

第7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7回検討会における主な御意見（「にも包括」の構築①）

（医療・保健・障害福祉サービスの連携）

- 本人の意思を中心とした医療・保健・福祉の連携のため、支援者間で共有・交換する情報の質や価値、鮮度、精度が重要である。質の高い情報の連携ができると、支援の連携もスムーズにいくし、さらには良好な関係性を基盤として、各機関の強みや特色を支援に生かしていく資源の連携につながり、本人の自立や希望する暮らしを支えていくことができるようになる。連携ができる教育や人材の育成が重要。また、現場では、医療機関と障害福祉サービスの連携のため、メールなどのツールの活用、共同での事例検討の実施、精神科病院勤務経験があるスタッフによるOJTなどの工夫がされている。
- 人口の少ない地域でも、地域の相談支援事業所が協働できる報酬の仕組みも活用し、地域の中で力を結集して面的に相談支援体制を整えていくということをやっていくことが必要。
- 例えばスクールカウンセラーと医療の連携のように、医療と福祉にとどまらず、いろいろなところでお互いつながっていく必要性を感じ、それを可能にするつながりも作っていくことが必要である。

（障害福祉サービスと精神科訪問看護との連携）

- 訪問看護の訪問頻度は、福祉の相談支援専門員より密であるため、きめ細かい情報を早く持っている。特に緊急時に関する情報、違和感を覚えるような情報を早めに共有できると支援者同士が互いに支え合えることができる。また、相談支援専門員と訪問看護で連携できると、夜間・緊急時等の対応や、医療面・生活面での必要な支援の分担もできる。

（支援の必要な方へのアプローチ・支援へのアクセス）

- 「精神保健に関する課題を抱える者」は、支援ニーズが満たされておらず(Unmet mental health needs)、精神医療を含む医療提供体制からこぼれ落ちて潜在化していることがある。支援ニーズが満たされない人々の課題は複雑困難化し、裾野は広く多分野にわたる多様な支援が重要になるため、医療・保健・福祉の役割分担等をしていくことが大事になる。
- 「にも包括」においては、ワンストップ窓口より、地方自治体の窓口にアクセスすればまず何とかなるというところを目指してはどうか。「にも包括」の入り口の相談は様々あるが、その機関同士が顔の見える関係性、役割の認識を深めるような取組をしていると、たらい回しにされることなく必要な相談先にアクセスできるのではないか。
- 利用する側から見て、ケアマネジメントをする者の存在を分かりやすく整理するべきではないか。
- 障害福祉サービスの利用者は、相談支援専門員がケアマネジメントを行っているが、医療機関にかかっているケアマネジメントが必要な方は、病院の中での医療マネジメントを中心とした形でやっていく必要がある。相談支援専門員にも、医療機関のケアマネジメントにもアクセスできない方は、地方自治体の保健師や委託の相談支援事業所から相談支援専門員に引き継ぐなどの流れが必要。一方で、相談支援専門員は不足しているので、相談支援専門員の配置や働き方の調整などをしていくべきではないか。

第7回検討会における主な御意見（「にも包括」の構築②）

（「にも包括」における精神保健福祉センターの役割）

- 精神保健福祉センターは、精神科医を含む多職種を擁し、重層的な多機関協働ネットワークをもつ市区町村・保健所等への技術的・人的支援等、医療アクセスの紹介や診療導入を含めた精神科医療機関との協力・連携、「精神保健に関する課題を抱える者」への直接支援や専門プログラムの実施などを行い、「にも包括」等を活用した精神医療提供体制の整備を行っている。
- 精神医療保健福祉では保健分野の需要が増えているので、精神保健福祉センターが市町村や保健所を指導する役割みたいなものは増えている。精神科病院の医師が精神保健センターの活動を手助けするというのが一つの考え方としてある。
- 精神保健福祉センターの在り方は地方自治体ごとに多様であるが、人員配置も不十分な中、期待される責務は今後ますます増加する。地域の特性に応じた多様性の確保と均てん化、国や自治体による位置付けをしっかりと行っていくべき。

（ピアサポートの活用）

- ピアサポートの活用について、福祉サービスを利用していない本人や家族を対象とした相談支援として、例えば未治療の方の相談を受け付けて必要に応じて医療機関につなぐときに、ピアスタッフが丁寧に本人の気持ちに寄り添いながら、ピアスタッフと相談支援専門員が本人の状況に合わせた相談支援をすることや、精神科病院への巡回訪問などを行っている。
- 相談支援専門員がピアスタッフと一緒に働くことは、障害を持つ方を本質的に理解することができ、支援の質が変わるので、大変重要である。医療分野でも、職員が障害を持つ方と一緒に働くことが理解促進と共同のきっかけとなり、職員自身の支援の質の向上、ケアの質の向上につながるのではないかと。
- 障害福祉サービス等において、質が均等でないという課題を感じる。標準化された人材育成のためのコンテンツをつくるなどして均質化させていく必要があると思う。そういう中でピアサポーターについても質の均等をしていくためには、研修が必要であり、さらなるブラッシュアップを続けていくことが必要。

（本人の意思）

- 本人の意思を把握するのは相談支援だけでは難しい。ピアスタッフや医療機関の方の力も借りつつ、本人の意思を確認しながら連携していくということが、「にも包括」で関わる関係者の基盤にある必要がある。
- 基本的には本人に了解を得て個人情報に関する情報交換をするが、命にまつわることや緊急性が高いときには了解を取らないこともある。個人情報保護の在り方については、本人への支援において課題となることもあり、対応が必要ではないか。また、Unmet mental health needsへのアプローチとして、本人の同意が得られない方々に、より早期に支援していくような仕組みが必要である。

第7回検討会における主な御意見（「にも包括」の構築③）

（身体合併症に関する課題）

- 身体合併症については、精神障害に伴うものや、精神障害を有する者に持続する身体合併症が生じ、精神科病棟での精神科看護の観点で治療やケアが必要となるものなどがある。身体合併症が重いときや、身体管理が必要な精神科の治療を行うときには、一般病棟では難しく、有床の総合病院精神科が機能として必要となってくる。また、身体合併症慢性期で、血液透析や緩和ケアなど、専門性の高い治療を必要とするような場合もあるが、単科精神科病院での透析実施は困難であり、維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先の確保困難となる。
- リエゾン・コンサルテーションの機能も重要であり、精神科臨床、特に精神科リエゾンチームなどが充実してくると、一般病棟で精神身体合併症を診る幅が広がってくる。
- 最も問題になるのは、精神疾患と身体疾患の両方が重度である場合で、有床の総合病院精神科で対応することになるが、有床の総合病院も、精神科病棟が閉鎖されている中では、総合病院を拠点化し、財政的に手厚くして、必要な精神科・身体科の医療体制を提供していくことも考えなければいけないのではないかと。
- 全国的に身体合併症に対応できる有床の総合病院精神科が均てん化されているわけではない中で、都道府県が医療計画や地域医療構想を策定するときに、拠点をどうするかや、総合病院精神科のような機能をどのぐらいのボリューム感で担ってもらうかについて、各地域で話し合っていくべきではないか。また、国として総合病院精神科という形態の医療機関、医療提供体制に対する期待・役割を明確に指針や医療計画、地域医療構想の中で記載していかななくてはならないのではないかと。
- 身体合併症については、例えば透析や、精神障害者の妊婦など、様々な病態を類型化して、地域の医療計画でどの病院が中心となるのか検討していくのがよいのではないかと。
- 継続的に専門的な身体疾患の医療が必要で、精神症状が重篤な方に関して、どのように医療提供体制を確保するかということについては、医療計画の中で精神疾患の項目・領域の中だけで言及するのではなく、例えばがんの医療計画の中で、精神障害のある方の緩和ケアやがんの治療に関しては明示的に書くのもよいと考える。
- 総合病院が充実している地域もそうでない地域もあるので、提供体制や医療資源の成熟度、飽和度、脆弱度を考慮して、精神科病院の役割を考えていくべき。医療の中で身体と精神を分けて考えないで、複合ニーズを見直していくべきであり、こういった病棟で、どんな医療や看護体制でケアできるのかというものは、限られた人員や財源の中で考えていかなければならない。
- 精神科診療所でも精神科病院でも、検査設備や専門性の観点からすると、地域の医療機関で連携体制を構築することが必要。一方で、心身両面における旗艦となる医者がついている状態で様々な医療が展開されることも必要。
- 診療所に通院する患者について、身体的な治療として高度な医療が必要な場合があるので、有床の総合病院精神科で、身体合併症や高度な身体的治療も受けられるシステムを残していただきたい。

第7回検討会における主な御意見（「にも包括」の構築④）

（身体合併症に関する課題（続き））

- 総合病院精神科では、様々な診療科とのやりとりがあったり、身体合併症に関しても知識が必要であったりして、総合病院精神科で働こうという精神科医が少ないという現実もある。
- 総合診療医の研修で精神科病院で働く仕組みなどを設け、総合診療医に精神科病院も診てもらうのがよいのではないか。
- 精神科病院において、身体面の専門性の高い看護師が活躍・活用されることで、精神科病院で精神身体合併症を管理できる幅が広がる。また、総合病院精神科において、精神科看護の観点での専門性の高い看護師が活躍・活用がされることで、一般病棟での診療・ケアの幅が広がる。また、精神・身体の看護の両面を経験した看護師が一般病棟で勤務することのメリットは大きい。相互に人事交流できる仕組み作りが必要ではないか。
- 精神科病院での入院患者の高齢化に伴って、身体合併症の対応や、身体ケアを要する方が非常に多くなってきていて、看護職にとっても課題。専門性の高い看護師のための研修や認定制度に引き続き取り組んでいくことが必要。
- 精神科病院で内科医師が常駐しているとは限らないので、特定行為研修を受講した看護職が必要な処置などが行えるようにする必要があるのではないか。精神科病院の医師・看護職において、特定行為研修が十分理解されていないこと、また、研修の受講、実習施設の確保に課題があるので、支援を検討していく必要がある。
- 身体合併症を有する精神科患者への支援は、多職種や多診療科が連携して、精神疾患と身体疾患の両方の視点、また、生活支援の視点を併せ持った、いわゆる包括的な支援が必要。
- 精神科勤務を経験した看護師や、認定や専門の看護師、精神科医と共に働いた経験のある公認心理師や精神保健福祉士などのコメディカルがいると、現場の対応力が上がる。総合病院精神科で学んだことは、精神科でも他の科でも勤務するに当たって必要な視点である。
- 精神疾患の有無にかかわらず必要で最も適切な医療が受けられるにはどうしたらいいかということを考えるべき。
- 精神科医療とそれ以外の医療が別扱いみたいな形で行われていることが、精神障害がある人とその家族にとっては社会的なストレスになっているので、根本的なところからきちんと考え直して、そこに向けて進めていく必要がある。
- 精神疾患のある人は一般科で受け入れないことや、精神科のあるところでない身体合併症は受け入れないことなどがなく、報酬などの仕組みだけでも共通のものにしていく取組が必要。

第7回検討会における主な御意見（「にも包括」の構築⑤）

（外来等での多職種による支援）

- 精神科外来診療について、看護師や精神保健福祉士等の役割分担によりこれまで以上に力を発揮することはよいが、精神科医とこれまで話していたようなことが話せなくなるのであれば、患者の立場から不安に思う人もいるのではないかと。良質かつ適切な精神科医療の提供につながるような具体的な多職種連携のイメージを共有いただきたい。
- 単に役割分担をするだけでなく、多職種連携では、積極的に多職種が医師と共に関与することで、より本人が望むリカバリーに近づけるような包括的な支援や医療を提供できるということが目指されている。
- 限られた時間の中では、例えば自立支援医療の手続や地域との連携などの説明は、医師より専門職に任せる方が患者にとってもよいと思うので、その意味での役割分担は必要と考える。

（その他）

- 身体合併症や認知症、児童についても、統合失調症を中心とした治療を前提とした入院制度で本当によいのだろうかという観点で考えてはどうか。
- 逆境的小児期体験、アルコール依存症、愛着障害など、精神疾患の予防という観点では、子どもへの対応は今後考えていくべき。
- 精神障害に対する偏見を生まないための教育と自分の心と体を守る教育も含めて、日本国民全体のメンタルヘルスを支えていけるようになると良い。
- 医療観察制度の対象者や犯罪を行った精神障害者などについても、地域での支援を手厚く行うというスタンスは同じであるが、医療観察制度の在り方やその中での地域支援の在り方についても検討していくべきではないか。