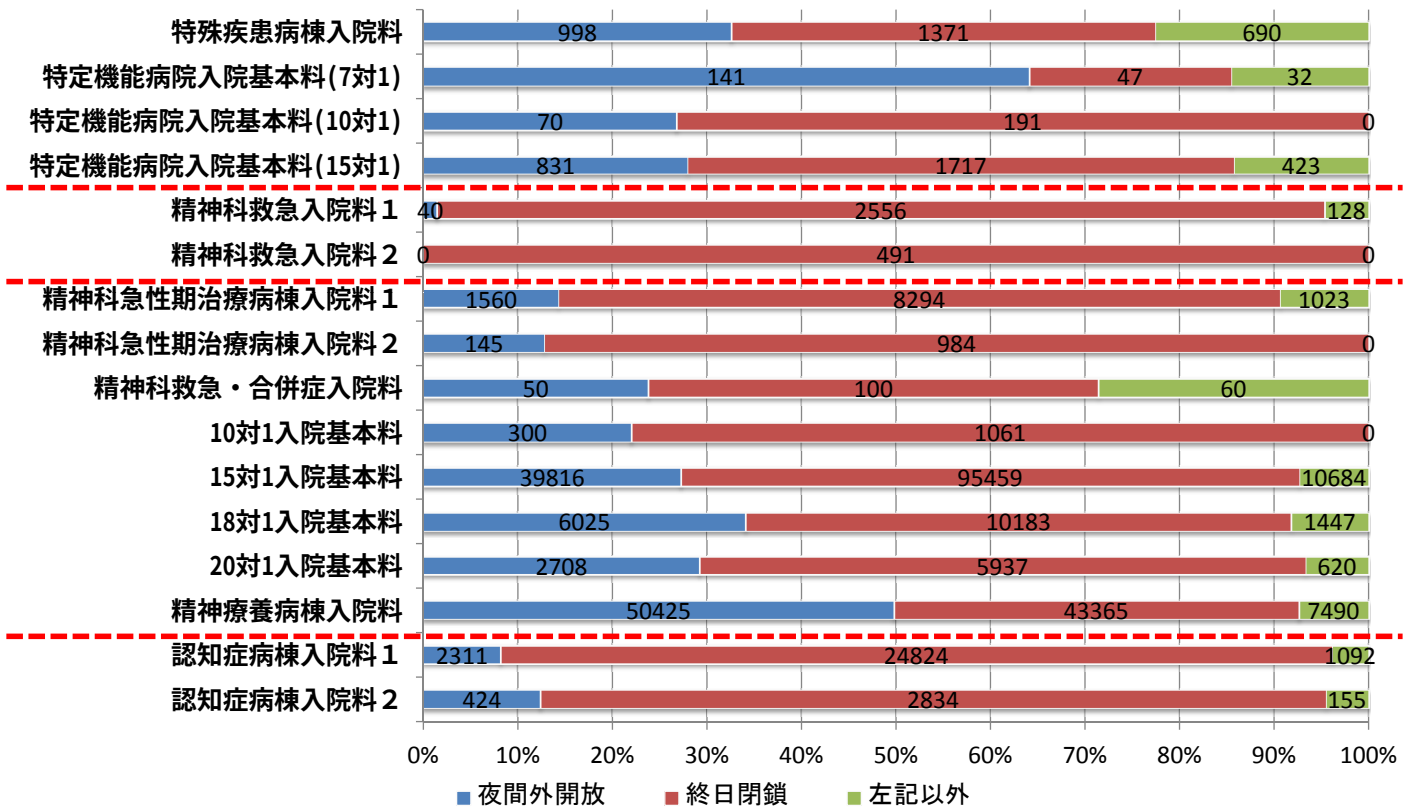


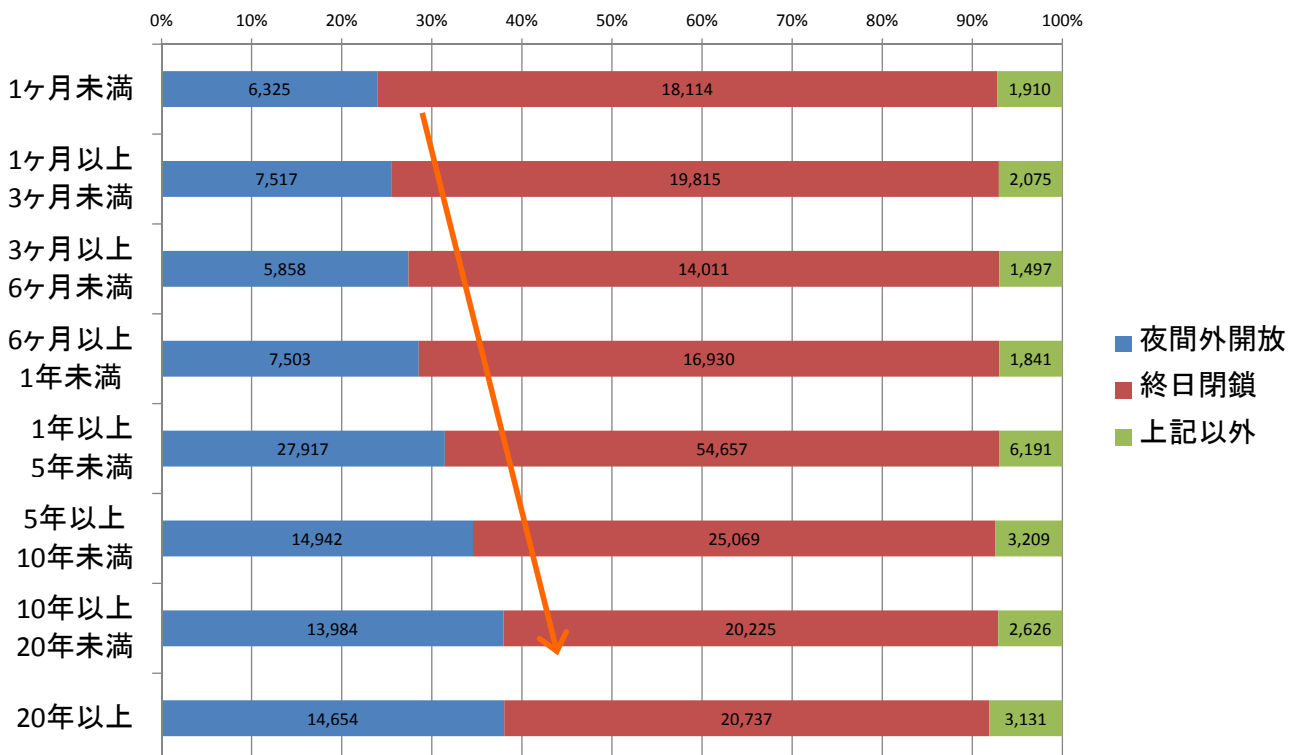
平成21年6月30日現在の病棟別・開放区分別届け出状況



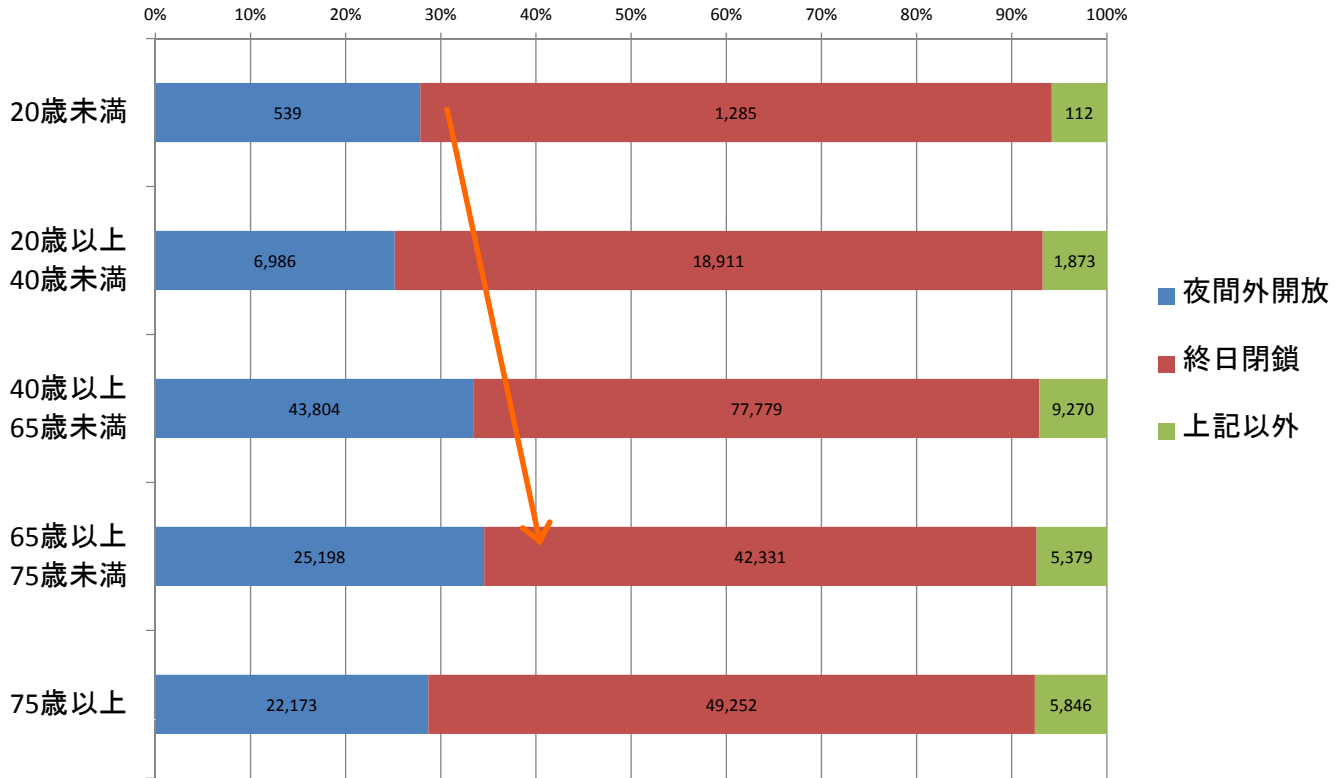
夜間外開放: 少なくとも日中の8時間程度は、病棟の出入り口に施錠していない病棟
 終日閉鎖: 原則として終日、病棟の出入り口に施錠している
 左記以外: 「夜間外開放」「終日閉鎖」に該当しない病棟

49
 (精神・障害保健課調べ)

在院期間別 処遇の状況



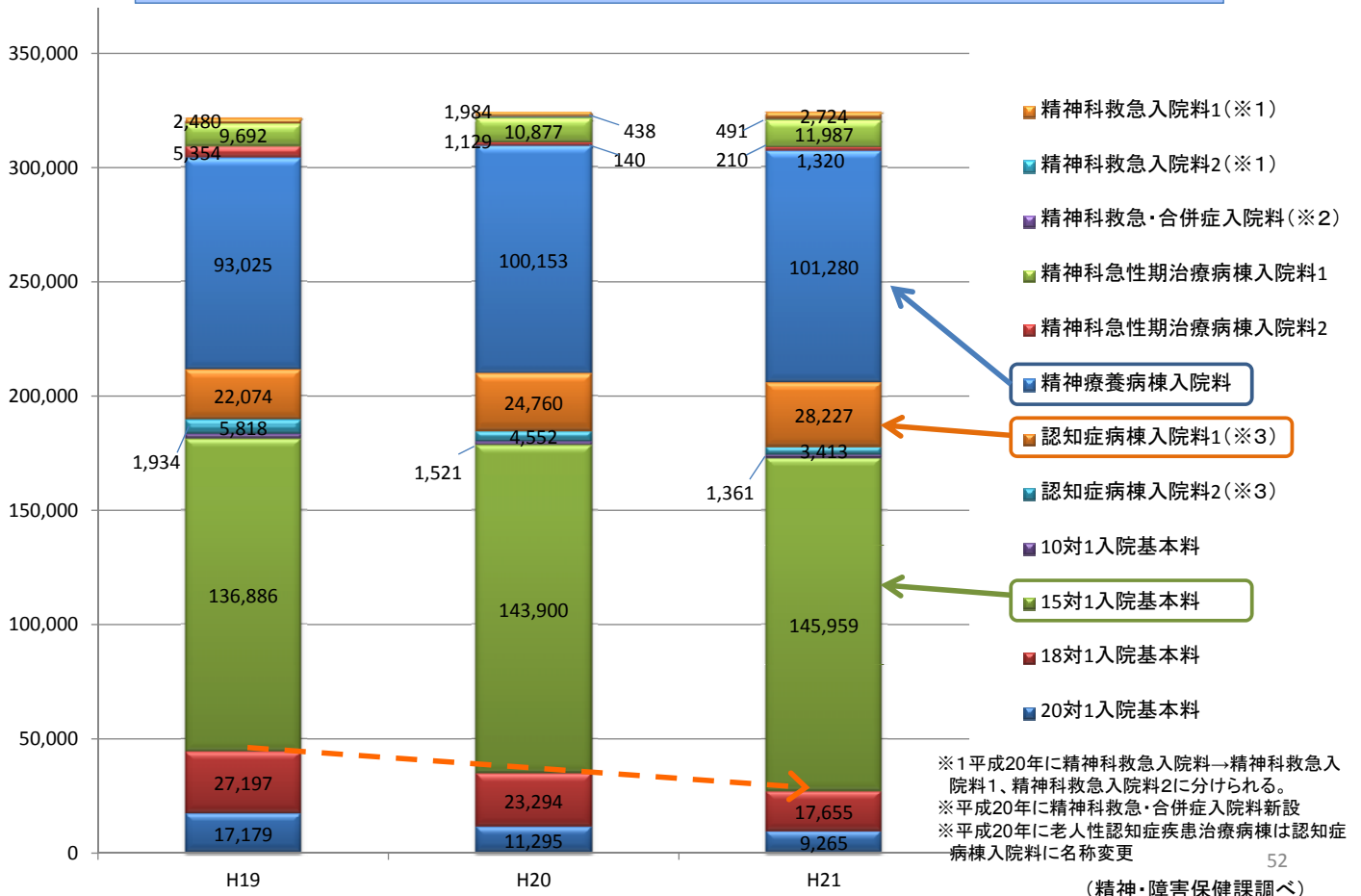
年齢階級別 処遇の状況



平成21年6月30日現在 精神保健福祉課調べ

51

届出別の精神病床数の年次推移



(精神・障害保健課調べ)

52

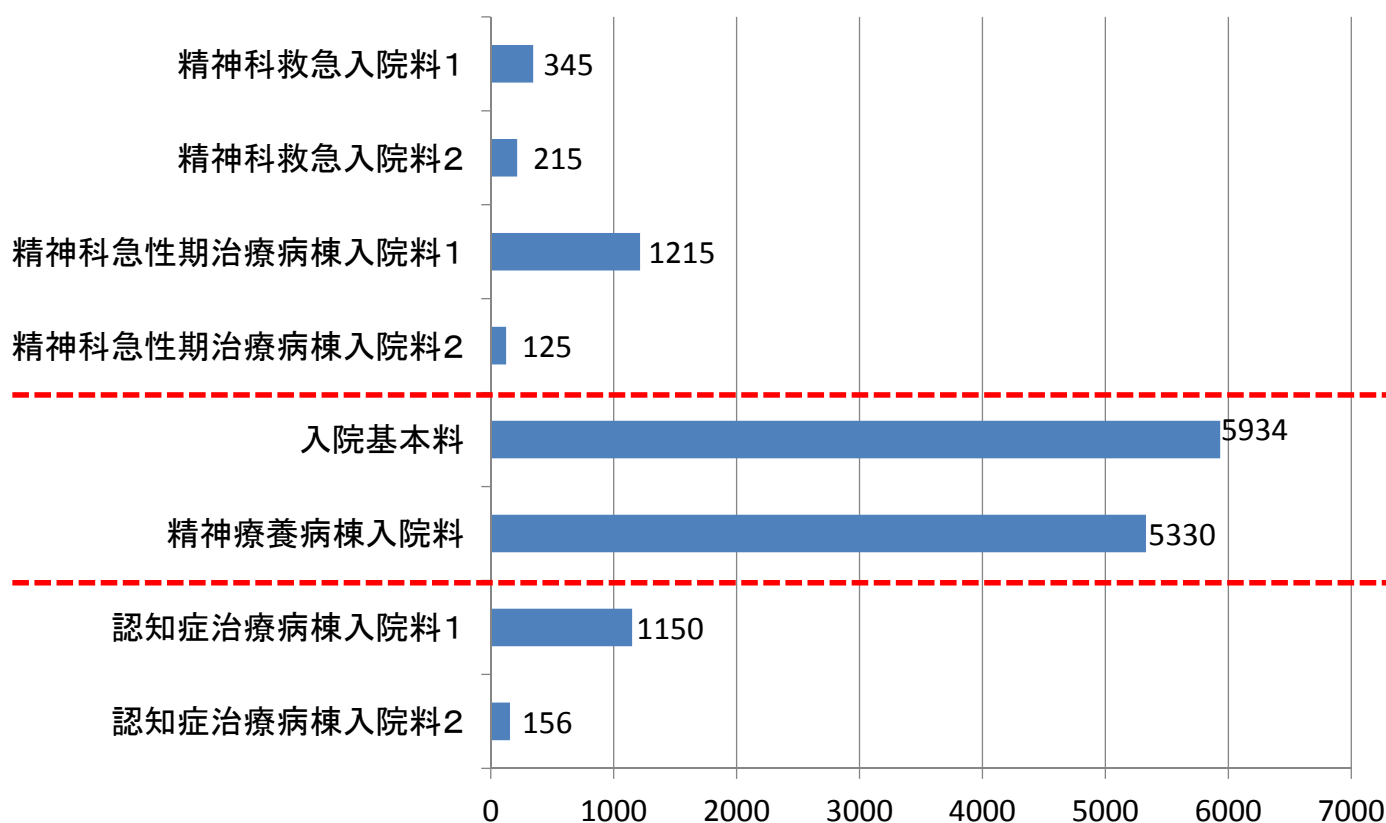
病棟種類別患者像(厚生労働科学研究)

精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究
(平成20～22年度 主任研究者 山内慶太(慶応義塾大学教授))

- ・概要:平成21年度 精神科の入院患者について、患者の状態像、ケア時間、レセプト等に関する調査を実施
- ・対象:102病院(民間90、自治体5、国立7)92病棟、分析対象 14,591人
- ・方法:調査項目や手引き等について、信頼性の検証を行った上で、主治医と看護師を対象としたアンケート調査を実施。
また、1病院あたり3病棟を対象に、5日間タイムスタディ、24時間タイムスタディを実施。

53

病棟種類別入院患者数

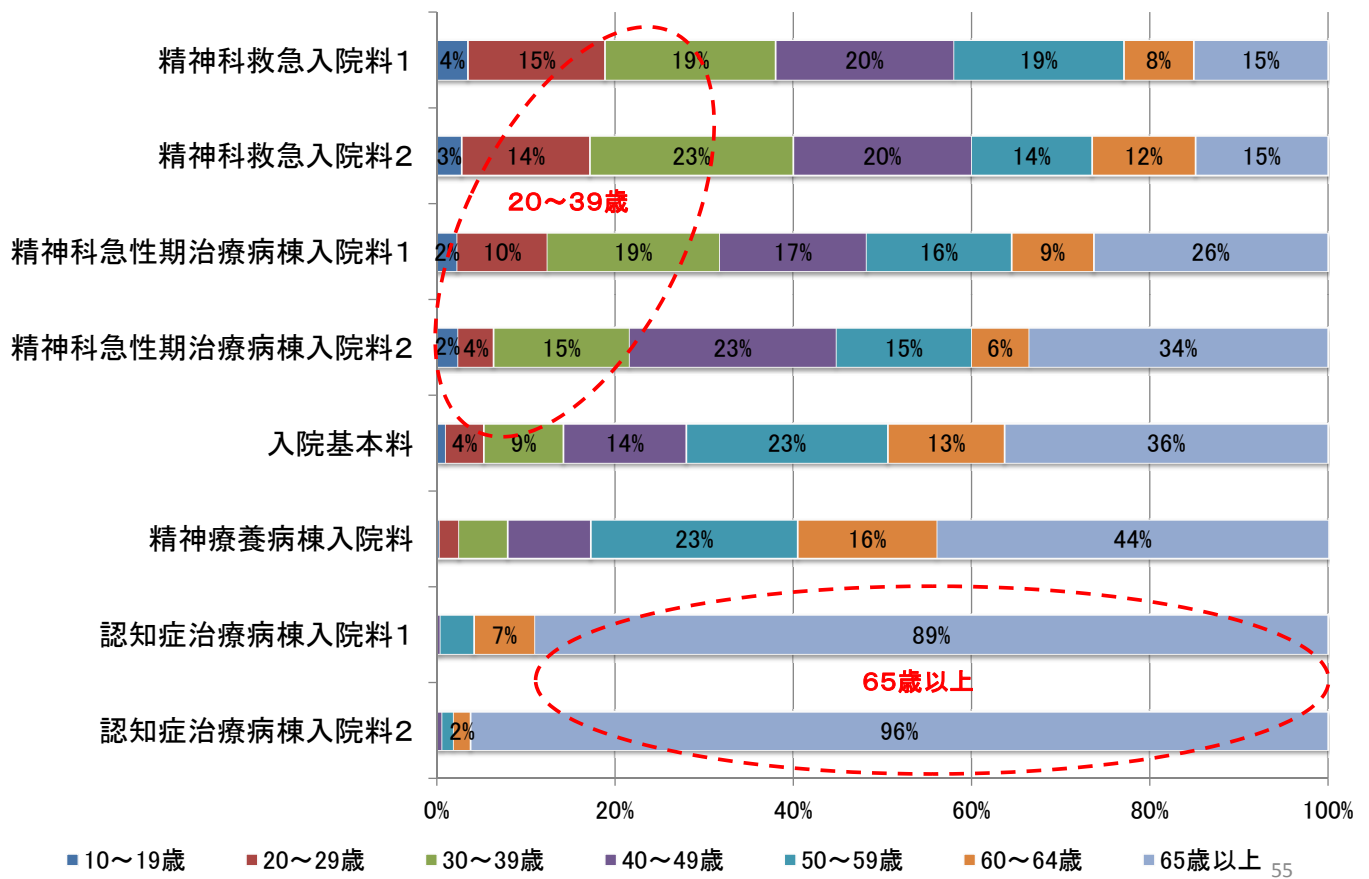


※「特別入院基本料」と「認知症病棟(介護保険)」は、入院患者数が少ないため除く。

54(人)

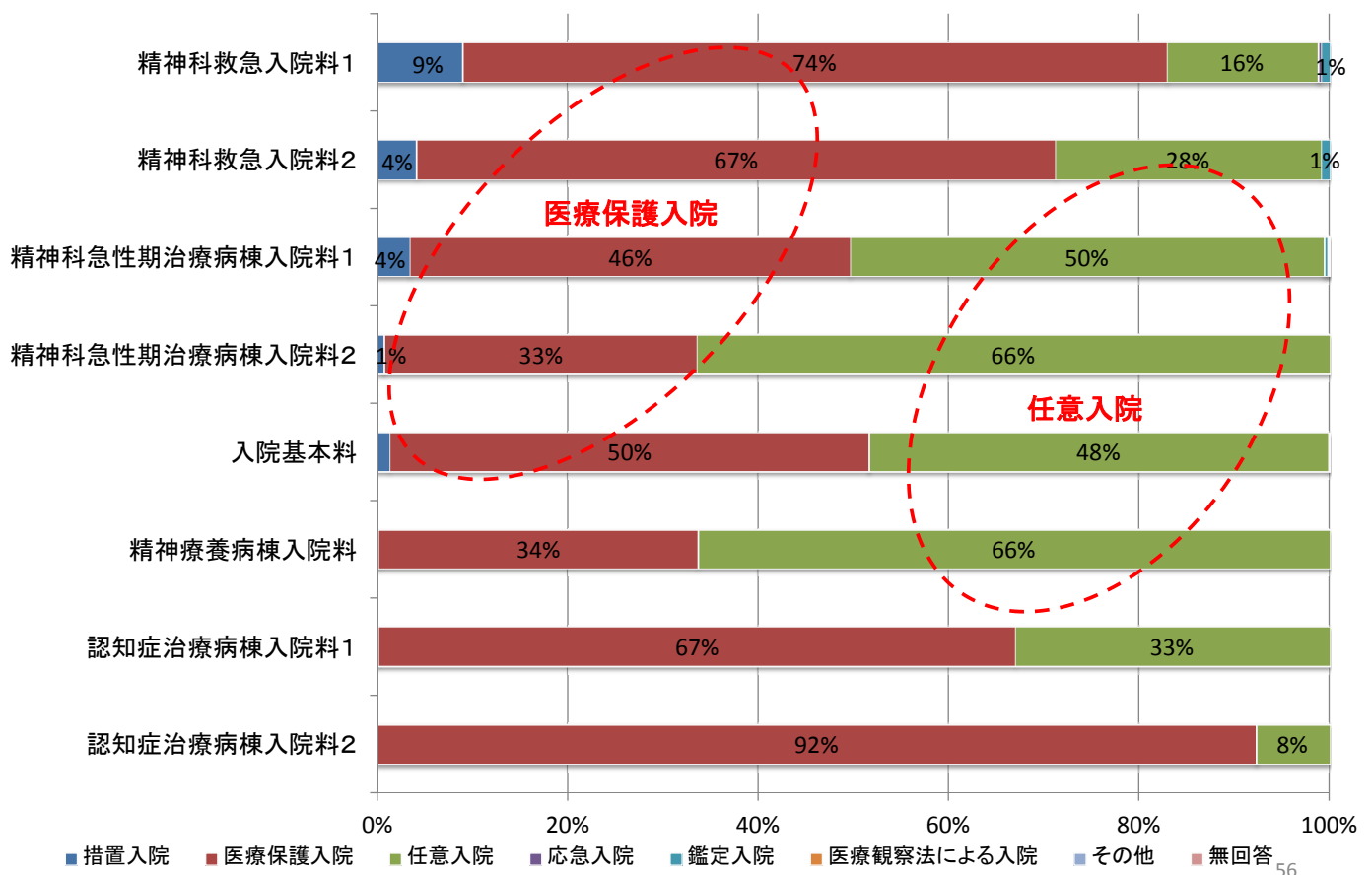
(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者:山内慶太 より作成)

病棟種類別年齢階級別入院患者割合



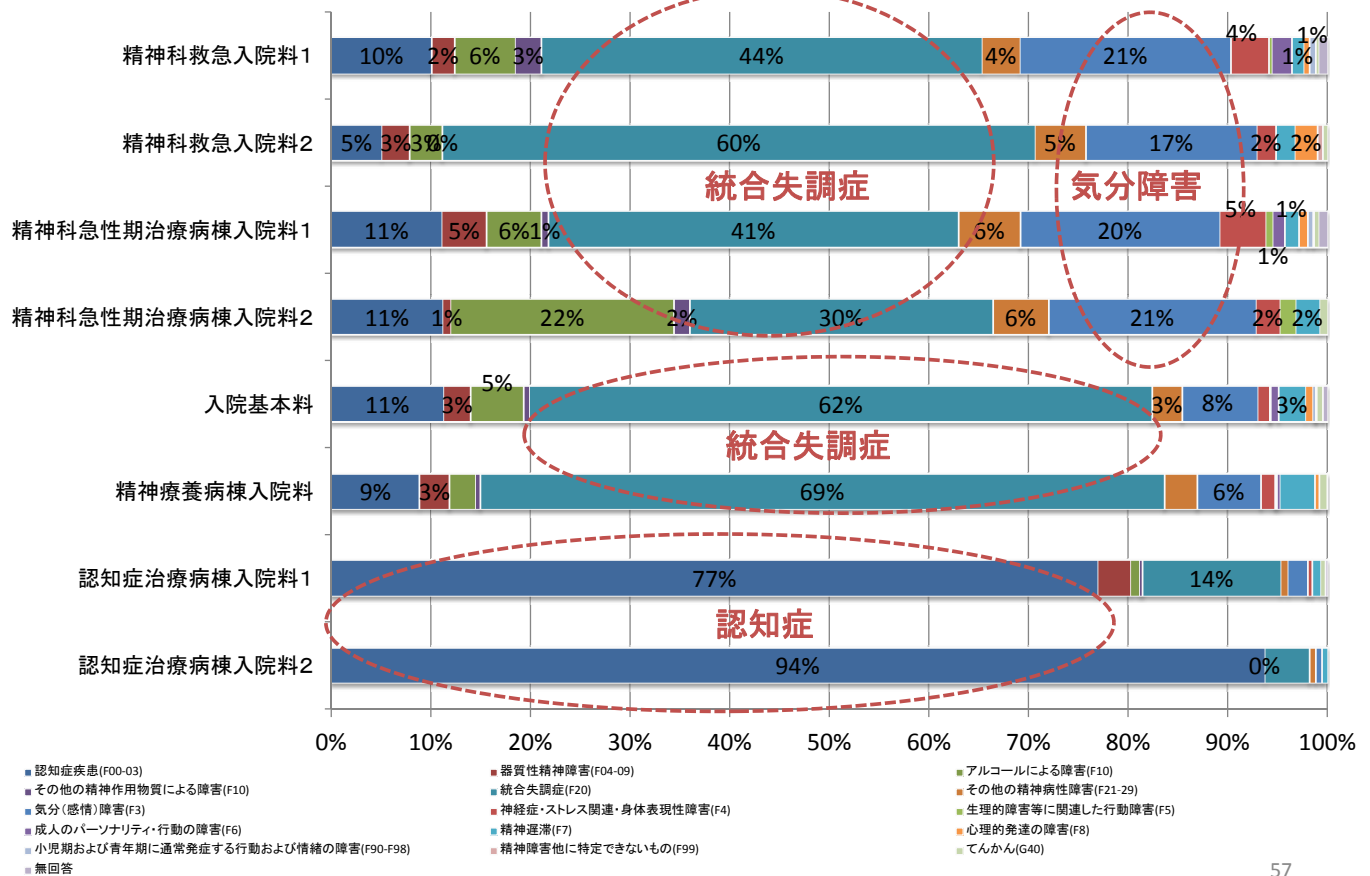
(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

病棟種類別入院形態別入院患者割合



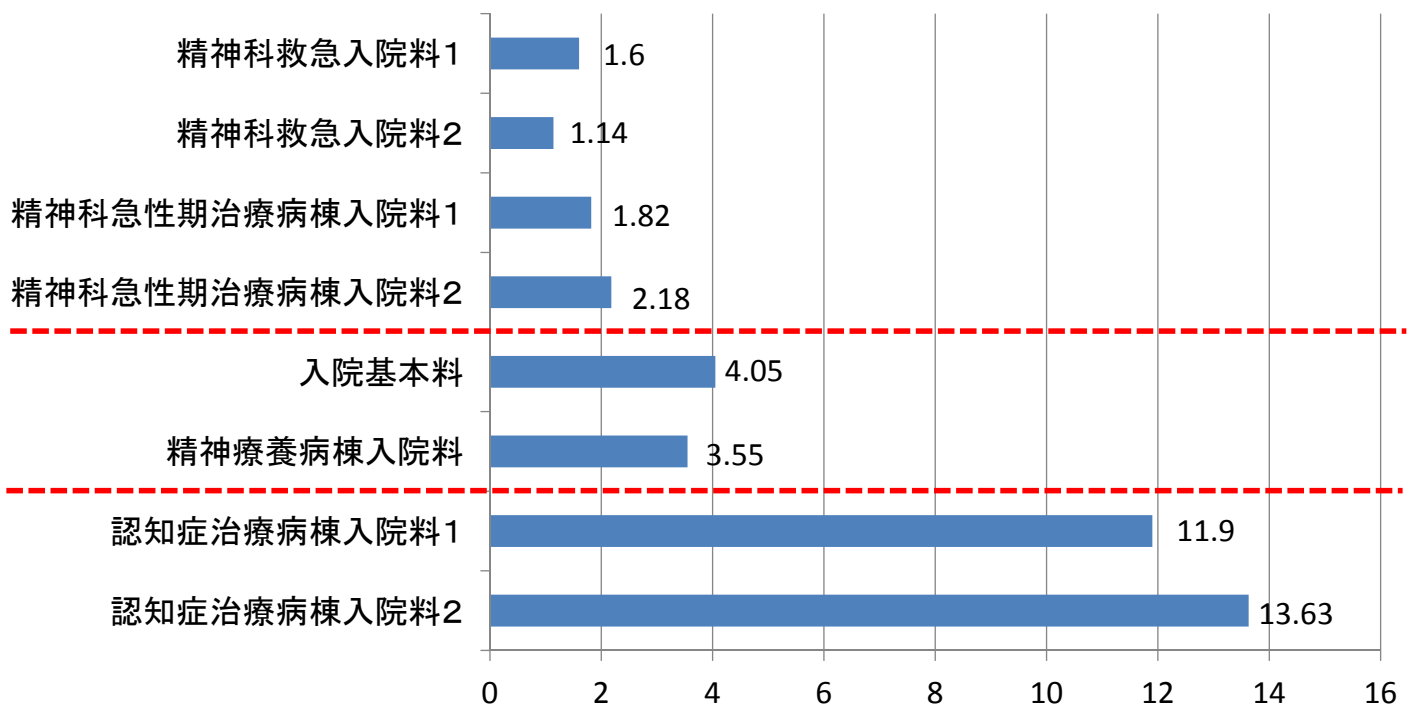
(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

病棟種類別疾病別入院患者割合



(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

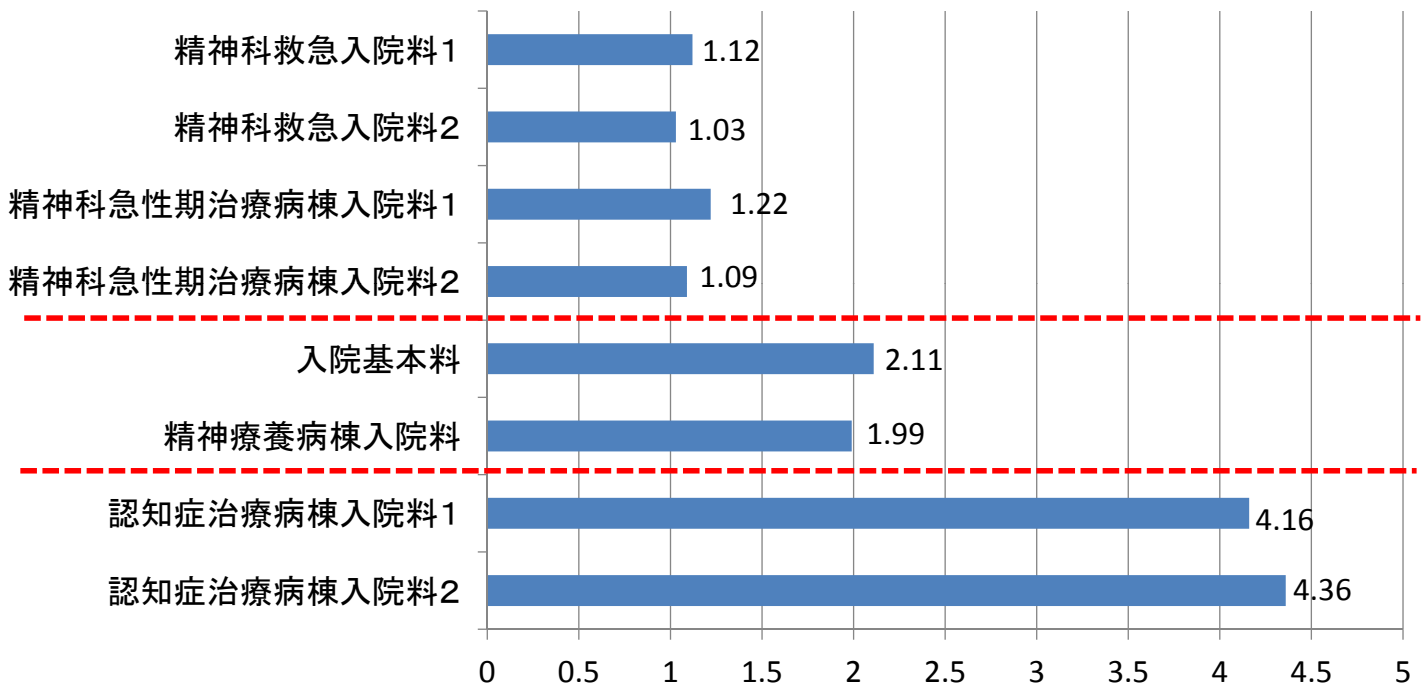
病棟種類別ADLの平均値



ADL: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用、個人衛生のそれぞれの項目について自立(0点)～全面依存(6点)として点数化。0点～30点の範囲で、数値が増加するほどADLの低下が認められる。

(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

病棟種類別CPSの平均値

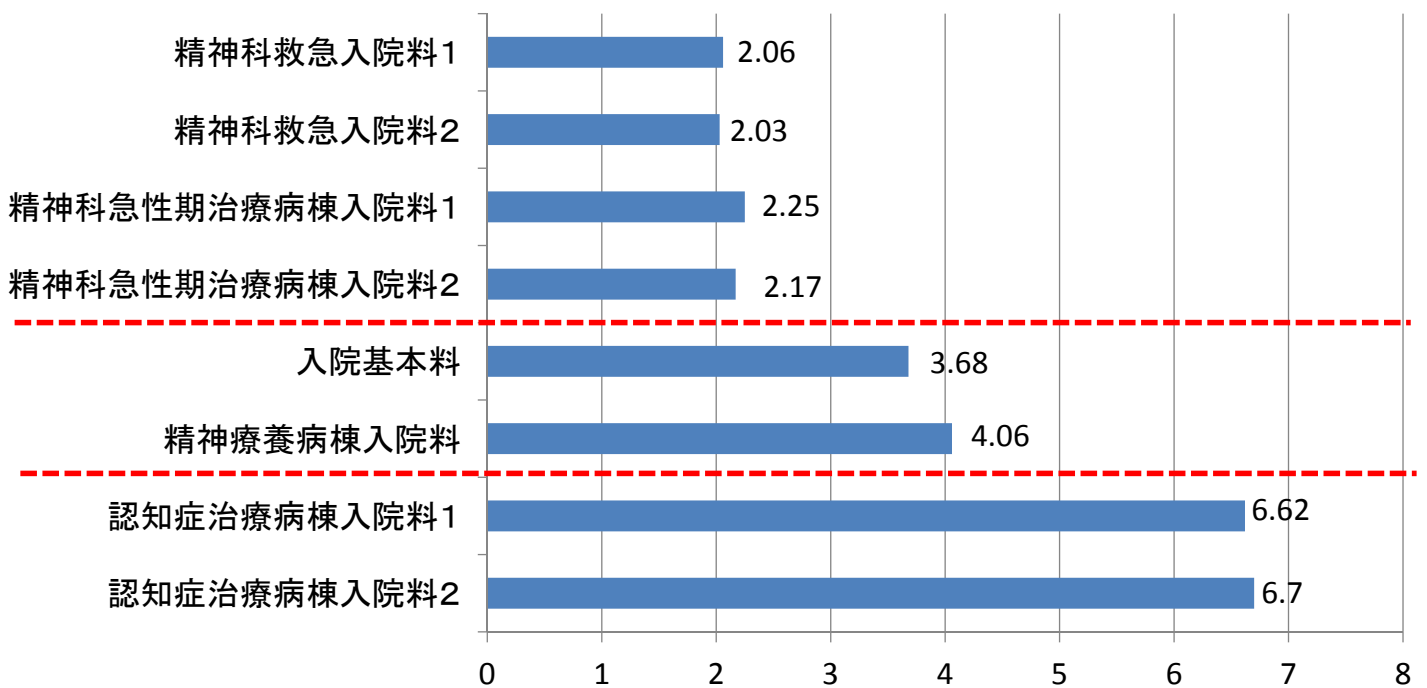


CPS; 認知活動評価尺度(Cognitive Performance Scale)の略語であり、短期記憶(0～1点)、日常の意思決定を行うための認知能力(0～3点)、自分を理解させることができる能力(0～3点)、食事の自己動作(0～4点)のそれぞれの項目において点数化。0～11点の範囲で数値が増加するほど認知活動の低下が認められる。

(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

59

病棟種類別IADLの平均値

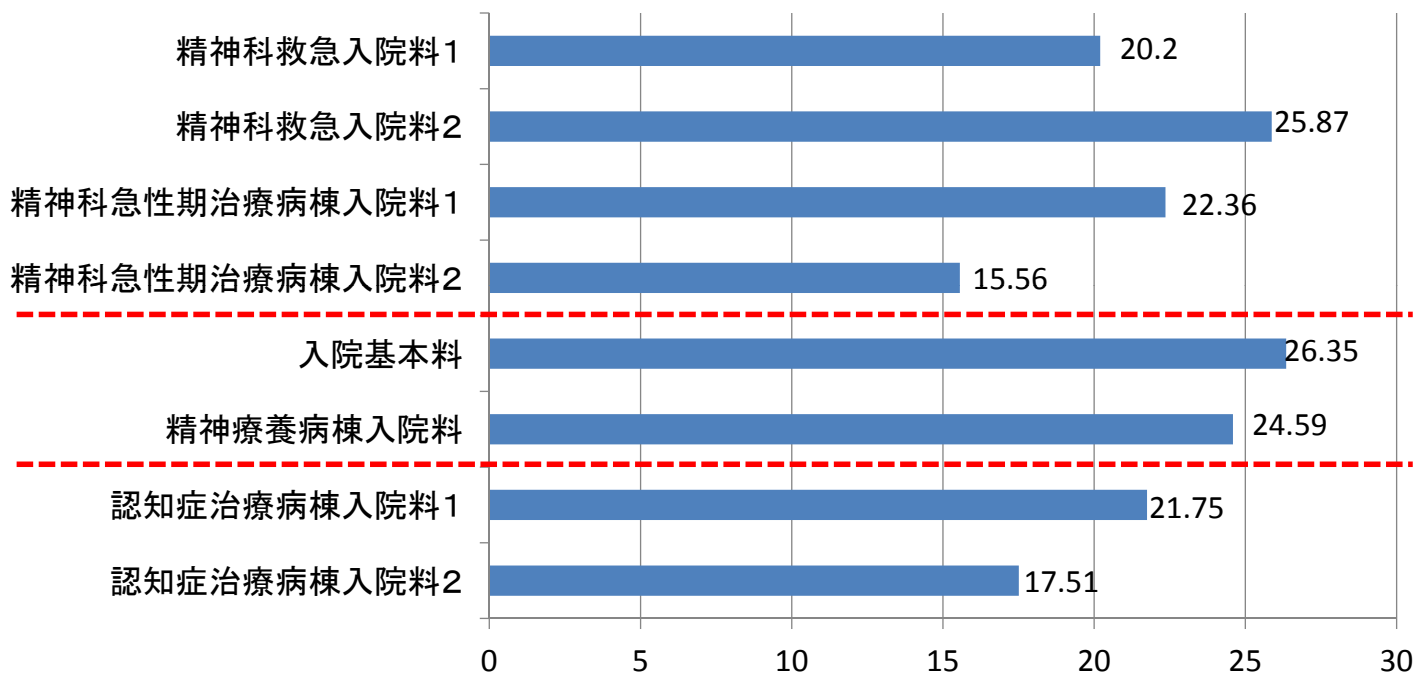


IADL; 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用、それぞれの7項目について問題ない(0点)～非常に困難(2点)として点数化。0点～14点の範囲で、数値が増加するほどIADLの低下が認められる。

(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

60

病棟種類別オックスフォード版BPRSの平均値

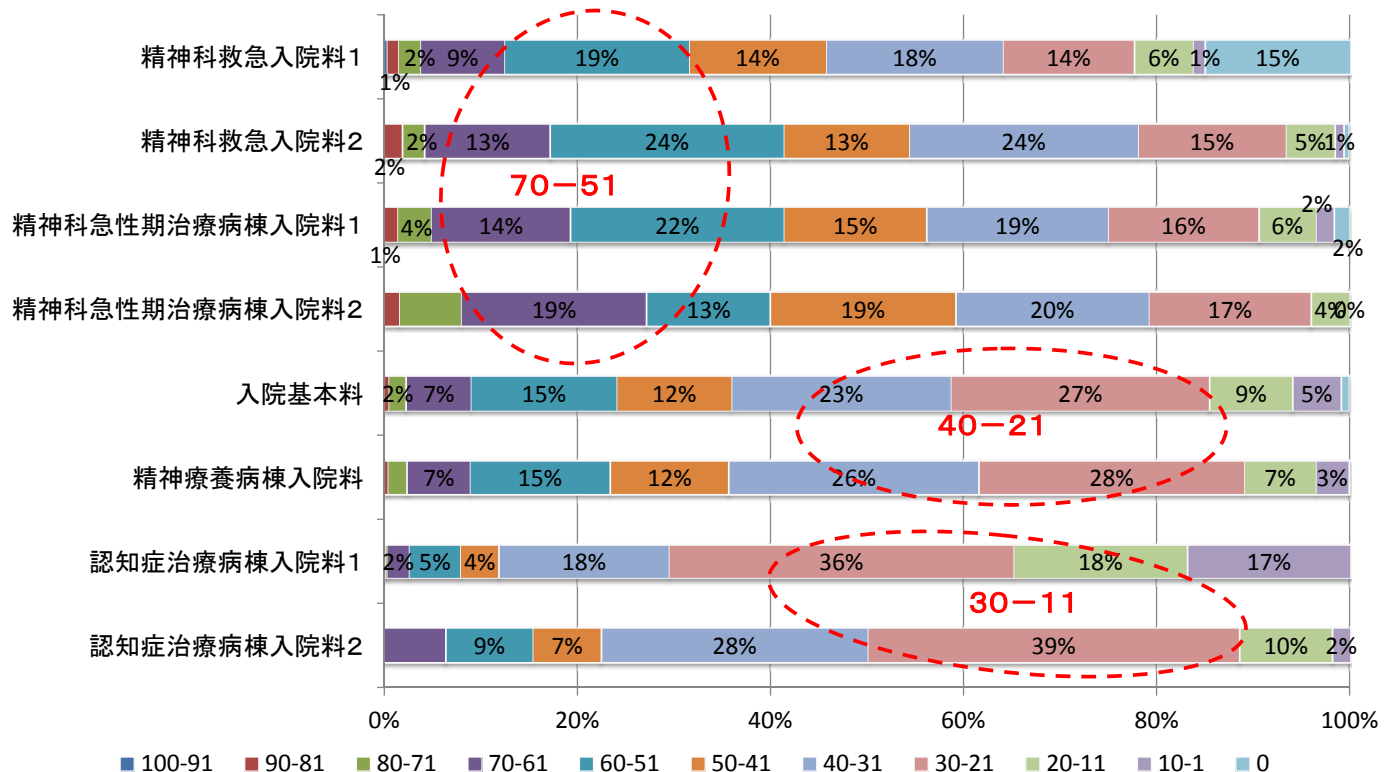


オックスフォード版BPRS; 多数の精神症状を包括的に把握するもので、精神症状18項目それぞれの重症度を、評価者の判断によって0点～6点の7段階で評価する。0～108点の範囲で、点数が増加するほど精神症状の悪化が認められる。

61

(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

病棟種類別GAFの分布



GAF; 機能の評価を0～100点でおこない、社会機能、心理機能等を総合的に把握するもの。

62

(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

病棟種類別の患者像の概要

○調査概要

調査対象: 102病院(民間90、自治体5、国立7)92病棟、分析対象 14, 591人

方法: 調査項目や手引き等について、信頼性の検証を行った上で、調査日を含む前後3日間の状態について、主治医と看護師を対象としたアンケート調査

○認知症病棟と精神科急性期病棟については、ある程度、機能分化が進んでいると考えられる。

○精神病棟入院基本料(出来高病棟)と、精神療養病棟では、他の病棟と比較して患者像が似ていた。

○本データは、入院時の状態像ではないため、治療途中や退院前の患者を含むことに留意する必要がある。

	認知症病棟 (※1)	精神科急性期病棟 (※2)	精神病棟入院基本料 (※3)	精神療養病棟
入院の主な原因疾患	認知症	統合失調症とうつ病	統合失調症	統合失調症
年齢	77.4±9.2	49.8±17.5	58.0±16.1	61.6±13.9
GAF	27.5±14.5	46.2±17.3	37.9±17.0	38.4±16.1
ADL	12.0±8.8	1.7±4.4	4.0±7.1	3.5±6.5
IADL	6.6±1.1	2.1±2.4	3.7±2.8	4.0±2.7
CPS	4.2±1.5	1.2±1.1	2.1±1.9	2.0±1.8
BPRS	21.0±15.3	21.9±15.7	26.3±16.2	24.6±16.0

(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者: 山内慶太 より作成)

(平均値±SD)

※1 認知症病棟 : 認知症病棟入院料1、認知症病棟入院料2、認知症病棟(介護保険)を合計したもの (N=1344)

※2 精神科急性期病棟: 精神科救急入院料1、精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科急性期治療病棟入院料2を合計したもの (N=1900)

※3 入院基本料 : 入院基本料、特別入院基本料を合計したもの (N=5993)

63

精神病床に入院している多様な患者状態像

