

第1回検討会における主なご意見について

第1回検討会での主なご意見

(検討事項①「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築(1))

(市町村の位置付け)

- 市町村が地域のメンタルヘルスに責任を持つ仕組みが重要。
- 早い段階で相談支援につながる身近な窓口、専門的な知識・経験を有する者による対応、責任を持って支援を継続できる体制が重要。
- 従来の対策型から伴走型にする。市町村職員が保健師資格を持たないところでも地域包括を進めるため、普及啓発、人材育成等が重要。
- ひきこもり、虐待をはじめ、医療にアクセスできない人の支援について、どのような政策を出していくのが重要。
- 精神疾患を抱えた方々については、介護や生活困窮者支援、ひきこもり支援等、すでに市町村が取り組んでいる様々な制度のもと、連携が進んでいるところは現場で上手にやっている。新たな仕組みを作るとかえって複雑になるのではないか。
- 重層的支援体制整備事業とも連携した検討が必要。
- 必置規制は、自治の問題に抵触する一方、ガイドライン等の形で一定の体制を具備する場合に委託するといった対応で済ますわけにも行かず、市町村の納得を得ながら進めることが必要。
- 市町村、都道府県、保健所の役割分担を踏まえ、法令の中で市町村の役割を盛り込むと、市町村の体制強化につながるのではないか。
- 市町村は、在宅医療介護連携推進事業で初めて医療行政に着手。特に医療行政については、市町村のみならず、都道府県を含め、関係者総力で取り組むことが必要。

(協議の場)

- 児童福祉法の要対協は、中核となる組織を置いた上で、情報共有を可能とするための規定が具体的に置かれている。20年近く運用された仕組みであり、参考になるのではないか。

(人材確保・育成)

- 人材確保・育成は大変重要な課題。
- 精神保健福祉相談員を配置している市町村では、事業者との連携がスムーズ。任意ではなく必置にすべき。
- 医療・福祉の専門職、行政職員に限らず、ピアサポートも含め伴走型支援ができるような人材確保を多角的に考えていくべき。
- 基幹相談支援センターの設置推進、センターへのピアスタッフの配置を検討し、情報をお届けする相談支援専門員と患者のハートに訴えかけるピアスタッフとが協働する機会を確保することが重要ではないか。

(普及啓発)

- メンタルヘルス・ファーストエイドの手法を取り入れ、地域で推進することが必要。

第1回検討会での主なご意見

(検討事項①「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築(2))

(課題抽出)

- 地域で安心して暮らせる体制の実現に向けて、まず実態や課題を正確に抽出し、解決のための仕組みやルールづくり、協議の場の活性化等の検討が必要。
- データに基づき、ニーズを把握し、必要なマンパワーを想定した上で、各地域で何ができるのかを考えることが必要。

(地域精神保健及び障害福祉)

- 長期在院者の支援については、精神科医療の問題ではなく、地域の体制整備として、総合支援法の見直しの中で、地域生活への移行について議論を進めていただきたい。
- 高齢になった地域の精神障害者の介護や合併症の問題も考えていくことが必要。介護との関係や、医療機関の職員との協働体制の検討も必要ではないか。
- 介護保険と同様、ケア会議を制度化していく必要があるのではないか。

(精神医療)

- 短時間診療の問題など、平時の適切な精神科医療の提供について、具体的な検討事項として触れるべき。
- 救急医療については、平時からの救急時の対応の想定が重要。
- 長期入院の解消について、具体的な検討事項として触れるべき。
- 精神科医療を利用している家族支援として、本人の病気、治療法、回復経過等を伝え、家族がそれまでどのような体験をしてきたのかを語る、そうした時間が大事。
- ポストアキュート、サブアキュート、在宅支援の3機能を担う地域包括ケア病床・病棟については、精神科医療でも参考になるのではないか。
- 介護分野のリハビリテーションマネジメント（在宅のリハにおいて関係者が集まり、医師の説明と同意に基づくカンファレンスを実施）についても参考にしながら進めることが重要。
- 地域での医療拠点も必要。また、多職種・多機関の連携のもと、訪問支援を行うメンタルヘルスチームの実現を。

(居住支援)

- ただ住むというだけでなく、社会の中で接点を持ち、居場所、安心感、充足感等をどのように地域で作り出していけるかが重要。

第1回検討会での主なご意見 (検討事項② 令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた 地域精神保健医療福祉体制)

- 「かかりつけ精神科医」の機能については、一般かかりつけ医やその他のコメディカル、行政関係者等との連携の在り方を含め、医療提供体制の構築の在り方を議論することが必要。
- 在宅医療の在り方（自治体との連携をしやすいような在宅医療の在り方、高齢化した精神障害者を支える上での在宅医療の在り方、身体科の在宅医療も含めた全体の中での精神科の在宅医療の在り方等）が重要。
- 精神科病院にピアサポーターを配置し、入院前から退院後までの支援の際に、ピアサポーターの意見や経験を活用することが重要。
- 働く世代のメンタルヘルス対応として、治療と仕事の両立支援としての仕組みの検討が必要。
- 精神疾患については地域医療構想にリンクしていない中、多様な精神疾患に対応できる医療提供体制をどのように構築していくのか、検討が必要。
- コロナ禍における精神疾患を有する患者への医療提供体制が大きな課題。

第1回検討会での主なご意見

(検討事項③) 入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組

(意思決定支援)

- 精神科病院に第三者の目が入ることにより、より良い精神科医療を提供できるというポジティブな側面に着目することが必要。
- 相談支援専門員とピアスタッフが協働して意思決定支援に取り組むのが有効。また、地域の相談支援体制も重要であるため、例えば地域移行の促進や権利擁護の機能を持っている基幹相談支援センターの設置の促進も重要ではないか。
- 医療保護入院における権利擁護を家族だけに担わせることは酷であり、第三者による援助が議論されるのは良いこと。

(医療保護入院)

- 廃案となった平成29年法案における医療保護入院の市町村長同意と権利擁護の仕組みについて、改めて法制化を検討すべき。
- 医療保護入院に家族の同意がなぜ必要なのか、しっかり検討すべき。その際には、精神医療審査会の機能の充実まで議論を広げることが必要。

(退院後支援)

- ガイドラインを運用する中で見えてきたメリット・デメリットを踏まえた仕組みの検討が必要。
- 退院後支援だけではなくグレーゾーン対応等の措置入院の運用についても、ガイドラインの見直しを含めた検討が必要。
- 平成25年改正（精神医療審査会の充実、退院後支援委員会、退院後生活相談員等）の検証が必要。

(隔離・身体的拘束)

- 経営者や病院長の差配も重要。身体拘束の3要件の中では、代替性の判断に経験・議論の差が出やすい。色々な方策を検討すべき。倫理会議の設置等、医療観察法における取組が参考になるのではないか。
- マンパワー不足という観点から、精神科特例についても一定程度検討が必要。
- 拘束の時間や数を減らすという量的な問題だけではなく、当事者が可能な限りトラウマにならないような方策も検討していく必要があるのではないか。
- 急性増悪の状態にある患者のケアを24時間体制で行うための診療報酬上の評価が必要。

(虐待)

- 精神保健福祉法に基づく隔離・身体的拘束の最小化と、虐待の事例とは区別をして議論することが必要。
- 組織風土の醸成や医療機関の自助努力も重要。

(その他)

- 障害者権利条約の第1回政府審査に関わる対応についても論点に入れてほしい。