

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
(第22回)

議 事 次 第

1. 日時 平成21年8月6日(木) 15:30~18:00 目途
2. 場所 航空会館 大ホール(7F)
東京都港区新橋1-18-1
3. 議事
 - 精神医療の質の向上について
 - 早期発見・早期支援のための普及啓発について(調査の報告)
 - これまでの検討会における議論の整理

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

- | | | |
|---|----|------------------------------|
| 資 | 料1 | 精神医療の質の向上について |
| 資 | 料2 | 早期発見・早期支援のための普及啓発について(調査の報告) |
| 資 | 料3 | これまでの検討会における議論の整理 |

第22回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年8月6日

資料1

精神医療の質の向上について

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

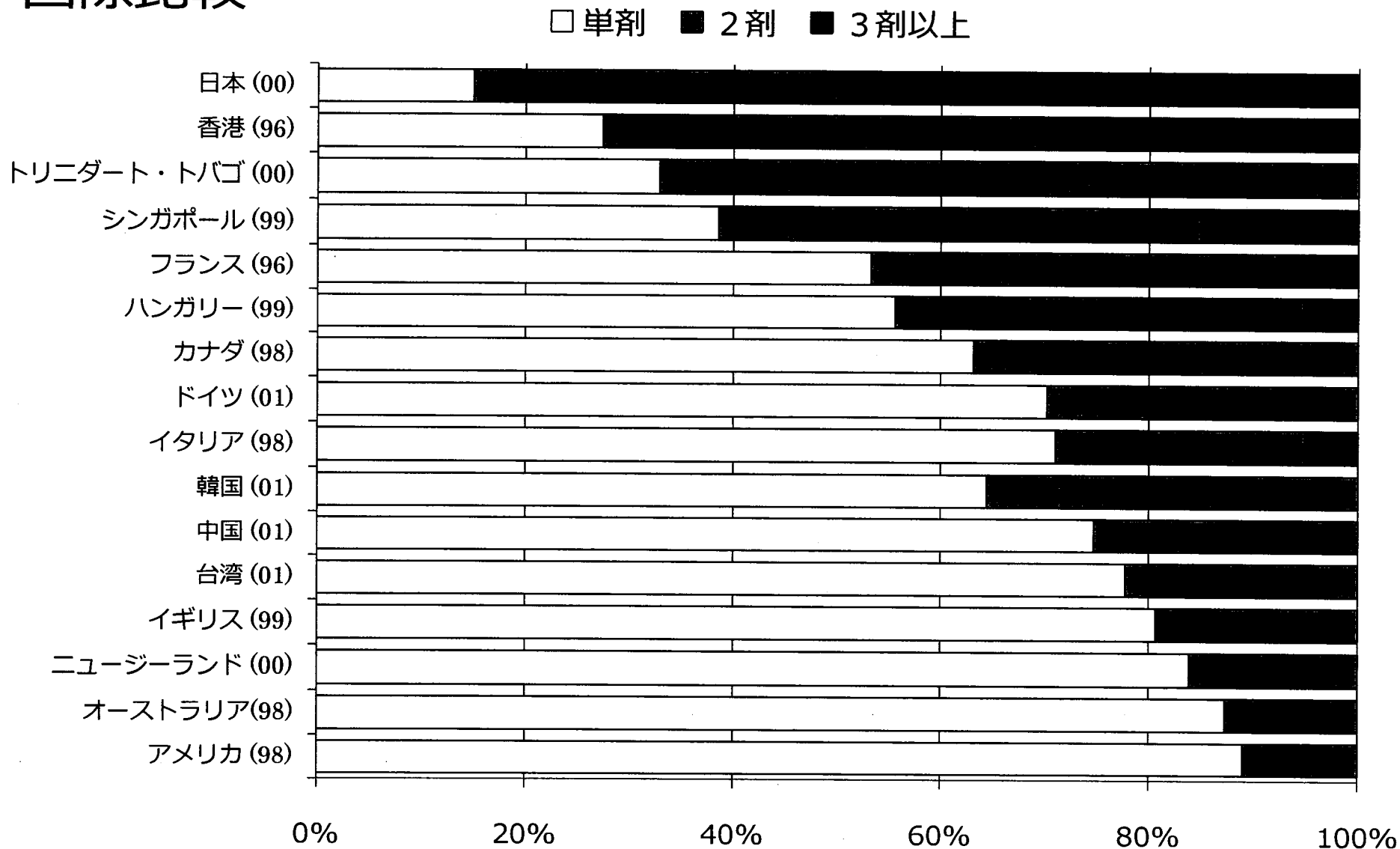
V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

- 薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、更に検討を行うべきではないか。

①精神医療の質の向上について
(薬物療法・精神療法のあり方、
医療の標準化等)

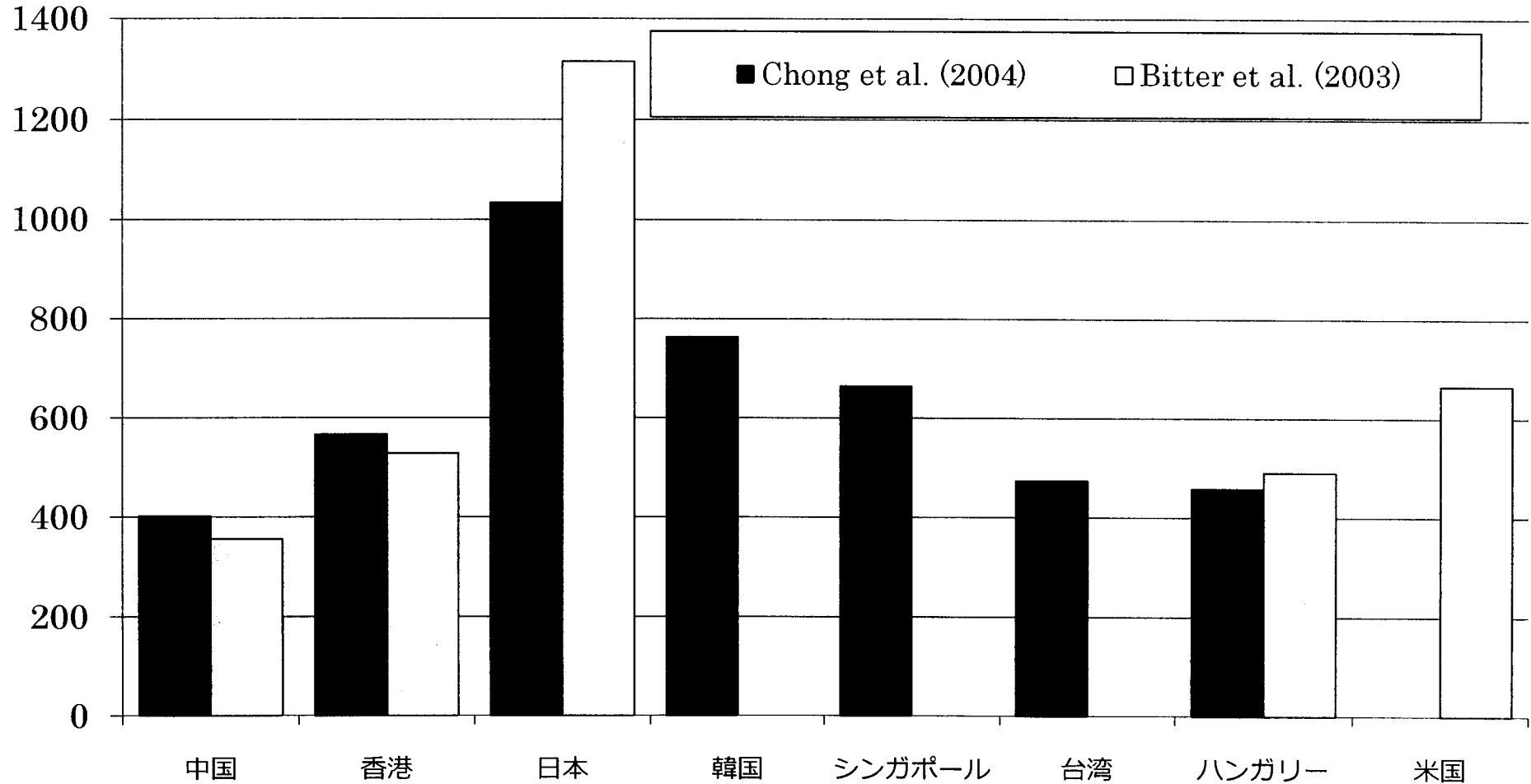
統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与に関する国際比較



稲垣 (2005) より引用・改変
 慶應義塾大学 稲垣中先生 提供資料

抗精神病薬
投与量*
(mg/日)

統合失調症入院患者の抗精神病薬投与量国際比較



→ わが国では海外より大量の抗精神病薬が使用されている可能性がある

* : クロルプロマジン換算

抗うつ薬多剤併用の実態調査

| 報告者(調査年) | 調査国 | N | 多剤併用率 |
|---------------------|--------|---------|------------------------|
| 竹内ら(2002) | | 1110 | 35.9% |
| 藤井ら(2002) | | 609 | 19.0% |
| 稲垣ら(2006) | | 307 | 34.9% |
| McManusら(1996) | 豪州 | 55,271 | 5.02% |
| Percudaniら(2001) | 伊 | 404,238 | M: 11.77% F: 12.83% |
| Thommasenら(2001) | カナダ | 136 | ≒25% |
| De la Gandara(2002) | スペイン | | 4.5% |
| 田中ら(2002) | 中国 | 537 | 11.9% |
| | 韓国 | 293 | 24.9% |
| | シンガポール | 72 | 3.4% |
| | 台湾 | 387 | 3.6% |

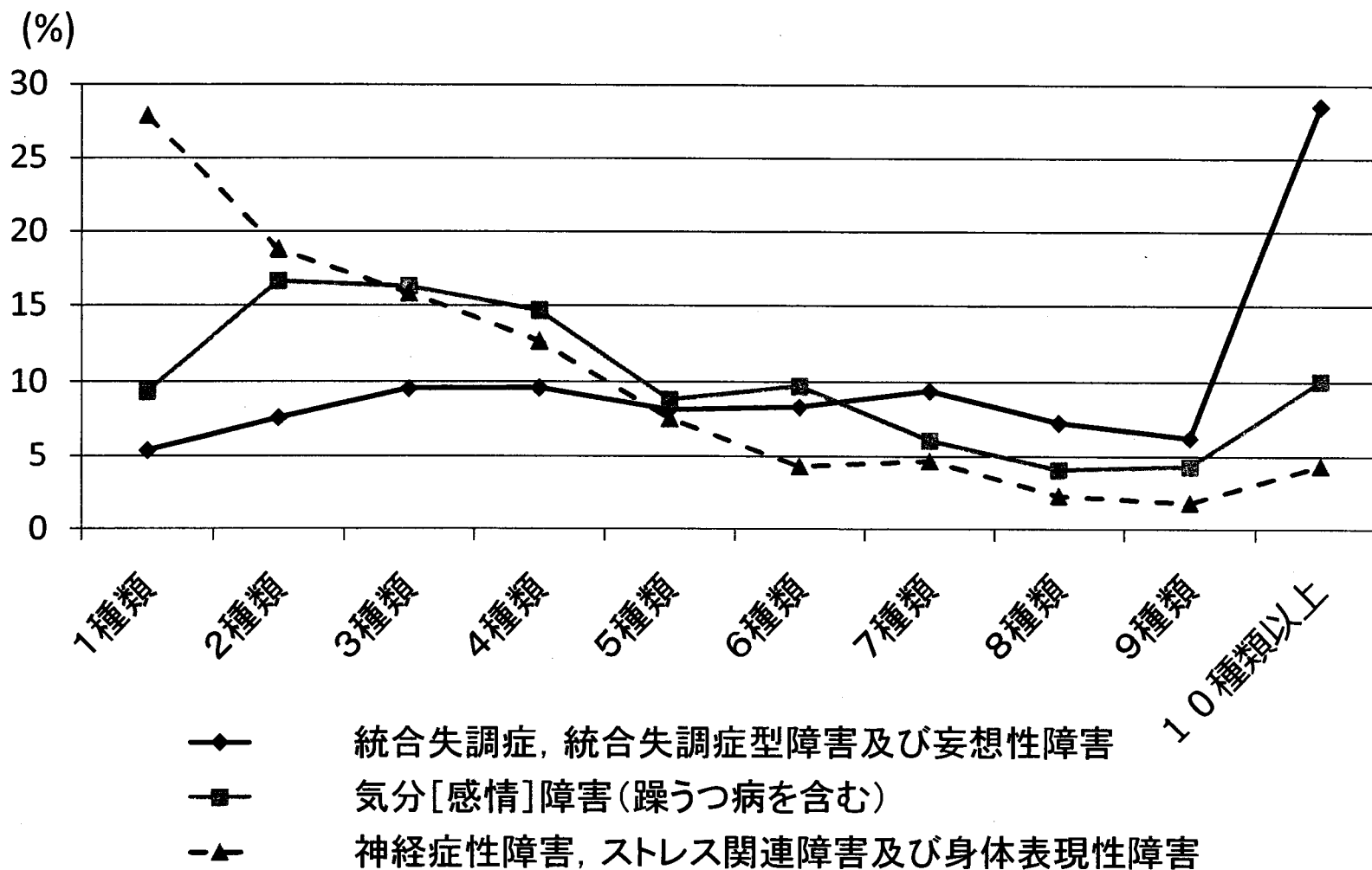
全疾患毎の平均処方薬剤種数(注射剤を含む)

| 疾患 | 処方剤数 | 疾患 | 処方剤数 | 疾患 | 処方剤数 |
|-----------------------|-------|----------------------|------|--------------------------|------|
| 白血病 | 12.79 | 知的障害(精神遅滞) | 5.69 | 腸管感染症 | 4.13 |
| 腎不全 | 11.87 | 骨折 | 5.69 | 子宮の悪性新生物 | 4.1 |
| 肺炎 | 10.68 | その他の呼吸器系の疾患 | 5.67 | アレルギー性鼻炎 | 4 |
| 気管、気管支及び肺の悪性新生物 | 9.41 | その他の内耳疾患 | 5.55 | 腰痛症及び坐骨神経痛 | 4 |
| 悪性リンパ腫 | 9.4 | 急性又は慢性と明示されない気管支炎 | 5.36 | その他の耳疾患 | 3.93 |
| 胆石症及び胆のう炎 | 9.34 | 急性気管支炎及び急性細気管支炎 | 5.32 | 椎間板障害 | 3.84 |
| 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 | 8.89 | 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 | 5.31 | 関節症 | 3.82 |
| 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 | 8.64 | その他の血液及び造血器の疾患・免疫の障害 | 5.26 | 痔核 | 3.78 |
| 肝及び肝内胆管の悪性新生物 | 8.4 | その他の消化器系の疾患 | 5.22 | 急性鼻咽頭炎[かぜ]<感冒> | 3.71 |
| 心臓の先天奇形 | 8.11 | 胃炎及び十二指腸炎 | 5.19 | その他の中耳及び乳様突起の疾患 | 3.7 |
| くも膜下出血 | 7.73 | 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 | 5.13 | その他の神経系の疾患 | 3.68 |
| 結核 | 7.7 | 流産 | 5.1 | 肩の傷害<損傷> | 3.68 |
| 妊娠高血圧症候群 | 7.7 | その他の先天奇形、変形及び染色体異常 | 5.07 | てんかん | 3.66 |
| 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 7.68 | ウイルス肝炎 | 5.05 | その他の周産期に発生した病態 | 3.65 |
| 胃の悪性新生物 | 7.67 | 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) | 5 | その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 | 3.6 |
| 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 | 7.53 | メニエール病 | 4.98 | 中耳炎 | 3.53 |
| 肝硬変(アルコール性のものを除く) | 7.28 | 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 | 4.8 | 症状、徴候及び異常臨床所見で他に分類されないもの | 3.53 |
| 脳内出血 | 7.23 | 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 | 4.78 | 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 | 3.51 |
| 動脈硬化(症) | 7.2 | アルツハイマー病 | 4.73 | 熱傷及び腐食 | 3.5 |
| 膝疾患 | 7.15 | その他の妊娠、分娩及び産後 | 4.71 | 頸腕症候群 | 3.49 |
| 虚血性心疾患 | 6.95 | その他の感染症及び寄生虫症 | 4.64 | | |
| その他の心疾患 | 6.92 | 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) | 4.62 | | |
| 脳梗塞 | 6.66 | その他の急性上気道感染症 | 4.57 | | |
| その他の悪性新生物 | 6.51 | その他の精神及び行動の障害 | 4.55 | その他の外耳疾患 | 2.66 |
| パーキンソン病 | 6.51 | 慢性副鼻腔炎 | 4.49 | その他の歯及び歯の支持組織の障害 | 2.66 |
| 結腸の悪性新生物 | 6.43 | 乳房の悪性新生物 | 4.47 | その他の眼及び付属器の疾患 | 2.52 |
| その他の循環器系の疾患 | 6.4 | 炎症性多発性関節障害 | 4.4 | 真菌炎 | 2.36 |
| その他の脳血管疾患 | 6.29 | 妊娠及び胎児発育に関連する障害 | 4.4 | 結膜炎 | 2.35 |
| アルコール性肝疾患 | 6.14 | 高血圧性疾患 | 4.39 | 月経障害及び閉経周辺期障害 | 2.35 |
| 慢性閉塞性肺疾患 | 6.01 | 急性咽喉炎及び急性扁桃炎 | 4.33 | 乳房及びその他の女性生殖器疾患 | 2.2 |
| 血管性及び詳細不明の認知症 | 5.96 | 脊椎障害(脊椎症を含む) | 4.3 | その他の男性生殖器の疾患 | 2.13 |
| その他の肝疾患 | 5.9 | 骨の密度及び構造の障害 | 4.29 | 歯肉炎及び歯周疾患 | 1.86 |
| 喘息 | 5.7 | 自律神経系の障害 | 4.14 | 屈折及び調節の障害 | 1.84 |

注:「薬剤」の出現する明細書(ただし「処方せん料」を算定している明細書、「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書及びDPCに係る明細書は除く。)を集計対象とし、薬剤名不明は除外している。

平成19年 社会医療診療行為別調査

疾患別の処方薬剤種数の分布



注:「薬剤」の出現する明細書(ただし「処方せん料」を算定している明細書、「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書及びDPCに係る明細書は除く。)を集計対象とし、薬剤名不明は除外している。

平成19年 社会医療診療行為別調査

抗精神病薬の組み合わせについてNICEガイドラインの見解

(Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update) National Clinical Practice Guideline Number 82 ;National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence) <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG82FullGuideline.pdf>

- 効果が上がることについて、支持する証拠はほとんどない
 - ・ 非定型抗精神病薬の組み合わせによる症状改善のエビデンスは乏しい(Chan & Sweeting, 2007)
 - ・ 抗精神病薬の多剤併用の戦略は、非効果的である(Chong & Remington, 2000)
 - 抗精神病薬を組み合わせることは高用量になり、副作用のリスクをあげる
 - ・ 抗精神病薬の切り替えは、追加よりも精神症状の改善に勝る(Kreyenbuhl, 2007)
- <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/58/7/983/T3>

| | n | 陽性症状*の変化 | | 陰性症状*の変化 | | GAFの変化 | |
|------------|-----|------------|---------|------------|---------|-----------|---------|
| 抗精神病薬の追加 | 70 | -0.77±0.82 | p=0.009 | -0.60±0.68 | P=0.092 | 10.4±10.9 | P=0.047 |
| 抗精神病薬の切り替え | 139 | -1.00±0.81 | | -0.72±0.78 | | 14.0±12.0 | |

* Likert scale; 1~5点で5点が重症

我が国における単剤療法と多剤・大量療法の比較

- 単剤投与を受けている者の方が、多剤・大量投与を受けている者よりも入院中の症状改善が良好

| | n | 入院時GAF | 退院時GAF* |
|-----------------------|-----|-----------|-----------|
| CPZ<1000mg/dの単剤 | 37 | 28.3±14.9 | 64.8±16.2 |
| 多剤または大量(CPZ>1000mg/d) | 102 | 31.8±14.1 | 57.2±14.5 |

* p<0.01, 注: 両群で罹病期間にも有意差あり
H Ito et al, British J of Psy (2005)

特定抗精神病薬治療管理に関する加算

- 概要

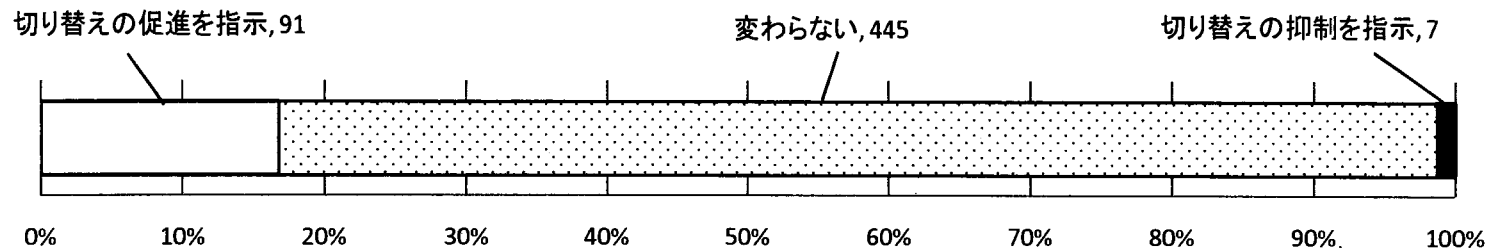
精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科療養病棟入院料を算定している病棟に入院している統合失調症患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬(オランザピン・クエチアピン・ペロスピロン・リスペリドン・アリピプラゾール・ブロナンセリン)による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき10点を加算する。

- 算定患者の精神病床入院患者に占める割合 (%) (社会医療診療行為別調査)

| | 平成19年 | 平成20年 |
|------------|-------|-------|
| 精神科救急病棟 | 47.0 | 45.5 |
| 精神科急性期治療病棟 | 28.0 | 28.9 |
| 精神科療養病棟 | 45.6 | 43.3 |
| 合計 | 43.2 | 41.1 |

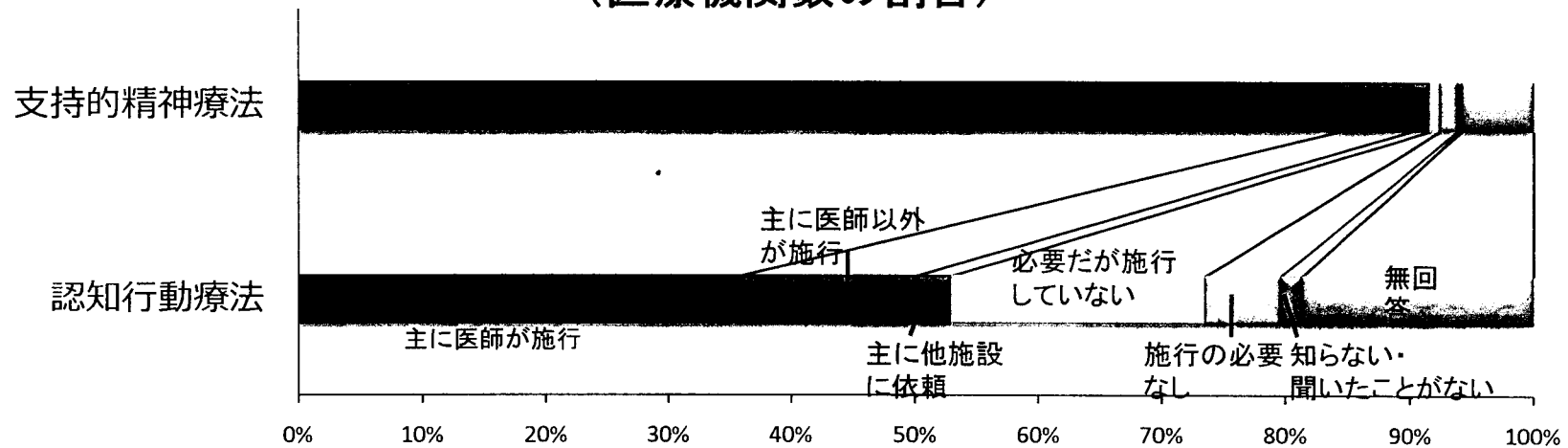
●導入の影響に関するアンケート調査

日本精神科病院協会が平成17年2~3月に会員病院に調査。加算を算定した病院(n=543)に対し、抗精神病薬切り替えの影響を尋ねたもの。



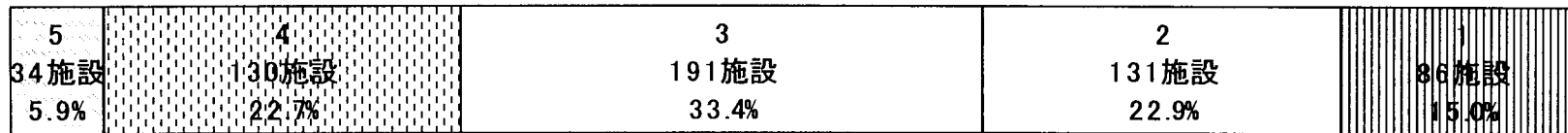
「精神科医療に係る平成16年度診療報酬改定の影響に関する調査研究」平成17年 日本精神科病院協会
出典:中医協 診療報酬改定検証部会(平成17年12月7日)資料

気分障害に対する精神療法の実施状況 (医療機関数の割合)



精神科における精神療法の実施状況 (医療機関の自己評価)

有効回答数: 572



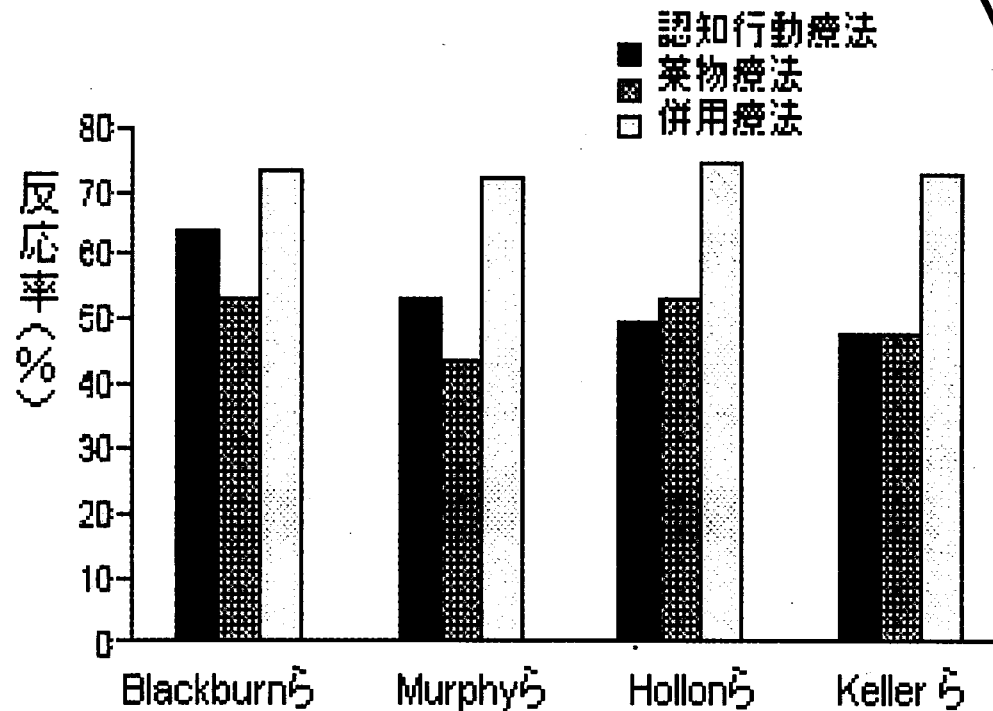
精神療法の実施が十分であるかを5段階で回答
5(十分である)-4-3(どちらでもない)-2-1(十分でない)

十分でない施設が37.9%

- 全国社会資源名簿(2002-2004)(財団法人:全国精神障害者家族連合会・編)にもとづき、精神科を有する全国の医療施設2949施設(病院:1869施設、診療所:1080施設)の診療部長ないし施設長宛に調査用紙を郵送
- 回答施設数:586施設(回答率:20.3%)

成人うつ病に対する 認知行動療法と薬物療法の治療反応率

(Hollon et al., 2005から引用)



併用療法の効果の背景
①症状の改善や日常生活の機能改善による
②異なる治療法の併用により臨床改善がえられ、それが治療反応率を上げる
③精神療法が薬物療法の受け入れや忍容性を向上させることより、治療のアドヒアランスを引き上げる
④認知行動療法などの精神療法は長期間に渡っても再発予防に効果を示すことから維持治療に有効

データは、Blackburn et al., 1981; Murphy et al., 1984; Hollon et al., 1992; Keller et al., 2000による。

アメリカにおける精神療法の研修・教育

- 2007年以降、精神科研修医委員会 (Residency Review Committee) では、支持的精神療法、精神力動的精神療法、認知行動療法を必須カリキュラムとしている

(2001年に上記とブリーフセラピー、精神療法と薬物療法の併用療法を必須化、2007年にブリーフセラピーと精神療法と薬物療法の併用療法は下位概念の療法として削減)

- 上級セラピストへの陪席、プロセスノート、録音テープ、録画ビデオを利用したスーパービジョン等による研修を実施
- 研修における評価についても標準化が進んでいる
 - 精神力動的精神療法
 - multiple-choice Columbia Psychotherapy Skills Test
 - 認知行動療法
 - Supervision checklist

(参考)精神療法に関する研修内容の比較

● 日本の精神科専門医 研修プログラム

日本精神神経学会が定めた「研修手帳」に、以下の精神療法技法・領域について、各々の行動目標が示されている。

● 施行できる
支持的精神療法

○ 経験する
力動的
精神療法
(症例によって、指導医の下で)
家族への疾患教育

○ 理解できる
認知行動療法
森田療法、内観療法
集団力動

● 米国の精神科専門医 研修プログラム

卒後医学教育機構が各研修施設に対して示したプログラム基準に、以下の精神療法技法を習得すべきと示されている。

● 提供できるべき
支持的
精神療法
力動的
精神療法
認知行動療法

個人、家族、集団に対して
短期、長期

他のエビデンスのある精神療法

出典: 精神科専門医制度研修手帳、
http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/400_psychiatry_07012007_u04122008.pdf

国内で作成された精神医療におけるガイドライン

- 日本精神神経学会
 - 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第三版)(2006)
- 日本総合病院精神医学会
 - せん妄の治療指針(2005)
 - 静脈血栓塞栓症予防指針(2006)
 - 身体拘束・隔離の指針(2007)
 - 急性薬物中毒の指針(2008)
- 日本精神科救急学会
 - 精神科救急医療ガイドライン 2007年1月19日版
- 精神医学講座担当者会議
 - 気分障害治療ガイドライン(2004)
 - 統合失調症治療ガイドライン(第2版)(2008)
- 厚生労働科学研究費・厚生労働省精神・神経疾患研究委託費
 - 心的トラウマの理解とケア(2001)
 - 睡眠障害の対応と治療ガイドライン(2002)
 - アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン(2002)
 - 摂食障害の診断と治療—ガイドライン(2005)
 - パニック障害ハンドブック—治療ガイドラインと診療の実際(2008)
 - 境界性パーソナリティ障害〈日本版治療ガイドライン〉(2008)
 - 注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン第3版(2008) 等

様々な主体が診療ガイドラインを作成しているが、その普及等が課題

(参考) 米国精神医学会による治療ガイドライン

- 1989年から作成に着手、1993年から逐次公表
- ガイドライン作成後の最新の知見はホームページ上で適宜公表
- 個々のガイドラインは原則5年ごとに改訂
- 現在公表されているガイドライン
 - Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder (急性ストレス障害、外傷後ストレス障害)
 - Alzheimer's Disease and Other Dementias (アルツハイマー病と他の認知症)
 - Bipolar Disorder (双極性障害)
 - Borderline Personality Disorder (境界性パーソナリティ障害)
 - Delirium (せん妄)
 - Eating Disorders (摂食障害)
 - HIV/AIDS (HIV/AIDS患者の精神医学的ケア)
 - Major Depressive Disorder (大うつ病性障害)
 - Obsessive-Compulsive Disorder (強迫性障害)
 - Panic Disorder (パニック障害)
 - Psychiatric Evaluation of Adults (成人の精神医学的評価)
 - Schizophrenia (統合失調症)
 - Substance Use Disorders (物質使用障害)
 - Suicidal Behaviors (自殺行動)
- 邦訳も出版されている

(参考) 英国NICEによる診療ガイドライン

- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) は1999年に設立された機関であり、NICEでは医療の質と安全性の向上のために、国レベルでの診療ガイドラインを示している
- ガイドラインはホームページ上で公表されている
- 個々のガイドラインは適宜更新されている
- 現在公表されている精神疾患に関するガイドライン
 - Antisocial personality disorder (反社会性パーソナリティ障害)
 - Anxiety (不安)
 - Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
 - Bipolar disorder (双極性障害)
 - Borderline personality disorder (境界性パーソナリティ障害)
 - Dementia (認知症)
 - Depression (うつ病)
 - Depression in children and young people (児童青年期のうつ病)
 - Drug misuse: opioid detoxification (薬物乱用: 解毒)
 - Drug misuse: psychosocial interventions (薬物乱用: 心理社会的介入)
 - Eating disorders (摂食障害)
 - Obsessive-compulsive disorder (強迫性障害)
 - Post-traumatic stress disorder (PTSD)
 - Schizophrenia (統合失調症)
 - Self-harm (自傷)

医療の質の評価の3方法

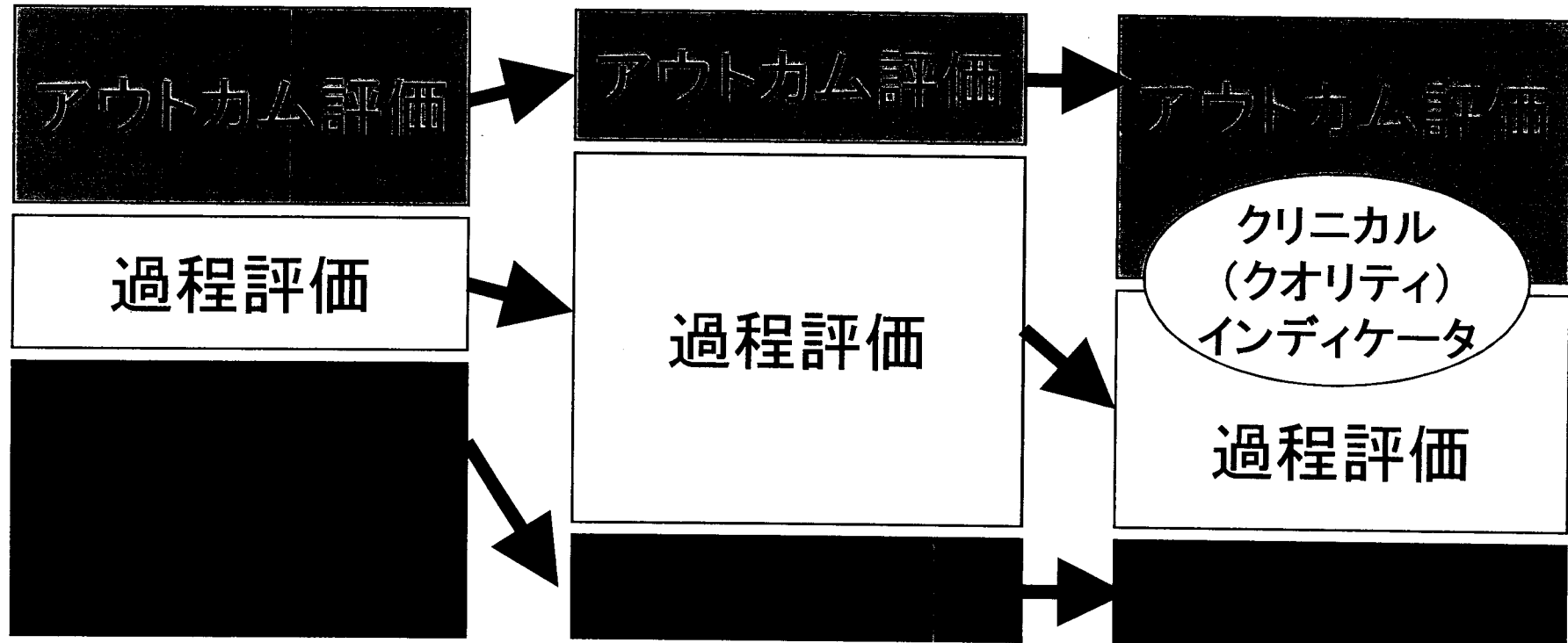
- 構造(Structure)
 - スタッフ、建物、設備など
- 過程(Process)
 - 診療録の記載、委員会や検討プロセスなど
- 成果(Outcome)
 - 術後死亡率、再入院率、院内感染率など

医療の質評価の動向*

20世紀前半

1950年代頃から

1980年代後半から



*評価の力点の割合の動向を概念的に示したもので、割合は根拠に基づいたものではない。

海外で使用されている 精神科医療のクオリティの指標

- OECDにおける精神科医療のquality indicator
- オーストラリアのHealth Care Organization (HCO)におけるquality indicator
- 米国精神医学会タスクフォース
- 米国のPhysician Quality Reporting Initiative (PQRI): メディケアのドクターフィー等と連動する任意報告制度
- European Community Health Indicator project (ECHI): 現在進行中のプロジェクト

Australia Health Care Organization版の Quality of CareのIndicator

- 診断: 2項目
- 身体所見評価: 1項目
- 処方パターン: 5項目
- ECT: 2項目
- 身体拘束: 5項目
- 重大な事故(4項目): 自殺企図, 自殺, 暴力, 自傷, 外傷
- 再入院: 1項目
- 死亡率: 1項目
- 治療モニタリング(3項目): 血中濃度モニタリング
- 治療継続(2項目): サマリー提出率

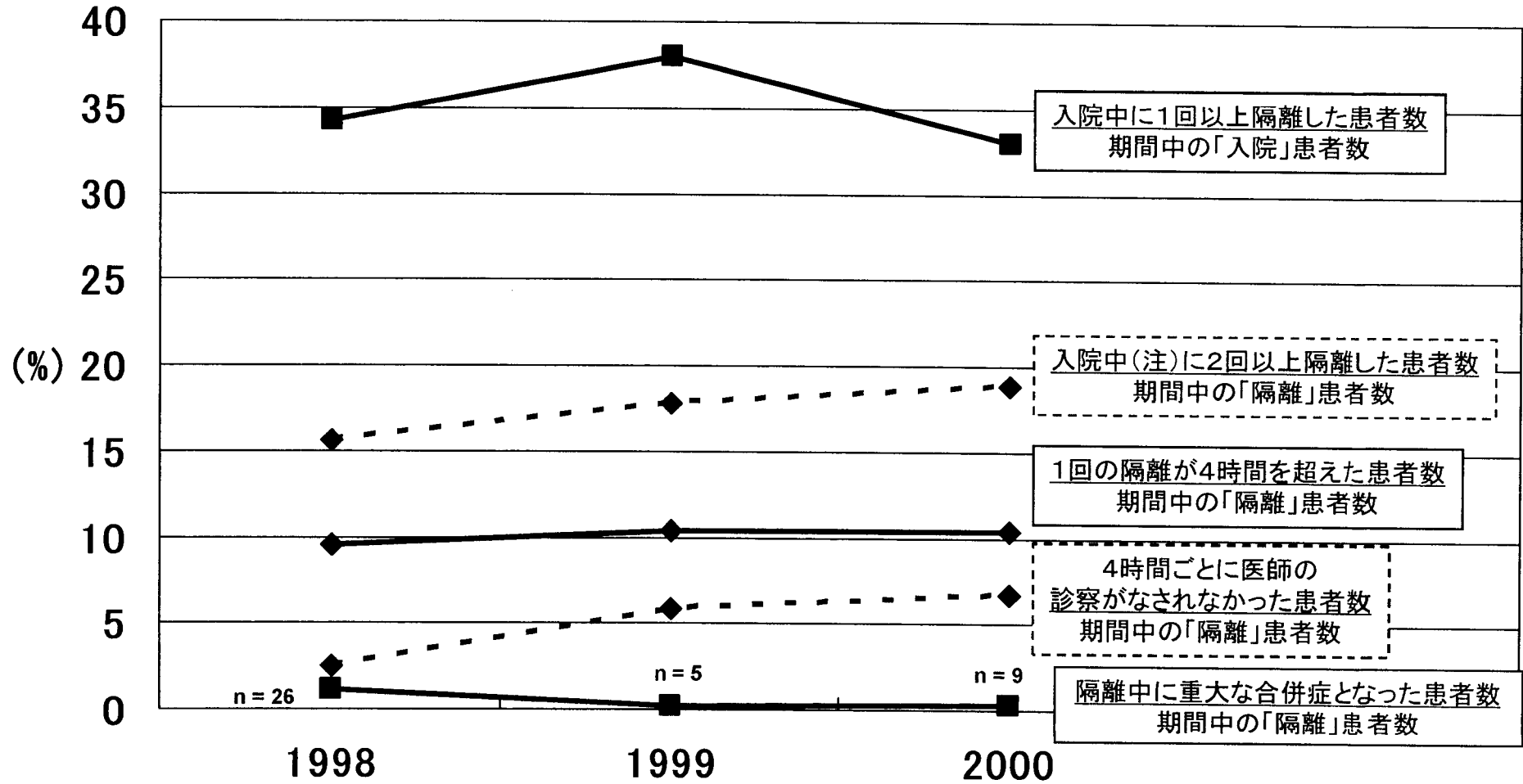
インディケータの例 (豪州)

- *Indicator Area 3: 処方パターン*

$$= \frac{\text{クロールプロマジン換算で1,000mgを超える
経口投与入院患者数}}{\text{経口投与されている全入院患者数}}$$

- 改善: from 8.6% (1998) to 6.4% (2000)
- 地域差等 (1999)
 - 都市部 (8.4%) vs. 農村部 (1.8%): 2000年には改善
 - 公的病院 (10.2%) vs. 民間病院 (3.4%)

隔離に関するインディケータ(豪州)



我が国の精神科救急病棟における クリニカルインディケータの収集

- eCODO(行動制限最適化データベース、国立精神・神経センター精神保健研究所)と、
PQD(精神科救急質データベース、日本精神科救急学会)の
統合データベース
- 精神科救急に関する臨床の質指標を管理
 - 患者特性(年齢・性別・入院形態・診断等)
 - 診療プロセス(薬物療法の種類数・作業療法・退院前訪問・精神保健福祉士の介入等)
 - アウトカム(入院日数・状態評価・退院先等)
 - 行動制限に関する一覧性台帳の役割
 - 2009年3月までデモ版の公開

医業に関して広告可能な主な事項

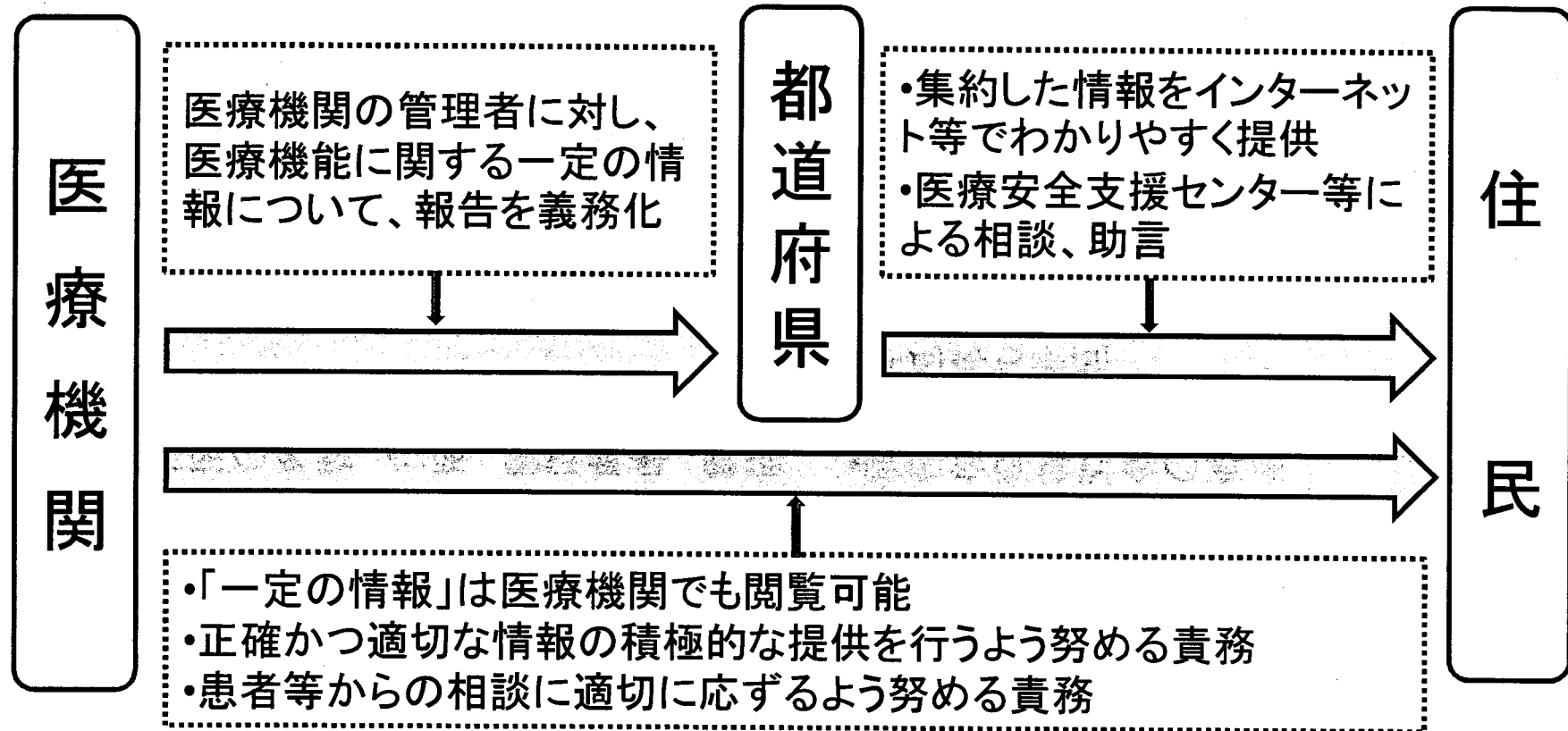
- 診療科名
- 病院・診療所の名称、住所、電話番号、管理者の氏名
- 診療時間
- 予約診療の有無
- 精神保健指定医、精神保健指定病院、応急入院指定病院
- 指定生活保護医療機関
- 指定自立支援医療機関
- 施設の概要(面積、病床数、特定の施設、医療機器等)
- 医師・看護師等の氏名、役職、略歴等
- 専門医(広告可能なものに限る)
- 休日・夜間の診療の実施
- 診療録の電子化
- セカンドオピニオンの実施
- 院内相談の実施
- 院内症例検討会の実施
- 医療安全措置の実施
- 平均待ち時間
- 紹介可能な医療・保健・福祉サービスの名称
- ホームページアドレス
- 検査・手術その他の治療方法
- 往診、在宅医療の実施
- 手術件数
- 平均在院日数
- 外来、入院患者数
- 平均病床利用率
- 治験の実施
- クレジットカードの使用の可否
- インターネット接続環境

等

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針(医療広告ガイドライン)(平成19年3月30日 医政局長通知)より

医療機能情報提供制度【医療法】(概要)

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務づけ、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組み



医療機能情報提供制度により報告・公表の対象となる事項の例

第一 管理、運営及びサービス等に関する事項

- 一 基本情報
- 二 病院等へのアクセス
- 三 院内サービス等
- 四 費用負担等

第二 提供サービスや医療連携体制に関する事項

- 一 診療内容、提供保健・医療・介護サービス
 - ・ 医師等の医療従事者の専門性に関する資格の種類及びその種類毎の人数（例：「精神保健指定医」）
 - ・ 保有する施設設備として厚生労働大臣が定めるもの（例：「保護室」）
 - ・ 対応することができる疾患又は治療の内容として厚生労働大臣が定めるもの
 - ・ 専門外来の有無及び内容
 - ・ 対応することができる在宅医療に関する対応として厚生労働大臣が定めるもの
 - ・ 地域医療連携体制
 - ・ 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無

第三 医療の実績、結果等に関する事項

- ・ 病院の人員配置
- ・ 看護師の配置状況
- ・ 法令上の義務以外の医療安全対策
- ・ 法令上の義務以外の院内感染対策
- ・ 情報開示に関する窓口の有無
- ・ 症例検討体制
- ・ 治療結果情報
- ・ 患者数
- ・ 平均在院日数
- ・ 患者満足度の調査の実施・結果の提供の有無
- ・ 財団法人日本医療機能評価機構による認定の有無

11) 対応できる疾患・治療内容

3 精神科・神経科領域

- 1 精神科・神経科領域の一次診療
- 2 臨床心理・神経心理検査
- 3 精神療法
- 4 精神分析療法
- 5 心身医学療法
- 6 終夜睡眠ポリグラフィー
- 7 禁煙指導（ニコチン依存症管理）
- 8 思春期のうつ病、躁うつ病
- 9 睡眠障害
- 10 摂食障害（拒食症・過食症）
- 11 アルコール依存症
- 12 薬物依存症
- 13 神経症性障害（強迫性障害、不安障害、パニック障害等）
- 14 認知症
- 15 心的外傷後ストレス障害（PTSD）
- 16 発達障害（自閉症、学習障害等）
- 17 精神科ショート・ケア
- 18 精神科デイ・ケア
- 19 精神科ナイト・ケア
- 20 精神科デイ・ナイト・ケア
- 21 重度認知症患者デイ・ケア

精神科専門医制度

- 日本精神神経学会が制定
- 医師経験5年以上、精神科研修3年以上
- 学会の施設委員会が認定した研修施設で、学会の「研修手帳」に沿った研修プログラムにより研修
 - 総論 62項目、疾患別 266項目、ABCのうちB以上の評価がそれぞれ60%以上必要
- 平成21年度から試験開始
 - 10症例以上レポート提出(一次試験)
 - 筆記試験、面接試験(二次試験)を施行
 - ※ 平成17年度から面接・症例レポートによる過渡的認定を行い8,880人が合格
- 5年ごとの更新制(学会参加等が要件)
- 日本専門医制評価・認定機構等の意見を聴いた上で届出が行われ、一定の基準を満たしていれば、専門医であることを広告することができる。

精神科専門医研修プログラムの内容(抄)

総論的内容

- | | | |
|---|---------------|-----------|
| 1)患者及び家族との面接 | 2)疾患の概念と病態の理解 | 3)診断と治療計画 |
| 4)補助検査法(神経学的検査、心理検査、脳波、脳画像検査など) | 5)薬物・身体療法 | 6)精神療法 |
| 7)心理社会的療法、精神科リハビリテーション、及び地域精神医療・保健・福祉 | | 8)精神科救急 |
| 9)リエゾン・コンサルテーション精神医学 | | |
| 10)法と精神医学(鑑定、医療法、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、成年後見制度等) | | |
| 11)医の倫理(人権の尊重とインフォームドコンセント) | 12)安全管理 | |

経験すべき疾患(病名)

- | | |
|--|------------------------|
| ① 統合失調症 | 経験症例数 10 例以上、症例報告2 例以上 |
| ② 気分(感情)障害 | 経験症例数 5 例以上、症例報告1 例以上 |
| ③ 精神作用物質による精神及び行動の障害 | 経験症例数 2 例以上、症例報告1 例以上 |
| ④ 症状性を含む器質性精神障害(認知症など) | 経験症例数 4 例以上、症例報告2 例以上 |
| ⑤ 児童・思春期精神障害(摂食障害を含んでよい) * 18 歳未満とする。 | 経験症例数 2 例以上、症例報告1 例以上 |
| ⑥ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(摂食障害を含んでよい) | 経験症例数 5 例以上、症例報告2 例以上 |
| ⑦ 成人の人格及び行動の障害 | 経験症例数 2 例以上、症例報告1 例以上 |

経験すべき治療場面 各経験症例5例以上、症例報告1例以上

- | | | | |
|------|--------|--------|-------------------------|
| ① 救急 | ② 行動制限 | ③ 地域医療 | ④ 合併症、コンサルテーション・リエゾンの症例 |
|------|--------|--------|-------------------------|

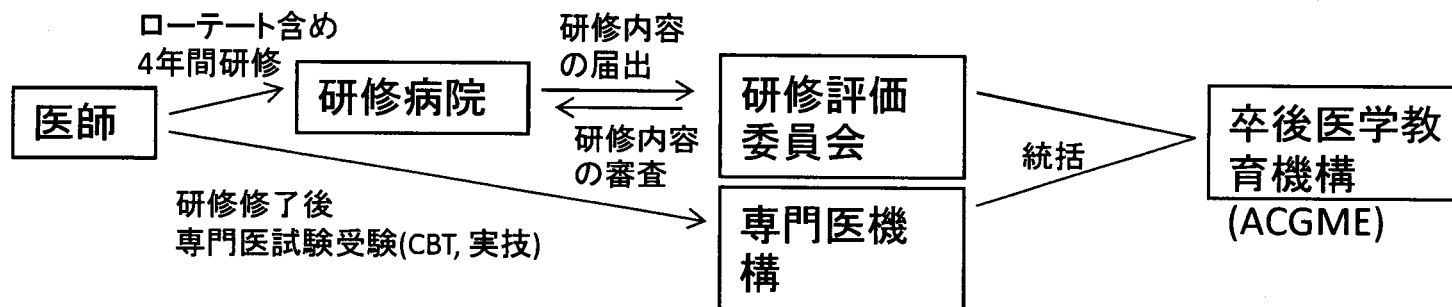
経験すべき治療形態

- | | |
|--|----------------------|
| ① 入院治療 | 経験症例数 25例以上、症例報告3例以上 |
| ② 上のうちで非自発的入院治療 * 医療保護入院、措置入院、応急入院を意味する。 | 経験症例数 15例以上、症例報告2例以上 |
| ③ 外来治療 | 経験症例数 20例以上、症例報告2例以上 |

上記は個々の受験生にとっては研修の必修項目であるが、1施設で全項目を提供するとは限らず、複数施設で研修できればよい
従って各施設は個々の実情に即した内容のプログラムを作成する。

米国における研修制度

- 各科の研修プログラムについて、卒後4年間の研修の場・領域・行うべき内容・設備等の要件を、研修評価委員会が設定。
- 各医療機関の研修プログラムは、研修評価委員会の審査を受ける必要がある。



- 精神科の標準的な研修プログラムとして示されている内容

| | | | | |
|-----|--------------|-------------|---------|--------|
| 1年次 | 4ヶ月 | 2ヶ月 | 6ヶ月 | |
| | 内科 | 神経内科 | 精神科(入院) | |
| 2年次 | 4ヶ月 | 4ヶ月 | 4ヶ月 | |
| | 精神科(入院) | 児童思春期/ 物質依存 | | |
| 3年次 | 12ヶ月 | | | |
| | 精神科(外来) | | | |
| 4年次 | 6ヶ月 | 2ヶ月 | 2ヶ月 | 2ヶ月 |
| | 選択 | 精神科救急 | 管理・経営 | 地域精神保健 |
| | 週のうち半日は精神科外来 | | | |

コメディカルを対象とした精神科領域に関する生涯教育・研修制度

(平成21年7月現在)

1) 看護師(看護師、准看護師)を対象としたもの

- 生涯教育・研修制度(主なもの)
 - ・社団法人日本精神科看護技術協会：新人研修、中堅研修、専門研修、管理研修
 - ・社団法人日本精神科病院協会：学術教育研修会(看護部門)
通信教育(基礎コース、上級コース、指導者養成コース)
- 認定看護師の認定
 - ・社団法人日本精神科看護技術協会：精神科認定看護師 317名
 - ・社団法人日本看護協会：認知症看護認定看護師 94名
 - ・社団法人日本精神科病院協会：精神科病院認定看護師 平成21年開始
- 専門看護師の認定
 - ・社団法人日本看護協会：精神看護専門看護師 52名

2) 精神保健福祉士を対象としたもの

- 生涯教育・研修制度(主なもの)
 - ・社団法人日本精神保健福祉士協会：基幹研修、課題別研修、養成研修
※研修認定精神保健福祉士 1,827名
 - ・社団法人日本精神科病院協会：学術教育研修会(精神保健福祉士部門)

3) 作業療法士を対象としたもの

- 生涯教育・研修制度(主なもの)
 - ・社団法人日本作業療法士協会：生涯教育制度＝生涯教育基礎研修、認定作業療法士取得研修、専門作業療法士取得研修
※認定作業療法士数451名(その内、精神科領域に従事している者73名)
 - ・社団法人日本精神科病院協会：学術教育研修会(作業療法士部門)

※その他、各職能団体の都道府県協会・支部や専門団体等においても精神科領域に関する研修会等が行われている。

精神科医療の質の向上について

現状と課題

- 精神科薬を用いた標準的でない治療(多剤・大量投与、長期少量投与、多剤・少量投与、依存性薬物の長期処方等)について、その有効性等を懸念する指摘がある。特に抗精神病薬の多剤・大量投与は、単剤投与と比較した有効性が明らかでない一方で、副作用のリスクが高まるとされているが、我が国では依然として諸外国よりも頻繁に実施されている。
- 認知行動療法等の精神療法については、薬物療法と比較した効果が明らかになりつつあるものもあるが、精神科医師がその実践のために技術を習得する方法が必ずしも明確でないなど、普及が進んでいない。
- 精神科における診療ガイドラインは、我が国でも様々な主体により作成されているものの、その多くは十分に普及していない。
- 診療のプロセス・アウトカムを評価し、改善を図るために、諸外国でクリニカルインディケータを収集・公開する取り組みが行われつつあり、我が国でも研究が行われている。
- 精神科専門医の制度が今年度より正式に開始されるなど、精神科医の養成の充実が図られているが、具体的な研修体制や研修方法については各研修機関に委ねられる部分が多いほか、精神療法、児童思春期精神医学など、現状では、研修機関や指導者等の研修体制を十分に確保しにくい領域もある。
- 医師以外の医療従事者についても、職能団体等において資質の向上のための様々な研修機会が設けられている。

精神科医療の質の向上について

検 討

- 精神科の治療には個人差が大きいものの、難治例や特殊例以外では、まずは標準的な治療が実施されるよう促すべきではないか。
 - このため、精神科医療におけるガイドラインの作成や普及を進めるべきではないか。
 - 患者等への診療ガイドラインの公開等により、精神科で行われる医療の概要について、患者等に分かりやすい情報提供を進めるべきではないか。

- 特に統合失調症に対する抗精神病薬の多剤・大量投与については、改善を図るため、投与状況の情報公開や、単剤投与や切り替えへの評価等について検討するべきではないか。

- 薬物療法の適正化や行動制限の最小化をはじめとした、精神科医療の質の向上に資するよう、実用的なクリニカルインディケータの開発を進めると共に、インディケータの情報公開を進めるべきではないか。

- 精神科医の質の確保のためには、精神科領域における専門医制度の定着を図ると共に、精神療法、児童思春期精神医療等を含め、研修内容や手法の明確化や、研修体制の確保、研修内容の充実を図るよう、学会や医療関係者と連携して取り組むべきではないか。

- 医師以外の医療従事者についても、精神科医療の質の向上や、入院医療中心から地域生活中心の医療提供体制への転換を図り、精神障害者の地域生活を支える観点から、関係者と連携して、資質の向上のための研修等を一層推進すべきではないか。

②研究開発の推進について

精神保健医療福祉に関連する 厚生労働省の研究事業

• 厚生労働科学研究費補助金

－ ころの健康科学研究事業

- 統合失調症、うつ病、思春期精神医学(ひきこもり、自閉症、アスペルガー症候群等)、メンタルヘルス(自殺対策、PTSD対策等)、睡眠障害等に対する疫学研究、病因・病態の解明、効果的な予防、診断、治療法等の研究・開発。
- 障害者自立支援法や心神喪失者医療観察法等による新たな行政課題への研究的な対応。
- 筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、免疫性神経疾患等の神経・筋疾患に対する、病因・病態の解明、効果的な予防、診断、治療法等の研究・開発。

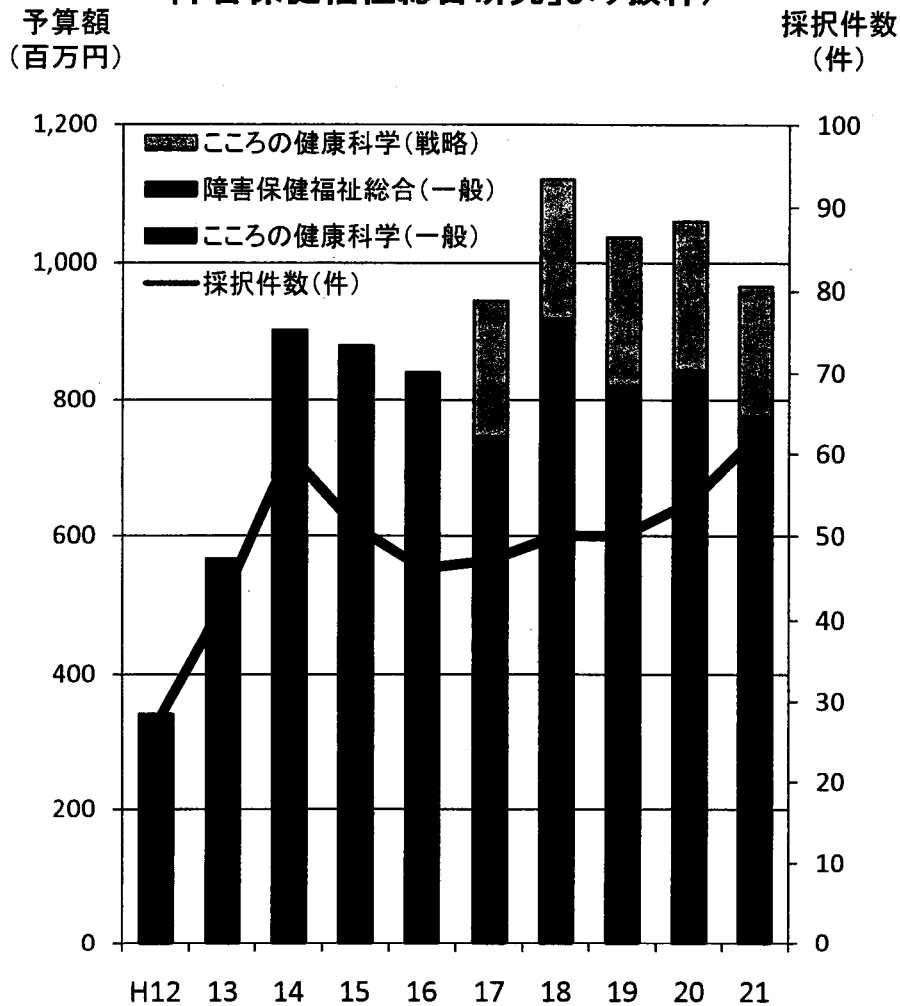
－ 障害保健福祉総合研究事業

- 身体障害、知的障害、精神障害及び障害全般に関する予防・障害の軽減・リハビリテーション、障害の正しい理解と社会参加の促進、地域における居宅・施設サービス等の体制づくり等、障害者の総合的な保健福祉施策に関する研究開発。

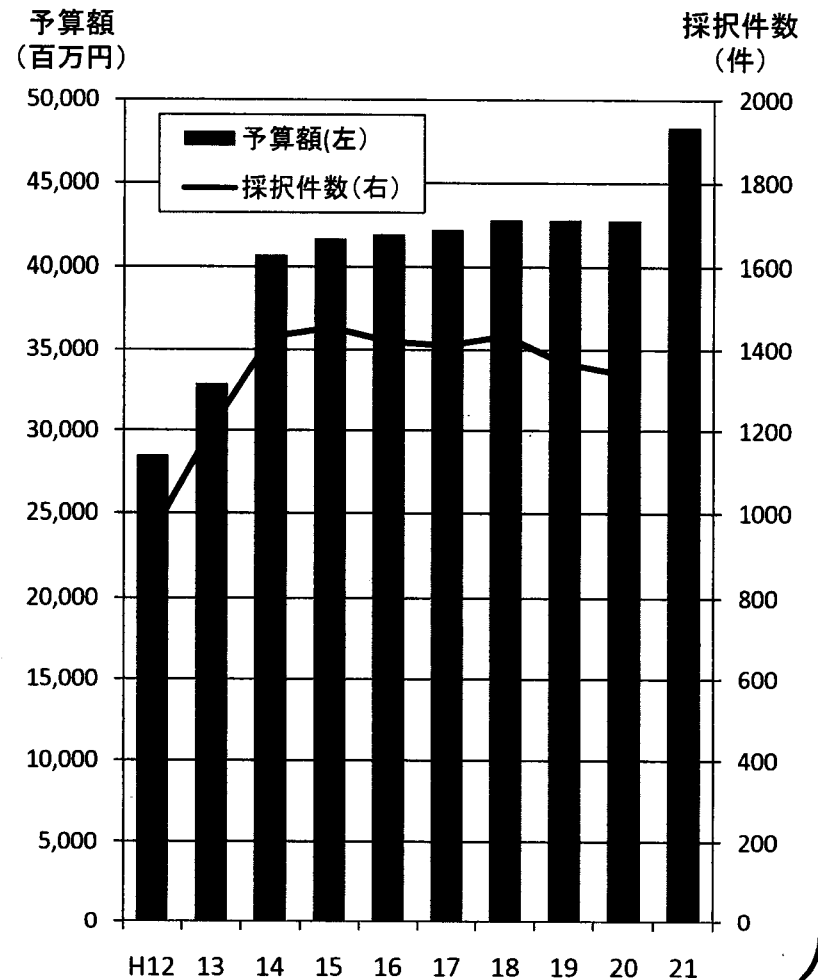
※このほか、国立精神・神経センターの「精神・神経疾患研究委託費」によっても、精神・神経疾患に関する研究が実施されている。

精神疾患関連研究の予算額等の推移

精神疾患関連研究の予算額と採択件数
 (「こころの健康科学研究事業」
 「障害保健福祉総合研究」より抜粋)



【参考】 厚生労働科学研究費全体の
 予算額と採択件数



主な研究課題の例(こころの健康科学研究事業)

実態の解明

原因・病態等の解明

- 「統合失調症陰性症状の成因解明と治療法開発に関する研究」
- 「統合失調症の多次元生物学的診断法と新たな治療薬の開発をめざした病態解明研究」
- 「気分障害の神経病理学に基づく分類を目指した脳病態の解明」

疫学的な調査等

- 「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握に関する研究」
- 「統合失調症の未治療期間とその予後に関する疫学的研究」
- 「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」
- 「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」
- 「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」

診断・治療法の開発

診断方法の開発

- 「プライマリーケアで使用可能なDNAチップを用いたうつ病の診断指標の作成」

治療方法の開発

- 「分子イメージングによる精神科治療法の科学的評価法の確立に関する研究」

診断・治療法の確立

効果の検証

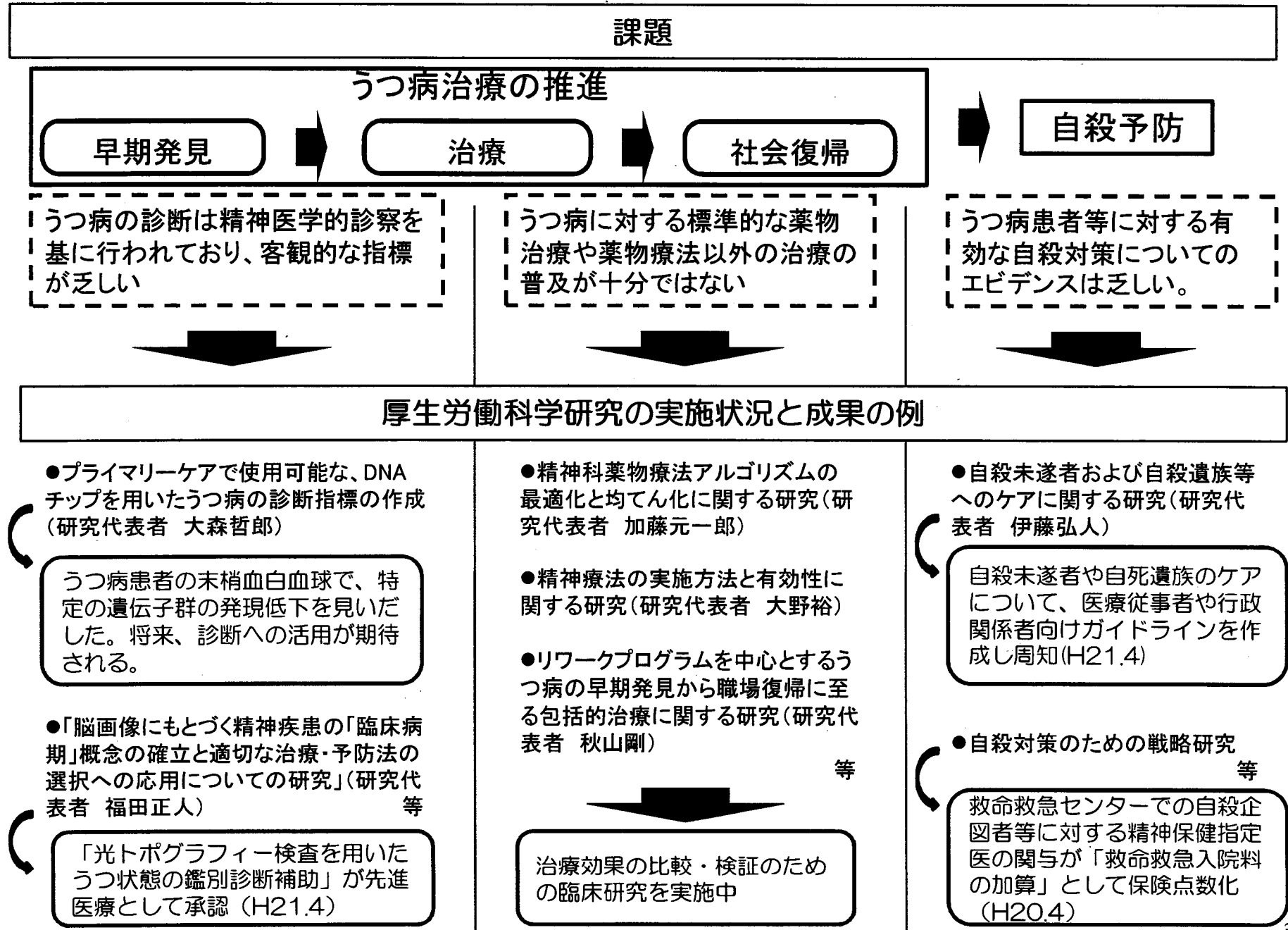
- 「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」
 - 「自殺対策のための戦略研究」
- ### ガイドラインの作成
- 「精神科薬物療法アルゴリズムの最適化と均てん化に関する研究」
 - 「青年期・成人期の発達障害者に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究」

政策への展開

精神保健医療福祉政策の立案

- 「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」
- 「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」
- 「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究」
- 「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」
- 「精神障害および精神障害者に関する普及啓発に関する研究」
- 「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究」
- 「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」
- 「高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究」
- 「精神科領域における臨床研究推進のための基盤作りに関する研究」

研究内容と成果(うつ病に関する例)



②研究について

現状と課題

- 精神疾患の国民における疾病負荷は大きく、治療法の開発等に向けた研究への期待は大きい。
- 厚生労働省における精神疾患関連の研究費は、平成14年頃までに大幅に増額したが、近年はほぼ横ばいの傾向となっている。
- 統合失調症、うつ病、発達障害、自殺等、様々な疾患等について、病態の解明、診断・治療法の開発・確立、精神保健医療福祉施策の立案に関する研究等、幅広い領域にわたる研究が行われており、近年は研究課題数が増加する傾向にある。
- 政府の研究費は、近年は全体として横ばい傾向にあり、競争的に研究資源の獲得を図るためには、より大きな成果が上がるよう、効果的に研究を行う必要がある。

今後の方向性

- 精神保健医療福祉施策の改革を強力に推進するため、施策の企画、立案、検証等に資する調査研究については、確実な実施を図るべきではないか。
- 国民の疾病負荷の軽減に資するよう、精神疾患の病態の解明と共に、診断・治療法に関する研究を、競争的資金を活用して、活発に行うべきではないか。特に、治療法の確立や、医療水準の向上に資するよう、質の高い臨床研究を推進するべきではないか。
- このため、精神疾患に関する研究費の確保に一層努めるとともに、国立精神・神経センター等の基幹的な研究機関を最大限に活用しつつ、研究の推進を図るべきではないか。

早期発見・早期支援のための 普及啓発について(調査の報告)

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」
これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から
(抜粋)

VI 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)については、効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につなげられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有することや、地域生活への移行の推進により精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるという側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」
これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

2. 個別の論点

- 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことについて検討すべきではないか。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や普及啓発の実施主体等についても、検討を行うべきではないか。
- 早期対応の観点からの普及啓発については、学齢期等の若者とそれを取り巻く者を重要なターゲットとして位置付け、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、重点的に行うことについて検討すべきではないか。
- 疾患によるターゲットについては、精神疾患に関する理解度が疾患によって大きく異なり、統合失調症に関する理解が遅れていることを踏まえ、統合失調症に関する理解の進展を目標の1つとして、重点的に普及啓発を行うことについて検討すべきではないか。
- また、地域移行を円滑にする観点からの普及啓発についても、行政自らが関係者間の調整に当たることを含めその効果的な方策について引き続き検討してはどうか。
- 上記の検討にあわせて、普及啓発の効果を適切に評価するための指標についても検討すべきではないか。

検討の方向

○「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくべきではないか。

○早期発見・早期支援の観点から、学童期等の若年層とそれを取り巻く者を対象として、精神疾患の発症早期に適切に相談支援や診療を受けられるために、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行ってはどうか。

○精神疾患の新聞報道に関する調査において、犯罪や事件と関連付けて報道される傾向、予防や調査・研究に関する報道が少ない傾向を踏まえ、下記情報源を活用しつつ、報道関係者に向けたものを含め、治療法、支援策や研究成果等についての情報発信を充実させるべきではないか。

○精神疾患とりわけ統合失調症の正しい理解を医療関係者や社会的影響力の強い者も含め各層に促すため、対象に応じた普及啓発における基礎情報とするために、他の疾患・領域を参考にしつつ、インターネット等で正確で分かりやすい疾患の情報等を提供できる情報源の整備を検討してはどうか。

○地域移行を円滑にする観点からの普及啓発については、上記の取り組みを進めることに加え、地域移行を着実に実施するとともに、当事者の視点を重視した啓発や当事者とふれ合う機会の充実などを図ってはどうか。

背景

精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)に関する方向性について(概念図)

国民の理解の深化(普及啓発)の現状

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標(誰もがかかりうることへの理解)には一定の進捗が見られる
- 統合失調症に対する理解が大きく遅れている

今後の基本的方向性: 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止

- 国民一般を対象とする啓発から、ターゲットを明確にした普及啓発が必要である
- 学齢期等の若者とそれを取り巻く者を重要なターゲットとして位置付ける
- 統合失調症に関する理解の進展を目標として重点的に普及啓発を行う

平成20年度精神障害の正しい理解のための普及啓発事業

- ① 早期発見・対応に影響を与える要因の特定に関する調査
- ② 普及啓発のターゲット毎に最適なメディアミックス及びコンテンツに関する調査
- ③ 精神疾患の報道状況に関する調査 (第16回検討会において報告)

精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)のための具体的方法の検討

調査概要

調査1

- 目的: 精神疾患の早期発見に影響を与える要因を特定すること
- 調査対象: 全国の若年者(15歳~25歳)1,000人
全国の若年者(15歳~25歳)の親1,000人
- 調査方法: 調査員による訪問留め置き回収法
- 調査内容: 個人属性(性・年齢・学歴・収入・仕事の有無・結婚の有無・居住形態、等)、精神疾患に対するとらえ方や態度、健康情報源等と、精神の不調を感じた際にとる行動等について調査を行い、関連を分析。

調査2

- 目的: 調査1で得られた知見をもとに作成された複数のメッセージ案の検証
- 調査対象: 若年者(15~25歳) 計20名
若年者(15~25歳)の親 計8名
- 調査方法: 1対1の個別インタビュー調査
- 調査内容: 調査1で得られた知見に基づき作成された複数のメッセージ案について、メッセージを受け入れやすいかどうか、また行動変容につながるか、等の聞き取りを行い、妥当性を検証。

若年者

結果(1) 受診行動に影響を与える要因

自身の心の悩みや心の不調の際に、専門の医療機関や相談機関に相談しようという考えと、その背景となる要因の関連について解析

| 背景となる考え方やとらえ方等の要因 | | % of yes* /mean(SD)** | オッズ比 |
|--------------------------|--|--------------------------|------|
| 影響を与える要因 受診や相談にポジティブな | 「家族や友人に受診を勧められれば受診したい」 | 62.9* | 3.62 |
| | 「医療機関・相談機関に行けば解決する」 | 38.7* | 2.84 |
| | 「薬を飲めば解決する」 | 11.3* | 2.25 |
| | 「専門家に相談すれば解決する」 | 54.3* | 1.86 |
| | 「自分で解決するしかない」 | 42.6* | 1.72 |
| | 「家族や友達に相談しながら自分で解決できる」 | 66.6* | 1.75 |
| 影響を与える要因 受診や相談にネガティブな | 専門機関に対するイメージ:「やさしい」「困っていることを相談する場所」「治療を行う場所」 | 0 (0.78)** | 0.70 |
| | 「学校を続けて休んでいるのでヤバイ」 | 60.7* | 0.56 |
| | 「施設や専門家が遠いと面倒」 | 76.8* | 0.46 |
| | 「施設や専門家を探したり予約するのが面倒」 | 71.7* | 0.33 |
| | 「受診を周りに知られて変に思われないか心配」 | 59.0* | 0.22 |

◎専門機関に受診する意思決定に影響を及ぼす要因は

- ・他人のすすめ
- ・受診することについて利益があると思うか
- ・原因のとらえ方
- ・専門機関のイメージ
- ・面倒かどうか
- ・疾患のとらえ方
- ・周囲の印象 等

である

◎疾患のかかりやすさは関連が薄い

※ 「誰もがなる可能性があると思う」はかどうかは、受診行動への影響の関連が比較的薄いことが示された

若年者

結果(2) 普及啓発において伝えるべきコンセプト

【メッセージ】 受診行動の利益および専門機関のポジティブイメージを訴求

1. 心の専門機関は、病気や問題を抱えた人が行く場所ではなく、健康な人が健康を維持するために必要な場所だという意識を浸透させることで、「自分は病気だと思いたくない」もしくは「自分が弱い人間だと思いたくない」等、受診行動を受け入れることに抵抗があるために行動に移せない人の心理的抵抗を取り除く
2. 問題を解決するのはあくまで自分自身というメッセージを出すことで、対象者が持つ「他人が自分の心の問題を解決できるわけがない」という深層心理に訴えるメッセージにする

コンセプトの意味



つらいと思うようになってから、なんだかいつも自分に自信がない。
「カウンセリングとか病院とか、専門家に相談したほうがいいのかな？」とは思うけど、心の問題がある人って、「自分よりもっと深刻な問題を抱えていて、もう自分ではどうにもならなくなっちゃった人っていうイメージだから、自分とは違うかも」。そう思ったりしていませんか？

心を元気に保つためのケアは、決して深刻なことではありません。
プロスポーツ選手や活躍するビジネスマンなどは、普段の生活で、心の専門家であるカウンセラーやお医者さんと一緒に、心の状態を元気に保つためのケアを取り入れています。

世界に一人しかいない自分が、自信を持てるようになるための、メンタル・メンテナンス。
あなたも、前向きな一歩を踏み出してみませんか？

● 対象者の深層心理への同意

★ 深層心理にある問題の解決策

■ 解決策(メッセージ)の提案

若年者の親

結果(1) 受診行動に影響を与える要因

子どもの心の悩みや心の不調の際に、専門の医療機関や相談機関に相談しようという考えと、その背景となる要因の関連について解析

| | 背景となる考え方やとらえ方等の要因 | % of yes* | オッズ比 |
|--------------------------|-------------------------|-------------|------|
| | | /mean(SD)** | |
| 影響を与える要因 受診や相談にポジティブな | 「家族や友人に受診を勧められれば受診させたい」 | 65.0* | 5.94 |
| | 「医療機関・相談機関に行けば解決する」 | 26.9* | 4.52 |
| | 「疲れやストレスからくるもの」 | 41.7* | 3.12 |
| | 「受診が周りの人の間で大ごとになるのが嫌」 | 38.3* | 3.11 |
| | 「専門家の行うカウンセリングや相談を信用する」 | 47.8* | 2.36 |
| 影響を与える要因 受診や相談にネガティブな | 専門機関に対するイメージ:「暗い」「重い」 | 0 (0.8)** | 0.63 |
| | 「施設や専門家が遠いと面倒」 | 32.0* | 0.52 |
| | 「気の持ちよう」 | 42.1* | 0.41 |
| | 「受診が噂になって周りに迷惑をかけるのが嫌」 | 30.0* | 0.29 |
| | 「一時的なもので時間が立てば落ち着く」 | 47.6* | 0.24 |
| | 「誰に相談しなくても自分で解決できる」 | 12.8* | 0.19 |

◎子どもを専門機関に受診させる意思決定に影響を及ぼす要因は

- ・他人のすすめ
- ・受診することについて利益があると思うか
- ・原因のとらえ方
- ・周囲の印象
- ・専門機関のイメージ
- ・面倒かどうか 等

◎疾患のかかりやすさは関連が薄い

※ 「誰もがなる可能性があると思う」はかどうかは、受診行動への影響の関連が比較的薄いことが示された

若年者の親

結果(2) 普及啓発において伝えるべきコンセプト

【メッセージ】 受診行動の利益を訴求

1. 「親である自分ですら年頃の子どもの心を理解するのは難しいのに、ましてや他人が子どもの心の問題を解決できるはずがない」と、親は受診行動の利益に懐疑的である。これらの懐疑心は、他のネガティブな要因を持っている際、受診行動を起こさない理由の帰結点となっている
2. 専門家が子供の心の問題を解決するのではなく、問題を解決するのはあくまで子ども自身で、専門家は解決に至るプロセスを手伝う存在であり、専門家の力を借りることで子どもの心の問題の解決の糸口になる。したがって、受診の行動の利益を訴求する

コンセプトの意味

●
↓
うちの子ども様子がなんとなく前と違う。

時々、自分の子どもは少し他の子と違うのかなって思うことがある。

「カウンセリングとか病院とか、専門家に相談した方がいいのかな？」とは思うけど、でも、子どもの気持ちのことって、親の私ですら理解するのが難しいと思うことがあるのに、「カウンセラーとか、自分の子どものことを全く知らない人が理解するのって難しいんじゃないか？」と思いませんか？

★
↓
確かに、あなたのお子さんの本当の気持ちは、お子さんにしかわからないこと。

他の人が、全て理解するのは難しいかもしれません。

でも、お子さんをサポートしてくれる人たちがいます。

メンタルクリニックのお医者さんやカウンセラーは、心の専門家。

色々深く考えているあなたのお子さんが、心の疑問や不安を理解できるようにするプロセスを手伝ってくれます。

■
お子さんを心の専門家に連れて行ってみませんか？

小さな一歩がお子さんの未来を大きく変えるから。

結果(3)普及啓発において活用すべき媒体について

| | 代表的な健康情報源 | 若年者(平均情報源数5.7) | 若年者の親(平均情報源数5.7) |
|---------|--------------------------|---------------------------------|------------------|
| マスメディア | ニュース番組 | ★(57.6%) | ★(66.9%) |
| | 健康番組 | ◎(49.0%) | ★(66.9%) |
| | テレビの広告 | ○(32.1%) | ◎(42.6%) |
| | 新聞 | ○(34.4%) | ★(66.2%) |
| | ラジオ | ×(11.0%) | △(27.1%) |
| その他メディア | インターネット | ◎(41.0%) | ○(32.6%) |
| | 携帯電話 | ○(30.9%) | ×(6.5%) |
| | 本 | △(21.5%) | ○(31.2%) |
| 人的メディア | 家族 | ◎(48.5%) | ★(50.1%) |
| | 友達 | ○(36.4%) | ◎(43.1%) |
| 学校関係 | 授業 | ○(38.5%) | ×(2.9%) |
| | 学校からのお知らせ(掲示板含む) | ○(30.3%) | ×(17.6%) |
| | 学校の担任の先生 | △(22.6%) | ×(5.5%) |
| 地域資源 | 病院・医院やクリニックの医師・看護師などの専門家 | △(20.5%) | ○(30.9%) |
| | 市区町村の広報やお知らせ | ×(10.6%) | △(29.5%) |
| その他 | | 雑誌:女性◎(41.6%) マンガ:男性×(16.4%) | 雑誌:女性★(52.8%) |

■ :若年者及び親の両方の割合が高い情報源

★:50%以上 ◎:40%台 ○:30%台 △:20%台 ×:19%以下

【要点】対象者毎の訴求媒体の選定及び、媒体の役割の明確化

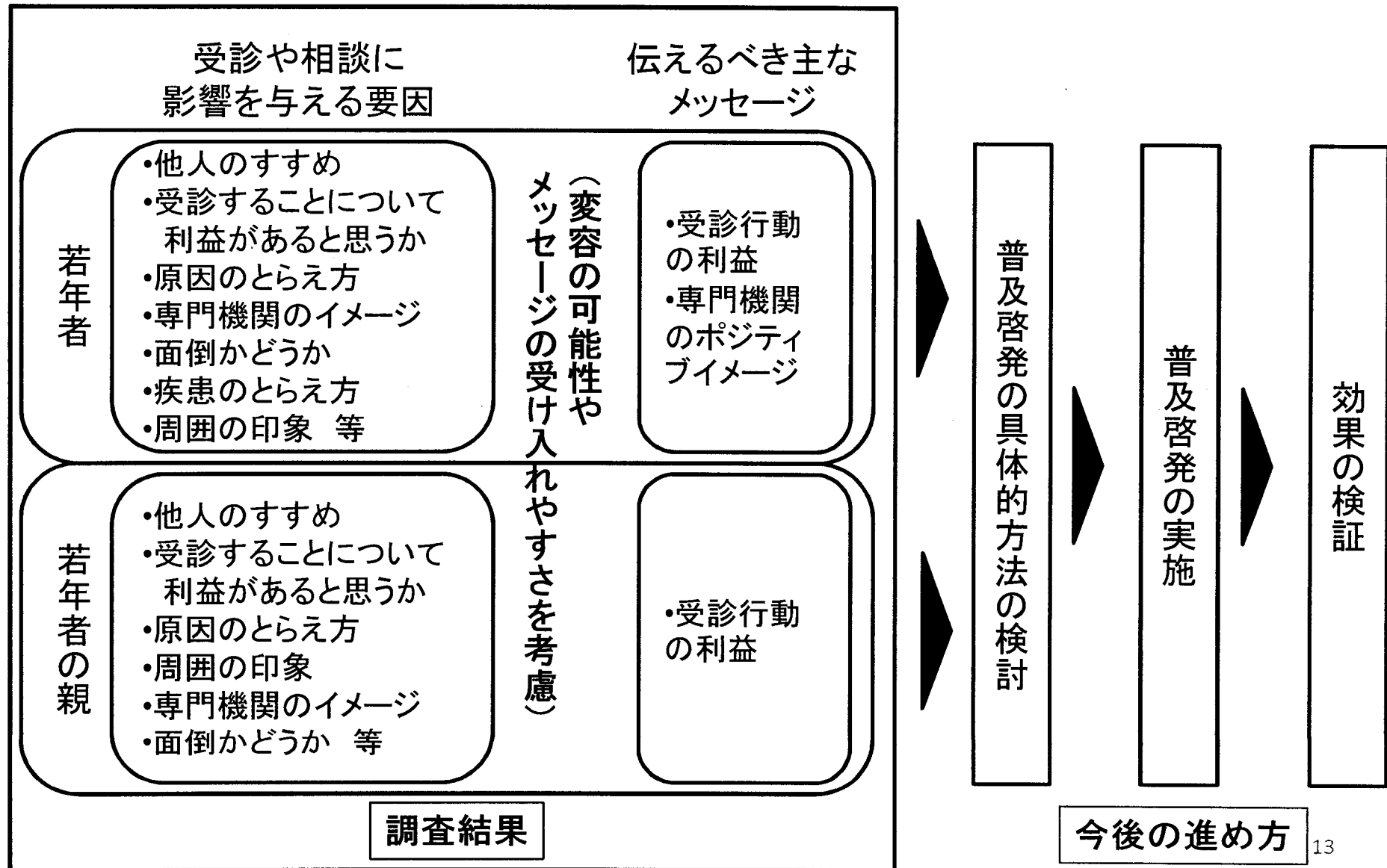
1. (共通) 広告よりもテレビのニュース番組・情報番組を中心としたPR、家族や友達を通じた人的メディア、及びインターネットによる情報入手可能性が高いことが示唆された
2. (若年者) 学校関係及び携帯電話の割合が高い。雑誌やマンガは男女によって差がある
3. (親) 新聞、市区町村の広報やお知らせ、専門家からの情報入手が特徴的である

結論

本事業からの示唆

1. 普及啓発の方向性として、従来訴求されてきた「精神疾患は誰もがかかりうる病気」というメッセージは、受診行動との直接的な関連が低い可能性が示唆された。
2. 重点対象者である学齢期等の若年者とそれを取り巻く者(親)に対する、ターゲット毎に最適な個別メッセージについての示唆を得た。
3. 普及啓発を行う媒体選択に関連して、ターゲット毎のメディア接触特性についての示唆を得た。
4. 普及啓発の評価に関しては、受診行動に影響を与える要因が特定されたため、それら要因の変化を定期的に測定することで、普及啓発の効果を精緻に評価することが可能になると考えられる。

普及啓発の調査結果と今後の進め方 (イメージ)



| | |
|------------------------------|-----|
| 第22回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 | |
| 平成21年8月6日 | 資料3 |

これまでの検討会における議論の整理

「論点整理」の内容と第15回以降の議論との関係

| 論点（「論点整理」より） | 対応する議題（主なもの） |
|---|---|
| <p>V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向</p> <p>1. 検討の基本的方向性</p> <p>○ 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的考え方や検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、精神保健医療体系については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直し等、医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置きつつ、精神保健医療の水準の向上を目指す。 ・ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患（統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等）に応じて、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回・第20回） ◆ 「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回） |

- ・ その際、統合失調症をはじめとする精神疾患に関する入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化や精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた認知症に係る体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえた上で、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の整備を進めるとともに、それぞれの機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を図る。
- ・ 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

◆「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回・第20回）

◆「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回）

2. 個別の論点

(1) 入院医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにするとともに、病棟・病室（ユニット）単位での機能分化を含め病床機能分化の推進のための具体的方策について検討すべきではないか。

- 病期・疾患に応じた入院機能のあり方や、通院・在宅医療、介護・福祉等他のサービスの機能等を踏まえ、現在精神病床が果たしている機能を評価した上で、人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、病床の機能強化のための方策等、今後の精神病床のあり方についても検討を行うべきではないか。

- 精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制についても、地域移行を推進する観点や、精神医療のマンパワーの充実や水準の向上、身体合併症を有する患者等に対する適切な医療の実施の観点から、その見直しについて検討を行うべきではないか。

- ◆「身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について」（第17回）
- ◆「認知症について」（第17回）
- ◆「児童・思春期の精神医療について」（第18回）
- ◆「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回）

- ◆「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回・第20回）

- ◆「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回・第20回）

| | |
|--|---|
| <p>(2) 通院・在宅医療について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性を踏まえ、精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討を行うべきではないか。 ○ その際、病状や必要な支援の内容等利用者の実態を踏まえ、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。 | <ul style="list-style-type: none"> ◆「ケアマネジメント・ACTについて」(第15回) ◆「危機介入について」(第15回) ◆「訪問看護について」(第16回) ◆「精神科デイ・ケア等について」(第18回) |
| <p>(3) 医療体制・連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科救急医療体制の充実について ・ 精神医療における病院と診療所の機能とその分担、連携のあり方について ・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について ・ いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとした、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について | <ul style="list-style-type: none"> ◆「精神科救急医療について」(第15回) ◆「ケアマネジメント・ACTについて」(第15回) ◆「危機介入について」(第15回) ◆「早期支援について」(第16回) ◆「身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について」(第17回) ◆「気分障害について」(第18回) ◆「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」(第19回・第20回) |

| | |
|---|---|
| <p>○ 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野（認知症、依存症、児童・思春期等）については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。</p> <p>特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症患者医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行ってはどうか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 「認知症について」（第17回） ◆ 「依存症について」（第18回） ◆ 「児童・思春期の精神医療について」（第18回） |
| <p>(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について</p> <p>○ 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の医療関係職種は、精神保健医療を支える重要な基盤であることから、精神病床に係る人員基準の見直しや、病床数の適正化の取組も念頭に置きつつ、その確保や資質の向上のための方策について検討を行うべきではないか。</p> <p>○ 薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、更に検討を行うべきではないか。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 「地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について」（第19回） ◆ 「医療の質の向上のための取組みについて」（第22回） ◆ 「医療の質の向上のための取組みについて」（第22回） |

これまでの検討会（第15回～第20回）における主な意見

◆精神科救急医療について【第15回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>① 精神科救急医療体制の確保</p> <p>○ 再診や比較的軽症の外来患者への対応など、一次的な救急医療について、地域の精神科医療施設が自ら役割を担うとともに、情報窓口の整備・周知等を図り、夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保を図るべきではないか。</p> | <p>○ ミクロ救急を制度化する際に、地域の実情に応じて体制を考えるべき。精神科救急は、元々何とかぎりぎり回しているのに、新しく制度が入ったがためにやれなくなったということがないようにすべき。（長野構成員）</p> <p>○ 精神科救急について、今、必死でやって、ぎりぎりでもっているところが壊れないような施策というのはとても大切。（中島構成員）</p> <p>○ 全体の流れの中で精神科救急システムにおいて、何らかの役割を診療所が担うことを法制度上義務付けていくか、診療報酬上の差別化を図ることが必要。（中島構成員）</p> <p>○ 一定の医療圏の中の医師確保について、診療所の医者が増えている中で、例えば総合病院精神科の外来に協力するとか、一次、二次救急に関して協力するとか、何らかのシステムをつくるように進めるべき。（藤原参考人）</p> <p>○ 日常の外来診療体制自体が崩壊寸前なので、外来医療の充実に関して、積極的な提案が必要。普段の受入体制をきちんとしていなければいけない。（上ノ山構成員）</p> <p>○ かかりつけの医療機関が、通常の診療以外での対応をすることを促すような診療報酬の加算を付けるなどの配慮があれば、もう少し身近な医療機関で対応できるケースが増えてくるのではないか。（田尾構成員）</p> <p>○ 一次救急について、例えば各医療機関の開業の仕方、経営の在り方、営業時間の取り方などとの兼ね合いが非常に大きい。ここを診療報酬で変えていくか、もしくは一般救命救急に関するような機能評価や実施基準をつくって、例えば圏域内でそれぞれの救急に関する運営のあり方についてきちんと情報共有して、役割分担をしていくという仕組みがないと非常に難しいだろう。（大塚構成員）</p> |

- | | |
|--|--|
| <p>○ 精神科救急医療システムの基礎的な機能について、都道府県等がモニタリングを行い適切にシステムを運用するよう、国が指標を設定し評価を行うべきではないか。更に、都道府県等が基礎的な機能を超えた優れたシステムを構築する際にも、財政的な支援の充実を図ってはどうか。</p> | <p>○ ある地域でパターン化した救急システムを各地域に押し付けるのではなく、それぞれの地域特性に応じた形をきちっと生かせるような形をつくるべき。(長尾構成員)</p> <p>○ 地域によって精神科救急医療システムの運用が全く異なるので、受診件数が少なく入院率が高いところや、受診件数多くて入院率が低いところがあるのは当然。一概に受診件数が少ないところがハードな部分だけを担っているとは言えない。どのような形で受診に至っているか、その過程をきちんと分析すべき。(長尾構成員)</p> <p>○ 電話相談でトライアージをして、受診に至らないケース等も結構あるので、そういうものがどこまで機能しているのか、それによっても受診している件数が随分違うと思うので、もう少し内容をきちんと分析すべき。(長尾構成員)</p> <p>○ 夜間・休日の、いわゆる措置を扱うハードの部分が非常に難しい。指定医の不足などもあるので、基本的には、公と民、マクロとミクロでうまく役割分担をしながら、バランスよくその地域に合った救急体制をつくるということが必要。そのためには、診療報酬をそれぞれにバランスよく振り分けることが必要。(三上構成員)</p> <p>○ 精神科救急を担う医師の確保策が先行・並行して進められないと、精神科救急のシステムは完全に絵にかいた餅になる。医学教育から始まって、臨床研修の中で何かできないか。(長野構成員)</p> <p>○ ソフト救急でも精神保健指定医が必要だが、不足している。(広田構成員)</p> <p>○ 精神科救急の公的な体制を整えることが非常に大切だが、それ以上に、どこに搬送されるかわからないような救急に頼るだけではなくて、その前の手だて・準備、教育との連携が必要。(田尾構成員)</p> <p>○ 精神科救急について色々な補助事業が行われるが、現在自治体は、非常に財政的に疲弊しているので、国が3分の1、県は3分の1以内、事業所が3分の1以内というような補助の付け方をしていただきたい。(中島構成員)</p> |
|--|--|

○ 常時対応型施設については、救命救急センターを参考に、施設の機能評価を行い、機能の向上を図るべきではないか。そのための指標の作成を、学会等と連携して進めるべきではないか。

○ スーパー救急については、地域ごとの有り様を踏まえながら体制づくりをするべき。常時対応型の施設も、スーパー救急のところが多くは担っていくのだけれど、あまりに集中すると、疲弊を起こしてしまうので、体制を考えるべき。(長尾構成員)

○ スーパー救急ができることによって、その地域の救急の患者を一手に引き受ける感じになる。すると、その地域の救急の連携体制というのを逆に崩壊させていく恐れがあるという意味で、在宅移行率を強調してしまうのは逆にまずいのではないか。後方病院とどのように連携していくかが、これからのキータームだ。(上ノ山構成員)

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|---|---|
| <p>② 一般救急と精神科救急の連携</p> <p>○ 精神科救急情報センターが、精神科救急と一般救急との連携・調整や、精神・身体合併症患者の紹介の機能を果たすよう、機能強化及び医療関係者への周知を図るべきではないか。</p> | <p>○ 精神科救急情報センターの整備体制については、地域差がみられるが、その理由に関する分析が必要ではないか。（大塚構成員）</p> <p>○ 救命救急センターにも例えば精神保健福祉士のような精神科の専門家を配置することで、救急の搬送先がなかなか見つからないという現状が少し変わるのではないか。（田尾構成員）</p> <p>○ 一般救命救急に是非ソーシャルワーク機能を置いてほしい。（大塚構成員）</p> <p>○ P S Wは、一般救急と精神科救急の連携を補えるのか。逆にP S Wを配置することで連携が遠ざかるのではないか。P S Wは身体疾患の基礎教育が不十分。きちっと研修しなければならない。（長尾構成員）</p> <p>○ 一般医療と精神科救急の連携を補うのにP S Wとあるが、やはり身体疾患への基礎教育の不十分さをめぐえないP S Wが本当に適切かどうかということは検討が必要。身体疾患についてP S Wにきちんと研修しなければ、一般医療との連携がますますまくいかなくなる。（長野構成員）</p> <p>○ P S Wを救命救急センターに置けば良いというが、P S Wの学校では、病状ばかり勉強して、社会性も市民性も何もない。精神科病院に宿泊研修すべき。（広田構成員）</p> <p>○ 一般救急と精神科救急、これをシステムとして支援するという話があるが、疾患が違うので、システムが一緒でも違うものであると認識する必要がある。（三上構成員）</p> <p>○ 精神科救急を受けてから、身体疾患の方であることが判明し、一般病院へ転院するということもある。県によっては、単独事業として救急の転院先に補助金を出しているところもあるが、そういうシステムを国として考えていくことも必要。身体合併症がある場合に、搬送先にも報酬が必要。（長尾構成員）</p> <p>○ 精神科の救急搬送だけ、消防法と切り分けてやらなければいけないのか。部署がわかれているということは連携さえ取れていれば別に問題はないはず。（町野構成員）</p> <p>○ 地域での救急受入ルールの策定に精神身体合併患者も対象とすべき。（広田構成員）</p> |

| | |
|--|--|
| <p>○ 精神病床の身体合併症に対する対応力を大幅に向上させるとともに、総合病院精神科の確保や機能強化を重点的に行うべきではないか。(別途検討予定)</p> | <p>○ 単に身体合併症の絡みだけではなくて、精神科救急医療の地域偏在の解消のために総合病院の精神科を支援していくということが必要。(小川構成員)</p> <p>○ 総合病院の精神科の偏在化が進んでいる要因には、診療報酬上の問題と総合病院の医師離れという問題がある。診療報酬については、総合病院の精神科の救急合併症病棟の全国的な普及に時間を要すること、急性期治療病棟の精神病床割合や精神病床の規模の施設基準を満たすことが難しいこと、入院時管理加算が実際に機能している総合病院の精神科に対する評価にあまりつながっていないという点があり、もう少しきめ細やかに総合病院の精神科を何らかの形で評価すべき。(藤原参考人)</p> <p>○ 自殺企図等の方が、一般病院に入院後、精神障害という理由ですぐに放り出され、重症化する。すぐに連携できる体制を考えるべき。鑑定例や在宅率などで合併症病棟を切り捨てると、対象範囲が狭くなってしまい、問題ではないか。(上ノ山構成員)</p> |
|--|--|

◆ケアマネジメント・ACTについて【第15回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|--|
| <p>○ 精神障害者の地域生活支援のための基本的な体制として、指定相談支援事業所が、医療機関と連携を図りつつ、マネジメントを実施する体制の確立が求められる。</p> | <p>○ 医療も保健も含めてケアマネジメントするには、センターのようなところで、総合的にマネジメントができるようにしないと、ケアマネージャーひとりに任せるといった形では難しい。(山根構成員)</p> <p>○ 話相手がいれば何とかなる相談支援事業がメインであるというのはおかしい。安心してかけられる精神医療、救急体制が必要。(広田構成員)</p> <p>○ 地域移行にあたって、医療側からの対象者の情報が少なく、社会資源の情報も限られている状況でケアマネジメントが行われているというのが今の実状。良い形でマネジメントするためのシステムづくりが課題。(山根構成員)</p> <p>○ マネジメント体制について、医療機関等との紹介・情報提供の連携がうまくいっていないので、福祉側にも力を与えてもらえるような方策が必要。(品川構成員)</p> <p>○ 個別のシステムという意味でのケアマネージャーの養成は随分やられてきたように思うが、地域の中での相談システムは非常に脆弱。ケアマネージャーの質がなかなか向上しないのも、職業としての成り立ちが弱く、大きなケアマネジメントがないところに根本的な問題がある。拠点的な相談支援体制を早急につくる必要(門屋構成員)</p> <p>○ 相談支援事業者がマネジメントを担う機関だと考えており、そこが医療とどう連携するかということも含めて、今後やっていかなければ、実績を蓄積していかなければいけない。地域で支え手となるマネージャーがどれだけ確保されているかが最も重要。(門屋構成員)</p> <p>○ 現在の自立支援法では、サービスにつなげていく作業がないので、医療機関がケアマネジメント機能を発揮していくべき。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 医療におけるケアマネジメントも、対象者をヘビーユーザー(入退院を繰り返す者、あるいはサービスの頻回利用者)に限るべきではない。(上ノ山構成員)</p> |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談支援事業の委託先である生活支援センターが、今後、市町村と力を合わせて地域の相談体制をつくっていくのと思うが、委託は丸投げではなくて、直営のセンターを持っている市町村と連携してきちっとやるべき。そこが、医療機関やそれぞれの専門のところとつながりを持つという構想をベースにすべき。市町村はお金がなくて委託ができないという実情があり、そのためにも適正な委託費が必要。ケアマネジメントがサービス利用計画ということであるとすれば、委託費プラス出来高でちゃんと成り立つような構造をつくらないと相談支援事業は成り立たない。また、相談支援専門員の研修体制に力をいれたい。（門屋構成員） ○ ケアマネジメントをベースに置きながら、多職種チームでやっていくというのは、今後目指すべき方向だが、そのことが医師のリーダーシップを妨げることになってはいけない。医師自身は、自らがその先頭に立って働くという自覚を持った上でこれが実施されるべき。（中島構成員） ○ ケアマネジメントに関して、相談支援事業者は、現在の状況でさえ汲々としているのに、その内容がきちんと担保されるのか非常に心配。相談支援事業者の質の向上と数の確保ということが大事になってくるのではないか。（上ノ山構成員） |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院を繰り返す者等、重症の精神障害者の地域生活支援に当たっては、訪問看護ステーション等がマネジメント又はその一部を担うとともに、多職種が連携することにより、精神障害者の状態の変化に応じて、迅速かつ適切に支援できる仕組みとするべきではないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 重症の精神障害者の地域生活に当たって、現在の訪問看護ステーションは、精神科領域に特化した看護師が少ない。重症の精神障害のケアマネジメントを重点的にやるのであれば、精神科の臨床経験等を持っている看護師が必要。それを支えていくため訪問看護だけではなく、チームが必要。（天賀谷参考人） ○ 福祉サービスだけではなく医療的なケアが必要な人など、対象者の設定の問題が根底にある。重症の患者か、支援が非常に複合的に一定期間必要な人か、他機関のサービスが必要なのか。医療との兼ね合いでどのようにシステムとするか検討すべき。（大塚構成員） |

- 中でも、極めて重症な者については、重点的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築を図るべきではないか。このような支援の対象者は、受診中断者や未受診者など、危機介入を行うべき対象者とも重複することから、危機介入の体制と連続性のある、もしくは一体的な仕組みとするべきではないか。
- 保健所から依頼を受けて実際に訪問をして、関係をつくることになるので、ソフト救急も含めて、ハードな救急に至る事態を避ける意味でのACTの機能を考えてもいいのではないか。どのように法的にきちんとしたシステムとして組み込むかということが課題。(山根構成員)
- 実際にACTを試みて不足していると思うのは、ショートステイなど、入院にまで至らなくても、少し休める場所があればいい。地域の中の一つのシステムとして整備すべき。(山根構成員)
- 診療所との連携も十分にできていない。診療所そのものをハード救急に組み込むにはかなりの課題はあると思うが、ハード救急に至る前のサポートに、たくさんある診療所をうまく組み込むシステムを考えるべき。(山根構成員)
- ケアマネジメント・ACTから危機介入、救急医療、この3つをセットで考えながらシステムづくりをやらないとうまくいかない。(中島構成員)
- 日本におけるACTは実験的なもので、あくまで統合失調症がモデルになっているから、そこから漏れるものがある。前面に発達障害を入れて、今一番問題になっているひきこもりで大変困っている人たちにもっと力点を置いた施策を打ち出していく必要があるのではないか。(中島構成員)
- 入院にこだわらず本当に必要なものを必要なところへ届けるという、そこに焦点を当てて、重層的な、イギリスのようなシステムが将来的にできればいいわけで、そこへ向けて一步一步今から始めていく必要。(中島構成員)
- 自治体直営でやると、必ず職員は転勤等があり、熟練することができない。コストパフォーマンスが悪い。行政直営ではなく、いずれ民間でやれるものに広げていくべき。それまでの間は行政がやるという形で広げていくべき。(中島構成員)
- 厚生労働省あるいは公的な機関が責任を持ってメンタルヘルスの問題に取り組んでいくという姿勢をまず明確にし、その上で、既存の民間施設との連携を検討すべき。公的な機関が保健機能として対象者とコンタクトをし、民間医療につないでいく体制をとっていけば、ACTとして機能していくのではないか。(上ノ山構成員)

| | |
|---|--|
| | <p>○ 外国では民間のないところで公的機関の統廃合の中で、ACTというのが生まれてきたが、現在日本では民間主導であって、その民間の力をどのようにうまく引き出しながらメンタルヘルスをやっていくのかということを考えていかないと、外国のACTをそのまま移し替えれば制度として成り立つと考えられない。(上ノ山構成員)</p> |
| <p>○ これらの仕組みの導入に当たっては、具体的な体制のあり方について検討するとともに、対象者の明確化を図るべきではないか。</p> | <p>○ 「対象者の明確化を図るべき」ということは非常に重要。入院を代替する地域での支援の仕組みという意味での原則的なACTの普及を図る一方で、ACTという名前に振り回され混乱しないように、訪問型の濃厚な支援の仕組みを取り入れることを検討すべき。再入院には、薬の中断が最も影響する。これには通院措置的な制度も将来的に必要なだが、対象者を明確にししながら、訪問サービスの充実を検討していくことが不可欠。(伊藤構成員)</p> <p>○ 海外の事例では、公的な枠組の中でACTをやっているのが、グレーゾーンというか、治療契約する意思はないけれどもACTの訪問は拒否をしていないという事例もある。ある日突然強制力が伴うものとかに分けられるわけではなくて、グレーのところを進んでいくようなケースについては公的な枠組の中で、保健サービス、福祉サービスの一環としてきちんとやるべき。(小川構成員)</p> |

◆危機介入について【第15回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 未受診者や受診中断者が強制入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療を含む支援体制を強化すべきではないか。</p> | <p>○ 重度精神障害の方で服薬中断や未治療の方々に対する濃厚で期間を限定しない訪問の仕組みが必要。ACTはこのモデルになる。（伊藤構成員）</p> <p>○ 統合失調症の患者で、早期発見・治療すると、予後がいいという研究が最近大変多い。できるだけ早期に本人に接触し、初発患者を対象に3～5年という期間を限定して支援する仕組みが必要。機能では訪問型の支援が必要。その場合に、重度の方の支援と、比較的発病早期の方の支援の2つが必要。（伊藤構成員）</p> |
| <p>○ このため、保健所、精神保健福祉センター等、行政機関が機能を一層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入等の支援体制の整備を進めるべきではないか。</p> | <p>○ 危機介入について、危機にならない関わりが何よりも大切という観点と、その関わりをした人の危機対応のときも関わりを続けることが、その危機を大きくしないということが一番大切。その中で、行政機関が機能を一層発揮するという方向は、現実的か疑問。保健所そのものが統廃合で縮小しており、保健師がどんどん少なくなって、地域に全く出られない状況の中で、危機のときだけ地域に出るという仕組みでは対応は困難。現場では、ごく限定的な役割以外は期待ができていないと思っているので、行政機関が機能を一層発揮するというのであれば、保健所施策も併せて根本的に考えるべき。（長野構成員）</p> <p>○ 保健所の役割として、精神科の危機介入が明確になっていない。危機介入は、行政側から考えると医療の部分。現状では、保健所というより例えば本庁や精神保健福祉センターが直接警察官通報を受けてやるというように、一気にハード救急の方へいつてしまっており、その前段階的なものがない。本格的に危機介入をやるのであれば、保健所における危機管理マニュアルというものを見直し、その中に新たにメンタルの危機介入を位置づけるべき。（坂元構成員）</p> <p>○ 保健所の統廃合で、保健所の機能はがたがたであるが、これは厚生労働省の一貫した施策がないということだ。（広田構成員）</p> <p>○ 危機介入及び救急の事態、それぞれ対象者も違うだろう。どのような手段が適切であるか。例えば強制を必要とするのか、あるいは入院が必要なのか。相談だけで足りるのか。訪問看護で足りるのか。それらの中で考慮しながら、どのようなチームなり機関が行うのが適当かという問題。（町野構成員）</p> |

◆訪問看護について【第16回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|--|
| <p>○ 精神障害者の地域生活を支える適切な医療を確保する観点から、医療機関による精神科訪問看護の充実に加え、地域を拠点として普及している訪問看護ステーションの活用を図りながら、精神科訪問看護の一層の普及を図るべきではないか。そのため、従事者の研修等を進めるとともに、医療機関において訪問看護が一層活用されるよう周知や、訪問看護ステーションとの連携等を促すべきではないか。</p> | <p>○ 訪問看護ステーションと医療機関との診療報酬の算定が違う。ステーションの役割も期待されているし、実績もそれなりに上がっている。診療報酬上の評価がないため、複数名のチームで対応できないのであれば改善すべき。ステーションも医療機関と同様に算定できる仕組みを実現してほしい。(小川構成員)</p> <p>○ 複数訪問について、職種それぞれが何をするのか、どういう役割を持っているかということを確認にすることが必要。ちゃんと機能させるためには、訪問においても訪問計画書のようなものを作り、本当に必要なのか、何のためにその職種が行くのかということがされないと、治療的な歯止めがかかりにくいのではないか。(山根構成員)</p> <p>○ 複数訪問の場合、専門家のもたれ合いではなく、各々の専門家が自立し、医者によりかかることのないようにすべき。広田構成員)</p> <p>○ 複数訪問看護は非常に重要だし、加算が付くべきだが、自己負担に関しても配慮が必要。本人には交通費だけではなくて、自己負担もある。複数訪問看護をするときに、大体がどちらかというと来てほしくないが、仕方なく受け入れてくれる患者に複数訪問看護が必要ではないだろうか。自己負担が倍になるというところで、実際現場としては1人で行くときも2人で行くときも、どうしても請求ができないという現実もある。どのような仕組みにすれば、それが解決できるかが課題。(長野構成員)</p> <p>○ 複数訪問の必要性はあるが、患者は望まなくても、複数訪問があった場合、その交通費を患者が負担しているという現状がある。(品川構成員)</p> <p>○ 複数人による訪問のほか、チームで複数職員の役割分担を確認しながらやるのが大事。そういう観点から、医療機関と訪問看護ステーションを同じ仕組みにすべき。(大塚構成員)</p> <p>○ 訪問看護におけるスタッフの安全確保が、非常に重要。ケアマネの役割をもつ精神保健福祉士が訪問に同行するシステムができ上がれば、福祉サービスの提供も含めて、安全かつ有効に行われるのではないか。訪問看護ステーションの場合においても、精神保健福祉士の同行を何とか認めてほしい。(品川構成員)</p> |

○ 症状が不安定であり、多様な生活支援を要する精神障害者の特性に対応できるよう、訪問看護の機能の充実を図るべきではないか。特に、福祉サービス等の利用との連絡調整や、病状不安定な対象者への訪問看護が効果的に行われるよう体制の強化を図るべきではないか。

○ バイタル面でのチェックという観点からも、訪問看護はとても重要。一方で、対人関係の維持、社会資源の活用、対象者のエンパワーメント等については、それぞれ専門の視点からのアプローチが同時に必要。精神保健福祉士がこういう支援を併せて担うような形や仕組みがきっちりつくられると、よりよいものになる。(伊澤構成員)

○ 訪問看護を通じてデイケアの利用が増えるというケースを聞いている。何年もデイケアに通い続けるのは、やはりよくない。どのように機能しているのかということを考えるべき。(山根構成員)

○ 訪問看護では精神障害がある方に対する対応が十分行われていない現状がある。心身の機能を全般的に見るといって指導をするのか、訪問看護と訪問リハビリステーションを一本化して障害領域を問わず心身両面に対処するのかどうかについても抜本的に考えるべき。(山根構成員)

○ 精神科の中に多く存在する准看護師を訪問看護の中で使えないことに随分ジレンマを感じている。ベテランの准看護師を期間限定でもかまわないので、地域に入れて、地域で支えるという活用ができないか。(長野構成員)

○ 主治医との関係では訪問看護が断れないという現実がある。アメリカのADA法のように拒否する権利を保障するものがない中でどうしたら断れるのかということを引きちんと把握した上で施策化すべき。(広田構成員)

○ 医療機関における精神科訪問看護の充実という点に関しては、訪問看護の訪問先の拡大を検討すべき。(上ノ山構成員)

○ 訪問看護においても、関係機関や市町村との連携に関して、何らかの報酬ないし評価が必要ではないか。(上ノ山構成員)

○ 訪問してみると、生活保護や年金などの申請手続きに関する可能性などが発見されてうまくつながっていくということと、障害福祉サービスにつながっていくことで、いずれは医療機関や訪問看護ステーションの相談よりも、障害福祉サービスの相談に移っていくとか、ほかの介護の場に移っていくこともあって、生活の形態が豊かに変わっていったというような実態もある。(大塚構成員)

◆早期支援について【第16回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|---|--|
| <p>【早期支援】</p> <p>○考え方</p> <p>若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防のため、また、その他の様々な精神症状に的確に対応するため、早期に専門医療機関で適切な医療を提供できるよう、以下の取り組みを進めるべきではないか。</p> | <p>○ 早期の支援・治療において、世界に遅れをとらないよう、これから何が必要か、精神医療に何が必要か見据えて、どこに働き掛けるべきか考える必要がある。（田尾構成員）</p> <p>○ 今まで重点が置かれていた不登校や発達障害に加えて、前期統合失調症、統合失調症予備軍など、取り組みが遅れている児童・青年期の精神科医療機関にもう少し力を入れて、新たなネットワークを構築すべき。（佐藤構成員）</p> |
| <p>○治療・支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・我が国において、統合失調症を発症して2～5年の臨界期の患者やその家族等への標準的診療・支援方法の確立と、予後の改善に関する効果の検証を図ってはどうか。 ・若年者やその家族がアクセスしやすく、専門的・包括的な診療・支援を提供できる医療機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図ってはどうか。 ・若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援について、医療従事者への研修の実施等により質の向上を図ってはどうか。 | <p>○ 医療との連携を十分に持ちながら、地域の福祉サービスと一体化したチームをつくっていくという実践が望まれる。地域のチームの例としては、国の直轄で事業体を全国に300～400程度つくれば、人口30～40万に1か所ぐらいの規模になる。医療機関は、既存のところに教育研修を受けてもらい、地域ごとに専門機関をつくる。初期投資は多少かかるが、その後の入院費の削減とか、疾病負担の軽減などを考えると、投資に見合うだけの事業になるのではないかと。（田尾構成員）</p> <p>○ 早期の問題を持った人たちをどこへつなげるか、誰が介入するか、支援するかが重要。思春期に関しての治療は、より専門的なものが必要。一方で、専門家といっても対応や判断に非常にばらつきがあるのが現状。コメディカルの支援を受ける機会がなかなか持てないという現状もある。（田尾構成員）</p> <p>○ 研究結果をふまえると、1日でも早く治療に結びつける必要がある。特に就学している人たちが治療に専念できるような仕組みが必要。特に早期に治療ということになると、どうしても休学、退学が余儀なくされる可能性がある。特に退学に関しては、両親等の抵抗感も非常に強いのではないかとと思われるが、例えば復学を保証するような仕組み、制度、これは大学だけではなく、小中高、私学・公立も含めて検討すべき。（早川構成員）</p> |

○早期発見・紹介

・地域において、普及啓発、相談支援、医療機関への紹介等を行うための、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図ってはどうか。

・家族、精神科以外の医療従事者、行政機関、学校等、若年者を取り巻く支援者を対象に、研修の実施等を通じ、早期発見・紹介の方法、早期支援の効果等に関して、知識と理解の向上を図ってはどうか。

・なお、早期発見を行った場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることから、早期支援の体制整備よりも早期発見のみが先行することがないよう留意すべきではないか。

○ 早期支援とは、少しでも早く医療につなげることだけではない。アウトリーチ活動を通常行いながら、福祉サービスを行っている立場の人間の方が、むしろ適任。（田尾構成員）

○ 教育の現場では、精神的な問題がある子がいることは、認識されているものの、対応手段がない。教育委員会にアプローチしようとしても、大きな壁がある。まず、教育機関の中で、精神疾患に関すること、治療の見通しを教えておけば、対処技能も変わってくるはず。教員、養護教諭と精神保健福祉関係者の連携をとりやすくしていくべき。（田尾構成員）

○ 保健の先生たちの十分な知識がないからということであれば、我々が出向いて授業をしても構わないのだが、そういうことがなかなかできない。現場の教師に対する教育が十分でないのであれば、我々が出向いて研修会を開くことを提案しているが、なかなか応えてもらえない地域があるという現状がある。（田尾構成員）

○ 早期支援が充実している前提で早期発見は大事。学校は大事だが、学校のカウンセラーや相談員に相談しにくいという問題は根本的に考えるべき。（野沢構成員）

○ 特別支援教育が始まって、最近になり、とても迫力のあるいい活動をしているコーディネーターが出てきている。こういうところを伸ばしていくしかないのではないか。カウンセラーにも、いい人はいる。インセンティブを高め、優秀な人をこういうところに送り込むことが必要。（野沢構成員）

○ 「良い医療」というものが明確にならないと、単に早期介入で、早く見つけて、早く受診させるというだけでは問題は終わらないだろう。（良田構成員）

○ 診断が出た後、家族を支えていくシステムが欲しい。最初の専門家のかかわり方はとても重要。励ましとか、明るく家族が当事者や病気と向き合っていけるような支援を是非システム化していくべき。（良田構成員）

○ 遅れている精神医療の中で、どんどん学校へ出向いて行くことは大反対。業界の自己満足にすぎない。24時間安心して利用できる精神医療の確立が重要。（広田構成員）

○普及啓発

・精神的不調の際に、若年者や家族が、心理的に抵抗なく、かつ周囲の理解を得て支援を受けられるよう、普及啓発を進めてはどうか。
(別途検討)

(後 掲)

◆普及啓発について【第16回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>【普及啓発】</p> <p>○ 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくべきではないか。</p> | <p>○ 普及啓発については、もっとインパクトのある強い形で、ターゲットを絞った方法を使って実際に行っていくべき。(田尾構成員)</p> |
| <p>○ 早期発見・早期支援の観点から、学童期等の若年層とそれを取り巻く者を対象として、精神疾患の発症早期に適切に相談支援や診療を受けられるために、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行ってはどうか。</p> | <p>○ 非常に重要なのは学校保健との連携。中学・高校時代に精神疾患に関する教育が十分になされていない。何か悩みを持ったときに専門家に相談しようと思っていない。これは、適切な教育、適切な啓発活動でかなり解消される問題。(田尾構成員)</p> <p>○ すぐに指導要領を変えて、きちんと疾患を教えるべき。子どもが病気についてしっかりと理解すれば、大人は自然と理解する。(坂元構成員)</p> <p>○ 学校から看護協会に対して、こういうテーマで授業に来てくれないかということで、保健師や助産師や看護師に対して、命の大切さ、性と心の問題や体の問題などをテーマにして授業に出向いている。同様の活動について、各学校からどんどん依頼していくべき。(小川構成員)</p> <p>○ 学校は、病気とか障害にとっても冷たい。学校の問題として、真剣に考えていくべき。(良田構成員)</p> <p>○ 教職員が精神疾患になった場合、どのように生徒に伝えるかということが大事。教師という立場の人も精神疾患になるとの認識が大切であり、その場合、生徒にどのように伝えていって、どう開示していくかを教育現場で根本的に考えなければ、いくら有識者が精神疾患の啓蒙普及を教育現場で行っても、意味がない。(坂元構成員)</p> |
| <p>○ 精神疾患の新聞報道に関する調査において、犯罪や事件と関連付けて報道される傾向、予防や調査・研究に関する報道が少ない傾向を踏まえ、下記情報源を活用しつつ、報道関係者に向けたものを含め、治療法、支援策や研究成果等についての情報発信を充実させるべきではないか。</p> | <p>○ いいイメージを広めていくことを戦略的に考えてはどうか。ソフトなアプローチをしていくことは、障害や病気のムード、そのイメージを変えていくことに非常に役立つのではないか。(野沢構成員)</p> |

| | |
|--|---|
| <p>○ 精神疾患とりわけ統合失調症の正しい理解を医療関係者や社会的影響力の強い者も含め各層に促すため、対象に応じた普及啓発における基礎情報とするために、他の疾患・領域を参考にしつつ、インターネット等で正確で分かりやすい疾患の情報等を提供できる情報源の整備を検討してはどうか。</p> | <p>○ 医者を含めたコメディカルもすべての教科書で精神疾患が正しくポジティブに理解されるような教育が行われることが必要。(広田構成員)</p> |
| <p>○ 地域移行を円滑にする観点からの普及啓発については、上記の取り組みを進めることに加え、地域移行を着実に実施するとともに、当事者の視点を重視した啓発や当事者とふれ合う機会の充実などを図ってはどうか。</p> | <p>○ 単にふれ合うだけではなくて、当事者の体験から学ぶことが重要。正しい知識を頭で理解するだけではなくて、心でわからないと、きちっとした普及啓発にならないのではないか。そういう意味では当事者から学ぶという視点を、我々も含めて考えていけないのではないか。(小川構成員)</p> <p>○ 最も効果のある普及啓発は、実際に患者さん本人を見てもらうことや、話してもらうこと、触れ合ってもらって一緒に暮らすことである。(野沢構成員 第20回)</p> <p>○ 地域のボランティアや民生委員、または当事者の活動に対して何か支援すべき。(末安構成員 第20回)</p> |

◆身体合併症への対応【第17回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、急性期の身体疾患に対する精神科リエゾン診療の充実について検討するとともに、医療法施行規則第10条第3号の規定の解釈の周知を図りつつ、規定の見直しの是非についても検討すべきではないか。</p> | <p>○ 急性の身体合併症、どうしても一般科で十分診なければいけないような身体合併症に対してどうするかという問題がある。総合病院の精神科と言いながらも、身体合併症にすべて十分に対応してもらえないところも結構ある。（長尾構成員）</p> <p>○ 一般科の人が精神科に対診を求めた場合もその逆も、診療報酬が算定できない。その対応ができれば、リエゾンも含めて精神科と一般科との連携ができていくだろう。今の現実の資源をどうやって活用していくかが非常に大きな問題。（長尾構成員）</p> <p>○ 統合失調症患者の高齢化に伴い、身体合併症の治療は喫緊の課題。がん患者については、がん対策基本法に基づいて精神科的な支援というのが緩和ケアを中心に始まっているが、循環器疾患や糖尿病についてはまだ十分とは言えない。精神障害を合併すると入院期間が延び医療費が高くなり、自殺リスクも高まる。身体疾患患者の精神合併症は精神科医療にとどまらず国民的な課題という認識が必要。（伊藤構成員）</p> <p>○ 偶発的な合併症は本当に多いが、数字に出てきていないところで認知症がある、精神疾患があるということで、がん早期の手術をあきらめたとか、白内障の手術をあきらめるとい人は多くいるので、早く手を打つべき。（長野構成員）</p> <p>○ 一般医療の中で合併症治療が受けられたとしても、完全看護と言いながら現実的には家族が24時間つかなければ入院を受けられない、手術も受けられない。それでまたせん妄が起きてくると連れて帰ってくれと言われることが日常的にもものすごい頻度で起きているというのが今の現場。両方の入院治療が必要なのは10万対25というデータは、実感としてはもう少し多い印象。ここは早く一般医療や、いろいろなところと合わせた検討を早急に進めるべき。（長野構成員）</p> <p>○ 急を要する治療について、身体疾患、高齢化による心身の機能低下に対しては治療と同時にリハビリテーションを行わないと、生活に大きな支障を来して、ケアがかなり大変になる。ある程度精神症状が落ち着いて、一般科とかりハビリ病院に転棟あるいは転院して治療が受けられる、通院できる方はいいけれども、多くは精神的な病理特性を考慮した上でリハビリテーションを行わないと難しい人たち。今その人たちがほとんど十分な手当てがなされないまま取り残されている。（山根構成員）</p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法施行規則の第10条第3号に関しては大幅な見直し、もしくは削除すべき。(伊澤構成員) ○ 臨床研修を経ていない一般科のドクターは、精神科に偏見が強い人がいる。啓発が必要。(長尾構成員) ○ 一般病院で精神病棟がある方が一般科の医師は偏見が減って、全体として精神疾患に対する偏見は減るのではないか。(佐藤構成員) ○ いわゆる専門看護師以外の一般の看護師の、一般病床で働く者の資質の向上という意味でも、卒後研修も充実する必要。新人だけではなくてトータルなキャリアの中での研修で、一般病床に勤めている看護師の研修の中で、こういう精神科の患者に対してどう対応するのかということも支援すべき。(小川構成員) |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ いわゆる総合病院精神科が精神・身体合併症への診療機能を発揮できるよう、その確保・充実を図るべきではないか。(後掲) | <p style="text-align: center;">(後 掲)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療管理を行う等、その役割を一層発揮できるための方策を検討すべきではないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症に至らない方にどう対応するかということも必要。総合病院精神科や一般病床に行くまでもない健康管理の部分の対応は、最低限のこととして医療機関として体制は整うべき。そういう意味で、医療法の施行規則における人員配置基準を一般病床と同じような基準に引き上げる方向性をきちんと考えるべき。(小川構成員) ○ 看護師の基準がどんどん上がれば非常に良いが、上げるだけの人員が十分確保できるかという問題がある。7対1看護で引き抜き合戦が起こっており、それによって看護師が充足しないで困っているところも結構ある。そういう問題を含めて本当に人員をきちんと確保しながらどうやっていくのかを考えなければいけない。(長尾構成員) ○ 精神科病床に入院している人の高齢化、認知症の人も高齢であるから合併症が多いということ、こういう合併症の問題とADLの経過に対してどのように手を打っていくかということが1つの大きな課題。(長尾構成員) ○ 理想的には総合病院の精神科が空き、そこへ身体合併症の人が何かあれば入院していくという形が望ましいが、現実問題としてはそれだけのことは非常に難しい。現実を踏まえながらやっていただける手だてを講じていくことが必要。(長尾構成員) |

- 精神科病院の中での身体合併症を治療する必要がある。内科の医師が来る場合、精神科病院の中にいる場合があるが、内科の診療体制の条件整備ができていない病棟を認める、あるいは条件を認める幾つかのバージョンを考えるべき。(門屋構成員)
- 前回の診療報酬改定において精神科の病院においても、身体合併症を一般内科・外科医が診れば、ある程度の点数はつくということになったが、拡大が必要。いわゆる包括病棟においても精神科は結構多くなってきているので、療養病棟等も含めて、身体合併症について診療報酬上どうするかも含めて考えていくべき。(長尾構成員)
- 診療報酬上の手当として現在、精神科救急の部分については一定の評価がされ、身体合併症については7日間について200点あるいは300点といった評価が今回初めて入った。身体合併症で一番多いのは偶発的なものであり、救急的あるいは急性期のものに限らず、慢性的な身体合併症が非常に多いわけだから、もう少し長い期間での評価あるいは基本料の中で評価していくように考え直すべき。(三上構成員)
- 精神科の患者もいろいろな面で身体的なりハビリテーションのニーズが非常に高まっている。ただ、診療報酬上は持ち出しで行っている状況。(長尾構成員)
- 療養病床は医療的に見れば看護師の数も少なくてもよく、コストパフォーマンスは良いが、医療を手厚くしていくという意味でのパフォーマンスは低い。療養病床のある一部分をユニット的に医療が濃い状態にするということを1つの案として考えなければいけない時期に来ている。それも、5年とか10年かけて考えるのではなく、すぐできるという範囲で病院の中でも体制が組めるので、そういうことも診療報酬としても、医療のシステムとしても認めてほしい。(末安構成員)

◆総合病院精神科のあり方について【第17回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|--|
| <p>○ 総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機能など、総合的な機能を有することを踏まえ、精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきではないか。</p> | <p>○ 総合病院精神科がどんどん減っているというのは、非常にゆゆしきこと。やはりこれが減らないように是非対策を講じるべき。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 総合病院の中の精神科がどんどん減っていったということについては、やはり日本の医療政策の中で大変大きな失点だったと思っており、これは改めて再構築すべき課題である。(門屋構成員)</p> <p>○ 身体合併症を診られる総合病院精神科が減ってきているというのは非常に大きな問題だが、その原因は、診療報酬上の評価等が厳しいということも大きな一因ではないか。今後はこういった部分の改善が必要。(三上構成員)</p> <p>○ 政策上の評価としては、現在、公益性の高い医療として医療計画の中で救急医療等確保事業が位置付けられているが、その中に精神科・身体合併症の治療も含めてもらうと評価が高くなり、減少に歯止めがかかる可能性がある。(三上構成員)</p> <p>○ 経験上、精神科単科において転院が必要な場合でも、精神症状があるケースはなかなか転院・転棟ができない。総合病院で一般科があったとしても、その身障のリハは精神症状があるとなかなか受けてくれない。これはスタッフの教育の問題もあるが、もう一つ大きいのは認可基準と診療点数の問題がある。(山根構成員)</p> <p>○ 厚生労働省を挙げてどんな病気になっても、どんなけがをしても、安心してその人が必要としている適正な医療を受けられるような施策を打っていただきたい。それに見合った点数をつけてほしい。(広田構成員)</p> |
| <p>○ 総合病院精神科の維持を図るためには、報酬上の評価だけでなく、事務補助者の拡充など、従事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等との連携の拡充についても検討すべきではないか。</p> | <p>○ 精神科医の不足について、外来のクリニックの先生は地域にいる。精神科の治療を一般病床の入院患者に行う場合、そこに行って応援する、連携するという新しい方式など、システムを幾つかのバージョンで考える必要がある。(門屋構成員)</p> |
| <p>○ 精神科医師のキャリアにおいても、精神・身体合併症診療の経験が積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要ではないか。</p> | |

◆認知症について【第17回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|---|--|
| <p>○ 鑑別診断、BPSD や急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供出来る体制の確保・普及を図ることが必要である。</p> <p>○ このため、認知症疾患医療センターの機能の拡充を図るとともに、整備を推進するべきではないか。</p> | <p>○ 身体合併症を非常に持ちやすい高齢者、認知症の人たちをどうやって最後まで看取るかということになると、そこの中には認知症疾患医療センターの機能が必要。その機能を更に充実していくということが大切であり、さらには、認知症対応型の地域包括支援センターの整備というものも必要。それを老健局と社会・援護局という2つの局が力を合わせてやるべき。(三上構成員)</p> |
| <p>○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきではないか。</p> | <p>○ 認知症については、専門医だけでなく、認知症の認定看護師も養成を始おり、是非支援をしていただきたい。(小川構成員)</p> <p>○ 介護報酬の改定で居宅療養管理指導や訪問看護ステーションの複数名訪問なども認められたところだが、報酬上の評価の充実を検討すべき。診療報酬上の対応も次回の改定ですべき。(小川構成員)</p> <p>○ 重度認知症デイ・ケアは、大幅な点数ダウンにより、専門職を配置しないデイサービスよりも低い点数になっており、外来で認知症の患者さんを支えていくシステムがない。(上ノ山構成員)</p> |
| <p>○ 認知症の有病率や、BPSD の発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。</p> | <p>○ 認知症の緊急プロジェクトでは、医療対策の部分の中長期の目標に精神医療のあり方の検討とある。現在、精神科病床での退院促進が進んで、随分病床に余裕が出てきたところに、受け皿がない認知症の方がここを選ばざるを得ない状況が起きている。この対策が中長期でいいのか。この検討会と認知症のプロジェクトが合体するような検討会などが早急に立ち上がらないか。(長野構成員)</p> <p>○ 認知症一般ではなくて、精神医療が担えるものは何かということの明確化は、早急にすべき。認知症対策は、中長期ではなく、明らかに今、問題が生じている。(門屋構成員)</p> <p>○ 日本では認知症を精神科病院で診ることが当たり前になっているが、精神病床の少ない諸外国では、精神科病院で診ていないのではないか。諸外国において、どのようなサービスが提供され、当事者や家族の満足度はどうなっているのか。(田尾構成員)</p> |

- 人員配置の問題と、認知症治療病棟の施設基準の問題もあり、精神科病床での認知症の方の対応に限界を感じている。(長野構成員)
- 今の療養病棟や認知症病棟は、従来の慢性の精神病を扱っていた病棟を少し改造して、そのときの介護技術をそのまま持ち込んでいる。もし、精神医療で認知症を扱うとすれば、このハードとソフトの面を抜本的に見直すべき。そうすれば、病床数そのものの削減にもなり、認知症の対策にもなる。精神病院が持つ資源を生かしながらやるとすれば、そういうことを考えるべき。(山根構成員)
- 機能回復の訓練など形は決まっているが、その中身がない。2時間とか4時間訓練と言われて、その時間をこなすためにやっけていて、結果的には認知症の人たちの BPSD をつくっているのではないか。早急に改善すべき。特に、中等度以上の場合には必ず生活を基盤にして治療できるよう、病棟構造や処遇について考えるべき。(山根構成員)
- BPSD の発生頻度などを調査して、精神療養所などの必要性を確定しようという今回の提案だが、そもそもそういう症状を出すことに環境要因が関係しているため、その結果出てきた症状面だけを見て、隔離した環境で薬物で抑えるという考え方は、必ずしも適切ではない。(田尾構成員)
- 認知症患者の入院期間はどんどん延びており、今までの入院精神医療の轍を踏まないためにも、安易に入院を進めるようにすべきではない。もし、どうしても精神科病床を利用するということであれば、急性期病床のように期間制限を設けるなど、長期慢性化しないような工夫をすべき。(田尾構成員)
- 一定の人権の制限を前提とした精神保健福祉法を、今からどんどん増えていく認知症の患者に、ほかに行き場がないからという理由だけで適用するというのは余りにもずさん。時間的なゆとりとロードマップは要ると思うが、BPSD を伴わない認知症については、精神保健福祉法の対象外とするということを明確に示すべき。この原則を立てた上で、どういう施設をつくっていくかということを議論すべき。(中島構成員)

| | |
|--|--|
| <p>○ 認知症患者の入院適応を明確化したうえ、BPSD や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関を確保し、</p> <p>①認知症病棟等の体制の充実</p> <p>②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要ではないか。</p> | <p>○ BPSD に関しては周辺症状ということで位置付けられているが、中核症状に対してどのようにアプローチできるのか、問題提起しておくべき。薬物に頼らない医療、心理教育的なアプローチ、あるいはその他の対処法、音楽療法などいろいろあるのではないか。</p> <p>(上ノ山構成員)</p> |
| <p>○ 専門医療機関を真に専門医療を必要とする者のために確保するためには、急性期治療を終えた者が速やかに退院できるよう、在宅サービス・介護施設の計画的な整備とともに、専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携を進めるべきではないか。</p> | <p>○ 認知症対応型の通所介護と小規模多機能を立ち上げて運用しているが、精神科の病棟でなければいけないと思っていた方が、随分いろいろなところで対応できる。そこに精神科の経験のある看護師をきちんと配属していくことで随分カバーでき、精神科の緊急入院も随分減ってきたような実感を持っている。こういう取り組みが絶対に必要。</p> <p>(長野構成員)</p> <p>○ 老健施設や特別養護老人ホームの入所待ちが非常に多いが、介護保険の今の状況ではこれらの施設はある程度規制されており、今の段階で増える要素というのはほとんどない。今後増やすといっても、なかなか財政上も困難。そういった中で、出口がきちんと用意されないと、ますます BPSD を伴って入院してきた人が行き場がなくなる。そういったことをどのように考えているのか。精神保健福祉部だけで完結する問題ではないので、その辺の連携を厚労省としてはどのように考えているのか。(長尾構成員)</p> <p>○ 認知症の医療体制のイメージ図とか、地域の医療と介護の連携というようなことは、シエマとしてはきれいに書かれているが、実際の次の BPSD がある程度改善しても次の行き場がない。グループホームはある程度増えてはいるが、軽度な人しか入所できない。ある程度認知症が進んでいる人の受け場としては、在宅というのは今の段階では非常に困難。在宅でサポートする体制はほとんどないと言っていい。(長尾構成員)</p> |

- 医療制度改革のもとに、一般の療養病床を24年に38万床から15万床にする。介護療養病床もそれだけでなく、転換するという話が出た。これも結局は医療費抑制の中で起こってきたこと。これは全体の総量を増やしていくのではなく、ただ転換するだけの話で、数が増える要素はない。逆に押さえるような要素でしかない。特に、医療区分1というのは、とてもこれで経営がやっていけるような状況ではないということをはっきりしているので、こういう身体合併症も含めて、こういったことをやれるところというのをきちんと担保していく必要があるのではないか。（長尾構成員）
- 今後、高齢化に伴い認知症の増加が見込まれるところ、現在精神科病棟にいる認知症の患者さんの出口をどう見つけて対処していくかという問題がある。（上ノ山構成員）
- 認知症が認められたから障害者のグループホームから認知症のグループホームに移るとするのは非常に困難で、数が少ない。そのまま障害者のグループホームで終末までいるときに、それぞれバリアフリーの対応や報酬が全く違うため、問題。（品川構成員）
- 問題は、形態ではなくて、ケアの中身。老健施設に入っている方は老健施設を転々と回っている。そのうちに認知症は進み、そのうちに体も悪くなって亡くなるパターンも多い。そういう状態を早くなくすべき。（良田構成員）
- 精神科医療だけでなく、他科の人たちや介護の問題も含めて、早期発見後の体制づくりが非常に大事。（上ノ山構成員）
- 恩恵を受ける、又はサービスを受けるだけでは人間の尊厳はなくなる。人は人の役に立つ、社会貢献できるということでプライドも持てるので、何かして差し上げる制度ではなくて、高齢者がプライドを持てるような制度にすべき。（広田構成員）
- 地域包括支援センターは、今回も認知症の対応で強化されているが、ややもすると待ちの姿勢になってしまうところもある。若年性の問題とか独居の方の問題とか、権利擁護、成年後見の場面において、アウトリーチできる体制を検討すべき。（小川構成員）

| | |
|--|--|
| <p>○ 慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設（介護療養型を含む）等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一層の対応を行うことが必要ではないか。</p> | <p>○ 一般の療養病棟が削減されていくなかで、精神科病院が療養病棟の機能を担わざるを得ない場合がある。精神科病床でも合併症が診られるにしよう、認知症も精神科病床で基準をつけて診られるようにしよう、という体制が整えられれば肯定できるが、小さな田舎で専門職がなかなか確保できない中では、とても精神科病床を基盤にできない。精神科病床のコアな機能とあるべき機能というのは切り分けて、きちんと早急に検討しながら具体的施策にも即していくべき。（長野構成員）</p> <p>○ 精神科医療で認知症の方を診ていく場合、行動制限をどう考えるべきか検討が必要。（末安構成員）</p> |
| <p>○ 認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場について、どう考えるか。</p> | |

◆精神科デイ・ケア等について【第18回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 急性期や回復期に、適切なアセスメントに基づき、一定期間、認知行動療法、心理教育等を重点的に行う等、対象・利用期間・実施内容を明確にして機能を強化したデイ・ケア等の整備を図ることについてどう考えるか。</p> | <p>○ 対象者像に応じて治療型、支援型といった機能分化を進めるべき。また、スタッフの役割や配置の見直しが必要。（山根構成員）</p> <p>○ すでに多様化しているデイ・ケアについて、ケアの内容や急性期系のものを考えていく必要がある。その場合の条件として、期間を限定することと、サービス利用計画等とセットで行うことが必要。（伊藤構成員）</p> <p>○ デイ・ケアは社会的なトレーニングの場として、就労や小規模作業所に移行するなど一定程度の効果が認められる。今後は人員配置を厚くして期間を設定した高機能なデイ・ケアが必要。（佐藤構成員）</p> <p>○ 地域資源の範囲では対応しがたい専門的なプログラムについては、有期限の内容を精査したものを用意すべき。その際、地域間格差に配慮しながら都道府県あるいは二次医療圏域における必要量を検討すべき。（門屋構成員）</p> <p>○ 早期退院に向けた取組のひとつとしてデイ・ケアを活用することを診療報酬上評価すべき。（小川構成員）</p> <p>○ デイ・ケアの再入院防止という機能は重要。機能分化については、時期尚早。あまり型にはまった機能分化をやってしまうと、かえって動きづらくなるのではないか。（長尾構成員）</p> <p>○ デイ・ケアの目的・役割を明確にし、診療所などが地域ケアの拠点としてデイ・ケアを担うことができるような人員配置や施設基準を設けるべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ デイ・ケアの多様性という意味での機能分化は既に行われている。このことをより明確に位置づけていくことには意味がある。（上ノ山構成員）</p> <p>○ 利用者としては、日中活動の場を福祉側から提供するか医療側から提供するかは問題でないが、一定期間、認知行動療法などを行うという方向性は重要。（広田構成員）</p> <p>○ 集団精神療法について、医師でなくとも実施できるかたちにすべき。（田尾構成員）</p> <p>○ デイ・ケアにスタッフを配置することがチーム医療を実施する上で非常に重要である。（上ノ山構成員）</p> |

| | |
|---|---|
| <p>○ 現在のデイ・ケア等は、現在の障害福祉サービスの供給状況においては、生活支援として地域移行における一定の意義を有すると考えられるが、貴重な医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観点や、利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供する観点からは、対象者、利用目的、実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等については、利用者が徐々に障害福祉サービスに移行できるよう、障害福祉サービスの充実等を図っていくべきではないか。</p> | <p>○ 自立支援法のサービスと医療のサービスが重複している部分が出てきているので整理が必要。（長野構成員）</p> <p>○ 疾患別、状態像別のデイ・ケアの分化とともに福祉サービスを充実させていくことが必要。（中島構成員）</p> <p>○ まずは福祉サービスの充実を図った上で、福祉サービスで担えるものについては、デイ・ケアから転換していくべき。（野沢構成員）</p> <p>○ 現在では、役割も分化してきており、生活支援型の対象者は、デイ・ケアから移行していくべき。その際、外来の利用者に個別支援計画を立てられるよう外来のスタッフ体制の強化が必要。（大塚構成員）</p> <p>○ デイ・ケアはリハビリテーションの一環として位置づけられているにもかかわらず、生活支援が重視されている。デイ・ケアのあり方、生活の中に医療を位置付けるということを考えていくことが根本的な転換となる。（末安構成員）</p> <p>○ 必要とする人が必要なサービスをうけられることが重要であり、十分な障害福祉サービスの基盤整備が担保されていない現状において、短絡的にデイ・ケアを是正することには反対。（長尾構成員）</p> <p>○ 障害福祉サービスが十分でない地域におけるデイ・ケアの存在意義は留意すべきであるが、居場所としての利用が多すぎる。（山根構成員）</p> <p>○ 財源論をしっかりと議論すべき。（谷畑構成員）</p> <p>○ 入院生活技能訓練療法があるが、生活技能訓練というのは、入院ではなくて、生活がある外来にこそ必要なプログラムであり、入院にしかないというのは論理的に矛盾。（田尾構成員）</p> <p>○ SSTは今後地域での展開が必要。（小川構成員）</p> |
| <p>○ 利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイ・ケア等の、漫然とした、長期にわたる頻回／長時間の利用については、是正を図るべきではないか</p> | <p>○ デイ・ケアの再入院防止という機能は重要。デイ・ケアの漫然とした長期利用等を是正すべきとする指摘には反対。（上ノ山構成員）</p> <p>○ デイ・ケアのどの役割や機能を増やすかという視点が欠如した、ただデイ・ケアを増やすという一般論は承知できない。（門屋構成員）</p> |

◆気分障害について【第18回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ うつ病患者を早期に発見し適切に診断できるよう、精神科につなぐための対策を、引き続き進めるべきではないか。</p> | <p>○ 国民に対する啓発活動が非常に大切であり、予算をつけるべき。(三上構成員)</p> <p>○ 地域包括支援センターの中にPSWを配置することにより、うつや自殺予防に対するコールセンターの役目が果たせるのではないか。(三上構成員)</p> <p>○ 予防の観点が重要。(広田構成員)</p> <p>○ 自助が成り立つ基盤整備を行政や専門家の責任で用意すべき。(末安構成員)</p> |
| <p>○ 気分障害患者に対して適切な精神科医療を提供するため、診療ガイドライン等の作成を進める等により、医療の質の向上を図るべきではないか。</p> | |
| <p>○ 特に、海外でうつ病への有効性が確認されている認知行動療法については、国内での有効性の検証を進めた上で、普及を図るべきではないか。</p> | |
| <p>○ 気分障害の治療について、復職等の社会復帰の取り組みを積極的に進めるとともに、慢性化・遷延化への対応を含め、治療・支援の方法に関する研究を進め、成果の普及を図るべきではないか。</p> | <p>○ 薬に関する正確な情報の普及・啓発をきちんとしていかなければならない。また、再発率が高いという意味では、生涯を通してケアしていく必要性のある疾患であるという視点が必要。(坂元構成員)</p> |

◆依存症について【第18回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|--|
| <p>○ 依存症患者の回復に向けた支援について、総合的な取り組みを強化すべきではないか。その際には以下のような観点からの取り組みが必要ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 依存症が疾病であるという視点を持って、依存症の普及・啓発や、患者の支援に当たるべきではないか。 ・ 依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、自助グループ等の取り組みを踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきではないか。 ・ 依存症のリハビリ施設や自助グループがより効果的に活動できるよう、その支援のあり方について検討すべきではないか。 | <p>○ アルコール依存症について、啓発を伴った予防の視点に立った施策が必要。(長野構成員)</p> <p>○ アルコールのリスクに関する広告を産業界に求めてもよいのではないか。(門屋構成員)</p> <p>○ 物質依存については教育の分野できちんと教育すべき。(門屋構成員)</p> <p>○ 久里浜アルコール症センターの医療モデルを基にアルコール依存症の入院医療における枠組みを確立すべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ アルコール依存症については、他の身体合併症と同様にチーム医療で対応すべき。(門屋構成員)</p> <p>○ 自助グループの確保については、施設の運営を政策的にしっかりカバーしていくという視点が重要。(伊澤構成員、中島構成員)</p> <p>○ ニコチン依存症についても対策を立てるべき。(坂元構成員)</p> |
| <p>○ 物質使用に係る法的側面については、精神保健福祉のみならず、幅広い観点からの検討を要するのではないか。</p> | |

◆児童・思春期の精神医療について【第18回】

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|---|---|
| <p>○ 児童・思春期精神科医療の普及を図るためには、まず、児童・思春期患者に専門的に対応できる医師数の拡大に取り組むとともに、一般の精神科医に対しても、児童・思春期精神医学の研修等を進めるべきではないか。</p> | <p>○ 児童の精神科医を増やすべき。児童の精神科医は、小児科の経験やさまざまな研修を受けておかないと成り立たない。若い医師がきちんと働ける場として、病院だけでなく子どもの診療所がきちんと機能できるようにすべき。(中島構成員)</p> <p>○ 児童専門の精神科医の育成について、文部科学省と連携して全国の医科大学に児童の講座をつくるべき。(樋口座長)</p> |
| <p>○ また、医療機関が児童・思春期精神科医療により積極的に取り組むための施策を講じ、専門病床及び専門医療機関の確保をはじめ、医療提供体制の拡充を図るべきではないか。</p> | <p>○ 診療報酬上の手当を行うべき。自治体は赤字を覚悟してやっている。(中島構成員)</p> <p>○ 診療報酬上の評価を上げると、逆に子どもや親の自己負担が増えることとなり、かえって治療を妨げてしまうのではないか。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 診療報酬だけでなく、医療計画上の位置づけなどの取組が必要。(小川構成員)</p> <p>○ 児童と思春期は分けて論じるべき。(中島構成員、佐藤構成員)</p> <p>○ 子どもが置かれている治療の場を抜本的に検討すべき。外来の作業療法やデイ・ケアは大人用である。また、教育との連携も必要。(山根構成員)</p> <p>○ 子どもの心の診療拠点病院については、受診のしやすさを高めるという意味でも、小児総合病院にきちんとした病棟を整備すべき。併せて、診療報酬上の評価もきちんと行うべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 思春期の精神医療は、早期介入と絡めて検討していくべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 健診でリスクが高い子どもについて、きちんと養育できる体制をつくることが重要。(中島構成員)</p> <p>○ 発達障害については、診断、療育、治療を含めて、スタンダードなものを確立して普及していくべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 発達障害者支援センターを始めとする保健、福祉、教育のボリュームを増やしていくような総合的な取組を実施すべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 医療、福祉がリードして司法、警察をも巻き込んだ全体的な取組に進めていくべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 早期発見や文科省の政策も踏まえて総合的な検討が必要。(長野構成員)</p> |

◆地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について【第19回】

・入院医療における病床等の機能

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実を目指すべきではないか。</p> <p>・このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価について検討すべきではないか。</p> <p>・また、精神病床数の適正化等を図りながら、将来的に、医療法における人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置の向上を目指すことについて、どう考えるか。</p> | <p>○ 診療報酬の基準について、例えば7：1とか、13：1が精神科にはない。精神科だけがないというのは、おかしい。7：1は難しいのかもしれないが、13：1であれば頑張れる病院はあると思う。また、「特別」の20：1未達がまだ残されていて、これも期限つきだということだが、早く制限をして、最低20：1までに上げてもらいたい。(田尾構成員)</p> <p>○ 7：1とか、13：1という入院基本料の区分がない。少なくとも13：1をつくれれば、努力する病院も出るのではないか。(小川構成員)</p> <p>○ 精神については、13：1もなければ、7：1もない。10：1については、日数制限がついており、精神科に合わない。ここは60日にすべき。7：1については、専門病院の13：1が36日であり、36日にすべき。13：1についても、60日から90日とし、人手をつけることが必要。(中島構成員)</p> <p>○ 入院基本料について、10：1の平均在院日数規定を見直すことが必要。一般病棟の15：1と同等の60日程度に延長してもらえれば、かなりの総合病院・大学病院が人員の強化をできる。13：1の精神病棟の入院基本料の復活も必要。また、7：1を新設すべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 統合失調症については、人手が治療の手段であるので、人員配置は一般科並みにする。そこに様々なコメディカルの専門家をプラスしていくべき。今の人員の基準では、これ以上努力することが難しい。(中島構成員 第20回)</p> <p>○ 精神科特例に関してきちんと見直すスケジュールを教えてください。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 医療法における人員配置の基準も、精神科という特別な医療ではなく、一般医療の中に入れるべき。当面の間の5：1についても速やかになくすべき。(小川構成員)</p> <p>○ 48：1、150：1、4：1の人員配置基準は当然見直すべき。(田尾構成員)</p> <p>○ 先に目標だけがあって、ただ単に基準を上げていくという話はおかしい。供給と需要のバランスを考えるべき。(長尾構成員)</p> |

| | |
|---|--|
| <p>○ 患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場の適切かつ優先的な確保を図るべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・このため、重症度に応じた評価の体系の導入を検討すべきではないか。その際、医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案するべきではないか。また、そのために必要な分類・評価方法の開発を進めるべきではないか。 ・特に、統合失調症については、患者数の将来推計や、状態像ごとの患者の人数を踏まえ、将来の病床数のあり方を検討すべきではないか。(次回検討) ・認知症については、有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。 | <p>○ 重症度やコストといった観点を考えて、急性期とのケアの時間差というものも示されたが、時間だけですべてを測れるものではない。精神の質的なもの、時間で測れないものをどのように評価していくのか。重症度別の評価は、十分な方法を用いて慎重に行うべき。人員配置に対するコストをベースに、それにプラスしていくという形にすべき。(長尾構成員)</p> <p>○ IADLについては、生活がない入院生活の中で、生活能力の評価などできるわけではない。(田尾構成員)</p> <p>○ IADLをもって退院の判断の基準にしていくことそのものに疑問がある。(門屋構成員)</p> <p>○ 退院できていない現状と、退院するための後期5年間の計画を明確にすべき。(大塚構成員)</p> <p>○ BPSDで入院する方は多く、統合失調症の減少を補ってあり余るほどの状況になっている。その人たちの行き場が十分でない。社会資源として出口をいかにきちんと用意できるか。そこが第一にあって、次に病床が減っていくのではやむを得ないし、それによって機能が分化されていくべき。出口がほとんど用意されない中で、ただ単に機能をどうするのか、病床をどうするのかという話ではない。(長尾構成員)</p> |
| <p>○ 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。</p> | <p>○ 高齢精神障害者については、介護保険施設が足りないため、それを整備していくことが重要。一方、全員が介護保険施設に生活の場を持つことが妥当だとも思わない。地域、ケアホームなどで暮らしながら、介護保険や障害福祉サービスをもっと活用できるよう、そのシステムや使い方を整理していくことも重要。(大塚構成員)</p> |

・地域医療体制と精神科医療機関の機能①

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 精神疾患患者の地域生活を支援するための、地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各々の精神科医療機関等が、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域で、医療提供体制を確保する必要があるのではないか。 ・このための体制を、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションが連携して構築するべきではないか。 ・診療所による在宅医療・救急医療への参画についても、促進を図るべきではないか。 | <p>○ 地域の医療体制の整備確保は非常に重要であり、在宅のための居住の場、それに対する支援、サポート体制、医療の体制、これらが複合的にきちんと揃うことが、統合失調症患者等にとって必要である。(長尾構成員)</p> <p>○ 訪問看護、ACT、危機介入については、将来的には分けていく方がよいと思うが、初めのうちは個々に分けずに、これらを一体的に運用しながら、地域を支えられる体制をつくっていくことが重要。(中島構成員)</p> <p>○ 病院も診療所も往診をするところが減っているが、救急に参加するだけでなく、往診、危機介入といったアウトリーチも診療所の先生も協力体制が組めるようにすべき。(中島構成員)</p> <p>○ 往診を推進していくような教育や体制を充実するべき。(長野構成員)</p> |

○ このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関が必要ではないか。なお、これらの機能は、地域医療体制との連携によって適切に発揮されるのではないか。

・ 高次の精神科救急を行う精神科病院

・ 急性期の身体合併症に対応する機能についても確保が必要。

・ いわゆる総合病院精神科

・ 精神病床で身体合併症治療等を行うほか、一般病床へのリエゾン機能が必要。

・ 高齢者の診療を行う精神科病院

・ 認知症のBPSD・身体合併症対応や、高齢統合失調症患者の身体合併症対応の機能が必須であり、精神科病院の機能強化が必要。

・ 極めて重症な患者の療養を行う精神科病院

・ ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限られた数。

・ その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神科医療機関

○ 総合病院精神科は、一般病床へのリエゾン機能、身体合併症の対応の機能を担ってほしい。また、精神科から一般科へのリエゾンも十分に評価をすべき。（長尾構成員）

- | | |
|--|---|
| <p>○ 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。</p> | <p>○ 高齢精神障害については、介護の観点もあるが、施設の体系をどのように考えていくのか。現行の老健施設、特養等は完全に数が足りない。財源にもよるだろうが、現状の介護保険制度の中で、これらの施設が今後増える要素はない。（長尾構成員）</p> <p>○ 65歳以上になると、介護サービスが優先となる。生活の動作が可能かどうかという介護保険の認定基準では、精神障害者の介護度は低くなる。介護保険の介護老人保健施設や介護老人福祉施設の利用は本当に難しく、たとえ利用できたとしても、費用の負担が大きい。認知症と診断されれば、介護保険での認知症対応のグループホームが利用できるが、まだまだ量的には不足している。介護保険の第1号の保険者になっても、介護保険での居住の場の選択は、現状では厳しい。（品川構成員）</p> <p>○ できるだけ若いうちに自立をできるよう対策を立てるべき。（良田構成員）</p> |
|--|---|

・地域医療体制と精神科医療機関の機能②

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 精神保健医療体系の改革に当たって、地域のニーズに応じて、精神科医療の様々な機能に関する提供体制や、医療機関の連携体制を構築するため、精神科医療の医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における位置づけについて、検討すべきではないか。</p> | <p>○ 医療計画の4疾患に精神病あるいは精神疾患を加えて、もっと国民的な疾患ということを開発していただきたい。(田尾構成員 第15回)</p> <p>○ 4疾病6事業にして、何らかの評価をすべき。(三上構成員、佐藤構成員、中島構成員)</p> <p>○ 医療計画だけでなく、その他の福祉関係の計画の中で連携を持って記載されるべき。(坂元構成員)</p> |
| <p>○ 医療計画に明示されるべき医療機能、医療連携体制及び圏域設定の具体的なあり方について、さらに検討すべきではないか。</p> | <p>○ 医療計画、福祉計画と連動するのはとても重要。特に精神科の中で重要なのは、重度継続の精神障害者の方々に、この方々が退院後に中断せず継続して地域で生活できるよう支援をするためには、この地域の患者に対しては責任を持つという医療圏という考え方が必要。また、そのような意識を高めさせる施策も重要。(伊藤構成員)</p> <p>○ 二次医療圏ごとに高次の救急を担う精神科病院と、救急機能を持った総合病院精神科が2つあるとうまくいく。機能分担をし、患者が遠く離れた地域で入院治療を受けなくて、地域で入院治療を受けることができるため、地域に戻りやすくなるというシステムが構築できる。(佐藤構成員)</p> <p>○ 二次医療圏ということを経験科医療の中でも求めるべき。あるいは計画上、きちんと位置づけるべき。(門屋構成員)</p> <p>○ 医療圏のあり方に関する議論は簡単に聞こえるが、現実的には、自治体を超える一つの指針がないと非常に難しい。(坂元構成員)</p> <p>○ 継続的に適切な医療機能を確保していくためには、連携について検討すべき。一般医療におけるかかりつけ医体制を診療所が担うべきか、病院との連携についてどうすべきか、明示していくことが必要。(大塚構成員)</p> <p>○ 精神科病床を認知症の治療にどう使うか十分検討した上で、病床削減について考えるべき。(三上構成員)</p> |

・精神科医療機関における従事者の確保について

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|--|---|
| <p>○ 国民のニーズ及び若手医師のキャリア形成の双方に資するよう、学会・医療機関等が連携して、若手の医療従事者の養成の充実を図ることにより、精神医療への魅力を高め、精神科の従事者の確保を図ることが求められる。</p> | |
| <p>○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に看護職員等の人員基準の充実を目指すべきではないか。（「入院医療における病床等の機能」の論点を参照）</p> | <p>○ 人員配置を引き上げて、質の高い看護を提供していくことが、看護職の確保につながる。（小川構成員）</p> <p>○ 医療観察法における手厚い人員配置、他職種チームによる治療やリハビリが精神医療の中で汎化されていくべき。そのような体制が整うよう、予算措置を考えていくべき。併せて実質ある精神科医療の特例の撤廃を書き込むべき。（大塚構成員 第20回）</p> |
| <p>○ その上で、医療従事者数が有限であることを踏まえ、精神医療の中でも、最も必要な分野に重点的に医療従事者を確保する必要があるのではないか。</p> | <p>○ 国がベッド数を削減して、スタッフを充実し、診療報酬を上げるという具体案を提案すべき。（上ノ山構成員）</p> |
| <p>○ 具体的には、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療等、今後需要の見込まれる分野に勤務する医療従事者が相対的に増加し、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者が相対的に減少するよう、施策を講じるべきではないか。その際、新たな分野に従事する者への研修等についても考慮するべきではないか。</p> | <p>○ 救急、地域の部分にどれだけの人手とお金をかけるか。東京は特別として、地方では救急の輪番への助成が減っており、救急はもたない。救急には人手が必要ということに十分配慮しつつ、手当と地域差を踏まえた体制づくりが重要。（長尾構成員）</p> <p>○ 「地域が病院である」という考え方を進めていくような施策が必要なのではないか。（伊藤構成員）</p> <p>○ 病院、診療所、福祉及び医療を調整する機関が必要。調整機関を誰が担うのかを検討すべきではないか。（上ノ山構成員）</p> |
| <p>○ 確保の難しい医師・看護師の業務を軽減する観点も踏まえ、他の職種の従事者の資質の向上や更なる活用について、どう考えるか。</p> | <p>○ 医療業務以外の業務や書類が多い。もっと簡便にやれるような形を検討すべき。（長尾構成員）</p> |

◆地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について【第20回】

・統合失調症による今後の入院患者数についての考え方

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|---|--|
| <p>○ 統合失調症の入院患者数については、地域移行等の努力が現状通りであった場合、今後減少することが予想される。</p> <p>○ 一方、ADL や IADL の障害を主たる原因として入院しているなど、居住先や支援が整えば退院できる患者が存在することを踏まえ、福祉サービスの供給量を増加させ、また、精神科救急医療、訪問看護等の地域生活を支える医療の充実を図り、入院患者数を、現状がそのまま推移した場合の予測値よりも更に減少させることを目標とすべきではないか。</p> <p>○ 統合失調症の入院患者数は、平成 17 年に 19.6 万人であったが、具体的にはこれを改革ビジョンの終期に当たる平成 26 年までに 15 万人程度まで減少させることができるよう、各般の施策を講じるべきではないか。また、その達成状況も踏まえつつ、平成 27 年以降においても、各般の施策を展開することにより、より一層の減少を目指すべきではないか。</p> <p>○ また、同時に、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL の支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか。</p> | <p>○ 統合失調症の将来推計だが、過去 5 年間、統合失調症の入院患者は減っているが、病床はほとんど減らなかった。(田尾構成員)</p> <p>○ 目標は、居住の場やサポート体制等のサービスの量を勘案して立てるのが本来の姿。ただ単に目標設定だけが突然出てきて、それに向かって努力しましょうというものではない。(長尾構成員)</p> <p>○ 近い将来、4 割ぐらいの方は退院可能だとすると、15 万というは、私はもうちょっといけるだろうと思う。今は、データに基づいて、支援のあり方とかりハビリのあり方を整えていくべき。数値目標そのものよりも、数値目標の中身について議論していくべき。(大塚構成員)</p> <p>○ 一般病床並みに人員配置基準を改めるべき。当分の間という人員配置基準も期限を切って本則に戻していく。本則自体も是正すべき。そういうことを通じて 15 万床へということであれば非常に理解ができる。(小川構成員)</p> |

・ 認知症による今後の入院者数についての考え方

| 検討の方向性（一部抜粋） | 主な意見 |
|---|--|
| <p>○ 認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、その中には、退院先の確保待ちや、セルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による治療を要さない者も存在する状況が明らかになっており、医学的に精神病床への入院が必要な者は、入院患者のうち一定割合であるものと考えられる。</p> <p>○ このため、平成 22 年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率や BPSD の発生頻度等に関する調査を早急に進め、その結果に基づき、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を検討すべきではないか。</p> <p>○ その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を機能させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討するべきではないか。</p> | <p>○ 統合失調症で減ったベッドを認知症が埋めていくという危険性がある。世界の先進諸国では認知症を精神病床で見ている国はない。認知症のモデルはもっとほかの方法がある。また、退院先を決めておかないと、認知症も統合失調症などと同じ社会的入院者が多く占めるようになり、そのような状況が既に起こっている。介護保険の施設に入所するよりも、精神科病院に入院するほうが安上がりになる場合があり、危険な状況。（田尾構成員）</p> <p>○ 認知症の社会的な入院の方をつくり出さない仕組みが必要。今の介護保険では、認知症の方を支える仕組みとしては量も質も足りない。精神症状に対する介護保険施設の対応力について底上げも必要。また、精神科医療との連携が足りない。精神科医療もアウトリーチでリエゾンをしに行くべき。常にかかわり状態像を判断しながら、リエゾンをしていく役割が精神科医療の役割。（長野構成員）</p> <p>○ 特養では一部精神科医療との連携加算がついているが、グループホームにも精神科医療との連携加算をつけるべき。マンパワーが圧倒的に足りない状況にある。（長野構成員）</p> <p>○ 国の補助金との関係もあり、施設の個室化をすすめざるを得ないが、個室化により利用価格が高くなってしまう。（坂元構成員）</p> <p>○ 認知症の方の対応も含めて、看護補助加算を一般病棟の入院基本料で認めるべき。また、人を確保して身体合併症の医療を行うべき。（小川構成員）</p> <p>○ 居住系サービスの整備とあわせて住宅手当の助成ができないか。（大塚構成員）</p> <p>○ 認知症疾患医療センターは出口のコントロールが現行制度の中では全くされてない。また、かなり地域偏在がはっきりしている。（末安構成員）</p> <p>○ 法を正しく運用して認知症の方の入院を医療保護入院にすることは今すぐやらなければいけない。2～3年後にはこのBPSDを伴わない認知症の方は強制入院の対象にはならないということを決めるべき。（中島構成員）</p> <p>○ 民間の有料老人ホームに入っても、ほとんどの方が医療費が別途かかるということを知らない。また、病院と介護施設との連携は非常に悪く大きな価格差が生じており問題。（坂元構成員）</p> |

・その他の疾患による今後の入院患者数についての考え方

| 検討の方向性 | 主な意見 |
|---|------|
| <ul style="list-style-type: none">○ 統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数は、近年やや減少傾向にある。○ 一方で、この中には、気分障害など患者が増加している疾患や、依存症等、今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含まれている。○ このため、統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数については、当面、これまでと同程度と見込むことでよいか。 | |

・居住系サービス等の確保についての考え方

| 現状と課題及び検討の方向性 | 主な意見 |
|--|--|
| <p>○ 精神障害者に対する障害福祉サービス量は平成19年11月と比べると約4割増加し、全サービス利用者延べ数に占める精神障害者の割合も平成19年11月の8.3%から平成21年3月には10.2%に上昇している。</p> <p>○ 特に、居住系サービスについてみると、法施行後の約2年半の間で、精神障害者の利用者数が、約1.5倍に増加（旧体系サービスからの移行分を差し引いて約6000人分の純増）している。</p> <p>○ 居住系サービス利用者に占める精神障害者の割合は上昇傾向にあるが、仮にこれを26%で一定とすると、障害福祉計画における居住系サービスの整備目標（合計：8.0万人分 平成20年度末比：3.2万人分増）が達成された場合、精神障害者の居住系サービス利用者数は、平成20年度末よりも約8000～8500人程度増加すると見込まれる。</p> <p>○ 今後、新たな目標値に基づいて統合失調症患者の地域生活への移行を更に進めていくために、障害福祉計画に基づく障害福祉サービス見込量についても、その上乘せについて検討を行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきではないか。</p> | <p>○ 自立支援法になり、ニーズに応じて地域資源は増やせるようになっている。（田尾構成員、門屋構成員）</p> <p>○ 現在の自立支援法の改正案では、グループホーム・ケアホームの補助が充実することになっており、今後ますます増えていくのではないかと。（野沢構成員）</p> <p>○ 自立支援法になってから、居住系のサービスが増えたという実感はない。（長尾構成員）</p> <p>○ 地域のサービスには、インフォーマルなサービスもあり、いろいろな資源が受け皿につながっている。（品川構成員）</p> <p>○ 住宅については、公的な整備が必要。（末安構成員）</p> <p>○ 福祉サービスだけでなく、地域での外来医療がベースにならないと、入院から地域へという流れを支えられない。現在外来で行っている心理教育や、認知機能に対するリハビリテーション等に対して適正な評価をすべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ 福祉のケアマネジメントと言われているが、医療を含んだケアマネジメントであるべきで、医療機関の側においてもケアマネジメントが進んでいくような制度設計がなされるべき。外来においても、そのようなケアマネジメントがあってしかるべき。外来機能の強化をすべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ ケアマネジメントそのものは地域生活を支える方法論としてある。福祉、医療というふうに分けるのではなくて、医療の必要な人が生活をする上で、医療も包括した形のケアマネジメントがごく当たりと認識しているので、地域の側が医療の方々と連携をとって行う。そこだけは誤解のないようにしていただきたい。（門屋構成員）</p> |

| 現状と課題及び検討の方向性 | 主な意見 |
|---|---|
| <p>3. 精神保健医療福祉体系の再編に向けた今後の目標設定に関する考え方</p> <p>○ 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間において改革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、特に精神保健医療福祉体系の再編のための取組を強化すべきとの認識の下で、具体的目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、以下のような観点から見直すこととしてはどうか。</p> <p>◆ 統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像（入院期間、疾病、年齢）の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入してはどうか。 | <p>○ 突然退院可能者数の調査をすることをやめるのではなく、主観的なところをどうやったら客観的に持っていけるのか、精神医療の中で考えていくことが必要。（大塚構成員）</p> <p>○ どういう精神医療が日本にとって必要なのだという議論をすべき。ここでは語られていない。小さな部会でも開かないと、語られないような気がする。それ抜きでは、単なる数字合せになってしまう。（門屋構成員）</p> <p>○ 以前は数値目標を上げることで、体制を変えることができたが、今回は、具体的にどうするかということを検討しないと、数値目標だけではつじつま合わせになってしまうことが危惧される。（山根構成員）</p> |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症については、平成 22 年度までのものとして現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果に基づき、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行いつつ、適切な目標値を定めることとしてはどうか。 ◆ 障害福祉計画における目標値（退院可能精神障害者数）についても、上記の「統合失調症による入院患者数」に係る新たな目標値や、障害福祉サービスの整備量に関する目標との整合性を図りつつ、見直しを行うべきではないか。 ◆ また、医療計画の「救急医療等確保事業（5 事業）」における目標値等を踏まえつつ、地域ごとに、精神医療体制を構築する際に活用できる目標設定についても検討を行うべきではないか。 ○ 上記のアウトカムに関する目標に加え、施策の実施状況等のプロセス評価についても適切に組み合わせて、より効果的に施策の進捗管理を行うべきではないか。 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 精神病床の削減を進めながら、地域支援体制について引き続き増強・拡充の方向で進めていかなければならない。精神保健医療福祉全体の財政フレームが 97 対 3 という割合でなかなか地域活動のほうに十分に回っていない。この枠組みを変えていくべき。（伊澤構成員） ○ 医療提供の地域偏在や格差という問題がある。この議論の先には限界が明確にあるが、こういう場所で議論すべき。（末安構成員） ○ 1 病院当たりの医療提供の有効性や限界、医療内容についても議論すべき。（末安構成員） |
|---|---|

○ 精神病床数については、改革ビジョンに基づき設定された、医療計画における基準病床数を誘導目標として引き続き掲げるとともに、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援する具体的方策について検討することとしてはどうか。

○ 適正病床数については、増やしてもいい地域があつて、それ以外は現状維持というところ、今後精神病床は増える可能性があるのではないかと。病床過剰地域に対しては、適正病床に近づける行政指導をする、ペナルティーを課すということを示すべき。また、精神科病院自らが病床削減を目指すような政策誘導も検討すべき。(田尾構成員)

○ ベッドを満床にしないと経営が維持できない体制のままではベッドが削減できるわけがない。具体的に精神医療をどのようにしていくのかということをはっきり語るべき。ベッドを削減するといっても、これは例えば経営者の経営努力によって削減させるものなのか。国は責任をどのように考えて、どのように果たしていくのか明示すべきではないか。(上ノ山構成員)

○ 入院病床をこのまま維持するのはやはりまずい。今ある病床のスタッフを地域に移行させて、どのように有効に活用していくのかということがある程度ははっきりしないと、安心してダウンサイジングできないため、病床転換のシステム明確にした上で、ダウンサイジングの具体的なスケジュールを示していくことが望ましい。また地域における外来治療の充実に対して、どのようなマンパワーを投入し、どの程度の体制とするか明確にすべき。(上ノ山構成員)

○ 精神科病床の今後のあり方に関する検討については、この問題についてのみピンポイントで扱う特別委員会等を設置し、諮問機関として、精神科病床の削減と時代状況を踏まえた病床の有効活用法等を検討する機会を持っていただきたい。その諮問機関からの答申をもって、時限立法のようなものを立ち上げ、予算的にも瞬間最大風速的につぎ込み、病床の削減と必要な施設整備や設備整備も盛り込んだ展開を一挙に進めるべきではないか。(伊澤構成員)

○ 患者とか障害者側から見れば、国の政策誘導で病院をたくさんつくり、そちらに誘導されて地域での生活を奪われてきた。地域での生活を奪われてきたことに対する責任をどのようにとるのだということを強調したい。今こそ国の責任において地域での生活というものを保障してほしい。(野沢構成員)

○ 病床削減の話題には、経営防衛のようなものが大きく影響しているように思う。病院の経営不安がなければ、精神科病床数はいくら必要なのか。病床数削減の7万あまりも、認知症で埋めさえしなければ死亡退院で減っていく数値ではないか。(山根構成員)

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）

平成 20 年 9 月 3 日
今後の精神保健医療福祉の
あり方等に関する検討会

【関係部分抜粋】

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

1. 基本的考え方

(1) 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

- 我が国の精神保健医療福祉施策については、明治 33 年の「精神病患者監護法」の制定まで法的な規制は存在していなかった。同法により、私宅、病院等での監置制度が設けられたが、私宅監置を容認していたため医療保健の面では極めて不十分であった。
- 戦後、昭和 25 年の精神衛生法の制定により、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度の創設を行い、それ以降、自宅や地域における処遇の問題を改善する観点から、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。
- その後、昭和 39 年にはいわゆる「ライシャワー事件」が起こり、昭和 40 年には通院公費負担制度を創設し、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化する等の精神衛生法の改正が行われた。この改正以降、精神障害者の社会復帰の推進を図ったものの、我が国においては、医療、福祉等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であり、この時期に精神病床数を急速に増加させた。また、昭和 36 年 10 月の精神衛生法の改正による措置入院費の国庫補助率の引き上げ等を背景として、措置入院患者数についても、昭和 35 年の約 1.2 万人が昭和 45 年には約 7.7 万人でピークに達するなど急速な増加をみせた。
- さらに、その後、昭和 59 年に起こった、精神科病院における無資格者による診察等の実施や看護助手らによる暴行が行われた事件等、精神科病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をば

はじめとする精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、それを背景に、昭和 62 年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。

- 障害者基本法（平成 5 年）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（平成 7 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）の成立等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきたが、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制が十分でないことや、我が国における精神疾患や精神障害者への理解が十分でなかったこと等の理由により、その成果は未だ十分でなく、依然として多くの長期入院患者が存在している。

(2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- このように、現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立った上で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。
- 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び障害者自立支援法に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を更に推し進め、精神障害があっても地域において安心して自立した生活を送ることができるようにするとともに、精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。
 - 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備
 - 2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
 - 3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入

院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供

- 具体的施策については、上記の基本的な考え方や施策の柱を踏まえて、以下の方向性でその推進を図るべきである。

- ①地域生活を支える支援の充実

精神障害者が、地域において質が高く適切な福祉サービスや医療サービス等の必要な支援を十分に受けることができる体制作りを行う。

- ②精神医療の質の向上

救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等、疾患や病期に応じて人権に配慮した適切な医療が提供されるとともに、精神医療の質が向上することにより、精神障害があっても、地域において安心して生活を営み、かつ、入院した場合でもできる限り早期に地域生活に戻ることができる体制作りを行う。

- ③精神疾患に関する理解の深化

精神疾患に関する正しい理解が進み、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な対応が行われ、かつ、精神障害者が地域の住民として暮らしていくことができる社会を構築する。

- ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入院している精神障害者を中心として、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着をはじめとして、入院から本人にふさわしい生活への移行・定着までが、円滑に行われる流れを作る。

2. 施策の推進体制等について

- 上記の考え方に基づき、精神保健医療福祉施策を推進していくに当たっては、将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、可能な限り、客観的な指標に基づく明確な数値目標を定め、それを実現するためのロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、更に定期的にその進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべきである。
- また、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策が着実に推進されるよう、市町村を中心とした地域（都道府

県・政令指定都市、保健所設置市区、その他の市町村等)における検討・推進体制(当事者の施策立案過程への参画を含む。)のあり方や制度上の位置付けについても検討すべきではないか。

その際、市町村等における人的・財政的な基盤の確保や、地域における施策の推進体制の強化等のための障害福祉計画の充実、医療計画と障害者計画や障害福祉計画との関係をはじめとする各種計画の相互関係の強化のための方策等についても検討すべきではないか。

- なお、上記のビジョンの提示や数値目標の設定、ロードマップの明確化については、本年末に予定されている本検討会の中間まとめや来年夏頃に予定されている本検討会の最終まとめにおいて具体的に示すことを目指して今後検討を行うこととし、具体的施策の検討については、IVからVIまでで示す方向性に沿って進めることとしてはどうか。

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的考え方や検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、精神保健医療体系については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
 - ・ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直し等、医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置きつつ、精神保健医療の水準の向上を目指す。
 - ・ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患（統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等）に応じて、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。
 - ・ その際、統合失調症をはじめとする精神疾患に関する入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化や精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた認知症に係る体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえた上で、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の整備を進めるとともに、それぞれの機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を図る。
 - ・ 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

2. 個別の論点

(1) 入院医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにするとともに、病棟・病室（ユニット）単位での機能分化を含め病床機能分化の推進のための具体的方策について検討すべきではないか。

- 病期・疾患に応じた入院機能のあり方や、通院・在宅医療、介護・福祉等他のサービスの機能等を踏まえ、現在精神病床が果たしている機能を評価した上で、人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、病床の機能強化のための方策等、今後の精神病床のあり方についても検討を行うべきではないか。
- 精神病床の人員配置やその評価、精神病室等に係る規制についても、地域移行を推進する観点や、精神医療のマンパワーの充実や水準の向上、身体合併症を有する患者等に対する適切な医療の実施の観点から、その見直しについて検討を行うべきではないか。

(2) 通院・在宅医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性を踏まえ、精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化や、精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討を行うべきではないか。
- その際、病状や必要な支援の内容等利用者の実態を踏まえ、福祉サービスとの役割分担のあり方についても検討を行ってはどうか。

(3) 医療体制・連携について

- 相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべきではないか。
 - ・ 精神科救急医療体制の充実について
 - ・ 精神医療における病院と診療所の機能とその分担、連携のあり方について
 - ・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて
 - ・ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について
 - ・ いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとした、救急機能を含む一般医療と連携した精神医療の医療提供体制における位置付けについて

- ・ 精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について

○ 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野（認知症、依存症、児童・思春期等）については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症疾患医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行うてはどうか。

(4) 人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上について

○ 医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の医療関係職種は、精神保健医療を支える重要な基盤であることから、精神病床に係る人員基準の見直しや、病床数の適正化の取組も念頭に置きつつ、その確保や資質の向上のための方策について検討を行うべきではないか。

○ 薬物療法のあり方や精神疾患に関する研究開発の推進を含め、その他精神医療の質の向上の観点から必要な取組について、更に検討を行うべきではないか。

VI 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 精神疾患に関する理解の深化（普及啓発）については、効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につながられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有することや、地域生活への移行の推進により精神障害者と触れ合う機会を増やすことが更なる普及啓発につながるという側面を有することを踏まえつつ、精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図ることを念頭に置いて、今後の具体的な普及啓発方策について検討を行ってはどうか。

2. 個別の論点

- 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくことについて検討すべきではないか。あわせて、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や普及啓発の実施主体等についても、検討を行うべきではないか。
- ニュージーランドのデータによると、成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち、約 50%は 10 代前半までに、約 75%は 10 代後半までに、既に何らかの精神科的診断に該当していることや、近年の諸外国における普及啓発の取組を踏まえ、早期対応の観点からの普及啓発については、学齢期等の若者とそれを取り巻く者を重要なターゲットとして位置付け、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、重点的に行うことについて検討すべきではないか。
- 疾患によるターゲットについては、精神疾患に関する理解度が疾患によって大きく異なり、統合失調症に関する理解が遅れていることを踏まえ、統合失調症に関する理解の進展を目標の 1 つとして、重点的に普及啓発を行うことについて検討すべきではないか。

- また、地域移行を円滑にする観点からの普及啓発についても、行政自らが関係者間の調整に当たることを含めその効果的な方策について引き続き検討してはどうか。
- 上記の検討にあわせて、普及啓発の効果を適切に評価するための指標についても検討すべきではないか。
- また、普及啓発の推進に関する以下の意見についても、普及啓発方策全体の中で検討を行ってはどうか。
 - ・ 家族や、医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等（精神科以外の医療関係者を含む。）や教員等、本人の身近にいる者への普及啓発について
 - ・ 医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等における専門的な概念の共有化について
 - ・ 議員、行政関係者、マスメディア、医師、司法関係者、教師、警察関係等、社会的な影響力の強い者に対する普及啓発について
 - ・ 精神障害者自身による啓発について
 - ・ 地域自立支援協議会等地域単位での施策の検討の場へのピア・サポーター等の当事者の参画について
 - ・ 普及啓発における行政の役割について