

京都府保健医療計画 たたき台（2023/10/13 ワーキンググループ第1回会議に示されたもの）に関する意見と要望

2023/10/16

I 総論…たたき台を拝見しての総括的な意見

A 計画の立て方

本来は、保健、医療、福祉、それらの連携、これらのどの領域の課題を計画に取り上げるにしても、**現状分析と目標を明らかにしなければならない。その課題をそれをストラクチャ、プロセス、アウトカム各指標を一体としてプランに落とし込む**必要がある（ロジックモデル）。たたき台の段階では、取り上げられてないが計画に含まれるべき課題があったり、各課題に関してロジックモデルとして明確化が不十分だったりしているようにおもわれる。

B 7次計画から8次計画への変化のポイント

第7次医療計画期間中、R3に示された「にも包括」ケアシステムを意識して、8次計画での保健医療福祉の基盤整備と、医療機関の役割分担、機能明確化、連携を考える必要がある（cf.精神疾患における第8次医療計画について；R5第1回医療政策研修会）。

C 現在提出されているたたき台や7次計画での指標をみての危惧

漠然としたアウトカム設定（e.g. 疾患、病棟種別、入院形態等をとわない退院時平均在院日数や1年以上の長期在院日数、退院率）や指標そのものを継続的に測定しなかったアウトカム設定（e.g.在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数）、最終的な目標とアウトカムとの関連が十分明確とはいえない指標（e.g.グループホーム整備数、かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数、認知症サポート養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修、救急合併症対応施設や救急病院での精神疾患標榜数、児童思春期精神科入院料加算算定施設、医療観察法通院医療機関）は、計画設定の目的が実現可能性にあることが曖昧になる危惧を持つ。

D 必要病床数算出式にうかがわれるポイント・長期在院者における認知症以外と認知症での政策効果の区分

特に必要病床数の算出では、厚労省が①地域移行を促す基盤整備②治療抵抗性統合失調症治療薬の普及③認知症施策の推進と分けながら、政策効果をそれぞれみこんで算出していることに十分留意すべきである（cf.精神疾患における第8次医療計画について；R5第1回医療政策研修会）。

E 7次計画中に発生したコロナ禍の影響と8次計画での対応

7次計画での医療連携体制の構築に際し、二次医療圏を基本として、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域との連携、地域の実情を考慮して圏域連携会議（「協議の場」）がもたれることになってはいたが、コロナ禍においては、種々の圏域での連携や協議の場は広範に停止されたり停滞せざるを得なかった。協議の場は、当事者にも開かれた参加の下で、機能を活性化することが本来必要であったので、場の整備自体も課題として意識し、そのためのストラクチャやプロセスの明確化が必要。

II 各論…「たたき台」への逐条的な意見・要望（たたき台の構成に沿った意見）

現状と課題

<現状>

・「たたき台」では医療の対象である患者数から入って、次にはすぐに入院を前提とした退院の地域移行定着となり、次に救急、合併症、災害…と展開しているが保健や福祉との連携よりも医療重視な印象を受け、羅列的で次項以下に重複している感じもするので

・少子高齢化の進展のなかで、精神疾患に関する外来患者数の増加、新規入院者の減少、在院者の高齢化と長期入院者の比率の増大がおきていることをのべると同時に、ライフサイクルに沿った保健医療福祉にかかわる多様なニーズの増大と支援の意義が高まっていることを指摘し、以上を包括的な現状認識として、京都府の保健医療計画も関連するほかの計画と関連しながら、国が明らかにしたにも包括の発展具体化に向かうことを、冒頭のこの部分で触れたほうがいいのか。

・そのうえで課題以下、対策の方向などにより具体的な部分を書き込んでいくほうが明瞭なように思える

<課題>

疾患別

・統合失調症 好発年齢での様々な場での理解を書きこんだのは良いが、外来治療・地域支援が発展中であること、疾患の性格上継続的な支援が必要なこと、治療抵抗性統合失調症への取り組み（1/3が従来型薬物療法に反応しないこと）、長期在院者への退院促進が必要であることを書くと、「対策の方向」にも結び付きができ、精神病床数や地域移行地域定着などで指標も設定しやすくなる。

・気分障害では、有病率の上昇について触れる。認知行動療法やmECTやrTMSなど治療方法も多様化していることにも触れてもよいように思われる。

・依存症では、高齢者のアルコール依存症や身体疾患受診者の中のアルコール依存症の問題に触れると、合併症や自殺防止、身体科医療との連携がはっきりする。ギャンブル障害に言及したほうが多重債務との関係がはっきりする。

・児童思春期精神疾患

乳幼児期から発生し、思春期青年期、場合によっては成人期でも支援の継続が必要なこと、本人のみならず養育者、保健、教育、医療、福祉、就労など周囲による・周囲への連携した支援が必要となることを書き込むと対策に結び付けやすくなる。

・認知症

認知症以外の長期在院者や難治性統合失調症者とならんで、認知症者の長期在院者は精神病床数の整備ないし目標に関連するおおきな要因であり、オレンジプランを参照するよううながすだけなのはおかしく、精神に関する保健医療福祉計画で言及されるべきであり、(cf.精神疾患における第8次医療計画について；R5 第1回医療政策研修会)、一般精神病床での認知症の長期在院は、認知症以外の長期在院と同じく、政策効果をおよぼすべき対象である認識が曖昧になっているのではと強く危惧される。認知症でのサービスへのアクセスの保障・早期発見・早期対応、福祉との連携とからめて書き込むべきで、そうすれば精神病床数とも認知症関連指標との関係もはっきりする。

施策別

たたき台の記述では、サービス提供側が主体になっていて、かつ保健医療福祉のなかで医療に重点になり、かつ入院が強く取り扱われている印象を与える。

疾患の当事者やケアラーになりうる府民からの視線を基本に据えて記述の順番をあらため、項目の追加、項目の変更が必要。

具体的には、項目の順序は

<サービスへのアクセス保障と早期発見・早期対応>からはじめて<専門医療><精神科救急><精神科医療と身体科医療の連携><治療抵抗性統合失調症への取り組み><権利擁護><長期在院者の退院促進と地域移行地域定着の推進><精神科救急><災害精神医療><医療観察法における対象者への医療>としたほうがよい。

・項目の変更の必要な部分

<身体合併症>という項目だけでは<精神科医療と身体科医療との連携>という項目に変更の方が実態にかなない、今後の計画の具体化を考えるのにも有用である。たたき台の記述でも、身体合併症と精神科疾患を両方持っているケースでの身体疾患と精神疾患それぞれへのアクセスが阻害されやすいことを改善することが目的としており単に身体合併症をどうするかということが課題でないことは、明らかである。実際に行われている施策としてのGP ネットでも、精神科医療機関と身体科医療機関の関係作り自体が現時点でのアウトカムの大きな部分となっている印象を受ける一方、身体合併症を身体科医療機関の救急や総合病院精神科での入院での加療の対応をお願いするというような精神科からの一方通行の関係では発展しようがない。これらを踏まえると、項目建てを<精神科医療と身体科医

療との連携>に変更して、①双方の医療機関の関係づくり②各保健所圏内などで、依存症、自殺対策、虐待防止など精神科身体科で共通になりやすい課題につき実情を把握し可能な連携を図る③圏域間での経験の共有、などをサブの課題として挙げて計画に反映していったらどうか。

・項目の新設が必要な部分

<治療抵抗性統合失調症への取り組み>は、厚生労働省も精神病床数への政策効果の一つとして重視しており、府の取り組みがないことは正当化できない。課題として認識しないと対応がすまない。京都府でクロザピンの普及が困難な事情の明確化と先進的な他府県の対策の調査と咀嚼から始めることが重要である。一般的には①クロザピン治療へのアクセスの機会がないこと②クロザピン導入後にその維持療法を利用者の生活圏の近くで行えないこと、が普及を阻む理由であり、クロザピン導入精神科医療機関と導入後の処方継続精神科医療機関の役割分担とモニタリング中の身体科的対応が可能な総合病院精神科との連携の検討について、行政がその後押しをする必要がある。第8次計画当初1-2年のアウトカムは、先行府県の経験を咀嚼し、京都府の実情の把握、関係機関の協議と対策の明確化に置き、順次具体化・発展させるべき。

<権利擁護>

人権の制限にかかわるものについては必ず権利擁護が必要である。精神病床数の多さ（特に閉鎖病床数）や、隔離と拘束の多さは以前から問題視されている。行動制限最小化などわが国でも取り組みが強化され、今次精神保健法改正でも、拘束に関する規定が改められようとしており、虐待に関する通報も盛り込まれ、強化されているので、まったく言及がないのはおかしい。データの収集とモニタリング自体がアウトカムとされてよい。データとして①隔離拘束の数と期間の分布、特に疾患別、理由別の内訳②各入院形態別で、疾患別在院者数、在院期間の分布、とくに任意入院では、付け加えて入院先病床種別（終日閉鎖、夜間外開放、それ以外）ごとの在院者数と在院期間の分布が必要。（任意入院者は開放病棟 or 個別開放処遇でないまま長期の閉鎖病棟処遇になっていることは人権上問題がある。）

これらは精神保健福祉法での病院実地指導でも取り扱われるべき問題でもあるが個別の病院の指導という問題につきず圏域の全体水準の問題でもあり、長期在院者の退院促進や入院医療の必要病床数にもかかわってくる問題であり、保健医療計画でも触れられるべきである。

<長期在院者の退院促進と地域移行・地域定着の推進>

たたき台では**施策別**に入れられているのかどうか不明である。内容は詳述が必要。

第一に長期在院者（認知症を除く）の実数と比率の年度推移を示して、現状と課題を明確化すべき。

第二に、地域移行・定着の意義づけについて、令和元年厚労科学研究「障害者の地域移行及び地域生活支援サービス実態把握に関する調査」（とその成果物、障害者の地域移行・地域生活支援に関するサービス活用のためのガイドブック）が、平成24年度認知症を除く長期入院者全体に42%の退院可能性があると紹介しているところからは、退院可能な人は、たたき台のいう「一定程度」という表現よりは、「相当程度」と指摘されており、といった表現がより似つかわしいと思われる。

第三に、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の一部に地域移行地域定着が含まれることは確かであるとはいえ、にも包括はこれからのシステムとして、入院とは別に整備されるべき様々な重要なサービスを含んでいるので、たたき台のここで触れるよりは、冒頭の「現状と課題」で触れるほうが適切と思われる。

第四に、今回の精神保健福祉法改正における入院者訪問支援事業にも言及すべき（どの項目に入れるかが問題であるが、こくないしは＜権利擁護＞になるように思われる）。

<にも包括ケアシステムの構築のための協議の場の継続>

総論でも取り上げたように、コロナで対面の会議が困難となり相当の協議の場が失われている印象がある。本来協議の場を持つことで、当事者の参加を促し、連携を拡大し深めにも包括ケアシステムの発展にも役立つという意味で、協議の場がストラクチャでもありプロセスでもあった。柔軟多様に協議の場を持つことが必要であるので、画一的な指標にはなじまないが何らかの協議と当事者参加の豊富さをしめす指標の例を挙げてよいのではないか。

対策の方向

□囲みの方向にかんするテキスト部分・ロジックモデル部分をあわせて意見を示す。

①精神障害者の地域移行、地域定着の推進

目標①は、基盤整備が、実際にどれだけの量の地域移行地域定着を目指すかをアウトカム指標としないと、具体的な数値として示せない。しかし、アウトカム指標は「推進」とされて量が示されていない。したがってそのための指標設定の根拠が不明瞭で、実行へのモメンタムが落ちている。たたき台は地域移行や地域定着の指標としてグループホーム整備数をあげているが、グループホームは地域移行や地域定着の利用者以外にも使われうるもので、結局地域移行や定着としてどれだけ見込むかをあいまいにしたままである。他府県や全国的な先進地域を手本とするなどして、地域移行地域定着に関する利用者数など具体的なアウトカムの量的目標を設定し、それに見合った基盤整備の指標の数値を、全体としてのグループホームの整備のうちの一部として明示することが必要。

地域移行地域定着は、その潜在的ニーズのくみ上げが（当事者への啓発、モチベーション喚起、その持続）が重要なので、そのための施策（たとえばピアによる病院訪問や啓発、事業所へのインセンティブなど）を行政として取り組むことが必要。

実際に相談支援事業者が、地域移行支援・定着に取り組むことはしばしば回避されている（当事者への粘り強い働きかけなど必要な労力から、その他の事業が優先されがち）という傾向がある。事業所に研修参加させるだけでなく、実際に事業への参加をモニタリングしインセンティブを工夫する必要がある。

②専門医療の確保

依存症については、＜精神科医療と身体科医療の連携＞の中にも入れるべき。

③相談体制の充実→「サービスのアクセス保障と早期発見早期対応」とすべき

認知症以外と、認知症をわけて、それぞれの入院後期間別の退院率、在院患者数、在院期間、退院者の在院日数、退院転帰（在宅、施設類別、身体科病院、死亡など）をモニタリングすべき。疾患構成を反映しないで、精神病床として包括して指標を求めると、地域移行地域定着の効果や目標と関連が薄れてしまい、政策目標や効果が曖昧になる。また、退院患者の在院日数については、新規入院者と、長期在院者に分けて、退院患者の在院日数の平均と分布を見ないと、実態から乖離する（平均が意味をなさないような分布をしている）。

⑤精神科身体合併症医療の推進→精神科医療と身体科医療との連携の推進

重篤な…大学病院等での受け入れの推進、の後に、「精神疾患身体疾患併存事例での、精神科医療と身体科医療へのアクセスの改善、精神科医療機関と身体科医療機関の連携を促進する」と目標をあたためる。各保健所圏内でGP ネットを開催するためにも、各保健所管内で既述したような共通の課題の調査、意見交換などを促してはどうか。

＜治療抵抗性統合失調症への取り組み＞は、厚生労働省も精神病床数への政策効果の一つとして重視しており、府の取り組みがないことは正当化できない。課題として認識しないと対応ができない。クロザピンの普及がこれまでなかなか進展しなかった理由の明確化と先進的な他府県の対策の調査と咀嚼から始めることが重要である。とくに、クロザピン導入精神科医療機関と導入後の処方継続精神科医療機関の役割分担と、モニタリング中の身体科的対応が可能な総合病院精神科との連携の検討が必要であり、行政がその後押しをする必要がある。第8次計画当初1-2年のアウトカムは、先行府県の経験を咀嚼し、京都府の実情の把握、関係機関の協議と対策の明確化に置き、順次具体化・発展させるべき。

たたき台に書き込まれたものについては以上であるが、書き込まれていないが本来課題として取り上げられるものは、先に現状と課題で触れている。以下に再掲する。

再掲：

<治療抵抗性統合失調症への取り組み>は、厚生労働省も精神病床数への政策効果の一つとして重視しており、府の取り組みがないことは正当化できない。課題として認識しないと対応ができない。クロザピンの普及がこれまでなかなか進展しなかった理由の明確化と先進的な他府県の対策の調査と咀嚼から始めることが重要である。とくに、クロザピン導入精神科医療機関と導入後の処方継続精神科医療機関の役割分担と、モニタリング中の身体科的対応が可能な総合病院精神科との連携の検討が必要であり、行政がその後押しをする必要がある。第8次計画当初1-2年のアウトカムは、先行府県の経験を咀嚼し、京都府の実情の把握、関係機関の協議と対策の明確化に置き、順次具体化・発展させるべき。

<権利擁護>

国際的にもわが国の隔離と拘束の実態・増加は問題視されており、行動制限最小化などわが国でも取り組みが強化され、今次精神保健法改正でも拘束に関する規定が改められようとしており、また虐待に関する通報も盛り込まれ、強化されているので、言及がないのはおかしい。計画になじむ具体としては、隔離拘束のモニタリングが挙げられ、その対象や理由別のデータ収集が必要。

<にも包括ケアシステムの構築のための協議の場の継続>

総論でも取り上げたように、コロナで対面の会議が困難となり相当の協議の場が失われている印象がある。本来協議の場を持つことで、当事者の参加を促し、連携を拡大し深めにも包括ケアシステムの発展にも役立つという意味で、協議の場がストラクチャでもありプロセスでもあった。柔軟多様に協議の場を持つことが必要であるので、画一的な指標にはなじまないが何らかの協議と当事者参加の豊かさをしめす指標の例を挙げてもよいのではないか。

・認知症（これはたたき台では(6)でオレンジプランを参照するようにだけ書かれていわば丸投げである。オレンジプランが扱うのは当然だが、保健医療計画の精神病床に言及する部分でも扱われなければならない。)

認知症以外の長期在院者や難治性統合失調症者とならんで、認知症者の長期在院者は精神病床数の整備ないし目標に関連するおおきな要因であり、精神に関する保健医療福祉計画でここに言及がないのはおかしく（cf.精神疾患における第8次医療計画について；R5第1回医療政策研修会）、一般精神病床での認知症での長期在院の増加を防止する必要性に関する認識が曖昧になっているのは強く危惧される。認知症の場合の入院病棟種別、入院後退院率、在院患者数、入院者の在院期間、退院者の在院日数、退院転帰（在宅、施設類別、身体科病院、死亡など）をモニタリングすべき。認知症でのサービスへのアクセスの保障・早期発見・早期対応（たとえば初期集中支援など）、福祉との連携とからめて書き込むべきで、そうすれば精神病床数とも認知症関連指標との関係もはっきりする。