

厚生労働省自立支援調査研究プロジェクト
**精神科診療所の社会参加
サポート機能に関する研究**

社) 日本精神神経科診療所協会

「明日のクリニックを考える研究会」研究班長 平川博之

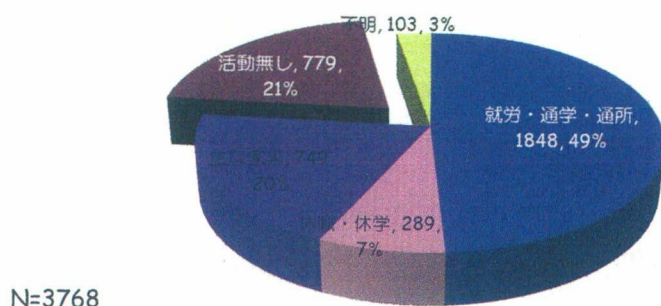
研究の概要

1. 平成19年12月の任意の一日に診療所を受診した患者に関する調査

項目	調査数	割合
調査診療所数	回収113／発送400	回収率28.3%
デイケア実施診療所	37診療所	32.7%
調査患者数 (A)	5854人	
外来利用者数 (B)	4689人	80.1% (/A)
65歳未満外来利用者数 (C)	3768人	80.0% (/B)
統合失調症外来利用者数	939人	20.0% (/B)
65歳未満統合失調症外来利用者数	828人	22.0% (/C)

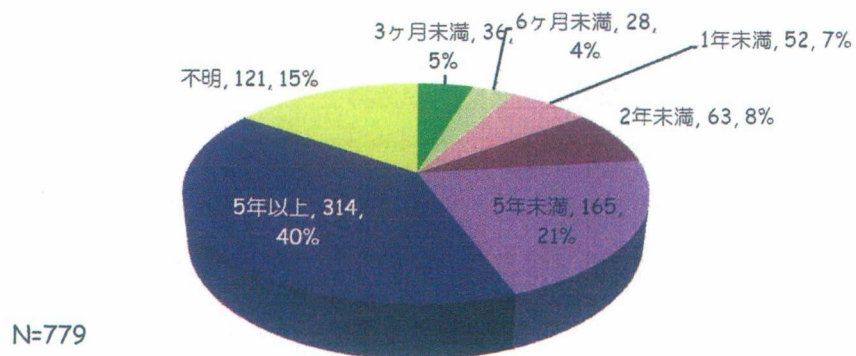
精神科診療所通院患者の 日中活動状況

解析対象：65歳未満患者 3768名
そのうち日中活動なし：779名（21%）



日中活動無しの期間

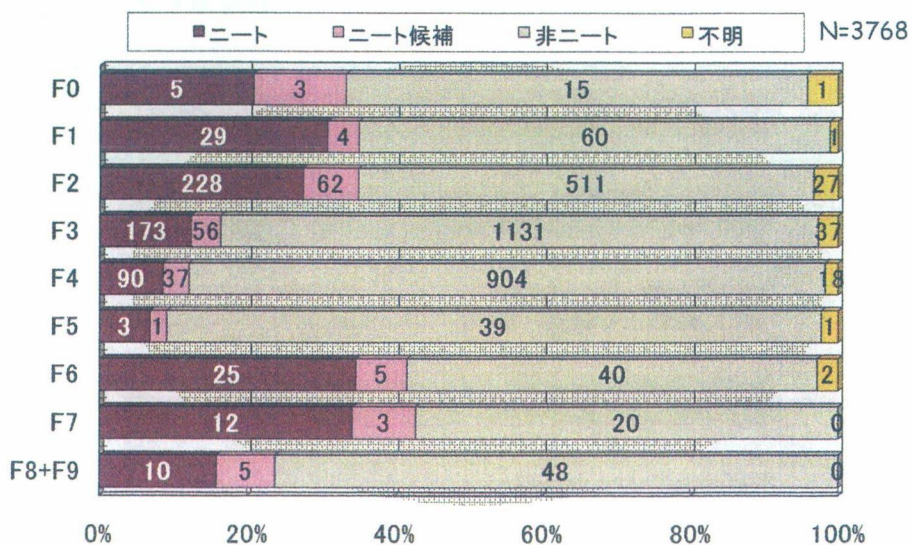
6か月以上活動なし合計：594名
（解析対象のうちの15.8%）



「外来ニート」の定義

1. 外来ニート患者：最近6ヶ月以上にわたって、下記の項目全てを満たす状態にある患者
 - ・就労，就学をしていない
 - ・休職，休学中ではない
 - ・主な家事を担当していない
 - ・デイケア，デイナイトケア，共同作業所などに通所していない
 - ・65歳未満である
2. 外来ニート候補患者：現在，上記の項目全てを満たす状態にあるものの，この状態の継続期間が6ヶ月未満であるか，あるいは期間が明らかでない患者（ただし，期間不明の者は長期である可能性が高い）

診断名別外来ニートの割合（65才未満）



診断名別外来ニート数の推計

診断名	外来ニート率	ニート候補を含む率	推計外来患者数(65歳未満)※	推計外来ニート患者数
F2 統合失調症圏	27.5%	35.0%	45万人	12.3~15.8万人
F3 気分障害圏	12.4%	16.4%	75万人	9.3~12.3万人
F6 人格障害圏	34.7%	41.7%	6万人	2.1~ 2.5万人
全精神科病名	15.8%	20.7%	216万人	34.1~44.7万人

※ 厚生労働省の「平成17年患者調査」に本研究の該当病名患者で65才未満の人の割合を掛け合わせて推計

外来ニート率には“ニート期間不明”（多くは長期外来ニート者と思われる）の人が含まれていないので、実際よりも過小評価されている。よって、ニート期間不明であった“ニート候補を”含む率を上限として使用した。

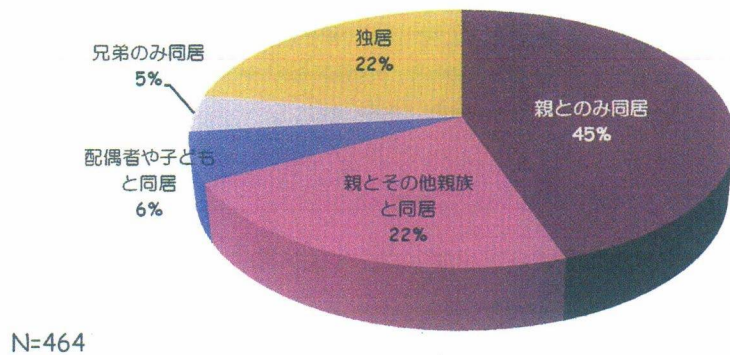
診断病名別ニート期間の分布

■ 5年以上 ■ 5年未満 ■ 2年未満 ■ 1年未満 ■ 6ヶ月未満 ■ 3ヶ月未満 ■ 不明

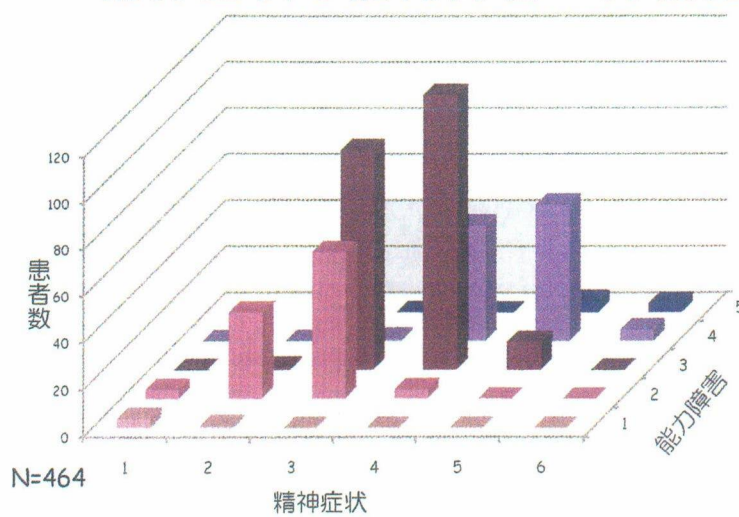
N=779



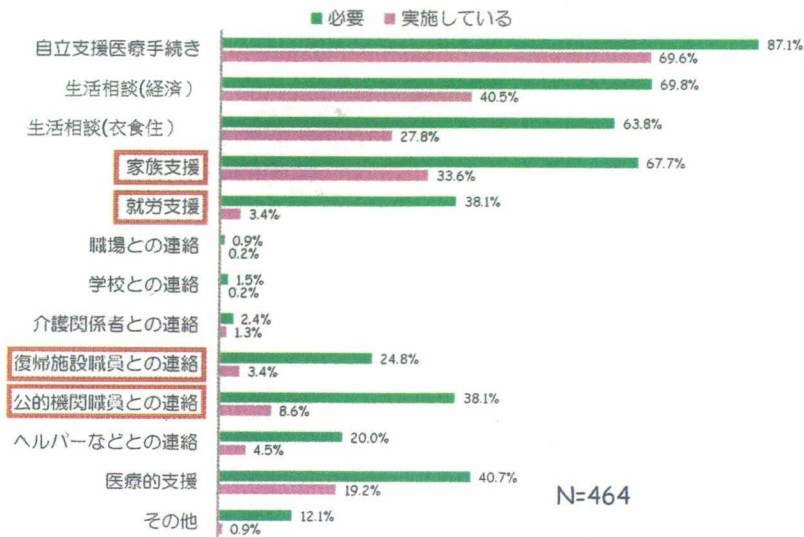
統合失調症外来ニートの人の生活形態



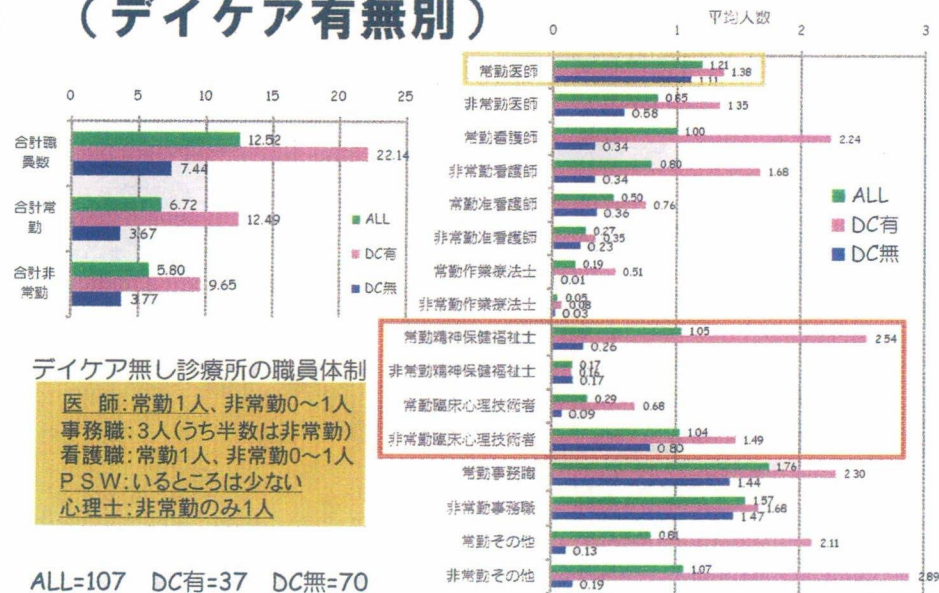
統合失調症で外来ニートの人の精神症状と能力障害の評点分布



統合失調症外来ニートの人への ケースワーク必要度と実施率



精神科診療所のマンパワー (デイケア有無別)



まとめ

- 精神科通院患者約270万人のうち、外来ニート(6ヶ月以上就労・就学・通所・主な家事をしていない、65才未満)の人は約40万人と推計される。
- そのうち、統合失調症が約14万人、気分障害が約11万人と推計される。
- ニート期間が5年以上の人が、統合失調症では約6割、気分障害では約4割であった。
- 統合失調症で外来ニートである人の精神症状と能力障害は、中等度～やや重症に集中している。
- 統合失調症で外来ニートの人の7割が親(多くは高齢)と同居している。独居者は2割で、配偶者や子どもと同居しているのは6%に過ぎない。
- 外来ニートである人は、他の社会資源を利用できていないため、外来医療機関においてケースワークを行う必要がある。
- 現状の精神科診療所では、自立支援医療の手続きと年金・手帳・生活保護の手続き以外のケースワークは十分に行えていない。
- 精神科診療所の多くは、常勤精神科医は一人で、ケースワークを行うのに必要なPSWや心理士を雇用できていない。

新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する予備的研究

2010年1月28日 研究班会議資料

石原 明子 (熊本大学大学院社会文化科学研究科 准教授)

石原提出 資料リスト:

- I. 問題意識と視点(p.1-2)
- II. 医療計画に載せる案(精神科医療と連動する予防や福祉を含めた視点/家族・患者の視点から)(p.3-15)
- III. 参考資料1(過去の研究から)(p.16-19)
精神科を医療計画に載せる場合のシナリオ・アプローチ研究
- IV. 参考資料2(過去の研究から)指標検討(p.20-21)

I. 問題意識と視点

<基本的な視点>

①疾病の自然史の観点をを用い、予防から医療・リハ・生活保健・医療・福祉・隣接領域を含めた総合的視点からの検討(含:精神科医療と連動する医療・福祉等の社会保障制度に関する政策)

精神科医療を医療計画に収載するにあたり、4疾患に並べるのか、5事業で扱うのかについては、長短を検討すべきである。精神科医療は、予防から治療から地域生活(福祉を含む)までを継続的・統合的に考えるべき性質のものであるため、疾病の自然史の視点をもった4疾患に沿った考え方を基本にするべきではないかと考えた。4疾患に並ぶ記述をする場合に、精神疾患の中でも疾患ごとに大きく異なるのではないかと問題点があるため、最終的に5事業に沿った並べ方をするとしても、一度は4疾患の自然史にそった形で整理をしておく必要があると考えて、この作業を行った。

②患者・家族などユーザーの視点から

前回の医療法改正に伴った新しい医療計画の検討の過程においては、厚生労働省のワーキンググループにおいて、当初、疾病の自然史にそった医療機能という視点と、患者や住民の視点からという点が強調された。今回の研究班において、診療所、病院、訪問看護、救急、政策といった各立場からの検討がなされているが、患者や家族といったユーザーの視点からの検討を担当する者がいあなかったため、その視点から作業を行うこ

ととした。

<問題意識>

1. 精神科医療の質の均一化と向上

(1) 収容機能と治療機能

収容する場所から治療する場所へ（新しい司法精神制度を評価）

(2) 質の評価 一般

- ・精神科の医療の質の評価と均一化と向上の推進
- ・質の評価の研究が必要だが、診断基準が一定してない（診断のばらつきが大きい）ので、質の評価ができない段階にある。統一的診断基準の普及。
- ・ガイドラインやクリティカルパスの取り組み、整備（近年の取り組みを評価）

(3) 人材の問題・教育の問題

- ・薬物療法と心理社会的両方の両方が両輪であるが、

<心理社会療法(精神療法)の問題点>

- ・日本では、医師で米国の Psychiatrist のような専門的な長期の心理療法（精神療法）の訓練を受けた医師が極めて少ないため、質が一定していない。医師との相性で結果に影響がある。
- ・医師は時間もなく、それを担保するだけの精神療法への診療報酬制度があるわけでもない
- ・臨床心理士や医療心理士の養成が行われたが、それ独自では保険適用がされず、高価なことが多い（お金持ち用の療法になっている）
- ・入院医療では、看護師の役割が極めて大きい（日常のケアをする中で患者と一番会話するのが看護師）

<薬物療法>

- ・薬物療法の質の向上

←単剤化等のガイドラインの近年の功績を評価

<精神身体合併症>

- ・精神身体合併症への対策の強化は、日本の精神科医療の質の向上のブレークスルー。（変わってきているが）精神科医師は身体疾患を見る技量の向上、身体疾患医の精神科対応技量向上。

(4) 機能分化と連携

2. 精神科医療と連動する医療・福祉等の社会保障制度に関する政策

(1) 身体疾患医療の場における精神科関連の問題

- ・救命救急センターを含む救急医療機関に運ばれる精神疾患を持つ患者

①自殺企図者（救命救急センター受診者の約 17%が自殺企図（石原 2001）

∵服薬自殺は重症度がわからないから 3 次救急に運ばれる

そのうち約 3 分の 1 が精神科で処方された薬での自殺企図

→救急医療の現場にも重荷

自殺企図者本人の医療の質にも問題

②生活保護等の患者の退院先や未払い問題

- ・認知症を含む高齢者の医療をどう提供していくか
- ・がん ・災害医療と P T S D

(2) 社会福祉、社会保障制度

- ・福祉や社会保障の制度ごとに「精神障害者」の定義が違ふことで極めてつかいにくい制度
- ・自立支援法の理念は良いが、それを実現化する制度の不備
(就労支援や受け入れ側の改革など)

II. 医療計画に載せる案

2010.1.28 石原明子(熊本大学)

視点：

- ① 疾病の自然史の観点を用い、予防から医療・リハ・生活保健・医療・福祉・隣接領域を含めた総合的視点からの検討（含：精神科医療と連動する医療・福祉等の社会保障制度に関する政策）
- ② 患者・家族などユーザーの視点から

目指すべき方向（検討会資料 p. 14 から p. 15 の改革指針を受けて）

- (1) 収容機能から治療機能へ / 施設中心から地域中心へ
- (2) 精神科医療（や関連サービス）の質の向上
- (3) 患者や家族の視点

1. 医療計画案：各医療機能と連携（患者・家族の視点から求めること/自然史にそって）

<4疾患に並ぶ考え方の場合>うつなどの気分障害を例に(p.4-8)

<4疾患に並ぶ考え方の場合>統合失調症を例に (p. 9-15)

作業の視点1：疾病の自然史にそって（予防から治療、地域生活まで）

精神科医療を医療計画に収載するにあたり、4疾患に並べるのか、5事業で扱うのかについては、長短を慎重に検討すべきである。精神科医療は、予防から治療から地域生活（福祉を含む）までを継続的・統合的に考えるべき性質のものであるため、疾病の自然史の視点をもった4疾患に沿った考え方を基本にするべきではないかと考えた。4疾患に並ぶ記述をする場合に、精神疾患の中でも疾患ごとに大きく異なるのではないかとという問題点があるため、最終的に5事業に沿った並べ方をするとしても、一度は4疾患の自然史にそった形で整理をしておく必要があると考えて、この作業を行った。

作業の視点2：患者・家族の視点から

前回の医療法の改正に伴った新しい医療計画の検討の過程においては、厚生労働省のワーキンググループにおいて、当初、疾病の自然史にそった医療機能という視点と、患者や住民の視点からという点が強調された。今回の研究班において、診療所、病院、訪問看護、救急、政策といった各立場からの検討がなされているが、患者や家族といったユーザーの視点から検討する研究班員が不在であったため、その視点から作業を行うこととした。

2. 指標の例

1のうつなどの気分障害 に対応するものとして(p.16-17)

※今回の検討では十分な形にはできなかったが、精神科医療が抱える諸課題を考えた場合、医療計

画に質の向上にかかる指標を積極的に導入すべきと考える。質の向上にかかる指標は、アウトカム指標では難しいとしても、質の向上に関する取り組みのプロセス指標は用いやすいと考える。

<5 疾患に並ぶ考え方の場合>うつなどの気分障害を例に

(1) 予防機能

① 目標

- ・ 幸せに不安なく充実してすごしたい
 - ・ メンタルヘルスが悪くなりたくない
- ↓
- ・ ストレッサーが少ない方がいい(ストレッサー)
 - ・ 適応力の高い自分でいたい(適応力)
 - ・ 悩みやストレスを相談できる人や機関がほしい(ソーシャルサポート)
 - ・ ストレスへの積極的対処の場がほしい(運動、社交場、自然など)

② 求められる機能

- ・ ストレッサーが多すぎない社会(経済など)
- ・ ソーシャルサポートがある社会(相談機能、人とのつながり、コミュニティ)
- ・ ストレスへの積極的対処の場や環境があること(運動、社交場、自然など)

③ 機関

- ・ 行政
- ・ 企業(職場として)
- ・ 企業(サービス提供者として: 娯楽、飲食、スポーツなど)
- ・ 自治組織、コミュニティ

(2) 受診・診断

① 目標

- ・ 基本的知識・情報がほしい(メンタルヘルスリテラシー)
Cf. 「あ、私うつかも」と気づく知識、「どこにどう受診するか」の知識・情報
「あ、この同僚うつかも」と気づく、「どこにどうつなげるか」の知識・情報
- ・ 気軽にいけるクリニックやカウンセリングがほしい
- ・ 正しい診断をしてほしい
- ・ その診断に適した質のよい資源につなげてほしい。

② 求められる機能

- ・ メンタルヘルスや精神科の上手な受診についての情報提供・啓発・教育
- ・ 学校、職場、内科などが適切な精神科の知識と初期介入技術をもち、良い精神科の連携先をもつこと
- ・ 敷居の低い精神科クリニック(時間帯、イメージ、場所)
- ・ 質のよい統一的な診断(例えば、ICD10、ICF、DSMIVに当てはめるなど)
- ・ 精神科医療の機能分化と連携

③機関

- ・行政
- ・学校、職場、地域の一般内科や心療内科
- ・精神科外来、診療所
- ・学会、行政、医師会、協会（統一的な診断基準の推進）
- ・医療機関、行政（機能分化と連携）
- ・NPO等団体（うつの啓発、セルフヘルプ等）

(3) 外来

(3) - 1. 入院が不必要な場合の初期治療・急性期治療

①目標

- ・早い段階で適切な治療・ケアを受けたい→正しい治療・ケアを提供してほしい
→信頼できる医師・カウンセラーに会いたい
- ・仕事をしながら、治していきたい→外来・夜間診療の充実
→職場の理解、柔軟な働き方許す社会
- ・家族や同僚がどう接したらいいかの知識やサポートほしい（家族等との関係を悪化させる医療機関は困る）

②求められる機能

- ・質のよい外来精神科医療
薬物療法・心理社会精神的療法の正しい知識とスキルをもつ(地域的)
適切なスタッフ・人材
- ・学校や職場の理解、柔軟な働き方・学び方を許す
- ・家族や同僚への知識提供とサポート

③機関

- ・精神科外来、診療所
- ・行政、マスコミ
- ・企業、学校、経済政策の決定機関

(3) 外来

(3) - 2. 自殺念慮、自殺企図

①目標

- ・夜間等の相談が気軽にできるといい（精神科救急電話相談のような）
- ・自殺未遂したとき、救急電話相談がきちんと機能してほしい（7119など）
- ・救急車搬送は、早く適切にしてほしい（救急隊員は不適切な説教しないでほしい）
- ・救急医療機関から精神科への連携を質よくしてほしい
- ・救急医療機関でスタッフから意地悪をされたくない(救急の現場では自殺企図患者に対して、スタッフが怒りを持つ傾向があるとの多くの研究結果あり)

- ・救急医療機関からの退院先と退院時期を適切にしてほしい（身体状態や精神状態が悪いうちに追い出されてしまう、あるいは行き先がなくて伸びてしまう、研究結果あり）

②求められる機能

- ・かかりつけ病院の受付(夜間電話交換台)が簡単なカウンセリングスキルをもってほしい
- ・精神科救急(ソフト=電話相談、実際の受診、ハード救急)
- ・きちんとつながり、トリアージのできる救急電話相談（例：7119）
- ・適切なコミュスキルをもった救急隊員、搬送先の決定システム、迅速な搬送
- ・救急における精神科とのリエゾンシステム/ 救急における精神科の扱いトレーニング
- ・救急から退院先への連携システム
- ・救命救急センターで見るとは限らないが、精神病院では診られない程度の精神身体合併症を受けてくれる医療機関
- ・医療費支払いについてのサポートシステム（MSW 的機能、社会保障制度自体）

③機関

- ・電話相談：行政、いのちの電話など民間、医療機関、協会や医師会
- ・救急医療機関（身体科）、精神科救急
- ・消防（救急）
- ・病院、診療所
- ・行政、マスコミ
- ・企業、学校
- ・

(4)入院医療

①目標

- ・短期で良くなりたい
- ・スタッフの充実した病院に行きたい（人材の質、人材の種類、人材の人数）
 医師、看護師その他の教育
 コメディカル、身体疾患を診ることができる医師、心理士、PSW、OTなど
 ベッド辺りの看護師数（正看護数）、医師数、他のスタッフ数
- ・治療方針が正しくて一貫した病院に入院したい（ガイドライン・クリパス）
- ・アメニティのよい病院に入院したい（たたみはいや、汚い大部屋もいや、個室充実）
- ・他の患者との関係性に気を配って、部屋を考えてくれる病院がいい（相性の悪い症状や人格の人と同じ部屋にしない）
- ・ライフサイクルを考慮したプログラムや部屋の配置にしてほしい（気分障害の10代が、50代で入院20年の統合失調症の患者と一緒に）
- ・行動を監視され続けたくない。プライバシーの確保
- ・薬の効きなどで患者の意見も聞いてほしい（意見をいうと「調子が悪いから反論するのね」と判断されて投薬量が増えるのはやめてほしい）
- ・（望むとき）外の生活との関係性が途切れたくない（交友、学業、仕事、家族など）
- ・電話やインターネット、面会などの自由がある病院がいい

- ・ 医療事故のない病院がいい
- ・ 拘束・隔離を安易にしない病院、するとしても適切にする病院がいい
- ・ 状態の悪いとき、拘束・隔離・薬物沈静よりは質の高い声かけのできる病院
- ・ 家族や会社など外部との関係を悪化させない病院であってほしい、家族や会社へのサポートも視野に入れてほしい
- ・ 社会復帰を見通した治療をして、相談にも乗ってほしい

②求められる機能

- ・ 正しい診断、治療方針の確立と実施ができる(クリティカルパスの活用なども含めて)
- ・ 精神科医を含めたスタッフの教育が十分である
- ・ スタッフの数と職種が十分であること
- ・ アメニティ、個室の数、部屋割りの治療への影響への気づきと配慮
- ・ 電話やインターネットなど
- ・ プライバシーの確保、フレキシブルな行動制限設計
- ・ ライフサイクルや病名、患者同士の関係性を考慮した部屋割りや配置
- ・ 院内プログラムの充実
- ・ コンプライアンスからアドヒアランスへ
- ・ 医療安全対策が行き届いている、有害事象・過誤時の対処も適切
- ・ 拘束や隔離のガイドラインの内容が適切で、実施も適切であること
- ・ 拘束や隔離における安全確認がきちんとできていること
- ・ 家族や会社等へのサポートや、関係調整能力(ケースマネジメント)
- ・ 適切な退院時期を見据えた治療計画と実施(薬の使用、SST、ソーシャルワークなど)

③機関

- ・ 医療機関(病院)
- ・ 地域でのケアマネ(行政、相談支援事業)
- ・ 地域社会

(5)退院後

①目標

- ・ 調子が悪いときに、電話などですぐに相談したい
- ・ 再入院を気軽にできる病院がいい
- ・ 信頼できる外来で通える医師と出会いたい
- ・ 薬の処方を地域生活用にしてほしい
- ・ 働けない時期は生活保護申請をしたい
- ・ 世間の偏見がないといい
- ・ 再就職したい
- ・ 少しずつ働きはじめたい/調子が悪くてもすぐにくびにしないでほしい
- ・ できれば完全に健康に戻りたい

②求められる機能

- ・ (3)と同じ機能
- ・ 復職可能性の適切な診断と支援
- ・ 社会保障制度(生活保護、手帳、公費申請など)への情報提供

③機関

- ・ 医療機関（病院、診療所）
- ・ 地域でのケアマネ（行政、相談支援事業）
- ・ 電話相談：行政、いのちの電話など民間、医療機関、協会や医師会
- ・ 救急医療機関（身体科）、精神科救急
- ・ 消防（救急）
- ・ 病院、診療所
- ・ 行政、マスコミ
- ・ 企業、学校、経済政策の決定機関
- ・

<5 疾患に並ぶ考え方の場合>統合失調症を例に

下線部がうつなどの気分障害と変えた部分

(1) 予防機能

① 目標

- ・ 幸せに不安なく充実してすごしたい
- ・ メンタルヘルスが悪くなりたくない
- ・ 発症したくない、重症化したくない
↓
- ・ ストレッサーが少ない方がいい(ストレッサー)
- ・ 適応力の高い自分でいたい(適応力)
- ・ 悩みやストレスを相談できる人や機関がほしい(ソーシャルサポート)
- ・ ストレスへの積極的対処の場がほしい(運動、社交場、自然?)

② 求められる機能

- ・ ストレッサーが多すぎない社会(経済など)
- ・ ソーシャルサポートがある社会(相談機能、人とのつながり、コミュニティ)
- ・ ストレスへの積極的対処の場や環境があること(運動、社交場、自然など)

③ 機関

- ・ 行政
- ・ 企業(職場として)
- ・ 企業(サービス提供者として: 娯楽、飲食、スポーツなど)
- ・ 自治組織、コミュニティ

(2) 受診・診断

① 目標

- ・ 基本的知識・情報がほしい(メンタルヘルスリテラシー)
Cf. 「あ、私病気かも」と気づく知識、「どこにどう受診するか」の知識・情報
「あ、この同僚病気かも」と気づく、「どこにどうつなげるか」の知識・情報
- ・ 気軽にいけるクリニックやカウンセリングがほしい
- ・ 病識や医療に掛かる意志がない場合などに気軽に来てもらえる専門家がほしい(保健所等か?)
- ・ 正しい診断をしてほしい
- ・ その診断に適した質のよい資源につなげてほしい。
- ・ (医療保護入院、措置入院の場合) 人権をできるだけ侵害しないでほしい

② 機関等に求められる事項

- ・ メンタルヘルスや精神科の上手な受診についての情報提供・啓発・教育

- ・学校、職場、内科などが適切な精神科の知識と初期介入技術をもち、良い精神科の連携先をもつこと
- ・敷居の低い精神科クリニック（時間帯、イメージ、場所）
- ・病識や医療機関にかかる意志がない場合に、専門家が出向いてくれる機能(保健所など)
- ・質のよい統一的な診断（例えば、ICD10、ICF、DSMIVに当てはめるなど）
- ・精神科医療の機能分化と連携
- ・警察と医療の良い連携
- ・入院過程の適切な手続き

③機関

- ・行政（保健所、精神保健福祉センターを含む）
- ・学校、職場、地域の一般内科や心療内科
- ・精神科外来、診療所
- ・学会、行政、医師会、協会（統一的な診断基準の推進）
- ・医療機関、行政（機能分化と連携）
- ・警察
- ・NPO等団体（人権監視団体等として、セルフヘルプ等）

(3) 外来

(3) - 1. 入院が不必要な場合の初期治療・急性期治療

①目標

- ・早い段階で適切な治療・ケアを受けたい→正しい治療・ケアを提供してほしい
→信頼できる医師・カウンセラーに会いたい
- ・仕事をしながら、治していきたい→外来・夜間診療の充実
→職場の理解、柔軟な働き方許す社会
- ・家族や同僚がどう接したらいいかの知識やサポートほしい（家族等との関係を悪化させる医療機関は困る）

②求められる機能

- ・質のよい外来精神科医療
薬物療法・心理社会精神的療法の正しい知識とスキルをもつ(地域的)
適切なスタッフ・人材
- ・学校や職場の理解、柔軟な働き方・学び方を許す
- ・家族や同僚への知識提供とサポート

③機関

- ・精神科外来、診療所
- ・行政、マスコミ
- ・企業、学校、経済政策の決定機関

(3) 外来

(3) - 2. 急性期

① 目標

- ・ 重篤な自傷・他害につながるような急性期を迎えたくない(早く気づく)
- ・ 夜間等の相談・受診ができるといい (精神科救急)
- ・ 自分を傷つけない、他人を傷つけない、犯罪をしたくない
- ・ 周りの人が初期的な対応スキルをもっていてほしい
- ・ 警察にいきたくない
- ・ 人権を侵害されたくない
- ・ 自殺企図に関する項目はうつと同じ

② 求められる機能

- ・ 周りの人の対応スキル等の教育啓発(家族教育など)
- ・ 精神科救急(ソフト、ハード救急、電話相談含む)
- ・ 警察と医療(できればかかりつけ医)との連携

③ 機関

- ・ 救急医療機関(身体科)、精神科救急
- ・ 電話相談の機関：行政、いのちの電話など民間、医療機関、協会や医師会
- ・ 病院、診療所
- ・ 警察
- ・ 消防(救急)
- ・ 行政、マスコミ
- ・ 企業、学校
- ・ NPO 等団体

(4) 入院医療

① 目標

- ・ 短期で良くなりたい
- ・ スタッフの充実した病院に行きたい(人材の質、人材の種類、人材の人数)
精神科医師、身体疾患を診ることができる医師、看護師(准看護師、看護助手)、
心理士、PSW、OTなど
- ・ 治療方針が正しくて一貫した病院に入院したい(ガイドライン・クリパス)
- ・ アメニティのよい病院に入院したい(たたみはいや、汚い大部屋もいや、個室充実)
- ・ 他の患者との関係性に気を配って、部屋を考えてくれる病院がいい(相性の悪い症状や人格の人と同じ部屋にしない)
- ・ ライフサイクルを考慮したプログラムや部屋の配置にしてほしい(気分障害の10代が、50代で入院20年の統合失調症の患者と一緒に)
- ・ 行動を監視され続けたくない。プライバシーの確保
- ・ 薬の効きなどで患者の意見も聞いてほしい(意見をいうと「調子が悪いから反論するのね」)