

精神医療の機能分化と今後の地域医療の在り方について

日本総合病院精神医学会

1. 入院を中心とした精神医療から、地域生活支援を主体とした精神保健・医療・福祉システム構築への転換は世界史的な傾向であり、精神障害者に対して必要な医療を行いつつ精神障害者があるらしい社会生活を送る権利を保障していくという人権の観点からも、また増大を続ける保健医療費を効率的に運用していくという観点からもこのことは必要である。
2. 上記の転換を達成するためには精神病床を削減し、地域生活支援のための施設や制度を拡充していくとともに、精神病床の機能分化の推進が必要である。

1) 精神病棟の機能区分を明確にすること

急性期病棟：精神科救急病棟、急性期治療病棟、総合病院精神病棟\*

精神科救急、精神科急性期治療機能、身体合併症急性期治療機能（\*の付加機能）を有する

入院期間6ヶ月まで、平均在院日数60日以下を標準とする。

医師配置16対1、看護配置2対1以上、PSWの配置

精神科リハビリテーション病棟（亜急性病棟）：新設、

やや遷延化し、濃密なリハビリテーションや心理・福祉的援助が必要な患者を対象とする。

入院期間2年まで

医師配置16対1、看護配置3対1以上、PSWやOTなどを一定数以上配置

慢性重症例治療病棟：新設

慢性活動性の病態を有する患者、治療に反応しにくい患者を対象とする

入院期間の限定なし

医師配置16対1、看護配置3対1以上、PSWやOTなどを一定数以上配置

精神療養病棟：上記の病床への転化を図り徐々に減少させていく

専門病棟：児童思春期病棟、アルコール・薬物治療病棟

身体合併症病棟：慢性、介護を必要とする身体合併症患者対象

急性期の身体合併症は総合病院精神病棟の整備で  
対応する

一般病床を併設している精神科病院に設置

老人性痴呆病棟：急性幻覚妄想例などは急性期病棟で、安定例は老人一般病棟

または老人保健施設、特別養護老人ホームなどで対応できるようにする。

## 2) 医療圏域毎の基準を定め、病病連携、病診連携を推進すること。

病診連携：外来診療、地域ケアの主体を精神科診療所としていく。

医療圏毎の精神病床の整備：(図1)

原則として二次医療圏毎、または新たに設定する精神保健福祉医療圏毎に  
急性期病棟として、精神科救急病棟または急性期治療病棟、および総合病院  
精神病棟を各1ヶ所整備する。

専門病棟は都道府県毎に設置する。

参考：二次医療圏数=342、二次医療圏の平均人口=35万人

精神科救急病棟または急性期治療病棟、および総合病院精神病棟を  
各50床×342医療圏=34200床

## 3) 総合病院精神病棟の機能について

特徴：①初期診療機能：他科医療と連携した初期診断、初期治療、身体疾患  
との鑑別に有効。

②精神科救急機能：総合病院の救急医療機能と連動することにより精  
神科救急にも対応可能。特に自傷、昏迷等の症例に  
対し有用。

③身体合併症診療機能：一般病棟で管理困難な身体合併症（急性期）  
に対応。他医療機関との連携（精神科病院、一般病

院、院内他科等)が行われている。(図2、図3)

#### ④うつ病、摂食障害等の診療

上記の機能を中心に他精神科医療機関との連携が可能。精神医療の機能分化の要となる。また一般医療ともリンクしていることから精神医療のリスクマネジメントにも貢献しうる。

#### 現状での問題点

②の機能の発揮が不十分のところが多い。

同一病院内他科と比し、極端に1人1日あたりの診療収入が低い。(図4)

外来患者数が多い。

大規模精神病床を有している病院が多い(101床以上が63病院、23%)。

### 3. 精神病床の削減を以下の事項に留意しつつ確実に進めること。

#### 1) 削減病床数と達成までの段階的な期限を明示すること。

例：72000床を2014年までに削減する。

2004～2007 地域における受け皿を整備する

2008～2011 20000床を削減する

2012～2014 52000床を削減する など。

#### 2) 精神病床削減分をどのような地域資源に転化できるかを推測し、それに基づいた地域資源の整備を計画し実行すること。

例：-----床 自然減

-----床 グループホーム・援護寮等の新設で対応する

-----床 自宅やアパートに退院し、ACTなどによって支援する

-----床 老人施設に移行する など。

#### 3) 精神病床の削減は、民間精神科病院、国・公立精神科病院、総合病院精神病棟毎に原則として同等の比率で行うこと。

例：72,000 床削減とした場合の削減病床数および削減後の精神病床数

	現精神病床数	削減病床数	削減後の病床数
総精神病床数	356,184	72,000	284,184
		(20,2%)	
民間精神科病院	314,554	63,540	251,014
国立・都道府県立精神科病院	20,066	4,053	16,013
総合病院精神科(国公立・公的・民間)	21,564	4,356	17,208

4) 精神病床削減の誘導方法を考慮すること。

①国立・都道府県立：行政命令による。

削減分を地域施設・システムに転化するモデル事業を先行して行う。

②民間・公的・市町村立病院：診療報酬上ないしは保健財政的に対応する。

(削減することで直ちに経営上の不利益にならないことが肝要)

例 ア 削減した病院には一定期間診療報酬の上乗せを行う。

20%削減 → その後5(3)年間は保険点数1.2倍(1.1)とするなど。

イ 減床奨励金

1床あたりその病院で年間400万円の収入があるとする

50床減床の場合

100%保障、5年間分では：400(万円)×50(床)×5(年)=10億円

50%保障、3年間分では：200(万円)×50(床)×3(年)=3億円

5) 社会復帰施設の拡充および地域生活支援体制の確立と病床削減の進行を同時に推進すること。(日精協提案1)

6) 社会復帰施設の拡充および地域生活支援体制の確立は国が責任をもって明らかな計画のもとに行うこと。(日精協提案2)

図1 二次医療圏における精神医療の機能分担

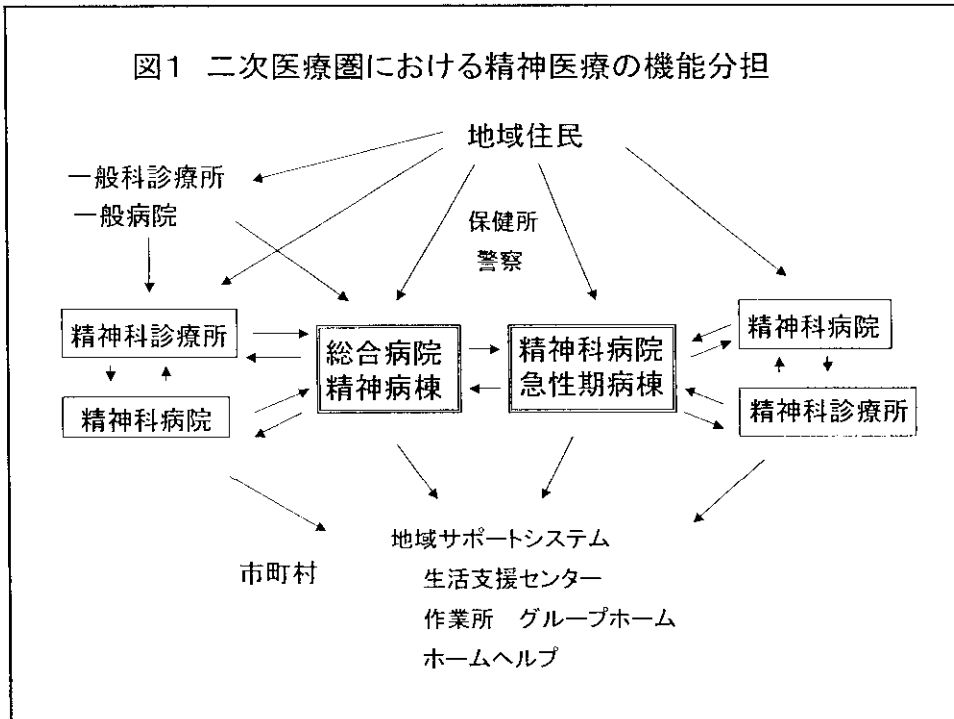
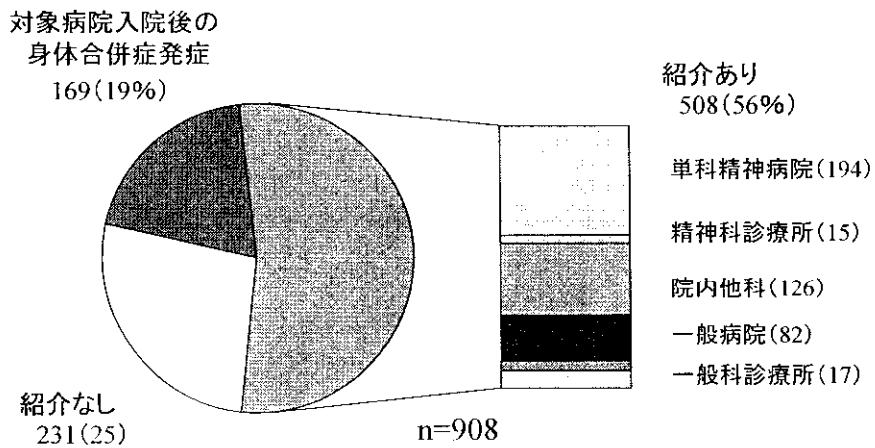


図2 総合病院精神病棟における  
身体合併症紹介元医療機関



障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より

図3: 身体合併症のタイプ分類

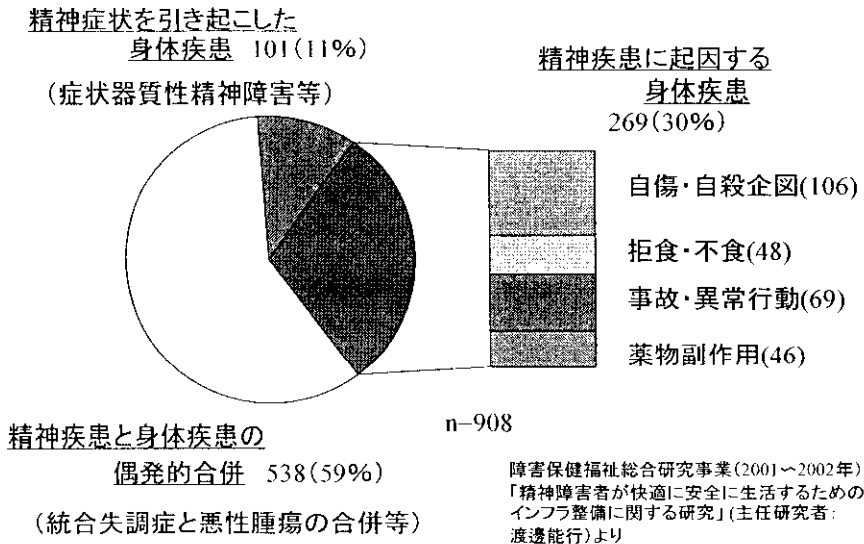
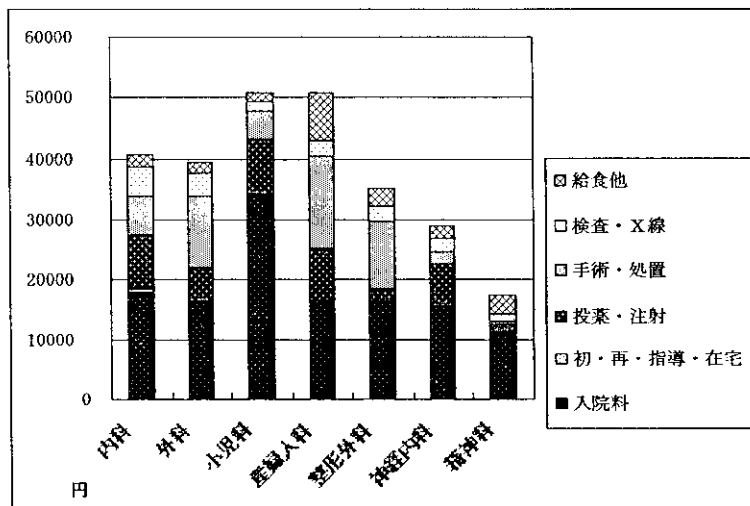


図4 総合病院各科の1人1日当たり入院収入内訳



(2003.11.N病院)