

# 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つなが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、諸外国が一樣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)と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であると考えられる。

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。

##### 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。

##### 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。

#### 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)

### 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、上位数力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、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

#### 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、以下の観点を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。

### 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。

### 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はなく、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）

#### 社会復帰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。

#### 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。

#### 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。

#### 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。

#### 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。

#### 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。

#### 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。

## 4 終わりに

### (1) 実現に向けた道筋

精神保健福祉法等の改正が必要な事項については、引き続き関係審議会の意見を聴きながら国として検討した上で、平成 17 年の通常国会への改正法案の提出を目指すべきである。また、都道府県単位で設定される目標値や算定式の細部については、国としての検討を早急に進め、その結論を明らかにした上で、平成 17 年度に予定されている基準病床数算定式の見直し作業時において制度への反映を図るべきである。

患者の病態に応じた病院・病床の機能分化の在り方については、厚生労働科学研究等も活用しつつ、次期診療報酬改定等に向けて精神科病棟における患者像と医療内容に関して専門的な検討を進め、検討結果を踏まえて、病床等の機能、患者の病状に応じた報酬体系の実現を図るべきである。

上記のような精神医療提供体制の再編に伴い、医師、看護師、精神保健福祉士等の再配置や再教育等が必要となるが、その具体的な方策については、医療提供体制に係る再編の進捗状況、医師の臨床研修の動向や看護師の需給動向も踏まえつつ、引き続き検討することが必要である。

特に、受入条件が整えば退院可能な者のうち、約半数は長期入院傾向の者であり、この退院を進めるためには、医療面での社会復帰の強化と地域生活支援体制の充実が必要である。地域生活支援体制については「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」における検討事項であるが、その体制づくりのため、市町村、都道府県、国ごとに、地域サービスの具体的な数値目標等を定め計画的に取り組むことが不可欠である。

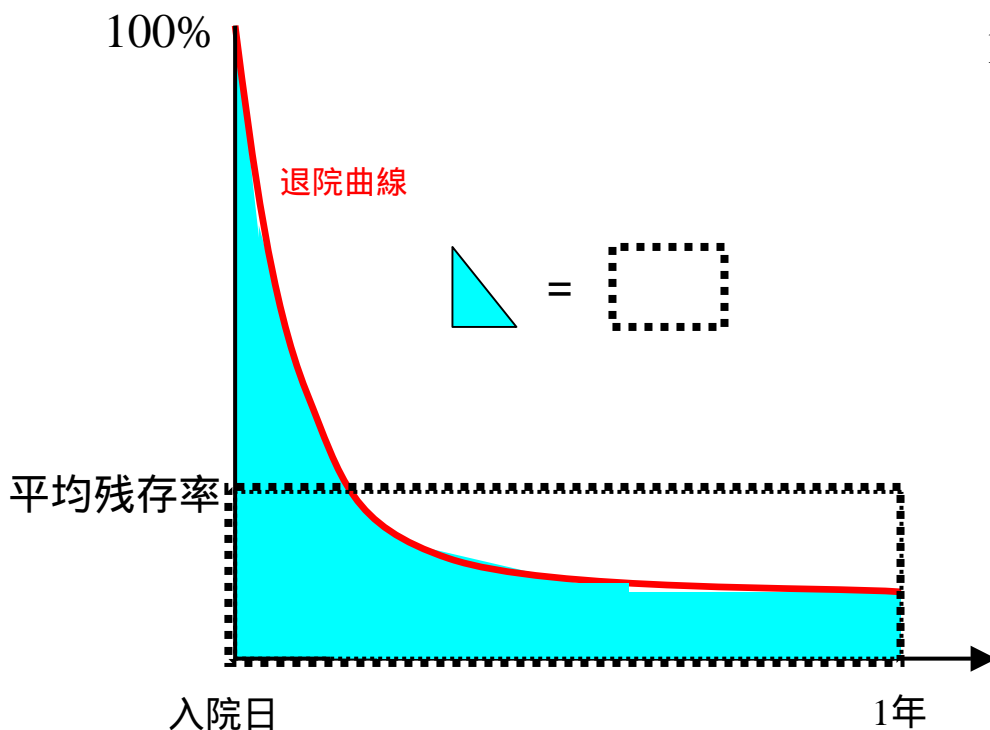
### (2) 国の取り組み

国は、この検討会の成果を踏まえ、国民に対し、都道府県単位の目標値設定を軸とした精神保健福祉体制に関する明確なビジョンを早急に示すとともに、さらに細部の具体的な基準を明確化する作業を行うなど、社会的な合意を得る取り組みを進めることが必要である。特に、新たなビジョンについては、入院から退院後の地域生活までを一連のものとして考え、入院早期の段階から、退院後の地域生活を念頭に置いた多職種による支援体制が継続するようなものとするのが求められる。

国は、こうしたビジョン等について、これを実施することとなる都道府県や市町村とも十分な意見交換を行い、円滑に実施できる体制づくりを進めることが必要である。

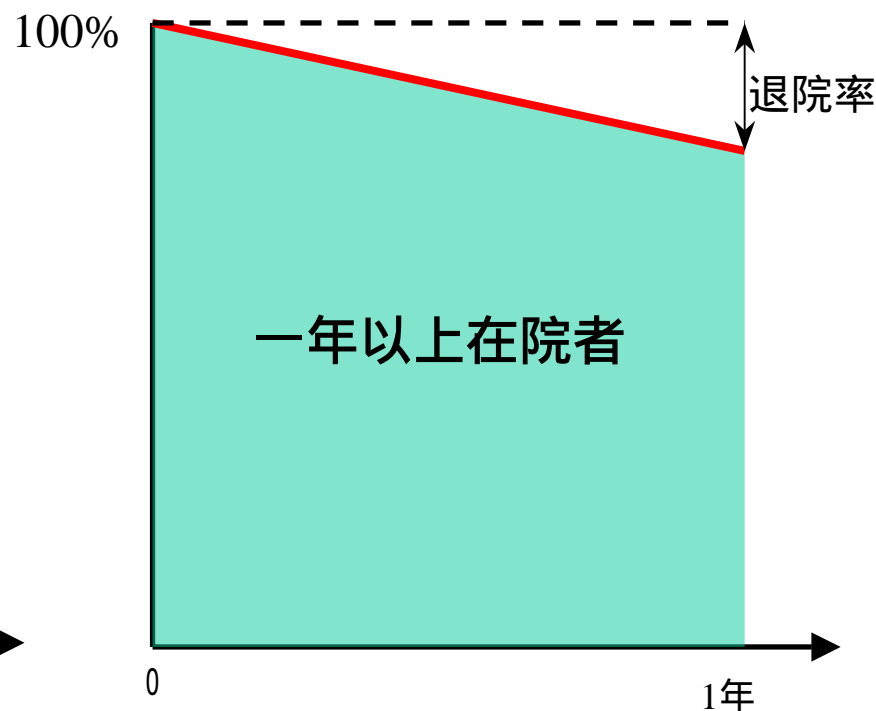
以上のほか、本検討会での主たる議題ではないが政策決定に参考となる指摘等もあった。こうした指摘についても、その趣旨を尊重しつつ、国は、できる限り多くの者が納得できるようなビジョン策定や制度改正に努力すべきである。

## 平均残存率 (一年未満群)



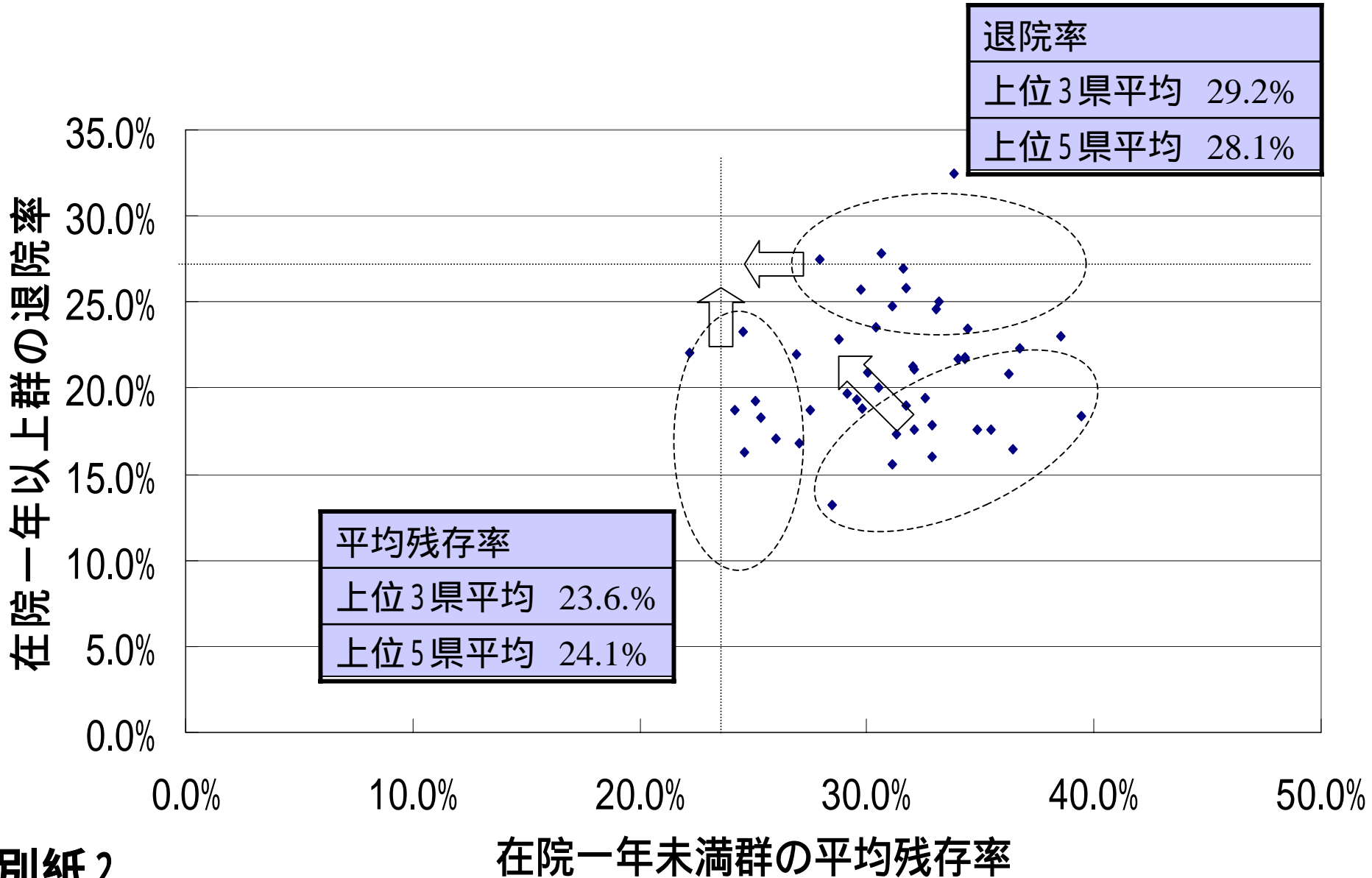
1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。  
平均残存率に毎年新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

## 退院率 (一年以上群)



1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの。  
退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

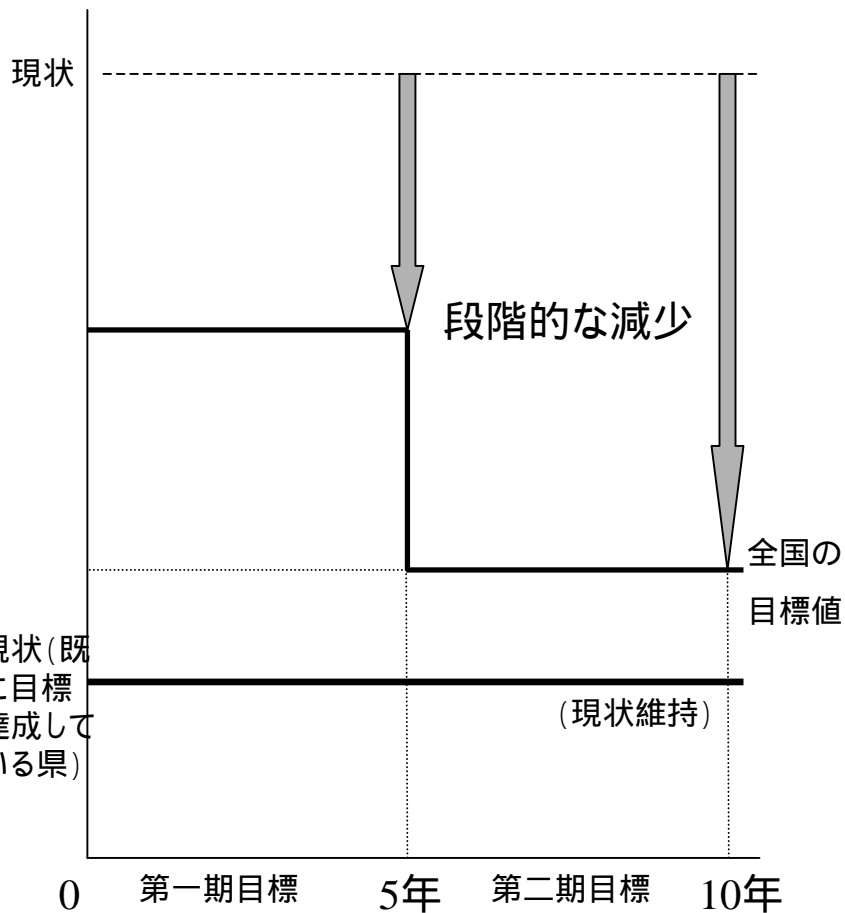
# 目標設定の考え方



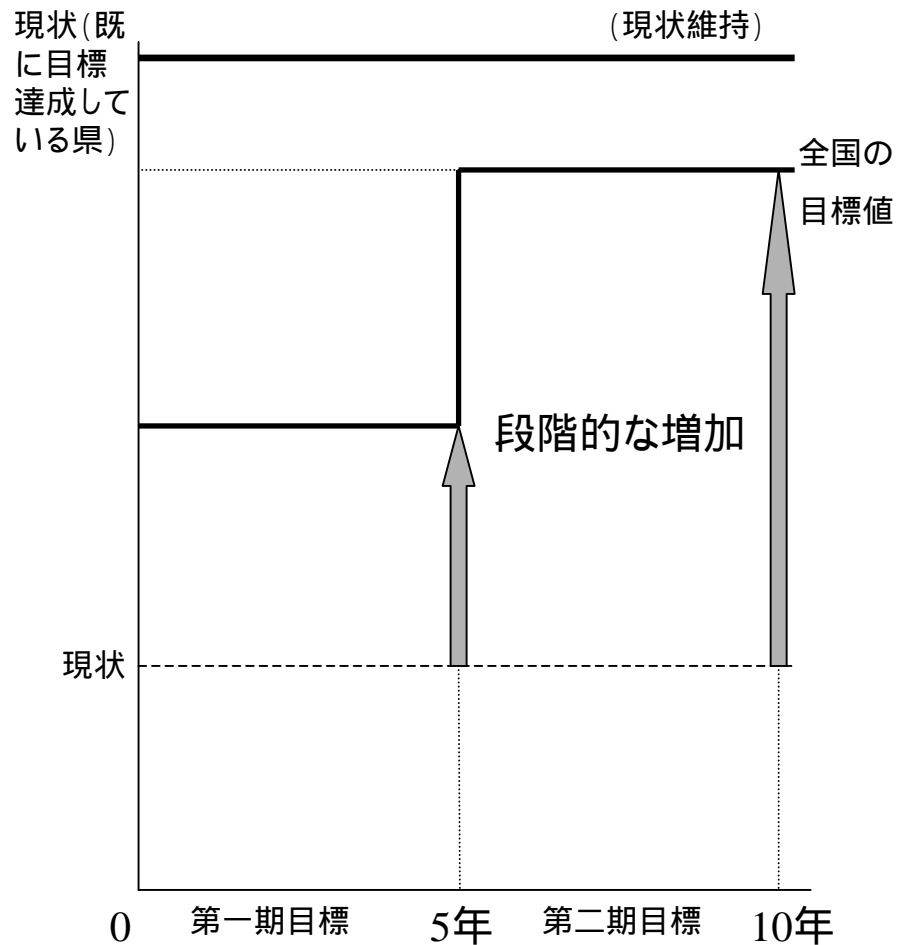


# 段階的な目標設定の考え方(案)

## 平均残存率(在院1年未満群)

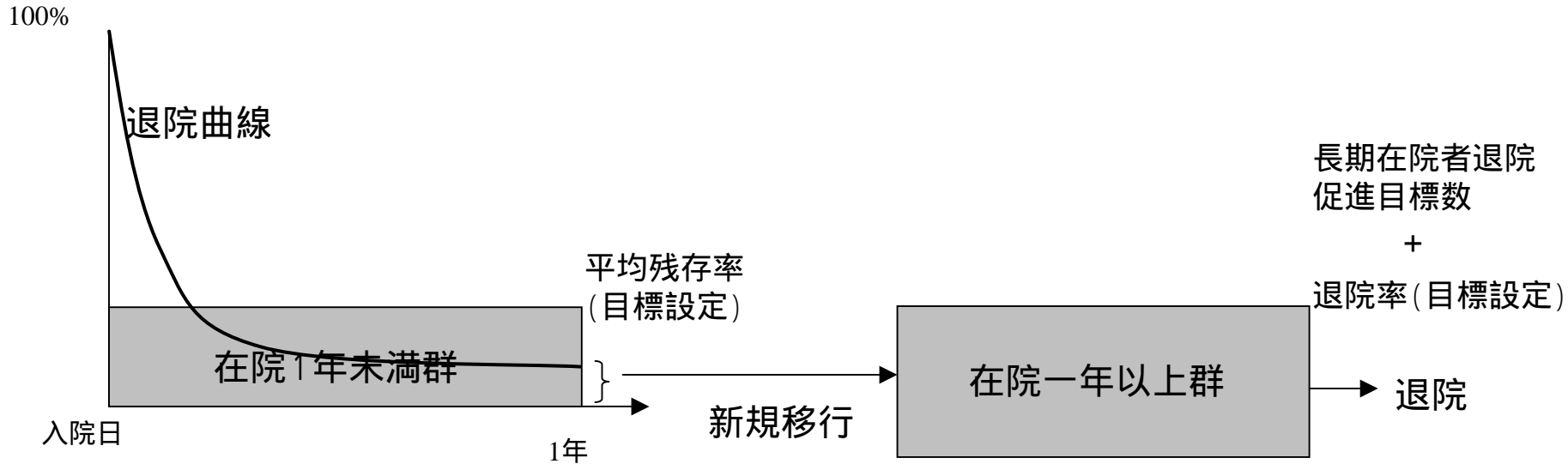


## 退院率(在院1年以上群)



病床数が多い、退院率が低い等の、都道府県は、これ以上の目標設定

# 新しい算定式の枠組み(案)



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。  
平均残存率に毎年の新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

退院率 : 1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの。  
退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

長期入院者退院促進目標数 : 病床数が多い、退院率が低い等の、都道府県が、退院率の目標設定に加え、それぞれ設定する目標数。

# 新しい算定式(案)

## (計算式)

$$\text{基準病床数} = (\text{一年未満群}) + (\text{一年以上群}) + (\text{加算部分})$$

$$\cdot \text{一年未満群} = (A B + C - D) \times F / E 1$$

A:各歳別人口(将来推計、4区分)

B:各歳別新規入院率(実績、4区分)

C:流入患者数

D:流出患者数

E 1:病床利用率(95%)

F:平均残存率(目標値)

$$\cdot \text{一年以上群} = [G(1 - H) + I - J] / E 2$$

G:各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H:一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分)

I:新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J:長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E 2:病床利用率(95%)

$$\cdot \text{加算部分} = (D / E) / 3$$

現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数)が A B より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

・数値 : 都道府県ごとの数値を用いる。

# 一定の条件の下での試算

## (条件)

- 1 全国を一つの地域として計算(流入等はない、加算はない等)
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1 / 2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分(20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上)で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

## (試算式)

$$\text{基準病床数} = (\text{一年未満群}) + (\text{一年以上群})$$

$$\cdot \text{一年未満群} = (A B) \times F / E 1$$

A: 各歳別人口(4区分)

B: 各歳別新規入院率(4区分)

E 1: 病床利用率

F: 平均残存率

$$\cdot \text{一年以上群} = [G(1 - H) + I - J] / E 2$$

G: 各歳別一年以上在院者数(4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(4区分)

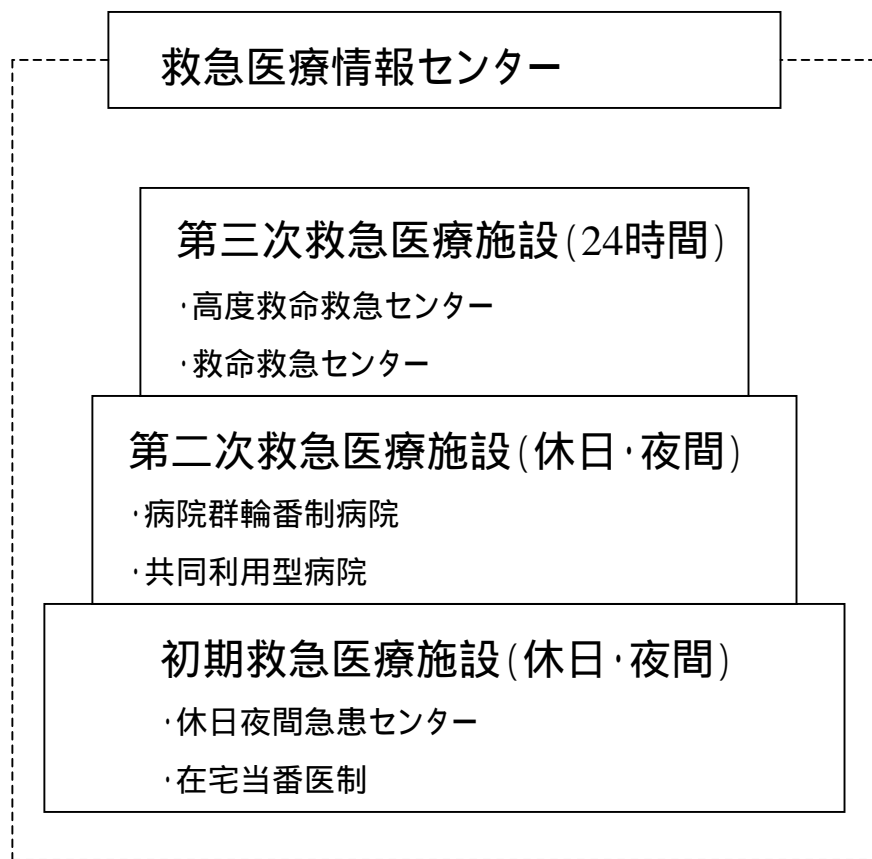
I: 新規一年以上在院者数

J: 長期入院者退院促進目標数

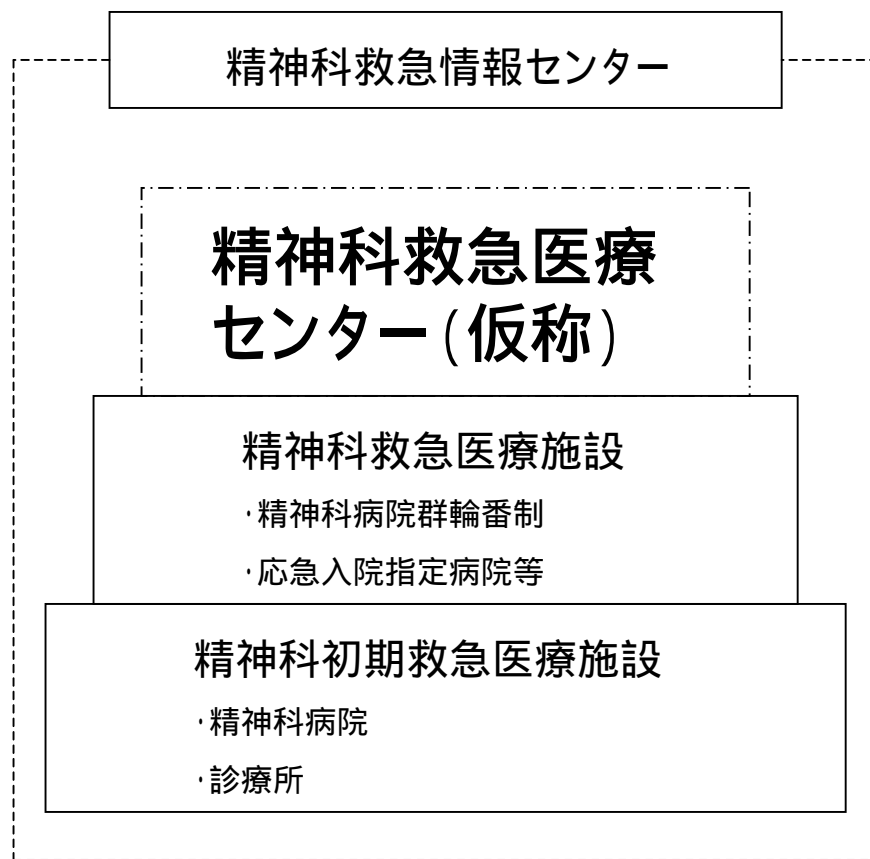
E 2: 病床利用率

# 救急医療システムの考え方(案)

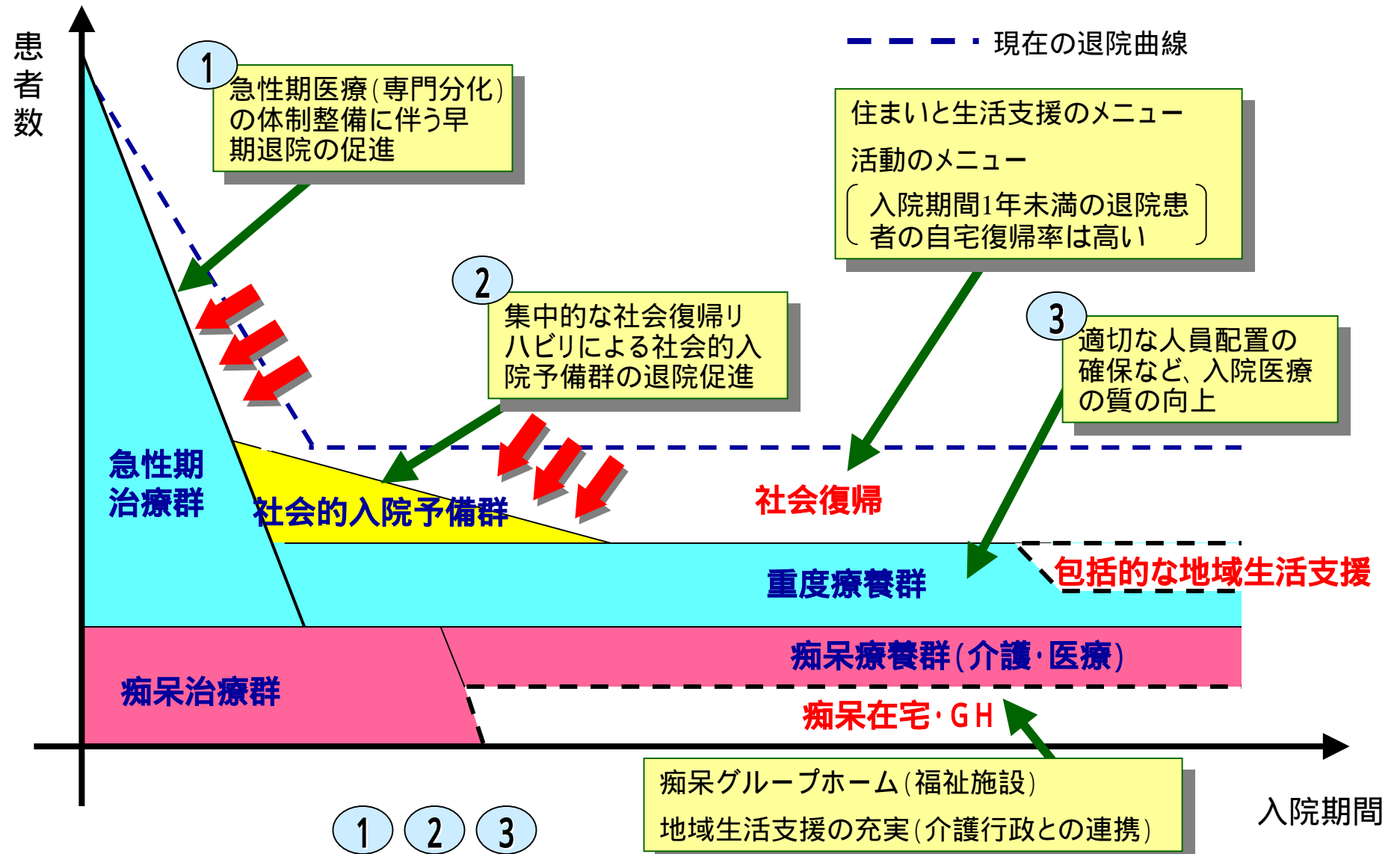
## 一般救急(既存)



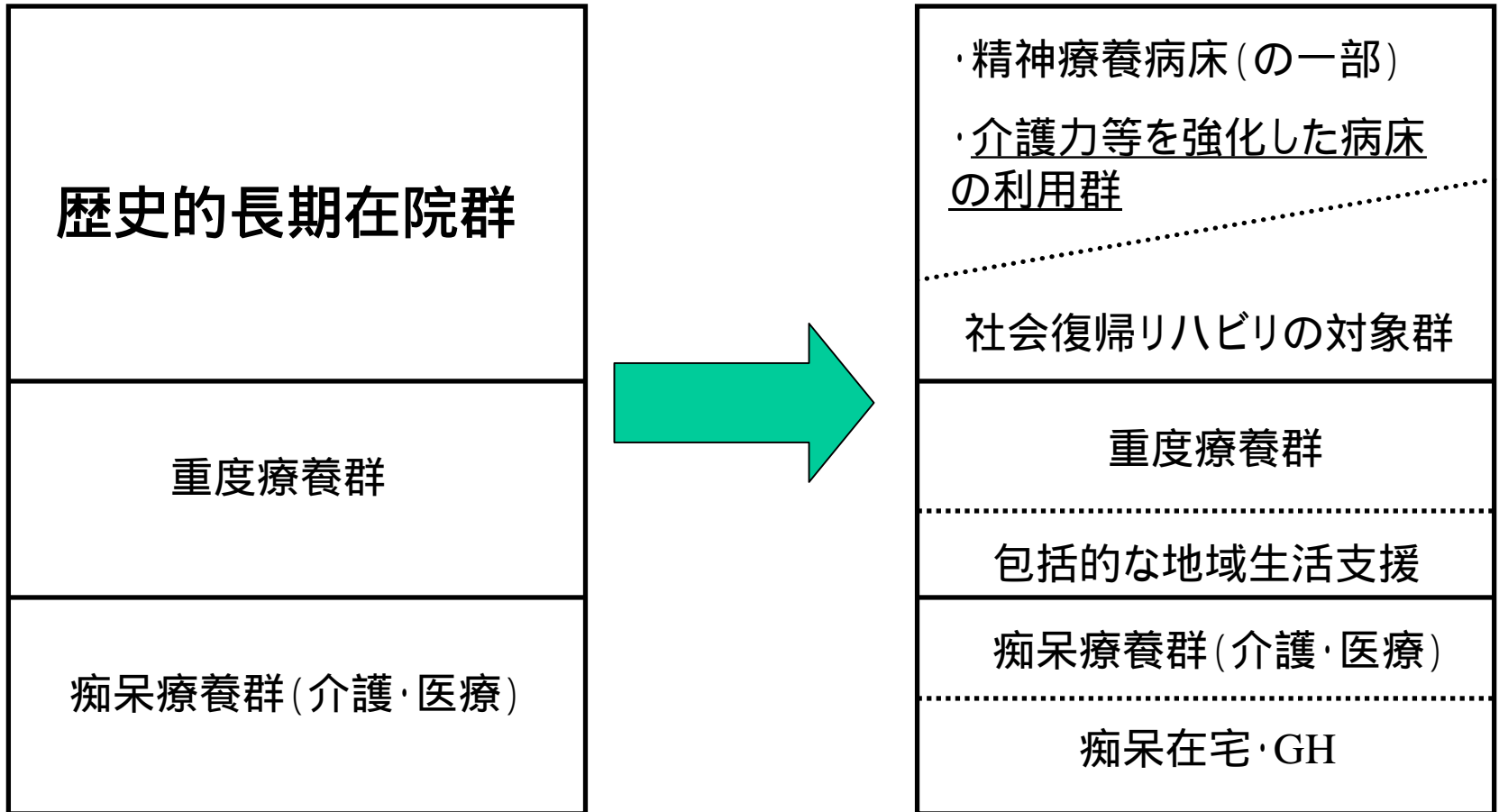
## 精神科救急(案)



# 病床の機能分化のイメージ



# 現在の長期入院群の将来イメージ



# 措置入院患者を受け入れる病院の基準として考えられるもの(案)

- 措置入院を受け入れる病院としての基準  
(例) 常勤の精神保健指定医が二名以上  
病院規模・病床数は不問
- 措置入院患者を適切に治療できる病棟の基準  
(例) 3:1以上の看護職員配置
- 治療や処遇の質を担保するための基準  
(例) 行動制限最小化委員会の設置
- その他



# 実地指導に基づく改善計画の公表の仕組み(案)

(現行:精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十八条の七)

## 現行

都道府県による実地指導

入院患者の処遇  
が基準に合致しない、または不適當

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限するよう命令

## 案

都道府県による実地指導

入院患者の処遇  
が基準に合致しない、または不適當

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

改善計画等の内容を公表

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る医療の提供の全部又は一部を制限するよう命令

# 精神病床等に関する検討会開催要綱

## 1. 趣旨

社会保障審議会障害者部会精神障害分会が平成14年12月19日に公表した報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」においては、「入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という基本的な考え方にに基づき、具体的な施策の進め方を提言している。同報告書では、精神医療のあり方について、諸外国に比べ精神病床数が多いこと、精神病床数に地域偏在がみられること、最近の精神科診療所の増加傾向等の実情や、精神病床の機能分化が成熟していないこと等を踏まえ、精神医療における地域医療のあり方、精神病床の機能分化等の課題について、検討会を設置して検討を進める必要があるとしているところである。

このため、有識者等からなる検討会において、これらの課題について検討を行う。

## 2. 検討課題

- 1) 地域医療における精神医療のあり方
- 2) 精神病床の役割と機能分化等のあり方
- 3) 地域の精神保健医療の体制について、医療計画に記載することが望ましい事項
- 4) 精神病床の基準病床数算定式のあり方
- 5) 精神病床の人員配置基準のあり方、等

## 3. 座長・副座長

検討会に座長、その補佐を行う者として副座長を置くものとする。座長は委員の中から互選により、副座長は座長の指名により選出するものとする。

## 4. 会議

- 1) 検討会は座長が必要に応じて召集する。
- 2) 検討会は必要に応じて小委員会を開催して検討を行うことができる。

## 5. 参考人

座長は、必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

## 6. その他

- 1) 当検討会は原則として公開とする。
- 2) 当検討会の事務局は障害保健福祉部精神保健福祉課が行う。

## 精神病床等に関する検討会構成員

伊藤 雅治	社団法人 全国社会保険協会連合会	理事長	
猪俣 好正	社団法人 全国自治体病院協議会精神科特別 部会	会長	
岡谷 恵子	社団法人 日本看護協会	専務理事	
門屋 充郎	日本精神保健福祉士協会	監事	
吉川 武彦	中部学院大学	教授	
窪田 彰	社団法人 日本精神神経科診療所協会	理事	
坂田 三允	社団法人 日本精神科看護技術協会	第一副会長	
佐藤 茂樹	日本総合病院精神医学会	理事	H16.7~
新保 祐元	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設 協会	理事長	
高橋 清久	国立精神・神経センター 財団法人 精神・神経科学振興財団 学校法人藍野学院 藍野大学	名誉総長 理事長 学長	
対馬 忠明	健康保険組合連合会	常務理事	
長尾 卓夫	社団法人 日本精神科病院協会	副会長	
納谷 敦夫	全国衛生部長会		
西島 英利	日本医師会	常任理事	
南 砂	読売新聞東京本社編集局解説部	次長	
山崎 學	社団法人 日本精神科病院協会	副会長	
山梨 宗治	福岡県精神障害者連絡会	事務局長	H16.4~
山本 深雪	NPO大阪精神医療人権センター	事務局長	
津久江 一郎	社団法人 日本精神科病院協会	副会長	
仲地 珧明	社団法人 日本精神科看護技術協会	常務理事	~H16.3 ~H16.6
(五十音順、敬称略)			
オブザーバー			
竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所	精神保健計画部長	
長谷川 敏彦	国立保健医療科学院	政策科学部長	