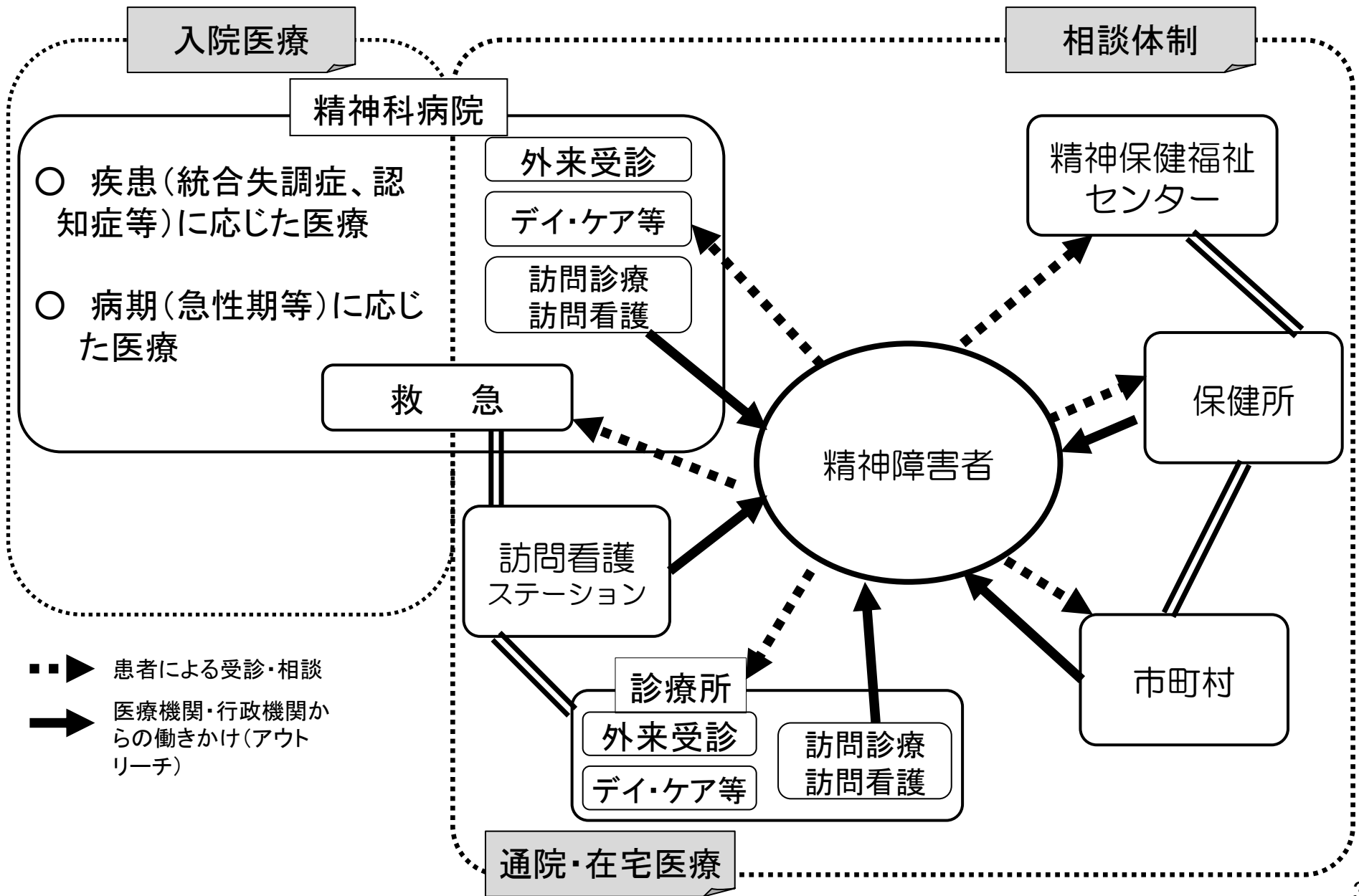


# 精神保健医療体系の現状

# 全体のアウトライン

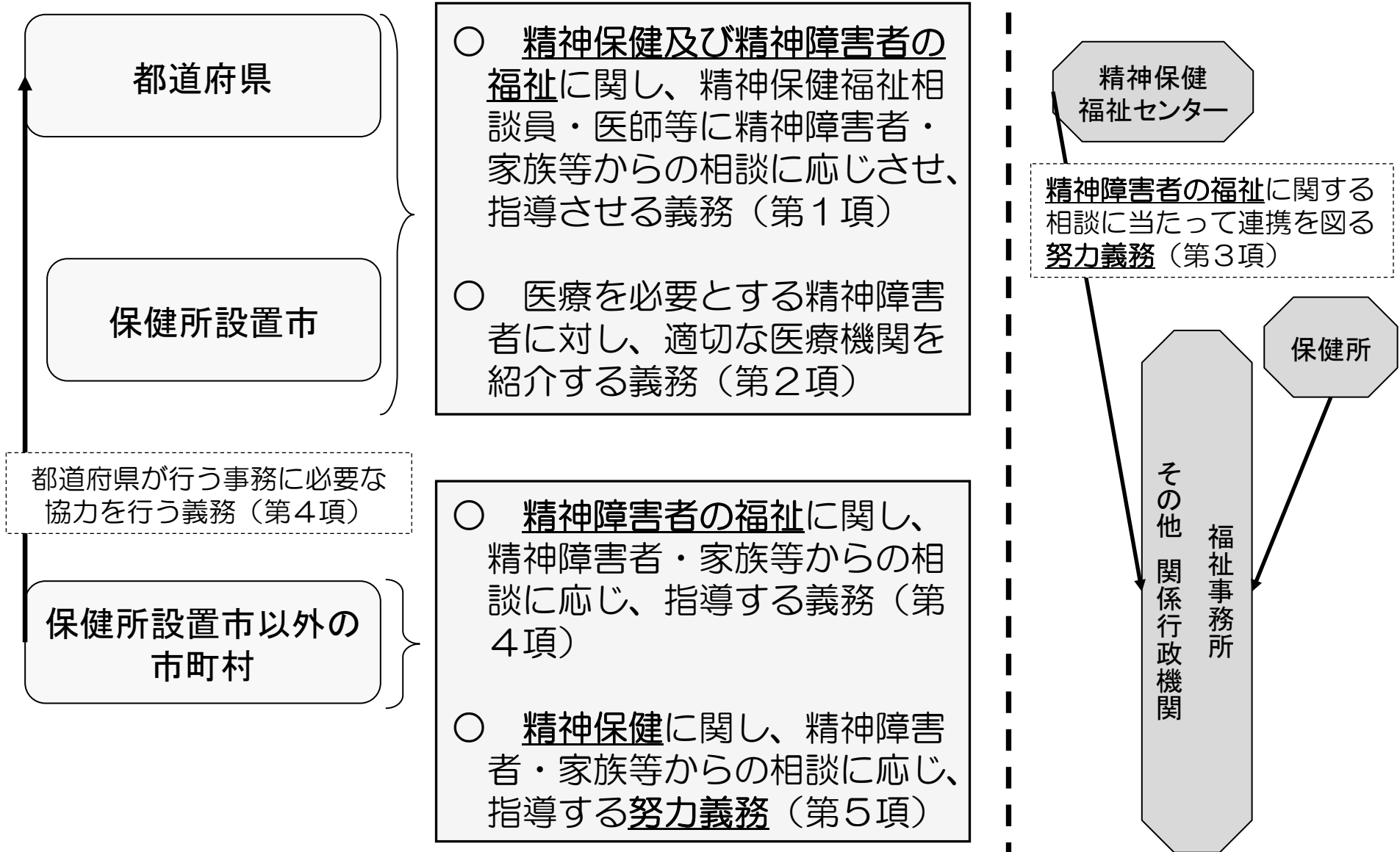
- 相談体制について
- 入院医療について
- 通院・在宅医療について
- 医療体制・連携について
- その他精神医療の質の向上に関わる事項について

# 精神障害者を支える保健医療体制



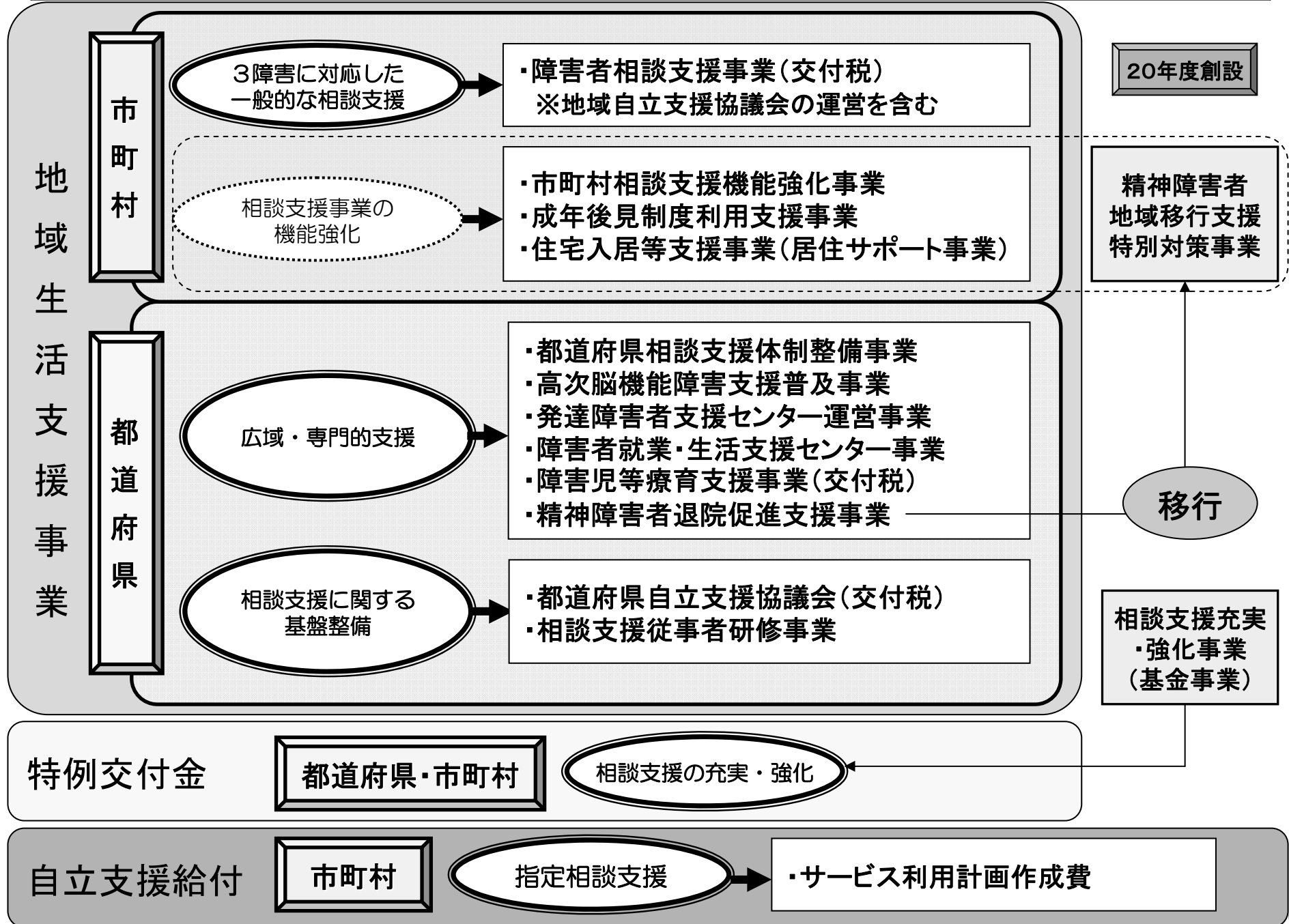
# 相談体制について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条に規定する相談指導等について



※ 障害者自立支援法の制定に伴い、規定を改正

# 障害者自立支援法(地域生活支援事業)における相談支援事業



## 相談体制に関する参照条文

### ◎ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）（抄）

（相談指導等）

**第四十七条** 都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）は、必要に応じて、次条第一項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）が指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。

- 2 都道府県等は、必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない。
- 3 精神保健福祉センター及び保健所は、精神障害者の福祉に関する相談及び指導を行うに当たっては、福祉事務所（社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）に定める福祉に関する事務所をいう。）その他の関係行政機関との連携を図るように努めなければならない。
- 4 市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。次項において同じ。）は、第一項及び第二項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。
- 5 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて、精神保健に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するように努めなければならない。

### ◎ 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）（抄）

**第五条** 1～16（略）

17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。

- 一 地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与すること。
- 二 第十九条第一項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」という。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう、第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者との連絡調整その他の便宜を供与すること。

18～22（略）

（市町村の地域生活支援事業）

**第七十七条** 市町村は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

- 一 障害者等が障害福祉サービスその他のサービスを利用しつつ、その有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の厚生労働省令で定める便宜を供与するとともに、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整その他の障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行う事業

二～四（略）

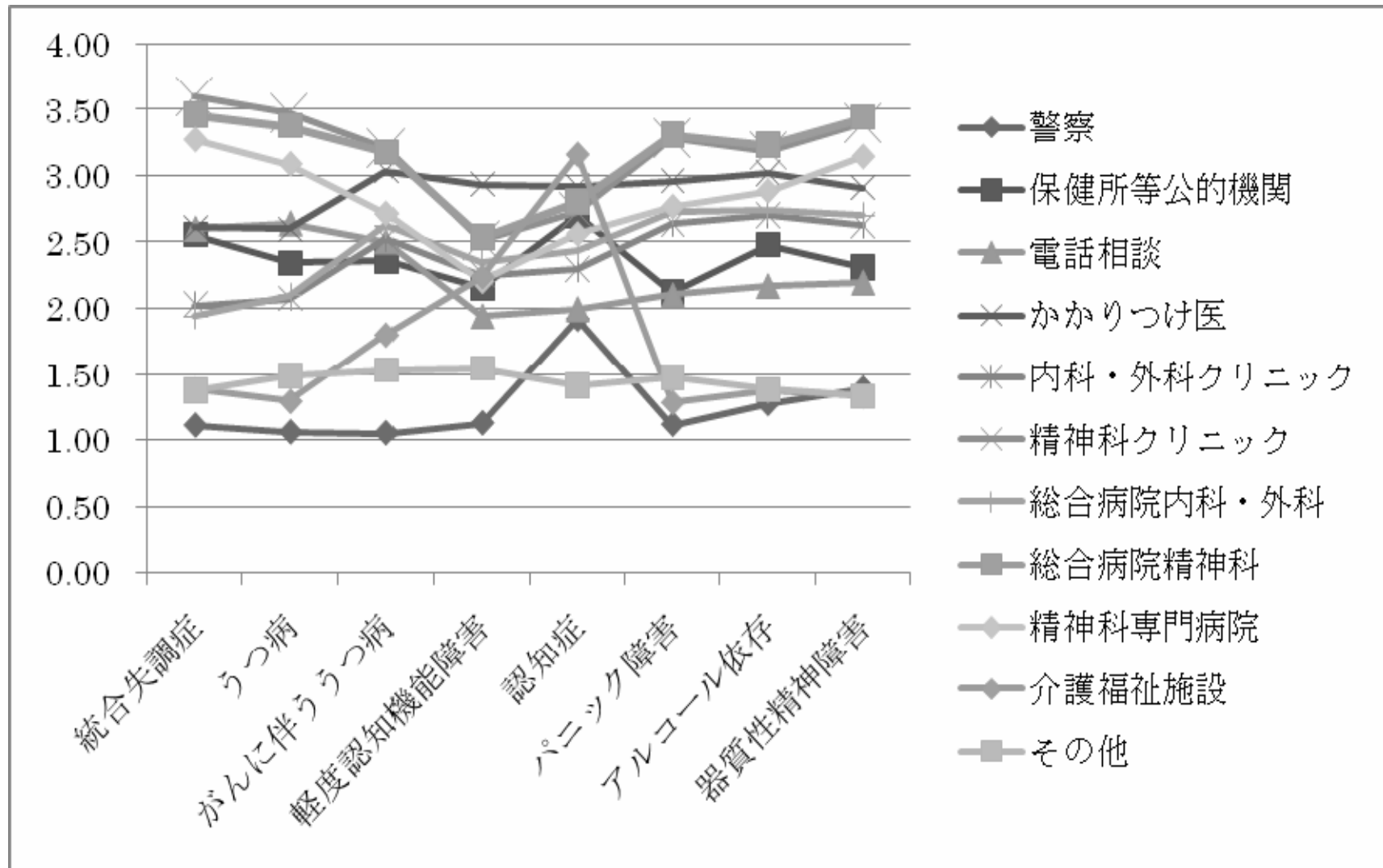
2・3（略）

（都道府県の地域生活支援事業）

**第七十八条** 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、前条第一項第一号に掲げる事業のうち、特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業として厚生労働省令で定める事業を行うものとする。

2（略）

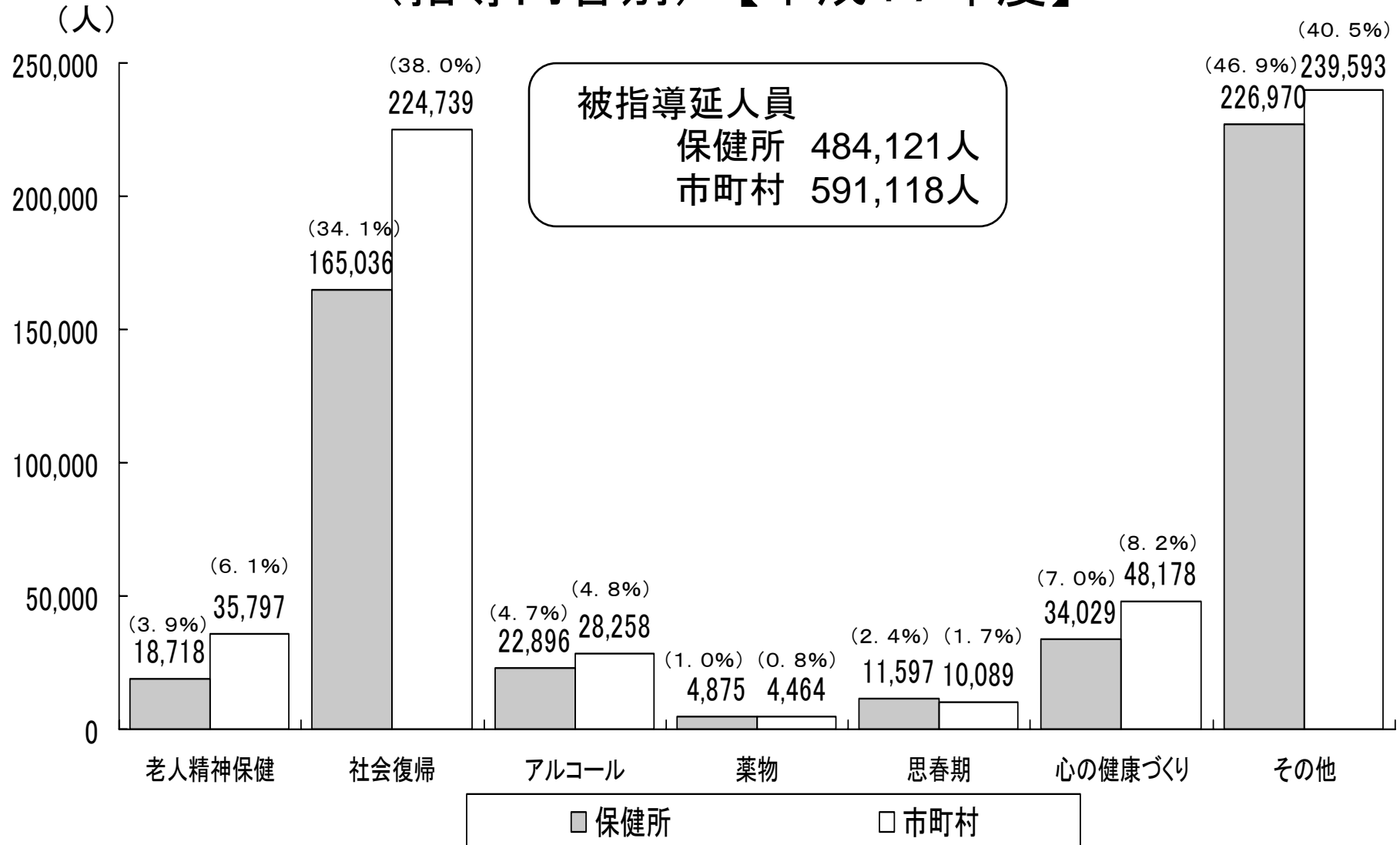
# 一般人の精神医療受療・相談場所選択のプリファランス（※）



※ プリファランス・・・医療消費者（患者）の受療・相談場所の好み。数値が高いほど、何らかの精神症状の兆候等があった際に、相談等に行く場所として選択されやすいことを示している。  
 ※参考※ 4/とても適している 3/わりに適している 2/あまり適していない 1/全然適していない

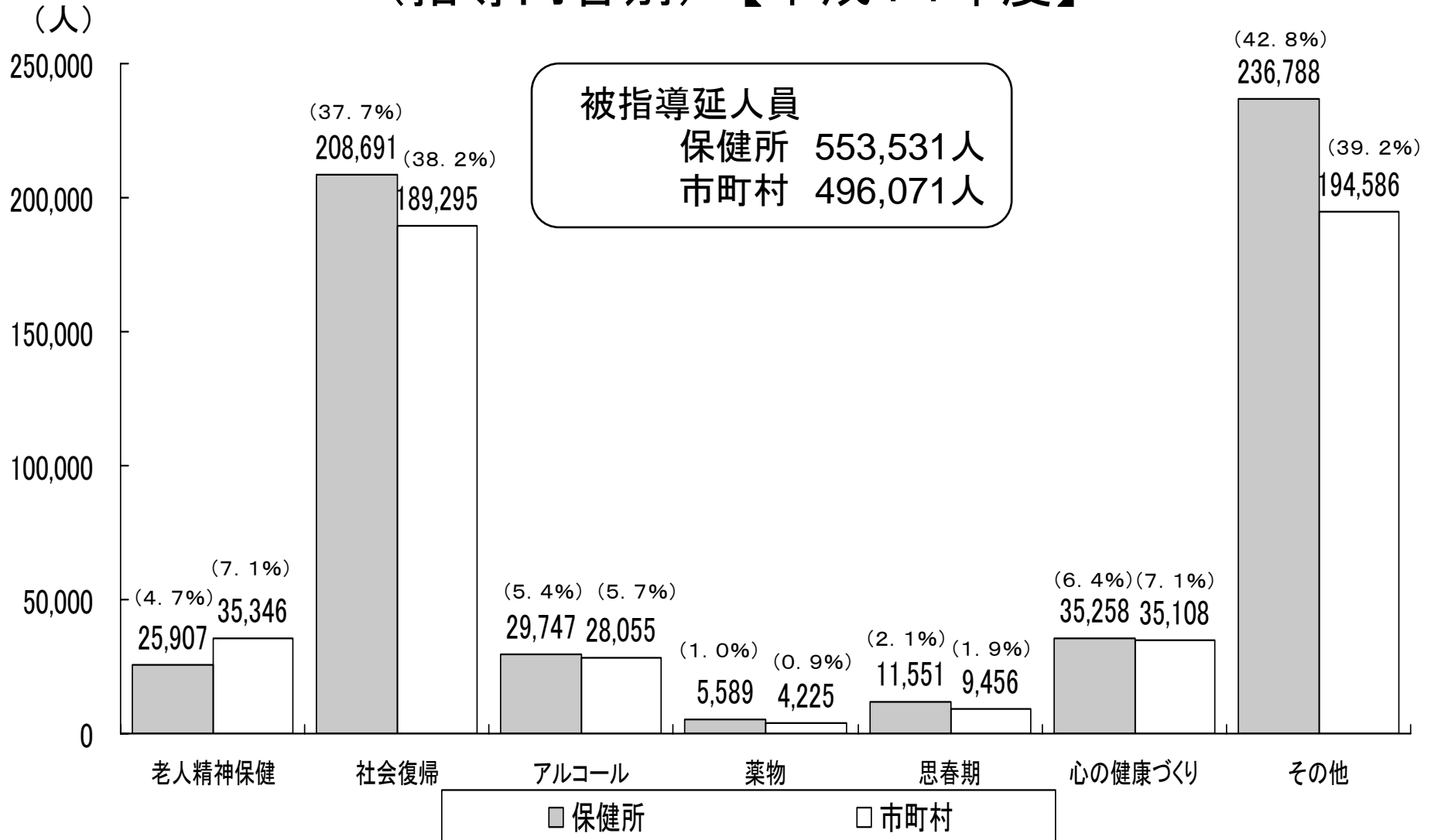


# 保健所・市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員 (指導内容別) 【平成17年度】



出典 : 平成17年度 地域保健・老人保健事業報告

# 保健所・市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員 (指導内容別) 【平成14年度】



出典 : 平成14年度 地域保健・老人保健事業報告

# 保健所が受ける困難事例の内訳

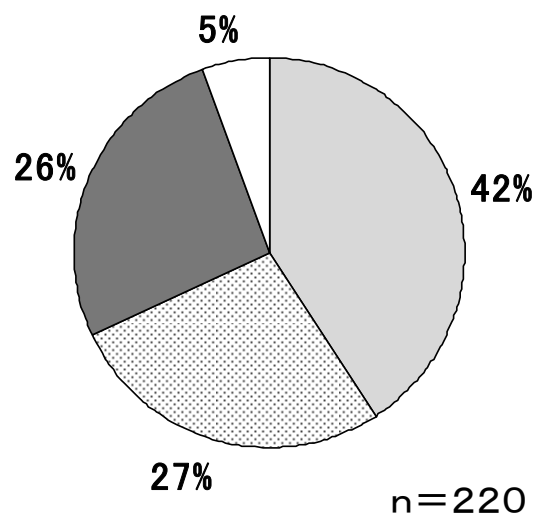
## 保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

## 保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

## 保健所全体で受ける 困難事例の内訳

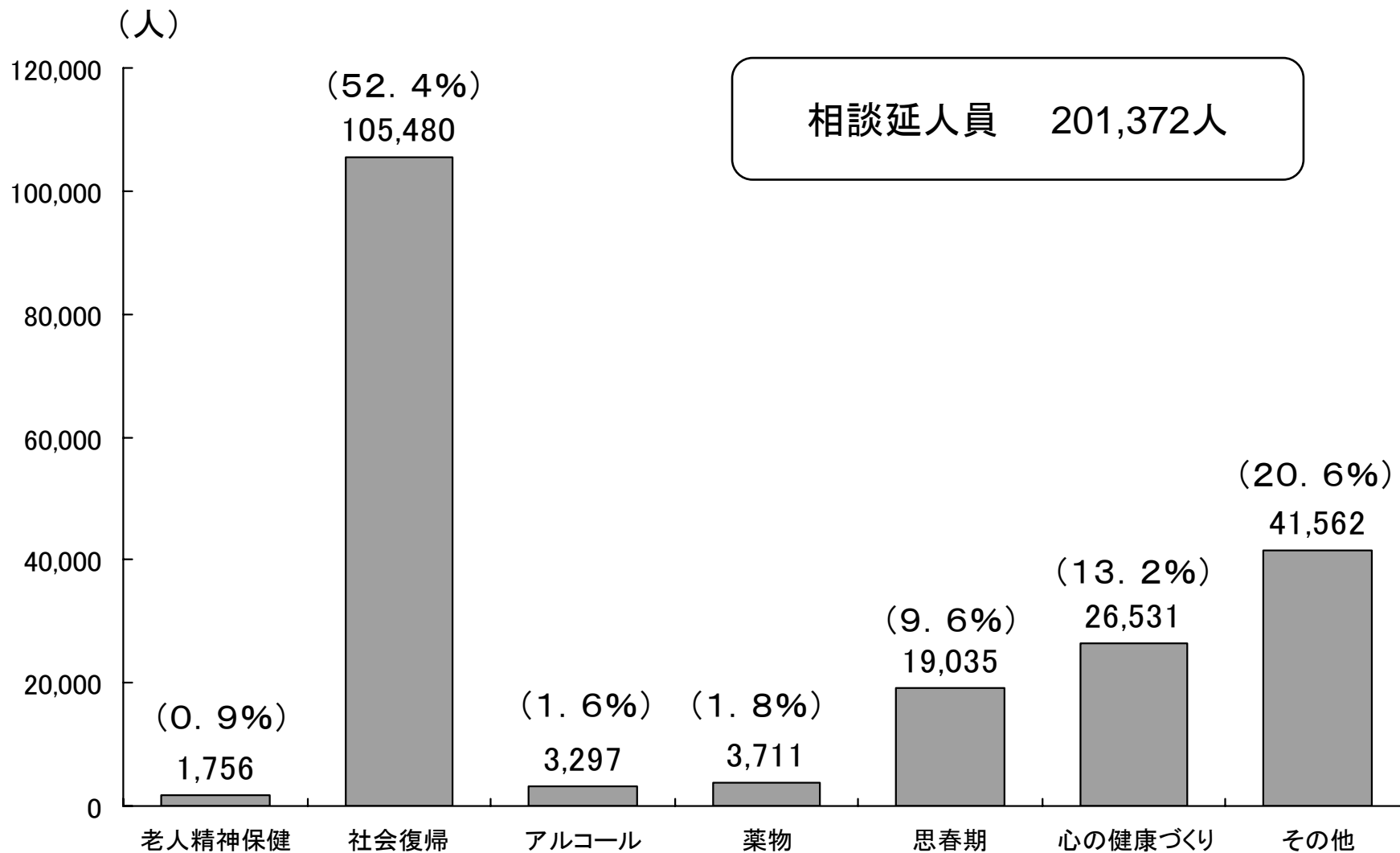


※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- ▨ 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

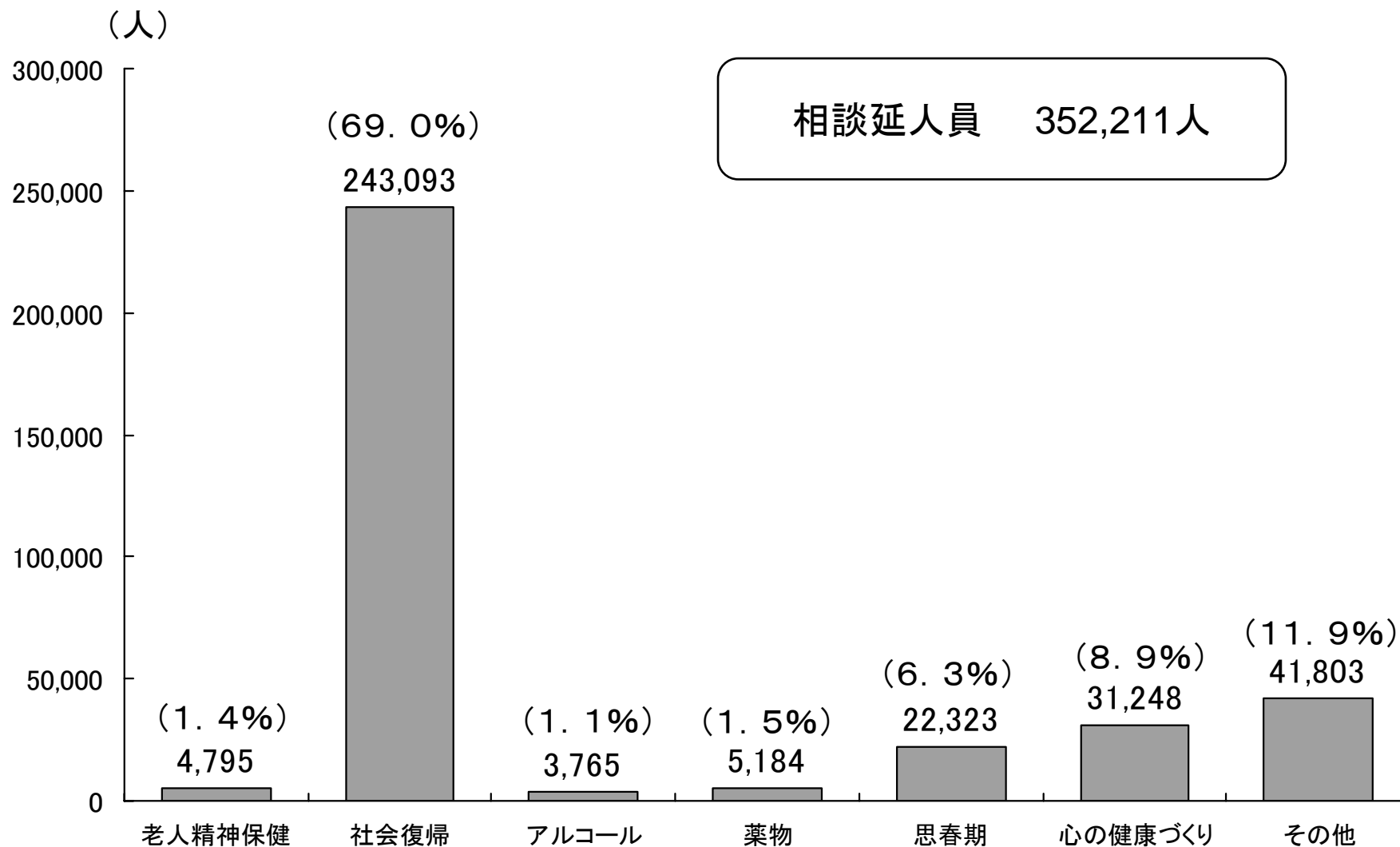
平成19年度厚生労働科学研究  
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究  
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査  
分担研究者 坪倉繁美

# 精神保健福祉センターにおける相談延人員(相談種別) 【平成18年度】



出典 : 平成18年度 衛生行政報告例

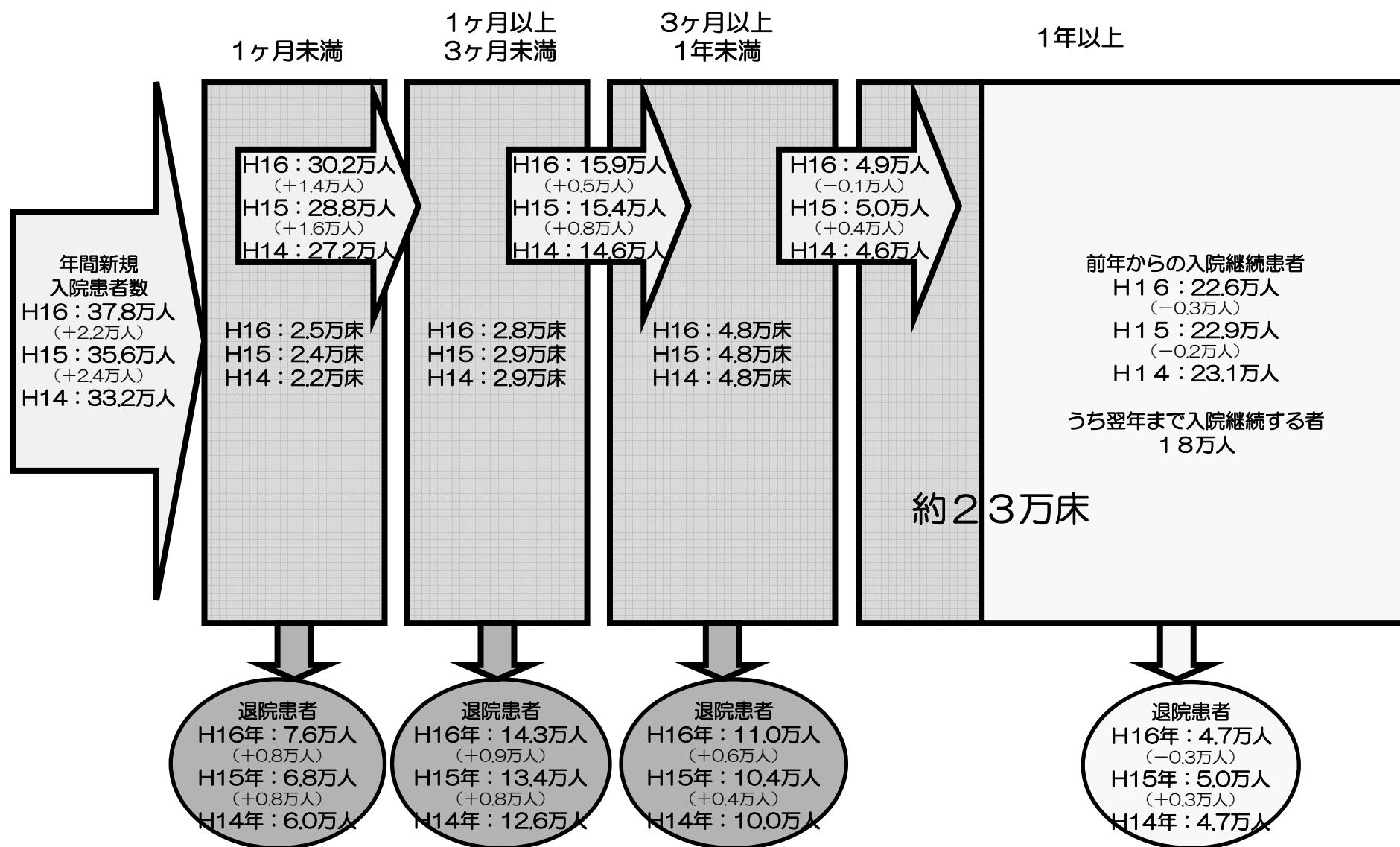
# 精神保健福祉センターにおける相談延人員（相談種別） 【平成14年度】



出典：平成14年度 衛生行政報告例

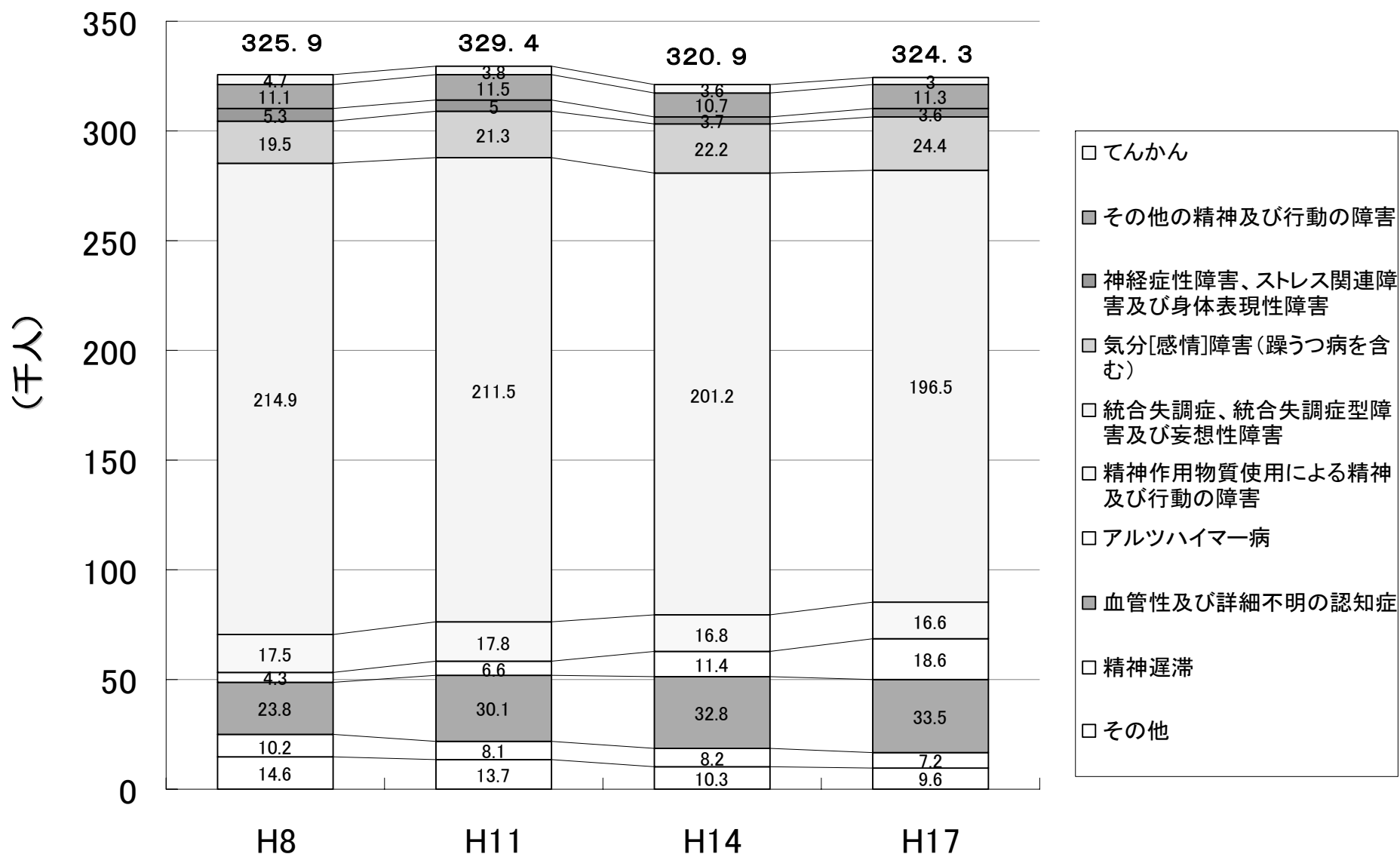
# 入院医療について

# 精神病床入院患者の動態の年次推移



注: 病床数は、ある一時点において、その入院期間群に属する患者数から推計したもの。 資料: 精神・障害保健課調

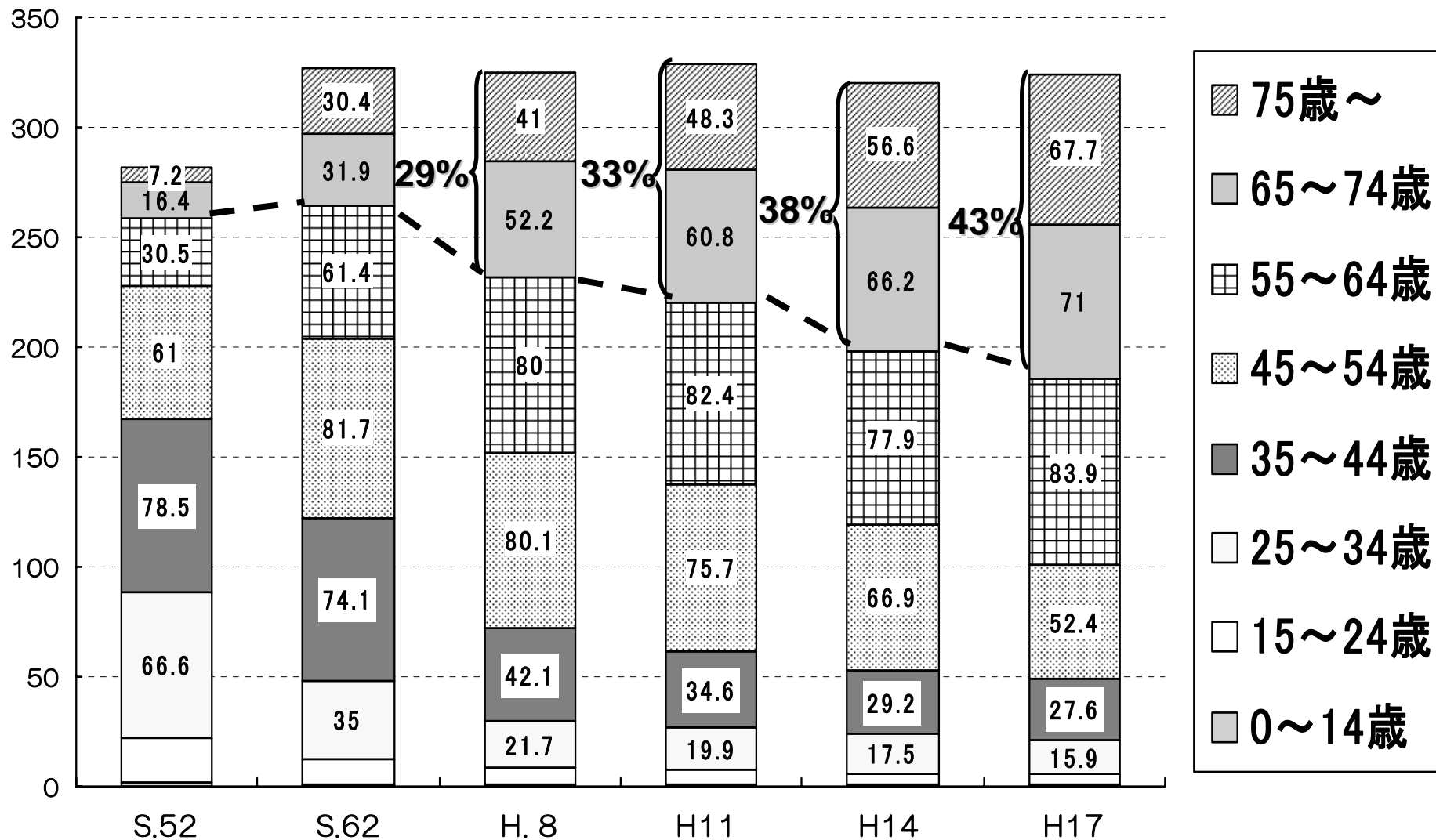
# 精神病床入院患者の傷病別内訳





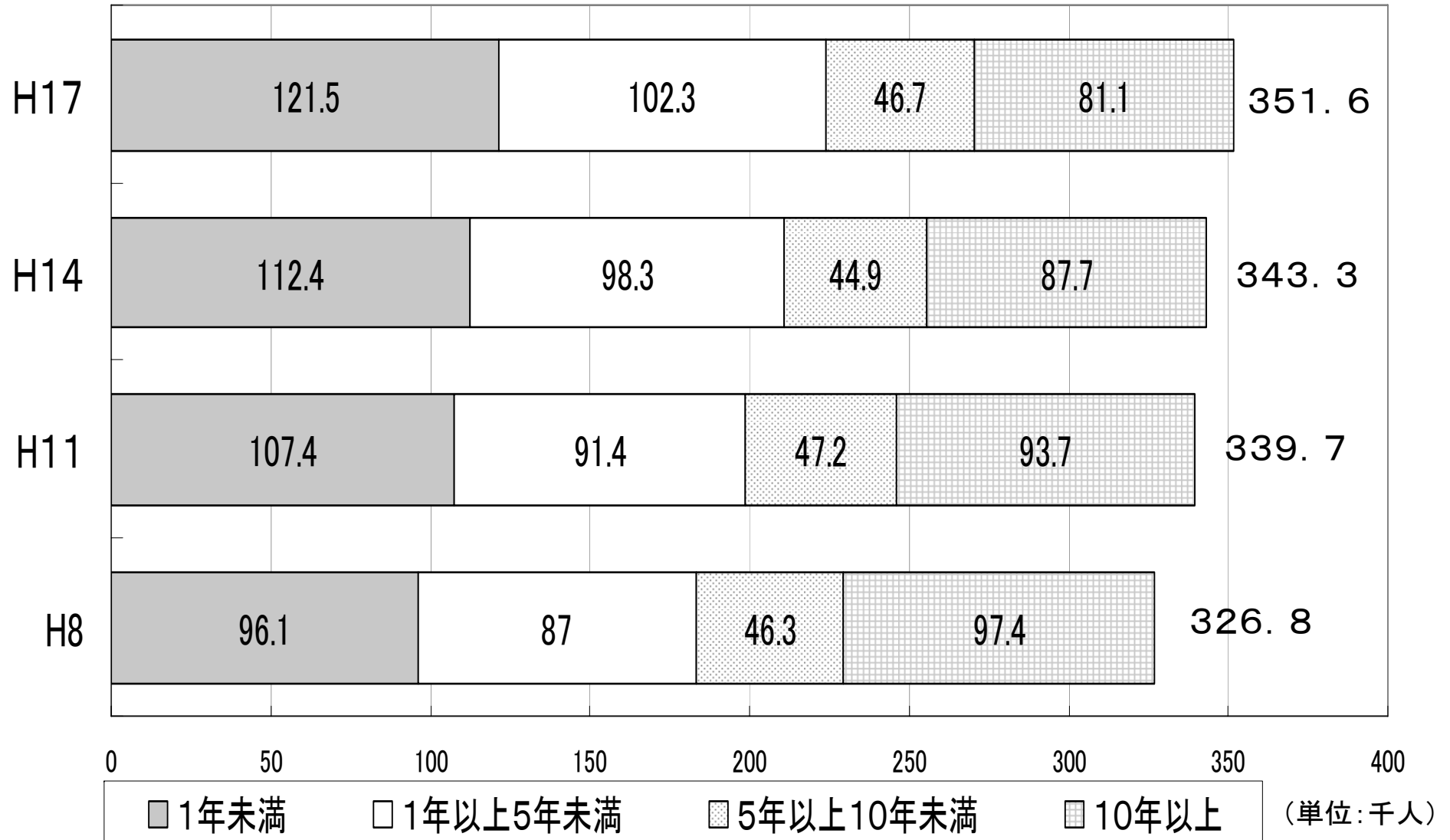
# 精神病床入院患者の年齢分布

(千人)



資料：患者調査

# 入院期間別推計入院患者数の年次推移 (主傷病が精神疾患の者 総数)



資料:患者調査

## 入院期間別／疾患別の状況(精神病床)(平成17年)

(単位:千人)

入院期間 \ 疾患	統合失調症 195.6 (62.4%/100.0%)	うつ・気分障害 24.3 (7.8%/100.0%)	認知症 52.0 (16.6%/100.0%)	その他 41.5 (13.2%/100.0%)
1年未満 99.5 (100.0%/31.8%)	44.9 (45.1%/22.9%)	15.1 (15.2%/62.3%)	21.8 (21.9%/42.0%)	17.7 (17.8%/42.6%)
1年以上5年未満 87.4 (100.0%/27.9%)	49.5 (56.6%/25.3%)	5.7 (6.5%/23.4%)	21.5 (24.6%/41.5%)	10.7 (12.3%/25.8%)
5年以上10年未満 43.9 (100.0%/14.0%)	31.1 (70.8%/15.9%)	1.9 (4.4%/8.0%)	5.8 (13.1%/11.1%)	5.2 (11.7%/12.4%)
10年以上 82.5 (100.0%/26.3%)	70.1 (85.1%/35.9%)	1.5 (1.9%/6.3%)	2.8 (3.4%/5.5%)	7.9 (9.6%/19.1%)

総計 313.4(千人)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各区分の数値の下にある比率は、(各入院期間区分の合計数に対する割合／各疾患区分の合計数に対する割合)

患者調査中「Ⅴ精神及び行動の障害」(「精神遅滞」を含む。)と「Ⅵ神経系の疾患」のうち、「アルツハイマー病」・「てんかん」の積み上げ  
 ・統合失調症・・・患者調査中「統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害」の数  
 ・うつ・気分障害・・・患者調査中「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」の数  
 ・認知症・・・患者調査中「血管性及び詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー病」の合計

資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成

## 入院形態別入院患者数の推移

(単位:人)

	平成元年	平成5年	平成9年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
措置入院	15,042 (4.3%)	7,223	4,772	3,083	2,767	2,566	2,414	2,276 (0.7%)
医療保護入院	165,685 (47.8%)	112,230	94,827	110,930	112,661	114,145	115,297	118,069 (36.4%)
任意入院	152,536 (44.0%)	213,974	230,983	215,438	212,015	209,924	206,209	202,231 (62.4%)
その他	13,137 (3.8%)	10,499	5,893	3,263	2,607	2,461	2,205	1,759 (0.5%)
合計	346,400 (100.0%)	343,926	336,475	332,714	330,050	329,096	326,125	324,335 (100.0%)

資料:精神・障害保健課調  
※ 各年6月末日現在の数

## 患者の退院先について

### 【実数】

平成17年6月 1か月間の数

(精神・障害保健課調べ)

入院期間	1年未満	1～5年	5～10年	10～20年	20年以上	計
総数	26,530	2,565	650	384	369	30,498

(退院先)

家庭復帰等	20,190	830	143	68	30
社会復帰施設等	2,103	396	79	47	38
転院	3,522	942	304	206	229
死亡	715	397	124	63	72

### 【割合】

入院期間	1年未満	1～5年	5～10年	10～20年	20年以上
総数	87%	8%	2%	1%	1%

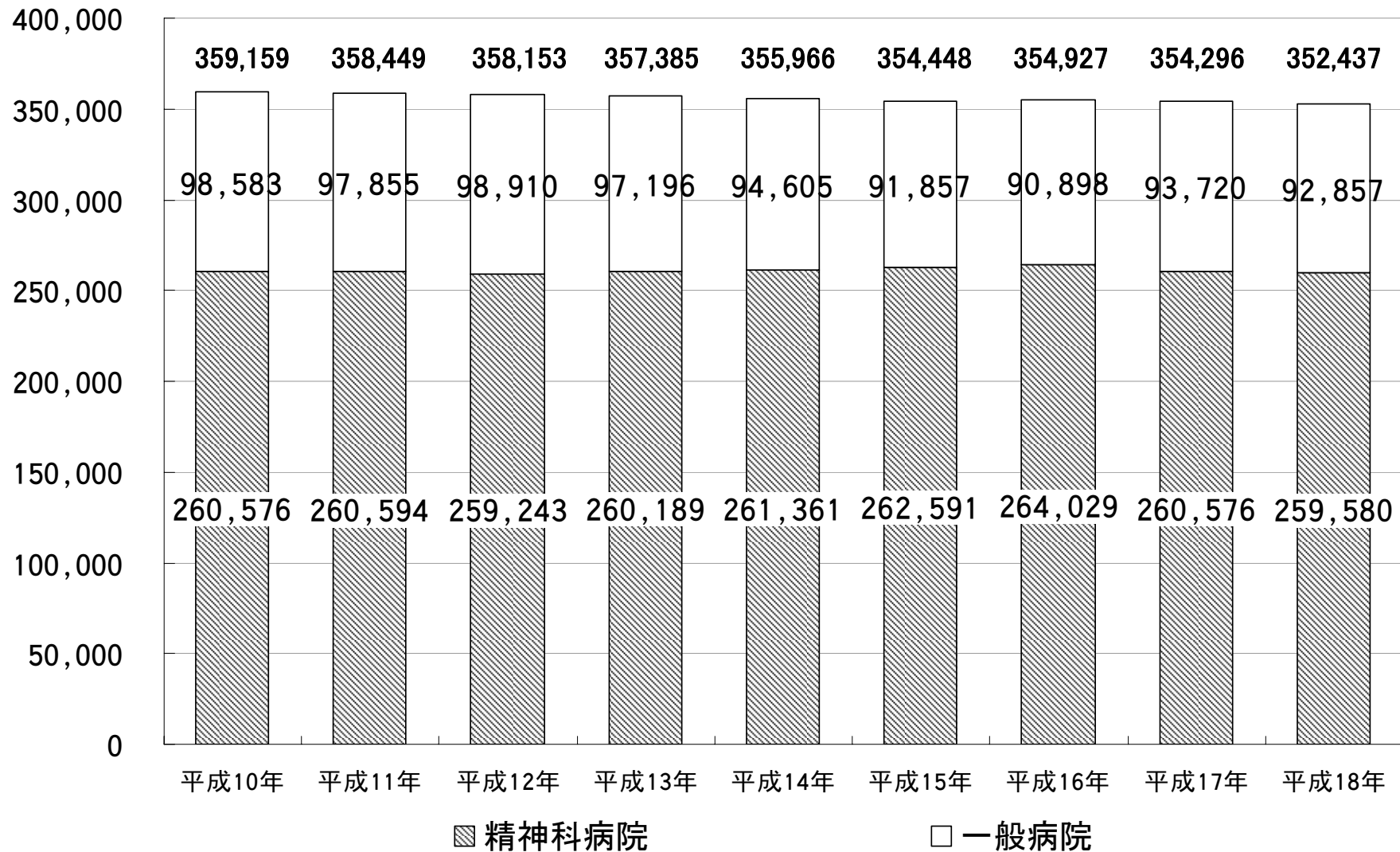
(退院先)

家庭復帰等	76%	32%	22%	18%	8%
社会復帰施設等	8%	15%	12%	12%	10%
転院	13%	37%	47%	54%	62%
死亡	3%	15%	19%	16%	20%

※ 退院先の割合は、各入院期間別の総数に対する割合

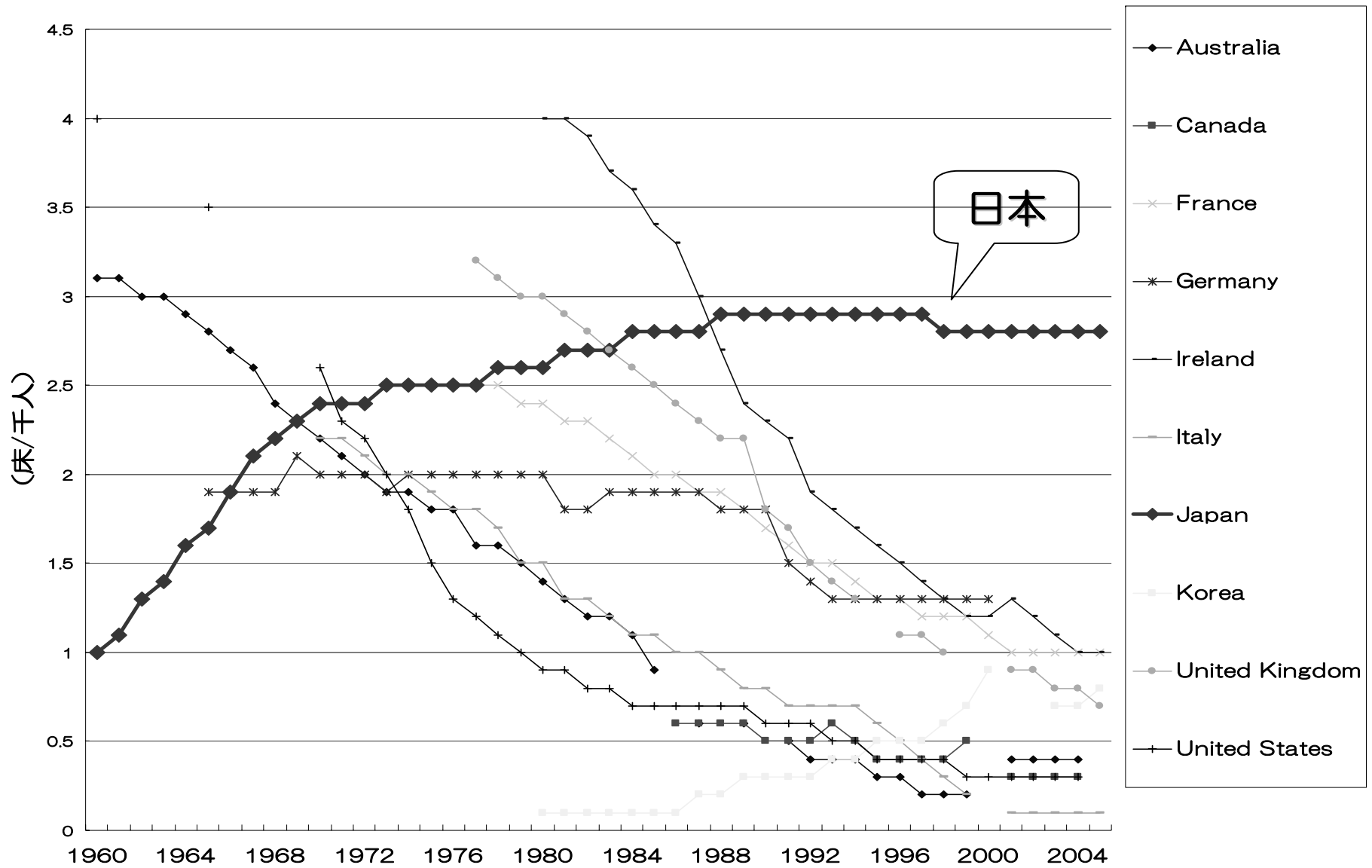
# 精神病床数の変化

(床)



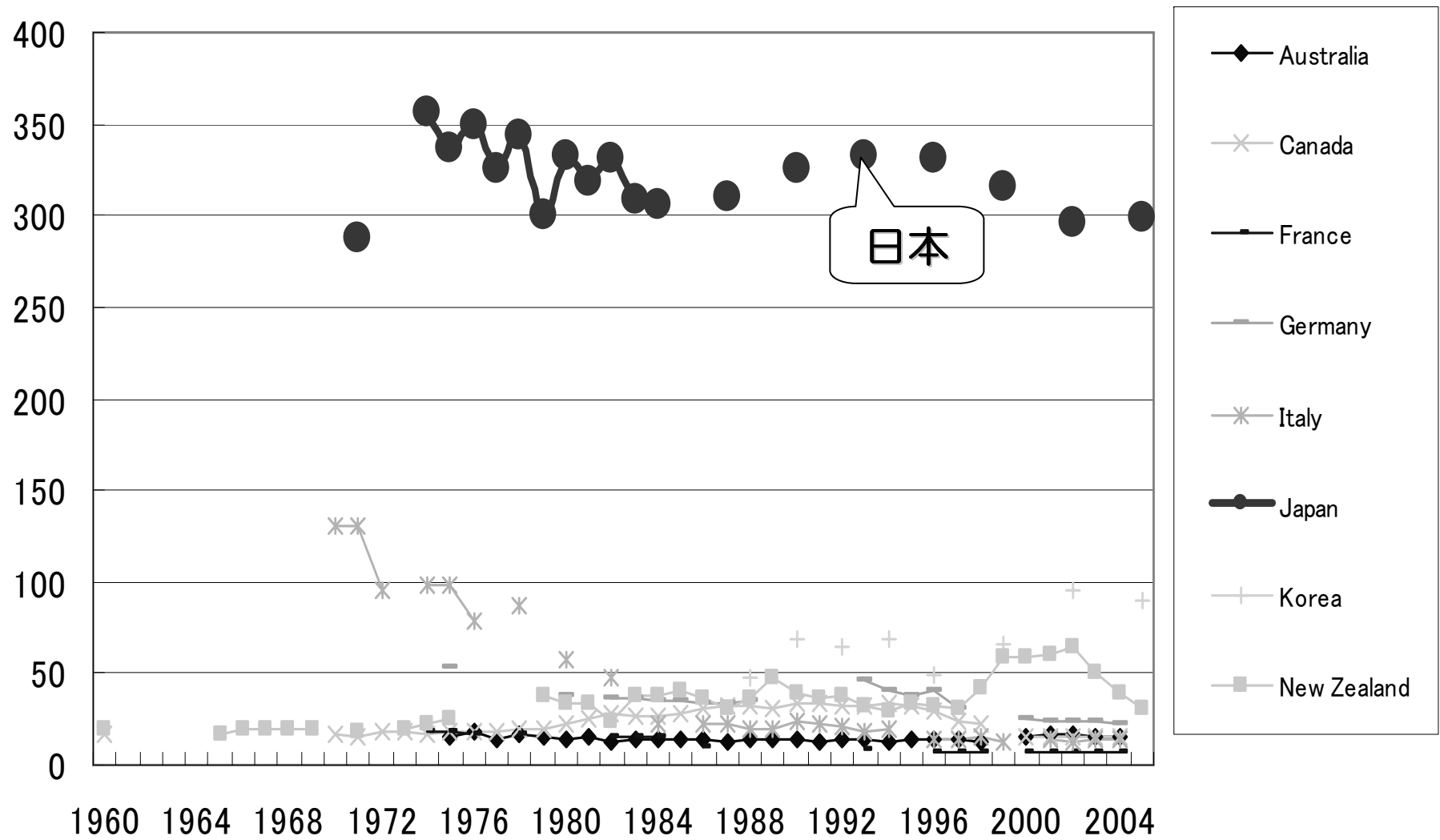
資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

# 病床数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）  
 OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

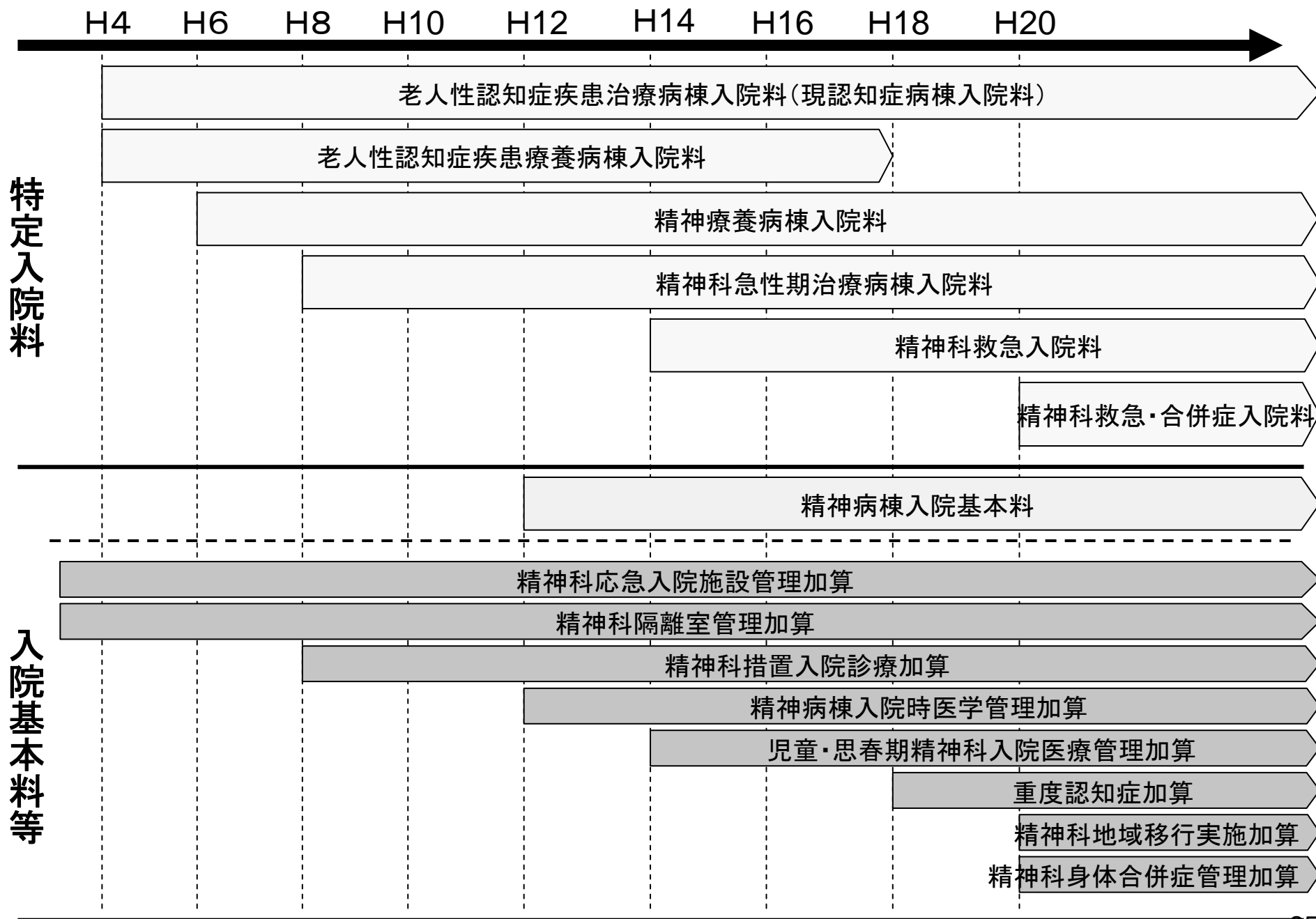
# 平均在院日数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）  
 OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）  
 注）1999年以降の日本のデータは患者調査より



# 精神科入院医療に係る主な診療報酬の経緯



## 精神科入院医療に係る主な診療報酬の算定病床数の推移

	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
老人性認知症疾患治療病棟入院料	6,823	8,202	9,586	10,377	13,477	16,870		
老人性認知症疾患療養病棟入院料(医療型)	9,266	10,488	11,816	12,866	11,791	9,353	/	/
老人性認知症疾患療養病棟入院料(介護型)〈注1〉				5,104	5,351	4,767		
精神療養病棟入院料	61,643	69,747	70,429	74,499	80,966	81,974	72,413	
精神科急性期治療病棟入院料	4,080	4,526	5,176	5,778	7,212	7,819	8,033	
精神科救急入院料			50	329	602	1,192	1,481	
精神病棟入院基本料	269,543	255,135	249,330	240,103	228,584	219,560	209,257	196,493
〈参考:注2〉精神病床数	358,153	357,385	355,966	354,448	354,927	354,296	352,437	

資料: 中医協調査

ただし、〈注1〉は、介護サービス施設・事業所調査

〈注2〉は、医療施設調査

〈参考:精神病棟入院基本料の内訳 (平成19年5月1日現在)〉

10:1入院基本料 … 4,360床

18:1入院基本料 … 29,708床

特別入院基本料 … 10,231床

15:1入院基本料 … 132,669床

20:1入院基本料 … 19,525床

# 精神病床の現状

## 特定入院料

(※以外は平成18年7月1日現在)

精神科救急入院料 (1,481床)

精神科急性期治療病棟入院料  
(8,033床)

児童・思春期精神科入院医療管理加算 (520床；注)

小児入院医療管理料 (105施設、病床数不明；注)

老人性認知症専門病床：26,223床※  
 ・老人性認知症疾患治療病棟入院料(16,870床)  
 ・老人性認知症疾患療養病棟入院料(医療型9,353床)※※  
 ・老人性認知症疾患療養病棟入院料(介護型4,767床)※※※  
 ※平成17年現在 ※※平成18年4月～廃止  
 ※※※平成17年介護サービス施設・事業所調査

精神療養病棟  
入院料 (72,413床)

特殊疾患療養病棟2 (12,490床；注)

121,160床；注  
(注；精神病床以外も含む)

## 精神病棟入院基本料

(平成18年5月1日現在)

10：1 (439床)

15：1 (124,970床)

18：1 (30,392床)

20：1 (34,997床)

特別入院基本料 (18,459床)

212,724床 (中医協 調査)

## 特定機能病院入院基本料

(平成18年5月1日現在)

7:1  
(47床)

10:1  
(335床)

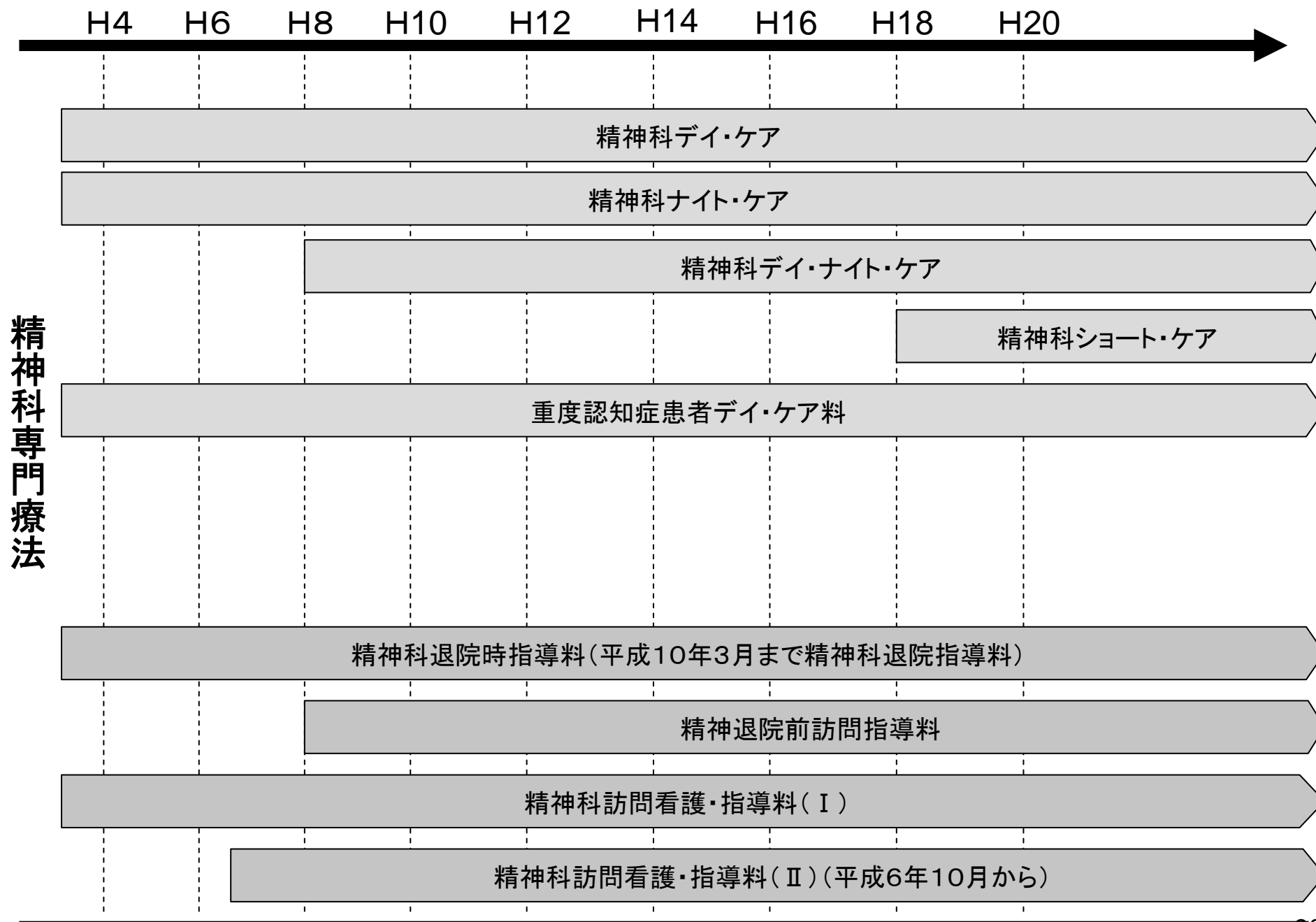
15:1  
(3,085床)

## 病床別の医療提供体制（人員配置・設備構造基準）

	精神病床	療養病床	一般病床
定義	精神疾患を有する者を入院させるための病床をいう。	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をいう。	精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床をいう。
人員配置基準	<p>①大学附属病院ならびに内科、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</p> <p>医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1</p> <p>②上記以外の病院</p> <p>医師 48:1 看護職員 4:1 薬剤師 150:1</p> <p>（ただし当分の間、看護職員5:1、看護補助者と合わせて4:1とすることができる）</p> <p>※措置入院指定病院、応急入院指定病院 病棟基準で、看護師及び准看護師 3:1 （ただし、H18.3.1から5年間は医療法基準どおりでも可（経過措置））</p>	<p>医師 48:1 看護職員 4:1 看護補助者 4:1 薬剤師 150:1</p> <p>※経過措置（平成24年3月31日まで）</p> <p>看護師及び准看護師 6:1 看護補助者 6:1</p>	<p>医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1</p>
病床面積	6.4㎡/床以上 既設：4.3㎡/床以上	6.4㎡/床以上	6.4㎡/床以上 既設：4.3㎡/床以上
廊下幅	<p>①の病院 1.8m以上（両側居室2.1m） 既設1.2m以上（両側居室1.6m）</p> <p>②の病院 1.8m以上（両側居室2.7m） 既設1.2m以上（両側居室1.6m）</p>	<p>1.6m以上（両側居室2.7m） 既設1.2m以上 （両側居室1.6m）</p>	<p>1.8m以上（両側居室2.1m） 既設1.2m以上 （両側居室1.6m）</p>

# 通院・在宅医療について

# 精神科在宅医療に係る主な診療報酬の経緯



## 精神科デイ・ケア等の概要

### 精神科デイ・ケア

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき6時間を標準とする。

### 精神科ナイト・ケア

精神障害者の社会機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき4時間を標準とする。

### 精神科デイ・ナイト・ケア

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき10時間を標準とする。

### 精神科ショート・ケア

精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき3時間を標準とする。

## 精神科デイ・ケア等の利用状況

### 延利用者数

(単位:人)

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
精神科デイ・ケア	466,684	490,431	550,397	596,867	630,782
精神科ナイト・ケア	17,277	21,446	24,780	24,068	18,255
精神科デイ・ナイト・ケア	81,535	100,444	106,308	122,327	136,227
老人性痴呆疾患デイ・ケア(注)	70,849	77,412	89,398	109,315	112,188
合計	636,345	689,733	770,883	852,577	897,452

### 利用実人員

(単位:人)

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
精神科デイ・ケア	49,642	52,534	54,544	58,799	62,461
精神科ナイト・ケア	2,299	2,477	2,536	2,684	2,367
精神科デイ・ナイト・ケア	7,193	8,169	7,668	8,890	9,869
老人性痴呆疾患デイ・ケア(注)	6,247	7,082	6,694	7,478	8,137
合計	65,381	70,262	71,442	77,851	82,834

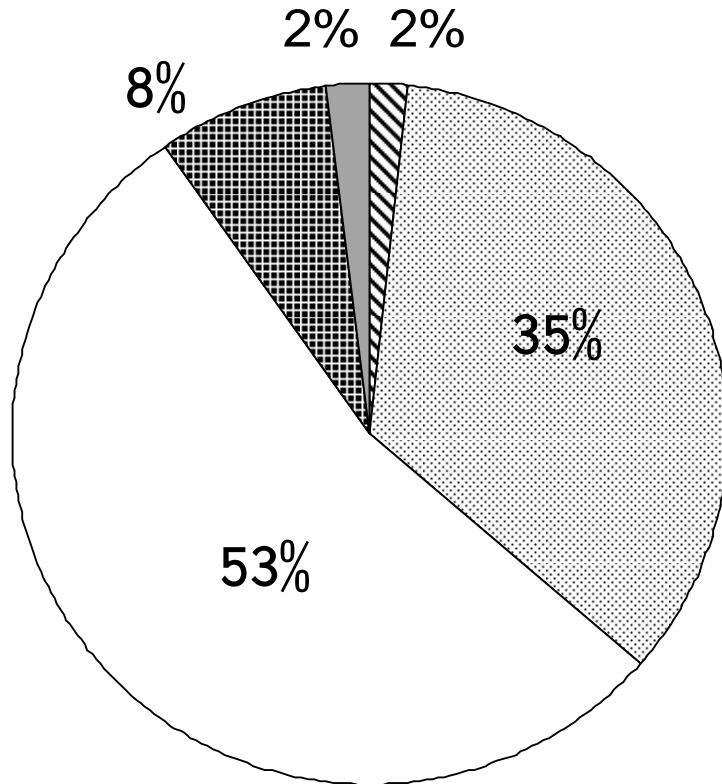
注:「老人性痴呆疾患デイ・ケア」は、平成18年度より「重度認知症患者デイ・ケア(料)」となっている。



# 精神科デイ・ケア等の利用状況

## 年齢階級別

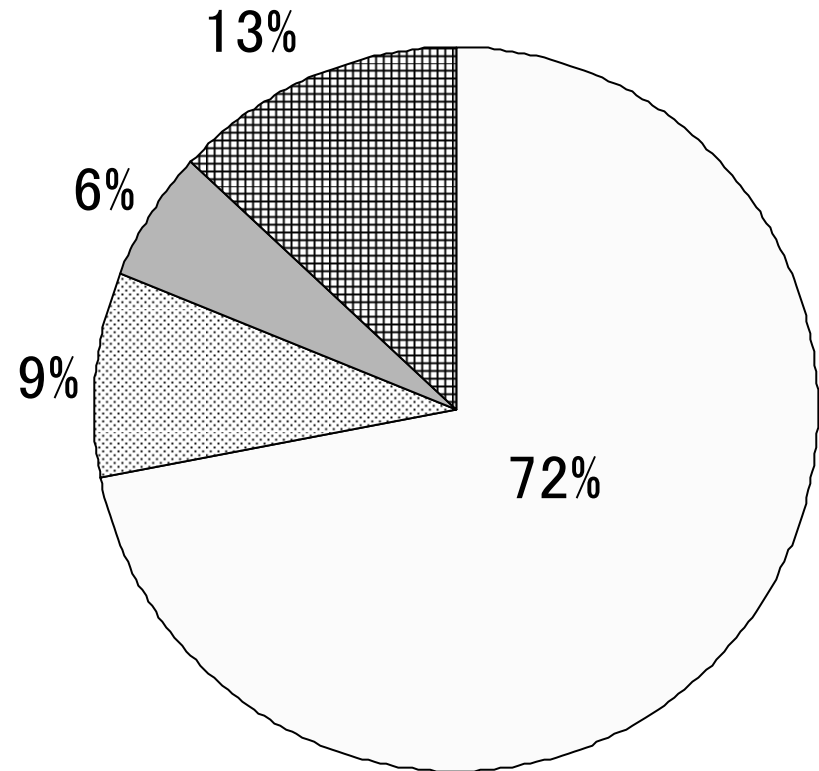
精神科デイ・ケア等の利用者数の  
半数以上が40～65歳



■ 20歳未満	■ 20歳以上40歳未満
□ 40歳以上65歳未満	■ 65歳以上75歳未満
■ 75歳以上	

## 疾患別

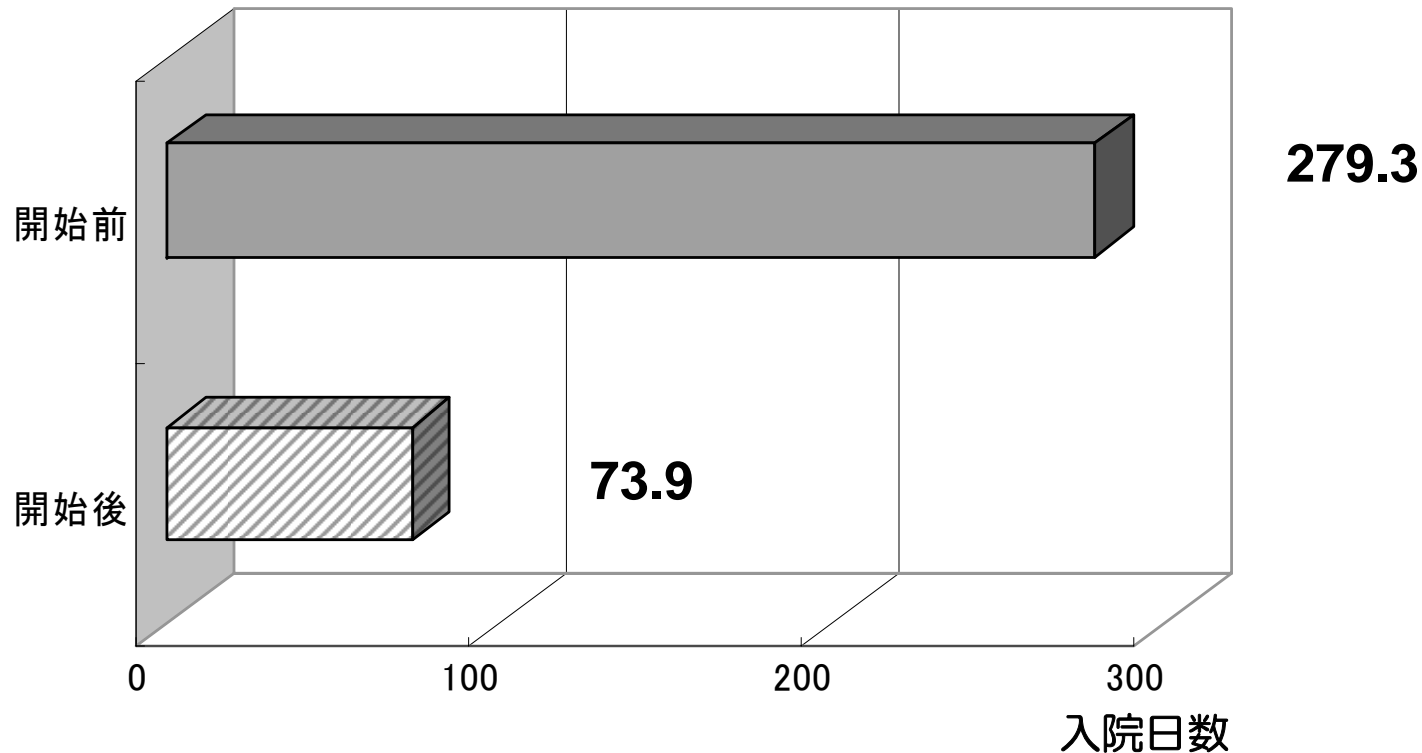
精神科デイ・ケア等の利用者数の  
7割超が統合失調症



□ 統合失調症	■ 気分障害
■ アルコール依存症	■ その他

# 精神科訪問看護の効果

## 1) 訪問看護開始前後2年間の精神科総入院日数 (N=134)

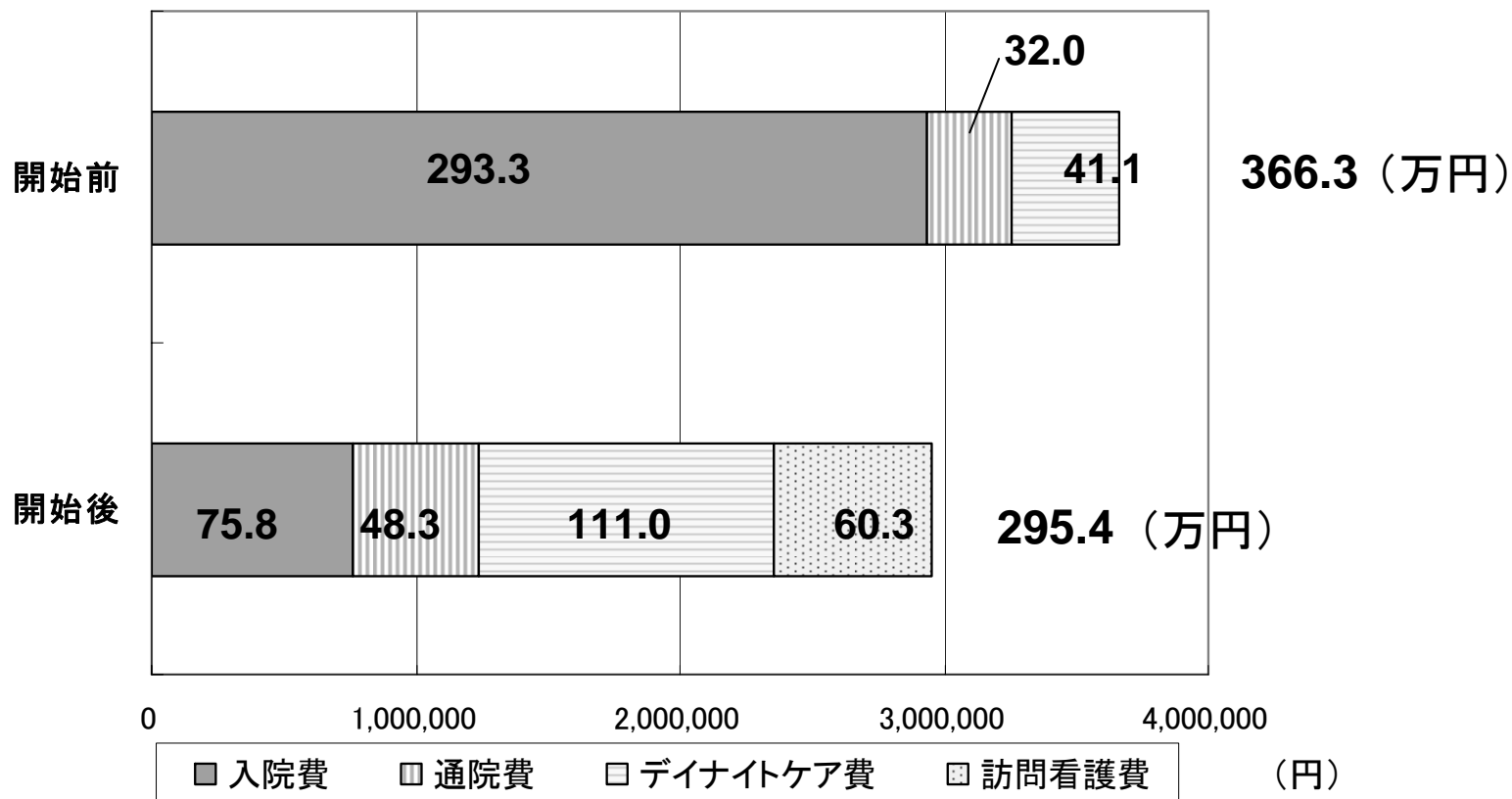


●精神科病棟への総入院日数では、訪問看護開始前2年間の平均279.3日から訪問看護開始後2年間では、74.9日へと4分の1近くに減少

(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 主任研究者 萱間真美 平成16年3月)

n=134, t=8.179, p < 0.01

## 2) 訪問看護開始前後2年間に要した医療費の内訳



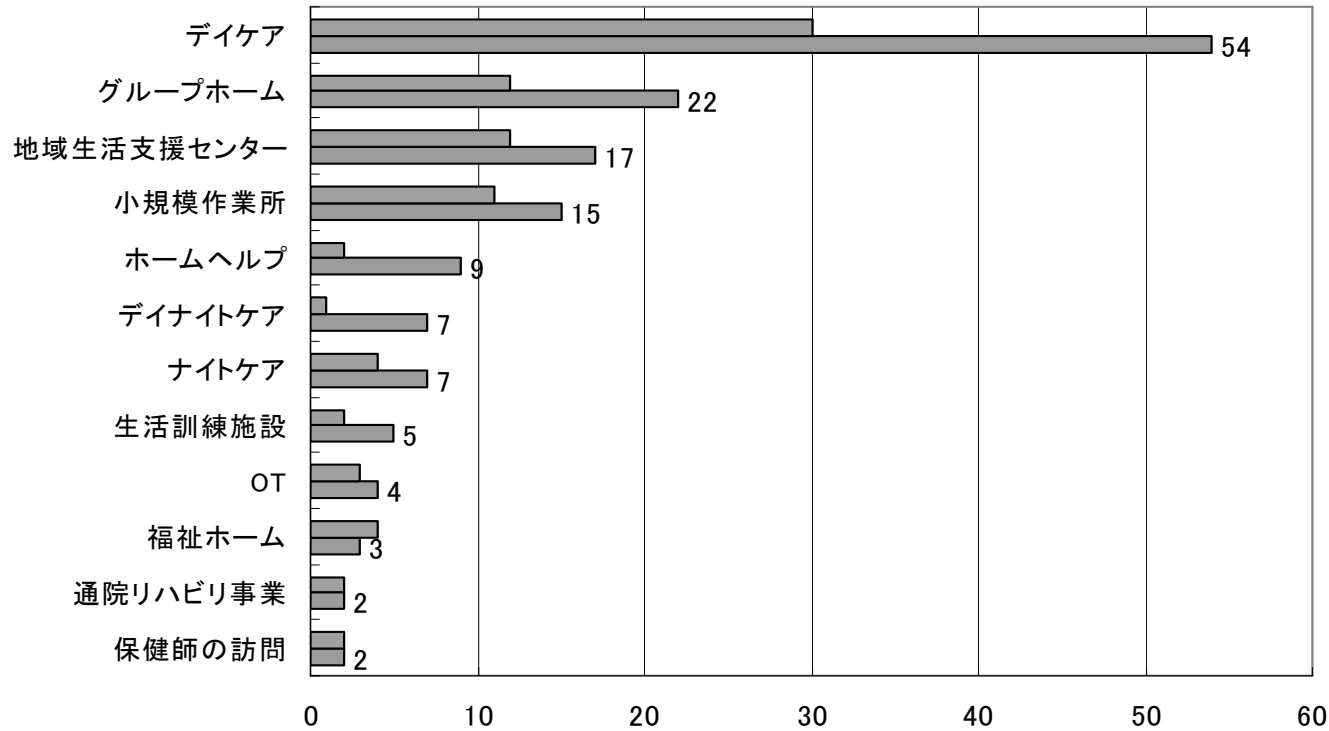
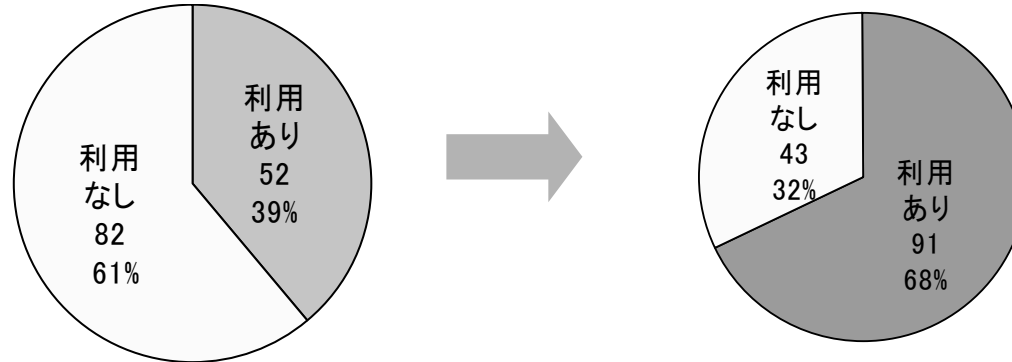
### ●訪問看護開始後では、開始前に比べて医療費平均が減少

(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 主任研究者 萱間真美 平成17年3月)

# 訪問看護開始前後の社会資源の利用状況の変化

訪問看護開始前

訪問看護開始後



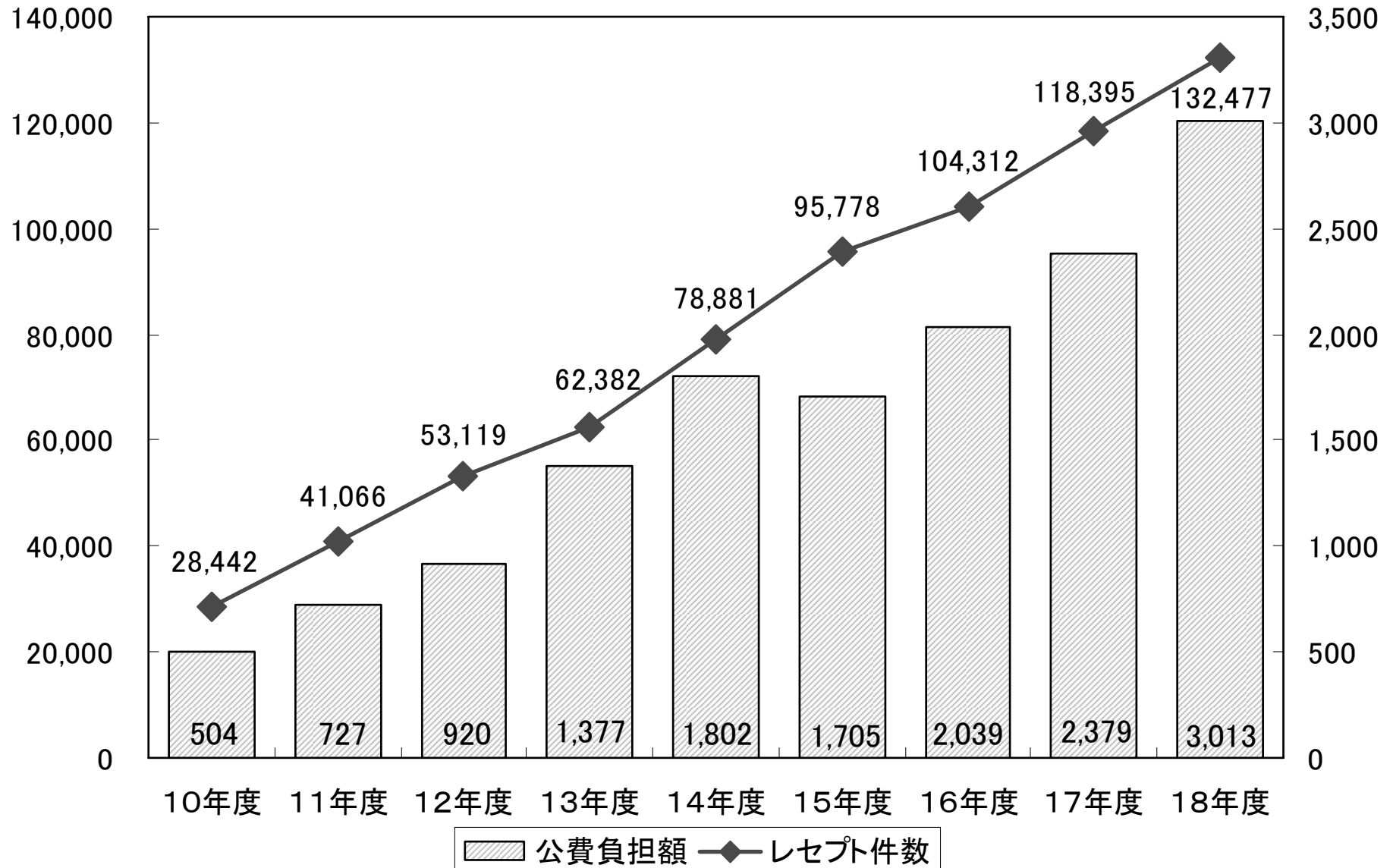
※上段が開始前  
後段が開始後

(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究  
主任研究者 萱間真美 平成17年3月)

## 精神科訪問看護(精神通院医療)の実施状況の年次推移

(単位: 件)

(単位: 百万円)



## 精神科訪問看護の実施状況

### 精神科訪問看護・指導実施件数の年次推移

	施設数	件数
平成11年度	709	28,308
平成14年度	727	39,462
平成17年度	826	56,051

資料：医療施設調査（各年9月1月間）

### 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況

精神疾患が主傷病の利用者への訪問の有無(n=1,664)

実施している	実施していない	無回答
41.0%	58.6%	0.4%

出典：平成19年度厚生労働省障害保健福祉推進事業（全国訪問看護事業協会）  
「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護のケアの技術の標準化と教育及びサービス提供体制のあり方の検討」

# 医療体制・連携について

# 精神科救急事業の変遷

(補助事業)

(診療報酬)

平成7年度 精神科救急システム整備事業 創設

精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための体制整備に必要な経費に対する補助事業(精神科救急情報センター機能の整備、搬送システムの確保、精神科救急医療施設の体制整備、精神科初期救急医療輪番システムの整備) (初期・2次救急)

H8 精神科急性期入院料創設

H14 精神科救急入院料創設

平成17年度 精神科救急医療センター事業 創設

幻覚・妄想・昏迷・興奮など激しい症状を呈する統合失調症の急性期、急性精神病や錯乱状態等の患者を24時間診療体制で受け入れることができる精神科救急医療センターを整備することにより、患者の受け入れ態勢の強化を図り、24時間、365日緊急受診者の受け入れを行い、個室での手厚い医療の提供により、患者の早期退院及び病床の減少を図る。(3次救急)

2つの事業を組み替え

平成20年度 精神科救急医療体制整備事業 創設

急性期患者への適切な医療体制を更に充実させるため、身体合併症を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設、診療所などに勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化

H20 精神科救急・  
合併症入院料 創設

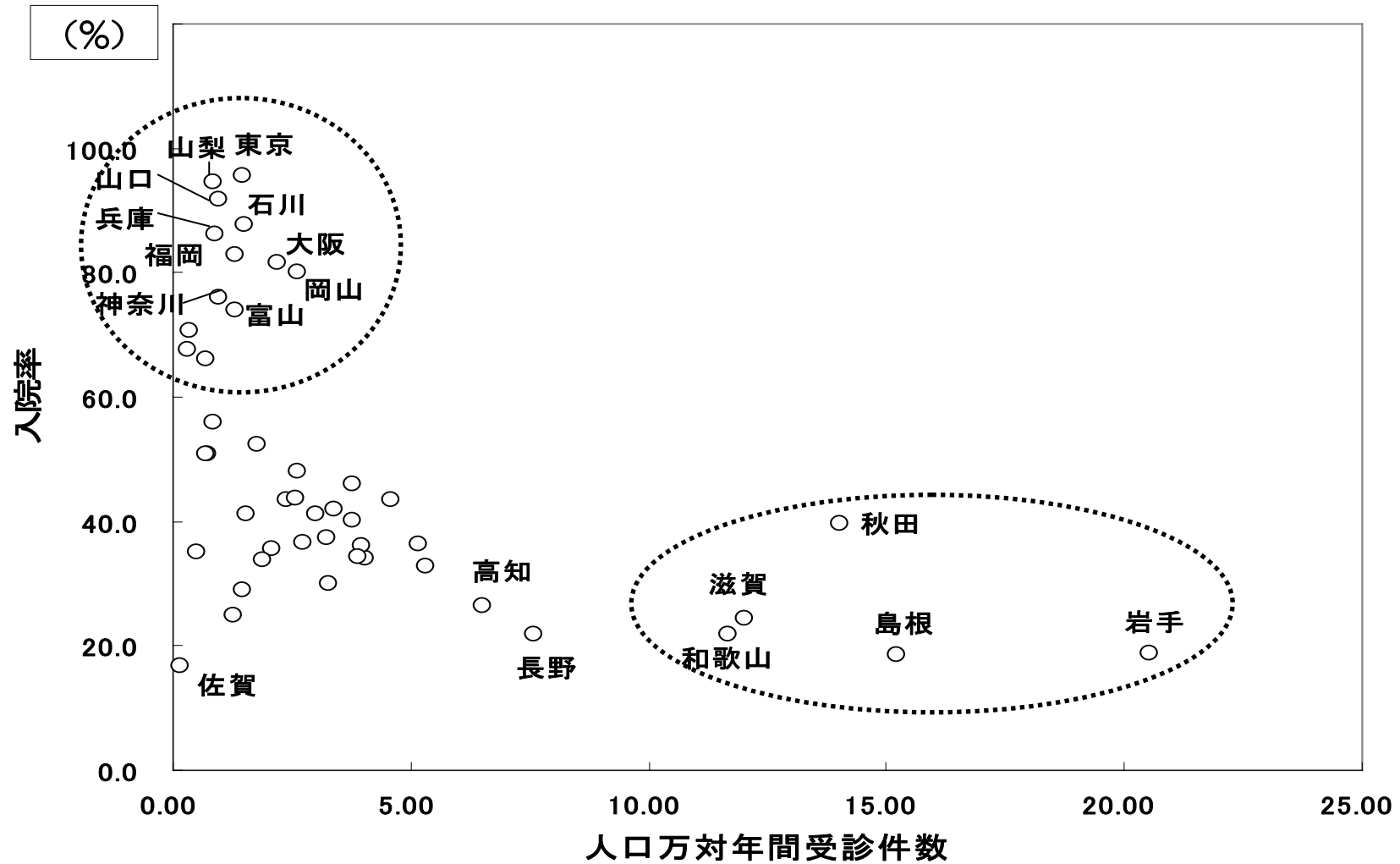


## 精神科救急医療システムの利用状況

	平成16年度	平成17年度
精神科救急医療圏域数	145	145
精神科救急医療施設数	1,073	1,084
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	72,337	81,122
夜間・休日の受診件数	27,788	30,243
夜間・休日の入院件数	10,916	12,096

(精神・障害保健課調)

# 精神科救急医療システム全国状況 受診件数と入院件数（2006年度）



平成19年度厚生労働科学研究

「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」

主任研究者；黒澤 尚 分担研究者；平田 豊明

# 精神科救急医療体制整備事業

平成19年度

情報センター  
・医師1人  
・PSW1人

## 精神科救急医療施設

- ・医師1人
- ・看護師1人
- ・PSW1人
- ・空床確保1床

初期救急医療施設  
・医師1人  
・看護師1人

精神科救急医療センター  
・医師1人  
・看護師2人  
・PSW1人  
・空床確保2床

精神科救急医療システム

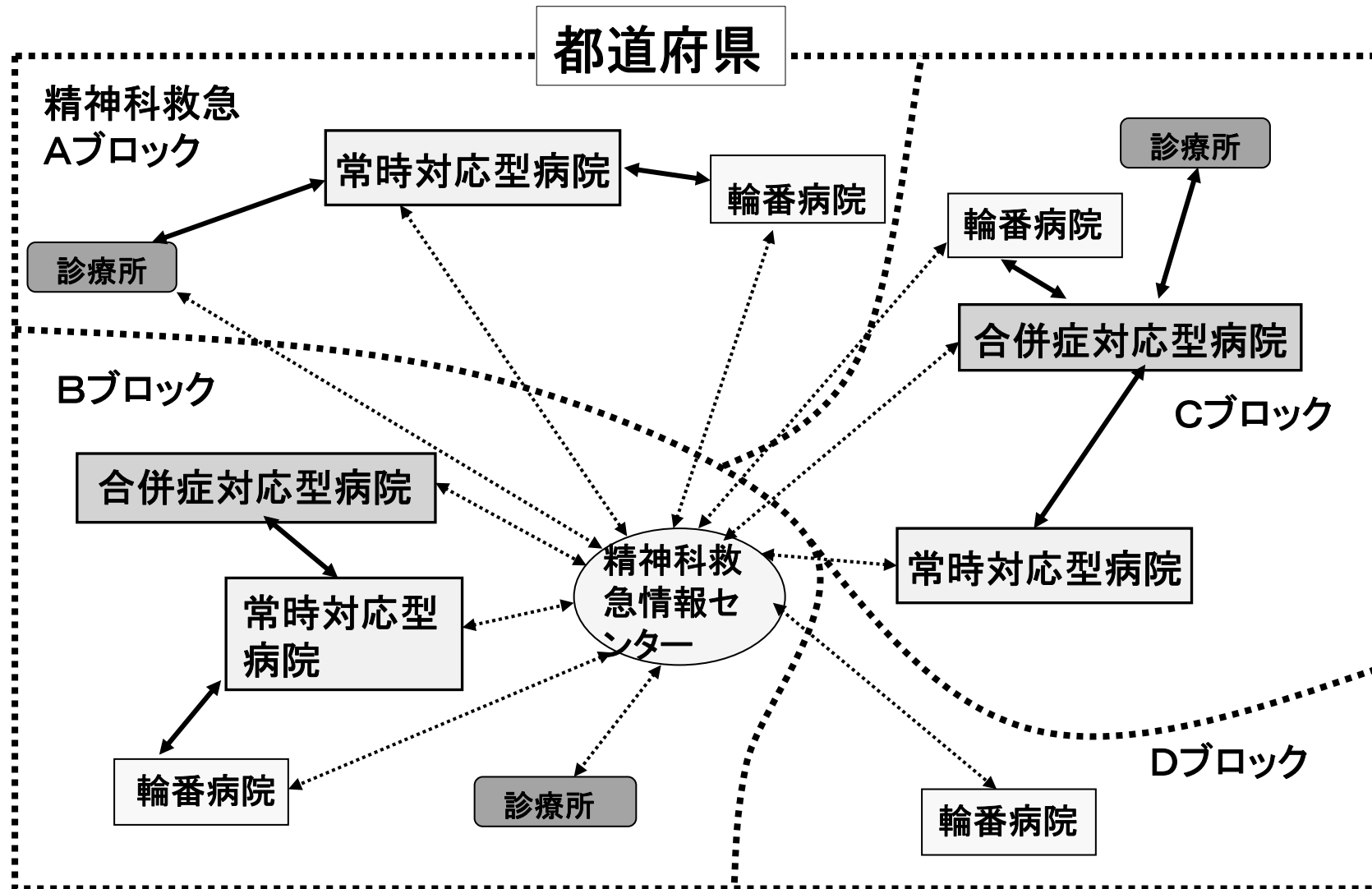
平成20年度（案）

情報センター  
・医師1人  
・PSW1人

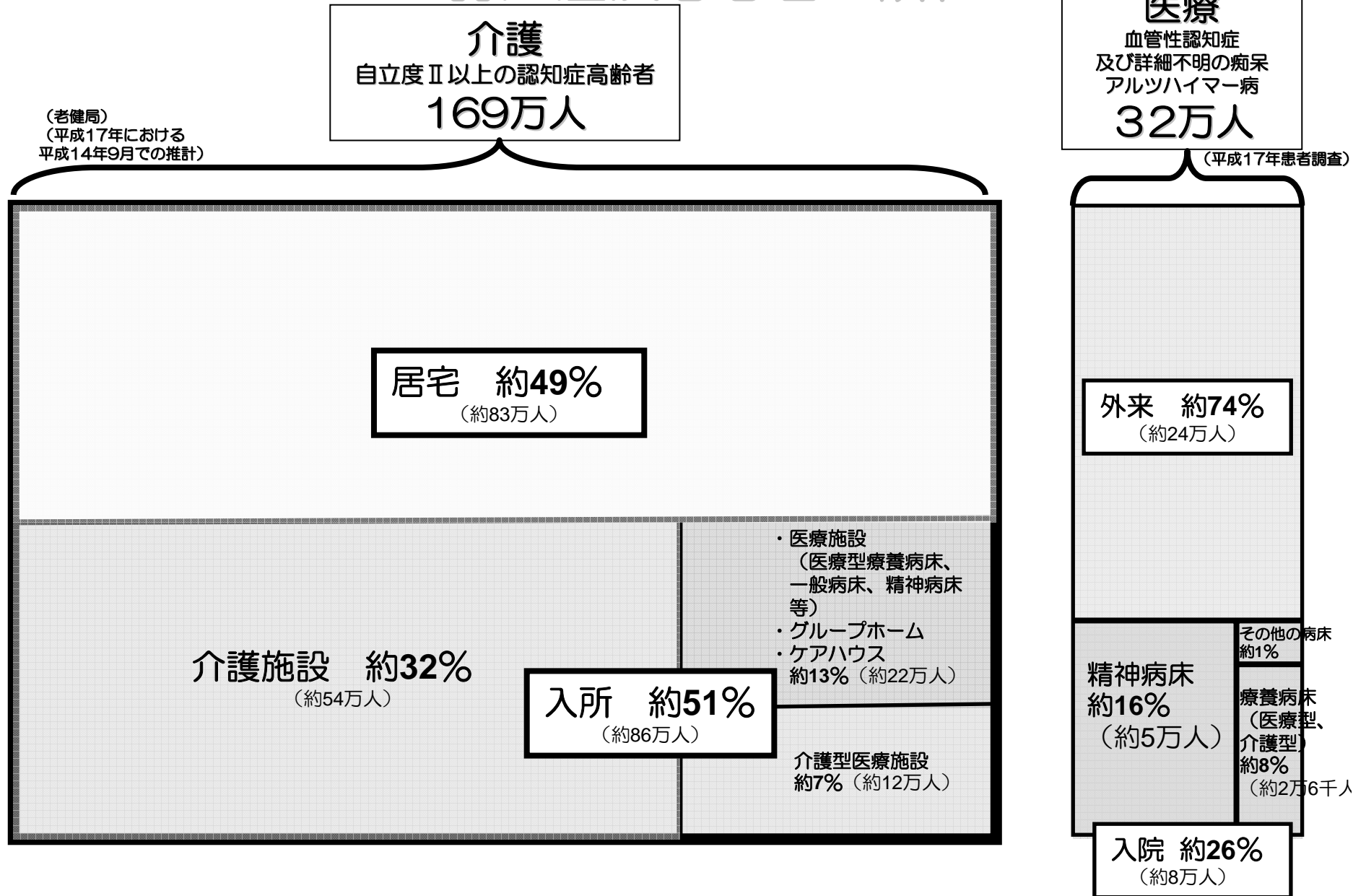
## 精神科救急医療施設

- ・輪番制病院群も含めて全ての精神科救急医療圏域に空床確保を行う精神科救急医療施設の整備
- ・24時間対応の精神科救急情報センターの身体合併症対応を含めた機能強化及び身体合併症対応施設の創設
- ・診療所に勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築 等

# 精神科救急医療体制(平成20年度以降のイメージ)

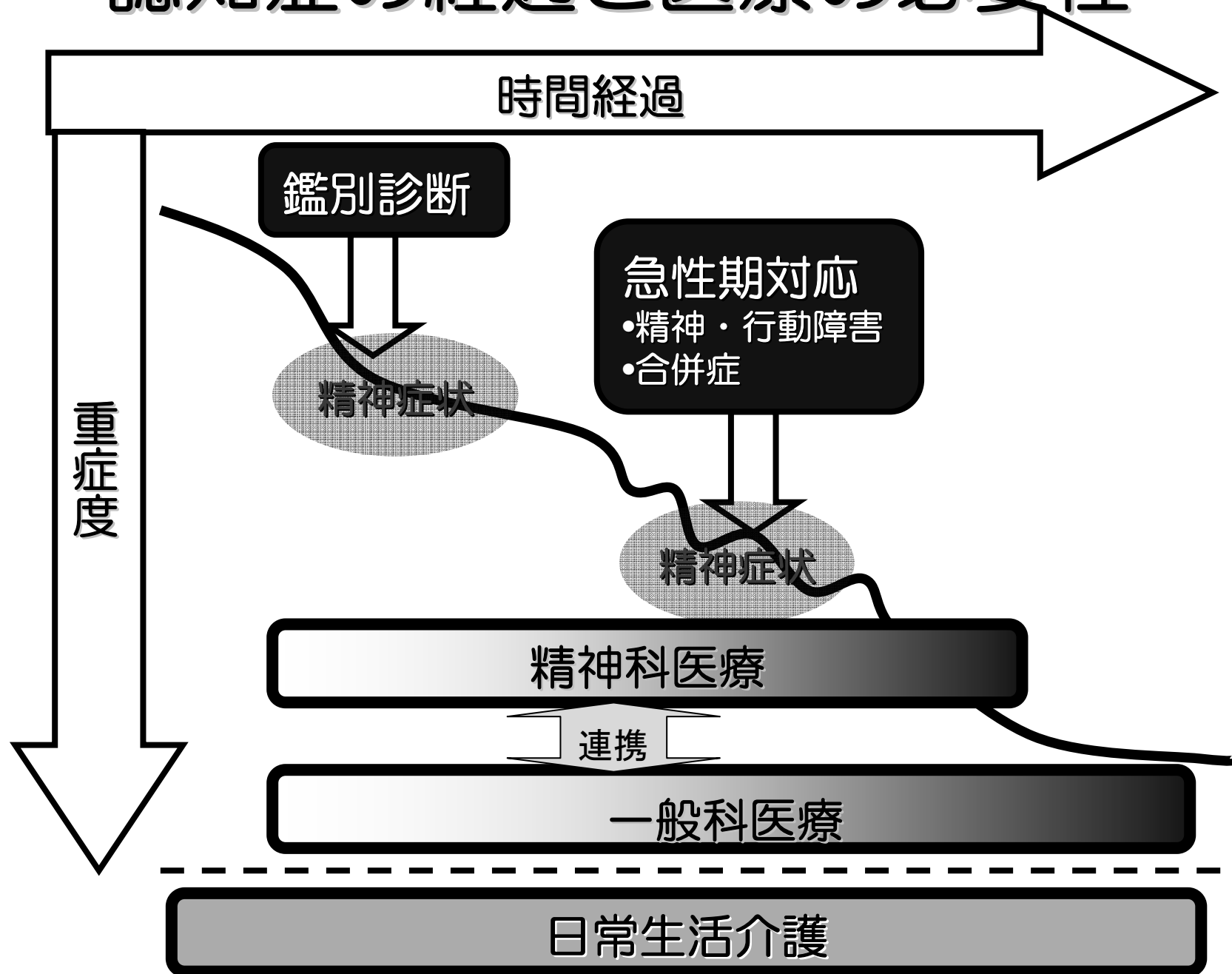


# 認知症疾患患者の所在

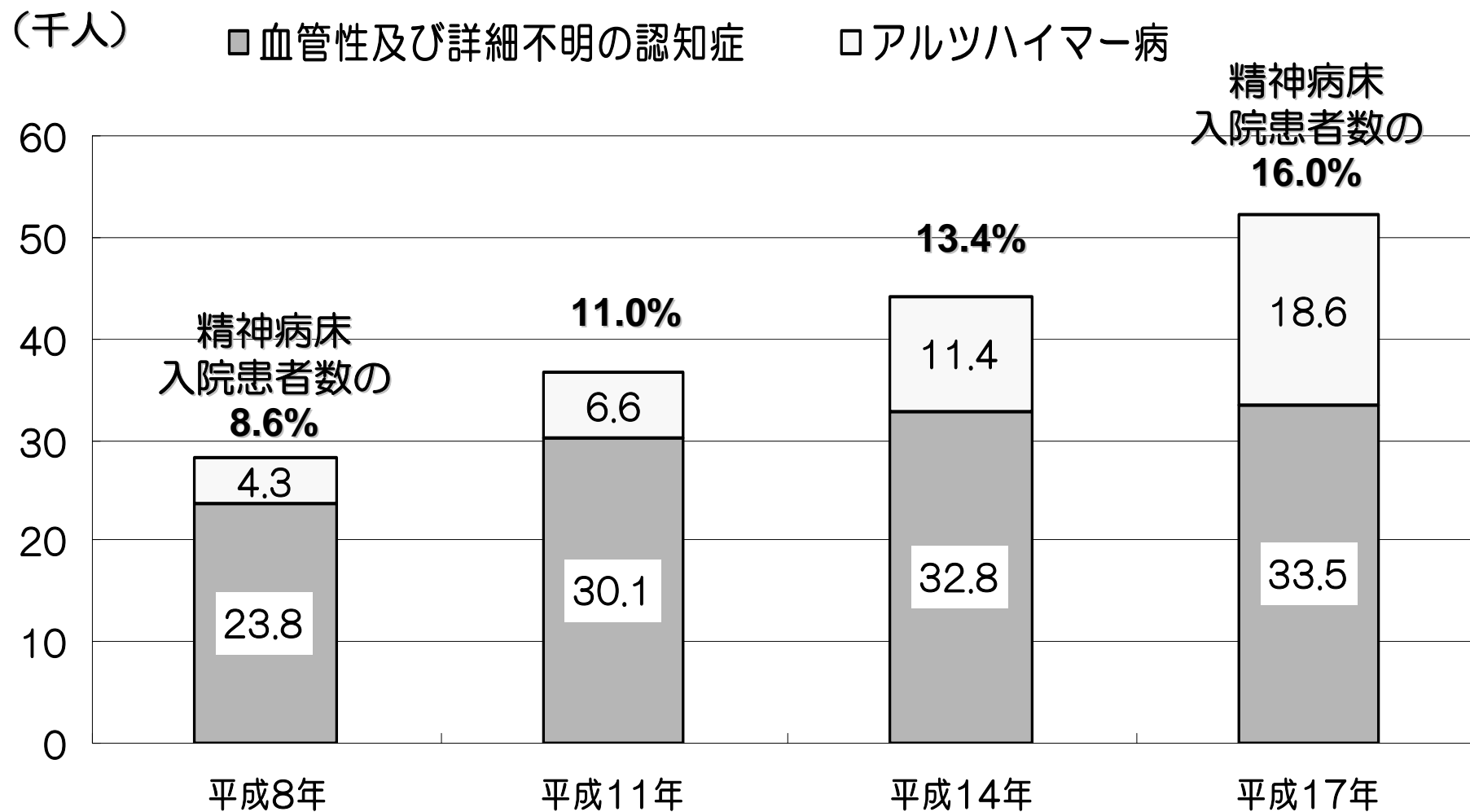


※医療施設（医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床）は介護と医療で重複がある。

# 認知症の経過と医療の必要性



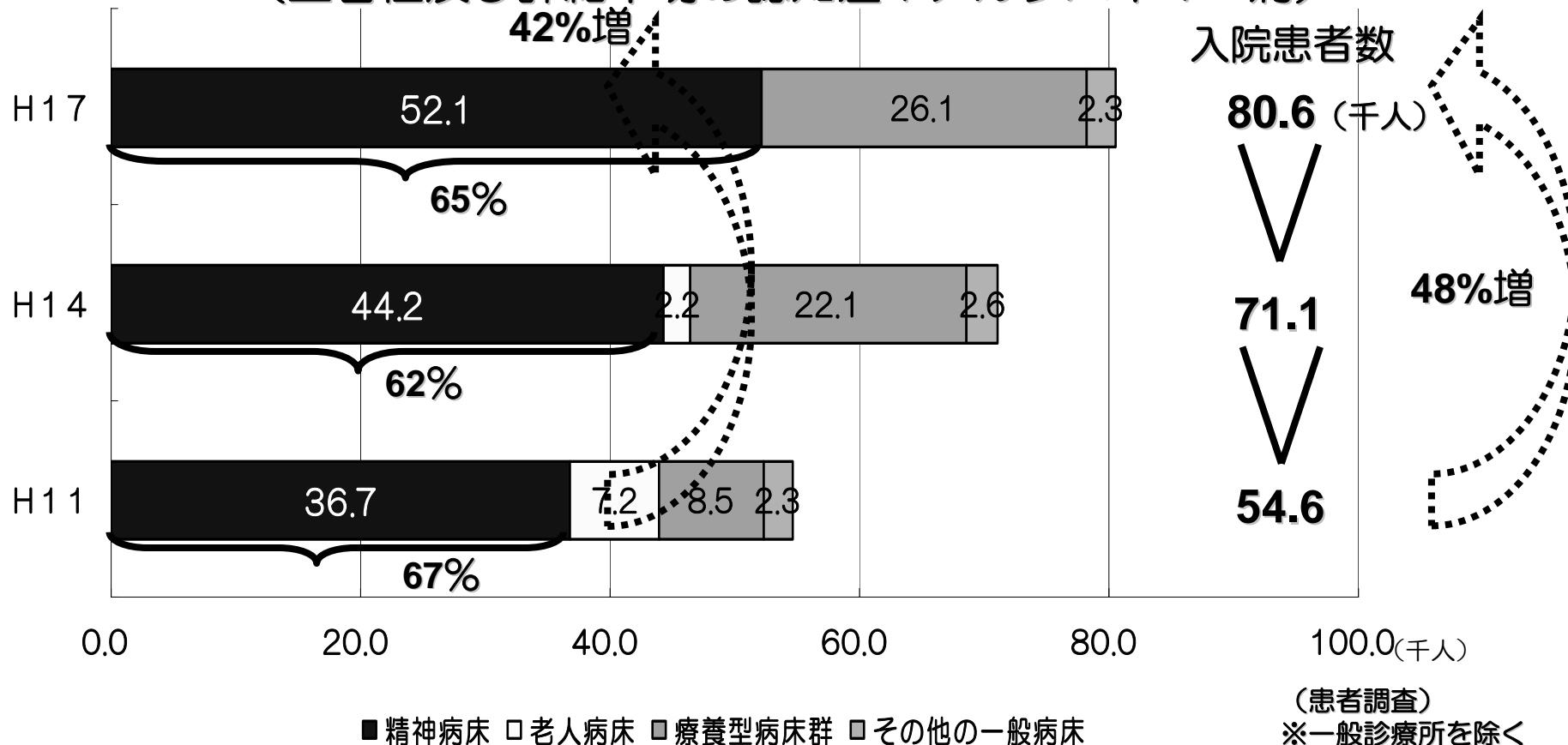
# 精神病床における認知症入院患者数の年次推移



資料：患者調査

# 認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)



認知症疾患を主傷病名とする入院患者の約6割は精神病床

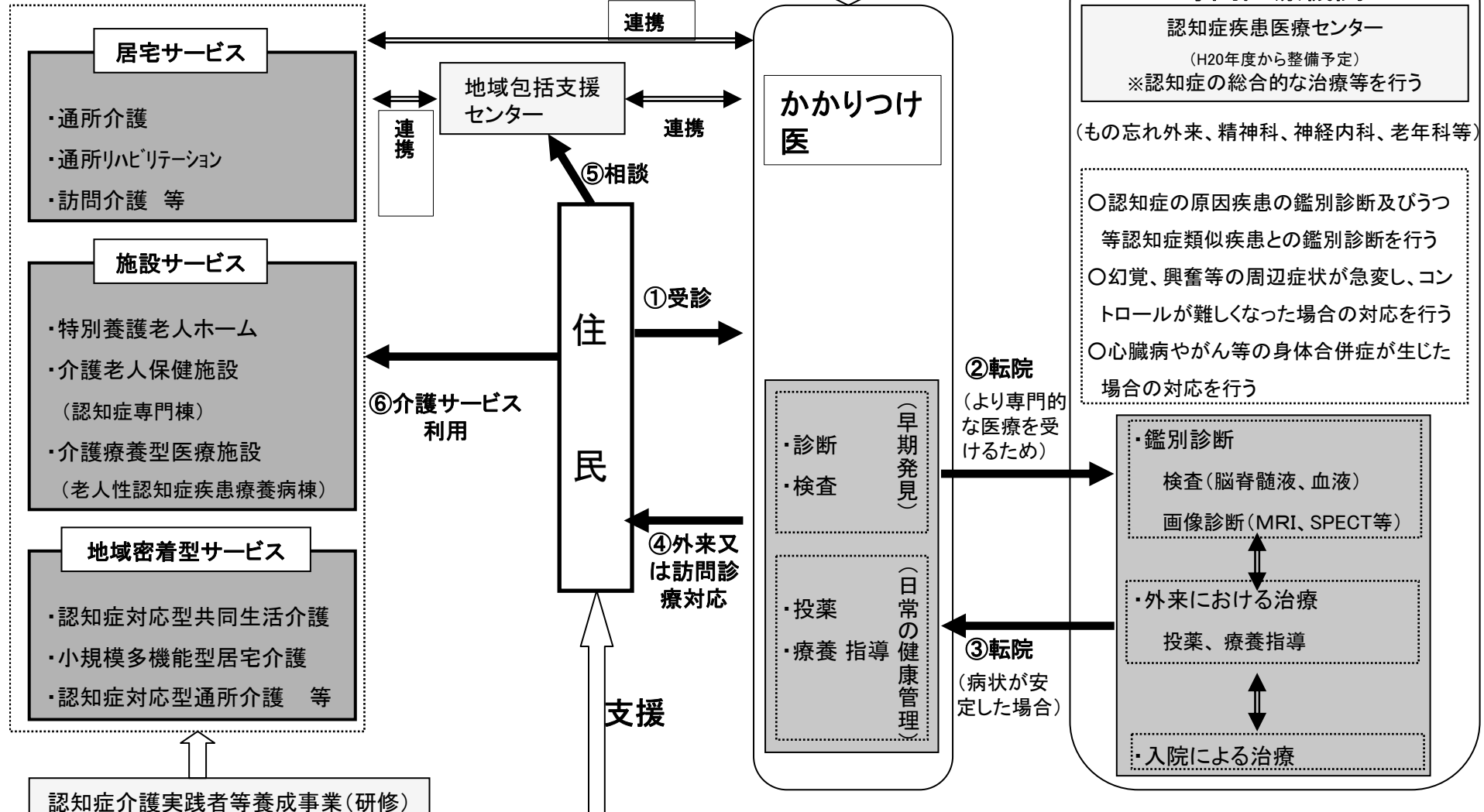


# 認知症高齢者を支える医療と介護の連携体制

診療報酬
介護報酬
事業

認知症高齢者に対しては、高齢者の尊厳の保持を基本とし、たとえ認知症となっても、できるだけ住み慣れた地域におけるなじみの人間関係や居住空間の中での暮らしを継続できるような対策を講じている

かかりつけ医認知症対応力向上研修  
認知症サポート医

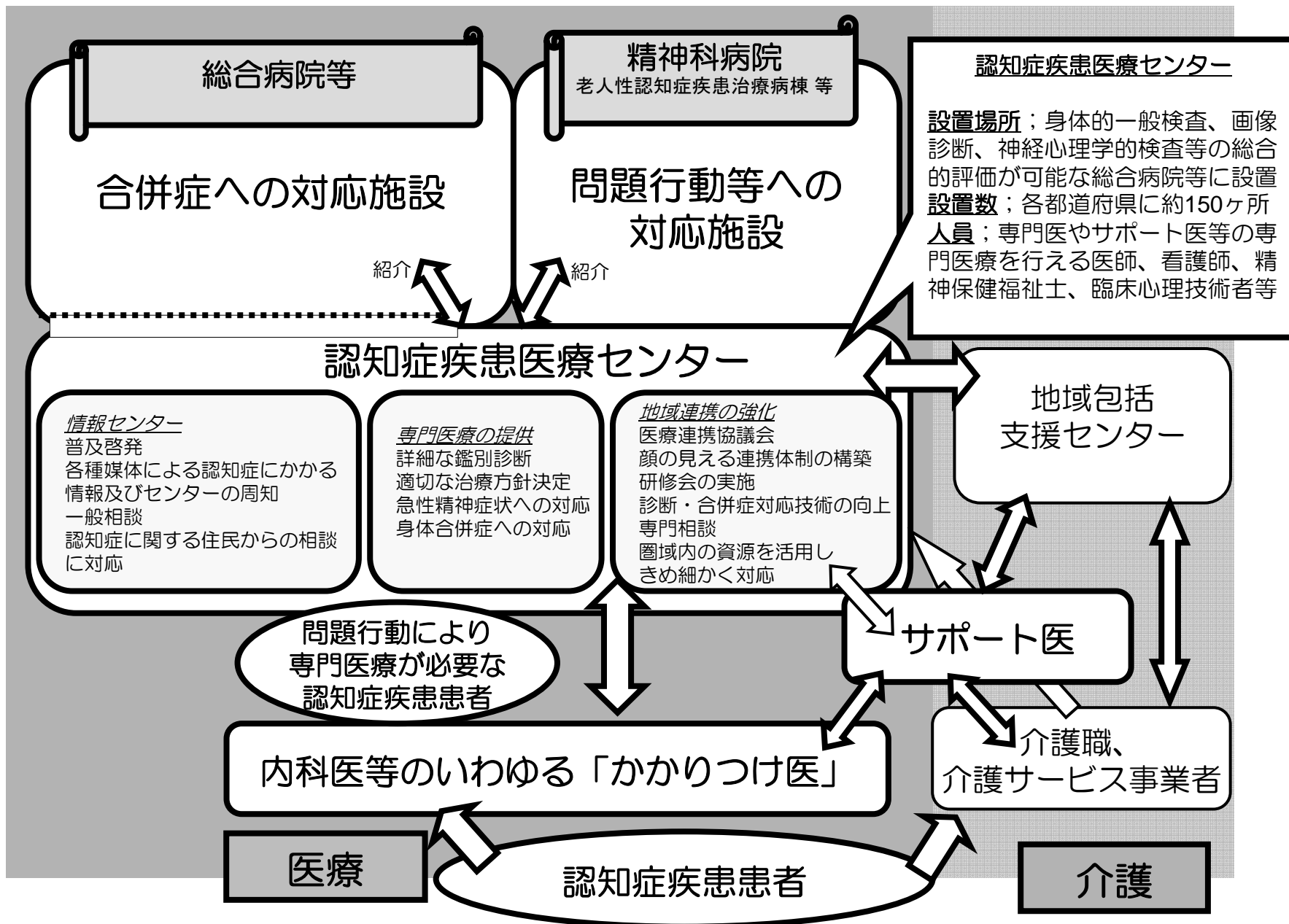


認知症介護実践者等養成事業(研修)

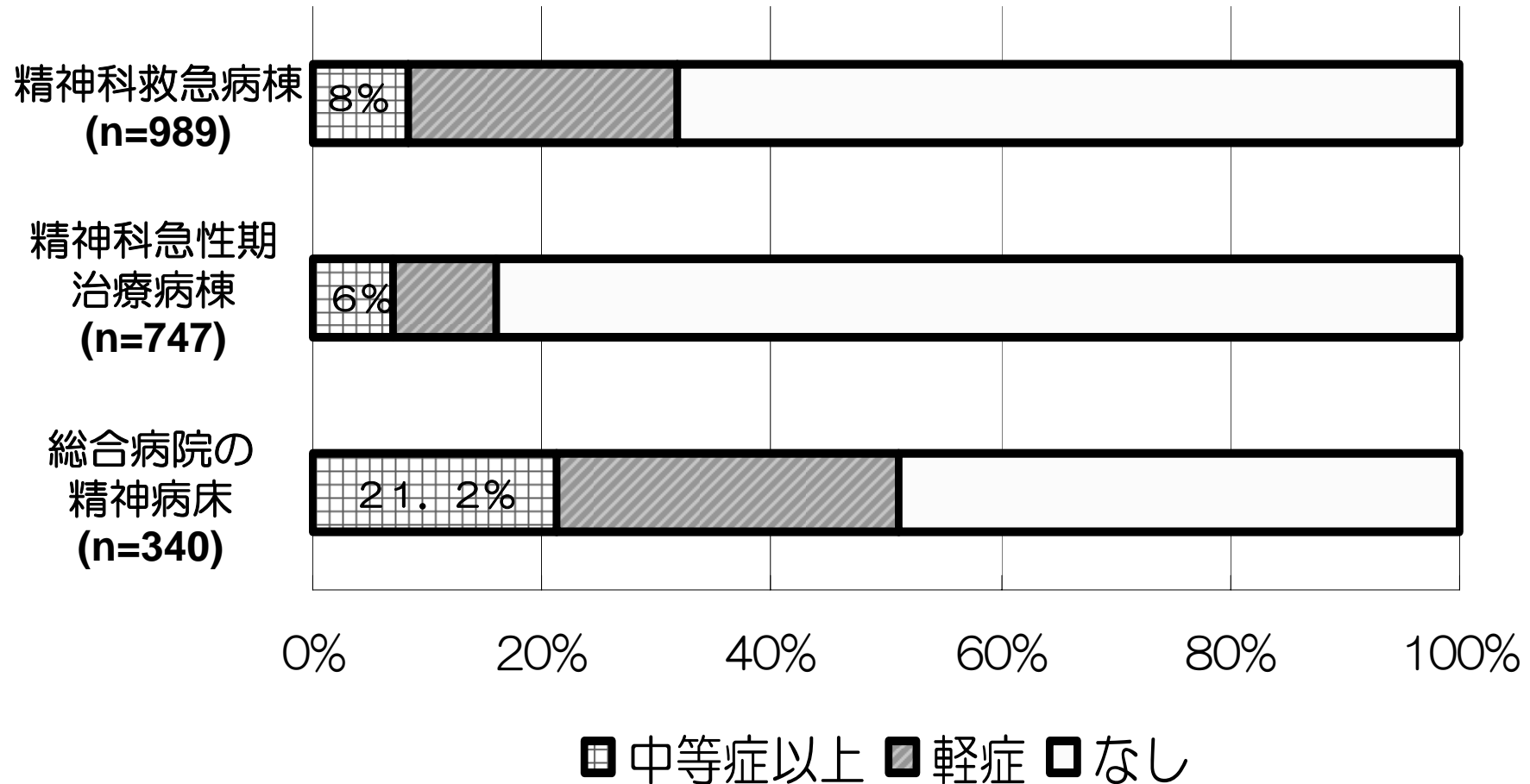
認知症サポーター100万人キャラバン(認知症を知り地域をつくる10か年)

認知症地域支援体制構築等推進事業

# 認知症疾患医療センター運営事業（新規） 平成20年度予算額1.9億円

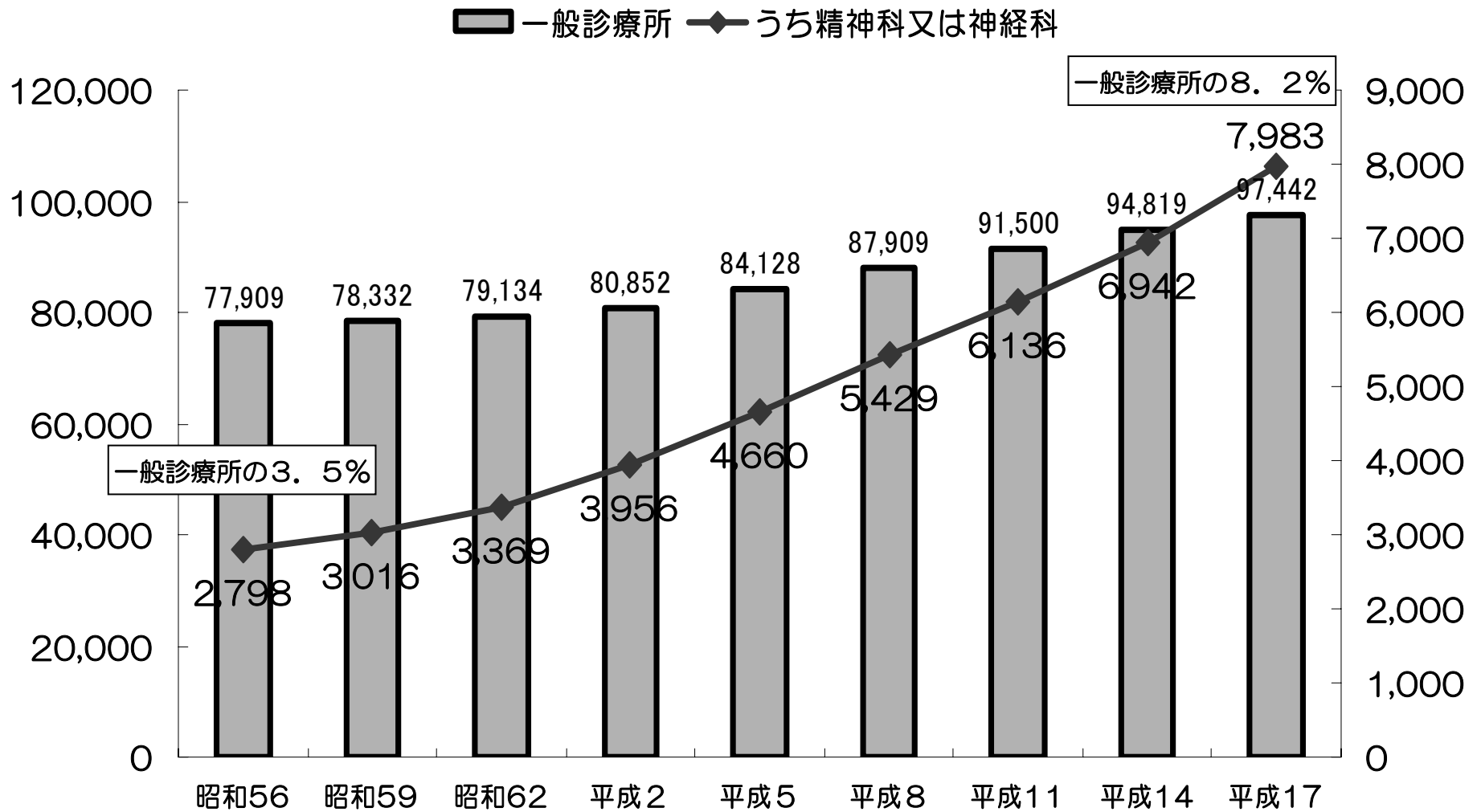


# 精神科医療施設における 身体合併症患者の割合



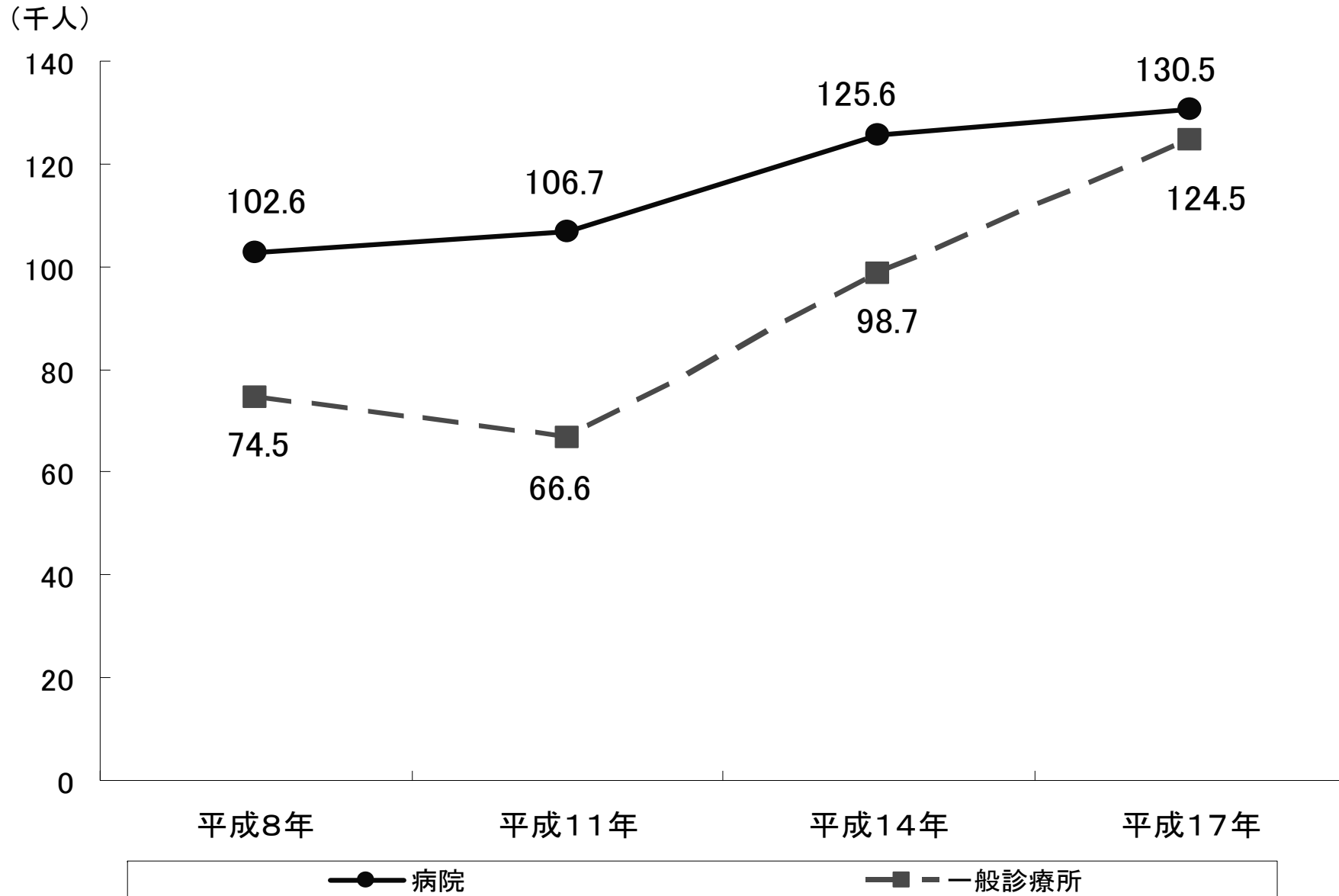
平成16~18年度厚生労働省科学研究  
「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」  
主任研究者；保坂隆（総合研究報告書）

# 一般診療所数及び精神科又は神経科標榜診療所数の推移



資料：医療施設調査

## 病院・診療所別の通院(外来)患者の推移



※ 精神疾患を有する者の合計

資料:患者調査

## 病院・診療所における通院(外来)患者の疾患別内訳

病院には統合失調症の患者が多く、一般診療所には気分障害(うつ病)、神経症性の患者が多い。

疾患名	総数	病院	一般診療所
アルツハイマー病	15.6 (100.0%/6.1%)	6.6 (42.3%/5.1%)	9.0 (57.7%/7.2%)
血管性及び詳細不明の認知症	12.0 (100.0%/4.7%)	4.7 (39.2%/3.6%)	7.3 (60.8%/5.9%)
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	5.2 (100.0%/2.0%)	4.4 (84.6%/3.4%)	0.8 (15.4%/0.6%)
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0.7 (100.0%/0.3%)	0.3 (50.0%/0.2%)	0.3 (50.0%/0.2%)
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	62.9 (100.0%/24.7%)	45.4 (72.2%/34.8%)	17.5 (27.8%/14.1%)
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	77.0 (100.0%/30.2%)	30.1 (39.1%/23.1%)	46.9 (60.9%/37.7%)
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	50.2 (100.0%/19.7%)	17.7 (35.2%/13.6%)	32.6 (64.8%/26.2%)
その他の精神及び行動の障害	10.9 (100.0%/4.3%)	7.0 (63.6%/5.4%)	4.0 (36.7%/3.2%)
てんかん	20.4 (100.0%/8.0%)	14.3 (70.4%/11.0%)	6.0 (29.6%/4.8%)
合計	254.9 (100.0%/100.0%)	130.5 (51.2%/100.0%)	124.4 (48.8%/100.0%)

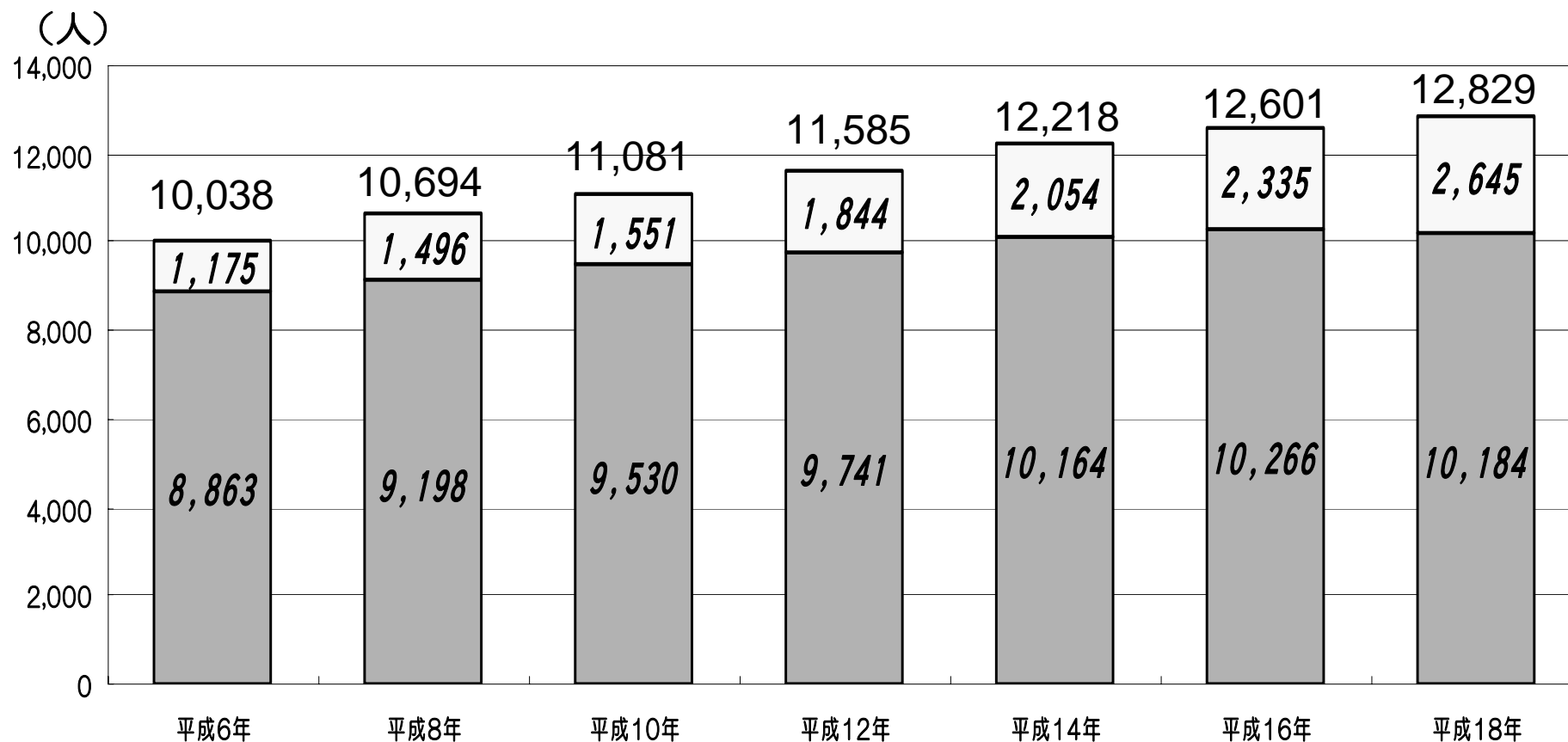
資料:平成17年患者調査

※ 単位は千人。( )内の左側は各疾患別の総数に対する割合、右は総数、病院総数、診療所別総数に対する割合

## 精神科医の所在（病院と診療所）

診療所に勤務する精神科医が増加している。  
 （平成6年→平成18年では、診療所では125%増加、病院では15%増加）

■病院 □診療所



平成6年	病院医師	88%	診療所医師	12%
平成18年	病院医師	79%	診療所医師	21%

## 精神科医療の医療計画上の位置づけ

### 医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号)(抜粋)

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

2 事業ごとに配慮すべき事項

(一) 救急医療において、…(略)…。精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。

### 医療計画について(平成19年7月20日厚生労働省医政局長通知)(抜粋)

(別紙) 医療計画策定指針

第3 医療計画の内容

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

4疾病5事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認められる医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

(1) 精神保健医療対策

① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割

② 精神科救急医療(重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等)

③ うつ病対策(性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等)に関する取組

④ 精神障害者の退院の促進に関する取組

⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組

(2) 障害保健対策

障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組

(3) 認知症対策

① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制

② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制



## 疾病又は事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日厚生労働省医政局指導課長通知)(抜粋)

救急医療の体制構築に係る指針

### 第1 救急医療の現状

#### 1 救急医療を取り巻く状況

#### (7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり、精神疾患、身体疾患とも入院医療を要する程度のものは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。

#### 2 救急医療の提供体制

#### (5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療、平成7年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制等による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきた。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに、休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連絡調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要がある。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要がある。

さらに、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要がある。

# 医療計画における基準病床算定式の変更

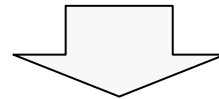
(平成18年4月)

## ◎ 従来の基準病床算定式

基本部分

基準病床数 = 区域内年齢階層別男女別住民数 × ブロック内年齢階層別男女別入院率

± 区域をまたぐ流出・流入 + 加算部分



## ◎ 新しい基準病床算定式

残存率と退院率の現在値及び目標値を算定式に組み込むことにより、現在値が目標値に近づけば基準病床数は更に下がる仕組みとなっている。この結果、算定式上ではあるが10年後(2015年)には約7万床減少する見込み。

基準病床数 = (一年未満群※) + (一年以上群※※) + 加算部分

※一年未満群 =  $(\sum AB + C - D) \times F / E1$

A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値) = 24%

※※一年以上群 =  $[\sum G(1-H) + I - J] / E2$

G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分) = 29%

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

## 医療計画制度の見直し

### 3つの課題

- ① 病床数の量的管理から質（医療連携・医療安全）を評価する医療計画へ
- ② 住民・患者に分かりやすい医療計画へ
- ③ 数値目標を示し評価できる医療計画へ

### 3つの視点

- ①「住民・患者」
- ②「医療提供者」
- ③「都道府県」

### 医療連携体制

一つの医療機関だけで完結する医療



地域の医療提供者が医療連携によって患者の治療を分担、完結する医療を推進

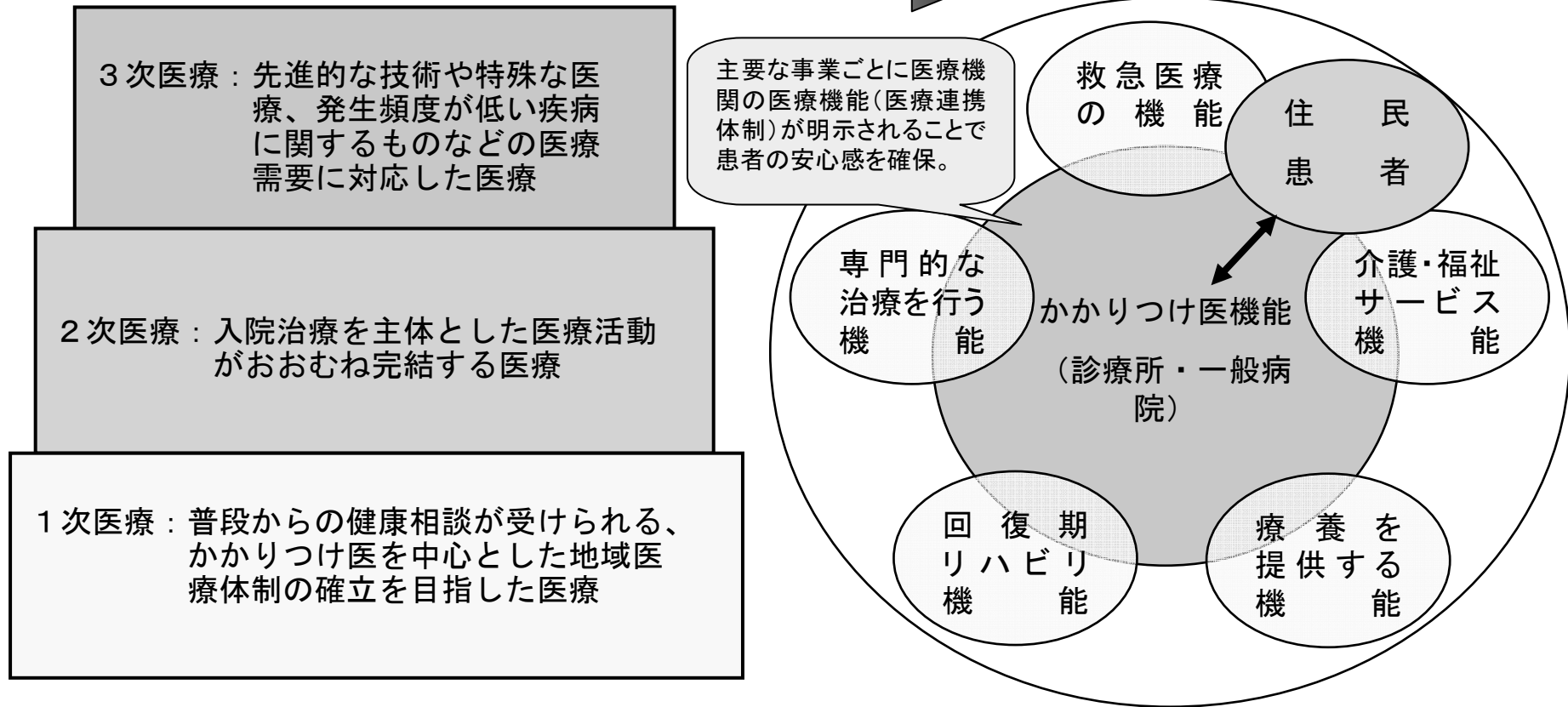


- 患者が受診する医療機関を選択
- 医療機関相互の協力と切磋琢磨
- 医療サービスの質の向上

# 階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った医療連携体制への転換

〔これまでの医療計画の考え方〕

〔新たな医療計画の考え方(イメージ)〕



## “現在の医療計画制度の問題点”

- (1) 患者の実際の受療行動に着目するのではなく、医療提供サイドの視点で構想。
- (2) 地域の疾病動向を勘案しない量的な視点を中心に構想。
- (3) 地域の医療機関が担える機能に関係なく、結果として大病院を重視することとなる階層型構造を念頭に構想。

## 《新たな医療計画制度での医療連携体制の考え方》

- (1) 患者を中心にした医療連携体制を構想
- (2) 主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制を構想
- (3) 病院の規模でなく医療機能を重視した医療連携体制を構想

# 医療連携体制を構築し医療計画に明示

【医療法第30条の4第2項第2号】

## 4 疾病

(同項第4号に基づき省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項



〈医療法施行規則第30条の28〉

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

## 5 事業[=救急医療等確保事業]

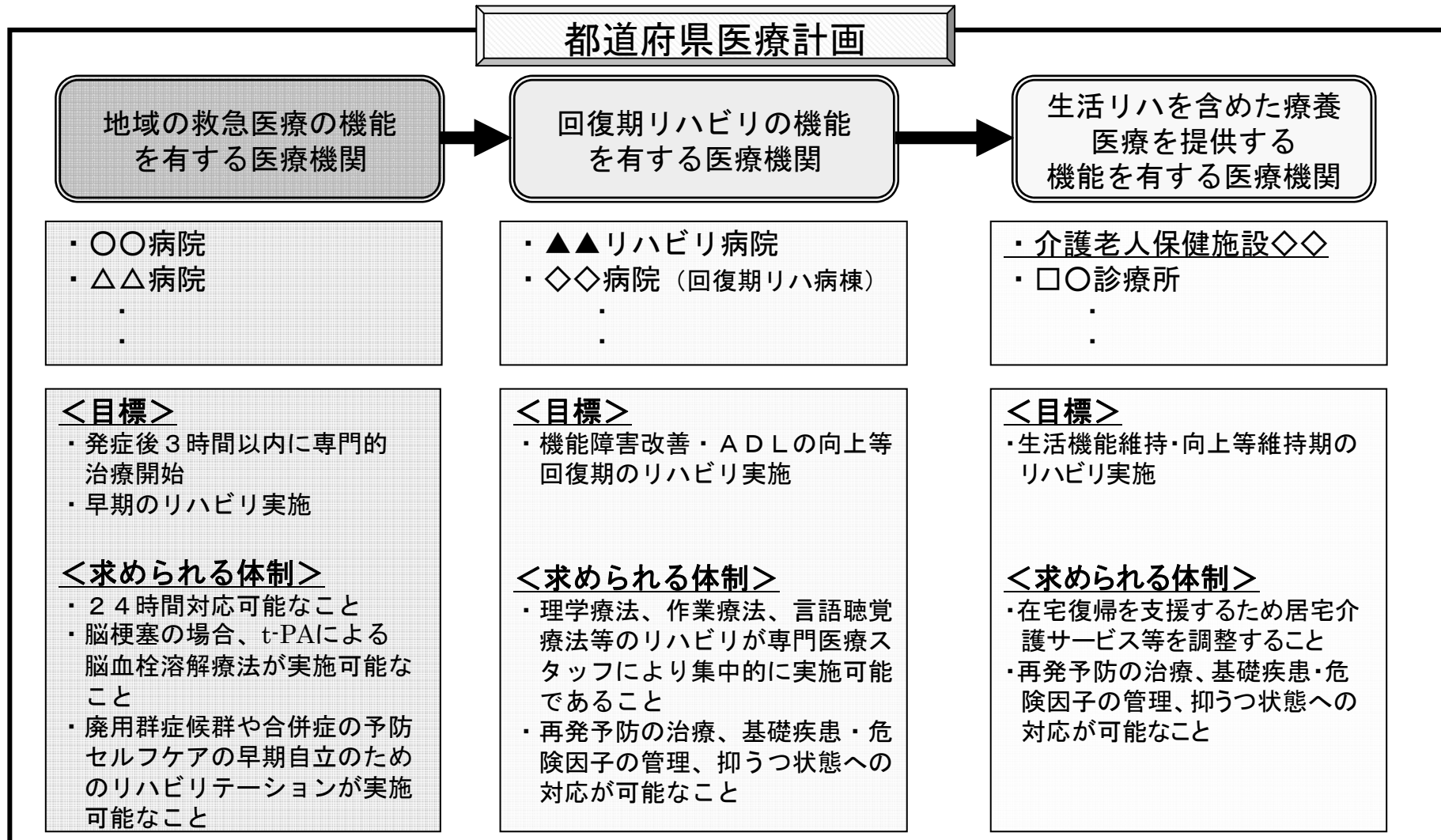
(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
  - 災害時における医療
  - へき地の医療
  - 周産期医療
  - 小児医療(小児救急医療を含む)
- 
- 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

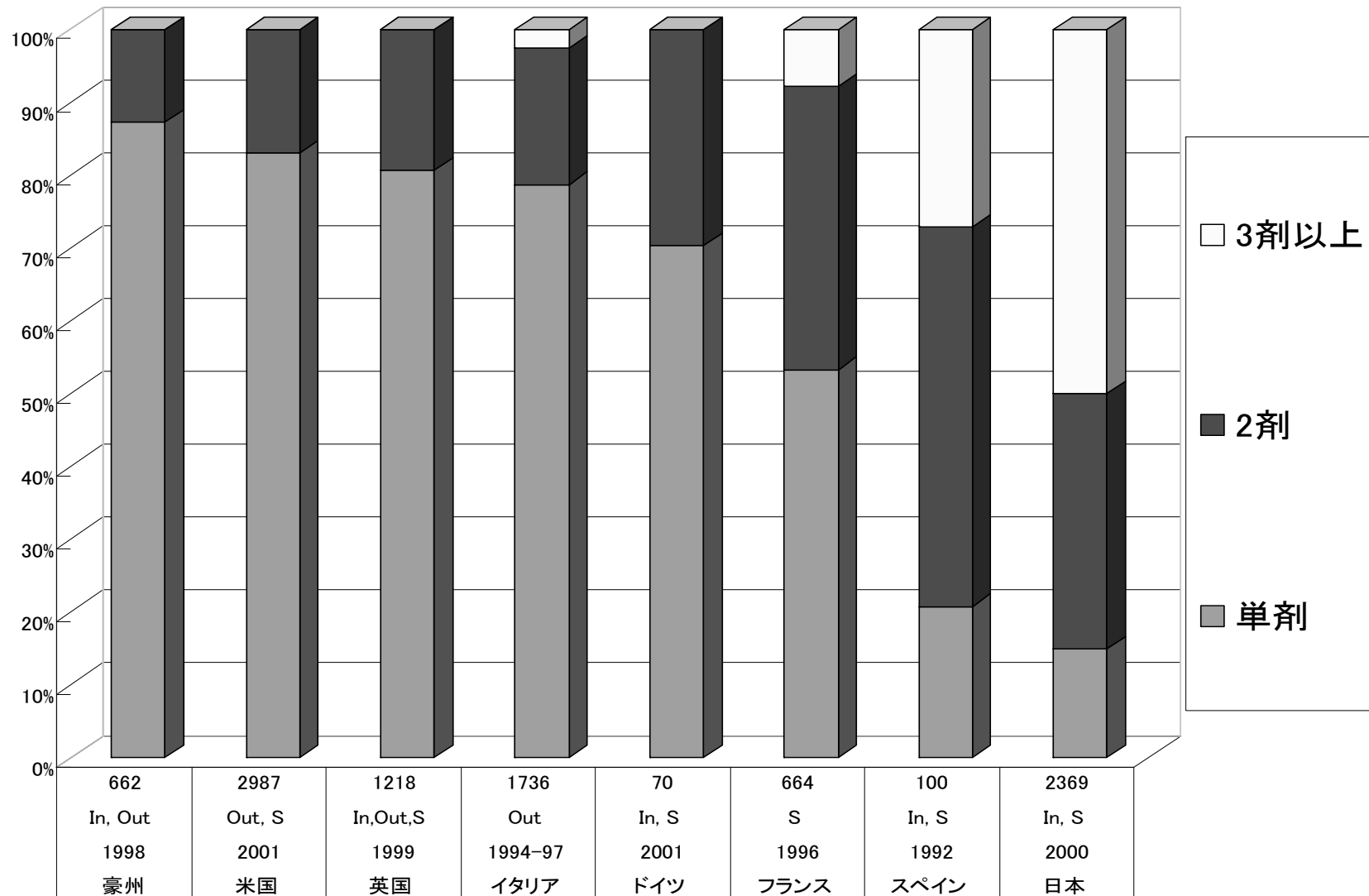
## 医療計画に医療連携体制を明示

都道府県は、医療計画に、4疾病(がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策)及び5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)の医療体制それぞれについて、必要な医療機能(目標、求められる体制等)及び担う医療機関・施設の具体的名称を記載し、住民にわかりやすく公表する。



# その他精神医療の質の向上に関わる 事項について

# 抗精神病薬処方調査における欧米と日本の比較



稲垣中, 臨床精神薬理, 6(4):391-401, 2003 を改変  
 欧米のデータ中、1つの国のデータが複数ある場合は実施年が新しい報告を採用してグラフ化表示  
 文献には3剂、4剂以上と分類されているが、これらを3剂以上としてまとめて表示



# 精神科病院における医療関係従事者数

(単位:人)

	平成11年	平成14年	平成17年
看護師	36, 224	38, 252	42, 265
准看護師	39, 622	39, 132	37, 090
看護業務補助者	24, 901	26, 194	28, 336
作業療法士	1, 898	2, 771	3, 519
精神保健福祉士	962	2, 260	3, 912

※平成14年、17年の数値は常勤換算したもの

資料:病院報告

# 精神科医療従事者数の国際比較

	精神病床 人口万対	精神科医師		精神科看護師		精神科ソーシャルワーカー	
		人口10万対数	1人当たりの 病床数	人口10万対数	1人当たりの 病床数	人口10万対数	1人当たりの 病床数
日本	28.4	8.0	35.5	59.0	4.8	5.0	56.8
アメリカ	9.5	10.5	9.0	6.3	15.1	33.6	2.8
イギリス	5.8	11.0	5.3	104.0	0.6	58.0	1.0
イタリア	1.7	9.0	1.9	26.0	0.7	2.7	6.3
カナダ	19.3	12.0	16.1	44.0	4.4	—	—
ドイツ	7.6	7.3	10.4	52.0	1.5	—	—
フランス	12.1	20.0	6.0	—	—	—	—
ロシア	11.8	11.0	10.7	54	2.2	0.6	196.7

資料: Atlas country profiles on mental health resources, WHO, 2001