

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だ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）。
- 公的な病院でも、公的な単科病院と公的な総合病院では役割が違うと思う。公的な単科病院のほうは、措置入院とか精神科の専門的な治療に特化すべきだろうし、総合病院の精神科は、ベッド数が若干多いところもあるが、やはりプライマリーケアとか、救急とかに特化していくべきだろう（第3回）。
- 公私というだけではなくて、総合病院と単科病院という区分も必要だと思う。総合病院は病院数はそんなに増やさなくても、ベッド数を縮小して、その中でやれるような診療報酬基準を設定していただくと、総合病院と単科病院の連携はうまくいくのではないか（第3回）。
- 問題は、今年から特定機能病院（DPC）が導入されたが、精神科は外された。そうすると、いわゆる総合病院の中での精神科が幾らがんばっても診療報酬が上から

ない。学問的な評価ではなく、診療報酬上、他科からばかにされるんだと。我々はどうもたまらないという学者の御意見もある（第3回）。

- 単科の精神病院では、3次救急、あるいはコンプレクションの患者さんの対応はとてできないので、総合病院の精神科に委ねたいと思うが、その連携が非常にうまくいかない。なぜかという、総合病院の中での精神科の機能というのが、単科の精神病院とは質の違うところでまたがんばっておられるのではないかとということで、その辺が非常に今後の問題点になるのではないかと（第3回）。
- （総合病院は）ある程度救急とか合併症などに特化したような、短期入院でやっていくべきだろう。やや長期になって専門的にじっくり治療するのは、公的・民間を問わず、やはり精神科の専門病院でお願いするというふうなスタンスでいる（第3回）。
- 公私病院の役割というのは非常に大きいわけで、機能分化ができないという部分は、やはり患者さんの重症度も実は大きく関与しているだろうというふうに思う。重症度というのは措置入院という部分だろう。本来であれば、公的病院が精神保健福祉法上は取らなければいけないことになっている。そこで入院させて患者さんを診ていかなければいけない（第3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I

SO、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）。

- 退院を促進することによって、結果的にもしベッドが空くとしたら、そういう空いたところの医療スタッフを再配置することによって、我々が人員配置基準の向上を目指した再構築をしなければならないだろう。その状態像に応じた病床機能分化による治療提供体制というものを新しくつくるべき（第3回）。
- 医師の数などかなり地域差が激しいことは皆さん、意見が一致されている。全国的な質のレベルを上げていく意味では、診療報酬などでの経済誘導というのは必要（第3回）。
- もう少し質を担保するのが、看護師の数ということであれば、もう少し上のレベルの看護基準というものもきちんと出して、そうすることによって現場の努力というものを引き出すということも必要だろう（第3回）。
- 7：1のその他看護というところも結構たくさんあって、そこに含まれている患者数はとてもたくさんある。それが、通常の2：1というふうなところが上で頭を押さえているのだとすれば、もう少し上の基準を示すことで、看護の裁量の枠を広げること、その辺ももう少し潤うのではないかとということも考えられる。実際には、その他看護というものは基本的にはなくしていく方向で考えていくべき（第3回）。
- 7：1というのは、もし70床だとすると、その他看護でいくと10人でよいということになる。夜勤を含めて、10人で70人を看る。これは本当に医療機関ですかと、自分でも疑いたくなるようなことがある（第3回）。

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と（第2回）。
- 入院期間が1年以上と長引くと退院を希望される方が現実には減ってしまうという、これは臨床的な体験と一致する部分。特に長期に入院されている方の場合ですと、いろいろな社会支援に対する知識が十分に持てない状況に置かれているということ

が非常に大きい要素。実際、長く入院されていて、当初は退院を渋られているけれども、リハビリ活動をやって何とか地域で生活できると、やはり二度と戻りたくない、何とか地域生活を続けたいという方がたくさんいらっしゃる。これは長期の方で直接は退院に不安を持っている方でも、そういう働きかけは非常に大切であること、そういうバックがあるんだということを理解して解釈しないといけない（第3回）。

- 問題は1年以上の退院の方。大まかに考えると2つのグループがあるように思う。要するに、地域のリハビリで支えていける部分、かなりADLが自立している、あるいは医療ニーズが少ない、この方たちはいわゆる地域生活支援の内容を充実させることで対応できる。もう1つのグループとして、ADLの低い、あるいは医療ニーズのある方、この方々にどう対応していくか、その問題がある（第3回）。
- 1年未満という患者さんたちは社会的な機能をしっかりと持ったまま退院していかれるから、地域で生活もしっかりとできる。問題は、長期の入院の患者さんたちをどういう形でサポートしていくのかというのが大きな問題（第3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いだろ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）。
- 問題は1年以上の退院の方。大まかに考えると2つのグループがあるように思う。要するに、地域のリハビリで支えていける部分、かなりADLが自立している、あるいは医療ニーズが少ない、この方たちはいわゆる地域生活支援の内容を充実させることで対応できる。もう1つのグループとして、ADLの低い、あるいは医療ニーズのある方、この方々にどう対応していくか、その問題がある（第3回、再掲）。

- 医療ニーズ、あるいはADLの低い、特に高齢の方に多いということは、どういふふうに対応していくか。これは、単に地域のリハビリだけでは難しい。むしろ環境の整った、何か新たな施設類型といったものも考慮する必要があるだろう(第3回)。
- 7万 2,000 人の問題ですが、恐らくこの中には、さまざまなニーズを持った患者さんがいらっしゃる。ただ、従来の専門病床ということを考えると、療養病床と痴呆病床しかなくて、選択肢が非常に限られている。やはり社会的にもう少しリハビリを一生懸命やれば何とか地域生活が可能な患者さんに対しては、もっとコメディカルを含めたりリハビリ機能が充実されるべきでしょうし、それから、医学的に重症の患者さんで長期療養が必要な方には、またそれなりの対応がどうしても必要になってくる。その選択肢が、療養病棟と痴呆病棟という2つだけではどうも対応が無理になってきつつあるのではないか。やはり新しい類型を考えていかななくてはいけない時期にきているのではないか(第3回)。
- 自立できない、要するにADLが低下してきている人たちはパーセントとしてはそんなに多くない。そうすると、この方々は介護保険制度の中でも明らかにやれるはず。ですから、そういう社会資源を使うということも可能であろう。例えば老健にしても、特養にしても(第3回)。
- もう1つの自立されている方々をどうサポートしていくのかという中で、まずは居住をどう確保していくのかということ。地域で生活していくための昔からある社会資源の必要性というものも検証していく必要がある(第3回)。
- やはりお一人お一人の状況を考えながら退院に向けてやっていかなければいけない(第3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)。
- 条件を整えば退院可能という7万 2,000 という数字をどういふふうを受けとめるのか。きめ細かにそれぞれの方のニーズをフォローしないと、選択肢が今の段階では

少な過ぎる。それを、どこまで個別にフォローできるのかということ（第3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）。

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（注：データはない）。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)。
- 自分たちが受ける治療計画のきちんとした説明とか、入院前にインフォームド・チョイスという形で自分たちが選べる環境が欲しいというふうに思っている。入院時の権利擁護の運用、薬の日本における多剤併用の弊害をいかになくして単剤に切り替えていくのかというふうな関わり方を求めている(第3回)。

(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)。
- 場をまちの中にどう移していくかということが大きい課題としてあり、1つはデイケア、もう1つは往診とか、訪問看護ということをどう充実させていくかということ(第3回)。
- グループホームだけではサポートし切れない。もう少し医療の支えがありながら、なおかつ生活支援ができるような、医療と生活支援が少し協力し合えるようなものが、例えば診療所などが運営できるようになれば少し見通しができるのか。例えば福祉ホームB型みたいなものが、診療所が運営できるような可能性があるとか、有床診療所という、診療所が若干の病床を持って、そして軽い救急のようなものに対

応していくというようなことが本当はできればいい（第3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）。
- 救急を含めて、急性期治療というのは一番大切になる問題。これがどのような地域でも急性期医療のケアというか、急性期医療のアクセサビリティが保証されることが非常に必要ではないか（第3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）。
- 社会復帰施設の充実及び地域生活支援体制の確立というものと、病院の病床機能分化を進めるということの間にももしもタイムラグがあれば、各諸外国で既に失敗例があるように悲惨な目に遭うから、これを同時進行して成功させなければいけない（第3回）。