

論 点 整 理

- 1 精神医療の基本的方向性
- 2 精神病床の役割と機能分化等のあり方
 - (1) 病院、病床機能等を検討する方向性
 - (2) 患者の病態と機能分化のあり方
 - ① 基本的考え方
 - ② 急性病棟・専門病棟
 - ③ リハビリテーション
 - ④ 療養病棟
 - ⑤ 痴呆病棟
 - (3) 公私等の病院の役割分担
- 3 精神病床の人員配置基準のあり方
- 4 受入条件が整えば退院可能な7万2千人について病床機能区分として対応する方向
 - ① 入院期間の違いに応じた施策の方向
 - ② 年齢、状態等の違いに応じた施策の方向
 - ③ 本人の意向に応じた施策の方向
- 5 現在の病床区分を前提とした、現行の病床算定式の見直しの方向
- 6 地域医療体制のあり方
 - (1) 精神保健福祉法等に関する事項
 - ① 入院形態について
 - ② 処遇方法について
 - ③ 精神医療審査会について
 - ④ 指導監査・第三者評価について
 - ⑤ その他、医療の質に関する事項
 - (2) 医療法、医療計画等に関する事項
 - ① 通院医療体制等
 - ② 精神科救急医療体制等
 - ③ その他、医療の質に関する事項

これまでの検討会における意見を事務局として整理したもの

1 精神医療のあり方等に関する意見

- 既に病気になった方もさることながら、今後も病気になる方が一定の確率でいる訳であり、これらの方々が現在の精神医療を受けることが幸せとは考えていない。幸せな精神医療を受けられるような方向付けができることを期待（第1回）。
- 精神疾患にかかったとしても、誰もが安心して暮らせる地域社会でなければならぬ。地域住民の一人として当たり前のように医療が受けられるということは極めて大事（第1回）。
- ぜひ変わらなければ意味がない、それでも現実に基づいた議論をしていきたい。これだけ精神疾患、メンタルヘルスのニーズが広まっている時代なので、誰が明日なってもおかしくないという認識のもとで、自分の問題、当事者の問題として議論していきたい（第1回）。
- 一般の人が軽く入院して急性期だと言われる場合もあり、軽いノイローゼで長期入院になり慢性期障害になり精神障害となる場合もある。ユーザーも安心してかかる医療が必要なのに、精神病患者は決して医療に安心してかかっていない。まず、安心してかかる医療が欲しい（第1回）。
- 病棟現場に足を踏み入れれば入れるほど感じるのは、精神障害者の入院されている方々の人権は、こんなに踏みにじられて良いのかと絶句している。ものを言いにくい環境だからこそ、そのままにされてきたんだろうというふうに思わざるを得ない。これがこのまま続いていいとはとても思わない（第1回）。
- 社会保障審議会の障害者部会で出した基本的考え方を踏まえて、どれだけ精神病床が一般病床と差別がなくなるかがポイントと考える。できるだけ精神病床の機能分化、病床削減等を通じて、今後の良いあり方が検討できればと考えている（第1回）。
- これまでも一般病床と精神病床の格差がほとんど埋まらない状況があったが、これが繰り返されるのであれば、こういう検討会を何回開いても意味がない。前向きに変えていくことを前提に議論を進めていきたい（第1回）。
- これまで検討結果に基づき種々展開されていくであろうことを期待してきた訳ですが、率直に言って精神医療の幅が広がっただけで数字を見る限りはあまり変化がない。でも環境は整ったと実は思っており、既に出そろっている問題をどのように実際に力と変えていくかという点でこの検討会に期待している（第1回）。
- これまでの検討は、病床を減らして地域に患者を帰していくという中で、社会復帰施設を充実することはかなり語られてきているが、外来医療、地域医療の充実については大変不十分だったのではないかと（第1回）。

2 精神病床の役割と機能分化等のあり方に関する意見等

(1) 病院、病床機能等を検討する方向性に関する意見等

- 自らが望んで行けるような環境や教育状況などが地域にあまりになさすぎた。こうした面も含めて変えていく作業を伴いながら、私たちが望むときに必要とする医療・治療の環境を作って欲しい。不必要なものは転換して、地域でのサポート体制というふうに、高齢化社会が進み、障害者も増加していく社会にマッチした姿に変えて欲しい（第1回）。
- 精神病患者はリハビリの対象物等ではなく人間であり、そうした病気や障害を抱えた人たちのために、うちはこうだから、あだからという問題ではなく、精神病床を減らして欲しい（第1回）。
- それぞれの病棟機能の役割、そのゴールが見えるような形で議論され、地域社会や社会復帰施設につながり、また社会復帰施設も精神障害者の方を抱え込むのではなく、地域社会にきちんと送り出していくという行動がとられるような形であればありがたい（第1回）。
- 入院して本当に退院できるのか、社会的入院にならないか等と思わせないような医療をしっかりとしなければならぬと考える。現実のままで行くとすれば、7万2千人の方もそのままだろうし、新たな社会的入院も生み出すだろうから、それをしていないためにこの検討会があると考えている（第1回）。
- 昔に比べると精神病院そのものはきれいになり、人権的な配慮もよくなり、社会復帰施設も整備されてきているが、歴史的に様々な役割を担ってきた精神病院そのものがずっと残っていることは事実であり、今後どのようにしていくのかが問われているのではないかと（第1回）。
- 地域医療・ケア・サポートの問題、施設の問題、精神病床の機能分化、これらが一定となって進まない、病床を単に減らせといわれてもおそらく行き場のない人たちの問題など、精神病床削減ありきだけで進む問題ではない。
日本の精神医療が構造的な問題、なぜ長期在院者が生まれたのか、そしてどうしていくのかも議論されないといけない（第1回）。
- 病床の機能分化を進めるのは非常に難しい問題であり、病棟単位では非常に医療の無駄が出る可能性があることも含め、診療報酬上でまず区分して、それで良いとわかった時点で医療法に切り替えていくという手法が現実的なのではないか（第1回）。
- 保険者としては患者本位にやって欲しい、保険料を大切に使うって欲しいというのが当然あるわけであり、課題としては、病床数をいかに減らしていくか、平均在院日数をいかに減らしていくかである。その方法論をどう詰めていくか、具体的な施策に反映させていくかだと考えている（第1回）。

(2) 患者の病態と機能分化のあり方に関する意見等

① 基本的考え方

- 急性期治療が必要な方には急性期治療の場を、退院に向けたサポートの必要な方には退院に向けたプログラムをきちんとたてて欲しい。そうしたものが不要な方には、福祉プログラムという形で精神障害者も限らずに、高齢者も他の障害者も含めて地域の中で一体の総合的な福祉プログラムという形で分けるべきである(第1回)。
- 患者の数・入院数は減っているかも知れないが、いろんなどころに行ってみると、入退院の数がすごく増えている。退院はするが、すぐに再入院することが多くなっている(第1回)。
- 精神科のある総合病院では、大半が三次救急、二次救急を担い、どちらかと言えば生命維持を前提に起こっており、今後は、後背病院がないというアクセスの問題が大きな課題になってくる。また、福祉サービスの提供等のアクセスを図る上で、米国のナーシングホーム等に類似する施設の有無、現行の社会復帰施設の役割なども示して議論すべきである(第1回)。
- 総合病院の精神科は、一般医療とともに行う身体合併症への機能とか、精神科救急医療も可能であり、それぞれの医療機関によって発揮できる機能はかなり違うと思う。その点を明確にして、いいところを伸ばしていくことが必要。また、一律の質の向上は難しいので、できるところから、スリム化して質の向上を図ることが必要。精神病床は減らすが、それに要する医療費は同じとすれば、質の向上は大いに図れるのではないかと(第1回)。
- 長期在院の方は別の施設に入ってもらい、外来で診療所の医師に診察を受けるようなこともできるのではないかと(医師の重点配置の観点から)(第1回)。
- 患者の特徴を踏まえた患者グループ別の将来予測が必要(第2回参考人)。
- 入院患者層は大きく4群に考えられる。それぞれいろいろな特徴があり、考えていく方策もいろいろな特徴が出てくるのではないかと(第2回参考人)。
 - ・1950年代以降に精神科病床が急増したとき、ちょうど精神障害の好発年齢を迎えた方は入院をされ、入院が長引いたため退院がますます難しくなり、更に長期化しているグループ(歴史的長期在院者)。
 - ・最近、新しく入院される患者さんのほとんどは短期で退院されるという実態があり、これからの患者層としているグループ。
 - ・これからも生まれながらにして生活機能レベルが低く、もしくは生活機能レベルが発病によって著しく低くなっているために、入院が長期化せざるを得ないグループ(長期在院化予備軍)。
 - ・最近、精神科医療を利用されるようになってきている高齢者、特に痴呆患者のグループ。

② 急性病棟・専門病棟

- 実際に必要な急性期の治療病棟というのが、あまりにも数が少ないと感じている（第1回）。
- 急性期病床については、より医療密度の濃い仕組みを作っていくということが大事（第2回参考人）。

③ リハビリテーション

- 社会復帰リハビリテーション病床などといったような地域ケアとの段差をなくすという方向も引き続き大事。もちろん、地域ケアの強化が大前提にある（第2回参考人）。

④ 療養病棟

- 機能分化が進んでいると言われているが、療養病棟の広がりが一番目につく。これは、収容型の医療の現場がそのまま広がって、包括点数がつけられただけで終わっているように思えてならない。そうだとすれば、福祉の方に転換していく方策を検討し、医療保険で賄うべきもの、介護保険で賄うべきものとの厳然と区別していくという議論があって欲しい（第1回）。
- ニューロングステイの患者さんをどうするかということは非常に大きく我々に立ちかかってくる大きな問題（第2回）。

⑤ 痴呆病棟

- 日本の精神病床は確かに数は多いが、米国等ではナーシングホーム等が含まれていないという説明があったが、その他米国では痴呆の方は精神病床にはカウントされていないが、日本では痴呆等も精神病床にカウントされている（第1回）。
- 痴呆症の方というのは精神科病床の患者グループの中に位置させるということで果たしていいのかという疑問を持っている（第2回）。

(3) 公私等の病院の役割分担に関する意見等

- 国公立病院は政策医療（措置入院率等）にどの程度タッチしているのか（第1回）。
- 公私病院の役割の在り方で、これは非常に大きいと思う。本来、政策医療的なものをやるのが公的病院の役割だと思うので、その辺りの検討も入れておかないと、民間と公的と一緒に議論するというのは非常に粗っぽい議論になる（第2回）。

3 精神病床の人員配置基準のあり方に関する意見等

- 看護師の問題はほぼ解決しつつあると思うが、医師数については毎年 200 名程度の精神科医しか養成されないなかで、全ての病床を 16 : 1 とするために 70 年を要する。現実を踏まえた出発も必要である (第 1 回)。
- 精神科の医師が 48 名の患者を担当することは不可能であり、新入院であれば数名～10 名程度が限界ではないかと思うが、しかしながら、精神科医を大勢養成するという夢のような議論をしてもしょうがない。
少なくとも、精神科救急あたりには 10 : 1 くらいの配置など、医師の重点的な配置も必要なのではないか (第 1 回)。
- 精神科の医師数が 48 : 1 という現状では本当の病棟の中で相談することもできずに、ただ時間を無為に過ごすしかないという声が一番多い声として届いている (第 1 回)。
- 国際的には、医療の質を担保する仕組みというのは大きく 3 つないし 4 つというふうに言われている。1 つ目は、構造的な施設基準で、施設、人員配置、面積など。2 つ目は、専門家のスタンダードというもので、ガイドラインや認定医制度といったような仕組みがある。3 つ目に第三者による評価で、日本医療機能評価機構や ISO、精神科病院のピアレビュー、オンブズマン制度など、さまざまな仕組みが我が国でも今、進められている。また、国際的には患者さんの選択というのも大事だというふう言われている (第 2 回参考人)。

4 受入条件を整えば退院可能な 7 万 2 千人について病床機能区分として対応する方向に関する意見等

① 入院期間の違いに応じた施策の方向

- 7 万 2000 人のうち 1 年未満の入院期間の方が 2 万 1400 人もいらっしゃる。これらの入院患者は、社会的機能を持っておられて退院されている。
(1 年を超える) 長期の入院の患者さんをどう対応したらいいのかというところで、大きな問題になっているのではないか (第 2 回)。

② 年齢、状態等の違いに応じた施策の方向

- いわば歴史的長期在院患者とおっしゃられる方々の社会的な受け皿については時間的な枠組みでの施策が必要であるのかどうかを考えるのは、現在の社会的入院患者の受け皿をどう考えるかということと大変深い関係があるかと思う (第 2 回)。
- まさしく長期在院の患者さんたちがあと 10 年したらどうなっていくのかということも考えていかないと、こういう人たちを社会的入院だから云々という形の中で、例えば法的に整備をしていっていいのかどうかということも、やはりきちんと議論しなければいけない話 (第 2 回)。

- 我々がこの20年以上入院した人たちを退院させるための受け皿づくりということで、いわゆる社会復帰施設と言うか、援護寮や福祉ホームをつくる。そうすると、今度はそこにずっと居続けてオールドオールドロングステイ・ペイシェントができていかなさうかという懸念をする。そういう意味で、私はやはり脱施設化というか、施設からどう出していくかという意味では、社会福祉施設をつくるということもその観点の中で考えていかなければいけない気がする（第2回）。

③ 本人の意向に応じた施策の方向

- 今後の議論に非常に重要なポイントとして、本人の意向を重視すべきことがある（第2回）。
- 精神障害者というのは病院の中で長年、隔離政策でいるため、情報をほとんど持っていない。その中で聞いて回答を得る。基準が何もない人に聞きようがないから、仕方がないからということもあるかもしれないが、とりあえずは実際に回答を得ている人のほとんどは病院の中で賢いと呼ばれるような、病院にとって良い人が書く、回答する、もしくは作業所では家族会が代筆する。ほとんどそういう状態（第2回）。

5 現在の病床区分を前提とした、現行の病床算定式の見直しの方向に関する意見等

- 宮城県では全国同様に病床利用率は落ちているが、逆に病床数は、ここ1年ほどで1,000床（痴呆病棟と療養病棟）ほど増加すると見込まれている。現在の地域医療計画、病床算定方式は、今となって見れば、必ずしも妥当ではない面がある。山形県、埼玉県でも同様のことが生じている（第1回）。
- 地域医療計画における基準病床と既存病床は随分と違う。それが結果的に影響・歪み（例えば平均在院日数が長くなっている等）を起こしているのではないか（第1回）。

6 地域医療体制のあり方に関する意見等

（1）精神保健福祉法等に関する事項

① 入院形態について

- 夜間外開放、個別閉鎖処遇、終日閉鎖処遇のそれぞれの入院形態別の内訳が検討の出発点と考えており、こうした処遇内容別の病床数などはないか（第1回）。

- 全国の措置入院率1%というのは知っているが、その中身をもう少し掘り下げていただきたい。地域差がある(第2回)。
- (措置入院の受入状況を考えるに当たっては) 1年間で新規に発生した措置患者さんをどれだけ引き受けているかということが一番大切なこと(第2回)。

② 処遇方法について

- 精神病院には、おりが付いている。「がちゃ」っとかぎが閉まる。任意入院者は開放処遇で扱うこととなっても、実際はそういうことは行われていない。かぎをかける必要はないのではないか。私はこのことに対しては構造物の転換が必要だと思う(第2回)。
- まずそういう構造をしている建物の転換が必要。人間は環境によって生きるわけで、自由な環境であったらそんなに難しいことを考えなくても、例えば私たち患者も外に自由に出ていろいろなりハビリを自分でしていると思う。まず、根本的な考えとして、患者、いわゆる入院者があり、慢性期病床、どの病棟の構造物に対してもこの中で自由開放にしたらどうなるかという考えの基点を持って政策的課題を提出していただきたい(第2回)。
- 精神障害者の「檻と分厚い鉄の扉の鍵」の隔離治療が精神障害者にどんなに我々精神障害者の人権侵害を与えているか、を考慮し、「檻と分厚い鉄の扉の鍵」を具体的に開放し「精神障害者の人権を最大限に尊重する」精神病床づくりへ進める検討が必要(第2回)。
- 個別の患者さんに提供する医療の質は専門家が担保する必要がある、最終的には現在の医療水準に見合う専門職のスタンダードによるところが大きいと考えらる。
(医療の方向性から医療の質の担保を考えた場合) 医療の急性期の状態のときは治療が優先するので、必要な行動制限などが行われる。しかし、病状が安定して社会復帰の段階になると行動制限の必要性は低下し、逆にQOLの改善の必要性が高くなる。医療の方向性として、行動制限などはそのほかの代替的な方法がない場合に、より少ない方法でより早く行う方向へ向かっていくことは間違いない。一方、QOLの改善の必要性は、より早い段階で考慮していく必要があることも確かな方向であろう(第2回検討会)。

③ 精神医療審査会について

- 入院しているものにとって、唯一の入院の不服や、処遇改善を申し出ることができる機関となっているのが精神医療審査会である。しかし、病棟には「精神保健福祉センターの連絡先」が貼ってあり、そのほとんどが知られていない。精神病床にいる患者にとってはその体制も問題点だが、訴えてもまともに審議されない現精神医療審査会の機能の未成熟さが主な問題点ではないか(第2回)。

- 精神病床の機能分化に伴う「精神医療における人権の確保」を実現するため、精神医療審査会の機能の充実と公平さを求める論議が必要（第2回）。

④ 指導監査・第三者評価について

- 実際の監査調査は、事前通達監査でもあり、私たち患者は入院中から、病院で「監査の当日だけ、監査にそう事実をつくり、監査を受けている様」を目の当たりにする。実施する県や市町村の適当さや、保健所のおざなり監査により精神病床にいる精神障害者の生活は以前として変わらない。地域で精神病床等が適正運営されているかを、実際に監査するしくみ作りに関する議論が必要（第2回）。

⑤ その他、医療の質に関する事項

- 精神障害者死亡率に関し、OECDの比較データとして示して欲しい。諸外国は最近、死亡率が向上していると聞いている（第1回）。
- 病院、地域において、自殺を含めどのような病名で死んでいったか示して欲しい（第1回）。
- 国際的には、医療の質を担保する仕組みというのは大きく3つないし4つというふうに言われている。1つ目は、構造的な施設基準で、施設、人員配置、面積など。2つ目は、専門家のスタンダードというもので、ガイドラインや認定医制度といったような仕組みがある。3つ目に第三者による評価で、日本医療機能評価機構やISO、精神科病院のピアレビュー、オンブズマン制度など、さまざまな仕組みが我が国でも今、進められている。また、国際的には患者さんの選択というのも大事だというふうに言われている（第2回参考人）（再掲）。

(2) 医療法、医療計画等に関する事項

① 通院医療体制等

- 通院者から見れば、病院デイケアも病院と同じであり、病床の問題を考えるのであれば、その後の病院への通院の部分の数字も具体的に知りたい（第1回）。
- 地域ケアを担う診療所の課題は、往診とか訪問看護をどう充実していくか、精神保健福祉士を中心としたコメディカルによる地域ケアをどう進めていくか、入院・入所による短期間のケアができるような力をどうつけていくかという3点である（第1回）。
- 同じ人が地域の中、病院の中、あちこちの病院を退院をしながらも回っている（第2回）。

② 精神科救急医療体制等

- 精神科救急における相談業務は非常に大切な部門だと思うが、これをとり外して24時間医療相談体制事業ををわざわざ立ち上げた。これによりかえって、救急システムとの連携が阻害されるのではないかと心配しており、この辺も一度整理して欲しい(第1回)。
- 平成7年に発足した救急システム(輪番制、連絡調整会議、後送システム、移送)については、単科の精神病院では二次救急まで経験しても、三次救急等になると能力を超えており、こうした後送システムとの連携がうまくいっていないのではないかと考えている(第1回)。

③ その他、医療の質に関する事項

(他の検討会に検討を委ねる事項)

- 急性期治療が必要な方には急性期治療の場を、退院に向けたサポートの必要な方には退院に向けたプログラムをきちんとたてて欲しい。そうしたものが不要な方には、福祉プログラムという形で精神障害者も限らずに、高齢者も他の障害者も含めて地域の中で一体の総合的な福祉プログラムという形で分けるべきである(第1回)。(再掲)
- 福岡県の実態調査では、グループホーム、援護寮等の社会復帰施設は、約70%が医療関係が経営をしており、はっきり言ってたらい回しされている。施設から施設に入れられ、結局現状はあまり変わらない。この病気に入ったら出口がない(第1回)。
- 不動産における賃貸契約の保証人制度を、他の検討会の場でも良いので検討していただきたい(第1回)。
- (精神疾患の高齢者の方の)ショートステイは介護保険で給付されることとなったが、精神科におけるショートステイは、安易に入院させない、医療費を削減するというためのクライシスインターベーションとして必要と考えられ、単身者の精神障害者も使えるような仕組みとして欲しい(第1回)。