

第14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14回検討会における主な御意見（外来医療の質について①）

（外来医療の質）

- 良質な精神科医療は、医師と患者が相談して一緒に決めていくことではないか。そうすることで満足度は高くなるし、信頼もできる。
- 人によっては、リモート診療を選ぶ人、短い診療で早く帰りたいという人、長く話を聞いてほしいという人、共同意思決定型がよいという人、多職種チームと一緒に考えてほしいという人もいるだろう。その時々症状や立場、環境から、選べる精神科医療になったらよい。受きたい医療の選択肢が提示されると、質の高い精神科医療が提供されるというところにつながるのではないか。
- 精神障害者の大多数が依拠する医療供給機関は外来や診療所であるにもかかわらず、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける外来や診療所の役割が、病院と比較して必ずしも明確ではないのではないか。
- 地域包括ケアシステム及び地域完結型医療の実践を推進する観点から、外来医療の質の向上と外来看護の機能強化は非常に重要な課題である。
- 退院して外来に移行するときや外来に長く通っている方に対して多職種がもっと関わるべきではないか。
- 長期通院患者で病状が揺れる方は、見通しが分からなかったり、治療に迷いをもったり、暮らしへ影響が出たりするので、精神保健福祉士もソーシャルワーカーとして生活支援の部分でサポートできるのではないか。
- 精神保健福祉士のワーカーが入ったりすることも含めて、外来治療は生活の場、暮らしとどこまでつながっていくのかということが大切だと感じている。
- 話を聞いてほしいというニーズを多職種チームで満たすことができるのであれば、それは価値があるのではないか。患者が言葉にする練習ができないと、診察の場面でも言葉にできないのではないか。
- 当事者ピア、関係者、支援者が一緒に安心感、安全感を持つような関係性をつくっていくことが大事ではないか。
- 医療に対して不信感を持ってしまって治療を中断してしまい家族が困っているという話も少なくない。精神医療の質の向上というのは、精神医療への偏見をなくして治療中断を防ぐという意味でも重要ではないか。
- 外来の医師の問題と、外来医療の制度の問題とを、分けて考えることが必要ではないか。プレーヤーをどうするかという問題は大きく、例えばひきこもり・不登校を診たことがない、高齢者の認知症の診断と治療には経験がないといった場合でも、そのまま自己流になっているのではないか。共同意思決定でも、疾患教育は非常に難しくて常にアップデートしていかなければいけないので、この問題が大きいのではないか。

第14回検討会における主な御意見（外来医療の質について②）

（患者の選択）

- 薬剤の選択、就労をどうするか、場合によっては入院をどうするかというようなクリティカルな場面でそういう意思決定支援ができる体制づくりというのは大事だと思うし、多職種で行えるのがよいと思う。
- 共同意思決定は、徐々にその考え方が広まっているが、構造的になかなか取り組むのが難しい。時間が確保できないといったような課題もある。それについては多職種で取り組むことによって共同意思決定を進めるという考え方もあるのではないかな。
- 患者対主治医、1対1の関係も大事だが、多職種など複数人が関わることで、より疾患の理解や治療動機が深まることもある。
- 患者の意思決定支援の背景としては、4つの医の倫理原則（いわゆる自律尊重原則、善行原則、無危害原則、公正原則）の考え方が重要であると考えている。
- 看護師には言えたが医者にはまだ言えていないことや、カウンセリングの場で初めて話すこともあるので、医療につながりやすいいろいろな選択肢として多職種が考えられる。当事者や家族が使いやすい形での外来チーム医療というものが評価されるようなことができるかというのではないかな。
- 共同意思決定にピアサポーターも入っていきながら本人の気持ちなどを整理する役割を一緒に持つことも必要ではないかな。
- 患者が主体的に精神科医療を使うには、患者のエンパワメントが必要なのではないかな。
- 心理社会的な治療に関してのガイドラインというものが十分に整備されているとはいえないので、取り組むべきところがあるのではないかな。
- 家族が情報を得られない、本人の状態が分からずに不安だという相談も多くある。外来治療において、家族を排除することのないようにするべきではないかな。
- 外来の場合は本人の知らないところで同意がなく家族の話が聞けないという難しさもある。
- 家族の立場からすると、精神科医療においては意思決定支援の視点が弱く、その前提としての適切な情報提供としてインフォームドコンセントについても不十分と感じられるケースも見受けられる。適切な情報を得て、自己選択するためには医療者とのコミュニケーションを通して判断・決定していくプロセスがとても重要だと考えられる。例えば必要なときには必要な診療時間が確保できることが重要ではないかな。
- それぞれの患者に多くの時間を割くことができない現実的な問題があることも事実である。今後外来診療の重要性がもっと認められて、質がちゃんと評価されていくのが望ましいことなのではないかな。
- 医師が十分時間が取れないといった構造的な制約の状況の中で、症状、薬、治療のことを理解して、治療目標や生活の希望を言語化できるように伴走する役割というのは看護者が担うべきものとしても非常に重要ではないかな。

第14回検討会における主な御意見（外来医療について①）

（外来医療提供体制について）

- 第12回検討会で、精神科におけるかかりつけ医機能について、かかりつけ医機能報告制度における地域の協議の場で対策を講じていくこと、初診待機の課題や情報通信機器を用いた精神療法の在り方、精神訪問看護における一部の事業者による過剰訪問の指摘が整理された。令和8年度の診療報酬改定を踏まえて、初診待機の状況を注視することや、かかりつけ医機能における精神保健指定医の役割を整理することも必要ではないか。また、かかりつけ医機能報告制度における協議によって、精神科におけるかかりつけ医機能が役割分担と連携によって地域を面として支えていけるよう、取り組んでいくことも必要ではないか。
- 外来では多職種を配置したとしても、評価する対象にはなかなかかなりにくい。外来についても質的なことも含めて評価することは、今後さらに進めていったほうがよいのではないかな。適切に連携しているところや、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの観点から地域に貢献している診療所などを今後さらにどのように評価していくかという観点も考えていく必要があるのではないかな。
- 副傷病の方への対応として、特に後期高齢者が増えてくると、他疾病併存状態の方に精神科と内科系も含め他診療科がどう対応するのか重要になる。精神科外来と他疾患の外来が上手に連携することを精神科領域でも考えていくことが必要ではないかな。
- 外来において、都市と地方の差が今後ますます広がっていくと考えられる。推計外来患者数が最大となる時期については、大都市圏周辺と地方の都道府県を比べてはどうか。
- 2040年に向けて地域医療構想の見直しがあるが、患者も従事者も減る地域と、患者はまだ減らないけれども従事者だけ減っていく地域があり、それによって今後の医療提供が大きく変わってくるので、精神科領域でも細かく分析をした方がよいのではないかな。
- 保険外のカウンセリングという形を導入しているところもあるため、保険診療以外についても議論を進めていく必要があるのではないかな。
- 入院における認知症患者はよく話題に上がるが、外来の認知症患者も含めて関心を向けなければいけないのではないかな。
- 精神症状のない認知症の方や、認知症ではないが精神症状らしいものがある高齢者などもあるため、精神科医療だけではなく認知症外来医療に関する検討など、広く高齢化社会における外来医療の在り方についても別の検討会を実施するなどして検討するべきではないかな。
- 在宅精神療法の大半が高齢者である一方で、地域の側からのニーズを見ると、未治療、未受診の方やひきこもりの方に対する訪問のニーズが高いが、診療報酬上の評価になじみにくい。保健との接続部分をどうするかということは、特に訪問診療を考える上では重要ではないかな。様々な訪問の形態があるが、それを一般医療と合わせてどのように整理し、どのように評価していくかというのは今後の課題になってくるのではないかな。
- 外来について、圧倒的にデータが少ないのではないかな。国として外来や診療所の実態を明らかにしていくべきではないかな。

第14回検討会における主な御意見（外来医療について②）

（自立支援医療について）

- 自立支援医療の申請時には、精神科以外の医療機関から診断書が出てくることがあり、指定自立支援医療機関に関する、精神科に携わっている年数が3年以上という要件について検討が必要ではないか。自由標榜制ではあるが、精神科の専門療法が評価されるようになっていくとよいのではないか。
- 抗アミロイドβ抗体薬の治療を受けているのは、軽度認知障害と言われるレベルの人たちで、日常生活に支障のない物忘れだけの人に対して自立支援医療を使うということについては問題があるのではないか。自立支援医療の対象をはっきりしたほうがよいのではないか。
- 精神保健福祉センターへの精神通院医療に関する調査結果で、疑義や違和感のある申請が挙げられているが、精神保健福祉センター長会・精神保健福祉センターとして非常に問題意識を持っている。行政サービスを提供し、適切な外来を支援していく上で、必要なデータや分析を行っていくことが必要ではないか。
- 自立支援医療について、疑義や違和感のある申請が増えている背景についても分析を行う必要がある。
- レセプト分析においては、精神科訪問看護を含む精神科外来医療の実態を把握するとともに、例えば精神科訪問看護においては外来通院の継続状況や再入院率、身体疾患の管理、改善状況などとの関連についても分析をしてはどうか。また、例えば、後期高齢者の割合が今後増加する地域においては、認知症とそれ以外の疾患では受療状況や支援ニーズが異なるため、傷病別、年齢別の分析を進め、対策を講じることが重要ではないか。
- 高次脳機能障害は、ピットフォールになっていないか検討する価値はあるのではないか。
- 急性期を過ぎたあとで訪問看護も薬局も要らないのではないかなというふうな方に関してもずっと自立支援医療を支給してしまうことで公費が多く使われ過ぎているのかもしれないというような意見もある。ただ、一方で、医療が本人の自宅に訪問するという機会は非常に重要であり、本人の生活の様子を訪問看護から障害福祉サービスの事業所が報告を受けて、生活の支援に役立てているということもある。

第14回検討会における主な御意見（外来医療について③）

（精神科訪問看護について）

- 精神科訪問看護の利用の増加自体は地域移行した患者や継続治療をする上では望ましいと考えるが、質をどうするか。重症な方や医療的な支援が多い方への対応をきちんと適切に評価することが必要ではないか。医療連携に基づくところと、指示内容や医療看護必要度が明確でないところとは評価を変えていく必要もあるのではないか。基本的には、入院、外来、障害福祉サービスを一体としたネットワークの中で評価をして、質の高い事業を適切に評価し、不適切なところは改善を促すことが必要と考える。
- 機能的強化型の訪問看護については、障害福祉分野の地域生活拠点支援と連動しているものはもっと評価をしてもよいのではないか。その際の考え方としては、面的に精神医療体制に協力しているかどうかというのが一つの方向性ではないか。
- 患者に関わりのある福祉系サービスや保健所から訪問看護の指示書を求められることも実際に増えている。目的は服薬の確認や指導、希死念慮のある方の見守りやサポートが主要だが、話を聞いてもらいたいという理由で訪問看護を希望されることもあるようで、目的や対象が拡大している印象は否めず、いろいろな重症度の方が混在しているという印象を受けている。
- 令和4年度の診療報酬改定ではGAFスコアの要件なども導入され、令和10年度の診療報酬改定では実態を把握して対応する方向になっているので、詳細な調査を実施し、どういった患者さんにどういうサービスが提供されているのかなどの透明化を図っていくことは急務と考えている。訪問看護側から指示書の記載を求める事例も聞くので、在り方についても検討が必要ではないか。
- 通所サービスも訪問看護もなく、車でしか病院にも行けないという地域が日本には多いので、議論をする際には、都心部の話に終始するのではなく、地域ごとの評価をするべきではないか。
- 福祉サービスの部分で担えていない現状を訪問看護が肩代わりしているところもあるのではないか。お金もうけを目的にした法人が入り込んできてぐちゃぐちゃにならないように考えていければと思う。
- 退院のときに訪問看護を導入することが増えている。障害福祉サービスは導入に時間がかかるので、退院までに間に合わないことが多いが、訪問看護は翌日からでも導入可能であること、24時間365日対応も増えていること、かつてであればアルコール依存症等、お断りされていたケースもほぼ断られない状況がある。日中サービス支援型のグループホームなどでは往診や訪問看護をセットにしているところも多いので、退院後は通院をせずに医療提供がされているケースも増えているのではなかろうか。
- 障害福祉サービスの通院等の介助と比較して、精神科訪問看護の通院支援は、診療場面にも同席して主治医の話を患者や家族と仲介するところもあり、特に高齢者で有益な支援でもあるが、検討の余地もあるのではないか。
- 訪問看護では本人だけではなくて家族への介入やサポートも併せて行われているので、医療機関からすると家族ニーズに応じて利用をお勧めしているところもあるようである。
- 訪問看護だけでなく、障害福祉サービス等も組み合わせながら、本人が一番望む形に地域生活を支援していくということが大事なのではないか。