

令和5年度第1回静岡県精神保健福祉審議会 会議録

令和5年11月27日(月)
パルシェ貸会議室7階D会議室

午後4時開会

○渡邊精神保健福祉班長 それでは皆様、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第1回静岡県精神保健福祉審議会を開催いたします。

本日の審議会の進行を務めます、静岡県障害福祉課の渡邊と申します。よろしくお願いいたします。

開催に当たりまして、事務局を代表しまして、静岡県障害者支援局長の石田からご挨拶を申し上げます。

○石田障害者支援局長 皆様こんにちは。静岡県の障害者支援局長の石田と申します。

本日は、皆様お忙しい中、令和5年度第1回静岡県精神保健福祉審議会にご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

また、皆様には、日頃より、本県の精神保健、医療、福祉の向上にご理解とご協力をいただいております。この場をお借りして重ねてお礼を申し上げます。

県におきましては、「ふじのくに障害者しあわせプラン」に基づきまして、全ての県民が障害の有無によって分け隔てられることなく、障害のある方もない方も相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指しております。

また、昨年12月に成立し、今年4月から一部施行されております改正精神保健福祉法では、精神障害のある方の権利擁護を図ることが明確にされるとともに、精神科病院におけます入院制度の改善や、精神障害のある方の地域生活を支援する取組を強化する方向性が示されたところでございます。

本日は、本年度が計画の最終年度となっております第9次静岡県保健医療計画、それから第2期静岡県アルコール健康障害対策推進計画、第2期静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画の素案につきまして、事務局からご説明させていただきます。

また、令和6年4月から施行されます改正精神保健福祉法や、コロナ禍を受けて新たに実施する入院者訪問支援事業などにつきまして、ご報告をさせていただきます。

本審議会は、精神保健福祉法に基づきまして、精神保健及び精神障害者福祉に関する

事項を調査、審議する重要な役割を担っております。本日は、皆様方に様々な視点から忌憚のないご意見を賜りますように、よろしくお願い申し上げます。

県といたしましては、安心できる医療の提供や、障害のある方の自立や社会参加の促進に取り組んでまいりますので、今後とも委員の皆様方には、それぞれのお立場から本県の精神保健福祉の向上にご尽力をいただきますようお願い申し上げます。簡単ではありますが、私からのご挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

○渡邊精神保健福祉班長 ありがとうございます。

本日は、委員15人中、現時点で11人のご出席をいただいております。半数を超えておりますので、静岡県精神保健福祉審議会条例第5条第2項の規定により本会が成立することをご報告いたします。

なお、本日の審議会は、情報提供の推進に関する要綱に基づき会議録が公表されることを申し添えます。

本日の出席委員につきましては、お手元の出席者名簿をご覧ください。本年度、委員の一斉改選があり、新たに委員に就任された方がいらっしゃいますので、お名前をご紹介します。

初めに、静岡県精神科病院協会の山岡委員でございます。よろしくお願いいたします。

同じく、静岡県精神科病院協会の杉山委員でございます。よろしくお願いいたします。

静岡県弁護士会の大瀧委員でございます。

○大瀧委員 よろしく申し上げます。

○渡邊精神保健福祉班長 日本精神科看護協会静岡県支部の田中委員でございます。

○田中委員 申し上げます。

○渡邊精神保健福祉班長 静岡県保健師会の松本委員でございます。

○松本委員 よろしく申し上げます。

○渡邊精神保健福祉班長 静岡労働局職業安定部職業対策課の成岡委員でございます。

○成岡委員 よろしく申し上げます。

○渡邊精神保健福祉班長 最後に、静岡県精神保健福祉社会連合会の井坂委員でございます。

○井坂委員 よろしく申し上げます。

○渡邊精神保健福祉班長 以上になります。皆様よろしくお願い申し上げます。

なお、本日は、寺田委員、齋藤委員、山末委員が所用で欠席となっております。

審議に入る前に、資料の確認をさせていただきます。

(資 料 確 認)

○渡邊精神保健福祉班長 本日は、委員改選後初めての審議会となりますので、当審議会の会長の選出をお願いいたします。

議題（１）としまして、静岡県精神保健福祉審議会条例第４条第２項の規定により、会長は委員の互選により選出いただくことになっております。委員の皆様から会長を推薦していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

長坂委員、お願いします。

○長坂委員 山岡先生にお願いしたいと思うんですが、いかがでしょうか。（拍手）

○渡邊精神保健福祉班長 それでは、異議もないようですので、山岡委員に会長をお願いしたいと思います。山岡委員、よろしいでしょうか。

○山岡委員 嫌とは言えないでしょうから（笑）。

○渡邊精神保健福祉班長 ありがとうございます。今任期中の会長は山岡委員にお願いしたいと思います。

それでは、山岡委員は会長席のほうへお願いいたします。

それでは、以後の議事進行につきましては山岡会長にお願いいたします。山岡会長、よろしくお願いいたします。

○山岡会長 それでは、最初だけ立ったままで。この審議会は、今日初めて顔を出したところですけども、会長をとということで、「はい」か「イエス」かしか返事はないと思いますので、精神科病院協会の背景ということで、一番医療提供の現場にいる者ということでやらせていただきます。

今日は審議会ということで、事務局から提案される「議題」にありますような議案につきまして、先生方、皆様それぞれのお立場、背景から、ご意見等をお伺いしたいと思います。

今日は大変立地のいい条件で帰りやすいところですけども、会議の予定が17時30分までとなっておりますので、円滑な議事につきまして、ご協力をお願いいたします。

それでは、次第に従いまして、最初の議題（２）「第9次静岡県保健医療計画の策定について」ということとなりますけれども、事務局から説明をお願いいたします。

○大石精神保健福祉室長 県の精神保健福祉室長の大石と申します。よろしく申し上げます。それでは座って説明をさせていただきます。

資料は5ページでして、資料2-1となります。「第9次静岡県保健医療計画の策定」ということで、ご説明させていただきます。

この医療計画ですけれども、医療法の30条に基づく計画でして、平成29年度に第8次の保健医療計画を策定しておりまして、今年度が最終年度となります。

(2)の「計画の概要」のところになりますけれども、医療計画では、6疾病6事業及び在宅医療の医療連携体制の構築について記載をしておりまして、6疾病の1つとして「精神疾患」が取り上げられているところでございます。

3の「次期計画策定に当たっての留意事項」に書きましたけれども、引き続き国の指針を踏まえて数値目標を設定するとともに、多様な精神疾患ごと、各医療機能を担う病院を明確にすることとされております。

また、病床の適正配置と適切な入院医療を確保するといったことを目的に、病床整備の基準としまして基準病床数を設定することとされております。今回の国の指針の見直しによって、このページの下段の計算式が示されているところでございます。

次の6ページをお開きください。

まず、計画に記載する数値目標でございます。これまでと同様に、1年以上の長期在院者数を減らしていくこと。3か月、6か月、1年時点の退院率の向上を目指すことに加えまして、次期計画では、「行動制限の指示割合」について数値目標を設定して取り組んでいくことを考えております。

この行動制限の指示割合ですけれども、毎年一定の時点で実施している調査結果を基にしているものですが、本県の行動制限の指示割合が全国平均に比べて高いといったこともありまして、全国平均よりも減らしていくことを目標に掲げているところでございます。

次に、基準病床数ですけれども、こちらは国が示す算定式に基づいて算出をしているところでございます。第8次計画の基準病床数に比べまして、入院期間が1年未満の急性期と回復期。こちらで必要病床数が増えているといったことになりまして、一方で、入院期間が1年以上の慢性期ですね。こちらは、医療の向上や、基盤整備等による受け皿の充実ですとか認知症施策の推進等によって地域移行を推進することで入院患者数を減少させるといった、一定の数値目標が示されているところでございます。

一番下の6のところ、今後のスケジュールとしましては、医療審議会の下に現在計画策定作業部会といったものを設置しておりまして、今年度、計画の見直し作業を進め

ております。最終的には、年度末の医療審議会でも最終案を審議しまして、今年度末には全体の計画として公表する予定になっております。

次に、精神疾患部分の内容についてご説明いたしますので、次の7ページ、資料2-2をご覧ください

次期計画での変更のポイントということで一番上にまとめてございます。対策のポイントとしては、「にも包括」、あとは多様な精神疾患の医療連携体制の構築に加えまして、隔離・身体的拘束の最小化を新たに追加しているところでございます。成果指標、数値目標、基準病床数については、先ほど説明したとおりでございます。

4の「施策の方向性」といったところですが、**「精神疾患に関する普及啓発・相談支援」**。(2) **「にも包括の構築」**。(3)として**「多様な疾患ごとの医療連携体制の構築」**。(4)のところで**「災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療」**の確保といったところ。(5)として**「隔離・身体的拘束の最小化」**。この部分で、こちらに記載した内容を追加しているところでございます。

また、医療計画の中では医療従事者の確保といったものについても記載をしております。これまで記載のなかった**「公認心理師」**について、今回の改正に合わせて追加をすることとしております。

次に、ページをめくっていただきまして、9ページのところから説明をさせていただきます。ここからが計画の具体的な記載事項になります。現行計画から変更した箇所には下線を引いております。

冒頭の部分は、患者数などを現状の数値に置き換えたものでして、2つ目の「○」のところでは、国の調査実績を基に精神保健上のニーズを有する方の現状を追加しております。

ページを少しめくっていただきまして、11ページをお開きください。

こちらの上段では、「精神科の訪問看護の状況」を新たに記載をいたしました。1つ目の「○」が施設数について。2つ目の「○」が訪問看護の利用者数を示しております。こちらでは、特に利用者数のほうが全国平均に比べて少ないといった状況でございます。

上から4つ目の「○」のところには**「統合失調症」**とありますが、ここからは疾患ごとの患者の状況を記載しております。いずれも疾患の特徴を記載した上で患者数などの情報を記載するようにしています。

またページが飛びまして、13ページをお開きください。

上段では「災害精神医療の状況」ということで、災害拠点精神科病院とDPATの役割などについて、計画において追加をしているところがございます。

同じページの中段の部分、ウとして「医療提供体制」と書いてありますけれども、ここでは医療提供体制の課題観について記載しております。

(ア)の「精神疾患に関する普及啓発・相談支援」。こちらでは、法改正に伴う市町の相談支援に対する技術的支援について追加をしているところです。

(イ)の「にも包括」のところでは、在宅患者への対応と入院患者に関する課題観。こういったものを分けて記載をしまして、入院患者への対応では、その中でも新規の入院患者さんと長期の在院者に対する課題観を分けて記載しました。最後のところでは、歯科医療や薬剤の服薬指導といったところについても記載しております。

次のページから、(ウ)として「多様な疾患ごとの医療連携体制の構築」としまして、疾患ごとの課題観などを記載しているところがございます。

14ページになりますけれども、上から4つ目の「○」ですかね。「依存症」のところでは、アルコール依存症とギャンブル等依存症の課題観といったものを記載しまして、その中で、それに加えて、近年若年層で問題となっておりますゲーム障害・ネット依存について新たに記載をしたところがございます。

15ページのほうに行きまして、下段の(カ)のところでは、こちらには、「災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療」といったものを追加しております。

さらに、一番下の(ク)のところでは、「隔離・身体的拘束の最小化」としまして、必要最小限の範囲で行なわれる隔離・拘束について、人権擁護の観点からも最小化することが求められているといった形で記載を追加したところがございます。

次の16ページに行ってくださいまして、ここからが「対策」ということになりまして、数値目標ですとか施策の方向性を記載しております。

上段のアの「数値目標」では、先ほどご説明したとおり、それぞれ指標を立てて数値目標を設定しておりますけれども、今年度、障害福祉の部分で障害福祉計画も同時に見直すことになるため、この両方の計画で数値目標を合わせるようにしております。

イの「施策の方向性」では、さきに説明しました課題観に対する取組の方向性を記載しております。

(ア)の「精神疾患に関する普及啓発・相談支援」では、早期治療や早期介入に向けた相談支援体制の推進ですとか、市町の相談支援体制の充実について取り上げております。

相談支援として、精神保健福祉センターと保健所の役割とともに、法改正による市町の相談支援体制の充実について、追加して記載しているところでございます。

下段の（イ）の「にも包括」の部分ですけれども、こちらでは、次の17ページに行ってくださいまして、入院医療だけでなく、訪問診療や訪問看護による、身近な地域で医療や福祉サービスを受けやすい体制整備の促進といったところを記載したところでございます。

このほか、法改正により新たに創設されることとなります入院者訪問支援事業や住まいの確保に向けた取組など、こういったものを通じて地域移行や地域定着の取組をさらに進めていきたいというふうに考えているところでございます。

続きまして、（ウ）の「多様な疾患ごとの医療連携体制の構築」のところでは、課題観に応じた取組を引き続き実施することとしております。

3つ下の「依存症」のところでは、全県の医療体制の構築に向けて、多職種・多施設との連携の推進について記載をしております、次のページに行ってくださいまして、18ページの上から2つ目のところですが、「摂食障害」。こちらでは、入院医療の体制を維持するとともに、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来の医療機関の確保に努めることとしております。

少し下に行ってくださいまして、（エ）「精神科救急体制・身体合併症」では、現在の救急医療体制、システムを維持することに加えまして、身体合併症では、県立総合病院が身体合併症対応施設に加わったことなどを記載しております。

そのほかには、次の19ページのほうに行ってくださいまして、（カ）のところでは、「災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療」ということで、こちらの対策としては、災害拠点精神科病院やDPAT、DMAT等の関係機関との連携といったところ。また、今後の問題になると思うんですけれども、新興感染症への対応について記載をしております、一番下の（ク）の「隔離・身体的拘束の最小化」の部分では、精神科病院における実践事例を共有する研修などを通じて取組を支援していきたいというふうに考えているところでございます。

資料が少し飛びまして、33ページのところに、今回の医療計画から、こういった形で全ての疾患・事業について統一してやるということで紹介させていただきまして、こちらは「ロジックモデル」というふうに言われるものです。個別の施策の結果、このアウトプットと施策の成果、アウトカム。この関連性を明確にするもので、次期計画では、

それぞれの分野ごとに作成することになっているものです。

この精神疾患の中では、左側の8項目の個別施策の結果、真ん中の中間アウトカムに書いてあります3つの項目の柱立てにつながっていくと。そして分野別のアウトカム。右側にありますけれども、「精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して暮らすことができる」と。この施策の目標につながっていくといったことを模式化したものとなります。

続きまして、1ページめくっていただきまして35ページをごらんください。

先ほどもちょっと紹介しましたがけれども、この保健医療計画の中では医療従事者の確保についても項目を立てております。医師や看護職員などの医療従事者のほか、その他の保健医療従事者ということで、精神保健福祉士などをこれまで記載しておりましたところ、次のページに行ってくださいまして、36ページのところなんですけれども、これまで心理士さんについては保健医療計画には記載をしておりませんでしたけれども、「公認心理師」ということで国家資格となったこともありまして、保健医療分野での活躍が今後も見込まれるということから、今回保健医療計画の中に追加をすることにしております。

駆け足の説明になってしまいましたけれども、お配りした資料の説明は以上となります。

このほか保健医療計画では、発達障害ですとか認知症施策に関しても取り上げております。これらは、それぞれ別の協議会で今計画の素案の検討を行なっているところでございます。参考資料ということで、今日お配りした資料の後ろのほうなんですけれども、79ページ目からが発達障害の関係を紹介してございまして、さらに87ページからが認知症対策ということで計画の素案を添付させていただきました。

また、このほか、新興感染症対策について次期計画では新たに取り上げることになっております。こちらは、県の感染症対策連携推進協議会といった会議体がありまして、こちらにおいて、計画の素案や、新たに今後立ち上げる予定の「ふじのくに感染症管理センター」の機能といったものを検討しております。ちょっと紹介が遅れまして、103ページ以降に、こちらは概要版ということで紹介をさせていただきました。また後ほどご覧いただければと思います。

説明は以上となります。よろしくお願いたします。

○山岡会長 ありがとうございます。大変ボリュームのある説明で、ご意見、質問をい

ただきたいところですが、ずっと手が挙がるかどうかと知っているところです。

少しお考えいただいている間に、実は私自身の話ですけれども、静岡県の医療審議会に参加しております、そこでは医療全体の話ですから、精神科の部分というのはほんのこれっぽっちで、それでも何か一言ぐらいは言おうと思って発言をして、大石さんをひやひやさせておりますけれども。

そこに参加しているからこそ分かることというのが、先ほどの説明にもありましたように、確かに認知症の病棟は精神科医療なわけですけれども、それだけで完結することではなく、多くの方は、一般内科を受診されていたり、あるいは高齢者施設を利用していらっしゃるということで、全科にわたって対応できるような別立ての項目にしようということで別枠になっています。また、先ほどお話がありました発達障害の部分も、小児科との連携が必須であるというところから、これも精神科だけの枠ではなく別立ての議論をしているというように聞いております。ただ、すごく難しいのは、この精神科の部分ではあまり認知症って出てこないんですけれども、「児童思春期」ですとか「発達」という言葉はここにも出てくるので、なかなか扱いが難しいところがあるなというふうに思いながらお聞きしています。

さて、どうでしょうか、皆さん方。お願いします。

○杉山委員 会長がいろいろ考える時間をつくっていただいたと思いますけど、今回、法改正を踏まえているという話で、法改正の趣旨は包括的なケアをやるということですよ。それからもう1つは、地域共生社会の実現に向けたというところの文脈があつての改正があると思います。

それから、もう1つ大事なことは、人権意識の向上というところが入っていると思いますが、それになぞらえた形で今回の新計画案が策定されていると、おおむね読むことができるというふうに評価しております。新たに隔離・拘束のことを数値目標に入れたりということは、他県でどうなっているかはちょっと分かりませんが、こういった取組を正面から向き合っているんだというのは、とてもいいことかなというふうに受け止めております。

その一方で、人権というところでいくと、ちょっとこの医療計画の作り方を僕もよく存じ上げていないので分からないんですけど、初めてここに来たということもありますし。もう1つ、法改正の中の大きなこととして虐待防止という項目が入っていて、それも大きなことなんですけど、それは静岡県としては、やはりある程度取り組まなければ

いけない状況にあるかなという気はしておりますが、こういった計画の中ではそれは扱わないと。別の施策の中でやっていくんだという認識でよろしいんですかね。

○大石精神保健福祉室長 医療計画ですので医療のことが中心になってしまいまして、処遇面のところは、全く書いてないわけではないんですけれども、この中では今取り上げにくいところが正直なところありました。虐待防止に関して何もやらないというわけでは決してございませんので、監査の強化ですとか、法律によって虐待の通報が義務づけられると。あと、医療機関さんのほうにも体制整備等が義務づけられるということもありますので、この辺は引き続き県としても対応していきたいというふうに考えております。

○杉山委員 ありがとうございます。

○山岡会長 ありがとうございます。

今の虐待の通報のことでいえば、具体的な通報の仕方。どこにどんな手段で通報するのかということと同時に、医療機関に関しては、通報者をどうやって守っていくのかというようなこともお示しいただけるとありがたいかなというふうに思います。今のお話のように、ここの審議会の話とは違うかもしれませんが、そう思っているところではあります。

そのほか、どうでしょうか。

○高橋委員 よろしいですか。高橋でございます。

何点かお尋ねも含めて伺いたいと思いますけれども、まず12ページの「自殺者の状況」なんですけれども、国の発表だと、小・中・高校生の自殺者が過去最多であるという発表がございます。この中では若年層は「おおむね横ばい」という記載ですけれども、本県の状況が今どうなっているのか、ちょっと教えていただけますでしょうか。全国と同じように過去最多なのかどうかを教えてください。

○大石精神保健福祉室長 国のほうからは、小・中・高生の自殺者の推移ということで、今皆さんにお配りしてないんですけれども、状況は把握しております。特に高校生のところでコロナ前に比べましてぐんと伸びている状況で、今高橋委員が言われたように過去最高というところがございます。

一方、静岡県の状況ということになりますと、小・中・高という分けはないんですけれども、19歳未満ということで人数のほうは把握しているところがございます。近年の状況ですと、令和4年が20人、その前の年が20人、その前が17人で、コロナが始まった

といわれる令和元年度が22人、その前年が23人ということで、そこまで大きな変動はないという状況なんですけれども、この数字に現われてこない、未遂の方ですとか希死念慮を持っている方というのは見えないところにいるということもありますので、その辺も見ていかなければいけないところかなと思っております。

○高橋委員 ありがとうございます。数字的には「おおむね横ばい」という表現で妥当だということでございますね。少子化対策を取りつつ、一方では若者たちが希望を失って自殺するという状況は大変憂慮すべき事態でございますので、県としても、きちんと対策を、この計画の中にも盛り込んでいただければありがたいと思います。

次が13ページですけれども、計画上の項目の書き方でお尋ねなんです、13ページのウが「医療提供体制」となっておりまして、これに対応するのが、アが「精神疾患の現状」、イが「本県の状況」、ウが「医療提供体制」と。このウの「医療提供体制」の中身を見ますと、(ア)が「普及啓発・相談支援」、(イ)が「にも包括」ということで、もちろん医療が中心になってくるべきものだというのは十分理解できるんですけれども、相談支援であったり「にも包括」というのは、医療だけじゃなくて、もっと幅広の多分野とか多職種連携でやっていくべきものだと思いますので、この「医療提供体制」という狭い書き方じゃなくて、もう少し幅広の見出しのほうがいいのではないかなと思いますけれども、その辺のお考えはいかがでしょうか。

○大石精神保健福祉室長 すみません。そこまであまり考えずに、現行計画の項目に係る小見出しみたいな形で今つくってしまっているのが本当のところですよ。

そうはいつても、(ア)にあります「普及啓発・相談支援」は、精神疾患に関する理解を進めることで医療につながりやすくなるですとか、相談支援を通じて医療へのアクセスを確保するといったところもあるかと思えます。あと、「にも包括」の中でも、今高橋委員がおっしゃられたように医療の部分といったところはありますので、つくり自体は、このような(ア)、(イ)、(ウ)という形でいきたいと思えますけれども、この表題についてはもう少し考えたいと思えますが、このままになってしまうかもしれません。すみません。

○高橋委員 もう1つ。3点目、感想だけです。

15ページですけれども、新設された(ク)の「隔離・身体的拘束の最小化」の部分。これは法改正を踏まえて表現が追加されたのではないかなと思いますけれども、これは前回の計画見直しのときにも私が申し上げていたことが、控えめながらこういう表現が付

記されたので、大変喜ばしいと思っております。

以上でございます。

○山岡会長 ありがとうございます。

今の自殺者のこととか数値のところは、恐らくこの計画を練っているほうが先行していて、数値の報道がその後だと思いますけれども、なかなか最新のものを使っていくのって難しいことですよ。

また、僕が言うことでもないですけども、今の章立ての書き方、起こし方にしても、法律を見ても、やはり普及啓発というところが一番最初に来るべきことであって、それが医療提供体制云々かというところ、そこは確かにちょっと違いはするでしょうね。でも、やはり県民の皆さんに知識を持っていただいて、平等に見ていただくということを考えていくところが一番根底にあるべきことかなと思っています。

そして、個人的なところで言ってしまうんですけど、最後のご指摘の、「隔離・身体的拘束の最小化」という言葉で上がっていますが、名指しで聞いちゃいますけど、杉山先生。その辺は「最小化」なのか「適正化」なのか、いかがでしょう。

○杉山委員 あまり言葉遊び的になっても仕方がないとは思いますが、意味はいろいろ解釈が広がってしまうので、一般的に使われている言葉がやはりいいだろうというふうに思います。医療上では「最小化」ということがよく言われていますが、去年でしたっけね。国の検討会では「ゼロを目指してください」と。「ゼロ化」という言葉が少し使われ始めていますね。

ちなみに、法改正では行動制限まではちょっと踏み込んだところには今回は至っていないんですけども、法にくっついている告示のほうをもしかしたら見直すかもしれないというような、うわさ程度なんですけれども、ありそうだということで、それを踏まえて、本県ではそれを先行して、率先して取り組もうということだというふうに認識しております。

○山岡会長 急に振って申し訳ございません。

大瀧先生。先ほどからちらちらと目が合うので、弁護士のお立場で今のことなんかは。

○大瀧委員 すみません。大瀧です。

質問が2点と1点意見なんですけど、まず最初に、7ページの「成果指標、数値目標」で、「行動制限指示割合」の10.5%というところで、本県のほうがちょっと全国平均に比べて多いということだったんですが、これは原因はどのように分析されているのか。要

するに、そこがないと、そこへ向かって数値目標を達成することはなかなか難しくなっちゃうので、計画に盛り込むのはまた別としても、先に原因をちょっと知りたいなと思ったのと、あともう1点が、11ページの一番上の「精神科訪問看護の状況」で、2番目の「○」の「精神科訪問看護の利用者数が全国平均より少ない状況です」というのは、これも原因が何なのかというところを知りたいのと、あともう1点、ちょっとこれは自分の仕事の関係で、医療観察法のところも計画にはあるんですけど、医療観察法も、割ともう長いこと長期入院というのがかなり問題化してきていて、そういう問題意識がある中で、この今回の計画にはその辺がさらっとで何も無いのがちょっと気になったので、この辺をちょっとご検討いただけないかなというのが、これが最後、意見というか要望です。

以上です。

○大石精神保健福祉室長 行動制限の指示割合の高い要因なんですけれども、正直なところ、分析をできているかと言われると、そこまでできていないというところはあるんですが、アンケートをやった経緯はあります。これが直接的な原因かどうかは分からないんですけれども、やはり従前どおりといいますか、「これまでこうであったからこうでよかろう」というところが少し見受けられるのかなといったところは感じております。正確な分析までは、すみません。できておりません。

もう1個、11ページのところにあります訪問看護等の利用者数が少ないといったところですが、こちらは、これまで全国の状況と比べるということをあまりしていなかったというのが正直なところですが、こちらも、なぜ少ないかといったところが、こちらのほうは分析ができていないところです。これが多ければいいのか、少ないことが悪いことなのかといったところは、いろいろあるのかなといったところがありまして、他県の状況の中で、囲い込みじゃないんですけれども、民間の会社さんが訪問看護をかなり使っているといった状況もあるやに聞いているので、これからになるんですけれども、適正量というのがどのぐらいで、どこを目指していくのかといったところも、皆様のご意見を伺いながら進めていきたいというふうに考えているところでございます。最後の医療観察法なんですけれども、ここはやはり、どちらかというところ保護観察所さんのほうの取扱い部分が多いということで、県でも保護観察所さんと一緒にいろいろ進めていくというところの取決めになっているんですけれども、そこはなかなか難しいところがあるかなといったところです。

すみません。以上でございます。

○山岡会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

医療観察法はなかなか、扱い上も、本当に医療の中だけのことではないので難しいところがあるかなと思います。

今の訪問看護のことで、ちょっと浜松の現況からお話ししますと、恐らくこの数値は、自治体、市町村による差がかなり大きくて、浜松は訪問看護ステーションが、今市内に80以上あるかと思うんです。そのうちのどれぐらいの率がよく分からないんですけど、本社は東京にある、あるいは大阪にあるというような株式会社が複数のステーションを運営している状況で、ニーズがあるからできているのか、ニーズを喚起している状況なのかというところが問題になっています。

○渡邊委員 17ページのところになりますけれども、一番初めに杉山先生がおっしゃった、この包括的なのというところが目的だということで、私もそれはすごく思っていて、「施策の方向性」というところがちょっと弱いかなという感じがしたので、1点だけ。

17ページの、線が引いてあるということは、それは前回から変わっているの、そこがかなり変わっているというところはすごくよいことだと思いますが、静岡県で実際にもう既に、「○」でいうと3番目あたりです。「長期在院者に対しては、各地域における協議を通じて」ということで、確かに協議会が設置されていて、そこで協議を図りながら進めているというところはこのとおりですが、それだけではなくて、実際に静岡県では、年に1回、包括支援センター等関係機関を通じた、幅広い方々を対象とした研修会も開催されていますので、その現状を踏まえた上でさらに推進していくためには、県だけでなく、市町の協議会との連動性とか、そのあたりまで踏み込むといえますか、推し進めるというような姿勢が見えるともっと分かりやすいのではないかと思いましたが、ぜひそのようなご検討をいただければと思います。お願いします。

○山岡会長 大石さんが大きくなずいていらっしゃるの、検討をお願いします。

○大石精神保健福祉室長 研修もそのとおりで、今度、12月4日に地域移行の研修ということで、県だけではなくて、圏域市町の関係者も含めて、実践報告をしたり隣の圏域の状況を知ってもらって、それを自分の地域に持ち帰ってそこで広めてもらうといったことをやりますので、計画には今書かれてはいないんですけども、そういった取組を今後も着実に進めていきたいというふうに考えております。

○山岡会長 ぜひお願いいたします。

それでは、「第2期静岡県アルコール健康障害対策推進計画の策定」につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○大石精神保健福祉室長 資料は43ページからになります。「資料3-1」と右肩に書いてある部分になります。

「アルコール健康障害対策推進計画の策定」ということで、この計画は平成29年度の末に第1期の計画といった形で策定しておりまして、今年度末が計画の最終年度となるため、現在、依存症対策連絡協議会等におきまして見直し作業を進めているところでございます。

(1)に「現行計画の基本的考え方」という形でまとめておりますけれども、基本理念はここに書いたとおりでして、発生予防、進行予防、再発防止。これらの対策を実施するとともに、当事者や家族が日常生活を円滑に行なうための支援を行うこと。それに加えて、飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に密接に関連することに鑑み、関連する施策との連携を図るといったことが掲げられております。

また、その下に記載をしました2つの重点目標それぞれの達成目標を掲げて、施策に取り組んでいるところでございます。

その下の「施策の方向性」ということで、「発生予防」「進行予防」「再発予防」の各段階に応じた取組を進めるとともに、「基盤整備」ということで、体制の整備ですとか人材の確保等に取り組んでいるところでございます。

(2)の「数値目標の進捗状況」に掲載しましたけれども、数値目標としましては、①として、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合を低くすること。②、③ということで、未成年者及び妊娠中の飲酒をなくすことを目標に掲げております。現状を把握できている中では、現在の計画を策定した時点に比べて、未成年者、妊娠中の方の飲酒は、ゼロにはなっていないんですけれども改善傾向にありますけれども、一番上の生活習慣病のリスクを高める量の飲酒者の割合のうち、男性のところの数値が悪化しているという状況になっております。

次のページをお開きいただきまして、44ページですけれども、上段の2の「次期計画策定の考え方」としましては、国でも基本計画といったものをつくっておりますので、国の基本計画や県の各種協議会でのご意見などを踏まえて現在検討しているところでございます。

まず、国の基本計画の中では、「飲酒ガイドライン」や「早期介入ガイドライン」とい

ったものを作成することになっております。こういったものを啓発や保健指導に活用するといったことがいわれております。

資料の下段のほうでは、県の協議会におけるご意見などを掲載しましたがけれども、課題観としましては、上のほうから、アルコール依存の入院者の7割ぐらいが再入院になってしまうといったことから、自助グループや家族とのつながりですとか、地域に戻ってからの支援の継続性が重要であるといったところですか、アルコール依存症は「否認の病」と言われるように、本当に困ってからでないかと相談につながらないといったように、アルコール健康障害対策、依存症の普及啓発がまだ十分ではないのではないかとといったご意見もいただいております。

さらに、依存症は自分の意思ではどうにもならないコントロール障害だということが言われております。「こういったことを子供の頃から教育することが重要ではないか」といったご意見ですとか、依存対象であるアルコールのことだけではなくて、依存に走る背景・経緯というんですかね。孤独・孤立の問題であったりメンタルヘルス上の課題。「こういったことにも目を向ける必要がある」といった意見が挙げられております。このため、このような点も課題認識として踏まえた上で次期計画を検討しているところでございます。

45ページに行きまして、4のところ「第2期計画における変更点」といったことで、現行計画からの変更点をまとめてあります。左側の「発症予防」の段階では、右側のほうに行きまして、「普及啓発の更なる推進」として、アルコール依存に関する正しい知識の啓発のため、厚生労働省が作成する「飲酒ガイドライン」を活用した普及啓発を図るといったところを追加しております。

次の「進行予防」の段階では、「クロスアクションに関する理解促進」といったものを追加しました。こちらは、アルコールに関する問題を抱えている方の中には、一定程度ギャンブルに関する問題も抱えている方もいると言われておりまして、またさらに、1つの依存症の回復過程の中で、別の依存物質、依存行動に移行する場合もあると言われていたことから、相談支援に従事する方には、こういったところをぜひ理解していただきたいというふうに考えております。

次の「再発予防」のところでは、自助グループについて触れております。アルコール依存の支援におきましては、自助グループや家族など、地域に戻ってからの支援の継続性が重要であるといったところから、自助グループとの連携について記載しているところ

ろでございます。

主な変更点は以上となりますけれども、本日お配りした、こちらの後ろのほうに、資料3-2ということで計画の骨子をまとめたもの。その裏面、49ページに概要版といったものをおつけしております。あと、参考資料ということで、ちょっと厚い冊子になっているんですけども、計画の素案を添付しましたので、またこちらは後ほどごらんいただければと思います。

今後の作業スケジュールとしましては、12月中にパブリックコメントを実施しまして、年度内に次期計画ということで公表することを予定しております。

説明は以上となります。

○山岡会長 ありがとうございます。

ただいまのご説明につきまして、何かご質問、ご意見ございませんでしょうか。

長坂委員、このアルコール健康障害対策連絡協議会にご参加とお聞きしていますけれども。

○長坂委員 静岡福祉大学の長坂でございます。

先ほど、43ページの「達成目標」のところで、①「生活習慣病のリスク」、それから②「未成年者の飲酒」、それから③「妊娠中の飲酒をなくす」という中に、今回の話合いの中では、「高齢者の過度な飲酒に関しても静岡県では取り組むべきではないか」というご意見が出ております。

「高齢者の飲酒に関しては掲げるべきではないか」という意見も出ておりましたので、そのあたりも含めてちょっとご説明をさせていただきます。

それから、アルコールと薬物、お酒と薬で自殺に結びつく方もかなり多いものですから、自殺に関しても着目しなければいけないということで、これは実際に救急隊の発見の数の中に、ウイスキーの脇に睡眠薬があったという発見の事実も事例として上がっておりまして、私どもも「自殺に対しても見ていかなきゃいけない」ということで話合いをいたしておりました。

以上になります。

○山岡会長 補足のご意見ありがとうございます。ちょっと古いデータになりますけど、薬物による自殺企図のときは、本当に多くの例がお酒で薬を飲んでいるような状況だという数字はありますね。

そのほかの委員の方、どうでしょう。このアルコールの問題につきまして。

なかなか難しいのは、今の長坂先生のお話をお伺いしていても改めて思ったんですけど、日本ってすごくフリーにお酒を飲める国ですよ。外でもいつでも飲みちゃうという。そこにもう背景の違いがあるなと思いつつお伺いしておりました。

時間がかかるので余分なことはあまり言いませんけど、個人的にこの問題について思っているのは、これはぜひ強く進めていただきたいんですが。というのは、このアルコールの乱用の方が家庭内のDVにつながったり、もっと直接的にはお子さんへの影響が出たりということもあるので、子供への影響はやはり止めたいですから、ここの対策はしていきたいなと。していきたいなと僕がささやいてもしょうがないんですけど、思うところがあります。

実は、先生方にすごくおわびをしないではいけないのですが、今の議題につきましてよろしいでしょうか。この素案につきまして、この審議会です承ということでもよろしいですね。おわびと申し上げましたのは、先ほどの医療計画の素案につきまして「了承でよろしいでしょうか」という確認をし忘れたので、そこも含めて、今の2つの議題は了承ということにさせていただきます。

それでは、次の議題（4）「第2期静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画の策定」につきまして、また事務局から説明をお願いいたします。

○大石精神保健福祉室長 続きまして、ギャンブルの関係です。資料は51ページ、資料4-1からになりますので、お開きください。

こちらが今年度末が計画の最終年度となるため、同じく依存症対策連絡協議会において見直し作業を進めているところでございます。

（1）「現行計画の基本的考え方」のところにまとめてありますが、「重点目標」ということで、2つあります。正しい知識の普及を徹底し、将来にわたるギャンブル等依存症の発症を予防すること。2つ目に、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制の整備。この2つを重点目標に掲げ、その下にある「発生予防」「進行予防」「再発予防」「多重債務問題への取組」「基盤整備」といった段階、ステージにおきまして、「基本的な方向性」「基本的施策」をそれぞれ定めて取組を実施しているところでございます。

次の52ページのほうに行ってくださいまして、2の「次期計画策定の考え方」ということで、こちらが国の基本計画を踏まえたものとするとともに、同じく県の依存症対策連絡協議会等での意見を踏まえて策定作業を進めているところでございます。

国の基本計画の中では、公営競技におけるインターネット投票の利用が増加していることを踏まえた対策を図ることとしているということで、今山岡会長が言われたように、いつでもお酒が飲めちゃうのと同じように、いつでもギャンブルができちゃう状況に今なりつつあるといったところが心配なところかと思えます。

その下に、医療機関や相談機関から伺った現状認識、課題といったものを記載しております。次の53ページのほうに行きますと、各協議会での意見をまとめて掲載したところでございます。

この53ページのほうにちょっと書いたんですけれども、この中で、上から3つ目ぐらいのところなんですけれども、「学齢期から児童生徒への適切な知識の普及が重要である」といったこと。それと同時に「先生方の資質向上も必要ですよ」といったご意見が出されております。

その下には、ゲーム障害・ネット依存といったものなんですけれども、これらの相談が増加をしているというふうに言われておまして、これらのゲーム障害・ネット依存は、ギャンブル依存と同じ行動嗜癖といったところにくくられるものでして、「いずれもギャンブル依存の入り口となり得るんですよ」といったご意見もありました。

あとは、消費者相談の中では、ゲームの課金、「ガチャ」というんですけれども、この相談が増えていて、「低年齢からの消費者教育といったものも重要でありますよ」といったところ。それと、人間関係の悩みですとか孤独感を抱えるところから依存に陥ることがあるため、「『こころの健康づくり』といったものも重要ですよ」といったご意見もありました。

あと、アルコールのほうでも触れましたけれども、「クロスアディクションの理解を普及させるべきですよ」といった課題観が出されているところでございます。

次期計画を検討するに当たりましては、これまで説明させてもらったとおり、国の基本計画と方向性を合わせること。あとは、現状の課題観を踏まえて今後の方向性を検討するといったところ。あとは、ギャンブル等依存症計画ということなんですけれども、ゲーム障害ですとかネット依存についても追加をしていきたいというふうに考えているところでございます。

次の54ページのほうに行ってくださいまして、上段の3の「次期計画の概要」に書きましたけれども、この計画は法律に基づくものでして、6年度から8年度までの3か年計画とされております。重点目標は、先ほどご説明した現行計画と同じでございます。

その下、4の「第2期計画における施策体系」ですけれども、次期計画における主な取組などを掲載しております。

一番上の「発症予防」のところでは、「普及啓発の更なる推進」ということで、学齢期からのコントロール障害に関する理解促進について。また、「こころの健康づくりの推進」ということで、メンタルヘルス対策の推進ですとか、孤独・孤立対策として行なわれている施策との連携といったものを追加しています。また、「ゲーム障害、ネット依存の啓発」ということで、教育関係者、一般県民等への理解促進について新たに追加をしているところでございます。

そのほか、3つ下になりますけれども、「関連する諸問題への対応」という中では、アルコールと同じようにクロスアディクションについて追加をすることにしております。

主な変更点は以上となりますが、こちらも、本日お配りした資料の次のページ以降に骨子、その後に概要版をつけまして、さらに参考資料ということで計画の素案を添付させていただきました。すみません。これは計画の素案を見ていただく前に了承をいただくべきかどうかあれだったんですけれども、またごらんいただきまして、後日、ご意見等ありましたらお寄せいただきたいと思います。

スケジュールは、アルコール計画と同じように、12月にパブリックコメントを実施しまして、年度内に次期計画として公表する予定となっております。

説明は以上となります。よろしく申し上げます。

○山岡会長 ありがとうございます。

ただいまの説明につきまして、何かご意見、ご確認等ございませんでしょうか。

この連絡協議会の会長の長坂先生——ああ、手が挙がっていますね。

○長坂委員 何度もすみません。静岡福祉大学の長坂でございます。

聞き慣れない言葉だったかもしれませんが、「クロスアディクション」という言葉が出てきています。これは重複障害を意味しておりまして、今年度、2月に静岡県依存症フォーラムを開催する予定でございます。そのテーマに、重複障害、クロスアディクションというのを考えておりまして、本来ですとアルコールからギャンブルに行ったとかという明確なものがあったりするんですが、例えばアルコールから窃盗という、クレプトマニアという、ほんのささいなものなんです。あんパンとコーヒーを取っちゃったりとか、そういったことで捕まる、検挙される。考えてみると、それを繰り返していた。

もともとそれがあった。それにアルコールが乗ったとか。それから盗撮とアルコール。そういった問題を2つ組み合わせたといいますか、そこを明確に、「自分はどういう問題があったよ」というのを今年度はテーマにしてアディクションフォーラムを実施したいと考えております。

実際のギャンブル等依存症対策推進計画の話合いの中では、「ギャンブルの姿が少し変わってきましたね」ということで、まずギャンブルは、パチンコがこれまで8割、9割だったものが、今スマホ決済ということで、競輪、競艇、オートのほうに、来場者はいないんですがスマホ決済がかなり増えていると。「右肩上がりです実際にはどこにも利益が出ておりますよ」という話でした。その中で、ギャンブルの決済方法がスマホに移行していて、スマホからクレジットカードに移行するもの、それからスマホの料金に乗っかって見えないというのが借金にもつながっているということが明らかになり、「我々もそういったものに着目しながら、この策定をしなければいけませんね」という内容で話合いが持たれておりました。

そこで1点、ちょっと修正といいますか、直すことになるとは思いますが、53ページの下段の「ゲーム障害・ネット依存が与える影響」ということの下の方に、※印で「うつ、不安・睡眠障害」と。これらはその結果になりますが、注意欠陥・多動、自閉に関するものは、逆に要因として挙げられるものですから、「これらは少し明確に分けて物事を考えたいですね」というふうに話合いが持たれておりました。

ですので、今回はクロスアディクションに焦点を当てながら、県と一緒に静岡県依存症フォーラムに取り組みたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○山岡会長 積極的な取組で、ありがとうございます。

どうぞ、杉山先生。

○杉山委員 今、アルコールとギャンブル等ということで、2つの対象についての計画。5年と3年ですか。今回新しくなるということで説明をいただいたんですけど、これは国のほうからの話であったりという事情があると思いますので、やむを得ないところもあるんですけど、現場感覚でいうと、先ほど来、アルコール、薬物という話が出ていますけど、薬物に関しては、今は従来の処方薬ではなくて市販薬です。圧倒的に爆増していて、現場でもそれは実感できるぐらいの深刻さですね。

だから、どんどん移り変わっていますので、そういった形では、こういった審議会を

やって、同意を取ってきれいにまとめてという計画では、ちょっと見られないですよ。確かに追いつかないと思いますが、一応そういった現状があって、ある程度柔軟に現場の困り感に対応できるようなものが少しずつ出てくると、それはありがたいという気はします。もちろんこれは枠組みが決まっているようなところがあると思いますので、それは承知の上で無理を言って申し訳ないんですけど、そういった現状がありますということは、ひとつ申し伝えておかないといけないかなと思って発言しました。

○山岡会長 ごもつともです。そういう意味でも、こういう会で背骨を通しておいて、現場で起こってくることは柔軟に潰していけるというような仕組みづくりが望ましいかなと思います。

ほかに。もしよろしければ、僕、1つ確認させていただきたいんですけど、52ページの真ん中辺なんですけど、「医療機関」の「現状認識」というところに「デイケアの利用患者数が増えて」云々ということが書いてあって、このデイケアというのは何を指しているのでしょうか。

○長坂委員 これは聖明病院でのデイケアの中での依存症者の数、それから認知行動療法による成果も含めて人数が増えてきていますという報告がございまして、これは明らかにこ入れをしなければいけないものであるというのが、そこに明確に記された内容となっております。

○山岡会長 そうすると、これは行政の方にお尋ねしますが、ここで医療機関の現状認識として書く事柄なのか。もっと言うと、これは精神科領域だけの問題ではないわけで、医療機関の現状認識というと、一般の開業医さんとか総合病院でどうなのかということをもまず考えるかなと思うので、ちょっとお聞きしました。

○大石精神保健福祉室長 すみません。ここは、依存症の治療拠点機関ということで2つの病院さんを県のほうで指定しているということもありまして、その病院さんから聞き取った内容を書かせていただいたところです。主に聖明病院さんからいただいた意見でございました。分かりづらくてすみませんでした。

ちなみに、「相談機関」ということで書かせてもらったのは、主に精神保健福祉センターさんのほうのご意見ということで掲載させてもらっています。

○山岡会長 ありがとうございます。というように、大きな資料ですので、どこでの意見かということが分かるほうが安心できるような気がします。ちょっと言い過ぎかもしれませんが感想です。

そのほか、よろしいでしょうか。よろしければ、この第2期ギャンブル等依存症対策推進計画の素案につきましても了承ということにさせていただきたいと思えます。ありがとうございます。

続きまして、報告事項に行きたいと思えます。

最初に、報告の(1)「精神保健福祉法の改正について」及び(2)「入院者訪問支援事業について」。事務局から報告をお願いいたします。

○大石精神保健福祉室長 「精神保健福祉法の改正」ということで、資料は59ページ、資料5になります。

本当に概要版ということで紹介させていただきますが、昨年末、精神保健福祉法を含む5つの法律を束ねた改正法が可決・成立しまして、精神保健福祉法の関係では、今年の4月から既に一部が施行されているところでございます。来年の4月からは、こちらの資料にも書きましたけれども、医療保護入院の見直しのほか、入院者訪問支援事業ですとか、精神科病院での虐待防止に関する取組などが施行されることになっております。今回の法改正の令和6年4月施行分の主なものについて紹介をさせていただきます。

まず、「医療保護入院の見直し」ということですが、この医療保護入院は、非自発的入院とされまして、本人の同意が得られない場合であっても入院治療へのアクセスを確保する仕組みということで、病状の悪化により判断能力そのものが低下してしまう特性を持つ精神疾患の患者さんにおいて必要とされているものでございます。

主な見直しの内容としては、2のところにありますとおり、家族等が同意・不同意の意思表示を行なわない場合であっても、市町村長の同意により医療保護入院を行なうことが可能となるといった点が1つ目です。この家族等同意につきましては、これまで、同意したことで、家族の精神的な負担や本人との関係の悪化につながるといったことも課題とされておりましたけれども、今回の法改正により意思表示を行なわない場合でもできるようになったということで、家族等の全員が意思表示を行なわない場合には市町村長に同意を申請するといった流れになるところでございます。

変更点の2つ目は、医療保護入院の入院期間が法律によって最大6か月以内と定められたところでございます。こちらは、詳細は今後厚生労働省の省令で定められることになっておりますけれども、現時点の案ということで示されているものは、入院から6か月を経過するまでの間は入院期間は3か月とすると。入院から6か月を経過した後は入院期間は6か月とするとといった案が示されているところでございます。

変更点の3つ目としましては、入院の必要がある場合には、先ほどの入院期間にかかわらず、この期間を更新することができることとされたところでございます。各病院さんにおきまして一定期間ごとに入院の要件を確認することに加えまして、病院さんのほうから県に提出される入院届や更新届。これらについては、県と政令市に設置しております精神医療審査会といったものがありますけれども、こちらにおいて入院の必要性などを審査することとなっております。

次の60ページのほうに移っていただきまして、次に、入院者訪問支援事業でございます。今回の法改正によって新たに法定化された取組でございます。

資料の中段の「現状・課題」といったところに記載がありますけれども、家族との音信がない患者さんは、医療機関以外の方との面会交流が特に途絶えやすくなることから、孤独に陥ったり、退院に向けて前向きな気持ちを持ちにくくなるといった悪循環に陥ってしまうことがあるというふうに言われております。このため、主に市町村長同意による医療保護入院者を対象に外部との面会交流の機会を確保する取組が法律において規定された。今後この取組が各都道府県で実施されるということになっております。

詳細については、1ページめくってもらいまして、資料6のほうで紹介をさせていただきます。63ページをごらんください。

下段ですけれども、目的は今説明したとおりなんですけれども、全体の流れとしましては、左側にあります、精神科の病院に入院されている患者さんのうち、この事業による支援を希望する方に対して、右側の、都道府県から訪問支援員という方を2人1組で派遣をしまして、面会交流ですとか支援といいますか、傾聴が主になると思うんですけれども、傾聴や生活に関する相談ですとか情報提供といったものを通じて、下のほうにあります、対象者の自尊心の低下、孤独感、日常の困りごと。これらの解消を図っていくといったものになります。この訪問支援員になる方に特に資格などは必要ありませんが、都道府県が実施する研修を受講し修了していただくことが唯一の要件となっております。

1ページめくっていただきまして、この訪問支援員になるために行なわれる養成研修といったものになります。研修は来年度から実施する予定ですが、内容は、講義と演習によって基本的な知識と実践的な技能を習得していただくこととなります。ページの下段のほうでは、研修の内容といいますかカリキュラムの例を示しているところでございます。

次の65ページのほうに行きまして、上段の右側のところに書いてある「訪問支援員の特徴」といったところなんですけれども、この訪問支援員は利害関係のない第三者ということで、本人の立場に立って支援に当たっていただくこととなります。

どのような方に訪問支援員になっていただくかといったところなんですけれども、まだちょっと固まり切っていないんですけれども、今のところ、1つの例としましては、同じような境遇にある当事者の方、ピアの方ですとか、相談支援事業所のスタッフの方など。こういった方々などにペアとなってもらって動いていただくことを想定しております。

取組によって期待される効果が、このページの上段の下のほうに書かれておりますけれども、本人の具体的な行動につながるといったところと、右側には、それに加えて「医療機関側にもメリットがありますよ」といったことが言われています。こういった形で、よい流れをつくることができるように、今後取り組んでいきたいと考えております。

次の66ページになりますけれども、こちらでは具体的な派遣の流れを紹介しております。その下段では、これは新たに始める取組ということで、事業周知について記載しております。精神科の病院さんのほかに、市町や関係団体などにも協力をいただきながら進めていく必要があるというふうに考えております。こういったことから、事業周知といったものは特に重要であると考えているところでございますが、ちょっとまだ本格的に進められていない状況でして、今後、国の予算措置などの動向を確認しながら、年末から進めていきたいというふうに考えているところでございます。

次の67ページの上段のほうには、この事業を進めるに当たっての会議体の設置といったところを書かせてもらいました。事業の実施内容の検討ですとか見直し、関係者の合意形成を図るといったことで、これらの会議体を設置することになっておりまして、全県的な方向性ですとか進め方を検討するために、上段のほうに書いてあります推進会議といったものを設置しまして、下段のほうにあります実務者会議は、各地域での実施状況の確認ですとか個別ケースの課題の洗い出しなどを行なうために、各地域で設置することを予定しております。

このページの下段のほうには、この全県の会議ということで設置する推進会議の委員予定者ということで掲載をしているところです。医療関係者や相談業務に従事する方々、あとは司法関係の方、当事者団体の方、行政などから推薦をいただいているところでございます。これらの委員の皆様のご意見を伺いながら、今後検討していきたいというふ

うに考えております。

次の68ページになりますけれども、今後のスケジュール見込みということで、先ほどもちょっと言いましたけど、年末から年度末にかけて、今のところ予算も何も分かっていない状況なので動きにくいということで、これらが固まり次第、本格的に動き出していきたいなというふうに考えています。来年度の前半には訪問支援員の研修を実施しまして、本格的にこの訪問支援といったものが始められるのは、来年度の中盤ぐらいからなるのかなというふうに考えているところでございます。また実施状況なんかについて、ご報告できたらしたいと思っております。

次なんですけれども、虐待の関係について少し触れさせていただきまして、資料の61ページのほうに、すみませんがお戻りいただけますでしょうか。

精神保健福祉法の法改正の関係ということで、今回の法改正では、精神科病院での虐待防止に関して新たに規定をされております。この資料の中段ぐらいの左側に「見直し内容」といったところが書かれておりますけれども、この改正法の中では、病院管理者さんに対して、従事者への研修や相談体制の整備などの虐待防止のために必要な措置の実施を義務づけているところでございます。

また、病院の従事者による虐待行為を発見した場合には、速やかに都道府県及び政令市に通報するといったことも義務づけられているところでございます。通報を受けた都道府県等では、病院に対して報告を求め、改善命令等を行なう場合もありますよといったことが法に規定されているところでございます。県内では、去年の末に2つの病院で不適切な処遇ということが報道もされまして、県としては、法令に基づく対応をこれまでしてきたところでございます。

虐待防止の関係ということで、先ほど山岡会長のほうからも少し話がありましたけれども、法律の施行前ではあるんですけれども、「虐待などを疑う事案があれば県等に通報してくださいよ」ということで、病院さんのほうに、患者さん、あと従事者の方の目につくところにポスターを貼っていただくようにということをお願いをして、啓発に努めてきたところでございます。

今回の法改正とは直接関係はありませんけれども、先ほど杉山委員からもご紹介がありましたとおり、昨年、精神科病院における不適切な行動制限をゼロにする取組といったものが国の検討会で検討されておりました。資料には掲載していないんですけれども、こういった流れもありまして、県のほうでは、精神科病院での行動制限の最小化に向け

た取組を、杉山委員の力も借りながら今進めているところでございます。各病院の取組状況ですとか、具体的に「こういう場合はどうしますか」といったことをアンケートの中で聞き取りを行なっております。今後研修会の中で、こういったものを活用していこうと思っております。この研修会の中では、これまで身体拘束をしているような事例であっても、ほかに代替手段はないのかといったところをみんなで考えることを通じて行動制限を減らしていこうと。意識を変えていこうと。こういった流れをつくっていきたいと考えているところです。行動制限の減少に関しましては、保健医療計画の中でも指標として取り扱う予定でありますので、引き続き県のほうでも取組を進めていきたいというふうに考えております。

最後に、61ページの一番下のところでございます。相談支援体制の整備に関する改正ということですが、こちらは、法改正によって、市町の相談支援の対象が、精神障害のある方だけでなく、日常生活において、精神保健に関する課題といいますかメンタルヘルス上の課題を抱える方も対象とするといったことが法に規定されるようになりました。これまで市町が支援対象としてきた母子保健ですとか介護ですとか困窮者支援など、こういったところでもメンタルヘルス上の課題がある方への対応が求められておりますので、こういったところとの連携が必要になってくるんだろうというふうに思っております。

国のほうで検討会も行なわれておりまして、報告書も出されているといったところもありますので、今後、精神保健福祉センターさんだとか保健所を中心に、市町を支援する仕組みといったものも検討していきたいなというふうに考えているところです。

すみません。長くなりましたけど、説明は以上となります。よろしく申し上げます。

○山岡会長 ありがとうございます。

本当にボリュームの多い法改正で、ポイントを適切に選んで説明いただきました。質問、ご意見といってもすごく難しいところでしょうけれど、杉山先生、この法改正、一番先頭に立って交渉している中で――交渉というところですね。議論している中で、この場でお伝えしておくようなことはございませんでしょうか。突然で申し訳ないですけど。

○杉山委員 時間もありませんし、まだ申し上げられることがはっきりしていないのでちょっとというところもありますが、今説明が詳しくありましたので、始まってみて、また皆さんで――ちょっと書いてあるとおりにうまくいかないとかということもあろうかと思っておりますので、そういった形で、皆さんで協力しながらという形だと思っております。

○山岡会長 この法改正、殊に医療保護入院の仕組みが変わってくることにつきましては、その移行期にいろんな混乱が起こるかなど。国もかなり詳細なスケジュールを出しておりますけれども、皆が意識しながら進めないといけないというようなこともあろうかと思っておりますので、この先の周知を進めたいなと思っております。

○大瀧委員 すみません。審査会の事務作業は増えますよね。そこはもう増員とかもないとなると、各委員の負担がものすごく増えることになりますよね。

○大石精神保健福祉室長 更新届といったところが新たに出てきて、これが3か月置きに出てくる、6か月置きに出てくるということになると、審査件数がかなり増えるということになります。県のほうでも、今5チームでしたか、合議体でやっているんですけども、1チーム増やさないといけないんじゃないかといったご意見も出ているということで、この辺はまた検討しているところでございます。

○大瀧委員 ありがとうございます。

○山岡会長 我々精神科の病院の医者が集まると、ほとんど必ず今の議論が出て、どこの自治体も「増やしたい」と言っているけど、どこの病院も「人がいない」と言っているのが現状です。

では、次の報告に移りたいと思います。続きまして、第7期静岡県障害福祉計画の策定につきまして、事務局からご報告をお願いいたします。

○大石精神保健福祉室長 障害福祉計画と障害児福祉計画の策定ということで、1つに合わさったような形の計画となります。69ページになります。

こちらの計画ですけれども、障害のある方が住み慣れた地域で豊かに安心して暮らすことができるようにということで、障害の関係ですと3つの計画を策定しております。資料の中段にありますけれども、障害者計画、あとは障害福祉計画と障害児福祉計画。この3つの計画を合わせて「ふじのくに障害者しあわせプラン」ということで総称しているところでございます。

このうち障害福祉計画では、障害福祉サービスの必要量、サービス提供体制の確保。こういったところが計画的に図られるようにとといったことで策定しているものでございます。この太枠で囲った2つの計画が今年度末が計画最終年度になるということで、今年度中にまたこちらの計画も見直すといったこととなります。

この計画なんですけれども、市町単位、圏域単位、さらに県単位ということで、それぞれ策定することになるんですけれども、基本的には市町計画で計画される数値の積み

上げを、圏域、さらに県の計画に反映していくといったこととなります。

下段の「スケジュール」のところに書いてあるんですけども、各市町でご検討いただいたサービス量の数値などについては、11月24日の日に開催しました県の施策推進協議会といったところで中間報告をしたところでございます。今後、各圏域でも協議をしまして、令和6年の1月には県全体の計画原案を確定しましてパブリックコメントを実施すると。今年度中に、こちらの計画も策定・公表するといったスケジュール感で今動いているところでございます。

報告は以上となります。

○山岡会長 ありがとうございます。

質問といっても、質問のしようがないかと思いますが、そういう状況で動いているということをご理解ください。

そして、最後の報告ですけども、「静岡県障害者差別解消条例の改正」について、事務局からご報告をお願いします。

○大石精神保健福祉室長 説明が長くなってしまって申し訳ないです。最後に障害者差別解消条例の改正ということです。資料は71ページになります。

こちらは、障害者差別解消法の改正法が令和6年4月1日に施行されることを受けまして、県で制定しております条例を改正する予定であります。

2のところに法改正の内容を記載しておりますけれども、国及び地方公共団体の連携協力の責務が追加されると。また、事業者による合理的配慮の提供が努力義務から義務化されるといったところ。続きまして、差別解消のための支援措置の強化ということで、人材育成や人材の確保、情報収集、提供といったものが改正されているところでございます。

これを受けて、3番目のところにありますけれども、本県の条例について、事業所における合理的配慮の提供の義務化や人材の育成確保について明記するという方向で今検討しているところでございます。

4のスケジュールのところにありますけれども、関係団体からヒアリングをいただいておりますので、こういったご意見を踏まえて案を策定しているところでございます。こちら、今後パブリックコメントの手続を経まして、こちらは令和6年2月に開催されます県議会で審議をしていただくことになっております。

報告は以上となります。

○山岡会長 ありがとうございます。

これも具体的なところはちょっと見えにくいところですが、そのように進行中ということで、ご理解いただきたいと思います。

以上で本日の議題は終了いたしました。

どうでしょう。全体を通して、発言されていない方、何かしら印象とかご発言ございませんでしょうか。よろしければ、これで終了させていただきたいと思います。大分巻いて取り戻してきましたが、私の不手際で時間を超過したことをおわび申し上げます。

どうもありがとうございました。

○渡邊精神保健福祉班長 山岡会長、ありがとうございました。

委員の皆様にも、長時間にわたりご審議いただきまして、ありがとうございました。

本日ご審議いただきました第9次静岡県保健医療計画案、第2期静岡県アルコール健康障害対策推進計画、第2期静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画については、ご説明しましたとおり、今後、12月から1月にかけてパブリックコメントを実施する予定でございます。

また、本日は時間の都合上、委員の皆様から十分にご意見を伺うことができなかったかもしれませんので、お手元にお配りしました計画案に対する意見書につきまして、またご意見等ございましたら、12月8日までに事務局宛てにお送りいただきますようお願いいたします。またメールでも様式のほうをお送りさせていただきます。

次回の開催ですけれども、それぞれの計画の策定スケジュールを踏まえまして、書面開催も含めて検討しておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これもちまして令和5年度第1回静岡県精神保健福祉審議会を閉会いたします。本日は誠にありがとうございました。

午後5時35分閉会