

地域医療体制のあり方・ 入院医療体制のあり方について

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する研究会」 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

1. 入院医療、通院・在宅医療について

精神保健医療体系については、病期や疾患に応じて、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。

- 現在精神病床が果たしている機能を評価したうえで、人員・構造等の基準、機能毎の病床の必要量、病床の機能強化のための方策などについても検討すべき。
- 精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化や精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討すべき。

2. 医療体制・連携について

相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべき。具体的には、下記の内容について検討。

- 精神科救急医療体制の充実、精神医療における病院と診療所の機能とその分担・連携のあり方について、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者に対する医療提供のあり方について、救急機能を含む一般医療と精神医療の医療提供体制における位置付けについて、精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について
- 認知症に対する医療については、認知症疾患医療センターを中核として医療体制の整備を図りつつ、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行うべき。

3. 人材の確保をはじめとした精神医療の質の向上について

- 医師・看護職員・精神保健福祉士・作業療法士等の医療関係職種については、人員基準の見直しや、人材確保や資質向上のための方策について検討すべき。

1. 入院医療における 病床等の機能（総論）

医療法による、医療施設別、病床区分別の人員配置標準

	病床区分	職 種			
		医師	薬剤師	看護師及び准看護師	栄養士
一般病院	一般	16:1	70:1	3:1	病床数100以上の病院に1人
	精神	48:1	150:1	4:1(注1)	
	外来	40:1(注2)	75:1 取り扱い処方箋の数	30:1	
	いわゆる総合病院(注3)	精神	16:1	70:1	
特定機能病院	一般・精神	8:1	20:1	2:1	管理栄養士1人
	外来	20:1	80:1 調剤数	30:1	

(注1) 当面の間、「5:1」が認められている。(この場合、看護補助者と合わせて4:1の配置とする)

(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は80:1である。

(注3) 内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院並びに大学附属病院。

病棟区分別の入院基本料の点数・基準一覧

診療報酬においては、平均在院日数が短く、重症度の高い病棟において、高い看護配置が評価される体系となっている。

配置基準		一般病棟	専門病院	結核病棟	精神病棟
7:1	点数 在院日数	1,555点 19日以内	1,555点 30日以内	1,447点 25日以内	
10:1	点数 在院日数	1,300点 21日以内	1,300点 33日以内	1,192点 25日以内	1,240点 25日以内
13:1	点数 在院日数	1,092点 24日以内	1,092点 36日以内	949点 制限無し	
15:1	点数 在院日数	954点 60日以内		886点 制限無し	800点 制限無し
18:1	点数 在院日数			757点 制限無し	712点 制限無し
20:1	点数 在院日数			713点 制限無し	658点 制限無し
特別	点数 看護配置 在院日数	575点 15:1未満 制限無し		550点 20:1未満 制限無し	550点 20:1未満 制限無し

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)

精神科入院に係る診療報酬と主要要件①

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	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28日以内	・精神疾患を有する患者	1,311点	※初期加算 459点 (~14日)	
		看護 10:1				・病棟の平均在院日数25日以内(特定機能病院は28日)	1,240点	242点 (15~30日)
		看護 15:1		・特記なし		800点	125点 (31~90日)	
		看護 18:1					712点	20点 (91~180日)
		看護 20:1					658点	5点 (181日~1年)
		看護 25:1					550点	※初期加算あり
精神科療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1 医師 48:1	看護 4:1 (当分の間は看護補助者と合わせて5:1) OT 1人	・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	1,090点		
認知症病棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	・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	1,330点 (~90日)	1,180点 (91日~)	
認知症病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1	・生活機能回復訓練室			1,070点 (~90日)	1,020点 (91日~)	

精神科入院に係る診療報酬と主要要件②

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	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人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・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	・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・緊急措置入院患者 ・3ヵ月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,431点 (～30日) 3,031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		3,231点 (～30日) 2,831点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・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	・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・緊急措置入院患者 ・3ヵ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	3,431点 (～30日) 3,031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人 病院常勤2人	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人	・隔離室を有する	・全病床の7割以上又は200床以上が精神病棟 ・当該病棟は全病床の2割以下(300床以下の場合は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ヵ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	1,900点 (～30日) 1,600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人				1,800点 (～30日) 1,500点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている			精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症病棟入院料	を算定する患者	300点
				精神科病棟入院基本料(10:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神科病棟)	を算定する患者	200点

精神病床入院患者の入院の状況 (患者調査と同じ項目)

	全体		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
生命の危険は少ないが入院治療を要する	10,822	62.6	1,901	55.9	6,712	67.1
生命の危険がある	500	2.9	173	5.1	228	2.3
受け入れ条件が整えば退院可能	5,810	33.6	1,294	38.1	2,989	29.9
検査入院	10	0.1	3	0.1	1	0.0
その他	146	0.8	27	0.8	66	0.7
計	17,288	100.0	3,398	100.0	9,996	100.0

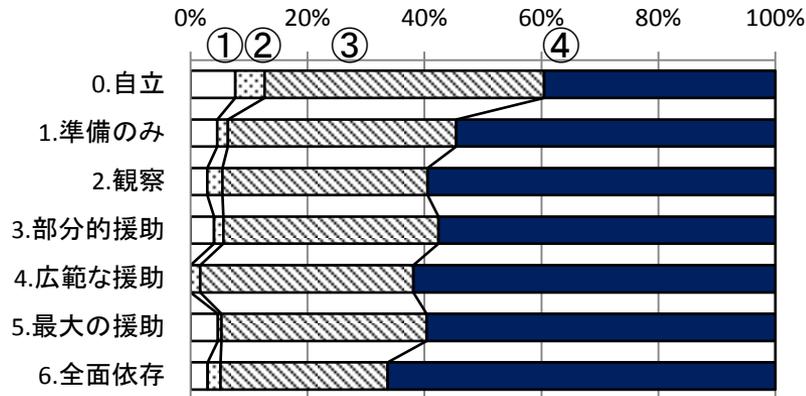
精神病床入院患者の 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

	全体		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能	1,585	9.0	257	7.4	659	6.5
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能	1,014	5.8	96	2.8	425	4.2
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	8,015	45.6	1,746	50.5	4,488	44.3
状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし	6,958	39.6	1,358	39.3	4,564	45.0
計	17,572	100.0	3,457	100.0	10,136	100.0

統合失調症患者の状態と退院可能性(1)

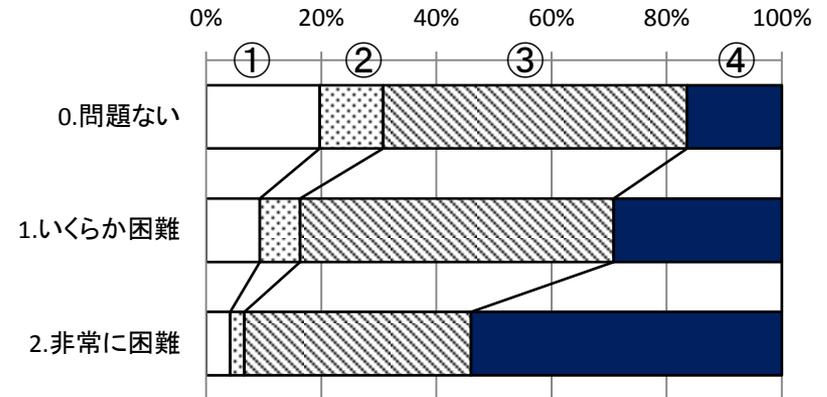
※ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうち最も援助を必要とするもの

ADL

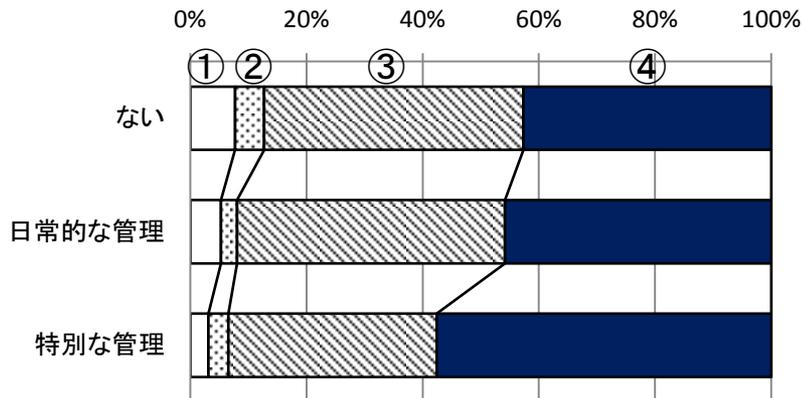


※食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用の7項目のうち最も困難なもの

IADL



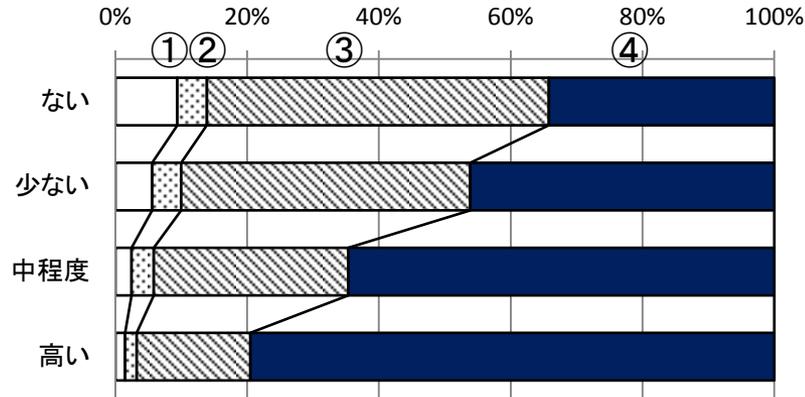
身体合併症



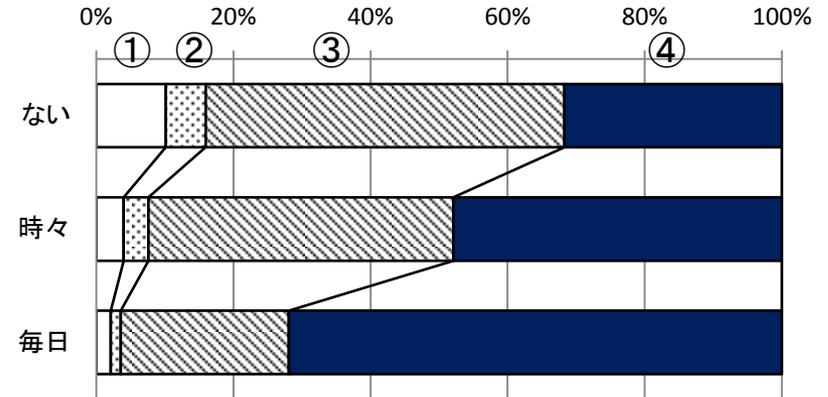
- ① 現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能
- ② 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み
- ③ 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能
- ④ 近い将来退院の見込みはない

統合失調症患者の状態と退院可能性(2)

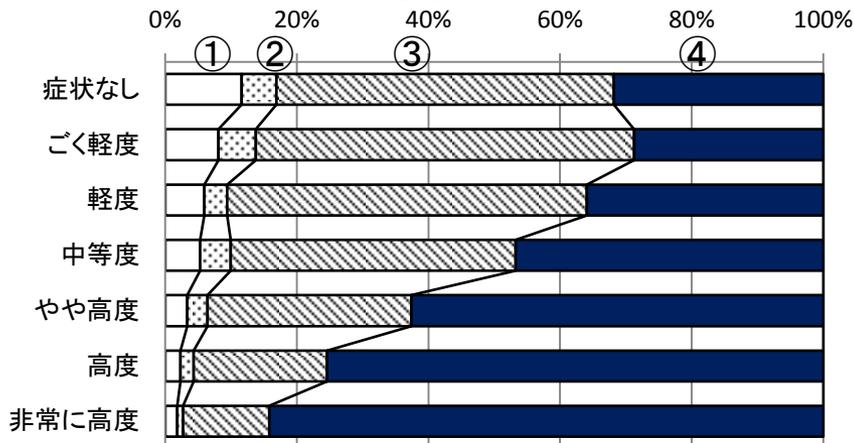
自傷他害



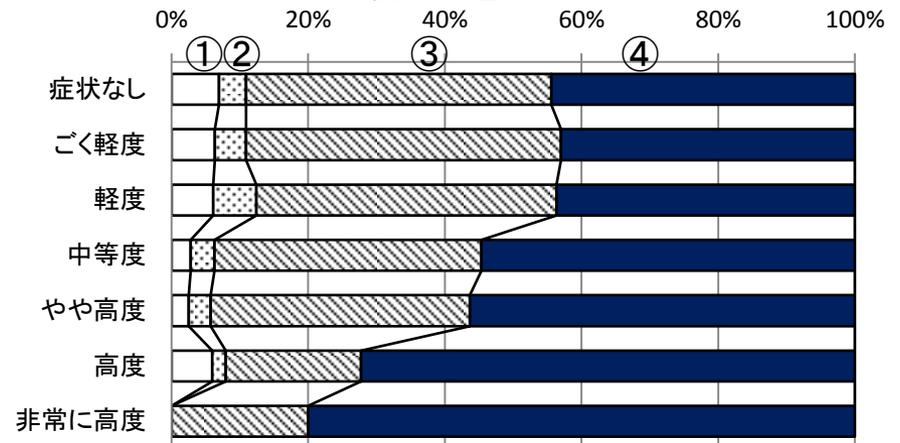
奇妙な姿勢



幻覚



罪業感

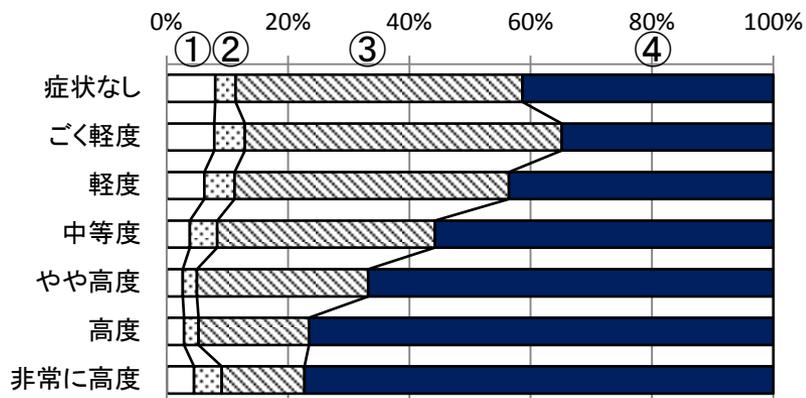


- ① 現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能
- ② 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み

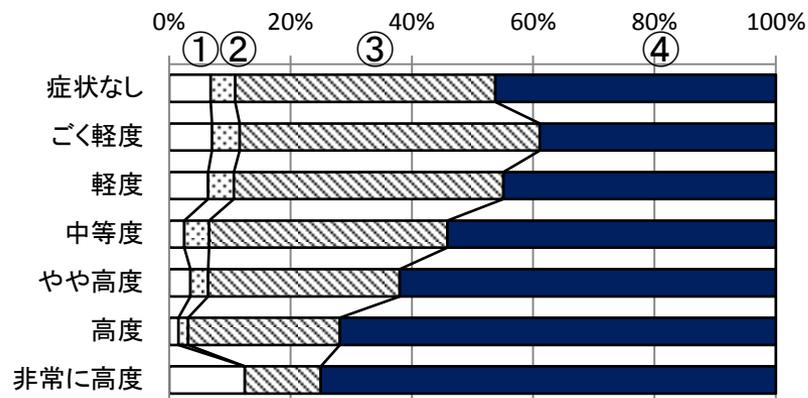
- ③ 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能
- ④ 近い将来退院の見込みはない

統合失調症患者の状態と退院可能性(3)

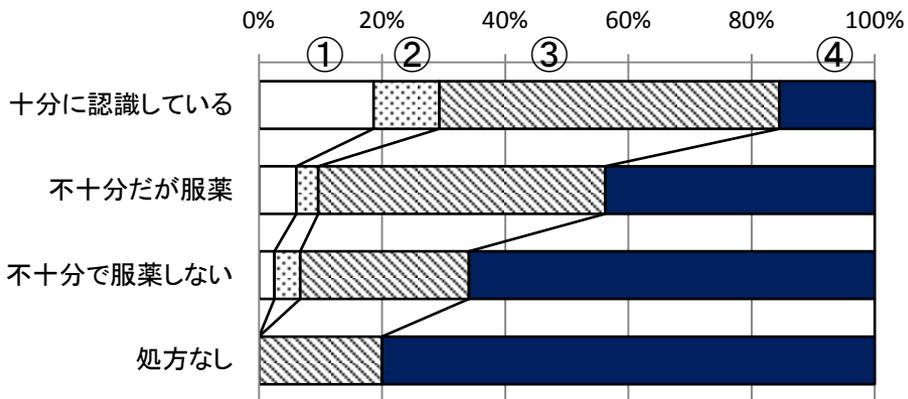
緊張



抑うつ気分

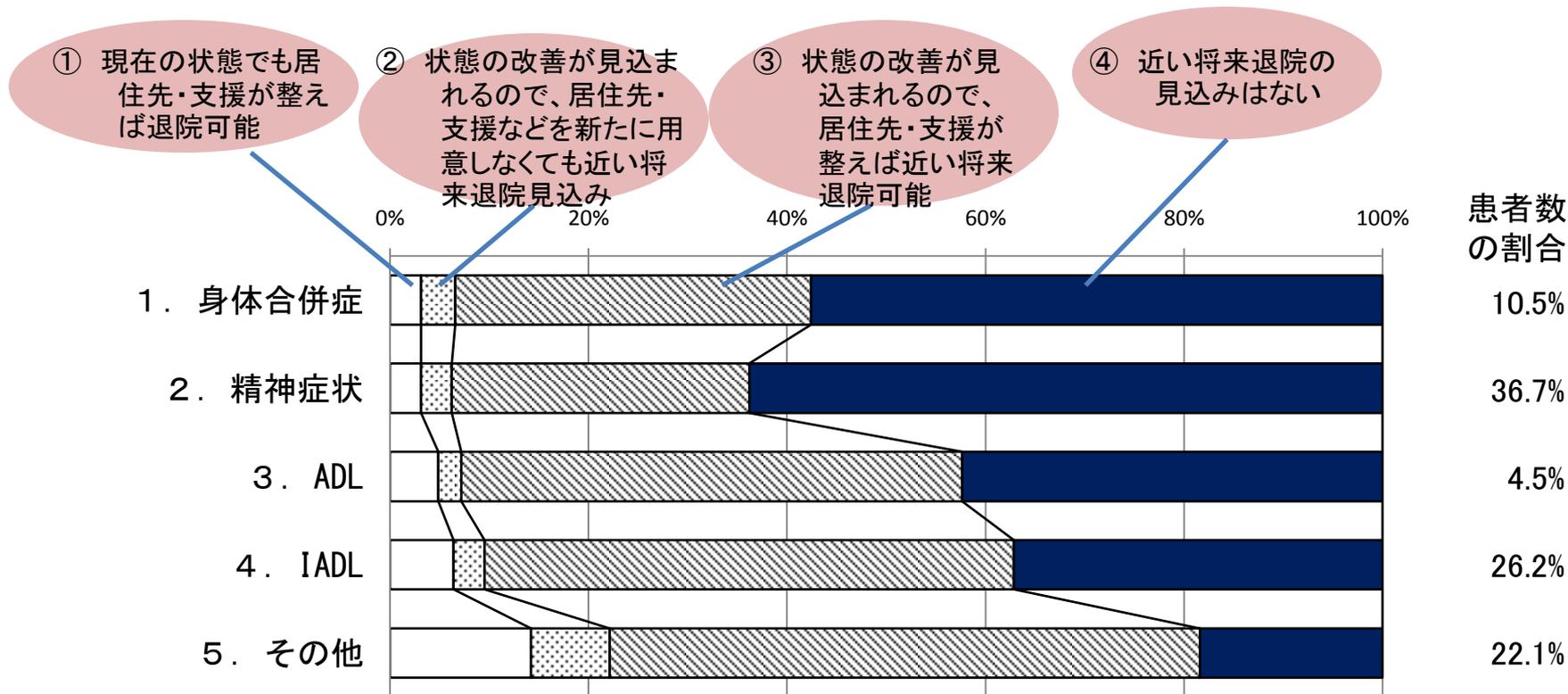


薬物療法の必要性の認識



- ① 現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能
- ② 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み
- ③ 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能
- ④ 近い将来退院の見込みはない

統合失調症患者の状態と退院可能性(まとめ)



分類の定義

1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症

2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く

- ・自傷他害の可能性 中程度以上
- ・奇妙な姿勢 毎日
- ・幻覚 高度以上
- ・罪業感 高度以上
- ・緊張 やや高度以上
- ・抑うつ気分 高度以上
- ・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない

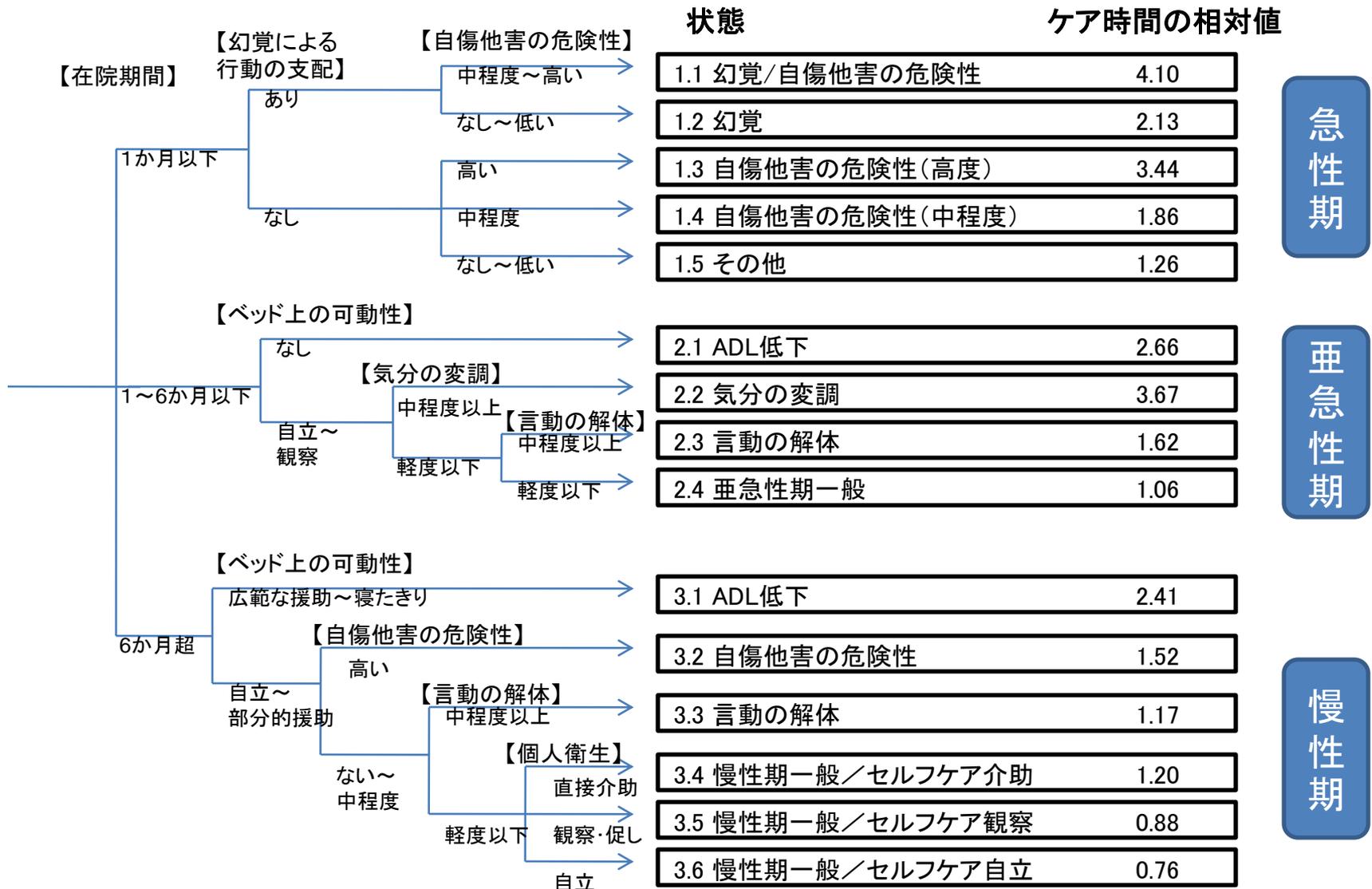
3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く

4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く

5: 1~4以外の者

精神科入院ケアの患者分類の例

(看護・介護職員のケア時間の相対値を患者の状態像ごとに分類したもの)



急性期

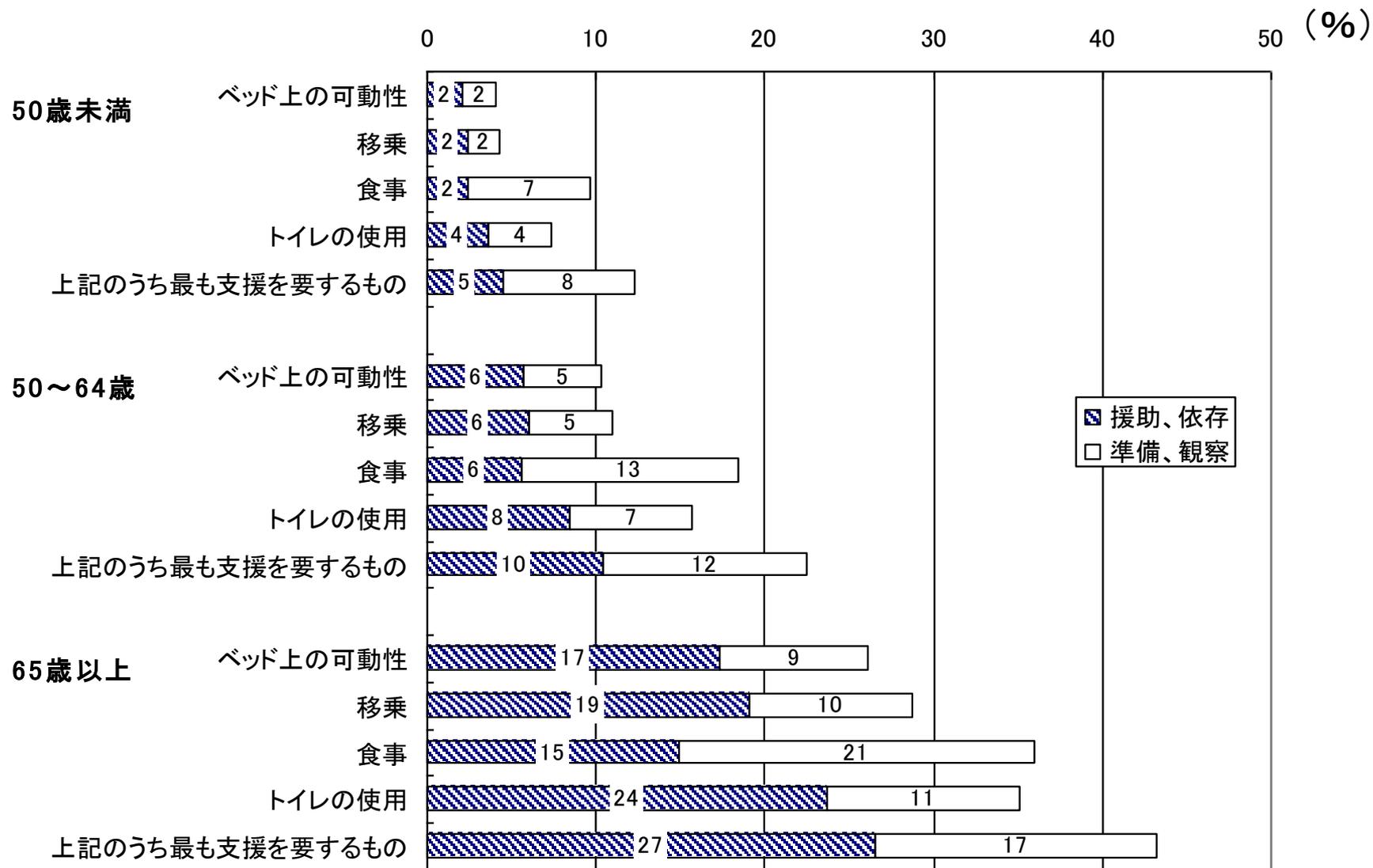
亜急性期

慢性期

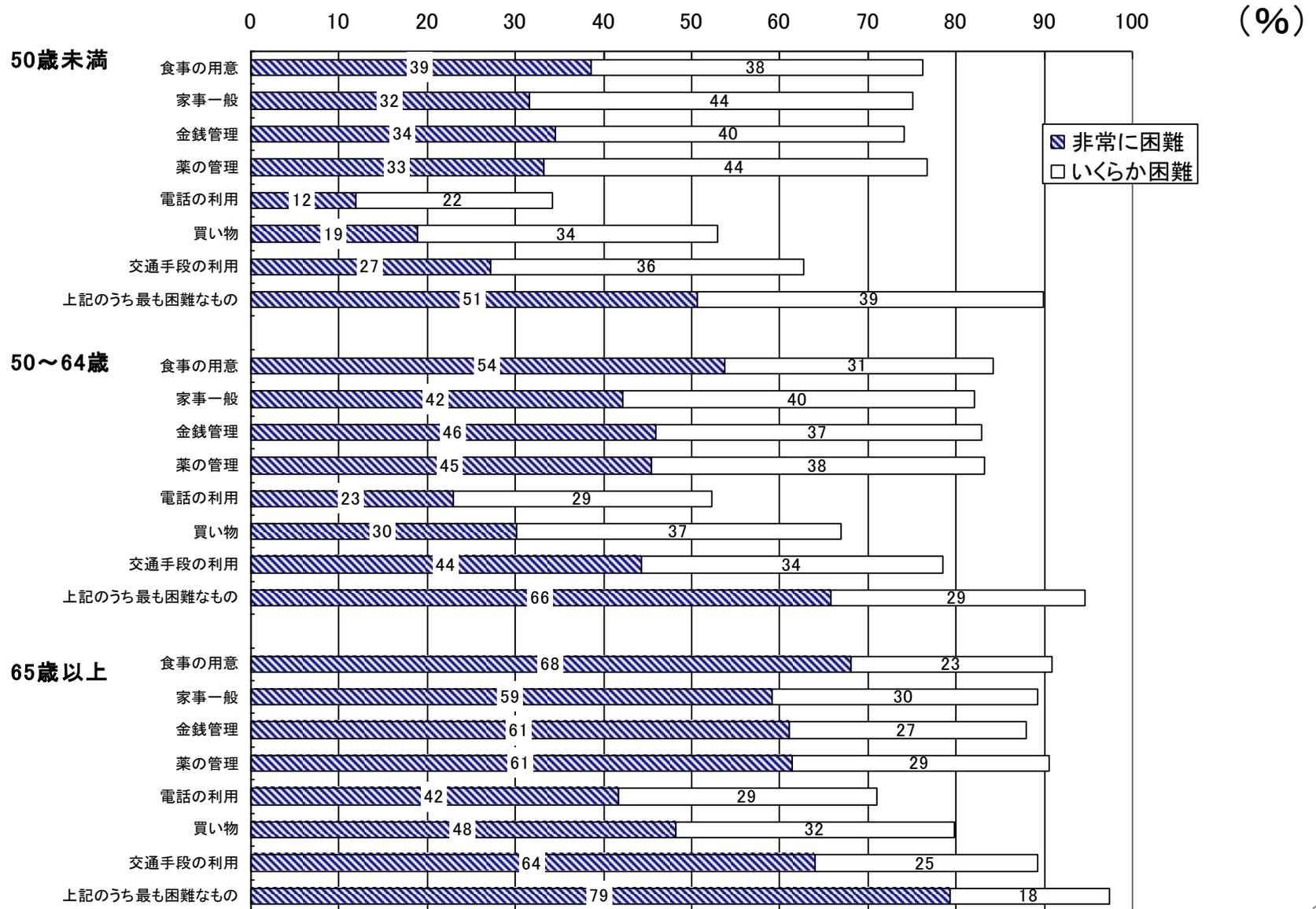
統合失調症等の入院患者の状態を評価する主な尺度

尺度	評価対象	概要	長所	短所
GAF Global Assessment of Functioning scale	全般機能	精神症状、社会的機能、職業的機能全般を100点満点で評価	・簡便	・主観的 ・評価者間差異がでやすい
SOFAS Social and Occupational Functioning Assessment Scale	社会職業機能全般	GAFのうち、社会的機能、職業的機能全般のみを100点満点で評価	・社会機能に着目した評価が可能 ・簡便	・主観的 ・評価者間差異がでやすい
PANSS Positive And Negative Syndrome Scale	症状全般	統合失調症の30項目(陽性、陰性、総合精神病理)の症状を面接と看護等の観察により評価	・幅広い症状群の評価が可能	・面接、評価が難しい ・評価者間差異がでやすい
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale	症状全般	統合失調症の16項目の症状をある程度決まった面接と観察により評価	・PANSSよりも容易	・網羅的でない ・評価者間差異がでやすい
MMSE Mini Mental State Examination	認知機能	記憶、見当識、流ちょう性等11項目を構造化した面接により評価	・簡便 ・評価者間差異はほぼない	・認知症に向いている ・統合失調症では特異度が低い
CPS Cognitive Performance Scale	認知機能	短期記憶、日常生活における認知的技能4項目を面接、観察により評価	・生活技能を同時に評価	・スコアリングがやや複雑
HRS-D Hamilton Rating Scale of Depression	抑うつ症状	うつ病、抑うつ症状について、17項目の症状を構造化面接により評価	・構造化面接により評価者間差異が少ない	・統合失調症では特異度が低い
SF-36 Short Form 36	QOL	動作の困難度や充実感等36問を自記式で評価	・簡便	・自記式にて信頼性が低い

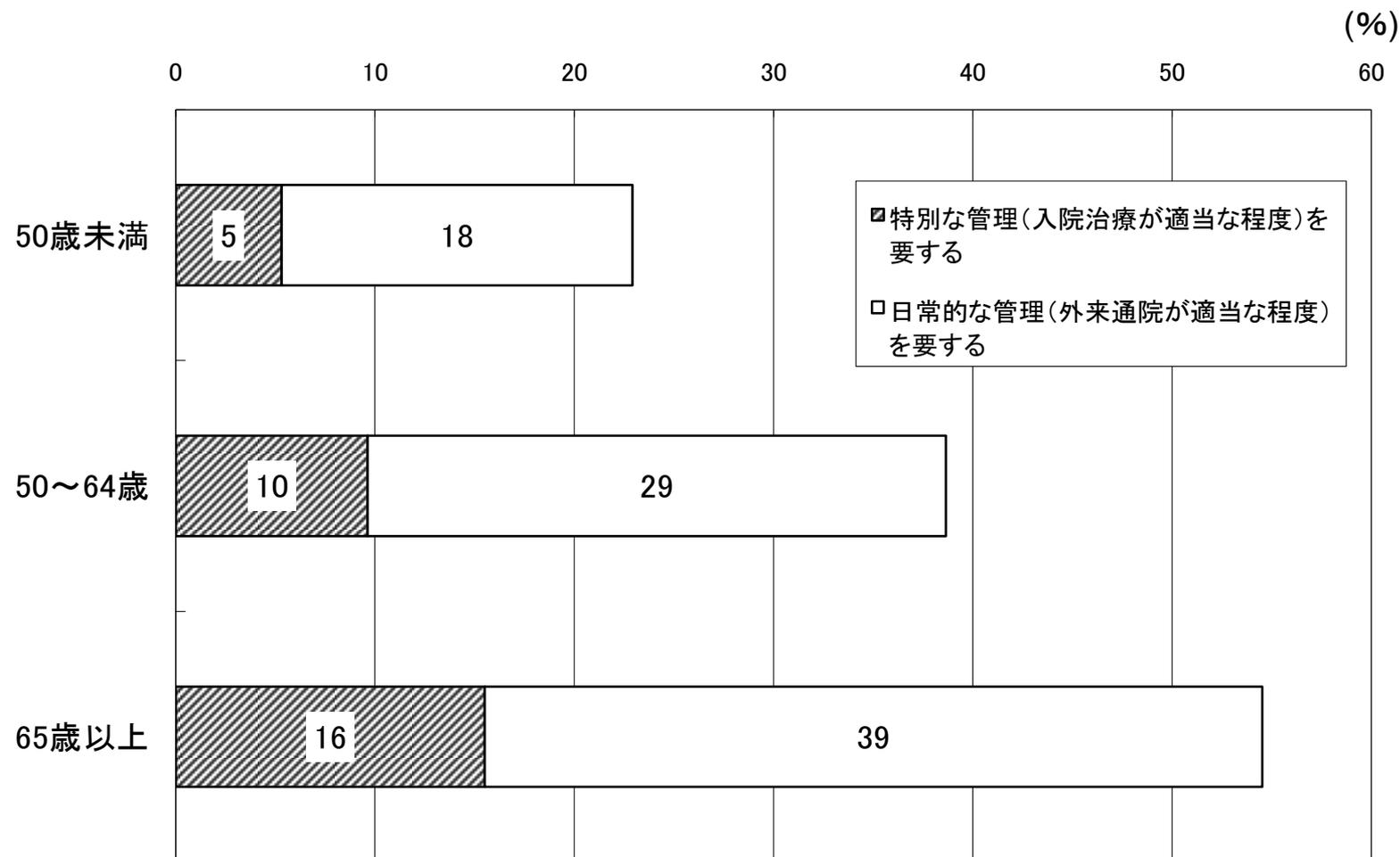
統合失調症入院患者のADLの支援のレベル(年齢別)



統合失調症入院患者のIADLの困難度(年齢別)

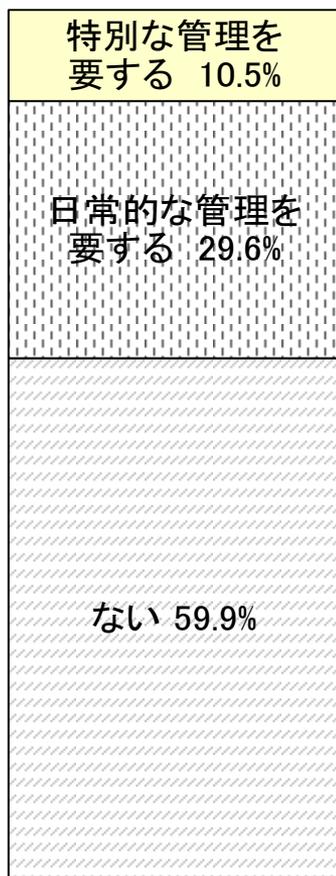


統合失調症入院患者の身体合併症の頻度（年齢別）



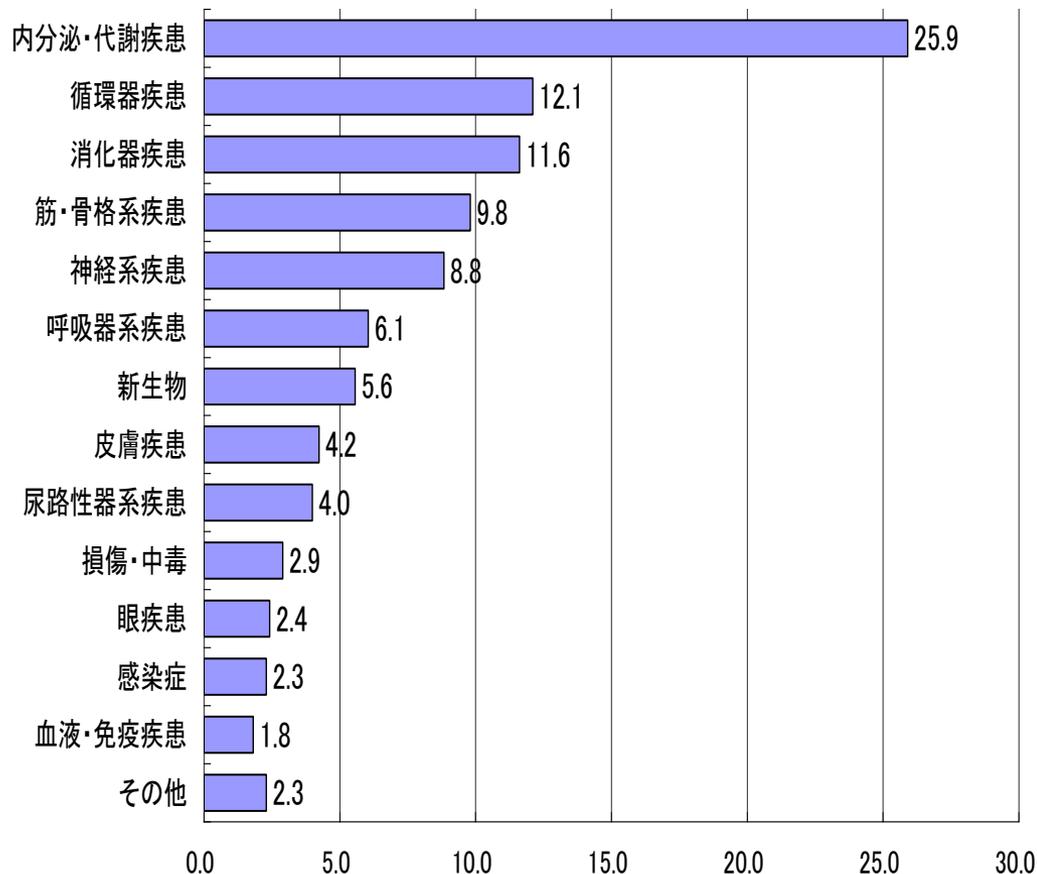
統合失調症の入院患者における身体合併症(有無・種類)

身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 9,781名)

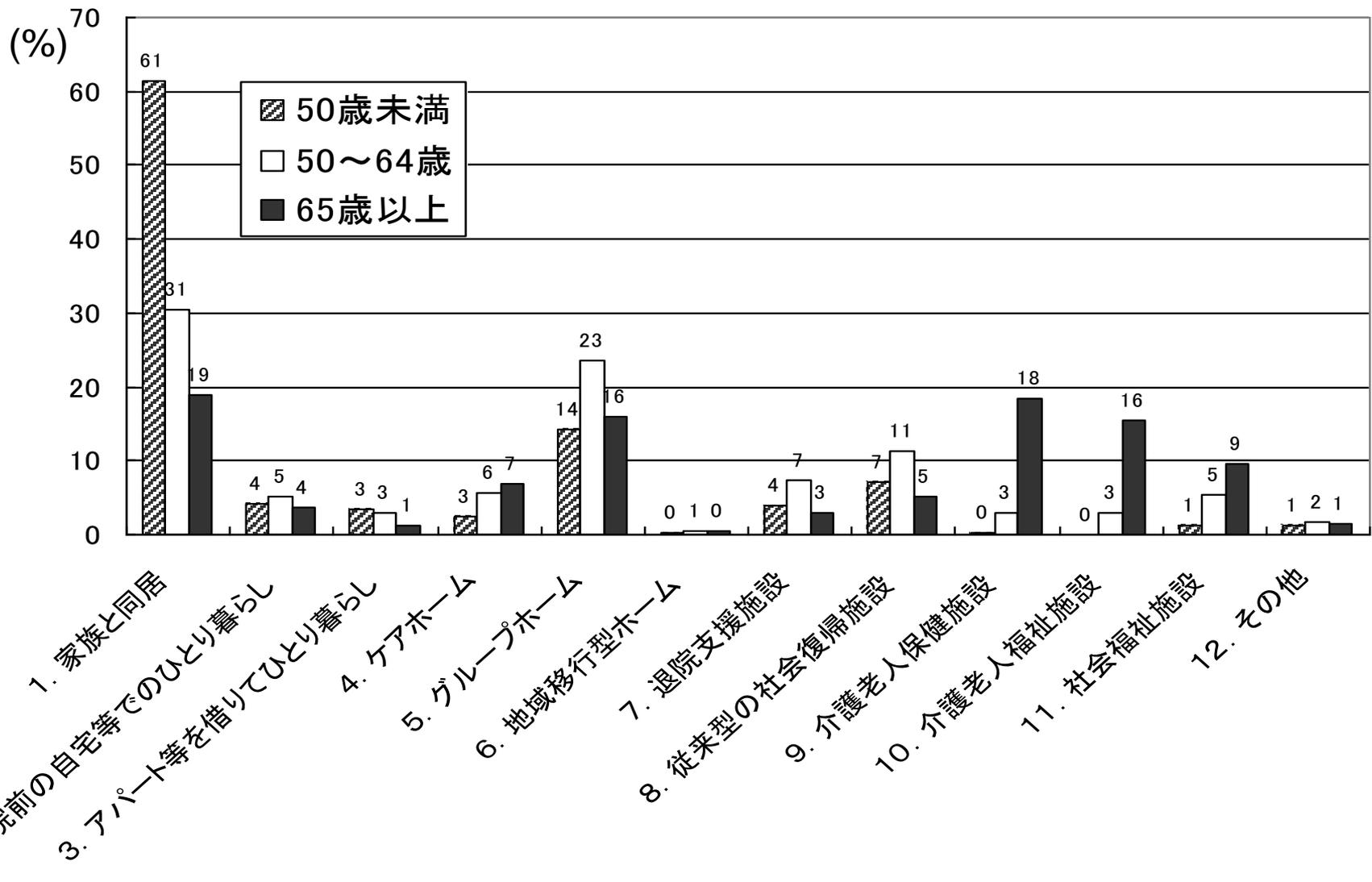
身体合併症の種類



(有効回答数 826名)

(%)

統合失調症入院患者の 退院後の適切と考えられる「居住の場」(年齢別)



精神障害者の治療・生活の場についての検討

- 精神障害者の心身の状況に応じて、どのような治療・生活の場が適切か

医療ニーズ		生活ニーズ		年齢
身体合併症	精神症状	ADL	IADL	

要入院治療	要入院治療			
	それ以外			
それ以外	要入院治療			65歳以上
	それ以外			要介助
		介助不要	要支援	
			支援不要	65歳未満

状態に応じて、
どのような治療の場
を確保すべきか

状態に応じて、
どのような生活の場
を確保すべきか

入院医療における病床等の機能

現状と課題

- 医療法上の精神病床の医師・看護師等の人員配置標準は一般病床より低くなっている。
- 診療報酬においては、在院日数の短い病棟など、急性期を中心に高い人員配置を評価する体系となっている。
- 重症の者を含め、入院患者に良質の医療を提供し早期の退院を促すためには、手厚い人員配置を確保することが望ましく、医療の質を高めるためには、現在の人員配置基準では不十分であるという指摘がある。
- 同一病棟においては、診療報酬が、患者の状態像によらずほぼ一定であることから、様々な状態の患者の入院に対するコストを適正に反映しておらず、重症患者を積極的に受け入れる医療機関ばかりではなく、重症患者を回避しようとする医療機関があるとの指摘がある。
- 精神病床には、精神症状は落ち着いているが、ADLの低下した患者や、身体合併症を有する患者も多く入院しており、長期入院患者の高齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

検討

- 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実を目指すべきではないか。
 - このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価について検討するべきではないか。
 - また、精神病床数の適正化等を図りながら、将来的に、医療法における人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置の向上を目指すことについて、どう考えるか。
- 患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場の適切かつ優先的な確保を図るべきではないか。
 - このため、重症度に応じた評価の体系の導入を検討すべきではないか。その際、医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案するべきではないか。また、そのために必要な分類・評価方法の開発を進めるべきではないか。
 - 特に、統合失調症については、患者数の将来推計や、状態像ごとの患者の人数を踏まえ、将来の病床数のあり方を検討すべきではないか。(次回検討)
 - 認知症については、有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。
- 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。

2. 地域医療体制と 精神科医療機関の機能

これまでの検討における 精神科医療体制に関する主な論点

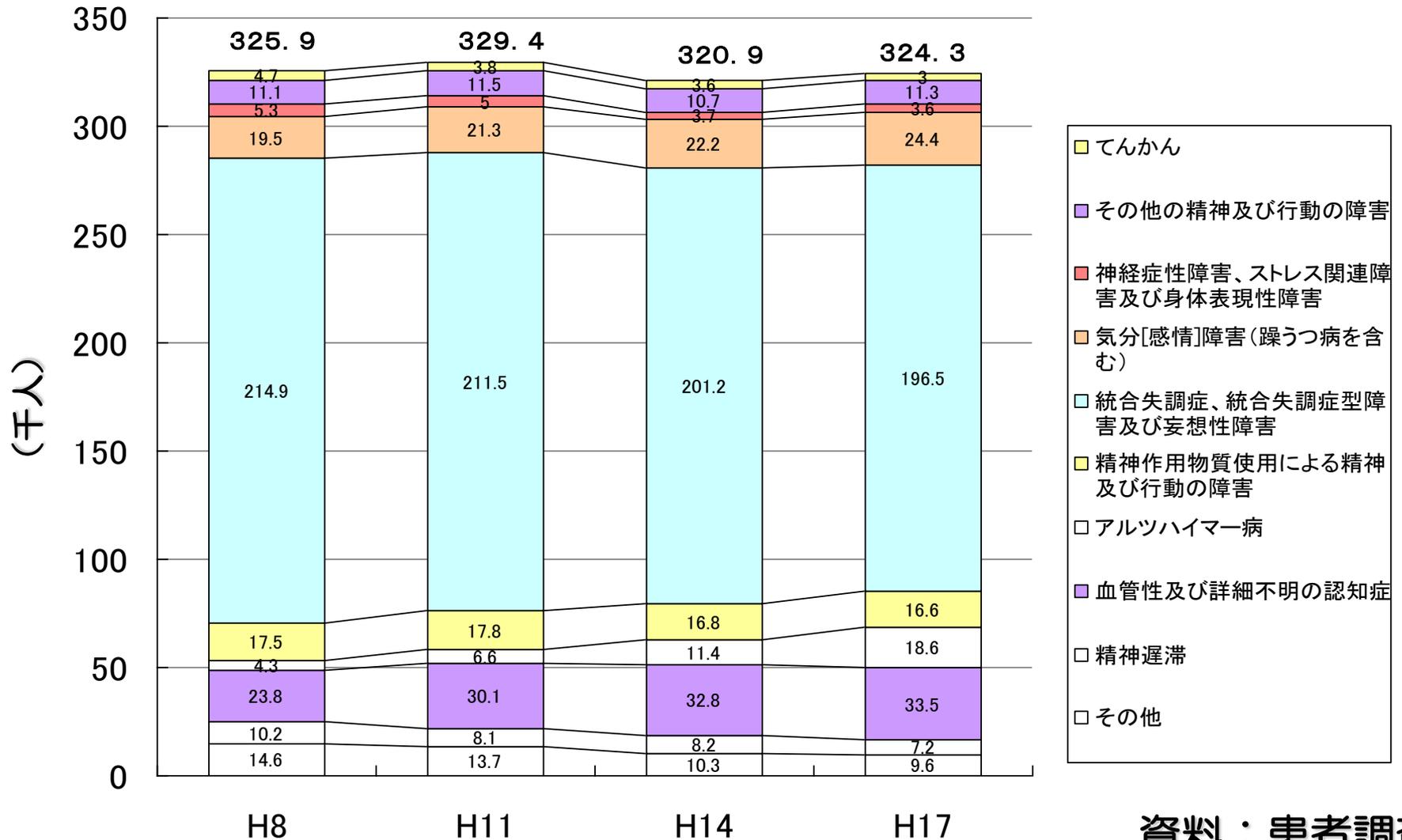
<p>早期支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○若年者に専門的・包括的な診療・支援を行う医療機関のモデル的な実施・検証と普及 ○若年者の診療や、臨界期の統合失調症に関する治療・支援の質の向上
<p>デイ・ケア等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期・回復期に対象・利用期間・実施内容を明確にして機能を強化したデイ・ケア等の整備 ○対象者、利用目的、実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等について、利用者が徐々に障害福祉サービスに移行できるよう、障害福祉サービスの充実等を図る ○利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイ・ケア等の、漫然とした、長期にわたる頻回／長時間の利用の是正
<p>訪問看護</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関による精神科訪問看護の充実、訪問看護ステーションの活用による、精神科訪問看護の一層の普及 ○従事者の研修等の推進、医療機関と訪問看護ステーションとの連携の促進 ○福祉サービス等の利用との連絡調整や、病状不安定な対象者への対応の強化等、訪問看護の機能の充実
<p>ケアマネジメント・ACT</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○重症の精神障害者の地域生活支援に当たって、訪問看護ステーション等がマネジメント又はその一部を担い、多職種が連携し迅速・適切に支援できる仕組みの構築 ○極めて重症な者について、重点的かつ包括的に支援を行う仕組みの構築
<p>危機介入</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅の未受診者や受診中断者等への訪問診療を含む支援体制の強化 ○行政機関と医療機関等の連携による、多職種チームでの危機介入等の支援体制の整備

<p>精神科 救急医療体制の 確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○夜間休日を含めた精神医療へのアクセスの確保(地域の精神科医療施設が一次的な救急医療の役割を担う等) ○精神科救急医療システムの機能評価、優れたシステム構築への支援 ○常時対応型施設の機能評価、機能の向上
<p>一般救急と 精神科救急の連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○精神科救急情報センターによる、精神科救急と一般救急との連携・調整、精神・身体合併症患者の医療機関への紹介 ○救急搬送患者の地域での受け入れルールにおける、精神・身体合併症患者の位置づけ
<p>身体合併症への 対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病床の身体合併症患者への精神科リエゾン診療の充実 ○医療法施行規則第10条第3号の規定の解釈の周知、見直しの是非の検討 ○精神科病院においても、身体合併症について、一定程度の入院医療管理を行う等の方策の検討
<p>総合病院精神科</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○総合病院精神科の精神病床の確保、機能の充実 ○総合病院精神科の従事者の負担軽減、他の医療機関等との連携等の方策の検討 ○精神科医師のキャリアにおける精神・身体合併症診療の経験の評価
<p>認知症</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○鑑別診断、BPSDや、身体合併症を伴う患者への対応を含め、認知症の専門医療体制の確保・普及 ○認知症疾患医療センターの機能の拡充、整備の推進 ○認知症の有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等の検討 ○認知症患者の入院適応の明確化 ○認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上 ○専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携の推進 ○認知症患者に対応する精神科病院における、身体合併症への一層の対応 ○認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場についての検討

気分障害	<ul style="list-style-type: none"> ○うつ病患者を早期に発見し適切に診断できるよう、精神科につなぐための対策の推進 ○診療ガイドライン等の作成等による、気分障害の医療の質の向上 ○認知行動療法の国内での有効性の検証と普及 ○復職等の社会復帰の取り組みの推進 ○慢性化・遷延化への対応を含めた、治療・支援方法に関する研究と成果の普及
児童・思春期 精神科医療	<ul style="list-style-type: none"> ○児童・思春期の専門の医師数の拡大 ○精神科医への児童・思春期精神医学の研修等の推進 ○医療機関が児童・思春期精神科医療により積極的に取り組むための施策の推進 ○専門病床・専門医療機関の確保等、医療提供体制の拡充
依存症	<ul style="list-style-type: none"> ○依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、自助グループ等の役割の明確化と普及

精神病床入院患者の疾病別内訳

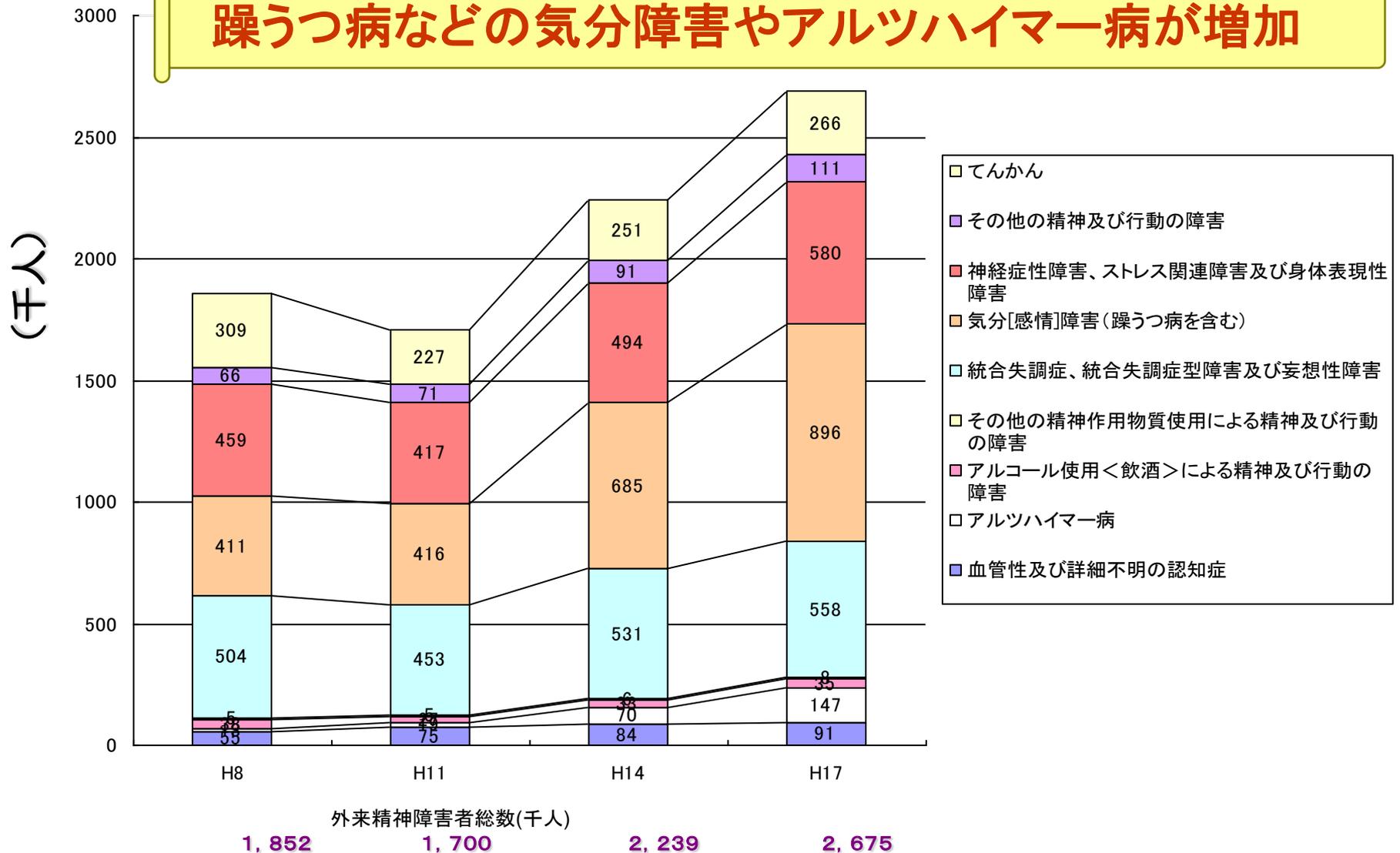
統合失調症の減少、認知症の増加



資料：患者調査

精神疾患外来患者の疾病別内訳

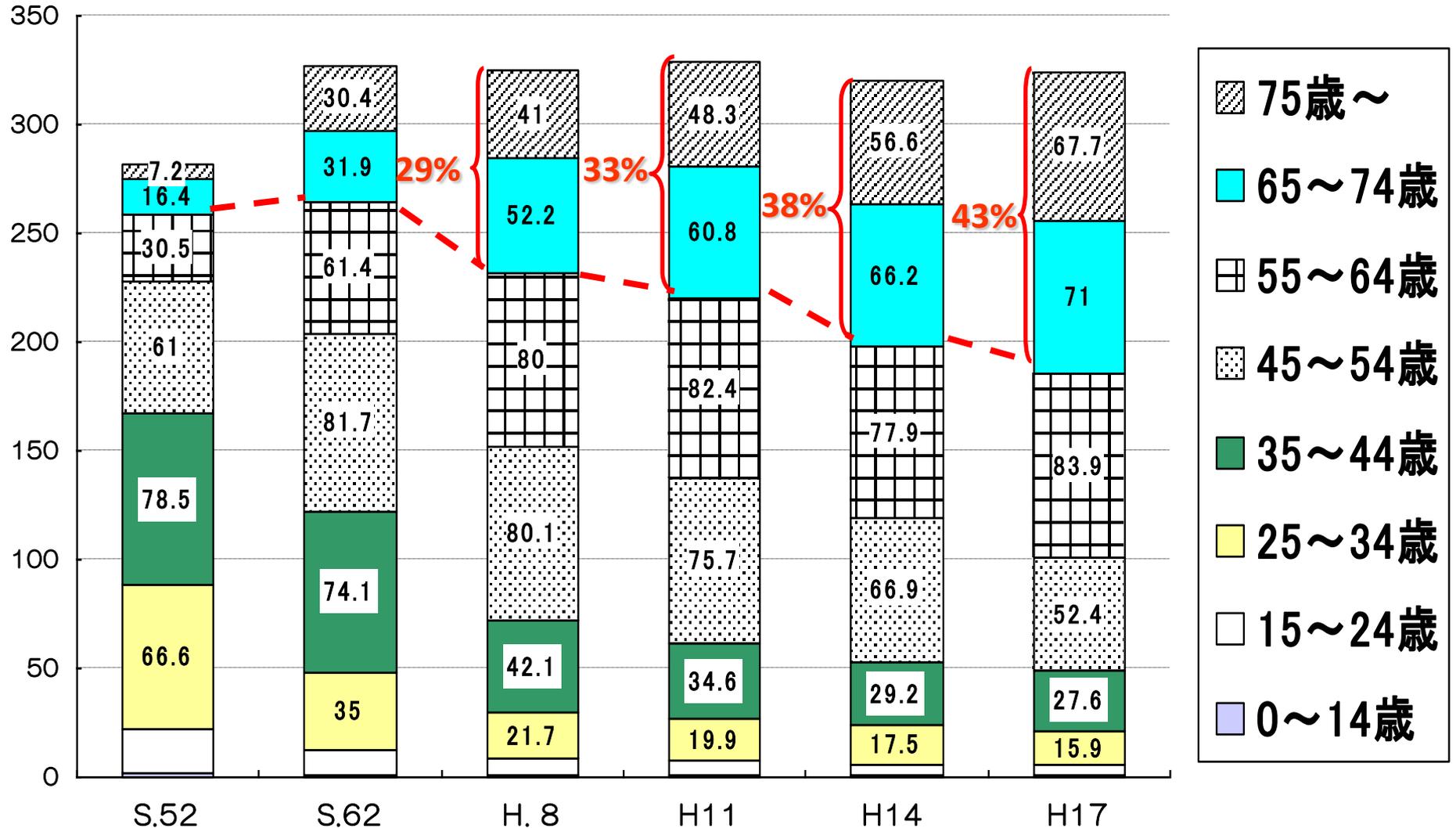
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマー病が増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の年齢分布

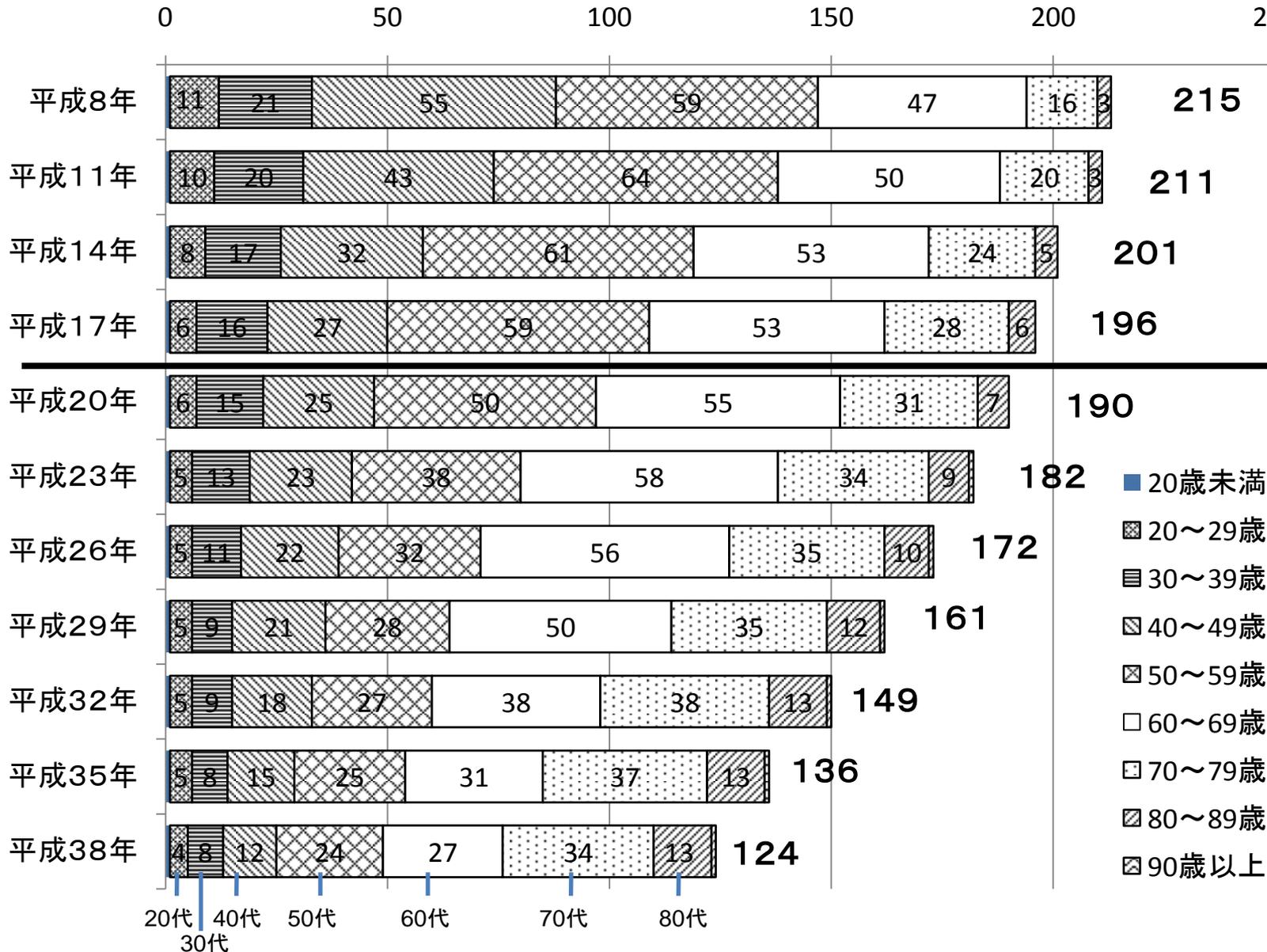
(千人)



資料：患者調査

精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

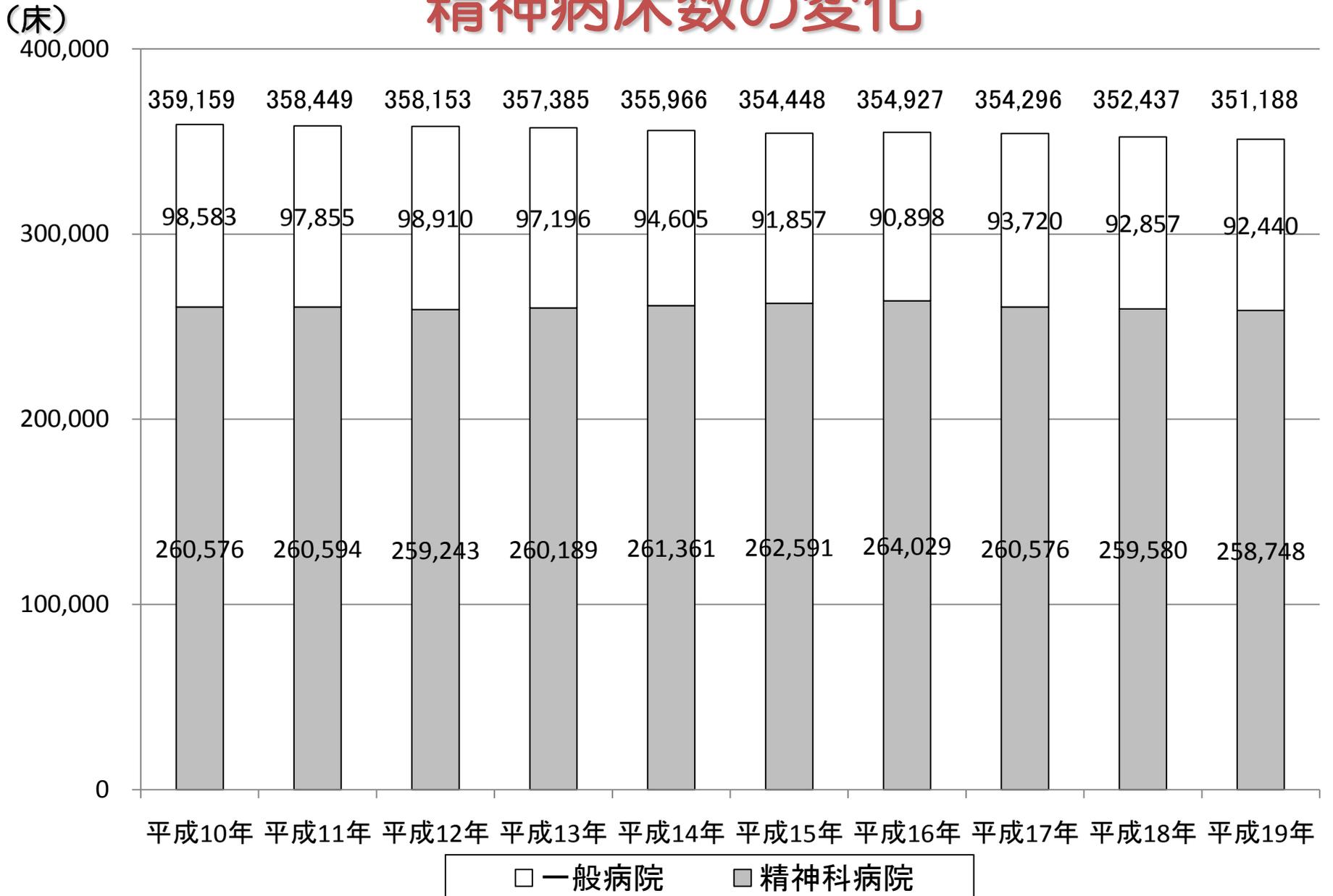
(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計) <単位:千人>



【出典：患者調査】
実績

推計
【新潟大学 染矢俊幸教授の協力により分析・推計】

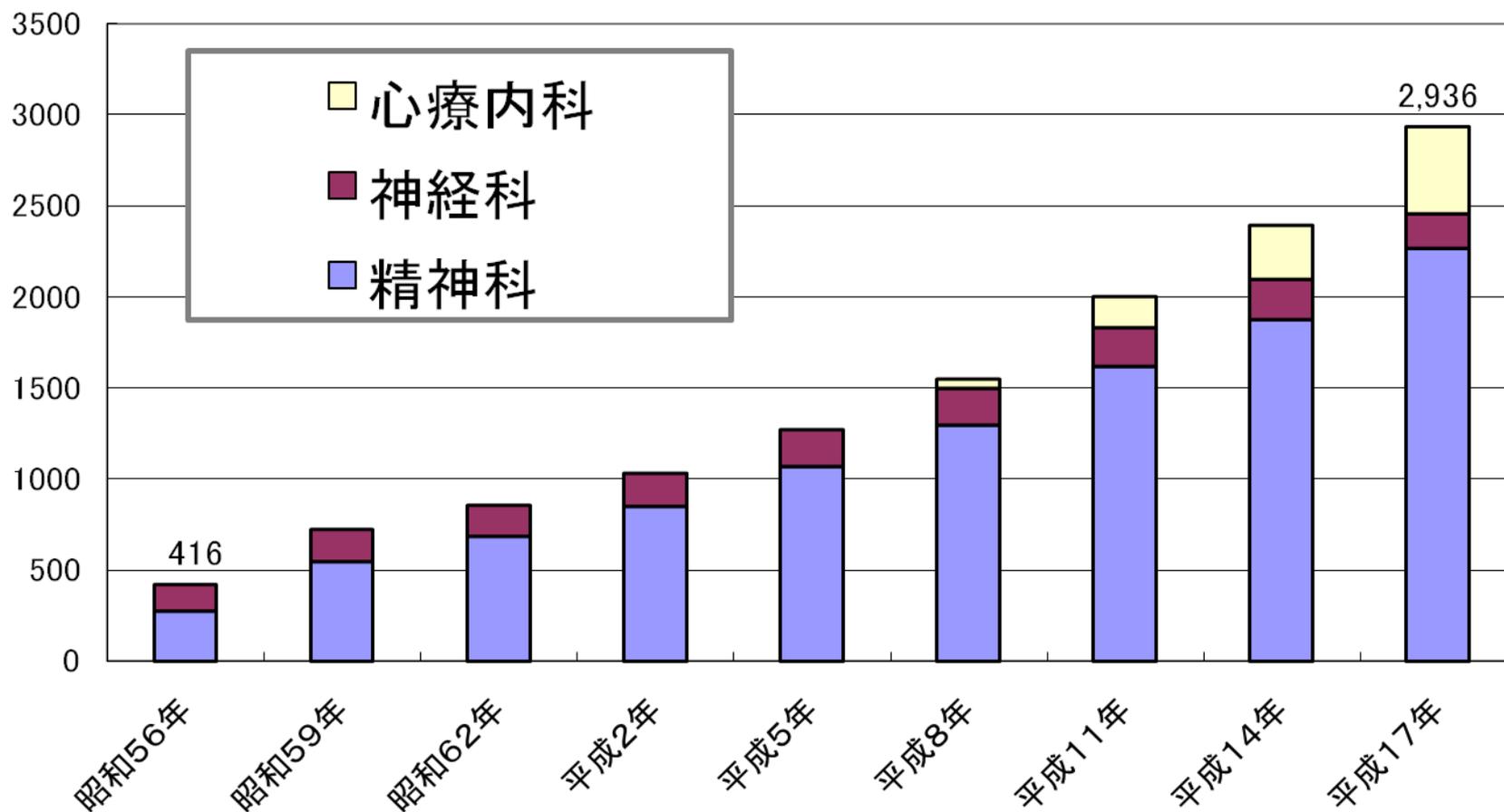
精神病床数の変化



資料: 医療施設調査(毎年10月1日時点)

精神科診療所数の推移

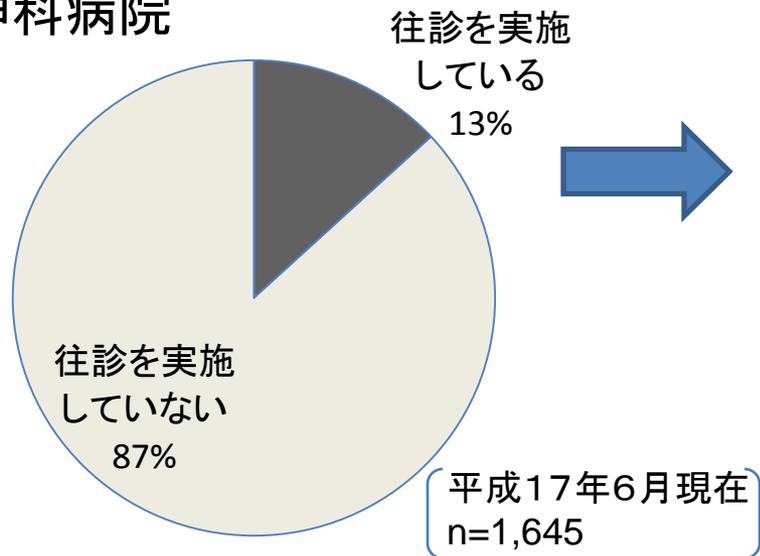
(精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とするもの及び単科のもの)



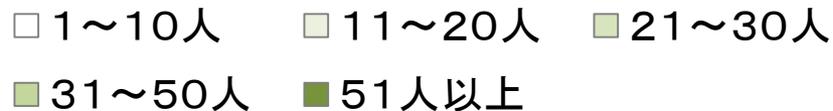
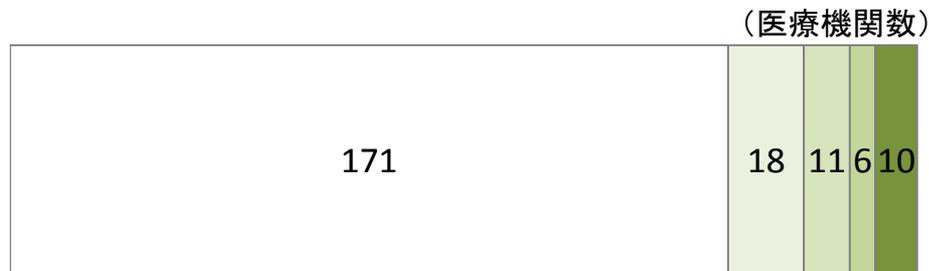
資料：医療施設調査

精神科医療機関における往診の実施状況

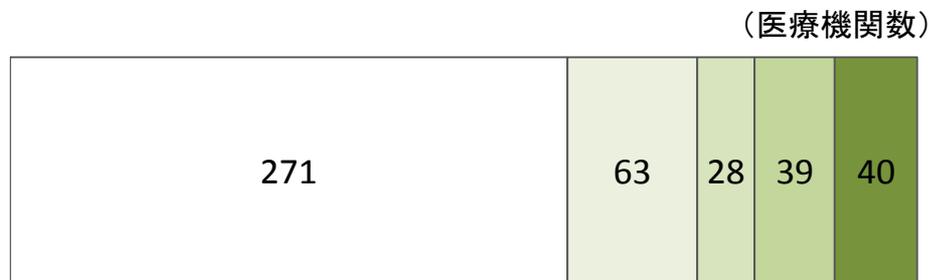
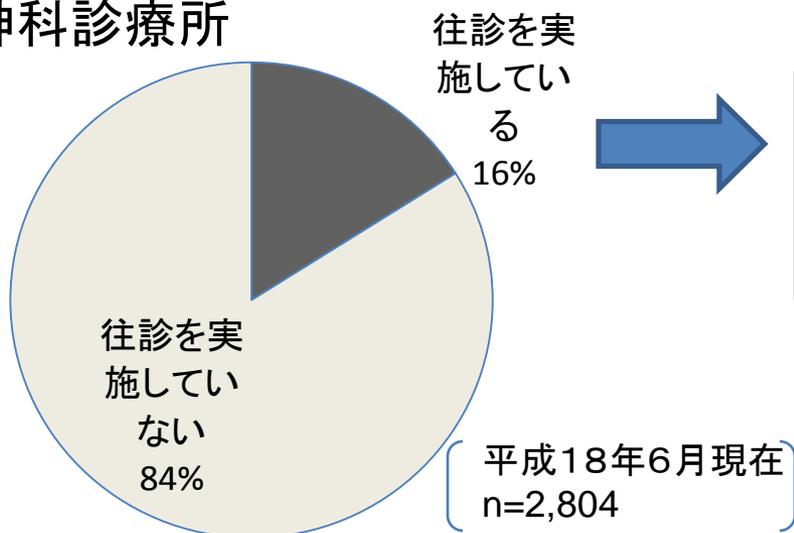
精神科病院



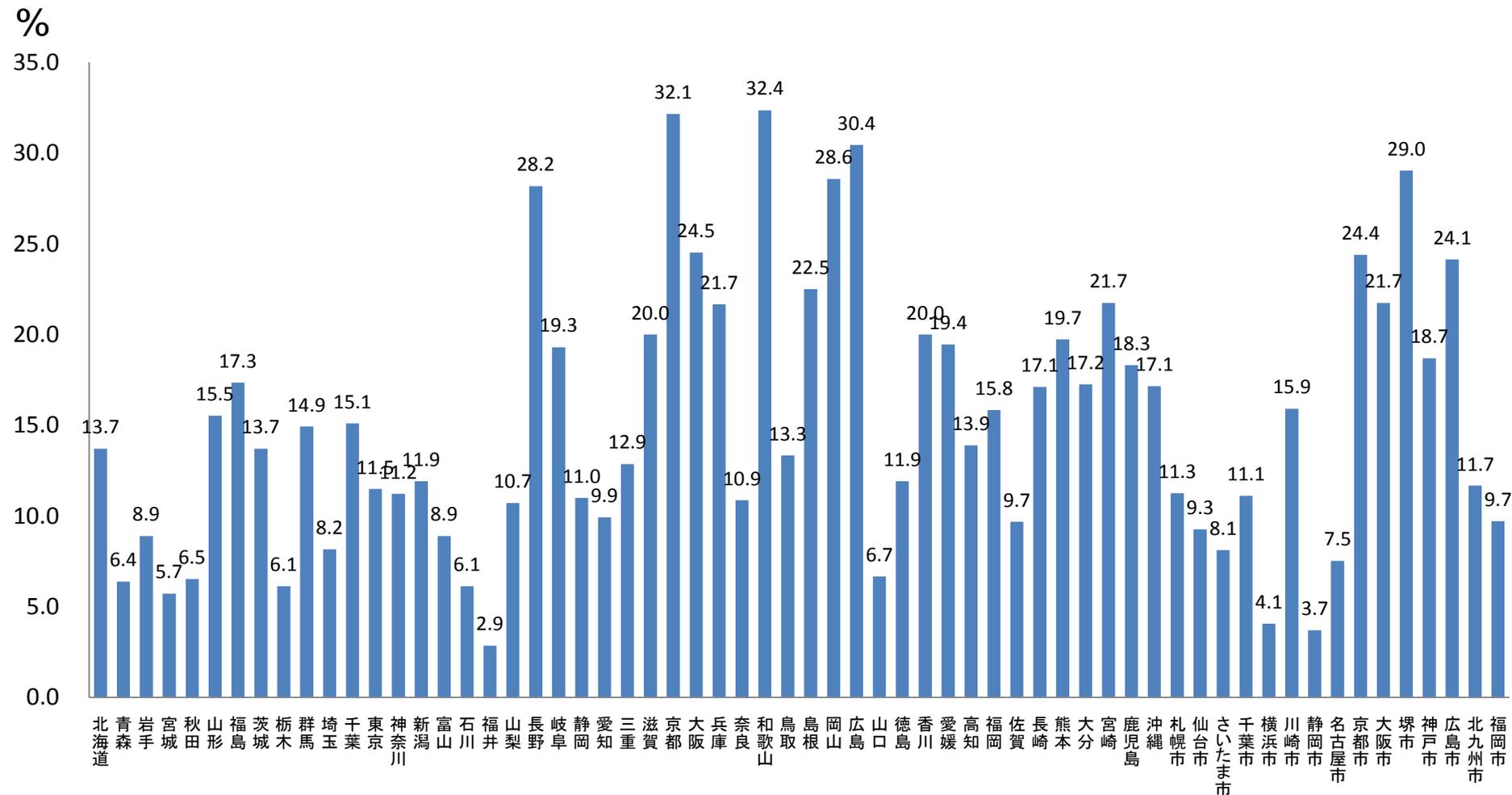
1ヶ月の延べ実施人数



精神科診療所



往診を実施する精神科医療機関の割合（都道府県別）



※平成17年6月に1回以上往診を実施した病院数と、平成18年6月に1回以上往診を実施した診療所数を合算したもの

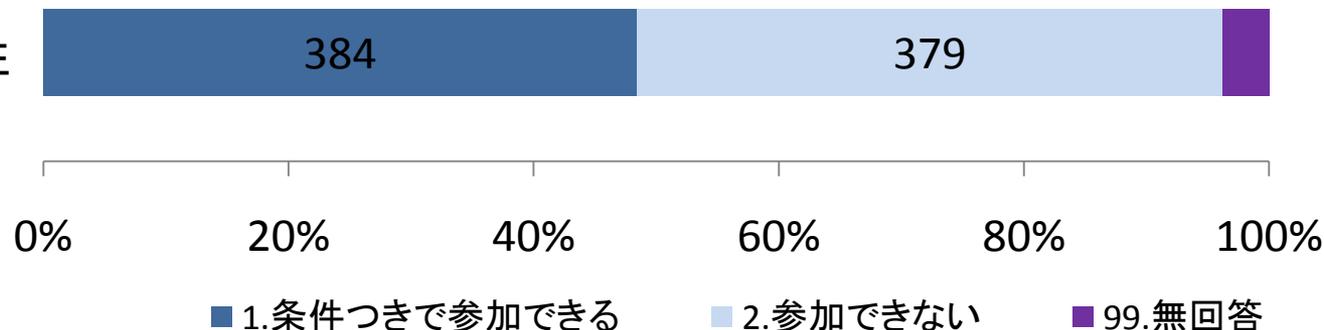
(精神・障害保健課調べ)

精神科診療所の救急業務への協力の可能性

(地域の救急病院への精神科コンサルテーションにおける協力)

N=793

今後の協力可能性



協力の条件	人数	協力の条件	人数
救急病院内に詰める方式	137	対応不可ケースのバックアップ体制	244
事例発生時に出向する方式	91	適正な報酬	133
電話で助言する方式	222	診療所に診療報酬上のメリット	114
患者の診療情報がわかる	184	診療所に救急病院利用の優遇	112

(複数回答)

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

地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

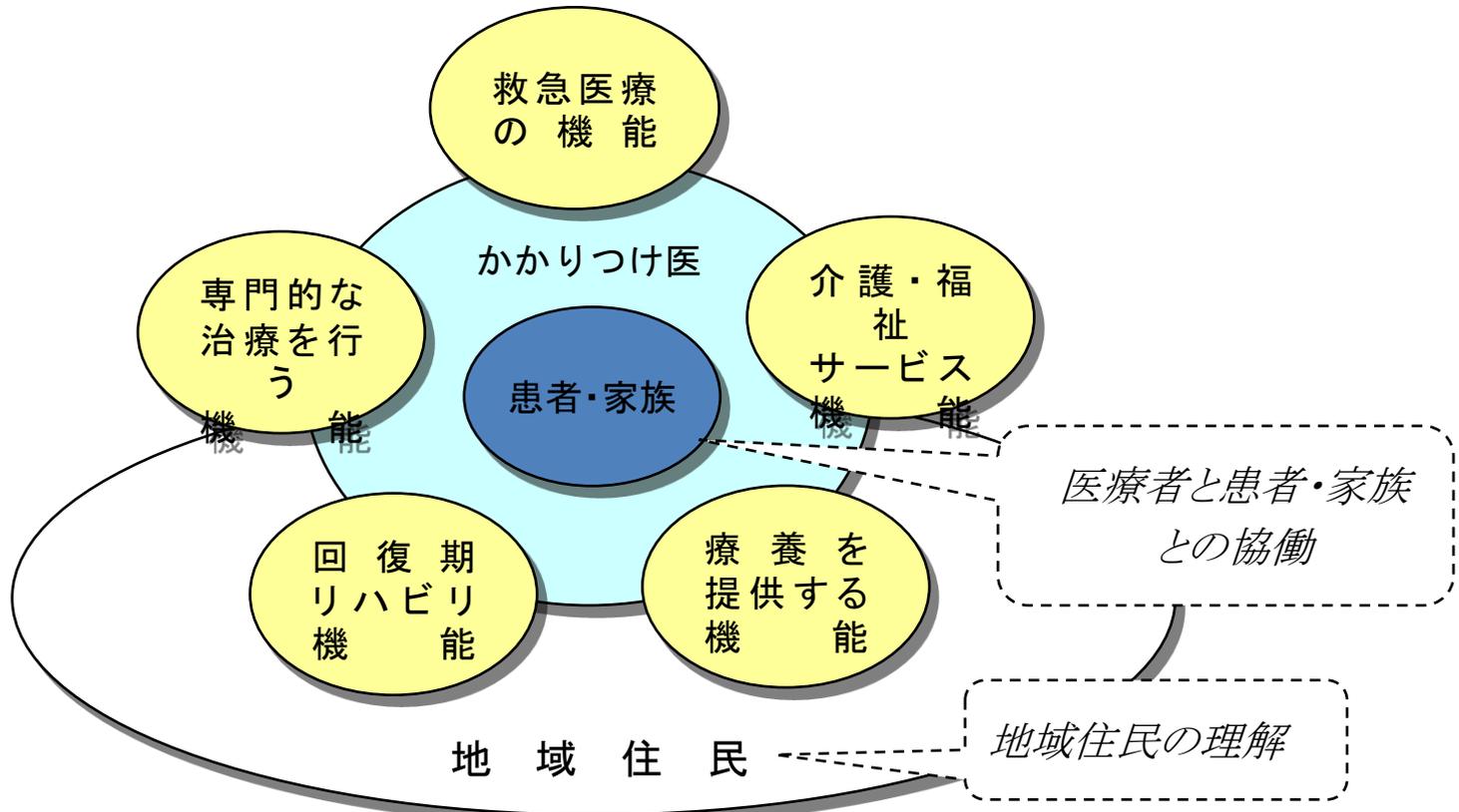
医療・介護・福祉が患者を中心に切れ目なくサービスを提供する
「医療連携体制」によって、「地域完結型医療」を推進

4疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

5事業

- ・ 救急医療
- ・ 災害医療
- ・ へき地医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療
(小児救急含む)



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)

→ 地域において確保する必要性が特に高い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

医療計画によって 医療連携体制を構築するにあたり行われること

- 予防・救護・急性期・回復期・維持期まで継続的に医療が行われるよう医療体制を構築する。
- 医療体制を構築するにあたって、従来の二次医療圏にこだわらず圏域を設定する。
- 各医療機能を担う医療機関名を記載する。
- 各医療機関は診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設の医師等専門職種の情報の共有を図る。
- 医療提供体制について、数値目標を設定する。

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。

都道府県医療計画

地域の救急医療の機能を有する医療機関

- ・ ○○病院
- ・ △△病院
- ・
- ・

<目標>

- ・ 発症後3時間以内に専門的治療開始
- ・ 早期のリハビリ実施

<求められる体制>

- ・ 24時間対応可能なこと
- ・ 脳梗塞の場合、t-PAによる脳血栓溶解療法が実施可能なこと
- ・ 廃用群症候群や合併症の予防セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションが実施可能なこと

回復期リハビリの機能を有する医療機関

- ・ ▲▲リハビリ病院
- ・ ◇◇病院(回復期リハ病棟)
- ・
- ・

<目標>

- ・ 機能障害改善・ADLの向上等回復期のリハビリ実施

<求められる体制>

- ・ 理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能なこと

生活リハを含めた療養医療を提供する機能を有する医療機関

- ・ 介護老人保健施設◇◇
- ・ □○診療所
- ・
- ・

<目標>

- ・ 生活機能維持・向上等維持期のリハビリ実施

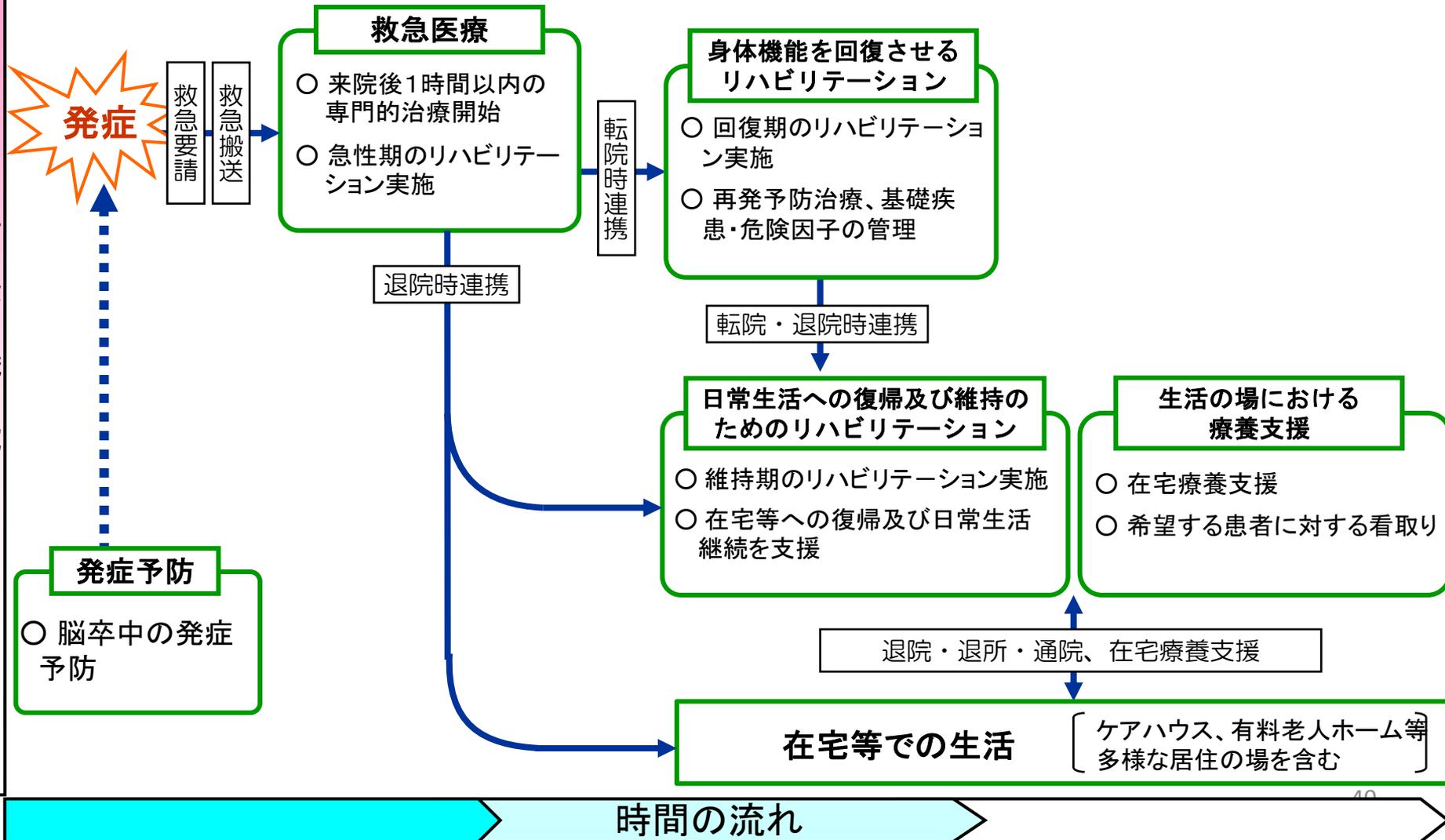
<求められる体制>

- ・ 在宅復帰を支援するため居宅介護サービス等を調整すること
- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能なこと

地域完結型医療の姿

各地域において、発症から急性期、回復期を経て在宅に帰るまで、患者の様態に応じ切れ目なく医療が提供されるネットワークを構築

※ 脳卒中の例



※ 糖尿病の例

(不可)

血糖コントロール

(優)

急性増悪時治療

○ 糖尿病昏睡等 急性合併症の治療の実施

■■ 病院

転院・退院時連携

慢性合併症治療

○ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療の実施

- ・糖尿病網膜症
- ・糖尿病腎症
- ・糖尿病神経障害 等

◇◇ 病院
■■ 眼科

専門治療

○ 血糖コントロール不可例に対する指標改善のための教育入院等、集中的な治療の実施

◇◇ 病院
■■ 医療センター

血糖コントロール不可例の連携

紹介・治療時連携

紹介時・治療時連携

初期・安定期治療

- 糖尿病の診断及び生活習慣病の指導
- 良好な血糖コントロール評価を目指した治療

○○ 診療所
◆◆ 医院

健康診査等による糖尿病の早期発見



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) 医療計画作成指針

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

精神科救急医療は、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。

地域医療体制と精神科医療機関の機能 ①

現状と課題

○地域で生活する精神障害者の増加や、高齢化、疾病構造の変化等により、精神科医療へのニーズは変化しつつある。

○「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて、地域で生活する精神障害者を支えるための医療機能が求められる。

○これまでの検討から、精神科医療において、

- ・在宅医療（訪問看護、危機介入、ACT等）
- ・早期支援
- ・デイ・ケアの機能強化・分化
- ・精神科救急
- ・身体合併症への対応
- ・認知症等、高齢化への対応
- ・専門的な機能（児童思春期・依存症等）

等に関する機能の確保・充実が必要と考えられる。

○精神科診療所が急速に増加する中で、地域医療において、精神科診療所が他の医療機関と連携して役割を果たすことが求められる。

検討

- 精神疾患患者の地域生活を支援するための、地域医療体制の整備・確保を図ることが最も重要ではないか。
 - 各々の精神科医療機関等が、在宅・外来医療を含め、患者の地域生活を支える機能を充実することにより、患者の身近な地域で、医療提供体制を確保する必要があるのではないか。
 - このための体制を、精神科病院、診療所、訪問看護ステーションが連携して構築するべきではないか。
 - 診療所による在宅医療・救急医療への参画についても、促進を図るべきではないか。
- このほかに、大まかに次のように類型化された機能を担う精神科医療機関が必要ではないか。なお、これらの機能は、地域医療体制との連携によって適切に発揮されるのではないか。
 - 高次の精神科救急を行う精神科病院
 - 急性期の身体合併症に対応する機能についても確保が必要。
 - いわゆる総合病院精神科
 - 精神病床で身体合併症治療等を行うほか、一般病床へのリエゾン機能が必要。
 - 高齢者の診療を行う精神科病院
 - 認知症のBPSD・身体合併症対応や、高齢統合失調症患者の身体合併症対応の機能が必須であり、精神科病院の機能強化が必要。
 - 極めて重症な患者の療養を行う精神科病院
 - ただし、若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数はごく限られた数。
 - その他の専門的な医療機能（児童思春期、依存症等）を有する精神科医療機関
- 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。

精神科医療機関の機能分化(イメージ)

①地域医療

入院医療

- 地域生活を支えるための短期間の入院

在宅医療

- 訪問看護
- 危機介入
- ACT、ケアマネジメント

外来医療

- かかりつけ患者への救急(時間外診療等)
- 早期支援
- デイ・ケア(移行期・回復期に重点化の方向) 等

- 精神科病院、診療所、訪問看護ステーションが連携
- 患者の身近な地域で提供体制を確保
- 診療所の在宅医療・救急医療への参画を促進

②高次の救急医療

- 措置入院等を含めた高次の救急医療
- 急性期の身体合併症に対応する機能の確保も必要

③総合病院

- 身体科との連携(身体合併症等)
- 精神病床での合併症治療、一般病床へのリエゾン機能

④高齢者の入院

- 認知症
- 統合失調症
- 認知症の鑑別診断、BPSD・身体合併症対応、統合失調症患者の身体合併症対応の機能が必要。

⑤重度療養

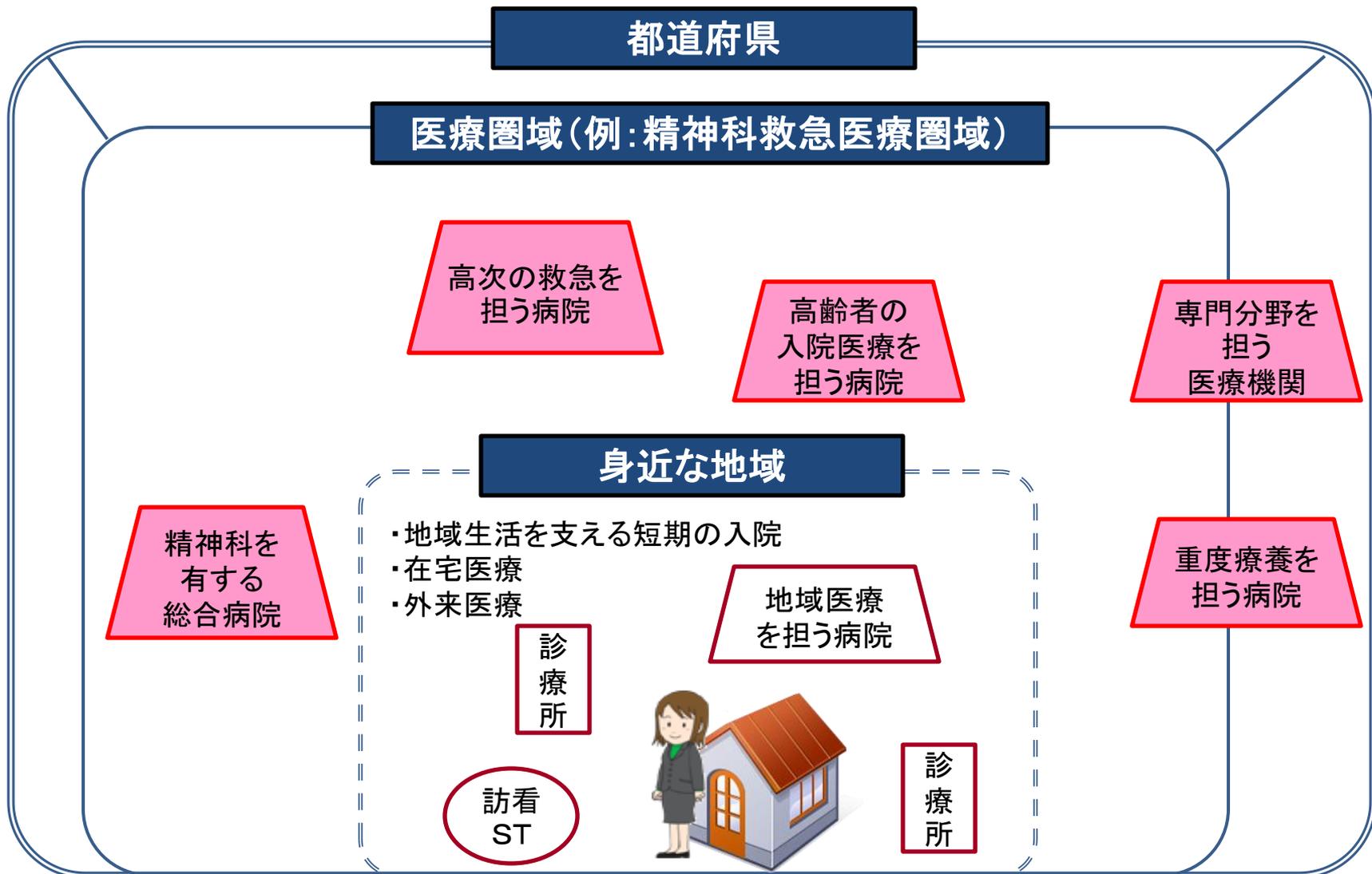
- 真に長期の入院治療が必要な重症患者
- 若年患者の入院率や、諸外国の例から考えると、必要な病床数は限定的。

⑥専門分野

- 児童・思春期
- 依存症 等

※②～⑤の機能は、①と連携する必要がある。

地域における医療機能の確保(イメージ)



- ◆それぞれの機能に応じて身近な地域・医療圏域(又は都道府県)毎に医療機能を確保
- ◆各医療機関が連携して住民への医療を提供
- ◆1つの医療機関が複数の機能を有することもある

地域医療体制と精神科医療機関の機能 ②

現状と課題

○医療計画においては、主要な事業ごとに医療機関の医療機能や医療連携体制について明示することとされている。

○医療計画において、精神病床数については都道府県ごとに基準病床数を定めることとなっているが、精神科医療は、医療計画に必ず記載すべき「4疾病5事業」に含まれておらず、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場合に記載すべき事項となっている。

○「救急医療等確保事業(5事業)」の対象は、地域において特に確保する必要性が高い医療であり、現在、救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療が対象となっている。

○医療計画に位置づけられることにより、

- ・地域において必要な医療機能や、医療提供体制における個々の医療機関の役割が、数値目標とともに明確化されるとともに、
- ・都道府県の医療計画を基礎として、その実現のために様々な政策的誘導が図られる等の効果が期待される。

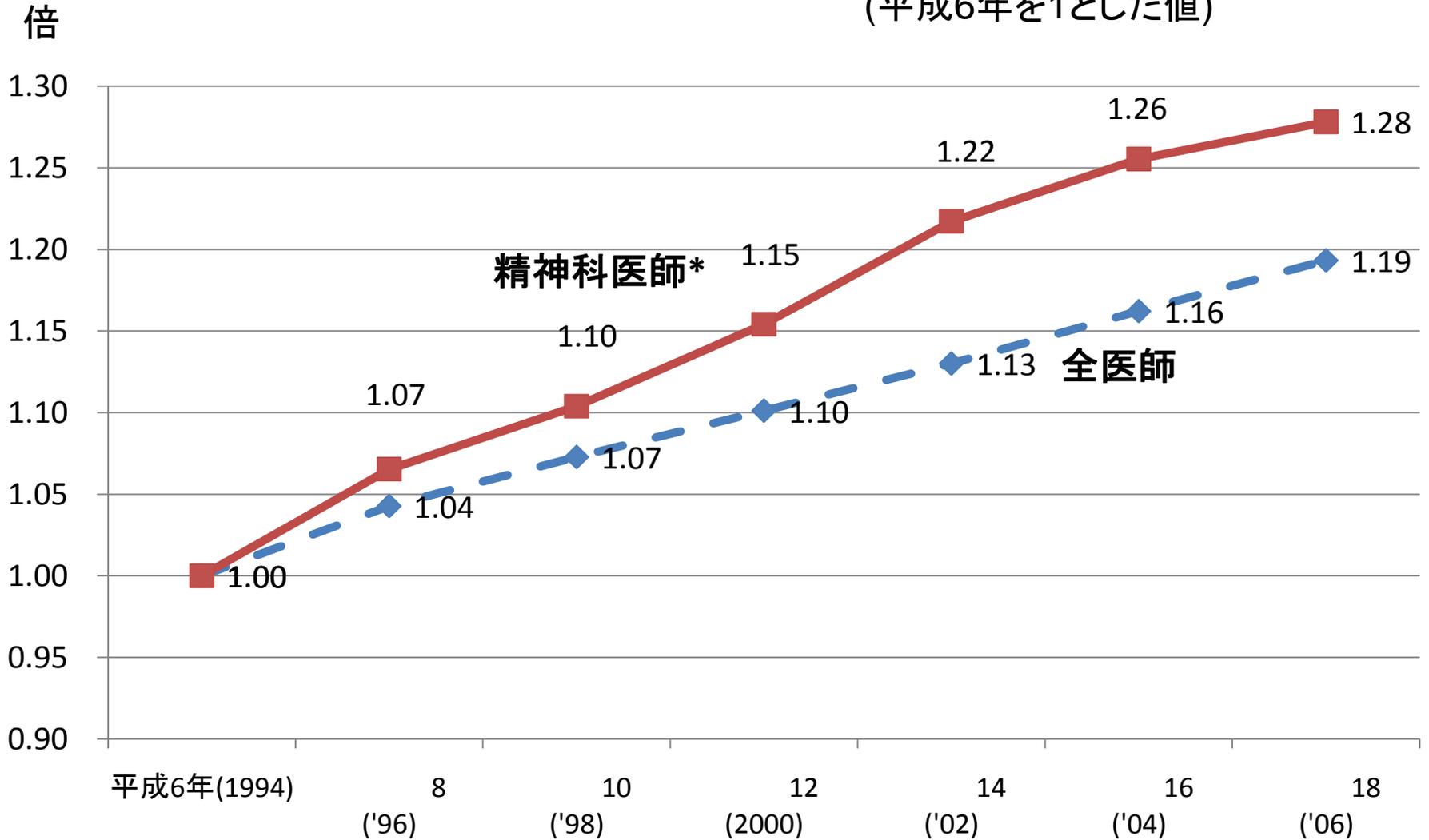
検討

- 精神保健医療体系の改革に当たって、地域のニーズに応じて、精神科医療の様々な機能に関する提供体制や、医療機関の連携体制を構築するため、精神科医療の医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における位置づけについて、検討すべきではないか。
- 医療計画に明示されるべき医療機能、医療連携体制及び圏域設定の具体的なあり方について、さらに検討すべきではないか。

3. 精神科医療機関における 従事者の確保について

医師数の変化

(平成6年を1とした値)

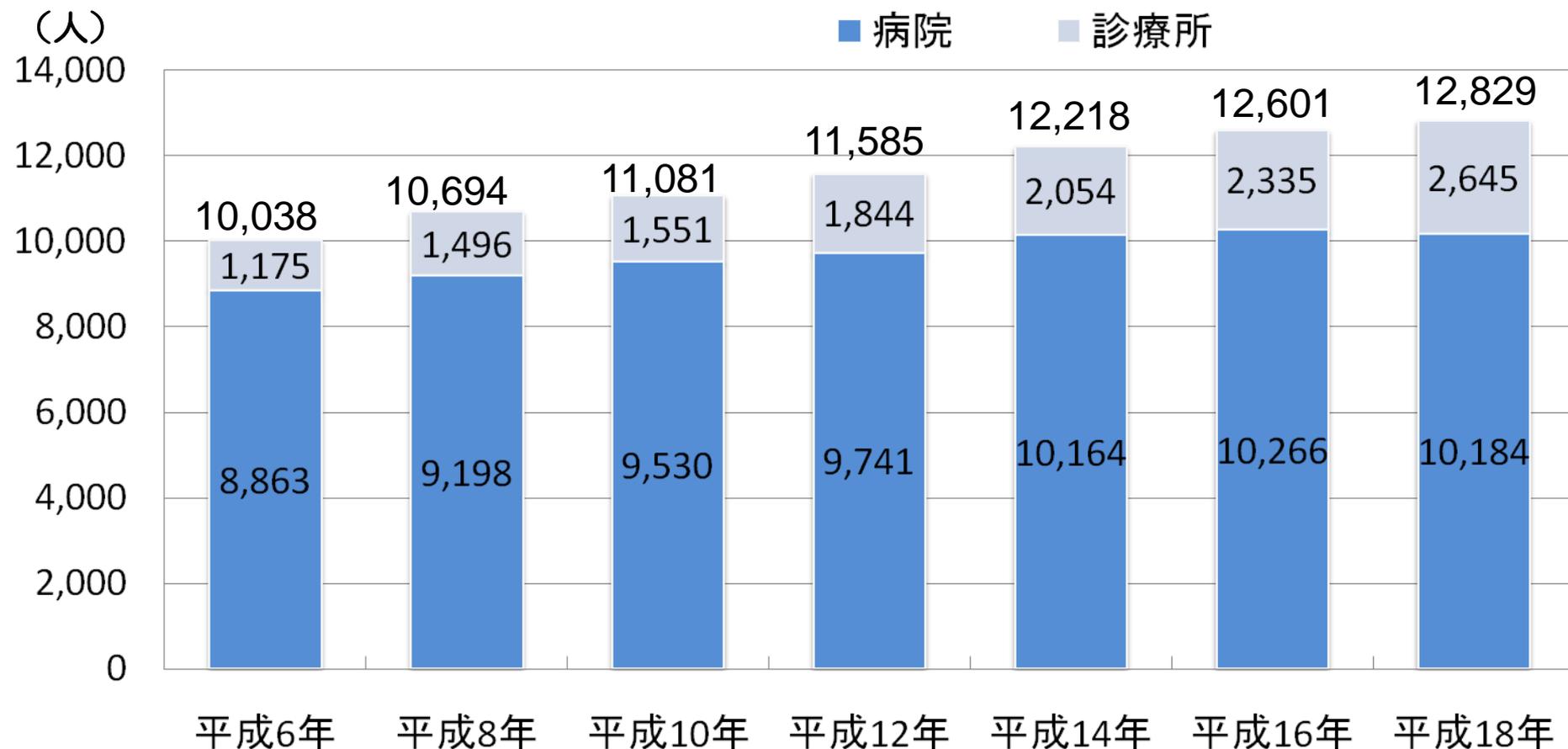


* 精神科医師: 精神科及び神経科の医師を含む

(医師・歯科医師・薬剤師調査)

精神科医師*の所在（病院と診療所）

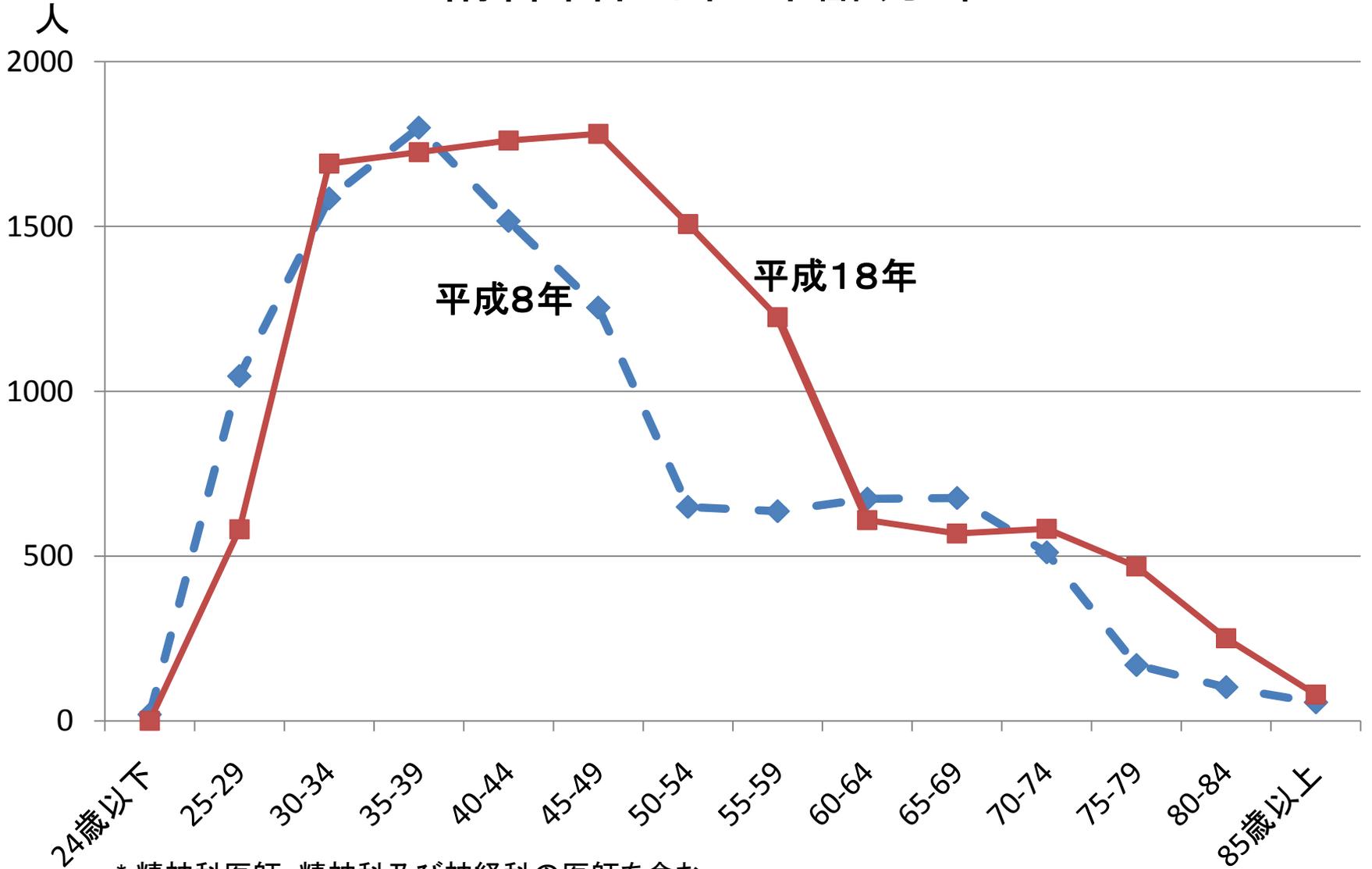
診療所に勤務する精神科医師が増加している。
 （平成6年→平成18年では、診療所では125%増加、病院では15%増加）



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: 精神科及び神経科の医師を含む

精神科医師*年齢分布



* 精神科医師: 精神科及び神経科の医師を含む

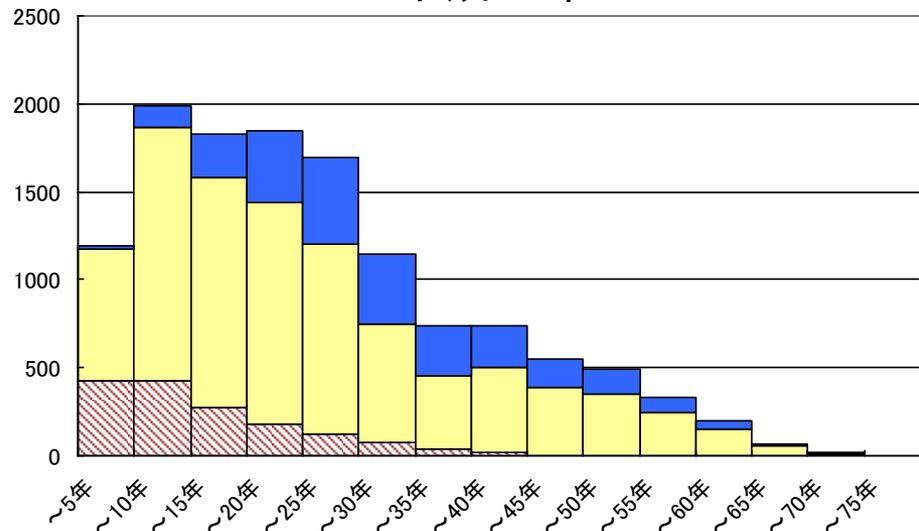
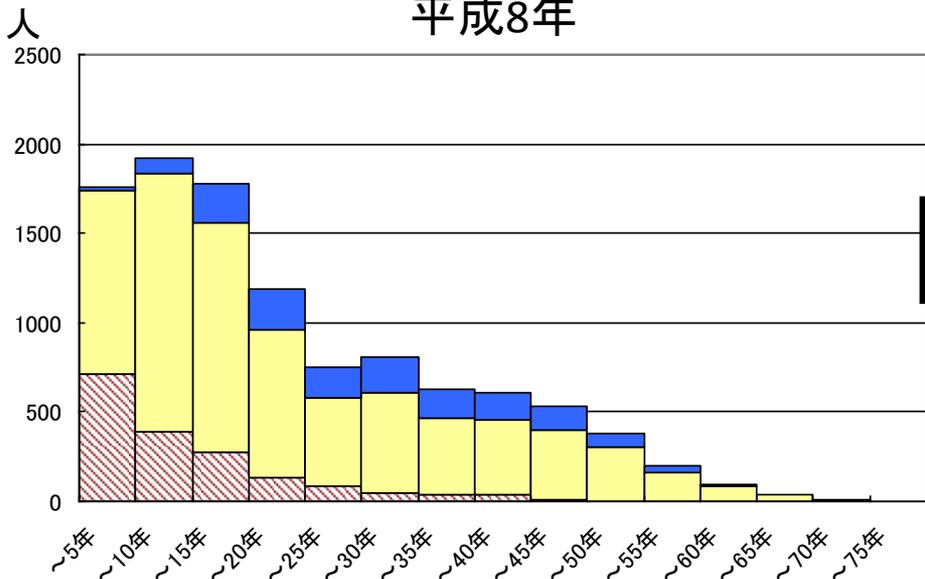
(医師・歯科医師・薬剤師調査) 51

精神科医師*の業務種別（医師免許取得からの年数別）

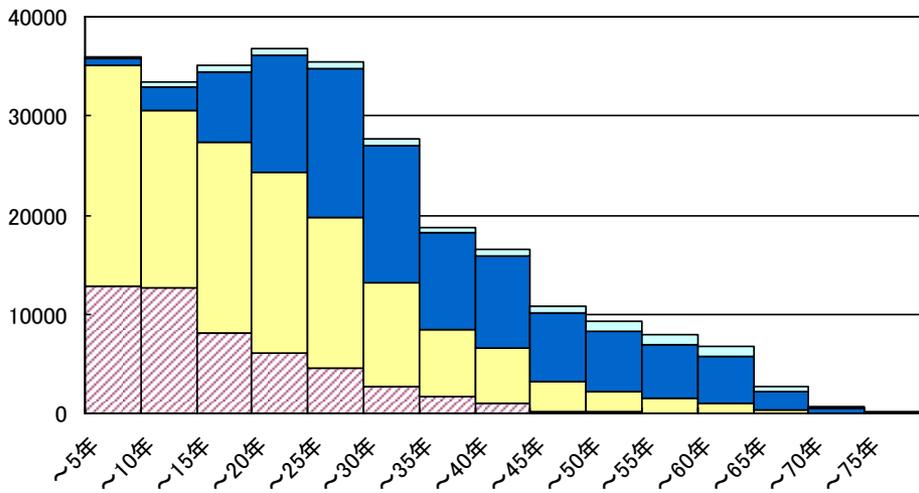
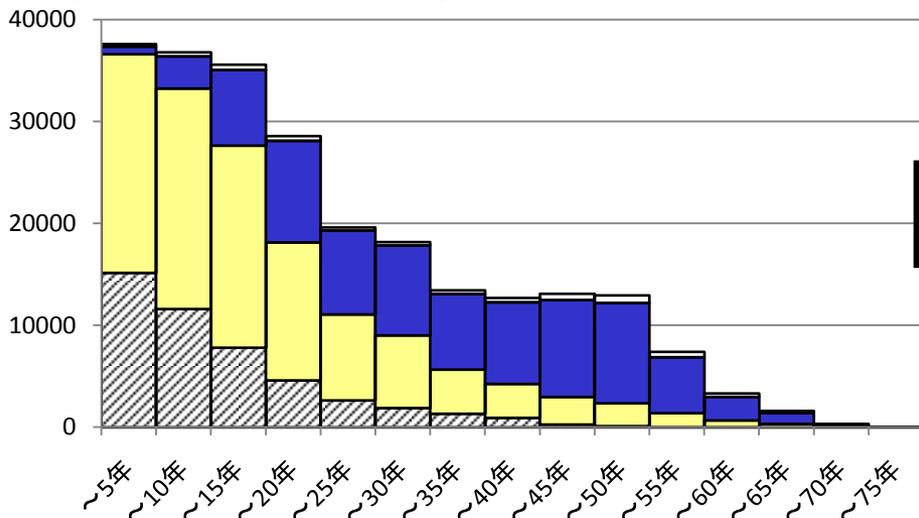
* 精神科医師: 精神科及び神経科の医師を含む

平成8年

平成18年



(参考・全医師の業務種別)



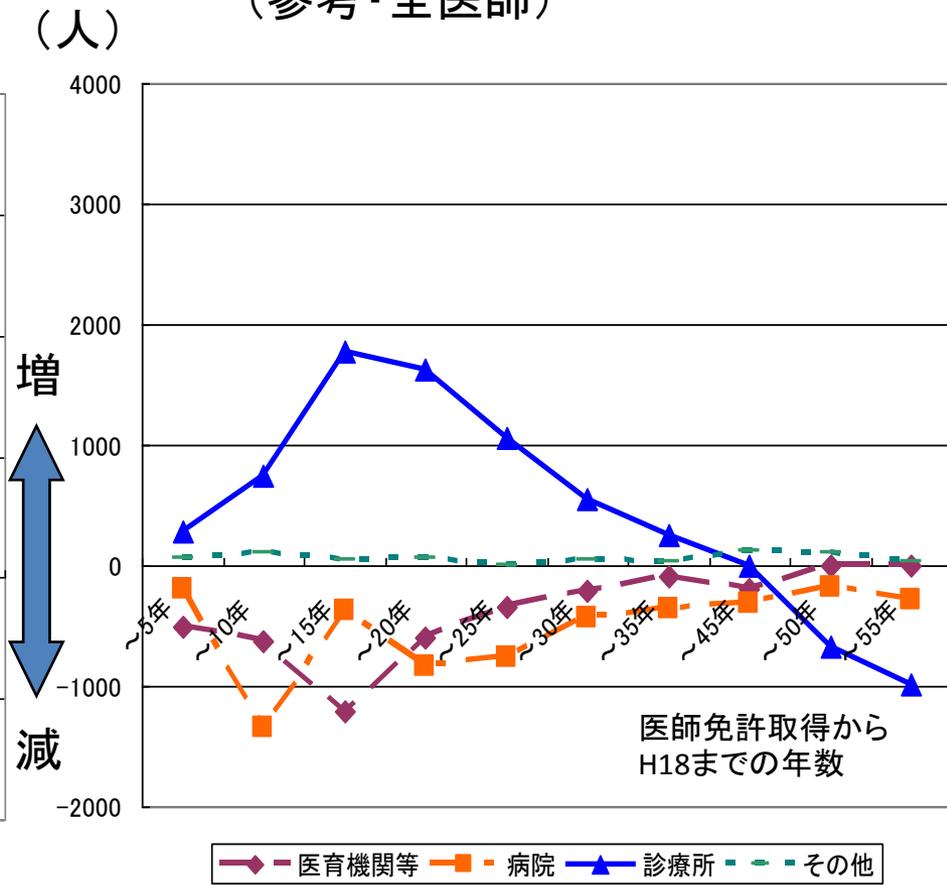
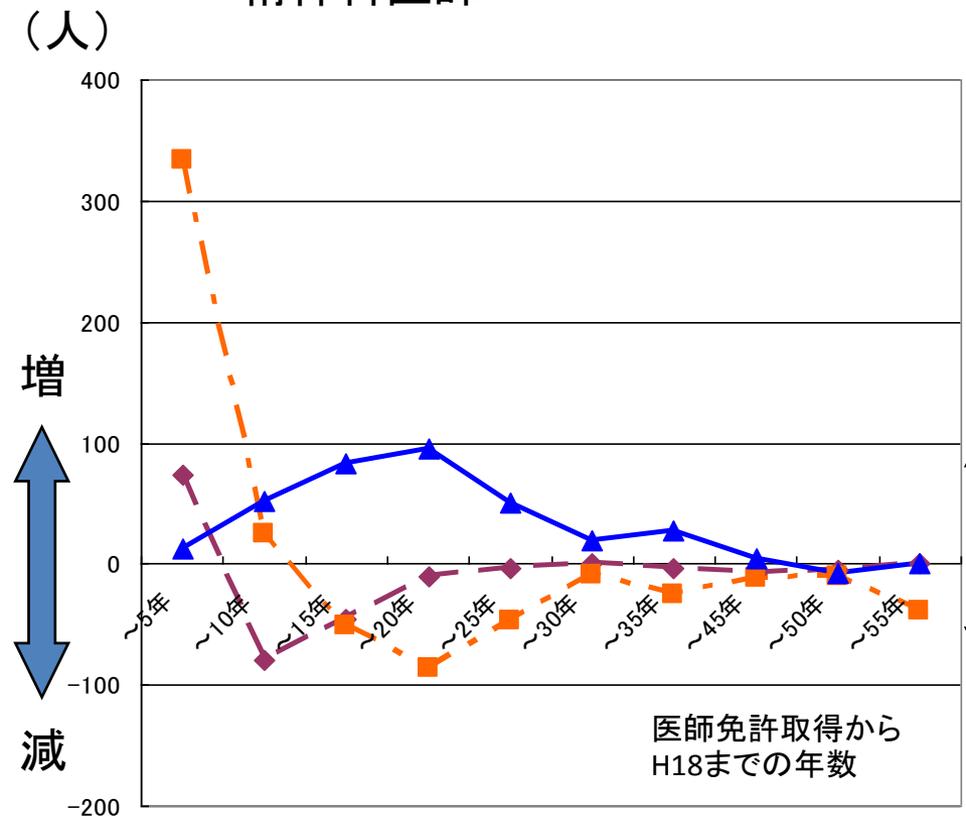
(医師・歯科医師・薬剤師調査)

医育機関等 病院 診療所 その他

各世代の医師の、業務種別ごとの従事者数の変化 (H18の従事者数を、2年前と比較したもの)

精神科医師*

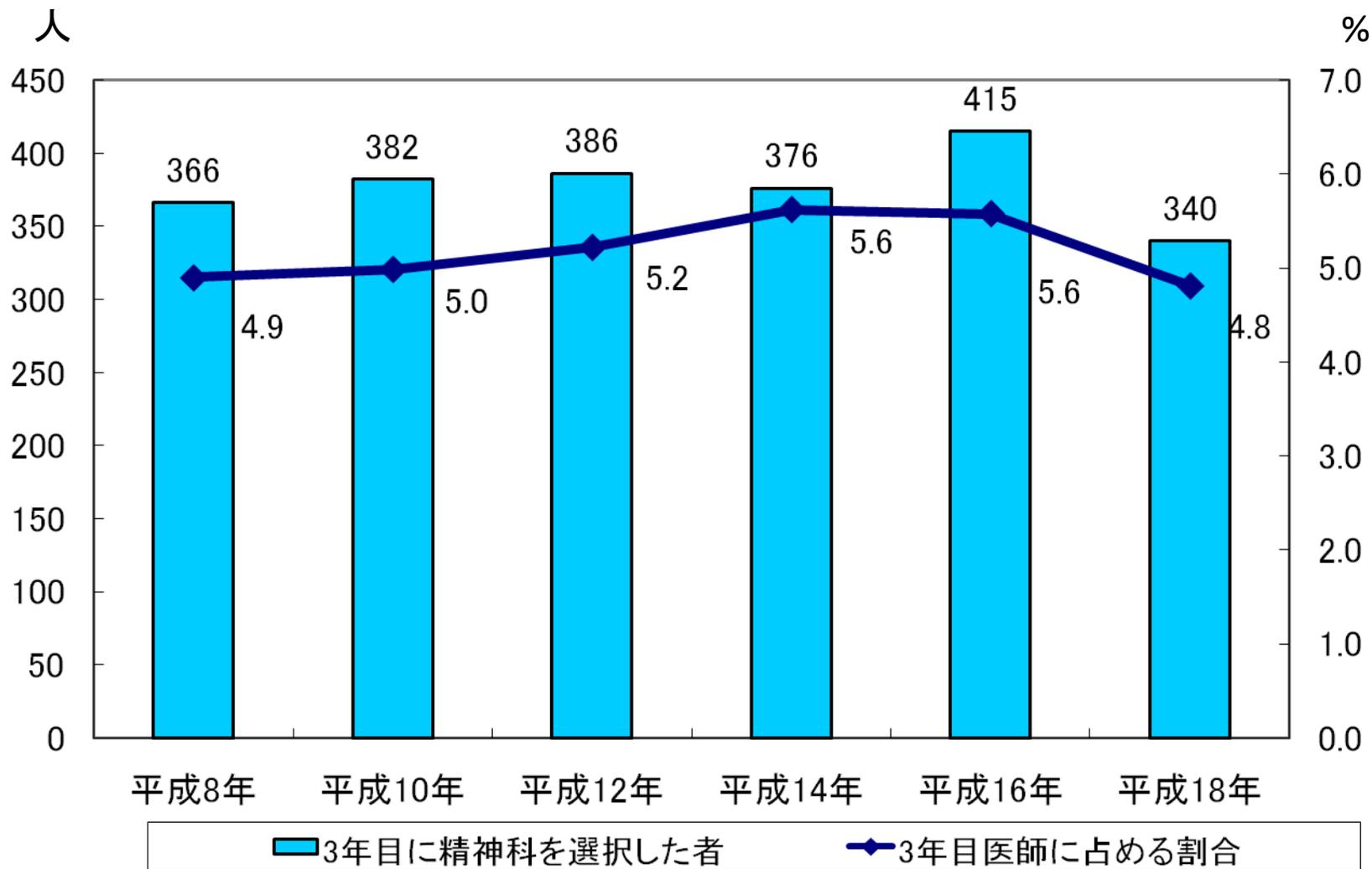
(参考・全医師)



◆ 医育機関等 □ 病院 ▲ 診療所 - - - その他

* 精神科医師: 精神科及び神経科の医師を含む

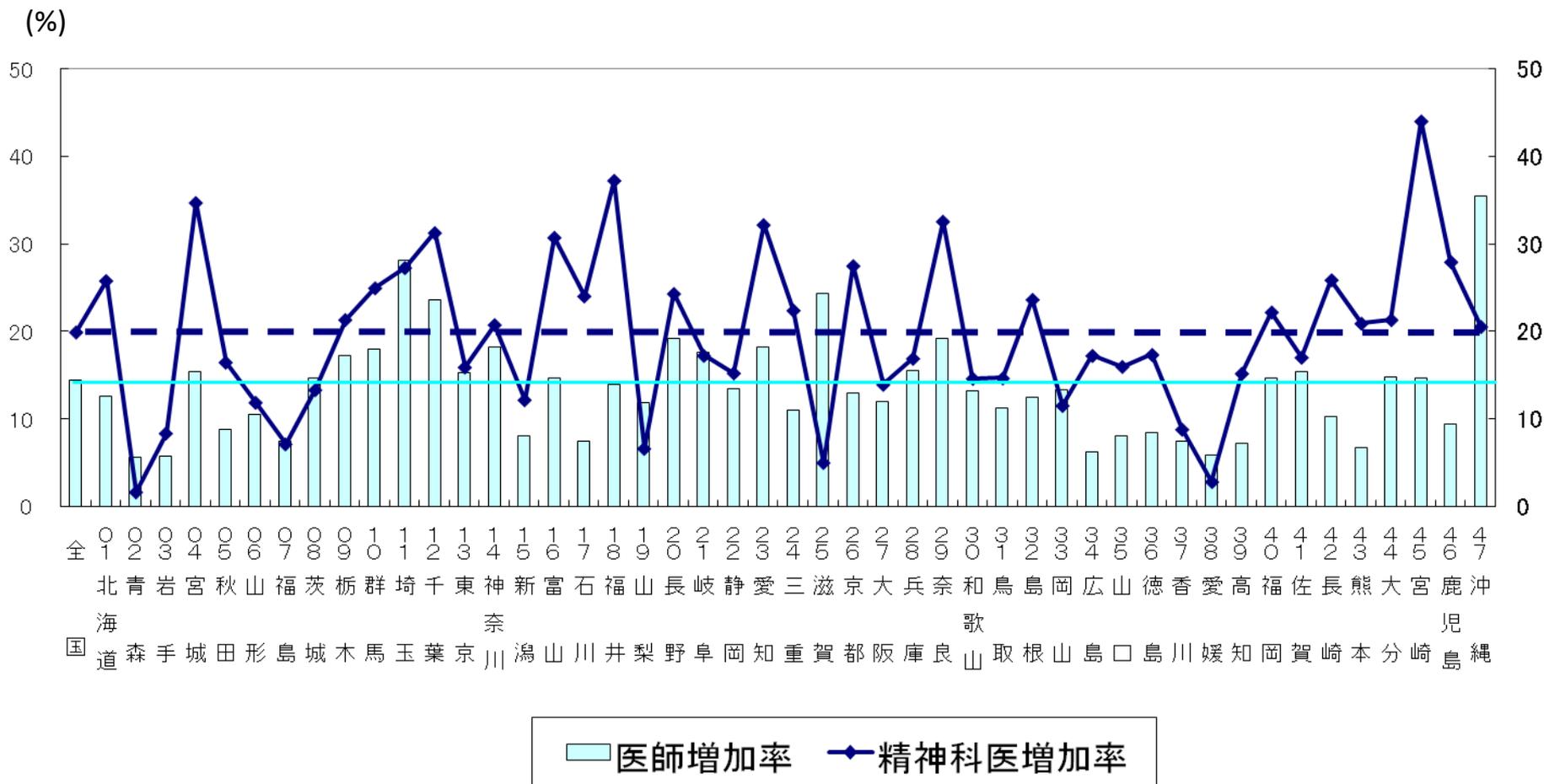
医師免許取得後3年目の精神科医師*数



* 精神科医師: 精神科及び神経科の医師を含む

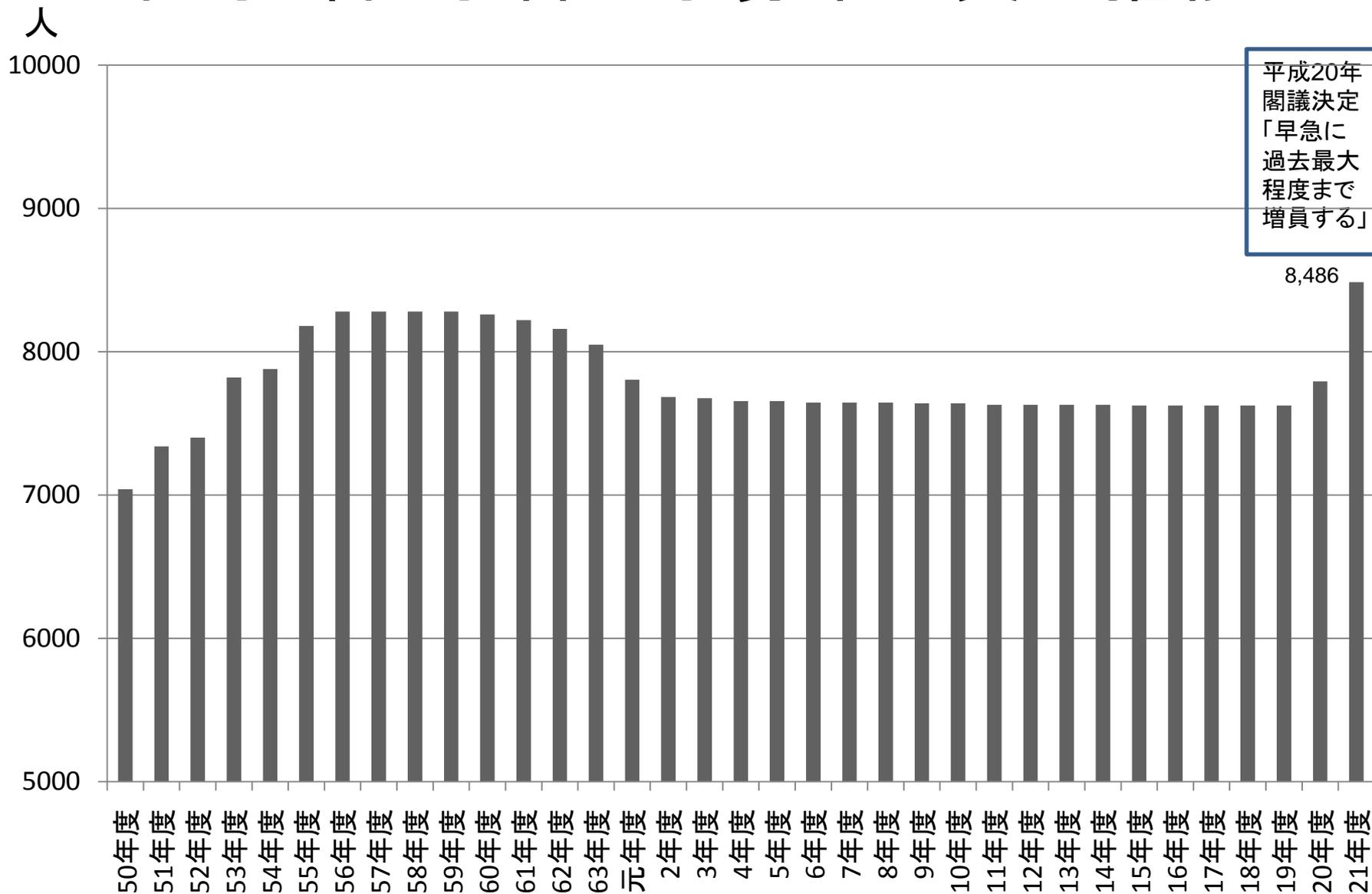
(医師・歯科医師・薬剤師調査)

都道府県別の医師・精神科医師*の増加率 (平成8年と平成18年との比較)

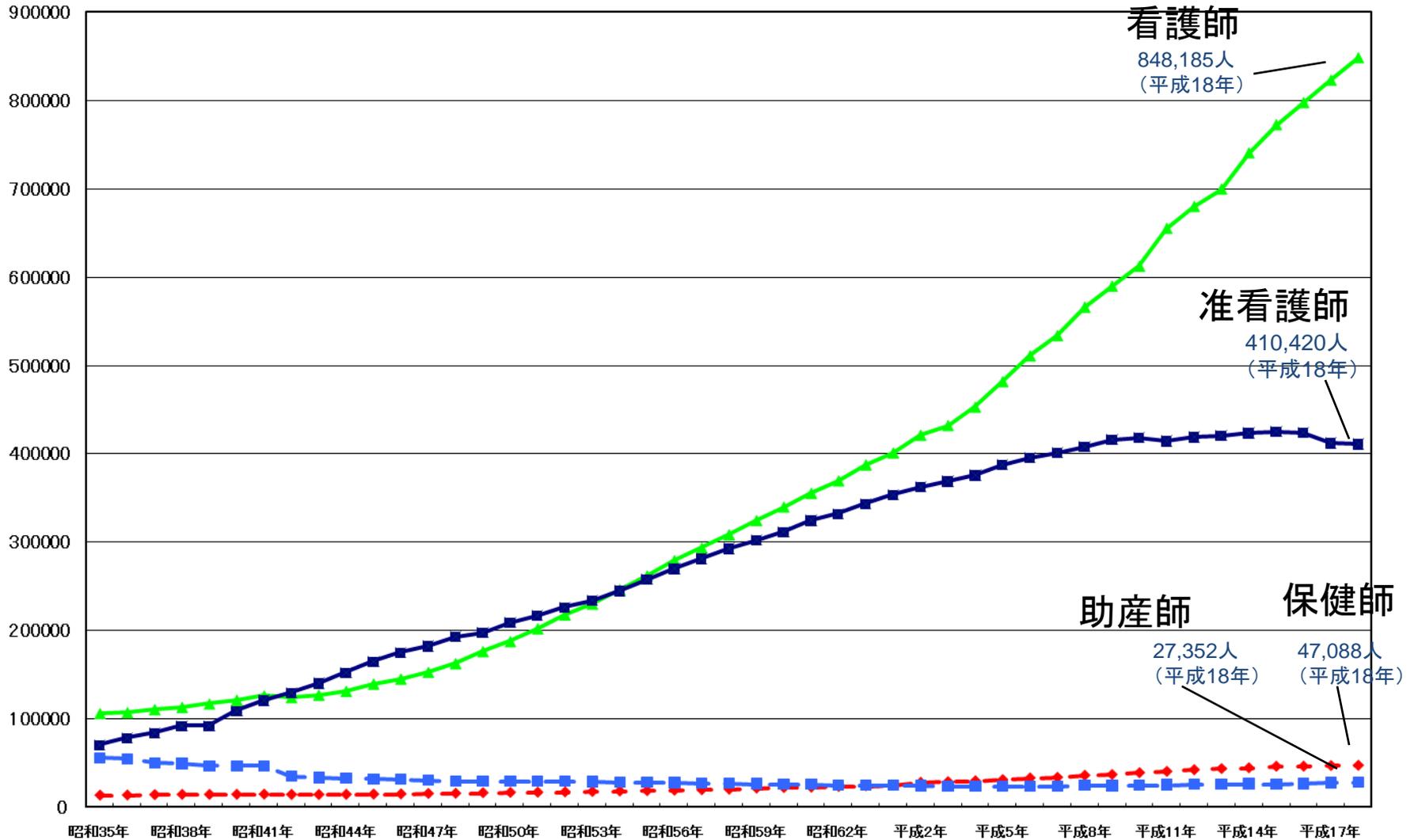


* 精神科医師: 精神科と神経科の医師を含む

医学部医学科入学募集人員の推移

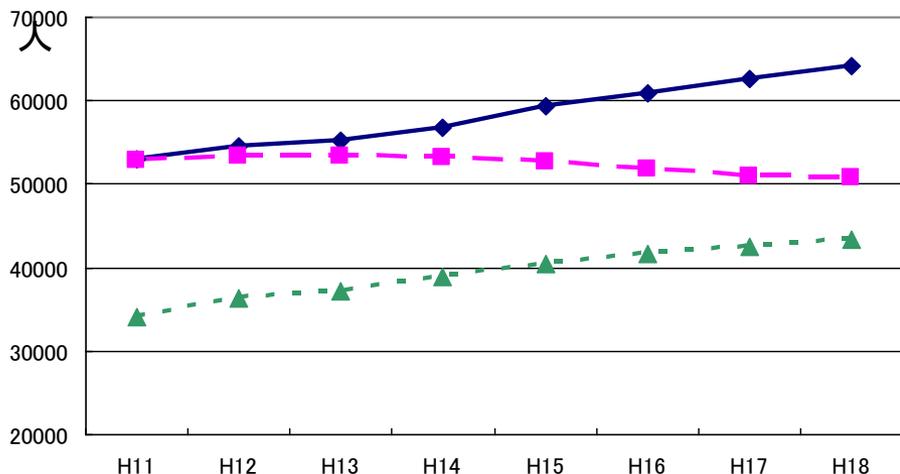


看護職員就業者数の推移

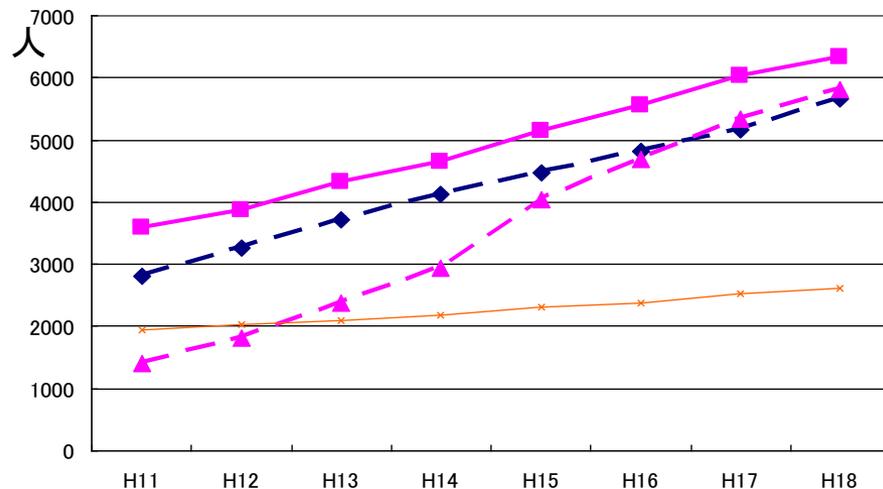


精神科に従事する医療従事者数の推移

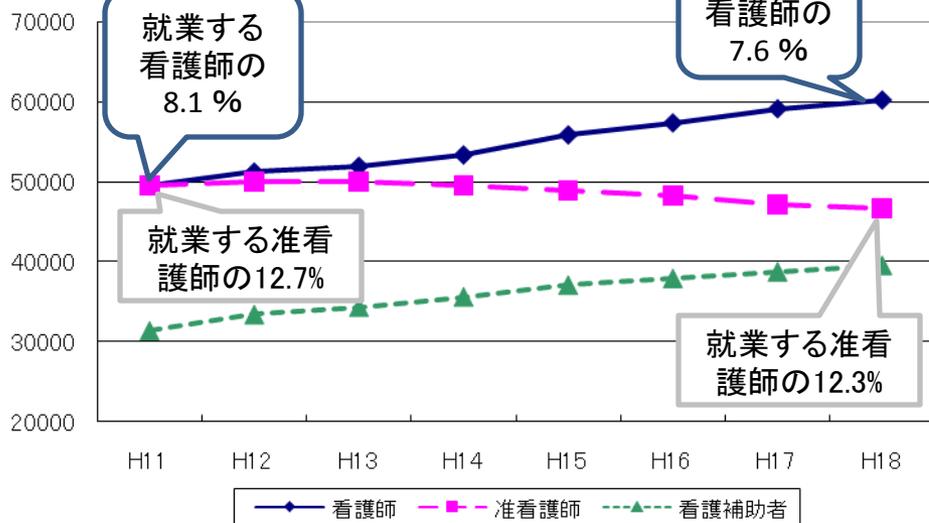
常勤＋非常勤(実数)



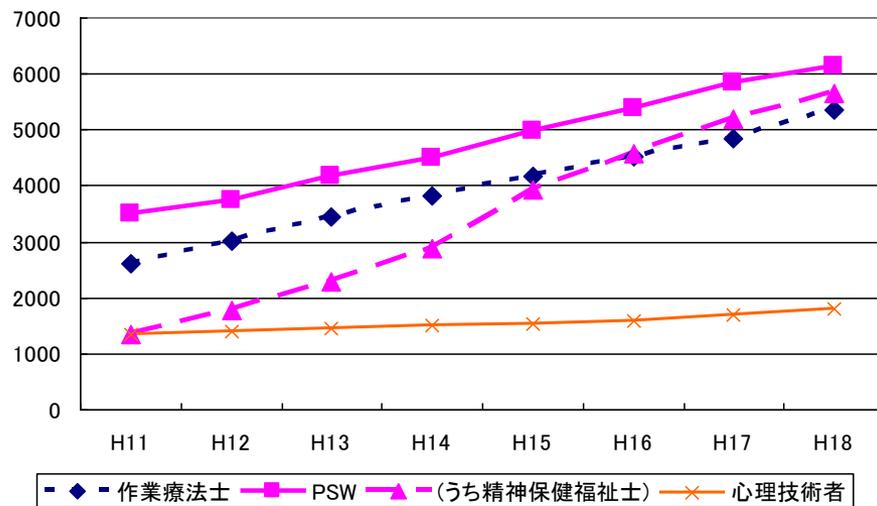
常勤＋非常勤(実数)



常勤のみ



常勤のみ



平成21年度看護職員確保対策予算の主な事業

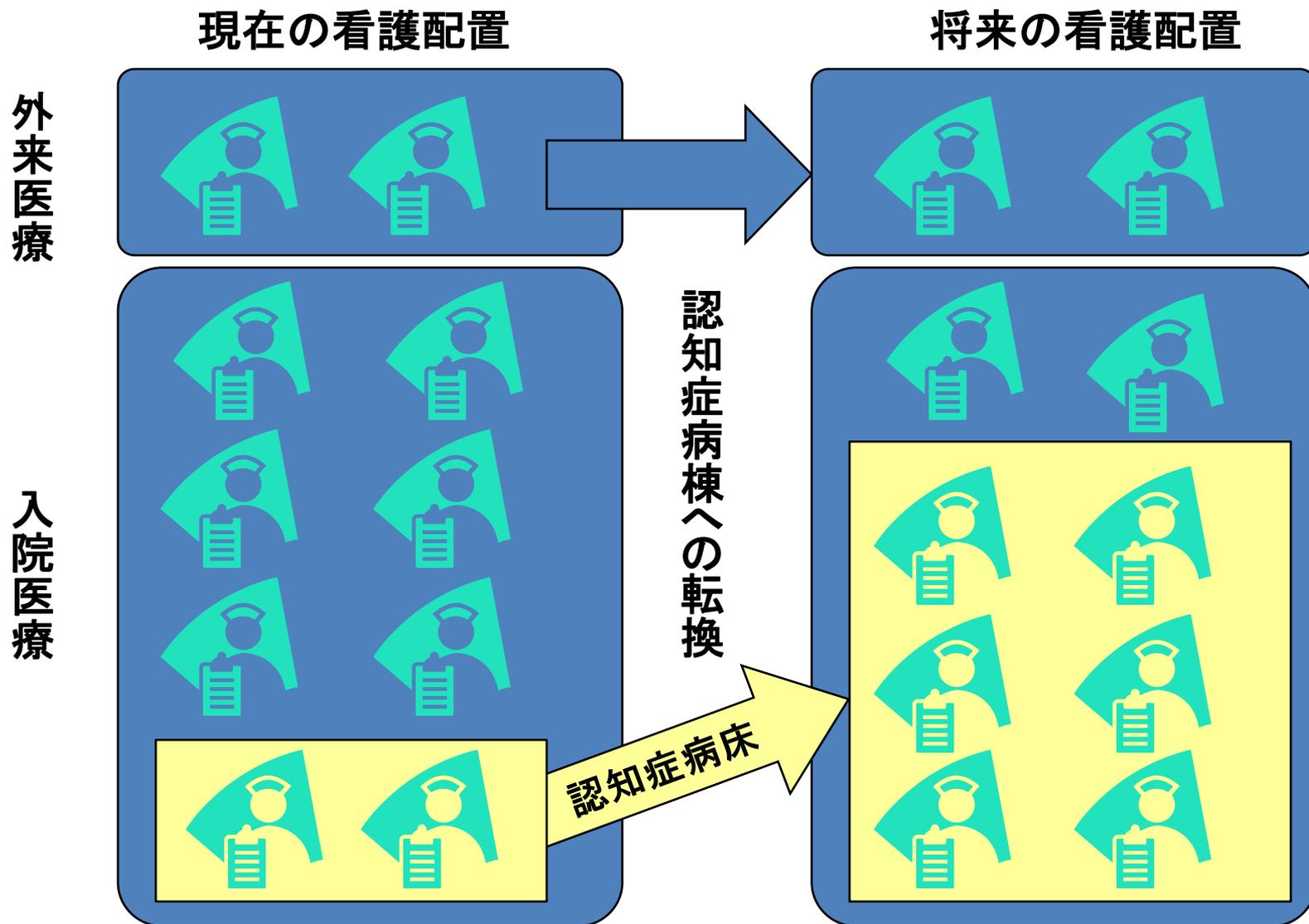
離職の防止

- 新人看護師に対する医療安全推進モデル研修事業 1.7億円
医療安全の確保及び離職の防止を図るために、看護師として必要な知識及び技術等についての臨床実践能力を修得させるための研修事業等を実施
- 新人助産師に対する医療安全推進モデル研修事業 1.0億円
医療安全の確保及び離職の防止を図るために、助産師として必要な知識及び技術等についての臨床実践能力を修得させるための研修事業等を実施
- 病院内保育所運営事業 19.9億円
医療従事者の離職の防止を図るために、子供を持つ看護職員等が安心して勤務を継続できるよう、医療機関が設置する病院内保育施設の運営に対する補助事業

再就業の支援

- 看護職員確保モデル事業 0.8億円
潜在看護職員の再就業の促進を図るために、教育研修が充実している病院において臨床実務研修事業等を実施
- 助産師確保総合対策事業 1.2億円
潜在助産師等の産科診療所への就業の促進を図るために、産科の専門的病院において助産に関する知識や技術等についての臨床実務研修事業等を実施
- 中央ナースセンター事業 1.4億円
未就業看護職員の就業促進を図るために、求人・求職状況の提供や無料職業紹介などを行うナースバンク事業等に対する補助事業

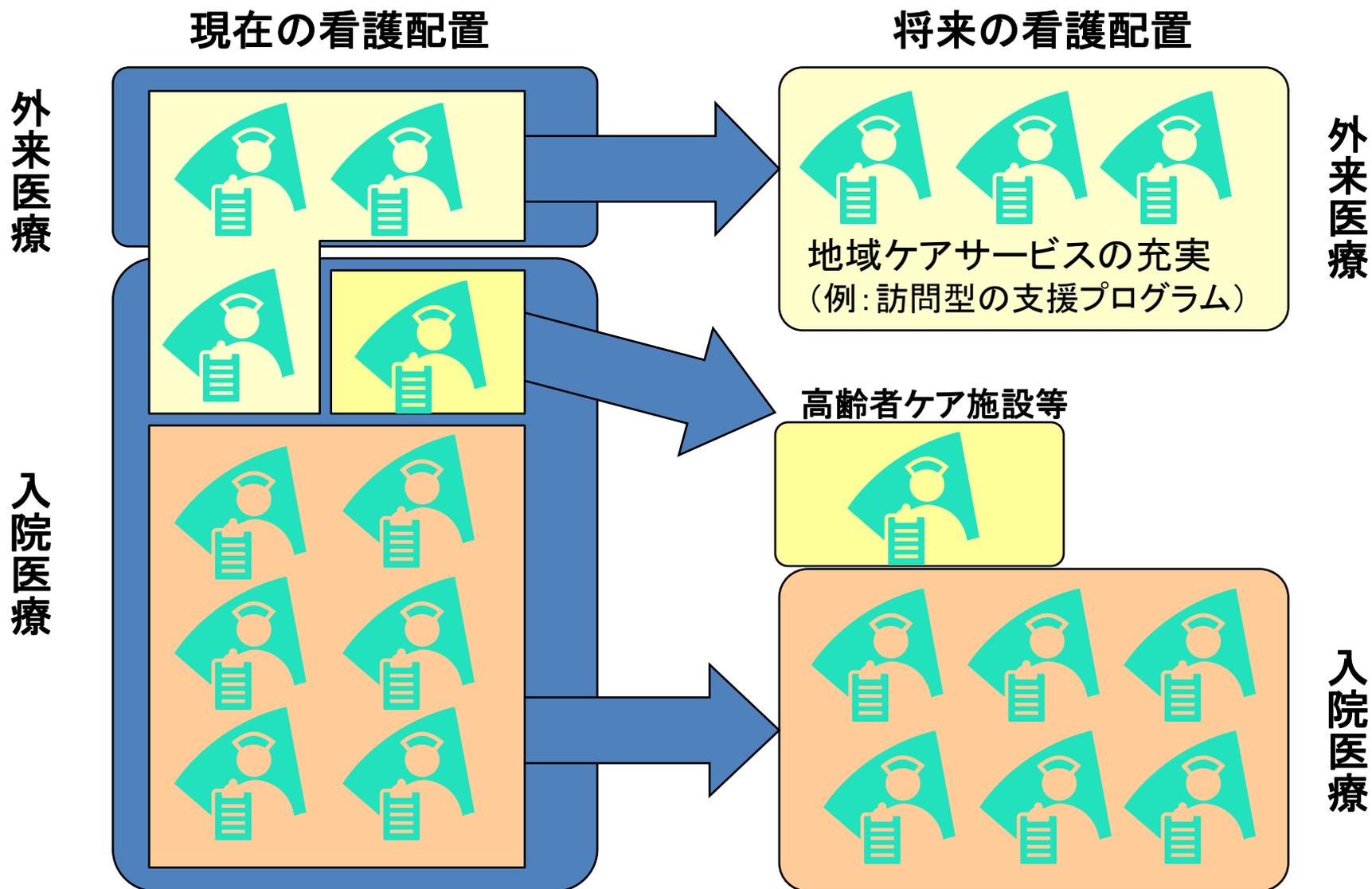
従前のモデルによる精神科病院の人員の再配置



伊藤弘人構成員 提供資料

*注:看護配置を基準に作成したイメージで他職種も専門性に着目して類似の配置転換が行われる。

将来あるべき精神科病院の人員配置（イメージ）*



伊藤弘人構成員 提供資料

*注：看護配置を基準に作成したイメージで他職種も専門性に着目して類似の配置転換が必要である。

精神科医療機関における従事者の確保について

現状と課題

- 精神科(神経科を含む)に従事する医師数は、他科の医師と比較して、高い割合で増加してきている。
- 病院に勤務する医師の増加のペースが鈍い一方、精神科診療所に勤務する医師は急速に増加しており、他科と同様、免許取得から10~20年程度で、病院等から診療所への勤務に移行する医師が多くなっている。
- 精神科に従事する看護職員等のコメディカルの数は、徐々に増加している。しかし、全科の看護職員の総数と比較すると、精神科に従事する看護職員の増加のペースは鈍い傾向にある。
- 医学部の定員増等、医療従事者の養成や確保の取り組みが進められているが、全体として従事者数は有限であり、養成数の増加が実際の従事者数の増加に効果を及ぼすには長い時間を要する。

検討

- 国民のニーズ及び若手医師のキャリア形成の双方に資するよう、学会・医療機関等が連携して、若手の医療従事者の養成の充実を図ることにより、精神医療への魅力を高め、精神科の従事者の確保を図ることが求められる。
- 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に看護職員等の人員基準の充実を目指すべきではないか。(「入院医療における病床等の機能」の論点を参照)
- その上で、医療従事者数が有限であることを踏まえ、精神医療の中でも、最も必要な分野に重点的に医療従事者を確保する必要があるのではないか。
- 具体的には、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療等、今後需要の見込まれる分野に勤務する医療従事者が相対的に増加し、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者が相対的に減少するよう、施策を講じるべきではないか。その際、新たな分野に従事する者への研修等についても考慮するべきではないか。
- 確保の難しい医師・看護師の業務を軽減する観点も踏まえ、他の職種に従事者の資質の向上や更なる活用について、どう考えるか。