

令和５年度岐阜県精神保健福祉審議会（第２回）議事要旨

- 1 日 時 令和６年２月２７日（火）１５：００～１７：００
- 2 会 場 岐阜県庁３０４会議室
- 3 出席者 鈴木委員（会長）、熊谷委員、藏満委員、佐藤委員、杉浦委員、田口委員、平山委員、細井委員、山科委員（※会長を除き委員名簿順）
- 4 出席職員 丹藤健康福祉部長、井上保健医療課長、森こころの健康推進監
- 5 議 題 (１) 「第８期岐阜県保健医療計画」の策定について
(２) 「第４期岐阜県自殺総合対策行動計画」の策定について
(３) 「第２期岐阜県ギャンブル等依存症対策推進計画」の策定について
(４) 岐阜県における措置入院制度の運用について
- 6 議事要旨 (意見・質疑応答(→の部分は、事務局による回答及び説明))

【議題】 (１) 「第８期岐阜県保健医療計画」の策定について

田口委員： 精神保健指定医の確保について、教えていただきたい。指定医不足は深刻な問題だと思う。措置入院に関する県の措置件数は、今、大分上がってきたが、相模原事件のときは全国ワーストワン。１つの原因として指定医が足りないことがあるかもしれない。

次に、少々話が逸脱するが、災害対策について。熊本地震の頃、DPAT については、災害地に直接派遣するのではなく、例えば、今回の石川県（能登半島地震）の場合、まずは、現地状況や方言などを把握している石川県 DPAT が現場に派遣され、人員が手薄となる派遣元病院に県外 DPAT が入り、各病院の医療体制を支えることよいのではないかと議論があったかと思う。今回の石川県への派遣でも、その議論が活かされずに、県外 DPAT が直接現地に派遣された。全国的な話であり、岐阜県に限ったことではないが、考えた方がよいのではないか。

→県： 精神医療と行政、福祉等が連携した県の体制を構築し、強化していることを伝えることが指定医の増加につながると考えている。魅力ある県の精神医療体制を構築することが大切と考えている。

田口委員： 「指定医」に焦点を当てて増やすことはなかなか難しいと思う。医師自体が不足しており、「まずは医者を増やす」の目標の中で「精神科医を率先して増やす」ということかと。

山科委員： 計画を拝見し、今後の地域移行のためには「訪問看護」や「ピアサポーター」、その地域におけるサポート体制の整備が非常に重要だと感じる。これに加え、病院を含めた連携、情報共有は、障がいのある方が地域で暮らしていくための大事なポイントだと思う。訪問看護の事業者やピアサポーターを増やすという「資源の開発」に加えて、その支援の「連携」という観点も、意識していただけるとよいのではないか。

田口委員： 議論はあるが、精神科医療におけるゴールは地域移行ではない。退院すれば社会復帰ができるという問題ではない。その発想や感覚が進んでいるのが鬱病の領域だと思う。例えば、うつ症状感情障害が回復し、職場に戻った後における認知機能のリハビリテーションなどの関わりが必要と言われており、リワークが盛んに行われている。そういう知見が増えてきていると思うが、例えば若年性認知症や統合失調症でもそうだが、「医療」の面でも、もう1つ先の目標を見据えるべきだと思う。別の職種を増やすではなく、我々の領域がもう少し、意識を高める必要があることだと思う。

鈴木会長： 「訪問看護事業者や地域生活を支援する業者を増やしてはどうか」という議論はあるが、様々な事業者が参入するなかで「サービスの質」も様々。まずは数を増やした上で、質も高めていくことが肝要かと思う。

山科委員： 昨今の事業者の増加については把握しているが、例えば、精神疾患を抱えた方とのコミュニケーションの専門性などにバラつきが見られるとも聞く。精神疾患を抱えた方が入院し、地域に戻り、また入院することもあり得る。病院と事業者だけのみならず、様々な支援者、関係機関との情報共有や連携は大切になる。

【議題】 (2) 「第4期岐阜県自殺総合対策行動計画」の策定について

田口委員： 中高年や若年層の対策はよろしいかと思うが、2次医療圏別の自殺者数に関して、飛騨圏域が突出して高いように思われるが、そういう解釈でよいのか。

→県： お見込みのとおり。

田口委員： 全国的にみると東北地方などの寒冷地域の自殺者数が多いと言われることがあるが、影響はあるのだろうか。また、飛騨地域は高齢化率が他の圏域よりも高いことは関係あるのだろうか。例えば、自殺の要因に「人間関係の悩み」がある。個人的には、認知症患者を診るので、「介護うつ」は少々放置できないものと感じている。介護対策としての「認知症サポーター」の養成だけでは足りないと思う。介護の問題を「介護される人」のみならず「介護する家族」の問題として啓発する必要があるのではないか。高齢者問題や地域的な課題なども踏まえ、一般的な対策だけでは問題の解消は難しいように思う。

→県： 同居者がいる方の自殺が多いことは指摘されており、先日の自殺総合対策協議会でも飛騨地区の重点対策について御意見をいただいている。また、飛騨において、自殺対策の相談窓口を開設しており、地域的な状況も踏まえ、対策を講じた。

鈴木委員： 「基本施策」は全国的に、「重点施策」は県として特に取り組むべきことと理解しているが、高齢者向け対策は大きな社会問題であり、介護分野の問題も含め、力を入れたい自殺対策であると理解すればよいと思う。大都市圏とは異なる岐阜県としての課題に焦点を当て、5つの重点施策を設定したものと理解する。コロナや不景気など様々な社会の不確定要素はあるが、取り組んでいただきたい。

山科委員： 昨今のニュースでは「自死」とはあまり報道せず、「命のダイヤル」など支援機関の連絡先を案内することが増えたと感じている。芸能人の自殺が自殺率にも影響すると聞くが、芸能人や著名人が亡くなったとき、県として実施している取り組みはあるのか。

また、様々な機関が高度な専門性をもって自殺対策に取り組まれているが、自殺には様々な複合的な課題が絡み合っており、単独では自殺を防ぐことがなかなか難しいのが実態だと思う。例えば、借金問題の背景においても、家族や居場所の問題、虐待やDV、あるいはギャンブル依存など様々な課題があり、借金問題や介護労働問題を解決しても、本人の複合的な課題を解決したことにはならない。

各支援者がその専門性だけをもって解決しようとするのではなく、支援者間で「繋ぐ」ことの意識は大切だと考える。研修や情報提供の機会を捉え、「繋ぐ」こともできるような体制づくりをしていただければと思う。

田口委員： 自殺への対応には、医療機関をはじめとする関係機関の連携は必須だが、例えば「自殺は介護うつが原因」「自殺はいじめによるもの」というように、自殺要因の「キーワード」があるため、結果的に、そのキーワードを超えた連携が難しい状況になっているのではないかと思う。「自殺理由は、本当にそれだけなのか」という理解を、専門家においてもさらに深める必要があるのではないか。

鈴木会長： にも包括や高齢福祉でも重視されている「繋がり」や「ネットワーク」というものが自殺対策においても重要であり、この視点で計画を進めていただきたい。

熊谷委員： 「児童生徒のSOSの出し方」についてだが、昨今のニュースを見ると、教員が多忙過ぎて、なかなかSOSを受止め切れていない状況を懸念している。また、「産後うつ」に関する意識とも連動しているが、「女性向け対策」とあるが「男性」は含まれないのか。例えば、子育てにも男性は関わってくるものであり、「女性向け」という表現には違和感を感じる。

→県： まず、マスコミの対応は、WHOのガイドラインもあり、国による報道機関を交えた勉強会の実施などが変化をもたらしているのではないかと思う。

次に、著名人の自死や災害時の対応として、県では国作成の媒体を活用しながら、メディアとの付き合い方などに関する発信を行っている。

また、生徒のSOSの出し方に関する教育については、学校独自の対応のみならず、市町村の保健師などの外部関係者との連携を図っていく予定

「女性向けの支援」については、男性にも通じる部分があり、計画でも「再掲」として幅広く県民全体に対して対応できる形で進めたいと思っている。表現については、検討する。

鈴木委員： 女性はもちろん、男性も含めた幅広い施策であることが読み取れる記載になるとよい。

【議題】 (3) 「第2期岐阜県ギャンブル等依存症対策推進計画」の策定について

熊谷委員： 計画では、「家族への支援」をどのように整理しているか。様々な状況にある家族が、親身になって相談にのってくれる場所などはあるのか。

→県： 相談拠点である「県精神保健福祉センター」と「各務原病院」での相談支援を行っており、更なる周知を進めていく。

鈴木委員： ギャンブル依存症に関して、岐阜県固有の傾向はあるのか。

→県： 国が公表するデータでは県特有の傾向の把握は難しいが、協議会でも「実態把握の方法」「実態を踏まえた患者数の設定」「患者のニーズ及び受け皿」に関して御意見をいただいております、第2期で重点的に取り組んで参りたい。

鈴木委員： ギャンブル依存症疑いが2万9,000人の推定の中、電話相談や外来の数が少なすぎるのでは。

田口委員： 協議会でも再三議論があり、「受診ギャップ」などと言っている。相談して立ち直れる人は受診の必要はないが、本当に2万人もいれば、医療の必要な人には受診が必要と考えている。情報不足ではあるが、「依存症は病気ではない」とすると、ある意味でこういう方々の「免罪符」になってしまう。重症度などを基準に対応することが肝要。

また、相談窓口の話だが、具体的医療に繋げる相談拠点として2つの窓口があるが、弁護士会、司法書士、貸金業者なども独自に相談窓口を設置しており、協議会では「横の連携」も話題となった。ただ、司法書士委員の話では、相談件数はむしろ減ってきたという話がある。これまでの相談で変わったわけではなく、少しずつ減ってきているとのことであり、もう1度仕切り直し、「てこ入れ」が必要かと考えている。ある意味で（支援に際して）「他の領域との連携のモデルケース」になると思う。そういう意味で注力が必要。

また、協議会での課題提起として、今は、公営ギャンブルがネットで参加できるようになり、ゲーム感覚でやる人も増えてきたことがある。公営ギャンブルの利用層も少し変容しているのではないかと議論もある。現状把握が難しいところもあるが、岐阜県において固有の傾向があるとは聞かない。

鈴木会長： ネット購入が可能となると、ギャンブルに対するハードルが非常に下がると思う。ギャンブル等依存症対策を推進していくのは非常に大事だが、ネットで簡単にお金を賭けることができる状況は、社会問題にも繋がるように思う。この課題は、国としても意識していただく必要があるのではないかと。

【議題】 (4) 岐阜県における措置入院制度の運用について

鈴木会長： 検証会議に参加された委員がいるが、山科委員は御感想などはあるか。

山科委員： 先日、検証会議に参加させていただいた。「振返りの事例検討会」をされたということで、個別事例について、皆さんで考える機会を持ていただいたのは、本当に素晴らしいことだと思う。弁護士としては、「措置」という制度は「行政権限の発

動」であって、人の移動の自由や身体を奪う制度であるため、どうしても、謙抑的であるべきではないかと思うが、それを何かしらの数値、措置診察率が「低いからいい」「高いからいい」という評価になってしまうと、結果、抑制的な運用に好ましくない影響が生じてしまうのではないかと非常に危惧している。措置制度をどのように謙抑的な運用とするかは、人権保障の観点からも、本当に各関係機関が連携しながら、見守っていくという不断の努力が必要ではないかと、少しずつ感じているところ。このような「振返り」は、少々手間を要するとは思いますが、現時点、国の明確な指針がない以上、謙抑的な措置権限の運用に向けて実施の必要があると感じた。

田口委員： 指定医の立場からも、懸念されることはよくわかる。ただ、全国で基準が異なるとなると、指定医の判断で基準が厳しくなる場合も想定され、措置入院の判定に個人差が生じうる。どの指定医が行っても「おおむね何割程度になる」という相場感的なものや全国的にも「平均的な診察率と同程度に落ち着く基準」はあってしかるべきだと思う。「低ければいい」「高ければいい」ではなく、基準がバラバラであることが問題かと思う。この「振返り」が良いと思うのは、やはり「蓄積」を共有すること。指定医によって結果が異なるというような状況はよろしくないかと思う。

杉浦委員： 全国的にみると措置率が高い県もあると思うが、例えば、「措置診察＝措置入院」になっているというようなデータはあるか。

鈴木会長： 県によって異なる。岐阜県のように診察率も入院率も低い自治体もあれば、「通報が来たらほぼ診察」という連動性があり、診察率が極めて高い自治体もある。ただ、診察から入院になるかどうかは、また別の議論だと思う。

→県： 自治体ごとに診察率の高低はあり、診察率が高い自治体間でも入院率に高低はある。具体的な背景はわかりかねるが、合同研修会の講師によると「事前調査を丁寧にやれば、結果的に、診察率が下がってくるもの」とのこと。措置診察を行う指定医に詳細な事前調査の情報をお伝えすれば、多くの情報を踏まえて判断されることになる。各自治体の事情というよりも、対象患者の状況によって変わるのではないかと思う。

田口委員： 岐阜県は、かつて、措置にかなり抑制的な風土があったことは間違いない。また、先ほどから申し上げている指定医の少なさ。この2点が、診察率が低い原因だと思う。

杉浦委員： 診察率や入院率が低いから高いからということではなく、各事例をしっかりと検証し、岐阜県なりに国に要望していくのもひとつの方法ではないか。「岐阜県ではこういう基準でやっている」と示せると、説得力があるでは。事例検討は重ねながら進めていただきたい一方で、多くの関係者が関与し、判断していく中で、保健所として判断する部分は多く、容易に「措置診察」とすると、指定医が判断する部分の割合が高くなる。誰がどのタイミングで判断するのか、という視点もあるかと思う。

鈴木会長： 私も合同研修会と検証会議に出席したが、このような取組みは、しばらく続けていくべきことだと感じた。非常に多くの各関係者が集まったグループワーキング形式での合同研修会だったが、警察の人などとざくばらんに話ができるような感じであり、非常によかった。

また、先ほど田口委員の発言にあったように、指定医不足が措置入院の外的事情になってはならない。不足の状況にどのように対応するか、先程の事務局説明において「精神医療提供体制の構築」に関する予算の説明があったが、この点について教えて欲しい。

→県： 現在、休日に措置診察が決まった場合、診察に御協力をいただける指定医が見つかるまで、保健所の職員が多くの先生に電話をさせていただいているが、非常に時間を要している。そこで、休日に診察可能な先生をあらかじめ「当番指定医」としてお願いし、依頼をすれば、すぐに御対応いただける方法を検討している。これによる時間短縮は、患者にとっても、職員にとっても負担軽減になるものと考えている。

なお、先程、指定医不足が措置の抑制に影響を及ぼしているとの御意見をいただいたが、指定医の先生方の御協力をいただき、これまでも適切に対応はできていたものと考えている。ただ、今後は、効率化できるところは効率化するとともに、事例検討会を通じて措置や通報対応での気付いた点などを共有する場としていきたい。

「いずれかの項目に「○」がついたら措置」というような基準の作成は難しいと考えており、「とりあえず措置」ではなく、丁寧に対応していくことが肝要と考えている。