

精神障害者に対する医療の提供を確保するための
指針等に関する検討会
(第1回)
議 事 次 第

1. 日時 平成25年7月26日(金) 9:30~12:00

2. 場所

東京都港区虎ノ門3-6-2 第二秋山ビル2階
スタンダード会議室虎ノ門HILLS店(2階ホール)

3. 議事

(1) 精神障害者に対する医療の提供の確保に関するこれまでの検討
状況等

(2) 構成員からのヒアリング

(3) 意見交換

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 構成員名簿

- | | |
|--------|---------------------------------|
| 伊澤 雄一 | 特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会代表 |
| 伊藤 弘人 | 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部長 |
| 伊豫 雅臣 | 千葉大学大学院医学研究院精神医学教授 |
| 岩上 洋一 | 特定非営利活動法人じりつ代表理事 |
| 柏木 一恵 | 公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長 |
| 香山 明美 | 一般社団法人日本作業療法士協会常務理事 |
| 河崎 建人 | 公益社団法人日本精神科病院協会副会長 |
| 吉川 隆博 | 特例社団法人日本精神科看護技術協会専務理事 |
| 倉橋 俊至 | 全国保健所長会副会長 |
| 佐藤 茂樹 | 日本総合病院精神医学会監事 |
| 澤田 優美子 | 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程 |
| 田川 精二 | 公益社団法人日本精神神経診療所協会理事 |
| 田邊 等 | 全国精神保健福祉センター長会会長 |
| 近森 正幸 | 社会医療法人近森会近森病院院長 |
| 千葉 潜 | 医療法人青仁会青南病院院長 |
| 中板 育美 | 公益社団法人日本看護協会常任理事 |
| 中島 豊爾 | 公益社団法人全国自治体病院協議会副会長 |
| 長野 敏宏 | 特定非営利活動法人ハート in ハートなんぐん市場理事 |
| 野沢 和弘 | 毎日新聞論説委員 |
| 樋口 輝彦 | 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター総長 |
| 平田 豊明 | 千葉県精神科医療センター長 |
| 広田 和子 | 精神医療サバイバー |
| 三上 裕司 | 公益社団法人日本医師会常任理事 |
| 山本 輝之 | 成城大学法学部教授 |
| 良田 かおり | 公益社団法人全国精神保健福祉会連合会理事 |

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 開催要綱

1. 趣旨

第183回国会で成立した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律により新たに策定することとされた精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（厚生労働大臣告示。以下「指針」という。）に記載すべき内容等について、有識者、関係者の参集を得て検討を行う。

2. 検討事項

- (1) 以下の指針の内容に関する事項
 - ①精神病床の機能分化に関する事項
 - ②精神障害者の居宅等における保健医療サービスおよび福祉サービスの提供に関する事項
 - ③精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項
 - ④その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項
- (2) その他精神保健医療福祉に関する事項

3. 構成等

- (1) 検討会は、社会・援護局障害保健福祉部長による検討会とし、社会・援護局障害保健福祉部長が開催する。
- (2) 構成員は、別紙のとおりとする。
- (3) 検討会に座長及び座長代理を置く。
- (4) 座長は、構成員の互選により選出し、座長代理は、構成員の中から座長が指名する。
- (5) 座長は、必要に応じ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、検討会の運営に関し、必要な事項は座長が定める。

4. その他

検討会の庶務は、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が行う。

精神障害者の医療の提供の確保 に関するこれまでの検討

I 改正精神保健福祉法の概要 及び主な検討課題

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
 - ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

改正精神保健福祉法の施行に関わる主な検討課題

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針の策定（平成26年4月施行）

○6月に成立した改正精神保健福祉法では、厚生労働大臣は、「精神障害者の障害の特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針を定めなければならない」とされている（平成26年4月施行）。

○指針の内容について検討すべき事項は下記のとおり。

精神病床の機能分化に関する事項

精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

※その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

○上記の指針の策定については、「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」で一定の意見集約を図った上で、障害者部会で議論。

Ⅱ これまでの検討経緯

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする
共生社会の実現

地域生活支援体制の強化

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

普及啓発の重点的实施

精神保健医療福祉の充実に関する検討

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について（平成22年6月29日閣議決定）（抜粋）

(4) 医療

- 精神障害者に対する**強制入院**、強制医療介入等について、いわゆる「**保護者制度**」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する**退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- **精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

退院支援
地域生活支援

強制入院
保護者制度

人員体制の充実

平成23年内に概ね検討済み

- ・病院からの退院に関する目標値の設定
- ・アウトリーチ（訪問支援）の充実
- ・精神科救急医療体制の充実
- ・医療計画への精神疾患の追加
- ・相談支援の充実（地域移行支援・地域定着支援）
- ・宿泊型自立訓練の充実
- ・認知症と精神科医療 等

精神障害者毎に1人決められる「保護者」（主に家族）だけが支える仕組みから地域全体で支える仕組みへの転換に向け、
・「保護者」のみに課せられた責務の廃止
・「保護者」の同意によらない入院手続きの検討

・医療上の精神病床の医師、看護師等の人員配置基準は、一般病床より低くなっている。
・人員体制の検討に当たっては、精神病床の機能の将来像も考慮した検討が必要。

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（主担当：厚生労働大臣政務官）で、
平成24年6月28日とりまとめ

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」（座長：武藤正樹 国際医療福祉総合研究所所長）で、
平成24年6月28日とりまとめ

精神医療福祉に関する取組(改訂版)

○ 平成22年閣議決定を踏まえ、退院支援、地域生活の支援体制の整備について検討を進め、以下の取組を行っている。

(★) 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。

I 地域移行、社会的入院の解消に向けた、病院からの退院に関する明確な目標値の設定

取組1 第3期障害福祉計画(都道府県)における**明確な目標値の設定**

II 地域移行・地域生活を可能とする地域の受け皿整備

◆医療面での支え

取組2 できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う**アウトリーチ(訪問支援)の充実**

取組3 夜間・休日の**精神科救急医療体制の構築**

取組4 医療機関の機能分化・連携を進めるため**医療計画に記載すべき疾病への追加**

◆福祉・生活面での支え(従来の障害福祉サービスの基盤整備に加え新たな取り組みとして)

取組5 退院や地域での定着をサポートする**地域移行支援、地域定着支援の創設**

取組6 **地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどを合わせて実施**

◆認知症の方に対する支え

取組7 入院を前提とせず**地域での生活を支える精神科医療と、地域の受け皿整備**

取組1

第3期障害福祉計画(都道府県)における 病院からの退院に関する明確な目標値の設定

○ 精神科病院からの退院、地域移行を促進し、社会的入院の解消をさらに進めていくため、**退院のさらなる促進に係る要素をより具体化、精緻化した着眼点を設定する。**

【着眼点1】 1年未満入院者の平均退院率

→ 改革ビジョン以来の目標値(76%)を達成するためには、現在より7%相当分引き上げることが必要であり、「平成26年度における平均退院率を、現在より7%相当分増加させる」ことを指標とする。

【着眼点2】 5年以上かつ65歳以上の退院者数

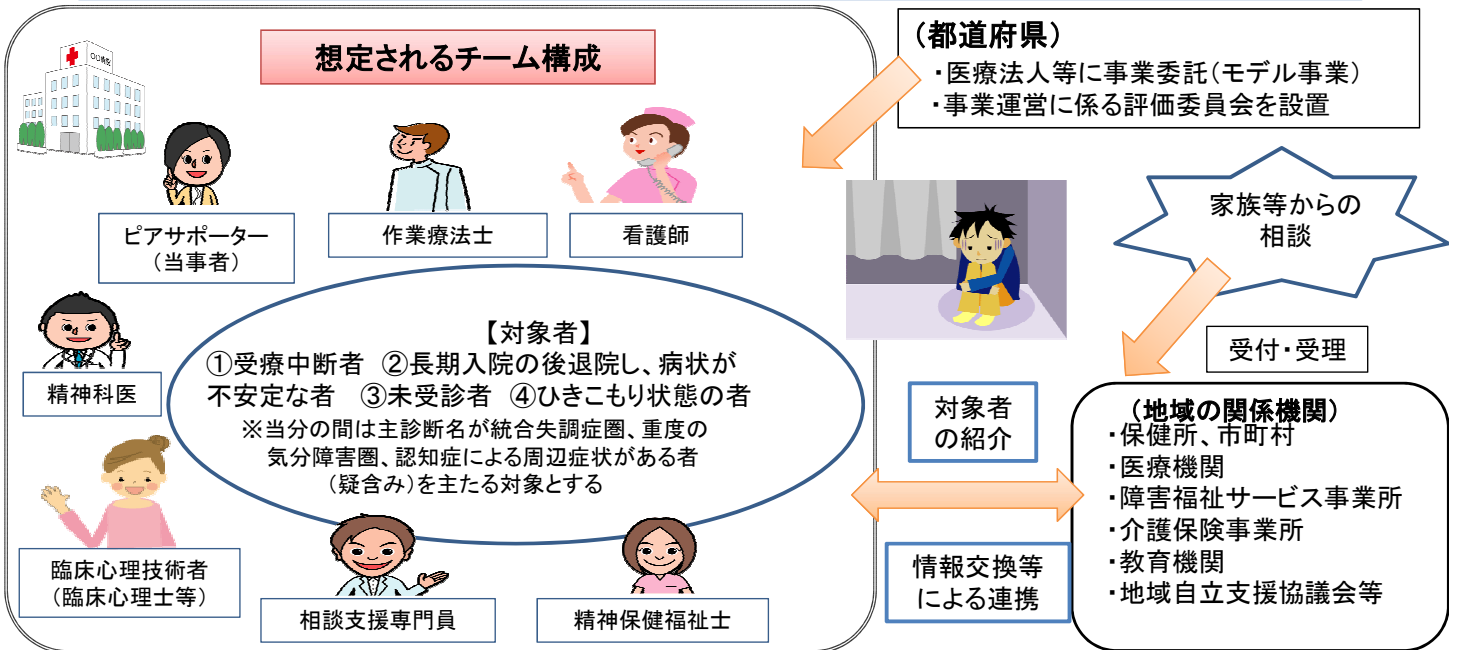
→ 5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないようにするためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要であり、第3期計画期間では「平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、現在よりも20%増加させる」ことを指標とする。

取組2

精神障害者アウトリーチ推進事業(平成23年度～)のイメージ

平成25年度予算額
6.8億円

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



【特徴】・医療や福祉サービスにつながない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

取組3

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

平成23年9月30日

【現状と課題】

- ① 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ② 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069カ所。精神保健指定医は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ③ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ④ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

	平成17年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,069
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	152,019
夜間・休日の受診件数	30,243	36,585
夜間・休日の入院件数	12,096	15,296

図1 精神科救急医療施設の利用状況(平成22年度は暫定値)

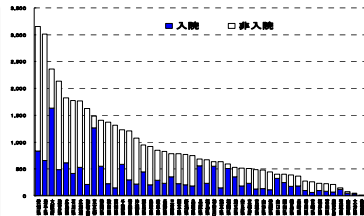


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

【今後の対策】

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日にも対応できる体制を確保(マイクロ救急体制の確保)

等

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル: 精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・ 精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
- ・ また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル: 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
 - ・ 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討

等

【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

取組4

医療機関の機能分化・連携を進めるため

医療計画に記載すべき疾病への追加

- 精神疾患の患者数が、現行の「4疾病」の患者数よりも多くなっていること等を踏まえ、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、**地域において求められる医療機能、各医療機関等の機能分担や連携体制を明確化、各都道府県における精神疾患に関する医療提供体制の整備を進める。**

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

【「医療計画について」(平成24年3月30日付け医政発第0330第28号) 抜粋】

2 医療連携体制について

(2) 医療計画に定める以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

- ① **住み慣れた身近な地域**で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、**適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築すること。**
- ③ 症状が多彩にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、**アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制を構築すること。**
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、**必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制を構築すること。**
- ⑤ 医療機関等が**提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。**

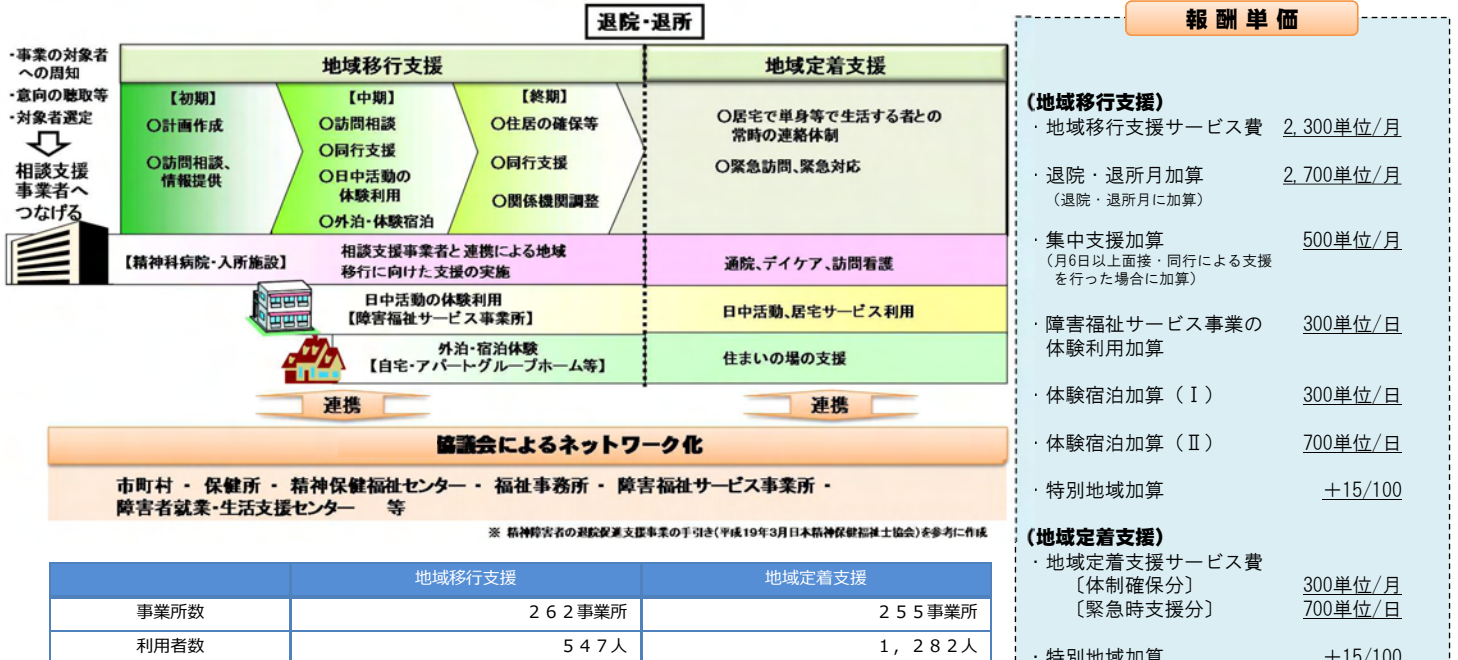
取組5

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。

地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ (イメージ)



取組6

宿泊型自立訓練の地域移行・地域支援機能の強化

改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは**宿泊型自立訓練と就労継続支援などの日中活動サービスやショートステイの事業等と組み合わせる実施しやすくするとともに、新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を組み合わせる実施すること**等により、病院・入所施設からの地域移行・地域生活への定着を一層促進。

～H24.3.31

H24.4.1～

▲ 改正障害者自立支援法の施行・新体系移行の期限

精神障害者生活訓練施設、知的障害者通勤寮など旧体系施設

(昼夜を通じた社会復帰のため訓練等)

※旧体系施設については、平成24年4月から新体系へ移行

地域移行・地域生活支援機能の強化を図る観点等から**宿泊型自立訓練の規制を見直し**

- ① **標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等**
 ・ 長期入院していた者等の減額単価（162単位）の適用時期を現行の2年から標準利用期間である3年を超える場合に延長。
 ・ 支給決定プロセスの見直しに伴い、長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
- ② **短期入所を行う場合の要件緩和（空床の利用）**
 宿泊型自立訓練等においても、必要な人員を配置した場合には、空床等を利用して短期入所事業が実施できるよう、基準を見直し。
- ③ **看護職配置加算の創設**
 医療的な支援を充実させるため、**看護職員の配置を評価する加算を創設**。

宿泊型自立訓練

(夜間における地域生活のための訓練等)

※ 看護職の配置を評価

＋ 事業者の選択により、次のサービスを組み合わせる実施

日中活動サービスの実施

(自立訓練(生活訓練)、就労継続支援B型など)

ショートステイの実施

(再入院の予防・悪化時の受け入れなど)

地域移行支援・地域定着支援の実施

(新生活の準備支援、24時間の相談支援体制、緊急時対応など)

連携

★相談支援の充実

- ・ ケアマネジメントの導入によりサービス利用計画書を重視
- ・ 相談支援体制の強化(地域移行支援・地域定着支援の個別給付化)など

取組7

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標～ケアの流れを変え～

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつでも、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

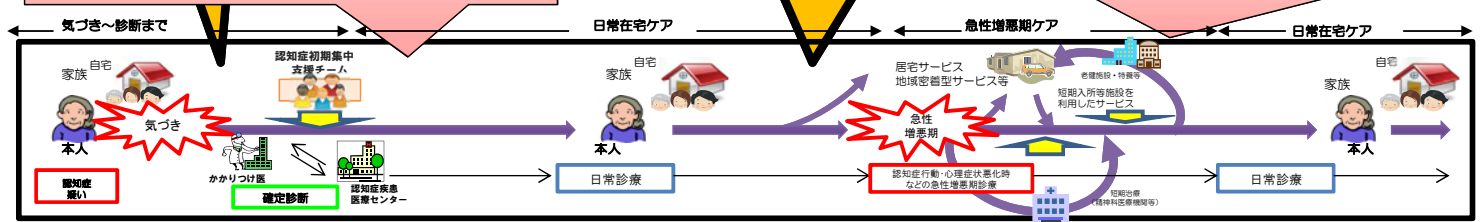
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。
- かかりつけ医の認知症対応力の向上
 認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。
- 「身近型認知症疾患医療センター」の整備
 かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。
- 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。
- 精神科病院に入院が必要な状態の明確化
 医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。
- 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。
- 一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上
 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対する困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症にふさわしい介護サービスの整備
 「グループホーム」小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。
- 認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。
- 「グループホーム」の活用を推進
 「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
 「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。
- 「認知症地域支援推進員」の設置
 全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。
- 家族に対する支援
 認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。
- 市民後見人の育成と活動支援
 全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

＜今後の方向性に関する意見の整理＞

平成24年6月28日

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

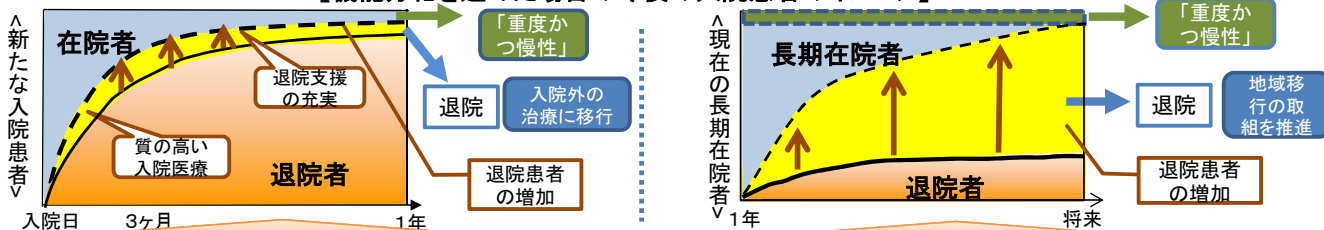
＜精神科医療の現状＞

- 新規入院者のうち、約6割は3か月未満で、約9割は1年未満で退院。一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院者全体の3分の2）
- 精神病床の人員配置は、医療法施行規則上、一般病床よりも低く設定（医師は3分の1、看護職員は4分の3）

＜精神病床の今後の方向性＞

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】



- 3か月未満について、医師・看護職員は一般病床と同等の配置とし、精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 3か月～1年未満について、医師は現在の精神病床と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神保健福祉士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する。
- 重度かつ慢性について、調査研究等を通じ患者の基準を明確化し、明確かつ限定的な取り扱いとする。
- 精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。

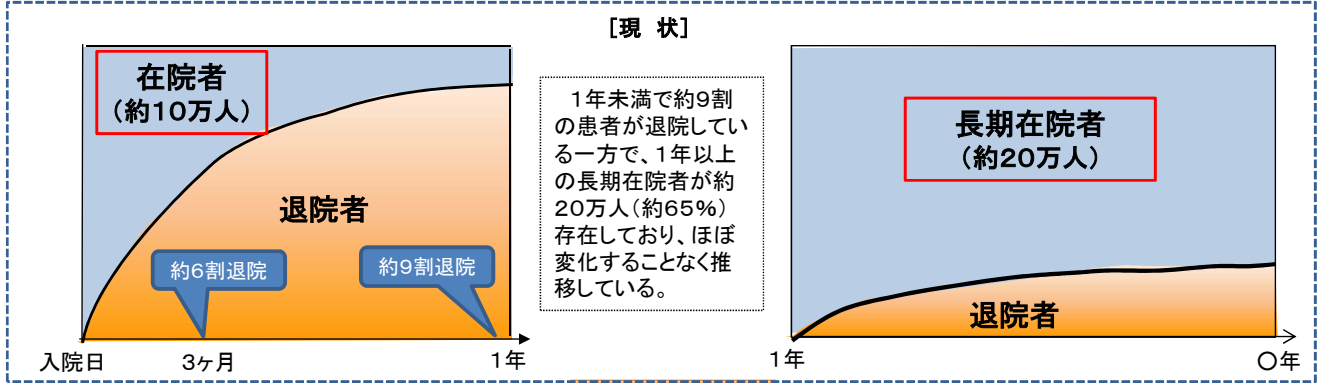
- 現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する。
- 医師は現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の人員配置基準とする。
- さらに、開放的な環境を確保し、外部の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のように、機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

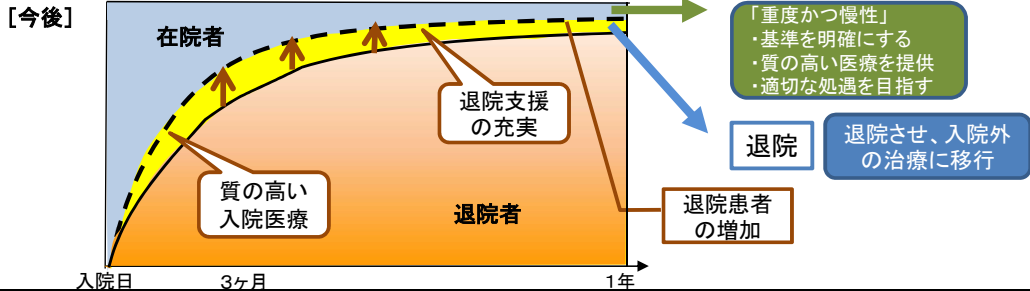
- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

現在の長期入院者への対応

- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

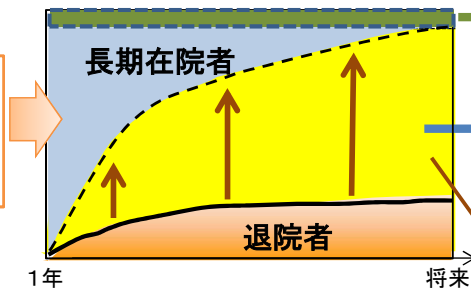


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)	
	<ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直ししていく 	

現在の長期在院者への対応

【今後】

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取組をより一層促進する

退院患者の増加

	現在の長期在院者（「重度かつ慢性」を除く）（精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者）	
地域移行の取組	<ul style="list-style-type: none"> ○長期在院者の地域移行を推進するため、 <ul style="list-style-type: none"> ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う ・アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすいような方策を検討する 	<p>人員体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、 <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする
その他の意見	<ul style="list-style-type: none"> ○地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がいい ○地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき ○長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等で対応すべきとの意見があった。 ○地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である ○長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき 	<p>療養環境</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、 <ul style="list-style-type: none"> ・開放的な環境を確保する ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

新たな入院患者への対応に関する主な意見①

	3ヶ月未満	3ヶ月～1年未満	重度かつ慢性
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ・身体管理など医療を提供する観点から、一般病床と同等の配置が必要（堀江構成員、樋口構成員、長野構成員、川崎構成員、小川構成員、天賀谷構成員） ・看護師は最低でも一般科と同じ3対1は必要（計見参考人、武川参考人） ・精神医療は一般医療と異なるので、多職種あわせて3対1の人員配置基準にするべき（山崎構成員、千葉構成員、三上構成員） ・多職種での人員配置基準は反対。看護配置3対1で、多職種は上乗せして配置すべき。医師は16対1必要（長野構成員） ・看護師配置と多職種配置は分けて考えるべき（小川構成員、菊池代理人、広田構成員） ・精神保健福祉士や臨床心理技術者等の多職種を配置基準に入れてほしい（門屋構成員） ・早期の退院のためには、急性期から退院支援にかかわる精神保健福祉士や作業療法士等の職種を配置し、精神保健福祉士の担当患者は10人までとするべき（長野構成員） ・退院調整は看護師ではなく、精神保健福祉士等が行うなど、チーム医療を推進するべき（山崎構成員） ・急性期にはさまざまな患者がいるので、患者の状態に応じた治療ができるよう個室も必要（計見参考人、武川参考人） ・入院生活は濃密な体制で行うべき。病室は個室を基本とし、ユニット単位での配置も認めるべき。医療観察法水準とまではいかなくても、それを目指すべき（千葉構成員） ・自宅への退院を目指すことを治療の目標とすべきであり、精神保健福祉士等の地域に退院させるための人員も必要（計見参考人） ・入院患者への内服指導等、薬剤師も大切であり、薬剤師の配置についても考えるべき（中沢構成員） ・重症の隔離室から出せない患者には、力があり技術を持つスタッフも必要（千葉構成員） 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援の観点では、多職種で3対1の人員配置にするべき（千葉構成員、山崎構成員、佐々木構成員） ・看護配置3対1とした上で、退院支援などの多職種を上乗せして配置すべき。医師は16対1を目指すべき（中島構成員） ・症状が不安定な場合にも対応できるように、看護配置3対1は必要（天賀谷構成員、菊池代理人） ・財源や人員に限りがある中で、精神病床全てを看護師3対1にするのは短期的には無理であり、まずは多職種で3対1とするべき（千葉構成員） ・患者の状態により必要な支援が異なるため、看護師だけではなく、多職種による支援が必要（千葉構成員） ・看護師配置と多職種配置は分けて考えるべき（小川構成員、菊池代理人、広田構成員）【再掲】 ・多職種による退院支援と地域でのサポートが連携し、できるだけ早く退院させ、1年で地域移行すべき（川崎構成員、小川構成員、長野構成員、門屋構成員） ・外部から病院に支援が入る仕組みを考える必要がある（長野構成員、門屋構成員） ・患者の状態に応じた受け皿が必要（樋口構成員） ・自宅への退院を目指すことを治療の目標とすべきであり、精神保健福祉士等の地域に退院させるための人員も必要（計見参考人）【再掲】 ・1年未満で退院させることが、症状を慢性化させないために非常に重要（日本精神保健福祉士協会、川崎構成員） ・新たな長期入院患者を作らないことが重要（千葉構成員、川崎構成員） ・新たな長期入院患者を作らないことがまず重要であり、それと現状の長期高齢入院患者にどう対応するかは分けて考えるべき（長野構成員） ・多職種配置では、看護補助者を配置するべきではない（中島構成員） 	<ul style="list-style-type: none"> ・重複障害や重度の精神障害のある患者と考えれば、一般病床と同等の配置が必要（樋口構成員、中島構成員、小川構成員） ・現在は人員が不十分なため保護室が利用されている面もあり、1対1で人員がつくような配置にする必要がある（長野構成員） ・海外の長期重症病棟は、急性期に準ずる看護師中心の配置である（佐々木構成員） ・重度かつ慢性でも、精神疾患と身体疾患で状態像が異なるため分けて考えるべきで、身体は看護師3対1、精神は多職種で3対1の配置とするべき（三上構成員） ・重度の患者をみるためにはある程度の抑止力が必要なため、看護師だけではなく、多職種で3対1の配置が必要（千葉構成員） ・重症の隔離室から出せない患者には、力があり技術を持つスタッフも必要（千葉構成員）【再掲】 ・重度かつ慢性の患者には手厚い人員体制が必要であり、看護配置は最低3対1必要（天賀谷構成員） ・財源や人員に限りがある中で、精神病床全てを看護師3対1にするのは短期的には無理であり、まずは多職種で3対1とするべき（千葉構成員）【再掲】 ・重度かつ慢性には重複障害（知的障害等）が含まれるが、長期の対応が必要であり、アウトリーチでの対応も必要（樋口構成員） ・治療効果のない重症者は医療機関にいてもいいと思うが、それ以外の患者はなるべく地域で、訪問支援によってみていくことが望ましい方向（川崎構成員） ・看護補助者ではなく、何らかの資格（例えば介護）を有した職種で、多職種3対1の配置にするべき（中島構成員） ・身体合併症は、身体科に対応すべき（樋口構成員） ・精神症状が軽症や中等症でも、身体合併症が重度ならば、7対1、10対1で対応すべき（三上構成員） ・重度かつ慢性について、環境要因により作られたものは対象から外すべき（長野構成員） ・重度かつ慢性の中に身体疾患をどう位置づけるかも検討が必要（三上構成員） ・重度かつ慢性について、①の意味は3ヶ月未満と同様の配置にすべきと考えている（小川構成員） ・アウトリーチではなく、ホームヘルパー等を入れるべき（広田構成員） ・少なくとも現時点ではアウトリーチが必要（中島構成員）

新たな入院患者への対応に関する主な意見②

	3ヶ月未満	3ヶ月～1年未満	重度かつ慢性
人員体制など	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉士は、各病棟1名以上の配置が望まれる(日本精神保健福祉士協会) ・作業療法士は、作業療法士1名で1日に患者50人までとされているが、実態に合わせて患者20～25人程度を担当するような配置が望まれる(日本作業療法士協会) ・身体疾患を合併する患者を受け入れる精神病床は、一般病床の人員配置をベースに、さらに精神医療のスタッフを追加する必要がある(平安構成員、中島構成員) ・入院期間は平均在院日数で考えた方がわかりやすい。その際、重度かつ慢性の患者は、平均在院日数の算定から除くべき(三上構成員) 		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・人材が不足しており、新しい人員配置にするためには十分な移行期間が必要。医療法でやるのか診療報酬でやるのか、地域で考えるときには整理が必要。(中沢構成員) ・機能分化を進める際、小さい病棟は複数に分けられないので、一つの病棟で複数の患者をミックスさせ人員を傾斜できるような仕組みを検討する必要がある(千葉構成員、佐々木構成員、長野構成員) ・現在人員は限られており、現実的な人員配置にするべき(菅間構成員) ・いまだに1病棟当たりの病床数が70床であったり、畳部屋や鉄格子がある病院もある。そうした療養環境も改善させていくべき(小川構成員) ・社会的入院の是正や、医療法の精神科特例を撤廃する、という理念を記載すべき(堀江構成員、伊澤構成員) <p><入院期間に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種による退院支援と地域でのサポートが連携し、できるだけ早く退院させ、1年で地域移行すべき(川崎構成員、小川構成員、長野構成員、門屋構成員)【再掲】 ・1年未満で退院させることが、症状を慢性化させないために非常に重要(日本精神保健福祉士協会、川崎構成員)【再掲】 ・退院の支援や受け皿が整っていない状態で、入院医療の上限を1年にするのは難しい(三上構成員) ・入院医療を1年で区切ることは難しい。重度慢性を除いて、1年以上入院するような患者がいないように取り組む、という表現にしてはどうか(千葉構成員) ・入院医療の上限を1年で明確にし、期限を区切る必要がある。入院1年目に審査等を行い、判断するべき(中島構成員) <p><人材の質に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人員配置は、単に人を増やせばよいということではなく、配置される人材が、当事者の目線になれる者であることが大事(堀江構成員) ・人が多ければよいということではない。医療の質をよくする必要がある(山本眞理参考人) ・専門職は病院内だけではなく、地域に出て役割を担っていくべき。専門職のスキルアップが重要(堀江構成員、広田構成員) <p><機能分化の進め方に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟別の機能分化だけではなく、病床数が少なくても機能分化できるような方法もなければ、地方の精神科医療は崩壊してしまう(長野構成員) ・精神病床の人員配置を充実させる方向性を進めるためには、それに見合う診療報酬が必要(平安構成員、武川参考人) ・人員配置の充実が必要だが、限りのある財源の中で、短期的に実現するためには、機能分化が必要であり、慢性期病棟から、急性期病棟や外来医療への人材の再配置を考える必要がある(福田構成員) ・病床削減が先か受け皿整備が先かという議論はやめ、腹をくくって、必要なサービスがあるなら自立支援協議会で協議を進めながら整備を進めるべき(伊澤構成員) ・経過措置の期間について当分の間ではなく、具体的に明示すべき(小川構成員) ・人員の充足状況や入退院の状況等、今後2～3年毎に検証を行うべき(長野構成員) 		

現在の長期在院者への対応に関する主な意見

	現在の長期在院者
地域移行の取組	<ul style="list-style-type: none"> ・3年くらいで地域移行させるべきと考えるが、介護の受け入れ体制の整備等を考慮しても、長くて5年くらいで地域移行させるべき(堀江構成員) ・地域移行を行った後も病院が24時間対応できるような体制にするべき(中島構成員) ・地域移行を進めるといふ点はゆるがない方針として、そのための選択肢は多い方が良い(長野構成員) ・今の長期入院者は、これからであればそうならなかったはずの人たちであり、より積極的な解決を図ることが必要(長野構成員) ・地域移行を進めるためには、医療と福祉を総合的に提供できるような新たな仕組みを作る必要がある(千葉構成員) ・介護施設でないとだめということではなく、在宅型の施設やアパートなどに退院させていくことを考えるべき(中島構成員) ・現状の長期高齢入院患者についても、できるだけ退院を目指していくことが重要(長野構成員) ・退院後の住居の確保が大切。住宅施策についても考えるべき(広田構成員、中島構成員)
人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援などの精神科ケアの特性を考えれば、看護職だけでなく多職種での配置基準を考えていくべき(佐々木構成員、中島構成員) ・患者の状態により必要な支援が異なるため、看護師だけでなく、多職種による支援が必要(千葉構成員) ・重度の生活障害を持つ入院患者に対し、作業療法士の果たす役割は大きい(中島構成員) ・急性期や亜急性期は一般病床に近づけるとして、ここは過渡的なものとして療養病床の配置を踏襲するべき(小川構成員) ・介護が必要な者は介護施設でみるべきだが、そのような人は多くはない。介護の対象でないが医療が必要な人を想定し、例えば医師100対1など、介護施設の配置を加味した類型を医療で作るべき(三上構成員) ・長期療養者をみる病棟では、隔離や身体拘束はいらないので、指定医よりも退院支援の観点から精神保健福祉士を配置すべき(山崎構成員) ・夜間の患者の急変に対応できる看護職員を確保すべき(小川構成員)
療養環境	<ul style="list-style-type: none"> ・療養環境を整えるために、必要な情報を入院患者に十分に伝えることができるような人員配置にするべき。院内スタッフだけではなく、病院の外部からも支援者が関われる環境が必要である(伊澤構成員) ・本人の意向が大切であり、そのために選択肢を示すこと、様々なサービスの情報が伝わること、体験することが重要である(野澤構成員) ・閉鎖病棟や保護室等があるような病棟ではなく、退院を目指すような、生活の場に近い開放的な環境が必要(山本深雪参考人) ・退院に向けて地域とのつながりを構築できるよう、ピアサポーター、地域関係者、相談支援専門員などが自由に出入りできる環境が必要(山本眞理参考人) ・長期療養者について、隔離や身体拘束を12時間以上できるとの条項は適用すべきではない(山本構成員) ・長期療養をみる病棟では、隔離や身体拘束はいらないので、指定医よりも退院支援の観点から精神保健福祉士を配置すべき(山崎構成員) <p>【再掲】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期療養をみる病棟の指定医配置はいらぬということにより、指定医ではない若い医師を配置すべきという誤解がないようにすべき(平安構成員)
その他	<p><介護老人保健施設への転換に関する意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の長期高齢患者の受け皿として、精神医療と介護の両方に対応できるような施設(転換老健)を作ることについて検討するべき(千葉構成員) ・介護が必要な者は介護施設でみるべきだが、そのような人は多くはない。介護の対象でないが医療が必要な人を想定し、例えば医師100対1など、介護施設の配置を加味した類型を医療で作るべき(三上構成員)【再掲】 ・海外でも転換型の施設を作っている国はあるが、介護保険でみている国もあれば医療保険でみている国もあり、どちらでもよい。入院患者の高齢化も進んでおり、転換老健も選択肢のひとつとして考慮する必要があるのではないかと(佐々木構成員) ・結局、患者を施設に閉じ込めるようなものであれば、転換老健には反対(広田構成員)

精神障害者に対する 医療の提供の現状

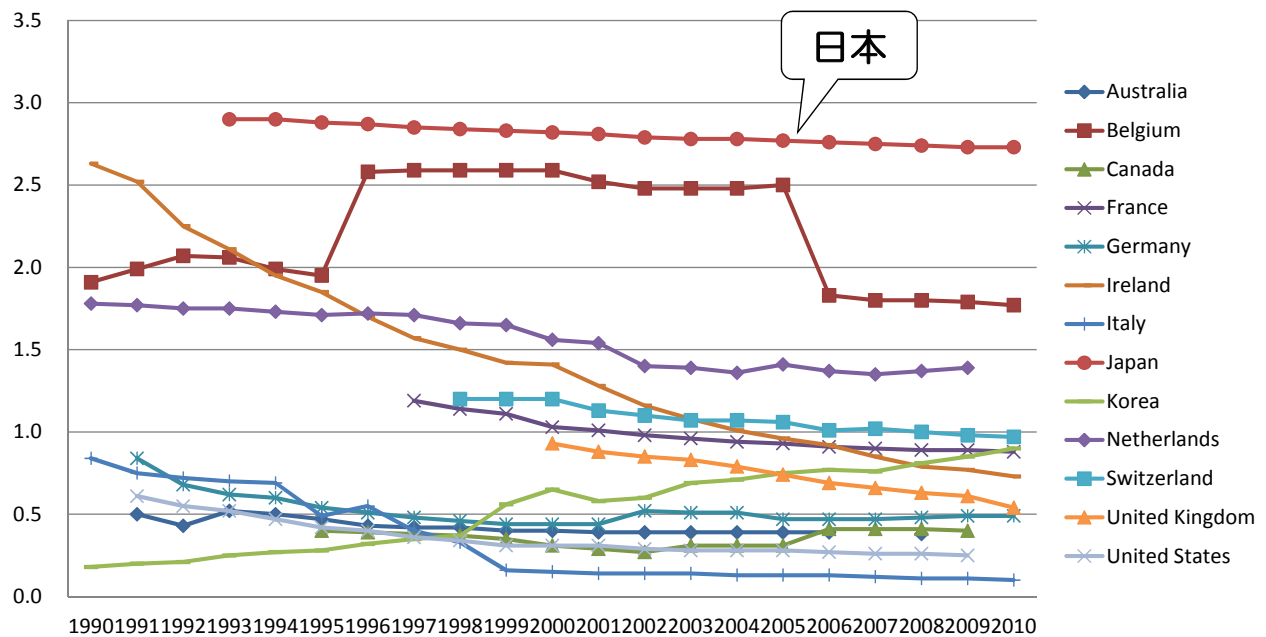
目次

- 1 精神科医療の現状
- 2 精神病床の機能分化について
- 3 精神障害者の居宅等における保健医療福祉サービスについて
- 4 精神障害者のチーム医療について
- 5 その他

1. 精神科医療の現状

精神病床数※(諸外国との比較)

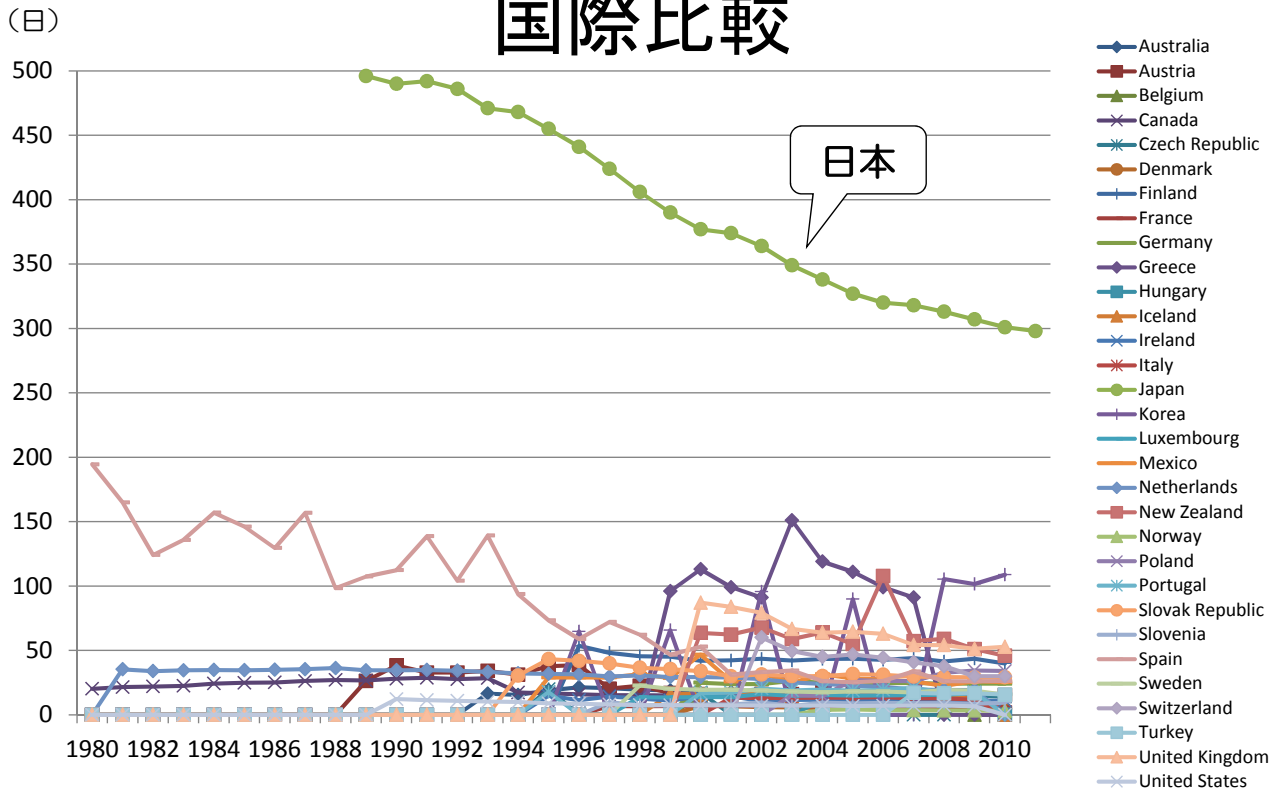
単位:床/千人



※各国により定義が異なる

資料: OECD Health Data 2012

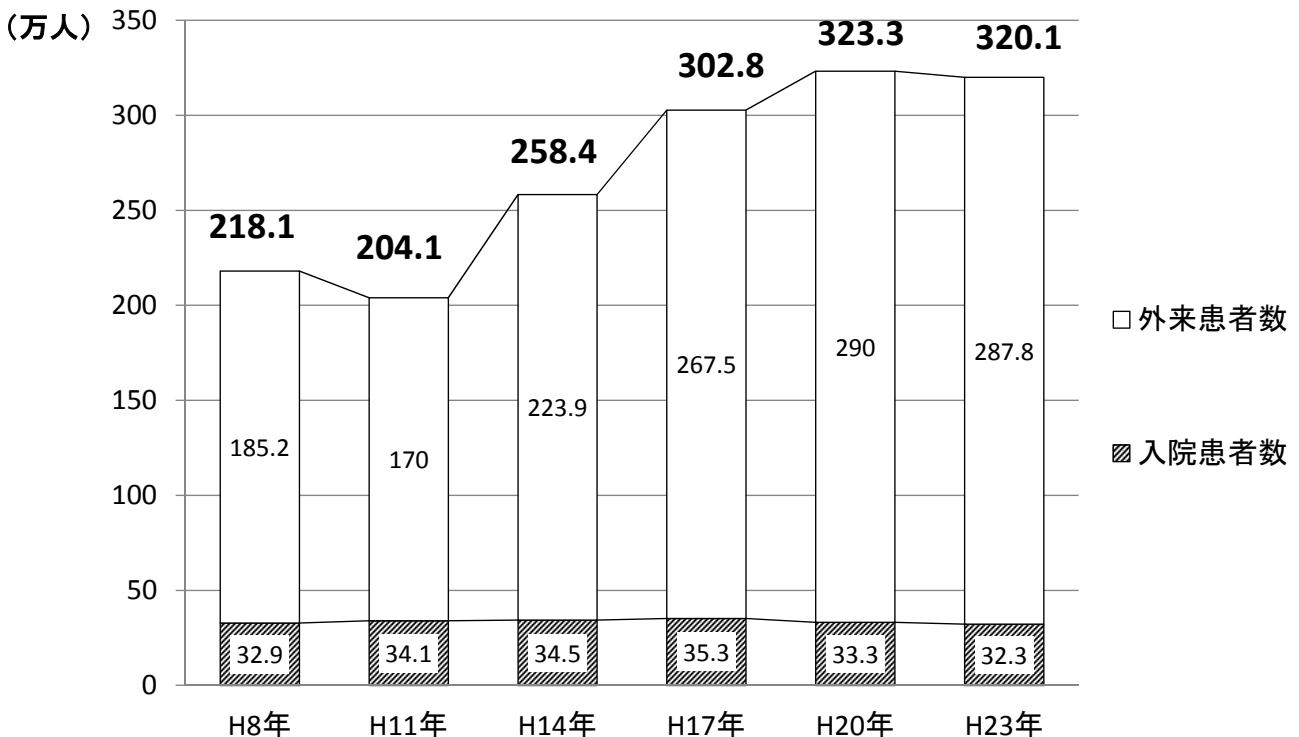
精神病床の平均在院日数推移の国際比較



※各国により定義が異なる

資料：OECD Health Data 2012
注) 日本のデータは病院報告より

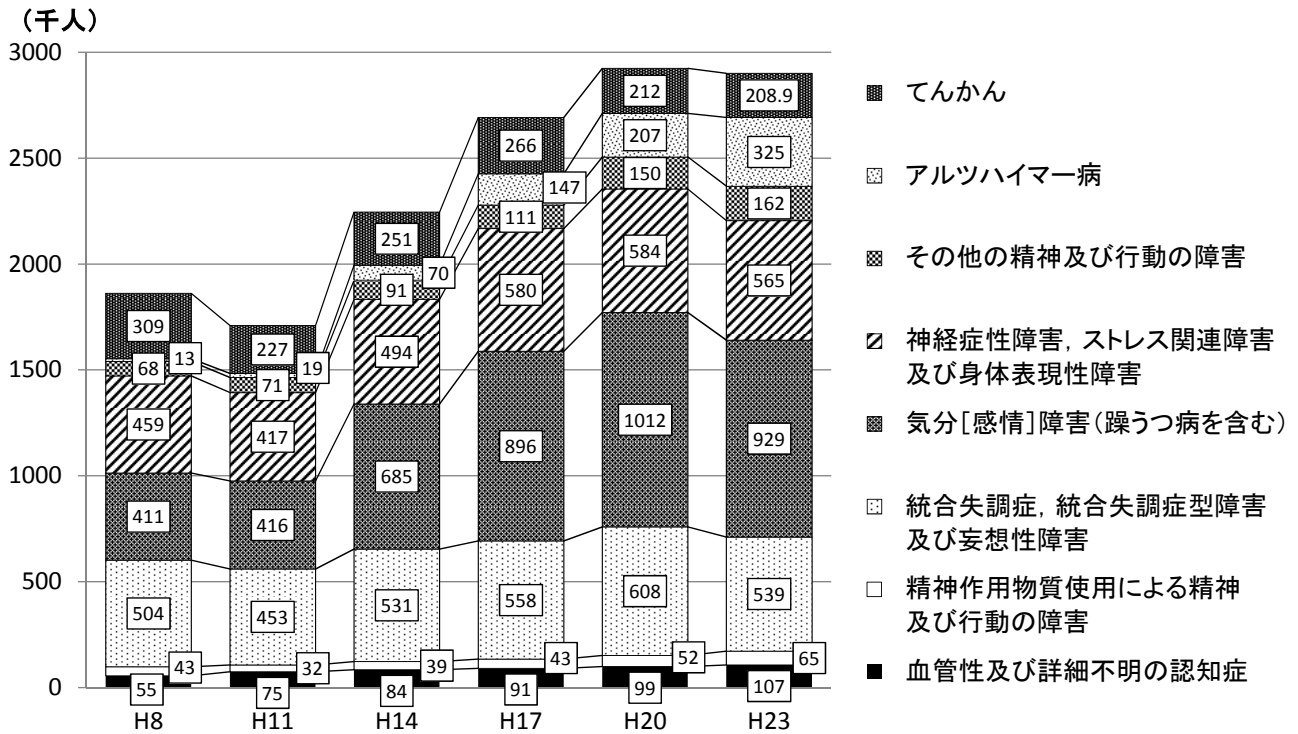
精神疾患の患者数 (医療機関にかかっている患者)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査

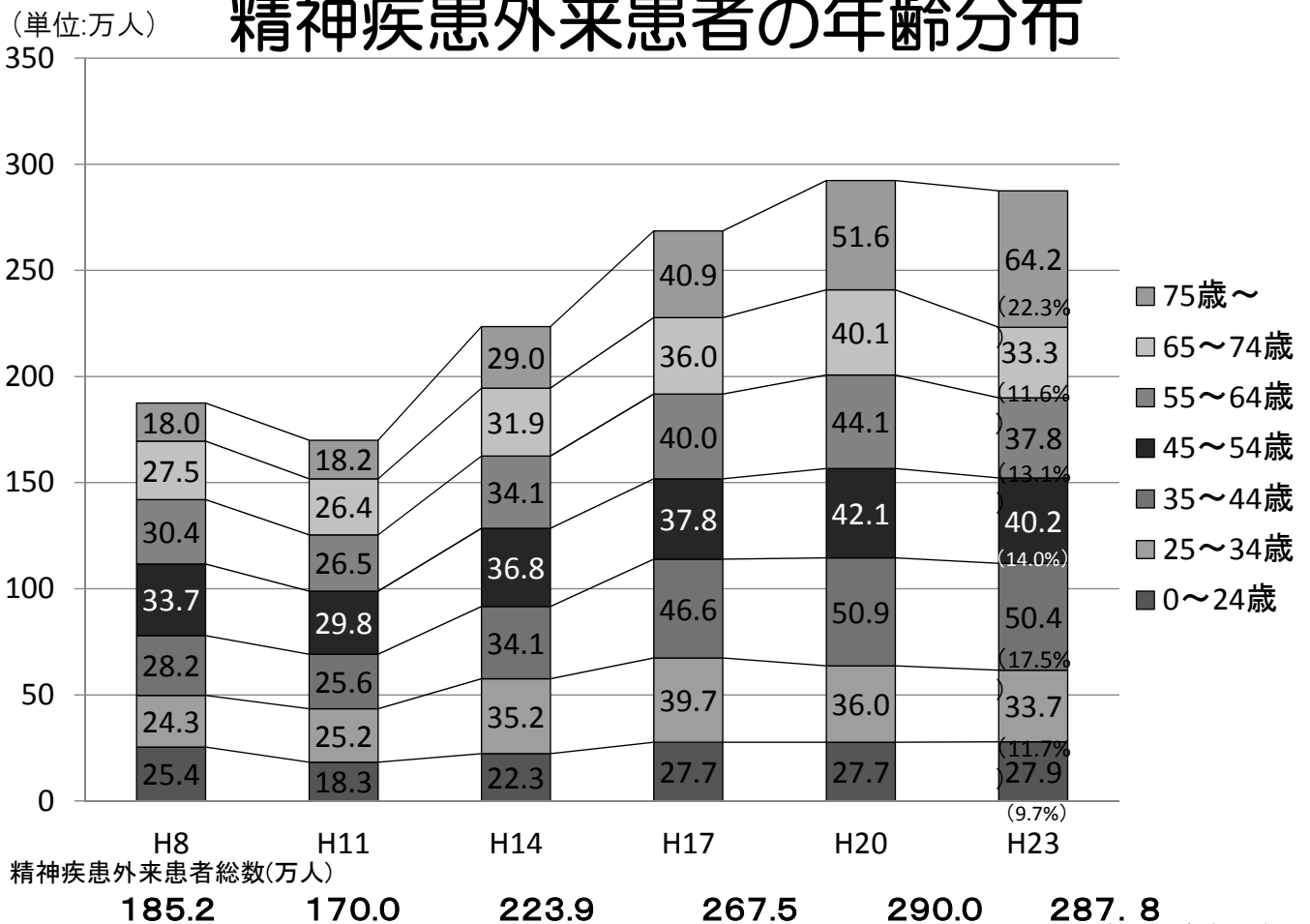
精神疾患外来患者の疾病別内訳



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

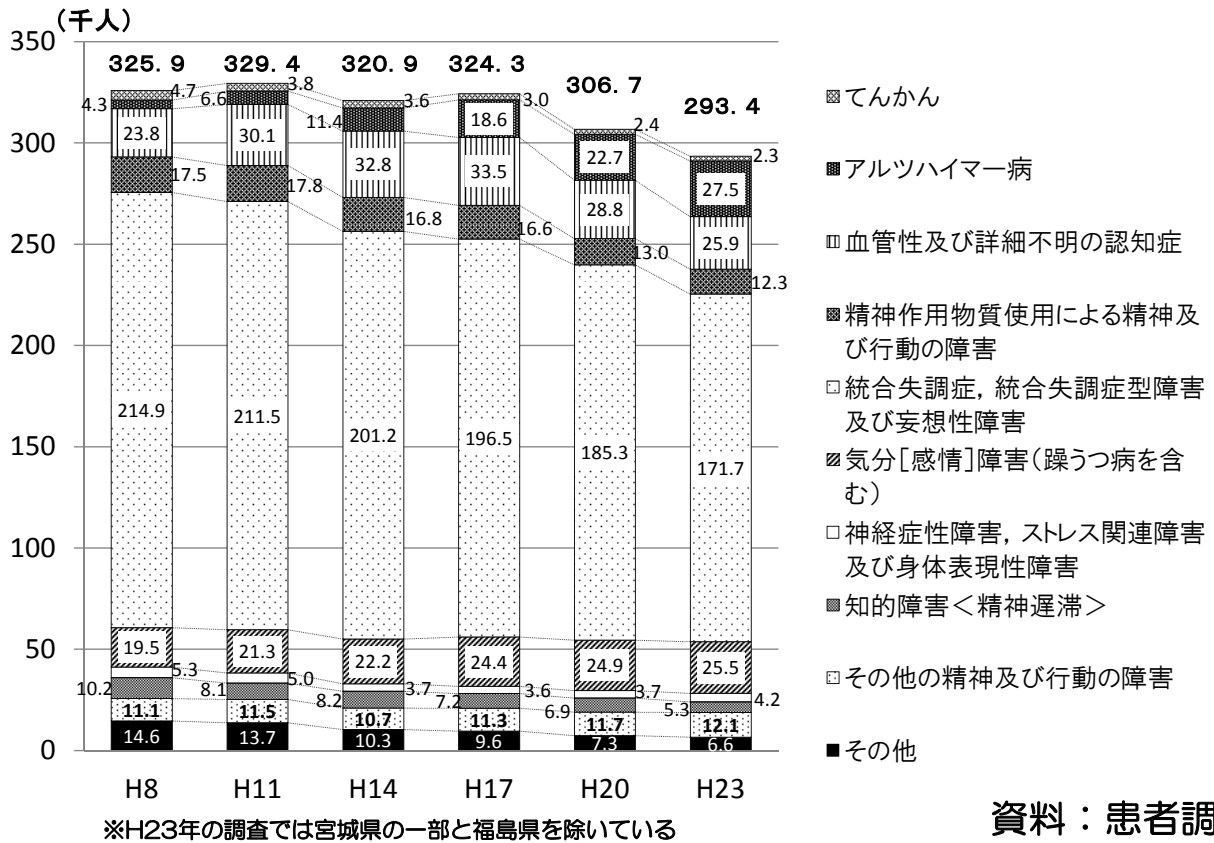
資料：患者調査

精神疾患外来患者の年齢分布

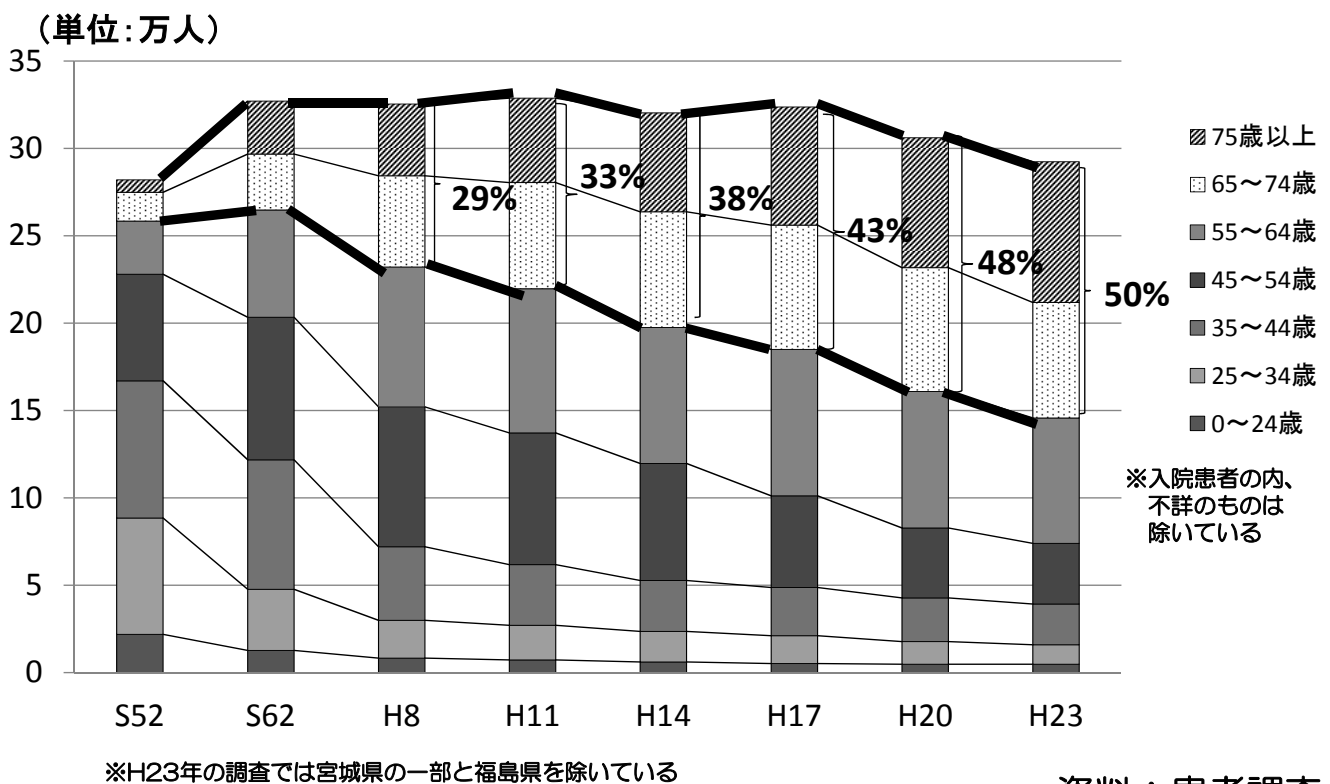


資料：患者調査

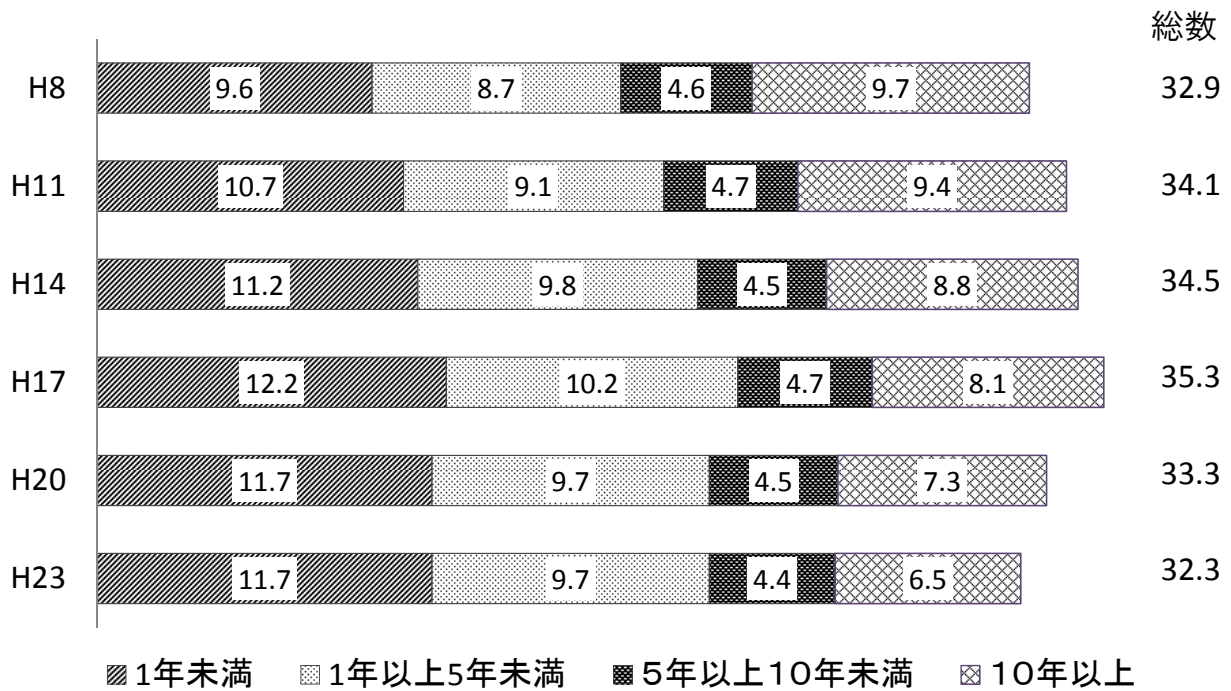
精神病床入院患者の疾病別内訳



精神病床入院患者の年齢分布



精神疾患による推計入院患者数 (在院期間別)

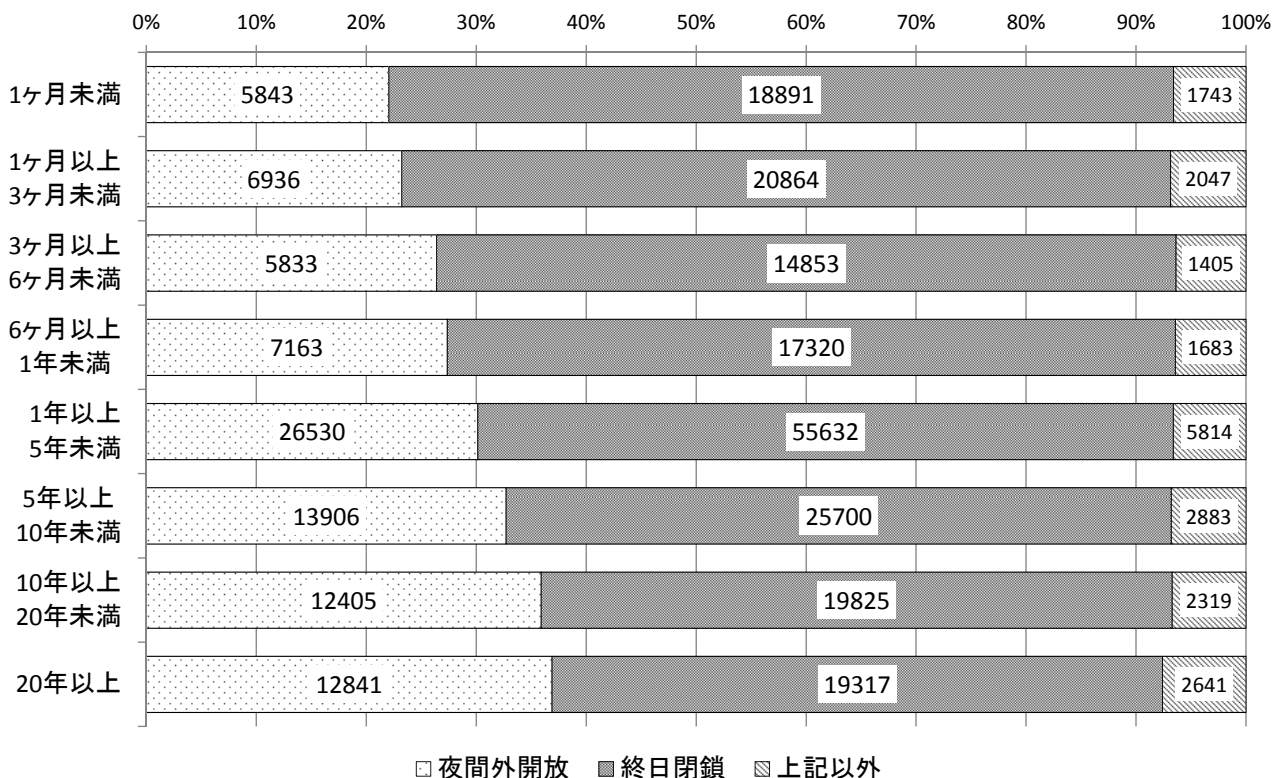


※総数は、在院期間が不詳なものも含めた数である

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

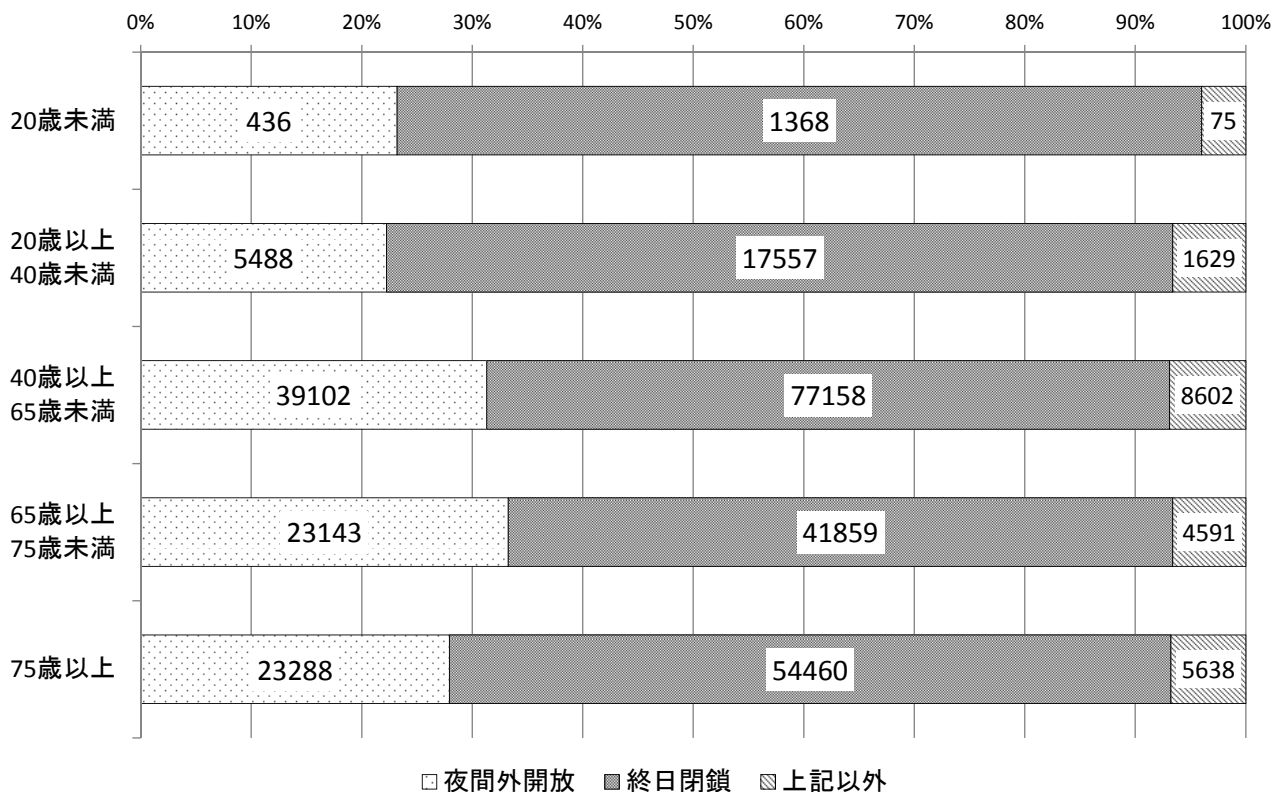
資料：患者調査

在院期間別 × 処遇の状況別 患者数



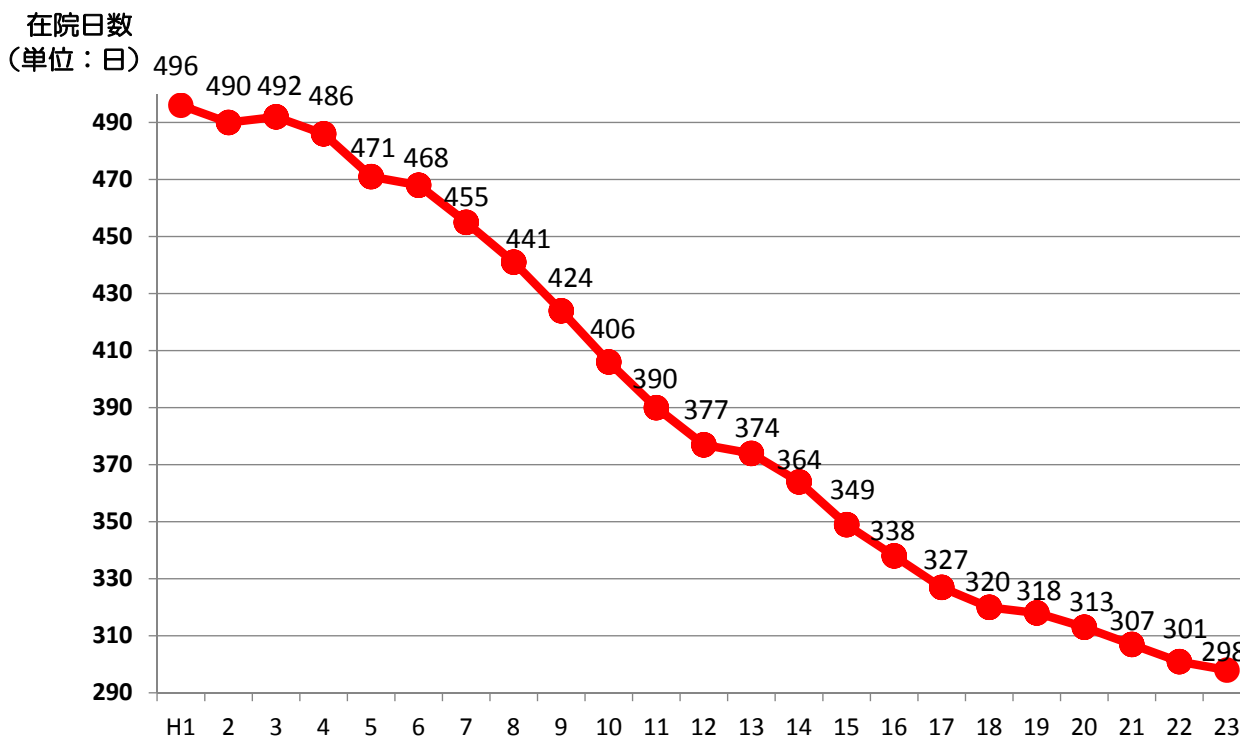
平成23年6月30日現在 精神保健福祉課調べ

年齢階級別×処遇の状況別 患者数



平成23年6月30日現在 精神保健福祉課調べ

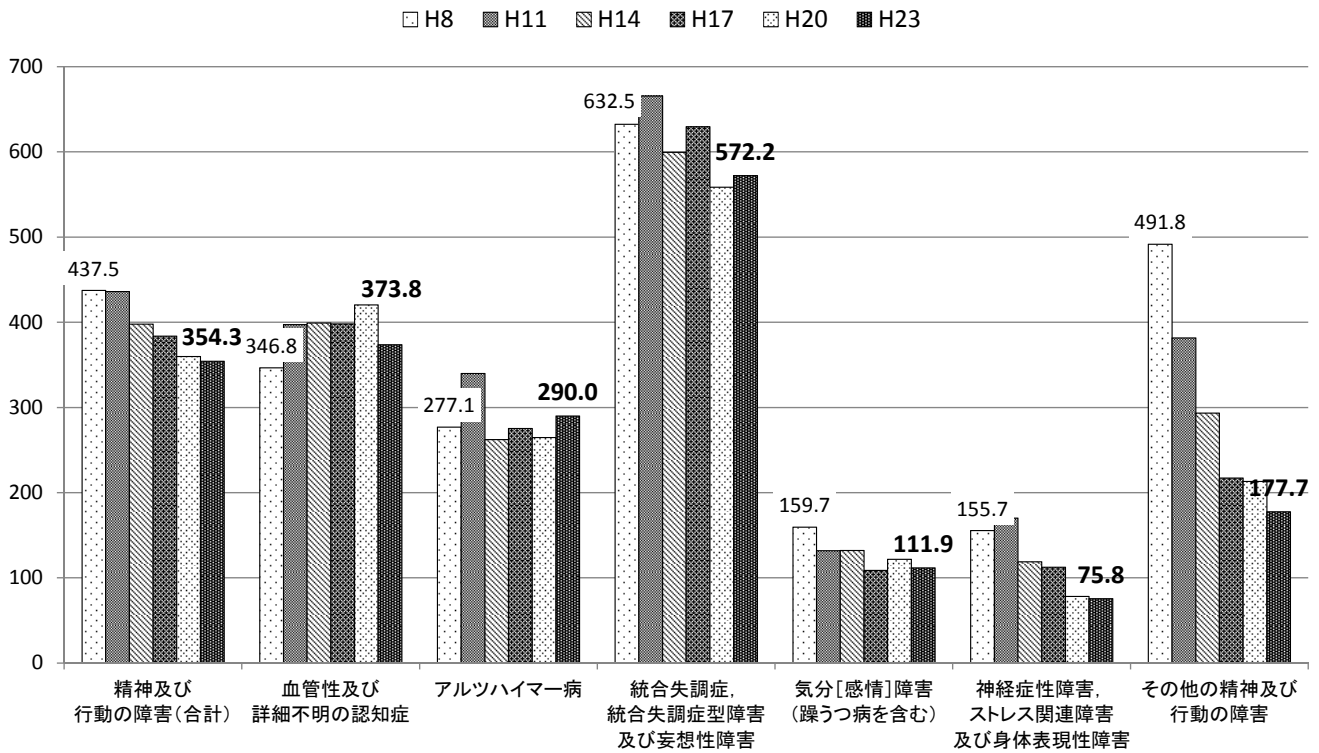
精神病床の平均在院日数の推移



※平均在院日数 =
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：病院報告

疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

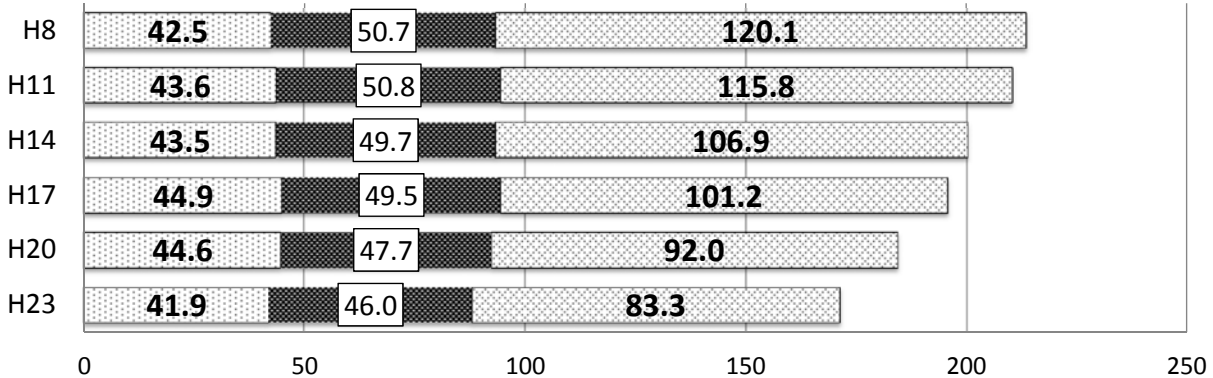
資料：患者調査

在院日数別年次推移(精神病床)

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

統合失調症

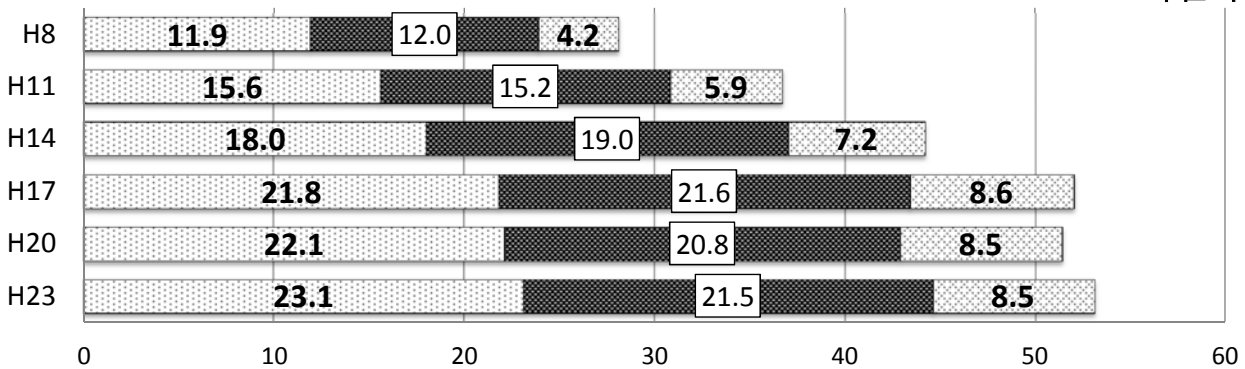
単位：千人



認知症

□ 1年未満 ■ 1年以上5年未満 ▨ 5年以上

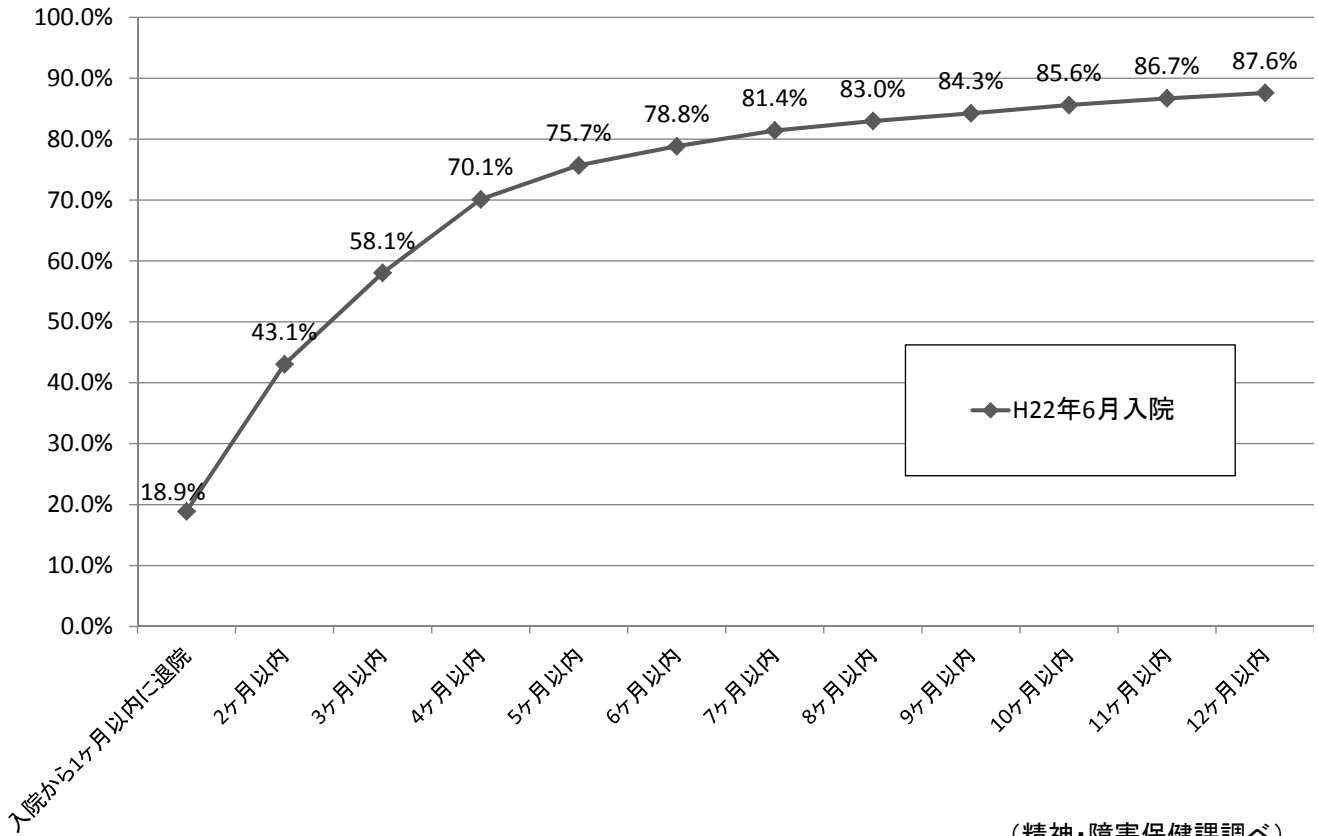
単位：千人



□ 1年未満 ■ 1年以上5年未満 ▨ 5年以上

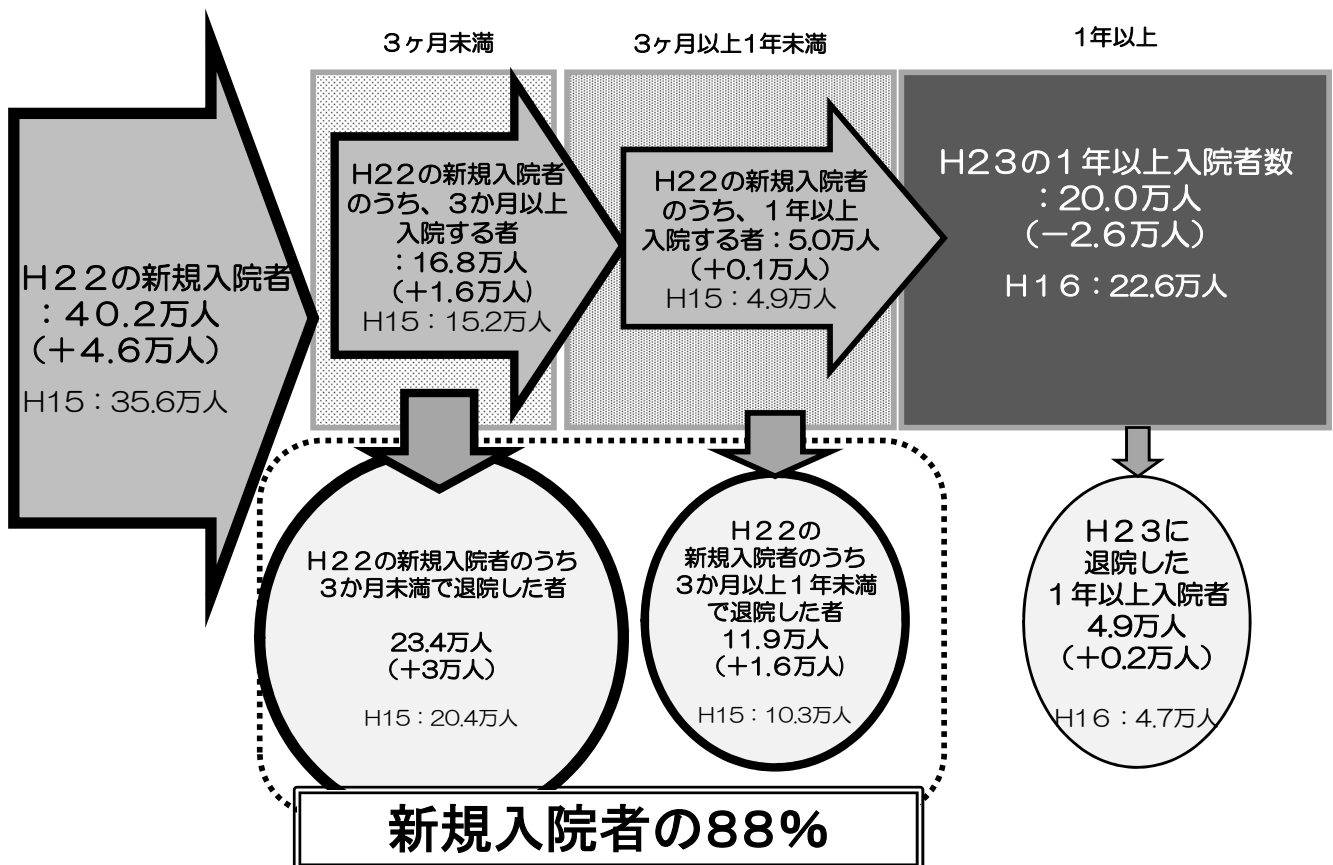
資料：患者調査

H22年6月精神科病院に入院した患者の 入院後1年間の月別累計退院率



資料：平成23年精神・障害保健課調べより推計

精神病床における患者の動態の年次推移

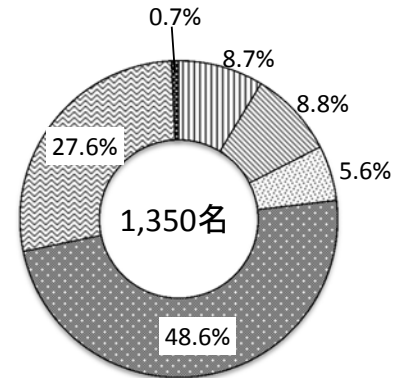
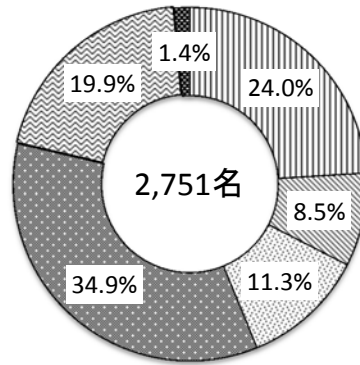
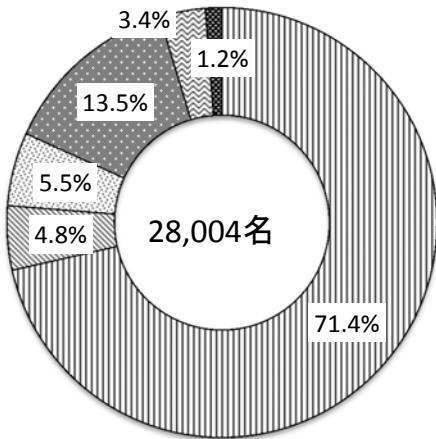


精神科病院からの退院者の状況

入院期間：1年未満

入院期間：1年～5年

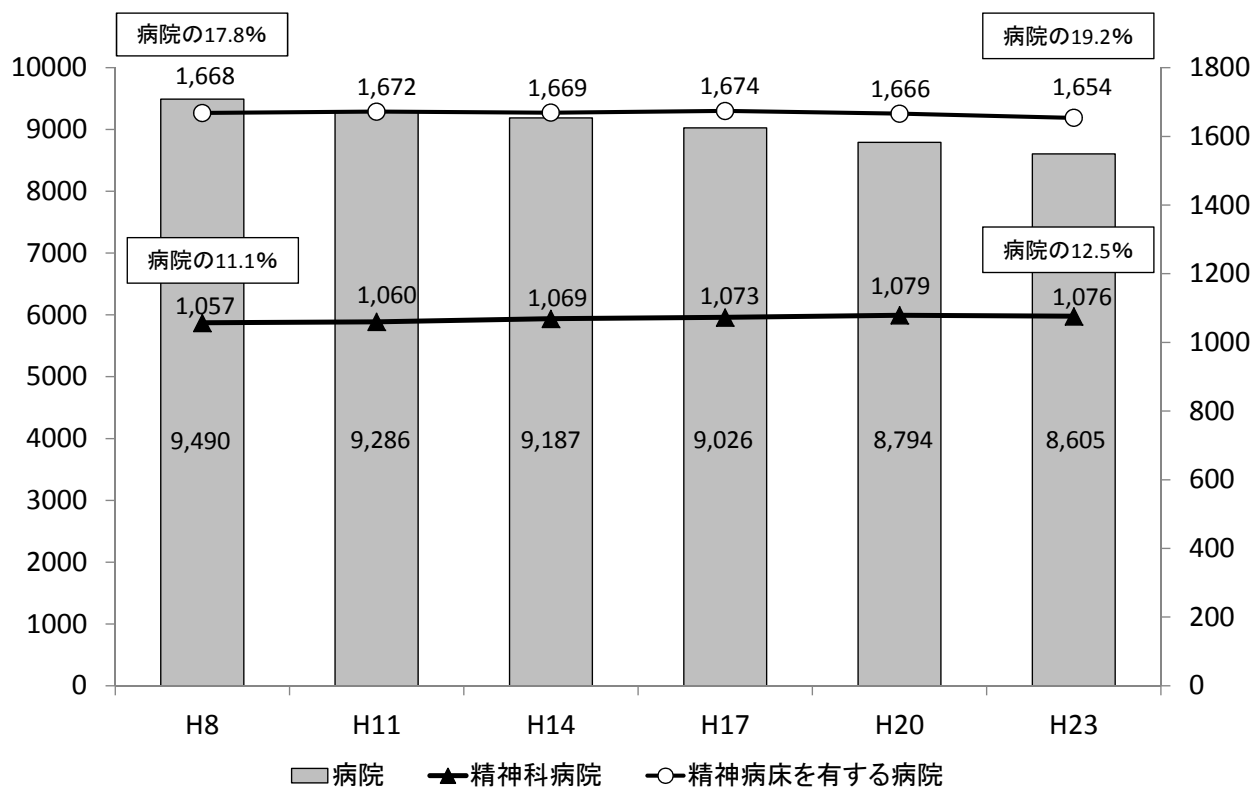
入院期間：5年以上



- 家庭復帰等
- ▨ GH、CH、社会復帰施設等
- ▤ 高齡者福祉施設
- 転院・院内転科
- 死亡
- その他

平成23年度精神・障害保健課調べ

病院数及び精神病床を有する病院数の推移

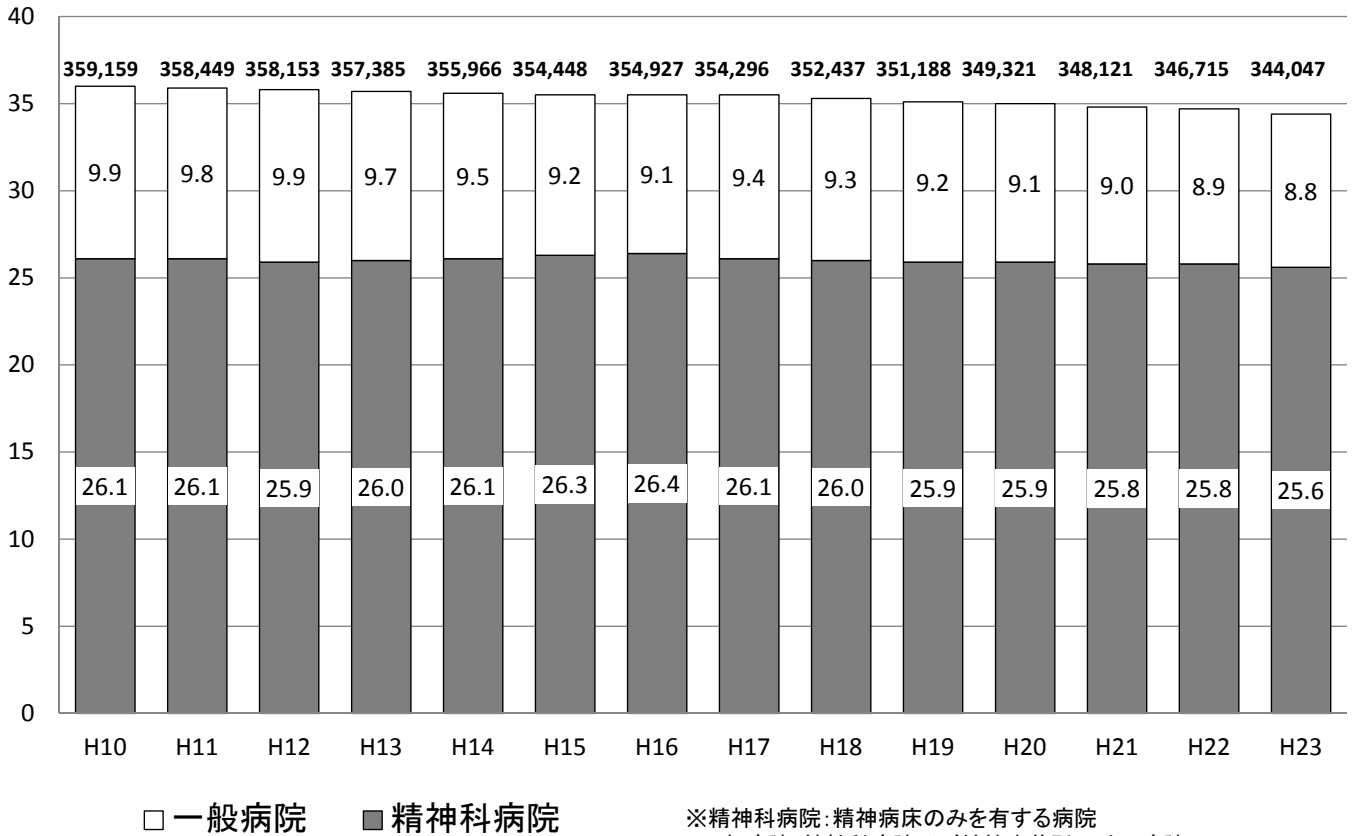


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：医療施設調査

精神病床数の変化

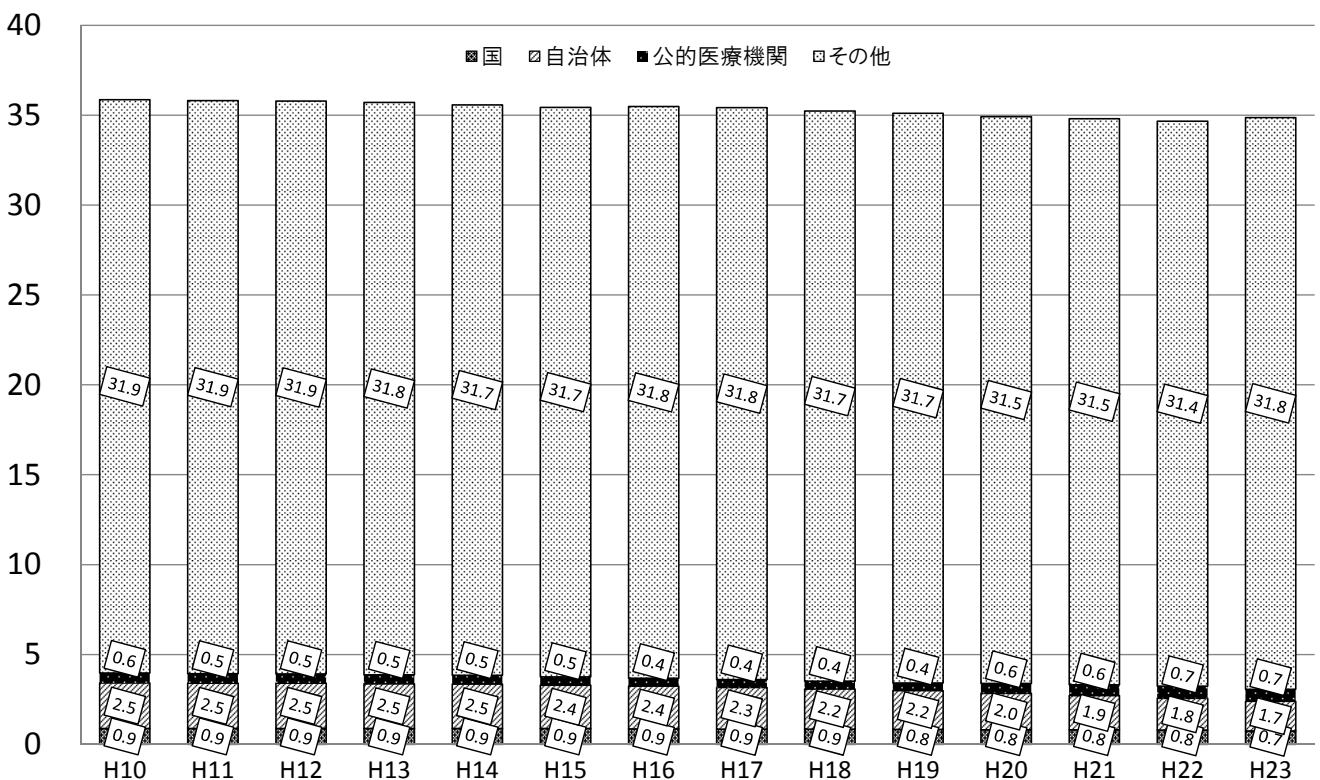
(床) 単位: 万



資料: 医療施設調査(毎年10月1日時点)

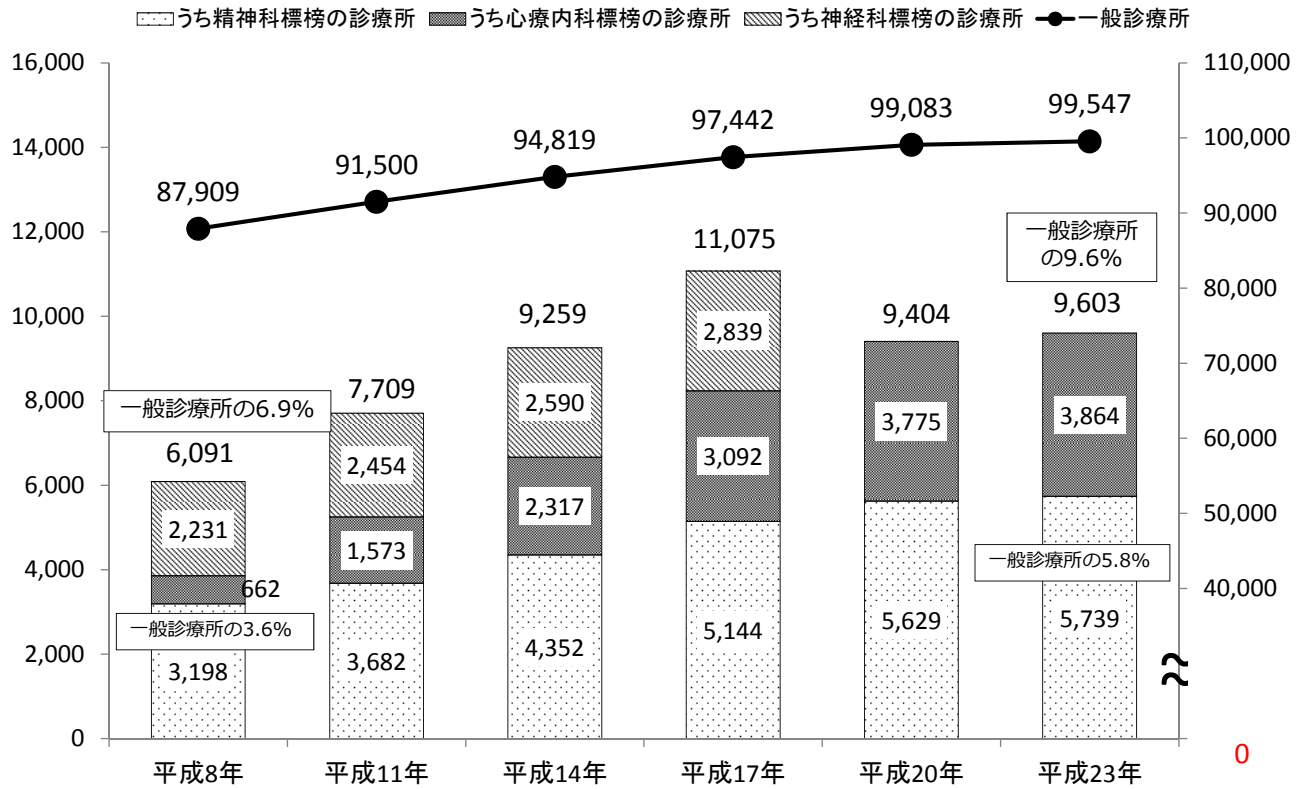
開設者別にみた精神病床数の変化

(床) 単位: 万



資料: 医療施設調査(毎年10月1日時点)

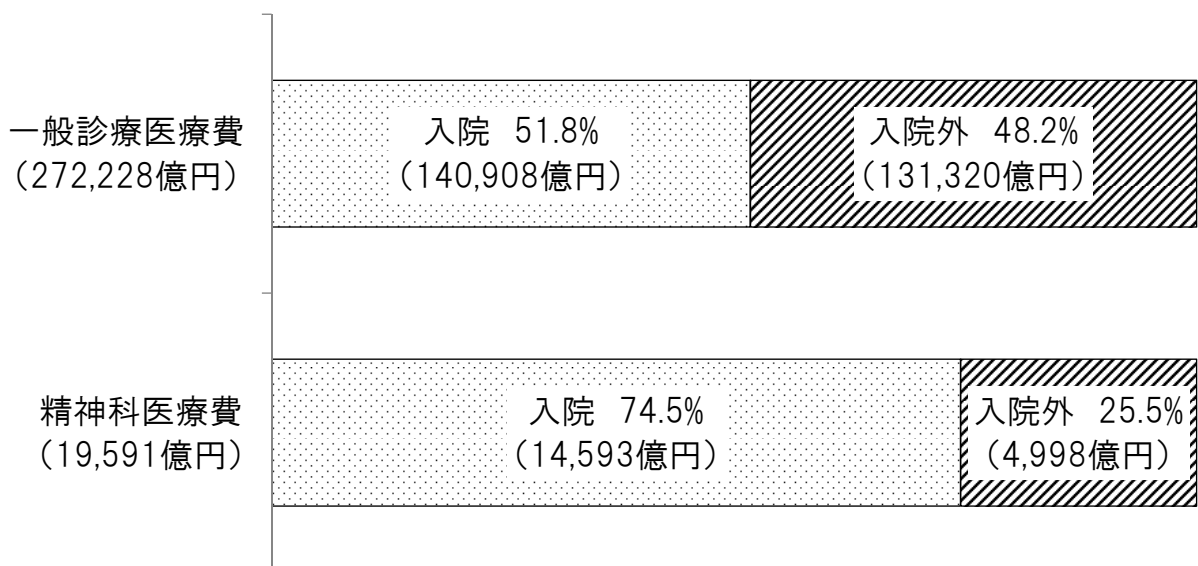
一般診療所数及び精神科・神経科・心療内科標榜診療所数の推移



※1 心療内科は平成8年9月1日に新設
 ※2 神経科を標榜する診療所については、平成20年医療施設調査では分類されていない
 ※3 H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：医療施設調査

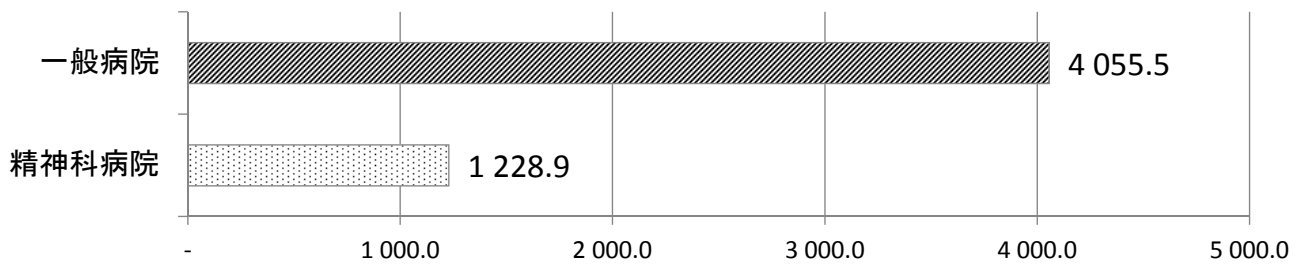
一般医療費と精神医療費の比較



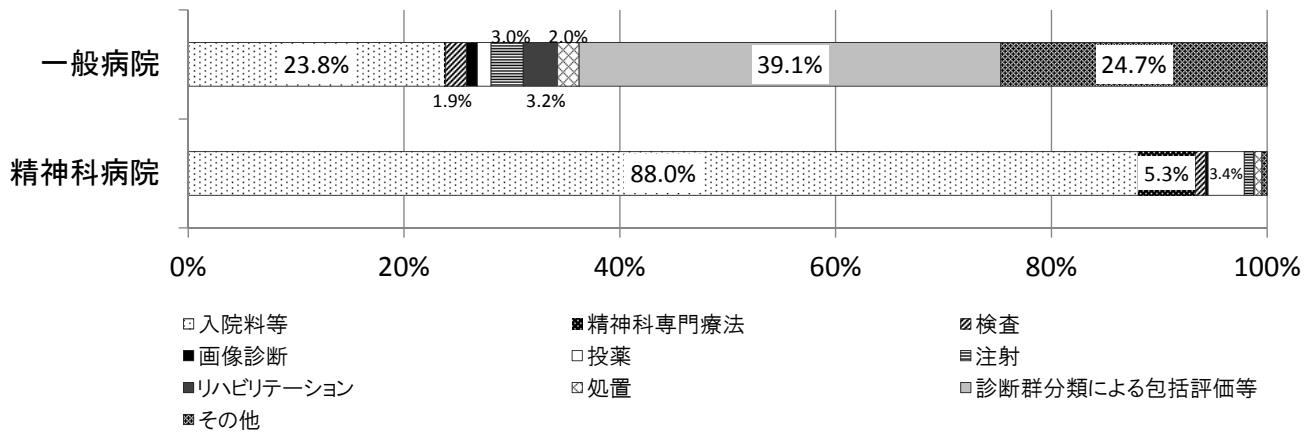
注1：一般診療医療費、精神科医療費については、平成22年度国民医療費によるほか、薬局調剤医療費、入院時食事療養費等を含まない。
 注2：精神科医療費については、「精神及び行動の障害」に係るもの（精神遅滞を含み、てんかん、アルツハイマー病は含まない）。

出典：平成22年度国民医療費

病院別にみた入院の診療行為別1日当たり点数

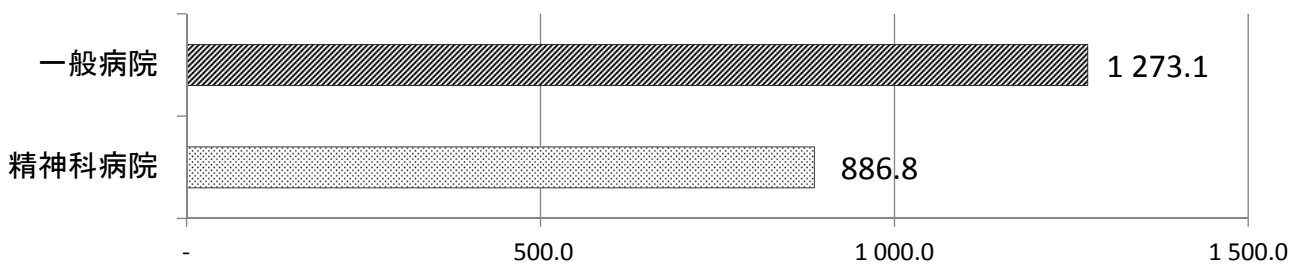


入院の診療行為別1日当たり点数の構成割合

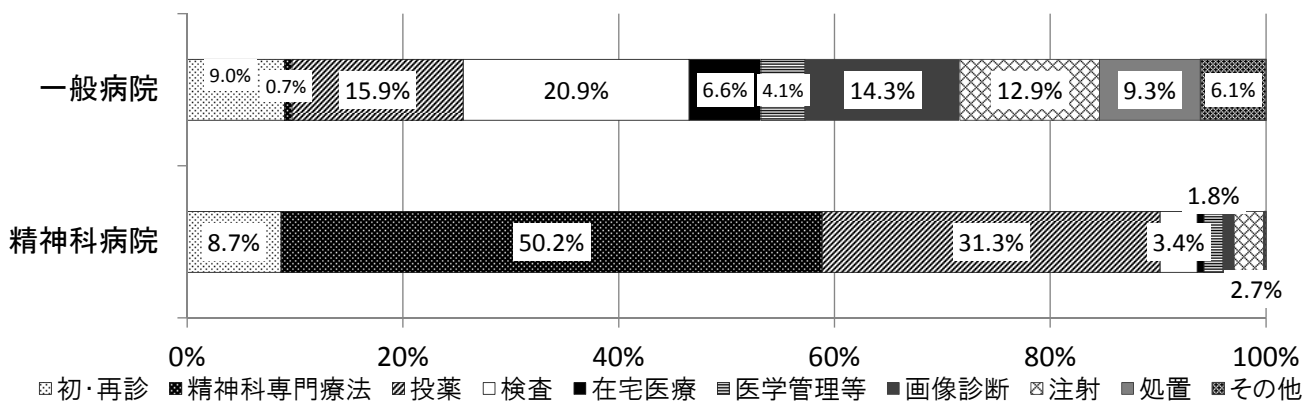


出典：社会医療診療行為別調査（平成23年6月審査分）

病院別にみた入院外の診療行為別1日当たり点数



入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合



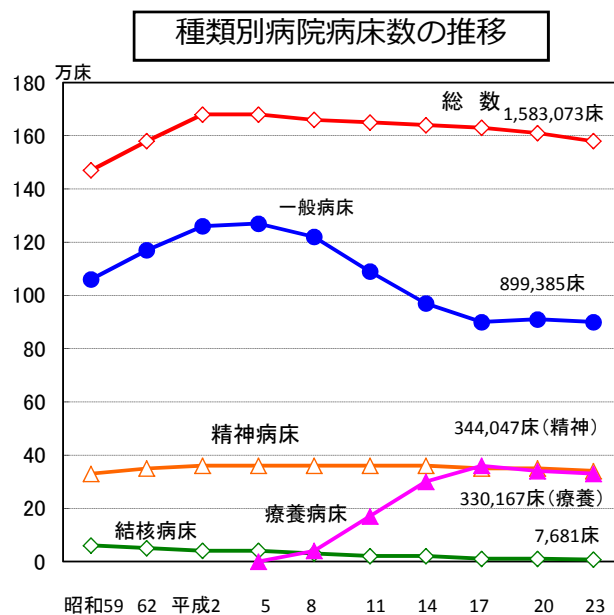
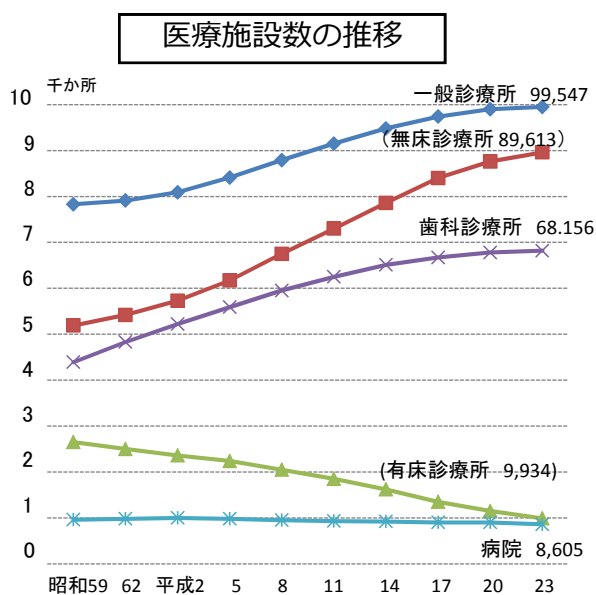
出典：社会医療診療行為別調査（平成23年6月審査分）

2. 精神病床の機能分化について

(1) 病床区分別の状況と経緯

医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。



平成23年医療施設調査・病院報告より

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症(結核を除く。)、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症(同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。)の患者(同法第8条(同法第7条において準用する場合を含む。))の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。)並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

病院に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床 1)大学病院等※1 1)以外の病院		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1						

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より
(一部時点修正あり)

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・診療に関する諸記録 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 		一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしや断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機械換気設備 ・感染予防のためのしや断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備
病床面積	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他)	6.4㎡/床 以上※4	一般病床と同じ		一般病床と同じ	一般病床と同じ
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	一般病床と同じ	療養病床と同じ	一般病床と同じ	一般病床と同じ

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

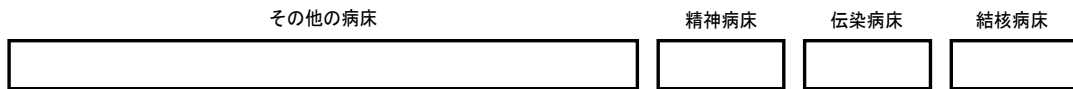
※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上
平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

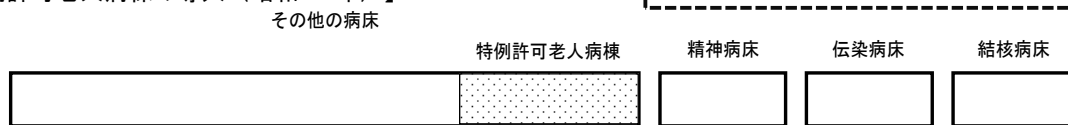
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

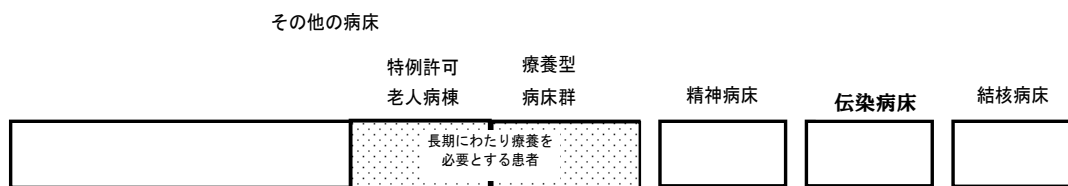
【特例許可老人病棟の導入(昭和58年)】



昭和33年事務次官通知により、精神病床の許可基準の定数については、医師は1/3、看護師は2/3とされた。

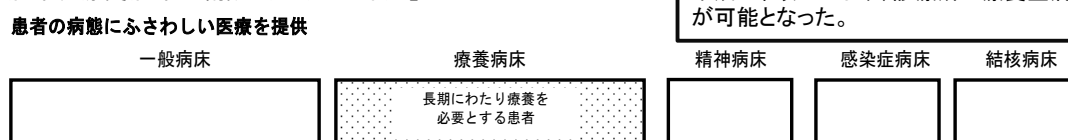
- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

【療養型病床群制度の創設(平成4年)】



- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設(平成12年)】



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

患者の病態にふさわしい医療を提供

一般病床

療養病床

精神病床

感染症病床

結核病床

一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

<医師>

昭和23年医療法制定時

<看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成4年第二次
医療法改正

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成12年第四次
医療法改正

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成18年第五次
医療法改正

<同上>

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成24年3月31日までは6:1	30:1

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

<歯科医師>

昭和23年医療法制定時

入院患者	外来患者
16:1	40:1

昭和31年改正

入院患者	外来患者
16:1	病院の実情に応じて必要と認められる数

<薬剤師>

昭和23年医療法制定時

調剤
80:1

平成10年改正

療養型病床群や精神病院等の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150:1	70:1	75:1

平成12年第四次
医療法改正

精神病床及び療養病床の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150:1	70:1	75:1

<看護補助者>

平成4年第二次医療法改正時

療養型病床群に係る病室の入院患者
6:1

平成12年第四次
医療法改正

療養病床の入院患者
6:1

平成18年第五次
医療法改正

療養病床の入院患者
4:1 (※平成24年3月31日までは6:1)

<栄養士>

昭和23年医療法制定時

入院患者
1以上 (病床数100以上の病院のみ)

<診療放射線技師、事務員その他従業者>

昭和23年医療法制定時

病院の実情に応じた適当数

<理学療法士及び作業療法士>

平成10年第三次医療法改正時

病院の実情に応じた適当数
(療養型病床群を有する病院のみ)

平成12年第四次
医療法改正

病院の実情に応じた適当数
(療養病床を有する病院のみ)

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

病院・診療所・主な高齢者関連施設の比較

※ 人員配置は、いずれも入院・入所者数に対する比率。なお、診療所の一般病床には特段の定め無し。

	病院・診療所				介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	一般病床	療養病床				
		医療保険	介護保険			
主な人員配置※	医師	16:1	(病院) 48:1 (診療所) 1以上		常勤1以上 100:1以上	必要数 (非常勤可)
	看護	3:1	医療法施行規則本則上は4:1。ただし平成24年3月までは6:1。 診療報酬では療養病床入院基本料2として25:1(医療法方式では5:1に相当)まで評価。		3:1 うち、看護が2/7以上	看護・介護職員が3:1以上 うち、看護は以下の通り。 0~30(入所者数。以下、同じ。):1以上 31~50:2以上 51~130:3以上 131以上:3+50:1
	看護補助・介護	—	同上	同上	—	—
	OT、PT	—	(病院) 適当数 (診療所) —	(病院) 適当数 (診療所) —	PT又はOTが 100:1以上	—
	機能訓練指導員	—	—	—	—	1以上
	生活(支援)相談員	—	—	—	100:1以上	常勤1以上 100:1以上
	ケアマネージャー	—	—	常勤1以上 100:1以上	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準
	居室面積	(病院)6.4㎡/床※	・6.4㎡以上	・6.4㎡以上	・8㎡以上	・10.65㎡以上

※ 診療所と平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。
患者1人を入院させる病室:6.3㎡/床 以上
患者2人以上を入院させる病室:4.3㎡/床 以上

平成22年12月2日 社会保障審議会医療部会資料より

2. 精神病床の機能分化について (2) 診療報酬関係

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 333,408床^{※1}
(平成23年7月1日現在)

特定入院料
(157,503床^{※1})

看護師配置3:1以上
171,374床^{※4}

精神病棟入院基本料
(172,642床^{※1})

特定機能病院
入院基本料
(3,263床^{※1})

精神科救急入院料 (87医療機関 5,276床 ^{※1}) 2:1	2:1 10:1 (41病棟、1,506床 ^{※2})	1.5:1 7:1 (8病棟 250床 ^{※2})	
精神科救急・合併症入院料 (7医療機関 283床 ^{※1}) 2:1		2:1 10:1 (12病棟 473床 ^{※2})	
精神科急性期治療病棟入院料1 (280施設 13,820床 ^{※1}) 入院料2 (23施設 1,222床 ^{※1}) 2.5:1 3:1		13:1 (144病棟 7,077床 ^{※2})	2.5:1 13:1 (37病棟 1,457床 ^{※2})
認知症治療病棟入院料1 (448施設 31,378床 ^{※1}) 入院料2 (22施設 1,880床 ^{※1}) 4:1		3:1	3:1 15:1 (53病棟 2,037床 ^{※2})
精神療養病棟 (841施設 103,644床 ^{※1}) 6:1	15:1 (2,574病棟、138,927床 ^{※2})	医療観察法に定める指定入院医療機関数 29か所 768床 ^{※3}	
小児入院医療管理料5 (25床 ^{※2})	18:1 (193病棟 11,846床 ^{※2})	急性期入院対象者入院医学管理料	
特殊疾患病棟入院料 61病棟 3,211床 ^{※2}	20:1 (80病棟 4,999床 ^{※2})	回復期入院対象者入院医学管理料	
	特別入院基本料 (64病棟 3,659床 ^{※2})	社会復帰期入院対象者入院医学管理料	
	精神科身体合併症管理加算 (1,041施設 ^{※1})		
		精神病棟入院時医学管理加算 (226施設 29,286床 ^{※1})	

※1 平成24年11月14日中央社会保険医療協議会資料より作成
 ※2 平成23年6月30日現在(精神・障害保健課調べ)(合計とは一致しない)
 ※3 平成25年6月1日現在(医療観察室調べ)
 ※4 看護師配置が3:1以上の病床について、特定入院料及び特定機能病院入院基本料は、平成24年11月14日中央社会保険医療協議会資料、精神病棟入院基本料については、平成23年6月30日現在(精神障害保健課調べ)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

(平成24年)

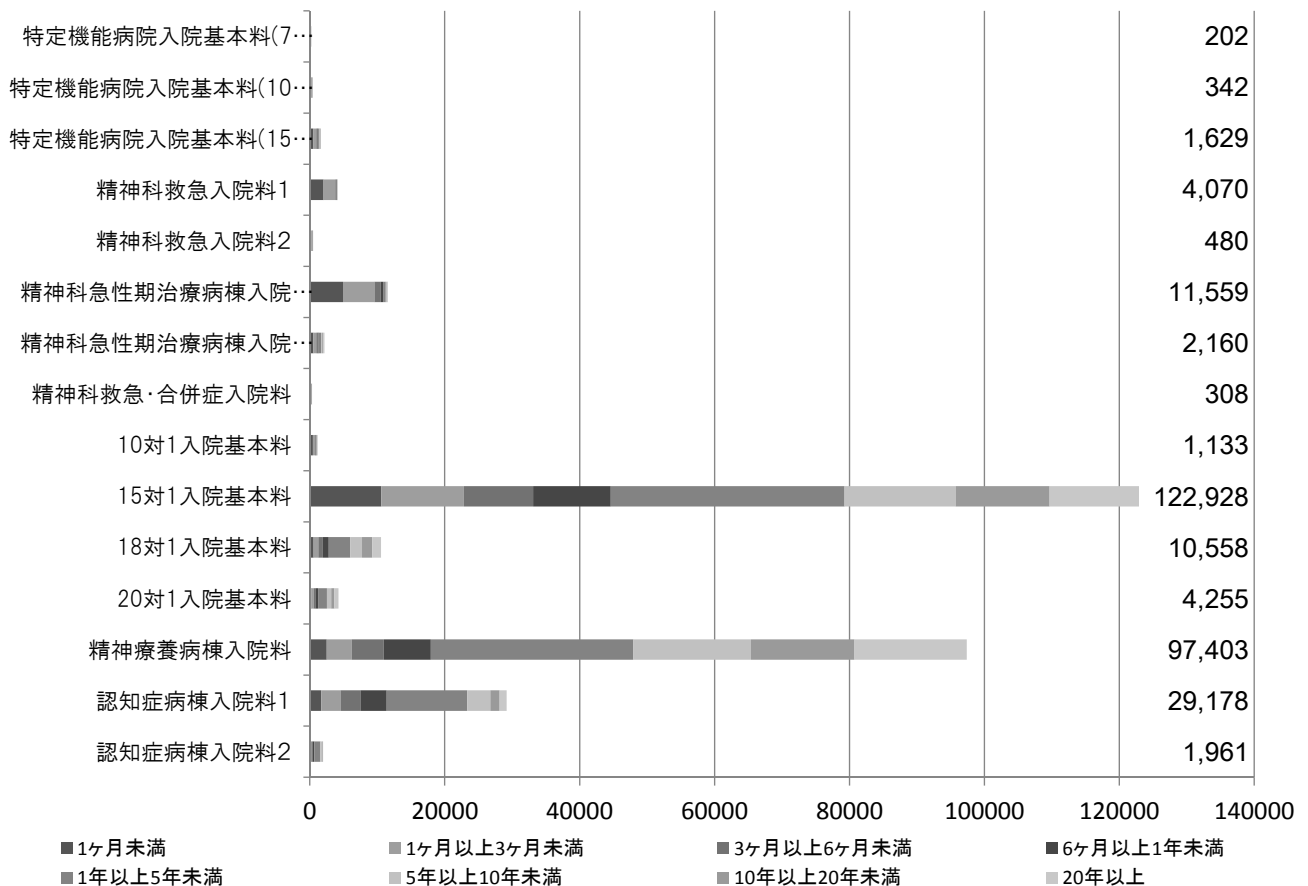
	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,462点 (~30日) 3,042点 (31日~)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,262点 (~30日) 2,842点 (31日~)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,462点 (~30日) 3,042点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,931点 (~30日) 1,611点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名				1,831点 (~30日) 1,511点 (31日~)
精神科身体合併症管理加算	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置		精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟)を算定する患者			450点 (~7日)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

(平成24年)

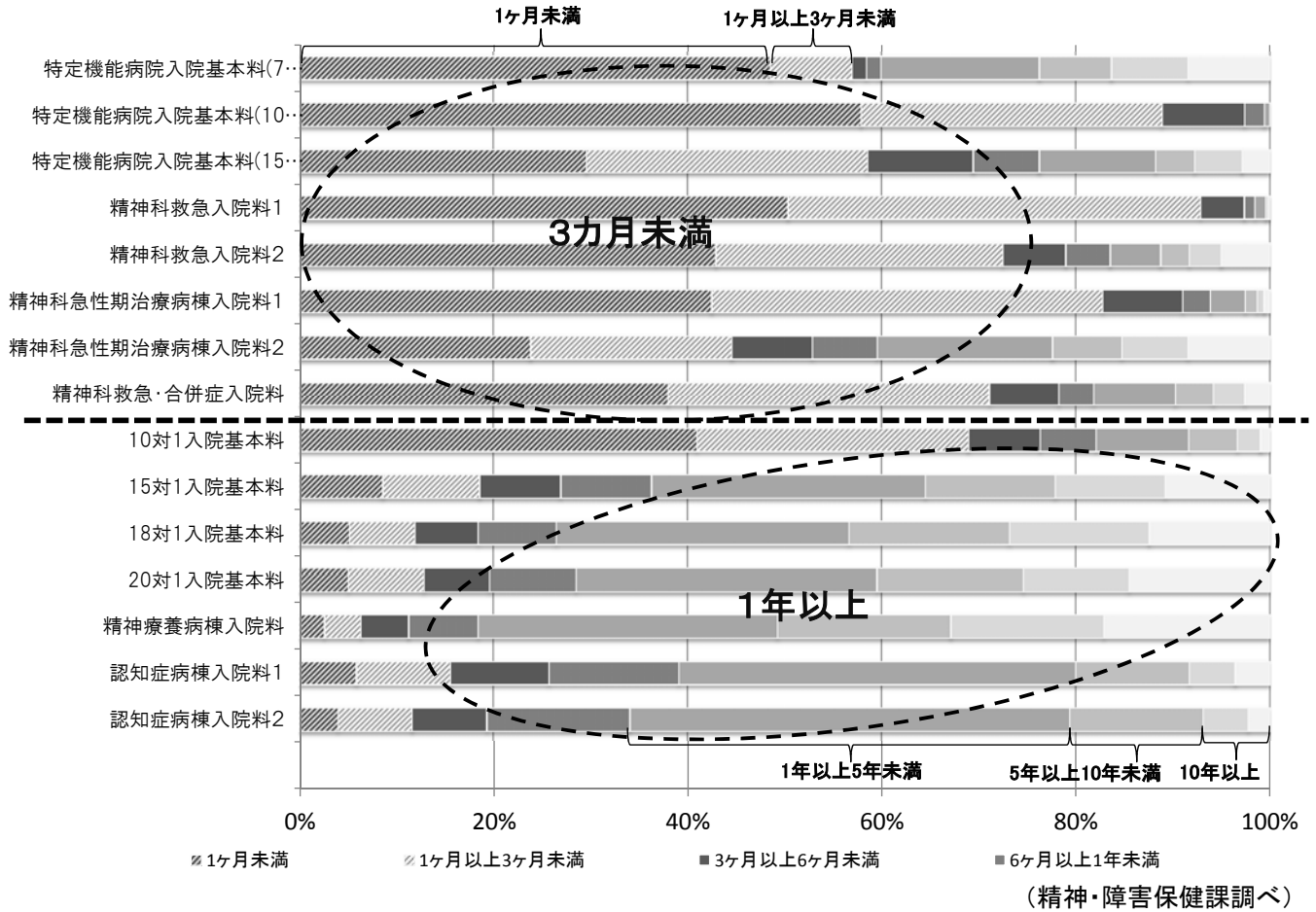
	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数		
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,322点	※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年)	
		看護 10:1				1,251点	※重度認知症加算 100点 (～3月)	
		看護 13:1				931点	※救急支援精神病棟 初期加算 100点 (～14日)	
		看護 15:1 (特定機能病院)		・特記なし		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体を確保	811点 (850点)	
		看護 18:1					723点	
		看護 20:1					669点	
		特別入院基本料 (看護 25:1)					550点	
精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1名	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,061点 (GAFスコア41以上) 1,091点 (GAFスコア40以下) 1,121点 (GAFスコア30以下かつ精神科救急へ協力)		
認知症治療病棟入院料1	病院常勤1名 医師 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 OT1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,761点 (～30日)	※夜間対応加算 84点 (～30日)	
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室			1,461点 (31～60日) 1,171点 (61日～)		
児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名 (1名は指定医) 医師 48:1	看護 10:1 PSW及び臨床心理技術者 病棟常勤それぞれ1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は病室	・20歳未満の精神疾患を有する患者	2,911点		

平成23年6月30日現在の病棟別・在院期間別 在院患者数

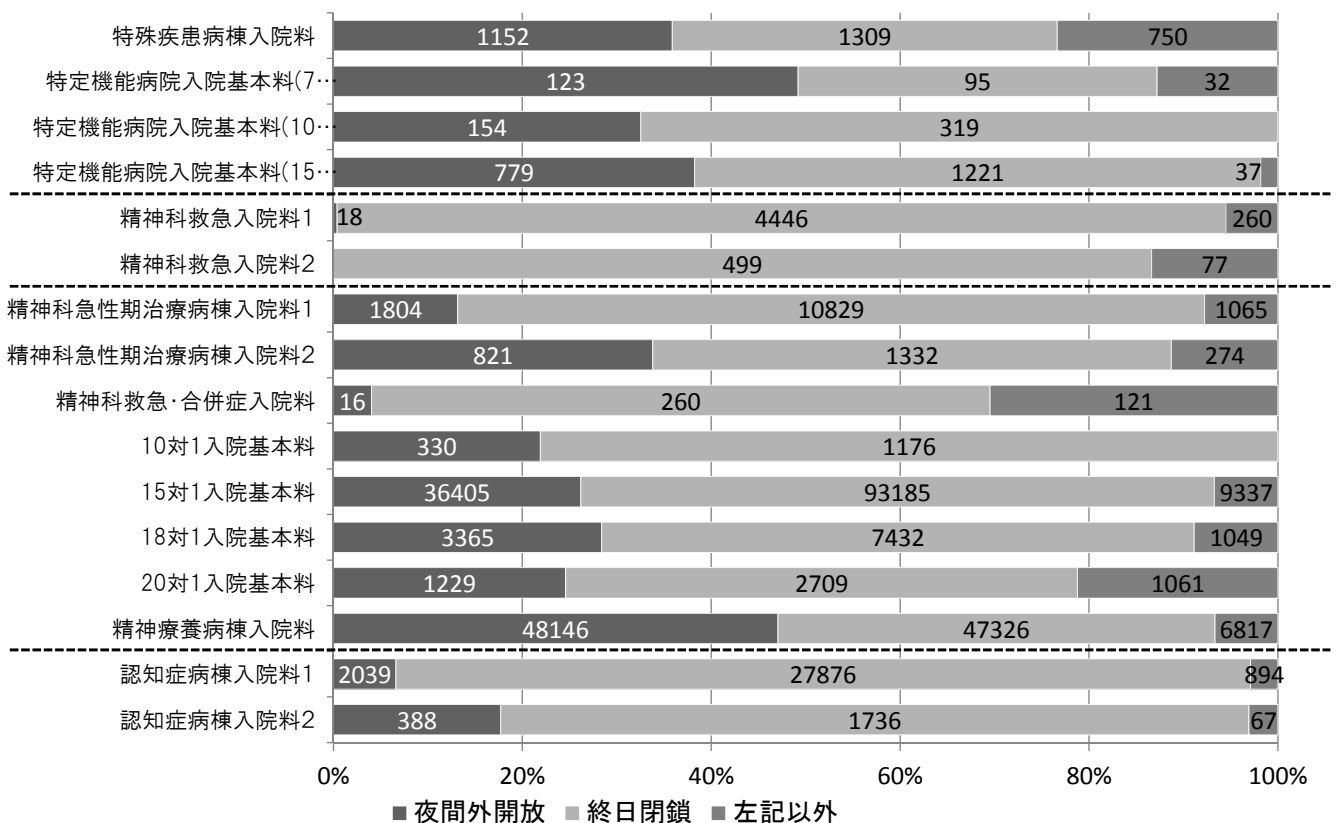


(精神・障害保健課調べ)

平成23年6月30日現在の病棟別・在院期間別患者数の割合



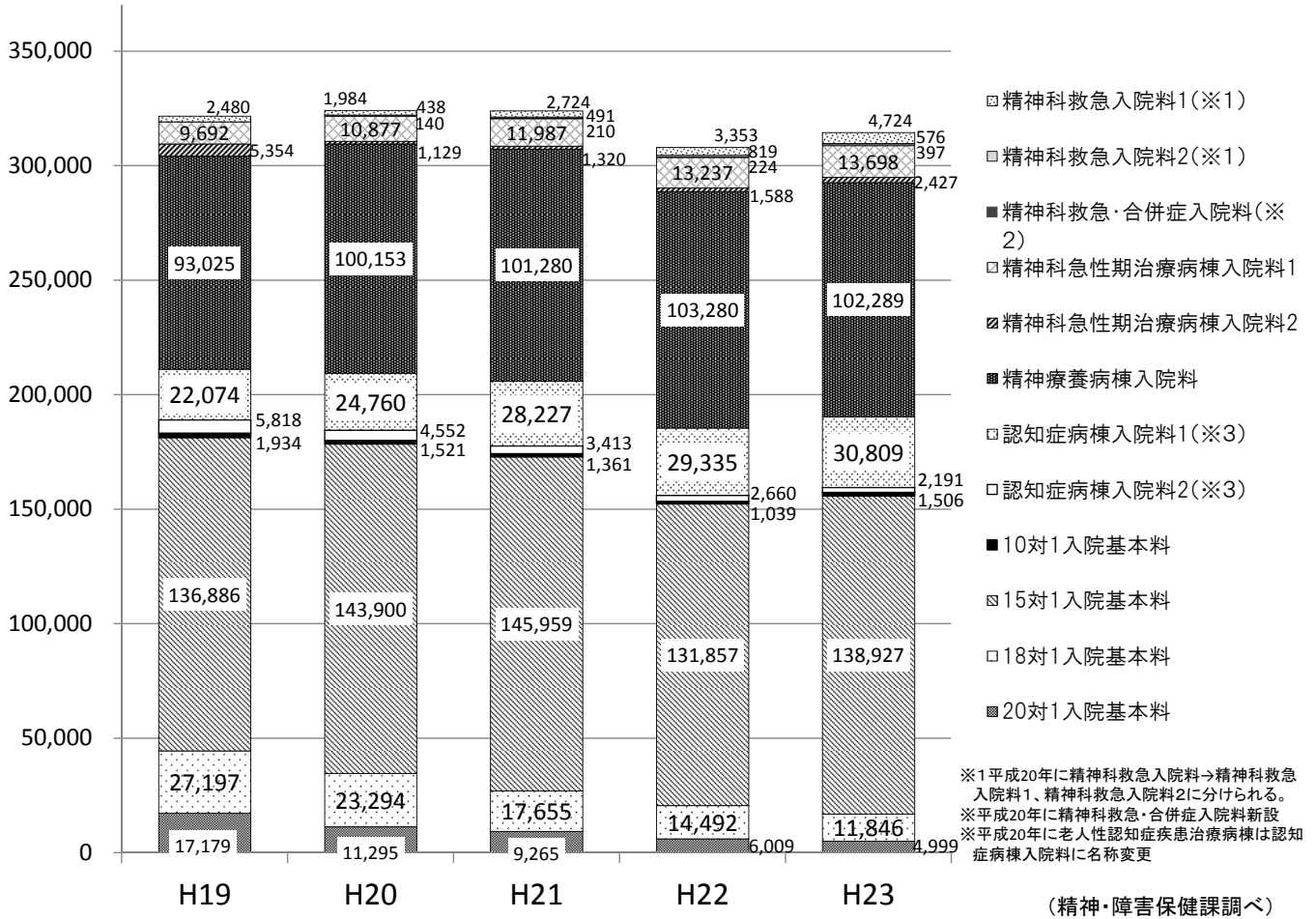
平成23年6月30日現在の病棟別・開放区分別届け出病床数の状況



夜間外開放：少なくとも日中の8時間程度は、病棟の出入りに口に施錠していない病棟
 終日閉鎖：原則として終日、病棟の出入りに口を施錠している
 左記以外：「夜間外開放」「終日閉鎖」に該当しない病棟

(精神・障害保健課調べ)

届出別の精神病床数の年次推移



※1平成20年に精神科救急入院料→精神科救急入院料1、精神科救急入院料2に分けられる。
 ※平成20年に精神科救急・合併症入院料新設
 ※平成20年に老人性認知症疾患治療病棟は認知症病棟入院料に名称変更

2. 精神病床の機能分化について (3)「重度かつ慢性」にかかる 調査検討

精神科病院における長期入院患者に関する調査

調査目的

○平成24年6月、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会において、精神科入院医療の今後の方向性として、「精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられたのを受け、精神科病院における長期入院患者の実態を把握することを目的とした実態調査を行い、「重度かつ慢性」の基準作成に活用する。

調査対象

- 調査対象機関：全国の精神病床を保有する病院、1618施設
→663施設(41.4%)から回答
- 調査対象：調査日時点で、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料1・2、精神科急性期治療病棟入院料1・2、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟および医療観察法病棟に、1年以上入院している患者(認知症を除く)から無作為に抽出(10%抽出)した患者、4978名
→対象結果：平均年齢61.2歳、主診断名：最も多かったのが統合失調症(F20)3953名(79.4%)

調査方法・内容

- 調査方法：アンケート方式で、対象施設に調査票を送付し、記入後返送して頂き、集計・分析
- 調査内容：
 - ①施設基本情報(病床数、病棟種類、従事者数)
 - ②患者基本情報(性別、年齢、入院期間、診断名等)
 - ③患者の状態像(BPRS、ADL、IADL、GAF、行動異常、隔離・身体拘束の状況等)
 - ④治療内容
 - ⑤退院困難の理由

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」より

精神科病院における長期入院患者に関する調査結果

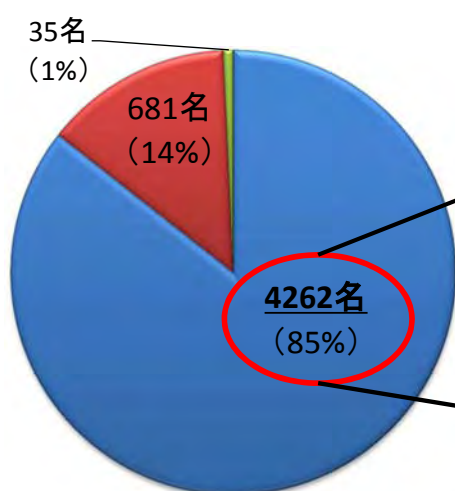
調査結果：N=4978名

- 主診断名：最も多かったのが統合失調症(F20)で3953名(79.4%)
- GAF平均：31.5
- 精神症状の評価：「やや高度」、「高度」、「非常に高度」の合計で最も多かったのが、「思考内容の異常」で1869名(37.6%)
- 退院後に予測される症状・問題行動：最も多かったのが、「服薬非遵守」で2576名(51.7%)
- 調査日現在のIADL：「非常に困難」との回答が最も多かったのが、「食事の用意」で3420名(68.7%)
- 入院日の隔離室の使用状況：「使用した」が722名(14.5%)
- 調査日から1年以上前の治療内容：最も多かったのが「精神療法」で4584名(92.1%)、次いで「薬物療法(クロザピン治療、持効性抗精神病薬注射剤を除く)」で4371名(87.8%)
- クロザピンの適応(統合失調症の診断がついている4001名中)：「適応にあたらぬ」が3236名(80.9%)、「適応にあたる」が523名(13.1%)
- 修正型電気痙攣療法の適応：「適応にあたらぬ」が4402名(88.4%)、「適応にあたる」が230名(4.6%)
- 調査日時点での退院可能性：「困難」と回答したのが、4262名(85.6%)、「可能」が681名(13.7%)
- 退院が困難な理由(上記4262名中)：「精神症状が極めて不安定のため」が2595名(60.9%)、「居住・支援環境のため」が1418名(33.3%)、「身体合併症のため」が216名(5.1%)
- 上記2595名の精神症状の内訳：「陽性症状、問題行動等のため」が1727名(66.6% 自殺企図、自傷・他害行為、陽性症状、妄想などによる迷惑行為までの合計数)、「陰性症状のため」が507名(19.5%)、「重複障害のため」が178名(6.9%)、服薬拒否が89名(3.4%)。

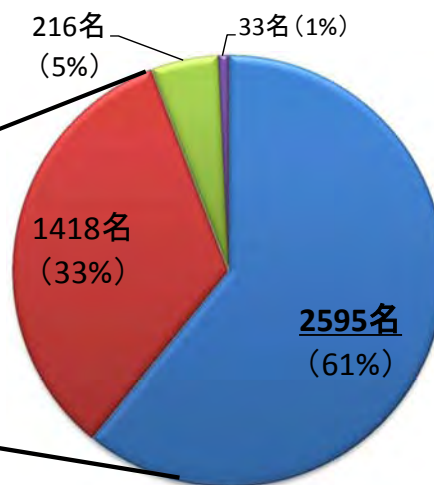
出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」より

精神科病院における長期入院患者に関する調査 ～退院困難症例の内訳～

調査日時点の退院可能性



退院困難理由



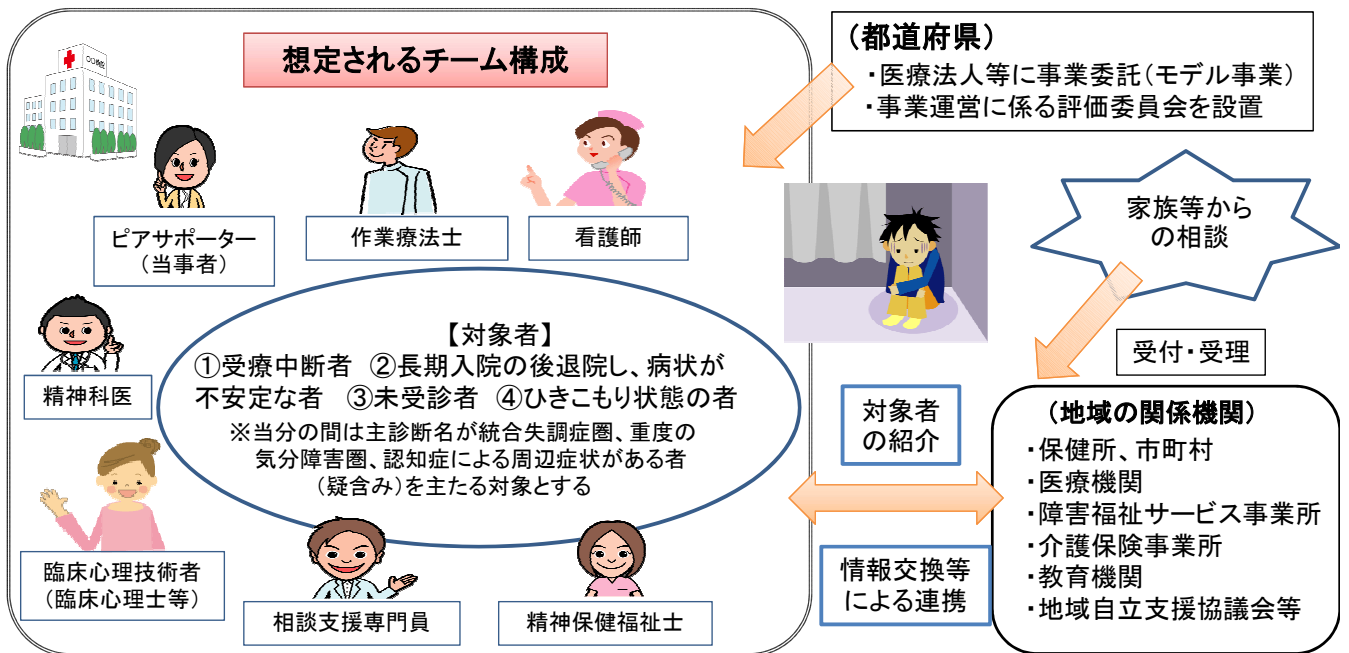
■ 困難 ■ 可能 ■ 無回答

■ 精神症状が極めて重症、または不安定であるため
■ 居住・支援がないため
■ 身体合併症治療のため
■ 無回答

出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」より

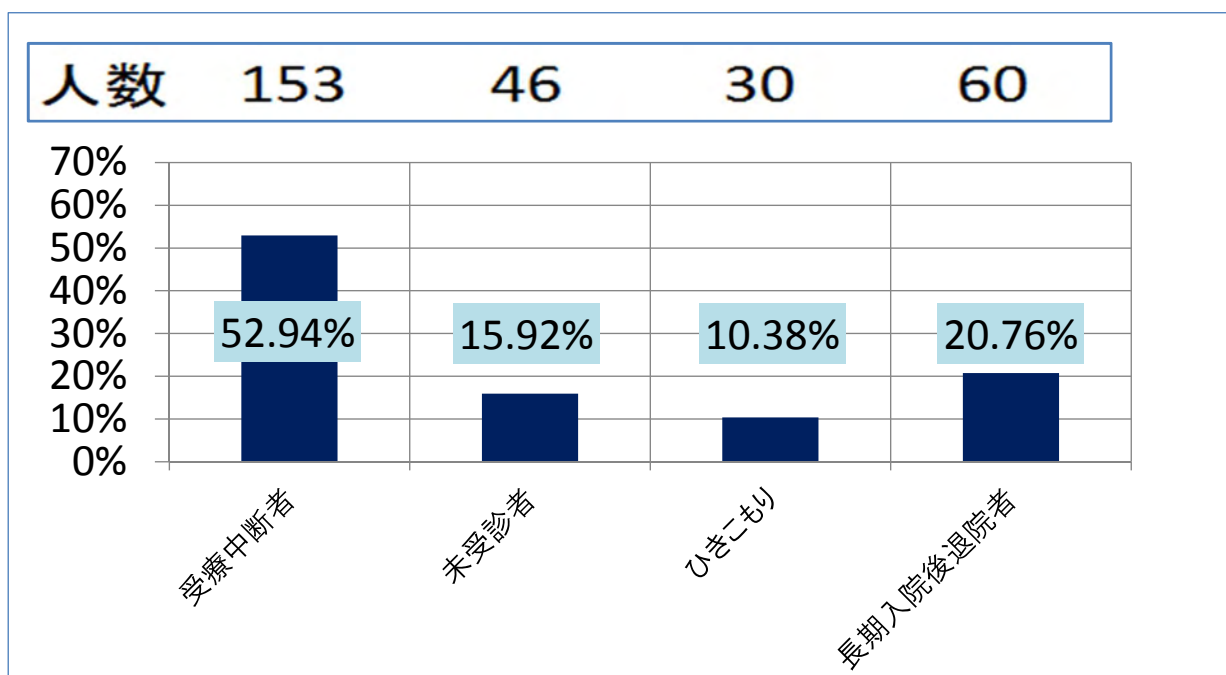
3. 精神障害者の居宅等における 保健医療福祉サービスについて (1) アウトリーチ

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。

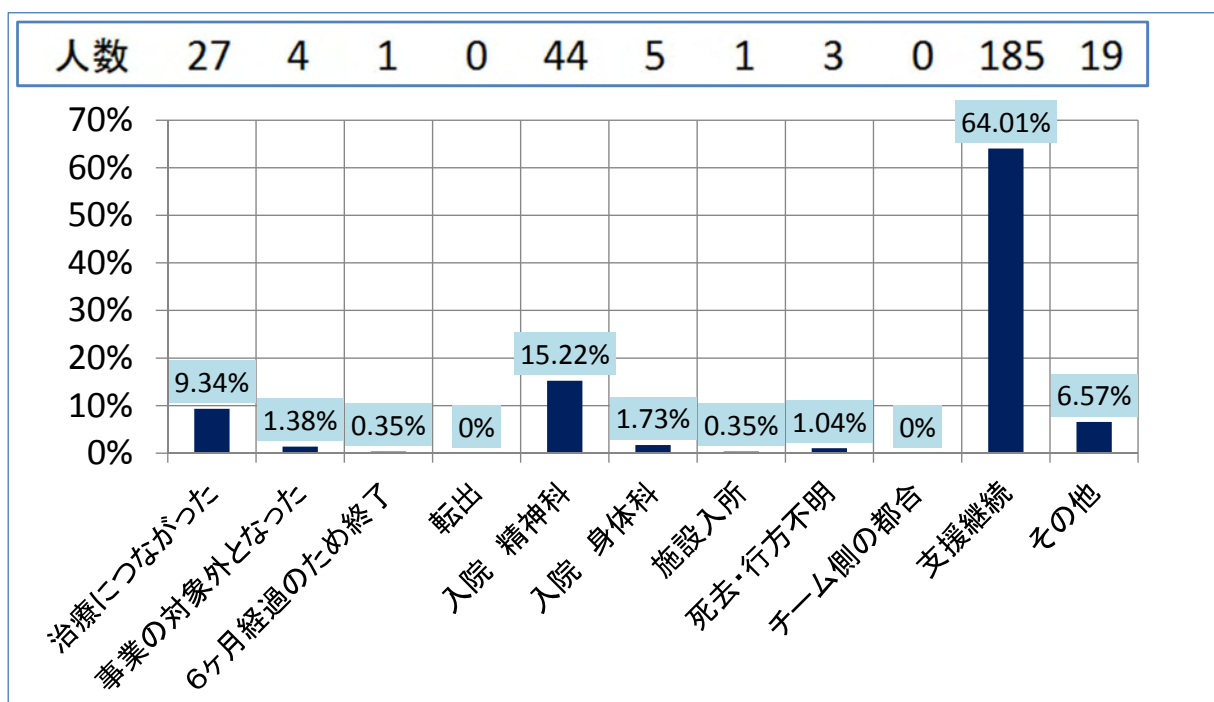


【特徴】・医療や福祉サービスにつなげていない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
 ・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
 ・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

精神障害者アウトリーチ推進事業 平成23年度～24年9月までの支援対象者実績 (A状態像別の分類 n=289)



精神障害者アウトリーチ推進事業 平成23年度～24年9月までの支援対象者実績 (B転帰別の分類 n=289)



3. 精神障害者の居宅等における 保健医療福祉サービスについて (2) 訪問看護