

平成30年度第1回千葉県地方精神保健福祉審議会議事録

1 日時：平成30年7月26日（木）午後6時から午後7時50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12名出席）

・伊豫 雅臣委員（会長）、木村 直人委員（副会長）、齋藤 由美委員、田中 千華委員
早川 達郎委員、志津 雄一郎委員、深見 悟郎委員、清 ふゆ子委員、貫井 信夫委員
勝嶋 雅之委員、名雪 和美委員、酒井 範子委員

② 県職員（事務局：障害者福祉推進課）

・萩原 稔之課長、高品 登美子副課長
野口 精神保健福祉推進班長、小貫 主査、伊藤 晴香主事、伊藤 優主事、椎名主事
吉原 精神通報対応班長

4 会議次第

(1) 議題

・平成30年度事業（重点事項等）について

(2) 報告

① 障害者計画の策定について

② 保健医療計画の策定について

③ アルコール健康障害対策推進計画策定協議会の設置について

④ 摂食障害治療支援センターについて

⑤ 措置入院の運用に関するガイドライン

⑥ 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン

5 議事録署名人 勝嶋 雅之委員、齋藤 由美委員

6 傍聴者 なし

7 審議結果 別添のとおり

(1) 議題：平成30年度重点事業について

【事務局説明概要】(野口)

資料1：1ページ

平成30年度の障害福祉に関する予算は47,425,450千円(前年度比6%増)。うち社会保障費は45,334,980千円(前年度比6%増)

精神障害に関する施策は「1. 入所施設等から地域生活への移行の推進」、「2. 精神障害のある人の地域生活の推進」、「6. 障害のある人の一般就労の促進と福祉的就労の充実」、「7. 障害のある人一人ひとりに着目した支援の充実」、「8. 様々な視点から取り組むべき事項」であり、多岐にわたっている。

資料1：2ページ

「2. 精神障害のある人の地域生活の推進」

○精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

この事業は「障害者計画」及び「保健医療計画」に掲載している事業であり、県内15の障害保健福祉圏域(千葉市を除く)が対象となり、地域の課題・ニーズを地域で解決する。地域全体で精神障害者を支援するために、各圏域の事業者へ委託し、会議体を設け、取り組みを進める。

○地域生活支援の推進

精神障害のある人が地域で生活するための住居の整備やグループホーム等関連事業をまとめた事業であり、障害福祉事業課で実施。

○精神科救急医療の充実強化

従来からの精神科救急医療の強化。夜間休日の病状悪化を適切な医療機関につなげていくために整備する。身体合併症も受け入れる医療機関の充実を図る必要があるため今後検討が必要である。

○精神障害者ピアサポートの推進

ピアサポーターの養成し、相談事業所で雇用していただき支援員として働いていただく事業であり、障害福祉事業課で実施予定。

○依存症対策

国が昨年度、依存症総合対策支援事業ということでギャンブル依存症等に力を入れていくとしたため、県でも重点事業として今年度から取り組む。アルコールについては今年の計画を策定する予定。

「7. 障害のある人一人一人に着目した支援の充実」

○高次脳機能障害支援普及事業

現在、支援センターとしては、千葉リハビリテーション病院、旭神経内科リハビリテーション病院、亀田リハビリテーション病院の3ヶ所に拠点を置いている。日常生活をする上での支援や普及啓発を行う。

○ひきこもり地域支援センター事業

精神保健福祉センター内に設置し、嘱託2名で月曜から金曜まで相談対応している。また、希望があればアウトリーチも行っている。

「8. 様々な視点から取り組むべき事項」

○災害派遣精神医療チーム（DPAT）の体制整備

精神科の医療が被災した場合、DPATを派遣し、対応していく事業。平成28年度の熊本地震の際、初めて千葉県から派遣した。災害に対応するための体制整備のために、人材育成や機材の整備を行う。今年度については、運営協議会を開き、今後の整備方針について協議をしていただく。

【質疑応答】

(志津委員)

資料及び事務局の説明では総予算が約450億円であり、精神分野では約10億円ということで額が少ないがなぜか。

(事務局・野口)

今後、地域包括ケアシステムを本格的に運用するため、まず会議体を設けて具体的な方向性を決定する必要がある。その後、地域のニーズに合わせた事業を実施していくため、今後予算額が増額すると見込まれる。また、今後ギャンブル依存についての対策も必要になるため、予算が増えると考えている。

現在、県内にひきこもり地域支援センターは1ヶ所、高次脳機能障害支援センターは3ヶ所しかないため、今後整備が必要。ひきこもり地域支援センターは1ヶ所のみであるため、今後市町村事業として取り組んでいただく必要がある。今後事業費が増額する予定。

(伊豫会長)

3障害をまとめているのか。

(事務局・野口)

資料2については精神障害だけ抜粋したものになる。ただ、「地域生活支援の促進」のグルー

プホームは3障害含むものである。

(貫井委員)

「地域生活支援の推進」で触れられていないが、第六次千葉県障害者計画・47ページにおいて、「子どもたちに対し、精神障害についての理解促進及び精神疾患の早期発見につなげるため、学校におけるメンタルヘルス教育の推進に向けて、教育機関への働きかけを行います。」と記載されている。これに対応した予算はあるのか。

(事務局・野口)

現状はない。子供たちへの教育となると、教育委員会との連携が必要である。以前から、貫井委員より学校教育に対する事業については聞いているため、今後積極的に働きかけを行いたい。

(伊豫会長)

地域生活支援の推進に関連して、グループホームの数値目標はあるのか。

(事務局・野口)

障害者計画の29ページにグループホーム等の定員について数値目標が設定されている。平成28年度の実績では4,712人、平成32年度では5,900人であり、1,200人程度の増加を予定している。

(伊豫会長)

認知症の方が、精神科救急を受診する場合、精神症状があつて受診されることが多い。認知症は身体で受診されることが多いが、その後どうするかという問題がある。救急医療システムの中では、認知症は身体と精神で重なり合う場合が多いと考えられる。認知症の方のBPSD（認知症の行動・心理症状）は精神、身体のどちらの問題になるのか。

(事務局・高品副課長)

BPSDについては精神科。基本的に、認知症全体を精神科領域で見えてはいない。このため保健医療計画でも認知症は除いている。

(酒井委員)

グループホームについて、障害者計画28ページではグループホーム支援ワーカーについて記載されている。法人としては、やらなければいけないことはわかっているが、支援ワーカー

には経験が必要であり、職員が不足しているのが現状である。また、金銭的にも厳しいものがある。参考にしてほしい。

(事務局・野口)

事業課に伝える。

(伊豫会長)

ひきこもり支援センターではアウトリーチを結構行っているのか。

(事務局・野口)

アウトリーチについては、平成29年度の実績では25件であり、平成28年度は12件である。アウトリーチについては電話を受けた職員ではなく、家族会の方が行っていたため連携が上手く取れていなかった。電話を受けた相談員が行くようになり、件数が増加した。

(志津委員)

障害者計画・50ページの精神科救急身体合併症に対応できる施設数が平成28年度の実績から、平成32年度で施設数が変わらないのはなぜか。また、算定基準についても併せて教えてほしい。

(事務局・野口)

基本的に、総合病院に依頼をして5ヶ所置いているところ。今後は、精神及び身体の病院が連携し、身体合併症に対応できる仕組みづくりをしていきたい。関係機関との協議は進めていくが、現状数値化が難しいため5施設のままで記載した。

(志津委員)

5病院については今まで開示をしていないようだが、今後も開示しないのか。

(事務局・高品副課長)

障害者計画に記載されている5病院は、救急医療システム圏域で総合病院として対応しているだけの病院である。公表はしていないが、救急情報センターに相談した時に身体合併症対応の病院を紹介してくれるという位置づけである。

(伊豫会長)

直接病院に問い合わせがあった場合、全部に対応はできない。また、身体合併症以外の問い合わせが来る可能性もあるため、そのような位置づけであると考えられる。

(早川委員)

総合病院に関連してだが、県の救急システムは前提として地域医療がある。地域ごとに作っ

ていくことが基本であると考えられる。開示して、1ヶ所だけだとシステムが回らなくなってしまうと考えられる。各地域で精神科のある病院はある程度把握はされていると思うので、地域ごとの対応を考えていくことが必要なのでは。

(2) 報告：①障害者計画の策定について

【事務局説明概要】(野口)

第六次千葉県障害者計画について (一部抜粋)

平成30年度から32年度に行う施策や障害福祉サービス等の見込み量を定めたものである。策定方法としては、国の「障害者基本計画」や「障害福祉計画」策定基本指針に即し、千葉県の状況を踏まえて策定。

【質疑応答】

(深見委員)

精神障害者手帳の取得状況について、障害者雇用が推進されるにあたり、申請者が増えているという実感。2, 3級に関しては、取得に相当していても、手帳を取得したくない人もまだ多い。実質はもっと多いのではないかと考えられる。

(名雪委員)

地域生活の移行の推進で、グループホームのことが抜粋され、計画46ページでまとめられている。その中で、「病状の悪化時等に利用できるクライシスハウスについては、利用ニーズを把握し、整備の必要性について関係機関と協議します。」と記載されている。現在の県の取り組み状況はどうか。

(事務局・野口)

10年程前に市川市でマディソンモデルを実施し、クライシスハウスを県の事業として整備した。その後、市川市や船橋市の単独事業で継続して行っていた経緯がある。現状ではクライシスハウスについて助成等を行う予定はない。

(名雪委員)

利用ニーズの把握については実施するのか。

(事務局・野口)

ニーズ調査は今後検討していきたい。

(名雪委員)

当院でもクライシスハウスがあれば入院を回避できる方もいるのが現状。病院としても取り

組みたいが一病院では難しい。県の取り組みとしてクライシスハウスについて前向きに検討してもらえれば、地域生活を継続できる方が増えると考えられるため、検討してもらえれば。

(伊豫会長)

身体では医療型グループホームがあるが、精神の医療型グループホームという発想はあるか。

(事務局・高品副課長)

現状では、具体的な検討はしていない。空室確保の費用負担が大きい問題があり、運営が難しい。今後のニーズ調査に基づいて検討していかなくてはいけないと考えている。

(伊豫会長)

入院ではないので費用はかなり安くなる。

(志津委員)

障害者枠について。企業はペナルティがあるのでとりあえず雇うが、適切な対応ができていないのが現状。県としては把握しているのか。

(事務局・野口)

県では、障害者就業・生活支援センターが支援した方であれば、定着支援まで実施している。また、商工労働部では障害者就業について、企業側の支援を各障害福祉圏域で行っている。これは県単独の事業として実施している。さらに、障害のある方の就労については国の労働局で行われているが、基本的にはハローワークが企業に対する研修を行っている。今後も積極的に障害者や企業への支援行っていく。

(酒井委員)

精神障害者に対応した地域包括ケアシステムの構築についてであるが、地域で難しいながらも行っている。あのサービス料の中で行っていることはいいことではない。月に2回必ず訪問しなくてはいけないことや、長く入院生活して、自信がなくなっている方を退院させることなど、非常にハードルの高いことであり、思うように進んでいない。計画相談で断られることもある。

長期入院者の中には、高齢の方だけではなく軽度知的の方もいる。軽度知的は非常に難しく、選考を通過していない人は療育が関連してくると支援が難しい。知的障害のスペシャリストに地域移行への協力を求めれば状況が改善すると考えている。

(伊豫会長)

地域移行で成功しているのは、精神科病院の向かいにあるグループホームだと思う。退院後、安心してそこに行ける環境が必要。そこをトレーニングの場にして、町中に行くように、段階を経ないと患者にとって不安感が強い。また地域としてもワンクッション置けるところがあったほうが安心できると考えられる。

(酒井委員)

長期入院で遠くに行く患者もいるため転院から考える必要もある。本人にとっても辛いハードルが高い。地域の様々な人の理解は必要であり、事業者だけでは厳しい面がある。

報告：②保健医療計画の策定について

【事務局説明概要】(野口)

千葉県保健医療計画(平成30年度～平成35年度)について

基本理念として、県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる総合的な保健医療福祉システムづくりを掲げており、基本的施策の方向として1. 質の高い保健医療提供体制の構築、2. 総合的な健康づくりの推進、3. 保健・医療・福祉の連携確保、4. 安全と生活を守る環境づくりをあげている。

【質疑応答】

(貫井委員)

一番深刻であると考えているのは未治療の患者及び治療を中断された方への対応が一番の課題であると考えている。計画の中ではひきこもりがあるが、先生の立場からは難しいとは思いますが、本人が病院に行きたがらず、暴力につながり、警察を呼ぶことになるようなケースをよく聞く。そういう方は家族会の中でも多くいる。地域移行は計画にも記載されており、訪問看護は成果を上げていることも理解している。医者の方がかかわってこないと解決しないことがある。

(伊豫会長)

往診や訪問、移送と絡んでくると思われる。以前はひきこもっている方のところ行くように、往診を行っていたが、問題点があるということで現在は行っていない。移送を含めたシステムが必要なのではないか。

(事務局・高品副課長)

精神保健福祉法第34条に移送制度が記載されているが、自治体により扱いに差がある。医療保護入院レベルの方について、行政が訪問して病院にお連れすることは制度上存在する。県

としては慎重に運用していくが、基本的にほとんど事例が発生せず、昨年度は0件であり、例年に一度あるかないかというのが県の現状である。

各保健所は嘱託医の相談で対応し、また必要であれば訪問も行っている。

(貫井委員)

保健所からの訪問については聞いたことがない。また、家族が無理やり病院に連れていくと、家族仲が後々非常に悪くなるため、退院後のことも考えると家族にそれを押し付けるのはどうなのか。限られたクリニックや病院が対応してくれる。

(志津委員)

保健医療計画（一部抜粋）の11ページの施策の現状課題について、精神科は細分化してきている中で、疾患別の部分で、どの医療機関で対応できるのか県は把握しているのか。

(事務局・野口)

保健医療計画の策定のために、昨年度、医療機関を対象としたアンケート調査を行っている。疾病の種類を分け、どのような疾病に対応できるのか一覧にして公表している。

(伊豫会長)

千葉県のみがクロザピンを早期に導入していたが、今回の計画の中でも記載はあるのか。

(事務局・野口)

普及促進を図っていくということで記載している。

(伊豫会長)

医師の疾患別の診断技能を向上する必要がある。特に双極性のうつと発達障害についてだが、発達障害は基本的に医療の対象ではないが、双極性のうつは医療の対象である。割合としては多くないが、誤診で来る方が多い。特に双極性のうつや若年者のうつが多い。その辺の知識普及も必要なのではないか。

報告：③アルコール健康障害対策推進計画策定協議会の設置について

【事務局説明概要】(野口)

資料2：アルコール健康障害対策推進計画策定協議会の設置について

平成26年6月1日に「アルコール健康障害対策基本法」が施行され、都道府県における計画策定が努力義務とされている。全国では平成29年度末時点で、27道府県が策定しており、千葉県でも平成30年度末までに計画策定を行う予定である。

【質疑応答】

(酒井委員)

アルコールの健康被害は多い。地域では精神障害の方でもアルコールが問題に入っている人がいる。最初はうつの人が抗うつ剤として飲んでいる人がいたが、最近は統合失調症や発達障害のアルコールが問題になっている。アルコールが問題で薬がうまく効かない方や、生活が壊れる方がいる。啓蒙的なものでも広く普及していただければと思う。

(事務局・野口)

依存症になった人ではなく、予防という観点で計画を作る予定。職場の健康診断等や市町村での健康診断、保健指導等での連携を考えている。その中で普及啓発を行えればと考えている。

(酒井委員)

普及啓発のパンフレット等を障害福祉サービスでも配布してもらえればと考えている。

(事務局・野口)

パンフレット等は現在も作っているが、計画策定なかで配布先のことも盛り込んでいけるのではないかと考えている。

(伊豫会長)

成人の健康被害を考えるなら、飲酒に伴う暴力や虐待、ハラスメントも非常に大きい。そういった知識も言及できればいい。

(清委員)

国の目標値に対して、千葉の目標値での女性が高いがこれはお国柄ということか。

(事務局・野口)

回答者の選定にもよるのではないかと考えられる。アンケート調査をした結果、この結果というだけである。

(伊豫会長)

これは無記名のアンケートなのか。

(事務局・小貫)

無記名のアンケートになる。

(志津委員)

本気で計画を策定するつもりなのか。たばこも禁煙運動が行われているが、県は禁煙と同様

にアルコールにリスクがあるということで進めていくのか。また、小売りの組合の方が委員にいて抑止できるのか。

(事務局・野口)

小売りの組合については、4団体が組合に加入している。不適切な飲酒の防止について全国で初めて取り組んだ実績があるため、理解が得られると考えている。

報告：④摂食障害治療支援センターについて、⑤措置入院の運用に関するガイドライン、⑥地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン

【事務局説明概要】(野口・吉原)

資料3：摂食障害治療支援センターについて

資料4：措置入院の運用に関するガイドライン

資料5：地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン

【質疑応答】

(志津委員)

退院後支援に関するガイドラインについて、精神保健福祉法が改正されていないにも関わらず、県は実行する予定なのか。

(事務局・野口)

精神保健福祉法は改正されていないが、県としてはこのガイドラインに基づいて支援計画を立てていく予定。近隣では、埼玉県は4月から始めており、各都道府県がそれぞれの実情に基づいて運用していく。

(志津委員)

改正されなくても、県としては診療報酬上のインセンティブをつけるような方向ということによろしいか。

(事務局・野口)

そういうことで考えている。

(伊豫会長)

資料5に現行法下で実施可能なものと記載されている。措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可ということと、問題は同意が得られない場合、計画は作成しないということが現行法下では厳しいのではないか。

(事務局・高品副課長)

精神保健福祉法47条で保健所や市町村は相談対応をすることが記載されており、その部分での対応が該当すると基本的に考えられる。法改正で措置入院者の強制的な退院支援はない。ご本人の同意がある人に限るということになる。また、自治体ごとに基準を作ってよいものである。資料5には措置入院とは記載しておらず、あくまでも精神障害者の方を全般的に範囲に指定している。

千葉県でも保健所とともに対象等を検討中。措置入院に限定している自治体や、措置入院の中でも状況を限定している自治体がある。自治体が対象とした人に限って、診療報酬に反映するものとしている。

(早川委員)

同意を得ることはハードルが高い。本人の負担費用が増えることも説明して同意を得るのか。

(事務局・高品副課長)

そのように考えている。入院中は措置入院であり、多くの方は自己負担がない。退院後の外来治療費が加算対象なので、当事者への説明も含めてガイドラインを策定したい。

(伊豫会長)

退院後支援する人がいないということになると、生活保護を受給しなくてはいけない人もいる。現実的にはあると考えられる。