

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 (第3回)

議 事 次 第

1. 日時 平成20年5月29日(木) 14:00~16:30
2. 場所 厚生労働省 省議室
千代田区霞が関1-2-2
中央合同庁舎5号館 9階
3. 議事
 - ① 精神保健医療体系について
 - ② 精神疾患に関する理解の深化について
 - ③ その他

【配付資料】

- 議事次第
- 座席表

- 資料1 精神保健医療体系の現状
- 資料2 精神保健医療体系の再構築に関する論点(案)
- 資料3 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)の現状と論点(案)
- 資料4 精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況(抜粋)
- 資料5 上ノ山構成員提出資料
- 資料6 長尾構成員提出資料

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
- 2 精神保健医療福祉の現状(第1回検討会 資料3)

精神保健医療体系の現状

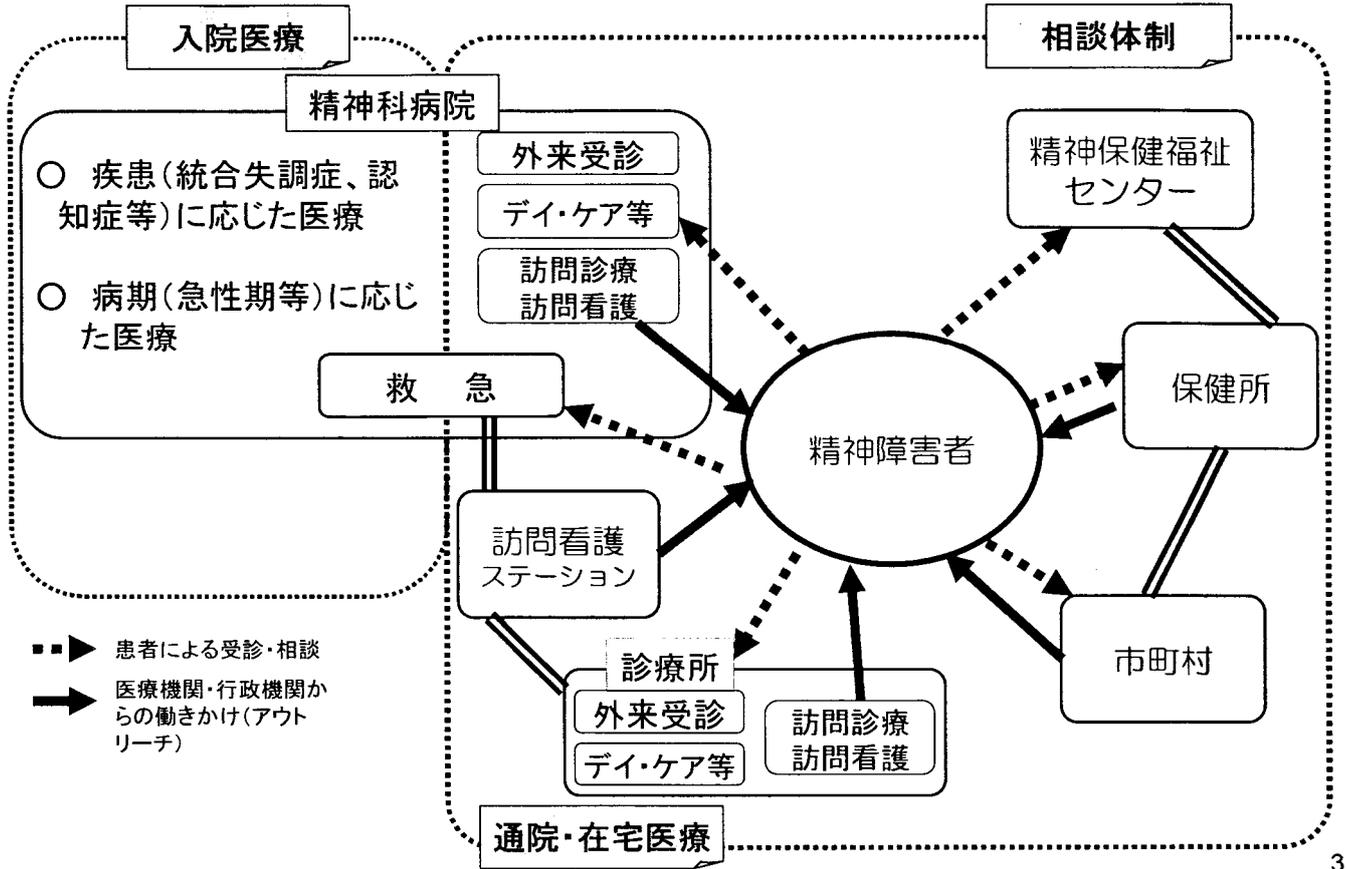
1

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

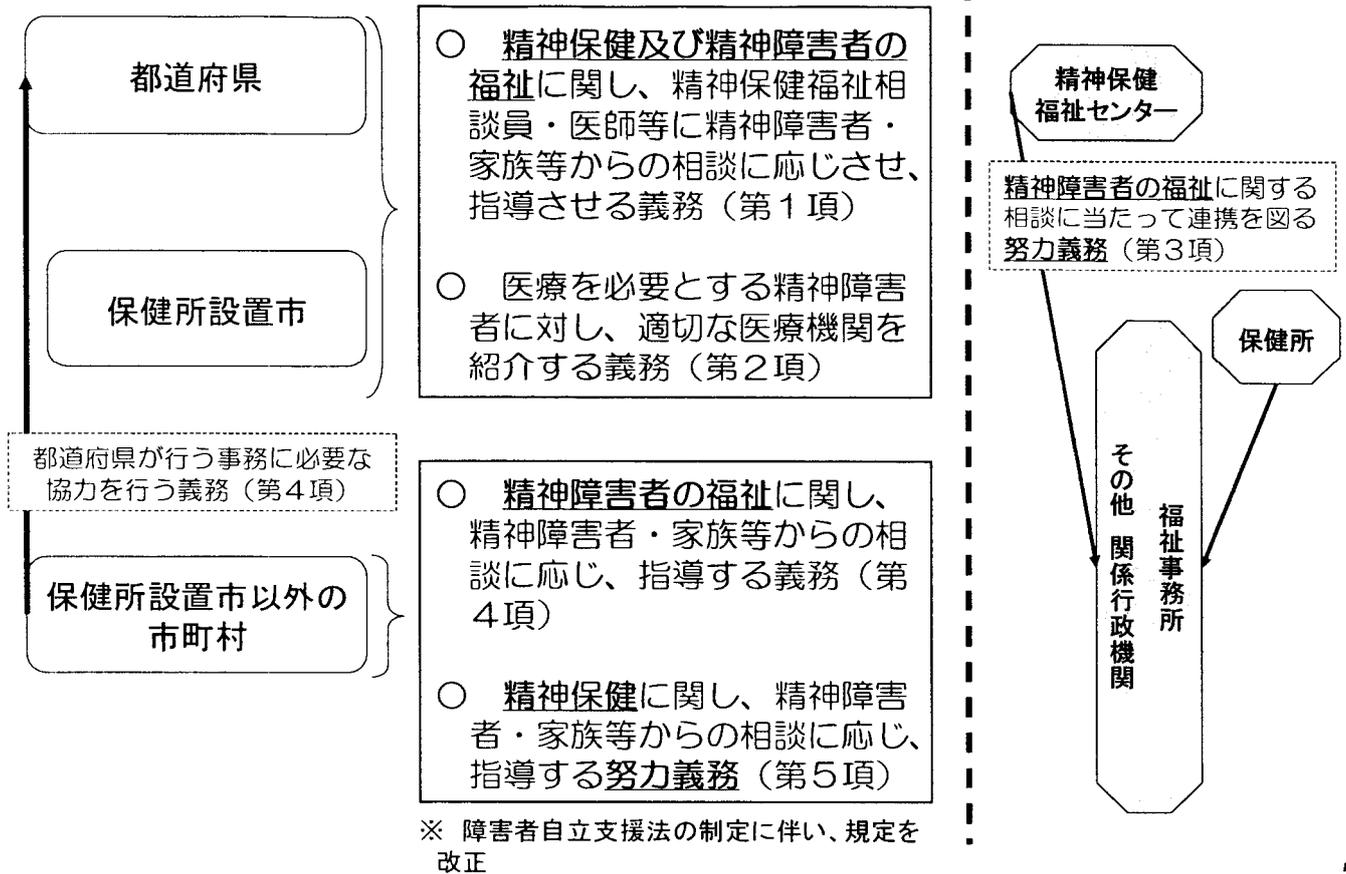
精神障害者を支える保健医療体制



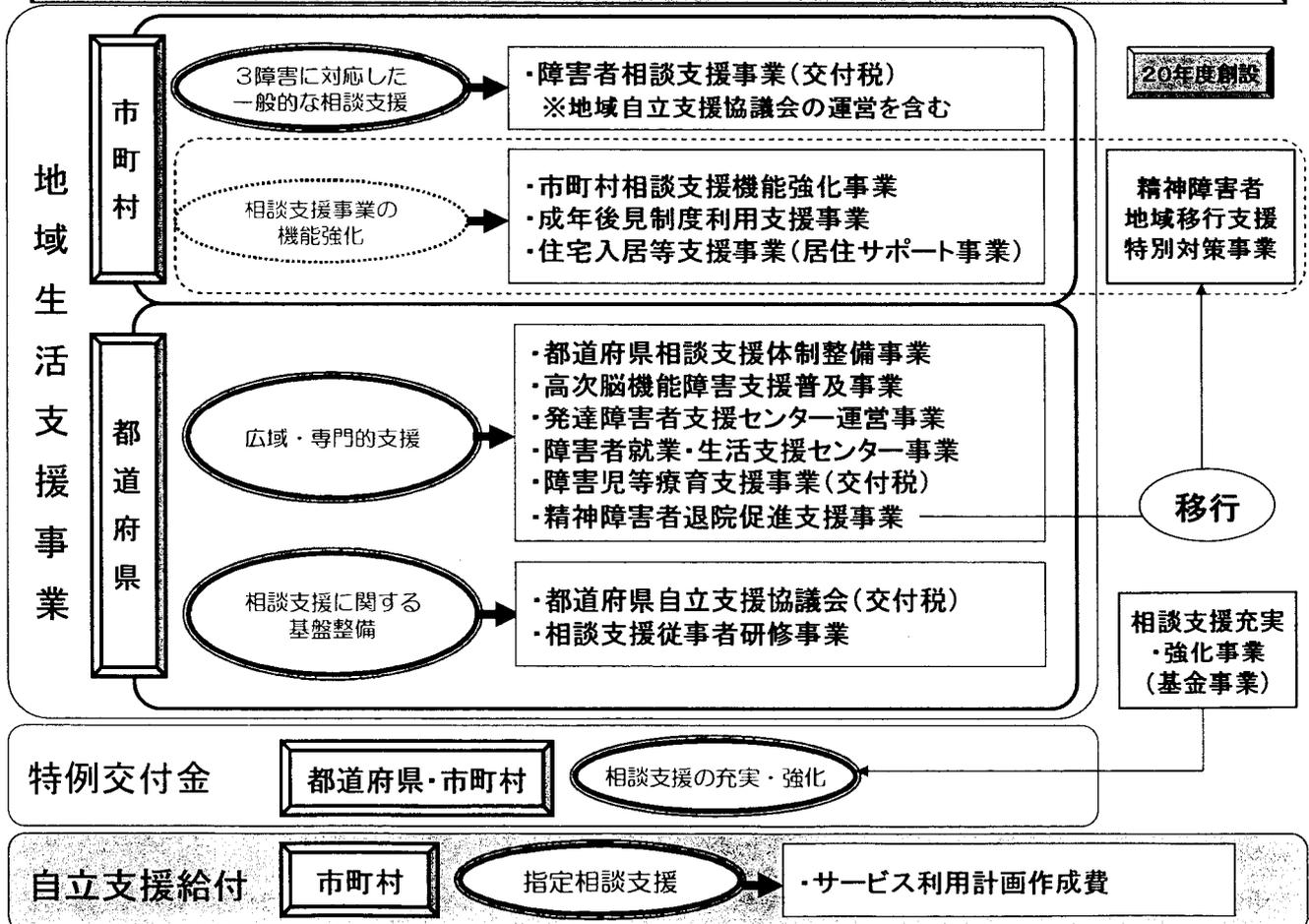
3

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所をいう。）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）

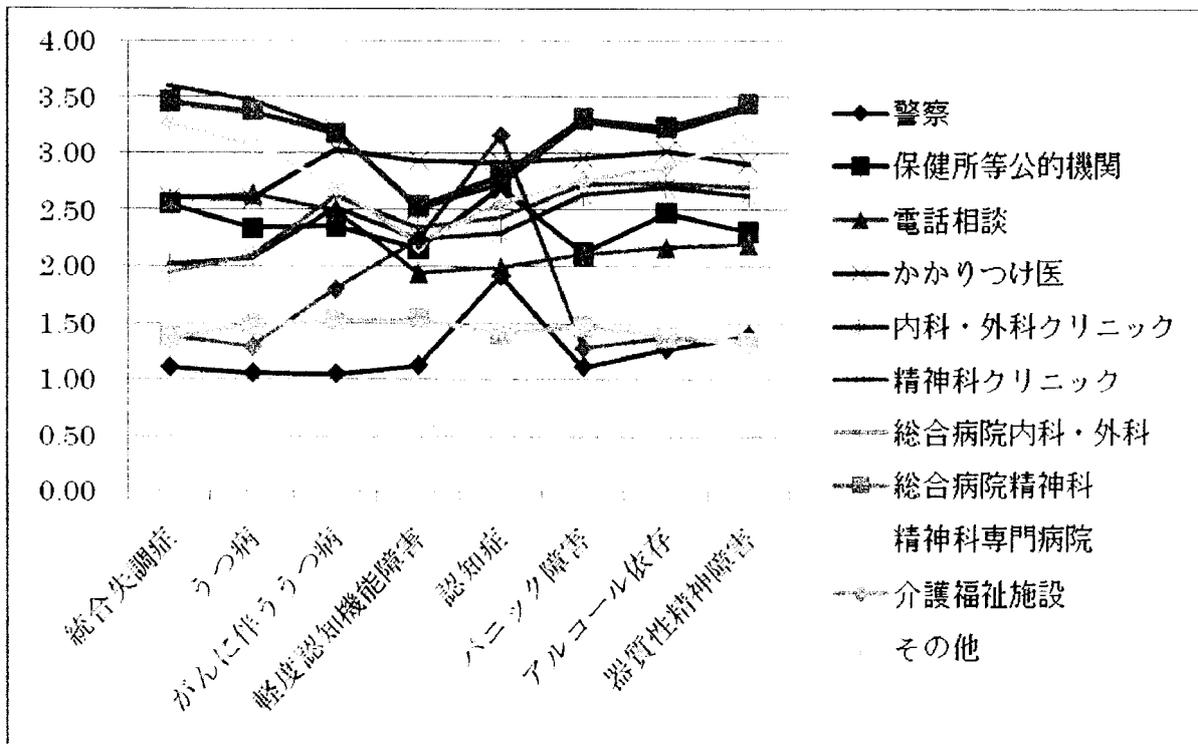
2・3（略）

（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。

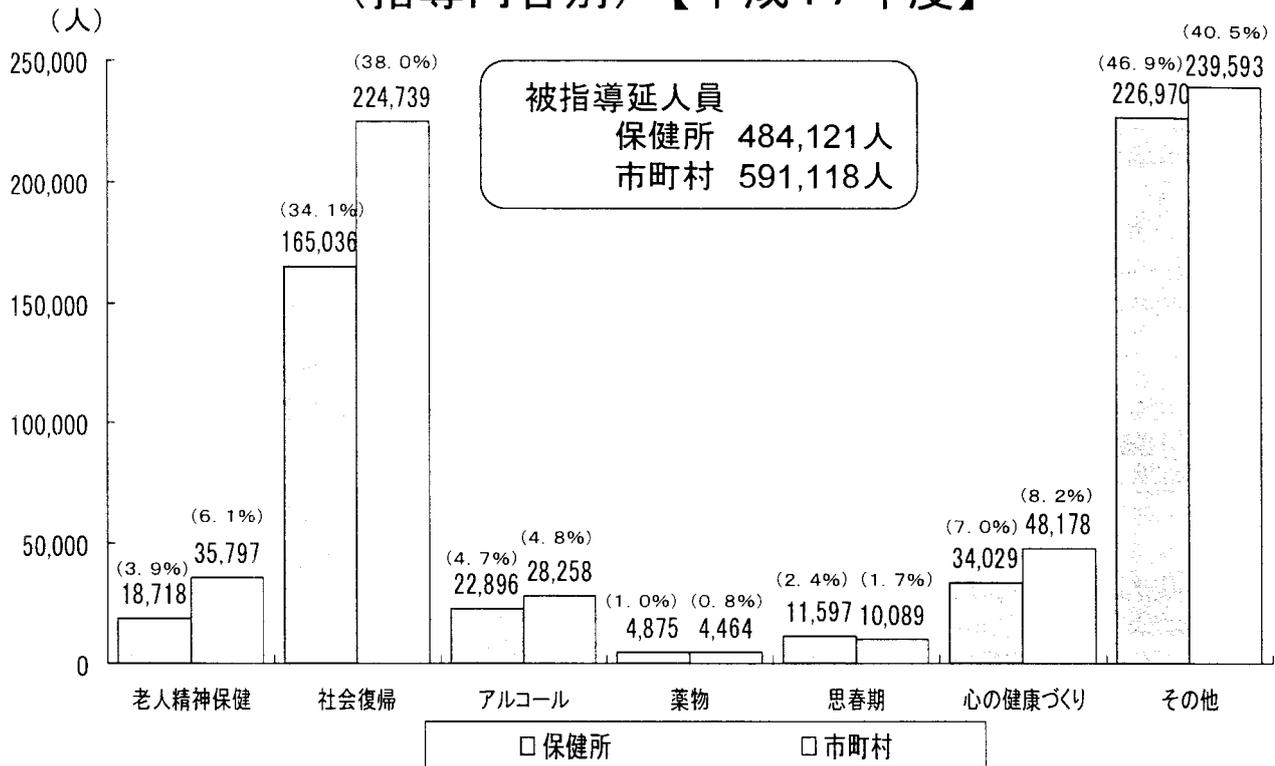
2（略）

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

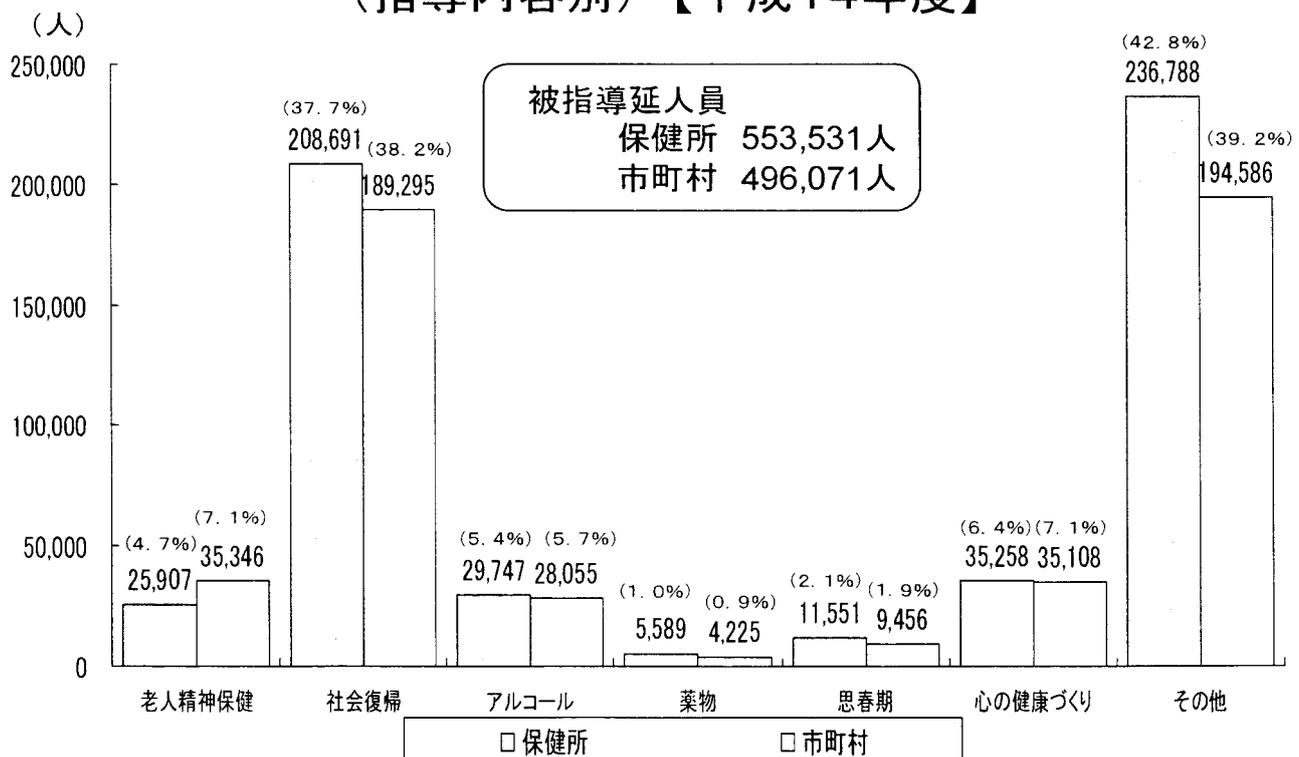
保健所・市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員 (指導内容別)【平成17年度】



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

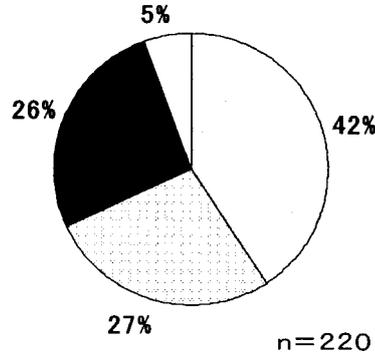
保健所が市町村から受ける相談の内容 (複数回答あり)

- 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

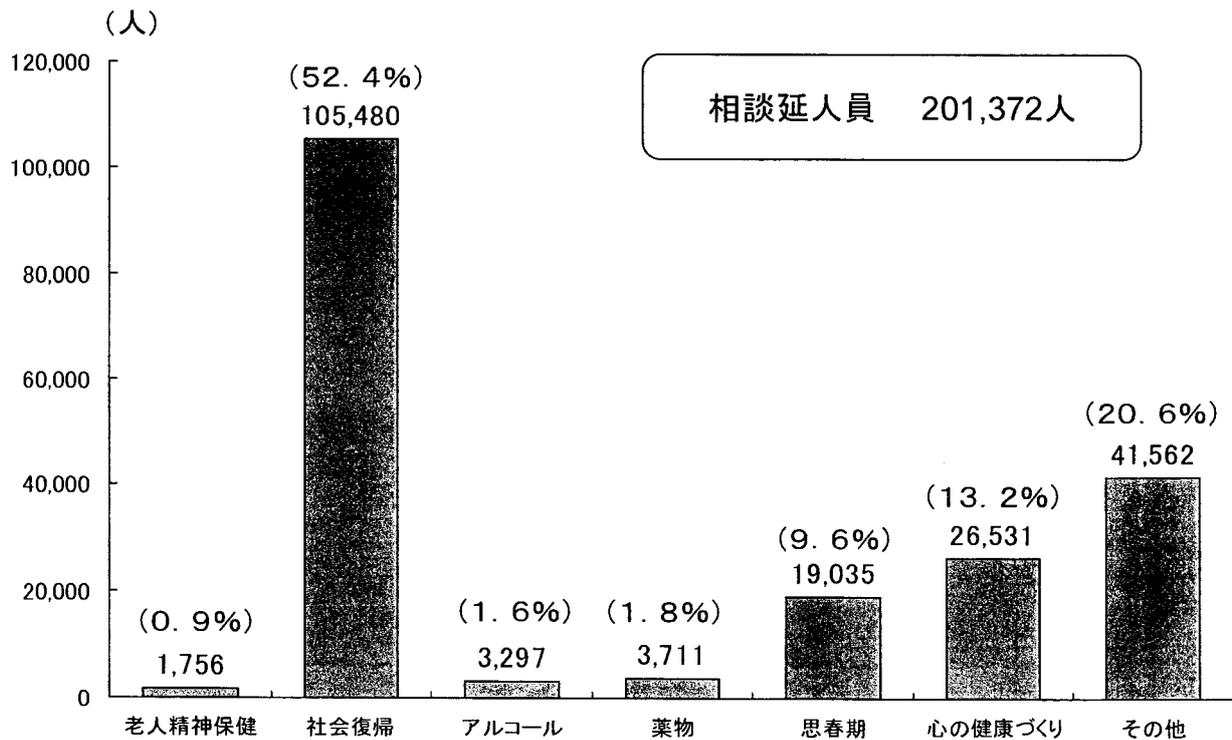


※ 最近3か月で遭遇した困難・多問題事例について、記述を求めたもの。

- 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

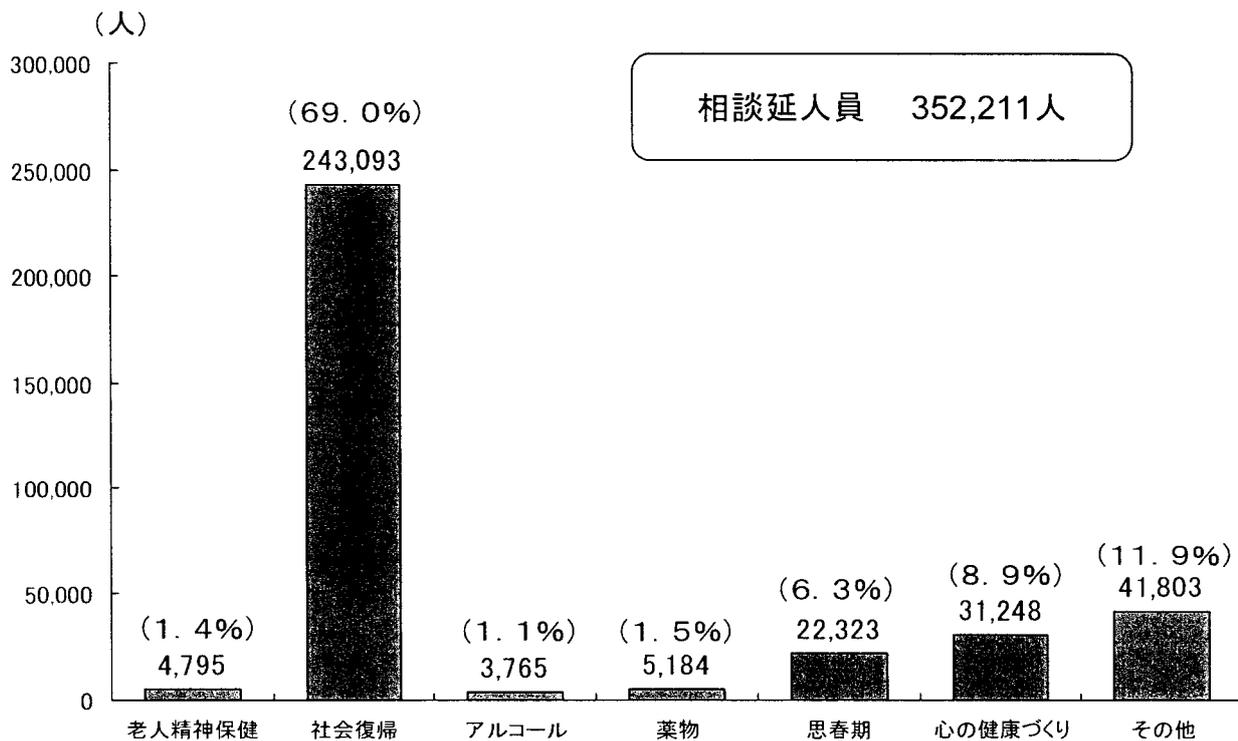
平成19年度厚生労働科学研究
障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究
障害者自立支援法と精神保健福祉活動への取組実態調査
分担研究者 坪倉繁美

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

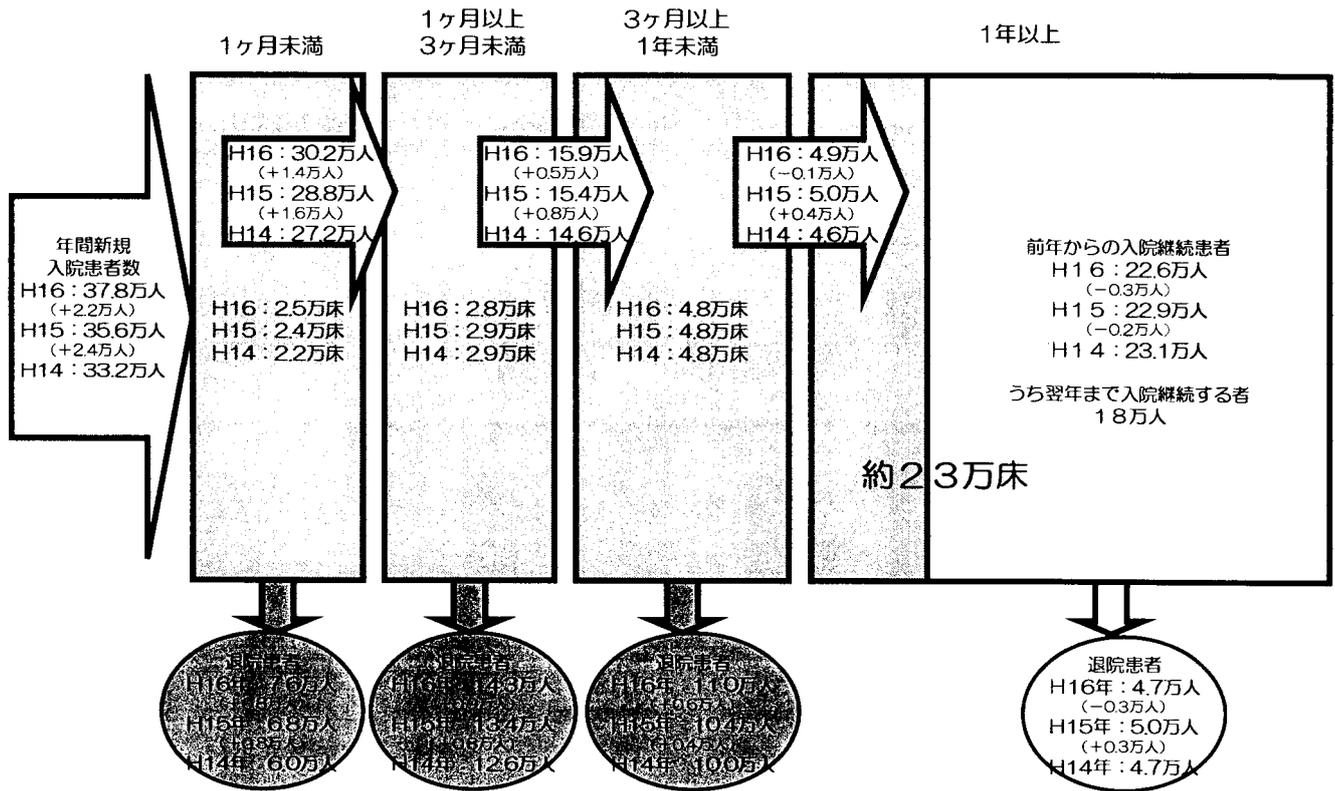
精神保健福祉センターにおける相談延人員(相談種別) 【平成14年度】



出典：平成14年度 衛生行政報告例

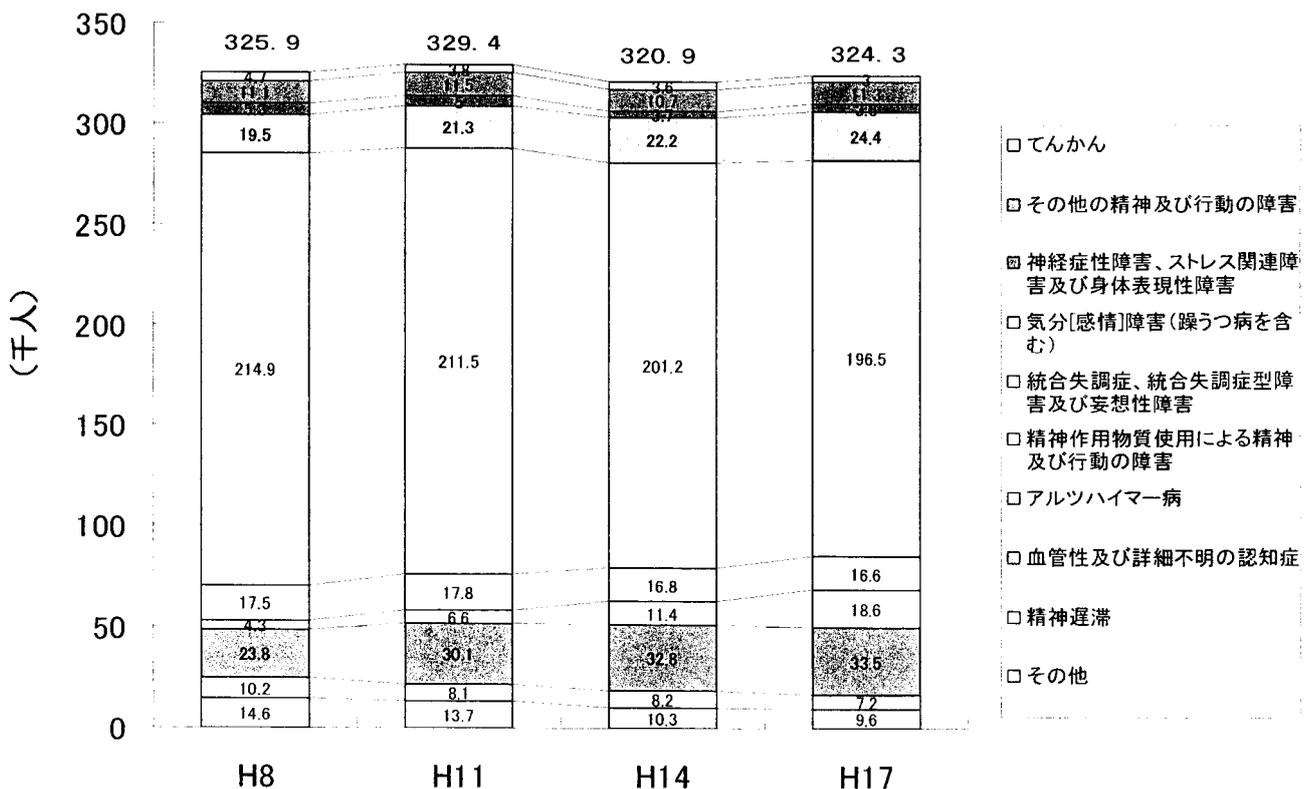
入院医療について

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である。資料: 精神・障害保健課調

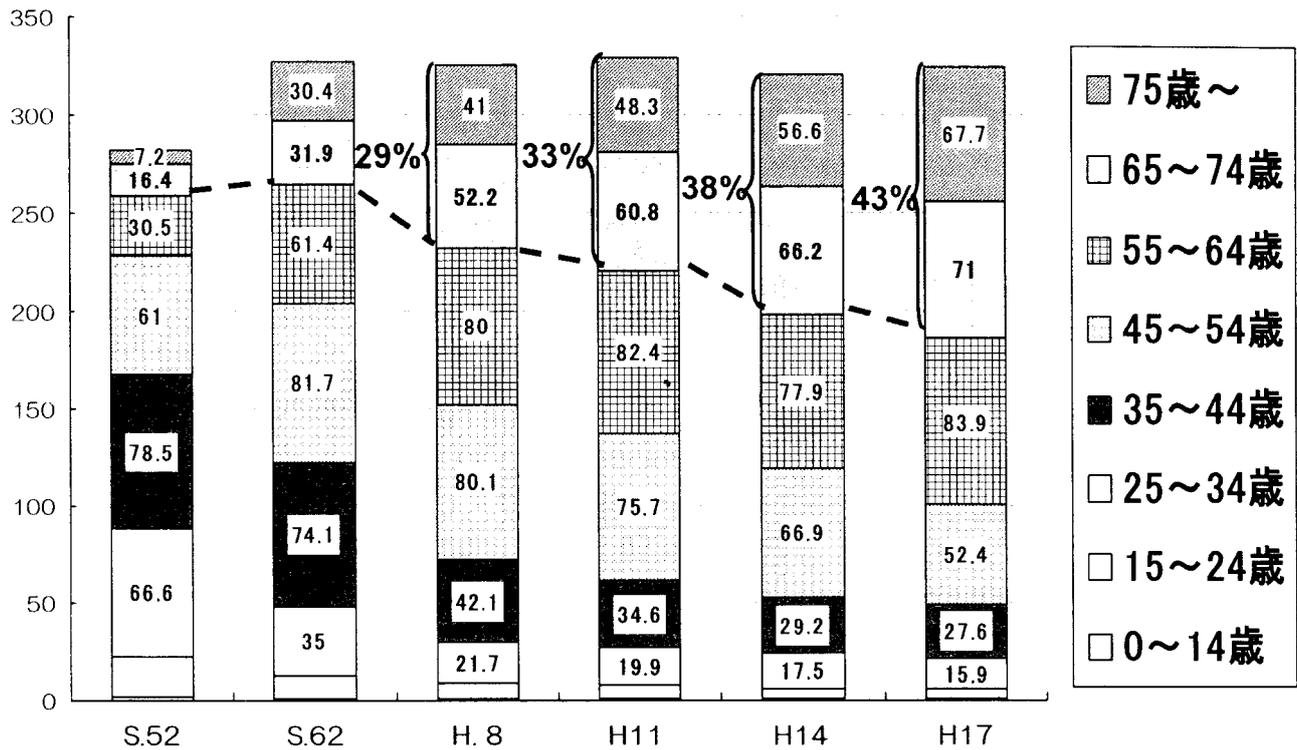
精神病床入院患者の傷病別内訳



資料: 患者調査

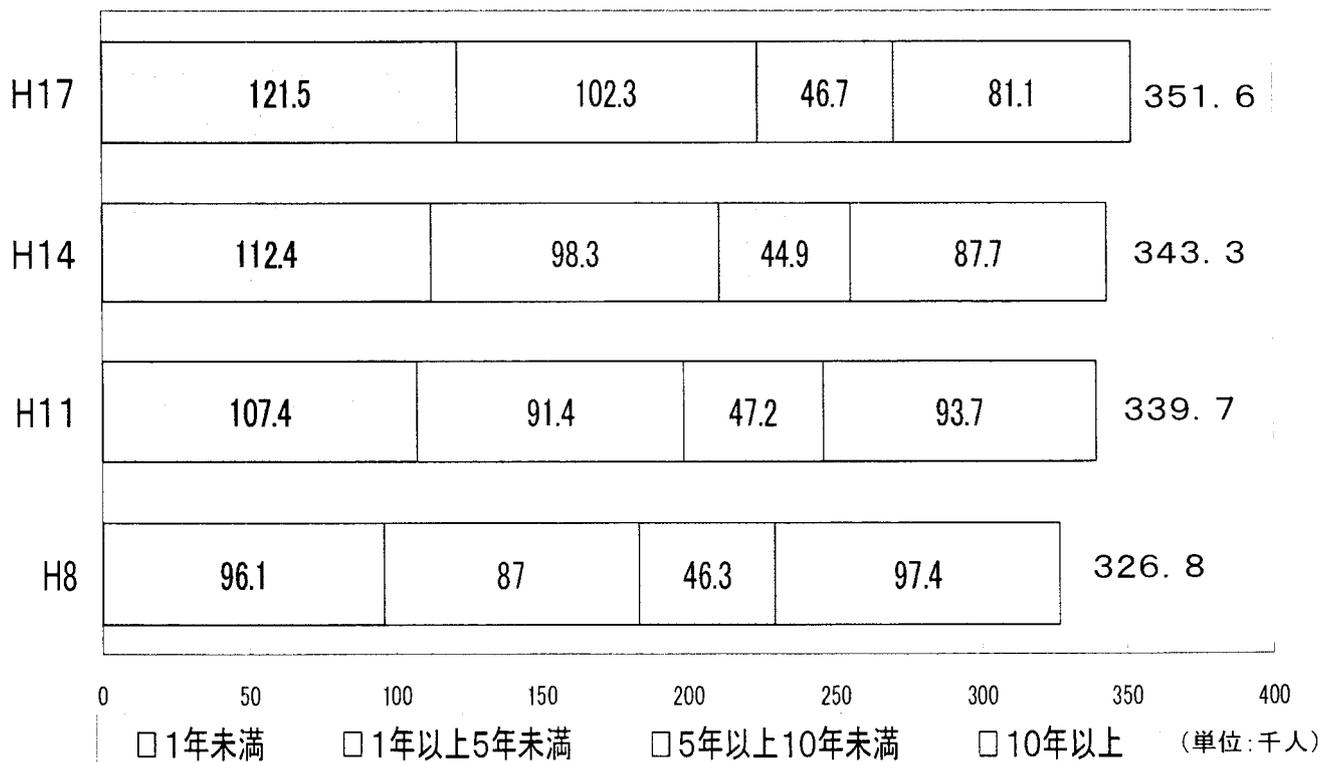
精神病床入院患者の年齢分布

(千人)



資料：患者調査

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

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%)

総計 313.4(千人)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

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)

退院先	1年未満	1～5年	5～10年	10～20年	20年以上	計
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	計
総数	87%	8%	2%	1%	1%	

(退院先)

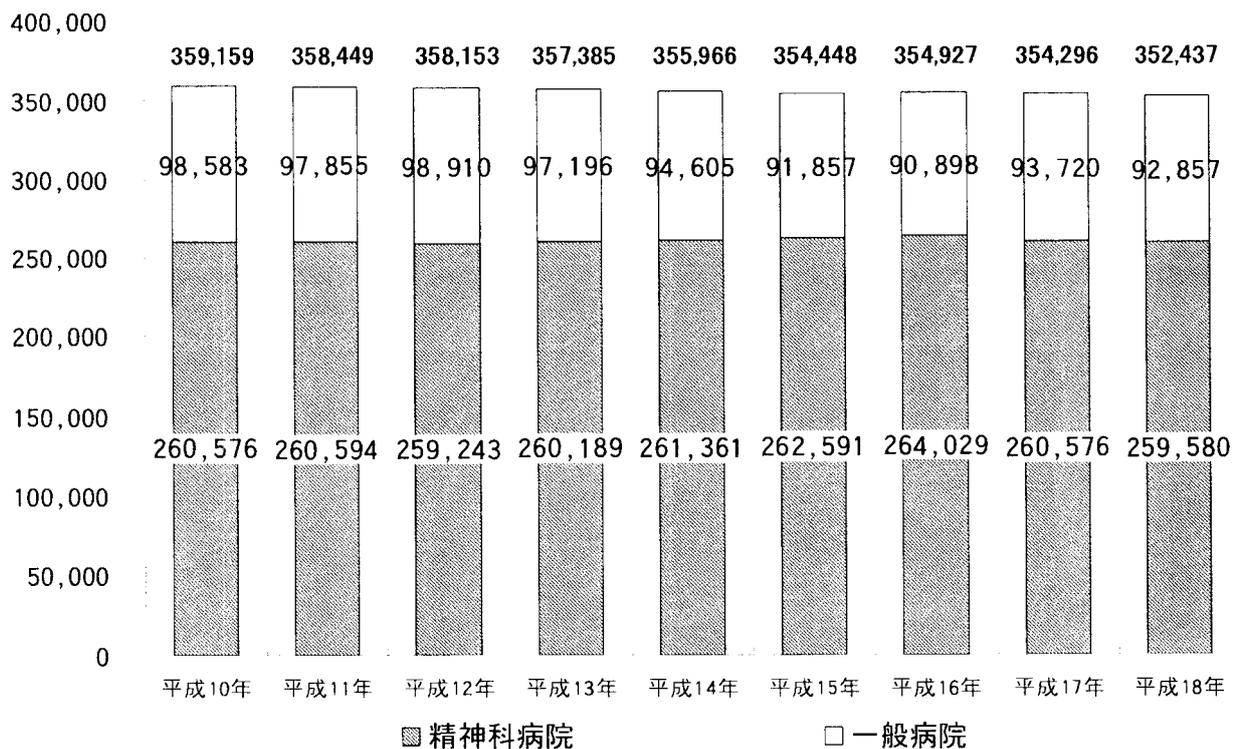
退院先	1年未満	1～5年	5～10年	10～20年	20年以上	計
家庭復帰等	76%	32%	22%	18%	8%	
社会復帰施設等	8%	15%	12%	12%	10%	
転院	13%	37%	47%	54%	62%	
死亡	3%	15%	19%	16%	20%	

※ 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

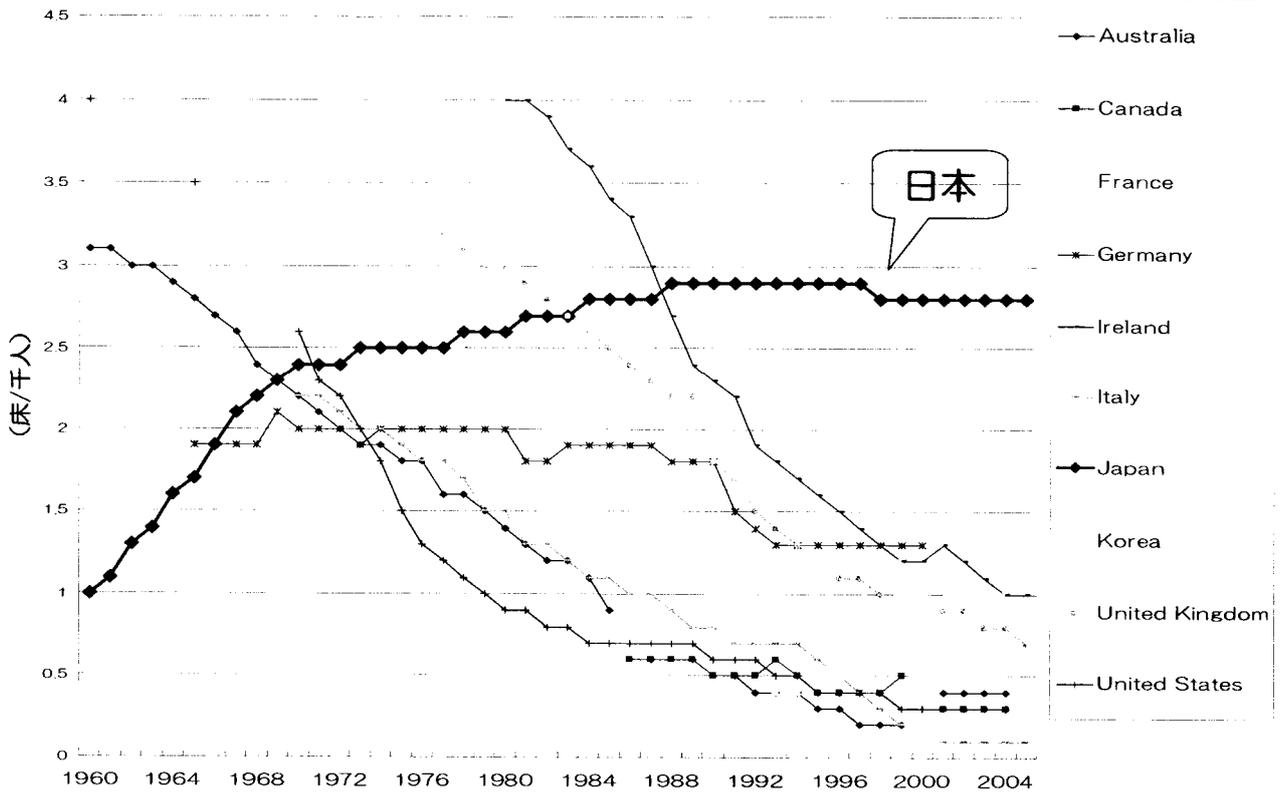
(床)



資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

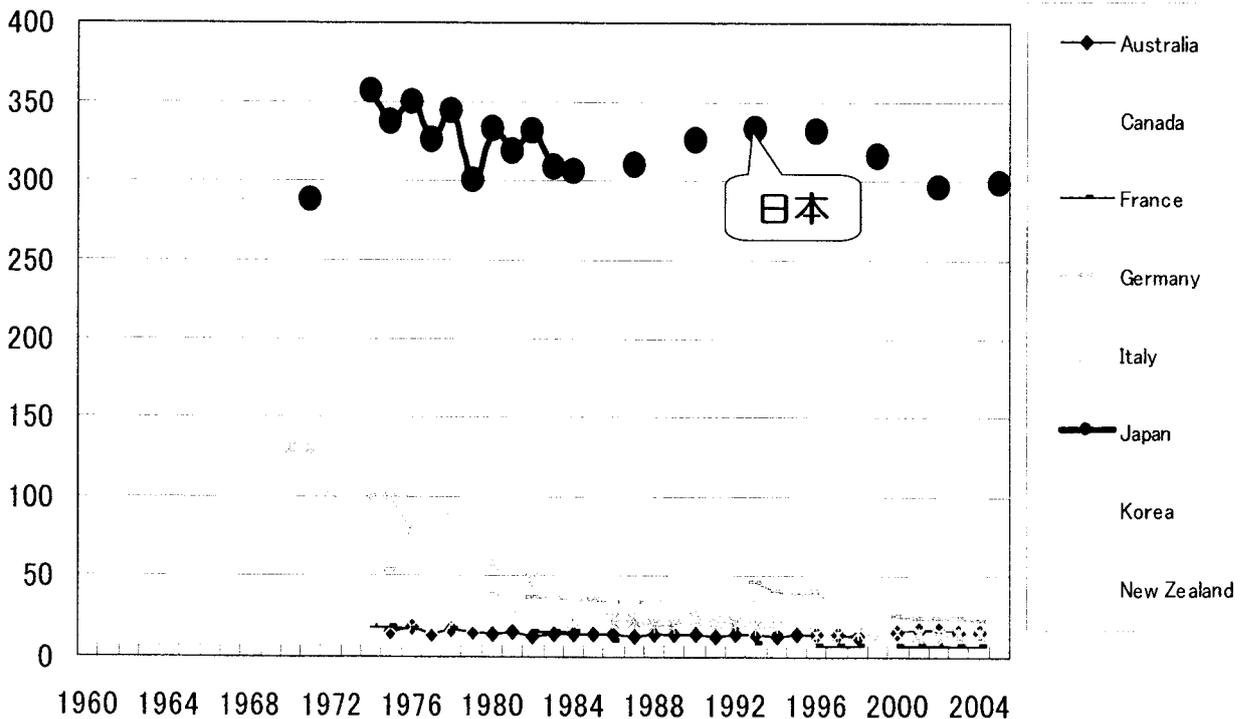
22

病床数（諸外国との比較）



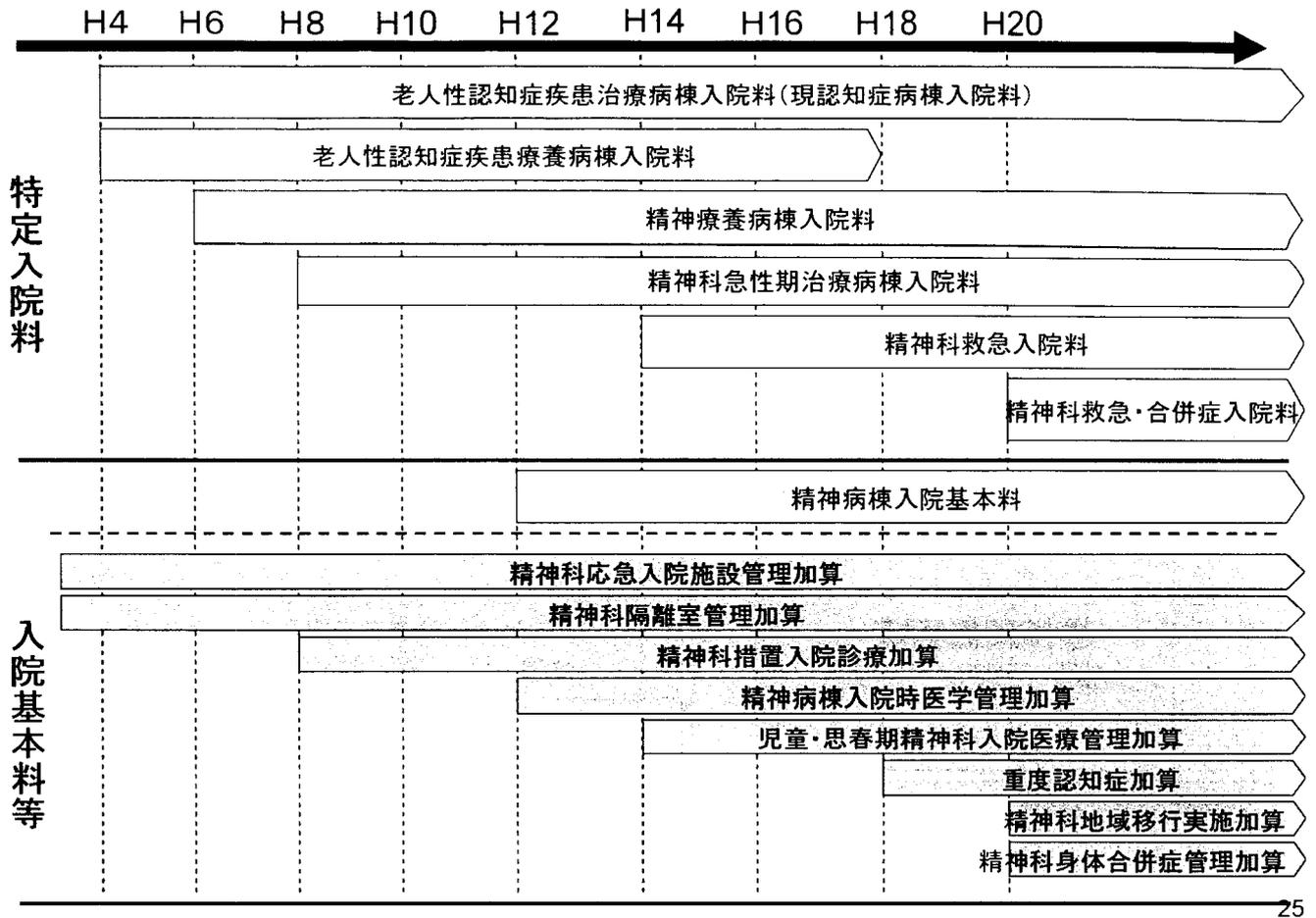
資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
 OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

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

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

18:1入院基本料 … 29,708床

特別入院基本料 … 10,231床

15:1入院基本料 … 132,669床

20:1入院基本料 … 19,525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)

精神科救急入院料 (1,481床)
精神科急性期治療病棟入院料 (8,033床)
児童・思春期精神科入院医療管理加算 (520床；注)
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)
特殊疾患療養病棟2 (12,490床；注)

121,160床；注
(注；精神病床以外も含む)

精神病棟入院基本料

(平成18年5月1日現在)

10：1 (439床)
15：1 (124,970床)
18：1 (30,392床)
20：1 (34,997床)
特別入院基本料 (18,459床)

212,724床 (中医協 調査)

特定機能病院入院基本料

(平成18年5月1日現在)

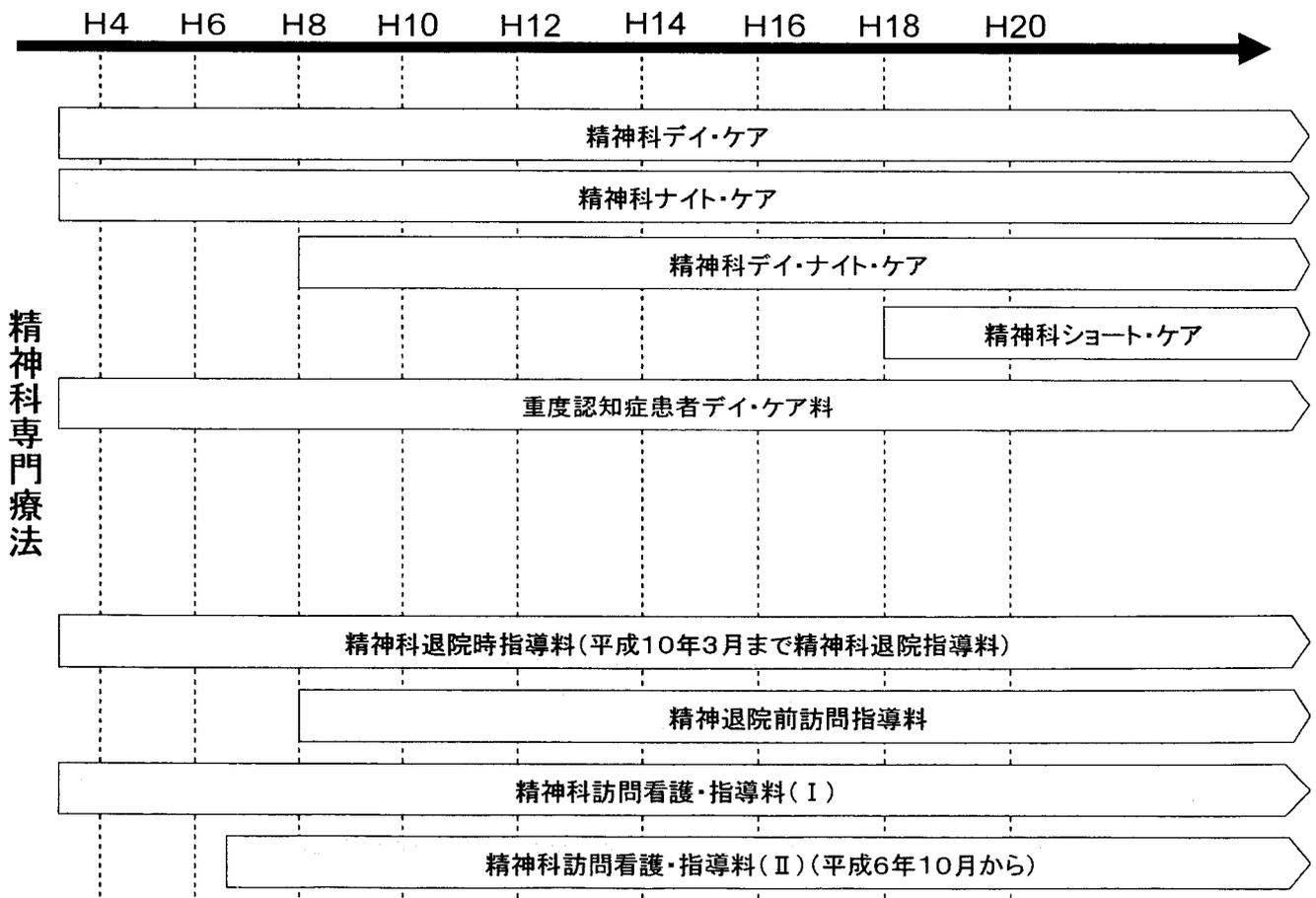
7：1 (47床)
10：1 (335床)
15：1 (3,085床)

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)

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)

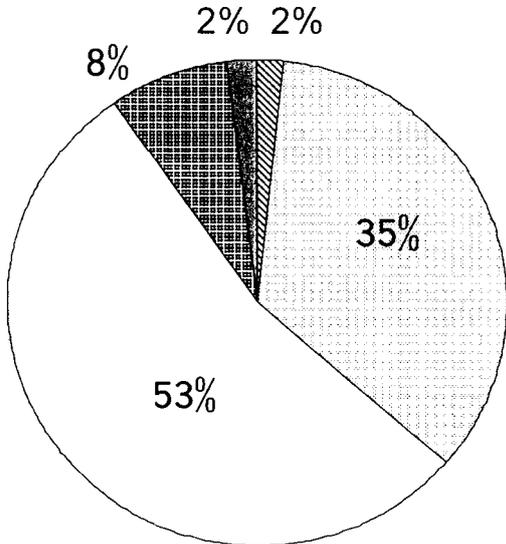
	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年
精神科デイ・ケア	49,642	52,534	54,544	58,799	62,461
精神科ナイト・ケア	2,299	2,477	2,536	2,684	2,367
精神科デイ・ナイト・ケア	7,193	8,169	7,668	8,890	9,869
老人性痴呆疾患デイ・ケア(注)	6,247	7,082	6,694	7,478	8,137
合計	65,381	70,262	71,442	77,851	82,834

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

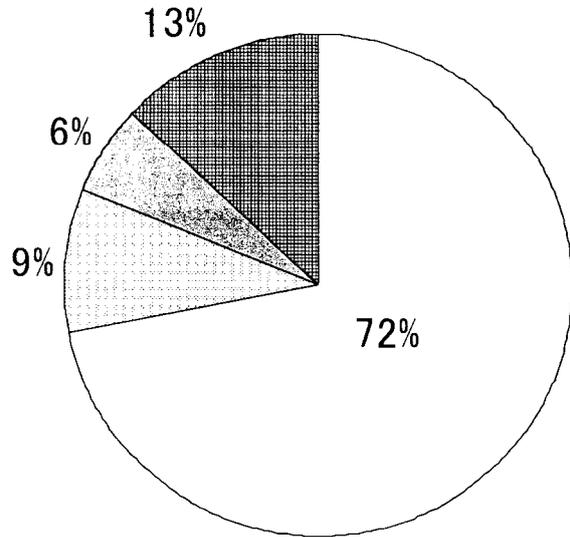
精神科デイ・ケア等の利用者数の半数以上が40～65歳



■ 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

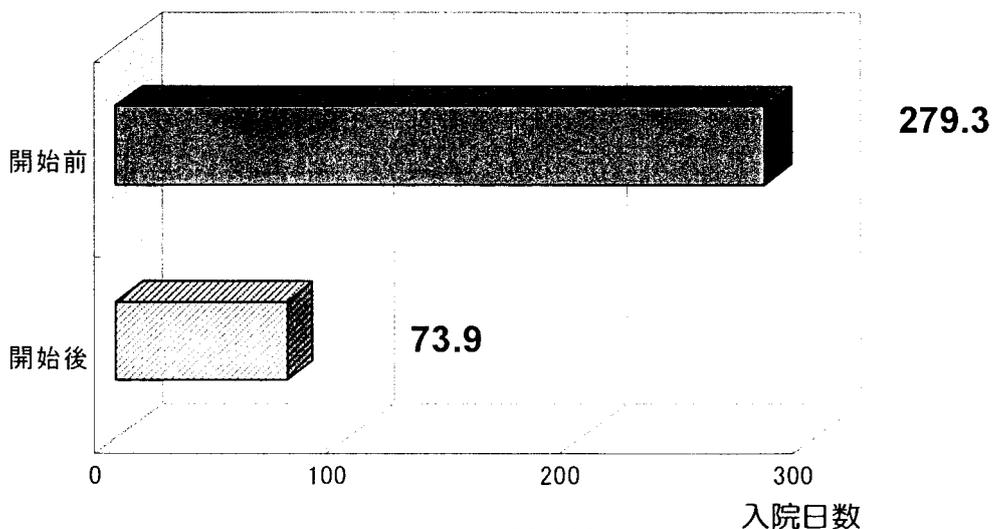


□ 統合失調症
 □ アルコール依存症
 □ 気分障害
 ■ その他

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)

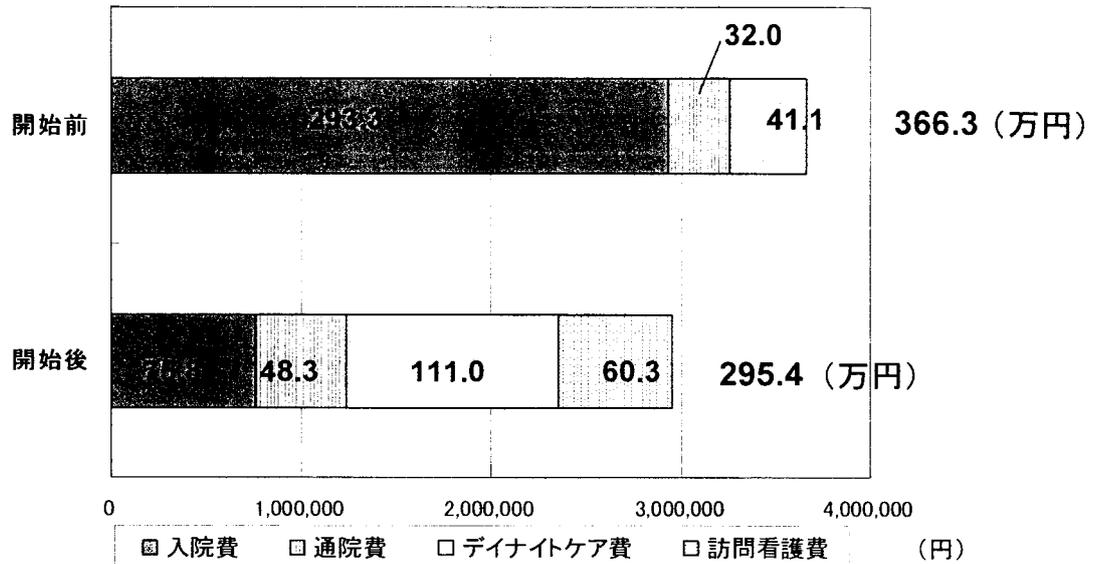


●精神科病棟への総入院日数では、訪問看護開始前2年間の平均279.3日から訪問看護開始後2年間では、74.9日へと4分の1近くに減少

(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 萱間真美 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

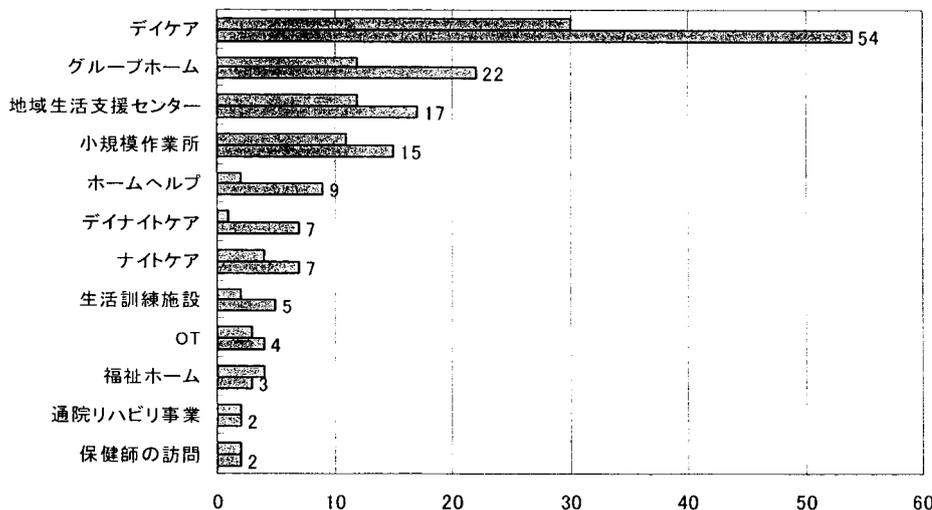
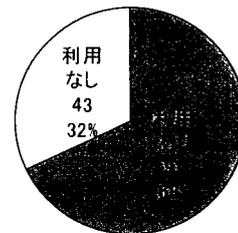
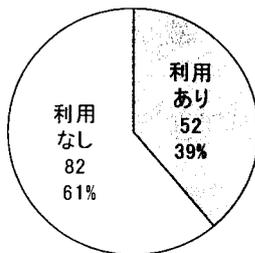
(厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 精神科看護における介入技術の明確化および評価に関する研究 主任研究者 萱間真美 平成17年3月)

35

訪問看護開始前後の社会資源の利用状況の変化

訪問看護開始前

訪問看護開始後

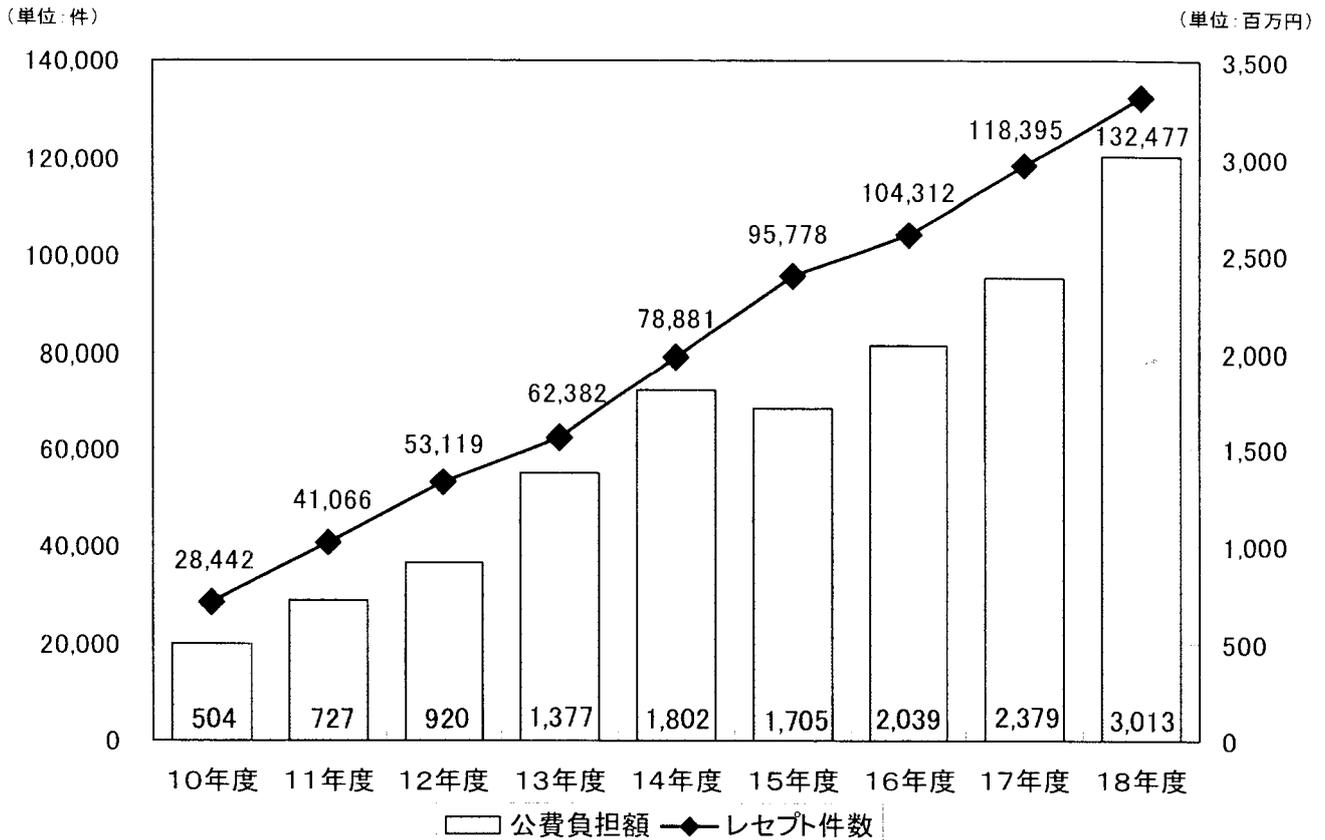


※上段が開始前
後段が開始後

(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日間）

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

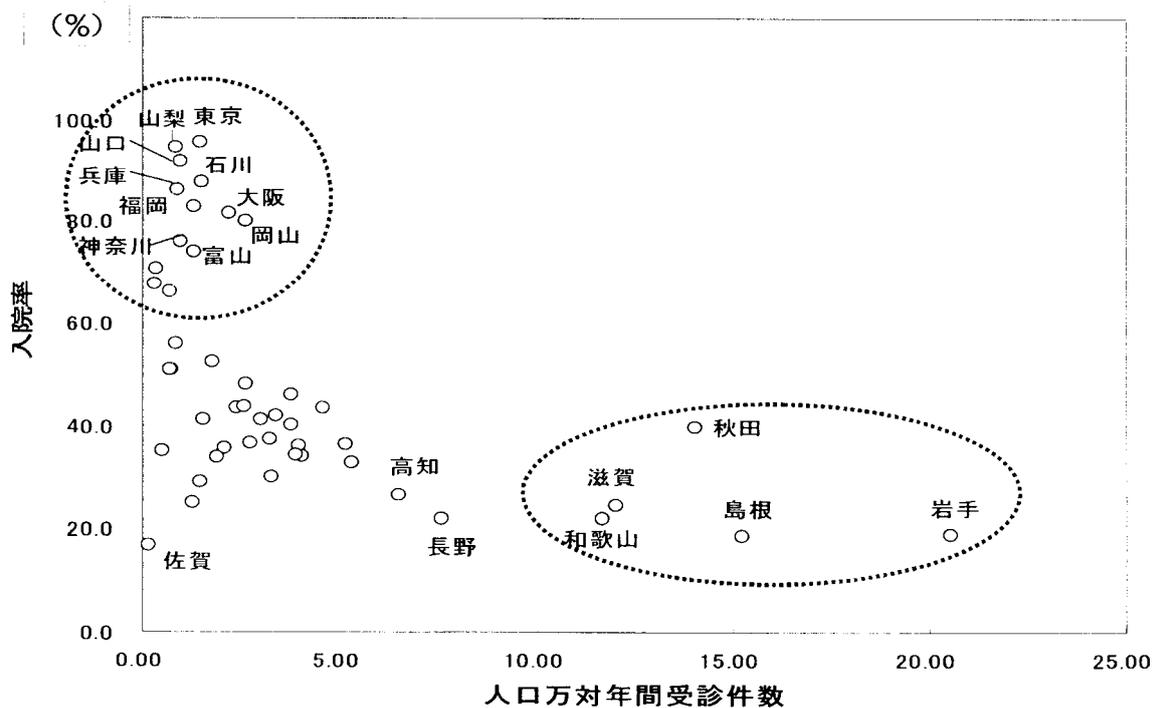
H20 精神科救急・
合併症入院料 創設

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

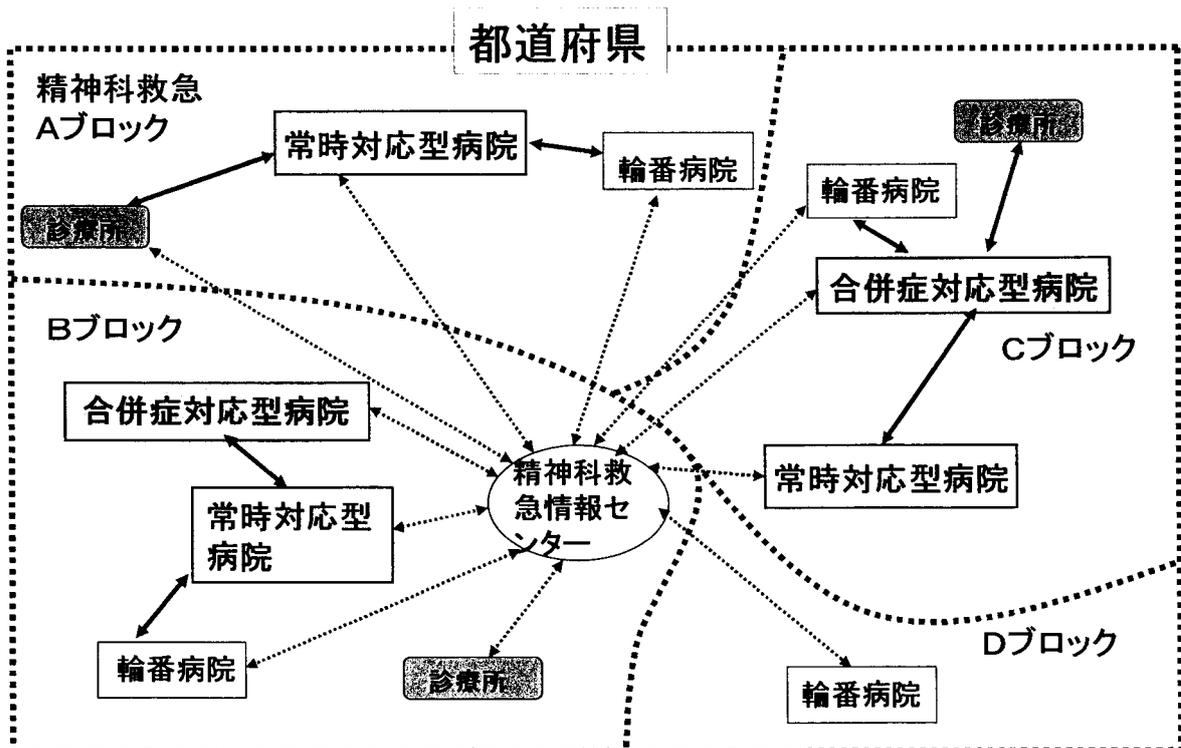
精神科救急医療施設

- ・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

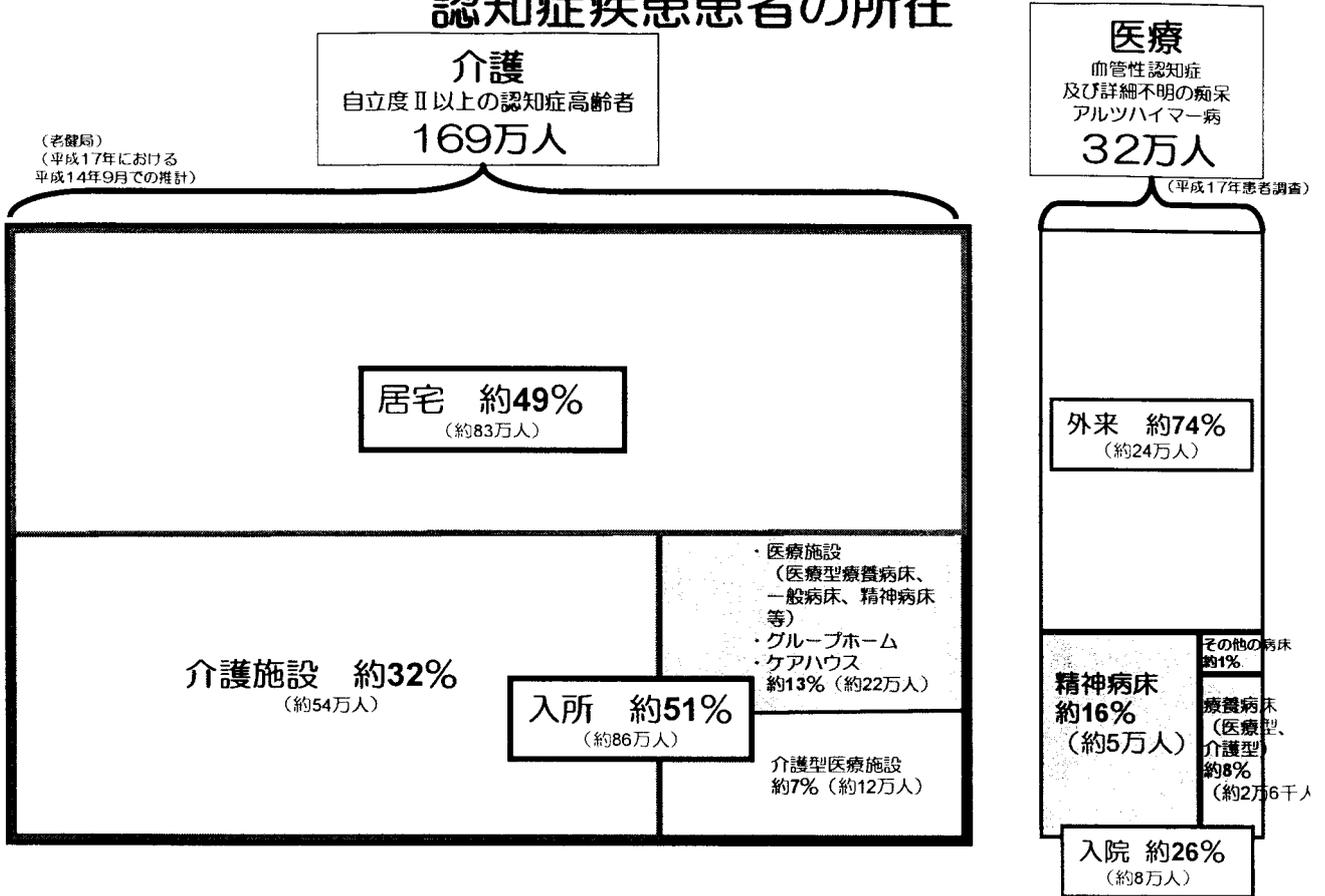
初期救急医療施設
・医師1人
・看護師1人

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）

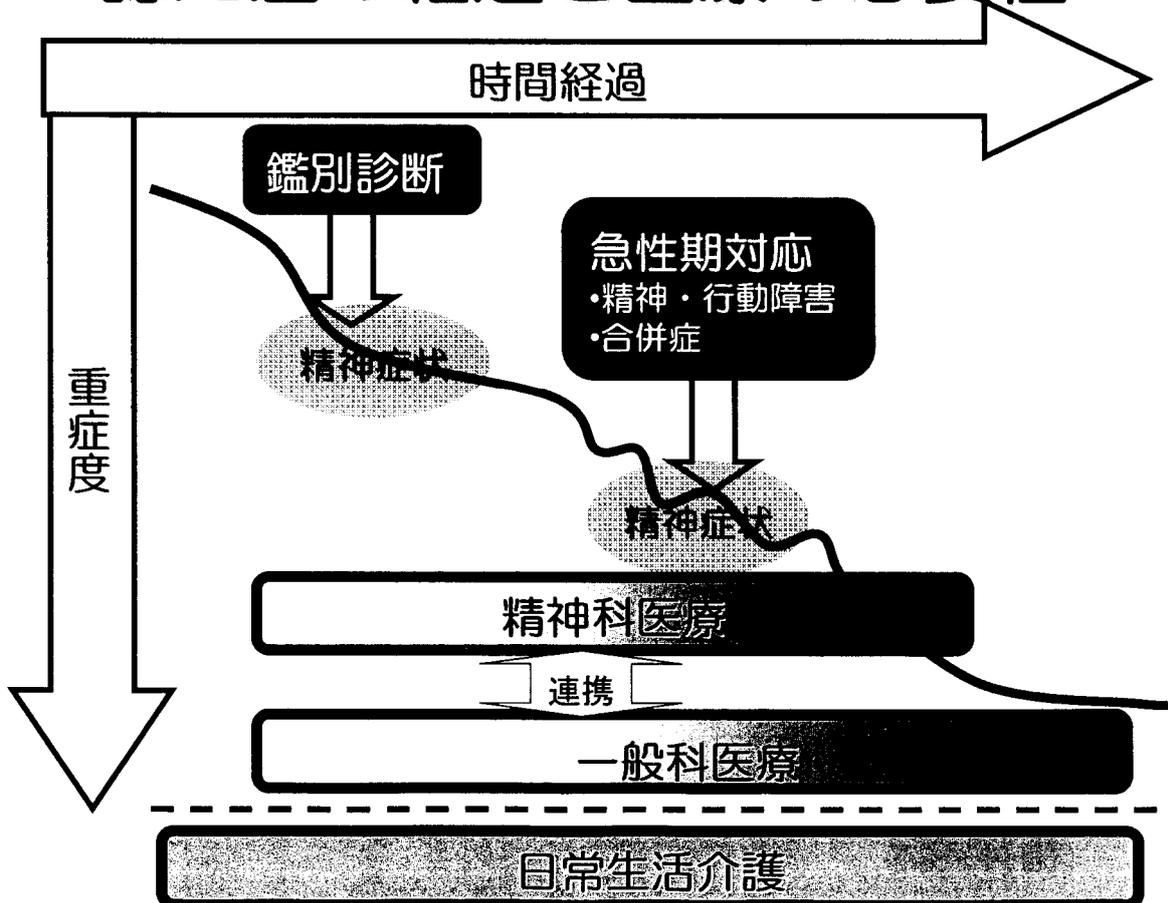


認知症疾患患者の所在

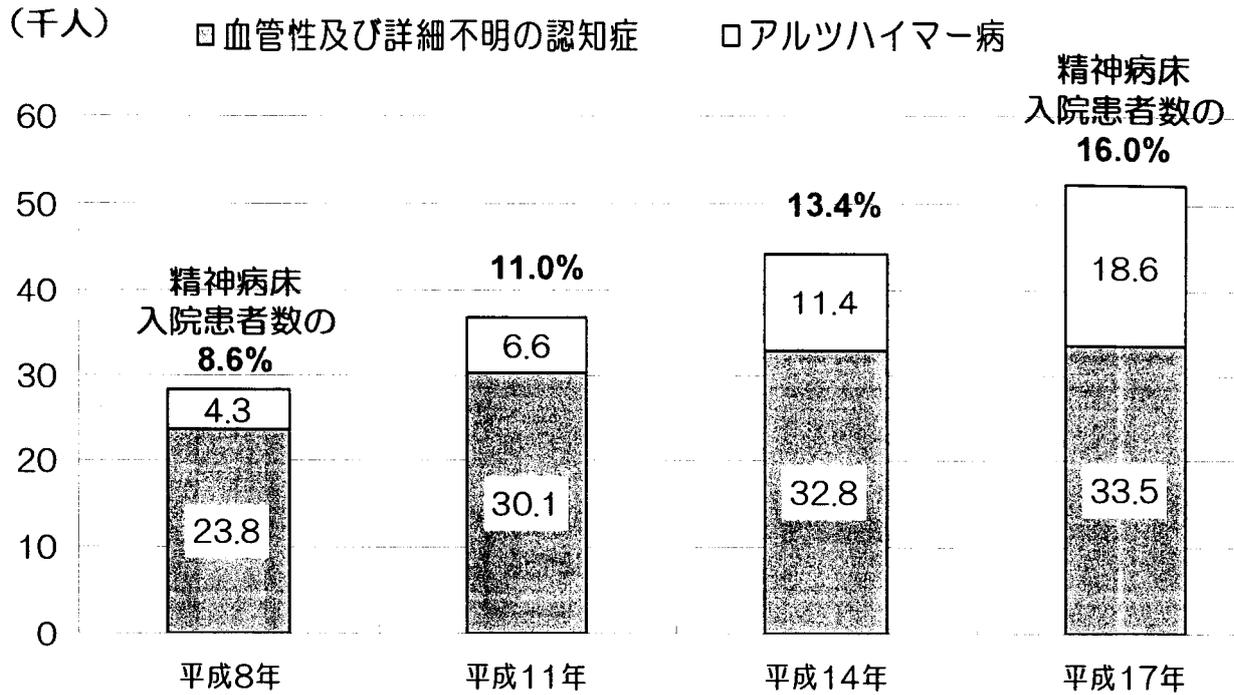


※医療施設 (医療型療養病床、介護型療養病床、一般病床、精神病床) は介護と医療で重複がある。

認知症の経過と医療の必要性



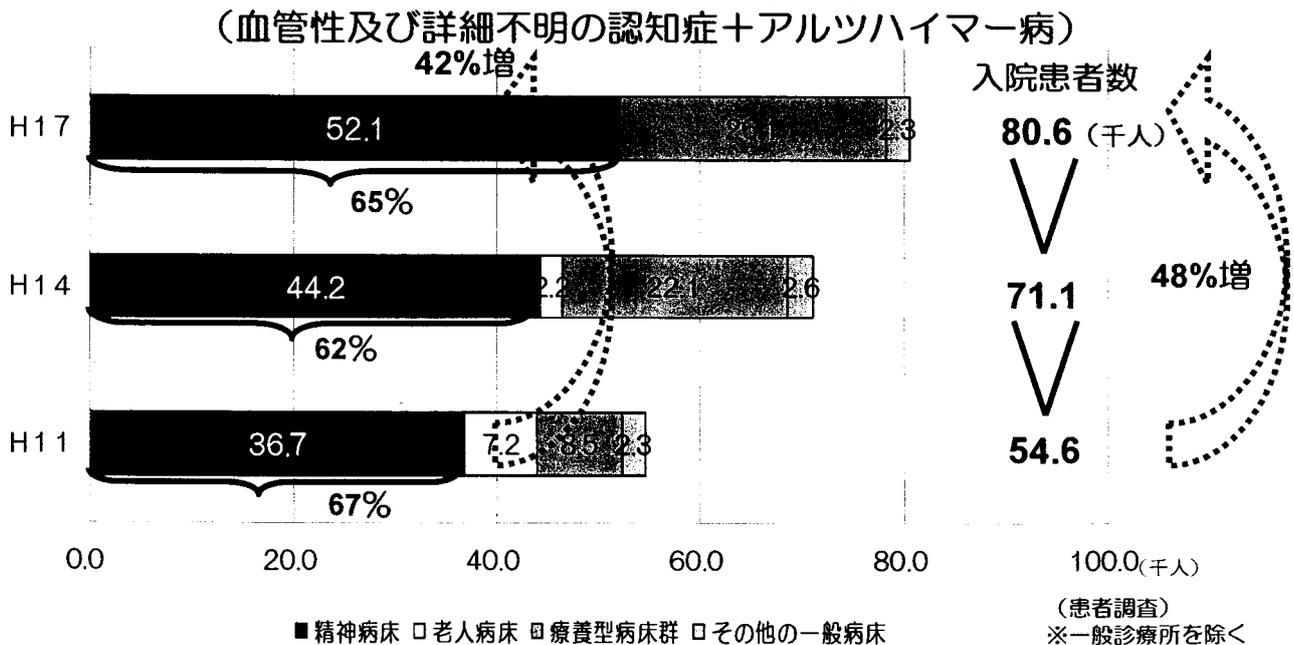
精神病床における認知症入院患者数の年次推移



資料：患者調査

47

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



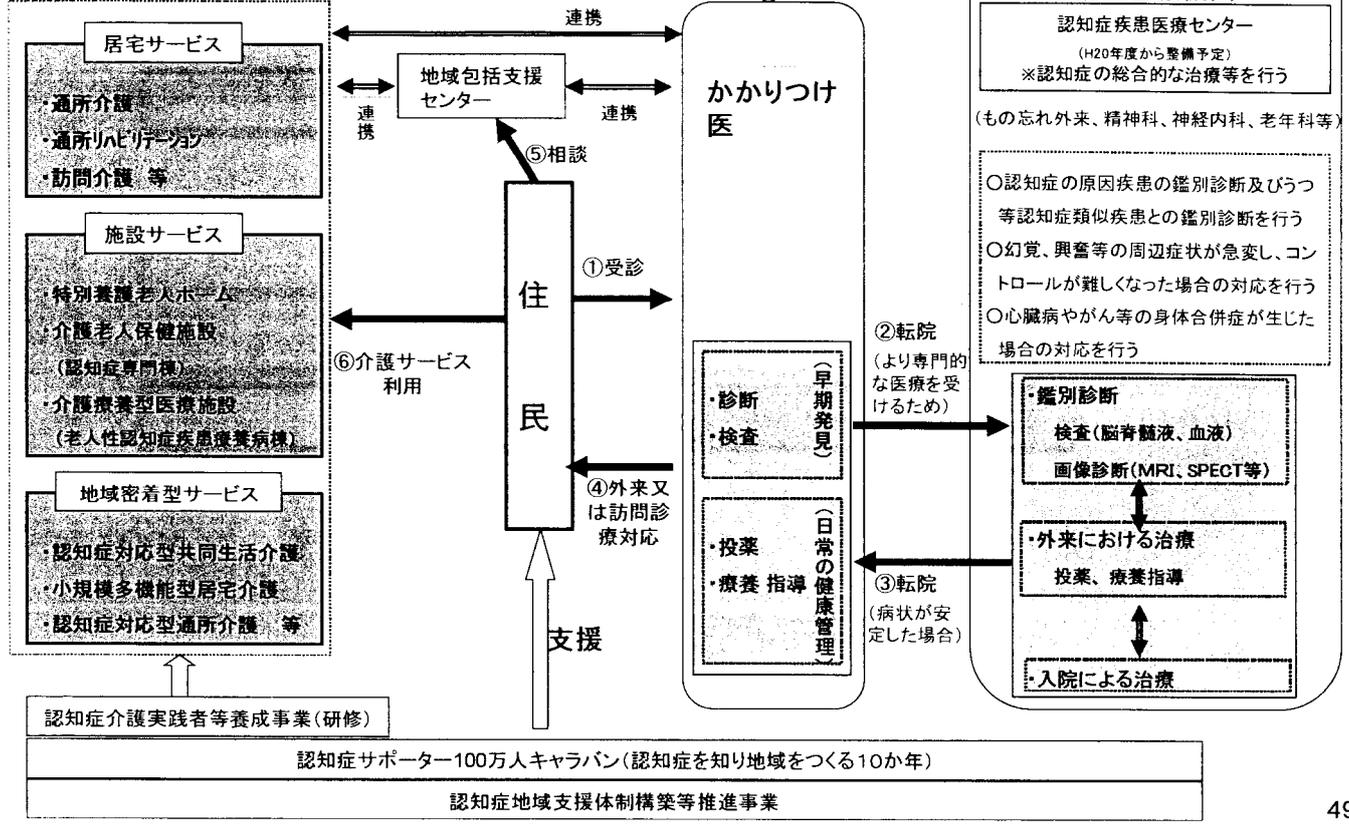
認知症疾患を主傷病名とする入院患者の約6割は精神病床

48

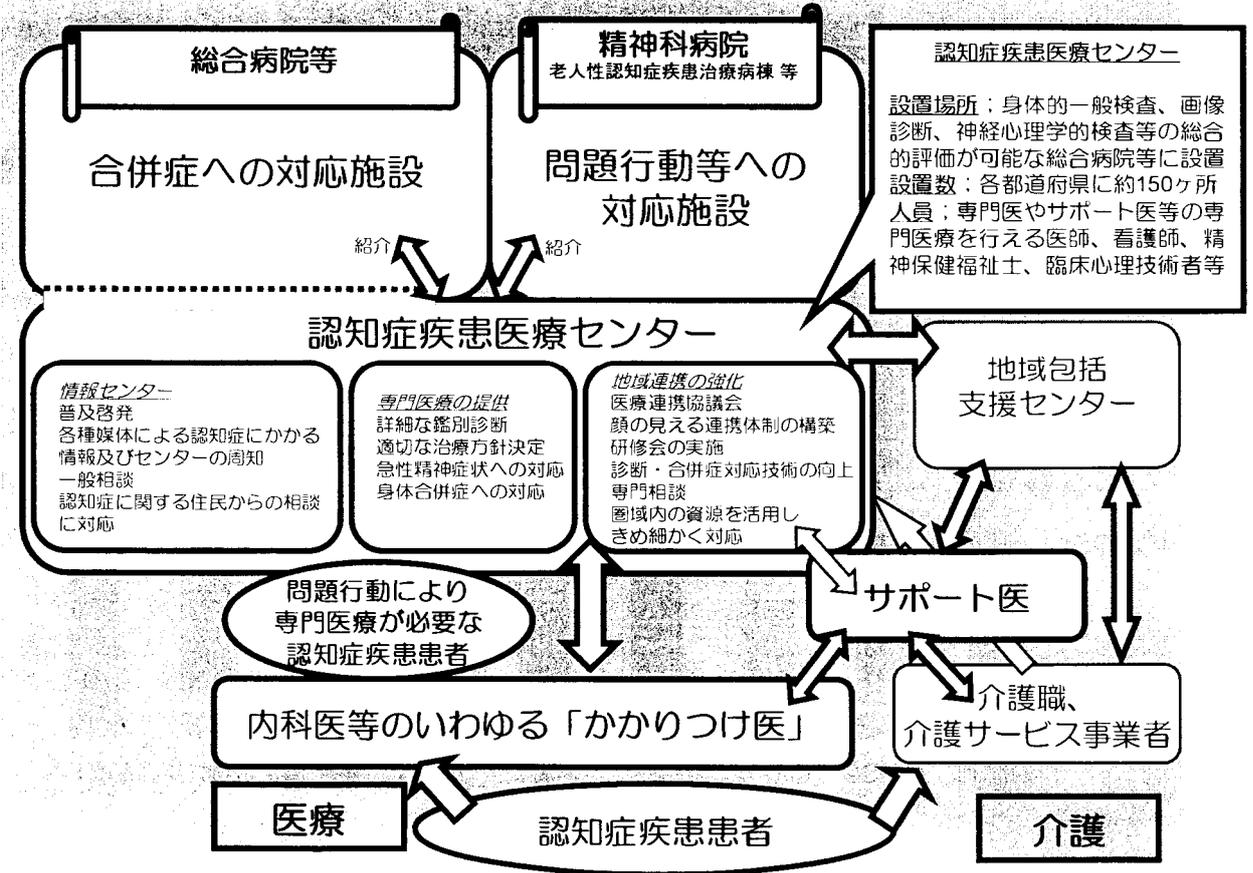
認知症高齢者を支える医療と介護の連携体制

診療報酬
介護報酬
事業

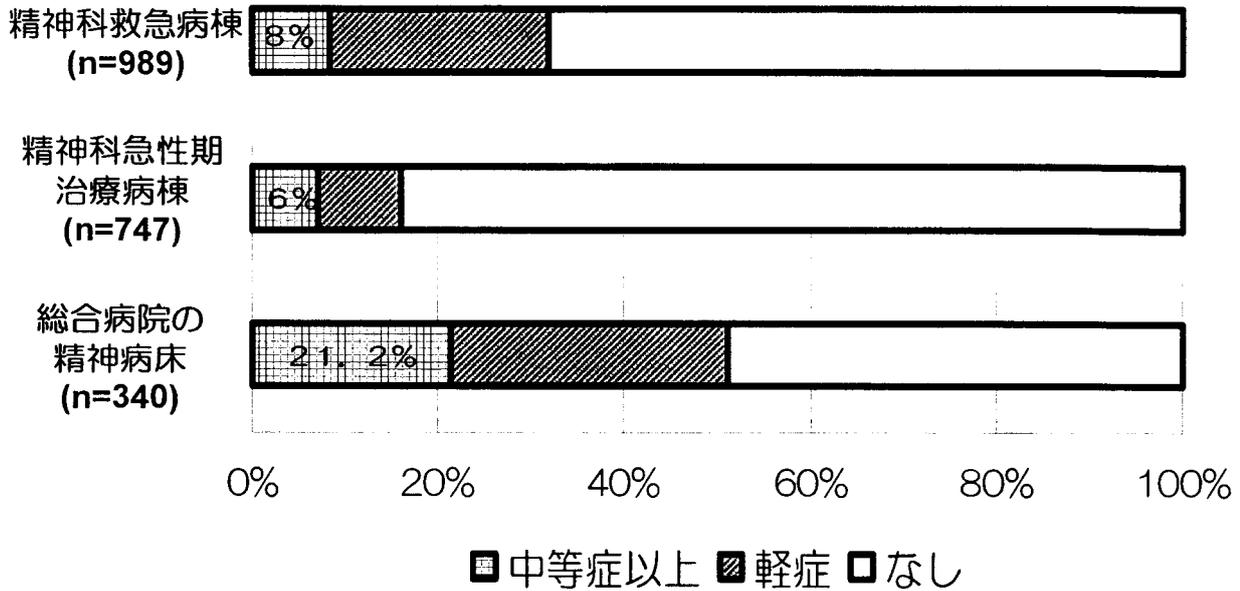
認知症高齢者に対しては、高齢者の尊厳の保持を基本とし、たとえ認知症となっても、できるだけ住み慣れた地域におけるなじみの人間関係や居住空間の中での暮らしを継続できるような対策を講じている



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

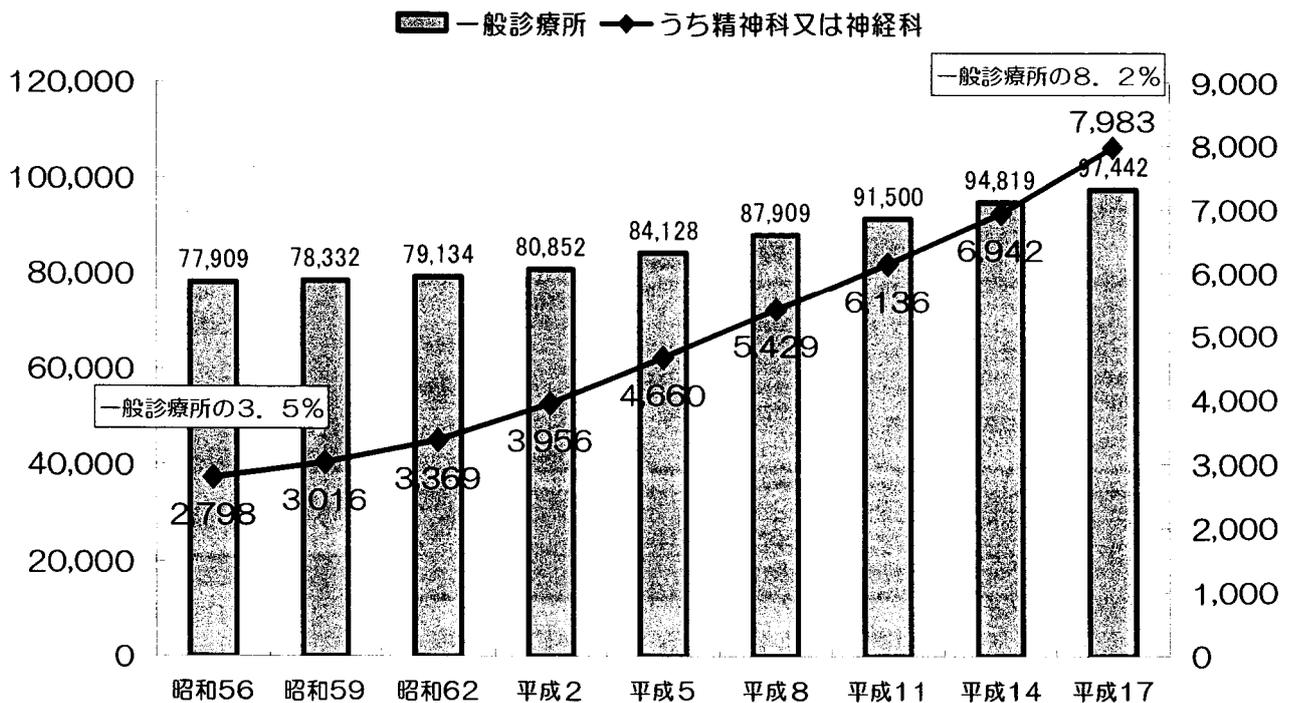


精神科医療施設における 身体合併症患者の割合



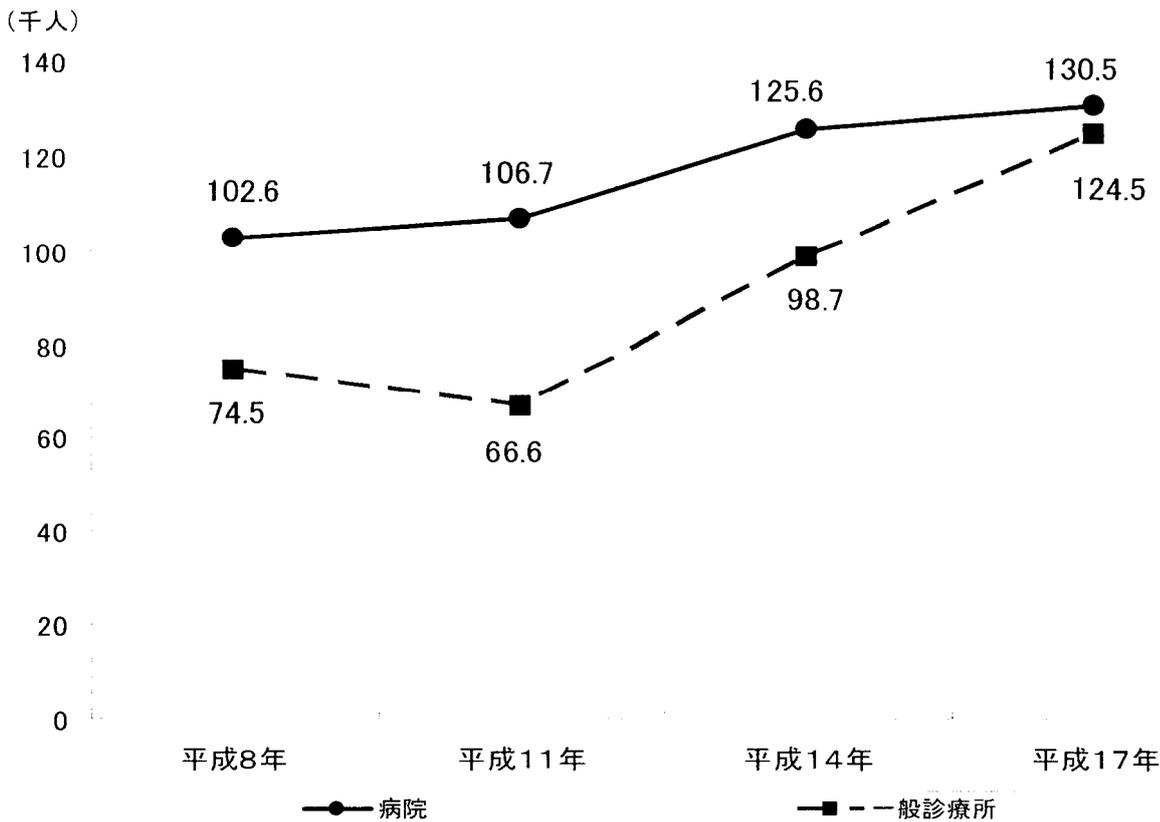
平成16~18年度厚生労働省科学研究
「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」
主任研究者：保坂隆（総合研究報告書）

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

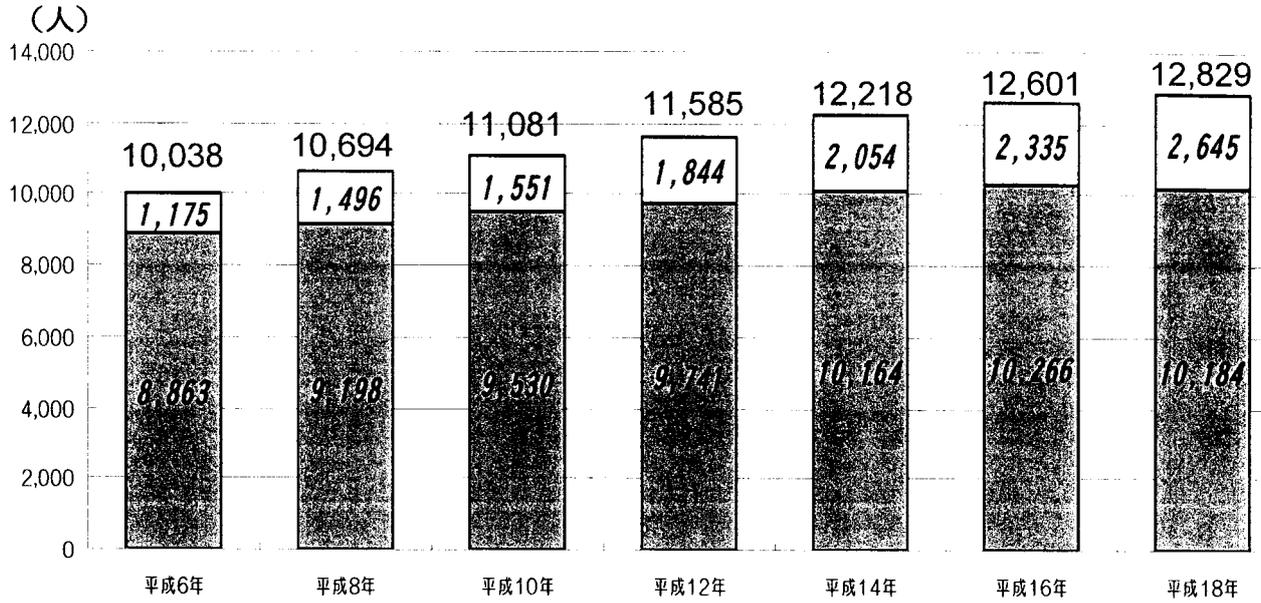
※ 単位は千人。()内の左側は各疾患別の総数に対する割合、右は総数、病院総数、診療所別総数に対する割合

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、身体疾患ともに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等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

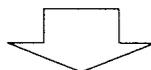
(平成18年4月)

◎ 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

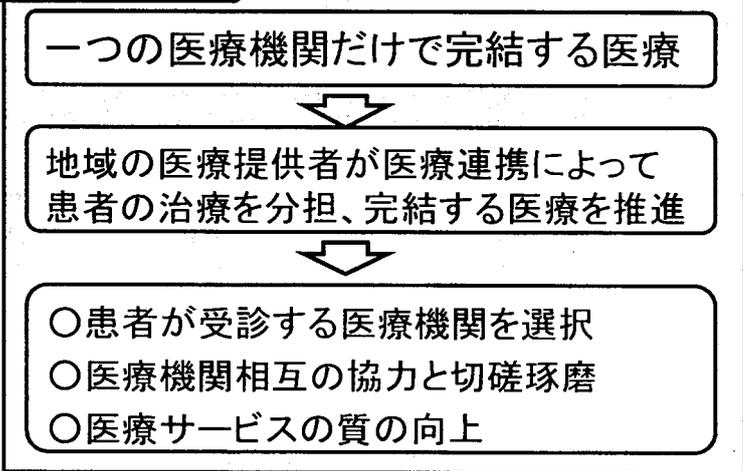
3つの課題

- 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

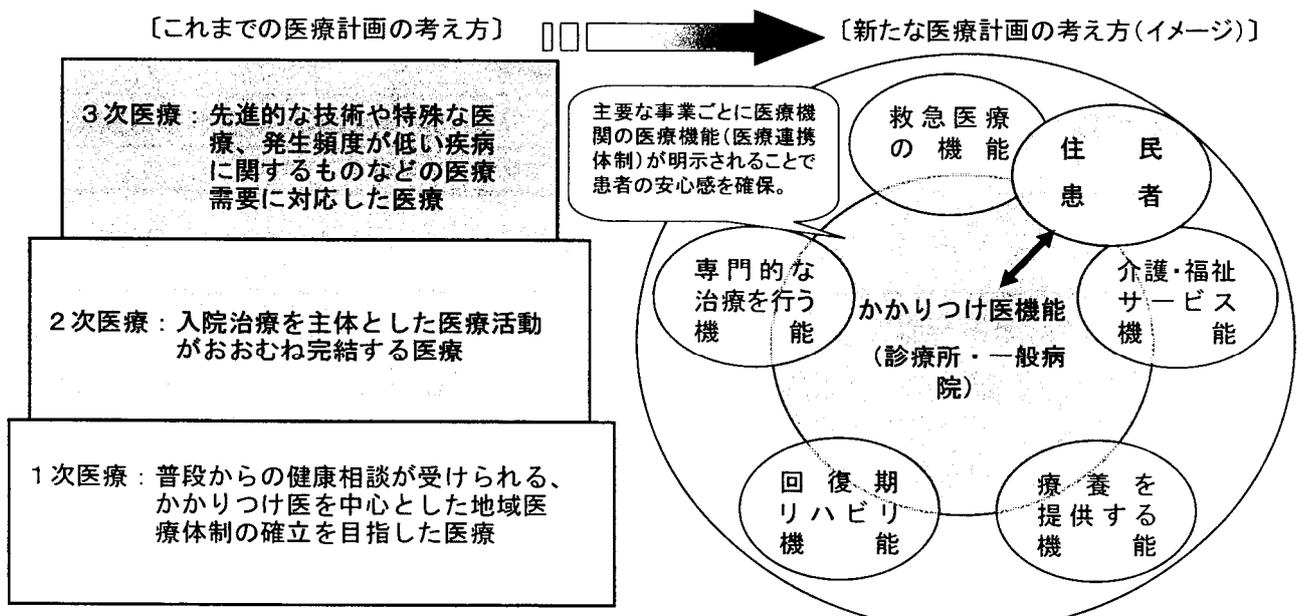
- ①「住民・患者」
- ②「医療提供者」
- ③「都道府県」

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) 患者を中心に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

60

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目的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]

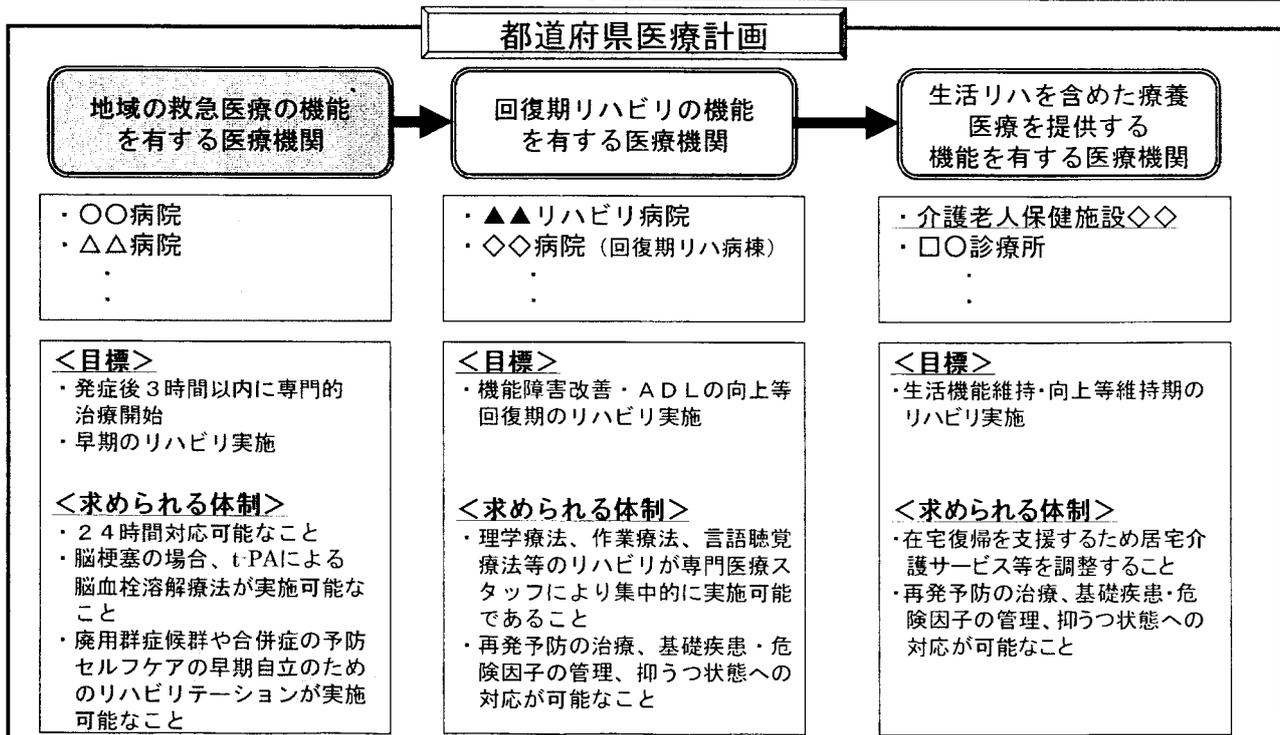
同項第5号で規定)
医療の確保に必要な事業

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

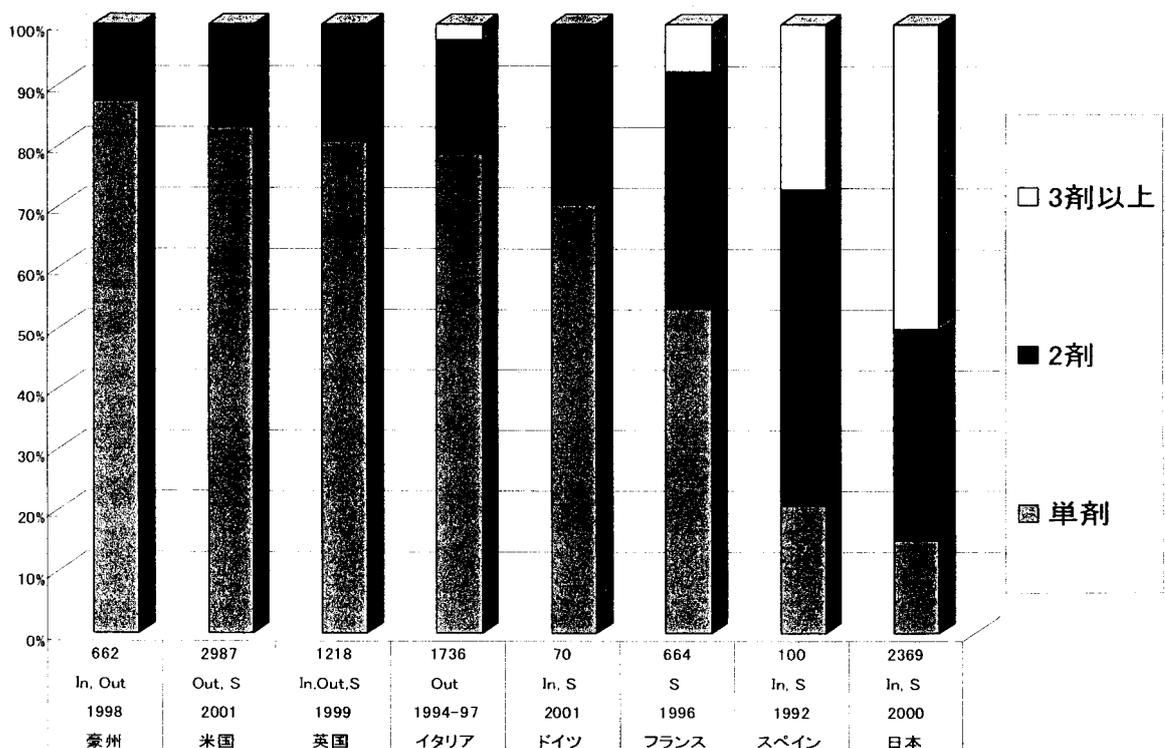
医療計画に医療連携体制を明示

都道府県は、医療計画に、4疾病(がん対策、脳卒中対策、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

精神疾患に関する理解の深化 (普及啓発)の現状と論点(案)

「こころのバリアフリー宣言」（平成16年3月）
～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・ 精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・ 2人に1人は過去1ヶ月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・ 自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう。
- ・ サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・ 早い段階での気づきが重要です。
- ・ 早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・ 不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・ 病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・ 休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・ 家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

【社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・ 先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・ 誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・ 誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・ 誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・ 理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・ 人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずです。
- ・ 身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・ 人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・ 精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。

ビジョンにおける国民意識の変革の達成目標とその進捗

達成目標

精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。

進捗

「こころのバリアフリー宣言」の内容に関わる調査結果

「そう思う」「ややそう思う」と回答した割合 ※（ ）内は、「そう思う」と回答した者の割合

- 「こころの健康」への関心; 82.1% (35.6%)
- 精神疾患を自分の問題として考えている; 42.2% (13.2%)
- ストレスを減らす生活を心がけることが必要である; 94.5% (66.8%)
- こころの不調に早く気づくことが大事である; 96.2% (73.2%)
- 精神疾患は早期の治療や支援で多くは改善する; 91.2% (54.7%)
- 精神疾患は誰もがかかりうる病気である; 82.4% (46.4%)

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
主任研究者; 竹島正

(参考)

- 激しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある;

「そう思う」と回答した割合 51.8%

(平成9年 全国精神障害者家族会連合会)

精神疾患に対する国民の理解

調査方法

対象;人口1,000万人間隔の自治体5ヶ所の20～70歳の地域住民計2,000人

方法;統合失調症、大うつ病性障害、広汎性発達障害、アルコール依存症、糖尿病の事例のうちの1種類について、その病名を回答するよう依頼

結果

対象の属性;男女:各1,000人、年齢:10歳毎の各年齢においてそれぞれ400人

事例 \ 回答	統合失調症	うつ病	自閉症	アルコール依存症	糖尿病	こころの病気	からだの病気	ストレス
統合失調症	4.8%	38.6%	1.8%	0.0%	0.0%	21.4%	0.0%	14.0%
大うつ病性障害	1.4%	58.6%	0.2%	0.0%	0.2%	15.4%	0.8%	17.4%
広汎性発達障害	0.4%	0.4%	45.8%	0.2%	0.0%	11.4%	0.2%	3.6%
アルコール依存症	0.0%	1.2%	0.0%	85.0%	0.2%	4.2%	0.0%	7.6%
糖尿病	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	87.5%	0.1%	1.2%	1.2%

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
主任研究者:竹島正

精神疾患に対する国民の理解

○ 平成19年内閣府調査

「障害者の社会参加促進等に関する国際比較調査」(概要)

「精神障害者の近隣への転居」についての意識調査

- ・ 日本・・・7割以上が『意識する』と回答。
- ・ ドイツ・アメリカ・・・7割以上が『意識せず接する』と回答し、4割は「全く意識せず気軽に接する」と回答。

→ 精神障害・障害者に対する偏見はまだ強い

○ 平成17年 日本学会議報告書

「こころのバリアフリーを目指してー精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のためにー」

日本衛生会会員と一般市民を対象にした調査によれば、回答した596名の約9割が精神障害者は差別されているとしており、日本衛生会会員(n=510)を対象にした別の調査では、復職できない、兄弟の結婚に影響する等のような不利が指摘されている。

○ 平成13～15年度障害保健福祉総合研究事業

「精神障害者の偏見除去等に関する研究」(主任研究者：佐藤光源)

日本精神病院協会所属の回答施設のうち、過去5年間に約69%が病院建築工事を行い、うち34%が地域住民からの抵抗を受けている。その77%は地域の協力を得るために何らかの対策を講じているが、それでも16%が工事計画の実施に支障をきたしていた。精神障害者グループホームの開設で地域住民の反対があったのは28%であり、15%が開設に支障をきたしている。地域のグループホーム建設にあたり、通学路の通行禁止や賠償の念書、地域行事からの疎外といった実体が浮きぼりになっており、施設スティグマ軽減への取り組みは急務と考えられる。

児童・思春期における精神疾患の状況

成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち

約50%はすでに10代前半までに何らかの精神科的診断に該当

約75%はすでに10代後半までに何らかの精神科的診断に該当

例) New Zealand, Dunedin に1972年に出生した1000人以上の新生児一般人口標本を胎生期から成人期以降まで縦断的追跡。

厳密な臨床評価面接を繰り返し実施。

	11～15歳に該当	11～18歳に該当	11～21歳に該当
何らかの精神障害	50.0%	73.9%	82.4%
不安障害	54.5%	76.6%	84.9%
うつ病性障害	52.3%	75.3%	84.5%
躁病エピソード	58.6%	79.3%	93.1%
摂食障害	64.0%	84.0%	92.0%
物質使用障害	52.6%	75.8%	83.7%
統合失調症	52.8%	88.9%	94.5%
反社会性人格障害	62.5%	85.0%	92.5%

精神障害者の地域移行に関する取組(平成19年度 実績)

研修会・研究会	退院促進支援強化事業	地域移行推進モデル事業	調査・研究
<p>1. 退院促進支援研究会 ・都道府県等の障害担当、生保担当者を対象に保護課と共催 ・講義、パネルディスカッショングループ討議、視察</p>	<p>○ 退院促進支援に関する事例集作成及び研修会の開催</p> <p>1) 事例集作成 ① 目的 ・精神障害者の地域移行に関して、先進的、またはユニークな取組事例に焦点をあて、地域移行を実践する際のヒントとなる知見を抽出 ② 方法 ・企画検討会を設置、好事例についての情報収集 ・情報収集された事例からヒアリング調査対象を抽出し、ヒアリングを実施 ③ 普及・啓発 ・19年度のブロック研修で、概要の紹介 ・20年度の研修等での活用</p> <p>2) 研修会の開催</p>	<p>○ モデル事業の実施(6か所)</p> <p>・障害福祉サービスが少ない地域における地域移行に資するサービスのあり方の検証 ・地域移行を円滑に行うための手法等の検証</p> <p>① 岩手県 ・県地域移行推進モデル事業推進委員会の設置 等</p> <p>② 福島県 ・トライアル就労支援、自立生活訓練事業 等</p> <p>③ 千葉県 ・生活訓練施設における支援のノウハウを活用した課題の整理 等</p> <p>④ 新潟県 ・訪問看護普及事業・地域生活移行サポート事業</p> <p>⑤ 島根県 ・地域連絡調整、・自立支援ボランティアの養成 等</p> <p>⑥ 熊本県 ・地域移行支援員による個別支援、施設等の自主的な地域移行の取組支援</p>	<p>○ 厚生労働科学研究</p> <p>・精神障害者の退院促進と地域生活のための多職種によるサービスのあり方とその効果に関する研究</p> <p>○ 障害者自立支援調査研究プロジェクト</p> <p>1) 地域精神科医療等との連携を通じた地域生活支援モデル事業 ・多職種共同チームによる精神障害者の地域包括ケアマネジメントモデル事業 ・精神科在宅医療の充実を通じた精神障害者の地域生活支援モデル事業</p> <p>2) 精神疾患の普及啓発に関する調査研究事業</p>
<p>2. 退院促進関係者懇談会 ・現場で先駆的に退院促進を進めてきた関係者等を交えた退院促進を進めるための非公式な意見交換会</p>			
<p>3. 精神障害者の地域生活支援を考えるシンポジウム ・平成18年障害者自立支援調査研究プロジェクト事業の事業報告、公開座談会、パネルディスカッション</p>			
<p>4. 地域移行支援ブロック研修会 ・都道府県本庁、保健所・福祉事務所、市町村、相談支援事業者等の関係者に対して、全国6ブロックで開催 ・講義、演習</p>			
<p>5. 地域移行支援都道府県担当者特別研修会 ・先進的取組をしている自治体の情報交換</p>			

精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)についての論点(案)

- ◎ これまで行ってきた普及啓発の取組やその効果についてどう評価するか。
- ◎ 効果的な普及啓発の実施が、本人や周囲の正しい理解や行動を促し早期対応につながられるという側面と精神障害者の地域生活への移行を円滑にするという側面を有することや、「こころのバリアフリー宣言」の普及状況を踏まえ、今後の普及啓発のあり方についてどのように考えるか。
 - ターゲットを明確にした普及啓発について
 - ・ 疾患(統合失調症、うつ病 等)
 - ・ 年代(学齢期 等)
 - ・ 対象者(本人、家族、地域住民 等)
 - 効果的な普及啓発の手法について
 - 普及啓発の効果を適切に評価するための指標について
 - 普及啓発を行う主体とその役割について

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

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。
○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

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を入手し、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、雇用者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 = $(\sum A B + C - D) \times F / E 1$

※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 $\leq (D / E) / 3$

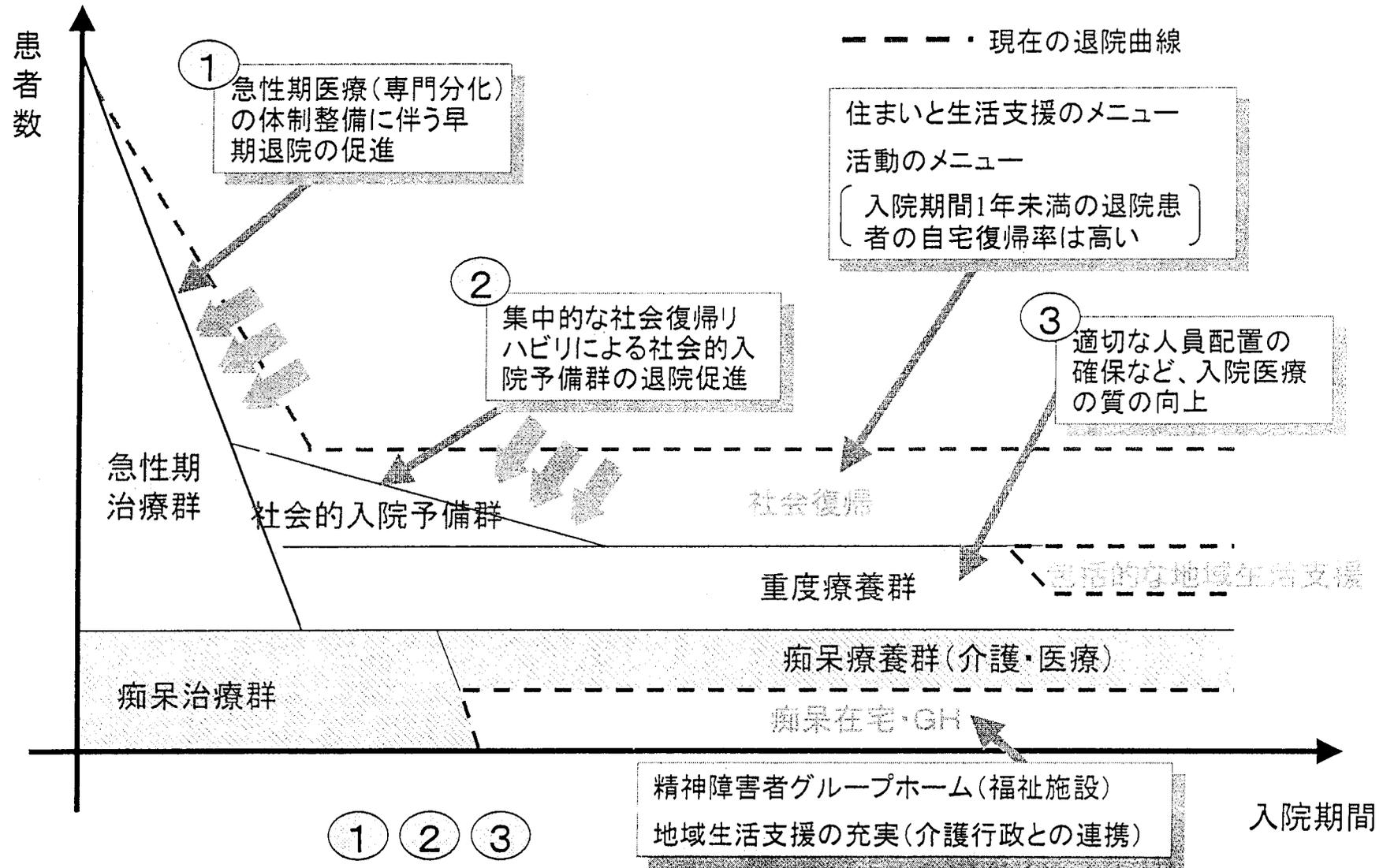
※現行通り。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数)が $\sum A B$ より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

・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

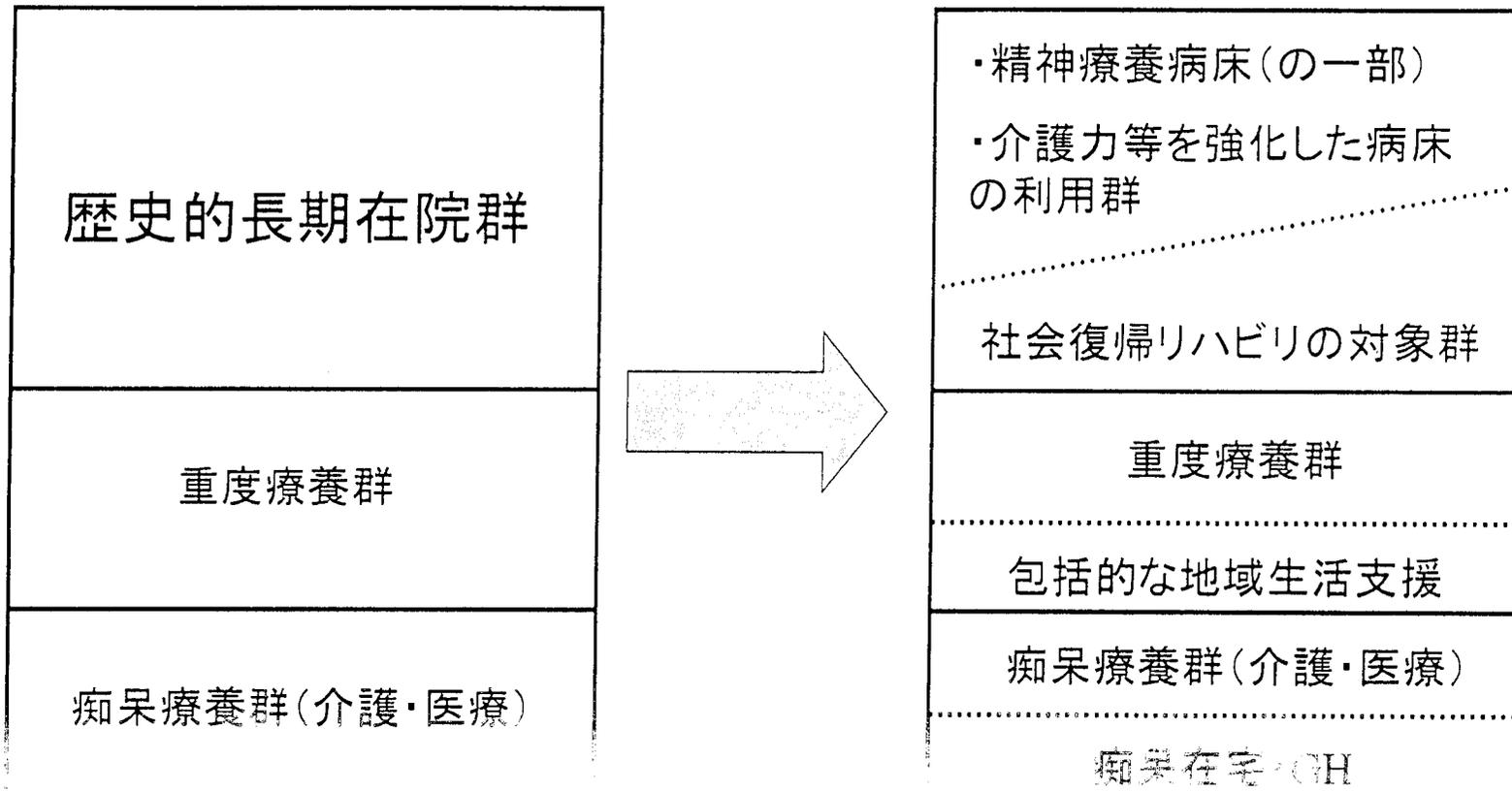
(別紙10)



① ② ③

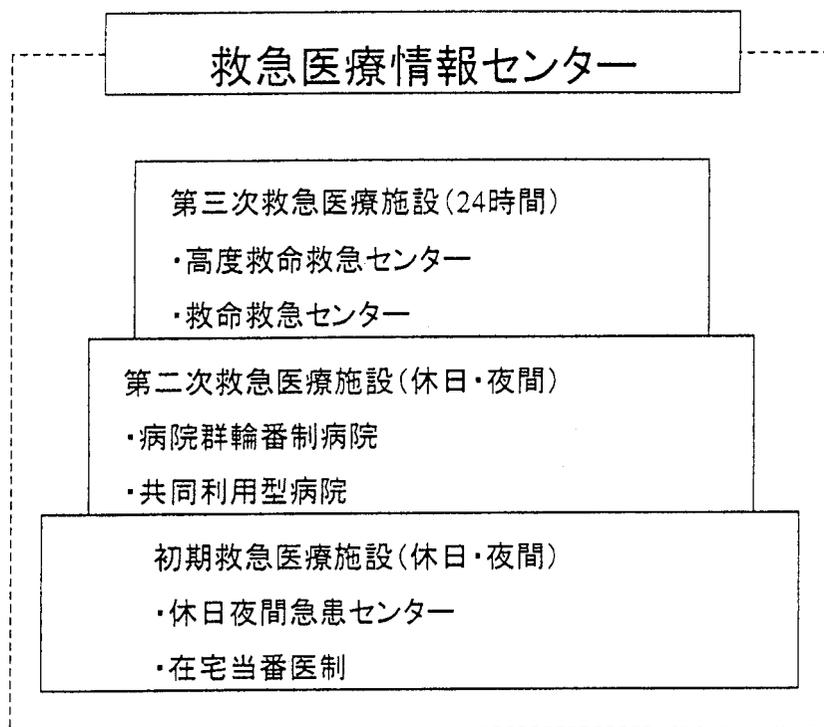
は、病棟・ユニット単位で分化の促進及び評価を進めていく。

現在の長期入院群の将来イメージ

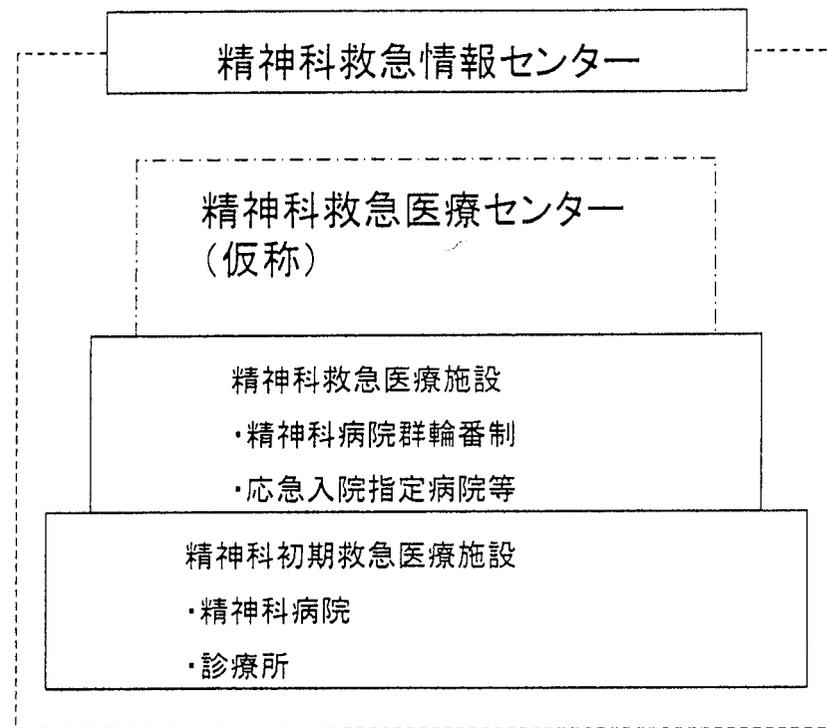


救急医療システムの考え方(案) (別紙12)

一般救急(既存)

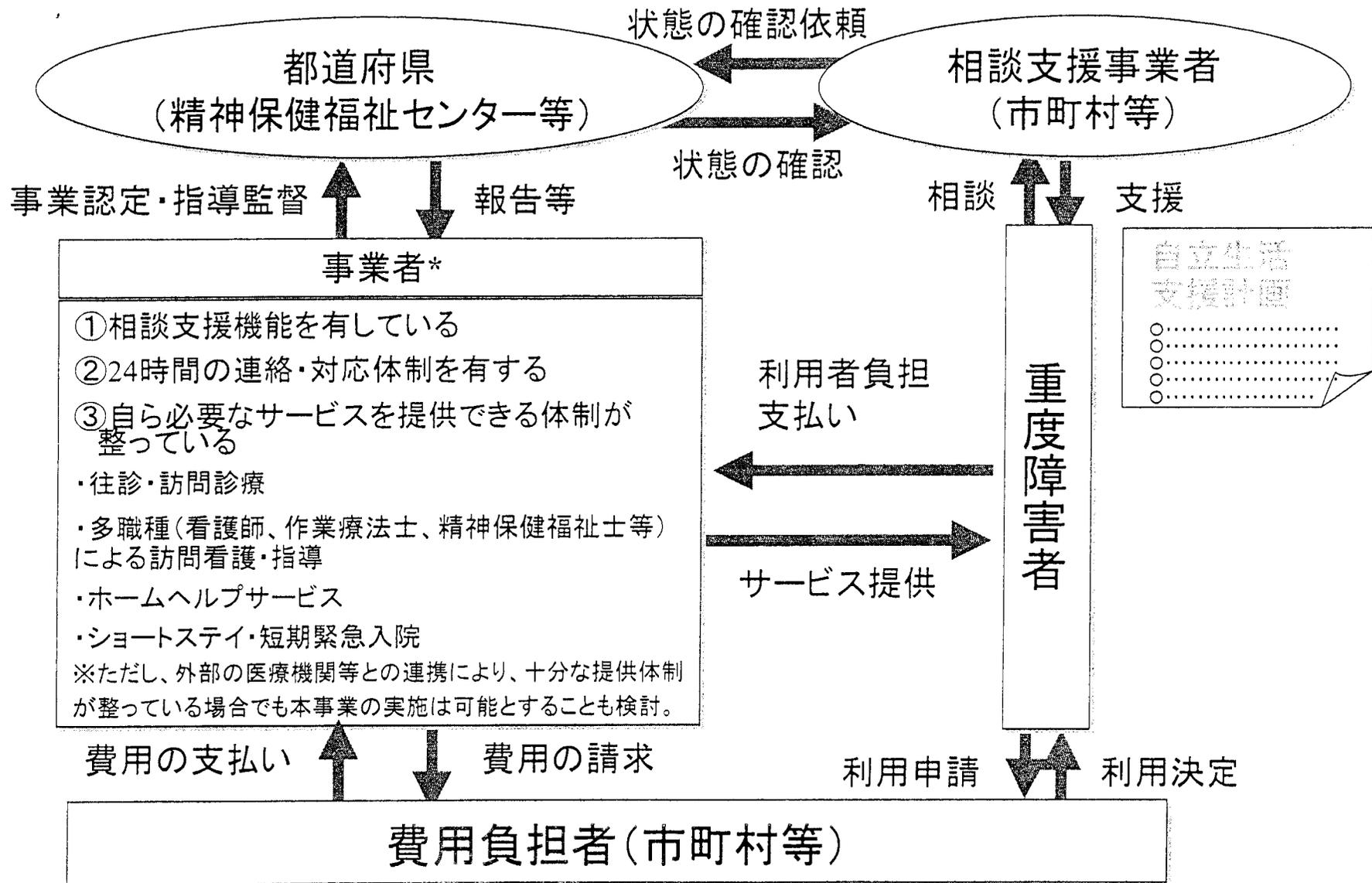


精神科救急(案)



- 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、または不適當

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、または不適當

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

上ノ山構成員 提出資料

第3回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

資料説明 上ノ山一寛

今日、多くの精神科診療所が街中のアクセスの良いところに立地し、気軽に精神科医療に接しやすい状況が出来てきている。(表1, 2) そのため、精神疾患の早期発見、早期治療の機会が増えているといえる。また、通院中断を防ぎ、病状の急激な変化に対応しやすくなって、再発や慢性化を防いでいると考えられる。病状の急性増悪期や再発時の一時期に短期的に入院治療を行ったとしても、危機介入、生活調整をして再び地域で生活を支えていく形が今後ますます顕著になると思われる。病状の急性期を乗り越れば後は少々の精神症状が残っていても、地域生活を続けながら様々なリハビリテーションを行うことが可能になってきている。従って、精神科診療所は一次予防から三次予防まで幅広い領域をカバーすることになる。(表6, 7) その際にはチーム医療や様々なアウトリーチ活動など、各診療所がそれぞれの個性に応じた創意工夫を展開していくことが期待される。(表3)

たとえば、平成17年日精診会員基礎調査では、デイケア実施診療所は22.6%であった。(表4) デイケアは個別性と集団性を利用したりリハビリテーション活動である。デイケアはチームで医療を行うとともに家族や地域との連携を志向する。それは単にリハビリテーションにとどまらず、ノーマライゼーションやエンパワーメントを含む広がりを持つ。デイケアを通して、その場所と人を育てることができる。

また、同じ基礎調査では、PSW配置診療所は26.5%であった。(表5) 一対一の医師-患者関係を超えたチームでの取り組みの重要性が増している。さらに医療機関という場の制約を超えた、アウトリーチの取り組みの充実が求められている。患者・家族の生活の背景などを視野に入れて、時にはその生活や活動の場に赴き、チームで医療、福祉サービスの提供を行っていくということになる。また、時には関係機関と連携をはかり、ケース会議やサービス調整会議にも関わっていくことも必要になる。

一昨年(2010年)の7月に行った、社会復帰施設などへの関わりについてのアンケート調査では日精診会員の41%から回答を得た。そのうち社会復帰施設などに、何らかの形で関わっていると答えた会員は217名あり、全回答者の38.3%であった。(表8, 9) 精神科診療所を拠点にしながら、福祉的な活動に貢献している会員がかなりいることが分かる。

そのアンケートの中で相談支援事業に関する評価も尋ねてみた。自立支援法の本格施行を前にして、その事業の性格がまだ不明確な状況での設問であったが、99名の会員から指定を受けてもよいという回答を頂いた。(表10) 何らか

の形で相談支援事業に参加し、コミュニティケアの充実に関わっていきたいと考えている会員もかなり存在することが示された。

障害者自立支援法ではケアマネジメントを制度化し、市町村を中心としたサービス提供体制を構築していくことになっている。しかしサービスの手配をするだけの介護保険型のケアマネジメントでは不十分である。当事者のニーズに寄り添いながら、病状の変化にきめ細かく対応し、障害の受容に至る長いプロセスを共に歩みながら、社会参加や自己実現をめざすようなケアマネジメントが望まれる。しかし残念ながら市町村や委託相談支援事業者にはいまだ人材は育っていないのが現状である。この際、市町村をもり立て、市町村や関係機関と当事者をつなぐ役割が必要と考える。

自立支援法の相談支援事業は、地域生活支援事業の市町村の必須事業（交付金事業）とサービス利用計画作成（個別給付）の2階建てとなっている。交付金事業は市町村のやる気によって随分差がでることになる。また、サービス利用計画作成の対象は極めて限られており、その対価は低く、インセンティブはないに等しい。そのためサービス利用計画作成数は全国的に低調となっている。また、相談支援体制を支える中核として市町村地域自立支援協議会の設置が想定されているが、実際は法律に書き込まれていないこともあって、H19年4月現在4割程度の市町村にしか設置されていない。

その上、ケアマネジメントを行おうとしても、サービスの絶対量が足りない状況ではケア計画を立てようがないというのも実際のところである。また医療機関の方から福祉サービスに繋いでいくような努力をしないと、福祉系にたどり着かないのが現状である。その様な工夫には対価がないが、総合的な地域ケアを進めていくためには、その努力は欠かせない。医療機関の提供するサービスへの期待も大きい。（表1-1）医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会全体の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しながら、個別の支援計画を作成していく必要がある。そこに医療ケースワーク・ソーシャルワークの役割がある。自己完結的でなく、地域の様々な資源に開かれた医療をめざすべきでないかと考える。障害者自立支援法を契機に、医療機関のなかにおいても、医療ケースワーク・ソーシャルワークが充実し、ケアマネジメントの手法が定着していくことを期待したい。

以上を踏まえて、全国に展開した精神科診療所を地域生活支援の重要な拠点として、活用するとともに、そこで行われるケアマネジメントに対してなんらかの評価がなされることが必要であると考えます。

また、それぞれの領域を繋いでいく活動に積極的な評価が必要である。具体的には、PSW など Co-Worker の活動に対価が必要である。訪問看護は家庭への

訪問のみ認められているが、学校、職場などの活動の場への訪問支援や、職安や様々な相談機関への同行支援などへの評価が必要である。また、関係機関との連携を強めていくためには、自立支援協議会やそのつどの関係者会議に出席が必要となるが、その評価も必要である。

また、地域移行を進めるに当たって、今回の診療報酬の改訂において、病院側の地域移行促進の努力に対して評価が行われることとなったが、診療所側からも退院前に地域の支援体制に取り組んだ場合の評価が求められる。さらに診療所が作成する個別支援計画が何らかの形で評価される必要があると考える。

第3回 今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会
提出資料

日本精神神経科診療所協会
上ノ山一寛

表1

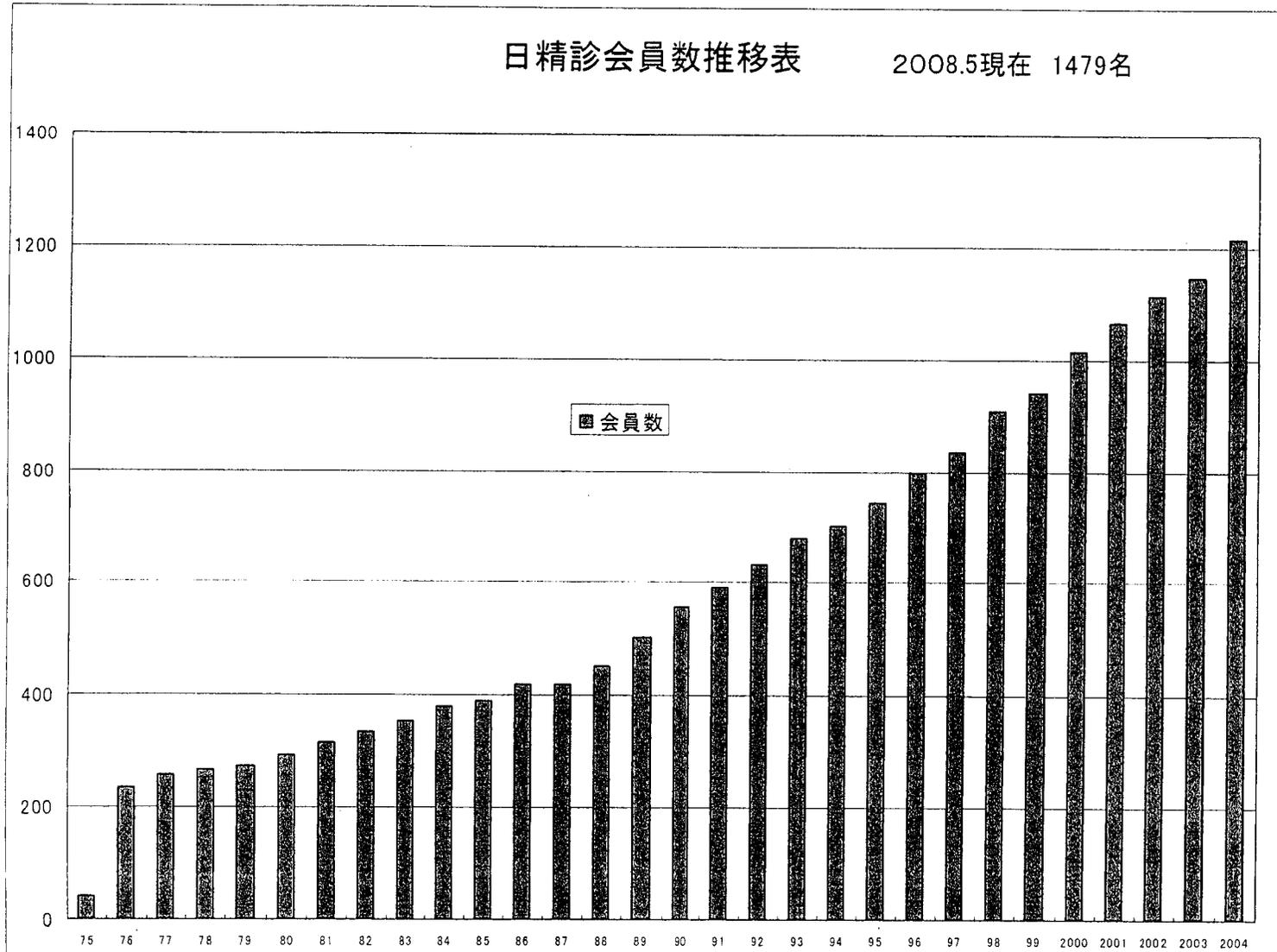


表2

開設年ごとの会員数

2005年日精診会員基礎調査
 (発送数1284通 回収率50.5% 回答数649件)

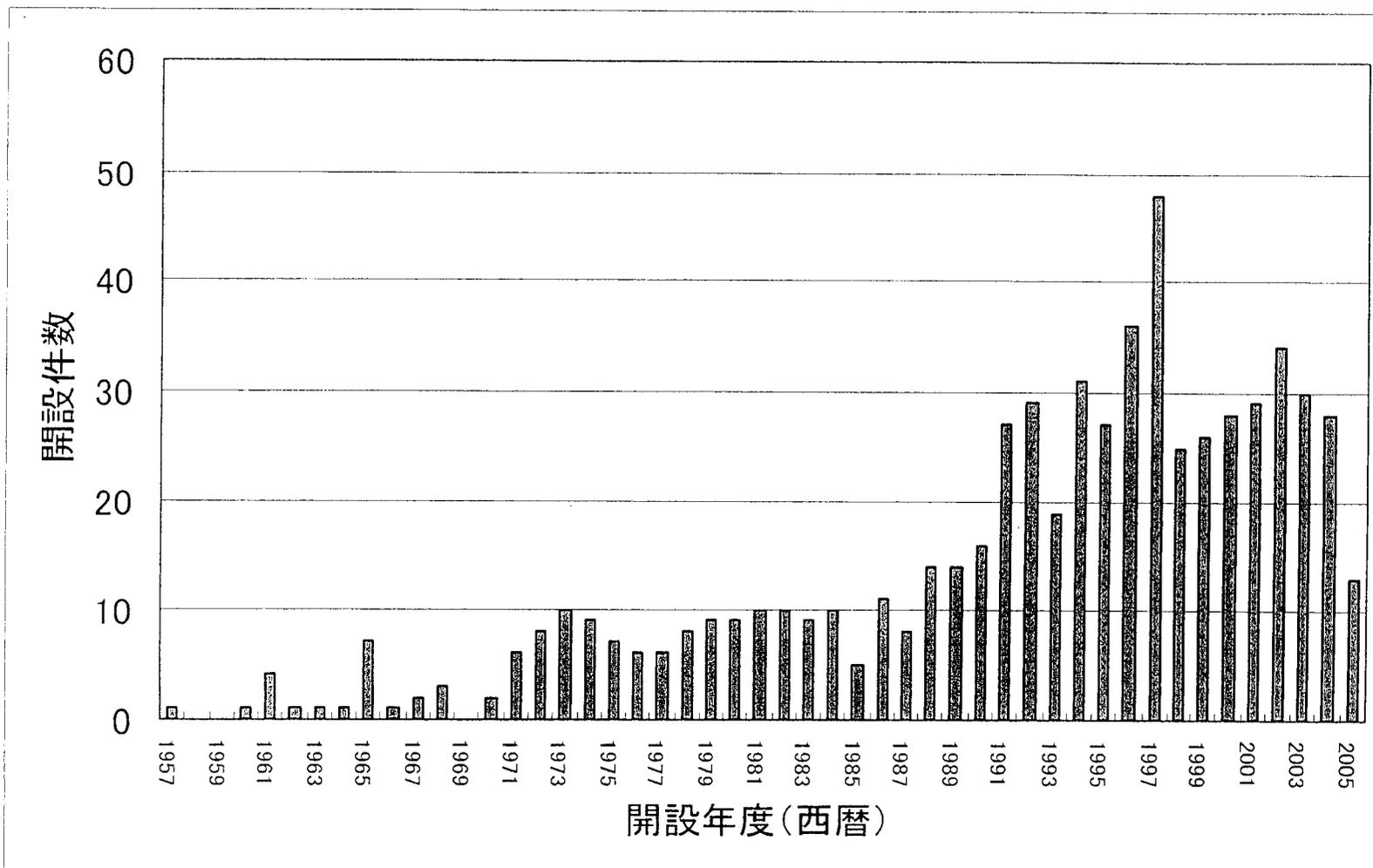


表3

都道府県別 日精診デイケア実施数

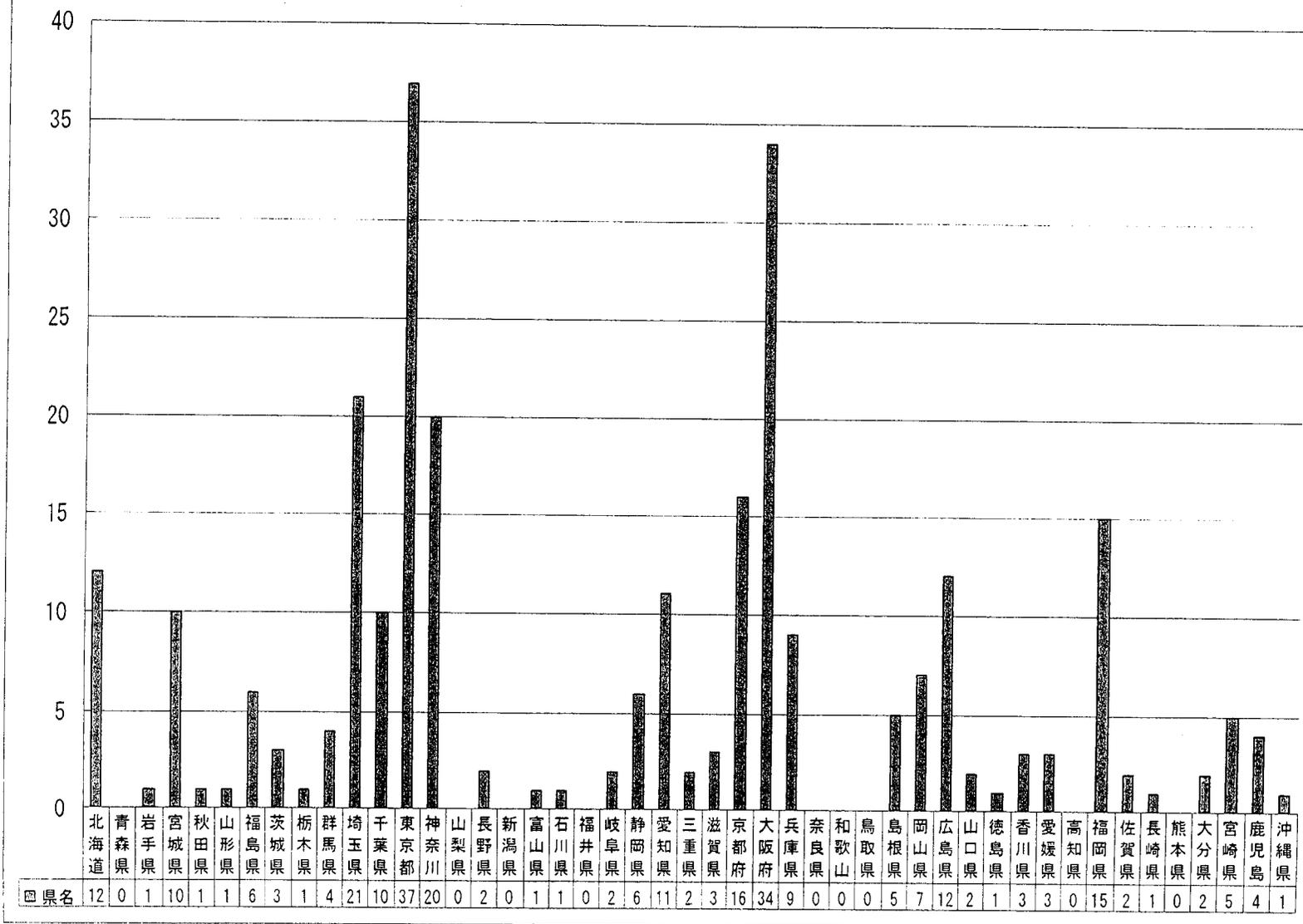
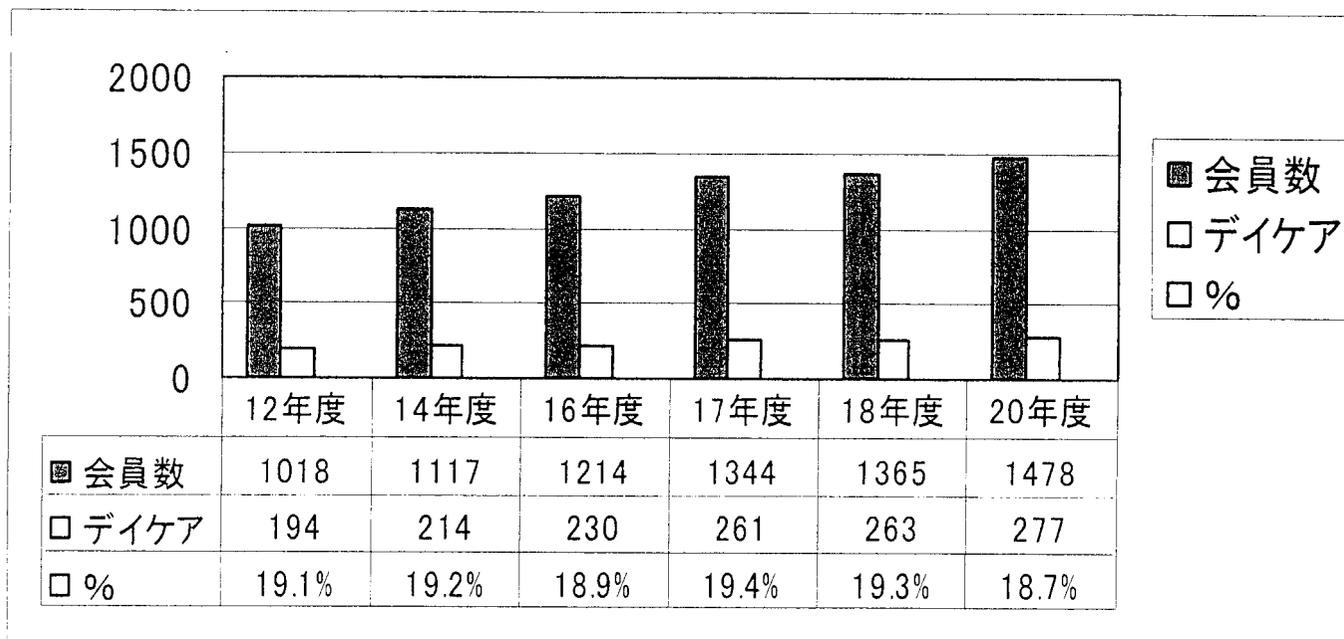


表4

日精診会員数とデイケア実施数



<参考資料> 日精診会員基礎調査デイケア結果から

年度	平成7年	平成12年	平成17年
回答数	406	477	623
デイケア数	51	94	141
%	12.6%	19.7%	22.6%

表5

日精診会員診療所の主なCo-Worker

2005年日精診会員基礎調査

(発送数1284通 回収率50.5% 回答数649件)

常勤 n=646

パート n=498

看護師	269	41.6	498	1.85	179	35.9	335	1.87
准看護師	194	30.0	335	1.73	122	24.5	176	1.44
臨床心理技術者	116	18.0	175	1.51	195	39.2	498	2.55
精神保健福祉士	171	26.5	353	2.06	42	8.4	60	1.43
作業療法士	38	5.9	67	1.76	12	2.4	14	1.17
保健師	10	1.5	18	1.80	3	0.6	4	1.33
	件数	%	人数計	1件あたり	件数	%	人数計	1件あたり

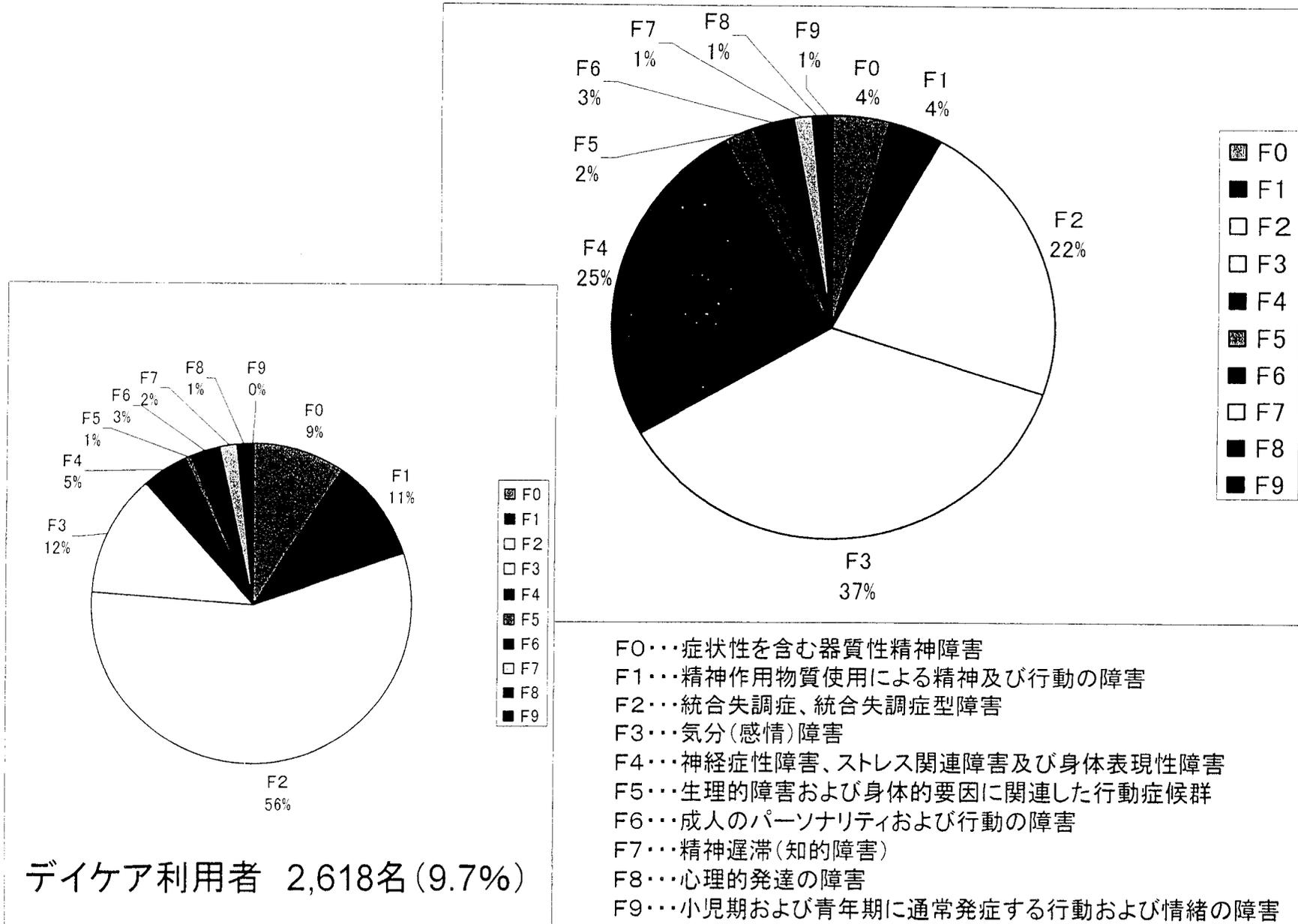
通院精神療法以外の主な療法

n=649	回答件数	回答率
認知・行動療法	138	21.3%
家族療法	50	7.7%
集団精神療法	57	8.8%
芸術療法	23	3.5%
デイケア	136	21.0%
ナイトケア	34	5.2%
訪問診療	84	12.9%
精神科訪問看護	105	16.2%

表6

調査日受診者の疾患別分類
総数 26,888名

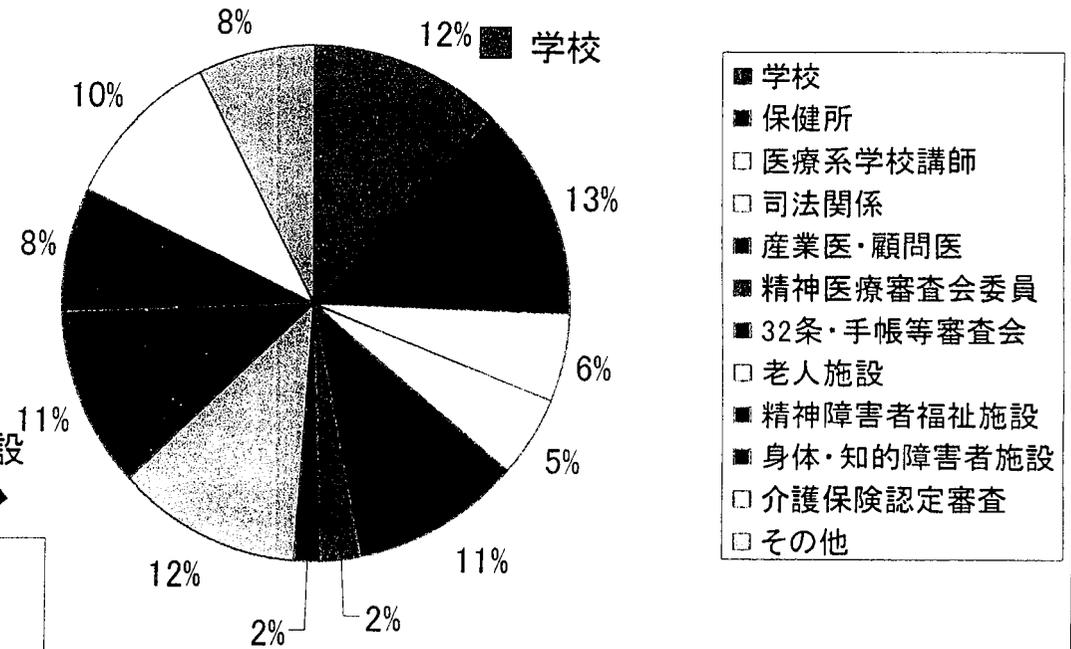
2005年日精診会員基礎調査
(発送数1284通 回収率50.5% 回答数649件)



日精診会員の診療以外の活動

2005年日精診会員基礎調査
(発送数1284通 回収率50.5% 回答数649件)

表7



■精神障害者福祉施設

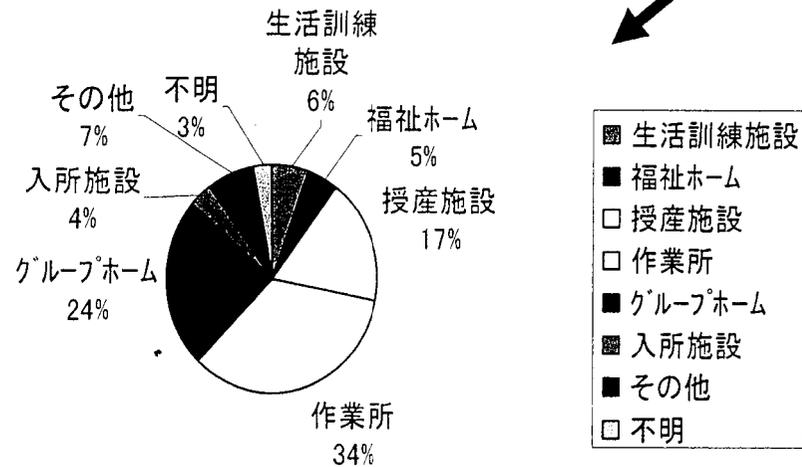


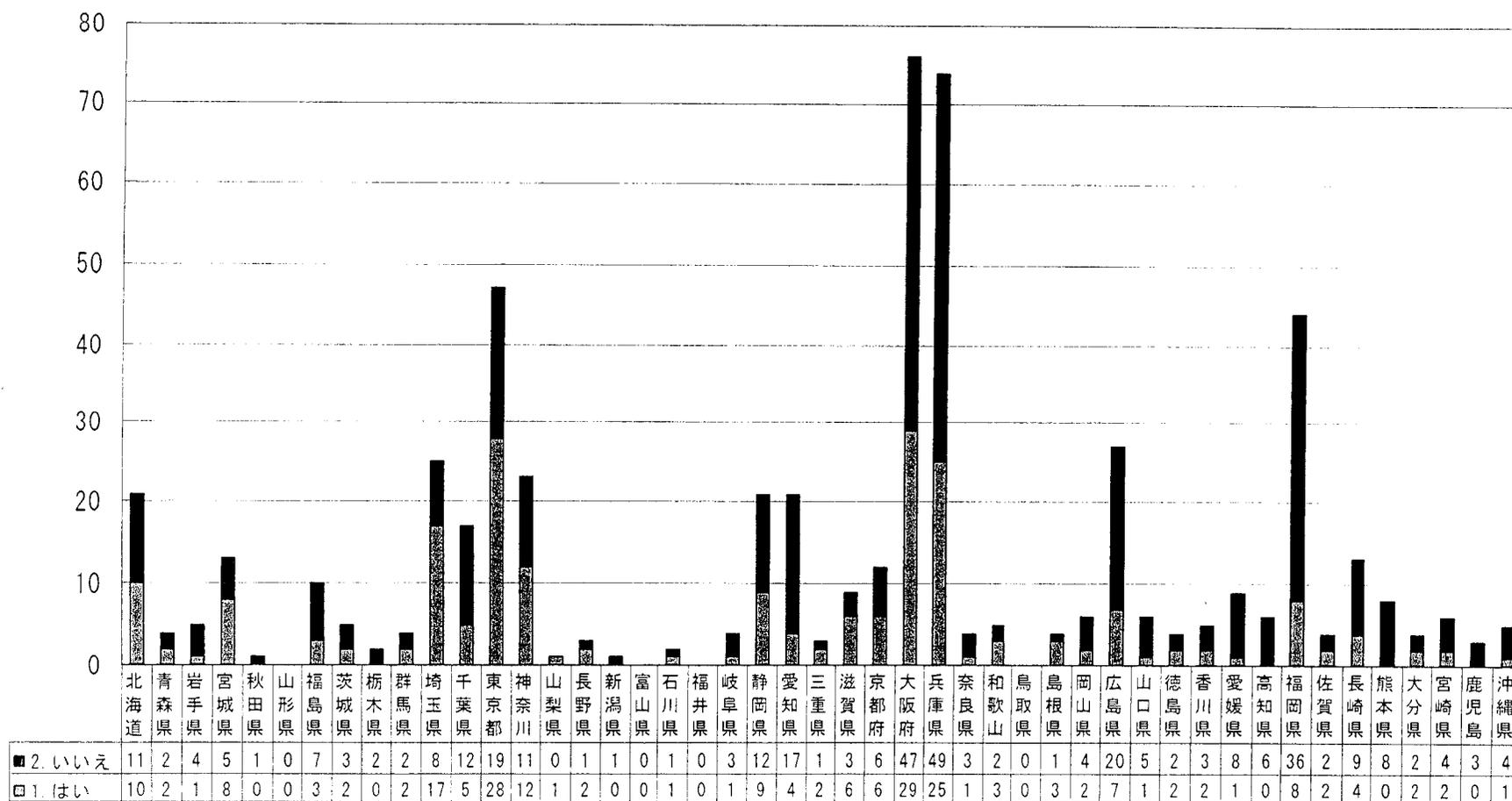
表8

日精診 社会復帰施設などへの関わり方調査 2006. 7.21

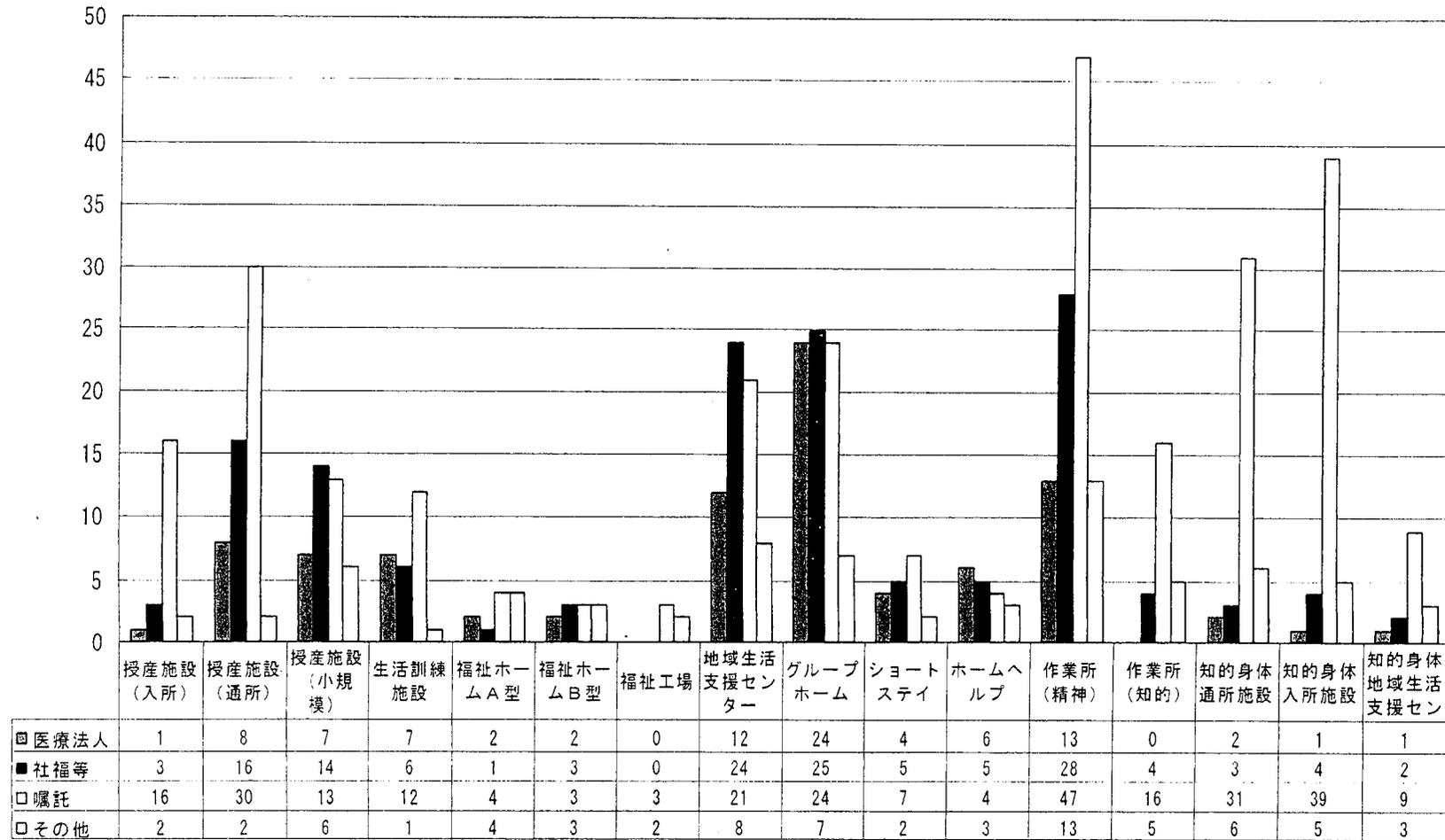
会員数1380名 回答数567名 回収率41.1%

1. 社会復帰施設などの運営への関わり

はい 217名(38%)
 いいえ 350名(62%)



2. 社会復帰施設ごとの関わり方



日精診 社会復帰施設などへの関わり方調査 2006. 7.21

3. 相談支援事業所としての指定について

99名が指定を受けてもよいと回答

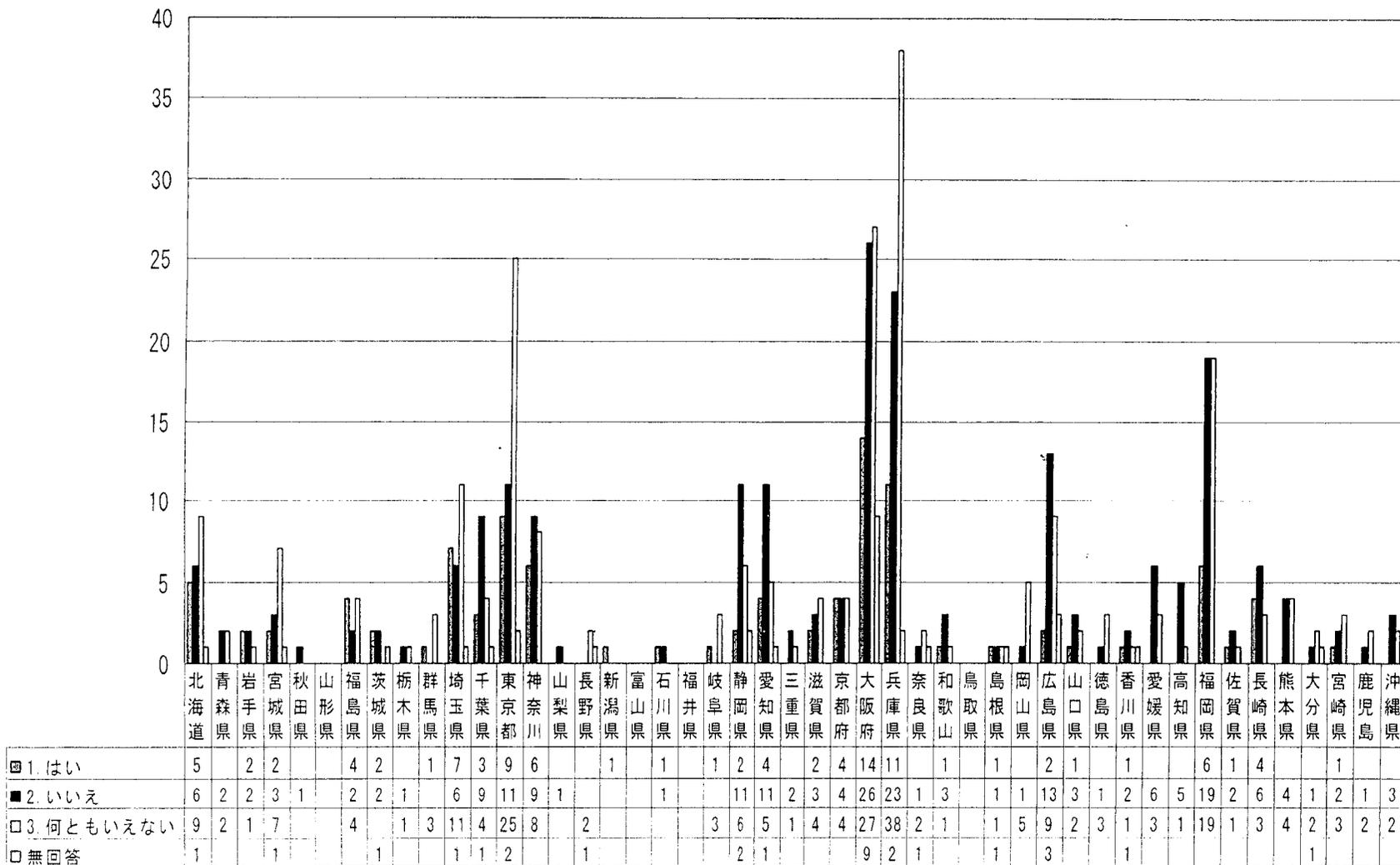


表11

退院後に最も必要・適切と思われるサービス等

H18年7月1日滋賀県調査

「受入条件が整えば退院可能」な入院患者604名について

暮らしの場				日中活動等						
家族と同居	自宅等で一人暮らし	グループホーム・ケアホーム	介護保険等老人施設	デイケア	サロン	生活訓練事業	就労支援事業等	ホームヘルプ	訪問看護	看護師訪問指導
231	61	130	181	243	145	114	72	107	188	112
38.2	10.1	21.5	30.0	40.2	24.0	18.9	11.9	17.7	31.1	18.5

人
%

長尾構成員提出資料

精神医療福祉の経過と現状 —議論のための基礎資料—

日本精神科病院協会

長尾卓夫

精神衛生法(昭和25年)

第一条

この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に務めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。

2

精神保健法(昭和62年)

第1条

この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする

* 社会復帰施設設置は義務規定なし

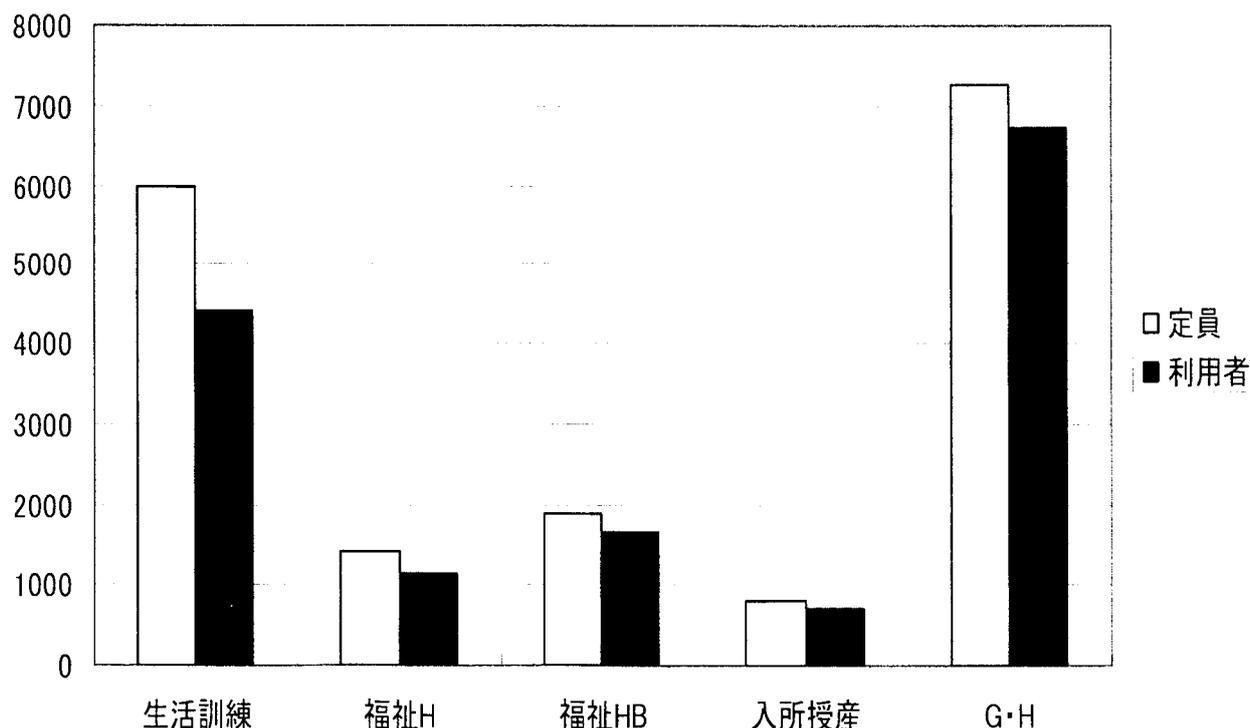
3

長期在院は何故起こったか

- 精神衛生法の制定はされたが
- 精神障害者福祉法がなかったこと
- 社会復帰施設設置は義務規定でなかった
- 家族の疲弊と受け入れの限界
 - 退院させたくない 33.9%(全家連調査)
 - 現実的に困難 29.5%
- 退院後の受け皿の絶対的不足
 - 地域住民の建設反対・行政不関与
 - 建築補助金の不足・設置者からの持ち出し

4

精神障害者社会復帰施設H17



5

退院と家族の受け入れ（現在入院中のもの）

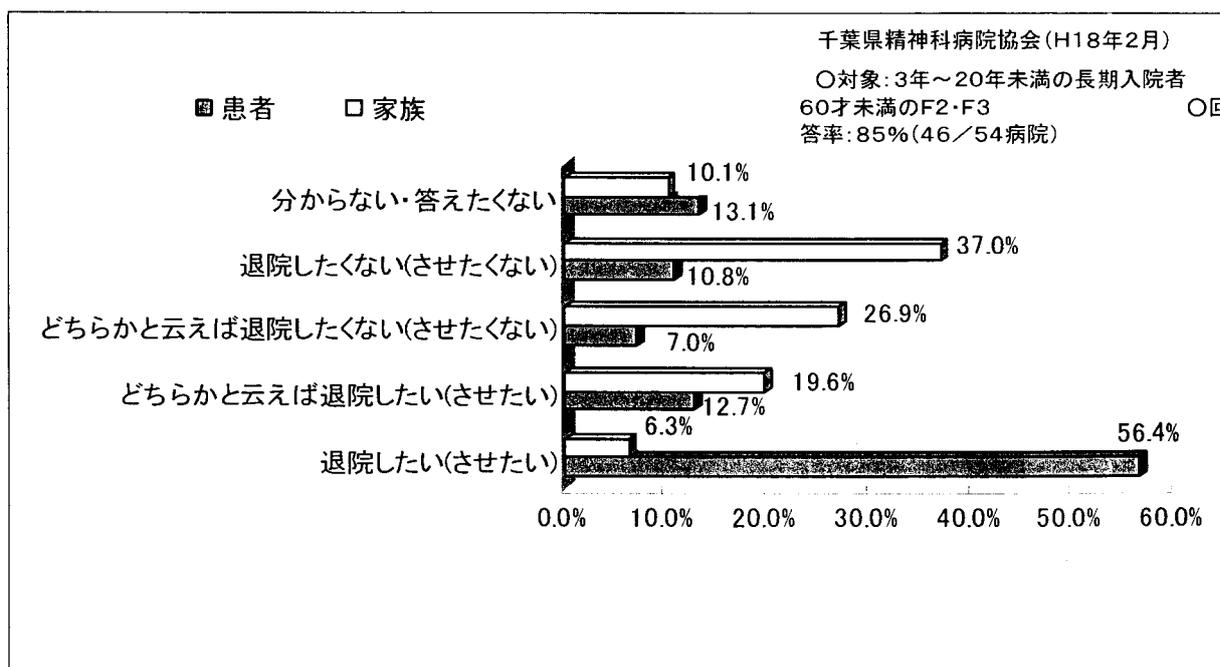
（％）

	回 答 者				計
	父・母	兄弟・ その配偶者	配偶者	その他	
総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
退院についての考え					
1) 医師の許可があれば家に引き取りたい	25.6	8.1	27.0	12.4	20.3
2) 退院させたいが現実的に困難	27.7	34.3	28.6	33.3	29.5
3) 退院が決まれば家で引き取る	8.8	6.3	8.7	10.0	8.0
4) 退院させたくない	30.8	42.3	28.7	39.6	33.9
無回答	7.1	9.0	7.0	4.5	8.3

全家連調査

6

長期入院者・家族の退院意向調査



7

無視されたクランク勧告 (1968年)

- 慢性入院患者の長期化と老齡化を予測
- 治療的コミュニティ、リハビリの奨励
- アフタケア、外来機能など地域医療への努力
- 精神病院の統制
- 精神衛生は公衆衛生局等に匹敵する部局に
- 厚生省に精神科の専門家の採用を
- 病床数は万対25床程度が適当 等

8

精神医療の日・米欧比較

- 単純な病床数・在院日数の国際比較は誤解のもと
- サンフランシスコとの比較(2002, 視察)
隠れた病床: SNF* 司法病床
(Prison Hospital)
認知症等は精神病床外

*SNF: Skilled Nursing Facility

9

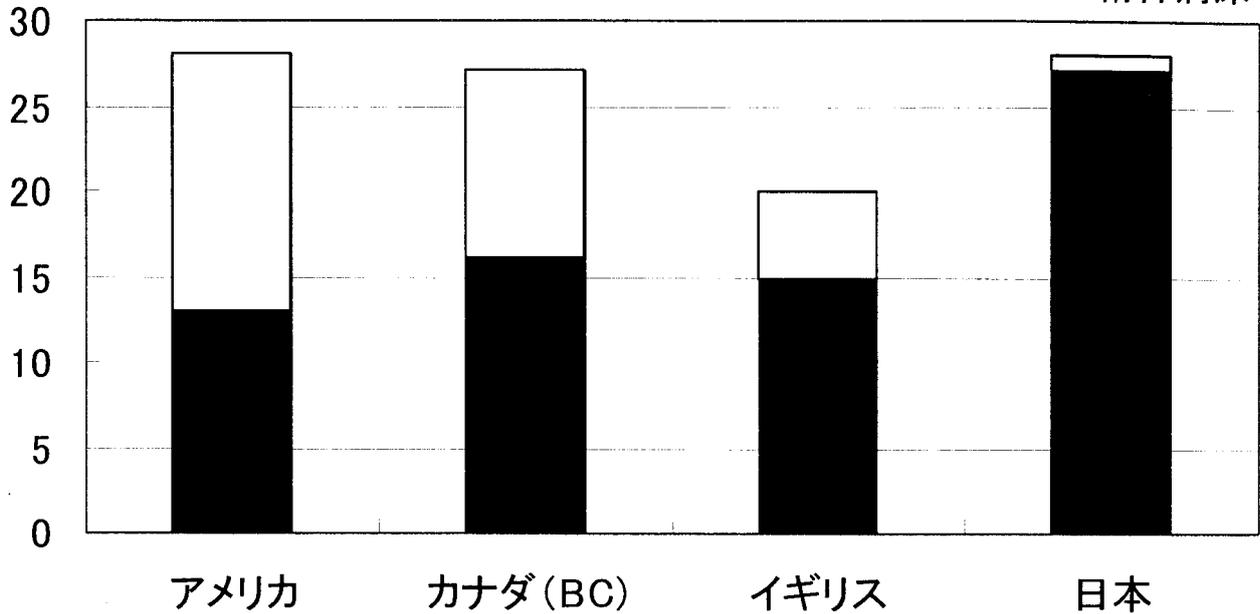
精神病床と居住施設の国際比較

浅井邦彦より

アメリカの病床には司法・SNFを含む

人口万対

□ 居住施設
■ 精神病床

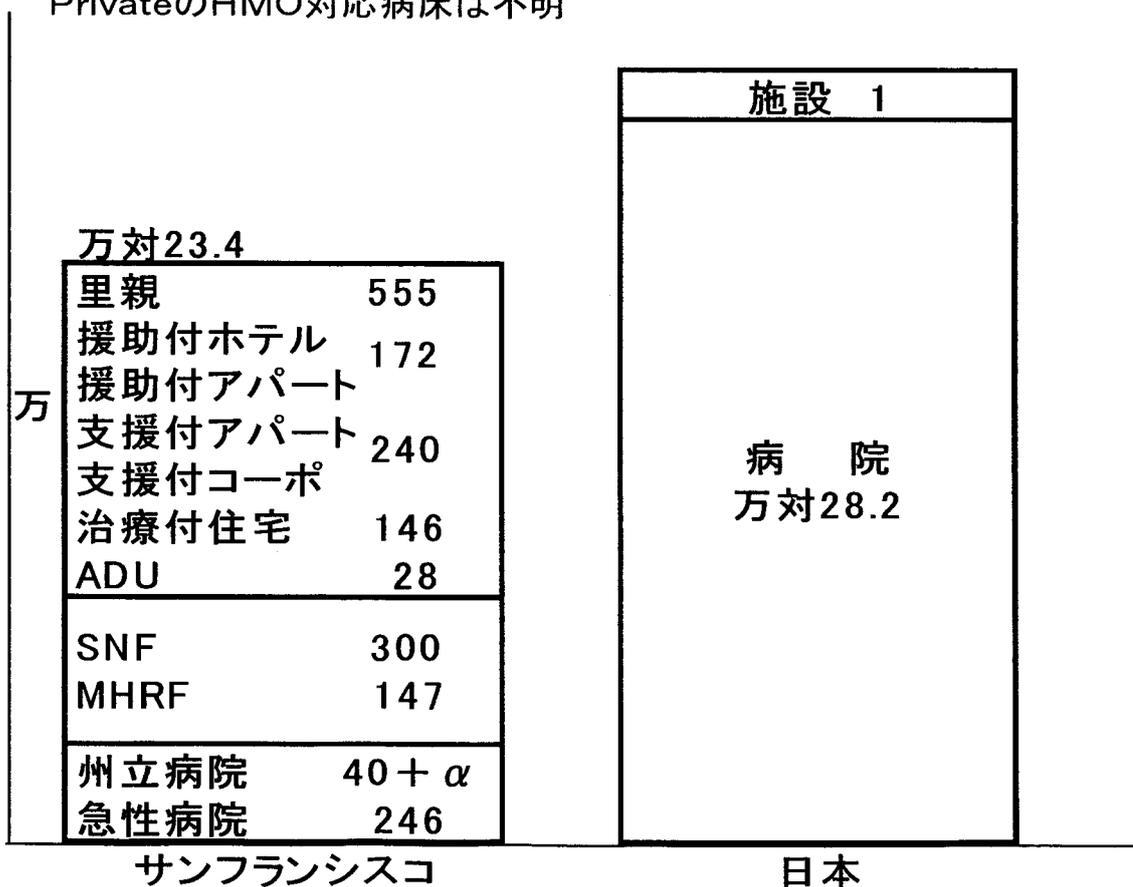


10

サンフランシスコとわが国の比較

2002年

PrivateのHMO対応病床は不明



人員配置と1日あたりの費用比較

	SF総合病院	MHRF	クレストウッド (SNF)	高岡病院
病床数	21床	147床	174床	485床
精神科医	3	3+内科1	1*嘱託	12
看護師	9	9	7.2	122
准看護師	5	90	26.2	58
無資格者	不明	35	50.4	41
PSW等	7.13	9.5	2.4	17
費用/日	773ドル	500ドル	150ドル	110ドル

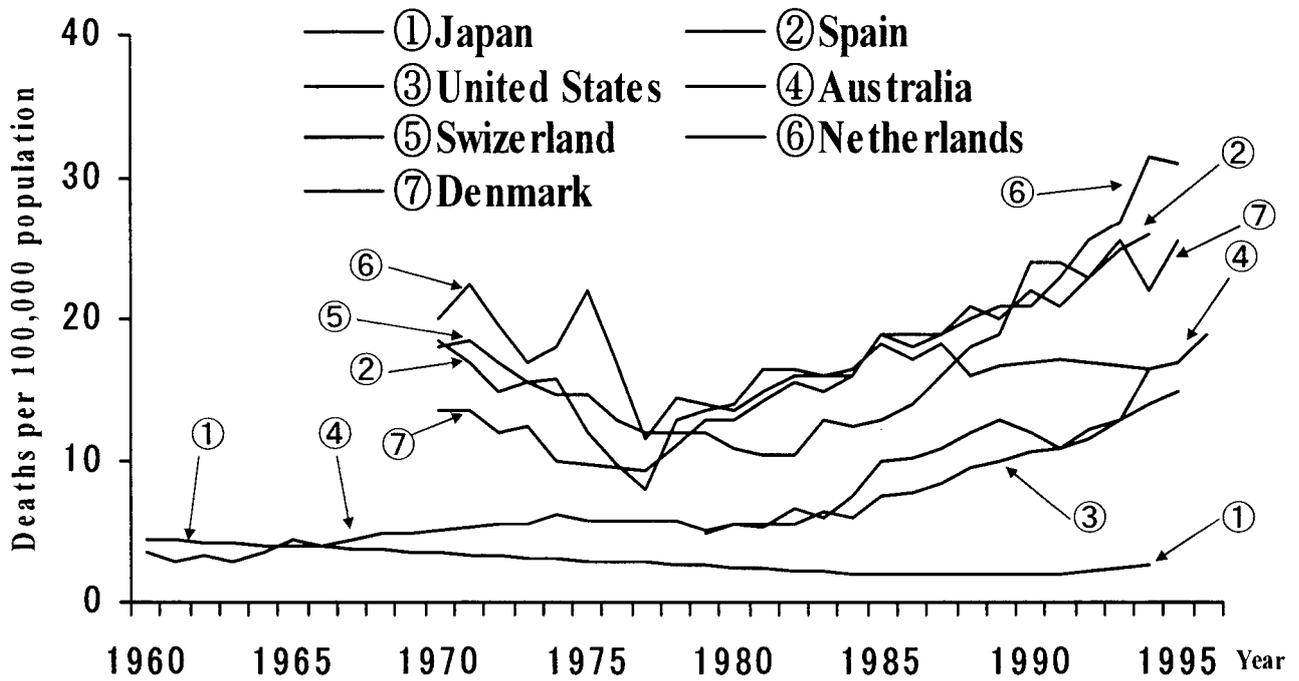
12

アメリカとの違い

- ・ 入院について
 - 米:精神運動興奮の沈静・・・11日 (SNF含まず)
 - 日:地域社会への参加・・・60日弱(急性期)
 - 急性期・回復期・慢性期・認知症病床・司法病床・ケアつき居住施設などの複合機能
- ・ 外来について
 - 1日数人の診察か多人数か
 - 米・・・退院後の外来予約が6～8週間先
- ・ 認知症・精神遅滞は精神病床と別で処遇
- ・ 医療保険制度の違い・・・何時でも何処でも誰でもほぼ同じ医療が受けられるか否か
 - 医療コストの大きな差

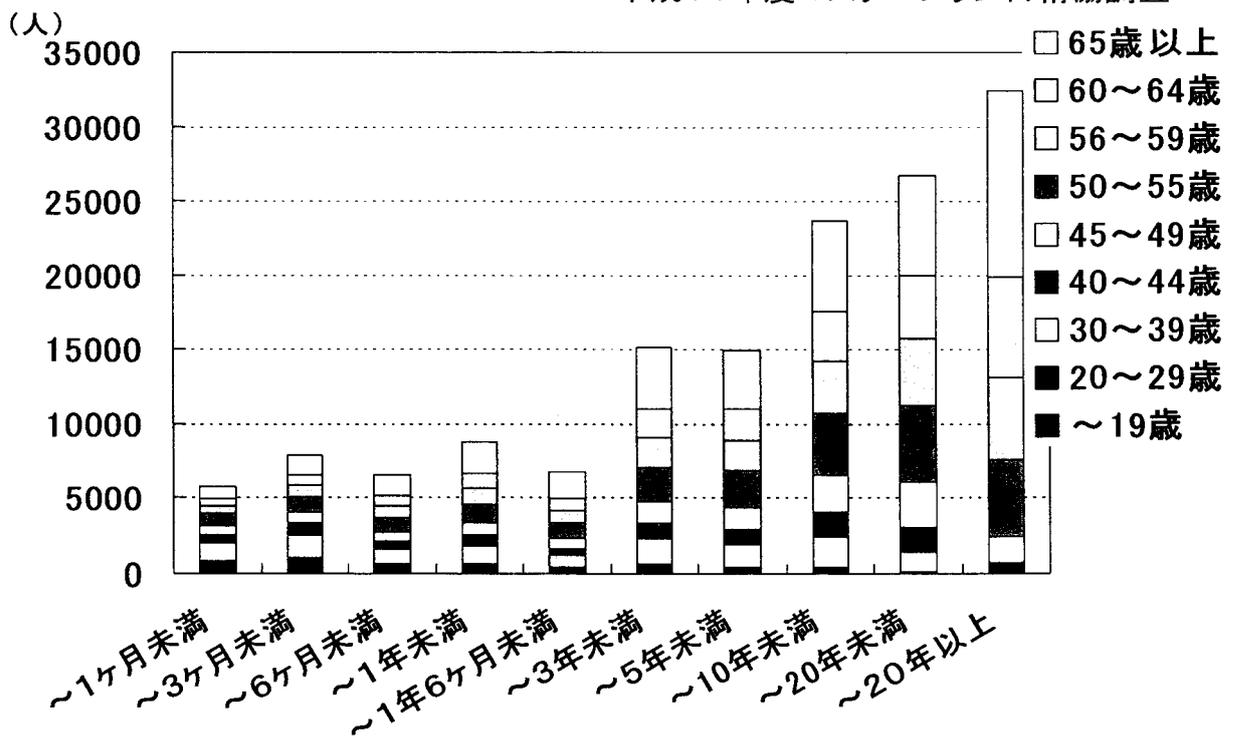
13

図2 精神障害者・薬物依存者死亡率（人口10万人対比率）

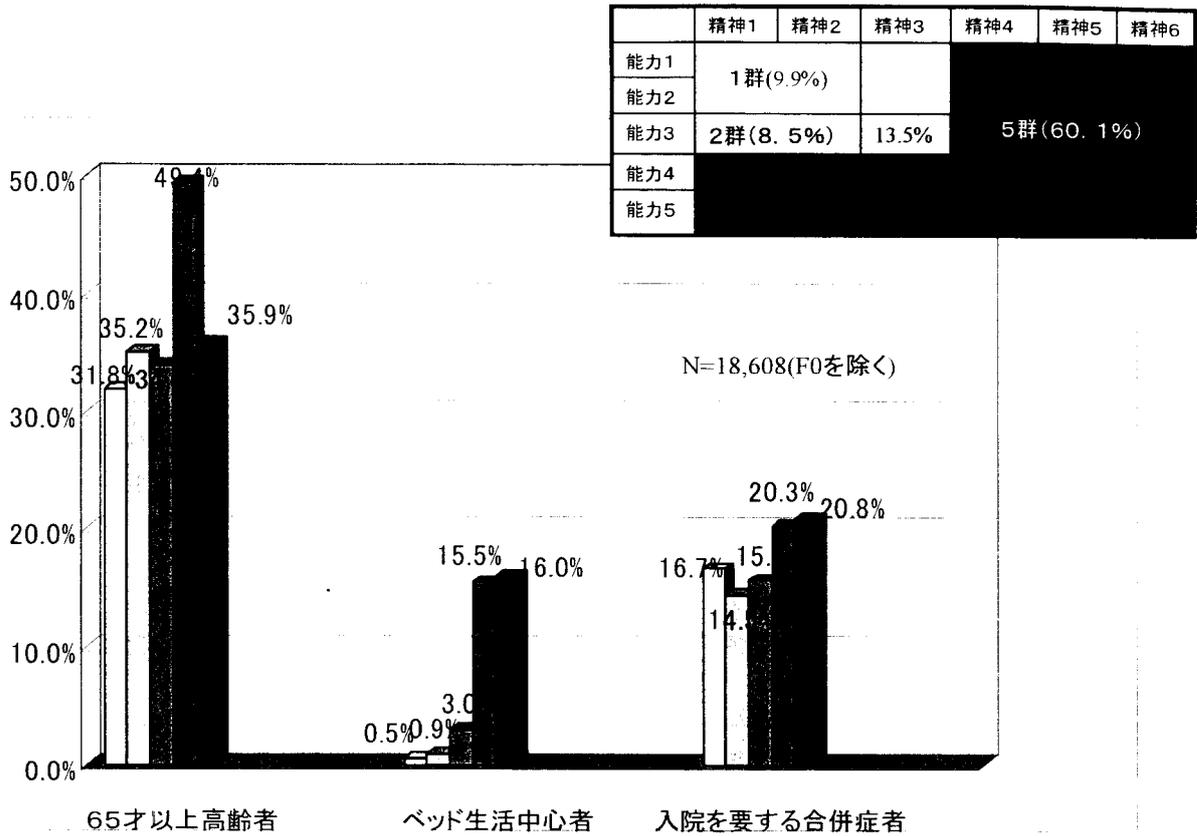


統合失調症 在院期間と年齢

平成14年度マスタープラン日精協調査



1年以上の入院者各群別の状態像のまとめ



日精協調査

16

長期在院者の実態

日精協マスタープラン調査

平成14年7月

回答病院数 999病院

回収率 82.1%

入院患者数 236,420人

精神症状・能力障害の2軸評価

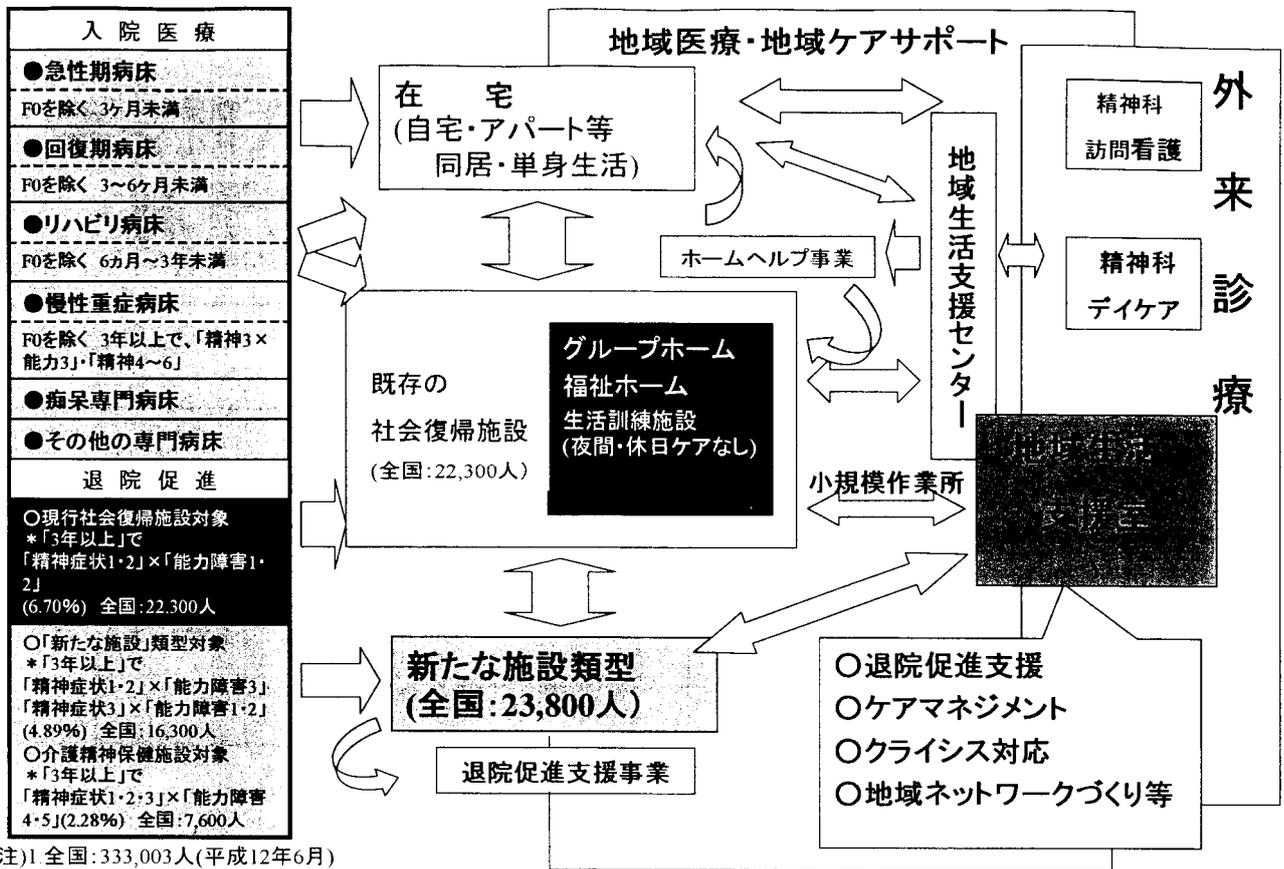
17

精神症状評価基準

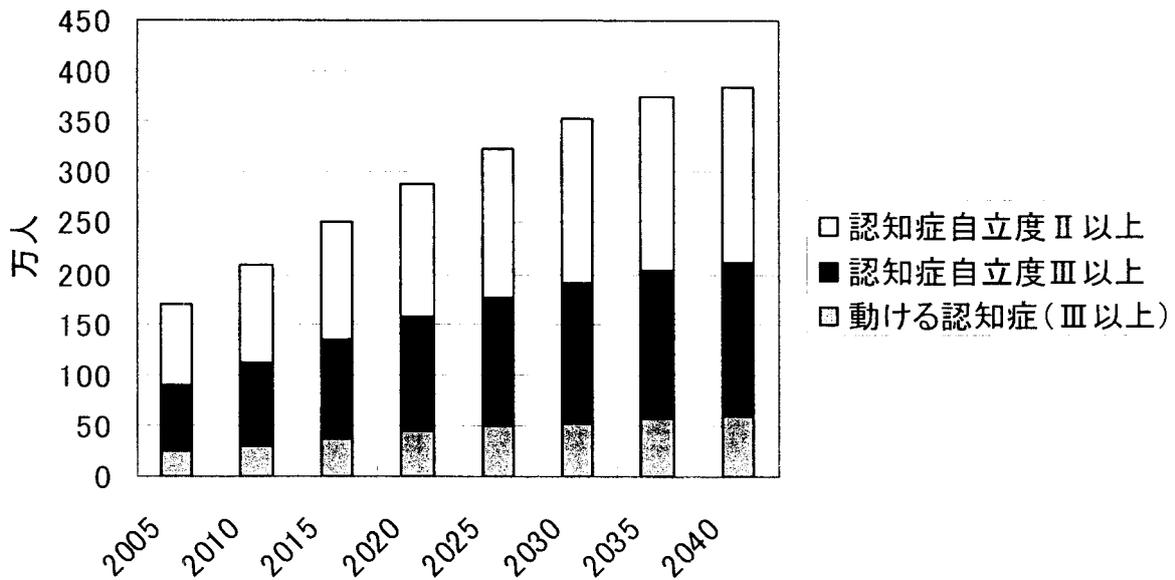
1	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり病院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい減裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6	活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

能力障害評価基準

1	精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2	精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4	精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。



認知症高齢者の急激な増加



認知症の発生率:65歳以上人口の6.7%(2005)、9.7%(2025)

動ける認知症:認知症のうち16.8%(2002)、65歳以上の1.1%

精神症状・行動障害のために入院を要する認知症高齢者数の将来予測

年	2005	2010	2015	2020	2025	2030
自立度Ⅱ以上認知症 高齢者数(万人) (65歳以上の%)	169	208	250	289	323	353
	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2
BPSDのために入院を 要する高齢者数(万人) (認知症の3.2%)	5.4	6.7	8.0	9.2	10.3	11.3

22

認知症(器質性精神障害)問題

- 統合失調症と同じ問題となる危険性
- 在宅での家族介護の限界
- 在宅医療・介護支援体制の不備
- 核家族化・共稼ぎ・老々介護
- 療養病床の削減と入所施設の不足
- BPSDが軽快しても受け皿がない
- 今まさに社会問題として考えるべきこと

23

各事業の年間収支予想

	事業収入			事業支出			利用率別収支差		
	サービス費	利用料	作業収入	人件費	諸経費	工賃	100%	90%	80%
GH 10人	5,617	6,960	—	6,800	6,960	—	▲1,183	▲1,745	▲2,307
CH 10人	7,281	6,960	—	7,800	6,960	—	▲519	▲1,248	▲1,976
(小計)	12,898	13,920	—	14,600	13,920	—	▲1,702	▲2,993	▲4,283
生訓20人	32,052	—	—	13,600	600	—	17,852	14,646	11,441
生介20人	18,881	—	—	14,600	600	—	3,681	1,792	▲96
継B 20人	24,288	—	2,640	8,000	1,200	2,400	15,328	13,139	10,950
				サービス管理責任者人件費			▲5,000	▲5,000	▲5,000

(予想算定の条件)

OGHの世話人は6:1を選択

○利用料(入所施設の「食費・水光熱費」基準額58千円)は、全て人件費を除く経費として消化

○就労継続B型では、作業収入10千円/日と仮定し、工賃は一人月額10千円として計算

○利用率については、各事業定員に対する平均利用者割合により算定した

○人件費は、サービス管理責任者・看護師5,000千円・サービス提供職員4,000千円とし、必要配置数は小数点第2位を繰上げた人数で算定した

地域移行への経済的問題点

生活費として手元に残る金額比較

障害基礎年金2級(月額6.6万円)のみの単身者、45歳国保加入例

	医療費	保険料	食費等	生活費
入院(3ヶ月以上)	24600円	2000円	14400円	25000円
施設入所	2500円	2000円	36500円	25000円
地域生活	2500円	2000円	58000円	3500円

①地域生活の食費等は部屋代・食費・水光熱費の額で障害者支援施設利用時の国の定めた月額を用いた

②支援施設入所者の場合は25000円が手元に残るように補足給付を受けている

地域移行支援を進めるために

- 家族が対応でき難い人たちを社会がどう対応するかとのコンセンサスが必要
- そのための社会啓発は必要不可欠
- 看護学生・研修医でさえ当初は無理解
- 社会的問題行動に迅速に危機介入が必要
- 利用者・サービス提供者とともに成り立つ制度整備が急務

第3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5月29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

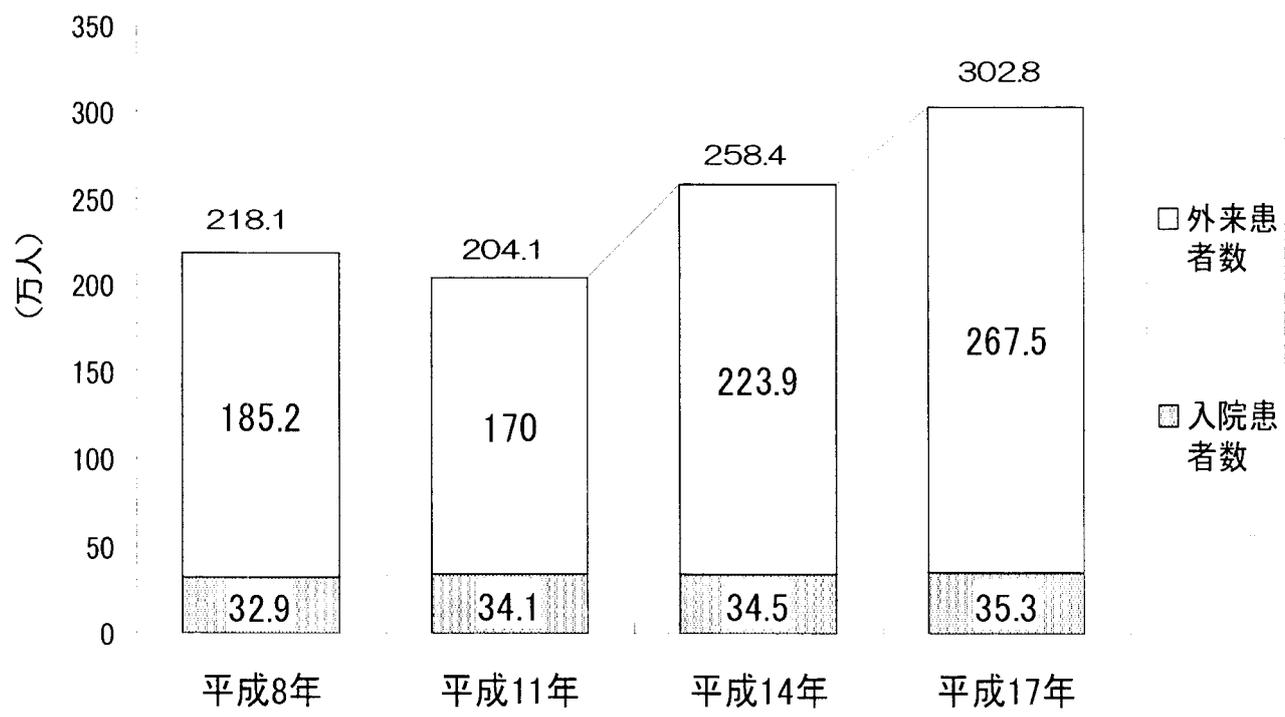
氏名	所属・役職
伊澤 雄一	特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 代表
上ノ山 一寛	社団法人 日本精神神経科診療所協会 理事
大塚 淳子	社団法人 日本精神保健福祉士協会 常務理事
尾上 義和	社会福祉法人 全国精神障害者社会復帰施設協会 常務理事
小川 忍	社団法人 日本看護協会 常任理事
門屋 充郎	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター 理事長
坂元 昇	全国衛生部長会 副会長
佐藤 茂樹	有限責任中間法人 日本総合病院精神医学会 副理事長
品川 眞佐子	特定非営利活動法人 ほっとハート 理事長
末安 民生	社団法人 日本精神科看護技術協会 第一副会長
田尾 有樹子	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)

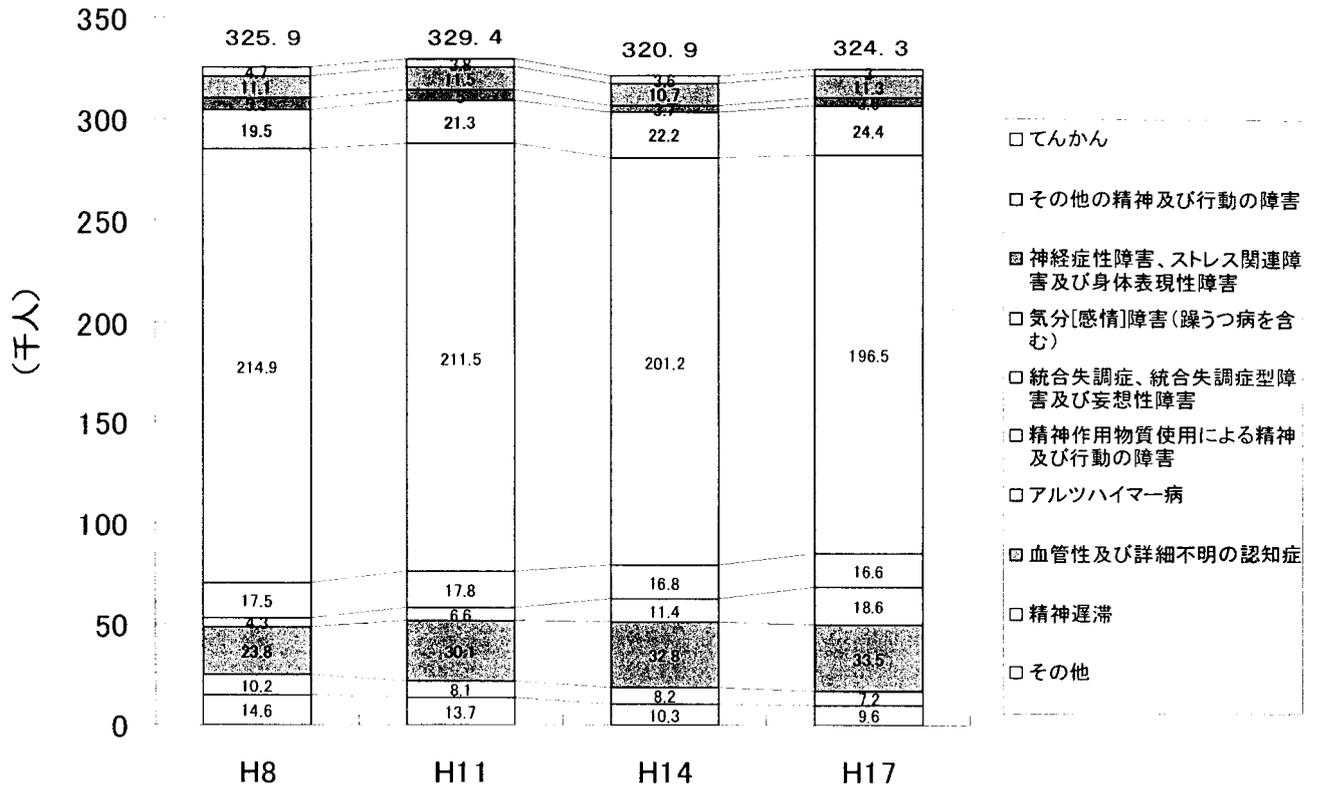
精神保健医療福祉の現状

(第1回検討会 資料3)

患者数内訳 (外来患者数・入院患者数)



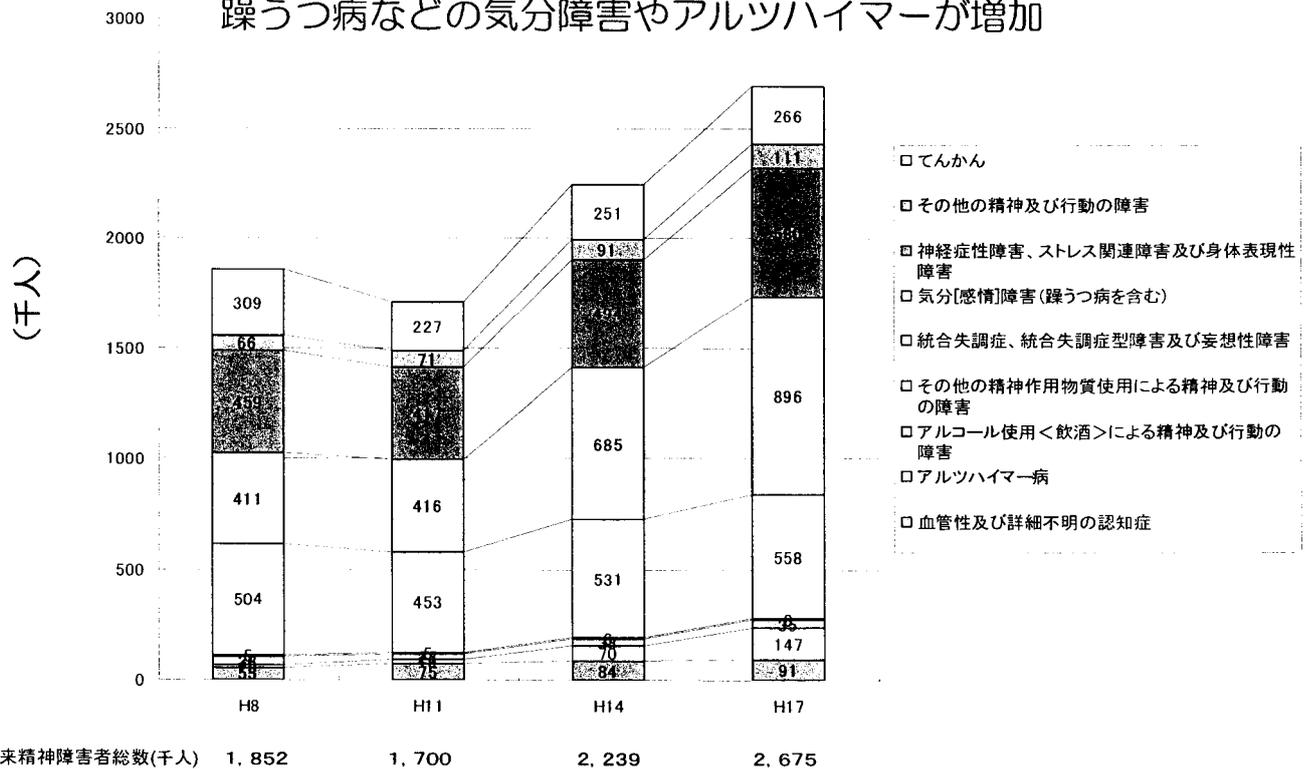
精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査 2

精神疾患外来患者の疾病別内訳

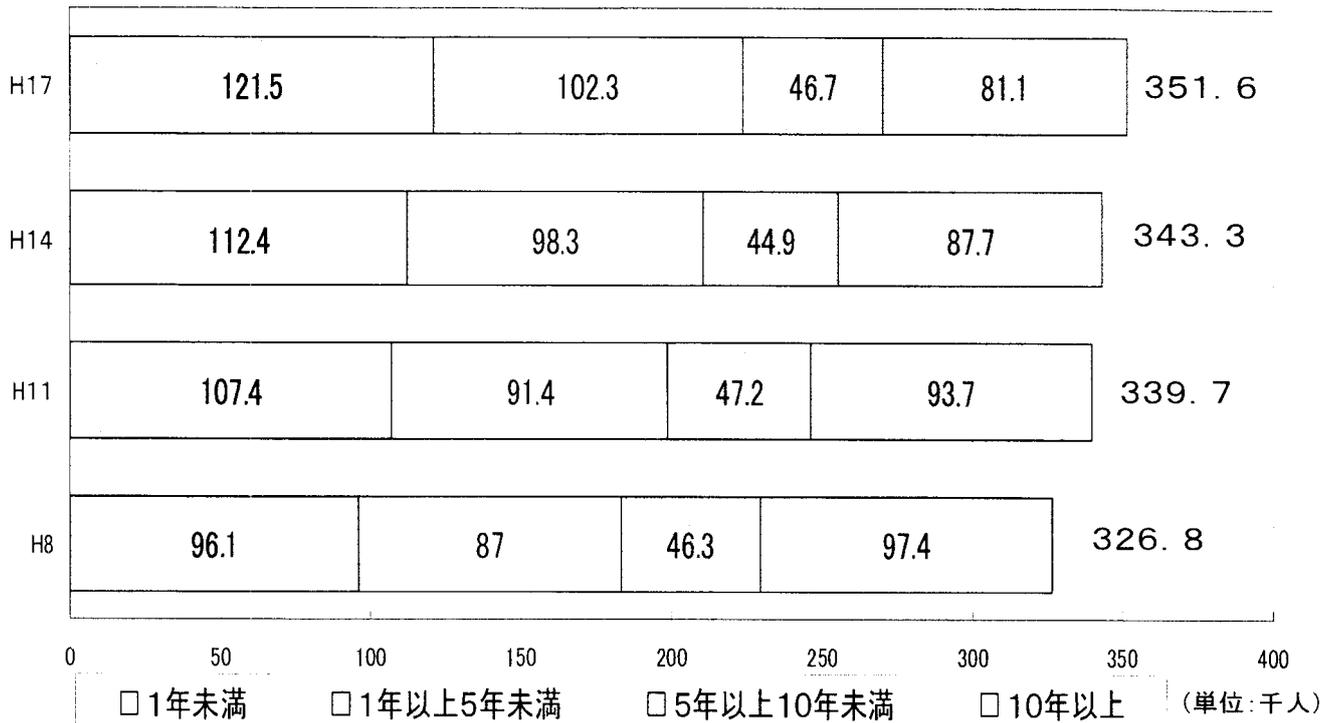
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査 3

入院期間別疾患別推計入院患者数の年次推移

【精神疾患総数】

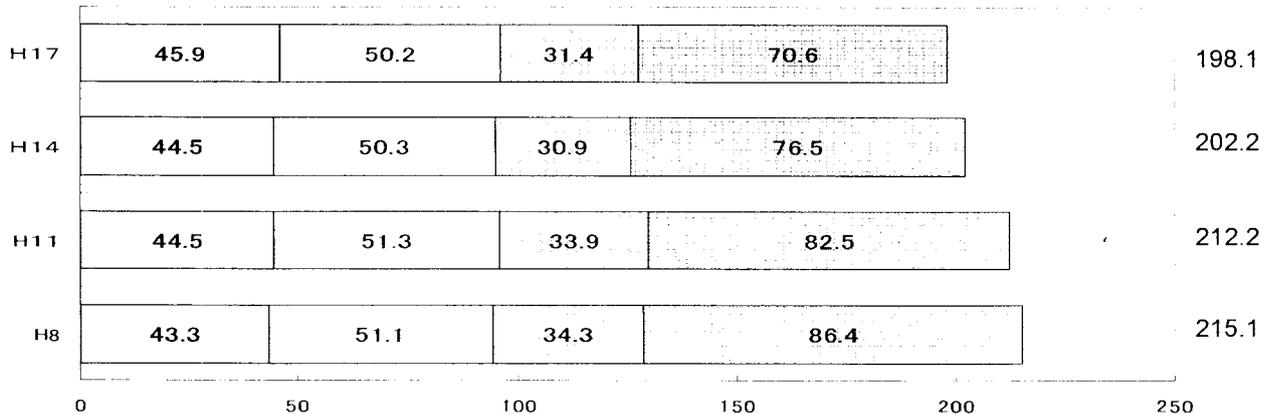


資料:患者調査

4

推計入院患者の年次推移【統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害】

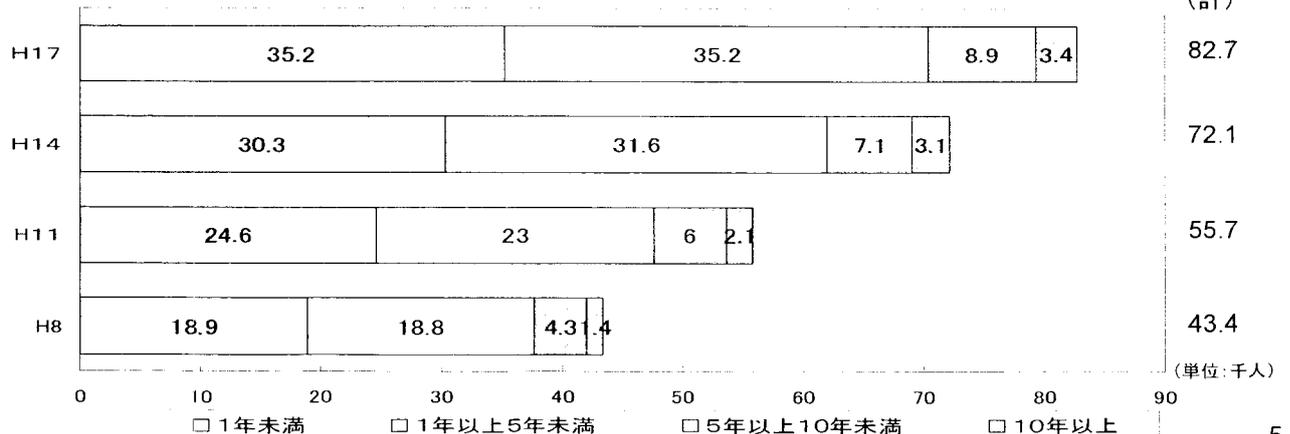
(計)



推計入院患者の年次推移【認知症】(※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)

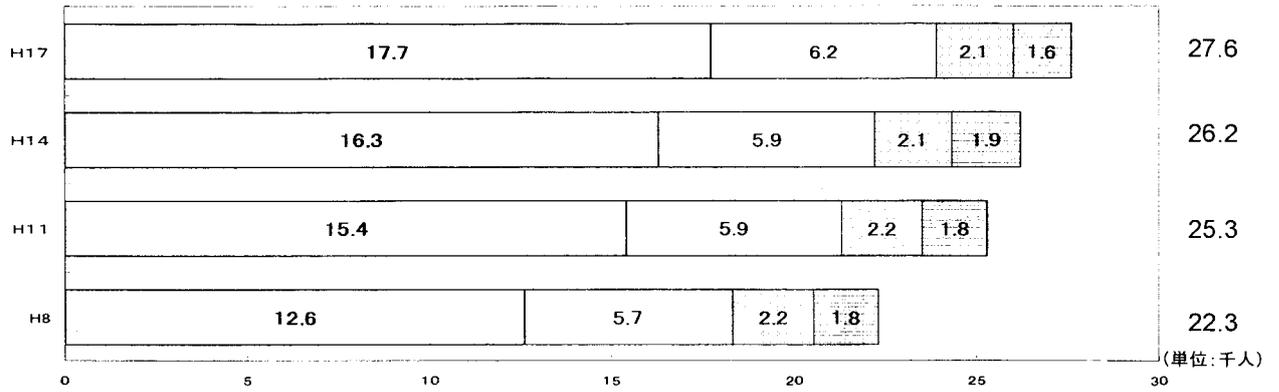
(計)



5

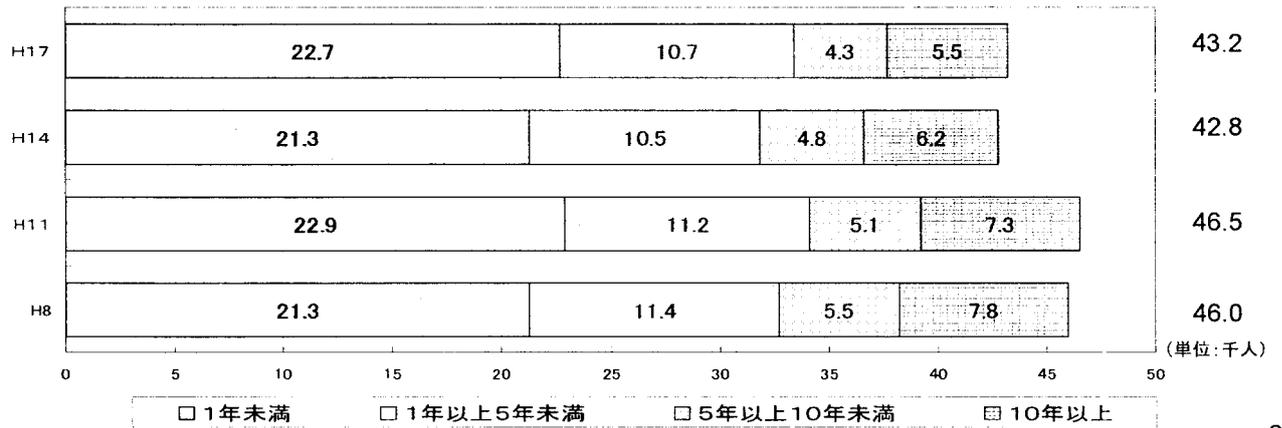
推計入院患者の年次推移【気分[感情]障害(躁うつ病を含む。)]

(計)



推計入院患者の年次推移【認知症、統合失調症、気分障害以外】

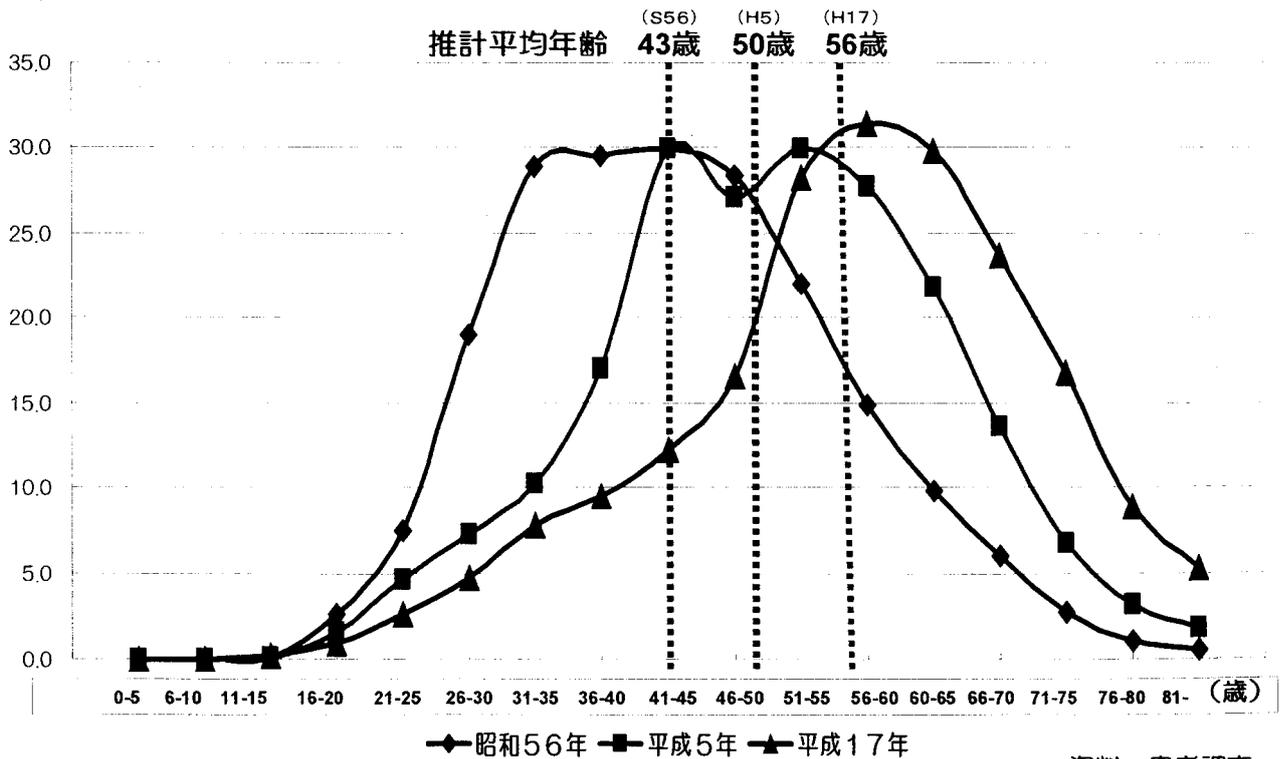
(計)



6

精神病床における年齢階級別の
統合失調症の推計入院患者

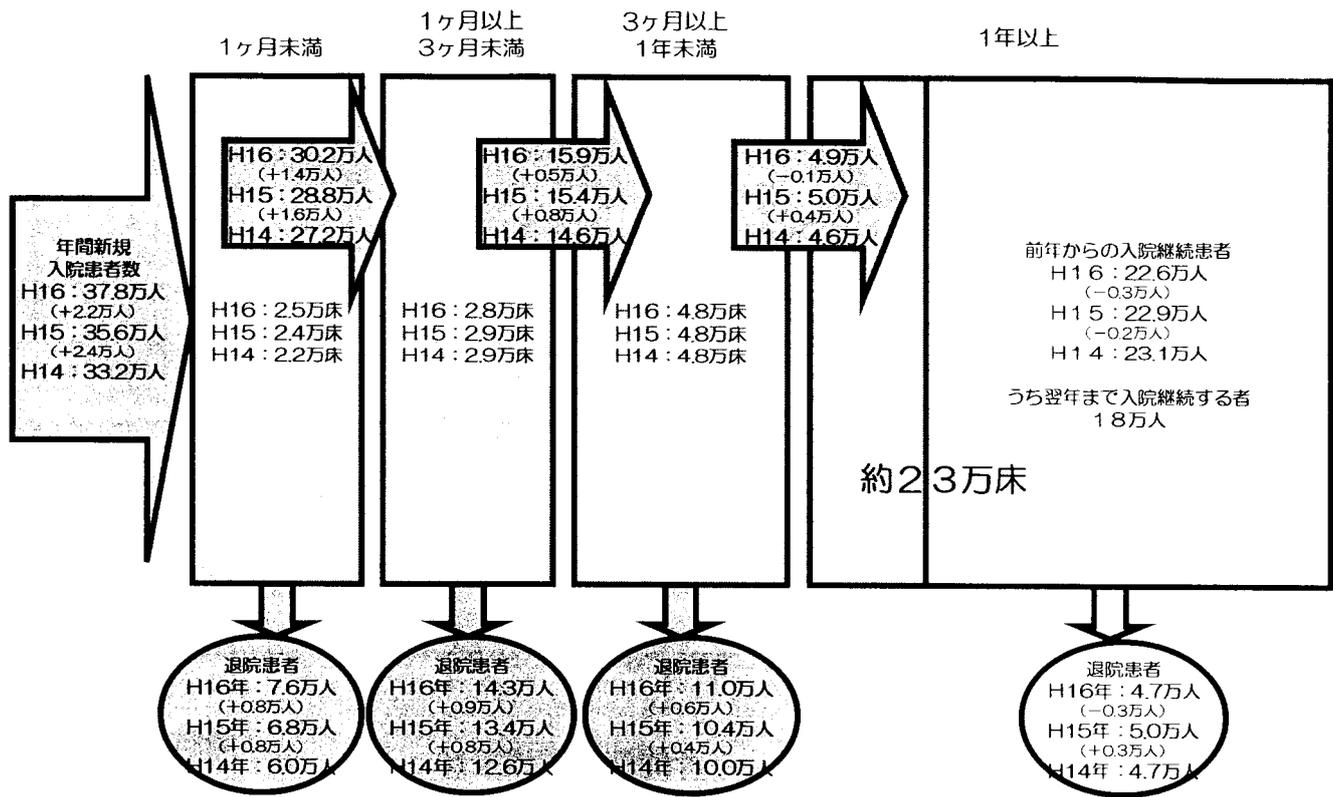
(千人)



資料：患者調査

7

精神病床における患者の動態の年次推移

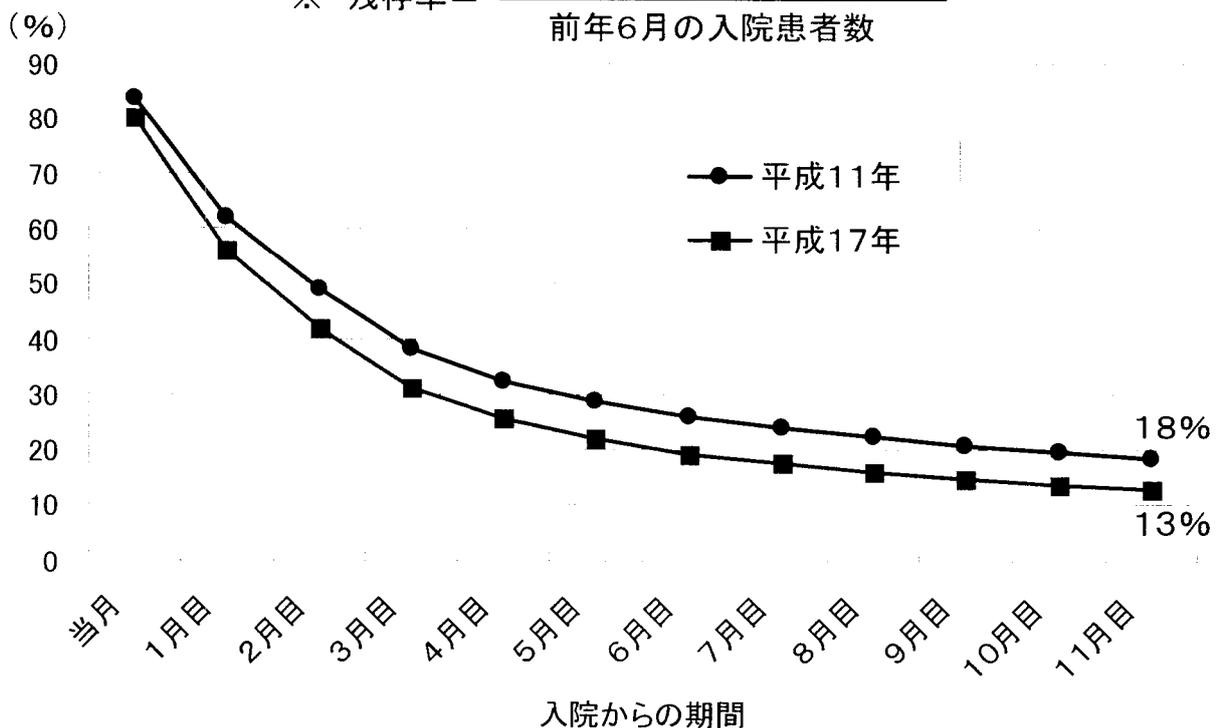


資料：精神・障害保健課調

新入院患者の残存曲線

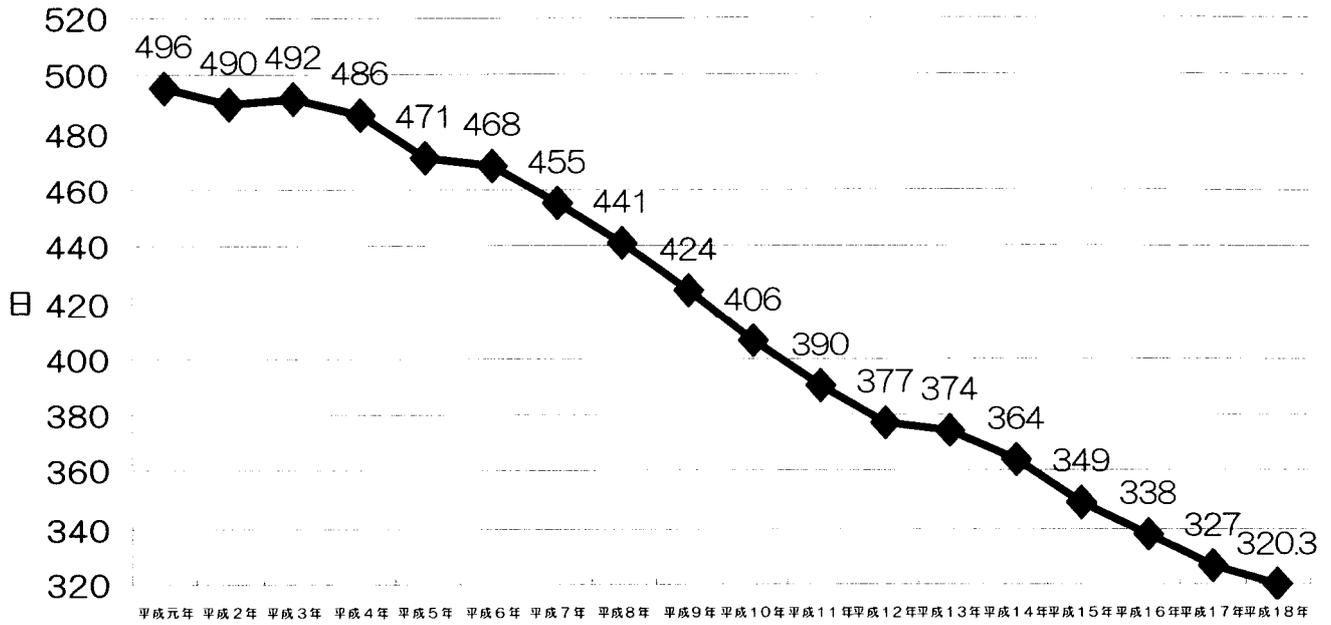
H11→H17で残存率は少し下がった。

$$\text{※ 残存率} = \frac{\text{毎月の残留患者数合計}}{\text{前年6月の入院患者数}}$$



資料：精神・障害保健課調

精神病床の平均在院日数の推移



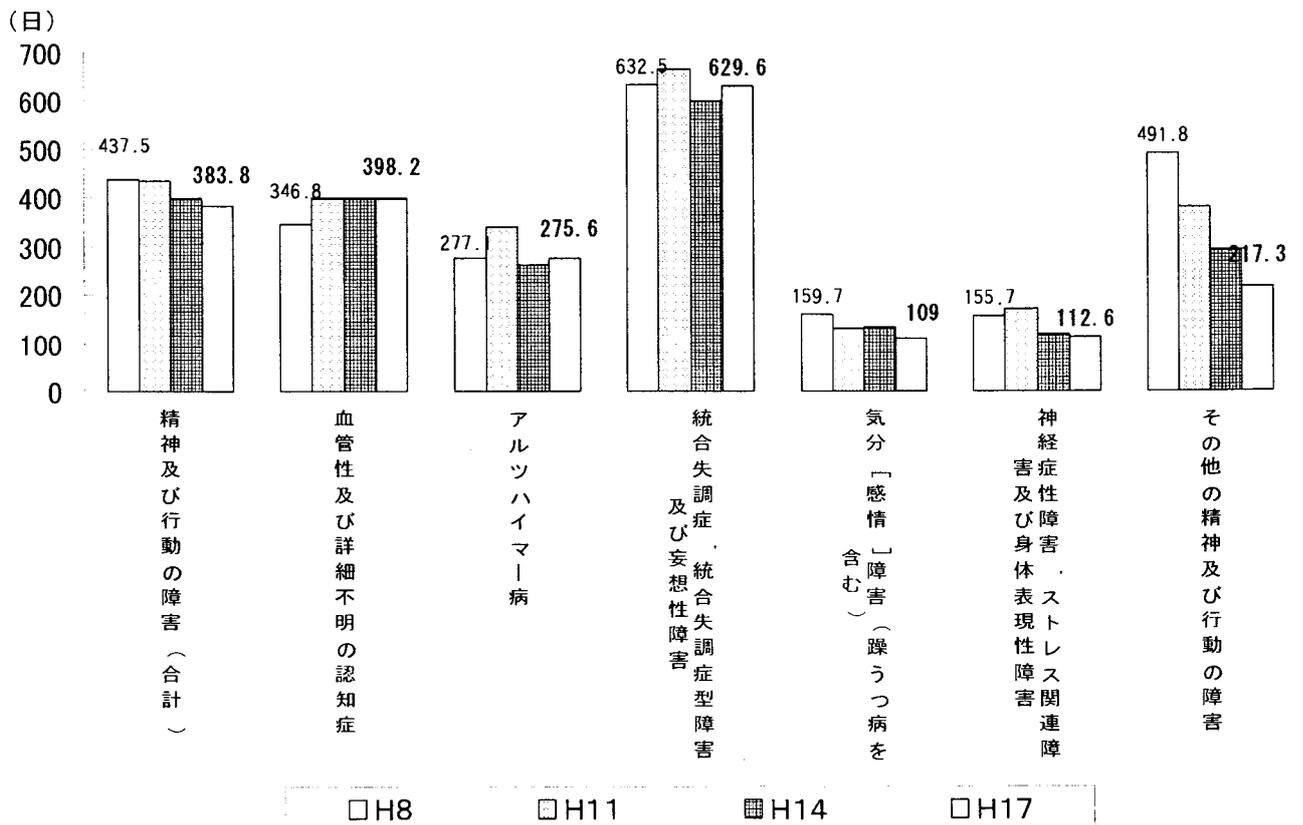
平成元年 平成2年 平成3年 平成4年 平成5年 平成6年 平成7年 平成8年 平成9年 平成10年 平成11年 平成12年 平成13年 平成14年 平成15年 平成16年 平成17年 平成18年

年間在院患者延数

資料：病院報告

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

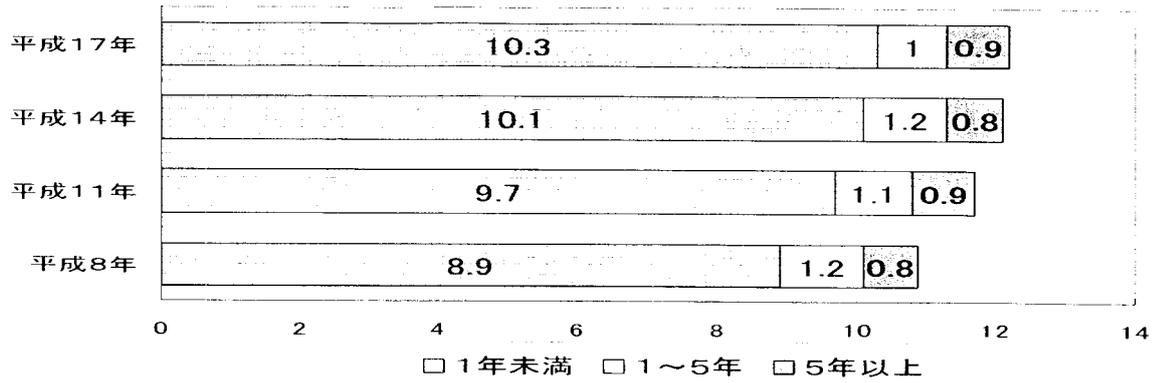
疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



【統合失調症】推計退院患者数(在院期間別)

資料:患者調査

※ 各年9月の退院者数(単位:千人)



在院期間別退院患者(実数)

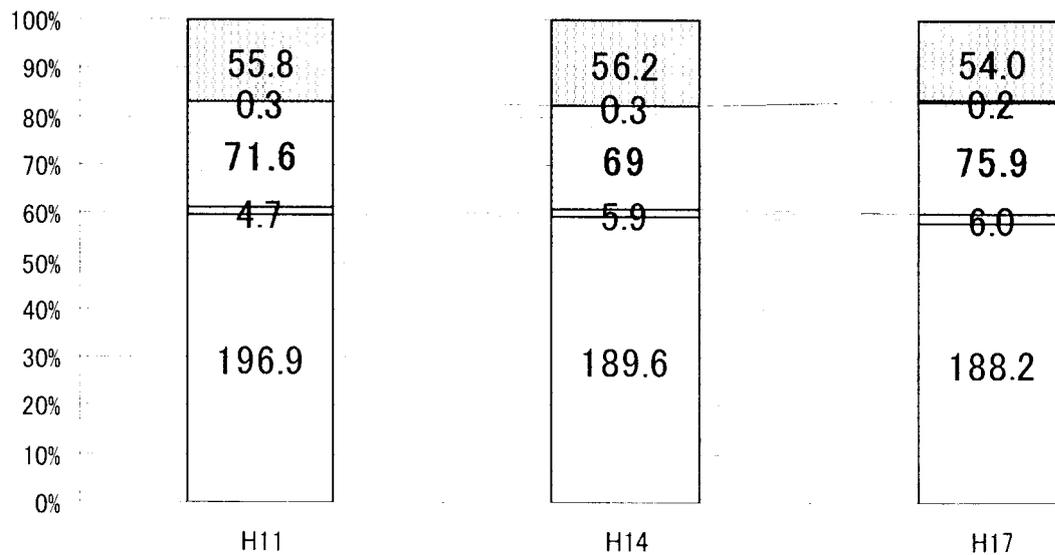
資料:精神・障害保健課調

※ 各年6月の退院者数(単位:人)

	総数	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上
平成17年	30,498	26,530	2,565	650	384	369
平成16年	29,972	26,037	2,615	593	383	344
平成15年	28,780	24,651	2,708	605	415	401
平成14年	27,280	23,322	2,609	580	382	387

精神病床入院患者の状況

入院患者の状況は、ほぼ変化はない。



- 生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する
- 生命の危険がある
- 受け入れ条件が整えば退院可能
- 検査入院
- その他

資料:患者調査

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)
(単位:千人)

入院期間	年齢／疾患	疾患名	55歳未満	55歳以上	65歳以上【再掲】
			22.3(30.3%)	51.3(69.7%)	32.7(44.4%)
1年未満 24.5 (33.3%)		総数	9.3(12.6%)	15.2(20.7%)	10.8(14.7%)
		統合失調症	5.8(7.8%)	4.6(6.3%)	2.3(3.1%)
		認知症	3.5(4.8%)	5.9(8.1%)	5.7(7.7%)
		その他		4.6(6.3%)	2.8(3.9%)
1年以上5年未満 21.8 (29.7%)		総数	5.9(8.1%)	15.9(21.6%)	10.9(14.8%)
		統合失調症	4.9(6.6%)	6.9(9.4%)	3.6(4.9%)
		認知症	1.1(1.4%)	5.3(7.3%)	5.0(6.9%)
		その他		3.6(4.9%)	2.3(3.1%)
5年以上10年未満 10.0 (13.6%)		総数	3.0(4.0%)	7.0(9.6%)	4.1(5.6%)
		統合失調症	2.5(3.4%)	4.4(5.9%)	2.0(2.8%)
		認知症	0.4(0.6%)	1.3(1.8%)	1.2(1.7%)
		その他		1.4(1.9%)	0.8(1.1%)
10年以上 17.3 (23.5%)		総数	4.1(5.6%)	13.2(17.9%)	6.9(9.3%)
		統合失調症	3.7(5.0%)	11.0(14.9%)	5.5(7.4%)
		認知症	0.5(0.6%)	0.6(0.8%)	0.5(0.7%)
		その他		1.7(2.3%)	0.9(1.3%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

総計 73.6(千人)

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
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₁₄

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)
【統合失調症】
(単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
統合失調症総数	195.4	44.8 (22.9%)	49.4 (25.3%)	31.1 (15.9%)	70.1 (35.9%)
55歳未満	75.0 (38.4%)	25.1 (33.5%)	20.0 (26.7%)	11.8 (15.7%)	18.2 (24.3%)
55歳以上	120.4 (61.6%)	19.8 (16.4%)	29.4 (24.4%)	19.3 (16.0%)	51.9 (43.1%)
65歳以上 (再掲)	58.6 (30.0%)	9.7 (16.6%)	14.8 (25.3%)	9.2 (15.7%)	24.9 (42.5%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(統合失調症)	43.7	10.4 (23.7%)	11.8 (27.1%)	6.9 (15.8%)	14.6 (33.4%)
55歳未満	16.8 (38.5%)	5.8 (34.5%)	4.9 (29.2%)	2.5 (14.9%)	3.7 (22.0%)
55歳以上	26.9 (61.5%)	4.6 (17.1%)	6.9 (25.7%)	4.4 (16.4%)	11.0 (40.9%)
65歳以上 (再掲)	13.4 (30.7%)	2.3 (17.2%)	3.6 (26.9%)	2.0 (14.9%)	5.5 (41.0%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

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₁₅

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)
【認知症】 (単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
認知症総数	51.8	21.7 (42.0%)	21.5 (41.5%)	5.7 (11.1%)	2.8 (5.4%)
55歳未満	0.4 (0.7%)	0.1	0.1	0.05	0.03
55歳以上	51.4 (99.3%)	21.6 (42.0%)	21.3 (41.4%)	5.7 (11.1%)	2.8 (5.4%)
65歳以上 (再掲)	48.8 (94.2%)	20.6 (42.2%)	20.3 (41.6%)	5.4 (11.1%)	2.6 (5.3%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(認知症)	13.2	6.0 (45.3%)	5.4 (40.6%)	1.3 (9.9%)	0.6 (4.2%)
55歳未満	0.09 (0.7%)	0.05	0.03	0.02	0.0
55歳以上	13.1 (99.3%)	5.9 (45.0%)	5.3 (40.5%)	1.3 (9.9%)	0.6 (4.6%)
65歳以上 (再掲)	12.4 (94.0%)	5.7 (46.0%)	5.0 (40.3%)	1.2 (9.7%)	0.5 (4.0%)

(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

・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¹⁶

受け入れ条件が整えば退院可能な者の入院期間別・年齢／疾患別の状況(精神病床)
【気分障害】 (単位:千人)

	合計	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
気分障害総数	24.3	15.1 (62.3%)	5.7 (23.3%)	1.9 (8.0%)	1.5 (6.3%)
55歳未満	7.3 (30.2%)	6.0 (82.2%)	0.8 (11.0%)	0.2 (2.7%)	0.2 (2.7%)
55歳以上	16.9 (69.8%)	9.1 (53.8%)	4.8 (28.4%)	1.7 (10.1%)	1.3 (7.7%)
65歳以上 (再掲)	11.5 (47.4%)	6.0 (52.2%)	3.4 (29.6%)	1.2 (10.4%)	0.9 (7.8%)
受け入れ条件が整えば 退院可能な者(気分障害)	6.2	3.7 (58.8%)	1.6 (26.3%)	0.5 (8.3%)	0.4 (6.5%)
55歳未満	1.7 (27.4%)	1.4 (82.4%)	0.2 (11.8%)	0.06 (3.5%)	0.04 (2.4%)
55歳以上	4.5 (72.6%)	2.3 (51.1%)	1.4 (31.1%)	0.5 (11.1%)	0.4 (8.9%)
65歳以上 (再掲)	3.1 (50.5%)	1.5 (48.4%)	1.0 (32.3%)	0.4 (12.9%)	0.2 (6.5%)

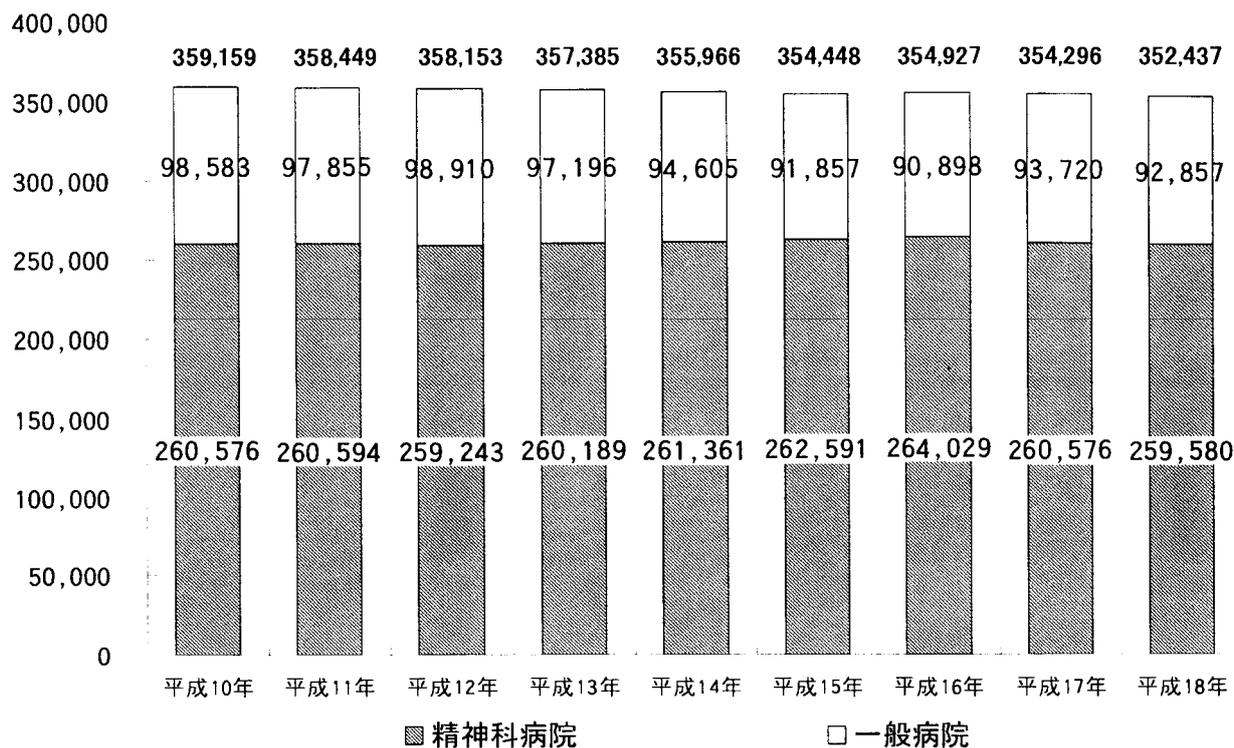
(注)入院期間不詳及び年齢不詳は除く。

各年齢区分の入院期間毎の数値の下にある比率は、各年齢区分の合計数に対する割合

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¹⁷

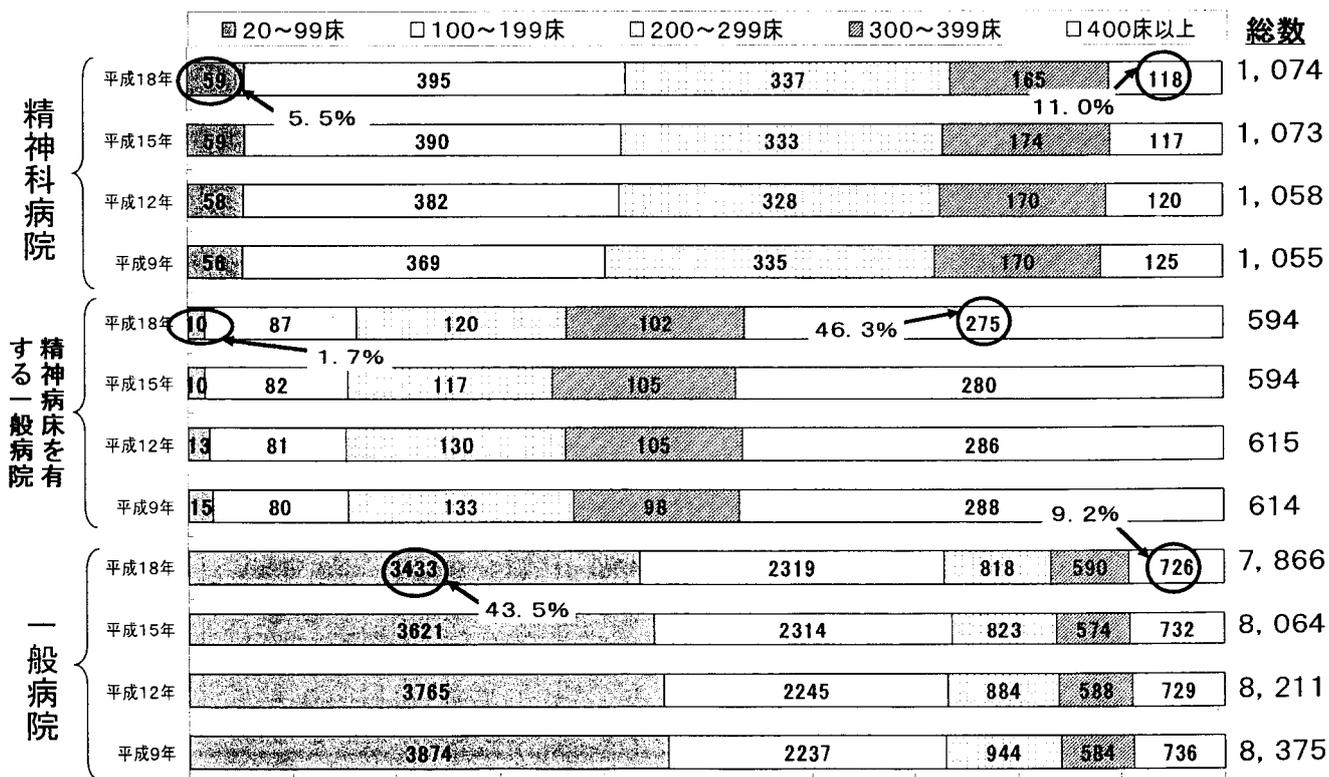
精神病床数の変化

(床)



資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

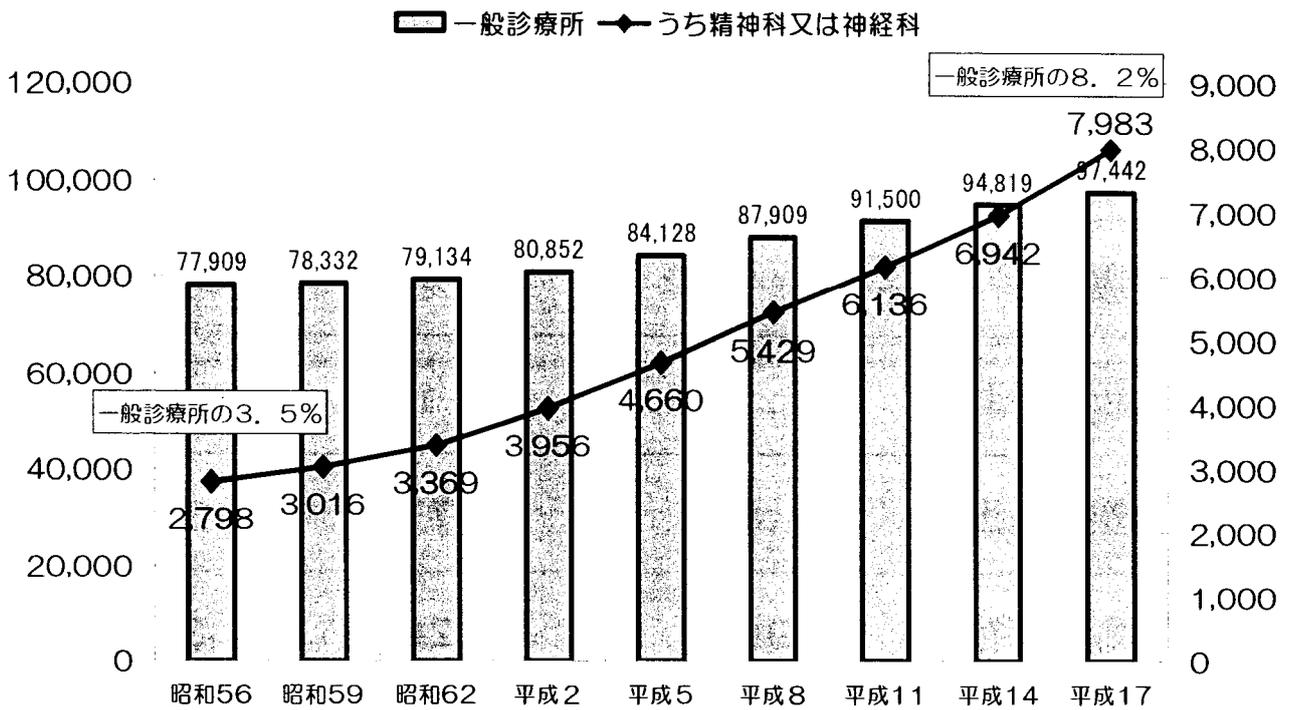
病床規模別病院数の年次推移（各年6月現在の推移）



※ 精神科病床を有する一般病院は、一般病院の再掲。

資料：病院報告

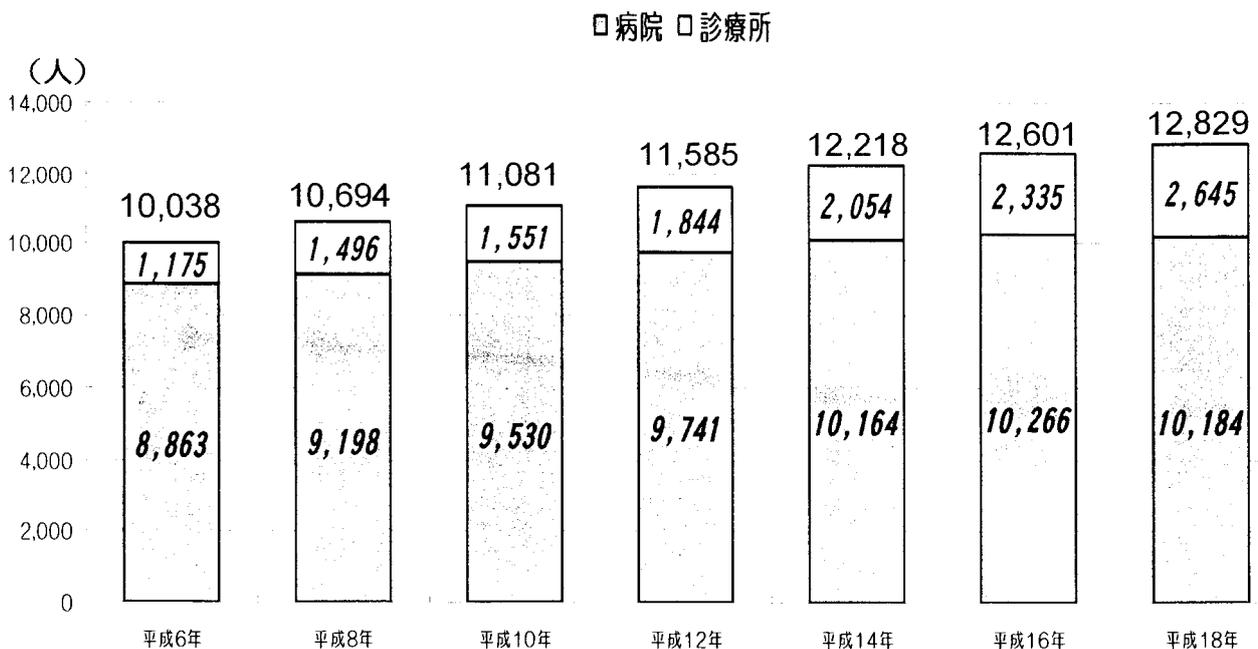
一般診療所数及び精神科又は神経科標榜診療所数の推移



資料：医療施設調査

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）



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%

精神科病院における医療関係従事者数

(単位:人)

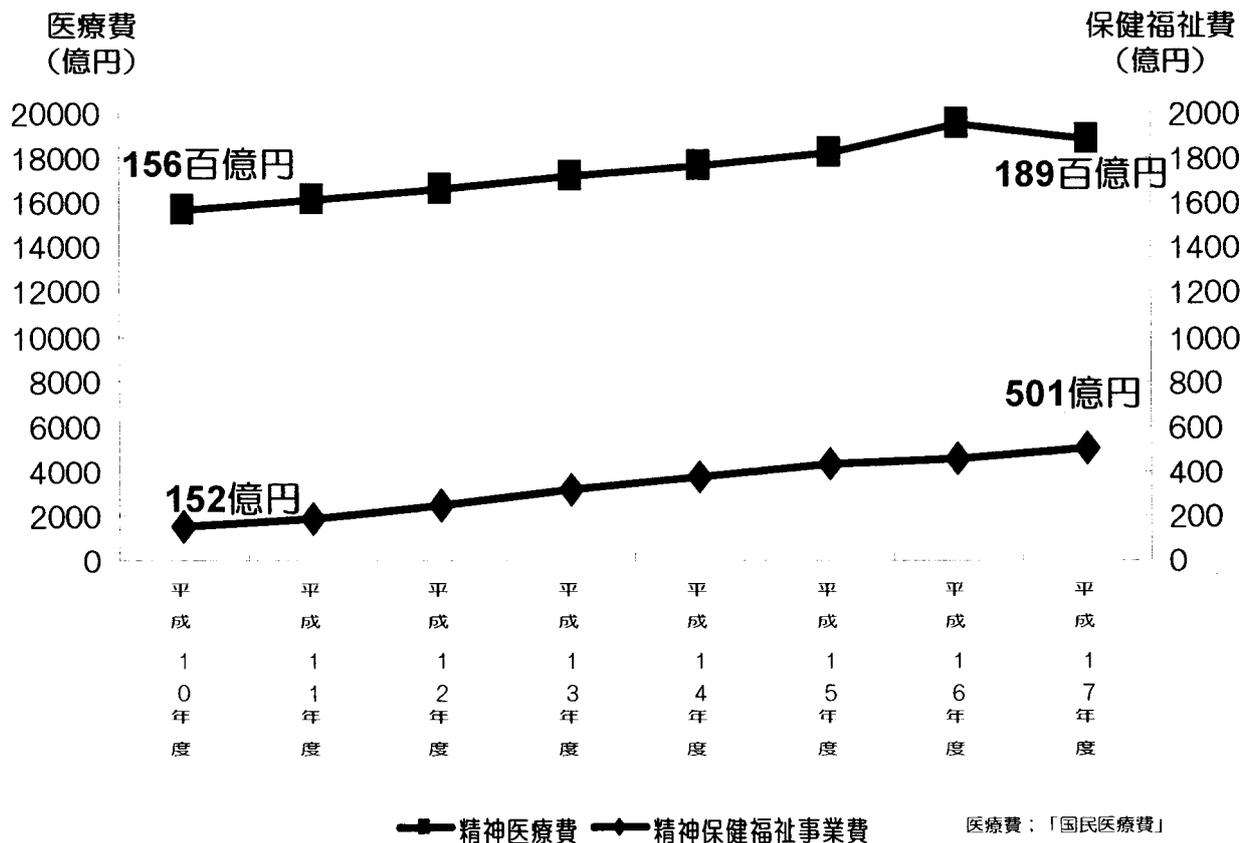
	平成11年	平成14年	平成17年
看護師	36,224	38,252	42,265
准看護師	39,622	39,132	37,090
看護業務補助者	24,901	26,194	28,336
作業療法士	1,898	2,771	3,519
精神保健福祉士	962	2,260	3,912

※平成14年、17年の数値は常勤換算したもの

資料:病院報告

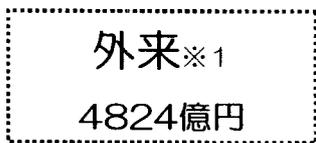
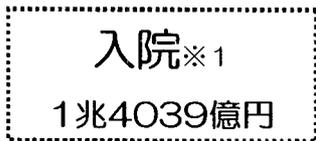
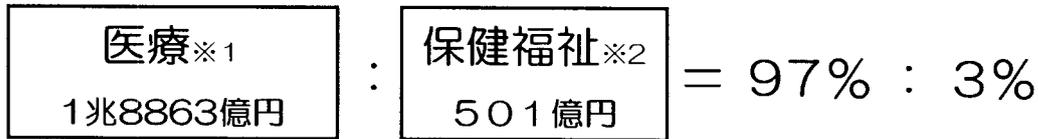
22

精神医療費と精神保健福祉費の推移



23

精神保健医療福祉の関係費用



<資料>

※1 平成17年度「国民医療費」

※2 平成17年度国庫補助額に基づき推計

24

精神障害者社会復帰施設の種別施設数・在在者数の推移

(各年10月1日現在)

年次		1993 (平成5)	1996 (平成8)	1999 (平成11)	2002 (平成14)	2005 (平成17)	2006 (平成18)
種別施設数	総数	159	285	473	1,082	1,687	1,697
	精神障害者生活訓練施設	50	98	182	246	286	289
	精神障害者福祉ホーム	59	81	111	159	233	241
	精神障害者入所授産施設	2	11	21	28	30	30
	精神障害者通所授産施設	48	91	150	208	285	296
	精神障害者小規模通所授産施設				109	375	395
	精神障害者福祉工場		4	9	14	18	18
	精神障害者地域生活支援センター				318	460	428
種別在在者数	総数	2,151	4,065	7,374	13,668	23,899	25,270
	精神障害者生活訓練施設	748	1,385	2,612	3,822	4,343	4,400
	精神障害者福祉ホーム	412	560	832	1,547	2,746	2,964
	精神障害者入所授産施設	35	178	417	595	690	685
	精神障害者通所授産施設	956	1,882	3,355	5,056	7,191	7,698
	精神障害者小規模通所授産施設				2,359	8,538	9,112
	精神障害者福祉工場		60	158	289	391	411

※ 平成18年度の数字は、障害者自立支援法による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による精神障害者社会復帰施設の数

資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「社会福祉施設等調査」

25

精神疾患に対する国民の理解①

調査方法

対象：人口1,000万人間隔の自治体5ヶ所の20～70歳の地域住民計2,000人

方法：統合失調症、大うつ病性障害、広汎性発達障害、アルコール依存症、糖尿病の事例のうちの1種類について、その病名を回答するよう依頼

結果

対象の属性：男女：各1,000人、年齢：10歳毎の各年齢においてそれぞれ400人

事例 \ 回答	統合失調症	うつ病	自閉症	アルコール依存症	糖尿病	こころの病気	からだの病気	ストレス
統合失調症	4.8%	38.6%	1.8%	0.0%	0.0%	21.4%	0.0%	14.0%
大うつ病性障害	1.4%	58.6%	0.2%	0.0%	0.2%	15.4%	0.8%	17.4%
広汎性発達障害	0.4%	0.4%	45.8%	0.2%	0.0%	11.4%	0.2%	3.6%
アルコール依存症	0.0%	1.2%	0.0%	85.0%	0.2%	4.2%	0.0%	7.6%
糖尿病	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	87.5%	0.1%	1.2%	1.2%

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
主任研究者：竹島正

26

精神疾患に対する国民の理解②

「こころのバリアフリー宣言」の内容に関わる調査結果

「考えている」「やや考えている」と回答した割合

- 「こころの健康」への関心；**82.1%**
- 精神疾患を自分の問題として考えている；**42.2%**
- ストレスを減らす生活を心がけることが必要である；**94.5%**
- こころの不調に早く気づくことが大事である；**96.2%**
- 精神疾患は早期の治療や支援で多くは改善する；**91.2%**
- 精神疾患は誰もがかかりうる病気である；**82.4%**

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
主任研究者：竹島正

(参考)

- 激しく変化する現代社会では誰でも精神障害者になる可能性がある；
「そう思う」と回答した割合 **51.8%**
(平成9年 全国精神障害者家族会連合会)