

「精神科入院医療の質的向上を図るための提言」

に関する会員からの意見

2016年 4月 20日

< 1 >

今回の提言について、主旨は理解できるものの、方法としては乱暴であり結果として本来の目標が達せられないとの危惧を抱くものであります。

伊予案の提言ポイントは3つに分かれます。①非自発入院を要する重症患者（特に初回入院）について、②精神科救急病棟などの一定規格を備える精神病床に限定する、③入院の長期化を回避する、の3点です。③については、計見案から貫かれてテーマであり、本来の目標であるので多くの会員に異議はないと思います。問題は①と②です。以下問題点を列記します。

- 1) 非自発入院を要する重症患者（特に初回入院）というのは、対象が明確ではありません。統合失調症圏だけが精神科救急の対象ではありえないということは、救急学会のガイドラインの中で自殺未遂者や薬物依存への対応が取り上げられるようになってきただけでなく、認知症患者の入院はすでに全国の救急病棟入院患者のかなりの割合を占めるようになってきています。対象疾患が広がってきている中で、どのように重症患者を決めるのかが明らかになっていません。
- 2) 重症患者を統合失調症圏と気分障害圏に限定するとすれば、それ以外の非自発入院を要する患者はどうするのか。入院が長期化しやすい患者というのは、それ以外の疾患が関連していることが多いと考えられます。それ以外の疾患患者の長期化にはどのように対応するのが明確ではありません。現在の救急病棟の規格が全ての疾患に対して有効であるとは限りません。
- 3) さらに、この文章では、非自発入院を要する患者＝重症患者なのか、重症患者の一部に非自発入院を要する患者が含まれているのかが不明確です。重症かどうかを誰が判断するのか。仮に発見者が重症と判断するものと仮定しても、非自発入院を要するかどうかは、精神保健指定医が判断する以外ないわけですから、どこの病院に搬送すればよいのかをどの時点で判断するかが困難となります。重症患者が、規格以下の病院に運ばれたときには、入院するために救急病棟がある病院に転送しなければならないことになり、救急の迅速性に反します。

初回入院の重要性は良く知られているところですが、「入院の長期化を回避する」本来の目標を達成することに初回入院に限定する必要があるのでしょうか。（特に初回入院）という表現は、あいまいであり意図するところが伝わってきません。

- 4) それ以上に問題があるのは、②です。精神科救急入院料病棟の規格には、病院設備の規格、職員配置の規格に加えて、入退院実績の規格があります。非自発入院を要す

る重症患者を既存の精神科救急入院施設が独占することになれば、新規の病院は入退院実績の規格を満たすことができないため精神科救急に参入できないこととなります。結果として、今回の提言は、意図しないところではあるかとは思いますが、既得権益を確保するための提言にとらえられても仕方のないものであると考えます。新規参入が難しくなると、そこには新たな取り組みに対する競争が生まれにくくなるため、精神科救急の発展を阻害することになります。

5) 精神科救急学会が目指すべきは、既得権益の確保ではなく、精神科救急医療の進歩と普及であると考えます。その意味で、重要なことは今回の「提言」の部分ではなく、「4. 活用と整備」で述べられている、精神科救急入院料病棟を有しない医療圏への整備と更なる高規格化ではないでしょうか。

6) 新規入院のかなりの割合を精神科救急入院料病棟が占めるようになってきたのは検討のためのデータで示されたとおりにかと思えます。それは、これらの病棟がそれぞれの地域で信用と実績を積み重ねてきたからであって、そのような信用と実績は制度によって保証されるものではありません。今後も、新規入院の占める割合が増加することは間違いないと考えます。この傾向を促進するためには、制度よりも、救急医療の構築が進まない地域の阻害要因を解消する試みを学会としてすすめることであると考えます。

ある地域では、この制度がうまくいくかもしれませんが、ある地域では需要が大きいために受け入れ病床が足りないということがあるかもしれません。また、ある地域では当該病棟そのものがありません。かつて、私のいる自治体では措置入院の対象患者が少ないと厚労省主催の研修会で質問したことがありますが、「それはローカルな話題ですので、地元に戻って相談してください」と返されたことがあります。日本のある地域に住んでいるがために入院できる施設がないというような制度では困ります。全ての日本人が同一の制度、同程度の治療レベルの恩恵を受けられる必要があります。その意味で、制度化は時期尚早であります。

7) どの病院で治療を受けるかは基本的には患者に選択権があると考えます。かりに、一定の規格以下の病院であっても、かかりつけの病院に入院したいという場合があるのではないのでしょうか。治療関係の形成されている主治医の治療が高規格の病棟にまさる場合もあると思えます。一律に入院病院を制限するというのは現場に混乱をもたらすだけでなく、患者の自由と権利を侵害する可能性があります。夜間・救急の時間帯においては現実的な理由から入院施設が制限されている現状がありますが、夜間・時間外の救急対応においても、まずはかかりつけ医が対応すべき（マイクロ救急）であるとは、平田先生が講演でいつも話されているとおりに思います。

今回の提言については、以上の問題点があることから反対です。このように反論を書きながら気づいたことですが、計見先生は本当にこの提言を文字通りに実現したいのか疑問に思います。これは、計見先生の精神科救急学会に対する戦略、ブレイン・ストーミングなのではないかと。計見先生は「スーパー救急病棟」という呼称を好まれないと聞きました。現在の精神科救急病棟の規格は決してスーパーといえるほどのものではなく、他の診療科と比べるとようやく標準的といえるものでしかないからです。また、精神科救急病棟を作った目的は、救急をすることが第1ではなくて、精神科病院の施設から医療への転

換＝入院期間の短縮が目的であったと聞いています。それを達成するためのもっとも現実的で最短の道は、精神科患者の救急病棟への独占ではなく、杉山案で示されたような「精神科特例の廃止」であると考えます。

それ以上に、精神科救急学会が設立当初の活気や勢いが薄れてきたと感じるのは私だけでしょうか。かつての精神科救急学会は、新しい精神科医療の構築に希望を抱かせるものでありました。そして、単に学問的探求だけではなく診療報酬という現実的な側面にも取り組んでいく力や熱気があったと思います。今回の提言は、精神科救急とは何か、精神科医療はどうあるべきかという原点に改めて会員一同が真剣に考え、取り組ませることが計見先生の戦略ではないかと思われてなりません。

< 2 > 平和病院 小渡 敬 先生

私見を申しますと、長期入院を回避することについては賛成ですが、長期入院になるか短期入院になるかは、入院治療を行う病棟の問題ではない。このような提言をするならば、精神医療政策と医療経済面も併せて提言するべきである。医療政策のみで提言すると、いつものような低医療費となる可能性が高いと考えます。

< 3 > くまもと悠心病院 宮内 大介 先生提言の趣旨はとても大切と思いました。

当院では最近では認知症の患者様の入院の割合がかなり増えています。認知症ですからほとんどが医療保護入院です。こうした患者様は精神一般や認知症治療病棟に入院します。非自発入院を要する重症患者に関しましては、病名や年齢などの要件を入れていただきたいです。そうでないと認知症の BPSD での入院対応に支障をきたしてしまいます。

< 4 >

提言案の 4 件を読ませて頂きました。

学会として公に、速やかに発表できることを優先し、伊豫先生の案を押しします。

よろしくお願い致します。

< 5 > くまもと心療病院 荒木 幹生 先生

高規格病棟への非自発入院の入院に関する案件ですが、私としましては杉山直也先生の案に賛成します。

精神科救急病棟だけでなく、16：1を満たしていれば、非自発入院を受け入れられるようになるのがよろしいと思います。スーパー救急病棟だけでは、限定がされてしまうし、地域差が著しく、16：1まで下ろしてもらえれば、全国的にも、地域差の改善もなされると思います。当院では、次年度から16：1の急性期病棟を始める計画があります。スーパー救急病棟では、当院では無理なので、16：1ぐらいにしていきたいと願います。

< 6 >

以下「入院制度に関する改革案」についての意見及び疑問点を送らせて頂きます。改革案に書かれている「非自発的入院を要する」というのは任意入院以外の入院形態をさすものと理解していますが、それが「重症患者」という定義になっている点に疑問があります。非自発的入院を救急病棟に限ってしまうのが本当に適切な医療を提供する事になるのでしょうか。(改革案では「救急入院料相当の一定規格の精神病床」とありますが、現時点ではイコール「精神科救急病棟」と考えて良いのでしょうか。)

そもそも入院期間の短縮がすなわち本当に適切な医療を提供しているということになるのか甚だ疑問だと思えます。私自身は現在の救急病棟への入院に関する規定も問題があると思っています。他の民間の救急病棟の話ですが、救急病棟の3ヶ月という基準によって救急加算がとれなくなれば、治療が十分行われないうままに退院させるというようなことも起きています。また3ヶ月以内に他院で入院歴があれば入院を受け入れないというような病院もあります。

このような状況がある中で、非自発的入院であれば救急病棟へという基準が入院形態の決定に影響を与えるのではないかと危惧します。具体的には任意入院がおこなえるにも関わらず救急病棟に入院させるために医療保護にしてしまう、あるいは救急病棟が満床だから任意入院として他病棟に入院させるというような歪みが生じないのでしょうか。それから、認知症の患者であれば認知症病棟へ、未成年であれば児童思春期病棟、身体合併症を有すれば合併症病棟の方が病棟の構造やスタッフの対応など患者にとって救急病棟よりより適切な治療を行えると思うのですが、どうでしょうか。

当院には児童思春期病棟があり、夜間や休日に精神科救急医療センターの外来を受診した未成年の患者は診察医によって救急病棟と児童思春期病棟のどちらが適切かを判断して入院させるようになっていきます。また認知症であれば医療保護入院となることが多いと思えますが、それがすなわち「重症」とは言えない場合もあるでしょうし、救急病棟のような構造は認知症の患者にとってストレスの多い環境である場合もあると思えます。また、認知症の患者はほとんどが「初回入院」ですから改革案の基準であれば「救急病棟」が第一選択になってしまいます。

また、任意入院の患者がすなわち「重症でない」という判断にならないことも多々あると思えます。例えば人格障害や薬物関連性障害の患者については任意入院とする場合もあるでしょう。当院ではこのようなケースについてはむしろ救急病棟で受けています。慢性期患者の多い病棟や開放病棟へ入院させると、トラブルや行動化によって他の患者の療養環境を破壊しかねません。あるいは任意入院でいったん入院してもその日のうちに医療保護入院に変更しなければならないようなケースもあります。

加えて現在法改正により医療保護入院にすべきケースができなくなったり、兵庫県では措置診察になるケースがかなり限られているなど入院形態については様々なことが影響している現状もあり、そうした問題を放置したままで入院の基準とすることにかかなりの抵抗があります。

<7>多摩あおば病院 中島 直 先生

精神科医療が種々の課題を抱える中、このような提言を出すご尽力に敬意を表します。

趣旨としては賛成なのですが、いくつか疑問があります。病院の実力や、意欲以外の、種々の理由で、救急算定病床をとれない病院があるのではないかと思います。私の勤める病院は、東京都の事情で、新たな措置指定病院を作らない方針だったので、救急算定病床がなかなかとれませんでした。病棟の構造上、個室確保が難しい病院もあるでしょう。こうした事情を考慮しなくてよいのか。仮にこの提言が現実化すると、救急等の基準を採らないまま急性期治療をやっている病院は、事実上ベッドが埋められず、場合によっては倒産の事態に直面するわけですから、深刻です。

それから、非自発入院のみでよいのか、ということもあります。実際には多くの任意入院者が閉鎖病棟に長期入院となっています。また本来であれば医療保護入院等にすべきな状態であるにもかかわらず、任意入院にしている例もあります。こうした例については手つかずでよいのか。

また、応急入院についてはどう考えるか、ということもあります。家族等の同意が得られないときに市長同意を行うことを厳しく制限するという運用を今の厚労省がとっているためにやや利用が難しくなっていますが（直接関係ありませんが、学会の救急医療ガイドラインの応急入院の記載はやや混乱を招く可能性があると感じており、何か機会があれば申し上げようとは思っていました）、応急入院は地域の救急医療として役立つ面があり、それは限られた社会資源を有効活用するという意味では、救急算定病床等でなくてもよいという考え方もあり得ます。「提言」のいう「非自発入院」が応急入院を含むとしたら、こういうことも考える必要があると思います。

上記とちょっと離れますが、本当に救急をやっていこうとしたら、今の基準では不十分です。当院の救急算定病床でも、看護師を少し多くしていますし、看護助手を入れています。それでも大変です。千葉県精神医療センターは基準をかなり上回る人員を入れていますよね？ 少し言及しているかにみえるところもあるのですが、提言では、救急や急性期の基準をもう少し上げ、保険点数もそれに見合うものに上げることを、もう一つの柱というぐらいに記述すべきではないでしょうか。

< 8 >

1. 何をめざすのかについて、述べられていることには賛成です。
2. 入院対象については、非自発入院を要する重症患者（特に初回入院）については、この制度の「高規格病棟」に限定するが、入院を自ら希望するものにも救急患者、重症患者はいますから、患者さん本人がこの制度の「高規格病棟」を選択して入院することを認めたら良いと思います。
3. 入院施設としての「高規格病棟」は「精神科救急入院料」の病棟の建物・設備、人員配置、新規患者と地域移行の割合等とし、入院形態を問う、二つの要件をなくしたものでどうでしょうか。
この二つの要件がなかなか満たせず、精神科救急入院料病棟のない県がありますから、提言の内容が厳密だと、入院対象はいても、入院施設がない県が残り、入院施設があったとしても、受診するには遠方過ぎたり、病床不足だったりすることになりかねません。入院形態を入れて、数値として出せば、明確に重症度、救急対応の水準を示すものに見えるものの、入院形態は、実は、地域差、疾患による差、行政の意図や

他の制度との関係による変化等が有り、不明確で不安定な基準です。それゆえ入院施設の基準は、入院形態を含まないものにすべきだと思います。むしろ、提言の実現に時間がかかるのなら、まず「精神科救急入院料」の施設基準から、入院形態を問う、二つの要件をなくすことから始めたら良いと考えます。

< 9 > 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 早川 達郎 先生

「精神科入院医療の質的向上を図るための提言」に対して、有床総合病院（精神病床を有している総合病院）精神科に勤務している立場から、意見を述べさせていただきます。

イタリア北部では新規の非自発的入院は総合病院に限定しているという説明のあとに、「しかし、我が国の総合病院精神科の多くは非自発入院を要する精神科の重症の病態への対応力が極めて低いため、我が国においてはこのような制度改革は現実的とは言えない。」と述べられており、「対応力が極めて低い」と断定した表現がされていますが、実際にはどうでしょうか？

2014年に実施された日本総合病院精神医学会の調査（有床総合病院 242 施設のうち 172 施設が回答）では、有床総合病院の精神科病棟の半数以上は、精神入院基本料 7 対 1、10 対 1、もしくは 13 対 1 の病棟であり、医師 16 対 1 の人員配置がされています。精神科救急入院料病棟などの特定入院料病棟は 27 施設でした。都道府県の精神科救急医療体制に参加している病院は 81 施設で、そのうち常時対応が 18 施設、病院群輪番が 39 施設、および身体合併症対応が 39 施設という結果でした。身体合併症の治療に関しては、「可能な限り受け入れる」と答えているところがほとんどであり、また m-ECT は 75%の施設で実施しており、クロザピン治療も約半数の病院で実施していました。

この結果の解釈については、いろいろな見方ができると思いますが、少なくとも有床総合病院精神科が「対応力が極めて低い」とは断定できないのではないかと考えます。むしろ問題は、有床総合病院精神科が医療圏ごとに適正に配置されていないことだと思います。有床総合病院精神科のない二次医療圏が半数以上である都道府県が 26 か所あり、茨城県、群馬県、および山口県では、有床総合病院精神科は大学病院 1 か所のみという状況です。従って、「対応力が極めて低い」という表現ではなく、「しかし、我が国では、非自発入院を要する精神科の重症の病態に対応できる総合病院精神科が、地域ごとに適正に配置されていないため」などとすべきかと思いますので、修正を要望します。

今年度の診療報酬改定で、精神入院基本料 7 対 1、10 対 1、および 13 対 1 の病棟において、精神科リエゾンチームなどの一定の条件を満たせば、急性期医師配置加算がつくようになりました。これによって、今後、病棟機能のレベルアップも期待されますので、総合病院精神科病棟の役割も含めた形での提言にさせていただけることを望みます。

以上、有床総合病院に勤務している一学会員として、意見を述べさせていただきました。よろしく願いいたします。

< 10 > 大阪府立急性期・総合医療センター 精神科 松永 秀典 先生有床総合病院の立場から意見を述べさせていただきます。

ご提言案は、精神科病院の視点からまとめられたものと推察いたします。しかし、総合病院の立場から見ますと、もし初回の非自発入院を精神科救急入院料病棟（および精神科救急・合併症入院料病棟）に限るとすれば、これを総合病院にも適用するのは少し無理があるのではないかと思います。たとえば、総合病院精神科の最も大きな特色のひとつは、精神科治療と同時に身体疾患の治療ができることです。精神疾患にさまざまな身体疾患を合併した方が総合病院精神科病棟に入院されますが、それが初回の非自発入院となることも少なくありません。他方では、たとえばステロイド精神病のように、身体疾患から二次的に重篤な精神症状が出現して精神科病棟に入院される場合は、その多くが初回の非自発入院です。

総合病院精神科で、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定している施設はごく少数です（大学病院を除くと計 13 施設でしょうか）。したがって、もし初回の非自発入院が可能な施設をこれら少数の施設に限定してしまうと、その他の入院料を算定している総合病院では、身体合併症患者の治療にも支障をきたします。合併症医療の観点だけからみても、総合病院精神科に対して初回の非自発入院を制限するのは得策ではないと思われます。

いまひとつの論点は、総合病院の精神科病棟は、そもそも低規格ではないことです。平成 13 年の医療法一部改正により、総合病院と大学病院では一般病棟と同じ 16 : 1 の医師配置が定められ、「精神科特例」による低規格病棟（医師配置 48 : 1）ではなくなっています。この改正の理由として、法改正の条文には、「合併症を持つ患者に対する医療を提供する機能や、地域において単科の精神病院との連携による一体的な精神医療の提供が求められていることなども考慮して」と記されています。蛇足になりますが、低規格ではなくなった総合病院精神科が今なお精神科病院と共通の入院料を算定していることも、問題ではないかと思われます。

大学病院でも、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料を算定している施設はごくわずかです（私の知る限り計 4 施設です）。それ以外のほとんどの大学病院で、初回の非自発入院ができなくなるというのも現実的ではないように思われます。

日本の収容型精神医療の根本的な改革を見据えた、思い切ったご提言を用意されていることに深く感銘を受けました。総合病院・大学病院の今後の役割についてもご考慮いただきながら改革を推し進めていただきたく、意見を述べさせていただきました。

ご検討いただけましたら幸いです。

< 1 1 > 前東京都北区保健所長 本保 善樹 先生 非自発的入院に絞り意見を述べさせていただきます。

わが国において、非自発的入院は、1987 年の精神衛生法から精神保健法へ改正された時点における法改正の趣旨であった「精神障害を持つ当事者の人権擁護」の精神に反し、精神科入院の 40% 以上を占め、更に増加しつつあります。

精神科における非自発的入院及び治療については、わが国が 2014 年に批准した「障害者権利条約」に関連する国連の文書に記述があるため、これを添付致しました。以下の国連のホームページで公開されています。

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx> (※1)

の Article 12: Equal recognition before the law (Adopted 11 April 2014)

この文書、P11 の 42 では、「強制治療は精神障害、知的障害、認知症を持つ者にとって特別な問題であり、条約締結国はこれを容認また誘導する (perpetrate) 政策や法制度を廃止しなければならない。なぜならば、これは全世界の精神保健関連法に認められる現在進行形の背反事項であり、これは、経験的な evidence からはその効果がないことや、メンタルヘルシステムの利用者で強制治療の対象となり、深い苦痛とトラウマを経験した者の見解に反するものだからである。・・・当事者の身体的・精神的統合性は当該者の自由かつ情報提供された上の同意の上でのみ得られる」(私訳) などと記述されています。

このような経過のなかで、日本弁護士会は非自発的入院を最小限にすることなどを「障害者権利条約の完全実施を求める宣言」で提言されています。同様の動きや内容は日本精神神経学会の法改正へ向けての提言でも見られます。但し、これ等は非自発的入院・治療の完全廃止にまで踏み込んでいない点は、国連の委員会とは異なるようです。

国連の次のホームページで公開されている文書

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/SPReports.aspx>

では各国の動向が情報提供されています。これは量が多く、私は全体像を把握できていません。国連自由権委員会? の方向を取り入れる国の存否については未確認です。

一方、国内では、非自発的入院に関しては公論となっていない現状があります。最も弱い立場にある精神障害を持つ方々への無関心が根底にあるように感じます。当事者の方々は、辛い思いを表出しながら議論を喚起することは敢えてせず、あきらめ沈黙しているとの発言もあります。そのなかで、季刊誌「統合失調症のひろば」へ寄稿して非自発的入院が以前より増えている現状への問題提起をされている当事者の方もおられます。

校正原稿を添付しました (以下は当誌 2016 年春号の目次)。(※2)

<https://www.nippyo.co.jp/shop/magazines/latest/11.html>

そもそも、国連の自由権委員会は 2014 年の夏、日本における非自発的が多い現状を指摘し、改善するよう勧告しています

(添付ファイル※3. 17 番目の項目)。しかし、これは国内の多くの人権問題と共に提起されたため、メディアは殆ど報道しませんでした。

(ヘイトスピーチのみ取上げられましたが)。

このような国内の現状は、精神保健の重要問題が適切に対処されていないものと思われます。日本弁護士会、日本精神神経学会が法改正への提言として非自発的入院の減少を挙げていますが、世界の動向としてはこの廃止の議論に至っており、この動きにキャッチアップしていないのではないのでしょうか。精神保健の最も重要な課題の一つであり、当事者の方々が最初に受け

る医療サービスを担当されている日本精神科救急学会において、非自発的入院の存在そのものに関する議論があつてよいのではないのでしょうか。

非自発的入院が増加するわが国の要因に、高齢化による認知症の増加が挙げられています。しかし、この説明の背景には、認知症になれば何も分らなくなる、認知症者の非自発的入院は当然、とする誤解があると考えます。障害者権利条約と非自発的入院との関係について、わずかに議論を喚起する提言の一つとして、本年 6 月 11 日に開催された「こころのバリアフリー研究会シンポジウム」の「非自発的入院の現状と課題 2016」に提示された池原弁護士さんのレジュメを添付（※4）致します。また、同研究会、総会・シンポジウムで用いた「非自発的入院の現状と課題 2016」の冒頭で用いた ppt スライドを添付致しました。（※5）

国に対する提言に、障害者権利条約を背景とした「非自発的入院の抜本的な見直し」を含めることをご検討頂ければ幸いです。

なお、添付したファイル中、加藤・池原各氏で作成されたものについては、添付することに了解を得ています。また、BCC で「こころのバリアフリー研究会総会シンポジウム」の「非自発的入院の現状と課題 2016」のシンポジストの方々等へもお送りしています。

- ※1 [convention on the rights of persons with disabilities](#)
- ※2 [隔離室の鍵を閉めるのは誰か 加藤史章 著](#)
- ※3 [日本の第 6 回定期勧告に関する最終見解 国連自由権規約委員会](#)
- ※4 [こころのバリアフリー研究会 抄録](#)
- ※5 [こころのバリアフリー研究会 総会・シンポジウム PPT](#)

< 1 2 > 医療法人財団 鷲の木会 吉田 和幸 様

1、以下のような<誤解>を受ける可能性の高い「提言」であり、賛成できない。

「提言」によれば、「非自発入院を要する重症患者」の入院について、入院先を「精神科救急入院料病棟などの一定の規格を備える精神病床に限定」することを「制度化せよ」と主張している。これは、明らかに精神科患者の一部を「精神科救急入院料病棟など」を備える精神科病院などに限定することを意図しており、国民皆保険下での国民の医療へのフリーアクセスを制限するものであり、医師や看護師などの医療職の確保に四苦八苦している多くの精神科病院からは、精神科救急入院料算定施設などの既得権を保護するための「提言」と受け取られかねないように思われる。

2、「提言」の<解説>の 3 で、「本来あるべき精神科入院医療の態様」について触れており、「良質」な医療の要件を 7 項目に亘って列挙している。十分とは言えないが、おおむね妥当な要件である。

しかし、ここで列挙された7つの要件と「提言」とはどのような関連があるのであろうか。「精神科救急入院料病棟などの一定の規格を備える」精神科病院は、はたして「良質」な精神科医療を提供しているといえるだろうか。指摘された7つの要件に当てはめてみても、何とか(3)の療養環境や(4)の医療スタッフの配置をクリアできる可能性があるというだけである。「良質」な入院精神科医療をどのように担保するのだろうか。

この解説文3と「提言」の短い文章を関連付けて考えると、あたかも「精神科救急入院料病棟など」の診療報酬上の施設基準がクリアされていれば「良質」の精神科医療が保障されているかのような<誤解>を引き起こしかねない。しかし残念ながら、「良質」な精神科医療の要件である(1)、(2)、(5)、(6)、(7)などは、診療報酬上の施設基準で担保されるものではない。

3、<解説>の4で、診療報酬上の制度としての「精神科救急入院料病棟など」について言及している。「提言」においても同様に「制度化」を謳っている。

いうまでもなく、診療報酬制度は医療政策をめぐる利害関係者の主戦場の一つである。法的には、健康保険法に根拠があり、先に触れたように国民皆保険のもとでのフリーアクセスは基本原則となっている。そこに、国民の医療へのフリーアクセスを阻害しかねない「診療報酬制度」を「提言」するには、それ相応のデータと具体的なエビデンスが必要であるばかりでなく、実現に向けての明確な戦略が必要であろう。

診療報酬上の施設基準などについて、学会として具体的に提言するというのであれば、委員会やプロジェクトチームを組織し、事前に会員の要望を徴した上、データの収集、検討のうえで、具体的な提案として取りまとめて、厚生労働者の保健局医療課をはじめとして必要な部署への説明や説得、時に関係団体への根回しなど、地道で息の長い継続した取り組みが必要であると思われる。残念ながら、今回の「提言」には、本気で組織として取り組もうとする準備なども不足しているように思われる。

4、精神科医療の制度的な課題として、まず取り組むべきは、「良質」な精神科医療を確保し、底上げを図るために、着実に精神保健福祉法の領域での改善や改革を進めることである。

「非自発入院を要する重症患者」の典型として、それなりに明確な法的定義がなされている入院患者は、言うまでもなく精神保健福祉法に規定されている「措置入院」と「応急入院」及び医療観察法による指定入院医療機関への入院患者である。「非自発入院を要する重症患者」の入院について言及するならば、はじめに現在の精神科医療を規定している上記の「措置入院」や「応急入院」の全国における運用上の現状や課題、そして何よりもそれらの入院が認められている国立や都道府県立の精神科病院や民間の指定病院の規格や指定基準について検討するべきであろう。これらは、行政措置として実施される「強制入院」でありながら、医師や看護師の配置についての精神科特例も残されている状況である。

「良質」な精神科医療が実施されているかどうかは大変気になる場所である。医療観察法による「強制入院」との、人員配置や施設・設備などの圧倒的な「格差」についても、徹底的に議論されるべきであろう。

学会としては、診療報酬制度のような利害関係が錯綜し、政治的な力なども大きく作用する可能性の高い世界に向かっていくよりも、足元の精神保健福祉法における「措置入院」などの運用状況や指定基準などの底上げを着実に進めてゆくことが大事ではないかと思われる。

5、「良質」な精神医療をどのように担保するか、に関する一つの方法について。

前段の2において「良質な入院精神科医療をどのように担保するのか」との疑問を提起したが、ご承知のように、わが国ではすでに20年以上前から、病院の医療機能について国際的な基準などを踏まえた第三者による評価を実施する事業が、厚労省、日本医師会、主な病院団体や看護協会、健保組合連合会などによる組織（公益財団法人日本医療機能評価機構）により、運営・実施されているところである。これは、評価を通して課題を明確にし、改善に取り組むことで病院の医療の質を向上させる取り組みである。5年に1度の認定更新が行われ、評価結果の概要も公表できる仕組みがある。また、評価項目も時代やニーズに合わせて常にバージョンアップされている。十分とは言えないが、このような仕組みを積極的に活用して自らの病院の質の向上に努めることは、「良質」な医療を考えるうえでの第1歩ではないだろうか（評価項目などをホームページなどから見ていただければわかるが、解説の3で指摘された「要件」などは、すべて含まれたうえで、病院として持つべき機能が網羅的に評価できる仕組みになっている。）

少し古いデータであるが、全国8,512病院のうち、認定病院は2,270病院で、認定率は26.7%である。全国の病院の大半（67%）を占める医療法人の認定率は少し低く、21.4%であり、特定機能病院などは90%近い認定率である。国立や公的病院の認定率は比較的高くなっており、一般科を中心とする公的病院では50%前後となっている。（平成27年3月31現在）

計見先生が顧問をされている山形県の佐藤病院や杉山先生の沼津中央病院なども、積極的に受審され、認定を更新されている。伊豫先生の千葉大学附属病院も同様である。

しかし、私が確認した範囲ではあるが、精神を主とする国立病院（医療観察法病棟を備えた先進的な精神医療に取り組んでいると思われる15病院）については、惨憺たる有様である。医療機能評価などの第三者評価を受審され、認定を受けているのは、精神・神経医療研究センター病院と肥前精神医療センターの2病院のみであり、残りの13病院は取り組んだ形跡なども見当たらず、認定率13%である。同様に、公立の精神科病院も、一般科を中心とする公立病院に比較すると認定率はかなり低い。

第三者評価の認定は、自らの病院の医療の質を高める、一つの方法にしか過ぎないが、それすら実施できていない国立や公立の精神科病院が多すぎることに愕然とする思いである。中途半端な「提言」をする前に、＜公的な＞精神科医療がまさに「ガラパゴス化」していることを学会としても改めて振り返る必要があると思われる。