

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なく、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だからと思うが、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>