

第4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20年6月19日	参考資料1

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 構成員名簿

氏名	所属・役職
伊澤 雄一	特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 代表
上ノ山 一寛	社団法人 日本精神神経科診療所協会 理事
大塚 淳子	社団法人 日本精神保健福祉士協会 常務理事
尾上 義和	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 常務理事
小川 忍	社団法人 日本看護協会 常任理事
門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター 理事長
坂元 昇	全国衛生部長会 副会長
佐藤 茂樹	有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 副理事長
品川 眞佐子	特定非営利活動法人 ほっとハート 理事長
末安 民生	社団法人 日本精神科看護技術協会 第一副会長
田尾 有樹子	社会福祉法人 巣立ち会 理事
谷畑 英吾	滋賀県湖南市長
寺谷 隆子	山梨県立大学人間福祉学部 教授
長尾 卓夫	社団法人 日本精神科病院協会 副会長
中島 豊爾	社団法人 全国自治体病院協議会 副会長
長野 敏宏	特定非営利活動法人 ハートinハートなんぐん市場 理事
◎ 樋口 輝彦	国立精神・神経センター 総長
広田 和子	精神医療サバイバー
町野 朔	上智大学法学研究科 教授
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事
安田 武晴	読売新聞 社会保障部
山根 寛	社団法人 日本作業療法士協会 副会長
良田 かおり	特定非営利活動法人 全国精神保健福祉会連合会 事務局長

◎:座長
(五十音順、敬称略)

精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況

(抜粋)

精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況

(1) 国民意識の変革

② 施策の基本的方向

- 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書を踏まえ、「精神疾患を正しく理解する」「態度を変え行動する」という二つの側面を重視しつつ、当事者とのふれあいの機会を持つなどの地域単位の活動と、マスメディア等の様々なメディアを媒体とした活動の二つの活動を訴求すべき対象者に応じて進めていく。
- 精神疾患に対する基本的な情報を、地域住民、職場の管理監督者・同僚等に対して、共感的理解ができるよう生活感情に近づく形で提供し、その主体的な理解を促していく。また、当事者・当事者家族も精神疾患に対する誤解等のために「内なる偏見」にとらわれたり、症状、薬の副作用等について過剰な不安を持つことがないよう、主体的な理解を深めるよう促していく。
- 精神疾患の正しい理解に基づき、これまでの態度を変え(あるいはこれまで通りに)適切に行動するように促していく。精神疾患や精神障害者に対して誤解等のある人についても、交流等を通じて理解が深まることにより、障害者への基本的な信頼感が高まる、障害者に接する際に適切に対応できるという自信が高まる等の心理的な変化を促し、行動変容につなげる。

③ 当面の重点施策群	
ビジョン本文	施策
○ 「こころのバリアフリー宣言(別紙7)」が、国民的な運動となるよう地方公共団体や各界各層に広く呼びかけ、必要な協力をを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成16年度から、精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業により、「こころのバリアフリー宣言」ポスターを作成し、地方公共団体等に配布。(平成20年度予算:86百万円) ○ 厚生労働科学研究により、精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究を実施。 ○ 平成19年度には、「新健康フロンティア」に関する政府公報を実施。
○ 毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として、政府公報や公共広告、マスメディアの特集等、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進める。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成19年度は、精神保健福祉週間とあわせて、富山県において精神保健福祉全国大会を開催。平成20年度は和歌山県で開催を予定。 ○ 平成19年7月に精神障害者の地域移行支援を考えるシンポジウムを開催。また、平成20年1月以降、全国6か所で精神障害者地域移行支援ブロック別研修会を開催中。 ○ 平成16年度から、精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業により、「こころのバリアフリー宣言」ポスターを作成し、地方公共団体等に配布。(平成20年度予算:86百万円) ○ 厚生労働科学研究により、精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究を実施。 ○ 平成19年度には、「新健康フロンティア」に関する政府公報を実施。
○ 別紙8のような主体別の取組を総合的に進めるため、障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援する。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成17～18年度に、こころの健康づくり普及・啓発事業により、都道府県における普及啓発の取組を支援。 ○ 平成16年度から、精神障害の正しい理解のための普及・啓発事業により、「こころのバリアフリー宣言」ポスターを作成し、地方公共団体等に配布。(平成20年度予算:86百万円)
○ 地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図る枠組みを整備する。	○ 平成18年6月、国による障害福祉計画の指針を提示し、計画の作成に当たっては、障害者等をはじめ、地域住民・企業等の参加を幅広く求めるほか、啓発・広報活動を積極的に進める旨を記載。

(2) 精神医療体系の再編

② 施策の基本的方向

ア 精神病床に係る基準病床数の算定式の見直し

- 精神病床に係る医療計画上の基準病床数の算定について、当面、入院期間を1年で区分し都道府県ごとに設定される各目標値を反映する新たな算定式を導入する。将来的には、疾病別の入院動態に応じた方式に移行することを目指し基礎的な研究を深める。
- 高いニーズがあるにも関わらず地域の精神病床数の状況等により整備が進まない児童思春期に係る病床等について、医療計画上における取扱いについて検討し結論を得る。

イ 精神病床の機能分化と地域医療体制の整備

- 入院患者の早期退院を促進し地域の目標値を達成するため、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能分化を促進し、患者の病状等に応じた適切な医療を各病院の病棟・病室(ユニット)単位で柔軟に実施できる体制を、平成18年度には実現することを目指す。
- 緊急時に24時間対応できる精神科救急医療体制を整備するとともに、重度障害者も地域生活の選択肢を確保できる包括的サービスの事業の在り方の検討を行い、またデイ(ナイト)ケア・訪問看護についても、福祉サービス利用者等との違いを検証しつつ、良質な通院・訪問医療体制の姿について明確にする。

ウ 入院形態ごとの適切な処遇の確保と精神医療の透明性の向上

- 措置入院や医療保護入院で入院した患者については、行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認しつつ、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討する。また、任意入院患者については、原則として開放処遇を受けることを徹底させる。
- 病状の早期回復等の観点から、患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監査等を通じて、精神医療の質の向上を図る。

③ 当面の重点施策群	
ビジョン本文	施策
ア 精神病床に係る基準病床数の算定式等の見直し	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 新たに導入する算定式は別紙9とし、平成17年度から実施する。 ○ 算定式内の病床利用率については、5年後における実態を踏まえ、必要に応じて、見直しをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法施行規則等改正により、平成18年4月から、医療計画上の基準病床数の算定式を見直し。 ○ 算定式内の病床利用率の見直しについては、その要否も含め今後検討。
イ 患者の病態に応じた精神病床の機能分化の促進	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 別紙10を基本に、急性期、社会復帰リハ、重度療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により早急に検討を進め、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働科学研究により、急性期を中心とした研究を実施。社会復帰リハ、重度療養等については、引き続き研究を推進。 ○ 平成18、20年度診療報酬改定において、入院患者の早期退院の評価を充実。
<ul style="list-style-type: none"> ○ 痴呆患者について、痴呆疾患センターの機能を活用し、患者の病態に応じて適切に治療や介護を受けられるような処遇体制の具体像を明確にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成20年度予算において、認知症疾患医療センター運営事業を創設し、鑑別診断、急性期対応等認知症医療の中核となる機能を明確化。今後、介護との連携等、地域における処遇体制の充実について引き続き検討。
<ul style="list-style-type: none"> ○ 別紙11のように、日常生活動作能力や社会適応能力の低下に対する支援が必要な長期入院の高齢者群について、既存の精神療養病床などの社会資源を活用する他、介護力等を強化した病床などの施設類型の具体像を明確にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働科学研究により、長期入院の高齢者群を含めた実態調査を実施中。その結果を踏まえ、引き続き検討。
<ul style="list-style-type: none"> ○ 上記の他、アルコール、薬物、うつ、ストレス関連障害等の専門病床の在り方について検討を進め、その具体像を明確にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働科学研究により、うつ等を中心とした専門病床の実態調査を実施。具体的対応については、引き続き検討。

ウ 地域医療体制の整備	
<p>○ 別紙12のように、精神科救急について、現行の一般救急システムと同様に、輪番制など二次医療圏単位での既存体制に加えて、地域ごとの社会資源を活かして、中核的なセンター機能を持つ救急医療施設の整備を進める。また、その評価結果を支援内容に反映する仕組みを設ける。</p>	<p>○ 平成7年度から、精神科救急システム整備事業により、精神科救急医療体制の整備を実施。平成20年度予算において既存事業を見直し、精神科救急医療体制整備事業費として計上。</p> <p>○ 障害保健福祉推進事業により、救急医療施設等の機能評価に関する研究を実施中。今後も引き続き研究を推進。</p>
<p>○ 別紙13のように、精神症状が持続的に不安定な障害者(例えばGAF 30点以下程度を目安)も地域生活の選択肢を確保できるよう、24時間連絡体制の下、多職種による訪問サービス、短期入所(院)、症状悪化時における受入確保等のサービスを包括的に提供する事業の具体像を、普及面を重視しつつ明確化する。</p>	<p>○ 障害者自立支援法において、重度訪問介護・重度障害者等包括支援等重度障害者を対象としたサービスを法定化。また、重度障害者の地域での共同生活の場として、「共同生活介護(ケアホーム)」を制度化。</p> <p>○ 厚生労働科学研究により、多職種による包括的な訪問サービスによる研究を実施中。</p>
<p>○ 医療デイ(ナイト)ケアや訪問看護については、通所型社会復帰施設やホームヘルパー等の利用者との病状や必要な支援等の違いの有無について分析を行いつつ、医療の必要性の高い重度者等に段階的に重点化を図る。</p>	<p>○ 厚生労働科学研究、障害保健福祉推進事業により、デイケア・訪問看護の事例検討と実態調査を実施中。</p> <p>○ 平成20年診療報酬改定において、訪問看護に係る評価を充実。</p>

エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保	
○ 措置入院を受け入れる病院について、別紙14のように病棟の看護職員配置を3:1以上にするなどの医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。	○ 平成18年3月から、指定病院の看護配置基準を3:1以上とする見直しを実施。
○ 措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度の見直しや都道府県による実地審査の強化の必要性について結論を得る。	○ 精神保健福祉法関係法令等の改正により、平成18年10月から、定期病状報告の様式と報告間隔等の見直しを実施。 ○ 平成18年の制度改正後の定期病状報告制度等の運用をフォローし、精神医療審査会長会議等で都道府県による実地調査の強化について周知。
○ 医療保護入院について、定期病状報告の様式の見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。	○ 精神保健福祉法関係法令等の改正により、平成18年10月から、病識の獲得等に向けた取組を記載するよう、定期病状報告の様式の見直しを実施。
○ 保護室の利用や身体的拘束等の患者の行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。	○ 行動制限についての一覧性のある台帳の整備について、平成18年10月、各都道府県等宛通知。
○ 入院患者の処遇上必ず行われなければならない閉鎖病棟への電話設置について、硬貨収納式電話機(旧ピンク電話)等の設置や、携帯電話の活用を図る。	○ 閉鎖病棟への電話の設置について、平成18年10月、各都道府県等宛周知。
○ 任意入院患者について、開放処遇が徹底され、また開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認するため、必要に応じ、監査の見直しを行う。	○ 任意入院患者については、開放処遇が原則であることについて、平成18年10月、各都道府県等宛改めて通知。
○ 重度の痴呆で判断能力が欠けていたり、閉鎖病棟等で長期間処遇されている任意入院患者について、都道府県等の判断で病状報告を求められることができる仕組みについて検討する。	○ 精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から、改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度を導入。

オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上	
<p>○ 一部地域で行われている、一定の圏域単位(二次医療圏域、障害保健福祉圏域等)で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み(パンフレット、ホームページ等)を全国的に進める。</p>	<p>○ 平成18年医療制度改革による医療法の改正により、平成19年4月から、医療機能情報公表制度を導入。</p>
<p>○ 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を積極的に推進する。</p>	<p>○ 平成18年医療制度改革による医療法の改正により、広告規制の緩和を実施。</p> <p>○ (財)医療機能評価機構による医療機能評価を引き続き推進。</p>
<p>○ 当面、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する。</p>	<p>○ 厚生労働科学研究により、評価軸の項目立て及び海外状況のレビューを実施中。</p>
<p>○ 別紙15のように、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの具体化を図る。</p>	<p>○ 精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から、改善命令等に従わない精神科病院に関する公表制度を導入。</p>
<p>○ 精神医療審査会については、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後の在り方を検討する。</p>	<p>○ 精神医療審査会会長会議において、精神医療審査会についての適正な運営について、周知。</p> <p>○ 精神保健福祉法の改正により、平成18年10月から、精神医療審査会の委員構成の見直しを実施。</p>

指針の趣旨を踏まえた各主体別の取組の方向性

1 当事者・当事者家族

実施主体	対象者	ポイント
当事者・当事者家族	当事者・当事者家族	・精神疾患等について正しい情報入手し、理解を深めた上で、自ら精神疾患に対して適切に対応できるようにすること
	地域住民	・当事者等が主体となって、様々な地域活動と連携し、障害別を超えた情報発信の中心となる取組を推進すること

2 保健医療福祉関係者、地域活動関係者

実施主体	対象者	ポイント
保健医療福祉関係者	保健医療福祉関係者	・精神障害者に関わる専門職の再教育や、専門職どうしが自らの資質を高め合い、連携しあうこと
	地域住民	・特に、精神障害者に関わる施設や事業者が周辺住民に対して積極的に情報発信を進めること
地域活動関係者(民生委員、ボランティア等)	地域住民	・住民の身近な相談相手として、地域社会の先導役となる地域活動関係者自身が、当事者とのふれあい等を通じて精神疾患等について正しく理解し、それを地域住民に広げていくこと。

3 雇用や教育の関係者

実施主体	対象者	ポイント
雇用の関係者	管理監督者	・管理監督者自身が精神疾患等を正しく理解し、雇用の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応できること ・精神障害者が雇用され、働く意欲が高まるような環境づくりを行うこと
	雇用者	・精神疾患等について自らの問題として正しく理解し、ストレスコントロールを行うなど、適切に対応すること
教育の関係者	教職員	・教職員自身が精神疾患等を正しく理解し、児童・生徒の心の健康の変化に早期に気づき、適切に対応すること
	児童・生徒	・心の健康に関する適切な情報提供の際には児童・生徒の発達段階を考慮すること

4 行政、メディア関係者

実施主体	対象者	ポイント
行政	行政職員	・一般職員及び専門職員ともに精神疾患等について正しく理解し、その知識・技術を日常業務で積極的に活用すること
	地域住民	・当事者とのふれあい等を通じて、精神疾患等について理解を深める機会を積極的に増やすこと
メディア	メディア	・マスコミ関係者の理解や共感を醸成することにより、普及活動効果を高めること
	国民	・メディア自体が主体的に普及啓発をすること(様々な実施主体が行うメディアを介した普及啓発も重要)

新しい算定式

(別紙9)

(計算式)

基準病床数 = (一年未満群) + (一年以上群) + (加算部分)

・一年未満群 = $(\sum AB + C - D) \times F / E1$

※A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値)

・一年以上群 = $[\sum G(1-H) + I - J] / E2$

※G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分)

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

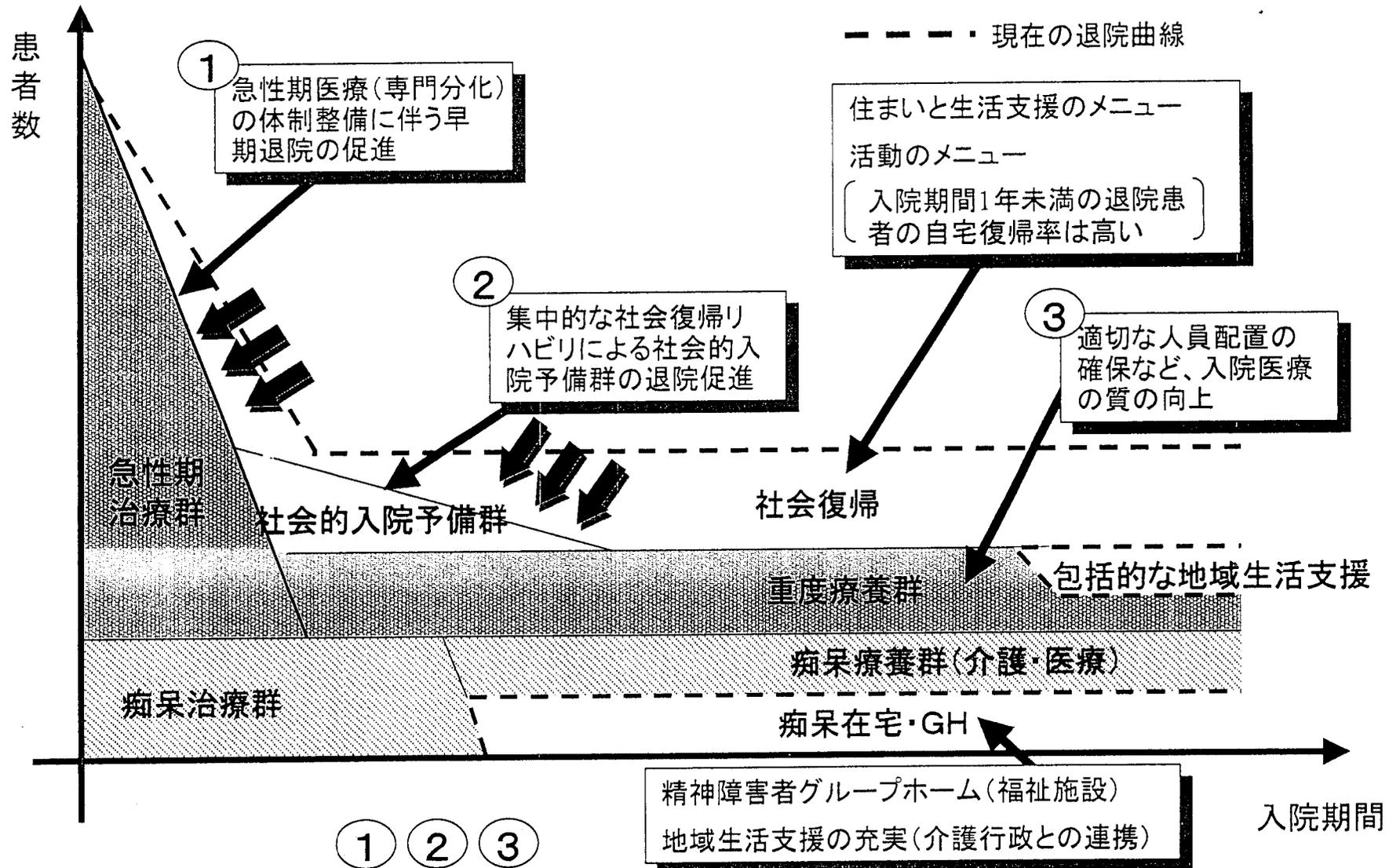
・加算部分 $\leq (D / E) / 3$

※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数)が $\sum AB$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

・数値 : 都道府県ごとの数値を用いる。

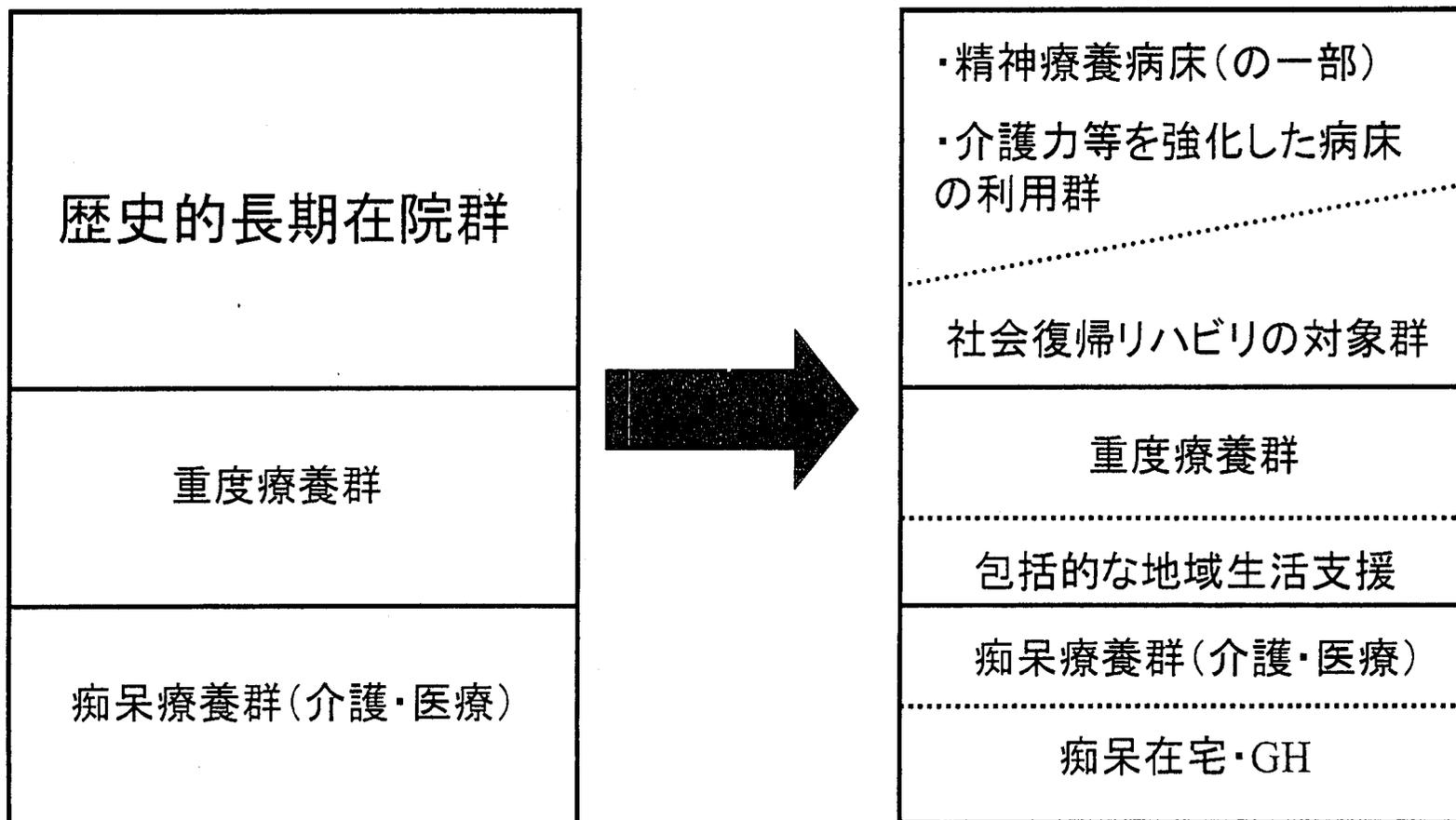
- 今後5年間の平均残存率等の目標値については、都道府県ごとに定められる10年後の達成目標と当該都道府県の現状値の中間値を基本とする。
- 次のいずれの条件も満たす都道府県については、達成目標に加え、長期入院者退院促進目標数(全国平均と当該県の数値との差の一定割合)を設定する。
 - ①人口当たり一年以上入院患者数が全国平均を10%以上上回る都道府県
 - ②退院率(一年以上群)が全国平均を10%以上下回る都道府県

病床の機能分化のイメージ (別紙10)



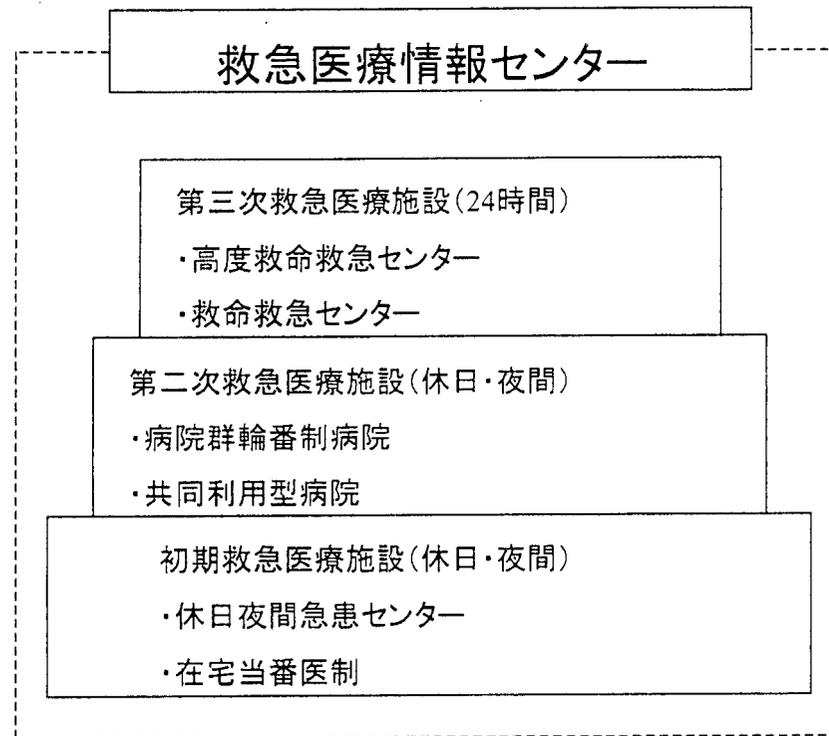
は、病棟・ユニット単位で分化の促進及び評価を進めていく。

現在の長期入院群の将来イメージ

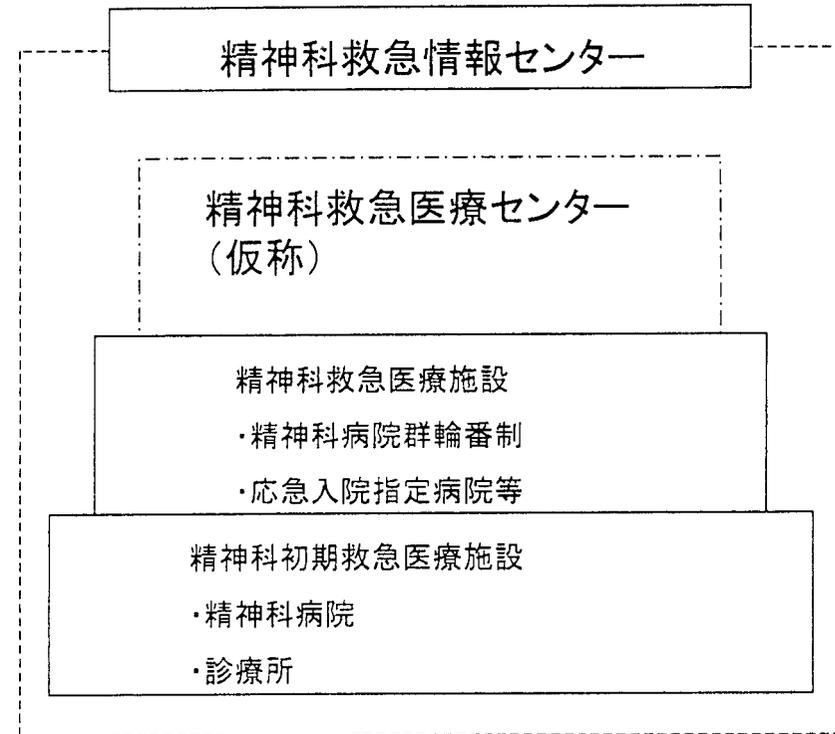


救急医療システムの考え方(案) (別紙12)

一般救急(既存)

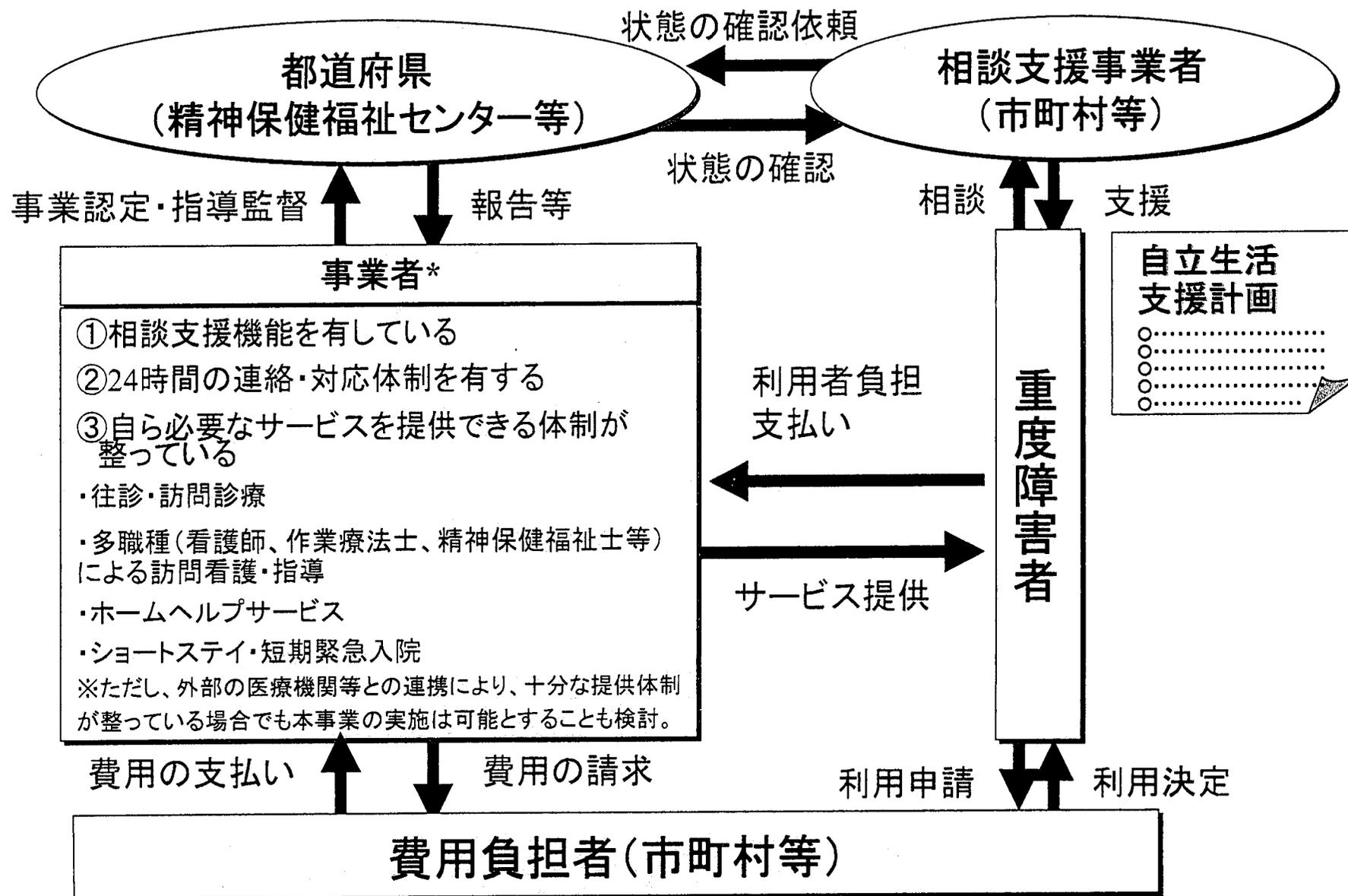


精神科救急(案)



- 急性期については、現在の仕組みを基本としつつ、入院直後の機能の向上、ユニット制の導入等について検討する。
- 社会復帰リハについては、その患者像を明確にしつつ、1年以内を目途に地域ケアに円滑に移行できることを目指し、精神保健福祉士や看護師等が、患者の社会復帰意欲を高めつつ、病院外の地域資源(医療的支援、福祉的支援、当事者同士の支え合い等)を活用する仕組みを基本とする。
- 重度療養については、その患者像を明確にしつつ専門的な入院医療を行える体制を確保する。

包括的に地域生活を支える仕組み (別紙13)



*相談支援事業者が本事業を実施することも想定。

措置入院患者を受け入れる病院の基準(案)

- 措置入院を受け入れる病院としての基準
常勤の精神保健指定医が二名以上
病院規模・病床数は不問
- 措置入院患者を適切に治療できる病棟の基準
3:1以上の看護職員配置
- 治療や処遇の質を担保するための基準
行動制限最小化委員会の設置
- その他

実地指導に基づく改善計画の公表の仕組み(案)

(現行:精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十八条の七)

現行

都道府県による実地指導

入院患者の処遇
が基準に合致しな
い、または不相当

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処
遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る
医療の提供の全部又は一部を制限するよう命
令

案

都道府県による実地指導

入院患者の処遇
が基準に合致しな
い、または不相当

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し「改善計画の提出」「改善計画の変更」「処
遇の改善のために必要な措置」を命令

命令に従わない

改善計画等の内容を公表

厚生労働大臣又は都道府県知事が管理者に
対し、期間を定めて精神障害者の入院に係る
医療の提供の全部又は一部を制限するよう命
令

精神保健医療体系の現状

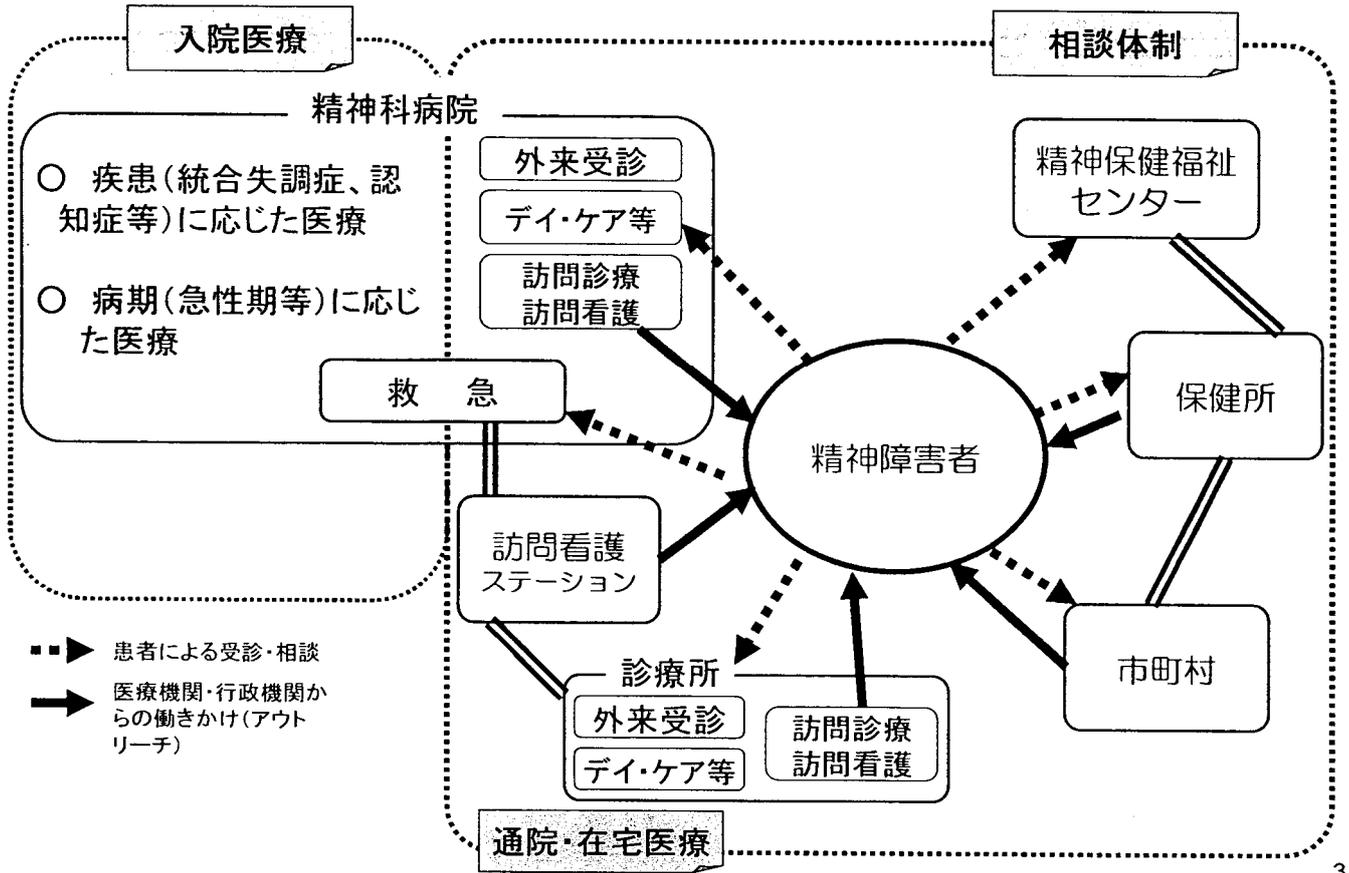
1

全体のアウトライン

- 相談体制について
- 入院医療について
- 通院・在宅医療について
- 医療体制・連携について
- その他精神医療の質の向上に関わる事項について

2

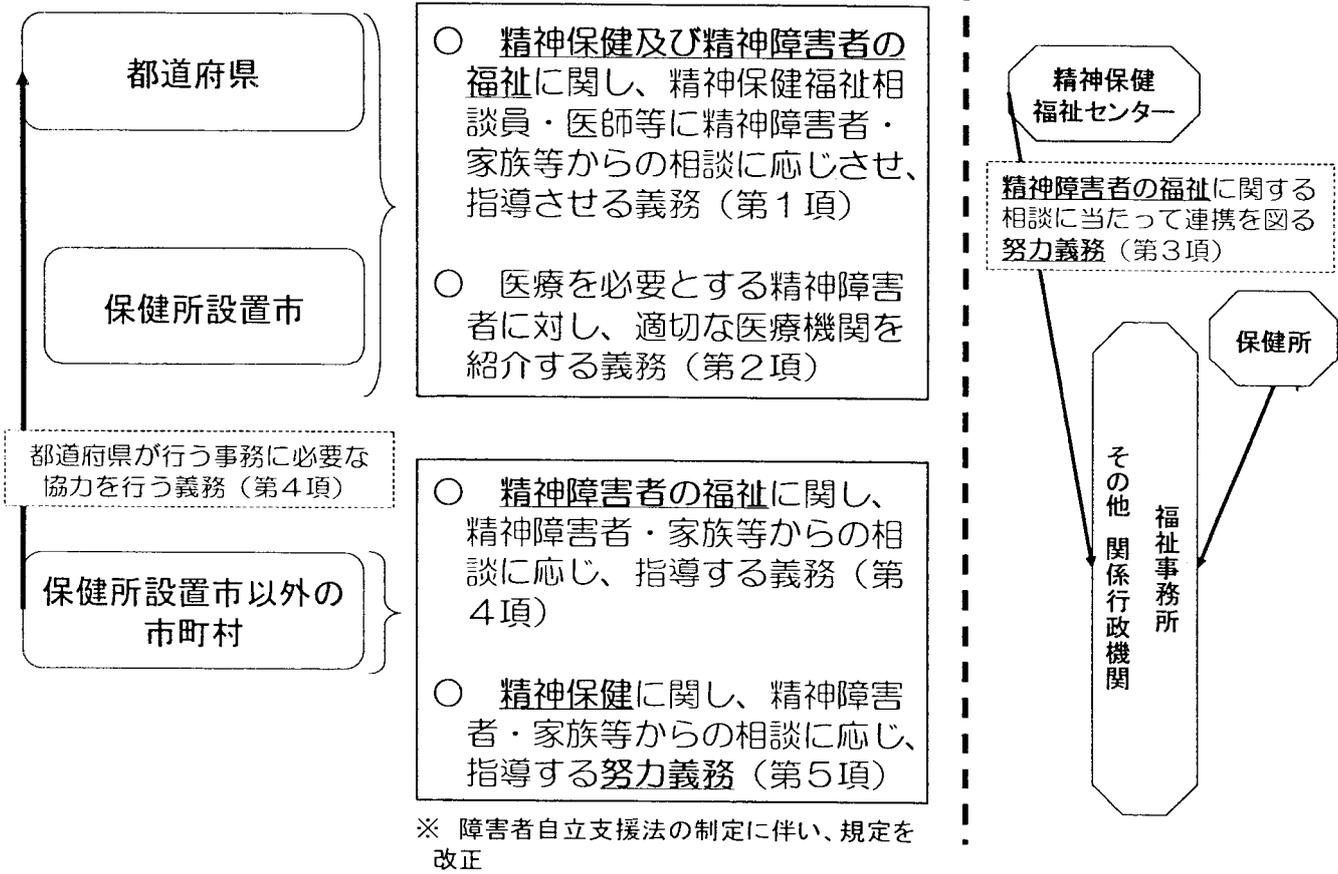
精神障害者を支える保健医療体制



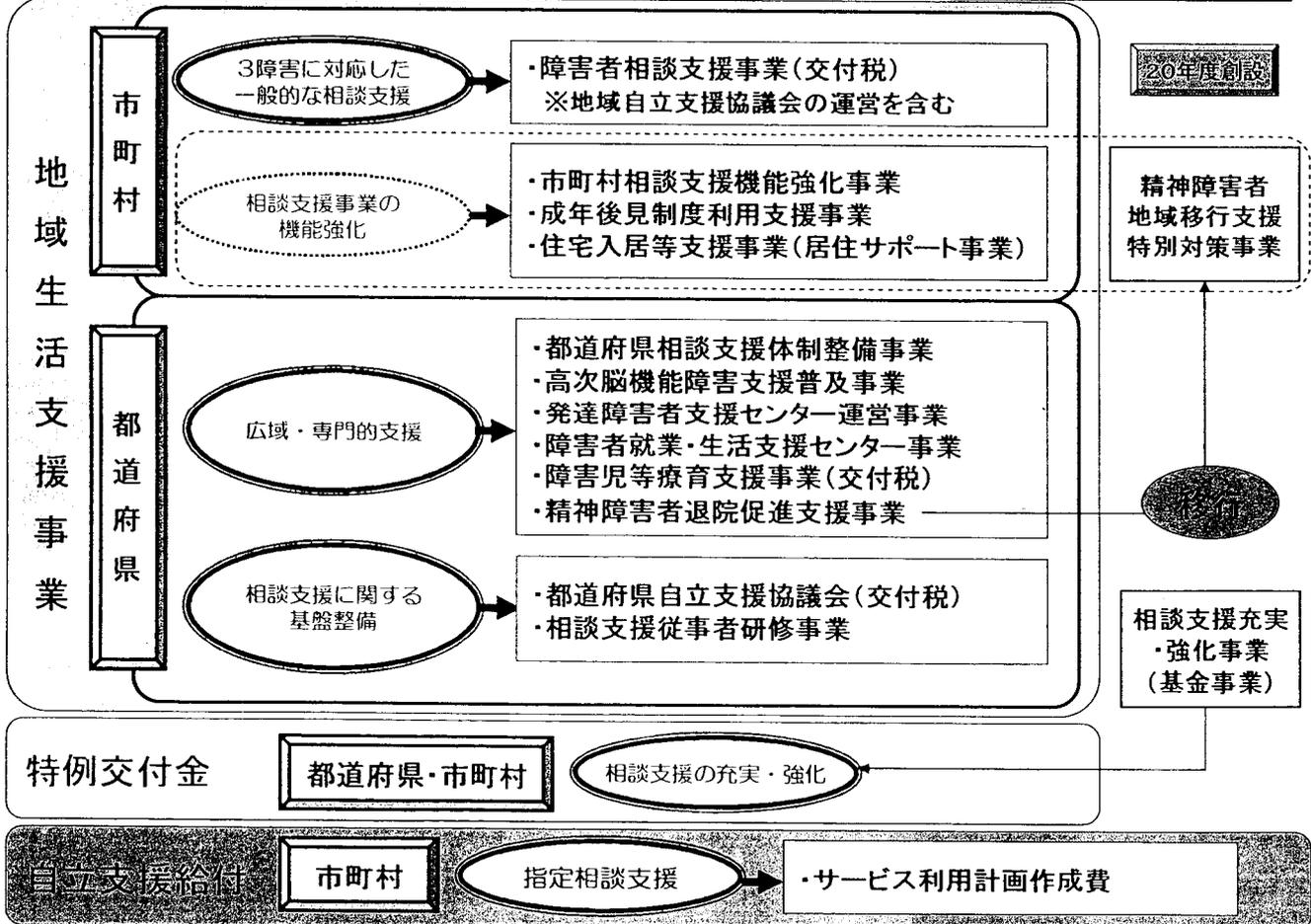
3

相談体制について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条に規定する相談指導等について



障害者自立支援法(地域生活支援事業)における相談支援事業



◎ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）（抄）

（相談指導等）

- 第四十七条 都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）は、必要に応じて、次条第一項に規定する精神保健福祉相談員その他の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市若しくは特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）が指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならない。
- 2 都道府県等は、必要に応じて、医療を必要とする精神障害者に対し、その精神障害の状態に応じた適切な医療施設を紹介しなければならない。
- 3 精神保健福祉センター及び保健所は、精神障害者の福祉に関する相談及び指導を行うに当たっては、福祉事務所（社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）に定める福祉に関する事務をいう。）その他の関係行政機関との連携を図るよう努めなければならない。
- 4 市町村（保健所を設置する市及び特別区を除く。次項において同じ。）は、第一項及び第二項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。
- 5 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて、精神保健に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するように努めなければならない。

◎ 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）（抄）

第五条 1～16（略）

- 17 この法律において「相談支援」とは、次に掲げる便宜の供与のすべてを行うことをいい、「相談支援事業」とは、相談支援を行う事業をいう。
- 一 地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と市町村及び第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与すること。
- 二 第十九条第一項の規定により同項に規定する支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。）が障害福祉サービスを適切に利用することができるよう、当該支給決定障害者等の依頼を受けて、当該支給決定に係る障害者等の心身の状況、その置かれている環境、障害福祉サービスの利用に関する意向その他の事情を勘案し、利用する障害福祉サービスの種類及び内容、これを担当する者その他の厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この号において「サービス利用計画」という。）を作成するとともに、当該サービス利用計画に基づく障害福祉サービスの提供が確保されるよう、第二十九条第二項に規定する指定障害福祉サービス事業者等その他の者との連絡調整その他の便宜を供与すること。

18～22（略）

（市町村の地域生活支援事業）

第七十七条 市町村は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

- 一 障害者等が障害福祉サービスその他のサービスを利用しつつ、その有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の厚生労働省令で定める便宜を供与するとともに、障害者等に対する虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整その他の障害者等の権利の擁護のために必要な援助を行う事業

二～四（略）

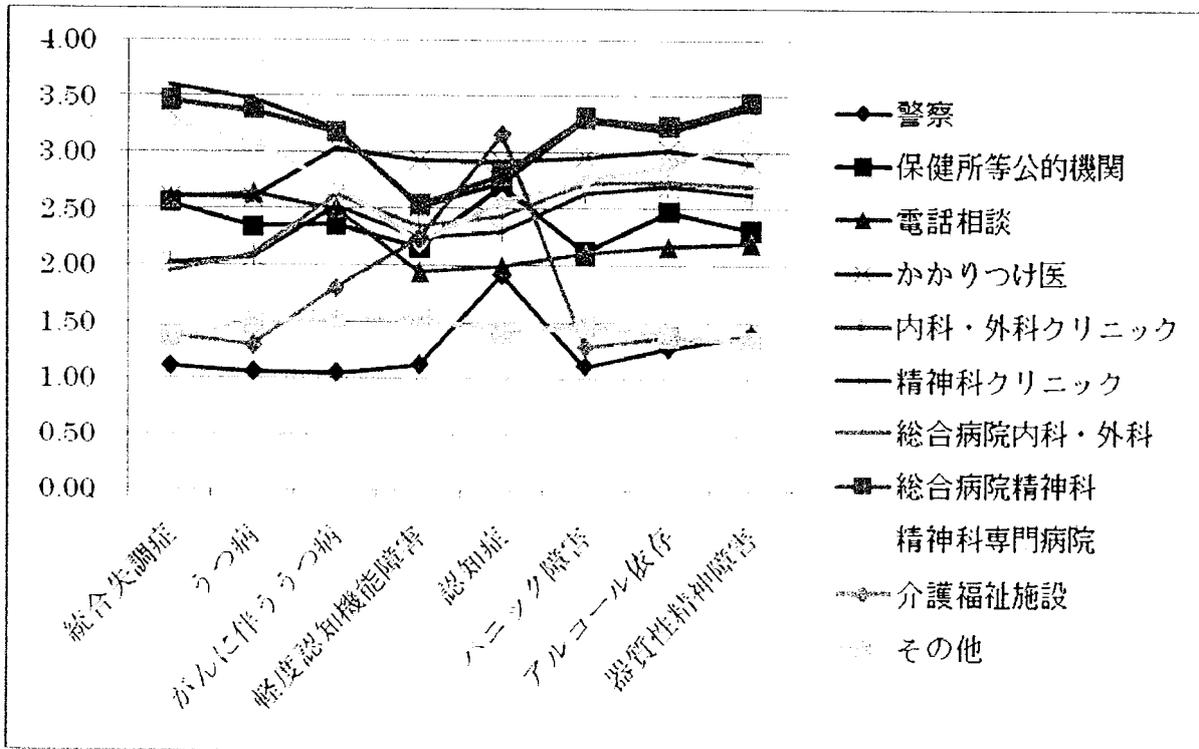
2・3（略）

（都道府県の地域生活支援事業）

第七十八条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、地域生活支援事業として、前条第一項第一号に掲げる事業のうち、特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業として厚生労働省令で定める事業を行うものとする。

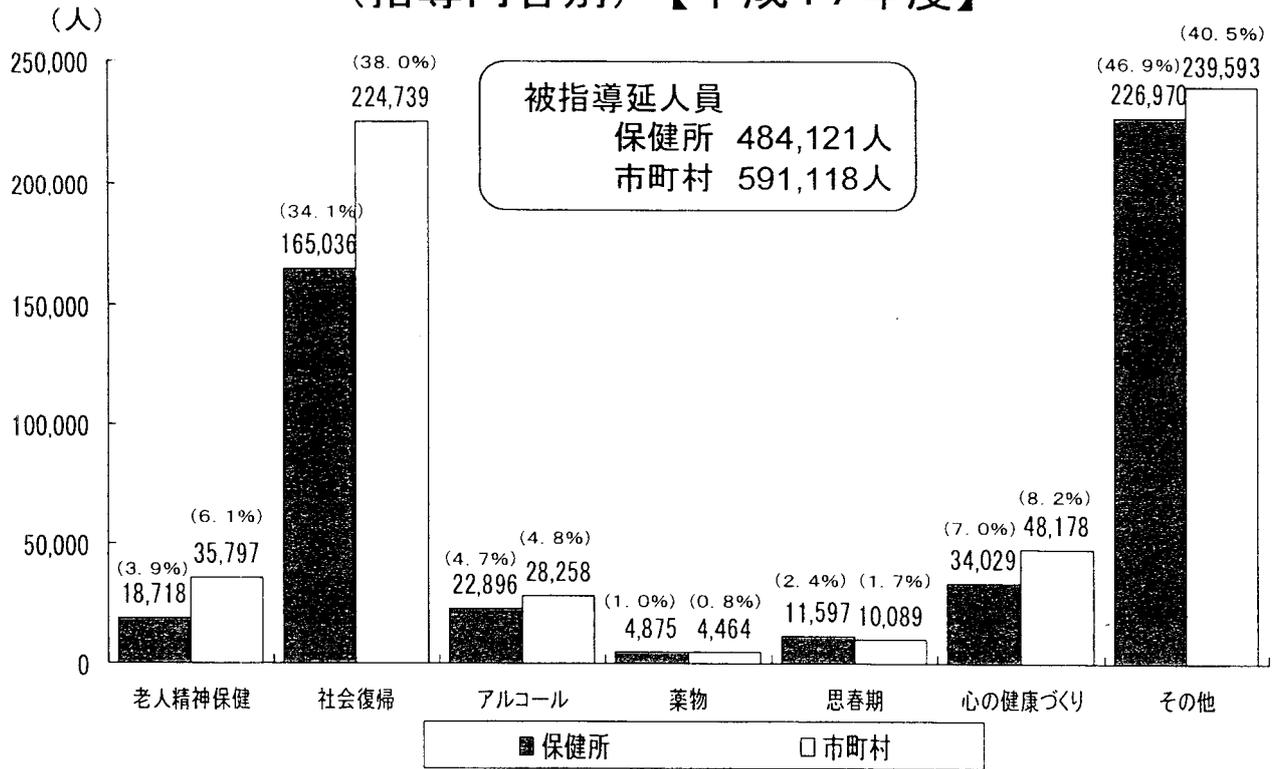
2（略）

一般人の精神医療受療・相談場所選択のプリファランス（※）



※ プリファランス・・・医療消費者（患者）の受療・相談場所の好み。数値が高いほど、何らかの精神症状の兆候等があった際に、相談等に行く場所として選択されやすいことを示している。
 《参考》 4/とても適している 3/わりに適している 2/あまり適していない 1/全然適していない

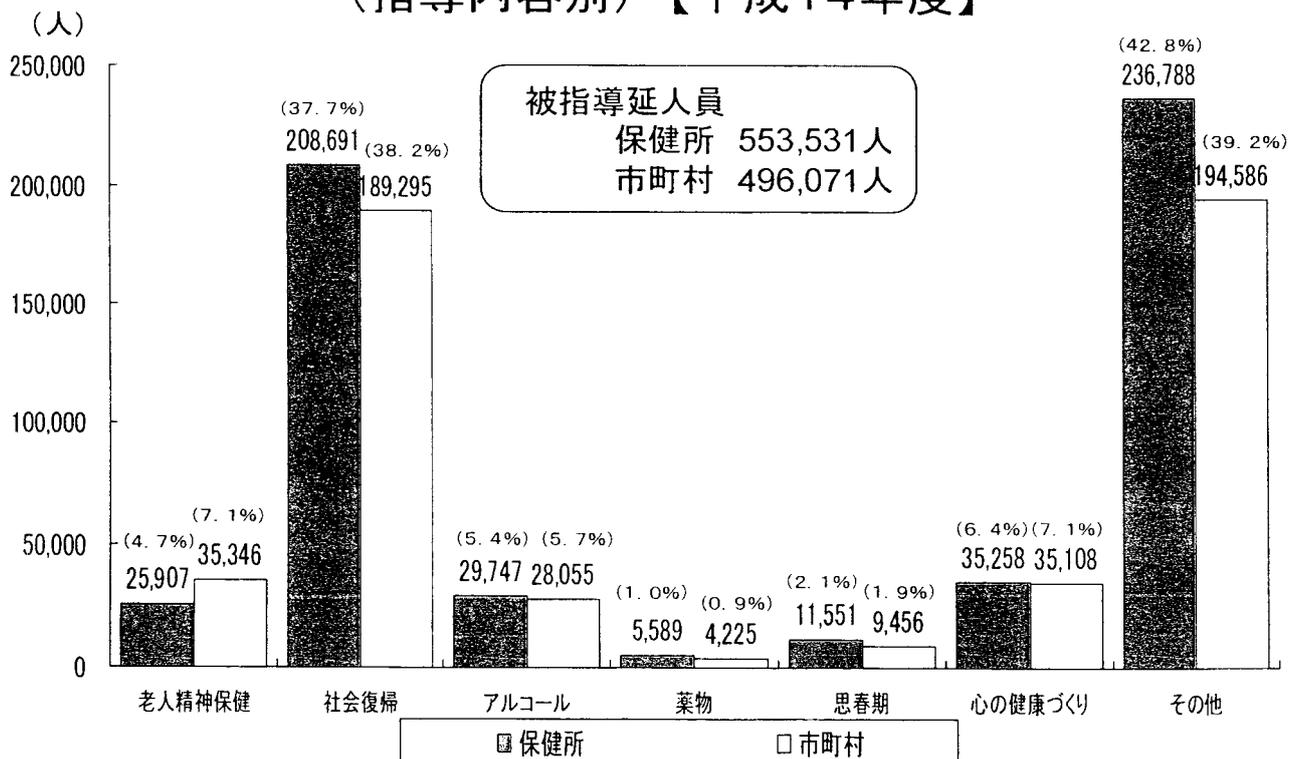
保健所・市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員 (指導内容別)【平成17年度】



出典：平成17年度 地域保健・老人保健事業報告

9

保健所・市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員 (指導内容別)【平成14年度】



出典：平成14年度 地域保健・老人保健事業報告

10

保健所が受ける困難事例の内訳

保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

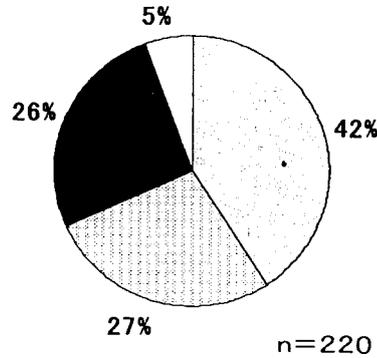
- 困難事例の解決 (99.5%)
- 入院への対応 (89.1%)
- 退院後の対応 (62.5%)
- 家族へのサポート (60.4%)
- 講演会等の普及啓発 (42.2%)

保健所が医療機関等から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 退院後の対応 (89.6%)
- 困難事例の解決 (84.4%)
- 入院への対応 (76.6%)
- 家族へのサポート (58.9%)

保健所全体で受ける 困難事例の内訳

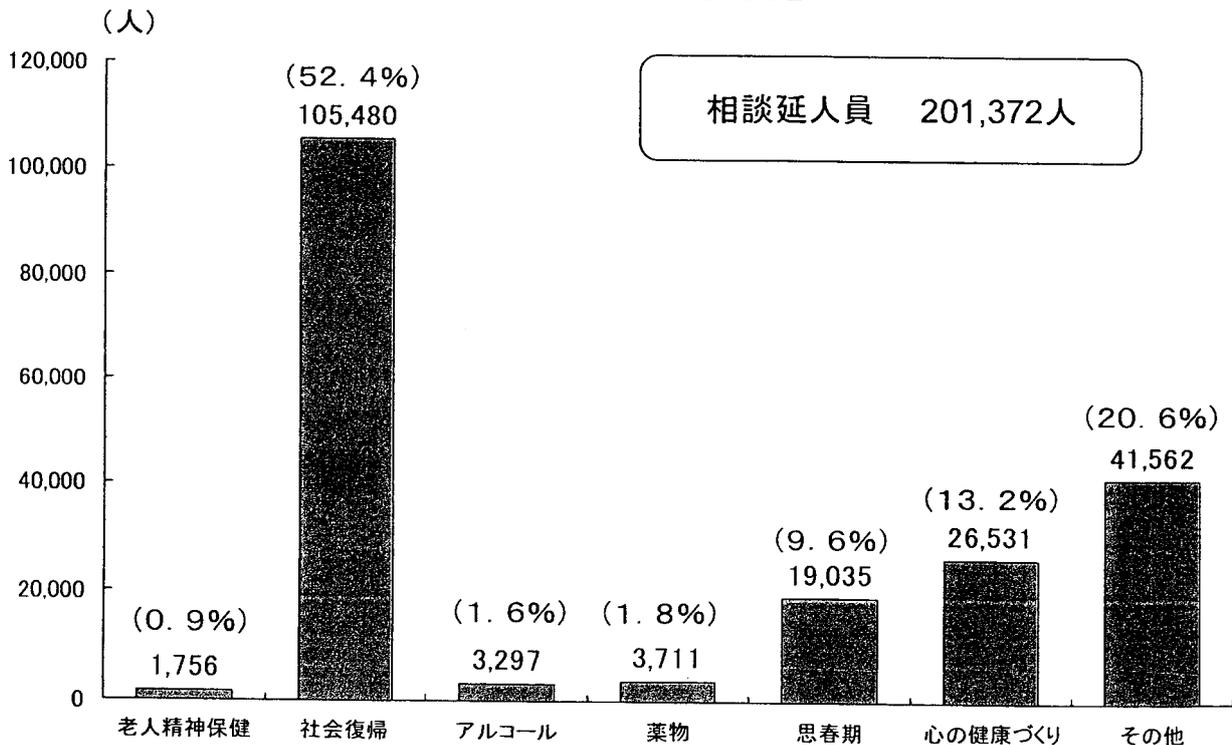
※ 最近3か月で遭遇した困難・多
問題事例について、記述を求めた
もの。



- 地域・近隣での他害・迷惑行為
- ▨ 医療の継続性、医療中断、受診行動
- 家族内暴力・自傷・ひきこもり
- 金銭管理等日常生活支援

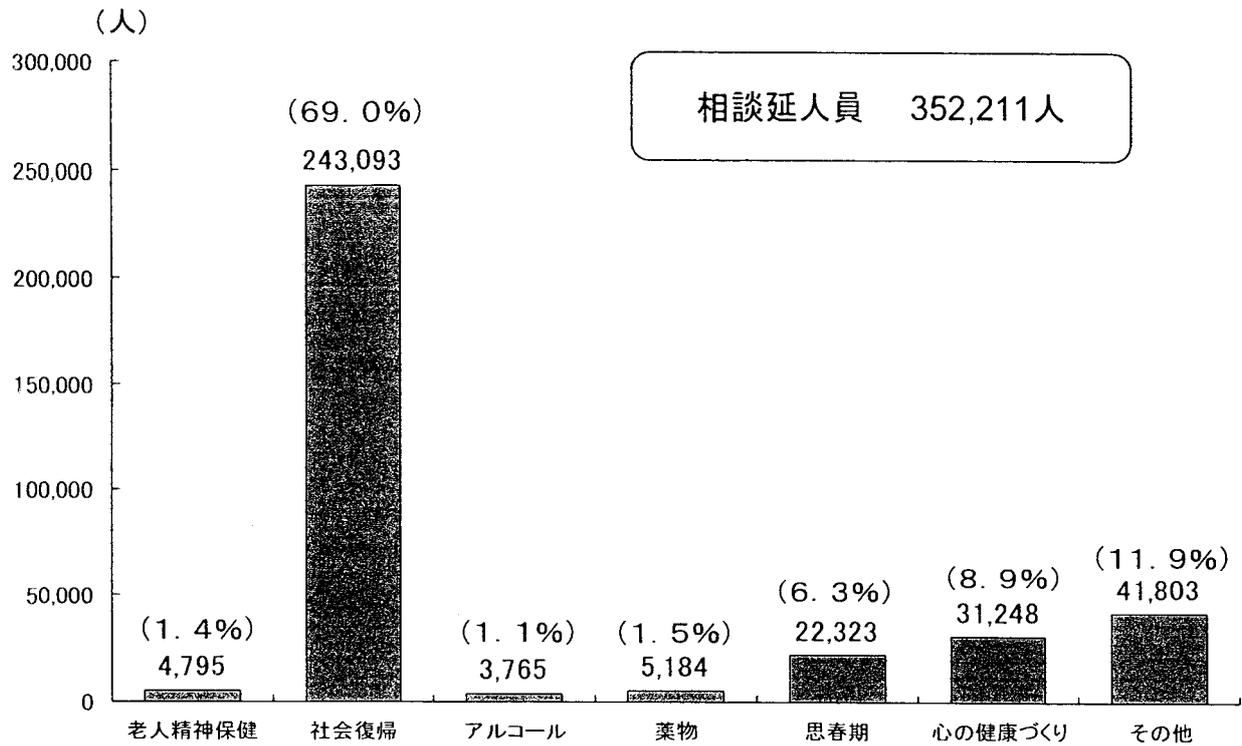
平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と
機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

精神保健福祉センターにおける相談延人員(相談種別) 【平成18年度】



出典：平成18年度 衛生行政報告例

精神保健福祉センターにおける相談延人員(相談種別) 【平成14年度】

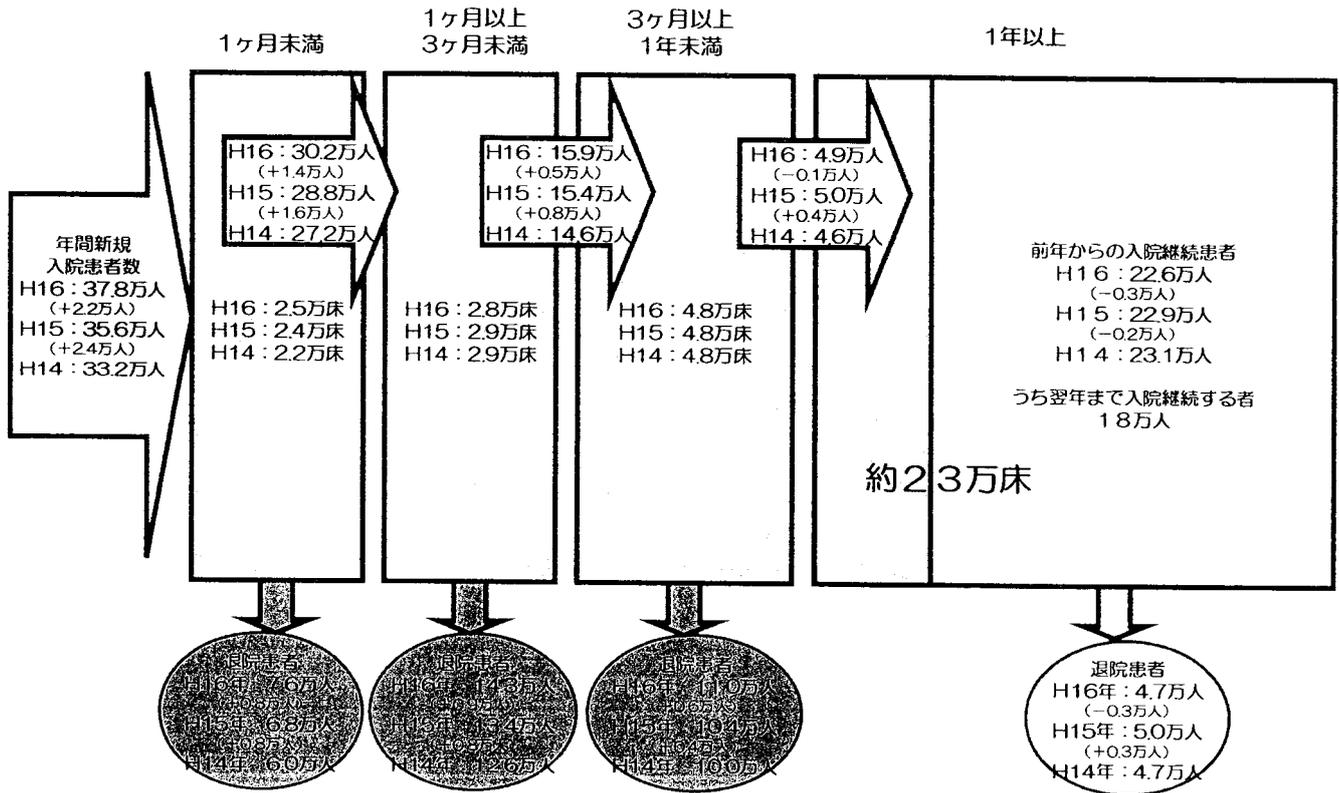


出典：平成14年度 衛生行政報告例

13

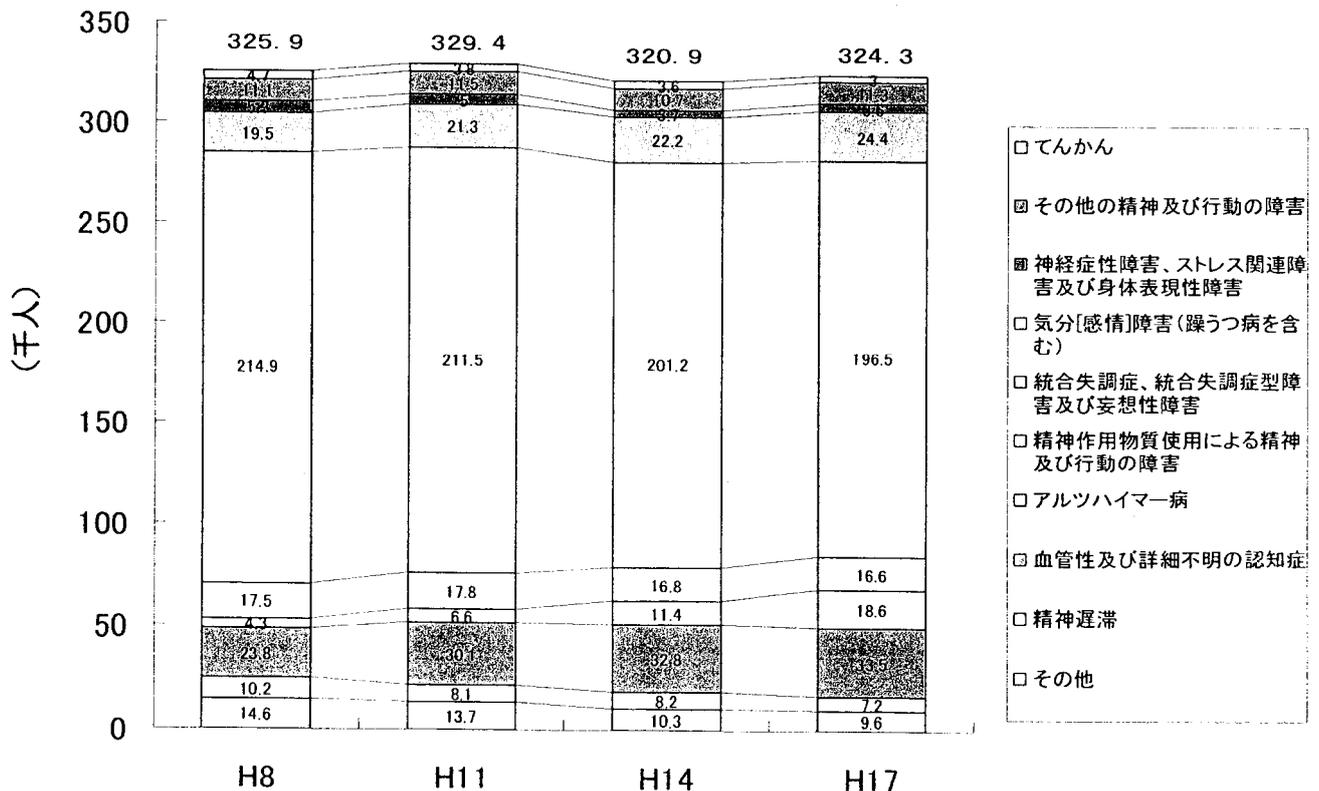
入院医療について

精神病床入院患者の動態の年次推移



注: 病床数は、ある一時点において、その入院期間群に属する患者数から推計したもの。資料: 精神・障害保健課調

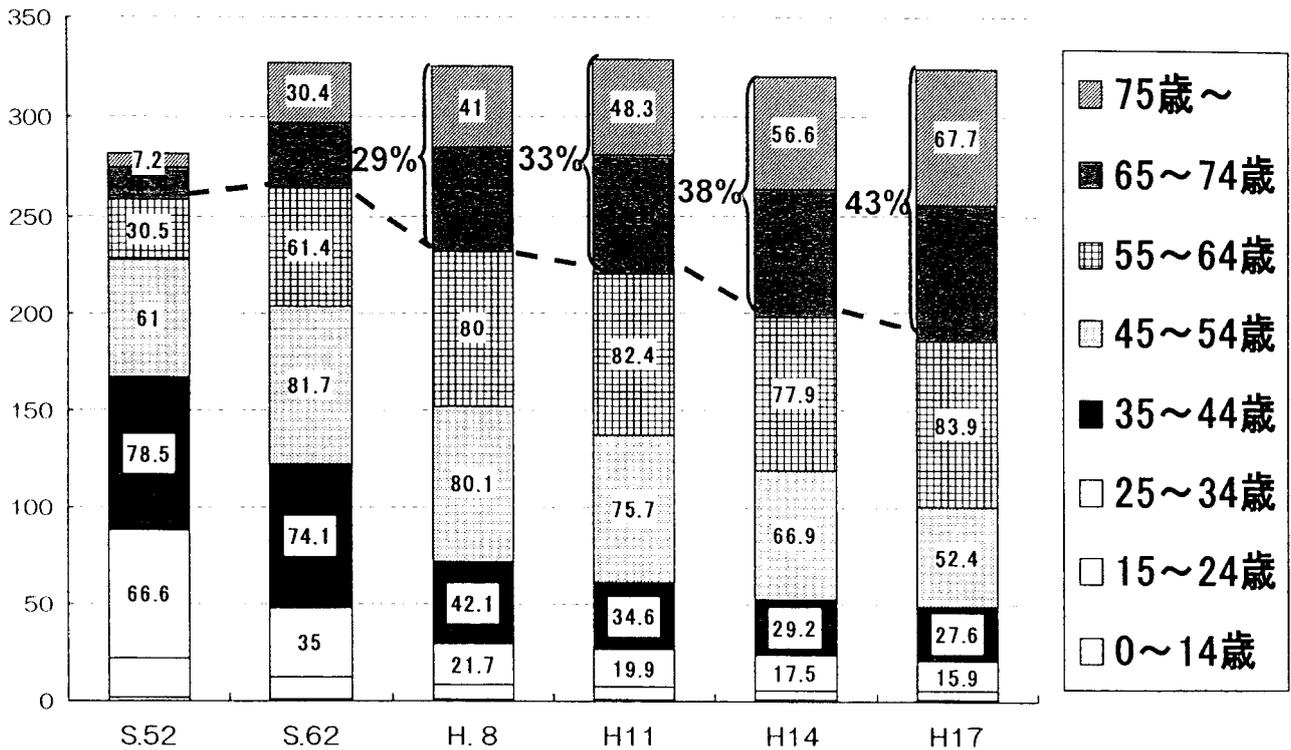
精神病床入院患者の傷病別内訳



資料: 患者調査

精神病床入院患者の年齢分布

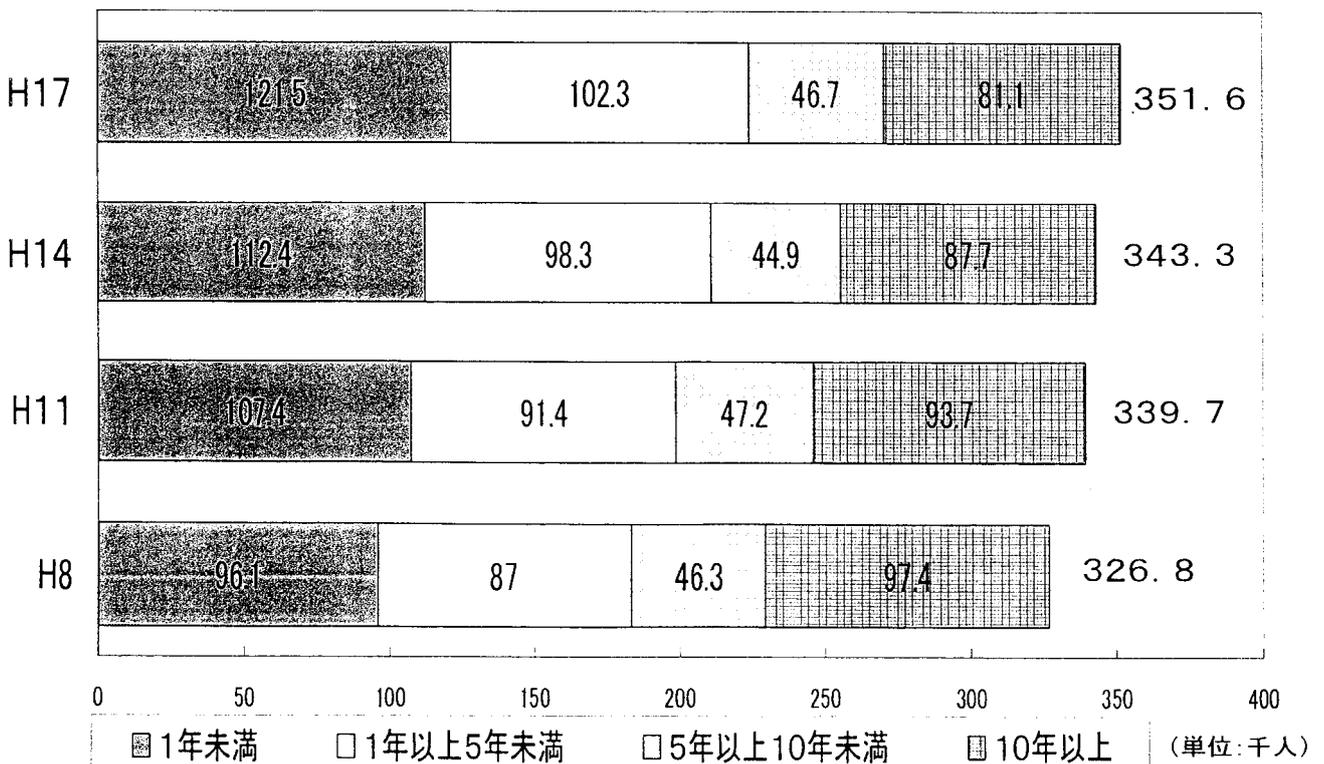
(千人)



資料：患者調査

17

入院期間別推計入院患者数の年次推移 (主傷病が精神疾患の者 総数)



資料：患者調査

18

入院期間別／疾患別の状況(精神病床)(平成17年)

(単位:千人)

疾患 入院期間	統合失調症 195.6 (62.4%/100.0%)	うつ・気分障害 24.3 (7.8%/100.0%)	認知症 52.0 (16.6%/100.0%)	その他 41.5 (13.2%/100.0%)
1年未満 99.5 (100.0%/31.8%)	44.9 (45.1%/22.9%)	15.1 (15.2%/62.3%)	21.8 (21.9%/42.0%)	17.7 (17.8%/42.6%)
1年以上5年未満 87.4 (100.0%/27.9%)	49.5 (56.6%/25.3%)	5.7 (6.5%/23.4%)	21.5 (24.6%/41.5%)	10.7 (12.3%/25.8%)
5年以上10年未満 43.9 (100.0%/14.0%)	31.1 (70.8%/15.9%)	1.9 (4.4%/8.0%)	5.8 (13.1%/11.1%)	5.2 (11.7%/12.4%)
10年以上 82.5 (100.0%/26.3%)	70.1 (85.1%/35.9%)	1.5 (1.9%/6.3%)	2.8 (3.4%/5.5%)	7.9 (9.6%/19.1%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

総計 313.4(千人)

各区分の数値の下にある比率は、(各入院期間区分の合計数に対する割合／各疾患区分の合計数に対する割合)

患者調査中「Ⅴ精神及び行動の障害」(「精神遅滞」を含む。)と「Ⅵ神経系の疾患」のうち、「アルツハイマー病」・「てんかん」の積み上げ
 ・統合失調症・・・患者調査中「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の数
 ・うつ・気分障害・・・患者調査中「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」の数
 ・認知症・・・患者調査中「血管性及び詳細不明の認知症」及び「アルツハイマー病」の合計

資料:平成17年患者調査の特別集計より、精神・障害保健課にて作成

19

入院形態別入院患者数の推移

(単位:人)

	平成元年	平成5年	平成9年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
措置入院	15,042 (4.3%)	7,223	4,772	3,083	2,767	2,566	2,414	2,276 (0.7%)
医療保護入院	165,685 (47.8%)	112,230	94,827	110,930	112,661	114,145	115,297	118,069 (36.4%)
任意入院	152,536 (44.0%)	213,974	230,983	215,438	212,015	209,924	206,209	202,231 (62.4%)
その他	13,137 (3.8%)	10,499	5,893	3,263	2,607	2,461	2,205	1,759 (0.5%)
合計	346,400 (100.0%)	343,926	336,475	332,714	330,050	329,096	326,125	324,335 (100.0%)

資料:精神・障害保健課調
 ※ 各年6月末日現在の数

患者の退院先について

【実数】

平成17年6月 1か月間の数

(精神・障害保健課調べ)

入院期間	1年未満	1～5年	5～10年	10～20年	20年以上	計
総数	26,530	2,565	650	384	369	30,498

(退院先)

家庭復帰等	20,190	830	143	68	30
社会復帰施設等	2,103	396	79	47	38
転院	3,522	942	304	206	229
死亡	715	397	124	63	72

【割合】

入院期間	1年未満	1～5年	5～10年	10～20年	20年以上
総数	87%	8%	2%	1%	1%

(退院先)

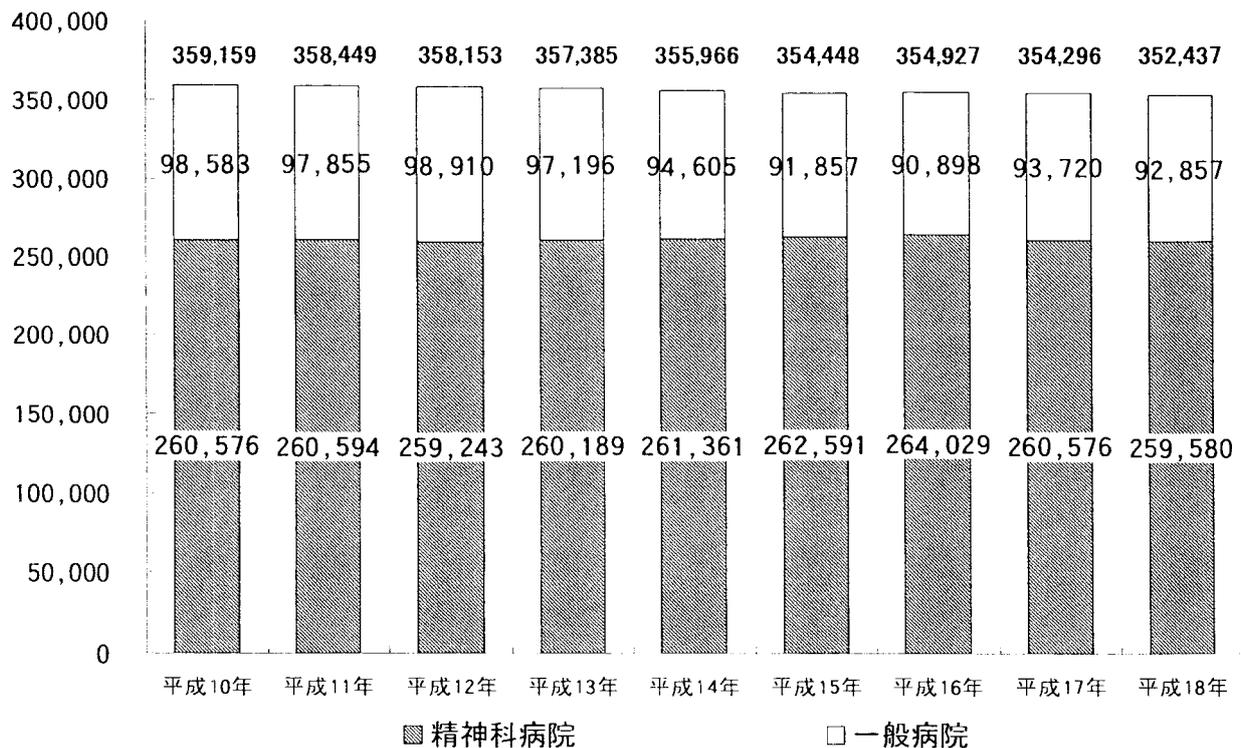
家庭復帰等	76%	32%	22%	18%	8%
社会復帰施設等	8%	15%	12%	12%	10%
転院	13%	37%	47%	54%	62%
死亡	3%	15%	19%	16%	20%

※ 退院先の割合は、各入院期間別の総数に対する割合

21

精神病床数の変化

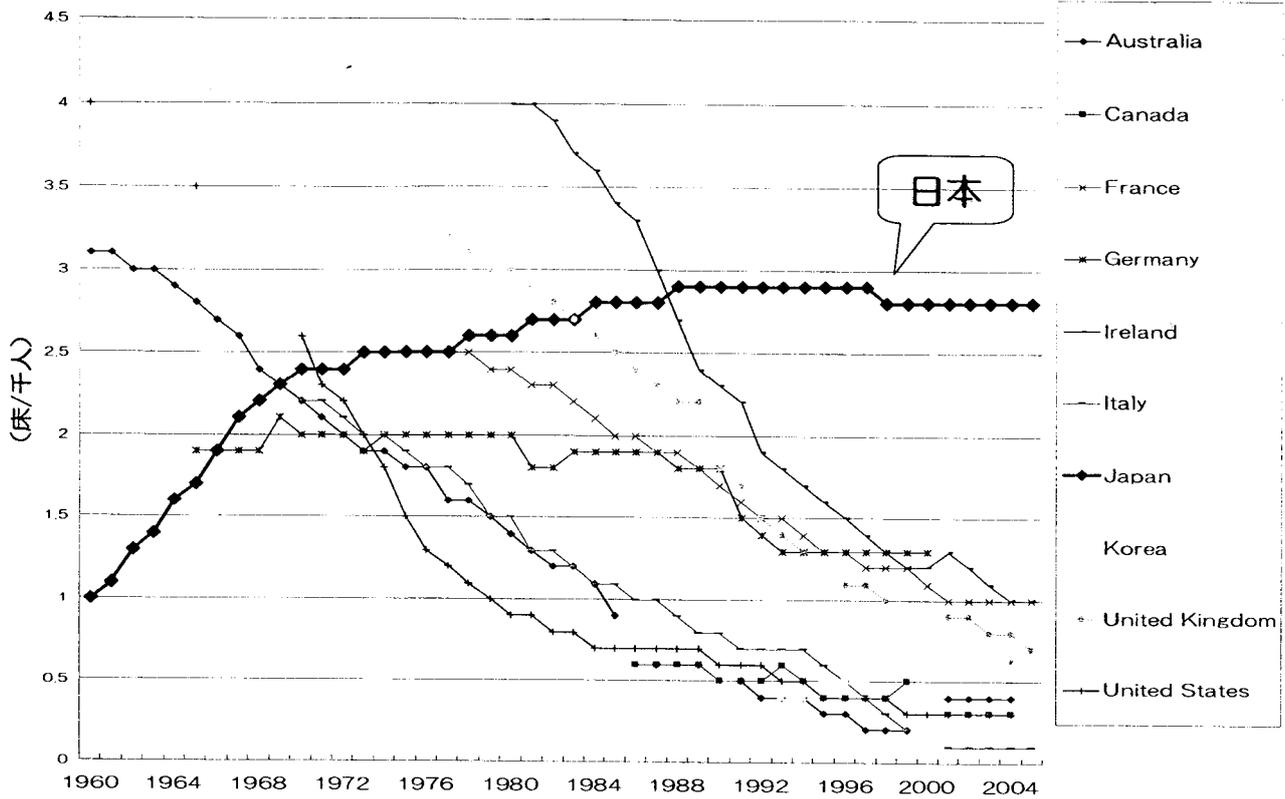
(床)



資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

22

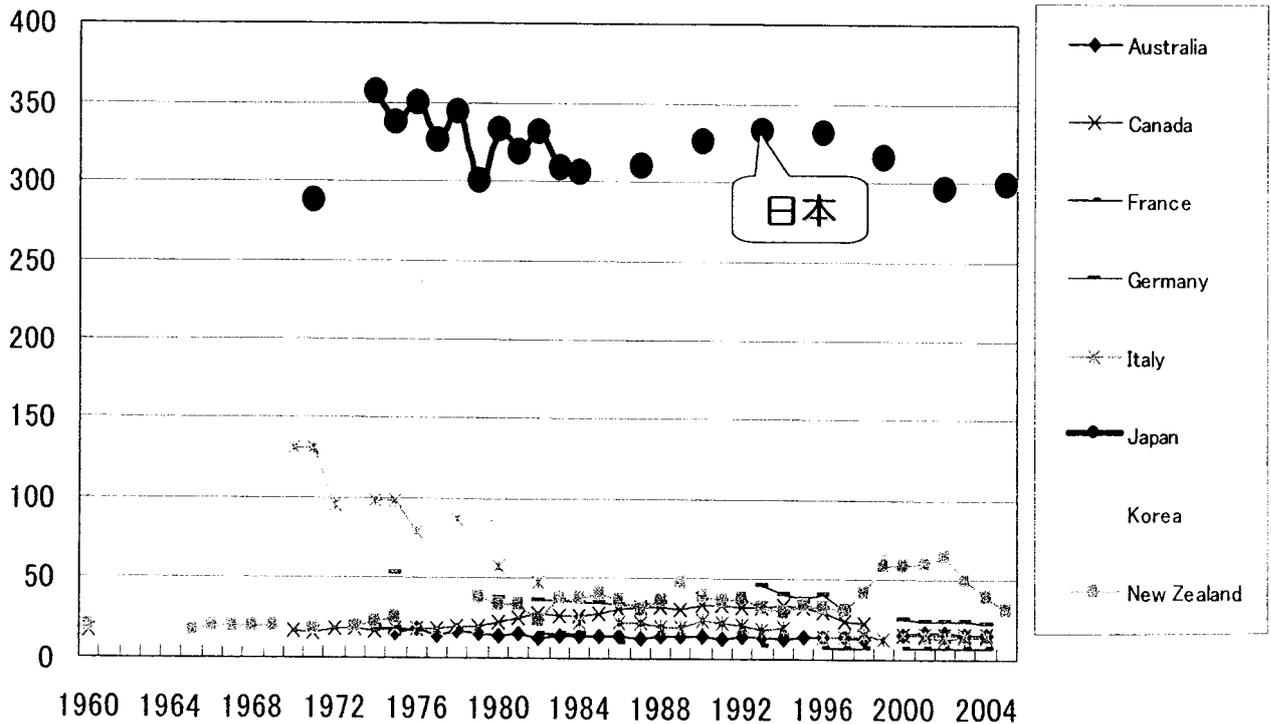
病床数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

23

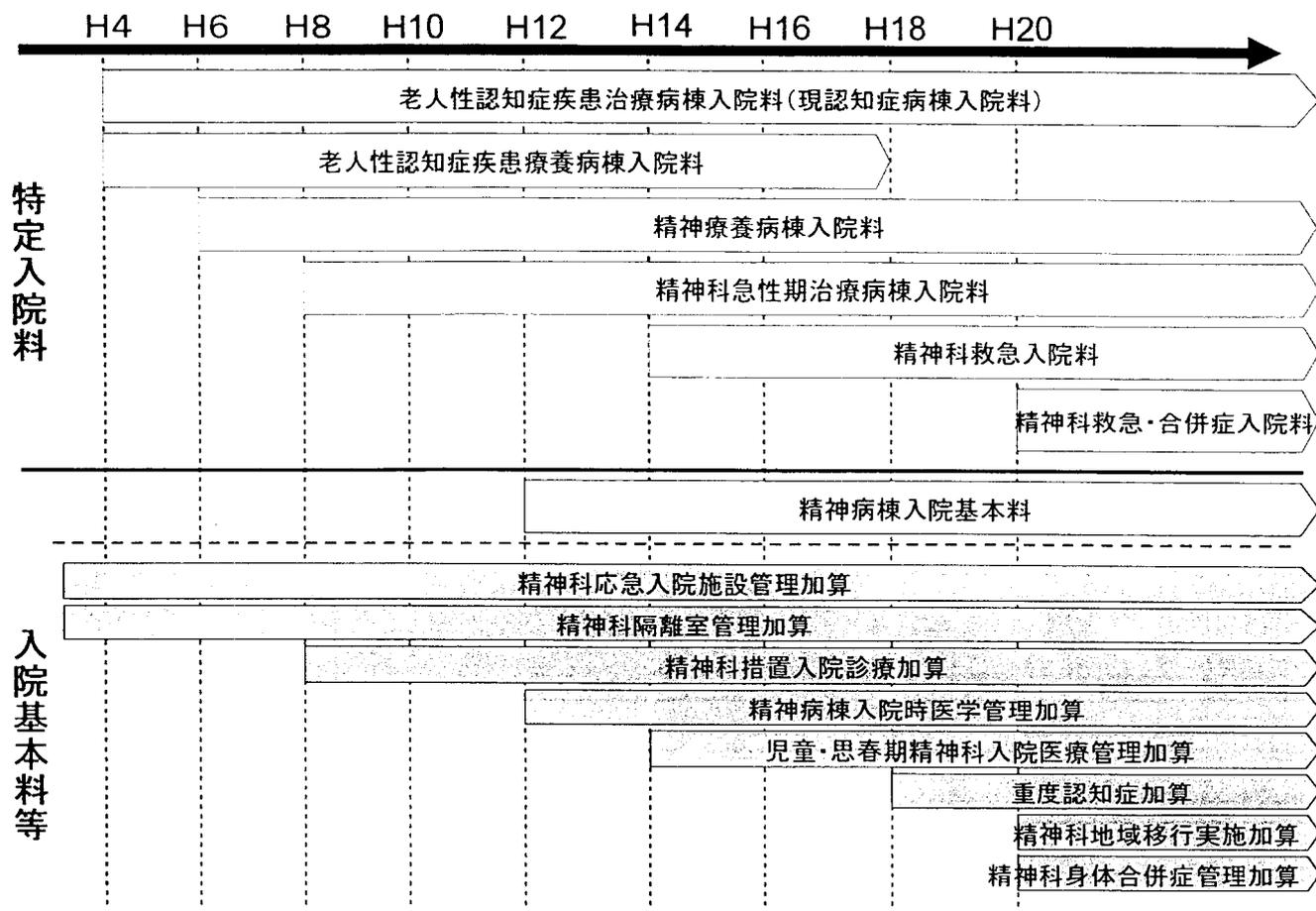
平均在院日数（諸外国との比較）



資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）
注）1999年以降の日本のデータは患者調査より

24

精神科入院医療に係る主な診療報酬の経緯



25

精神科入院医療に係る主な診療報酬の算定病床数の推移

	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
老人性認知症疾患治療病棟入院料	6,823	8,202	9,586	10,377	13,477	16,870		
老人性認知症疾患療養病棟入院料(医療型)	9,266	10,488	11,816	12,866	11,791	9,353		
老人性認知症疾患療養病棟入院料(介護型) <注1>				5,104	5,351	4,767		
精神療養病棟入院料	61,643	69,747	70,429	74,499	80,966	81,974	72,413	
精神科急性期治療病棟入院料	4,080	4,526	5,176	5,778	7,212	7,819	8,033	
精神科救急入院料			50	329	602	1,192	1,481	
精神病棟入院基本料	269,543	255,135	249,330	240,103	228,584	219,560	209,257	196,493
<参考:注2>精神病床数	358,153	357,385	355,966	354,448	354,927	354,296	352,437	

資料: 中医協調査

ただし、<注1>は、介護サービス施設・事業所調査

<注2>は、医療施設調査

<参考: 精神病棟入院基本料の内訳 (平成19年5月1日現在)>

10:1入院基本料 … 4,360床

15:1入院基本料 … 132,669床

18:1入院基本料 … 29,708床

20:1入院基本料 … 19,525床

特別入院基本料 … 10,231床

精神病床の現状

特定入院料 (※以外は平成18年7月1日現在)	精神病棟入院基本料 (平成18年5月1日現在)	特定機能病院入院基本料 (平成18年5月1日現在)	
精神科救急入院料 (1,481床)	10:1 (439床)	7:1 (47床)	
精神科急性期治療病棟入院料 (8,033床)		10:1 (335床)	
児童・思春期精神科入院医療管理加算 (520床; 注)		15:1 (124,970床)	15:1 (3,085床)
小児入院医療管理料 (105施設、病床数不明; 注)			
老人性認知症専門病床: 26,223床* ・老人性認知症疾患治療病棟入院料(16,870床) ・老人性認知症疾患療養病棟入院料(医療型9,353床)** ・老人性認知症疾患療養病棟入院料(介護型4,767床)** ※平成17年現在 ※平成18年4月~廃止 ※平成17年介護サービス施設・事業所調査			
精神療養病棟入院料 (72,413床)	18:1 (30,392床)		
特殊疾患療養病棟2 (12,490床; 注)	20:1 (34,997床)		
	特別入院基本料 (18,459床)		
121,160床; 注 (注: 精神病床以外も含む)	212,724床 (中医協 調査)		

27

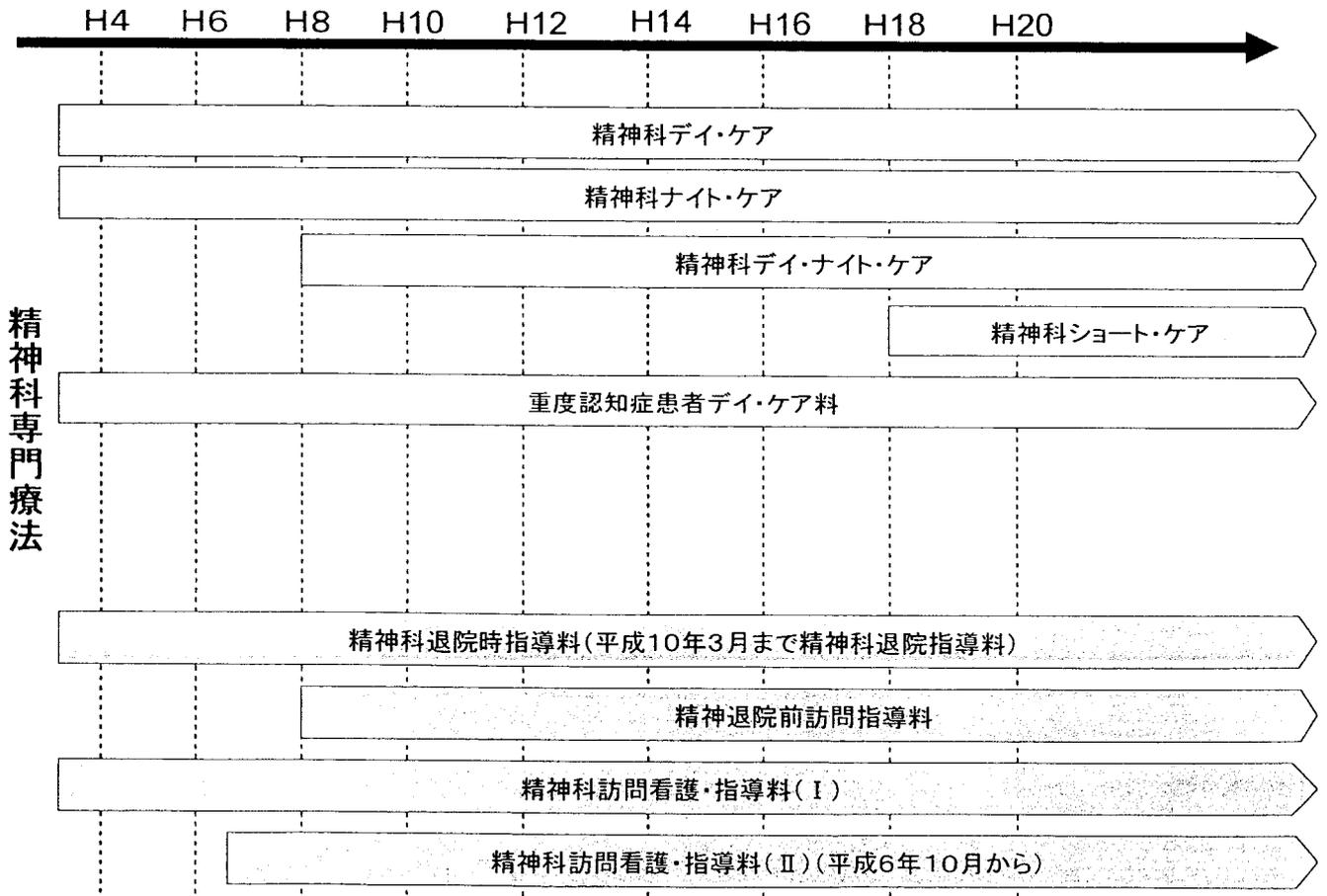
病床別の医療提供体制 (人員配置・設備構造基準)

	精神病床	療養病床	一般病床
定義	精神疾患を有する者を入院させるための病床をいう。	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をいう。	精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床をいう。
人員配置基準	①大学附属病院ならびに内科、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 医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1 ②上記以外の病院 医師 48:1 看護職員 4:1 薬剤師 150:1 (ただし当分の間、看護職員5:1、看護補助者と合わせて4:1とすることができる) ※措置入院指定病院、応急入院指定病院 病床基準で、看護師及び准看護師 3:1 (ただし、H18.3.1から5年間は医療法基準どおりでも可(経過措置))	医師 48:1 看護職員 4:1 看護補助者 4:1 薬剤師 150:1 ※経過措置(平成24年3月31日まで) 看護師及び准看護師 6:1 看護補助者 6:1	医師 16:1 看護職員 3:1 薬剤師 70:1
病床面積	6.4㎡/床以上 既設: 4.3㎡/床以上	6.4㎡/床以上	6.4㎡/床以上 既設: 4.3㎡/床以上
廊下幅	①の病院 1.8m以上(両側居室2.1m) 既設1.2m以上(両側居室1.6m) ②の病院 1.8m以上(両側居室2.7m) 既設1.2m以上(両側居室1.6m)	1.6m以上(両側居室2.7m) 既設1.2m以上(両側居室1.6m)	1.8m以上(両側居室2.1m) 既設1.2m以上(両側居室1.6m)

28

通院・在宅医療について

精神科在宅医療に係る主な診療報酬の経緯



精神科デイ・ケア等の概要

精神科デイ・ケア

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき6時間を標準とする。

精神科ナイト・ケア

精神障害者の社会機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき4時間を標準とする。

精神科デイ・ナイト・ケア

精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき10時間を標準とする。

精神科ショート・ケア

精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき3時間を標準とする。

31

精神科デイ・ケア等の利用状況

延利用者数

(単位:人)

	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
精神科デイ・ケア	466,684	490,431	550,397	596,867	630,782
精神科ナイト・ケア	17,277	21,446	24,780	24,068	18,255
精神科デイ・ナイト・ケア	81,535	100,444	106,308	122,327	136,227
老人性痴呆疾患デイ・ケア(注)	70,849	77,412	89,398	109,315	112,188
合計	636,345	689,733	770,883	852,577	897,452

利用実人員

(単位:人)

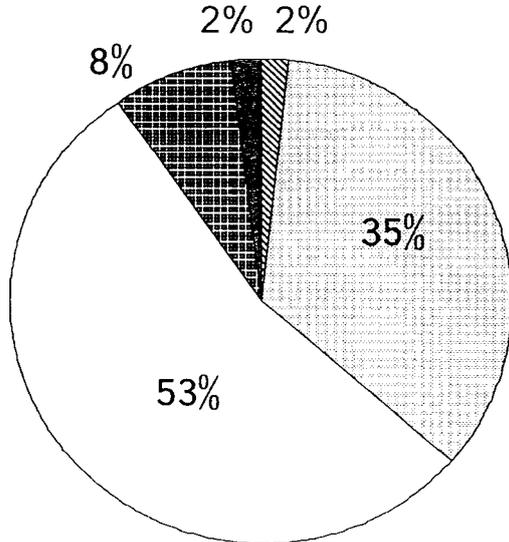
	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
精神科デイ・ケア	49,642	52,534	54,544	58,799	62,461
精神科ナイト・ケア	2,299	2,477	2,536	2,684	2,367
精神科デイ・ナイト・ケア	7,193	8,169	7,668	8,890	9,869
老人性痴呆疾患デイ・ケア(注)	6,247	7,082	6,694	7,478	8,137
合計	65,381	70,262	71,442	77,851	82,834

注:「老人性痴呆疾患デイ・ケア」は、平成18年度より「重度認知症患者デイ・ケア(料)」となっている。

精神科デイ・ケア等の利用状況

年齢階級別

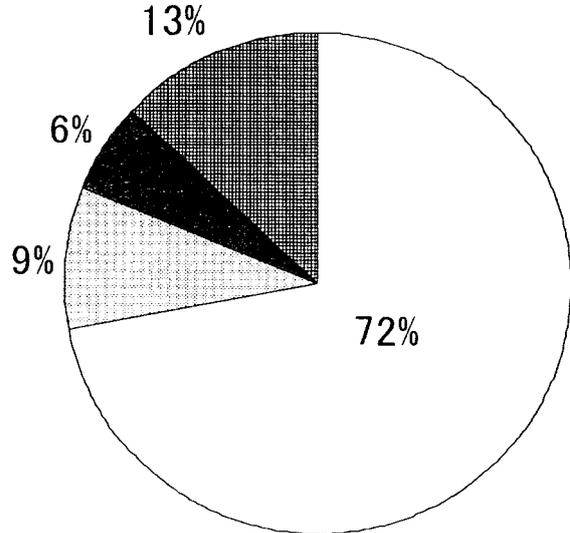
精神科デイ・ケア等の利用者数の
半数以上が40～65歳



20歳未満
 20歳以上40歳未満
 40歳以上65歳未満
 65歳以上75歳未満
 75歳以上

疾患別

精神科デイ・ケア等の利用者数の
7割超が統合失調症

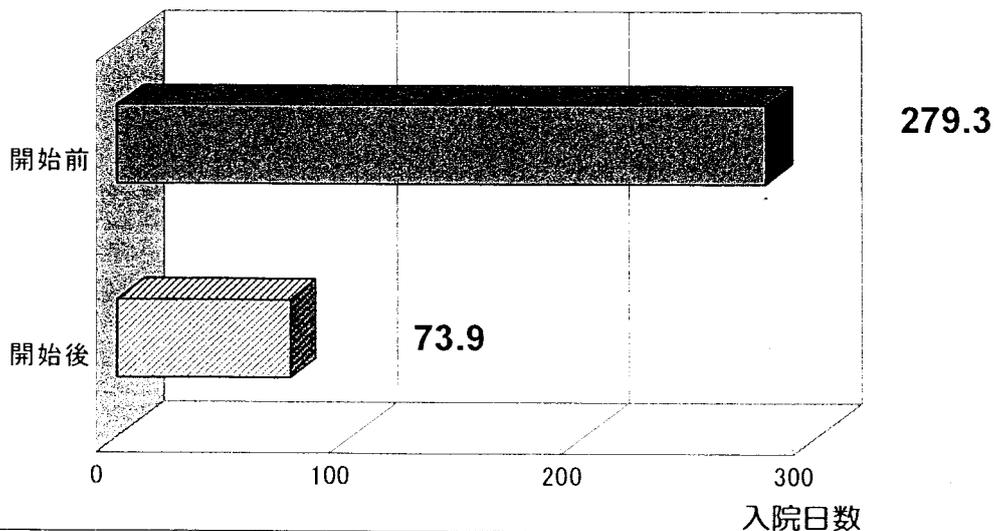


統合失調症
 気分障害
 アルコール依存症
 その他

平成17年 精神・障害保健課調 33

精神科訪問看護の効果

1) 訪問看護開始前後2年間の精神科総入院日数 (N=134)

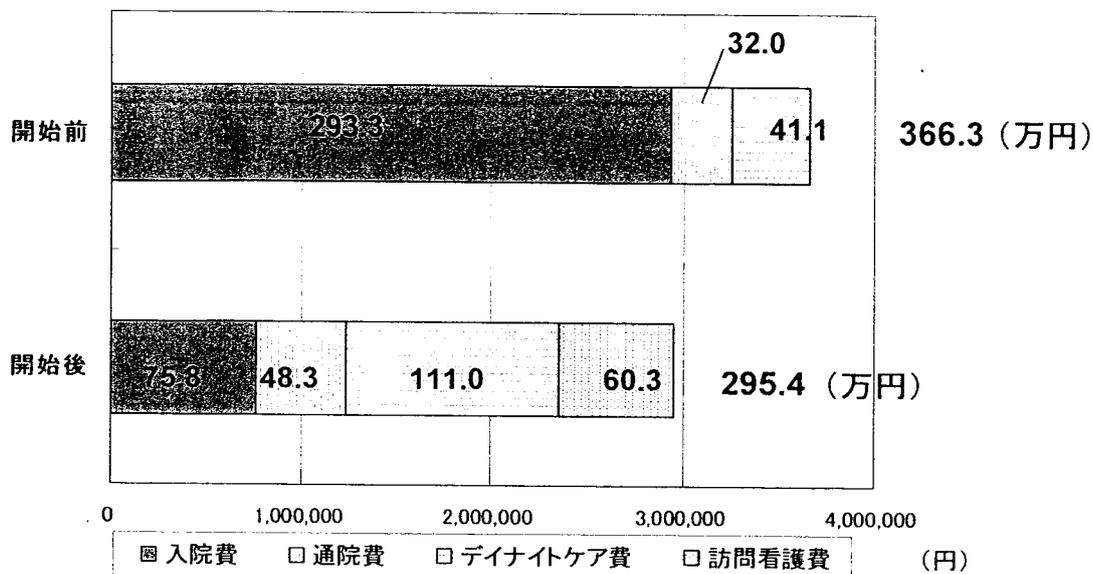


●精神科病棟への総入院日数では、訪問看護開始前2年間の平均279.3日から訪問看護開始後2年間では、74.9日へと4分の1近くに減少

(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 主任研究者 菅間真美 平成16年3月)

n=134, t=8.179, p < 0.01

2) 訪問看護開始前後2年間に要した医療費の内訳

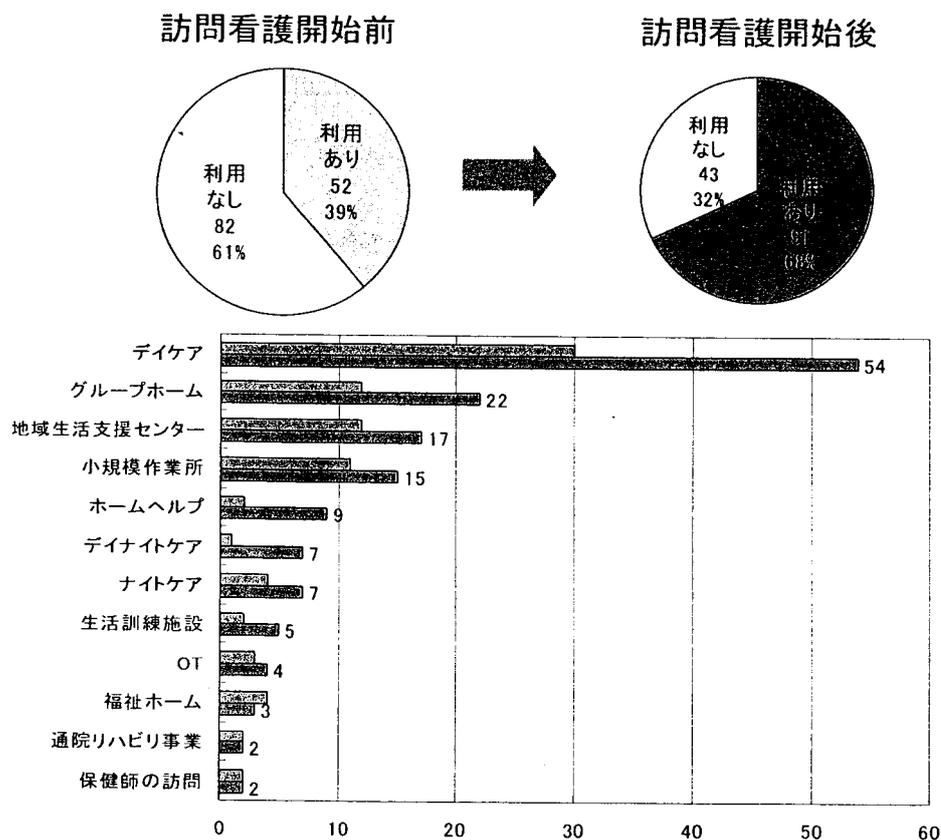


●訪問看護開始後では、開始前に比べて医療費平均が減少

(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 主任研究者 萱間真美 平成17年3月)

35

訪問看護開始前後の社会資源の利用状況の変化

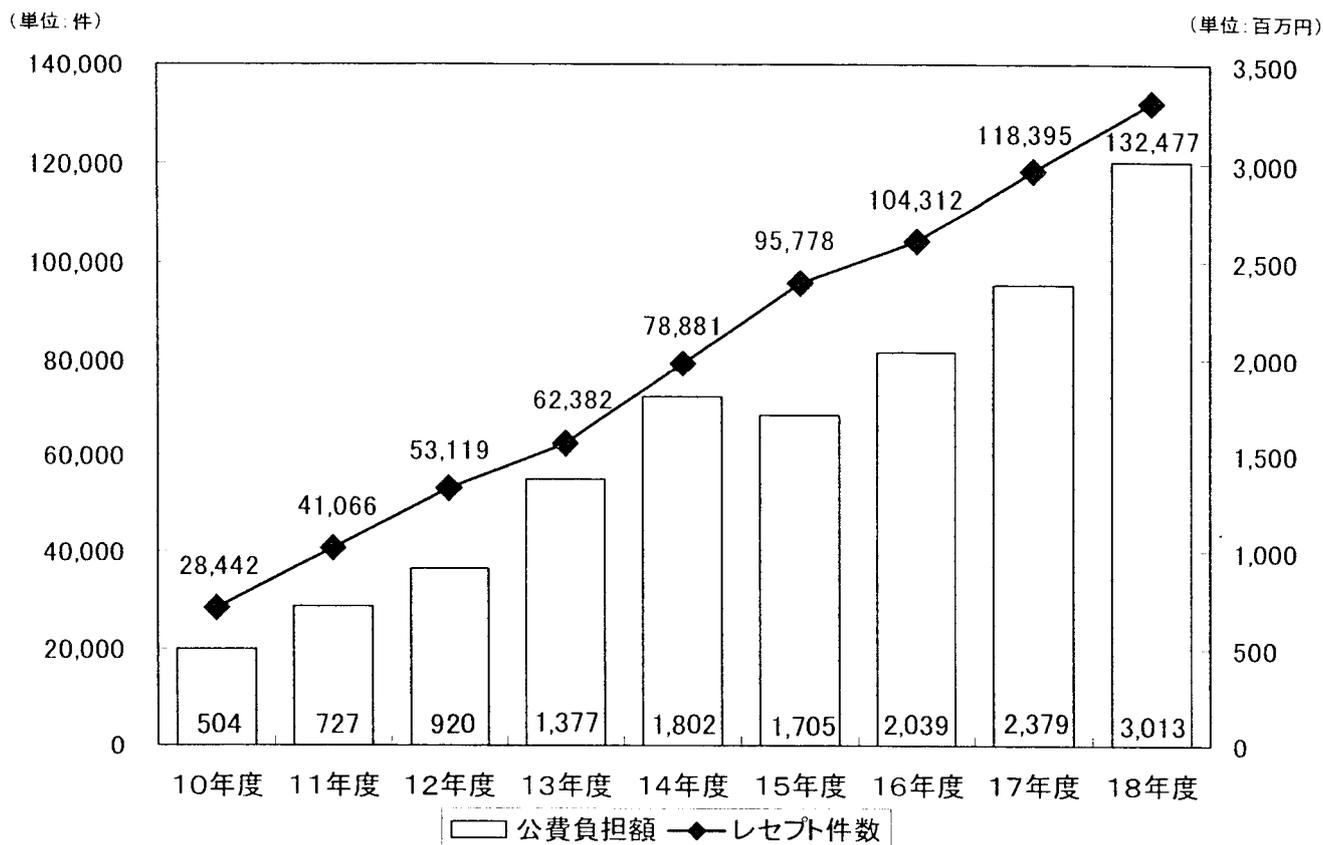


※上段が開始前
後段が開始後

(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 主任研究者 萱間真美 平成17年3月)

36

精神科訪問看護(精神通院医療)の実施状況の年次推移



精神医療費報酬支払確定額(精神・障害保健課調べ) 37

精神科訪問看護の実施状況

精神科訪問看護・指導実施件数の年次推移

	施設数	件数
平成11年度	709	28,308
平成14年度	727	39,462
平成17年度	826	56,051

資料：医療施設調査(各年9月1月間)

訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況

精神疾患が主傷病の利用者への訪問の有無(n=1,664)

実施している	実施していない	無回答
41.0%	58.6%	0.4%

出典:平成19年度厚生労働省障害保健福祉推進事業(全国訪問看護事業協会)
「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護のケアの技術の標準化と教育及びサービス提供体制のあり方の検討」

医療体制・連携について

精神科救急事業の変遷

(補助事業)

(診療報酬)

平成7年度 精神科救急システム整備事業 創設

精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための体制整備に必要な経費に対する補助事業(精神科救急情報センター機能の整備、搬送システムの確保、精神科救急医療施設の体制整備、精神科初期救急医療輪番システムの整備)(初期・2次救急)

H8 精神科急性期入院料創設

H14 精神科救急入院料創設

平成17年度 精神科救急医療センター事業 創設

幻覚・妄想・昏迷・興奮など激しい症状を呈する統合失調症の急性期、急性精神病や錯乱状態等の患者を24時間診療体制で受け入れることができる精神科救急医療センターを整備することにより、患者の受け入れ態勢の強化を図り、24時間、365日緊急受診者の受け入れを行い、個室での手厚い医療の提供により、患者の早期退院及び病床の減少を図る。(3次救急)

2つの事業を組み替え

平成20年度 精神科救急医療体制整備事業 創設

急性期患者への適切な医療体制を更に充実させるため、身体合併症を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設、診療所などに勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築など、地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化

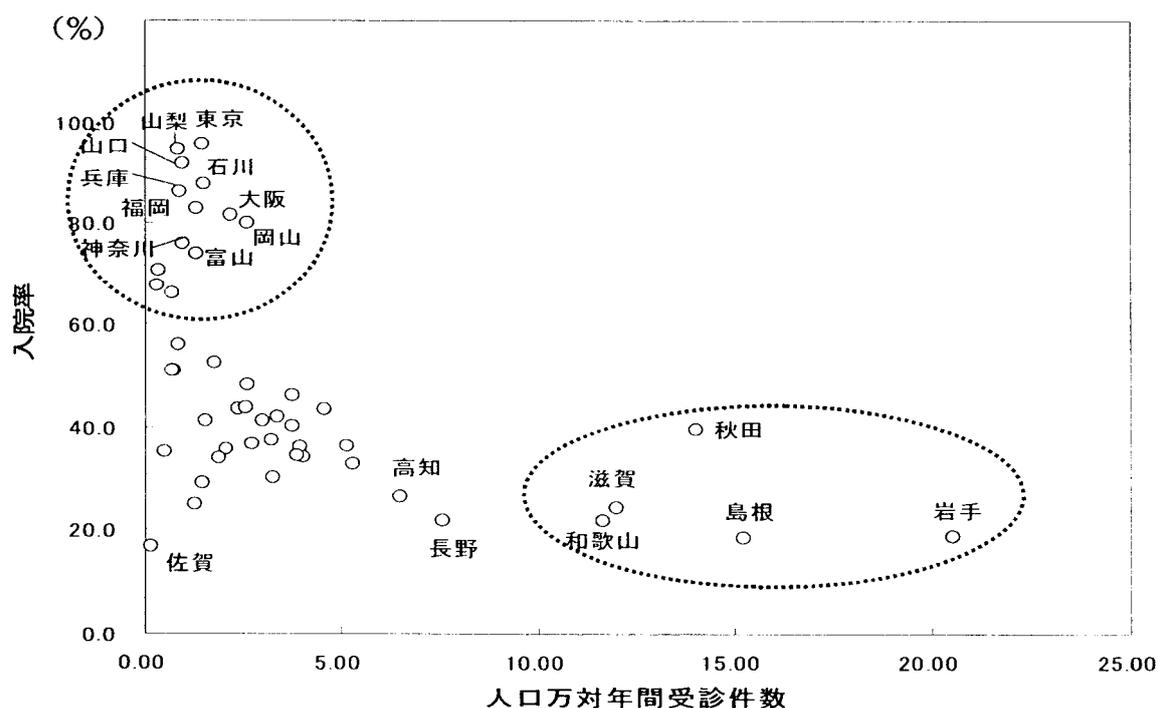
H20 精神科救急・
合併症入院料 創設

精神科救急医療システムの利用状況

	平成16年度	平成17年度
精神科救急医療圏域数	145	145
精神科救急医療施設数	1,073	1,084
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	72,337	81,122
夜間・休日の受診件数	27,788	30,243
夜間・休日の入院件数	10,916	12,096

(精神・障害保健課調)

精神科救急医療システム全国状況 受診件数と入院件数（2006年度）



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：平田 豊明

精神科救急医療体制整備事業

平成19年度

平成20年度（案）

精神科救急医療システム

情報センター
・医師1人
・PSW1人

情報センター
・医師1人
・PSW1人

精神科救急医療施設
・医師1人
・看護師1人
・PSW1人
・空床確保1床

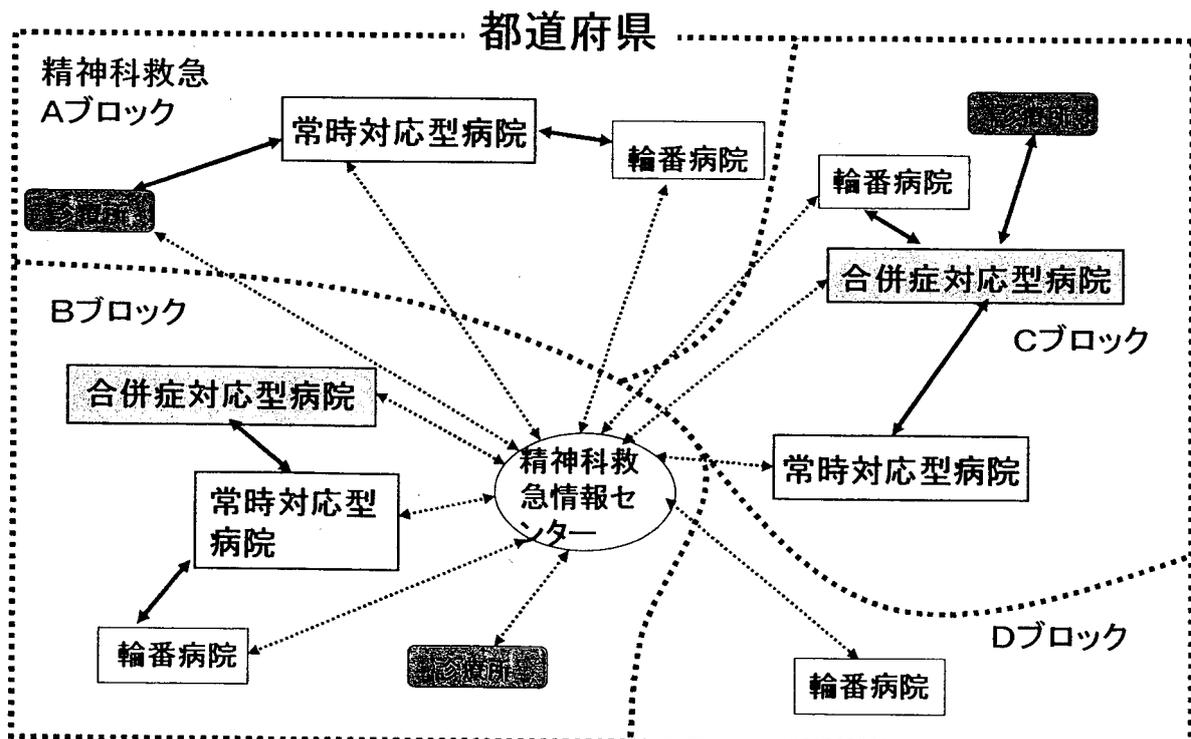
精神科救急医療施設

- ・輪番制病院群も含めて全ての精神科救急医療圏域に空床確保を行う精神科救急医療施設の整備
- ・24時間対応の精神科救急情報センターの身体合併症対応を含めた機能強化及び身体合併症対応施設の創設
- ・診療所に勤務する精神保健指定医の救急医療機関での診療協力体制の構築 等

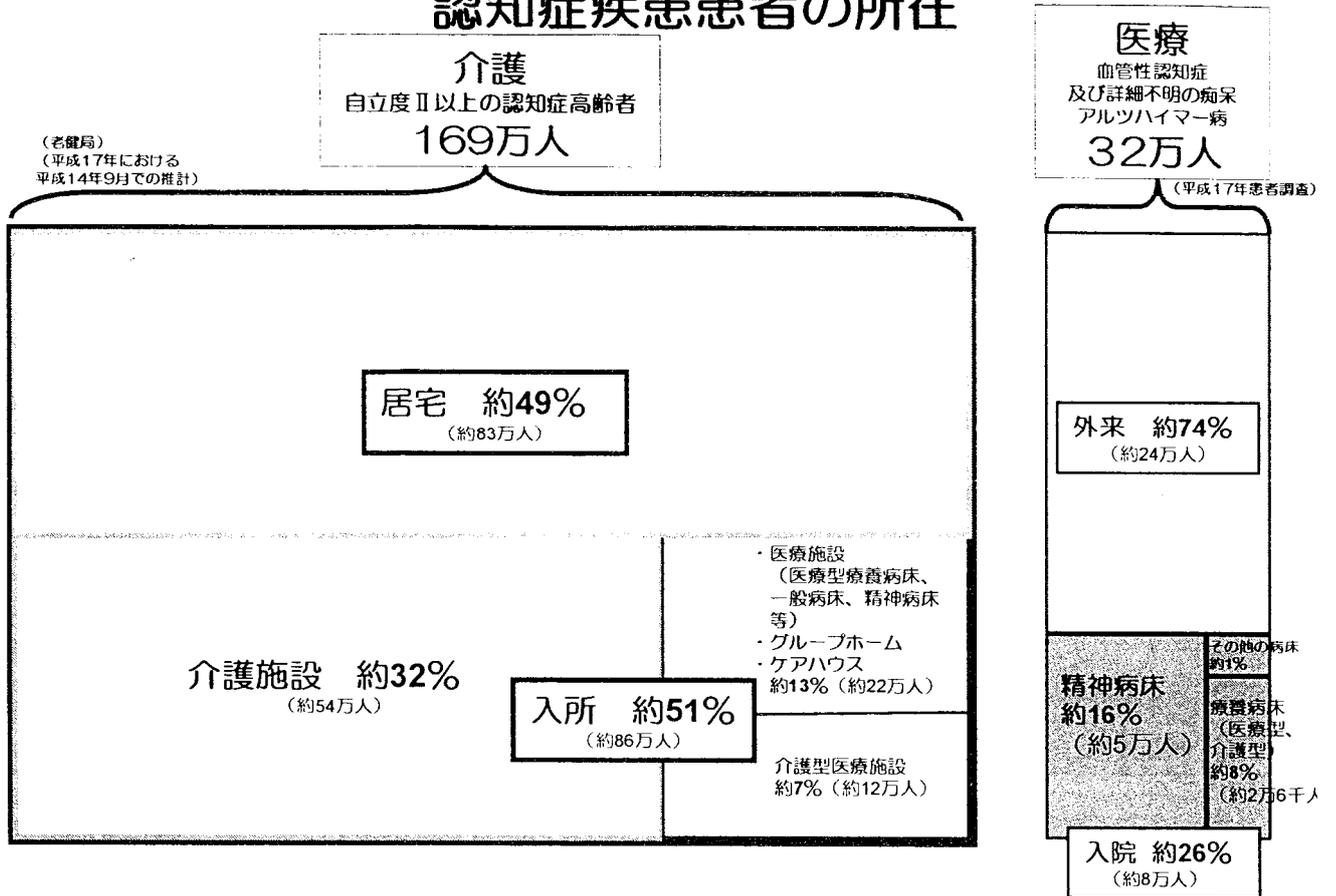
初期救急医療施設
・医師1人
・看護師1人

精神科救急医療センター
・医師1人
・看護師2人
・PSW1人
・空床確保2床

精神科救急医療体制(平成20年度以降のイメージ)

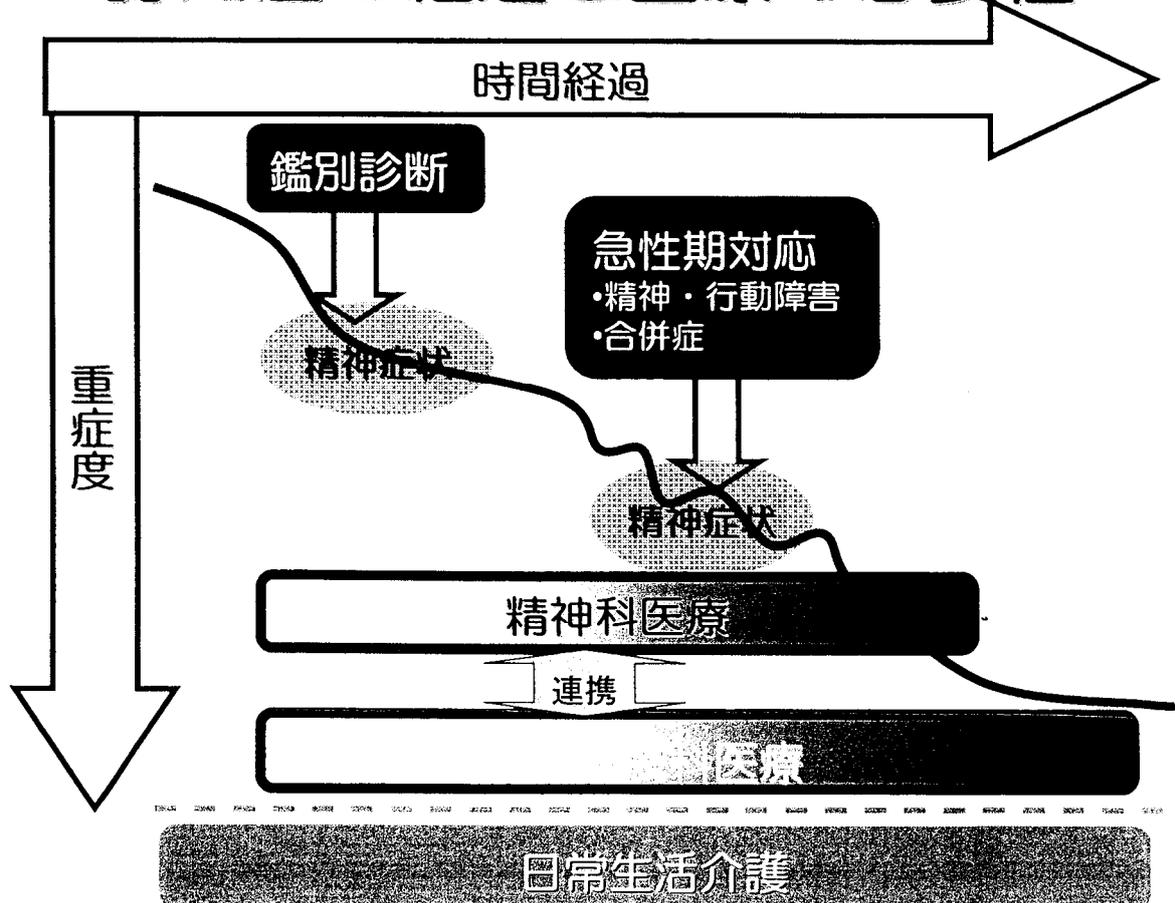


認知症疾患患者の所在

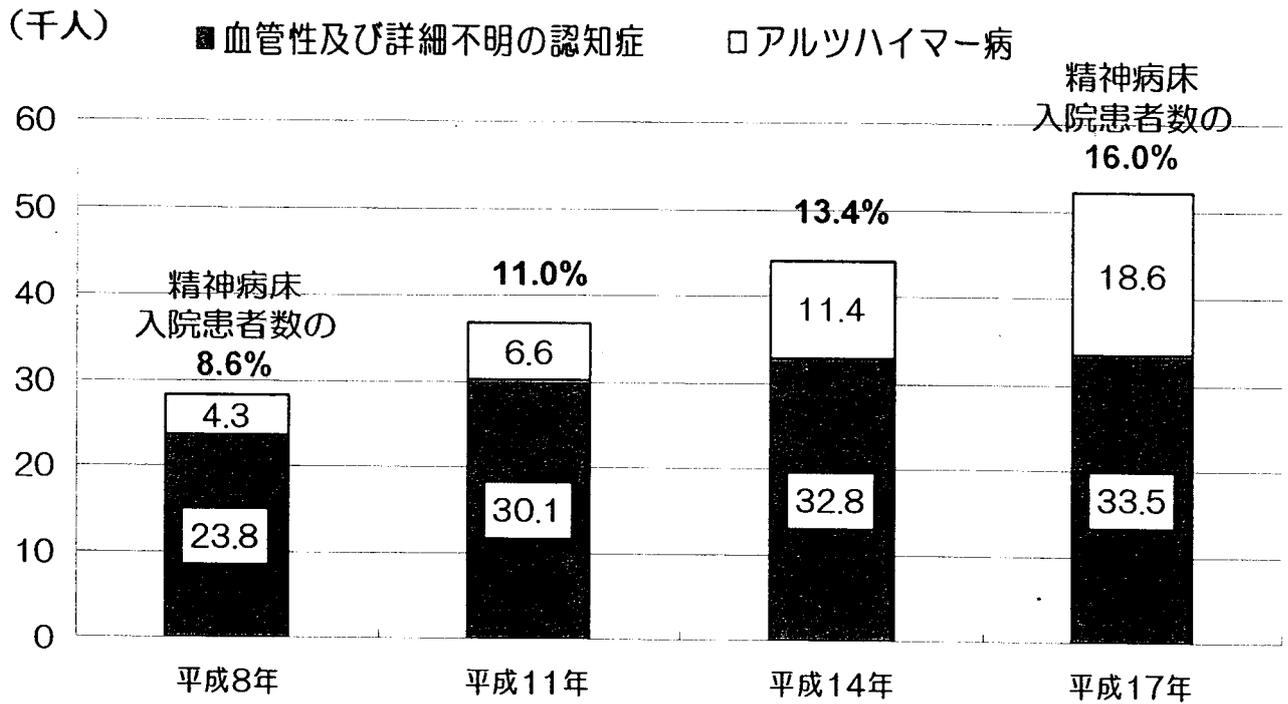


※医療施設 (医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床) は介護と医療で重複がある。

認知症の経過と医療の必要性



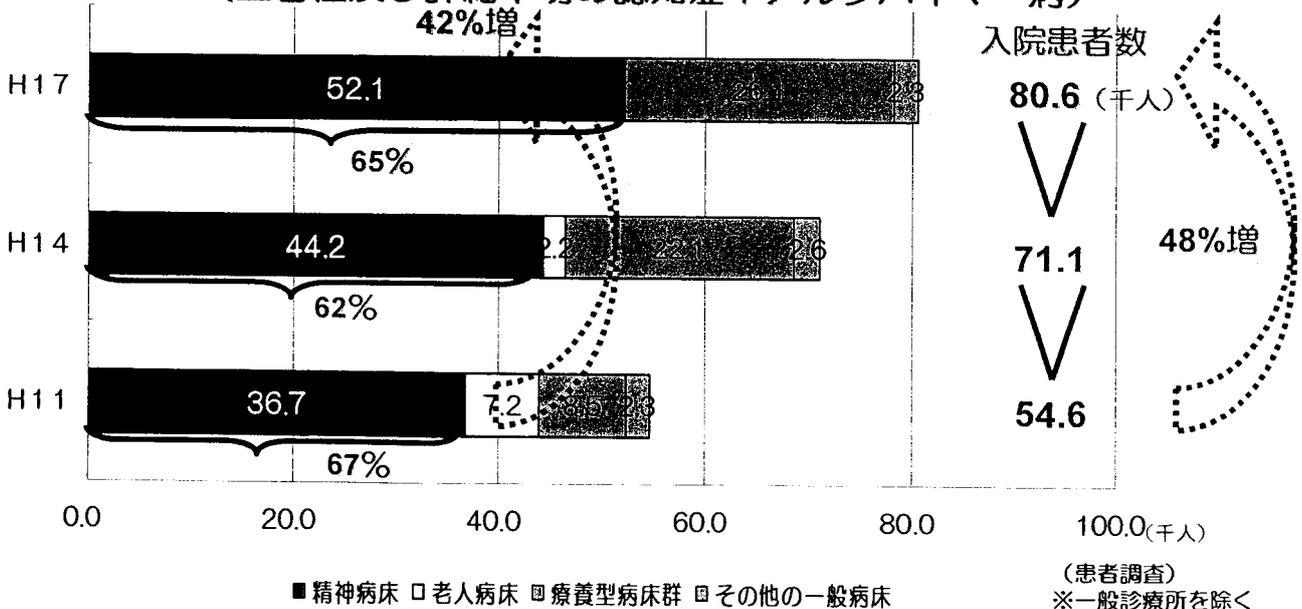
精神病床における認知症入院患者数の年次推移



資料：患者調査

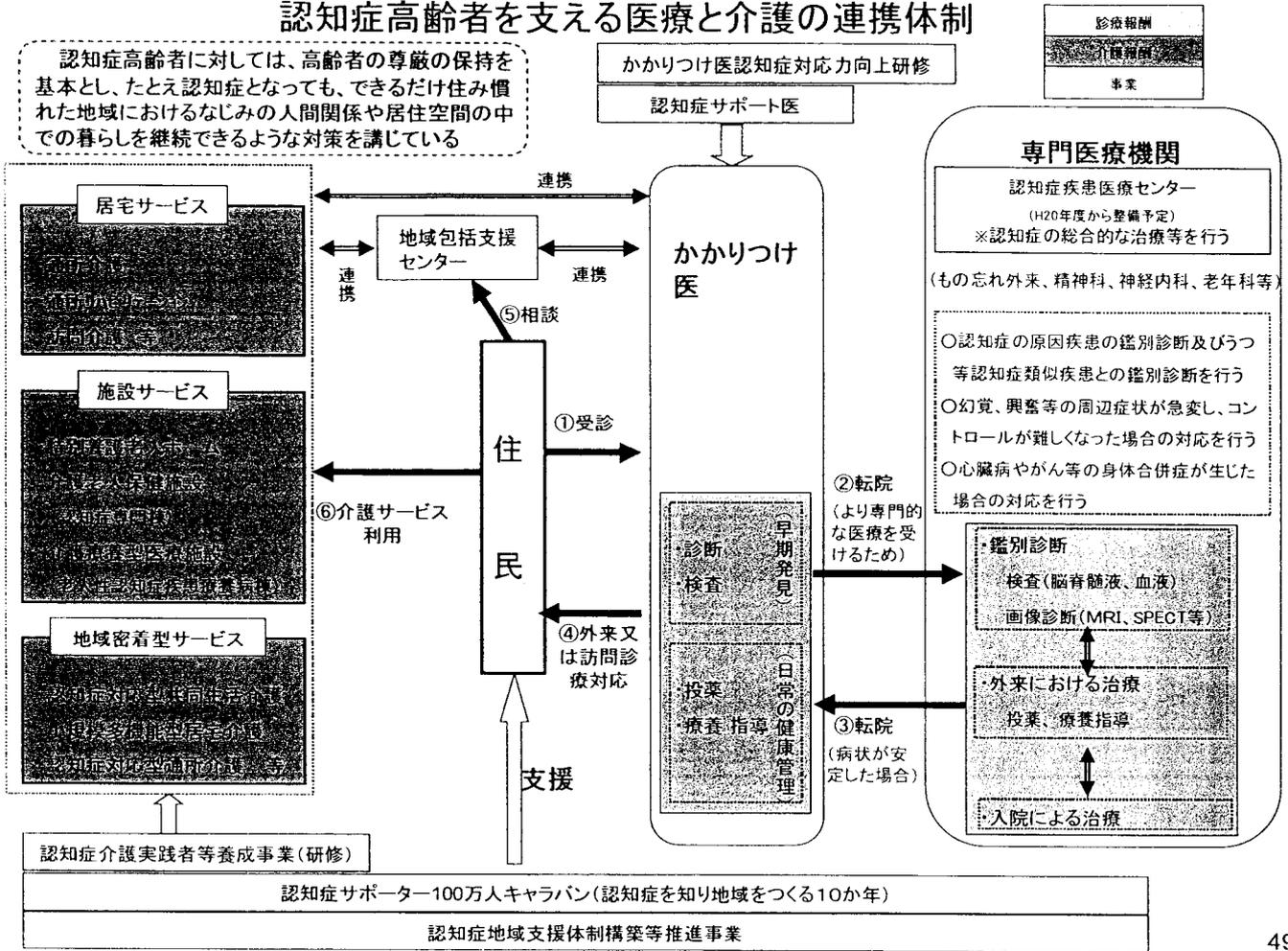
認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)

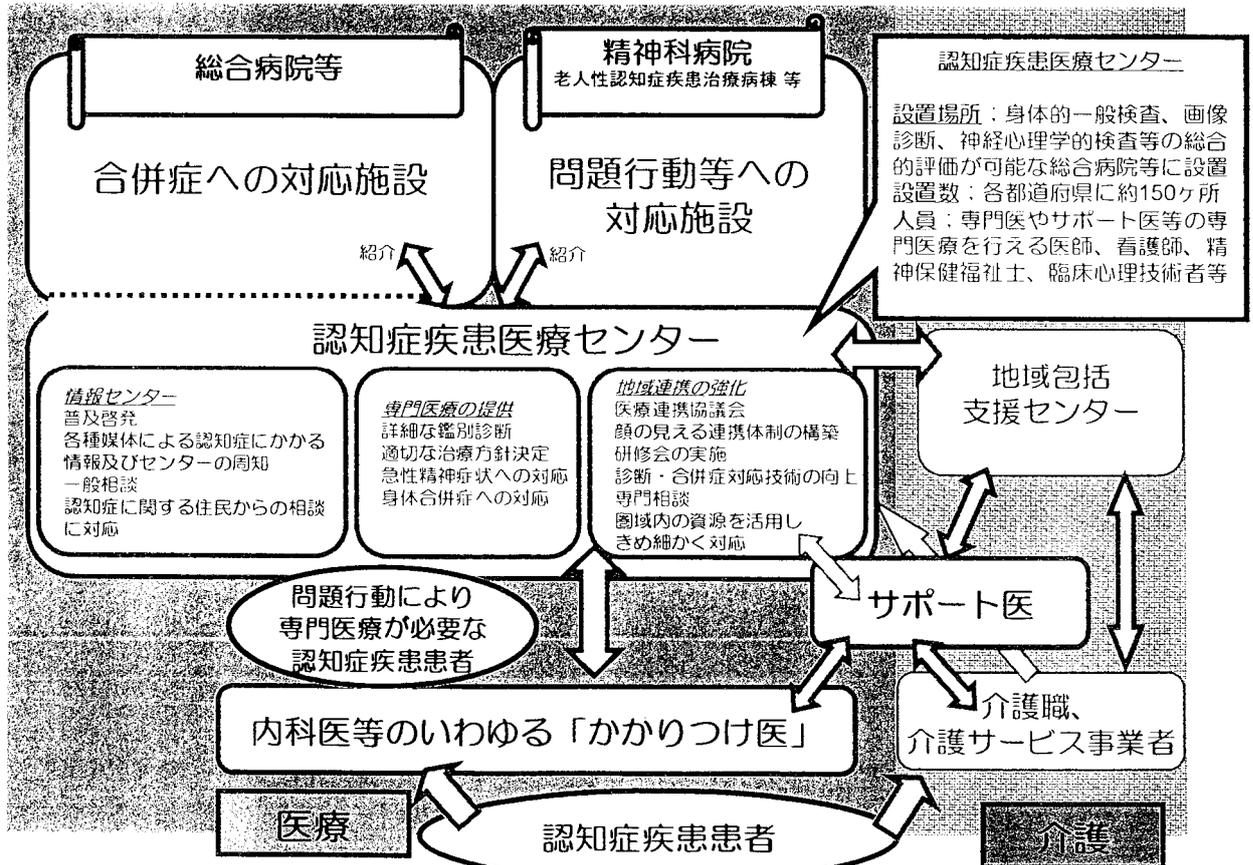


認知症疾患を主傷病名とする入院患者の約6割は精神病床

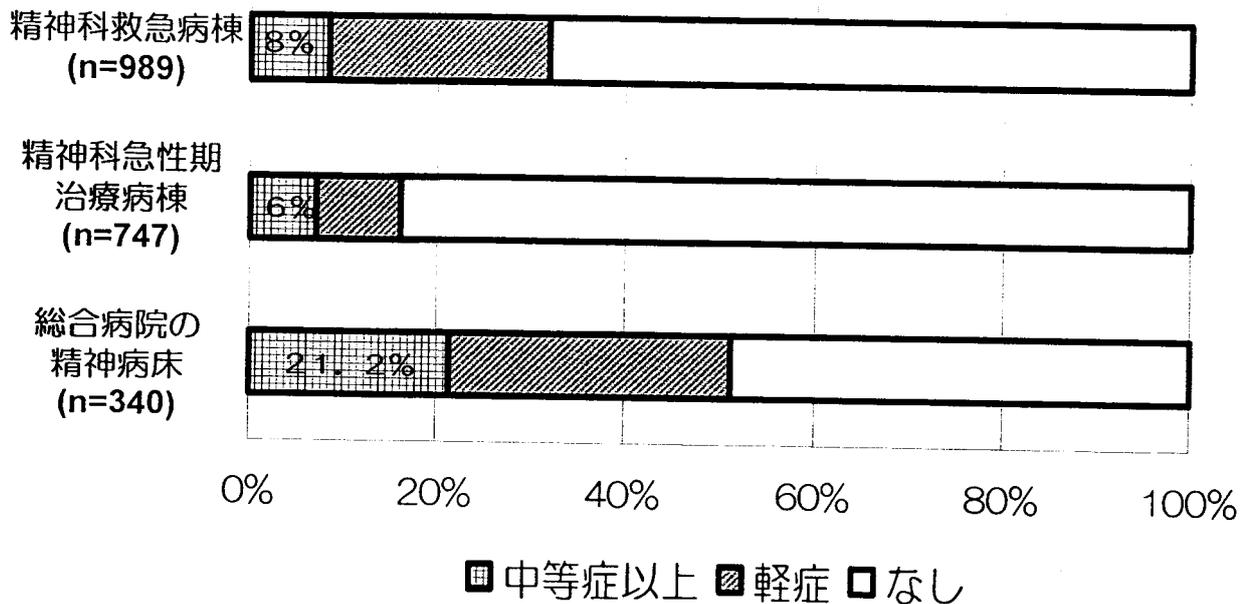
認知症高齢者を支える医療と介護の連携体制



認知症疾患医療センター運営事業(新規) 平成20年度予算額1.9億円

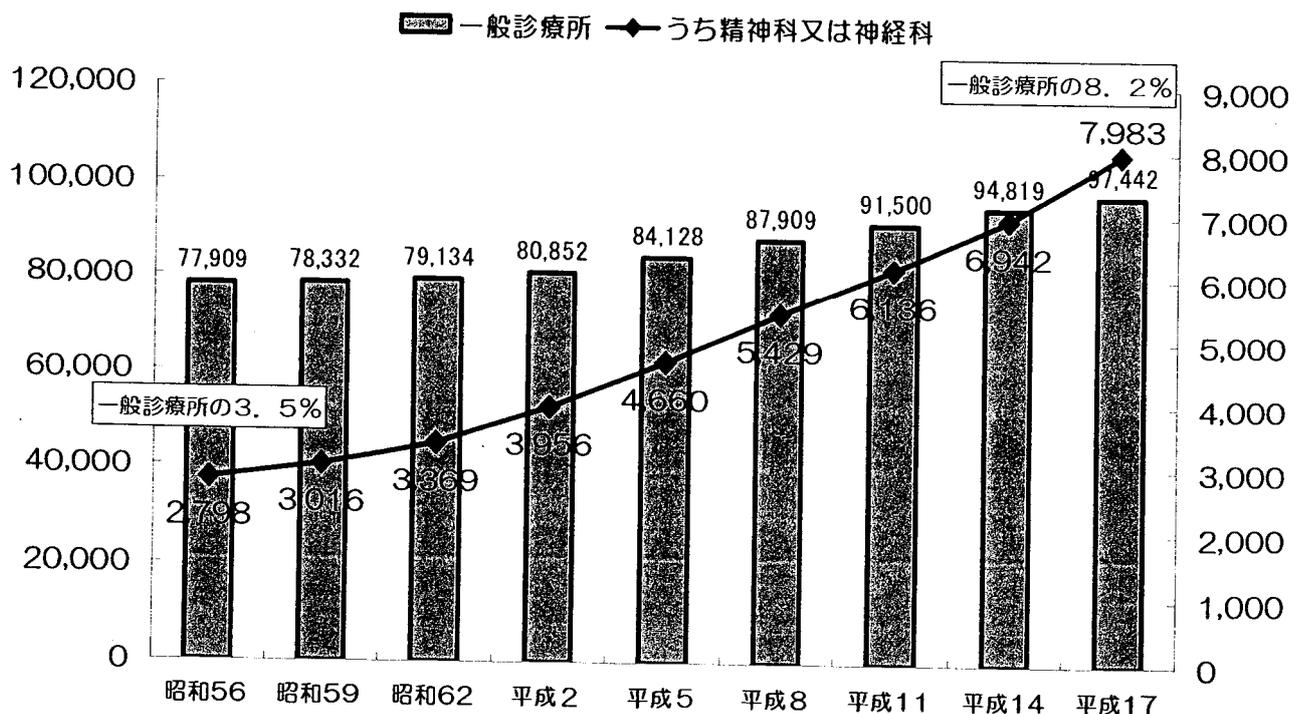


精神科医療施設における 身体合併症患者の割合



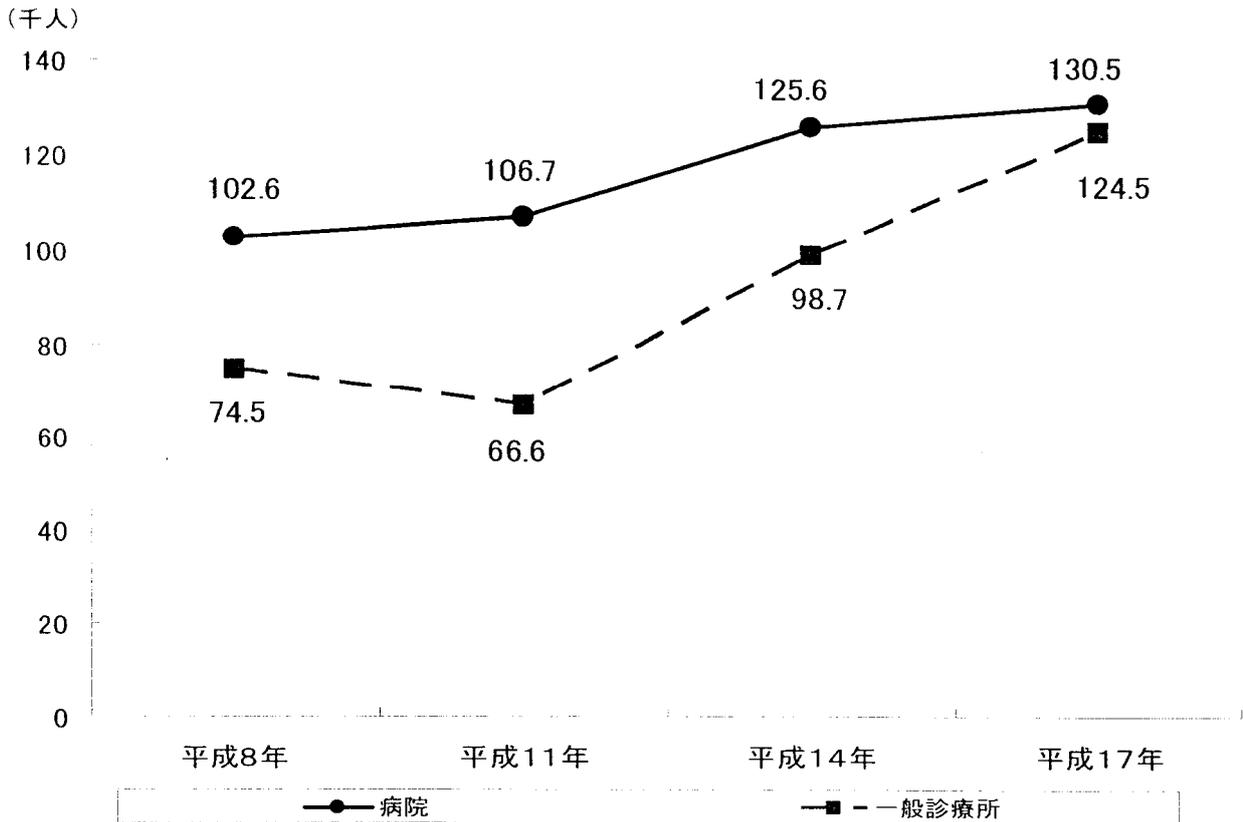
平成16~18年度厚生労働省科学研究
「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」
主任研究者：保坂隆（総合研究報告書）

一般診療所数及び精神科又は神経科標榜診療所数の推移



資料：医療施設調査

病院・診療所別の通院(外来)患者の推移



※ 精神疾患を有する者の合計

資料: 患者調査

53

病院・診療所における通院(外来)患者の疾患別内訳

病院には統合失調症の患者が多く、一般診療所には気分障害(うつ病)、神経症性の患者が多い。

疾患名	総数	病院	一般診療所
アルツハイマー病	15.6 (100.0%/6.1%)	6.6 (42.3%/5.1%)	9.0 (57.7%/7.2%)
血管性及び詳細不明の認知症	12.0 (100.0%/4.7%)	4.7 (39.2%/3.6%)	7.3 (60.8%/5.9%)
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	5.2 (100.0%/2.0%)	4.4 (84.6%/3.4%)	0.8 (15.4%/0.6%)
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0.7 (100.0%/0.3%)	0.3 (50.0%/0.2%)	0.3 (50.0%/0.2%)
統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	62.9 (100.0%/24.7%)	45.4 (72.2%/34.8%)	17.5 (27.8%/14.1%)
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	77.0 (100.0%/30.2%)	30.1 (39.1%/23.1%)	46.9 (60.9%/37.7%)
神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	50.2 (100.0%/19.7%)	17.7 (35.2%/13.6%)	32.6 (64.8%/26.2%)
その他の精神及び行動の障害	10.9 (100.0%/4.3%)	7.0 (63.6%/5.4%)	4.0 (36.7%/3.2%)
てんかん	20.4 (100.0%/8.0%)	14.3 (70.4%/11.0%)	6.0 (29.6%/4.8%)
合計	254.9 (100.0%/100.0%)	130.5 (51.2%/100.0%)	124.4 (48.8%/100.0%)

資料: 平成17年患者調査

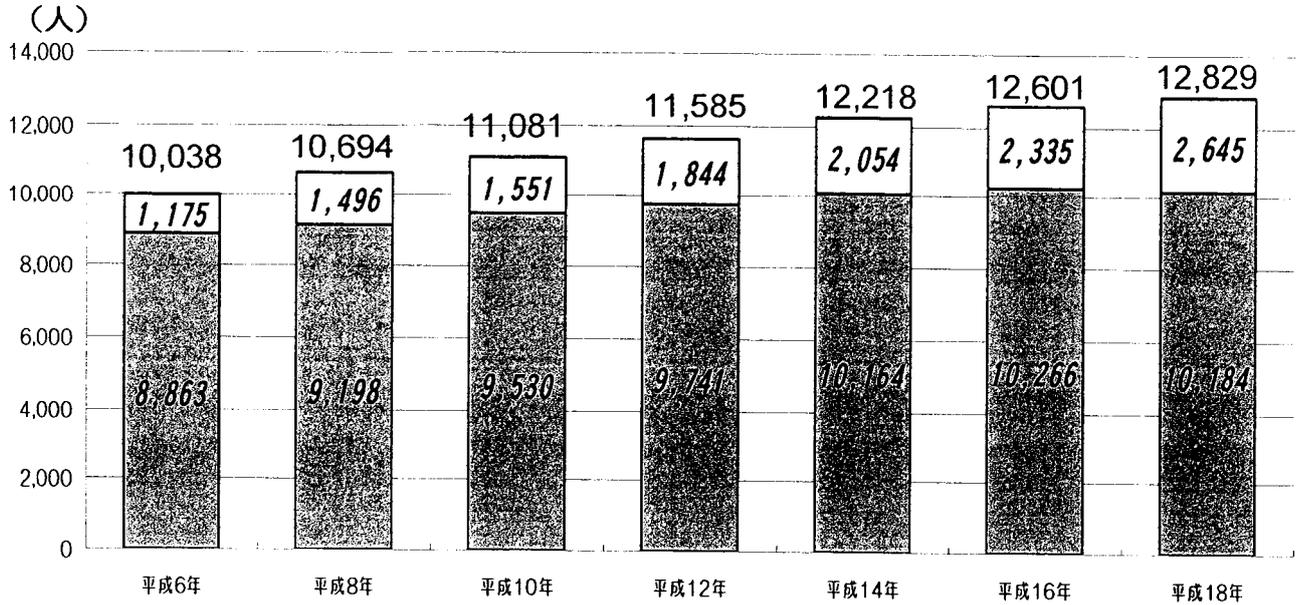
※ 単位は千人。()内の左側は各疾患別の総数に対する割合、右は総数、病院総数、診療所別総数に対する割合

54

精神科医の所在（病院と診療所）

診療所に勤務する精神科医が増加している。
 （平成6年→平成18年では、診療所では125%増加、病院では15%増加）

■病院 □診療所



平成 6年 病院医師 88%、診療所医師 12%
 平成 18年 病院医師 79%、診療所医師 21%

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査 55

精神科医療の医療計画上の位置づけ

医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号)(抜粋)

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項
 二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方
 2 事業ごとに配慮すべき事項
 (一) 救急医療において、…(略)…。精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。

医療計画について(平成19年7月20日厚生労働省医政局長通知)(抜粋)

(別紙) 医療計画策定指針
 第3 医療計画の内容
 10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項
 4 疾病5事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認められる医療等については、次の事項を考慮して、記載する。
 (1) 精神保健医療対策
 ① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割
 ② 精神科救急医療(重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等)
 ③ うつ病対策(性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等)に関する取組
 ④ 精神障害者の退院の促進に関する取組
 ⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組
 (2) 障害保健対策
 障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組
 (3) 認知症対策
 ① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制
 ② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制

救急医療の体制構築に係る指針

第1 救急医療の現状

1 救急医療を取り巻く状況

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり、精神疾患、身体疾患とも入院医療を要する程度のは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。

2 救急医療の提供体制

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療、平成7年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきた。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに、休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連絡調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要がある。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要がある。

さらに、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要がある。

医療計画における基準病床算定式の変更

(平成18年4月)

◎ 従来の基準病床算定式

基本部分

$$\text{基準病床数} = \text{区域内年齢階層別男女別住民数} \times \text{ブロック内年齢階層別男女別入院率}$$

± 区域をまたぐ流出・流入 + 加算部分



◎ 新しい基準病床算定式

残存率と退院率の現在値及び目標値を算定式に組み込むことにより、現在値が目標値に近づけば基準病床数は更に下がる仕組みとなっている。この結果、算定式上ではあるが10年後(2015年)には約7万床減少する見込み。

$$\text{基準病床数} = (\text{一年未満群}^{\ast}) + (\text{一年以上群}^{\ast\ast}) + \text{加算部分}$$

$$\ast \text{一年未満群} = (\sum AB + C - D) \times F / E1$$

A: 各歳別人口(将来推計、4区分)

B: 各歳別新規入院率(実績、4区分)

C: 流入患者数

D: 流出患者数

E1: 病床利用率(95%)

F: 平均残存率(目標値) = 24%

$$\ast\ast \text{一年以上群} = [\sum G(1-H) + I - J] / E2$$

G: 各歳別一年以上在院者数(実績、4区分)

H: 一年以上在院者各歳別年間退院率(目標値、4区分) = 29%

I: 新規一年以上在院者数(一年未満群からの計算値)

J: 長期入院者退院促進目標数(目標値)

(病床数が多く(対人口)、かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2: 病床利用率(95%)

医療計画制度の見直し

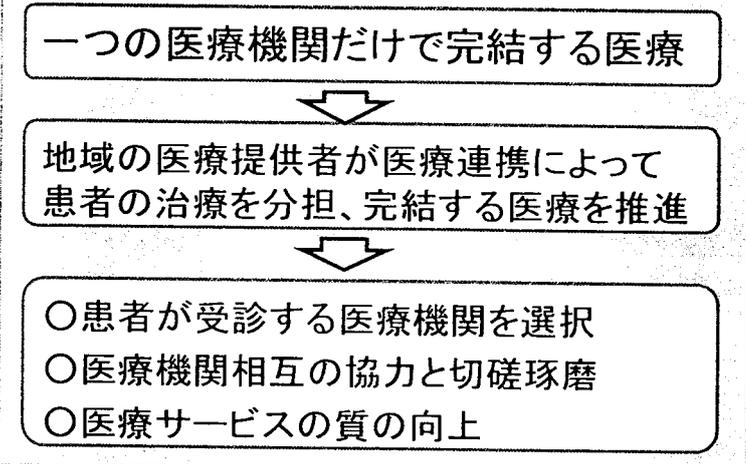
3つの課題

- ① 病床数の量的管理から質(医療連携・医療安全)を評価する医療計画へ
- ② 住民・患者に分かりやすい医療計画へ
- ③ 数値目標を示し評価できる医療計画へ

3つの視点

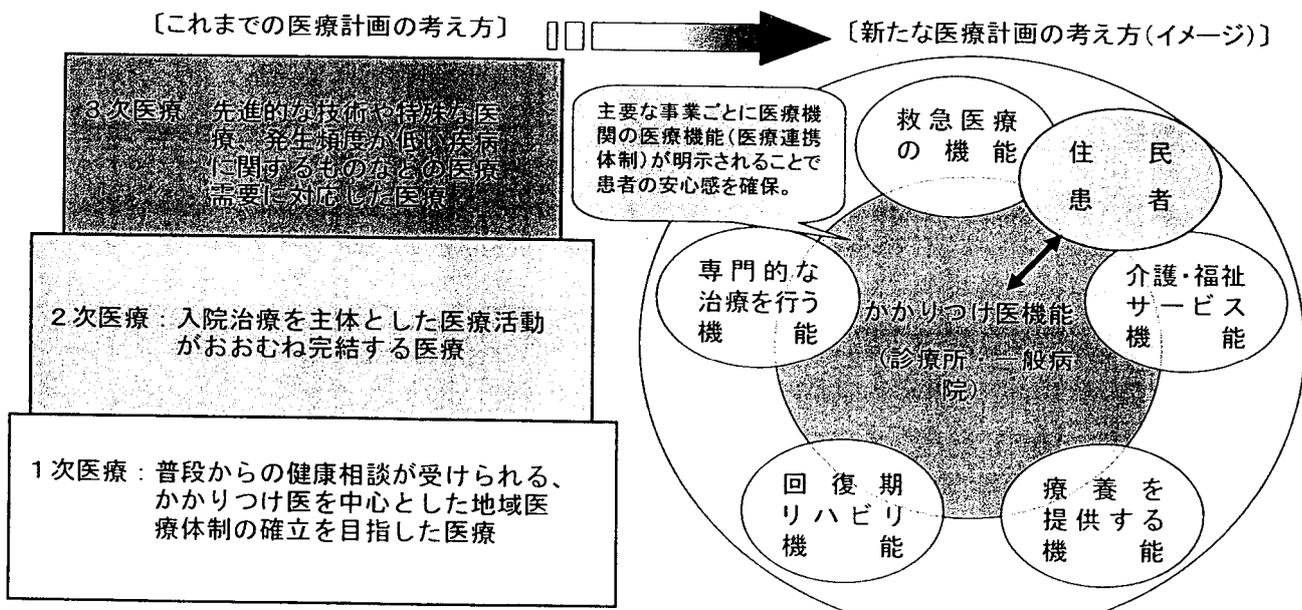
- ①「住民・患者」
- ②「医療提供者」
- ③「都道府県」

医療連携体制



59

階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った医療連携体制への転換



- “現在の医療計画制度の問題点”
- (1) 患者の実際の受療行動に着目するのではなく、医療提供サイドの視点で構想。
 - (2) 地域の疾病動向を勘案しない量的な視点を中心に構想。
 - (3) 地域の医療機関が担える機能に関係なく、結果として大病院を重視することとなる階層型構造を念頭に構想。

- 《新たな医療計画制度での医療連携体制の考え方》
- (1) 患者を中心とした医療連携体制を構想
 - (2) 主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制を構想
 - (3) 病院の規模でなく医療機能を重視した医療連携体制を構想

医療連携体制を構築し医療計画に明示

【医療法第30条の4第2項第2号】

4 疾病

(同項第4号に基づき省令で規定)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項



医療法施行規則第30条の28

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

5 事業〔=救急医療等確保事業〕

(同項第5号で規定)

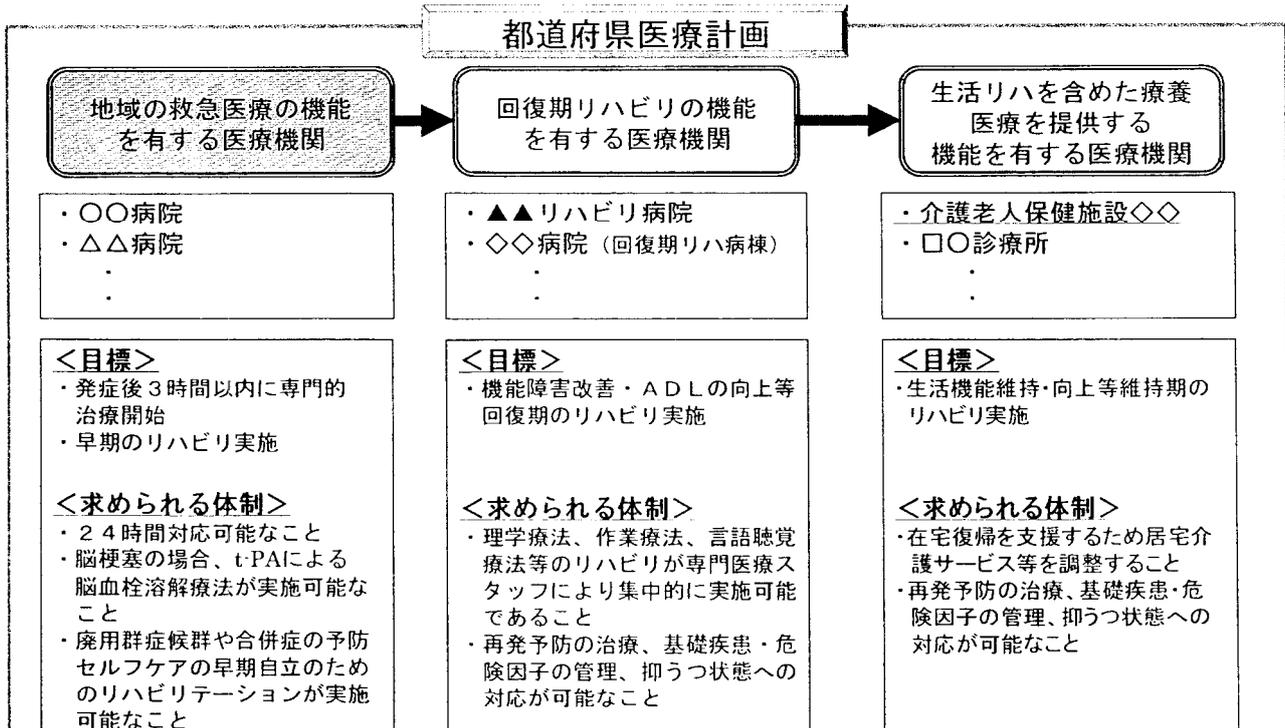
医療の確保に必要な事業

- 救急医療
- 災害時における医療
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急医療を含む)

上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

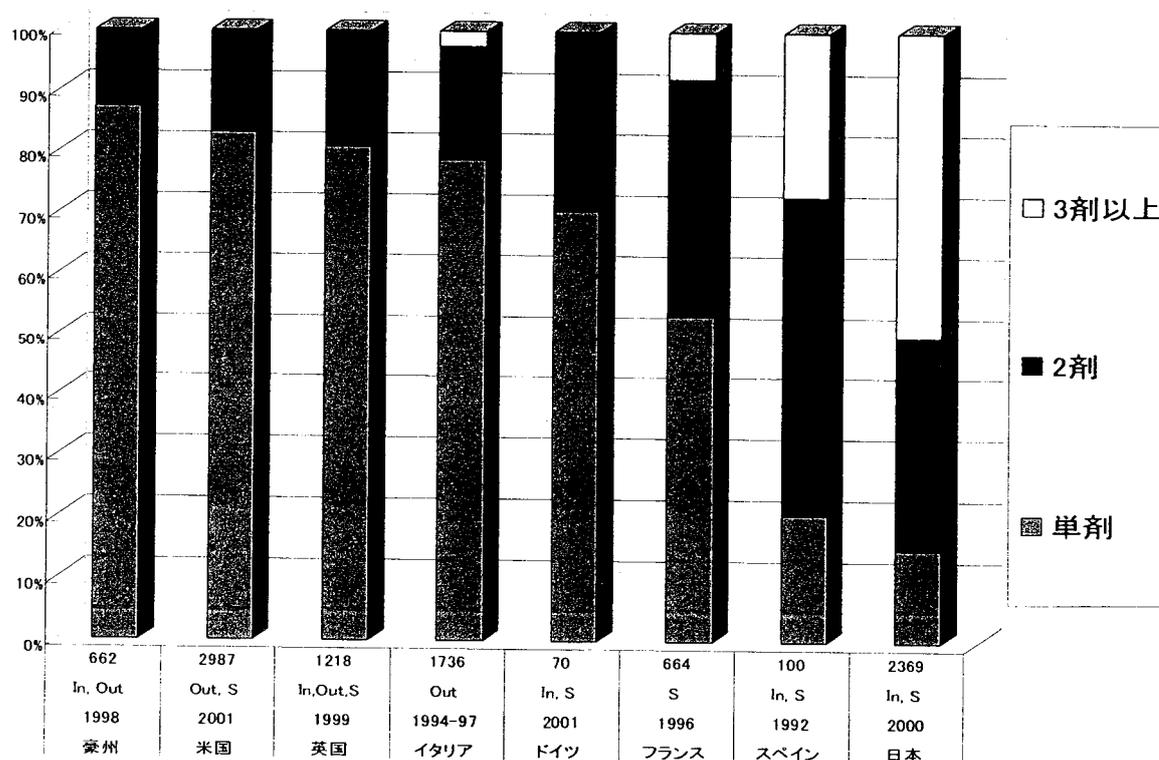
医療計画に医療連携体制を明示

都道府県は、医療計画に、4疾病(がん対策、脳卒中对策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策)及び5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)の医療体制それぞれについて、必要な医療機能(目標、求められる体制等)及び担う医療機関・施設の具体的名称を記載し、住民にわかりやすく公表する。



その他精神医療の質の向上に関わる 事項について

抗精神病薬処方調査における欧米と日本の比較



稲垣中, 臨床精神薬理, 6(4):391-401, 2003 を改変
 欧米のデータ中、1つの国のデータが複数ある場合は実施年が新しい報告を採用してグラフ化表示
 文献には3剂、4剂以上と分類されているが、これらを3剂以上としてまとめて表示

精神科病院における医療関係従事者数

(単位:人)

	平成11年	平成14年	平成17年
看護師	36, 224	38, 252	42, 265
准看護師	39, 622	39, 132	37, 090
看護業務補助者	24, 901	26, 194	28, 336
作業療法士	1, 898	2, 771	3, 519
精神保健福祉士	962	2, 260	3, 912

※平成14年、17年の数値は常勤換算したもの

資料:病院報告

65

精神科医療従事者数の国際比較

	精神病床 人口万対	精神科医師		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	8.0	35.5	59.0	4.8	5.0	56.8
アメリカ	9.5	10.5	9.0	6.3	15.1	33.6	2.8
イギリス	5.8	11.0	5.3	104.0	0.6	58.0	1.0
イタリア	1.7	9.0	1.9	26.0	0.7	2.7	6.3
カナダ	19.3	12.0	16.1	44.0	4.4	-	-
ドイツ	7.6	7.3	10.4	52.0	1.5	-	-
フランス	12.1	20.0	6.0	-	-	-	-
ロシア	11.8	11.0	10.7	54	2.2	0.6	196.7

資料:Atlas country profiles on mental health resources, WHO, 2001

66

精神保健医療体系の 再構築に関する論点(案)

相談体制に関する主な論点(案)

- ◎ 精神疾患への早期対応と精神障害者の地域生活への移行の推進の観点から、今後の精神保健分野における相談体制のあり方についてどのように考えるか。
- 行政機関(精神保健福祉センター、保健所、市町村)と医療機関(精神科病院、総合病院精神科、診療所)の相談体制における役割について
- 精神保健福祉センター、保健所、市町村の相談機能とその分担について
- 障害者自立支援法をはじめとした精神障害者福祉に係る相談体制と、精神保健に係る相談体制の関係について

入院医療に関する主な論点(案)

- ◎ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、今後の精神病床の機能分化のあり方についてどのように考えるか。
 - 病期(急性期、回復期、療養期)に応じた入院機能のあり方と機能分化の推進について
 - 疾患(統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等)に応じた入院機能のあり方と機能分化の推進について
 - 病床機能分化の推進のための方策について
- ◎ 病期・疾患に応じた入院機能のあり方や、通院・在宅医療、介護・福祉等他のサービスの機能等を踏まえつつ、現在精神病床が果たしている機能をどのように評価し、人員・構造等の基準、機能毎の必要量、病床の機能強化のための方策など、今後の精神病床のあり方についてどのように考えるか。

通院・在宅医療に関する主な論点(案)

- ◎ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の方向性を踏まえ、今後の通院・在宅医療のあり方についてどのように考えるか。
 - 精神科デイ・ケア等の患者の症状やニーズに応じた機能強化・分化について
 - 精神科訪問看護の更なる普及等、在宅医療の充実について
 - 病状や必要な支援の内容等利用者の実態を踏まえた福祉サービスとの役割分担のあり方について

医療体制・連携についての主な論点(案)

- ◎ 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どのように考えるか。
 - 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
 - 緊急時の対応も含め、精神症状が持続的に不安定な患者に地域生活の選択肢を確保できるようなサービスのあり方について
- ◎ 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どのように考えるか。

精神医療の質の向上に関する主な論点(案)

- ◎ 以下の事項をはじめとして、精神医療の質の向上のための今後の取組についてどのように考えるか。
 - 薬物療法について
 - 精神医療に関わる人材の確保について
 - その他