

◆危機介入について【第15回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 未受診者や受診中断者が強制入院を要する状態に至らないよう、在宅の患者への訪問診療を含む支援体制を強化すべきではないか。</p>	<p>○ 重度精神障害の方で服薬中断や未治療の方々に対する濃厚で期間を限定しない訪問の仕組みが必要。ACTはこのモデルになる。（伊藤構成員）</p> <p>○ 統合失調症の患者で、早期発見・治療すると、予後がいいという研究が最近大変多い。できるだけ早期に本人に接触し、初発患者を対象に3～5年という期間を限定して支援する仕組みが必要。機能では訪問型の支援が必要。その場合に、重度の方の支援と、比較的発病早期の方の支援の2つが必要。（伊藤構成員）</p>
<p>○ このため、保健所、精神保健福祉センター等、行政機関が機能を一層発揮するほか、重点的・包括的な訪問診療・支援を行う医療機関・訪問看護ステーションとの連携を図り、多職種チームによる危機介入等の支援体制の整備を進めるべきではないか。</p>	<p>○ 危機介入について、危機にならない関わりが何よりも大切という観点と、その関わりをした人の危機対応のときも関わりを続けることが、その危機を大きくしないということが一番大切。その中で、行政機関が機能を一層発揮するという方向は、現実的か疑問。保健所そのものが統廃合で縮小しており、保健師がどんどん少なくなって、地域に全く出られない状況の中で、危機のときだけ地域に出るという仕組みでは対応は困難。現場では、ごく限定的な役割以外は期待ができていないと思っているので、行政機関が機能を一層発揮するというのであれば、保健所施策も併せて根本的に考えるべき。（長野構成員）</p> <p>○ 保健所の役割として、精神科の危機介入が明確になっていない。危機介入は、行政側から考えると医療の部分。現状では、保健所というより例えば本庁や精神保健福祉センターが直接警察官通報を受けてやるというように、一気にハード救急の方へいつてしまっており、その前段階的なものがない。本格的に危機介入をやるのであれば、保健所における危機管理マニュアルというものを見直し、その中に新たにメンタルの危機介入を位置づけるべき。（坂元構成員）</p> <p>○ 保健所の統廃合で、保健所の機能はがたがたであるが、これは厚生労働省の一貫した施策がないということだ。（広田構成員）</p> <p>○ 危機介入及び救急の事態、それぞれ対象者も違うだろう。どのような手段が適切であるか。例えば強制を必要とするのか、あるいは入院が必要なのか。相談だけで足りるのか。訪問看護で足りるのか。それらの中で考慮しながら、どのようなチームなり機関が行うのが適当かという問題。（町野構成員）</p>

◆訪問看護について【第16回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 精神障害者の地域生活を支える適切な医療を確保する観点から、医療機関による精神科訪問看護の充実に加え、地域を拠点として普及している訪問看護ステーションの活用を図りながら、精神科訪問看護の一層の普及を図るべきではないか。そのため、従事者の研修等を進めるとともに、医療機関において訪問看護が一層活用されるよう周知や、訪問看護ステーションとの連携等を促すべきではないか。</p>	<p>○ 訪問看護ステーションと医療機関との診療報酬の算定が違う。ステーションの役割も期待されているし、実績もそれなりに上がっている。診療報酬上の評価がないため、複数名のチームで対応できないのであれば改善すべき。ステーションも医療機関と同様に算定できる仕組みを実現してほしい。(小川構成員)</p> <p>○ 複数訪問について、職種それぞれが何をするのか、どういう役割を持っているかということを確認することが必要。ちんと機能させるためには、訪問においても訪問計画書のようなものを作り、本当に必要なのか、何のためにその職種が行くのかということがされないと、治療的な歯止めがかかりにくいのではないか。(山根構成員)</p> <p>○ 複数訪問の場合、専門家のもたれ合いではなく、各々の専門家が自立し、医者によりかかることのないようにすべき。広田構成員)</p> <p>○ 複数訪問看護は非常に重要だし、加算が付くべきだが、自己負担に関しても配慮が必要。本人には交通費だけではなくて、自己負担もある。複数訪問看護をするときに、大体がどちらかというと来てほしくないが、仕方なく受け入れてくれる患者に複数訪問看護が必要ではないだろうか。自己負担が倍になるというところで、実際現場としては1人で行くときも2人で行くときも、どうしても請求ができないという現実もある。どのような仕組みにすれば、それが解決できるかが課題。(長野構成員)</p> <p>○ 複数訪問の必要性はあるが、患者は望まなくても、複数訪問があった場合、その交通費を患者が負担しているという現状がある。(品川構成員)</p> <p>○ 複数人による訪問のほか、チームで複数職員の役割分担を確認しながらやるのが大事。そういう観点から、医療機関と訪問看護ステーションを同じ仕組みにすべき。(大塚構成員)</p> <p>○ 訪問看護におけるスタッフの安全確保が、非常に重要。ケアマネの役割をもつ精神保健福祉士が訪問に同行するシステムができ上がれば、福祉サービスの提供も含めて、安全かつ有効に行われるのではないか。訪問看護ステーションの場合においても、精神保健福祉士の同行を何とか認めてほしい。(品川構成員)</p>

- 症状が不安定であり、多様な生活支援を要する精神障害者の特性に対応できるよう、訪問看護の機能の充実を図るべきではないか。特に、福祉サービス等の利用との連絡調整や、病状不安定な対象者への訪問看護が効果的に行われるよう体制の強化を図るべきではないか。
- バイタル面でのチェックという観点からも、訪問看護はとても重要。一方で、対人関係の維持、社会資源の活用、対象者のエンパワーメント等については、それぞれ専門の視点からのアプローチが同時に必要。精神保健福祉士がこういう支援を併せて担うような形や仕組みがきっちりつくられると、よりよいものになる。(伊澤構成員)
- 訪問看護を通じてデイケアの利用が増えるというケースを聞いている。何年もデイケアに通い続けるのは、やはりよくない。どのように機能しているのかということを考えるべき。(山根構成員)
- 訪問看護では精神障害がある方に対する対応が十分行われていない現状がある。心身の機能を全般的に見るという形で指導をするのか、訪問看護と訪問リハビリステーションを一本化して障害領域を問わず心身両面に対処するのかどうかについても抜本的に考えるべき。(山根構成員)
- 精神科の中に多く存在する准看護師を訪問看護の中で使えないことに随分ジレンマを感じている。ベテランの准看護師を期間限定でもかまわないので、地域に入れて、地域で支えるという活用ができないか。(長野構成員)
- 主治医との関係では訪問看護が断れないという現実がある。アメリカのADA法のように拒否する権利を保障するものがない中でどうしたら断れるのかということを引きちんと把握した上で施策化すべき。(広田構成員)
- 医療機関における精神科訪問看護の充実という点に関しては、訪問看護の訪問先の拡大を検討すべき。(上ノ山構成員)
- 訪問看護においても、関係機関や市町村との連携に関して、何らかの報酬ないし評価が必要ではないか。(上ノ山構成員)
- 訪問してみると、生活保護や年金などの申請手続きに関する可能性などが発見されてうまくつながっていくということと、障害福祉サービスにつながっていくことで、いずれは医療機関や訪問看護ステーションの相談よりも、障害福祉サービスの相談に移っていくとか、ほかの介護の場に移っていくこともあって、生活の形態が豊かに変わっていったというような実態もある。(大塚構成員)

◆早期支援について【第16回】

検討の方向性	主な意見
<p>【早期支援】</p> <p>○考え方</p> <p>若年者が統合失調症を発症した場合の重症化の予防のため、また、その他の様々な精神症状に的確に対応するため、早期に専門医療機関で適切な医療を提供できるよう、以下の取り組みを進めるべきではないか。</p>	<p>○ 早期の支援・治療において、世界に遅れをとらないよう、これから何が必要か、精神医療に何が必要か見据えて、どこに働き掛けるべきか考える必要がある。（田尾構成員）</p> <p>○ 今まで重点が置かれていた不登校や発達障害に加えて、前期統合失調症、統合失調症予備軍など、取り組みが遅れている児童・青年期の精神科医療機関にもう少し力を入れて、新たなネットワークを構築すべき。（佐藤構成員）</p>
<p>○治療・支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・我が国において、統合失調症を発症して2～5年の臨界期の患者やその家族等への標準的診療・支援方法の確立と、予後の改善に関する効果の検証を図ってはどうか。 ・若年者やその家族がアクセスしやすく、専門的・包括的な診療・支援を提供できる医療機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図ってはどうか。 ・若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援について、医療従事者への研修の実施等により質の向上を図ってはどうか。 	<p>○ 医療との連携を十分に持ちながら、地域の福祉サービスと一体化したチームをつくっていくという実践が望まれる。地域のチームの例としては、国の直轄で事業体を全国に300～400程度つくれば、人口30～40万に1か所ぐらいの規模になる。医療機関は、既存のところに教育研修を受けてもらい、地域ごとに専門機関をつくる。初期投資は多少かかるが、その後の入院費の削減とか、疾病負担の軽減などを考えると、投資に見合うだけの事業になるのではないかと。（田尾構成員）</p> <p>○ 早期の問題を持った人たちをどこへつなげるか、誰が介入するか、支援するかが重要。思春期に関しての治療は、より専門的なものが必要。一方で、専門家といっても対応や判断に非常にばらつきがあるのが現状。コメディカルの支援を受ける機会がなかなか持てないという現状もある。（田尾構成員）</p> <p>○ 研究結果をふまえると、1日でも早く治療に結びつける必要がある。特に就学している人たちが治療に専念できるような仕組みが必要。特に早期に治療ということになると、どうしても休学、退学が余儀なくされる可能性がある。特に退学に関しては、両親等の抵抗感も非常に強いのではないかとと思われるが、例えば復学を保証するような仕組み、制度、これは大学だけではなく、小中高、私学・公立も含めて検討すべき。（早川構成員）</p>

○早期発見・紹介

・地域において、普及啓発、相談支援、医療機関への紹介等を行うための、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談機関について、モデル的な実施・検証を経て、普及を図ってはどうか。

・家族、精神科以外の医療従事者、行政機関、学校等、若年者を取り巻く支援者を対象に、研修の実施等を通じ、早期発見・紹介の方法、早期支援の効果等に関して、知識と理解の向上を図ってはどうか。

・なお、早期発見を行った場合には適切な診療・支援の提供が不可欠であることから、早期支援の体制整備よりも早期発見のみが先行することがないよう留意すべきではないか。

○ 早期支援とは、少しでも早く医療につなげることだけではない。アウトリーチ活動を通常行いながら、福祉サービスを行っている立場の人間の方が、むしろ適任。（田尾構成員）

○ 教育の現場では、精神的な問題がある子がいることは、認識されているものの、対応手段がない。教育委員会にアプローチしようとしても、大きな壁がある。まず、教育機関の中で、精神疾患に関すること、治療の見通しを教えておけば、対処技能も変わってくるはず。教員、養護教諭と精神保健福祉関係者の連携をとりやすくしていくべき。（田尾構成員）

○ 保健の先生たちの十分な知識がないからということであれば、我々が出向いて授業をしても構わないのだが、そういうことがなかなかできない。現場の教師に対する教育が十分でないのであれば、我々が出向いて研修会を開くことを提案しているが、なかなか応えてもらえない地域があるという現状がある。（田尾構成員）

○ 早期支援が充実している前提で早期発見は大事。学校は大事だが、学校のカウンセラーや相談員に相談しにくいという問題は根本的に考えるべき。（野沢構成員）

○ 特別支援教育が始まって、最近になり、とても迫力のあるいい活動をしているコーディネーターが出てきている。こういうところを伸ばしていくしかないのではないか。カウンセラーにも、いい人はいる。インセンティブを高め、優秀な人をこういうところに送り込むことが必要。（野沢構成員）

○ 「良い医療」というものが明確にならないと、単に早期介入で、早く見つけて、早く受診させるというだけでは問題は終わらないだろう。（良田構成員）

○ 診断が出た後、家族を支えていくシステムが欲しい。最初の専門家のかかわり方はとても重要。励ましとか、明るく家族が当事者や病気と向き合っていけるような支援を是非システム化していくべき。（良田構成員）

○ 遅れている精神医療の中で、どんどん学校へ出向いて行くことは大反対。業界の自己満足にすぎない。24時間安心して利用できる精神医療の確立が重要。（広田構成員）

○普及啓発

・精神的不調の際に、若年者や家族が、心理的に抵抗なく、かつ周囲の理解を得て支援を受けられるよう、普及啓発を進めてはどうか。

(別途検討)

(後 掲)

◆普及啓発について【第16回】

検討の方向性	主な意見
<p>【普及啓発】</p> <p>○ 「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発から、疾患や年代、対象者といったターゲットを明確化した普及啓発に重点を移していくべきではないか。</p>	<p>○ 普及啓発については、もっとインパクトのある強い形で、ターゲットを絞った方法を使って実際に行っていくべき。(田尾構成員)</p>
<p>○ 早期発見・早期支援の観点から、学童期等の若年層とそれを取り巻く者を対象として、精神疾患の発症早期に適切に相談支援や診療を受けられるために、学校教育分野との連携や必要なサービスの確保を図りつつ、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行ってはどうか。</p>	<p>○ 非常に重要なのは学校保健との連携。中学・高校時代に精神疾患に関する教育が十分になされていない。何か悩みを持ったときに専門家に相談しようと思っていない。これは、適切な教育、適切な啓発活動でかなり解消される問題。(田尾構成員)</p> <p>○ すぐに指導要領を変えて、きちんと疾患を教えるべき。子どもが病気についてしっかりと理解すれば、大人は自然と理解する。(坂元構成員)</p> <p>○ 学校から看護協会に対して、こういうテーマで授業に来てくれないかということで、保健師や助産師や看護師に対して、命の大切さ、性と心の問題や体の問題などをテーマにして授業に出向いている。同様の活動について、各学校からどんどん依頼していくべき。(小川構成員)</p> <p>○ 学校は、病気とか障害にとっても冷たい。学校の問題として、真剣に考えていくべき。(良田構成員)</p> <p>○ 教職員が精神疾患になった場合、どのように生徒に伝えるかということが大事。教師という立場の人も精神疾患になるとの認識が大切であり、その場合、生徒にどのように伝えていって、どう開示していくかを教育現場で根本的に考えなければ、いくら有識者が精神疾患の啓蒙普及を教育現場で行っても、意味がない。(坂元構成員)</p>
<p>○ 精神疾患の新聞報道に関する調査において、犯罪や事件と関連付けて報道される傾向、予防や調査・研究に関する報道が少ない傾向を踏まえ、下記情報源を活用しつつ、報道関係者に向けたものを含め、治療法、支援策や研究成果等についての情報発信を充実させるべきではないか。</p>	<p>○ いいイメージを広めていくことを戦略的に考えてはどうか。ソフトなアプローチをしていくことは、障害や病気のムード、そのイメージを変えていくことに非常に役立つのではないか。(野沢構成員)</p>

<p>○ 精神疾患とりわけ統合失調症の正しい理解を医療関係者や社会的影響力の強い者も含め各層に促すため、対象に応じた普及啓発における基礎情報とするために、他の疾患・領域を参考にしつつ、インターネット等で正確で分かりやすい疾患の情報等を提供できる情報源の整備を検討してはどうか。</p>	<p>○ 医者を含めたコメディカルもすべての教科書で精神疾患が正しくポジティブに理解されるような教育が行われることが必要。（広田構成員）</p>
<p>○ 地域移行を円滑にする観点からの普及啓発については、上記の取り組みを進めることに加え、地域移行を着実に実施するとともに、当事者の視点を重視した啓発や当事者とふれ合う機会の充実などを図ってはどうか。</p>	<p>○ 単にふれ合うだけではなくて、当事者の体験から学ぶことが重要。正しい知識を頭で理解するだけではなくて、心でわからないと、きちっとした普及啓発にならないのではないか。そういう意味では当事者から学ぶという視点を、我々も含めて考えていけないといけないのではないか。（小川構成員）</p> <p>○ 最も効果のある普及啓発は、実際に患者さん本人を見てもらうことや、話してもらうこと、触れ合ってもらって一緒に暮らすことである。（野沢構成員 第20回）</p> <p>○ 地域のボランティアや民生委員、または当事者の活動に対して何か支援すべき。（末安構成員 第20回）</p>

◆身体合併症への対応【第17回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、急性期の身体疾患に対する精神科リエゾン診療の充実について検討するとともに、医療法施行規則第10条第3号の規定の解釈の周知を図りつつ、規定の見直しの是非についても検討すべきではないか。</p>	<p>○ 急性の身体合併症、どうしても一般科で十分診なければいけないような身体合併症に対してどうするかという問題がある。総合病院の精神科と言いながらも、身体合併症にすべて十分に対応してもらえないところも結構ある。(長尾構成員)</p> <p>○ 一般科の人が精神科に対診を求めた場合もその逆も、診療報酬が算定できない。その対応ができれば、リエゾンも含めて精神科と一般科との連携ができていくだろう。今の現実の資源をどうやって活用していくかが非常に大きな問題。(長尾構成員)</p> <p>○ 統合失調症患者の高齢化に伴い、身体合併症の治療は喫緊の課題。がん患者については、がん対策基本法に基づいて精神科的な支援というのが緩和ケアを中心に始まっているが、循環器疾患や糖尿病についてはまだ十分とは言えない。精神障害を合併すると入院期間が延び医療費が高くなり、自殺リスクも高まる。身体疾患患者の身体合併症は精神科医療にとどまらず国民的な課題という認識が必要。(伊藤構成員)</p> <p>○ 偶発的な合併症は本当に多いが、数字に出てきていないところで認知症がある、精神疾患があるということで、がん早期の手術をあきらめたとか、白内障の手術をあきらめるといふ人は多くいるので、早く手を打つべき。(長野構成員)</p> <p>○ 一般医療の中で合併症治療が受けられたとしても、完全看護と言いながら現実的には家族が24時間つかなければ入院を受けられない、手術も受けられない。それでまたせん妄が起きてくると連れて帰ってくれと言われることが日常的にもものすごい頻度で起きているというのが今の現場。両方の入院治療が必要なのは10万対25というデータは、実感としてはもう少し多い印象。ここは早く一般医療や、いろいろなところと合わせた検討を早急に進めるべき。(長野構成員)</p> <p>○ 急を要する治療について、身体疾患、高齢化による心身の機能低下に対しては治療と同時にリハビリテーションを行わないと、生活に大きな支障を来して、ケアがかなり大変になる。ある程度精神症状が落ち着いて、一般科とかりハビリ病院に転棟あるいは転院して治療が受けられる、通院できる方はいいけれども、多くは精神的な病理特性を考慮した上でリハビリテーションを行わないと難しい人たち。今その人たちがほとんど十分な手当てがなされないまま取り残されている。(山根構成員)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法施行規則の第10条第3号に関しては大幅な見直し、もしくは削除すべき。(伊澤構成員) ○ 臨床研修を経ていない一般科のドクターは、精神科に偏見が強い人がいる。啓発が必要。(長尾構成員) ○ 一般病院で精神病棟がある方が一般科の医師は偏見が減って、全体として精神疾患に対する偏見は減るのではないか。(佐藤構成員) ○ いわゆる専門看護師以外の一般の看護師の、一般病床で働く者の資質の向上という意味でも、卒後研修も充実する必要。新人だけではなくてトータルなキャリアの中での研修で、一般病床に勤めている看護師の研修の中で、こういう精神科の患者に対してどう対応するのかということも支援すべき。(小川構成員)
<ul style="list-style-type: none"> ○ いわゆる総合病院精神科が精神・身体合併症への診療機能を発揮できるよう、その確保・充実を図るべきではないか。(後掲) 	<p style="text-align: center;">(後 掲)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療管理を行う等、その役割を一層発揮できるための方策を検討すべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症に至らない方にどう対応するかということも必要。総合病院精神科や一般病床に行くまでもない健康管理の部分の対応は、最低限のこととして医療機関として体制は整うべき。そういう意味で、医療法の施行規則における人員配置基準を一般病床と同じような基準に引き上げる方向性をきちんと考えるべき。(小川構成員) ○ 看護師の基準がどんどん上がれば非常に良いが、上げるだけの人員が十分確保できるかという問題がある。7対1看護で引き抜き合戦が起こっており、それによって看護師が充足しないで困っているところも結構ある。そういう問題を含めて本当に人員をきちんと確保しながらどうやっていくのかを考えなければいけない。(長尾構成員) ○ 精神科病床に入院している人の高齢化、認知症の人も高齢であるから合併症が多いということ、こういう合併症の問題とADLの経過に対してどのように手を打っていくかということが1つの大きな課題。(長尾構成員) ○ 理想的には総合病院の精神科が空き、そこへ身体合併症の人が何かあれば入院していくという形が望ましいが、現実問題としてはそれだけのことは非常に難しい。現実を踏まえながらやっていただける手だてを講じていくことが必要。(長尾構成員)

- 精神科病院の中での身体合併症を治療する必要がある。内科の医師が来る場合、精神科病院の中にいる場合があるが、内科の診療体制の条件整備ができていない病棟を認める、あるいは条件を認める幾つかのバージョンを考えるべき。(門屋構成員)
- 前回の診療報酬改定において精神科の病院においても、身体合併症を一般内科・外科医が診れば、ある程度の点数はつくということになったが、拡大が必要。いわゆる包括病棟においても精神科は結構多くなってきているので、療養病棟等も含めて、身体合併症について診療報酬上どうするかも含めて考えていくべき。(長尾構成員)
- 診療報酬上の手当として現在、精神科救急の部分については一定の評価がされ、身体合併症については7日間について200点あるいは300点といった評価が今回初めて入った。身体合併症で一番多いのは偶発的なものであり、救急的あるいは急性期のものに限らず、慢性的な身体合併症が非常に多いわけだから、もう少し長い期間での評価あるいは基本料の中で評価していくように考え直すべき。(三上構成員)
- 精神科の患者もいろいろな面で身体的なりハビリテーションのニーズが非常に高まっている。ただ、診療報酬上は持ち出しで行っている状況。(長尾構成員)
- 療養病床は医療的に見れば看護師の数も少なくてもよく、コストパフォーマンスは良いが、医療を手厚くしていくという意味でのパフォーマンスは低い。療養病床のある一部分をユニット的に医療が濃い状態にするということを1つの案として考えなければいけない時期に来ている。それも、5年とか10年かけて考えるのではなく、すぐできるという範囲で病院の中でも体制が組めるので、そういうことも診療報酬としても、医療のシステムとしても認めてほしい。(末安構成員)

◆総合病院精神科のあり方について【第17回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機能など、総合的な機能を有することを踏まえ、精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきではないか。</p>	<p>○ 総合病院精神科がどんどん減っているというのは、非常にゆゆしきこと。やはりこれが減らないように是非対策を講じるべき。(上ノ山構成員)</p> <p>○ 総合病院の中の精神科がどんどん減っていったということについては、やはり日本の医療政策の中で大変大きな失点だったと思っており、これは改めて再構築すべき課題である。(門屋構成員)</p> <p>○ 身体合併症を診られる総合病院精神科が減ってきているというのは非常に大きな問題だが、その原因は、診療報酬上の評価等が厳しいということも大きな一因ではないか。今後はこういった部分の改善が必要。(三上構成員)</p> <p>○ 政策上の評価としては、現在、公益性の高い医療として医療計画の中で救急医療等確保事業が位置付けられているが、その中に精神科・身体合併症の治療も含めてもらうと評価が高くなり、減少に歯止めがかかる可能性がある。(三上構成員)</p> <p>○ 経験上、精神科単科において転院が必要な場合でも、精神症状があるケースはなかなか転院・転棟ができない。総合病院で一般科があったとしても、そこの身障のリハは精神症状があるとなかなか受けてくれない。これはスタッフの教育の問題もあるが、もう一つ大きいのは認可基準と診療点数の問題がある。(山根構成員)</p> <p>○ 厚生労働省を挙げてどんな病気になっても、どんなけがをしても、安心してその人が必要としている適正な医療を受けられるような施策を打っていただきたい。それに見合った点数をつけてほしい。(広田構成員)</p>
<p>○ 総合病院精神科の維持を図るためには、報酬上の評価だけでなく、事務補助者の拡充など、従事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等との連携の拡充についても検討すべきではないか。</p>	<p>○ 精神科医の不足について、外来のクリニックの先生は地域にいる。精神科の治療を一般病床の入院患者に行う場合、そこに行って応援する、連携するという新しい方式など、システムを幾つかのバージョンで考える必要がある。(門屋構成員)</p>
<p>○ 精神科医師のキャリアにおいても、精神・身体合併症診療の経験が積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要ではないか。</p>	

◆認知症について【第17回】

検討の方向性	主な意見
<p>○ 鑑別診断、BPSD や急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供出来る体制の確保・普及を図ることが必要である。</p> <p>○ このため、認知症疾患医療センターの機能の拡充を図るとともに、整備を推進するべきではないか。</p>	<p>○ 身体合併症を非常に持ちやすい高齢者、認知症の人たちをどうやって最後まで看取るかということになると、その中には認知症疾患医療センターの機能が必要。その機能を更に充実していくということが大切であり、さらには、認知症対応型の地域包括支援センターの整備というものも必要。それを老健局と社会・援護局という2つの局が力を合わせてやるべき。(三上構成員)</p>
<p>○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきではないか。</p>	<p>○ 認知症については、専門医だけでなく、認知症の認定看護師も養成を始おり、是非支援をしていただきたい。(小川構成員)</p> <p>○ 介護報酬の改定で居宅療養管理指導や訪問看護ステーションの複数名訪問なども認められたところだが、報酬上の評価の充実を検討すべき。診療報酬上の対応も次回の改定ですべき。(小川構成員)</p> <p>○ 重度認知症デイ・ケアは、大幅な点数ダウンにより、専門職を配置しないデイサービスよりも低い点数になっており、外来で認知症の患者さんを支えていくシステムがない。(上ノ山構成員)</p>
<p>○ 認知症の有病率や、BPSD の発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。</p>	<p>○ 認知症の緊急プロジェクトでは、医療対策の部分の中長期の目標に精神医療のあり方の検討とある。現在、精神科病床での退院促進が進んで、随分病床に余裕が出てきたところに、受け皿がない認知症の方がここを選ばざるを得ない状況が起きている。この対策が中長期でいいのか。この検討会と認知症のプロジェクトが合体するような検討会などが早急に立ち上がらないか。(長野構成員)</p> <p>○ 認知症一般ではなくて、精神医療が担えるものは何かということの明確化は、早急にすべき。認知症対策は、中長期ではなく、明らかに今、問題が生じている。(門屋構成員)</p> <p>○ 日本では認知症を精神科病院で診ることが当たり前になっているが、精神病床の少ない諸外国では、精神科病院で診ていないのではないかと。諸外国において、どのようなサービスが提供され、当事者や家族の満足度はどうなっているのか。(田尾構成員)</p>