

精神病床等に関する検討会 最終まとめのポイント（案）

平成 16 年 7 月

1 はじめに

2 現状分析

3 今後の方向性

(1) 基本的考え方（総論）

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組を進めるため、障害者の動態等を踏まえた基本的な指標を設定し、都道府県単位で計画的な取組を進めることが必要。

② 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化

- 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。このため、救急・急性期、社会復帰リハビリテーション、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検討を進めるべき。

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

- 措置入院等の患者について、適切に病状を確認し、早期に退院等を促すような仕組みや、行動制限が必要最小限の範囲で適正に行われていることを確認できるような仕組み、任意入院患者の開放処遇の原則を徹底させるような仕組みが必要。
- 患者に対して適切な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。

(2) 今後施策体系のあり方（各論）

- ① 都道府県単位の目標値設定
- ② 目標値を反映する算定式の在り方
- ③ 都道府県単位での計画的な取組
- ④ 救急・急性期の患者に対する適切な医療体制の確保
- ⑤ 社会復帰リハ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
- ⑥ 痴呆患者や長期入院高齢者の処遇
- ⑦ 入院形態ごとの入院期間短縮
- ⑧ 行動制限の適正化と任意入院患者の適切な処遇
- ⑨ インフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進
- ⑩ 精神医療審査会
- ⑪ 指導監督等と第三者評価

4 終わりに（実現に向けた道筋等）

# 精神病床等に関する検討会 最終まとめ（案）

平成 16 年 7 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、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げ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、諸外国が一様にここ数十年間で人口当たりの病床数が減少していることに対し、我が国の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。

### (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。
- 精神科病院の看護師配置については、正看護師(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(常勤正看護師では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14.0万床、基本料4・5(3.5:1、4:1以上)が10.9万床となっている。基本料6・7(5:1、6:1)も8.0万床存在する。

### (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33万人のうち、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%に公衆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。