

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検討会」 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。

④入院医療における 病床等の機能(各論)

入院医療における病床等の機能（総論）

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

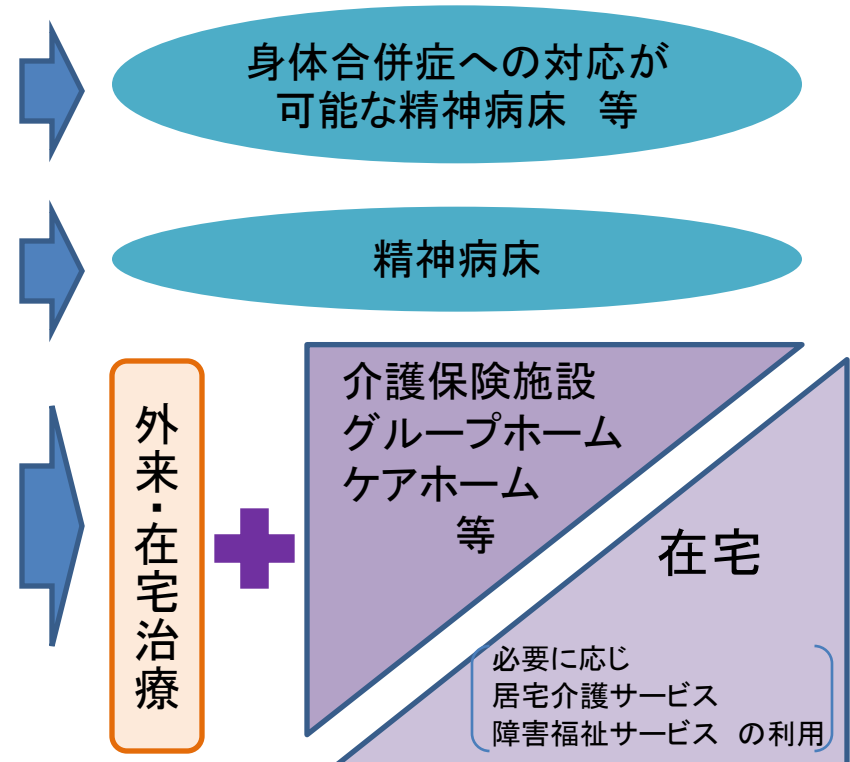
- 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実を目指すべきではないか。
 - このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価について検討するべきではないか。
 - また、精神病床数の適正化等を図りながら、将来的に、医療法における人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置の向上を目指すことについて、どう考えるか。
- 患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場の適切かつ優先的な確保を図るべきではないか。
 - このため、重症度に応じた評価の体系の導入を検討すべきではないか。その際、医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等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。

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

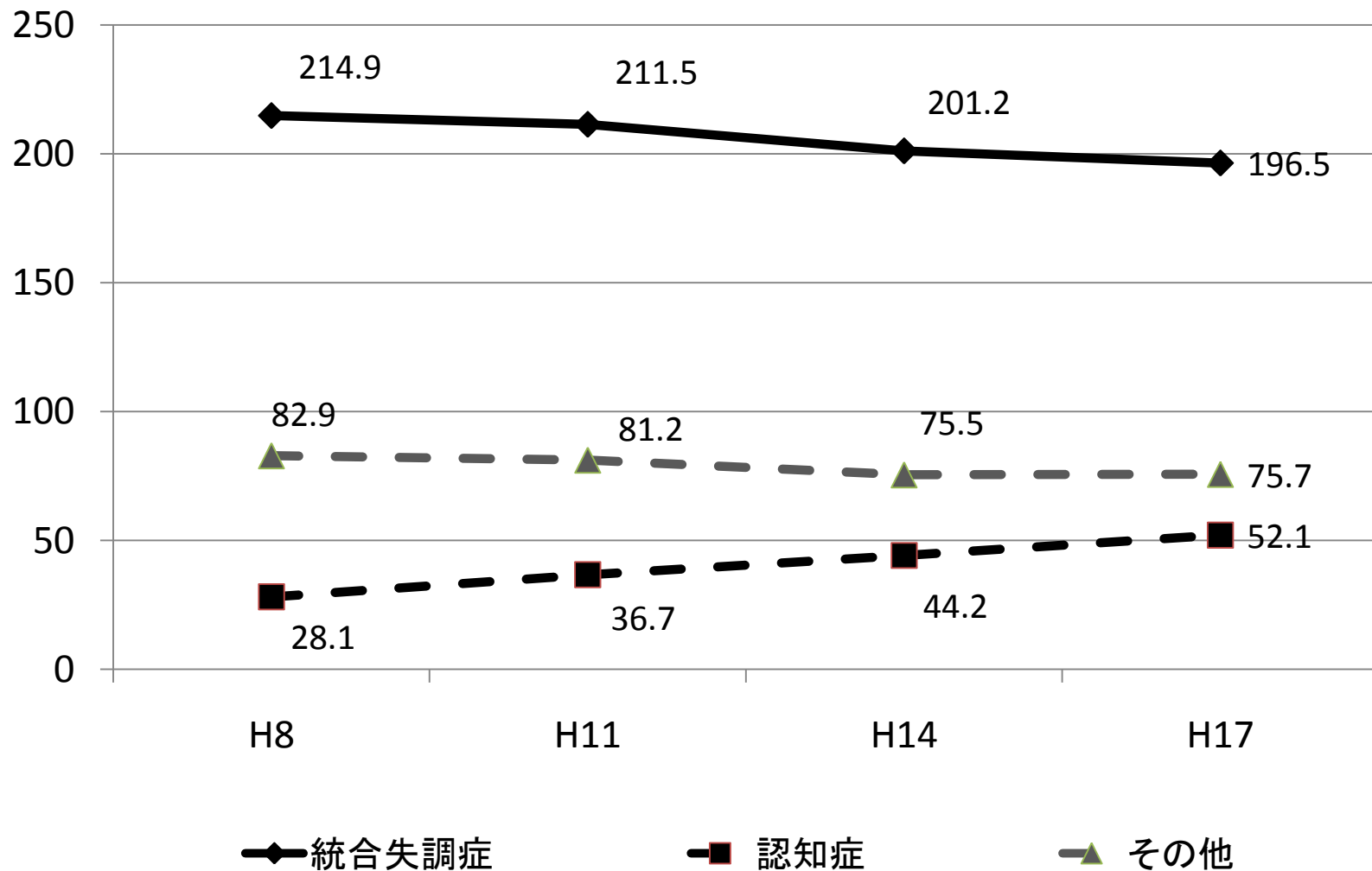
医療ニーズ		生活ニーズ		年齢
身体合併症	精神症状	ADL	IADL	

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



精神病床入院患者の疾病別内訳の推移

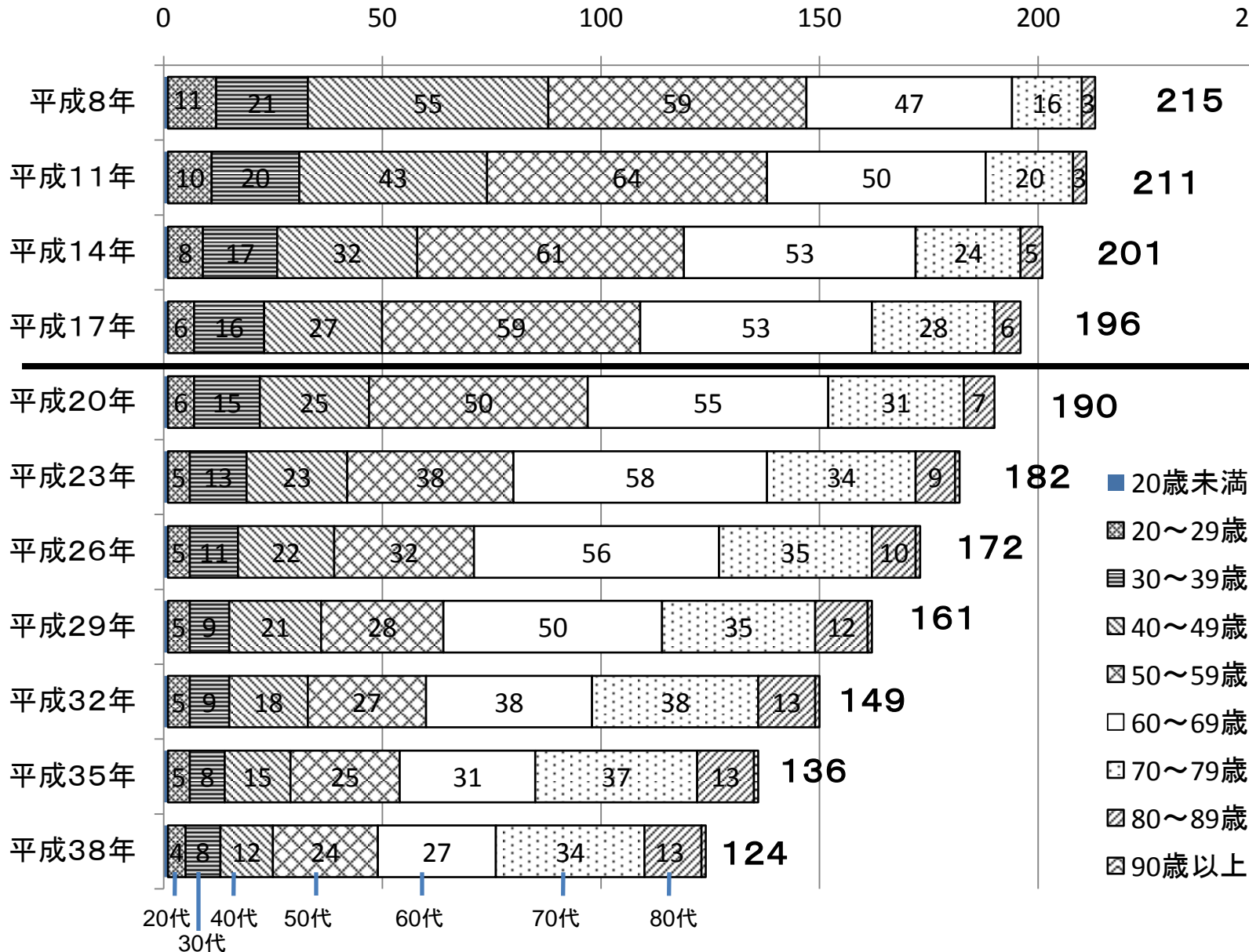
(千人)



④—(1) 統合失調症

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>



実績

推計

【出典:患者調査】

【新潟大学 染矢俊幸教授の協力により分析・推計】

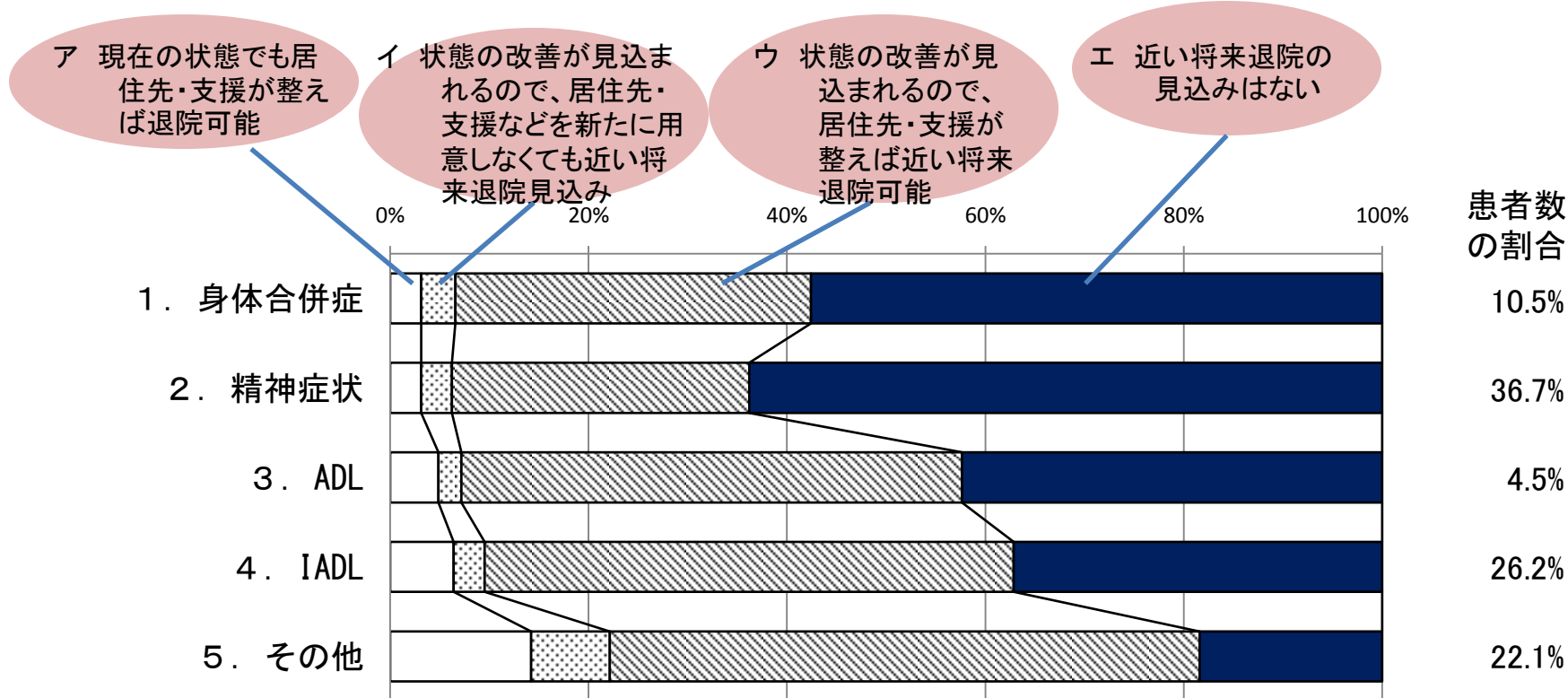
精神病床入院患者の入院の状況 (患者調査と同じ項目)

	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

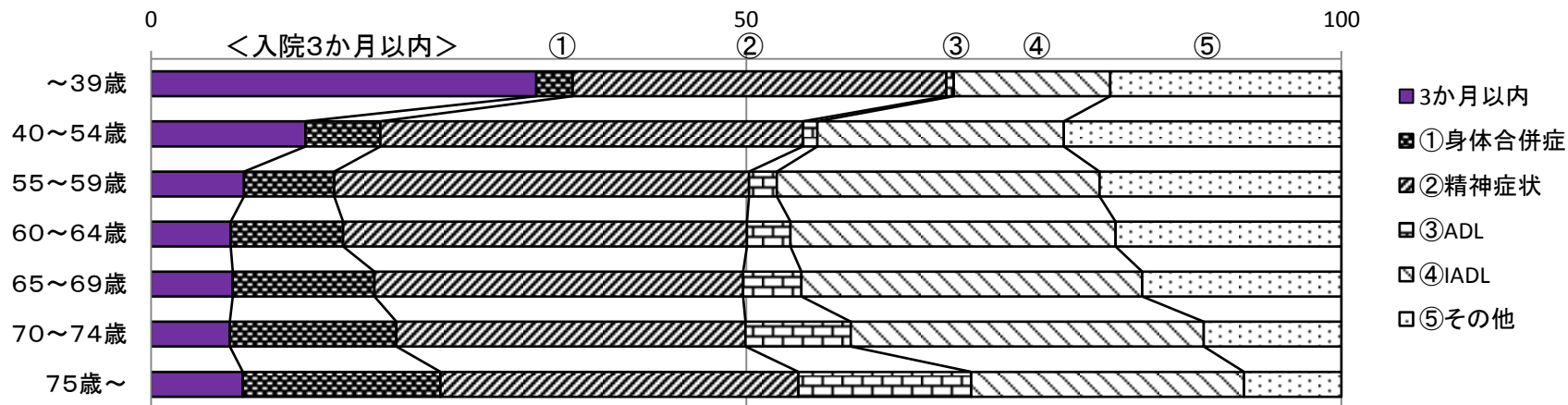


分類の定義

- 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

症状等による分類ごとの患者数割合

※入院3か月以内の患者については、症状等によらず別に集計



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

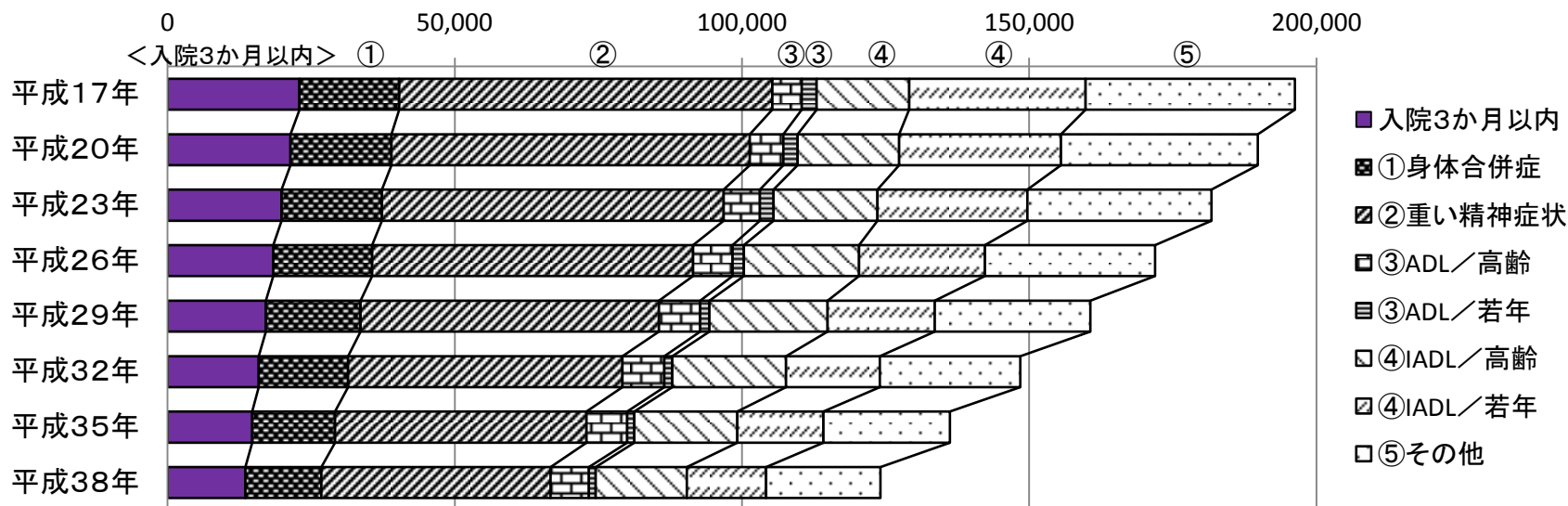
4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く

5: 1~4以外の者

状態等による分類毎の統合失調症入院患者数の将来推計

年齢階級別の統合失調症患者数の将来推計に、現在の年齢階級毎の状態別の患者数割合を当てはめて、状態別の将来の患者数を推計したもの。

(状態別の患者数割合については、入院3か月超の患者のみ状態別に集計したものをを用いている。)



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

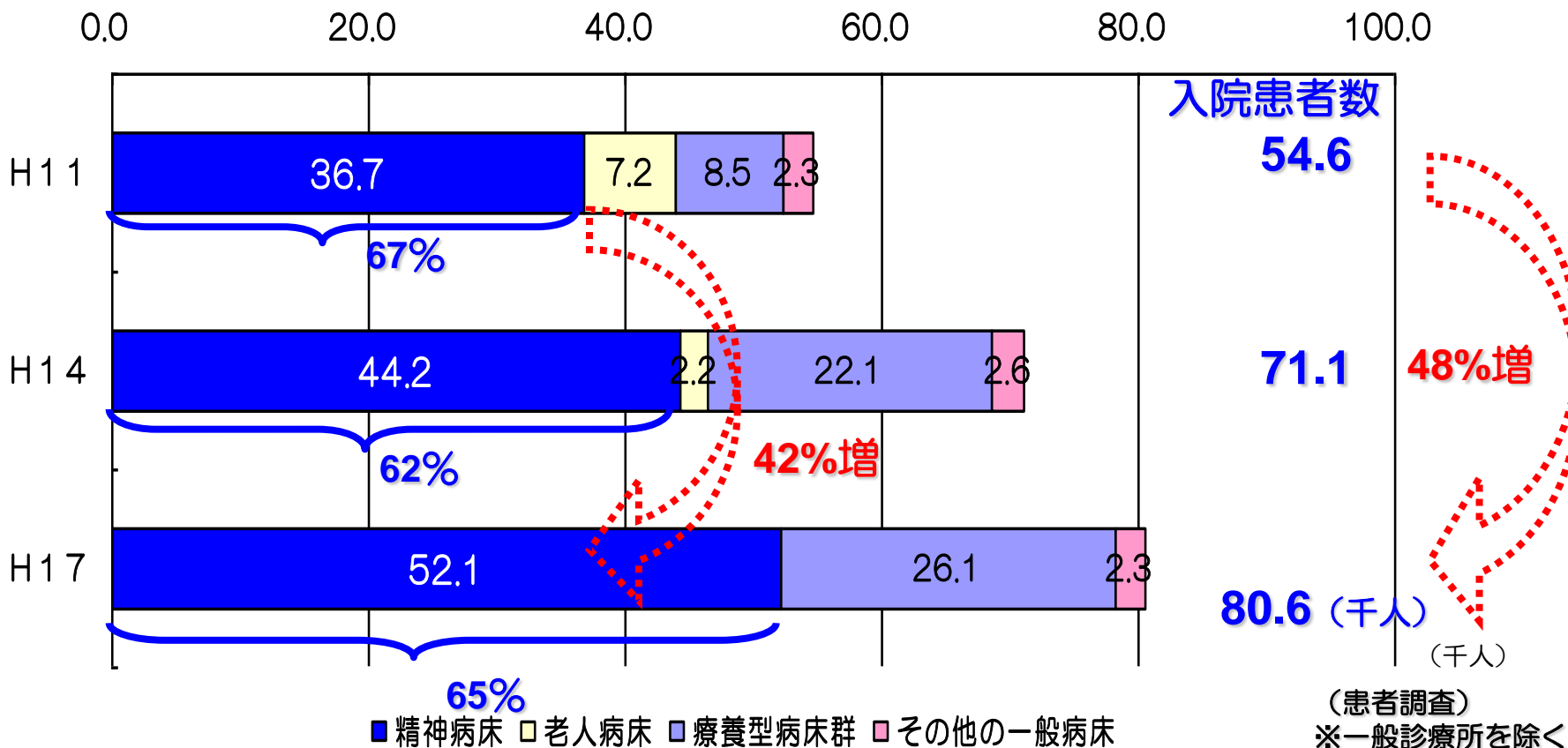
統合失調症による 今後の入院患者数についての考え方

- 統合失調症の入院患者数については、地域移行等の努力が現状通りであった場合、今後減少することが予想される。
- 一方、ADLやIADLの障害を主たる原因として入院しているなど、居住先や支援が整えば退院できる患者が存在することを踏まえ、福祉サービスの供給量を増加させ、また、精神科救急医療、訪問看護等の地域生活を支える医療の充実を図り、入院患者数を、現状がそのまま推移した場合の予測値よりも更に減少させることを目標とすべきではないか。
- 統合失調症の入院患者数は、平成17年に19.6万人であったが、具体的にはこれを改革ビジョンの終期に当たる平成26年までに15万人程度まで減少させることができるよう、各般の施策を講じるべきではないか。また、その達成状況も踏まえつつ、平成27年以降においても、各般の施策を展開することにより、より一層の減少を目指すべきではないか。
- また、同時に、高齢精神障害者については、現にその多くがADLやIADLの支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか。

④—(2) 認知症

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は
H11→H17の6年間で48%増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計人数

要介護者の日常生活自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	日常生活自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	日常生活自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

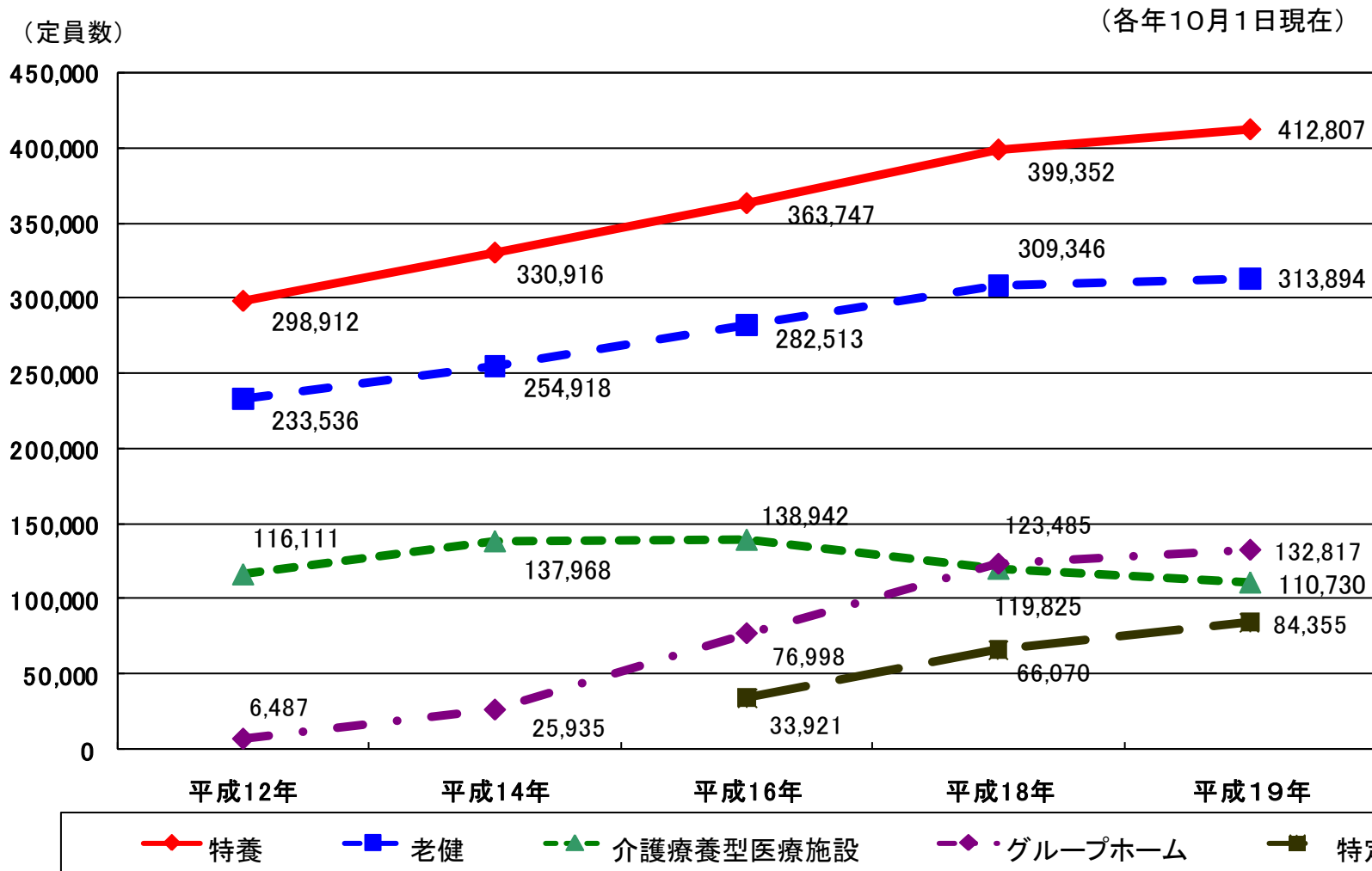
将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活自立度Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

※ 2002年9月末についての推計。

※ 「その他の施設」:医療機関、グループホーム、ケアハウス等

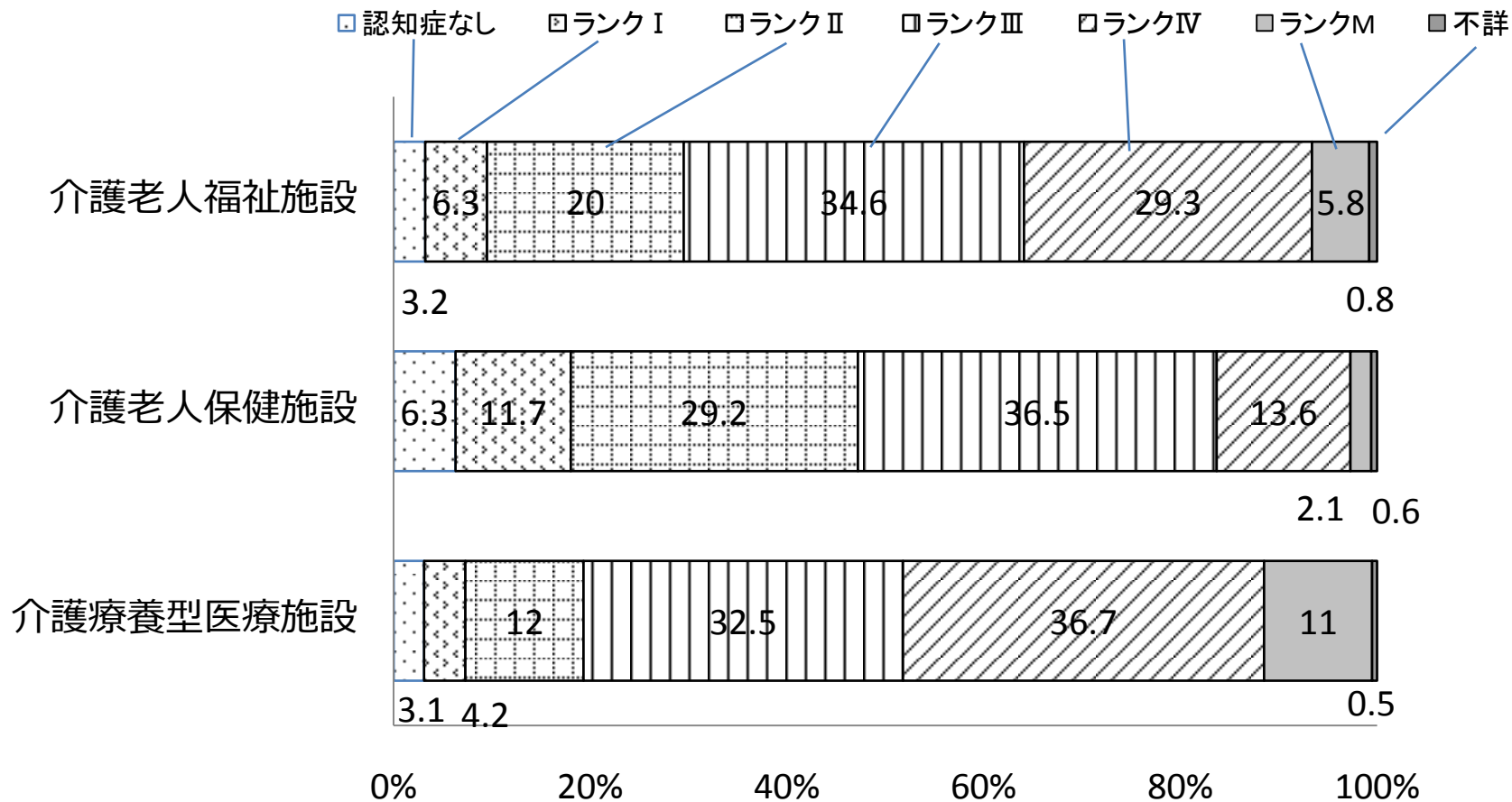
施設・居住系サービスの定員数の推移



(注)1 特定施設については、利用者数である(平成14年以前の統計は存在しない)。

2 特別養護老人ホーム及び特定施設の平成18年及び19年の数字は、それぞれ地域密着型(定員29人以下)のものは含まない。

介護保険施設入所者の認知症の状況 (認知症高齢者の日常生活自立度判定基準)



認知症による精神病床への入院患者の 身体合併症、ADL障害の状況

GAF 51以上

合併症 ADL	特別な 管理	日常的 な管理	なし	計
直接介助 要	9.8	15.7	8.6	34.1
準備・観察	3.9	7.8	6.4	18.1
自立	5.6	20.8	21.4	47.8
計	19.3	44.3	36.4	100.0

(n=499) (%)

GAF 50以下

合併症 ADL	特別な 管理	日常的 な管理	なし	計
直接介助 要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

(n=2,857) (%)

合併症 ADL	特別な管 理(※3)	日常的な 管理(※4)	なし	計
直接介助 要(※1)	19.5	25.2	17.6	62.3
準備・観 察(※2)	2.7	6.7	5.5	14.9
自立	2.8	9.0	11.1	22.9
計	25.0	40.9	34.2	100.0

(n=3,356) (%)

※1: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のいずれかについて、直接の(ボディタッチを含む)援助が必要

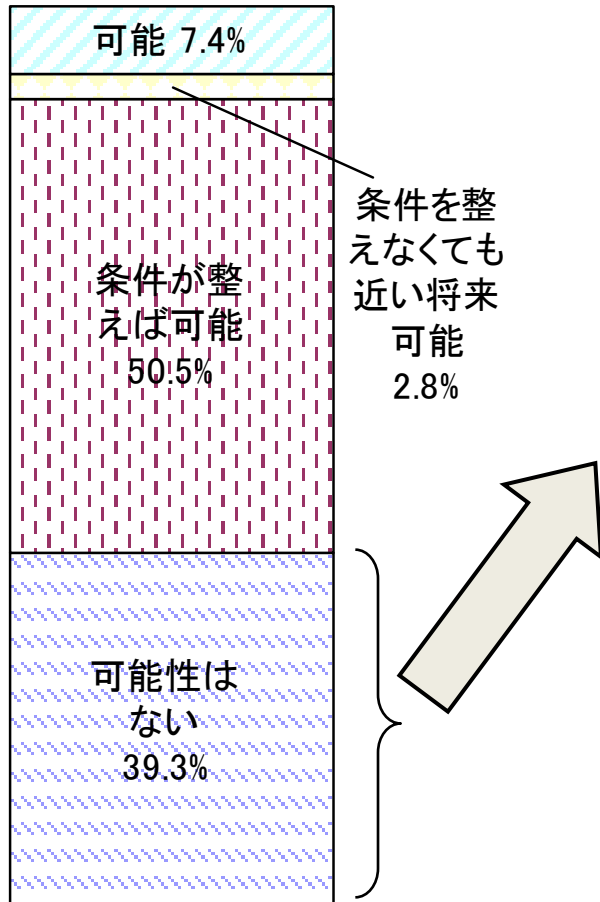
※2: 「直接介助要」には該当しないが、4項目のいずれかについて、準備・観察が必要

※3: 入院治療が適当な程度

※4: 外来通院が適当な程度

症状性を含む器質性精神障害(主に認知症)による 精神病床入院患者の退院可能性と要因

居住先・支援が整った
場合の退院可能性



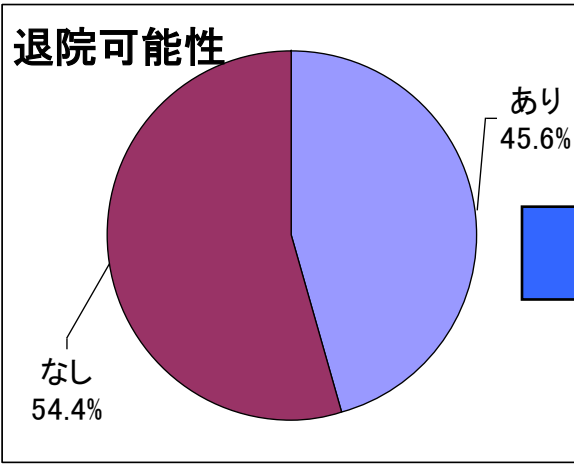
(有効回答数 3,458人)

退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

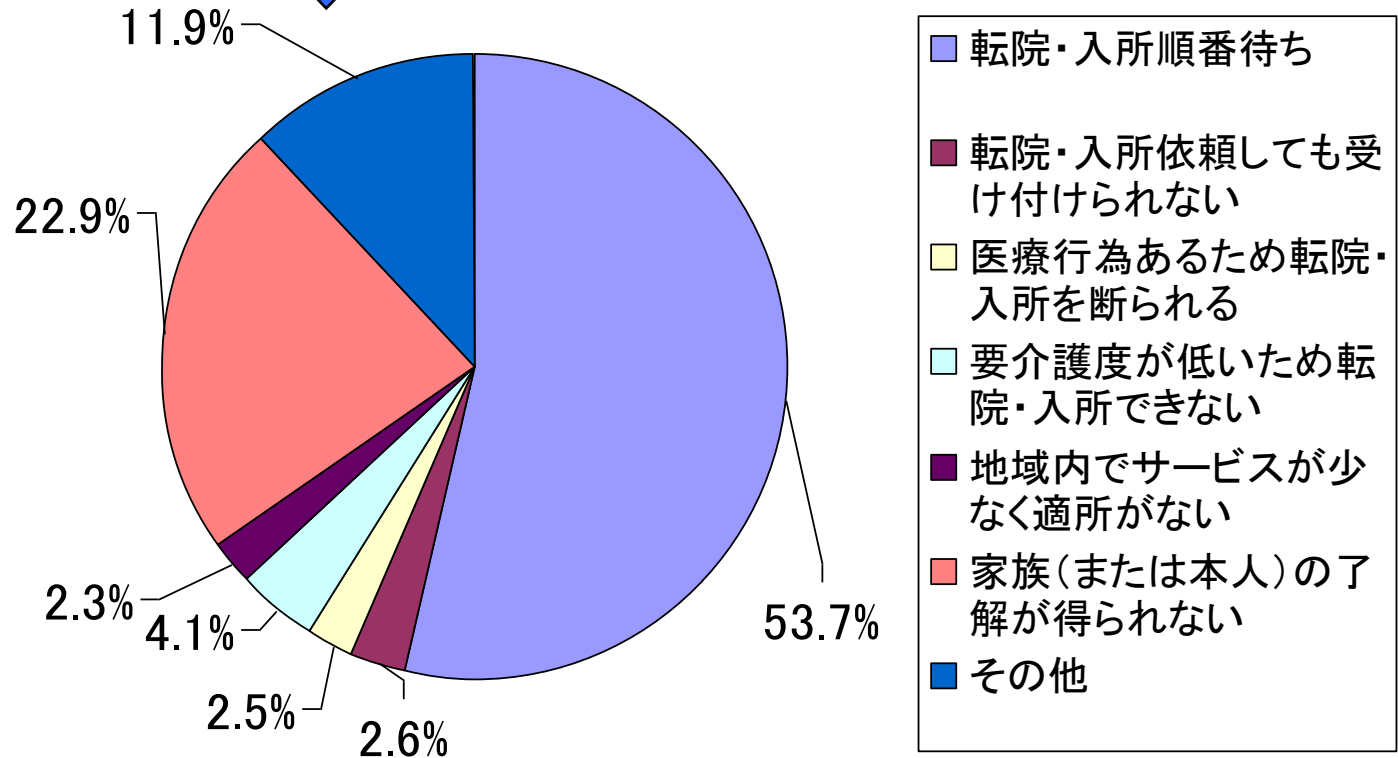
認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



調査対象：民間の精神科病院 199施設において、
91日以上認知症病棟に入院している患者
(有効回答数1829名)

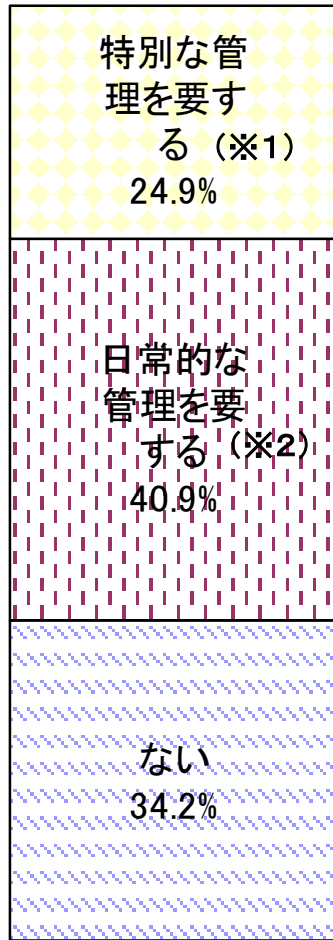
退院可能性ありの患者が退院に結び付かない理由

(n=834)

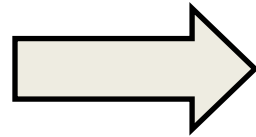


症状性を含む器質性精神障害（主に認知症）の 入院患者における身体合併症の有無

身体合併症を持つ人の割合



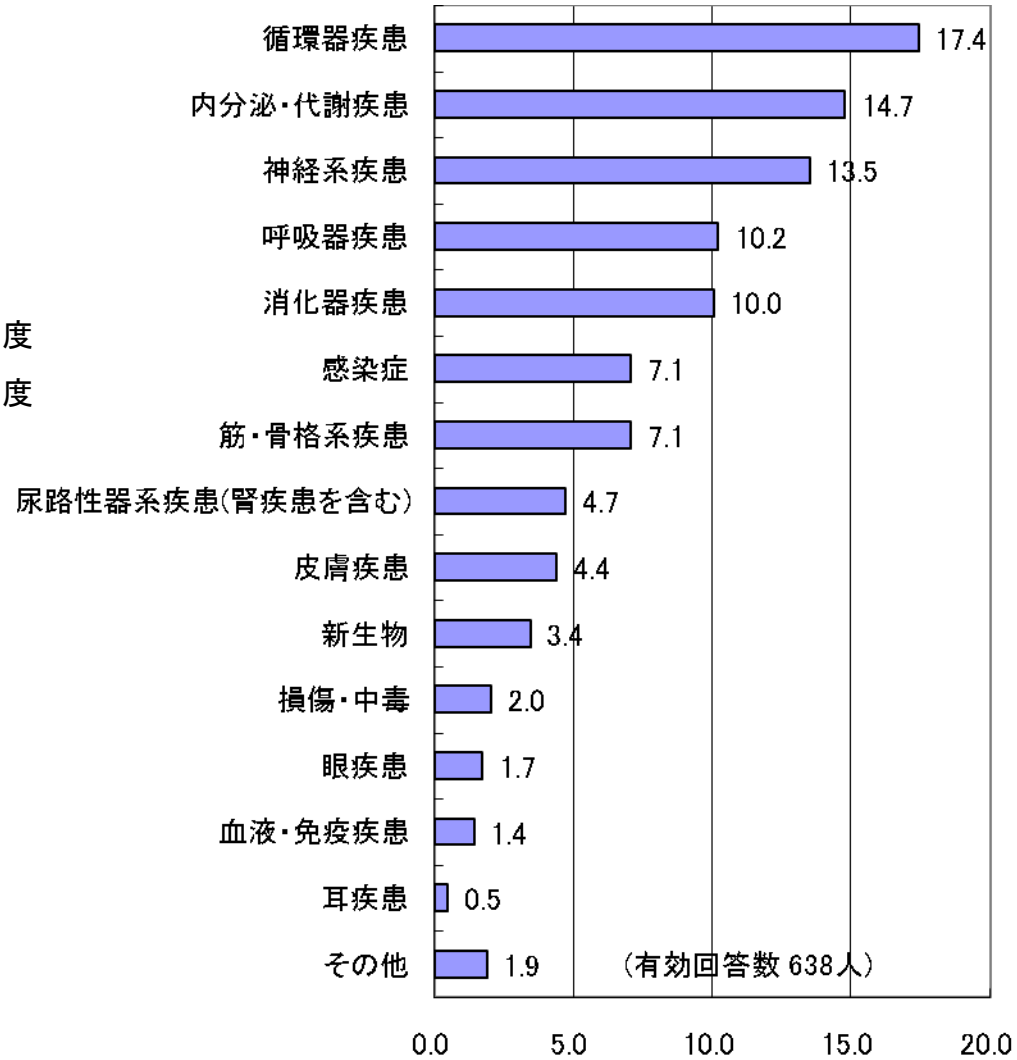
(有効回答数 3,376人)



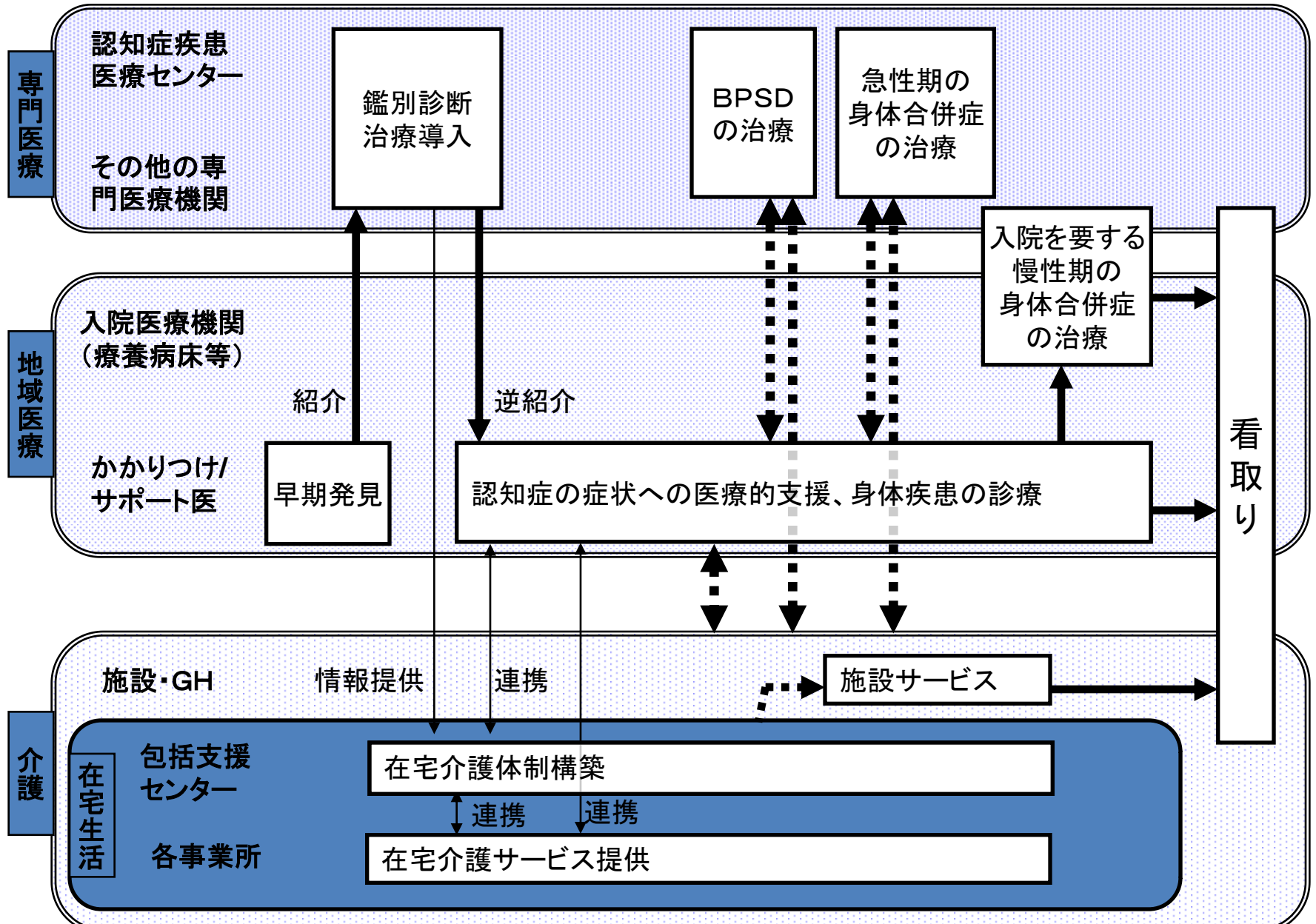
※1:入院治療が適当な程度

※2:外来通院が適当な程度

身体合併症の種類

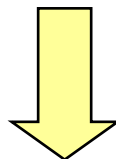


認知症への医療体制（イメージ）



実態の把握

- ・わが国における認知症の有病率は昭和55年から平成2年に行われた調査に基づく全国推計(平成3年)以降は推計が行われていない。
- ・今後高齢化が進行する中、認知症に対する医療及び介護サービスの総合的な対策を行うためには、認知症の有病率や医療・介護サービス資源利用の実態など、基本的な調査が必要。



- ・ 医学的な診断基準に基づく、日本の認知症の有病率(全国推計)の把握
- ・ 認知症に関する医療・介護サービス資源利用についての実態調査

(平成21・22年度厚生労働科学研究費認知症対策総合研究「認知症の実態把握に向けた総合的研究」事業)

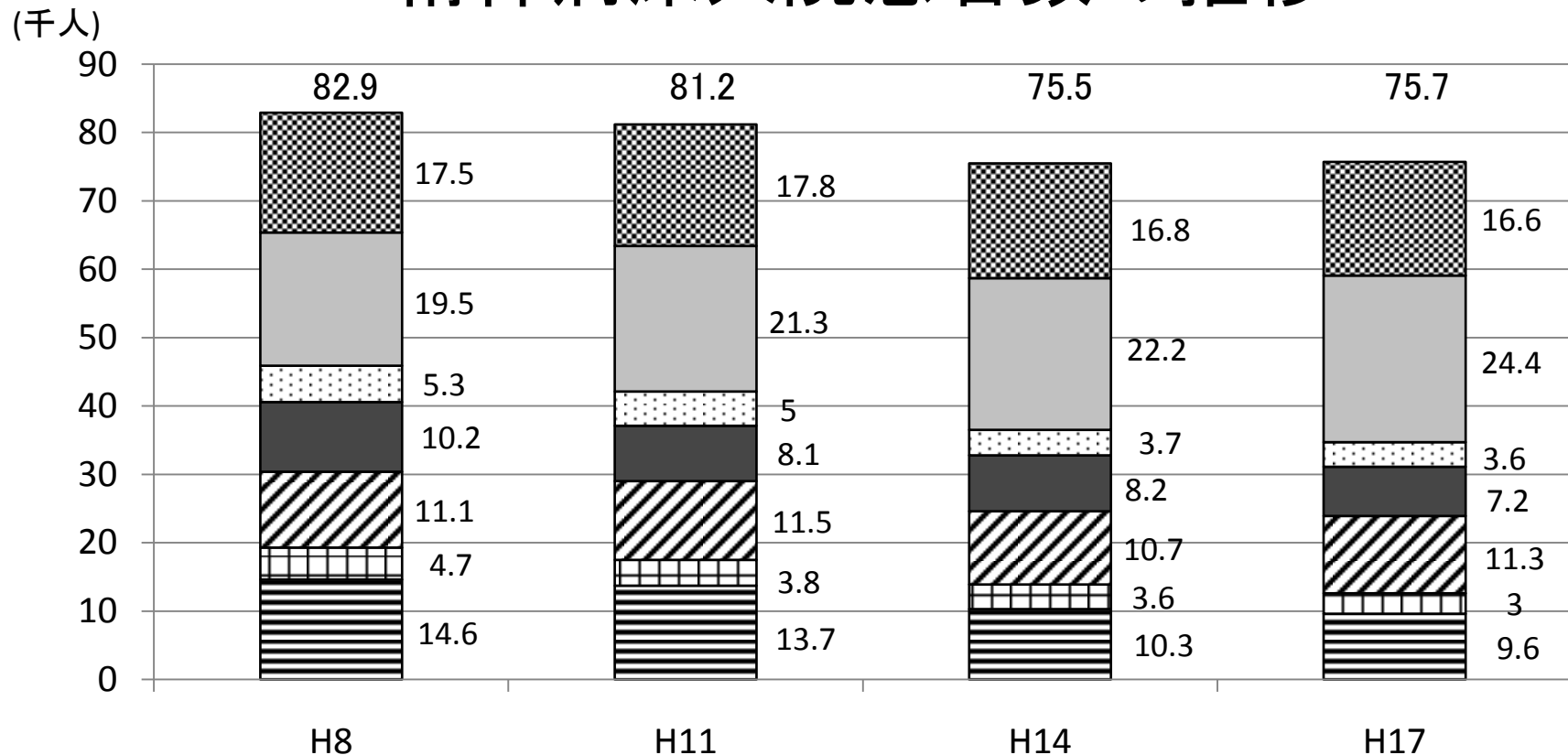
認知症による 今後の入院患者数についての考え方

- 我が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増加が予測される。
- 認知症高齢者に対する支援については、①かかりつけ医による認知症に対する外来医療、②ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、③BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、④身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- ③のうち、BPSDの急性期に対する医療の提供が、精神科による専門医療の主な役割として位置付けられている。
- また、④については、BPSDが入院を要する程度にある場合において、BPSDに対する医療の提供とあわせて、
 - (ア) 総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、
 - (イ) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割を担うことが求められている。
- 一方、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、その中には、退院先の確保待ちや、セルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による治療を要さない者も存在する状況が明らかになっており、医学的に精神病床への入院が必要な者は、入院患者のうち一定割合であるものと考えられる。

- このため、平成22年度までのものとして現在行われている、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、その結果に基づき、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を検討すべきではないか。
- その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を機能させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討するべきではないか。
- また、あわせて、精神症状の面では入院を要する程度にはないが、急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病床及び療養病床の認知症対応力の強化のための方策についても検討すべきではないか。

④—(3) その他の疾患

統合失調症・認知症以外の 精神病床入院患者数の推移



- [F1]精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- [F3]気分(感情)障害(躁うつ病を含む)
- [F4]神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- [F7]精神遅滞
- その他の精神及び行動の障害
- てんかん
- その他

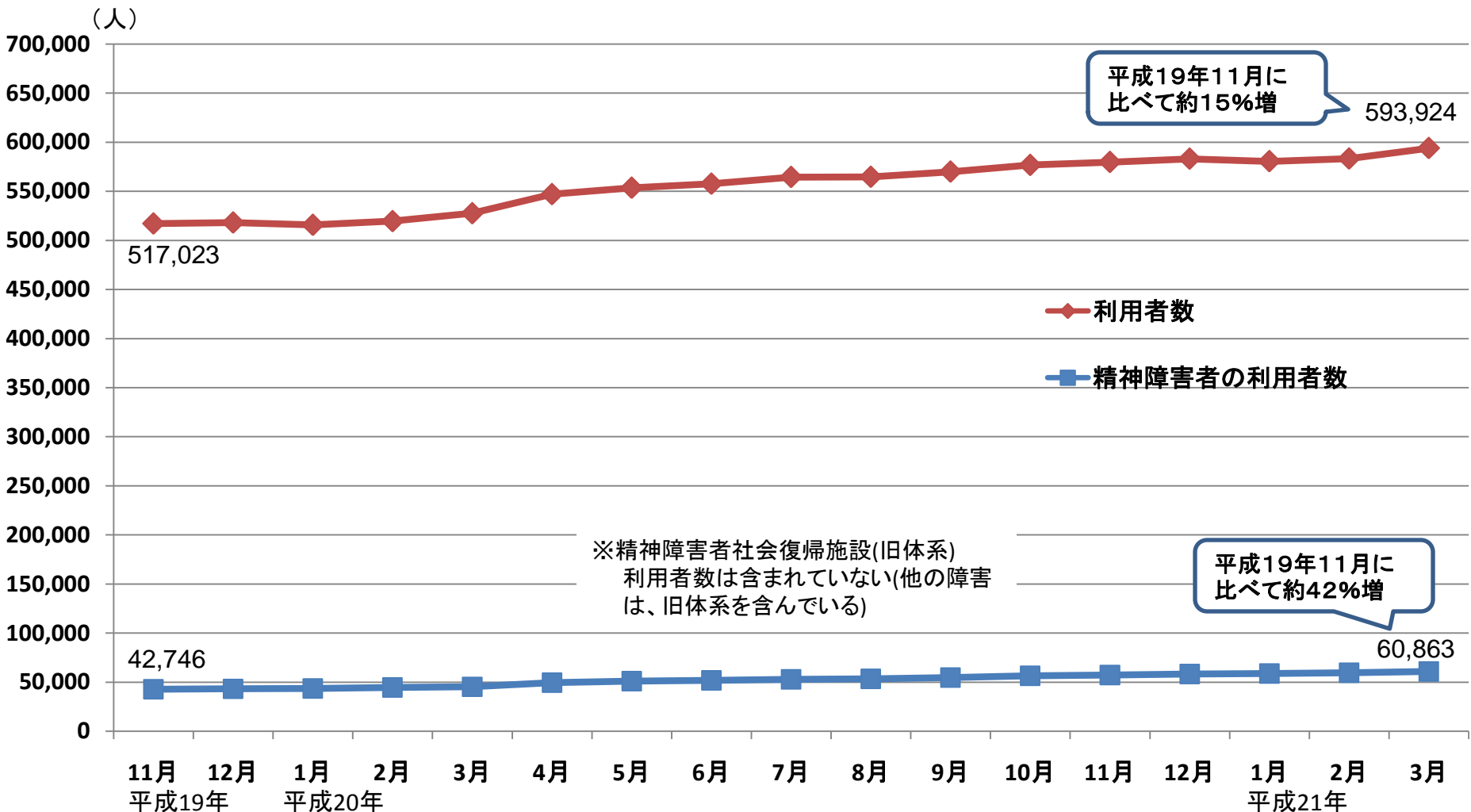
その他の疾患による 今後の入院患者数についての考え方

- 統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数は、近年やや減少傾向にある。
- 一方で、この中には、気分障害など患者が増加している疾患や、依存症等、今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含まれている。
- このため、統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数については、当面、これまでと同程度と見込むことでよいか。

④一(4) 福祉サービスの確保について

障害福祉サービス利用者数に占める精神障害者の推移

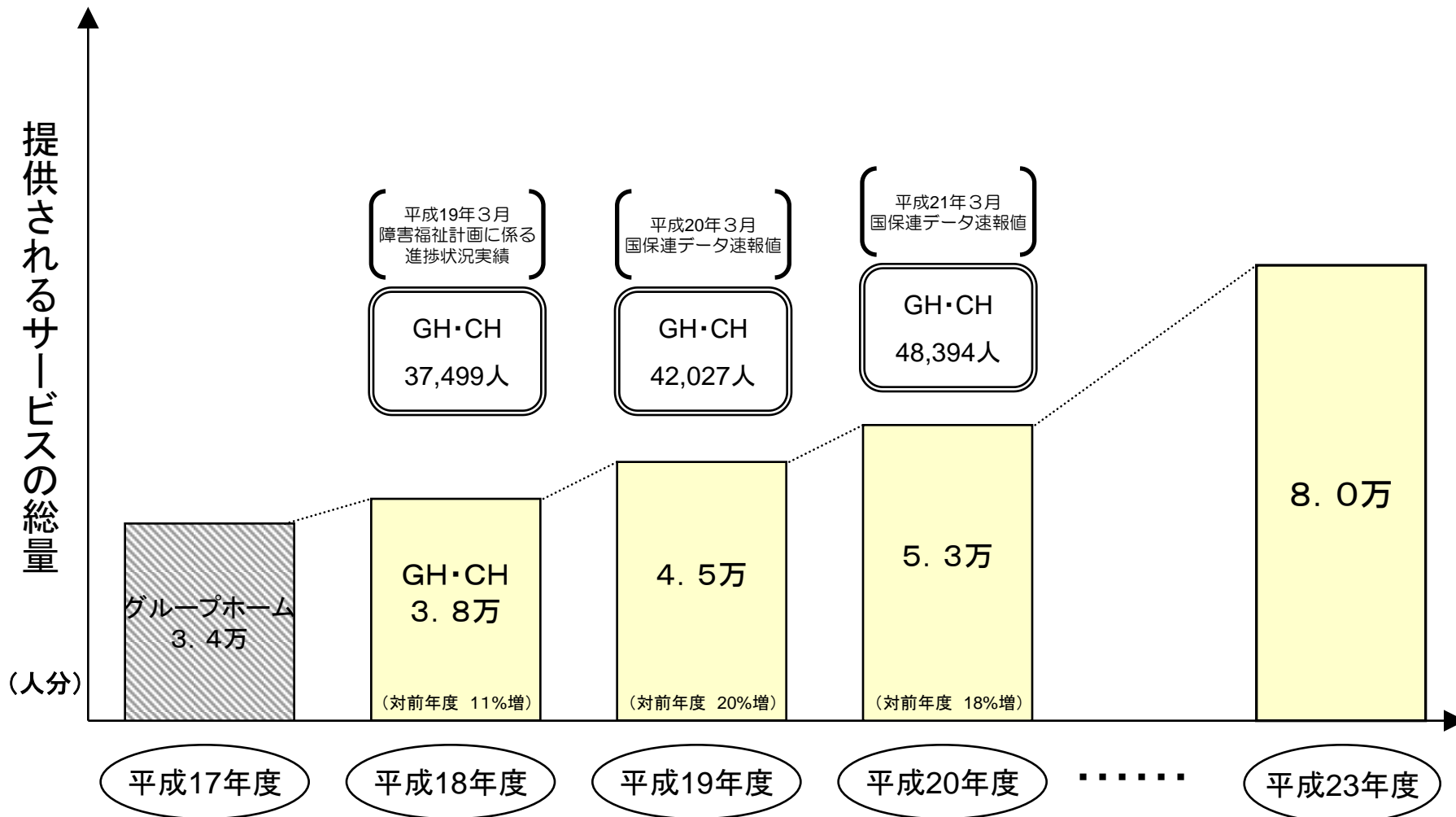
(平成19年11月～平成21年3月の推移: 国保連データ)



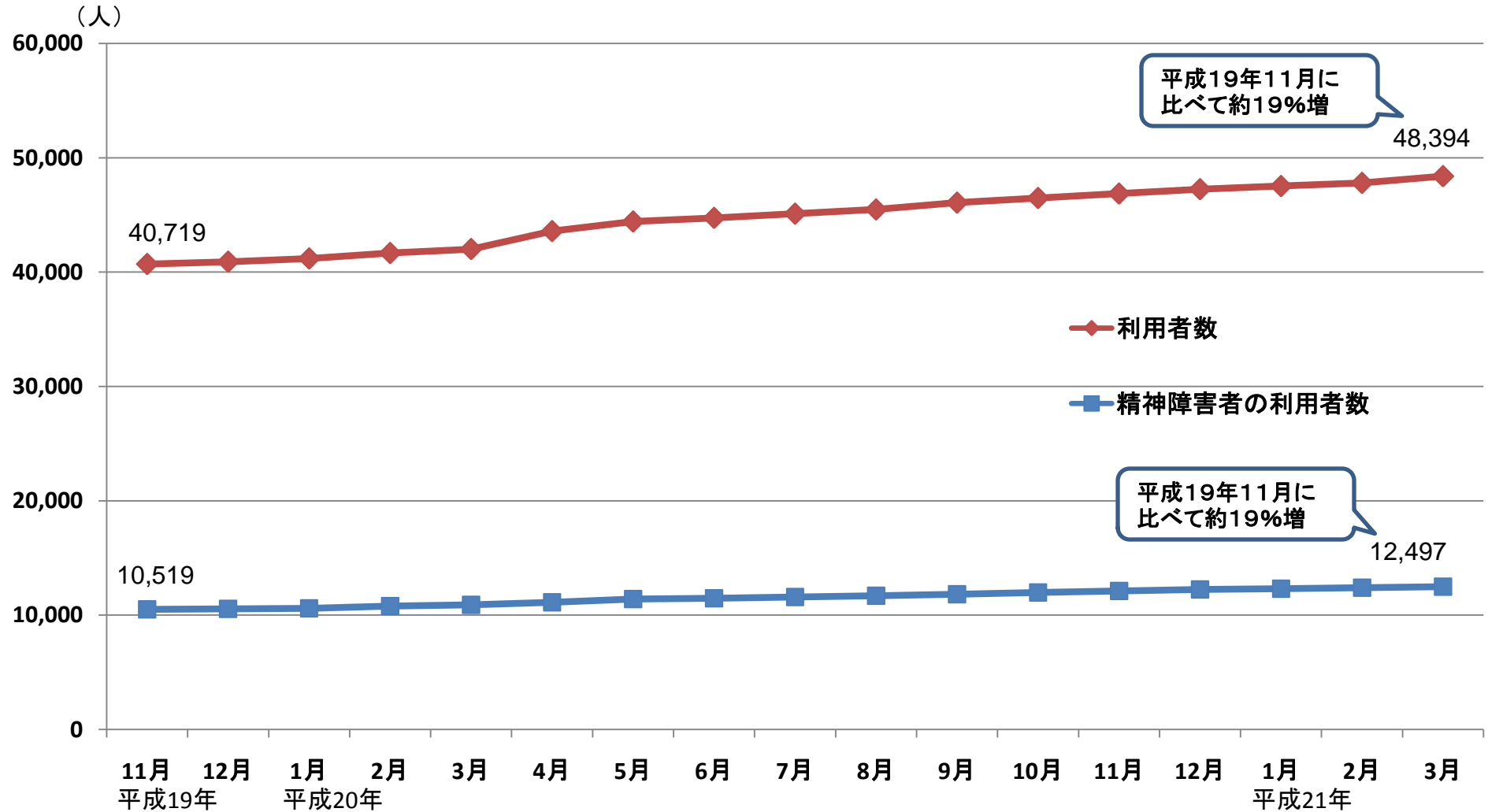
※複数サービスを利用している者は、各々カウントしている。

	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
精神障害者の利用者数	42,746	43,135	43,581	44,474	45,205	49,427	50,925	51,746	52,811	53,279	54,611	56,366	57,306	58,382	58,810	59,489	60,863
利用者数	517,023	518,064	515,672	519,440	527,470	546,965	553,514	557,606	564,488	564,621	569,926	576,695	579,753	583,097	580,568	583,252	593,924
精神障害者の占める割合	8.3%	8.3%	8.5%	8.6%	8.6%	9.0%	9.2%	9.3%	9.4%	9.4%	9.6%	9.8%	9.9%	10.0%	10.1%	10.2%	10.2%

障害福祉サービス見込量の推移（居住系サービス）



グループホーム・ケアホーム利用者数に占める精神障害者の推移 (平成19年11月～平成21年3月国保連データ)



	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
精神障害者の利用者数	10,519	10,559	10,604	10,806	10,916	11,134	11,427	11,490	11,595	11,711	11,840	11,986	12,126	12,251	12,330	12,408	12,497
利用者数	40,719	40,926	41,205	41,680	42,027	43,594	44,434	44,750	45,118	45,482	46,080	46,485	46,874	47,257	47,529	47,806	48,394
精神障害者の占める割合	25.8%	25.8%	25.7%	25.9%	26.0%	25.5%	25.7%	25.7%	25.7%	25.7%	25.7%	25.8%	25.9%	25.9%	25.9%	26.0%	25.8%

居住系サービスの推移(精神障害者)

障害者自立支援法施行前※1

	精神障害者の利用者数
精神障害者福祉ホームA型	1,021
精神障害者福祉ホームB型	1,943
精神障害者入所授産施設	685
精神障害者生活訓練施設	4,400
共同生活援助(グループホーム)	4,858
合計	12,907

障害者自立支援法の施行

障害者自立支援法施行後

新体系	精神障害者の利用者数
個別給付※2	
共同生活援助(グループホーム)	8,985
共同生活介護(ケアホーム)	3,512
宿泊型自立訓練	69
施設入所支援	195
短期滞在加算(1か月の延人数)	約255 (7,922)
精神障害者退院支援施設(1か月の延人数)	約80 (2,475)
地域生活支援事業	
福祉ホーム※3	360
旧体系(経過措置)※4	
福祉ホームB型	1,713
精神障害者入所授産施設	366
精神障害者生活訓練施設	3,457
合計	約18,992

2年6カ月で約1.5倍(6,000人分の純増)

※1 平成18年10月1日現在の「社会福祉施設等調査報告」による。

※2 平成21年3月の国保連データ速報による。短期滞在加算及び精神障害者退院支援施設は1ヶ月の延べ利用者数を31で除した1日あたりの利用者数。

※3 平成18年10月1日現在の「社会福祉施設等調査報告」における精神障害者福祉ホームA型の利用者数に福祉ホームへの移行率(35.3%;平成20年4月1日現在、障害福祉課調べ)を掛けて算出。

※4 平成18年10月1日現在の「社会福祉施設等調査報告」における1施設あたりの平均利用者数に、平成21年4月現在の国庫補助対象施設数を掛けて算出。

日中活動系サービス、在宅サービスの推移(精神障害者)

障害者自立支援法施行前

	精神障害者の利用者数
施設名 ※1	
精神障害者入所授産施設	685
精神障害者通所授産施設	7, 698
精神障害者小規模通所授産施設	9, 112
精神障害者福祉工場	411
サービス名 ※2	
ホームヘルプサービス	11, 983
ショートステイ(居室数)	355
合計	30, 244



障害者自立支援法施行後

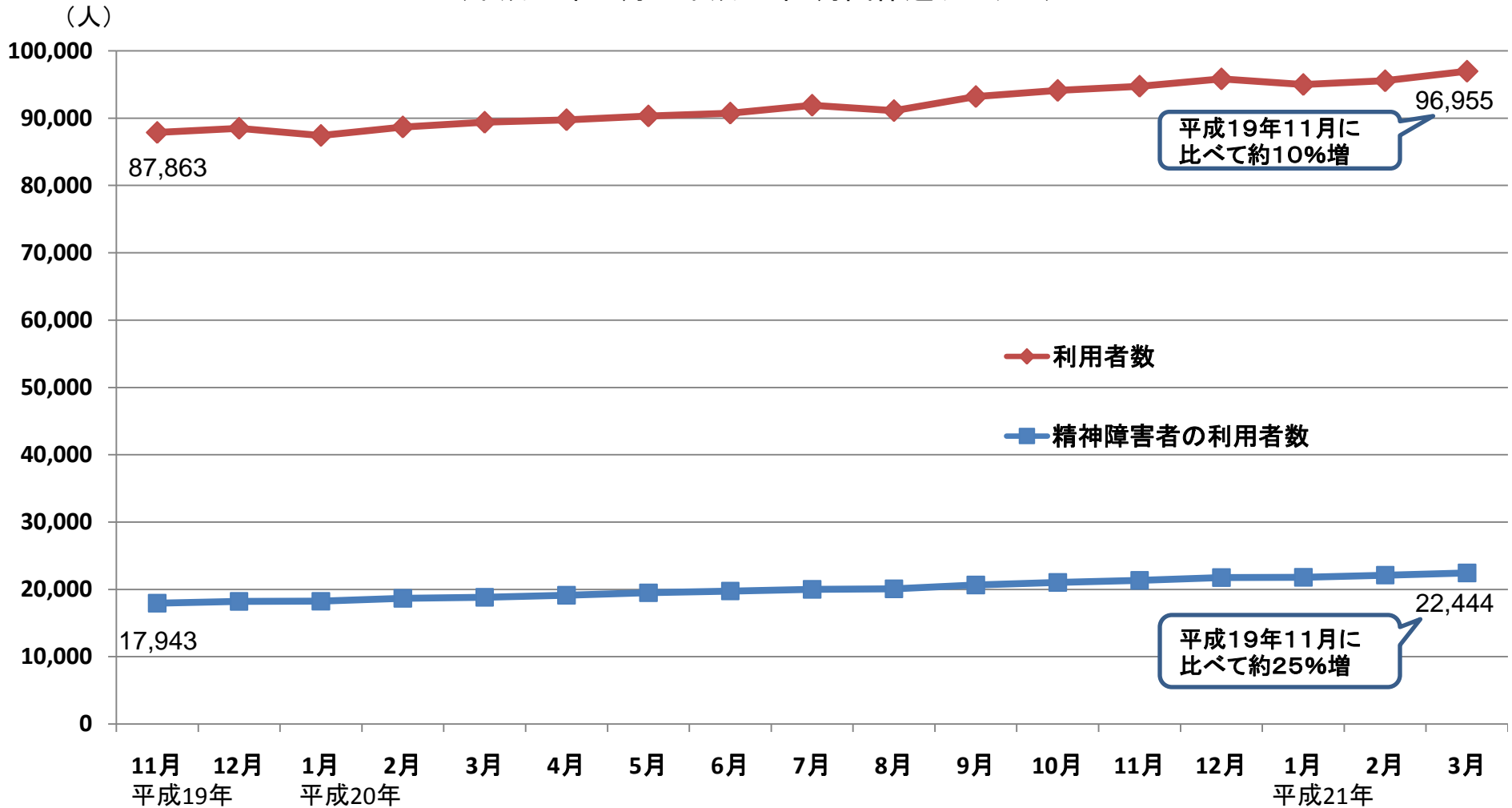
	精神障害者の利用者数
日中活動系サービス(新体系) ※3	
療養介護	1
生活介護	762
自立訓練(機能訓練)	14
自立訓練(生活訓練)	2, 427
就労移行支援	3, 717
就労継続支援A型	1, 331
就労継続支援B型	16, 301
訪問等サービス(新体系) ※3	
居宅介護	22, 444
行動援護	12
重度訪問介護	10
短期入所	601
精神障害者社会復帰施設(経過措置) ※4	
精神障害者入所授産施設	366
精神障害者通所授産施設	3, 823
精神障害者小規模通所授産施設	3, 345
精神障害者福祉工場	160
合計	55, 314

2年6カ月で約1.8倍(約2.5万人分の純増)

※1 平成18年10月1日現在の「社会福祉施設等調査報告」による。
 ※2 平成17年4月 精神保健福祉課(当時)調による。
 ※3 平成21年3月の国保連データ速報による。
 ※4 平成18年10月1日現在の「社会福祉施設等調査報告」における1施設あたりの平均利用者数に、平成21年4月現在の国庫補助対象施設数を掛けて算出。

居宅介護利用者数に占める精神障害者の推移

(平成19年11月～平成21年3月国保連データ)

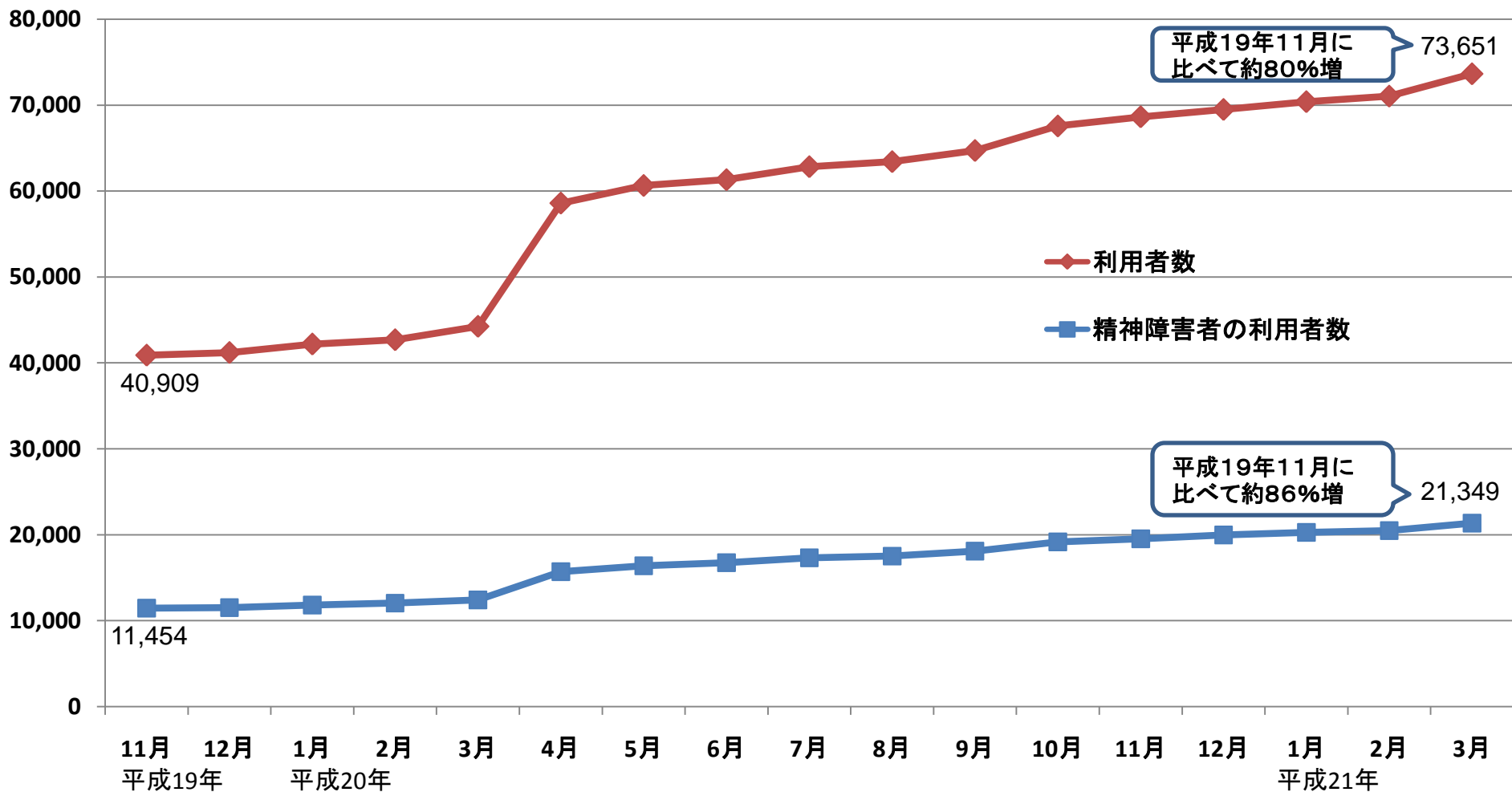


	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
精神障害者の利用者数	17,943	18,209	18,231	18,665	18,837	19,133	19,492	19,752	20,008	20,074	20,651	21,036	21,335	21,742	21,780	22,117	22,444
利用者数	87,863	88,479	87,420	88,680	89,379	89,755	90,314	90,741	91,906	91,106	93,194	94,101	94,730	95,813	94,983	95,537	96,955
精神障害者の占める割合	20.4%	20.6%	20.9%	21.0%	21.1%	21.3%	21.6%	21.8%	21.8%	22.0%	22.2%	22.4%	22.5%	22.7%	22.9%	23.1%	23.1%

就労系サービス利用者数に占める精神障害者の推移

(平成19年11月～平成21年3月国保連データ)

(人)

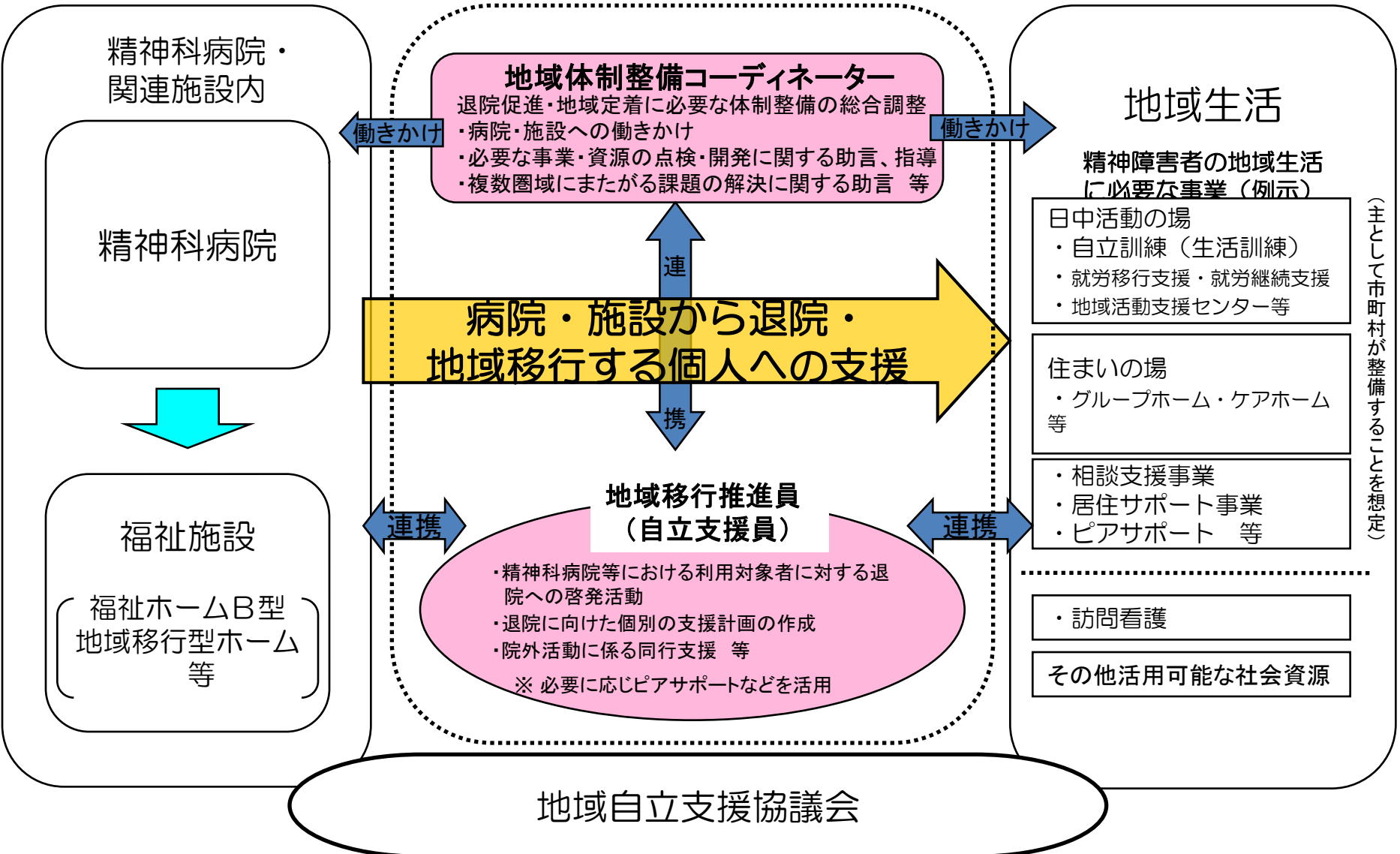


	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
精神障害者の利用者数	11,454	11,510	11,812	12,039	12,405	15,705	16,391	16,748	17,308	17,508	18,081	19,158	19,522	19,962	20,271	20,477	21,349
利用者数	40,909	41,216	42,204	42,702	44,260	58,604	60,651	61,329	62,839	63,427	64,720	67,578	68,645	69,500	70,407	71,051	73,651
精神障害者の占める割合	28.0%	27.9%	28.0%	28.2%	28.0%	26.8%	27.0%	27.3%	27.5%	27.6%	27.9%	28.3%	28.4%	28.7%	28.8%	28.8%	29.0%

精神障害者地域移行支援特別対策事業（17億円）

事業の概要

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。



精神障害者地域移行支援特別対策事業の実績

平成21年6月末現在

	実施自治体数	全圏域数	実施圏域数	実施圏域数 ／全圏域数	事業対象者数(人)	退院者数(人)
平成15年度	16 (含指定都市1)	—	—	—	226	72
平成16年度	28 (含指定都市3)	—	—	—	478	149
平成17年度	29 (含指定都市5)	—	—	—	612	258
平成18年度	26都道府県	385	148	38.4%	786	261
平成19年度	42都道府県	389	236	60.7%	1,508	544
平成20年度	45都道府県	386	295	76.4%	2,021	745
平成21年度	47都道府県	389	337	86.6%	—	—

※平成15年度から平成17年度まではモデル事業、平成18年度～平成19年度までは、精神障害者退院促進支援事業として実施。

※退院者数については、当該年度内に退院した者の数であり、年度を越えて退院した者の数は、含まれていない。

※平成21年度は実施予定も含む。

居住系サービス等の確保についての考え方

- 精神障害者に対する障害福祉サービス量は平成19年11月と比べると約4割増加し、全サービス利用者延べ数に占める精神障害者の割合も平成19年11月の8.3%から平成21年3月には10.2%に上昇している。
- 特に、居住系サービスについてみると、法施行後の約2年半の間で、精神障害者の利用者数が、約1.5倍に増加(旧体系サービスからの移行分を差し引いて約6000人分の純増)している。
- 居住系サービス利用者に占める精神障害者の割合は上昇傾向にあるが、仮にこれを26%で一定とすると、障害福祉計画における居住系サービスの整備目標(合計:8.0万人分 平成20年度末比:3.2万人分増)が達成された場合、精神障害者の居住系サービス利用者数は、平成20年度末よりも約8000～8500人程度増加すると見込まれる。
- 今後、新たな目標値に基づいて統合失調症患者の地域生活への移行を更に進めていくために、障害福祉計画に基づく障害福祉サービス見込量についても、その上乘せについて検討を行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきではないか。
- また、高齢精神障害者については、現にその多くがADLやIADLの支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか。

⑤ 目標設定のあり方について

精神保健福祉施策の改革ビジョン(平成16年9月)における目標値

基本方針において、「受け入れ条件が整えば退院可能な者約7万人については、全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしており、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、10年後の解消を図るものである。」とされており、その上で、以下の達成目標が掲げられている。

① 国民意識変革の達成目標

- 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上

(考え方)

- 精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。

② 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標

- 各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下
- 各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上

※ この目標の達成により、2015年には約7万床相当の病床数の減少が促される。

(考え方)

- 新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL(生活の質)の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制整備を促す。
- 既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療(社会復帰リハビリテーション等)と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す。

国民意識の変革の達成目標とその進捗

達成目標

精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

進捗

「こころのバリアフリー宣言」の内容に関わる調査結果(H18年)

「そう思う」「ややそう思う」と回答した割合 ※()内は、うち「そう思う」と回答した者の割合

- 「こころの健康」への関心; **82.1%** (35.6%)
- 精神疾患を自分の問題として考えている; **42.2%** (13.2%)
- ストレスを減らす生活を心がけることが必要である; **94.5%** (66.8%)
- こころの不調に早く気づくことが大事である; **96.2%** (73.2%)
- 精神疾患は早期の治療や支援で多くは改善する; **91.2%** (54.7%)
- **精神疾患は誰もがかかりうる病気である; 82.4% (46.4%)**

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
主任研究者; 竹島正

(参考) (H9年)

- 激しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある;
「そう思う」と回答した割合 51.8%

(平成9年 全国精神障害者家族会連合会)₄₆

精神疾患に対する国民の理解

調査方法

対象;人口1,000万人間隔の自治体5ヶ所の20~70歳の地域住民計2,000人

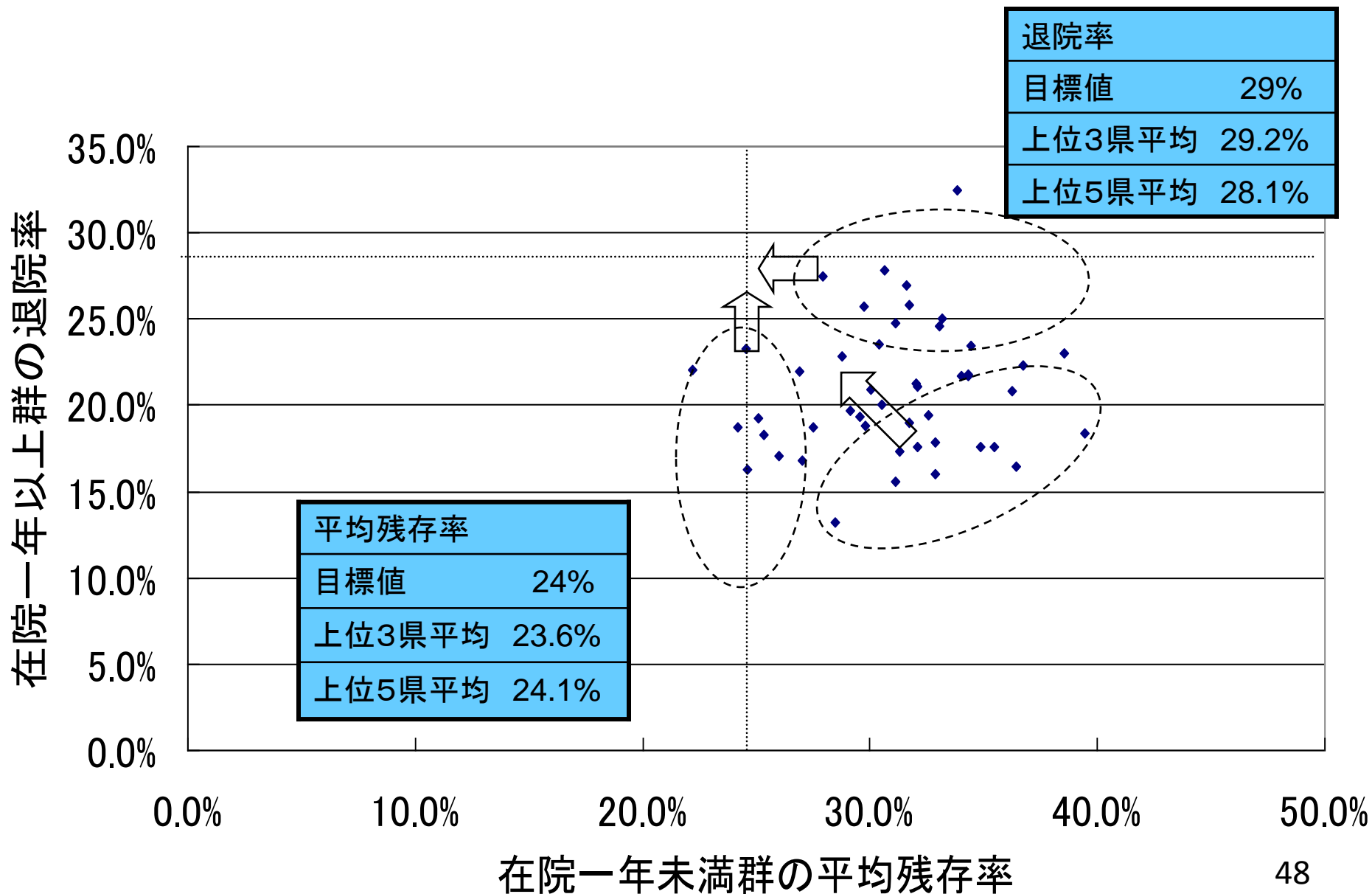
方法;統合失調症、大うつ病性障害、広汎性発達障害、アルコール依存症、糖尿病の事例のうちの1種類について、その病名を回答するよう依頼

結果

対象の属性;男女:各1,000人、年齢:10歳毎の各年齢においてそれぞれ400人

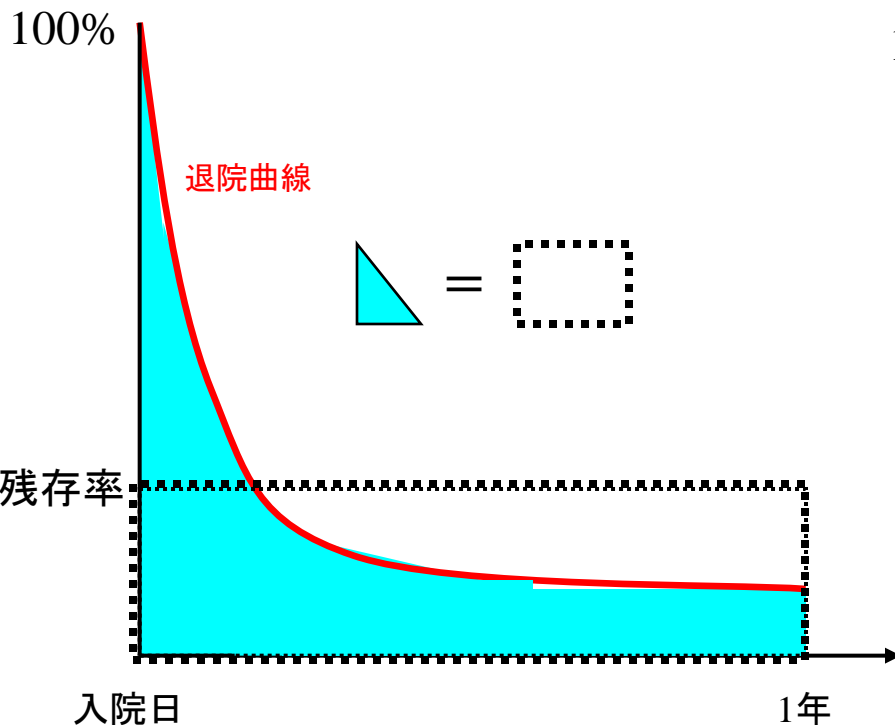
事例 \ 回答	統合失調症	うつ病	自閉症	アルコール依存症	糖尿病	こころの病気	からだの病気	ストレス
統合失調症	4.8%	38.6%	1.8%	0.0%	0.0%	21.4%	0.0%	14.0%
大うつ病性障害	1.4%	58.6%	0.2%	0.0%	0.2%	15.4%	0.8%	17.4%
広汎性発達障害	0.4%	0.4%	45.8%	0.2%	0.0%	11.4%	0.2%	3.6%
アルコール依存症	0.0%	1.2%	0.0%	85.0%	0.2%	4.2%	0.0%	7.6%
糖尿病	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	87.5%	0.1%	1.2%	1.2%

設定時の各都道府県の平均残存率、退院率



(参考)

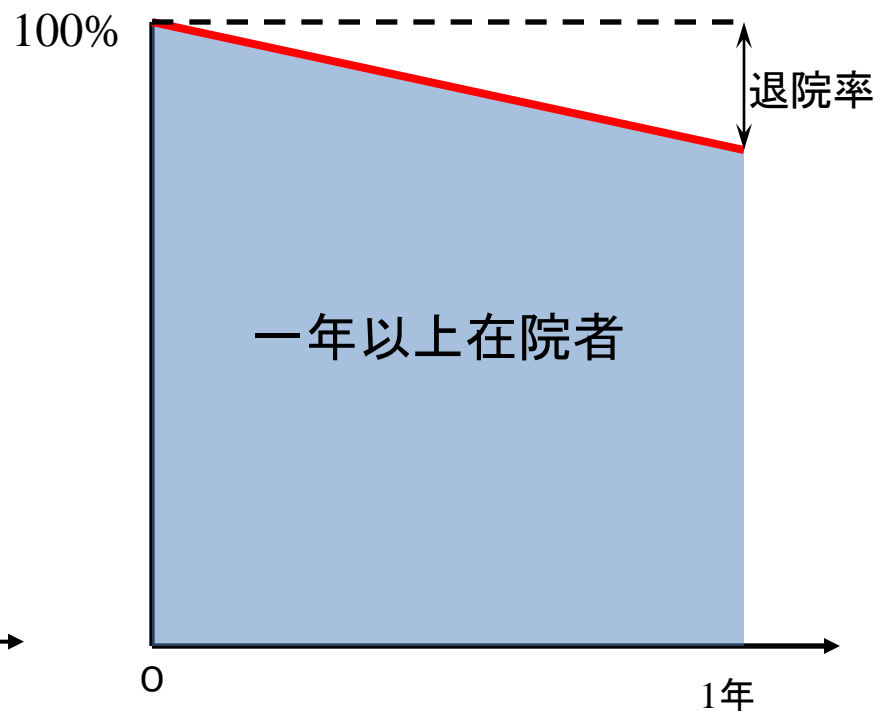
平均残存率(一年未満群)



1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの。

平均残存率に毎年新規入院患者数を乗じて得た数は、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。

退院率(一年以上群)

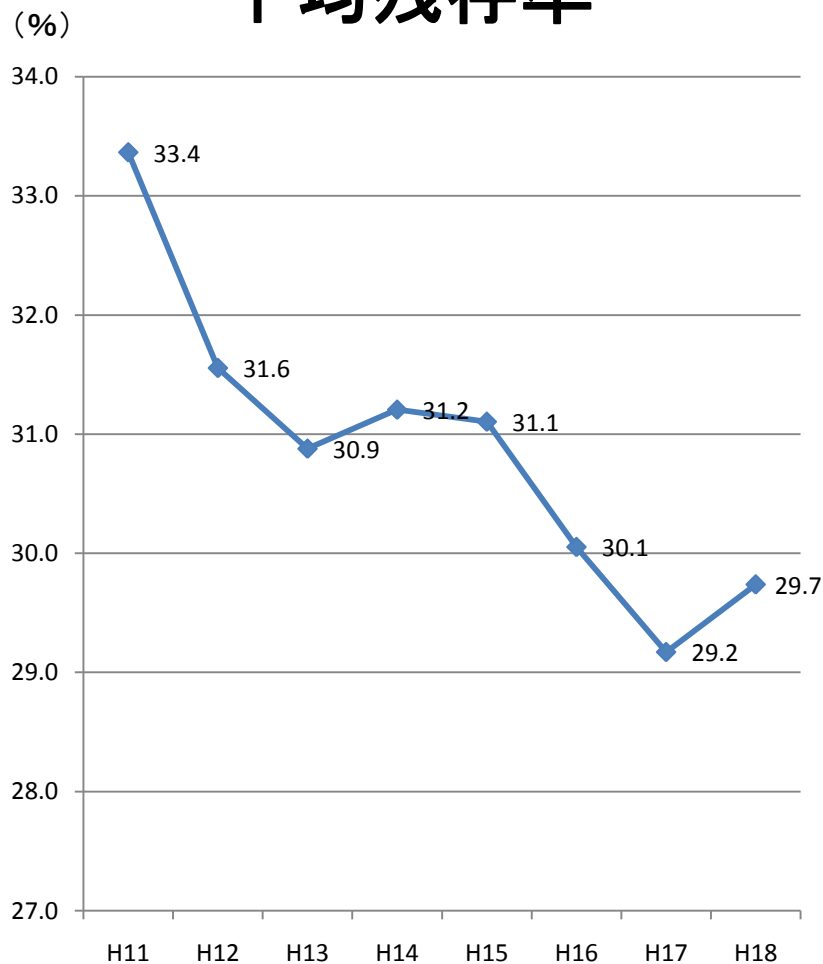


1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で除したもの。

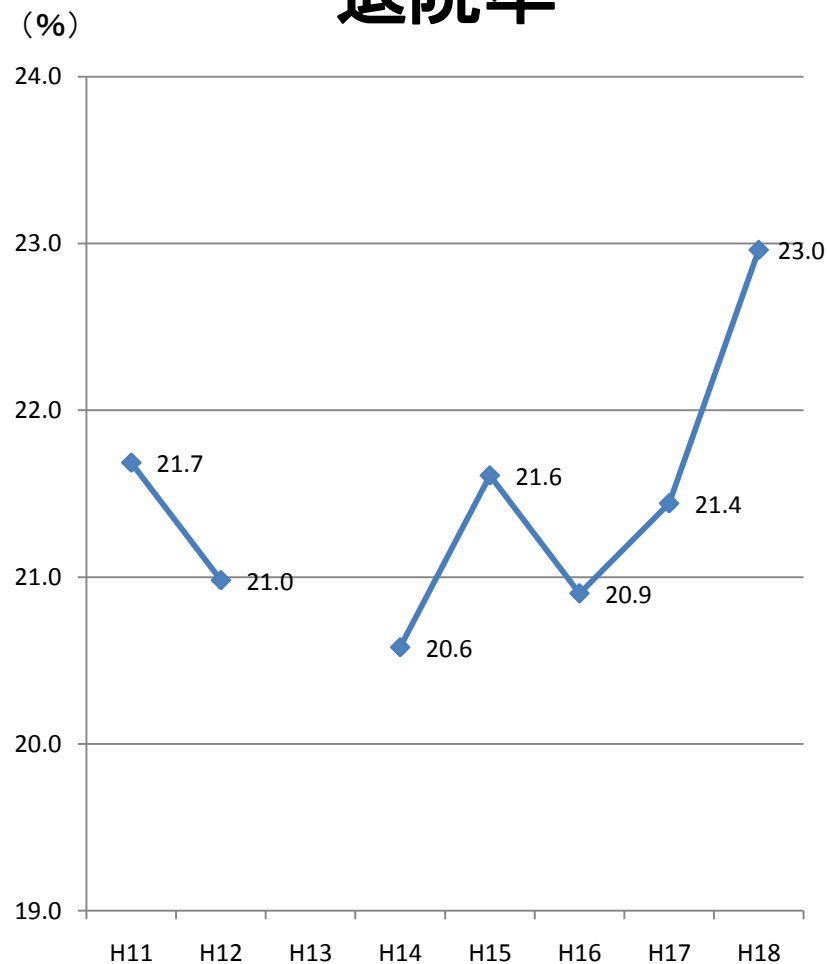
退院率に1年以上の在院患者数を乗じて得た数は、1年以上の在院患者からの毎年の退院数となる。

平均残存率・退院率の推移

平均残存率



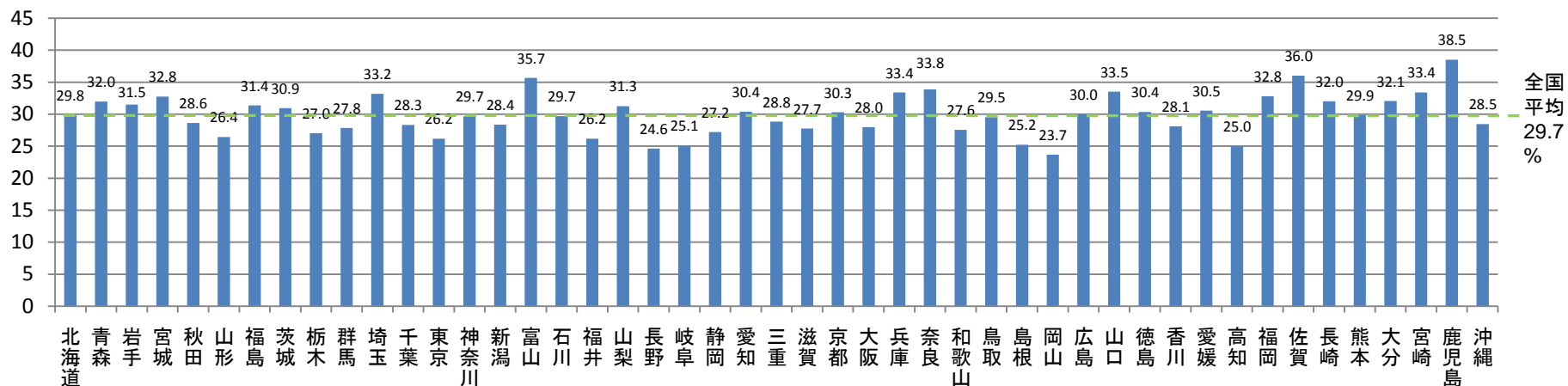
退院率



注:平成13年のデータの欠落は、調査方法の変更によるもの(毎年の調査において、H13までは前年のデータを収集していたものを、H14年から当該年のデータを収集するよう変更したため)

平均残存率(H16～H18の平均)

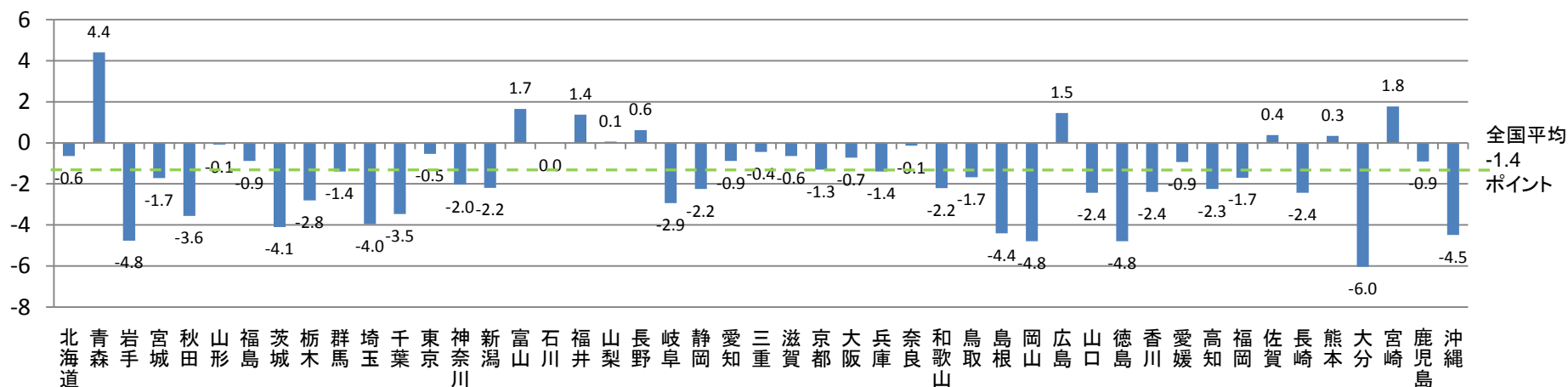
(%)



平均残存率の変化

(H16～H18の平均と、H13～H15の平均との比較)

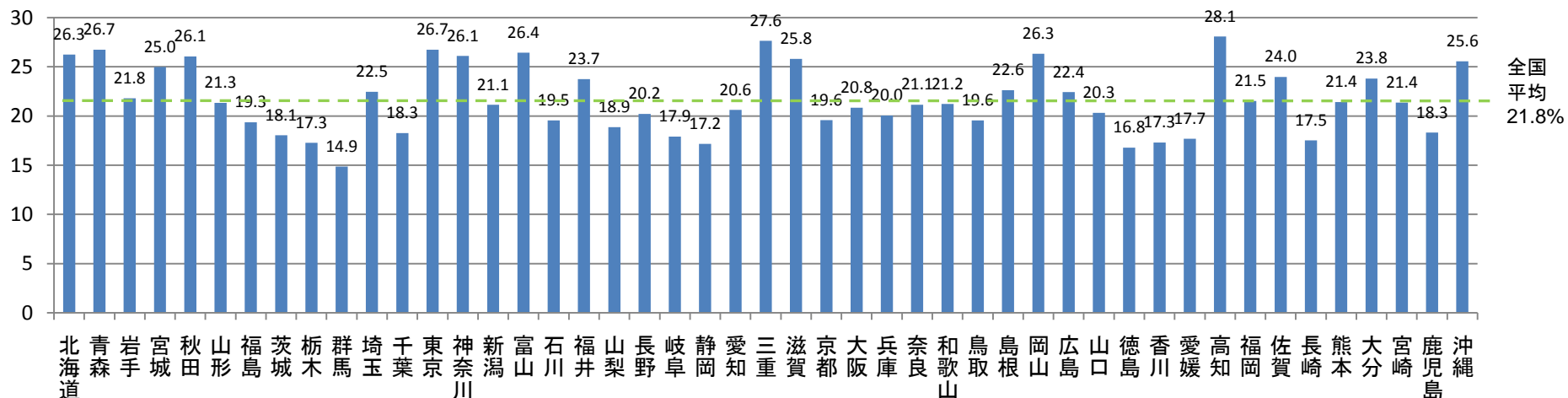
(ポイント)



(精神・障害保健課調べ)

退院率(H16～H18の平均)

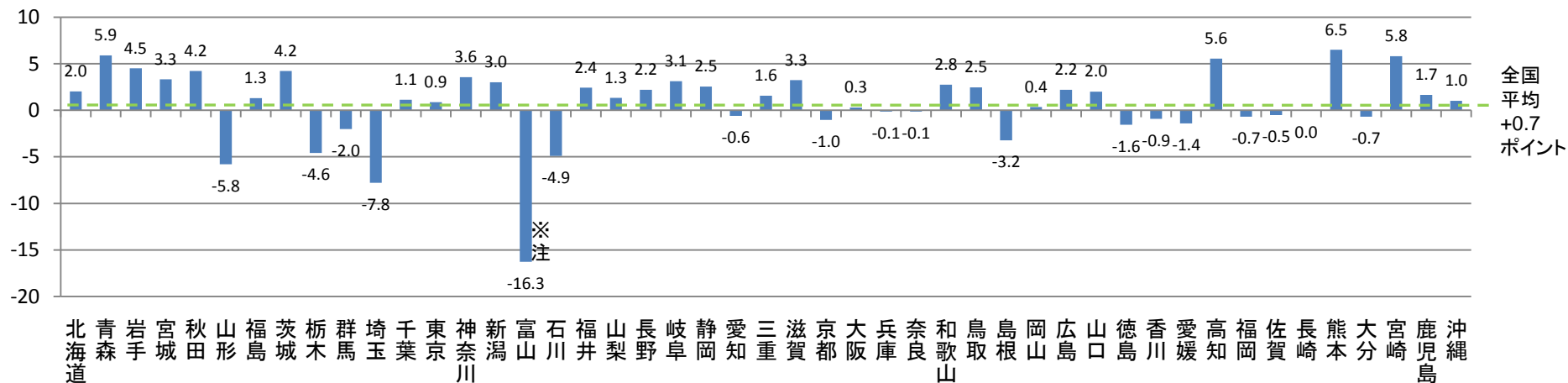
(%)



退院率の変化

(H16～H18の平均と、H14～H15の平均との比較)

(ポイント)



※注: H15年に偶発的要因で調査月(6月)の退院率が上昇したものと報告されている。(平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究(主任研究者 竹島正)」)

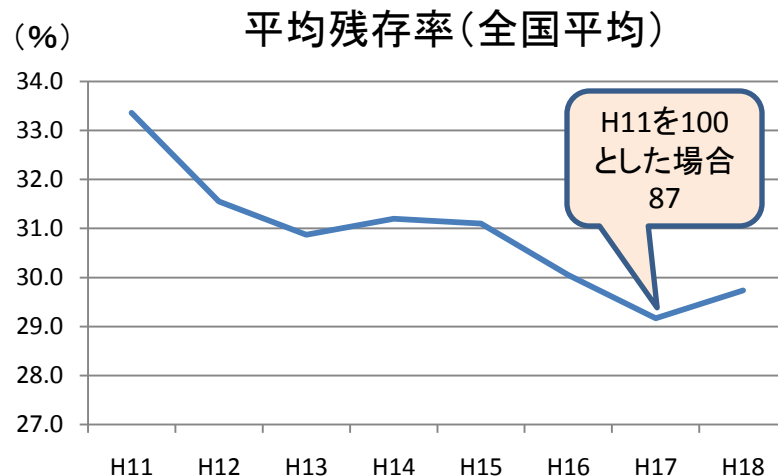
平均残存率の課題

<新規入院患者数>

- H11～H17の6年間では、平均残存率の減少ペースよりも、新規入院患者数の増加ペースが上回っている（右図）。
- 改革ビジョンの目標においては、新規入院患者数が一定との仮定を置いて、平均残存率が減少すれば、在院患者数が減少すると推計している。
- 平均残存率が減少しても、新規入院患者数が増加する場合、残存する患者数が必ずしも減少しない。



- 在院患者数の減少の状況についての評価については、在院患者数自体による方が的確ではないか。



平均残存率の課題

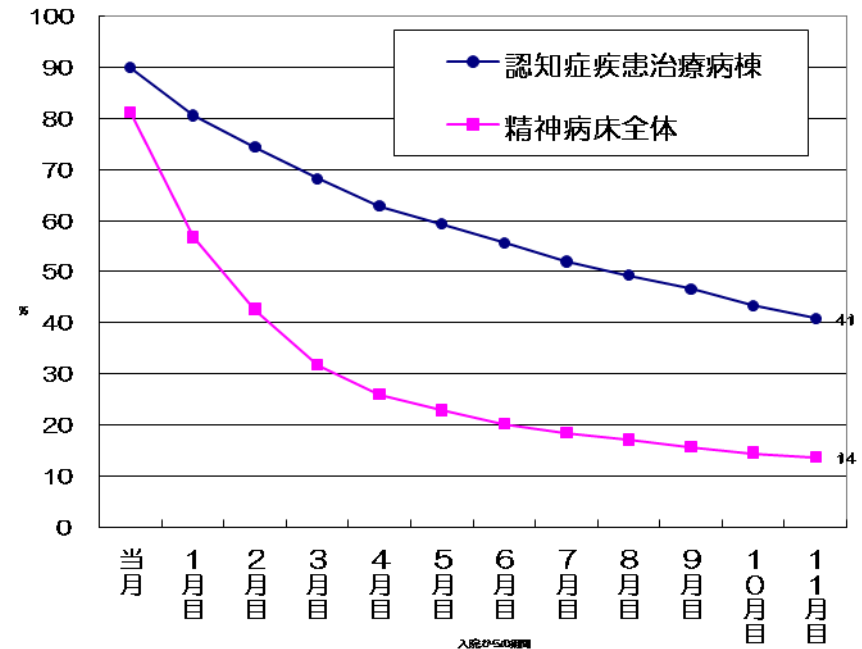
< 疾病構造による影響 >

- 平均残存率等に関する現在の目標設定は、疾患にかかわらず、精神病床に入院する全ての患者を対象としている。
- 患者の動態は、認知症とその他の疾患とでは、大きく異なっている。このため、たとえ疾患毎の残存率に変化がなくても、認知症患者数の変化によって残存率に影響が及ぶことについても考慮する必要がある。



- 目標の達成状況の評価に当たっては、疾患毎の状況を把握する必要があるのではないかと。

精神病床入院患者の残存率



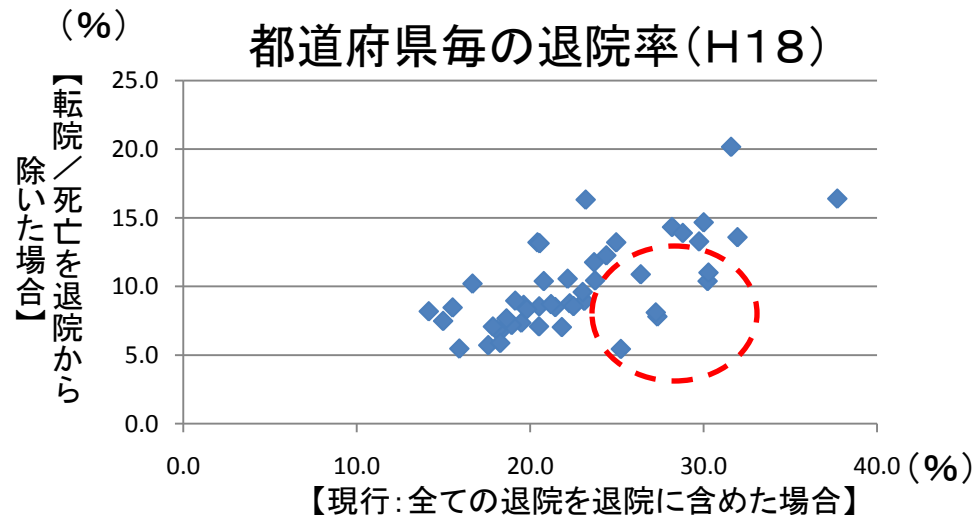
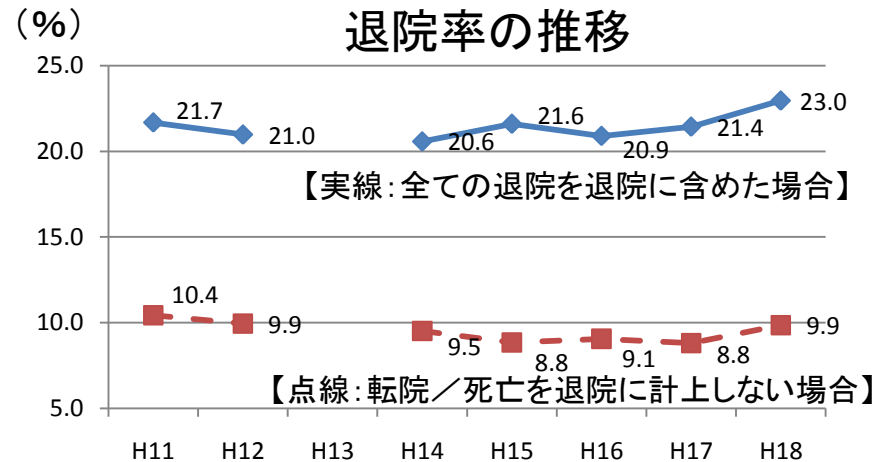
平均残存率・退院率の課題

< 転院・死亡の取り扱い >

- 平均残存率、退院率の計算において、転院や死亡を含めた全ての退院が、退院として計上されている。
- 特に退院率については、転院・死亡の影響が大きく、現行の退院率が高くても、その多くを転院等が占めている地域もあり、転院・死亡以外の退院率についてはほぼ横ばいとなっている。

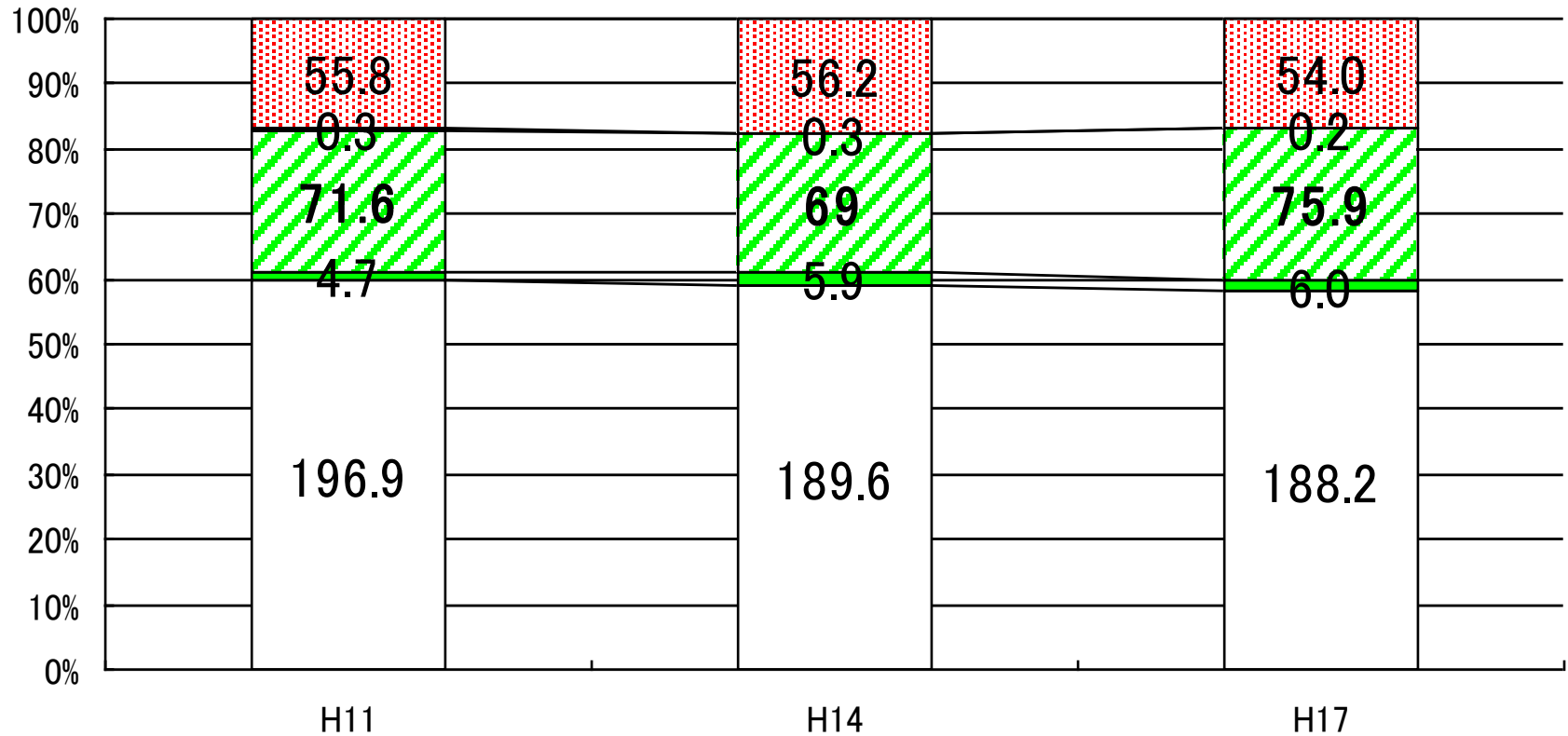


- 在院患者数の減少の状況を評価するためには、それ自体を目標とするか、地域移行の目標として、転院・死亡を除外した目標設定を行う等の工夫が必要ではないか。



精神病床入院患者の状況

※グラフ中の数字は入院患者数（千人）



- 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する
- 生命の危険がある
- ▨ 受け入れ条件が整えば退院可能
- 検査入院
- ▤ その他

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)

【統合失調症】

(単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
統合失調症総数	195.4	44.8 (22.9%)	49.4 (25.3%)	31.1 (15.9%)	70.1 (35.9%)
55歳未満	75.0 (38.4%)	25.1 (33.5%)	20.0 (26.7%)	11.8 (15.7%)	18.2 (24.3%)
55歳以上	120.4 (61.6%)	19.8 (16.4%)	29.4 (24.4%)	19.3 (16.0%)	51.9 (43.1%)
65歳以上 (再掲)	58.6 (30.0%)	9.7 (16.6%)	14.8 (25.3%)	9.2 (15.7%)	24.9 (42.5%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(統合失調症)	43.7	10.4 (23.7%)	11.8 (27.1%)	6.9 (15.8%)	14.6 (33.4%)
55歳未満	16.8 (38.5%)	5.8 (34.5%)	4.9 (29.2%)	2.5 (14.9%)	3.7 (22.0%)
55歳以上	26.9 (61.5%)	4.6 (17.1%)	6.9 (25.7%)	4.4 (16.4%)	11.0 (40.9%)
65歳以上 (再掲)	13.4 (30.7%)	2.3 (17.2%)	3.6 (26.9%)	2.0 (14.9%)	5.5 (41.0%)


(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

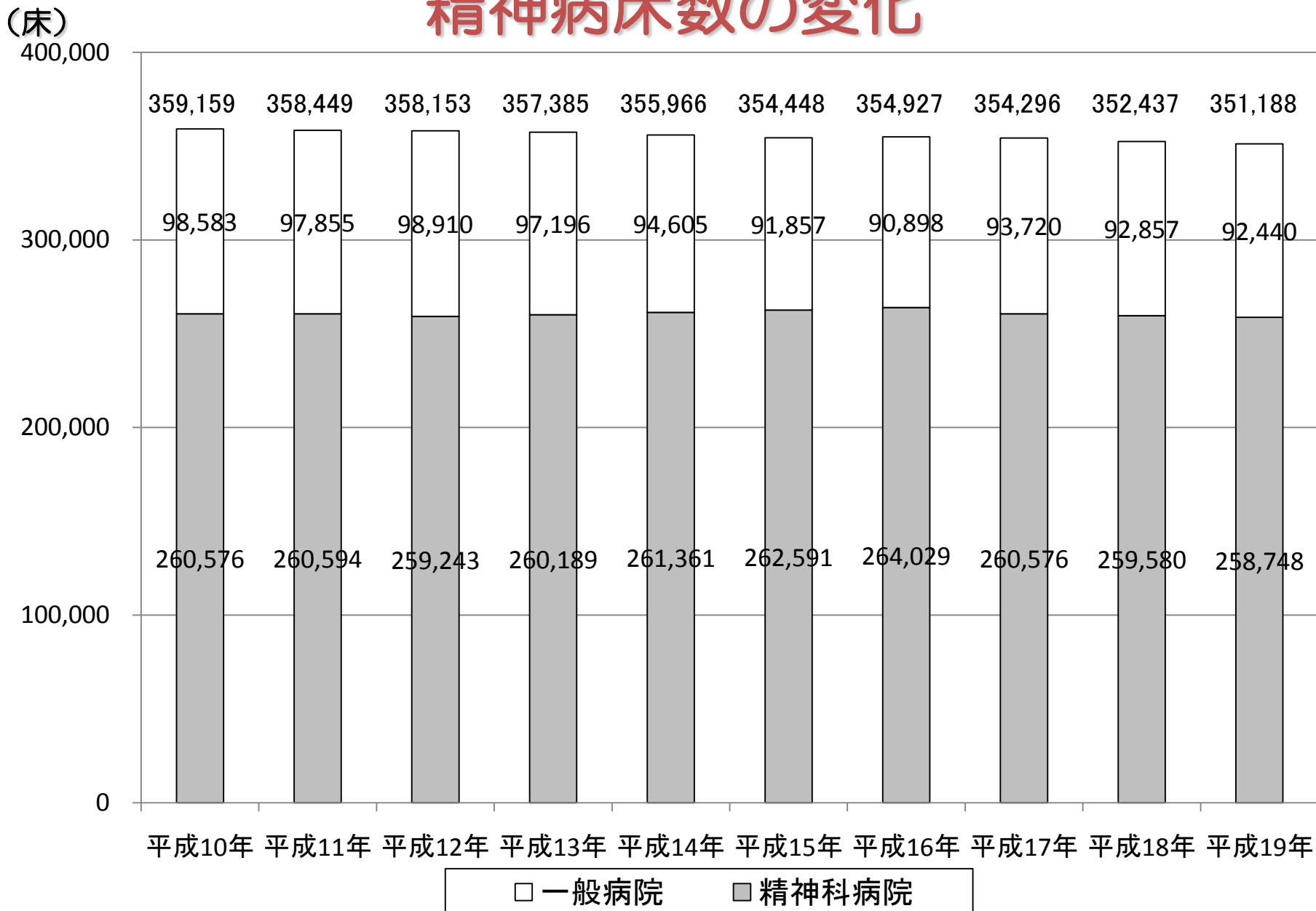
資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成

「受入条件が整えば退院可能な精神障害者7.6万人」について

- 「受入条件が整えば退院可能な者7.6万人(改革ビジョンでは約7万人)」は、患者調査のデータに基づいているが、このデータは以下のような特徴を有している。
 - ・ 入院患者については、各調査年(3年に1回)の10月のある特定の1日に入院している患者の状態を調査していること
 - ・ 「受入条件」について詳細な定義がなく、「受入条件」の考え方や「退院可能」の判断が回答者の主観に依拠すること
 - ※ 調査票は全病院共通となっており、精神科固有の調査項目を掲げることには制約がある。
 - ※ 病床利用状況調査と比較すると、「受入条件が整えば」という前提には、居住の場等の支援だけでなく、将来の病状の改善もあることが示唆されている。
- このような特徴から、「7.6万人」を政策の実施により「解消を図る」目標値とすることには、以下のような課題がある。
 - ・ 入院医療の急性期への重点化や精神医療の質の向上により、退院のハードルが下がれば下がるほど、かえってこの数値は大きくなることが予想されること
 - ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」は、いずれの調査時点でも存在しており、その数値が統計上ゼロとなることは期待できないこと
 - ・ 患者調査は3年に1回の実施であり、その結果の公表にも調査時点から1年以上要することから、施策の効果や達成状況を適時に把握することは困難であること

- 
- 今後の精神保健福祉改革における具体的目標値については、客観性が担保され、かつ、施策の効果を示す新たな指標を用いるとともに、その定期的把握を行うこととすべきではないか。

精神病床数の変化



資料：医療施設調査(毎年10月1日時点) 59

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 = $(\Sigma AB + C - D) \times F / E1$

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 = $[\Sigma G(1 - H) + I - J] / E2$

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%

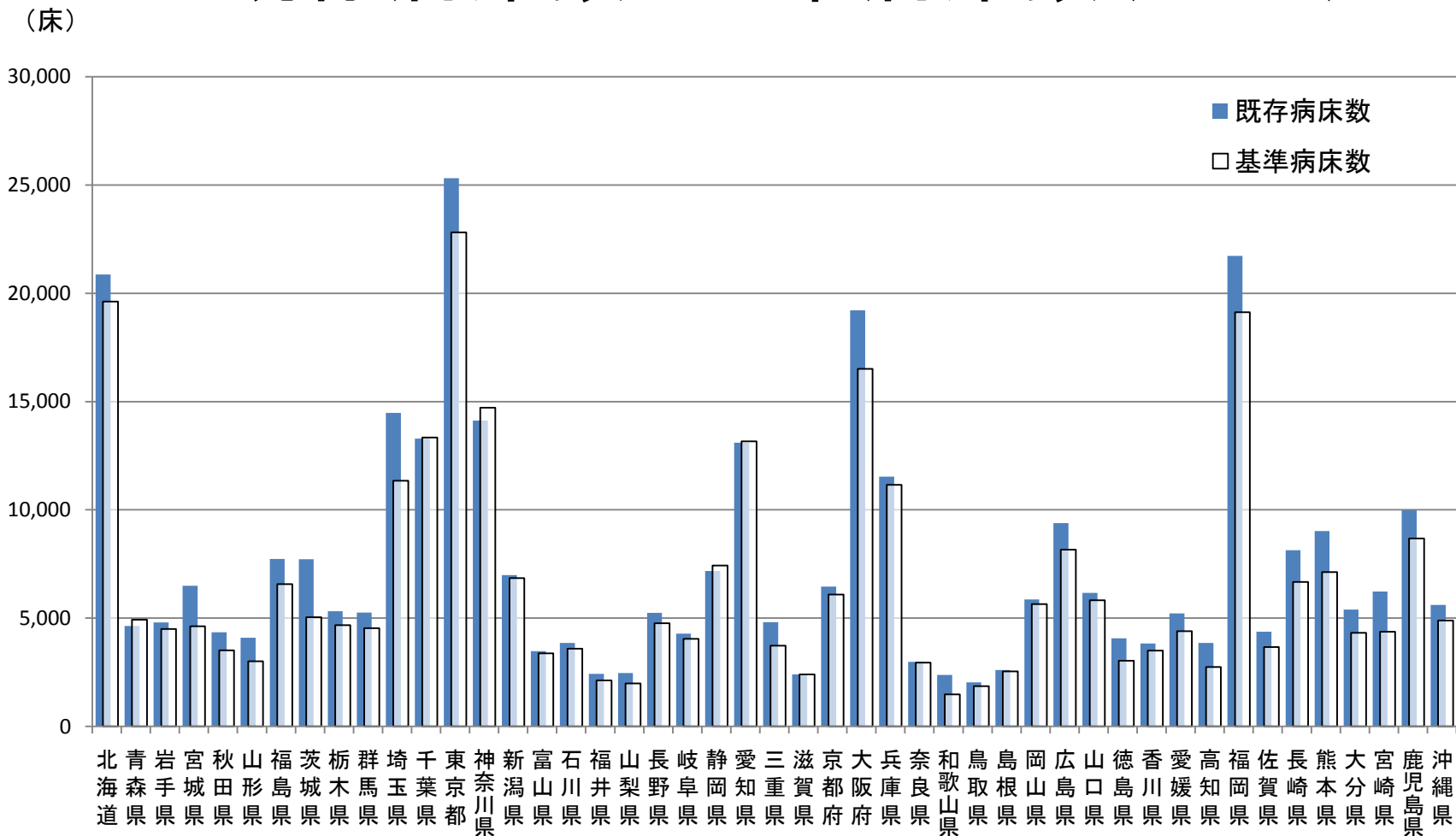
I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

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)

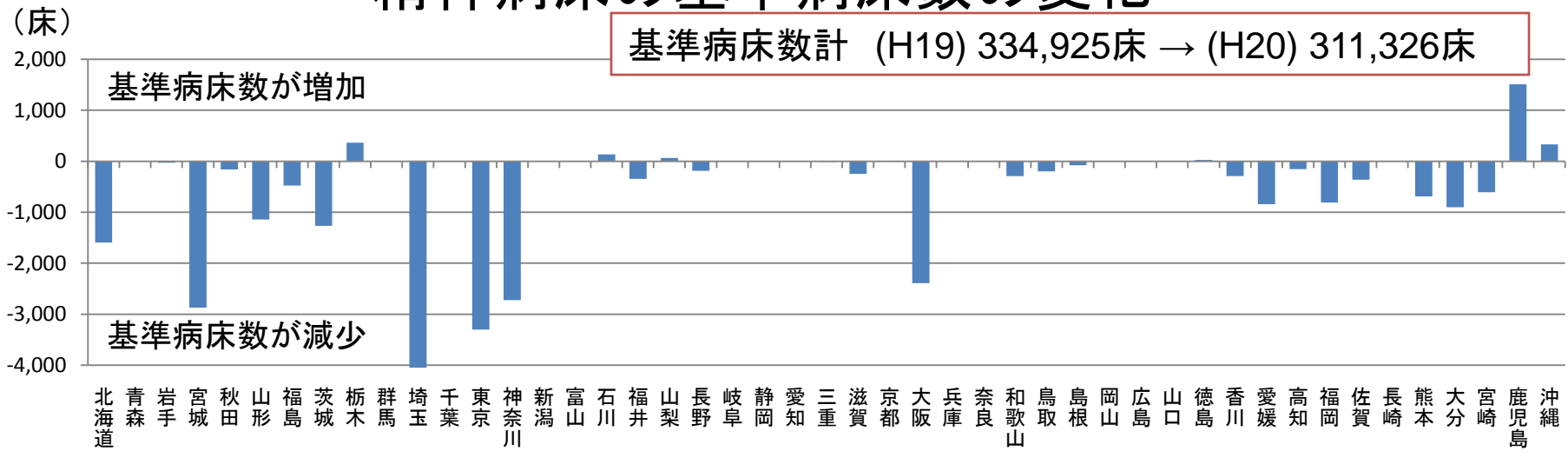
E2: 病床利用率(95%)

各都道府県の医療計画における 既存病床数と基準病床数(H20)

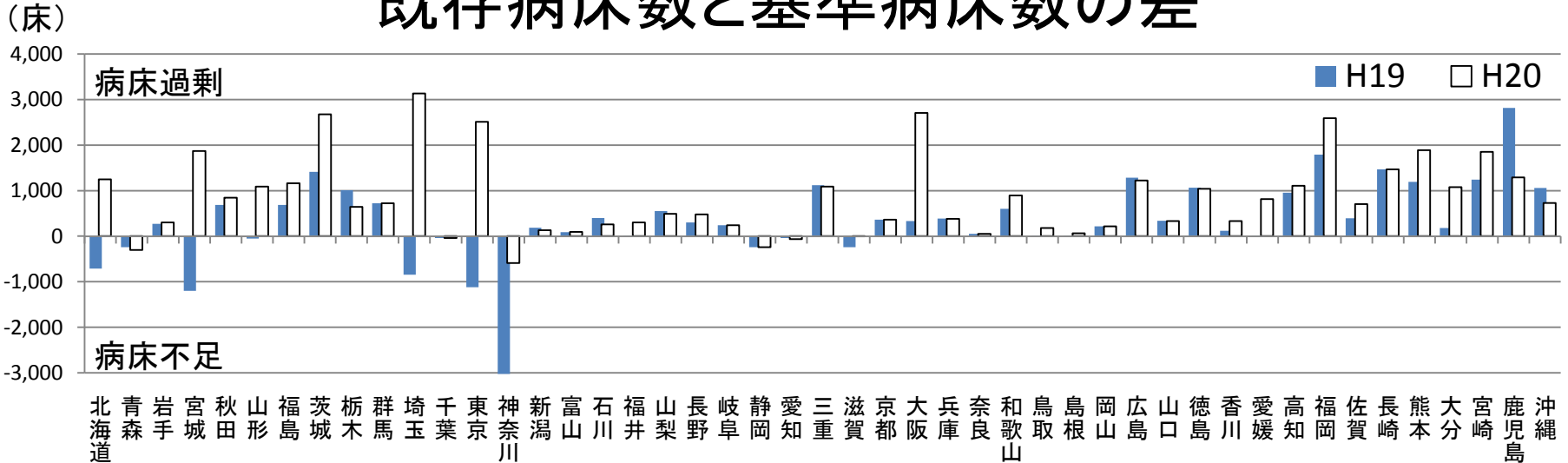


基準病床数計: 311, 326床

平成20年の医療計画見直し前後の 精神病床の基準病床数の変化



既存病床数と基準病床数の差



H19には14都道県で病床不足となっていたが、基準病床算定式の変更後の医療計画の見直しにより基準病床数が引き下げられた結果、H20には、病床不足は5県のみとなり、これら以外の県では、原則として、病床の増加ができなくなった。

(参考) 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)(別紙6)を抜粋

達成目標の実現による必要病床数の減少

新規入院患者及び1年以上入院患者の退院促進について、現時点において上位3～5県で達成されている目標数値(平均残存率、退院率)を、各都道府県が目指すべき達成目標として設定。(1年未満:平均残存率24%、1年以上:退院率 29%)

→ 達成目標をベースに今後10年間の必要病床数を試算すると、2015年には必要病床数は約7万床減少。

	現在 (2003年)	2010年	2015年	現在との差
全体の病床数	約35.4万床	約31.7万床	約28.2万床	約7.2万床 → 約7万床
うち1年未満	(約10.7万床)	約9.7万床	約8.6万床	(約2.1万床)
うち1年以上	(約24.8万床)	約21.9万床	約19.6万床	(約5.2万床)

※ 現在の病床数の内訳については、全体の病床数を平成14年6月時点の1年未満・1年以上入院患者数の比率で按分した。

(試算の前提)

- 1 全国を一つの地域として計算(流入等はない、加算はない等)
- 2 退院率、平均残存率は、10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消
- 3 都道府県ごとの退院率に係る特別の退院促進目標はゼロ
- 4 新規入院率は、現在の実績
- 5 人口変動は、4区分(20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上)で、将来人口推計に基づき変動。
- 6 平成18年からの10年間で計算
- 7 病床利用率は、0.95

精神病床数について

- 改革ビジョンにおいては、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、各都道府県の平均残存率(1年未満群)の目標(24%以下)及び退院率(1年以上群)の目標(29%以上)を達成することにより、都道府県が医療計画において定める「基準病床数」が減少することをもって、病床数の減少(2015年には約7万床相当)が促されることとしていた。
- 平成18年4月に導入した新しい算定式に基づいて、各都道府県において基準病床数の見直しを行った結果、平成20年4月時点での基準病床数の全国総数は、改革ビジョンで示した2010年時点での基準病床数の推計を下回る水準となっている。
- 一方、改革ビジョン策定以降、入院医療の急性期への重点化や長期入院患者の地域移行のための施策を講じてきたものの、精神病床数そのものは、ほとんど減少していない。



- 各都道府県の医療計画においては、「基準病床数」として、改革ビジョンで示した必要病床数と概ね同等の値が設定されており、各都道府県においては、これを基に入院医療体制を構築していくこととなるため、今後も、これを前提として施策を推進することによいか。
- また、疾患別の状況の把握や、他の目標の策定・進捗状況等を踏まえて、将来的に、医療計画の基準病床数算定式の更なる見直しについても、検討を行うこととしてはどうか。

目標の達成状況の評価・目標設定に関する考え方

1. 改革ビジョンにおける目標の達成状況について

- 「国民意識変革の達成目標」として掲げた、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。」との目標については、広く国民を対象に「こころのバリアフリー宣言」等の普及啓発を行ってきた結果、当該目標については82.4%(平成18年)と一定の成果が認められている。しかしながら、統合失調症に関する理解が遅れているなど、精神障害に関する国民の理解は未だ十分ではない。
- 「精神保健医療福祉体系の再編の達成目標」として掲げた目標のうち、
 - ◆ 「各都道府県の平均残存率(1年未満群)を24%以下にする」という目標については、直近の状況は明らかではないものの、入院医療の急性期への重点化等を背景に、平均残存率の趨勢としては減少傾向にあり、平成18年時点で29.7%となっている。
 - ◆ また、「各都道府県の退院率(1年以上群)を29%以上にする」との目標については、ビジョン策定以降、一貫して上昇傾向にあり、平成18年時点で23.0%となっている。
 - ◆ ただし、これらの指標、特に退院率については、転院等の頻度と関連があり、転院等を退院に計上しない場合には、その上昇の割合は小さくなる。
- 改革ビジョンでは、上記の目標の達成により、精神病床数の減少(2015年には約7万床相当)が促されることとしており、平成20年4月時点での基準病床数の全国総数は、改革ビジョンで示した2010年時点での基準病床数の試算を下回る水準となっているものの、改革ビジョン策定以降、精神病床数そのものは、ほとんど減少していない。
- なお、データの制約により、平成20年診療報酬改定における対応等の施策の効果など、直近の状況を踏まえた評価は不十分とならざるを得ない点には留意が必要である。

2. 現在の目標設定の評価

- 精神疾患に関する普及啓発には、①精神障害者の地域移行を円滑にし、②精神疾患の発症早期における適切な支援に結びつける、といった効果が期待されるが、「こころのバリアフリー宣言」のような国民一般を広く対象とする普及啓発では、十分にその効果を把握することは困難である。
- 在院患者数は新規入院患者数にも影響を受けるため、平均残存率、退院率による目標は、必ずしも在院患者数の減少の指標とならないおそれがある。
- 疾患によって患者の動態は大きく異なっている一方で、平均残存率、退院率など、精神病床全体を包括した目標設定のみでは、統合失調症、認知症等、様々な分野の施策の効果が反映されにくく、進捗の管理が難しいとの指摘がある。
- 改革ビジョンにおいて、10年後の解消を図るべきとした「受入条件が整えば退院可能な者7.6万人」の指標については、3年に1回の頻度で行われる患者調査における主観的な調査項目に基づいており、これを経年的な施策の根拠とし、その効果や達成状況を適時に把握することは困難である。
- 精神病床数については、入院医療の急性期への重点化や長期入院患者の地域移行など、その減少に資する施策を講じてきたものの、都道府県による医療計画に定められた基準病床数の達成に向けた取組や、個々の医療機関による患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じた医療の質の向上のための取組を直接に支援する施策は十分に講じられていない。

3. 精神保健医療福祉体系の再編に向けた今後の目標設定に関する考え方

- 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間において改革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、特に精神保健医療福祉体系の再編のための取組を強化すべきとの認識の下で、具体的目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、以下のような観点から見直すこととしてはどうか。
 - ◆ 統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像(入院期間、疾病、年齢)の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきではないか。
 - ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入してはどうか。
 - ・ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果に基づき、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行いつつ、適切な目標値を定めることとしてはどうか。
 - ◆ 障害福祉計画における目標値(退院可能精神障害者数)についても、上記の「統合失調症による入院患者数」に係る新たな目標値や、障害福祉サービスの整備量に関する目標との整合性を図りつつ、見直しを行うべきではないか。
 - ◆ また、医療計画の「救急医療等確保事業(5事業)」における目標値等を踏まえつつ、地域ごとに、精神医療体制を構築する際に活用できる目標設定についても検討を行うべきではないか。
- 上記のアウトカムに関する目標に加え、施策の実施状況等のプロセス評価についても適切に組み合わせて、より効果的に施策の進捗管理を行うべきではないか。
- 精神病床数については、改革ビジョンに基づき設定された、医療計画における基準病床数を誘導目標として引き続き掲げるとともに、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援する具体的方策について検討することとしてはどうか。

新たな目標(平成26年度まで)のイメージ

※平均残存率と退院率については、必ずしも在院患者数の減少の指標とならないという課題があるが、基準病床数算定式の基礎となる指標として今後も用いることとする。その上で、新たな指標による目標値を設定する。

※病床数については、都道府県が医療計画の達成を図り、又は、個々の医療機関が患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じて医療の質を向上させる取組を直接に支援する方策の具体化を目指す。

I 改革ビジョン(平成16年9月)における目標値

◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)に関する目標:24%以下

◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)に関する目標:29%以上

・ 上記の目標の達成により、約7万床相当の病床数の減少が促される。〔誘導目標〕

・ 基準病床数の試算 2010年:31.7万床 2015年(試算):28.2万床

※現在の病床数(平成19年10月)との差:6.9万床

II 新たな目標値

◎ 統合失調症による入院患者数:約15万人 (平成17年患者調査時点:19.6万人)

※ 障害福祉計画における目標値についても、整合性を図りつつ見直す。

※ 同時に、精神科救急医療や訪問看護等の地域生活を支える医療の充実を図る。

※ 高齢精神障害者の適切な生活の場のあり方についても検討。

◎ 認知症に関する目標値(例:入院患者数 等) ※平成23年度までに具体化。

◎ 施策の実施状況に関する目標 ※個々の事業(予算事業等)単位で設定

(例)・ 精神科救急医療体制における身体合併症対応施設の整備:〇〇か所(現行の目標:75か所)

・ 治療中断者等への危機介入を行う多職種チームの整備目標:〇〇単位で1チーム

・ 精神科訪問看護(訪問看護ステーションを含む)の整備:〇〇単位で1か所

・ 認知症疾患医療センターの整備:〇〇単位で1か所(現行の目標:全国150か所)

・ 児童思春期の専門医療機関・病床の確保:〇〇単位で1か所・〇〇床

・ 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の支援対象者:〇〇人

※ ターゲットを明確化した普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定。