

- 人員配置の問題と、認知症治療病棟の施設基準の問題もあり、精神科病床での認知症の方の対応に限界を感じている。(長野構成員)
- 今の療養病棟や認知症病棟は、従来の慢性の精神病を扱っていた病棟を少し改造して、そのときの介護技術をそのまま持ち込んでいる。もし、精神医療で認知症を扱うとすれば、このハードとソフトの面を抜本的に見直すべき。そうすれば、病床数そのものの削減にもなり、認知症の対策にもなる。精神病院が持つ資源を生かしながらやるとすれば、そういうことを考えるべき。(山根構成員)
- 機能回復の訓練など形は決まっているが、その中身がない。2時間とか4時間訓練と言われて、その時間をこなすためにやっていて、結果的には認知症の人たちの BPSD をつくっているのではないか。早急に改善すべき。特に、中等度以上の場合は必ず生活を基盤にして治療できるよう、病棟構造や処遇について考えるべき。(山根構成員)
- BPSD の発生頻度などを調査して、精神療養所などの必要性を確定しようという今回の提案だが、そもそもそういう症状を出すことに環境要因が関係しているため、その結果出てきた症状面だけを見て、隔離した環境で薬物で抑えるという考え方は、必ずしも適切ではない。(田尾構成員)
- 認知症患者の入院期間はどんどん延びており、今までの入院精神医療の轍を踏まないためにも、安易に入院を進めるようにすべきではない。もし、どうしても精神科病床を利用するということであれば、急性期病床のように期間制限を設けるなど、長期慢性化しないような工夫をすべき。(田尾構成員)
- 一定の人権の制限を前提とした精神保健福祉法を、今からどんどん増えていく認知症の患者に、ほかに行き場がないからという理由だけで適用するというのは余りにもずさん。時間的なゆとりとロードマップは要ると思うが、BPSD を伴わない認知症については、精神保健福祉法の対象外とするということを明確に示すべき。この原則を立てた上で、どういう施設をつくっていくかということを議論すべき。(中島構成員)

<p>○ 認知症患者の入院適応を明確化したうえ、BPSD や、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関を確保し、</p> <p>①認知症病棟等の体制の充実</p> <p>②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要ではないか。</p>	<p>○ BPSD に関しては周辺症状ということで位置付けられているが、中核症状に対してどのようにアプローチできるのか、問題提起しておくべき。薬物に頼らない医療、心理教育的なアプローチ、あるいはその他の対処法、音楽療法などいろいろあるのではないか。(上ノ山構成員)</p>
<p>○ 専門医療機関を真に専門医療を必要とする者のために確保するためには、急性期治療を終えた者が速やかに退院できるよう、在宅サービス・介護施設の計画的な整備とともに、専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携を進めるべきではないか。</p>	<p>○ 認知症対応型の通所介護と小規模多機能を立ち上げて運用しているが、精神科の病棟でなければいけないと思っていた方が、随分いろいろなところで対応できる。そこに精神科の経験のある看護師をきちんと配属していくことで随分カバーでき、精神科の緊急入院も随分減ってきたような実感を持っている。こういう取り組みが絶対に必要。(長野構成員)</p> <p>○ 老健施設や特別養護老人ホームの入所待ちが非常に多いが、介護保険の今の状況ではこれらの施設はある程度規制されており、今の段階で増える要素というのはほとんどない。今後増やすといっても、なかなか財政上も困難。そういった中で、出口がきちんと用意されないと、ますます BPSD を伴って入院してきた人が行き場がなくなる。そういったことをどのように考えているのか。精神保健福祉部だけで完結する問題ではないので、その辺の連携を厚労省としてはどのように考えているのか。(長尾構成員)</p> <p>○ 認知症の医療体制のイメージ図とか、地域の医療と介護の連携というようなことは、シエーマとしてはきれいに書かれているが、実際の次の BPSD がある程度改善しても次の行き場がない。グループホームはある程度増えてはいるが、軽度な人しか入所できない。ある程度認知症が進んでいる人の受け場としては、在宅というのは今の段階では非常に困難。在宅でサポートする体制はほとんどないと言っていい。(長尾構成員)</p>

- 医療制度改革のもとに、一般の療養病床を24年に38万床から15万床にする。介護療養病床もそれだけでなく、転換するという話が出た。これも結局は医療費抑制の中で起こってきたこと。これは全体の総量を増やしていくのではなく、ただ転換するだけの話で、数が増える要素はない。逆に押さえるような要素でしかない。特に、医療区分1というのは、とてもこれで経営がやっていけるような状況ではないということははっきりしているので、こういう身体合併症も含めて、こういったことをやれるところというのをきちんと担保していく必要があるのではないか。（長尾構成員）
- 今後、高齢化に伴い認知症の増加が見込まれるところ、現在精神科病棟にいる認知症の患者さんの出口をどう見つけて対処していくかという問題がある。（上ノ山構成員）
- 認知症が認められたから障害者のグループホームから認知症のグループホームに移るとするのは非常に困難で、数が少ない。そのまま障害者のグループホームで終末までいるときに、それぞれバリアフリーの対応や報酬が全く違うため、問題。（品川構成員）
- 問題は、形態ではなくて、ケアの中身。老健施設に入っている方は老健施設を転々と回っている。そのうちに認知症は進み、そのうちに体も悪くなって亡くなるパターンも多い。そういう状態を早くなくすべき。（良田構成員）
- 精神科医療だけでなく、他科の人たちや介護の問題も含めて、早期発見後の体制づくりが非常に大事。（上ノ山構成員）
- 恩恵を受ける、又はサービスを受けるだけでは人間の尊厳はなくなる。人は人の役に立つ、社会貢献できるということでプライドも持てるので、何かして差し上げる制度ではなくて、高齢者がプライドを持てるような制度にすべき。（広田構成員）
- 地域包括支援センターは、今回も認知症の対応で強化されているが、ややもすると待ちの姿勢になってしまうところもある。若年性の問題とか独居の方の問題とか、権利擁護、成年後見の場面において、アウトリーチできる体制を検討すべき。（小川構成員）

<p>○ 慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設（介護療養型を含む）等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一層の対応を行うことが必要ではないか。</p>	<p>○ 一般の療養病棟が削減されていくなかで、精神科病院が療養病棟の機能を担わざるを得ない場合がある。精神科病床でも合併症が診られるにしよう、認知症も精神科病床で基準をつけて診られるようにしよう、という体制が整えられれば肯定できるが、小さな田舎で専門職がなかなか確保できない中では、とても精神科病床を基盤にできない。精神科病床のコアな機能とあるべき機能というのは切り分けて、きちんと早急に検討しながら具体的施策にも即していくべき。（長野構成員）</p> <p>○ 精神科医療で認知症の方を診ていく場合、行動制限をどう考えるべきか検討が必要。（末安構成員）</p>
<p>○ 認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場について、どう考えるか。</p>	

◆精神科デイ・ケア等について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 急性期や回復期に、適切なアセスメントに基づき、一定期間、認知行動療法、心理教育等を重点的に行う等、対象・利用期間・実施内容を明確にして機能を強化したデイ・ケア等の整備を図ることについてどう考えるか。</p>	<p>○ 対象者像に応じて治療型、支援型といった機能分化を進めるべき。また、スタッフの役割や配置の見直しが必要。（山根構成員）</p> <p>○ すでに多様化しているデイ・ケアについて、ケアの内容や急性期系のものを考えていく必要がある。その場合の条件として、期間を限定することと、サービス利用計画等とセットで行うことが必要。（伊藤構成員）</p> <p>○ デイ・ケアは社会的なトレーニングの場として、就労や小規模作業所に移行するなど一定程度の効果が認められる。今後は人員配置を厚くして期間を設定した高機能なデイ・ケアが必要。（佐藤構成員）</p> <p>○ 地域資源の範囲では対応しがたい専門的なプログラムについては、有期限の内容を精査したものを用意すべき。その際、地域間格差に配慮しながら都道府県あるいは二次医療圏域における必要量を検討すべき。（門屋構成員）</p> <p>○ 早期退院に向けた取組のひとつとしてデイ・ケアを活用することを診療報酬上評価すべき。（小川構成員）</p> <p>○ デイ・ケアの再入院防止という機能は重要。機能分化については、時期尚早。あまり型にはまった機能分化をやってしまうと、かえって動きづらくなるのではないか。（長尾構成員）</p> <p>○ デイ・ケアの目的・役割を明確にし、診療所などが地域ケアの拠点としてデイ・ケアを担うことができるような人員配置や施設基準を設けるべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ デイ・ケアの多様性という意味での機能分化は既に行われている。このことをより明確に位置づけていくことには意味がある。（上ノ山構成員）</p> <p>○ 利用者としては、日中活動の場を福祉側から提供するか医療側から提供するかは問題でないが、一定期間、認知行動療法などを行うという方向性は重要。（広田構成員）</p> <p>○ 集団精神療法について、医師でなくとも実施できるかたちにすべき。（田尾構成員）</p> <p>○ デイ・ケアにスタッフを配置することがチーム医療を実施する上で非常に重要である。（上ノ山構成員）</p>

<p>○ 現在のデイ・ケア等は、現在の障害福祉サービスの供給状況においては、生活支援として地域移行における一定の意義を有すると考えられるが、貴重な医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観点や、利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供する観点からは、対象者、利用目的、実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等については、利用者が徐々に障害福祉サービスに移行できるよう、障害福祉サービスの充実等を図っていくべきではないか。</p>	<p>○ 自立支援法のサービスと医療のサービスが重複している部分が出てきているので整理が必要。（長野構成員）</p> <p>○ 疾患別、状態像別のデイ・ケアの分化とともに福祉サービスを充実させていくことが必要。（中島構成員）</p> <p>○ まずは福祉サービスの充実を図った上で、福祉サービスで担えるものについては、デイ・ケアから転換していくべき。（野沢構成員）</p> <p>○ 現在では、役割も分化してきており、生活支援型の対象者は、デイ・ケアから移行していくべき。その際、外来の利用者に個別支援計画を立てられるよう外来のスタッフ体制の強化が必要。（大塚構成員）</p> <p>○ デイ・ケアはリハビリテーションの一環として位置づけられているにもかかわらず、生活支援が重視されている。デイ・ケアのあり方、生活の中に医療を位置付けるということを考えていくことが根本的な転換となる。（末安構成員）</p> <p>○ 必要とする人が必要なサービスをうけられることが重要であり、十分な障害福祉サービスの基盤整備が担保されていない現状において、短絡的にデイ・ケアを是正することには反対。（長尾構成員）</p> <p>○ 障害福祉サービスが十分でない地域におけるデイ・ケアの存在意義は留意すべきであるが、居場所としての利用が多すぎる。（山根構成員）</p> <p>○ 財源論をしっかりと議論すべき。（谷畑構成員）</p> <p>○ 入院生活技能訓練療法があるが、生活技能訓練というのは、入院ではなくて、生活がある外来にこそ必要なプログラムであり、入院にしかないというのは論理的に矛盾。（田尾構成員）</p> <p>○ SSTは今後地域での展開が必要。（小川構成員）</p>
<p>○ 利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイ・ケア等の、漫然とした、長期にわたる頻回／長時間の利用については、是正を図るべきではないか</p>	<p>○ デイ・ケアの再入院防止という機能は重要。デイ・ケアの漫然とした長期利用等を是正すべきとする指摘には反対。（上ノ山構成員）</p> <p>○ デイ・ケアのどの役割や機能を増やすかという視点が欠如した、ただデイ・ケアを増やすという一般論は承知できない。（門屋構成員）</p>

◆気分障害について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ うつ病患者を早期に発見し適切に診断できるよう、精神科につなぐための対策を、引き続き進めるべきではないか。</p>	<p>○ 国民に対する啓発活動が非常に大切であり、予算をつけるべき。(三上構成員) ○ 地域包括支援センターの中にPSWを配置することにより、うつや自殺予防に対するコールセンターの役目が果たせるのではないか。(三上構成員) ○ 予防の観点が重要。(広田構成員) ○ 自助が成り立つ基盤整備を行政や専門家の責任で用意すべき。(末安構成員)</p>
<p>○ 気分障害患者に対して適切な精神科医療を提供するため、診療ガイドライン等の作成を進める等により、医療の質の向上を図るべきではないか。</p>	
<p>○ 特に、海外でうつ病への有効性が確認されている認知行動療法については、国内での有効性の検証を進めた上で、普及を図るべきではないか。</p>	
<p>○ 気分障害の治療について、復職等の社会復帰の取り組みを積極的に進めるとともに、慢性化・遷延化への対応を含め、治療・支援の方法に関する研究を進め、成果の普及を図るべきではないか。</p>	<p>○ 薬に関する正確な情報の普及・啓発をきちんとしていかなければならない。また、再発率が高いという意味では、生涯を通してケアしていく必要性のある疾患であるという視点が必要。(坂元構成員)</p>

◆依存症について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 依存症患者の回復に向けた支援について、総合的な取り組みを強化すべきではないか。その際には以下のような観点からの取り組みが必要ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 依存症が疾病であるという視点を持って、依存症の普及・啓発や、患者の支援に当たるべきではないか。 ・ 依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、自助グループ等の取り組みを踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきではないか。 ・ 依存症のリハビリ施設や自助グループがより効果的に活動できるよう、その支援のあり方について検討すべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ アルコール依存症について、啓発を伴った予防の視点に立った施策が必要。（長野構成員） ○ アルコールのリスクに関する広告を産業界に求めてもよいのではないか。（門屋構成員） ○ 物質依存については教育の分野できちんと教育すべき。（門屋構成員） ○ 久里浜アルコール症センターの医療モデルを基にアルコール依存症の入院医療における枠組みを確立すべき。（佐藤構成員） ○ アルコール依存症については、他の身体合併症と同様にチーム医療で対応すべき。（門屋構成員） ○ 自助グループの確保については、施設の運営を政策的にしっかりカバーしていくという視点が重要。（伊澤構成員、中島構成員） ○ ニコチン依存症についても対策を立てるべき。（坂元構成員）
<p>○ 物質使用に係る法的側面については、精神保健福祉のみならず、幅広い観点からの検討を要するのではないか。</p>	

◆児童・思春期の精神医療について【第18回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 児童・思春期精神科医療の普及を図るためには、まず、児童・思春期患者に専門的に対応できる医師数の拡大に取り組むとともに、一般の精神科医に対しても、児童・思春期精神医学の研修等を進めるべきではないか。</p>	<p>○ 児童の精神科医を増やすべき。児童の精神科医は、小児科の経験やさまざまな研修を受けておかないと成り立たない。若い医師がきちんと働ける場として、病院だけでなく子どもの診療所がきちんと機能できるようにすべき。(中島構成員)</p> <p>○ 児童専門の精神科医の育成について、文部科学省と連携して全国の医科大学に児童の講座をつくるべき。(樋口座長)</p>
<p>○ また、医療機関が児童・思春期精神科医療により積極的に取り組むための施策を講じ、専門病床及び専門医療機関の確保をはじめ、医療提供体制の拡充を図るべきではないか。</p>	<p>○ 診療報酬上の手当を行うべき。自治体は赤字を覚悟してやっている。(中島構成員)</p> <p>○ 診療報酬上の評価を上げると、逆に子どもや親の自己負担が増えることとなり、かえって治療を妨げてしまうのではないか。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 診療報酬だけでなく、医療計画上の位置づけなどの取組が必要。(小川構成員)</p> <p>○ 児童と思春期は分けて論じるべき。(中島構成員、佐藤構成員)</p> <p>○ 子どもが置かれている治療の場を抜本的に検討すべき。外来の作業療法やデイ・ケアは大人用である。また、教育との連携も必要。(山根構成員)</p> <p>○ 子どもの心の診療拠点病院については、受診のしやすさを高めるという意味でも、小児総合病院にきちんとした病棟を整備すべき。併せて、診療報酬上の評価もきちんと行うべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 思春期の精神医療は、早期介入と絡めて検討していくべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 健診でリスクが高い子どもについて、きちんと養育できる体制をつくることが重要。(中島構成員)</p> <p>○ 発達障害については、診断、療育、治療を含めて、スタンダードなものを確立して普及していくべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 発達障害者支援センターを始めとする保健、福祉、教育のボリュームを増やしていくような総合的な取組を実施すべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 医療、福祉がリードして司法、警察をも巻き込んだ全体的な取組に進めていくべき。(野沢構成員)</p> <p>○ 早期発見や文科省の政策も踏まえて総合的な検討が必要。(長野構成員)</p>

◆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】

・入院医療における病床等の機能

検討の方向性	主な意見
<p>○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実を目指すべきではないか。</p> <p>・このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価について検討するべきではないか。</p> <p>・また、精神病床数の適正化等を図りながら、将来的に、医療法における人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置の向上を目指すことについて、どう考えるか。</p>	<p>○ 診療報酬の基準について、例えば7：1とか、13：1が精神科にはない。精神科だけになというのは、おかしい。7：1は難しいのかもしれないが、13：1であれば頑張れる病院はあると思う。また、「特別」の20：1未達がまだ残されていて、これも期限つきだということだが、早く制限をして、最低20：1までに上げてもらいたい。(田尾構成員)</p> <p>○ 7：1とか、13：1という入院基本料の区分がない。少なくとも13：1をつくれれば、努力する病院も出るのではないか。(小川構成員)</p> <p>○ 精神については、13：1もなければ、7：1もない。10：1については、日数制限がついており、精神科に合わない。ここは60日にすべき。7：1については、専門病院の13：1が36日であり、36日にすべき。13：1についても、60日から90日とし、人手をつけることが必要。(中島構成員)</p> <p>○ 入院基本料について、10：1の平均在院日数規定を見直すことが必要。一般病棟の15：1と同等の60日程度に延長してもらえれば、かなりの総合病院・大学病院が人員の強化をできる。13：1の精神病棟の入院基本料の復活も必要。また、7：1を新設すべき。(佐藤構成員)</p> <p>○ 統合失調症については、人手が治療の手段であるので、人員配置は一般科並みにする。そこに様々なコメディカルの専門家をプラスしていくべき。今の人員の基準では、これ以上努力することが難しい。(中島構成員 第20回)</p> <p>○ 精神科特例に関してきちんと見直すスケジュールを教えてください。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 医療法における人員配置の基準も、精神科という特別な医療ではなく、一般医療の中に入れるべき。当面の間の5：1についても速やかになくすべき。(小川構成員)</p> <p>○ 48：1、150：1、4：1の人員配置基準は当然見直すべき。(田尾構成員)</p> <p>○ 先に目標だけがあって、ただ単に基準を上げていくという話はおかしい。供給と需要のバランスを考えるべき。(長尾構成員)</p>

<p>○ 患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場の適切かつ優先的な確保を図るべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・このため、重症度に応じた評価の体系の導入を検討すべきではないか。その際、医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案すべきではないか。また、そのために必要な分類・評価方法の開発を進めるべきではないか。 ・特に、統合失調症については、患者数の将来推計や、状態像ごとの患者の人数を踏まえ、将来の病床数のあり方を検討すべきではないか。(次回検討) ・認知症については、有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。 	<p>○ 重症度やコストといった観点を考えて、急性期とのケアの時間差というものも示されたが、時間だけですべてを測れるものではない。精神の質的なもの、時間で測れないものをどのように評価していくのか。重症度別の評価は、十分な方法を用いて慎重に行うべき。人員配置に対するコストをベースに、それにプラスしていくという形にすべき。(長尾構成員)</p> <p>○ IADLについては、生活がない入院生活の中で、生活能力の評価などできるわけではない。(田尾構成員)</p> <p>○ IADLをもって退院の判断の基準にしていくことそのものに疑問がある。(門屋構成員)</p> <p>○ 退院できていない現状と、退院するための後期5年間の計画を明確にすべき。(大塚構成員)</p> <p>○ BPSDで入院する方は多く、統合失調症の減少を補ってあり余るほどの状況になっている。その人たちの行き場が十分でない。社会資源として出口をいかにきちんと用意できるか。そこが第一にあって、次に病床が減っていくのではやむを得ないし、それによって機能が分化されていくべき。出口がほとんど用意されない中で、ただ単に機能をどうするのか、病床をどうするのかという話ではない。(長尾構成員)</p>
<p>○ 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。</p>	<p>○ 高齢精神障害者については、介護保険施設が足りないため、それを整備していくことが重要。一方、全員が介護保険施設に生活の場を持つことが妥当だとも思わない。地域、ケアホームなどで暮らしながら、介護保険や障害福祉サービスをもっと活用できるよう、そのシステムや使い方を整理していくことも重要。(大塚構成員)</p>

・地域医療体制と精神科医療機関の機能①

検討の方向性	主な意見
<p>○ 精神疾患患者の地域生活を支援するための、地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要ではないか。</p> <p>・ 各々の精神科医療機関等が、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域で、医療提供体制を確保する必要があるのではないか。</p> <p>・ このための体制を、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションが連携して構築するべきではないか。</p> <p>・ 診療所による在宅医療・救急医療への参画についても、促進を図るべきではないか。</p>	<p>○ 地域の医療体制の整備確保は非常に重要であり、在宅のための居住の場、それに対する支援、サポート体制、医療の体制、これらが複合的にきちんと揃うことが、統合失調症患者等にとって必要である。(長尾構成員)</p> <p>○ 訪問看護、ACT、危機介入については、将来的には分けていく方がよいと思うが、初めのうちは個々に分けずに、これらを一体的に運用しながら、地域を支えられる体制をつくっていくことが重要。(中島構成員)</p> <p>○ 病院も診療所も往診をするところが減っているが、救急に参加するだけでなく、往診、危機介入といったアウトリーチも診療所の先生も協力体制が組めるようにすべき。(中島構成員)</p> <p>○ 往診を推進していくような教育や体制を充実するべき。(長野構成員)</p>

○ このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関が必要ではないか。なお、これらの機能は、地域医療体制との連携によって適切に発揮されるのではないか。

・ 高次の精神科救急を行う精神科病院

・ 急性期の身体合併症に対応する機能についても確保が必要。

・ いわゆる総合病院精神科

・ 精神病床で身体合併症治療等を行うほか、一般病床へのリエゾン機能が必要。

・ 高齢者の診療を行う精神科病院

・ 認知症のBPSD・身体合併症対応や、高齢統合失調症患者の身体合併症対応の機能が必須であり、精神科病院の機能強化が必要。

・ 極めて重症な患者の療養を行う精神科病院

・ ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限られた数。

・ その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神科医療機関

○ 総合病院精神科は、一般病床へのリエゾン機能、身体合併症の対応の機能を担ってほしい。また、精神科から一般科へのリエゾンも十分に評価をすべき。（長尾構成員）

○ 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。

○ 高齢精神障害については、介護の観点もあるが、施設の体系をどのように考えていくのか。現行の老健施設、特養等は完全に数が足りない。財源にもよるだろうが、現状の介護保険制度の中で、これらの施設が今後増える要素はない。（長尾構成員）

○ 65歳以上になると、介護サービスが優先となる。生活の動作が可能かどうかという介護保険の認定基準では、精神障害者の介護度は低くなる。介護保険の介護老人保健施設や介護老人福祉施設の利用は本当に難しく、たとえ利用できたとしても、費用の負担が大きい。認知症と診断されれば、介護保険での認知症対応のグループホームが利用できるが、まだまだ量的には不足している。介護保険の第1号の保険者になっても、介護保険での居住の場の選択は、現状では厳しい。（品川構成員）

○ できるだけ若いうちに自立をできるよう対策を立てるべき。（良田構成員）

・地域医療体制と精神科医療機関の機能②

検討の方向性	主な意見
<p>○ 精神保健医療体系の改革に当たって、地域のニーズに応じて、精神科医療の様々な機能に関する提供体制や、医療機関の連携体制を構築するため、精神科医療の医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における位置づけについて、検討すべきではないか。</p>	<p>○ 医療計画の4疾患に精神病あるいは精神疾患を加えて、もっと国民的な疾患ということ啓発していただきたい。(田尾構成員 第15回)</p> <p>○ 4疾病6事業にして、何らかの評価をすべき。(三上構成員、佐藤構成員、中島構成員)</p> <p>○ 医療計画だけでなく、その他の福祉関係の計画の中で連携を持って記載されるべき。(坂元構成員)</p>
<p>○ 医療計画に明示されるべき医療機能、医療連携体制及び圏域設定の具体的なあり方について、さらに検討すべきではないか。</p>	<p>○ 医療計画、福祉計画と連動するのはとても重要。特に精神科の中で重要なのは、重度継続の精神障害者の方々に、この方々が退院後に中断せず継続して地域で生活できるよう支援をするためには、この地域の患者に対しては責任を持つという医療圏という考え方が必要。また、そのような意識を高めさせる施策も重要。(伊藤構成員)</p> <p>○ 二次医療圏ごとに高次の救急を担う精神科病院と、救急機能を持った総合病院精神科が2つあるとうまくいく。機能分担をし、患者が遠く離れた地域で入院治療を受けなくて、地域で入院治療を受けることができるため、地域に戻りやすくなるというシステムが構築できる。(佐藤構成員)</p> <p>○ 二次医療圏ということを経神科医療の中でも求めるべき。あるいは計画上、きちんと位置づけるべき。(門屋構成員)</p> <p>○ 医療圏のあり方に関する議論は簡単に聞こえるが、現実的には、自治体を超える一つの指針がないと非常に難しい。(坂元構成員)</p> <p>○ 継続的に適切な医療機能を確保していくためには、連携について検討すべき。一般医療におけるかかりつけ医体制を診療所が担うべきか、病院との連携についてどうすべきか、明示していくことが必要。(大塚構成員)</p> <p>○ 精神科病床を認知症の治療にどう使うか十分検討した上で、病床削減について考えるべき。(三上構成員)</p>