

第6回検討会における御意見について

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第6回検討会における主な御意見（外来・在宅医療①）

（かかりつけ精神科医機能における外来提供体制の構築）

- 外来の精神医療の機能を、多機能型診療所で拠点かかりつけ機能を有する「拠点連携外来」（外来に看護師・精神保健福祉士等を専任配置し、連携力と外来対応力を強化。地域・他科からの受診応需ルート、早期診療体制等を備える）と、小規模診療所で外来診療・訪問診療に限定特化する「通常外来」と役割別に整理すると良いのではないかと。
- 診療所による外来の役割分担・機能分化が必要。かかりつけ精神科医機能に関しては、地域に根差した救急や、重層的・包括的な支援が求められ、それが診療報酬の在り方などで評価されるようにしていくことが必要。
- 地域生活を支えていくためには、それぞれの医療機関が地域への志向を持つとともに、一つの医療機関で完結できない場合は、地域で面的に整備していく必要がある。精神科診療所は、規模、立地、職種、機能、専門性と非常に多様であり、それを活かして、有力な社会資源と位置づけた精神保健医療福祉体制が必要である。
- 精神医療機関のない地域においては、地域の総合病院で定期的に外来を行い、通常は総合診療科や内科の医師との連携体制を取っている事例や、総合病院がなければ、保健師と連携をとって情報共有をしていきながら診療に結びつけている事例がある。

（外来等での多職種による支援）

- 精神科診療所への調査によると、精神科医師の配置は1人配置のところが多い。医師以外の専門職の配置については9割弱の診療所が1名以上の医師以外の専門職を配置していて、看護師、精神保健福祉士の順に多い。コメディカル配置が多いところほど、予約外初診、時間外への対応、地域貢献といったことをより多く実施している傾向がある。
- 看護師・精神保健福祉士を外来専任で配置している診療所では、医療補助機能として、不調患者が来院したときの看護やベッドサイドケア、家族からの情報収集等、入院連携時の速やかな情報提供、入院先の調整を行ったり、医療福祉相談（年金、手帳、障害福祉サービス、訪問看護等）を行ったりしていて、患者が安心できる地域ケアの推進に寄与している。また、診断書、公的文書などの事務業務のタスクシフティングにより、医師が診察に注力しやすく、外来診療の質向上に寄与できる。
- 良質な精神医療に重要なこととして、本人の必要に応じて多職種・多機能連携を行い包括的な支援が提供できるということも関係してくるので、精神科の外来において多職種配置が望まれる。一方で、診療報酬において、多職種を配置することによるインセンティブや、多職種の専門職による面接についての評価はされていないのが課題。
- 看護師による外来での相談・面談について、医師の診療時間を確保するためのタスクシフトの視点に加えて、患者側のニーズによって看護職が担うことができる役割があるのであれば、積極的に看護職が活動をしていくことが必要であり、評価を検討するべき。
- 精神科の病院やクリニックで働いている精神保健福祉士にゆとりがなく、患者の相談を聞いたり、同行支援をしたりしづらくなっている。精神保健福祉士を目指す人を増やしていくことも必要。

第6回検討会における主な御意見（外来・在宅医療②）

（保健・障害福祉サービスとの連携）

- 市町村と連携して初診受診枠を拡大するには、診療所間の受診体制の調整や市町村との調整が必要になってくる。市町村の精神保健福祉担当者の配置義務化を進め、市町村が、福祉が中心になるケース、医療機関が中心になるケースとマネジメントしていく機能を持つことが必要である。認知症初期集中支援チームがモデルとなるのではないかな。また、精神科医療機関のない市町村では、それぞれの市町村によって事情が違っているので、近隣と連携する、圏域で連携する、県全体の支援を受けて体制をつくるなど、連携の仕方を市町村から提案していけるような仕組みをつくるのがよい。
- ケアマネジメントが必要な方は医療と生活支援が両方必要なことが多いが、情報伝達ツールやメール等を日常的に使用していない事業所や機関では情報連携の齟齬が生じ、医療と生活支援のケアがうまくいかないのが問題。生活支援をする事業所と自治体との連携も必要だが、土日・夜間は自治体と情報連携しづらく、夜間を除いて朝6時から業務開始までと、業務終了後から22時ぐらいの間を埋めるような仕組みを考えていかなければいけないのではないかな。また、ただ連携するだけでなく、質・価値・鮮度・精度が高い情報を交換していくことが非常に大事である。
- 障害福祉の対象になっていない方を早急にサポートするため、関係性のある診療所の外来でサポートすることを評価する仕組みは必要。地域貢献をしている時間は病院にいられないので、地域貢献していることをどう評価するかというのも議論していくことが必要。
- 市町村の連携強化の体制強化のためには、都道府県からのバックアップが必要となるので、都道府県の体制強化も一緒に進めていくべきである。また、市町村の担当職員も人事異動があるので、精神保健福祉センターなどが研修を行い、連携をできる体制を構築すること必要である。
- 本人を取り巻いている細かいコミュニティの事情や状況を把握するため、市区町村より地域に根差した、より本人に近いネットワークと市町村がつながることが重要。

（地域における連携の在り方等）

- 地域においては、「にも包括検討会」により、精神科病院、精神科診療所、障害支援事業所等との連携を進めるなど、医療機関、各種事業所、行政とのより密な連携が必要。
- 自殺対策のため、自殺対策ネットワークをつくり精神科診療所に自殺未遂者対策受診枠つくって受け入れる事例や、認知症初期集中支援チームにより医療機関と各種事業所、行政、保健師との連携を密に行っている事例がある。また、認知症初期集中支援チームをどう活用するかというのは、今後の論点としていくべき。
- 精神科医療への期待が多様化する中で、地域によっては精神科診療所の専門性に偏りが感じられるところがある。地域住民のニーズに見合うよう計画的に配置するにはどうしたらよいかも考えられるとよい。

第6回検討会における主な御意見（外来・在宅医療③）

（診察時間に関する課題）

- 精神科診療所への調査によると、診療の所要時間は、初診は30分以上60分未満が7割強で最多、再診は5分以上10分未満が約8割。初診の診療時間が60分未満であっても差し支えないと考えられる状況としては、「紹介元から十分な情報が得られている」、「病状等の影響により長時間の診察が御本人の負担となる」、「本人が長時間の診療を望まない」が多い。
- 他の患者を待たせることになるのである程度時間を区切らざるを得ない状況が生じてくるが、他の職種と一緒に診察することで医師の診察を補完する形で診療の質を担保することが行われている。多職種での診療が評価されるようになるとよい。
- 精神科医が1人の診療所が多い中、外来精神科では、限られた時間の中で臨機応変に対応をしている。例えば、希死念慮や自殺企図があった場合は、ほかの患者を待たせることになったとしても、時間をかけて対応している。限られた時間の中で効率的に適切で良質な診察を心がけることが何よりも大事である。

（初診待機に関する課題）

- 精神科診療所への調査によると、6割強の診療所では約2週間以内に初診を受けられる一方で1～2か月以上待つような診療所も少なからずある。
- 待機時間の問題に関しては、医療だけでなく、市町村や保健所の心理士、保健師、看護師が相談支援の中に入っていて、ある程度情報を整理していくことが必要。依存症でも不登校でも、そういう形でまとめた上で医療受診していくと、地域支援にもなっていくので、そういうところも評価してはどうか。アウトリーチ型の地域支援でモデルケースになっているものがあるので、そういうものを評価していくべき。

（夜間・休日診療、緊急時に関する課題）

- 精神科診療所への調査によると、複数の診療所との連携による時間外対応の実施については、「そのような体制があれば協力できる」という回答が約3割であった。地域の精神科診療所協会で初期救急を請け負って輪番制を組んでいる事例や、輪番制には指定されていないが、かかりつけ患者については状況に応じて救急車対応、夜間時間が対応を行っている事例などがある。
- 精神科救急医療体制（輪番病院体制）の維持は課題。地域の精神科病院も診療所も高齢化していて、夜間の対応が困難となっている。地域貢献や診療後の時間外に対応していくためには、個人の努力よりもシステムが重要であり、精神科救急医療センターの全国的な整備、初期救急輪番体制の確立、休日夜間の連絡先の届け出・自院患者に関する救急情報センターとの連携といった形で情報センターとの連携が必要になる。
- 「平時からの救急」として、自殺未遂者対策、ひきこもり支援、初期救急・危機介入などに関して、受診枠を確保して、早期に対応して重症化や緊急入院に至る事態を防ぐという取組が重要。

第6回検討会における主な御意見（外来・在宅医療④）

（アウトリーチ機能）

- ひきこもり支援ネットワークの中に、アウトリーチ支援チームがあり、医療機関が入っている事例がある。一方で、メンタルヘルスの統合的な枠組みの中に位置づけられていないこと、精神科在宅患者支援管理料の要件が厳しいこと、報酬化されない支援があることに課題がある。
- 地域で「にも包括検討会」を開催し、精神科医師（診療所・病院）、保健師、訪問看護ステーション、基幹型障害支援事業所が連携しているが、今後、アウトリーチの形で活動を進めていくことを検討している。

（訪問診察・精神科訪問看護との連携・同行支援）

- 診療所等では同行支援業務（生保申請の同行、グループホームやアパート探し、自己破産に関わる法テラスでの弁護士契約の同行、B型事業所や就労移行支援、相談支援事業所、地域活動支援センターへのつなぎ）の人件費が持ち出しとなっている。同行支援について、患家や外来でなくてもよいことにはなっているが、診療報酬上、外に行って話をするを十分に評価できていない。ケース・バイ・ケースで様々な支援が提供できるような仕組みとして、医師以外の職種でも面談、同行支援ができるような評価であればよいと思う。
- 障害福祉サービスの同行支援は、医療制度と比べて柔軟で使い勝手がよいが、精神障害者がサービスの対象外となっていることがある。特に身体疾患などの受診同行など、看護職が同行してサポートすることが必要な場面が増えている。連携の仕組みを強化していくことも重要だが、現場では、連携のための時間や書類作成に労力が大きくなることや、専門職・事業者を増やすことが難しいことを考えると、制度の枠を超えて包括的に支援が提供できることや、精神障害者ができるだけサービスの対象となるように検討していくことが必要。
- 医療も含めた訪問による支援体制の充実が重要。どこともつながれずに孤立してしまっている当事者や家族の方がたくさんいるという現状がある。

（身体合併症に関する課題）

- 精神科診療所への調査によると、6割弱の診療所で一般的な身体疾患の治療も行っている。
- 身体疾患や治療・ケアに関する精神科看護職に対する指導・教育のため、身体合併症を診る病棟での経験や、人事交流制度、研修制度などが利用されている。

（オンラインの活用）

- 圏域外のオンライン診療受療者が、状態を崩して救急受診するときに、何の情報もなかったり、主治医と連絡が取れなかったりする状況が見られることがある。

第6回検討会における主な御意見（外来・在宅医療⑤）

（その他）

- 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針では、本人中心の支援を構築しようとしていると考えられるが、本人に対する満足度に関する調査が不足しているのではないか。
- 診療所も病院も、外来機能や地域貢献に対してしっかり取り組んでいる好事例が国民に伝えられる機会があまりに少なく、様々な問題だけを目にするというのは、国民にとっても非常に良くない。また、良い医療機関の取組で、ボランティアにやっていることを広げるためには診療報酬上の評価を考えることも必要である。
- 災害時を想定した多職種連携のため、平時からの連携は非常に重要である。
- 「にも包括」の啓発と、スティグマの問題への対応が今後も重要な課題である。
- 精神科医療は多様な需要があるが、まだ十分に認知されていない面もある。政府の中でも、地域共生社会の在り方、子どものメンタルヘルス、自死者の増大といったことに関して、部署横断的に国民のメンタルヘルスへの対応強化に取り組み、精神医療への理解を広げていくことが必要ではある。
- 医療において、受診契約が結べない場合に本人に関われないことの問題については、成年後見制度以外の法的構成も含めて、柔軟な日本なりの仕組みを考えることが必要ではないか。法的構成が安定的に運営できるよう行政が一定の関与をする制度設計も必要。
- 任意入院は、医療保護入院への切り替えができるため、任意で入院できても任意で退院できない制度である。医療保護入院と大きな差は無いが、手続きに伴う事務量が少なく、少数のスタッフで手のかからない状態の安定した患者を長期的に入院させることで病院経営を成り立たせている病院もある。特定入院料は精神療養病棟入院料と認知症治療病棟入院料の請求回数が突出して多く、長期化の傾向が否めない。長期入院に陥りにくい報酬体系や行政計画にする必要がある。
- 認知症は、医療・介護・行政全部で連携してやることが重要である。認知症ネットワークを組んで、認知症患者を速やかに診療に結びつけるような取組も行っている。
- 特に認知症の施設について、パーソン・センタード・ケアが普及してきたが、最近は介護者不足で変わってきている。介護施設と精神科病院の連携も考えて行く必要がある。