

平成29年度第2回千葉県地方精神保健福祉審議会議事録

- 1 日時：平成29年11月8日（木）午後6時から7時30分まで
- 2 場所：千葉県教育会館608会議室
- 3 出席者
 - (1) 委員（総数15名中13名出席）

伊豫 雅臣 委員（会長）、木村 章 委員（副会長）、齋藤 由美 委員、
田中 知華 委員、早川 達郎 委員、志津 雄一郎 委員、名雪 和美 委員、
深見 悟郎 委員、清 ふゆ子 委員、貫井 信夫 委員、勝嶋 雅之 委員、
酒井 範子 委員、櫻田 なつみ 委員
 - (2) 県職員（事務局）

ア 健康福祉部障害者福祉推進課
吉田 謙 課長、高品 登美子 副課長
野口 精神保健福祉推進班長、大澤 日登美 副主幹、黒川 亮介 副主査
中島 良樹 精神通報対応班長
- 4 会議次第
 - (1) 議題

ア 保健医療計画について
(ア) 精神疾患（認知症を除く）に係る計画素案について
(イ) 基準病床数について

イ その他
 - (2) 報告

ア 保健医療計画について
(ア) 精神疾患（認知症）について
(イ) 災害時における医療について
(ウ) 周産期医療について
(エ) リハビリテーション対策について
(オ) 障害者保健医療福祉対策について

イ 障害者計画（素案）について

ウ その他
(ア) 摂食障害治療支援センターについて
- 5 議事録署名人 貫井 信夫 委員、櫻田 なつみ 委員
- 6 傍聴者 なし

7 審議結果 別添のとおり

(2) 議題

ア 保健医療計画について

(ア) 精神疾患（認知症を除く）に係る計画素案について

【事務局説明概要】（野口）

認知症を除いた精神疾患についての計画素案について、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」の2つの体制を構築することで策定している。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう取組みを行っていく。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの「医療」部分を詳細に説明したものが、多様な精神疾患にも対応できる医療連携体制となる。

新たに設定した評価指標について、まず、基盤（ストラクチャー）として「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した病院数」は18病院を目標とした。また、「精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数（認知症を除く）」は、地域生活を支えるために訪問看護を利用することが必要となってくるので設定した。「グループホーム等の定員（グループホーム、生活ホーム、ふれあいホームの定員）」は、地域で生活すると居住の場が必要で、必ずしも自宅という訳ではなくグループホームを活用する方もいるので設定した。

次に、過程（プロセス）として、「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」は、基盤（ストラクチャー）の「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した病院数」に合わせて設定した。「精神疾患の訪問看護利用者数（認知症を除く）」は、基盤（ストラクチャー）の「精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数（認知症を除く）」に合わせて設定した。

成果（アウトカム）の「精神病床における急性期（3カ月未満）入院需要（患者数）」から「精神病床における入院後1年時点の退院率」は医療計画において定める指標とされているため設定した。

事前に委員からもらっていた意見に対する対応について、まず、櫻田委員から「ピアサポーターの養成や活用などに取り組みます（142ページ）」について、雇用の拡大という文言をいれて頂きたいという意見をいただいた。医療計画では、基本的には医療を重視した取組みを記載しているので「など」に含ませていただければと考えている。障害者計画ではピアサポーターの雇用について触れている。

次に、千葉県精神障害者家族会連合会から「早期に相談や受診ができるような支援体制づくりが必要です（136ページ）。」とあるが、現状の発症時期を考慮すると中学・高校な

どの教育機関と医療機関との連携が必要という文言をいれていただきたいという意見をいただいた。その点については、施策の具体的展開において、「精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します（141 ページ）」との記載で了承いただきたい。また、内科医などのかかりつけ医に対する研修会について積極的に進めるよう要望があった。「発症から精神科受診までの時間の短縮化」の項目で「日ごろから患者の体質、病歴や健康状態を把握している内科等のかかりつけ医や薬局の薬剤師が、患者や家族等からの相談に応じることができるよう、精神疾患に関する研修を開催するなど人材育成を図ります（141 ページ）」として対応する。他に、「相談支援窓口の周知と機能の充実」と「発症から精神科受診までの時間の短縮化」が挙げられているが思春期・中学・高校の視点が欠落しているというご意見があった。この点については、「精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します（141 ページ）」と記載にあるように教育機関との連携を図っていく。

更に、当事者会や家族会が進める学びあい支えあいのピア活動や家族相談活動への支援などの文言を記載してほしいという意見に対しては、「当事者会や家族会の活動の支援、ピアサポーターの養成や活用などに取り組みます（142 ページ）」の記載の中で対応したい。

訪問看護ステーションがまだまだ少ないという意見については、障害保健福祉圏域ごとの協議の場で何が必要か議論した上で、整備していきたい。

最後に、「うつ症状に早い段階で気付くことができるよう、メンタルヘルスに関する知識の普及活動を行います（149 ページ）」について、うつ病に限定せず精神疾患一般に言えるのでその視点で、学校等と連携してほしいという意見については、「精神疾患の発症年齢を考慮して、教育機関と医療機関、相談支援機関等との連携を推進します（141 ページ）」との記載で対応したい。

【質疑応答】

（貫井委員）

隔離や身体拘束について意見があるか。

（事務局・野口）

身体拘束について保健医療計画に記載はないが、精神科病院実地指導・実地審査で対応している。

（貫井委員）

そうではなく、国レベルでは数字が出ていると思うが県レベルでは公表しないのか。

（事務局・野口）

確認する。

(伊豫会長)

「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した病院数 (151 ページ)」について、これは千葉県がモデルとなって全国に発信されているものだが、県内で 18 施設がクロザピンを使える施設になっているが、実際に使っているのが 7 病院になっている。これを広げていくには、まだ使っていない病院が使っている病院に見学を行ったり、使っている病院からアドバイスをしたり交流が必要だと思うので、これを進めていく時には県にも協力いただきたい。

(事務局・野口)

了解した。

(伊豫会長)

もう一つ長期入院患者は、精神症状が悪くて退院できない方と精神症状が安定しているけれど退院先がない方が同じくらいの割合でいる可能性が高い。クロザピンは難治性の方への対応で、もう一方の生活支援が中心で医療をそれほど必要としていない方をなるべく早く退院させてあげることが大事で、ワンステップとして短期間病院敷地内グループホームを経験してから地域のグループホームやアパートに出ていくことが必要と思うので、条例改正も含めて対応できるようにしていただきたい。

(事務局・野口)

障害者計画で病院敷地内のグループホームについて検討する。平成 30 年度に病院内のグループホームを長期の制度化するかという国の方向性を踏まえて検討していく。

(志津委員)

「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率 (152 ページ)」について、日本は欧米に比べて圧倒的に低いので、使用率を上げるのは良いことだと思うが、目標値を 1.5% とした根拠は何か。

(事務局・野口)

欧米は 25 パーセントと高い普及率になっている。千葉県は、平成 29 年時点で 0.5% 程度で欧米並みにはいかないが、クロザピンを実際に使用する病院数を増やすことによって今現在の 3 倍の増加で 1.5% とした。

(酒井委員)

地域でもグループホームを増やそう思っているが、どちらかというグループホームは増える傾向ではないと思う。うちの法人でも市川に 2 件作ったあと 3 件目を作ろうとした時にハードルが高すぎて、利用者の安全を確保するのが大事だが、色んな縛りがあってなかなかできない。運営が厳しい面がある。浦安市からもグループホームをやってくれと言われるが、なかなか立ち上げるだけの力が無いところがあるので、安易に安全じゃないも

のを作るという意味ではなく、やり易い方法について検討いただきたい。

(事務局・野口)

住まいの場の確保については、既存の地域移行支援協議会を活用して、協議する内容によって、例えば地域の不動産屋や大家さんと呼んで、地域で必要な取組みを考えていく。

県全体で考えるよりも地域ごとに考え取組みを進めていく。

(事務局・高品)

グループホームの基準は障害福祉事業課が担当しているので、頂いた意見を伝える。

(イ) 基準病床数について

【事務局説明概要】(野口)

精神病床に係る基準病床の算定について、新たな精神病床における基準病床数は、(平成32年度末の入院需要(患者数) + 流入入院患者 - 流出入院患者) ÷ 病床利用率となる。その結果 10,674 床が千葉県の基準病床数となる。

なお、既存病床数は、平成28年精神保健福祉資料によると 12,628 床になる。

この基準病床数は、千葉県における上限設定値であって、既に配分している病床を返還させるものではない。

【質疑応答】

(志津委員)

成田にできる国際医療福祉大学は、特区なので病床規制は入らないが、この基準病床数の数字とは全く関係無いのか。

(事務局・野口)

特区の場合、基準病床数とは関係なく認められる。

(早川委員)

新たに病床を作る場合に、この基準病床数の数字だけでいうと作れないとなった場合に、例えば全国的に総合病院で身体合併症に特化した精神病床をすごく少ない病床数で作る地域が出てきているが、そのような場合も同じ対応になるのか。

(事務局・野口)

協議して認可できるものであれば認可する。

(伊豫会長)

この中で休眠病床どれぐらいあるか分かるか。

(事務局・野口)

正確な数字は、資料を持ち合わせていないので即答出来ないが、かなりあると認識している。

(伊豫会長)

休眠病床の取扱いはどうしているのか。

(事務局・野口)

医療整備課で管轄しているが、稼働していない病床については病院のほうに返してくれるようお願いしていると聞いている。

(伊豫会長)

それでも返してくれないのは、将来使う可能性があるからということか。

(事務局・野口)

そのように推測される。

(清委員)

病床利用率の0.95は県内の標準の数字か。

(事務局・野口)

国から示された数字で、県内の実績等の数字ではない。

(木村委員)

病床利用率の0.95について、千葉県は間違いなくもっと低い。

推計式のうち、「32年度末の入院需要(患者数)」は認知症も入っている。千葉県は既にクリアしていると思う。数字の中身をもう少ししっかり表していかないといけない。早川委員の言うように、本当に必要なものを確保していくことができなくなってしまう。ただ病床をもっているようになってしまう恐れがある。内容をもっとしっかり捉えて頂きたい。

(伊豫会長)

病床削減の目標は長期に入院している慢性的な患者を地域にできるだけ返してあげたいということだが、休眠病床を適当に減らしていくと実態が伴わない。難しいと思うが実態を伴って長期入院患者が地域に出られるように考えて進めていただきたい。

(2) 報告

ア 保健医療計画について

【事務局説明概要】(大澤)

- (ア) 精神疾患（認知症）について
- (イ) 周産期医療について
- (ウ) 災害時における医療について
- (エ) リハビリテーション対策について
- (オ) 障害者保健医療福祉対策について

「本人、家族、地域住民の理解促進」について、認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーターの養成や活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトの養成を通じた、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進める。

また、「項目 c 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備」について、認知症の初期診療の要となり得る、かかりつけ医に対して、認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるように支援する。また、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を県医師会と連携しながら養成する。

「多職種のネットワークや相談支援体制」については、認知症疾患医療センターを二次保健医療圏に1か所以上配置し、専門医療相談や、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業者等と連携した生活支援等を行うことにより多職種連携や相談・支援体制の充実を図る。

評価指標について。新規の基盤（ストラクチャー）として、「病院勤務の医療従事者認知症対応力向上研修修了者数」「歯科医師認知症対応力向上研修修了者数」「薬剤師認知症対応力向上研修修了者数」を新規に設定する。

また、結果（アウトカム）では「認知症の精神病床での入院患者数」を新たに設置し、退院後の受け皿の整備・利用状況の把握ということで「認知症対応型共同生活介護利用者実績」「特別養護老人ホーム利用者実績」を新規に掲げたいと考えている。

現状・課題として、「阪神・淡路大震災のような外傷当に対する救命医療、あるいは東日本大震災のような中長期にわたる慢性疾患への対応のいずれの事象についても発生する可能性があり、災害時において円滑な医療提供が行える体制を整備する必要がある。「迅速な医療救護活動を行い、被災者への適切な救護・救援活動を行うことが重要で」ある。

また、救護体制に資するために防災訓練などへの参加、DMAT・医療救護班の体制整備をしつつ防災訓練を通じて連携を強化する。医療施設については耐震化率が低い状況なので耐震化率を進めていく。

そのための施策として、災害医療体制の整備としては災害医療本部を設置し、DMAT調整本部・地域災害医療対策本部を設置し、災害時の状況把握や指揮命令系統を整備する。情報収集はEMISを活用する。インターネットを活用した情報提供を推進する。

DMAT、医療救護班の体制整備を進めていく。精神科動機においてはDPATの体制整備のため養成研修訓練を実施していく。災害初期はDMATと共同できるように各種防災訓練とも参加していく予定である。

指標はDMAT・CLDMATのチーム数及び構成員の数の他にDPATの指標についても入れていただくように担当課に検討いただいている。

「周産期医療連携体制の整備」で「総合周産期母子医療センターにおいては、精神疾患を合併する妊産婦への対応を」行っていく、と記載している。

総合周産期母子医療センターは千葉大学医学部附属病院、東京女子医大附属八千代医療センター、亀田総合病院の3か所となっている。

「高次脳機能障害支援体制の整備」として、障害者福祉推進課で高次脳機能障害支援普及事業を行っている。また、障害福祉事業課で千葉県千葉リハビリテーションセンターで高次脳機能障害支援センターを設置している。

支援拠点は県内3か所に設けている。旭神経内科リハビリテーション病院、千葉リハビリテーションセンター、亀田リハビリテーション病院。東総地域が無くて千葉リハビリテーションセンターにカバーしてもらっているが、できれば東総地域に1か所ほしいということで、指標は4か所とした。

「障害があっても、その人らしく地域で安心して暮らしていける社会づくりを進めるため、障害者やその生活を視点の中心に置いた、健康づくり・医療・福祉施策の総合的な連携体制と生活基盤の一層の充実に取り組んでいく必要があります」と課題を挙げている。

精神疾患に関するものとしては、「発達障害のある人に対する相談支援に係る研修を実施し、地域における相談支援体制の整備を進めるとともに、千葉県発達障害者支援センター(CAS)と地域相談支援機関との役割分担を明確にすることにより連携体制を強化」する。また、「千葉県精神保健福祉センターや健康福祉センターにおける精神障害者の専門的な相談の充実を図るとともに、地域における精神障害者に対する相談機能の充実を図」る。

【質疑応答】

(志津委員)

平成 28 年度の診療報酬の改正で、日本産婦人科学会から日本精神神経学会のほうに、国に診療報酬に位置付けるようなことを出したが、産婦人科の先生が非常に周産期を含めた連携を求めてきているので、次回の計画では、施策の具体的展開の中に周産期を含めた産婦人科と精神科の連携を載せたほうが良い。

(伊豫会長)

周産期について、県内の取組みの実態だが、例えば千葉大学の場合、精神疾患をもった通院中の妊婦さんについては、千葉大の産科が受けて、精神科に紹介をしてくる。

周産期に千葉大に入院した時は、リエゾンコンサルテーションで対応するが、それまでの間は地域のクリニックや精神科病院でそのまま見る。最後の最後で何かあったら我々が出ていく形だがほかのところは分かるか。例えば東京女子医大附属八千代医療センターは精神科はあるのか。

(早川委員)

病床は無いが、精神科医はいる。

(伊豫会長)

その辺の実態を教えていただきたい。

(志津委員)

クリニックは非常に困っている。受診している女性が妊娠した場合は、一般の産婦人科に照会しても受け入れてもらえない。大きな病院になるとどこもいっぱい、もう少し待ってと言われ、危機感を感じる。

(事務局・野口)

県内の状況を調査して報告する。

(清委員)

基本的に母子保健は市町村が請け負っている状況があるのではないかと思うが、生まれる前と生まれた後で居住地が変わる妊婦さんが非常に多いと思う。生まれる前からもだが、生まれた後に首を絞める前にぜひお願いしたいというような、たまたま勉強会を開いた助産師さんからお願いしたいケースが山ほどあるという話を聞いた時に、市町村あたりの助産婦さんあたりが抱えているケースが多いと思うが、そんなところは県にも上がってくるのか。

(事務局・野口)

当課では把握していない。

(深見委員)

トータルでの件数はおそらく把握出来ていないと思うが、個別のケースについては、私が担当している患者でも地域の母子保健を担当してる保健師・保健所担当者、児童相談所も加わって、産科の医療機関と精神科の医療機関を交えてという形では、重症の方については、横のつながりを出来るだけもってという形は確かだと思う。

(伊豫会長)

比較的安定している患者さんだが、実際に出産間近になって、千葉大の場合、病院内で産科と小児科の先生と児童相談所が入ってやる。ただし、児童相談所が入ったことを患者さんにいわないで欲しいという希望が小児科や産科の先生たちからあるようだが、我々は隠さずに、むしろ最初から妊婦さんに言ってしまった方が良いということがある。妊婦さんには、子供を出産したら児童相談所に取り上げられるのではないかという不安があって、逆にそれで、その夫や両親、義理の両親の協力が得られ、家族で支える体制を再構成してくれたりする場合もある。

その辺のところをネットワークを組んでいくときに、児童相談所を入れるということ、むしろちゃんと話してそうならないための対策を家族や地域で取るように進めていただきたい。

(志津委員)

今、児相の強権が強い。有無を言わず引っ張っていく。そしていつまでも返してくれない。そのため、診療的に言わないでというのはある程度理解できる。

(伊豫会長)

言わないでというのは、児童相談所が会議の中に入っているということを妊婦さんに言わないで、ということで、私はむしろそれを妊婦さんに話すべきだろうということです。妊婦さんは何も知らない間に児童相談所が出てきてという話になる。妊婦さん側でも虐待とか無いような形で対応出来るようにシステムを構築する必要がある。むしろ言ったほうが、家族が一生懸命援助する体制を取ってくれることもある。精神科が考えている部分と産科・小児科の先生が考えている部分が違うという印象が強い。

(名雪委員)

自分が勤務している旭中央病院では、リスクのある妊婦さんは虐待対応のチームで特定妊婦として挙げた中で、院内で各課との連携と児童相談所・地域の保健師をいれた連携会議を行っている。出産前も出産後もどう支援を組んでいくが重要になる。もともと精神科に通院している方もそうだが、産後うつの問題もあるので、産科の方でチェックが入った方は介入の必要性を院内で話し合いをして、ということをしているので、児童福祉法の特定妊婦さんへの介入との連携が必要と思っている。

町の産婦人科に受診をしていて、そこの先生が、精神疾患があつてうちでのお産は難しいということで、総合病院で産科と精神科を持っているところで、川を渡って県外からも紹介がきているような状況なので、お帰りいただく地域の保健師さんには足を運んでいただいております、それがもっと全県に広がっていけばいいのかなと、それをシステムの中に組み込めるような動きを、精神科だけの問題ではなく、強化してもらえればと思う。

(事務局・高品)

児童虐待の話について、保健医療計画の中では、触れられていないものの、医療ととても関連するところがある。

また、市町村や児童相談所の虐待のマニュアルの中のチェックリストにはランクがあつて、母親の精神疾患は最重要チェックポイントになっており、そこにチェックが入ると点数が高くなる。現場の方が考えている実態とチェックリストとの構造のずれが出ているのが市町村や児童相談所に伝わっていないのも事実なので、ご意見を担当の児童家庭課に伝える。

(伊豫会長)

それを作ったときに精神科医は参加したのか。

(事務局・高品)

10年以上前に児童虐待防止法が改正になった時にマニュアルを作ったが、精神科の先生にも入って頂いている。作成後に治療なども変わって状況が変わっている中、変化なくそのままのマニュアルを使っている。

(伊豫会長)

産後うつも最近では双極性障害として治療すべきで、抗うつ薬をあまり使わない方が良さだろうと言われている。その辺で相当大きく変わっている。

イ 障害者計画(素案)について

【事務局説明】

障害者計画(素案)について(野口)

「2 精神障害のある人の地域生活の推進」ということで、現計画では、地域生活への「移行」の推進として「移行」という言葉が入っているが、次期計画は移行という言葉無くした。どう安定して地域生活をしていくかという取組みを中心に記載している。医療計画と同様に、地域包括ケアシステムの構築を第一に掲げているが、医療計画とは違い地域生活をどう安定して生活をしていくかという視点から記載している。基本的には精神科病院から長期の方を退院させていくのか、住まいの場の確保の取組みをどうしていくのか、サービスの充実をどう図っていくのかという取組みの記載をしている。基本的には、今あ

る障害保健福祉圏域ごとにある地域移行支援協議会を活用して協議の場をケアシステムのために移行して作っていききたい。訪問看護が抜けていたり、住まいの場の確保に関する関係者をいれて、臨機応変に委員を変えていくのがよいと考えている。数値目標は退院率等は医療計画と同様の数字を記載している。

もう一つの取組みは、精神科救急医療体制の充実になる。今現在、精神科救急医療システムで夜間休日対応しているが、精神科救急医療システムが引き続き円滑に出来るように取り組んでいく。

身体合併症については、問題になっており、どう取り組んでいくのか、総合病院だけでは難しいということであればどう取り組んでいくのかを含めて検討する。

次の「7 障害のある人一人ひとりに着目した支援の充実」について、こちらは、高次脳機能障害は当課の施策の一つなので、医療計画と合わせて高次脳支援拠点機関を3から4に増やす取組みを進めていく。

次の「(6) 引きこもりに関する支援の推進」について、昨年国の方で全国で約54万人いるという推計値が出ているが、これは15歳から39歳までで40歳以上が含まれていない。長年ひきこもって高齢化が進んでいるのではないという声も聞こえる。千葉県としては、精神保健福祉センターに引きこもり支援センターを設置しているが、ここだけでは支援が難しい。市町村や地域の方々と連携していかないと実態の把握や支援に繋がっていかないと考えている。市町村や中核地域生活支援センターと連携を密にしながら積極的な支援をする。

次の「8 様々な視点から取り組むべき事項」について、DPATの記載があり、昨年熊本地震で初めてDPATを派遣した経験を生かして、人材の養成やスキルアップを図っていく。

【質疑応答】

(伊豫会長)

「地域移行・定着協力病院の指定数」の28年度実績が11病院となっているが、この数値は他県や国が予想している数値と比べてどうか。

(事務局・野口)

こちらは千葉県独自の取組みになるので比較できないが、今後も増やしていきたい。

(伊豫会長)

「家族に対する支援として、発達障害のある子どもの子育て経験のある保護者をペアレントメンターとして登録し…」ということだが、最近発達障害のある子どもがいながら認

知症の親の介護をするという、しかも本人がうつ病の方がいて、そういった一人に負担がかかっていることもあって、そういうことの対策も考えて頂きたい。

(事務局)

発達障害は障害者福祉事業課が担当しているので、ご意見を伝えるが、今年度発達障害に関する協議会を立ち上げているので、そういった点についても協議いただくことが可能だと思われる。

(伊豫会長)

子どもが30歳前後でひきこもってしまったが、地域に相談しに行っても、けんもほろろということが、多いようなのでこちらの充実もお願いしたい。

(酒井委員)

ひきこもりのことは、すごい重大な問題だと思っている。地域でということだが、多分情報をもっているのは市町村で、精神の人は自立支援医療を使っているので、どこに誰がいるかが一番よく分かっていると思う。全くひきこもりの人とそれから、車に乗ったりオートバイに乗ったりして走り回っている人もいて、何とかなるだろうと思っているうちに最近うちに相談してきた人は、50代になってしまって、統合失調症の人だが、病状も悪くなって、もうドクターに対しても不信感をもって、あの先生は僕に薬をもりもりにしてダメにするんだといって、薬を飲まなくなって、挙がってきたことだが、もうちょっと市町村の方から私たち地域の支援者は情報が無いし、いま守秘義務で情報が得られない状況なので、例えば基幹相談支援のところとかそういうところとかが協力しながらやれば少しずつ支援できるんじゃないかと思う。先日浦安市のほうで、9月と10月に3回に分けて国府台病院の先生にお手伝い頂いて、市民向けの講座を開いたら、なかなか宣伝も悪かったが、全く知らないような人がいらしている。その中には高校生の子もなんですみたいな人もいて、こちらからなかなか出来ないけど困っている人もいっぱいいると思うので、市町村とかが持っているデータとか何かで協力していただいて私たちに繋げて頂けると何とかなるんじゃないかと、ご両親のだいたいお母さんの方ですが、お母さんが認知症になって施設に行くかどうかの人が結構いらして、心配な問題だと思う。

(事務局・野口)

ひきこもりの支援は市町村がやるのが一番良いと考えている。当課でサポーターの養成研修をやっているが、養成した後に市町村が引きこもりの事業をやっていくのが本来の姿だが、今までうまくいってなかったもので、市町村が引きこもりの支援をするということを県から丁寧に説明して、事業の拡大を図りたい。

(貫井委員)

引きこもりは項目7に書いてあるが、本来は2のほうのところに書かれるべき。非常に大きな問題なので、引きこもっている患者は家族会でもたくさん知っている。6番に書いていることは知っているが、相談に行っても期待ができないのが実情で、私たちが一番たよりにしているのは訪問看護で、ただ訪問看護ステーションはかなりの数があるのは承知しているが、なかなか精神の患者に対して支援が出来る人が少ないということがあって、これが私どもも申し上げているがぜひ今後拡充して欲しい。本来なら多職種のアウトリーチがどっかに書かれているが、なかなか進まないの一番手っ取り早いのが、訪問看護の経験のある方を養成する、これが非常に実のある対応だと考えている。1回や2回訪問しただけで、引きこもりが治るという簡単なものではない。それと、患者が40・50歳になっていることもあり、親の介護含めて、実は地域包括ケアシステムが未だに分からないが、患者と親の介護を含めた取組みだったら、私からもお願いしたい。

(事務局・野口)

精神障害に対応できる訪問看護があまり多くないということだが、地域は申し上げないが、ある保健所で訪問看護の職員を対象に精神障害の人ってこういう人ですよという研修を実施したところがある。新たに事業所を設けるのは難しく、今ある訪問看護ステーションに精神障害にも対応していただくのが現実的と考えている。

また、地域包括ケアシステムで親と子を一緒に看てもらおうというところだが、まさに地域包括ケアで取り組むべきところだと考えている。各圏域ごとに開催する地域移行支援協議会で、誰が必要か、どのような取組みができるのか、色んな人達に参加してもらい協議してもらい整備する。県から趣旨を説明し、県が協議会を引っばって運営する。

(深見委員)

引きこもりは「様々な要因の結果として」と記載しているのであらゆる場面を想定する必要があると思うが、統合失調症とかその他の精神障害が基礎疾患にあって引きこもっている状態もここに含めるのか、それとも精神障害が基礎疾患として明らかにあるので、別口として扱うのか、どちらか。

(事務局・野口)

国の推計値は条件があって、精神疾患の有無に関係なく全部含まれている。本当に身体的に外に出られないのでなければ、なるべく外に出ていきましょうという支援は含まれる。

(櫻田委員)

「地域移行・地域生活支援事業の実ピアサポーター活動箇所数（見込箇所数）」の28年度実績が5か所となっているが、これは医療機関のみか、そのほかも含めるのか。

(事務局・野口)

事業課でやっているピアサポーターの養成研修があって、そこで養成された方が、事業所に雇用された事業所数だと思うが、担当課に確認する。

(櫻田委員)

30年度に10か所と、いきなり倍になっているので、倍になるのかの心配や研修受けた方の雇用先がないという問題がある。研修を受けた方の質の担保をどうするかはこれからの課題かと考えている。その点は改めて相談したい。

(事務局・野口)

ピアサポーターは、いま障害福祉事業課でも養成しているが、これは本当に雇用してもらいましょうというかなりレベルの高い方だが、保健所でもピアを養成していて、保健所では、患者さんに寄り添いましょうぐらいで、様々なレベルがあると思う。精神保健福祉センターで今年度これから3か所でピアサポーターの交流会を開催するという情報があるので、そのような場を活用して情報交換していただいたり、一方でピアの団体を作れたらいいなということもあって、交流の場をつかいながら団体を設立するなりしていただいて、ピアサポーターの登録制度ではないが、登録していただいて、そのような活用もあるのかと考えている。

ウ その他

(ア) 摂食障害治療支援センターについて

【事務局説明】

摂食障害治療支援センターについて

摂食障害支援センターは、平成26年度からモデル事業を国で実施している。国は全国で5か所程度作りたかったようだが、千葉県で4か所目となる。千葉県では市川市にある国府台病院に設置した。業務内容は「コーディネーターによる電話・面談での相談や医療機関の紹介」「身体的に重篤な患者の治療」「医師などの医療従事者を対象とした摂食障害に関する研修の開催」「摂食障害に対応できる医療機関のネットワークの構築」を行う。

県は事業期間を3年間で見込んでいる。相談窓口は月・水・金の9時から15時まで。現在は電話・FAXで受け付けているが、メール相談も検討している。

県としてはネットワークづくりに3年間かかると見込んでいる。摂食障害治療支援センターを国府台病院がそのまま引き受けるということであれば、お願いするなど今後協議していくが、3年間で摂食障害治療支援センターを辞めるわけではない。

(志津委員)

なかなか相談してもいっぱいに対応できないという答えが返ってくることが多いが、相

談窓口は、医師が対応してくれるのか。

(事務局・野口)

電話相談では、専属のコーディネーターが最初に対応するが、医療的な事であれば医師に取り次ぐ。

(事務局・中島)

事務局のほうでもう1件報告がある。精神保健福祉法の改正について、措置入院者の移送であったり、精神科救急医療システムの体制について千葉県地方精神保健福祉審議会で御意見を頂いてきた。

身体的な要因による医療機関から医療機関への転院や、精神科救急医療システムで入った対象者の方を翌日の空床を確保するための転院など、様々な要因で、A病院からB病院に転院する際に使用する車両について、これまで、民間の救急車タイプの車両を持っているところに県が委託する形で確保していたが、今年の9月から県のほうで同じようなタイプの救急車寮をリースという形ではあるが確保した。

車両を提供することは出来るが、転院というのは医療が既に始まっており、A病院からB病院に移送する際にA病院の先生や看護の方の同乗を頂くということについて、改めて文書を作成し通知するとともに、年度末もしくは12月頃に指定病院を集めた説明会を企画し、その際にも、説明していきたい。進捗は適宜この審議会で報告していく。