

平成29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29年8月2日（水）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）、岩崎 弥生 委員、齊藤 順子 委員、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、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

イ 精神保健福祉センター

岡田 眞一 センター長

4 会議次第

(1) 議題

ア 平成29年度のスケジュールについて

イ 保健医療計画について

(ア) 現計画の進捗状況について

(イ) 次期計画の方向性について

(ウ) 次期計画の骨子（案）について

ウ 精神医療圏の設定方針について

エ その他

(2) 報告

ア 精神保健福祉センターの建て替えについて

イ 病院長・指定医会議について

ウ その他

5 議事録署名人 齊藤 順子 委員、清 ふゆ子 委員

6 傍聴者 なし

7 審議結果 別添のとおり

ア 平成29年度のスケジュールについて

【事務局説明概要】

今年度の本審議会は3回開催を予定している。今回は「現計画の指標の評価」「計画骨子」「精神医療圏の方針」について審議し、第2回目は「計画試案」「基準病床」について審議し、第3回目は「パブリックコメント後の計画最終案」について審議する予定である。

本審議会で審議した内容は、後日医療審議会に報告する。

「認知症対策推進作業部会」と「精神障害地域移行推進専門部会」の協議内容は、必要に応じて本審議会で報告する。

【質疑応答】

なし

イ 保健医療計画について (ア) 現計画の進捗状況について

【事務局説明概要】

現保健医療計画では、14個の指標を設定しており、平成29年度末の目標値を設定している。現時点で目標を達成している指標は、3番目の「救命救急センターで「精神科」を有する施設数」であり、それ以外の項目については引き続き目標達成に向け取り組んでいく。

【質疑応答】

(志津委員)

「精神科救急身体合併症に対応できる施設数 (No.2)」について今後増えていく見込みがあるのか。

(事務局) (中島)

厚生労働省の補助金交付要綱に身体合併症救急医療確保事業があり、身体合併症に対応できる医療機関を各精神科救急医療圏域に1か所程度ずつ整備していくことを目指していたが、指定要件として365日1床の身体科のベットを空けるという基準を満たすことが難しくなかなか病院から協力が得られなかった。

そのため、県独自の体制を組んでいこうということで、千葉県精神科救急医療システム連絡調整会議で、病院に協力を得られる体制はどのようなものか協議していった中で、身体合併症対応協力病院の登録制度を平成28年から開始した。

身体合併症対応協力病院は、精神科病院での身体合併症治療が可能な病院と精神科外来のみの病院の2種類あり、現在は、精神科病院での身体合併症治療が可能な病院を5施設登録している。今後は精神科外来のみの病院も含めて身体合併症対応協力病院を増やしていきたい。

(志津委員)

身体合併症対応協力病院はホームページ等で公表されているのか。

(事務局) (中島)

身体合併症対応協力病院は、千葉県精神科救急医療システムの運用の中で、身体合併症のサポートが必要な場合に受け入れてもらう病院と位置付けている。そのため、情報の提供先は一義的に精神科救急情報センターと考えており、現時点でホームページ等での公表は想定していない。

(伊豫会長)

長期入院患者が退院するのに、いきなり市中に出ていくことは不安が大きく、地域生活に慣れていないことから、ある程度のトレーニングが必要と思われる。また、地域で受け入れる側からしても精神科病院から退院するより、施設でトレーニングを受けてきたとか転居の形のほうが受け入れやすい。

千葉県では敷地内グループホームを条例で認めていないが、敷地内グループホームについて検討いただきたい。

(事務局) (野口)

現計画を策定するときから敷地内グループホームについて議論されていた。

条例の改正も見据えて、精神障害者地域移行推進部会や入所・地域生活支援専門部会の議論に加えるか障害福祉事業課と協議・検討していきたい。

(勝嶋委員)

「精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数 (No.4)」の目標を達成するための方策はあるか。

(事務局) (岡田)

これまで精神保健福祉センターのデイケアスタッフがアウトリーチスタッフを兼ねていたため、水曜日しかアウトリーチを実施できなかったが、平成 29 年 4 月からデイケアを休止し、月曜日から金曜日までアウトリーチを実施できる体制にしたので、今後数値は増加すると思われる。

この指標は地域精神保健活動がどれくらい行われているかを計る指標になると思われるが、基本的には保健所が行う訪問指導がベースとなる。精神保健福祉センターが行えるのは、保健所などへの技術支援として困難例などに相談に乗っていくものと考えている。アウトリーチチームの特色は精神科医師も入って多職種で実施することにあるので、その強みを生かして実施していきたい。

(勝嶋委員)

現時点で保健所との連携はあるか。

(事務局) (岡田センター長)

現時点で保健所と連携している。基本的には保健所から依頼を受けるか、市町村が保健所を通じて依頼を受けてアウトリーチを実施している。

(酒井委員)

「地域移行・定着協力病院数 (No.5)」「遠隔地退院支援者数の実数 (No.9)」は何年も前から実施してきたと思うがどうしてそんなに進まないのか。「精神科病院の長期在院者 (1年以上在院者) の数」も減っていないが、地域移行や定着を利用したほうがうまくいくだろうと思っていただけでない。情報として浸透していない。

(事務局) (野口)

「地域移行・定着協力病院数 (No.5)」については、27年度末に県の要綱を作った。28年度に会議等の場で周知を行ったが、11病院という結果になった。

28年度は病院から手挙げ方式でやっていたが、今年度は例えば保健所から推薦をもらった上で認定していく方法等を検討していきたい。

「遠隔地退院支援者数の実数 (No.9)」については、制度設計として退院したい圏域に転院しなければならないという要件が厳しく、制度を利用しづらいところがあった。今年度はその要件を満たさなくても実施できるように変更したので、増加すると思われる。

「精神科病院の長期在院者 (1年以上在院者) の数」については、主に地域移行支援事業に取り組んでいるが、次期計画では精神障害にも対応できる地域包括ケアシステム構築が目指されているので、地域移行支援協議会の運営方針の見直しを図ればと考えている。より病院から地域に移行できる方策を考えていきたい。

(岩崎委員)

「精神障害者ホームヘルパー養成者数 (No.6)」「精神科病院 (単科精神科病院) が実施している精神科訪問看護を受けている患者数 (No.7)」「精神科診療所が実施している精神科訪問看護を受けている患者数 (No.8)」の指標について、当初の計画から社会的な状況や患者の状況が変わったため達成できていないのか。ほかに理由があるのか。

(事務局) (野口)

後日回答したい。

(岩崎委員)

訪問看護ステーションが経営的に成り立たなくて辞めてしまうとか、訪問看護ステーショ

ンに就職した人がなかなか定着しないとか。ホームヘルパーも回転が速い話とかを聞いていて、実際に現場でどれくらいのニーズがあるのかということと関連してくると思うので情報を教えていただければと思う。

イ 保健医療計画について (イ) 次期計画の方向性について

(ウ) 次期計画の骨子 (案) について

【事務局説明概要】

次期保健医療計画では、「精神障害にも対応した地域包括システムの構築」と「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」が求められている。「精神障害にも対応した地域包括システムの構築」について、介護保険分野で既に地域包括システムの構築に取り組んでいるが、介護保険分野とは別に新たにシステムを構築していく。「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」について、多様な精神疾患ごとに医療機能の明確化を図るために、各医療機能（都道府県連携拠点機能・地域連携拠点機能・地域精神科医療提供機能）の具体的な要件を本審議会で決定し、各医療機関が対応できる精神疾患等を現在調査中のアンケートで把握した上で、どの医療機関にどの医療機能を担ってもらうか検討していく。

次期計画の骨子 (案) では、国の指針に沿った形で改定を行う方針で、「精神障害にも対応した地域包括システム」と「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」の2つの体制についてそれぞれ「施策の現状・課題」と「施策の具体的展開」を整理して記載する。また「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」では国の指針に合わせて精神疾患等ごとに整理していく。継続して取り組みが必要な施策は次期計画に引き継ぐとともに、新たに必要な施策を盛り込んでいく。

目標項目・数値については、国の通知に記載されたものを基本に検討していく。

【質疑応答】

(貫井委員)

「精神障害にも対応した地域包括システム」と「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」が絵に描いた餅になるのではと危惧する声もある。この体制により具体的にどのようなようになるのか。

(事務局) (野口)

地域包括ケアシステムはもともと高齢者の施策として始まったが、精神障害にも対応できるようにということでも新たに盛り込むようになった。千葉県の場合、地域移行支援協議会が障害保健福祉圏域（15 圏域）ごとに出来ており、この協議会では、病院や保健所・事業所・市役所等が協議体を作って精神障害者が安定して生活するためのネットワークづく

りを進めてきた。このネットワークを活用して地域包括システムに移行する形を考えている。

「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」は病院どうしや病院と診療所の連携を図っていく。「精神障害にも対応した地域包括システム」の図の左上の医療の分野を拡大したものが「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」となる。

(貫井委員)

具体的にどこがどう変わるのか。

(事務局) (高品)

地域移行支援協議会に訪問看護ステーションや介護分野の関係者にネットワークに新たに入れてもらう。障害福祉サービスと介護のサービスをより使いやすくするという方向性を目指して施策を進めていく。

(清委員)

ネットワークは少しずつ構築されてきていると感じる。主任ケアマネージャーが認知症の病院を見学したり、介護の方が精神科の病院をみていただくとかすると、看護師等の職員と顔の見える関係ができ、お互いに困ったときに相談できるようになっている。行政の方とも精神科病院ともつながるように実感している。そういったことが本当の意味での連携につながっていくのではないかと思う。

(早川委員)

地域移行の協議会のネットワークが15の圏域で確立したと話があったが、15の圏域とはどのような圏域か。

(事務局) (野口)

保健所の管轄圏域と一致している(千葉市以外)。

(志津委員)

「精神保健指定医のあり方について」で、座学中心による受動的な研修から、グループワーク等の能動的な研修へとあるが、国レベルでやるのは難しいということで県に降りてくる可能性があるのか。また、県に降りてくる場合、現段階で県は準備を進めているのか。

(事務局) (野口)

国から現時点で具体的に示されていない。精神保健福祉の改正法案が成立すれば示されると思うので、その段階で本審議会でも示したい。

(伊豫委員) (会長)

保健医療計画で、千葉県で前回クロザピンの使用施設を掲載したが、全国で千葉県だけだった。この6年間で全国的にクロザピンを使用に関して、千葉県の精神医療連携システムが例としてあげられている事実がある。千葉県独自の提案が、国全体で進められていることがあることを報告する。

(伊豫委員) (会長)

精神疾患等の中に「うつ病・躁うつ病」、現在では双極性障害と呼ぶことが多いが、躁うつ病の方の支援が非常に遅れていて、自殺だけではなくて生活が破綻している方が多い。躁うつ病の患者が従来考えられていたより多いのではないかということがあり、国の社会保障審議会の障害者部会で、うつ病だけでなく躁うつ病もいれてもらったという背景がある。

ウ 精神医療圏の設定方針について

【事務局説明】

精神医療圏は、二次医療圏を基本としつつ、地域の実情に応じて弾力的に設定する。あくまで連携する地域単位であって、精神病床の算定は従来どおり一圏域として算定することから、入院や通院が精神医療圏域内で完結しなければならないということではない。本計画は「良質かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確保を図る」ことを目指しており、医療に関する施策は二次医療圏を単位として実施していることから、二次医療圏を精神医療圏とする方針で関係者と協議を進めていきたい。

【質疑応答】

(早川委員)

具体的に二次医療圏域と障害保健福祉圏域では何が違ってくるのか

ネットワークとか顔の見える関係だと小さい圏域でないと無理、2次医療圏域だと広くなってくるので、どのように棲み分けしているのか。

(事務局) (野口)

障害保健福祉圏域に区切ってしまうと、病院が1つしかないことがある。その場合、隣の圏域と合わせて考えてなければならず、初めから2次医療圏で考えた方がよいと考えている。

(事務局) (岡田)

精神医療圏域で構築する「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」では主として連携するのは医療機関中心であるが、障害保健福祉圏域で構築する「精神障害にも対応できる地域包括ケアシステム」では医療機関に加えて障害福祉サービス事業所や相談支援事業所や福祉や介護の事業所が入るのでより広い職域であることが大きく違っている。

医療機関は数が限られているのであまり狭いとネットワークを作れないという問題がでてくる。

(早川 委員)

その2つがうまく連携、棲み分けしていかないとアクションに結びつかない。

(伊豫委員) (会長)

精神医療圏域の間でも連携するのか。

(事務局) (野口班長)

必要に応じて連携する。

(2) 報告 ア 精神保健福祉センターの建て替えについて

イ 病院長・指定医会議について

【事務局説明】

・精神保健福祉センターは昭和 45 年に建設されて老朽化が進んでいるため耐震補強が必要になっており従来から建て替えを検討していた。

千葉県精神科医療センターと千葉県救急医療センターの一体的な整備を進めていたところだったので、より効果的に整備ができるように精神保健福祉センターを含めた一体的整備を28年度に病院局と協議した。整備の方向性を示した基本計画を28年度に策定した。

精神保健福祉センターと一体的に整備することにより精神疾患の予防・診断・社会復帰まで一貫した精神保健福祉サービスを提供する。

・精神保健指定医会議について昨年度までは病院長・指定医会議として開催していたが、29年度から病院長会議と指定医会議に分けて実施することとした。第1回目の精神保健指定医会議は、7月27日に開催し81名が参加した。内容は、精神保健指定医の業務のうち、特別職公務員として実施する措置診察に特化して開催した。病院長会議については、10月下旬から11月を考えており、内容は病院の実地指導等内容で検討している。

(志津委員)

精神科救急で「24時間365日体制で救急患者の受入れ」とあるが千葉県総合救急災害医療センターが出来たらこのようになるのか。

(深見委員)

精神科医療センターでは、現在も 24 時間 365 日体制で救急患者の受入れを行っている。

(岩崎委員)

安房圏域で突出して精神科病床数が多いのに理由があるのか。

(事務局) (中島班長)

精神科病院を作るのに国が積極的に補助をしていた次期があり、その当時安房圏域で精神科病院を作りやすい環境があったと想像できる。

安房圏域は 4 つの精神科病院があり積極的に地域でサポートする体制が確立されている。

(岩崎委員)

亀田総合病院・三芳病院は地域への移行支援を積極的にやっていると思うが、ほかの病院はどうか。

(事務局) (中島)

他の病院も地域への移行支援を積極的に実施している。

(岩崎委員)

今後コミュニティの視点が重要になると思うので、連携することでお互いに刺激しあって良い関係が作れるといいと思う。

(貫井委員)

家族の偏見もあると思うが、近場の病院に行かない人がいる。そのようなデータを県で把握しているか。

(事務局) (高品)

厚生労働省が行っている 630 調査というものがあり、毎年 6 月 30 日時点の入院患者について住所地も調査している。

(貫井委員)

東京都など県外の人が、どれくらい千葉県の病院に入院しているか。

(事務局) (高品)

後日回答する。

(深見委員)

地元の病院にスティグマがあつて遠い病院に入院するというより、東京都東部エリアには精神科病院がほとんどないので、千葉県内もしくは埼玉県東部地域の病院を紹介せざるを得ない状況があり、東京都内の方が千葉県に来ることがある。

また、病病連携について医師同士の連携ということもあるので、出身大学の先生同士の

連携で紹介されることも多々ある。都内にはたくさん病院があつて都内大学病院の出身の先生の連携で東京都の方が千葉に来ることが多数あるのが現状。

(清委員)

(仮称) 千葉県総合救急災害医療センターの建設予定地が海辺で、DPAT 訓練受け入れの経験から津波を心配しているが、どのような対策をしているのか。

(深見委員)

建設予定地は海岸沿いで埋め立て地にあるので津波・液状化の問題は避けられない。

千葉県の災害拠点病院として中核機能を担うには日医北総病院が担当する。

災害の種類も色々あるので、交通アクセスを考えると幹線道路がそばにあるとか、ヘリコプターが海側からだと到着しやすいことなどから海岸沿いで計画を進めている。津波・液状化対策として、かさ上げして津波に対応できるようにしたり支柱を地下深くまで伸ばして液状化にも対応できるようにしたり計画している。地震・津波を想定することが多いがテロ等の災害に総合的に対応できるところをイメージしてほしい。