

令和8年度第1回神奈川県精神保健福祉審議会

令和8年8月19日（水）

オンライン開催（Zoom）

1 開 会

2 あいさつ

(事務局 湊健康・未病担当部長からあいさつ)

3 議 事

(事務局)

それでは、ここから議事に移ります。以降の議事進行につきましては、条例第5条第1項の規定に基づきまして、山口会長をお願いいたします。

(山口会長)

会長の山口です。本日はよろしくお願いいたします。それでは、早速議事に入ります。

(1) 神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～に基づく基本計画への成果目標追加について

(山口会長)

まず、(1) 神奈川県当事者目線の障害福祉推進条例～ともに生きる社会を目指して～に基づく基本計画への成果目標追加について、事務局、説明をお願いいたします。

(事務局から「資料1」について説明)

(山口会長)

ありがとうございました。それでは、質疑に入ります。ただいまの事務局の説明についてご質問・ご意見などがございましたら、挙手のリアクションか画面上で挙手をお願いいたします。指名は事務局からお願いします。

(井上委員)

心のサポーター養成研修をやって、心のサポーターを増やそう、養成しようという計画なんですけど、ほかの計画にも対応して整合性を持たせる必要があるというのと、当事者目線の障害福祉ということで、自殺やほかの計画にも整合性を持たせるということで、心のサポーター養成研修はどんどん増やしていく必要があるんですよね。それは間違いないですか。と思うんですけども、6600人増やす必要があるんですけども、全然とは言わないですけども、3分の1を目標にするというような感じなんですよ。今まで養成した数の年間の目標としている6600人に合わせてもまだ足りないぐらいで、本当に数が少ないと

いう。もっと増やしていかないと、ほかの計画と整合性が取れないわけなので、発達障害がこれだけ増えているとか、自殺者は最近ちょっと落ち着いてはいるんだろうけれども、相変わらず高い水準にあるという。数が多いという、子供の自殺も増えてきているという中で、そういうのを減らしていこうとか、もっと落ち着かせていこうということなのに、心のサポーターが全然少ないようでは、全然養成しないようでは、目標を下げってしまうというのは志が低いというか、現実を見過ぎているというか、もっとやるんだというやる気を示していかないといけないと思うんですけどね。でも、荒木田委員からどういったところで実施しているのかという質問があるくらい、私もどこでやっているのか知らないし、この心のサポーター養成研修というものは全然周知されていないと思うんですよね。どこで実施しているのかとか、どうやってやれば、どうやって申し込めばそれを受けられるのかとか、どういった研修をしているのかとか、そういったことがあまり周知されていないような気がするんですけども、もっと大々的に周知して、心のサポーターをもっと大規模に増やすということをしていかないと、どんどん増えていく精神疾患やそれに関連する、必要となってくる心のサポーターの需要に全く対応できないような数しか養成できないのでは、計画があっても全然、計画なんて一体何だったんだろうみたいなことになってしまうので、本気で養成するというように周知にもっと力を入れて、国のカリキュラムが柔軟でないということなんだそうですけれども、もっとやっていくんだというやる気を見せてほしいです。以上です。

(山口会長)

ありがとうございました。これは意見ということよろしいですか。

(井上委員)

そうですね。

(山口会長)

ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

(土志田委員)

私も心のサポーター養成研修の講師をこれから来年やろうかと思っているんですけども、今のご意見にあったように、高校生とかそのあたりの学校というのはちょっと入りやすいかなと。小中だと教育委員会を通さないといけなかったりするので、高校生とかを中心に、あと養成の医師会の先生方、看護師さんとか保健師さんとか、職能団体の方々の協力を得ていきながら、全体的に県民に広げていくという形ができるといいかなと思いますので、今回上げていただいて、やはり周知、神奈川県ホームページに載っていますけれども、そういったところを広げていくときに、各団体にもいろいろ相談いただきながら協力していけるといいかなと思いました。意見です。以上です。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。事務局、大丈夫そうですか。

(事務局)

ほかにはいらっしゃらないようです。

(山口会長)

分かりました。ありがとうございます。お二方の意見を参考にしながら、原案のとおり承認してよろしいでしょうか。

(異議なし)

(山口会長)

ありがとうございます。それでは、審議会として原案のとおり承認いたします。

(2) 第8次保健医療計画の中間見直し(精神保健医療関係)について

(山口会長)

続きまして、議題(2)第8次保健医療計画の中間見直し(精神保健医療関係)について、事務局、説明をお願いします。

(事務局から「資料2」について説明)

(山口会長)

ありがとうございました。それでは、質疑に入ります。ただいまの事務局の説明についてご質問・ご意見などがございましたら、挙手のリアクションか画面上で挙手をお願いいたします。

(小林委員)

県立精神医療センターの小林と申します。ご報告ありがとうございました。精神医療センターの状況等を踏まえて幾つか情報提供させていただきたいと思うんですが、当院では医療観察法という特殊な病棟もございまして、また、精神科救急も積極的にやっているところなんですけれども、救急で入院された患者さんや医療観察法病棟に入院されている患者さんで身体合併症をこじらしてしまった場合に、なかなかタイムリーな転院や診察・受診ということが難しいということが時折起きております。今後、高齢化社会が進むことを考えますと、特にそういった特殊な精神疾患の中でも、さらにいろいろな条件が加わっている患者さんの受診や転院調整についてご配慮いただければと思います。また、今後、単身の高齢者が地域の中で増えていくことを考慮いたしますと、心も体も病気をこじらせてから緊急で入院するということになってから手を打つのでは、非常に病院の負担にもなりますし、患者さんの予後においても望ましいことではないと思いますので、できるだけそういった単身の高齢者の方々を地域においてモニタリングして、在宅のレベルで心や体の病気が悪化していないかどうかを早期に発見、早期に対処するという体制も、

こういった精神障害者の身体合併症の対策においては重要な視点ではないかと思いましたが、意見させていただきました。何とぞよろしくお願いいたします。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。

(事務局)

井上委員、お願いいたします。

(井上委員)

私もいいかげんもう年なので、結構、身体合併症というか高齢者の病気というのが心配ではあるんですけども、例えば精神科の患者の私のがんなんかになったとすると、手術を受けられないと聞くんですけども、それは本当なのかなと思って。私はたばこも吸うので、がんとかになりやすいと思うのですが、がんになったら手術を受けられないと聞くんですよね。だから、身体合併症は難しいどころではなくて、ほとんど治療しないみたいな、そんなことを聞いたことがあるんですけども、本当ですか。

(山口会長)

井上委員、受けられないということはないと思いますよ。

(井上委員)

そうなんですか。手術はできないみたいな。

(山口会長)

できないということはないです。きちんと井上委員が手術の話を、治療方針を聞かれて同意されれば、全く問題なく受けられるはずです。

(井上委員)

そうなんですか。それならいいんですけども。

(山口会長)

もちろん、精神状態がすごく悪くて興奮状態が強いとか、そういう場合はちょっと別になりますが、通常であれば受けられると思います。

(井上委員)

通常に服薬・通院しているぐらいでがんになったらしいということで、そうしたら、状態が安定していれば手術は受けられるものと考えていいんですか。

(山口会長)

可能だと思います。

(井上委員)

そうなんですか。受けられないなんて聞いたことがあるので、困るなと思って。

(山口会長)

受けられないということはないです。

(井上委員)

身体合併症は難しいなど。今、話もあったので。だから、ちょっと難しいのかなと思って気になったので聞いてみました。

あと、病床数についてなんですけれども、ここ最近、全然、一向に減っていないというような感じなんですよね。1万3000人台がずっと続いているんです。ここ最近、全然、一向に減る気配がないというか。多分、認知だと思うんですよね。精神科の患者というのはクリニックに流れていると思うんですよ。病棟のある病院で診てもらおうとどうも入院させられるから、クリニックのほうがいいや、通院で普通に服薬で何とかなるみたいなことがあると思うんですよ。ですので、入院病棟を持つというのは時代遅れなビジネスモデルというか。実際、病棟内で長期入院している方はどんどん亡くなっていくんですよ。長期入院している方が病棟内で亡くなっていくことをどのように考えているかというのを一回聞いてみたいと思うんですよね。一度も退院できないんですよ。一度も大っぴらに外に出ることはないんですよ。そういう生活って一体何なんだろうと思うんですよ。そういった生活をまだこれからも1万何人、1万3000人ぐらい続けようということで、ここ最近、全然減る気配もないからどうなっているのかなというような感じがするんですよ。減らす計画は出しているんですけれども、相変わらず1万人以上を長期入院の候補者というか、長期入院になっている方がどうもいるらしいと。急性期は分かるんですよね。病気のことを知らなくて暴れてしまうとか、興奮してしまうとか、そういうのは分かるんですけれども、長期入院の方というのは、そうではない落ち着いた方というのが大部分なんですよね。条件を整えば退院できるような方が結構そろっているというような感じがしなくもないんですよ。出せないから出さないというのではなくて、自傷疑いの危険があるから入院させておこうというのではなくて、入院がいいのか悪いのか分からないけれども、入院になってしまうという、出られないことになってしまうということです。もっと外に出してほしいです。もっと病床数を減らしてください。

(山口会長)

それもご意見でよろしいですか。

(井上委員)

はい。

(山口会長)

分かりました。ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。矢崎委員、どうぞ。

(矢崎委員)

お先に失礼します。質問です。心のサポーターの数を増やすということで先ほど説明があったんですけれども、心のサポーターの後、先ほど土志田会長からお話がありまして、その後のレベルとしては指導者養成研修ということなんですけれども、神奈川県では、一旦、心のサポーターを修了した後、フォローアップ研修のようなものはありますか。というのは、心のサポーター修了後の実際の活動というものがないことには、ただサポーター

になっている数が増えるだけで、じんかれんの家族会としては、やはり助けてほしい、手伝ってほしい、支援してほしいということなんですね。心のサポーターが福祉サービスにつなげてくれるということはありますけれども、それは長期の活動であって、短期の活動、ちょっとした見守りということが、先ほど小林先生からもありましたけれども、入院前の対応というところで見守りが大事になってくると思うんです。そのときに、先ほど冒頭に質問したとおり、心のサポーターは修了したけれども、その後、何のフォローアップもないということではなかなか活動がしにくいと思うんです。ということで、心のサポーターの修了後のフォローアップ研修というものが神奈川県で行われているかどうかというのを質問させていただきたいと思います。以上です。

(山口会長)

事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

矢崎委員、ご質問ありがとうございます。神奈川県で心のサポーターの養成研修を受けていただいた後のフォローアップ研修については、現状は行っていないというのがお答えになります。今お話がありましたように、フォローアップが必要ではないかという意見は実際に上がっているところです。先日、国の心のサポーター養成研修を創設した委員の方とお話しする機会があったんですけども、国でもやはり同じようにフォローアップが必要ではないかという意見を頂いていることは共有させていただいております。何かしらのフォローアップ研修が必要ではないかということで今検討はされているようです。今現状、神奈川県独自のプログラムとしてそういった研修を行っているという状況ではないんですけれども、国でも認識しているということは伺っておりますので、国の状況も適宜確認しながら、心のサポーターのフォローアップについては考えていきたいと思います。

(山口会長)

ありがとうございました。矢崎委員、どうぞ。

(矢崎委員)

1点だけ。フォローアップ研修ということを申し上げましたけれども、心のサポーター養成研修の中でグループワークがありますね。そのグループワークにはファシリテーターが多分ついていないと思うんですけども、やはりちゃんと修了後活動していける心のサポーターを養成するという意味では、グループワーク時のファシリテーター、これも研修が必要なのではないかということで意見をちょっとだけ述べさせていただきます。ありがとうございます。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかに。稲田委員、手が挙がっていましたか。

(稲田委員)

すみません、挙げていないです。

(事務局)

渡邊委員から挙手いただいております。

(山口会長)

では、お願いいたします。

(渡邊茉樹委員)

先ほどの、精神医療における身体合併症患者の治療体制の充実というところに関して、個人的な経験も踏まえてなんですが、精神科病棟に本人の意思で長期に任意入院されていた方が院内で骨折したと。そのときに、他院に手術から入院と若干のリハビリ的なところまでをお願いしようとしたときに、なかなか転院先、受けてくれる病院さんが決まらないという経験をしたことがありました。県では調査という形で何か実情の把握をされているのか、治療体制の充実というのは具体的にそういった転院を容易にするということなのか、あるいは精神科病棟にほかの科のドクターが入っていただきやすくすることなのか、あるいはその両方なのか、充実を目指していくことの具体的な施策イメージが現段階であるのか、そこをお聞きしたいなと思っています。

(山口会長)

事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

精神・身体合併症の対応なんですけれども、精神症状、身体症状、それぞれの重症度に応じてどの医療機関で対応するのかというのがケース・バイ・ケースというところもあって、例えばがんですとか、先ほどお話のあった重篤なものであれば、それに応じた総合病院で対応するですとか、そういった形になってこようかと思います。というところもあって、転院の調整だとか、あるいはもともと入院している医療機関の中でリエゾンで対応するですとか、そういった対応もそれぞれになってくるので、対応状況を定量化して測定するというのがなかなか難しいところがあります。ただ、委員ご指摘のとおりやはり調整がなかなか、オーダーメイドでつくるところもありますから、スムーズにいくケースもあれば、ご苦労されるようなケースもあるやに伺っておりますので、そこはなるべく円滑に進むよう、また、先ほど来ご指摘のありました高齢化が進展している中で、それを円滑に進めていくことの必要性は重々認識しておりますので、今回の中間見直しでより踏み込んだ書きぶりにさせていただいて、地域ごとにより密な連携にしていけるように、このように考えておりますので、ここは医療関係者のご協力をいただきながら進めていきたいと考えております。以上です。

(山口会長)

ありがとうございました。渡邊委員、よろしいでしょうか。

(渡邊茉樹委員)

ありがとうございました。外から見ていても、病院のスタッフの方、ワーカーさんの頑

張りにかかっているようなところが現状かなと思いますが、そこは現場の力に頼り過ぎない形になるのが望ましいと思っておりますので、よろしくお願いします。ありがとうございました。

(山口会長)

ほかにはいかがでしょうか。稲田委員、先ほどはすみません。総合病院の立場として、今の皆様のご質問に何かご意見はございますでしょうか。

(稲田委員)

ご指名ありがとうございます。北里大学病院の稲田と申します。合併症医療に対しても階層性を整えなくてはいけない、対応しなくてはいけないと日々考えておりますけれども、いろいろな面での難しさはあります。例えば同じ疾患であっても、外科医がその疾患をどう診るのか、内科医がどう診るのか、精神科医がどう考えるかというようなことを突き詰めていくと、結局、精神症状の重症度と身体疾患の重症度とでいろいろ決まっていくんだろうとは思いますが。いろいろ難しさを感じた最近の事例としては、乳がんの方がいらっしゃったときに、精神科単科病院で乳がんを診ることはできないので大学病院に来た。来て診察したところ、手術が必要だと。ただ、患者さんは絶対に手術はしたくないんだと。そうすると、その先、診療していくことはなかなか難しいというようなことがありました。そんな方を精神科で診るのか、外科で診るのか、どこでも診られないのかとか、診られる診られないの前に患者さん自身が拒否しているのか、拒否している場合は、それが精神症状によるのかなどなどをいろいろ考えていかなくてはいけなくて、ケース・バイ・ケースでの難しさはあるのかなと思いました。私個人としては、そういったときに、患者さんが診てもらえなかったと思わないでいただけるように何とかしたいなと思っておりますが、一筋縄ではいかない状況があることをご理解いただければと思っております。以上になります。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。事務局、手の挙がっている方はおいでになりませんか。

(事務局)

挙手はないです。

(山口会長)

ありがとうございます。それでは、ほかには意見がないようですので、原案のとおり承認してよろしいでしょうか。

(異議なし)

(山口会長)

ありがとうございます。それでは、審議会として原案のとおり承認いたします。

（３）神奈川県ギャンブル等依存症対策推進計画の改定について

（山口会長）

続いて、議題（３）神奈川県ギャンブル等依存症対策推進計画の改定について、事務局、説明をお願いいたします。

（事務局から「資料３」について説明）

（山口会長）

ありがとうございました。それでは、質疑に入ります。ただいまの事務局の説明についてご質問・ご意見がございましたら、挙手のリアクションか画面上で挙手をお願いいたします。小林委員、お願いいたします。

（小林委員）

ありがとうございます。県の依存症拠点医療機関でもございます当院から意見等させていただきたいと思います。基本的にオンラインカジノに関する記載を追記することは、非常にタイムリーでよいことだと私も思いました。若年層がやはり多い、20代・30代が多いというのはそのとおりだと思いますし、私も個人として担当した患者さんは、大学生のときにもう既にオンラインカジノに染まっていまして、結構、大リーグ賭博とかいろいろそういうのを全部自由にインターネットでアクセスしてやり始めてしまっているんですけども、予防・啓発という観点から言いますと、実は大学生からでは遅いのではないかとこの印象を持っておりまして、中には大学に進学しないで高卒で就労している方とか専門学校ということも考えますと、実は高校生のメンタルヘルスの教育の一環の中にそういったギャンブル依存について、そして特に高校生の頃からほとんどの人はスマホを持っていて、ネットのアクセスが自由にできるわけですから、どこまで詳しく伝えるかどうかは別として、少なくともそれが違法であって、依存性がある危険なんだということを、もうちょっと早い段階で広報することができないかということを考えていたので、どのような形で追記していただくかどうかのご判断はお任せいたしますけれども、問題意識としては、大学生や新社会人だけではちょっと遅いのではないかとこのところを意見させていただければと思います。

また、２点目に、依存症の専門医療機関がなかなか伸び悩んでいるということは私もずっと気になっておりまして、増えない背景として、インセンティブの少なさやサポートの少なさみたいなものがありましたら、ぜひそこは分析の上で対策を考えていただかないと、予防・啓発だけ進んでしまって、患者さんや家族が病気に関して説明を聞きたいとか治療を受けたいとなったときに、実は自分の住んでいる最寄りのところで対応できる医療機関が全くないということは片手落ちになってしまうのではないかと常日頃思っておりますの

で、そこについてもご検討いただければと思います。2点、意見させていただきました。
以上です。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。

(事務局)

鈴木委員から挙手いただいております。

(山口会長)

鈴木委員、お願いします。

(鈴木委員)

小林委員がおっしゃったように、大学生を見ていると、やはり課金制のものは結構やっているのが多く散見されるのは実感しております。事業進捗なんかを見ていると、高校生向けの教材は配布されているということなので、これをぜひ中学校とか小学校とか低学年齢のものへの工夫というのができれば、リテラシー教育を含め、タブレットを持ったらすぐ可能性があるとか、スマホを持ったらそういう可能性があるということも含めて何か工夫できないかなと考えたもので、意見させていただきました。以上です。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。

(事務局)

先ほど矢崎委員から挙手いただいております。

(山口会長)

では、矢崎委員、お願いいたします。

(矢崎委員)

大変細かいことで申し訳ございません。家族会としても、依存症に苦しむ家族の苦しみ、つらさというのを実感している視点から、資料29ページになるんですけども、第4章の追記の文章ですね。「【施策】の」と始まって、「とくに、近年インターネットを利用したギャンブルについては、依存症のリスクと賭博を行うことで違法となる場合があることについて啓発していきます」と。大変細かいことなんですけど、「について」というのがつくよりも、「なる場合があることを啓発していきます」と、それだけの危機感があると思うんですけども、細か過ぎる指摘でしょうか。いかがでしょうか。

(山口会長)

事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

貴重なご意見ありがとうございます。確かに「について」よりも「を」としたほうが直接的な印象を持ちますので、そういった、より強い形での記載にしたいと思っております。貴重なご意見ありがとうございます。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。

(事務局)

井上委員から挙手があるようです。

(山口会長)

では、井上委員、お願いします。

(井上委員)

オンラインカジノなんですけれども、結局、スマホを持っていればできてしまうのでは、I Rみたいに、I Rはできるんだから、ギャンブル依存の計画というのは、I Rをつくるから、それに対して依存症の対策の計画を立てようみたいなことだったので、ギャンブルできてしまうものを依存症対策だというのは、どこか本末転倒気味なところがあって、元を断たないと全然なくなる気配はないし、ギャンブルっていいんですかね。違法でもできてしまうということは、全然取り締まる気がないんですよね。それがネット上の工夫だから何か工夫しろと言ってもできないのは、転売ヤーとか、券は全部売れているのに甲子園が随分空いているとか、そういうのと同じで、そういうのが絡んでしまうと、インターネットを挟むとブラックボックスになってしまうんだなみたいな、日本はそういうところが遅れているんだなみたいな、そう思います。結局できてしまうという。対策をつくっても結局できてしまうんだから、それを幾ら違法だと言ってみたところでもごくむなしいような、とてもむなしいような気がしますけれども、それでもやらなければならないと。もうちょっと根本のところを何とかする工夫はないんですかね。詐欺電話じゃないですけども、大昔から振り込め詐欺みたいな電話とかありますよね。結局、全然対策できないのは、最近では捕まり出したとは言っても、電話の数自体は全然減らないし、なくならないし、そういう弱さがあって、これはもう構造的な弱さだから、それをどうするかというのは大変なことですよ。そう思いました。

(山口会長)

ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。事務局、よろしいですか。

(事務局)

はい。ほかに挙手されている方はいないです。

(山口会長)

分かりました。ありがとうございます。それでは、矢崎委員ほかの委員のご意見を含めて若干の修正を加えるような形で、審議会として原案の了解でよろしいでしょうか。

(異議なし)

(山口会長)

大丈夫ですか。では、事務局、それではよろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございます。

(山口会長)

では、以上で議事が終了しましたので、続けて報告事項に移ります。

4 報告事項

(1) 令和8年度病床数適正化緊急支援事業について

(山口会長)

報告事項(1) 令和8年度病床数適正化緊急支援事業について、事務局、説明をお願いいたします。

(事務局から「資料4-1」、資料「4-2」について説明)

(山口会長)

ありがとうございました。それでは、質疑に入ります。ただいまの事務局の説明についてご意見・ご質問などございましたら、挙手のリアクションか画面上で挙手をお願いいたします。

(事務局)

井上委員が挙手されています。

(山口会長)

では、井上委員、お願いします。

(井上委員)

既存病床数がここ最近ずっと1万3000人台で推移してきて全然減らないんですけれども、ようやく令和8年4月には1万2895床になった。1万2000台になったんですけれども、ずっとここ最近1万3000台で来ていたので、全然減らす傾向が見えないんですけれども、一応、今まで減らすという回答が来ているのが462床で、これでもまだ1万2000なんですよ。これ以上もっと減らすためには、認知を減らしていくしかないと思うんですよ。認知もそうなんですけれども、長期入院の方はもちろん退院させるんですけれども、認知の病床も減らしてほしいですね。認知の病床が精神だからといってあると、結局、精神で入院しているとだんだんそれが長期入院になって、長期入院になってくると認知にさせられるんですよ。それで薬を飲まされるんですよ。それで認知にさせられて薬を飲まされて、精神科なものだから、結局、拘束があるんですよ。認知の入院治療というのは、人権侵害的なことも平気で行われるから。だから、そういうのをもうちょっと人権に配慮したものにできないんですかね。拘束しないとか、減らすとか。もっと減らしてほしいです。460

人減らすことは大変だと思うんですけども、もっと減らしてほしいと思います。どんどん減らしてください。もっと解放してください。

(山口会長)

井上委員、意見でよろしいですか。

(井上委員)

はい。

(山口会長)

ほかにはいかがでしょうか。事務局、大丈夫でしょうか。

(事務局)

事務局から少しコメントさせていただいてよろしいでしょうか。

(山口会長)

お願いいたします。

(事務局)

既存病床数が基準病床数を上回っているという中で、今回これで削減された病床については不可逆的措置ということで、基準病床数から控除するというで復元されないことになります。ということで、長期的に見れば、政策的に地域移行を進めていくという大きな流れについては、井上委員がお考えになられているところと大きく外れてはいないのかなと思います。ただ、やはり医療・介護ですとか障害福祉、これを総合的にどう提供していくのかということと言うと、それら全てが当事者の目線で提供されていくということが必要になるのかなということでは、医療機関、病院においてもチーム医療ということに取り組まれている中で、身体制限の最小化ということに取り組まれているですとか、そういった取組をされているということもご紹介させていただきたいと思います。そういった中で、病院については経営ということ、そこでチームとして働いている職員がいて、それで地域の中に貢献していく、施設として必要な医療を提供していくという中で、最適なものはどうしていくのか。これが今後は地域医療構想の中で精神科医療も取り扱っていくということで、国が今年度中にガイドラインを示すとお聞きしているところですから、それをまた踏まえて役割分担と連携を、病院だけではなくて外来も含めて、あるいは障害サービスも含めて包括的なケアといったものがどうやって進められるようになるのか、これが大きな課題になってくるのかなと考えておりますので、当事者の方も含め、医療従事者の方も含め、そのほかの方も含め、真剣に検討していきたいと思っております。事務局からは以上です。

(山口会長)

ありがとうございました。ほかにはいかがでしょうか。では、もう一回、井上委員。

(井上委員)

事務局さんの物言いだと、当事者目線の医療が入院病棟だみたいな、そんな物言いにも

なりかねないので、それは違うとちゃんと言っておきたいです。入院していると、入院生活に慣れてしまうんですよね。外で生活すると大変なのではないかとか、結局、外で生活するにしても、グループホームで生活保護となると、それが13万円だ14万円だとなると、それだったら退院したくないみたいな、条件が整わないから退院できないみたいなものが多いんですよ。多分、すごく元気なんです。以前、平塚市でピアサポーターをやっていて、入院病棟の訪問もしましたので、様子は分からなくもないし、自分も措置入院で入院したこともあるので、入院病棟のことは分からなくもないんですけども、皆さん結構元気なんです。何で退院できないのかなという方も結構いるんですよ。何でなんだろうなというのが続いてしまっているのが長期入院であるんだから、一度退院させるということも。震災か何か起きて退院させることになったということも場合によっては必要なのではないかなと思うぐらい、本当に退院させてほしいです。そのように進んでいかないのかなといつも思うんですけども。ちょっとずつ減らしていくという感じなんです。大幅にもっとばさっと減らしてみたいな、そういうことができないのかなと思います。みんな退院させるみたい。

(山口会長)

井上委員、よろしいでしょうか。

(井上委員)

はい。

(山口会長)

あとは土志田委員、手が挙がっていましたか。お願いいたします。

(土志田委員)

ありがとうございます。病床数を減らすといったところで、私は地域の相談機関で相談しているんですけども、地域の受皿といったところを、井上のお話のとおり、病院で診ていただいていたところから地域でといったら、地域でどういう生活をするのかという個別のケースになると思いますので、病床数を減らすといったところで話したときに、神奈川県域の各保健所、市町村とかも賛同してどういう準備をしていくかという各地域ごとの地域課題は、多分、覚悟を決めてやっていかないと、病床を減らしてどうするかで一番困るのは個々の方々だと思います。計画的に、より県の方、病院の方々だけではなくて、地域支援がちゃんと来ていいですよという準備をしていく必要はあるかなと思いますので、そのあたりは一緒に協議の場というか、その辺を考える流れをつくっていかないといいかな、そんな審議会を進めていけるといいかなと。感想になりますが、以上です。

(山口会長)

ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。羽根委員でしょうか、お願いいたします。

(羽根委員)

県精連の羽根と申します。よろしくお願いいたします。今日はいろいろご説明ありがとうございました。今、県協会の土志田さんからのお話で地域という話が出ましたので、私どもは地域で事業所をやっている身として、確かに病床を減らすというのは、井上さんがおっしゃったように、退院できる人はいっぱいいるのではないかというのも確かにそのとおりかもしれないですけども、地域の受皿のニーズが今どんどん増えているのも、入院している方だけではないのもありますし、いろいろな障害福祉サービスとか、地域の事業が減ってきていることも一因ではないかと思います。グループホームは増えていますけれども、受けてくれるところと受けてくれないところがある。今、私が実際にやってまして、2年間入院している人が地域に出るのに5個ぐらいグループホームに行きましたけれども、なかなか受けてもらえない。そうすると、訪看やヘルパーさんと地域でやっていかなければいけないとなって、それはそれでいろいろな問題が出てくる。入院の病床を減らすことと並行して、地域の受皿のほうもみんなでやっていかないと、なかなかそこは難しいのかなというのが実際だと思いますので、県の方にもその辺を考えていただいて、各自自治体の事業所とかその辺もいろいろ見ていただきたいなと思っております。意見として言わせていただきました。ありがとうございます。

(山口会長)

ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。事務局、よろしいでしょうか。

(事務局)

こちらで確認しているところではなさそうです。

(山口会長)

分かりました。ありがとうございます。では、ほかにご意見がないようですので、報告事項(1)は以上といたします。

以上で、本日の議事及び報告事項は全て終了いたしました。委員の皆様からほかにかご意見ございますでしょうか。大丈夫ですか。

(事務局)

井上委員から挙手がありました。

(山口会長)

では、井上委員、お願いします。

(井上委員)

一時期、どこかで言われた就労関連の事業所が全然仕事をさせていなくて、工賃みたいな金を払って、それでただ職員が生活できていればいいやみたいな、そういう事業所が随分あったみたいなんですけれども、神奈川でどうだったかというのを以前聞いたことがあって、結局どうでしたか。そういうのはありましたか。あるみたいなんですよね。仕事しなくてもいいけれども、お金をちょっともらえて、足しにはなるけれども、結局、何をやっているんだろうみたいなところもあるような感じなので、そういったのを調べています

かと県に聞きたいです。

(山口会長)

事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

井上委員、ご意見ありがとうございます。今お話しいただいた地域の事業所の状況というところだと、我々、本日開催させていただいている精神保健福祉審議会は主に精神医療というところがメインになっておりまして、障害福祉になりますと、障害者施策審議会で議論させていただいていると理解しております。現時点で当課では状況の把握ができておりませんので、お答えできないものになります。以上です。

(山口会長)

井上委員、今のご了解いただけますか。よろしいでしょうか。

(井上委員)

がん・疾病は担当ではないということですね。

(山口会長)

ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、以上で本日の議事は全て終了となります。委員の皆様、長時間にわたりご議論ありがとうございました。進行を事務局にお返しいたします。

5 閉 会

(事務局)

山口会長、委員の皆様、貴重なご意見を頂きありがとうございました。次回の審議会開催は10月から11月頃を予定しており、引き続きギャンブル等依存症対策推進計画の改定などをお諮りしたいと考えておりますので、また事務局からご連絡させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席を賜りありがとうございました。