

2022-2-3 第4回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

○平岡精神・障害保健課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第4回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」を開催いたします。

本日、司会進行をさせていただきます精神・障害保健課の平岡です。

会場及びオンラインで御出席いただいている構成員の皆様方におかれましては、貴重なお時間を確保いただき、誠にありがとうございます。

本日の会議についても、新型コロナウイルス感染症の拡大予防の観点から、オンライン会議システムZoomを活用しての実施としております。また、動画配信システムでのライブ配信により、一般公開しております。

それでは、本日の構成員の出席状況について御報告いたします。全24名の構成員のうち、会場にお越しいただきました方が3名、オンラインでの御出席は19名となっております。個別の参加状況については、座席図を御確認ください。

なお、櫻田構成員と中原構成員につきましては、御都合により欠席との連絡をいただいております。

また、岩上構成員、岡部構成員、櫻木構成員、野原構成員については出席が難しいため、岩上構成員の代理として地域生活支援センターすみよし主任相談支援専門員の山口様。

岡部構成員の代理として、日本相談支援専門員協会の東理事。

櫻木構成員の代理として、日本精神科病院協会政策委員会委員長、新垣様。

野原構成員の代理として、岩手県保健福祉部障がい保健福祉課参事兼総括課長、菊池様。

こちらの方に、それぞれオンラインで御出席いただいております。

なお、柑本構成員は遅れて御出席いただく予定となっております。

なお、事務局でございますが、公務のため田原障害保健福祉部長は少々遅れての参加予定となっております。

また、津曲障害福祉課長につきましては欠席とさせていただきます。

次に、本日の資料の確認をさせていただきます。会場に御出席いただいている皆様におかれましてはタブレットの資料を、オンライン参加の皆様におかれましては事前に電子媒体で送付させていただきました資料をそれぞれ御確認ください。

資料は、座席図、議事次第。

資料1、事務局から「第3回検討会における主な御意見について」。

資料2、事務局から「第8次医療計画の策定に向けて」。

参考資料1、事務局から「第7次医療計画の指標に係る現状について」。

参考資料2、事務局から「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」。

参考資料3、桐原構成員から「第8次医療計画に関する意見」といたしまして、本日の御発言のポイントを事前に資料の形で御提出いただいております。

参考資料4、上ノ山構成員から「今後の医療計画改定における参考案」といたしまして、同様に本日の御発言のポイントを事前に資料の形で御提出いただいております。

最後に参考資料5、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の開催要綱・構成員名簿。

以上になっております。資料の不足等ございましたら、事務局にお申しつけください。

また、傍聴の方につきましては同様の資料を厚生労働省のホームページに掲載しておりますので、そちらを御覧いただきますようお願いいたします。

続いて、オンラインを含めた本日の会議の進め方について御説明いたします。

御発言については、会場参加の方におかれましては実際に挙手していただき、オンラインの方におかれましてはZoomの「手を挙げる機能」も併せて御活用ください。

また、オンライン参加の方におかれましては、カメラは常に映る状態にいただき、発言しないときはミュートにして、発言するときのみミュートを解除するようお願いいたします。

本日は、チャット機能の使用は予定しておりませんので御了承願います。

冒頭の頭撮り撮影はここまでとさせていただきますので、報道関係のカメラは撮影を終了いただきますようお願いいたします。

(報道関係撮影終了)

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局からは以上となります。

ここからは、田辺座長に議事進行をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○田辺座長 それでは、議事のほうに入らせていただきます。

本日の進行でございますけれども、まず事務局から「第8次医療計画の策定」について資料説明をしていただきます。

それでは、説明のほうをよろしくお願いいたします。

○森精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。精神・障害保健課の森と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

前回、第3回検討会では、市町村の実施する精神保健福祉に関する相談支援につきまして、利用者と提供者の立場からプレゼンテーションを行っていただき、検討会の中で御意見をいただいております。

資料1では、第3回検討会でいただいた主な御意見をまとめておりますので簡単に御紹介させていただきます。

1 ページ目、(基本的な認識)として、基礎自治体としての市町村の役割は重要。市町村での相談支援は、住民の日常生活の中で出てきたいろいろな問題点を解決するためには、メンタルヘルスの面からのアプローチも必要という観点で考えればよいのではないか、といった御意見を、(伴走型支援)としましては、市町村の保健の中に精神も入り、予防な支援をした上で市町村の中で保健と福祉が十分に連携して対応していくべきではないか、

もう少し議論が必要、といった御意見をいただいております。

2 ページ目は、（長期在院者への支援）です。国として市町村を強力に後押ししバックアップすべき、実際に市町村などから長期在院者の方々のもとへ会いに行く取組、一人の顔の見える方としていくということを具体的な取組の一つとして進めることが長期在院の解消に最も有効な手だての一つである、といった御意見をいただいております。

3 から 4 ページ目は（医療との連携）としてお示ししております。潜在的な医療ニーズをいかに医療機関につなげていくのか、地域の暮らしの中で状態が悪化したときに、早期にスムーズに必要な医療につなげていくのかという視点が重要。医療をいかに引き込んでいくかが課題である。

精神科の病院では、かかりつけ精神科医機能としての病院の中に多職種チームを持ち、ケースマネジメントを行っている。こういった機能をぜひ利用していただきたい。

市町村の相談支援に、精神医療をうまく組み込んでほしい。精神科医療機関が偏在している場合など、どのように助け合っていくのかをしっかりと議論し、医療計画の中に書き込んでいくことが必要ではないか、など、多くの御意見をいただいたところでございます。

全て御紹介できておりませんが、いただいた御意見については今後の検討会の中でも引き続き議論を進めてまいりたいと思います。

さて、医療との連携という内容でも触れましたが、今回は医療計画について議論いただきたく資料を準備しております。

それでは、資料 2 「第 8 次医療計画の策定に向けて」を御覧いただきたいと思います。

目次としまして、「医療計画について」「第 7 次医療計画について」「第 8 次医療計画の策定に向けて」という形でお示ししております。

まず 3 ページ目でございますが、精神疾患に関する医療計画の今後想定されるスケジュールをお示ししているところです。本日御議論いただきまして、その内容を踏まえて 3 月中に本検討会で議論の機会を準備する予定としております。

その後も取りまとめに向けた整理を行いつつ、夏から秋では親会となる医政局の検討会で議論いただきまして、年度末には医療計画作成指針等の改正を行う予定としております。

まず、医療計画につきまして、医政局が取りまとめております第 1 回「第 8 次医療計画等に関する検討会」で示された資料を基に簡単に御説明させていただきます。

4 ページ目でございます。

1 番上の囲み部分の 1 つ目の○になりますが、医療計画とは「都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。」と示されております。

「計画期間」は 6 年間でありまして、現行の第 7 次医療計画は平成 30 年、2018 年度から令和 5 年度、2023 年度までとなります。そのため、令和 5 年度に都道府県が策定できるように令和 4 年度中、今年中に国の方針を示す必要がございます。医政局取りまとめの下で医療計画には様々な事項が記載されますけれども、5 疾病・5 事業においては省内それぞれ

れの担当部署での検討が求められまして、精神疾患に関しても当然検討する必要があるがございます。

5 ページ目に「医療計画の策定に係る指針等の全体像」という図をお示しておりますが、精神疾患に関して検討した内容を取りまとめまして、左下、赤枠部分でございますが、【課長通知】として医療体制構築に係る指針を、そして医療計画の中で精神疾患部分を構成することとなります。

6 ページ目から7 ページ目にかけまして、「医療計画の内容」をお示ししております。精神疾患について我々が検討すべき部分は6 ページ目の「3」の「5 疾病・5 事業」の精神に関わる場所、そして7 ページ目の「7. 基準病床数」になります。

8 ページ目を御覧いただきたいのですが、こちらは検討体制についてお示ししております。赤枠で囲っているところは【5 疾病】「各疾病に関する検討の場等」と書かれておりますけれども、こちらがまさに本検討会となります。こちらで議論、検討された内容を基に取りまとめる形で、親会である第8次医療計画等に関する検討会と共有し、議論、検討いただくことになります。

以上、医療計画の概要について足早に説明させていただきました。本検討会では、指針と医療計画の内容のうち、精神疾患における課題、数値目標、必要な施策、そして基準病床について御議論、御検討いただきたいと思いますと考えております。

続きまして、9 ページ目からの「第7次医療計画について」を、御説明させていただきます。

10 ページ目を御覧いただきたいと思います。こちらに、第7次医療計画の内容について取りまとめております。大きな柱としまして、（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム）、そして（多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築）が示されております。

平成30年度からの第7次医療計画では、医療計画と障害福祉計画、介護保険事業計画の3計画が同時に開始するということから、それぞれの計画が連動するよう、同一の理念を共有すべく、精神指針におきまして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることを明確にお示ししております。こちらにもお示ししている、①から③についての記載がなされております。

また、（多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築）としまして、「都道府県は多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進する必要がある」としております。

本内容の補足資料となりますけれども、11 ページ目に【資料1】として「精神疾患の医療体制について」のイメージ図を、12 ページ目に【資料2】として医療計画・障害福祉計画・介護保険事業計画の関係性をお示ししております。

13 ページ目、【資料3】でございますけれども、こちらは「第6期障害福祉計画等に係る基本指針について」でございますが、3の②、赤枠で囲っている部分ですが、精神疾患

の医療計画と連動した成果目標を設定しているというところでございます。

14ページ目、【資料4】では「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」のイメージ図をお示ししております。

続きまして15ページ目になりますが、（地域の医療提供体制の現状把握のための指標について）でございます。精神指針において、「精神疾患の医療提供体制を構築するに当たって、多様な精神疾患に関する指標例を用いて現状を数値で客観的に把握し、医療計画に記載すること」とされております。

なお、第7次の中間見直しの際には、重点指標を精神保健医療体制の高度化に資する項目に変更するとされ、拠点医療機関等を新たな指標例として追加、再入院率ではなく地域平均生活日数等を指標例に位置づける、精神科救急領域に関しては病院数や患者数の把握が難しいため精神科救急医療施設数等に変更、といった対応がなされております。

16ページに、【資料5】としまして「現状把握のための指標例（第7次医療計画中間見直し後）」をお示ししております。こちらでは、横軸に多様な精神疾患が配置されまして、縦軸にそれぞれのストラクチャー、プロセス、アウトカム指標が配置されていることが分かりいただけるかと思います。

続きまして17ページ、基準病床数についてです。

医療計画におきましては、病院の病床等の適正配置を図るため、基準病床数を算定することが求められています。

（精神病床における基準病床について）は、平成30年度から第7次医療計画と第5期障害福祉計画が連動するように、第5期障害福祉計画の最終年度である令和2年度末の精神病床における入院需要との整合性が確保されるよう、「医療計画作成指針」において以下の内容の算定式が定められているところでございます。

本式の中の平成32年度末の入院需要を算定するに当たりましては、下を書いてあります α 、 β 、 γ を一定の範囲内で勘案し、計算することとなっております。

算定式の補足としては、18ページ、19ページ目の【資料6】を御覧いただきたいと思っております。障害福祉計画における1年以上の長期入院者数は、本算定式の中で慢性期、認知症でない者、認知症である者に基づき、 α 、 β 、 γ を用いた計算により算定することとしているところでございます。

続きまして20ページ目、「第7次医療計画について④（その他）」です。

医療計画におきましては、地域の関係機関との連携、保健所、精神保健福祉センターの役割についても述べられております。都道府県は、地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮するとされ、また、保健所、精神保健福祉センターにおける役割についても、保健所が医療連携の円滑な実施に向けて積極的な役割を果たすこと、精神保健センターにおいては精神保健に対する専門的立場から技術的援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすことと言及されているところでございます。

以上、現在走っています第7次医療計画についての内容を御説明させていただいたとこ

ろでございます。

これを踏まえまして、第8次医療計画の策定に当たって御議論いただきたい論点についてお示しさせていただきます。

22ページ目を御覧いただきたいと思います。第8次医療計画の策定に当たっての（基本的な考え方について）でございます。

現在の精神指針においては、先ほども触れましたように「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の具体的な内容として、重層的な連携による支援体制の構築の必要性について、そして医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画に基づく基盤整備の推進の必要性について触れられております。

第8次医療計画におきましては、これらの内容に加えまして、令和3年3月に取りまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」及び障害者部会「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理の議論を踏まえまして、医療、障害福祉、介護、その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する必要から、以下の内容を新たに明確にすることについて御議論いただければと考えております。

内容でございますが、（１）として精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による緊急時の対応を充実する観点が必要であること。平時においてはかかりつけの医療機関に通院し、緊急時には入院治療へのアクセスが確保される体制が望ましいこと、そして、受診前相談や入院外医療についても必要な体制整備に取り組むことが望ましいことをお示ししています。

（２）として、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らす全ての人が必要なときに適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するという観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となるということをお示ししております。これらを新たに明確にすることについて御意見をいただきたいと思っております。

続きまして、23ページ目になります。こちらは、（指標例等について）をお示ししております。

1つ目の○のところでございますけれども、現在の指標例として先ほど16ページ目でお示しいたしましたが、横軸に多様な疾病が並んでおります。他の疾病における医療計画の指標例の構造とは、やや趣が異なる現状がございます。

医療計画の指標例につきまして、現在、厚労科研にて検討が進められているところでございますけれども、先ほどお示した基本的な考え方を踏まえまして、患者の病状に応じ、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備するという視

点から、横軸に「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」というものを配置した構造とし、それぞれの段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの指標を構築するという第7次医療計画の指標例を含めて定めるということについてお考えいただければと思っております。

そして、指標例としましては、例えば市町村等における相談窓口数、協議の場の開催回数等を新たに設けることについて御議論いただければと考えております。

2つ目の○でございます。精神指針では、多様な精神疾患等ごとの指標例等に現状と課題が掲げられています。昨年12月の障害者部会報告書におきまして、多様な障害特性に配慮しながら「『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」とされたことを踏まえまして、疾患等ごとにその特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方というものを精神指針で示すことについて御意見をお願いしたいと考えております。

【資料7】としてありますが、25ページ目から30ページにかけて「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」として、多様な疾患についての記載内容を示しております。

25から30ページの中で下線が引かれている部分は、今回事務局として御提示している考え方に基づきまして記載した部分になっております。

戻りまして、23ページの3つ目の○の部分でございますけれども、精神科医療機関における権利擁護の取組について、本検討会での議論を踏まえつつ、新たな指標とすることについても御議論いただければと考えております。

23ページの下のところでございますが、（精神病床における基準病床数について）、御議論いただきたい論点としてお示ししております。

先ほどお示しいたしましたが、現在の算定式につきましては α 、 β 、 γ という係数の設定等を含め、様々な御意見をいただいているところでございます。現在、厚生労働科学研究において算定式についても検討が進められているところでございますけれども、本検討会では大きな方向性として算定式の考え方について御検討いただければと考えております。

まず、こちらにも記載しておりますが、近年の精神病床における入院患者数が減少傾向にあること、これまでの取組により地域で生活を送る方が増えつつあること、全人口が減少局面にあり、精神科病院入院患者の年齢構成というものに変化が見られているという状況がございます。そのため、長期入院者の地域移行促進といったことを含むこれまでの政策を踏襲しつつも、入院患者の年齢構成の変化等を踏まえた算定式の検討というものを進める必要があるのではないか、ということをお示ししております。この考え方の方向性につきましても、御議論いただけますようお願いいたします。

参考資料1として提示しております内容が、本内容に関する検討素材として御使用いただけるものと考えておりますので御参照いただければと思います。

最後に24ページ目になりますけれども、（保健所及び精神保健福祉センターの役割について）でございます。

昨年3月に取りまとめられました検討会報告書の議論を踏まえまして、保健所及び精神保健福祉センターの役割として、新たに以下の内容を明確にすることについて御意見をいただきたいと思います。と考えております。

内容でございますが、市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じないことを目的としまして、保健所については地域課題の検討・解決のための企画、個別支援での協働等に努めること、精神保健福祉センターについては人材育成のための研修の実施や高い専門性を要する対応のほか、依存症対策、ひきこもり対策、自殺対策等の新たな課題への支援方法の普及等に努めることという内容を明確にすることについて御議論いただければと考えております。

資料2については、以上となります。

事務局からの説明は以上となります。

○田辺座長 御説明ありがとうございました。

それでは、早速でございますけれども、議論のほうに移りたいと思います。事務局の説明を踏まえまして、挙手の上で御発言をお願いしたいと存じます。

それでは、上ノ山構成員と桐原構成員のほうから資料が提出されていたと思いますので、まず簡単に御説明をお願いできますでしょうか。

では、上ノ山委員よろしくお願ひいたします。

○上ノ山構成員 日本精神神経科診療所協会の上ノ山です。今回は、発言の機会を与えていただきましてどうもありがとうございます。

医療計画といいますと、これまでは精神科病院のベッドのコントロールを中心に議論が進められてきたように思います。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築していくに当たっては、精神科診療所を有力な社会資源として組み込んだ医療計画の策定が求められるのではないかと思います。

ここで、今後の医療計画改定において、精神科診療所を組み込んだ参考案というものを提示してみたいと考えました。1番から9番までございます。

1番は、「病院と地域との好循環を確保していく」ということです。地域では長期入院者の受け皿をつくり、地域生活定着支援の充実を図る必要があります。このように、病院側の救急対応・早期退院支援と、地域における救急対応・地域定着支援がうまくかみ合っていて、病院と地域との好循環を確保していく必要があります。また、様々な生活上の困難を抱えて具体的な生活支援が必要な場合には、医療、福祉、教育、就労など、様々な社会資源を結びつけて包括的、継続的に支援していくケースマネジメントの手法が必要となると思います。

そこで、精神科診療所から見た（アウトカム指標）として、精神科退院時共同管理料を挙げてみたいと思います。これは令和2年度の診療報酬改定でつくられたものですけれど

も、精神科病院とクリニックが協働して退院支援を進めていく。そして、地域生活支援を進めていくということで非常に画期的な案です。

ところが、現在はこれがなかなか普及されていないのが現状です。この管理料に伴って、療養生活環境整備指導加算というものも算定することができます。これはPSWなどのコワーカーがケースワークを行った場合に算定できるわけですが、これまでは医師中心の診療報酬の評価に対して、コワーカーの活動を評価していただいたということでは画期的です。これが退院時から始まる支援というだけではなくて、今後地域での困難事例に対しても算定できるように対象が広がっていく可能性があると思います。

これらの2つの管理加算に対して、そのベースになっているのは医療からのケースマネジメントということでして、これも算定基準が非常に限られていますのでまだ全然広がっていませんけれども、これがどのぐらいの実施率になるのかということが一つのテーマになると思います。

2番目、「訪問看護、訪問医療を含めた在宅医療の充実」ということです。

ひきこもり問題とか8050問題が大きく取り上げられましたけれども、そのほかにも自殺未遂者を含め、地域には医療対応が必要にもかかわらず自ら援助を求めなかったり、求めることができない人たちが多数存在しています。そういうことで、単に医療機関で待っているだけでは地域の責任を果たすことができません。多職種がチームを組み、アウトリーチを含めて支援していく必要があると思います。

この場合の（アウトカム指標）としては、訪問看護をどのぐらいやっているかとか、訪問医療をやっているかということに加えて、最近では精神科在宅患者支援管理料が算定されるようになっていきます。これも措置入院者の退院後支援というだけではなくて、やはり地域での生活困難事例に対して、ひきこもり等の事例に対しても対象範囲が拡大されていく方向になっています。

それから3番目、「クロザピン等を組み入れた地域体制の整備」ですが、クロザピンの使用連携体制を各地域で医療計画に書き込む必要があるのではないかと思います。診療所でも重度かつ慢性に当たる人がいるわけですが、その方々がクロザピン治療を求めた場合に現在の体制では圏域を離れたところに入院せざるを得ず、また退院後もケアに関わることができません。

沖縄や岡山などで進められた連携モデルを参考に、地域体制をつくっていく必要があるかと思います。その場合の（アウトカム指標）としては、クロザピン連携治療体制の整備と、そこへ診療所がどれぐらい参加しているかということが問われるかと思います。

4番目は、「精神科救急入院料病棟の整備と連携協力体制」です。

精神科診療所も輪番診療所体制を組むなど、地域で精神科初期救急に参加しております。また、救急情報センター等に夜間休日の連絡先を登録するなどして、自院の患者に対する救急対応能力を向上させることができます。

それから、精神科救急入院料、いわゆるスーパー救急ですが、本来ならば医療計

画に基づいて圏域単位で設置するのが、現在ではそのようになっていません。そのようなことを踏まえて、急性期から回復・療養などの機能分化を図って連携協力体制を展望するシステムをつくり上げていく必要があると思います。

（アウトカム指標）としては、診療所としては措置診察とか、精神医療審査会への参加率はどのぐらいかとか、都道府県の精神科救急システム、いわゆるマクロ救急への参加率はどのぐらいかとか、あるいは精神科救急情報センターへの夜間休日の連絡先を届出すること、いわゆるミクロ救急についてどのぐらいかということです。

これら3つの指標、措置診察、マクロ救急、ミクロ救急、それぞれ現状では診療所の3割ぐらいが行っているんですけども、これをもっと向上させていく必要があるのではないかと考えています。

5番、「総合病院に身体合併症対応機能の確保」をしていくことです。いわゆる救急告示病院には自損事例を含む身体合併症を持つ精神疾患患者が約1割存在すると言われていています。救急告示病院である以上、精神科対応が求められるわけですけども、現実には精神科を標榜していないことが多いわけです。そのような救急告示病院に、その地域の精神科診療所や精神科病院が協力して応援する。精神科救急に対応した院内医療チームをつくっていかうとする動きがあります。このような形で総合病院を支え、身体合併症対応機能を充実させていく必要があると思います。

この場合の（アウトカム指標）としては、総合体制加算に診療所がどのくらい協力しているかということが問われることになると思います。

それから6番目、「医療観察法指定通院機関の確保」ですけども、医療観察法指定通院医療機関の確保は進んでいません。現在のままでは、一旦医療観察法の流れに乗ってしまえば地域に帰ってこられなくなることが懸念されます。指定入院医療機関が地域から孤立して存在している限り、この制度の先行きは明るくありません。圏域単位で指定通院医療機関を確保していくことを医療計画に書き込む必要があると思います。

そういう意味で、（アウトカム指標）としては、指定通院医療機関数になると思います。

7番目、「精神科救急医療、自殺未遂者対策の見直しと危機対応チームの立ち上げ」です。

現状としては、精神科救急医療と自殺未遂者対策が同じようなことをしているんですけども、並列して存在しています。

しかし、地域ケアの現場では両者は重なり合うことが多く、本来は一体的に取り組むべきであろうと思います。地域には自殺未遂をはじめとして、ひきこもり、DV、虐待、薬物乱用等、様々な精神的危機が存在するわけですが、それらは必ずしも夜間休日に限定的に発生するものではないと思います。「にも包括」の報告書では、平時の危機対応を強調していただきました。このように、現在の救急の定義が夜間休日に限定されていること、この定義を見直していく必要があると思います。

そういう定義を見直した上で（アウトカム指標）としましては、市町村からの救急受診

枠を確保していくこと、それから危機対応チームを立ち上げていくこと、このようなことが指標になるかと思います。

8 番目、「精神科医療圏域と市町村との役割分担」です。

介護保険、障害福祉サービスなど、様々な対人サービスが市町村事業となっています。精神保健も市町村の責任事業と明確化すべきだと思います。したがって、精神科医療圏域も市町村単位で整備されていくことが望ましいけれども、医療機関の偏在などのために現実的には困難というふうにされています。市町村単独で医療機関を確保することができなければ2次医療圏で対応し、最終的には都道府県やセンター等がバックアップするなど、精神科医療圏域と市町村との役割分担を整理していく必要があると思います。

(アウトカム指標)としては、市町村あるいは圏域における協力医療機関の確保がどのくらいかということですね。これは難しいとされているのですが、前回も言いましたように認知症初期集中支援チームにおいては、全ての市町村に配置されているということとを踏まえれば、メンタルヘルスの領域においてもこのことは可能かと思います。

9 番目、「コミュニティメンタルヘルスチームの設置と地域ケア会議の開催」です。

市町村にメンタルヘルス対応のコミュニティメンタルヘルスチーム(CMHT)を設置する必要があると思います。そうすることによって、ひきこもり事例など、援助希求能力の低い事例に対しては多職種でアウトリーチを含めて対応していくことが可能になると思います。場合によっては、その地域の医療機関に委託可能とします。市町村が必要と認める事例は積極的にケア会議を開催し、必要に応じてCMHTで対応していくことが望ましい。

この場合の(アウトカム指標)としては、コミュニティメンタルヘルスチームの立ち上げがどのくらいか、あるいは市町村職員を含んだケア会議をどのくらい実施しているか、そのようなことになるかと思います。

以上ですが、このような形でアウトカムを書き込むことによって「にも包括」構築に向けて精神科診療所を有力な社会資源として活用した形につながっていければと思います。

以上でございます。今後の議論の参考にしていただければ幸いです。ありがとうございました。

○田辺座長 ありがとうございました。

それでは、引き続き桐原構成員よりお願いいたします。

○桐原構成員 全国「精神病」者集団の桐原です。貴重な場をいただき、ありがとうございます。第8次医療計画に関する意見を述べます。

「基本的な考え方」なのですが、ここには障害者権利条約に関することや、障害者基本法について言及する必要があると思います。

次に、「基準病床算定式」について意見を述べます。

まず「長期入院の定義」についてです。

第7次医療計画の基準病床算定式では、長期入院の定義を1年以上の在院としています。しかし、実際に入院させられる私たち精神障害者にとっては、2か月であっても2週間で

あっても非常に長期の入院であると感じています。そのため、第8次医療計画における基準病床算定式では、長期入院の定義は現行の1年以上在院から、より短い期間へと改められる必要があると思います。

次に「長期入院を類型化すること」についてです。

第7次医療計画の基準病床算定式では、長期入院の定義を1年以上の在院としているため、1年在院と20年以上在院を同じ長期入院需要の中に位置づけて病床整備をする形となっています。

しかし、実際の現象としては、1年在院と20年以上在院は異なるものと考えられるべきです。第8次医療計画の基準病床算定式では、大枠での長期入院というくりに加えて、3年以上だとか、5年以上だとか、10年以上だとか、群を設けて算定できるように改められる必要があります。

続いて「入院需要の考え方について」です。

第7次医療計画の基準病床算定式では、20年以上長期在院者が入院している病床に対して“長期入院需要”という枠組みで必要な病床数として算定できる仕組みになっています。しかし、20年以上在院のことを“需要”という言葉で表現するべきではないのではないかと感じます。第8次医療計画の基準病床算定式では、少なくとも2年以上長期在院者数に相当する病床数は即座に削減されるべき病床と位置づけるか、もしくは不要にもかかわらず諸事情で削減できない病床と位置づけられるように改められる必要があります。

続いて「係数 α （重度かつ慢性）の削除」についてです。

第7次医療計画の基準病床算定式には係数 α 、重度かつ慢性なる概念が登場します。重度かつ慢性とは、長期入院需要のうち、当面必要な病床数の根拠となる値のことです。重度かつ慢性は、長期入院の約7割を占めるという実感にかなわない数量であることと、検証が困難であることなど、多岐にわたる問題があります。そのため、第8次医療計画の基準病床算定式では、重度かつ慢性を用いるべきではないと考えます

続いて「係数 β の削除」です。

第7次医療計画の基準病床算定式には、係数 β （治療高度化の影響値）なる概念が登場します。係数 β は、修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及によって、重度かつ慢性者の病状が回復して退院できて、その結果、長期入院需要が削減されていくというストーリーに位置づくものになっています。

しかし、実際は、家族の無理解や医療機関の認識不足、それから入院者本人の退院意欲の低下、社会的な差別偏見など、様々な要因によって長期入院というのは帰結されているわけであり、全て重度かつ慢性などの病状に還元できるものではないです。そのため、第8次医療計画の基準病床算定式では、修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及を用いるべきではないと考えます。

続いて「基盤整備量との関係」についてです。

基盤整備量、第6期障害福祉計画の目標値は、第7次医療計画の基準病床算定式との関

係から設定されています。この障害福祉計画の国の指針には、早期退院率、1年以内が92%とする目標値が書き込まれています。上位10位以内の実績に基づいて推定された数値、目標値です。

しかし、これでは新規入院者の約12人に1人が新たな1年以上長期入院になっていくことを前提とした計画であることを意味します。新たな長期入院者がつくり出されないような計画に改められる必要があると思います。

続いて「病床数と政策効果の関係を明確にすること」についてです。

第8次医療計画基準病床算定式では、政策効果によって病床数が減少しているものと、政策効果によらずして病床数が減少しているものを分けて算定できるようにする必要があります。

続いて、「基準病床算定式」については最後の「精神科病院への依存体質から脱却すること」についてです。

基準病床算定式は、都道府県が確保すべき病床数を算出する数式です。日本の病床数が世界的に見て多いということは、たびたび指摘されてきました。一部には、療養型の病床全般を入れたら必ずしも多くないという意見もあるのですが、やはりそれでも人口比に対する病床数の量は一般的に考えて諸外国より多いと言うことには異論はないだろうと思います。

病床数が多いことは、精神科病院への依存度を高めて、地域生活への機運を下げてしまうという問題を生み出しています。ですから、本来はドラスティックに精神病床を削減していく基準病床算定式こそ求められるはずではないかと思っています。

以上が、「基準病床算定式」です。

続いて、「指標例」についてです。

まず1つ目が「非自発的入院の段階的な解消に向けた指標例の設定」についてです。

障害者の権利に関する委員会は、初回の日本政府報告に関する事前質問事項において「知的又は精神障害のある者の入院件数が増加していることに対応すること、及び彼らの無期限の入院を終わらせること」について講じた措置に関わる情報提供を求めています。

他方で、2021年10月15日に日本弁護士連合会は「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」を採択し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく非自発的入院の廃止と非同意入院の段階的な縮減を提言しました。

それらの動向を踏まえて、第8次医療計画の指標にはアウトプット指標として非自発的入院の段階的な縮減を加える必要があります。また、これらは医療保護入院の届出件数や措置入院件数、措置入院診察件数等、6月30日時点の精神科病院の状況とか、非自発的入院の入院者数及び入院期間等で評価することができるのではないかと思います。

続いて「身体拘束のゼロ化に向けた指標例の設定」についてです。

身体拘束のゼロ化に向けた都道府県の実践等を評価できるようにする必要があります。

また、行動制限最小化のための都道府県の実践等を評価できるようにする必要があります。

次に、「退院後支援の除外」についてです。

指標例には、退院後支援は入れるべきではないというふうに考えます。

理由は、退院後支援が相模原市における障害者施設での連続殺傷事件の再発防止策を契機として、地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインが策定された経緯があり、精神障害と犯罪を結びつけるような差別や偏見を助長するおそれがあるからです。

また、「にも包括検討会報告書」において、退院後支援は今後の検討事項というふうに位置づけられています。「にも包括検討会報告書」において態度が先送りにされた事項については、検討結果を待たずして指標に入れるということはなじまないのではないかと考えます。

続いて「修正型電気痙攣療法及び治療抵抗性抗精神病薬の普及の除外」についてです。

第7次医療計画は、治療高度化の影響値として修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及というものがありました。第8次医療計画の指標例においても、これらの普及というものは除外されるべきではないかと考えます。

指標例は、政策効果をロジックモデルにより評価できる仕組みにしていけることが目指される必要があります。例えば、閉鎖式循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を治療抵抗性統合失調症治療薬と指標例に入れ込むとした場合、政策効果として何を見込んだものなのかが不明と言わざるを得ないです。

特に、当該政策効果を達成するための方法として、数多くある治療の中でもこの2つを取り出して設定する合理的根拠というものがないのではないかと考えます。

最後なのですけれども、この資料では特に触れていませんが、精神科医療機関における権利擁護の取組について、これは本検討会での議論を踏まえつつ、新たな指標として入れていくべきではないかと考えます。

なお、この精神科医療機関における権利擁護の取組の中身については別途意見を取りまとめておりますので、しかるべきタイミングで改めて御意見を述べさせていただければ幸いです。

以上、長くなりましたけれども、ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、ほかの皆様方、御意見等がございましたらよろしく願いいたします。特にオンラインで御参加の方はZoomですので、「手を挙げる」という機能をお使いいただいたほうが私は気づきやすいということなので、よろしく願いいたします。

では、東構成員代理人よろしく願いいたします。

○東構成員代理人（岡部構成員代理）　日本相談支援専門員協会岡部の代理で出席させていただきます。今回は貴重な機会をいただき、感謝いたします。

相談支援専門員協会といたしましては、2点意見を述べさせていただきます。

1点目といたしましては、資料の2の22ページ（1）のところで急性憎悪や精神疾患の

急性期症状等の緊急対応や医療機関へのアクセスを充実する必要性について書かれておりますが、実際に最近では独り暮らしの方や家族の高齢化により、家族が対応困難のケースが多く見られています。

そのような場合、御本人が急性憎悪時に受診を希望された場合など、現実的に相談支援専門員が同行して受診をすることもあります。この多くは相談支援専門員がサービスで行っている場合もありますので、本人が受診を希望する場合の受診対応できる体制をつくっていただきたいと思います。

また、地域性もあると思いますが、移送サービスも現実的にはあまり機能していないこともあります。調子の悪いときは信頼できる人が対応することが必要だと思いますので、このことも御考慮の上、御検討いただきたいと思います。

2点目としましては、23ページの中段より下のところにあります精神科医療機関における権利擁護の取組についてです。障害者施設等では、オンブズマン制度を取り入れる等の取組をなさっているところもございます。精神科医療機関においてもオンブズマン制度等を御検討いただきたいと思います。

また、当事者の方にお話をお聞きすると、自分の気持ちを素直に表現できる人として一番に挙がるのがピアの方の存在だと言われております。この点につきましては、医療機関で働くピアサポーターの存在の大切さを意味しているというふうに思いますので、患者さんの安心や意思表示、意思決定にもつながることとして、医療機関でぜひピアサポーターの方の雇用の促進をお願いしていただけるとよいのではないかと思います。

以上でございます。本日はありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、引き続き鎌田構成員よりしくお願いいたします。

○鎌田構成員　日本看護協会の鎌田です。御説明ありがとうございました。

基本的な考え方については特に異論はありませんが、その中で不足している部分、さらに追記していただきたい部分について何点か述べたいと思います。

まず、資料2の22ページにあります基本的な考え方について、精神疾患を有する住民の地域生活を支えるためには、継続的に切れ目のない看護提供体制の整備が必要であり、平時及び緊急時の対応を充実するためには、訪問看護や外来看護との連携が重要であります。また、訪問看護においては、24時間対応を含めた訪問看護提供体制の強化が必要です。外来看護において質の高い精神医療を提供するために、精神看護専門看護師、リエゾンナースの活用推進についても記載していただきたいと思います。

また、近年、働き盛り世代のメンタルヘルスも問題になっており、治療と仕事の両立を支援するためには、産業保健分野との連携の強化、産業医や産業保健師の取組の強化も必要ではないかと考えております。

さらに、平時から災害時や新興感染症感染拡大時に対応可能な看護職を確保、育成し、連携を強化することで看護提供体制の基盤をつくることが重要だと思っております。

また、資料 2 の 25 ページ及び参考資料 2 の 51 ページには、うつ病や躁うつ病の患者の動態や政策動向等が説明されています。近年は産後うつも問題になっているため、この産後うつの患者の把握など、精神の指針の中に産後うつの視点を指針の中に取り入れるよう検討いただけないかと思います。

また、参考資料 2 の 64 ページに「地域精神科医療提供機能」の項目があり、「医療機関に求められる事項（例）」として「多職種によるチームによる支援体制を作ること」という記載があります。産後うつ患者への対応においては助産師が幅広く活躍していることから、この多職種チームの中に助産師も追加していただきたく思います。

同様に、参考資料 2 の 65 ページについて、先ほどの災害拠点に続く話ですが、都道府県の連携拠点機能を発揮した災害拠点や精神科病院の整備、支援体制の強化についても書き込む必要があると思っています。

続けて、参考資料 2 の 66 ページになります。精神科訪問看護を提供する病院や診療所の記載はありますが、24 時間体制で精神科訪問看護を提供する事業所数の記載無いため、在宅医療の整備という視点からも、これらの訪問看護事業所数を追記していただきたい。

また、資料 2 の 23 ページでは、精神疾患の医療提供体制に係る現状把握のための指標例を今後 4 点について整理するという説明がありました。「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」を段階ごとに整備するという説明でしたが、地域における支援や危機介入については、ストラクチャーの一つとして在宅医療や訪問看護に関する指標を追加していただきく思います。併せて、訪問看護事業所数や 24 時間対応の訪問看護事業所数、専門看護師数の把握につちえ追記していただきたい。

また、精神病床における基準病床数の算定式については、現在検討が進められているとのことでしたが、今後いつどのようにして決めていかれるのでしょうか。もし分かれば具体的に示していただきたいと思っています。

私のほうからは、以上です。○田辺座長 ありがとうございます。

検討のスケジュール等は分かりますか。

○森精神・障害保健課長補佐 ありがとうございます。

先ほど資料で説明をさせていただきました中で、資料 2 の 3 ページ目のところでお示しをさせていただいておりますが、3 月中めどというところでお示しをしております。この 3 月の辺りで今回の検討会の議論を踏まえまして、研究班からこちらである程度資料などを提示できればと考えているところでございます。

○鎌田委員 ありがとうございます。では、それまでにこの基準病床数の考え方も一応示されるというふうに理解してよろしいでしょうか。

○森精神・障害保健課長補佐 基準病床数の考え方等は、議論いただいた内容を踏まえて、その際にはお示しをできればと考えています。

○鎌田委員 ありがとうございます。

○田辺座長 それでは、山口代理人よろしく願いいたします。

○山口構成員代理人（岩上構成員代理）　ありがとうございます。

全国地域で暮らそうネットワーク代表岩上の代理で出席をさせていただいております山口麻衣子と申します。発言の機会をいただき、ありがとうございます。

今回のテーマは「第8次医療計画の策定に向けて」ということで、本検討会で医療計画に関して御議論をいただけるということに感謝をいたします。

全国地域で暮らそうネットワークより、3点御提案をさせていただきます。

1点目は、都道府県によって良質な精神医療体制をつくるということに対しての熱量が違うように思います。都道府県ごとの精神医療体制の状況、目標達成度合いについての見える化をしていただきたいと思います。

2点目は、御説明をいただきました資料2の23ページの、精神病床における基準病床数についてでございますが、例えば精神科の病床の適正化を進めた病院については診療報酬上の評価を連動させる必要があると考えます。

3点目は、同じページの指標例の3つ目の○のところでございます。精神科医療機関の権利擁護の取組についてというところですが、今後の議論も踏まえてではありますが、ぜひピアサポーターの重要性を位置づけていただきたいと思いますと考えております。

以上でございます。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、新垣代理人よろしくお願いいいたします。

○新垣構成員代理人（櫻木構成員代理）　ありがとうございます。

日本精神科病院協会常務理事櫻木の代わりで出ております新垣です。よろしくお願いします。

あまりまとまっていないのですが、精神科病院協会のほうでは精神障害者と精神疾患、これは別々に分けて考えていきたいと考えています。この頃、精神障害者を隔離拘束するのはよくないかという議論が出ているのですが、私は精神科病院で隔離拘束は精神障害者だからではなくて、精神障害を持っている方で精神疾患の悪化があって、現状の日本の体制ではやむを得ない場合に行っているというようなことがあって、そういう意味では精神科病院で行っている、特に入院で行っているのは医療であって、それ以外の何物でもないのではないかということをひとつ強調したいと思います。

そういう医療の面ですね。それを基軸にして、それから退院に結びついた方について、地域での生活を支えるのはもちろん地域の福祉サービスが主としているのですが、そこに精神疾患として、それについて医療についての意見をつけていきたいということで、地域での生活を支えるにしても福祉サービスだけではなくて適切な医療の意見も反映していきながら一緒にやっていきたいというようなことを考えております。

それで、例えば統合失調症が平成16年頃と比べるとかなり長期の入院の方が減っているわけなのですが、これは単に治療が進んだだけではなくて、やはり統合失調症の長期入院の方についての地域での支援、それから福祉サービスが拡充していることで、かなり長

期入院の方が減ってきたと思っているわけですが、ではそれ以外の疾患ですね。特に認知症であったりとか、アルコールだったりとか、その他のところのモデルについては統合失調症のモデルが通用しないところについてはやはり長期の入院になってしまうように思っています。

そういうわけで、精神科の入院自体がやはり社会の体制、または国民の理解がそれと一緒にになって、結果として長期になったり、短くなったりいると思っています。

そういうことからすると、簡単に何年がいいんだとか、何か月間の入院が適正かではなくて、どういうふうにすればそのはざまで取り残されないかということですね。そういうことがきちんとできていくのかということ、統合失調症のモデルだけではなくて一つずつつくっていききたいと思っています。

それで、今回この資料2ですね。特に22ページ、23ページをよく読むと、精神医療というところと精神障害の福祉サービスというのはきちんと分けて書いてあるのですが、受け取る方の中ではこれがいつの間にか一緒になっていたりとか、そういうふうなところが非常に混乱してきて、私たち精神科病院の中での治療についても、それは権利の話になっていたり、医療が権利にすり変わったり、少し不思議な感じがしていて、そこをきちんと分けてこれからも議論していきたいと考えています。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

引き続き、岡田構成員よろしく願いいたします。

○岡田構成員　ありがとうございます。

全国精神保健福祉会連合会の岡田です。5点ほどお話をさせていただけたらと思います。

今回お示しいただいた計画の内容からは、その方向性として世界的に見て突出して多いとされている精神科病床を削減する方向へ進めるという意図があるのか、ないのかがなかなか読み取れなかったのですが、世界的な情勢を見ても、また精神障害者家族の立場から、入院治療は最小限として、それまでの生活環境から切り離されずに治療を受けられる地域医療体制を進めていくことが重要で、可能な限り病床を削減していく方向であることを示していただけたらと考えております。

2点目としましては、それと同時に私ども精神科医療を利用する立場からは、治療内容の充実や安心で適正な治療を受けられることが大変に重要です。例えば、精神科療養病棟が精神科以外の医療よりも少ない人員配置であったり、あるいは私はこの辺がよく分からないのですが、診療報酬の課題というようなことが治療内容の充実や安心で適正な治療の実施に影響しているのではないかという危惧も抱いておりますので、そのようなことについてもぜひ再検討していただきより充実し、安心で適正な精神科医療を目指していただけたらと思います。

3点目としましては、重度かつ慢性という考え方についてです。当会の調査によれば、前回のヒアリングのときにも提供させていただいた調査の内容になりますが、重度

かつ慢性と考えられる方、あるいは治療抵抗性と考えられる方の多くが家族の支援を受けながら地域生活を送っているという現状であることが分かりました。それを支えている家族の負担が大きいことが問題なのですけれども、言い換えれば支援体制があれば重度かつ慢性であったり、治療抵抗性と言われる方たちも地域生活が可能になるということを示しているとも言えます。家族だけの支えでなくて、専門的な支援体制があれば、さらに安定した地域生活が送れるということになると思います。

地域支援体制には、訪問医療が不可欠です。訪問看護、訪問医療を進めるための指標が必要ではないでしょうか。その際、先ほどどなたか構成員の方から発言がありましたが、訪問支援のスタッフとしてぜひピアサポーターの力を活用できるような方向で進めていただきたいと考えております。

4点目ですが、資料2の中の25ページの【資料7】、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」の中で、1番として「統合失調症」についての記述がありますけれども、「主治医と相談しながら、症状に合わせ、必要な治療を地域で継続できる体制を整備」、このことはとても必要なことだと思います。

それに加えて、利用者の立場からしますと、治療内容の充実ということがとても求めたいところだと考えております。現在の統合失調症の治療は服薬治療が中心で、医療機関によっては服薬治療のみというところが多いのではないかという実感があります。私どもの経験から考えますと、服薬治療だけではその人の持てる力を十分に発揮できるような回復は望めないというふうに感じております。

どのような病気を知り、病気をどうコントロールできるか、病気や障害があってもどのような人生を歩めるのかなど、回復に向けた心理的ケアが必要不可欠だというふうに痛感しております。入院、通院、訪問医療などのあらゆる機会に心理的ケアを主眼とする治療システムを導入するなど、どの医療機関においても治療の質の向上が図れるようになることを希望しております。

最後になりますが、精神科医療における人権擁護の観点は非常に重要だと考えております。新たな指標として、組み入れることを進めていただきたいと考えます。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、北村構成員よりお願いいたします。

○北村構成員　石川県立こころの病院の北村といいます。

今、このブラインドの後ろでは激しく建物を壊していて、振動と音がすごいのですが、もしお聞き苦しいようならば言ってください。

先ほどから話も出ている研究班とか、それから先日は石川県の第7次医療計画の見直しなどがあったりして、ただでさえあまり優れない頭がごちゃごちゃなのですけれども、どこかに平時の対応と緊急時の対応という言葉がありました。

緊急時の対応については先ほど上ノ山先生もおっしゃったかもしれませんが、ス

ーパー救急病棟の病床数ですね。あれは各県で精神科救急システムを定めているにもかかわらず、前回の診療報酬改定でスーパー救急病床の病床数を病院の規模に合わせて制限するというような、今回撤廃されたようですが、でも明らかにそういうのは診療報酬でやることではなくて、ちゃんと医療計画でやることだろうと思うので、スーパー救急の病床数については医療計画で各県できちんと定めるべきだと思います。

それから、平時の対応についてなのですが、これはいつも障害福祉計画と頭がごちゃごちゃになって、指標も何かかぶってきたりして、これは一体どういうことかと思っていたのですが、精神科医療というのは初めに入院治療ありきで、変な話、病院が施設的に運用されているので、先ほど長期入院者に対しては市町村が見に来て対面でどうのこうのと言いましたけれども、それはやはり医療ではなくて福祉の世界の話なのではないかなと思うわけです。

それで、自由に発言できるので勝手なことを言いますが、これは全国自治体病院協議会の意見とさせていただいてもいいのですけれども、現在スーパー救急病床と急性期病床は合わせて2万床くらいだと思うのですが、これに対して療養病床が10万床と、一般の精神病床が18万くらいいたしかあったと思います。ですから、この療養病床と一般の精神病床を合わせた28万床のうち、10万床くらいをすぐ介護医療院に転換して、もちろん介護医療院ですから医療も当然できるわけですから、財源のこととか私は知りませんが、どちらかというとはやはり福祉的な話として見ていくような方向でいずれ考えたほうが、世の中全て分かりやすくなるのではないかなと考えています。

それで、平時の対応の医療について、精神科医療の質を少し考えることを入れたらいいのではないかと考えています。例えばクロザピンとか、お医者さんでない方はちょっと分からないかもしれませんが、治療抵抗性統合失調症治療薬であるクロザピンの治療とか、それからLAIという持続性の抗精神病薬の注射剤で1か月に1回注射すれば大丈夫とか、今は3か月に1回というのも出ていますけれども、そういう治療というのは精神科の入院治療でやるものではなくて、外来で長く再発しないように使うものですから、例えばクロザピンとかLAIの使用とかを指標に入れるならば外来患者の使用率、通院精神療法を取っている人の中で何人いるかというのはNDBですぐ分かると思うので、そういうことを入れたほうがいいのではないかと。

あとは、単剤使用が何でもいいのか、ベンゾジアゼピンを使ったら悪いとか、そういうことは特にないと思うのですが、少なくとも精神科の患者で内科の治療薬も含めてたくさん薬を飲んでいる人はやはり明らかに悪いので、外来で普通は6剤以上は控えたほうが良いと言うのですけれども、例えば10剤以上飲んでいる人は何%いるとか、そういうので医療の質を図るような項目を少し入れたらいいんじゃないかと思っています。

それから、精神科については総合病院の精神科というのがこれから非常に重要な役割を果たすと思いますので、それに関する指標の、例えばハイリスク妊産婦何とか加算とか、先ほど産後鬱の話がありましたけれども、そういうものとか、あるいは今度の診療報酬改

定で自殺企図患者に対する精神科のフォローとか、そういうものがまた見直されているようなので、そういう自殺対策とか周産期の精神障害に対する指標、合併症治療はせざるを得ないからどうかと思うのですけれども、そういうものも指標に入れたらいいのではないかと思います。

それで、石川県の医療計画の見直しとかで見ていると、がんとかだったら禁煙フォーラムをしたとか、無料で肝炎ウイルスの検査をしたとか、ヘルシーメニューの何かをしたというような予防に関する項目がたくさん入っているんですけれども、精神科についてそういうものが果たして入っているかという、何が予防になるかも少し分からないのですが、詳しい人にそういう予防的な指標を入れるように考えたほうがいいと思います。

それから、2022年の4月から高等学校の保健体育で心の何か授業を始めるとか昔聞いたのですけれども、全然周りからそんなことをすると聞こえてこないのですが、今から心の時代というか、そういうときに、国民のメンタルヘルスリテラシーを高める。最近、藤井先生に教えてもらって覚えたのですが、このメンタルヘルスリテラシーを高めるような取組についてどうするかとか、そういうことは書いてあげたらいいのではないかな。ちょっと早いかもしれませんが、いずれそういうことが必要だろうと思います。

あとは、先ほどからたびたび話に出ている権利擁護とか行動制限に関する指標は、精神科の特に急性期医療は患者さんの意思に反して治療することが多いので、そのような指標を入れることで医療の質は高まると思いますから、そういう取組も重要なかなと思います。

取りあえず以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、藤井構成員よりしくお願いいたします。

○藤井構成員　国立精神・神経医療研究センターの藤井です。発言の機会をいただきましてありがとうございます。

まず基本的な考え方についてですけれども、御提案の内容についてはおおむね賛成なのですが、そのほかに精神疾患は症状が重くなっても自ら支援を求めない、求められないような場合も多くて、精神疾患へのスティグマの影響などもあって御家族も支援を求めづらいこともあります。あるいは、意を決して支援を求めても適切な支援が得られないという場合もあって、結果的に地域で孤立してしまうことがある、という観点からの検討も必要ではないかと思います。これは、上ノ山構成員からも同様の御指摘があったように思います。

この点に関しましては、「にも包括」の検討会では御本人の困り事とか、御本人の潜在的な支援ニーズに早期に対応するという観点から、市町村とか保健所の精神保健に関する相談支援の充実、それに関して精神保健福祉センターからのバックアップ体制の強化が必要であるというコンセンサスが得られているかと思います。

その上で、精神科医療機関の役割として市町村とか保健所における精神保健相談員や訪問支援に積極的に参画することが期待されるということが「にも包括」の報告書にも記載

されていたかと思えますし、前回の第3回の市町村の精神保健に関する相談支援の在り方の議論にも通じるところだと思います。

ですので、医療計画の基本的な考え方においても今、申し上げたような点、つまり市町村とか保健所の精神保健相談業務への医療機関の積極的な協力が望まれるということでありまして、必要に応じた訪問支援、アウトリーチの提供、医療につながった後にも必要に応じて訪問支援が受けられる体制が必要であるという点についても触れていただいて、できれば何らかの形で指標にも入れていただくのがよいのではないかと思います。

ちょっと話はそれますがけれども、自治体と医療機関が協力して精神保健相談支援を提供する際には、必ずしも医療的な対応が必要でない人まで過剰に医療を提供してしまうというような危険性があることでありますとか、医療につなぐこと自体が目的化してしまうというようなことについては十分留意する必要があるかと思います。

ただ、地域保健における精神科医療の役割というのは、必ずしも医療そのものを提供するという点とか、医療につなぐことだけではなくて、疾病性とか、緊急性とか、そういうことの見極めだったりとか、医療導入の必要性の判断といった精神科医療のスキルを活用したアセスメントだったり、心理的な援助ということも含まれることが重要だと考えております。

ただ、医療機関がそのようなアセスメントとか支援を提供しても、直接的には医療機関の収入にはつながりませんので、その点は何らかの対応が必要だとは思いますが、我々が行いました自治体アンケートでも精神科医療機関の自治体への協力への期待というものが非常に大きいことが示されていますので、今、申し上げたような精神科医療機関が自治体へ協力するという点について、何らかの形で基本的な考え方、あるいは指標に反映していただければと考えております。

もう一つ、基本的な考え方として疾患を問わずに言えることは、これは岡田構成員からも先ほど御指摘がありましたけれども、精神科医療というのは薬物療法中心となりがちで、もちろん薬物療法は重要なのですが、それだけではなくて心理社会的な治療というものが十分提供されていないという現状があるかと思います。ですので、基本的な考え方として、これは質的なところに関わることでありますが、心理療法を含んだ心理社会的治療の充実という方向性を入れていただけるといいのではないかと考えております。

あとは、ケースマネジメントの必要性については「にも包括」の検討会でも、社会保障審議会の障害者部会でも重要性が確認されておりますので、その点についても触れていただけるとよいのではないかと思います。

指標に関しましては、「普及啓発・相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとの指標例を定めることについては臨床的な観点からも理解しやすいと思いましたので賛成です。

具体的な指標については今、検討が進められている段階だと思いますけれども、アウトカム指標としてぜひ御検討いただきたいのが、桐原構成員からのプレゼンでも触れられて

いました非自発的入院の占める割合の減少という観点です。「にも包括」の考え方では、支援を必要とする人に早期に必要な支援、生活支援とか医療を提供することで危機介入とか非自発的な入院を少なくしていくという方向性が合意されていたかと思います。入院となるような場合でも、可能な限り御本人が納得された上での入院が望ましいということは言うまでもありませんし、非自発的な入院の数というのは衛生行政報告例とか精神保健福祉資料から確認もできますので、ぜひそのような視点を入れることができるかどうかの御検討をお願いしたいと思います。

この際に悩ましいのは、精神科救急入院料の算定要件として非自発的入院が占める割合というものが入っていますので、高い診療報酬を確保しようとした場合には非自発的入院を増やす必要があるというようなジレンマに陥るという問題です。実際には緊急に精神科医療が必要な方とか重症の方が必ずしも非自発的入院を必要としているわけではないのですが、現状では非自発的入院か否かということに代わって重症度を客観的に評価する判定の方法がないので、そのような算定要件とならざるを得ないというのは理解しているのですが、少なくとも全体としては非自発的入院を減らす方向ということについては明確にさせていただけるといいのではないかと思います。

指標に関しましても一つ、権利擁護のところについてですけれども、これを新たな指標とすることについては賛成です。何を指標とするかについてはちょっと難しいところですが、例えばほかの構成員の方もおっしゃっていたピアサポーターの受け入れであるとか、病院から独立した立場の第三者とか、何らかの形で外部の目が入る仕組みがあるかどうかというのは考え方の一つになるかもしれないというふうには考えております。

具体的に何を指標として取り入れていくかについては、この検討会で議論していく必要があると考えておりますけれども、この観点を指標に入れていくことについては適当ではないかと考えております。

あとは、多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築についてですけれども、事務局の案からは挙げられていないのですが、医療観察法医療に関することです。医療観察法の対象となっている方はいつまでも医療観察法の処遇を受けているわけではなくて、いずれは一般の地域精神保健医療福祉の体制の中で支援していくことになるわけです。我々の研究調査によれば、通院処遇が終了した後は診療報酬上の評価はかなり下がってしまうのですが、医療機関とか事業所の独自の努力で通院処遇のときの手厚い体制、手厚い支援が急に薄くなってしまわないような工夫をしながら対応されているということが分かっております。

上ノ山構成員が御指摘されていた指定通院医療機関の確保とともに、処遇終了後の御本人の希望とか支援ニーズに沿って、切れ目のない医療とか支援を提供できるような体制を維持できるようにする必要があることについても検討課題としてはいかがかと思いました。

以上です。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、神庭構成員よろしく願いいたします。

○神庭構成員　ありがとうございます。

私のコメント本当にざっくりとした印象なので恐縮なのですが、権利擁護の取組は大賛成です。

ただ、これの指標となると、これはかなり難しい問題になるのではないかと思います。そもそも人権とは何とか、権利擁護とはどうあるべきかという議論が十分なされた上で指標を決めていかないと、安易な指標をつくってしまって、その結果、外形的に指標を満足しているから権利擁護は図れているんだというふうに誤解されないといいなと思っております。

ですから、精神医療保健福祉に関わる者たちが権利擁護というものを基本的に理解する。それに対する意識を高めて自ら学んでいくという必要がまずあるのではないかと思います。その上で何らかの指標をつくるならばつくるということで、その両方がないと、繰り返しになりますけれども、ただ指標だけできて、これで何とか形は満足したよねということでは、本当の意味の権利擁護という問題への取組が行われているかどうか測れないと思いますので、ぜひこの辺も踏まえていただきたい。

例えば、WHOのクオリティーライツという権利擁護を評価してそれを改善していくためのツールキットなどは古いものですが、出ています。こういったものの資料を集めて、十分検討していただきたい。そういったものはガイドラインとして、あるいは資料として精神障害の方に携わる者たちの教科書になるようなものがあってもいいのかなと思います。その上での指標というふうにぜひ進めていただきたい。

それで、なぜ精神障害の方の権利擁護がことさら言われるのかというと、もちろん身体障害の方の権利擁護も大変重要な問題なのですが、精神障害の方は中でも差別、偏見などの対象になりやすい方々なので、弱者の中の弱者と言ってもいいのではないかと思います。けれども、それだけに権利擁護という問題を私たちは重く受け止めていくべきだと思っております。

それから、大変細かいことで恐縮ですが、事務局の方をお願いなのですが、資料2の25ページに「気分障害（うつ病・躁うつ病）」とありますが、この躁鬱病という言葉はもう古典病名なんです。ICD-10にもDSMにもない言葉なので、これは双極性障害などかというふうに切り替えてほしいと思います。

それから、その下を見ていきますと、29ページの「7. 外傷後ストレス障害」ですが、これは心的外傷後ストレス障害のことです。外傷後といいますと脳外傷ですね。頭部外傷も意味するかのような病名として取られますので、ぜひICD-10のように改めていただきたい。

ちょっとこんなくどいことを言うのも、私は日本医学会の医学用語管理委員の一人でもあり、または精神神経学会の用語検討委員会の一人でもあるので、どうしてもこういうものを見ると気になるのですが、行政用語だからなかなか変えられないということでは

あれば仕方ないと思いますが、一言お願い申し上げておきます。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、田村構成員よろしく願いいたします。

○田村構成員 日本精神保健福祉士協会の田村です。

今日はどうもありがとうございます。 まず基本的な考え方についてなのですが、もちろんこの方向性については賛成しておりますけれども、冒頭のところで医療、障害、福祉、介護その他のサービス等との連携といったことも出てきていますが、先ほどどなたかの先生もおっしゃっていましたが、住民のメンタルヘルスや、今後高校生に対しても保健体育でメンタルヘルス等について学ぶ機会が出てくるという学習指導要領の変更などを加味しますと、教育機関との連携も大事になってくるかと思います。

また、子供虐待の問題もかなり深刻かつ問題としては大きいものになっているのですが、その背景にもメンタルヘルスの問題や精神疾患、障害が絡んでいることは非常に多いのではないかと考えられます。その意味から、教育関係や保育、または子供の支援などの関係者との協議についても入れていく必要があるのではないかと思います。

それから、実際の指標としてどのように入れていいのかがよく分からないので、具体的に言えないかもしれないと申し訳ないのですが、医療計画と考えたときに一般の市民の感覚からすると、自分が住んでいる都道府県ではどのように精神医療が整えられているのか、整えてくれているのかなという感覚で見ると思います。そのときに、数も大事ですが、やはりよい医療が安心して受けられる体制ということは当然望まれているかと思うのですが、医療の効果をどう図るかというのはなかなか難しいところはあると思うんですが、どれだけ患者さんをちゃんと診察して治すことができたのかとか、入院していた人がきちんとまたおうちに帰ることができたのか。

つまり、退院の転機にもつながる話ですが、昨今、精神科病院でも死亡退院が増えているということが言われていまして、その死亡の原因は細かく把握はできていないかと思いますが、体の病気による死亡なのか、事故によるものなのか、よく分からないところもあるかと思います。

できることならば精神科病院で亡くなるというのは極力避けたいところではないかと思っています。一方で、長期に入院の方々がやはり精神科病院の中で看取られることも増えてきているかと思ひまして、その看取りの質を考えると、どのような職員体制の中で看取りに向けたケアが行われているのか、これからまだまだそういう方が増えるのではないかと思いますので、何かの形で把握すること、またはよりよい看取り支援ができるような体制の構築もできないかと考える次第です。

あとは、長期入院ということの考え方について、1年以上を長期とすることですが、昨今、施策の影響、平成26年度改正の影響もあり、ニューロングステイの方は減少傾向にあると思うのですが、法改正前から長期間医療保護入院等で入院している方に関しては、退

院後生活環境相談員の選任や退院支援委員会の実施も義務ではないためか、恐らく平成26年度の前後で、入院患者に対して、医療機関によっては多少その手厚さというか、アプローチの違いがあるのではないかと推測しています。

これは法律がそうになっているせいなのですから、そのところについて可能であれば何かしらの形で区分けをして把握する仕組みをつくることによって、精神保健福祉法の改正の検討はもうじきされるところではありますが、その改正に向けた具体的な提言につながられるといいと考えます。

それから、各都道府県が精神医療にどれだけの人員を割くかということですが、多くは精神医療に関しては民間依存かと思います。今から国公立病院を増やすことは難しいと思いますが、公務員の医療従事者の配置を増やしていくことは考えられないのでしょうか。市町村においてもメンタルヘルスに対応することを考えると、専門職の配置は必要になるだろうと思います。また、多くの都道府県では措置入院に関しても都道府県知事の指定する民間の病院で、診察のときだけ公務員の資格を持った精神保健指定医が診察するという仕組みになっていますけれども、もう一步進めて公務員の役割を明確にできないのかなと考える次第です。

最後に権利擁護ですけれども、この取組について入れていただくことは賛成です。一方で、神庭先生もおっしゃられていましたが、その数値とかで、これをやっているから権利擁護をしているというふうにすると、どうしても数だけの問題になってきてしまう気がします。

ただ、他方で、例えば退院請求とか処遇改善請求などについては、医療機関によって出てくるところと出てこないところがあるということや、退院請求等が出てから実地審査が行われ、その後の審査会からの通知が出されるまでの期間にばらつきもあるように思いますし、その辺りも権利擁護をきちんと行っているかどうかの指標として何らかを加えることができるのではないかと思います。次第です。

私のほうからは以上になります。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、続いて辻本構成員よりお願いいたします。

○辻本構成員　まず、22ページの（基本的な考え方について）についてです。本人の困り事だけではなく心の健康づくりというような言葉、心のサポーター養成事業とかも始まるわけなので、ひきこもり対策とか、発達障害対策も含めて、丸ごとの・包括的に国民全体にアプローチしていくような視点を持てる言葉を入れていただければと思います。地域保健の向上だとか、地域共生社会の実現とか、そういう言葉もちよっと入ってくると、より広がるのではないかと思います。

指標についてです。まず私は県庁のほうにも席があるので、医療計画を作る立場で考えると、今は言いつ放しの段階ですが、項目数が非常に多くなると思うんです。現行でも50以上ある中で、ほかの疾病群とかは20前後なところがあって、どれもこれも網羅的にやる

と行政も大変ではないか。総花的にどれもこれもやろうとすると、結局どれもこれもできないようになってしまうのではないかと思ってしまった上で、あとは言いつ放しという感じで、項目を幾つかお話しします。

まずは、これも何人かの先生がおっしゃっているのですが、アウトリーチについての活動がどんなものかとか、そういうことが1つです。それと、障害福祉サービスと介護保険サービスの対応ですね、今後高齢化していくことが想定され、あるいは認知症対策も含めた上で、精神障害も医療だけではなくて介護保険の辺りも意識していかなければいけないような時代になってくるように思います。

外来治療をしている人たちがどれぐらいちゃんと障害福祉サービスにつながっているのか。みんなつながればいいというわけではないのですが、まだまだそういう地域の支援を知らない方々が多いと思うので、そういうサービスのつながり具合とかも評価としてどうかと思います。

関係機関の連携、先ほど退院後支援計画の話が出たのですが、正しく地域支援につないでいく形としては、今のところは退院後支援計画があるので、もうちょっとうまく使えないかなと思います。

病院の診療に関しては、行動制限関係についてです。

長期入院に関係して、一般医療では基本的には急性期、回復期、慢性期とか、そういうところの資源整備をちゃんとしているので、そういう視点が持てないかということを思います。

これも幾つかの構成員がおっしゃっていたのですが、まず全国レベルの地域格差についてです。地域に応じてと言いながら、措置入院数があれだけ違ったり、手帳の在り方も必ずしも一致していなかったり、やはり全国レベルで合わせていく方向は見せていったらどうかと思います。

もう一つは、自治体内の地域偏在みたいなところです。2次保健医療圏レベルでのニーズを見ていくと、例えば救急では県で1か所となると、そこから復帰していくとき、地域に返していくときにいろいろな課題が出てくるので、別に1か所でやるのはそれでも構わないと思うのですが、地域に返していくのはどういう仕組みでやっているのか、その実態内での地域偏在について検討していければどうかと思います。

これは精神保健福祉センターの立場で言うことになってくるのですけれども、24ページの保健所、センターの役割というところで、ここは私ぐらいしか言えないと思うのですが、まずは精神保健福祉センターの運営要領が平成8年からのものなので、それをもうちょっと見直していただきたい、いつまでそれに引っ張られているのか。ニーズも状況も変わっているので、考えていただきたい。どういうセンターの役割が期待されているのかというところです。

センターの法定業務として自立支援医療や手帳の数、この辺も地域を知る上では重要な指標になるのではないか。

あとは、審査会の審査数、これも精神医療の質の担保になってくるというところで重要だと思います。権利擁護の話、これは載せていってもらうのは当然なのですが、今のところ権利擁護をするところは完全に第三者機関と言いつらいところがあって、前に後ろに行政が入っている。公務員がサポートに入っているというところで、精神保健福祉センター自体も人がいないのに、それで権利擁護をいっぱい出されても実際回りません。指定医というところで行政の仕事もしてもらおうということになっているのですが、通常の医療業務をこなしながら、行政業務に従事するのは業務量として大変な量になっていきます。

行政活動をしている医師数がどんなものか、行政機関の医師確保状況がどういうものなのか、協力してもらうのはどんなものかというのは、ちょっと指標にしていきたい。権利擁護をすぐに第三者に持っていけないとしたら、今しばらく行政によるサポートを入れるのであれば、医者だけではなくてほかのコメディカルの人員配置もちゃんと考えてもらわないと、受け皿として十分なことができないと思います。これは患者の人権にも関係してくるものなので、適切にしていきたいと思います。

そういう意味では、精神科医の質の問題も含めて、我々が前から言っているんですけれども、精神保健福祉指定医、保健も福祉もちゃんと考えていけるような指定医の指定医制度、そういう研修会とかでもそういうものをもう少し盛り込んでいければありがたいと思います。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。太田構成員、よろしくお願いいたします。

○太田構成員 太田です。どうもありがとうございます。やや外の人間から気になったことを何点か述べたいと思います。

まず、第一が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムというものを、より強く位置づけていくことについてです。お配りしていただいた資料2だと22ページなのですが、その方向はもちろん賛成というか、そうであろうと思うのですが、今、我々が議論しているように、今後その部分について市町村が大きな役割を担う、市町村にも大きな役割を担っていただくということになった場合に、そのことを既に法律の外で補助事業として始めてきているわけですから、その部分を見通した記述をもう少しきちんと書く必要がないかなという気がいたしました。

具体的には、例えば24ページなどを見ると、保健所と精神保健福祉センターのことが書いてあるわけですが、やはり基本的に都道府県の部局のことですよね。これに加えて、もう少し市町村を巻き込んだ、市町村との連携の部分を含めた方針を書く必要があるのではないかなと思った次第です。

他方において、第二として、皆様のお話を聞いていて若干危惧を持ったところがございます。それは、先ほど辻本構成員がおっしゃった点に関わります。辻本構成員は専門職として、それでもということ言い放しという表現が使われたのですが、その部分でござ

います。すなわち、医療計画というのは、医療法の定義上、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための計画ですので、それぞれの考える望ましい医療の要素をどんどん書き込む、また、それを実現できるように指標化し、見える化するべく指標をどんどん書き込むという方向の議論になるのですが、これを全部厚生労働省の通知において書くと、箸の上げ下げまでぎりぎり決めるということになって、都道府県からすると何のために、何でこんなものを調べさせられているのか分からないという状況になりかねず、やはりこれはよくないと思うのです。

したがって、まずできれば必要最小限の指標である必要がありますし、指標を改善するという指標をつけ加えるというのであれば、最後は厚生労働省が責任を持って、こういう指標を調べることによって、この点がよりよく見えるようになるのであるという理由をきちんと示すようにしていただきたいと思います。

いろいろな人が、自分の考える適切な医療を見るためにはこういう指標・記述が必要であるという観点から入れたものを、取捨選択せずにどどっと載せると現場が大混乱をするので、やはり意味が分からない仕事をやらされるというのはつらいものですので、そこはやはりちゃんと、言葉は悪いですが、取捨選択をしていただきたいと思います。

それから、もう一つ、この指標を使うことによって、どういう改善を試みることができるのかというような見通しもできれば技術的助言として与えるべきだろう。見える化をしたらどう改善するのはかおまえが考えろ、改善したいと思うところはおまえが選んで考えろというのはある意味自治ですが、しかし、調べさせておいてちょっと無責任だろうという気がいたしますので、やはりそこは幾つかのサジェスションも与えるようにしていただきたいと思います。

また、お話を聞いていて思った第三の点として、この医療計画というのは体制整備、構造に関わる部分について重要なものであって、その体制の中で実際に利用されているかどうかということまで書かせるものなのかどうか、疑問に思いました。若干、皆様のお話を聞いていて、それはどちらかというと診療報酬の方で手当てをして、そういう医療が提供されるように誘導すればいいのではないかと、それを計画に書き込ませる必要があるのかなと思った点があります。具体的に、とっさにこれとこれはおかしいんじゃないですかと言うほどプロではないのですが、印象としてはそういうところがありました。

他方において、逆に法律家として分かりやすいのは、使われるかどうかではない、ないしは使われれば使われるほどよいということを当然には示さないが、持っておく必要があるもの、あるいは、使われないほうがよいようなものはきちんと構造の中に書いておく必要があるだろうと思いました。

そういう観点からすると、やはり権利擁護の手続とか組織をきちんと備えてしていること、その組織、手続を持っているだけではなくて、それを実際に使える能力がある人、研修がなされている等、もちろんこのメルクマールをどう考えるかは神庭構成員もおっしゃっていたように難しいのですけれども、そういった部分は記載させる必要が分かりやすい。

それから、やはり診療報酬で誘導できない、誘導するわけにいかないもの、つまり非自発的に入院をどんどんさせていないということを見るためのものというのは、やはり医療計画上、必要な指標ではないか。要するに、非自発的入院の数の少なさというものを認識できるような指標というのは、医療計画にむしろ置いておく必要があるかもしれないなという気がした次第でございます。

そこら辺の仕分けは、私は素人でございますので無責任ではございますが、やはり皆様の間、あるいは事務局のほうで厚生労働省の官僚集団としてきちんと考えていただきたいと思います。

四番目に、係数の取扱いについても若干申し上げておきたいことがあります。23ページの下、具体的に α 、 β 、 γ と言われている数値についてどうこうということではないのですが、見てみると、今の第7次の β 、 γ などは薬等々の改善、あるいはその治療の改善、要するに治療法の改善、薬等の利用が可能になることから退院しやすくなるカテゴリーと、それからもう一つ、地域移行のための体制整備ができるので地域移行させられるだろうという要素とが一緒になって一つの係数に入れ込まれているような気がいたします。

しかしながら、やはり薬などというのは診療報酬で面倒を見ているところから分かるように、処方できる医療機関が限られるということになると若干地域差も出てくるでしょうが、基本はやはり全国一律の誘導になじむものですよね。それからもう一つ、23ページに出てきている人口構造というのは一極集中をどうするんだということで、もちろん多少、政策的な要素もありますが、基本はやはりマクロのものであって、どうこう政策的なことをやれば人口構造がドラスティックに変わるというような問題ではないだろう。

他方において、地域移行のための精神障害にも対応した地域包括ケアシステムをつくることによって患者を地域移行させられるという要素については、これはかなり政策的な要素が地域毎に出る部分だろう。

そういたしますと、そういうのを混ぜこぜにして一つの係数にして、ここからこの範囲で市町村が全部決めろというのもちょっと乱暴な話ではないか。むしろ全国で誘導できる要素については、全国で決められるならば、それは国が決めてしまった上で、地方でないと決められない係数というものは地方で決めてもらうという形で、その係数の性格を多少仕分けしていただいた方が良いのではないか。地方でも、人口構造のように動かない。あとは、地方が政策的なことをやれば動かせる係数、ここら辺のものの性格を可能であれば仕分けしていただいて、決められるものは決める。国が決められるものは決めるし、地方のほうで決めていただくものは決めていただくという形で、やはり性格、思考をクリアにしたような係数を設定できるようにしていただければ、つくる側にとってもよろしいのではないかと思います。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございます。

それでは、野澤構成員よりよろしくお願いいたします。

○野澤構成員 野澤です。ありがとうございます。

私は、1点だけ申し上げたいと思います。子供のことなんです。児童思春期精神疾患についてなのですけども、去年1年間で小中高校生は499人自殺しています。これは警察庁の統計で、文部科学省の統計だともう少し少ないのですけれども、それにしても文科省の統計だけ見ても10年前に比べて2.7倍なんですね。これは自殺者だけではなくて、特に小中学校でのいじめ、不登校がここ数年、異常なくらい増えているんです。子供の数自体は少子化でずっと減っているのですけれども、自殺、いじめ、不登校、こういうものは非常に増えているということに危機感を感じます。

にもかかわらず、高校進学率だけ見ると99%なんです。小中学校ではいろいろなことがあるけれども、とにかく高校には行かせようということで、高校に行って立ち直ってくればいいのですが、実態は全然違って、底辺校という学力の低い子たちの行く学校にこういう子たちが流れ込んでくるのですけれども、私も地元にある底辺校に行って聞いたら、1学年のときは160人入ってくるけれども、2年生になると半分の80人ぐらいになり、3年生になるとまた半分になって40人、そのうち就職する子がまた半分の20人ぐらいで、ほとんどの子は2、3年で辞めていくというんです。

そうすると、最初に入ってきた160人は一体どうなっているのかということなんです。特に10代の後半になってくると、教育と福祉のはざまで実際に子供たちを持っているところとか、どこがどう見ているのかということ、ないんですね。

高校でもこれだけ辞めていくのですけれども、中退者だけ見ると統計上はそんなに多くないんです。これはからくりがあって、定時制だとか、通信制だとか、そういうところに行くと、中退ではなくて進路変更というふうなところに含まれてしまうんですね。それで、その先、彼らがどうなっていくのかというのは誰も追わないということなんです。

この全てに医療が必要だと私は全然申しませんけれども、かなりの部分と言っていいかどうか分かりませんが、非常に深刻な重篤な症状を持っている子もいる。この辺りの問題というのをもう少し重く考えてもいいんじゃないかと思います。

基本的には家族の中で守ったり、育てたりという機能が弱いということに大きな出発点があるわけで、やはり地域福祉、子供やその家庭の福祉を担うところが中心になってやるべきだろうと思いますけれども、そのときに身近なところに子供の児童思春期の精神の医療というものが絶対的に必要だと思うんです。

人口構成から見れば、やはりこの国は高齢層のほうにどんどん移っていくわけで、医療資源もおのずとそのまま任せていけば高齢者のほうに移っていくというのが成り行きかと思えますけれども、子供の問題というのは子供だけの問題ではなくて、我々世代にとっては老後の問題でもありますし、この社会の未来の問題でもあると思うんです。もう少し医療資源全体の比重を若者、子供のほうに移すようなことが必要ではないかと思っております。

以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、吉川構成員よりお願いいたします。

○吉川構成員 ありがとうございます。日本精神科看護協会の吉川です。

私からは、大きく3点について意見を述べさせていただきます。

まず、資料2の20枚目からの（基本的な考え方について）ですが、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉係者による協議の場というのが以前からよく出てきます。こうした協議の場を通じて精神科医療機関、その他の医療機関や地域援助事業者、市町村などの重層的な連携体制ということが書かれていますが、どうも都道府県、市町村を見たときに障害者福祉と精神医療を担当する部署とか職員が分かれているというところが少なくないというか、そういったところのほうが多いのかなとも思います。したがって、この障害福祉圏域ごととなったときに、なかなか現状でここが進むイメージがあまり湧かないというのが私の個人的な意見です。

それで、できればまず行政機関の中での連携体制ですね。行政機関内で連携する体制というのを考えていただかなければ、特に障害と医療ですね。多分、障害と保健というのは比較的一緒にいろいろと活動されているところがあると思うのですが、障害と医療というものの、まず市町村や都道府県の中でやはり行政機関が連携していただくというのが私は非常に大事ではないかと思っています。

2つ目が、同じく基本的な考え方のところに精神症状の急性増悪、あとは精神疾患の急性発症等による緊急時の対応を充実するといった観点が必要であると書かれています。まずこの緊急時と書かれている、緊急時の対応の充実ということについてなのですが、精神科の救急医療を担う医療機関、病棟の夜間の医療提供体制、特に夜間の看護人員体制の充実を図る必要があるのではないかと考えています。

これは、入院患者さんの権利擁護でありますとか、医療安全という観点からも看護者による常時観察、あとは見守りですね。特に初めて入院される患者さんの場合とかは、なかなかその背景が十分分からないというところがありまして、どうしても夜間が看護者も手薄になるということがありますので、やはり患者さんに寄り添って不安を傾聴したり、丁寧な説明であるとか、病状に応じたセルフケアの援助、それからアセスメントに基づいて急変時に迅速な対応ができるような体制を考える等、やはり夜間の人員の充実というのが非常に私は大事だと思っています。

それと、少し変わるのですが、必ずしも救急ということではなくて、以前にも少し申し上げましたが、地域支援者の方々といろいろと話をしていると、特に病状が不安定な方とか、病状が不安定になるときがどうしても地域で生活されている精神障害者の方があります。そうしたときに、いわゆる休息入院とか短期入院といったことが言われて、そういった支援機能のニーズが必要だという声が時々上がります。ただ、こうした休息入院とか短期入院という機能が急性期の医療になじむのかということ、必ずしもそうではない部分があったりします。今まで具体的にこうした機能について議論が行われてこなかったというところ

ころもあるのではないかと思いますので、この機会にぜひ検討が深まればいいなと思っています。

最後は、21枚目の指標例に関連した意見になります。これは地域における支援と、あとは診療機能に該当すると思っているのですが、地域で生活している、特に高齢の精神障害者の方への対応で、入院治療以外の場面での身体疾患への対応、内科などのかかりつけ医であるとか身体科の医療機関との連携、これは訪問看護についてもやはりそういった身体ケアとの連携というのが私は非常に重要だと思っています。

それと、これは予防の観点というところになるのですが詳しくないので言葉が違うかもしれませんが、地域で生活されている精神障害者の皆さんは特定健康診査とか、保健指導とか、あとはがん検診ですね。そういったものになかなかつながっていない方がいらっしゃるという声も耳にしますので、そういった検診の受診率なども私も大事になってくるのではないかと思います。

私からの意見は、以上になります。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、柑本構成員よりお願いいたします。

○柑本構成員　柑本です。今日はいろいろとありがとうございます。私からは、2点だけ申し上げたいと思います。

まず1点目が指標例についてです。いろいろな先生がおっしゃってくださっていたように、指標として権利擁護の視点をぜひ入れていただきたいと思います。これは先生方の御専門だと思うのですが、障害者権利条約の批准もありまして、世界的に強制というか、非自発的を減らしていくということは流れになっておりますし、どこの国も患者さんたちの権利擁護を踏まえた精神保健法の改正というようなことも見据えて動いております。

6年間という長い期間、この第8次の医療計画が続くということですので、我が国もそういった点にきっちりと配慮して医療を進めているんだというようなことを示すためにも、ぜひその観点は入れていただきたいと思います。

では、具体的にどういった指標をとということにつきましては拙速に決めるのではなくて、きちんとした議論を踏まえて行う必要があるのではないかと思います。

それからもう一点、保健所及び精神保健福祉センターの役割について、「以下の内容を新たに明確にすることについてどのように考えるのか」という点ですが、これはぜひ明確にしていきたいと思います。

私は児童虐待やDV関係のことにも少し関わったりしており、DV法は今後改正が予定されておりますが、そういった中で、やはりDVの被害者の方たちが抱える精神的な問題であるとか、虐待の被害者の方たちが抱える問題、あるいは虐待をする側の親御さんたちの問題であるとか、そういうようなところが非常に多く語られています。それで、そういうところはまず最前線で市町村が対応することになるわけですが、市町村が対応できないような複雑な問題がたくさんあるということを聞いています。

では、そういったことをどこがバックアップして助けてくれるのかというと保健所や精神保健福祉センターになるわけです。現在でも依存症、ひきこもり、それから自殺対策等々、難しい問題を抱えていらっしゃるところに、そういった問題もさらに担当していただくことになる。それから、「にも包括」における市町村のバックアップもしていただく。それだけの役割を担っていただくためには、人員と予算面の配慮というのは絶対的に不可欠なのではないかと思います。そうでなければ、それは立ち行かなくなるだろうと思うのです。

ですので、例えば精神保健福祉相談員の配置基準といったものの最低基準を定めるなどとともに、財政的な措置を保障するといったような義務も併せて検討していただければと思います。

以上です。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、江澤構成員よろしくをお願いいたします。

○江澤構成員　ありがとうございます。

まず、医療計画につきまして、ぜひ障害福祉計画、介護保険事業計画との整合性を十分に図ることが重要であると思っております。

第8次医療計画の節目となります令和6年度は、医療、介護、障害福祉のトリプル報酬改定の年でもありますので、医療、障害、介護分野の計画につきまして横断的な対応も視野に入れた検討が必要であると考えております。従前から行政の役割分担で縦割りとも言われますけれども、この辺りを含めて柔軟な対応をしていただければありがたいかと思っております。

また、精神医療のいわゆる医療圏はエリアが広いこともありますので、既存の社会資源の配置を含めた、いま一度地域の課題を分析して患者さんが制度のはざまに取り残されることのないように、いわゆる社会保障のセーフティーネットの視点で、連携等で対応できるのかどうか十分に検討していただきたいと思います。その際に、一般かかりつけ医と専門医との連携の充実強化も非常に重要な視点になりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

次に、精神患者さんの高齢化等に伴い、身体合併症の対応が増えていると思ひます。現在、精神領域においては地域医療構想における必要病床数の考え方は存在しませんが、そういった患者さんが例えば精神患者の救急、あるいは手術等が円滑に受け入れられるような仕組みの構築、こういったものは地域医療構想調整会議の議論の中でも含めていくべきものではないかと思ひますので、またそういったことも含めて医療計画を検討していただければと思ひます。

特に入退院支援、一般の医療領域ではかなり充実してきておりますが、その入退院支援、あるいは退院時の連携や指導といったものの充実、それから障害福祉や介護サービスとの連携、そういったことも十分に念頭に置いておく必要があると思ひます。特に先ほどの意見にもございましたが、医療計画と診療報酬というものの整合性が取れるように図ってい

くべきではないかと思っております。

次に、療養病床では病状の落ち着いた患者さんの移行先として生活機能を重視した介護医療院というものが創設されております。今日の会議でも意見が出ておりましたけれども、仮に慢性期の患者さんで治療が落ち着いている方で、そういったニーズに応じて生活機能に着目したサービス提供の必要があるのかどうかについては検討の余地があるかと思っております。

それから、たくさん意見が出ております権利擁護ですけれども、これについてもやはり御本人さんの意思決定支援というのは極めて重要でありますし、あるいは隔離拘束の適切な在り方、こういったものは毎回いろいろな課題で議論になっているところでございますので、そういったもののあるべき姿の普及についてもよろしくお願ひしたいと思います。

最後に、自殺につきまして、G7の先進国の中でも日本人の自殺率というのはトップでございます。現在もコロナ禍の影響もあって女性とか若者、子供たちの自殺という問題も依然として継続しています。これまでの計画でいきますと、いわゆる自殺企図者、救急搬送、あるいは救急医療を受診した場合の対応が大きいかと思っておりますけれども、御本人の意思表示というのはなかなか難しく、あるいは専門医療機関に自らかかるという方は少ない状況ですので、どうにか周囲の支えで、あるいはプライマリーケアとの連携によってそういったことを未然に防ぐというようなことも今後の課題だと思っております。

全体的には以上でございます。ありがとうございました。

○田辺座長　ありがとうございました。

それでは、森構成員よろしくお願ひいたします。

○森構成員　福祉の領域に携わる者として、少し御意見を述べさせていただきます。よろしくお願ひします。

前回、意見が出ていたのですけれども、福祉というのはかなり対象の中で限定されるというようなお話があったのですが、実はそれは福祉の制度だとか行政の部分がかなり限定的に福祉というものを考えていろいろ施策が打ち出されてくるものではないかと思ひます。実際の現場では、私たち福祉に携わっている者の対象者からは非常にいろんなものが拡大してきて、また複雑になってきております。ここには市町村を中心とした保健と医療との連携というのは絶対欠かせないものがあります。

特に、市町村とのいろんな会合の中に医療機関がなかなか出にくい。人のこともあると思ひますが、出にくい状況があります。ですから、こういう医療計画の中でも医療機関が市町村に協力して出てくる出やすさというものを何か打ち出す必要があるのか。それは診療報酬の中でも必要なのかなというような感じがしております。上ノ山構成員の御意見などは、非常に参考になったかと思ひます。ぜひ市町村の精神保健に関する位置づけをきっちり法的な根拠を設けて財政的な支援をしていただけることを願ひます。

それから、ほとんどの多くの方がおっしゃっていましたが権利擁護については非常に大切ですので、ここも議論をしっかりしていかなければいけないのではないかと。特に、ピアサ

ポーターの位置づけというのはぜひ何らかの形で位置づけていただけることをお願いするものであります。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょうか。

では、小阪構成員。

○小阪構成員 ありがとうございます。日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構の小阪と申します。

各構成員の意見をお聞きして、非常に今日はいろんなことを感化されているところで、非常にありがたいなと思っています。

資料2の22ページの「第8次医療計画の策定に向けて」の（基本的な考え方について）の○の2つ目、（1）に記載のある、緊急時においては入院治療へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療について都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましいと示されていますが、緊急時においても在宅で支えられる支援の在り方も含めて検討を行う、この方向性は、昨年度の精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの報告書等にも即しており、私も望ましい方向性だと思っています。

緊急時について入院医療の提供体制整備と併せて、入院外医療の提供体制整備の考え方、在宅で支えられる体制整備は患者本位という観点からも、また身近な地域で支えるということからも、とても大切な観点だと思います。

また、資料2の30ページに記載のある「摂食障害」についてですが、「現在4カ所の「支援拠点病院」について、全都道府県での設置に向けた補助を実施」と記載がありますが、摂食障害について栄養障害、嘔吐などの症状により生命に危険が及ぶ場合もあるため、摂食障害の影響が大きく長くならないうちに地域で早期に専門的な支援を受けることができる体制を構築していくということですから、これは我が国のあるべき姿としては全都道府県に必置を実現していくという方向性の検討が求められるのではないのでしょうか。

なお、医療計画の指標例等に関してですが、精神科の疾患に対する医療提供はほかの身体疾患とは少し事情が異なり、原因を明確に特定して対処するということが難しいところもあるように思います。よって、診断や治療内容の決定などについては、特に患者である当事者自身の話から得る情報に頼る部分が大きいものと推察されます。

それらを踏まえますと、医療計画の検討に当たっての指標例については精神科医療における通常の診察、平時の身近な診察、あるいは入院医療の中身に係る指標、例えば診察や診療そのものの質や時間などに関わることについて、何らかの形で指標としても推し量れるものを設けることが望ましいと考えています。

なぜかと申しますと、当事者の立場からは精神科医療について良質でありたいと思えるような支えの精神科医療もちろんあるわけですが、おのおのの医療機関、あるいはおのおのの医師によってその提供医療の質が異なっているように見受けられる。また、残念

ながら当事者としての体感として望ましくない、好ましくない精神科医療提供を行っている機関も少なからずあると、当事者同士のつながりや経験知から感じているからになります。

つまりは、国などにおいてどんなによい計画や政策などを打ち出したとしても、地域の身近な精神科医療そのものが当事者や住民にとって本当に望ましい形に結びついていなければ、灯台下暗しのようなものではないかと感じるのです。

よって、大きな視点だけでなく、地域精神科医療提供を足下から見つめられるような形、そういった平時の精神科医療などの質に係る指標例を示せることが、当事者にとって、あるいは国民にとって望ましい、いざというときに頼りになる、誰もが安心して受けられる良質な精神科医療体制を整備していくことにつながっていくものと思います。

また、複数の構成員からも言及がありましたが、多分医療計画だけで一点突破でこれが改善していくというふうには私も思っていないくて、当然に診療報酬とも連動させていく必要があると思います。

また、関連して藤井構成員からも言及がありましたが、精神科救急入院料病棟の要件で、非自発的入院というのが6割とある。この在り方についても、当然に見直しをかけていくべき事項の一つだと思います。

もう少しだけ当事者性を持つ私の立場から希望を持って述べますと、良質な精神科医療というのは当事者にとって本当に支えになるものです。良質な精神科医療の実際の形として一つの例を挙げますと、「診察の中において当事者と医師が十分に治療に関連する前提状況や治療方針、治療目的等について話し合い、一緒に考える」というような形もあると思います。そのような形が精神科医療におけるスタンダードな形となるように、総論的な意味合いにおいても具体的に医療計画の中において本当は明記していただきたいと思わずし、本来あるべき姿だと思います。

繰り返しになりますが、精神疾患を有する患者数が約420万人にもなるという国民的課題、国民的医療となっていること、そしてメンタルヘルスの不調や精神疾患は自分や身近な人など、誰もが経験し得るものという前提条件を今般、様々な場面で共有している中においては、平時の精神科医療の質というものを一層充実していくという観点がとても重要だろうと思います。

最後に、参考資料2についてですが、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」のページ番号64に記載のある「地域精神科医療提供機能」「地域連携拠点機能」「都道府県連携拠点機能」の各目標について、「患者本位の精神科医療を提供すること」と記述がありますが、患者本位の中身についてももう少し具体的に医療計画内においても本当は触れていただくというのだろうなと思うと同時に、その患者本位の精神科医療を提供することに対応する具体的なストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標を設けることも必要だと思います。それらをもって、平時であっても緊急時であっても国民一人一人がいざというときに安心して頼りにできる良質な精神科医療体制の整備実現につなげていっていた

だきたいと思います。

私からは以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、皆様方から非常に貴重な御意見等をお伺いしたということで、お時間となりますので本日の議論はここまでとしたいと存じます。

本日は、第8次の医療計画の策定に向けた論点に関しまして実に多様な、また貴重な意見をいただきました。医政局主催の第8次医療計画等に関する検討会への報告に向けましてさらに議論が深まるよう、事務局においては本日の議論を踏まえて課題を整理していただき、今後の議論の準備をお願いしたいと存じます。

最後に、今後のスケジュール等について事務局のほうからお願いいたします。

○平岡精神・障害保健課長補佐 事務局でございます。

本日は大変ありがとうございました。次回、第5回の検討会になりますが、2月17日木曜日16時半から19時を予定しております。正式には改めて御連絡させていただきます。

事務局からは以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、以上をもちまして本日の検討会はこれで閉会といたします。大変お忙しい中、御参集いただきまして、構成員の皆様方ありがとうございました。

それでは、散会いたします。