

第4回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成22年6月17日

資料

資料

検討における論点と、第3回のご意見

論点	第3回の検討チームにおける意見
論点① 精神障害者の地域生活支援のために必要な機能	
<p>1. 精神疾患の特徴を踏まえて、地域で生活する、当事者や家族の支援のために、どのような機能が必要か。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療と生活支援の両方が重要であり、また、これらが一体として届く仕組みが必要ではないか。 ●サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくいことから、必要な人にサービスを届ける仕組みが必要ではないか。 ●状態が変わりやすいことから、臨機応変にサービスを提供できる必要があるのではないか。 ●問題が複雑であったり、問題が見えにくいから、分かりやすい仕組みと、課題に総合的に取り組める機能が必要ではないか。 ●当事者の自尊心や希望を尊重した支援が重要ではないか。 ●家族への支援が重要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族全体が幸せになるような支援が必要。(野村構成員) ○医療への信頼感を取り戻す意味でも、医療に関わる人には、当事者の自尊心を大切にす姿勢を身につけてもらう必要がある。(野村構成員) ○医療と生活の統合的支援が必要。(佐久間構成員) ○「精神疾患はこういうもの」という先入観を白紙に戻して意識を変革することが必要。(長野構成員) ○思春期など医療の最初の接触をソフトにしなければならない。(岡崎構成員) ○医療との最初の接触から医療中断につながるケースがある。我々の調査では、未治療期間は短くなっているが治療の中断率は変わっていない。チーム支援で、最初からその人のニーズにあった対応を考えていく必要がある。(西田構成員)
<p>2. 支援のために必要な機能を提供するに当たって、現在の提供体制においては、次のような課題があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●支援体制が入院を中心としている。 ●過去の体験などから精神医療への不信があるが、本来は支援を求めている人たちがいる。 ●多くの地域で地域生活を支える支援の提供体制が乏しい。 ●医療と生活支援が分離しており、どちらか片方(特に医療のみ)しか提供されないことが多い。 ●保健所などの相談機関が実際に問題を解決することが難しい。特に、危機や困難を抱えた状態で在宅生活している際に、本人や家族を支援する体制が乏しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○治療を中断した人には、過去の経験から医療不信が大きい。本当は、医療に助けを求めている。そのような人たちの医療不信と、こうした人たちへの偏見がなくなるようにする必要がある。(高木構成員) ○医療中断になる人には過去のトラウマがある場合がある。過去に強制入院を体験した人には、病院が閉じ込められる場ではないことを理解してもらっただけでも長い期間がかかる。(長野構成員)

論点	第3回の検討チームにおける意見
<p>3. 支援のために必要な機能を構築するためには、どのようなサービスが必要か。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●当事者や家族が何に困っているか十分に表現できない状態でも、保健医療福祉にわたる相談と支援が提供できるサービスが必要ではないか。 ●できるだけ入院せずに在宅生活を継続するために、アウトリーチ（訪問による支援）が必要ではないか。 ●状態の変化に臨機応変に対応しつつ、医療と生活支援を一体的にマネジメントし、サービスを提供できる体制が必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○気軽に相談できる窓口があり、その窓口に精神科医療がつながっていることが必要。(野村構成員) ○アウトリーチを医療機関で行うと課題を多く抱えている人に出会う。支えきれないから入院に頼ってしまうのでは、逆になってしまう。「意地でも地域でみる」ということを前提にしなければならない。(長野構成員) ○ソフト救急の機能があれば、通報につながらなくてもよいケースが多くなる。(広田構成員) ○新しい試みをしなければならない。「アウトリーチビッグバン」宣言をすべき。(中島構成員)

論点	第3回の検討チームにおける意見
論点② サービスの提供体制のあり方	
<p>1. 精神疾患の特性を踏まえ、地域生活における、医療から生活にわたる相談支援・ケアマネジメントやサービスをどのような体制で行うことが効果的か。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 様々な提供主体が、患者の特性と地域の実情に合わせてケアマネジメントやサービスを提供すべきではないか。 ● 生活支援を提供できる体制の充実が必要ではないか。 ● 医療を受ける患者に生活支援が届くよう、アウトリーチ、相談支援・ケアマネジメント等を医療との密接な連携のもとに行う体制が必要ではないか。 ● アウトリーチなどのサービスの拡充は、地域移行や病床数の適正化などを含めた、精神保健医療体制の改革の一環として取り組むべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 家族全体が幸せになるような支援が必要。(野村構成員) ○ 医療と生活の統合的支援が必要。(佐久間構成員) ○ 精神科病床の解体が目的ではなく、入院治療が必要な人は存在する。一気に減少させるのは少し乱暴で、本人・家族の支援の観点や、病床のための借入金なども含めた経営面などもあり現実的にはできない。具体的な工夫が必要。ただ、自分たちが地元で進めてきた経験から、病床を減らしていくことはできていると思っている。(長野構成員) ○ 病院のダウンサイジングを行うには、退院促進ではなく、入院回避が必要。(長野構成員) ○ 社会的入院の解消、精神科病床の削減、人員配置の引上げ、診療報酬の引上げの4本柱が必要。(広田構成員) ○ アウトリーチ中心にするためには、精神科病院が今後どうなっていくかということを切り離すことができないという印象を強く持った。(河崎構成員) ○ 病床の転換は、受け皿となる施設があるからこそできる。退院支援施設や地域移行型ホームには批判もあるが、一步一步進んでいく方法としてあってもよいのではないか。(河崎構成員)
<p>2. 精神障害者の地域生活支援のためのアウトリーチ(訪問)の提供主体について、どう考えるか。併せて、担当地域(キャッチメントエリア)についてどう考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健所、医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、地域活動支援センターなどが様々な提供主体が、ニーズに応じて協力してアウトリーチを行うべきではないか。 ● 患者の生活の場においてサービスが提供されるよう、地域の実情に応じて、自治体ごとに、計画的にアウトリーチ体制の確保を図るべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ アウトリーチを医療機関で行うと課題を多く抱えている人に出会う。支えきれないから入院に頼ってしまうのでは、逆になってしまう。「意地でも地域でみる」ということを前提にしなければならない。(長野構成員) ○ 保健のアウトリーチも必要。8. 4万人に1人で保健活動ができるのか。精神保健の機能強化をしていかないと改善されないのではないか。(西田構成員) ○ 千葉県では圏域ごとに中核センターを置き支援を行っているが、家族関係も含めて本当に大変な事例があり、それをコーディネータが支えている。医療はなくてはならないが、それは一部であり、生活全体を支えなければならない。(野澤構成員)

論点	第3回の検討チームにおける意見
<p>3. 精神障害者への支援体制における、医療機関の位置づけについて、どう考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●地域で生活する患者にとって、医療の観点からのアセスメントを行うとともに、症状の変化に応じた治療を行うため、医療機関の役割は重要ではないか。 ●医療を受ける患者に生活支援が届くよう、アウトリーチ、相談支援・ケアマネジメント等を医療との密接な連携のもとに行う体制が必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○アウトリーチを医療機関で行うと課題を多く抱えている人に出会う。支えきれないから入院に頼ってしまうのでは、逆になってしまう。「意地でも地域でみる」ということを前提にしなければならない。(長野構成員) ○病院のアウトリーチは、病院の役割をしっかりと押さえた上で行わないと危ないことになるのではないか。(小川構成員) ○アウトリーチ中心にするためには、精神科病院が今後どうなっていくかということを取り離すことができないという印象を強く持った。(河崎構成員) ○民間病院が地域に踏み出そうとすると、「医療の抱え込み」との批判を受けることが多い。そのことでストップをかけざるを得ない病院もあることも知ってもらいたい。(河崎構成員)
<p>4. 精神障害者への支援体制と、各障害に共通した支援体制との関係について、どう考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各障害に共通した支援体制が、精神障害者にも活用しやすくなるようにすべきではないか。 ●一方、精神疾患の患者や、精神疾患にまだ気づいていない患者の特徴に配慮すると、保健医療の場においても質の高い支援体制を確保することが必要ではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○当事者にとっては、単なるたまり場を用意するのではなく、好きなことが社会参加につながるような支援が必要。(野村構成員) ○千葉県では圏域ごとに中核センターを置き支援を行っているが、家族関係も含めて本当に大変な事例があり、それをコーディネータが支えている。医療はなくてはならないが、それは一部であり、生活全体を支えなければならない。(野澤構成員)
<p>5. 保健所や市町村の位置づけや今後の役割について、どう考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●精神疾患の患者や家族からの保健医療福祉にわたる相談に効果的に対応するとともに、患者や家族の住まいから身近な場での対応を高める観点から、引き続き検討が必要ではないか。 ●公的機関の人員の増加は現実的に難しいことを踏まえて、民間との一層の連携体制を構築するべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○既存の体制では大きな変化は難しい。保健所を中心にアウトリーチを進めるのは難しいのではないか。(長野構成員) ○保健のアウトリーチも必要。8. 4万人に1人で保健活動ができるのか。精神保健の機能強化をしていかなないと改善されないのではないか。(西田構成員)

論点	第3回の検討チームにおける意見
論点③ マンパワーの確保・財政負担について	
<p>1. 精神障害者の地域生活支援、特にアウトリーチ(訪問)による支援やケアマネジメントにあたる専門人材を、どのように養成するか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●保健師・精神保健福祉士等が精神障害者へのアウトリーチを含む地域生活支援に従事するため、専門人材の養成を進めるべきではないか。 ●なお、医療機関における業務の重点が入院から地域に移ること併せて、医療機関の人材が地域で活用できるよう養成・再教育を進めるべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療への信頼感を取り戻す意味でも、医療に関わる人には、当事者の自尊心を大切にす姿勢を身につけてもらう必要がある。相手との信頼感を築ける人を養成しなければならない。(野村構成員) ○新たなスタッフの養成も必要だが、病院のスタッフを養成して地域に行くようにすべき。そのために移行期間を設けて行えばよい。(佐久間構成員) ○アウトリーチという方向性の中で、如何に人材を育てていくかが課題。保健所を退職後地域保健活動を行っている人もおり、人材を有効活用していくことが重要。(小川構成員) ○専門職育成のための教育も大切だが、実際の地域実践の中で地域からの信頼を得ていく学びが重要(高木構成員)
<p>2. アウトリーチの体制構築に必要なマンパワーの規模はどの程度か。マンパワーをどのようにして確保するか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●支援の必要な者の発生頻度、現場での実践、病床の減少等を踏まえて、必要なマンパワーの規模について検討する必要があるのではないか。 ●マンパワーの確保については、新たにこの領域における質の高い人材養成を図ることに加え、医療機関における業務の重点が入院から地域に移る際に、既存の人材が地域で活躍できるよう養成・再教育を進めるべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○新たなスタッフの養成も必要だが、病院のスタッフを養成して地域に行くようにすべき。そのために移行期間を設けて行えばよい。(佐久間構成員) ○アウトリーチという方向性の中で、如何に人材を育てていくかが課題。保健所を退職後地域保健活動を行っている人もおり、人材を有効活用していくことが重要。(小川構成員)
<p>3. 財政負担について、どのような仕組みを活用できるか。また、どのような公費負担が必要か。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬や障害福祉サービス報酬、地域生活支援事業の予算など、既に法定化されている枠組みをできるだけ活用しつつ、既存の枠組みで給付できないサービスを提供したり、医療機関の機能の転換と併せて取り組みやすくなるような仕組みを検討するべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○進めていくためには、具体的に予算をどう確保するかが大切。地域主権であればこそ、自治体を実施してくれるような仕掛けが必要。(堀江構成員) ○病院で社会復帰という名目で使われている医療費が実際にどう役立っているのか。医療費をもっと地域に出してもらいたい。(高木構成員)

アウトリーチ支援実現に向けた考え方

【基本的な考え方】

- ① 「地域で生活する」ことを前提とした支援体系とする。
- ② アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③ 当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にしている関わり方を基本とする。

【具体的な方向性】

- ① 当事者の状態に応じた医療面の支援に加え、早期支援や家族全体の支援などの生活面の支援が可能となる多職種チームであることが必要。
(→医師、看護師に加え、生活面の支援を行うスタッフを含めた体制作り)
- ② 財政面、地域における人材面の制約も考えると、できる限り現存する人的資源を活用するとともに、地域支援を行う人材として養成することが必要。
- ③ 入院医療から地域精神保健医療へ職員体制等を転換する観点から、アウトリーチ支援の実施を、医療機関が併せて病床削減に取り組むインセンティブとすることが望ましい。
- ④ 地域移行、地域定着を進める観点から、「住まい」の整備を併せて行うことが必要。
- ⑤ 各障害に共通した相談支援体制との関係を明確に整理し、障害福祉サービスや就労支援に向けた取組も円滑に利用できるようにすることが必要。