

第1回ワーキンググループにおける主な御意見について

第1回ワーキンググループにおける主な御意見①

※「精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ」における意見を事務局において整理

(総論的事項)

- ・ 一般医療の枠組みで考えると整合性が難しい部分が精神医療にはあるため、ゼロベースからの議論が必要。構想区域や病床機能区分等は、精神医療の特徴もあるため、議論の出発点としてはゼロベースで、議論の中である程度一般医療との共通部分もあれば、一緒にできない部分も出てくるのではないかな。
- ・ 当WGで主として取り扱う議題では、一般医療と精神医療の共通言語として、ある程度一般医療に準拠しつつも、課題が一般医療と精神医療で共通していない部分は精神医療独自の内容を盛り込んでいく必要がある。
- ・ 一般医療の地域医療構想と同様に、大都市部、地方都市部、人口の少ない地域に分けて検討する必要があるが、一方で、精神医療は都道府県全体で考えていく視点も大変重要になる。
- ・ 「高齢化の進展に伴い」ということで精神科医療及び精神科以外の診療科が協力して、地域ごとの課題を共有し、必要な取組を進めていくことが重要とされているが、この視点は高齢化だけの課題ではなく、地域に暮らす精神疾患、精神障害がある人が身体疾患にかかったり、けがをしたり、出産を経験することは当たり前にあることであり、地域における精神科以外の診療科との協力体制は以前からある重要な課題である。

(構想区域)

- ・ 一般医療との連携を考えると、新たな地域医療構想で議論されている構想区域との整合性を考慮して設定することが重要。身体合併症を有する患者の診療体制については、地域医療構想調整会議で議論できるような仕組みを構築していただきたい。
- ・ 地域医療構想の議論は二次医療圏をベースにしており、精神医療についてもある程度それをベースに考えざるを得ない。二次医療圏では精神科病院や精神病床の有無、精神科を標榜する診療所に多寡があることから、このことを前提に議論を進めないと、現実的に動かすときに取るべき方策が全く出てこないという懸念がある。
- ・ 一つの二次医療圏を越えて幾つかの二次医療圏を統合したような形で施策を運営するというパターンも地域の状況においてはあるため、各都道府県の中でその状況を踏まえて対策が取れるような道も残す必要がある。
- ・ 構想区域は、一般医療に比べてより広域になると思われるため、地域の実施に応じてデータに基づいた検討が必要。また、構想区域がより広域になる場合の患者のアクセスの問題等も検討課題になる。
- ・ 精神科の領域というのは歴史的な経過もあって、精神病床が偏在している地域も少なくない。なるべく人口がコンパクトな範囲でみんなが会いに行けるということが望ましいのではないかな。

(地域医療構想調整会議・協議の進め方)

- ・ 議論の進め方では、当事者家族が参画する仕組みについて、調整会議に委員として1人、2人が配置されるだけでなく、多数の当事者、家族から意見が聞ける仕組みをもって、併せて議論するようなことが大事。

第1回ワーキンググループにおける主な御意見②

※「精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ」における意見を事務局において整理

(都道府県における部局間連携)

- ・ 地方自治体における縦割りの打破は必要であり、障害福祉と医療の橋渡しをするような方を、地方自治体には置いていただく必要があるのではないか。

(大学病院の役割)

- ・ 大学病院の精神医療機能について、特に本院は、地域医療構想策定ガイドラインにおいて医育や広域医療の文脈で指定されているが、精神医療に関してはどのようにするか検討が必要ではないか。

(身体合併症)

- ・ 特に精神疾患と身体疾患を同時に有する患者の増加が見込まれる中での精神科以外の医療との連携体制の構築や、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実現に向けた地域の多施設や多職種間でのさらなる連携の強化は不可欠ではないか。
- ・ 精神科救急と一般救急の連携が全然うまくいっていない。一般救急と精神科救急をどのようにつなぐかという議論はしなければいけない。
- ・ 身体合併症の重症度等は様々であり、身体症状も精神症状も重症度が高い人をどこで診るかをはっきりする必要がある。また、精神症状が比較的軽くて、身体症状が重症である場合は、精神病床がなくても一般病床で精神科医がいるような病院で診るのがいいのではないか。
- ・ 一般医療との連携においては、精神病床を有する総合病院だけでは対応し切れない。現在も精神病床がなくても精神科専門医が在籍あるいは精神科医リエゾンチームを有する総合病院がかなり対応していることから、これらの総合病院を含めた連携体制の構築が必要。
- ・ 精神と身体の両方において急性期の医療を要する者の発生率は、人口構造や疾病構造が変化していることを踏まえたデータが必要。
- ・ 精神身体合併症のことを考えたときには、人口が少ない都道府県においては、都道府県の枠を超えたような広域対応が必要になる可能性がある。
- ・ 認知症ということに関して構想区域の中でどういう医療提供体制を考えていくかというのは、一般医療と精神医療のコミュニケーションで不可欠である。

第 1 回ワーキンググループにおける主な御意見③

※「精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ」における意見を事務局において整理

(医療機関機能)

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインで示されている医療機関機能をそのまま精神に当てはめると、専門等機能なると考えられるが、そうした場合、データに基づいて検討するということがしづらくなってくることや、一般医療のほうから見ても精神科の機能が分からず、どこに搬送するか、どこと連携するかというのが分かりにくくなってくるということを考えると、精神に関しても医療機関機能の区分を、専門等機能ではなく別に定めていく必要があるのではないかと。
- ・ 精神身体合併症の診療機能を明確に位置づけていく必要がある。精神科を持っている病院に関しては、身体科のほうの医療機関機能とは別に、精神科の医療機関の機能についても両方合わせて報告できるような形にしていくというのが望ましい。

(地域包括ケアとの連携)

- ・ 精神医療が地域生活中心という理念の下に、精神障害にも対応した地域包括システムの構築が第 8 次医療計画の中でも検討されていることや、地域医療構想が医療計画の上位概念に位置づけられたことを踏まえて、地域包括ケアシステムの構築についての課題を認識し、その方向性を位置付ける必要がある。地域包括ケアシステムを構築するためには、構想区域より狭い日常生活圏における外来あるいは在宅医療、医療・介護・福祉との連携が重要になってくる。
- ・ 地域医療構想の中で「治す医療」から「治し支える医療」といった考え方が出てきたことから、病院と訪問看護を別々に検討のではなく、退院後の継続医療、継続看護という視点で、医療の機能と地域医療や訪問看護も一体的に考えていく必要がある。
- ・ 各地域で精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が進んでおり、それに関する協議の場も多くの自治体で運営されている。それらの協議の場と地域医療構想をどのように接続していくのか、大筋のところは本WGでもある程度示す必要がある。
- ・ 障害福祉サービスや介護保険サービスとの連携も議論に含めていくべき。