

第4回検討会における主なご意見について

第8次医療計画の策定に向けて

(基本的な考え方について)

- 医療計画については、障害福祉計画、介護保険事業計画や診療報酬との整合性を十分に図ることが重要。
- 医療と福祉の連携も必要だが住み分けも必要である。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築していくためには、精神科診療所を社会資源として組み込んだ計画の策定が求められる。
- 病院側の救急対応・早期退院支援と、地域における救急対応・地域定着支援をうまくかみ合わせて、病院と地域との好循環を確保していく必要がある。
- 精神科専門・認定看護師、リエゾンナースの活用の推進についても記載すべき。
- 疾病性、緊急性の見極めや、医療導入の必要性の判断といった精神科医療のスキルを活用したアセスメントであったり、心理的な援助ということも含まれることが重要である。
- 教育関係や保育、子どもの支援にむけた関係者との協議についても内容に含める必要があるのではないか。
- 障害者の権利に関する条約や障害者基本法について言及する必要がある。

(指標例等について)

- 在宅医療に関わる訪問医療、訪問看護、精神科訪問看護事業所数といったアウトリーチに関わる指標の追記を検討すべき。
- 権利擁護についての指標を設けることに賛同する。設ける指標については指標化するだけに留まらないよう十分な検討が必要。
- 権利擁護については、病院から独立した立場の第三者の仕組みやオンブズマン制度、ピアサポーターについての指標を設けてはどうか。
- 非自発的入院の占める割合の減少という観点の指標を検討すべき。
- 身体拘束のゼロ化及び行動制限最小化に向けた都道府県の実践を評価できるようにするべき。
- 精神保健指定医数、行政機関における医師の確保状況を把握する指標を検討してはどうか。
- 自立支援医療や精神障害者保健福祉手帳、精神医療審査会、相談件数なども指標の参考になるのではないか。
- 医療の質の担保や、平時の精神科医療の質に係る指標例を示すことが望ましい。
- 精神保健福祉士などがケースワークを行った活動を指標としてはどうか。

第4回検討会での主なご意見②

- 退院の転帰の把握や、よりよい看取りに向けた支援ができるような体制の構築も考えられるのではないか。
- 指標例には、退院後支援は入れるべきではない。
- 指標が多すぎることによる行政の負担も懸念される。必要最小限の指標である必要があり、取捨選択すべき。
- 診療報酬で誘導すればよいことと、医療計画に記載すべきことの整理もするべき。
- 都道府県によって良質な精神医療体制をつくるということに対しての熱量が違うように思われ、都道府県ごとの精神医療体制の状況、目標達成度合いについて見える化をしていただきたい。
- 地域での生活を支えることについて、適切な医療の意見も反映していきながらの検討が必要とされる。
- 患者本位の精神科医療を提供することに対応する具体的なストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標を設けることも必要。

(精神病床における基準病床数について)

- 入院治療は最小限として、それまでの生活環境から切り離されずに治療を受けられる地域医療体制を進めていくことが重要で、可能な限り病床を削減していく方向であることを示すべき。
- 長期入院の定義をより期限の短いものに改め、さらに3年、5年、10年以上などと類型化し、少なくとも2年以上長期在院者数に相当する病床数は即座に削減されるべき病床と位置づけるか、もしくは不要にもかかわらず諸事情で削減できない病床と位置づけられるように改められる必要がある。
- 基準病床算定式の係数につき、第8次医療計画では、全国的に定まる要素と、地域によって変わる要素とを分けて、前者については国で決め、後者についてのみ都道府県が決めるように整理する必要がある。
- 第8次医療計画の基準病床算定式では、政策効果により病床数が減少しているものと、政策効果によらず病床が減少しているものと区別し、算定できるようにする必要がある。
- スーパー救急の病床数については医療計画で各都道府県できちんと定めるべき。
- 精神科の病床の適正化を進めた病院については診療報酬上の評価を連動させる必要がある。

第4回検討会での主なご意見③

市町村、保健所、精神保健福祉センターの役割について

- 精神科医療圏域について、市町村単独で医療機関を確保することができなければ2次医療圏で対応し、最終的には都道府県やセンター等がバックアップするなど、精神科医療圏域と市町村との役割分担を整理していく必要がある。
- 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉係者による協議の場について、都道府県、市町村では精神障害者福祉、障害者福祉と精神医療を担当する部署や職員が分かれているところが少なくなく、障害福祉圏域ごととなると、現状では進むイメージがあまりない。市町村や都道府県の中で、行政機関が連携していくことが非常に大事である。
- 市町村や保健所の精神保健相談業務への医療機関の積極的な協力が望まれること、必要に応じたアウトリーチの提供など、医療につながった後にも必要に応じて訪問支援が受けられる体制が必要であるという点を記載してはどうか。
- 精神保健における市町村の役割や位置づけを明確にし、法的な根拠を設けて財政的な支援をしていただきたい。
- 精神保健福祉センターの運営要領の見直しが必要ではないか。
- 人員と予算面の配慮というのは不可欠なのではないか。例えば、精神保健福祉相談員の配置基準といったものの最低基準を定めるなどとともに、もし進めるのであれば財政的な措置を保障するといったような義務も併せて検討していただきたい。

その他

- 患者さんが制度のはざまに取り残されることのないように、社会保障のセーフティーネットの視点で、連携等で対応できるのかどうか十分に検討すべき。
- 精神科専門医療機関と一般の医療機関との連携や、障害福祉や介護サービスとの連携も重要な視点である。
- 医療観察法における通院処遇が終了した後は医療機関や事業所の独自の努力で支援が急に薄くならないような工夫をしている。処遇終了後の本人の希望や支援ニーズに沿って、切れ目のない医療や支援を提供できる体制を維持する必要があることについても検討してはどうか。
- 権利擁護について本人の意思決定支援は極めて重要であり、隔離拘束の適切な在り方についてもいろいろな課題で議論になっているところであり、あるべき姿の普及についても検討が必要。
- 精神科病院における隔離拘束は精神障害者だから行っているのではなく、精神障害を持っている方の精神疾患の悪化に伴ってやむを得ない場合に行っている。精神科病院での隔離拘束は精神疾患に対する医療であり、それ以外の何物でもないということを強調したい。
- 急性期症状等の緊急対応や医療機関へのアクセスの充実について、本人が受診を希望する場合の受診対応できる体制をつくっていただきたい。
- 実際には緊急に精神科医療が必要な方や重症の方が必ずしも非自発的入院を必要としているわけではなく、現状では非自発的入院か否かということに代わって重症度を客観的に評価する判定の方法がないため、入院料の算定要件とならざるを得ないというのは理解しているが、非自発的入院を減らす方向ということについては明確にしていきたい。
- 身近なところに子どもの児童思春期の精神の医療というものが必要とされる。
- 精神疾患の指針に産後うつを視点を取り入れるとともに、多職種によるチームに助産師を追加していただきたい。
- 災害時や新興感染症における精神医療の看護提供体制の確保、治療と仕事の両立の支援としての産業保健分野との連携強化、産業医や産業保健師の取組の強化も必要とされる。
- 摂食障害の支援拠点病院は、全都道府県に必置を実現していくという方向性の検討が求められる。