



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

第11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11回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療①）

- 再診、初診を含めて条件を過度に厳しく設定することなく、柔軟に活用できる方向で進めていく必要がある。オンライン診療は、再診の場合には、受診継続のための大切な選択肢であり、初診の場合には、受診のきっかけ、医療との最初の接点として、大きな可能性を感じている。安全性を前提としながらも、柔軟に運用できる仕組みを整えていただくことを希望する。
- オンライン診療で出された診断書などを基に、例えば学校や職場では、主治医がどういう見立てをしているのか、どういう合理的配慮をすればいいのかについて、より詳細に尋ねたい場合に連携が取れないと多職種連携がうまくいかなくなってしまうので、「にも包括」に資する形でのオンライン診療を積極的に活用していくことがよい。
- オンライン診療の縛りを厳しくしてしまうことで、逆に、診断書作成が主目的のような医療機関が増えている現状もあるので、患者の平時のかかりつけ医、主治医が対面診療を基本としながら、オンライン診療もできるという医療提供体制を目指すべきではないか。
- 24時間対応を条件とすると、診療所が対応できないので、条件としては、精神科を主たる標榜科としている診療所であって、病状の急変時に協力できる医療機関との連携ができているとすればよいとはどうか。
- 医療職、患者側双方に様々なメリットがあって、看護職が果たす役割が大きいので、オンライン診療はD to P with Nが基本の形である。それを実現するためには、基盤として医療機関・関係機関との連携体制の構築が必要である。
- オンライン診療が、新たな本人の意思によらない診療体系をつくることにはならないように、最大限本人の意思を尊重してという形で、より明確にさせていただくとよいのではないかと。何でもかんでも精神科医療につなぐではなくて、適切な相談機関につなぐとか、医療だけではない資源で社会復帰できるパターンもあり得るのではないかと。
- オンライン診療では、患者はそこまでは見られたくない、知られたくないといったことも出てきかねないので、一定の留意事項について、ガイドラインのようなものがあれば、行政や精神保健福祉士などオンライン診療に付き添う立場としてありがたい。
- オンライン診療では精神科医でない者が診断書を発行する事例があるが、その後の治療やフォローができないのであれば医療と言えるのか疑問。精神科専門医を所持しているなど長年精神科医療に携わり、専門的な知識も経験も有する医者に限ることとはどうか。地域の医療連携体制上、保健所や行政とつながりがあることや、精神保健指定医業務やそれに準ずる公的な委員など、役割をこなしている精神科医が望ましいのではないかと。
- 診療の質・安全性を担保するには、精神科の修練を受けた医師、少なくとも精神科の専門医を持っている医師が担当するのが重要で、初診だけでなくても再診も同様である。オンラインでの診療には専門医であることを明示することとすると、医療広告として規制することができるので、安全性の観点でよいのではないかと。
- オンライン診療だと、手軽に実施できるということもあって、より問題が起きやすくなることも、考えていかなければいけないということ踏まえると、精神科専門医を持っているなど、対面診療でトレーニングを積み重ねているということ前提としたほうがよいのではないかと。

第11回検討会における主な御意見（情報通信機器を用いた診療②）

- 保健師等の行政職員に対応が求められるとすれば、その質と量の確保が課題になる。質の確保でいえば、専門職であれば誰でもよいということではなく、例えば、精神保健福祉相談員講習会を受講した者が対応することが望ましいとするなどの条件設定が必要ではないか。量の確保としては、これらが実装されたときに人的体制が取れるように、各自治体の体制整備が必要ではないか。
- 患者や障害の特性上、人と対面すること自体に困難さがある方を医療につなぐためには、オンライン診療、特に初診時の留意事項などの丁寧な事前調整や、本人の意思決定支援など、専門性の高い能力が求められる。「にも包括」の推進を図る上では、オンライン診療を活用した初診、治療継続を含め、市町村の保健師などの行政職員の対応力を高めるための人材育成が急務である。
- オンライン診療については、対面が推奨される場合があることを踏まえつつ、かかりつけ医の診察を基本に、初診から利用できるようにされるべきであり、今後も初診の解禁に向けた検討を続けるべきである。
- 対面診療に勝るオンライン診療はないので、安全性、有用性、特に相対的な必要性について、引き続き検討していくべき。特に初診については、科学的知見を集積していくという方向で、慎重に、また知見の集積をしながら検討していくものと考えている。
- 科学的知見のさらなる集積に当たっては、臨床的な形式的エビデンスが出ない限り、判断が進まないという構造になってしまうことがないよう、次期の制度検討においては、形式的な科学的知見の有無を判断軸とするのではなく、現場で既に積み上がっている好事例、あるいは患者にどういった需要があるかという事例を整理、共有し、どのような条件下で安全かつ有効に実施できるかを明確化することが重要である。
- 研究の枠組みでは検証できないようなこともあるので、例えばモデル事業を実施するなども組み合わせて検証していくということも、適切にオンライン診療を活用するためには必要なのではないか。
- 精神保健福祉センターや保健所でも、精神保健指定医や保健師等がオンラインで精神保健福祉相談をしている。保健福祉サービスの事例を集めて、臨床に生かしていったらどうか。
- 行政が行う精神保健相談の一環として、適切な医療につなぐための受診援助の部分、精神科医療のつなぎの部分でオンラインを活用するというお話と、本来のオンライン診療、診療行為の違いについて整理した上での議論が必要と考える。
- 処方開始までタイムラグが生じるようなことがあるのであれば、ICTの活用や医療機関と薬局の連携強化、薬剤説明等を行う拠点の確保なども含め、迅速に処方できる方策の検討や体制整備を併せて行う必要があるのではないか。
- 医療中断のときに、オンラインかどうかは別として、医療中断者のフォローアップということ、少し幅広い形で考えておくほうがいいのではないか。
- オンライン診療によって問題が増長することについて、増長する手前の問題というものを認識しているのであれば、それに検討を加えずに、オンラインの初診を規制して、増長を食い止めるだけにとどまるというような結果を出すべきではない。
- 不適切な診療というのが地域にあることについて、その不適切な診療の是正というものも、今一度きちんと見直していただきたい。

第11回検討会における主な御意見（医療計画の見直し①）

（医療圏）

- 二次医療圏の状況やそれぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を丁寧に把握することを促すことが重要。それには都道府県と保健所が医療機関とも地域の実情を踏まえて何が必要なのかを話し合っ準備をしておくことが必要。
- 新たな地域医療構想に向けて、協議の場が設置されると思うので、そういった協議の場を活用するなどして、地域の実情に応じて検討していくことは必要。
- 地域によって精神医療の拠点となる医療機関が不足している場合もあるので、実情を踏まえつつ、医療圏の中で質の高いケアが提供できる体制構築も併せて検討してほしい。また、高齢化に伴い、精神身体合併症の患者は増えていくことが明らかであるため、同じ医療圏の中で総合的に適切な診療やケアが提供できる体制を整備する必要があると考える。
- 他害行為による措置入院に関しては、警察とのやり取りの中での対応になるので、医療計画の圏域と齟齬が生じないよう考えて行くことも必要ではないか。
- 今後の課題として、二次医療圏が広過ぎることに伴う問題については、検討されるべきではないか。多くの地域において、精神科病院は、郊外に密集して建設されていて、患者にとっては市街地から郊外まで行って入院しているという状況があり、本当は郊外の精神病床を市街地に移設するべきではないか。
- 地方では郊外にある精神科病院が、看護師等のスタッフを集められないので、市街地のほうに移転したというところも複数聞いている。誰もが希望する地域で医療が受けられるような地域づくりをしていくことが必要。

第11回検討会における主な御意見（医療計画の見直し②）

（指標）

- 現在の指標例で、アウトカムに関する指標例は4項目で少なく、適切なアウトカム指標を設定することが必要ではないか。全体的には地域移行、地域定着を促進する方向で指標設定されていると認識している。「にも包括」の観点でも必要に応じて、指標の見直しをしていただきたい。
- 理想的には、例えば1年以上の非自発的入院の人などの指標も入るとよいのではないか。
- 非自発的入院の件数の変化状況を確認しながら、その縮減のための対応策を進めていくことは重要である。重度化しないうちに、医療が必要になる前段階での支援の仕方が大事であり、医療が必要になったときには、スムーズに本人の抵抗感なく、必要な医療に結びつくという形で、強制的に入院をさせなければいけないのが精神疾患というイメージを変えていく必要がある。
- 非自発的入院に至らないようにしていくという、1次予防、2次予防、3次予防といった観点が必要になるのではないか。これからの医療機関において、例えば、心の不調や精神疾患に関する相談を受ける機能、就労・教育現場への支援をする機能で、病気と自己管理スキルを向上するための機能も非常に役立つのではないか。
- 当事者の視点が、入院医療の質を上げるには必要と考えているので、将来的には考えてほしい。非自発的入院を減少していくためには、入院医療の質を上げることが一番で、行動制限の最小化と、当事者視点が大事でピアサポーターが院内に入っているかというのにも必要ではないか。
- 当事者の視点というのは入れてほしい。現在の指標例では、提供体制や提供実施の状況が指標例になっているが、精神科医療では、寛解できない人も多く、長年にわたって精神科医療に関わることになるので、患者の視点から医療を評価するということは必要ではないか。具体的にはこれからの議論かもしれないが、患者本位、患者を主体とした指標例というものを設けるということは、必要なのではないか。
- 医療の中でShared Decision Making（共同意思決定）や意思決定支援は注目されている。患者本位の取組を、医療現場でより進めていこうというムーブメントになっていくとよいのではないか。ピアサポーターが院内にいないかで職員の意識も変わるので、そのような取組を推し進めていくような施策に関しても進めていく必要がある。救急の病棟に関しては、非自発的入院6割の要件というのでも改善していく必要がある。
- 入院医療の質を上げるため、身体的拘束の指標がより設定されるように働きかけるのがよいのではないか。
- 家族が負担をしなくてはいけないという状況は、もう脱却しなくてはいけないのではないか。医療計画にどうやって反映させられるかというのは分からないが、現状でも、家族から結果的に暴力を受けてしまうケースや、強制的な医療につながざるを得ない状況などもある。

第11回検討会における主な御意見（医療計画の見直し③）

（基準病床数）

- 算定式について、政策効果は、上位5県ぐらいの自治体の取組の成果を用いているが、毎回妥当性があるかどうか検証をしてほしい。また、病床利用率は低下してきているので、その実態に応じた見直しが必要である。入院患者数の推移の減少率のほうが、精神病床数の減少率よりは高いという状況にもなっている。入院患者数の変化率は、今後減り方が緩やかになってフラットになってくるときがくるので、今後は、なるべく直近のデータで確認をしながら、そごを生じないかということ踏まえて検討してほしい。
- 「病床数適正化支援事業」により、病床の変化がこれまで以上に加速化する可能性があること、医師の高齢化も進んでいて、精神科だけでなく小児科、産婦人科なども医療圏の在り方を見直している都道府県があることといった現状をベースにしてほしい。
- 医療計画に関しては、減らす議論が中心になってくるが、残す議論も大事である。どんな医療機能をその都道府県に残すか、どんな医療を再配備するのかというのは、並行して議論をしていくべき。
- 行政から入院の調整を依頼する際に、個室や保護室が空いていないという理由で入院を断られる場合もあるので、病棟や病床の数だけではなく、機能を踏まえた病床数の算定が必要ではないか。
- 必要ではない病床が算定されているような状況があるのではないかと。引き続き基準病床の算定式の見直しの議論を継続して、第9次では、より適切なものにしていけることが望ましい。
- 良質な医療を提供している病院の病床と、そうではない病院の病床については、患者の立場に立ったときには同列病床数の算定について、には見られないので、工夫できないか。
- 現状、既に自治体によって精神科病院の数は違い、それに伴い所属する精神保健指定医・精神科医の数も変わる。精神科医の地域偏在に、この病院数・病床数というのは関係してくると思うので、将来的に、国として、どんな方向に向けていくのかビジョンを示していただけるとよいのではないかと。また、病床を減らせば、地域支援に持っていけないとその地域はもたないと思うので、地域の病院機能を補完するように充実させないとうまく回っていかないのではないかと。
- 措置入院者の退院後支援、受け皿となる地域づくり・まちづくりが大切である。
- 病床を削減していく上で、見落としとしてはいけないのは、地域にどれだけの充実した受皿ができるか、この両方がないとミスマッチを起こす。自治体によっては、地域資源の充実しているところと、そうではないところがあって、充実していないところで、患者を地域のほうへという形で、全国一律にという形で動いてしまうとまずいことになる。
- 令和2年から令和5年に既存の精神病床数が増加している都道府県や、基準病床数を超える既存病床数の割合が20%を超える都道府県について、その背景や、なぜ減らないのかといった理由については、今後の見直し検討にも有用な情報であるので、把握する必要があるのではないかと。