

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究

分担研究

良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究

分担研究報告書

医療計画における精神病床における基準病床算定式及び指標の検討

分担研究者

竹島 正（大正大学地域構想研究所）

研究協力者

立森久照（NCNP）、吉田光爾（東洋大学）、杉山直也（沼津中央病院/NCNP）、福田正人（群馬大学）、高瀬顕功（大正大学）、北村立（石川県立高松病院）、池原毅和（東京アドヴォカシー法律事務所）、八尋光秀（西新共同法律事務所）、山本深雪（大阪精神医療人権センター）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、南島和久（新潟大学）、森隆夫（あいせい紀年病院）、中島豊爾（岡山県精神科医療センター）、藤井千代（NCNP）、上ノ山一寛（南彦根クリニック）、辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）、河野稔明（川崎市精神保健福祉センター）、高橋邦彦（東京医科歯科大学 M&D データ科学センター）、奥村泰之（一般社団法人臨床疫学研究推進機構）、西大輔（東京大学）、岡本基（統計数理研究所）、大江浩（富山県新川厚生センター）、櫻木章司（桜木病院）、青木達之（青和病院）、萱間真美（聖路加大学大学院）、瀬戸屋希（聖路加大学大学院）、野田龍也（奈良県立大学）、尾崎紀夫（名古屋大学医学部）、籠本孝雄（大阪府こころの健康総合センター）、楯林英晴（福岡県精神保健福祉センター）、井川大輔（堺市こころの健康センター）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、山田敦（川崎市精神保健福祉センター）、白田謙太郎（NCNP）、長島三四郎（大正大学）

要旨：【目的】精神保健医療福祉施策の方向性を踏まえ、医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方について検討することを目的とした。

【研究方法】はじめに一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程を振り返り、現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例の特徴を明らかにした。次に研究班全体会議における意見交換、全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会や全国精神保健福祉相談員会の協力を得ての意見交換を行った。次にこれらの結果を踏まえて研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にアンケート調査を行い、その結果を踏まえた報告書（案）を作成した。最後にこの報告書（案）をもとに研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者による意見交換を行い、報告書をまとめた。

【結果及び考察】第七次医療法改正（2015）に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造の異なるものとなっていた。また指標例の区分

は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分であるのに対して、精神疾患は多様な精神疾患等ごとの医療機能を明確化するという方針のもと、病期とは関係ない17疾患等の区分となっていた。研究方法に記載したプロセスを経て、次期医療計画における精神病床の基準病床算定式は一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」と略す）の構築を進めるという観点から、（1）地域医療の確保に必要な病床、（2）地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、（3）「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えることをベースにして、地域の基盤整備量も示すことが適切と考えられた。すなわち、（1）に「3か月未満」と「3か月以上1年未満」を、（2）に「1年以上」を対応させ、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることが考えられる。ただし、630調査によると、「1年以上」の在院患者数の推移は入院期間によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式にする必要がある。指標例については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において「予防」、「治療」、「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること等の考え方が示されていること、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」及び精神科救急体制整備に係るワーキンググループ取りまとめも踏まえ、「予防・危機介入」、「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として指標例を提案することとした。なお、先行研究における議論と本研究の成果を踏まえ、「入院外医療・リエゾン」と「入院医療」に common disorders の領域、専門性の高い領域、政策医療の領域を取り入れ、各自自治体が課題を発見しやすいようにすることとした。そして、アウトカムを「にも包括」の発展により見込まれる変化に置いて、ロジックモデルとしてまとめられるよう指標例の構成案を示した。

【結論】医療計画における精神病床の基準病床算定式及び指標例について検討し、算定式及び指標案の方向性をまとめた。次年度は、データに基づく算定式の実証的な検討を行うとともに、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課を対象にしたアンケート調査などを行い、具体的な内容を明らかにする予定である。

A 研究目的

医療法は国民に適正な医療を確保することを目的として、医療施設の適正な配置、医療施設の人的構成、構造設備、管理体制等の規則、医療法人の規制等を行うものであり、1948年に制定された。

医療法の基準病床数とは、その地域にどの程度の病床数を整備すべきかという整

備目標として位置付けられるとともに、それ以上の病床の増加を抑制する基準ともなっている。この基準病床数を定めることによって、医療資源の効果的活用を通じて、全国民に対する適正な医療の確保を図るのである。

本研究班は、わが国が本格的な人口減少と高齢化を迎える中、精神科と他の診療科

との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的とする。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における基準病床算定式及び指標例を提案することを目的とする。

この分担研究は、精神保健医療福祉施策に求められる方向性を踏まえ、医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方について検討することを目的とする。

B 研究方法

1. 一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程を振り返り、現在の精神病床の基準病床算定式の構造上の特徴を検討した。また指標例の構造上の特徴を明らかにした。
2. 現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例について研究班全体会議における意見交換（2020年11月16日）を行った。
3. 全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会、全国精神保健福祉相談員会の協力を得て、都道府県等が精神保健福祉の課題を一覧的に把握できる総括シート作成のための意見交換を行った。これは指標例の参考となるものである。
4. 1～3を踏まえて、2021年3月5日～3月18日に研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にアンケート調査を行った。
5. 1～4を踏まえて、医療計画における精神病床基準病床算定式及び指標例のあり方に関する報告書（案）を作成し、2021

年3月25日に、それをもとにした意見交換を行い、報告書をまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報には取り扱わない。

C 結果

1. 一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程及び現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例の構造上の特徴

表1に一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程をまとめた。

第一次医療法以前、第一次医療法改正（1985）においては、両者の構造はほぼ同じであった。

第四次医療法改正（2000）においては、一般病床の「その他の病床」は「一般病床及び療養病床」に変更され、その基準病床数を示すこととなった。そして平均在院日数の短縮傾向を反映させるため平均在院日数推移率が採用された。精神病床は第一次医療法改正（1985）のままであった。

第五次医療法改正（2006）においては、一般病床及び療養病床の基準病床数を、一般病床の基準病床数と療養病床の基準病床数の合計に流出超過加算を行うものとした。精神病床は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004）における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率（1年未満群）24%以下、②退院率（1年以上群）29%以上を掲げたことを踏まえ、「在院1年未満群」の基準病床数と「在院1年以上群」の基準病床数の合計に流出超過加算を行うものとした。すなわち、一般病床と療養病床の「一般病床」という機能が「在院1年未満」という期間

に、「療養病床」という機能が「在院1年以上」という期間に対応する形となった。すなわち機能と期間という違いはあるが、一定の対称性をもつ構造となっていた。

第七次医療法改正(2015)において、一般病床及び療養病床の基準病床算定式は、一般病床算定数と療養病床算定数の合計に流出超過加算を行うという外形を維持しつつ、療養病床算定数において、介護施設(介護療養型医療施設を除く)等で対応可能な数を引くこととなった。

精神病床の基準病床算定式は、急性期(3か月未満)、回復期(3か月以上1年未満)、慢性期(1年以上)に分け、さらに慢性期(1年以上)については認知症とそれ以外に分け、かつ推計人口を使用することで政策効果を見込まない将来の入院需要を推計している。そのうえで「精神病床における1年以上入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α 」、「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β 」、「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ 」という政策効果を見込んだ入院需要の目標値としての基準病床数を算出し、政策効果を見込まない将来の入院需要との差から地域の基盤整備量を算出している。すなわち、第七次医療法改正(2015)における精神病床の基準病床算定式は、第五次医療法改正(2006)における一般病床と療養病床の医療機能を入院期間に置きかけることは踏襲しつつも、一般病床及び療養病床の基準病床算定式とは考え方や構造の異なるものとなっていた。

表2に第七次医療法改正(2015)における5疾患の指標例の構成をまとめた。がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖

尿病は病期に基づく3~5区分となっているのに対して、精神疾患は多様な精神疾患等ごとに医療機能を明確化するという対応方針のもと、病期とは関係ない17疾患等の区分となっていた。またそれぞれに都道府県連携拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神科医療提供機能を置いていた。なお重点指標については都道府県における指標の採用数にばらつきがあることから中間見直しが行われた。それによって17疾患等の区分はそのままとして、重点指標の設定が行われた。

2. 現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例についての研究班全体会議における意見交換

現在の精神病床の基準病床算定式及び指標例についての研究班全体会議における意見交換(2020年11月16日)の主要な意見を示す。

- 精神病床の基準病床算定式は、一般病床の算定式との対応を持ちつつ、精神医療の特性に配慮したものとすることが必要ではないか。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以下、「にも包括」と略す)の構築を後押しするような算定式が必要ではないか。
- 算定式に政策効果が組み入れられているが、これらは検証できるのか。
- 「にも包括」の構築を進めるという観点からは、地域医療の確保に必要な病床数、地域移行・地域定着を進めても必要とされる病床、「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えるのが現実的ではないか。

- 自治体にとってもっとわかりやすい算定式や指標例にする必要がある。
- 総合病院の精神科病床が減少し、精神疾患を持つ妊産婦の受け入れ、摂食障害の受け入れが全く立ち行かない状況になっている。
- 精神障害者のコロナの感染者をどこで治療するかは大きな問題になっている。
- 高齢化して合併症があると地域ではなかなか生活できない。きめ細かな生活支援がないと退院困難な人も多い。
- 地域のグループホーム等に退院した患者は多いが、高齢化したときに戻ってくるのは精神科病院になる。
- 現在の算定式は目標と現状追認が混ざっており、何を目標としているのか見えにくい。
- 地域ケアがうまくいくためには、必要ときに速やかに入院治療が受けられ、退院するときに速やかに社会資源を利用できるよう、それぞれに一定の空床が必要ではないか。
- 現在の算定式は生物学的な観点からの算定式になっている。精神医療には生物-心理-社会という視点が重要であり、算定式にもこの観点が組み込まれるべきである。

3. 都道府県等の精神保健福祉の総括シート作成のための意見交換

本分担研究においては、都道府県等が医療計画を策定するうえで活用しやすい総括シートを開発することとしている。これはすでに述べたように医療計画の指標案とも密接に関連するものである。

令和元年度「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」の分担研究「第七次医療計画の総合的指標に関する検討」に、(1) ストラクチャー、プロセス、アウトカムの連続性を明確にすること、(2) 指標数を 50 個以内にする、(3) 大枠を「予防」「治療」「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること、(4) 自治体が必要な指標をより選択しやすくすること等の考え方が示されていることや、厚生労働省の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」(以下、「にも包括」検討会と略す)の精神医療の提供体制(イメージ)に「日常の支援」「医療の高度化や身体合併症等」「急性増悪時の対応」「退院支援」の4つの医療機能が示されていることを踏まえ、この4つの医療機能のそれぞれについて、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標に関連する事項を記載して意見交換を行った。主要な意見は下記のとおりであった。

- ReMHRAD(地域精神保健福祉資源分析データベース)があるが、自治体としては次の一手を抽出する手がかりがほしい。特に一般医療、身体合併症への対応についての手がかりがほしい。
- ReMHRADは単年度データとなっているが、各都道府県の経年変化をみることも重要である。
- 情報が多いと何をみてよいかわからなくなる。活用・分析のプロセスを示すことが必要である。

- 精神医療は複雑で、疫学モデルとしての設計が難しい。特にアウトカムの設定が難しい。
- 自治体の精神保健医療のモニタリングに役立つようにしてほしい。
- 都道府県だけでなく、政令指定都市、市町村でも使いやすい資料を開発するためには、いくつかの自治体で、研究班との共同研究を行うことが必要ではないか。

4. 研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象にしたアンケート調査

2と3に記載した意見、研究協力者からの追加意見、2021年2月22日の研究班会議における精神科医療のフルライン化（急性期・回復期・慢性期）の必要性という意見をもとに、研究班全体会議及び関連する分担研究の研究協力者を対象に16問からなるアンケート調査を行った（資料1）。

このうちおおむねのコンセンサスの得られた4問と主要な意見をまとめる。

（質問）精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床の算定式との対応を持ちつつ、精神医療の特性に配慮したものが適切ではないか。また「にも包括」を後押しするような算定式が必要ではないか。

- 平成24年の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」では「結果として精神病床は減少する」と明示されている。このこととの一貫性が必要である。
- 精神医療の専門家でない人にとっても理解しやすい算定式であるとよい。
- 医療計画の基準病床数は、一般病床や療養病床と同様に、推計ではなく、現

在の性年齢階級別人口を用いるべきである。推計人口を用いるのであれば地域医療構想の機能別の必要病床数になる。

- 現行の算定式が病期（在院期間）別の項で構成されていることは精神医療の特性への配慮と考えられる。

（質問）現在の算定式は医療高度化の影響値を組み込んでいるが、その検証は困難であり、合理性が不足しているのではないか。

- 医療が高度化すると長期入院が減り、病床が少なく済むようになると思われるが、一方で緊急対応の機能を有した病床等は増やす必要が生じる。医療高度化が病床数減少に直接つながるとは考えにくい。
- 医療高度化に関する影響値が、一般病床や療養病床でも取り入れられているのであれば一定の合理性をもつが、精神病床だけでは合理性は保たれない。
- α 、 β 、 γ という複雑な3つのパラメーターを設定していることは特異的であり、修正が必要である。

（質問）国民にとって必要な病床を確保することが基準病床数の成り立ちである。精神病床については、一般病床及び療養病床の算定式にできる限り近づけつつ、精神医療のニーズを踏まえて調整するのが自然である。

- 精神病床算定式が、一般病床や療養病床の考え方と乖離したものであると、今後の地域包括ケアシステム構築の障害になる。
- 医療計画の基準病床数は資源の地域偏在の改善が目的（既に超えていれば開

設・増床を許可しない)であり、一般病床・療養病床の算定式に近づける方がよい。

- 生命の危険を伴う脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患と同一の基準で考える必要性は低いのではないか。

(質問)現在の精神医療体制構築に係る現状把握のための指標例は17疾患等に分かれていてきわめて複雑である。法律のもとに政府の推進すべき指針が定められているものについては、指標例等の記載を簡素化してもよいのではないか。

- すべての疾患や領域を、都道府県全域、圏域、地域ごととしてマトリックスで振り分けることは、地域精神保健の原理原則に沿わない。
- 全体として重点課題が見えにくくなっている。主要な指標と、詳細を検討するための指標等、分類や階層化して示す等の方法を検討する必要がある。
- 全疾患を横並びにするのではなく、主要疾患や重点項目などを絞り込んでもよい。

5. 報告書(案)をもとにした意見交換

意見交換のもとになった研究報告書(案)要旨の中心部分を記載する。

.....

第七次医療法改正(2015)に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造が異なっていた。また指標例の構成も異なっていた。

精神病床の基準病床算定式については、一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、「にも包括」の構築を進めるという観点から、(1)地域医療の確保に必要な病床、

(2)地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、(3)「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えるという方向におおむねの合意があった。(1)に急性期・回復期(1年未満)を、(2)に慢性期(1年以上)を対応させ、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることが考えられる。ただし、630調査によると、「1年以上」の在院患者数の推移は入院期間によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式にする必要がある。

指標案については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において、「予防」、「治療」、「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調すること等の考え方が示されていること等を踏まえ、「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として指標例を提案する。

.....

研究報告書(案)について、これまでに述べた以外の主な意見は下記のとおりであった。

- 高齢化により1人1疾患ではなくなっている。精神疾患を持つ方も、内科や整形外科などの疾患を合併することを踏まえた算定式や指標を示すことが望まれる。
- 指標はトータルで解釈しなければならないところもある。解釈の手引きを合わせて出したほうがよい。
- 第七次医療計画の基準病床算定式において地域での基盤整備量を示した点は評価できる。障害福祉計画との連携性

は活かした形で、新たな考え方に移行してほしい。

- 先行研究の指標例についての議論において、common disorders、専門性の高い領域、政策医療の領域にまとめるといふ提案がなされた。これも参考に、各自治体において何が欠けているかを点検できるような形で整理してほしい。
- 基盤整備量には、訪問看護とか地域における医療体制も含まれているという認識を示してほしい。
- 入院しても、緊急避難的な入院で済むケースも少なくない。指標例には、予防的に関わり、危機に介入して、重症化を防いでいく体制を作っていくという考え方、社会モデルの考え方を示すことが重要である。
- ロジックモデルとしてシャープに書くことができたら全体像が見えやすくなる。アウトカムは、本人もしくは社会にとって望ましい状態を考えるべきで、それに対してプロセス、ストラクチャーとして何が必要かを整理していく。
- 医療の質の観点からも、行動制限の最小化に関わる指標を医療計画の中で示すことは重要である。
- 精神科の場合、地域で生活して、調子を崩したら数日入院して、また退院するというような、地域生活を支える入院機能が必要である。
- 圏域については、アクセシビリティとか治療の継続性・統合性、包括性、公平性が担保されるような形で検討されるべきである。

意見交換の結果、以下の3点を共有した。

- 報告書（案）に提案した算定式、指標例の方向性については大枠のコンセンサスがあった。
- 指標例を「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の区分として提案する際、先行研究における common disorders、専門性の高い領域、政策医療の領域にまとめるといふ提案を取り入れ、それぞれの自治体で何が欠けているかを点検できるような形で整理する。
- アウトカムを「にも包括」の発展により見込まれる変化に置いて、ロジックモデルとして成り立つよう指標例の構成案を示す。

D 考察

1. 基準病床算定式について

一般病床・療養病床は二次医療圏単位で、精神病床は都道府県単位で算定されている。本研究においては、生命の危険を伴う脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患と同一の基準で考える必要性は低いのではないかとの意見、治療の継続性・統合性、包括性、公平性が担保されるような形で検討されるべきという意見があった。基準病床算定の圏域については、地域精神医療の確保の観点から、現在の都道府県単位の妥当性について実証的な検討を行うと共に、自治体等の意見も得る必要があると考えられた。

第七次医療法改正（2015）に基づく精神病床の基準病床算定式は、一般病床及び療養病床のそれとは考え方や構造の異なるも

のとなっていた。新たな算定式については、医療高度化の影響は指標には組み込むことが必要としても、その効果を算定式に組み込むことには疑問であるという意見が多かった。また現在の算定式は複雑であり、自治体の裁量や努力でどうにかなるものではないという意見もあった。

研究班全体会議における意見交換とアンケート調査からは、精神病床の基準病床算定式は一般病床・療養病床の算定式の構造に近づけ、かつ「にも包括」の構築を進めるという観点から、(1) 地域医療の確保に必要な病床、(2) 地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床、(3) 「にも包括」の構築に必要な病床の3つを加えるという方向にはおおむねの合意があり、報告書(案)についての意見交換においても合意があった。

このことから、(1) の地域医療の確保に必要な病床に急性期・回復期を、(2) の地域移行・地域定着を進めてもなお必要とされる病床に慢性期を対応させ、それに、(3) の「にも包括」の構築に必要な病床数を加えることを基準病床算定式の骨格として、地域の基盤整備量も示すようにすることが考えられる。しかし、回復期の精神科入院医療のあり方が明確になっておらず、精神疾患の重症度評価も研究の途上にあることから、(1) に入院期間「3か月未満」と「3か月以上12か月未満」の治療に必要な病床数を、(2) に入院期間「1年以上」の治療に必要な病床数を対応させ、それぞれの病床稼働率を勘案して基準病床数を算出し、それに「にも包括」の構築に必要な病床数を加えるのが現状において妥当と考えられた。ただし、630調査

によると、「1年以上」の在院患者数の推移は、「1年以上5年未満」、「5年以上10年未満」、「10年以上20年未満」、「20年以上」の在院期間別によって大きな違いがあり、長期在院になるほど減少傾向が大きいことから、「1年以上」を一括りにしない算定式とする必要がある。

なお基準病床数の内訳については、いわゆる総合病院や精神病床以外の病床を有する病院の医療活動の分析等をもとに、身体合併症に対応性の高い精神病床を可視化していくことが望まれる。また人口減少地域においては精神医療の確保が困難になってくことから、二次医療圏別等の精神医療の確保の実態を可視化することも必要である。

さて地域の相談支援体制の強化によって新規入院率が低くなる可能性があるが、それを算定式に組み込むことは慎重にすべきだと考える。その理由は地域の相談支援体制は今後さらに強化されるべき課題であり、現状では新規入院率の減少までは見込むことは難しいからである。

2. 指標例について

現在の17疾患等に分かれた指標例については、アンケートに「すべての疾患や領域を、都道府県全域、圏域、地域ごととしてマトリックスで振り分けることは、地域精神保健の原理原則に沿わない」、「全体として重点課題が見えにくくなっている」等の意見があった。

がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病は病期に基づく3~5区分になっていること、先行研究において「大枠を「予防」「治療」「地域支援」に分けて保健・医療・福祉の流れの重要性を強調する

こと]、「自治体が必要な指標をより選択しやすくすること」等の考え方が示されていることを踏まえ、「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」として、指標例の構成案を提案した(表3)。これは、「にも包括」検討会の「精神科救急体制整備に係るワーキンググループ取りまとめ」にある「平時の対応・受診前相談」、「入院外医療の提供」、「入院医療の提供」にも近いものとなっている。なお指標例でなく、指標例の構成案と述べたのは、2年度研究の範囲においては、指標例を取り出すカテゴリーを示すところまでが適切であると考えられることによる。

ここで「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の概要を述べる。

「予防・危機介入」は、「にも包括」検討会の報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「地域精神保健及び障害福祉」に関するもの、精神科救急応需体制が主体となっており、地域住民のクライシスコールへの対応といえることができる。

「入院外医療・リエゾン」は、「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」及び「地域精神保健及び障害福祉」のうちの、精神科外来を中心とした医療活動におおむね対応している。common disorders の領域は、各都道府県の各地において一定のアクセスの良好さの確保が期待される。

「入院医療」は、「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」のうちの、精神科入院を中心とした医療活動に対応してい

る。common disorders の領域は、都道府県内の各地において一定のアクセスの良好さの確保が期待される。専門性の高い領域、政策医療の領域は、各都道府県において確保されていることが期待される。

「地域支援」は、「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携、「つながりのある地域づくりと社会参加の促進」、「当事者・ピアサポーター」等の取組と連携した、あるいは連携を可能にする精神医療の提供である。

1) 予防・危機介入

ストラクチャー指標の構成案は、「にも包括」報告書を参考に、相談体制、精神科救急医療体制、市町村における多様な相談業務にあたる職員に対する研修体制、地域住民の精神保健の理解促進と初期支援の普及啓発体制等とした。

プロセス指標の構成案は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

2) 入院外医療・リエゾン

ストラクチャー指標の構成案は、各都道府県の各地において common disorders の領域において、また通常の身体合併症治療において一定のアクセスの良好さが確保されていることを軸に、リエゾン診療体制、専門性の高い領域の拠点・医療体制等、政策的な領域(自殺対策、災害等精神医療、医療観察法)への対応体制等とした。

プロセス指標は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

3) 入院医療

おおむね「入院外医療・リエゾン」と同

様であるが、合併症診療に対応できる地域精神医療体制を組み入れた。また、行動制限最小化のためのコアストラテジーの取組体制を組み入れた。

プロセス指標は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

4) 地域支援

ストラクチャー指標は、「にも包括」報告書を参考に、市町村、精神科病院、地域の関係機関の連携体制等とした。

プロセス指標は、その実績等とした。

アウトカム指標は、後述する。

5) アウトカム指標の構成案

「にも包括」の発展により見込まれる変化として、現在のアウトカム指標を踏まえ、いくつかの例示を追加した。

「予防・危機介入」「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の全体にかかわる例示として、「精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」、「自殺死亡率」を記載した。

「予防・危機介入」にかかわる例示として、「精神保健福祉法による通報者数」、「初期支援や相談機関を知っている地域住民の割合」を記載した。

「入院外医療・リエゾン」、「入院医療」、「地域支援」の3者にかかわる例示として、「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「地域平均生活日数」を記載した。

なお、都道府県・指定都市において指標例の構成案に挙げた事項をモニタリングする機能は必須であり、各都道府県・指定都市の精神保健福祉センターにはその役割が期待される。

E 結論

医療計画における精神病床の基準病床算定式及び指標例について検討し、算定式及び指標案の方向性をまとめた。次年度は、データに基づく算定式の実証的な検討を行うとともに、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課を対象にしたアンケート調査などを行い、具体的な内容を明らかにする予定である。

F. 研究危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 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. 一般病床・療養病床と精神病床の基準病床算定式の変遷過程

医療法改正	一般病床・療養病床	精神病床	備考
第一次医療法改正以前	「その他の病床」の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (病床の種類に応じて厚生大臣が定める数値)	精神病床の必要病床数 = (一定の地域に含まれる各市町村別人口) × (病床の種類に応じて厚生大臣が定める数値)	・ 病床規制の対象は公的医療機関等のみ ・ 必要病床数として記載
第一次医療法改正(1985)	「その他の病床」の必要病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 + 流出超過加算	精神病床の必要病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 + 流出超過加算	・ 医療計画制度の創設
第四次医療法改正(2000)	「一般病床+療養病床」の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 × (平均在院日数推移率) + 流出超過加算	精神病床の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院受療率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 + 流出超過加算	・ 一般病床において「その他の病床」を一般病床及び療養病床に変更し、「一般病床+療養病床」の基準病床数とした ・ 「一般病床+療養病床」において、平均在院日数の短縮傾向を反映させるため平均在院日数推移率を採用した
第五次医療法改正(2006)	一般病床の基準病床数+療養病床の基準病床数+流出超過加算 (1) 一般病床の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別退院率) × (平均在院日数 × 0.9) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率 (2) 療養病床の基準病床数 = (性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別入院・入所需要率) - (介護施設(介護療養型医療施設を除く)等で対応可能な数) + (流入入院患者) - (流出入院患者) ÷ 病床利用率	在院1年未満群の基準病床数+在院1年以上群の基準病床数+流出超過加算 (1) 在院1年未満群の基準病床数 = (年齢階級別人口) × (年齢階級別新規入院率) + (流入入院患者) - (流出入院患者) × (平均残存率) ÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率) (2) 在院1年以上群の基準病床数 = (入院期間が一年以上である年齢階級別入院患者数) × (1 - (年齢階級別退院率)) + (入院期間が1年に達した患者数) - (退院する長期入院患者の目標値) ÷ (入院期間が1年未満である者についての病床利用率)	一般病床及び療養病床の基準病床数を、一般病床の基準病床数+療養病床の基準病床数+流出超過加算とした 一般病床算定数は、地方ブロックごとの性別・年齢階級別の退院率を採用した ・ 一般病床と療養病床の基準病床数の平均在院日数推移率は、一律に0.9を乗じることとした ・ 精神病床の基準病床算定式を、在院1年未満群の基準病床数+在院1年以上群の基準病床数+流出超過加算とした。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)における精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を掲げたことを踏まえたものである
第七次医療法改正(2015)	基準病床数 = 療養病床算定数+一般病床算定数+加算数 (1) 療養病床数 = {Σ(当該区域の性別・年齢階級別人口) × (全国平均の性別・年齢階級別療養病床入院受療率) - (介護施設、在宅医療等で対応可能な数) + 流入入院患者数 - 流出入院患者数} ÷ 病床利用率 (2) 一般病床 = {Σ(当該区域の性別・年齢階級別人口) × (当該区域の性別・年齢階級別一般病床退院率) × 平均在院日数 + 流入入院患者数 - 流出入院患者数} ÷ 病床利用率	基準病床数 = {Σ(性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別の急性期入院受療率)} + {Σ(性別・年齢階級別人口) × (年齢階級別の回復期入院受療率)} + {Σ(性別・年齢階級別の推計人口) × (性別・年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率)} × (精神病床における1年以上入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α) × (地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β) + {Σ(性別・年齢階級別人口) × (性別・年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率)} × (地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ) + 流入患者数 - 流出患者数} ÷ 病床利用率	・ 一般病床及び療養病床の基準病床算定式の一般病床算定数は、地方ブロックごとの性別・年齢階級別の退院率を採用した ・ 急性期は3か月未満、回復期は3か月以上1年未満、慢性期は1年以上の入院期間の患者とした

表2. 第七次医療法改正(2015)における5疾患の指標例の構成

	指標例の分類	区分数	指標数
がん	予防・早期発見、治療、療養支援	3	44
脳卒中	予防、救護、急性期、回復期、維持期	5	25
心筋梗塞等の心血管疾患	予防、救護、急性期、回復期、慢性期・再発予防	5	24
糖尿病	予防、初期・安定期、合併症予防を含む専門医療、合併症治療	5	35
精神疾患	統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察	17	96

表3. 指標例の構成案

	予防・危機介入	入院外医療・リエゾン	入院医療	地域支援
概要	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「地域精神保健及び障害福祉」に関するもの、精神科救急応需体制が主体となっており、地域住民のクライシスコールへの対応といふことができる。	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」及び地域精神保健及び障害福祉」のうちの、精神科外来を中心とした医療活動におおむね対応している。common disordersの領域は、各都道府県の各地において一定のアクセスの良好さが期待される。	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療」のうちの、精神科入院を中心とした医療活動に対応している。common disordersの領域は、都道府県内の各地において一定のアクセスの良好さが期待される。専門性の高い領域、政策医療の領域は、各都道府県において確保されていることが期待される。	「にも包括」報告書の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素」のうちの「住まいの確保と居住支援の充実、居住支援関係者との連携、「つながりのある地域づくりと社会参加の促進」、「当事者・ピアサポーター」等の取組と連携した、あるいは連携を可能にする精神医療の提供である。
ストラクチャー指標の構成案	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村の相談体制（「にも包括」報告書） ・自宅等へ訪問支援を行う多職種チームの編成（「にも包括」報告書） ・精神科救急情報センター体制（「にも包括」救急WG報告書） ・精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況（「にも包括」救急WG報告書） ・市町村における多様な相談業務にあたる職員に対する研修体制（「にも包括」報告書） ・地域住民の精神保健の理解促進と初期支援の普及啓発体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・common disordersに対応できる地域精神医療の体制 ・自宅等へ訪問診療を行う多職種チームの編成（「にも包括」報告書） ・リエゾン診療に対応できる地域精神医療の体制 ・専門性の高い領域（児童・思春期、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、PTSD,高次脳機能障害、摂食障害、難治性てんかん）に対応できる拠点・医療体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・common disordersの地域精神医療の体制 ・合併症診療に対応できる地域精神医療の体制 ・行動制限最小化のためのコアストラテジーの取組体制 ・医療の高度化への対応体制（現重点指標） ・専門性の高い領域（児童・思春期、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、PTSD,高次脳機能障害、摂食障害、難治性てんかん）に対応できる拠点・医療体制 ・政策的な領域（自殺対策、災害等精神医療、医療観察法）への対応体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村、精神科病院、地域の関係機関の連携体制（「にも包括」報告書） ・住まいの確保と居住支援、居住支援関係者との連携体制（「にも包括」報告書） ・孤立しないよう伴走し、支援・助言のできる機能（「にも包括」報告書） ・当事者・サポーターの活動体制（「にも包括」報告書） ・家族支援体制（「にも包括」報告書）
プロセス指標の構成案	ストラクチャー指標に挙げた事項の実績等			
アウトカム指標の構成案と例示	「にも包括」の発展により見込まれる変化			
	精神保健福祉法による通報者数（例示）	精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率（現アウトカム指標）		
	初期支援や相談機関を知っている地域住民の割合（例示）	地域平均生活日数（現アウトカム指標）		
		精神病床における急性期・慢性期入院患者数（65歳未満・65歳以上）（現アウトカム指標）		
	自殺死亡率（例示）			

資料 1

令和 3 年 3 月 4 日

令和 2 年度「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」
研究班全体会議の皆様

研究代表者 竹島 正
(大正大学地域構想研究所)

精神病床の基準病床算定式の研究の方向性についてのアンケートのお願い

令和 2-3 年度「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」(竹島班)は、精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることを目的としています。また、その促進を図るモニタリングの体制と、医療計画における指標および基準病床算定式を提案することを目的としています。

令和 2 年 11 月 16 日に行った研究班全体会議では、研究班における精神病床の基準病床算定式の研究の方向性についての意見交換を行いました。

そこで示された論点や考え方等について、研究班全体会議の皆様のご意見をいただけると幸いです。

ご多忙のところ恐れ入りますが、3 月 12 日(金曜)までにご回答ください。研究分担者以外の回答者には、些少ですが、謝金をお支払いしたいと思います(公務員等は除く)。

どうぞよろしく願いいたします。

- すべての質問に回答していただく必要はありません。
- 文字数は制限しません。
- 参考資料がありましたら添付をお願いします。

いただいたご意見は個人が特定されない形でまとめ、令和 2 年度の報告書に活用させていただきます。何卒よろしく願いいたします。

資料 1

1. 精神病床の基準病床算定式は、一般病床および療養病床の算定式との対応を持ちつつ、精神医療の特性に配慮したものが適切ではないか。また、「にも包括」を後押しするような算定式が必要ではないか。

ご意見をお願いします。

2. 現在の算定式は医療高度化の影響値を組み込んでいるが、その検証は困難であり、合理性が不足しているのではないか。

ご意見をお願いします。

3. 国民にとって必要な病床を確保することが基準病床数の成り立ちである。精神病床については、一般病床および療養病床の算定式にできる限り近づけつつ、精神医療のニーズを踏まえて調整するのが自然である。

ご意見をお願いします。

4. 精神科医療が急性期と中長期に機能分化していくとしたら、救急は一般科に近づき、同じ尺度で見ることができるようにならないといけない。また急性期に続く回復期の精神医療の充実を後押しするような算定式が望まれる。

ご意見をお願いします。

5. 現在の算定式は、自治体の職員から見ると、どこからどこまでが自治体の責任なのか見えにくい。国の政策的なコントロールのターゲット目標はあっていいと思うが、自治体にどこまで責任を持たせるのかは、切り分ける必要がある。また、指標に用いる素材は自治体が積極的に分析・活用できるようにすることが望まれる。

ご意見をお願いします。

6. 総合病院の精神病床はどんどん削減されている。その結果、精神疾患を持つ妊産婦の受け入れ、摂食障害患者の受け入れが立ち行かない状況になっている。

ご意見をお願いします。

7. 高齢化して合併症があると、きめ細かい生活支援がないと地域移行の困難な人も多い。長期入院している人が地域で生活するときどのような支援が必要かをもっときめ細かく考えないといけない。地域のグループホーム等に退院された方が高齢化したときに戻ってくるのは精神科という現状がある。

ご意見をお願いします。

8. 精神症状を抱えてる人が、内科、整形外科、手術をして療養を受けられる環境からますます遠ざかっているように感じる。具体的には、出産後のうつ状態とか、高齢化して整形外科で手術をした後の入院治療等がうまくいかないという話をよく聞く。

ご意見をお願いします。

9. 必要なときに入院治療が受けられて、また退院するときすぐに社会資源を利用するには、両者に一定の空床が必要になる。

ご意見をお願いします。

10. 現在の算定式は生物学的視点からの算定式になっている。また根拠が不十分で、患者の希望する治療との齟齬がある。

ご意見をお願いします。

11. 現在の算定式では、1年以上在院者を長期入院と定義している。長期入院の定義を改め、もっと短くすることが必要ではないか。

ご意見をお願いします。

12. 算定式の長期入院需要については、即削減すべき病床か、諸事情で即削減できない病床として位置付けるような算定式にするべきである。

ご意見をお願いします。

13. 現行の算定式には、重度かつ慢性なる概念が登場する。重度かつ慢性は基準が不明瞭であり、これを根拠に用いない算定式にすることが望まれる。。

ご意見をお願いします。

14. 現行の算定式には、修正型電気痙攣療法や治療抵抗性抗精神病薬の普及による治療影響値が根拠に組み込まれている。しかし、精神科医療を経験した者からはこれらの治療の普及への抵抗がある。これらの影響値によらない算定式にすることが望まれる。

ご意見をお願いします。

15. 現在の精神医療体制構築に係る現状把握のための指標例は16疾患等に分かれていてきわめて複雑である。法律のもとに政府の推進すべき指針が定められているものについては、指標例等の記載を簡素化してもよいのではないか。

ご意見をお願いします。

16. その他

ご意見をお願いします。