

平成30年度横浜市精神保健福祉審議会 第2回依存症対策検討部会会議録	
日 時	平成31年3月1日（金）19時00分～20時52分
開催場所	横浜市開港記念会館9号会議室
出席者	伊東委員、長谷川委員、小林委員、松崎委員、松下委員
欠席者	なし
開催形態	公開（傍聴人0人）
議 題	今後の横浜市の依存症対策について （1）第1回の振り返り （2）第1回の意見を踏まえた新たな取組み（案）
決定事項	・依存症検討部会の意見をもとに、今後の対策の方向性をまとめて、3月28日の精神保健福祉審議会で報告する。
議 事	<p>1 開会</p> <p>（こころの健康相談センター長挨拶）</p> <p>（伊東部会長）只今のご挨拶の要点としては、実態把握の必要、行政・民間等の医療機関の支援の役割分担や優先順位の問題、それらに対して、先生方からたくさん意見をいただきたい、というご説明だったと思います。この後、事務局から資料説明の後、ご質問をいただく形となると思います。では、事務局から資料1の説明をお願いします。</p> <p>2 議 題</p> <p><u>（1）今後の依存症対策について（第1回の振り返り）</u></p> <p>（事務局）資料1「検討部会でのご意見を踏まえた、相談拠点での新たな取組み」の考え方について説明。</p> <p>（伊東部会長）資料1は、「実態把握」と「連携」をキーワードにご意見を3つに分類するとともに、その内容を受けた取組みが書かれているということになります。この後、具体的に取組みを1つずつ説明いただいた後、ご意見をいただくという段取りですが、ここまでの段階で何かご質問・ご意見等がございましたらお願いいたします。よろしいでしょうか。</p> <p style="text-align: center;">〔特になし〕</p> <p>では、具体的な取組みについて、事務局から1つ目の取組みの説明をお願いいたします。</p> <p><u>（2）今後の依存症対策について（第1回の意見を踏まえた新たな取組み（案））</u></p> <p>（事務局）資料1「検討部会でのご意見を踏まえた、相談拠点での新たな取組み」検討部会でのご意見「依存症者の支援に関するご意見」と「新たな取組み（案・平成31年度～）の「[1]市内・依存症者への支援状況等の実態把握 検討」部分、資料2「調査対象（想定）の考え方」について説明。</p> <p>（伊東部会長）取組みの1つ目を説明いただきましたが、これに関してご意見・ご質問等がありましたらお願いいたします。</p>

(小林委員) 調査対象は3層にきっちり分類されていて、とても分かりやすいと思いました。比較的中高年の方のポピュレーションに限定されている感じがしますが、思春期、児童相談所が関係する虐待問題、DVやネグレクトの背景などには、いろいろな依存症問題が想定されています。そうした児童・思春期層をどう絡め取り、調査していくかということが一つです。

私は、保育所などの母子相談の関連施設のコンサルテーション依頼を受けますが、児童相談所だけではなくて女性相談所、母子保健センター等も、非常に潜在的な依存症の患者さんが多いです。お母さんが依存症だとか、子供自体がそうした依存症の一手手前の非行傾向があるということも、実はスタッフ自身も気づいていなかったり、逆に過剰に依存症を心配し過ぎていたり、依存症に対する理解の不十分さからの混乱が、こうした分野でもあるのではないかと考えています。

もう一つ、省庁の壁があり調査対象としては一番難しいかもしれませんが、司法領域の少年院、鑑別所、刑務所等にも依存症者がたくさんいます。私は横浜保護観察所とも色々なやりとりをしていますが、やたらと多いです。違法薬物に限らずアルコール問題も非常に多いです。なぜなら、違法薬物をやめようとして合法ドラッグのアルコールに依存してしまう人がたくさんいます。

調査対象を広げ、皆さんを混乱させるつもりはありませんが、児童・思春期、女性・母子、司法の3領域も無視できないと思い意見をさせていただきました。

(伊東部会長) ほかにはいかがでしょうか。

(長谷川委員) 小林先生の言ったとおり、中高年の依存症の方は同じようなイメージが多いと思います。私も久里浜にいた時に、25歳以下で発症しているような人は反社会性であったり、入院中に売春してしまったり、色々な別の薬物を使用していた人が結構いて、依存症のベテランの先生が一生懸命診ていたような経過があります。そうした対象では幅が広くなり過ぎてしまい、サポートする施設をつくるのもかなり難しい。また反社会的なものを持っている方が多いので、行政の支援といっても少し難しいかもしれないと、資料を見て思いました。そのあたりも、分けたほうが良いかと思えます。

(伊東部会長) では、松下先生お願いいたします。

(松下委員) 女性への暴力や虐待、シェルターなどは対象に入れておいた方がいいのではないかと思いました。また、断酒ではなく飲酒量低減という治療法も出てくるなどアルコール依存への方策が色々変わりつつある中では、飲酒運転で捕まった人の免許取消要件と6か月の断酒などが大きな課題になっています。どちらにしても、飲酒問題の部署は対象範囲に入れたほうが良いのではないかと思いました。

あと、一つ確認ですが、「支援者と社会資源に関するご意見」の『支援者』とは、小林委員のご意見の最後にある『福祉・行政・医療・司法』の中の支援者ということでしょうか。この支援者の定義がはっきりわからなかった

ので、教えていただきたいと思いました。

(事務局) 資料はいただいたご意見を抽出し、一旦わかりやすい名称ということで記載しましたが、多分これだけには限らないと感じています。警察なども含め対象は幅広いのではないかと考えています。こうした情報を蓄積していくと、今見えていない関係機関も出てくるかと思っています。

現在見えていない関係者が依存症について知ること、依存症の方が早期の支援に繋がることもあるかと思っています。そうした関係者を洗い出せるとよいと考えており、表記は一例で限定ではないと考えています。

(松下委員) 関係者と支援者の使い分けのようなものが必要かもしれませんね。

(伊東部会長) 松崎先生、何かございましたらお願いします。

(松崎委員) 非常に幅広く取り上げていて、これらの対象を調査できると非常に素晴らしいと思います。調査主体、予算の点、先ほど小林先生も指摘された司法、労働ではデータを集めにくい点、多くの高齢者施設から対象をどう絞るかという点など、現実的な手法について関心を持ちました。

(事務局) 我々の中だけで考えていると、近い機関や組織に範囲を限定してしまうこともあるので、対象を広げた意見をいただいたことは大変ありがたいと思います。手法などについても、我々のネットワークの中で職員が行うのか、調査会社に委託するのかなどは目的を踏まえた実施方法をとる必要があると思うので、本日は、その考え方をしっかりつくるための材料をいただきたいと思っております。

(伊東部会長) 今のお話の関係で、今回の依存の中にはギャンブルも入っていますが、医療現場では、例えば若者や女性の受診者が多くなってきたとか、弁護士さんに連れてこられるというようなケースがあるなど、青少年や女性、ギャンブル、薬物や合法ドラッグなどの状況はいかがでしょうか。

最近の実態を教えていただければと思います。小林先生、いかがでしょうか。

(小林委員) やはり依存症というのは、ある程度困り感が蓄積して、ようやく事例化するという疾患の特性があるので、いまだに成人に達しないと、なかなか専門病院までは辿り着きません。医療に繋がる前に、非行で司法に繋がってしまったり、学校の中での対応に留まったりしてしまうことがあり、実は中学校や高校などに、依存症の一手手前など依存症に近い人たちが隠れています。学校は、学内で何とか対応して余り病院まで連れてこないこともありますし、親も教師も精神病院に繋ぐことに躊躇することがあるので、専門知識の少ないスクールカウンセラーと養護の先生が、本当に頑張って支えていらっしゃるという実態があります。そうしたスティグマの問題も考慮しながら、間接的にも教育などの若年層の現場の方々に、何か支援や啓蒙活動ができないかと、一つアイデアとして話を伺っていて思いました。

あと、近年の傾向としては、昔の危険ドラッグほどではありませんが、若い人たちに、昔だったら絶対にあり得ないような大麻やコカインの使用がちらほ

らと出始めていて、少しずつアメリカの実態に近づきつつあるのではないかと感じます。まだ、アメリカのような、いわゆる麻薬系鎮痛薬の乱用はありませんが、やがては日本でも遅れて出てくる可能性を懸念しています。私の臨床現場ではそのような印象を受けております。

(松崎委員) 当院には、ギャンブル問題で受診される方が多数います。窃盗した物を換金し、その金でギャンブルに行く方もいらっしゃいました。しかし、犯罪と関連したギャンブルの実態は非常に把握しづらい。司法ルートから患者紹介を受ける場合もあります。弁護士から病院を受診するよう指示され、診断書を裁判所に提出する場合もあります。実際に、司法がギャンブルの問題をどのように理解しているかはわかりません。医療機関と司法には、まだ認識のギャップがあるかもしれません。

(伊東部会長) 個人的な感覚ですが、医療観察法ができてから若干違うのではないかと思います。裁判所も放り込めばいいというだけではなくて、裁判官も後のことを考えるようになったとか、人権派の弁護士さんでソーシャルワークのようなことをする方もいたりとか、場合によってはそういう弁護士さんに当たると受診まで繋がったりするのではないかと、お話を聞いていてそういう気はしました。

少し視点を変えて、松下先生、今、若者や女性が話題となりましたが、高齢者の問題もやはり大きいのではないかと思います。街を歩いていると、駅前などで飲んでいるのは、定年後の高齢男性の感じがあります。こうした風景は、それこそ30年前にはなかった気がします。そういう高齢者や介護領域での依存問題、アルコールだけではなく、例えばギャンブル依存では、最近では競輪場へ行くのは高齢者だけだというような話も聞いたりしています。その辺の高齢者領域での話題をお願いしたいと思います。

(松下委員) 中間施設の利用者、通所者も確実に高齢化しています。ダルクなどはそれほど高齢化していないかもしれませんが、そうした利用者・通所者が続けてもらえるようにと、いろいろなプログラムをされているということは、前回は話をさせていただいたと思います。

昨年の終わりに、精神障害者を受け入れているグループホームを対象に横浜市の調査をさせていただいたら、6～7年前と比べて確実に高齢化していました。グループホームのスタッフの方の同行受診が明らかに増えているため、スタッフの疲弊が手に取るようにわかりました。また、グループホームで看取ってもらいたいなど、入所者の方も不安を抱えていることが明らかになったので、横浜市だけではないと思いますが、これは大きな問題ではないかと思えます。今回の実態調査は、アルコール依存症だけでなく、依存症の全てを対象に取り組むのかなど、その辺はまだ決まっていないのですか。

(事務局) 今日のご意見をいただきながら詰めていくという状態ではありますが、全体で取り組むべき内容と、依存症ごとの課題で対応することもあると思うので、そうしたご意見もいただききたいと思えます。

(長谷川委員) アルコール依存だと診断基準が結構わかりやすく、DSM-4、ICD-10がありますが、ギャンブルやその他の依存症に関しては、一般精神科の中では一般的ではなかったりするの、同じ依存症という括りをつけるのがそもそも難しいのではないかと感じました。

(伊東部会長) 事務局のほうで何かあればお願いいたします。

(事務局) 二点ほどよろしいでしょうか。長谷川先生から、ギャンブル依存の診断はアルコールや薬物とは少し違うのではないかというご意見をいただいた中で、松崎先生から、他の依存との相違点等を教えていただけるとありがたいです。

(松崎委員) 診断基準に関して、DSM-5でギャンブル障害が記載されています。今後改訂されるICD-11では、ギャンブル障害は物質使用障害と同じ嗜癖性障害に分類される予定です。

(事務局) もう一点ですが、先日、小林先生の会議に出席させていただいた時に、病院に来る方の敷居が低くなっていて、以前であれば病名がつかないような方でも受診するような、逆に言うと受診しやすくなったということで、良いことではないかというご意見を伺いました。

また、インターネットによって相談に繋がる方が増えているなど、インターネットの力は大きいと思っています。もしかしたら、医療機関や行政の相談件数が伸びていることに寄与している部分があるのではないかと思うのですが、一方で、回復施設の方は利用者が減っているという御意見もありました。その辺りのことで、皆様からご意見をいただければありがたいと思います。

(小林委員) 特にアルコールは軽症の方が、すごく受診に来られるようになりました。20代から40代前半など、ICD基準で言うとアルコール乱用ぐらいではないかという方で、昔だったら絶対に来なかったような方が受診にいらっしゃっています。我々の治療スタイルも随分変わり、昔であれば依存症のレベルではなく、通院自体を重視していなかった乱用レベルの方でも、今はそれ以上の悪化を防ぐために、動機付け面接的に外来でフォローしています。ギャンブルも家族の受け取り方によって全く違ってきます。

そうした意味では、行政やインターネットでの情報が大分増えているので、ご家族が「これは依存症ではないか」と早い段階で意識したり、家族や職場、企業の医務室などからアルコールが疑われたりするという形で直接紹介され来院するケースがあります。以前よりも全体的なリテラシーが上がってきているということは、私としては嬉しく思っております。

(事務局) 依存症は「否認の病気」と言われますが、そうした感覚が少なくなっているのでしょうか。

(小林委員) 相変わらず否認はしていますが、以前よりも早い段階で周りがプレッシャーをかけるようになりました。患者さん本人は「周りがそんなに言うのだったら仕方がない、とりあえず1・2回は行ってやるか」という形で来ています。また、私たちの診療スタイルもまた大分変わり、受容的な関わり方をする

ようになったので、昔は問題に直面化し継続通院しなくなるような動機付けの低い方でも、とりあえず何となく支援に継続的に繋がってくださっています。そうした意味では悪化を防ぐのに、多少は寄与しているのではないかと我々も考えています。

(伊東部会長) よろしいですか。それでは、次の取組み2のご説明をお願いいたします。

(事務局) 資料1「検討部会でのご意見を踏まえた、相談拠点での新たな取組み」の中段、検討会でのご意見「回復施設への支援に関するご意見」と、新たな取組み(案・平成31年度～)の「[2]市内・回復施設への定期的な情報収集・訪問等の強化」について説明。資料3「調査・研修資料」について説明。

(伊東部会長) 取組2の説明をいただきましたが、先生方からのご質問・ご意見をいただければと思います。

(小林委員) 研修の効果は、ものすごく大きいと思います。久里浜でもアルコールの回復施設の方々に毎年研修会を開催していて、そうしたリテラシーを上げていくことはすごく大事だと思います。欲を言えば、単発の研修に終わらず、研修の内容が定着するような対応もあるとよいのではないかと思います。

また、依存症の症例はケース・バイ・ケースで、いろいろと対応も違いマニュアル通りにはいかないこともあります。結局のところ、このような個別のケースに対するスーパービジョンやフォローアップのような支援体制と、総論的な研修とを組み合わせると、さらにパワーアップしていくのではないかと思います。

例えば、動機付け面接法の研修などでも講義を受けた後、必ず個別の1対1の指導者との間の研修があります。スキルを維持しスキルアップしていくためには、総論的なものに加えてさらに個別のフォローアップ体制が何かできれば、より強いのではないかと欲を出して意見させていただきました。

(伊東部会長) ほかにいかがでしょうか。松下先生、どうぞ。

(松下委員) 白川センター長の開催した研修は、薬物依存症のケースを担当した経験がある方が受講されたのでしょうか。または、経験とは無関係ですか。

(白川センター長) 今回2回開催した中では、研修を受けた方の半数ぐらいがケース対応の経験のある方でした。

(松下委員) 私も高齢者虐待の研修会を毎年埼玉で開催していて、新しく入職された初心者向けとフォローアップ研修と分けています。例えば、生保のワーカーさんたちは平均何年ぐらいの担当でしょうか。もし3年単位でかわるとしたら、先ほどのお話ではありませんが、何年担当するかがとても大きくて、初心者研修を毎年やり続けるということになるのでしょうか。

(白川センター長) 1回目は3年ぐらい経験者がこの研修を受講していました。

(事務局) 本市の異動制度の中でいうと、若い人は少し異動時期を早くというところがありますが、4～5年の周期が職員の一般的な異動ローテーションです。

本題と離れますが、社会福祉職でいうと、生活保護分野と高齢・障害分野と

児童分野を幅広く経験するのが良いと思いますが、一方で各分野において制度自体も複雑になっており、今は育成の考え方についても内部でいろいろ議論されています。

(伊東部会長) 関連でお伝えすると、横浜市のような大都市では福祉職の採用枠がありますが、それ以下の10万人・5万人の市では福祉職の採用枠がありません。よって、文系の大学を卒業すると自然に取得している、心理学概論・教育学概論・社会学論の単位取得があれば、三科目主事の任用資格を取れているので、今まで税務課にいた人が異動しても対応するところがあります。

社会福祉も精神保健福祉も、養成部分では、実は余り依存症のことをやっていません。今、両方とも養成のカリキュラム改変の会議がはじまっていますが、国の動きを見て社会福祉士ももう少し依存症の勉強をしていかなければならないのではいうところにきております。

先ほどの説明の中で、松下先生から回復スタッフのメンタルヘルス的なサポートが必要なのか、それとも精神保健福祉の知識や支援のための面接技法などのサポートが必要なのか、その両方なのかもしれませんが、その辺のあんばいのようなところを教えていただければと思います。

(松下委員) 資料1の「回復施設への支援に関するご意見」で、最初に書かれている小林先生の意見の「『回復施設でやるべき』なのか」、つまり重複障害の方がどんどん増えている中で、卒業できない方が堆積していきます。この論調で言うと、医学的コンサルテーションを展開して、相談にのって行き場のない人の居場所として利用継続をお願いする感じになってしまうのか、そこはきちんと押さえないといけない気がします。そもそも回復施設や自助グループをどのように取り入れて自分の人生を送っていくのが回復なのかとか、すごく大切なだと思います。

私の知り合いの断酒会の方は、10何年か妻と一緒に通って「お父さん、そろそろ断酒会はいいんじゃない？」と言われて、その後、断酒会を夫婦でやめてもずっと断酒し続けている方も見えています。またAAに関して、一生懸命取り組んだ後「でも、もうAAはいいかな」と思って離れても断酒し続けている方もいます。中間施設にしても自助グループにしても、どう活用し、何をもちょう回復とするのか、判断の前提は多様でいいと思いますが、ある程度決めておく必要はあると思います。生涯の飲酒量を低減できれば良いとするのか、断酒は永遠にとするのか、中間施設は重複障害の人に対応し続けるのか、誰が受け入れるのか、病院が引き取ってくれるのか、福祉施設なのか、高齢化した場合は高齢者のグループホームが引き取れるのかなどだと思っています。

要するに、中間施設や自助グループでも、どのように活用して、何をもちょう回復とするのか、判断するのかという前提を、多様でいいとは思いますが、ある程度決めておかないといけないのではないかと思います。

(伊東部会長) それでは、事務局のほうから何かありますか。

(事務局) 回復施設の支援に関するご意見で、前回、小林先生から「仲介役」「つ

なぎ役」という意見をいただきました。現在、こころの健康相談センターは依存症の相談を実施していますが、回復施設や民間の方々はどう繋がり役割を果たすのが、相談拠点として今後の強化のキーだと思っています。それに当たり、すぐにはできないことも当然あるかとは思いますが、「つなげる力」「仲介役」として、意識として持つべきことや、実施したほうが良いことなど、今後の参考として、幾つか意見をいただけたらと思っています。

(伊東部会長) いかがでしょうか。小林先生。

(小林委員) 各回復施設は、相談する顧問の病院やクリニックが大体決まっています。ただ、病院もクリニックもとても忙しいので、本当に困ってからやっと相談に来るといったケースもあります。ワーカーさんも忙しいので、小まめに施設に出向き、近況などの御用聞きができないのが事実です。

可能であれば、回復施設と日常的な顔の見える関係をつくり、ニーズを吸い上げて、そのニーズをどのようにサポートしていくか、全部が全部、病院やクリニックではないかもしれないので、そこを仕分けし、この回復施設のニーズはここに、困っている点はここに相談してみようなど、こうした新しいハブ的な役割を、行政のこうしたセンターに担っていただけると、回復施設も色々な苦勞をせずに済む部分もあるのではないかと思います。

(伊東部会長) 松崎先生、その辺のところはいかがでしょう。

(松崎委員) 行政と施設のつながり、顔の見える関係づくりという点を発展させて、施設同士の横のつながりもうまれるような研修はどうでしょうか。

研修について質問です。これまで白川先生が研究の枠組みで行っていた研修を、今後は横浜市が開催するということでよろしいでしょうか。

(事務局) 国の調査・研究上のワーカー向け研修は、次年度も2回ぐらいは、国内で場所を変更して開催していく形になります。横浜市では、もともとこころの健康相談センターから、各区の生活支援課等に、職員向けの研修希望があったら出向くということで声をかけています。幾つかの区、例えば中区の生活支援課とか、直近では港北区の生活支援課から声がかかり、70人ぐらいが集まって、研修を開催しました。そこでは、回復施設のスタッフと、依存症回復者の方に体験談を話してもらった上で、医師の講話や、こころの健康相談センターのスタッフからの依存症の方への対応の基礎内容を提供しました。

生活支援課のワーカーが一番依存症の方にかかわっているので、次年度以降も、横浜市として、その対象向けの研修を意識して取入れてやっていく方向で考えています。また、研究結果にもありますが、回復施設の方の体験談が加わると、当事者に話を聞くのが効果的と言われているので、組み合わせで実施していこうと考えております。

(伊東部会長) では、次の取組み3番目に行きたいと思います。回復施設等の活動の周知への支援ということになりますが、ご説明をよろしく願いいたします。

(事務局) 資料1「検討部会でのご意見を踏まえた、相談拠点での新たな取組み」

の下段、検討会でのご意見「支援者と社会資源（回復施設や自助グループ）に関するご意見」から、新たな取組み(案・平成31年度～)の「[3]回復施設等の活動周知への支援」について説明。

(伊東部会長) 最後に団体の判断基準というテーマが出てきましたが、まずはその辺からいかがでしょうか。今たくさん出てきている団体に対して、どのように行政として捉えていったらよいかということでは、いかがでしょうか。

(小林委員) すごく難しい問題だと思います。各地に存在する団体であっても、活動にもものすごく差があります。新しくできたものから昔からのものまで、いろいろなトラブルでスタッフが交代したり、内紛があったり、経済的・金銭的な問題があったり、施設長の交代でまた問題が変わったり、非常に流動的な部分があると思います。

なおかつ、最近では株式会社が利益追求型ファンドのような形で、依存症の回復施設をつくる場所も出てきており、今後は非常に多様化していきたくらうと思います。そこで、ある程度活動実績、例えば最低1年以上はあるとか、財務状況に関する情報が得られているとか、NPO等の制度がなされているとか、様々な助成金を出すときに自治体が行っている審査基準を依存症の団体にも適用できないかなどか、参考になるのではないかと思います。

AAは、広報担当のメンバーが、保護観察所や少年院など一軒一軒回り、様々な関係者・支援者をフォーラムに招待する形で巻き込んでいっています。見ていて本当にすごいな、地道に頑張っているなと思います。そうした活動をできるのはAAだからこそであり、アルコール依存症の患者さんたちは社会経験やある程度の学歴もあり組織力があるからです。時々、ピアサポ祭りのようなアルコール、薬物、ギャンブル等、横断的な依存症の自助グループが集まって体験談を話すイベントもあります。それだと、確かに依存症者同士の横の連携はできますが、そこにどれだけ行政関係者や支援関係者、何らかの形で仕事に関わってくるような人たちが顔を出しているのだろうかという感じはします。なかなか、外部の人が入りづらい雰囲気もありますので、それとは別に、司法、教育、行政、医療、様々な関係者が、依存症の自助グループや回復施設を学びに来られるような「行政版のピアサポ祭り」のようなイベントを支援しても良いのではないかという考えはあります。

(伊東部会長) 松下先生、今の基準のようなところはいかがでしょうか。

(松下委員) 私は、精神障害を含めて依存症以外のいろいろな患者会、当事者団体の活動に関わらせていただいています。どういう団体を巻き込むかという時に、規約があるか、創立して何人ぐらいの会員がいるか、理事や役員を決めるのなら選挙制度になっているか、会計を最低報告しているかなどで決めています。そこをクリアしたところでも、あらっと思う団体もあります。

最近も相談があったのですが、マイノリティーの意見を聞いてくださいということで、当事者団体の代表者たちに対して、マイノリティー団体の当事者がマイノリティー団体に共通する悩みを代弁されますが、人を非難する意見がで

てしまうことがあります。規約や会計があろうが、最後はトップの人柄次第のようなところもあります。

(伊東部会長) 松崎先生、その辺はどうでしょう。

(松崎委員) 行政側が情報を提供するにあたり、質をどう担保するかなど、十分に議論する必要があります。今後、行政が開催した研修を受講した人に修了証を出すことや、松下先生が指摘されたように、研修について、医学的な知識のみならず倫理など、幅広い内容を含めるとよいでしょう。

(長谷川委員) 一昨年、アメリカの精神科の病院行ったときに、患者さんは孤立するから亡くなるという話がありました。平均寿命がほかの人よりも25年短くなると言われています。また、アルコール中毒の人の平均寿命もやはり53~54歳ぐらいで、大体同じぐらいの年齢という話もあります。

依存症の人というのは結構孤立してしまい、助けを求めるのが苦手なところがあるので、こうした回復施設を周知して、大きな組織に入る、どこかに帰属するというのは、孤立からの一つの助けになるのではないかと聞いていました。

(伊東部会長) 今の基準の話で、私は横浜市の生活支援センターを請け負う法人の選定委員や、川崎市に老人ホームを建てる法人の選定委員をさせていただいて、同じだと思ったのですが、精神障害の分野にも株式会社が出てきたり、松下先生に言っていたように、素晴らしい法人だけでもプレゼンを聞くと、ここには任せられないと、思うように、数字や歴史的なものだけでは見られない部分もあります。でも、横浜市の選定の場合は会計士が入ってチェックしていますし、少し違う分野にはなりますが同じようなところがあるのかなと聞いておりました。

少し話題を変えて、久里浜でもギャンブルに関する取組みをされていると思いますが、啓発普及の関係で、医療機関が、民間・行政と、どのようにすみ分けていったら良いか、その辺はいかがでしょうか。

(松崎委員) 啓発は、厚労省など行政が主体のもの、医療が主体のものなど様々です。多数開催されるのは望ましいですが、似通っている内容も多いため、それらが連携できれば尚よいでしょう。

(伊東部会長) 小林先生、どうぞ。

(小林委員) 我々が回復施設の現場で一番感じているのは、回復施設の現場でのお金と男女問題の2つです。我々が紹介しにくいと思うのは、独自の世界になり、横の繋がりさえなくなってしまうような回復施設や、不適切な金銭管理や横領などが発生してしまうところなどは、関わりたくないと思っています。

これは、例えばセクハラ研修等を開催・受講したらなくなるかということ、そんな単純な問題ではありません。一番効果的なのは内部通報制度、内部通報者を保護すること、内部通報者の情報の正確性を担保することです。秘密を守った上で、定期的なヒアリングを行政が行い、不適切なことをしていないかのチェックを受けるシステムをつくっておくこと。そうしたチェックを受けるシス

テムを作っておくことで、個々の回復施設の自助努力に任されている部分で、質の均てん化と全体的なクオリティーのアップに行政の支援が寄与できるのではないかということを私は考えています。

(伊東部会長) 事務局のから追加の質問はございますか。

(事務局) 1点目は、実績や株式会社の話がありましたが、例えば横浜に馴染みがないところも今後入ってくる可能性がある中で、別にアドバンテージではありませんが、もともと市内でうまくやっていることの大事さもあるかと思えます。それは皆さんも同様に考えられているのか、そこは違うのかというご意見をいただきたいと思えます。

2点目は、行政が補助する例えば金額的な補助制度をつくっていく場合に、いわゆる団体の運営費そのものはなかなか入れられるような時代でない中で言うと、事業に対して補助していく形になっていきます。例えば、前回、松崎先生からもお話があったように、普及啓発であれば行政はこういうところが得意だけれども、あるところは民間でやったほうが実は広がるから、そこには補助金制度があると良いとか、また、相談はどちらもやっていますが、ピア相談などは民間が主体で行政が行うものとは違うので、そこに費用を出したほうが良いということもあるかと思っています。

少し外れてしましますが、相談や回復プログラムもこころの健康相談センターで実施していますが、実はその利用者の方は、ずっと行政で対応し続けるのではなくて、その後民間に移っていただいたほうが良いこともあるかと思えます。我々としても今後事業を作る上で、例えば事業補助を出しといったときに、行政でも同じ事業を行っているのになぜこういう制度をつくるのかと内部で言われる可能性もあるので、その辺のすみ分けのような意見もいただけると今後のヒントになるので、お願いできればと思えます。

(伊東部会長) 財政に説明しやすいヒントをいただければということで、いかがでしょうか。

(小林委員) 思いつきですが、何ととっても民間は数が多いです。我々病院や行政でやれるのは週1回、しかも大抵日中、平日の昼間です。そういう点では、民間は夜や土日、朝早くも開催している。AAなどはまさにそうです。

こうした行政がやりづらいような支援プログラムや何らかの相談窓口を、例えば我々が365日やることは無理で、病院であれば当直医が専門外でアドバイスできないこともありますから、当事者やピア相談窓口などが、365日、お正月もお盆も関係なく何かをやるような部分に支援するのはあるかと、思ったことをお話ししました。

(伊東部会長) いかがでしょうか。ぽつと浮かんだアイデアを。

(松下委員) 依存症だったらプレの人が何かしらの身体疾患を持って一般病院に受診されていると思えます。その人たちがつながるような啓発を、身体科の病院が責任を持って実施するために、何か経済的な支援があると良いという気がします。今は病院の在院日数が少なく、構っている暇がないのだと思えます

が、多くの方が実際に病院に行っています。そこが、ざるの状態の気がしますので、そこに介入されると良いかと思えます。例えばリエゾン看護や精神医療のチームはありますが、その人たちもせん妄やうつ病とかに追われていて、依存症にどのくらいかかわっているかはわかりません。

最近、看護系の学会では糖尿病疾患の方にうつ、気分障害の罹患率が高いので、精神看護の学会と、糖尿病の看護学会が一緒になって、研究介入して、看護職が両方を患っている人に対してスクリーニング等をする、どのように貢献できるかという報告を出して、それに対して診療報酬化できるように取り組み、連携をしていくようにしています。そういうのがよいのではないかと思えました。

(小林委員) 松下先生のご意見はとても面白いと思えます。多分どの病院も今は人減らし、合理化でなかなかスタッフを増やせない中、そうした依存症を専門にしていない医療機関などで、依存症の問題がありそうな人がいるけれどもどうして良いかわからず、人手もなく何となくそのままになっている人がいると思えます。その方々を救うため、依存症コーディネーターのような感じで配置し、依存症に関する問題を吸い上げて、それを行政や専門病院などにつないでいくような、その人件費を非常勤でもよいですが、補助を出すなどの点で、松下先生のご意見は面白いと思えました。

(松崎委員) 当事者の方が自身の体験を語ることは、治療のためにも有効ですが、普及啓発の観点から、このような場の提供を、教育現場などと結びつけてはどうでしょうか。子供たちの依存症に対する偏見をなくす機会に繋がるかもしれません。

(伊東部会長) よろしいでしょうか。

[特になし]

(伊東部会長) では、議論はここまでとしたいと思います。

3 その他

(伊東部会長) その他で事務局のほうからございますか。

(事務局) 平成30年度依存症治療拠点機関設置運営事業「依存症シンポジウム」チラシの提供

(小林委員) 当院は拠点事業の啓発の一環としてシンポジウムを年に開催している2回目です。今年度の関東甲信越のアルコール関連問題学会長を務められた、成増厚生病院の垣渕先生をお招きします。また、横浜の自助グループの中では非常にプログラムもしっかりされているRDP横浜施設長の城間様をお迎えして、特に回復について語っていただきます。もし機会がありましたら、ご参加いただければ大変幸いです。

(伊東部会長) その他、ございますか。

(事務局) 先ほど回復施設ごとの特色に合わせた支援というお話がありましたが、確認させて下さい。いわゆる精神保健的な関わりで、こころの健康相談センタ

一のスタッフなどが関わる中で、状況を確認し、対応に迷っているようであれば「すぐに医療機関や主治医の先生の所へ行かなくてもよい」もしくは「これだと危ないから主治医の先生を早く受診したほうがよいのではないか」というようなアドバイスをするイメージでよろしいですか。

(小林委員) まず、そういうプライマリーなスクリーニングで良いと思います。もちろん精神疾患だけでなく、実は体の病気も重なり、この症状は一体どこにどうやって相談すれば良いかわからないかもしれません。従来だと保健所は待ちの姿勢で相談があって初めて行くわけです。しかし、本来だったら保健師相談をしたほうが良いような方なども施設の中に眠っている可能性があるので、できるだけこちらから出て行って、心身ともに、まずは全体的なヘルスケアの最初のスクリーニングをするような人員が行ければ良いのではないかと思います。

(事務局) 治療ではなく、セカンドオピニオンの機能や支援という話ではなく、基本的に我々が相談を受ける、病状が悪化していると思えば主治医の先生に早くかかって相談したほうが良い、もしくは精神科の主治医ではなくて身体科に受診したほうが良いなど、アドバイスするということですか。

(小林委員) そうですね。幅広くその辺の相談に乗れるようなアクセスができると良いのではないかと思います。

(伊東部会長) ありがとうございます。今回も多様なご意見をいただいて、女性、児童、司法というお話が出てきました。そして、依存というところではアルコールやギャンブル等と、多様ということで今回広がった部分、長谷川先生や松崎先生からは予算も時間も限りがあるからというご意見もありました。広がったところを事務局で持ち帰って精査していただくことと、前回の松下先生のご意見で「横浜らしさ」ということでは、私が思うのは県だと、市と県の垣根があったりしますが、日本一大きい横浜市ですが、行政の垣根が低いと思います。先ほど出てきたスクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーという教育畑との連携も、同じ市の中ということでできやすかったり、児童相談所との関係や女性担当の部局とのコラボなどができやすかったりするのではないかと思いますので、時間と予算の制約がある中で、アイデアを出していただければということでまとめさせていただきます。

では、事務局のほうに司会進行をお返しします。

(事務局) ただいま部会長からもお話がありましたとおり、皆様方の意見をもとに、今後の対策の方向性をまとめて、3月28日に精神保健福祉審議会で報告する予定です。内容については意見をまとめる中で、それぞれのポイントや優先度などは事務局の中で考えながらつくらせていただければと思っております。皆様には会議に上げる前に事前に確認させていただきます

また、今後のこの部会は、いろいろな意見をいただいて、参考とさせていただく中で、先ほどの実態調査や今後ことで、来年度も色々と考えさせていただきます

	<p>きたいと思っています。この会議には、本当にお忙しい中で皆様方に来ていただいていることもありますので、意見の聞き方や会の回数を工夫させていただきますが、もしよろしければそうした進捗も報告させていただきたいので、場を持たせていただきたいと事務局では思っております。日程や方法については工夫しながら考えさせていただきますので、来年度に調整させていただければと考えております。</p> <p>(白川センター長) 挨拶</p> <p>(閉会)</p>
<p>資 料</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・資料1 検討部会でのご意見を踏まえた、相談拠点での新たな取組み ・資料2 調査対象（想定）の考え方 ・資料3 調査・研修資料 ・資料4 横浜市精神保健福祉審議会条例・運営要領