

第1回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	
平成24年3月23日	資料3

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会（第1回）

平成24年3月23日

1

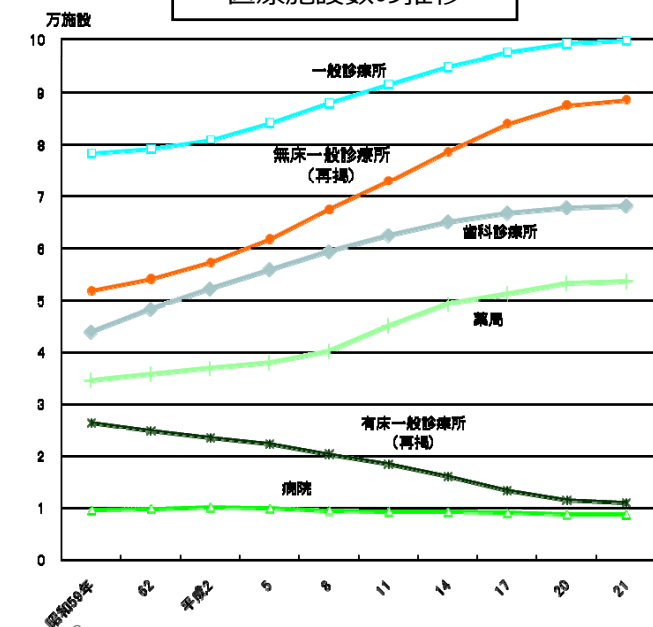
病床区分別の状況と経緯

2

医療施設数及び病床数の推移

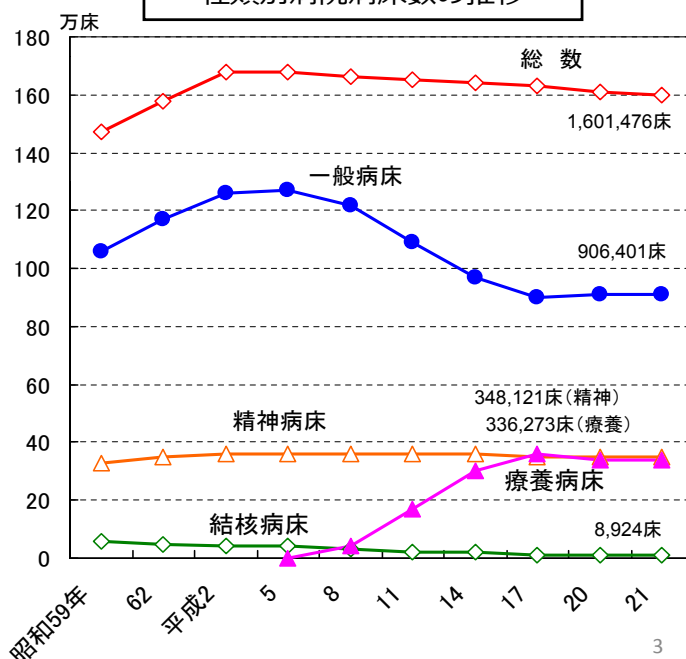
- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。

医療施設数の推移



平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

種類別病院病床数の推移



3

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第8項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、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ものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

病院に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	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	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1						

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、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(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成24年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
必置施設	・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・診療に関する諸記録 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具	一般病床の必置施設に加え、 ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室	一般病床の必置施設に加え、 ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設		一般病床の必置施設に加え、 ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備	一般病床の必置施設に加え、 ・機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備
病床面積	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他)	6.4㎡/床 以上※4	一般病床と同じ		一般病床と同じ	一般病床と同じ
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	一般病床と同じ	療養病床と同じ	一般病床と同じ	一般病床と同じ

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、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(特定機能病院を除く。)のことをいう。

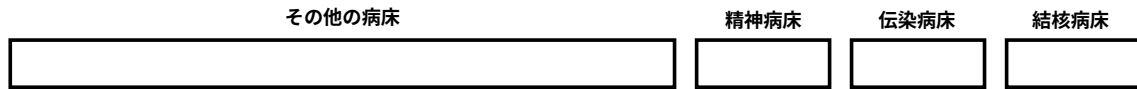
※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

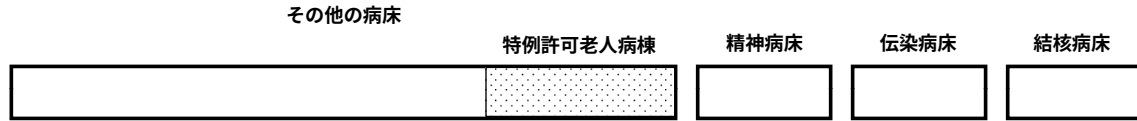
※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上

病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】

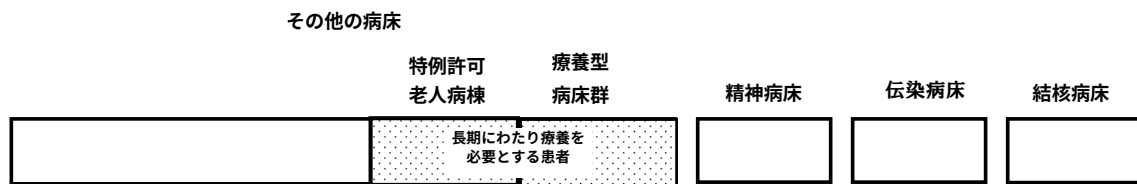


【特例許可老人病棟の導入（昭和 58 年）】

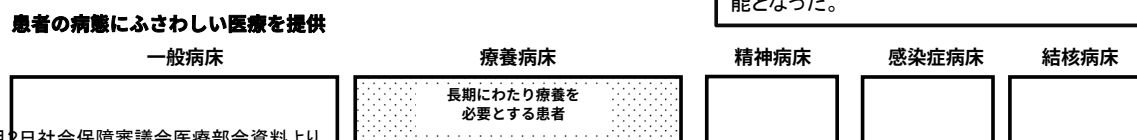


昭和33年事務次官通知により、精神病床の許可基準の定数については、医師は1/3、看護師は2/3とされた。

【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



【一般病床、療養病床の創設（平成 12 年）】



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

7

一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

<医師>

昭和23年医療法制定時

<看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成4年第二次
医療法改正

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外の入院患者	療養型病床群の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成12年第四次
医療法改正

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成18年第五次
医療法改正

<同上>

一般病床の入院患者	療養病床の入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成24年3月31日までは6:1	30:1

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

8

<歯科医師>

昭和23年医療法制定時

入院患者	外来患者
16 : 1	40 : 1

昭和31年改正

入院患者	外来患者
16 : 1	病院の実情に応じて必要と認められる数

<薬剤師>

昭和23年医療法制定時

調剤
80 : 1

平成10年改正

療養型病床群や精神病院等の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

平成12年第四次医療法改正

精神病床及び療養病床の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

<看護補助者>

平成4年第二次医療法改正時

療養型病床群に係る病室の入院患者
6 : 1

平成12年第四次医療法改正

療養病床の入院患者
6 : 1

平成18年第五次医療法改正

療養病床の入院患者
4 : 1 (※平成24年3月31日までは6:1)

<栄養士>

昭和23年医療法制定時

入院患者
1以上 (病床数100以上の病院のみ)

<診療放射線技師、事務員その他従業者>

昭和23年医療法制定時

病院の実情に応じた適当数

<理学療法士及び作業療法士>

平成10年第三次医療法改正時

病院の実情に応じた適当数
(療養型病床群を有する病院のみ)

平成12年第四次医療法改正

病院の実情に応じた適当数
(療養病床を有する病院のみ)

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

9

病院・診療所・主な高齢者関連施設の比較

※ 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無し。

		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		
主な人員配置※	医師	16 : 1	(病院) 48 : 1 (診療所) 1以上	常勤1以上 100 : 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。ただし平成24年3月までは6 : 1。 診療報酬では療養病床入院基本料2として25 : 1 (医療法方式では5 : 1に相当)まで評価。	3 : 1 うち、看護が2/7以上	看護・介護職員が3 : 1以上 うち、看護は以下の通り。 0~30 (入所者数。以下、同じ。): 1以上 31~50 : 2以上 51~130 : 3以上 131以上 : 3+50 : 1
	看護補助・介護	—	同上	同上	—
	OT、PT	—	(病院) 適当数 (診療所) —	PT又はOTが 100 : 1以上	—
	機能訓練指導員	—	—	—	1以上
	生活(支援)相談員	—	—	100 : 1以上	常勤1以上 100 : 1以上
	ケアマネージャー	—	—	常勤1以上 100 : 1を標準	常勤1以上 100 : 1を標準
居室面積		(病院) 6.4㎡/床※	・6.4㎡以上	・8㎡以上	・10.65㎡以上

※ 診療所と平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、以下のとおり。

患者1人を入院させる病室 : 6.3㎡/床 以上

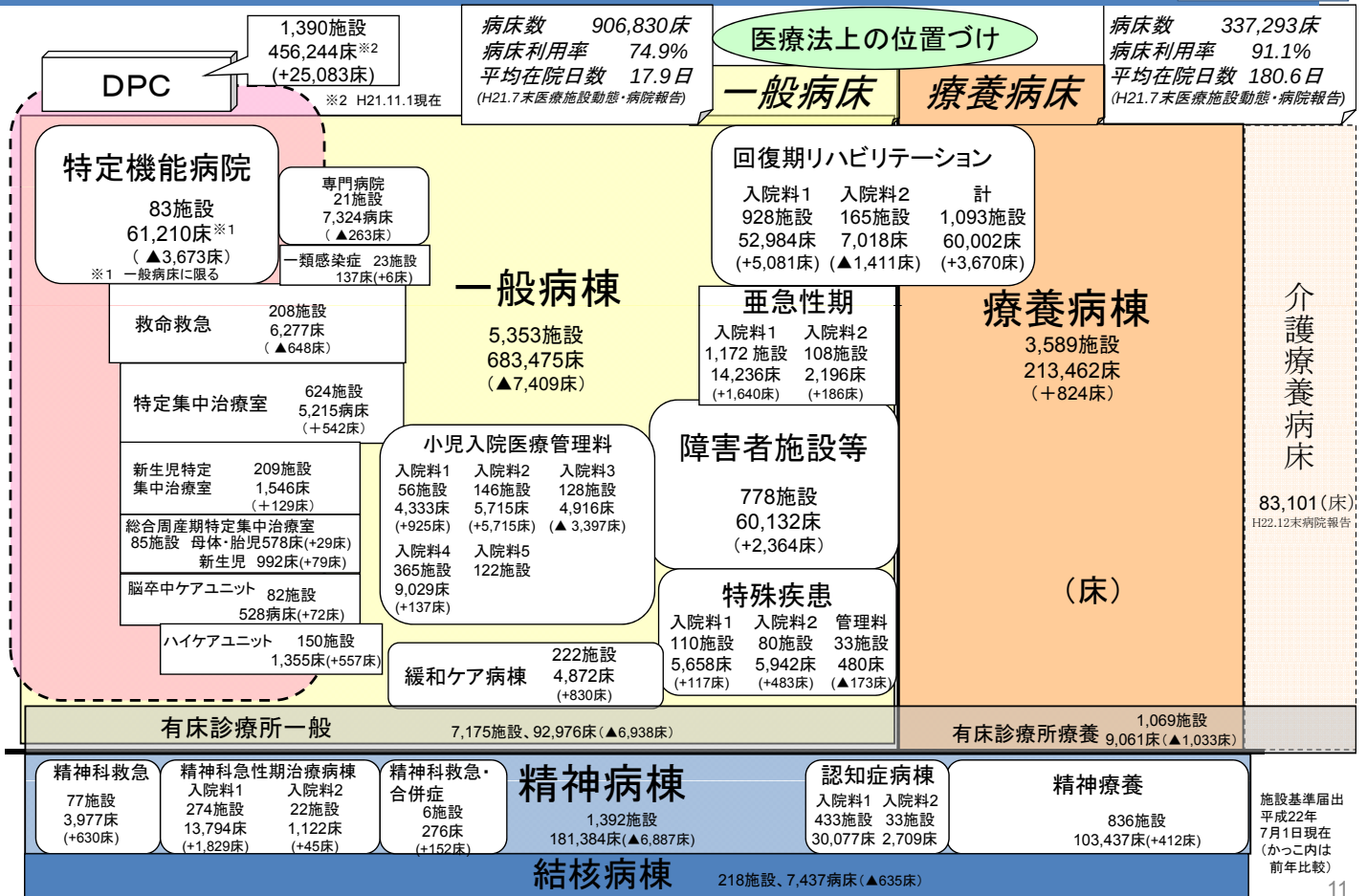
患者2人以上を入院させる病室 : 4.3㎡/床 以上

10

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より

病院の機能に応じた分類(イメージ)

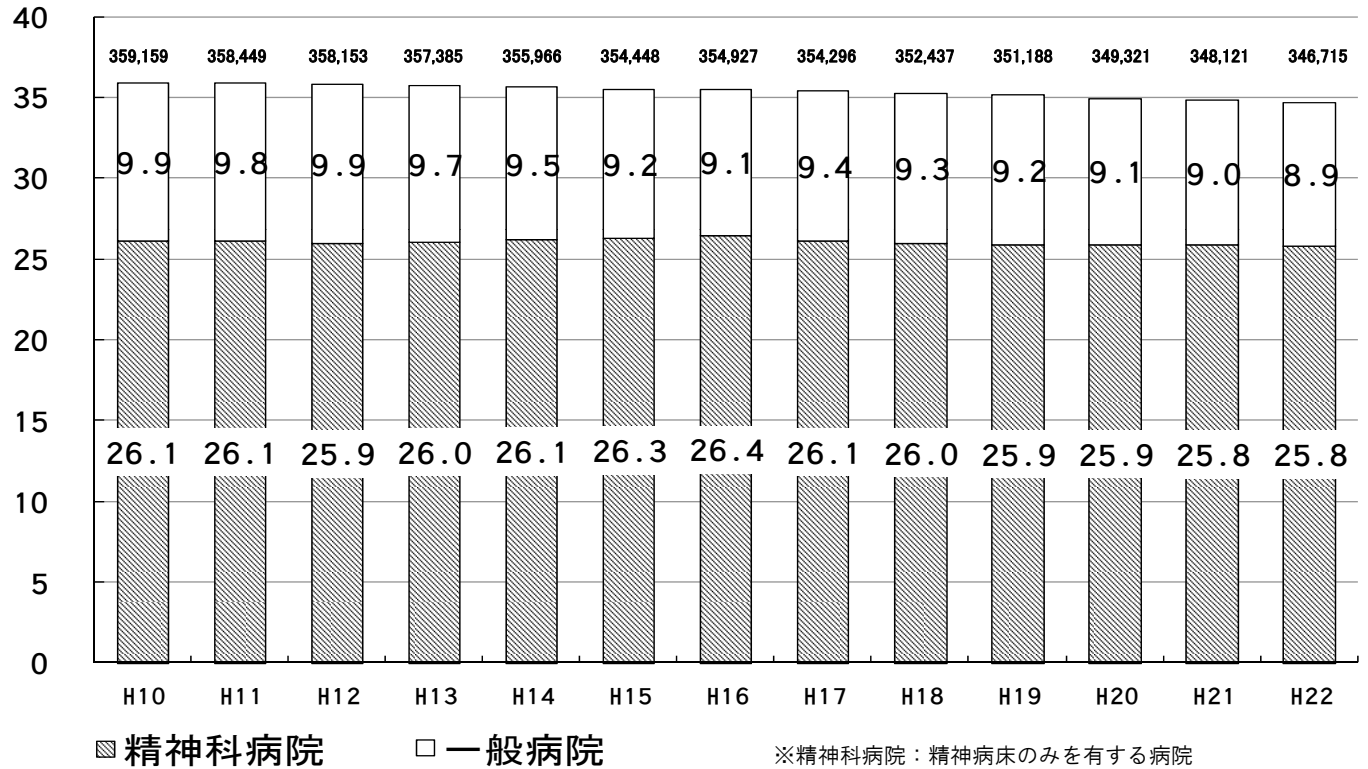
平成23年10月5日
中医協総会資料



精神病床の状況

精神病床数の変化

(床) 単位：万

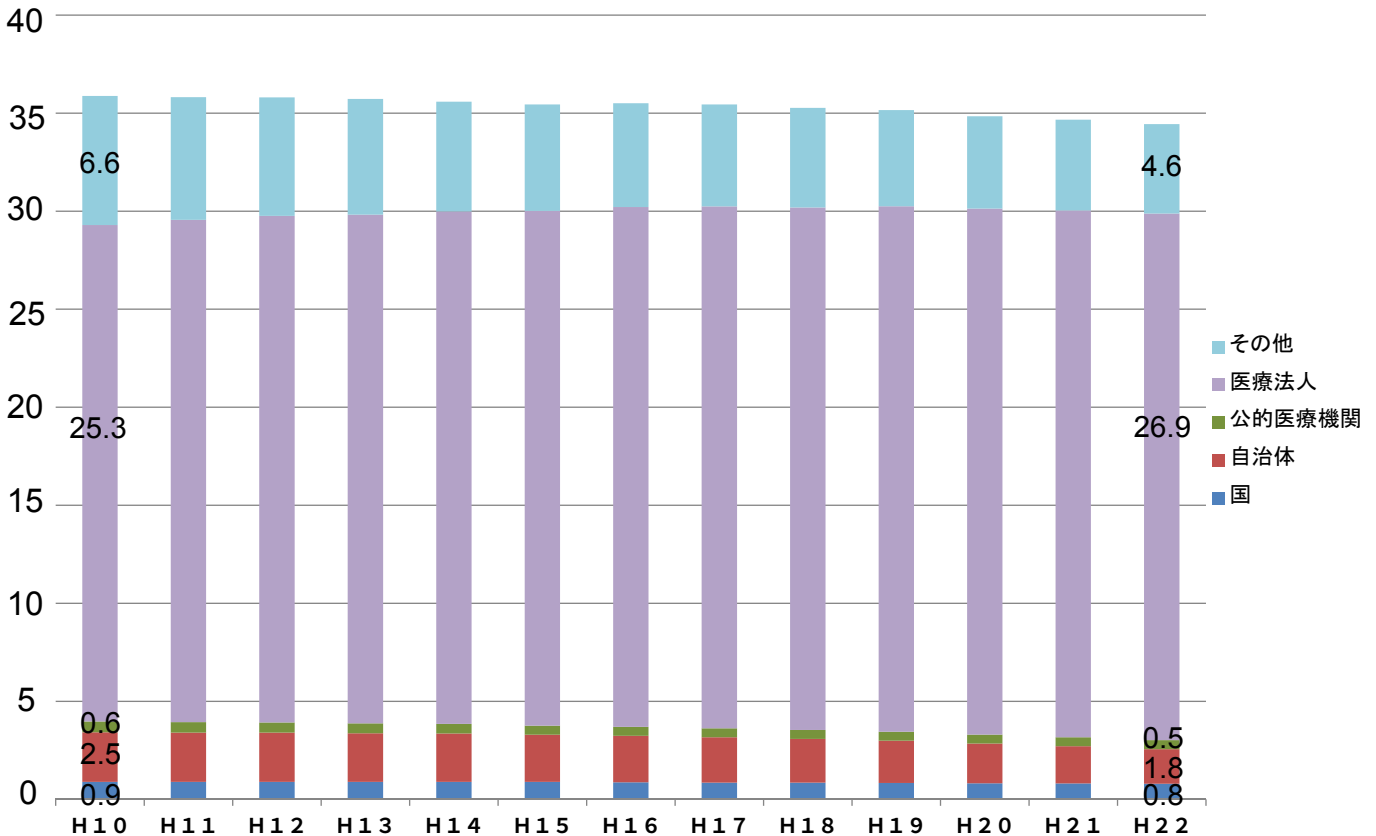


資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

13

開設者別にみた精神病床数の変化

(床) 単位：万



資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

14

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

看護師配置3:1以上
169,771床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床)	2:1
精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床)	2:1
精神科急性期治療病棟 入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)	2.5:1 3:1
認知症治療病棟 入院料1 (433施設 30,077床) 入院料2 (33施設 2,709床)	4:1
精神療養病棟 (836施設 103,437床)	6:1

2:1 10:1 (34病棟、1,361床※)
2.5:1 13:1 (平成22年から導入)
3:1 15:1 (2,710病棟、145,959床※)
18:1 (303病棟 17,655床※)
20:1 (153病棟 9,265床※)
特別入院基本料 (99病棟 5,521床※)

1.5:1 7:1 (7病棟 220床※)
2:1 10:1 (8病棟 261床※)
2.5:1 13:1 (平成22年から導入)
3:1 15:1 (84病棟 2,971床※)
医療観察法に定める指定入院医療機関数 28か所 666床※3
急性期入院対象者入院医学管理料
回復期入院対象者入院医学管理料
社会復帰期入院対象者入院医学管理料

小児入院医療管理料5 (360床※2)
特殊疾患病棟入院料 58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算 (1,001施設)

精神病棟入院時医学管理加算 (251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

15

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

(平成24年)

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	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名 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・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 ・1看護単位60床以下	・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・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,462点 (～30日) 3,042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		3,262点 (～30日) 2,842点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・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 ・1看護単位60床以下	・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・応急入院患者 ・3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	3,462点 (～30日) 3,042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名 病院常勤2名 医師 48:1	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名	・隔離室を有する ・1看護単位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	1,931点 (～30日) 1,611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名				1,831点 (～30日) 1,511点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置		精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟)を算定する患者			450点 (～7日)

16

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

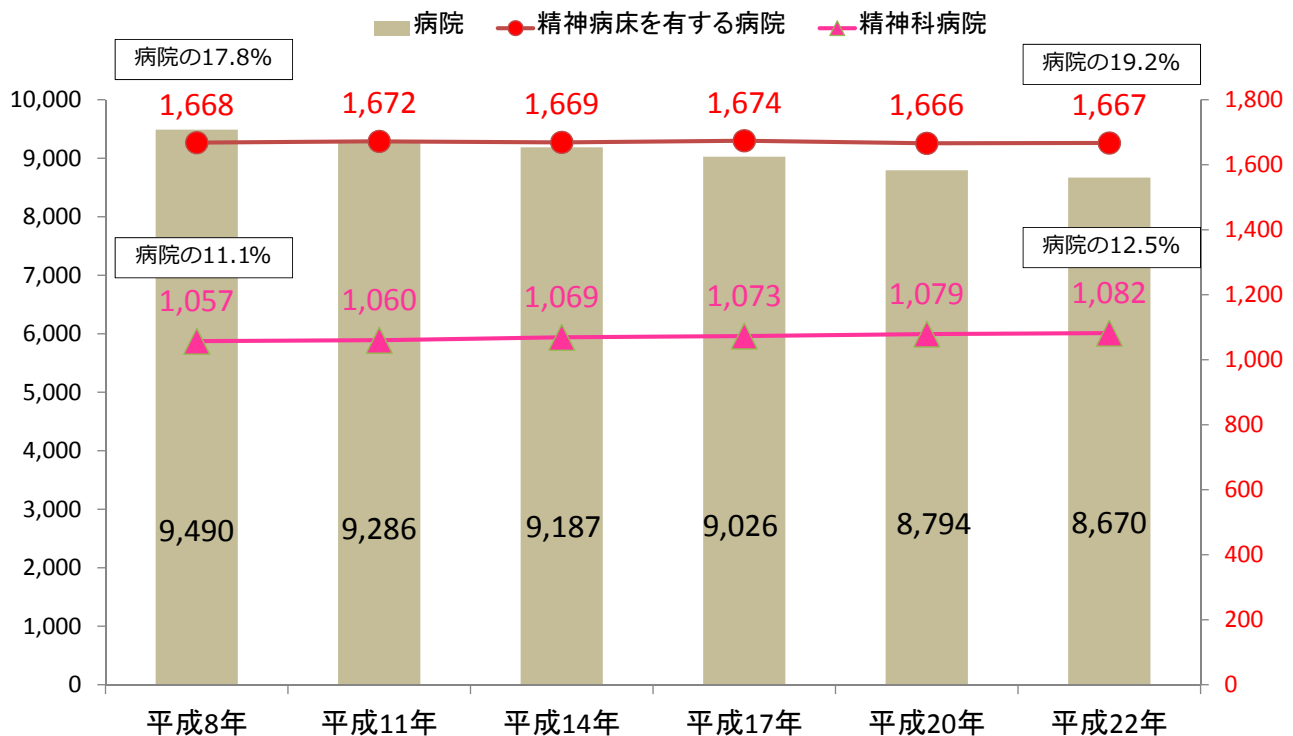
(平成24年)

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	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40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,322点	※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日)
		看護 10:1		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下		1,251点	125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年)
		看護 13:1		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療を確保		931点	※重度認知症加算 100点 (～3月)
		看護 15:1 (特定機能病院)		・特記なし		811点 (850点)	※救急支援精神病棟 初期加算 100点 (～14日)
		看護 18:1				723点	
		看護 20:1				669点	
		特別入院基本料 (看護 25:1)				550点	
		精神療養病棟入院料		指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1		看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1名	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下
認知症治療病棟入院料1	病院常勤1名 医師 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 OT1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・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	1,761点 (～30日) 1,461点 (31～60日) 1,171点 (61日～)	※夜間対応加算 84点 (～30日)
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,281点 (～30日) 1,081点 (31～60日) 961点 (61日～)	
児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名 (1名は指定医) 医師 48:1	看護 10:1 PSW及び臨床心理技術者 病棟常勤それぞれ1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は病室	・20歳未満の精神疾患を有する患者	2,911点	

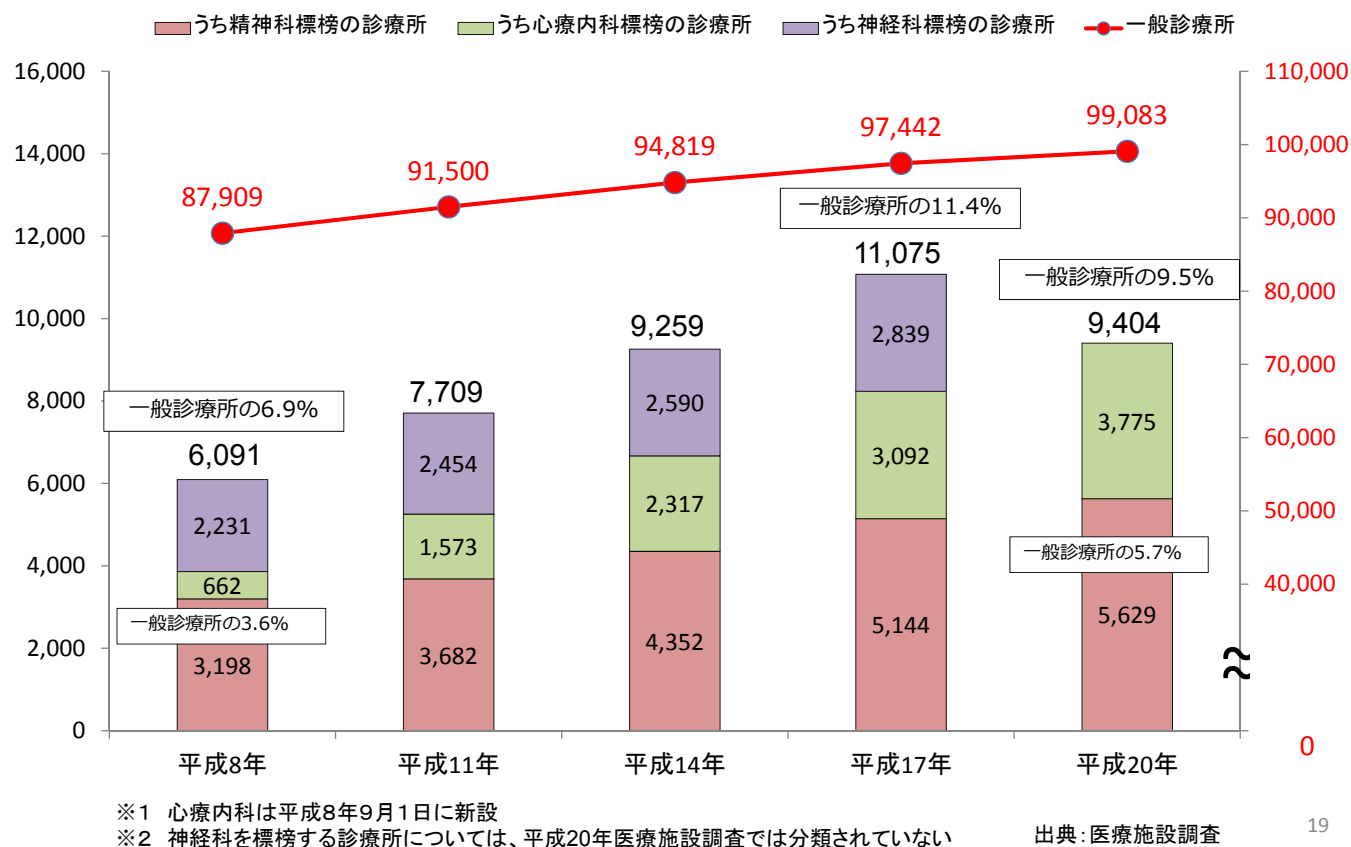
17

17

病院数及び精神病床を有する病院数の推移

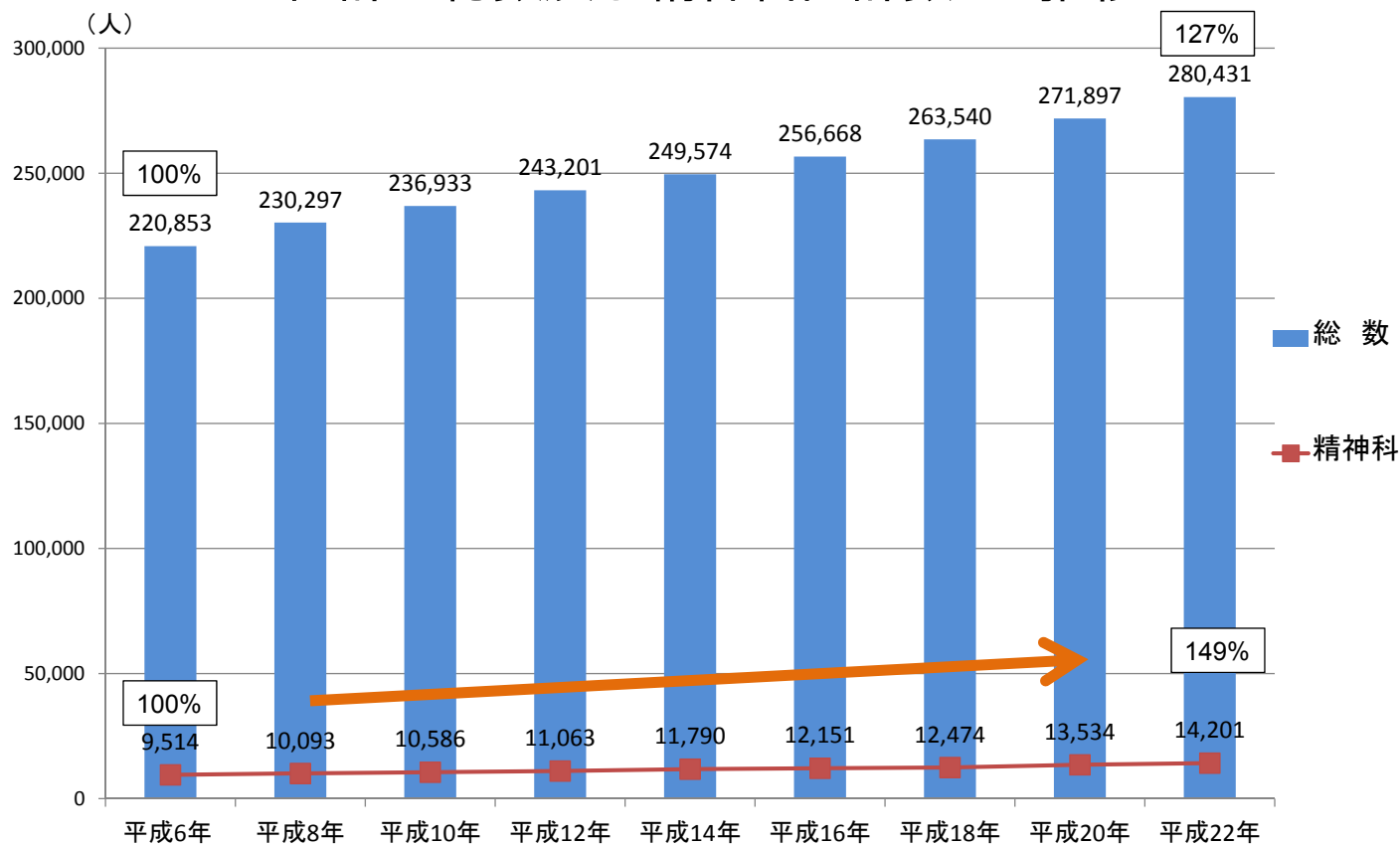


一般診療所数及び精神科・神経科・心療内科標榜診療所数の推移



19

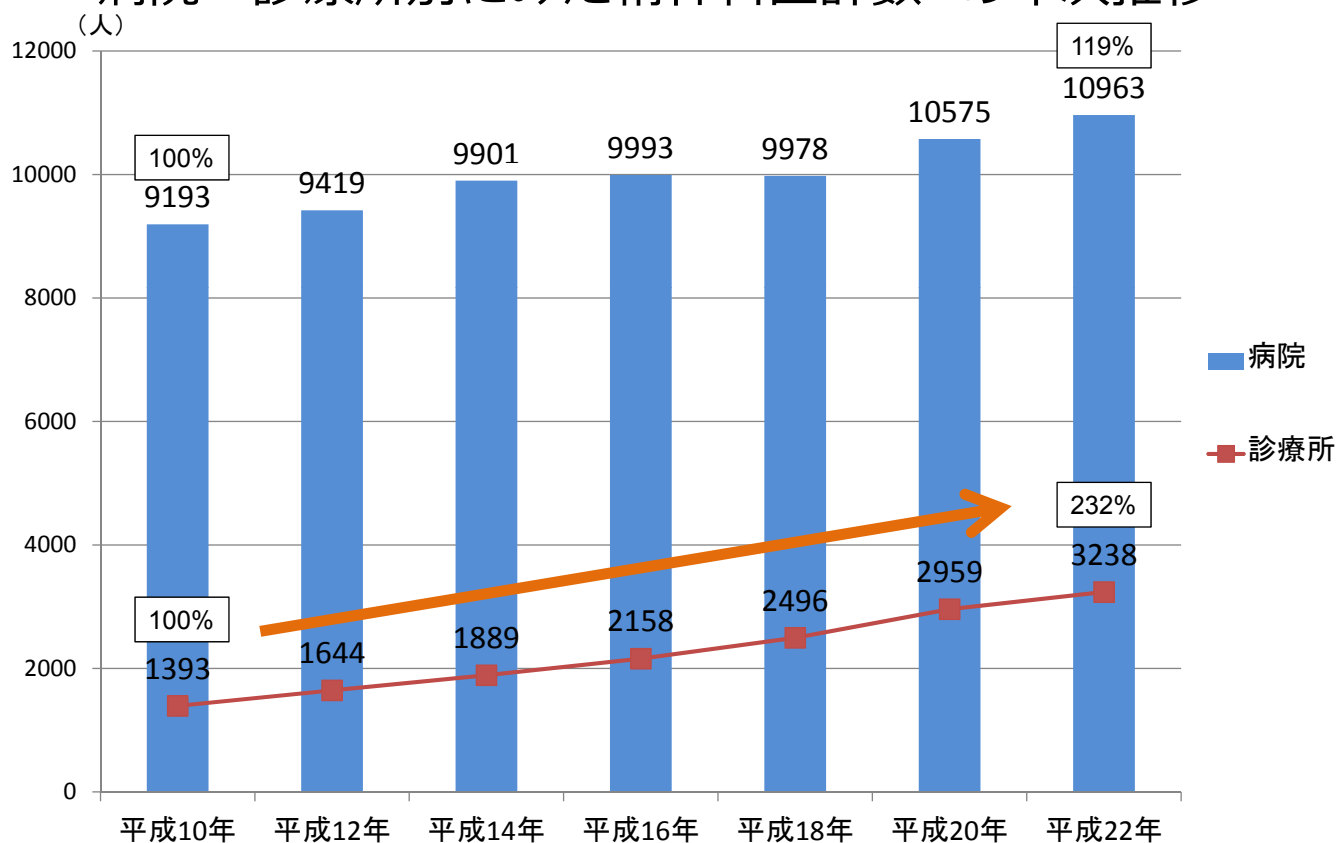
医師の総数及び精神科医師数※の推移



出典：医師・歯科医師・薬剤師調査

20

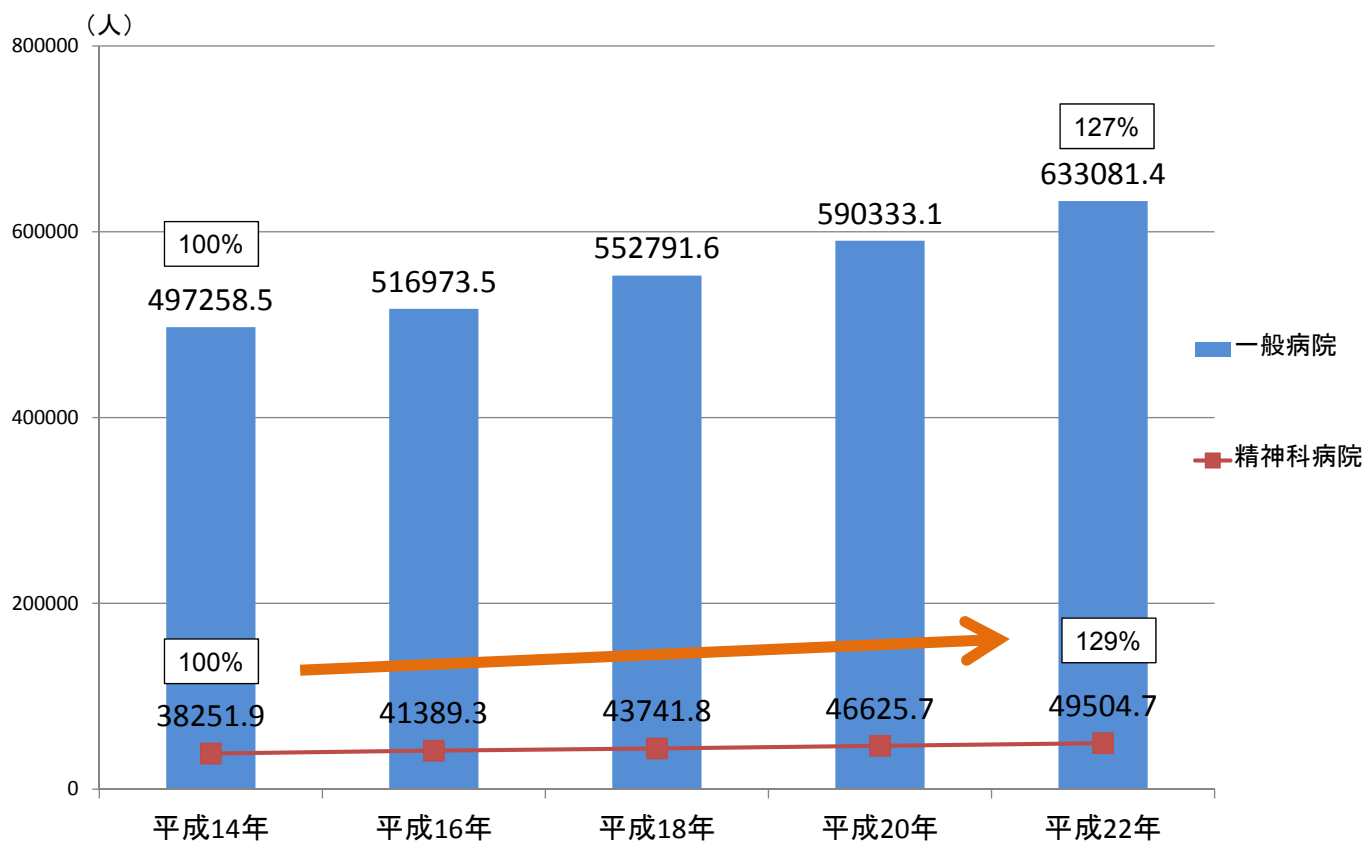
病院・診療所別にみた精神科医師数※の年次推移



※主たる診療科が精神科の医師

21

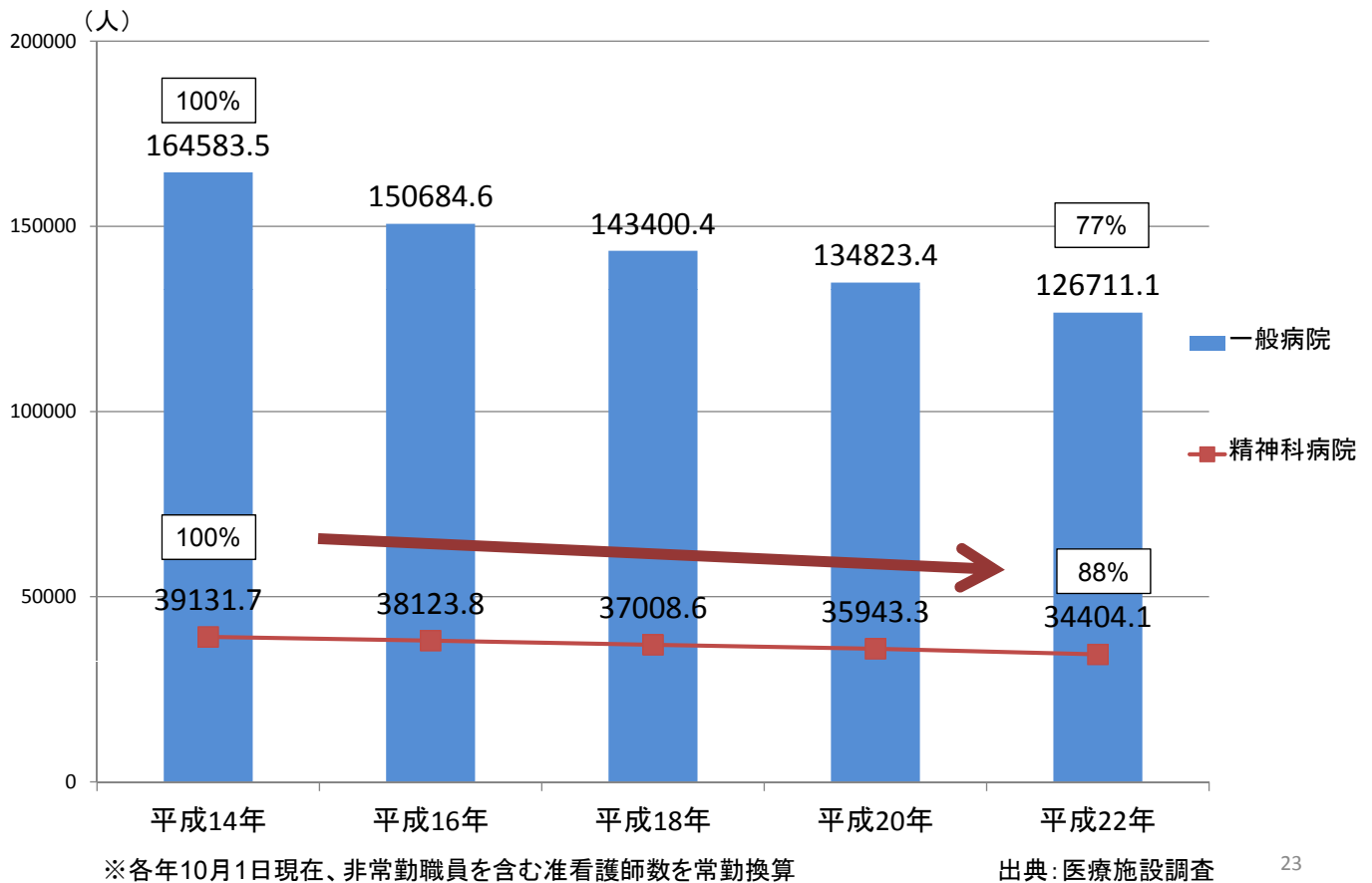
一般病院及び精神科病院の看護師数の年次推移



※各年10月1日現在、非常勤職員を含む看護師数を常勤換算

22

一般病院及び精神科病院の准看護師数の年次推移

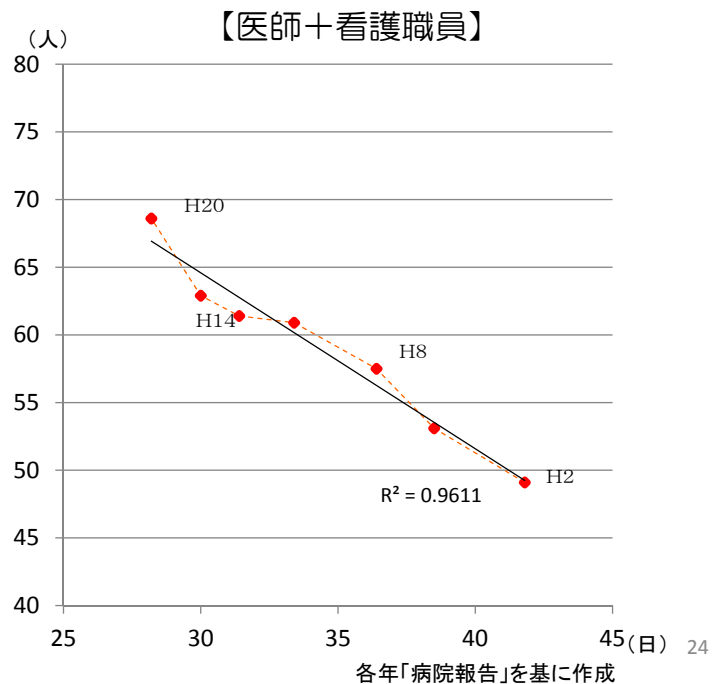
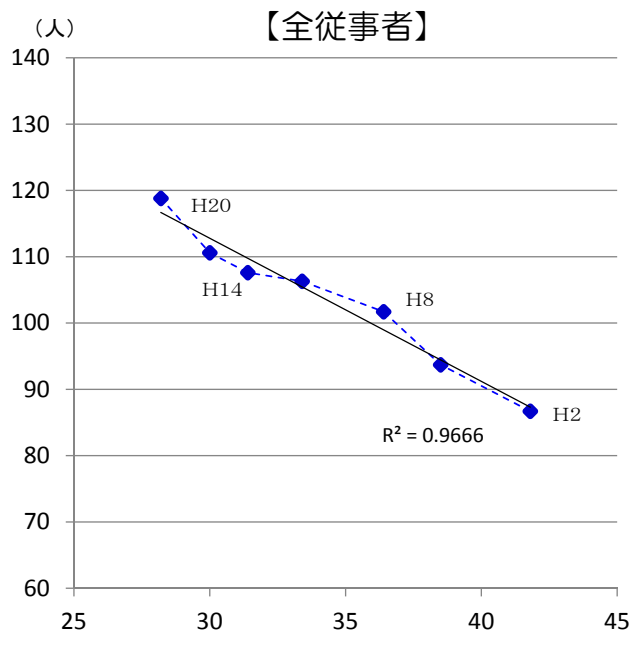


23

100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	＜平成2年＞	→	＜平成8年＞	→	＜平成14年＞	→	＜平成20年＞
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師＋看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日

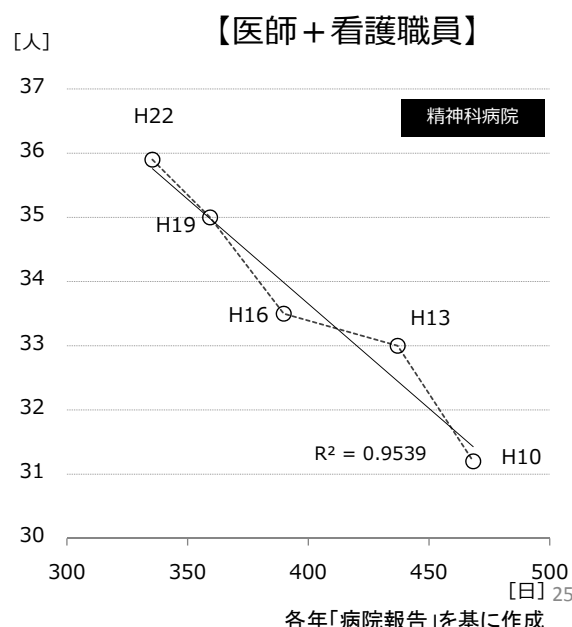
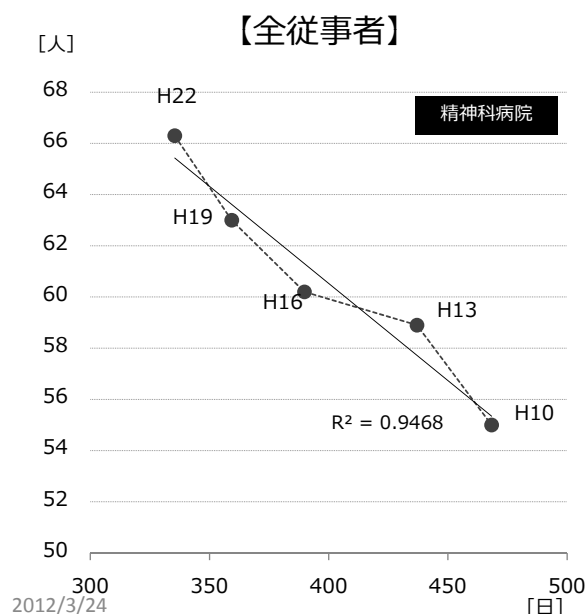


24

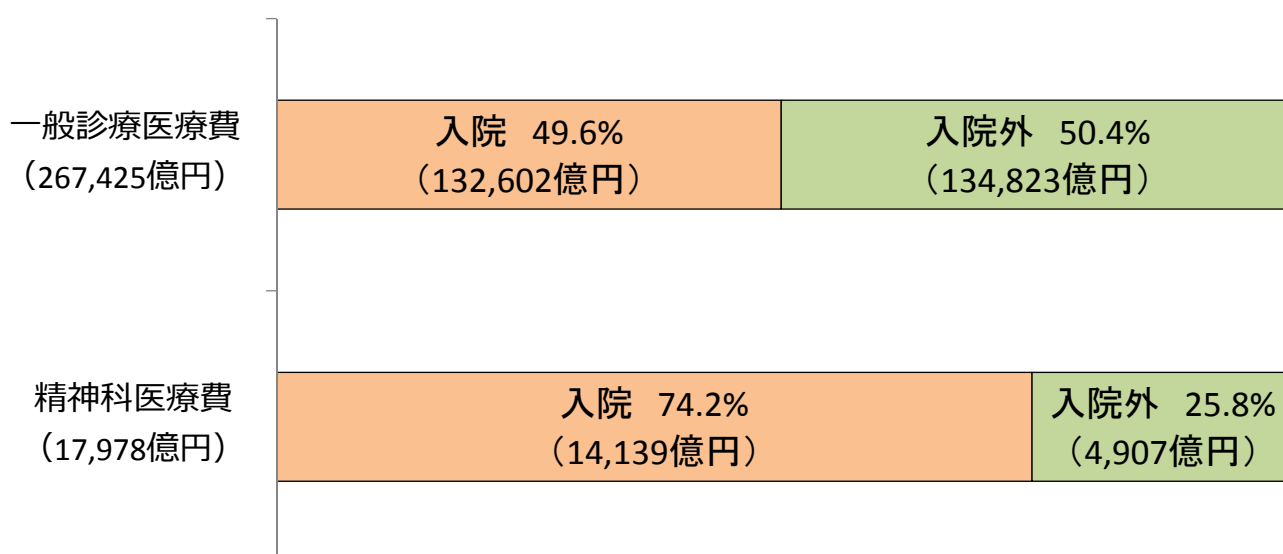
100床あたり従事者数と平均在院日数(精神科病院)

■精神科病院(精神病院) ※精神病床を有する一般病院は含まない

	平成22年	平成19年	平成16年	平成13年	平成10年
全従事者[人]	66.3	63	60.2	58.9	55
医師+看護職員[人]	35.9	35	33.5	33	31.2
平均在院日数[日]	335.4	359.3	389.8	437	468.3



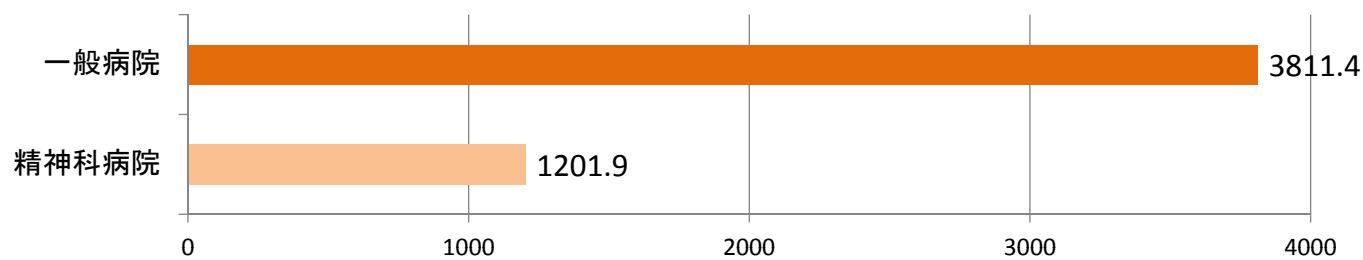
一般医療費と精神医療費の比較



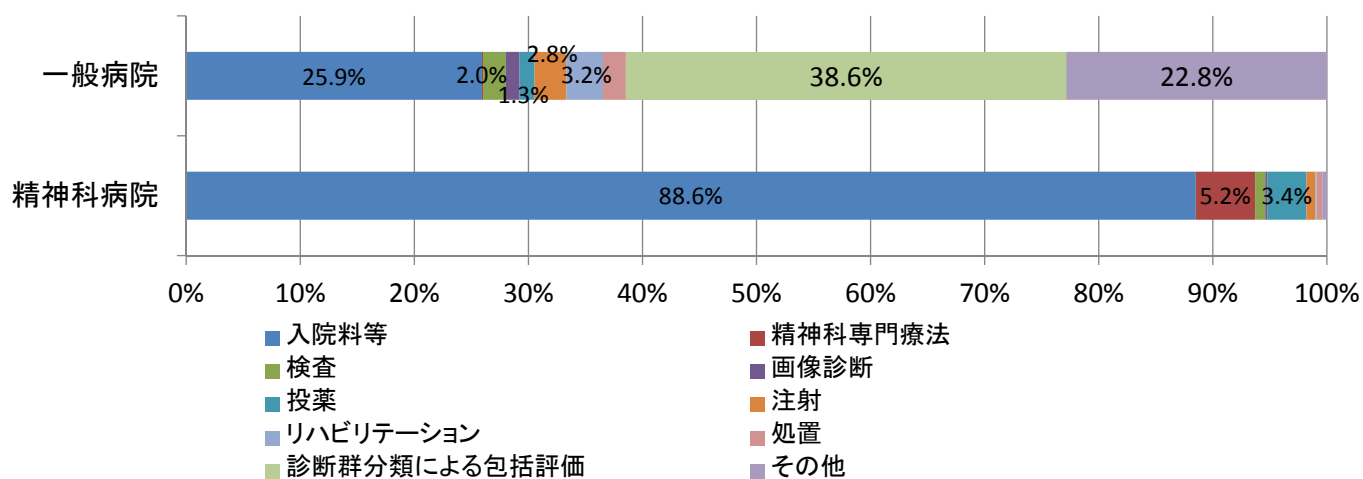
注1: 一般診療医療費、精神科医療費については、平成20年度国民医療費によるほか、薬局調剤医療費、入院時食事療養費等を含まない。

注2: 精神科医療費については、「精神及び行動の障害」に係るもの(精神遅滞を含み、てんかん、アルツハイマー病は含まない)。

病院別にみた入院の診療行為別1日当たり点数



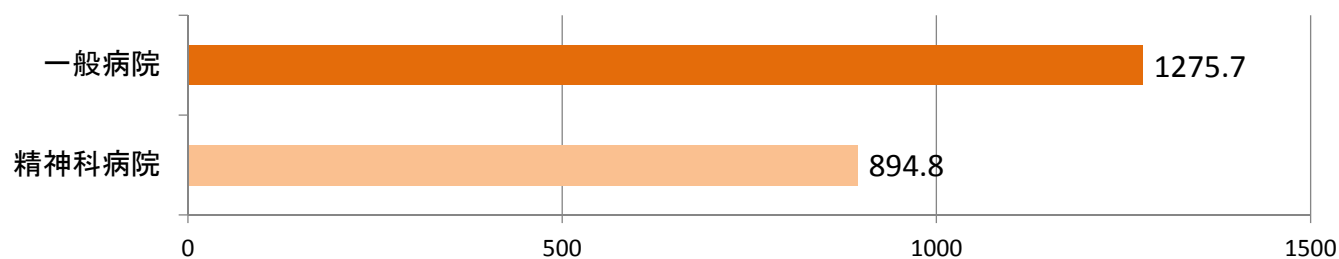
入院の診療行為別1日当たり点数の構成割合



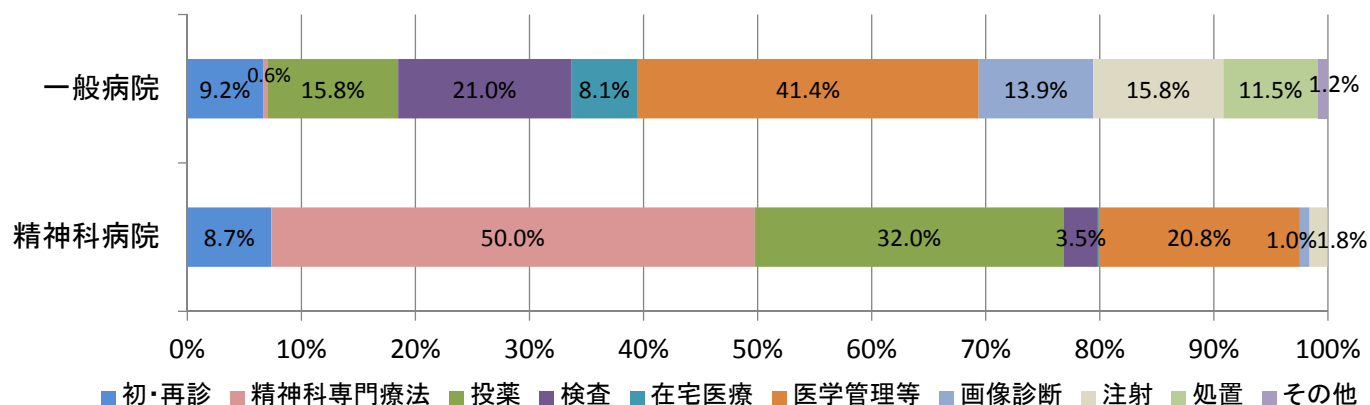
出典：社会医療診療行為別調査（平成22年6月審査分）

27

病院別にみた入院外の診療行為別1日当たり点数



入院外の診療行為別1日当たり点数の構成割合



出典：社会医療診療行為別調査（平成22年6月審査分）

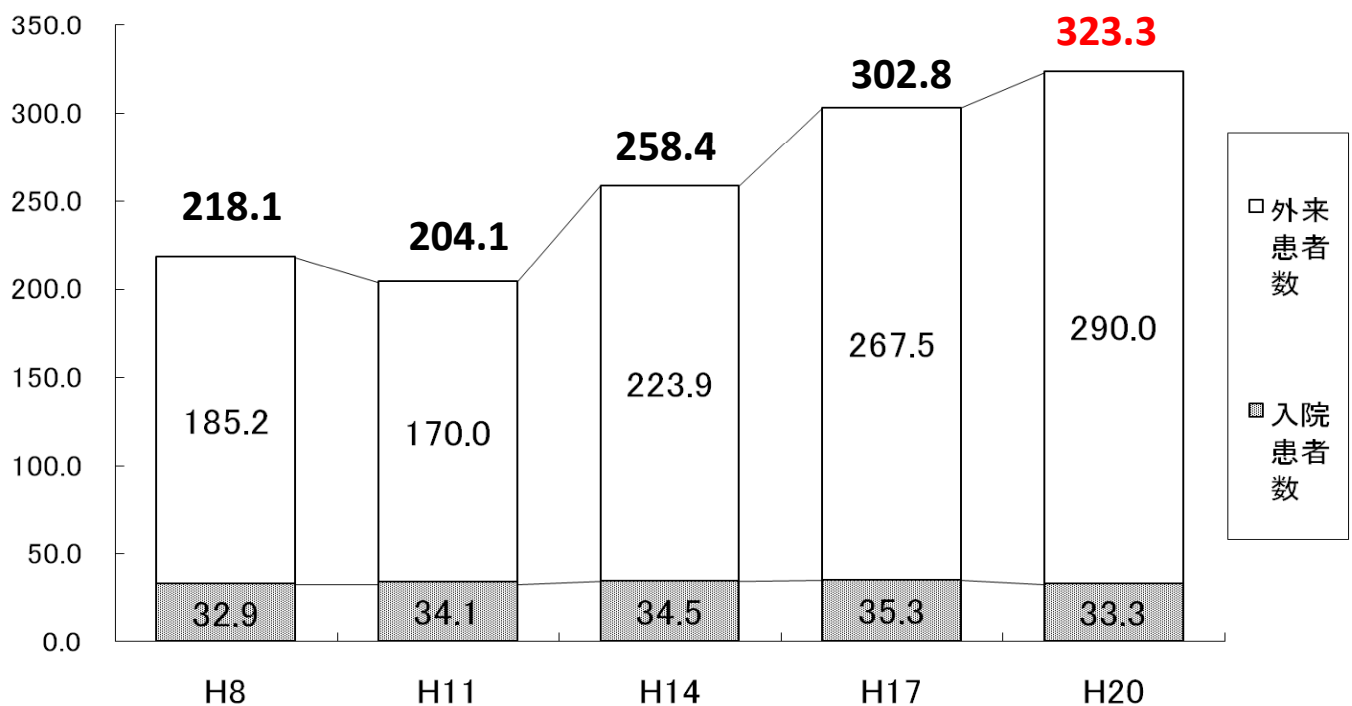
28

精神疾患の患者数(全体)

29

精神疾患の患者数 (医療機関にかかっている患者)

(単位:万人)

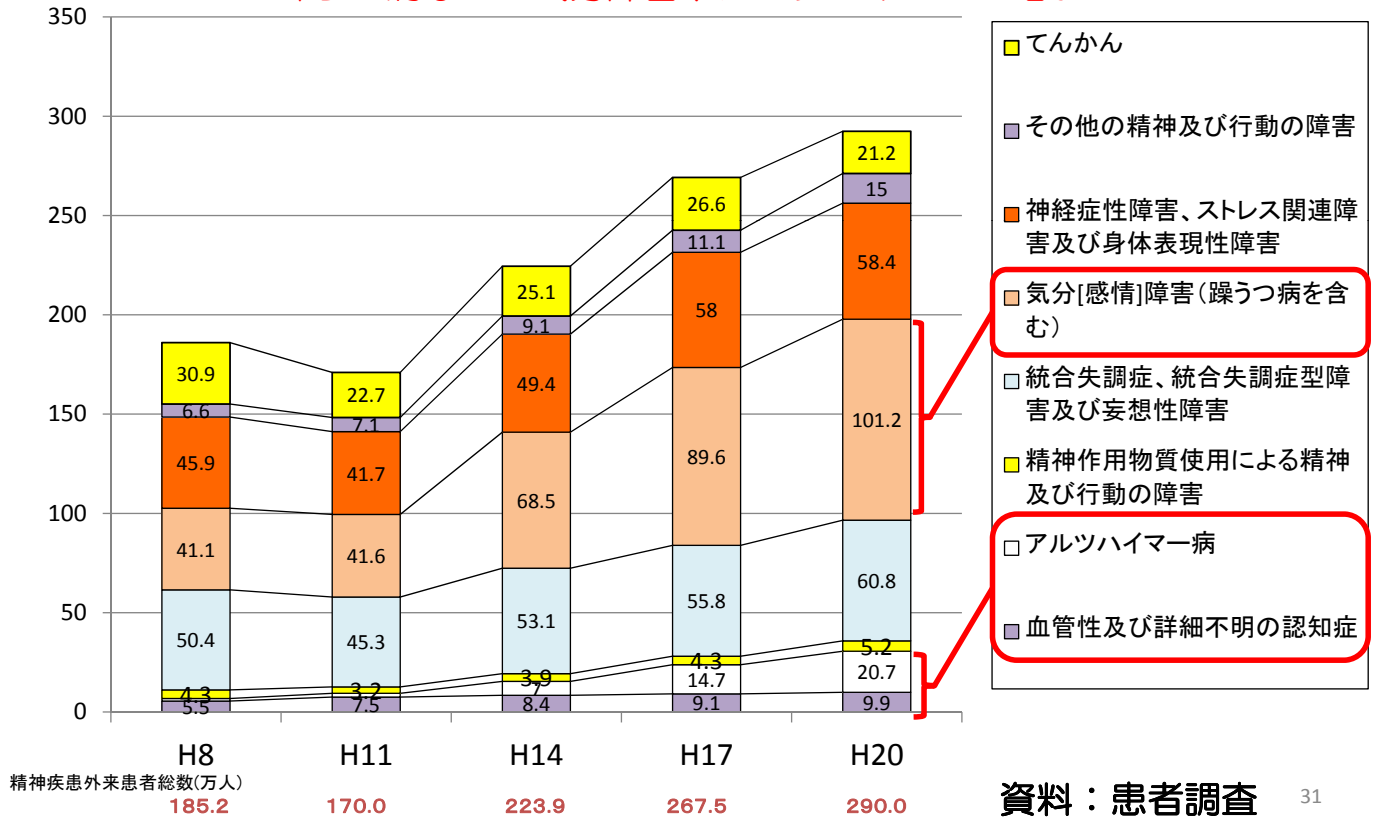


資料：患者調査³⁰

精神疾患外来患者の疾病別内訳

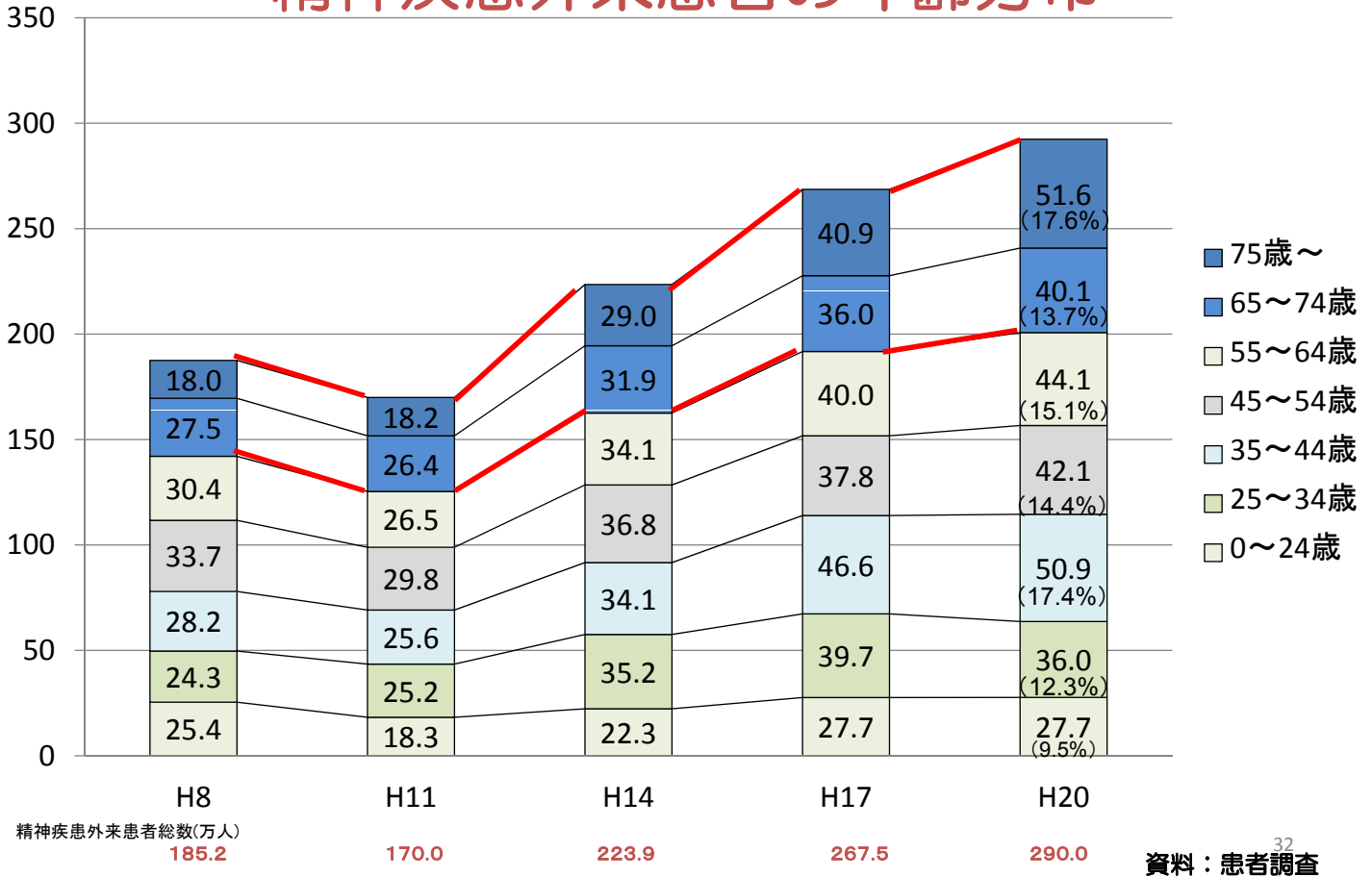
(単位:万人)

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



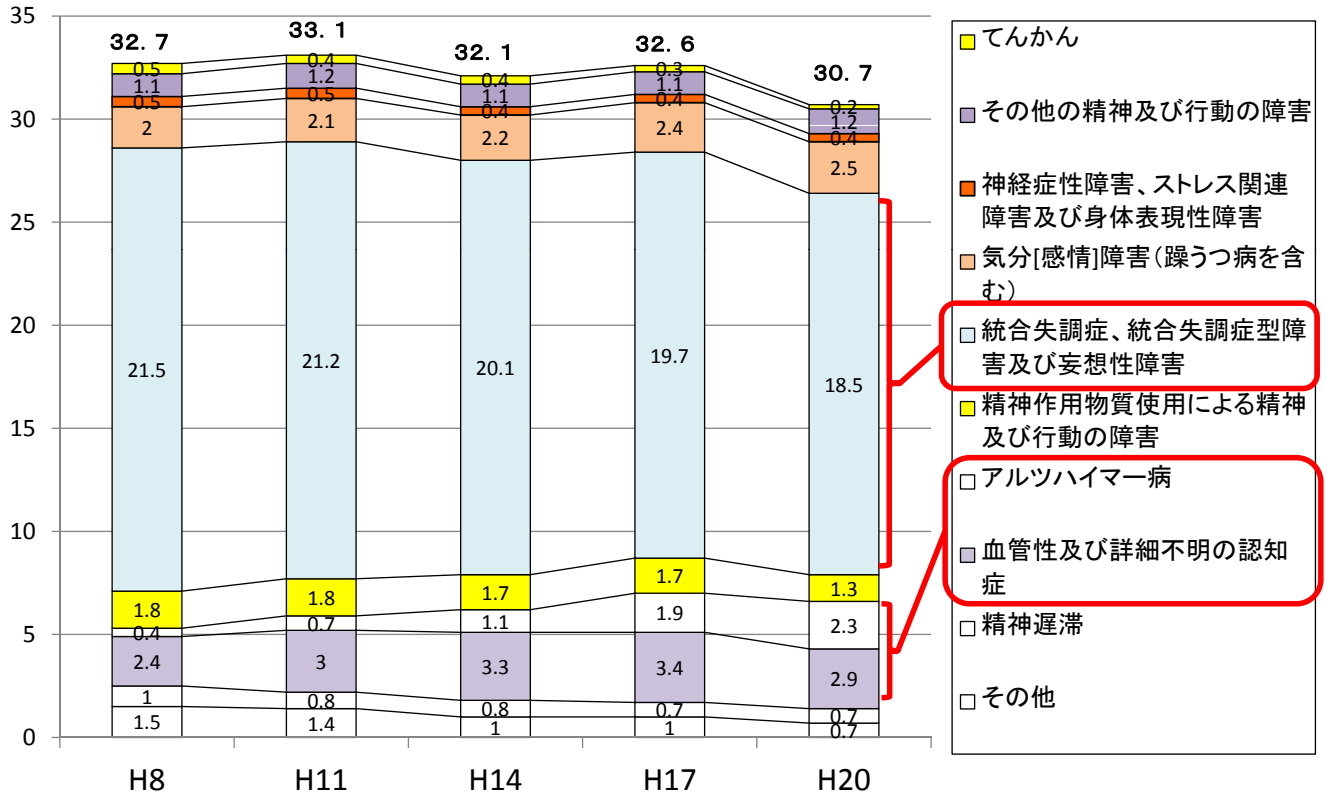
精神疾患外来患者の年齢分布

(単位:万人)



精神病床入院患者の疾病別内訳

(単位:万人)

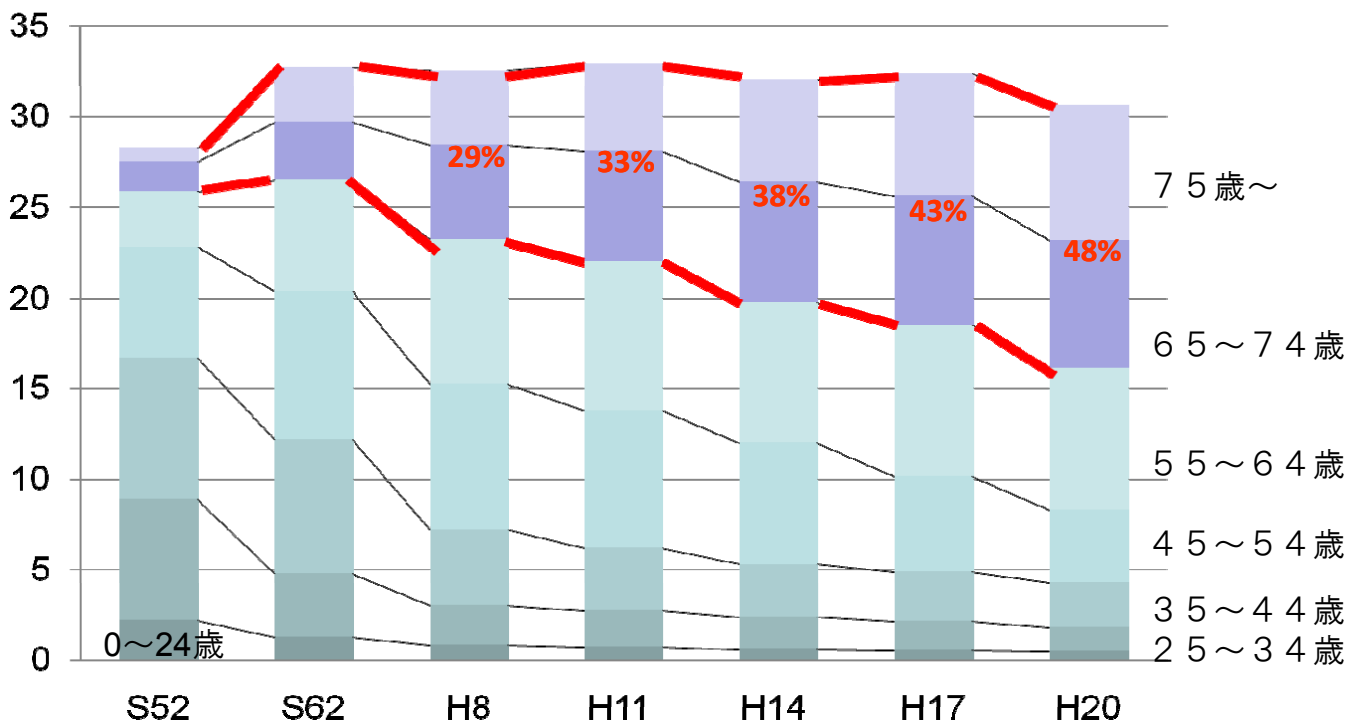


資料：患者調査

33

精神病床入院患者の年齢分布

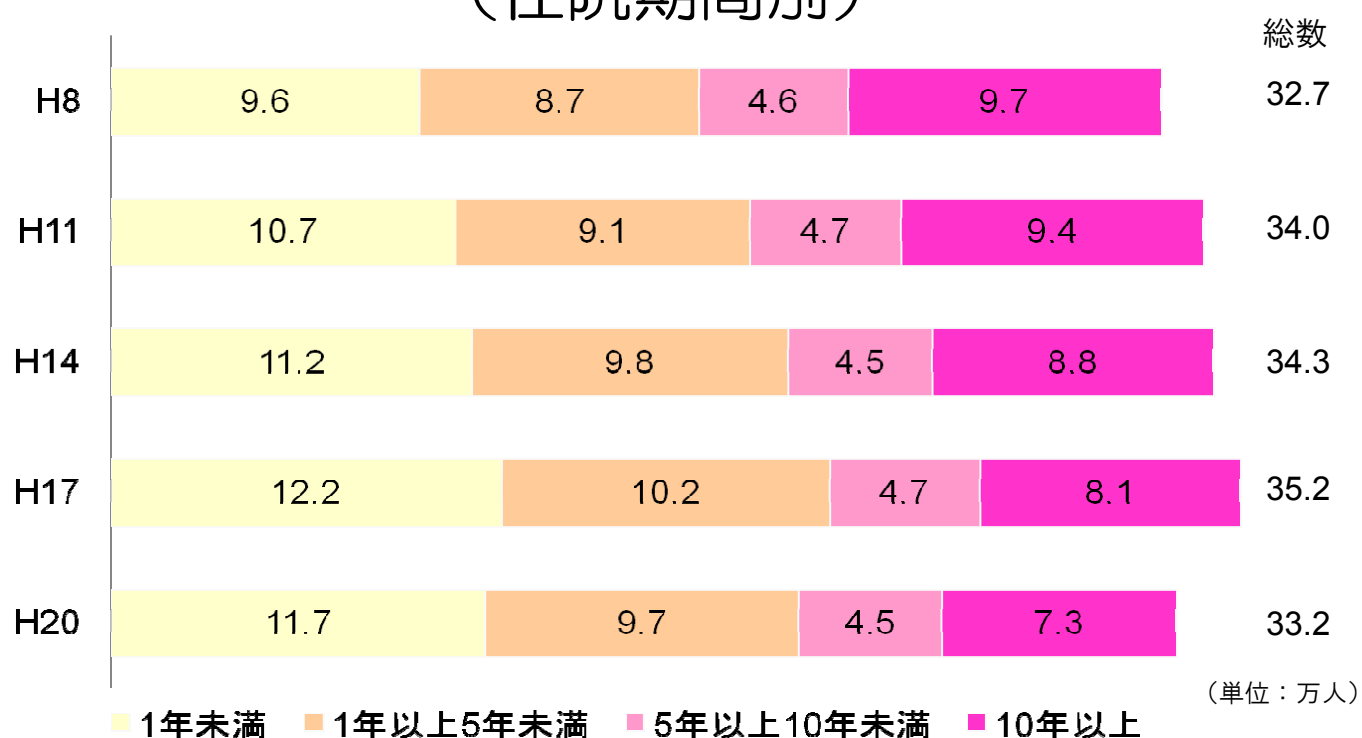
(単位:万人)



資料：患者調査

34

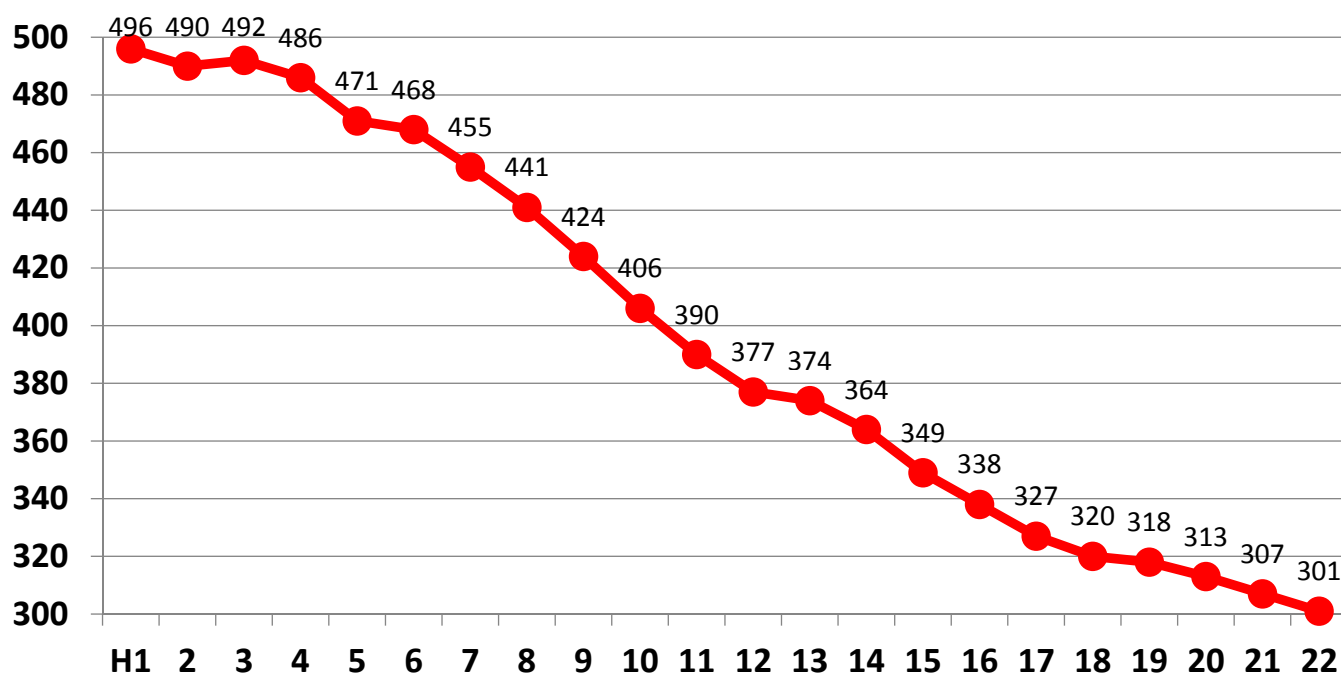
精神疾患による推計入院患者数 (在院期間別)



資料：患者調査 35

精神病床の平均在院日数の年次推移

在院日数(単位:日)



※平均在院日数= $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

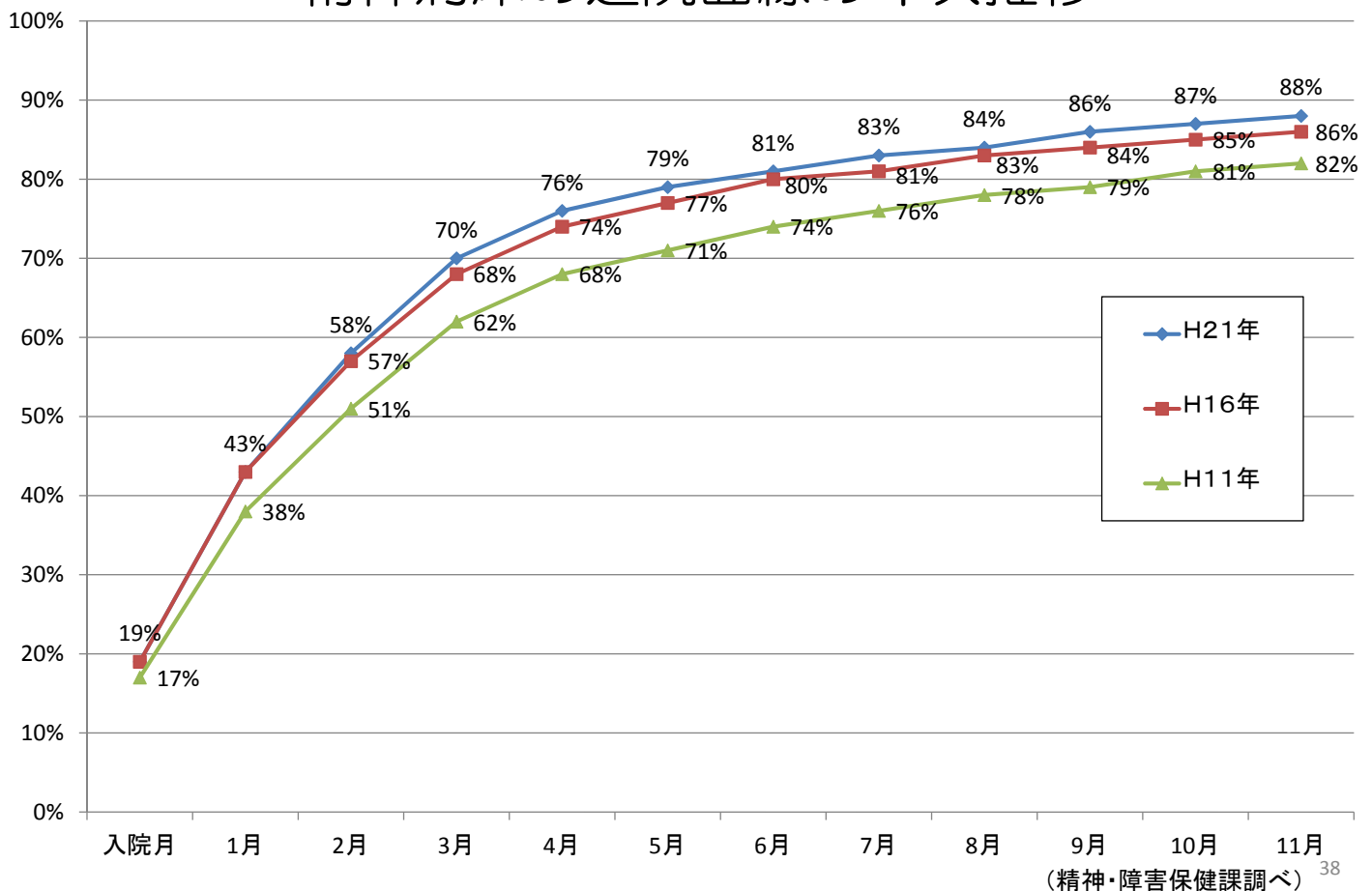
資料：病院報告 36

精神病床における患者の動態の年次推移



37

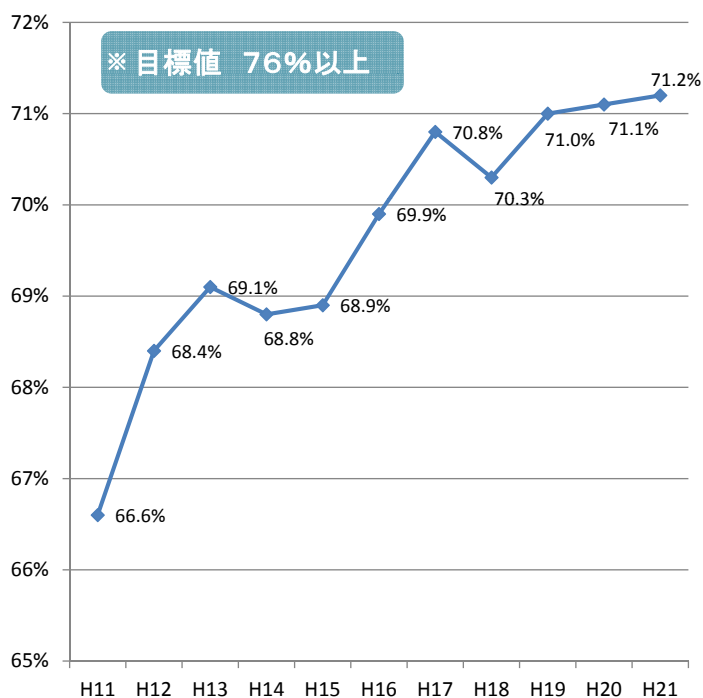
精神病床の退院曲線の年次推移



38

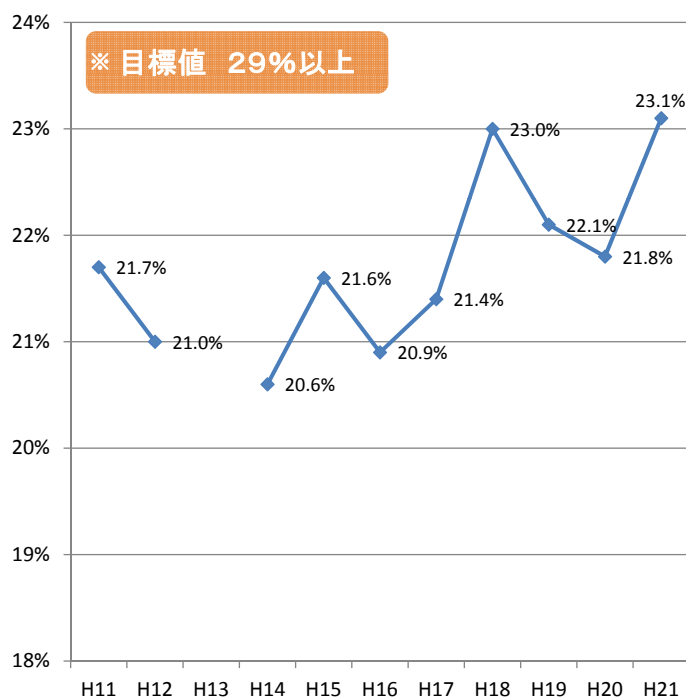
精神病床の退院率の年次推移

入院1年未満の患者の退院率



※平成16年の「改革ビジョン」における目標値

入院1年以上の患者の退院率

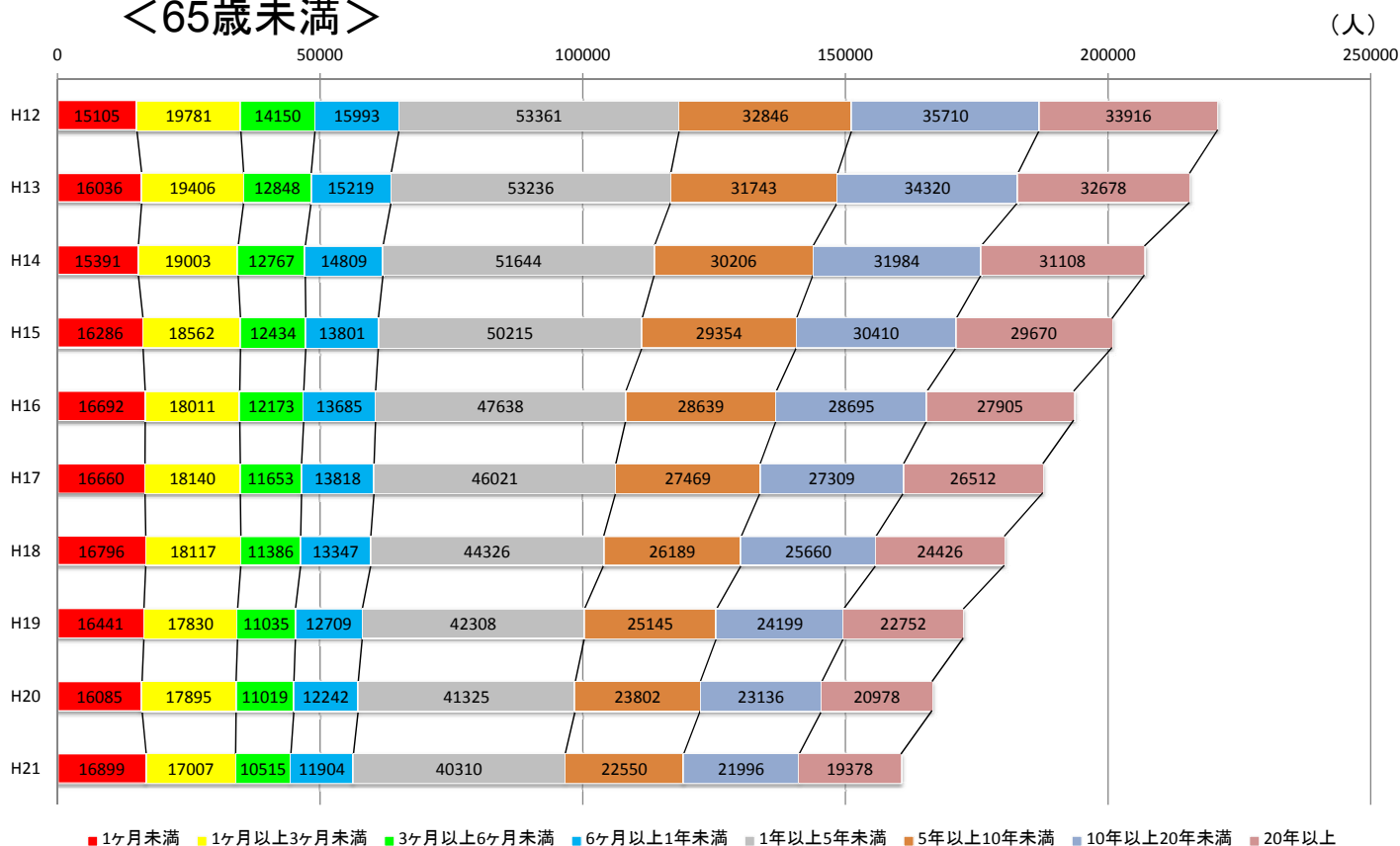


注：平成13年のデータの欠落は、調査方法の変更によるもの（毎年の調査において、H13までは前年のデータを収集していたものを、H14年から当該年のデータを収集するよう変更したため）

（精神・障害保健課調べ）

39

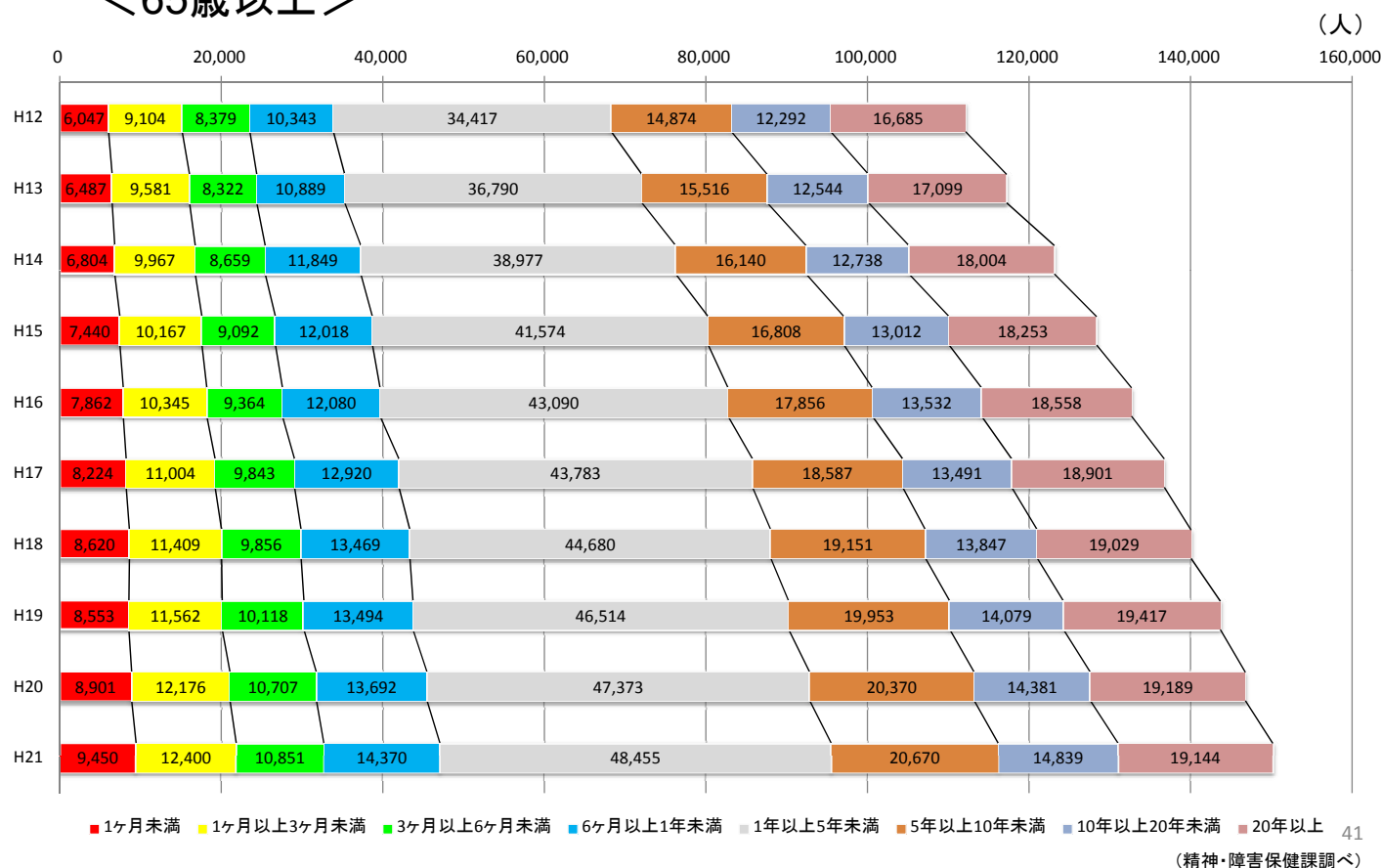
入院期間別在院患者数の年次推移（各年6月30日時点） ＜65歳未満＞



40

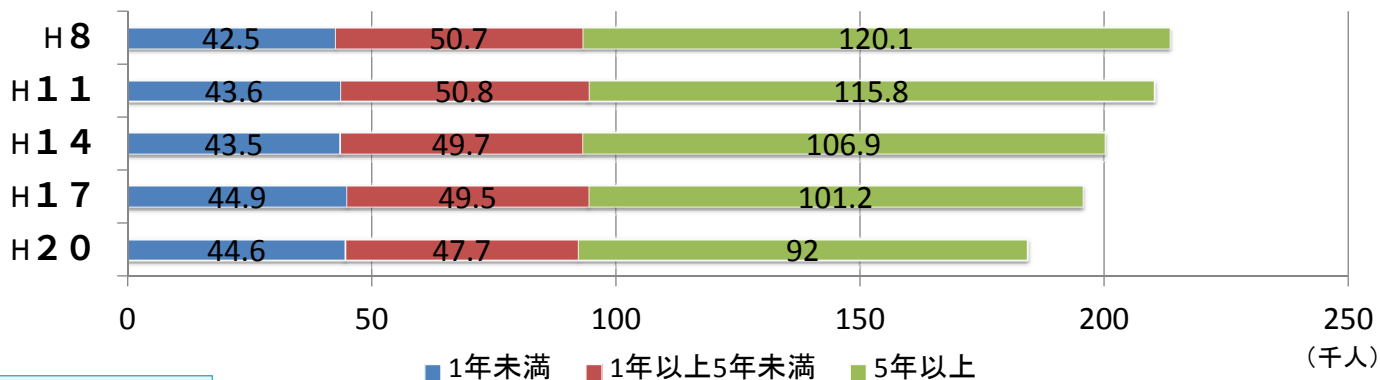
（精神・障害保健課調べ）

入院期間別在院患者数の年次推移（各年6月30日時点） ＜65歳以上＞



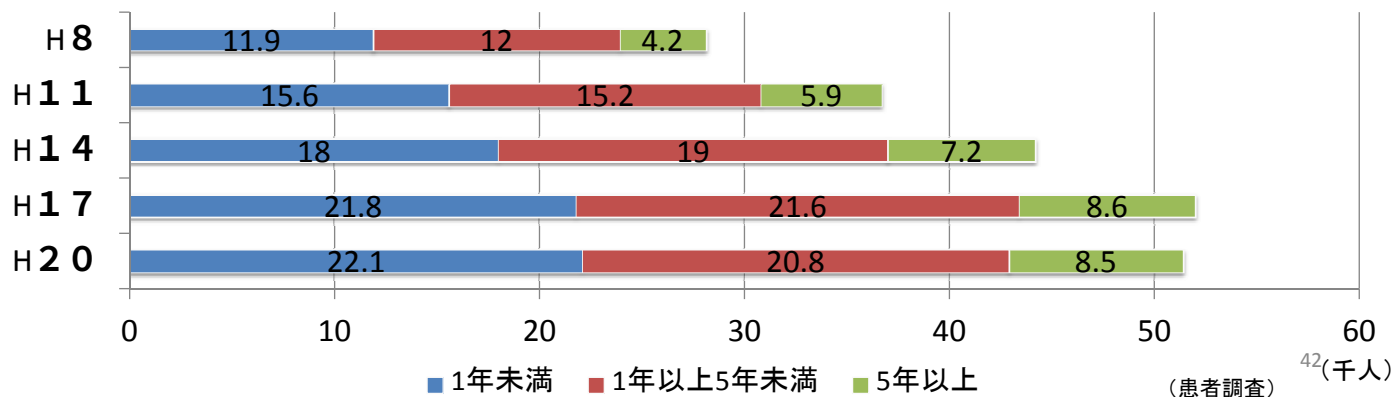
在院日数別年次推移(精神病床)

統合失調症



認知症

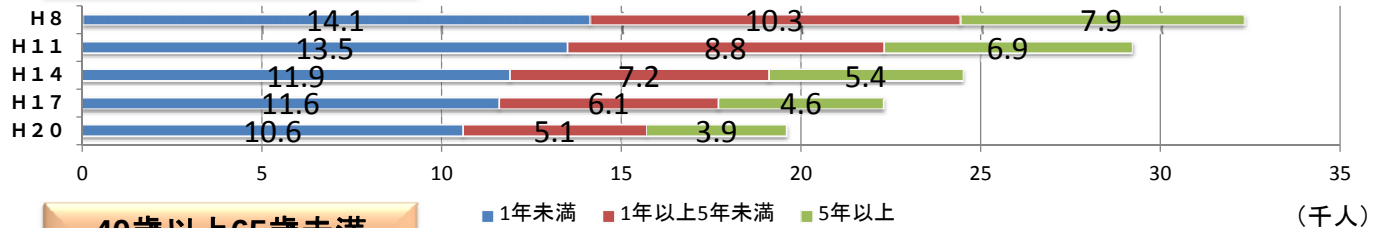
※血管性認知症及び詳細不明の認知症とアルツハイマー型認知症を足し合わせたもの



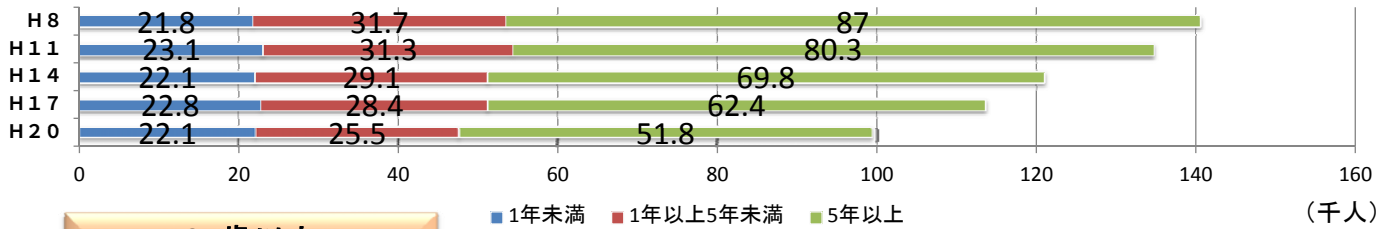
在院日数別・年齢階級別年次推移(精神病床)

統合失調症

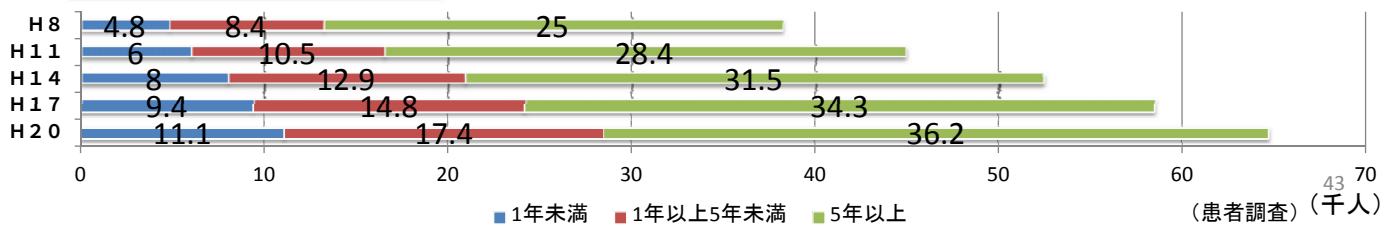
20歳以上40歳未満



40歳以上65歳未満



65歳以上

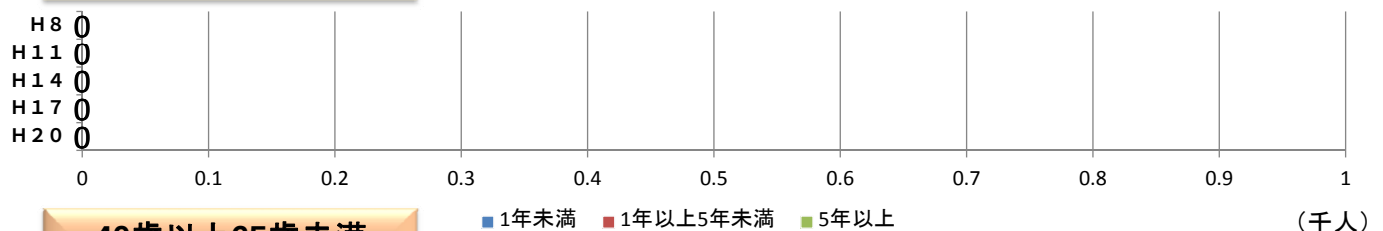


在院日数別・年齢階級別年次推移(精神病床)

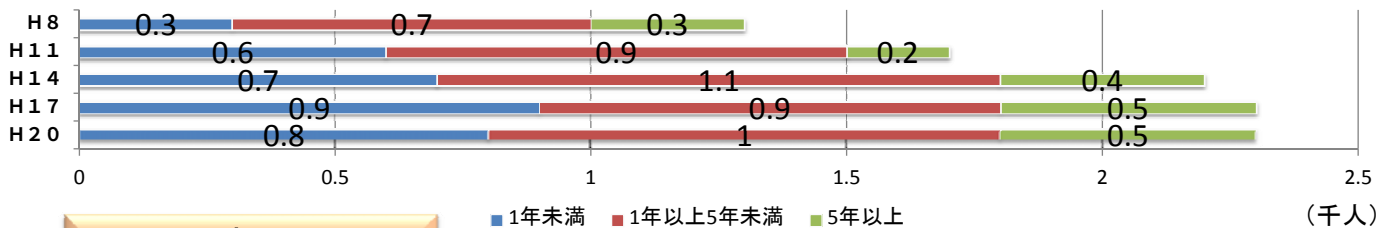
認知症

※血管性認知症及び詳細不明の認知症とアルツハイマー型認知症を足し合わせたもの

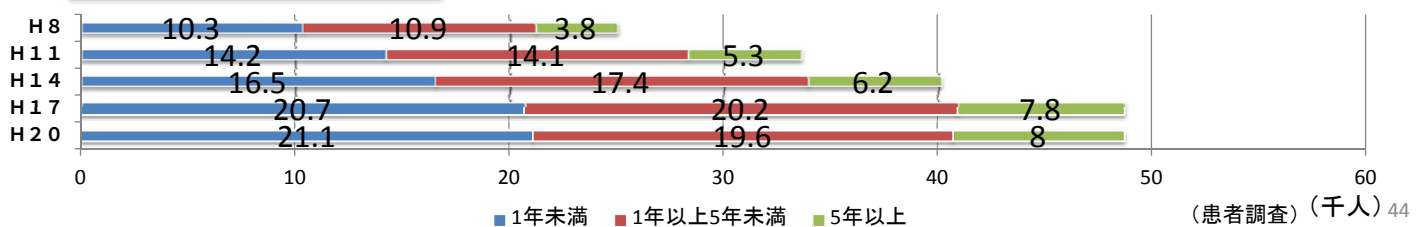
20歳以上40歳未満



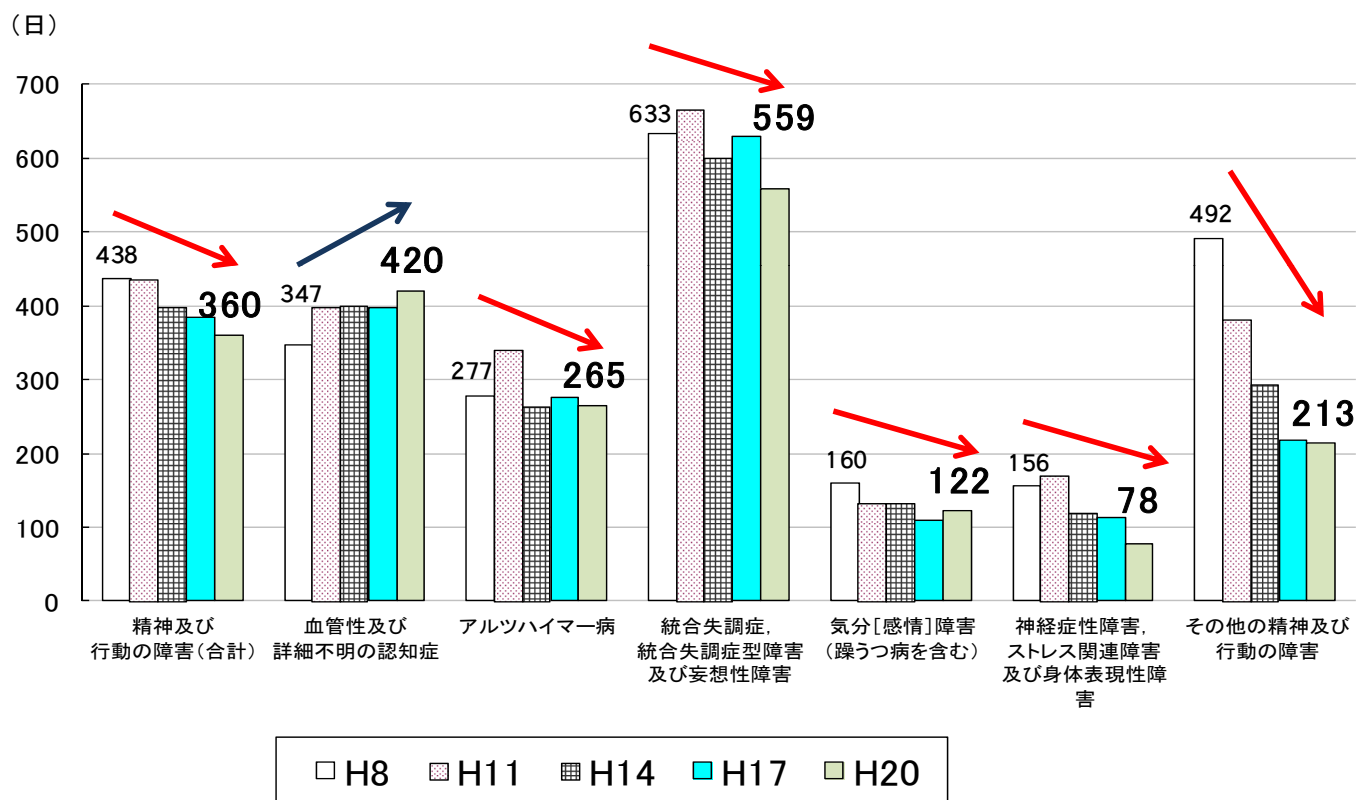
40歳以上65歳未満



65歳以上



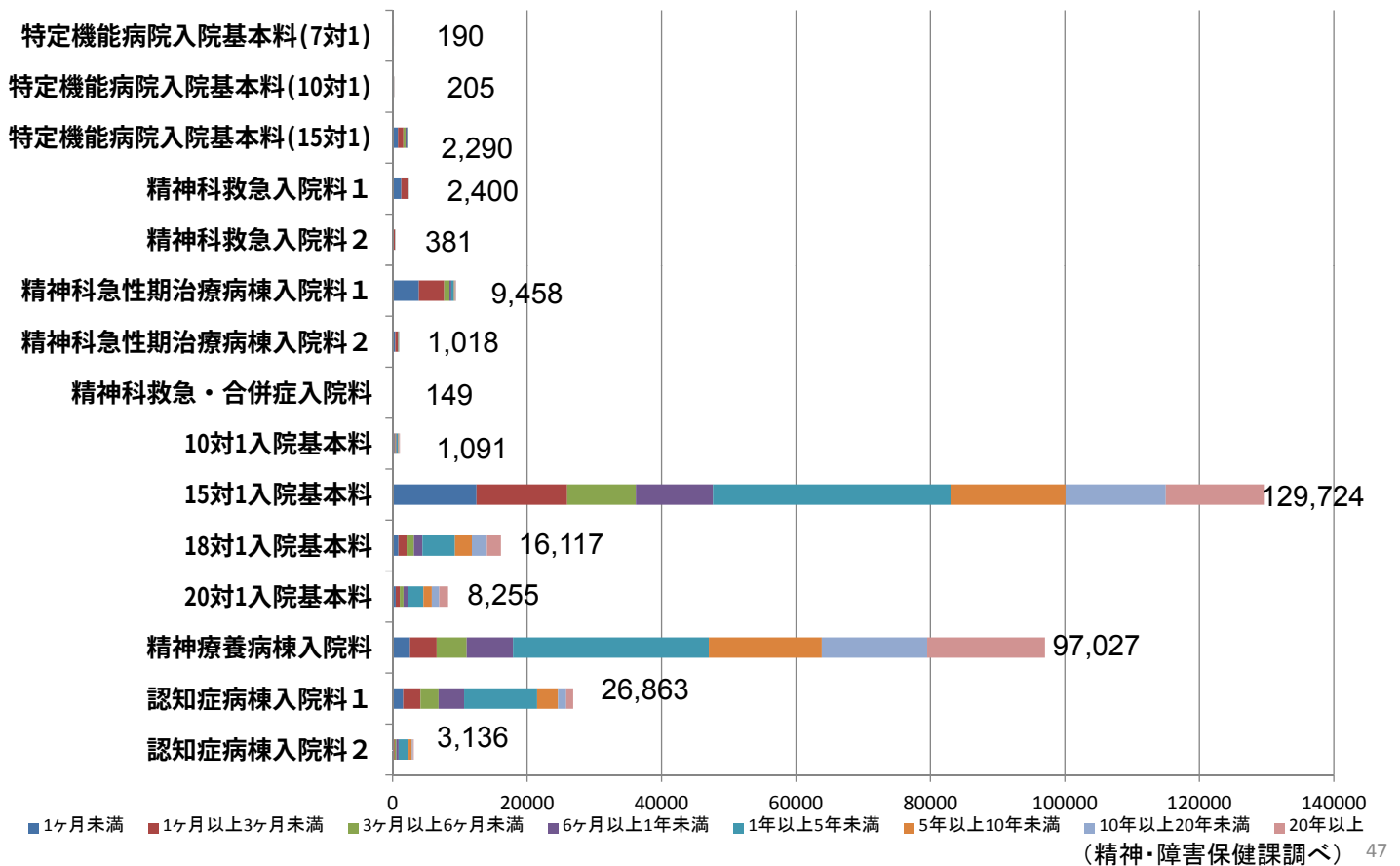
疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



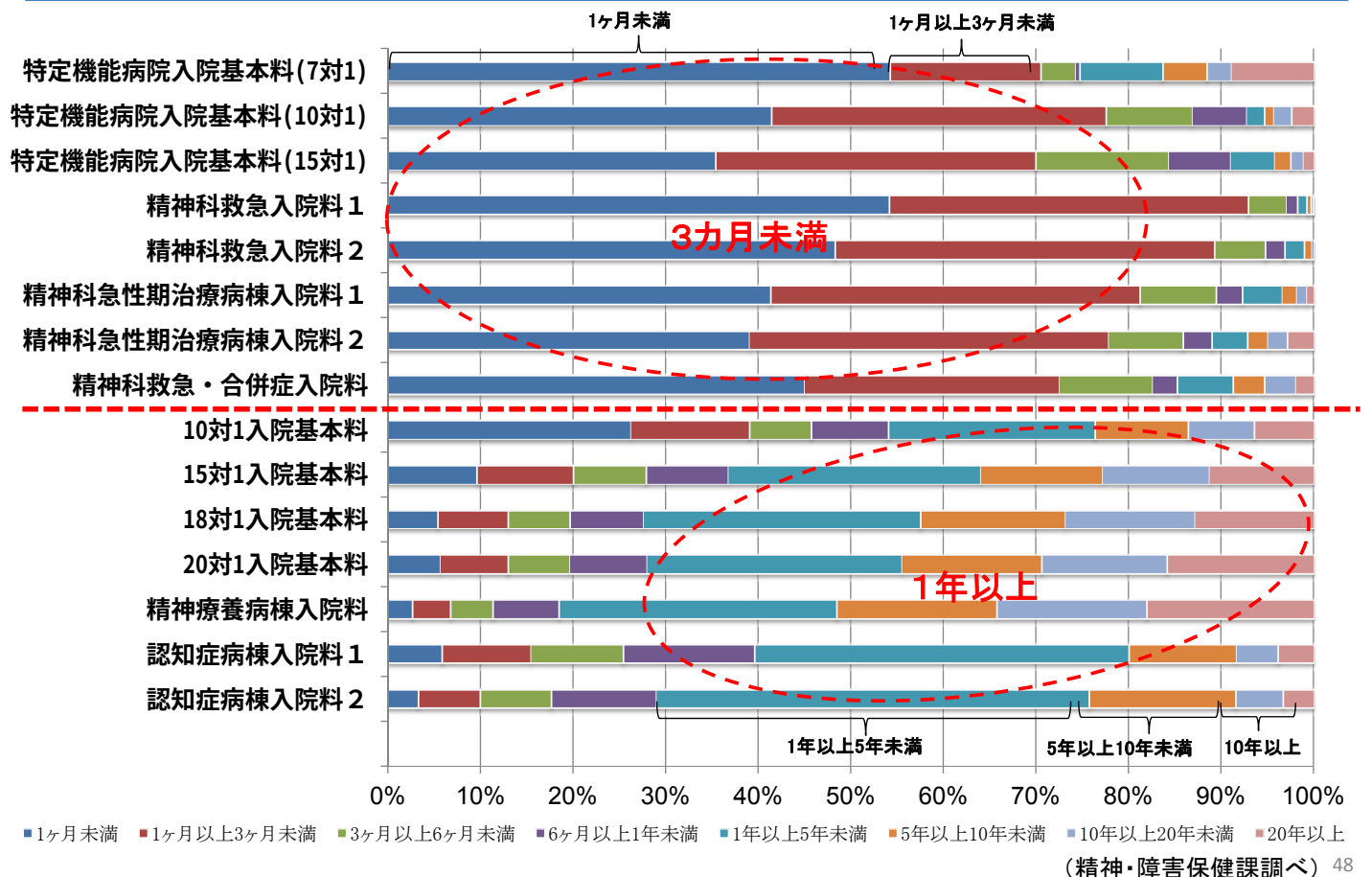
資料: 患者調査 45

精神病床の入院患者 (病棟種類別)

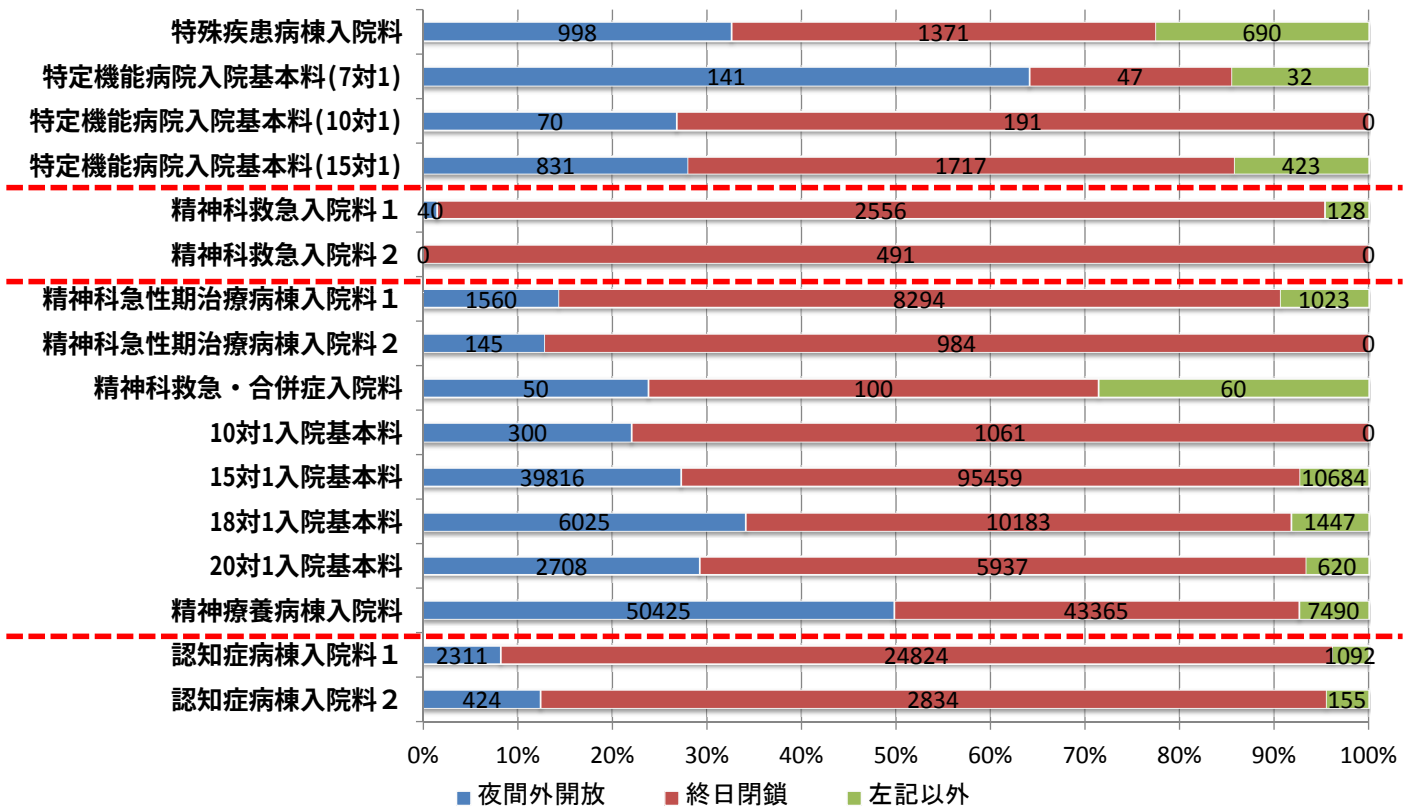
平成21年6月30日現在の病棟別・在院期間別 在院患者数



平成21年6月30日現在の病棟別・在院期間別の割合



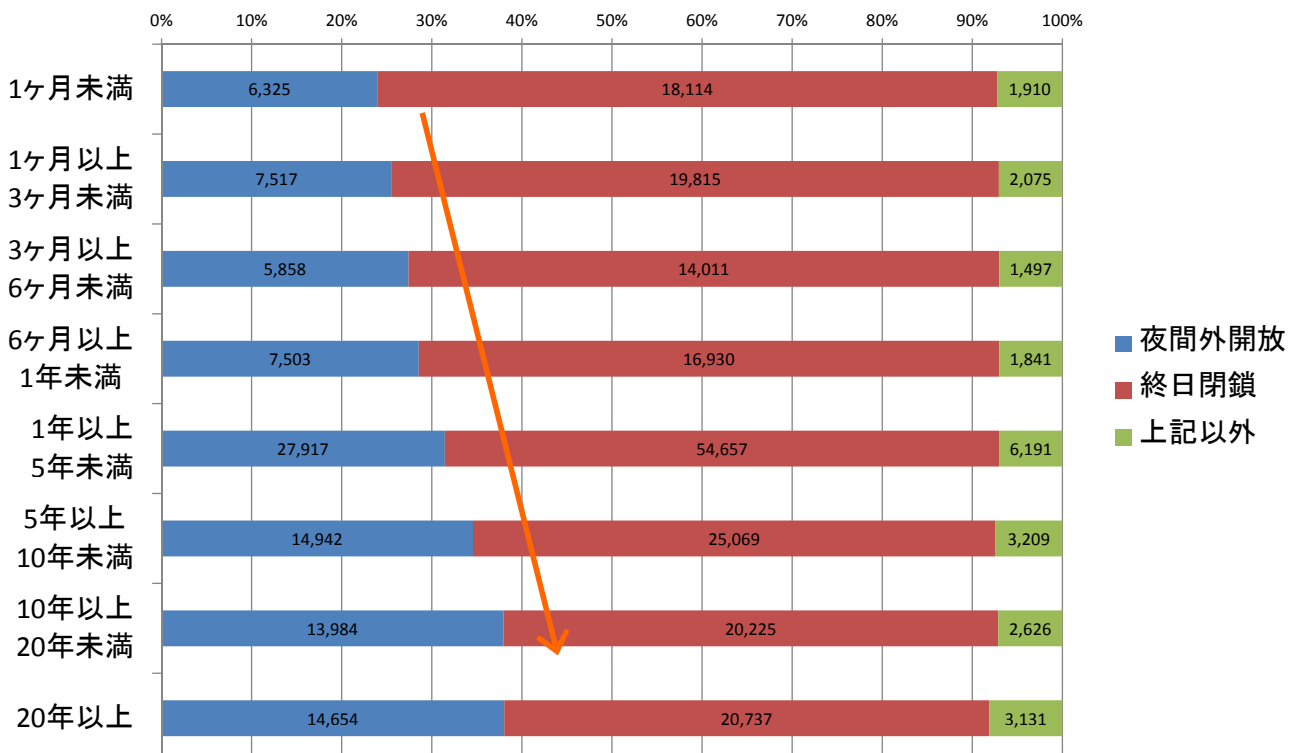
平成21年6月30日現在の病棟別・開放区分別届け出状況



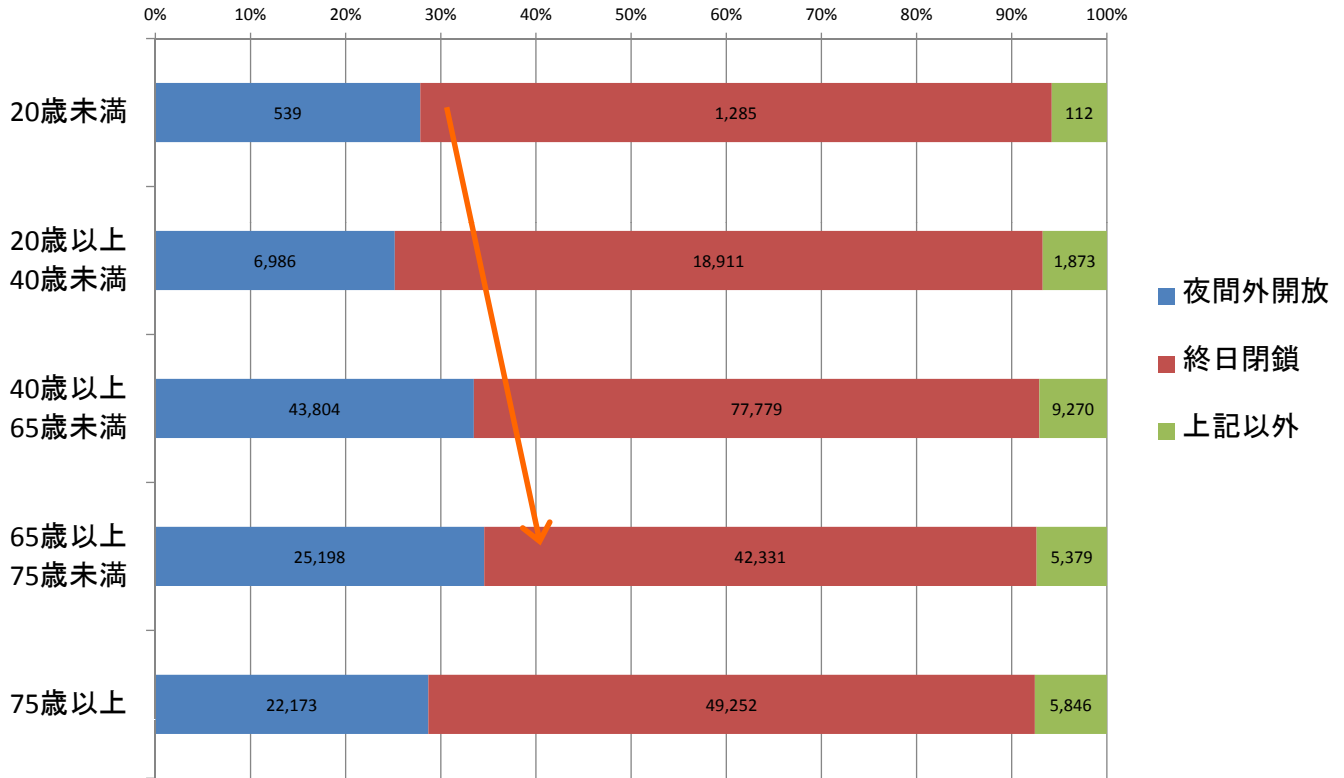
夜間外開放: 少なくとも日中の8時間程度は、病棟の出入り口に施錠していない病棟
 終日閉鎖: 原則として終日、病棟の出入り口に施錠している
 左記以外: 「夜間外開放」「終日閉鎖」に該当しない病棟

49
 (精神・障害保健課調べ)

在院期間別 処遇の状況



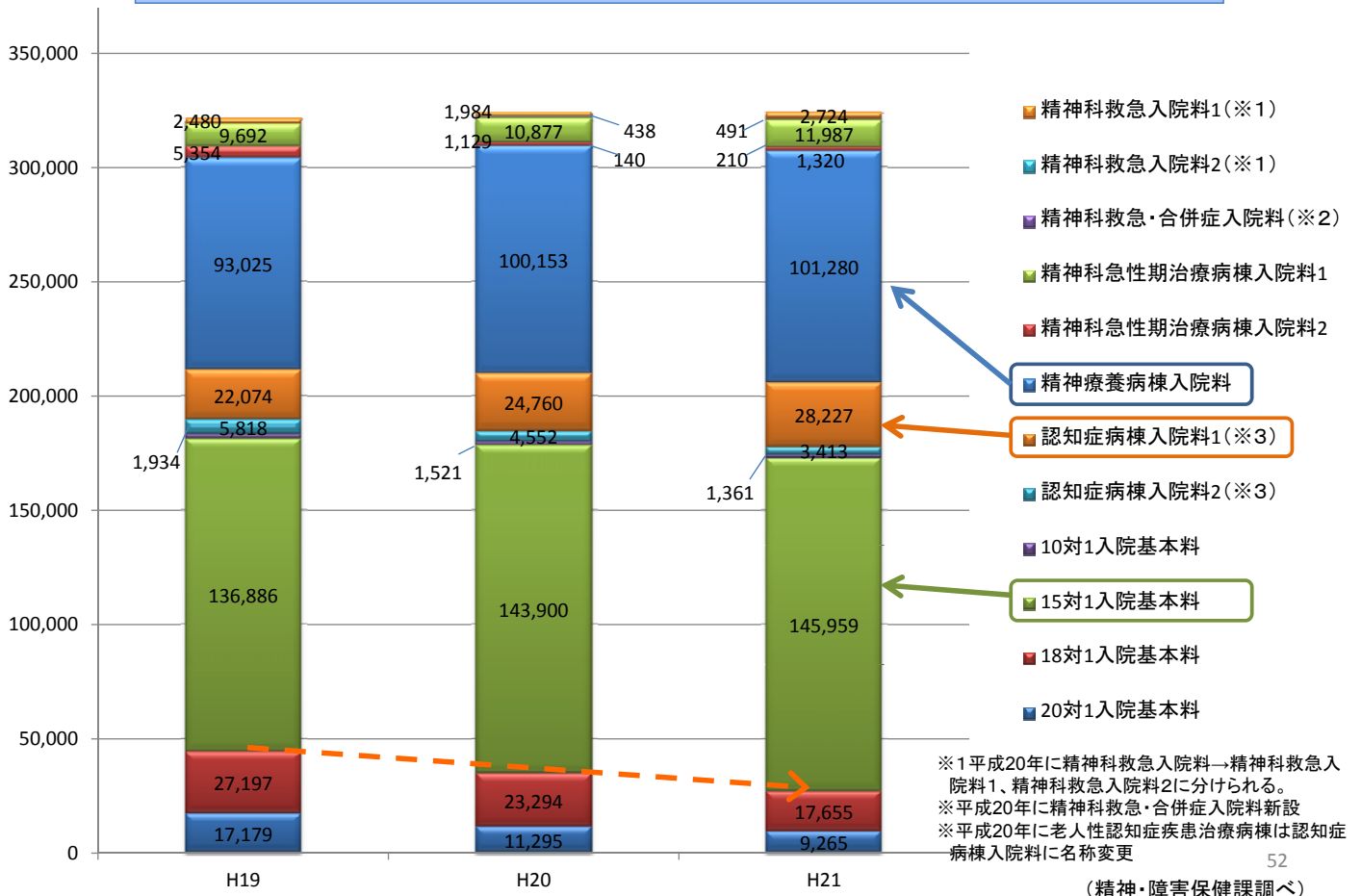
年齢階級別 処遇の状況



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

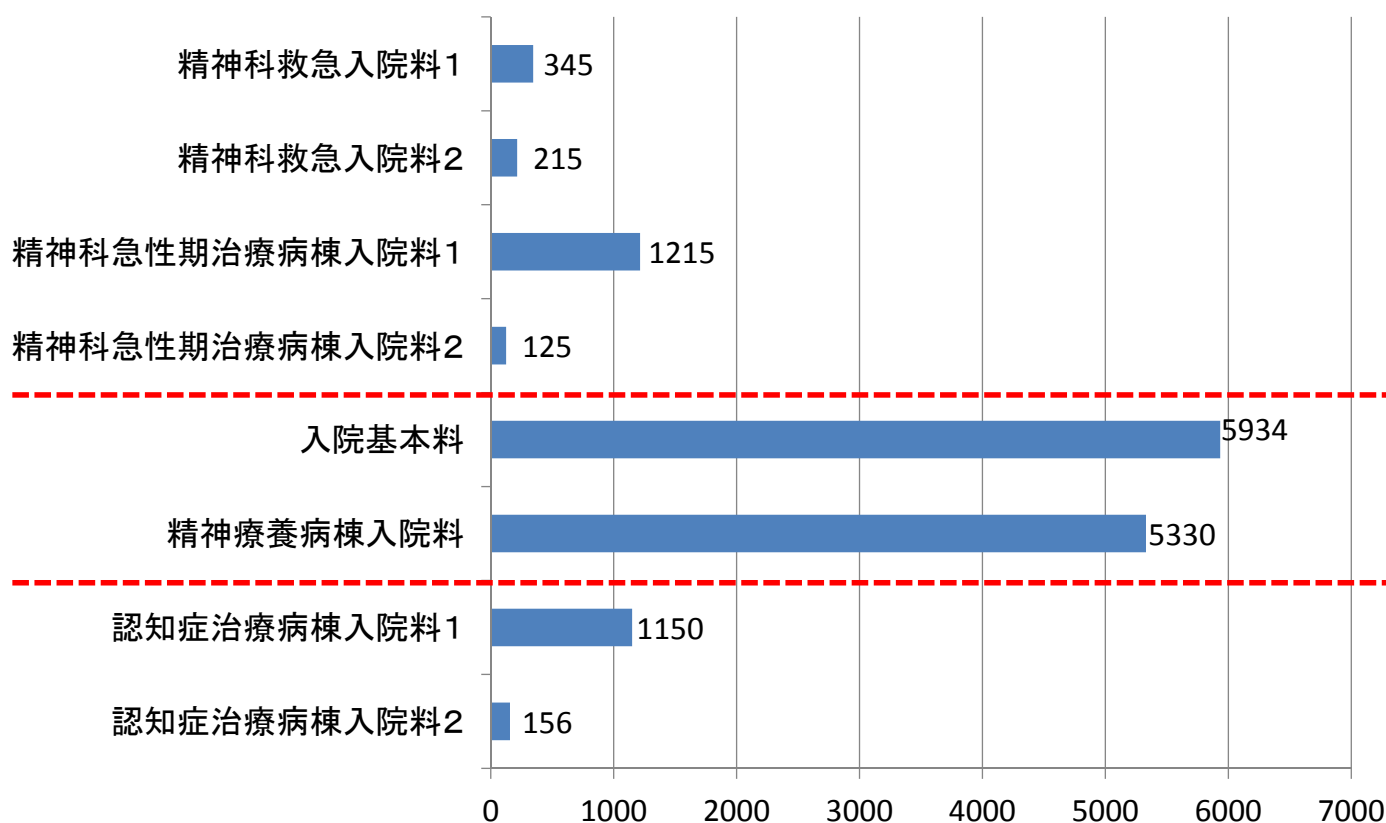
病棟種類別患者像(厚生労働科学研究)

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

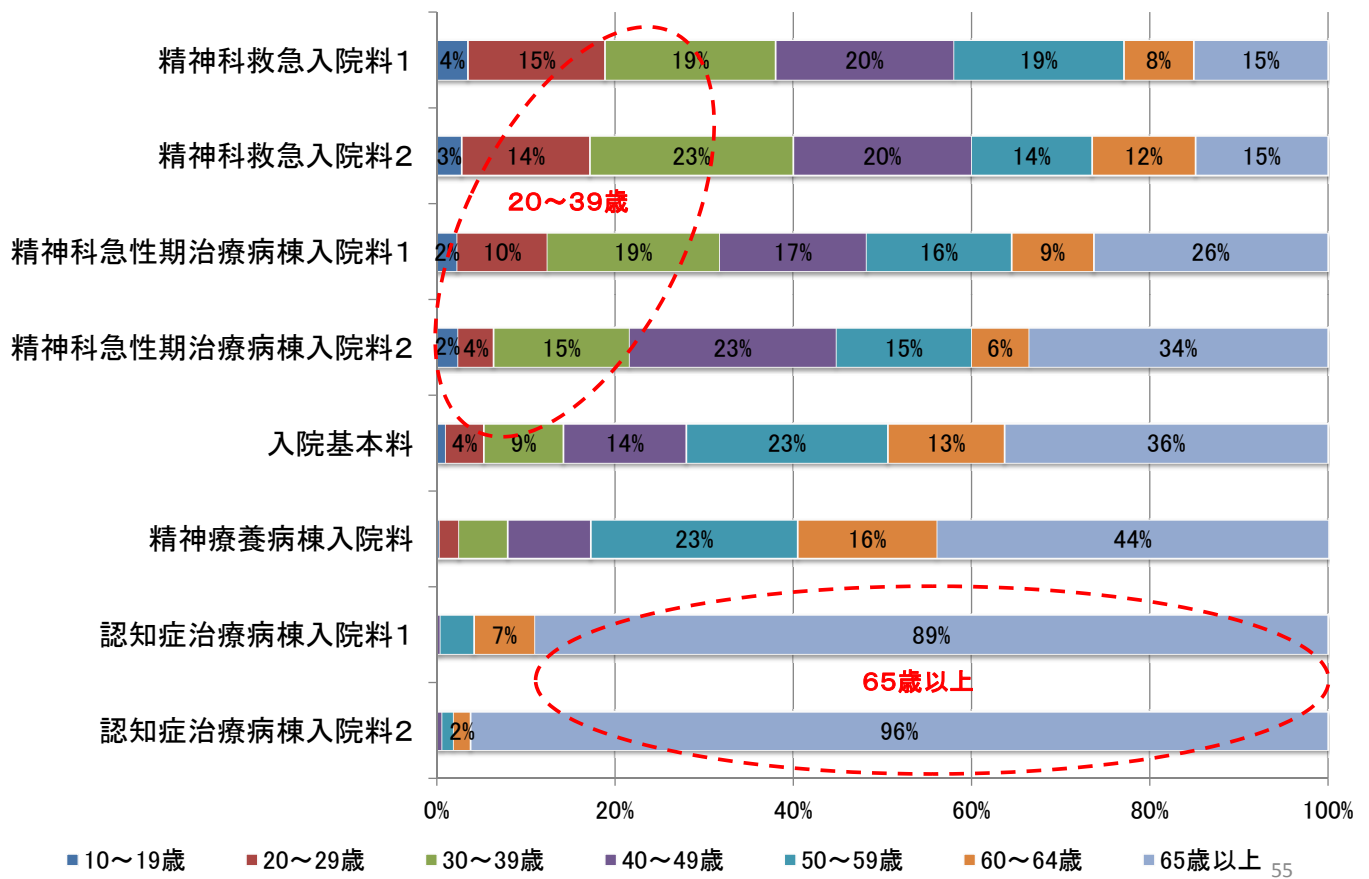


※「特別入院基本料」と「認知症病棟(介護保険)」は、入院患者数が少ないため除く。

54(人)

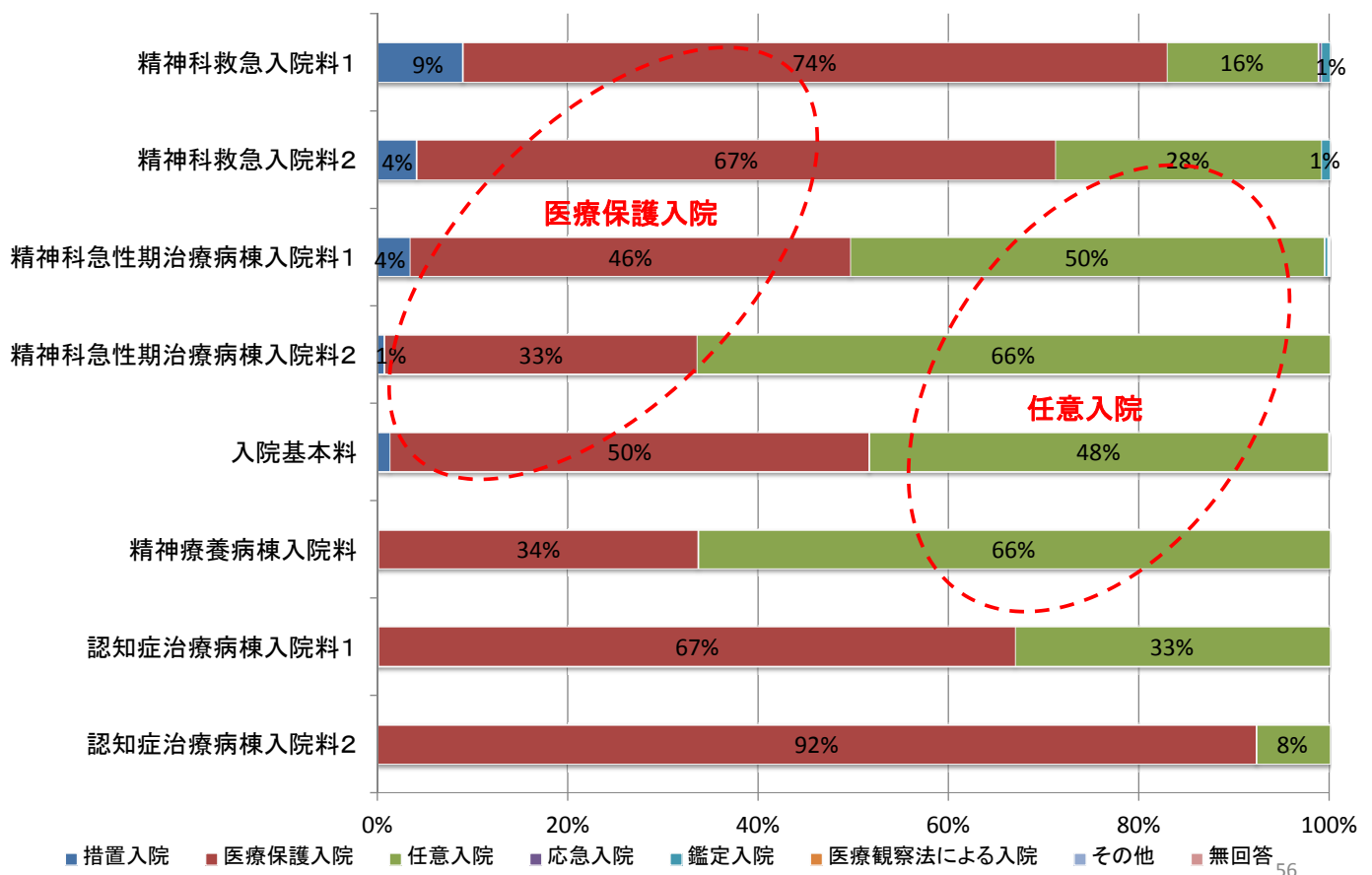
(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者:山内慶太 より作成)

病棟種類別年齢階級別入院患者割合



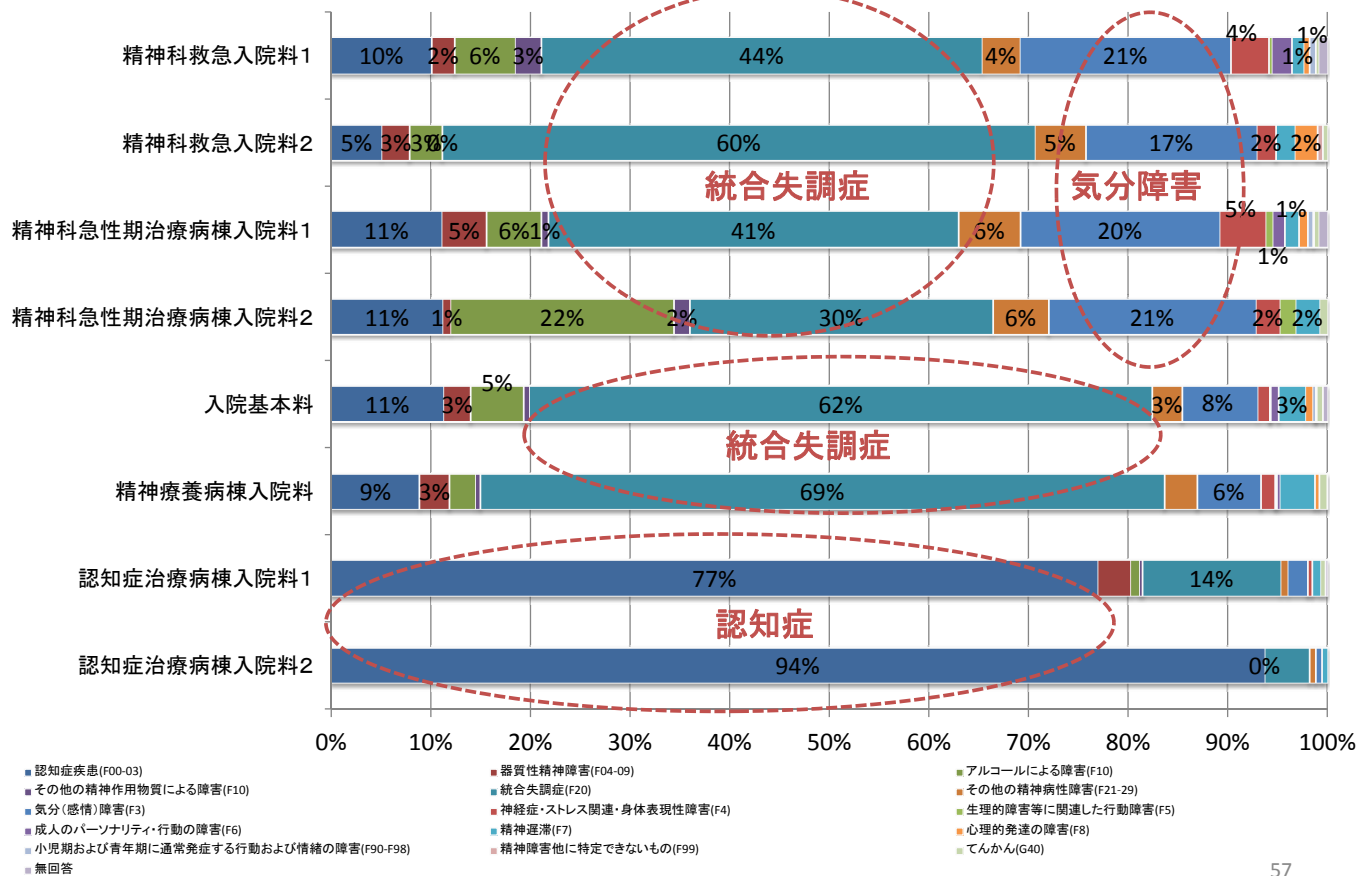
(『精神病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究』研究代表者; 山内慶太 より作成)

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)

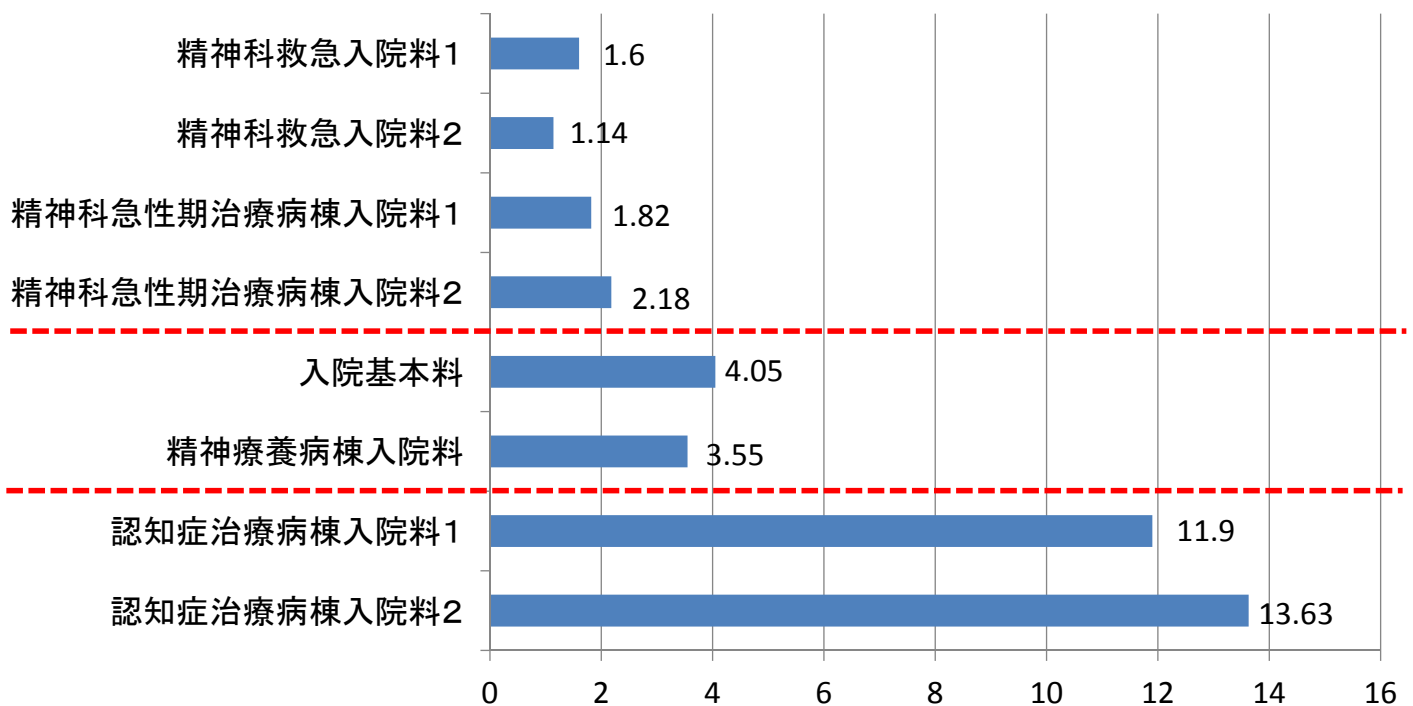
病棟種類別疾病別入院患者割合



57

(『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

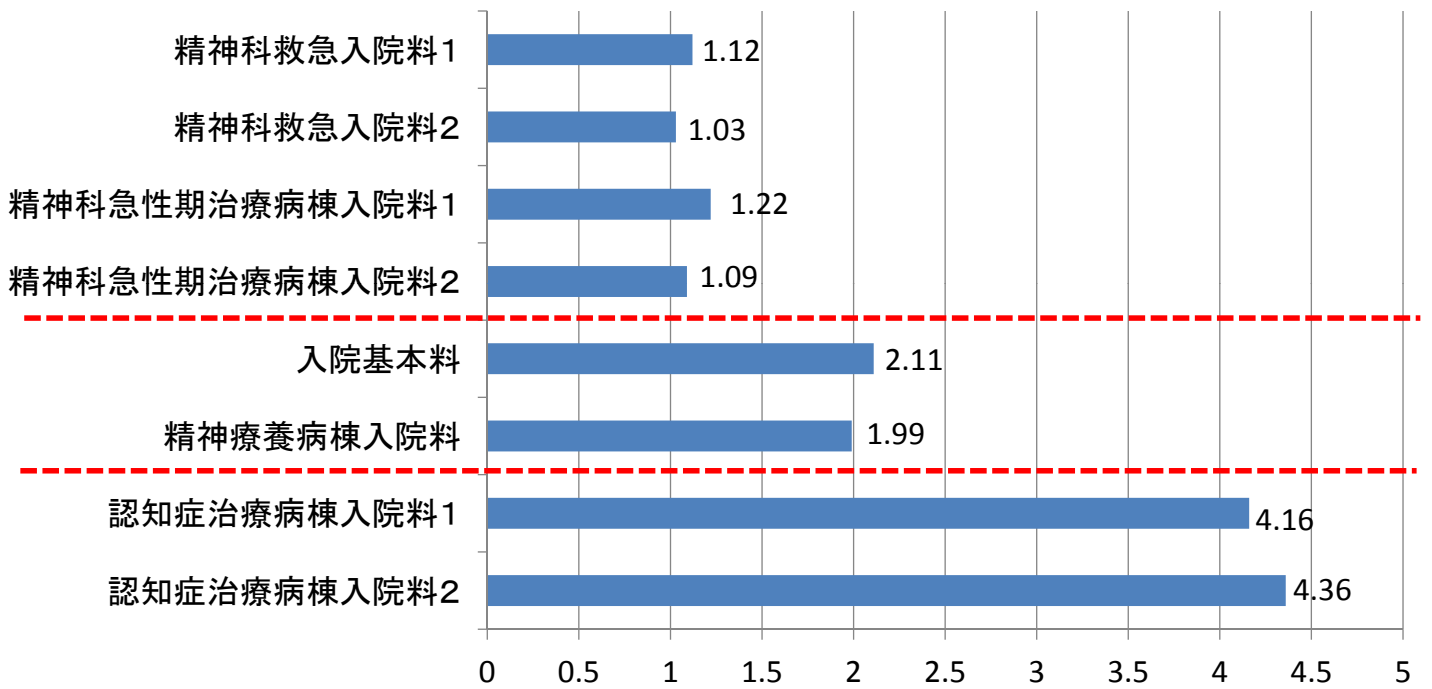


ADL: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用、個人衛生のそれぞれの項目について自立(0点)～全面依存(6点)として点数化。0点～30点の範囲で、数値が増加するほどADLの低下が認められる。

58

(『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

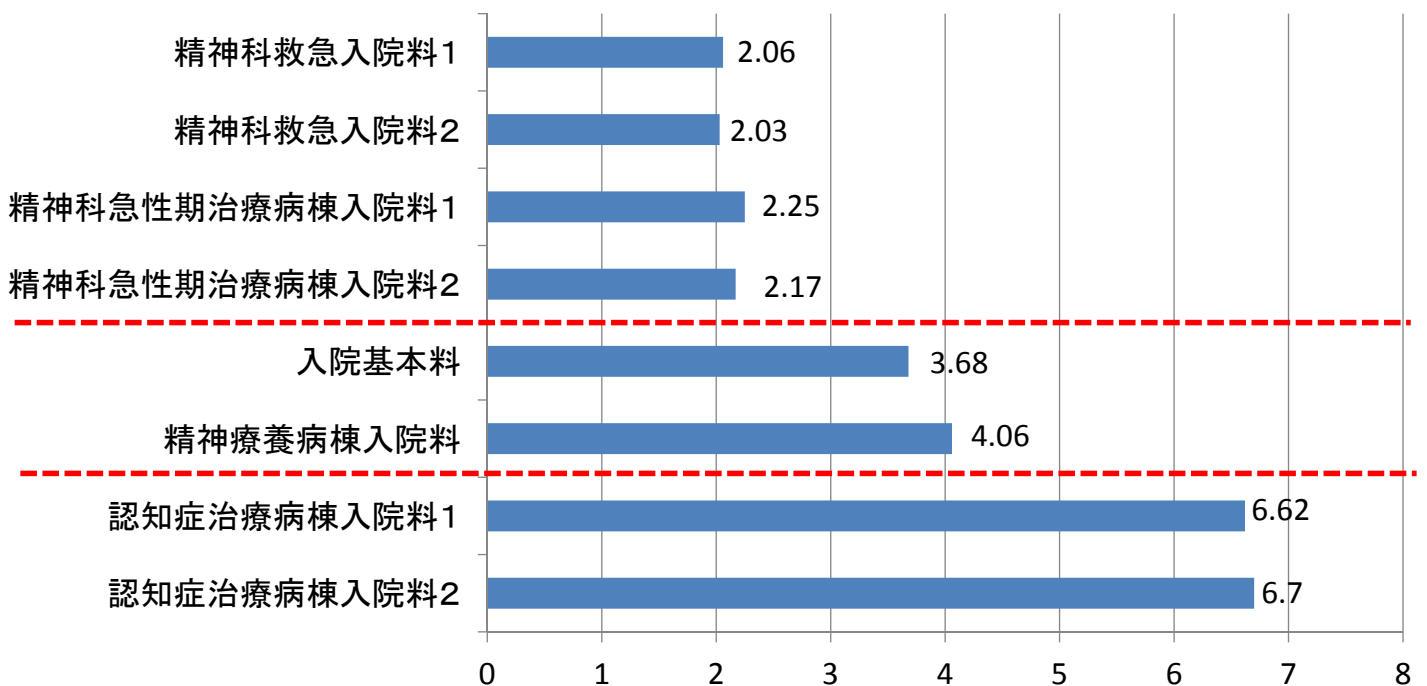


CPS; 認知活動評価尺度(Cognitive Performance Scale)の略語であり、短期記憶(0～1点)、日常の意思決定を行うための認知能力(0～3点)、自分を理解させることができる能力(0～3点)、食事の自己動作(0～4点)のそれぞれの項目において点数化。0～11点の範囲で数値が増加するほど認知活動の低下が認められる。

(『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

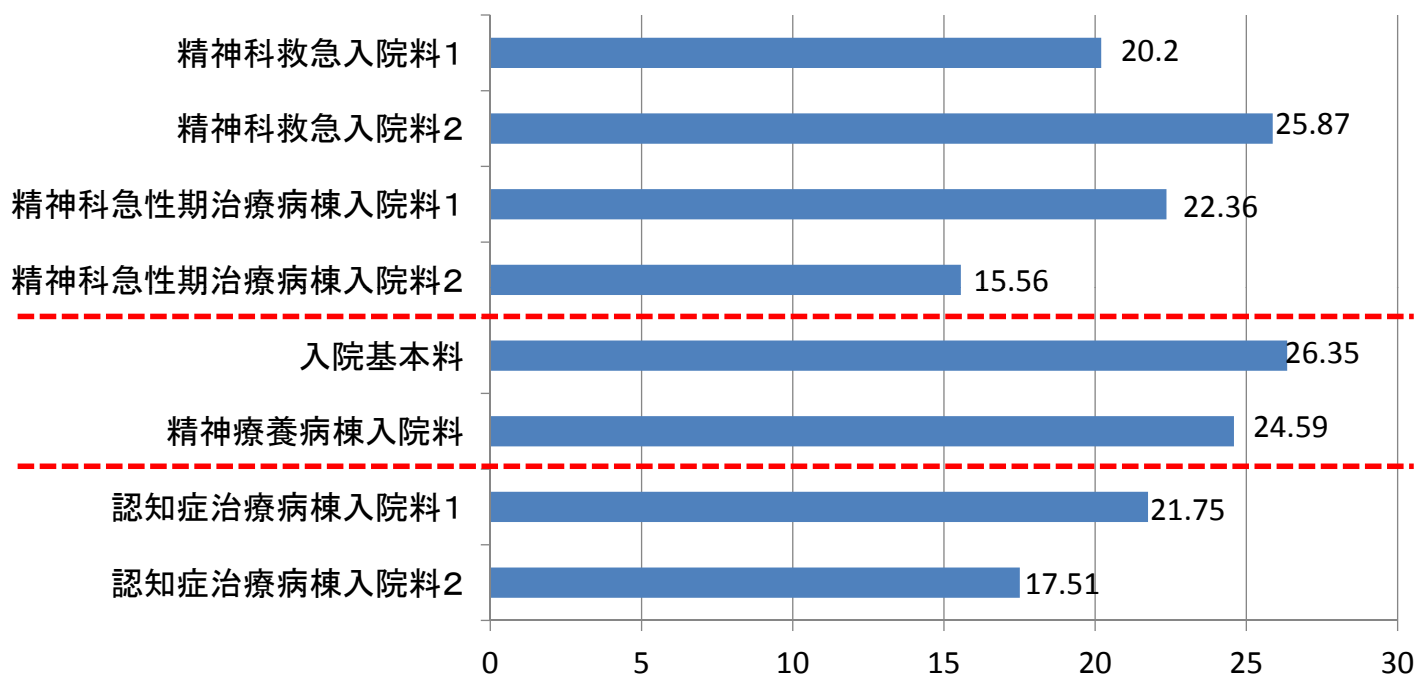


IADL; 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用、それぞれの7項目について問題ない(0点)～非常に困難(2点)として点数化。0点～14点の範囲で、数値が増加するほどIADLの低下が認められる。

(『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

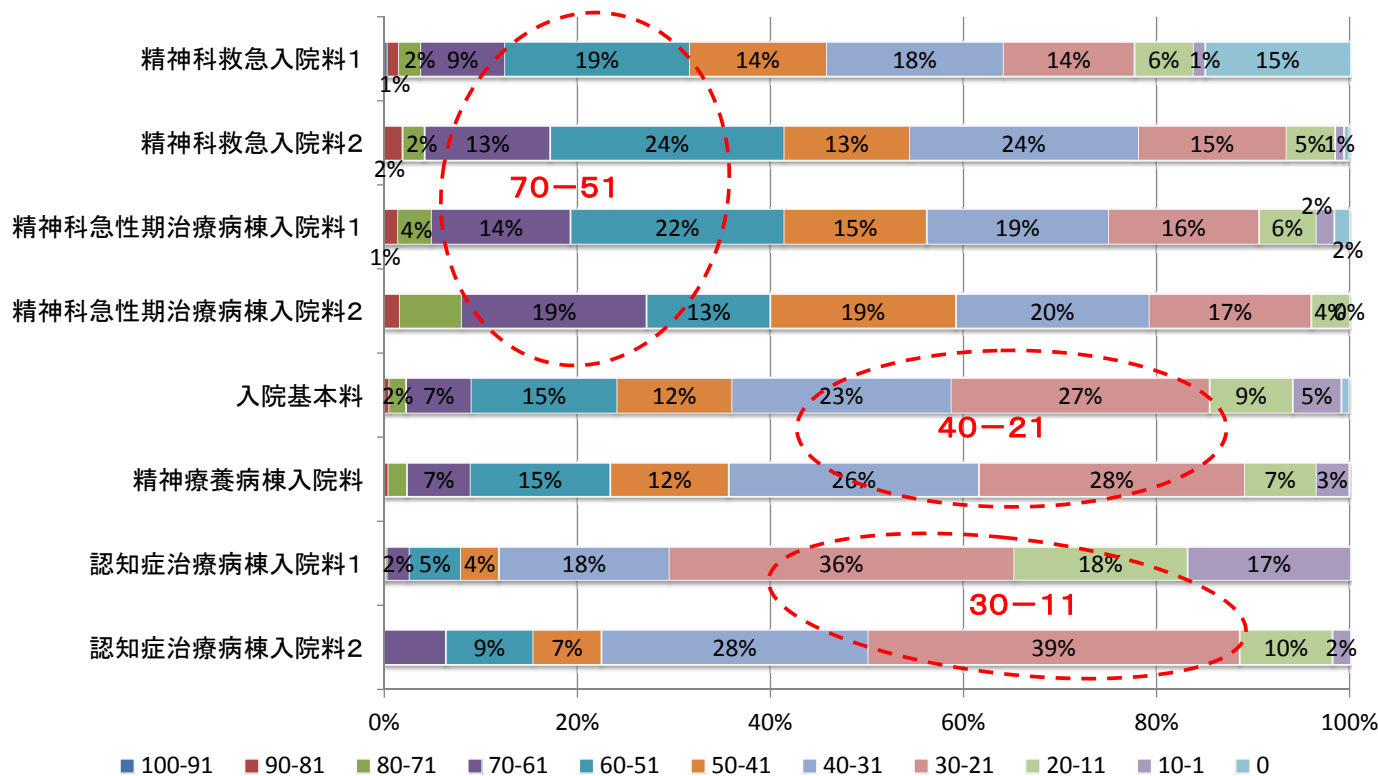


オックスフォード版BPRS; 多数の精神症状を包括的に把握するもので、精神症状18項目それぞれの重症度を、評価者の判断によって0点～6点の7段階で評価する。0～108点の範囲で、点数が増加するほど精神症状の悪化が認められる。

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＋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)

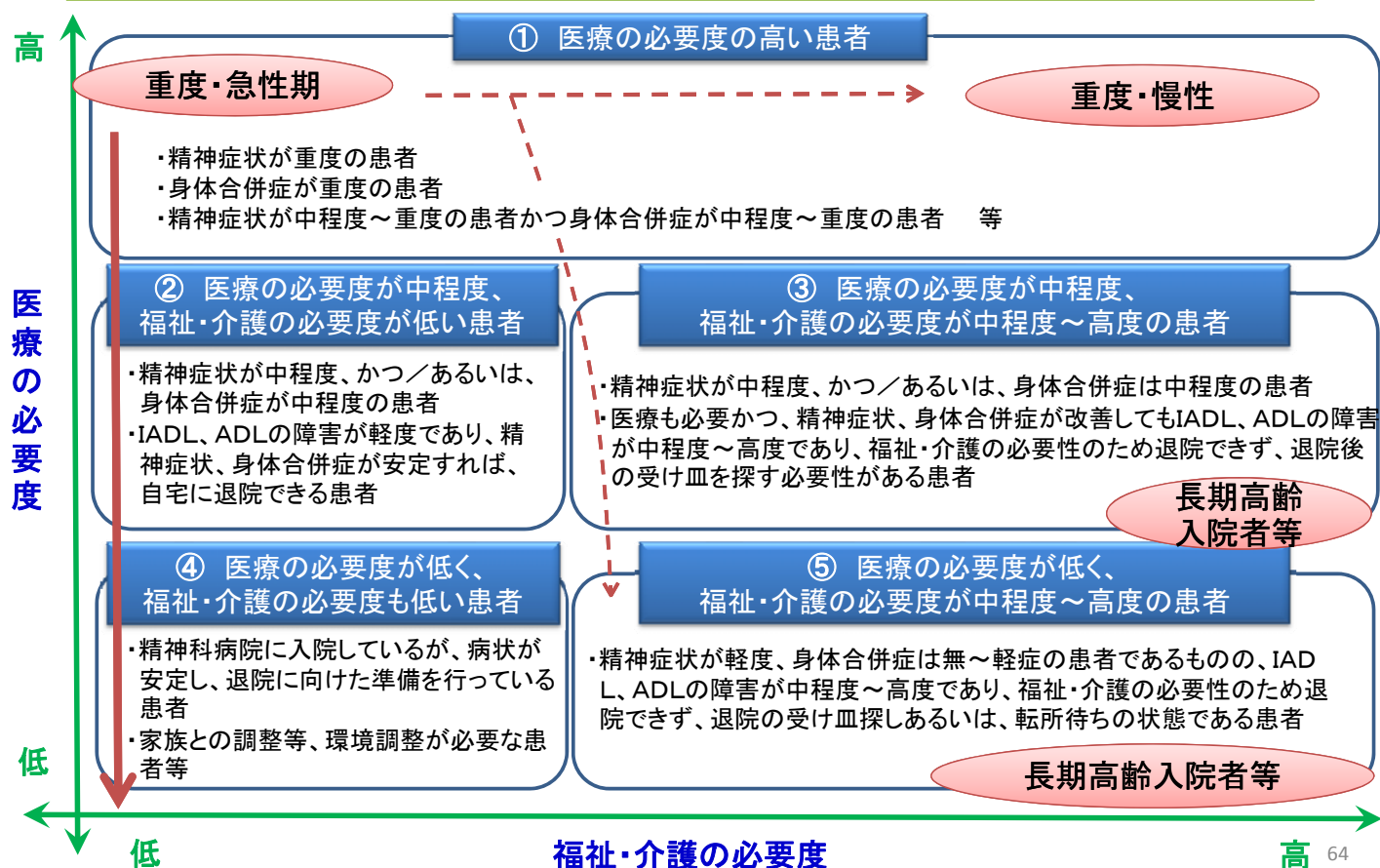
※1 認知症病棟 : 認知症病棟入院料1、認知症病棟入院料2、認知症病棟(介護保険)を合計したもの (N=1344)

※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



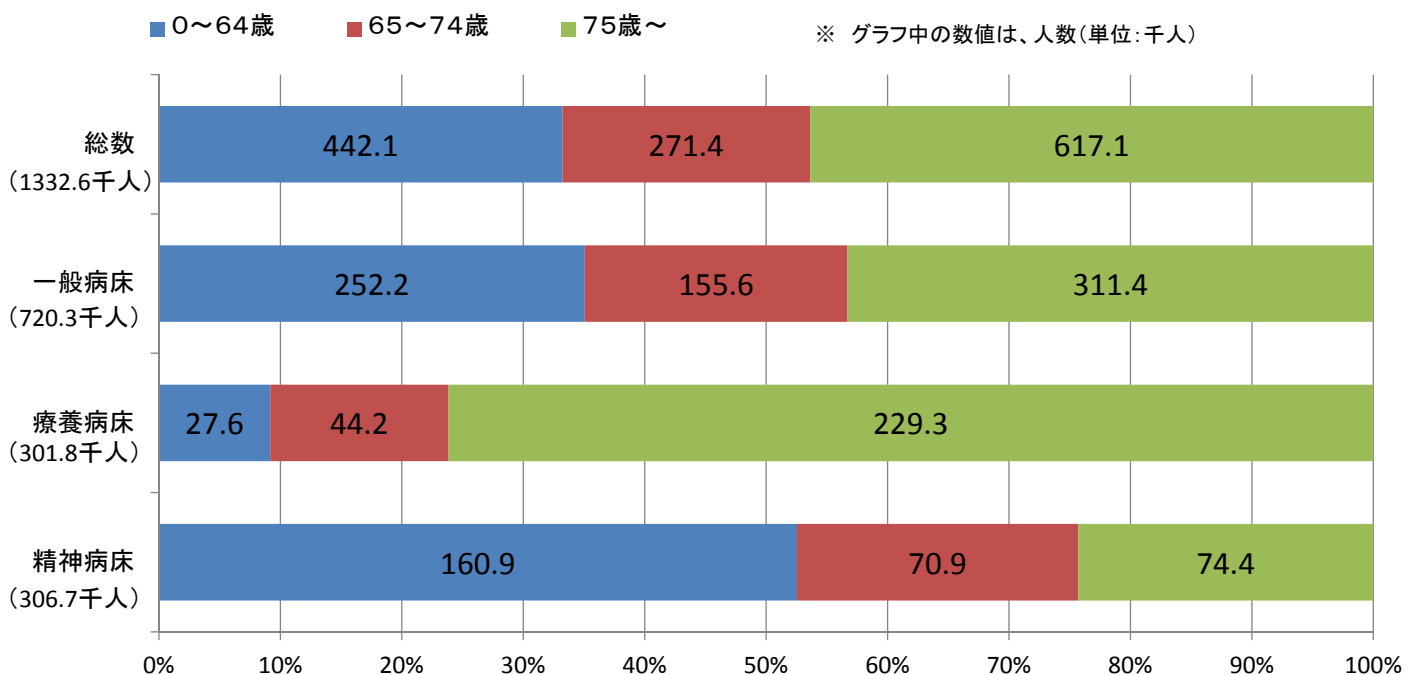
参考資料1 病床区分別の状況

社会保障審議会医療部会
平成22年12月2日資料(抜粋)

65

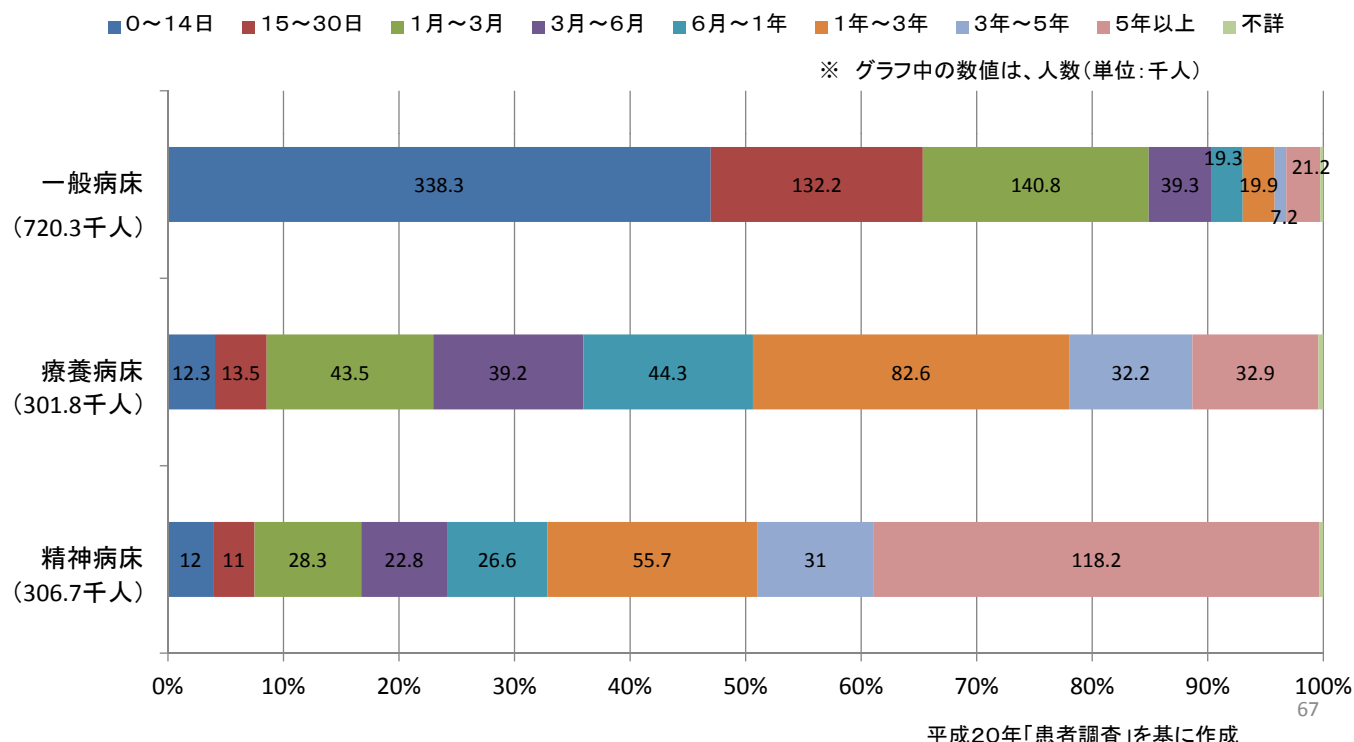
年齢構成別入院患者数(病院)

- 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%



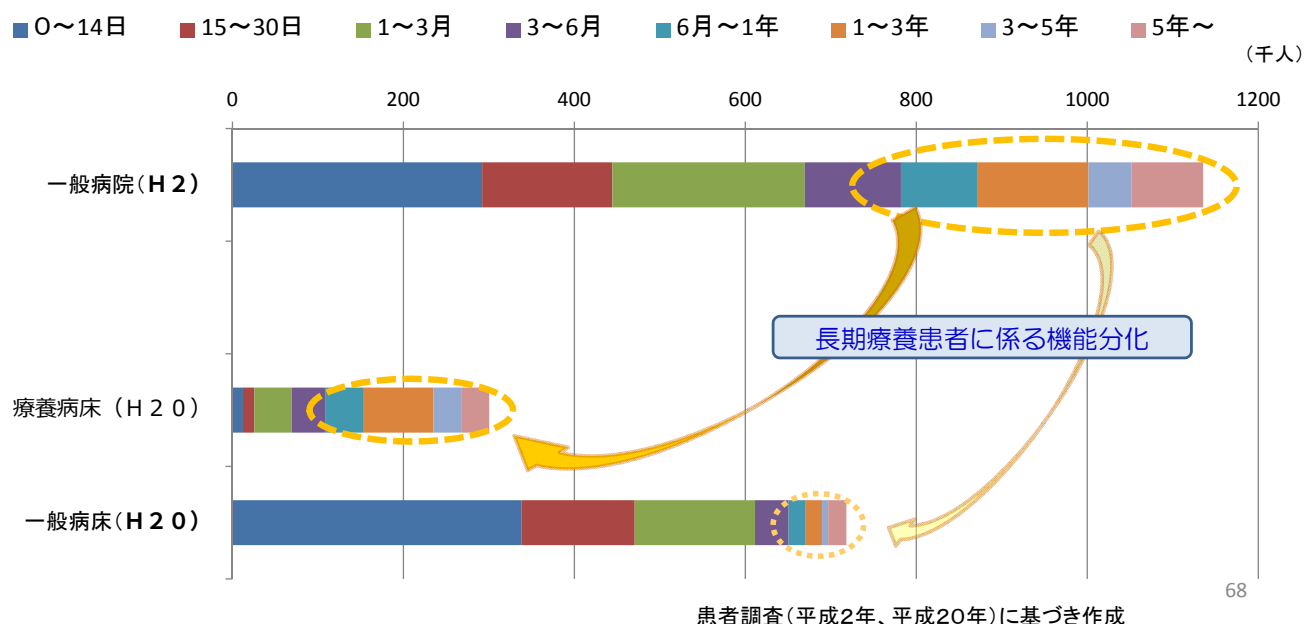
入院期間別入院患者数(病院)

○ 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。



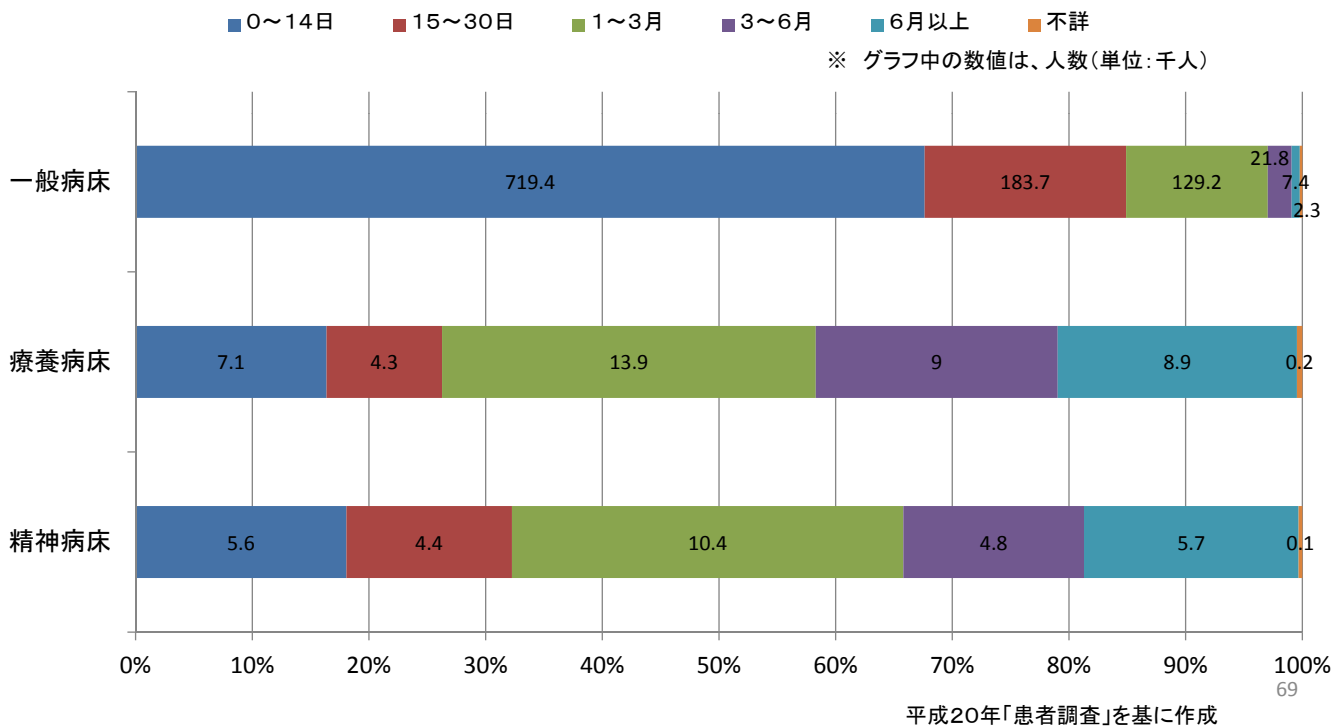
入院期間別入院患者数と一般病床・療養病床(病院)

- 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。



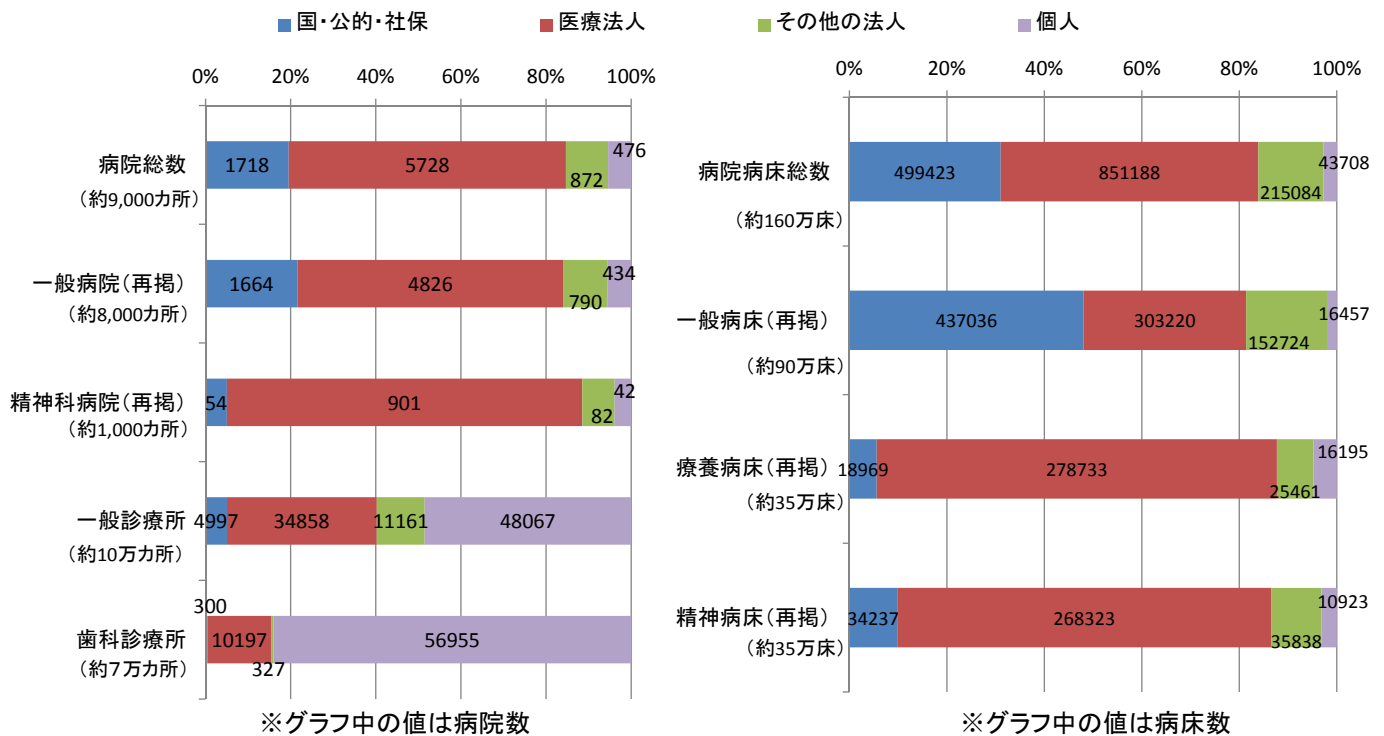
退院患者の在院期間別内訳(病院)

- 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医療者への不信感が強い 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) → 中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.45$, $p<0.05$)
「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 中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.49-0.92$, $p<0.001$)		

※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

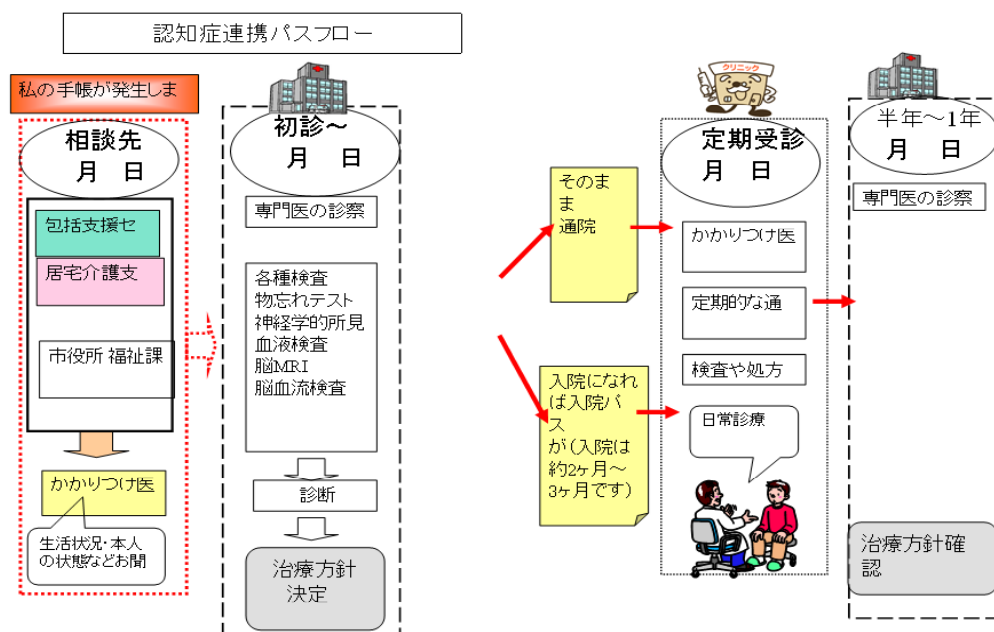
（出典：揖保川病院，2009）

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
...

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
		※3	※4			
看護補助 ・介護	—	同上	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。

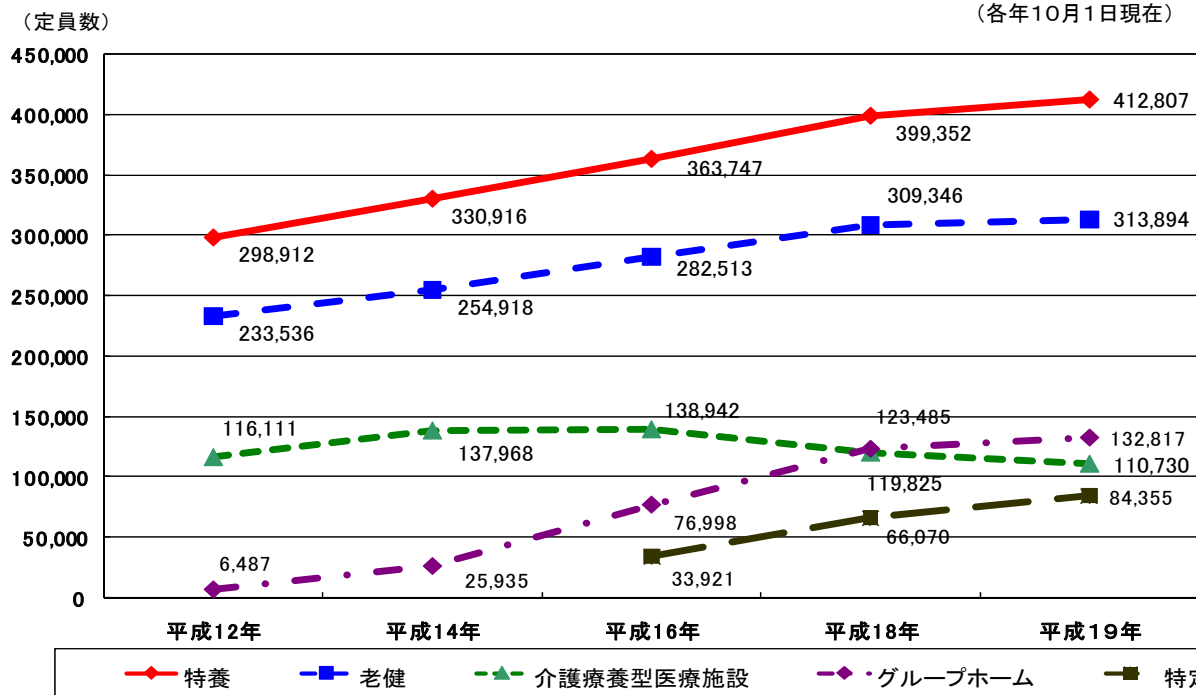
(注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。

(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)

86

施設・居住系サービスの定員数の推移

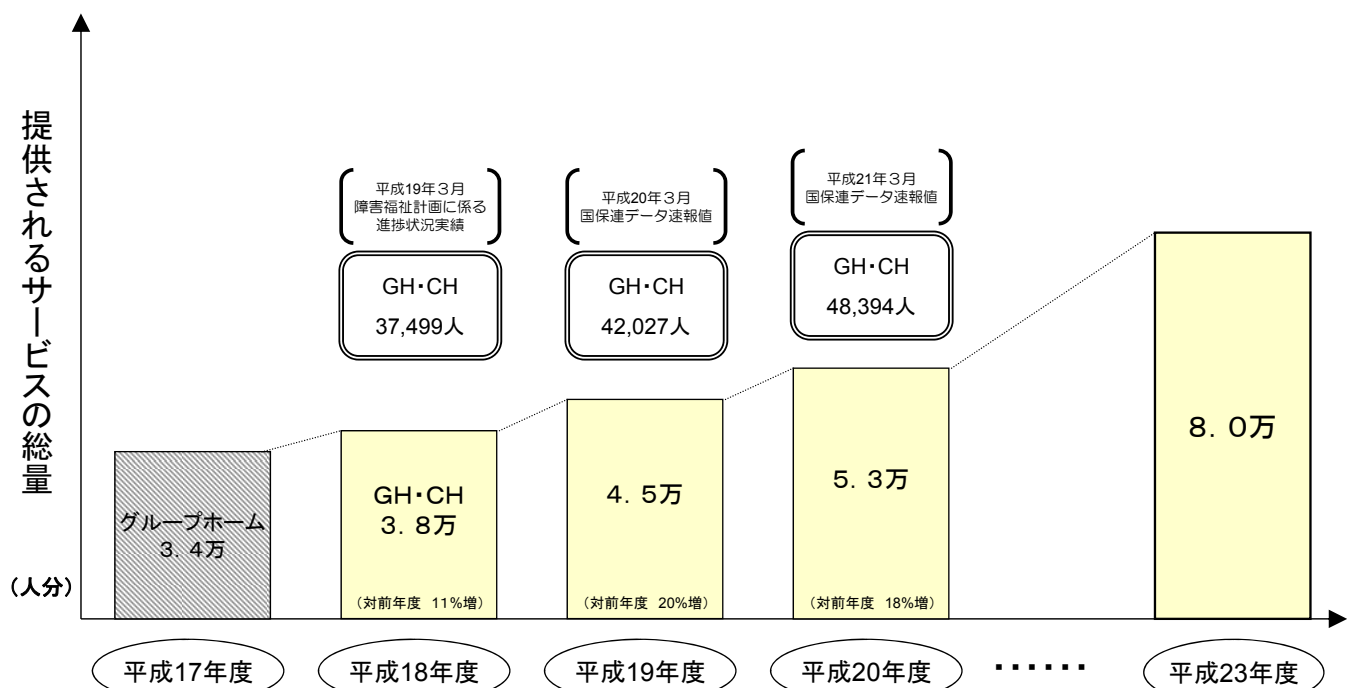


- (注) 1 特定施設については、利用者数である(平成14年以前の統計は存在しない)。
 2 特別養護老人ホーム及び特定施設の平成18年及び19年の数字は、それぞれ地域密着型(定員29人以下)のものは含まない。

(出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

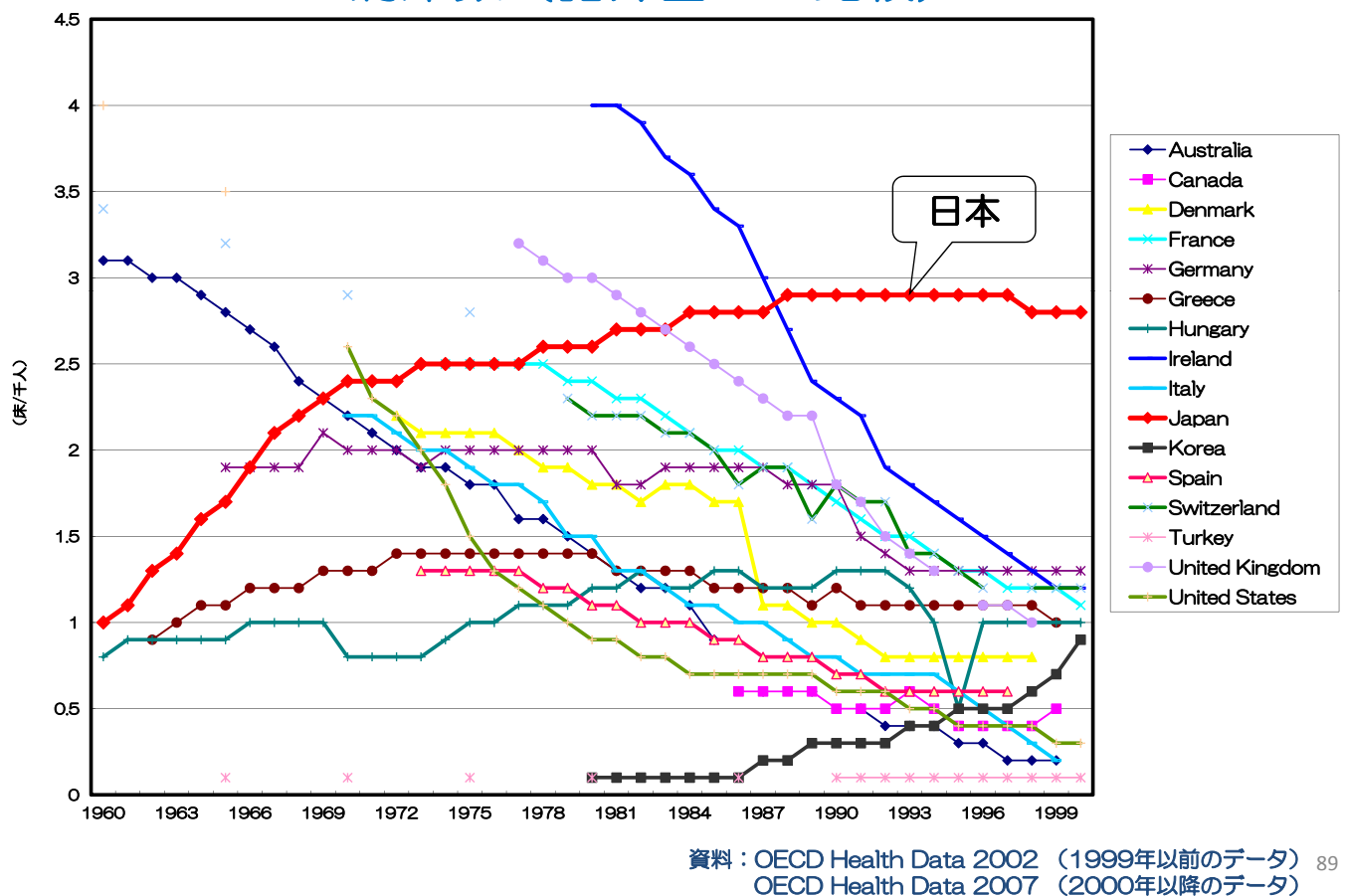
87

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）

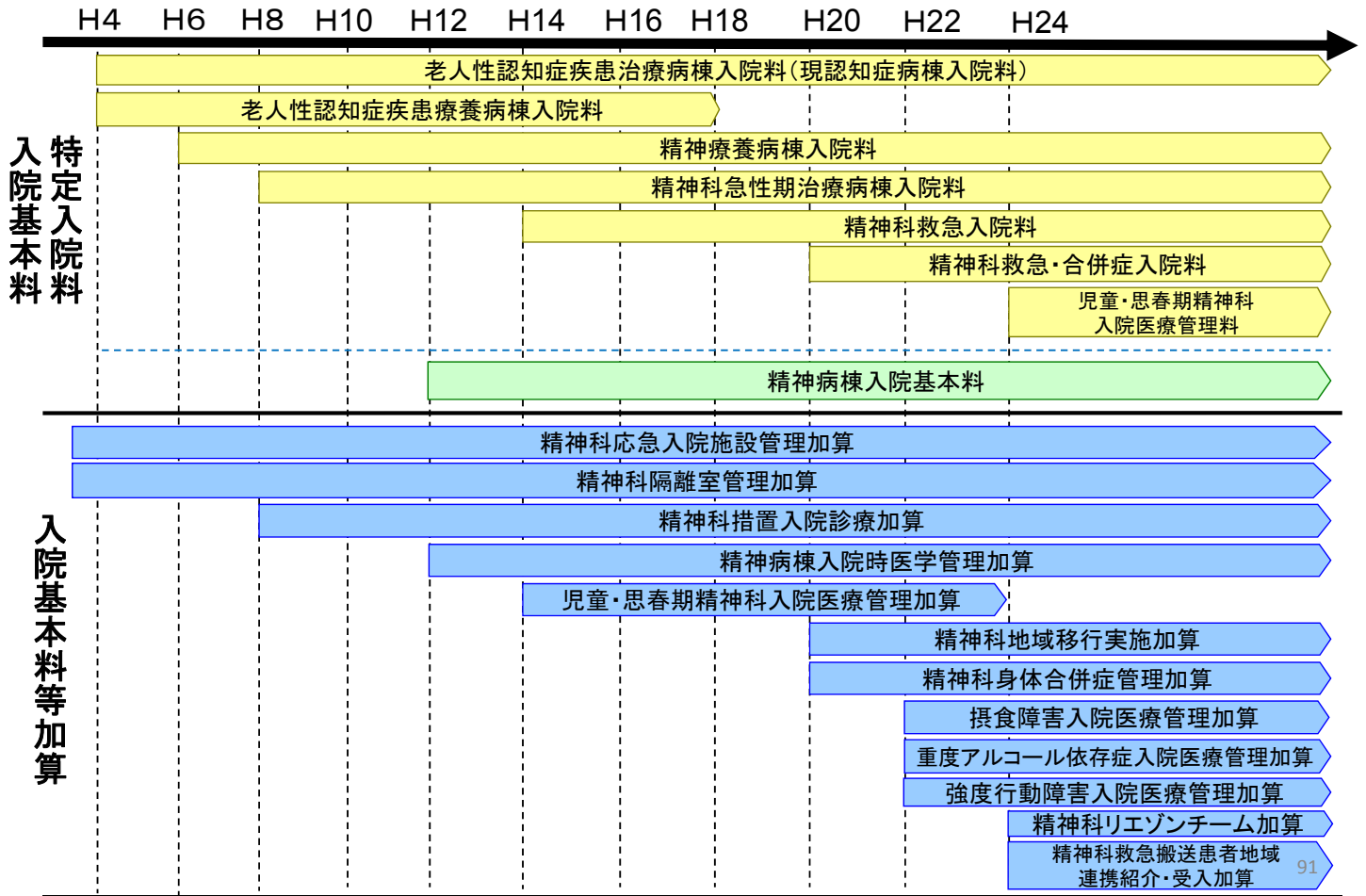


精神科医療提供体制の国際比較

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)

