

資料編

報告書に関する意見交換会

日 時：平成 24 年 3 月 14 日（水）15 時～18 時

会 場：日本精神科病院協会 会議室

司 会：河崎建人副会長

出席者

篠崎英夫	日本公衆衛生協会 理事長
樋口輝彦	国立精神・神経医療研究センター 理事長
伊藤 弘人	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部長
三上裕司	日本医師会 常任理事
三野 進	日本精神神経科診療所協会 会長
染矢俊幸	新潟大学医学部精神医学教室 教授
竹中ナミ	社会福祉法人プロップ・ステーション 理事長
広田和子	精神医療サバイバー

〈日精協〉

山崎 學	日本精神科病院協会 会長
河崎建人	日本精神科病院協会 副会長
千葉 潜	日本精神科病院協会 常務理事
齋藤章二	日本精神科病院協会 理事

河崎副会長 先生方、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。今回、日精協の将来ビジョン報告書の一応、案という形ではございますが、出来上がりました。今日はこの日精協の将来ビジョン報告書に関する検討会ということで、本当に精神科医療に関して常にご指導を賜ったり、あるいはいろいろとご発言をしていただいている皆様方にお集まりをいただいて、忌憚のないご意見を聞かせていただきたいと思います。それでは山崎会長のほうからご挨拶をよろしくお願いいたします。

山崎会長 本日はお忙しいところ、日精協将来ビジョン報告書に関する検討会にお出でいただきましてありがとうございます。私は 2 年前に日精協の会長に就任させていただきましたが、精神科医療に欠けているところは、精神科医療が行政主導で行われてきたということだと思っています。それは日精協がいろいろな政策提言をその都度してきたわけですが、声が小さかったことや社会に対する広報活動が不足していたことだと思っています。その結果として厚生労働省が書いた下敷きに沿った政策がずっと行われてきたことを反省しなければいけないと思っています。10 委員会で構成される将来ビジョンの戦略会議を作らせ

ていただいて、各委員会に日精協の会員の他に外部委員の先生方にも入っていただいて、透明性を高めた形での検討を行ってまいりました。今回、この報告書が出来上がりましたので、日精協のアドバイザーボードの先生方を中心に、外部の先生方にも入っていただきまして検討すると同時に、精神科医療の関連団体あるいは関係の先生方等に、報告書（案）をお送りしてご意見を頂戴することということで、作業を進めております。したがって、日精協が自分たちの都合のいいところだけをまとめたという報告書ではなくて、精神科医療担当の現場の先生方のご意見を反映するような形での報告書を最終的に作って、国に提示をしたいと考えていますので、ご検討をよろしくお願いしたいと思います。

河崎副会長 ありがとうございます。それでは早速でございますが、今回の将来ビジョンの報告書の取りまとめに中心的な形で関わっていただきました千葉常務理事のほうから、これまでの経過あるいは今回のこの将来ビジョンをまとめるに当たっての私どもの基本的な考え方等についての説明をよろしくお願いいたします。

千葉常務理事 私のほうから、簡単にこれまでの将来ビ



ジョン戦略会議の説明をいたします。山崎会長が2年前、2010年5月に設置をして2012年1月までの間、検討をしてまいりました。報告書の最後にご協力をいただいた外部の方々、あるいは日精協の会員の先生方の委員名簿を載せてございます。全部で10のテーマについて、当初検討をするということでチームを作っております。ただ、検討していく途中でテーマが非常に近接をしているチームがございましたので、最終的には「在宅・地域医療検討チーム」と「地域医療・ケアプログラム検討チーム」、また「精神保健福祉法検討チーム」と「総合福祉法検討チーム」というところが一緒に検討しております。最終的には8個のチームで、全部で87名という委員数になります。開催は、この21カ月の間に、述べ開催数104回ということで、各々のチームが11回ないし12回ぐらいを検討に充ていただき、大変熱心にご議論いただきました。内容のほうは、目次を見ていただくとおわかりかと思います。この報告書の部分が一番中核になる部分ですけれども、最初のほうに総論として、各チームでいろいろ検討した内容を取りまとめた形で、『1. 我々が将来ビジョンを策定する意義、2. わが国の精神科病院の「これまで」と「現状」、3. 日精協のこれまでの検討と方針、4. 現在の精神病床の適正化をどのように進めるべきか、5. 新しい精神医療をどのように構築するべきか、6. 精神医療を取り巻く環境をどのように構築すべきか』という項目で出ささせていただいております。その後に各チームでの検討の報告書をそのまま原文として載せております。最終的には、資料編としては日

精協がそれまで検討してきたことの集大成として2010年2月に委員会報告のまとめを掲載させていただこうと思います。後は、本日の意見交換会のまとめを入れさせていただき、最後に、山崎会長のお話のごとく現在行っておりますパブリックコメントでいただいた意見を掲載させていただきます。とにかくどんな意見をいただこうと、賛否両論、あるいは批判、全部受け止めさせていただいて、それをできるだけ細大漏らさずにご意見を載せて、それで報告書を作らせていただきたいと思います。その報告書も関係各方面にお送りいたしまして、お読みいただくようお願いをいたします。

河崎副会長 先生、ありがとうございます。そういたしましたら、いまこの将来ビジョンを作成するに当たってのこれまでの経緯、あるいはその目的の概略的な説明をしていただきました。今日は十分に先生方からご意見をいただきたいと思っておりますので、全体的な部分での忌憚のないご意見あるいはご感想をお聞かせ願えればありがたいなと思っております。

広田 みんなが考えている間に。アドバイザーボードの啓発のテーマの際にも、山崎先生は精神障害を学校教育の中でというご意見でしたが、私はそれに反対しています。私は、下町の商店街の真裏に住んでいて、家の前に道路があってそこに近隣の子供たちが遊びに来ます。いまの子供たちは手話が得意でね、何の手話かという、「死ね」とか「うざい」とか「きもい」という手話ですよ。そういうことを親も知らないし、学校の教師も知らない。学校のお

遊びボランティアにも行っているんですが、いろいろとところの子どもの世界を見てみると、とてもじゃないけど、精神障害・精神症状を教えたら、逆に悪口を言って「幻聴だ」、いじめといて「妄想だ」という、そこだけ独り歩きしてしまふ。いま、日本の家庭教育の中で躰がまったくできていません。これが突出していく社会では危険です。アドバイザーボードも抜けさせていただくというぐらい大反対です。それから病棟転換も大反対です。病棟転換は退院になりません。私、自分が注射の副作用で入院して以来、それから1年中、時間があれば全国の精神科病院を泊まり歩いている人間としては、同じ建物を病棟転換という形の改築ではなくて、いろいろな方法があると思います。6人部屋を4人に、4人部屋を2人にして病床を減らして、素敵なカーテンをつけて、例えば机を置いてお花を飾るというアメニティをよくするだけで、人間としての尊厳を取り戻す。

医療保護入院の検討会に河崎先生と千葉先生も一緒にしていますが、いま、家族しか面会で病棟に入れないものが、家族が保護者の要件から外れてくれば、多くの人が病棟に入っていきやすくなり、自発的に退院しようという気になりますよ。地域が迎えに行くとか、引き離しに行くと盛んに厚労省の検討会にも意見が出てきますけど、入院のときからPSWがきちんと付き添うような形を点数化して、「あなたが退院のときにはお手伝いさせていただきます。PSWです」という形で、そして「安心してどうぞ」という形の、場合によっては病院が住むところまでお手伝いしているところもたくさんあります。地域がやったほうが患



日本精神神経科診療所協会会長

三野 進

者は幸せ、医療がやったら不幸せということじゃない。そういう意味で、その2点は絶対に大反対ということと、それからアウトリーチ。これは現状のアウトリーチですけど、私は生活支援センターのピア相談員もやっていますが、生活支援センターも病院のアウトリーチも、家族のニーズによって行われていることが多いですよ。「うちの息子が医療中断」「うちの息子がひきこもりだ」「来てください」と。ますます本人は外に出ていけないということで、本人不在の医療と福祉が出来上がっちゃっています。とりあえず、3点ですね。

河崎副会長 ありがとうございます。かなり、いま広田さんのほうから核心に触れたような話もいきなり出てきておりますので……。

広田 最近も、「広田和子は日精協に取り込まれるんじゃないか」と電話がかかってきて「取り込まれないように普通に会ったら」と言ったけど、ドタキャン。電話もかかってこないで。そういうことです。公明正大に議論したい。

河崎副会長 わかりました。ではちょっと一度、先生方に印象も含めてご意見をいただいて、その後で少しフォーカスを当てながらというふうに思いますので、ちょっと順番に。三野先生、いかがでございましょうか。

三野 全般に触れる内容で、それも過去から現在までに至る総括も含めて、きちっとお書きになっておられると思います。特に、私の外来の医療で言えば、精神科救急が一番抵触するところだろうと思いますが、これについては、現実にはいろいろと変わったところがございますので、まさにこの報告書のとおりになりつつあるだろうと思います。おそらく、この報告書の最初の部分で意図されたことは、長期入院22万床の再定義というか、それを精神科病院の側からきちっとやっていこうということだと思いますが、そのときに、重症遷延者の定義を確立するという問題は、処遇困難例とか曖昧な形ではなくて、きちっと定義をすべきことだと思います。それが政策の提言にもなってくると思いますので、ぜひこれはやっていただきたいと思います。

民間の会議でいろいろな議論があつて、非常に広い範囲でのご議論があつたと思いますけど、どうもそれを見ていると、なぜそうなったかという総括といいますか、経過があまりよく見えないところで、先に先に持っていくと、逆にそれが実現できなかったときに何が駄目だったかが見えなくなるので、きちっとしていただく必要があつて、それも議論の一つの基礎になるのではないかなと思っています。それともう一つは、いま、広田さんがおっしゃられた、最後の部分にあった介護の必要な高齢者精神障害者の施設を介護保険で新設、これは私は非常に新しくはないけども、

しかし重要な提案というか、一つの提言だろうと思います。問題は現在、一番最初に提言に書いてあるように、介護保険施設で通常の地域で、入所は断られているという現実があるとすれば、それをまず調査をして、そこから開始しないと、それが困難だからすぐに病床転換するとなると、これはなかなか議論が難しいのではないかなと。どれほどのものがあるのかなと。本来であれば、高齢者になれば移行できるのが当たり前なわけで、それができないとなると、これは行政の不作为ですので、ここのところをもうちょっと教えていただければと。私はちょっとそれがよくわからないところでございます。

河崎副会長 では、三上先生、お願いします。

三上 いま言われたように、この精神科医療の一番大きな問題は長期入院の問題をどうするかという話で、山崎先生が常におっしゃっているように、急性期で重度のものと慢性期で軽度のものまでいろいろな方が入院されています。精神療養病床と入院基本料 15 対 1 の病床の患者特性があまり変わらないんじゃないかということがあったので、いわゆる精神科の一般病床の中にも長期の方が何人か入っておられるんじゃないかということで、その辺の棲み分けをどうするかということと、精神療養病床の将来をどうするかということ、あるいは一般病床をどうするかという両方を考えないといけないと思います。

それと身体合併症については、基本的にはどちらかというと、急性期の合併症を対象にした議論が主になっているんですけども、精神疾患自体は急性期と言っても、他の疾患と比べ長くかかる。普通の手術をしてとか外傷を治してというような短期間で治るものではなくて、ある程度一定の時間がかかるということなので、身体合併症についても、慢性的にある程度レベルの高い処置なり治療が必要な合併症と精神疾患の合併ということで、その辺をどうするかということ、この中にも少し書き込んでいただきたいと思います。

いま、身体合併症加算も 7 日間しか付いていませんし、そういう意味では急性期のものだけを想定されている感じがあります。それに関しては、身体と精神の連携の中で縦列と並列の連携のやり方がありましたが、縦列連携という形のものをもう少し具体的に書いていただくとわかりやすいんじゃないかなとは感じました。

河崎副会長 ありがとうございます。では篠崎先生。

篠崎 さっき広田さんもおっしゃいましたが、偏見をなくす云々のことも含めて、私はこれからの精神障害者に必要なのは住まいだと思うんですね。医療の必要な人にです。医療の必要な患者さんにとって住まいのことが大きな問題



日本医師会常任理事

三上裕司



日本公衆衛生協会理事長

篠崎英夫

なんじゃないかと思うんです。というのは、私はイギリスで精神科医をやっていたことがあるんですけど、あの当時、ハロペリドールが日本で普及していたときに、日本はみんな口から飲まず錠剤でした。イギリスは全部デポだったんですよ。なんで日本はデポを使わないのかなと思ったんですけど、結局服薬の問題がありますから、入院させるほうが楽ですからね。やっぱり住まいがね、イギリスの場合は築 200 年でも使えるし、建物がいくらでも空いているわけだから。住まいがやっぱり問題があるのかと実感しました。日本はいま、住宅の戸数は結構ありますからね。そういう意味で入院というのは、やっぱり医療と住まいがセットで

入院ということになってしまいますので、そのところがうまく切り離せればずいぶん違うんじゃないかなと。前回のアドバイザーボードでゲールの話をしたが、あそこはまさにそうでしてね、住まいさえ確保されていれば、いまどきは、いろんな医療は外来でもできる時代になりましたから。

広田 そうですね。住宅だと思います。

河崎副会長 ありがとうございます。竹中先生、よろしくをお願いします。

竹中 さっき広田さんがおっしゃったことが、ごめんなさい、ちょっとよくわかっていないんですけど、日精協と違う立場の何か派閥があるんですか。

山崎会長 派閥ではないのですが日精協が取ってきた方向に対して、アンチ日精協というか、精神科病院協会はお金を儲けるために患者を収容していると言ってきた人たちがいます。国が隔離収容政策を取ってきたのであって、日精協が非難されることではないと思っています。また、その隔離収容政策を良しとしてきた国民にも問題があったのではないのでしょうか。問題は、ライシャワー駐日米国大使が刺された時を境に急に、隔離しなければ精神障害者は危ない、なんで野放しにしているのだと書いたのはマスコミです。そして精神病床がどんどん増えていったという歴史的な流れがあるわけですね。そういう中で、精神科病院協会は患者を食い物にしてけしからんという対立軸を、常にマスコミが作ってきたわけです。

竹中 私も、うちの娘がこの2月で39歳、だから約40年ぐらい、重症とか、精神も含むさまざまなジャンルのチャ

レンジドと付き合ってきたわけですけど、いまおっしゃったように、どこにも一般社会以上の派閥があるんですよね。結局、それは日本の障害者福祉医療というのが補助という政策の中でされてきて、決まったパイを取り合いするために結果として、私らが一番困ってるから、私らにしてよと言わざるを得ない状況が作られていたんだというのを自分としては実感したので、その分野には入り込みたくなかったんです。じゃあ、何を私らがやるポイントにしたらいいかといったときに、ご批判は受けましたけど、チャレンジドをタックスペイヤーにできる日本だったんですね。あなたたちは障害があるんだから、社会のメインストリームで働いたりすることはできないよと。税から貰う人たちであって、あなたたちはタックスペイヤーなんかなれないということから、やっぱりすごい差別が始まった、隔離が始まったなあというふうに分としては気がついて、だから、どんな障害があっても、その人の能力を磨く場所があって、なおかつ磨いたものが仕事につながって、それは大金持ちになれなくたって、自分が誇りを持って支える人でも、支えてもらえながらも、この部分は自分も社会を支えているよという人になるというのを、一応私らの活動の柱にしたわけですね。

そちらから見てみると、病院が必要なときもあれば、地域の手助けが必要なときもあれば、学校教育が必要なときもあれば、コミュニティでの教え合いっこみたいなことが必要なときもあればということで、それを柔軟に選べる、チョイスができるものがあるのかどうかということのほうが重要で、あのやり方は駄目とか、このやり方がどうだとかと決めつけるよりは、とにかく選択肢がたくさんあるというのが、私としてはものすごく重要だなと思ったんですよね。だから、ぜひ、いろいろ考えが違うかもわからないけど、そこを柔軟に選択肢として並べていくというか。

それと、やっぱり今回も読んでみると、働くということに関する記述がほとんどありません。精神の障害で、うちの仲間ですら働いていますから、いろいろですけど、それでもいいじゃないかと、そういう状態のときは、とりあえず、ちょっと休めと。そうじゃない、何かできるとき、ガーッとパフォーマンスあげて、そのときだけでもちゃんと収入を得られたらいいということ、何で世間は許さないのだろうと不思議でしかたないんですよね。調子のいいとき、悪いときの波がたいへん激しいときに、この上だけでも何かできると。だけど悪いときがあるんだったら、もう上がってきても何もないみたいな、つまり働く場はないよということなんですよ。だけど、こういう（低い）波の人と、こういう（高い）波の人がうまく組み合わせさ



社会福祉法人プロップ・ステーション理事長
竹中ナミ



新潟大学医学部精神医学教室教授

染矢俊幸

たら一つの仕事ができたりするんですね、自分の経験から言うとな。

そういうビジョンについては、残念ながら今回語られていないので、少しでもそういう働く誇りを得られるという部分で、しかも入院しててもかまわないじゃないか、入院するときにあったら入院したらいいし、地域で守られるときは守られたらいいし、ちょっとでも何かできるときはそれを仕事に繋げられるような何かがあったらというようなことが少し底流に入ると、私が参加している意味があるのかなというふうに思いました。

広田 世界の先進国で日本の精神障害者の就労率が、全世界一低いんですよ。

竹中 いろんな能力があるのに、具合悪くなるときがあって、そのときがなんとなくちょっと怖い感じが出るというだけで、もう会社は受け付けへん、どこは受け付けへんという感じになっちゃうんですね。だけど私らにしたら、もう単なる波だと思えば、それはそれで組み合わせのほうで。

河崎副会長 染矢先生、どうぞ。

染矢 まず、これを読んで総論としてはすごくいいと思いました。特に、先ほど山崎先生がおっしゃったように、2ページ目の総論のところに、「我々の提供する精神医療福祉サービスのあり方が、我が国のそれらの内容そのものであると言って過言ではないだろう。この自負のもとで、我々は真摯に」というところが、やっぱりこれからの日精協あるいは日精協会員病院にとって必要なビジョンというか、あり方だと思うんですね。山崎先生がおっしゃったように日精協に対するいろいろな見方があります。ある意味偏つ

た見方、そこも偏見かもしれないけども、それこそお金儲けのために患者さんを収容するという、そういう見方にある意味対処するためにも、日精協あるいは日精協の会員病院がいま以上に非常に高い専門性、それからそれに対する誇り、そして良心、この三つというのが医療人として非常に重要だと思うんですね。これにかなり盛り込まれてきているし、そういった意味で日精協の会員の医療従事者が、より高い専門性を求めて誇りを持って、まあ患者さんが誇りを持つことも大事なんだけど、医療者側も誇りを持っていただく。誇りがあると、良心も持てると。そこが非常に大事なかなというふうに、一つは思いました。だから、総論としては、僕はすごくよくできていると思います。しかも、先ほどの千葉先生のご説明によると2年前にこの検討会ができたということですが、そんな前からこういう検討会をやっていたんだというのを今日初めて知り、改めて感心したところなんですね。

一方で、広田さんから教育のある種リスクという面や、生活の場としての病棟転換の問題というのが出てきて、その2点目というのは、すんなり、ああそうだなと思いました。教育のリスクということに関しては、ああたしかにそういう面もあるんだと。僕たち医療者側から大事なことを挙げていくと、教育というのは非常に大事なもので、すぐに重要事項として挙がってしまうんですけど、逆に教育が偏見を助長するということにどれぐらい十分気をつけられるかということが、これからの実践面としては非常に大事なかなと思います。

それから、とにかく地域で暮らしていくためには、救急医療体制と、住居や生活施設、この2点が非常に大事なもので、それをきちっとやるためには、そこに財政的な病院への支援というのが非常に大事なもので、そこをかなり重視して、日精協の都合ということでなく、日精協が声を上げていくということが非常に大事だと感じました。

それからあと、僕はあまり書かれていないのかなと思った点が三つあって、一つは、日精協がどれぐらい人材育成に貢献できるかという視点、もちろん大学医学部、それから研修病院というところが人材育成にとっては非常に大事なんですけど、日精協の病院での経験というのは非常に人材育成にとっては大事だし、そこにどれくらい取り組めるかということ。後は偏見をなくす意味でも、それから社会の許容度を上げる意味でも、発達障害とまでは言わなくても、発達特性の理解とその許容ということをもっと社会的に高めていかないといけない。いまの精神医学に決定的に欠けているのは、小さいころの発達特性、そしてそれに対する虐待とか養育体験の歪みという視点が、精神医学全

般に非常に欠けているなというふうに感じてまして、そこにも日精協としてぜひ強い取り組みをしてほしいなという感じました。それからもう一つは、やはり災害時とか緊急時の体制というのが、社会に対する貢献という意味でも、病院としても社会参加しているという実感も非常に誇りとして持てるし、社会からの感謝というのも、非常にある領域なので、その災害時精神医療体制というものも何か少し書き込むと、更にいいのかなというふうに感じました。

でも、総論的には、僕は非常によくできたビジョンだというふうに関心しています。発達障害に関してですが医者にも社会にも十分理解されていないと思うんです。人間はある意味、発達障害の臨床をやる中で最近よく感じているのは、みんな障害者だと僕は思うんです。僕も障害を抱えているし、みんな抱えていると。学生によく言うのは、君、障害を持っていないと思っていないかと。障害を緩くとればね、みんな障害者で障害を抱えていてというこの視点が、ある意味発達障害を理解する、発達特性を理解すること、障害の理解ということに非常に貢献し得るんじゃないかというふうな意味ですね。

広田 私ね、厚労省の検討会で激しく医者の先生たちを攻めたてていますが、社会社会というときに、啓発でも言いましたが、医者が医者の教育箇所をちゃんと見直してくださいということです。私が相談に関わった時の話ですが、いまいわゆる流行の解離性障害がよく統合失調症と診断されているんですよ。発達障害もそうですよ。むしろ見落としているのは医者です。だから、まず医者とかそこに携わる専門家として、この人は医者だったら病名で、どういう症状で、福祉だったらどんな生活のしづらさがあって、どういうことをサポートするか。それができてなくて社会になんて言わない方がいいと思います。社会はその後です。まずは、医者が医者たるゆえんの仕事の務めを果たしてほしいということです。的確な診断を付けてほしいということです。基本はその人の病名が何で、何の症状でこの人は薬を飲んでいてという、インフォームドコンセントもそうですけど、それが生き方のチョイスにもなるんですね。そのところをきちんとやれる医療を日精協が目指してほしい、まずは。

染矢 そういう意味です。

河崎副会長 専門性をしっかりと高めていかなければいけないということです。

広田 医者が、教科書も含めて、きちんとやってほしいということです。

河崎副会長 ありがとうございます。では、樋口先生、

よろしくお願いいたします。

樋口 私はまだ本当にざっとしか目を通していないということで、感想的なことになってしまいますけれども、染矢先生が言われたのと私は同じ感想をまず持ちました。非常にこの今回のビジョンの報告書はかなり思い切った、踏み込んだいろいろな検討をされているなど。要するに一般的なあるべき論とかそういうことにとどまらない、もっと具現化するという意味では、これまでの入院中心から地域中心の精神科医療を目指すという、共有してきたものがありながらも、それがいろいろなところで突っかかり、引っかかり、なかなか進んでいかなかったということに対して、思い切った踏み込みをされたというふうな感想を持っておりまして、そういう点をまず非常に強く感じました。それで、中にいくつか提案されておりますが、先ほど広田さん



国立精神・神経医療研究センター理事長

樋口輝彦

はそんなことをやったら私は脱退すると言われておりましたが、特に私は転換の話に注目をいたしました。いままでそこは常に議論がかみ合わずに、常にそこでストップしてしまう。そのために先に進めないという要因があったと思うんですね。そこをこれから、もちろんそれは沸騰した議論になると思いますけれども。それに対して、こういう具体的な提案という形で出されたということは、やはり注目すべきだというふうに私は思います。それからもう一つ、二つ、特にとりあえず非常に賛同した点を申し上げます。私は超長期の入院の解消というのは、私たちがこれまで背負ってきた大きな負の要因だというふうに思うんですけれども、大事なのはニューロングステイをいかに作らないか

ということで、将来に向かって常に考えていかなきゃいけないことではないかと。ニューロングステイを作ってしまうと、結局気が付いてみたら、また超長期をどこかで繰り返していることになるので、そういう意味で、ここで提案されているデイホスピタル、これは新たな提言ですね。もちろん病院を退院した方にとってのデイホスピタルでもあるだろうと思いますが、地域にいる方で、場合によってはいままででしたらそのまま即入院だった方が、デイホスピタルという場を使うことによって、その入院というところに至らずに地域に戻れるというそういう要素を持った施設、これはすごくいいアイデアだというふうに思いました。それからもう一つは、それと連動して、やはりニューロングステイを作らないという意味での役割を果たすのは地域生活支援訓練センターであるということ。これは、地域の中での生活の側をサポートすることによって、破綻をきたさず、入院に至らなくてすむというところに関与していくことができるしくみだと思います。こういったものが十分に展開されていくことによって、ニューロングステイを作らないという意味をみんなが共有できれば素晴らしいんじゃないかというふうに思いました。

河崎副会長 ありがとうございます。伊藤先生、よろしくお願いします。

伊藤 報告書を拝見させていただき、積極的な内容が含まれているとても意欲的な報告書と感じました。その背景をお話したいと思います。

まずは地域連携です。オレンジ手帳という認知症クリティカルパスを日精協の高齢者介護保険委員会がお作りになりました。認知症の地域連携を患者さん手帳という形でまとめられたものです。これは聞くとところによりますと、今般の震災で患者さん情報がなくなるという事態があり、患者さんに必要な情報をまとめるためにも簡単なものも作成されているとのこと。立派な大変進んでいるお仕事だと思いました。我々も昨年から地域連携クリティカルパスの開発を始めたところで学ぶところも多く、こういった地域連携の活動が広がることは、とても大切です。

「連携」には二つあります。一つは精神科医療間の連携。地域移行、急性期と在宅との連携が入ります。もう一つは横の連携で、これは精神科と身体科・他のサービスとの連携で、認知症や身体疾患と精神疾患を合併した場合の連携です。どちらも必要になってきます。連携を進めるには受療中断を未然に防ぐ工夫が大切になります。最近再発見した立派な事例として積極的通院指導があります。この病院もしくは診療所の外来用のカルテ棚は対面していて、月の最初に一方のカルテ棚に全カルテを寄せます。通院継続が



国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部長

伊藤弘人

必須という患者さんに赤丸が書いてあります。そして月に1回でも受診すれば、もう一方のカルテ棚にしまします。そうすると、1カ月後に、通院が必要だけれども来ていない方のカルテが残ります。その方に対して電話をかけて、通院を勧奨していくというしくみです。実は15年ぐらい前に伺ったしくみですけど、いまでも続いていて、簡単な構造上の工夫ですが受療中断を防止する、とてもいい試みだと思います。病院中心から地域中心へという流れが進むと、このようなしくみが大変重要になると思います。次にターゲットの考え方です。これから地域での医療を考えていくと、どういう方々を受療中断でこぼれないようにするかという意味で、ターゲットを明確にして進めていくということが必要だと思います。最後にまとめたいと思います。海外の精神科医療は主に公的医療で行われています。ですから、予算でコントロールして、予算配分や配置転換をすれば、改革は進みますが、日本の場合は9割以上が民間の病院ですので、ドラスティックにできないし、するべきでないというのが、国際的にいろいろな方とお話をして一般的に同意をされます……。

広田 先生、もう一回言ってください。国際的に何をですか。

伊藤 民間病院が多い国においては、海外で公的病院だけで改革をしたようにはできないという意味です。ただ、地域で社会資源が少ない時代は、病院が医療を担うという役割がありますけれども、近年いろいろなメニューができています。そういうメニューを組み合わせ、地域が責任を

持って、病院としてはベッドが地域にあると認識して、地域が病院ととらえたしくみにしていく必要があると考えています。人員配置的にそれを形にすると、入院医療を担っていた職員を、できれば入院を高度化し、人員配置を厚くする。一方で外来の職員を増やす、こういったモデルチェンジを後押しをするというのが大事だと思います。そうしますと、さまざまなメニューが精神障害を持った住民の方のためにあるのかを確認する必要があります。日本はフリーアクセスが担保されている国なので、厳格な医療圏は作れないんですが、それぞれの地域で緩やかな、地域の仕組みを確認していく作業は必要だと思います。必要なメニューが整備されていない地域が把握できれば、その整備を推進していくことができます。本当に機能しているかという確認も必要でしょう。今度、医療計画で精神疾患が5疾病目に入りますけれども、その中で精神疾患の計画と保健医療計画というのは、おそらくこんな役割が都道府県に出てくるのではないかなと考えています。それぞれのサービスをどうするかではなくて、地域でそういったしくみができているかどうかということを確認する必要があると思います。やはり急性期の診療報酬を上げ、長期ケアのところは福祉サービスのほうに転換していく。そこには移行するためにコストが必要ですので、移行コストも担保していく必要があります。実は海外でも、移行プロセスで財源が知らないうちになくなってしまうということがあるんですね。モデルチェンジがうまくできる方法を慎重に考えていく必要があると思います。

最後に、日本精神科病院協会への期待です。精神保健医療福祉複合体へのチェンジ・統合モデルをぜひご提案をしていただきたいなと思います。具体的には、一つ目に入院医療の高度化です。二つ目は、切れ目のない入院医療と地域医療・支援の実現。これには三つの方向があります。一つは、病棟転換型の類型でステップダウンを考えていく。二つ目に樋口先生が先ほどおっしゃられたように、地域生活のほうからステップアップしていく。デイケアを、例えば急性期の大変濃厚なデイケアを作るという方法もあるかと思っています。三つ目にそれらを組み合わせていく地域連携です。あわせて、どの国も非任意の入院制度はありますが、より制限的でない処遇を促進していく方向が活発になるとよいと思います。

広田 この間、民主党さんから新しい法律の説明があったんです。そこで私は、「自立支援法の与党側の参考人になったのは、精神障害者の福祉を市町村で義務づけるから、これで社会的入院が出られると思い、出た。しかし社会的入院は出られなかった。今度の法律も出られそうもないから、



精神医療サバイバー

広田和子

なんとかしてください」と伝えました。この資料の「はじめに」が入っていますが、「うつが多発などで、日本の精神疾患（精神障害者）は、204万人、258万人、303万人、323万人と増加の一途をたどっています」だから5疾病に入ったわけですね。それで、「また日本には多くの国民が知らない精神科病棟の中に、入院治療の必要がないのに退院先がなく病棟内に留まっている“社会的入院者”がたくさん存在しています」これは人によっては7万2,000人とも言い、また私は20万人と言い、それからまた、病床をゼロにしたいと言う人もいますから、いろんな意見があります。「日精協は病床転換で結果的には何もいじらないだろう」「日本の精神病床はゼロがいい」と言う人と、それから半分がいいと言う人と、それから私は20万床、「社会的入院者が、ひとりの地域住民として暮らせるためには、国および地方自治体の、もう誰がおっしゃることもなく住宅施策です」。家がなくて電話相談があっても、ナンセンス。住宅施策、そして24時間安心して利用できる精神科医療。そして、ホームヘルパーがものすごい重要だと思います。訪問看護よりもホームヘルパーのほうがみんな喜んでいます。24時間、誰もが安心して利用できる国民の精神科医療が求められています。これを実現したくて私はここにいます。国が取ったライシャワー事件後の隔離収容施策です、マスコミが騒いで。あれを現在の厚生官僚でも若手は、国の施策だってわかっていないわけですよ。それで、とにかく精神科病院が悪いんだというふうな考え方の方も、厚生労働省の若手にはいらっしゃるということです。それも私は民主党さんのところで言うておきました。「国の責任ですよ」と。「社会的入院は」それは、もう社会全体の問題

だと思うんです。

河崎副会長 ありがとうございます。先ほどから、先生方にいろいろと今回のビジョンに関する感想なり、あるいはご指摘の部分もしていただきました。いくつかポイントがあったというふうに思うんですが、やはり一つは、今回、日精協としてこのビジョンの中で新しいものとして提言をさせていただいたのは、先ほど樋口先生のほうからも言及していただきましたが、一つは、介護精神型老人保健施設、これは病棟、病床を転換して、介護保険対象の精神の高齢者の方たちのそういう施設を作ったらどうかというところでございます。これが一つ。

それとデイホスピタル、これも日精協として今回新しく提言をさせていただきました。そして、その地域の中での精神障害者の方たちの生活、あるいはもっとステップアップを狙うという意味での地域生活支援訓練センター、こういうようなところが新しいものとして、今回、一つの核として提案をさせていただいております。ちょっとこの辺りのところを、もう少しご意見をいただければと思います。先ほど広田さんからは、病棟転換には反対のご意見をいただきました。

広田 この意見に関しては、広田さんだけじゃないです。一致していますから。

河崎副会長 ただ、その辺りのところも、やはり一つの、現状を開拓するためには、そういうような施設の必要性というものの、私たちは主張しなければいけないと。なかなか長期の、高齢化しつつある方たちの地域移行という部分が進まないという。これは広田さん、やっぱり現実的には、その問題をどう解決するのかということがあるじゃないですか。

広田 この間の検討会、「うちの母親が内科に入院して、3カ月で長期療養の点数になりますから、家族のいわゆる付き添いなしに病院が転院させたんですよ、うちの母親を。86歳という高齢ですから、私は亡くなったことに対してOKですけど、環境の変化で亡くなった」という話をしました。仲間が「なんで65歳以上5年未満の人を出すという話なんだろう」と先日言ったんです。私も「出せる人を出せばいいじゃない」と、その高齢の人を福祉にすることじゃなくて、高齢の人であれ何であれ、要するにアメニティをよくする話をしましたよね。いったん、そういう介護・福祉みたいなのを作ったら、そこにまた人が必要になりますからね。いま、病床削減できないのは、これだけの病床ができちゃったからだということですよ。それと、30年入院していた社会的入院の仲間が退院しましたが、なぜ、病棟転換しなきゃいけないのか私はわから

ない。

河崎副会長 その辺のことを具体的なイメージも含めて千葉常務理事から説明してください。

千葉常務理事 まあ転換老健でもいいと思うんです、このイメージは一般的にいままで持っている地域移行というようなものとイコールではないんですね。何を考えているかという、「適切な環境に移しましょう」ということであって、本来であれば、老人保健施設や養護老人ホーム等で処遇するような方々を現在、そういった施設では精神障害あるいは精神疾患があるがゆえに受け入れることが難しいとされてきて、そしてやむなく精神科病院に入院していると。であれば、そういう介護保険の老人保健施設、プラス精神科をちゃんと診る、病気や障害をきちんと診ることができる機能を足した施設があれば、そこで診てもらおう。「病院から施設へ適切な環境移行をしたらいい人たちが、いま、病院の中に何割かいるんですよ」という話なんですね。

ですから、それは病院ではなく、そういう施設で見えるように一般の普通の方々が介護を受けなければならなくなって、そういう施設で見てもらうような状態になったら、施設に入りますよね。みんなと同じような施設を作りましょう。もちろん一方では介護施設や何かがそういう人たちの受け入れがちゃんとできて、そういう人たちを見る体制を強化していくということも、一つの方向なんです。だけどそれを待っていたら時間がかかってしまって、その方々が病院の中で終末期を迎えてしまう。それは我々としては不本意なので、少なくともいまいる人たちについてはできるだけ早くそういったような環境を整えて、そういう環境に移行していただいたほうがいいだろうということなんですね。そうしたら当然、病院の外に出たらその分病床が空くんだしということと、それからそういう方々が亡くなってしまったら、今度新しく施設を作っても、今度はその施設に入る人がいなくなっちゃいますよね。…という経済的なことを考えると、実行性のある、一番現実性の高い方向としては、そのほうが。

もちろん中をいろいろと、先ほど言った6床の部屋を4床に、ちゃんと家庭的な雰囲気にして云々という改築も、もちろん……。

広田 改築じゃなくていいんです。

千葉常務理事 だからそうさせていただいて、その適切な環境にして、そこで介護的な対応をして、もうそれは精神科病院の病床じゃなくしちゃいましょうと。

広田 精神科病院をなくす話は、こっちに置いていて、共通認識として、お尻に火がついている状況。イタリアのバザリア法って、精神科病院をなくしたという法律ですよ。

本当に現状を見据えた先見性のあるものを、もし読み切れていなかったらごめんなさい。日精協としては、ズバリ将来何万床のビジョンなんでしょう。

山崎会長 日精協が特に数値目標で35万床を、30万床にする、25万床にするということではなくて、さっき三上先生がお話していたように、精神科の急性期病床にも慢性期病床にも精神療養にも、いろいろな患者さんが入っています。問題は長期慢性の患者さんでも、軽症の人も、中症の人も、重症の人も入院しています。したがって、長期慢性重症というのは、長期間にわたって病院で面倒を見なければならない、問題はその長期慢性の軽症とか、あるいは中等度の人を精神重症度、介護重症度に応じてどこで処遇するかという問題があります。

また、長期に入院していたために高齢化して、合併症も併発し、合併症の治療も必要、精神科の治療の必要な患者さんをどこで診るのかという、患者特性をきちんと考えていかなければいけないと思っています。そのように考えたときに、高齢者で、長期慢性の高齢者で引き受け先がなくて入れず、普通ならば介護保険でどこかの介護施設に入っている患者さんの処遇をどのようにするかが問題になります。このようなケースを精神科病床を病床転換して、精神障害者の高齢者施設に転換できたらと思っています。あくまでもこの施設は、オールドロングステイの患者さんが対象であって、ニューロングステイの患者さんの話ではありません。

いまは、1年で87%ぐらいは退院しています。したがって、13%が中期予備軍に移行していきませんが、その中で治療抵抗性の患者さんがいて、最新薬を使っても症状が取れない患者さんが一定数います。このような長期慢性重症の患者さんは、どういうところで診ていくのが一番いいのかという整理もしなければいけません。したがって数値目標で厚労省は35万床を20万床あるいは15万床に精神科ベッドを減らしましたと海外に言いたいでしょうが、結果としてそうなる話であっても、患者さんの特性に合った施設類型をきちんと作っていきたいというのが本音です。

千葉常務理事 広田さん、この転換で全部それを済まそうという話をしているわけではないですよ。ある一定の割合の方々でそういう介護状態になっている精神障害者の入院者を、せめて精神科病院じゃなくて普通の人たちと同じような介護施設を中心に処遇するための方法というのが、ここで挙げている転換老健の話です。それから当然、それ以外の障害福祉サービスの施設も精神障害者に合っていない部分がたくさんあって、だから退院させられないでいる部分があるけれど、そこを今度新しい法律などにも合わせな

がら、精神科に合った特性をちゃんと見てくれるような形の施設、ケアホームだったり、そういうグループホームだったりしてくると、現在社会的入院と言われる、障害が中等度の方々ですか、そういうような方々の生活の場所も増えてくるということも言っているわけです。

ですから、何が何でも病棟転換でもう全部施設にしてみようんだという話をしているのではなくて、きわめて限定された部分でも、「そういうふうに精神病棟で介護を受けている人たちはいるんですよ」と。「その人たちのためのものを作りましょう」と。先ほど、三野先生のほうから調査の話がありましたが、実は調査はもうすでに終わっているんですね。どれぐらい拒否されているかということ厚生労働科学研究の平成21年度調査でやらせていただいてそのデータはあるんです。いかに差別されているかということが調査結果から出ているので、それでこの部分に大変色濃くそれを反映してプランとして出させていたideているということです。

広田 もったいない。日精協アドバイザリーボードを2年前からやっていて櫻井よしこさんが見えた、飯島さんも見えた、竹中さんも見えた、そういう立派な方たちがお見えになって、それでこういう内容が出たら私はもったいないと思う。もっと日本社会がドラスティックに、どんな人でもそれが人間なんだということで許容する愛とか、そういうものが変わるようなものを打ち出してほしいと思うんです、私は。そんな病棟転換だけが独り歩きして、広田和子が日精協に取り込まれたとか、そういうことも勘弁してほしいということです。精神科救急については、三野先生、診療所とクリニックの患者が一番ニーズが多いですね。全国どこで聞いても。

三野 わかっています。

広田 いわゆる、まったく医療に未受診の人よりも、病院にかかっている人よりも、圧倒的にクリニック、診療所ですよ。それに対して診療所、クリニックの医者がどれだけ精神科救急に参画しているかといったら、大震災では大活躍したけど、申し訳ないけど精神障害者にとってとても大切な精神科救急医療システムには協力していないですよ。

樋口 いまの介護精神型老健が持つ機能として、一つは、それは精神医療、医療的な側面を持っていくという話になっていますよね。それでないと、従来のいわゆる普通の老健と変わらないということになる。そこはどのような形で、例えば中にそういう機能を付与するのか、あるいは例えばクリニックのようなものとの提携を図ってやっていくのかとか、そういう具体的なことは少し検討されているんです

か。

千葉常務理事 具体的なことは、まず国が5年前にしているのは、療養病床を、特に介護型療養病床を廃止するというので、廃止先として考えられている転換老健。介護療養型老健というんですね、このスタイルをそのままコピーをさせていただくということを考えています。つまり、通常老健に加えて医療機能がプラスされたと評価されているということであって、その医療機能の部分を精神医療の機能へ移し替えるだけというだけなので、実に形としてはすでに先行して作られているシステムがあるわけですから…。この部分に精神を入れ替える、療養医療の部分を精神医療に入れ替えると。

配置としては、やはり PSW の配置はいるだろうということは考えています。作業療法士等、理学療法士等は、いまでも老健にきちんと配置基準に入っていますから、そのままでもよろしいんじゃないかなと思っています。それから、一応精神科病院の病棟を転換するのが、一番リーズナブルで利便性が高いと言っている関係上、いわゆる併設型と言ってもいいと思うので、その場合には、病院のほうから精神保健指定医を嘱託医でとか、そういったようなことを考えました。独立型の場合は、精神保健指定医をきちんと配置というような形ですね。

お金のことを申しますと、実は介護保険の要介護認定からすると、いまの対象となる精神の方々の介護度は、認知症が全部低く出ているように介護度が低く出る可能性があるというのが問題になります。ですから、そこを補うための「精神疾患加算」のような加算点ですね、いま、若年認知症加算という加算がありますので、そのようなものを若干付けていただかないと、うまく運営できないかもしれないというのはあるんですけれども、そのへんまでひと通り計算をさせていただいて、バックボーンには完全に療養型病床転換の丸ごとコピーということで考えています。

広田 何床なんですか、それをやろうとしたら。私は反対です。

千葉常務理事 いまの療養型病床群、もちろん何床ということはないんですけども、もちろん何床あたりに何人という基準は設けておきます。ただ巨大なものは……。

広田 違う、違う。全体として。35万床のうち、何床転換をするの？

千葉常務理事 いまのところ、試算すると3万床ぐらい。

広田 いま、精神療養は何床あるわけですか。

山崎会長 10万床。

広田 3分の1。

千葉常務理事 おそらくそれぐらいが対象者、つまり介護

状態としての対象になるんじゃないかなと。

三上 私は介護を担当していますが、同じ病院の中ですべてを転換老健にするという話はあまりないわけです。一部ということで、建物の中には当直医もいて、必ず医療が24時間提供されるような状態なのに老健だとするのはものすごくいびつな感じがするんですけども、強引に転換老健というものを作りました。その中で、今回はまた療養強化型老健といって、介護療養型医療施設に近いようなものを作り、いわゆる老健の医療を更に病院に近づけると。病院の中の同じ一つのフロアなんですけども、逆にそういうふうにごんごん医療の必要な老健が必要になってくることがあるので、基本的には精神療養病床が介護保険で適応できるような介護療養病床であれば、本来は老人向け施設ではなくてもいいんじゃないかというのが一つあります。先ほど言われた24時間ホームヘルプもできるような住まいはいるんだと……。

広田 24時間は無理です。夜は寝かせてください。

三上 いや、だから24時間訪問看護もいける、訪問診療もいける……。

広田 やりたいのは医療者側です。申し訳ないですけど、患者側じゃないです。

三上 そういうのも介護の中にも今回できて、24時間の定期巡回・随時対応の訪問看護介護というサービスができました、同じように。これは基本的にはすごくお金がかかるので、介護の世界でも1人60万ぐらいかかりますよ、要介護5だと。これをうまくやるには、いわゆるサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）と言われる施設のような、1階部分にサービス事業所があって、2階以上に住まいがあると。いわゆる特養みたいなものですよ。ですから、自宅ではなくて、いわゆるそういう人たちがばかりが集まって集住化をするところでない、そういうサービスというのは提供できない。

先ほど、住まいの問題を強くおっしゃりましたが、常に医療や介護、看護とかが必要だというふうな状況を、もし想定するならば、本来そういう人たちには集まっていだかないと、なかなか効率よくいけないと。地域でといっても、最終的には一番広がったとしてもコロニーのような形、いわゆるそういう人たちがばかりが近くに住んでいるというところで効率的にサービスを提供するということのようなことしかできないと思うんですね。

だから、その辺のところの発想というのは、これから非常に現役世代がすごく減ってきて、医療職や看護職とか介護職の人たちが現役世代の中でもかなりたくさん必要となってくる中で効率よくやるということを今後考えない

と、おそらく絵に描いた餅のような形になってしまう。その転換老健の話は、いま転換推進は強引にやっていますけれども、その中でも医療の必要なほうへどんどん移ってきています。だから、そこに医療を外から入れてもいいとか、どんどんやってきて最終的にはもう療養病床になってしまうのではないかと。それぐらい、医療の必要な人が増えてくると。高齢者の世代がですよ。だから、逆の発想をしないと、何年か前にずっと地域移行とか言っていましたけれど、あるいは施設から地域へとかやっていたけども、その発想自体も変えておかないと、地域へと言っても、いわゆる高専賃のようなところに集中的に入ってもらおうということになると、施設から施設へということになりますからあまり意味がないわけです。でも、財政的なことを考え、やはり集住化しないと仕方がないと。だから、そこを受け入れないと、たぶん進まないだろうとは思いますが。

というのは、高齢になって介護保険の対象になる65歳以上の人で長期入院して、身体合併も増えた人ということになるので、介護保険の世界である程度考えていけば、いまは複合型サービスでありますとか、小規模多機能とか、そのサ高住でありますとかね、定期巡回の問題とか、そうったものをかなり使っていくのと、それからいまの転換老健の話なら、僕は介護療養型医療施設という、いわゆる病院という形態の中で介護保険を使う、精神療養病床って書いてあるけど、介護療養型精神病床という、そういうものでも別にいいんじゃないかというふうには思うんですけど。千葉常務理事 先生のおっしゃっている方向もあるだろうということは内部の検討の中でも出てはいたんですね。ただ、いま我々がその部分に積極的にその提案をしなかったのは、要は介護療養病床を潰してそっちにいくとしてみたものの、やっぱりだんだん必要性和ニーズで戻ってきているという状況になってきているところなんだろうと思うんですけど。では、また元のように介護療養病床を復元するののかという方向までいっているかどうかは、ちょっと読み切れなかったという部分もあってですね……。

三上 でも、6年延びたということなので、これは本当になくすといわゆる介護難民がいっぱい出ますので、おそらく6年後はいまよりもっと厳しい状態で介護の必要と医療の必要な人が多くなりますから、たぶんそのときには見直しになってくる。

いま、老健と病院の病床の間で5種類ぐらいあるんですよ。今度、従来老健のところには在宅支援型の老健と、それから今度の転換老健と、それから療養強化型老健と経過型の介護療養型老健施設と。いっぱいあって、少しずつ人員

配置基準が違っていると。同じ建物の中でもですね。だから、そんな無茶苦茶なことをやっている。それだけ療養病床を減らすといったことにメンツを立てるというんですか、1回廃止すると言ったので強引に診療報酬でもインセンティブを付けながらもやっているんですけど、やっぱり病気の人が多くて、医療が必要だということでどんどんまたそっちのほうに寄っているという、すごい矛盾があるんです。だから、絶対に6年後はいまよりもっと厳しいから、おそらくやめるのをやめたということに……。

千葉常務理事 それは時代に合わせながら……。この報告書の中にも、その点でももちろん他の財源等を使って、そういう人たちを介護的にきちんとみることができるのであれば、そういう方法も検討したいというのは、含みを残させていただいたんですけども。いまの段階で一番最短に見えるのがそこだということと、それから、ここに入れたらそこへとどまるということではなくて、そこから一般老健へ、もしくは先生がおっしゃったように、老健そのものは中間施設なわけですから、老健から出て、いまのようなサービス付高齢者専用住宅、サ高住ですか、そのようなものへ住んでいくというような形で、住まいの問題をそういうふうに関解決をしていきながら、段階的に地域移行ができていくと……。

三上 サ高住の話ですが、国民はサ高住を望んでいないんですよ。だから絶対必要なのは、安否確認と相談機能だけなんですけども。認知症だけじゃなくて、要介護の方々、高齢者の住宅ですから、安否確認と、いま独居の人が3分の1おられますから、そういう人たちが孤独死しないように、毎日元気かどうか安否を確認する。

広田 それをサービスと言うから、もう本当に冷たい社会ですね、本来は地域住民同士が……。

三上 そうそう。だからコミュニティがちゃんと機能していれば大丈夫なんですけど。

広田 やさしい社会になるようなビジョンであってほしいと思っています、私。精神科医療の大改革と、櫻井さんが、ナミさんが、飯島さんが言われて、私が言った。みんなが言っている、外部から来ている人はね。だから人として当たり前の社会がくることになるようなビジョンを出さないで、もったいないと思う。申し訳ない、3万床の小手先だけのことでなくて、もっとドラスティックに。

それと、私、入院をやめて地域でセンターでやるというけれど、3日間の入院でよければそれでいいと思う。私、休息入院してましたから。何で休息入院ができなくなったかということ、行った先で他の人を怒鳴りつけたりする看護師と出会ったりすると疲れちゃうんですよ、切なくて。だ



日本精神科病院協会会長

山崎 學



日本精神科病院協会副会長

河崎建人

から休息にならないで、逆に過労入院になったわけですよ。本当にアメニティが保障されて、疲れが取れていた。あるところでは「4カ月間ショートステイしている」んですよ。長期間ショートステイするより、私は3日間入院のほうがいいです。そういう意味でも24時間安心して利用できる精神科医療にして、入院回避じゃなく、病院でいいときもある。さっき選択肢と言われたけど。私は病院に行って3日間、私は3日間ショートステイ、私は3日間親戚の家、私は3日間広田さんの家、1日ですけど、うちは。というふうなものが広がっていくことが大事ですね。まず豊かな住宅施策です。いまの私は素敵なお家で癒されていますから。

河崎副会長 その辺は竹中先生がおっしゃっていたように、選択肢をたくさん、いろいろと用意をするというところが、やっぱり非常に大事になってくると思うんですよ。山崎会長 冒頭でもあったように、日本の精神科病床は、9割は民間病院がやっていて、1割が公立でしょう。外国の場合は、9割が公立で、1割が金持ち相手の精神科病院ですよ。そこが基本的に違うのと、それからもう一つ、イタリアは精神病床をなくしたなくしたと言いますが、イタリアの公立の精神病院をなくしたのであって、民間病院はなくしていません。公立精神病院を閉めて、総合病院に15床の急性期のユニットを付けたんですね。基本的に2週間以上は入院できないというルールになっています。

日本の精神科医療に近いことをやっているのは、2012年3月号の日精協誌に佐々木一先生が書いていますが、ベルギーです。7割が民間病院で3割が公立病院でした。ベルギーが精神科病床を減らすときにしたのが精神病床の施設

転換でした。これはモデルになると思って、前から注目しています。ここでも、病床転換してナーシングホームに変えるという手法でしています。いまやらなければいけないのは、高齢者の合併症を持っている、精神症状は重くないけども、医療必要度のある患者さんをどう処遇するかを考えなければいけないと思います。

広田 やっていないじゃない。私、初めて呼ばれたから、やってないはず。

山崎会長 だから、僕が会長をしている間にちゃんと政策を変えて、そういう制度を作り、診療報酬を整備したいと思っています。

広田 だから、山崎先生、野田首相に会いに行っても、社会をドラスティックに変えようと、いま、チャンスよと。ピンチはチャンスよと。社会を改革よと。

伊藤 転換のことで伺いたいことがあります。高齢者ケア施設の転換の話が出ました。長い将来を考えると、いま若い人たちの入院のステップダウンのユニットとしての転換も重要になると思います。例えばアメリカでは、病床を昼間は寝る場所にして、それを部分入院、パーシャル・ホスピタライゼーションと言っています。つまりステップダウンのユニットという考え方です。今回のデイホスピタルというのは、そういうことも視野に置いていますでしょうか。

河崎副会長 今回のデイホスピタルの考え方は、その病床をデイホスピタルにというようなことではないんです。デイホスピタルという機能を新たに創設しようという考えですので、ここの部分と病床の減少とはリンクはしていません。

三上 これはデイケアとデイホスピタルの違いというのは、医療の密度の問題ですか。

河崎副会長 そうですね。あくまでデイホスピタルというのは、これまでだったら入院医療の前半部分、どうしても入院しなければいけないというような状況でも、もう少し前の段階で休息入院的なこともデイホスピタルでやったらどうかということが一つ。

三上 日帰りショートステイみたいなものですか。

河崎副会長 そうですね、まあそういうところがあるかと思います。それともう一つは、かなり落ち着いた段階で、もう早くその地域へ、それこそ戻る先のワンステップとして、デイホスピタルを利用するということもあるかと思うんですね。

篠崎 私の理解では、夜まで付いているとホスピタルだとイギリスで昔言われていたので、デイケアは昼間だけ。その違いだと思いますよ。

河崎副会長 ですから、実際的には、日中のそういう形の治療の関わりをするということにはなります。あくまで外来機能の一つとしての位置づけになるということです。

三上 デイナイトケアなどと、違いがわかりにくいなと思うんです。

河崎副会長 より治療的。いまはデイケアとかデイナイトケアというのは、実は本当に医療的な面がどうなのかというのは、いま国からずいぶん注目されている。

広田 ゲームをやっているデイケアもあるんです。患者が言っています。

河崎副会長 だから、それはそれで必要な治療の一環としてやっているわけだけど、それよりも、もっと濃密な医療密度の高いものとして、位置づけたいと我々は考えています。ただ、おっしゃるように、そうするといまのデイケアはどういう評価になっていくんだというところは裏腹には出てきますけども、そこはちょっと十分検討しなければいけないと思います。

広田 ゴチョゴチョ新しいものをくっ付けるのではなく、精神科医療本体を24時間安心してかかれるようにしくはては。

河崎副会長 いや、基本の部分、安心した精神科医療を作りあげるとするのは私たちの共通認識です。

広田 まずはそこを日精協がやっていただきたい。

山崎会長 やはり病院というのは、入院機能がバックにあるので、危機介入にしても、早期介入にしても、きちんとできるのは病院なんですよ。

広田 危機介入は重要だと思いますよ。危機介入相談員としても。



日本精神科病院協会常務理事

千葉 潜

山崎会長 アウトリーチで全部やれと言ったって、アウトリーチで危機介入できるかといったら、限界があると思います。

広田 アウトリーチは患者側が困っていることが多いです。「親が呼んでいる」って、患者はなかなか言えないんです。この間も、患者があるところで叫びましたよ。「お母さんが来たら薬が増えた」って。なぜかという、訪問看護も生活支援センターの訪問も、母親のニーズが多いから。そうすると医療に付き添って母親がワーって騒いだら、子どもの「薬が増えた」というわけですよ。訪問看護、生活支援センターが、コンシューマーは誰なのか、誰のためのサービスなのかとわかっていないで、保護者規定がそのまま福祉にきちゃっているんですよ。

千葉常務理事 デイホスピタルの話、ここで、デイケアとの違いの話が出ていると思うんですけども、我々の考え方からすると、デイホスピタルは「入院側の外出し」なので、デイケアのほうの進化型ではない。ですから本来であれば入院すべきものを、どうやってその部分でがっちり診ようか。それはそうすることによって入院を短縮することもできるし、入院に至らないで済むこともできると。

それから、早く退院をさせて、つまり本来であれば、「もう少しがんばってからじゃないと退院させられないね」の人たちを、「まあ夜だけでも何とか寝てもらって別に問題がないんだったら、後は昼の治療だけ来てもらえばいいよね」という形のイメージです。

ですから、病院の中で行われている治療の昼間の部分を全部。夜の医療管理は必要が薄くなってその部分は在宅で

いい人たちを出す。そしてそこで診ようかという、そういうイメージであって、そこで落ち着いて安定をして、普通の通院治療等と、プラスそれを維持あるいはリハビリテーションが必要な人たちをデイケアに、いままで通りのデイケアに持っていくという形です。デイケアの強化型ではなくて、「入院治療の外出し」というふうなイメージでこれを作ろうと。

染矢 前段階ですね。

千葉常務理事 そうです。これと逆に、「ナイトホスピタルはどうだ」という論も出ていて、「昼、仕事に行って、夜、1人になっちゃうと心配になっちゃって」…云々と、それは病院でいいのかどうかは、我々としても疑問はたくさんあるところなんです。

広田 医者の方が私より心配性の方が多いですよ。うちに6カ月間泊まった方がいらっしゃるんだけど、患者の可能性とか、そういうものを信じて送り出す時代だと思いますよ、愛を持って。

伊藤 今日、竹中さんもおっしゃられたように、最終ゴールが就労だという観点は、国際的にも指摘されていますので盛り込めるとよいと思います。

山崎会長 就労は確かに抜けているね。

千葉常務理事 テーマがたくさんあって、いまとりあえずの部分をバージョン1でまとめたということなんです。当然これの中で、法関連の部分も、それから特にご指摘いただいたメンタルヘルスの部分でね。ですから地域で支えるとか、そういったようなことも含めての部分というのが、これから十分な検討を必要とする部分です。つまり2年間やってきたんだけど、まだまだ足りないという話で、これから十分にその辺りを検討し、そしてまた就労、それから地域での生活、住まいの話、それを支えるものといったようなところが、実は抜けていることは十分に自覚をさせていただきました。

検討がそこまでいって進みきらなかったということで、それはそのまま継続検討していきながら、日精協は来期4月から地域移行、住まいのことなどを検討する常設委員会を作ることにしましたので、そういったところで集中的にやらせていただいくというように思っていました。

広田 竹中さんがお話されたタックスペイヤーの話。タックスペイヤーになりたい人もたくさんいるし、社会貢献したい人もいっぱいいます。その芽を摘んでいるのが医療だし、福祉だし、行政なんですよ。入院していたら、絶対芽も出ないから。病床を削減するために社会的入院の解放があるんじゃない。人間としての尊厳を病院の中でも持ちながら、退院できる人が退院できる社会環境と住宅施策。ホー

ムヘルパーとか、そういうものがあって、その人がいままではただ税を使うだけの人だったけど、社会貢献できて、素晴らしい生き方ができる。病棟転換とか聞いているのもったいないと思います。話は変わりますが、いま全世界同時多発だそうです。先日出会ったアメリカ帰りの人、アメリカ人にも会いましたが、「タイでは認知症が檻の中に入っていた。ニューヨークで認知症をいっぱい見かけた」と言っていました。

河崎副会長 同時多発は認知症ですか。

広田 そう聞きました。WHOを巡って山崎先生がどうのという、また山崎先生の日精協誌の巻頭言をWHOに提訴するという人がいるわけですよ。日本の精神科医療でWHOを占拠していないで、ぜひ全世界の幸福のために、「認知症予防大作戦をWHOで打ってくれ」と日精協は言っていたきたい。うつもそうです。

山崎会長 今年、また9月にWHOで講演します。

広田 日本の精神科医療のそういう井戸の中の話をしていくとみともないから、おっしゃらない。全世界に向かって。人類の幸福のために、予防の話をお願いしたいと思います。

河崎副会長 広田さん、最初のところで教育のこの話があったので、ちょっと齋藤理事のほうから。

齋藤理事 一番最初に教育が出てくるメンタルヘルス推進チームの担当者として補足しますけども、最初におっしゃった、いきなりお子さんに対して、幻覚だ、妄想だと、精神病だということを教えるという話では全然ないんですよ。実はまとめるのに当たって5回、6回直しているので、できるだけシンプルにと、だいたい削ってしまったんです。最初のところにちゃんと年齢とか発達の度合いに応じてと入っていたんですよ。

だから、いきなり病気を教えるという話ではなくて、これは当たり前なんだけど、精神・身体って表裏一体じゃないですか。誰でもこころの病があるし、東日本大震災を見たらわかりますが、ある日突然、みんなおかしくなるわけですよ。それだけ心の問題が身近だということのを小さいうちから接して教えていく必要が絶対あるわけ。

一つは、メンタルヘルスのところを読んでもらうとわかるのですが、差別・偏見除去というのもすごく大事な柱なんですよ。地域の愛って、まさにそうですよ。地域の愛を残すためには、差別・偏見をできるだけなくすって大事なんだけど、何十年生きている大人にいきなり変えろと言っても、簡単にいかないんだけど、次世代を担う子どもたちに早い段階から心の問題の大切さを教えるというのは、すごく大事なんでね。

私の体験で個人的な話なんですが、私の親父、齋藤茂太が齋藤神経科を開設したのが昭和20年代の前半。いわゆる本当の意味で家庭的な床診療所でした。家族と入院患者さんが1日交代で同じお風呂を使う。母屋の中にある電話室も患者さんと全部共用。僕らが食事している横を、いわゆる精神病の人が自由に行き来しているという中で育っています。そういう中で育つと、差別・偏見は生まれにくい、全く。それから、いまいる東京の府中の齋藤病院ですけども、ここも母方の祖父が作った病院なんですよ、昭和14年に。そこでは僕らの遊び場は病棟です。当然、精神病の人たちの中で僕らは一緒に遊んで、そういう中に行くと偏見は全然生まれないというのが一つ。それから病院の保育所のことですが、当然看護師さんのお子さんとか預かりますわね。患者さんがみんなでかわいがってくると、やっぱり差別・偏見は生まれない。そこで育って、いま、精神科のナースをやっている人が何人もいます。

僕は、いまの世の中、何でみんなが精神障害者・精神疾患を怖がるのか、不安がるのかって、ずっと思っていて、僕が思っている最大の原因はマスコミ報道だと思っています。戦後、日本を震撼させた羽田沖日航機事故、深川の通り魔事件、近年で言えば池田小学校事件とか秋葉原とか。ああいうときのマスコミの書き方は、精神科の病院にかかっている人は精神病だけじゃないのに、人格障害も全部ひっくるめて精神科入院歴あり、通院歴ありと一言書かれるだけで、精神はみんな危ないとなっちゃう。それが実態だと思っていますので、そういう意味で子どもたちに早い段階からこころの問題を教えましょうということで、病気を直接教えるっていう話じゃないんです。

心の問題が誰にとっても、ものすごく身近で、誰でもなり得るし、一番わかりやすいのは、事件・事故・自然災害は、普通にしていた人が、ある日突然、心の問題を抱えますよね。というぐらい身近なので、それを小さいときから教えていけばいいと思う。本当の病気のことは大きくなってからでいいんですよ。いま、うちの病院は毎年やっているんですけども、夏休みに地域の中学校、高校のボランティアを……。

広田 交流ということですね。地域交流。

齋藤理事 ボランティアです。ボランティアで1週間、デイケアに入ってもらいます。1週間もしないうちに精神病の人と一緒にいるということで、短期間でもすぐに差別・偏見って、かなり払拭されます。後でみんなに感想を聞きますと、最初来る前は精神科の病院で何となく怖くて、病気の人がってどんな感じかと恐る恐る来た。でも一緒にいたら普通の人ですねとなる。当たり前。そういう病院体験実

習とかするのが、すごく大事。

広田 精神科病院を開放して、どんどん地域の人に来てもらって交流すること。入院患者にお見舞いに行っても、全部断られているんですよ、現状は。どんどん、やってください、全国で。お見舞い客が病棟に入れるように。そうすれば、どんどん退院できますよ。

千葉常務理事 日精協の会員病院が、要するに精神科病院ができることとしては、どんどんそういう場所を開放して、中を見てもらいながらそういう理解を……。

広田 見てもらうって患者さんにはお見舞いと言ってもらいたい。

千葉常務理事 患者さんを見てもらうわけじゃないんですけど、そういうようなものを多少しながら、理解を進めていく役割としての場を提供できるというのが、我々の協力できることかと。それと先ほど染矢先生がおっしゃっていた、広くとっていけばみんな障害者じゃないかと。みんなどこかに何かできないことや、そういうのを持っているということを、学校教育の小さいうちから学んでいく。そうすると、やっぱりいじめの問題などもなくなっていくんだろうし、それこそ広田さんの言う地域の愛を小さいうちからちゃんと教えていくというようなことから始まって、それから障害とかメンタルヘルスとか、そういうような心の気持ちの動きとか、そういうことを教えていきながら、年齢が上がっていったらそれに応じて病気のことも触れていくことが大切ではないかと思います。

広田 要するに人間らしく生きていける社会じゃない。私が学校にボランティアに行っても、カギがかかってフランスみたいになっていて、はまっ子スクールの広田が来ました、開けてくださいってしないと入れないぐらい、それが現状ですよ。それと、さっき言ったように、こういうふうな筆箱に、これはペン型の盗聴器ですが、秋葉原にも売っています、ヨドバシカメラにも売っている。それを筆箱に入れて、父兄が半径100m以内の車の中で教師の話を聞いているんです。それを教育委員会に持ち込むような時代なんですよ、現場は。そういう時代の中で、大きくなったらいいんです。とにかく子どもが、心豊かに暮らせない時代ですよ。

樋口 我々の経験も、例えばやっぱり一言で言えば、いかにアーリーエクスポージャーといいますが、小さいときから身の回りにそういう方々と接する機会があれば、偏見は生まれないというのがいまのお話だと思うんですね。我々が実感するのは、医学部の学生に実際に病院で実習をして初めて、「ああ、なんだ、想像していたのと違うじゃない。どこがどうなの？」っていうのがわかる。だけど、これは

医学部の学生だけにほとんど限られて、他の方はずっとそういう経験なしに社会に出ていってしまう。そうすると、その人たちの中には、ずっと小さい頃から染みついていたものがある。あそこの病院には大変な人が入っているから、悪いことをしたらあそこに入れちゃうぞと大人が言う、そういうことが全国どこにもあったという。だから、そういう若い世代、小さいころから言ってみればエクスポージャーというのは教育だけど、それをシステムのやらないと、それはやれる人だけやればいいというのでは、全体としては変わっていかないだろうと思うので、それはやっぱり教育の中に……。

広田 どの職域をとっても、どの地域をとっても、いまや精神疾患のないところなんてないですよ。社会は激変している。変わらないのはこの業界ですよ。井戸の中の争いばかりで。その激変している社会に対して、意味のあるビジョンを発信しなければ。寝て、食べて本音を語ってぐらいのメンタルヘルスなら誰もがわかるけど、社会が優しくなればみんなが生きやすくなり、障害があるとかないとかって、そんな堅苦しい話をしなくても、誰もがその人らしい生き方ができるために住宅施策が充実すれば社会的入院の人も安心して退院できる。

齋藤理事 それ、メンタルヘルスの頭にも書いてあると思うんですけども、そういう地域になってほしいんですよ。だから、やっぱりいままでの、何で差別・偏見が生まれるかというのは、世の中の人があまりにも「精神」を知らないでしょう。我々も、もちろん発信不足もあるけれども……。

広田 精神疾患だけじゃなくて、何だってそうですよ。

齋藤理事 そうよ。それはエイズだって、何だってそうですけども。

広田 そうそう。この業界はね、差別・偏見って言い過ぎます。

齋藤理事 どういうものかわからないから不安なんですよ。だから、「心の問題ってなあに?」「こんな身近なんだよ」っていうのが大事で、多くの人が完全に病気の細かいところまでわかる必要はないけども、「心の問題は誰にでも、あるとき突然なるよ」とかね、「こんな身近なんだよ」と知るだけで、全然違うでしょう。それが大事なんですよ。自分もいつああなるかもしれないよ、でいいんですよ。

広田 歴代の総理の中には、うつっぽい人が多いじゃないですか。

齋藤理事 心の問題を抱えていない人間は、僕はいないと思っていますから。

河崎副会長 だから、広田さんは広田さんのお立場で、非

常にわかりやすく現実的なものをお話ししてもらえば……

広田 つまり業界の内なる偏見を払拭しないで、この業界って他力本願なんです。ある意味で精神科病院ですよ、偏見・差別を生んでいるのは。社会福祉協議会の人が入院したんです。うつで。「病院に入院している」と電話をもらってお見舞いに行ったんですよ。そうしたら、本人は外泊していたんです。それで、私が「また来ます」と言ったとき、看護師が「あなたが来ることを患者さんが望まれているかどうかわかりません」って。そんなことは他科では言わない。精神科病院独特ですよ、何もかもが。それを変えないで、どんどん新しい患者群が入っているのに、相変わらず古いやり方をしているんです。精神科病院の本体を変えてください。精神科病院が変わればかなり変わります。

千葉常務理事 その思いをたくさん込めたつもりの報告書なんですが、まだまだ足らなかった? (苦笑)

広田 もっと、ドラスティックに 21 世紀の精神科医療で、もちろん国の責任、マスコミの責任もあるけれど、国だ、マスコミだ、世論だって。もちろん、そうです。巨大なね、こういうふうな社会構造の中でやらされている部分はたくさん知っています。いろいろいっぱい聞いていますよ。だけど、日精協にも責任がある。

山崎会長 今回、この精神医療の将来ビジョンを作成してみても、何人かの先生から電話がかかってきて、精神科病院協会は変わりましたね、あそこまで踏み込んでもいいんですかって言うから、あれは会員の先生方の改革をしようという姿勢なんだという話をしたんですよ。今日のダイジェスト版にあるように、メンタルヘルスサポーターを提案しています。精神障害、そして心の健康づくりや自殺予防活動に関するような知識と技術を、社会に啓発していくことについて、このメンタルヘルスサポーター制度を提案しています。このもとになっているのは認知症サポーター制度です。

三上 しかし、自殺対策推進会議の中でも G K B 47、誰でもゲートキーパーというのがありましたよね。あれに似た感じ?

河崎副会長 三上先生、こっちは認知症のキャラバンがあるじゃないですか。それに似たようなイメージです。

広田 そういう固有名詞を使わず、1人1人がサポーターとか、あなたも私もサポーターとか、そういうほうが私はわかりやすい。相互支援だから。

山崎会長 それはイメージ的にはいいんだけど、やはり、制度としてきちんと国に作らせるということに意味があるわけです。

広田 またお金の話。遠くの施設より隣近所。災害があれば

ば電話も使えない。

山崎会長 それから障害者の地域移行の話は、その地域によって許容性が違いますよね。例えば東京でも、田園調布と下町では地域の住民の許容度が違います。したがって全国一律での地域移行というのは無理があると思いますし、田舎のおじちゃん、おばちゃん、下町のおじちゃん、おばちゃんというのは、やはり人情味があるから、障害者を受け入れやすい環境にあると思います。

三上 しかし、対象疾患によってそれぞれ課題が違うわけでしょう。例えば、いま非常に偏見が強いというのは統合失調症の部分で、うつについては、メンタルヘルス、産業保健との兼ね合いが強いですけど、それほど偏見はなくて、皆受け入れているし、認知症は認知症で、もう介護の世界ですべての人が認知症になる可能性があるということなので、それほど強い偏見はないと思います。

統合失調症のほうは、就業支援が非常に大事ですけど、認知症は高齢者が圧倒的に多いので、就業はほとんど関係ありません。それぞれライフサイクルによって課題は違うというふうに、やっぱり分けていただくとわかりやすいです。

広田 統合失調症は楽なんです、サポートする側からすると。わかりやすくて。いま、増えているでしょう新しいタイプが。福祉に馴染まないと精神科病院送りとか、社会の側で拒否しますからね、こういう時代、社会の過渡期って言うんですかね、すごい時代ですよ。

三野 メンタルヘルスサポートですが、これはぜひともメンタルヘルスと言ったら何か、うつや認知症だけというふうに取り立て、いま言われたそのゲートキーパーの受け皿がないのに、どんどんゲートキーパーをやれというから、これはおかしいという話に対策会議でなったわけで、いま受け皿は統合失調症に関しては精神科病院があり、診療所があるわけですから、メンタルヘルスサポートというのは、やっぱりこれは統合失調症も含めて精神疾患全体のものとしてやっていただかなければいけないでしょうし、特に保健などの授業で精神疾患やメンタルヘルスを必修科目とすることはとても貴重なこと。やっぱり教育現場で統合失調症をきちんと教えていくということも必要でしょうし、ここに書かれておられる病院見学とか体験学習とか、こういうことはやはりやっていかないと。

私どもの診療所に、私はうつでございと来る方は週に何人もお出でになりますけど、私は統合失調症でございと来る方はいない。ところが、妄想があるとか妄想しているとかいうことは、ごく日常にみんな何かいっぱいあるわけですから、そこをやっぱりきちんと教育して、これが疾患の



日本精神科病院協会理事

齋藤章二

中での一つの症状であるということを知っていただかないといつまでたっても偏見は消えないでしょうから。ここは広田さんのおっしゃるのと、あまり変わらないと思います。やっぱりやらなきゃ、これは変わらないです。

広田 いやいや、何でやらなくちゃいけないんですか、そんなこと。盲腸のこととか学校で教えてないでしょう。

三野 同じことをやらなきゃ駄目でしょう。

広田 知ってます？ 現場を、だから。

三野 知ってますよ。知っているから……。

広田 知ってて？

三野 うん。だから、それは、まず教師から入っていかなくちゃ駄目。

広田 教師も大変だっていう話をさっきしましたよね。

三野 そんなこと言ったら、何もできなくなっちゃいますよ。

広田 何もじゃない。社会を誰もが生きやすいように変えることでしょ。

齋藤理事 広田さんね、僕、地域の学校とかで教師とかPTAを対象に、心の問題がいかに身近かというテーマの講演を結構やっているんだけど、短い時間であっても専門用語はあまり使わないように僕はしますが、こんなような症状があって、こういう人たちねという話だけでも、かなり理解してもらえますよ、短い時間でね。

広田 理解してもらって、それで症状が出たらどうするんですか。

齋藤理事 だから、そうしたら、そういうときにちゃんと医療に早くかかるというのも大事な話でしょう。

広田 早期発見、早期治療、早期支援と同じですか。

齋藤理事 そうそう。それはどんな病気でも同じじゃないですか。

広田 いやだ、またそれ反対だわ。どうしましょう。

齋藤理事 どうして？ これ、自殺のところに書いてあるけども、周りが早く気づくことで自殺予防につながるわけ。

広田 いやいや、違う。

齋藤理事 違わない。

広田 そういうことをやっているから、この自殺が減らないんですよ。精神科医療、みんな持ち込んでくるから。

齋藤理事 じゃあ、どうやって減らすんですか。3万人以上、14年ですよ。

広田 それは、マスコミの責任がたくさんあります。

河崎副会長 だから、いろんな因子が関与していく話だろうと思いますけど。

広田 とにかく、精神疾患を治せない精神科医療が抱え込まない。現在の患者を治せないんだから。妄想があっても、幻聴があっても、眠れて食べられて、それなりにその人の生活が成り立っていれば私はいいと思いますよ。薬飲んだって、消せない妄想も幻聴も言動もいっぱいありますよ。それ以上の副作用で苦しみが……。

齋藤理事 外来でそういうことはいっぱい言われますよ。それでいいんですよ。

広田 そういうところに誘導するようなことはやめたほうがいい。本体をきちんとしたほうがいい。早期発見、早期治療はやめたほうがいい。

三上 うつについては、早期発見とか気づきが大事で、ある程度いくと、やはり自殺とか自殺念慮とかが出てくるので、早期発見をすると、早く気づくということが大事なので、それでGKBなんかが出てきた。

広田 静岡県で4年前にやった新聞記事も出ているし……。

三上 あれは、おかしいですよ。あれは基本的には2年間、ものすごくよくなったんですが最近は横ばいになった。そこだけ取っているんですよ。

広田 それはとにかく、うつをフィットネスクラブで治した子どもとか、いろんな人がいますよ。だから、なにも精神科医療に呼びこまなくても、温泉治療とかいろいろ方法はあるじゃないですか。そうなる前の予防が大事。そして何度も言うけど、安心してかかれる24時間の精神科医療にすることが大事で、社会の中のごみ溜めのような形でずっと長年引き受けてきて、それで日精協が叩かれて、そこに入っている私まで。叩かれているのは昔からだから慣れているけど、とにかく国民の精神科医療にしなければならないじゃないですか。

私、一番切ない相談は、「いつまでも広田和子さんじゃないでしょ。もうそのぐらいの年齢になったから、彼女は？」と言うと、「でも、僕は結婚できない体なんです」って。つまり多くの若い男性が、向精神薬で性的不能になって苦しんでいるんですよ。だから、病気になったという苦しみと同時に、男性としての機能を失ったという苦しみがあって、片方で、それでいて妄想も幻聴も幻覚も消えないという現実があるんですよ、薬物で。そういうことを前にしたときに、医療の拡張ではなくて、早急に大改革しないと。入院したことによってトラウマになっていますよ。病院開放どころじゃないんですよ。いま、看護師も入れたくないという病院があるわけですよ、看護師の卵を。

病棟を、当たり前医療の場にすることが大事で、国民を教育するために精神科病棟があるんじゃないんです。治療の場ですよ、少なくとも。入院治療が終わったら出られるような住宅施策とか、国民の側の愛とか、そういうものがこのビジョンで読み取れるようにしてほしくて私は入っているんですよ。それが、全国精神医療の被害者の共通の願いです。これから精神疾患になるかもしれない国民のニーズですよ。不二家のケーキを食べに行ったら食中毒になったという私はそういう被害者です。そういう被害者を出さない。当たり前の医療をする。入院治療は終わった人を当然のことながらあたたかく迎える。これから社会的入院の方が退院していくときに、社会の側が「入れていたのね」というぐらいの愛を持って迎えたいと思っています。そういうことが読み取れないもの、これは。

河崎副会長 そういような精神科医療になるための、そのプロセスとして、今回の将来ビジョンをまとめたのですよ。

伊藤 広田さんのお話を伺っていて、たしかに非任意性のある医療を行う領域というのはなかなか見えづらいところがあるというのも、一方ではあると思うんですね。医療の質を担保するには、三つぐらいしか方法がなくて、一つは専門家が自立的に自らのスタンダードを作っていく。二つ目が第三者的な評価を入れていく。三つ目は利用者サイドが選択できるようなしくみを作っていくと、このぐらいしかないんですね。

私はどちらかというと、専門的な判断というのを信じる傾向があるんです。そういったようなPDCAというんですか、プラン・ドゥ・チェック・アクトを協会としても回していくような、できるところからでいいと思いますけれども、情報公開の何らかのしくみをこの中に提案をしていくという方向も、国民の理解度を深めていく一つの方向かなと思います。この辺りは千葉先生とは17年前から第三

者評価機構の仕事をご一緒しておりますので、よくご存じと思いますが。

広田 お見舞いに行ったときに、他の医療と同じように。家族だけを入れて、保健所のワーカーも入れない、危機介入の相談員としても入れない、友達としても入れない、こういう病院はたくさんありますよ。だから、国民の精神科医療にしてほしい。それだけのことですよ。

山崎会長 現場でやっているとね、友達が面会に来て、ライターやタバコを持ち込んだりすることがあります。そうした場合面会禁止にしたり、面会する前に身体検査をするのかという話になってしまいます。だから、全部開放にしろと言われても病院管理上でできることとできないことがあると思います。また、最近あったケースで、10回ぐらい入院退院している人格障害をかぶった患者さんがいて、彼が退院して、アパートで1人で住んでいましたが、アパートで生活できないから両親が実家に引き取れというわけです。しかし、両親は高齢化していて、自分たちの生活で手一杯でどうにもならないのに引き取れといっても、引き取ると、暴力を振るわれるし、入院させるような状態でもない場合に、行政を含めてお手上げ状態になりました。

広田 だから、パーソナリティが社会問題化しているんです。

山崎会長 そうそう。こういうケースまで保護義務者として、しばっておかなければいけないというのは問題だと思いますよね。

広田 そういういろいろな問題が、公の場で論議されることが大事ですね。

山崎会長 だから、親が若い間は子どもだから仕方がないと思うけど、70過ぎたおじいちゃん、おばあちゃんが子どもだから面倒を見ろといわれても、現実的になかなか見られないよね。

広田 精神障害者の子どもが高齢の親を抱えて面倒をみている時代でもあります。世帯分離し、自立したほうが幸せになると感じる人がたくさんあります。

竹中 非常に貴重なお話を聞かせていただいているなと思います。とは思いますが、例えば私などのプロップ・ステーションで働くということを中心にすえて特化している。これは、私ね、選択肢の一つだと思っているんですね。行政ができることとできないことがある。企業がすることとできないことがある。家族ができることとできないことがある。あるいはやりたいけど、やれないこともあるという中で、私はこれを柱にすえて、自分はこの活動をしますと。いままで、その柱にした活動はなかったから、小っちゃいけど、一個それがあったら、もしかしたらそこで何

か自分なりの自己実現をしていく人も出るかもわからないというスタンスなんですね。おそらく広田さんもそうだと思うんですよ。マスのことをやっていращるわけじゃなくて、私が経験して、私が悩んで、だから、私としてはこうありたいのよ、あってほしいのよ、というやり方をされているんだと思うのね。でも、やっぱりこれは選択肢だと思うんですね。いま、その選択肢の一つを全部いきなりマスにするということは、たぶん無理って私もわかっているから、まず自分ができることをやる。たぶん広田さんもそうなんです。

けどこういう場でこういうのに出ると、やっぱり気持ちとして、選択肢でやったこと、でもこれを広げたいわというのはわかります。すごくわかるけど、でも私は今日話を聞いたり、これを読んだりして、いままでの精神科医療の持っていたちょっと暗いイメージとか、いろいろ私なりにはあったんですけど、それが変わりました。あっ、ここまで変わろうとされているんだと、努力しようとしていたんだと。ということはマスでやられたところが、まずこういうかたちで1歩2歩を進んでいただいて、私たちのような個別でないとできないみたいのところはもっとがんばろうと。

それでさっき、いろいろなチョイスと言ったのは、医療の中のチョイスだけじゃなくて、そういういろいろな民間の人たちの動きのチョイスですよ。いろんな経験をした人が、自分はこのやり方をやってみよう、あのやり方をやってみようといって動きを起こすことを許容できるような社会というのか。で、一番の理想はさっきおっしゃったように、本当に医療や教育や言う前に慣れですよ。一緒に住んで、地域におるからいろんな人がおって当たり前やんかというところにいけばいいんだけど、残念ながらもうそんな時代、ちょっと終わってしまったので、じゃあ、その中で日精協は何をするのか、広田さんは何をするのか、私は何をするのかっていうことなのかなと思いながら、いまお話を聞いていました。

染矢 素晴らしいコメントでした。

河崎副会長 これまでの議論をまとめていただいたようで、ありがとうございます。時間的なこともございますが、本当に一言二言ずつでよろしいんですが、これから私たち日精協にどのようなことを期待をしていただけるのか、あるいはどのような活動をするべきとお考えなのか。もう、いま竹中先生には非常に、そういう意味での視点でのご発言をいただきましたので、篠崎先生いかがでしょうか。

篠崎 いまの竹中さんのまとめで、最高。

河崎副会長 三上先生。

三上 基本的には、在院日数がものすごく短くなっているのは事実だと思うんですね。この20年間で200日近く短くなったということが事実なので、広田さんなんかの活動も結構効いているんだろーと思いますよ。でも、そういう人たちがこれから先、また20年でどこまで短くなるのかなと、地域移行が進んで早期退院が進んでいくというのは。いまも、長い人はちょっとだけおられてその人たちが平均在院日数を延ばしているけども、基本的には、早期治療で早期退院されているわけですね。ですから、そういう方々がどういうふうな形で地域で暮らしておられるのかということ、一つ知りたいなと思っています。そういう人たちの再入院がものすごく増えたということであればあまり意味のないことだし、ちゃんと地域で暮らしておられて、ちゃんと仕事もしておられるというような事実が出てくれば、非常に喜ばしいというふうには思います。あと認知症の問題は、担当なので非常に心配なんですけども、精神病床を認知症に活用できればと思っています。認知症も入院はだめと言われるけども、基本的には認知症の方が1人で暮らしていくというのは相当難しいし、世の中でそれを在宅サービスとして見守っていくというのも大変な時代が来るので、その辺はいまある病棟を改築してでも何でも、療養でもいいですけども、何か使えたらいいかなというふうには思います。

河崎副会長 染矢先生、どうぞ。

染矢 とにかく日精協がこういう非常に変わろうとしているビジョンを出してきたということに、私自身はすごいなというのがまず一番の感想で、ぜひこういう方向でというか、これよりまた更にいい形でまとめていただければいいなと思います。それから、今日議論をずっと聞いていて、いわゆる非任意の入院をいかに少なく、そして不適切な非任意入院をゼロにできるかということが、安心してかけられる精神科病院ということにつながると思うので、伊藤先生がさっきおっしゃったような三つの方法ということ、どれぐらいきちっとやっていけるかで、やっぱり安心感というのが出るのかなというふうに感じました。

河崎副会長 伊藤先生。

伊藤 申し上げたいことはおおよそお話ししました。精神科病院にはこれまで医療を提供されてきた多くのスタッフがあります。つまりいろいろな知識や技術を蓄積されているわけです。スタッフおよび知識や技術は地域の大切な社会資源でもあります。これからの新しいサービスの形として、スタッフがいっそう活躍され、蓄積してきた知識や技術がさらに活用されるような方向に向かっていただきたいと思います。

います。

河崎副会長 樋口先生。

樋口 私が今回、このビジョンを読ませていただいて、さっき冒頭でも申し上げましたけども、きわめて具体的に踏み込んだ提案が出てきたということが、一番印象深いと申し上げました。これは、我々がともすると、広田さんは現場というか、実際に町の中でという経験を持っていらっしゃるが、我々は病院という場で現実には日々患者さんの相手をしていると。やっぱり具体的に日々会って接している方を通して、私たちはものを考えていかなきゃいけない。そういう意味では、我々はときどき抽象論になっていって、あるべき姿みたいな議論が飛び交ってしまう。それもときには必要なんでしょうけど、ずいぶん長い年月をかけて、私たちはそればかりやってきたんじゃないかと。

やっぱりここからは、いかにそれを実現していくかという、その具体的なプランニングの時代に入っていると思いますので、そういう意味で今日のいろいろな提案が実際に精神科病院協会から出てきたというのが、すごく大事なことでというふうに思った次第です。

河崎副会長 では、やっぱり最後の大トリは……。

広田 大トリも何もない。私が何度も言いますが、肩を寄せ合ったり、相互支援してそれでいて自律している。自律できる人も、もたれ合っているのが現実ですが。どんな病気や障害があっても許容される愛のある社会があって、そして教育に入れるのは絶対反対。他のそういう古い考え方もなくして、新しい時代に。誰もが寝ないと大変なことになりますよ、寝て食べて本音を語りましょうぐらいにしておくこと。

ぜひ山崎先生には、WHOで世界同時多発、認知症予防、うつ予防をやっていただきたいということ。サッチャーもレーガンも認知症。うつで国家的にも大損失ですから。それから、世間に向かって厚生労働省とかマスコミと言われるときに、日精協自身も反省していますという言葉を確認に入れることが見識だと思います。私は2001年12月19日、社会保障審議会障害者部会の臨時委員になったときから、日精協の責任も公式に発言してきました。病棟転換は何度聞いても反対で、そこにソファを置いたり、素敵なカーテンをつけたり、机を置いてお花を飾ったりするほうが……退院に向かう。

山崎会長 最後はそこに進むんですがね。

広田 それは病棟転換とは言いません。アメニティを広くします。それで入院している患者さんが65歳以上5年未満だけじゃなくて、みんなどんどんお見舞いに来てもらって、入院中に本人がリスクを覚えるということは大事なこ

となんですよ。いわゆる温室状態の中にいる患者を退院させて、それで世間に出ていったら大変な状態になる。そうすると再入院ですから、リスクを受け止められる看護師も必要になります。看護師の質も求められるんです。そういうふうな柔軟性を持つスタッフであって、プライドも持ちお仕事をする。スタッフがプライドを持たないと、患者もプライドを持てない。国民のための当たり前の医療にしていく。精神科医療の拡張でなく改革を。

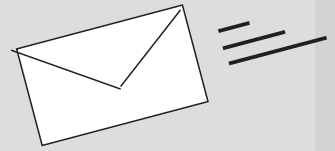
そのためにも国内の拉致被害者とも言える社会的入院者の解放、病床削減、手厚いマンパワー、きちんとした診療

報酬、住宅施策の充実、安心して24時間利用できる精神科医療、ホームヘルパー、そして地域の愛、ということです。

子どもも高齢者も、そして障害者も、誰もが安心して買物ができたり、会話のできる商店や商店街が栄えるといいと思います。そうすればいま流行りの相談支援に依存しなくなる。人間が生きていく上で大事なものは相談ではなく会話だと思います。

河崎副会長　ちょうど2時間半、みっちり議論を聞かせていただきました。どうもありがとうございました。

山崎会長　ありがとうございました。



将来ビジョン戦略会議報告書（案）に対する パブリックコメント一覧

さわ病院／理事長・院長 澤 温

●前文について

- ・2009年の更なる改革ビジョンの中で国が反省するとしたことを受けて、日精協は被害者であったと同時に加害者でもあったと反省すべき
- ・低額で医療を行ってきたのは事実だが、それならこの額ならベッドも減らす（たとえばオーストラリアでは任意入院でも1日5万円）、その代わり地域の施設は責任を持って作れよというべき
- ・1年以上の入院者については報告し、外部審査で入院治療の必要性を審査させ、必要と判断されたら、現在の入院費の倍以上は出させるべき
- ・これらによって特に医師の人員配置が上げられるなら、48：1から15：1までを4刻みくらい（48：1、44：1、40：1、・・・24：1、20：1、16：1）で基準を作り、それに従った医療費を請求すべき
- ・10年で切って、少なくとも32：1より薄いところは施設とすべきだろう
- ・いずれにしても最初は先進諸外国と同等の額なのだから「ふっかけて」、これならやると提示してしまい、させないのは厚生労働省だという認識を会員、およびマスコミを含めた社会に理解させるべき
- ・2004年以後10年の改革といっておきながら遅れている。これから5年以内に目標の完成をさせなければ、今生きている障害者にメリットはない
- ・これくらいのことが、日精協にできないなら、厚生労働省と同じく「口ばかりの日精協」といわれても仕方ないだろう

ときわ病院／理事長 花井忠雄

1. 現状の分析と日精協の立ち位置について（p.4～p.9）

精神科病院の担う役割について、「福祉的施設の代用や保護的収容などから、真に適正な医療サービスの提供機関へと大きく変化してきていることを、基本認識として共有

することが必要」としたことは評価したい。これは、「これからの精神科医療のあり方検討会」（平成15年3月報告書）をまとめた仙波執行部時代から掲げている「入院中心医療から地域医療・ケアへ」という基本方針の主要な一つであったからである（ただ、「基本認識として共有することが必要」という認識のレベルに留まっており、「変化（転換）を図っていく」ための具体的な政策提言にまで練り込まれたものにはなっていない点が限界）。また、その時点からすでに9年が経過しており、その間は「医療費抑制の時代では、ただただ動かず、長期病床を1床も減らさぬように死守する」という路線が日精協を跋扈したのである。このたびの「基本認識」は、このような路線から脱皮した上での認識として執行部が共有したのかどうかを危惧するので、確認したい。

我が国で改革が遅々として進まない「最大の原因は改革に（国が）財源をつけないことにある」のも事実であり、「政府のあり方は、真に改革を進める動機を持っていないと評価」することも間違いではないと考える。しかし、「決して拙速であってはならない」としても、「財源の問題からも相当の時間を費やすことになるだろう」と日精協として言いきる点について、やはり危惧を覚えるものである。医療費財源の増える条件が見えない環境の中で、精神科診療報酬の枠を大幅に伸ばすことは不可能な時代である。病床としての適正な精神科医療機能を回復するためには、急性期病床を大きな一つの柱として病床再編する作業を会員自らが実施し、日精協はその具体的な指針を提示すべきである。しかも、その改革は、総枠としての現診療報酬総額を増やせない、という条件下で検討されることが必要である。他方、地域における受け皿等の基盤整備については、他の障害福祉サービスと同様に、福祉財源を充てることが当然である。医療費と福祉サービス費は「同じ財布」という妄言に惑わされることなく、元々、他障害福祉に比べて劣悪であった精神障害福祉の充実を求めることが重要である。財源が確保されるならば行える「改革」ではなく、できる改革を優先順位を決めて実施する姿勢でなければ、財源問題を理由に再び間延びされ、現状維持さえ困難になるのではないかと危惧するのである。

将来ビジョンを策定する日精協のスタンスは何か？が不

明確、二律背反しているように読みとれる。日精協は、「我が国において・・・最大の団体。我々の提供する精神医療福祉サービスのあり方が、我が国のそれらの内容そのもの」とし、「現在では我が国の精神医療は決して劣悪でもないし遅れているわけでもない。むしろ費用対効果を考慮すれば世界一・・・」と述べている。ここでは、精神保健医療福祉の改革を目指すべき根拠が明示されていない。万対病床数、在院期間、職員配置水準など、直接的な問題点を指摘し、その上で、本項最初に記載した基本認識を結論づける必要があるのではないかな。

2. 2010年2月政策委員会意見「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する基本的方向」について～作成当事者としての修正・追加事項～ (p.10～p.14)

作成当事者の責任者の一人（政策委員会担当常務理事）としては、意見報告書の骨格および全体像としては現時点でも日精協が目指すべき方向性として妥当であると考えている。だが、個別的課題では以下のような間違いがあって、修正すべき事項、および具体的改革のために追加すべき事項があると考えている。

精神科救急医療体制の整備について、スーパー救急病棟の「診療報酬上の施設基準として、『精神科救急医療圏における精神科救急医療体制整備事業の常時対応型施設であること』を明記すべき」とした点は、修正されるべき誤りであった。

地域の救急医療は「24時間・365日」体制を確保することが課題であるが、スーパー救急病棟の診療報酬上の「基幹的役割」だけでは必ずしもそれが担保されるわけではない。この課題の「解決」を、診療報酬上の要件（施設基準）と救急医療体制整備事業の構想を区別することなく「図ろう」とした点が間違いの根拠であった。地域の「24時間・365日」救急医療体制を確保するには、1）救急医療圏域のスーパー救急病棟が常時対応型施設としての指定を都道府県から受けること、2）しかし、常時対応型施設の指定は、安定的に多くの指定医を確保できる病院でなければ不可能である。このことから、救急医療圏域に複数のスーパー救急病棟を設置し、輪番体制のある地域では分担して一般当番病院をバックアップ、または、複数のスーパー救急病棟が分け合うことによって「24時間・365日」救急医療体制を構築する（複数のスーパー救急病棟が、常時対応型施設と同様の役割を担う）という方策、が検討される必要がある。このように修正したいと考えている。

認知症治療病棟がますます急性症状・BPSDに対する短期集中型医療へと誘導されていく現在、ポスト急性期治療を受け継ぐ地域医療と生活介護は、在宅やグループホーム等ではさらに困難となっている。このことから、「認知症回復期・療養病床」を整備する必要性を提起したが、この点は妥当と考えている。しかし、認知症疾患医療において

も「早期の地域生活への移行促進」が叫ばれる中で、ポスト急性期治療と生活介護を地域で受け継ぐための基盤は整備されていない。対象老人は「高齢者の日常生活自立度判定」におけるMランク判定老人であることから、制度的には重度認知症患者デイケアによる地域医療は整備されているが、彼らの居住の場（生活介護付き）が未整備であり、そのため認知症治療病棟などに“停留”する傾向を生む原因になっている。認知症グループホーム整備では参酌標準が廃止されたが、実質的には市町村の財源不足を背景にその整備数は極めて制限されている。認知症治療病棟で新規急性期患者の受入れ病床を確保し、地域生活への移行を促進するためには、「Mランク対応」型グループホームの整備目標を一定割合設置するよう介護保険担当課に働きかけることが必要と考える。

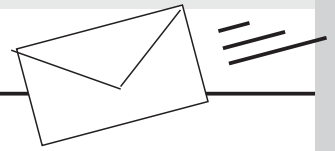
また、今春から新設された定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業（介護保険適用）は、医療法人の付帯業務として実施できる。しかし、居住の場（介護付き特定施設やグループホーム）は介護保険が適用されることから、設置が極めて困難である。したがって、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業に付帯するサービスとして、医療法人が収益事業とは区別して「居住サービス」を提供できるように、医療法第42条に追加するよう求めることも必要である。Mランク判定認知症老人においては、地域医療（重度認知症患者デイケア）と介護看護サービスおよび居住の場をパッケージとして総合的に提供されることが不可欠なのである。

この点を追加したい。

3. 精神病床の適正化について (p.14～p.19)

「精神病床の適正化」という場合、病床の機能の適正化と数の適正化の要素があるが、ここでは主として後者の視点からの見解と思われる。ただし、この場合でも長期入院患者の「適正な処遇」のあり方を検討することが前提であることから、「必ずしも入院形態による処遇」を必要としない長期入院患者は「福祉的・保護的」機能として病床を利用している（入院を継続している）という意味で、病床機能の適正化に係る検討でもあることは言うまでもない。

しかし本項の基本構造は、数年以上前からの日精協の論旨から殆ど進んではないと判断する。むしろ、平成18年に政策委員会が「1年以上の長期入院患者の実態調査」を行った時点よりも後退していると考え。そこでは、2軸評価・生活障害評価・身体合併症の程度などを用いて、状態像に応じた必要な居住の場・生活支援について地域に整備すべきサービスを、その必要推計値を含めて提案していたからである。本項の末尾にあるように、「これらの整備がなければ・・・入院病床の適正化は進まず・・・」と締めくくるのではなく、整備すべき施設種別と目標数などを現時点での実態調査を実施したうえで具体的数値を示し



て迫らなければ、相手にとって何のインパクトもない「立派な論文」に過ぎないのではないか？

介護支援を主として必要とする長期入院患者（特に高齢者）に関して、既存病棟の転換による「介護精神型施設」を提案している。私はこれも一案と考えるが、2点ばかり意見を述べたい。

第1点は、介護保険適用であることから、精神疾患や高齢に伴う身体合併症など医療的対応が少なくないと予測されるので、医療保険の適用制限に対しては特段の対策を付加することが必要であること。第2点は、大規模病院は病棟転換型が可能であるにしても、中小規模病院では困難である。したがって、看護師配置が必須の「生活介護事業＋ケアホーム」を、高齢障害者が活用できるように施設基準などを見直したケアホームの亜型を合わせて求めるように努力されたいこと。

福祉の対応を必要とする長期入院患者に関して、「さらに医療管理が行える体制の整備」を求めているが、日中活動である生活介護事業の外にケアホーム（居住の場）にも看護師配置を求めるということなのであろうか？ 福祉的対応は、医療に関しては入院を必要としない障害者が対象であり、したがって医療は外来医療（必要によっては往診も）の扱いとなる。果たしてそこまで必要であらうか。医療管理は、日中活動の看護師によることでよいのではないかと考える。

「精神障害者地域生活支援・訓練センター（仮称）」を設置することは理解できるが、図8に示された「宿泊型自立訓練→地域生活支援・訓練センター」の意味がよくわからない。勉強不足で申し訳ないが、宿泊型自立訓練は、新法公布後に廃止される事業なのでしょうか？ また、地域生活支援・訓練センターの「訓練」とは、廃止された宿泊型自立訓練に代わって新規に「訓練入所」サービスを要望するというのでしょうか？ ご教示願います。

4. 新しい精神医療の構築について (p.19～p.39)

全体として総花的な展開となっており、単なる「夢」を描いているのか、達成すべき日精協の具体的「目標」を描いているのかがよくわからない。後者であれば、財源や各種従事者確保の困難性を指摘する戦略会議として、その実現可能性、達成年度をどのように設定しているのか？ これまでの総合調査など各委員会等で集積したデータを根拠にしたビジョン展開でないことから、実感の持てるビジョンになっていない（政策提言はもとより、ビジョンであってもデータの根拠を伴わない場合は、物語の枠を出ずインパクトに欠ける）。

個々の実現すべき具体的な政策提言およびそのための診療報酬や財源問題などは、今年度から平成26年改定に向けて検討・策定すると理解してよいのか？ それとも、「財源の問題からも相当の時間を費やすことになるだろう」との立

場から、アドバルーンを揚げておくだけで、「相当の時間」は何もしないということか？

入院医療の適正化の観点から、①急性期・回復期医療、②重症遷延・重度障害医療、③身体合併症医療、④認知症疾患医療を掲げている。

①急性期・回復期の治療について

図11「デイホスピタルの役割と機能」を見るかぎり、理屈の上では入院適応の基準は縮小されて入院期間は短縮されることになる。だがこのことから、急性期病棟の基準を医療観察法病棟と同じ基準にもっていくというのは、乱暴に過ぎると思う。

平成22年度実態調査では、100床あたりの年間新入院患者数は97人である。1カ月平均8人の新入院患者がすべて3カ月間入院すると仮定しても、急性期病床は24人がMaxであり、先の入院適応基準に基づけばさらに減少することは確実である。さらに、入院後3カ月の平均残存率も最近の14%位からさらに下がることを勘案すれば、全国でどれだけの会員病院がクリアできていると考えているのであろうか？ 平均で97人なのであり、会員の半数程度はそれ以下の入院件数である。また、回復期病床も、デイホスピタルやアウトリーチ機能からみて、不要になるのではないかと。

急性期病床を医療観察法並みの高水準機能に押し上げることを具体的目標として掲げるのであれば、小規模病院や人口密度の低い地域の病院なども採用できる急性期病床のあり方を含め、データをもとに概略的にも提示することが不可欠である。

外来機能としてのデイホスピタルについても、利用者像、必要な医師を始め、専門スタッフなどを検討したうえで人員基準などを想定し、利用推定者数や在宅以外の居住の場や夜間・休日のケア体制など、総合したシミュレーションに基づいて初めて提案できるものであるはずだ。それによって「目標としてのビジョン」になるのであって、データに基づく検討なしの「ビジョン」は、単なる「絵空事」の枠を出ないと言わざるを得ない。

救急医療体制の整備充実の最も重要な目標は、「あらゆる入院形態を24時間・365日受け入れる」体制を作ることである。平成7年に救急医療体制整備事業が実施され、平成14年には救急病棟入院料（診療報酬上）が設定、そして平成20年には整備事業に常時対応型施設が規定された。地域で救急医療の「基幹的役割」を担う救急病棟設置病院から常時対応型施設を都道府県が指定する仕組みができたが、実際には常時対応型施設は極めて少ない。即ち、各救急医療圏域での目標達成はあまり進んではない。指定医の安定的確保を含め、常時対応型施設の大きな負担を一手に引き受けられる病院は極めて少ないのが実態であるからだ。したがってこの問題を抜本的に解決するためには、

一病院では困難な常時対応型施設の役割を、圏域内の複数の救急病棟設置病院が分担する仕組みを作ることが必要である。例えば、標準として人口 30 万人に救急病棟を 1 か所程度設置することを基本に、人口密度の高い地域（救急圏域）では複数の救急病棟を設置できるように診療報酬上の算定要件を緩和すると同時に、圏域における「24 時間・365 日」の救急医療応需ネットワークを担うことを施設基準に追加することを検討してはどうであろうか。

また、いわゆる「総合病院」の設置する「精神科救急・身体合併症」病棟の算定要件を合併症治療に即した要件として、別個に設定することも必要と考える。

些細なことではあるが、p.22 の「基本的な認識の定着」は、一般企業の論理から言えば企業努力に係る問題であり国に求めることには違和感がある。むしろ病院は専門技術者集団によって有効性が担保される事業であることから、多種・多様な専門職らが採用され医療機能を高めることが担保されるように診療報酬体系の確保を求める、という表現に修正すべきであると考え。

②重症遷延・重度障害（治療抵抗性）の治療について

「重症遷延者」を、より積極的な治療を行う群としての「陽性症状群」、積極的な治療プログラムは行わず、「セキュリティの面を重視した医療及び保護を行う群」、とに大別しているようだ。下線部分が人格障害をイメージしているのであれば、精神保健福祉法の対象疾患として規定されている以上、妥当であると考え。

本報告では、「長期」の期間的定義がなされていないこともあってか、やはりデータに基づいた検討がされていない。その意味では、平成 18 年の政策委員会での調査に基づく検討よりも後退していると思われ残念である。

④認知症医療について

本稿 2. (p.148) で、意見追加した。

横浜丘の上病院／理事長・院長 畑 俊治

意見：我が国の精神科病院の「これまで」と「現状」

昭和 40 年代は金沢学会で今までの精神医療と精神神経学会のあり方が根本的に問われて、当時の若手精神科医を中心に巻き起こった精神医療改革運動と「精神病者集団」の結成、各大学精神科医局体制への批判、自らの「治療者」としてのあり方の自己批判、患者さんが参加する形での精神医療研究会、精神科病院の開放化・自由化・民主化などをきちんと総括し、それらの多くが厚い壁の中でどのように挫折していったかを検証する必要がある。この時代の下からの改革運動を知っている精神科医は次第に減って、今では数える位の高齢者だけになってしまった。

また、ライシャワー事件後のクラーク勧告は簡単に触れているが、その内容が実在的を射たものであったかを一項目ずつ現時点で検証していく必要がある。そしてその勧告が何故に無視されてしまったかを明確に解明する義務がある。

日本の精神医療の歴史を語る時にはこれらの 2 点はきちんと踏まえていかなければいけない。

〔日精協のこれまでの検討と方針〕

p.11 の「共生社会」という言葉を行政や有識者は好んで使っているが、彼らは本当に患者さんと共に生きるということを実践したことがあるのだろうか？

観念的な意味ならいくらでも言える。しかしそれを日常生活の中で実践することがいかに大変なことかは経験した者にしかわからない。

今後この言葉を安易に使用することは戒めなければならない。

古賀総合病院／精神科部長 槇 英俊

該当箇所・該当チーム等：身体合併症加算について

当院は、全体が 363 床の総合病院で、そのうち 92 床が精神科病床です。県内の精神病患者の身体合併症が集まりますが、労力がかかる割に合併症加算の点数が低いこと、7 日しかとれないのを、どうにかしてほしいです。

高月病院／心理士 戸原康之

○〔精神科病院への偏見の是正〕のためにはイメージ戦略が最重要と考えます。我々医療は本質的に受け身であるがために、積極的にアピールすることが不得手のように思われます。マスメディアに対してだけのアプローチではなく、精神科医療の大切さを伝えるメッセージ性の強い広報媒体（ビデオ等）を作成し、すべての会員病院 HP にリンクすることで、精神科病院というイメージの変革だけでなく会員病院のイメージアップにつなげるという取り組みもあってよいのではないかと思います（例えば内閣府自殺対策室にリンクされている「わかば」というミュージシャンのビデオクリップ）。また「精神病院は変わるのだ、変わってきているのだ」というメッセージを協会としてももっと強く打ち出してもよいのではないかと思います。そういった意味で、科の名称を変更することは、効果があると思います。

○診療所と違う病院の特色は、多様な職種によるチーム医療にあります。なお現在、薬物療法が製薬会社との癒着として一部のメディアの槍玉にあがっていることもあり、コメディカル（CP / PSW / OT 等）が持つ良いイメー



ジ（一般的には薬に頼らない治療というイメージ）を前面に出すアプローチが重要と考えます。診療所よりコメディカル層が厚い精神科病院の良さを、入院が主である病院での外来診療を活発にさせていく施策として取り入れ、地域からの人の出入りを多くしていくことが重要と考えます。そのためには、診療報酬上コメディカルが活躍できる部分を増やしていくための働きかけを期待します。

○「自殺対策」に関しては、もっと日精協として積極的に関わっていく重要度が高いと考えます。ゲートキーパーという言葉の認知度も一般的に上がっており、一定の理解と支持を得ていますが、「つなげる」という部分に関して、その場所を医療機関とすることに疑問を投げかける人も多くいます。つまりはせっかく医療につなげて、そこで出された薬を大量服薬して既遂してしまう事例が多くあるためです。ということは、入院治療の必要性をそこで説くことができるでしょうし、そういった未然防止的なストレスケア病棟の必要性が今後高まっていくと思われます。特にゲートキーパー対策には多くの国家予算が投じられていることから、例えばゲートキーパー養成講座の講師を精神科病院の職員が担当して地域に出て行ける枠組みを作るなど、もっと積極的に関わっていく必要があるのではないのでしょうか。

○全国労働衛生団体連合会への協力・支援は、今後の「定期健康診断における心の健康チェック」実施を見越して有益であるが、産業現場レベルでは要受診などと判定された職員を医療機関へどうつなげていくかといったことについての関心が高い（情報が事業者には渡されない仕組みのため）。そのため、全衛連との連携やこういった話題での研修会や講演を企業向けに行うとよいのではないかと。できればこのつなぎ役について「職域メンタルヘルスサポーター」の養成だけでなく、協会独自の認定資格化を行えないか。例えば大阪商工会議所が行うメンタルヘルス検定は、そういったニーズをうまく捉えてビジネスとして成功した一例である。

産業保健スタッフや人事総務担当者、または管理監督者をターゲットとした認定者を増やすことで、精神科病院に対する理解者を増やすだけでなく、認定資格については会員病院内での実習を義務化することで、メンタルヘルス対策のみならず各病院の収益や地域への開放性、治療の質の向上等に寄与できると考えます。

○「地域との交流」については、日精協で有効であった地域交流案を会員病院に公募し、優秀モデルとして共有するなどの放り組みをしてはいかがか。地域への精神科を理解してもらうためのモデル資料（HPや広報などに利用できるもの）を作成して会員病院へ配布し活用してもらうことも必要と思われます。

○「こころのバリアフリー研究会活動の支援」については、啓発活動として、とても大切なことだと思います。ただ危

惧として、上記団体は製薬会社のみが協賛に名を連ねています。現在の一般の風潮として、日精協がそれに加わることは、製薬会社と精神科医の結託＝精神科医の薬漬けという悪いイメージは拭えないおそれがあります。

高月病院／久持 修

【教育現場への働きかけ】

精神保健等の授業・教育ができる教員を養成するために、「精神保健」「精神疾患」などの項目を教員養成課程に組み込むという案がありました。

私は、大学教育だけでなく、現場に出てからも継続的に学び続けていく必要性を感じます。メンタルヘルスに関する授業や教育を提供する教員を養成するためには、大学教育だけでなく、教育現場で働いている教員に対しても継続的に研修が受けられるような機会を設けていく必要があると思います。例えば、規定の研修プログラムを修了した人に対して「メンタルヘルス専門教員」のような資格を与えるような制度を作ってみてはいかがでしょうか？

【職域への働きかけ】

「精神科領域で産業医と精神科医の連携をさらに推進する必要がある。そのために、産業医（他科）と精神科医の情報・意見交換、研修会、勉強会などを、日精協が協力し、全国レベルで開催するべき」との記載がありました。

私は、臨床現場での医師の仕事は膨大であり、いくら研修を受けたとしても、現実的には連携が取りにくいケースが多くなるのではないかと考えます。そこで、産業医と精神科医の間をつなぐために、精神保健福祉士や臨床心理士などを間に入れる方がよいのではないかと思います。「産業医と精神科医の間をつなぐ、動ける人材の育成」です。そのために、日精協が精神保健福祉士や臨床心理士の職域を拡大することを推進していただきたいと思います。

【地域への働きかけ】

私は「こころの健康診断」の普及・啓発も地域への働きかけとして役に立つのではないかと思います。「こころの健康診断」は働く人だけでなく、全国民（乳幼児は除かれるでしょう。何歳以上を対象にするかは別途議論が必要）が受けられるような体制を整えていただきたいと思います。そうすることにより、国民一人一人が自分のこととして（当事者意識を持って）メンタルヘルスに関心を持ってもらうことができるでしょうし、引いてはそれが早期発見、早期治療に結びつくことになると思います。

また、市民が「こころの健康診断」を受けられるようなサービスを精神科の診療所などが提供していくことで、精神科の敷居も低くなると考えられます。

【マスメディアへの働きかけ】

メディアへの働きかけにつきましては、こちらから働きかけるだけでなく、メディアが積極的に取り上げたいくなる話題づくりという観点も重要かと思います。

例えば、上にあげた「メンタルヘルス専門教員」や「こころの健康診断」の制度ができるということが話題になれば、メディアが積極的にテーマとして取り上げるようになると思います。

このように、メディアが積極的に取り上げたいくなる話題づくりを行いながら、合わせてこちらからもメディアに働きかけていくことが重要かと思います。

秋元病院／理事長・院長 秋元 豊

精神障害は時代と共に変化していくので臨床チームも次々と情報と技術を取り入れ対応しなくてはなりません。統合失調症を中心に精神科病院が展開された過去から発展させなくてはなりません。精神科クリニックが多くの特常者を治療している。また、依存症、摂食障害、リストカット、引きこもり、自殺対策等病態の変化に対応が少ないと思います。

湘南中央病院／理事長 今井重信

①身体合併症を持つ精神疾患患者の救急的受け入れ体制を地域に作るべきである。そのためにも現行の救命救急センターの要件に精神科救急の受け入れを認可条件に加えるべきである。

②労働者のメンタルヘルスケアのため、精神科医も積極的に産業医資格をとり、職場のケアに参画すべきである。

社団法人日本作業療法士協会／会長 中村春基

平素より当協会の運営に関しましてご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、標記に関しまして、日本作業療法士協会にご案内をいただきましたので、下記のとおり、集約した意見を提出いたします。

貴協会が将来ビジョンを計画され、今後の精神医療に関する多角的示唆をいただきましたことと、関係各署に意見を公募いただきましたことに御礼申し上げます。

どの検討チームの報告も現状分析を元に将来ビジョンを述べられている点は、当協会の今後のあり方を検討する上

で参考にさせていただきたい点が多々ありました。

このたびは、表現上で気になる点に関しまして、まことに僭越ではございますが、個別に記載をさせていただきました。ご査収をいただき、何らかのご参考としていただければ幸いです。

今後とも当協会の運営に関しましてご指導・ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

精神医療の将来ビジョン

p.4～6、p.22

○病院の透明性、利便性、治療技術やサービスの充実を第1に宣言していただきたい。

○具体的には、病院の質、専門職の質、人権への配慮など精神科医療の質の充実・向上について言及していただきたい。

1-1 急性期治療検討チーム

p.51

○急性期以降、3カ月の入院が一般化していますが、そのまま在宅復帰してもデイケアにつながらないか、またはデイケアの必要のないユーザーも多いのが実情です。個別のリハビリテーションの視点に立ち、生活リズムの回復(生活の構造化)、体力の回復、外出の援助、就労準備、復学準備などを担う密度の高い「外来作業療法」はより高く評価され積極的に活用されるべきです。

○デイホスピタルについては、具体的にイメージができるよう、施設基準や人員配置等も含めた質のわかる表現が望まれます。

p.53

○ここに書かれている「日常生活技能を回復するための指導や、社会生活リハビリテーションとして実際に付き添い外出し買物や公共機関の利用」などの支援は、まさに作業療法のADL、IADLの支援内容です。外出支援や地域での生活訓練など、個別の指導に対してその対価は支払われるべきと考えます。

1-2 回復期治療および重症遷延者治療検討チーム

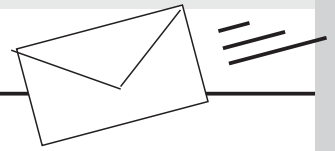
p.63～64

○重度の障害を持っても地域生活の可能性を模索すること、部分的であれ、社会参加すること、役割を持つこと等で、精神症状は軽減し、自尊心を回復することができることは、多くの実践が証明しています。重症遷延化の根本原因の一つが「精神科病院への長期入院」そのものにあるということをお忘れではないと考えます。

1-3 身体合併症検討チーム

p.70～71

○精神科を有する総合病院を増やし、連携を強化するこ



とが望まれます。精神科病院が身体疾患を管理するには限界があり、素早く他科に紹介、転院できる仕組みが必要です。

1-4 認知症医療検討チーム

p.34、p.81～82

○提言の順序について、認知症と人権が6、精神科医療と一般医療・福祉・介護の連携が7となっていますが、これらが筆頭の方が望ましいと考えます。

1-5・2-3 在宅・地域医療検討チーム・地域医療・ケアプログラム検討チーム

p.95

○保健的・医療的・福祉的アウトリーチの違いを本文内でもより明確化し、図表に反映していただきたいと思います。

○同じく p.95 の中段に、「今後は医師や精神保健福祉士などが訪問することも必要になってくる」との表現には、多職種として、作業療法士や心理士を明記することを望みます。

○アウトリーチには福祉専門職だけでなく、医療専門職（作業療法士等）のリーダーシップおよびマネジメントが必要です。

1-6・2-1 精神保健福祉法検討チーム・総合福祉法検討チーム

p.101

○「精神障害者とは、慢性疾患に罹患し、その結果として障害を生じ社会生活を営むために様々な福祉サービスが必要とするものである。この疾患は慢性の経過をとるため」という表現と第二の冒頭には、「精神保健や精神医療が扱う範疇は、必ずしも慢性疾患だけではない」という文言に矛盾があり、整合性を保つためには、上記の2行は不要と考えます。

2-4 生活施設検討チーム

p.117～119

○介護精神型老人保健施設（仮）の概要では、利用対象者や施設基準、人員基準が示されているものの、そこで行われるサービスや目的に関する明確な表現がありません。作業療法士の配置を計画していることから、入所者全員に対し何らかのリハビリテーションを施すのであれば、100：1では十分な介入は不可能と思われ、サービスが人員配置等に直接影響を及ぼすため、施設目的の明記を望みます。

メディカルケア虎ノ門／院長 五十嵐良雄

①「産業医との連携」に関しましては、精神科医が職場のメンタルヘルスに興味を持ち、専門医としての知識や経験を地域の企業におけるメンタルヘルス活動へつなげることは、今後、職場での健診にストレスチェックの項目などが加えられる等の動きもあり、職場のメンタルヘルスを理解し実践できる精神科医のニーズが今後高まると考えられるため、精神科病院として大事な役割であると考えられます。

そのために日精協としては会員病院の精神科医や地域で活動している産業医を対象とした研修会を実施し、職場のメンタルヘル스에精通した精神科医を育成するとともに、産業医への啓発活動を行い、地域における精神科医と産業医の連携を図ることが大事な役割であると考えます。

②職場で休職し復職が進まない患者が増加しており、職場で精神疾患に罹患した社員に対し、精神科医療機関として地域において診断や治療を行うために、静養病棟などの休息入院のための施設や、復職支援プログラム（リワークプログラム）を行うデイケアなどのリハビリテーション機能を拡充する必要があると思われます。この実現のためには、職場で健康に働けるようになるためのリハビリテーションであることを考えれば、労働施策上での経済的インセンティブを付ける必要があり、そのための働きかけが必要と考えます。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する基本的方向

平成 22 年 2 月 25 日
政策委員会／検討意見

はじめに

平成 16 年 9 月「改革ビジョン」の発表後 5 年間の実績を検証し、後半 5 年間の施策を見直すため、厚労省は平成 20 年 4 月から精力的に 24 回の標記「あり方等検討会」を開催し、本年 9 月 24 日に報告書（「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」）を発表した。

だが、障害者自立支援法を中心とする障害福祉サービス領域については、昨年 11 月に「中間まとめ」を報告し本年 3 月には同法の見直し法案が国会に上程されたが、7 月 21 日の衆議院解散により審議されないまま廃案となっている。他方、本年 3 月からの第 15 回「あり方等検討会」以降、9 月 17 日の第 24 回までは「精神医療改革」のあり方を中心に検討され、先の報告書としてまとめられた。

9 月の民主党を軸とする連立政権の成立により、障害者自立支援法の廃止が明確になるとともに、内閣に「障がい者制度改革推進本部」を設置し、当面 5 年間で障害者制度改革推進の基本方針を作成することとされている。また、前政権の「障害者施策推進本部」は廃止するが、旧本部が決定した事項については本部に引き継がれるものとされた。

今後の精神医療福祉のあり方については、どのような政権のもとであろうが精神障害者および日精協会員にとって最重要課題の一つであることに変わりはない。したがって、日精協としては平成 16 年 2 月の「あり方基本計画」報告書で提起された「入院中心医療から、地域医療・地域ケアへ」という基本方針に則り、「あり方等検討会」報告書の批判的検討を通して今後の精神医療福祉改革の基本的方向を具体的政策として肉付けすることが、喫緊の課題となっており、新政権への接触・アプローチを念頭に置きつつ、日精協の基本的政策を組織的に確立することが必要である。

1. 精神医療福祉改革に関する日精協の基本的考え(概略)

「入院中心の医療から、地域医療・地域ケアへ」という基本方針は、①地域社会で精神障害者が安心・安定して暮らせるための地域医療と福祉の環境を整備することによって、「必ずしも入院を必要としない」患者さんを地域生活に移行すること、②そのことによって減少する病床相当の専門職の一部を入院病床に再配置し、必要な病床の医療機能を高めるとともに精神科診療報酬を一般科並みに近づけ、多様化するニーズに応える精神科医療体系を再構築する

こと、という二つの要素から組立てられている。

このような基本方針は、少子・高齢化社会の進行・右肩上がりの経済成長の終焉など、精神科医療と病院経営をめぐる社会的・経済的背景の変化を的確に捉え、精神科医療に対する社会的ニーズに応え得る精神医療福祉提供体制を準備するものであり、中小規模病院を含む民間病院主体の我が国の特質を維持し発展させる考えに基づくものである。

即ち、①の考えは、歴史的長期にわたって、精神科病床が精神障害者の保護的な「生活の場」という役割をも一部担ってきたが、地域に 24 時間ケアのできる生活の場を整備することによって歴史的に醸成されてきた患者や家族にとっての「安住・安心の場」としての病院の役割を地域に移し、精神病床を本来的な精神科医療を提供する場に基本的に回帰しようとするものである。長期入院者すべてが対象となるわけではなく、とりわけ「1 年以上の長期入院」者のうち、どのような状態像の方たちが、どのようなソフト・ハードな支援が地域に整えば退院可能なのか、を明白にすることが必要である。地域社会に受け入れ基盤が整備されて始めて実際の地域移行は可能なのであり（“チェック＆バランス”の原則）、そのために整備「目標数値」を設定することが必要なことは言うまでもない。

同時に、地域移行を病院と連携して促進し、あわせて安定した地域生活を支援するためには、主治医と連携した地域医療サービスとともにアウトリーチ型の相談支援や福祉サービスとの連結を図るなど、ケアマネジメント体制の整備が欠かせないものとして「地域生活支援室（仮称）」を提案している。

②の考えは、精神科入院医療の質を高める視点に基いており、そのためには第 1 に、少子化時代にあって精神科専門従事者（指定医、看護職、各コメディカル等）の確保が困難な時代が続くと予想されることから、新規採用の努力とともに、①による病床減を背景に専門職を再配置するために自助努力することが必要である。第 2 に、急性期、回復・リハ期、慢性重症や認知症など状態像を軸とする病床機能分化により、医療・看護の効率性と質を高めることが考えられることから、病床機能分化による再編について検討している。かつ、このような機能分化が小規模病院でも可能である仕組みとして、「病床単位／2 階建て」方式の機能分化を提案している。これらによって人員配置においても医療機能においても一般医療に近づけることが必要であり、精神科診療報酬を一般科並みに求めていくという考えに基

づいている。

2. 精神障害者の地域移行目標値の設定について

(「改革ビジョン」による目標値設定の総括)

国の「改革ビジョン」では10年後の平成26年度までに「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人を病院から地域移行（退院）するとの目標値を設定した。平成18年度からの退院促進支援事業が十分な成果を上げなかったことから、厚労省は平成20年度から国費ベースで17億円を計上して地域移行支援特別対策事業を展開した。だが、平成20年度実績（退院者数）が745人とほとんど実績を上げていない（しかもこの数値は、相談支援事業所の関連病院からの退院者数を含むものであり、本来的事業目的に基づくものとは言えない数値を多く含むものである）。

厚労省はこうした実態を背景に、「9/24 報告書」では、これまでの数値目標が「受入条件」や「退院可能」という判断についての詳細な定義がなく、回答者の主観によるものであったことから、施策の効果や達成状況を適時に把握する指標とはならないことを自ら認めた。同時に、平均残存率や退院率による病床数の目標値も在院患者数減少の指標とはならないことも認めたのである。

(「改革ビジョン」の後期目標値の設定)

厚労省はビジョンの趣旨を踏まえた今後5年間の目標設定に関する考え方を、先の総括を踏まえて「1年以上長期入院する統合失調症患者数」を重点的な目標値に定める方向へと見直しを図った。

認知症については、平成22年まで実施されている有病率等の調査結果を待ち、平成24年の介護保険法改正に合わせて処遇のあり方、病床機能および病床数などの見直しを図るとした。また、他の病床種別については、現状の推移を見守るとして当面の目標値設定の対象から、今回は除外した。

その上で厚労省は、統合失調症の在院患者推計を行い平成26年の統合失調症の在院患者数の目標値を15万床と設定した。その根拠は、これまでの「患者調査」の実績から平成17年では19.6万人の統合失調症患者が入院しており、その上で新潟大・染谷教授の統合失調症在院患者数の将来推計値から平成26年には17.2万人となるとした。さらに、このような「自然減」に加え、これまでのような地域移行の努力によって2.2万人の退院促進は可能であろうとの推定から15万人を目標値に設定したものである。

(長期入院患者の適正な処遇のあり方からみた我々の「地域移行促進」のスタンス)

入院精神障害者の地域移行促進に関する我々の基本的考え

方は、以下の点にある。

第1点は、精神障害者の入院患者数は近年右肩上がりに増加し、同時にそれを上回る患者が毎年退院（地域移行）している。因みに、平成20年度総合調査によれば、回答会員826病院では平成19年度の新入院患者189,788人に対して退院患者は190,091人である。会員病院の努力を背景に医療機能が高まり入院期間が短縮化していることがその背景にあり、これこそが地域移行促進の本流である。

第2点は、このような入院期間の短縮化の一方で、「1年以上」の長期入院患者群は年々僅かずつ減少しているとは言え、平成20年度総合調査（平成19年6月末現在）によれば69.8%を占めている。入院精神科医療機能が高まってきたとは言え、新入院患者の1年後残留率はなお14%前後であり、New-Long Stay 群は今後も継続的に病床の一定割合を占めていく。また、歴史的な背景を持つ Old-Long Stay 群も存在し、これら「1年以上」の長期入院者には、重度・重症、身体合併症の併存など様々に地域移行が困難な実態などもあり、長期入院＝退院可能な軽症者ではないことは衆知のところである。

だが、長期入院者の一部には、地域での支援やケアの態勢が整備されれば「必ずしも入院を必要としない」患者のいることも確かである。その意味で、長期入院患者の地域移行の促進は、彼らの適正な処遇のあり方の検討そのものである。地域精神科医療と地域生活支援を整備することで、必ずしも入院形態による管理や保護を必要としない障害者の地域生活をどのように創造するかが問われているのである。

第3点は、精神科医療に対する社会的ニーズが多様化し、更に早期退院に向けた医療の質の高度化が今後益々求められる時代にあって、必要な各専門職の確保はこれからも厳しい状況が予測される。専門職の養成を今後も国に強く求めていくとしても、少子化時代にあっては必ずしも先は明るくはない。したがって、精神科領域において自ら可能な限り専門職を医療必要度の高い領域に「選択と集中」させる精神科医療再編の努力が我々にとっても不可欠であり、地域移行促進による病床数の「適正化」は我々自身の課題でもある。

したがって、長期入院患者の地域移行のためには、状態像（精神症状、生活障害程度、合併症、等）の分析を前提に、地域で生活するにはどのような支援（ソフト・ハードとも）の整備が必要かを把握することが必要である。即ち、地域の様々な基盤整備があつてこそ長期入院者の一部は地域移行ができるという“チェック&バランス”の考えで検討するのであり、「はじめに退院目標数ありき」の厚労省の発想に同意できるものではない。

(「1年以上入院統合失調症患者」の地域移行に向けた基盤整備数こそを目標値に)

今回の「あり方等検討会」で厚労省は、新入院患者のう

ち約5万人が「1年以上群」に移行し、同数程度が「1年以上群」から退院しており、「1年以上群」が約23万人ではほぼ固定しているとのデータを示した。統合失調症の「適正な病床数」を推定するためであれば、この23万人の統合失調症患者についてその詳細な状態像分析を行い、どのようなハード・ソフトの支援が地域にあればどの程度の患者が地域に移行できるかを推定することが必要不可欠である。平成20年報告書（平成19年度厚科研「精神病床の利用状況に関する調査」）から具体的な状態像分析・地域移行可能患者割合は推定可能である。だが、この作業分析を避けて先の「目標値」を結論づけており、これでは地域移行を図るための施策づくりというより、減少すべき病床数の“数値づくり”（「適正病床数」）に過ぎないとの印象は免れない。

現在の約35万床は社会的ニーズがあつての病床数であり、ニーズがなくなれば自然と病床数は減少していくものである。精神科病床以外でニーズに応えられる資源が社会的に用意されれば、精神病床数は自然減するのが理屈である。厚労省はこの原理原則を無視して「まずは目標値ありき」に走る点に、基本的な政策立案の誤りがある。

3. 地域で安心・安定して生活するための精神障害者福祉基盤の整備

A. 「居住の場」と「生活支援」を一体的に提供するサービス基盤の整備

（24時間ケア態勢のある生活支援施設）

我々は、平成14年以来の「あり方基本計画」報告書、また平成18年政策委員会による調査に基づき、「1年以上の長期入院者」の実態把握を踏まえて精神科病床以外の社会的資源として生活支援施設、精神保健施設（心のケアホーム）等の施設類型を提案し、その整備によって地域移行が可能な患者数を推定してきた。だが、障害者自立支援法では、基本的に「居住の場」は4～5人を単位とするケアホームとグループホームのみであり、生活障害が比較的強く精神症状も些細なストレスで変化しやすい精神障害者の責任ある24時間地域生活の支援は困難である。20～30人規模の施設であれば1人の夜間支援員を配置することで、効率的な地域生活の支援が可能である。ケアホームやグループホームを利用できる精神障害者はむしろ軽症であり、長期入院者には24時間ケア態勢のある生活支援施設であれば必ずしも「入院を必要としない」障害者の割合が高いのが現状である。身体・知的障害者福祉法による第一種社会福祉事業としての生活施設が、精神障害者福祉法がないことから精神障害者にはこれまで用意されてこなかったものであり、精神科病床が生活支援施設としての役割を代替してきたという経緯がある。障害者自立支援法による居住サービスは、このような精神障害者福祉の立遅れをリカバリーしてはいない。

（高齢精神障害者の「生活の場」）

今回の「あり方等検討会」で唯一厚労省は、「高齢精神障害者については現にその多くがADLやIADLの支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか」と社会資源について触れているのみである。だが、この「生活の場」は「病棟転換型」の介護保険適用施設を念頭に置くものであることから、要介護度や65才以上という年齢など利用対象基準が限定されるものであり、かつ、介護保険施設類型であれば必要な医療サービスの提供が制限されることにもなる。また、介護を含む生活支援が確保される「生活の場」の必要な障害者は、65才以上という年齢や要介護度の高い人たちに限られるものではない。高齢者介護の発想に限定することなく、精神障害者の状態像や社会生活への参加の仕方など地域生活支援の発想から「生活の場」は検討されなくてはならない。ADLやIADLの障害に着目するとしても、一律な年齢基準の設定や必要な精神科医療については制限しないよう「横出し」にすることが不可欠である。

B. 精神障害者福祉サービスは利用者の自己決定を前提に

（地域に多様な種別のサービスを整備し、選択は利用者の自己決定で）

これまでの障害者自立支援法では、自立生活のための訓練、経済的自立のための一般就労に向けた支援に重点が置かれ過ぎている印象は否めない。しかもその「成果」を強く求める傾向は、成果報酬や減算等のサービス報酬体系に導入されていた。特に精神障害者の場合では、グループホーム等の単独運営では居住支援ができないほどのサービス単価であったり、自己の障害判断によって1日2～3時間・週1～2日の就労継続や作業を選択することに肩身の狭い思いをするなどの「格差」感を生じつつあった。障害者福祉においては、人としての「使用価値」（能力）が「存在価値」よりも上位であるかの差別感はあるてはならない。就労しなくても（出来なくても）、生活上の援護を受けても、地域で安寧に生活することを保障することが「共生社会」の原点でなければならない。様々な障害や能力に応じた多様な資源を準備し、障害者がためらいなく自己選択できるような基盤整備が必要である。

（サービス利用の対象制限、利用期間制限は自己決定権の制限である）

障害の程度で利用できる「居住の場」を設定することは、様々な状態の障害者が共に生活することを否定することである。また、生活訓練や就労支援のサービス利用期間を設定することは、「一定期間内でのステップアップ」を強制するものであり、適わない障害者を差別することに通じる。同時に、さらに継続して努力する機会を奪うことでもある。

これらは総じて、障害者の自己決定権を制限するものであり、「成果」主義に基づく発想から施策化されたものであることから、新しい障害者福祉制度の検討では排斥すべきものである。

C. 専門性を担保した相談支援事業およびケアマネジメントの確保

(相談支援事業、ケアマネジメントの混乱と失敗)

ケアマネジメントは、障害者が安定した地域生活とその質を高めることを目的に、様々なサービスを利用に結びつけるという生活支援の技法である。同時に、利用者にとってケアマネジャーは地域生活の上でのキーパーソンとしての役割を持つ頼れる専門職種でもある。だが、市町村によるサービス支給決定とその費用管理を理由に、アセスメント、利用意向調査、ケアプラン作成、モニタリング、評価というケアマネジメント技法のプロセスが、委託相談支援事業者・市町村・指定相談支援事業者に分割され、利用者とケアマネジャーの信頼関係を基盤とする地域生活支援の技法は全く形作られなかった。また、「あり方等検討会」の見直しにおいても、ケアプラン作成の対象者を福祉サービス利用者全般に拡大したが、ケアマネジメント技法のプロセスの分断はそのまま、改善されることはなかった。

他方、相談支援事業の位置づけも市町村指定の相談支援事業と都道府県指定のそれに分かれており、「あり方等検討会」の見直しにおいても市町村指定の「指定特定相談支援事業」と都道府県指定の「指定一般相談支援事業」となっている。後者には、常時の相談支援（24時間体制）と地域移行支援が位置づけられているが、明らかに公費負担の抑制の観点から設定されており、相談支援事業やケアマネジメントの実効性の視点は軽視されたものとなっている。特に「地域移行支援」事業は、34億円（国費ベースで17億円）を支出するものであるが、都道府県で数カ所の「指定一般相談支援事業」所が外部から関わって病院・施設からの地域移行を促進することは、これまでの実績からも明らかのように実際的ではない。地域の実態に即した相談支援事業体系への見直しが必要である。

(ケアマネジメントは相談支援事業に位置づけ、障害特性に基づく各専門性を尊重・配慮)

精神障害者が安心・安定した地域生活を送るには、医療と福祉の総合的サービスの利用が不可欠であり、精神疾患について理解し、身近にいて利用者の状態に精通する精神保健福祉士、看護職などの専門職が携わることが最も望ましい。その意味では、病院（施設）・各事業所のこれら各専門職がケアマネジメントを担うことのできる仕組みにする必要がある。

入院患者の地域生活への移行および地域生活への定着化を支援し、また、回復途上にあつて地域生活を送る精神障

害者などに関わる相談支援は、必要な時に適宜実施され、かつ専門性に裏打ちされ適切に行われることが不可欠である。したがって、入院中から関わり、退院後も相互の信頼関係が作られている病院や地域の事業者らの専門スタッフを核とする相談支援体制の構築が必要である（具体的には、165頁を参照）。

D. 地域生活を支えるための経済的基盤の保障

(抜本的な所得保障制度の見直しおよび経済支援対策)

精神障害者が病院から地域生活へと移行するためには、地域生活が経済的に成り立つことがまず必要である。とりわけ精神障害者は入院・通院の長期の治療が不可欠であることから未就労経験者が多く、就労経験のある者も貯えのある人たちはほとんどいないのが現実である。まして家族からも自立した地域生活を目指すことを前提とするならば、障害基礎年金2級の月額6.6万円や1級の8.2万円では、経済的に自立した地域生活は極めて困難である。2級受給者では福祉サービス費の自己負担がないとは言え、保険料・自立支援医療費を自己負担し、グループホームやケアホームを利用して5.8万円（施設入所者の「食事・水光熱費」自己負担の国の基準額）を負担すると、手許には5千円も残らない。他方、長期入院の場合では、様々な控除があり手許には2.6万円が残る。これでは「入院生活から地域生活へ」の移行は実質的に不可能である。

所得保障制度の抜本的な改善を行わないままに、自立支援サービスの自己負担制度を導入したことに基本的な欠陥があると言わざるを得ない。具体的な経済支援対策および抜本的な所得保障制度の改善が必要である。

(当面の経済支援対策の実施が必要)

抜本的な障害者所得保障制度改革を要望しつつも、当面の障害者生活支援対策について検討しその実現を図るよう努力することが必要である。

第1に、精神障害者は福祉サービス費とともに自立支援医療費の自己負担もあり、自己負担の強力な軽減策が必要である。障害福祉サービスについては応益負担制度を廃止して応能負担とし、負担額の算定は「世帯単位」から「個人単位」によるものとする。また、自立支援医療については、医療保険制度の枠組みにあることから各種健康保険本人として加入している精神障害者の利用者負担については、通院医療の継続を担保する観点からこれを無料化することを求めていくべきである。

第2に、精神障害者の交通費割引・優遇措置は、身体・知的障害者のそれに比べて著しく遅れている。例えば、国土交通省の定めた「一般乗合旅客自動車運送事業標準運送約款」には精神障害者が運賃割引届出対象者から外れており、実際に身体・知的障害者に比較して割引事業者は3分1程度でしかない。精神障害者も身体・知的障害者とともに

に障害者として位置づけた障害者基本法に反し、精神障害者差別以外の何ものでもない。実際にも多額な交通費によって、日中活動サービスの利用や通院医療が制限される傾向があり、早急な改善対策を求める必要がある。

第3に、在宅、居住サービス利用者には、施設入所利用者の「補足給付」に相当する経済的援助（特定障害者特別給付費）がない。先述したように、障害基礎年金2級のみの方の場合は、地域生活への移行はできない。

同じ障害者であっても、第1種社会福祉事業としての施設入所者と第2種社会福祉事業としての居住の場であるグループホーム等の利用者や一般アパート利用者との間に、経済支援対策の格差があることも見過ごすことはできない。後者の場合にも特定障害者特別給付費制度の対象にするよう求めていく必要がある。

4. これからの精神科医療のあり方（具体的な試案）

A. 精神科救急医療体制について

（「救急医療入院料」算定病棟という名称の問題性について）

平成7年の精神科救急医療システム整備事業以来、地域の病院群輪番体制によるシステムとして整備が進められてきた。対象は他科と同様の夜間・休日の救急対応の他、応急入院や緊急措置入院としていることから、必ずしも24時間・365日を完全にカバーするものとはなかったが、地域の多くの精神科病院が低廉な委託料・空床確保料に甘んじて地域医療の一端を支えてきた経緯がある。だが、平成14年の精神科救急入院料算定病棟の設置は、救急医療システムの整備における混乱をもたらした。この病棟は、本質的には人員基準の高い急性期治療病棟であり、救命救急センターのような在院期間が極く短期間に設定された「精神科救急専門」病棟ではない。実態は前者であるにもかかわらず「救急入院料算定」病棟としたことによって、これまで救急医療システムを公平に担ってきた輪番病院としてのアイデンティティが揺らぎ、スーパー救急病棟任せの気運が一部で見られることとなった。地域の精神科救急医療は、地域の病院全体で担う病院群輪番体制によることが重要であり、その中の輪番病院の一つとして「人員基準の高い急性期治療病棟」も参画し、かつ、救急医療圏における「最後の砦」としてバックアップ機能を担う、という位置付けに整理し直すことが必要である。その上で、輪番体制を担う病院においては、診療報酬上での「精神科救急入院」加算などの公平な評価を行うべきである。

（「スーパー救急病棟」の診療報酬上の施設基準の見直しについて）

精神科救急医療体制整備事業では、救急医療圏域での「24時間・365日」受け入れ態勢を確保するために、常時対応型施設という概念を導入した。そしてその指定対象を、診

療報酬上の「精神科救急入院料」または「精神科救急・身体合併症入院料」の算定病院とした。だが、これら入院料算定には、算定のための「施設基準」として精神科救急での「基幹的役割」を示す事項が定められているだけで、「常時対応型施設」との関連については規定されていない。そのため、これら“スーパー救急病棟”は救急医療圏での「24時間・365日」態勢を確保するための「最後の砦」としての役割を担うものには、制度上必ずしもなっていない。入院料算定の施設基準に、精神科救急医療圏における「最後の砦」としての役割を規定することが必要であると考えられる。

具体的には、診療報酬上の施設基準として「精神科救急医療圏における精神科救急医療体制整備事業の常時対応型施設であること」と明記することである。このことによって、精神科救急医療圏における「24時間・365日」体制は保持されるので、診療報酬上の算定要件とされている基幹的役割に関わる施設基準は不必要となることから、これを廃止する。このことによって、精神科救急医療圏域は都道府県で設定できることから、地域特性に応じて「精神科救急入院料」または「精神科救急・身体合併症入院料」の申請がより可能となる。即ち、地域の事情に応じて、一病院集中型の精神科救急システムや病院群輪番体制を軸とした複数の常時対応型施設によるシステムなど、多様な形態が可能となるように配慮すべきである。

（精神科救急情報センターの機能充実について）

情報センターは、真に救急対応が必要な患者を救急医療システムに導入するという点でトリアージュ機能を持つ。その担い手は主として経験のあるPSWや看護師であることから、一定の成果を上げているのは事実であるが、限界も指摘されている。特に、一般科の救急当番医から寄せられる薬物依存患者やリストカット患者などの「精神科救急」類似患者の受け入れ要望、意識障害や身体合併症の疑われる患者への対応などでは、適宜な判断が難しいことが問題となっている。

常時対応型施設が総合病院精神科であれば、情報センターを併設することで精神保健指定医の判断を直接求めることができるが、そうでない場合では指定医に判断を仰げるようなシステムの構築が検討される必要がある。

（精神・身体合併症救急医療の体制整備）

救命救急に限らず、意識障害を含む重症な身体合併症を伴う精神科患者は、身体治療を優先することが原則である。総合病院の精神科病棟は、重症な精神・身体合併症医療を行うために医療法で医師16対1などの人員配置基準が認められており、平成20年度から「精神科救急・合併症入院料」という高額な診療報酬が設定されている。だが、全国でも3施設程度しか採用しておらず、総合病院精神科病棟の反応は極めて鈍いのが現状である。施設基準に「救命

救急センター」のある総合病院であることが規定されていることも反応が鈍い理由となっている可能性が考えられるが、平成16～18年度厚生科学研究「保坂」班の報告書に見るように、総合病院精神科病棟入院には「中等度以上」の身体合併症患者は21.2%しか入院しておらず、身体合併症医療への非積極性という大きな問題点があると言わざるを得ない。

「あり方等検討会」で厚労省は、総合病院精神科病床の減少傾向に歯止めをかけ、身体合併症および認知症疾患の急性期身体疾患の医療を確保すると、総合病院精神科病床の診療報酬上の評価を見直す方向性を示唆している。だが、精神・身体合併症患者の治療は様々なレベルでの医療提供体制のあり方が検討されることが必要であり、そのことと離れた総合病院精神科病床一般の診療報酬評価の検討には、強力に反対しなければならない。

精神科救急医療レベルにおいては、第1に、救命救急センターを設置する総合病院の精神科病棟においては、①診療報酬上で十分に評価されている「精神科救急・合併症入院料」算定病棟、あるいは②救命救急センター病床（在院期間14日以内）のリエゾンとその後一般病床での継続医療に向けたトリアージュの役割、のいずれかを、第2に、救命救急センターを設置しない総合病院の精神科病棟においては、①地域の救急医療体制整備事業に「精神科救急病棟入院料」算定病院として参画して基幹的役割を担う、あるいは②救急救命センターの後方支援病棟として、また、地域における精神・身体合併症患者を専門的に受け入れる合併症専門病棟（入院患者の70%以上）、のいずれかの役割を担うように法制的にも位置づけることが必要である。

B. 短期入院医療機能の整備（急性期、回復・リハ期） （「あり方等検討会」では、全く検討されなかったことについて）

平成16年「改革ビジョン」においては、1年以内の退院を更に促進するため精神科病床の機能分化の必要性が謳われ、特に、急性期治療病棟とそれに続く「回復期リハビリ病棟」の検討が課題とされていた。だが、今回の「あり方等検討会」では専ら疾病ごとの目標病床数値の設定に精力が注がれ、平成26年には統合失調症患者の在院患者数をどの位減少させるのかに終始し、この課題には触れていない。

平成20年4月時点で、日精協会員病床の46.3%が診療報酬上の特定診療料による機能分化を行っており、救急および急性期治療病床は11,363床（3.8%）となっている。このような機能分化を背景に入院期間の短縮化、病床回転率の向上が進み、入退院患者数の右肩上がりの増加、平均在院日数の著しい低下が近年みられている。精神科病床の医療機能のこのような活性化・向上は、救急病棟や急性期病棟など人員基準が比較的濃く、質の高い医療機能の整備に支えられている。これを更に推し進めるためには、新入院患

者の1年後残留率をさらに改善すべくより多くの病院が急性期治療病床を整備するとともに、3カ月を超える患者も1年以内に退院が可能となるよう回復期医療およびリハビリテーション機能を高める病床を整備できるような施策の検討が必要である。

（地域生活支援と連携した「病室単位」の回復期リハビリ病棟～伊藤弘人～について）

救急・急性期において十分な治療を受けても3カ月間を超え長期化のおそれがあり、また現に長期化している患者に対し、地域生活支援と連携し積極的なリハビリテーションを実施することで9カ月以内に地域に退院させる病床を、伊藤弘人は提案している（平成16～18年度厚生科学研究「保坂班」）。この案では、回復期リハ病床を「病室単位」で設置できること、また、その5割以内は入院後1年以上でも利用できることとされており、利用期間は9カ月を上限とするが急性期治療病棟と精神療養病棟の間の診療報酬を設定するもので、極めて現実的な提案であると考えられる。

（急性期病床と回復期リハ期病床のケアミックス型病棟の新設を求める）

日精協では、平成14年以来「これからの精神医療のあり方基本計画」をプロジェクトチームで検討してきており、その都度報告書を代議員会に提出してきた。平成16年2月の報告書では、「2階建て」方式（傾斜配置病棟をベースに複数の病床種別を設置する）の機能分化案とともに、入院中から病棟スタッフとともに退院支援し退院後も引き続き生活支援する「地域生活支援室（仮称）」を提案している。その上で、病床種別として急性期病床（3カ月未満）、回復期病床（3～6カ月未満）、リハビリ病床（3年未満）、慢性重症病床、認知症病床などの専門病床、等を提案した。さらに平成20年3月の報告書では、回復期病床とリハビリ病床を併せて「回復期リハビリ病床」へと修正し、対象期間を3カ月～1年以内と変更した。

新入院患者の「1年後残留率」を低下させ、早期退院の医療機能を高めるためには、大都市や大型病院だけでなく地域の小規模病院も急性期病床、回復期リハビリ病床を採用できる施策が不可欠である。そのためには機能分化は病棟を単位として行うだけでなく、1病棟に急性期と回復リハビリ期、または入院基本料と回復リハビリ期、との双方を設置できるケアミックス型の病棟を新設できるようにすることが必要である。その病棟は、急性期病棟入院料2と同様に15対1看護、PSW1、OTRまたはCP1を配置し、精神療養病棟と同様の病棟環境とする。診療報酬は、急性期病床は急性期病棟入院料2（3カ月まで）と同一とし、回復期リハビリ病床は急性期と精神療養の中間程度（9カ月まで）とするとともに、5割までの1年以上の患者も算定できるようにする。後者の回復リハビリ期との同一病棟における入院

基本料には「急性期加算」（3カ月上限）を行うなどのインセンティブを検討する。

ケアミックス型であれば小規模病院でも設置の可能性が開け、また、100床当たりの月あたり新入院患者数（初回・再入院を含む）も、総合調査（6月調査）によれば平成10年の6.54人から徐々に増加し平成20年では8.11人となっている。これらを勘案すれば、各地域の病院が急性期病床、回復期リハビリ病床を採用できる診療報酬上の仕組みを整備することが必要である。

C. 長期入院の医療機能

（「必ずしも入院を要しない」患者の適正な処遇のあり方の検討が前提）

既に指摘したように、長期入院者の地域移行の促進は、我々から言えば「必ずしも入院を必要としない」患者の適正な処遇に係る課題であり、地域で彼らが安心して生活できる社会的環境をどのように整備できるかに係る課題である。これまで精神科病床が果たしてきた精神障害者の保護の機能を、身体・知的障害者と同様に生活施設、居住の場として地域社会に移行することである。

その点で障害者自立支援法、とりわけ居住支援サービスの体系は重大な欠陥を持つものであった。厚労省は「三障害共通」のサービス体系としながらも、障害者支援施設のような精神障害者向けの生活支援施設を全く用意しなかったからである。グループホーム・ケアホームがあれば「入所施設は不要である」かの論調を展開し、重度の生活障害によってこれまで病院にとどまらざるを得なかった精神障害者の地域での生活の場を用意することを怠ったのである。

「あり方等検討会」報告書においても、平成26年度後期目標として「1年以上入院の統合失調症患者」数を15万人とし、現行の福祉サービス提供によって2.2万人は地域生活に移行するとしている。だが、その数値の根拠は何も示されていない。「1年以上の長期継続入院患者の精神症状、生活障害程度および必要な支援、身体合併症やADLおよび必要な支援などの詳細な実態の把握に基づいて、「必ずしも入院医療を要しない」患者の状態像や地域生活で必要な支援のあり方について検討することは、実際に地域移行を促進しようとするならば避けられない検討課題である。

（平成18年政策委員会調査による「必ずしも入院継続を要しない」長期患者の分析）

平成18年調査では、精神一般病棟・精神療養病棟に6月30日現在入院の患者であって、当該病院に1年以上継続して入院している患者を対象に、日精協役員・委員会委員などの126病院・548病棟の20,719人のデータを入手した。状態像を把握するために、年齢・性・主病名などの基礎データの他、2軸評価（精神症状6区分×能力障害5区分）・「寝たきり」度（日常生活自立度4評価）・生活障害

評価（7項目・×5段階）・身体合併症の有無（入院治療の要否など）のパラメータを用いて分析した。

F0を除く18,738人のうち、「入院治療を要する合併症」患者5,173人（27.6%）をさらに除外した13,515人をクロス分析した結果、（1）グループホームや福祉ホーム等を利用し、外来通院（デイケア等を含む）や福祉サービスを利用して地域移行が可能と思われる患者は14.2%、（2）数人単位のケアホームおよび20～30人単位の24時間ケア体制が確保された生活支援施設が用意されると地域移行が可能と思われる患者は12.4%、（3）十分な介護力と心のケアサービスが用意された精神保健施設または介護系施設が用意されれば病院生活から移行可能と思われる患者は2.5%と推定された。但し、「精神症状4～5」という評価は陽性症状や逸脱行動の遷延などの他に、中等度から重度の陰性症状も対象となっていることから、その中で「寝たきり」度が「1」（身辺生活はほぼ自立し、移動にも支援不要）の患者は30%と最も多く、24時間ケア態勢の整った生活支援施設での処遇が妥当な患者が相当割合含まれると推定される。これらのことから、F0を除く「1年以上継続入院患者」のうち、グループホーム・福祉ホームへの移行可能な患者割合は14.2%、24時間ケア態勢の整った生活支援施設が整備されれば、およそ25%の患者は退院可能と推定された。

（長期入院病床に必要な医療機能について）

以上の長期入院患者の状態像の調査は、必然的に退院を見込むことが困難な状態像を浮き彫りにすることから、長期入院病床に必要な機能をも明らかにする。

第1に必要な機能は「慢性重度治療（仮称）」機能であり、濃厚な精神科医療・看護・リハビリ機能が求められる。多職種による強力なチームアプローチにより、ケースマネジメントを展開し、24時間ケア付きのケアホームや生活支援施設に移行できるように陽性症状の改善と生活障害の具体的改善が目指されることになる。

F0を除く「1年以上継続入院」患者の約2.5%が該当（「精神症状6」で「寝たきり度1」）するが、先述したように「精神症状4～5」×「寝たきり度1」群には、陽性症状や逸脱行動が遷延化する患者も含まれることから、実際には17～18%程度の割合になるものと推定される。

第2に必要な機能は「介護力強化精神科治療（仮称）」機能であり、高い介護力および理学療法、そして濃厚な精神科医療・看護の求められる病床である。「寝たきり」度が2～4で、かつ「精神症状4～6」であって、F0を除く「1年以上継続入院」患者の約2.5%が該当する。割合はさほど多くはないが、精神病床以外の介護系施設での処遇は不适当であり、また、困難でもある患者群が対象である。

第3に必要な機能は「入院治療を要する身体合併症治療」機能であり、最もその割合が高く、F0を除く「1年以上継続入院」患者の約21.8%が該当し、長期入院化の大きな要

因の一つとなっているものである。その内訳では、(1)「院内の他科専門医による治療」が7.8%、(2)「院外の専門医の受診による」が1.9%、(3)「他科専門医による治療が必要だが、やむを得ず精神科主治医が診療」が3.2%、「精神科主治医が治療できる」が8.9%、であった。かつて日精協では、「重症身体合併症病棟入院料」を要望したことがあった。しかし、精神科病院における合併症患者の状態像は、急性期で精神症状の重い患者、慢性期の患者、さらに認知症や高齢精神障害者など実に様々であり、精神疾患の状態像に応じた処遇病棟でそれぞれ身体治療を受けることが望ましいこと、また、合併症病棟を作るほど重症患者数は多くないことなどから、現実的考えではないと判断する。むしろ、合併症治療に対し、一定の条件で特掲診療料の横出しを求める、または、合併症管理加算の充実を求めることが現実的だと考える。

入院治療を要する身体合併症患者は、患者全体の高齢化も背景としつつ今後さらに割合が高くなることが予測されることから、身体合併症治療のあり方の検討は重要課題の一つである。

D. 身体合併症治療と総合病院精神科医療

(「あり方等検討会」で示された厚労省の合併症治療対策)

精神障害者の高齢化、認知症患者の増加などを背景に精神・身体疾患合併症への医療ニーズが高まっている現状の中で、厚労省は以下の対応策を提案している。

その第1は、総合病院精神科が、平成20年4月に新設された「精神科救急・合併症入院料」や「認知症患者医療センター」など、身体合併症医療での総合病院精神科に対する期待を込めた施策に対してほとんど対応していないだけでなく、むしろこの5年間で総合病院精神科病床は12%強減少している。このような現実の中で、総合病院の他科診療報酬よりも極端に低い精神科診療報酬を評価することで改善することを提案している。

その第2は、認知症患者の増加とともに高率にみられる身体合併症治療に対するニーズが高くなってきているが、認知症病棟(精神科)の医療水準では対応に限界があり、総合病院精神科には積極的な取組み姿勢が見られないのが現状である。このことから、医療法施行規則第10条第3項を見直して、一般病床でも精神疾患患者の入院医療ができるための方策を検討することを提案している。

その第3は、精神科病院においても、身体合併症の入院医療管理を一定程度行うことのできるような方策を検討すると提案している。

(合併症医療の水準、病・病連携などの現状を踏まえた現実的な対策が必要)

精神・身体合併症の医療提供体制の整備は、喫緊の課題であることは言うまでもない。厚労省は総合病院精神科に

対する大きな期待を込めて、病床機能とその維持強化に向けて診療報酬の改善評価を掲げている。だが、どれだけの総合病院精神科が、精神科救急、認知症患者、精神・身体合併症などの地域における基幹的役割を積極的に引き受けようとしているのかという実態を把握することが重要である。比較的多くの総合病院精神科病棟では、神経症・うつ病・ストレス障害など軽症、開放処遇の患者が中心であり、身体合併症患者も「中等症以上」で20%程度であるとの報告もある。合併症患者が多いと看護師らが疲弊して病棟運営が困難になる、との声も聞かえている。実際、隔離室を含め重症な精神疾患に対応できる病棟構造を持つ施設は少ないのが現状である。

このような実態とは無関係に、漫然と総合病院精神科病床の診療報酬を評価することには強力に反対しなければならない。むしろ必要な病床機能とその基準を明確にした上で、その機能を評価する検討へと視座を据えることが不可欠である。

また、一般科で精神疾患患者の入院医療ができるように医療法施行規則第10条第3項を見直すという提案は極めて安易な考えであり、慎重な検討を要する事項である。主に、認知症患者の身体合併症、とりわけ急性期・重症患者の処遇の場を確保することが目的であると推定されるが、認知症に限らず精神疾患を有する患者においても一般科での専門治療を要する状態であればその身体疾患が主病名となることであり、上記第10条3項の見直しの必要性には関与しないと考える。同第10条3項が精神障害を有する身体疾患患者の一般科での受け入れを困難にしているという意見があるとするならば、認知症や精神障害を有する患者を受け入れないための口実に過ぎない、というのが現場の精神科医の実感である。現に、地域での身体疾患の治療はDr. to Dr.の連携によってある程度はうまく確保されているからである。また、同第10条3項では「臨時応急の場合」に一般病床への精神疾患患者の入院を認めており、にもかかわらずこれを「見直す」ことは一般病床にて「臨時応急の場合」に該当しない精神疾患患者の治療を現に行っている不合理な現状を法的に容認することとなり、我々は認めることはできない。「臨時応急の場合」において、一般科で身体拘束や行動制限はできないことが理由であるならば、一般病床に精神保健福祉法の網をかけるのではなく、身体疾患治療における抑制等人権の擁護に係る要項を医療法、またはその施行規則に追加することを検討すべきである。

地域における精神・身体合併症医療の提供体制の検討は、第1に、精神症状・身体疾患の重症度レベルに応じた検討が必要であり、概略的には精神科救急医療レベル、入院患者の重症・急性期身体疾患に対する医療レベル、認知症や高齢精神障害者などの慢性疾患の身体疾患管理のレベルなどに分けた検討が必要である。第2に、地域での病・病連携や精神科病院で充実に向けて努力されてきている様々な

合併症治療について、その検証とともに充実に向けた評価について検討することがより現実的である。

①精神科救急医療レベルにおける身体合併症医療のあり方

平成 18 年度厚科研「保坂班」の報告によれば、救命救急センターや救急医療センターに搬入される患者の 12% が広義の精神科救急に該当し、その約 33%（全体の 2.2% に相当）が身体的救急合併症を持つ。また、精神科救急入院料算定病棟では、精神科急性患者の 2.2% に重症身体合併症があったとしている。

救命救急センターの ICU は診療報酬上では 14 日間までしか評価されず、精神科専門医が配置されると 3,000 点/日が加算されることとなったが、実際にはその後をカバーできる精神病床が少ないこと等から、身体合併症を持つ精神疾患の治療継続が担保されないという深刻な問題が浮き彫りとなっている。また、前回から救命救急センターを設置する総合病院精神科病棟は「精神科救急・合併症入院料」算定病床を採用できることとなったが、全国で 3 施設のみという貧困な現状のままである。他方、病院群輪番による救急医療体制を整備している地域では、総合病院精神科病棟が身体合併症受入後方病院として指定されているが、ある圏域では 2 年間の合併症受入実績がゼロあった。このように地域の総合病院精神科病床は、精神・身体合併症医療に必要な基幹的役割をほとんど果たしていないのが実態である。精神科救急医療レベルにおいては、精神科治療とともに重篤な身体疾患管理が不可欠であることから、以下のような施策を早急に実施することが必要である。

第 1 に、ICU から押し出される患者は、実際には総合病院の一般病床で身体疾患管理を継続し、精神科専門医がリエゾン診療を行っていると推察される。これを積極的に評価し、精神科救急レベルに関わるリエゾン診療に手厚い診療報酬上の評価を行うことが必要ではないか。

第 2 に、精神科医療の提供体制が整備されていない地域の総合病院精神科を除いて、総合病院精神科病棟に、精神科救急や合併症治療において基幹的役割を地域で果たさせる仕組みを検討することが必要である。地域の民間精神科病院と同じ機能であれば医師 16 対 1 の人員基準は不必要である。総合病院精神科病棟を身体合併症対応に特化するために、①精神科救急の合併症患者受け入れの後方病院、あるいは認知症疾患医療センターとして認知症の重症患者受け入れ病院であること、②専門治療を要する合併症患者が常に 70% 以上であること、③地域の精神科病院等からの患者紹介率が 20% 以上であること、等の条件のもとで、「精神・身体合併症入院料（仮称）」を新設し、急性期治療と救急医療との中間程度の特定入院料を設定することを検討してはどうか（民間精神科病院でも算定基準をクリアする場合には、設置できる仕組みとする）。

②入院患者の専門的合併症医療のあり方

平成 20 年度厚科研「伊予班」（松原分担研究者）の報告では、入院患者の 14.4%（統合失調症では 10.5%、F0 では 24.9%）に「特別な管理」を要する合併症があるという。また、平成 18 年の日精協政策委員会では、精神一般・精神療養病棟に入院しており「1 年以上継続」して当該病院に入院する長期患者を対象に調査し、F0 を除く 19,248 人のうち 21.8% に「入院治療を要する」合併症があった（うち、主治医（精神科医）で治療可能な患者は 8.9%）。

地域の総合病院精神科病棟はほとんど受け入れないことから、民間精神科病院は一般医を採用して治療にあたる傾向が増えており、専門医による入院治療が必要な患者の約 60% を診療しているのが実状である。また、他の医療機関からの対診を求めたり、Dr. to Dr. の連携によって一時的な転院で身体疾患を管理していただいているのが、実状である。

このような実態を踏まえるならば、第 1 に、地域の病-病連携をより充実する施策を検討することが最も現実的である。療養担当規則第 16 条では転医および対診の措置を講じることと規定されているが、診療報酬上の評価は極めてお粗末である。そのため、とりわけ精神障害者や認知症患者の場合は必ずしも必要な身体治療を十分に受けることは難しいのが現状である。せめて往診料（650 点）に相当する「対診料」、在宅患者訪問診療料（830 点）に相当する「病-病連携訪問診療料」などを新設し、転院先では「精神科合併症患者紹介受け入れ加算」の新設を行うなど、病-病連携を充実することが必要である。

第 2 に、民間精神科病院が一般医を採用して身体合併症治療を充実させつつあり、これは精神障害者の人権配慮の視点からも狭義の精神科医療の枠を超えた医療サービスの提供であることから、診療報酬上で評価されるべきである。平成 20 年改定では、「精神科身体合併症管理加算」が新設されたことは評価できる。だが、特定入院料算定病棟では精神療養病棟が除外され、入院基本料算定病棟では 10 対 1・15 対 1 入院基本料に限定されるなど、不合理が見られる。特定入院料算定病棟では抗生剤、画像診断など特掲診療料を包括から外すこと、管理加算単価を引上げ、算定日数の緩和など、格段の充実が図られることが必要である。

③認知症患者の身体合併症医療のあり方

要入院認知症患者は激増し、平成 11 年からの 6 年間で 48% の増加を示している。また、認知症入院患者の約 25% は「特別な管理」を要する身体疾患を持っている。にもかかわらず、重症身体疾患管理を担うとされる認知症疾患医療センターについては、設置する総合病院精神科病棟はほとんどみられていない。総合病院精神科病棟の認知症への取組みもほとんど進まないのが現状である。また、認

知症状と身体症状から必要な認知症病床の機能を考えると、病床の絶対数が著しく不足しているという問題とともに、適正な処遇のためには様々な病床機能の整備が必要となる。後者については次項に譲るとして、当面の認知症患者の身体合併症治療について、我々民間精神科病院が可能な対応策について検討すべき時にきている。

既に述べたように、第1に、骨折、重篤な心疾患や感染症などについては、病・病連携による地域の専門医・一般医への転院や対診で対応することになる。そのためには、早急に病・病連携が診療報酬上で十分に評価されることを求めることが必要である。

第2に、民間精神科病院の認知症病棟における身体合併症の治療機能を高めることが喫緊の課題である。具体的には、認知症病棟に一般医を常勤で加配し、かつ現認知症病棟よりも看護師・補助者を多く配置（15対1、20対1）する「認知症・合併症病棟入院料（仮称）」を新設することである。一定範囲の急性増悪や比較的慢性的な合併症を持つ認知症患者を対象とする病棟で、一部ターミナルケアも可能な病棟である。現状の認知症病棟が人員基準をクリアする場合にも算定できることとし、診療報酬は、現認知症病棟よりも300点/日ほど高く設定し、それらスタッフを配置できる仕組みとするものである。現行の認知症病棟はBPSDをターゲットとする治療病棟であるが、慢性期の身体合併症によるベッド生活中心の患者割合が増加し本来の機能が損なわれつつあるのが現状である。既存の認知症病棟などからの転換も可能とし、両者の併設もできる仕組みとする。

E. 認知症疾患医療とその周辺領域

（「あり方等検討会」での検討状況）

上記検討会では、認知症患者の増加や疾患構造の変化を踏まえて専門的医療機関の機能を明確化し、将来的な認知症入院患者数の目標数等の設定を行うとしながらも、平成22年までのものとして実施されている有病率や医療・介護サービス実態等の調査結果に基づいて検討した上で平成23年度までに適切な目標値を定めることとした（9月24日「報告書」）。だが、検討会でとりあげられていたいくつかの重要と思われる事項について、以下に紹介しつつ問題点について検討したい。

第1点は、認知症に対する専門医療を中核的に担うという位置付けの認知症疾患医療センターについてである。医療機能として、確定診断の他、BPSD等に対する精神科医療および急性期・重篤な身体疾患に対する医療とされているが、平成21年4月現在では日精協会員で68病院が整備しているのに比べて、公的病院（大学病院を含めて）では13施設に留まっている。公的総合病院精神病棟の社会的ニーズに対する対応の悪さをどのように解決するのか、厚労省の対応策に注目すべきであろう。

第2点は、認知症病棟（精神病床）における専門的な医

療機能を発揮するために、認知症患者の入院適応を明確にするという論点についてである。この論点は、専門的医療を必要としない状態でも入院を継続し、真に必要な患者のアクセスが阻害されているという認識を前提としているものである。実際、1年後残留率では、精神疾患全体の14%に対して認知症病棟では41%と高いが、「退院可能性あり」（45.6%）の患者が退院に結び付かないのは、その内の56.3%が「転院・入所依頼しても受けられない」「転院・入所順番待ち」であり、約23%が「家族（または本人）の了解が得られない」からであった（両者で80%を占める）。

このような実態をみるならば、我が国の医療・介護施策が加速化する認知症問題に全く対応できていないことを示している。90日以上認知症病棟入院料を引下げた20年改定は、国の対策の欠陥を我々に転嫁するものであり容認できるものではない。

他方、注意深く検討しなければならない問題として、認知症病棟の専門的医療機能に関わる「入院適応」の課題がある。急性期のBPSDに狭く限定することが、認知症病棟に対する社会的ニーズなのかどうか、という問題である。認知症疾患はBPSDを含めて再燃・動揺性を持つ疾患であり、一時的に軽症化したことをもって在宅ケアや認知症対応型グループホームでのBPSDへのケアを強調することにはもっと慎重である必要がある。身体的介護は家族やスタッフにとってストレス度の高いものであるが、その行動障害や心理的症状は更にストレス度を高めるものである。これらにより、隠れた虐待や行動制限が生じる危険性、悲惨な事故に及ぶ可能性もあり、在宅や介護系施設などでのBPSD認知症患者の処遇にはガイドラインによる等の慎重な対応が不可欠である。

（精神症状と身体症状からみた認知症病床の医療機能の検討が必要）

認知症疾患は言うまでもなく、中核症状としての認知機能は低下の経過を辿るが、併発するBPSDやせん妄や様々な老年期身体疾患が十分に管理されれば余命は延びる。だが、健康な老人と同様に認知症患者もやがて“看取り”に至るが、それをも含んで認知症病床の医療機能が検討されることが必要である。

他方、BPSDにより入院医療を要する認知症患者推計によると、平成17年6.8万人、平成22年8.3万人、平成27年10万人・・・平成30年14.1万人とされていた。だが、実績で見ると限り平成17年には「患者調査」で8.3万人が入院しており、すでに5年が前倒しになっているのが現状である。BPSDの治療病床は、絶対数が圧倒的に不足しているのが現実である。また、先述したように、地域の介護ケア基盤整備が著しく立遅れていることから、認知症病棟の半数近くの患者が「退院可能性がある」にもかかわらず退院できない状況もあることも分かっている。

このような認知症病棟の現状も踏まえて、今後の病床機能のあり方について検討したい。

現行の認知症病棟入院料 1 を算定する専門病棟が、BPSD やせん妄などをターゲットに短期集中的に専門医療を提供できるような環境に整備することが必要と考える。現状では、この病棟を退院すると、在宅か介護保険に基づく施設・グループホームが用意されているが、実際には受け入れのキャパシティはなく、また、それらは精神行動上の症状が動揺性に持続したり再燃する状態に対して適切な対応が困難な場合が少なくない。

認知症患者のこのような経過や特徴を踏まえるならば、第 1 に、短期集中的な専門医療を受継ぎ、多少の期間がかかっても回復期の専門医療を提供しつつ退院後にケアする家族や施設スタッフにケアについて学んでいただき、在宅や各種施設での生活可能性を担保するためにも「認知症回復期・療養病床（仮称）」という病床機能の整備も必要である。

第 2 に、高率に併発する身体疾患は、急性期・重症な場合には地域の専門医・一般医との連携による転院などで対応しているのが現状である。だが、その病期を脱したり慢性期の医療的管理を要する認知症合併症患者が病床を占有する傾向も顕著になっており、先述したように 25% が「特別な管理」を要する患者である。この事態が、認知症病棟が BPSD やせん妄などをターゲットとする短期集中的医療を要する患者のアクセスを阻害する大きな要因の一つであること、また、急性増悪や慢性期の身体疾患管理の医療・看護力を高めたサービスの確保が欠かせないことから、前 (D) 項で述べたように「認知症・合併症入院料（仮称）」算定病床の新設が必要である。また、この病床はその機能上から、認知症患者のターミナルケアおよび看取りの場としての役割も担うことができると考える。

F. 地域精神科医療（デイケア、訪問看護、危機介入、ケアマネジメント）

「入院中心医療から、地域医療・地域ケアへ」の転換を図るためには、精神障害者が地域生活を安心・安定して送ることができるように地域医療の充実を図ることが前提である。地域精神医療の下支えがあってはじめて、精神障害者は地域生活の中で治療の継続性が担保され、また、必要な福祉サービスを選択・活用して地域生活の質を高める努力や支援が可能となるのである。日精協はこのような視点で従来から精神障害者の社会復帰促進や地域生活支援を実施してきた。しかしながら残念にも、「あり方等検討会」の論議をみるといまだに我々の活動を、医療による精神障害者の“囲い込み”であると曲解することから自由になれない人たちがいるのも事実である。

このような人たちに共通している考え方には、「より一層自立に向かって進むこと」が精神障害者の幸せであるかの教条があるように見える。自立支援法のサービス体系や

報酬体系にも少なからずそのような傾向が認められ、「成果」主義的な発想がそれである。身体障害や知的障害福祉の場合は、障害起因となった疾病やそれに伴う機能障害は固定され能力障害や社会的不利に係る支援が主な対象となる。だが、精神障害者福祉の場合では、疾病およびそれに基づく機能障害が固定したものではなく、再燃・再発を繰返したり動揺性を示すことから、支援やケアなど福祉活動そのものにおいても精神科臨床体験に裏打ちされた専門的視点を欠くことができないのである。何度かの就労への挑戦経験から、障害を受容し就労しないことを選択した人に“もう一度の挑戦”を我々は強要しない。「成果」主義的発想は、精神障害者福祉のこのような独自性に無知な典型と言わざるを得ない。

障害者の地域生活を支援するに際してもう一つ重要なことは、医療サービスにしても福祉サービスにしても選択するのは利用者自身であり、法令的に利用できるサービス種別や期間を定めることは障害者の自己決定権への侵害であると言わざるを得ないことである。主治医・相談支援専門員やサービス管理責任者などと相談することはあっても、選択決定は利用者自身であることを、制度的に明確化することが必要である。

（精神科デイケア等について）

「あり方等検討会」では、精神障害者の退院後の生活支援、地域移行における受け皿の機能を果たし、再入院・再発の予防、慢性期患者の居場所、生活リズムの維持などの役割を果たしていると評価する一方で、“より自立した生活を早期から促す”べき、利用期間が長い、慢性期のデイケアによる治療効果のエビデンスはない、等と指摘している。その上で、①対象・利用期間・実施内容を明確にして機能を強化したデイケア等の整備、②地域生活における自立をより促進すべく、漫然とした長期にわたる頻回／長時間の利用是正、③対象者、利用目的、実施内容が福祉サービスと重複しているサービスについては、利用者が障害福祉サービスに移行できるよう、障害福祉サービスの充実が必要、等を検討課題に掲げた。

「機能を強化したデイケア等」については、すでにうつ病患者を対象とするリワーク・プログラムや高次脳機能障害者を対象とするプログラムなどが一部で実施されており、精神科デイケアの専門分化した姿として発展することは望ましい。だが、このことは、「福祉サービスと重複しているデイケア・サービス」や「漫然とした、長期にわたるデイケア」とされるプログラムと差別化されるおそれがあり、慎重に見守っていくことが必要である。

デイケアは部分入院（デイホスピタル）という機能を持ち、医療職（医師・看護師・PSW・OTR）による医療的ケアであり、単なる地域活動支援センターや他の福祉サービスの日中活動とは異なるものである。デイケア利用者は、

1 日数時間の様々なプログラムを専門職による医療的ケアのもとで行うことで安心と地域生活での自信を回復していくのであり、単なる居場所の提供とは異なる。また、自信を回復した利用者は、医療的ケアの密度の高いデイケア通所の頻度を減らしたり、他の日中活動へ移行していくものであることを我々は体験している。したがって、物理的にデイケアの利用期間を定めたり、福祉サービスとしての日中活動へ移行する仕組みを制度的に設定しようとすることは馴染まない。先述したように、どのサービスを利用するかは利用者自身が自己決定することであり、法令によって規定するものではない。

(訪問看護について)

「あり方等検討会」では、症状安定・改善のためのケア、服薬・通院継続の支援など精神障害者の地域生活の継続に効果のあることを指摘し、一層の普及を図るとしている。医療機関による精神科訪問看護の充実に加え、訪問看護ステーションの活用を強調すると同時に福祉サービス等の利用との連絡調整などの体制強化の必要を指摘している。

精神科訪問看護指導料は看護師と PSW による複数体制が評価されており、訪問対象者の医療的ケアとともに QOL を高める視点から福祉サービスや社会資源に結びつける支援を含めて総合的な支援が可能であり、評価できるものである。しかし、地域の訪問看護ステーションには精神保健福祉士による支援の体制が整備されていないこと、精神科的ケアに精通したスタッフがほとんどいないことから、病院からの訪問が困難な地域の精神障害者を依頼しようにも不可能なのが現状である。

(危機介入について)

初発者や治療中断者など自発的に受療しない精神障害者を治療に導入するための支援は、その状態像により大きく二つの場面を想定して検討されることが必要である。一つは、措置入院あるいは医療保護入院が想定される場合であり、もう一つは、入院を必要とする状態に至らないように治療に導入する必要のある場合である。前者については、措置入院制度が運用されているが、法第 34 条による「医療保護入院のための移送」制度がほとんど機能していないのが現状である。「あり方等検討会」では、後者の移送制度がほとんど運用されていない根拠を分析し、その改善策を検討することが当初の目標であった。だが、実際には措置や移送による入院に至らないように支援を強化する課題の検討に横滑りしてしまっている。即ち、包括的な訪問診療や ACT チーム、訪問看護ステーション等との連携による多職種チームによる危機介入の支援体制の整備の問題とされている。

第 34 条による移送実績が低い理由として、①適用の判断の難しさ、②指定医確保など実施体制確保の難しさ、が

考えられているが、実際には、以下のような「行政主導型移送」制度の限界にあるのではないかと。即ち、①事前調査の段階で行政担当者が人権問題への関わりを回避するべく、次善の対応を模索する等により指定医診察を要請することになったりがあること、②「診察の公平性」の名の下に、診察する指定医は移送先となる応急入院指定病院以外の指定医とされることから、指定医の協力が得られにくい制度設計になっていること、等が主因ではないか。家族などからの相談を指定医が受け、指定医の指示で行政担当者が事前調査を行い、指定医がその報告に基づいて制度適用の判断を行うとともに、行政担当者の協力のもとに診察および移送を行うという「指定医主導型移送」制度への転換を図ることが現実的ではないだろうか。

(ケアマネジメントについて)

自立支援法では、ケアマネジメントの制度化（障害者の地域生活の支援にケアマネジメント技法を導入）に失敗しており、アセスメント、意向調査、ケア計画、モニタリングなど、障害者の地域における支援技法としてのケアマネジメントをしっかりと制度的に取り入れる形に見直すことが必要である。また、ケアマネジメントは、相談支援事業とともに、知的・身体・精神等の障害特性に基づく各専門職種の専門性を尊重し配慮した制度にすることが重要であり、精神障害者が安心・安定した地域生活を送るには、医療と福祉の総合的サービスの利用が不可欠であることから、精神疾患について理解し、身近にいて利用者の状態に精通する精神保健福祉士、看護職などの専門職が携わることが最も望ましい。その意味では、病院（施設）・各事業所のこれら各専門職がケアマネジメントを担うことのできる仕組みを構築するべきである。

「あり方等検討会」では、精神障害者の様々な状況に応じて適切にマネジメントを行う体制が求められるとして、ACT チームや訪問看護ステーションもその一部を担う仕組みなどを提案している。

精神障害の分野においては、相談支援専門員、精神保健福祉士、看護師などを配置する「地域生活支援室（仮称）」を精神科病院が独立した事業として設置し、以下の事業を実施する場合には、相談支援事業所として指定できるようにするべきである。

- ① 病棟での退院へのとり組みと連携し、退院生活訓練の同行支援や地域生活のためのケア計画を作成
 - ② 地域の福祉サービス等の利用に向けて、「利用計画書」の作成やサービス事業者との連結など、ケアマネジメントの実施
 - ③ 退院後の一定期間の、アウトリーチ型の相談支援
- また、基幹的相談支援事業者は人口 20 ～ 30 万人に 1 か所程度整備し、そのエリアにある「地域生活支援室（仮称）」等身近な相談支援事業のバックアップの役割を持ち、行政

との調整などのパイプ役を果たす。また、24時間対応の相談支援あるいは情報センターの機能を担う。さらに、行政と協力して、職員研修など専門職の資質向上に努める役割を持つ等、当該エリアで相談支援サービスの基幹的役割を担うものとする必要があるであろう。

5. 地域医療計画（4 疾病 5 事業）への精神科医療の組入れについて

（医療法第 30 条の 4 ～医療計画～の「4 疾病 5 事業」への精神科医療の組入れ）

今回の「あり方等検討会」では、いわゆる地域医療計画の「4 疾病 5 事業」に精神科医療を位置づけることが検討課題として提案された。疾病については、「広範かつ継続的な医療の提供が必要」と認められる疾病として、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の 4 疾病が厚生省令で定められており、また、救急医療等医療の確保に必要な事業として救急医療・災害時における医療・僻地の医療・周産期医療・小児科医療（小児救急医療を含む）の 5 事業が規定されている。

これは従来の二次医療圏にこだわらず圏域を設定し、予防・救護・急性期・回復期・維持期まで継続的に圏域内で医療が行われるように医療連携体制を構築すること、各医療機能を担う医療機関名を記載し診療技術や診療情報・医師など専門職種情報を共有し、地域住民に公開することとされている。さらに、医療提供体制について、各医療機能ごとの数値目標を設定すること、とされているものである。

既に精神科救急医療は 5 事業の救急医療に組み込まれており、各地域における整備目標などが設定されることとなっている。また、各地域（都道府県）で判断できることとなっているようであり、精神科医療が地域医療計画の「4 疾病・5 事業」に位置づけられている県もある。

（日精協としては、慎重な対応が必要である）

「あり方等検討会」では、何故いま必要なのか、そのメリット・デメリットの説明はほとんどなく、質問への明確な回答も得られていない。疑問と思われる事項について列挙しつつ、以下検討したい。

第 1 点は、精神科医療においては十分とは言えないまで

も、各地域において病院群輪番体制による救急医療体制は整備されてきており、また、地域の精神科病院の多くは急性期・回復期・維持期まで医療的には多機能を持っているのが特徴である。また、他科の診療と異なって各病期で医療機関や主治医が変わっていくことは、医師・患者の治療関係の一貫性を保持するという視点から推奨することはできない。

第 2 点は、設定された医療圏では、医療提供に関わる数値目標、即ち、機能別病床数が設定されることとなることから、各病院の医療機能の変更に制限を受けることが予測されることである。行政は「それはありません」と言うが、平成 60 年第 1 次医療法改正で地域医療計画が策定されることになり「必要病床数」が二次医療圏に定められ、それは厳しく実行管理されている。また、精神科救急医療は既に「5 事業」に組入れられているが、救急医療圏域内では複数の「スーパー救急病棟」の設置は自治体による管理により、実質的に不可能となっている地域もある。したがって、精神療養病棟を急性期治療病棟に変更しようとしても、圏域の急性期病床は「充足されている」としてできないことが、予測されるのである。即ち、各病院の自由な発想による病院機能の再編成が制約されるおそれはない、とは断言できないのではないかな。

他方、メリットがないわけでもない。昨年の「医療施設耐震化臨時特例交付金」のように、5 事業の精神科救急医療体制に参画する病院のみが申請できる対象であったことを、事例としてあげることができる。しかし、このような“おこぼれ”を期待して、自由開業制の原則を官僚統制に委ねてよいのか甚だ疑問であり、慎重な検討を要する課題であろう。

あえて言うならば、「広範かつ継続的な医療が必要」で、かつ、病床整備が国民の喫緊の課題でもある「認知症」を組入れた「5 疾病」として、地域における認知症重症合併症、BPSD をターゲットとする専門病床、在宅や各種施設類型への移行をスムーズにするための認知症回復期・療養病床などの病床整備や地域における連携を、地域医療計画として位置づけることは検討するに値するのではないだろうか。あるいは、地域における精神・身体合併症医療を専任するように「総合」病院精神科について、地域医療計画に位置づけることは意義あることではないだろうか。