

第20回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年7月9日

資料

地域医療体制のあり方・ 入院医療体制のあり方について

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」 これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

1. 入院医療、通院・在宅医療について

精神保健医療体系については、病期や疾患に応じて、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。

- 現在精神病床が果たしている機能を評価したうえで、人員・構造等の基準、機能毎の病床の必要量、病床の機能強化のための方策などについても検討すべき。
- 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・分化や精神科訪問看護の更なる普及をはじめとした在宅医療の充実のための方策について検討すべき。

2. 医療体制・連携について

相談体制、入院医療及び通院・在宅医療のあり方に関する検討や、医療計画制度の見直しを踏まえ、今後の精神医療体制のあり方について検討を行うべき。具体的には、下記の内容について検討。

- 精神科救急医療体制の充実、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、救急機能を含む一般医療と精神医療の医療提供体制における位置付けについて、精神疾患の重症化の防止を図るための早期支援のあり方について
- 認知症に対する医療については、認知症疾患医療センターを中核として医療体制の整備を図りつつ、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行うべき。

3. 人材の確保をはじめとした精神医療の質の向上について

- 医師・看護職員・精神保健福祉士・作業療法士等の医療関係職種については、人員基準の見直しや、人材確保や資質向上のための方策について検討すべき。

④入院医療における 病床等の機能(各論)

入院医療における病床等の機能（総論）

現状と課題

- 医療法上の精神病床の医師・看護師等の人員配置標準は一般病床より低くなっている。
- 診療報酬においては、在院日数の短い病棟など、急性期を中心に高い人員配置を評価する体系となっている。
- 重症の者を含め、入院患者に良質の医療を提供し早期の退院を促すためには、手厚い人員配置を確保することが望ましく、医療の質を高めるためには、現在の人員配置基準では不十分であるという指摘がある。
- 同一病棟においては、診療報酬が、患者の状態像によらずほぼ一定であることから、様々な状態の患者の入院に対するコストを適正に反映しておらず、重症患者を積極的に受け入れる医療機関ばかりではなく、重症患者を回避しようとする医療機関があるとの指摘がある。
- 精神病床には、精神症状は落ち着いているが、ADLの低下した患者や、身体合併症を有する患者も多く入院しており、長期入院患者の高齢化に伴い、今後このような患者の増加が予測される。

検討

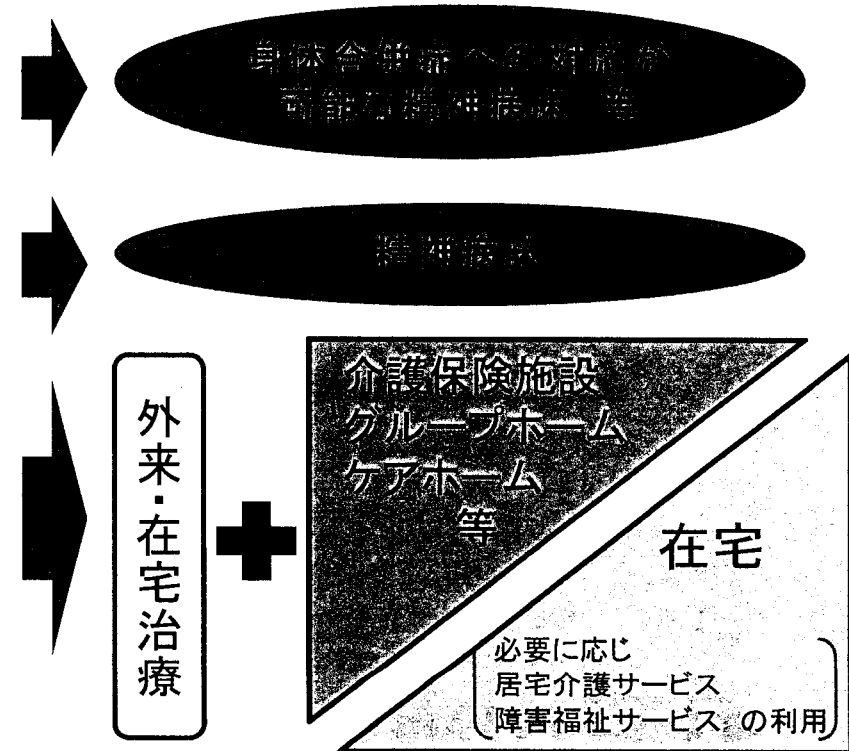
- 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に人員基準の充実を目指すべきではないか。
 - このため、まず、患者の状態像や病棟の機能に応じた人員基準とその評価について検討するべきではないか。
 - また、精神病床数の適正化等を図りながら、将来的に、医療法における人員配置標準の見直しにより、精神科全体の人員配置の向上を目指すことについて、どう考えるか。
- 患者の心身の状況に応じ、入院の必要な患者の入院治療の場の適切かつ優先的な確保を図るべきではないか。
 - このため、重症度に応じた評価の体系の導入を検討すべきではないか。その際、医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案するべきではないか。また、そのために必要な分類・評価方法の開発を進めるべきではないか。
 - 特に、統合失調症については、患者数の将来推計や、状態像ごとの患者の人数を踏まえ、将来の病床数のあり方を検討すべきではないか。（次回検討）
 - 認知症については、有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。
- 高齢精神障害者の退院促進に当たっては、現にその多くが介護を要する状況であることを踏まえて、生活の場を確保することが必要ではないか。

精神障害者の治療・生活の場についての検討

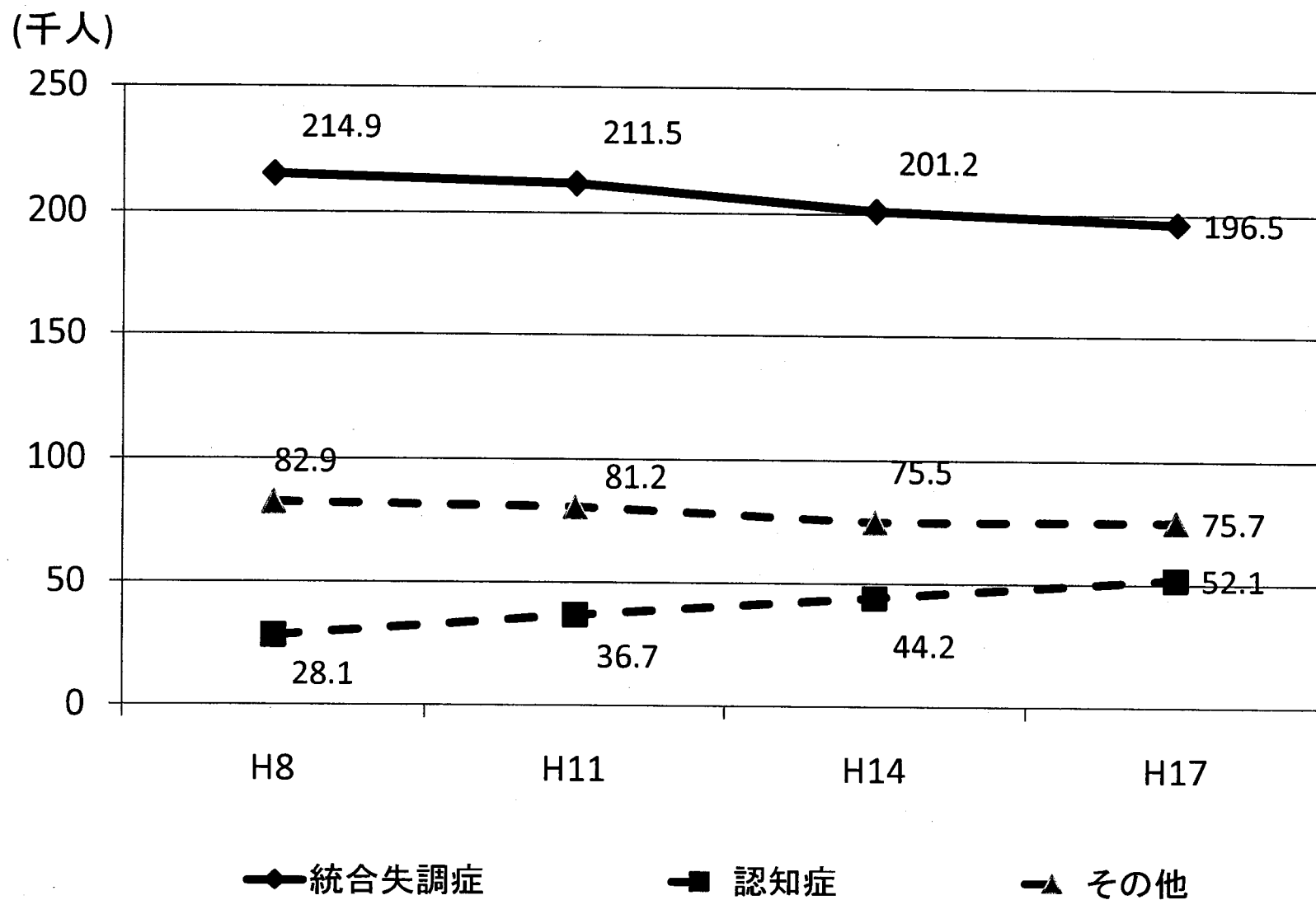
- 精神障害者の心身の状況に応じて、どのような治療・生活の場が適切か

医療ニーズ		生活ニーズ		年齢
身体合併症	精神症状	ADL	IADL	

要入院治療	要入院治療			
	それ以外			
それ以外	要入院治療			
	それ以外	要介助		65歳以上
				65歳未満
それ以外	介助不要	要支援	65歳以上	
			65歳未満	
		支援不要		



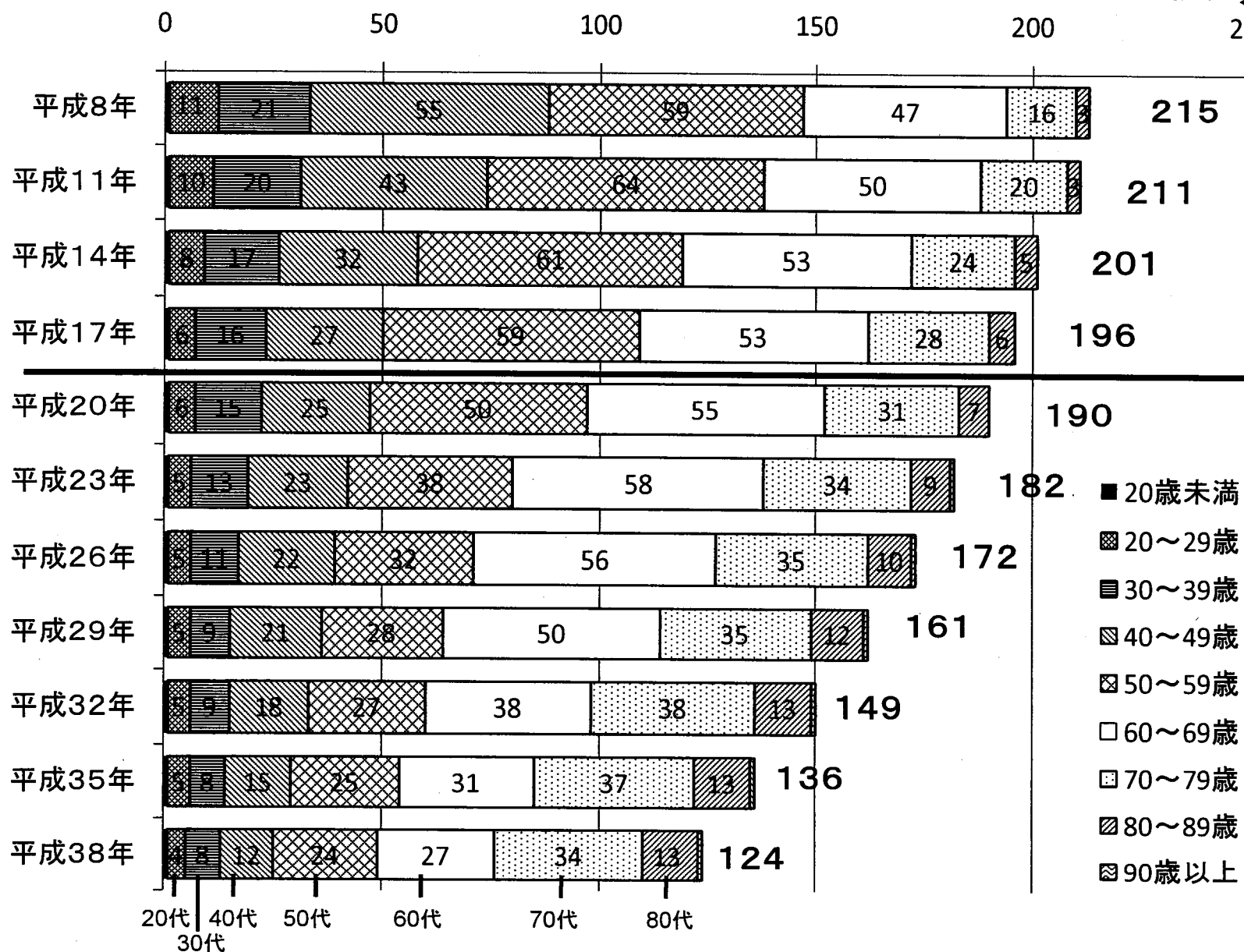
精神病床入院患者の疾病別内訳の推移



④—(1) 統合失調症

精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計) <単位:千人>



【出典：患者調査】
実績

推計
【新潟大学 染矢俊幸教授の協力により分析・推計】

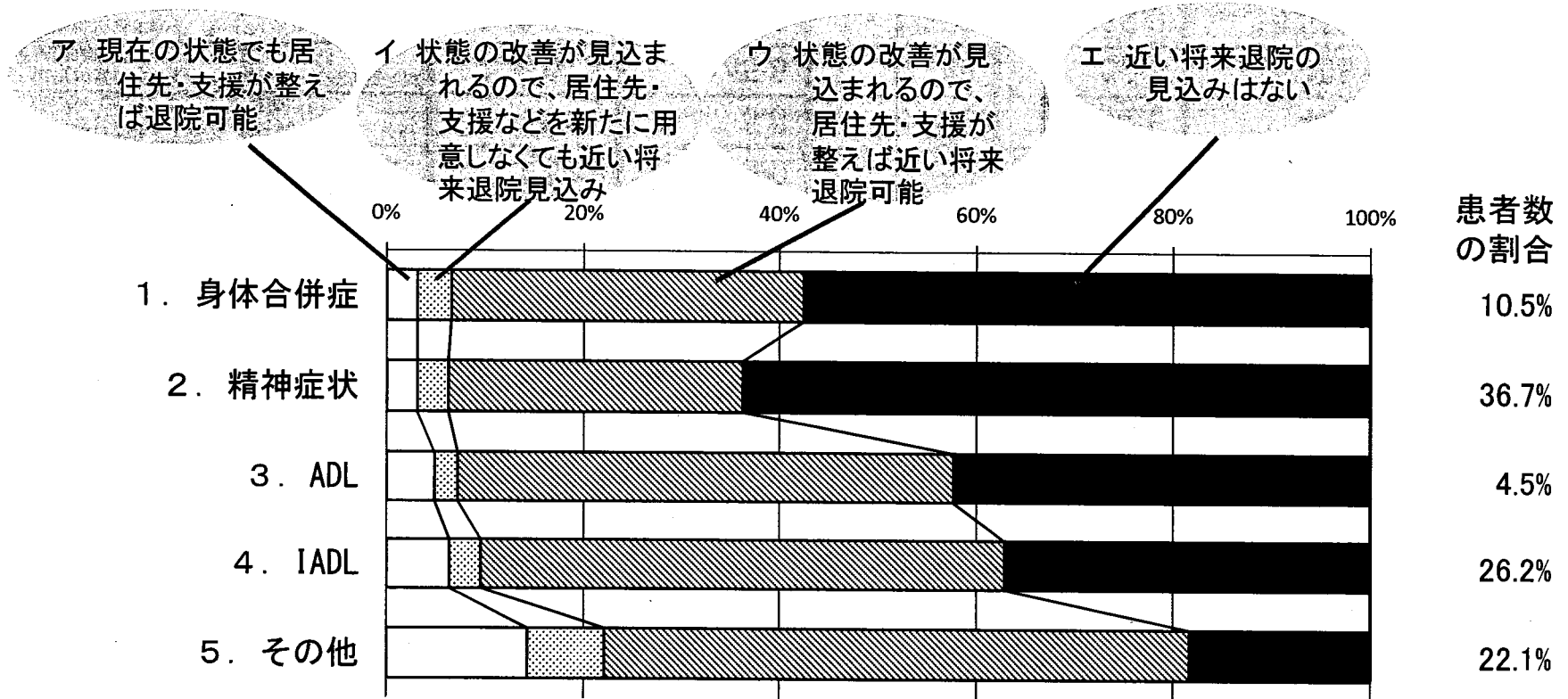
精神病床入院患者の入院の状況 (患者調査と同じ項目)

	全体		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
生命の危険は少ないが入院治療を要する	10,822	62.6	1,901	55.9	6,712	67.1
生命の危険がある	500	2.9	173	5.1	228	2.3
受け入れ条件が整えば退院可能	5,810	33.6	1,294	38.1	2,989	29.9
検査入院	10	0.1	3	0.1	1	0.0
その他	146	0.8	27	0.8	66	0.7
計	17,288	100.0	3,398	100.0	9,996	100.0

精神病床入院患者の 居住先・支援が整った場合の退院の可能性

	全体		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能	1,585	9.0	257	7.4	659	6.5
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能	1,014	5.8	96	2.8	425	4.2
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	8,015	45.6	1,746	50.5	4,488	44.3
状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし	6,958	39.6	1,358	39.3	4,564	45.0
計	17,572	100.0	3,457	100.0	10,136	100.0

統合失調症患者の状態と退院可能性



ア 現在の状態でも居住先・支援が整えば退院可能

イ 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院見込み

ウ 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能

エ 近い将来退院の見込みはない

分類の定義

1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症

2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く

- ・自傷他害の可能性 中程度以上
- ・奇妙な姿勢 毎日
- ・幻覚 高度以上
- ・罪業感 高度以上
- ・緊張 やや高度以上
- ・抑うつ気分 高度以上
- ・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない

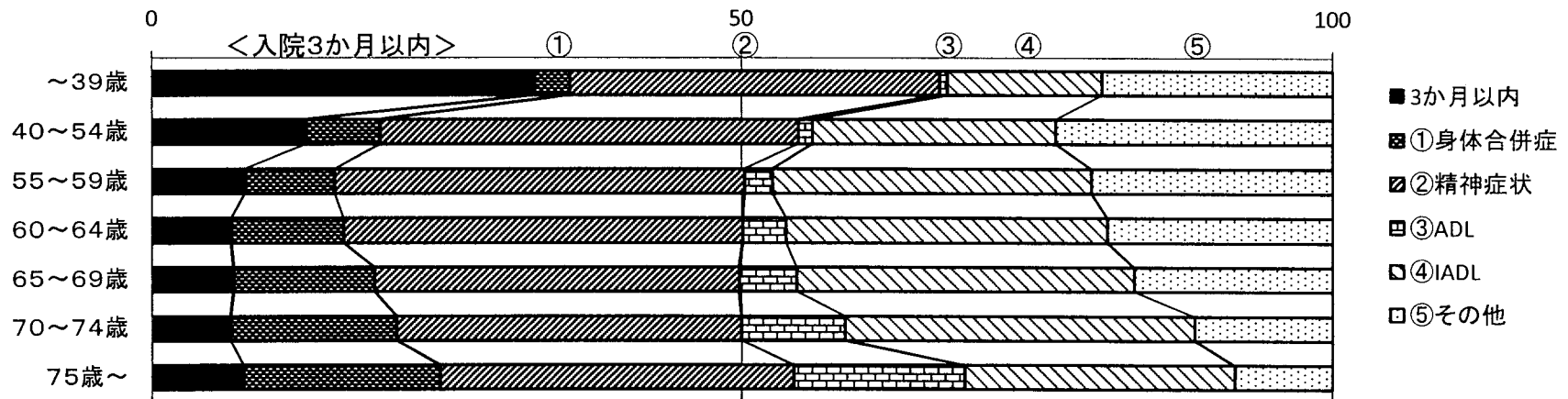
3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く

4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く

5: 1~4以外の者

症状等による分類ごとの患者数割合

※入院3か月以内の患者については、症状等によらず別に集計



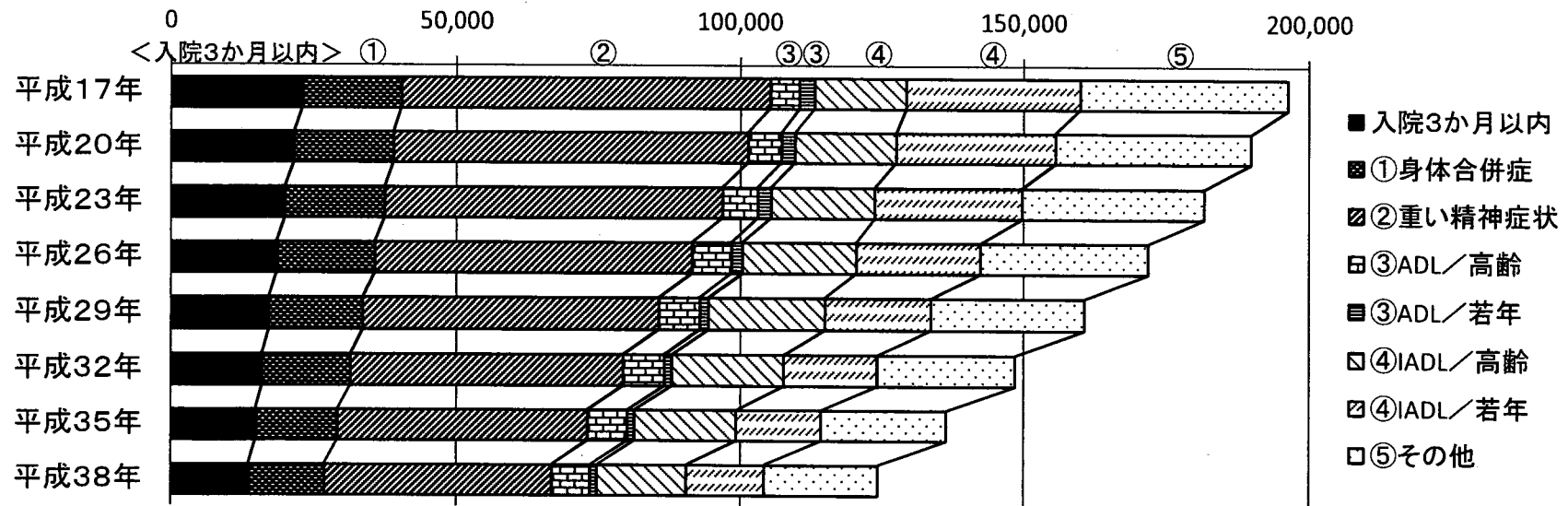
分類の定義

- | | |
|---|---|
| <p>1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症</p> <p>2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自傷他害の可能性 中程度以上 ・奇妙な姿勢 毎日 ・幻覚 高度以上 ・罪業感 高度以上 ・緊張 やや高度以上 ・抑うつ気分 高度以上 ・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない | <p>3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く</p> <p>4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く</p> <p>5: 1~4以外の者</p> |
|---|---|

状態等による分類毎の統合失調症入院患者数の将来推計

年齢階級別の統合失調症患者数の将来推計に、現在の年齢階級毎の状態別の患者数割合を当てはめて、状態別の将来の患者数を推計したもの。

(状態別の患者数割合については、入院3か月超の患者のみ状態別に集計したものをを用いている。)



分類の定義

- | | |
|---|---|
| <p>1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症</p> <p>2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自傷他害の可能性 中程度以上 ・奇妙な姿勢 毎日 ・幻覚 高度以上 ・罪業感 高度以上 ・緊張 やや高度以上 ・抑うつ気分 高度以上 ・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない | <p>3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く</p> <p>4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く</p> <p>5: 1~4以外の者</p> |
|---|---|

検討(1)

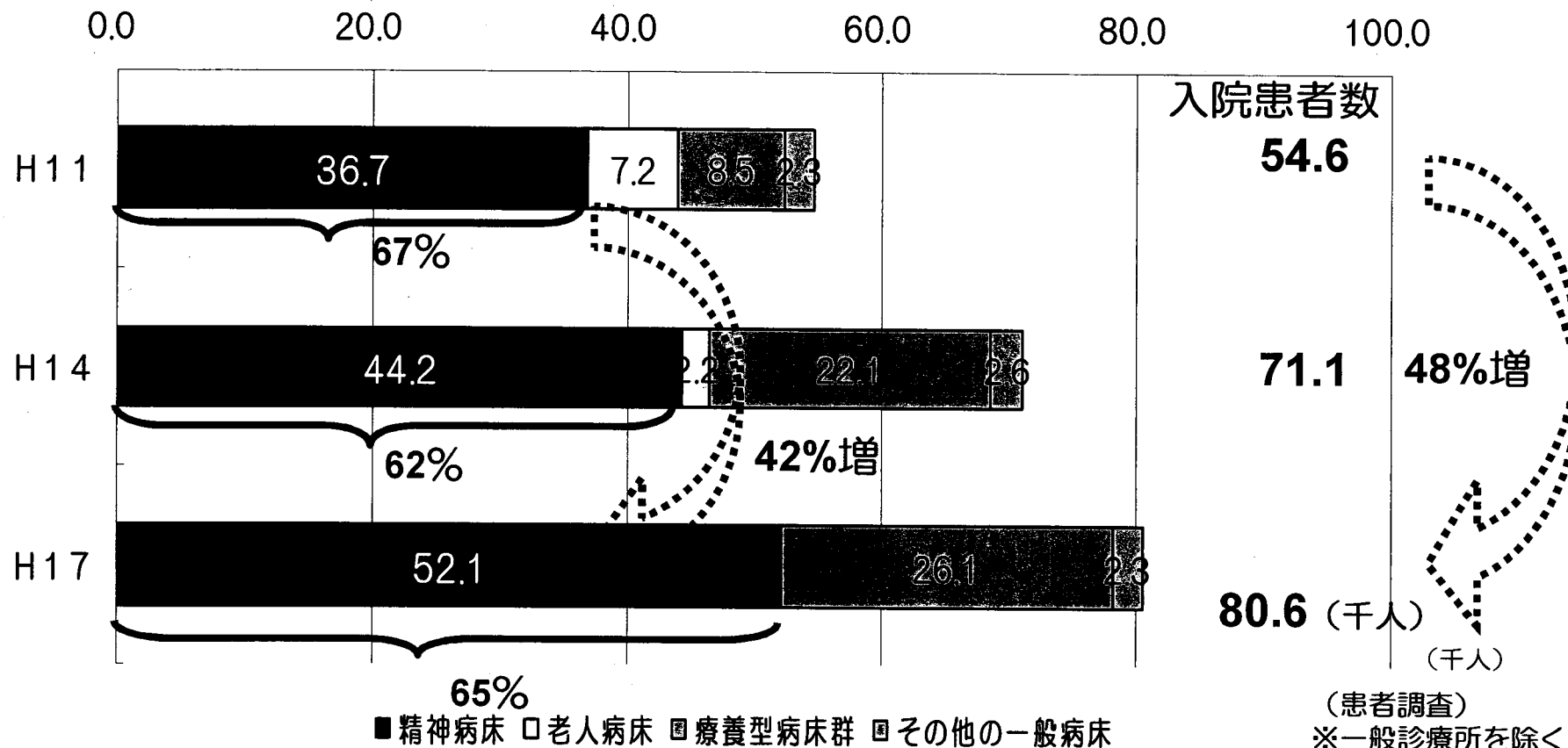
統合失調症による 今後の入院患者数についての考え方

- 統合失調症の入院患者数については、地域移行等の努力が現状通りであった場合、今後減少することが予想される。
- 一方、ADLやIADLの障害を主たる原因として入院しているなど、居住先や支援が整えば退院できる患者が存在することを踏まえ、福祉サービスの供給量を増加させ、また、精神科救急医療、訪問看護等の地域生活を支える医療の充実を図り、入院患者数を、現状がそのまま推移した場合の予測値よりも更に減少させることを目標とすべきではないか。
- 統合失調症の入院患者数は、平成17年に19.6万人であったが、具体的にはこれを改革ビジョンの終期に当たる平成26年までに15万人程度まで減少させることができるよう、各般の施策を講じるべきではないか。また、その達成状況も踏まえつつ、平成27年以降においても、各般の施策を展開することにより、より一層の減少を目指すべきではないか。
- また、同時に、高齢精神障害者については、現にその多くがADLやIADLの支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか。

④—(2) 認知症

認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)



認知症疾患を主傷病名とする入院患者は
H11→H17の6年間で48%増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計人数

要介護者の日常生活自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	日常生活自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	日常生活自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

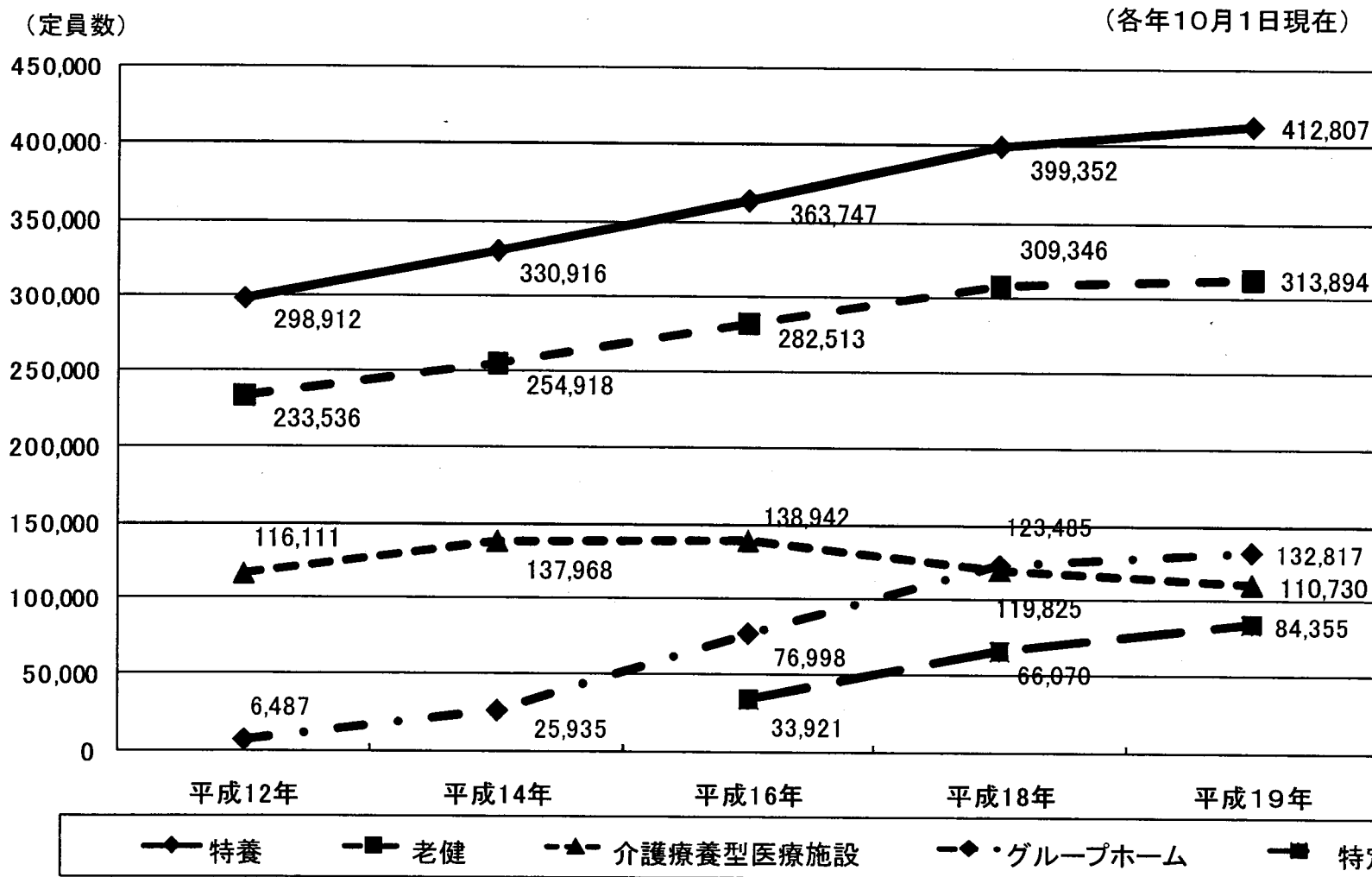
将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活自立度Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

※ 2002年9月末についての推計。

※ 「その他の施設」: 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

施設・居住系サービスの定員数の推移



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

2 特別養護老人ホーム及び特定施設の平成18年及び19年の数字は、それぞれ地域密着型(定員29人以下)のものは含まない。

(出典)厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」