

山梨県精神保健福祉審議会 会議録

1. 日 時 平成29年3月24日（金）午後2時～午後4時
2. 場 所 山梨県庁本館特別会議室
3. 出席者（14人）敬称略
 - ・会 長 松井 紀和
 - ・副会長 功刀 融
 - ・委 員（五十音順）

池田 理恵	長田 早苗	小林 千尋	土橋 園子	久保田正春
篠原 学	嶋崎 信子	清水 隆善	白石 孝一	関本 里枝
高野 一美	千野 由貴子	藤井 康男	渡辺 英子	
 - ・オブザーバー
小石 誠二（精神保健福祉センター所長）
 - ・事務局
福祉保健部 次長 前嶋 健佐
福祉保健部 障害福祉課長 山本 盛次
福祉保健部 障害福祉課 総括課長補佐 小俣 達也 他
 - ・欠席委員（2人）敬称略
小林 千尋、篠原 学
4. 傍聴者等の数
報道関係者 1人
5. 次第
 - (1) 開会
 - (2) 挨拶
 - (3) 会長選出
 - (4) 議事
 - ① 精神・身体合併症患者医療提供体制の整備について
 - ② 災害時ところのケア体制の整備について
 - ③ 障害福祉計画、医療計画策定について
 - ④ 報告事項
 - 精神保健福祉法改正（措置入院後の支援）
 - 地域包括ケアシステム
 - その他
6. 概 要
精神保健福祉審議会の会長に、山梨県精神保健協会長の松井紀和氏が就任。
以降の議事及び報告事項の議長となって進行した。

＝以下、議事＝

(1) 精神・身体合併症患者医療提供体制の整備について

資料1に基づき、事務局から説明がなされた。

○ 議長

事務局の説明に対し、どなたかご質問等あるか。

○ 委員

精神疾患の中に認知症は含まれるか。認知症が一言も出てこない。認知症は障害福祉課では扱わないのか。精神科病院には問題行動を伴う認知症患者も入院しているが、そういう人はここでは検討しないということか。

○ 事務局

実態調査を行うので、それぞれの疾病ごとに調査をしたいと考えている。認知症の患者さんにも調査の上、課題を洗い出したいと思っている。

○ 議長

認知症は精神科医療の対象か。

○ 委員

一般的に認知症の方も、その方が認知症だけだと難しいが、その中で精神科身体合併症があれば対象の中に入ると思う。その中で現実的には認知症の方でかなり精神状態が悪い方で身体合併が出てきた方の治療は多いわけで、その問題も含めてどの程度対応するかということ。

一方で、総合病院の中で既に認知症の方が身体的治療を受けている。山梨県は高齢化進んでいるので総合病院入院している方をみるとかなりの割合で認知症の方がいるようだ。そういう中で、せん妄や認知症自体の問題も出てきて精神的治療が必要になることもある。だから両面でこの問題は存在している。

今後高齢化に向けてますます重要になってくる、この際このマターがどの程度あるのか、どういう対応が必要かを検討の中に入れてくれたらと思う。

○ 委員

実態調査で認知症を含むと言うことでいいか。

○ 事務局

調査の設計についてはこれから決めていくが、認知症を含めてと考えている。

○ 委員

認知症の問題があるが、精神科病院に入院している患者さんということで考えると統合失調症の患者さんが一番大きな問題になる。通院している人もたくさん統合失調症の患者さんがいる。統合失調症の患者さんは実は世界中で調査すると一般の人口と比べると余命が15～20年くらい短いことが明らか。大きな理由は体の病気への対応が十分に行かない点が上げられる。もちろん自殺というリスクも高いが、それ以上に体の病気による死亡が大きくて、治療が一般の方並みに行っていない問題がある。そういう意味で今回の議論はとても重要である。精神科の治療を長く受けている方に関して、できる限り一般の方並みの治療が受けられるような体制をつくることは大切。私どもの病院で最近の3年間で統合失調症の患者の死亡について検討したが、大体山梨県の一般人口と年齢と調整した調査をすると、3倍くらい亡くなりやすいというデータが出た。世界的にこういう報告があるが、ほぼ同じ結果となった。山梨県の各病院でも同様の問題があると思う。メディカルコントロール協議会について、私も関わらせていただいた。精神科救

急の 24 時間体制が出来て、皆さんの協力のもとに順調に進んでいると思うが、課題になったのが、救急隊の方から精神科的な問題と身体科の問題、両方が重い場合にはどう対応したらいいかということがあった。これに関しては明確な対応を定めることが出来なかった。もちろん身体科を優先するということにはなっているが、精神科が重篤な場合はどうしたらいいのかということに関しては結局決まらなくて、今までなんとかやってきたからその流れでなんとかやりましょうということでその場をおさめたが、今回こういうことも含めてきちんとしたシステムができれば山梨県のために大変よろしいと思う。

○ 委員

精神疾患をもち身体合併症ということだが、今後の地域包括ケアシステムの構築ということでも様々な連携を図りながら注視していくわけだが、精神の疾患を持った方への対応が十分に出来ている現状であるかということには非常に課題として残っている。今回このようなことが検討されて、現在山梨厚生病院だけが身体合併対応しているが、受入体制を整えるということでは今回の検討は期待している。

○ 議長

これは医療を受ける基本的人権の問題。行動制限の問題も人権の問題である。治療がどこまで保証されるか、医療がどこまで受けられるかという問題でもある。基本的人権の問題だと思うのでよろしくお願ひしたい。

(2) 災害時ころのケア体制の整備について

資料 2 に基づき、事務局から説明がなされた。

○ 議長

今のことに関してご質問ご意見があればどうぞ。

○ 委員

今後、県としての混成チームを作る形になるのか。1 所属機関ではなくて、医師とか、看護師とか、精神保健福祉士とか、臨床心理士も来年国家資格になるが、そういう方々が登録して一つのチームとして機能するのか、今までのように日下部記念病院さんとか住吉病院さんとか県だと北病院さんとか県庁チームとかという形でやるのか。

○ 事務局

発災後速やかに支援に移行できるように委員の皆様からの意見も賜りながら、予め体制は整備したい。DPAT として派遣支援するにあたっては、精神科医師と看護師、精神保健福祉士、ロジ、といったような体制が決められているので、その体制が数日間回せられるかということもある。現状を踏まえながら新たな検討チームの中で検討したい。

○ 委員

日本臨床心理士会も全国 8 ブロックある。災害支援という形で研修している。山梨は中部ブロックに入る、北陸 3 県と長野静岡愛知岐阜三重。先進県である愛知県とか静岡県では県と共同でマニュアルを作っている。医師会、精神保健福祉士会もそうだと思うが、職能団体から派遣する形もあるから、山梨の場合これからそういう形でやるのなら人員配置をどうするのか、民間の協力とか、一施設で単独で出すのかとか。県の考え方、システムにより考え方も変わってくる。研修

にも出て、有事の時は活動できるような方々を職能団体は養成しているのでそういうこと連携していただけて考えていただければというのが希望。

○ 委員

神奈川県で災害時の医療の検討委員会に入っている。災害地で何を求めているのかわからないで派遣するというのは、行っても何もすることがないこともある。災害地で何を求めているのか。心のケアを求めている場合は良いのだが、そうではなくて違うことを求めている場合は行っても無駄になる。災害地とのやりとり、対応が難しい。何を求めているのか把握してから行くのが合理的だと思うが。

○ 事務局

今回の熊本県の派遣については、熊本県から DPAT 事務局の方に精神医療チーム派遣について支援の要請があって、そこから各都道府県に要請があった。Aという避難所でこういった方がいるのでこれだけのチームが必要だと言うことは発災後すぐに整理することは非常に困難だと思うが、そこに医療・保健・福祉の支援要請があるということで派遣させていただいた。

DPAT のマニュアルは骨格が整備されている。心のケアと言うことについては深く盛り込めていないこともあるが、東日本大震災での支援を踏まえて統括機能をどうしていくのかというところで整理されている。

ニーズがつかめないまま派遣をするということもあるが、フェーズによって変わるニーズに対して DPAT の枠組みを使い、こころのケアという所も整理して支援が出来ればと思っている。

○ 委員

災害がいくつかの県にまたがることもある、大規模災害ではそうなる。山梨県から行くだけでも大変。現場が求めていることをどのような手段で把握するのか、47 都道府県あるわけだから、各都道府県で構成されるからそこと並行する、例えば神奈川県とか長野県とかと調整して、山梨県はこうしますよと調整して派遣した方が有効。ただ行けばいいということではなくて、どういうことを希望しているか。それを把握して行かなければ無駄になる、行った方の専門性が活かされないとすることもあるからそういうことも検討して欲しい。

○ 事務局

情報収集のあり方についての意見として賜り、検討チームの中でそういった点、迅速に適切な情報をどのようにキャッチしていくのか、把握していくのかということも検討していきたい。

○ 議長

災害の時の救援というのはラグビーの試合と同じ。ラグビーの試合は監督、主将がどうするかで決まる。救急の時はみんながワイワイしても話にならない。まずシステムが必要。援助を頼むとすると誰が発信するのか、受ける場合に誰が受けるのか、その辺がしっかりしていないとごたごたする。緊急の場合はみんな戸惑っている、監督の力が大きくなる。そういうことが出来るようなシステムを考えておくことが重要。

○ 委員

このような場で話をさせていただく機会をありがたく思う。一つ事務局の説明の確認をしたい。来年度の事業の中でフォーマットのなものを作る。その対策検討チーム、9 月には本審議会で報告という風に受け取ったのですがそのような形

でお汲みさせてもらってよろしいか。

○ 事務局

9月を目途に第2回目の災害時心のケアチームでの検討を行い、マニュアル案を策定し、その後、秋、10月を目途にとりまとめ、本審議会に報告をさせていただき、その上でマニュアルを作成したいと思う。

(3) 障害福祉計画、医療計画策定について

資料3に基づき、事務局から説明がなされた。

○ 委員

聞き慣れない言葉だと思うが、計画の中に地域生活支援拠点という言葉が盛り込まれている。これは確か、当初の予定では平成30年度を目途に市町村単位、圏域単位で拠点を設けながら、まさにこの地域包括ケア、そのときはこの言葉はなかったのですが、地域で支える仕組みを作っていくというようなことを目指されたと思うのだが、国の方でなかなか難しいと言うことで、平成32年度までに引き下げたのかと。このことについては県としてもバックアップしていかないと、市町村単位、圏域単位で具体的に動いていくのはかなり難しい課題なのかと思っている。医療計画とリンクしていくということもあるのだが、地域で支える仕組み・仕掛けを考える上でも地域生活支援拠点というのは大きなテーマになってくると思うので、計画立案する際には、ただ作るというだけでなく、県としてどういったサポート体制を組んでいくのかということも具体的に盛り込んでいただきたい。

○ 事務局

地域包括ケアシステムの図をご覧いただくと下のラインに、市町村ごと・圏域ごと・県ごとに協議の場を積み重ねて設置することとなっており、重層的に体制で支援をしていくこととなっている。市町村・圏域では難しいところは県であったり、あるいは圏域であったりとして体制を組めるようにしていきたい。

○ 委員

そのようなお考えがあるのであれば、地域の中から市の保健師さんとか地域からも一人ずつという参加の仕方はどうかと考えたのですが。人数的には難しいのかもしれないが。

○ 事務局

地域生活支援拠点に関する質問と、市町村の保健師さんなどをお呼びしてという意見をいただいた。当然いろんなご意見を賜りながらそれらを踏まえて計画を多様にしていく必要があると思っている。いくつかこういった形での会議・会合を持っているが、この精神保健福祉審議会というのは最上位の審議会組織でありまして、いろんな場で検討していただいたものを私ども報告させていただいたり、各委員から持ち寄っていただいたものを最終的に協議調整していただくものでございまして、平場でなるべく多くの方からご意見いただくのも場合によっては可能かと思いますが、施策の根幹といったところをこの場では練っていただきたいと思っているので、あまり人数が多すぎてもまとまらないというところもございまして。もちろん市町村の方のご意見も違う場でじっくり拝聴し、この場で報告させていただきましますので御理解をいただければと思います。

○ 委員

ありがとうございます。

○ 議長

いろんな体制が整備されればされるほど、福祉が減ると言うことがある。つまり、いろんなことができてくると、あまり個人的なケアをしないですむということになる。そういうこともある。むずかしいところ。地域の支援が一番かというところ、家族の支援がまず絶対必要。その次に地域といっても、地域機能は崩れしまっているのが現実。隣組はあって回覧板は回ってきますけど、それくらいのことであってなにかしようということはありませんのが現実。地域機能は期待するんだけどなかなか難しい。第一義的には家族を徹底的に支援するというのが先。それが初めて地域でいかなせることできるポイントになるのではないかと。

○ 事務局

貴重なご意見をありがとうございます。今まさに国があるいは県がやろうとしていることが、地域の力を取り戻そうということでありまして、地域共生社会という新たな理念が提出されている。これは厚生労働省の方で、わがことまるごと地域共生社会実現本部というところで検討してきた。公助、公の支援では限界があるし、自助だけではなりたていかない部分があるというところで、互助であるとか共助と言われるところを、地域を抜本にしてより強化していこうと。これは難しいというのは会長おっしゃるとおりで、ここについては、市町村あるいはより生活に立脚したコミュニティの力をどう切り出していくのが重要になってくる。非常に難しい課題だとは思いますが、そこに取り組んでいくのが今後必要なのではないかと思っています。

(4) 報告事項

○ 議長

それでは、報告事項をまとめて事務局から説明をお願いします。

○ 事務局

(資料4を説明)

○ 議長

とても大事なことであるが、ここで論議するわけいけないのだが、精神障害者をみている病院とか施設とか、知的障害者をみている施設の職員のメンタルヘルスが非常に悪い。基本的にはメンタルヘルスに関わっている人のメンタルヘルスが悪いと言うことが非常に大きな問題。ここで論議しても仕方ないのかもしれないが、精神障害をみる側のメンタルヘルスを考えていかなければならない。なにか県でできるか。施策としてできないか。

○ 事務局

相模原の痛ましい事件は、障害者なんていなくなれば良いというような、元職員のゆがんだ偏見に基づく考えに基づいて行った犯行でした。職員のメンタルヘルスが非常に危うい状況にあるということは一般的に言えるかはわからないが、そういう懸念があるということはお聞きしているところ。7月26日に事件が起こったが、本県では9月初頭に福祉施設の職員を対象にして「福祉の心」と題して講演、研修会を行ったところ。こういったことを1回やっただけではどうにもならないわけで、継続して職員の障害者への向かい合い方といったことを、県の研

修の場を通じて確保して参りたいと考えている。心構えだけではどうにもならないと思うが、職員が施設において働く、処遇という所を考えていかななくてはならない。両面から今後検討させていただくことになる。

○ 委員

措置入院患者の退院後の支援を継続的にしていくということで、措置入院先の病院管理者が退院後生活環境相談員を選任とあるが、この方はどういう身分でどのような権限を持っているのか

○ 事務局

退院後生活環境相談員というのは、前回の法改正の時に医療保護入院者に選任しなければならないと精神保健福祉法の中で規定された職種であり、多くは各病院のソーシャルワーカー、精神保健福祉士がその役割を担っている。今回の改正でこの相談員を措置入院の患者さんにも選任するという事になっている。

○ 委員

ケースワーカーはここまで出来ない。院内のことで手一杯になっていて退院されたら日常生活をしている訳ですよ、その方の退院後の支援の役割はかなり難しいのではないかと、現実的には。

○ 事務局

退院後とありますが、入院中に関わるいわゆるソーシャルワーカーと同じ役割。実際退院した後の支援については、もちろん通院時にはご支援いただいたり医療の立場ではご調整いただくことはあるのですが、むしろ退院後は保健所設置自治体の職員が中心となって支援をしていくので、措置入院を受けている病院であれば、今措置入院の方にさせていただいてる支援を更に厚くしていただく、アセスメントを確実にしていただく、そういうイメージだと思います。

○ 委員

退院してしまった場合は、院内のケースワーカーが、通院してきてくれれば良いが問題を起こす方は通院してこない、そういうことをどう把握するのか。

○ 事務局

そちらはむしろ医療の立場でなくて、保健所の職員等が中心になろうかと思う。資料3ページの個別ケース検討会議のような場で、地域の職員や医療機関がチームを組んで、医療が途切れないような支援をしていく、体制を作っていくということ。

○ 事務局

資料の書きぶりがわかりにくいですが、退院後ではなくて入院中に退院後に向けた生活環境の準備を整えるケースワーカーということでして、入院中に準備をするというように私ども認識しております、退院した後は医療機関も関わっていただくわけですが、個別検討会議という保健所設置自治体が行う会議が担い手となるという風に考えている。過分なご負担をいただくことはないのではないかと考えている。

○ 議長

入院中の患者さんや施設に入所している高齢者とかが、無断で外出して交通事故で傷ついた場合に、どのくらい施設とかに責任を負わせられるのでしょうか。これによっては行動制限がかなり厳しくなるだろうと。どの程度施設とか医療機関とかの責任か。難しい問題だが。ケースによるのかと思うが。非常に大きな問

題だと感じる。それによってある程度外出できるとか、緩むとか。これは人権の問題で行動がどのくらい制限できるのかということにつながっている。

○ 委員

今の話だが、主立ったところでは在宅のケースで、認知症の方が、家族の隙をみて出かけて行って、踏切に入って列車に衝突してしまった。それで鉄道会社が損害賠償を家族に請求したケースがあった。そこでは家族の監督義務者としての責任は否定されている。全部が全部、家族の責任を負うわけではない。それと平行に考えられるのではないか。個別の方に対する行動に対しては本人の責任、大人なので本人の責任という中で、実際には病院が外出許可を出したからそうなんだという、因果関係の問題もあるが、全ての責任を病院なり施設が負うということにはならなからうと思います。

○ 委員

法規制ですが、入院形態にもよる。任意入院や医療保護入院患者は人権擁護の観点から基本的には自由であるが。措置入院は知事命令ですから行動制限があり、外出も職員同伴ですからその辺をちゃんと運用してくれればいい。責任能力の有無は予見できる範囲か否かは大きな問題であり、その辺がグレーゾーンになると思う。

○ 議長

では、これで議事及び報告事項を終わります。御協力ありがとうございました。事務局へお返しします。

以上