

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
(第17回)
議 事 次 第

1. 日時 平成21年5月21日(木) 10:00~12:30 目途
2. 場所 厚生労働省 省議室
東京都千代田区霞が関1-2-2
中央合同庁舎5号館 9階
3. 議事
 - 身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について
 - 認知症について

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表
- 構成員名簿

【資料】

- 資料1 身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について
- 資料2 認知症について

【参考資料】

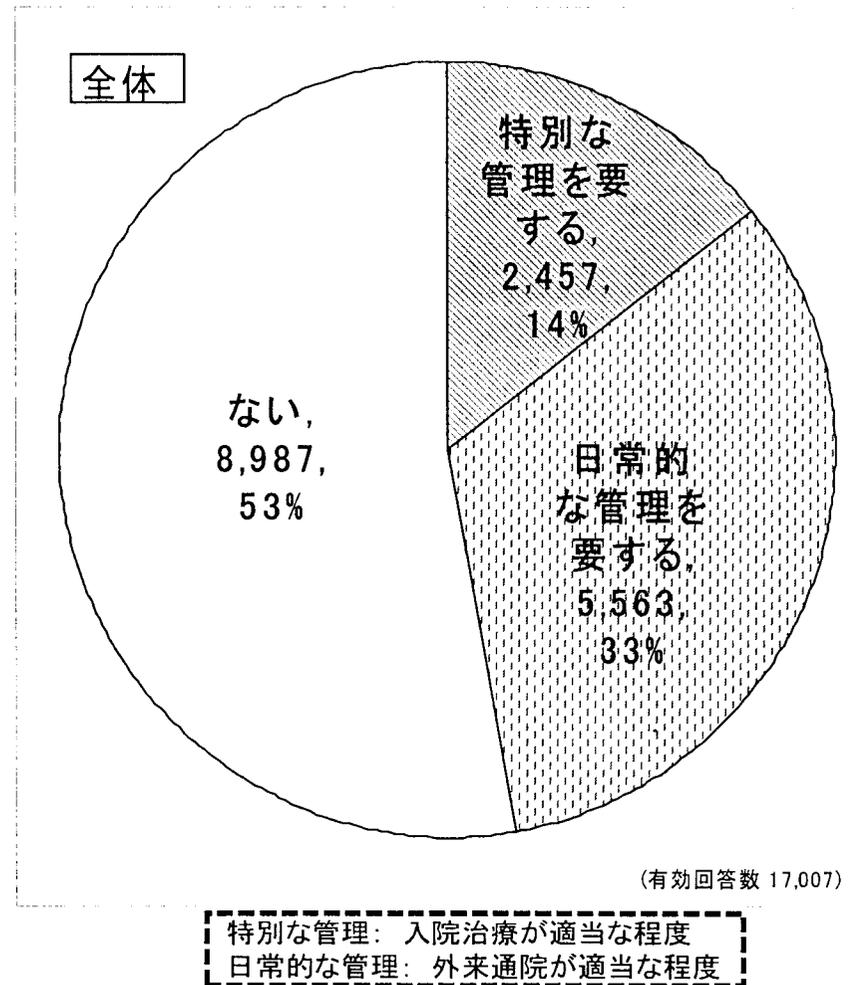
- 参考資料 佐藤構成員提出資料

身体合併症への対応・ 総合病院精神科のあり方について

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

- 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ではないか。
 - ・ 精神科救急医療体制の充実について
 - ・ 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
 - ・ 精神医療体制の制度的な位置付けについて
 - ・ 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
 - ・ いわゆる総合病院における精神医療の提供をはじめとした、救急機能を含む一般医療と連携した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

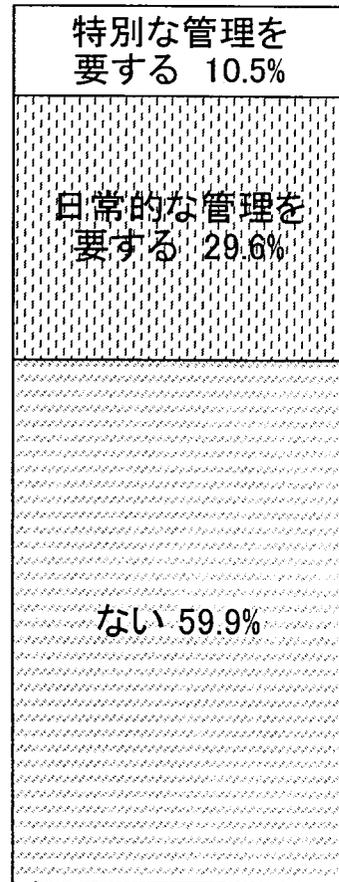
精神病床に入院中の患者における身体合併症の有無



「精神病床の利用状況に関する調査²」より
(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

統合失調症の入院患者における身体合併症(有無・種類)

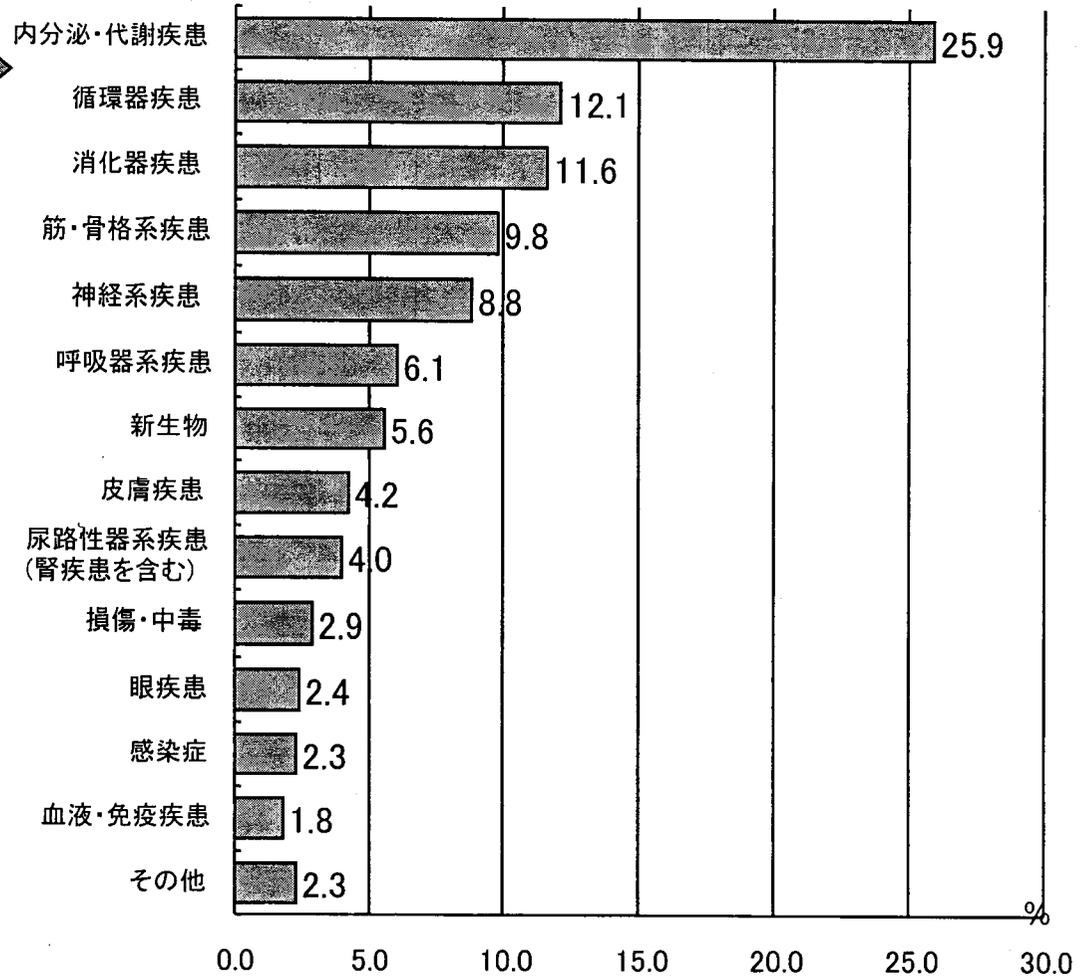
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 9,781名)

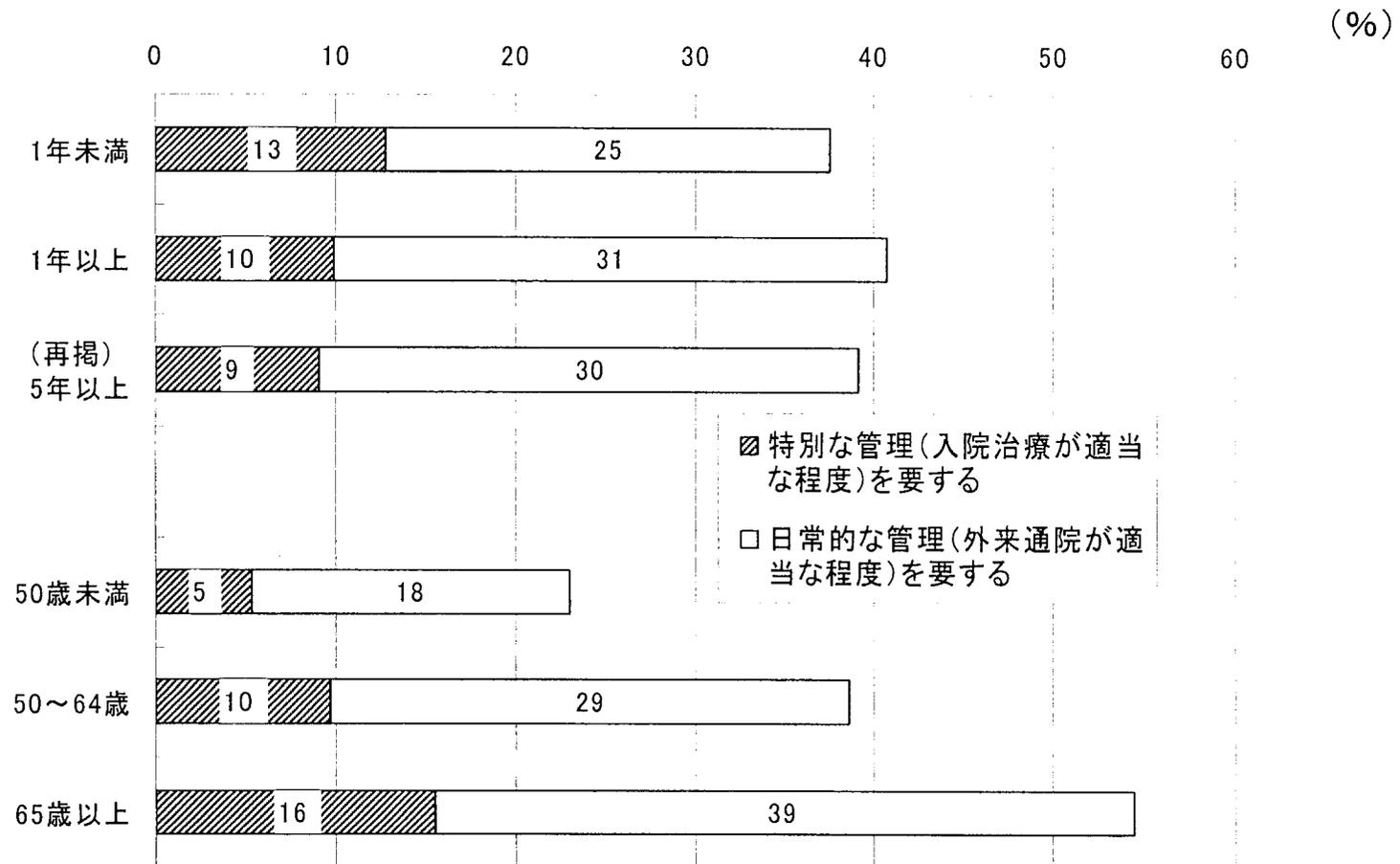
特別な管理: 入院治療が適当な程度
 日常的な管理: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



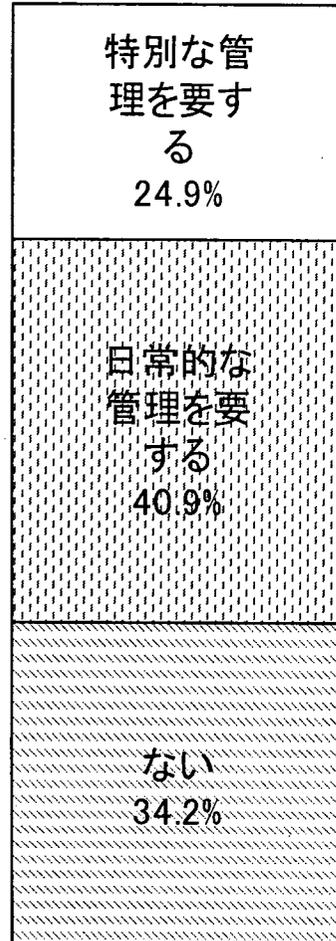
(有効回答数 826名) 3

統合失調症の入院患者における身体合併症（入院期間・年齢別）



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

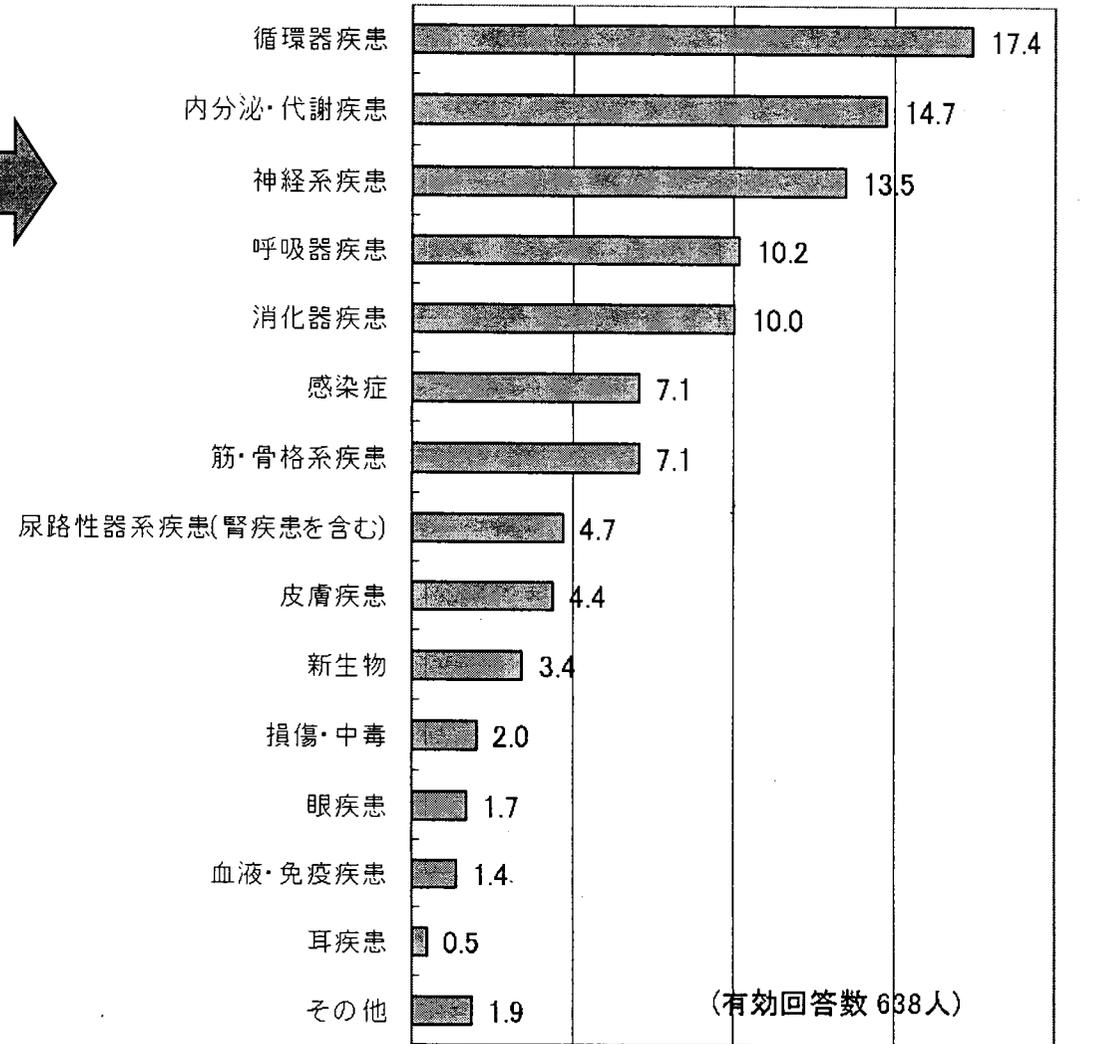
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 3,376人)

特別な管理: 入院治療が適当な程度
 日常的な管理: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類

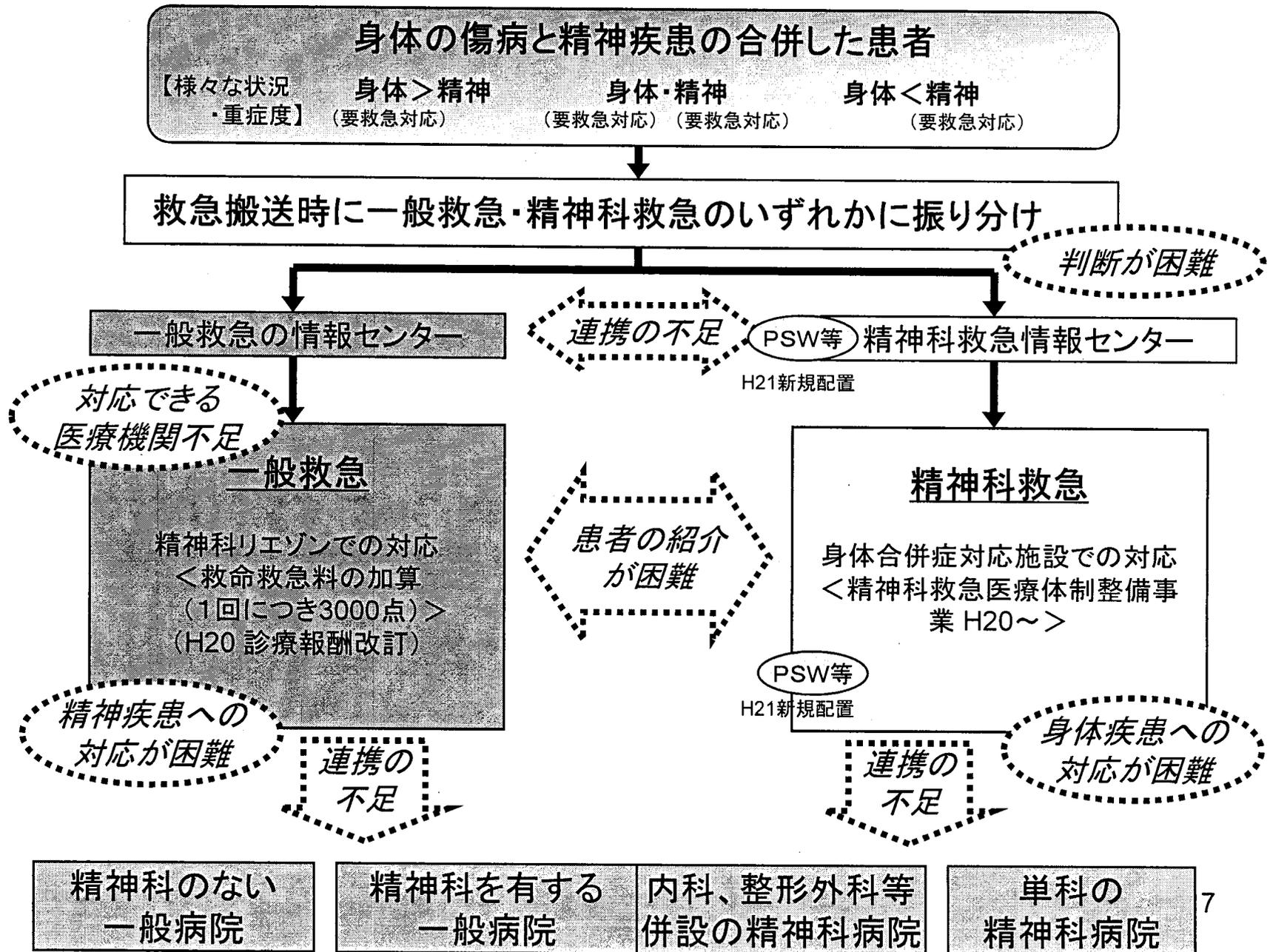


(有効回答数 638人)

身体合併症を有する精神疾患患者の疫学

- 救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5%(全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要
 - ・ H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所を実施、全入院件数3,089件
 - ・ 平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者;保坂 隆 分担研究者;本間 正人
- 岩手県高度救命救急センターの全受診件数中、9.5%が精神科救急患者、そのうちの45%(全体の4.3%)が自殺企図者
 - ・ H14.4.1-H17.3.31における調査、全受診件数11,348件
 - ・ 丸田 真樹ら: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌(58)2, 119-131, 2006
- 横浜市立大学高度救命救急センター搬送者の15-18%が自殺企図者
 - ・ 2003年以降の数字
 - ・ 河西 千秋: 救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向, 39-43, 2008
- 身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25
 - ・ 東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定
 - ・ 平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」主任研究者;黒澤 尚 分担研究者;八田 耕太郎

一般救急と精神科救急の連携における課題



救急搬送における医療機関の受入状況等詳細調査結果

○調査対象:

平成20年12月16日(火) 8:30~22日(月)8:29 に東京消防庁管内で救急搬送した全事案(転院搬送除く)
計9,414件

図1. 医療機関に受入の照会を行った回数:

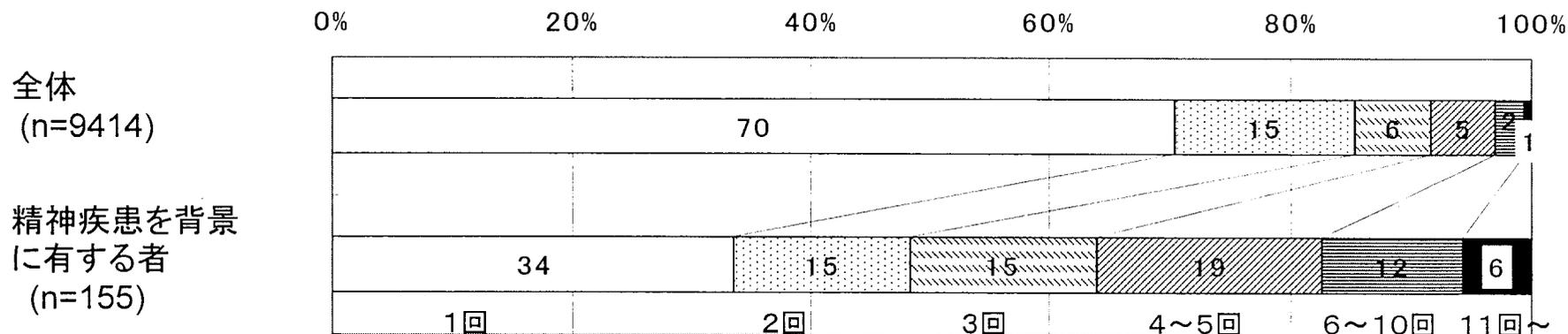
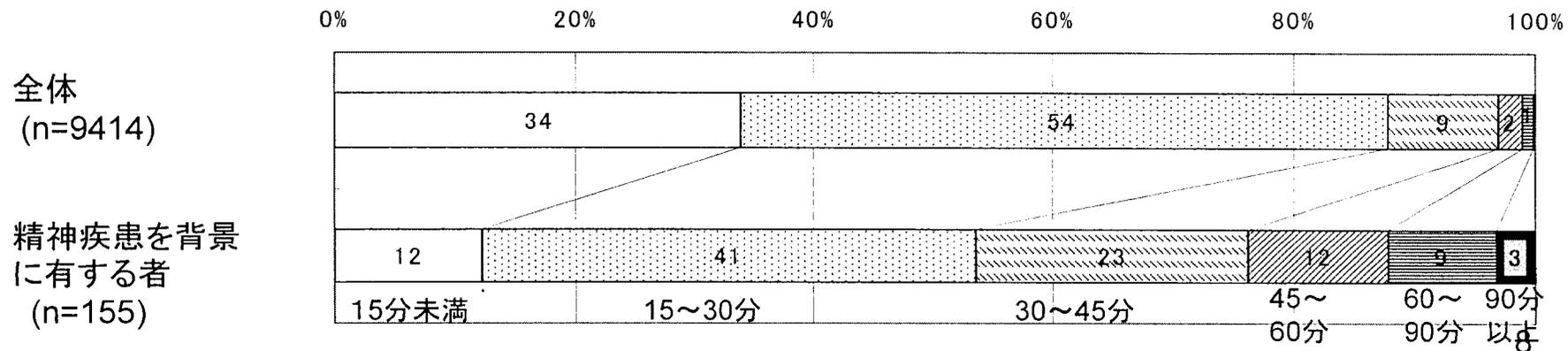


図2. 現場滞在時間



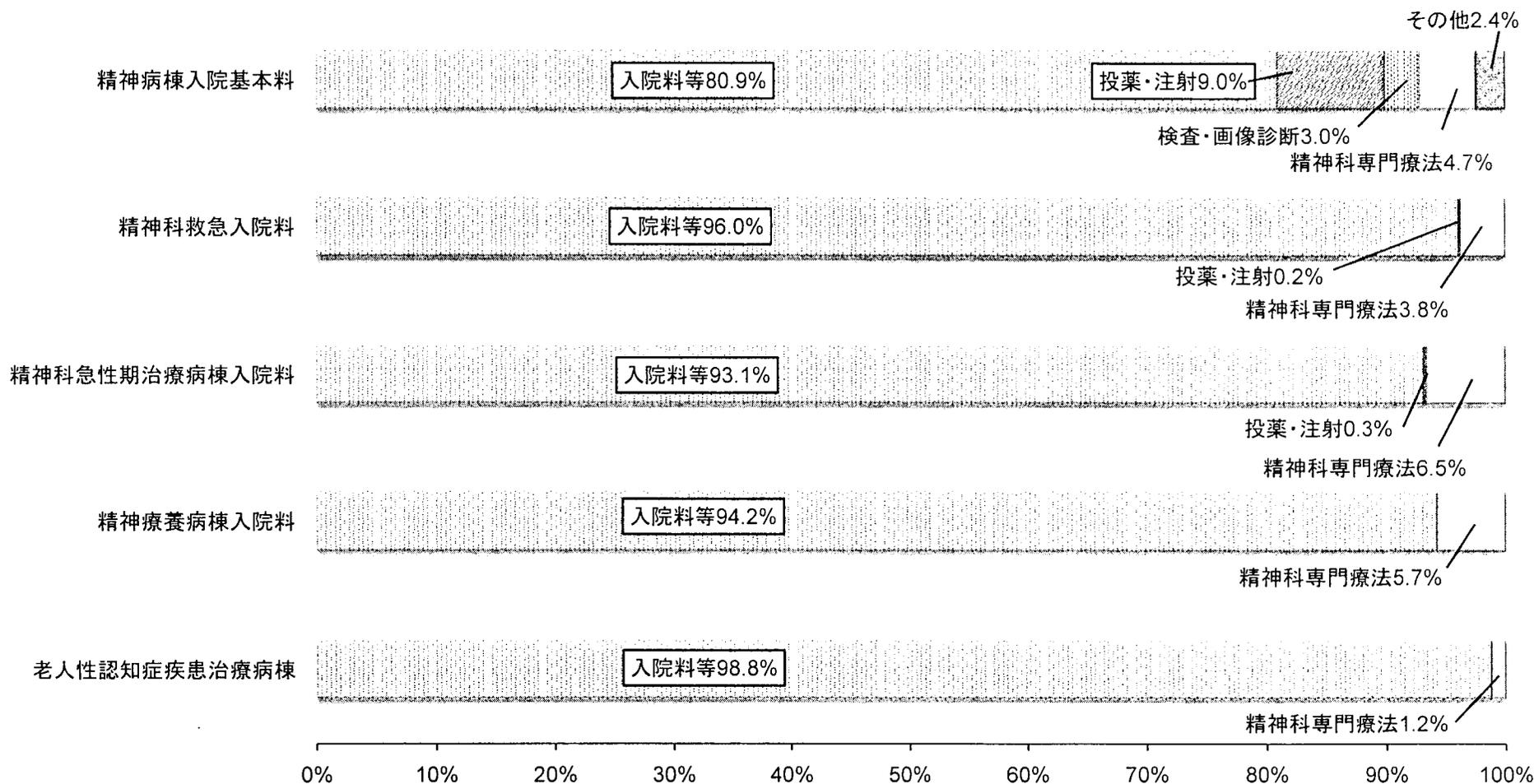
精神病床における身体合併症に関する診療報酬と主要要件

	医師の配置	看護職員等の配置	主な特徴	合併症診療に関する体制	合併症診療に対する報酬	診療報酬点数	
精神科棟入院基本料	48:1以上 (16:1以上※1)	看護20:1~10:1以上		(規定なし)	出来高で算定	658点(20:1) 712点(18:1) 800点(15:1) 1,240点(10:1)	身体合併症管理加算(7日まで) 200点
特定機能病院入院基本料(精神科棟)	8:1以上	看護15:1~7:1以上		(規定なし)	出来高で算定	839点(15:1) 1,240点(10:1) 1,311点(7:1)	
精神科救急・合併症入院料	16:1以上 指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人	看護10:1以上	・時間外診療、措置入院等の受け入れを実施 ・在宅への移行割合を評価	・救命救急センターに併設 ・合併症ユニットが2割以上 ・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	手術・麻酔等(※2)のみ出来高で算定 その他は入院料に包括	3,431点(30日以内) 3,031点(31日以上)	身体合併症管理加算(7日まで) 300点
精神科救急入院料1	16:1以上 指定医 病棟常勤1人 病院常勤5人	看護10:1以上	・時間外診療、措置入院等の受け入れを実施 ・在宅への移行割合を評価	・CT等の検査が速やかに実施できる体制	手術・麻酔等(※2)のみ出来高で算定 その他は入院料に包括	3,431点(30日以内) 3,031点(31日以上)	
精神科救急入院料2		看護10:1以上				3,231点(30日以内) 2,831点(31日以上)	
精神科急性期治療病棟入院料1	48:1以上 指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護13:1以上 看護補助者30:1以上	・精神科救急医療体制整備事業に参加 ・在宅への移行割合を評価	(規定なし)	手術・麻酔等(※2)のみ出来高で算定 その他は入院料に包括	1,900点(30日以内) 1,600点(31日以上)	
精神科急性期治療病棟入院料2		看護15:1以上 看護補助者30:1以上				1,800点(30日以内) 1,500点(31日以上)	
認知症病棟入院料1	48:1以上	看護20:1以上 看護補助者25:1以上	・生活機能回復訓練を実施できる設備、人員を規定	(規定なし)	原則として全て入院料に包括	1,330点(90日以内) 1,180点(91日以上)	
認知症病棟入院料2		看護30:1以上 看護補助者25:1以上				1,070点(90日以内) 1,020点(91日以上)	
精神療養病棟入院料	48:1以上 指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護30:1以上 看護・看護補助者計15:1以上		(規定なし)	原則として全て入院料に包括	1,090点	

※1 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付属病院

※2 手術、麻酔、精神科専門療法、放射線治療、基本診療料に係る加算の一部

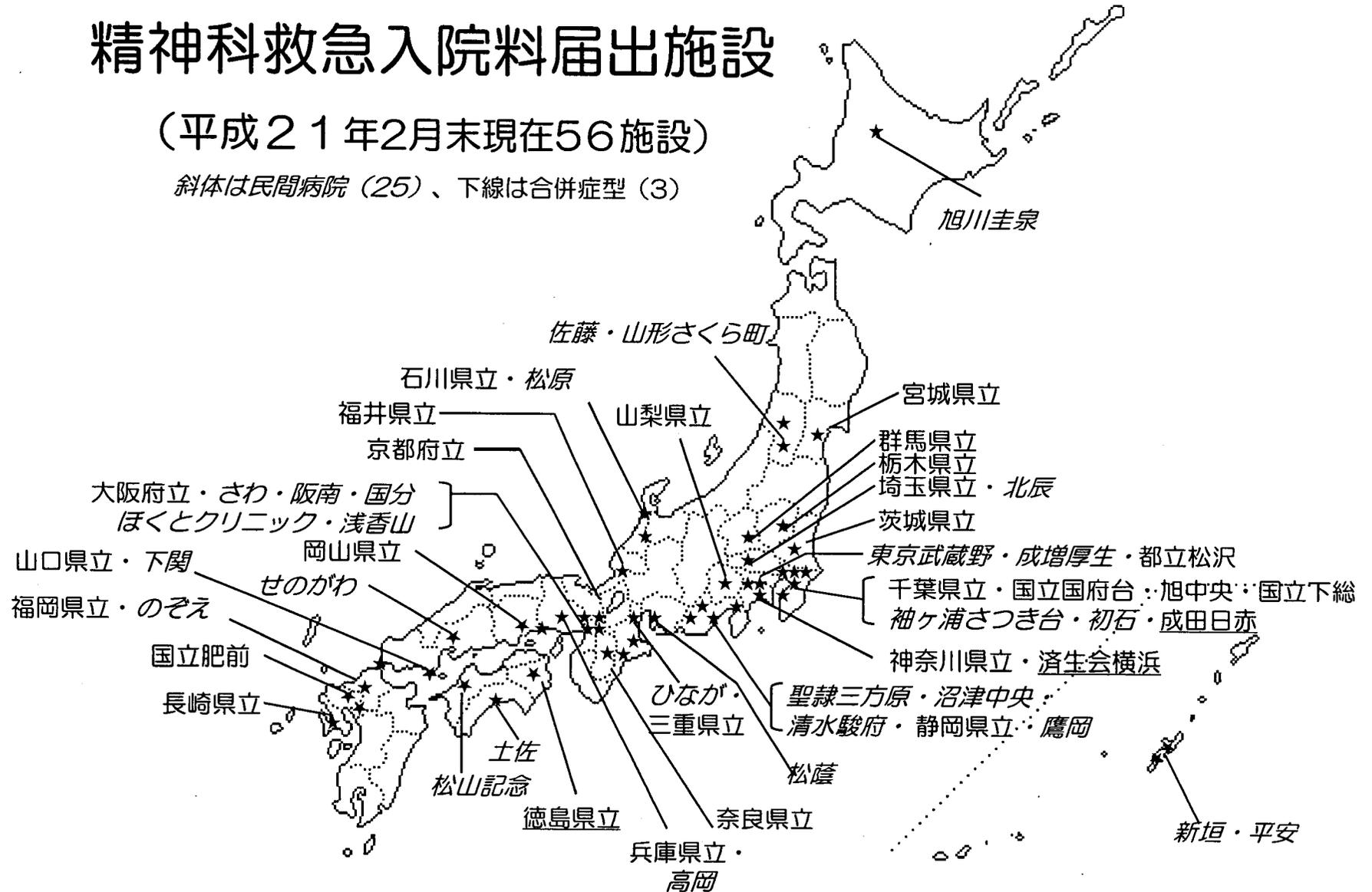
精神科関係の入院料を算定している患者における 診療報酬点数の構成割合(平成19年)



精神科救急入院料届出施設

(平成21年2月末現在56施設)

斜体は民間病院(25)、下線は合併症型(3)



精神病床のみを有する病院における他の診療科の標榜状況 (平成19年10月1日時点)

		施設数
精神病床のみを有する病院合計		1,076
うち	精神科・神経科・心療内科以外の科を標榜していない病院 (単科の精神科病院)	294 (27.3%)
	精神科・神経科・心療内科を除く、内科系のいずれかの科を標榜している病院	733 (68.1%)
	外科系のいずれかの科を標榜している病院	69 (6.4%)
		12

一般病床における精神・身体合併症の 診療報酬上の取り扱い(主なもの)

- 入院精神療法(Ⅰ) 360点
 - 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上行った場合に、入院日から3月以内に限り週3回を限度として算定
- 入院精神療法(Ⅱ) 6月以内:150点 6月超:80点
 - 入院中の患者について、精神科担当医師が入院日から4週間以内に行った場合は週2回を、入院日から4週間を超える期間に行った場合は週1回をそれぞれ限度として算定
 - 重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回を限度として算定

入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関であれば、精神病床・一般病床を問わず算定可能

- 救命救急入院料の加算 3,000点
 - 救急救命センターに入院する自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医が当該患者の精神疾患に係る診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り救命救急入院料に加算

精神疾患患者の一般病床への入院

○ 医療法施行規則第10条第3号

第十条 病院、診療所又は助産所の管理者は、患者、妊婦、産婦又はじよく婦を入院させ、又は入所させるに当たり、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。ただし、第一号から第三号までに掲げる事項については、臨時応急のため入院させ、又は入所させるときは、この限りでない。

三 精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室でない病室に入院させないこと。

- 医療法施行規則第10条第3号の規定が一般病床における精神疾患患者の受入の妨げになっているという指摘がある。
- 身体合併症については、臨時応急の場合に含まれると解釈している。

※ 医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要項(平成21年4月改正)

項目: 患者の入院状況は定められた基準により適正に管理されているか。

摘要: 「精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室以外の場所に入院させていないこと。(ただし、臨時応急の場合(精神病患者の身体的合併症に対応するため入院させる場合を含む)を除く。)」

いわゆる「総合病院精神科」とは

- 平成10年の第三次医療法改正まで、医療法に「総合病院」が許可病床数100床以上で主要な診療科(内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の5科)を含む病院と定義されており、総合病院にある精神科が「総合病院精神科」と呼ばれていた。

総合病院の規定が廃止されて以降も、「総合病院精神科」の呼称が一般に用いられている。

(例) 日本総合病院精神医学会

- なお、現行の医療法施行規則には、下記の規定があり、一般病床と同様の医師配置が求められる点で、精神科病院とは区別されている。

大学付属病院、又は百人以上の患者を入院させるための施設を有し、診療科名に内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科を含む病院は、一般病床と同じ医師の配置定員とする。(第43条の2より)

=かつての「総合病院」の定義と同じ

(参考) 医療法の一部を改正する法律等の施行について(平成13年2月22日)

第二 人員配置基準及び構造設備基準に関する事項

4 精神病床について

精神病床については、大学附属病院及び内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する一〇〇床以上の病院の精神病床については、合併症を持つ患者に対する医療を提供する機能や、地域において単科の精神病院との連携による一体的な精神医療の提供が求められていることなども考慮して、一般病床と同じ基準が定められたこと。

総合病院精神科の現状

(1施設あたり)

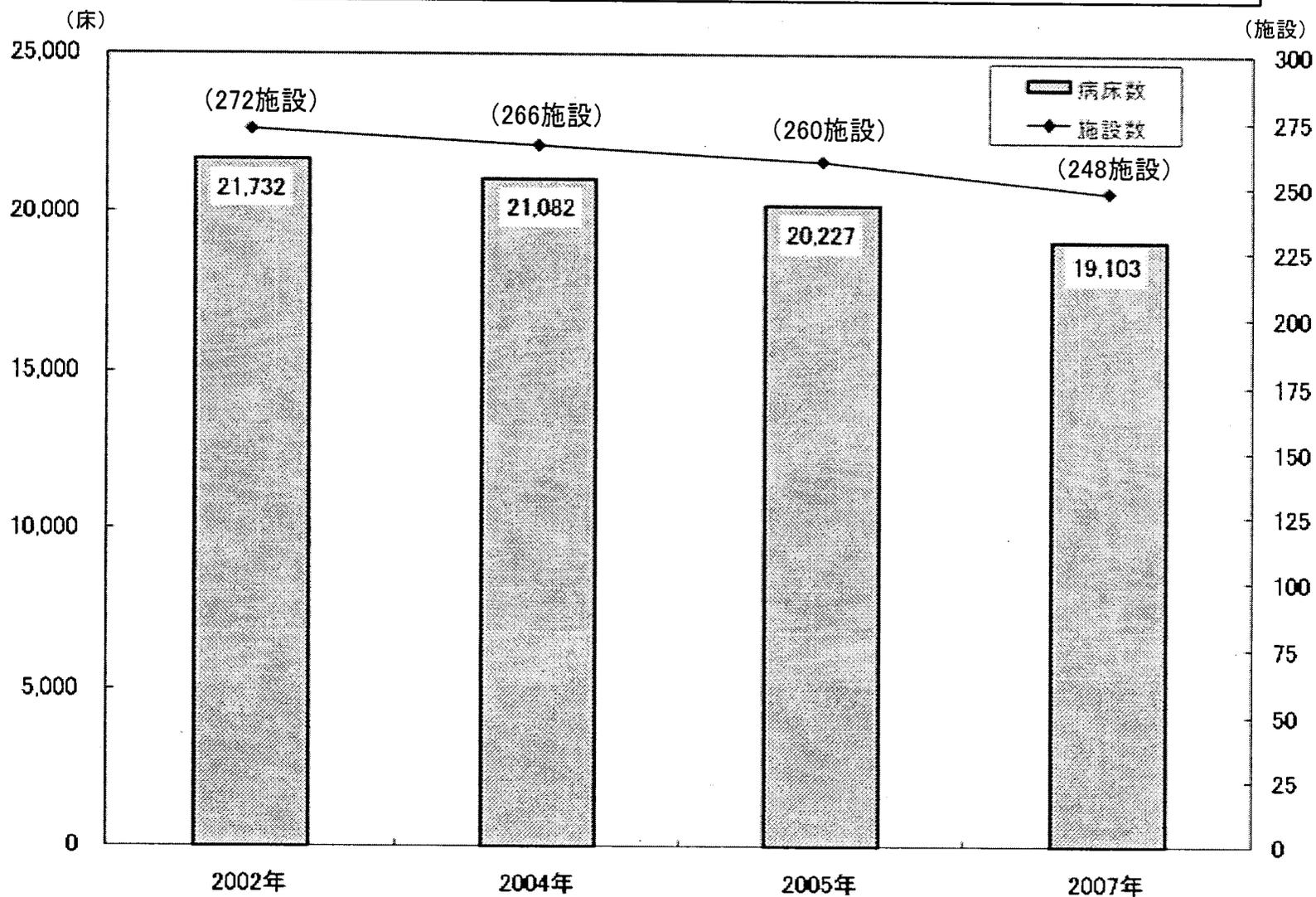
	総病床数 (床)	精神科病床数 (床)	精神科 常勤医師数(人)	精神保健指定医 数(人)
大学病院以外 (n=183)	506.5	86.7	3.7	2.3
大学病院 (n=83)	811.2	45.1	16.1	8.4

(平成19年12月10日現在 日本総合病院精神医学会調べ)

総合病院精神科に期待される主な役割

- 地域の基幹病院としての総合的な医療機能における精神医療の提供
- 身体合併症対応
 - 精神科救急(身体合併症対応施設)、急性期対応
 - 認知症疾患医療センター
- コンサルテーション・リエゾン
 - リエゾン(一般病床、救命救急センター等)
 - 緩和ケア
- 教育(研修医、他科医)
- 画像検査
- m-ECT(修正型電気けいれん療法)
- 多様な疾患の短期入院例への対応(うつ病、神経症等)

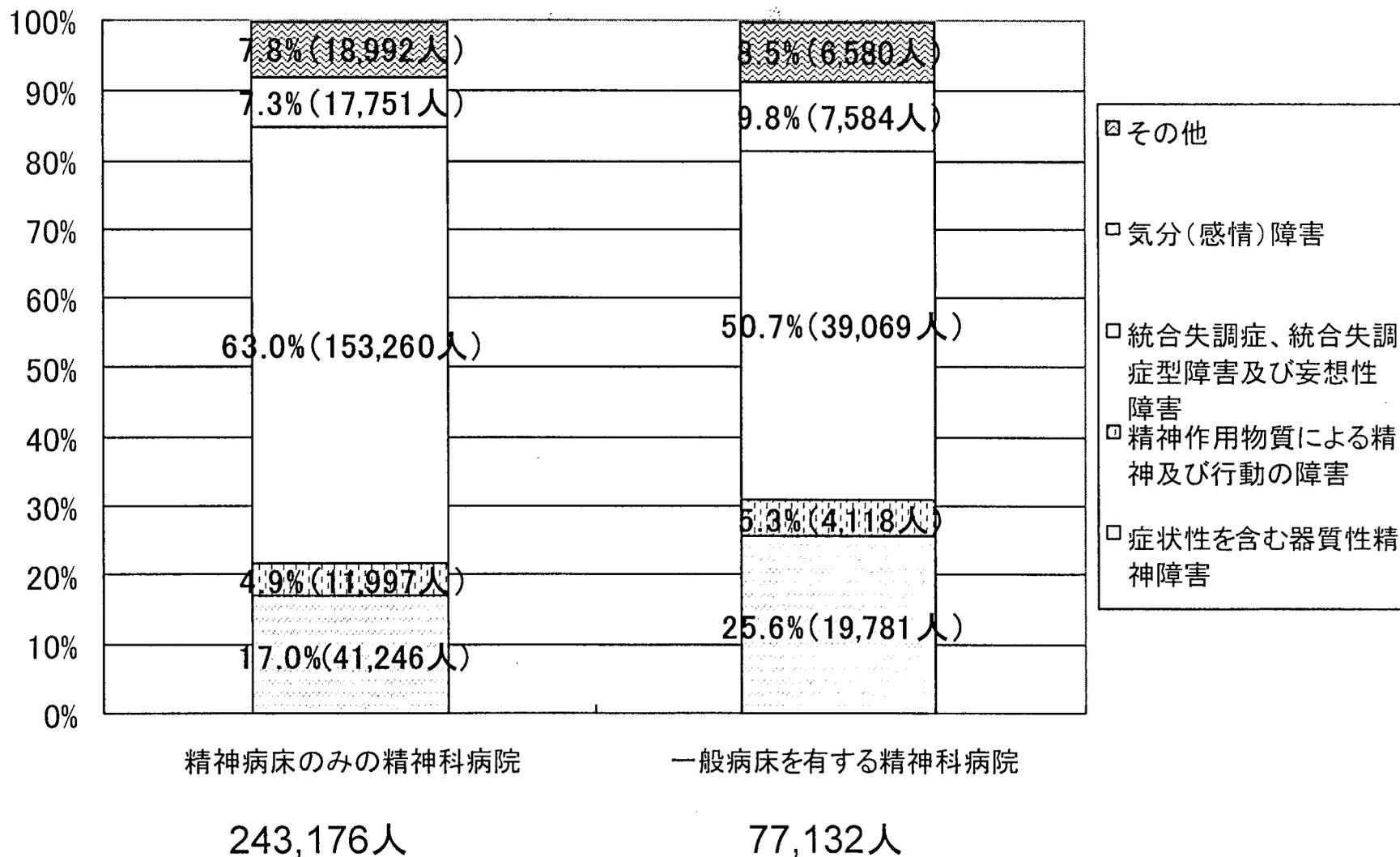
総合病院精神科病床の減少



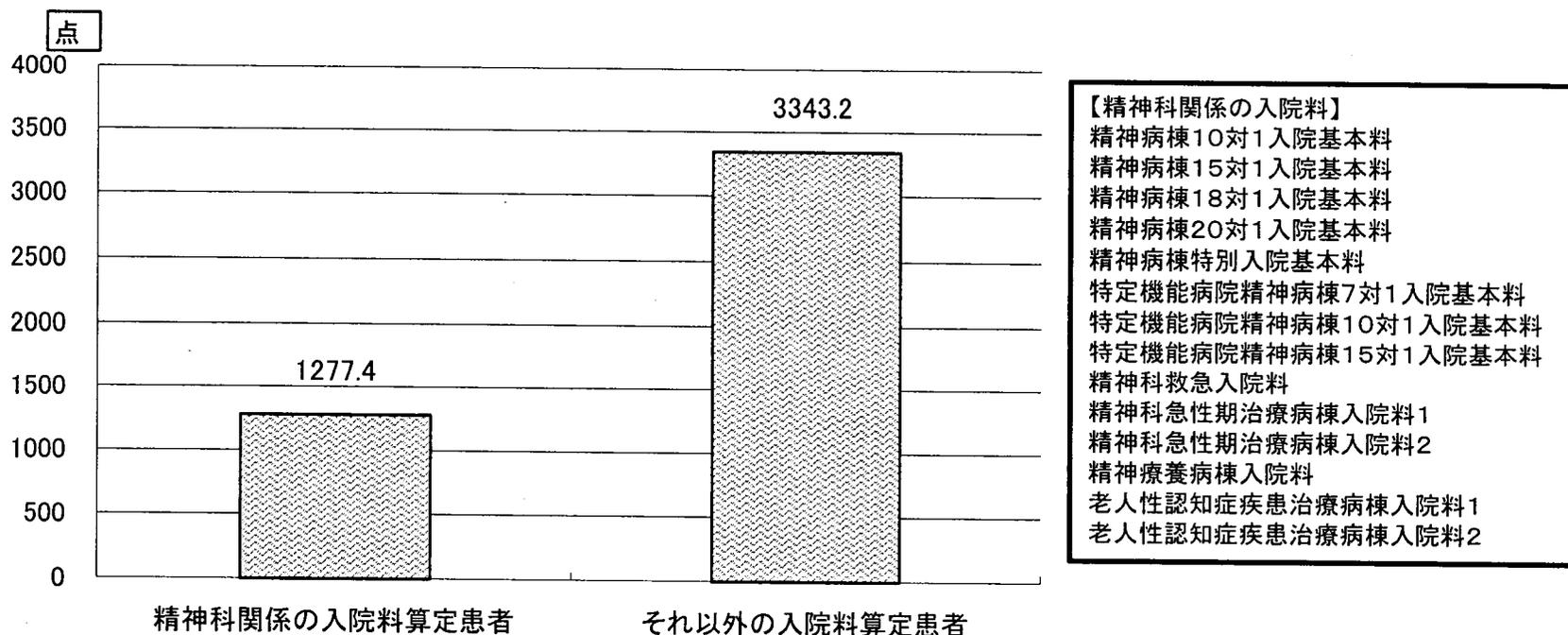
2007年の病床数は2002年の92.1%に減少
2007年の施設数は2002年の91.2%に減少

(総合病院基礎調査などから算出)

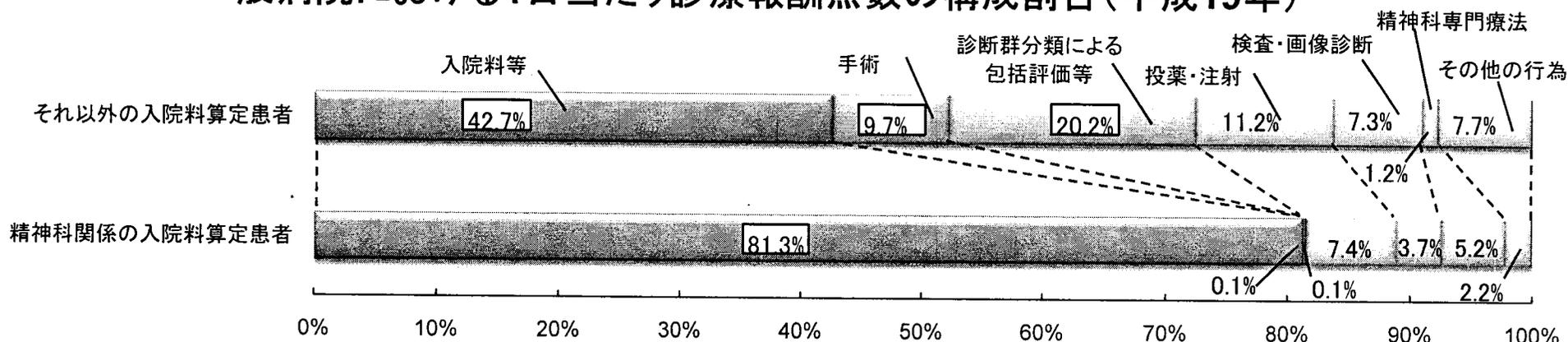
精神病床のみの病院と精神病床と一般病床の両方を有する病院における入院患者の疾患別分布(平成18年)



一般病院における1日当たり診療報酬点数の比較(平成19年)



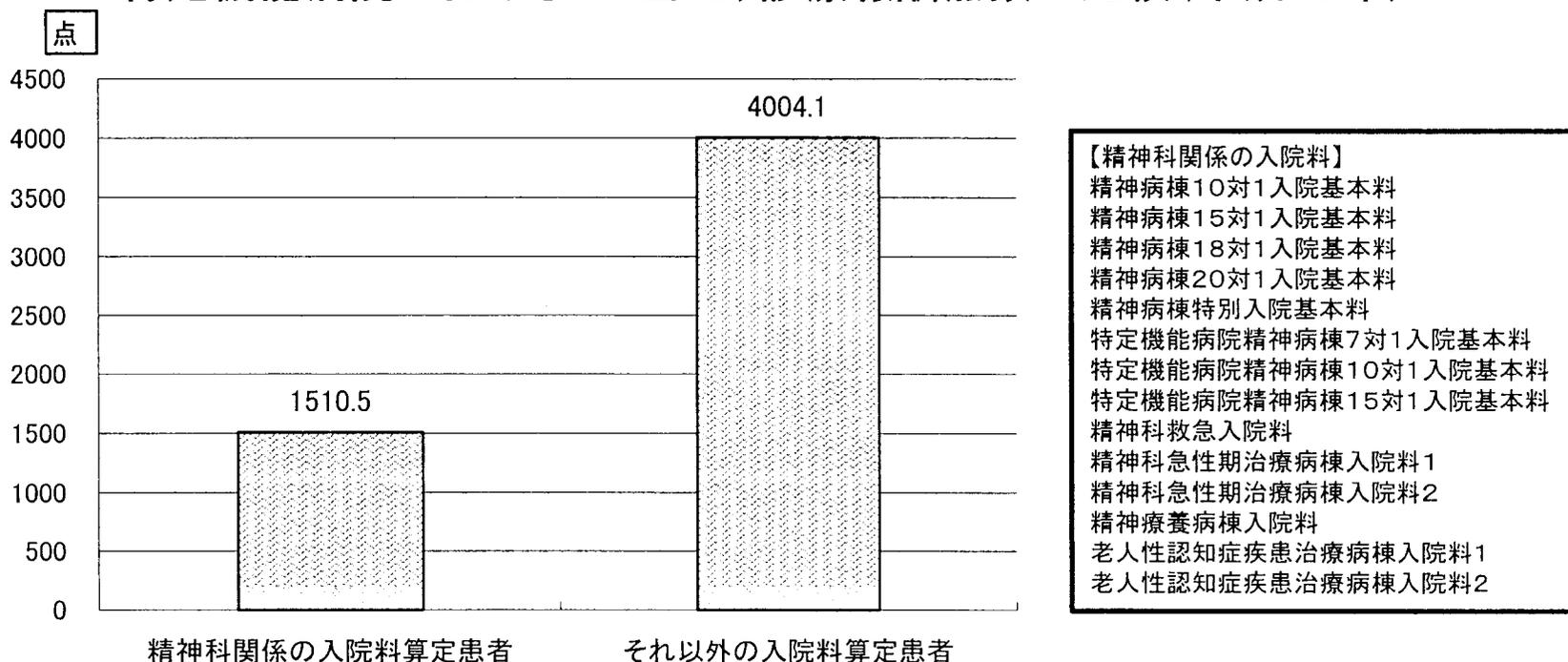
一般病院における1日当たり診療報酬点数の構成割合(平成19年)



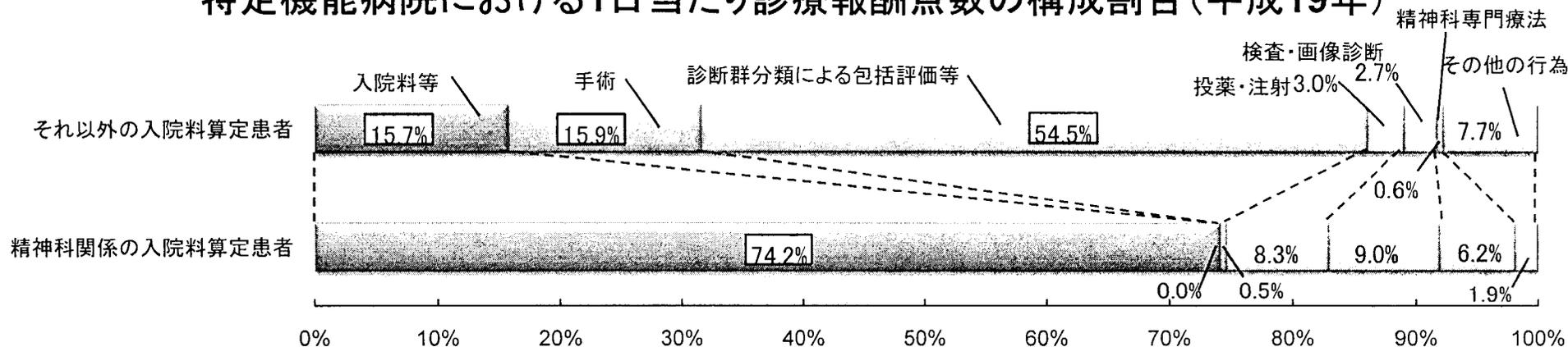
注1: この統計における一般病院とは、「精神病床のみを有する病院、特定機能病院、療養病床を有する病院」のいずれでもない病院
 注2: 医療機関の収入となる診療報酬点数を単純に比較したもの。実際には、看護職員等の人員基準、平均在院日数、医療行為等が異なっているため、診療にかかるコストにも差があるものと考えられる。

資料: 社会医療診療行為別調査

特定機能病院における1日当たり診療報酬点数の比較(平成19年)



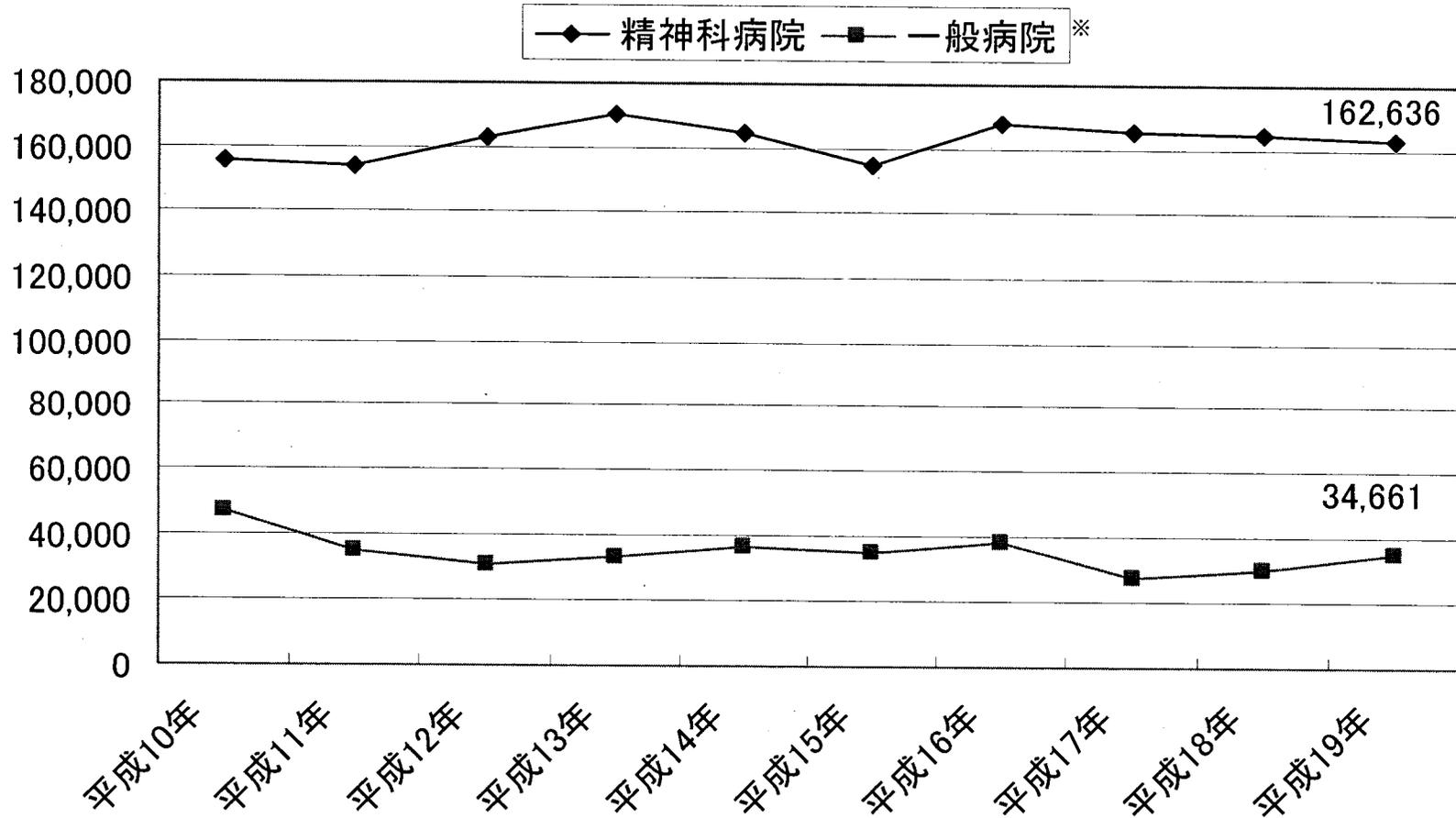
特定機能病院における1日当たり診療報酬点数の構成割合(平成19年)



注: 医療機関の収入となる診療報酬点数を単純に比較したもの。実際には、看護職員等の人員基準、平均在院日数、医療 20 行為等が異なっているため、診療にかかるコストにも差があるものと考えられる。

資料: 社会医療診療行為別調査

精神科専門療法の実施件数(入院)



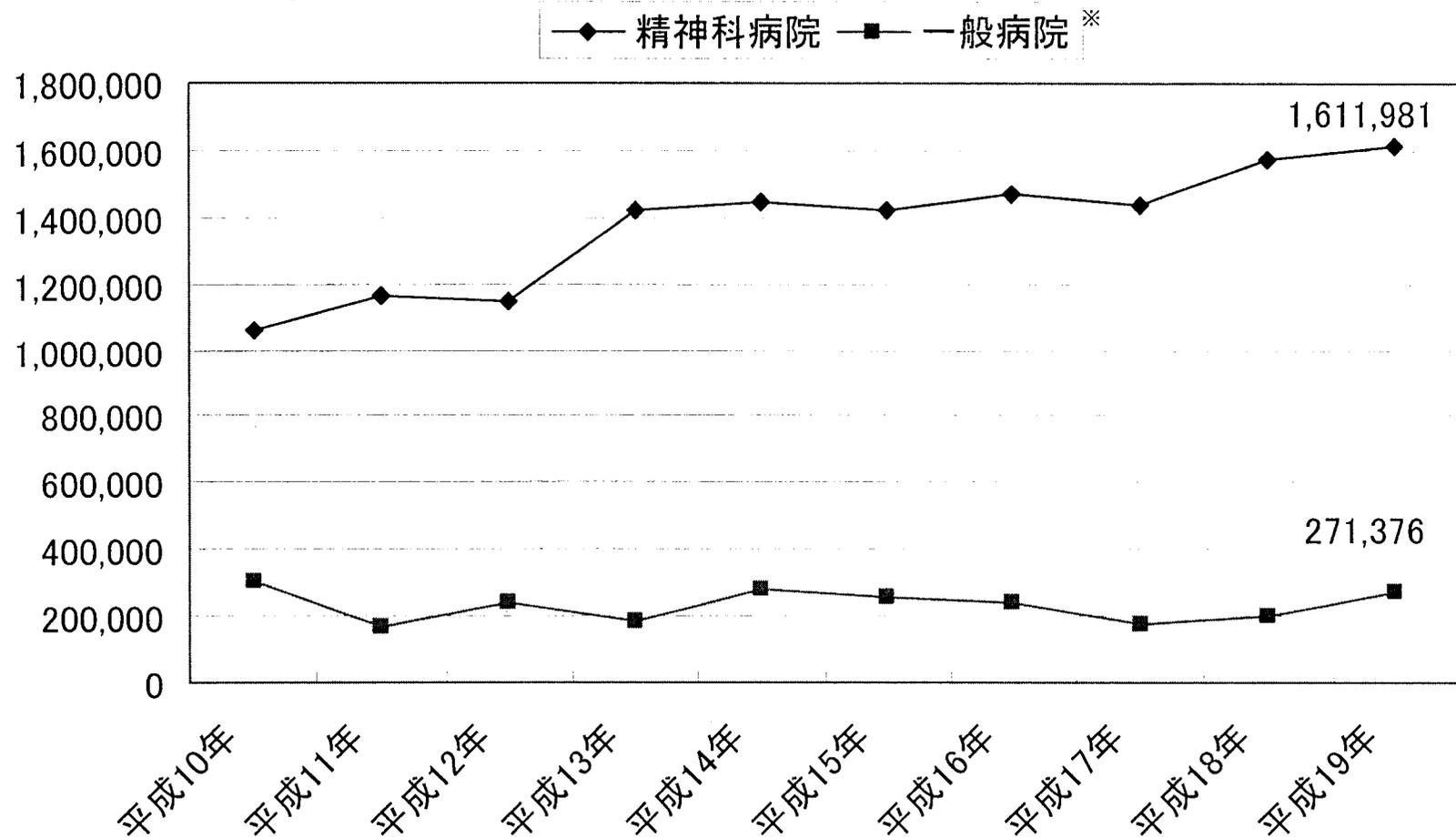
一般病院における専門療法の実施件数(平成19年)中
 精神科関係の入院料算定患者 27,954件
 それ以外の入院料 6,706件

※ 精神科病院: 精神病床のみを有する病院

一般病院: 「精神病床のみを有する病院、特定機能病院、療養病床を有する病院」のいずれでもない病院

資料: 社会医療診療行為別調査

精神科専門療法の実施回数(入院)



一般病院における専門療法の実施回数(平成19年)中
 精神科関係の入院料算定患者 251,749件
 それ以外の入院料 19,627件

※ 精神科病院:精神病床のみを有する病院

一般病院:「精神病床のみを有する病院、特定機能病院、療養病床を有する病院」のいずれでもない病院

課題と検討の方向 ①身体合併症への対応

現状と課題

- 精神科患者の高齢化や、自殺企図等の患者に適切な診療が求められる中で、精神・身体合併症に対応する診療機能のニーズが増大している。
- 一般病床、精神病床のいずれにおいても、精神・身体合併症患者への対応が十分でなく、その原因としては、従事者が未習熟、手間がかかる、他科の医師のサポートが得られにくいこと等が指摘されている。なお、平成20年診療報酬改定では、精神病床における身体合併症管理加算の創設等が行われている。
- また、医療法施行規則の、精神疾患患者を精神病床以外に入院させないとする規定のため、精神・身体合併症患者を一般病床に入院させにくいとの指摘がある。
- 急性期の身体疾患の治療後等を含め、身体疾患を有する精神疾患患者の入院を受け入れる医療機関が乏しいとの指摘がある一方、精神科病院の入院患者の高齢化につれ、このような医療のニーズが増大している。

検討

- 一般病床における身体合併症患者の診療体制を確保する観点から、急性期の身体疾患に対する精神科リエゾン診療の充実について検討するとともに、医療法施行規則第10条第3号の規定の解釈の周知を図りつつ、規定の見直しの是非についても検討すべきではないか。
- いわゆる総合病院精神科が精神・身体合併症への診療機能を発揮できるよう、その確保・充実を図るべきではないか。(次頁)
- 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、その役割を一層発揮できるための方策を検討すべきではないか。

課題と検討の方向 ②総合病院精神科

現状と課題

- いわゆる総合病院精神科(以下、「総合病院精神科」という。)には、精神・身体合併症の入院診療が期待されるほか、各科連携した総合的な医療機能、m-ECTの実施、教育等、様々な機能を有している。
- 総合病院精神科においては、このような機能を発揮するため、一般病床と同等の医師の配置を行うこととなっている。
- 総合病院精神科における、特に急性期の身体合併症対応機能の充実を図るため、平成20年度の診療報酬改定における救急・合併症入院料の創設等が行われているが、その普及はまだ十分に進んでいない。
- 総合病院精神科は、廃止や病床の縮小が相次いでいる。これは、一般病床との収入差や、勤務の負荷が大きいことを背景とした精神科医の不足等が要因となっているのではないかと指摘がある。

検討

- 総合病院精神科においては、精神・身体合併症への診療機能など、総合的な機能を有することを踏まえ、精神病床の確保とともに、その機能の充実を図るための方策について検討すべきではないか。
- 総合病院精神科の維持を図るためには、報酬上の評価だけでなく、事務補助者の拡充など、従事者の負担軽減の方策や、他の医療機関等との連携の拡充についても検討すべきではないか。
- 精神科医師のキャリアにおいても、精神・身体合併症診療の経験が積極的に評価されるよう、学会等との連携が必要ではないか。

第17回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年5月21日

資料2

認知症について

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

- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野(認知症、依存症、児童・思春期等)については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症疾患医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床(認知症病棟(旧認知症疾患治療病棟)等)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、総合的に検討を行ってはどうか。

① 認知症の現状と 求められる医療機能

「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。

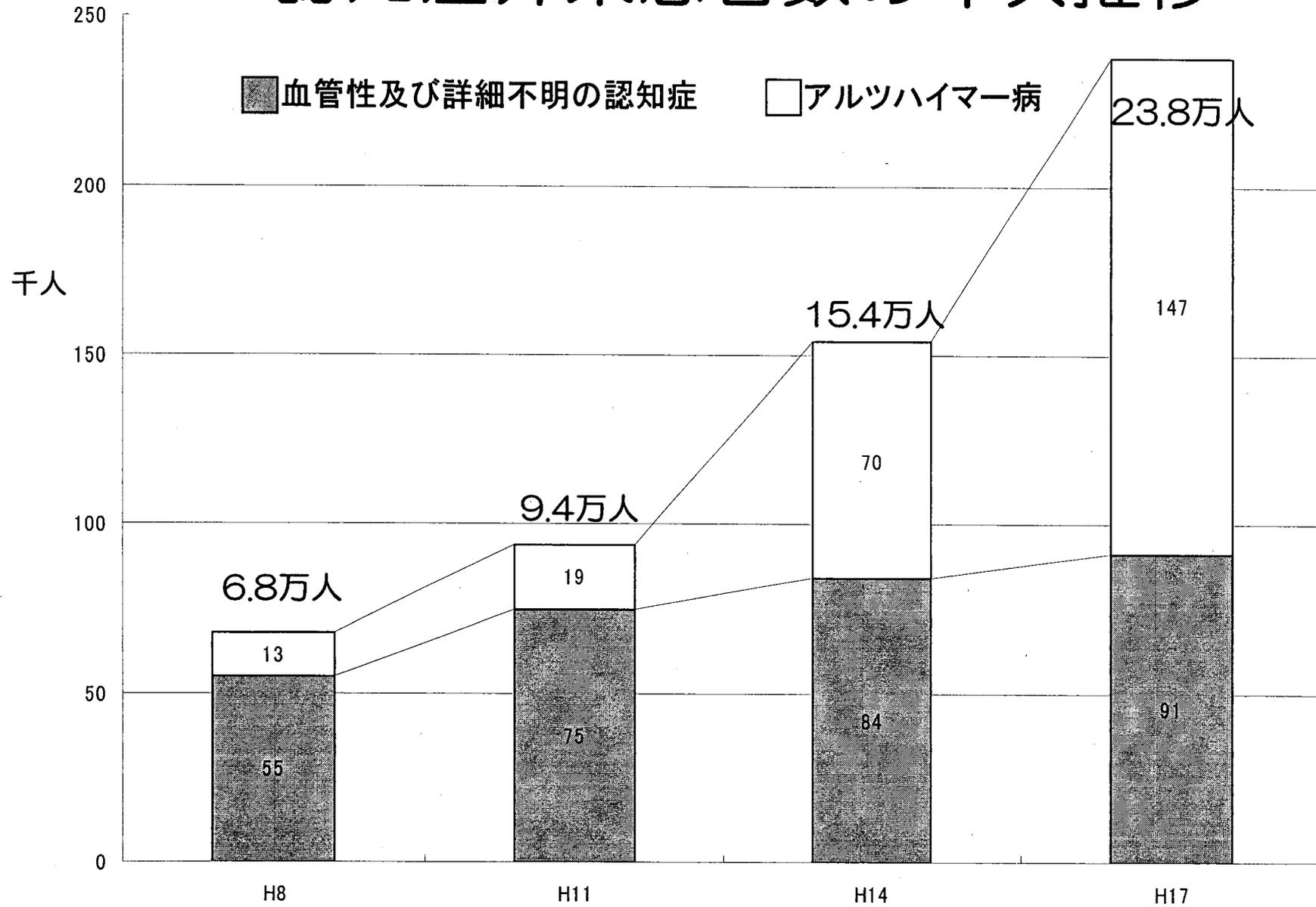
※ 「その他の施設」: 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

(平成15年3月24日 老老発第0324001号から抜粋)

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等 4

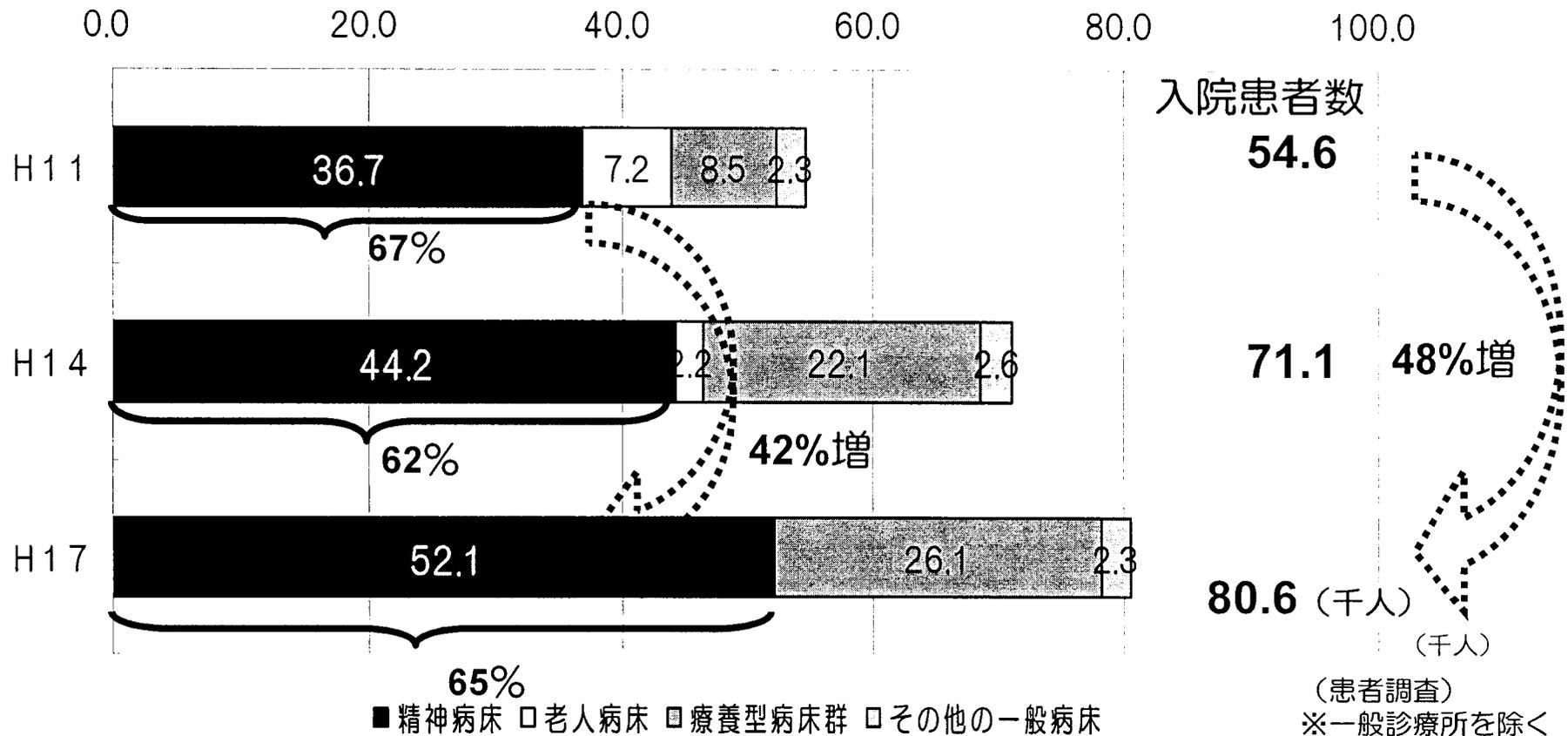
認知症外来患者数の年次推移



【出典】 患者調査

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

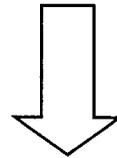
(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)



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

実態の把握

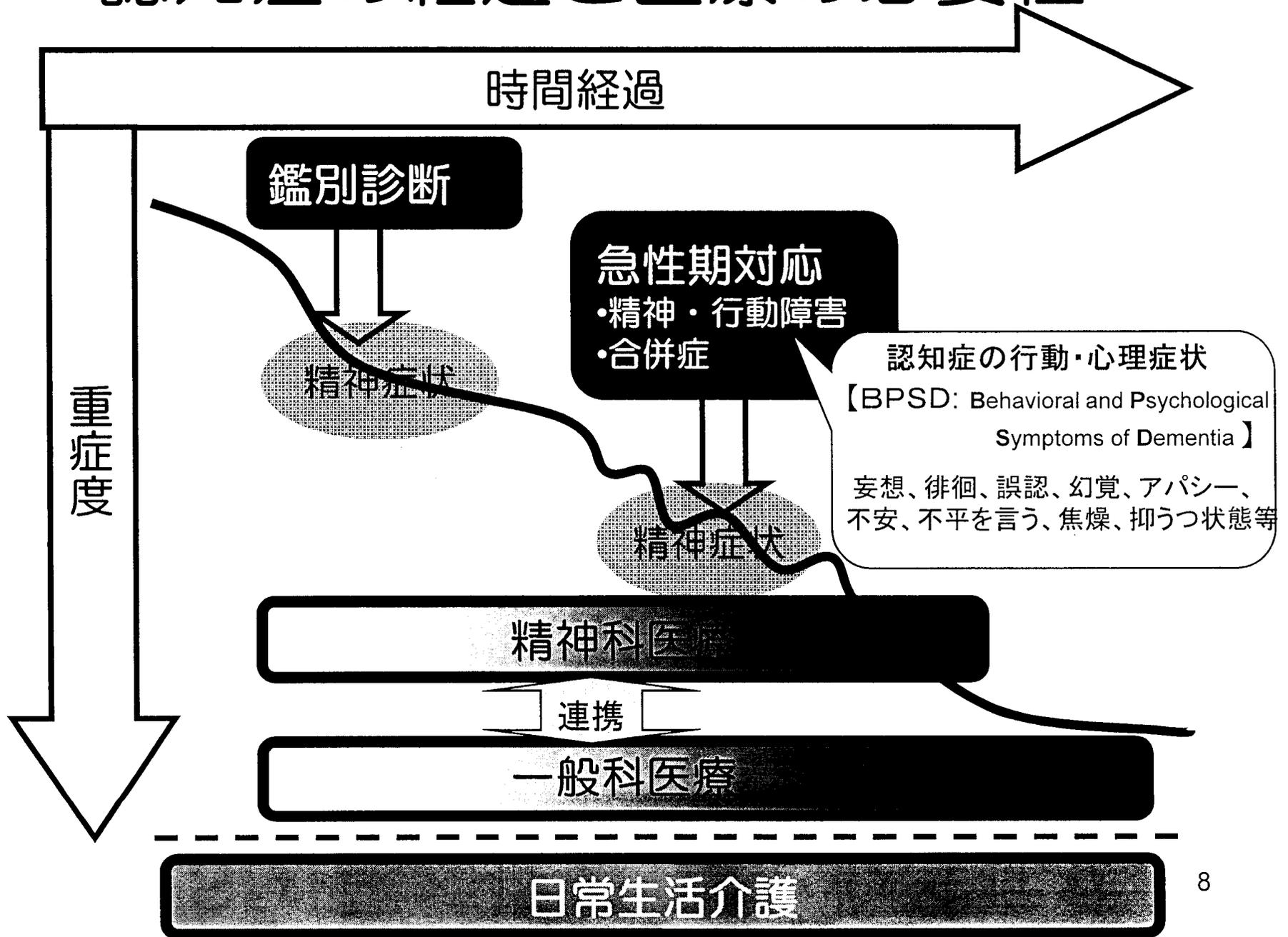
- ・わが国における認知症の有病率は昭和55年から平成2年に行われた調査に基づく全国推計(平成3年)以降は推計が行われていない。
- ・今後高齢化が進行する中、認知症に対する医療及び介護サービスの総合的な対策を行うためには、認知症の有病率や医療・介護サービス資源利用の実態など、基本的な調査が必要。



- ・ 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)

認知症の経過と医療の必要性



BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】

- 暴力
 - 暴言
 - 徘徊
 - 拒絶
 - 不潔行為
- 等

【心理症状】

- 抑うつ
 - 不安
 - 幻覚
 - 妄想
 - 睡眠障害
- 等

※せん妄

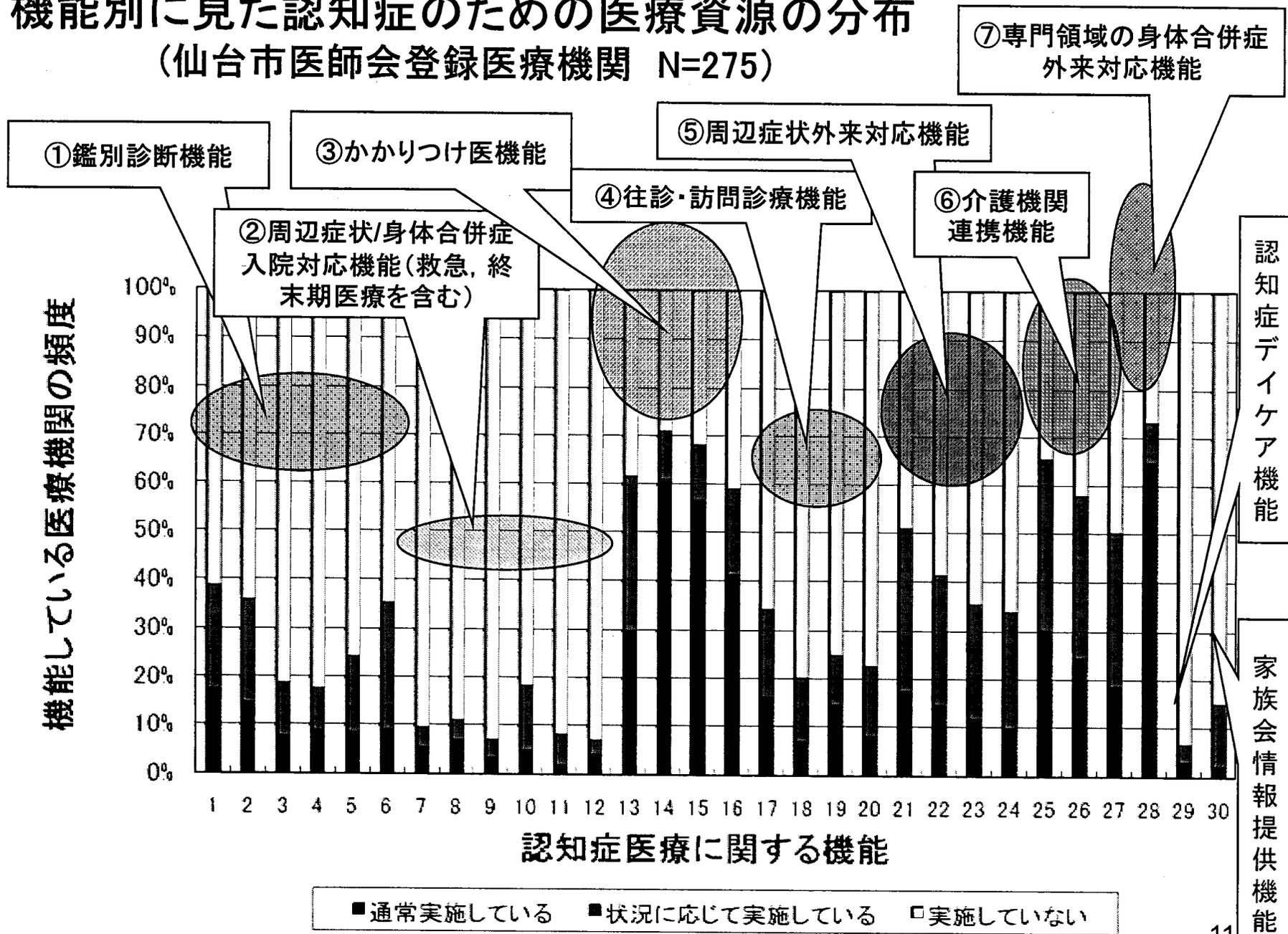
- 急激かつ一過性に意識水準が変化した状態で、1日の中でも状態は変動する
- 意識障害、認知機能障害に加え、BPSDに類似の症状が出現する
- 認知症に合併することも多く、認知症(BPSD)との鑑別が困難となることも多い

認知症患者に提供すべき医療 30項目:

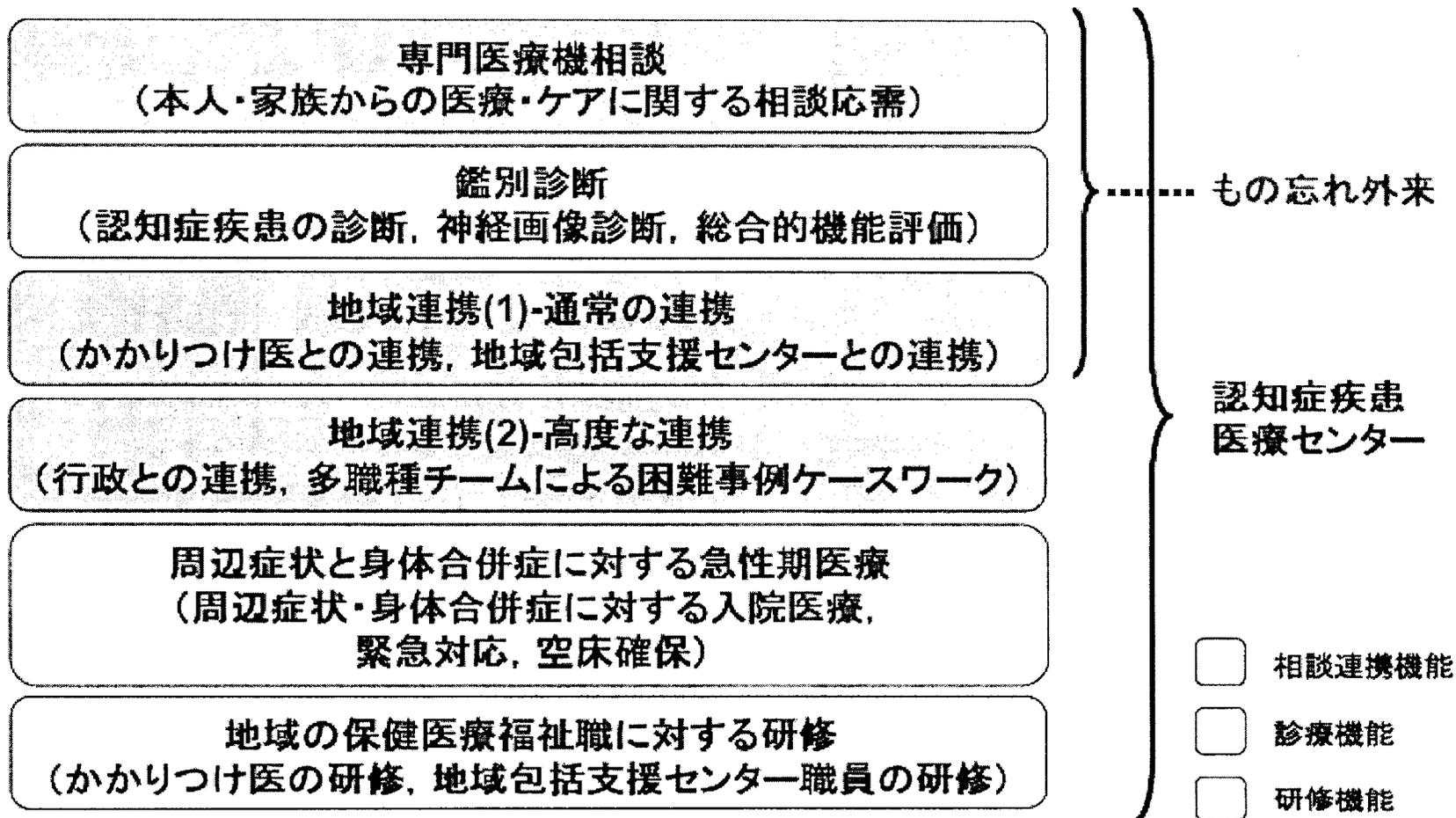
1. 鑑別診断機能	
1	アルツハイマー型認知症の診断
2	脳血管性認知症の診断
3	レビー小体型認知症の診断
4	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断
5	上記1)~4)以外の認知症疾患の診断
6	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断
2. 周辺症状/身体合併症の入院対応機能(救急医療や終末期医療を含む)	
7	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療
8	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
9	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
10	合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)
11	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)
12	入院による終末期医療
3. かかりつけ医機能	
13	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
14	介護保険主治医意見書の記載
15	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療
16	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬

4. 往診・訪問診療機能	
17	往診・訪問診療による身体疾患の治療
18	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)
19	施設(グループホーム, 介護老人福祉施設など)への往診・訪問診療
20	往診・訪問診療による終末期医療
5. 周辺症状に対する外来対応機能	
21	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
22	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
23	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
24	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
6. 介護機関との連携機能	
25	介護支援専門員への助言または連携
26	地域包括支援センター職員への助言または連携
27	グループホーム等施設介護者への助言・指導
7. 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
28	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
8. その他	
29	認知症に対するデイケア
30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

機能別に見た認知症のための医療資源の分布 (仙台市医師会登録医療機関 N=275)



「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」に求められる機能 (日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査 N=255)



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(※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

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

GAF 50以下

(n=499) (%)

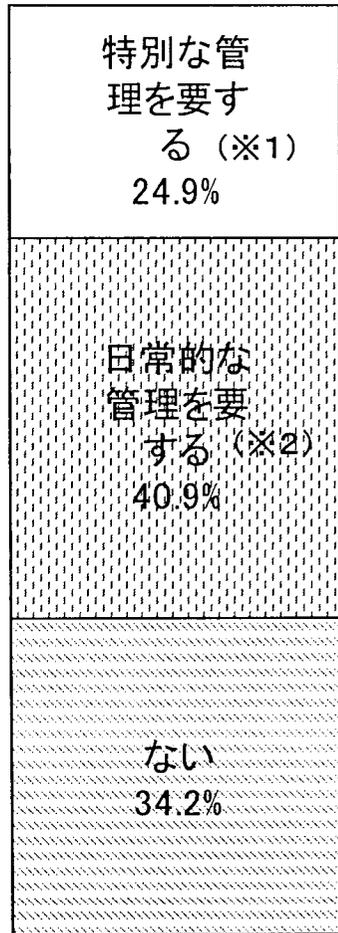
合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

(n=2,857) (%)

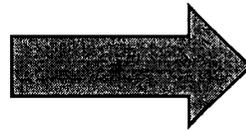
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

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

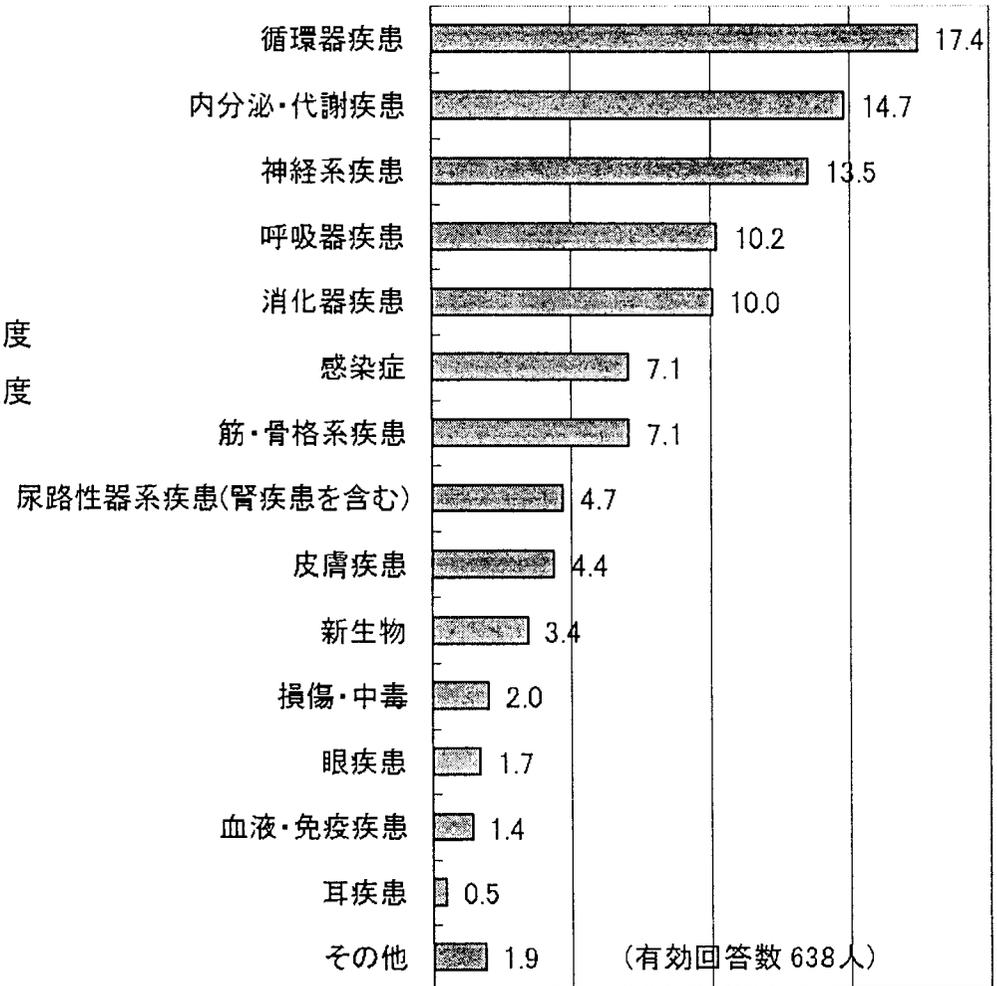


(有効回答数 3,376人)



※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



(有効回答数 638人)

0.0 5.0 10.0 15.0 20.0
14

認知症における精神科医療の役割

新健康フロンティア戦略(平成19年4月18日)

【認知症対策の一層の推進】

(3) 認知症の方に対する医療の提供(誰もが身近で受けられる治療を提供)

- 認知症の鑑別診断の実施
- 医療機関において周辺症状を良好に抑制するための診断や治療の提供
- 認知症の方の身体合併症に対する治療の提供

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書(平成20年7月10日)

II 今後の認知症対策の具体的内容

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(2) 今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

- 早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から、治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- がん、循環器疾患、大腿骨頸部骨折等の重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること

といった対策を推進するものとする。

② 入院・入所の場合について

認知症患者が多く入院する病棟の種類

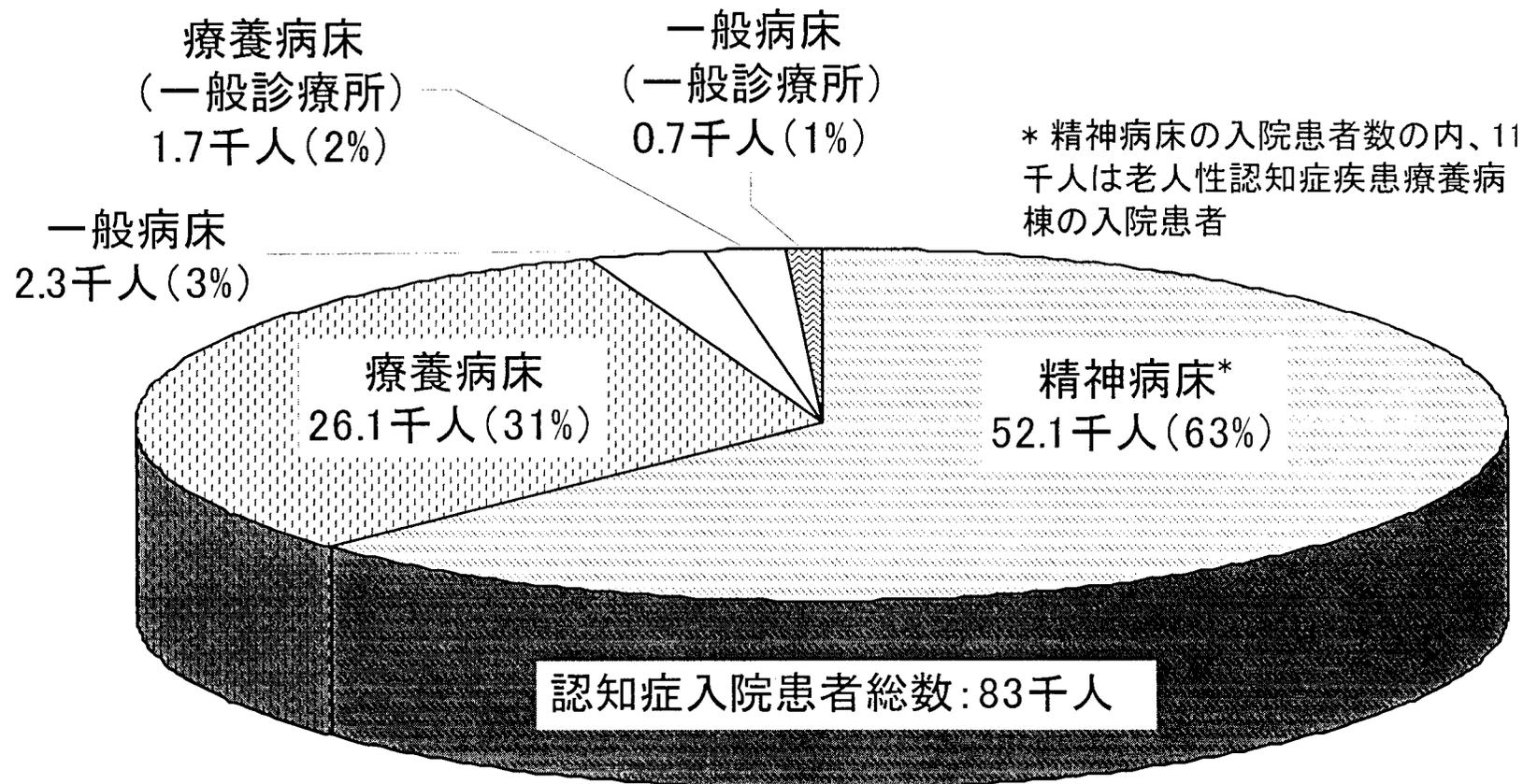
病床区分	診療報酬 (病棟ごと)	医師の配 置	看護職員等 の配置 *1	構造設備等	その他の要 件	算定対象と なる患者	報酬体系	病床数 (又は病棟 数) *2	「F0」の 患者数割合 *3
精神病床	認知症病棟 入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従OT 1人	・デイルーム等 ・生活機能回復訓練 室 ・病棟18㎡/人以上	・病院にPSW または臨床心 理技術者常勤	・集中的な 治療を要す る認知症患者	1,330点(~90日) 1,180点(91日~)	(373病棟)	82.5%
	認知症病棟 入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1	・生活機能回復訓練 室 ・病棟18㎡/人以上			1,070点(~90日) 1,020点(91日~)	(62病棟)	81.6%
	精神療養病棟 入院料	指定医 病棟常勤1 病院常勤2 医師 48:1	看護30:1相当 看護補助者と 合わせて15:1 OT又は経験 看護師 1人	・1看護単位60床以 下 ・1室6床以下 ・病室5.8㎡/人以上	・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	・長期の療 養を要する 精神疾患を 有する患者	1,090点	90,382床	11.5%
	精神病棟入院 基本料	医師 48:1	看護 10:1~20:1	・新設(全面改築)病 室6.4㎡/人以上 ・既設病室4.3㎡/人 以上	・看護10:1は 平均在院日数 制限あり	・精神疾患を 有する患者	1,240~658点 ※重度認知症加 算:100点 ※初期加算あり	188,796床	14.6%
療養病床	療養病棟入院 基本料	医師 48:1	看護 25:1 看護補助者 25:1	・1室4床以下 ・病室6.4㎡/人以上		・主として長 期にわたり 療養を要す る患者 ・対象疾患、 状態の要件 あり	1,709~750点	211,592床	-

*1:看護職員等の配置は常時の配置人数である。常勤換算方法とは概ね5倍異なる。

*2: H21.3.25 中央社会保険医療協議会資料(平成20年7月現在)

*3: 平成19年度厚労科研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」。ICD-10の「F0」は認知症・高次脳機能障害等を含む疾病分類

認知症入院患者数の内訳(平成17年)



出典：患者調査

全病床数(平成18年)

総病床数	精神病床数	療養病床数	一般病床数	その他病床数
1,626,589	352,437	350,230	911,014	12,908

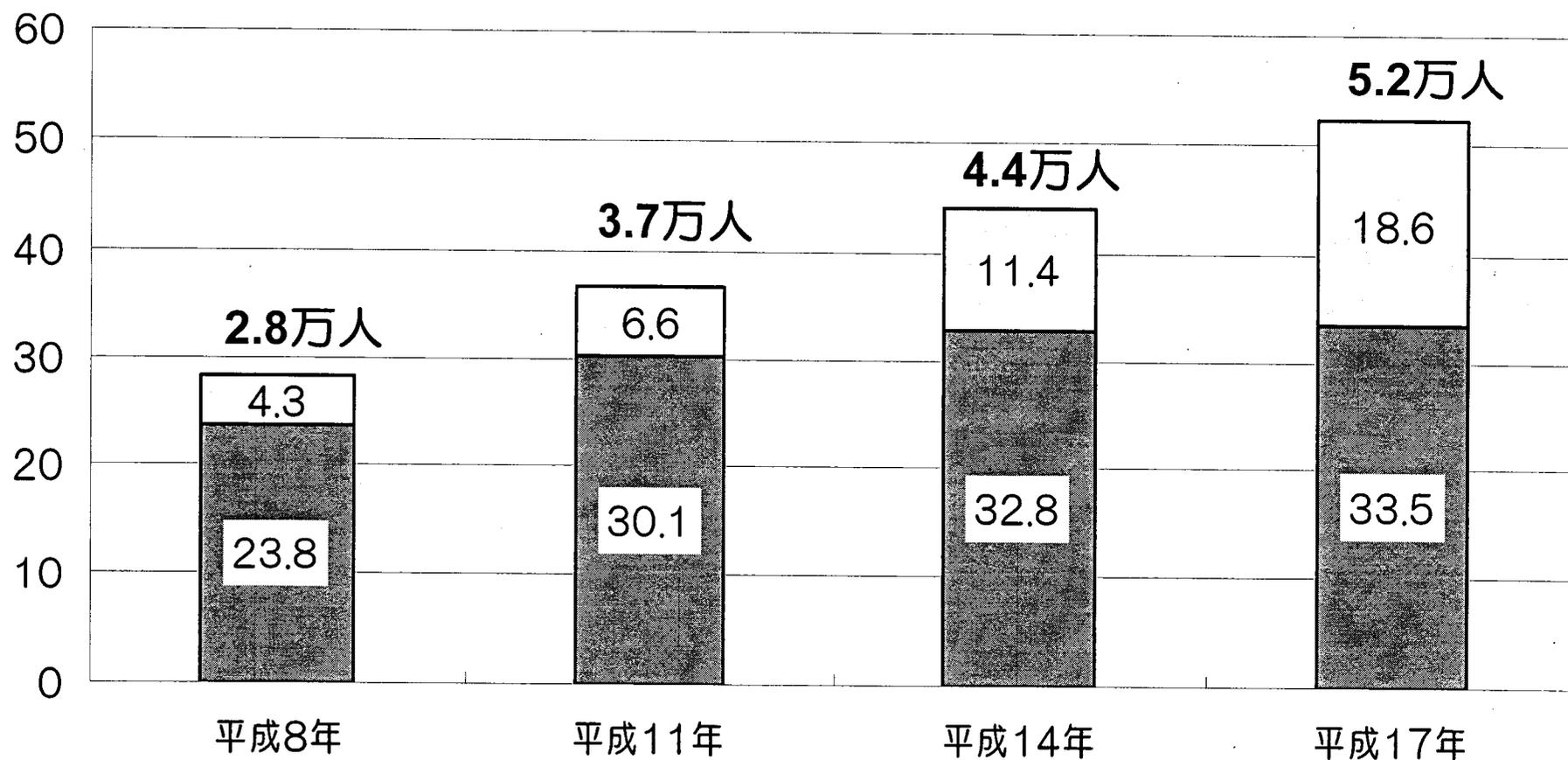
出典：医療施設調査

精神病床における認知症疾患入院患者数の年次推移

(千人)

■ 血管性及び詳細不明の認知症

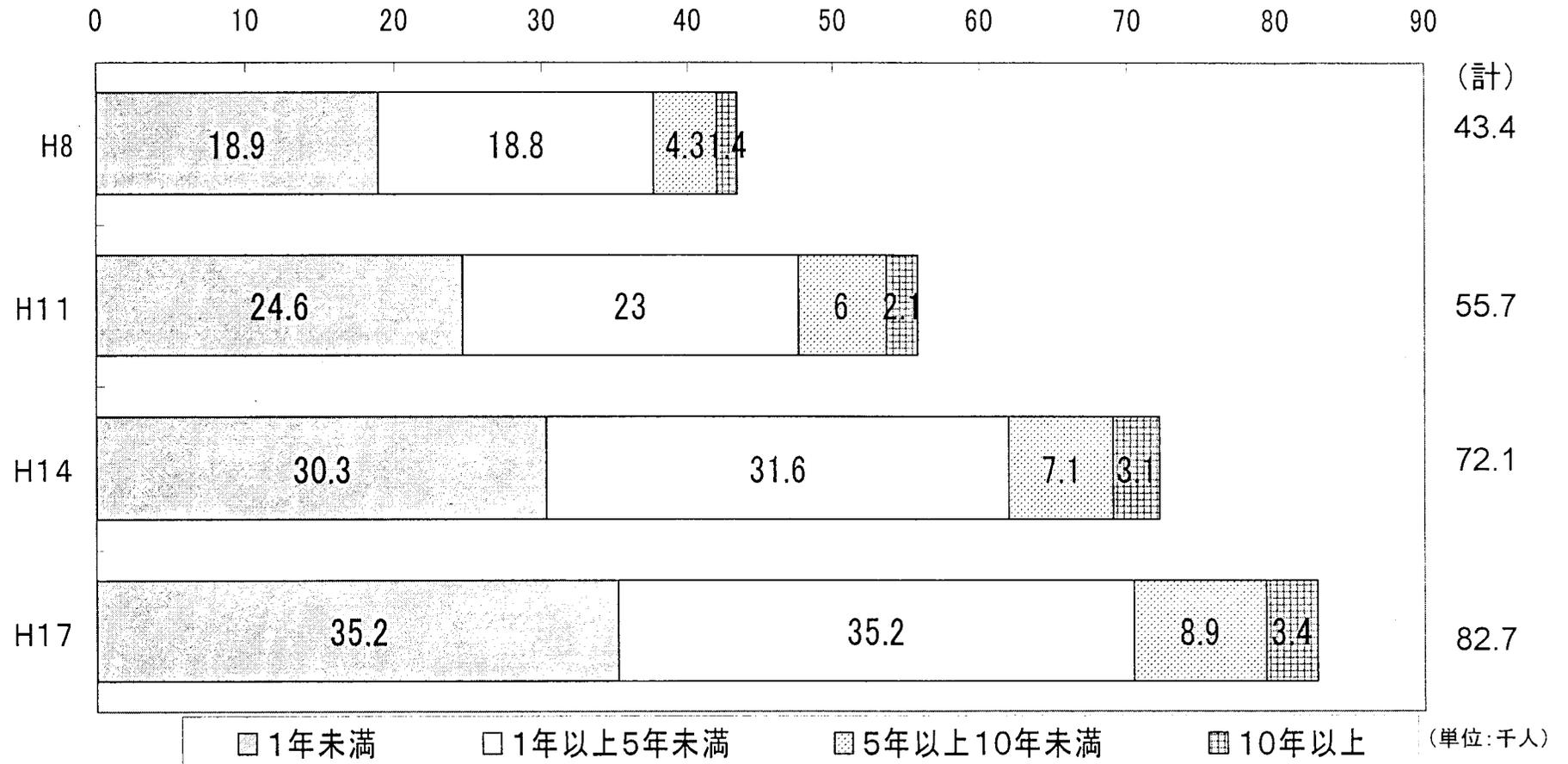
□ アルツハイマー病



認知症疾患の入院患者の推移(入院期間に着目して)

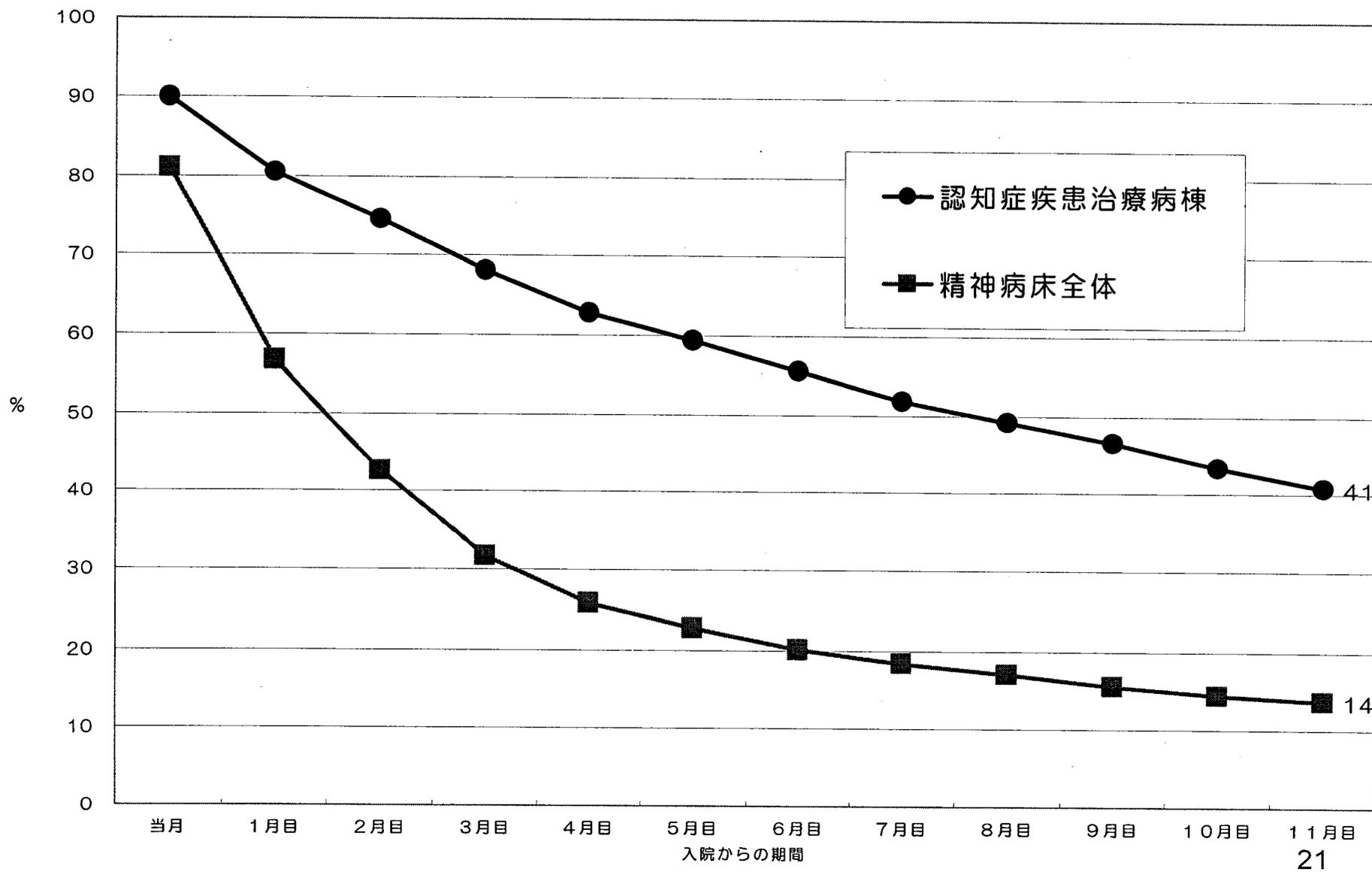
(※血管性及び原因不明の認知症、アルツハイマー病の合計)

(単位:千人)



【出典】患者調査 20

認知症疾患専門病棟入院患者の残存曲線



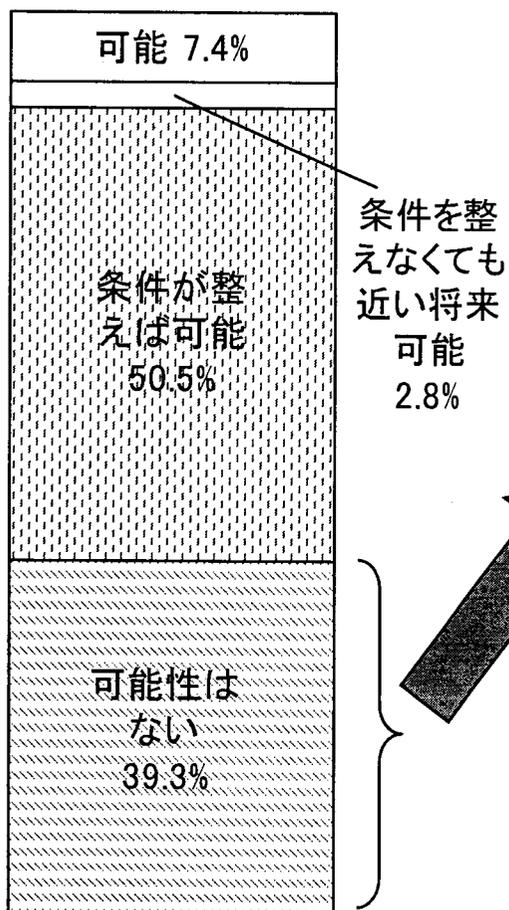
資料：平成16年 精神・障害保健課調

療養病床における医療区分

	対象となる患者	診療報酬
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法、胸腹腔洗浄 ・気管切開、気管内挿管が行われており、かつ発熱を伴う場合 ・酸素療法 ・隔離室における感染症の管理 	1709点
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・傷病等によりリハビリテーションが必要(発症から30日以内) ・発熱を伴う脱水 ・発熱を伴う頻回の嘔吐 ・反復継続する体内からの出血 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端の開放創 ・せん妄 ・うつ症状 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・1日8回以上の喀痰吸引 ・気管切開、気管内挿管が行われている ・頻回の血糖チェック ・創傷、皮膚潰瘍等に対する治療 	1198～ 1320点
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	750～ 885点

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)

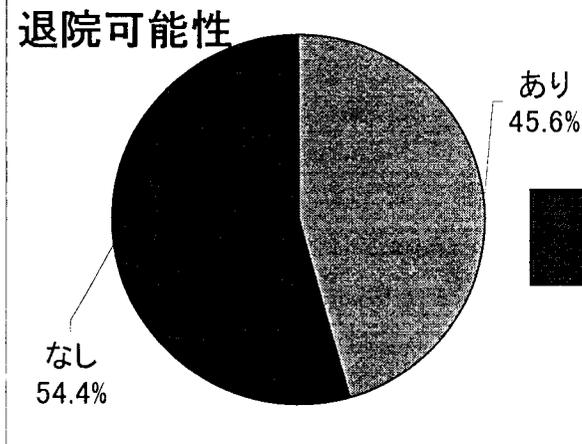
退院の可能性がない患者における主な理由

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)

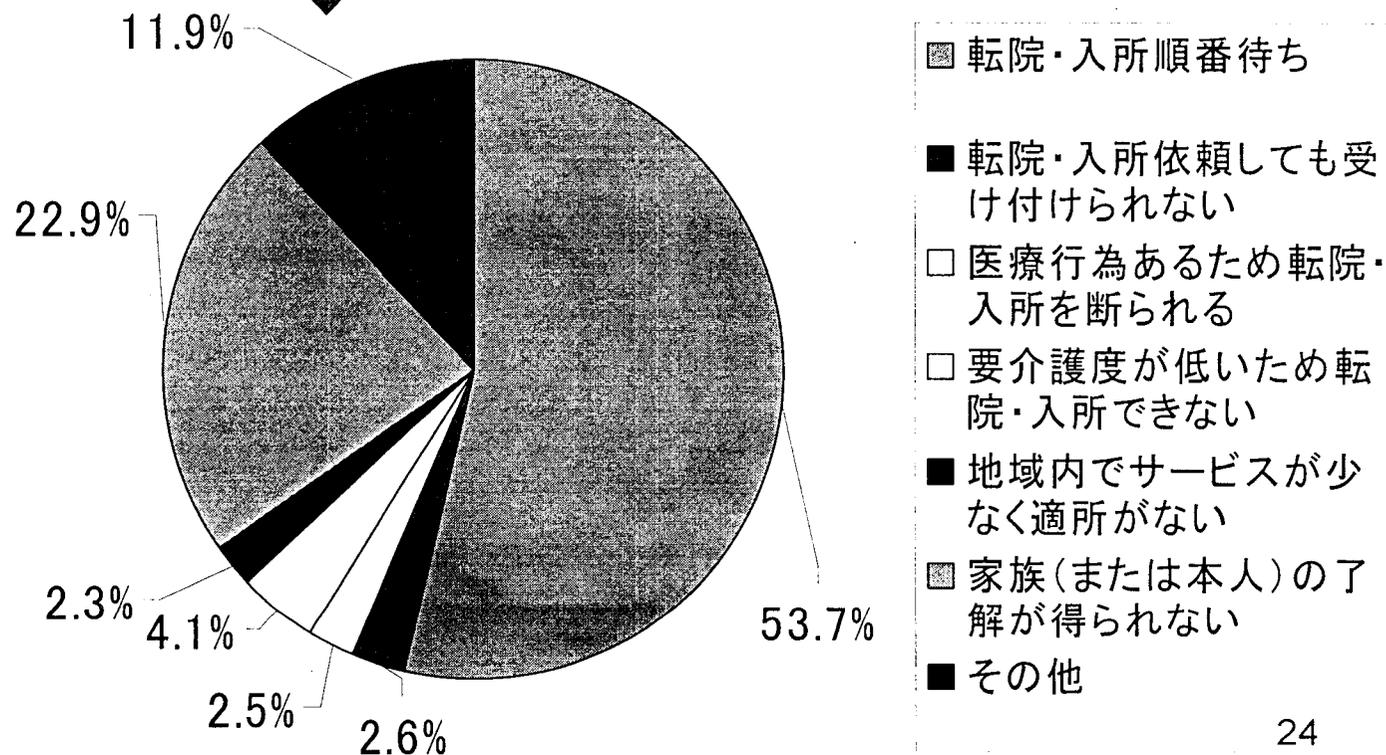
認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査

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)



介護サービスの種類

市町村が 指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	
<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) ○地域密着型特定施設 入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護 (ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売 <p>◎居宅介護支援</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護 (デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護 (ショートステイ) ○短期入所療養介護 ○福祉用具貸与 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 	サービス 介護給付を行う
<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護 (ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護 (デイサービス) ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防福祉用具貸与 	サービス 予防給付を行う

介護保険施設について

施設の類型	主な職員配置基準 *1				1人あたりの居室面積	部屋定員	基本的性格	施設数	定員数	平均要介護度 *2	平均在所日数 *3
	医師	看護職員	介護職員	その他							
介護療養病床	3以上 48:1	6:1	6:1 5:1 4:1	PT,OT 適当数	6.4㎡以上	4人 以下	長期療養を必要とする要介護高齢者のための医療機関	2,608	110,730	4.3	427.2日
	経過型 2以上 48:1	6:1 8:1	4:1		6.4㎡以上	4人 以下		10	-	-	-
老人保健施設	常勤1以上 100:1	看護・介護計3:1 (うち看護2/7) ※認知症専門棟では 計2:1相当まで評価あり		PT又はOT 100:1以上	8㎡以上	4人以下	医療機関と居室との中間施設	3,435	313,894	3.3	277.6日
	介護療養型 1人+α	6:1	6:1 4:1		8㎡以上 (大規模改修までは 6.4㎡以上)	4人以下		-	約600 *4	-	-
特別養護老人ホーム	必要数 (非常勤可)	看護・介護計3:1 (うち看護一定数)		機能訓練 指導員 1以上	10.65㎡ 以上	4人 以下	要介護高齢者のための生活施設	5,892	412,807	3.8	1,465.1日
認知症高齢者グループホーム	-	-	3:1	-	7.43㎡以上	原則個室	認知症高齢者のための共同生活住居	9,026	132,817	2.6	-
特定施設 (有料老人ホーム、 ケアハウス等) *5	-	看護・介護計3:1 (うち看護一定数)		機能訓練 指導員 1以上	適当な広さ	原則個室	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設	2,617	84,355 (利用者数)	2.7	-

*1 看護・介護職員配置は常勤換算による。医療保険の職員配置資料(実質配置の人数)との比較の際には、職員数に概ね5分の1を乗じる。

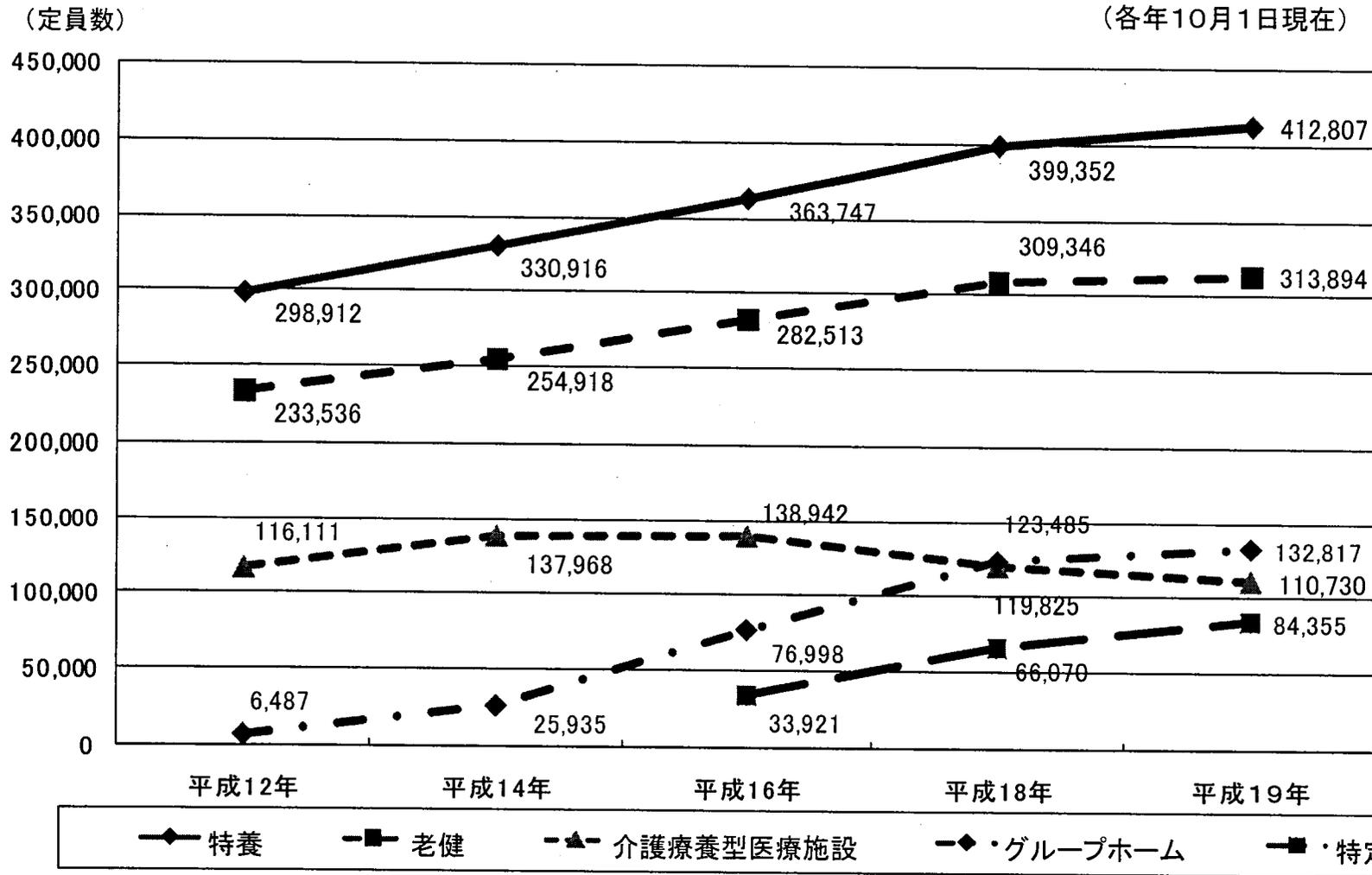
*2 平均要介護度は、厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成20年2月審査分)から算出

*3 平均在所日数については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年9月中の退所者等について)

*4 平成21年4月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく

*5 特定施設は、外部サービス利用型特定施設を除く

施設・居住系サービスの定員数の推移

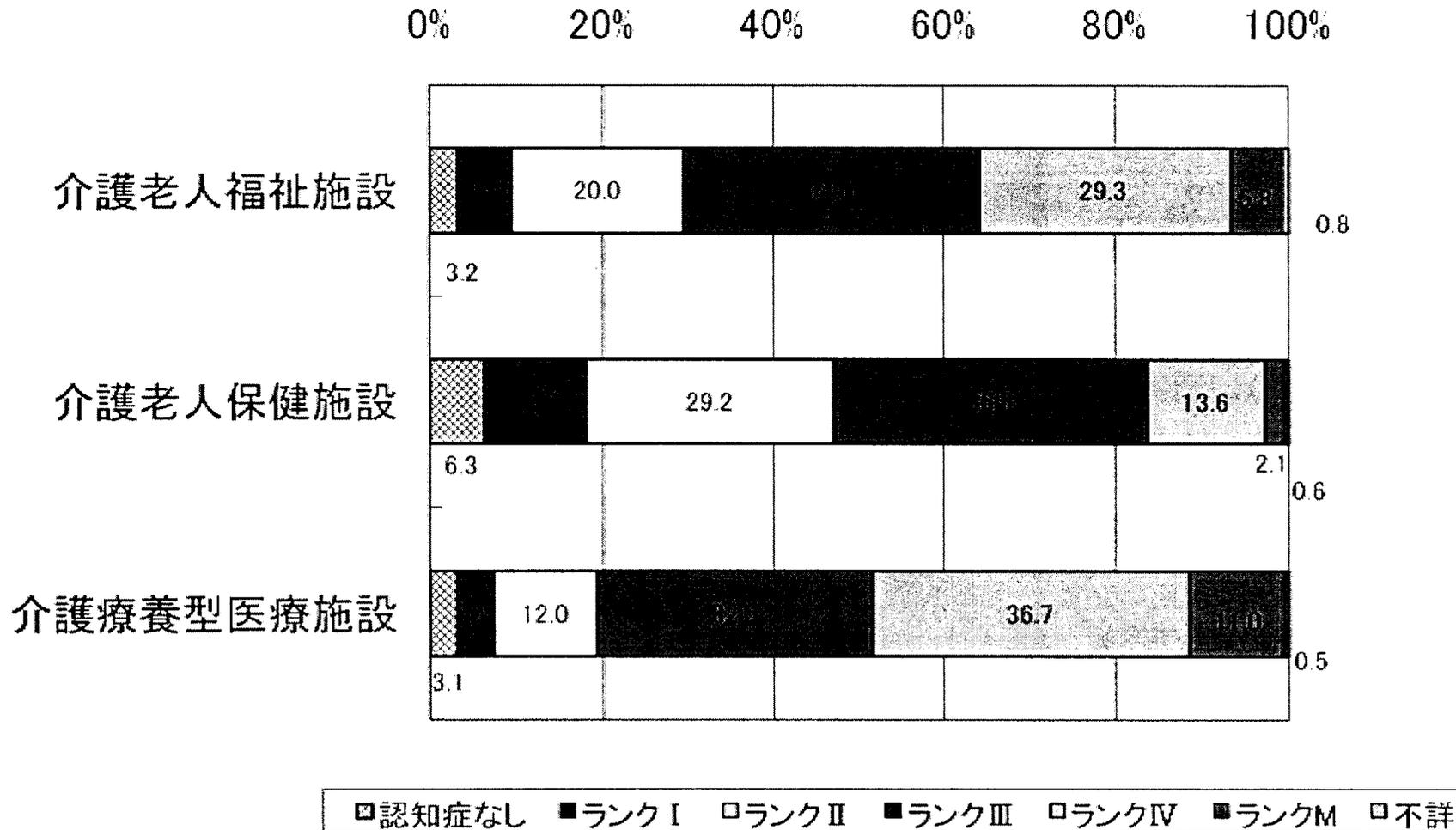


(注) 1 特定施設については、利用者数である(平成14年以前の統計は存在しない)。

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」

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)



ユニット型施設の施設数・定員数の年次推移

各年10月1日

		介護老人福祉施設			介護老人保健施設		
		全施設	ユニット型	割合(%)	全施設	ユニット型	割合(%)
平成15年	施設数	5,084	75	1.5	3,013	143	4.7
	定員数	346,069	4,480	1.3	269,524	—	—
平成16年	施設数	5,291	373	7.0	3,131	233	7.4
	定員数	363,747	17,799	4.9	282,513	—	—
平成17年	施設数	5,535	771	13.9	3,278	238	7.3
	定員数	383,326	39,467	10.3	297,769	—	—
平成18年	施設数	5,716	1,116	19.5	3,391	204	6.0
	定員数	399,352	59,278	14.8	309,346	9,167	3.0
平成19年	施設数	5,892	1,439	24.4	3,435	250	7.3
	定員数	412,807	78,135	18.9	313,894	11,487	3.7

※ユニット型施設数には、一部ユニット型での実施施設も含む。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

認知症対応型共同生活介護の概要

(基本的な考え方)

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

《人員配置》

- 介護従業者
日中:利用者3人に1人(常勤換算)
夜間:夜勤1人
- 計画作成担当者
ユニットごとに1人
(最低1人は介護支援専門員)
- 管理者
3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

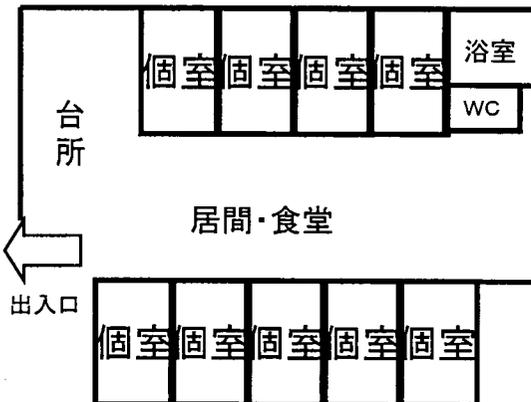
《設備》

- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

《運営》

- 運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
- ・外部の視点で運営を評価

共同生活住居
(ユニット)のイメージ



要介護度別介護報酬

介護報酬		(1日につき)
通常	要介護1	831単位
	要介護2	843単位
	要介護3	865単位
	要介護4	882単位
	要介護5	900単位
短期利用 (30日以内の利用期間を定めての利用)	要介護1	861単位
	要介護2	878単位
	要介護3	895単位
	要介護4	912単位
	要介護5	930単位

※短期利用サービスを提供できるのは、開設後3年以上経過し、かつ空いている居室を利用する等の基準を満たした事業所のみ。

初期加算 1日につき30単位を加算

※入居日から30日間に限定。

医療連携体制加算 1日につき39単位を加算

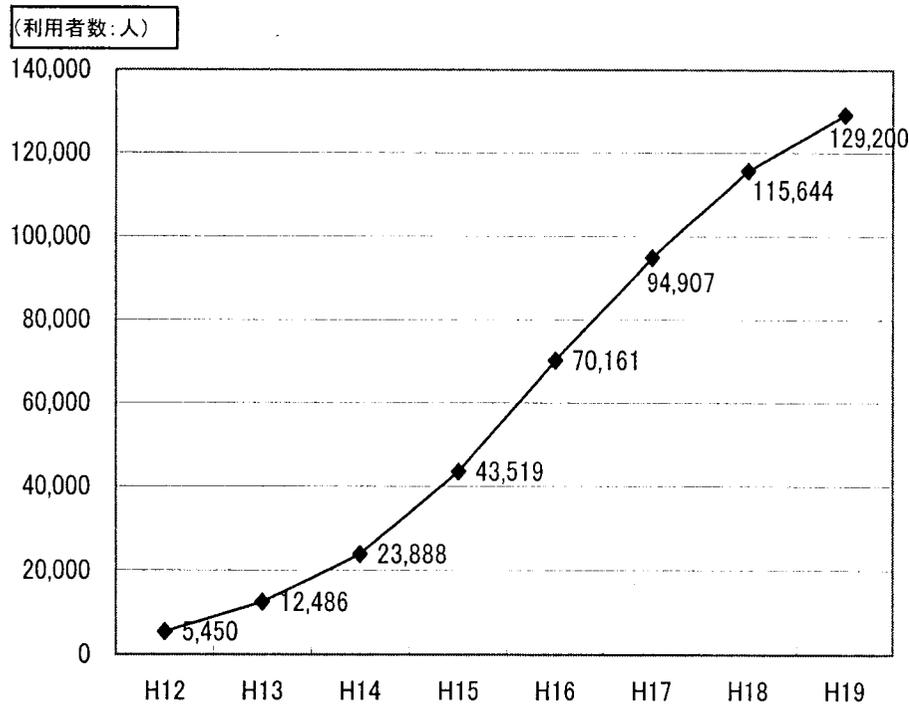
※職員又は病院等との連携により看護師を1名以上確保し、かつ看護師により24時間の連絡体制を確保している等の基準を満たした事業所のみ。

施設数(H19.10)
9,026施設

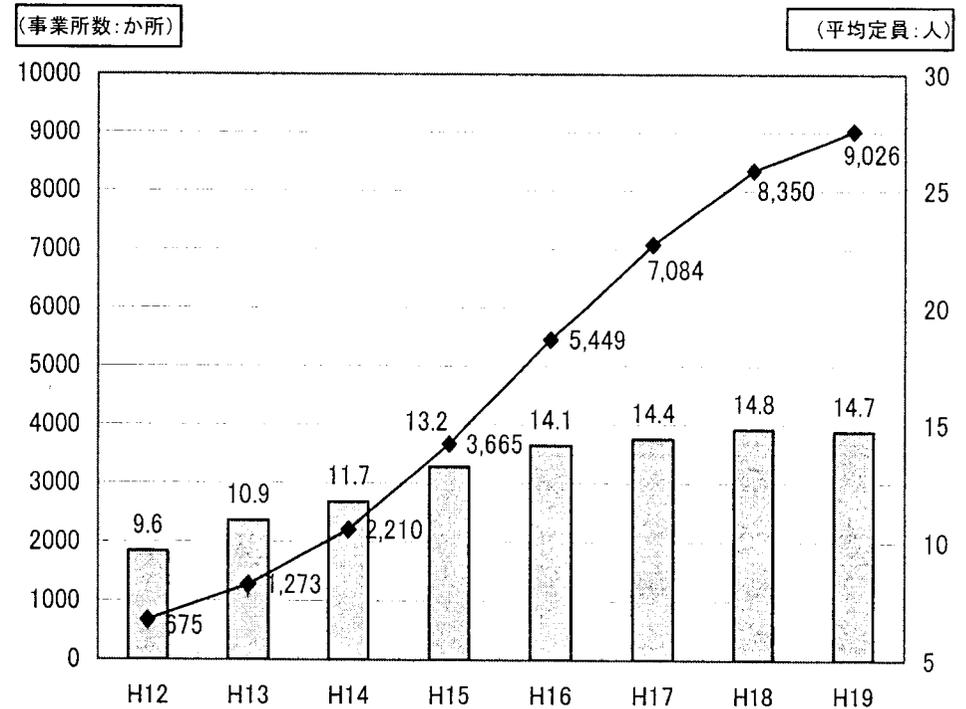
【認知症対応型共同生活介護の利用状況②】

- 事業所数及び利用者数は、介護保険制度の創設以降、増加を続けているが、平成18年度以降、事業所数の増加幅は縮小している。
- 1事業所当たりの平均定員は14.7人(平成19年度)であり、約半数の事業所で共同生活住居(ユニット)数が2となっている。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)利用者数



認知症対応型共同生活介護事業所数及び1事業所当たり平均定員



介護保険事業（支援）計画について

国の基本指針(11.5.11告示129)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、国が基本指針を定めている
- 市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

基本指針の見直し

- 平成21年4月から、第4期事業計画がスタートするため、20年度中に一部改正

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービス量の見込み
 - ・ 地域密着型（介護予防）サービス（市町村及び圏域毎）
 - ・ その他介護給付等対象サービス（介護給付・予防給付）
- 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の必要利用定員総数（市町村及び圏域毎）

- 保険料の設定
- 市町村長には、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護につき、日常生活圏域ごとの必要利用定員総数を超える場合の指定拒否権限あり

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（圏域毎）
- 介護保険施設については、各年度・各圏域の入所定員数の見込量
- ※ その他、介護専用型特定施設の必要利用定員総数等を定める。（なお介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）に係る必要利用定員総数の設定も可）

計画に沿った基盤整備

- 都道府県知事には、介護保険施設につき、圏域ごとの入所定員数を超える場合の認可拒否権限あり
- 介護専用型特定施設について、必要利用定員総数を超える場合、指定拒否権限あり。（混合型特定施設の場合も同様）

※ 第4期介護保険事業計画の期間は平成21～23年度の3年間

（第1期：平成12～16年度 5年間 第2期：平成15～19年度 5年間 第3期：平成18～20年度 3年間）

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針

(平成十八年厚生労働省告示第三百十四号) (抄)

別表第二

四 特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービス

<p>特定施設入居者生活介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護福祉施設サービス 介護保健施設サービス 介護療養施設サービス</p>	<p>平成26年度の介護専用型特定施設における特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び指定施設サービス等の当該市町村における利用者数の合計数(医療療養病床から介護保険施設等への転換に伴うこれらのサービスの利用者数の増加分を除く。)の当該市町村における要介護2以上の認定者数に対する割合を、37%以下とすることを目標としたうえで、第4期介護保険事業計画期間(平成21年度～23年度)においては、直近の現状から平成26年度の目標値となるよう計画的に設定された数値を標準として、地域の実情に応じて定めること。</p> <p>ただし、介護療養施設サービスについては、平成23年度末に廃止されることから、現に利用している者の数及びそれらの者の介護給付対象サービスの利用に関する意向並びに介護療養施設サービスの事業を行う者の介護保険施設等(指定介護療養型医療施設を除く。)への転換予定等を勘案した上で、第4期介護保険事業計画期間において、その利用者の数が段階的に減少するように量の見込みを定めること。</p> <p>混合型特定施設入居者生活介護は、現に利用している者の数及び利用に関する意向並びに介護専用型特定施設における特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者の数の見込みを勘案して、利用者の数の見込み(医療療養病床から混合型特定施設への転換に伴う混合型特定施設入居者生活介護の利用者数の増加分を除く。)を定めること。</p>
--	---

③ 認知症に関する施策

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

- 認知症に関する研究開発の促進から、医療・介護現場での連携・支援に至るまで、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進
- 舩添大臣の指示により設置
- 平成20年7月に報告書とりまとめ
- **メンバー**

東京大学

筑波大学

日本社会事業大学

認知症介護研究・研修センター

国立長寿医療センター

技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長

老健局長 [事務局長]

岩坪 威 教授 (脳神経医学)

朝田 隆 教授 (精神神経科)

中島 健一 教授

永田 久美子 主幹

遠藤 英俊 部長

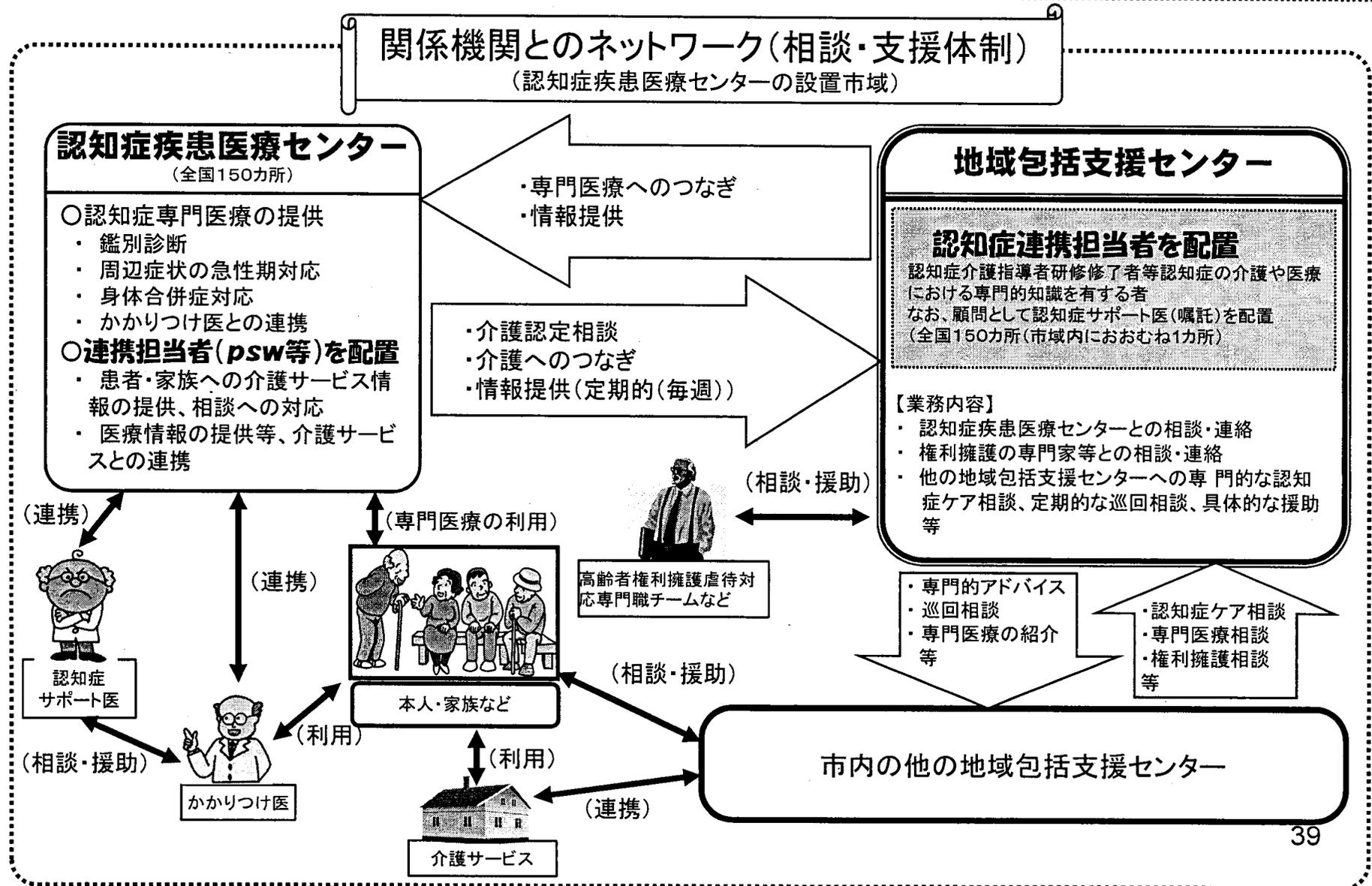
今後の認知症対策の全体像

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労継続に関する研究

医療から介護への切れ目のないサービスを提供

認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施



認知症に関する専門医

専門医名称	学会名称	人数	広告可能
認知症専門医	日本認知症学会	48人 (H21.5現在) * 1	
認知症臨床専門医	日本精神科病院協会	0人 (H21.5現在) * 1	
認知症を領域の一部としている主な専門医			
老年病専門医	日本老年医学会	1,528人 (H20.7現在) * 2	○
日本老年精神医学会認定 専門医	日本老年精神医学会	797人 (H21.5現在) * 1	
精神科専門医	日本精神神経学会	0人 (過渡的措置中) * 2	
神経内科専門医	日本神経学会	4,336人 (H20.7現在) * 2	○

* 1 学会、協会調べ(H21.5現在)

* 2 日本専門医制評価・認定機構調べ(H20.7現在)

認知症地域医療支援事業

○実施主体：都道府県、指定都市

○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業

- ・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成

※国立長寿医療センターに委託して実施。

平成17-20年度で871名のサポート医を養成

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

- ・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人が研修を修了

平成20年診療報酬改定における認知症に係る医療の評価

1. 鑑別診断につなげるための評価

- 新 診療情報提供料(I)の加算の創設
 - B009 診療情報提供料(I) 250点
 - 注9 認知症患者紹介加算(1回につき) 100点

2. 周辺症状に対する手厚い医療への評価

- 改 A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料1
 - 認知症病棟入院料1
 - イ 90日以内 1,300点→1,330点
 - ロ 91日以上 1,190点→1,180点
- 改 A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料2
 - 認知症病棟入院料2
 - イ 90日以内 1,060点→1,070点
 - ロ 91日以上 1,030点→1,020点

3. 身体合併症に対する手厚い医療への評価

- 新 精神科身体合併症管理加算の創設
 - A230-3 精神科身体合併症管理加算(1日につき)
 - ・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;300点
 - ・精神病棟入院基本料(10:1、15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟);200点
- 改 B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料の算定要件の拡大

平成21年度介護報酬改定の概要（認知症対策）

○ 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図る。

① 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

○ グループホームを退居する利用者が地域での生活に円滑に移行できるように相談援助する場合や、利用者の重度化に伴う看取り対応に対する評価。

② 認知症短期集中リハビリテーションの拡充（介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハ）

○ 利用対象者をこれまでの軽度者に加え中等度・重度者に拡大するとともに、対象事業所を介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーション事業所に拡大。

③ 認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応（短期入所系サービス、グループホーム）

○ 家族関係等が原因で認知症の行動・心理症状（BPSD）が出現したため、在宅生活が困難になった者をショートステイにより緊急に受け入れた場合を評価。

④ 若年性認知症対策（施設系、短期入所系、通所系、グループホーム）

○ 65歳未満の若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスの提供を評価。

⑤ 専門的な認知症ケアの普及（施設系サービス、グループホーム）

○ 認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体を実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供する場合を評価。

⑥ 認知症の確定診断の促進（介護老人保健施設）

○ 認知症の疑いのある者を認知症疾患医療センター等に紹介することについて評価。

平成21年度予算における認知症対策関連予算の概要

平成21年度予算額 3,895,178千円（対前年1,826,065千円増）

➤ 認知症地域ケア推進事業 1,308,289千円

⑧ 認知症対策連携強化事業 900,000千円

実施主体：市町村(150か所) 1か所あたり事業費：6,000千円 補助率：定額

・ 認知症地域支援体制構築等推進事業 408,289千円

実施主体：都道府県 補助率：10/10

【老健局所管】

・ 地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、医療との連携や認知症に関する専門的見地からの援助を行う。

➤ 認知症ケア人材育成等事業 344,741千円

・ 認知症対応型サービス事業管理者等養成事業

・ 認知症地域医療支援事業

・ 高齢者権利擁護等推進事業 282,310千円

実施主体：都道府県、指定都市 補助率：1/2

⑧ 認知症7多職種共同研修・研究事業 62,431千円

実施主体：市町村(150か所) 1か所あたり平均事業費：832千円 補助率：1/2

・ 認知症の医療や介護の専門家に対する研修
・ 認知症高齢者に関わる地域の関係者の紹介と交流を目的とした地域ケアネットワーク研修

⑧ 認知症対策普及・相談・支援事業 698,112千円

実施主体：都道府県、指定都市 1か所あたり平均事業費：21,816千円 補助率：1/2

・ 認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置し、認知症の本人や家族に対する電話相談を実施

⑧ 若年性認知症対策総合推進事業 154,446千円

実施主体：都道府県 1か所あたり平均事業費：3,794千円 補助率：1/2

・ 若年性認知症専用コールセンターの開設（全国1か所）
・ 若年性認知症自立支援ネットワークの構築 等

➤ 認知症介護研究・研修センター運営事業 446,520千円

➤ 認知症ケア高度化推進事業 76,945千円

➤ 認知症疾患医療センター運営事業 516,825千円

実施主体：都道府県、指定都市(150か所) 1か所あたり平均事業費：6,891千円 補助率：1/2

【障害保健福祉部所管】

・ 地域包括支援センターとの連携機能強化のための担当者の配置 等

➤ 認知症対策総合研究経費 349,300千円

一般公募による研究、研究内容を指定する研究、若手育成を目的とする研修

【大臣官房所管】

・ 認知症の実態把握、アルツハイマー病の予防、治療に関する研究 等

課題と検討の方向 ①求められる医療機能

現状と課題

- 高齢化の進行に従い、今後認知症患者が増加することが予測されている。
- 認知症に対する専門医療については、次のような機能が求められる。
 - ①かかりつけ医からの紹介等を受け、早期に鑑別診断・確定診断を行うとともに、地域の諸機関と連携して適切な医療や介護サービスに結びつける
 - ②BPSDに対する適切な医療を提供する
 - ③特に急性期の重篤な身体合併症に対する適切な対応を行う
- 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との連携を図るため認知症疾患医療センターの整備が進められているが、現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足している。
- 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、医療機関等において対応するための機能が十分でない。

検討

- 鑑別診断、BPSDや急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供出来る体制の確保・普及を図ることが必要である。
- このため、認知症疾患医療センターの機能の拡充を図るとともに、整備を推進するべきではないか。
- 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を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきではないか。

課題と検討の方向 ②入院・入所の場合

現状と課題

- 現在、認知症患者の有病率やBPSDの発生頻度等について調査が進められている。
- 認知症病棟をはじめとする精神病床において、認知症に対する専門的な医療機能(前頁参照)を発揮するには、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。
- 認知症患者の入院は、BPSD等の症状の消退後等の、専門的な医療を必要としない状態でも継続しているなど、長期化している。その結果、真に専門医療の必要な者の専門医療へのアクセスが阻害されている。
- 慢性期の身体合併症の患者については、病状に応じて、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応するものと考えられるが、そのための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないとの指摘がある。

検討

- 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を検討すべきではないか。
- 認知症患者の入院適応を明確化したうえ、BPSDや、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センター等の専門医療機関を確保し、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - ②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要ではないか。
- 専門医療機関を真に専門医療を必要とする者のために確保するためには、急性期治療を終えた者が速やかに退院できるよう、在宅サービス・介護施設の計画的な整備とともに、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を進めるべきではないか。
- 慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一層の対応を行うことが必要ではないか。
- 認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場合について、どう考えるか。

第17回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年5月21日

参考資料

佐藤構成員 提出資料

身体合併症医療と総合病院精神科

日本総合病院精神医学会

佐藤茂樹

身体合併症とは

精神疾患・身体疾患を合併しており両方の治療が必要な状態

精神医療・身体医療双方の関与が必要

精神科医師と身体科医師の連携が必要

身体合併症の治療の場

精神症状が安定しているか、生命的危機状態にある

一般病院・一般病棟

精神症状が活動性で精神科病棟での管理が必要

身体科医師が関与できる精神科病棟

(総合病院精神科病棟、精神科病院合併症病棟)

身体合併症のタイプ分類

1.精神疾患が先行

- 1) 自傷・自殺企図 : 急性薬物中毒(→肺炎)、農薬中毒、異物嚥下、ガス吸入、切創(前腕、頸部、胸部、腹部)、骨折、脊損、熱傷、縊頸
- 2) 拒食・不食 : 低栄養状態、脱水症(→腎不全)、ビタミン欠乏症
- 3) 事故・異常行動 : 外傷、骨折、脳挫傷、硬膜下血腫
- 4) 薬物副作用 : 薬疹、顆粒球減少症、肝機能障害、水中毒、悪性症候群

2.身体疾患に続発

- 1) 症状性・器質性精神疾患 : せん妄(術後、ICU)、SLE精神病
脳血管障害後精神障害
甲状腺機能亢進症(低下症)に伴う躁状態(うつ状態)
- 2) 医薬原性精神疾患 : インターフェロンうつ病(精神病)、ステロイド精神病
- 3) 疾病告知後の精神的反応 : うつ状態(適応障害、うつ病)

3.精神疾患と身体疾患の偶発的合併

主に慢性精神疾患合併: 悪性腫瘍、消化管出血、眼科疾患、妊娠・出産など

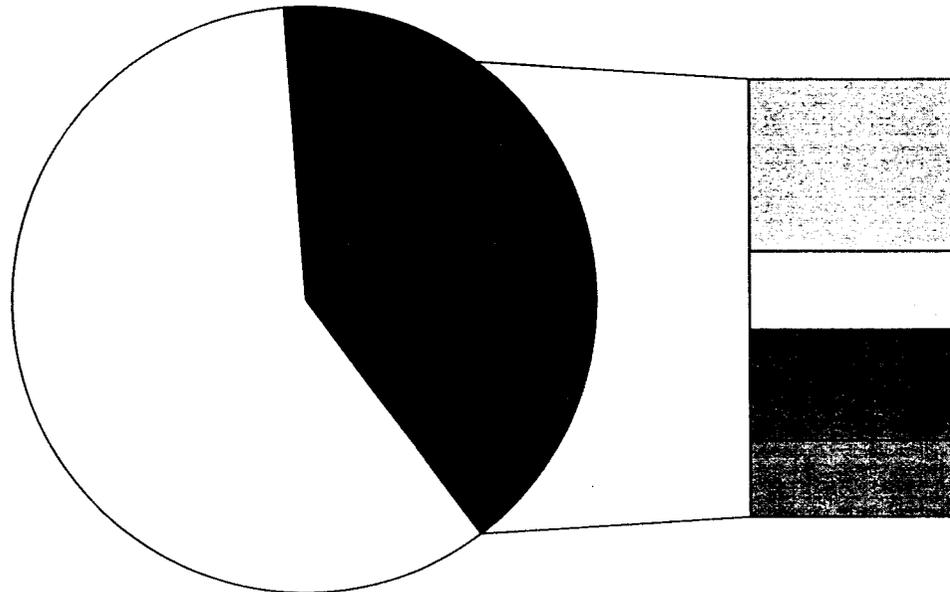
身体合併症のタイプ分類

身体疾患に続発 101(11%)

(症状器質性精神障害等)

精神疾患の先行

269(30%)



精神疾患と身体疾患の

偶発的合併 538(59%)

(統合失調症と悪性腫瘍の合併等)

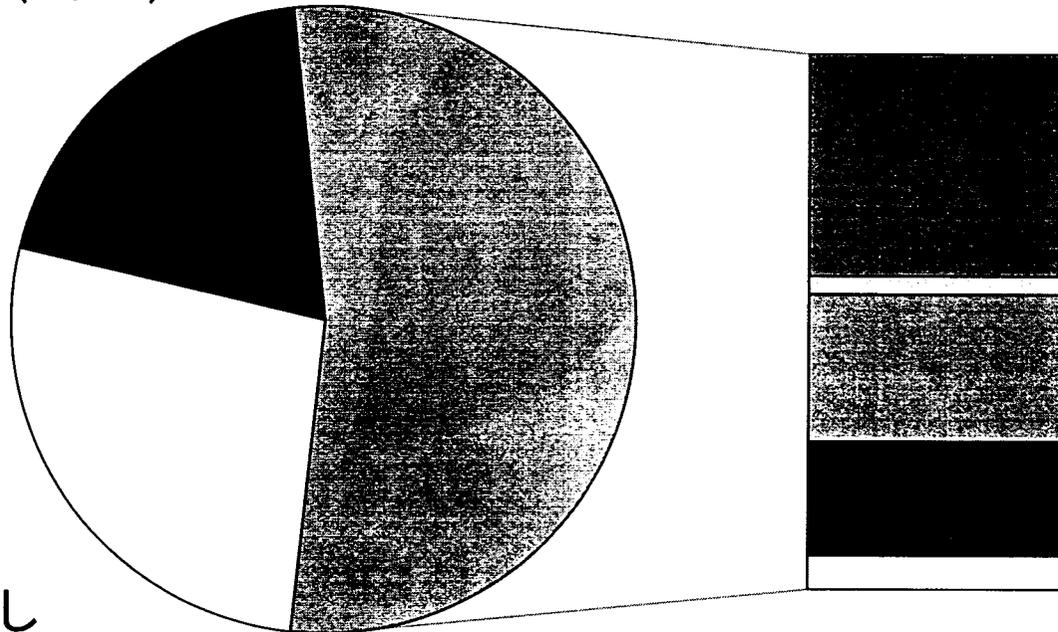
n=908

障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)
「精神障害者が快適に安全に生活するための
インフラ整備に関する研究」(主任研究者:
渡邊能行)より

(全国の総合病院精神科47施設の調査) 4

総合病院精神病棟における 身体合併症紹介元医療機関

対象病院入院後の
身体合併症発症
169(19%)



紹介あり
508(56%)

単科精神病院(194)

精神科診療所(15)

院内他科(126)

一般病院(82)

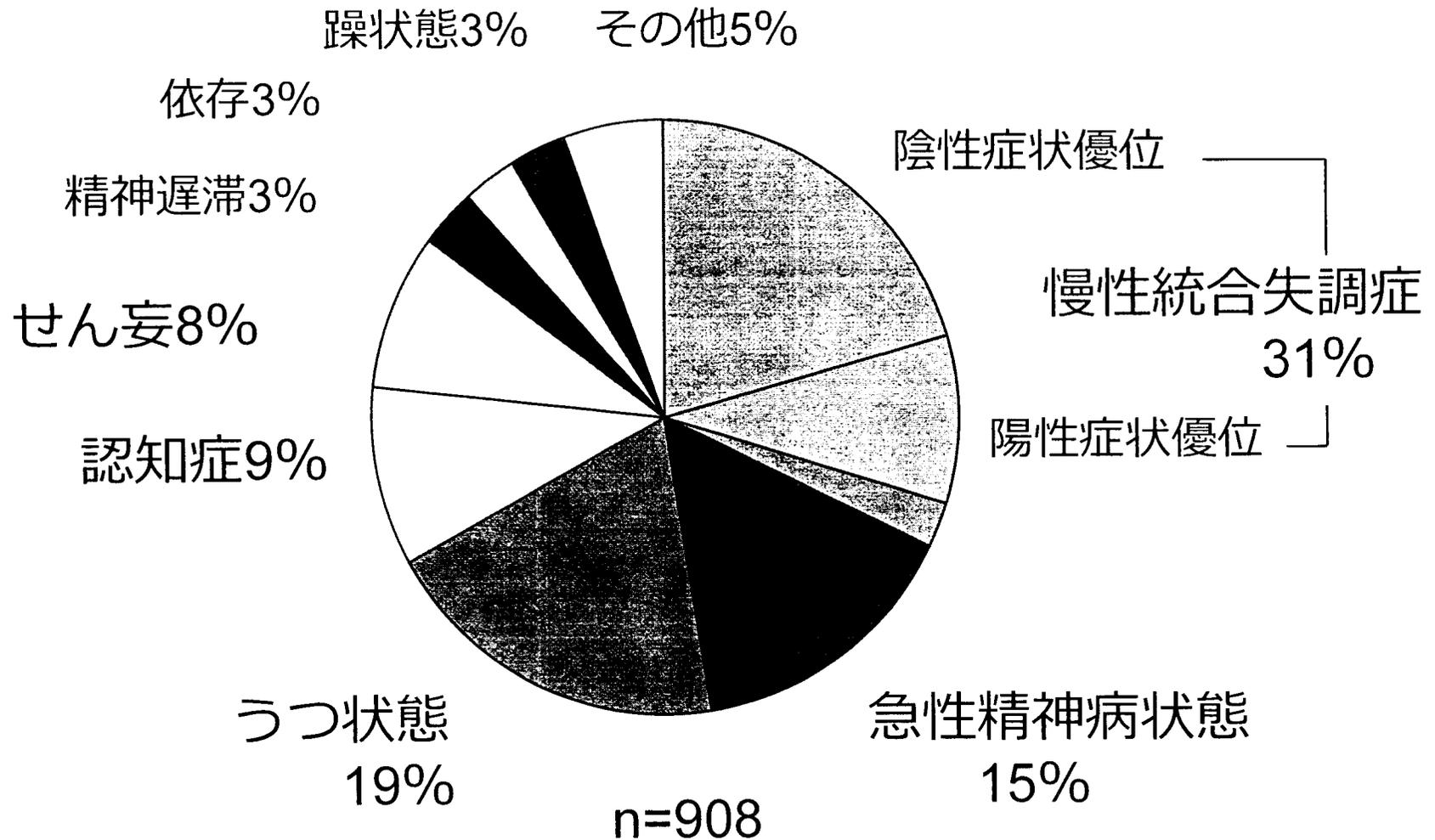
一般科診療所(17)

紹介なし
231(25)

n=908

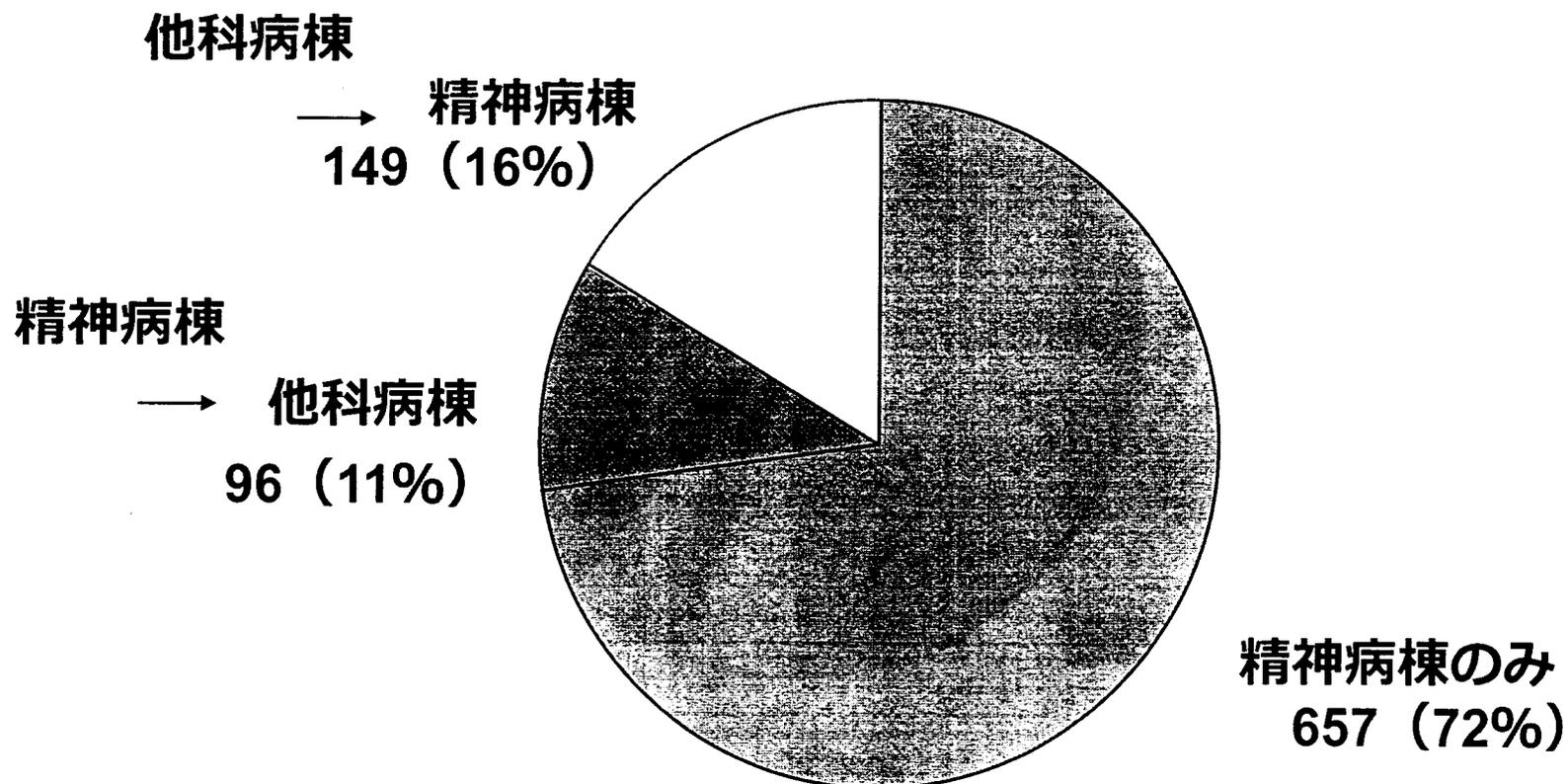
障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より 5

身体合併症発症時の精神症状



障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より

身体合併症の治療を行った病棟



n=90

2

障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より

総合病院精神病棟における身体合併症医療について

1. 総合病院精神病棟で行われている身体合併症医療の対象患者の約20%が単科精神病院からの紹介であったが、院内他科、一般病院、精神科診療所などとの連携も活発に行われていた。
2. 対象となる患者は精神疾患と身体疾患の多様な組み合わせの状態にあり、一般医療と精神医療の緊密な連携を必要としていた。
3. 対象身体合併症患者のうち、約30%は身体的に救急的対応が必要な患者であった。
4. 対象患者の精神状態は慢性統合失調症状態、急性精神病状態、うつ状態など多様であったが、主に精神科急性期治療が可能な体制が必要である。
5. 以上より、精神障害者の身体合併症治療を十分に行うためには二次医療圏ごとに配置されている救命救急センターを有する地域基幹総合病院を中心に急性期対応も可能な精神病棟が整備されていくことが望ましい。

総合病院精神科のあり方

総合病院精神科のネクストステップ

(日本総合病院精神医学会、2003)

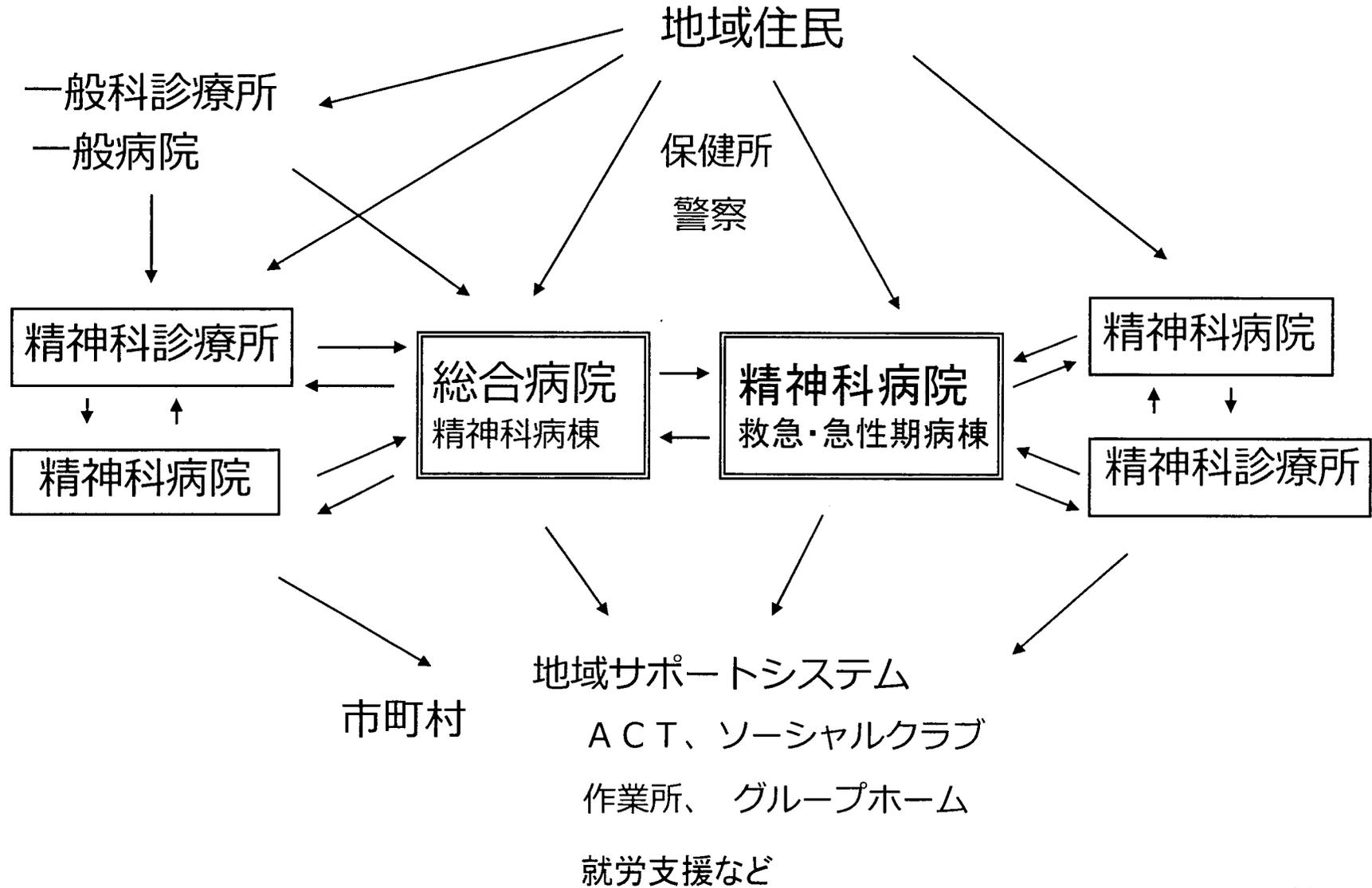
総合病院精神科の果たすべき役割

1. 一般医療における役割
(リエゾン・コンサルテーション精神医療)
2. 精神医療における役割
 - 1) 精神科救急・精神科急性期医療の分担
 - 2) 初期診断・初期治療
 - 3) 身体合併症医療
 - 4) soft psychiatry(神経症・うつ病・摂食障害など)
3. 社会における役割
メンタルヘルスの啓発活動など

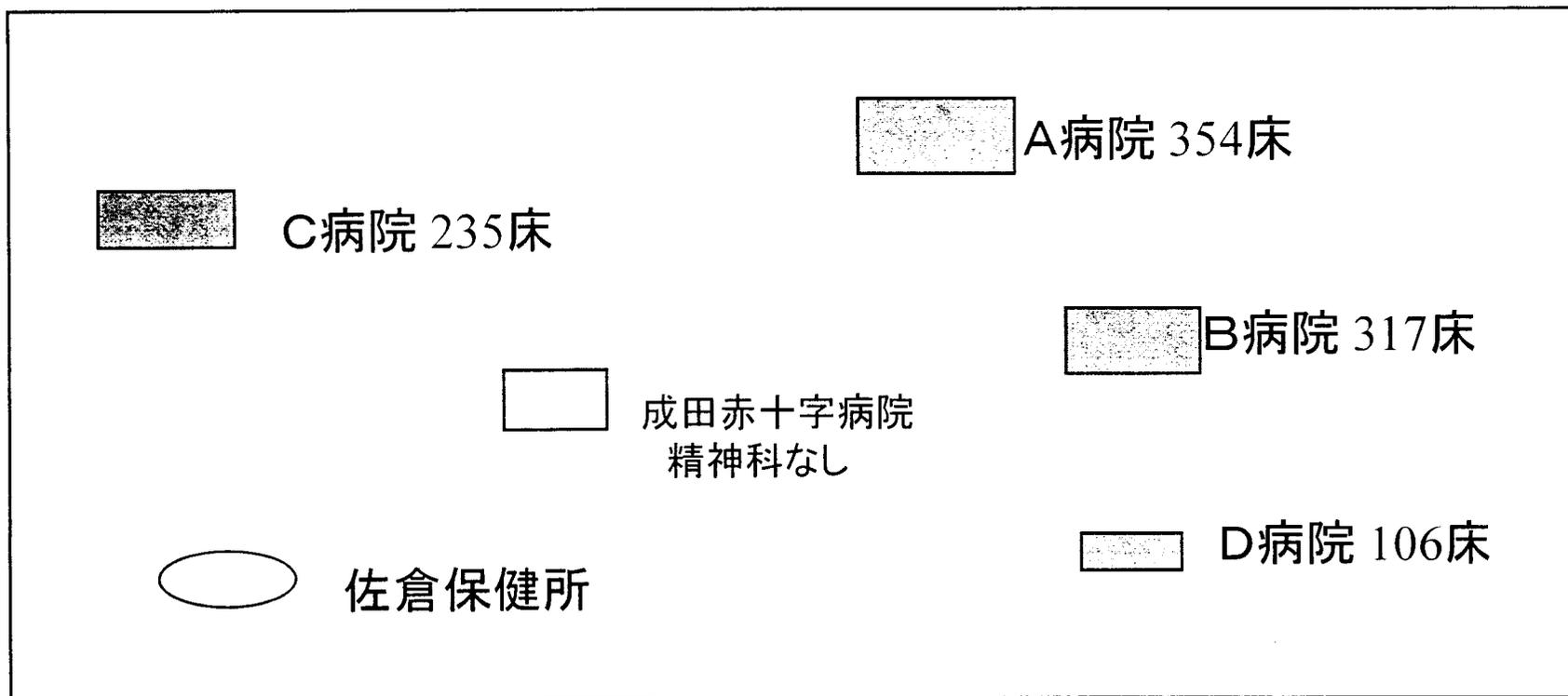
精神病床を有する総合病院精神科のあり方

- ・ 他の精神科病院や精神科診療所との連携
- ・ 30-50床1病棟、 平均在院日数 50日以下、 16:1医師配置、 2:1看護配置

二次医療圏における精神医療の機能分担



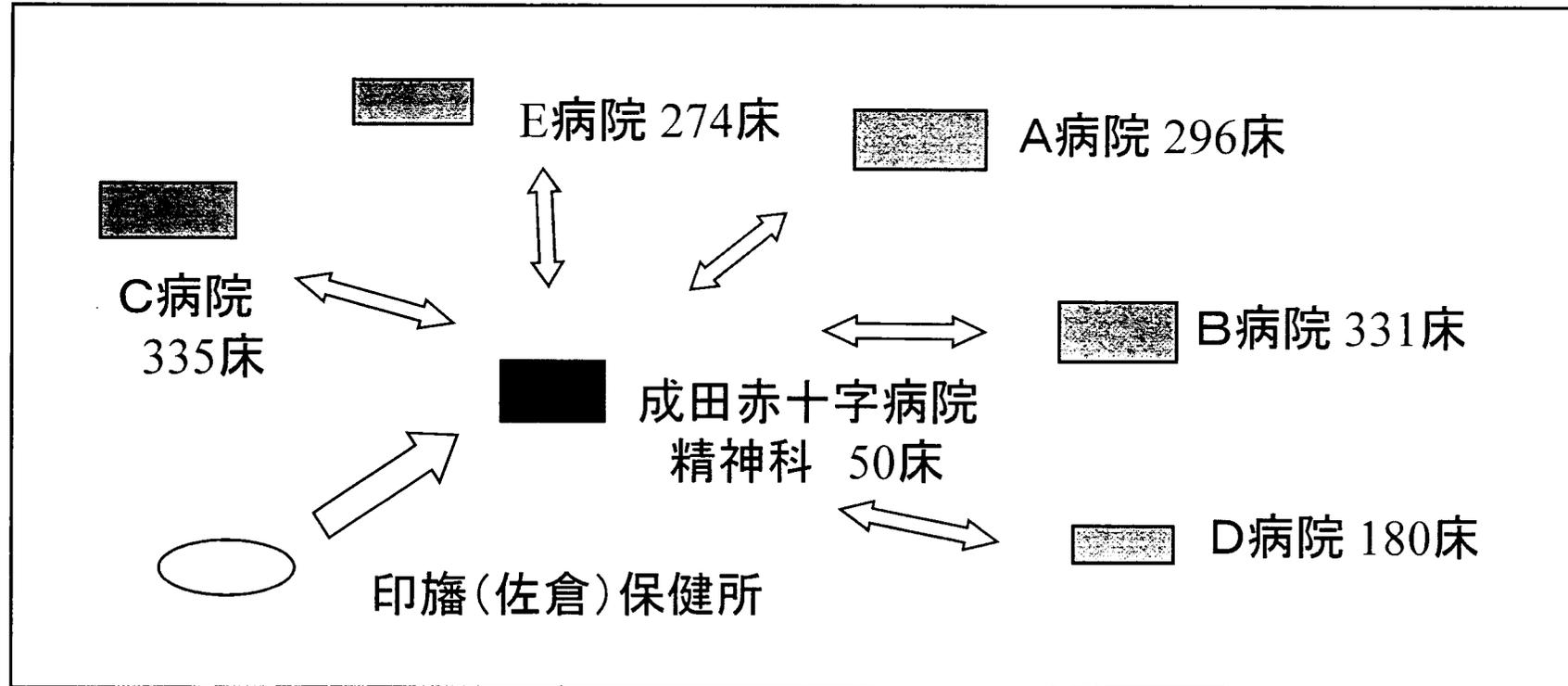
当院精神科病棟開設(H4)前の地域精神医療の状況



佐倉保健所管内:人口約50万人 精神病床1012(万対18.1)

- ・精神科救急医療機能に乏しく、医療事故・訴訟散見
- ・入院患者の自圏内完結率低い
- ・社会復帰施設は乏しい(家族会1、作業所1)

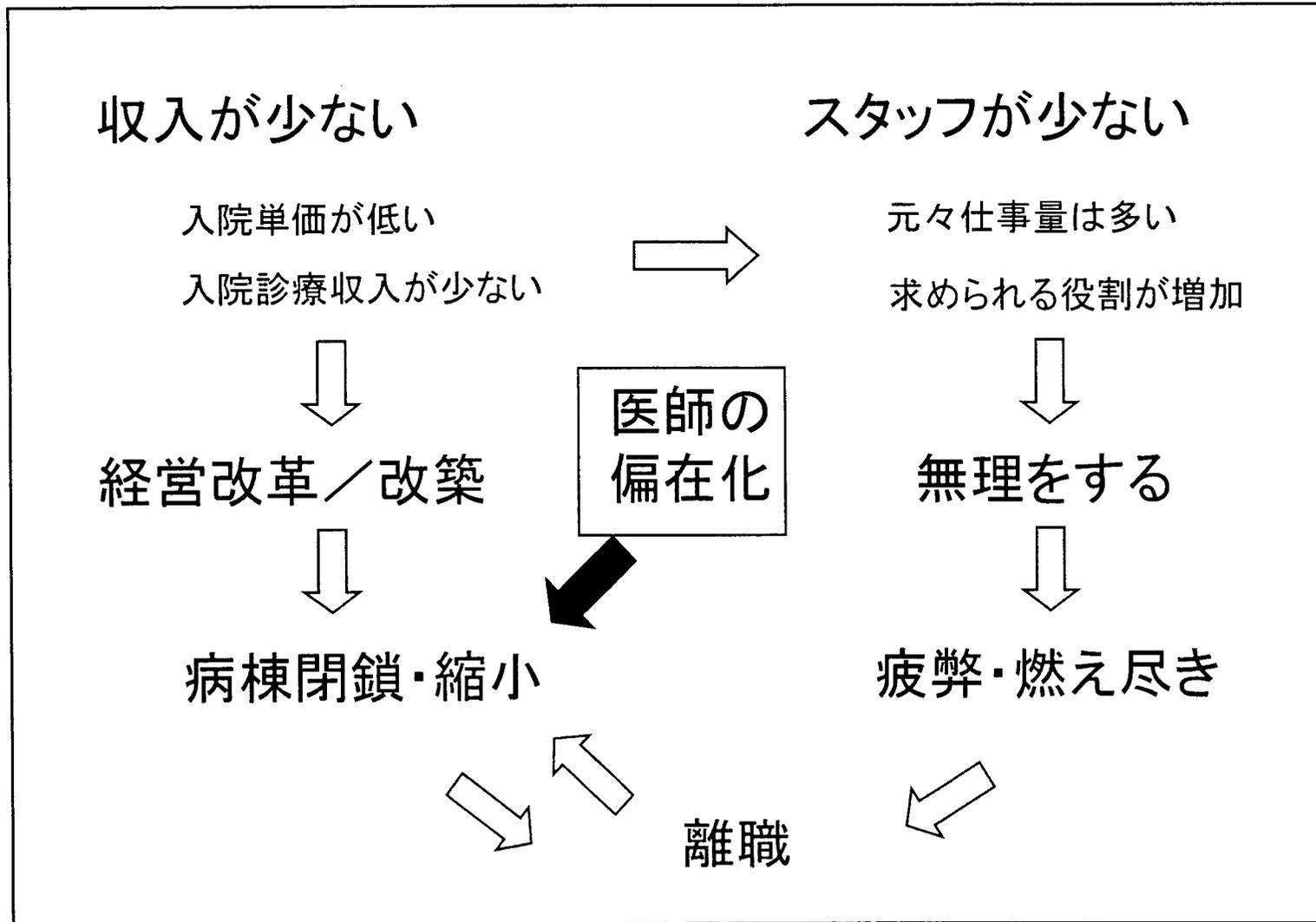
現在の地域精神医療の状況



印旛(佐倉)保健所管内:人口約70万人 精神病床1466(万対20.9)

- ・当院精神科:救急入院の受け皿、身体合併症医療を担当
- ・家族会5、地域生活支援センター2、通所授産2、作業所3、福祉ホーム2、グループホーム1など

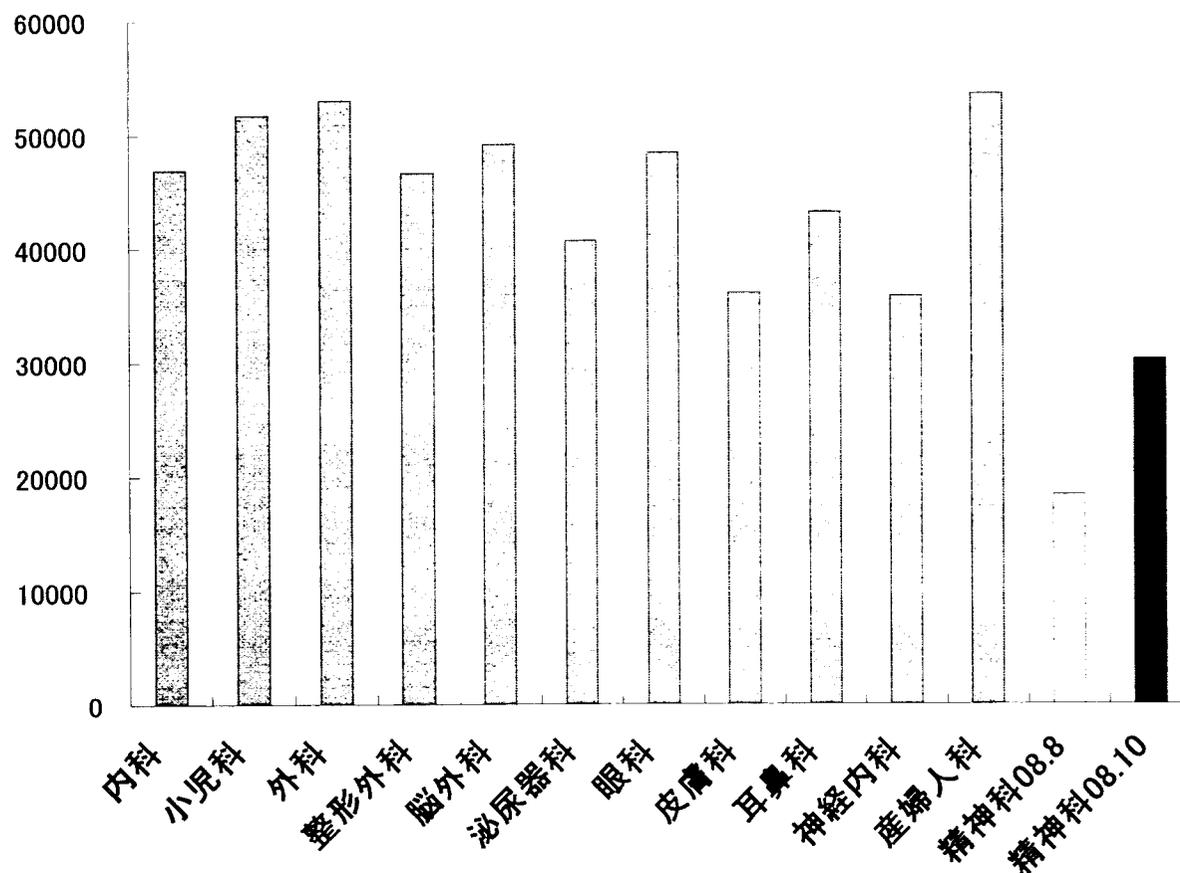
総合病院精神科の医療崩壊



有床の総合病院精神科の 施設数・病床数の推移

	精神科施設数	精神科病床数
2005年	261	21,160
2008年	248	19,103
減少数(減少率)	13(5.0%)	2057(9.7%)

総合病院の中での低い精神科入院収入



成田赤十字病院
2008.8の各科毎
1人1日入院収入

2008.9
精神科救急・合併症
入院料取得
(30日以内 3431点)
(31日以上 3031点)

2009.5現在
精神科救急・合併症
入院料取得は他に
済生会横浜市東部病院
徳島県立中央病院のみ

総合病院精神科に関わる診療報酬障壁

一般病棟入院基本料

- ・総合病院内の一診療科でありながら、精神科だけは精神病棟入院基本料で算定
- ・平均在院日数を合算し一般病棟入院基本料として算定することは認められていない

精神病棟入院基本料

- ・10対1は平均在院日数の要件が25日以下(通常は困難)
- ・一般病棟入院基本料にある13対1は精神病棟入院基本料では存在しない
- ・入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算
重症療養環境加算等一般病棟入院基本料で算定できる加算不可

精神科急性期治療病棟入院料

- ・全病床の7割以上または200床以上が精神病床であること

* 精神科救急入院料

- ・病床:隔離室を含む個室が半数以上であること
- 精神科救急・合併症入院料により改善

新しい総合病院精神科

- ・亀田総合病院の精神科病棟の設立(2005)
(一般862、精神41)
- ・横浜市における総合病院精神科を中心とした
精神科救急システムの構築(2006)
 - 横浜市大市民医療センター(一般670、精神50)
 - 昭和医大横浜市北部病院(一般561、精神100)
 - 横浜市立みなと赤十字病院(一般584、精神50)
 - 済生会横浜市東部病院(一般460、精神50)
- ・宮崎県立精神科病院の県立宮崎病院への統合(2009.4)
(一般619、精神42)
- ・高知医療センター(一般574)への精神科病棟(40床)の新設
(2012年予定)

救命救急医療センターを有する地域基幹病院に 精神科病棟の設置を

- 一般医療と精神医療の連携が改善
- 精神医療の窓口機能が充実

総務省消防庁が東京消防庁管内で実施した救急受け入れに関する実態調査によると、受け入れが断られやすいとの指摘がある。急性アルコール中毒や精神疾患の患者、未受診妊婦などの場合、受け入れ照会が4回以上となるケースが32.5%と、救急搬送全体の8.3%を大きく上回り、現場滞在時間も長くかかるなど、受け入れが実際に困難である実態が明らかになった。

医療介護CBニュース(2009. 2.24)

まず、都道府県に最低1ヶ所は 救命救急医療センターを有する
地域基幹病院に 精神科病棟(40床程度)の設置を

関連資料

成田赤十字病院の現況 2009.4現在

総病床数 719 床 (実働702床)

医師数 163名 看護師数 645名

救命救急センター(三次) 透析センター 1 類感染症病床

地域支援病院 初期臨床研修指定病院 地域がん診療連携拠点病院

災害拠点病院 病院機能評価Ver.5

精神神経科 (精神病床数 閉鎖男女混合50 床 内、指定病床6 応急指定)

常勤医師数 6名 (内、指定医3) 看護師数 26名

臨床心理士 3名 精神保健福祉士 2名

平成20年度 年間入院数 363人 平均在院日数 47.0日

1日平均外来数 148.0 人

精神科デイケア (定員24名、期限設定 : 最長 2 年)

精神保健福祉士 1 看護師 1 作業療法士 1

1 日平均12人、平均登録数 40人

成田赤十字病院 救命救急センター (体制およびH19統計)

年間延受診者 : 38,864 内、入院 5,036 (13%)

精神科受診者 : 1,024 208 (21%)
(2.6%)

(注: 時間内受診者を含む)

当直医 8 (内2, 外2、小児、脳、産婦、救急)
拘束医 3 (眼、麻酔、精神)

当直 : 放射線技師、検査技師2、薬剤師、ME

(注 : H21.4~一次救急は原則対応中止)

成田赤十字病院 精神科救急のシステム

救命救急センター外来を利用

24時間365日対応

精神科拘束医が対応

原則として15分以内に駆けつけられる

拘束医が非指定医の場合は指定医が二重待機

平均1人月5回、さらに指定医は月5回指定医待機

原則として 精神科症例は全て精神科拘束医が対応

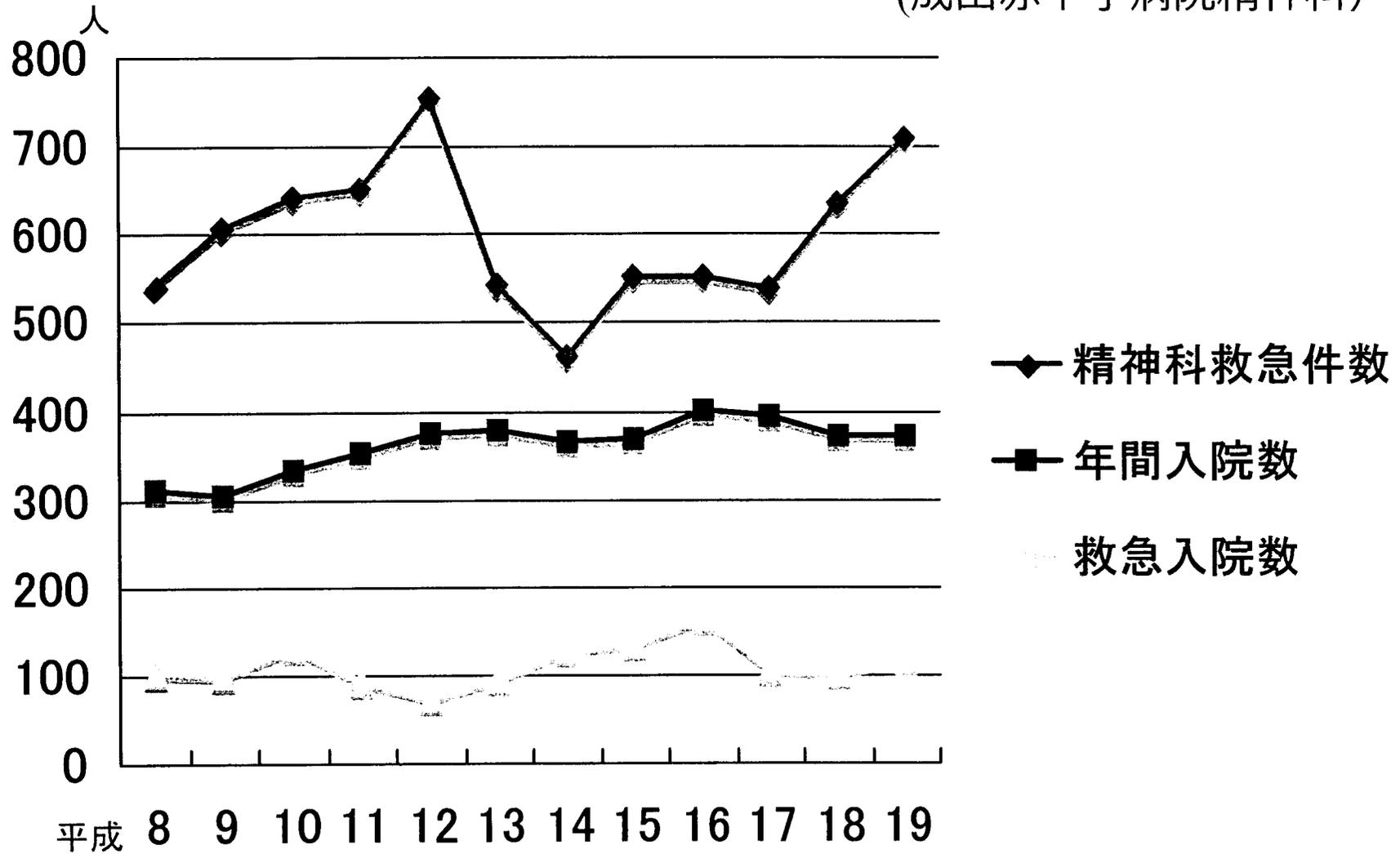
但し、急性薬物中毒重症例は救急科医師が対応

パニック障害初発例は内科医が対応することが多い

千葉県印旛医療圏における精神科救急基幹病院に指定

精神科救急件数、年間入院数、救急入院数推移

(成田赤十字病院精神科)

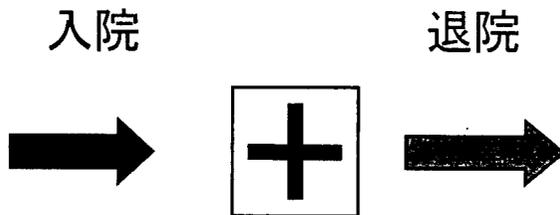


入退院経路

入院 413

当院精神科外来	186
院内他科より転科	54
単科精神病院	28
総合病院精神科	17
一般病院	11
クリニック	6
保健所／市役所	34
救急外来 (重複あり)	105

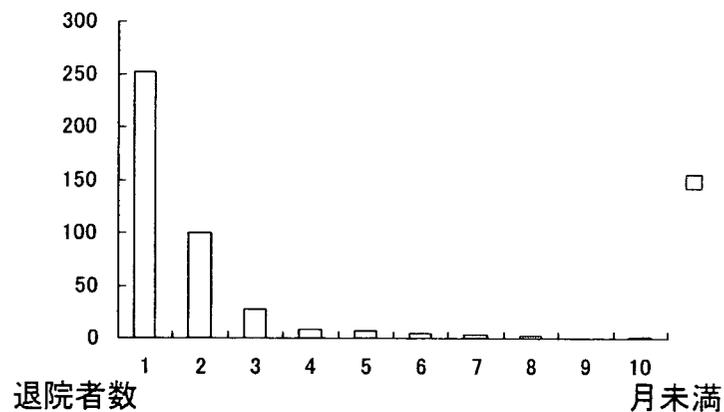
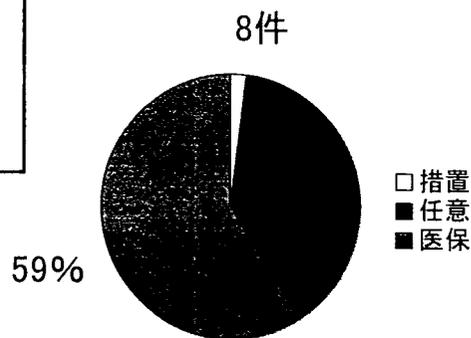
平均在院日数
43.2日
(2005年度)



成田赤十字病院
精神科50床

退院 408

自宅退院	350(85%)
単科精神病院転院	45
一般科転院	2
他精神科通院	20
院内他科へ転科	5
死亡	6



(85%が2月以内に退院)²⁵

入院患者住所別分布

その他都府県 5

茨城県 13

香取郡市 22

印旛郡市 317(77%)

成田市 115(28%)

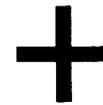
佐倉市 48

富里市 47

八街市 36

四街道市 18

印旛村 17



成田赤十字病院

成田空港 10

山武郡市 10

その他千葉県内 36

船橋市 8

千葉市 5

(2005 n=413)

身体合併症患者例 (1)

年齢/性	精神疾患	身体疾患	紹介	転帰	備考
30代女	うつ病	急性リチウム中毒	ICUより	自宅	ICUにてCHDF施行
30代男	躁うつ病	急性薬物中毒→肺炎	救急病棟より	自宅	
40代女	摂食障害	低カリウム血症	救急病棟より	自宅	
60代女	統合失調症	肺炎	救急外来	ICUへ	精神科→ICU→精神科
60代男	うつ病	甲状腺機能低下症	精神科病院より転院	自宅	
70代男	躁うつ病	肺炎(入院後)	当科外来	ICUへ	→精神科 →施設へ退院
50代男	統合失調症	消化管出血(胃がん)	精神科病院より転院	外科病棟へ	手術
50代女	アルコール精神病	胃潰瘍	救急外来	自宅	
40代女	統合失調症	妊娠・出産	精神科病院より転院	同じ精神科病院へ転院	産婦人科にて分娩
40代女	アルコール依存症	急性薬物中毒	救急外来	自宅	

身体合併症患者例 (2)

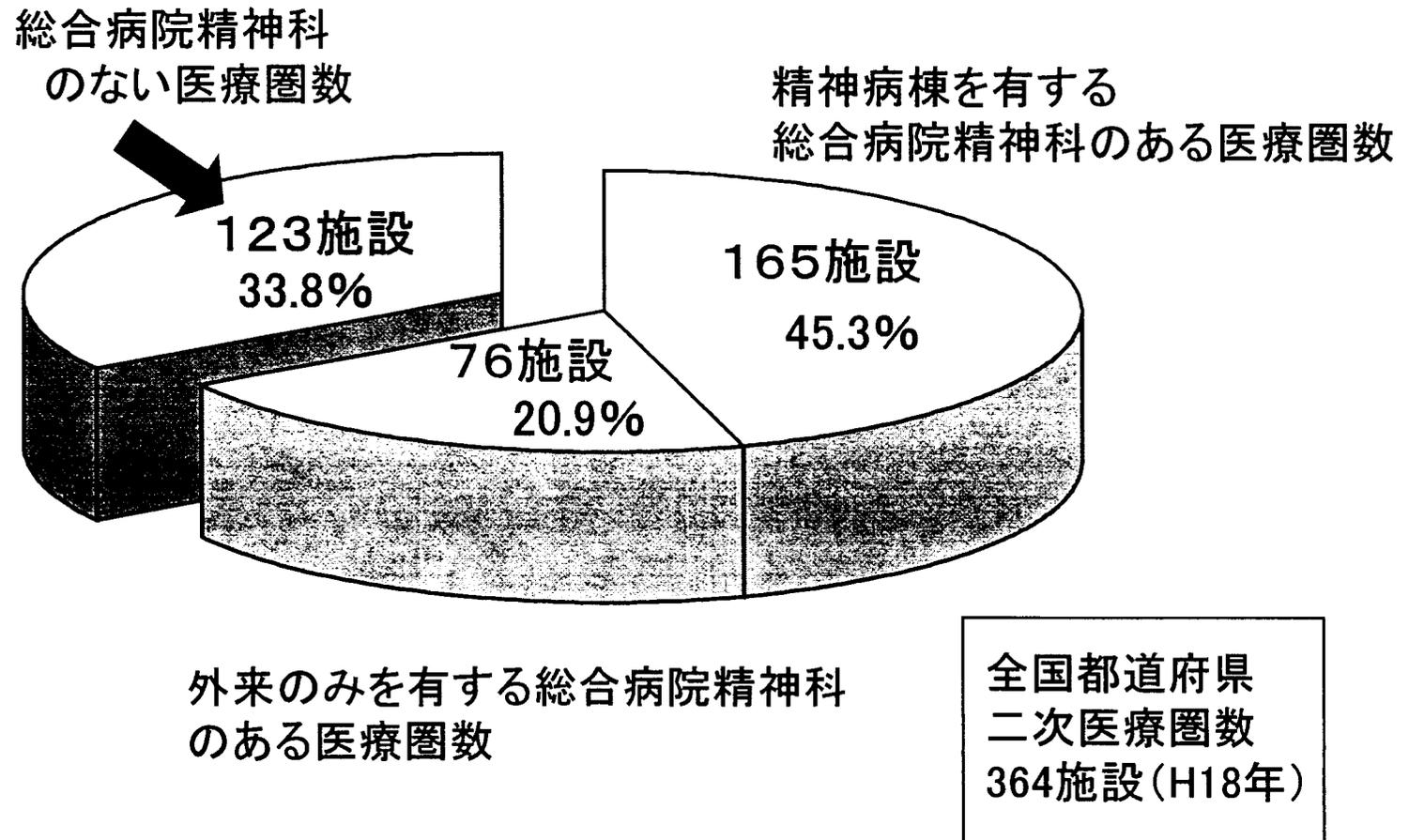
年齢/性	精神疾患	身体疾患	紹介	転帰	備考
60代女	統合失調症	糖尿病 (インスリン使用)	当科外来より	自宅	
30代女	統合失調感情障害	妊娠・出産	産婦人科病棟より	産婦人科病棟へ	産婦人科にて 分娩
30代男	躁うつ病	糖尿病 (インスリン使用)		自宅	
50代女	統合失調症	子宮体癌	精神科病院より転 院	同じ精神科病院 へ転院	産婦人科にて 手術
60代男	統合失調症	歩行困難 (透析中)	透析クリニックより	自宅	週3回透析 リハビリテーショ ン
50代女	気分変調症	急性薬物中毒	救急外来より	自宅	
30代女	覚醒剤精神病	妊娠・出産	一般病院産婦人 科外来より	自宅	産婦人科にて 分娩
30代男	うつ病	急性薬物中毒	ICUより	自宅	
50代女	うつ病	急性薬物中毒 →急性腎不全	救急外来より	自宅	透析5回で腎不 全改善

身体合併症患者例 (3)

年齢/性	精神疾患	身体疾患	紹介	転帰	備考
60代女	適応障害	急性薬物中毒	ICUより	自宅	
40代男	アルコール依存症	頭部・胸部 熱傷	ICUより	自宅	
50代女	妄想性障害	SLE	救急病棟より	自宅	
40代女	SLE精神病	SLE	救急外来より	自宅	
70代男	アルツハイマー型認知症	有機リン中毒	救急病棟より	施設	誤飲
30代女	統合失調感情障害	縊頸	救急外来より	自宅	
60代女	統合失調症	大腿骨頸部骨折	精神科病院より 転院	同じ精神科病院 に転院	整形外科にて手術
60代女	うつ病	急性薬物中毒	ICUより	自宅	
20代女	統合失調症	水中毒	ICUより	自宅	
20代女	知的障害	頸部腫瘍	形成外科外来 より	施設に戻る	形成外科にて手術

全入院130件(135日間) (措置8、医保78、任意44)
 身体合併症36件(28%) (措置2、医保30、任意4)

二次医療圏と総合病院精神科



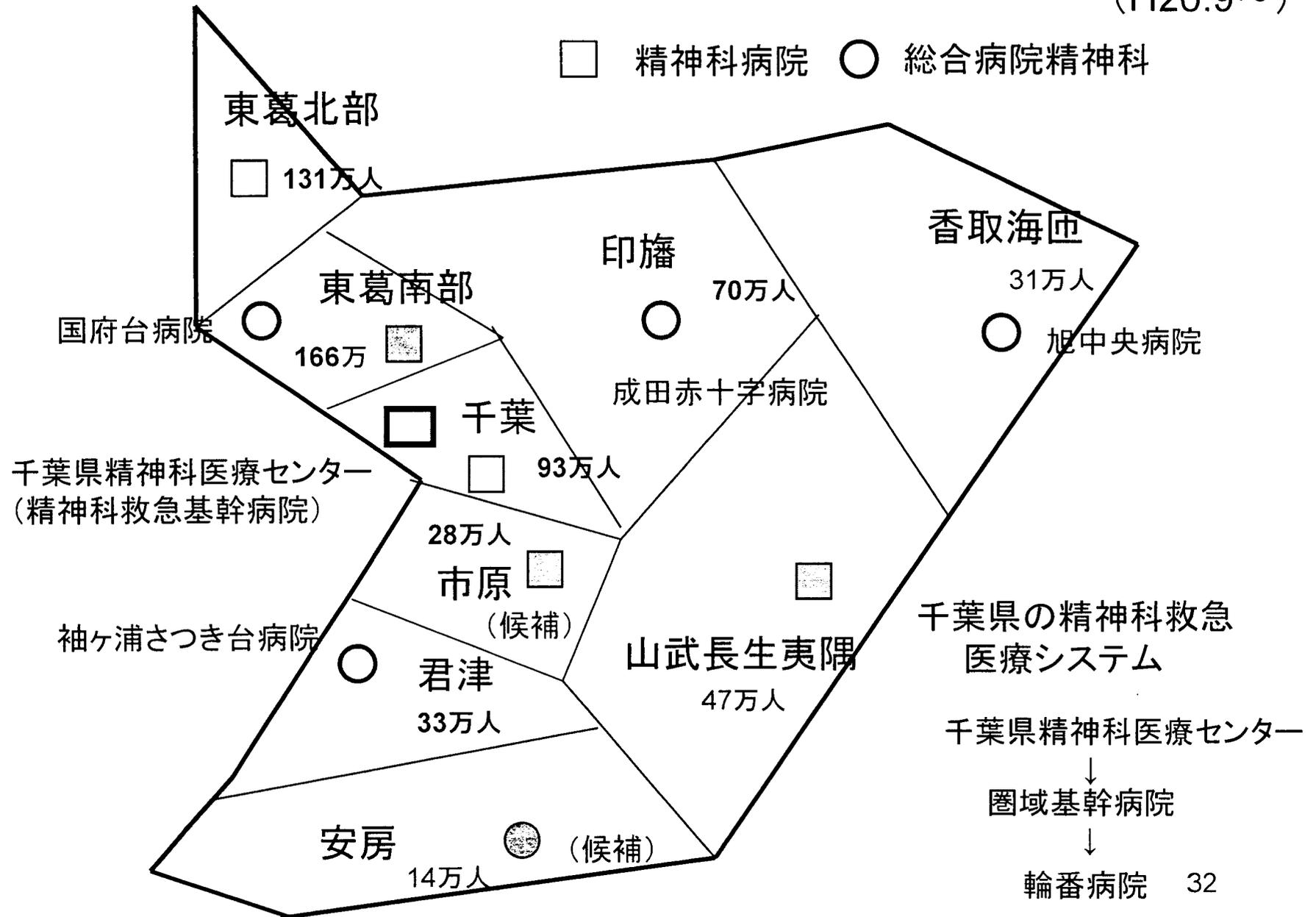
二次医療圏毎の精神科急性期病床の重点整備

原則として二次医療圏毎に急性期病棟として、
精神科救急病棟・急性期治療病棟および／あるいは
総合病院精神病棟各1ヶ所を整備することにより
二次医療圏域中心の精神医療体制が整うのではないか。

二次医療圏数＝364、二次医療圏の平均人口＝33万人

$$50床 \times 2 \times 364医療圏 = 36,400床$$

千葉県の二次医療圏と精神科救急基幹病院 (H20.9~)



千葉県新精神科救急システムによる入院実績の変化

	20.4～20.8 入院数	20.9～21.1 入院数
基幹・西ブロック	32	77
基幹・中央ブロック	9	25
基幹・東ブロック	8	10
基幹・南ブロック	8	14
精神科医療 センター	92(62)%	73(37%)