

# 令和3年度 豊能精神医療懇話会 議事概要

日時: 令和3年11月19日(金)午後2時～4時

場所: ZOOMによるオンライン開催

## ■議題

### (1)第7次医療計画における「二次医療圏における医療体制」について

(資料1-1～1-3に基づき事務局より説明)

### (2)コロナ禍における精神科領域の現状と課題

(資料2-1～2-9に基づき事務局より説明)

## ■議題(1)第7次医療計画における「二次医療圏における医療体制」について

### ○質疑応答、意見等

- ・厚生労働省から「精神障害者に対応した地域包括ケアシステムを構築し、精神障害者を包括的に支援していく取組み」が始まったところ。障害福祉分野と保健所・医療分野をどう構築していくか課題であり、医療側からも地域包括ケアシステムに関する文言を入れて同じ方向性としてはどうか。
- ・精神科身体合併症の治療については、高齢化に伴い精神科病院や地域ともに共通で困っている問題。合併症支援について、大阪府では、南部の病院での受入れ件数が多いのが現状。北部は総合病院があり、合併症支援システムの運用状況だけでは現状を評価できない部分もあり、実態はこの数値以外も踏まえて課題整理した方がよい。

### ○今後の方向性

- ・システム運用状況や病病連携等の状況を踏まえて課題を整理し、地域包括ケアシステムへの構築への動きも意識して、精神科医療の地域連携、精神疾患の医療の充実に向けて最終年まで取り組む。

## ■議題(2)コロナ禍における精神科領域の現状と課題

### ○病院、診療所

- ・コロナ禍で非常に苦慮したのは、感染症法と精神保健福祉法の関係で医療保護入院患者をコロナ陽性による転院した後、再入院する際の医療保護入院の入院届が必要で手続きが煩雑だったこと。コロナが感染症法で2類に分類されており、1人陽性者が出ると濃厚接触者で何人も職員を休ませる必要がある点で、病院運営上で非常に困った。
- ・行政や国にお願いしたいことは、精神科において身体合併症の対応が困難な部分があり、そこを解決できる方策を考えてもらいたい。
- ・コロナ感染症発生時に精神科病院は、①職員が感染症に不慣れで初期対応に戸惑ったこと、②患者の自立ケアの困難さ、理解が得にくいこと、③職員と患者の距離が非常に近く、患者自身の感染対策(マスク着用や手指消毒)が困難なこと等、大きな問題だと感じる。地域生活している患者への訪問でも同様で、特に感染リスクにさらされた。
- ・外来において、マスクができずに周囲から責め立てられて恐怖を感じたことにより、公共交通機関が利用できなくなり、病院受診ができなくなるケースがあった。
- ・一方で、患者の話を傾聴することや心理的な共感をなくすと精神科医療として成り立たず、どう両立するかが課題。今後、感染対策も含めて精神科医療のやり方を変えていく必要がある。
- ・精神科病院の感染対策として、病院の構造上、どうゾーニングするかが課題。もともとの閉鎖病棟を区画すると、大人数の患者移動が発生し、移動先や移動手段等が現実問題として悩む。
- ・コロナ禍でどう精神科救急を維持していくかが課題。精神科の救急患者は、患者の協力を得にくく病歴が不明であることが多く、感染拡大期での搬送患者は感染者(疑似症例)として扱う必要があった。身体科の総合病院で閉鎖病棟を持つ病院は少なく、閉鎖病棟を必要とする感染した精神疾患患者の転院先がないという、以前からの課題である精神科身体合併症の問題が特に強く露呈した印象。

そのため、精神科病院は、総合病院に比べ職員数が極めて少ない中、コロナ陽性患者（疑い含む）を受けざるを得なかった。PCR導入等で検査体制を整え、行政・病院・介護等関係者総動員で何とか乗り切ったのが現状。以上の精神科身体合併症について検討すべきである。

- ・コロナ禍では感染拡大防止と、それにより発生する問題の2面があり、バランスを考える必要がある。自殺が女性に増加している件については、経済的な問題などコロナの二次的問題もあり、感染拡大防止の副作用と共に考えていくべき問題。
- ・医療現場では、コロナ拡大により病状悪化して不安が増加した人と逆にメリットを享受して調子が良くなった人と様々。
- ・初診患者は、コロナ関連の主訴で来院する人は少数。高齢者を含め感染拡大中は受診控えがあった。
- ・大学病院の役割は有事の際の医師派遣だが、コロナ禍では派遣医師が感染源になってはいけないので、逆に引き上げる状況でほとんど派遣ができず、従来の災害医療と全く違う状況であった。コンサルテーション程度の関与しかできなかった。
- ・認知症の初期集中支援チームでは、コロナ禍で相談件数自体は減ったが、精神科医が深く関わるべき困難事例（ごみ屋敷、虐待問題、老年期妄想症問題、激しい精神症状、独居患者等）は全く減らず相談が上がってきたので、セーフティネットとして動いた印象はある。

### **○歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション**

- ・歯科領域も、歯科的症状を訴える精神科患者が増えた印象だが、対応に苦慮する案件が多々あり。歯科で対応する為に「精神疾患のある患者が歯科医院に来院した際の対応方法」等を、歯科診療所等に周知啓発する必要がある。
- ・学生のストレスも増加し、学生生活の不安定な環境が不安感の原因になっている。大学のリモート授業に慣れて外出が怖くなり外出できなくなったり、リスクを抱える遠方への長時間電車通学から特に女性を中心に非常に不安感が多く出ている印象。
- ・薬局で飲酒に係る相談を受けることがあるが、相談内容は、在宅ワークによる昼間からの飲酒で家庭環境が悪くなったケースや、一人親家庭で親自身が強い不安感を抱いて飲酒に至るケースなど様々。精神科へ受診勧奨する場合もあるが、受診までに時間がかかる場合も多い中で、薬局では患者の傾聴が限界。
- ・訪問看護ステーションにおいて、キャンセルなく通常通り訪問ができた事業所や、職員によりウイルスが利用者自宅に持ち込まれるのではという不安から訪問のキャンセルが複数あった事業所など様々。訪問できない場合は、代替手段として電話やオンライン画像（ZOOM、LINE等）によるサポートで対応できた。
- ・地道な感染予防対策（物品備蓄、検温、発熱時の連絡等）の継続で、事業所・利用者ともに感染予防は定着してきたが、一方で、居宅の狭い空間での感染対策は利用者の負担になって訪問不要と言われるケースもあるなど、コロナ長期化による長期的な感染対策は職員、利用者ともにストレスになっている状況。
- ・コロナに対する不安感により一般病院を受診できず、訪問看護ステーションに風邪症状や発熱時の対応等の相談・問合せが増えた傾向。
- ・逆にコロナ禍で屋外に人が少ないことから、ひきこもり傾向の利用者にとっては、外出時に人に会う確率が減り、短時間の外出を計画して自信回復に繋がったケースもあり。

### **○行政**

- ・コロナ禍では、入院患者の外出外泊制限や面会訪問制限が多く、医療から福祉に繋げるサービスが非常に困難な状況であった。病院でもオンライン面会等ハード面の整備が進み、徐々に環境が改善された印象。
- ・陽性患者自体も恐怖や不安を持っており、長期間の自粛生活等からコミュニケーションが減少して孤立感が強まったことから、ストレスを訴える相談が多かった。行政として病院や地域活動支援センター等と連携して対応した。
- ・精神疾患患者が陽性になった場合、精神障害の為に宿泊療養できず、自宅療養で家族が介護せざるを

- 得ない状況があり、介護する高齢親に感染する事例もあったが、療養体制を構築して乗り切った。
- ・住民、市民からの声が直接届く基礎自治体で保健所を持っている立場から一番危惧するのは、メンタル不調に関する相談の質が深刻化してきていることと量の増加。
  - ・相談内容は、自殺(未遂)・DV・高齢者虐待・産後鬱・ひきこもり等のメンタルヘルスのテーマ全てに加えて、漠然とした不安等の精神医療に入るか微妙な比較的軽めのメンタル不調を持つ人も非常に増えており、大変危機感を抱いている。そういう層に対して、どのようにフォロー体制・支援体制・医療へのトリアージをしていくか、行政として大きな問題点だと考える。
  - ・精神科病院におけるクラスター発生問題について、クラスター発生時は地域全体が非常に切迫した状態になっている中を、身体科から精神科病院にどのように支援に入ってもらうか、準備していく必要がある。