

○ 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う形で指導をするのか、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、病気とか障害にととても冷たい。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>