

京都府保健医療計画策定ワーキンググループ（精神）第1回会議での御意見

No.	次期計画上の項目			意見・提案の要旨	京都府の考え方・対応	
1	全体			第7次医療計画期間中、R3年度に示された「にも包括」ケアシステムを意識し、第8次医療計画での保健医療福祉の基盤整備、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。	医療機関の役割分担と機能の明確化は重要であると考えており、府内20病院に調査を行った上でその結果を計画末尾に追加予定です。	
2				第7次医療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がもたれることとなっていたが、コロナ禍において、種々の圏域での連携や協議の場が広範に停止・停滞した。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るので、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	「協議の場」が各地域で開催されることは重要であるため、ストラクチャー指標として盛り込むことを検討します。	
3				理念に当事者参画を書き込むこと。また、当事者には、本人と家族が別であり、それぞれから意見を聞く必要があること。	御意見を参考に、中間案に記載します。	
4	必要病床数の算定			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見込んで算出していることに十分留意すべき	基準病床数の設定に際して、御意見を参考にいたします。	
5				・第8次医療計画では、他科の基準病床算定式の形に徐々に近づいてきており、精神医療と他科の医療との垣根が徐々に無くなってきている印象を受けた。 ・一方で、精神病床数はまだまだ多いように感じており、病床数があればあるほどそこに頼ってしまうため、地域の資源が育っていかないのではないかと。 地域で資源を作ってから徐々に病床を減らし、地域移行を行うのではなく、施策的に病床数を制限し、精神障害者と世の中がつきあい、地域資源を創意工夫しながら作っていくのが社会モデルとして在るべき姿ではないかと。	基準病床数の設定に際して、御意見を参考にいたします。	
6				基準病床算定式で算出された病床数を下回るように病床数を設定すること。（例えば、基準病床算定式で算出された病床数の5%を引いた数を設定する。根拠として、京都府は京都市に病院が集中していることがあげられる。）	基準病床数の設定に際して、御意見を参考にいたします。	
7				・個々の病院に任されては、病床数は減らない。空床があると、有効利用するために入院のハードルが下がることも考えられるため、政策的に病床数を減らすよう誘導された方がよい。	基準病床数の設定に際して、御意見を参考にいたします。	
8	意見聴取	合併症		総合病院の精神科や身体科の医療機関についても、合併症や依存症について関係が深い先生や、御意見をお持ちの先生がおられると思うが、今回のワーキンググループの委員にはおられない。そういった方の意見をどう吸い上げるのか。	必要に応じ、別途意見聴取の方法等を検討します	
9		高次脳機能障害		高次脳機能障害に関して、馴染みがなく意見を持ちにくいいため、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	高次脳機能障害については別途、本計画の策定作業を行っており、そこで専門家から意見を聴取しております。	
10	現状と課題	現状	少子高齢化の進展の中で、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述べると同時に、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、京都府の保健利用計画も関連する他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部分で触れた方がよいのではないかと。		別紙のとおり、たたき台を修正しました。	
11		課題	疾患別	統合失調症	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かくと、「対策の方向性」にも結びつき、精神病床数や地域移行地域定着などで指標が設定しやすくなる。	たたき台に追加しました。
12				気分（感情）障害	有病率の上昇について触れるべき。 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触れてもよい。	御意見を参考に、中間案に記載します。
13				依存症	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方が多重債務との関係がはっきりする。	依存症については、京都府依存症等対策推進計画に御指摘の意見を踏まえて記載することとします。
14				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。	

15			<p>認知症</p> <p>認知症以外の長期在院者や難治性統合失調者とならんで、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大きな要因であり、オレンジプランを参照するよう促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、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、政策効果を及ぼすべき対象である認識があいまいになっているのではないかと危惧される。</p> <p>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、福祉との連携を絡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。</p>	<p>認知症に係る医療提供体制の整備、地域生活の促進については、該当項目で記載します（本計画でオレンジプランの概要を記載いたします）。</p>
16		施策別	<p>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、保健医療福祉の中で医療が重点となり、かつ入院が強く取り扱われる印象を与える。</p> <p>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以下のとおり記述の順番を改め、項目の追加・変更が必要。</p> <p>〈サービスのアクセス保障と早期発見・早期対応〉→〈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組〉〈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〉〈災害精神医療〉〈医療観察法における対象者への医療〉</p>	<p>御指摘のとおり、たたき台を修正しました。</p>
17		身体合併症	<p>〈身体合併症〉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ない、今後の計画の具体化を考えるのにも有効。</p> <p>サブの課題として、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、虐待防止などで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はどうか。</p>	<p>御指摘のとおり、たたき台を修正しました。</p>
18		項目の新設	<p>〈治療抵抗性統合失調症への取組〉</p> <p>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、府の取組みがないことは正当化できない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>治療抵抗性統合失調症への取り組みに関して、クロザピンの普及について記載することとします。</p>
19			<p>〈権利擁護〉</p> <p>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。</p> <p>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。）</p>	<p>隔離指示件数、身体的拘束指示件数については、プロセス指標として記載することを検討します。</p> <p>御指摘のデータについては、国の資料では隔離、身体的拘束の実指示件数、人口10万対件数のみ公表されているため、収集方法を含めて検討します。</p>
20			<p>・隔離拘束について、隔離や拘束の最小化がのぞましく、そのための目標設定が必要と考えるが、その内容については、救急病床と認知症を中心とした高齢者の転倒転落防止のためのものとは別物であり、内容に触れて検討すべき。</p>	<p>精神科救急病棟と認知症治療病棟での隔離、身体的拘束の件数を分けて集計されていないため、指標として記載することは困難です。</p>
21			<p>&lt;長期在院者の退院促進と地域移行・地域定着の推進&gt;</p> <p>たたき台では施策別に入れられているのかが不明である。内容は詳述が必要。</p> <p>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。</p> <p>第二に、地域移行・定着の意義づけについて、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」とあると指摘されており、といった表現がより似つかわしいと思われる。</p> <p>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。</p> <p>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、ここないしは〈権利擁護〉になるように思われる）。</p>	<p>長期在院者の年次推移を示すことについては、「現状と課題」において検討します。</p> <p>「一定程度」は「相当程度」に修正いたします。</p> <p>地域包括ケアシステムの記載については、御意見を踏まえて記載方法を検討します。</p> <p>入院者訪問支援事業については、本府での取り組み状況も踏まえて記載を検討します。</p>

22				〈にも包括ケアシステムの構築のための協議の場の継続〉 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もよいのではないか。	「協議の場」の設置、開催状況については、ストラクチャー指標として記載方法を検討します。
23	対策の方向	目標①精神障害者の地域移行、地域定着の推進		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的一部分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。	「地域移行・地域定着」に係る目標については、事業の支給決定数など適切な数値を検討いたします。
24				・にも包括について国から降りてきた方針ではあるが、精神障害をお持ちの方が地域に戻ってこられた際にどういうサービスにリンクしていくかなど、具体的なイメージが介護・福祉の現場の人員に浸透していない。 具体的な地域の事例を出し、地域包括ケアシステムにいかに関係をお持ちの方の地域移行をリンクさせていくかなど、地域の課題とミックスしながら示されたい。	御意見を参考に、中間案への記載方法を検討します。
25		目標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。	依存症については、京都府依存症等対策推進計画に御指摘の意見を踏まえて記載することとします。
26		目標③早期発見、早期対応の充実		「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）。	項目名については、御指摘のとおり修正します。 退院率等のデータについては、収集方法を含めて検討します。
27		目標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とすべき。 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。	精神科身体合併症医療の推進について、御指摘の意見を踏まえて中間案に記載します。
28		施策別 医療観察法における 対象者への治療		府下の医療観察法病棟については、病床整備を書き込まないこと。また、検討段階では、実施されなかった当事者との協議を推進すること。	府内での病床整備の有無に関わらず、社会資源の偏在を解消することを目指します。
29		治療抵抗性統合失調症への取組		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。	同上
30	ロジックモデル			たたき台の段階では、取り上げられてい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である。	—
31		地域移行、地域定着		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。	御指摘の意見を踏まえて、今後の施策に反映してまいります。

32	グループホーム	<p>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。</p> <p>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る。同じことが、精神の領域でも起こっているように思う。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う。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う。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。</p> <p>グループホームは、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」と分かれている。</p> <p>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」ではないかと思うが、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。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。</p> <p>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。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やすいこと、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る。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る。</p> <p>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と、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ふ。</p> <p>・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います。</p> <p>・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います）（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考えます。</p>	<p>グループホームの整備目標数については、各市町村の報告数値を合算して府全体の整備目標数としていますが、市町村で類型ごとに整備目標数を計上していないことから、府全体の整備目標数として類型ごとの数値を示すことは困難です。</p> <p>「地域移行・地域定着支援事業の利用者数」については、現状を踏まえて計画への記載を検討します。</p> <p>「入院後1年経過時点での地域援助事業者紹介率」については、各医療機関への照会事項に含まれていないため、対応を検討いたします。</p>
33			
34	指標	<p>漠然としたアウトカム設定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、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。</p>	—
35		<p>・指標例について、第7次・第8次共に「電気けいれん療法」と「治療抵抗性向精神薬クロザピン」が記載されている。これらの治療法を選択しない患者もいるため、行政の計画の中でこれらの治療法の実施件数が指標とされることについて、違和感を覚える。</p> <p>・一方、第7次になく第8次から指標例として登場したのが、隔離指示件数と身体的拘束指示件数。隔離、身体拘束を減らすことを行政として取り組んでいこうという姿勢は評価できる。</p>	<p>クロザピンの促進については、患者の意志に基づいて推進することを明確化します。</p>
36		<p>クロザピルの使用などについては目標を明確化した方がよいと考える。諸外国と比べ普及していないことは顕著であり、治療が困難な者に必要な治療手段が届いていないことは明白。生物学的な治療の保証と地域移行の促進は相反する課題ではないと考えるので、計画に書き込んだ方がよい</p>	同上
37		<p>地域移行地域定着の難しさは、その利用をされる患者さんのリクルートが難しいところにあり、事業にかかわる人材育成だけでは発展しないことが問題。制度発足から年数もたっており、利用者や退院者など、アウトカムの指標の目標数値をはっきりさせるべき。</p> <p>例えば、ピアサポーターが病院の中で啓発するなどが計画に書き込まれていれば生きるのではないか。</p>	<p>御指摘の意見を踏まえて、今後の施策に反映してまいります。</p>
38		<p>・グループホームだけを設置目標とせず、ヘルパーを入れながら一人暮らしをする場所を確保することも大切であり、発想を変えられたい。</p> <p>・地域移行について、法律に基づいた地域援助事業者の紹介率などを指標に明確に出してほしい。</p>	同上
39		<p>診療所に求める指標として、以下の指標はどうか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【地域移行・定着促進】長期入院後の地域移行後のフォローアップ数</li> <li>・【早期対応】緊急時対応数</li> <li>・クロザピン利用者の受け入れ人数</li> <li>・LAI（持効性抗精神病薬）利用者の受け入れ人数</li> </ul>	<p>御指摘の指標を経年的に把握していないため、成果指標として設定するのは困難であると考えます。</p>

40		<p>早期発見、早期対応の促進について</p> <p>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。</p> <p>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いますが、必ずしも入院という形態は必要でないと思います。</p> <p>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います。</p> <p>「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います。</p>	<p>「短期入所の事業所数」については、成果指標に記載することを検討します。</p>
41		<p>個別施策「精神科救急医療体制の充実」の指標として救急情報センター相談受案件数が挙げられていることについて。</p> <p>(R4 2430件→R10 4308件)</p> <p>「にも包括ケアシステム」がうまく構築できて、救急情報センターに相談する前の段階で適切に相談・受診ができ、地域で暮らせるようになれば救急情報センター相談受案件数はむしろ減ると想定できます。</p> <p>それが望ましいアウトカムではないかと考えます。</p>	<p>「精神科救急医療体制の充実」に係る指標については、御意見を参考に記載を検討します。</p>
42	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発達障害について、診断基準を満たさない者が、発達障害と誤診されているケースがある。不必要に発達障害として認定される層を拡げるのではなく、本来認定されるべき者が不利益を受けないよう配慮されたい。</li> <li>・京都府の現行計画について、医療観察法に関することが記載されているが、その後開催された検討会議には当事者が参画しておらず、当事者へのヒアリングも実施されなかった。丁寧に当事者の意見を聞きながら進められたい。</li> </ul>	<p>御意見を参考に、今後の施策に反映してまいります。</p>