

平成16年11月29日
 第2回厚生科学審議会感染症分科会
 結核部会結核医療に関する検討小委員会資料

今後の結核病床の在り方について

～医療計画上の結核病床の基準病床数について～

結核感染症課

1. 結核病床数・病床利用率の推移

(1) 病床数

	平成13年	平成14年	平成15年
病床数	20,847	17,558	14,507

→人口10万対病床数は、平均11.4で、4.1（山形県）～36.1（高知県）
 【8.8倍の開き】

(2) 病床利用率

（単位：％）

	平成13年	平成14年	平成15年
病床利用率	43.7	45.3	46.3

→14.2（島根県）～73.1（山形県）【5.1倍の開き】

(3) 平均在院日数

	平成13年	平成14年	平成15年
平均在院日数	94.0	88.0	82.2

→43.5日（福井県）～130.2日（和歌山県）【3.0倍の開き】

2. 医療計画をめぐる最近の動き

- ・ 「医療計画の見直し等に関する検討会」のワーキンググループ報告書(平成16年9月)において、仮に基準病床を廃止する場合の最低限必要な条件として以下の仕組みが列挙されている。
 - ① 入院治療の必要性を検証できる仕組み
 - ② 入院治療が必要なくなった時点で、退院を促す仕組み
 - ③ 地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み
 - ④ 救急医療やへき地医療等政策的に必要な医療に関し採算に乗らない地域では、担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価、その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み

3. 結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針（平成16年厚生労働省告示第375号）

- ・ 結核予防法の改正に基づく基本指針において、下記の記載を盛り込み、必ずしも、結核病床を病棟単位で確保しなくてもよいとの方針を示している。

第二 結核患者に対する適正な医療の提供のための施策に関する事項

三 その他結核に係る医療の提供のための体制

- 2 指定医療機関においては、重篤な他疾患合併患者等については一般病床等において結核治療が行われることもあり、また、結核病床と一般病床を一つの看護単位として治療に当たる場合もあることから、国の定める施設基準・診療機能の基準等に基づき、適切な医療提供体制を維持及び構築することとする。

4. 今後の考え方（案）

- ・ 全国一律の基準病床算定基準を廃止し、「都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数」と改正する。
- ・ その上で、塗抹結核菌陽性肺結核患者等、公衆衛生への影響を無視できない症例に対する治療に必要な病床数を、地理的、社会的状況を踏まえて配置するよう、技術的助言（※）を行う。
- ・ 結核患者収容モデル事業の成果を踏まえ、一般病床に結核患者を入院させる際の施設基準を策定する。

【理由】

下記の通り、「2.」で述べた基準病床廃止要件を満たすことが見込まれているから。

① 入院治療の必要性を検証できる仕組み

→各保健所に設置されている結核診査協議会において、入所命令に関する審議を行っており、入院治療の必要性を検証している。

② 入院治療が必要なくなった時点で、退院を促す仕組み

→「結核医療に関する検討小委員会」の意見を聴いて、結核患者の退院基準を策定する予定であり、その基準を満たす入院患者に対して、退院を促すことが可能となる。

③ 地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み

→今後、結核病床を有する医療機関の診療内容等の情報を促進することにより、結核医療の質の向上と効率化を図ることが可能となる。

- ④ 救急医療やへき地医療等政策的に必要な医療に関し採算に乗らない地域では、担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価、その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み
→「結核患者収容モデル事業」を活用することにより、医療サービスの提供を保障・促進することが可能となる。

(※) 技術的助言としての必要病床数(案)

都道府県が必要結核病床数を算出する際に考慮すべき事項を以下の通りとし、下記1)及び2)を合計した数値を必要病床数とすることが望ましい。

- 1) 新規喀痰塗抹陽性患者の感染性消失までの期間の入院に要する病床数
- 2) 公衆衛生上の理由による(慢性排菌等)長期の入院に要する病床数

【参考】

1. 現行の基準病床算定式(結核)

$$\Sigma (A B + C - D) / E$$

A: 当該区域の性別・年齢別人口

B: 厚生労働大臣の定める当該区域の属する都道府県の区域を含む地方ブロックの性別・年齢階級別入院率

C: 当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域以外の区域に住所を有する者の数

D: 区域外入院患者数

E: 病床利用率(0.89)

2. 慢性排菌者・多剤耐性肺結核

平成15年末現在、2年以上登録されており、かつ1年以内に菌陽性であった肺結核患者は731名であり、このうち入院患者は329名。平成12年度結核緊急実態調査報告によると、慢性排菌者のうち80%にINH耐性、62%に多剤耐性が認められており、薬剤耐性が慢性排菌者の大きな要素となっていることがうかがえる。

同調査によると、平成10年度に登録された培養陽性肺結核患者3,342名中、薬剤感受性検査結果を保健所において把握されている者が1,912名であり、このうち多剤耐性と判断された者は118名であった。これは、新規登録患者のうち結核ではないと考えられた4,621名を除く36,421名のうちおよそ0.3%を占める。

精神病床の基準病床数の算定式の見直し

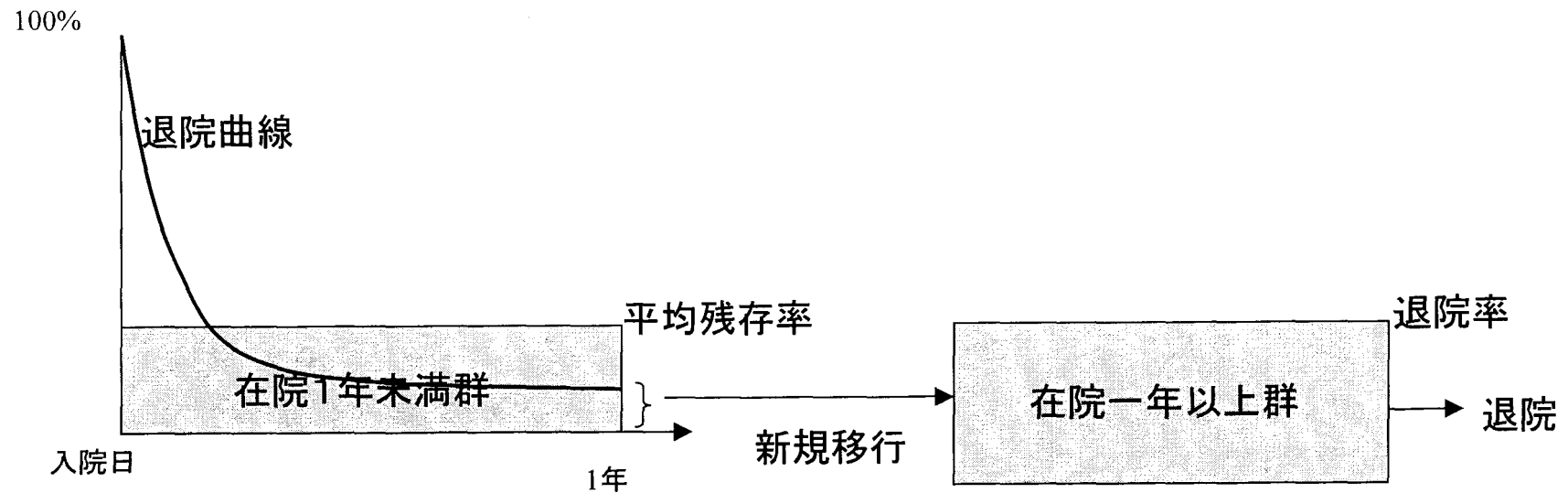
- H15.5 精神保健福祉対策本部の中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」において、「医療計画の見直しに反映させるため、病床のあり方を検討」と提言。
- H15.9～H16.8 精神病床等に関する検討会において、精神病床の基準病床数の算定式のあり方について検討。
- H16.9 上記を踏まえ、精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）において、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」をとりまとめ。

算定式の見直しの視点

良質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

- 1 比較的短期で退院する群と、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計算式へと見直す。
- 2 現状追認的なものから、退院率等の将来目標を設定し、段階的に地域差の解消を促す算定式へと見直す。
- 3 都道府県の実態に応じて、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。
- 4 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ものへと見直す。

新しい算定式の枠組み



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。

新しい算定式

(計算式)

基準病床数 = (一年未満群) + (一年以上群) + (加算部分)

・一年未満群 = $(\sum AB + C - D) \times F / E1$

※A: 各歳別人口(4区分)

B: 各歳別新規入院率(4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率

F: 平均残存率(n月目の残存率について1~12ヶ月の相加平均)

・一年以上群 = $[\sum G(1-H) + I - J] / E2$

※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

(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)

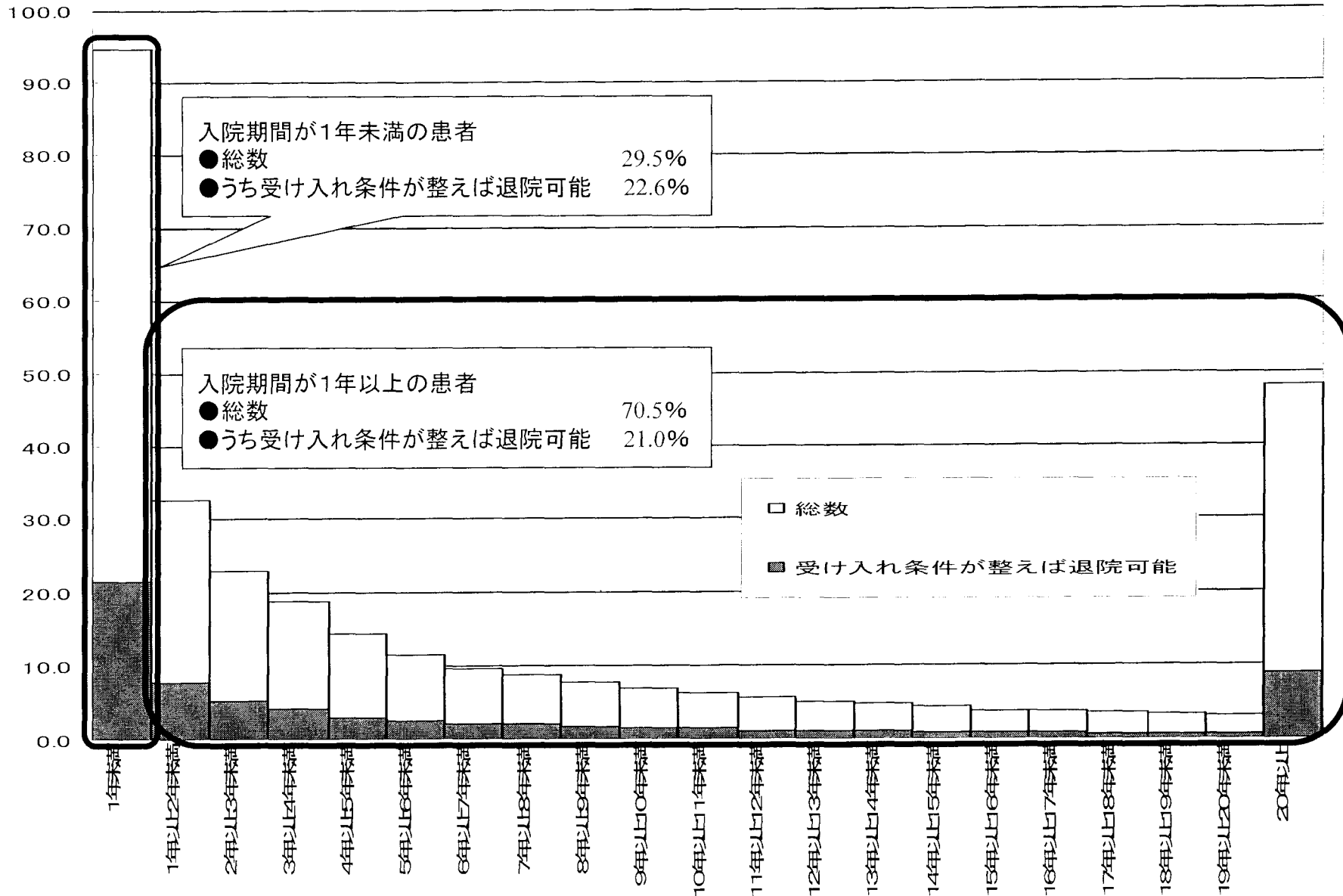
E2: 病床利用率

・加算部分 $\leq (D / E) / 3$

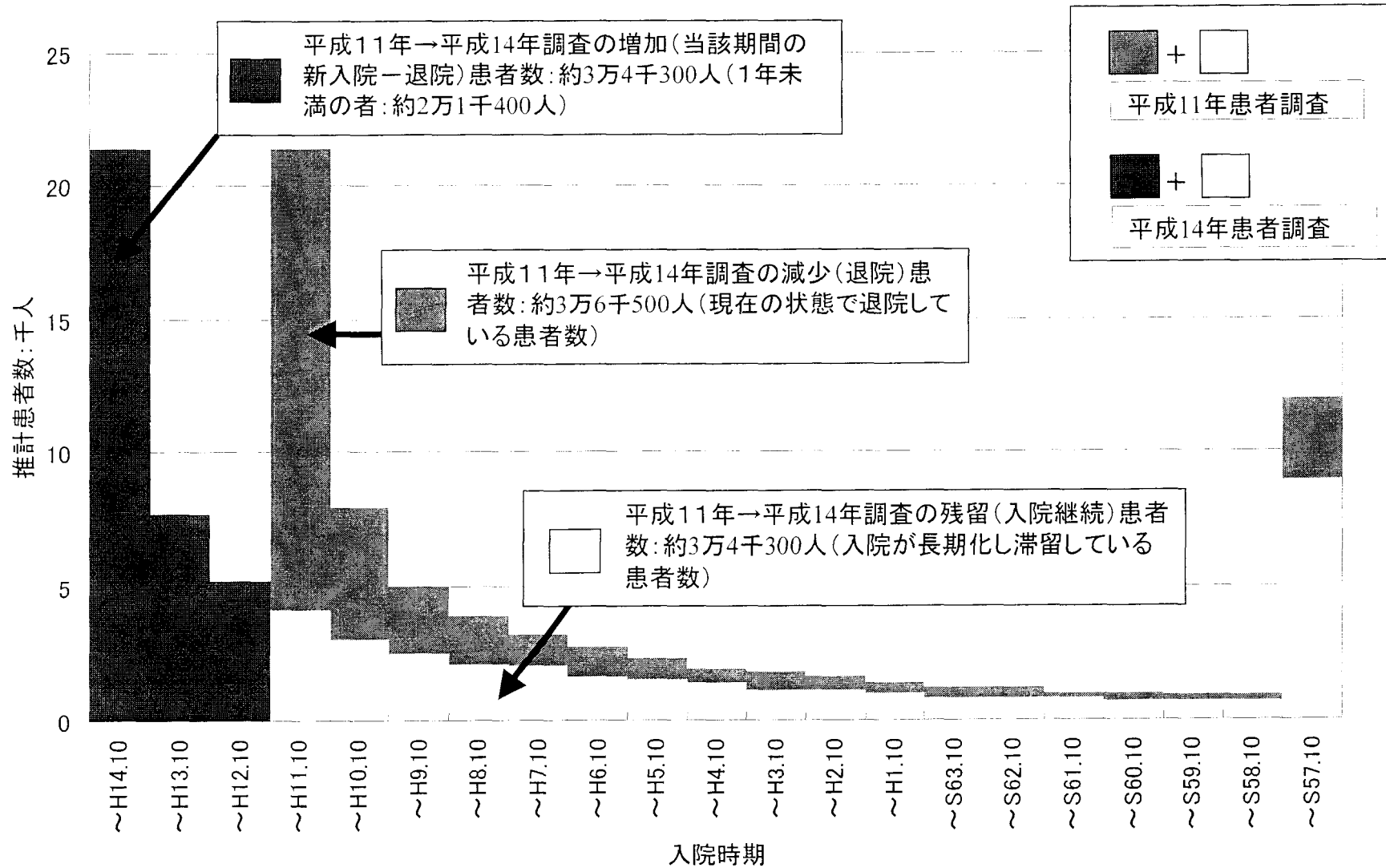
※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数)が $\sum AB$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

入院期間別の患者数(H14患者調査)

(千人)



受け入れ条件が整えば退院可能な患者数の推移



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	H16. 7~
佐藤 茂樹	日本総合病院精神医学会	理事	
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	H16. 4~
山梨 宗治	福岡県精神障害者連絡会	事務局長	
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	~H16. 3
仲地 瑠明	社団法人 日本精神科看護技術協会	常務理事	~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

精神保健福祉対策本部の設置について

1. 趣旨

我が国の精神保健医療福祉は、数次にわたる精神保健福祉法改正、障害者プランの実施等により、一定の改善が図られてきているものの、依然として社会的入院の存在や社会復帰施設・サービスの不足、病床数の多さ、国民の理解不足等の問題が指摘されている。

このため、社会保障審議会の検討結果を踏まえ新たな「障害者基本計画」及び「障害者プラン」が策定されることとなっており、これに基づき、各種施策の推進を強力に図っていくこととしている。

また、国会での心神喪失者等医療観察法案の審議においては、社会的入院を10年以内に解消すべく総合的な対策を推進することや、一般精神医療の質を向上させることなどの指摘が強くなされているところである。

こうした状況を踏まえ、これらの課題について、計画的かつ着実な推進を図るため、厚生労働省内に「精神保健福祉対策本部」を設置する。

2. 主な課題

- 「障害者プラン」の計画的かつ着実な推進（特に社会的入院の解消に向けた施策の推進）
 - ① 住まいの確保、精神障害者社会復帰施設の確保、精神障害者居宅生活支援事業の充実
 - ② 精神科プライマリケアの充実等、地域における精神保健医療体制の充実
 - ③ 地域における介護・福祉サービス利用の促進
 - ④ 精神疾患への正しい理解の促進と心の健康対策の推進 等

- その他、一般精神医療の質の向上など心神喪失者等医療観察法案の修正案附則第3条に掲げられた諸問題への対応
 - ① 精神病床の機能分化の推進等による良質な精神医療の確保
 - ② 措置入院のあり方の改善 等

3. 構成

対策本部の構成は次のとおりとし、対策本部の下に関係課長等により構成される検討チームを設置する。

<対策本部>

本部長：厚生労働大臣

本部長代理：厚生労働副大臣

副本部長：事務次官、厚生労働審議官

本部員：官房長

医政局長

健康局長

安全衛生部長

高齢・障害者雇用対策部長

社会・援護局長

障害保健福祉部長（事務局長）

老健局長

保険局長

<関係課>

大臣官房 総務課

医政局 総務課、指導課、看護課

健康局 総務課（地域保健室・保健指導室）

安全衛生部 労働衛生課

高齢・障害者雇用対策部 障害者雇用対策課

社会・援護局 保護課、地域福祉課

障害保健福祉部 企画課、

精神保健福祉課（庶務担当）

老健局 総務課、計画課、振興課、老人保健課

保険局 総務課、医療課