

山梨県精神保健福祉審議会 会議録

- 1 日時 令和4年3月8日（火）午後6時30分～8時35分
- 2 場所 オンライン（一部委員は防災新館407・408会議室から参加）
- 3 出席者（17名）
 - ・委員（五十音順）

相澤 栄一	跡部 勝	飯室 正明	池田 理恵
一瀬 礼子	上村 拓治	奥山 智栄	川崎 加代
功刀 融	久保田 正春	竹下 茂	千野 由貴子
藤井 康男	藤森 一浩	松井 紀和	宮田 量治
望月 義次			
 - ・オブザーバー
志田 博和（精神保健福祉センター所長）
渡邊 文昭（障害福祉課総括課長補佐）
 - ・事務局
福祉保健部 部長 成島 春仁
福祉保健部 健康増進課 課長 行村 真生
福祉保健部 健康増進課 総括課長補佐 岩間 勝宏 他
 - ・欠席委員（2名）
金丸 一元 塩澤 浩
- 4 傍聴者等の数
報道関係者 1名
- 5 次第
 - (1) 開会
 - (2) 挨拶
 - (3) 会長選出
 - (4) 議事≪報告事項≫
 - (ア) 昨年度の審議会での主な意見への対応状況について

- (イ) ゲーム・ネット依存対策の取組について
- (ウ) アルコール健康障害対策推進計画の取組状況について

≪協議事項≫

- (ア) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
 - (イ) ひきこもり支援について
 - (ウ) 自殺リスクの低い社会の実現に向けた取組について
 - (エ) 山梨県精神保健福祉審議会運営要綱の改正について
 - (オ) その他
- (5) 閉会

6 概要

精神保健福祉審議会の会長に、藤井康男委員が選出された。
以降の議事は、会長が議長となって進行した。

＝以下、議事＝

≪報告事項≫

- (ア) 昨年度の審議会での主な意見への対応状況について
 - (イ) ゲーム・ネット依存対策の取組について
 - (ウ) アルコール健康障害対策推進計画の取組状況について
- 資料 1-1、資料 1-2、資料 2、資料 3 に基づき、事務局から一括説明

○ 委員

この報告だけでも議論する点がたくさんあり、精神科病院の立場からは、措置入院について、事務局の整理で良いと思うが、大事なことなので重ねて発言したい。資料 1-2 の図 6 を見ると、本県の件数が平成 20 年だけ少なくなっている。限られた時間しかないのでも原因を細かく議論していただかなくても良いが、全国のデータを見るとこのような谷が生じていない。何か運用方針が変わると、このようなことが起こるということで注意しなければならない。その後の経過は全国と概ね変わりないということで適切に運用されていると感じる。考察のところ、山梨県では診察の結果、措置とならないケースが多いとまとめられているが、他の都道府県と比べということなのかもしれないが、措置診察の対象となって、医師が鑑定を行い、措置にならない割合が半分あっても異常なことでもない。疑わしきはケースとしてあげていただき、診察を受けてもらいたいと思っている。今年度実施された個別の勉強会に北病院も参加しているが、しばしばおかしいと感じるのは、保健所

の事前調査の時点において、本人が落ち着いているからということで措置診察が不要とされるケースがあることである。直近にその方がどういう行動をとったのかということを加味して判断していただきたい。

次に、ゲーム・ネットについてであるが、依存が疑われる方が県内でも2万9千人もいるとまとめられているが、こういうものに耽溺するのは若い世代が中心であって、この人数は相当大きいと捉える必要がある。万という人数への対策は相当力を入れてしっかり取り組むことが必要。アルコール、ギャンブル、ゲームと、依存症の問題を抱える県民の方は多いが、相談にもつながらなければ医療機関にもつながらず、そのまま見過ごされている方が多い。今後ともしっかり議論していきたい。

○ 議長

今の意見にあったように、措置入院は重要であり、引き続きこの審議会で取り上げていかなければならないと思う。ゲーム・ネット依存も今回の数字は18歳以上の方へのアンケートということで、実際の人数は若い世代を中心にもっと多いように思う。今後も引き続き取り組んでいく必要がある。

《協議事項》

(ア) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
資料3により事務局から説明

○ 議長

本審議会と並んで協議の場に位置付けられている自立支援協議会地域移行部会での協議の状況等について、部会長から補足していただければと思う。

○ 委員

本年度を俯瞰してみると、コロナの影響がないとは言えない状況。感染対策のために外部の支援スタッフが病院内に入ることができないことや、入院されている方が試験的に福祉サービスを利用することが思うようにできていないこと、また、ピアサポーターの活動も制限を受けていることが生じている。障害福祉計画に則った進展が困難を極めている。高齢者の入院の長期化が報告されているが、高齢者だからということももちろんあるが、地域でサポートしてきた家族が高齢化し、身寄りがなくなってしまうたり、身元引受が非常に手薄になったりするなかで、本人の意思決定能力が弱くなっているところで、退院して地域で新たに生活の拠点を作っていくというところで困難を感じている方は、非常に多い。今年度、地域移行部会では、成年後見制度が活用されていないという意見もあり、市町村長申し立てで活用もできるが、その活用も上手くいっていないという実情もあるなかで、成年後見について、丁寧に実態把握をしながら、各自治体に対して

提言ができればということで協議会の権利擁護部会や外部の委員に協力をいただき、ワーキングチームを立ち上げたところ。医療機関任せにするのではなく、また事業所だけが頑張れば良いというわけではなく、自治体も合わせて支援していくことができないかという提言を作り上げたいと思って活動している。即効性のある動きではないが、何かしらの結果を出せればと思っている。

○ 議長

成年後見の活用は重要であり、医療機関においても一つのポイントとなる対策かと思う。協議会で引き続き、取組をお願いしたい。

入院が長期化している方の地域移行を考えるにあたっての課題や対策について意見を伺いたい。

○ 委員

2点重要と思っていることがある。1点目は地域生活支援拠点。市町村で取組を進めているが、緊急時に精神科救急との連携が上手くできるよう、お互いに情報交換しながら進めていければと思っている。

もう1点は住まい。障害福祉分野では、居住支援協議会と連携をとることが国の指針で示されている。県に問い合わせると、まだそこまでの状況にないということであるが、居住支援協議会と連携を図っていく必要があると感じている。県の中でも居住支援協議会の担当部署と取組を共有していただきたい。

○ 事務局

居住支援協議会については、現在、宅建協会が事務局となっている。県庁では県土整備部が所管している。現在、ひきこもりの方への活用について、民間団体から問い合わせがあるが、精神障害者に対しての門戸がなかなか開かれていないところがあるので、本審議会での意見も踏まえて、担当部局と問題を共有して参りたい。

○ 委員

長期入院に伴い、本人の元に情報が届かず退院意欲が喚起されない点については、コロナの影響により、ピアサポーターが病院を訪問して退院意欲を喚起させることができず、ピアサポーターの力が届きにくい状況。病院においても、リモートの機器が整備され、少しずつではあるが入院患者とピアサポーターが、対面が望ましいが、オンラインで話ができる機会ができてきた。ピアサポート活動の強化の方向性が示されているが、是非これは進めていただきたい。令和3年の報酬改定の中で、ピアサポートの専門性の評価が位置づけられ、体制加算が取れるようになった。県内事業所でピアを雇用しているところは数えるほどしかない。ピアを雇用する事業所が増え、質が向上していければと思うところであり、加算

要件となるピアサポート研修を来年度から開始していただけるということは有難い。私が所属している事業所にもピアがいるが、その方にしかできない役割、専門職にはできない力をもっているの、大きな期待をしているし、効果も出ている。

計画相談の専門員が不足している点については大きな課題。計画相談員がプランを立てていただかないとサービスが使えない。計画相談員が決まらないから退院ができないという事例も生じている。基幹相談支援センターの相談員が苦勞して計画相談員を探している状況。基幹の職員に確認したところ、充足しているところは全くなく、空いているという情報もないとのこと。どこも全部逼迫している状態。たまたま、サービスを使わなくなって計画相談に空きが出た隙間を狙って新規の方を入れている状況。最長で4か月待った方もいると聞いている。計画相談員がいなくてもゆえにサービスが使えないということでは、本人が安心して暮らしていけるという地域包括ケアのところでは大きな課題。県でも相談支援専門員の確保を進めていくということで、事業所としては大いに期待している。

○ 議長

ピアサポーターの活動や計画相談員の確保は非常に重要な課題と思う。それ以外にどうか。

○ 委員

先ほども後見人の話が出たが、資料4のイメージ図を見ていると、後見や後見をバックアップしている家庭裁判所や司法専門職が仲間に入れてもらえていないと感じる。課題となっている介護サービスや障害福祉サービスの利用がスムーズに進まない点についても、司法の専門職が後見人として付くことによりサービスを使えるようになる、特に身寄りのない方や精神障害が一定程度重くて判断能力が十分ではない方については、手続きを後見人等が行うことでスムーズに進むこともあるかと思う。先ほどのイメージ図では、財産管理に関するケアの観点が抜けていると思う。判断能力が不十分な状況になった場合、財産を誰が管理してくれるかということで、サービスが使えたり使えなかったりすることがあることも重要な問題である。成年後見人がついて財産管理を行うということをイメージ図に含めていただければと思う。

○ 議長

成年後見に関しては、いろいろ意見が出ていると承知しているが、精神保健分野で成年後見がどのように活用されているかというデータはあるか。

○ 事務局

具体的な数字は持っていないが、国全体の中では、精神保健の分野では成年後

見はなかなか出てきていないが、サービスの利用について、そもそも後見制度がなければ利用できないということもあるので、実態把握も含めて、今後活用に向けて検討を進めて参りたい。

○ 議長

この件は、先ほども意見があったように、今後継続して検討を進めるべき課題であると思う。

○ 委員

にも包括に医療機関が関わるところでは、主に2つあると言われている。1つは地域で暮らすようになった方が、具合が悪くなった時に24時間体制で診療ができるかどうかということ。もう1つは、今まで精神科にかかったことのない方に適時適切に対応できる体制が確保できているかということ。山梨県の精神科救急の仕組みに関しては、どちらも相当良い水準で実施できていると思う。輪番に加わっている医療機関がかかりつけ患者を責任持って24時間体制で診ているということで成り立っている。イメージ図にある医療機関の役割はある程度できていることから、地域で生活する人が増えても今の体制は維持していけるのかと思っている。

資料に、65歳以上で1年以上の入院者が増えているとあったが、障害福祉計画の目標について、国の目標値にどれだけの意味があるのか、義務があるのかわからないが、65歳以上の国の目標値については、直感で言えばとても達成できそうに思えない。65歳以上の患者さんは、出来ないところを支援してもらいながら在宅生活することを狙う世代であり、様々な問題を抱えた方に今更、地域移行を求めることにはいろいろなリスクがあるかと思う。

長期入院を許容する立場ではないが、様々な事情があるなかで、65歳以上の方を退院させるにあたっては、高齢者施設に移行することが一般的かと思うが、地域で暮らしている方と入院している方での席の取り合いになる。条件を整えれば約200人が退院できるというデータが載っているが、こういうところで努力するよりは、もう少し違った関わり方もある。数字だけを見て、悩んでいても進まないわけで、どういうところに重点を置くのか、どういう戦略で進めていくのかということをお共有したい。

○ 議長

この点について県の考えは。

○ 事務局

計画の目標値は、計算式が国から与えられそれに当てはめて出したものであり、これに基づいて事業等を実施していくわけであるが、違反したからといって特段

何かあるわけではない。望まれた方が望まれた地域で過ごせることが大きな目標であり、そういった方向性を目指していきたい。そのためにピアの活動への支援等が必要であると思っている。具体的なところで数字をどうするかということについては深い議論をさせていただければと思っている。

○ 議長

資料で、約1000人の長期入院者のうち約3割は条件を整えば退院できるということであるが、逆を言えば残りの7割はなかなか退院できないということ。退院できない要因についての調査結果はあるか。

○ 事務局

退院できない7割は、医療が必要であり、病院が退院できないと判断した結果である。

○ 議長

多くの方が治療抵抗性の病状があり、退院させたくても退院できない状況であると思う。1年以上の長期入院、ニューロングステイをなるべく作らないということ、古い入院、オールドロングステイの退院を促進すること、この2つの観点から県の施策を進めるべきと思う。

病状が難しくなった方を何とか早く治せないかということで、クロザピンの適切な使用が課題となっている。他県では、クロザピンの使用状況の調査や利用促進のための議論がなされていると承知しているが、本県でもクロザピンの利用について検討いただきたい。

○ 委員

当事者の立場では、長期入院から退院することは心細い。精神障害のある方に対応する家事援助のヘルパーがいないことも課題であると感じている。

(イ) ひきこもり支援について

資料5により事務局から説明

○ 委員

調査で明らかになったひきこもり状態にある方のうち、精神疾患や発達障害等の診断を受けている方はいるのか。

○ 事務局

該当者については、民生委員が把握している限りで回答していただいたもので、

民生委員がその方に診断がついているかどうかまでは把握してない。ただし、ひきこもりのきっかけについて、本人の病気や障害特性によるものが最も多くなっている。

○ 委員

地域とのつながりがなく、御家族も地域とのつながりに否定的又はできないというような聞き取り結果はあるのか。

○ 事務局

民生委員が把握している情報ということで調査した。該当家庭への聞き取りはしていない。

○ 委員

御家族もどこに相談したら良いのか悩まれている方と、そこまで思いが行かない家族もいて、サポートする側も大変かと思うが、そこへうまく介入できる方法があれば良い。支援センターができれば良いと思う。

○ 事務局

ひきこもり地域支援センターについては、2名のコーディネーターを設置している。また、全ての市町村において相談を受ける体制が整備されている。ただし、必要な方に必要な支援情報が行き届いていないことも考えられることから、Web広告を活用しながら支援情報を行き届かせるような工夫を行っている。

○ 議長

ひきこもり地域支援センターを設置している精神保健福祉センターの御意見を伺いたい。

○ オブザーバー

2名のコーディネーターが電話相談を受けている。直接相談としては、来所相談も受けている。ひきこもりについて何かあれば当センターに御連絡いただければ対応できるので、当センターを紹介していただければと思う。

○ 委員

ひきこもりやアルコール、ゲーム・ネット依存で相談窓口が分かれており、わかりにくい。こころの困りごと相談のような窓口を設置し、そこで相談内容に応じて振り分けるようにしないと、皆さんが、どこに何の窓口があるかなど承知もしていないし、重なっている人はどちらに相談したらよいのかなど問題が生じると思う。

県の実態調査の結果について、国の調査では全体で100万人を超えており、山梨県では5000人位いるという試算になるが、わずか615人しか把握できていない。県の調査では、重いひきこもりの方が把握されており、把握された人数以外に、周りからはひきこもりと認識されないでひきこもっている人が相当数いるということになる。

少ないスタッフでは、この大きな問題は解決できないのではないかと思う。参考事例として、所沢市では行政が心の相談を実施しており、そこに相談すると精神科医、看護師、心理士、ケースワーカー、作業療法士などの多職種チームが自宅を訪問するサービスを実施している。家にいて出て来られないからひきこもりであり、相談に来いと言われてもいけないのだと思う。相談した人の家に専門家が出向いて、具体的に相談するなどしながら、どこかにつなげていくサービスに期待をもっている。

国立精神・神経医療研究センターの先生などは10万人に1チームが必要と言っている。山梨県では8チーム作れば全県的に手厚いサービスが実施できる可能性がある。相談に来てくださいという従来の対応では、大抵の人は相談機関につながらず何年も家にいて解決しない。ある程度予算をかけてもそういうチームを作れば、もしかしたら動かせるかもしれない。一番進んでいるのは所沢市かと思うが、そういったところを参考にして、県内のどこかの地域でモデル事業を実施し、解決につながるような支援が届けられる仕組み作りができないかと思う。

(ウ) 自殺リスクの低い社会の実現に向けた取組について

資料6-1により事務局から説明

○ 委員

日々の診療のなかで自殺をしたいという訴えが出ることがあるが、医療だけで片付けようとしても、薬の効果が出るまでに時間がかかったりする。環境調整などが即効性がある。医療だけでは時間がかかってしまうので、職場に問題を投げかけるなど後方支援の方が短期的に有効なパターンが多いと感じている。

○ 委員

考察の言葉の表現がどうかと思っている。婚姻状態を高めていくという表現は如何かと思う。婚姻しなくてもパートナーがいるとか、相談できる仲間がいるとか、そういう表現の方が適切ではないかと思う。考察の内容はその通りかもしれないが、表現の方法をもう少し柔らかくし、多くの人が共感できるようにしていただきたい。

○ 事務局

統計情報から得られた正しい情報を皆様にお伝えしたかったため、あえてこの場では統計情報から出る言葉をそのまま使っている。外へ出すときには、考察を加えたうえで、分かりやすい言葉で伝えていきたい。

○ 委員

考察については、精神保健福祉の観点からはなかなか手が出しにくいところが多い。どちらかという行政全体、自殺はその県の行政の点数だと思っているが、経済的な問題や社会的な問題が含まれて出てくる問題であると思う。

資料6-2の自殺の原因・動機を見て、精神科が関係するのは、人間関係や職場の問題で抑うつ症状が出ているのであれば職場に診断書を書いたりすることかと思う。健康問題のうち、うつ病や統合失調症については医療で何とか良くしてあげることが必要。

先ほど措置の話があったが、山梨県の措置は、自傷他害のうち、自傷があがってこない。自傷が措置から外れかけているのが、山梨県の自殺率の高さに影響しているのではないかと思う。自殺企図者は精神的に追い詰められており、家族が何と言おうとも措置入院させてあげるといふ姿勢も必要ではないかと感じている。

○ 委員

考察のうち、無尽や地縁コミュニティが自殺に関係しているのではないかという点に共感した。私自身、40年ほど前に山梨に来た時に閉鎖的だと思った。40年いると当たり前だと思ってしまうが、文化の違いを考えながら、細やかなサポートや支援が必要ではないかと思っている。

○ 委員

以前、精神障害の関係の施設に勤務していたことからいろいろ相談を受けるが、ある利用者から、もう辛くて自殺したいという訴えがあった。いろいろ話を聞き、自殺は良くないという話をしたが、なぜ自殺してはいけないのかと聞かれた。こういう質問に対しては、具体的にどのように答えるのが良いのか。

○ 議長

非常に重要なテーマであるが一言では答えられない哲学的テーマ。

(エ) 山梨県精神保健福祉審議会運営要綱の改正について

資料7により事務局から説明し、事務局案のとおり改正することとされた。

(才) その他
なし

終了