

(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5.0万人などになっており、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。

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られ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