

平成29年度神奈川県精神保健福祉審議会

平成29年11月1日（水）

産業貿易センター B1F B102会議室

開 会

中澤保健福祉局技監兼保健医療部長あいさつ

傍聴希望なし

委員の改選により、新たに就任した3名の委員の紹介

浅野委員、荒井委員、田中委員、中谷委員、松谷委員の欠席の報告

議 題

(1) 神奈川県保健医療計画の改定について

- ・ 国の医療計画作成指針及び県の改定状況について（資料1-1、1-2）
- ・ 神奈川県保健医療計画における数値目標の設定について（資料1-3）
（「資料1-1～1-3」に基づき、事務局から説明）

(竹内会長)

まずは、国の作成指針及び県の改定状況、そして数値目標の設定について説明がありました。質問あるいはご意見があればお願いいたします。

(広田委員)

1点は、いつ前回の審議会の議事録がホームページに載ったのかということ、国からおってきたものを、地方自治体というのはストレートでそのまま反映するのがこの国のシステムですかということ伺いたいです。神奈川県が何か手を加えたり、国に行ったときに、これはうちの県にはなじみませんよということが、きちんとノーと言っているかということ伺いたいです。それで、なぜそういう質問をしていますかということ、私は委員で、とてもではないけど現場、警察の現場、救急の現場、それから私が長年活動していて実態と余りにも国及び地方自治体の委員会が現実社会と乖離していると思います。ということで、国でどんなに発言しても、意見は通らないから、神奈川県が言えば通るのか、そういう話をきちんと言える時間があるのかということ伺っています。現実に即したものが国に出ていないと私は思っていますので、歯止めになっているのかということです。

(事務局)

審議会の議事録のアップにつきましては、まだ、アップされておられません。早急に対応したいと思っております。

(広田委員)

議事録のアップをきちんとやったほうがいいです。お願いします。

(事務局)

早急に対応させていただきます。

あともう一点、国の指針に基づいてということなのですが、県の計画を立てるに当たり、国の指針も踏まえつつ、神奈川県の実情、状況も大切にしながら計画は立てていきたいと

思っております。

(広田委員)

この計画に入っているということですね。

(事務局)

それを踏まえてというか、そういう要素をきちんと入れさせていただいているということです。

(広田委員)

入れたということ、それを国に言っていますか。きちんと言えているのですか。対等の関係で、「おかしいんじゃないの、国は」と。

(事務局)

きちんと国の指針を踏まえて、神奈川県の実情を中身に入れつつ計画策定しておりますので、その視点では神奈川県だけでなく、国だけでなく、連携した形での計画策定という方向性で進んでいると本県のほうでは理解しております。

(宮岡委員)

今度、第7次医療計画が動いて、県でこういうふうには計画を立てて、どこまで期待しているかというのがよくわからないのです。第7次医療計画に基づいて、ここへいっぱい書いてあるが、県は何を変えようとしているのですか、あるいは何が変わることを期待しているのですかという質問にどの程度県は答えられるものなのかなというのがよくわからないのだけど、何がかわるのですか。何となく現場から見ると、もう何か国との整合性をとって文章を並べてあって、どれがよくなるか、神奈川県精神医療が、何か地域連携がよくなるのか、地域ケアと精神が結びつくのか、第7次医療計画でどれがどうなるのかというのが、この文章だけだとわからないのです。でも行政の文章はどこもこんなものだよというのであれば、もうそれでしょうがないと思うのだけど、現場は何を期待しているのですか。

(事務局)

精神医療の部分でいいますと、国の方針を踏まえつつ、神奈川県の中でも県民によりわかりやすい医療機関の整備というようなことと思います。

(宮岡委員)

これは例えば、精神疾患の医療圏を変えたほうがいいのではないかとかという議論もあるではないですか。それから例えば、私は国の関係の研究班で身体合併症をやっていますが、あれはいつも全国でうまくいっているようなところの好事例を探すのです。そういう作業は県はしないのですか。例えば何県はうまくいっているから、それに似たモデルをつくらうみたいなぐらいの動きを県はしないのかなというのが、要はもっと具体的に書いてくれないと、これはただ、それは間違いではないよねぐらいにしかならないけれども、行政の文章はこんなものではないのでしょうか。そこがいま一步よくわからないので

す。これは県としてはどうなのですか。

(事務局)

この神奈川県保健医療計画といいますと、精神疾患だけではなくて、医療提供体制全体を書かれているという、上位階ということはないのですが、一応最上位というか、全部をオーバーラップしているような計画になっております。それですので、実際のこの計画というか、ある程度理念的なこととか、こういう方向性を目指していきますという形を書かせていただいて、実際、先生がおっしゃったような、例えば身体合併症の精神科病床をどうしていくかということは、ここのがん・疾病対策課であろうと、例えば病床を持っているほうの医療課であろうと、非常に大きな課題となっておりますので、そういうところは実際の事業に落としたり、施策に落とす段階で、そのところを具現化していくという形です。

(宮岡委員)

この段階の第7次医療計画に関係した精神医療の部分では、そこまでは出さないのかなと。決まっていないのかなと。

(事務局)

そうですね。ただ、ここのところは、同時計画で障害福祉計画であったりとか、この全体の保健医療計画の中の、例えば地域包括ケアであったりとか、そういう地域連携とか病連携、病診連携のほうで、精神疾患に限らずですが、そういうことが書かれているということがございます。今回この抜粋版になっているので、ちょっと全体像が見えないというところはございます。

(宮岡委員)

本当にこのレベルでまだいいのですかというのが、どうも私は幾つか見ているけれども、神奈川県の医療計画は何か、これはちゃんとしているのかなというのが、我々はそんな評価基準は行政でないからわからないのだけど、もっと具体的に今の時点で示していけるのではないかという気がしてしょうがないのですけど、こんなものなののでしょうか。

これは何か全然、各論の中に神奈川の個性が出ていないのです。要はどこの県に出しても同じような文章で通りそうなものしかないわけです。

(事務局)

全体像をお見せすると、神奈川県の特徴としてはという形を総論のほうに書かせていただいているというところがあるので、そこのところは見えないと。

(宮岡委員)

でも医療圏を指定するときは神奈川全体、どうせ医療計画だから、これは県が決めないといけないわけでしょう。そうすると、神奈川はこれだけもう田舎から都会まで、医療過疎地から医療過密地区まで全部あるということは、もうちょっときめ細かい予定を今の時点で立てなくてもいいものなのですか。あるいはもっと我々に、ここの審議会をせっかく

やるのだったら、そこで出して、これはできるかどうかというような適用可能性というか、現実可能性を出すべきではないかなというのが、私はこのレベルだと非常に不満なだけで、という意見です。

(事務局)

現段階ではまだ素案の案の段階でいます。これは今ご意見をいただいて、素案の案のような、素案のたたき台の状態でございますので、いただいたご意見をどこまで盛り込めるかということを検討させていただいて、実際、素案をつくり上げていくのは12月の議会のところで提出します。

(宮岡委員)

その時点で現場の医者をもっと入れたら。行政だけでは無理なような気がします。もっと現場で動いている人を入れて計画を立てていかないと、この医療計画は非常に難しいと。かつ地域包括と一緒にどういうふうに絡めていくかなんていうのは地域差がものすごくあるので、ちょっと私は不備なような気がします。

(事務局)

今委員が言われていることは、もう少しきちんと議論しなければいけないというようなお話だったと思います。実際に現状で今後、複数回のいろいろな議論の場を持っていくことが難しいというようなこともございます。これから11月中旬に向けて素案、目標設定等も固めていかなければいけませんので、本日短い時間ではありますが、この場でいろいろと意見をお聞かせ願って反映させていきたいと思っております。

(宮岡委員)

この時間では無理ですよ。だからもう一回別に会議体をつくって、複数で検討しないと絶対無理ですよ。この時間に意見をもらってなんて、それはもう県のおごりというか、ちゃんとやる気がないに通じるから、それはしないほうがいいです。だからもう一回ちゃんとやってください。

(竹内会長)

具体的にいろいろな現実的な問題を進めていくには、この審議会だけでなく、本来は部会をつくって、そこで具体的な話をしていくということが必要だということなのですよ。

(宮岡委員)

練り方が全然足りません。だから部会をつくって、もう一度ちゃんとやりましょうよ。12月までなら、5～6回開けばいいではないですか。こんなものでは全然だめです。

(事務局)

ご意見をいただいた部分につきましては、持ち帰って検討させていただきます。

(宮岡委員)

持ち帰ってと言っても、そのまままた出してきたらもうこんなものでは絶対認めない

です。

(堤委員)

家族会の堤です。今宮岡先生がおっしゃったことと私も全く同じなのですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すと。アクトの神奈川県での実験を、3年ほど前ですか、2年間にかけてやったのですが、その後もう尻すぼみで、今後どうするかというのもまだ決まっていません。それで、この地域包括ケアシステムの構築を具体的にどうするか、どういうふうに県が考えておられるのかを具体的に出していただいて、そして同時に行政、各市町村との連携をどうされるのか、そこら辺の市町村への指導も具体的に出していただきたいなと思います。というのは、文言だけで全然進んでいないというのが実情ではないかと思います。まだ横浜市のほうが、私はこれに関しましては動いていると思います。そういう意味で、この第7次については具体的に記載するようにお願いしたいと思います。

以上です。

(事務局)

先ほどの宮岡委員のお返事にも重なるのですが、持ち帰って検討するというのは、会議体とか、検討する場とか、ご意見を伺う場についてどういうふうに設けるかということを持ち帰って検討させていただきます。

(宮岡委員)

だからもう県だけで、行政だけでやらないほうがいいです。

(竹内会長)

障害福祉課の方、どうぞ。

(事務局)

障害福祉課です。今堤委員がおっしゃられた、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの部分については、多くは私どものほうで今改定作業を進めております障害福祉計画のほうで成果目標を定めて、やっていくという形をとっています。堤委員や堀越委員にも私どもの障害者施策審議会のほうに委員になっていただいております。ですので、保健医療計画の部分については、私どもも連携して少し作成させていただいているのですが、地域包括ケアシステム、今回のことについては、前の障害福祉計画ですと、長期入院、入院中の精神障害者の地域生活への移行というような成果目標があったものが、今回この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築というふうに、国のほうも名称とか、ちょっと性格を変えてきています。

というのは、資料1-2の、ページでいいますと12ページになるのですが、第5節「精神疾患」、【現状】のところの下から4つ目の丸で、平成27年度精神保健福祉資料によると、県内の精神病床における入院期間1年以上の患者数は、平成27年6月末時点で5608人となり、前年同時期から734人減少していますという、そういう現状を書かせていただい

ております。それで現行の障害福祉計画ですと、ここの人数が、目標値としていたのがもう少し多い人数ですので、人数も申し上げたほうがいいと思うのですが、さっと出てなくて済みません。障害福祉計画のほうの目標値を達成している人数なのです。今回恐らく国のほうが地域包括ケアシステムというふうに成果目標を変えてきたのは、退院はしてはいる、目標に近いような形で退院を勧められているのだけれども、地域のほうでの受けとめをどうするかというところを、この地域包括ケアシステムの構築というところで進めようとしていると考えております。しかも今精神科のほうに入院されている患者さんの大体半分は65歳以上の高齢者の方、認知症の方も含めてだと思いますが、という状況ですので、障害福祉サービスと介護保険サービス両方を退院後に利用される可能性があると思います。ですので、今回、保健医療計画の改定とあわせて、ちょうど私どもの障害福祉計画の改定作業もやっていますし、それから介護保険事業計画は市町村ですが、県でいえば高齢者保健福祉計画の改定もあわせて同時期にやっていますので、その辺の障害福祉とか介護のサービスの基盤の部分もあわせて今回、保健医療計画の改定を進めているという、そういう形になっている状況です。ですので、保健医療計画のほうにこの地域包括ケアシステムの部分、書ける部分は若干限られるとは思いますが、そこは障害福祉計画とも連携させていただいて進めさせていただきたいと思っております。

以上です。

(堀越委員)

今後の内容の検討の方法等については、県のほうでもまたお考えいただけるので、それを待つということになろうかと思えます。私が一番気になりましたのは「こころの未病対策」のところでした、現状として「こころの健康づくり」のところ、めまぐるしく状況が変化する現代社会では、ストレスで心や体のバランスを崩している人が多くなっていますというふうな、一般的な文章といたしますか、一般論が書いてあるのですが、それはそれとして、【課題】のところ、心の健康づくりに関連して、休養や睡眠を含む生活習慣、ストレス解消等についての普及啓発を、など書いてあります。ストレス社会ということは言われていますが、具体的に今神奈川県下でどういうことが一番ストレスになってくるのかといえば、例えば職場の過重な働き方とか、それから学校における生徒・児童同士のいじめ、あるいは教育の現場におけるさまざまな課題とか、それから最も地域包括ケアというのであれば、介護負担ということを入れないと時宜にはかなわないのかなと思えます。なので、ストレス解消を、この文章ですと、個人の責任に帰するかのように読み取れてしまうので、一人一人が十分休養をとって、睡眠をとって、生活習慣を改善すればストレス解消できるのだよということだけではないと思うので、もう少しこの未病のところは、国がせっかく出しているPTSDのことなんかも含めてしっかりと現状を書いていたほうがいいのかなと思えます。案を出せということであれば、文章を考えることはやぶさかではございませんが、心の健康づくりの相談体制ということは書いてある

のですが、相談体制というと精神保健福祉センターと保健所が出てくるのですが、それだけではなくて、地域包括ケアというのであれば地域包括支援センターとか障害者の中核の相談支援センターとか、さまざまなところでもう今いろいろなメンタルヘルスの問題が噴出しています。ですので、その辺も少し視野を広げていただいて、ちょっとほかのところの領域にかぶるかもしれませんが、足をかけるような感じで書いていただけるといいのかなと思います。いきなり自殺対策に飛ぶのではなくて、未病と言うならそこをしっかりと書いていただければと思う次第です。

以上です。

(竹内会長)

今の堀越委員の意見のところでは、【施策】のところにもう少し膨らませて今おっしゃったようなことを入れれば、今のところは解決できるのだらうと思います。

(広田委員)

今の関連ですが、堀越委員のような社会問題を背景とした捉え方も重要ですが。家庭のあり様が問われている現代社会。子供含めた睡眠、バランスの良い食事、ラジオ体操、ウォーキング温度考慮して無理のないジョギング等の運動。私はAM8時10分、米軍放送で朝起きた時から、ふとんの中も体動かしたり、ディスコ踊ったりしています。年齢ではない。自分自身のライフスタイル。その時々で体調で長期的に予算に合わせて。おしゃれ、美容、ウィンドウショッピング等もこころの健康につながります。精神医療サバイバーになってからも多職種含めた多くの悩める人のお話を伺ったりして来ましたが。「相談しても」御本人の人生は中々解決しないと痛感してきました。「自らが解決できる力をつけることが大事」で相談することにより「依存が増えたりします。」自己選択、自己決定、自己責任で、最近ですと人格障害、解離性障害、発達障害、自閉症等々周りを振り回してしまったり、「自分も大変という」障害等で専門家の皆さんが気づかない方がいっぱいいらっしゃいます。知的障害重複等の方もいらっしゃる。人間が生きていく上で、快適な睡眠、バランスの良い食事、そして運動等を具体的に書いて、曖昧フアジーな言い方をやめて、社会問題として「こんなものが現代社会であります」ときちんと打ち出した方がいいと思います。

先程も相談のこと発言しましたが、警察、救急隊回りしていた頃「相談……でよりややこしくしてしまっている」「窓口が増える程、こちらへの電話等が増えました」という声も聞いていました。「相談を受け止める側が、受け止められない」薬を飲んだだけでは問題があれば解決しませんから、根本的な原因に本人が気付いて解決できるように、本人の健康度が増すことが大事、私もそうでしたが精神科医療を必要としない人も、行く時代突入。15年に出版社から依頼された医師向け原稿で医師が「あなたは、精神科医療必要ない時代です」という時代、と書きました。医師が「必要ない」と言わないのか、言えないのか、こんなに患者が増えてしまっているという側面もあります。これは、あらゆる相談等

受けるところも同様ではないでしょうか。

(宮岡委員)

さっきと別のことで私は気になっていたのですが、県は未病のことを知事が言われるからいろいろなことをやっているけど、県での精神における未病対策の未病の病というのは一番何病がターゲットなのですか。それとも未病対策というのをほぼイコール、ストレス対策に置きかえていいようなものなのですか。この未病対策がいま一つよくわからないのですが、行政はどういう理解ですか。

(事務局)

未病という概念が、例えばここからここまでが健康で、ここからここまでが病気では明確にならない、そこを行ったり来たりするような、その過程のことを未病というふうな概念でいうのかなと考えております。それを心の部分で置きかえるとすれば、先ほど委員からもお話がありましたが、眠れないとか、例えば職場には行くのだけれどもやる気が出ないとか、まずそういうような状態をひとつあらわすのかなと。ですから、どちらかという、心の健康づくりとかストレスに対する対応というようなことで、非常にグレーの部分ではあるのですが、予防中心の状態というふうに捉えられるのかなと思っています。何病というふうに限定はできないかなと。

(宮岡委員)

だけど、未病という言葉がひとり歩きして、少なくともアルツハイマー型認知症の未病という概念は行政にはないのですか。うつ病の未病というのは、統合失調症の未病対策というのはないのですか。それとも未病対策には病気別には全く考えていませんよというのですか。もし病気別に考えていないということで、ただ未病という、メンタルに不安定になる人の未病対策という、精神科医の視点から言ったら、やることはないという気がするのです。だからここを、もうちょっと練っておかないと。コレステロールが高い、高血圧のある人、脳梗塞の起こす前の対策とは全然精神は意味が違うし、今結局は、例えばうつ病は早く眠るようにしましょうということで睡眠薬依存がふえているとか、それから過度に医療化し過ぎるという問題がもうどんどん起こってきているので、ここは慎重に、特に神奈川県だから慎重に扱ってほしいなという気がします。認知症の薬も、悪くない人に認知症の薬を出している先生はいっぱいいるわけだから。

(竹内会長)

前回までのメンタルヘルス対策というのは抜けたのです。それで、これが入ってきたのです。

(宮岡委員)

それが抜けて未病になったわけですか。

(広田委員)

予防だからいいではないですか。それとつけ加えると、お風呂です。ぜひ入浴も入れて

おいてください。今の時代はフィットネスから、スーパー銭湯も、自宅のお風呂もということで、いろいろなものがあるではないですか。そのときに、脳梗塞予防のためにもなんかは、お風呂に入ったら水を飲むとか、よろしくをお願いします。スパで時間をかけて「うつを治した」少女にも出会いました。昨今は、ネットカフェ等にシャワー機能もある時代。人員の関係等で入院中、入浴がものたりないのが現状です。

(事務局)

今いただきましたご意見を参考にして、また検討していきたいと思っています。

(竹内会長)

事務局のほうでもう一度文言を、内容を検討してください。

(姜副会長)

2点ほど。今のところの未病のところ、修正はあるかもしれないのですが、補足して意見ですが、資料1-2の1ページ目の第2節、(1)の1つ目の白丸のところ、この国民生活基礎調査というので原因別に多分アンケートをとられているようですので、神奈川県ストレスありの原因をここにはっきりと書いていただいて、それに対応した【課題】【施策】が、すばっと出ればの話ですが、そのほうがいいのかと思いました。1点目です。

2点目が、資料1-2の4ページの「各論」の精神科救急のほうの話なのですが、第2節のところ、最初に2点白丸がありまして、2番目のところで、精神障害者の人権を尊重して、いつでも身近なところで安心して受けられるようにというふうに書かれています。以下読んでいくと、人権の視点というのが見えにくくなっております。私は詳しい事実関係はわからないので、ここで個別のケースを取り上げるつもりはないのですが、今身体拘束・隔離の問題が社会的にも報道されておりまして、統計上も全国的に、済みません、神奈川県独自のは調べていないのですが、10年間で倍増しているという報告もあります。ですので、そのあたりの原因をきちんと分析して、安心して医療を受けられるということをきちんとやっていかないと、救急医療となると入院してすぐに、特に急性期の場合は隔離・身体拘束があるのではないかと。そうすると死亡の危険があるという。そういう不安感が増大しているようなところがあると思いますので、そのあたりの原因分析と、患者さんが安心できる状況の体制の確保をぜひお願いしたいと思っています。

特に弁護士の立場から言いますと、隔離・身体拘束中も、理念的には権利擁護者への連絡は制限はされていないのですが、では実際に本当に制限できていないかということ、それを確認するすべがありません。弁護士に電話が来ているのは、隔離を解放された時間帯に、解放されたからということで電話は来ますが、隔離中あるいは身体拘束中に、ちょっと携帯電話を借りて連絡していますというケースは聞いたことがありませんので、そのあたりきちんと電話ができる体制なのかどうか。極端な話、例えば隔離室にポスターが張られているとか、そんなことは見たこともないですし、どういう体制がとられているのかはきち

んと調査していただいて、安心して医療が受けられる体制をとっていただきたいと思っています。

以上です。

(堀越委員)

今の身体拘束の観点では、認知症疾患の治療センターに精神科の病院がたくさん手を挙げてなされているところでは、介護老人福祉施設に比べると身体拘束が圧倒的に多いです。今私はエビデンスの数字を忘れてしまいましたが、それを調べた方は、神奈川県データではないのですが、2倍とか3倍とか。なので、その辺も含めて身体拘束の問題というのはどこかで触れたほうがいいのかと思いました。

(竹内会長)

ほかにはよろしいですか。

(大野委員)

資料1-2の12ページの「精神疾患」の【現状】のところ、ちょっと細かいというか、下から3つ目に、いろいろと病気のこととか患者さんの推移とかがありますが、医療を提供するほうが、ここは精神科病院数が幾つと書いてあるのですが、この中に例えば医者の数と、特に指定医の問題がありますので、指定医者のほうがふえているのか減っているのか。全国的に神奈川県がどうなのか。特に問題なのは、神奈川は数も少ないのですが、要するに指定医の、ほかの例えば九州なんかは指定医の大体8割が病院勤務していて、診療所は2割ぐらい、神奈川県はもう半々なのですね。だから指定医の数も少ないゆえに、別に診療所が悪いわけじゃなくて、診療所と病院が大体、指定医のバランスが半々ぐらいになって、かなり指定医で医療を提供するのが大変だなという部分も現状としてあるので、すぐにどうこうならないですが、一応【現状】の中に、医療提供のほうのそういう医師数というのですか、それに関しても入れてもらってはいかがでしょうか。

(広田委員)

はい。今の意見です。国でそれを発言していますが、全国的に精神保健指定医が「ベッドがないところがすごく多いですね」と発言していますから、医者側から言ったほうがいいです。それは患者の人権というか、人道にかかわりますから。それと姜さんのご意見も、拘束した状態で通信ができるかということも大事なこともかもしれないけど、どういう基準が拘束なのかというガイドラインみたいなものは、これは神奈川県独自ののですか、国のですか。

(事務局)

ガイドラインですか。それは国の方針だと思います。今大野委員からいただきました意見も参考にさせていただきます。また検討していきたいと思っております。

(竹内会長)

それでは、今まで出た意見をもとに、参考にしながらもう一度見直しということで対応

してください。

- ・ 精神病床に係る基準病床の算定について（資料1－4）
（「資料1－4」に基づき、事務局から説明）

（竹内会長）

基準病床について今説明がありましたが、何かご質問・ご意見はございますか。

（堤委員）

今の説明の中で1件教えてほしいのですが、上のほうの②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」というのがありますね。この治療抵抗性統合失調症の治療薬というのはクロザピンのことでしょうか。

（事務局）

国の正式な資料においては、この②の要素については医療高度化の指標ということで、クロザピン投与や修正型電気けいれん療法とか、医療が高度化することによって減る要素と書いてあるのですが、代表例は、クロザピンということになります。

（堤委員）

このクロザピンというのを本当に使っているのかどうかというのはまだ先生方のほうでも決められないと思います。人によっては白血球が大幅に減って亡くなるというケースも出ているし、実際これを投与した方でもぐあいが悪くなったという方もおられるので、必ずしも普及を進めていいものかどうかなとちょっと今思ったものですから。先生、このクロザピンというのはどうなのでしょう。

（大野委員）

私のところは特に使ってはいないのですが、ただ今の件に関してですが、例えばクロザピンをどの程度普及させるかということは、例えば聞いたところによると、今日本ではほとんど0.何%という普及率だという話なのです。ただ、諸外国だと20%、30%、処方の中にクロザピンが入っているということで、そこまで本当に上げていけるものなのか。逆に上げていく中では、今堤先生が言われたように、いろいろと副作用的なものも当然出てくる部分もあるので、だからその辺が楽観的に、20%ぐらいまで上がればかなり退院率がふえてくるのですが、今の0.何%という日本の普及率で、どこまで上がってくるのかという部分があると思うのです。だからそれを強引にある程度上げていくような形でやっていくのかどうかということところは確かに、厳しいかなという気はしますが、一応数字としては上がってきているということで理解していて、本当に具体的にそこまで実際行えるかどうかというのは、経過を見ていかなければいけないかなと思っています。私なんかは日精協にかかわっていますので、日精協の中でも、20%、25%はもう難しいのではないかなというような話が、民間病院が中心ですので、そんなに使い切れない部分があるという意見が

多いというのが実情です。

(広田委員)

ベッドのところ、「社会的入院の仲間を解放してください、精神科ベッドを減らしてください、マンパワーをきちんとつけてください、診療報酬をきちんとしてください」と4点セットでずっと発言していますが、院長たちにもいろいろなお話を伺うと、今の時代は減ったかもしれないけど、「病院が退院させようとしても、家族が議員まで使って圧力をかけて退院させない」時代もあったから、そろそろ本音をみんなが言い出さないと、本音で、何で退院できないのか。クロザピンができればパラダイスで退院できるか。クロザピンが100%効いたとしても、住むところがなかったりとか、家族のもとに帰りたいという人が帰れなかったり、いろいろなことがあると思います。全てが家族に帰る時代ではないけれど、家族がネックになって退院できない話はこのほかにいっぱい聞いています。先ほどの大野先生、精神保健指定医は、全国レベルでは6割がベッドのあるところで、4割がないということで、そこを厳しく発言していますが、参考意見です。

(宮岡委員)

さっきのことに関係して伺いたいのですが、今の例えばクロザピンが神奈川県ではどの病院で何に使われているかということによって、この基準病床は変わってくるわけですよ。この数字は変わってくるだろうという推測なのですよ。それに関しては、県はどこまでこういう中に取り込んでいくものなのですか。県がこういうのをどこまで言うのか。あるいは極端に言うと、精神科病院協会にもっとクロザピンを使ってよと県が働きかけることは多分ないと思うのだけど、そのあたりは、こういう計画の中では、県はどこまで考慮するものなのかなというのが、何か情報があったら教えてほしいのです。

(事務局)

特定の医薬品を特定の分野の医療機関に推奨していくということは、行政としては難しいと思っております。

(宮岡委員)

結構クロザピンはものすごい施設差なのですよ。病院によって使っているケースが200何例というところからゼロというところまで。どこまでというのは、もうそれはお上の厚生労働省の言うことを書いておくぐらいしかないのですか。そこまで県が、そのあたりの数字を取材してでも、こういう計画の中に何か取り入れるということはないという理解でいいですか。見込み数みたいなものは一切考えないという理解でいいですか。

(竹内会長)

精神医療センターで使っているわけだから、ある程度の状況はわかるのではないですか。

(事務局)

神奈川県内でクロザピンの治療を実施している医療機関数というのは、クロザピン適正使用委員会というところが公表している数がございます、これは9月、恐らく今直近で

22日の値だと思えます。15の医療機関で治療を実施しているというところは把握しております。

(事務局)

障害福祉課のほうですが、先ほど数字の話をお伝えしようと思っていましたので、この慢性期入院需要の話とかかわりますので、改めて申し上げます。

現行の障害福祉計画では、1年以上の入院の方は、平成24年6月末時点が6751人で、目標値は今年、平成29年6月末時点で6,076人を障害福祉計画のほうでは目標としていたのですが、今国のほうの統計で正式に出てきているのが、平成27年6月末時点で、先ほどご説明したとおり5,608人ということで、計画以上に1年以上入院されている方が退院されてきているという、そういう実情がありますので、参考までに申し上げます。以上です。

(広田委員)

県に1つ質問。国がいつの間にか社会的入院という言葉をやめてしまって、重度慢性とか長期とかわけのわからない言葉に、それに反対する集会も行われたりしていますが、神奈川県はずばり社会的入院は、数字は現在の入院患者のうちどのぐらいだと出しているのですか。それはクロザピンとは全く関係ない話でしょう。

(事務局)

障害福祉課です。障害福祉計画ではそこまで、社会的入院とかという書き方はしていません。入院期間で数字を把握するようにしていますのでご理解いただければと。

(広田委員)

国が勝手に変えてしまったのだから、ご理解しませんが、社会的入院という患者の存在、私は精神医療の被害者として、サバイバーとして、しかもその病院は芹香病院ですから、かつて県立でした、ぜひ社会的入院の人数を出していただきたい。神奈川県さん、この場でよろしくお願いします。かつて発言しましたが「社会的入院は最大の人権侵害だと大阪の精神保健審議会は答申で出しています。神奈川も出してください」と。

(竹内会長)

ほかにありますか。

(姜副会長)

患者調査で、受入条件が整えば退院可能な者でしたか、人数を調査していたかと思うのですが、あれは神奈川県では今どうなっているのでしょうか。調査はしていないのですか。今すぐ出ないとしても、調査していただいて、どういう理由でというのをはっきりして対応するというような方向で、具体的にぜひ進んでいただきたいと私も思っています。

(事務局)

恐らく平成16年にプランが出たときに、患者調査をもとに、条件が整えば退院可能という患者調査の項目に出ているものを数字として挙げていたと思うのです。それから10年たつて、必ずしも国が示したとおりには進まなかった状況があつて、それでむしろそういう

目標値の立て方というよりは、入院需要もあるのではないかということで、例えば3カ月や1年時点の退院率とかというような、障害福祉計画にもあるような目標値を立てたのではないかと思っております。ただ、個別の理由の部分については、委員がおっしゃられるように、もちろんあるとは思いますが。それぞれの方の入院もしくは退院できる要因というのは多々あると思っておりますので、計画上はこういう形で数字をお示しするような形になっているということで、まずは計画に関してはご理解いただければと思います。以上です。
(姜副会長)

わかったようなわからないような。もう一点だけお聞きしたいのですが、国の方針は別としても、少なくとも病院の現場のそのアンケートに答えられる職員さんの感覚では、条件を整えば退院が可能と考えていらっしゃる患者さんが現に入院しているという事実は今もあると思えます。ですので、それを調査していただいて、ではどういう条件なのかというのをはっきり出していただいて、それを一つ一つ解消して、そういう患者さんがいなくなるような具体的な取り組みをお願いしたいということで、例えば具体的に県立病院さんをモデルにするとか、ぜひ何かしら具体的に全国のモデルになるような取り組みをしていただければと思っています。

(竹内会長)

では、事務局のほう、十分検討してください。そういう中で許可病床数はことしの3月31日現在で1万4061床ということですが、在院患者数というのはわかりますか。

(事務局)

今手元に数字がございませんので、後ほど調べてきます。

(竹内会長)

多分これは埋まっていないはずですよ。ですから、自然に減ってはいつているだろうと思います。

では、精神病床に対する基準病床の算定について、一応事務局としてはこういうような状況で、こういうような計算をしていくということによろしいですか。

報告事項

(1) かながわ自殺対策計画（仮称）について（資料2-1）

(2) 神奈川県アルコール健康障害対策推進計画（仮称）について（資料2-2）

（「資料2-1～2-2」に基づき、事務局から説明）

(竹内会長)

これは行政のみで今策定を考えている、準備しているというところですね。例えば自殺に関しては、自殺対策の委員会がありますよね。そういうところで意見を聞いたり、何かしていないのですか。

(事務局)

基本的に自殺対策はかながわ自殺対策会議という行政、民間団体、有識者等で構成されております協議会で協議をさせていただいております。アルコール計画のほうにつきましては、アルコール健康障害対策推進協議会を設置いたしまして、そちらも行政、あと医療、司法、さまざまな民間機関の方にもご協力いただきながら協議を進めております。

(竹内会長)

そういう中で、我々の精神保健福祉審議会がこれのたたき台というか、素案ができた段階で目にすることはできないのですか。

(事務局)

基本的に、今のところ12月もしくは1月ぐらいにかけましてパブリックコメント等を予定しておりますので、そちらでござんいただくことは可能になりますし、ご意見をいただくことは可能かと考えております。

(竹内会長)

だからこの審議会の立ち位置が何か、そういう話を聞いていると、何なのだという感じになりますが、この審議会がある意味では、精神保健福祉関係に関しては一番重要な審議会のはずですよ。

(竹内会長)

あるいは会を持ってないのであれば、その前に委員のほうに素案を配付するなり何かしてもらってよろしいのではないかと思います。

(中澤技監)

会長のおっしゃるとおりで、12月の時点で素案は県議会の常任委員会に報告させていただいた時点で決定というところで、その後パブリックコメントをやるという形になりますが、その時点で審議会の皆様には議会が終わった時点で情報提供という形で送らせていただきます。それで次回の審議会のときにご意見などを頂戴でき、もしくはパブリックコメントで出していただいてももちろん大変ありがたく思いますので、そういう形でご意見をいただければと思います。次回の審議会のところで、素案のとれた案の状態でご報告させていただきますので、その時点でまたご意見をいただければと考えております。

(竹内会長)

ありがとうございます。それでは、報告事項のその他についていかがですか。

(広田委員)

自殺のところの(4)「施策展開」のエに「心の健康づくりの推進」とあるではないですか。精神の場合、これがいわゆる未病のことなのでしょう。先ほど、睡眠、バランスの良い食事、運動等、本人の年齢ではないと発言しました。入浴も。これはまた別なのですか。

(事務局)

メンタルヘルス対策という健康の、例えば医療計画の中に入っている表現でいうところはここに該当すると思います。

(3) その他

- ・ 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築に向けて（参考資料3）
（「参考資料3」に基づき、事務局から説明）

(竹内会長)

それでは、委員の方々から何か追加でご意見なり質問はありますか。

(大野委員)

今のこの参考資料3の裏側にいっぱい丸がついているのがありますが、神奈川県でこれをつくるということなのですか。つくって、ある程度どこかに閲覧できるような形で書くと。ここだと大体診療所が白丸で、入院できる病院が二重丸になると。このあたりのところを県が各病院に、この病院はこういう機能があるということをチェックして、それを一覧表にして、県民にとりか、見られるような形で出すということのをこれからやっていくということなのですか。

(事務局)

大野委員がおっしゃるように、最終的にはこういう形で明確にしていくということになるかと思っています。

(竹内会長)

最終的なものの前に、必ず精神科病院協会のほうに話を持ってきてください。

(堀越委員)

教えていただきたいのですが、この参考資料3の多様な精神疾患ごとにとりかところで、疾患名がずらっと並んでいて、精神科救急はわかるのですが、ここでいう自殺対策に対応できる医療機関というのは、前に自殺企図した人を診られるような医療機関とか、どういう意味ですか。自殺対策に対応できる医療機関というのはどういう意味になる、どういう機能になるのかを教えてください。

(事務局)

そこで言われている医療機関というのは、自殺未遂者等に対応できる医療機関という定義づけでよろしいかと思っています。

(玉城委員)

そろそろ最後なので一言言いますが、この参考資料3の後ろは、これははっきり言ってまずいです。神奈川県精神科医療事情は、各精神病院で初期から結構慢性期まで1カ所でほぼ完結できるようになっています。自分のところに専門医がいなかったら、どこに誰

が、てんかんの優秀な人、依存症の優秀な人がいるというのがわかっていて、大体そういったところへ紹介しますよね。それを病院ごとに、その対応ができるできないというのを、我々プロの中では知り尽くしていることなので、それを一般市民にまでわかるように持っていくというのは、これは神奈川県精神科病院協会の大きな問題ではないかなと思います。

それから、精神医療というのは、厚生労働省の役人さんたちが最大公約数でここまで進歩させたのは偉いのですが、病名によっても違うし、一人一人違うし、肝心のドクターの技量が一人一人、精神科で違うというのは、これは大きな問題なのです。だから共通して総花的に理想を掲げるというのは確かに、少しずつ進歩しているのはわかるのだけど、神奈川県の現場で精神科病院の数もたくさん知っていますし、精神科の診療所の数もわかっているわけですし、精神医療センターではその辺の情報も全部わかっているので、医療圏ではなくて各ブロックで、大学病院を中心に関連病院の精神病院なら精神科で大体まとまって、それぞれ誰が対応できるかというのは大体県下ではわかっています。だからその辺を精神医療センターでもう少し詰めておいて、国の方針と県の方針とでどういうそごがあるかというのはつかんでおいたほうが良いと思います。

こういう会議はやらなくてはいけない、客観的に包括して前へ進まなければいけないというのはあるのですが、どうしても上手の手から水が漏れで、どんなに法律でやってももうどうしようもないのが出てくるのです。それはそれで、個別の事例から、いろいろな可能性を考えて、現行の法律の中でどう再発がないようにしていこうかというふうに考えていくものだろうと思います。だから何とか前向きに考えていこうという会議にすべきで、こういう細かいところまで、この2ページに関してはやる必要はないかなと思います。

(事務局)

本日は情報のご提供というところでご報告させていただいたという次第ですので、今委員がおっしゃるようなご意見をいろいろといただきながら、今後のことについては考えていきたいと思っております。

(中澤技監)

最後に補足でございますが、先ほど参考資料3のところ、資料の最初のところに「平成30年度からの第7次医療計画では」と書いてありますが、これは一番下段に書いてありますように、6月30日の係長等会議資料でいただいたものですので、その後国から情報提供、または作業をしろというような通知とかは来ておりませんので、待ちの状態でございます。ですので、今後また動きがございましたら、皆様方にお諮りしながら、ご相談しながら、また公表とか、実際に本当にできるのかなという玉城委員のご指摘のとおりのごとでございますので、その節はどうぞよろしくお願いいたします。

(竹内会長)

ありがとうございました。それではこれできょうの審議会を終わりとしまして、事務局のほうにお返しします。

閉 会