

第 1 回検討会を踏まえた論点整理

- 1 精神医療の基本的方向性
別紙 1 参照
- 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
別紙 2 参照
 - (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 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) 医療の質等
 - (2) 通院医療体制等
 - (3) 精神科救急医療体制等
- 7 その他（他の検討会に検討を委ねる事項）
 - (1) 地域福祉サービス体制

精神医療の基本的方向性

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書
「今後の精神保健医療福祉施策について」より

○ 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉施策を進めるに当たっては、まず、精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきであるとする考えに基づき、これまでの入院医療主体から、地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換するための、各種施策を進めることが重要である。

具体的な対策を推進するに当たっては、各施策に共通する視点として次の事項を常に念頭に置くべきである。

- ① 精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること
- ② 「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと
- ③ 当事者が主体的に選択できるよう、多様なサービスの充実を図ること
- ④ 良質な精神保健医療福祉サービスの提供とアクセスの改善を図ること
- ⑤ 精神保健医療福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと
- ⑥ さまざまな心の健康問題の予防と早期対応を図ること
- ⑦ 客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること

病院、病床機能等を検討する方向性

厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告

「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」より

○ 重点施策

1. 普及啓発

(略)

2. 精神医療改革

ア. 精神病床の機能強化について

急性期の入院治療の充実及び専門病床の整備等を進めることにより、入院医療の質を向上させる。

- ① 入院治療の充実を図るため、病床の機能分化のあり方を検討するとともに、人員配置基準の見直しと診療報酬上の評価のあり方を検討
- ② アルコール、薬物等の専門病床のあり方を検討するとともに、これを整備する方策を検討
- ③ うつ、ストレス疾患、精神科的治療を要する痴呆の治療のあり方を検討
- ④ 高度な治療を要する急性期患者、重度患者等、病状に適した治療体制を検討
- ⑤ 長期入院患者の退院や新たな長期入院者の発生防止を図るための集中的リハビリテーションの実施体制を検討
- ⑥ 看護教育の充実等により看護職員の資質の向上を図るとともに、チーム医療を推進

イ. 地域ケアの充実について

(略)

ウ. 精神病床数について

近年精神病床入院患者は自然減しているが、さらに急性期治療の充実による入院期間短縮、退院促進、地域ケアの充実による入院の予防等を進めることにより、入院患者の減少が促進されることとなる。精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。

- ① 医療計画の見直しに反映させるため、病床のあり方を検討
- ② 病床機能及び病床数見直しに向けた医療機関によるアクション・プログラムの作成、実行を促進する助成措置や診療報酬による対応の検討

3. 地域生活の支援

(略)

4. 「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策

上記各施策の推進と併せ、「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の早期退院、社会復帰の実現を図る。このため、「退院促進支援事業」の全国への拡充を検討する。退院後の受け皿については、新障害者プランを着実に実施し、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設を確保するとともに、在宅生活者についてはホームヘルプサービス等の充実による支援を行う。これにより入院患者の減少が促進されることにあわせ、精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。なお、これらについては、現在実施中の精神障害者ニーズ調査の結果及び今後の退院の状況を踏まえて必要に応じ見直しも検討する。精神病床の機能分化と地域精神医療及び福祉の確保、病院と地域との中間的な機能を有する社会復帰施設の体系的整備の検討など、社会復帰促進策を計画的に進めることとする。

5. 具体的検討の進め方について

(略)

第1回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。
- 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。
- 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。
- 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る。まず、安心してかかる医療が欲しい。
- 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。
- 社会保障審議会の障害者部会が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。
- 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。
- 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。
- 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。

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。
- 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。
- 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。
- 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ないと考える。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、それをしないためにこの検討会があると考えている。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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して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。

(2) 患者の病態と機能分化等

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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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（医師の重点配置の観点から）。
- 国公立病院は政策医療にどの程度タッチしているのか（措置入院率等）。

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。

③ リハビリテーション

④ 療養病棟

- 機能分化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を厳然と区別していくという議論があって欲しい。

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つたが、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。
- 痴呆治療病棟、痴呆療養病棟の中で介護保険適用となつていものは、どの程度なのか。

3 精神病床の人員配置基準に関する意見等

- 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。
- 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。
- 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。

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

- 受入条件を整えば退院可能な者の具体的な受入条件について知りたい。
- 日精協に委託して実施した患者ニーズ調査の概況について知りたい。
- (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。

5 現在の医療計画、病床算定式の評価に関する意見等

- 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、今となつて見れば、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。
- 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。

6 地域医療等のあり方に関する意見等

(1) 医療の質等

- 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。
- 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。
- 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。

(2) 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。
- 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。

(3) 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。
- 平成7年に発足した救急システム（輪番制、連絡調整会議、構想システム、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、こうした構想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。

7 地域福祉サービス体制（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。（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。
- 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。