

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

R5.10.12

障害者支援課

- 1 日 時 令和 5 年 10 月 11 日（水）17 時 30 分～18 時 45 分
- 2 場 所 京都府庁 3 号館第 7 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 |
| 奥井 滋彦 | 京都精神神経科診療所協会 | 会長 |
| 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 |
| 波床 将材 | 京都市こころの健康増進センター | 所長 |
| 中村 佳永子 | 京都府精神保健福祉総合センター | 所長 |

4 内 容

（1）ワーキンググループの設置について

（2）京都府保健医療計画について

- ・保健医療計画（平成 30 年～令和 5 年度の 6 年間）の令和 6 年度以降の計画策定が必要となり、見直すことになった。

（3）見直し内容について

- ・精神科基準病床数の算定
- ・現計画の達成状況について客観的指標に基づき評価し、国の指針に基づいて新計画の事務局案を提示
- ・新計画の構成については現計画を踏襲
 - 冒頭に現状と課題を示し、現状分析を実施し、課題認識を記載。
 - 次に対策の方向として、目指すべき方向、取組の方向性、具体的な施策として疾患別・施策別に内容を記載。
 - 後段にロジックモデル、成果指標を示す構成となっている。

(4) 主な意見等

(委員) 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。

(事務局) 必要に応じ、別途意見聴取の方法等を検討します。

(委員) 第7次医療計画における基準病床の算定において、長期入院のうち7割が「重度かつ慢性」であり、当面療養が必要とされ、残る3割が地域において基盤整備が行われ、受け皿が整備されれば退院が可能とされていた。

「重度かつ慢性」の患者については、治療の影響によって徐々に退院できるとされ、治療とは「電気けいれん療法」と「治療抵抗性向精神薬クロザピン」の普及であるとされていた。

- ・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。
- ・障害の原因は社会にあり、解決する責任も社会にある。病院だけではなく、より色んな人たちが関わりながら解決していくべきものではないか。
- ・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。
- ・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。
- ・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拓げるのではなく、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。
- ・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。

(委員)・「協議の場を設けて」ということを再々強調されているが、コロナ禍で協議の場が止まってしまっているものがある。協議の場を保証することが疎かになっているのではないか。

・にも包括ケアシステム構築事業でも「協議の場」の設定は重視されている。協議の場そのものがストラクチャないしプロセスの一部をなすものとして目標値に含められるべきではないか。協議の場は当事者の参加の場としても重要である。

・上記の委員の考えとは違うが、クロザリ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背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。

クロザリルが行き届いていないことについて、岡山県や兵庫県などで難治性精神疾患地域連携体制整備事業など取り組まれ研究されている事例もあり、京都府でもそういったものを咀嚼吸収することがあってよいのではないか。

・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。

・にも包括の中で、身体科病院と精神科病院との連携については課題を鮮明にして検討を図るべき。依存症、認知症、虐待など、明らかに接点があるものについて、ピントをあてて連携を図っていくべき。一般的な GP ネットを発展させるだけでは実現性が増えていかない。

(委員)・基準病床数について、国通知の算定式を用いて計算すると京都府は 4,198 床が目安となるが、現状 4,535 床あり、6 年間で約 350 床を減らす計算になるが、いかがか。

(委員)・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。

・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。

・個々の病院においては地域移行の促進について努力している。病院の外からも色々な立場の人が関わってもらい、新たな発想を受け地域移行を進めてほしい。

(委員) 地域移行や地域定着の成果指標等は作られているのか。

(事務局) たたき台記載のロジックモデルにおいて示している。

(委員) ・精神障害者の地域移行、地域定着の推進のため、福祉サービスの基盤整備・福祉人材の養成として、グループホームの整備数、福祉人材研修受講、普及啓発活動実施を記載。

・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であり、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。

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。

・アウトカム、プロセス、ストラクチャーが結びついていないように見受けられる。

・実行すべき計画としての色彩があまりないように感じる。

・会議の場でも出尽くさなかった意見を述べる場はあるか。

(事務局) 事務局（京都府障害者支援課）へ電話やメールを頂戴したい。

(委員) ・京都府医療審議会第2回計画部会において、市中の精神科診療所が重症患者を診ていないとあったが、そのようなことはない。この間、病診連携により活動してきている。

・地域において、重症化を避けるためにも、診療所とも協力・連携し活動したい。

(委員) ・地域移行について、長期入院者が在宅に戻ることに賛成。

・8050問題（80代の親（認知症）と50代の子（若いころから入院→在宅へ）と地域移行が抱える問題もリンクしてくるようになってきている。

・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か精神障害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。

(委員) ・本保健医療計画の策定の意義は重要で読み込むべき資料も大部なので検討のための時間を保証した会議日程の設定を求める。

- ・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。
- ・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。