

精神病床等に関する検討会 最終まとめのポイント

1 はじめに

2 現状分析

3 今後の方向性

(1) 基本的考え方（総論）

① 目標値を設定した計画的な医療提供体制の再編

- 都道府県単位で、地域実態を正確に把握し、医療と福祉が連動した計画的な取り組みを進めるため、障害者の動態等を踏まえた基本的な目標値を設定し、都道府県単位で計画的な取り組みを進めることが必要。

② 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化

- 精神病床の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を提供できる体制を整備することが必要。このため、救急・急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能に応じた人員配置、標準的な治療計画等について検討を進めるべき。

③ 入院形態ごとの入院期間短縮と入院患者の処遇内容の改善

- 措置入院等の患者について、適切に病状を確認し、早期に退院等を促すような仕組みや、行動制限が必要最小限の範囲で適正に行われていることを確認できるような仕組み、任意入院患者の開放処遇の原則を徹底させるような仕組みが必要。
- 患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図ることが必要。

(2) 今後の施策体系のあり方（各論）

- ① 都道府県単位の目標値設定
- ② 目標値を反映する算定式の在り方
- ③ 都道府県単位での計画的な取り組み
- ④ 救急・急性期の患者に対する適切な医療体制の確保
- ⑤ 社会復帰リハの強化と重度精神障害者の病状に応じた医療環境の確保
- ⑥ 痴呆患者や長期入院高齢者の処遇
- ⑦ 入院形態ごとの入院期間短縮
- ⑧ 行動制限の適正化と任意入院患者の適切な処遇
- ⑨ インフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進
- ⑩ 精神医療審査会
- ⑪ 指導監督等と第三者評価

4 終わりに（実現に向けた道筋等）

精神病床等に関する検討会 最終まとめ

平成16年8月

1 はじめに

- 精神保健福祉施策については、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、当事者・当事者家族も含めた国民各層が精神疾患や精神障害者について正しい理解を深める取り組みを進めるとともに、精神医療の質の向上や地域生活支援の充実等の対策を総合的に行うことが大切である。
- 本検討会においては、これらの問題のうち、良質かつ適切な医療を効率的に提供し退院を促進する体制づくりをどのように実現していくのかという点を中心に、社会保障審議会障害者部会精神障害分会及び精神保健福祉対策本部での議論を踏まえ、11回にわたり、現状分析等を行いつつ精神病床等の在り方について検討を行ってきた。
- この報告書は、これまでの検討の成果として、今後進めるべき施策体系の枠組みや、個々の事業の提案等に係る議論を整理したものであり、引き続き、関係審議会の意見を聴きながら国として検討され、精神保健福祉法等の改正にかなげられるべきものである。

2 現状分析

本検討会では、データ等に基づき、精神医療の現状について評価・検討を進めてきたが、その概要は次のようなものである。

(精神病床数等の年次推移)

- 我が国においては、全国実態調査により精神病床が不足しているとされた1950年代より精神病床の増加が始まり、1990年代に入ると病床数はほぼ横ばいとなった。平成5年の36.3万床をピークに、平成13年には35.7万床となっている。
- 精神病床数を国際間で比較すると、各国における精神病床の定義の違いを考慮する必要があるが、諸外国が一様にここ数十年間で病床削減・地域生活支援体制強化等の施策を通じて人口当たりの病床数が減少していることに対し、我が国では関係施策が必ずしも十分でなかったことから、病床数は概ね横ばいで推移している。
- 他方、我が国における精神病床の推計入院患者数の推移については、平成8年、11年及び14年の過去3回での患者調査の結果において、32～34万人前後

とほぼ横ばいになっている。

(入院患者の動態)

- 平成 14 年における患者 32.1 万人のうち、入院期間が 1 年未満である者は 9.5 万人（総数の 29.5%）、入院期間が 1 年以上である者は 22.6 万人（総数の 70.5%）であり、平成 11 年と比較して大きな変動はない。
- 精神病床への新規入院患者数は年々漸増し、平成 13 年には 30 万人を超えている。他方、毎年の退院患者数についても 30 万人を超えており、その結果、精神病床の平均在院日数は計算上この十年来短縮しており、平成 13 年には 374 日と、平成元年に比べて約 120 日短くなっている。
- 新規入院患者数の概ね 85%が入院後 1 年以内に退院しており、また、毎年の退院患者のうち入院期間が 1 年未満である者は 85.6%、1 年以上である者は 14.4%となっている。
- 退院患者の退所先については、入院期間 1 年未満で退院した者の約 8 割が家庭に復帰しているのに対し、1 年以上で退院した者は、家庭復帰と他の病院への転院が平均してそれぞれ 3 割強となるなど、現状では入院後 1 年までという期間が、社会復帰を促進する一つの重要なポイントとなる。

(患者の病態等)

- 現在の入院患者層は、50 歳代から 60 歳代が中心の歴史的長期在院者、比較的短期で退院している患者層、ADL（日常生活自立）が低下している等の長期在院化予備群、痴呆患者等の高齢者の概ね 4 つのグループに分けて考えられる。
- 年齢分布については、入院期間が 1 年未満である者の 61.6%が 50 歳以上（65 歳以上は 42.9%）、1 年以上である者については 74.5%が 50 歳以上（65 歳以上は 46.2%）となっており、今後の急速な高齢化が予測される。
- ADL の状況については、65 歳未満の群では移乗、食事摂取、嚥下、排便・排尿の後始末の各項目で概ね 8～9 割が自立に該当するが、65 歳以上の群で見ると、自立該当は各項目で 5～7 割であり、高齢化に伴い精神面以外の問題が生じてくる。
- 精神症状については、若年層から中高年層までどの階層でも精神症状 1（目立たない）から精神症状 6（自傷他害）まで幅広く分布している。GAF（機能の全体的評価尺度）の分布で見ると 30 点台と 50 点台に 2 つのピーク（概ねそれぞれ約 2 割）があり、GAF60 点以上も約 2 割となっている。

※ GAF 点数の症状

40 点～31 点：妄想・幻覚に相当影響された行動、意思伝達か判断に粗大な欠陥、ほとんどの面での機能不全

60 点～51 点：中程度の症状、機能における中等度の障害程度

70 点～61 点：いくつかの軽い症状。機能にいくらかの困難があるが、全般的に良好に相当

(受入条件が整えば退院可能な者の動態)

- 受入条件が整えば退院可能な者約7万人については、1年以内の入院期間の者が約2万人(約3割)、1年以上入院期間の者が約5万人(約7割)であり、全てが長期入院の者ではない。全体的に見れば、入院患者全体の構成とほぼ同様となっている。
- 平成11年と14年の患者調査を比較すると、受入条件が整えば退院可能な者約7万人のうち3.7万人は退院しており、3.4万人が継続して入院している。また、その期間中に、6.3万人が新たに入院(毎年2.1万人)したが、このうち約3万人は既に退院しており、3.4万人が継続して入院していることから、結果として、平成14年時点では、ほぼ横ばいの約7万人となっている。全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしている。
- 患者調査によると、受入条件が整えば退院可能な者のうち、65歳以上が約3割、50歳以上では約7割を占めており、ADL低下等の高齢化への対応も、今後の課題である。
- 精神障害者ニーズ調査によると、現在の状態でも退院可能な者のうち、重度(GAF30点以下)の者が約1割、中度(GAF60~31点)の者が約5割、軽度(GAF61点以上)の者が約4割を占めており、症状程度からみれば、多様な者が含まれている。
- 都道府県別の受入条件が整えば退院可能な者の数(対人口)と精神病床数(対人口)の間には一定の相関関係があるが、これは諸外国と異なり我が国では病床削減・地域生活支援体制強化等の施策が必ずしも十分でなかったことにも起因している。

(病床の機能分化の現状)

- 精神病床35.4万床(平成15年)のうち、診療報酬における特定入院料の対象となっている病床は11.2万床であり、そのうち主なものは精神療養病棟(7.6万床)と老人性痴呆専門病床(2.9万床)である。
- 専門病床数の動向については、平成8年から13年にかけて約3倍に増加している。その中では、急性期治療病棟の伸びも著しいが、数的に一番増加しているのは精神療養病棟である。
- 精神科病院の医師配置については、常勤医師が9,496人(うち指定医5,997人)、非常勤医師が9,119人(同2,597人)であり、精神病床数と常勤医師数との比率は、地域間や病院間の格差はあるが、概ね37.5:1となっている。
- 精神科病院の看護配置については、看護師(常勤)が5.2万人、准看護師(同)が5.0万人などとなっており、精神病床数と常勤看護職員との比率は概ね3.5:1となっている(常勤看護師では6.8:1)。
- 精神病床における看護配置を診療報酬の入院基本料から見ると、入院基本料1・2(それぞれ2:1、2.5:1)はほとんど存在せず、基本料3(3:1以上)が

約 10 万床、基本料 4・5 (3.5:1、4:1 以上) が約 8 万床となっている。基本料 6・7 (5:1、6:1) も約 6 万床存在する。

(精神病床等における地域差)

- 人口当たりの精神障害者数と精神病床数の関係については、障害者数に比べて病床数が少ない地域や、病床数が多い地域があるなど、都道府県間の格差が見られる。
- 医療法に基づく現行の精神病床の基準病床数については、各都道府県の既存病床数とほぼ重なる傾向がある。また、現行算定式がブロック別の基礎数値を用いていることから、各ブロック別に基準病床数がほぼ重なる傾向がある。
- 人口当たりの各都道府県の既存病床数の地域間格差については、入院期間 1 年未満の在院患者数の地域間格差があまりないことから、もっぱら長期入院患者数の地域間格差によるものと考えられる。
- 都道府県別新規入院患者の残存曲線においてもバラツキが見られ、入院後 3 か月時点での残存率の最大値は 55.3%、最小値は 35.9%、12 か月時点での残存率の最大値は 23.7%、最小値は 8.3%となっている。
- 都道府県ごとの、社会復帰施設等 (通所系) の普及度 (利用者/人口) と病院からの退院動向 (退院率等) には、現状ではあまり相関関係がみられないが、その評価については、さらなる検証が必要である。

(入院形態別の状況)

- 平成 14 年現在、入院患者のうち、措置入院患者は 3,000 人、医療保護入院は 11.3 万人、任意入院が 21.2 万人などとなっている。
- 在院措置入院患者のうち、約半数 (47.1%) は入院期間 1 年未満であるが、新規措置患者 (平成 14 年で 7,000 人) の約 8 割は半年以内に措置解除になっている。
- 都道府県ごとの長期在院の措置患者数の違いにより、大きな地域格差 (対人口比で 16 倍の格差) が生じている。一部の都道府県では特に長期在院措置患者が多く、人員配置との関係も考えられる。
- 医療保護入院や任意入院の患者についても、入院期間にはバラツキが大きいほか、入院患者に占めるそれぞれの入院形態の割合にも地域差がある。
- 各都道府県等における人口当たりの医療保護入院・任意入院患者数と人口当たりの精神病床数との間には、相関関係が認められる。

(入院患者の処遇等)

- 任意入院患者の約 7 割が開放処遇 (本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇) にある (そのうち 13%が閉鎖した病棟で処遇)。他方、任意入院患者の 16%が開放処遇を制限されており、14%が患者の意思による開放以外の処遇にある。また、現在、終日閉鎖の病棟の 12%に電話が設置

されていない。

- 診療情報の提供及びインフォームド・コンセント（説明を受けた上の同意）に基づいた医療提供の推進に関しては、平成 14 年より医療に関する広告規制が緩和されるとともに、医療団体によるガイドライン作成など自主的な取り組みも行われている。

（精神病床の算定式の課題）

- 現行の精神病床に係る基準病床数算定式には、以下のような問題点がある。
 - ア 現状追認的な算定式であり、現時点で在院率が高い高齢者の急増に伴い、計算上、基準病床数が急増する。
 - イ 精神疾患患者群の固有の問題として、短期で退院する群と歴史的に長期に入院している群の存在や、その地域差を反映した計算式となっていない。
 - ウ 各地域における病床利用の実態変化や将来の目標を反映できる計算式となっていない。
 - エ あくまで各地域の病床総量を計算するものであり、各医療機関の病床利用の目標設定等、普遍的に活用できるものとなっていない。

3 今後の方向性

（1）基本的考え方（総論）

これまでの現状分析に基づき、良質かつ適切な医療を効率的に提供し退院を促進する体制づくりに向けて、次の3点を軸に新たな精神保健福祉体制を構築することが必要である。

① 目標値を設定した計画的な医療提供体制の再編

- 都道府県単位で、地域実態を正確に把握し、医療と福祉が連動した計画的な取り組みを進めるため、障害者の動態等を踏まえた基本的な目標値を設定し、都道府県単位で計画的な取り組みを進めることが必要である。
- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者の QOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すことが必要である。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリテーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促すことが必要である。

② 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化

- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するためには、精神病床の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を提供できる体制を

整備することが必要である。このため、救急・急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能に応じた人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を進めるべきである。

- 急性期においては、医師、看護師等の人員体制を充実させ、より手厚い医療を提供できる仕組みを作ることにより、質の高い医療を確保し、入院の長期化を防ぐことを目的とすべきである。
- 在院長期化予備群など退院に向けたサポートが必要な患者に対しては、地域ケアへの円滑な移行を図るための集中的な社会復帰リハの提供や、退院前訪問等の訪問看護を活用するなどして、地域生活を継続的に支える体制の構築を図るべきである。
- 重度精神障害者や痴呆患者、日常生活能力の低い長期入院の高齢者群に対しては、それぞれ専門的な入院医療を行える体制や必要に応じた新たな施設類型等が必要である。

③ 入院形態ごとの入院期間短縮と入院患者の処遇内容の改善

- 措置入院や医療保護入院で入院した患者については、適切に病状を確認し、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みが重要である。また、任意入院で入院している患者についても、適切に病状を確認し、早期の退院を促すような仕組みが重要である。
- 身体的拘束や隔離などの患者に対する行動制限については、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認できるような仕組みを作っていくべきである。また、任意入院患者については、原則として開放処遇を受けるものであることを徹底させる方策が必要である。
- 病状の早期回復や処遇内容の改善という観点から、患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図ることが必要である。

(2) 今後の施策体系の在り方（各論）

① 都道府県単位の目標値設定

- 都道府県単位で基本的指標を設定するに際しては、精神病床に係る入院患者の現在の動態を踏まえると、当面、入院期間を1年で区分し、それぞれの目標となる指標として次のような数値を用いることが適切である。

なお、この目標値は、将来的には、疾病別の入院動態を踏まえた方式に移行することが適切であり、そのための研究を深めることが必要である。

ア 在院1年未満患者群

指 標：平均残存率（1年以内の退院（残存）曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの 別紙1）

考え方：現在、新規入院患者の8割強が入院後1年以内に退院しているが、地域的なバラツキも多いことから、速やかな退院を促し、

新たな滞留患者の発生防止が必要であること

イ 在院1年以上患者群

指 標：退院率（1年以上の在院患者の中からその後1年間に退院した者の数を当該1年以上の在院患者数で除したもの 別紙1）

考え方：既に1年以上入院している患者についても地域的なバラツキが大きく、本人の病状や意向に応じて社会復帰リハ等を行いつつ段階的に退院を促すことが必要であること

- この目標値については、当面、目標達成の現実性、各都道府県間の公平等の観点から、次のように設定することが適切と考えられる。（別紙2，3）
なお、次のアの具体的な数値設定については、上位数カ所の都道府県のバラツキ等を踏まえつつ、できる限り高い目標設定となるよう検討することが必要である。
- ア 現在、上位3～5の都道府県で既に達成されている数値を概ね10年後の全国一律の目標値とし、都道府県ごとに、各都道府県の現状値と目標値の中間値を5年後の目標とすること。
- イ 特に、病床数が多い（対人口）、退院率（1年以上群）が低い等の地域は、アに加えて、さらに都道府県ごとに一定の目標の上乗せを行うこと。
- ウ 既に現時点で概ね10年後の全国一律の目標を達成している都道府県は、現在の水準を維持すること。
- 目標設定については、各都道府県の医療審議会等で検討して設定するものとし、それを実現するための方策を、都道府県ごとに定める医療計画又は福祉関係の事業計画等で明記することが適切である。
- これを都道府県等が実現するための手法については、以下に記載するものの他、その効果等を踏まえつつ、引き続き検討することが必要である。

<在院1年未満患者群に係る平均残存率の改善>

急性期等の医療の充実等を図ることにより、直接的には早期退院の実現に結びつくとともに、新規の長期入院患者の発生をできる限り防止するという効果も得られる。

ア 病床の機能分化（強化）等

- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養の枠組みの整備（報酬体系等）
- ・ 救急医療体制の強化等、都道府県単位での分化を進める枠組み
- ・ 各病院における急性期等への人員の再配置

イ 入院形態別の退院促進

- ・ 措置入院等を受け入れる病院の基準見直し
- ・ 都道府県における実地検査等の体制強化

<在院1年以上患者群に係る退院率の改善>

社会復帰リハの強化と地域生活支援体制の充実により、長期入院患者の退院の促進に資する。

ア 病床の機能分化（強化）等

- ・ 急性期、社会復帰リハ、重度療養の枠組みの整備（報酬体系等）
- ・ 高齢者の増加等を念頭に置いた介護力を強化した病床の枠組み
- イ 地域における体制づくり
 - ・ 住、活動、生活等の支援体系の再編と充実
 - ・ 都道府県、市町村における地域サービスの具体的な数値目標等を定める計画的な行政の推進
 - ・ 各病院における精神医療のノウハウを活かせる地域サービス分野への人員の再配置

② 目標値を反映する算定式の在り方

- 都道府県ごとに設定される各目標値を反映するものとして、以下の観点で踏まえた新たな算定式を導入することが必要である。（別紙4）
 - ア 比較的短期で退院する群や、歴史的に長期に入院している群等が存在することを前提とした算定式へと見直す。
 - イ 現状追認的なものから、退院率等の将来的な目標値を設定し、段階的に地域差の解消を促す算定式へと見直す。
 - ウ 都道府県の実態に応じ、各都道府県が目標設定等について一定の自由度を確保する算定式へと見直す。
 - エ 各医療機関の病床利用の目標設定等、他の目的に活用できる普遍的な算定式へと見直す。
- 具体的な算定式については、別紙5の式を基本として、次のような点に留意し、国として細部の要件を定めることが必要である。
 - ア 長期入院者退院促進目標数を設定する都道府県の具体的な範囲
 - イ 児童思春期等の特定ニーズに対する病床数確保の必要性
 - ウ 将来的な課題として、急性期等の充実を踏まえた病床利用率の設定
- 目標達成の現実性、各都道府県間の公平等の観点を踏まえ、一定の仮定（別紙6）の下に試算した結果、少なくとも10年間で7万床相当の病床数の減少を促すこととなる。国においては今後、平均残存率・退院率の目標値、算定式の細部の検討を早急に進め、その結論を明示することが必要である。

最終目標 ・平均残存率 ・退院率	平成22年 (2010年)	平成27年 (2015年)	現在病床数との差 (対平成27年)
上位3県平均	約316,000床 (約97,000床) (約219,000床)	約280,000床 (約85,000床) (約195,000床)	約75,000床

上位5県平均	約320,000床 (約98,000床) (約222,000床)	約288,000床 (約86,000床) (約202,000床)	約67,000床
--------	--	--	----------

※1 現在病床数は、平成14年6月で354,721床である。(精神保健福祉課調)

※2 各欄の中段、下段は、それぞれ1年未満群、1年以上群に係る内数である。

③ 都道府県単位での計画的な取り組み

- 都道府県単位で、地域の実態を十分に分析した上で、良質かつ適切な医療の効率的な提供、退院促進方策、救急、通院（訪問を含む）等の地域医療などについて、計画的に推し進める体制を整備する必要がある。
- 都道府県ごとに地域単位での病床機能分化を円滑に行うため、介護保険事業支援計画のような、施設整備や地域のサポート体制も含めたサービスの具体的な目標設定を示す計画を策定する仕組みについては、限られた財源の中でどのように効率的なサービスが提供できる仕組みを作っていくかという観点から、非常に重要である。
- 地域精神医療や福祉サービス等の社会資源に関する二次医療圏や保健所単位の情報について、都道府県がまとめて利用者にわかりやすく公開する仕組みについては、次のような意見があったが、当面、情報公開の在り方について、利用者の立場から利用しやすい情報が得られる仕組みをどのように構築していくかという観点から、引き続き検討することが必要である。
 - ・ 積極的な情報提供について、まずは医療機関や病院団体がこれまでの情報公開の取り組みを基礎としつつ、責任を持って体制を整備するなどの取り組みを進めるべきではないか。
 - ・ 今までの自主的な情報公開では正確な情報は伝わらない。情報については、都道府県等において、医師・看護師の人員配置や平均在院日数等、当事者が医療機関の選択に必要な基本的な情報については必ず公開するという仕組みとすべき。
 - ・ 地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みから始めてはどうか。

④ 救急・急性期の患者に対する適切な医療体制の確保

- 入院期間が短いほど、社会的機能を保ったまま退院でき、社会適応しやすくなるとともに、医療や主治医等に対する信頼感の醸成等にもつながることから、急性期の患者に対しては、より手厚い医療を提供できる体制を確保することが重要である。
- 現在の救急医療体制において、二次救急までは対応可能であるが、三次救急の対応が困難であるというような精神科病院もあり、地域における精神科救急体制の確立が重要である。そのため、精神科救急医療システムにおいて

も、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位で救急システムを構築するほか、センター機能を持つ中核的な救急医療施設を地域ごとの社会資源を活かして整備する必要がある。（別紙7）

この場合、単に整備するだけでなく、その機能等を評価し、運営費等について傾斜配分するなどの措置を講ずることが必要である。

- 救急以外の急性期の患者に対しても、現状で入院患者の6割以上が3か月以内に退院していることを踏まえ、より良質かつ適切な医療を効率的に行える体制を確保することが重要であり、各病院の病棟・病室（ユニット）単位で実施を選択できる柔軟な仕組みの導入や質・量の双方の面で充足した医師・看護師の体制整備を行うことが必要である。（別紙8）

⑤ 社会復帰リハの強化と重度精神障害者の病状に応じた医療環境の確保

- 入院患者のうち、医療ニーズが減るにもかかわらずそのままでは在院長期化の可能性の高い者に対しては、医療サポートに限らず地域生活を送るための総合的なサポートを提供することで、在院長期化を防ぎ、退院を促進させることが可能となる。
- 退院に向けたサポートが必要な患者については、その患者像を明確にしつつ、1年を目途に地域ケアに円滑に移行できることを目指し、病院外の地域資源（医療的支援、福祉的支援、当事者同士の支え合い等）を活用した社会復帰リハが専門的、集中的に行えるような体制の構築を図るべきである。（別紙8）
- 精神状態が持続的に不安定であり、医療の必要が高い重度精神障害者群については、その患者像を明確にしつつ、専門的な入院医療を行える体制を確保するため、適切な人員配置の確保など、入院医療の質の向上が必要である。（別紙8）
- 重度精神障害者の地域での生活が選択肢となるよう、相談支援機能や、医療・福祉サービス等の生活支援を24時間体制で包括的に提供する枠組みが必要であり、そのためには、患者の入院中から病院と地域の各種サービスとの連携を図れるような仕組みが重要である。
- 医療的デイケアの利用者と福祉サービス等の利用者との間における病状や必要な支援等の違いの有無について十分な分析を行いつつ、限られた資源を活用した良質かつ適切で効率的な通院医療体制の姿について検討する必要がある。

その際、通所型社会復帰施設と、医療保険で行われているデイ（ナイト）ケアでは、どのような点で機能（重症度等）が異なるかについては、次のような意見があったが、今後、現状分析をさらに進めた上で、障害の程度等に応じてどのようなサービスが必要かについて引き続き検討することが必要である。

- ・ デイケアに来ているのは疾病性のより高い人たちであり、デイケアが持

つ疾病に対する治療、リハビリテーション、サポートなどの機能は重要である。

- ・ 利用者の実態を追っていけば医療型と福祉型を明確に分ける基準はない。デイケアか福祉か、現実の姿を見極めつつ考えていく必要がある。
- 訪問看護の利用者とホームヘルパー等の利用者との間における病状や必要な支援等の違いの有無について十分な分析を行いつつ、限られた資源を活用した良質かつ適切で効率的な訪問医療体制の姿について検討する必要がある。

⑥ 痴呆患者や長期入院高齢者の処遇

- 痴呆患者については、精神科病院入院患者の17%が痴呆等（症状性を含む器質性精神障害）の患者であり、ここ数年来、老人性痴呆疾患専門病床数が急増しているなどの現状がある。痴呆患者については、痴呆疾患センターの活性化を含め、患者の病態に応じて適切に治療（医療機関）や介護（介護施設・グループホーム等）を受けられるような処遇体制の在り方を検討することが必要である。（別紙8）
- 精神症状に対する医療ニーズよりもむしろ日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要である長期入院の高齢者群に対しては、退院に向けた生活面でのリハビリテーションの実施の他、本人の療養生活の質が担保できるように、既存の精神療養病床などの社会資源を活用しつつ、必要に応じ、介護力等を強化した病床などの施設類型も考えていく必要がある。また、その際、対象者の年齢を踏まえると介護保険制度の活用も十分考慮する必要がある。（別紙9）
- 長期入院患者も含め入院患者の退院促進、円滑な地域生活への移行を図るためには、病院との連携の下、例えば、入院期間が一定期間を超え病状が安定している者について、都道府県が状況の確認を行い相談支援（ケアマネジメント）等を通じて退院促進の取り組みを行う仕組みなどを導入していくことを検討すべきである。

⑦ 入院形態ごとの入院期間短縮

- 早期退院を目指していくためには、適切な医療を提供し、措置入院や医療保護入院で入院した者を早期に任意入院の形態に移行していく地域的な取り組みも重要である。
- 措置入院患者の入院期間を短縮し、地域差を解消していくためには、措置入院を受け入れる病院について病棟の看護職員配置を3:1以上にするなど医療体制を改善したり（別紙10）、措置入院患者や医療保護入院患者の病状を適切に確認したりするなどして、適切な医療提供が促進される必要がある。この場合、地域ごとの事情に応じて段階的な取り組みが必要である。
- また、措置入院患者の在院期間の短縮化にかんがみ、事務量やその費用も

勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度を見直すことについて検討するほか、都道府県による実地審査の強化も考えていく必要がある。

- 医療保護入院においても、病識の獲得等の取り組みを促すとともに、任意入院患者にも重度の痴呆で判断能力が欠けているような患者もいることから、適切に病状を確認することにより、早期の退院を促すような仕組みが必要である。

⑧ 行動制限の適正化と任意入院患者の適切な処遇

- 患者の保護室の利用や身体的拘束の実施については、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われることが必要である。
- 患者の行動制限について、担当する指定医だけでなく他のスタッフを含め病院・病棟が継続的に把握する工夫を行うなど、行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、記録保存の仕組みについて、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳を整備することが必要である。
- 閉鎖病棟への公衆電話等の設置は、入院患者の処遇上必ず行われなければならないものであり、改善方策として、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）の設置や、携帯電話の活用なども考えていくべきである。
- 任意入院患者は、原則として、開放的な環境での処遇を受けるべきであることから、開放処遇が徹底され、開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認できるようにすることが必要であり、厚生省告示に基づく通知に沿って監査の見直しも考えるべきである。
- 任意入院患者のうち長期入院で閉鎖病棟等において処遇されている者については、都道府県等の判断で病状報告を求めることができる仕組みなどを導入していくことを考えるべきである。
- 処遇内容の改善については、例えば病院が、患者の病状に応じて社会復帰の意欲の向上を促すなど、患者や患者の親、元患者などによる市民組織等と協調して、インフォーマルに取り組むことも効果がある。

⑨ インフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進

- 入院患者は、病気や治療方針等について十分に理解し、病識を持つことができるように医師から十分に説明を受けた上で、同意の下、病状の回復のために積極的に治療に参加することが、病状の早期回復や処遇内容の改善という観点からも重要である。
- 診療情報の提供及びインフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進については、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みを踏まえ、精神科の特性を勘案しつつ、さらなる取り組みを進める必要がある。
- インフォームド・コンセントに基づく医療提供の推進については、例えば病院が、患者の病状に応じて患者の治療意欲を促すなど、患者や患者の親、

元患者などによる市民組織等と協調して、インフォーマルに取り組むことも効果がある。

⑩ 精神医療審査会

- 精神医療審査会の仕組みが入院患者に十分周知されるように、病院等から患者への十分な説明が担保される必要がある。
- 患者の人権に十分に配慮した精神医療審査会の運営のため、透明性を高めたり、当事者等の意見がより反映できるような仕組みを検討すべきである。なお、具体的な方策として、合議体の委員構成について次のような意見があったが、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、引き続きその妥当性について検討する必要がある。
 - ・ 精神医療審査会のチェック機能をより高め、患者の人権を確保していくためには、医療委員の定員を減らし、当事者・家族の意見を代表すると認められる代表者を加えるべきである。
 - ・ 現行制度においても、それぞれの委員の専門性を活かし、書類審査に加え実地審査においても医療的見地と法的見地、学識経験から審査が行われており、適正な運用がなされているとともに、当事者の中には、他の当事者に判断を委ねたくないという意見もあり、慎重に検討すべきである。

⑪ 指導監督等と第三者評価

- 人権に配慮した適正な精神医療の確保等の観点から、都道府県が主体となって精神科病院に入院中の者の症状又は処遇に関する報告徴収、立入検査等を行っている。また、改善が認められない等の問題を有する精神科病院に対して、国の立入検査が行われた場合は、原則公表することとしている。
- 都道府県等の立入検査の結果等についても、精神医療に関する情報として有益であり、これらの情報提供の推進により、人権に配慮した適正な精神医療の確保に効果があると考えられる。そのため、例えば、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開することも考えられるべきである。（別紙11）
- 精神医療の透明性の確保、医療の質の向上のためには、第三者評価の仕組みが必要であり、日本医療機能評価機構やISO、日本精神科病院協会のピアレビュー（同僚による審査）、精神医療オンブズマン制度（大阪府）などのオンブズマン制度等、第三者による評価を積極的に推進する必要がある。また、既存の評価システムにおいて当事者・家族の意見も反映できるような新たな仕組みを考えることも必要である。