

## 630 調査の記述分析による精神病床の利用状況と機能 —在院日数による区分の有用性と限界について—

研究代表者：黒田直明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：伊東千絵子（奈良県精神保健福祉センター）、臼田謙太郎（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、木村大（医療法人学術会 木村病院）、佐久間寛之（さいがた医療センター）、田中裕記（独立行政法人国立病院機構 九州医療センター）、野田龍也（関西医科大学メディカルデータサイエンス講座）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、三宅美智（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

**【背景と目的】**本研究は、2040年を見据えた新たな地域医療構想に精神医療を位置づける政策動向を背景として、精神病棟の機能区分を理論的・実証的に再整理することを目的に実施した。研究開始時点では、精神医療に関する制度設計が法改正前で流動的であり、検討会等で示された方向性を踏まえながら分析枠組みを構築した。特に、急性期・包括期・慢性期という機能区分について、在院日数との関連を含めて再検討する必要性に着目した。

**【方法】**精神病棟の機能を Donabedian の Structure–Process–Outcome (SPO) モデルに基づき整理した。ストラクチャを病棟の人的・制度的基盤、プロセスを実際に提供される医療・ケア、アウトカムを退院等の結果として位置づけ、これらが在院日数とともにどのように変化するかを、令和7年度630調査を用いて記述的に分析した。ストラクチャ指標として病棟入院料、プロセス指標として隔離・身体的拘束の指示のある患者割合、アウトカム指標として在宅および施設退院の発生率および退院者数を設定し、在院日数を「3か月未満」「3か月以上1年未満」「1年以上」の3区分で検討した。**【結果】**在院日数の経過に伴い病棟機能が段階的に変化することが示唆された。3か月未満では行動制限割合と退院発生率が高く、緊急・高密度医療と早期退院支援が中心的役割を担っていた。3か月以上1年未満では退院発生率は低下するものの、在宅・施設退院が継続的に生じており、包括的支援機能が維持されていた。1年以上では退院発生率が著しく低下し、長期療養機能が中心となっていた。一方で、長期在院群でも一定の割合で行動制限の指示のある患者が在院しており、単純な在院日数のみでは機能を一義的に規定できないことが示唆された。また、病棟ストラクチャ別には、特定機能病院や急性期系特定入院料病棟で退院発生率が高い一方、15対1入院基本料病棟や精神療養病棟では退院発生率は低いものの、退院者実数は大きく、地域精神医療を量的に支えている実態が確認された。慢性期系病棟においても措置入院者を受け入れているなど、現実の精神病床は単一機能ではなく、多機能的役割を担っていることが示された。**【結語】**精神病床の機能を検討する際には、在院日数による時間軸に加え、病棟ストラクチャ、地域資源、患者特性を統合的に捉える視点が必要であることが示唆された。今後の地域医療構想においては、精神病床削減の量的議論にとどまらず、地域精神保健医療福祉体制全体との機能分担や代替サービス整備との均衡を踏まえた検討が求められる。

は一般医療だけでなく精神医療を位置づけることが適当であるとの方針が 2024 年 12 月に示されたり。本研究班はこの政策動向を踏まえて公募され、2025 年 4 月に 3 年計画で発足したものである。その後、同構想の精神医療に関する制度枠組みについては医療法改正後に具体化する方針<sup>2)</sup>となり、研究初年度は研究の前提条件が流動的な状況であった（改正法は 2025 年 12 月に成立）。本年度の研究で参照できる政策オリエンテーションは「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」報告書<sup>3)</sup>、および「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」（以下、「検討会」）で示された論点等<sup>3)</sup>に限定された。

今後の論点として様々なものが予想されるが、精神病床・病棟の機能や区分の再確認は必須事項と目される。地域医療構想を実効性あるものにしていくには、継続的に収集・利用できる地域レベルの医療実態データと関連付けて管理することが必要である。精神医療分野では 630 調査が毎年悉皆的に実施されており、NDB や他のデータとあわせて精神保健福祉資料や ReMHRAD として公開され、都道府県等における医療計画や精神保健医療福祉施策の計画策定・進捗把握の基礎資料として活用されている。医療計画等の管理に活用されている。

そこで本報告では、630 調査データを用いて精神病床の機能や区分を体系的に把握し直すことを試みる。最初に地域医療構想における精神病床の病床機能について理論的な枠組みから整理をした上で、それらの機能と在院日数、病棟種類（入院料）の関連について予備的分析を行い、精神医療分野における地域医療構想議論に資する考察を行うことを目的とする。在院日数の区分点については、我が国の精神医療政策における従来の整理<sup>4)</sup>（3 か月未満、3 か月以上 1 年未満、1 年以上を踏襲して仮定し、その妥当性と限界について

考察する。

## B.方法

### 1. 病床機能の概念的枠組み

病床機能（病棟機能）は地域医療構想の中核概念である。一般病床における病床機能報告制度（医療法施行規則第 30 条の 33 の 2）では、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の 4 区分が定義されている（表 1）。これらの概念定義は、（1）患者の病期、（2）目指す結果（早期安定化・退院・在宅復帰）、（3）提供される医療内容という三要素によって特徴づけられている。

【表 1】2025 年に向けた地域医療構想における病床機能区分（医療法施行規則第 30 条の 33 の 2）

病床機能	定義
高度急性期	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療またはリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

本報告では、これらの要素を Donabedian の Structure（構造）–Process（治療過程）–Outcome（結果）で整理する（以下、SPO モデル）。SPO モデルは医療サービスの質を評価する枠組みとして学術的・政策的に広く活用されており、医療計画の精神分野評価指標もこれに沿った整理がなされている。適切なストラクチャが適切なプロセスを生み出し、適切なプロセスが良いアウトカムをもたらす可能性を高めるとされる。病床機能の概念要素に対応させると、提供される医療内容がプロセス、目指す結果がアウトカムに相当し、病床機能報告の報告内容がストラクチャに該当する。

地域医療構想の病床機能の区分における特徴は、この SPO モデルに入院後の治療フェーズあるいは在院日数という時間軸が組み込まれている点である。入院後の経過時間に伴い患者の状態像が変化し、それに応じて目指すアウトカムと提供すべきプロセスが段階的に変化し、必要なストラクチャも変わるといった考え方が内包されている。本報告ではストラクチャを「機能の潜在能力」、プロセス

を「機能の発現」、アウトカムを「機能発現の結果」として位置づけ、これらが在院日数とどのように関連しているかを記述的に把握することを目指す。

## 2. 630 調査を用いた指標化

630 調査は、精神病床を有する医療機関等を対象とした悉皆調査であり、今回用いる令和 7 年度調査（令和 7 年 6 月 30 日時点調査）の回答率は 96.8%であった。同調査は病棟単位の集計データであるため、観察されるのは病棟の機能となる。これは本調査の方法論的限界であると同時に、病棟単位でストラクチャの要件設定がなされている精神医療の診療報酬制度の限界ともいえる。

各指標は以下の方針で設定した。

### a. 病棟ストラクチャ

人員体制や設備面の基盤であり、医師、看護師、多職種の配置などを規定している診療報酬上の入院料でカテゴリー化することができると仮定した。630 調査が集計している 20 種類の病棟入院料を分析対象とした。

### b. プロセス

隔離または身体的拘束の指示を受けている患者数を在院患者数で除した割合を、急性・緊急的精神医療の提供密度の代理指標として用いた。行動制限を受けている患者が多い病棟では高い観察密度と安全管理を伴うケアが提供されていると仮定することは、先行研究から一定の支持は得られる。<sup>4)</sup>ただし、行動制限は患者重症度のみならず病院・病棟の運営構造とも関連し、この仮定には方法論的限界があることについては考察で述べる。

### c. アウトカム

在宅退院（独居・家族同居・グループホーム）と施設等への退院（障害福祉施設・介護施設。その他の施設）をアウトカムとし、在院者 100 人あたりの月間退院発生率（すなわちアウトカム発生速度）と 1 か月の退院者実数（規模を反映した総量）の 2 指標を作成した。月間退院発生率は、6 月 30 日時点の在

院者数を分母とし、6 月 1 か月間の退院者数を分子として在院者 100 人に標準化した。

分析上の在院日数区分については、3 か月未満・3 か月以上 1 年未満・1 年以上の 3 区分を設定した。

## 3. 倫理的配慮

本研究は公開されている統計資料・公表データを用いた二次解析であり、個人を識別可能な情報を取り扱わないため、研究倫理審査の対象には該当しない。

## C. 結果／進捗

### 1. 入院者数の全体像

令和 7 年度 630 調査による精神病床の許可病床数は 301,660 床（人口 10 万人あたり 244 床）であり、入院者合計は 247,808 人（同 200 人）であった。在院日数別では、3 か月未満が 57,354 人（23.1%、人口 10 万あたり 46.4 人）、3 か月以上 1 年未満が 45,464 人（18.3%、同 36.8 人）、1 年以上が 144,987 人（58.5%、同 117.3 人）であり、長期在院者が過半数を占めた。

在院日数 3 か月未満の 57,354 人の病棟内訳をみると、急性期系の 3 特定入院料（精神科救急急性期医療入院料・精神科救急・合併症入院料・精神科急性期治療病棟入院料）が 22,290 人（38.9%）、15 対 1 入院基本料が 17,290 人（30.1%）、認知症治療病棟入院料が 6,260 人（10.9%）、精神療養病棟入院料が 5,272 人（9.2%）であった。特に緊急性が高いと考えられる措置入院者は 1,448 人で、その内訳では、急性期系 3 特定入院料が 927 人（64.0%）を占めた一方、15 対 1 入院基本料にも 394 人（27.2%）、精神療養病棟入院料にも 66 人（4.6%）が入院しており、急性期系病棟以外でも広く受け入れが行われている実態が確認された。

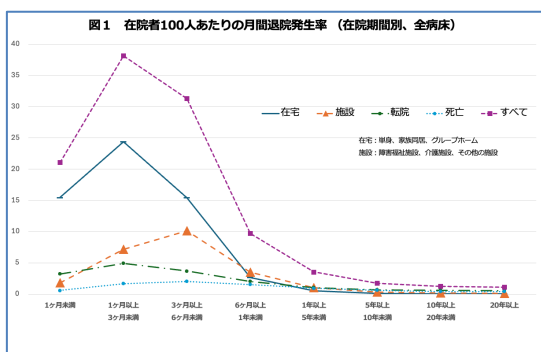
在院日数 1 年以上の 144,987 人の内訳は、精神療養病棟入院料が 60,643 人（41.8%）、15 対 1 入院基本料が 54,632 人（37.7%）、

認知症治療病棟入院料が 19,175 人

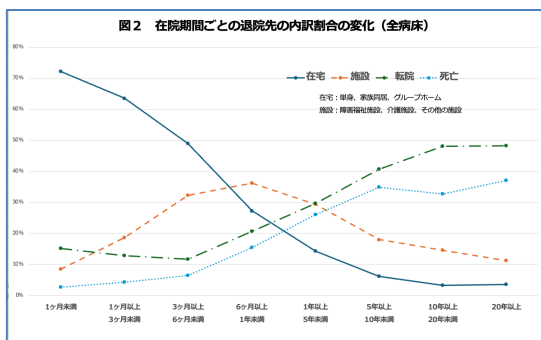
(13.2%) であり、この 3 病棟種で 92.7% を占めていた。

## 2. 在院日数と機能指標の関係

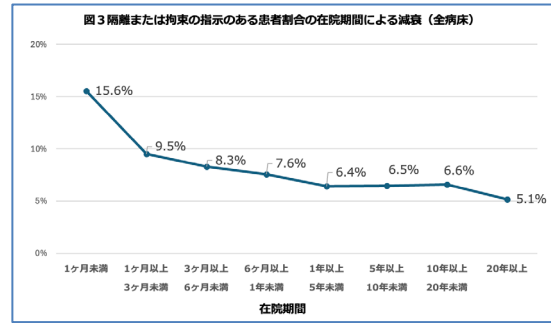
在宅・施設・転院・死亡の月間退院発生率を在院日数区分ごとに図示したのが図 1 である。在宅退院の発生率は、入院後 1~3 か月をピークとして、以降急速に低下し、在院 1 年以上以降は在宅退院の発生率は著しく緩慢となっている。施設等への退院発生率のピークは 3~6 か月と在宅退院発生率のピークよりやや遅れて現れている。



在院期間時点ごとの退院先の内訳割合 (図 2) をみると、時間とともに在宅退院割合が減少、転院・死亡割合が増加し、在院約 1 年の時点で前者と後者の割合が逆転していた。施設退院の割合は入院後徐々に増加して 6 か月~1 年で最も高くなり、その後減少する山型の分布を示した。

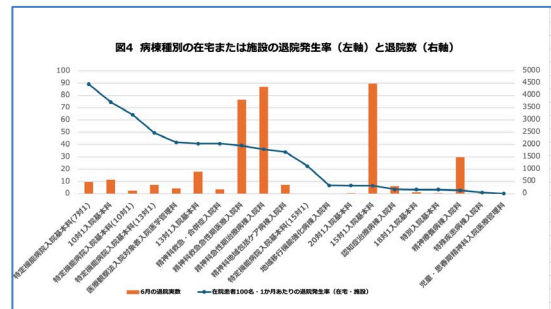


隔離または拘束の指示のある患者の割合 (図 3) は、在院 1 か月未満が最も高く (15.6%)、在院 3 か月までに 9.5% まで低下する。その後、在院 1 年までの間にさらに緩やかに低下を続け、1 年以上では約 6% で横ばいとなっている。

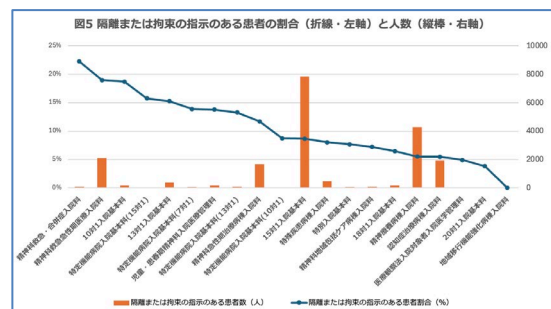


## 3. 病棟ストラクチャと機能指標

在宅および施設への退院の月間退院発生率は、特定機能病院と 10 対 1 入院基本料病棟で最も高く、急性期系の特定入院料病棟がこれに続き、15 対 1 入院基本料病棟・精神療養病棟では低値であった。一方、退院者実数でみると、最も多くの在宅退院者を産み出しているのは 15 対 1 入院基本料病棟であり、精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急性期医療入院料・精神療養病棟がこれに続いた。



行動制限を受けている患者割合は病棟タイプごとに 5~20% の広い範囲で分布しており、精神科救急・合併症入院料・精神科救急性期医療入院料・特定機能病院で高値を示した。医療観察法病棟では 4.9% (身体的拘束は 1%) と低水準であった。



## D. 考察

### 1. 在院日数が示す機能的変容

本分析の結果は、在院日数の経過に伴って精神科病棟で発揮される機能が段階的に変容することを示している。在院1か月未満から3か月未満（急性期相当）では行動制限割合が高く、退院発生率が最大であり、緊急・高密度医療（プロセス）と早期退院（アウトカム）が主として機能する時期である。在院3か月以上1年未満（回復期・包括期相当）では退院発生率が漸減するが、依然として在宅・施設への退院が継続的に生み出されており、退院に向けた積極的支援が継続して提供されている時期と解釈できる。行動制限割合も在院1年以上よりも少し高く、緊急・高密度医療（プロセス）が一部継続している過渡的な状態であるといえる。

在院1年以上（慢性期相当）になると退院発生率は著しく低下し、退院者の絶対数も漸減する。これは多様な機能や役割を有する精神病床を全体としてみた場合には、1年を超えた段階から退院というアウトカムが産みだされにくいことを実態として示している。これは過去の研究においても繰り返し指摘されている。<sup>5)</sup>

在院日数の3区分（3か月未満、3か月以上1年未満、1年以上）は、行動制限割合・退院発生率の分布と概ね整合的であり、機能区分の時間軸として一定の妥当性が確認された。ただし、個々の患者に求められるプロセスと想定されるアウトカムは在院日数だけでは規定されず、患者の病状、病棟ストラクチャとの相互作用を含む異質性が存在する点を留保する必要がある。日本の精神科病棟で実施された個々の患者の臨床特性とケアコスト（看護負担）を **Case Mix Index (CMI)** として数値化して患者分類を行うケースミックス研究<sup>6)</sup>においては、集団平均としては在院日数が長くなるほど **CMI** が低下する、本研究結果と一致する傾向が確認されているが、個別事例としては在院3か月以上の患者でも高い **CMI** を有する事例が観察されてい

る。今回の研究でも、長期在院者の中にも5%程度は行動制限の指示を受けている患者がおり、在院1年以上でも高い看護負担が推定される患者が現在も一定数入院していると考えられる。在院日数の長い患者が多数入院しているストラクチャ密度の低い病棟（15対1入院基本料病棟や精神療養病棟など）においては、少数の高看護負担患者による負担は相対的に大きくなる。

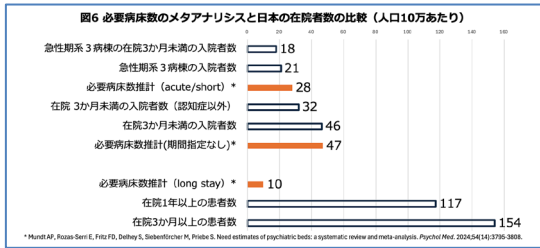
### 2. 病棟ストラクチャと機能の多様性

在宅または施設への退院発生率の観点から我が国の精神科病棟は大きく3群に分類できる可能性がある。第1群は特定機能病院を中心とする超高速度退院病棟群、第2群は急性期系特定入院料を中心とする高速度退院病棟群、第3群は15対1入院基本料病棟・精神療養病棟・認知症治療病棟を中心とする低速度退院病棟群である。退院者の実数規模を支えているのは高速度退院病棟群と低速度退院病棟群となる。

在宅または施設への退院者実数が最も多いのは15対1入院基本料病棟である。これは同病棟が長期在院者を多く抱えつつも絶対的規模が大きいことによる。また、精神療養病棟においても措置入院者が一定数存在するなど、慢性期病棟と分類されているストラクチャが現実には多機能を担っている。したがってこういった低速度退院病棟群の機能の特徴づけるのは、その時点で果たしているプロセス機能やアウトカム機能の内訳・分布である。これは地域における精神病床の量や精神病床以外の外来精神医療、障害福祉、地域精神保健、高齢者介護福祉の状況によって差が大きいものと考えられ、地域ごとの検討に意義がある。

### 3. 国際比較からの示唆

我が国の在院日数別の精神病床入院者数を、精神病床の必要量推計に関するメタ解析結果<sup>8)</sup>と比較してみたい。



まず、在院1年以上の患者数（人口10万あたり117.3人）はlong stay（在院日数による定義はされていない）を想定した海外での必要推計値（同10床）を大きく上回る。一方、在院3か月未満の患者数（同45.1人）は、在院期間の指定のない必要病床数推計値（47床）と近接した値であることは興味深い。しかしながら、精神病床数の国際比較には根本的限界がある。精神病床の必要量を推定する手法として、疫学データやサービス実績に基づく実証的アプローチ

（empirical population approach）、条件の類似した地域や国を参照する規範的アプローチ（normative approach）、専門家コンセンサスによるアプローチ（expert consensus）があるが、いずれにも長短があり一定の合意は存在しない。精神病床の必要量に関して普遍的な国際基準を設定することは困難であり、各国の歴史的・社会的背景および医療・福祉制度の構造を踏まえた国ごとの検討が求められる。<sup>9)</sup>

海外では精神病床数を減らす政策が進められ、2000年代以降は必要推計量を実際の病床数が下回る国が多くなり、新たな課題も報告されている。<sup>10)</sup>1年以上の長期在院者については、高齢化・認知症・身体合併症が進行し、精神病床が療養・看取りの場としても機能している実態を直視する必要がある。

#### 4. 本分析の限界

行動制限の指示のある患者割合をプロセス指標として用いたことの限界がある。行動制限は看護負担やケア密度を一定程度反映すると考えることはできる。国内の精神病床でのケースミックス研究<sup>7)</sup>の結果においても、

在院1か月未満のケースミックスインデックス（CMI：看護負荷量の平均を1とした指標）は、隔離あり群で2.61（隔離なし群1.33）、拘束あり群で3.34（拘束なし群1.15）と、行動制限を受けている患者では高値を示しており、本分析の仮定に一定の根拠を与えている。しかしながら行動制限量は、患者重症度のみならず病院・病棟の運営構造・文化的要因とも関連するため<sup>11)</sup>、解釈には慎重さが求められる。

630調査の集計表のみに依拠したため、慢性期のプロセス機能や退院以外のアウトカムの可視化が困難であった点も限界である。

本分析は横断的集計データに基づくものであり、在院日数ごとの機能を記述するにあたって定常状態を仮定している。実際には過去の入院者と現在の入院者コホートの臨床状態や治療は均質ではなく、精神科医療の構造変化や診断・治療水準の変化が経時的に生じているため、この仮定には限界がある。

病棟ストラクチャごとに層別化して、在院期間によるプロセスやアウトカムを算出する分析は実施できていない。知見の精緻化には病棟ストラクチャで層別化した分析が必要である。

#### 5. 結語

本研究は、630調査を用いて精神病床の機能をストラクチャ・プロセス・アウトカムおよび在院日数の観点から整理を試み、急性期・包括期・慢性期という機能概念が一定程度実態と整合していることを示した。一方で、現実の精神病床は多機能的であり、長期在院者の中にも高い医療看護ニーズを有する患者が存在することから、単純な病床機能区分のみでは十分に把握できない複雑性が存在する。今後は、地域ごとの医療・福祉資源との関係性を含めた分析を進め、精神医療を新たな地域医療構想にどのように位置づけるかについて、実証的データに基づく検討を深化させる必要がある。

## 文献

- 1) 厚生労働省：新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム。新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について。2024年12月3日。
- 2) 厚生労働省：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会。第1回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会及びワーキンググループの議論の進め方等について。2025年7月24日。
- 3) 厚生労働省：精神病床等に関する検討会。精神病床等に関する検討会最終まとめ。2004年8月6日
- 4) Dye S, Brown S, Chhina N. Seclusion and restraint usage in seven English psychiatric intensive care units (PICUs). *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 2009;5(2):69-79
- 5) 藤田利治, 竹島正. 精神障害者の入院後の退院曲線と長期在院にかかわるリスク要因についての患者調査に基づく検討. *精神神経学雑誌*. 108 巻 9 号, 891-905, 2006
- 6) 山内慶太、精神医療における新しい支払い方式に関する基礎的研究—ケースミックス分類の開発。病院管理 34(2)、155-167、1997
- 7) 山内慶太. 臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立. H23 年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野障害者対策総合研究「精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究」
- 8) Mundt AP, Rozas-Serri E, Fritz FD, Delhey S, Siebenförcher M, Priebe S. Need estimates of psychiatric beds: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2024;54(14):3795-3808
- 9) Seita A. Why psychiatric bed capacity varies widely: Strategic questions on global mental health. *PLoS Med*. 2025;22(10):e1004761
- 10) Mundt AP, Delhey Langerfeldt S, Rozas Serri E, Siebenförcher M, Priebe S. Expert Arguments for Trends of Psychiatric Bed Numbers: A Systematic Review of Qualitative Data. *Front Psychiatry*. 2021;12:745247. Published 2021 Dec 24. doi:10.3389/fpsy.2021.745247
- 11) Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(9):889-897

## E.健康危険情報

なし

## F.研究発表

### 1.論文発表

なし

### 2.学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1.特許取得

なし

### 2.実用新案登録

なし

### 3.その他

なし

【表1】2025年に向けた地域医療構想における病床機能区分（医療法施行規則第30条の33の2）

病床機能	定義
高度急性期	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療またはリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

図1 在院者100人あたりの月間退院発生率（在院期間別、全病床）

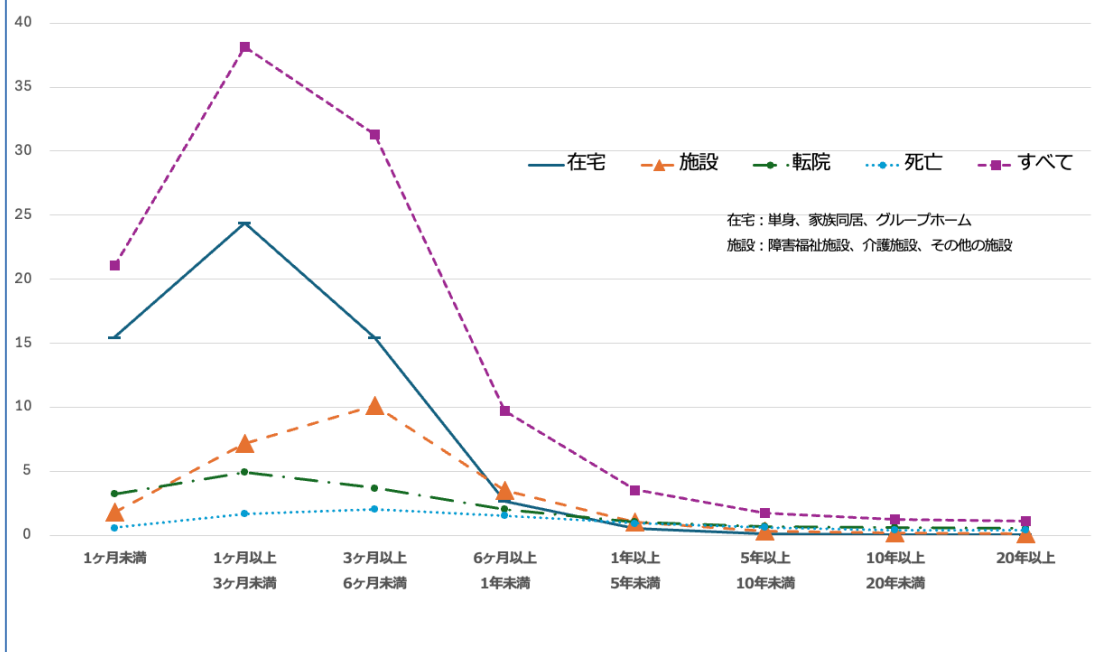


図2 在院期間ごとの退院先の内訳割合の変化（全病床）

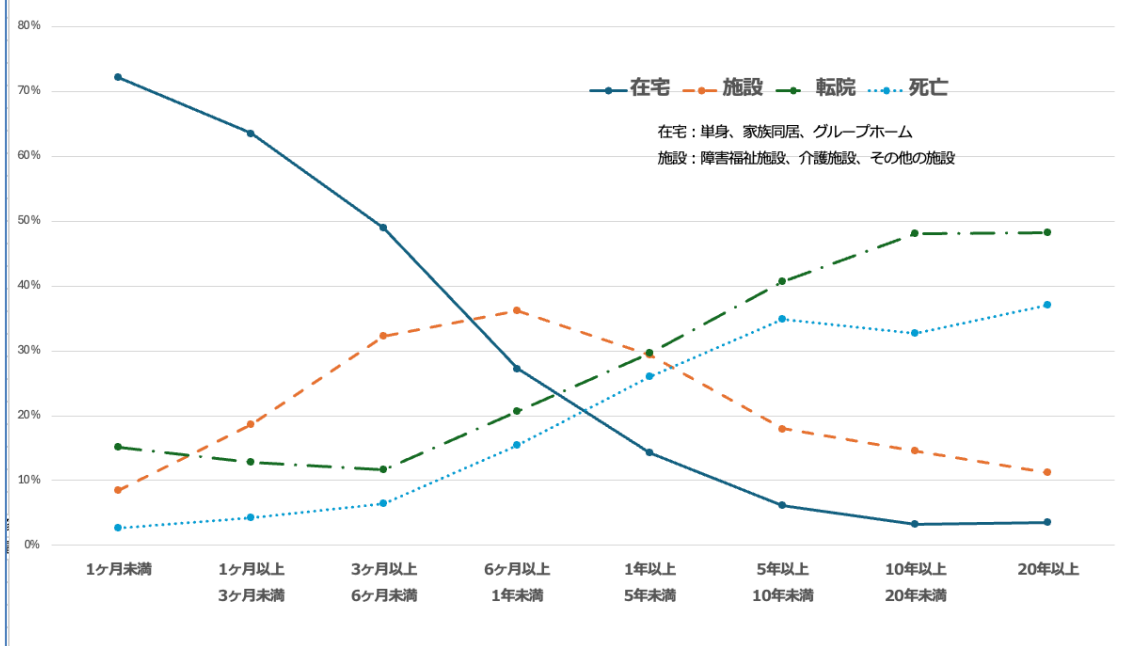


図3 隔離または拘束の指示のある患者割合の在院期間による減衰（全病床）

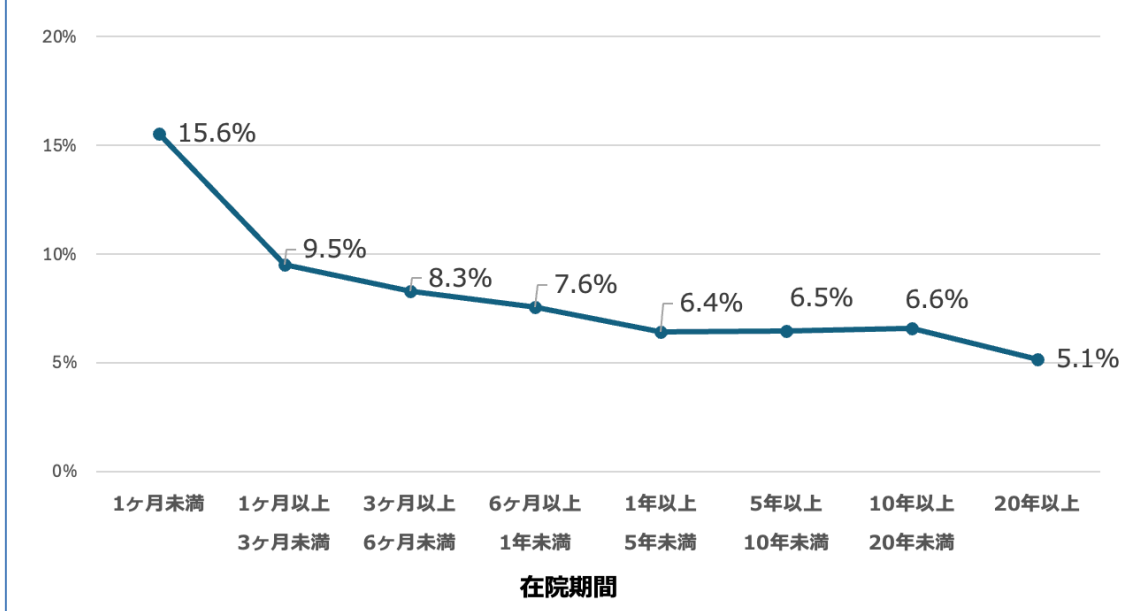


図4 病棟種別の在宅または施設の退院発生率（左軸）と退院数（右軸）

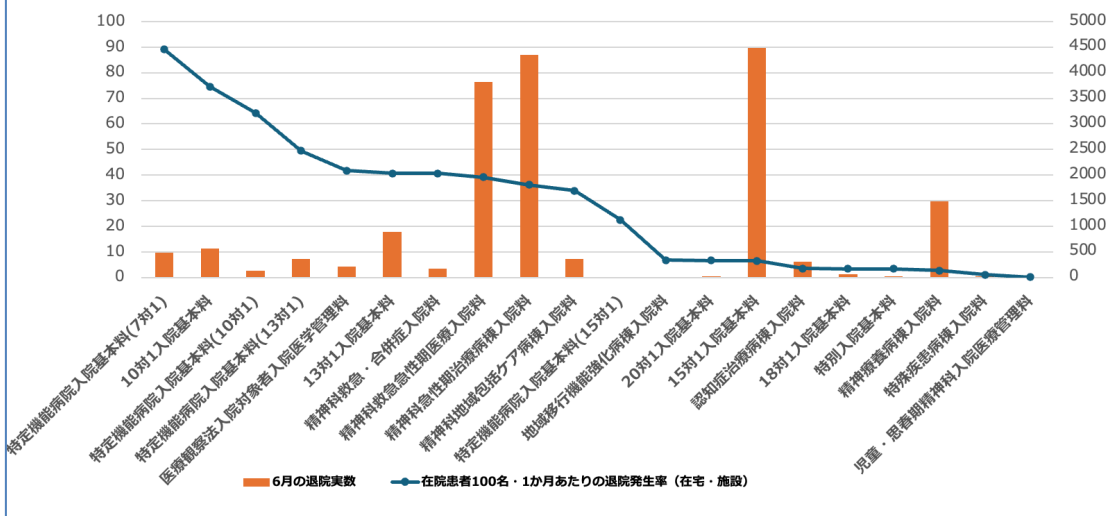


図5 隔離または拘束の指示のある患者の割合（折線・左軸）と人数（縦棒・右軸）

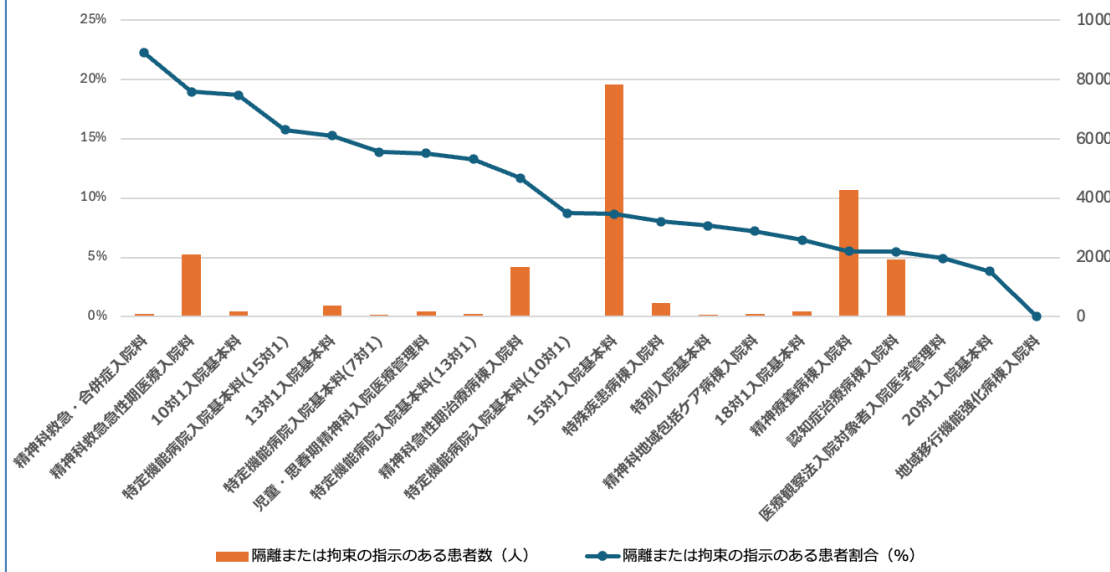
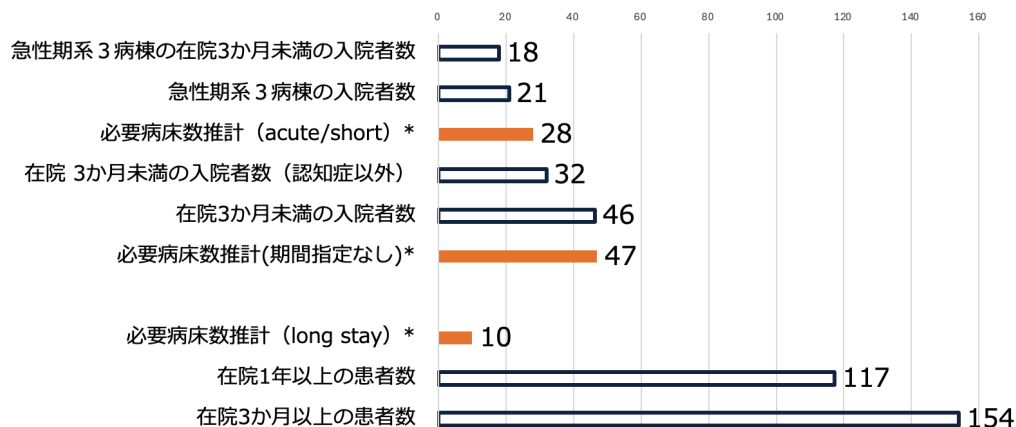


図6 必要病床数のメタアナリシスと日本の在院者数の比較（人口10万あたり）



\* Mundt AP, Rozas-Serri E, Fritz FD, Delhey S, Siebenförcher M, Priebe S. Need estimates of psychiatric beds: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2024;54(14):3795-3808.