

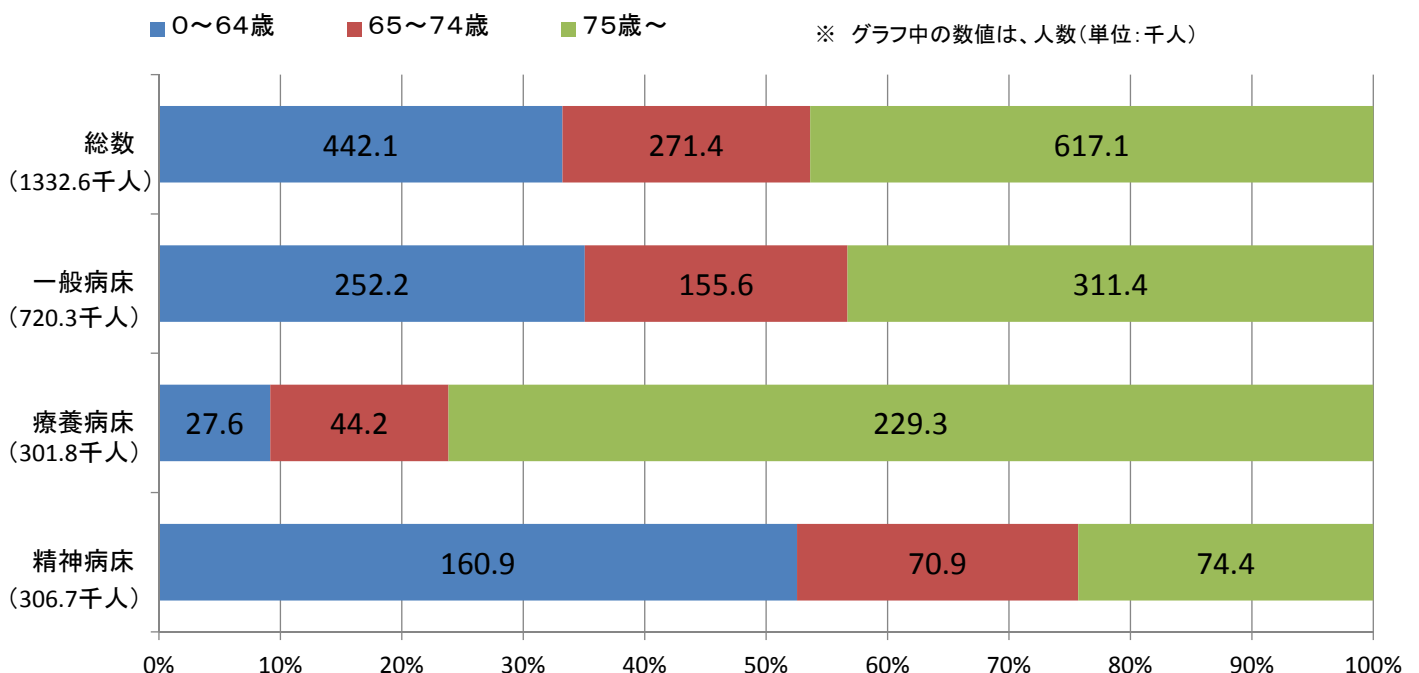
参考資料1 病床区分別の状況

社会保障審議会医療部会
平成22年12月2日資料(抜粋)

65

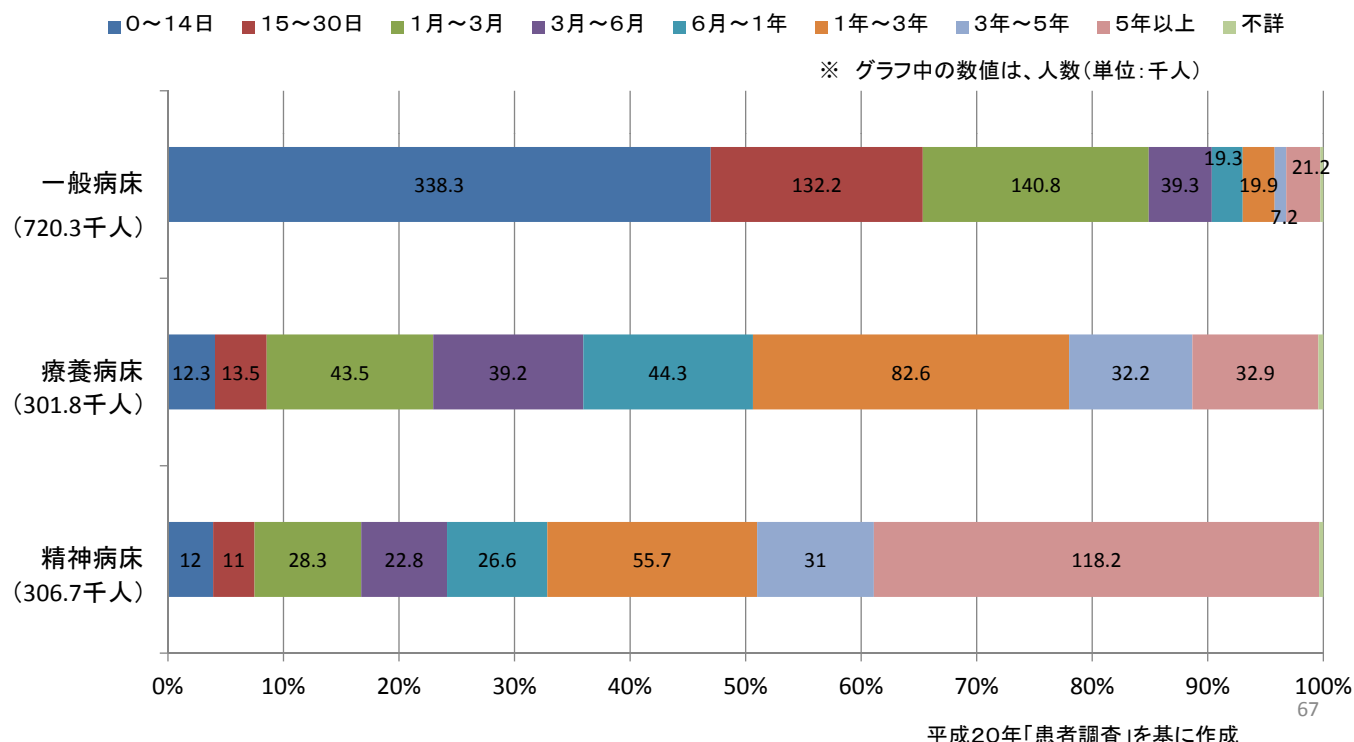
年齢構成別入院患者数(病院)

- 入院患者数は、一般病床が720.3千人、療養病床が301.8千人、精神病床が306.7千人
- 入院患者のうち、65歳以上の患者の割合は、一般病床64.8%、療養病床90.6%



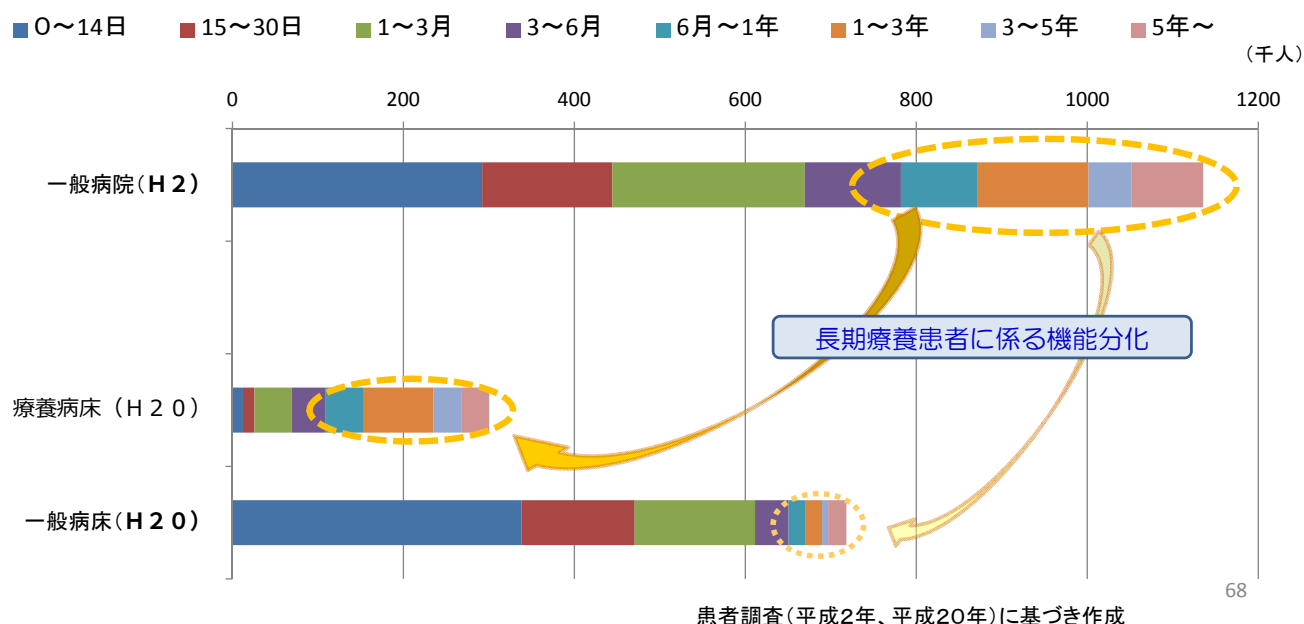
入院期間別入院患者数(病院)

○ 療養病床、精神病床にあっては入院から6月以上が経過している患者がそれぞれ3分の2、4分の3程度となっているが、一般病床においては9%強。



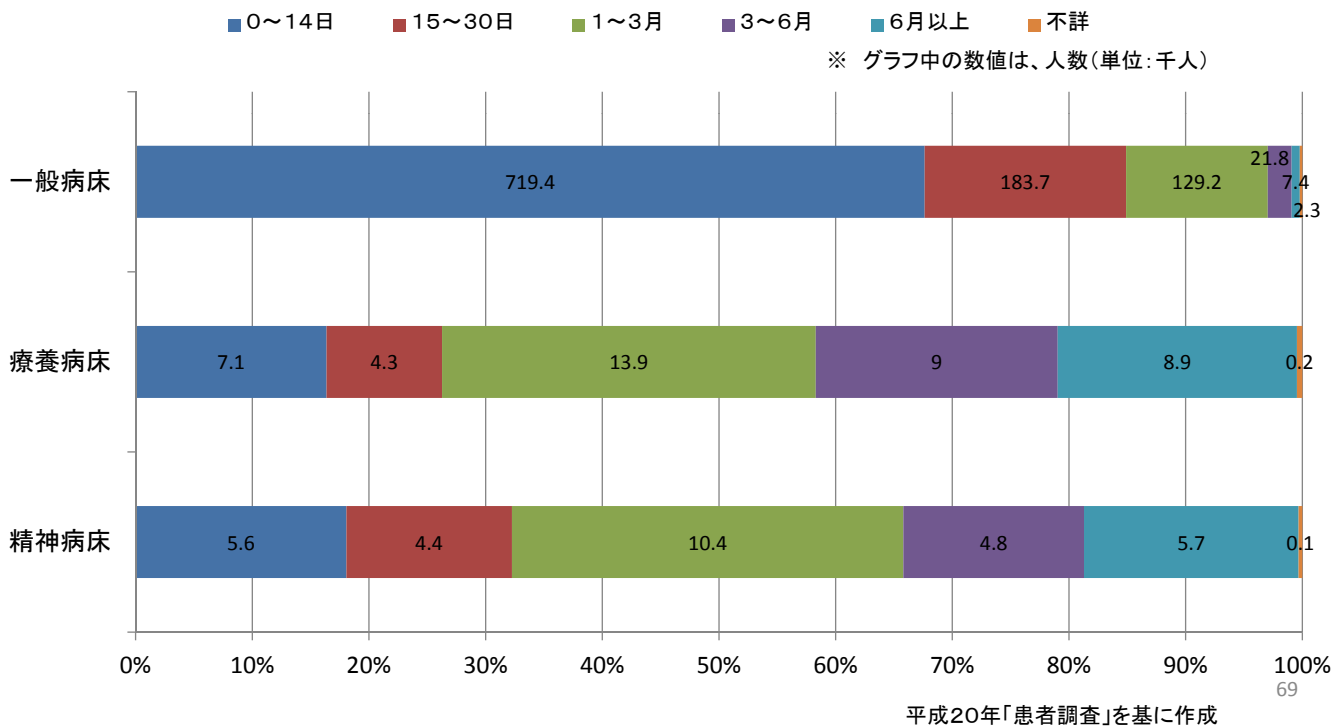
入院期間別入院患者数と一般病床・療養病床(病院)

- 平成2年患者調査(療養病床(療養型病床群)の制度化以前)によると、一般病院(精神病院(当時)、結核療養所以外の病院)の入院患者は1,137千人、うち31%が6ヶ月以上入院。
- 平成20年患者調査によると、一般病床と療養病床の入院患者合計は1,022千人、うち25%が6ヶ月以上入院。一般病床のみでみると、6ヶ月以上入院は9%強。
- 介護基盤の整備、平成2年のデータには総合病院等の精神病床を含むこと、患者像は期間のみで語りきれないこと等の留意点はあるが、全体としては、病床類型の機能分化によって、現在では長期療養を要する患者は主として療養病床で対応していると言える。



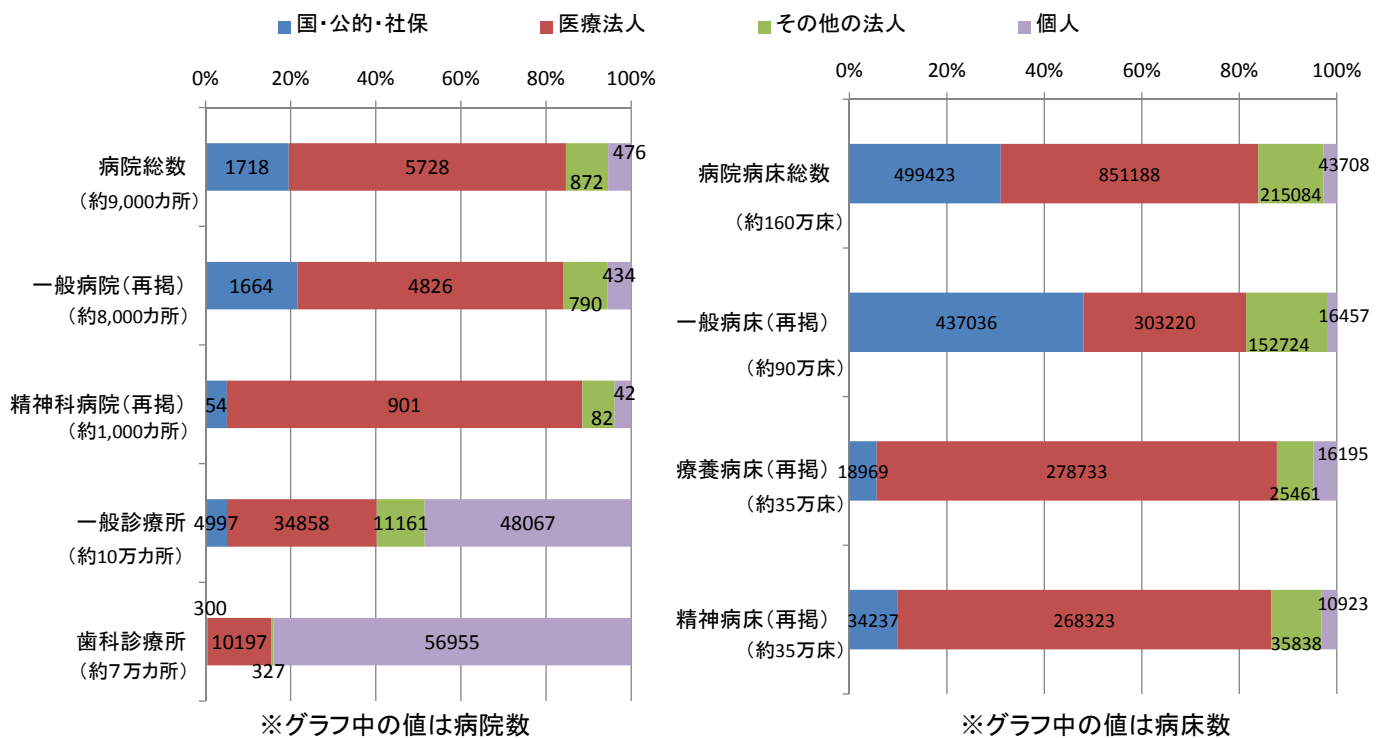
退院患者の在院期間別内訳(病院)

- 患者調査による1か月間(平成20年9月)の推計退院患者数は、一般病床が1063.7千人、療養病床が43.3千人、精神病床が31千人。
- 退院患者平均在院期間は、一般病床が21.1日、療養病床が213日、精神病床が347.7日。



開設者別の病院・診療所・病院病床数

- 病院のうち、医療法人立が65%、病床単位では、全体の53%、一般病床の33%、療養病床の82%、精神病床の76%になる。
- 一般診療所のうち医療法人立は35%、個人立は49%、歯科診療所のうち医療法人立は15%、個人立は84%。



参考資料2 チーム医療、地域連携パス 等

71

日本におけるリエゾン・チームの役割(例)

平成23年月11月
2日中医協資料

リエゾン・チーム

精神科医、精神看護専門看護師をコアメンバーとしてソーシャルワーカー、患者総合相談室看護師、薬剤師等から構成



<リエゾン・チームの主な介入内容>

精神科診断の実施・ストレス対処法の検討
身体・精神症状と人との関係に関する苦痛な体験の共有
精神症状の管理と症状悪化予防のための生活の構造化
症状の管理方法の話し合い
活用可能な社会資源の検討・調整
家族への精神的支援と助言
等

介入

介入群:31名

自己免疫疾患、悪性腫瘍、クローン病、腎・肝疾患などの慢性疾患で治療中の患者、もしくは精神疾患を持ちながら精神科病棟以外で治療を受けている18歳以上70歳以下でせん妄、認知症を除く総合病院に入院中の患者



【支援の基準】

- ①抑鬱が強く希死念慮を訴える ②気分変動が強い
- ③行動が落ち着かない ④ナースコールが頻回
- ⑤治療経過がスムーズにいかない
- ⑥医療者への不信任感 ⑦医療者に過度に依存
- ⑧身体症状の頻回な訴え ⑨何も喋ろうとしない
- ⑩自暴自棄になっている ⑪薬や注射の過度な要求
- ⑫回復への意欲がないように見える ⑬不眠が強い など

<手順>

病棟から精神科および精神看護専門看護師に相談依頼の提出→各々が単独で関わるものorリエゾン・チームで関わるものに分類→患者の状態とニーズに応じたリエゾン・チームを編成→チーム会議(主治医、病棟の受け持ち看護師、精神科医、精神看護専門看護師、ソーシャルワーカー、患者総合相談室看護師、薬剤師等)を週に1回実施→リエゾン・チームによる支援の希望の有無と研究協力について患者に意思の確認

<方法>

精神看護専門看護師が中心となり、

1回目 :患者の不安や抑鬱の体験の苦しさを共有し、その原因探索や対処法の検討を行う

2回目以降:症状軽減のための対処方法及び病氣や治療に応じた生活の再構築の検討などを週1回30分以上実施

72

日本におけるリエゾン・チームの介入効果(例)

【リエゾン・チームの介入効果】

評価項目	介入前	介入後
「BPRS※1」	49.37 (SD±9.69)	26.53 (SD± 4.95)
「LSP※2」	117.33 (SD±9.69)	介入後: 130.30 (SD±10.5) → <u>中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.45$, $p<0.05$)</u>
「CES-D※3」	37.90 (SD±11.96)	16.52 (SD± 5.90)
「SF-36※4」		
身体機能	48.71 (SD±31.14)	68.39 (SD±30.78)
日常役割機能(身体)	22.58 (SD±21.75)	48.19 (SD±20.42)
体の痛み	60.39 (SD±37.39)	69.71 (SD±30.24)
全体的健康感	16.33 (SD±17.51)	36.75 (SD±11.26)
活力	19.38 (SD±15.16)	46.88 (SD±11.34)
社会生活機能	24.17 (SD±23.66)	42.90 (SD±20.96)
日常役割機能(精神)	24.16 (SD±17.96)	46.11 (SD±19.78)
心の健康	32.17 (SD±70.55)	48.00 (SD±10.64)
介入前に比べ介入後に生活の質満足度が向上し、身体機能・日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、社会生活機能、心の健康で介入前後について <u>中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.49-0.92$, $p<0.001$)</u>		

※1 BPRS「簡易精神症状評価尺度: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1～7～最重度の7段階で医療者が評価」

※2 LSP「日常生活自立度質問紙:セルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーション、責任の5つの範囲、39項目を医療職者が評価」

※3 CES-D「一般人における自記式のうつ病の評価尺度:すべてで20項目あり、それぞれの項目を4段階で評価し、0～3点で評価」

※4 SF-36「健康に関連した QOLの自記式評価尺度:動作の困難度や充実感等の36問で構成され、100点満点で評価」

宇佐美しおり他:慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価ー精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割ー、
熊本大学医学部保健学科紀要第5号、2009

73

平成24年度診療報酬改定 チーム医療に係る診療報酬上の評価①

精神科リエゾンチーム加算の新設

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性を有する看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が多職種で連携した場合の評価を新設する。

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

[算定要件]

- ① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね 30 人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
- ② 精神科等の経験を5年以上有する所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ③ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のいずれか1名

74

退院支援・地域連携クリティカルパスの例

75

統合失調症急性期の入院医療パス(例)

	入院時	1週目	2～3週	4～6週	7～10週	アウトカム
検査 診断	血液検査			血液検査		
治療ケ ア方針	治療計画策定 家族への説明	治療チームへ の指針の策定	作業療法導入の 検討、家族面談	治療計画・治療チーム への指針、家族面談、 服薬指導導入やデイケ ア導入検討		自立的な生活
薬物 療法	非定型抗精神病 薬初回量投与	効果を見て投 与量上げる	効果を見て抗精 神病薬変更	不必要な薬の整理 薬物の効果を見てECT 検討	薬物継続	維持量
看護 ケア	自殺・興奮リス ク、睡眠食事把 握	同左	睡眠食事把握 不安への傾聴 他患との関係援 助	入院経緯の振り返り 外出・外泊の振り返り	服薬指導	服薬 自己管理
行動 範囲	病棟内静養	同左（興奮等 があれば一時 隔離室使用）	同伴外出	単独外出 外泊	退院日決定	自由
アウトカ ム	安全性確保	睡眠・休息 確保	睡眠/休息の量 的・質的確保、 食事・洗面入 浴・洗濯自立	外出・外泊の安定		退院

(出典: 土佐病院パス, 2003)

進化した統合失調症急性期の入院医療パス(例)

患者氏名:
 患者が抱える問題:
 (身体疾患、家族、経済、住居、他)
 今後の方針:

クリニカルパスガイドライン(2004年6月1日)

1. 目的(チーム医療、IC、患者中心)
2. 対象(一般室で過ごせる統合失調症)
3. 除外基準(興奮、混乱、保護室使用)
4. 使用方法(使用方法、評価、バリエーション)

	休息が必要な時期 (Ⅰ期:入院日~1週目)	安定をめざす時期 (Ⅱ期:2~5週目)	退院準備期 (Ⅲ期:6~8週目)	退院時 アウトカム
目標・アウトカム				
薬物療法 服薬指導				
行動制限	☐ レッド、 ☐ ピンク、 ☐ イエロー	☐ レッド、 ☐ ピンク、 ☐ イエロー、 ☐ グリーン	☐ レッド、 ☐ ピンク、 ☐ イエロー、 ☐ グリーン	
作業療法				
看護介入				
検査・栄養				
相談支援室				
バリエーション				
各期の評価				

(出典:土佐病院パス, 2007)

興奮状態による隔離室使用パス

	ステージ1-2 (隔離)	ステージ3-4	ステージ5-6	ステージ7-8 (解除)
行動範囲	隔離室 (拘束・施錠)	隔離室(施錠のみ) 隔離室(施錠・解放検討)	隔離室(食事・入浴時解放) 隔離室(短時間解放)	
薬物療法	☐ 投薬(初回量) ☐ 薬物の種類・投与経路の決定	☐ 非経口の場合は経口に切り替え ☐ 薬物継続(量・種類を随時検討)		
身体療法		m-ECTの検討(問題行動時・衰弱時)		
精神療法		☐ 受容的対応 ☐ 安心感と保証の提供	行動制限の理解獲得	
看護ケア		☐ 共感的傾聴 ☐ セルフケアレベルのチェック		
生活療法		☐ 隔離室にて洗面 ☐ テレビ・新聞	☐ (可能であれば) 服薬指導	
アウトカム		☐ 摂食・睡眠の確保 ☐ ナース援助で服薬可能	☐ 簡単な言葉のやりとり ☐ 観察下の更衣・入浴 ☐ 排泄の自立	

(出典:宮本病院)

退院促進クリティカルパス(単身生活・アパート)(例)

	退院導入期	退院準備期	退院時
医師	☐ 診察・面接 ☐ 退院支援に関して本人の意志確認 ☐ 退院への不安の確認	☐ 診察・面接 ☐ デイ・ケア見学	☐ 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	(身の回りのこと) ☐ 生活リズムを整える ☐ 1か月のやりくりができる ☐ 入浴準備ができる (時間の活用) ☐ 趣味をみつける ☐ 自転車の練習	(対人関係) ☐ 挨拶ができる (社会資源の利用) ☐ 銀行・図書館の利用 ☐ 金銭管理 ☐ 携帯電話の使用 (安全管理) ☐ 服薬遵守の方法 ☐ 火の後始末の方法	☐ 私物確認 ☐ 最終評価 ☐ 受診日確認 ☐ 看護計画評価
精神面の対応	☐ 心配事を話せる	☐ 心配事を話せる ☐ 安定した生活が送れる	
緊急時対応	☐ 不安なときの対応 ☐ 災害時の対応	☐ 対人トラブル時対応 ☐ 病院への対応	

(出典:西紋病院, 2009)

退院用クリティカルパス

	開始日(開講式)までに	導入期	退院準備期	退院前期
治療処置	☐ 同意書記入 ☐ スタッフ紹介	☐ 精神科的評価(LASMI, SECL)		☐ 精神科的評価(LASMI, SECL)
薬剤	☐ 薬物自己管理	☐ 薬物自己管理 ☐ 服薬指導	☐ 服薬指導	☐ 服薬指導
退院計画	☐ スタッフミーティング(主治医・病棟・外来・薬局) ☐ バリエーション検討			
デイケア			☐ スタッフとの面談	☐ 依頼箋 ☐ 申込書 ☐ DC体験エントリ2W前
退院前訪問指導		☐ 訪問指導第1回目 ☐ 訪問指導第2回目	☐ 訪問指導第3回目 ☐ 訪問指導第4回目	☐ 訪問指導第5回目 ☐ 訪問指導第6回目
試験外泊			☐ 外泊 1泊2日	
アウトカム	☐ 退院支援計画への理解(納得)	☐ 良好な睡眠と休息等	☐ 意欲, 活動性の改善 ☐ 発病状況への気づき	☐ 単身生活で通所できる ☐ 再燃, 再発予防の理解

(出典:荒尾こころの郷病院)

再入院防止クリティカルパス（例）

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	☐ 通院・服薬ができる ☐ 作った生活リズムを崩さない	☐ 生活ベースに慣れる ☐ 外来スタッフと話せる	☐ 生活ベースの確立 ☐ 通院・服薬の必要性を理解 ☐ 外来スタッフに自発的に相談	☐ 生活の幅の拡大 ☐ 通院・服薬の必要性を理解 ☐ 外来スタッフに自発的に相談
基本的生活の援助	☐ ADLの変化の確認 ☐ 生活状況を把握			
通院・服薬の援助	☐ 通院・服薬の重要性の説明 ☐ 服薬時間の適切性を把握	☐ 服薬に支障をきたす要因に対応 ☐ 受診状況の把握		☐ 処方変更に伴う不安への対応 ☐ 単独での通院可能性の検討
社会生活の援助	☐ 自立支援医療制度の申請の検討 ☐ 精神保健福祉手帳の申請の検討 ☐ 障害年金申請の検討	☐ ケアカンファレンスの開催 ☐ 関係機関との連絡	☐ 社会参加の状況を把握 ☐ 社会参加に向けた社会資源の検討	☐ 社会参加の状況の再評価
家族への援助	☐ 不安の傾聴 ☐ 家族の本人への接し方を評価		☐ 本人への対応についてのアドバイス	☐ 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

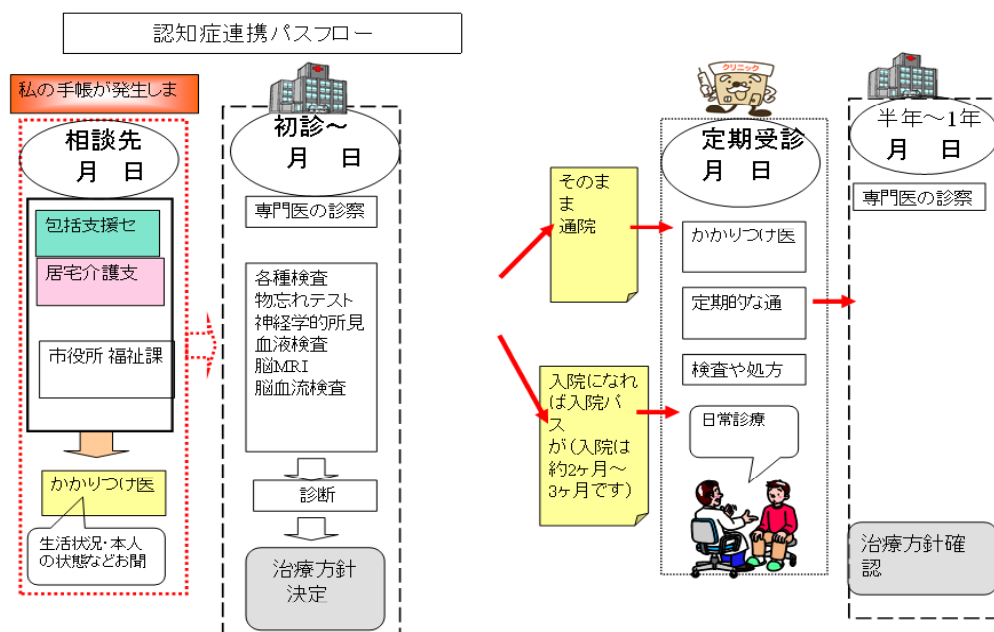
（出典：揖保川病院，2009）

あったか手帳

地域連携クリティカルパス



開始日
平成 年 月 日



資料提供：山田明美氏（佐久総合病院地域医療連携室）

精神科地域連携クリティカルパス(イメージ) —かかりつけ医が精神科紹介時に患者に手渡す—

表紙



表紙裏

<使い方>
患者用
...
精神科医
...
精神科医氏名
...
連絡先:

患者・関係者

・患者氏名:
・かかりつけ医氏名:
連絡先:
・精神科医氏名:
連絡先:

診療情報
(かかりつけ医が紹介時に記載)

既往歴

内服薬
(身体科)

うつ等治療方針
(逆紹介時に精神科医が記載)

診断

精神科治療経過

今後の方針

特記事項

クリティカルパスシート本体
(地域連携診療計画書イメージ)

	逆紹介日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	処方変更	1年	処方終結	...
問診・診察(2項目)	○	○	○	○	●	○	●	...
症状評価		○		○	●	○	●	...
服用状況確認	○	○	○	○	●	○	●	...
処方薬変更・中止					●		●	...

○: かかりつけ医 ●: 精神科医

患者・家族セルフチェックシート
(アウトカム)

	逆紹介日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	処方変更	1年	処方終結	...
症状								...
服薬								...
...(下記※参照)								...

◎: とてもよい ○: よい ×: よくない

通信欄
精神科医→
かかりつけ医

症状の特徴:

増悪時のサイン:

ご本人との約束事項:

どんな時に紹介が望ましいか:

通信欄
かかりつけ医→
精神科医

精神科受診依頼ポイント:
(増量・減量・変更・他)

裏表紙

(必要であれば追加)

作成者

※生活能力・身体評価: 精神状態、症状管理、服薬管理、睡眠コントロール、食事、清潔、金銭管理、対人関係、疼痛、活動意欲

参考資料3 施設の状況 等

病院・診療所・主な高齢者関連施設の 人員配置基準の比較

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

	病院・診療所				介護老人 保健施設	特別養護老人 ホーム
	一般病床	療養病床				
		医療保険	介護保険	転換病床※1 平成24年 3月末まで		
医師	16：1	（病院） 48：1 （診療所） 1以上		96：1	100：1以上 常勤1以上	必要数 （非常勤可）
看護	3：1	医療法施行規則本則上は4：1※2 ただし、平成24年3月末までは6：1		看護・看護補助 あわせて3：1 うち、看護が 1／3	看護・介護が 3：1以上 うち、看護が 2／7	看護・介護が 3：1以上 うち、看護は 以下のとおり （左は入所者数） 0～30 ：1以上 31～50 ：2以上 51～130 ：3以上 131～ ：3+50：1
看護補助 ・介護	—	※3 同上	※4 同上			

- ※1 転換病床については、構造設備基準に係る経過措置も講じられている。
- ※2 診療所の療養病床については、平成13年改正の経過措置により看護・看護補助あわせて2:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。また、当該規定についても、経過措置により、平成24年3月末までは、看護・看護補助あわせて3:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。
- ※3 診療報酬では、①療養病棟入院基本料2として25:1(医療法方式では5:1に相当)まで評価、②有床診療所療養病床入院基本料として6:1まで評価している。
- ※4 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準で6:1と規定している。

85

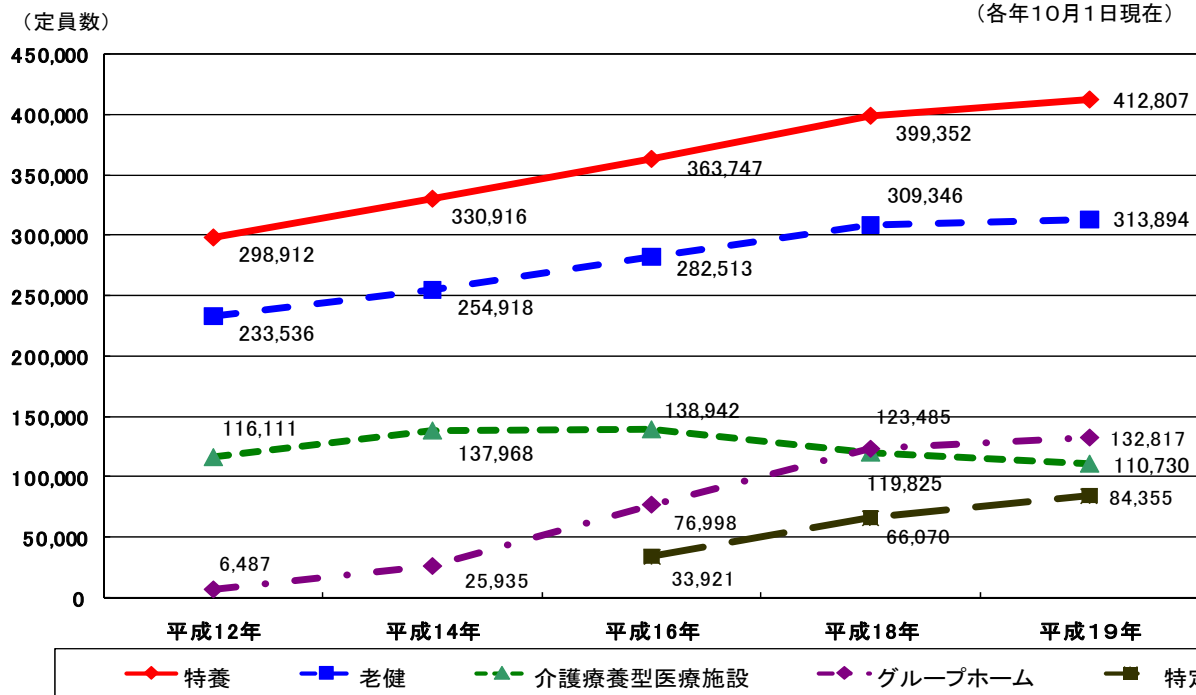
介護保険施設等の概要

		介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)注1)	老人保健施設	介護療養型医療施設	特定施設(有料老人ホーム、ケアハウス等)注1)	認知症高齢者グループホーム
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリテーション施設	重医療・要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活起居
医療	外付	・一部の医学管理 ・検査、投薬、注射 ・処置、手術	・一部の検査、投薬、注射 ・一部の処置、手術	・専門的な投薬、注射 ・一部の処置、手術	・医学管理(在宅末期医療総合診療科を除く) ・検査、投薬、注射 ・処置、手術	・医学管理 ・検査、投薬、注射 ・処置、手術
	内付	・一部の医学管理	・一部の検査、投薬、注射 ・一部の処置、手術	・基本的な検査、投薬、注射 ・一部の処置	—	—
人員配置	医師	必要数	100:1 (常勤1以上)	3人以上 (48:1以上)	—	—
	看護職員	0~30:1以上 31~50:2以上 51~130:3以上 131以上:3+50:1	3:1で看護・介護職員を配置(うち7分の2程度を標準)	6:1以上	50:1 (1以上)	—
	介護職員	看護・介護職員を3:1以上で配置	看護・介護職員を3:1以上で配置(うち7分の5程度を標準)	6:1以上	看護・介護職員を3:1以上で配置(1以上)	3:1以上 (夜間1人以上)
施設数		6,015	3,500	2,252	2,617	9,292
定員数		422,703	319,052	99,309	97,645 (注2)	132,069 (注2)

(注1) 介護老人福祉施設及び特定施設の施設数及び定員数(利用者数)は、地域密着型施設を除いた数字である。
(注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。
(資料出所) 施設数、定員数(利用者数)については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成20年10月1日時点)。

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料を一部改変)

施設・居住系サービスの定員数の推移

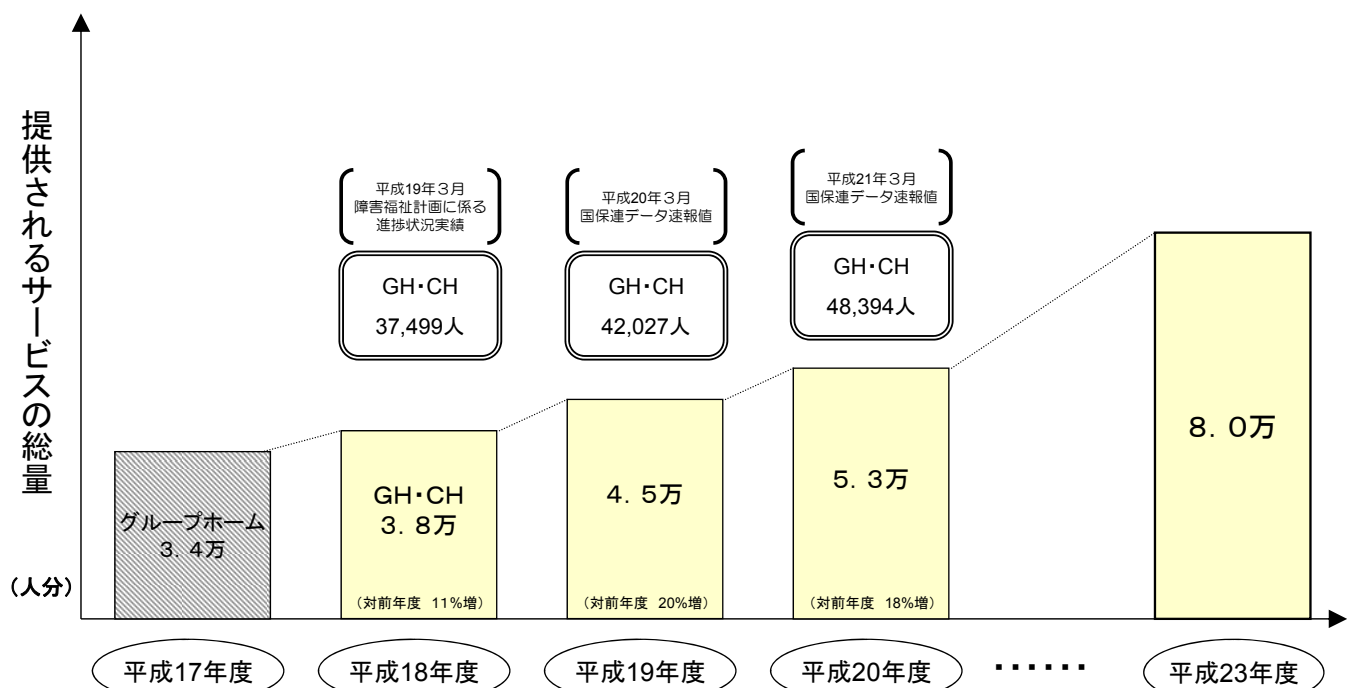


- (注) 1 特定施設については、利用者数である(平成14年以前の統計は存在しない)。
 2 特別養護老人ホーム及び特定施設の平成18年及び19年の数字は、それぞれ地域密着型(定員29人以下)のものは含まない。

(出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

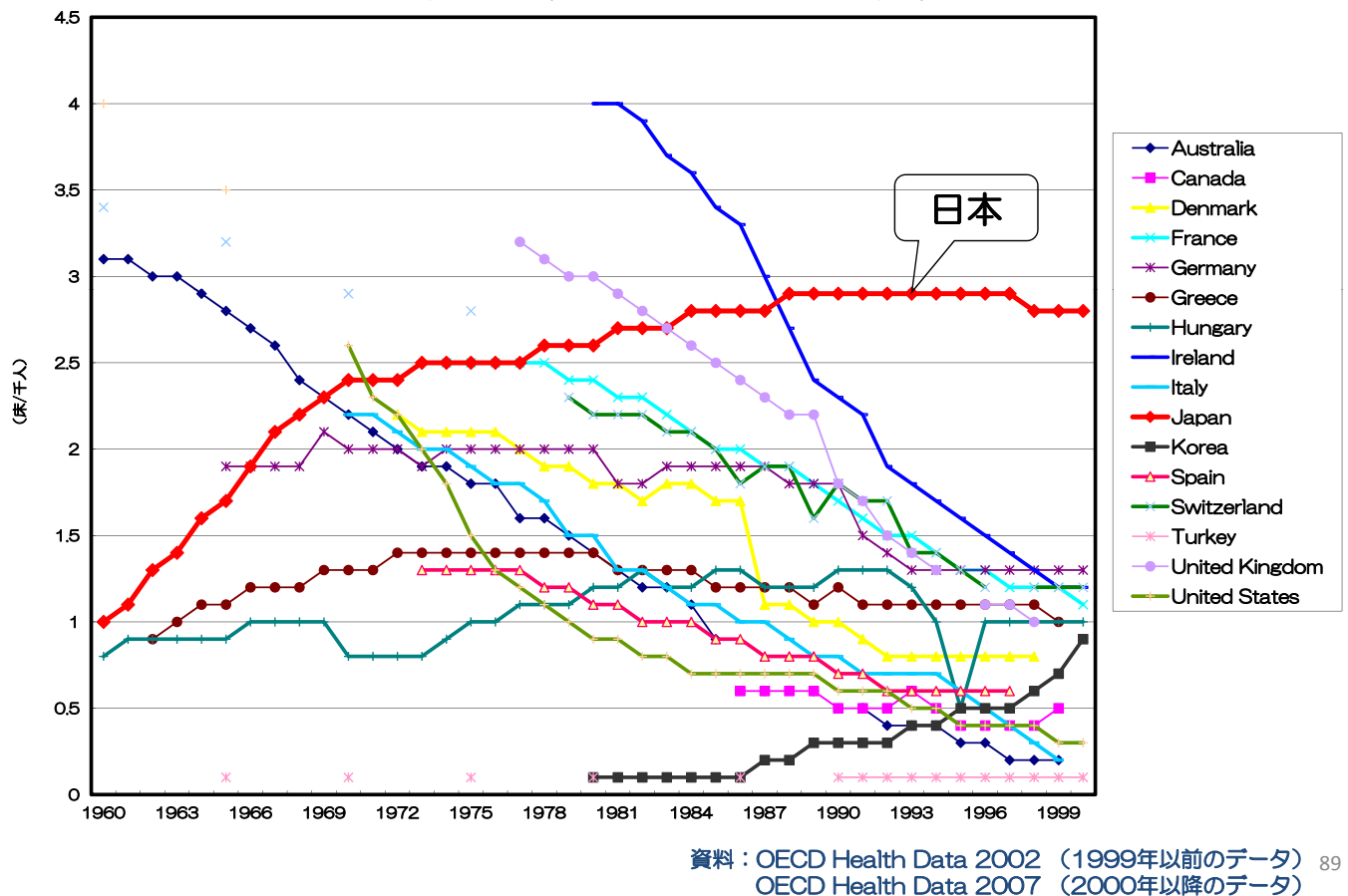
87

障害福祉サービス見込量の推移 (居住系サービス)



88

病床数（諸外国との比較）

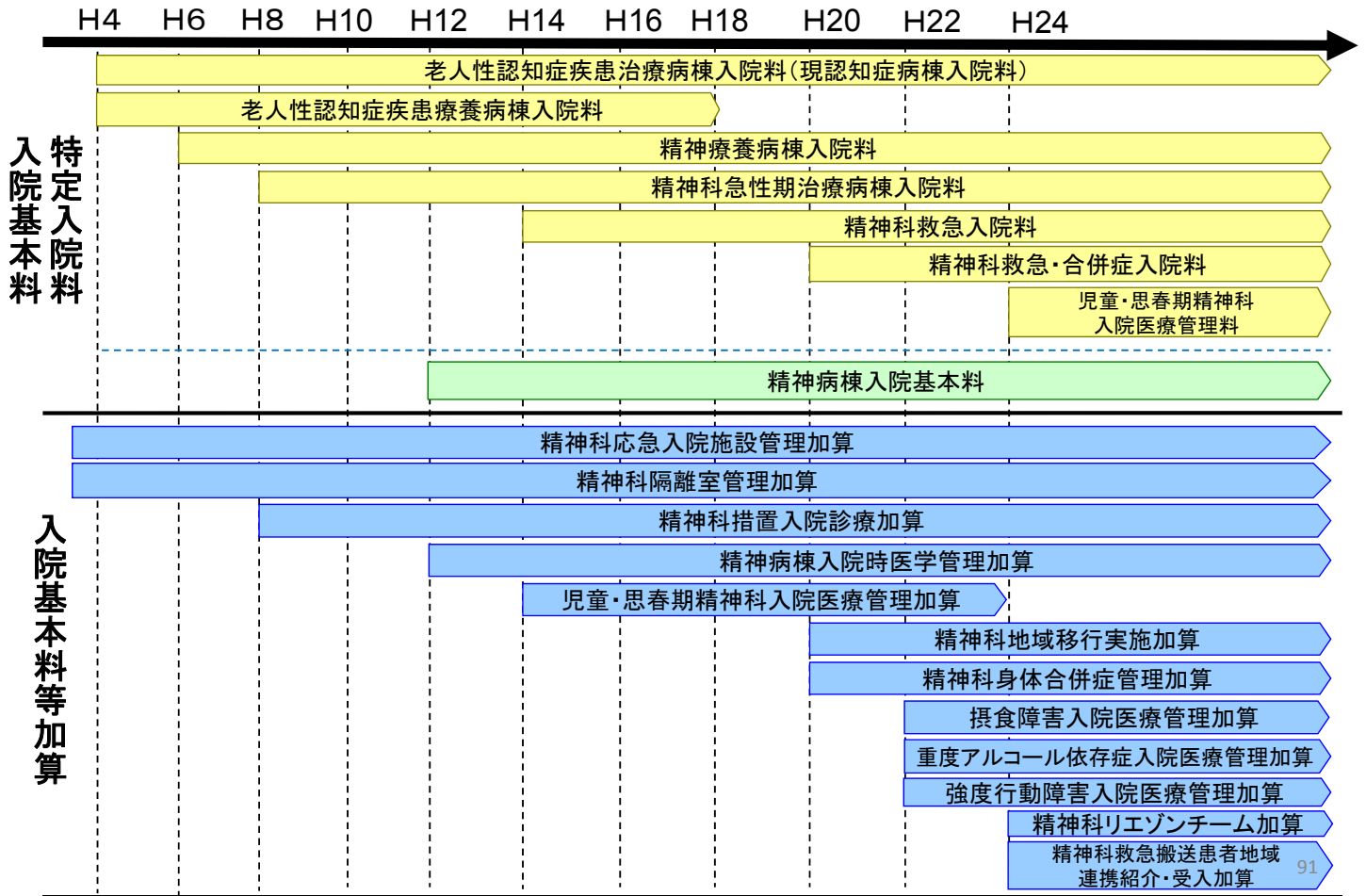


精神科医療提供体制の国際比較

日本は精神病床が多く、精神科医の割合が少ない

	精神病床 人口万対	精神科病 院以外の 精神病床 割合 (%)	精神科医		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	27.5	9.4	30.2	59.0	4.8	5.0	56.8
アメリカ	7.7	59.7	13.7	5.6	6.5	11.8	33.6	2.8
イギリス	5.8	-	11.0	5.3	104	0.6	58.0	1.0
イタリア	4.6	100	9.8	4.7	32.9	1.4	2.7	6.3
カナダ	19.3	53.0	12.0	16.1	44.0	4.4	-	-
ドイツ	7.5	40.0	11.8	6.4	52.0	1.4	-	-
フランス	12.0	41.7	22.0	5.5	98.0	1.2	-	-
ロシア*	11.8	-	11.0	10.7	54.0	2.2	0.6	196.7
オーストラリア	3.9	69.2	14.0	2.8	53.0	0.7	-	-
韓国	13.8	54.4	3.5	39.4	10.1	13.7	-	-
中国	1.1	17.9	1.3	8.5	2.0	5.5	-	-

精神科入院医療に係る主な診療報酬の経緯



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)

