平成29年度第２回

神奈川県精神保健福祉審議会

平成30年１月30日（火）

産業貿易センター　Ｂ１Ｆ　Ｂ102会議室

開　会

傍聴希望なし

荒井委員、池田委員、玉城委員、中谷委員、松谷委員、堀越委員の欠席の報告

議　題

神奈川県保健医療計画の改定について

（「資料１－１～１－３」に基づき、事務局から説明）

（竹内会長）

まず、事務局から保健医療計画並びに関連計画の県の障がい福祉計画について説明がありました。本審議会のほうで主として審議するのが保健医療計画ということにはなりますが、行政の分担がそれぞれ違っておりますので、障がい福祉計画、その他も参考にして出してもらいました。

今までの説明の中で何かご意見・質問があればどうぞ。

（広田委員）

2001年12月19日から私は厚労省社会保障審議会臨時委員。たたかれたりして「ひきましょうか」と言ってきたけど「余人を持ってかえがたい」と現在６期目です。

国が、国がという時代ではない。ＤＰＡＴは必要なのですか。私は必要ないと思います。

平和で大震災、その時水や電気等のライフライン、レンジがあれば、ボウル等で材料に合わせたもの作れます。ＤＰＡＴと目新しい名前つけたそれに流れるの大反対。神奈川県さん「精神科救急。精神保健指定医不足で崩壊しますよ」と多くのＤｒたち。現実を直視して。精神科救急等をきちんとすること。

（竹内会長）

今、ＤＰＡＴのことが出ましたが、山田所長、何か実際にやってみてご意見はありますか。

（事務局）

時期によってもやることは変わってくるのですが、まず最初にやることは、精神科病院が被災したり、現地の精神科医療が壊滅状態になっていたりするものに対しての医療的な支援や患者さんの移送、これに携わるのが最初になります。つまり精神科の病院が被災して、建物が崩れていればもちろんですが、ライフラインも途絶してしまいますと、患者さんがもうそこで生活できなくなってしまうわけです。そうすると、退院できる患者さんがおられれば、それは退院していただくのでいいわけですが、そういう方ばかりではありませんから、そうすると、その患者さんをどちらかの病院に転院していただかなければいけないと。それの段取りをして、その転院が安全に行われるようにするというのが災害後最

初にやるＤＰＡＴの役割とはなります。
ただ、その役割というのは、主に地震のことを言っているわけですが、地震の後、数日の間に一通りめどがつく、あるいは数日の間にやってしまわなければいけない内容になりますので、その後、東日本大震災のときにいろいろと非常に言われるようになった、いわゆるこころのケアとかが中心になってくるということはあります。
（広田委員）
病院がつぶれた時、患者が医療提供を使えるというのに、どんな職種が必要なのですか。
（事務局）
それは東日本大震災のときには、精神科の医療チームが現地にその時期はいなかったわけですから、現地の精神科のスタッフはもちろんいたにしても、その分では全く足りないわけで、そうすると、そのときにはＤＰＡＴとか自衛隊、それから医師会や日赤の支援チーム、そういったところが中心になってやっていたわけです。ただ、精神科の専門家がその中にいませんので、それの移送については大変困難を極めたということで、そういうものに早いうちから対応していくということが、ＤＰＡＴの一番初期の役割ということにはなります。
（広田委員）
了解です。全国の精神科病院現在1,600ぐらいですよね。
（事務局）
それは１つの病院に100人単位の患者さんが入院されているわけで、熊本でも現に７つの病院から患者の移送が行われたのですが、何百人単位の患者さんを熊本のときにも移送しているということにはなります。
（広田委員）
大震災、病棟の患者さんを守るため。
（事務局）
もちろんそれだけではありませんので、患者さんの移送をやりながら、発生する救急に対してその都度対応していくというのが、移送と同時に、あるいはその次に行われる主な仕事になります。
（広田委員）
横浜市消防局全国一よくやっていただいていますが、患者は「救急車で」を希望しています。救急車が行けるのであればそれがいい場合が多いんでしょうね。
（事務局）
それは十分あり得ると思います。ただ、救急車がそういうところではもういろいろなところに引っ張りだこみたいな形になるでしょうから、精神科のそういう患者さんに対して救急車が毎回回してもらえるのかどうかということは大きな問題ではあるかと思います。
（広田委員）

それは分かります。スタッフにも親しい人たくさんいます「震災きかっけで、退院できた」ラッキーな人。「転院した人」「日精協さんが」という話も聞いていますが、こういうのは仰々しすぎる。日々の生活、精神科救急整備もきちんとできていないこの国で、ＤＰＡＴと騒ぐのはおかしい。「それがきっかけで薬飲み始めた人」という話も聞きます。

（事務局）

精神科のチームが行って薬をばらまいてみたいな話が一部に、東日本大震災のときなんかも結構ありましたので、そのあたりについてのＤＰＡＴの反省というのは非常に大きく持っております。

（広田委員）

なんとかなることはいっぱいあるでしょ！ 3・11の時、私は大手町で講演聞いていたら、グラグラと振れおさまると熱心な講師は話を再開し、終了後電車運転休止、私は徒歩で厚労省へ、お弁当が用意されていて暖房もあたたかくL字型イス並べて寝つきました。目がさめて講堂の帰宅難民さんたちに「何かお手伝いできることは」「電車が走っているか」。そこで運行状況を何回か知らせ、イスに横になりウトウト。震災翌朝「厚労省の人なんですよね」「私は委員で、あなた達と同じ帰宅難民よ」「厚労省に伝えて下さい。今度こういう事があったらもっとあたたかい敷物と毛布を」「何言っているの。これだけの大震災ですばやくだせたの日本だからよ」「そうですよね、ありがとうございました」「おなかがすいた」という人にもらってきたお菓子をプレゼント。人が少なくなった頃、記者クラブの記者が入ってきた。ひとりの女性「体調良くない」そこで「外へ空気すいましょ！」と１階ロビーへ玄関外で２人して空気吸って、ベンチに座り「帰宅しますか、ここで休んでいかれたら、私から警備員さんにお話しておきますから」「ありがとうございました」。警備員さん「了解です、お疲れ様でした」。新橋へ歩いて、東京駅へ行って、下りに乗りかえて帰宅、これがおそらく人生の思い出として残ります。あの日の体験からも関東大震災直下型等、ＤＰＡＴではないんじゃない。

（事務局）

ＤＰＡＴは自助・互助のことまで一緒にやろうとしているわけでは決してございません。

（広田委員）

「あなたの活動には何の関心もない。関心あるのは患者会よ」「あなたの書いていること、発言していること100％正しいけれど、でていることすなわち問題だ」「何もやっていないくせに、さっきから聞いていればいい気になって、患者のくせに！」この業界に入ってからのこうした言われ方に対して、強制入院させられたりして、死亡退院した人含めた多くの仲間たち、精神障害者が家庭で、学校で、職場で、何かの組織で、地域社会で、集団で、そしてDr、専門家、関係者、行政人からもこれ以上のこと言われたりしていると受けとめたり、反面教師にさせていただいたり。多くの人言うように「大変だけど、お金支払ってもできない貴重な体験」に感謝したり、ピンチと感じたらチャンスだ！と思える

こころのゆとりを。それもこころの健康です。
（竹内会長）
議長を外して追加しますが、こちらには一応ＤＰＡＴの整備ということで書いてありますが、ＤＰＡＴはどちらかといえば派遣が主体ですよね。それよりも、神奈川県がもし被災した場合には、神奈川県精神科病院協会でどのように対応するか、今検討中です。その中で診療所協会とどう協力し合っていくかということで、まず我々のほうでそこは対応します。ＤＰＡＴがその後、日本精神科病院協会を通して来てくれるならば、それでもって援助してもらうという形になると思うので、ここは医療計画の中での１つの項目ということで捉えてください。
（広田委員）
県当局いいですか、精神科救急医療システム、県内の精神保健指定医たち「このままでは崩壊する」ということですからそこのところ、ゆめゆめ忘れずに。
（宮岡委員）
ちょっとだけ確認なのですが、まずこの最初の医療計画の５ページのところで、医療計画のときは、この身体合併症の問題は、例えば精神科病院に入院していて何か重篤になったような場合と、それから精神科救急に身体合併症がある場合がありますよね。その２つは余り区別するという発想はないのですか。医療計画の考え方の背景というのはどうなのだろうと。
（事務局）
こちらの５ページの（２）「身体合併症の受入体制整備」というところについてのご質問だと思います。こちらにつきましては、精神疾患を有する傷病者に係る受入医療機関確保基準というのがございます。委員もご存じかと思いますが、第６号基準ということに基づきまして、身体合併症の対応施設ということで挙げさせていただいております。
（宮岡委員）
確認は、これは今度、横須賀・三浦にふやすでしょう。これは幾つかあるではないですか。この精神疾患の身体合併症の受け入れ体制のアウトカムはどこで見るのですか。何が改善すればいいということになるのですか。アウトカムは何で評価するかという、どう考えているかというのを教えてほしいです。
（事務局）
搬送受入協議会という消防課が所管している、搬送の実態を見る中で、消防隊が精神症状があると見た患者さんの病院の選定に時間がどれだけかかっているかというところが指標の一つとしては考え得ると思います。
（宮岡委員）
そうすると、今の搬送時間というのは大事なアウトカムだと思うのですが、例えば一般精神科病院で合併症を起こしたとかいろいろなことで搬送する病院がないという事態はよ

くあるのだけど、それに対しての、これはアウトカム、この（２）の丸１、例えば身体合併症の人を新たに指定しますと。これ自体で指定して、よかったというアウトカムは何で見ようとしているのですか。

でも全県とすぐ県は言うけど、全県域に１個ずつ置くよりはもうちょっと搬送時間を短くして、ちゃんとした施設を少なく置いたほうがいいという考えもあり得ると思うのです。これは全県域にあればいいという、置いたからいいですよになってしまうではないですか。でも置いたからいいのではないですよね。今の発想も、くまなくどの地域にもあればいいという、それでアウトカムになってしまうのだけど、多分どの地域にもあればいい、あるほどいいということではないと思うのだけど、そこは何かもっと評価しなくていいのですか。

（事務局）

実際に医療機関数をふやしていくということが、委員もご存じかと思いますが、搬送の時間の実績というのが示されております。

（宮岡委員）

そうすると、搬送時間の実績でこれも見るでいいのですか。私はアウトカムを違う指標を持たないといけないのではないかと思うから聞いているので、これは一体１年後に、やってみました、何がよくなっていたら、やってよかったねと言っていいのかがよくわからないのです。

（事務局）

もしかしたら幾つかアウトカム、成果指標というのはあるのかもしれません。ただ、１つの今のところの指標としては、搬送時間の短縮ということも考えてはいるところです。

（宮岡委員）

医療計画の中では、どういうアウトカムで見るかということを前提には考えないものなのですか。いま一歩、我々が何かやるときは、これが出たらいいという指標を明確にして、結果指標を明確にしないと計画は立てられないのだけど、行政の計画は割合、作ればいいみたいなところがあるではないですか。それはしようがないものなのですか。

それからもう一点、その上の、初期・二次救急において、かかりつけ医療機関との連携を強化する取り組みを推進しますと施策に書いてあるけど、これは具体的にこんなことをやるとかというのは何かあるのですか。あるいはこれもさっきの結果指標として何かを想定していますか。

（事務局）

初期救急・二次救急において実際に相談件数の中で、既に現在治療していて、かかりつけを持っているという患者さんが全体の70％いらっしゃると。

（宮岡委員）

それから電話相談も70％ぐらいが主治医がいる人でしょう。

（事務局）
はい。そういう実態がある一方で、救急というのは、時間の区切りから変わっていくシステムでございますので。
（宮岡委員）
いいけど、ちょっと一般論で、この文章は誰が主語なのですか。推進しますとは、県が推進するのですか。これは何をやるかが全然見えないから、この文章は意味がないと思うのです。
我々が救急を受けて、かかりつけ医療機関へ電話したら、きょうは夜は誰もいませんとかというのがざらなわけです。その場合に、ではこれで強制的に何かを言えるかどうかとか、もうちょっと具体的にしないと、こんなきれい事を書いても意味がないと思うのです。この文章は何かならないのですか。この文章は私は余りにもきれい事過ぎて意味がないと思うけど、どうなのですか。具体的にやれることが何かありますか。
（事務局）
記載させていただいているのは、大きな方向性ということで書かせていただいていますので、具体的な施策の方法としては、例えば救急の調整会議等でも、こういったかかりつけと救急との連携、要は患者さんが適正な医療にかかるという仕組みをどうつくっていくのかというのは検討していけるのかなとは思っています。
（宮岡委員）
わかりました。もう10年来それを言っているわけだから、全然実現されないわけだからいらいらしているのだけど、それであともう一点、14ページの下から４つ目の丸で、指定医の数が出ていますよね。これは常勤だけですか。非常勤も入っているのですか。
（事務局）
これは常勤・非常勤含めて、630調査から引っ張ってきたものです。
（宮岡委員）
そうすると、精神科病院へ４日間勤めていて、１日精神科診療所に入っている人などは、重複カウントですね。
（事務局）
そういうことになります。
（宮岡委員）
これは実質、大体何人ですか。
（事務局）
630調査上、そういった数字は出ていないです。実人数は出ていないです。常勤延べ何人、非常勤延べ何人と。
（宮岡委員）
そうすると精神科診療所で１日、極端に言うと、毎日指定医が変わる形で動いていて、

院長は後ろで座っているような病院だと、６人指定医がいるということなのですか。クリニックで、毎日交代で指定医が来ているような病院がありますが、それは６カウントになるという理解でいいのですね。以上です。

（堤委員）

家族会の堤です。

まず１つは、鳥井さんのご説明にありました、資料１－２の19ページです。ここで１年以上の長期入院患者の成果目標がうたってあるのですが、平成26年６月末時点で6342名、これを平成32年６月末時点で5,594名、748名減らすということで、平成32年６月末時点での65歳以上は2,926名、65歳未満は2,668名、合計5,594名というのはわかるのですが、平成26年６月末時点での65歳以上が何名、65歳未満が何名というのがここに書いてありませんので、わかりましたら教えていただきたいと思います。

といいますのは、この748名中65歳以上が何名かを知りたいのです。というのは、65歳以上の長期入院の方の退院促進は難しいと私は思うのです。なぜかと申しますと、社会的入院の方が多くて、もう親もいなくて、帰る場所がないという方が私は多いのではないかと思うのです。ではそれを地方に戻すための受け入れ体制、住まいとかいろいろな体制が全くありませんから、この65歳以上の方を減らすというのは非常に難しいのではないかと思います。そういう意味で、65歳以上が何名というのを、わかりましたら知りたいと思います。

（事務局）

障害福祉課の鳥井です。

平成26年度の630調査の数字が国から、後からですが示されていまして、6,342人の内訳として、65歳以上が3318人、65歳未満が3,024人という数字になっております。

あともう一つ、65歳以上の方の部分なのですが、今回国が想定しているのはもちろん介護サービスも使われるだろうという想定もしていますので、そういったところに退院されている方も一方ではいらっしゃると思っていますので、障害福祉サイドだけで、65歳以上の方でもうご家族がいらっしゃらない方ということもあり得ると思いますので、全部障害福祉のほうで支えるということは想定されていないということです。

（堤委員）

わかりました。

それからもう一件、資料１－１のところの５ページの、先ほど先生からお話がありました、かかりつけ医療機関との連携を強化する取り組みを推進しますというこの文言なのですが、この文言は前回もあったのでしょうか。今回初めてついたのでしょうか。

（事務局）

この丸３つ目の下線で実線で引かせていただいている部分、ここは今回改めて掲載させていただいております。

（堤委員）

そうですか。といいますのは、私の子供は統合失調症の１級なのですが、もらった薬１カ月分を飲んでよく、自殺未遂を２回ほど、それからそれ以外の自殺未遂をして、すぐに電話で連絡をとるのですけど、なかなか電話がつながらなくて、救急車を家に呼んで、私のうちの子供の場合にはかかりつけ医療機関があるものですから、私は家に救急車が来ましてあちこちに電話しても受け入れる病院がないもので、私も一緒に乗って行きますから、救急車の運転手の方に、もう直接私のかかりつけの病院に連れていってくださいということで、私は病院に行きまして、そこで病院で交渉して、そして入院させています。それはその病院とかかりつけ医療機関ということで、内科もそこはありますので、そういう信頼関係がある親というか家族だからできると思うのですが、それができない方はそういうのをできなくて、病院につながらなくて、夜間とか休日とかは大変家族会でも今困っている方がおられます。

それで、この文言は私が電話でしゃべったことを書かれたのかなと私は実は思いまして、宮岡先生からいろいろと出ていましたが、私がしゃべったことがここに書かれたような気が今ちょっとしたもので。確かに具体的に、これはどうしますかとか、確かにそうだと思いますが、家族会の中でもできるだけそういうかかりつけ医療機関との信頼関係を築こうということで今皆さん、やっている方がたくさんおられます。夜間とか土曜・日曜とか、休日とかは、急に状態が悪くなった場合に病院が見つからないのが実態でございます。そういう意味で、多分私が電話か何かでしゃべったことの内容なような気がしたものですから、確かに家族会としては、これは大事だからということで、みんな取り組んでやっております。

（宮岡委員）

一番大事なことなのですが、では県が書いて、あと何かができるかという、どこまで実現可能性があることをこの施策に書いていいのかというのが疑問だったので、恐らく一番必要なことだと思うのです。ただ、今、診療所協会も組織率半分ぐらいでしょう。そういう中で一体何ができるのだろうと。日本精神科病院協会は、神奈川県精神科病院協会はほぼ100％ですか、だから診療所協会は半分しかないので、医師会も入っていない、どうやって情報を伝えるかという。非常に大事なことなのだけど、私は、何か夢物語をここへ書いていいのですかという質問です。

（竹内会長）

では、外して意見を言わせてもらいますが、これは行政といつも話しているのですが、行政と精神科病院協会と診療所協会、これでもってかなりカバーできると思っています。

（堤委員）

済みません。宮岡先生がおっしゃったように、診療所協会も対応していただけるのであれば、ここにうたってもらったほうがいいと思います。というのは、今、家族会は診療所

協会さんに電話することがほとんど皆さんないと思います。
（事務局）
ただいまの意見を受けまして、少し局のほうで検討させていただきます。
（三村委員）
診療所協会副会長の三村です。協会としても努力はしているのですが、今の若い先生方は医師会にも入られない、診療所協会にも入られないというのが現実で、メリットがない、デメリットが多いとか、こういう精神科においてはとても行政の仕事が、地方の仕事がということがかかってくると、若い先生には本当に入会してもらえないところが多いです。できれば病院で働いた若い先生方が開業されるときには、ぜひ診療所協会に入ってほしいということを病院協会のほうでも言っていただいて、なるべく行政に近い考え方で努力はしていきたいと思っています。
（事務局）
今少し連携という話が出ましたもので、そういう意味では診療所のドクター、精神科病院のドクター、行政と連携しながら、精神科の救急医療の体制というのは推し進めているとは認識しております。
（姜副会長）
今のお話のあった診療所協会との関係については、患者さんの視点という意味では、情報提供ということで、診療所協会に入っているクリニックのほうが安心ですよというのはいい情報になると思うので、行政のほうで積極的にアピールすることは、構わないのかなという気がいたします。これは意見です。
（広田委員）
私はかつて地方自治体委員がらみなどで、何度も休息入院1,2泊しましたが、入院する人は具体的に病院が。通院中の病院への入院がいいと思います。患者会事務局長として運営委員仲間と県委託事業担ったりしましたが、事務局長現役で返上できたことよかったです。
（姜副会長）
わかりました。
済みません、本題ですが、私が質問というか、意見なのですが、先ほど堤委員からも少し長期入院のお話がありましたが、今回の計画は１年以上の患者さんは全てひっくるめて長期入院ということで扱っているのですが、人権という観点からすると、５年以上の入院患者の方、また高齢の方も特にそうですが、死亡退院の数などはすごく気になります。人生の、どのように終わるかということも大事だと思いますので、せめて目標・課題、課題を解決するというのは難しいかもしれませんが、死亡退院の数をはっきりと統計で出していくこととか、あと、できれば未病というのが、神奈川県のメーンテーマのようなので、これは外すわけにはいかないのかもしれないのですが、精神疾患の場合には、ありのまま

の状態でというのも条約の観点からも今大事に考えられているところですので、病気を発症した後もその状態を尊重するというか、そういう観点でも何か書いていただければと思いました。これは次回以降で結構です。

（竹内会長）

ありがとうございました。

（広田委員）

障害福祉課、国が何を言おうと、住みなれた町で、村で、というのは時代遅れです。本人が望む所が重要だと私は思います。それが平等で、本人不在の障害者プランであってはならない。長い入院生活してきた人が生まれた神奈川県で、希望されればですが、さっきの話ではないけれど、親亡くなり浦島太郎さん状態、その時本人が「病院の近くで」と希望したら、神奈川県が戻ってかかる費用全部ではないけれど、お金出す、ペイしようという話、地方側からでていますか、シビアなあたり前の話はでてきましたか。

（事務局）

障害福祉課の鳥井です。お答えいたします。

先ほどの副会長からのお話もそうなのですが、実態からすると、死亡退院の方は、統計数字は630調査の中ではないのですが、あるかと思います。

それから今回の趣旨というのは、退院に当たって、その方には障害福祉サイドの１つの課題は、地域移行、地域定着支援という民間のほうの障害者の相談支援事業所が病院の中にも入っていて、地域生活移行とその定着を支援するというサービスがあるのですが、それがなかなか神奈川県のほうでは実績がふえていかないという実情があります。ご本人たちの望まれるところに住んでいくというのが一番よいことだとは思っていますし、そこは広田委員がおっしゃられた内容とつながってくると思いますので、そういったところをやっていくための仕組みづくりを、今回のこの地域包括ケアシステムの構築というところでまず始めさせていただくということで考えております。

（広田委員）

21世紀の今日、住みなれた町ではない。何人も基本的に本人の希望で住みたい所にしなければ、足かせになってしまいます。気持ち的に縛られて夢も希望も可能性をうばわれている仲間がたくさんいます。私は0歳～4歳まで福岡育ちですが、生れも現在も県内在住。強制入院を体験した仲間も含めた精神障害者をこれ以上しばってはいけない。夢も希望も可能性もうばってはいけない。本人の希望、ニーズにそった将来設計、それがノーマライゼーション。広田和子より可能性ひめた仲間は病院の中にもいます。「広田和子さんいなければ」と言っていた仲間、いまや私の悪口言える程成長して、全員相談者も卒業しました。

報告事項

（１）かながわ自殺対策計画（仮称）について
（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２－１～２－２」に基づき、事務局から説明）

（竹内会長）
　これは、まとまった素案は我々の委員のほうにはいただけないのですか。
（事務局）
　パブリックコメントを実施させていただく前に、素案を各委員さんにご送付させていただいております。
（竹内会長）
　またこれを見ながら、何かありましたら事務局のほうに連絡ください。
（広田委員）
　事務局に、これは自殺の意見を言ってはいけないのですか。
（竹内会長）
　これは報告だけです。
（広田委員）
　さっきの鳥井さんに、文言が違っています。ここの19ページ、【考え方】のところ、上から２行目「退院後も医療との連携」と。精神障害者は退院後も通院です。患者は医療の連携ではないから、連携ではなくて、薬をもらいに行っているわけだから通院です。何よりもすごいのは確保なのですが、通院も人によっては薬を飲まなくなったことによって再発したとかという、自分の人生を台無しにしている人もいますからということで。
　それとさっきあなたが言っていた、国がこのように協議会と言っているけど、既存のものがあるからということを、ぜひそこを抑えないと。統廃合したほうがいいです。子供たちが夢を持てる神奈川県にしなければということです。
（竹内会長）
　時間も来てしまいましたので、「その他」、事務局から何か報告・連絡はありますか。
（事務局）
　事務局からはございません。
（竹内会長）
　それでは議事は事務局のほうにお返しいたします。

閉　会