

- 急性期においては、医師、看護師等の人員体制を充実させ医療密度の濃い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ビリの提供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 思春期、発達障害等の各地域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
- なお、上位3県及び上位5県の平均値を目標設定とした場合、一定の仮定(別紙6)の下に試算した結果は次の通りであり、これも参考に、目標値、算定式の細部の検討を国として早急に進め、その結論を明らかに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。