

委員

○全体的なことについてです。

・印刷すると何の資料であるかわからなくなりますので、「資料① 『〇〇（タイトル）』」などファイル名を欄外に記載していただきたいです。

・議論の時間を増やすために、事前に十分な時間をもって資料を配布いただき、各委員が会議前に読み込んで理解することを前提にして、当日は資料の内容説明は基本的にはせず、質問、事実確認があったところのみ説明していただき、会議の多くの時間を意見を提出したり、議論したりする時間に充てるようにしていただきたいです。

・「精神疾患」のところは意見を持ちやすいですが、「3 様々な疾病や障害に係る対策の推進 (1) 発達障害、高次脳機能障害対策」では、特に高次脳機能障害に関しては、馴染みがなく、意見を持ちにくいです。この領域をフィールドにしている方からの意見聴取が必要だと思えます。

○「京都府保健医療計画策定ワーキンググループ(精神) 第1回会議報告」の p.3 にある私の発言内容についての訂正

「私立病院のため」の位置を変更してください。

(訂正前)

・私立病院のため、現状の病床数に基づき診療報酬等で定められた人員配置がある。予算を組む際、事業計画で何床を埋めなければならないか検討している。

↓

(訂正後)

・現状の病床数に基づき診療報酬等で定められた人員配置がある。
私立病院のため、 予算を組む際、事業計画で何床を埋めなければならないか検討している。

○委員から診療所の役割についてあまり触れられていないといった発言があったと思います。

診療所に求める指標として思いついていることを挙げさせていただきます。

・長期入院後の地域移行後の方のフォローアップ数→「地域移行・定着の推進」の欄に入れる

・緊急時対応数（特に新患予約が随分先にならないと取れないと聞くことがあります）→「早期対応」の欄に入れる

・クロザピン利用者の受け入れ人数

・LAI（持効性抗精神病薬）利用者の受け入れ人数

いずれについても、1 診療所当たり 1 ケースとの目標値でもいいと思います。

○部分的、詳細な事柄

「第 8 次医療計画 (5) 精神疾患 ロジックモデル」の中で、

「1 精神障害者の地域移行、地域定着の推進」に関して

グループホームだけでなく、単身生活できる場の確保を公立住宅や民間の空き部屋の利用も含めて目標数値に挙げていただきたいです。

身体・知的の領域で、在宅（家族と同居）かグループホームの 2 択しかないというプレゼンが行われることが多く、個別に支援体制を組めば単身生活も可能であるという選択肢があまり案内されないために、在宅に限界を感じる家族等からのグループホームに対するニーズが高くなっているという事情を聞いたことがあります。同じことが、精神の領域でも起こっているように思います。朝と夕に短時間のホームヘルプを利用するのが精神の領域ではイメージしやすいので、それだけの支援では単身生活は無理だと考えて、グループホームしかないという発想になっているところがあると思います。しかし、複数の事業所がチームを組んで、点ではなく帯状にホームヘルプを組めれば単身生活が可能になるケースが増えると思います。こういった可能性も含めてのプレゼンをすればニーズは増えるはずで、目標値に単身生活の場の確保も入れていただきたいです。

一言にグループホームといっても、区分が「介護サービス包括型」「日中活動サービス支援型」「外部サービス利用型」と分かれています。現存していて申し込むことの多いグループホームは「介護サービス包括型」ではないかと思います。この場合日中はグループホームを離れて活動する別の場所に行かなければならず、長期入院後の地域移行となった方にはハードルが高いと思われることがあります。その意味では、「日中活動サービス支援型」が使いやすい面があると思いますのでこのカテゴリーの確保も具体的に挙げていただきたいです。

グループホームの課題としては、やはり施設であるということです。一人一人の入居者のペースが必ずしも尊重されないこと、グループホーム内の支援が一つの事業所で担われていることが多いのでうまくいっていないときに外部の視点が入りがたいこと、入居時にはグループホームの環境が必要であってもその後単身生活を希望したり可能となったケースがあってもその移行が必ずしも目指されにくいことがあります。その意味で、外部サービス利用型のグループホームが一定数あってもいいのではないかと考えますし、やはり単身生活の場の確保という視点も大切だと考えます。

つまり、単身生活の場の確保とその数を指標に挙げることで、一口にグループホームとまとめて言わず、類型も明記して、それぞれの特徴を踏まえた目標値を設定する

ことを必要だと思えます。

・また「サービス付き障がい者向け住宅」（介護保険領域のサービス付き高齢者住宅に相当する）という枠組の用意もあっていいと思えます。

・指標として、「地域移行・地域定着支援事業の利用数」「入院1年経過時点での援助事業者紹介率（現時点では医療保護入院者に対して求めるのが法的にも整合性を持たせやすいと思えます）（1年としたのは、それを超えると入院が長期化しやすいためです）」も具体的な指標として設けていただいた方がいいと思えます。

「3 早期発見、早期対応の促進」に関して

ここの指標に「入院後3か月、6か月、12か月時点退院率」「1年以上在院患者数」「退院患者平均日数」が入っていますが、これらは「1 精神障害者の地域移行、地域定着の推進」の方に入れるべき内容ではないでしょうか。

この欄の指標として、「ショートステイできる場の確保、その数」も入れていただきたいです。レスパイト入院、休息入院はかなり多いと思えますが、必ずしも入院という形態は必要でないと思えます。

また、「クライシスルーム」といった入院でないクライシスの乗り切り方を選択しうる場が存在することも望ましいと思えます。

「ショートステイ」「クライシスルーム」は早期対応の場として機能し、精神病床を減らすことに寄与すると思えます。

「第8次医療計画（5）精神疾患 ロジックモデル」の中で、

「1 精神障害者の地域移行、地域定着の推進」に関して

・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。