

## 第5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5回検討会における主な御意見（外来・在宅医療①）

### （保健機能と外来医療・在宅医療の連携）

- 住民に身近な市町村の保健師などが普段から関わることは、予防の観点や、病状悪化時に早期に医療につなげたり関係を構築しておいたりする観点から重要。
- 医療機関にとっても、自治体と連携することで、日常生活全体の支援、福祉や就労支援などにつなげていくことができる。また、医療中断となっている患者に対して自治体と連携して対応することができる。
- 自治体と医療機関で、一緒に相談体制の構築や普及啓発活動、事例検討を行うなど、現状と課題を共有する機会をもつことで、同じ方向性で取り組むような連携ができる。
- 医療機関に、精神保健福祉士などの配置があると、医師やコメディカルスタッフと関係機関の連携が図られやすい。市町村側の精神保健に係る相談の担当窓口も明確になっている必要がある。ケースマネジメント機能・コーディネート機能を発揮するために相互理解を行うことが大切。
- 家族にとっても、ここにつながれば話をきいてもらえる、情報が得られるという相談窓口のわかりやすさや充実は重要である。また、家族が、抱え込んで孤立することがないよう、家族を支える仕組みが必要である。
- 精神障害のある人や家族が、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下「にも包括」という。）を活用していくときに、どのようなところに良さとか悪さを感じるのか知りたい。
- ピアサポーターの導入や、地域の人がじっくり話を聞くという仕組み・文化も必要ではないか。

### （外来等での多職種による支援）

- 精神科診療所が、保健所の連絡にすぐ対応することが難しいという課題は、医師が1人で全ての役割を担っていたというところに問題がある。多職種とチームとして連携・協力していくことが求められている。多職種連携や新患対応、保健所との話し合いに対するインセンティブがあるとよいのではないか。
- 現状ではかかりつけの精神科医療機関に求められる機能を果たしたとしても、それに見合った収益が得られないというところは課題としてある。外来での多職種の配置について、診療報酬上の対応と、診療報酬ではなじまないような支援やケアに関して、例えば補助金や、自治体の事業の中での対応や自治体からの事業の委託など、半ば公的な医療として提供するというような方法があるので、どのような診療機能がそれぞれに適しているのかを検討していくことが必要ではないか。
- 精神保健福祉士の人材が不足しているが、コメディカルが業務を担ってよい医療を提供しても、診療報酬の評価も含めて十分評価されていないため、やりがいを感じられなかったり見合った報酬が得られなかったりすることが背景にあるのではないか。コメディカルがやりがいを持って業務に参加して、それを適切に評価していくというような方向性が必要。

## 第5回検討会における主な御意見（外来・在宅医療②）

### （初診待機に関する課題）

- 診療所の初診の予約が取りづらく、特に児童思春期や依存症などに対応できる医療機関は少なく受診の調整に苦慮する場合がある。
- 初診待機の問題は、精神保健福祉士や精神科の看護師、心理士など医師以外の職種と連携し、精神科医が治療に専念できる体制も必要。適切なタスクシェアや他の職種にタスクシフトしていくというような観点で制度を設計していくことが必要。
- 待機時間については、ソフト救急システムをつくって、輪番制・当番制で病院・診療所が対応することができるのではないか。

### （夜間・休日診療、緊急時に関する課題）

- 地域によっては休日・夜間診療に対応している医療機関が少なく、時間外の緊急対応において、診療所が主治医の場合に連絡が取れずに困ることがある。
- 不調時であっても、予約日より前倒して受診することが難しい一方で、すぐに対応してもらえる外来では、重症化や救急事例化を予防することにつながることもある。
- 不穩時の柔軟な外来受診の対応（予約日以外の受診、夜間対応等）、緊急的に医療が必要になった場合の適切な連携などを期待したい。また、外来診療・精神科診療所には、精神科救急医療体制への参画として、輪番体制への参画（一次診察等）を期待したい。
- 救急については、例えば精神科診療所の協会が初期救急を担い、外来対応施設を都から委託されて、手挙げ式で医者が対応している例がある。そういう取組が他の地区にも広がっていくと、救急の対応や入院は必要ないけれども相談したいという場合に対応できると考える。自治体の事情や地域のマンパワーは課題である。

### （アウトリーチ機能）

- アウトリーチは、外出困難な場合の治療継続、未治療・治療中断・ひきこもり・依存症などの受診につながりにくいケース、自殺企図がある場合や症状の悪化で生活に大きな支障を来している場合などの早期介入などに求められる。
- 行政の専門職・医療機関の精神保健福祉士や看護師・精神科医の3人でチームを作り、医師の訪問は時々で実働はコメディカルが担うという方法は、実行可能性があるのではないか。
- アウトリーチを医療機関だけで対応するのは困難であり、市町村が訪問による精神保健に係る相談をしつつ、医者・病院が支援する形が良いのではないか。

## 第5回検討会における主な御意見（外来・在宅医療③）

### （精神科訪問看護との連携）

- 医療機関、行政、精神科訪問看護の事業所等と連携しながら支援を行っている地域もあり、にも包括に必要な訪問看護の機能として多機関との連携機能は欠かせない。
- 夜間・休日の緊急時に電話や緊急訪問で対応している事業所もある。一方で、24時間対応が可能な事業所が少ない地域や、予定している訪問日以外に緊急の訪問等の実施、身体疾患を合併している利用者への対応が難しい場合もある。
- 課題として、主治医への「報告、情報共有、相談」のタイミングが診察日とズレが生じる場合や、保健所に対して、訪問看護が中断されているにもかかわらず情報共有がされないことがある。
- 精神疾患や精神障害の特徴を理解して対応できる専門性の高い看護職も育成していく必要があるし、その中で外来機能の強化や予防的な仕組みを展開させることが重要。

### （身体合併症に関する課題）

- 精神科と身体科の症状を有する場合、精神科と身体科の連携や役割整理に課題がある。
- 精神科以外の医療も含めた医療体制の構築が必要。かかりつけ医と精神科医療機関との連携も今後は非常に重要となってくる。
- 身体科との連携について、身体科と精神科が合体しないと救急医療もできない時代になっており、精神科だけ切り分けて考えるという考え方を改めなければならない。
- 外来精神科と身体科の連携が進めば長期入院者の地域移行が進むし、地域移行後も地域で必要な医療を受けながら生活しやすくなる。

### （地域の医療提供体制の構築や障害福祉サービスとの連携）

- 外来医療には、にも包括の構築に資する拠点機能として、保健所の事業等への理解と協力、保健所や地域の関係機関との顔が見える関係性を構築、医療機関の職員に向けた保健所が実施する研修等への参加、地域の専門職に対する人材育成への協力を期待する。
- 精神保健医療福祉の問題には、子ども、妊産婦、成人期、自殺対策と様々な年代にわたっているので、関係機関を入れてにも包括を構築する必要がある。
- 地域の精神科医療への貢献として、災害や感染症流行等の健康危機の際に、外来機能を維持できる体制の整備、自殺対策への協力（未遂者の支援等）を期待したい。
- かかりつけ精神科医機能を一つの医療機関で完結することは難しく、地域全体でどのような機能を持っていくかを考えたときに、新たな地域医療構想の中で体制を考えることが必要になるし、拠点機能をどこの医療機関が担うのかということも含めて考えていくことが必要。その中に、精神科診療所も、例えば協会として持ち回りで議論に入るなど工夫する必要があるのではないかと。
- 精神科病院では、入院機能だけでなく外来・在宅診療についても、多職種で支援する体制も含めて取り組んできた。にも包括を推進するための精神科医療機関として、様々な機能をもっていけないと難しい。一次医療と二次医療を受皿として連動できないと、拠点としての機能を果たせないのではないかと。

## 第5回検討会における主な御意見（外来・在宅医療④）

### （地域の医療提供体制の構築や障害福祉サービスとの連携（続き））

- 認知症でかかりつけ医等に行っている対応力向上研修にならって、精神障害の対応力研修も今後必要ではないか。
- 認知症初期集中支援チームを参考に、様々な精神障害者を支援する体制を検討するべきではないか。
- 精神科の医療提供体制を考えるに当たっては、一般医療と同様には難しい。地域・都道府県によって、どういった構想区域がいいのか、疾患別に対応できる圏域も異なるので、各地域の状況に応じて考えていくことが重要。
- 児童思春期、依存症等などに対応できる診療所について、精神科外来に関する情報が限定的で時々ミスマッチが起きていることに対応することが必要。
- 新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられるときには、児童精神や摂食障害、認知症といった疾患・病態別に細かく考え、各疾患・疾病ごとに指定している拠点病院を拠点にして検討していけばよいのではないか。
- 精神科の在宅医療は、外来・在宅、障害者福祉サービスや介護保険サービスとの連携を視野に入れながら議論していくことになるため、どういった患者がどういうサービスを受けながらどういう状況になっているのかというのは見える化して議論した方がよい。
- 高齢者施設と医療機関の連携の仕組みは、精神科の医療機関と障害福祉サービス事業所との連携や、精神科の医療機関と一般の医療機関の連携にも応用できる部分があるのではないか。
- にも包括において、障害者総合支援法の障害サービスの方の相談支援事業所や基幹相談支援センターなど生活を支える部分が、保健医療がどう連携していくを確認するため、ケアマネジメントに関わる人や事業所の関係者がにも包括にどう関わっているのか知りたい。

### （地域における協議の場等）

- にも包括の協議の場において医療機関の立場からの参画は欠かせない。一方で、会議の出席や事業の講師等に協力してもらえる医療機関が限定的であり、相談員の配置がない又は少ない診療所では、個別支援会議等への出席はかなり難しい。
- 自治体と医療機関の構築体制では、まずは自治体と医師会の連携でリーダーシップを取っていくのが一番進みやすいのではないか。今後新たな地域医療構想に市町村が参画していくに当たり、市町村側や精神利用に関する協議の場もできるが、協議の活性化は重要なので、政策も含めてしっかりと協議ができる人材を養成しておくことも重要ではないか。

### （オンラインの活用）

- 地域に専門的な医療機関がない場合に、広域で、オンラインで診療をカバーするなど、様々な方法がある。ICTをいかに活用していくかという視点も含めて、自治体が医療機関と当事者や御家族の方も交えて話し合えるような仕組みが必要。
- 保健師や訪問看護の訪問時に、オンライン診療を融合するとよいのではないか。
- アウトリーチや予防的対応には、オンラインの活用も今後考えていく必要があるのではないか。



## 第5回検討会における主な御意見（オンライン診療について）

### （オンライン精神療法の有効性）

- オンライン精神療法については、鬱病、不安症、強迫症の患者を対象とした研究において、対面診療に劣らないことを示す研究報告があり、患者へのアンケート結果でも通院負担軽減、治療継続、安心感、精神科へのハードルを低くすること等にも効果がみられる。また、好事例から、離島・へき地患者、病状に伴う通院困難・引きこもり例、近隣の医療機関への早期受診が困難なケースなどで有効性が認められる。一方で、薬の処方などにおいて不適切事例は散見されるが、医療提供側の問題と考えられる。患者・医療機関双方にとってオンライン診療を活用しやすい措置を取っていくべき。

### （オンライン精神療法の活用）

- オンライン診療に対する基本姿勢として、医学的な有効性・必要性、特に安全性が最優先されるべきであり、これらが担保されたものは推進すべきであるが、利便性や効率性のみを重視した安易な拡大はすべきではない。仮に精神科領域におけるオンライン診療の対象を初診にも拡大する場合は、まずは慎重に試行的に行うべきである。対象となる患者は、地域包括ケアシステムの仕組みの中で自治体やその地域の医療機関、多職種の密接な連携がしっかりできている方が妥当と考えるし、医療機関や医師には十分な経験や実績が求められる。
- オンライン精神療法は、過疎地における救急対応や、移動の負担を負うことなく定期的な診療がしやすくなるなどの利点がある。当事者としては、初診待ちが生じていることがあることから、初診の対面診療の推奨はすべきではなく、精神保健指定医であることをオンライン診療の要件にするようなことはあってはならないと考えている。