

京都府保健医療計画策定ワーキンググループ（精神）第2回会議報告

R5.11.16

障害者支援課

- 1 日 時 令和5年11月14日（火）10時～12時
- 2 場 所 京都府福利厚生センター第4会議室／ZOOM 併用
- 3 出席者 （敬称略、順不同）
- | | | |
|--------|------------------------|-----|
| 西村 幸秀 | 一般社団法人京都府医師会 | 理事 |
| 蓑島 豪智 | 一般社団法人京都精神科病院協会 | 理事 |
| 吉岡 隆一 | 京都府立洛南病院 | 院長 |
| 竹内 美江子 | 京都精神保健福祉施設協議会 | |
| 児玉 智子 | 京都府市町村保健師協議会 | |
| 桐原 尚之 | 京都ユーザーネットワーク | 副代表 |
| 林 安廣 | 公益社団法人京都精神保健福祉推進家族会連合会 | 副会長 |

4 内 容（委員意見）

(1) 第1回ワーキングでの御意見について 資料1 資料2

【事務局】

第1回ワーキング後に委員からいただいた御意見について、京都府の考え方をまとめ、示した。

（委 員）精神科救急について、資料1～5で委員が御意見されている相談受理件数は、アウトプット指標として件数が指標例に出てくるのか。

（事務局）精神科救急の成果指標については、委員の御指摘を踏まえ指標の再検討を行うこととし、中間案からは削除しました。

（委 員）具体的にはどのように取り入れるのか。

（事務局）相談受理件数の増減について、どちらが良いのか検討が必要と考えています。

委員の御指摘は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」という。）が十分に機能していれば、精神科救急に頼らずとも、その前段階で適切に治療につなげることができるのではないかという趣旨と考えています。

（委 員）数字そのものを出すことは必要だと考えるが、これまでは相談受理件数が増え

ることで、事業が活発になっているという意味でとらまえてきた。

目標が、「にも包括を機能させてきた結果、相談受理件数が減っていくこと」であることを、数字を出す意味としてきちんと示した方がいい。

(委員) どういう意味の指標かが問題と考える。

相談件数が伸びれば、アクセスする人が増えているという意味でプラスに捉えられるが、アクセスを救急でしなければいけないということを考えると、にも包括が進展すれば、減っていくのが本来の姿でもあるという言い方も十分成り立つ。

つまり、少なくとも二つの意味を持つ指標となり、どちらかということ簡単に言えない。

救急システムがある程度の成熟を示していく場面では相談件数は伸びていき、成熟して次の段階に進む場面＝にも包括が目指しているような平日時間内でも十分対応できる段階になれば、相談件数が減っていくのが本来である。経時的にとらえ、増減を抑えていくべきであり、成果指標とはならないが、救急システムの持っている意味、にも包括の意味を考えると、モニタリングすべき指標と考える。

(委員) 精神科救急では、他府県からの観光客が薬の持参や服薬を忘れ、症状が悪化したことにより措置診察を行うこともある。特に、京都という地域性から、地域の人のみの対応とはなっていない。

にも包括は地域に住んでいる人をターゲットにしているが、精神科救急の利用者における他府県居住者の割合や観光シーズン等での割合はどうなっているか。

(委員) 年度末に精神科救急の会議が開催されており、年度ごとの北部・南部の稼働の仕方についてはデータとして集計しているものがあるはず。

(委員) クロザピンについて、施設においては毎日服薬し続ける必要があるなど、管理の仕方が大変である。クロザピンの普及を指標にするのであれば、訪問看護やヘルパー、家族の協力を仰ぎながら、飲み忘れ等がないように地域の中で支えていく体制づくりが必要だと考える。

にも包括については、地域で精神障害者等を支えていくシステムだが、グループホームなど、数自体は増えているが本当に必要としている人にマッチングされていない。

これには、福祉人材が確保できていない現状がある。医療計画において、人材の確保について触れられていない。

立派な計画があったとしても、現場の課題とマッチングしないと計画倒れになる。

啓発活動については、地域で中高生向けに出前講座を行っているが、これには学校の協力が重要であり、学校が受け入れてくれないと啓発ができない現状にある。

学校への強制力など、教育現場との連携をどうするか、普及啓発の内容として盛り込まれたい。

(事務局) ①クロザピンを含めた新たな治療法について、地域で支える体制づくりが根幹にあることを踏まえた書きぶりを行います。

②福祉人材の確保について、施設を十分に整備しても従事する福祉人材が不足していればサービスの提供に繋がらないということは地域の実情として考えられるので、事務局として、どのように記載していけばよいか検討します。

③啓発活動について、学習指導要領において精神疾患やメンタルヘルスに係る項目があり、引き続き連携して各地域で取組を進めて参ります。

(委員) 第8次医療計画の指標例の中に具体的にいれ、書きぶりの中で何らかの担保をしていくことを目指しているのだと思うが、どちらかという、障害福祉計画の管轄でないかという印象があるが、整理しながら書きぶりを調整していくのか。

(事務局) 障害福祉計画、障害者基本計画について、改定年度にあたっており、両計画や別の計画を合わせ、京都府障害者障害児総合計画の策定を進めているので、計画内での役割分担を検討して参ります。

(委員) 障害福祉計画では当事者が合議体に参画していないため、個別に要望を行うしかないが、計画間の不均衡・差が生じないよう配慮されたい。

(委員) 保健医療計画、関連する障害者・児計画、オレンジプラン、依存症計画などとの一体性、連携性については十分確保できるように注意すべき。

全ての計画のワーキンググループに全員が全部参加することは難しいと思うが、府において他の計画においても、他所の計画のワーキングで出た関連する意見を伝えるようにされたい。

(委員) クロザピンについて、統合失調症患者の約1/3程度に必要とされる薬とのデータも外国では出ている。診療報酬改定の中でも、救急病棟の基準の中でも、年間6件新たに導入するよう、誘導されているところ。

病院で導入はできるが、クロザピンを使うようになった方が、薬を使いながら地域でその人らしい生活をしていくため、訪問看護やヘルパーを利用すれば服薬管理はできると考えられるので、適切に数値目標を設定されたい。

グループホームについては、民間の参入が多すぎる。スタッフについても、素人が多く、発達障害など対応に工夫がいるような人のところで工夫がなく、スタッフの知識不足により、暴力などの不適切な関わりが起きている事例もある。また、日中にスタッフを配置しないなど、事業者主体のグループホームが増えている。患者の生活を患者ペースで行えなくなっていることが、尽力し地域移行した結果として感じているところ。

地域目標としてこれまで数値を把握していないのは事実だろうが、今後はきちんと捉えてほしい。

(委員) 地域移行、地域定着についてはとても苦労して行われている。

事業に参加してくれる利用者を募り、利用者のモチベーション維持への働きかけも大変で、事業所にとっては、労力がかかる割に結果が実らなかった場合の持ち出しも多く、実行できている数が少ない現状にある。

については、明確に地域移行と地域移行の実施数をモニタリングする指標に入れて、わかるようにされたい。

他の先進的地域と比較するほか、全体的なテコ入れを考えるよう国に打ち返し、問題提起しないと進まない。数字が小さくなったとしても、実数を出すべき。

(委員) 身体拘束について、病院で車椅子ベルトを身体拘束と扱い、件数を把握し、どれだけ減らせるか真面目に取り組んでいる。

認知症患者においては、転倒・骨折のリスクを回避するために、車椅子ベルトは必要だが、減らすよう努力してもマンパワー不足などにより頭打ちとなっている。

また、身体拘束として、表に出ずグレーゾーンで行われていることもある。

認知症患者への処遇と精神一般患者への処遇とをしっかりと分けて数字をあげ、対策を出してほしい。

資料1-3の3頁後段で意見を出している「各病院で長期入院になっていて、退院の目処をつけられない状況にある方の実情を行政に把握していただく。その上で、分析して、役立ちそうな、違う病院の治療環境を試す機会を作るコーディネートをしていただく。」について、精神医療審査会でも定期病状報告において、毎年「治療する」といっておきながら行き詰っているものもある。

病院同士でのやりとりではなく、第三者機関がコーディネートして、ダメなら次の機関を試すといった取り組みを検討されたい。

前回委員が発言された、精神障害をお持ちの方と認知症の方の繋ぎについて、精神障害をお持ちの方が高齢化したらどうするか、精神の領域で地域生活を行っていた方が、介護保険領域になることで、関わる人や制度が変わることで、危機が訪れる。

どう繋いでいくかが問題となっており、これから増えてくる問題でもあるので、検討されたい。

(2) 保健医療計画（中間案）について 資料3 資料4

【事務局】

前回のワーキンググループにていただいた御意見をできる限り盛り込み、京都府保健医療計画（中間案）を作成した。

一部反映できていない御意見もあり、更に資料1でいただいた御意見について記載が不十分である事項があれば御指摘いただきたい。

また、府内の医療機関における医療機能の明確化（疾患別・施策別・機能別）のための調査を実施する。

(委員) 現状把握の方法としての資料4について、この調査では病院の現状について病院側のプレゼンを受けるのみにならないか。京都府保健医療計画として、病院の言いなりの状況を把握し、出来ているところのみを任せるような流れになってしまわないか懸念がある。政策として、「現在は実施されていないが、貴方の病院で行ってほしい」といったやり取りが必要ではないか。

(委員) 他の計画に委ねられる部分（認知症、依存症、オレンジプラン）については資料にないが、どのように委ねられるのか。他の計画において、どのように議論されているのか。

(事務局) 認知症については、第3次京都式オレンジプラン（第3次京都認知症総合対策推進計画）における概要部分等を記載します。

依存症については、京都府依存症等対策推進計画が中間見直しの年度にあっており、別の有識者会議において作業中です。依存症の計画は本医療計画と一体的に策定するものとの位置づけではないため、本医療計画には依存症計画そのものの掲載は行わない予定です。

(委員) 児童・思春期精神疾患については障害児に関する計画が別途あると思うが、そちらで詳しく触れられるのか。

(事務局) 児童・思春期精神疾患については、資料3 P9の様々な疾病や障害に係る対策の推進の項目において、発達障害については記載します。

(委員) 医療観察法について、中間案では前回の第7次医療計画の書きぶりとは概ね変更がなく、遺憾。

意見交換会議の中で決まった内容で記載しているのだと思うが、当該会議に

は京都ユーザーネットワークは参加していない。コンセンサスに関して、精神障害当事者が関わっていないので、関わった人たちと、別の意見を持ちうる状況にある。

その上で、中間案の内容については全部削除や修正、納得いく説明がなければ、賛成しかねる。

理由として、「指定入院医療機関が府内にない」ため「府外の入院医療機関で入院している」は接続していない。府外の入院医療機関で入院していることは事実だが、指定医療機関が府内にあったとしても、同様の事態は考えられる。そのため、「府内にないため」という部分について、記載されることはあってはならないと考える。

入院医療機関が府内で必要という文脈を削っていただきたい。また、社会資源の偏在を解消する取組みについて、通院医療機関のことか、入院医療機関のことか、その他のものなのかがはっきりとしていない。入院医療機関については、計画の中でどうする方針か記載しないでいただきたい。

(委員) <医療観察法における対象者への医療>の項目で、参加された当事者団体や家族会などはいなかったのか。

(事務局) 他課所管のため、担当課に確認します。

(委員) 京都精神保健福祉推進家族会連合会(以下、「京家連」)が当事者枠として参画していたと記憶している。

京家連は当事者団体だが、家族という当事者と精神障害者としての当事者は異なっており、双方から意見を聞く必要があると考えている。

精神障害当事者の立場からすると、府外の指定入院医療機関に入院するのは、府内に病棟がないためではなく、裁判所が病棟が空いた医療機関に対象者を入れていくからである。従って、府に指定入院医療機関ができたとしても、他府県から対象者が入院することもあり、京都府民だけが入院するわけではなく、対象者を京都府でコントロールできるものでもない。

(委員) 家族会の構成員の年齢がかなり高齢化してきており、精神障害を持つ子のケアを今後どうしていけばいいのかという課題に直面している。

地域支援、退院された当事者をどのように支援するのかという事業所体制において、蓑島委員からも御指摘のあったとおり、グループホームにおいては、日中に世話人がおらず夜中しかいないなど、スタッフが少なく人材不足の現状の中、事業所として地域支援をしなければという思いはある。

精神障害当事者の一人暮らしに向け、親亡き後の生活の仕方といった学習会

を行ったりしているが現状は厳しい。家賃の問題や、生活そのものの課題もあるが、公の施設の空き室などをうまく活用できないか、検討していただきたい。

(委員) 対策の方向の目標(取組の方向性)③サービスへのアクセス保障と早期発見早期対応について、早期発見早期対応があってサービスへ繋げるものなので、早期発見早期対応という文言を前に持ってきてはどうか。

ロジックモデルの相談体制の充実指標3について、精神保健に関する相談に対応する市町村数について、より踏み込んだ指標にするなら窓口を設置して対応している市町村数を指標にしてもよいのでは。

(委員) 地域移行・定着が進まない理由として、膨大な時間・人的労力・地域の受け皿がない・家族の理解が得られない・病院との移行がうまく調整できないなど、様々な課題があるに関わらず、報酬単価が低いといった報酬の問題もある。

いろんな計画があっても、支える人員がいなければ計画は実行されない。

如何に報酬を上げていき、必要なものに配分していくといったところまで考えないといけない。

(委員) 計画はやれることだけを記載するのではなく、やらなければならなかったが、できなかったことを見直して次に進めるのも大切な役割。

事業が進まなかった理由をさぐることも、計画の仕事の一部であるので、そういった方向で調査することを計画の中に盛り込むことも考えられる。

(委員) 計画を遂行していくことについて、人材が必要になる。

福祉事業所は人材不足が厳しい。発達障害者の増加により、学習・研修会を実施することは分かるが、研修会に参加することで、その日に働くことができる人間がマイナスになることすら厳しい。

(委員) 第3次京都式オレンジプランの座長をしている。

オレンジプランができて10年経ち、認知症患者ご本人や家族当事者の立場や思いを取り入れて策定してきたと思っていたが、当事者の気持ちと乖離していることがわかってきた。

この保健医療計画においても、精神障害をお持ちの方、その家族の参画をしっかりとは図らないといけない。地域移行される本人や家族の意見をもっと聞く場面を持ち、認知症の施策などと併せていかないといけない。

行政組織がトップダウンでよかれと思い実施していることが当事者に合っていないことがある。

(委員) 京都市内で働いており、資源には恵まれている。資源に恵まれているところでの変化をお伝えしたい。

5年程前までは、40～50代の外来患者の付き添いはほとんどご両親であった。しかし最近では、ヘルパーの支援で、ご両親が来られなくなった。

グループホームばかり取りざたされるが、グループホームを目指したいのは支援者であり、患者が長く住みたいと思うかどうか別問題。林委員からも御意見があったように、公営住宅等について、空き家あるかと思われるので、借りづらい現実を行政が支援していただきたい。岡山県では、国土交通省と連携しながら経済的な裏付けをつけ、大家が損しないようプレゼンしながら支援を行っている。そういった先進事例を含め、一人暮らしができるよう検討されたい。グループホームといっても施設であり、ルールがあることに悩まされる患者もいる。発想の転換を図られたい。

長期入院されている患者さんの地域移行支援について、ピアサポーターや相談支援員がボランティアで関係性をつくり一人ずつ次の希望先に移れるよう支援して、行政による長期在院の退院に向けてのコーディネートも考えてほしい。

唯一対価が発生するのは、入院中の移動支援でヘルパーの仕事が認められるようになり、退院を意識する人が増えてきた。しかしこれも、活動中の費用しか認められておらず、交通費すら出ない。意義を感じてサポートしてくださっている支援者に、必要なことにお金がおりるようになればいい。

日本では、予算の97%が医療、3%しか福祉に使われていないというデータもあり救急化したあとの医療にお金を使いすぎている現状は見直さなければならない。

(委員) 支援であれ、当事者のモチベーションを高めるであれ、刺激するものが必要。事業者の持ち出しになっていることについて、社会的な注目、賞賛や励ましになるような感謝・名誉といったものを行政が工夫して行うことはできるのではないか。

お金がないからなにもできないという結論に一足飛びはよくない。

(委員) 現状と課題の<現状>に、理念が抜けているので、「当事者(本人・家族)参加」、「共生社会」、「にも包括」という言葉としていたほうがよい。

(委員) 救急医療や専門医療に頼らないといけないところまで放っておくことが一番お金がかかる。どれほど早く、保健に押し返していけるかが大切。

事例化しないようにする取り組みに人・お金をかけられるようにされたい。

(委員) <課題>における、児童・思春期精神疾患は、「学校教育における学生への正しい理解の啓発」だけでは不十分。

保健医療計画で、特に医療的なことに言及しないのはおかしい。

児童においては、医療に繋がるときでも待機時間が長いことが問題となっている。

早期に問題が認識されないことについて、大変なケースが含まれていることや、対応の仕方がわからないといったことから、精神科のなかでも児童は扱わない、精神科でも発達には扱えないと二の足を踏んでいる状況がある。そのため、広く一般に対応できるような連携の不足と、本当に大変なケースをどうするかといった専門性の両方の充実が必要。

施策別における、<サービスのアクセス保障と早期発見・早期対応>について、委員から早期発見・早期対応が先ではないかというご意見があったが、当事者の立場から考えると、アクセスしていく当事者が先に来ても悪くないと感じた。

(委員) 発達障害の早期発見について、当事者・保護者が問題に捉える所は、保育園等に周知を行い、発達に課題を抱えている人を早期に見つけることができるようになってきているが、受診までの待機が非常に長い（3箇月～半年予約待ちなど）。

小児科医の数も減少傾向にある中で、医療の診断にかかるまでの手立てとして、周りで、どんな職種であればフォローができるかなどの考えなどがあれば教えていただきたい。

(委員) 児童精神科において、医療対応が必要な患者は限られているのではないかと。そうではない裾野に区分されている方が多いように感じる。発見が早いのは、軽微でない障害をお持ちの方だと思う。

医療との繋がりがすぐでなくても将来求められる可能性が高かったり、医療との繋がりがなくても問題を問題として扱う例えばスクールカウンセラーといった存在も大きい。いずれにせよ、医療との繋がりを求めた方がいいと思うが、連携の在り方や色んなパターンに対し柔軟でないといけませんが、迅速に対応できるだけのキャパシティが医療側にもないのが現状である。

(委員) 発達障害の方にお会いするのは成人ばかり。

発達障害が注目されたのが10～15年前からだが、当時は専門家でない

と診ることができないと思っていた。ここ5～10年くらいの間、専門家の方たちが、患者が多すぎて自分たちだけでは診ることができないと学会などで教えてくれ、専門家が対応しなければならないのは中核に位置する患者で、周辺部の患者は一般精神科でも診ることが出来ると勇気づけられ、最近では普通に担当させていただくことが可能になっている。それと同じことが可能になればいいと思う。

認知症であれば認知症サポーターが一般市民に対し、認知症の方の状況を知っていただく取り組みが広がっている。同じことが児童精神科領域でもできれば、市民レベルで、病名やすぐに医療などとは言わずに、自分たちのコミュニティで一緒に生活していくことが可能になるのではないか。知らないことに対する恐れや不安は、もちろん知らせることの害もあるが、知ることによって、知らないがために恐れている人たちの不安を軽減できるのではと思う。本来その人がいる場所にいやすくなればいい。

(委員) ロジックモデルの3相談体制の充実について、入院後退院率や1年以上在院患者数、退院患者平均在院日数が指標としてあげられているが、精神病床全体で丸めず、疾患ごとに算出するようにされたい。

統合失調症、認知症、それ以外のグループでは利用の仕方が異なり、退院のありかた、高齢化のありかたも異なっている。オレンジプランとの連携の関係でも、分けたほうがよい。

成果指標の隔離拘束についても、疾患ごとに分けるべきだと考える。

(委員) 当院での1年間の新規入院患者は約1,000人いる。1年を超える入院の方は1割弱(実数100人)。無視できない数になっている。医療保護入院の定期病状報告を見ていると、1年経ってもコピーペーストの状況。入院から6カ月経過したくらいでも、病院は「退院の準備ができていないから退院を勧めず、地域援助事業者を紹介できない」と言われることもある。発想の転換を図り、行政や外部が他の見解を示さなければ、新しい長期入院が生まれる。

(委員) 平日の午前中に会議を設定されたが、府・市のセンター長がこの場にはいないのはおかしい。

診療所も京都はとても多い。大きな役割を担っていただいているのは間違いないので、診療所協会が参加できるような日程で開催されたい。

(委員) 総合病院の精神科の先生にも本来は参加されるべきだった。

児童やクロザピン、救急や虐待事例については総合病院の精神科医が生々

しいところで現場対応を行っている。

虐待事例については児童の問題に直結し、認知症もしかりである。

身体的救急で入ってきた患者が蓋を開けたら認知症ということもざらにある。

連携を図る相手として、総合病院の精神科の先生は重要であり、指標の中では精神科と一般科の連携事例検討会の参加病院を増やすとあるが、連携する内容・持ち方も大切。

単科精神科病院が増え、身体合併症を身体科へ診てほしいといったことだけでは広がらない。それぞれが会う問題に対して抱えているものを補い合うような連携を探らないと広がっていかないのではないか。

—以上—