

山梨県精神保健福祉審議会 会議録

- 日時 令和3年3月9日（火）午後6時30分～午後8時
- 場所 Zoomミーティングによるオンライン（防災新館409会議室）
- 出席者（14名）敬称略
 - ・会長 松井 紀和
 - ・副会長 藤井 康男
 - ・委員（五十音順）

跡部 勝	池田 理恵	一瀬 礼子	川崎 加代
功刀 融	久保田 正春	千野 由貴子	土橋 園子
藤森 一浩	宮田 量治	望月 義次	渡辺 喜久男
 - ・オブザーバー
岩佐 敏（精神保健福祉センター所長）
 - ・事務局
福祉保健部 部長 小島 良一
福祉保健部 障害福祉課長 古澤 善彦
福祉保健部 障害福祉課 総括課長補佐 渡邊 文昭 他
 - ・欠席委員（4名）敬称略
金丸 一元 篠原 学 関本 里枝 高野 一美
- 傍聴者等の数
報道関係者 1名
- 次第
 - 1 開会
 - 2 挨拶
 - 3 議事
 - 報告事項
 - （1）依存症対策について
 - （2）アルコール健康障害対策推進計画について
 - （3）てんかん対策について

(4) 災害時心のケア対策について

○協議事項

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築について

(2) その他

4 閉会

○ 概要

議事は松井会長が議長となって進行した。

=以下、議事=

○報告事項

(1) 依存症対策について

(2) アルコール健康障害対策推進計画について

(3) てんかん対策について

(4) 災害時心のケア対策について

(1) …資料1、1-2、参考資料、(2) …資料2、(3) …資料3、

(4) …資料4に基づき、報告事項として事務局から一括説明。

○ 議長

事務局の説明に対し、各委員からの質問や意見はあるか。

○ 委員

災害拠点精神科病院について、当院でも関心を持っている。現行の基準は大変厳しい。準拠点というような、若干緩和された形であれば県内でも整備できるのではないかと思ったりする。

○ 事務局

準拠点というような指定はないが、指定については県でもよく整理し、相談をしていきたい。

○ 議長

(1) 依存症について、例えば、最近の若者に多い、歩きながらもスマホで操作し続けるというのは依存症と言えるのか。

○ 委員

県の依存症対策の取り組みについて資料にもあるが、インターネットに長時間にわたって接続し、様々利用している若い人がとても多いことが問題になっている。資料にある通り、3時間以上毎日使っている人が相当数いる。歩きながら何かをするというのは、好ましいとは言えないけれども、歩きながら本を読むということは過去にもあり、何か熱心に取り組むってということは一口に悪いとは言えないと思う。実際、診断する場合には、時間が長いということは問題にならない。それより、自分で決めた時間にやめようと思っても、切り上げられないで延びてしまうとか、だんだん使う時間が増えてくるとか、それによって生活や学業、家での役割が十分果たせなくなるというような機能上の問題が生じること、そして、ゲームやSNSをやめるとイライラする、気持ちが落ち着かなくなる、痲癢を起こすというようなことが出てくると、診断基準上では、いわゆる依存というようなものに区分けていくことになる。道を歩いている時に使っているというのはその可能性はあるが、一回で診断するわけにはいかないと思う。

○ 議長

依存症について、入浴する時にスマートフォンを持って入る方もいるという。それはどのようなものか。

○ 委員

そういう方もいらっしゃる。ゲーム障害に対するプログラム等、取り組んでいるが、片時もSNS活動から離れられないというのは相当病んでいる状態であると考えられる。ただ止めなさいという指導では追いつかない。他人から見れば、つまらないことに情熱を燃やしている状態というのは他の依存症と同じく、今の自分の生活が大変だからということ。本人にしてみれば外の世界に非常にストレスを感じている状態。何となく仲間の中に入っていけないだとか、面白くもないのに笑ったり、嫌なのに付き合ったりということの、恐らくはけ口として、ゲームやSNSを使っていると推定される。親御さんには、親と子の関わりも含めて、ただ止めなさいと言うのは何の解決にならず、むしろ、悪い結果を招くこともあるので、親と子の関係を捉えつつ、その時に行えるベストな指導をしていくことになる。指導のコツというのは、ゲーム機を取り上げるということではなく、その人に主体的に、少し減らすような計画を立ててもらい、失敗を重ねながらもそれを守れるよう、親御さんも見守りながら支援するような関わりが今風だと言われている。

○ 議長

他にいかがか。

○ 委員

てんかん診療拠点機関について、伺いたい。山梨県は専門家が少ない。対応が必要な患者さんが時々現れて院内でも検討するが、やはり専門のところに相談したいと思う。拠点というものができて大変よかったと思う。具体的には、脳外科、小児科、脳神経外科、精神科、コンサルを受けたりする場合のやり方は決まっているのか。コーディネーターがいるのか。

○ 事務局

今、山梨大学医学部附属病院では4診療科横断的に、週1日外来日等を設定し、対応されている。入院患者については、脳神経外科病棟にベッドを保有し、診療科横断的に対応されていると伺っている。相談等については、社会福祉士のコーディネーターの方が窓口になると伺っている。コンサルや検査等については、病病連携という形で対応していただければと考えている。今後は本日提示した資料にもある連携会議を通じて、医療連携体制の強化ということから、関係機関にも御参加いただきながら、体制構築に努めていきたいと考えている。

○ 委員

依存症について、アルコール、薬物、ギャンブル、ゲームという代表格のものが整備されている中、その先を考えると、社会的な問題になっている様々な依存がある。なかなか数がどの位いるかはっきりしたものもないので、難しいと思うが、県内でマイナーな依存症を扱える医療機関がどのくらいあるのか知りたい。マイナーなものというのは、挙げればきりがないが、万引きを繰り返すクレプトマニア、性的な問題を繰り返す方等が抜け落ちていると思っている。性的な問題というのも犯罪に分けられる痴漢、下着を盗む、DVというような問題であったり、医療機関で扱うということはあまり聞かないので、処罰されればそれで終わりなのかもしれないが、代表的なアルコール、ギャンブル、ゲーム依存の方々と似たような精神病理を持っている方々なので、医療機関できちんと扱わなくてはならないと感じている。ただ、その方が来院された時にきちんと人員を割けるかと言われると割けない。本当は良い治療施設に出会えばそういう状況から回復していく方もいるので、今、限界も感じているので伺わせていただいた。またマップのようなものを作っても良いのかもしれないと考え、心理の先生など県内に専門の先生がいらしたらと思ひ伺った。

○ 事務局

過去に精神保健福祉センターで精神科医療機関における依存症に対するニーズについての調査を実施している。アルコール、薬物、ギャンブル、ゲーム等については診療実績を回答いただいている。クレプトマニア、性依存等はその他に分類してあったが、診療実績のある医療機関はゼロであった。調査結果では無いと捉えている。

○ 委員

今の話に関係するが、私共では地検からの依頼で万引きの方の簡易鑑定させていただくが、摂食障害の方が食べ物を万引きした際に責任能力があるのかというようなケースが大変多い。摂食障害に関しては県内でも診療して下さるところはある。クレプトマニア自体を扱うというところは、摂食障害との関連の中であるかもしれないが、それ自体はないのかもしれない。ただ、この問題は若い女性を中心に広がっているような問題でもある。万引きに関連しては認知症の問題がある。初老期の認知症で万引きの問題があることがあるが、盗みに関しても背景には色々な精神障害があるので話をさせていただいた。

○ 委員

繰り返しになってしまうが、患者がゼロだから、患者がいないというのは、認識として正しくはないと思うので、実際に、どこに受診するか分からない方々が結構いらっしゃり、人に見せたくないようなことを病院に相談できるということがなかなか浸透しておらず、県民がどのような認識でいるのかも考慮すべきだと思う。

○ 委員

依存症というのは家庭、学校、職場というような社会性のある病気だと思う。一病院が解決するというのは難しいと思う。県審議会としてはどのように扱っていくのか。道筋を立てられるか。どこに相談できたりすると良いのか。

○ 委員

私が日頃思っているのは、依存症を、アルコールはここ、ギャンブルはここと分けると増々分からなくなる。精神保健福祉センターに相談したら、そこで振り分けて貰えるような機能があっても良いのかと思っている。

○ 委員

おっしゃるとおりだと思う。センターというのはどこにあるのか。最初に相

談する窓口というのはどこにあるのか。

- 事務局
県の精神保健福祉センターで対応している。
- 委員
問題を抱えている方が精神保健福祉センターに相談すればよいというようなことをご存じか。PRが足りないのかもしれない。県民の方は知らない方もいる。
- 委員
分かりづらいというのは想像できる。アルコール依存症の方が北病院に行くのは大変で、敷居も高い。北病院は精神科病院だからということもあるが、精神保健福祉センターという名前であってもあまり結びつかない。「精神」というだけで行けない方もいる。できれば、簡単ではないが、出先機関として駅前に相談機関とか分かりやすいものがあると県民へのサービスとしては良いと思う。
- 事務局
精神保健福祉センターの周知については、努めて参りたい。
- 委員
山梨県は広いので、なかなか甲府まで来るのも大変という地域もある。各地域にある保健所にそのような窓口があれば良いと思う。
- 事務局
現状、各保健所でも対応している。

○協議事項

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築について

(2) その他

(1) …資料5に基づき、協議事項として事務局から一括説明。

- 委員
精神保健福祉審議会には精神保健福祉士協会の会長として出席しているが、

県自立支援協議会地域移行部会の部会長として、一言申し上げます。先程、事務局から話のあったとおり、地域移行部会としては、この一年、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重層的なシステムの構築を目指して、仕組みを協議してきた。平成25年からは全県研修として長期入院患者の退院支援の在り方、地域包括システムの在り方について普及啓発を続けてきた。今年度中を目途に各市町村、圏域単位といった県民の皆様の一番身近な場所に協議の場が設置されることになっている。この一年はコロナ禍であったが、居住の確保、高齢精神障害者や8050問題における介護分野と連携する等すでに取り組んでいる協議の場も見受けられる。しかし、多くの競技の場では取り組み方法や進捗管理について、各保健所、圏域マネージャー等のサポートが欠かせない状況である。全ての課題が市町村単位、圏域単位での協議の場で解決できる問題ではなく、精神科救急医療、措置入院者の退院後支援等医療的な課題、特に広域的な課題については、県の協議の場であるこの審議会からも御意見も伺いたいと考えている。今年度については重層的な仕組みづくりをした段階で御意見を伺うことになるが、来年度以降については、より具体的なことについて協議していただきたいと考えている。

○ 議長

事務局の説明に対し、各委員からの質問や意見はあるか。地域包括ケアシステムというのは理想である。これができれば本当にすごい。地域と一緒に動いていくというのが今般のコロナの問題で非常に難しいことが分かってきている。理想であるが、できると良い。世界中見てもどこにもない。近いものがあるところはあるが、世界中どこにもないもの。それでもそれを目指していくというのは非常に大切なことである。

○ 委員

いわゆる、「にも包括」という国のプランは望ましいものであり、頑張っていく必要性を感じる。忘れてはならないのは、地域に暮らす患者さんが病状悪化した時に、ちゃんと入院治療と必要な治療に繋がる仕組みだと思う。ところが、令和2年2月に診療報酬改定があり、予告として令和4年4月から精神科救急入院料の算定が見直される。北病院でも救急入院料算定病棟の病床数を89床から60床に減らすことになる。北病院は県下で言えば、救急受診相談窓口を經由して入院される患者の30%は少なくとも毎年診ている。このような役目を果たせるのも救急入院料の算定病棟がある程度使えるからであり、それが89床から60床に減らされてしまうのは相当な痛手だと思う。今、この関係では全国の30～40近くの医療機関と一緒に、国にもいろいろと働きかけ

を行っている。病院ごとにベッド数を制限するのではなく、地域にそういう病床がどのくらいあると良いのか、もう少し広い医療圏のような単位で、病床の必要性、数というのを考えていくことが必要だと思う。減った後どうできるのかを考えると私たち病院としては頑張るが、職員も減り、とても苦しい。地域ごとの実情を踏まえず一律にするというのは、地域医療の整合性がないようなものとも感じる。ぜひ、仕組みが壊れないようにはしていただきたいと思う。それから、別の話になるが、最近山梨県では、年間の措置入院の患者さんの数が、以前に比べると減っている。なぜなのかがよく分からない。例えば過去20年位の傾向を見ながら、なぜ数が変化しているのかという要因等がありましたら知りたい。今ある制度から落ちてしまった場合、良いサービスがあるのにそれを利用できないということになる可能性もあるので、適切な運用ができるよう、しっかり見守る必要、監視する必要があると思う。

- 議長
皆さんに御意見伺いたいが、いかがか。
- 委員
精神的に早急に医療が必要な場合、自傷他害行為というのが一つあると思うが、法律上の取扱を教えてほしい。
- 委員
自傷他害の恐れがあると措置入院に繋がるということであると思うが、質問の主旨を確認したい。
- 委員
自傷であれば自殺企図、他害であれば症状そのために他人に迷惑をかけたということであるが、そのような方の取扱いを教えてほしい。
- 委員
自傷はそれ自体が例えば刑事等で何かされることは基本ないと考えられるが、他害ということが暴行や傷害というレベルにまで達しているものに関しては、刑事上の処罰が考えられる。そこから民事上の責任が生じたりもあるかもしれない。しかし、違法性を帯びる強い行為であって、精神保健福祉法上の自傷他害というのはもう少し広い概念があるように思う。刑事上の処罰の対象に至っていないくとも例えば迷惑行為等も含まれる可能性があるのではないか。

○ 委員

精神科の場合、自傷しても自分で精神的な疾患であるということを自覚されていないと思う。そのため、その周囲の方、御家族、こういう方が判断して、病院とかに行くのだと思う。本人が納得していなくても拘束したり可能なのか。

○ 委員

入院には措置入院の他、家族の同意による入院や任意入院もあると思うが、要件を満たすことで可能なことになっていると思う。

○ 委員

措置入院について、その運用が随分変わってきたという話は別の委員からあったが、やはり重要な問題だと思う。一つは法に基づく通報があり、そこからの流れというのは非常に重要なプロセスだと思う。これが適正に行われているかどうか。県としてはどのようにチェックしていくのか、何らかの場で審議しても良いのかと思う。どのような場でできると良いのか。措置要件があっても拳がらない事例もあるように聞く。措置入院というのは大変古い制度なので、その在り方というのは場により変わってくるということもあると思うので注意が必要。山梨県は皆さんの御協力により、精神科救急は上手くまわっていると思うが、連絡調整委員会等は必ず毎年開いていただいて、措置入院も含めて問題が起きていないか取り上げてはどうか。そして、身体合併の問題も県の方でシステムを作られている。この現状も定期的に検討して、県民に幅広く発信していけると良い。措置入院を検討する場は県内にあるのか。

○ 事務局

措置入院について、減少傾向等検証するという御意見だと思うが、現在できていないので、事案を扱っている保健所とまずは整理をしたい。また、診療報酬改定の話については、地域の特性をみた柔軟な対応が必要ではないかという御意見だと思うが、国の方針もあるので、県では状況を確認したい。

○ 委員

病院が韮崎市にあるが、川を一本越えると南アルプス市になる。この地域包括ケアシステムの構築を安定的にしていくためには、いろんな地域のサービスをスムーズに使えるような仕組みがやはり大切だと思う。そういう仕組みを使うために動いてくれる計画相談支援という市町村とのつなぎ役になってくれるような方々がいる。そういう方一人が抱えているケースがだんだん増えてきているために、すぐに動いてもらえないという問題が発生している。その方の

体調不良により1人もいなくなってしまうたり、その人が倒れたら全部止まってしまう可能性がある。そういう計画相談をされている方達の数が本当に足りているのか。サービスの利用が遅れて、医療の進展も遅れるみたいな問題が発生しないようにしていくことはとても大切だと思う。そういうところもチェックをしていかないと思う。

○ 委員

計画相談、いわゆる、介護保険でのケアマネージャー的な役割を担う人達であるが、現場では全く足りていない。ケアマネージャーは一人30人ぐらいまでだと思うが、計画相談では60人、多い方では100人を超えて抱えている方もいる。このようなことになると、いわゆる、セルフプラン、誰もマネジメントしてくれる人がおらず、仕方なく自分で自分のプランをつくるというような状況になっている。現実的な問題としては、事業所としてやればやるほど、赤字になるという状況もあったりする。一人の相談員を雇用しながら、十分な報酬が得られないという状況であると思う。皆さんぎりぎりのところでやっている。県でも定期的に養成研修が行われているが、実際に相談員になるというのはほとんどなく、ほとんどが職員のキャリアアップ、一般的な研修になってしまっている。私は地域で活動する中、どうかこの相談支援体制の充実を図っていきたいという意見を挙げながら、それぞれの市町村にも投げかけたり、市町村の方が相談支援事業所の開設をお願いしたりしている。思うような結果が出てないのが実情かと思う。御指摘のとおり、サービスを利用することや、地域で望む暮らしをしていくことについて相談支援専門員がエンジンを担っているのは間違いないので、大きな課題と受け止めている。

○ 委員

精神障害者の方に障害福祉サービスを提供している事業所40か所の団体であるが、計画相談に関しては、やはり足りない状況だと思う。足りないですし、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中にもあるが、居住サービス、在宅サービス、通所サービスなど、利用する全てにまず計画相談を入れていかななくてはならないが、入院患者さんが退院する際、グループホームに住む、日中どこに行くかなど、サービス申請時に、計画相談先が決まってなければその先が進まないという現状になっている。計画相談の人を探さないと退院ができないっていうのがちょっとおかしい状態になっている。基幹相談支援センターというところの相談員さんがセルフプランのお手伝いをしてくださったり、市町村の障害福祉課の職員の方が作ってサービスに繋げてくれていたりする。計画相談の問題はとても大きい。相談支援専門員というのは7日間の研修

を受け資格が得られるが、その資格というのは5年毎に研修を受講し、更新していかなければならず、実務をしていないと更新研修も受講出来ない。例えば、私も計画相談はしていたが、現在自立訓練施設の所長をしており、ここ4年くらい現場からは離れてしまっているの、おそらく更新研修は受講できないと思う。資格を持っていたが更新研修が受講できず、人材が流れているのが現状。質を高めるためだとは思いますが、現場と国制度が乖離してきていると感じている。

○ 委員

山梨県で何人必要かというような数は持ってらっしゃるのか。

○ 事務局

相談支援の体制が一番求められている非常に大切なことだと考える。包括ケアということからも、それがなければ機能しないのではないかと思う。課題である。地域にどのくらい人材が必要かは上がってきているものを確認すると把握はできると思うが、それが確保できていない、確保するのは大変厳しい道のことであることを実感している。人材が集まらないというのは、報酬単価が少ないということだと思うが、更新研修に一定のハードルがあったりも要因だと思う。いずれ、障害分野であっても精神のみならず、知的障害もあったり、介護等も含め、地域の限られた資源を見ながら形作ることが非常に難しい。そこを検討しなければならないと考えている。プランでは1,600人必要となっているが、実際には確保できていない状況である。

○ 議長

他にいかがか。

○ 委員

今日の審議会の中、色々思うところあったが、他の方々の御意見を伺う中、人が足りないということに一番ショックを受けている。私自身、難病指定を受けている。人手がないということに、何かしたいと思うが、何もできず申し訳ない。

○ 議長

オブザーバー参加の精神保健福祉センターいかがか。

○ 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターの知名度が低いということもあったが、相談業務、依

存症も電話相談から受けている。また、保健所でも相談を受けているので、連携しながら続けていきたいと思う。

○ 議長

人類は災害がある度、利口になる。今は難しい時であるが絶好のチャンスである。災害は重なっている時こそ、忘れてはいけない。意見も出尽くしたと思うが、その他何かあるか。特にないようなので、これで議事を終了とする。御協力に感謝申し上げます。事務局へお返しする。

以上