

令和7年度千葉県地方精神保健福祉審議会 議事録

- 1 日時 令和8年1月27日(火) 午後6時から午後7時35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11名出席)
石丸委員、大塚委員、木村委員(会長)、斉藤委員、酒井委員、佐竹委員、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
(障害者福祉推進課) 葛見課長、吉原副課長、杉浦班長、酒井副主幹、矢嶋副主査
櫻井副主査、沢田主事
(精神保健福祉センター) 林センター長、矢嶋次長
- 4 会議次第
 - (1) 議題
 - ア 精神科病院における業務従事者による障害者虐待の状況等について
 - イ 入院者訪問支援事業について
 - ウ 指定病院等の指定について
 - (2) 報告
 - ア 保健医療計画の進捗状況について
 - イ その他
- 5 議事録署名人 佐竹委員、中西委員
- 6 傍聴者 1名
- 7 審議結果 別添のとおり

令和7年度千葉県地方精神保健福祉審議会 審議結果

(1) 議題

ア 精神科病院における業務従事者による障害者虐待の状況等について

【事務局説明概要】(事務局：杉浦)

資料1-1、1-2に基づき説明。

千葉県における、令和6年度1年間の件数を昨年10月に公表した。精神科病院における業務従事者の障害者虐待については、令和6年4月1日から、専用の電話回線を県庁障害者福祉推進課内に設置して対応しており、主に電話を中心として対応している。

通報及び届出の総数は304件となり、通報件数は55件で全体の約18%、届出件数が249件で、全体の約82%ということで、入院患者本人からの届出が圧倒的に多い状況となっている。これは、令和6年4月1日以降、それ以前から入院されている方も含めて全員に、障害者虐待に関する通知を、入院のお知らせとあわせて、一人一人に渡している結果で、ご本人からの届出が多いものと考えられる。

また、304件のうち、虐待として認定した件数が5件で全体の1.6%となっており、被虐待者数は9人、虐待の類型は身体的虐待で3件、心理的虐待で3件となっている。認定件数自体の割合は大変少ないが、入院中の処遇改善や退院請求に該当するもの、入院生活に関する不満などの相談なども含まれている。

虐待に該当しないような内容については虐待としての調査は行っていないが、受理した電話について、職員に相談するよう助言したり、ご本人の了解を得て、病院職員方に、対応した職員から連絡するという形で、県から病院に相談内容を伝えることもしている。

また、認定件数が5件で、身体的虐待と心理的虐待が3件ずつとなっているのは、1つの案件で、身体的虐待と心理的虐待の両方を認定したのものがあるというもの。

次に、障害者虐待があった場合にとった措置ということで、認定した5件への対応として、病院から報告徴収を行い、事実確認などを行った。そのうち3件については、改善計画の提出を求めているが、改善計画の提出を求めなかった2件については、報告徴収を受けた段階で、十分な改善対応が確認できたということで、改善計画の提出を求めなかったものとなっている。

次に、障害者虐待を行った業務従事者の職種ですが、看護職となっている。

続いて、資料1-2は厚生労働省が公表した資料になっており、全国の通報等の件数が掲載されている。こちらのスライドの2枚目に全国の全体の状況ということで、通報等の総数は6,258件で、内訳としては通報が1,514件、届出が4,744件ということで、全体の4分の3が、虐待を受けたとされる患者本人からの届出となっている。虐待の認定件数は260件で、通報等件数全体の約4%が虐待として認定され、認定した虐待の類型については、身体的虐待が最も多く、続いて心理的虐待が多く、性的虐待、ネグレクト、経済的虐待についても、件数は少ないが認定されている。

資料の3ページ目の障害者虐待があった場合に採った措置については、報告徴収を行った件数は、認定件数とほぼ同数で、260件のうち258件であり、千葉県以外の各都道府県においても、認定した場合には、報告徴収を求めていることが分かる。この資料は、都道府県ごとの件数ではない

ので、都道府県ごとの比較ができないが、報告徴収以外の措置については、都道府県ごとに対応が異なると思われるので、県としても、通報や届出に対し、他県の取組も参考にしつつ、適切に対応してまいりたい。

【意見・質疑応答】

(議長)

ただいま事務局から説明がありましたが、事前に大塚委員から御意見をいただいております。皆様にも資料1-3として配付していますが、まず大塚委員から資料の補足など、御発言をお願いします。

(大塚委員)

資料1-3として、診療所協会として検討し、資料を配付した。

障“碍”者虐待については、虐待を防止するということも明確に示し、各関係団体にも虐待防止に関する取組を検討していくことの呼びかけを行っていく必要がある。また、施設や病院を設置・運営するにあたり、マニフェストのような、どのような目的で設立されているのかについて、職員や利用者を含め、目的を確認することができるように徹底したほうがいいのではないかと。

施設や病院での障“碍”者虐待がなかなか収まらないので、職員が事件を起こすことについて、一つのヒューマンエラーと考えることで、解決の糸口を見つけられないかと考えている。その背景としては、職員が患者を「保護してあげるから言うことを聞くように」というような文化が日本社会にあったのではないかと感じているので、支援をする側が、支援させてもらおうという気持ちが大事ではないか。富沢委員からも教えてもらったことだが、精神科病院で診療行為を行うということは、医療行為なのであって、インフォームドコンセントに基づき、お互いに治療目標をつくりながら、治療同盟を作っていくことを基本とし、治療介入していくことがメインに行われることを前提として、入院治療が進んでいくものであるという姿勢が必要ではないか。

特に入院では、ルールを守ってもらわなければいけないことが当然あるわけで、どれだけ利用者がその病院のルールを守れるかどうかということになる。患者の認識力を評価しながら、必要に応じて時には行動制限を行うこともあることも、法律のプロセスに則りながら進めていくこと、感情的になるのではなく、あくまで医療行為であるということに対応していく姿勢を徹底していくことが大事ではないか。そのような思いで、案として提案させていただいた。

(議長)

大塚委員ありがとうございました。何か御意見ございますでしょうか。林センター長をお願いします。

(事務局：林センター長)

大塚委員からの意見について、二点ある。まず一点目は法律の名称としては「碍」ではなく「害」であること、もう一つは、確かに職員一人一人の意識の問題ということも、まさにその通りだが、資料の一番最後の項目の中で触れられている「精神科特例」の問題もあると思う。やはり、虐待というのは、患者さんと職員一対一で他の人が見てない状況で一番起きやすいということが当然考えられるんですけども、それが起きにくいような職員配置を、精神科特例を廃止して、目指していくということもやはり必要なんじゃないかと思う。

(議長)

大塚委員をお願いします。

(大塚委員)

基本的なボタンのかけ違いが、様々な問題を起こしているのかなと思う。精神科医は精神科医として、法律に則って、必要な医療行為として、時には人権侵害と捉えられることも行う、そう認識しながら医療行為を行うということ。精神科特例の中で、戦後、多くの精神科の病院が作られたわけですけども、その目的は、障“碍”者を保護するという名目で、様々な社会不適応の人たちを収容していたという歴史もあって、そういう中でできた精神科病院の流れは今も続いている。文化として残っているものが明らかにあるのではないかと思っている。ですから、基本的なところのスタートを改めて考え直すことをしないで、いろいろな手を打っても、つまらない仕事がどんどん増えてしまうのではないかと危惧している。

(議長)

精神科病院としては、今、虐待防止ということで、虐待を受けた、あるいは虐待しているところを見たということであれば、通報先として病院内と県庁に窓口を設けていて、窓口となる電話番号などが書いてある通知を、入院中の患者さん全員に配ることになっている。

それから、弁護士会で当番弁護士制度という無料相談があり、少し前に聞いたところでは330件受けたということだったので、現在では400件くらい受けている。それは、入院中の患者さんが電話をすれば、当番で出た弁護士さんが病院に来てくれて話を聞いてもらえる。最初の頃は2件くらいトラブルがありましたが、その後は特にトラブルなく経過していて、この制度は非常に良いものではないかということで、日本精神科病院協会千葉県支部としては評価している。それから、先日、弁護士会・PSW協会・病院協会の三者で研修会を行い、127名の方に参加していただき、是非またやってほしいということで、毎年開催できないか検討中で、病院協会としても、虐待の防止についてはいろいろ検討している。

その他、御意見ございますでしょうか。石丸委員どうぞ。

(石丸委員)

病院での虐待防止の取組を教えていただけたらと思っている。先ほど構造的な問題という話があり、今回、虐待した者の中には看護師や准看護師の方もいた。これから、虐待防止のために、インフォームドコンセントやシェアードデシジョンメイキングなど、一緒にその共同意思決定をしていくことを考えていくと、やはり看護の知識や技術が必要となってくる。そういう意味では、日本看護協会も、准看護師の養成停止に向けた取り組みを進めておりますので、准看護師の採用自体をやめるということも必要、質が保たれた看護をしていく上では重要ではないかと思う。

(議長)

ありがとうございました。斉藤委員お願いします。

(斉藤委員)

日頃、患者さんのより近くにいる職種として、このような虐待の件数が多く上がっていることはすごく残念。認定されたものが5件ということで、多くのSOSが発信されたということが大変、重く受けとめて、精神科看護部長会では11月26日に、看護管理者向けに虐待防止に向けての研修会を行って、正確な参加人数が手元にないが、管理者向けの研修で、100名は超えている。今後も、研修については重ねて行っていきたいと思っているので、しっかりやっていきたい。

(議長)

ありがとうございました。では次に、議題(2)入院者訪問支援事業について、事務局からお願いします。

イ 入院者訪問支援事業について

【事務局概要説明】（事務局：酒井）

資料2に基づき説明。

入院者訪問支援事業は、令和6年度から実施し、令和6年度は訪問支援員の養成を行った。今年度については、訪問支援員の訪問を開始した。体制等について、事務局機能については委託している。支援対象者は、精神科病院に入院中で、面会交流が特に途絶えやすい、市町村長の同意による医療保護入院者の方を中心とするが、地域の実情を踏まえて、同様な支援が必要な方、例えば家族が遠方で、入院に同意はしているが面会に来られない方なども対象として実施している。特に退院促進や地域移行を目的とはしていないので、入院患者本人の話を聞かせていただいて、必要な情報提供をする、また、意思表示支援として事業化されたということで、権利擁護の観点でも実施している。

事業の概要については、資料のとおりですが、面会は概ね30分程度、1人当たり2回までということになっている。訪問支援については、病院・対象者に利害関係のない第三者の立場の方を派遣することとなっている。

次に実績については、訪問支援員は現在61名を選任している。令和6年度に研修を受けて、支援員として選任をしている形で、42名が専門職、15名がピア、2名が専門職とピア、2名が精神保健ボランティアが参画している。今年度は、19名が養成研修を修了しているので、順次選任する予定。この61名の方から活動可能なエリアを挙げていただいており、千葉県全域において、支援員が確保できている。

次に、推進会議については県が実施主体になり、総合支援協議会の精神障害者地域生活支援専門部会が推進会議を兼ねるという形で会議を実施している。また、現場の課題等の洗い出し、事業の検証を目的として、委託先が実施主体になって実務者会議も実施している。

次に、令和7年度の活動実績で、研修については、訪問支援員の顔合わせを行ったり、今年度新たな養成研修のほかにフォローアップ研修も予定している。周知については、様々な機会で開催等で話したり、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の各圏域の協議の場等を活用して事業説明を行っている。その他、リーフレットを作成して、精神科病院や市町村担当者など、事業の対象の核となる方が、市町村長同意の方なので、市町村担当者に、よくこの制度を理解していただいてご案内をお願いしたいということで、周知を行っている。推進会議と実務者会議、それぞれの会議については年2回を予定している。

訪問支援の状況については、令和7年8月から事務局で電話を設置し、訪問希望のあった方に9月から派遣している。訪問希望と問い合わせ等は20件ほどで、実際に訪問を実施したのが7病院・9件。これは全て別の患者さんに対して訪問している。

今後のスケジュールについては、概ね当初の予定通りに進めている。また、リーフレットを参考に付けている。入院者訪問支援事業で実際に訪問して、支援をしていく中では、傾聴の大切さを認識したり、まだ周知には課題があり、今後、訪問を希望する方にきちんと情報が届くように、関係者にいかに理解してもらって周知していくかが課題になっている。

【意見・質疑応答】

（議長）

ただいま事務局から説明がありました「入院者訪問支援事業」について、御質問や御意見がありましたら挙手をお願いします。酒井委員どうぞ。

(酒井委員)

私も令和6年度の訪問支援員の養成研修を受けたが、なかなか訪問に行けないかもしれないと言ってしまったが、やらなきゃいけないと強く感じた。あと、訪問時間が30分から1時間で2回までということで、それだけでどうするのかとか、リーフレットを見て、自分で電話をかけることの敷居も高いだろうし、病院への周知ということも、病院の中に行くことも必要なのではないかと思う。また、地域移行支援をやった経験があり、初めて会った人に30分、1時間話すのみで、入院者訪問支援事業は退院を目的とはしないとやっているけれども、困りごとを聞くということは、なかなか大変ではないかと思う。また、2回訪問した後にまた訪問してほしいとか、訪問に来てくれた支援員にまた来てほしいということが可能なのか。

(議長)

事務局お願いします。

(事務局)

回数に限られていることについて、制度を実施するに当たっては、いろいろな議論がある。予算の確保も含めて、どこのラインが妥当かは難しいところですが、まず始めるということを目指し、先行事例を参考に開始した。やり方については、随時検討していきたい。個別の支援以外の部分では、何か仕組みとしてできるのかどうかなどは、各圏域にも包括事業などでも検討していく機会があるといいと思っている。

また、2回訪問した方からまた来て欲しいという希望があった場合にどうするかということについては、現状で言うと、市町村長同意の場合は、市町村の担当職員の方が面会に行くという方法が考えられることと、その他、地域につなげられるようなものがあれば、そういったものについていくことを一緒に考えていくという形になっている。

(議長)

その他、御意見御質問ございますでしょうか。酒井委員お願いします。

(酒井委員)

まず始めてみるということはとても大切で、その中でいろいろすべき問題で、やれる範囲で、いろんなことを安全にできたらいいと思うので、よろしくお願いいたします。

(議長)

その他、御意見御質問ございますでしょうか。林センター長どうぞ。

(事務局：林センター長)

病院のどこで面会をするのかも気になっている。病棟の外に面会室があって、病棟の中に家族も入れないという病院も結構あるけれども、病棟の中に入ってもらって、その生活療養環境を見てももらうことも必要ではないかと思う。他の患者さんのプライバシーという見方もあるかもしれないが、その方の生活環境を訪問支援員の方に見ていただく必要があると思っている。

(議長)

大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

この事業を始めるきっかけの一番大きな問題は、医療保護入院を続けている患者さんが、直接医療者と治療の契約をするという形になっていない。それで市町村長が代行して、どこまでその責任が負えるのかというところでは、非常に法律的な問題があると思っている。そこで、この推進会議や実務者会議に法律家が入っていない。こういうところで、将来的な目標としては、市町村長同意

によって入院をしながら、きちんと法律的にフォローされているという実績を作っていく必要があるのではないか。訪問について、病院の同意をもらえなかったり、患者さんが希望すればという形で、実際に訪問することが非常に難しい。訪問の仕方を模索された県の苦労は分かるが、法律の問題をもう少し前面に出して協力をしてもらうという姿勢が取れないものか。

(議長)

病院でP S Wを募集しても、全国的に応募してくれるP S Wがいない。給与の問題があるかもしれないが、一つには、何のためにこの資格を取ったのか分からないと。病院では、書類を揃えることと、退院支援委員会を開催するので精いっぱい、退院支援に十分に関わることができないという中で、地域の支援者側から見ると、医療保護入院が不適當ではないかと感じることもあるのではないか。病院のP S Wがケースワークをできない状況になっていることが、入院者訪問支援事業が出来た背景にあるのではないか。このような状況では、市長村長同意の患者だけでなく、医療保護入院患者全体ではどうなっているのかという疑問も出てくるのではないか。希望なども聞きたいけれど、書類や委員会を開催することで精いっぱいになっているが、書類ではなく、対面に時間をかけて支援することが大切ではないか。

それから弁護士会の人とも話しているが、精神医療審査会では大量の書類を読まなければならない。病院もその書類を書くのが大変。書類を書く分、患者さんと接したり、治療に時間をかけたい。これが患者さんの人権を守ることの役に立っているのかと思う。

精神医療審査会で書類を見るだけではなく、実際に病院に行って、患者さんに会うようにしてはどうかと思う。患者さんの人権を守るということであれば、もう少し改良したほうがいいのではないか。

その他、御意見御質問ございましたら挙手をお願いします。林センター長どうぞ。

(事務局：林センター長)

件数的にどうしても書類審査が多くなってしまいが、退院請求や処遇改善請求があった場合には、病院に行ってヒアリングをしている。それでも件数が多いということで、委員がたくさんいればいいが、追いつかないのが実情。また、書類で状況を伝えるというのは、病院として義務だと思えますし、件数が多いのはそれだけ入院患者さんがたくさんいるということなので、致し方ない部分もあるのかなというところで、もう少し委員や合議体を増やして負担を減らしたいということはあるが、増員を認めてもらってない。

書類をもう少し簡単にしたらどうかということについては、簡素化してちゃんと病状が伝わるかどうか。病状と、本人の意思に反した入院が必要かどうかということが伝わってればいいが。

(議長)

書類よりも、実際に現場を見に行っただ方がいい。正直、入院患者全件に対して見に行くことは物理的に無理だと思うので、問題だと思ったものを、書類を簡素化して、問題だと思ったケースだけ、合議体ごとに医師1名だけで行くのではなく、2人でいったり。月に1回集まって書類を読むのであれば、書類を簡単にして、その分現場に行っただ方がいいのではないか、その方が患者さんの人権が守られるのではないかと思う。実際に見に行ける回数は限られるので、会えない患者さんもたくさんいるだろうと思う。

大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

病院に行くことについて、県が遠慮しているように思う。患者さんを預けているのであれば、面

会は断らず、電話1本でスムーズにいけばいいと思うが、入院者訪問支援事業についても、訪問する人が、訪問していいかということ非常に遠慮しながら、患者さんが望んだら許可されるというようなことで、どうしてそうになってしまうのか疑問に思う。木村委員の言うように、もっと病院に具体的に行った方が効果があるのではないか。

(議長)

その他、御意見御質問がございますか。深見委員どうぞ。

(深見委員)

木村委員の、もっと病院に行ったほうがいいということについては、理念としては非常にすばらしいが、書類の簡素化については、患者さんの権利を大きく制限する手段として、医療保護入院なり措置入院なりが成立しているので、その手続きを簡素化するというのは、安易に、みだりにどんどん入院させてしまうという方向にもなりかねないところもあって、やはり手続きとしてきちんと踏まなければいけないというところがあると思うので、書類の簡素化については私としては反対というところ。その中で、書類よりも入院されている患者さんの開放的処遇の1つとして外部の人間との接触機会を担保するという意味でも、入院者訪問支援事業の理念としてはあると思うので、精神医療審査会の法律委員や医療委員が退院請求に行く以外に、外部の人との関わりを持つという意味では、今後、この入院者訪問支援事業がどんどん広がって、一般的な目線で、医療や法律などから離れた一般的な目線で患者さんに接することができる方々の養成が今後求められるものではないか。

(議長)

大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

県から、患者さんのことをできるだけ細かく正確に見ていますよと書いた書類に対して、もう少し事実関係の情報を加えてくださいと言われる。例えば、発達障害という病名がついた途端に幼少期からどうだったのか報告するようにと言われる。そうなってくると審査が通るような書類を書けばいいのかなということになる。実際に、細かくできるだけ正確に患者さんの状態を書こうとすると、もっと書くように言われて仕事が二倍三倍になってしまうという現状があるから、書類審査をすれば、患者さんの人権や医療の質が担保できるという考えは、審査する側が現実が見えているのか。実際に病院に行くことによって、書類審査より何倍も効果があるという意見には大賛成です。

(議長)

深見委員どうぞ。

(深見委員)

書類審査で全てを判断するというものではなく、病院に行くのはいいが、模範解答的な書類だけ出してということも本来的なものではなく、こういった入院の手続を取るということに関してはきちんと手続きを取らなければいけない。第三者の人が、全ての入院に関して全例行けるという状況であれば、簡素な書類を出して、入院の後に法律家委員のような方が、適正な入院なのかどうか評価するような訪問をすることでもいいかもしれないが、それも非現実的なところもあり、そういう意味では、こういった入院が非常に重要なものだということを認識させる上では、やはり現時点では書類を簡素化するのは不相当だと思いますし、なおかつ、書類を簡素化することによって、もっと手を抜く人間がやっぱり出てくると思う。そういう意味では、現在の書類は、一つの手続として大事なことだという認識は持っておくべきだと思っている。

(議長)

大塚委員どうぞ。

(大塚委員)

制度がどのような目的でスタートしたのかということ、理想や目的とするものをしっかり明らかにしながら、具体的に、実際にできる部分はこれくらいだということ。目標ははっきりしているけれども、今できることはこうだということを言うことによって、患者の人権や治療がなされること、医療者側の変化を促すような関わりをしたほうが効率的ではないか。非常に苦勞しながら、いいことやりながら、ちっとも実態は変わらないっていう膠着状態に入ってしまうんじゃないかということが一番に危惧している。

(議長)

ありがとうございました。事務局どうぞ。

(事務局)

精神医療審査会についての御意見もありがとうございました。入院者訪問支援事業については、会議の委員構成についても御意見をいただいたところだが、県の推進会議の場においても、今の御意見を踏まえて事業の充実について考えていきたい。

(議長)

続いて、議題(3)指定病院の指定等について、事務局から説明をお願いします。

ウ 指定病院等の指定について

【事務局概要説明】(事務局：障害者福祉推進課 矢嶋)

資料3-1及び3-1に基づき説明。

指定病院等の状況について、まず県内に千葉市を除き44精神科病院があり、この44病院のうち一部の病院を措置入院の指定病院として指定している。この指定をすることによって措置入院患者の受け入れが可能となる。また、このうち応急入院指定病院の指定を受けることで、応急入院を受ける、あるいは特例措置を採ることができる応急入院指定病院の指定を受けることで、特定医師による特例措置を採ることができる。これらの病院は、精神科救急体制の中でも、輪番病院、基幹病院としても機能して、地域ごとに分散して配置している。こういった指定を3年ごとに更新するが、令8年4月1日に更新日を迎えることになっており、その更新に当たっての方針の話についてもさせていただきます。

資料3-2が指定病院等の状況になっており、指定量については、この指定病床数というところになる。この数は、措置入院患者を同時に受入れることができる上限の数値として、指定にあたって指定病床数を配分している。なお、国立病院や県立病院は、指定病院の指定がなくても措置入院の受け入れが可能ですので、そもそも指定を必要していない病院です。応急入院の指定病院については、県内では現在14病院、特例措置を採ることができる応急入院指定病院については県内で8病院です。

今後の指定の方針については、概ね、このままの流れでいく考えで、現在、各指定病院に次期更新についての意向調査を行っている。まだ一部の病院からの回答をもらっていないが、回答を終えている病院はいずれも、このまま更新で問題ないという回答をもらっている。また、次期更新に当たり、国際医療福祉大学成田病院を新たに指定病院として指定する予定であり、印旛圏域の病院ですが、外国人患者の対応についても優位性があり措置事務の安定運用に寄与してくれるものと期待

している。また、今回1病院増えることになるが、それにより各病院の負担感も分散できるので、そういった意味でも、措置事務の安定運用に寄与できるものと考えている。

なお、措置入院の指定病院の新規指定については、いきなり指定するのではなく、事前に精神科救急医療システムの輪番病院として参加してもらい、対応状況に問題なければ、指定する形で運用しており、こちらの病院についても昨年からの輪番病院に参加し、しっかりと精神科救急医療システムの輪番病院としてコミットしていただいているので、今回新たな指定を検討している。

現在、先ほど申し上げたように、事前の意向調査をしているが、指定病床数についても、概ね同数で問題ないという回答を得られているので、全体の指定病床数も資料のとおりと考えている。応急入院や特定病院についても同様に意向が確認できており、資料にあるとおり、従来指定している病院の更新に加え、国際医療福祉大学成田病院の新規指定を考えている。

(事務局：精神保健福祉センター 矢嶋)

資料4-1、4-2、4-3に基づき説明。

国際医療福祉大学成田病院については、令和7年6月1日付けで精神科救急輪番病院の指定をしている。精神科救急医療施設の配置状況については、輪番病院が29病院となっている。これは指定病院のように3年間で更新しており、現在、令和8年4月1日付けの指定の更新手続き中です。

続いて、身体合併症対応協力病院について、令和7年9月1日付けで指定の更新を行ったが、精神科救急システムの枠内で推進していくこととしており、予算化されている部分はないが、一部の救命救急センターを有する病院や、二次救急医療機関で、精神科病棟での身体合併症治療ができる機関で、現在6機関を登録しており、今回新規で、千葉県総合救急災害医療センターと東条病院を登録している。

【質疑・意見交換】

(議長)

質問や意見があれば挙手をお願いします。(質問・意見なし) 指定病床の考え方など、事務局案のとおり進めさせていただきます。

では次に、報告事項に移ります。報告事項(1) 保健医療計画の進捗状況について、事務局から説明をお願いします。

(2) 報告

ア 保健医療計画の進捗状況について

【事務局説明概要】(事務局：杉浦)

資料5に基づき説明。

保健医療計画の進捗状況について、直近の状況として、指標の中で目標が未達成となっている状況について説明。

指標番号170、治療抵抗性統合失調症の治療薬について、入院で使用した病院数が1病院減っているが、同じ表の指標番号175では、使用率が少しずつ上がっており改善傾向にあるということで、令和5年度までの前保健医療計画を見ても、減少し続けているという状況ではないので、今後の推移を見ていきたい。また、先日千葉県と千葉市で合同で開催している、精神保健指定医向けの会議の中でも、クロザピン治療について報告しており、現場での取組も合わせて進めていきたい。

もう一つ、指標番号172の精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数ということで、個別訪問で対応した件数が減っているというところだが、主に未治療や治療中断についての相談を、保健所や市町村と精神保健福祉センターで連携して対応しているというところまで進めている。主にひきこもりの方に対しては、いわゆる個人宅への訪問という形ではなく、市町村職員に対し精神保健福祉センターから助言しようということで、対象者と関わる支援者への支援を中心に現在取り組んでいるところで、複数の市町村と連携しながら、市町村職員の方を中心にして、その地域で取り組みが進んでいくように、地域の支援力向上に向けて取り組みを進めている。そのため、件数としては少ないが、全体的に支援が進んでいくように取り組んで参りたい。

【質疑・意見交換】

(議長)

クロザピンに関しては、救急病床を持っているところは、大体年間6件やらなければいけないということなので、おそらく14病院から減ることはない。

その他、御質問御意見ございますか。ないようでしたら、報告事項(2)その他について、事務局からお願いします。

イ その他

【事務局説明概要】(事務局：杉浦)

資料6、7に基づき説明。

新たな地域医療構想について、精神医療についても位置付けられることになった。具体的なところは、まだこの資料以上の情報はなく、今後展開されるところなので、具体的にどのように進んでいくか、情報収集をこれから進めていくというところだが、病床のみならず、入院・外来・在宅医療・介護等の連携を含む、将来の医療提供体制の構想ということで、病床以外の話もあるが、病床についても、精神病床の必要量推計ということで、2040年に向けて、今後動きが出てくることになるので、今後、この審議会の中でも、新たな地域医療構想について、千葉県としてどのように取り組んでいくかということについて、委員の皆様からぜひ御意見をいただければと思っている。次に、もう一つ情報提供として、高次脳機能障害者支援法が昨年12月24日に公布された。千葉県において、県立千葉リハビリテーションセンターを始め、合計4つの医療機関を支援拠点として高次脳機能障害のある方への支援を進めて展開し、ネットワーク連絡協議会という形で、高次脳機能障害の方への支援のためのネットワークも、既に現在の取組として進んでいる。令和8年4月1日付けの施行で、法律に基づく具体的な手続きについては今後国から示される予定だが、県としても適切に対応して参りたい。

【質疑・意見交換】

(議長)

ただいまの事務局からの説明について、御質問などがございましたらお願いします。石丸委員どうぞ。

(石丸委員)

保健医療計画の指標に戻るが、精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率や、退院後1年以内の地域での生活平均日数などのアウトカムが出ていていいなと思ったが、指標番号184の新規の

指標について、計画策定時の目標が 103.6 日で、直近の実績値が 102.1 日で新規の指標で挙げているのに既に目標達成しているが、そういう値でいいのか。

(事務局)

直近の実績値が最新で把握できる時点のものを掲載しているが、目標値は、計画を策定する検討段階で、直近の状況より前の令和 5 年度までの状況を見て目標を定めているので、このような目標になっている。

(石丸委員)

新規という記載だったので、今回作成したものと思ったが、計画策定時に目標値があるということとは分かった。

(議長)

他に何か御質問のある方いらっしゃいますか。

いらっしゃらないようですので、以上で議題を終了したいと思います。

議事終了 午後 7 時 35 分