

## 令和6年度千葉県地方精神保健福祉審議会 議事録

- 1 日時 令和7年1月27日（月） 午後6時から午後7時30分まで
- 2 開催方法 オンライン開催
- 3 出席者
  - (1) 委員（15名中13名出席）  
石丸委員、大賀委員、大塚委員、北村委員、木村委員（会長）、酒井委員、佐竹委員、田中委員、中里委員、中西委員、飛田野委員、深見委員、森山委員（50音順）
  - (2) 事務局職員  
中里障害者福祉推進課長、吉原副課長、杉浦班長、酒井主査、土橋主査、矢嶋副主査、林精神保健福祉センター長
- 4 会議次第
  - (1) 議題
    - ア 千葉県ギャンブル等依存症対策推進計画の中間見直しについて
    - イ 入院者訪問支援事業について
  - (2) 報告
    - ア 指定病院の指定病床の追加指定について
    - イ その他（前保健医療計画の進捗状況について）
- 5 議事録署名人 北村委員、森山委員
- 6 傍聴者 なし
- 7 審議結果 別添のとおり

令和6年度千葉県地方精神保健福祉審議会 審議結果

(1) 議題

ア 千葉県ギャンブル等依存症対策推進計画の中間見直しについて

【事務局説明概要】（事務局：杉浦）

資料1-1、1-2、1-3に基づき説明。

ギャンブル等依存症対策推進計画については、令和4年3月に6ヵ年計画として策定し、今年度が中間見直し年となっている。今年度、ギャンブル等依存症対策推進協議会を計2回開催し、見直しの方向性について、協議会委員の皆様から御意見をいただき、見直し案をまとめた。

取り組むべき具体的施策について、これまでの3年間の状況を踏まえ、相談体制の一層の充実、普及啓発の強化、特に若年層への啓発、専門医療機関同士の横の連携の強化、地域の相談支援者も対象に含めた研修の実施、自助グループ等の民間団体との連携、オンラインカジノが違法であることの周知等に取り組んでいく。

また、ギャンブル等依存症の状況について、令和元年以降の数字を掲載し、数値目標についても、専門医療機関数と専門医療機関の外来診察件数は、まだ達成していないので、引き続き目標値とし、それ以外で、令和5年度の実績で既に達成しているものについては、目標値を引き上げたい。

今後のスケジュールについては、計画の推進協議会を2回実施し、本日の審議会を経て御承認いただいた上で、2月上旬からパブリックコメントを実施して、3月中に策定する。

【意見・質疑応答】

(大塚委員)

資料のスライドの字が小さくて読めなかった。1枚に1スライドにさせていただくとありがたい。

(事務局：林センター長)

相談体制の強化について補足すると、ピークは過ぎているが、今年度大変多くの相談件数があり、それに応じて面接相談の枠を増やさざるを得ないということで、来年度に相談日を月1回から月3回に増やしたり、治療回復プログラムについても、仕事をしている人もいるので、日曜日に開催する等、体制を整えて対応しています。平日開催に比べると、参加者が増えており、1回十数名の参加があります。

(議長)

その他御意見・御質問はないでしょうか。それでは、案のとおり了承することによろしいでしょうか。(異議なし) 異議はないようですので、これで了承することとします。

イ 入院者訪問支援事業について

【事務局概要説明】（事務局：杉浦）

資料2に基づき説明。

入院者訪問支援事業は、精神保健福祉法第35条の2に位置付けられ、令和6年4月から施行されており、県では、今年度は研修を実施し、来年度から訪問支援員の派遣に取り組んでいき

たい。

今年度実施した訪問支援員の養成研修は、千葉県と千葉市の共催で計2回実施し、合計80名の方が修了した。80名のうち7割は支援者、約3割がピアの方だった。

実際どのようにこの事業が行われるのか、養成研修の中で、参加者の皆様からも御意見をいただき、シンポジウム等を通じてどのようにこの養成研修を進めていくのかという話をいただいた。この訪問支援がピアサポーターの活躍の場になるとよい、という御意見や、病院としてはどういう人が訪問支援として来るのかということが心配だという声がある。心配だという点については、皆様から御意見を伺い、丁寧に説明しながら進めて参りたい。また、入院患者の個人情報に訪問支援員とどのように共有するのか、どこまでの話をお互いに伝えたいのか、というような御意見もいただいている。

来年度事業の実施案について、一部の業務を委託で実施するように考えている。予算はこれから県議会を経て決定ということになるが、現時点では、1人当たり2回程度、できるだけ多くの方に訪問に行けるようにし、入院患者や病院職員からの依頼を受けて、訪問支援員の日程調整や、訪問に行った後の報告等の管理についてを委託で実施したい。

また、本事業については、事業を進めていく中で、協議の場の設置ということで、推進会議と実務者会議を設けることとなっている。推進会議は県が実施して事業全体を見ていくということ、また実務者会議につきましては、委託の中で、実際に訪問に行った方の話を聞いたり、実務のところで協議を進める。訪問支援員の養成研修も、来年度も引き続き実施したい。

皆様に、事業全体の進め方の御意見と、協議の場のうち推進会議の進め方について御審議いただきたい。入院者訪問支援事業は、地域で活動する支援員の方やピアサポーターの方々に訪問に行っていただくということで、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業で、それぞれの圏域で様々な地域の資源のことについて検討して協議を進めてきたという経緯もある。にも包括の関係で、障害者総合支援法に基づき精神障害者地域生活支援部会という協議の場があり、入院者訪問支援事業は、にも包括の事業とも関連が深くなることも想定して、この部会を推進会議と位置付けて実施をして参りたい。

#### 【意見・質疑応答】

(議長)

どなたか御意見があれば挙手願います。

(中西委員)

地域生活支援センターゆりの木の中西です。よろしく申し上げます。

入院者訪問支援事業の協議の場の設置について、実務者会議の委託という部分はどのようにお考えなのでしょうか。

(事務局)

にも包括事業の委託の中でこの入院者訪問支援事業の実務者会議を行うということではない。入院者訪問支援事業の中で、訪問支援員の派遣調整等を委託で実施するように考えておりますので、その中で実務者会議の開催も行うように考えている。まだ具体的に委託先が決まっているということではないが、千葉市以外を全県一区として、推進会議を一つ、実務者会議を一つ、会議体として設置する。にも包括事業の実務者会議と名称が同じで混乱するが、にも包括の事業の中で実施するという事は、現時点では考えていない。

(大塚委員)

法律の中では、相談できない人達を対象にするということで、かなり幅広いケースを想定した文言があるのかなというふうに思うんですが、県としてはどれくらいの数を想定されているんでしょうか。

それから、よく精神医療審査会で、医療保護入院の方の審査を行いますけれども、審査会の中でも、一体今どんな状況にいるのかなと思えるようなケースがあったり、実際の患者さんの声を聞かなければと思うような審査結果になったりすることも時にはあったりするわけですが、そういうことも含めて、大体どれくらいの患者さんがいるのか。今回はかなり患者さんの層が絞り込まれてますので、委託するにしても大体どれくらいのケースを想定しながら、どんなふうにやっていきたいと思うのか、県の現状を教えてください。

(事務局)

令和5年度の市町村長同意による医療保護入院者数は、新規で入院した方ですが、約200名ほどです。ただ、予算の問題もあり、200人全員に2回ずつ回るということも難しい。各病院から御希望があった場合には、応じられるようにと考えているが、初年度でどこまでやるか見積もりが難しいところもあるので、各病院に1人ずつ行けるような形で、まずは1人ずつ進めていきたい。

(大塚委員)

法律の趣旨に沿って実現できるのは何年くらいと考えていますか。予算の関係もあるんだろうけれども、大体この法律を実行するのに、どれくらいの期間、どれくらいの予算が必要だということという想定はなさってるんですか。

(事務局)

全体の必要数を金額として想定するのは難しいところもあるので、実際に動かしながらという形にはなってしまう。訪問希望があるかどうかを確認しながら、少しずつ増やしていく形で実施できるというと考えている。現時点で最大限の目標値というの数値的に持っているわけではない。

(大塚委員)

この制度は希望者を対象とするものですか。

(事務局)

そのとおりです。

(大塚委員)

法律の中で、希望者ではなく、そういう状況に置かれてる人が対象になってるのではないんですか。対象になる中で本人の同意のあった方に訪問をするという形になって、この法律の趣旨は違うんじゃないですか。それからあと、大体の人数が想定されていないということですが、委託はどこに頼まれるんですか。

(事務局)

現時点では未定です。

(大塚委員)

実際にどんなふうアクションを起こしていくのかという計画がないと、法律はあるけれども実施ができていないということが何年も続くことにもなりがちなので、法律の趣旨をよく考えながら、動かしていくということが必要ではないでしょうか。それで入院してる方を、でき

るだけ地域で暮らせるようにならないかっていうことで、これまでも皆さんも考えながらやってこられてるわけで、実際に社会的入院ということが叫ばれて40年も経っている。実際にはもう40年前の人は高齢になって亡くなられたりしてるわけで、実際に今現在も、少しずつ医療保護入院の方々が早く退院できないかということで、働きかけをしてるわけですけども、県として、どんな方向性を持ってやっていくのか、実態把握されていると思いますから、大体どれぐらいの予算がかかりそうなのか、どれくらいで実現が可能なのかという想定は少し示していただかないと、なかなか心もとないところがあるんですけども、以上です。

(議長)

ありがとうございます。皆様から御意見いただければと思っております。

中西委員どうぞ。

(中西委員)

先ほどの大塚先生のお話にもちょっと繋がるんですが、市町村長同意の入院のときに、必ず市町村の職員が面接するというのを義務づけたほうがいいと思います。初めに市町村職員の方が必ず面接に行くような形で、県から市町村の方に、必ず面接を行うという形で言っていた方が、そこから拾い上げていってリーフレットを渡してもらおうという形で広めていけばいいと思うんですよね。この辺はもう少し強めに言えるということはないですか。

(事務局)

市町村長同意の方には市町村の職員の方が同意後に面接に行くということは通知等で、手続きを進めることにはなっているが、訪問している市町村もありますが、実際には難しい。実地指導を行う中で、病院と各市町村とのやりとりも聞きながら、県としても、市町村職員が面接して、そこからこの事業について話してもらおうということも必要だと考えている。

(議長)

他に御意見、御質問のある方いらっしゃいますか。

(大塚委員)

個別に一生懸命やってるんだけど、制度、システムとして、スタイルをもって進めていくということが、いつも物足りないなと思って拝見しています。やはりそういうことを少し意識的に考えていただいて、同意をすれば同意した責任が問われるわけで、これからますます自治体の責任を問われる事態が起きてくると思います。特に人権意識の問題がだんだん高まってきましたから、それに対して公としてちゃんと説明責任が果たせるようになっているのか、ぜひ考えてもらわないと、将来がちょっと心配で一言言わせていただきました。

(議長)

その他に。林センター長。

(事務局：林センター長)

大塚先生のおっしゃることも尤もですが、私はこの制度を始める時に厚生労働省の担当者に話したんですが、病院側の協力がないと絶対無理なんですよね。ですので病院側が結構不安だというのが伝わってきましたので、これは診療報酬をつけないと普及しないよと厚労省の担当者に言いましたところ、ちゃんとそれに関しても話をしていると行ってましたので、本当に実現するのかわかりませんが、そういうことも合わせて必要ではないかと思っています。

(議長)

その他に。大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

病院の責務は患者さんを治療して社会に返すということ。それは当然の責務で、その間に精神科特例の問題もあるし、受け入れる病院がいかにも大変なことに取り組んでいるということはよくわかるんですけども、根本的にどういうインセンティブを病院に与えながらやっていくのか考えていただきたい。ぜひ予算をつけてもらって、病院が生まれ変わるような、そういうものになってもらいたいと思います。

(議長)

その他に御意見、御質問はありますか。石丸委員どうぞ。

(石丸委員)

千葉大学の石丸と申します。ちょっと門外漢のところがあるかもしれないけれども、教えていただきたいところがありました。私は、カナダに視察をした時に、病院が健康保険から大きな予算を獲得して、ピアの方が相談に乗れるような体制をとっているところを見学させていただいたりして、またその結果を、医師やスタッフが共有をして人材育成にもされているという活動を拝見したことがあり、そういうものにも使えるようなものと、ピアの方にも病院スタッフにも影響があるものだと思います。最初の紹介というのは、やはり治療者の方針があって、そして、訪問支援員のような方たちの協力を得てやっていくということがあるんですが、資料の中の、病院等から寄せられた意見でも、病院の方針と異なる支援をした場合に、混乱が生じるという不安も出されてるなどと思って見ていました。それで、この最後のスライドで、派遣調整は、まず入院患者や病院職員からの依頼を受けて、というところから始まっていくということが書かれてありました。そうしたときに、患者さんが単独で依頼をしても大丈夫なのか、それは本人の希望を聞いた県の方との連携なのか、情報のシェアの仕方をどのように理解したらいいか。

もう一つ、病院には、患者さんが入院したら退院計画や看護支援計画があるので、そういった中にこういうことを組み込んでいくことを前提として考えていくように、県としても活用していくようなものなのか。病院のシステムに則っていけるように考えて、これからこれが続いていくものなのか、その辺を教えていただきたいと思いました。

(事務局)

まず入院患者さんが自分で利用したいという連絡をすることは、可能です。

先行自治体等では、相談を受けて、日程の調整などについては、医療機関のソーシャルワーカーの方等のご協力をいただきながら日程調整を図っている。基本的には、患者さんからの御希望に応じて派遣調整をする。ただ、治療上面会制限されている方等については、主治医の意見を確認した上で、可能な限り受け入れていただくようお願いするように考えている。面会制限がかかって、今すぐには難しい場合でも、後に派遣調整することになる。

もう1つ、看護計画等に入れていくようになるかという点についてはまだ分からないが、病院の方に御協力いただいて、その面会会自体を受け入れる体制を進めていくということは、今後、丁寧に説明等をして進めていきたいと考えている。

(議長)

他に御意見、御質問ございますでしょうか。酒井委員どうぞ。

(酒井委員)

先日、訪問支援員養成研修に参加した者として、研修中に出たことを参考に言いたい。

皆さんがおっしゃるように、なかなかこの事業が進んでいくのは大変だと思うんですけども、研修参加した人たちは、本当に、ぜひ進んで欲しいということでした。その中で、病院から挙げられたことや研修で寄せられた意見というのがまさにそうで、病院側としては本当にどんな人が来るのか、それから患者さんの病状をかき回したら困るというようなことは当然出ると思います。それと、訪問する側としては、自分たちがお話を聞いてもどこまでやれてどこからやれないのかということを中心に考えないといけない。今回の研修でも、相談支援に関わった、いわゆるケアマネをやった人だと、地域移行支援等をしていますので、地域移行とこれは違うんだっていうことはよくわかるんですけども、話を聞きすぎて進めすぎちゃう人とか、いろんなことで悩まれる方も多いのではないかとということが研修中に出てきました。

それと報酬はあるのかということと、ピアの方が活躍できればいいと盛んに書いてありますけれども、実際に報酬というものが払われるのかどうか。人が動くにあたって、思いだけではなかなかできないこともあるので、たくさんの支援員を増やすことも確かなんですけども、報酬についても考えていただきたいなっていうことが、まさに研修中に、参加者の皆さんから出た意見でした。

(議長)

他に何か御意見、御質問ございますでしょうか。様々なご意見ありがとうございました。

やり始めてみないと分からないこともありますので、スタートしてみて、その経験から、いろんな検討をして、実効性のある事業になってってもらいたいと思っております。

それでは、事務局から説明のありました、推進会議の設置について、事務局案のとおり御承認なされるでしょうか。

何か御異議がある方いらっしゃいますでしょうか。(異議なし)

では、推進会議の設置については、事務局案のとおり承認します。

## (2) 報告

### ア 指定病院の指定病床の追加指定について

【事務局説明概要】(事務局：杉浦)

資料3に基づいて説明。

江戸川病院について、令和5年4月1日から指定病床を3床指定している。こちらについて、6床に増床するというのと、応急入院の指定病院の指定についても、申し出を受けている。

江戸川病院が属する東葛北部エリアについて、他の保健医療圏の指定病床数よりも少ないが、東葛北部エリアは急性期患者が多いエリアなので、圏域内で受入ができるよう、県としても3床から6床にすることは必要性があると判断している。

なお、通常の3年に1回の指定病院の指定を行う場合、今回の場合は令和5年4月1日から令和8年3月31日までで指定している。通常の指定の場合は全体の指定病床数を増やさない形で、各病院の受入実績などに応じて病床数を決めているが、今回は他の病院の指定病床数を減らすという形で病床数を調整することはない。今回の増床についても令和8年3月31日までとし、更新の際の指定病床数については、その時の各病院の実績等に応じて、全体の病床数については改めて判断した上で指定する。

併せて、応急入院の指定については、措置入院のような形で病床数を定めておらず、全体で見ても年数件程度というところだが、緊急時の受け入れの可能性が高いものになるので、病院の状

況をよく確認した上で手続きを進める。

【意見・質疑応答】

(議長)

ただいまの事務局からの説明について、御質問等がございますでしょうか。中西委員どうぞ。

(中西委員)

精神科の病床って本当に日本はどんどん減らしていかなきゃいけない動きの中で、措置入院が長期化しているところもあると思っているので、江戸川病院はどのくらいの期間で医療保護入院に切り替わったり、退院したりしているのか。現在、実際に3床が満床になるのか、経緯が分かれば知りたいです。

(事務局)

直近の数字で細かい数字は持ち合わせていないが、常に3床満床ということではないが、積極的に受けていただいている。東葛北部は、措置入院患者も多く、調整に時間がかかったり、状況によって圏域を超えた措置入院で、患者さんや御家族にとって、遠方の病院になってしまうということにもなるので、圏域内で調整していきたい。

指定病床数が増えることで、措置入院が長期化するのではないかという御心配については、令和5年度の実績を見る中では、概ね3ヶ月程度で措置入院から退院あるいは入院形態の切り換えとなっており、長期の措置入院にはなっていないことを確認している。

(議長)

他に御質問のある方いらっしゃいますでしょうか。大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

江戸川病院は、急性期病棟や職員の配置等、体制は整っているのでしょうか。

(事務局)

令和5年度から措置入院の受け入れをしており、体制もある。

(大塚委員)

設備や人員配置の基準は満たしている病院なんですか。

(事務局)

指定病院の基準は満たしております。

(大塚委員)

どういう基準があるんですか。

(事務局)

患者数に対する職員の配置数、医師・看護師の基準で、常勤の精神保健指定医が2名以上必要というような基準がある。これについては、最初の指定をする令和5年時に確認し、毎年行っている実地指導においても確認している。

(大塚委員)

基準の概略を教えてください。

(事務局)

国の通知に基づいており、資料を後程御提供させていただきます。

(議長)

では次に、報告(2)その他として前保健医療計画の進捗状況について事務局からお願いします。

## イ その他（前保健医療計画の進捗状況について）

【事務局概要説明】（事務局：杉浦）

資料4—1、4—2に基づき説明。

認知を除く精神疾患についての目標値を25項目定めている中で、達成・改善という形で、取り組みが進んでるものについては、合計17項目で68%、変化なし・後退というような形で、3割の項目の進みが遅い状況になっている。

後退の要因は、入院患者の高齢化が進み、地域移行が思うように進んでいない。地域移行支援については、障害保健福祉圏域ごとに実施しているにも包括の事業の中でも、長期入院になってしまう65歳以上の方が障害福祉サービスも使えないという中で、どうしたら地域移行が進むかという課題を病院とも共有しているが、なかなか受け入れ先が決まらず、地域移行が結果的に進まない。また、例えば、元々は診断が認知症ではない方でも、高齢化や長期入院になることで、認知症も合わせて発症するようなこともあり、受け入れ先の空きがないということで、思うように数字が伸びてこない課題として、残っている。

この点については、現時点で具体的な解決策について、まだ県から示すことができない状況だが、引き続きにも包括事業を中心として、地域の課題を共有し、福祉サービスの動向も踏まえて、高齢な長期入院の方の地域移行について検討したい。

【意見・質疑応答】

（議長）

ただいまの事務局からの説明について、御質問等ございますでしょうか。  
よろしいでしょうか。ありがとうございました。

## （3）その他

（議長）

その他、委員の皆様から、全体を通して御意見等があればお願いします。

特にないようでしたら、大賀委員から事前に連絡がありまして、御意見があるとお聞きしているんですが、どうでしょうか。

（大賀委員）

前回もお話したのですが、今の精神科医療の現状が対症療法の繰り返しで、なかなか精神疾患の根治治療になっていないということがあって、このままではいけないので、どうにかして根治治療に日本が向かうようになってほしい。今、がんが遺伝子治療で目覚ましい発展をしながら、残るのは精神疾患だけということで、日本の中でも脳科学の研究統合プロジェクトが進んでいる。それから東北大学等も100億円の資金をもらって研究をしたり、アメリカでは7400億円以上の予算で研究しようとしているという情報もある。これは言い出せば切りがないのですが。

その中で、日本は一体誰がこの精神疾患の基礎研究をやっているんだろうかと。私も精神障害者家族の代表としてこれでは、夢も希望もない。これはこの審議会にかけられるテーマなのかということは課題なのですが、今このような精神疾患の基礎研究をどのようにやっていくのかということの論議がどこでもされていないように感じております。どうぞこのテーマで、これからこの審議会の中でかけられるのかどうかご検討を賜りたいと思っております。

(議長)

ありがとうございました。他に、コメントがおありの方いらっしゃいますでしょうか。  
大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

ギャンブル等依存症対策なんですけれども、いろんな団体の名前が資料の中にも出てきてましたけれども、実際に患者さんが医療機関に行くべきなのかそれともそうでないようなところで、まずは相談をした方がいいのか。特にギャンブル依存も程度の問題があると思います。DSMでも、3段階に分けて重症度を見ながら、どういうふうにしたらいいか検討していく枠組みがありますけれども、実際のユーザーの方が困ったときに、情報を得るサイトを県が作ったりということとは考えていないのでしょうか。

クリニックで診療していますと、病院のお知らせね、うちなんか船橋北病院が近いんで、そこからギャンブル依存とかアルコール依存のポスターもらうんだけど、実際に患者さんが一番求めているのはどんなふうどこに相談したらいいのかなっていうことで、最初に病院なのかどうかっていうのもまた疑問だったりする。もう少しユーザーに届きやすいような方策、ネットも使ったりしてやったらいかがなのかなと。特に精神科のクリニックに来る方は一生懸命調べて、かなり勉強しながら自分自身のことを見つめ直してきたり、随分と社会状況が変わってきていて、そこら辺、もう少し効率よく業務が遂行できるように県で考えていくと良いのかなと思っていました。

(議長)

ありがとうございます。他に何かございますでしょうか。

ギャンブル等依存症については私も少し意見がございまして、ギャンブルは依存性があるから禁止されている。パチンコは、ギャンブルに当たらないということで認められてるわけです。なので、ここでは、ギャンブル等依存症対策という名前にしているんだと思うんですが、結局、パチンコの場合は、出玉を景品に変えることができ、近くに景品交換所があって、景品を現金化することができる場所がある。さらに、相当の景品を買い取って、またパチンコ屋に卸す業者がいる。この3点があるせいで、ギャンブルに当たらないということになっているんですけれども。パチンコの場合は特殊景品というものがあるって、明らかに換金することが目的の景品がある。だからこの特殊景品を規制するというのがパチンコ依存症の減少に役立つんじゃないだろうかということも常々思っていて、精神科医療の方に持ってくる問題なんだろうかということは、実は私常々思っております。

他に御意見等ありますでしょうか。ないようでしたら、議題は終了いたします。

議事終了 午後7時30分