

平成27年度
障害者支援状況等調査研究事業
報告書

精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に
関する実態調査

平成28(2016)年3月

みずほ情報総研株式会社

目次

第1章 調査研究の概要.....	1
1. 調査研究の背景と目的.....	1
2. 調査の実施方法.....	1
3. 表章上の留意点.....	6
第2章 医療機関における状況.....	7
1. 施設票（施設調査）の結果.....	7
1) 病院の状況.....	7
2) 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数.....	9
3) 入院患者数、退院患者数.....	10
4) 職員数.....	13
5) 届出状況.....	14
6) 精神科訪問看護.....	16
7) 患者の退院支援における関係機関との連携.....	21
8) 患者の地域移行・地域定着促進のために必要な取組（自由記載）.....	23
2. 入院患者票（施設調査）の結果.....	35
1) 対象患者が入院している病棟.....	35
2) 対象患者の基本的事項.....	36
3) 対象患者の入院状況.....	45
4) 対象患者の退院の見通し.....	60
5) BPRS、問題行動評価表、生活障害評価、能力障害評価.....	75
6) 「重度かつ慢性」暫定基準案に関する分析.....	86
第3章 相談支援事業所・居宅介護支援事業所の状況.....	105
1. 事業所票（事業所調査）の結果.....	105
1) 実施主体・開設時期・事業所種類.....	105
2) 同一法人又は関連法人が運営する施設・事業所.....	106
3) 職員数.....	106
4) 主に対象としている相談者の障害種別.....	107
5) サービス等利用計画を作成している利用者の状況.....	108
6) 患者の地域移行・地域定着促進のために必要な取組（自由記載）.....	113
2. 利用者票（事業所調査）の結果.....	122
1) 利用者の概況.....	122

2) 利用しているサービス.....	136
第4章 モデル事業.....	145
1. モデル事業の背景と目的.....	145
2. モデル事業の実施方法.....	145
3. 対象病院の基本的事項.....	147
1) 病院の状況.....	147
2) 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数.....	149
3) 入院患者数、退院患者数.....	150
4) 職員数.....	151
5) 届出状況.....	152
6) 精神科訪問看護.....	153
7) 患者の退院支援における関係機関との連携.....	157
8) 精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な取組.....	160
4. 対象患者の基本的事項.....	162
5. 区分の予測と模擬一次判定結果.....	165
第5章 まとめ.....	179
1. 施設票（施設調査）.....	179
2. 入院患者票（施設調査）.....	180
3. 事業所票（事業所調査）.....	184
4. 利用者票（事業所調査）.....	185
5. モデル事業.....	186
資料編.....	189

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

精神科病院長期入院利用者については、平成26年7月に「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」が取りまとめられ、地域移行を一層推進することとされた。また、平成27～29年度の障害福祉計画に係る国の基本指針では、長期入院利用者数を平成24年6月末時点の約20万人から18%以上減少させることなどを成果目標の基本として、目標達成に向けて必要なサービス量を見込むこととなっており、平成27～29年度の介護保険事業（支援）計画に係る国の基本指針においても、介護サービス量の見込みを定める際に、精神科病院からの退院者を地域で受け入れることを踏まえることとされている。

しかしながら、長期入院利用者は障害支援区分・要介護状態区分の認定を受けていない場合も多く、各自治体が退院後の必要サービス量を見込むためのデータは不足している状況である。

以上を踏まえ、本調査「精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査」は、長期入院利用者が退院し、地域移行した際に必要となる介護保険サービス量や障害福祉サービス量を各自治体において計画的に見込めるための基礎資料を得ることを目的として実施した。

2. 調査の実施方法

本調査では、アンケート調査として、病院を対象とする「施設調査」と、相談支援事業所及び居宅介護支援事業所の指定を受けている事業所を対象とする「事業所調査」を実施した。また、要介護状態区分・障害支援区分の認定を受けていない長期入院患者について、要介護認定調査員及び障害支援区分認定調査員による調査と医師の評価をもとに精緻な区分把握を行うため、モデル事業を実施した。

モデル事業の調査対象・調査方法等は、「第4章 モデル事業」で述べる。

■ 調査対象

【施設調査】

施設調査は、全国の病院のうち、下記の①～④の入院料等のいずれかを算定している病棟を有する病院（1,571 病院）から 1,200 施設を無作為に抽出し、調査対象とした。

- ① 精神病棟入院基本料
- ② 特定機能病院入院基本料（精神病棟）
- ③ 精神療養病棟入院料
- ④ 認知症治療病棟入院料

【事業所調査】

全国の相談支援事業所（3,987 事業所）及び居宅介護支援事業所（36,510 事業所）の指定を受けている全ての事業所（819 事業所）を、調査対象とした。

■ 実施方法

郵送配布・郵送回収（自記式）

調査票は施設調査については施設票と入院患者票、事業所調査については事業所票と利用者票のそれぞれ 2 種類の構成とした。なお、入院患者票、利用者票の調査対象及び記入者については下記のように設定した。

【入院患者票（施設調査）】

- ・平成 27 年 7 月 1 日時点で精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料を算定している病棟に 1 年以上継続して入院している患者の中から、無作為に 10 名を選定。
- ・該当する患者を担当する看護職員、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー（MSW）が記入。

【利用者票（事業所調査）】

- ・回答事業所においてサービス等利用計画を作成している利用者のうち、過去 5 年以内（平成 22 年 7 月～平成 27 年 6 月）に精神病棟に 1 年以上継続した入院経験のある利用者の中から、無作為に 10 名を選定。
- ・該当する利用者を担当する相談支援専門員等が記入。

■ 調査項目

図表 1-2-1 調査内容（施設調査）

種 類	具体的な調査内容
施設票	<p> ≪施設の概況≫ <input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 同一法人又は関連法人が運営する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 病院種別 <input type="checkbox"/> 精神医療に関する指定等 <input type="checkbox"/> 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数 <input type="checkbox"/> 精神病床の入院患者数、うち1年以上継続して入院している患者数、うち5年以上継続して入院している患者数 <input type="checkbox"/> 精神科病棟に従事している職種別職員数（常勤換算） <input type="checkbox"/> 届出を行っている精神科病棟の入院基本料 <input type="checkbox"/> 届出を行っている施設基準等、初回届出時期 </p> <p> ≪精神科訪問看護の実施状況≫ <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護の実施の有無 <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護の実施状況 <ul style="list-style-type: none"> ・開始時期 ・従事する職員数（常勤換算） ・1カ月間の利用者数（実人数） ・1カ月間の訪問延件数、うち夜間・早朝の訪問延件数、うち深夜の訪問延件数 ・医療保険における24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算の届出状況 </p> <p> ≪退院支援の実施状況≫ <input type="checkbox"/> 過去1年以内に退院支援で連携した関係機関、実施した連携方法、連携頻度 <input type="checkbox"/> 精神疾患患者の地域移行・地域定着の促進のために今後必要な取組 </p>

図表 1-2-1 調査内容（施設調査）

種 類	具体的な調査内容
入院患者票	<p> ≪入院している病棟≫ <input type="checkbox"/> 入院している病棟の入院基本料等 <input type="checkbox"/> 病棟の構造（開放病棟、閉鎖病棟） </p> <p> ≪基本的事項≫ <input type="checkbox"/> 性別、年齢 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳の保有状況 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分（実際の区分、「未申請」の場合は予測の区分、予測の検討を行った職種） <input type="checkbox"/> 障害支援区分（実際の区分、「未申請」の場合は予測の区分、予測の検討を行った職種） </p> <p> ≪入院状況≫ <input type="checkbox"/> 入院日、初診日 <input type="checkbox"/> 精神科・神経科への通算入院回数、通算入院期間 <input type="checkbox"/> 直近の退院日 <input type="checkbox"/> 入院前の居場所 <input type="checkbox"/> 入院時の入院理由、現在の入院理由 <input type="checkbox"/> 入院形態 <input type="checkbox"/> 主傷病、その他の精神疾患、身体合併症 <input type="checkbox"/> G A F スコア（入棟時、現在） <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> A D L（移動、移乗、食事、整容、更衣、トイレの使用、清拭） </p> <p> ≪退院の見通し≫ <input type="checkbox"/> 退院の見通しについて検討を行った職種 <input type="checkbox"/> 退院の見通し <input type="checkbox"/> 退院にあたり必要となる各種支援 <input type="checkbox"/> 退院後の援助指導の必要性（担当職種別頻度） <input type="checkbox"/> 現在退院できない最大の理由 </p> <p> ≪重度かつ慢性暫定基準≫ <input type="checkbox"/> B P R S <input type="checkbox"/> 問題行動評価 <input type="checkbox"/> 生活障害評価 <input type="checkbox"/> 能力障害評価 </p>

図表 1-2-2 調査内容（事業所調査）

種 類	具体的な調査内容
事業所票	<p>《事業所の概況》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 実施主体 <input type="checkbox"/> 同一法人又は関連法人が運営する施設・事業所 <input type="checkbox"/> 事業所の種類 <input type="checkbox"/> 開設時期 <input type="checkbox"/> 主に対象としている相談者の障害種別 <input type="checkbox"/> 職員数（実人数）、うち精神保健福祉士有資格者数 <p>《利用者の状況》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> サービス等利用計画を作成している利用者数（単給／併給区分一年齢区分別） <input type="checkbox"/> サービス等利用計画を作成している利用者のうち、障害福祉サービス等のサービス種類別利用者数、うち精神障害者数 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画を作成している利用者（精神障害者）のうち、精神障害のために入院していた利用者数、うち1年以上継続して入院していた利用者数、うち5年以上継続して入院していた利用者数 <p>《地域移行・地域定着の取組》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 精神疾患患者の地域移行・地域定着の促進のために今後必要な取組
利用者票	<p>《基本的事項》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 性別、年齢 <input type="checkbox"/> 精神障害者福祉手帳の保有状況 <input type="checkbox"/> 精神科外来への通院状況 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの利用開始日 <input type="checkbox"/> 過去5年間における通算入院回数、通算入院期間 <input type="checkbox"/> 直近の入院理由 <input type="checkbox"/> 入院していた病棟の入院基本料等 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分（実際の区分、「未申請」の場合は予測の区分、予測の検討を行った職種） <input type="checkbox"/> 障害支援区分 <p>《現況》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 現在の居場所 <input type="checkbox"/> 主傷病、その他の精神疾患 <input type="checkbox"/> GAFスコア <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> ADL（移動、移乗、食事、整容、更衣、トイレの使用、清拭） <input type="checkbox"/> IADL（食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用） <p>《サービスの利用状況》</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用しているサービスの種類、利用回数等 <input type="checkbox"/> 現在利用していないが本来は利用が望ましいサービスの種類、利用回数、現在利用していない理由

■ 実施時期

平成 27 年 8 月 10 日（月）～ 8 月 31 日（月）

■ 回収状況

図表 1-2-3 回収状況

種 類	発送件数	回収件数	回収率	患者票・利用者票
施設調査	1,200 件	482 件	40.2%	3,743 人分
事業所調査	819 件	269 件	32.8%	100 人分

3. 表章上の留意点

本報告書中に示す表章、集計数値については、下記の点に留意されたい。

- ・ 合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
- ・ 調査票中で複数回答を求めた項目については、図表タイトル中に「MA」と表記している。

第2章 医療機関における状況

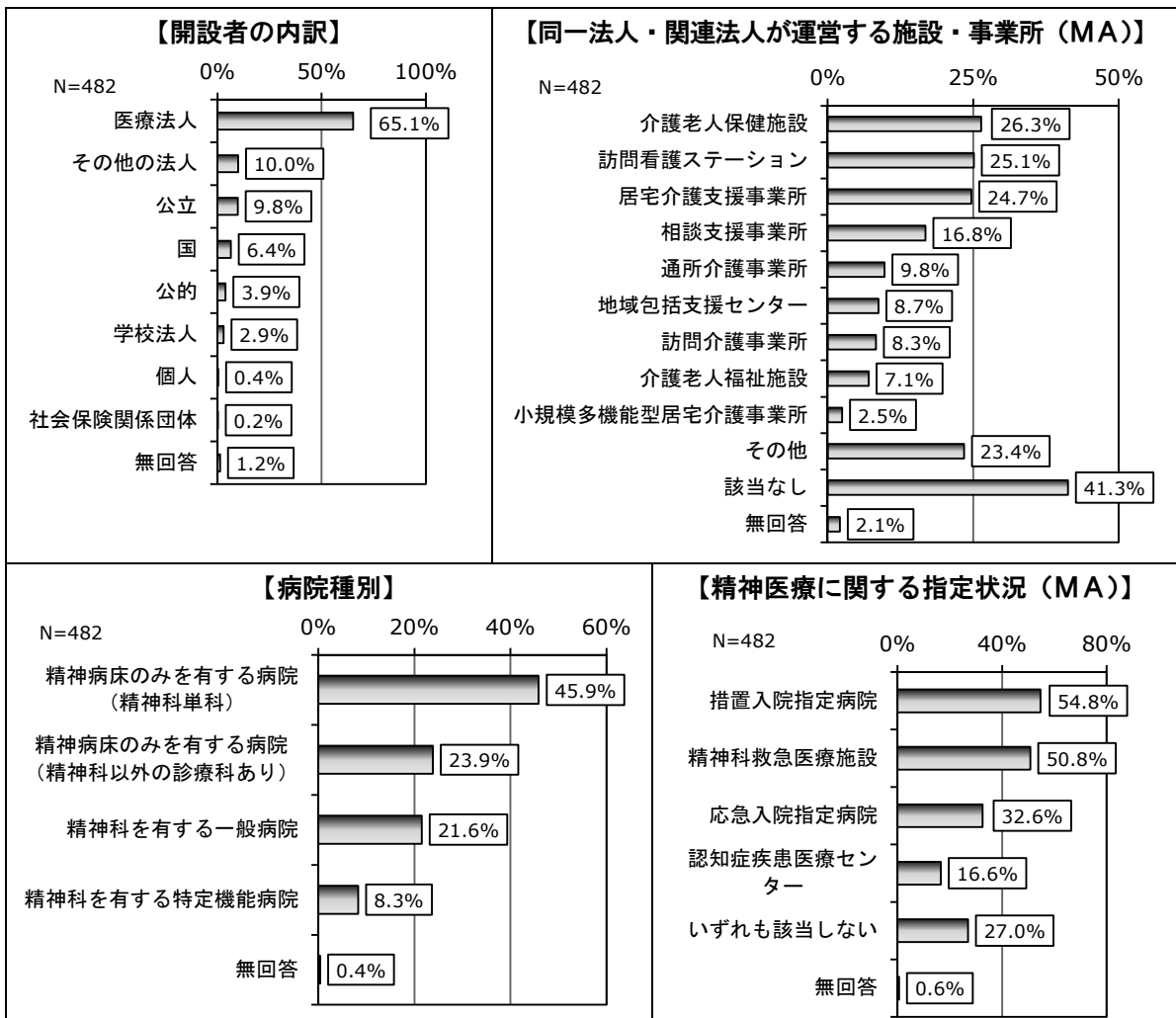
1. 施設票（施設調査）の結果

1) 病院の状況

回答が得られた482施設の概況をみると、開設者は「医療法人」が65.1%と最も多かった。同一法人・関連法人が運営する施設等をみると、「該当なし」が41.3%であったが、該当のある施設では、上位から「介護老人保健施設」26.3%、「訪問看護ステーション」25.1%、「居宅介護支援事業所」24.7%となった。

病院種別は、「精神病床のみを有する病院（精神科単科）」が最も多かった（45.9%）。また、精神医療に関する指定状況は、「措置入院指定病院」54.8%が最も多く、次いで「精神科救急医療施設」（都道府県の精神科救急医療体制整備事業に参加している医療機関）50.8%であった。

図表 2-1-1 病院の概況



また、同一法人・関連法人が運営する施設等の「その他」については、「診療所」「認知症高齢者グループホーム」「障害者グループホーム」等の回答が多く寄せられた。

- ・診療所
 - ・認知症高齢者グループホーム
 - ・障害者グループホーム
 - ・通所リハビリテーション事業所
 - ・地域活動支援センター
 - ・自立訓練事業所
 - ・就労支援事業所 等
-

2) 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数

回答施設の保有する精神病床を診療報酬上の区分別にみると、「精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）」の精神病床を保有する施設が193件と最も多く、次いで「精神療養病棟入院料」69件であった。

「精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）」の精神病床を保有する施設では、当該病床は116.5床（2.2病棟）、病床利用率は81.6%、平均在院日数は358.0日であった。「精神療養病棟入院料」の精神病床を保有する施設では、当該病床は141.0床（2.6病棟）、病床利用率は93.1%、平均在院日数は1198.1日であった。

図表 2-1-2 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数

	保有 施設数	保有施設の1施設当たり平均			
		病棟数	許可 病床数	病床 利用率	平均 在院日数
① 精神病床	217件	3.5棟	186.0床	83.3%	335.3日
うち、精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料(精神病棟)	193件	2.2棟	116.5床	81.6%	358.0日
うち、精神科救急入院料1	20件	1.6棟	74.2床	90.1%	56.2日
うち、精神科救急入院料2	1件	2.0棟	104.0床	91.2%	59.1日
うち、精神科救急・合併症入院料	3件	1.3棟	64.0床	92.1%	58.0日
うち、精神科急性期治療病棟入院料1	41件	1.1棟	51.7床	83.9%	59.1日
うち、精神科急性期治療病棟入院料2	0件				
うち、児童・思春期精神科入院医療管理料	4件	1.0棟	30.3床	70.3%	102.8日
うち、精神療養病棟入院料	69件	2.6棟	141.0床	93.1%	1198.1日
うち、認知症治療病棟入院料1	37件	1.4棟	71.9床	88.7%	343.4日
うち、認知症治療病棟入院料2	1件	1.0棟	60.0床	97.0%	442.0日
うち、その他の精神科病棟	16件	1.8棟	88.8床	91.9%	792.3日
② 一般病床	82件	12.4棟	480.7床	77.1%	52.7日
③ 療養病床	23件	2.0棟	94.5床	87.5%	379.9日
④ 結核病床	6件	1.0棟	13.3床	37.4%	67.5日
⑤ 感染症病床	16件	1.0棟	4.8床	65.6%	6.8日
⑥ 病院全体		8.5棟	378.9床	86.1%	292.6日

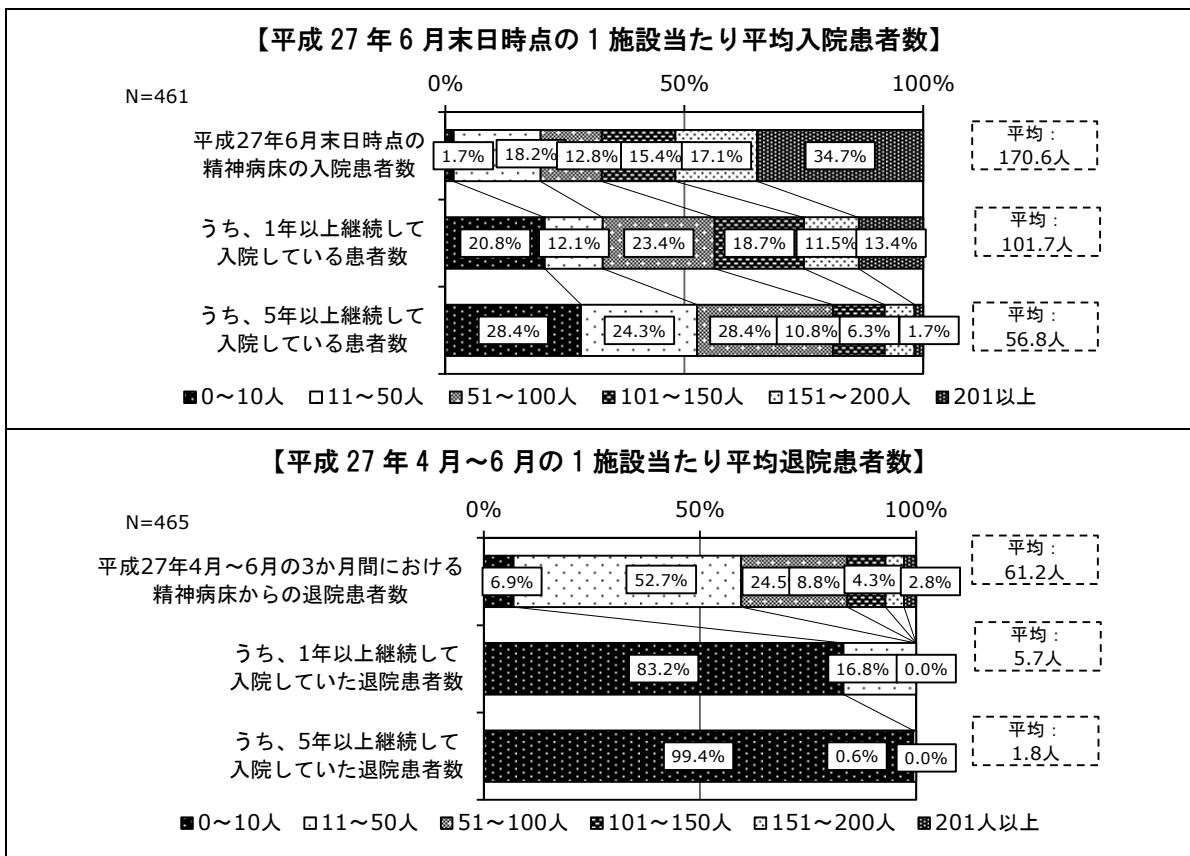
※有効回答のあった217件で集計。

3) 入院患者数、退院患者数

1施設当たり平均入院患者数は170.6人であり、そのうち1年以上継続して入院している患者は101.7人、5年以上継続して入院している患者は56.8人であった。

一方、3カ月間における1施設当たり平均退院患者数は61.2人であり、そのうち1年以上継続して入院していた退院患者は5.7人、5年以上継続して入院していた退院患者は1.8人であった。

図表 2-1-3 精神病床の入院患者数、退院患者数

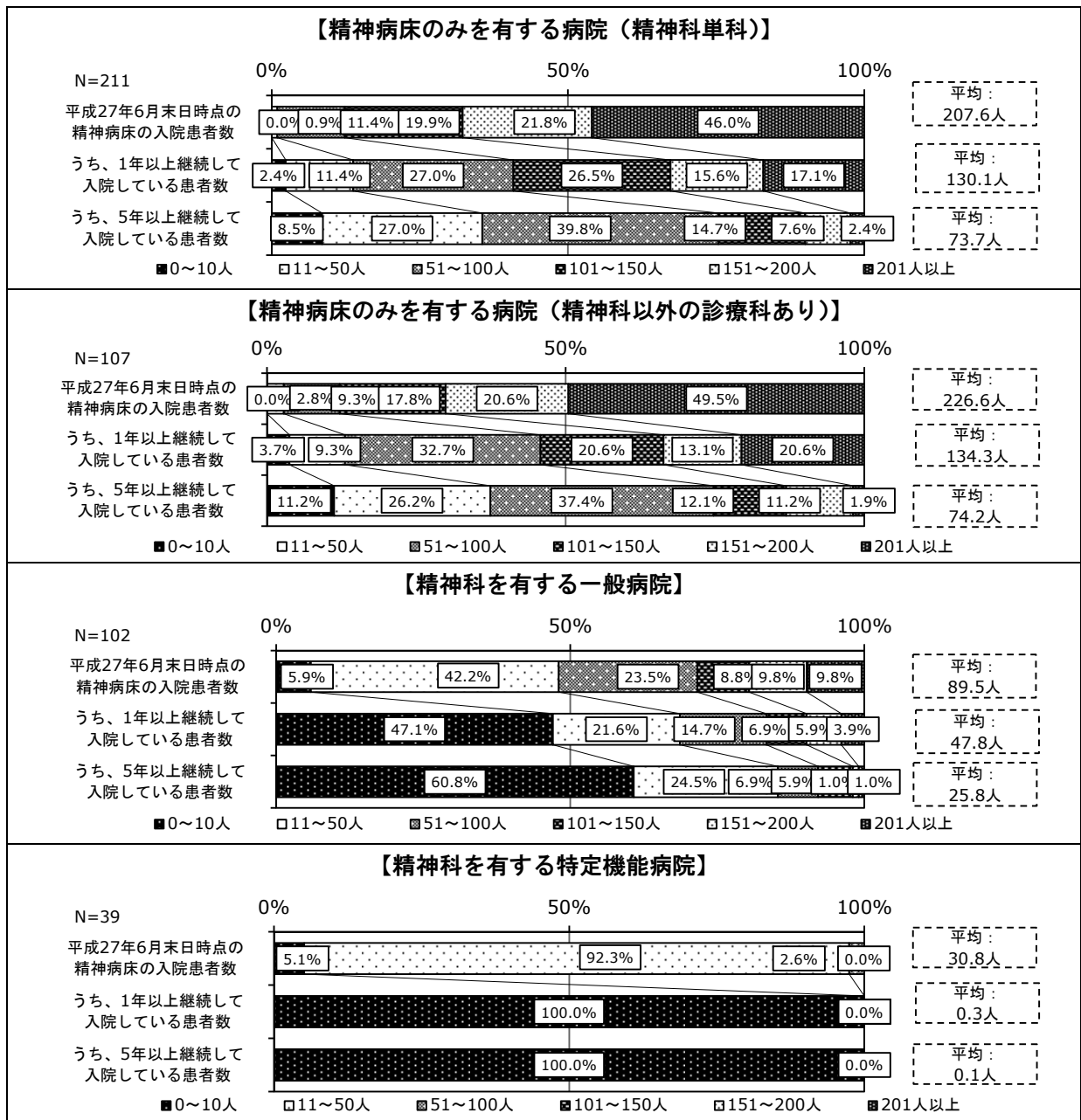


■ 病院種別／入院患者数

病院種別別に入院患者数をみると、1施設当たり平均入院患者数が最も多かった病院種別は「精神病床のみを有する病院(精神科以外の診療科あり)」で226.6人であり、そのうち1年以上継続して入院している患者は134.3人であった。

一方、1施設当たり平均入院患者数が最も少なかった病院種別は「精神科を有する特定機能病院」で30.8人であり、そのうち1年以上継続して入院している患者は0.3人であった。

図表 2-1-4 病院種別／入院患者数



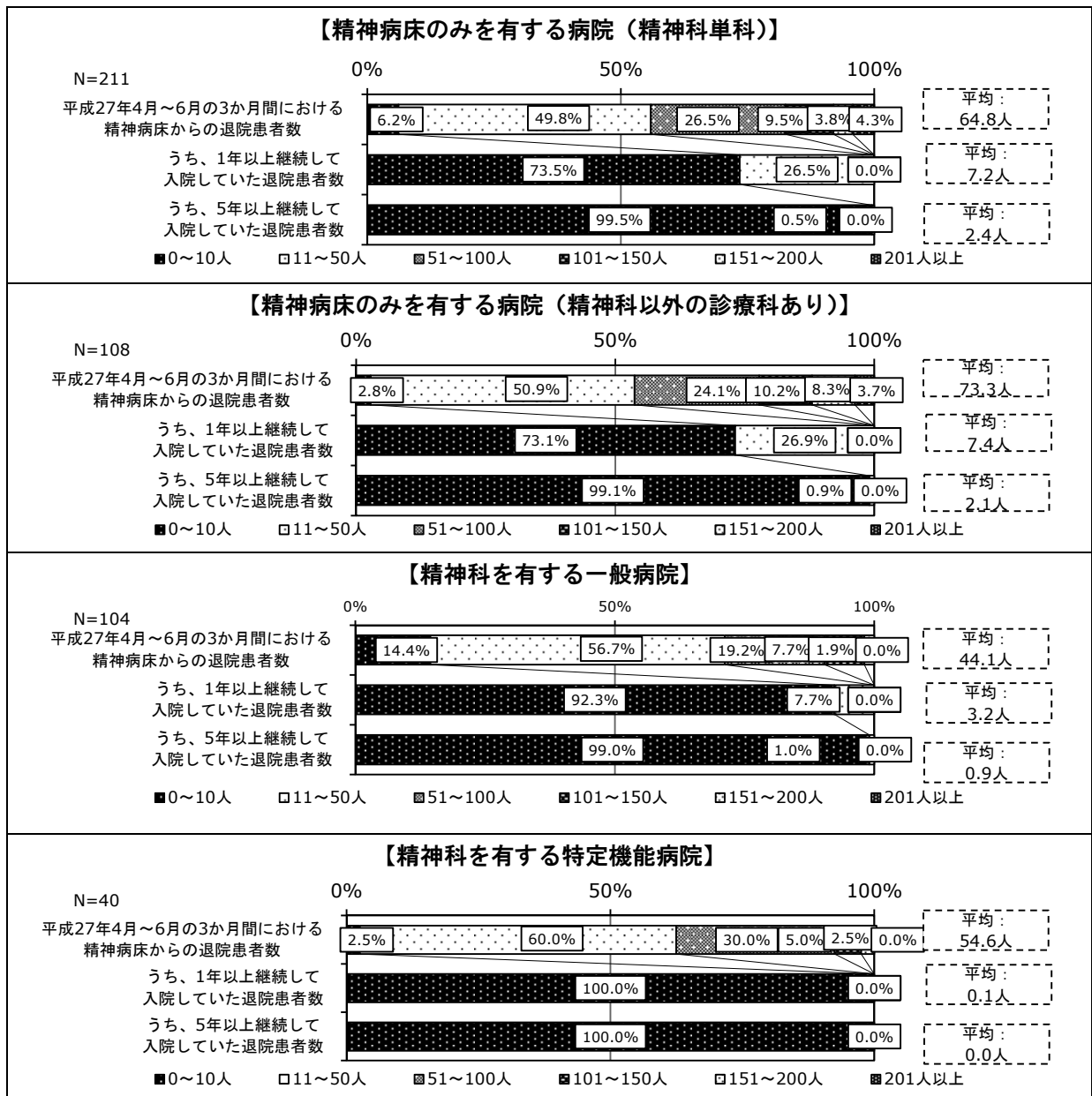
※「病院種別」と「入院患者数」の有効回答のあった459件で集計。

■ 病院種別／退院患者数

病院種別別に退院患者数をみると、1施設当たり平均退院患者数が最も多かった病院種別は「精神病床のみを有する病院（精神科以外の診療科あり）」で73.3人であり、そのうち1年以上継続して入院していた患者は7.4人であった。

一方、1施設当たり平均退院患者数が最も少なかった病院種別は「精神科を有する一般病院」で44.1人であり、そのうち1年以上継続して入院していた患者は3.2人であった。

図表 2-1-5 病院種別／退院患者数



※「病院種別」と「退院患者数」の有効回答のあった463件で集計。

4) 職員数

平成27年6月末日時点の1施設当たりの精神科病棟の職員数(常勤換算)をみると、医師は平均9.3人であり、うち精神保健指定医は5.7人、また内科医、外科医もそれぞれ1.0人、0.1人であった。

看護師は48.6人、准看護師は21.1人であった。また、精神保健福祉士は4.6人、作業療法士は4.7人、理学療法士は0.5人、臨床心理技術者は1.7人であった。

図表 2-1-6 精神科病棟の職員数

	1施設当たり職員数	割合
① 医師	9.3人	7.0%
①のうち、精神保健指定医	5.7人	4.2%
①のうち、精神科特定医師	0.3人	0.3%
①のうち、上記以外の精神科医	1.8人	1.3%
①のうち、内科医	1.0人	0.7%
①のうち、外科医	0.1人	0.1%
② 看護師(保健師を含む)	48.6人	36.1%
②のうち、精神看護専門看護師	0.5人	0.3%
②のうち、認知症看護認定看護師	0.1人	0.1%
②のうち、精神科認定看護師	0.4人	0.3%
③ 准看護師	21.1人	15.7%
④ 看護補助者	24.6人	18.3%
⑤ 薬剤師	2.5人	1.9%
⑥ 作業療法士	4.7人	3.5%
⑦ 理学療法士	0.5人	0.4%
⑧ 臨床心理技術者	1.7人	1.3%
⑨ 精神保健福祉士	4.6人	3.4%
⑩ 社会福祉士(上記⑨を除く)	0.1人	0.1%
⑪ 事務職員(精神科病棟専従者に限る)	3.1人	2.3%
⑫ その他の職員(精神科病棟専従者に限る)	3.6人	2.7%
合計	134.5人	100.0%

※有効回答のあった419件で集計。

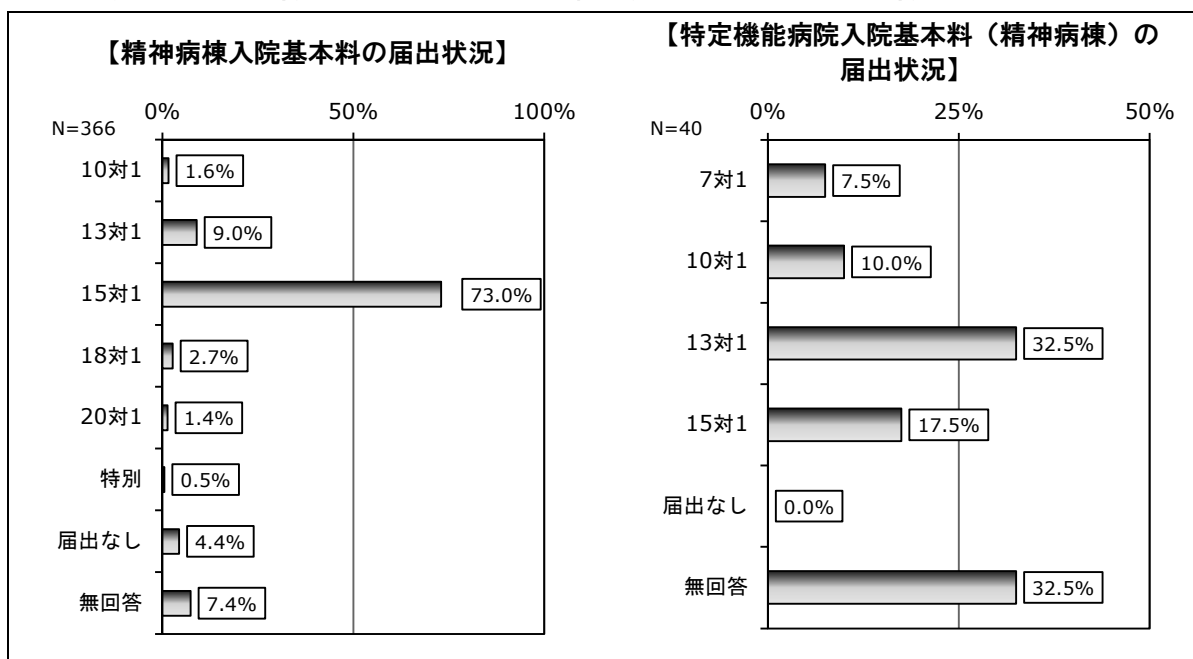
5) 届出状況

■ 精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）の届出状況

平成 27 年 6 月末日時点の届出状況をみると、精神病棟入院基本料については「15 対 1」73.0%が最も多く、次いで「13 対 1」9.0%であった。

また、特定機能病院については「13 対 1」32.5%が最も多く、次いで「15 対 1」17.5%であった。

図表 2-1-7 精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）の届出状況



※「精神病棟入院基本料の届出状況」は、問 5 「① 精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）」に回答があった 366 件で集計。

※「特定機能病院入院基本料（精神病棟）の届出状況」は、問 3 で「03 精神科を有する特定機能病院」との回答があった 40 件で集計。

■ 届出のある施設基準とその初回届出時期

届出のある施設基準等については、上位から「精神科作業療法」80.3%、「医療保護入院等診療料」75.2%、「精神科身体合併症管理加算」67.9%であった。

図表 2-1-8 届出のある施設基準とその初回届出時期

	届出施設数	割合	平均初回届出時期
01 精神病棟入院基本料 重度認知症加算	66件	14.1%	平成21年2月
02 精神病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算	12件	2.6%	平成25年11月
03 精神病棟入院時医学管理加算	58件	12.4%	平成18年4月
04 精神科地域移行実施加算	99件	21.2%	平成22年9月
05 精神科身体合併症管理加算	318件	67.9%	平成21年6月
06 精神科リエゾンチーム加算	13件	2.8%	平成25年6月
07 強度行動障害入院医療管理加算	15件	3.2%	平成23年1月
08 重度アルコール依存症入院医療管理加算	73件	15.6%	平成23年9月
09 摂食障害入院医療管理加算	28件	6.0%	平成23年4月
10 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	47件	10.0%	平成24年5月
11 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	166件	35.5%	平成24年6月
12 精神科救急入院料1	45件	9.6%	平成22年2月
13 精神科救急入院料2	1件	0.2%	平成23年7月
14 精神科急性期治療病棟入院料1	103件	22.0%	平成21年3月
15 精神科急性期治療病棟入院料2	2件	0.4%	平成26年1月
16 精神科急性期医師配置加算	55件	11.8%	平成26年6月
17 精神科救急・合併症入院料	3件	0.6%	平成23年6月
18 児童・思春期精神科入院医療管理料	11件	2.4%	平成24年12月
19 精神療養病棟入院料	216件	46.2%	平成17年3月
20 精神療養病棟入院料 重症者加算1	178件	38.0%	平成24年11月
21 精神療養病棟入院料 退院調整加算	60件	12.8%	平成24年9月
22 精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算	13件	2.8%	平成26年5月
23 認知症治療病棟入院料1	126件	26.9%	平成20年1月
24 認知症治療病棟入院料2	5件	1.1%	平成13年1月
25 認知症治療病棟入院料 退院調整加算	41件	8.8%	平成23年9月
26 認知症治療病棟入院料 認知症夜間対応加算	47件	10.0%	平成24年8月
27 認知症患者リハビリテーション料	25件	5.3%	平成26年7月
28 認知療法・認知行動療法	60件	12.8%	平成24年10月
29 精神科作業療法	376件	80.3%	平成12年12月
30 精神科ショート・ケア 小規模なもの	86件	18.4%	平成22年4月
31 精神科ショート・ケア 大規模なもの	180件	38.5%	平成20年9月
32 精神科デイ・ケア 小規模なもの	94件	20.1%	平成18年7月
33 精神科デイ・ケア 大規模なもの	217件	46.4%	平成15年3月
34 精神科ナイト・ケア	26件	5.6%	平成16年10月
35 精神科デイ・ナイト・ケア	91件	19.4%	平成17年11月
36 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	80件	17.1%	平成24年12月
37 医療保護入院等診療料	352件	75.2%	平成17年11月
38 重度認知症患者デイ・ケア料	41件	8.8%	平成18年2月
39 重度認知症患者デイ・ケア料 夜間ケア加算	2件	0.4%	平成21年11月
40 精神科重症患者早期集中支援管理料	1件	0.2%	平成27年4月

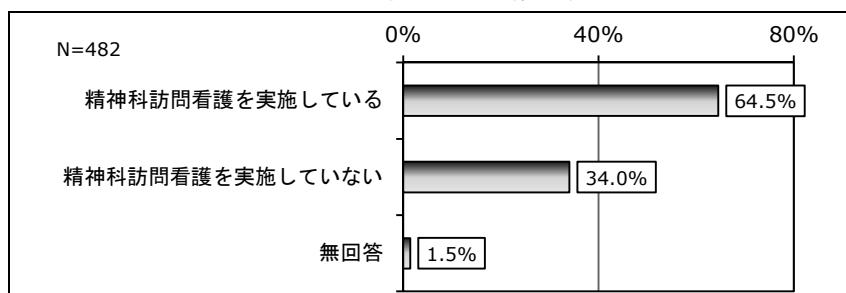
※ 有効回答のあった468件で集計。

6) 精神科訪問看護

■ 精神科訪問看護の実施状況

病院、または病院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施しているかの問いには、「精神科訪問看護を実施している」と回答した病院が 64.5%であった。

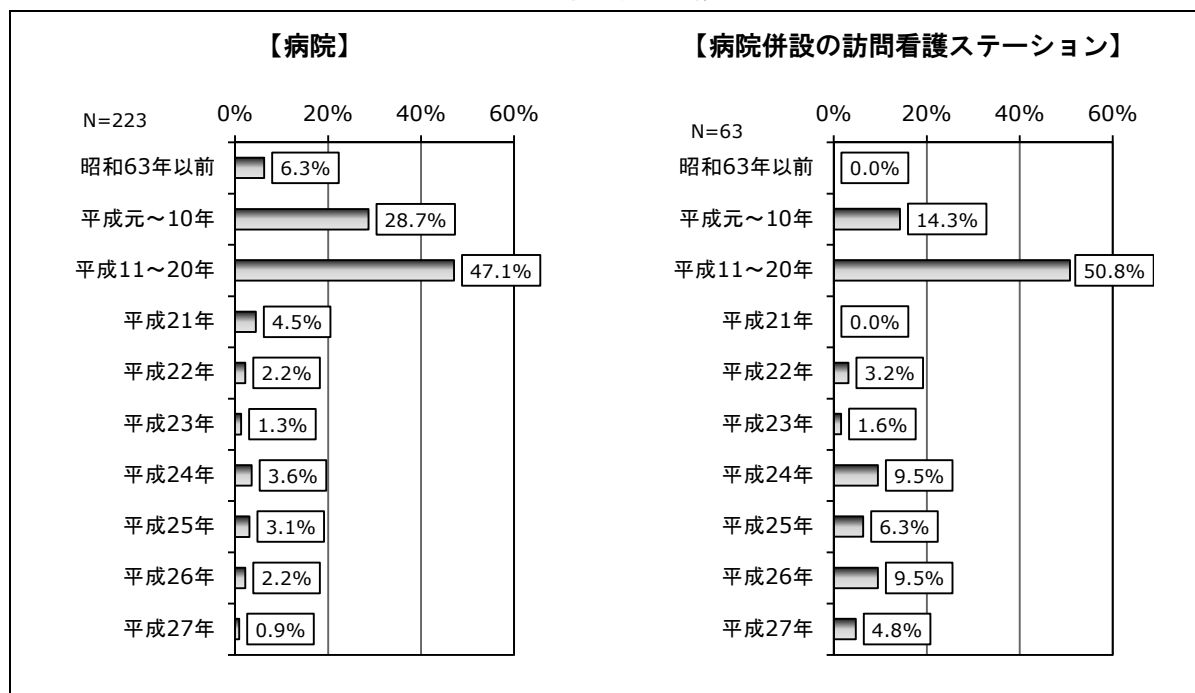
図表 2-1-9 精神科訪問看護の実施状況



■ 精神科訪問看護の開始時期

病院と併設の訪問看護ステーション別に開始時期をみると、病院実施の精神科訪問看護では「平成 11 年～20 年」47.1%が最も多く、次いで「平成元～10 年」28.7%であった。病院併設の訪問看護ステーションでも「平成 11～20 年」50.8%が最も多く、次いで「平成元～10 年」14.3%であった。

図表 2-1-10 精神科訪問看護の開始時期



■ 精神科訪問看護の職員数

従事する職員数は、保健師・看護師数は病院で3.3人、病院併設の訪問看護ステーションで5.2人であった。うち専従の保健師・看護師数は、病院で1.2人、病院併設の訪問看護ステーションで4.1人であった。

図表 2-1-11 精神科訪問看護の職員数

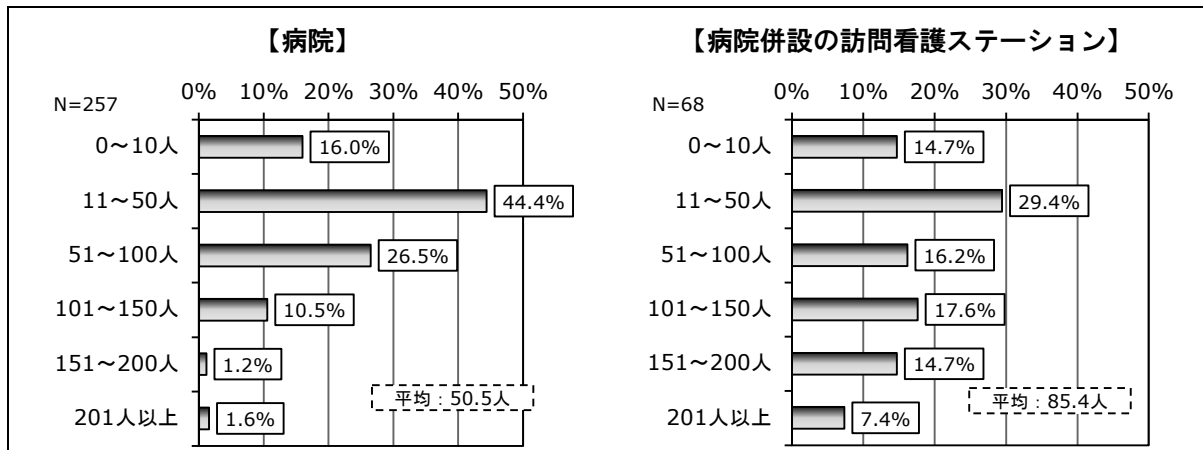
	1施設当たり人数		割合	
	病院	病院併設の訪問看護ステーション	病院	病院併設の訪問看護ステーション
保健師・看護師	3.3人	5.2人	42.7%	50.2%
うち、専従の保健師・看護師数	1.2人	4.1人	15.0%	40.1%
准看護師	0.3人	0.2人	3.9%	2.3%
うち、専従の准看護師数	0.0人	0.2人	0.5%	2.1%
作業療法士	0.4人	0.3人	5.5%	2.6%
うち、専従の作業療法士数	0.1人	0.2人	0.8%	1.5%
精神保健福祉士	2.0人	0.0人	26.1%	0.4%
うち、専従の精神保健福祉士数	0.4人	0.0人	5.0%	0.2%
看護補助者	0.0人	0.0人	0.5%	0.3%
うち、専従の看護補助者数	0.0人	0.0人	0.0%	0.3%
合計	7.8人	10.3人	100.0%	100.0%

※有効回答のあった265件（病院）、66件（病院併設の訪問看護ステーション）で集計。

■ 精神科訪問看護の利用者数

平成27年6月における利用者数は、病院では「11～50人」44.4%が最も多く、病院併設の訪問看護ステーションでも「11～50人」29.4%が最も多かった。また、平均利用者数は病院で50.5人、病院併設の訪問看護ステーションで85.4人であった。

図表 2-1-12 平成27年6月の1カ月間における精神科訪問看護利用者数（実人数）



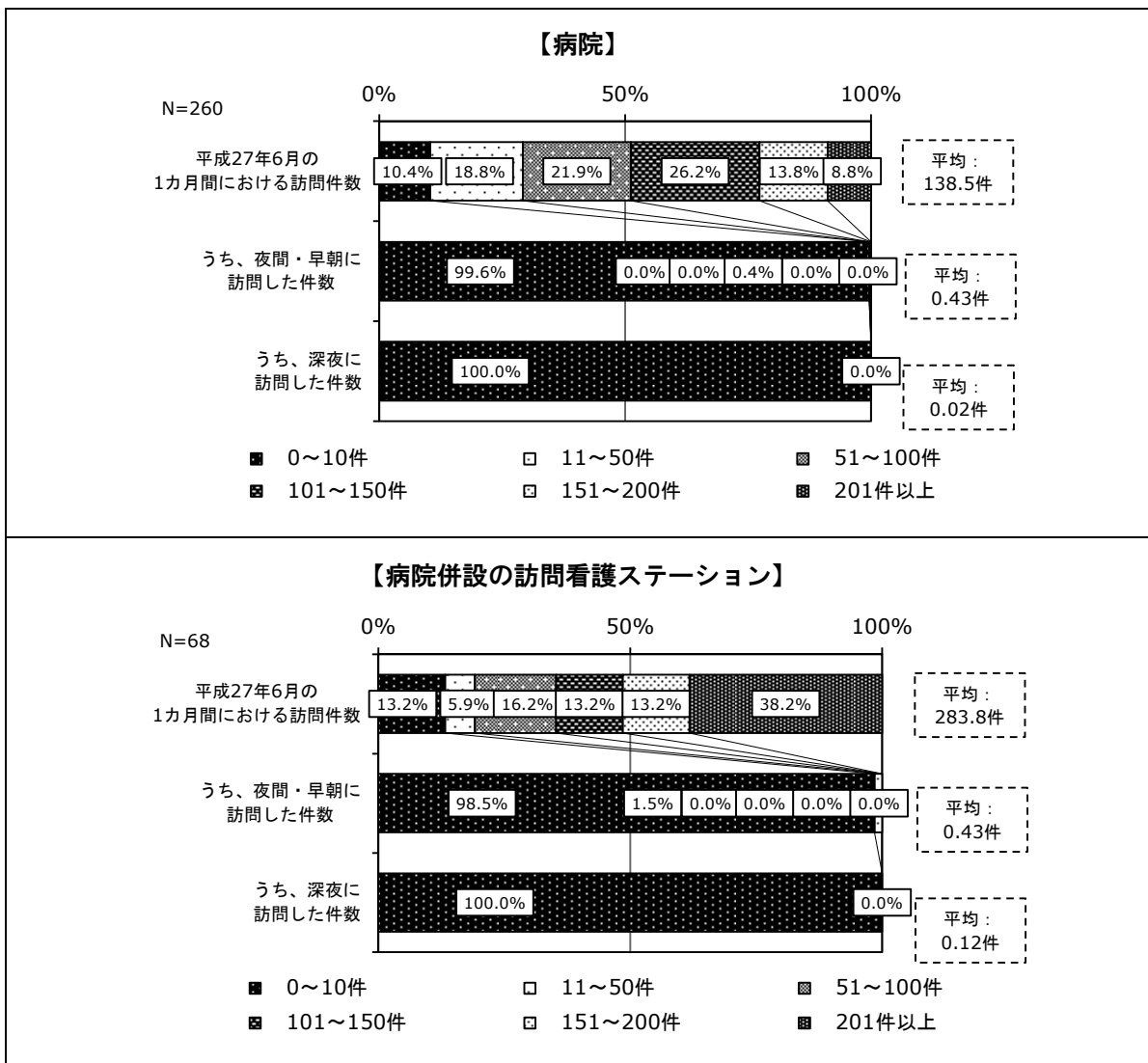
■ 精神科訪問看護の訪問件数

平成27年6月の1カ月間における訪問件数は、病院では「101～150件」26.2%が最も多く、病院併設の訪問看護ステーションでは「201件以上」38.2%が最も多かった。

そのうち、夜間・早朝に訪問した件数は、病院では「101～150件」0.4%で、他の回答はすべて「0～10件」であった。病院併設の訪問看護ステーションでは「11～50件」1.5%で、他の回答はすべて「0～10件」であった。

また、深夜に訪問した件数は、病院・病院併設の訪問看護ステーションの両方で、すべて「0～10件」であった。

図表 2-1-13 平成27年6月の1カ月間における訪問件数（延件数）

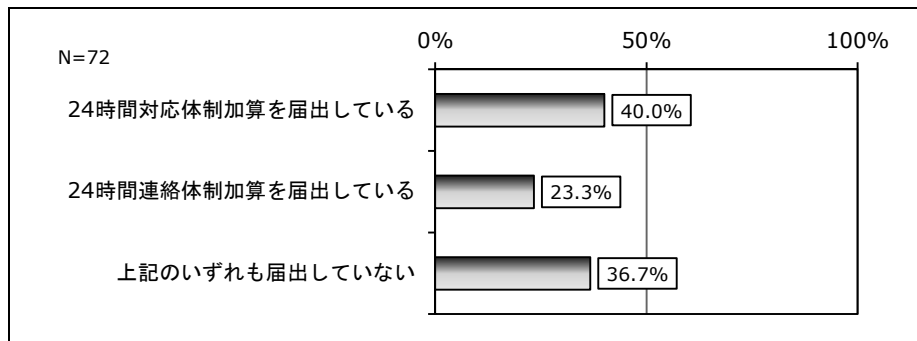


■ 医療保険における加算の届出状況

病院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施している場合の、医療保険における加算の届出状況については、「24時間対応体制加算を届出している」訪問看護ステーションが40.0%、「24時間連絡体制加算を届出している」訪問看護ステーションが23.3%であった。

「いずれも届出をしていない」訪問看護ステーションは36.7%であった。

図表 2-1-14 医療保険における加算の届出状況

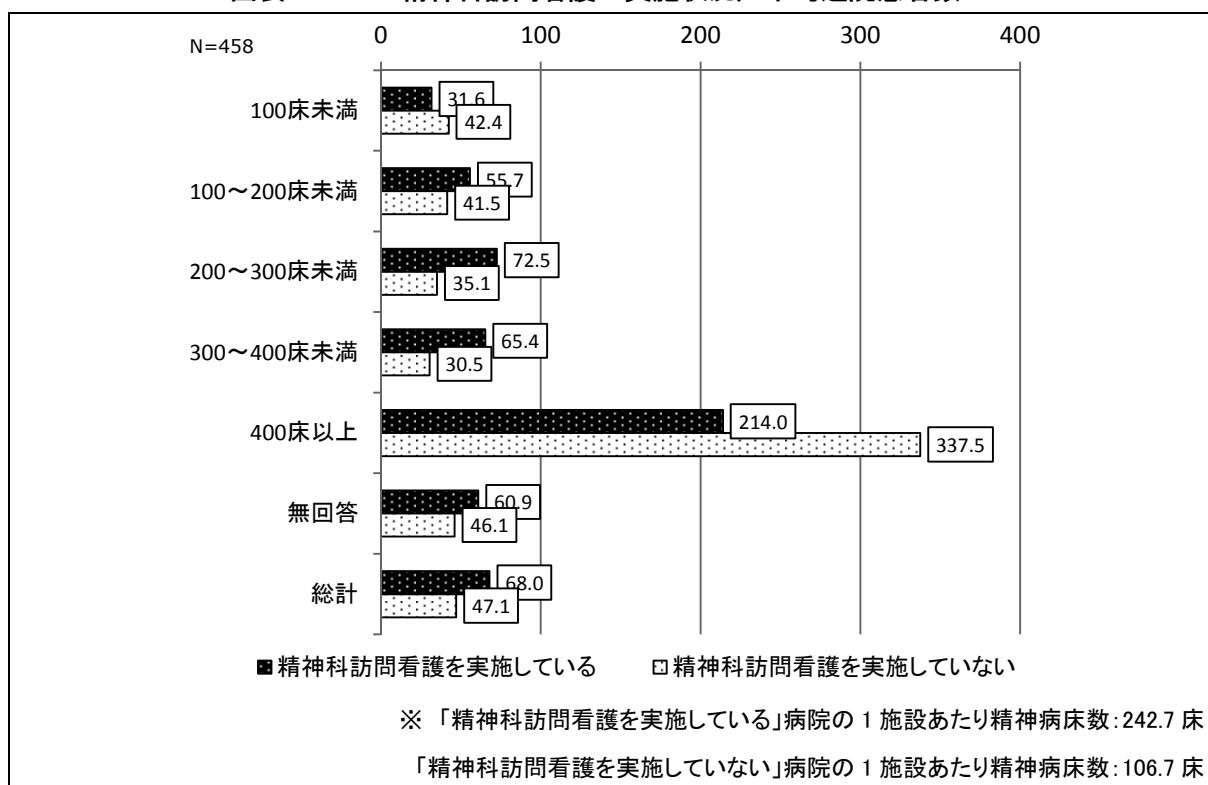


■ 精神科訪問看護の実施状況／平均退院患者数

精神科訪問看護の実施状況別に平均退院患者数をみると、1病院当たり平均退院患者数は「精神科訪問看護を実施している」病院では68.0人、「精神科訪問看護を実施していない」病院では47.1人であった。

また、精神病床の規模別に平均退院患者数をみると、「100床未満」「400床以上」では「精神科訪問看護を実施していない」病院のほうが平均退院患者数が多く、他の病床規模では「精神科訪問看護を実施している」病院のほうが平均退院患者数が多かった。

図表 2-1-15 精神科訪問看護の実施状況／平均退院患者数



※ 「精神科訪問看護の実施状況」と「退院患者数」の有効回答があった458件で集計。

7) 患者の退院支援における関係機関との連携

患者の退院支援における関係機関との連携について、「関係機関を直接訪問」する方法によるものでは「共同生活援助」48.8%が最も多かった。また、「病院の会議等に関係機関の参加を依頼」する方法によるものでは「市区町村」62.9%が最も多く、「電話・メール等での連絡調整」によるものでも「市区町村」78.4%が最も多かった。

また、その連携頻度をみると、「最も連携頻度が高い」の回答が最も多かった関係機関は「市区町村」19.1%であり、次いで「介護保険サービス」9.3%であった。

図表 2-1-16 退院支援における他機関との連携

	実施している連携方法			
	関係機関を直接訪問	病院の会議等に関係機関の参加を依頼	電話・メール等での連絡調整	その他
01 精神科デイ・ケア等	26.8%	25.9%	47.5%	5.4%
02 訪問看護ステーション	10.6%	46.9%	59.3%	4.6%
03 居宅介護	8.3%	49.4%	56.4%	3.3%
04 重度訪問介護	0.0%	3.1%	7.1%	2.5%
05 同行援護	0.4%	5.8%	11.2%	2.3%
06 行動援護	0.2%	5.4%	8.7%	2.1%
07 短期入所	6.0%	18.3%	33.2%	1.9%
08 生活介護	6.4%	18.5%	27.4%	2.7%
09 療養介護	0.2%	4.1%	9.5%	2.5%
10 重度障害者等包括支援	0.4%	1.2%	5.6%	2.7%
11 施設入所支援	27.6%	35.1%	56.8%	2.5%
12 介護保険サービス	19.7%	51.0%	65.8%	2.7%
13 共同生活援助	48.8%	45.4%	64.1%	2.1%
14 自立訓練	29.9%	27.8%	42.5%	2.7%
15 就労移行支援	20.3%	21.2%	39.6%	2.7%
16 就労継続支援 A 型	19.3%	18.9%	35.7%	1.9%
17 就労継続支援 B 型	35.9%	35.5%	56.4%	3.9%
18 計画相談支援	21.2%	53.9%	62.0%	3.3%
19 地域移行支援	11.8%	32.6%	38.2%	2.5%
20 地域定着支援	5.6%	20.1%	27.6%	2.1%
21 相談支援事業	21.4%	50.0%	64.3%	3.5%
22 移動支援事業	0.6%	8.3%	17.4%	2.1%
23 地域活動支援センター	23.9%	33.4%	52.5%	2.1%
24 福祉ホーム	2.9%	2.9%	9.3%	2.1%
25 日中一時支援事業	1.5%	3.9%	10.4%	2.1%
26 障害者就業・生活支援センター	9.8%	19.1%	41.1%	1.9%
27 発達障害者支援センター	2.5%	6.4%	23.7%	1.7%
28 配食サービス	1.2%	3.5%	31.1%	3.1%
29 市区町村	42.9%	62.9%	78.4%	3.7%
30 保健所	26.6%	55.0%	71.0%	4.4%
31 社会福祉協議会	17.4%	38.6%	57.7%	2.5%
32 公共職業安定所	8.3%	4.4%	28.8%	2.5%
33 その他	2.3%	6.8%	10.0%	2.1%

※ 有効回答のあった 482 件で集計。

図表 2-1-17 患者の退院支援に当たり連携している関係機関とその連携頻度

	連携頻度		
	最も高い	2番目に高い	3番目に高い
01 精神科デイ・ケア等	8.7%	5.4%	4.1%
02 訪問看護ステーション	8.3%	10.8%	6.6%
03 居宅介護	4.1%	2.7%	5.6%
04 重度訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%
05 同行援護	0.0%	0.0%	0.0%
06 行動援護	0.0%	0.0%	0.0%
07 短期入所	0.2%	0.2%	0.2%
08 生活介護	0.0%	0.2%	0.4%
09 療養介護	0.2%	0.0%	0.2%
10 重度障害者等包括支援	0.2%	0.0%	0.0%
11 施設入所支援	5.0%	5.6%	5.0%
12 介護保険サービス	9.3%	9.5%	6.6%
13 共同生活援助	2.9%	5.2%	6.4%
14 自立訓練	1.0%	1.0%	2.3%
15 就労移行支援	0.2%	0.0%	0.2%
16 就労継続支援 A 型	0.0%	0.0%	0.4%
17 就労継続支援 B 型	1.5%	1.7%	4.1%
18 計画相談支援	2.9%	7.3%	6.2%
19 地域移行支援	1.2%	1.0%	1.7%
20 地域定着支援	0.2%	0.2%	0.4%
21 相談支援事業	8.7%	6.2%	8.5%
22 移動支援事業	0.0%	0.4%	0.0%
23 地域活動支援センター	1.9%	1.0%	2.1%
24 福祉ホーム	0.0%	0.2%	0.2%
25 日中一時支援事業	0.0%	0.0%	0.0%
26 障害者就業・生活支援センター	0.4%	0.6%	0.6%
27 発達障害者支援センター	0.0%	0.0%	0.0%
28 配食サービス	0.0%	0.0%	0.0%
29 市区町村	19.1%	15.1%	10.4%
30 保健所	5.8%	6.6%	7.1%
31 社会福祉協議会	0.6%	1.0%	2.1%
32 公共職業安定所	0.0%	0.0%	0.0%
33 その他	1.2%	0.6%	0.4%

※ 有効回答のあった 482 件で集計。

また、退院支援に当たり連携している関係機関の「その他」については、「他の病院」「地域包括支援センター」「地域生活定着支援センター」等の回答が多く寄せられた。

-
- ・他の病院
 - ・地域包括支援センター
 - ・地域生活定着支援センター
 - ・児童相談所
 - ・学校
 - ・職場 等
-

8) 患者の地域移行・地域定着促進のために必要な取組（自由記載）

■ 医療サービスに関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な医療サービスに関する取組については、以下のような回答が寄せられた。

地域連携・施設内連携の強化

- ・病院から患者さんが出る機会と、関係者を病院の中に入れる機会を増やすことが大切と思われる。そのためには、入院中から地域事業者と連携し相談しあう関係作りを常に行っていくことが重要と考えている。また、退院後の訪問看護や何かあった時の臨時受診、再入院等、地域支援チームの一員として役割を積極的に担っていかなければ、地域定着を受ける事業所は苦慮するだろう。
- ・院内スタッフに対して「退院支援への意欲喚起」を図るための働きかけ（研修等）。
- ・入院当初より、多職種がチーム医療としてかかわり、地域関係機関との連携を密にし、医療・福祉の架け橋となる役割が必要。
- ・多職種チームの病院内設置義務化、診療報酬化。
- ・退院後も安心して医療サービスを継続するために支援者間の情報共有と顔の見える連携作り、体制づくりが必要。お互いどのようなサービスを提供できるのか等確認できる機会（会議や研修会）が定期的開催できればと考える。

往診・訪問診療・訪問看護の充実

- ・往診、訪問診療に代表されるアウトリーチ医療の充実。
- ・医師による訪問診療を増やし、治療中断者への対応を他職種と連携して行うような体制が必要。
- ・入院し服薬していれば問題はないが、病識なく退院後は通院しない可能性が高い場合、なかなか退院できず、入院が長期化する。往診できる医療機関があるところのようなケースの地域移行が進む可能性がある。
- ・訪問診療や訪問看護活動を活発化させ、行政や地域との連携を深め、敷居の低い精神医療を提供していく。
- ・精神疾患の方の対応が可能な訪問看護ステーションが増えるとよい。
- ・訪問看護が支援できる範囲の拡大（看護師が配置されている介護老人保健施設やサービス付き高齢者向け住宅等へも専門的な精神的技術を行うため）。
- ・退院後、通院や服薬を中断してしまい再発するケースが多く医療とのつながりを切らさないために精神科デイケアや精神科訪問看護が担う役割が大きくなっていく。地域生活への移行をスムーズにするためにも、今後積極的にデイケアや訪問看護の利用を進めていくといいと思う。

専門職の人的体制強化・スキルアップ

- ・病院のスタッフが、まずは地域移行・地域定着という制度等について知るための研修会や勉強会に参加すること。
- ・現状の乏しい人員配置（特に看護師、ソーシャルワーカー）では、退院支援（特に長期入院患者）を行う余裕がない。まずは人員配置を増やし、病棟スタッフが、退院支援のノウハウを意欲的に学び、実践できる環境づくりが必要と考える。
- ・長期入院患者の地域移行への取り組みは、手厚い支援とかなりの時間をかける必要がある。それに費やせるだけのスタッフ体制と教育が必要不可欠と考える。診療報酬においては、退院前訪問の回数制限の撤廃等、地域移行に取り組みやすい環境を整えてほしい。

当事者・関係者への啓発・情報提供

- ・長期間にわたり入院している患者さん含め、関係者も退院は無理とあきらめている人も少なくはない。少しでも可能性のある人に対しては、多職種でチームを組み本人やご家族へ継続的なかわりを持つ。忍耐力も必要。
- ・入院期間が長期にならないよう、または病状悪化による再入院を防ぐため、早期からの疾病教育を行い、薬の理解や通院の必要性について理解を深める必要がある。
- ・チーム医療の充実、退院に向けての意思統一。患者、家族へ社会資源等の情報伝達を行い、退院意欲の向上を図る院内以外からのアプローチ。

診療報酬等、制度変更による対応

- ・現在、地域移行、退院促進等の活動が診療報酬上あまり反映されていない。反映することで活動がより活性化すると思われる。
- ・退院をさせても病院の経営に影響がないシステムづくり。
- ・精神保健福祉士だけではなく、医師や看護師といった医療職も地域移行に関して一定の知識と理解が必要だと考える。そのための周知や研修への取り組みが必要。しかし抱えているケースが多数あり、一人一人の話を親身に聞くには時間が限られている面もある。精神保健福祉士の増員や保険点数が取られるような仕組みも必要。
- ・自立支援医療の申請が入院中にできない取扱いで退院日以降に申請書類をそろえ患者・家族に手続きを行ってもらっている。障害者総合支援法の自立支援給付に連動する自立支援給付の社会資源もあり、入院中から申請可能になると患者の負担が減ると思われる。

夜間休日や救急の受診・相談等

- ・夜間等の緊急時に病院以外に患者さんが相談できる場の確保。
- ・かかりつけ医が病院であれば、病状悪化時 24 時間体制で受診できるようにし、クリニックの診療時間外は、病院とクリニックが連携し受診できるように、地域ごとに行政・保健所が中心となり安心して生活できる「まち作り」が必要と考える。
- ・地域移行を促進する際、何かあれば時間に関係なくいつでもすぐに相談、診察等の対応が受けられるような医療サービスが必要である。地域での生活を定着させ、それを支えるためには各病院が対応できえるだけの人材、資金、物資の確保等、行政のサポートが不可欠と考える。
- ・病院という治療機関だけでなく、レスパイトのような医療兼危機介入のような施設があれば、有効に活用できそう。

デイケア・リハビリの充実

- ・疾患別対応のデイケア。
- ・継続して医療を受けられるよう、デイケアや訪問看護等で支援していく。
- ・入院中の精神科作業療法、退院後の精神科デイケアの充実、アドヒアランスを向上させる薬物療法の工夫が必要と考える。

多職種訪問・アウトリーチの強化

- ・未受診、治療中断、処遇困難な方に対して、多職種アウトリーチ訪問を行える環境を整えることが必要と考える。
- ・医療機関からのアウトリーチの実施（患者が福祉サービスにつながっていけるまでの橋渡し）
- ・地域での医療サービスと言えば訪問看護が主流で、看護師や精神保健福祉士が地域生活している精神障害者の居住地に訪問しているが、今後はさらに多職種での訪問が必要となる。患者様が通院するだけでなく、病院自体が地域に出ていくようなシステムの構築が必要となる。

通院継続・服薬管理の支援

- ・入院中、治療がある程度落ち着いたら、薬の自己管理をし、地域移行しても自己判断で中断しないよう習慣づけていく取り組みが必要である。
- ・何らかの理由により、病状が悪化し、通院が難しくなった方に対する支援が不足している。直接本人の自宅へ医師等が訪問できれば良いが、そのような人材も不足しているため、人材の確保およびサービスの拡充が必要である。

身体合併症への対応

- ・障害種別を問わず高齢化に伴い様々な疾病を併せ持つが、精神科にかかっているがゆえに他科の入院等を断られることも多い。障害者に対する在宅医療、訪問看護事業の更なる充実。
- ・身体合併症を持ちながら自宅で生活する方が増えてきている。身体管理がうまくできないと、それをきっかけに症状悪化が進むことも少なくない。精神、身体の両面をサポートできる体制。
- ・（認知症を含む）精神科単独ではなく、他科も含めた総合的なかわりが必要（例：統合失調症の方が糖尿病や心不全など）。

その他サービス・支援の充実

- ・ACT（Assertive Community Treatment）など長期入院者や、重度の精神障害者の在宅療養を支援できるような手厚いサポート。
- ・救護施設のようなヘルパー、看護師、ソーシャルワーカーなどの常駐がある施設が増えれば、入院しなくても退院できる患者は存在する。
- ・18歳以下の患者の入院受け入れ（発達障害等）が可能な医療機関が限られており、満床のため、入院に時間を要する。そのため、身体がより深刻化し、それらの改善に時間を要することが少ないため、長期化の一要因となっている。児童思春期病棟の増加が望まれる。

■ 障害福祉サービスに関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な障害福祉サービスに関する取組については、以下のような回答が寄せられた。

サービス内容、利用条件等の変更・拡充

- ・受診支援サービスの充実。特に田舎等交通便の悪いところに関しては、通院するのにほぼ1日を要する方もあったり、1人では受診できない方もある。
- ・他に同居家族がいてもヘルパー利用が必要な場合や、受診に1人で行けないが行動援護の認定が下りない場合等、実際のニーズと提供されるサービスの間に差があることが多い。
- ・支援区分に応じたサービス利用時間が定められているが、精神障害の方には波があり、固定したものだけではなく、病状に併せた臨機応変な対応できる加算などがあるとよい。介護保険への移行時期になるとサービス量が減ってしまい、生活を支えられなくなるためスムーズにできるよう配慮があるとよい。
- ・個々のニーズに沿って、柔軟なサービス利用ができるような取組（障害支援区分により、利用できるサービスが制限され、在宅生活の維持に支障をきたすケースがある）。
- ・入院中でも試験的に福祉サービスを利用できるようにしてほしい。
- ・手続きが複雑であり、サービス利用に対して心理的に抵抗のある方が取り残されてしまう。サービス利用までの柔軟なつながりの仕組みの充足も必要。

施設・事業所等の増加、機能強化

- ・高齢化が進み、介護サービスと障害福祉サービスの間にあたる方が増えてきている。ケアホームのように支援体制の手厚い施設が求められているように思われるが施設数が少ない。
- ・相談支援事業所で精神の相談員として担当してもらえる事業所を探すのが大変である。事業所が増えることが望ましい。切望する。
- ・移動支援サービスの利用を希望し、支給決定した方でもサービスを提供してくださる事業所を探すことが困難な状況であり、事業所の数が足りていないように感じる。
- ・地域ごとのサービス供給量の格差の是正。
- ・指定一般に取り組む事業所が足りないため、対応する事業所が増えるような環境設定が必要か。相談支援事業所の中には、精神障害者の対応には慣れていない事業所もあり、それが地域移行に取り組めない理由になっているようなので、そこを獲得できるような研修や実習が必要と思われる。また、委託相談支援事業所が退院の意欲の喚起等、指定一般とのつながりを対応してもらえるようになれば、退院後のサポート体制はかなり充実したものになると考えている。

専門職の人的体制強化・スキルアップ

- ・速やかに相談支援専門員が決まり、相談支援専門員を中心にサービス調整が行えるとよい。現実どこの相談支援専門員もたくさんケースを抱えていてなかなか新規の対応をしてもらえない。また、精神疾患患者にかかわった経験の少ない相談支援専門員も多く、敬遠されがちである。相談支援専門員の人数増加と質の向上が必要。
- ・介護保険の介護支援専門員がケース35件と決められているように、相談支援専門員もケースの上限や目安を決めた方がサービス等利用計画の質が向上すると思われる。
- ・現在でも、各サービス事業所は、精神疾患患者の処遇について不安が多いとの意見がある。普及、啓発を含め、病院等の専門職との連携を増やしていく。
- ・制度が複雑で医療の現場ではわかりにくいので定期的に勉強会や情報共有の集会などがあるとよい。

区分認定・サービス利用までの期間短縮

- ・救急病棟で3カ月の退院を目指そうとすると障害程度区分、介護保険とも申請に時間がかかりすぎて利用が間に合わない。早期利用できるようにしてほしい。
- ・支給決定が出るまでに時間がかかるため、サービス利用がすぐにできないまま退院になり、サービス利用につながらないケースもある。サービス支給決定がもう少し早く出たり、介護保険のように暫定利用ができるとよい。また、支給決定が出るまでのつなぎとして、お試し利用などでもできるとよい。
- ・サービス利用希望者が急増し申請から判定に至る期間が長く、その間に意欲の低下するケースも多々あることから、一連の流れがスムーズになることで退院への促しもプラスになると思われる。

施設・事業所等の連携強化

- ・地域の事業所や市町の担当者と必要があればすぐに連携をとり協働することのできる関係を構築すること。
- ・精神障害者の支援を福祉サービス事業所だけで支援しきれないことは当然であり、既に現場ではその対応に苦慮している。精神障害者の支援は、精神科医療との二人三脚が必要であることをもっと明確にすべきである。
- ・医療機関との連携をはかる際に症状の不安定の残る患者さんに対する危機介入や対応をできる環境整備も必要。同時に通常の医療機関での診療をしていきながらも福祉サービスの状況を医療機関も把握をしていきながら相互が有効に作用できるような連携を構築していくことが望まれる。

就労・日中の活動の場の確保

- ・発達障害等で対人関係が築けないような患者さんが憩えるようなスペースがほしい。施設だけではなく、ボランティア等一般家庭を開放して、そのような場が作れないものか。
- ・若年性認知症の方の居場所となるところを増やしていきたい。働きたいけど働く場所がない、体は元気だけどという方が多い。
- ・就労の場、日中活動の場への送迎があればつながる方もいる。
- ・いわゆる活動の場を障害福祉サービスでどう提供するのが大事だと思う。地域と断絶していることの多い精神障害者にとって、活動の場がないのは問題。最近は就労支援事業が盛んに行われているが、地域の中に（一企業ではなくて）、働ける場所を作れないものか

報酬体系の変更・経済的支援の拡充

- ・生活保護にかからない低所得層のサポートについて、検討の必要がある。
- ・障害年金・生活保護は一定以上の所得があると給付が停止される。多額の所得があれば問題は少ないが少しの所得で給付が減額、停止されることは当事者の自立を妨げる要因となっている。
- ・現在、障害福祉受給者には、サービス利用計画等の作成と、定期的なモニタリングが義務付けられている。相談支援専門員の労力や精神的な負担が重くなったのに、それに見合うような報酬体制になっていない。相談支援専門員（相談支援事務所）の意欲を高めるために、報酬単価を上げるべきである。

当事者・関係者への指導啓発

- ・家族が利用できる障害福祉サービスをきちんと把握し、サポートしてもらえるという安心を感じること、地域移行への家族の抵抗感を緩和する必要があると考える。その点から、障害福祉サービスを充実させることもそうだが、そのサービスを分かりやすく具体的に（高齢者でも理解できるように）世間に周知させる取り組みも必要と考える。
- ・地域での成功事例を当事者から入院中の患者に伝えることも必要。ピアサポート等の事業活用を病院へ義務付けを行う。
- ・障害者が社会に出ていけるような機会の1つとして、研修会・交流会を行政が中心となって推進する。医療機関は、入院時にどのような社会資源の提供ができるのかわかりやすく説明できる窓口・人材の設置を推進する。

夜間・休日・緊急時対応

- ・夜間の不安に対して相談する窓口がなくなってしまう、不安解消できない患者もいるので保健所単位（圏域）で、夜間電話相談などあるとよいかと考える。
- ・夜間、休日のサービス提供が可能なサービス事業所の充実。

その他サービス・支援の充実

- ・国、県及び市町村などの行政が障害者に対する広報を積極的に推進する。
- ・入所系サービス、通所系サービスでも、保護者（保証人）としての契約が求められる。すでに高齢化した家族しかいない患者、家族がいなくなった患者も増加の一途で対応が必要。
- ・休養目的の入院を繰り返す患者がいるので、ショートステイより長めに滞在できるように施設サービスがあったらよいのではと考える。

■ 居住支援に関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な居住支援に関する取組については、以下のような回答が寄せられた。

グループホーム等の施設数・定員数の増加

- ・当院のように急性期治療を行い、状態が安定しても一人で生活するには不安があるため、グループホームの利用の希望、適用があっても空きがなく利用できない。グループホームまたは住まいに対する整備が充実してもらいたい。
- ・地域移行を進めていく上で自宅への退院が困難を極めるため、グループホーム、市営住宅等の確保、整備が必要だと思う。
- ・統合失調症を中心とする精神障害者を対象としたグループホーム等の居住施設を増やす必要がある。当然、各居住施設には管理者（精神保健福祉士、看護師、その他）の配置が必要である。現状では、精神科病院の長期入院患者を退院させる環境は乏しく、甚だ脆弱である。
- ・グループホームの数が足りていない。一人暮らしを望む方は多いが、既存の市営住宅等からは交通の便が悪く、通院困難となるため、病院の近くにグループホームや福祉ホームが必要。

保証人不在でも入居できる仕組みの整備

- ・地域移行を進める中で長期入院患者が高齢化し、家族も高齢化する中で、単身生活、同居などで家族が支援することが困難な場合がある。単身で住居を構える場合には、保証人を立てることが難しいことがあるため、住宅の保証人制度についての取り組みが必要と思う。
- ・保証人が確保されづらいため、意見書などで障害があると判断し、病院と連携できる場合は行政が住居を保証するなど対応を行っていただけるとありがたい。
- ・長期入院患者で保証人が不在のためなかなか施設入所に結びつかず、社会的入院が続いている方が多い。保証人が不在でも入所可能なアパートがあれば退院者も増えるのではないかな。
- ・賃貸の保証代行を行政がするシステムの構築。

施設等の機能強化・施設職員等のスキルアップ

- ・障害者のグループホームは日中活動が条件となっているが、活動性なくても居住できるグループホームのような共同生活の場を整備できるとよい。
- ・グループホーム等（高齢者施設を含む）における長期入院精神障害者の積極的な受け入れ。
- ・知的障害と精神障害の重複ケースは退院先を見つけることが難しく、入院が長期化する。このようなケースを受け入れできる施設を増やしていただきたいと考えている。
- ・日中活動の場（地活や作業所など）と併設された居住施設の増設。特にグループホームの場合、日中は外へ出て何かしらの活動をしなければなりません、それをネックにとらえる方もおり、気軽に行き来できるとよいかと感じる。
- ・慢性期にて精神症状が継続していても、対応できるスキルを持った入所先スタッフの育成。
- ・高齢の患者に配慮した住まいの確保に向けた取り組みを進める事が、特に重要であると思う。

サービスの内容、利用条件の変更・拡充

- ・居住系サービス利用までに時間がかかる。迅速にサービス利用できるようにする。
- ・生活支援の一環で、見守りネットワーク等での安否確認や、服薬確認、症状悪化時の早期発見が必要と考える。
- ・長期間の入院により、掃除や洗濯、食事等を自分で行うことが困難となり、さらに近隣住民との人間関係構築にも問題が生じる。そのため本人を見守り、支援する家族やヘルパー、後見人等の人的資源の協力等が必要である。本人が日中を安心して過ごせるようなデイケアや作業所を紹介していくこと、そのような場を今後も増やしていくことが必要である。
- ・施設を含め、退院前より密に情報共有やカンファレンスを実施し、退院後の生活について相談していける環境を調整していく必要がある。

入居可能な住居の確保

- ・市営住宅への障害者入居枠の優先確保を徹底する。
- ・今後は自治体が積極的に障害者の住宅を確保する必要がある。新しくハードを作るということではなく、例えば、既存の公営住宅やアパート、増え続けている一戸建ての空き家などを自治体が所有し、障害者の住居として確保するといったものである。民間に任せるのではなく、官民共同で障害者が住みやすい町づくりを行う事が重要となる。
- ・入院患者は長期に入院すると IADL の低下がみられる。院内で行う社会生活技能訓練程度では、アパートで独り暮らしができるようにすることは難しい。そうなれば、グループホームしか現在は選択肢がなく、退院が滞ってしまう。旧法的生活訓練施設のように病院と、施設の中間的支援機関をもっと整備していくことを求めたい。
- ・入院が長期化したことにより、入院前の居住地そのものがなくなるケースが多くなってきている。退院先を探しやすくなるような情報（候補地検索、リストなど）やシステムの構築が必要と考える。

関係者・地域住民への啓発

- ・高齢化した長期入院患者が移行できる地域づくりが必要（個々の状態に応じて柔軟に支援が提供できる体制づくり。偏見・差別をなくす働きかけが必要）。
- ・自立を目指してアパートを探しても精神疾患というだけで断られることが多く、啓発活動が必要。
- ・「精神症状のある方」と「精神科に入院している認知症の方」いずれも精神科の患者としてくくられてしまい、地域の方に理解いただけず退院する先が決まらない。地域で生活のしにくさを感じ入院した人ならではの帰宅先の確保も必要ではないか。

経済的支援の拡充

- ・在宅へ戻りたくても支援する家族がいなかったりするとグループホーム等の居住系施設への方向となるが、経済面で負担のある方は現状では難しく、地域への移行ができなくなっている。
- ・精神疾患患者は身寄りもなくお金もないことが多く、なかなか住まいを確保することができずにいる。グループホームの増加なり、低料金で保証人もなく入居できるような物件の確保なりが施策としてできれば退院支援も進むのではないか。
- ・施設入所の方や賃貸で独居の方が入院となった際、入居料と入院費用の両方を負担することができず退去せざるを得ない場合がある。次を見つけるまで、入院長期化を招くことになってしまう。保証を受けられるサービスができると治療も受けやすくなると思う。

不動産業者・大家等への啓発

- ・不動産事業者への理解促進の強化（病気・各支援機関の機能）。
- ・家主やオーナー、不動産会社への精神疾患患者に関する説明と地域でのサポート状況についての説明。
- ・行政も含めた関係機関と地域の不動産業界、土地家屋調査団体などの情報交換の場や、学習の場をつくる。空き家賃貸や土地について情報を共有する。

夜間・緊急時等の相談体制の充実

- ・重度の精神障害者、長期入院者を地域で支援していくためには、夜間の支援体制の整備が求められていると考える。
- ・困ったときに連絡が取れる緊急システム（機器や人）の導入。
- ・地域生活に移行するために、住居の確保や新生活の準備等について行政の支援が必要。また、地域移行して、患者が地域に定着することも重要であり、そのためには夜間や緊急時における連絡体制の整備や相談等のサポート体制の構築が必要である。

地域の関係機関の連携

- ・グループホームやケアホームがまだ少ないこともあり、自宅退院が困難な患者が入院継続しているので早急に市町村などと関係機関が連携を行う事が必要と思われる。
- ・退院後も継続的な支援を行えるよう外部支援者との連携を強化する。

体験入居・入所の拡充

- ・長期入院者等が入院中から地域生活を体験できるような「体験部屋」が有効。当院では現在地域のアパートを借り、外出・外泊体験ができる場を作っている。入院患者が退院へのイメージを作る場、実際の暮らしを体験できる場となっている。「退院への意欲喚起」のためには「患者に実際に体験してもらうこと」が非常に有効。
- ・今後一人暮らし、グループホーム等の利用が必要となる方の体験の場や機会が増えるとよい。

その他

- ・過疎地域は、都市部に比べ、支援を行う「箱」が不足している。地域住民への啓発運動も少なく、理解を得るのが難しい。国の援助、スーパーバイズの元、施設設立や、啓発を行ってほしい。
- ・各都道府県の居住支援協議会の活動について活動にばらつきがあり、機能してないところもあるように思われる。
- ・住居だけでなく、金銭管理を含めた権利擁護の体制を整備する必要がある。現状では不足していると思われる。

■ その他の取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要なその他の取組については、以下のような回答が寄せられた。

広報・啓発に関すること

- ・精神疾患患者の地域移行・地域定着に関する義務教育段階での普及啓発が必要。
- ・5大疾病なのに病院、施設、地域、家族など一般の市民の意識が乏しい。精神疾患患者の偏見がなくなるようPRしてほしい。地域での一般の人たちの理解がないと地域定着は進まないと思う。医療者の中でも偏見があるので。
- ・退院後、自宅に戻る際、家族だけではなく、近所の方の目を気にする人も少なくない。今後も精神疾患の正しい理解をしていただけるような努力が必要。
- ・社会的入院の解消には精神疾患を理解し、受け入れる社会を醸成することが不可欠である。こうした土壌を育てるには十分な時間と資金合が必要である。これに先んじて病床削減を急げば結局、入退院を繰り返すことになり、患者本位の政策とはならないと考える。
- ・精神疾患に対してのレッテルは依然根強いものがあるだけに、疾患に対しての普及活動の促進は地域以降、地域定着の促進につながると思われる。
- ・子供のころからメンタルヘルスリテラシー教育。
- ・病院職員や窓口となる市町村役場担当者が地域以降支援の概要や必要性、利用の仕方について、十分な周知がされていない現状がある。介護保険のように必要性を明確にすると、利用促進につながり、また、民間企業の活用、参入に結びつけ社会資源の増加と多様性を目指す努力が求められると思う。

医療サービス・障害福祉サービスに関すること

- ・精神障害者の地域移行・地域定着を促進するためには、すべてのサービスにおいて個々人に対応した支援を行う柔軟性が必要。
- ・院内に独居への準備ができる生活トレーニング施設を作ること許可しサポートしてほしい。病院から地域の暮らしはギャップが大きすぎる。
- ・精神患者さんが介護保険を利用できるシステムを積極的に行ってほしい。精神患者の特性を生かした施設づくりは、介護保険と違って困難であると思う。企業参入もないが、介護保険事業のような多様なサービスを導入し、取り入れて行けたら良いと思う。
- ・受診が絶えてしまう人への支援。金銭管理サービスが社協の権利擁護事業、後見人だけでは不足。
- ・これまでの個人が重い責任を背負ったり、例外的な対応をして支えていた地域移行では、現在病院に残されている重度の方を地域が支えることは難しい。現在においても、本来の業務範囲、業務時間を越えて支援を行うことで支えられている側面が大きいことを危惧する。
- ・そもそも地域移行・定養事業を行う事業所数が少なすぎる。
- ・若年性認知症の人への支援体制が乏しい（介護保険事業所でも受け入れ拒否がある）。
- ・障害状態とサービス内容のマッチングが難しいケースがある。精神状態が安定していても、受刑歴があったり薬物使用歴があると、施設から受け入れを断られることが多く長期の入院を余儀なくされている。
- ・精神疾患患者は精神状態が改善しても就労していないまたは就労する意欲があっても就労できない現実がある。その結果、回復後の自己のありようにイメージが持てず精神状態の回復が遅れたり、再発後に入院を繰り返したりするケースが多い。精神疾患を有している状態においても、外来主治医と連携を図りながら就労支援を行い、精神疾患の回復度合いに応じた勤務実施を支援することが必要である。

経済的支援・報酬体系に関すること

- ・地域では障害福祉サービスが徐々に増えてきているが、実際には利用するまで時間もかかる相談支援事業を実施したいという事業所があまりないということは、経営的に苦しいという現状があるため。ぜひスタッフを増やせるだけの予算を増やしていただきたい。
- ・精神保健福祉士の活用、地位向上と PSW 支援に対しての点数の確保（PSW の支援に対して診療報酬上に反映させるべき）。
- ・長期入院していることが医療機関にもメリットがなく、外来通院している方が診療報酬上がメリットがあるようになれば、地域移行が進むきっかけになると思う。
- ・入院患者が減っても病院が維持できるだけの収入が確保できる点数が必要、経営が圧迫されると退院に対して消極的になる。在宅での医療・訪問に対する評価の底上げが必要。
- ・高齢者施設の入所費用よりも入院費の方が安いという現実がある以上、施設入所よりも病院での入院を希望されているという事実があるのは当然でしょう。

施策・行政支援に関すること

- ・自治体ごとの格差の是正。
- ・福祉サービス事業所では、精神疾患患者に対しての対応困難事例が多々出ている。地域移行・地域定着は、十分な精神科医療（医師はじめ、専門のコメディカル）や、精神保健福祉法を扱う保健所の保健師なしには進まない。ベッド数削減のためだけの安易な福祉事業所や市町村保険師に任せるような現施策推進方法では、障害者本人含め、皆が疲弊してしまうと危惧する。
- ・10年くらい前は、地域移行定着などなかったが、長期入院の退院支援を精神科病院がしてきた。制度や仕組みだけが独り歩きし、実際機能しているのか疑問に思う。また、対人支援より、デスクワークが増える制度だと上手く機能しないと思う。
- ・行政主導による退院促進の動きも必要（病院に入っていく）。地域住民の説明会等、周知する機会を増やしてもらいたい。

人的体制の強化・スキルアップに関すること

- ・精神科医療機関にはその障害特性からも、精神保健福祉士などのソーシャルワーカーを連携担当所に必置として、人員配置に基準にも明確化する必要があると感じる。現在は PSW の配置基準もない中で、精神科病院の自助努力だけで配置している状況では地域移行・地域定着は進まないと思う。
- ・認知症患者は家族が介護できないという理由で施設を希望することが多いが、身体疾患や医療行為、経管栄養等を理由に入居断られることが多い。精神症状が落ち着いても行き先がないことが多くある。施設受入れ側が、医療行為を看護師だけでなく介護職も研修等によって一部行えるようにしていくことが必要と考える。
- ・ピアサポーターとの対話は長期の入院患者さんにとって効果的だと思うので、ピアサポーターがもっと病院に出入りしやすくなるような風通しの良い雰囲気作りが必要。再入院しないために自分がどのようにすればよいか？周囲はどうすればよいか？などの教育プログラムの向上。
- ・人口比での精神福祉専任の保健師、配備の義務化。

地域連携に関すること

- ・地域移行・定着支援は、病院だけでも、地域だけでも、公的機関だけでもできず、官民協働で力を合わせてやっとながらるものだと思う。日頃の連携と取り組みやすい明確な仕組み作り、各機関のスキルアップ（意識づくり）が必要だと感じる。
- ・地域から、可能な限り早期に認知症および精神疾患を持つ患者を発見し、治療に結びつける流れが必要。本年度は、地域交流会を開催し、地域のケアマネージャー、医療関係者に集まっていただき認知症講座を開催した。地域のケアマネージャーに基本的な知識を持っていただき、初期症状の発見、早期の受診、服薬開始という流れを今後も作っていきたいと考える。
- ・地域移行、地域密着支援を利用する上で、それぞれの関係機関の取り組みの流れや役割等を理解しやすくなるシステムがあればよい。

就労・社会参加に関すること

- ・障害者だから低賃金でよいではなく、その人の能力が評価される賃金体系の確立。精神疾患患者であっても働くことを望んでおり、自ら労働して得た賃金により生活を確立したい気持ちを持っている。自分のお金で食事をとり、水光熱費を支払う当たり前の生活が、地域に定着できる条件の一つであると考えます。
- ・精神疾患患者は精神状態が改善しても就労してないまたは就労する意欲があっても就労できない現実がある。その結果、回復後の自己のありようにイメージが持てず精神状態の回復が遅れたり、再発後に入院を繰り返したりするケースが多い。精神疾患を有している状態においても、外来主治医と連携を図りながら就労支援を行い、精神疾患の回復度合いに応じた勤務実施を支援することが必要である。

その他

- ・後見人の同意の範囲が広がれば、病院側としても助かる部分も増えると考えます。施設・アパート入所の際の保証人になってもらったり、内科部分での医療同意も後見人ができれば助かる。今後保証人制度を含め公的な施策が必要と考えます。
- ・後見人市町村長申立ての事務処理をスピーディーに。
- ・1年未満で退院する患者がいて一方で数十年入院している患者も多い。家族へ退院の話をするとき「何故今さら…」と戸惑いの声も多い。患者や家族が今の時代についていけない現状がある。
- ・精神疾患患者が地域で生活していくためには、たくさんの支援や周囲の理解が必要となる。家族がいても協力を得られないことが多いため、地域定着するためには住む場所、支援体制の充実がまだまだ必要と考えます。
- ・グループホーム等、地域生活支援事業を開設・発展させていくためには、医療法人の定款変更の認可を受けることが必要。この定款変更には、多大な労力と時間が求められ、申請後の審査期間も2～3か月要する。迅速な精神科医療施設展開の障害となるため、規制が緩和されると助かる。
- ・田舎であればあるほど移動手段に困り、日常の買い物も不便。地域で助け合える状況を作っていく必要がある。
- ・地域以降・地域定着を促進するには、全国で標準化されるものばかりではなく、それぞれの地域に合った支援を行わなければならない。自治体、行政、民間が協同して、障害者が住みやすい町づくりに参画し、地域性を生かしたロードマップを作成することによって、目標を明確化することが必要と考えます。

2. 入院患者票（施設調査）の結果

1) 対象患者が入院している病棟

■ 対象患者が入院している病棟の入院基本料等

対象患者3,743名の入院している病棟については、「精神病棟入院基本料算定病棟(15対1)」44.1%が最も多く、次いで「精神療養病棟入院料算定病棟」33.7%であった。また、認知症治療病棟入院料の算定病棟は9.8%、特定機能病院入院基本料の算定病棟は0.4%であった。

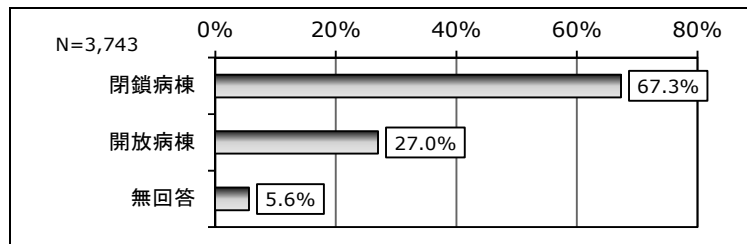
図表 2-2-1 対象患者が入院している病棟の入院基本料等

	件数	割合
精神病棟入院基本料(10対1)	11件	0.3%
精神病棟入院基本料(13対1)	77件	2.1%
精神病棟入院基本料(15対1)	1,651件	44.1%
精神病棟入院基本料(18対1)	97件	2.6%
精神病棟入院基本料(20対1)	29件	0.8%
精神病棟特別入院基本料	24件	0.6%
特定機能病院入院基本料・精神病棟(7対1)	0件	0.0%
特定機能病院入院基本料・精神病棟(10対1)	0件	0.0%
特定機能病院入院基本料・精神病棟(13対1)	7件	0.2%
特定機能病院入院基本料・精神病棟(15対1)	9件	0.2%
精神療養病棟入院料	1,262件	33.7%
認知症治療病棟入院料1	335件	9.0%
認知症治療病棟入院料2	30件	0.8%
無回答	211件	5.6%
合計	3,743件	100.0%

■ 対象患者が入院している病棟の構造

入院患者の67.3%が「閉鎖病棟」に入院していた。

図表 2-2-2 病棟の構造

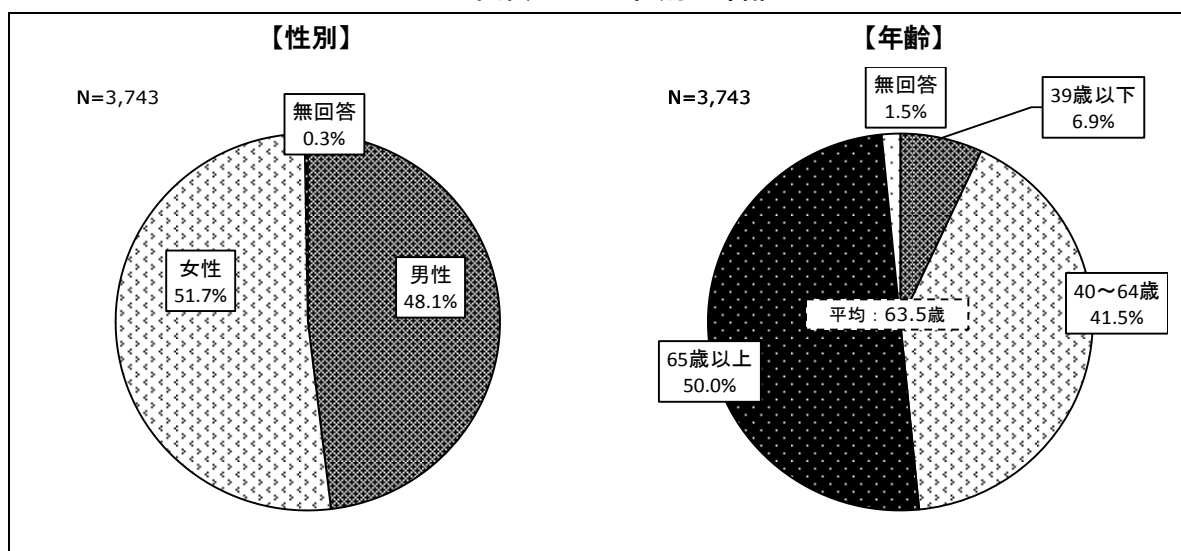


2) 対象患者の基本的事項

■ 性別・年齢

対象患者は「男性」48.1%、「女性」51.7%であった。また、平均年齢は63.5歳で、「39歳以下」6.9%、「40～64歳」41.5%、「65歳以上」50.0%であった。

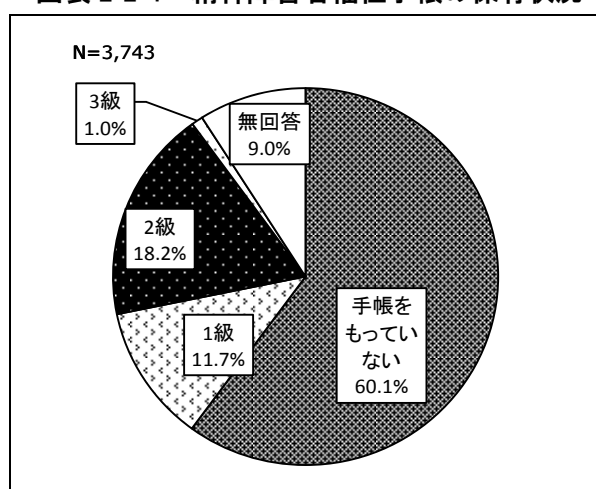
図表 2-2-3 性別・年齢



■ 精神障害者福祉手帳の保有状況

精神障害者福祉手帳の保有状況を見ると、「手帳をもっていない」60.1%、「1級」11.7%、「2級」18.2%、「3級」1.0%であった。

図表 2-2-4 精神障害者福祉手帳の保有状況

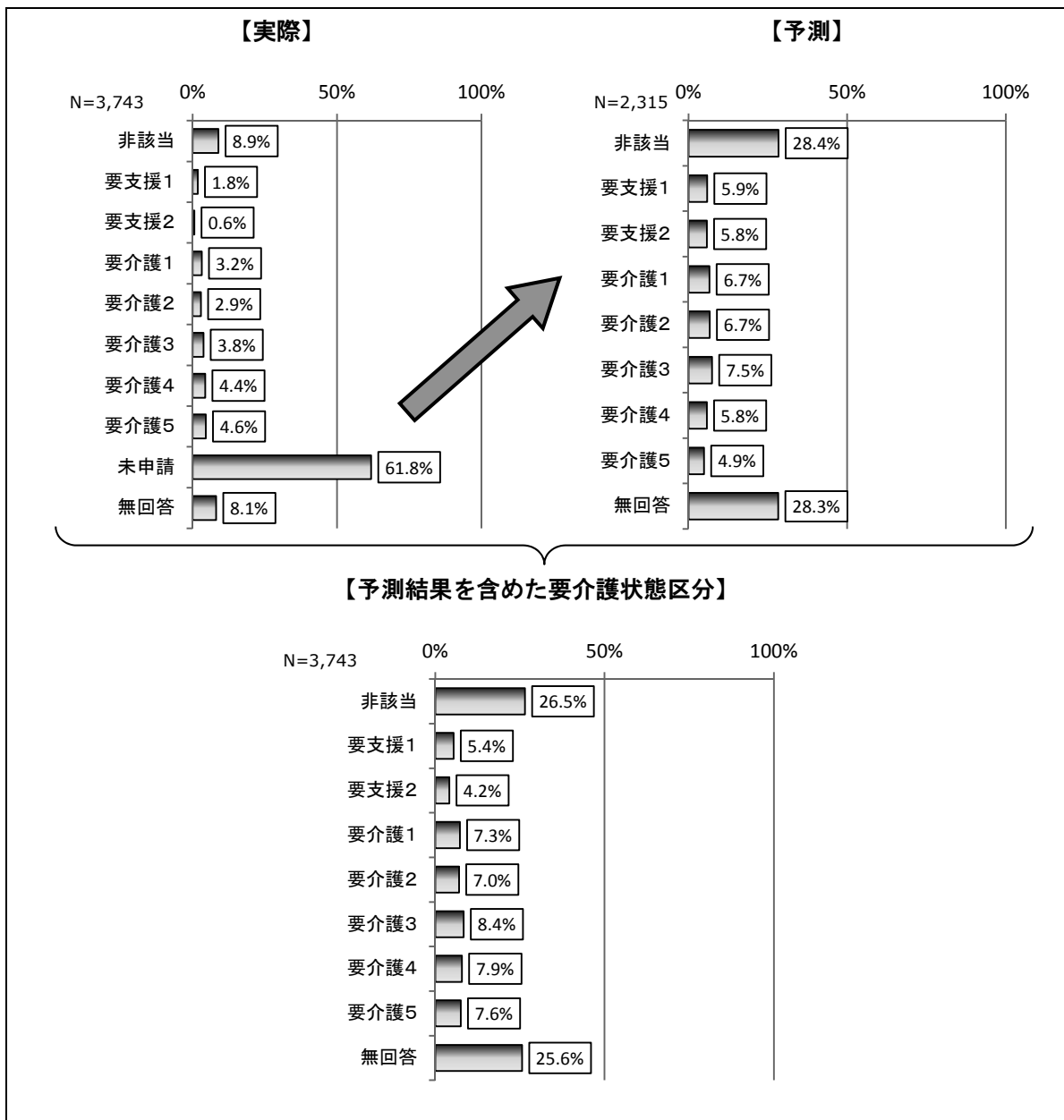


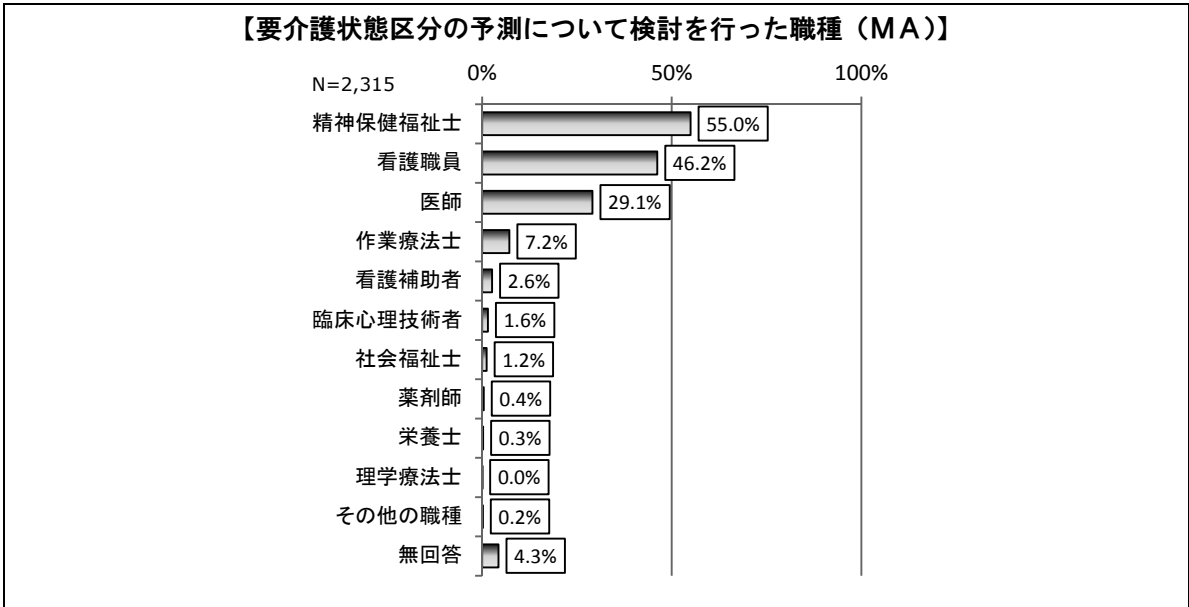
■ 要介護状態区分

要介護状態区分についてみると、実際については「未申請」61.8%が最も多く、次いで「非該当」8.9%であった。「未申請」の回答のあった患者について、要介護状態区分を予測したところ、「非該当」28.4%が最も多く、次いで「要介護3」7.5%であった。この結果、予測結果を含めた要介護状態区分をみると、「非該当」26.5%が最も多く、次いで「要介護3」8.4%であった。

要介護状態区分を予測した職種については、「精神保健福祉士」が最も多く55.0%であった。「その他の職種」については「ケースワーカー」「介護支援専門員」との回答が寄せられた。

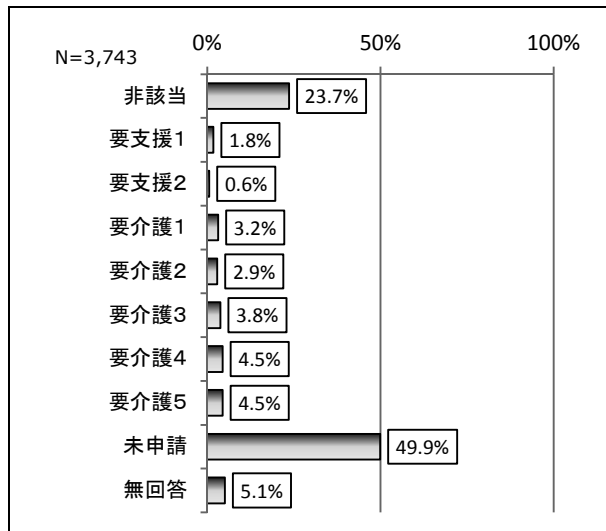
図表 2-2-5 要介護状態区分





なお、本調査では要介護状態区分の実際について「非該当」の回答があった病院に電話照会を行い、調査票の確認・修正を行った。確認・修正前の集計結果は下図のとおりであった。

図表 2-2-6 (参考) 電話照会による確認・修正前の要介護状態区分 (実際)



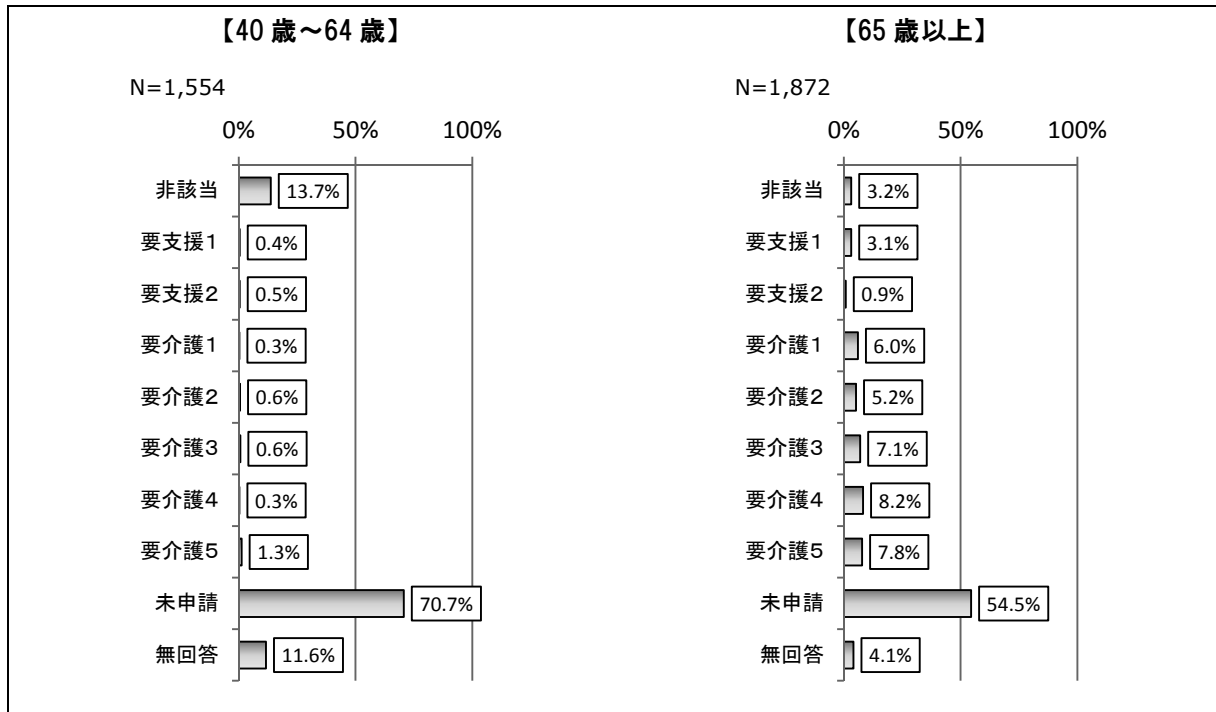
また、要介護状態区分の「未申請の理由」については、「入院中で、退院の見通しが立たないため」「介護保険の対象外のため」「必要がないため」等の回答が多く寄せられた。

- ・入院中で、退院の見通しが立たないため
- ・介護保険の対象外のため
- ・必要がないため
- ・サービス利用の予定がないため
- ・本人・家族が希望しないため
- ・申請を検討中である
- ・申請中である 等

■ 年齢／要介護状態区分

年齢別に要介護状態区分をみると、「40歳～64歳」では「未申請」70.7%が最も多く、次いで「非該当」13.7%であった。また、「65歳以上」では「未申請」54.5%が最も多く、次いで「要介護4」8.2%であった。

図表 2-2-7 年齢／要介護状態区分

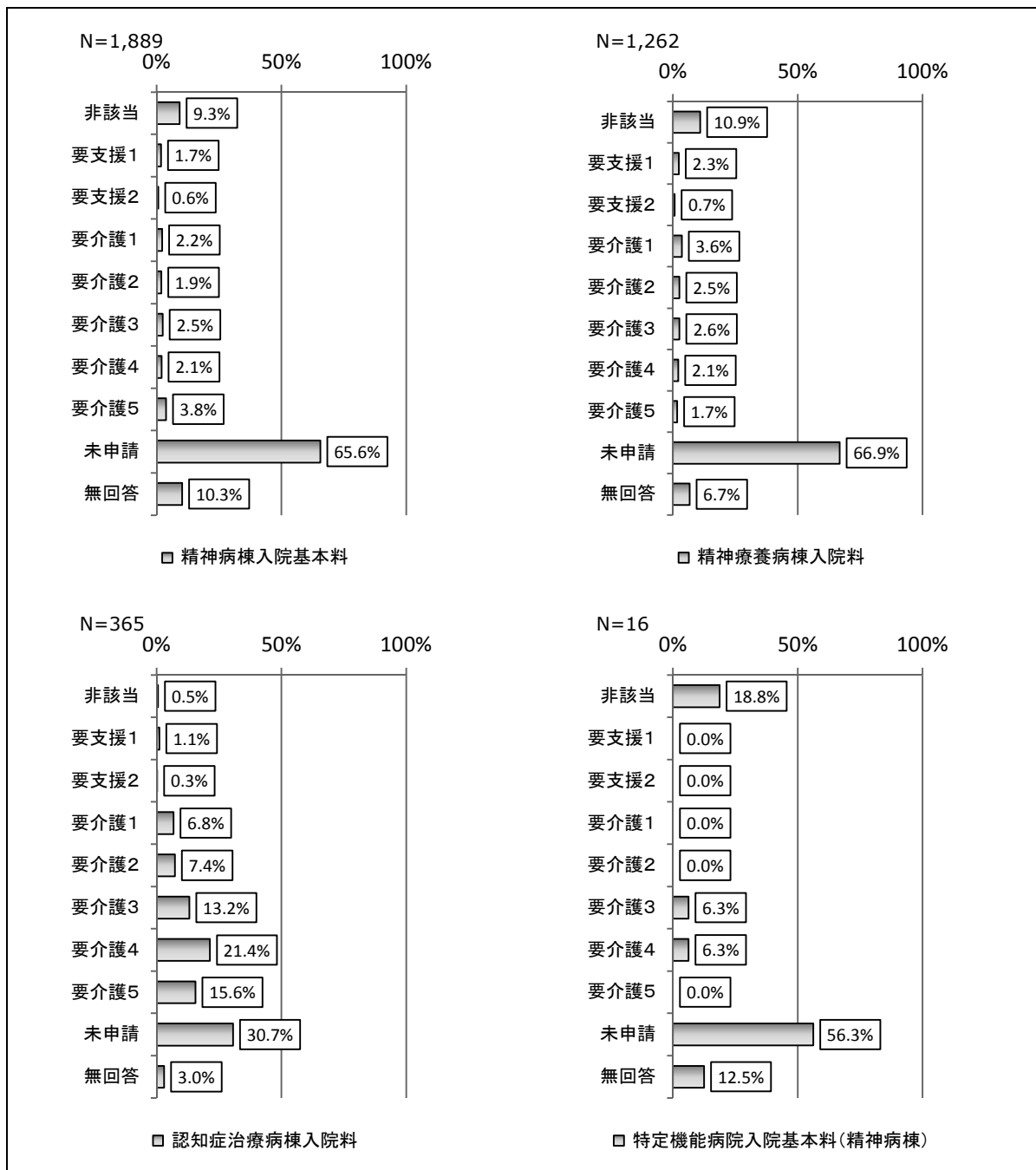


※ 「年齢」と「要介護状態区分」の有効回答があった3,426件で集計。

■ 入院病棟の入院基本料等／要介護状態区分

入院病棟の入院基本料等別に要介護状態区分をみると、「精神病棟入院基本料」「特定機能病院入院基本料（精神病棟）」「精神療養病棟入院料」のいずれにおいても「未申請」が最も多く、次いで「非該当」が多かったが、「認知症治療病棟入院料」では「未申請」30.7%が最も多く、次いで「要介護4」21.4%であった。「認知症治療病棟入院料」では「非該当」0.5%であった。

図表 2-2-8 入院病棟の入院基本料等／要介護状態区分



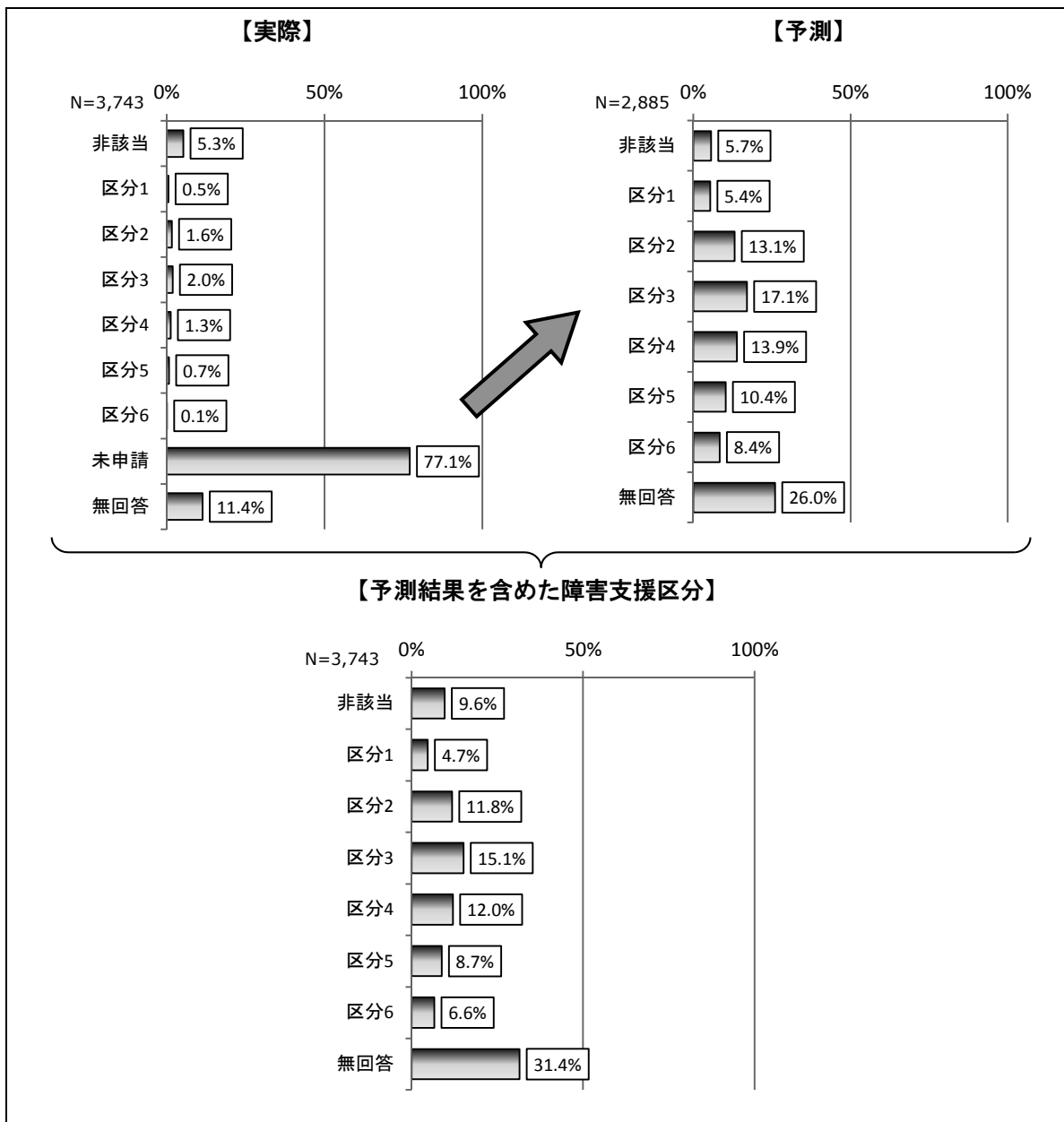
※ 「入院病棟の入院基本料等」と「要介護状態区分」の有効回答があった3,532件で集計。

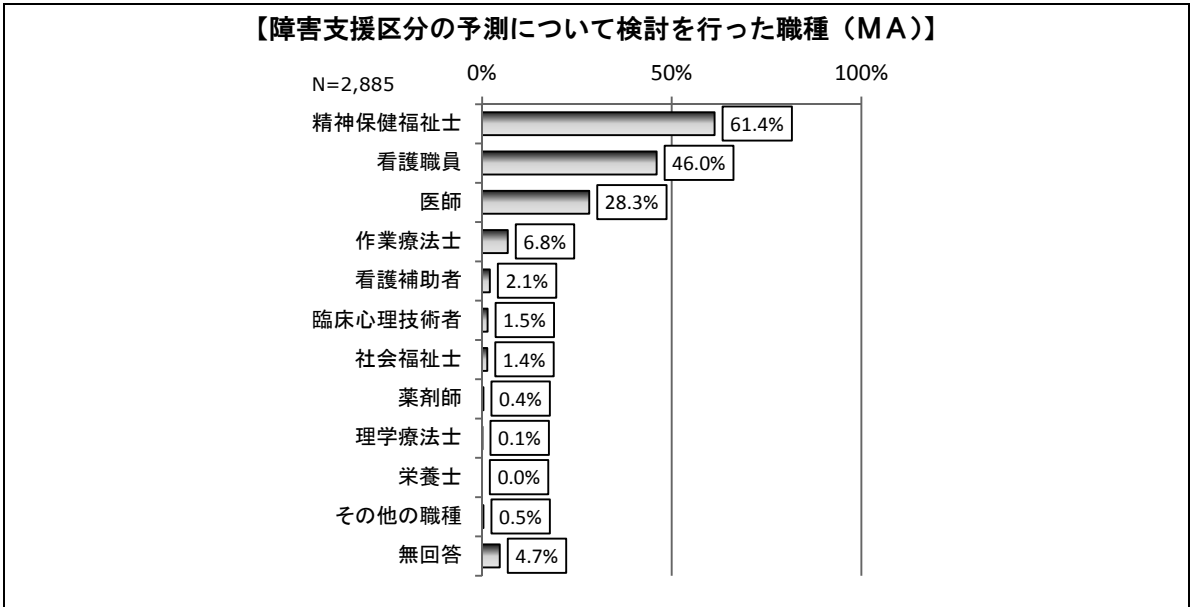
■ 障害支援区分

障害支援区分についてみると、実際については「未申請」77.1%が最も多く、次いで「非該当」5.3%であった。「未申請」の回答のあった患者について、障害支援区分を予測したところ、「区分3」17.1%が最も多く、次いで「区分4」13.9%であった。この結果、予測結果を含めた障害支援区分をみると、「区分3」15.1%が最も多く、次いで「区分4」12.0%であった。

障害支援区分を予測した職種については、「精神保健福祉士」が最も多く61.4%であった。「その他の職種」については「ケースワーカー」との回答が寄せられた。

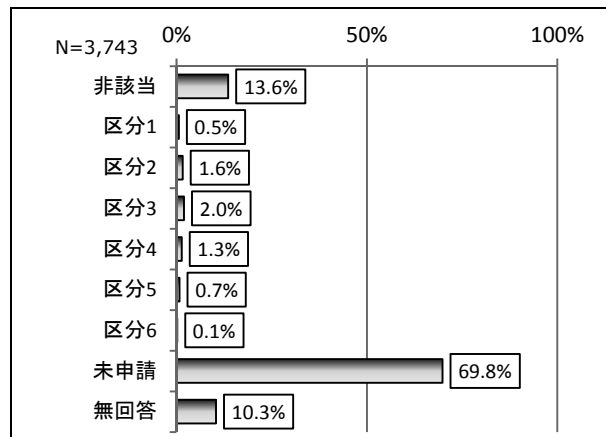
図表 2-2-9 障害支援区分





なお、本調査では障害支援区分の実際について「非該当」の回答があった病院に電話照会を行い、調査票の確認・修正を行った。確認・修正前の集計結果は下図のとおりであった。

図表 2-2-10 （参考）電話照会による確認・修正前の障害支援区分（実際）



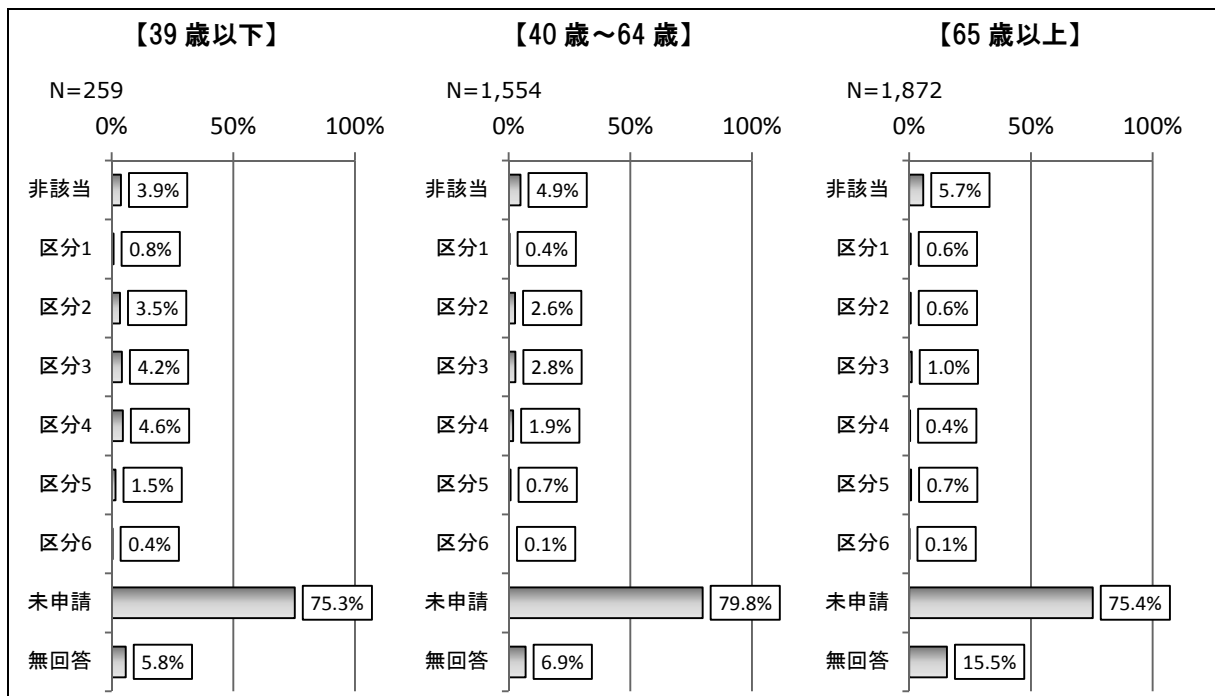
また、障害支援区分の「未申請の理由」については、「入院中で、退院の見通しが立たないため」「介護保険等他サービス利用を優先するため」「サービス利用の予定がないため」等の回答が多く寄せられた。

- ・入院中で、退院の見通しが立たないため
- ・介護保険等他サービス利用を優先するため
- ・サービス利用の予定がないため
- ・本人・家族が希望しないため
- ・必要がないため
- ・障害福祉サービスの対象でないため
- ・申請を検討中である
- ・申請中である 等

■ 年齢／障害支援区分

年齢別に障害支援区分をみると、39歳以下の患者では「未申請」75.3%、「非該当」3.9%であった。40歳から64歳の患者では「未申請」79.8%、「非該当」4.9%であった。また、65歳以上の患者では「未申請」75.4%、「非該当」5.7%であった。

図表 2-2-11 年齢／障害支援区分

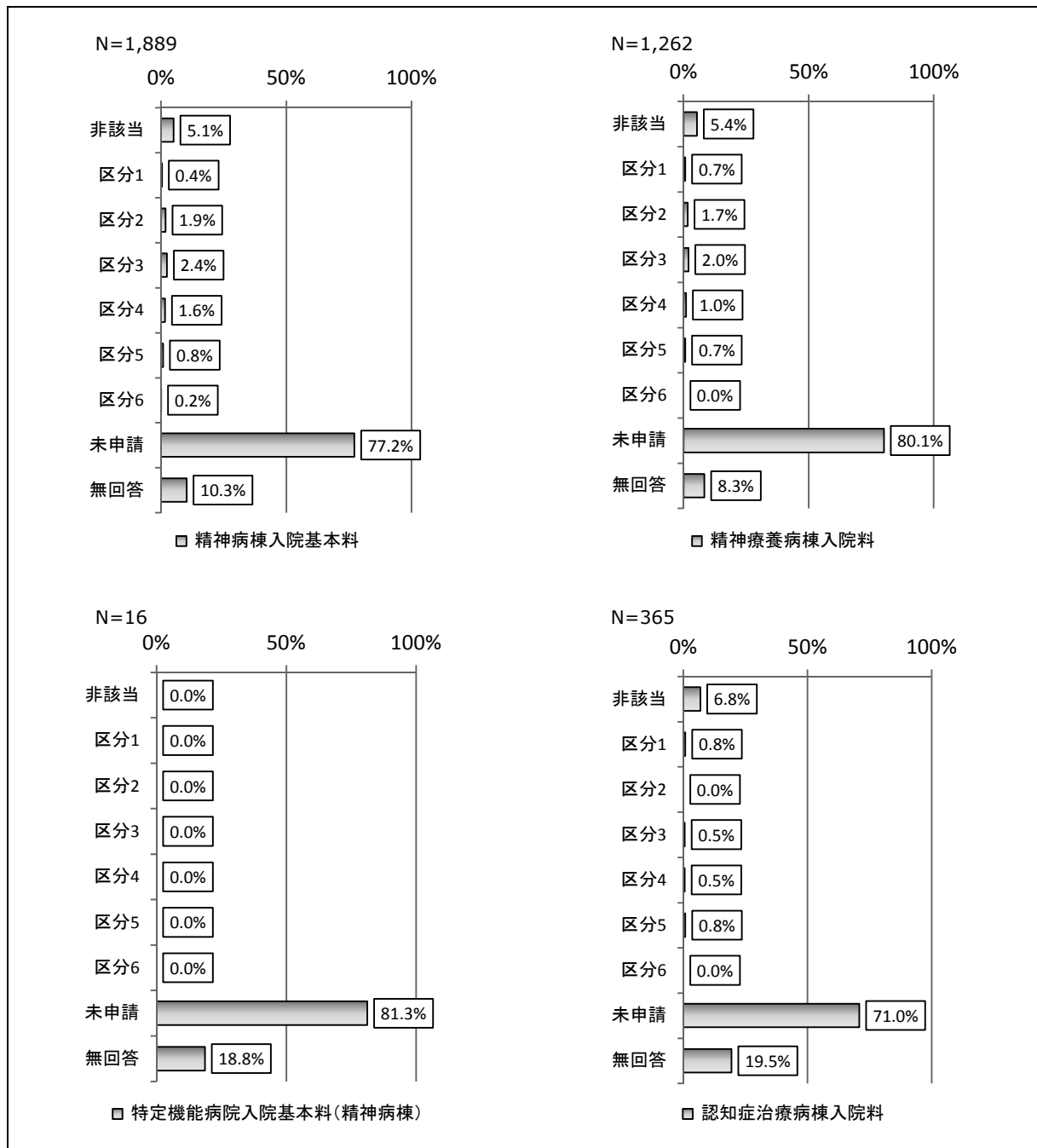


※「年齢」と「障害支援区分」の有効回答があった3,426件で集計。

■ 入院病棟の入院基本料等／障害支援区分

入院病棟の入院基本料等別に障害支援区分をみると、「精神病棟入院基本料」「精神療養病棟入院料」「認知症治療病棟入院料」のいずれにおいても「未申請」が最も多く、次いで「非該当」が多かった。「特定機能病院入院基本料（精神病棟）」では、無回答を除く全回答が「未申請」であった。

図表 2-2-12 入院病棟の入院基本料等／障害支援区分



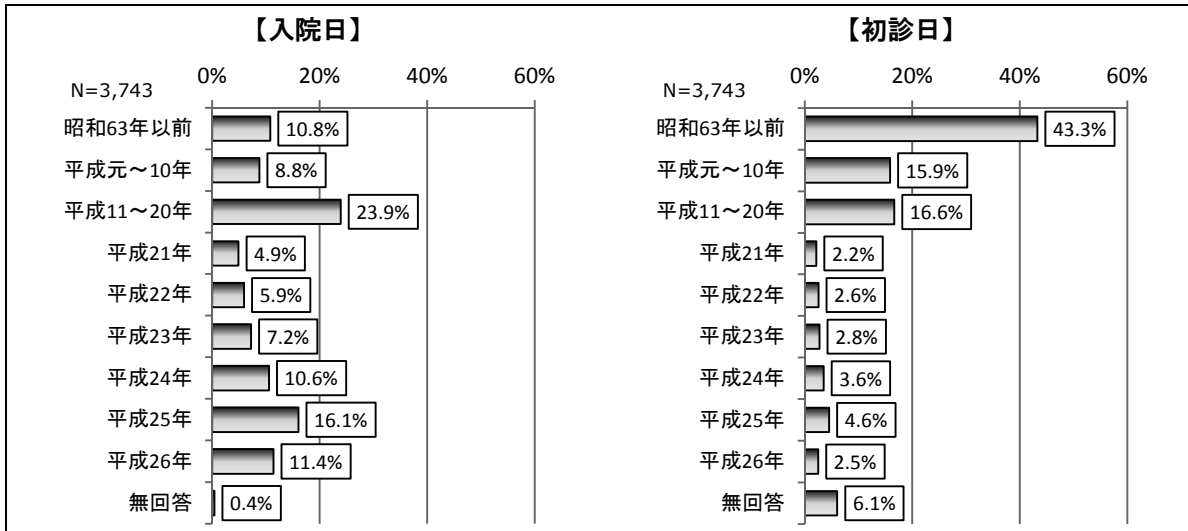
※ 「入院病棟の入院基本料」と「障害支援区分」の有効回答があった 3,426 件で集計。

3) 対象患者の入院状況

■ 入院日・初診日

対象患者の入院日をみると、「平成 11～20 年」23.9%が最も多く、次いで「平成 25 年」16.1%であった。また、対象患者の初診日をみると、「昭和 63 年以前」43.3%が最も多く、次いで「平成 11～20 年」16.6%であった。

図表 2-2-13 対象患者の入院日・初診日

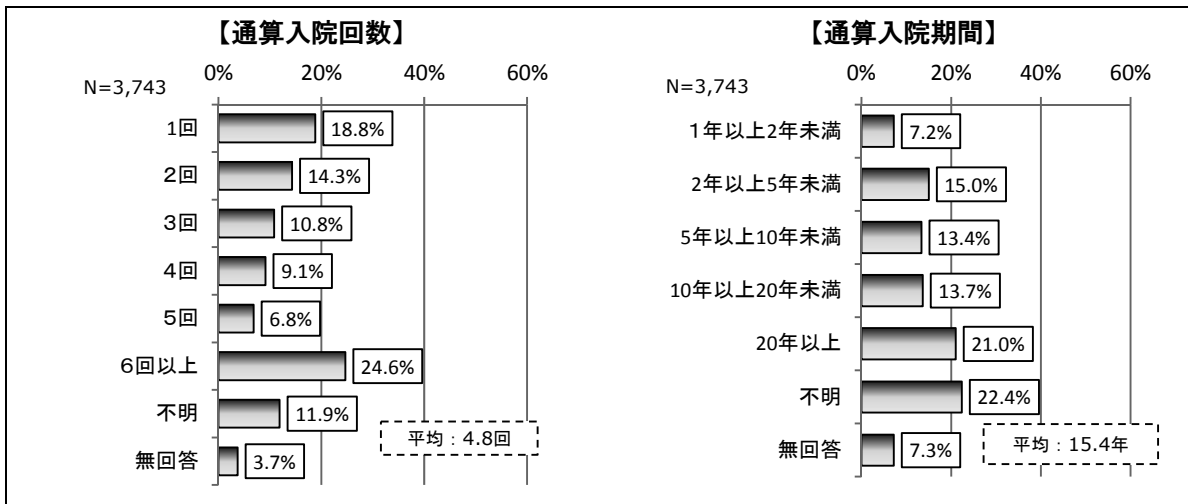


■ 精神科・神経科における入院の状況

精神科・神経科への通算入院回数は平均で 4.8 回であった。内訳としては「6 回以上」24.6%が最も多く、次いで「1 回」18.8%であった。

また、精神科・神経科への通算入院期間は平均で 15.4 年であった。内訳としては「20 年以上」21.0%が最も多く、次いで「2 年以上 5 年未満」15.0%であった。

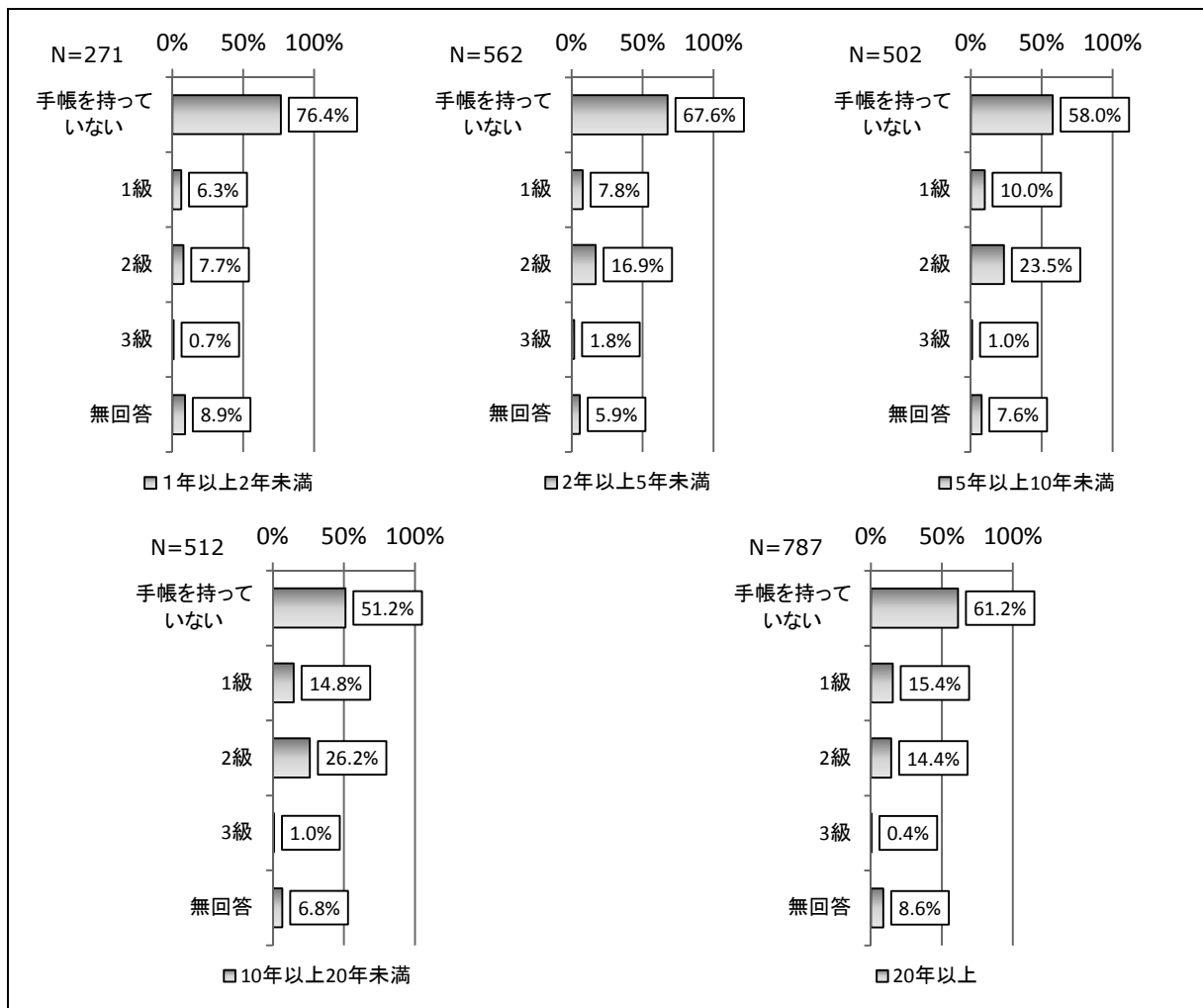
図表 2-2-14 精神科・神経科における入院の状況



■ 入院期間／手帳取得率

入院期間別に精神障害者福祉手帳の取得率をみると、入院期間が「1年以上2年未満」では「手帳を持っていない」76.4%が最も多く、次いで「2級」7.7%であった。また、入院期間が「20年以上」では「手帳を持っていない」61.2%が最も多く、次いで「1級」15.4%であった。

図表 2-2-15 入院期間／手帳取得率

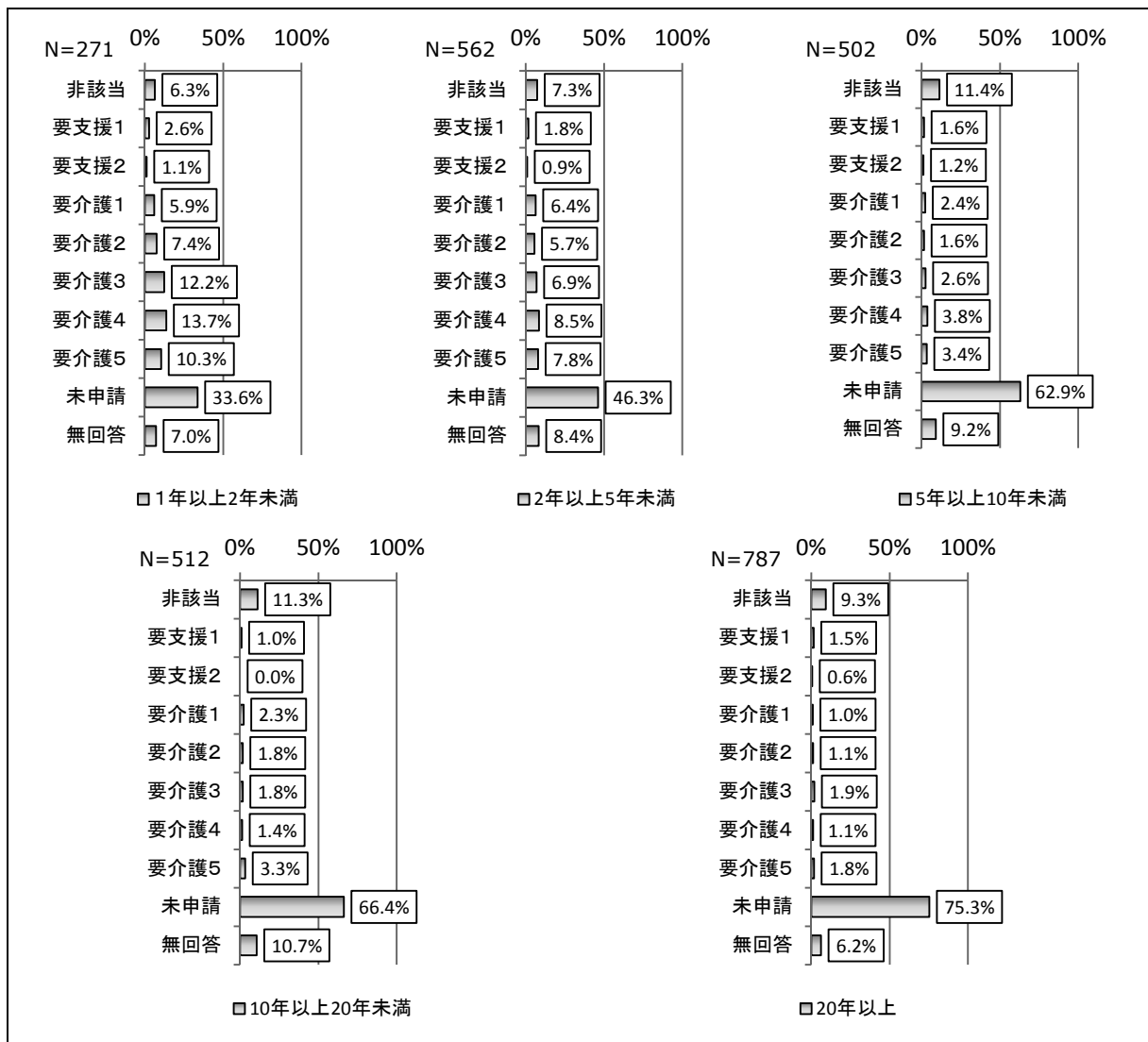


※「入院期間」と「精神障害者福祉手帳の保有状況」の有効回答があった2,634件で集計。

■ 入院期間／要介護状態区分

入院期間別に要介護状態区分をみると、入院期間が「1年以上2年未満」では「未申請」33.6%が最も多く、次いで「要介護4」13.7%、「要介護3」12.2%であった。また、入院期間が「20年以上」では「未申請」75.3%が最も多く、次いで「非該当」9.3%、「要介護3」1.9%であった。

図表 2-2-16 入院期間／要介護状態区分

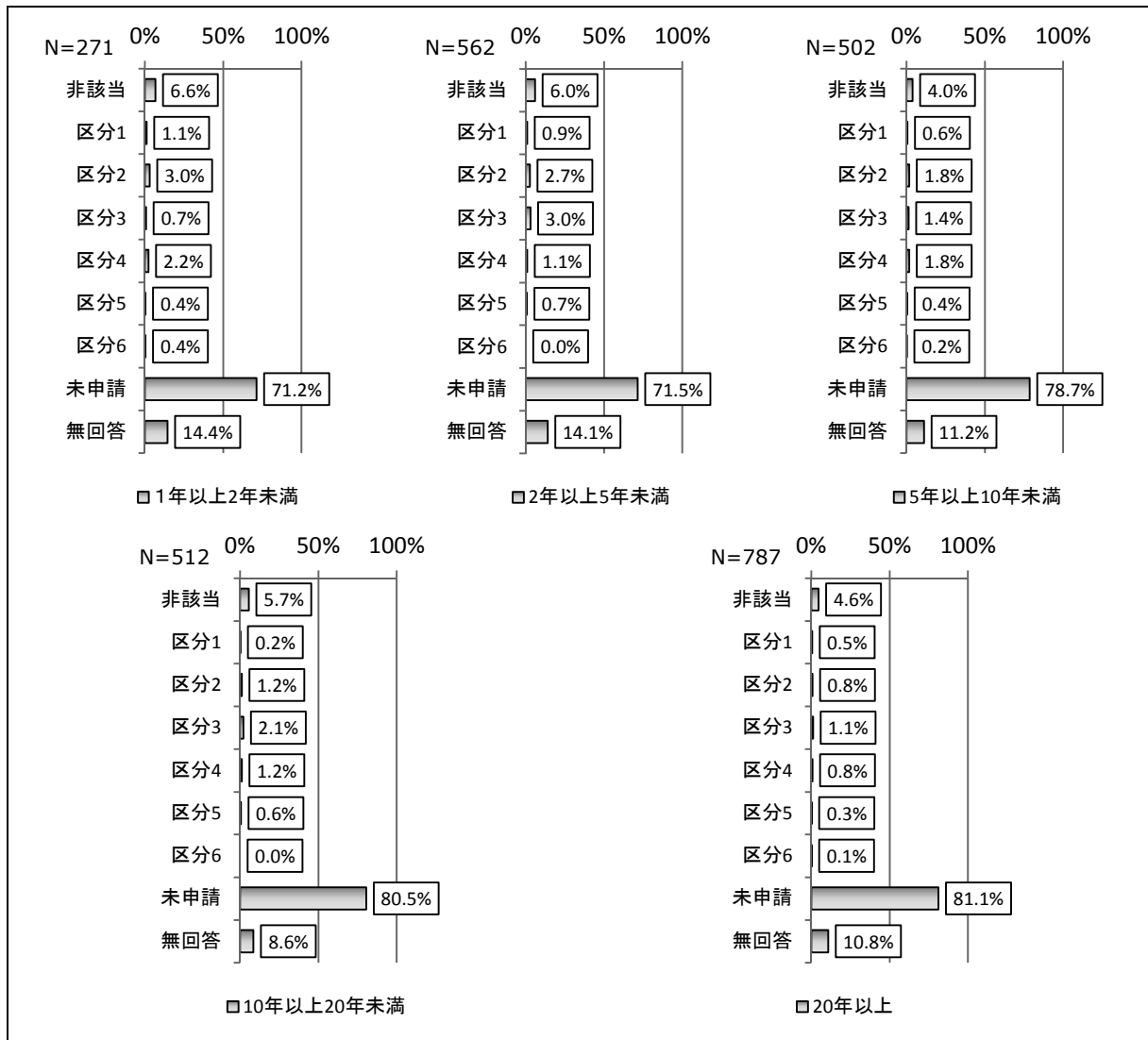


※ 「入院期間」と「要介護状態区分」の有効回答があった2,634件で集計。

■ 入院期間／障害支援区分

入院期間別に障害支援区分をみると、入院期間が「1年以上2年未満」では「未申請」71.2%が最も多く、次いで「非該当」6.6%、「区分2」3.0%であった。また、入院期間が「20年以上」では「未申請」81.1%が最も多く、次いで「非該当」4.6%、「区分3」1.1%であった。

図表 2-2-17 入院期間／障害支援区分

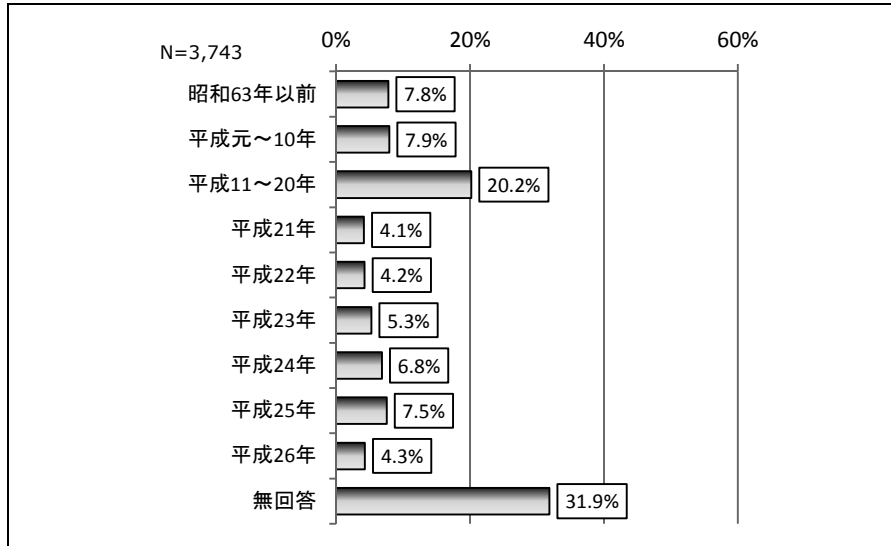


※「入院期間」と「障害支援区分」の有効回答があった3,426件で集計。

■ 直近の退院日

直近の退院日は、「平成11～20年」20.2%が最も多く、次いで「平成元～10年」7.9%であった。

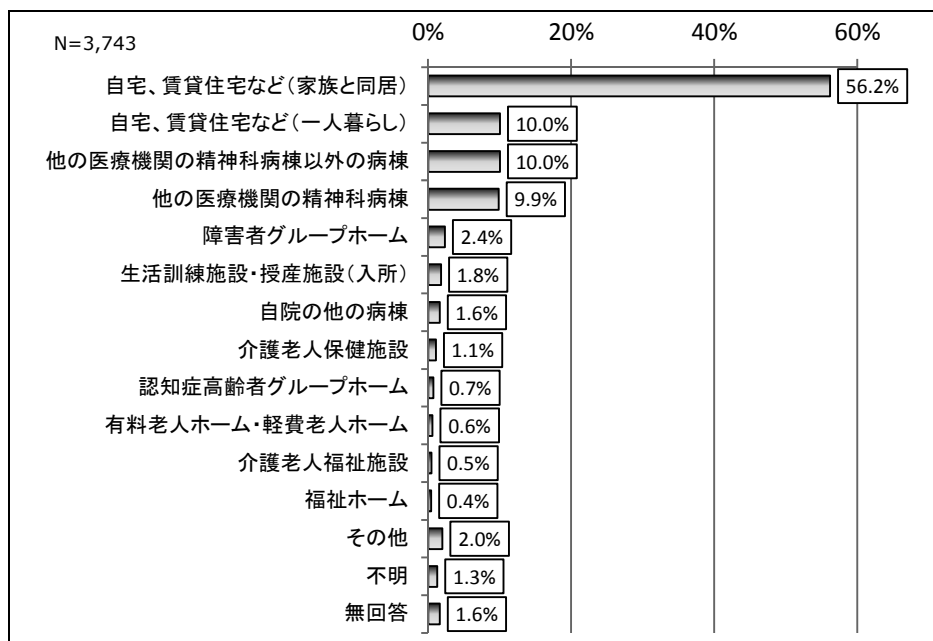
図表 2-2-18 直近の退院日



■ 入院前の居場所

入院前の居場所は「自宅、賃貸住宅など（家族と同居）」56.2%が最も多く、次いで「自宅、賃貸住宅など（一人暮らし）」10.0%、「他の医療機関の精神科病棟以外の病棟」10.0%であった。

図表 2-2-19 入院前の居場所



また、入院前の居場所の「その他」については、「刑事施設」「救護施設」「家族以外との同居」等の回答が多く寄せられた。

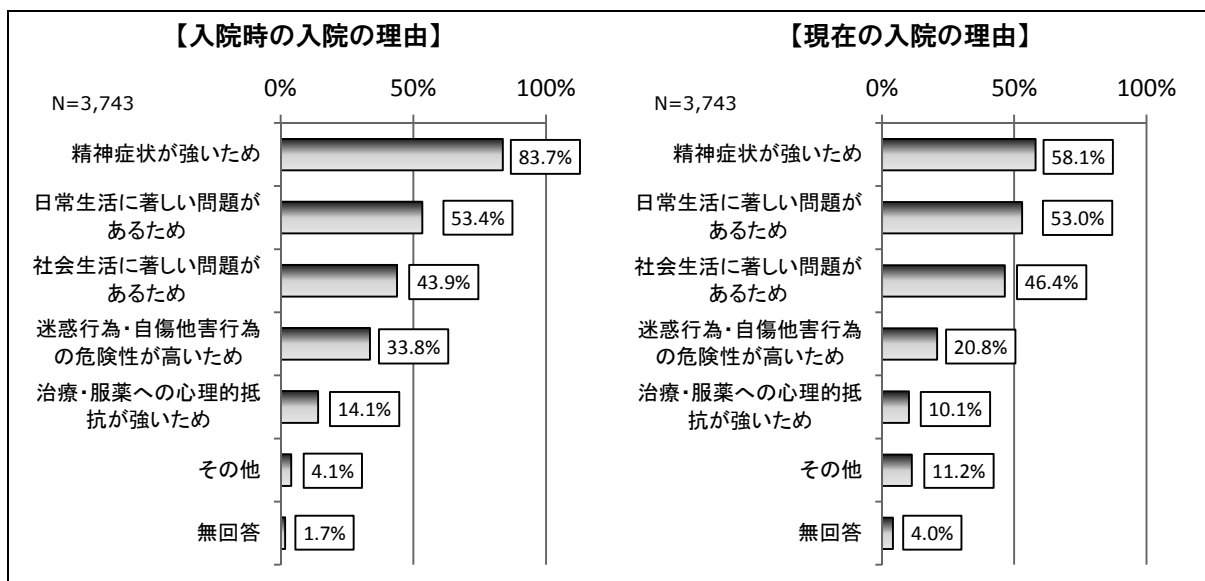
- ・ 刑事施設（刑務所、拘置所等）
- ・ 救護施設
- ・ 家族以外との同居
- ・ 養護老人ホーム
- ・ ショートステイ、小規模多機能型居宅介護
- ・ 特定の住居なし
- ・ 知的障害者更生施設 等

■ 入院の理由

入院の理由は、入院時には「精神症状が強いため」83.7%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」53.4%であった。

また、現在の入院の理由では「精神症状が強いため」58.1%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」53.0%であった。

図表 2-2-20 入院の理由（MA）



また、入院時の入院の理由における「その他」については、「精神症状が不安定なため」「社会的理由（家族の受入困難等）」「身体合併症治療が終了したため」等の回答が多く、現在の入院の理由における「その他」については、「退院先が決まらないため」「社会的理由（家族の受入困難等）」「精神症状が不安定なため」等の回答が多く寄せられた。

(入院時の入院の理由)

- ・精神症状が不安定なため
- ・社会的理由（家族の受入困難等）
- ・身体合併症治療が終了したため
- ・身体合併症治療のため
- ・病院都合による転院（閉院・建替え等） 等

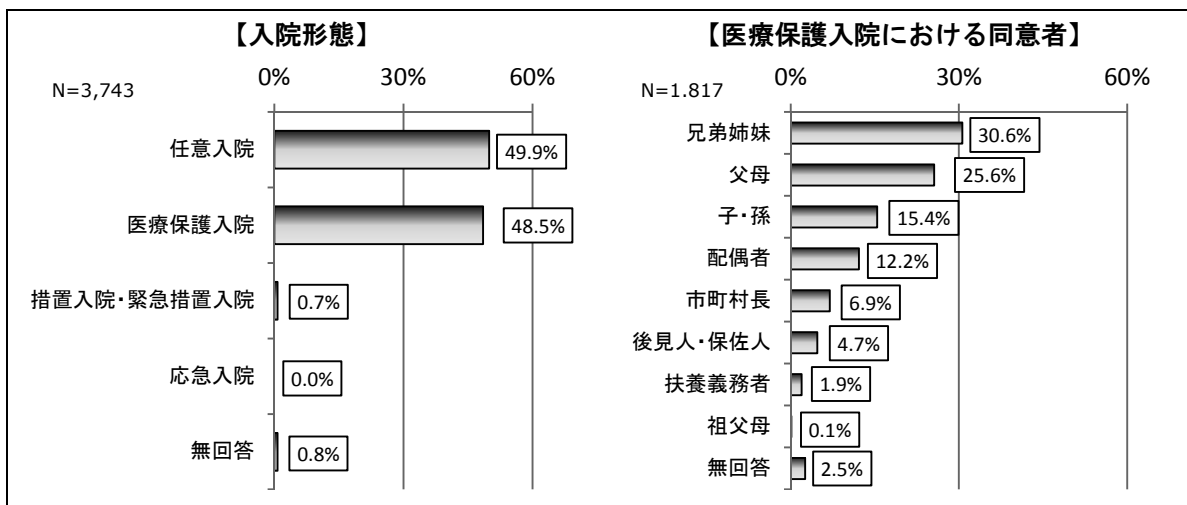
(現在の入院の理由)

- ・退院先が決まらないため
- ・社会的理由（家族の受入困難等）
- ・精神症状が不安定なため
- ・施設待機のため
- ・本人が退院を拒否するため 等

■ 入院形態

入院形態は、「任意入院」49.9%が最も多く、次いで「医療保護入院」48.5%であった。また、医療保護入院における同意者は、「兄弟姉妹」30.6%が最も多く、次いで「父母」25.6%であった。

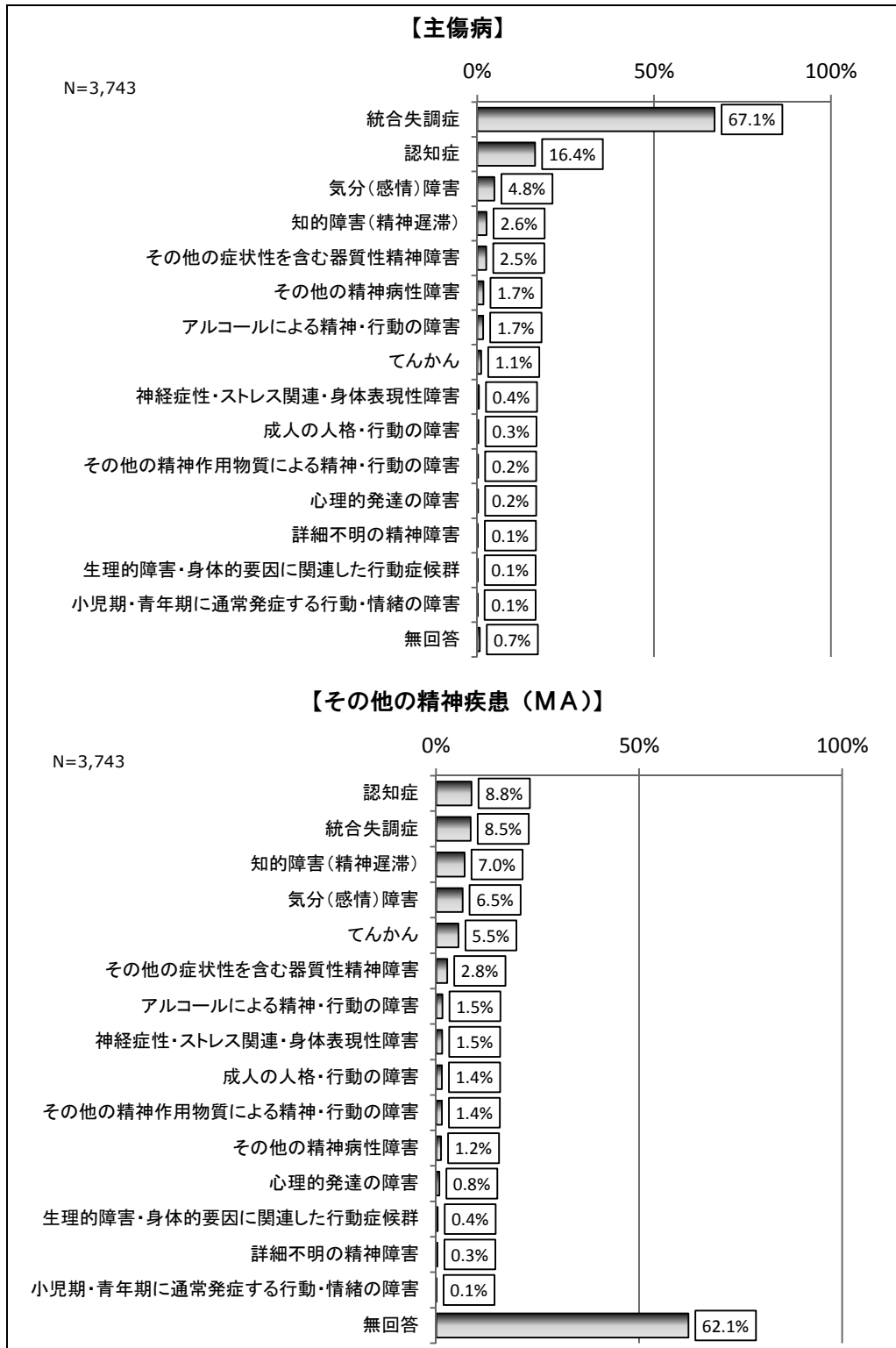
図表 2-2-21 入院形態・同意者



■ 主傷病等

主傷病では「統合失調症」67.1%が最も多く、次いで「認知症」16.4%であった。その他の精神疾患では「認知症」8.8%が最も多く、次いで「統合失調症」8.5%であった。

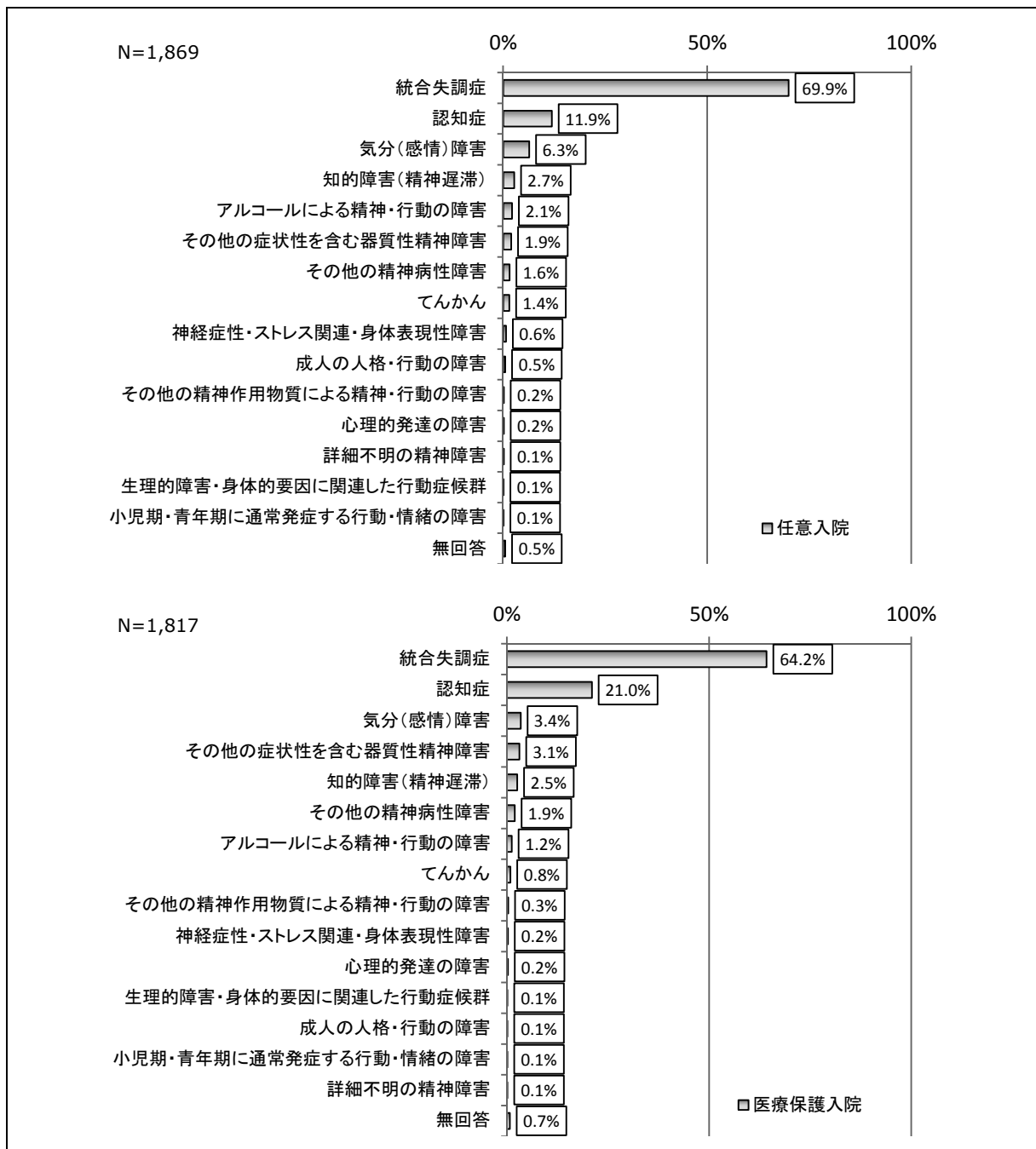
図表 2-2-22 主傷病・その他の精神疾患

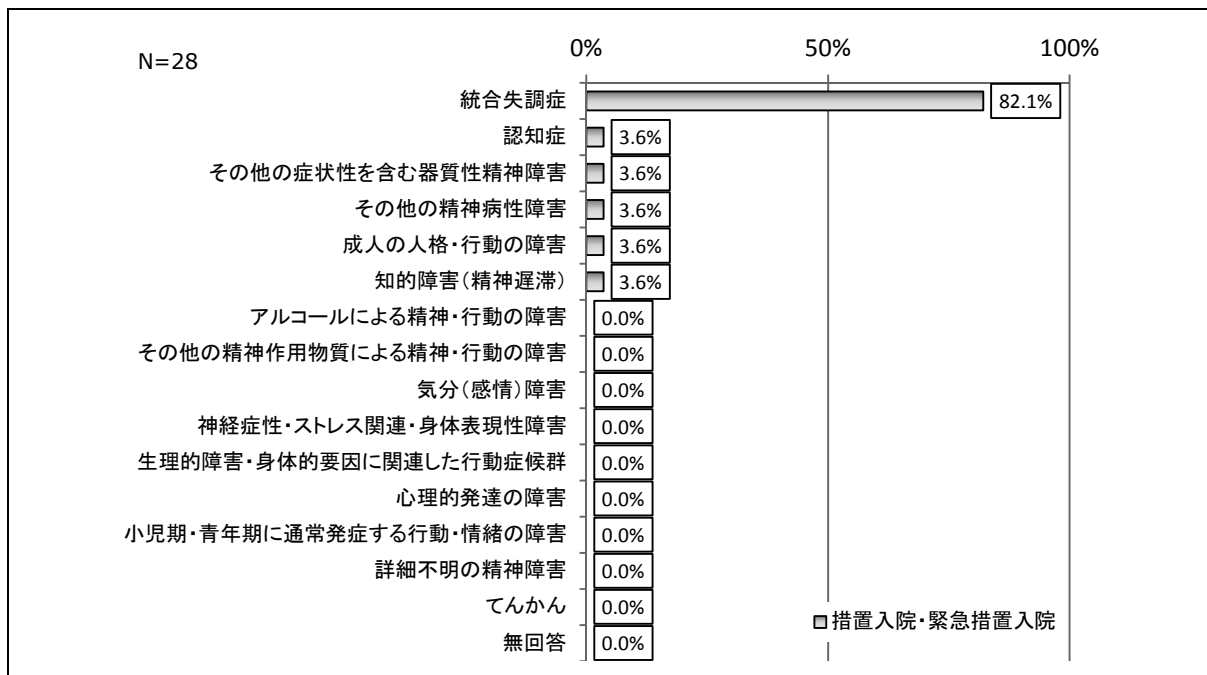


■ 入院形態／主傷病

入院形態別に主傷病をみると、「任意入院」「医療保護入院」「措置入院・緊急措置入院」のいずれの入院形態においても「統合失調症」が最も多く、それぞれ69.9%、64.2%、82.1%であった。次いで多かったのは、「任意入院」「医療保護入院」では「認知症」で、それぞれ11.9%、21.0%であり、「措置入院・緊急措置入院」では「認知症」などの5項目において、それぞれ3.6%であった。

図表 2-2-23 入院形態／主傷病



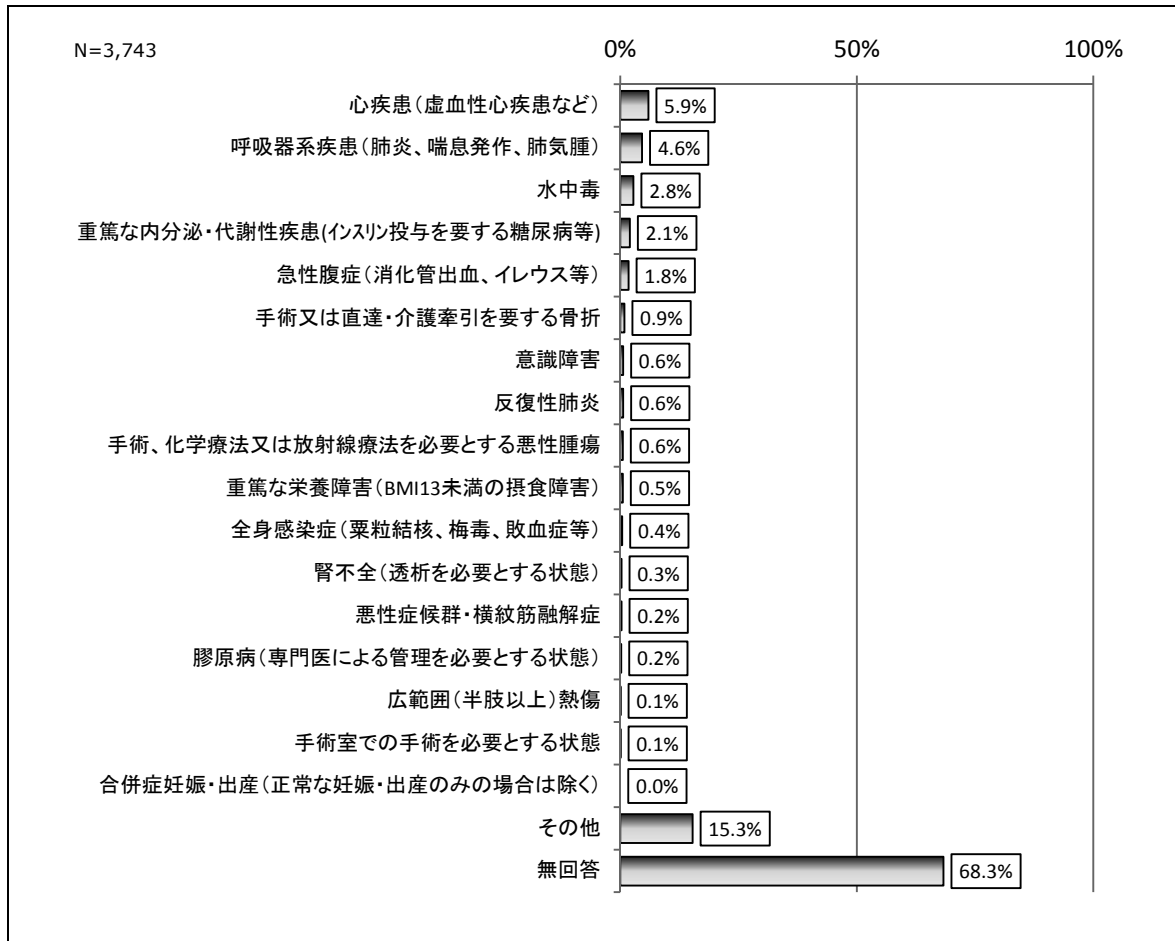


※「入院形態」と「主傷病」の有効回答があった 3,714 件で集計。

■ 身体合併症

身体合併症については、「心疾患」5.9%が最も多く、次いで「呼吸器系疾患」4.6%であった。

図表 2-2-24 身体合併症 (MA)



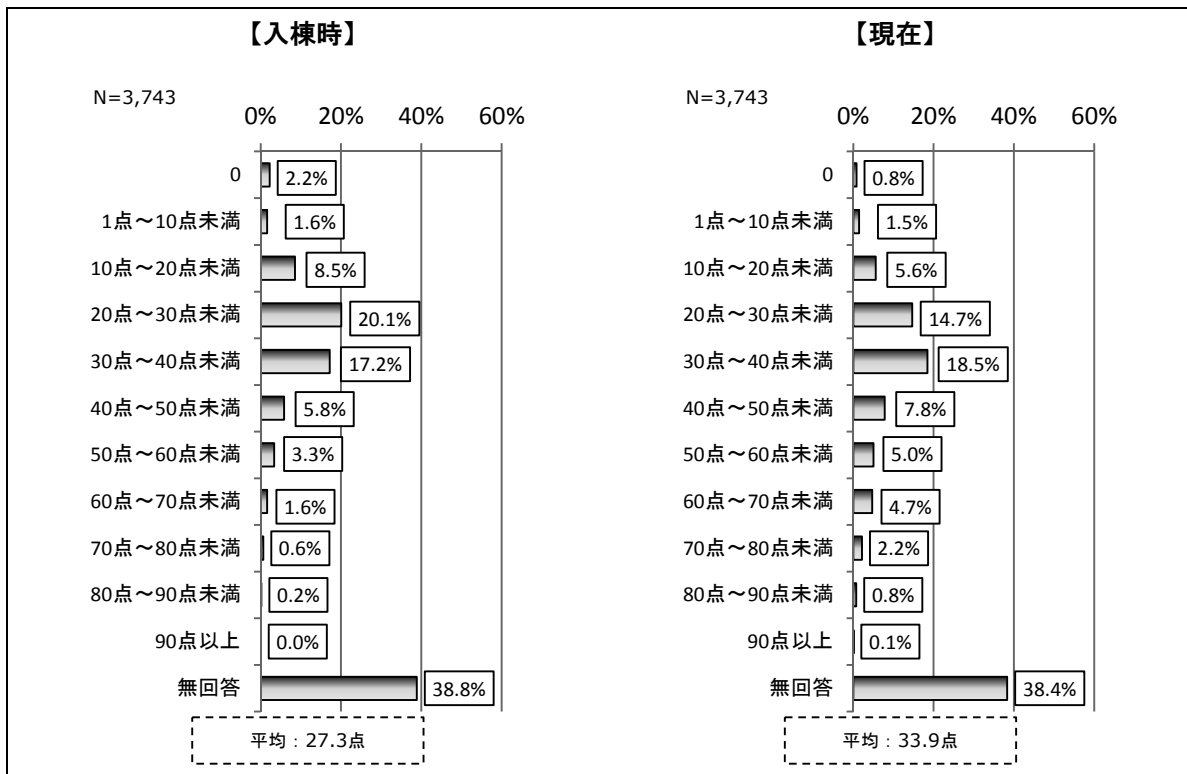
また、身体合併症の「その他」については、「高血圧」「糖尿病」「脳血管疾患・頭部外傷」等の回答が多く寄せられた。

- ・ 高血圧
- ・ 糖尿病
- ・ 脳血管疾患・頭部外傷(脳梗塞、脳出血、硬膜下血腫、脳挫傷等)
- ・ がん・腫瘍(肺がん、乳がん、前立腺がん等)
- ・ 肝炎・肝機能障害(C型肝炎、肝硬変等)
- ・ 眼科系疾患(白内障、緑内障、網膜色素変性症、失明等) 等

■ GAF スコア

入棟時の GAF スコアは、「20 点～30 点未満」20.1%が最も多く、次いで「30 点～40 点未満」17.2%であった。また、現在の GAF スコアは、「30 点～40 点未満」18.5%が最も多く、次いで「20 点～30 点未満」14.7%であった。また、GAF スコアの平均は、入棟時のスコアが 27.3 点、現在のスコアが 33.9 点であった。

図表 2-2-25 GAF スコア

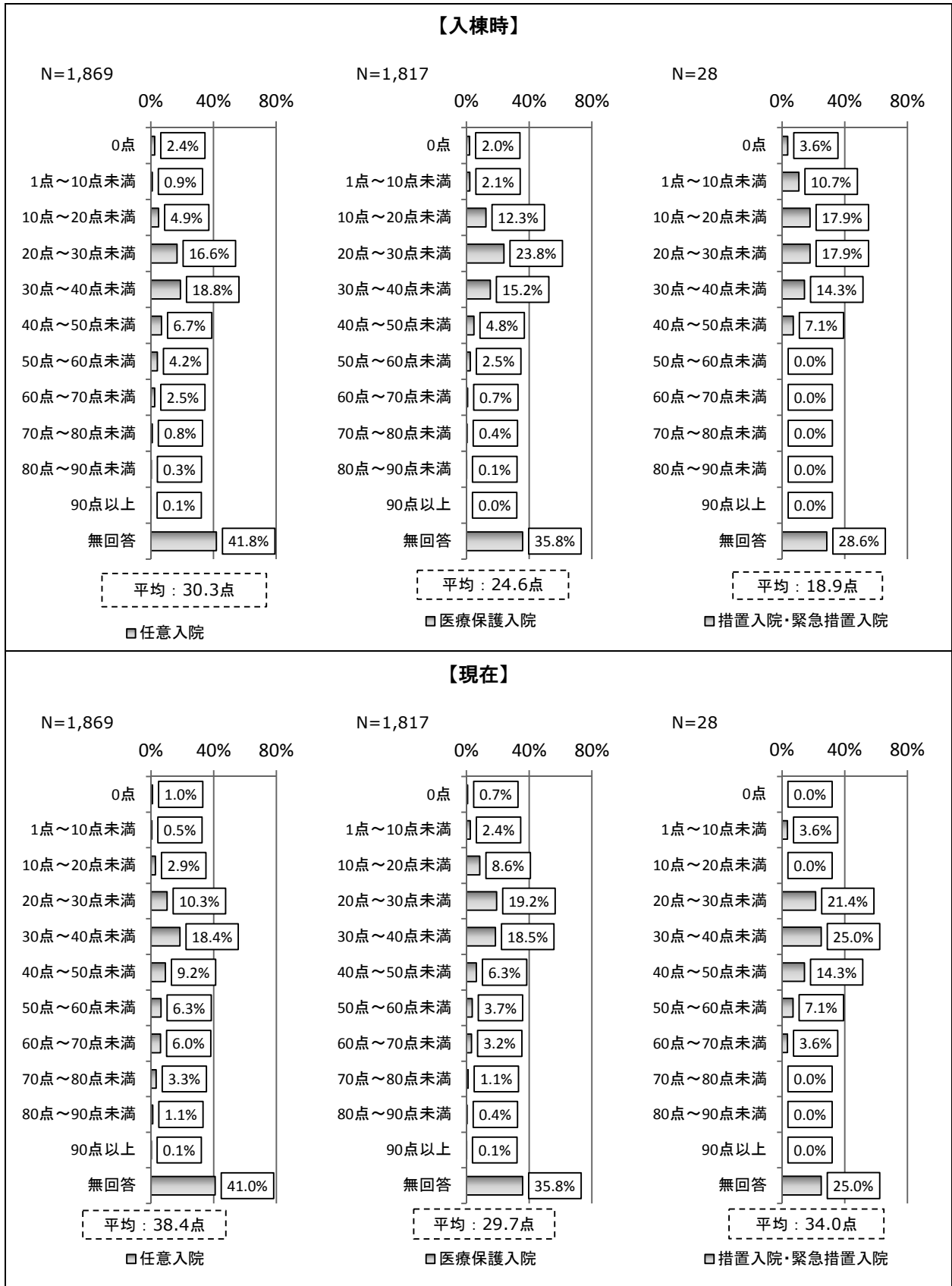


■ 入院形態／GAF スコア

入院形態別に入棟時の GAF スコアをみると、「任意入院」では平均点が 30.3 点で、「30 点～40 点未満」18.8%が最も多く、次いで「20 点～30 点未満」16.6%であった。「医療保護入院」では平均点が 24.6 点で、「20 点～30 点未満」23.8%が最も多く、次いで「30 点～40 点未満」15.2%であった。

現在の GAF スコアをみると、「任意入院」では平均点が 38.4 点で、「30 点～40 点未満」18.4%が最も多く、次いで「20 点～30 点未満」10.3%であった。「医療保護入院」では平均点が 29.7 点で、「20 点～30 点未満」19.2%が最も多く、次いで「30 点～40 点未満」18.5%であった。

図表 2-2-26 入院形態/GAF スコア

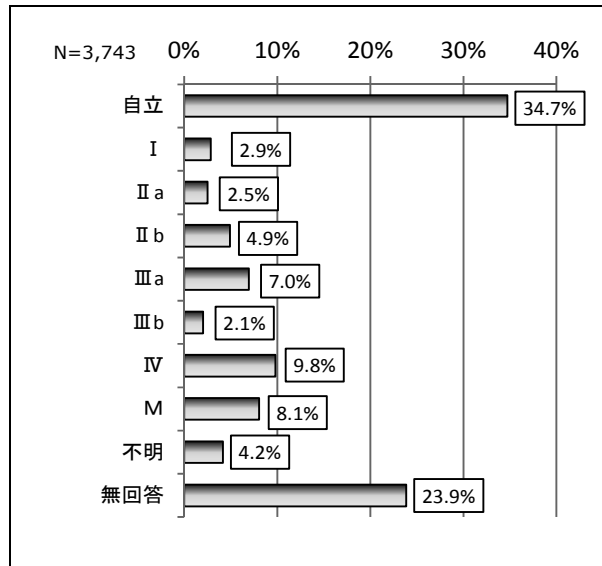


※ 「入院形態」と「GAF スコア」(入棟時・現在)の有効回答があった3,714件で集計。

■ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、「自立」34.7%が最も多く、次いで「IV」9.8%であった。

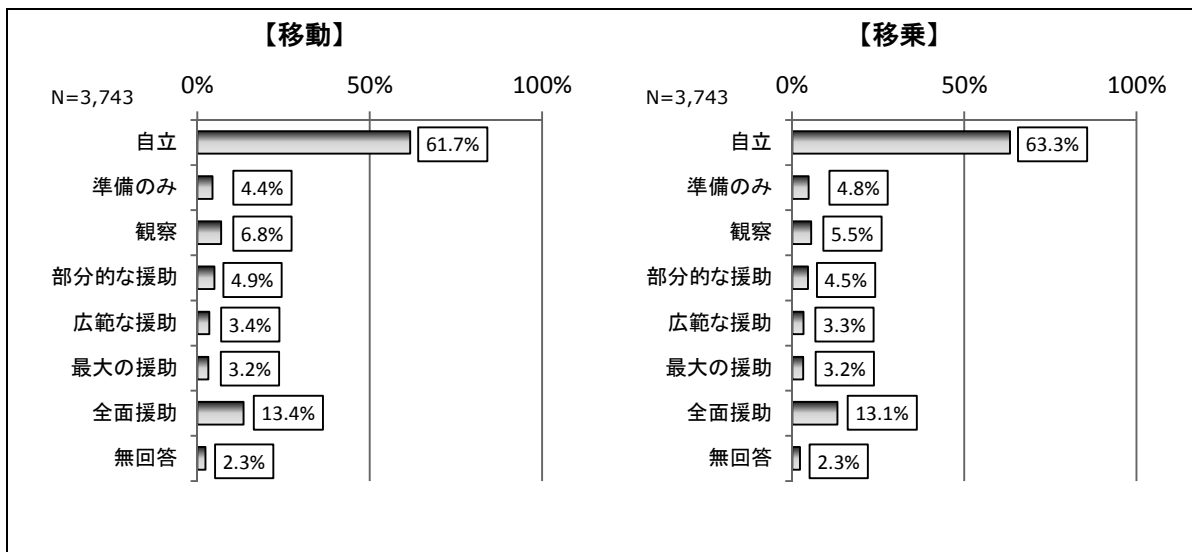
図表 2-2-27 認知症高齢者の日常生活自立度

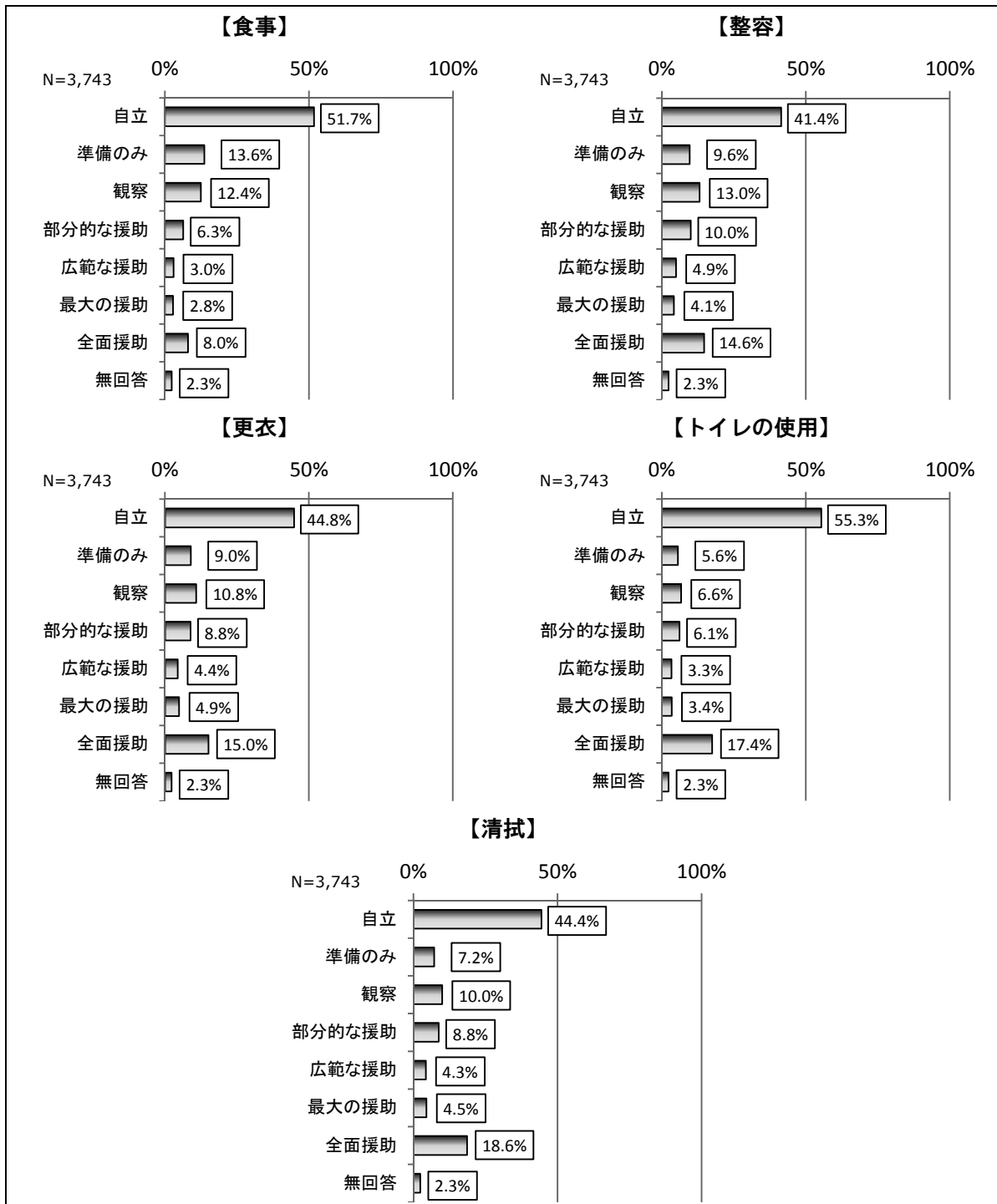


■ ADL

「移動」、「移乗」、「食事」、「整容」、「更衣」、「トイレの使用」、「清拭」について ADL をみると、「移動」、「移乗」、「トイレの使用」については「自立」が 60%前後であった。また、「食事」、「整容」、「更衣」、「清拭」については「自立」が 40%から 50%前後であった。

図表 2-2-28 ADL





- ※ 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または、1～2回のみ。
- 準備のみ : ものや道具を患者の手に届く範囲に置くことが3回以上
- 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
- 部分的な援助 : 動作の大部分（50%以上）は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を3回以上。
- 広範な援助 : 動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、体重を支える援助（例えば、四肢や体幹の重みを支える）を3回以上。
- 最大の援助 : 動作の一部（50%未満）しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
- 全面援助 : まる3日間すべての面で他者が全面支援した。

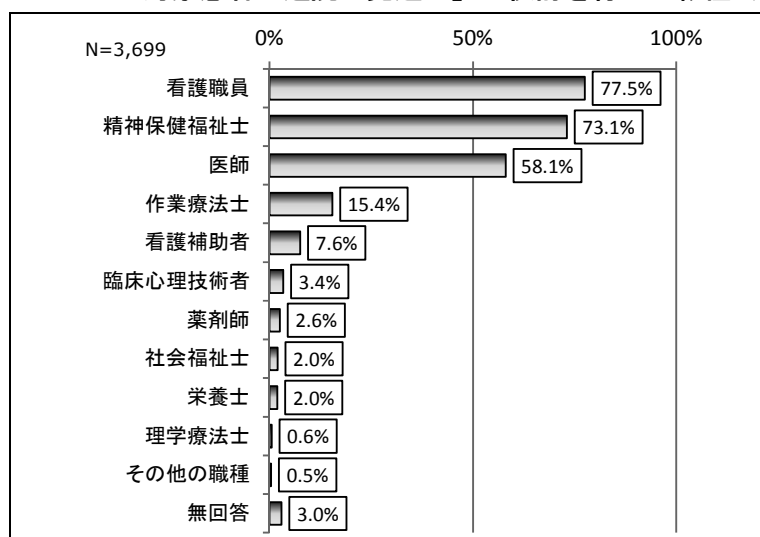
4) 対象患者の退院の見通し

■ 「対象患者の退院の見通し」で検討を行った職種

本調査では、専門知識のある複数のスタッフにより、退院の見通しに関する検討を行った。検討を行った職種は、「看護職員」77.5%が最も多く、次いで「精神保健福祉士」73.1%であった。

「その他の職種」については、「ケースワーカー」「介護福祉士」「ケアスタッフ」等の回答が寄せられた。

図表 2-2-29 「対象患者の退院の見通し」で検討を行った職種 (MA)

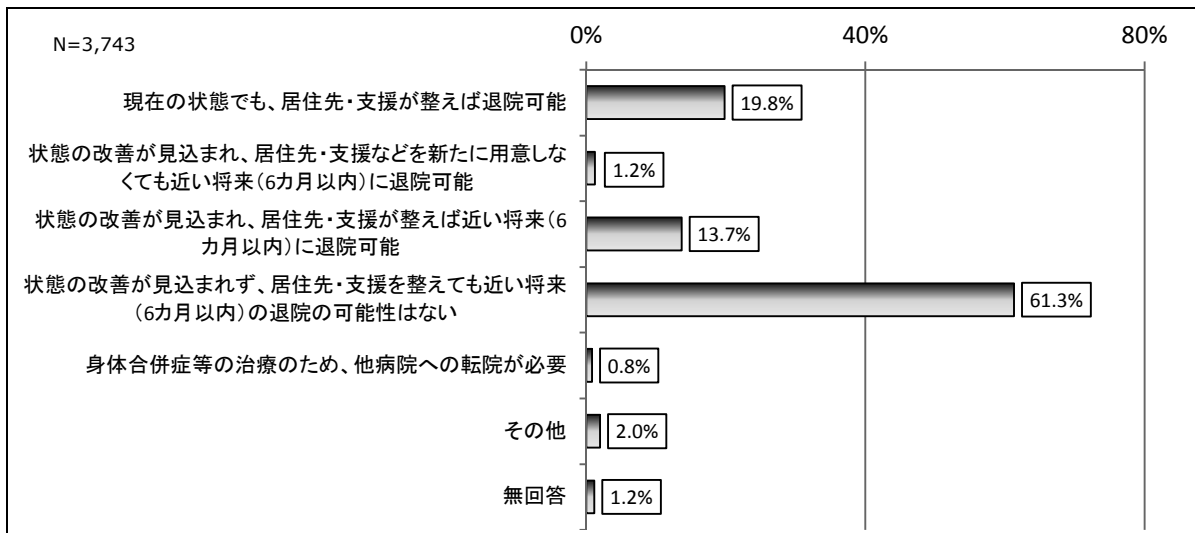


※ 「患者の退院の見通し」の有効回答があった3,699件で集計。

■ 患者の退院の見通し

退院の見通しについては、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」61.3%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援を整えば退院可能」19.8%であった。

図表 2-2-30 患者の退院の見通し



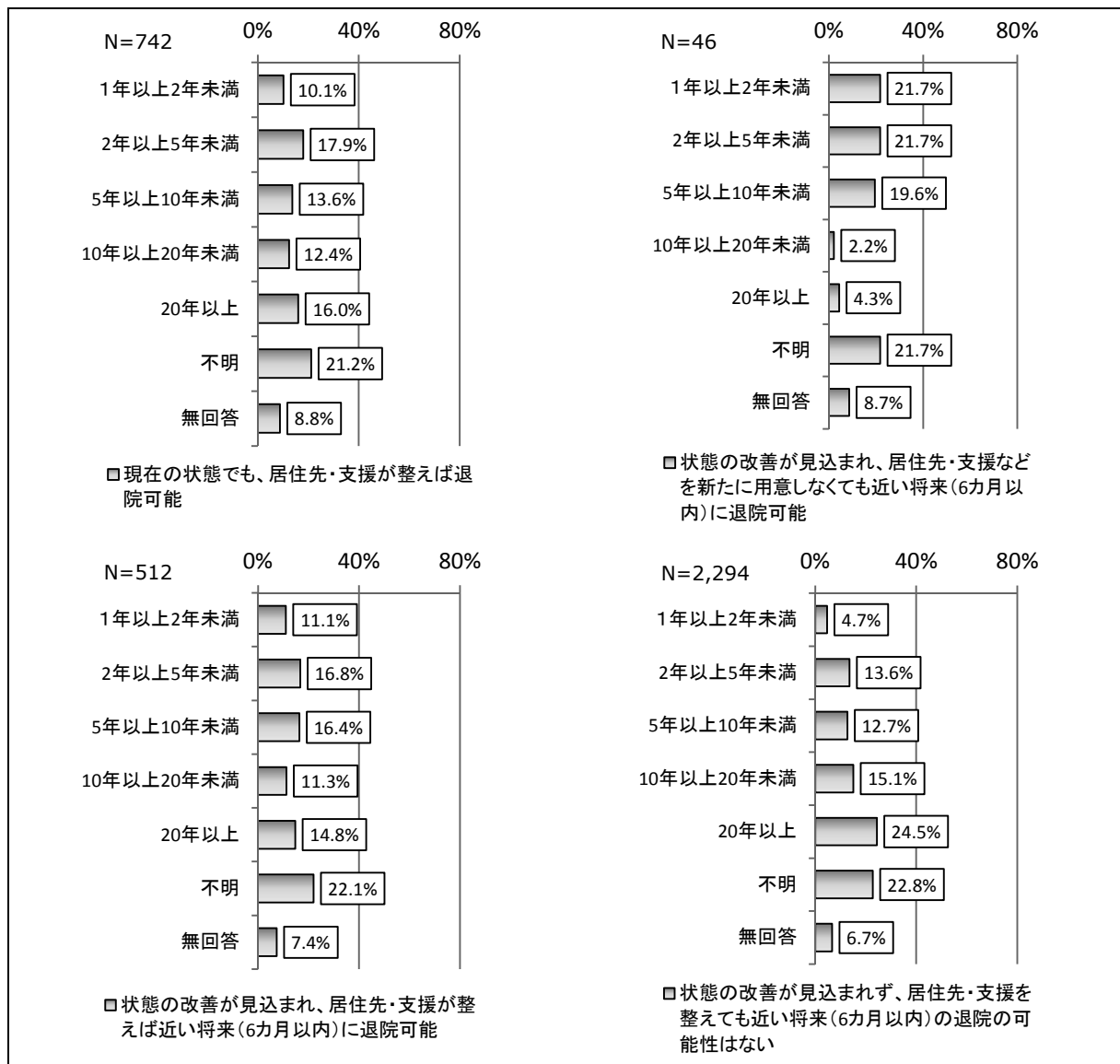
また、退院の見通しの「その他」については、「施設・他病院の入所・転院待ちである」「家族が退院を望まないため退院困難」「精神症状のため退院困難」等の回答が多く寄せられた。

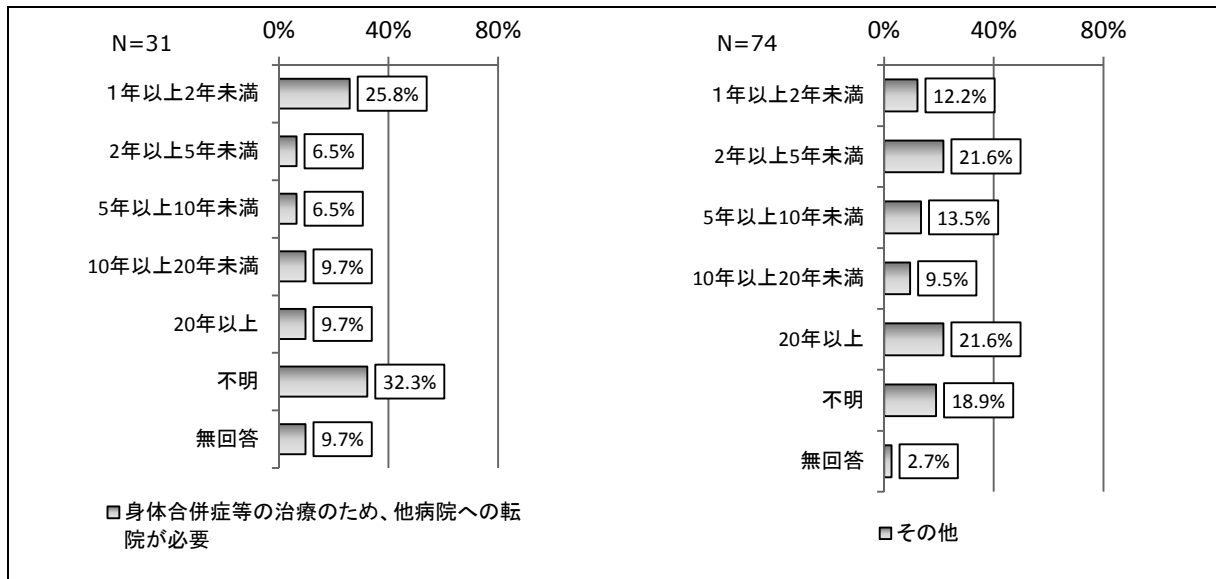
-
- ・施設・他病院の入所・転院待ちである
 - ・家族が退院を望まないため退院困難
 - ・精神症状のため退院困難
 - ・本人が退院を拒否しているため退院困難
 - ・身体治療を要するため退院困難
 - ・6カ月以内の退院は難しい
 - ・退院先が決まらず退院困難 等
-

■ 退院の見通し／通算入院期間

退院の見通し別に通算入院期間をみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」では、「2年以上5年未満」17.9%が最も多く、次いで「20年以上」16.0%であった。また、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」では「20年以上」24.5%が最も多く、次いで「10年以上20年未満」15.1%であった。

図表 2-2-31 退院の見通し／通算入院期間





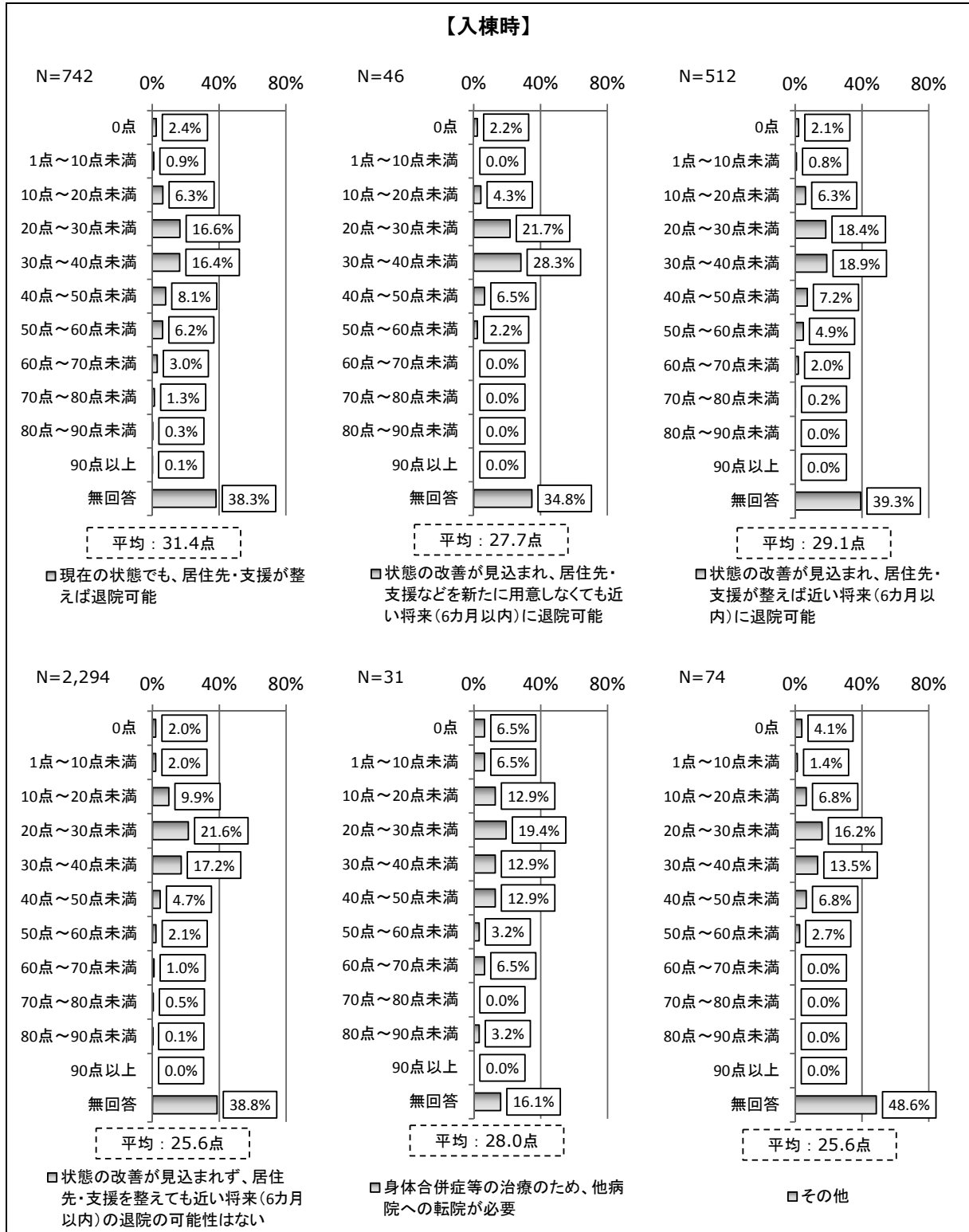
※「退院の見通し」と「精神科・神経科への通算入院期間」の有効回答があった3,699件で集計。

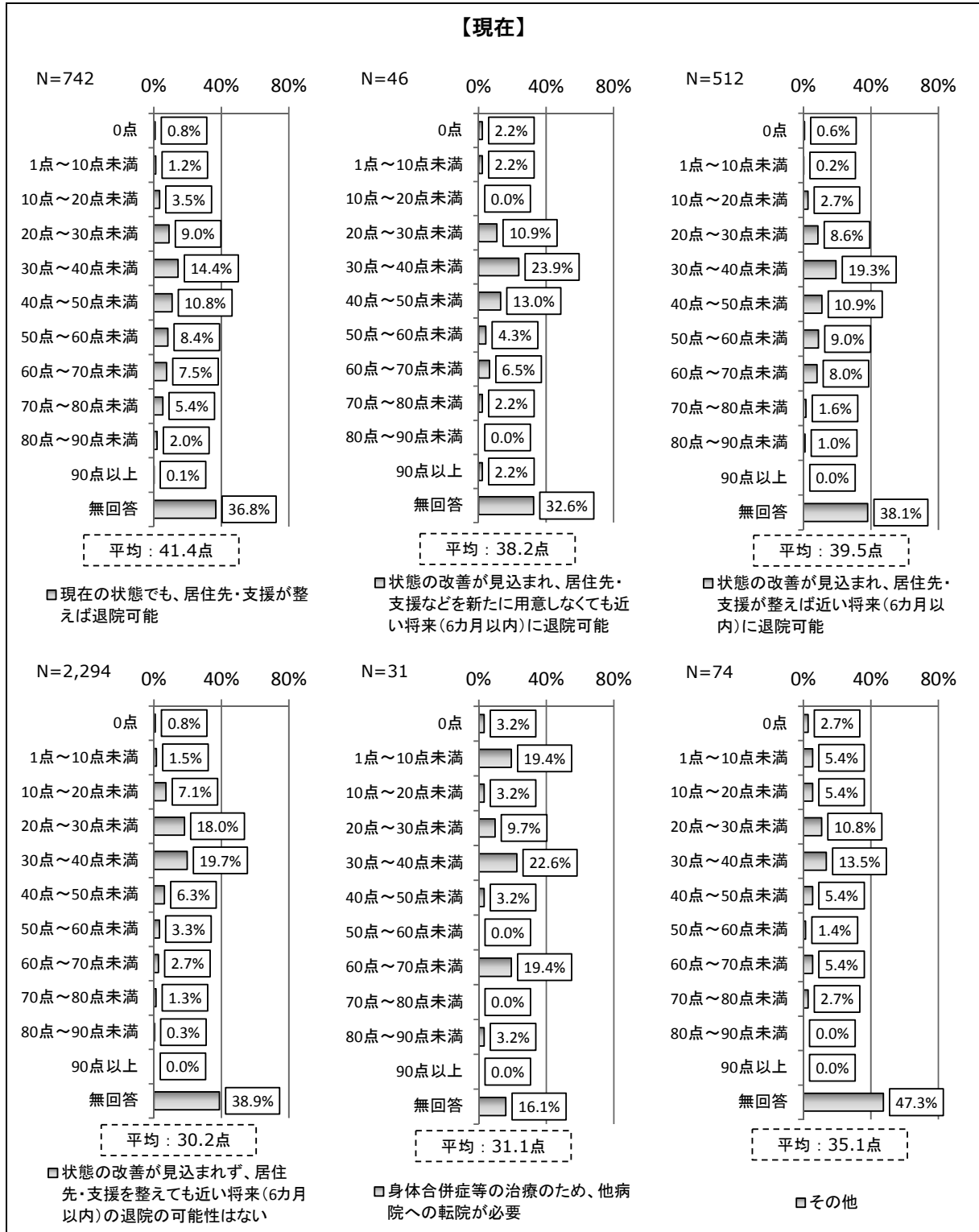
■ 退院の見通し/GAFスコア

退院の見通し別に入棟時のGAFスコアをみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」では平均点が31.4点で、「20点～30点未満」16.6%が最も多く、次いで「30点～40点未満」16.4%であった。「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」では平均点が25.6点で、「20点～30点未満」21.6%が最も多く、次いで「30点～40点未満」17.2%であった。

現在のGAFスコアをみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」では平均点が41.4点で、「30点～40点未満」14.4%が最も多く、次いで「40点～50点未満」10.8%であった。「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」では平均点が30.2点で、「30点～40点未満」19.7%が最も多く、次いで「20点～30点未満」18.0%であった。

図表 2-2-32 退院の見通し／GAF スコア



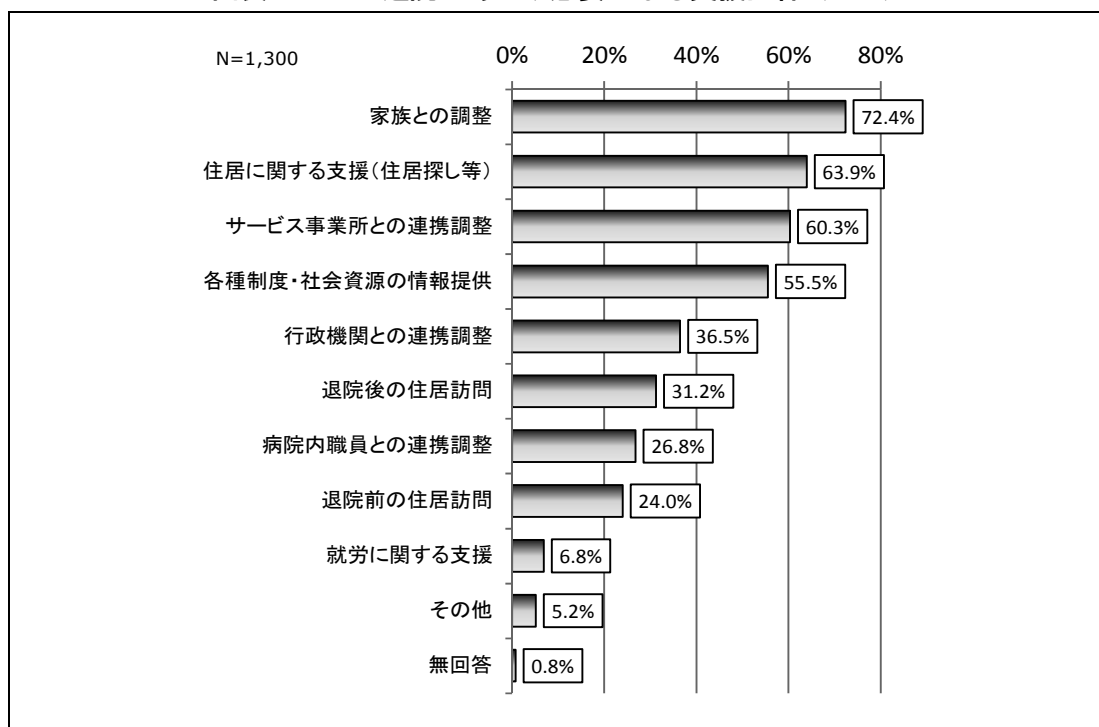


※「退院の見通し」と「GAFスコア」(入棟時・現在)の有効回答があった3,699件で集計。

■ 退院にあたり必要となる支援内容

退院にあたり必要となる支援としては、「家族との調整」72.4%が最も多く、次いで「住居に関する支援（住居探し等）」63.9%であった。

図表 2-2-33 退院にあたり必要となる支援内容（MA）



※「退院の見通し」において「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」「状態の改善が見込まれ、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6か月以内）に退院可能」「状態の改善が見込まれ、居住先・支援が整えば近い将来（6か月以内）に退院可能」の回答があった1,300件で集計。

また、退院にあたり必要となる支援内容の「その他」については、「施設入所調整」「在宅サービスの利用」「本人の退院意欲喚起」等の回答が多く寄せられた。

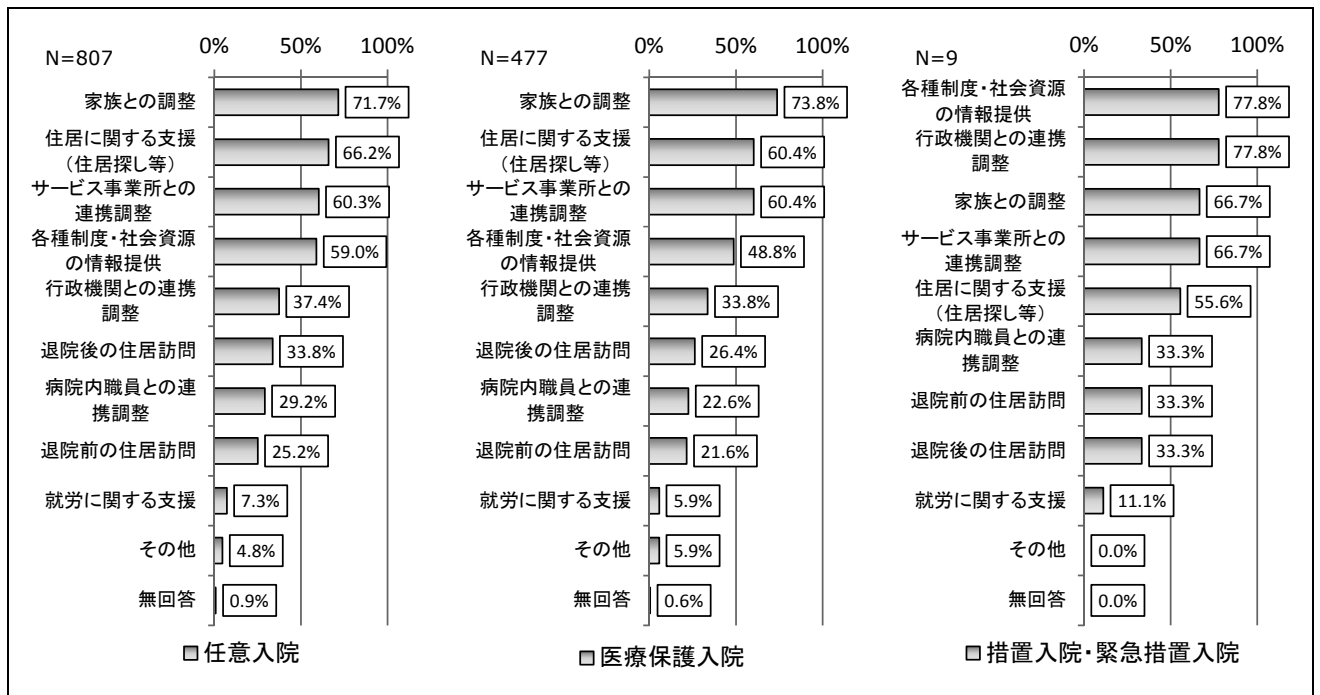
-
- ・施設入所調整
 - ・在宅サービスの利用
 - ・本人の退院意欲喚起
 - ・転院調整
 - ・経済的支援 等
-

■ 入院形態／退院にあたり必要となる各種支援

入院形態別に、退院にあたり必要となる各種支援をみると、「任意入院」「医療保護入院」では「家族との調整」が最も多く、それぞれ71.7%、73.8%であり、次いで「住居に関する支援（住居探し等）」が多く、それぞれ66.2%、60.4%であった。

「措置入院・緊急措置入院」では「各種制度・社会資源の情報提供」と「行政機関との連携調整」が77.8%と最も多く、次いで「家族との調整」と「サービス事業所との連携調整」が66.7%であった。

図表 2-2-34 入院形態／退院にあたり必要となる各種支援

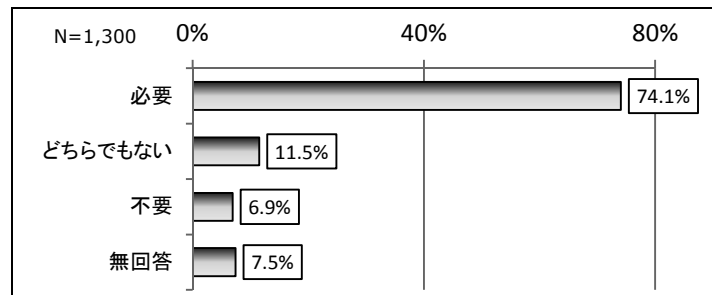


※「入院形態」と「退院にあたり必要となる各種支援」の有効回答があった1,293件で集計。

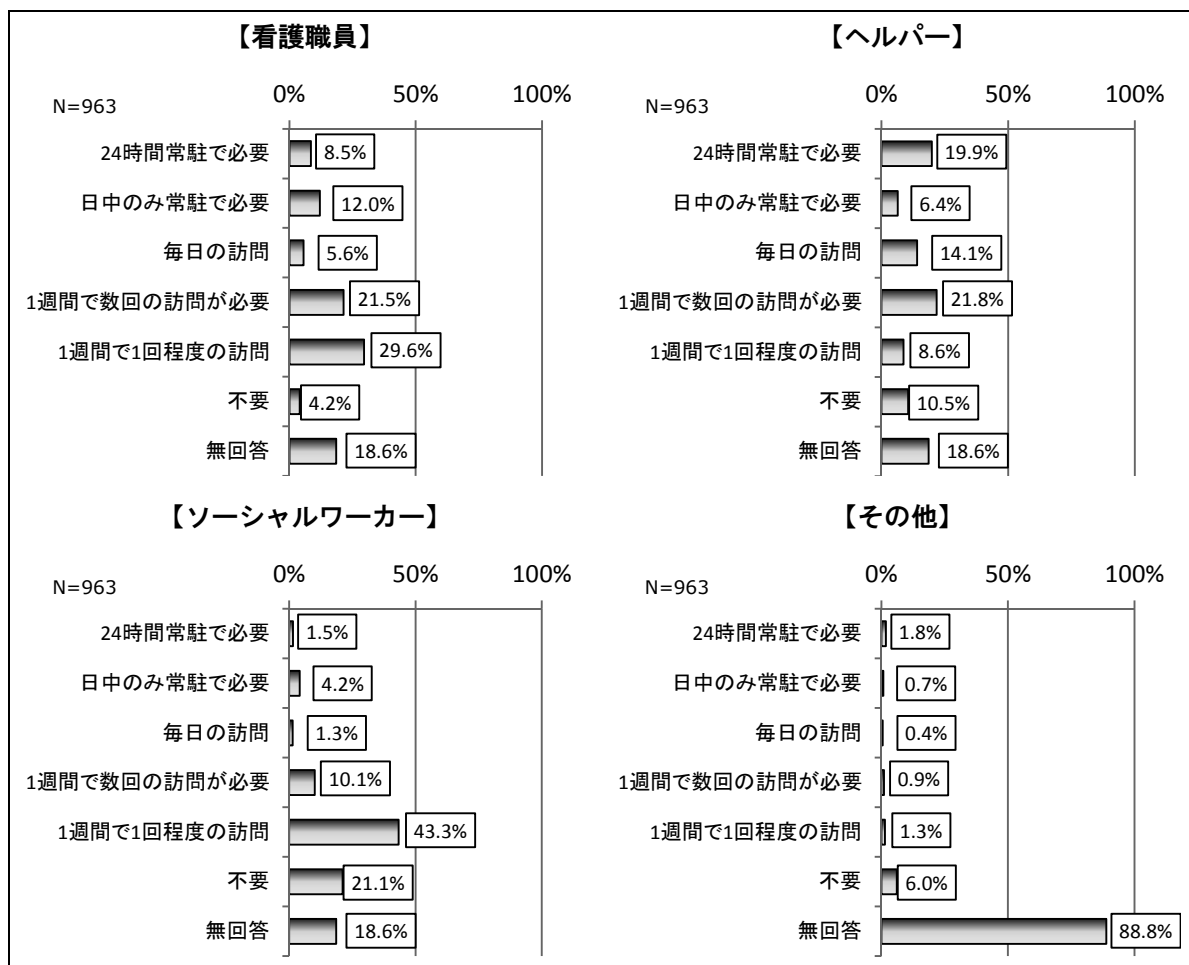
■ 退院後の援助指導の必要性

退院後の援助指導の必要性に関しては、74.1%で「必要」と回答された。職種別の援助指導の頻度について、看護職員とソーシャルワーカーでは「1週間で1回程度の訪問」がそれぞれ29.6%、43.3%と最も多く、ヘルパーでは「1週間で数回程度の訪問が必要」21.8%が最も多かった。

図表 2-2-35 退院後の援助指導の必要性



図表 2-2-36 必要な職種別の援助指導の頻度



※「退院後の援助指導の必要性」において「必要」の回答があった963件で集計。

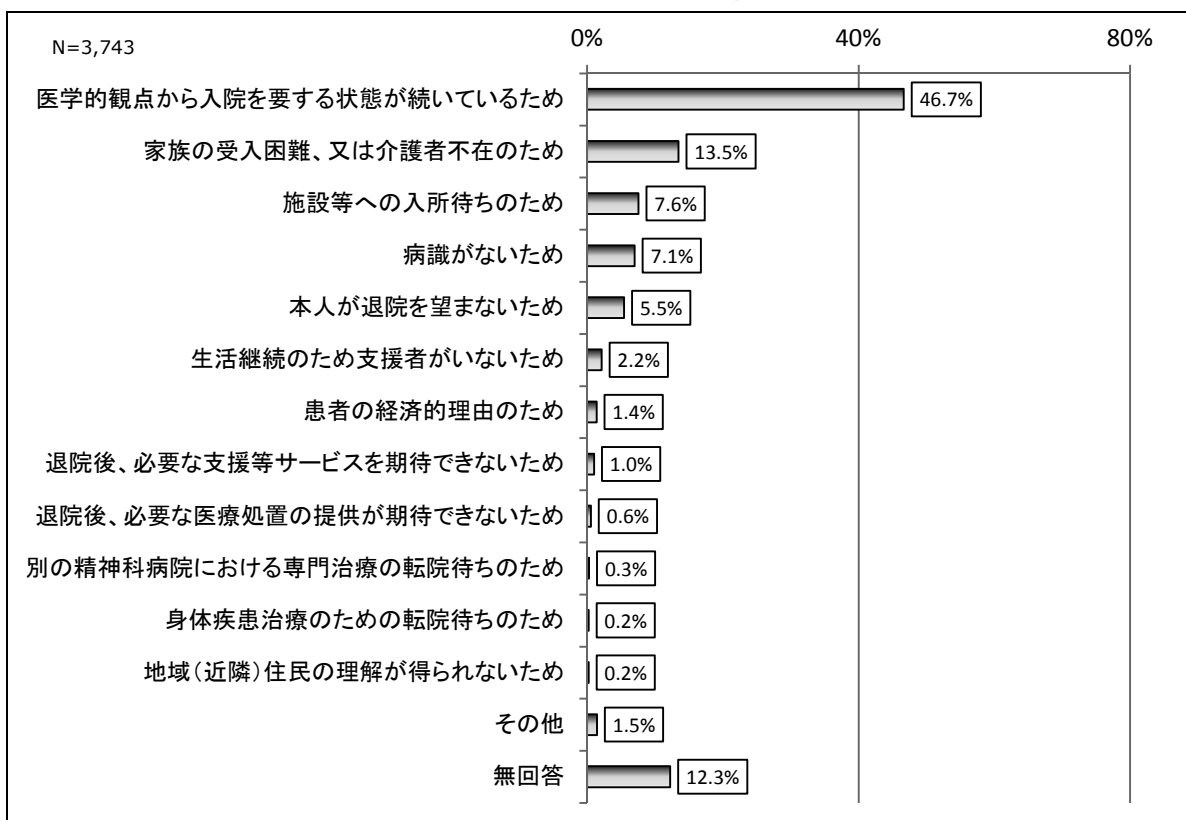
また、援助指導が必要な職種の「その他」については、「医師」「作業療法士」「施設職員」等の回答が多く寄せられた。

- ・ 医師
- ・ 作業療法士
- ・ 施設職員
- ・ 生活支援員
- ・ 自治体職員 等

■ 現在退院できない最大の理由

現在、当該患者が退院できない最大の理由としては、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」46.7%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」13.5%であった。

図表 2-2-37 現在退院できない最大の理由



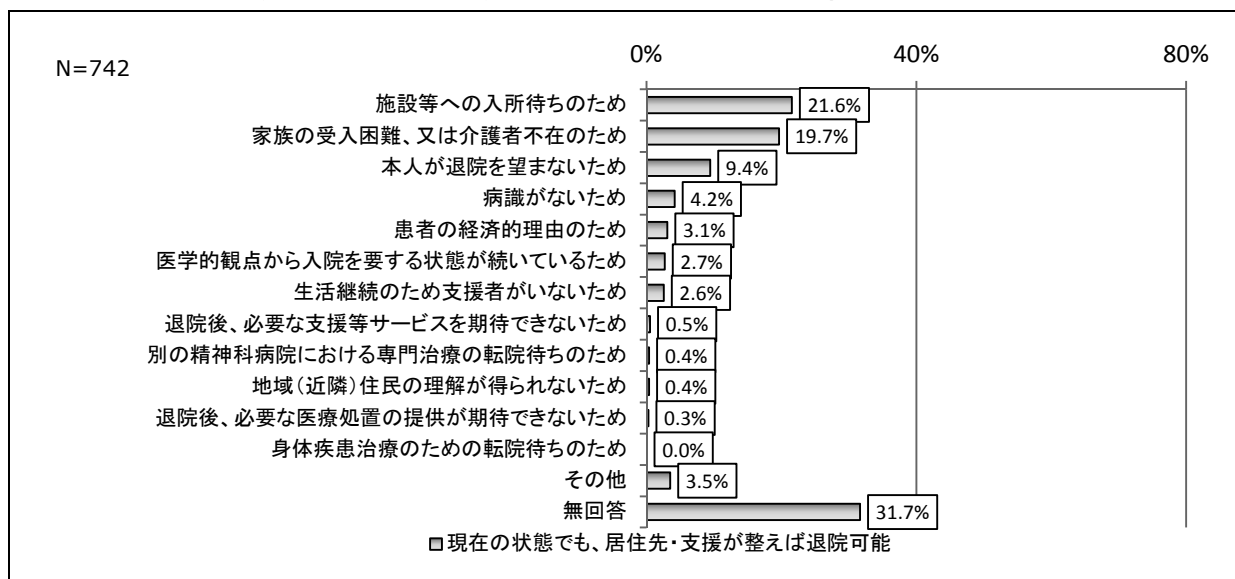
また、現在退院できない最大の理由の「その他」については、「退院調整中である」「退院先が決まらないため」「家族が退院を望まないため」等の回答が多く寄せられた。

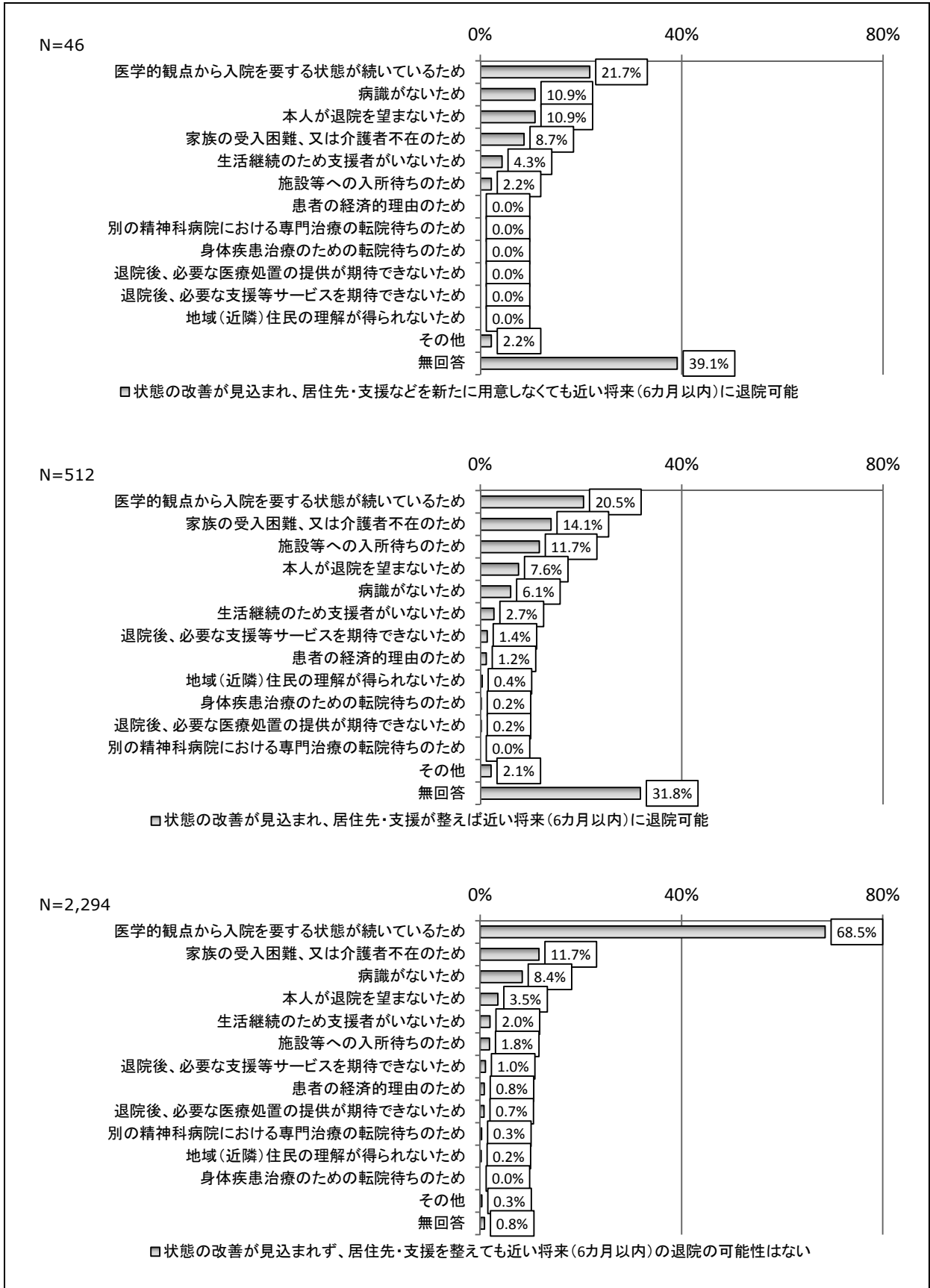
- ・退院調整中である
- ・退院先が決まらないため
- ・家族が退院を望まないため
- ・精神症状が不安定なため
- ・日常生活・社会生活が困難なため
- ・施設・他病院の入所・転院待ちである 等

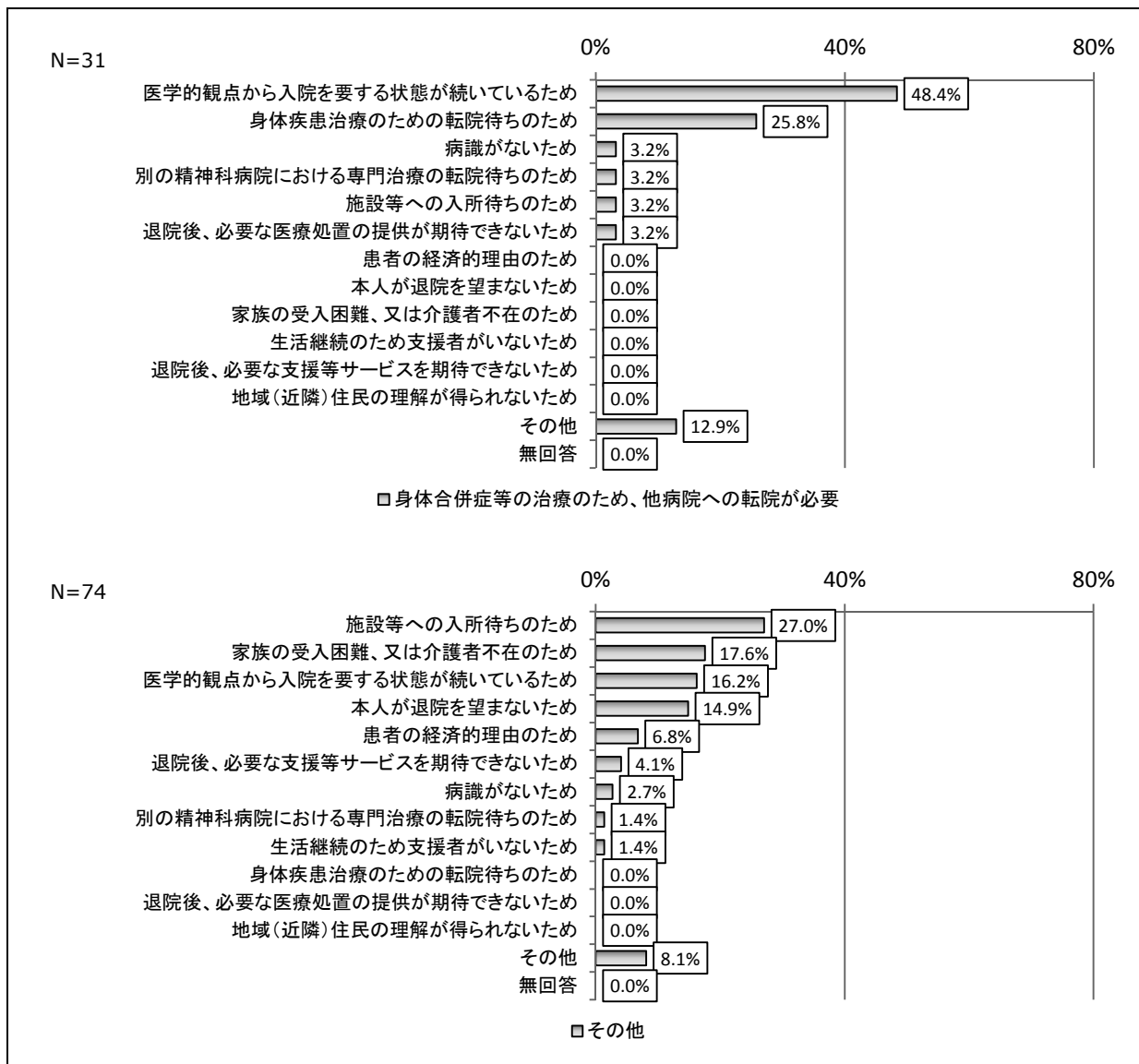
■ 退院の見通し／現在退院できない最大の理由

退院の見通し別に現在退院できない最大の理由をみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」では、「施設への入所待ちのため」21.6%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」19.7%であった。また、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6 カ月以内）の退院の可能性はない」では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」68.5%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」11.7%であった。

図表 2-2-38 退院の見通し／現在退院できない最大の理由





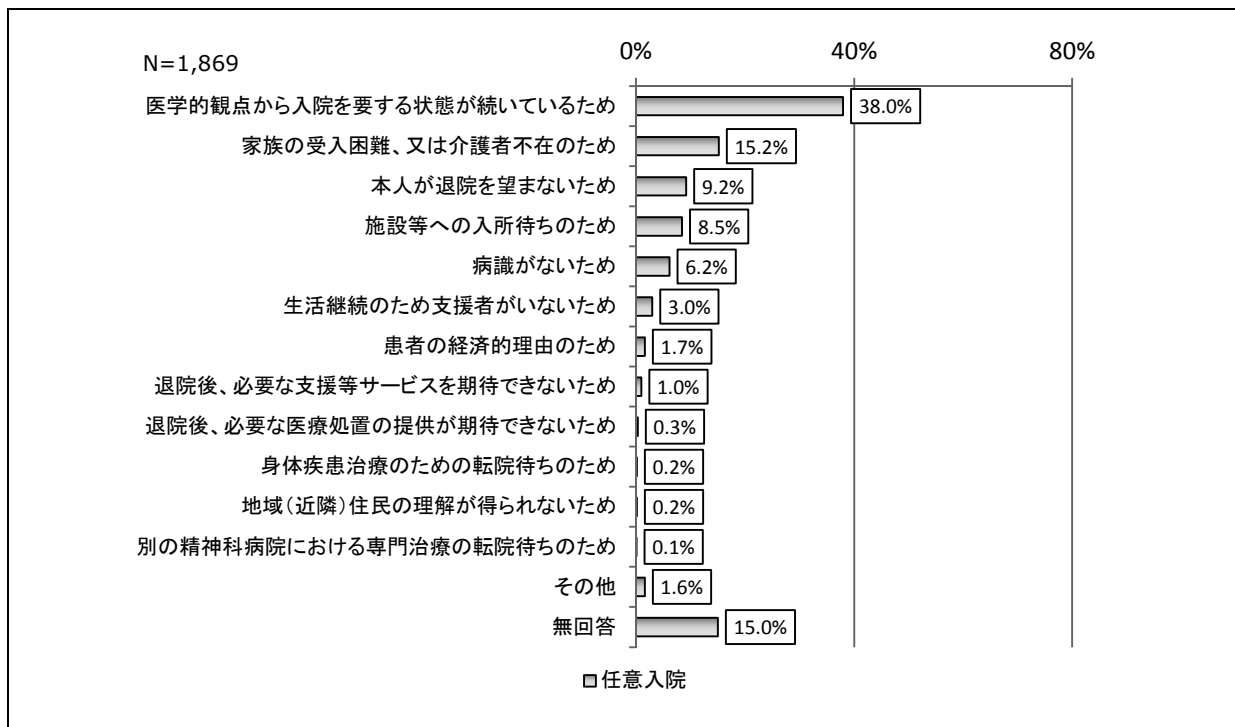


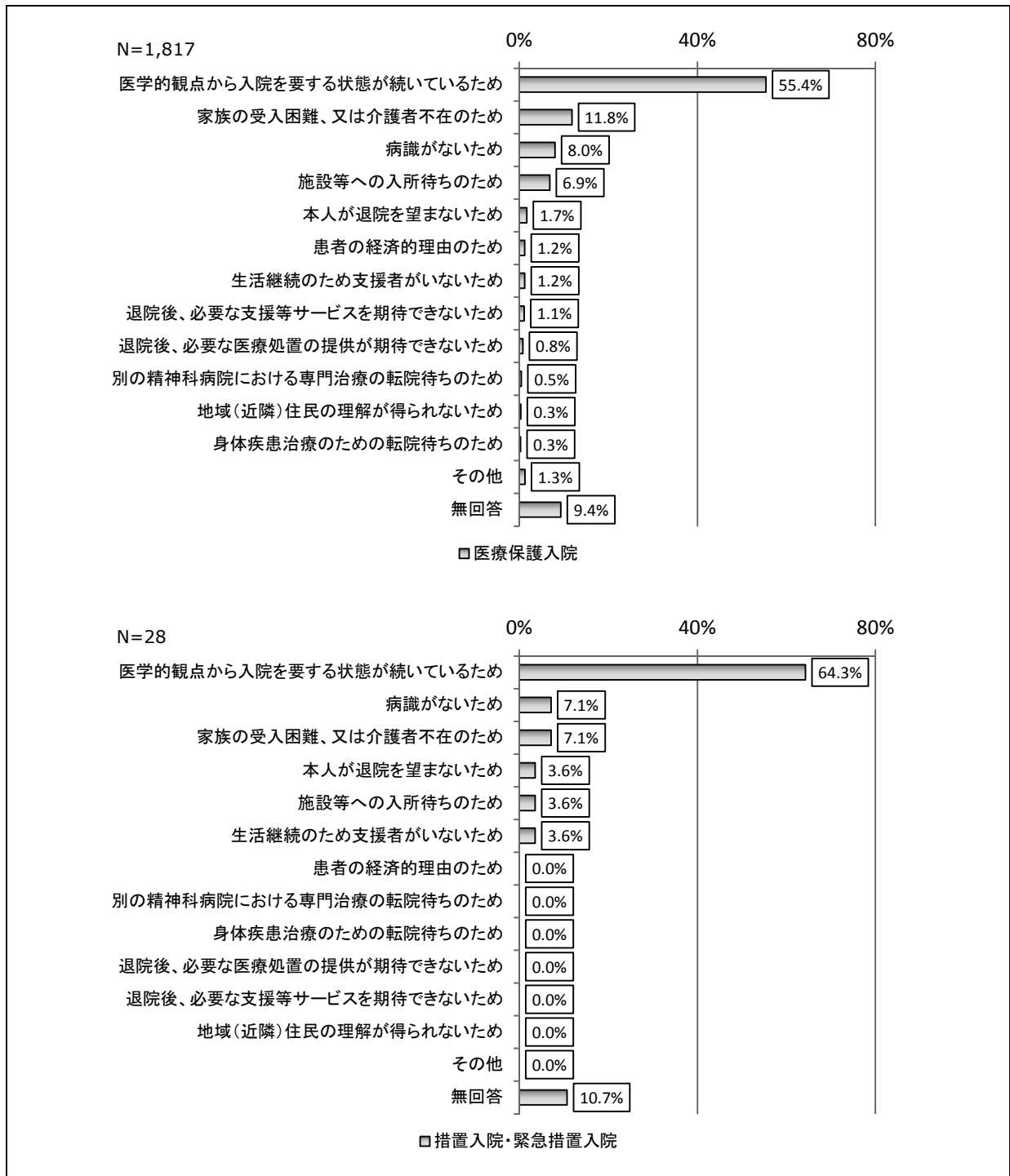
※「退院の見通し」と「現在退院できない最大の理由」の有効回答があった3,699件で集計。

■ 入院形態／現在退院できない最大の理由

入院形態別に現在退院できない最大の理由をみると、「任意入院」では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」38.0%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」15.2%であった。また、「医療保護入院」では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」55.4%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」11.8%であった。

図表 2-2-39 入院形態／現在退院できない最大の理由





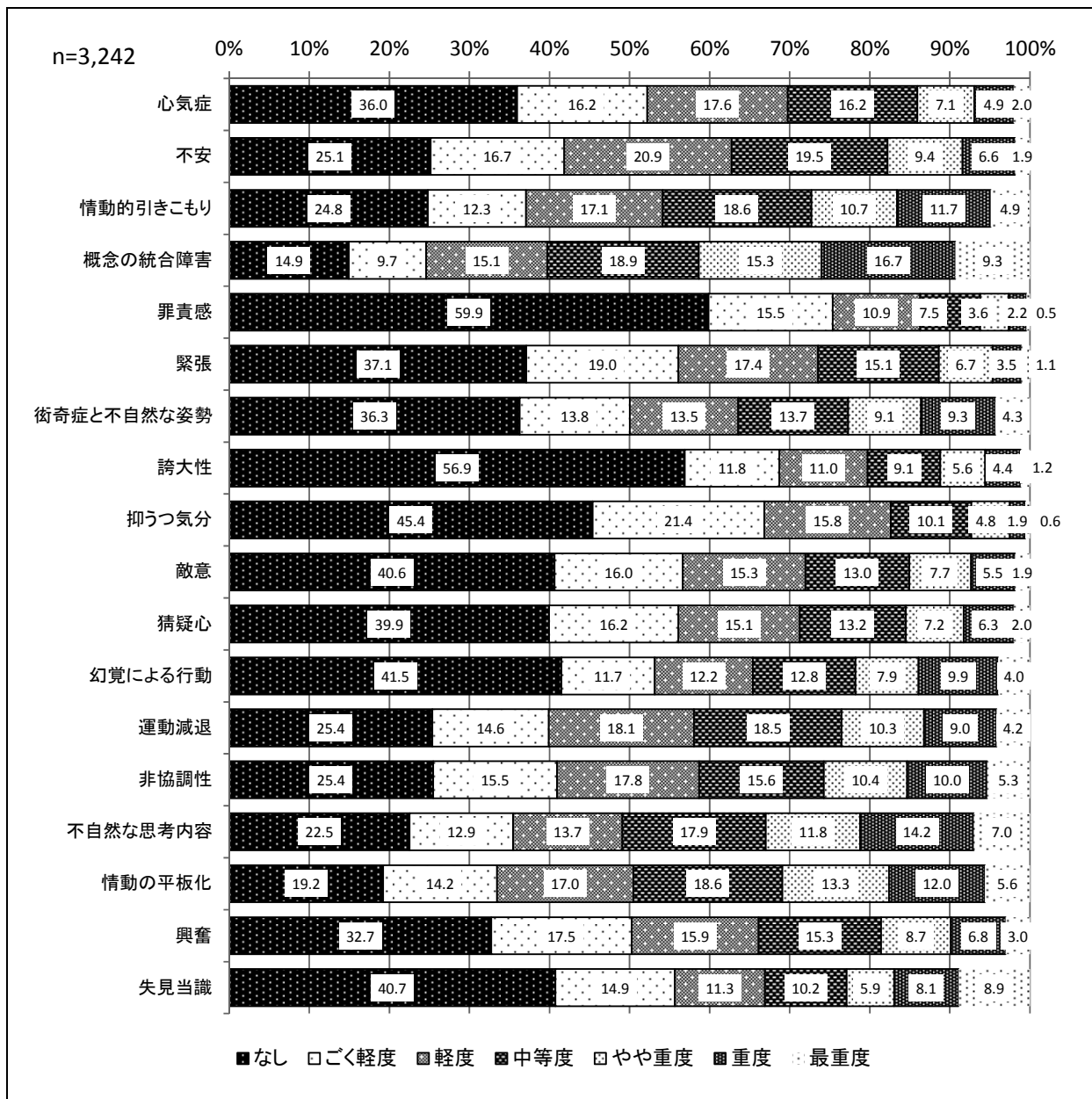
※「入院形態」と「現在退院できない最大の理由」の有効回答があった3,714件で集計。

5) BPRS、問題行動評価表、生活障害評価、能力障害評価

■ BPRS

精神疾患の各症状の程度を「なし」「ごく軽度」「軽度」「中等度」「やや重度」「重度」「最重度」の7段階で評価する「BPRS」(Brief Psychiatric Rating Scale)の評価について、「なし」が最も多かった項目は「罪責感」59.9%で、次いで「誇大性」56.9%であった。一方、「やや重度」「重度」「最重度」の合計が最も多かった項目は「概念の統合障害」41.3%であり、次いで「不自然な思考内容」33.0%であった。

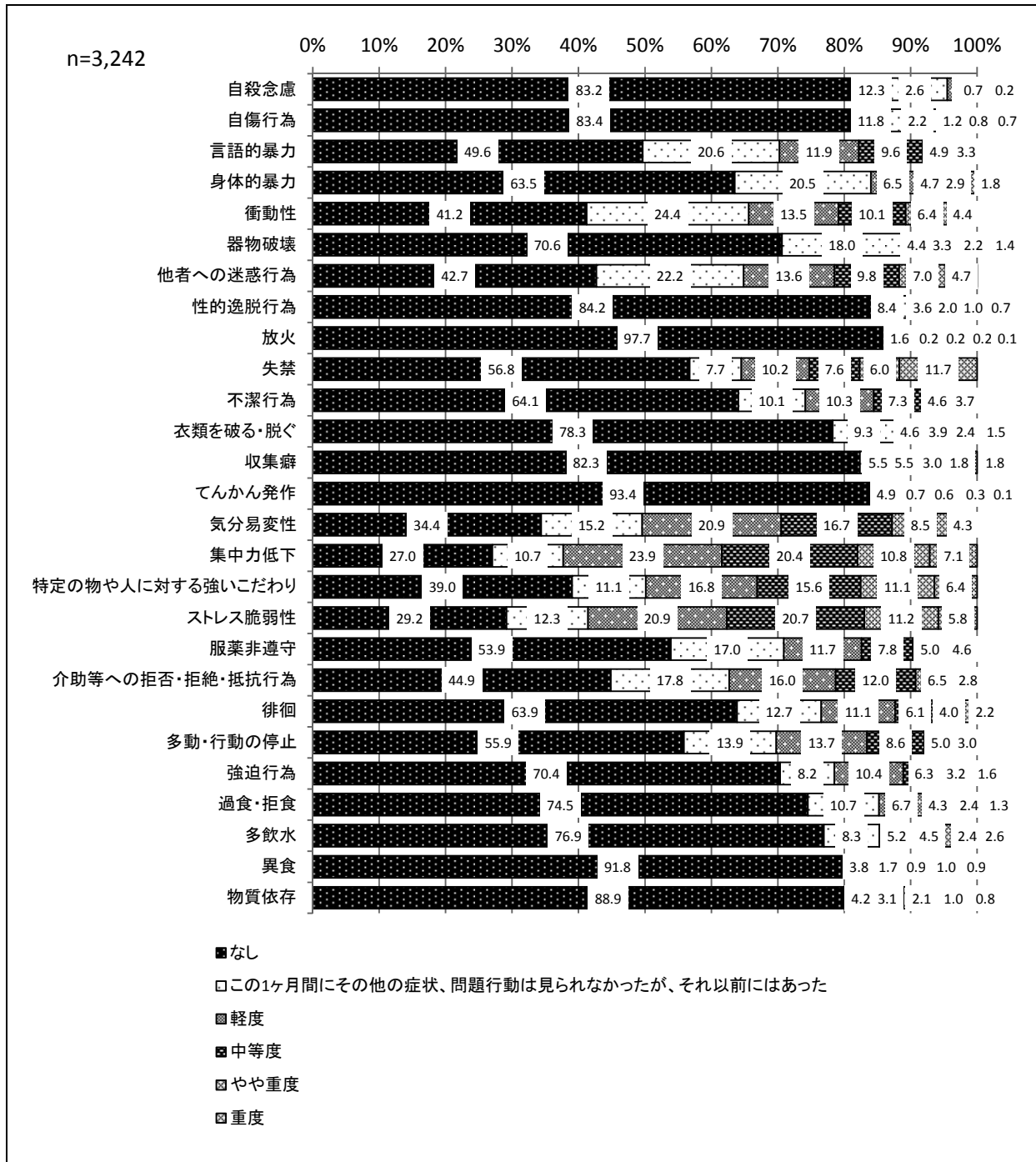
図表 2-2-40 BPRS



■ 問題行動評価表

「問題行動評価表」による対象患者の行動の評価について、「なし」が最も多かった項目は「放火」97.7%で、次いで「てんかん発作」93.4%であった。一方、「やや重度」「重度」の合計が最も多かった項目は「集中力低下」17.9%で、次いで「失禁」17.7%であった。

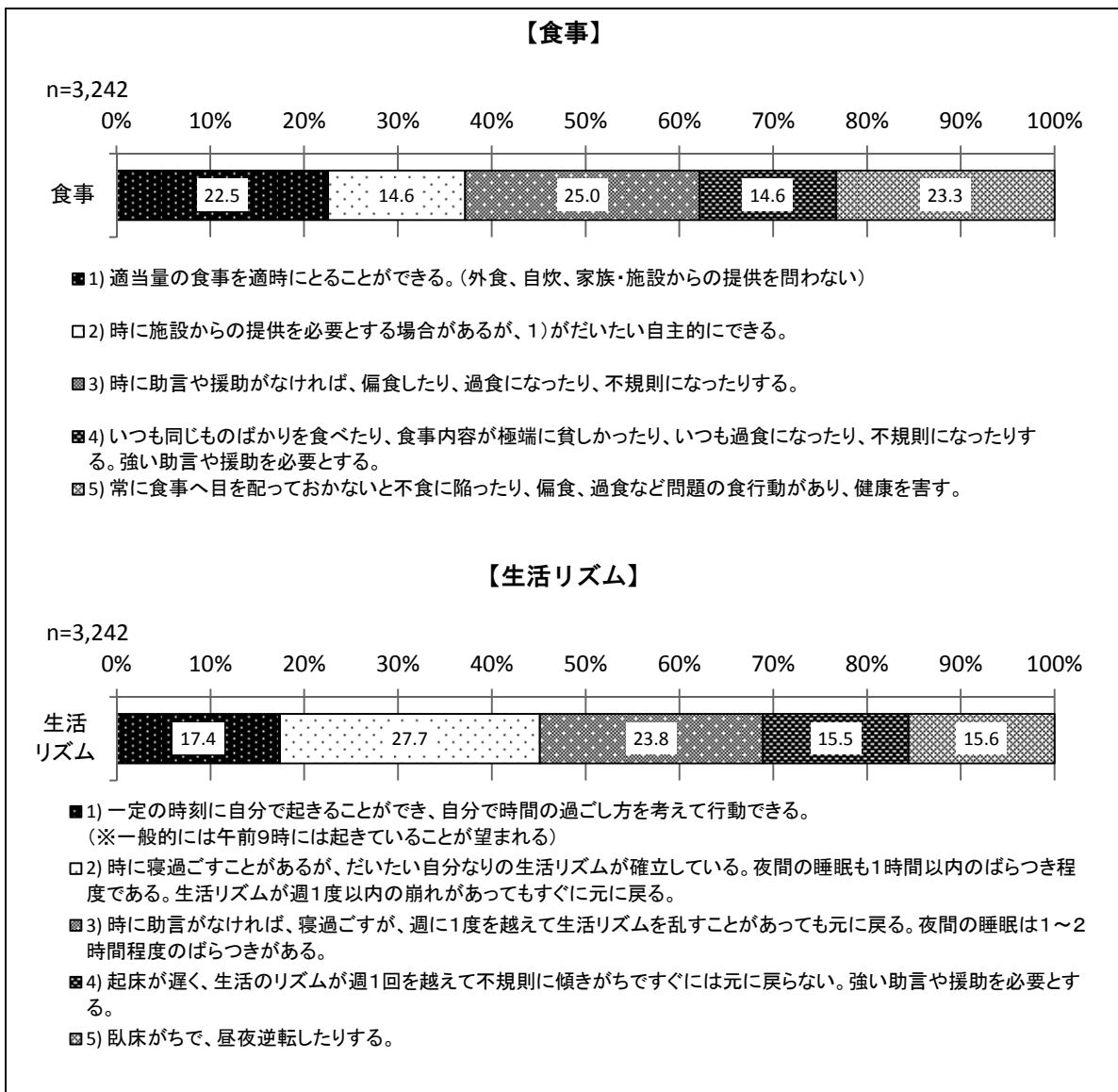
図表 2-2-41 問題行動評価表 (MA)



■ 生活障害評価

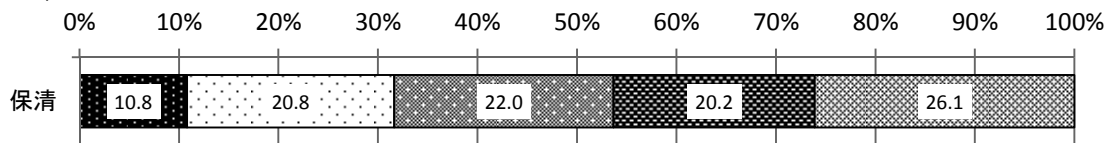
「食事」「生活リズム」「保清」「金銭管理」「服薬管理」「対人関係」の6項目について、障害の程度が小さい順に1)から5)までの5段階で評価する「生活障害評価」について、1)の回答が最も多かった項目は「食事」22.5%で、次いで「生活リズム」17.4%であった。一方、5)の回答が最も多かった項目は「金銭管理」50.7%で、次いで「服薬管理」38.7%であった。

図表 2-2-42 生活障害評価



【保清】

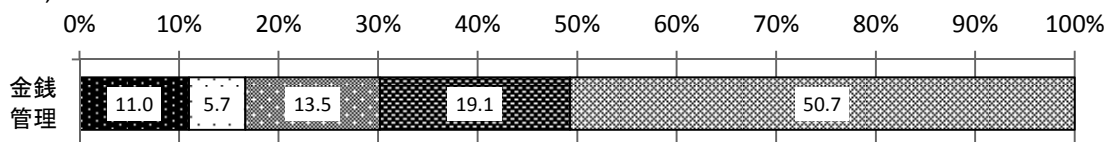
n=3,242



- 1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
- 2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
- ▣ 3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
- 4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
- ▣ 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。

【金銭管理】

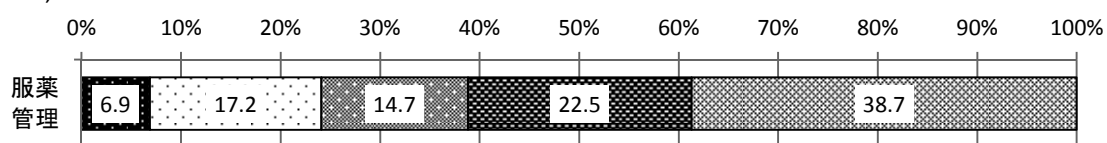
n=3,242



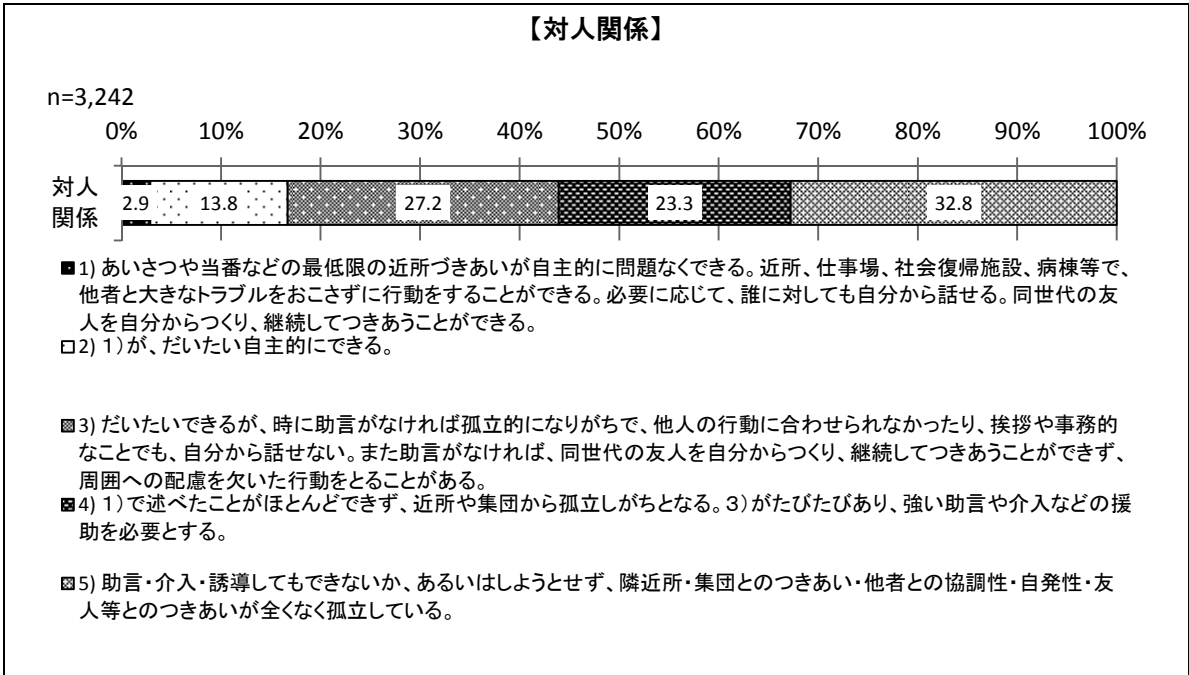
- 1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
- 2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
- ▣ 3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
- 4) 3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
- ▣ 5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。

【服薬管理】

n=3,242



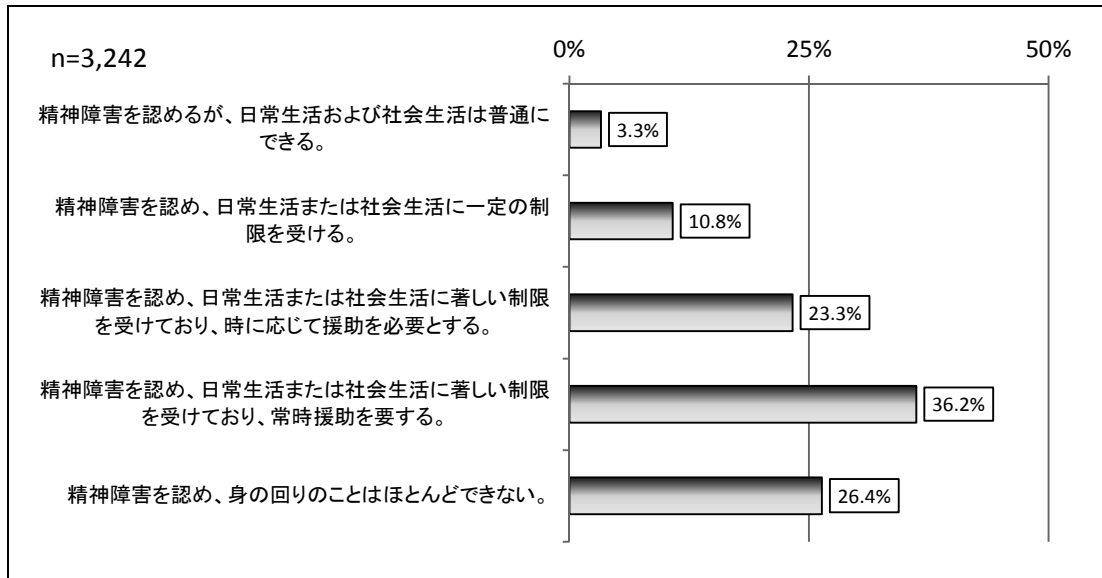
- 1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
- 2) 薬の必要性は理解しているにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
- ▣ 3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
- 4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、飲みすぎたりするため、薬物治療に際して強い助言や援助を必要とする。
- ▣ 5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行う必要があるなど、薬物治療継続にかなりの困難を認める。



■ 能力障害評価

現在の日常生活能力の程度を5段階で評価する「能力障害評価」の回答については、「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。」36.2%が最も多く、次いで「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」26.4%であった。

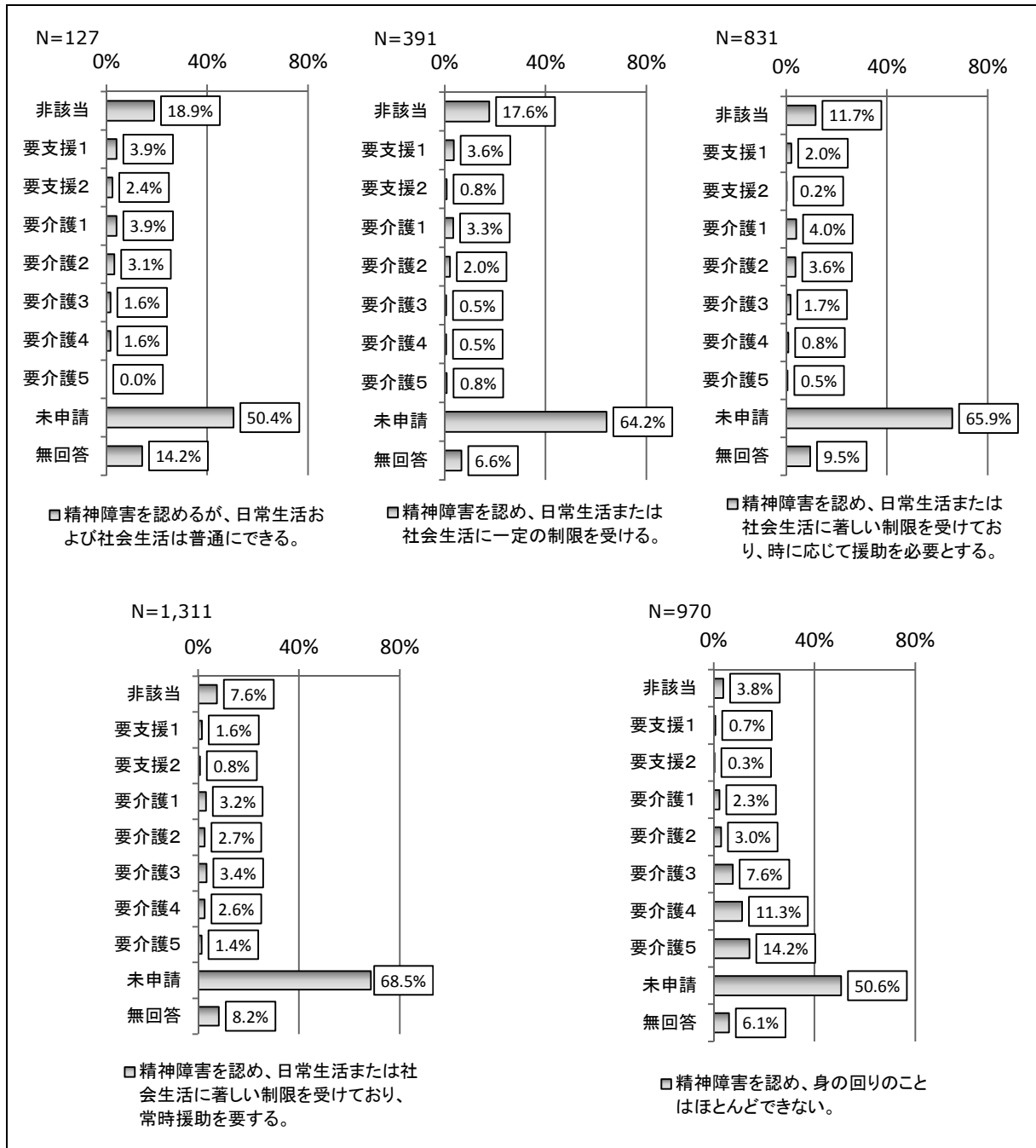
図表 2-2-43 能力障害評価



■ 能力障害評価／要介護状態区分

能力障害評価別に要介護状態区分（実際）をみると、「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。」では、「未申請」50.4%が最も多く、次いで「非該当」18.9%であった。また、「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」では「未申請」50.6%が最も多く、次いで「要介護5」14.2%であった。

図表 2-2-44 能力障害評価／要介護状態区分

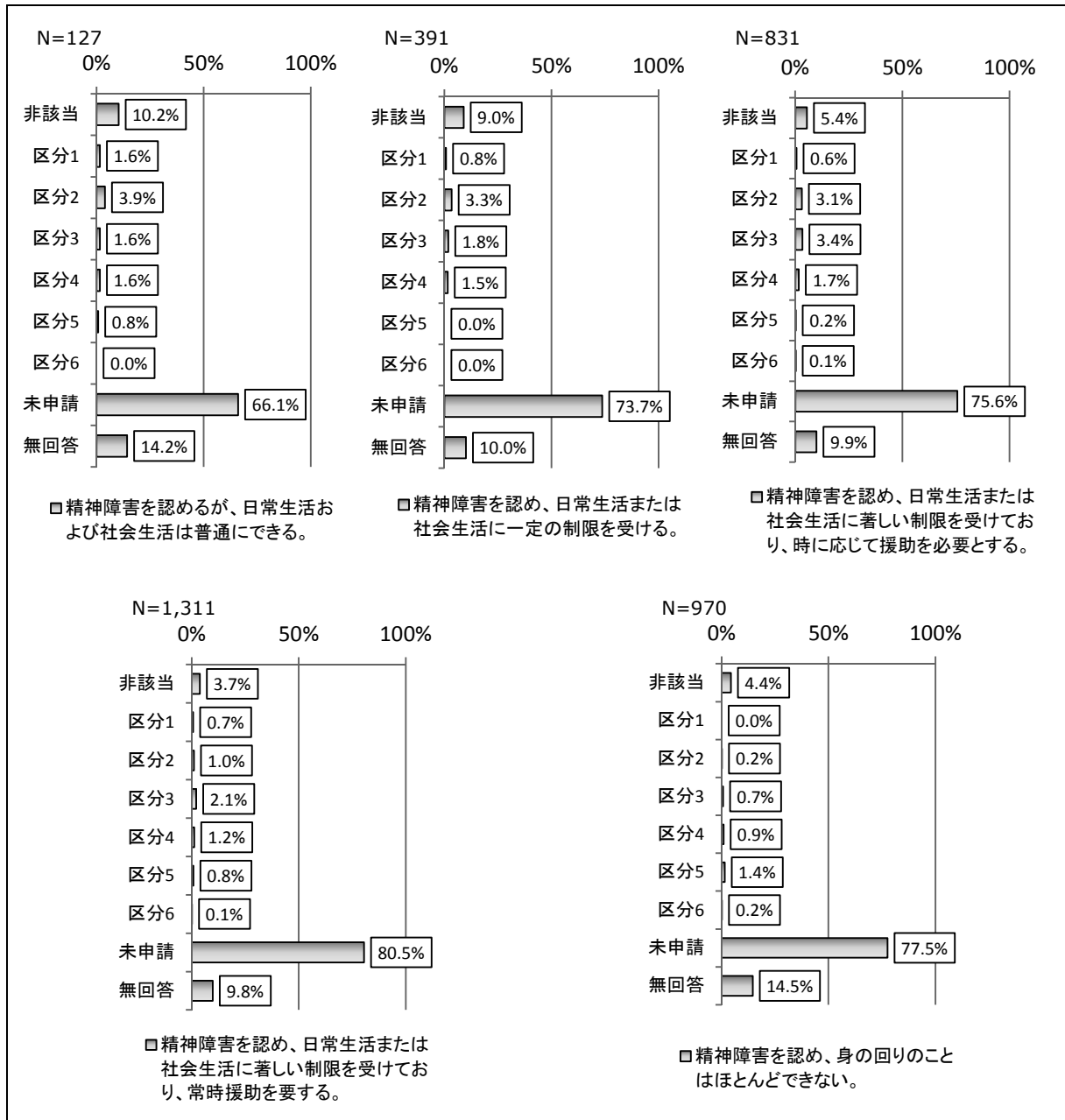


※「能力障害評価」と「要介護状態区分（実際）」の有効回答があった3,630件で集計。

■ 能力障害評価／障害支援区分

能力障害評価別に障害支援区分（実際）をみると、「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。」では、「未申請」66.1%が最も多く、次いで「非該当」10.2%であった。また、「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」では、「未申請」77.5%が最も多く、次いで「非該当」4.4%であった。

図表 2-2-45 能力障害評価／障害支援区分

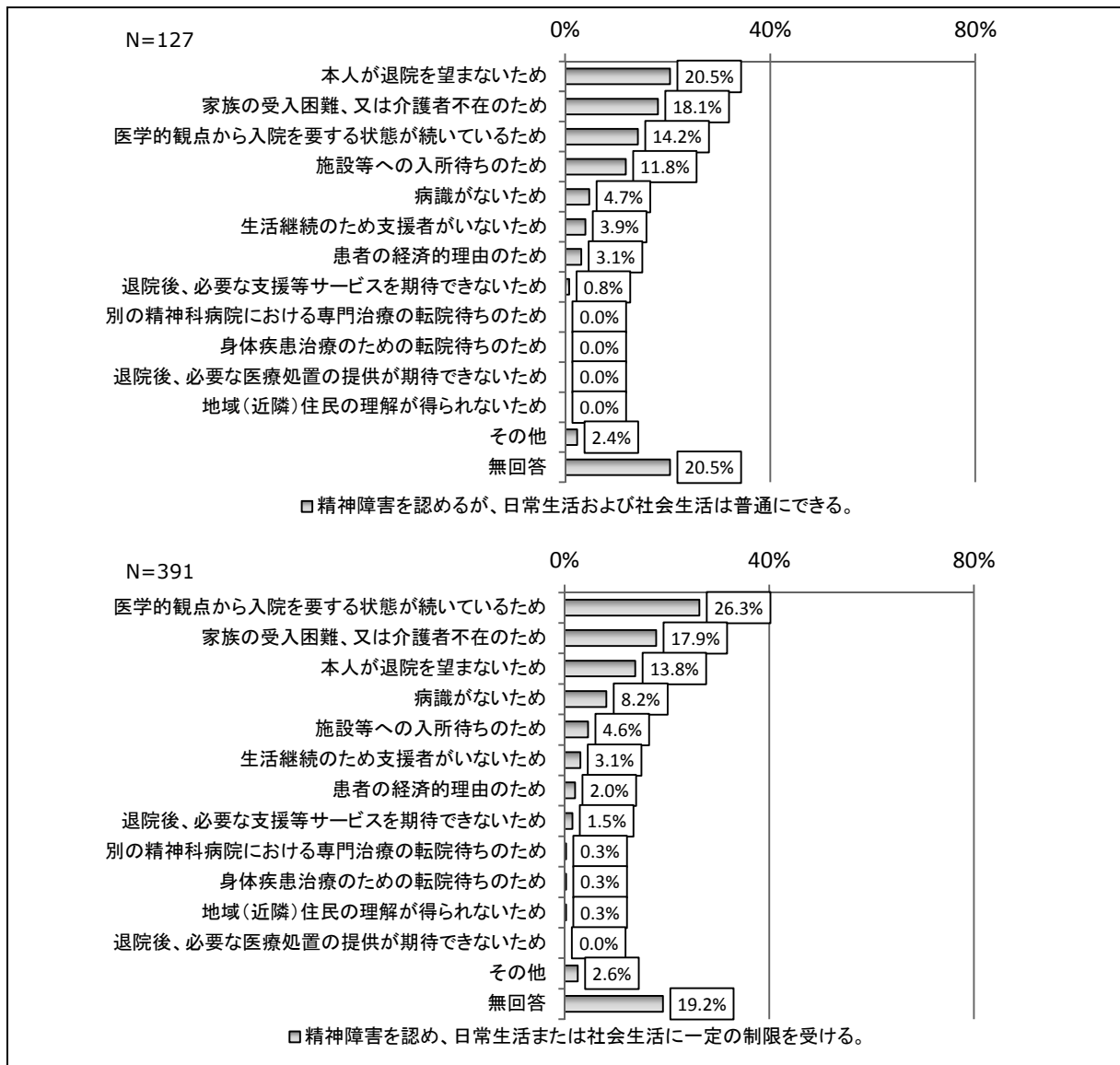


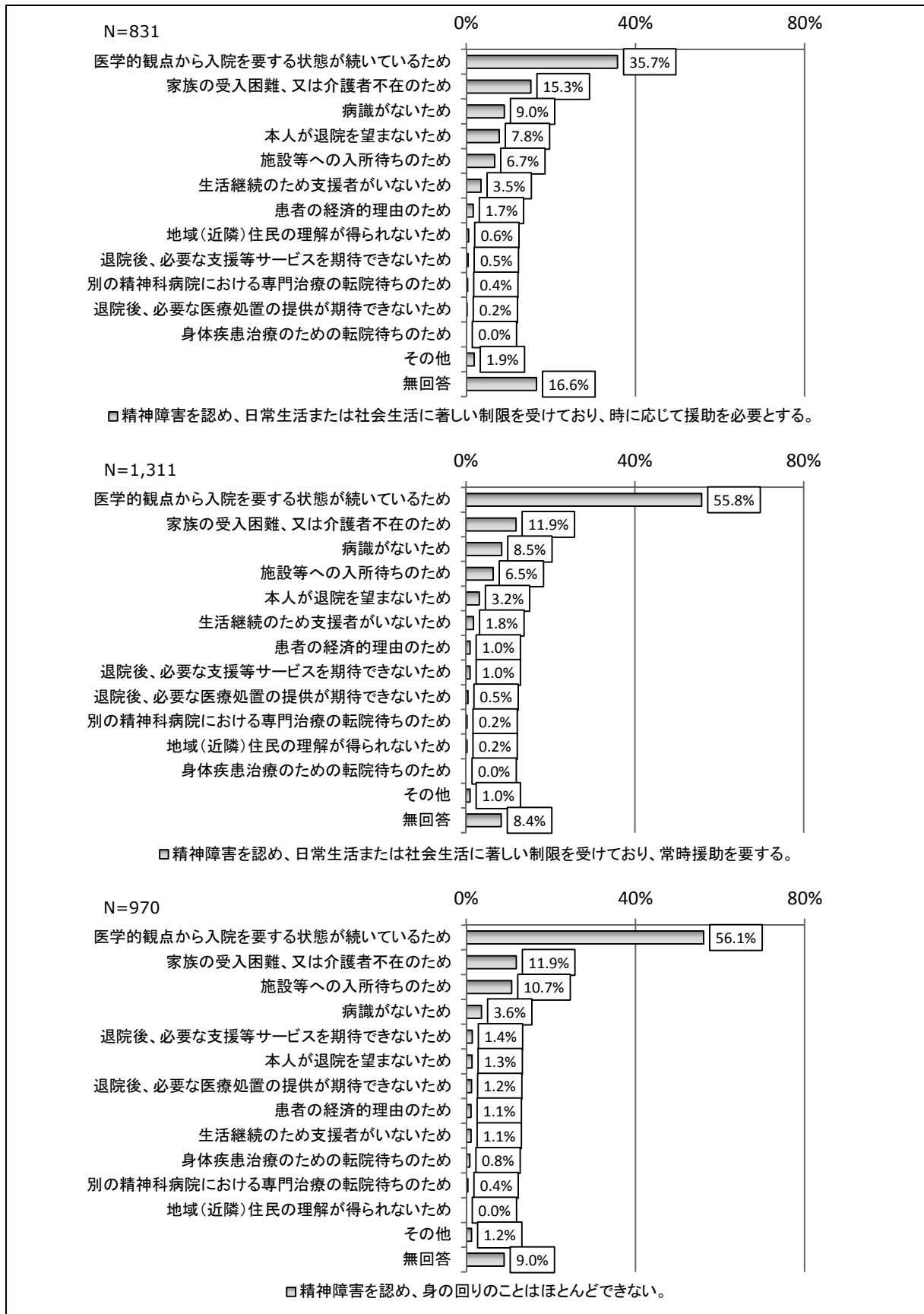
※ 「能力障害評価」と「障害支援区分（実際）」の有効回答があった3,630件で集計。

■ 能力障害評価／現在退院できない最大の理由

能力障害評価別に現在退院できない最大の理由をみると、「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。」では、「本人が退院を望まないため」20.5%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」18.1%であった。また、「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」56.1%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」11.9%であった。

図表 2-2-46 能力障害評価／現在退院できない最大の理由



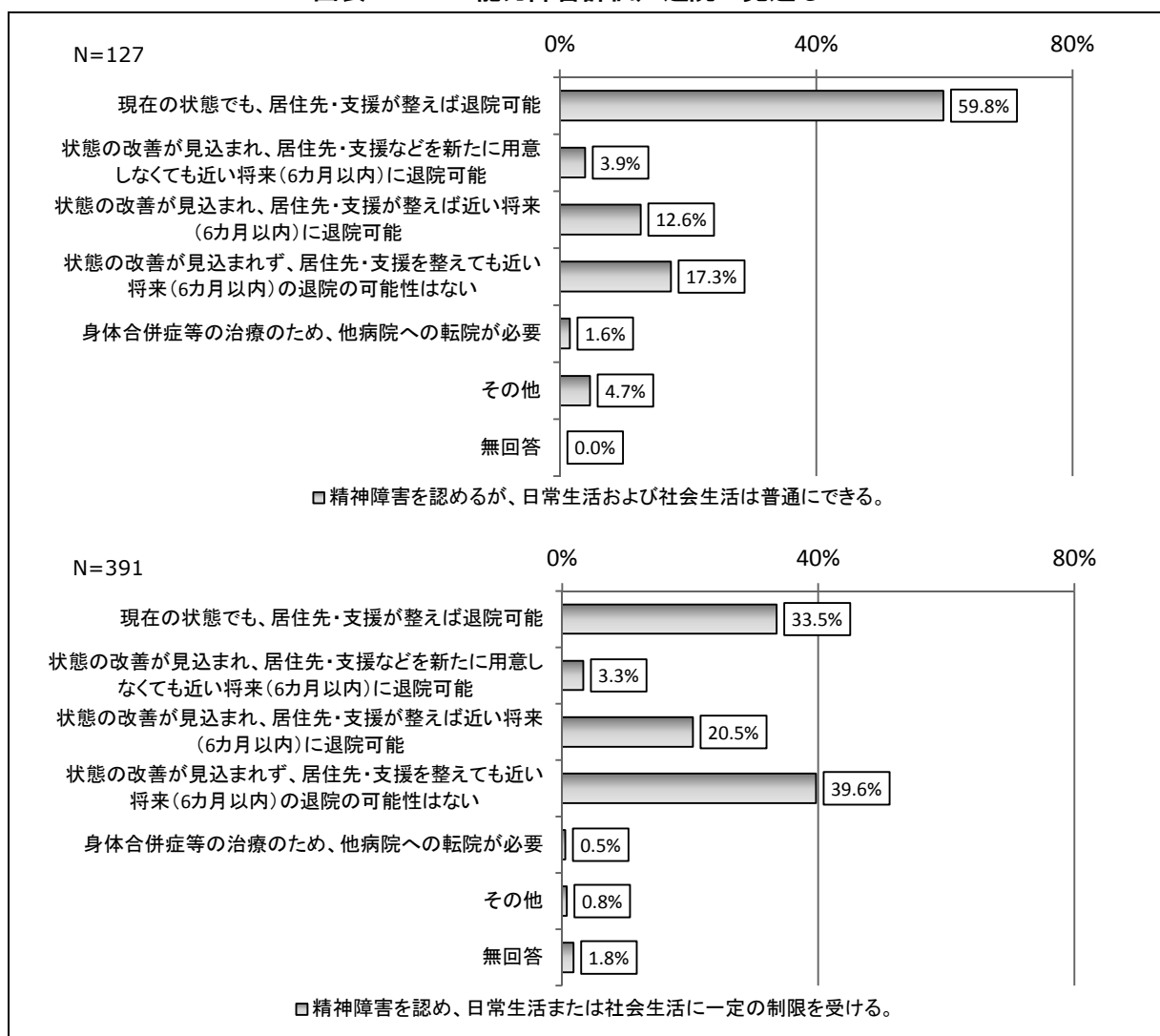


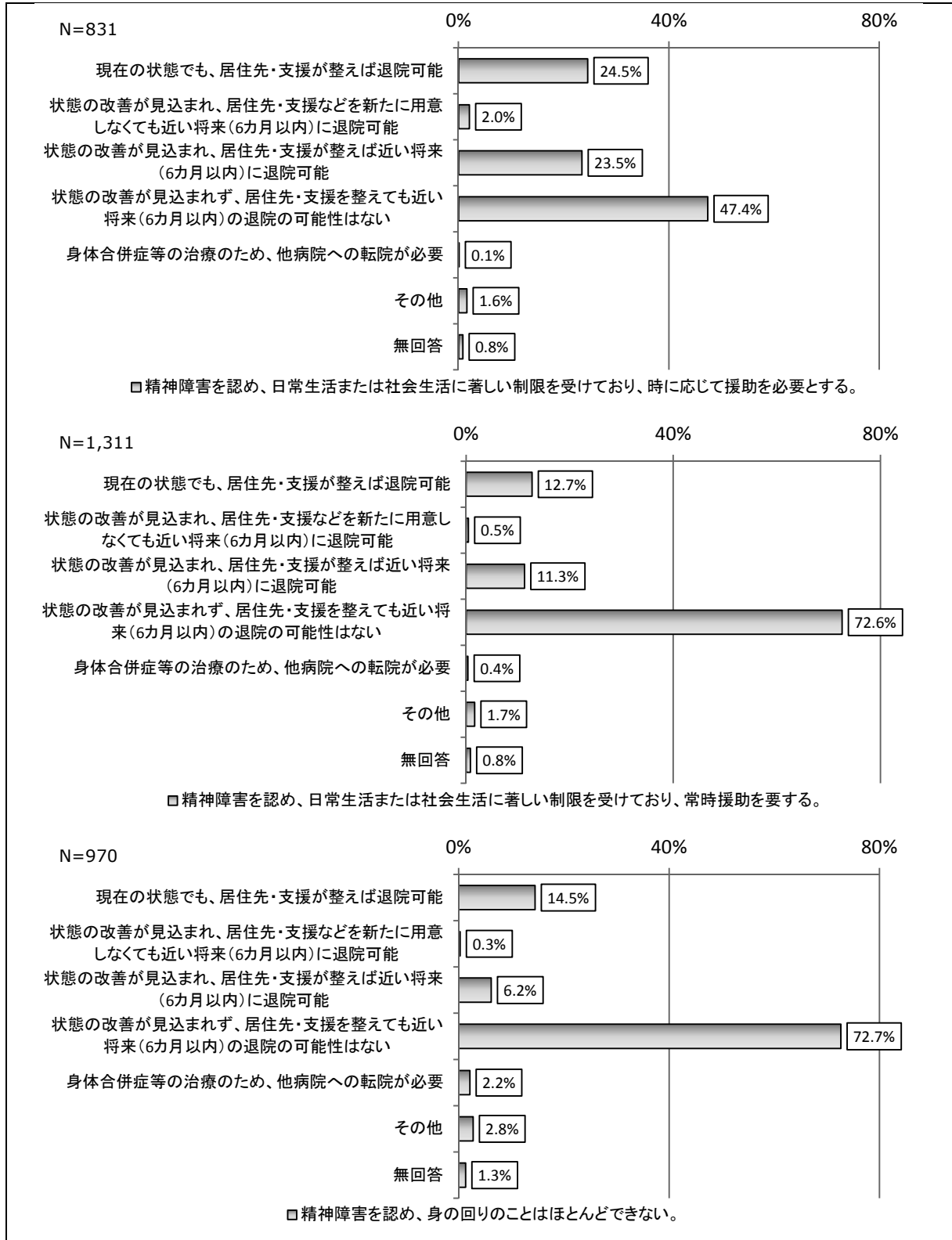
※「能力障害評価」と「現在退院できない最大の理由」の有効回答があった3,630件で集計。

■ 能力障害評価／退院の見通し

能力障害評価別に退院の見通しをみると、「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。」では、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」59.8%が最も多く、次いで「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」17.3%であった。また、「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」では、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」72.7%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」14.5%であった。

図表 2-2-47 能力障害評価／退院の見通し





※「能力障害評価」と「退院の見通し」の有効回答があった3,630件で集計。

6) 「重度かつ慢性」暫定基準案に関する分析

「重度かつ慢性」暫定基準案を踏まえ、「精神症状が BPRS 総得点 45 点以上、または BPRS 下位尺度の 1 項目以上で 6 点以上」を満たし、それに加えて「問題行動評価のいずれかが『軽度』以上、または能力障害評価『4』以上」である患者（以下、「重度かつ慢性」該当者）の分析を行った。

結果、両方の項目に該当する「重度かつ慢性」該当者は 70.3%であった。

図表 2-2-48 BPRS／問題行動評価・能力障害評価

		問題行動評価のいずれかの項目が「軽度」以上、または、 能力障害評価「4」以上		
		該当	非該当	合計
BPRS の総得点 45 点以上、または、BPRS 下位尺度の 1 項目以上で 6 点以上	該当	70.3%	1.2%	71.5%
	非該当	22.9%	5.6%	28.5%
	合計	93.2%	6.8%	100.0%

※有効回答のあった 3,242 件で集計。

※「重度かつ慢性」暫定基準案は、平成 25 年厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科））より引用。

※「重度かつ慢性」暫定基準案では、問題行動評価の尺度を「なし」「この 1 ヶ月間にその他の症状、問題行動は見られなかったが、それ以前にはあった」「月に 1～2 回程度」「週 1 回程度」「週 2～3 回」「ほぼ毎日」の 6 段階としているが、本調査では問題行動評価の尺度を「なし」「この 1 ヶ月間にその他の症状、問題行動は見られなかったが、それ以前にはあった」「軽度」「中等度」「やや重度」「重度」の 6 段階として調査を実施した。

暫定基準案に沿った分析を行うにあたり、調査票の項目が異なっている点は慎重に評価する必要はあるが、暫定基準案を用いた過去調査との比較を行い、結果の類似性を認めたことから、本調査の結果について「重度かつ慢性」暫定基準案を用いた分析を実施した。

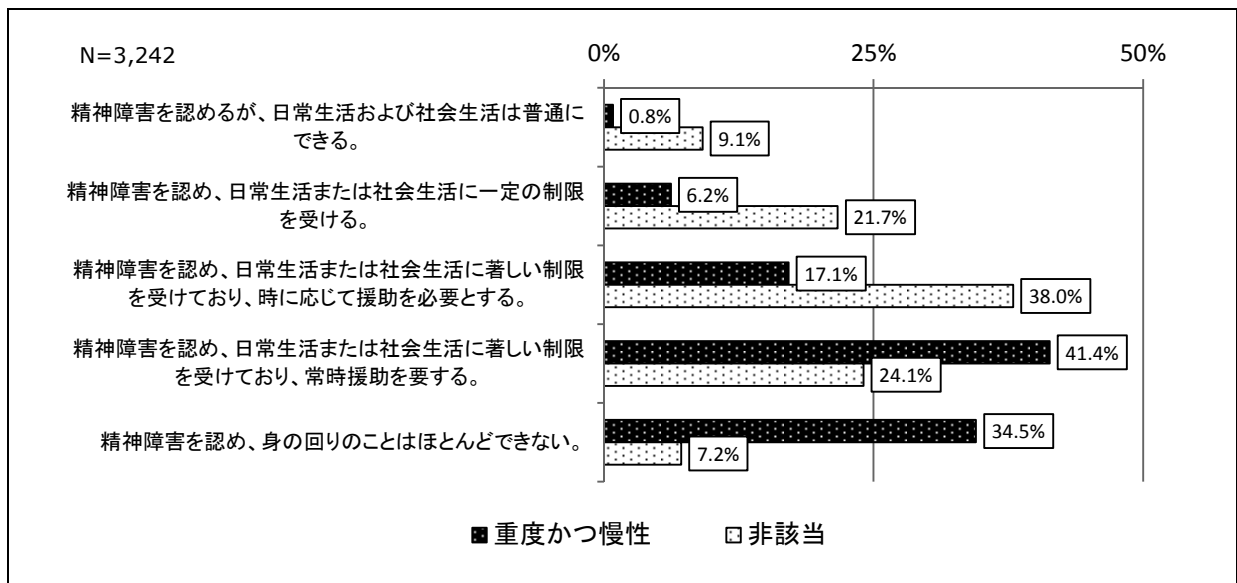
また、「重度かつ慢性」該当の有無による各項目の相違について、下記の通り分析を行った。

■ 「重度かつ慢性」該当者／能力障害評価

「重度かつ慢性」該当者別の能力障害評価をみると、「重度かつ慢性」該当者では「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。」41.4%が最も多く、次いで「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」34.5%であった。

非該当の方では「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。」38.0%が最も多く、次いで「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。」24.1%であった。

図表 2-2-49 「重度かつ慢性」該当者／能力障害評価

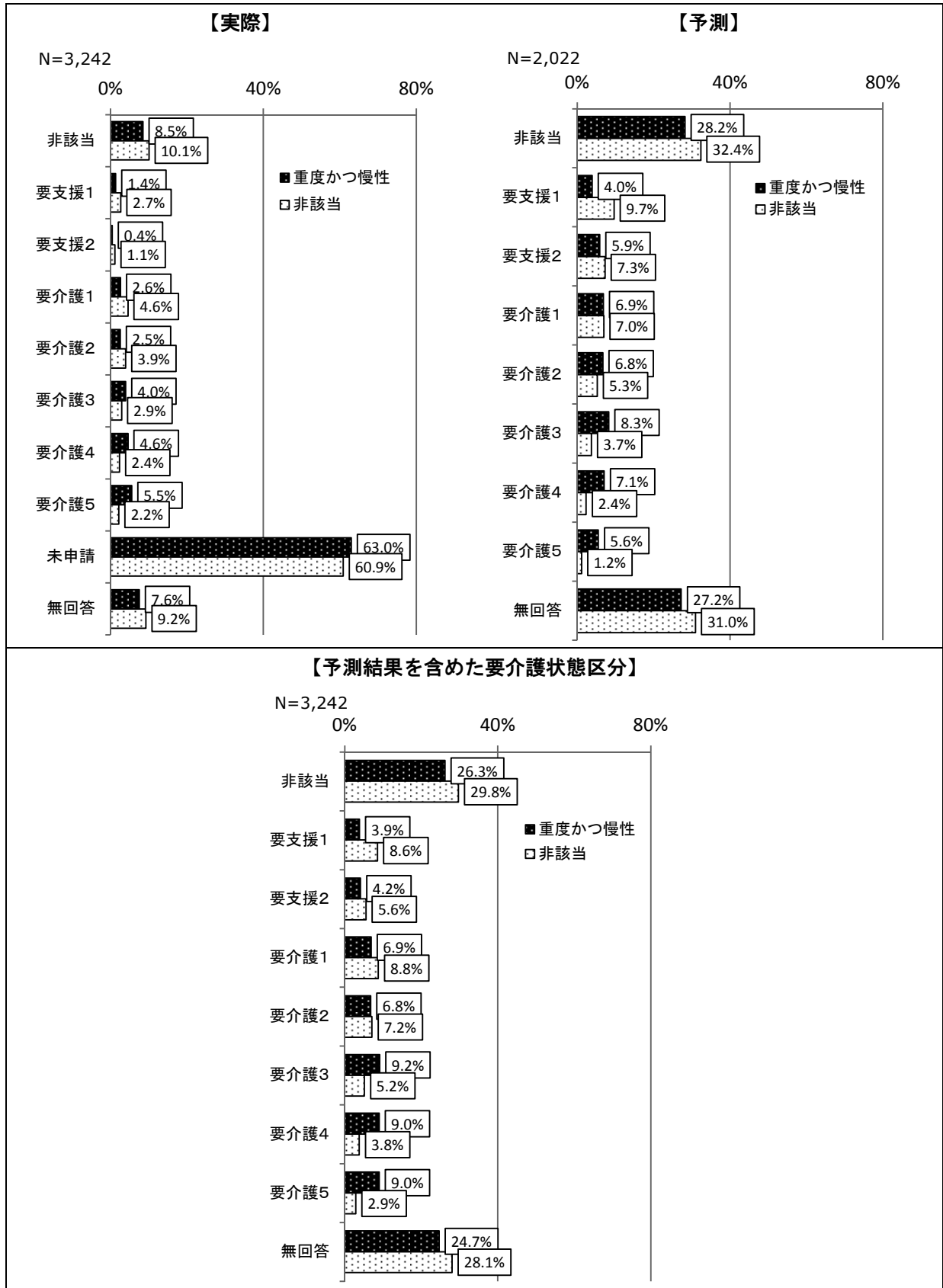


■ 「重度かつ慢性」該当者／要介護状態区分

「重度かつ慢性」該当者別の要介護状態区分をみると、「重度かつ慢性」該当者では、実際については「未申請」63.0%が最も多く、次いで「非該当」8.5%であった。要介護状態区分の予測については「非該当」28.2%が最も多く、次いで「要介護3」8.3%であった。予測結果を含めた要介護状態区分をみると、「非該当」26.3%が最も多く、次いで「要介護3」9.2%であった。

非該当の方では、実際については「未申請」60.9%が最も多く、次いで「非該当」10.1%であった。要介護状態区分の予測については「非該当」32.4%が最も多く、次いで「要支援1」9.7%であった。予測結果を含めた要介護状態区分をみると、「非該当」29.8%が最も多く、次いで「要介護1」8.8%であった。

図表 2-2-50 「重度かつ慢性」 該当者／要介護状態区分

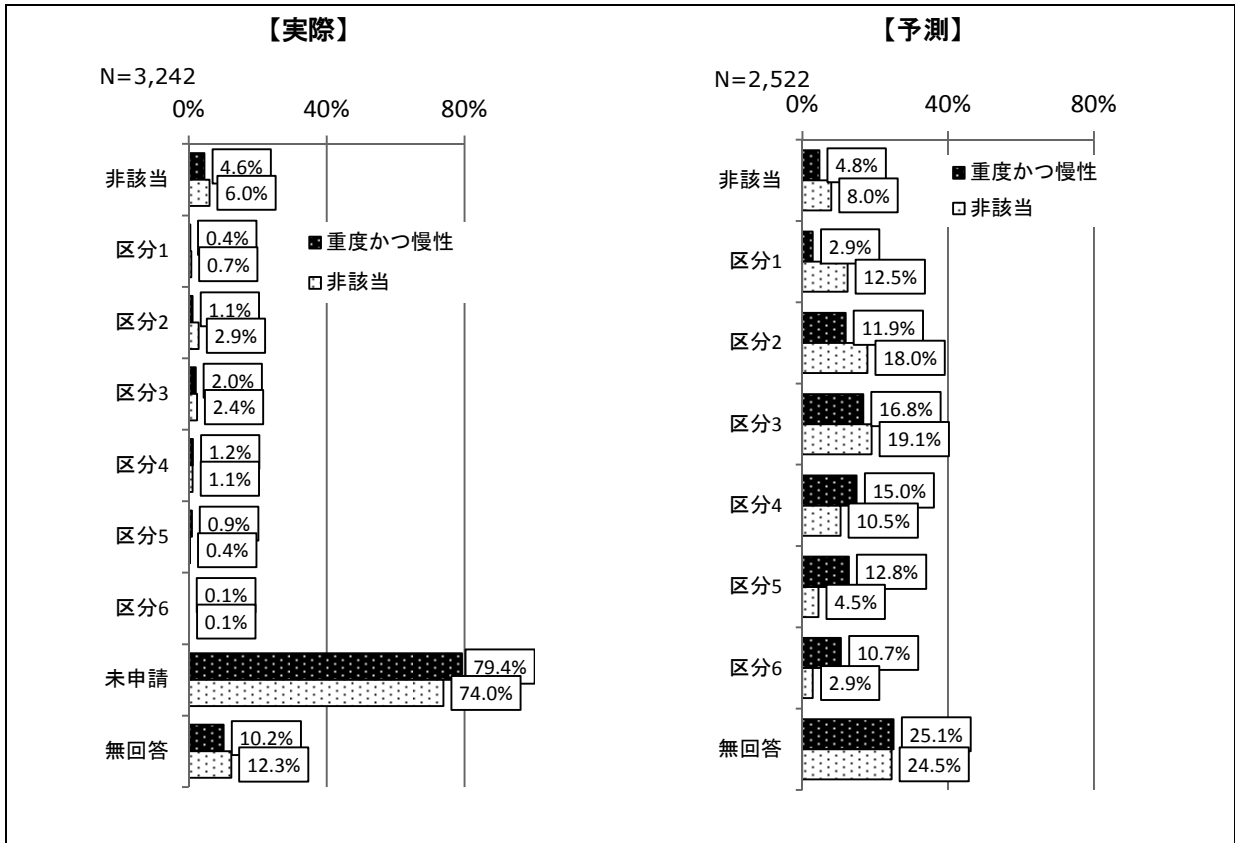


■ 「重度かつ慢性」該当者／障害支援区分

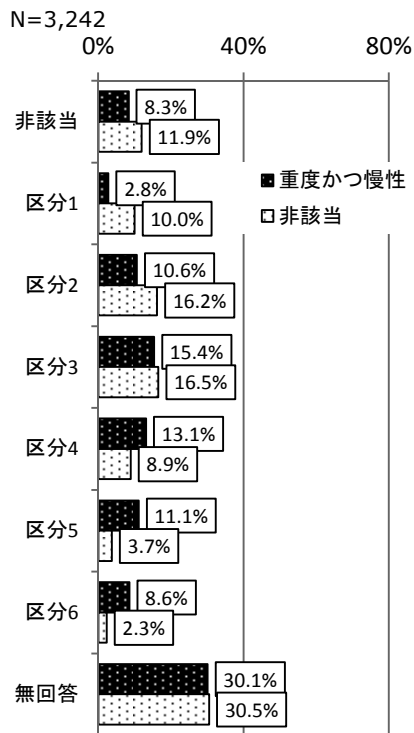
「重度かつ慢性」該当者別の障害支援区分をみると、「重度かつ慢性」該当者では、実際については「未申請」79.4%が最も多く、次いで「非該当」4.6%であった。障害支援区分の予測については「区分3」16.8%が最も多く、次いで「区分4」15.0%であった。予測結果を含めた障害支援区分をみると、「区分3」15.4%が最も多く、次いで「区分4」13.1%であった。

非該当の方では、実際については「未申請」74.0%が最も多く、次いで「非該当」6.0%であった。障害支援区分の予測については「区分3」19.1%が最も多く、次いで「区分2」18.0%であった。予測結果を含めた障害支援区分をみると、「区分3」16.5%が最も多く、次いで「区分2」16.2%であった。

図表 2-2-51 「重度かつ慢性」該当者／障害支援区分



【予測結果を含めた障害支援区分】

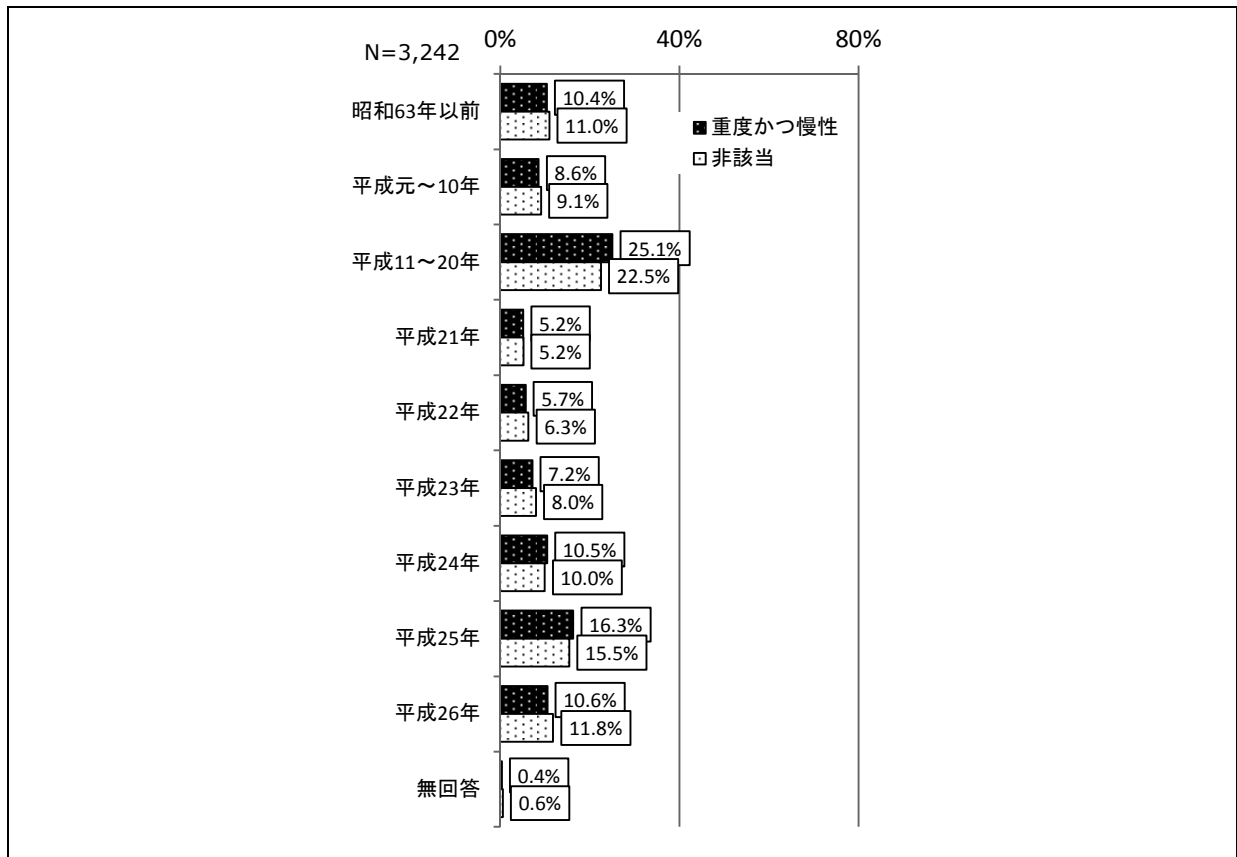


■ 「重度かつ慢性」該当者／入院日

「重度かつ慢性」該当者別の入院日をみると、「重度かつ慢性」該当者では「平成11～20年」25.1%が最も多く、次いで「平成25年」16.3%であった。

非該当の方では「平成11～20年」22.5%が最も多く、次いで「平成25年」15.5%であった。

図表 2-2-52 「重度かつ慢性」該当者／入院日

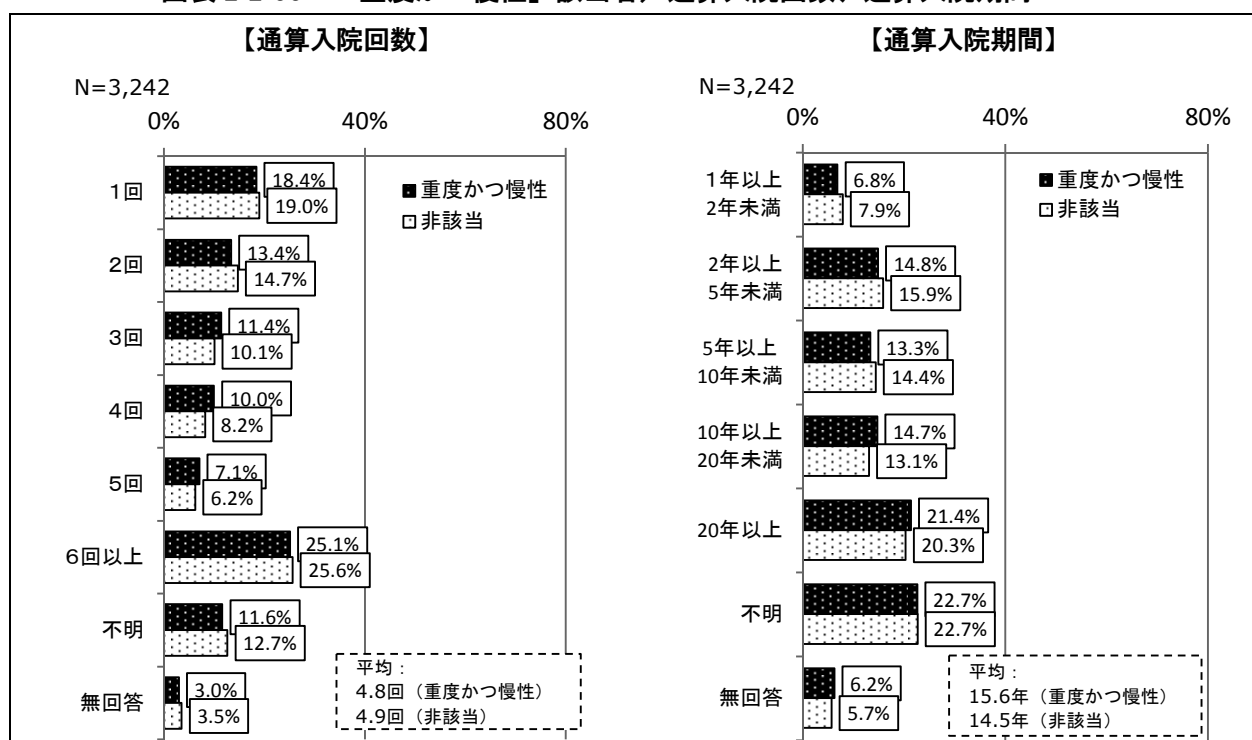


■ 「重度かつ慢性」該当者／通算入院回数、通算入院期間

「重度かつ慢性」該当者別の、精神科・神経科への通算入院回数をみると、「重度かつ慢性」該当者では平均で4.8回であった。内訳としては「6回以上」25.1%が最も多く、次いで「1回」18.4%であった。また、非該当の方では平均で4.9回であり、内訳は「6回以上」25.6%が最も多く、次いで「1回」19.0%であった。

精神科・神経科への通算入院期間をみると、「重度かつ慢性」該当者では平均で15.6年であった。内訳としては「20年以上」21.4%が最も多く、次いで「2年以上5年未満」14.8%であった。また、非該当の方では平均で14.5年であり、内訳は「20年以上」20.3%が最も多く、次いで「2年以上5年未満」15.9%であった。

図表 2-2-53 「重度かつ慢性」該当者／通算入院回数、通算入院期間

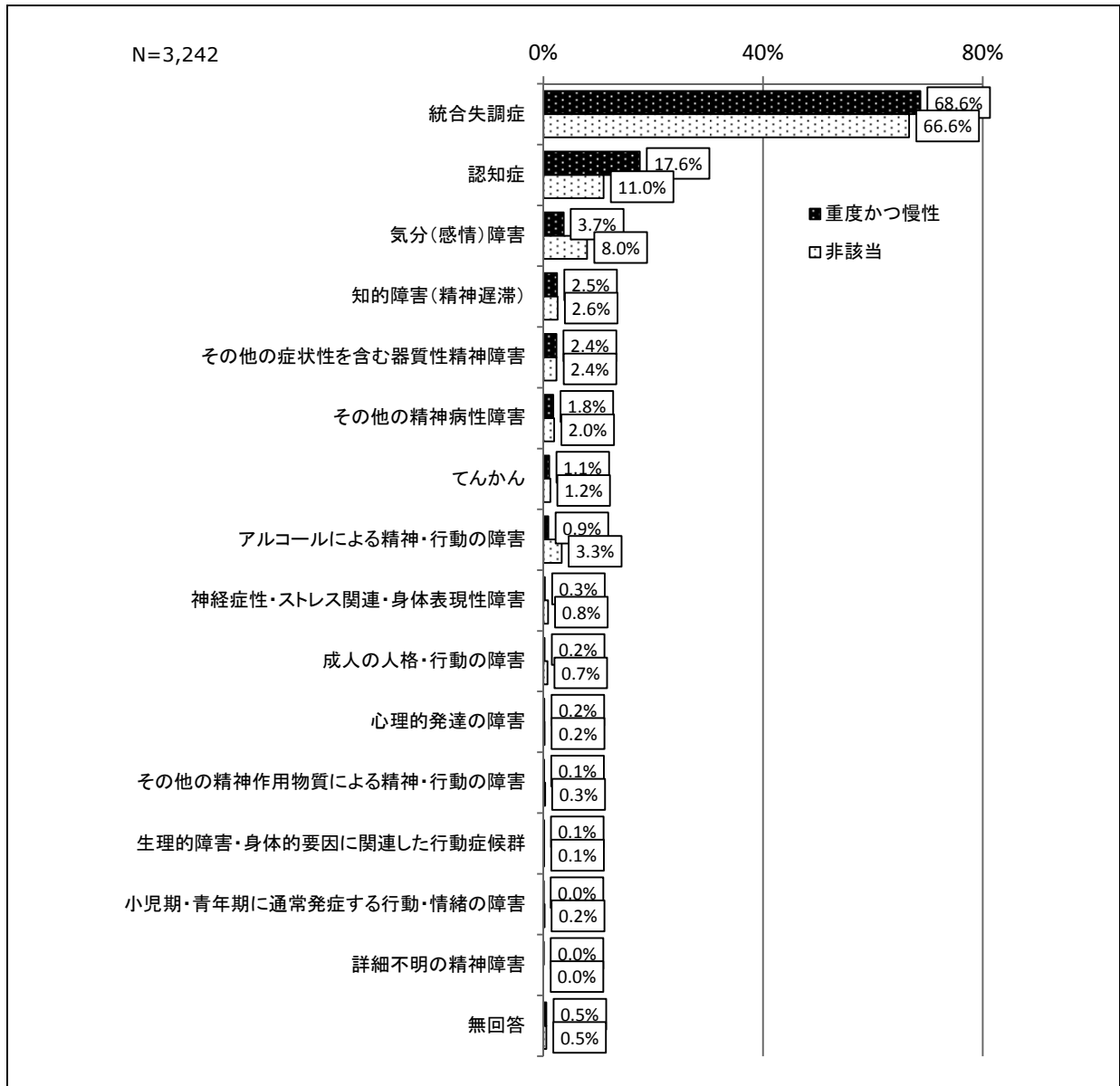


■ 「重度かつ慢性」該当者／主傷病

「重度かつ慢性」該当者別の主傷病をみると、「重度かつ慢性」該当者では「統合失調症」が最も多く68.6%、次いで「認知症」17.6%であった。

非該当の方では「統合失調症」が最も多く66.6%、次いで「認知症」11.0%であった。

図表 2-2-54 「重度かつ慢性」該当者／主傷病

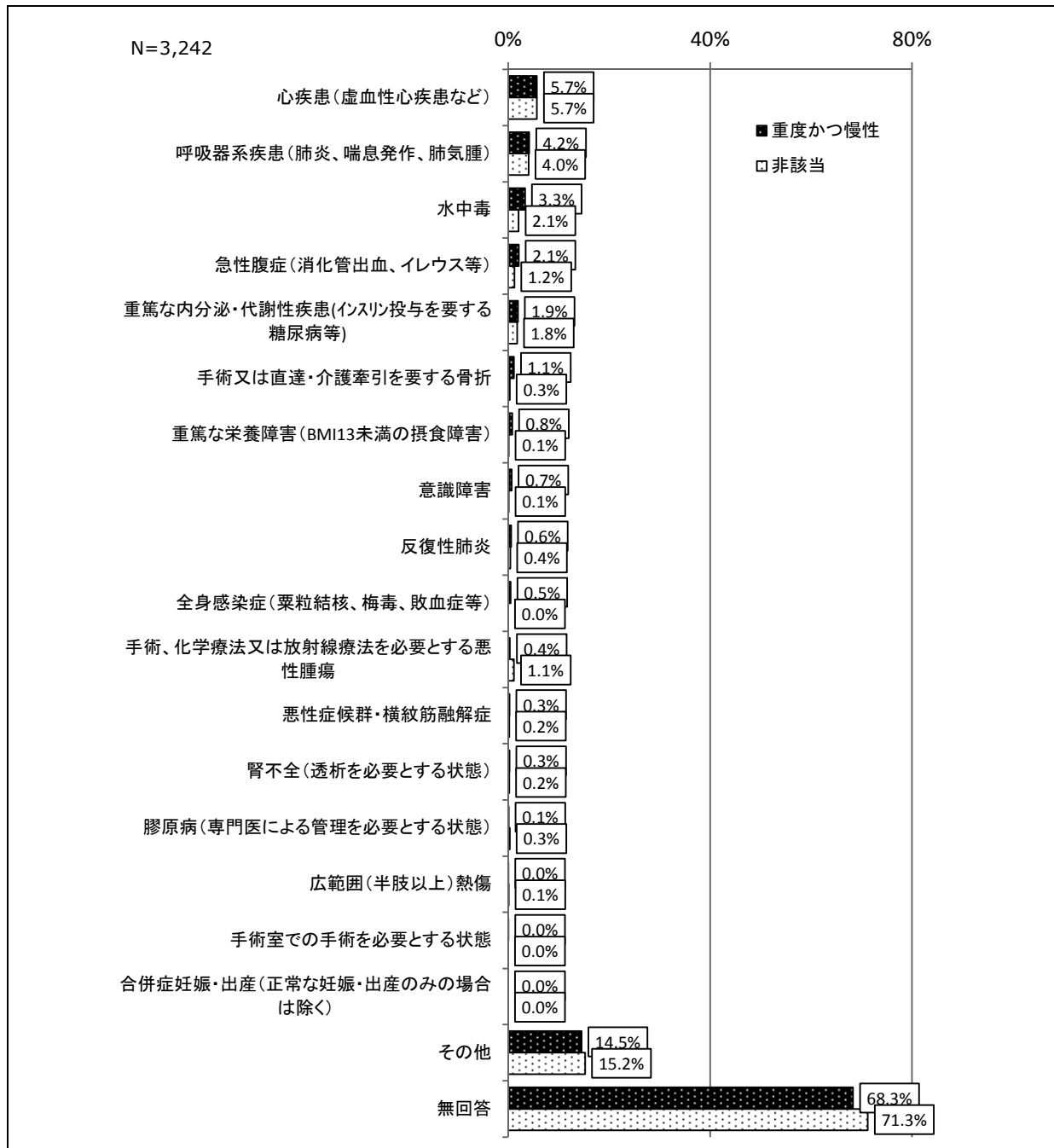


■ 「重度かつ慢性」該当者／身体合併症

「重度かつ慢性」該当者別の身体合併症をみると、「重度かつ慢性」該当者では「心疾患」が最も多く 5.7%、次いで「呼吸器系疾患」4.2%であった。

非該当の方では「心疾患」が最も多く 5.7%、次いで「呼吸器系疾患」4.0%であった。

図表 2-2-55 「重度かつ慢性」該当者／身体合併症

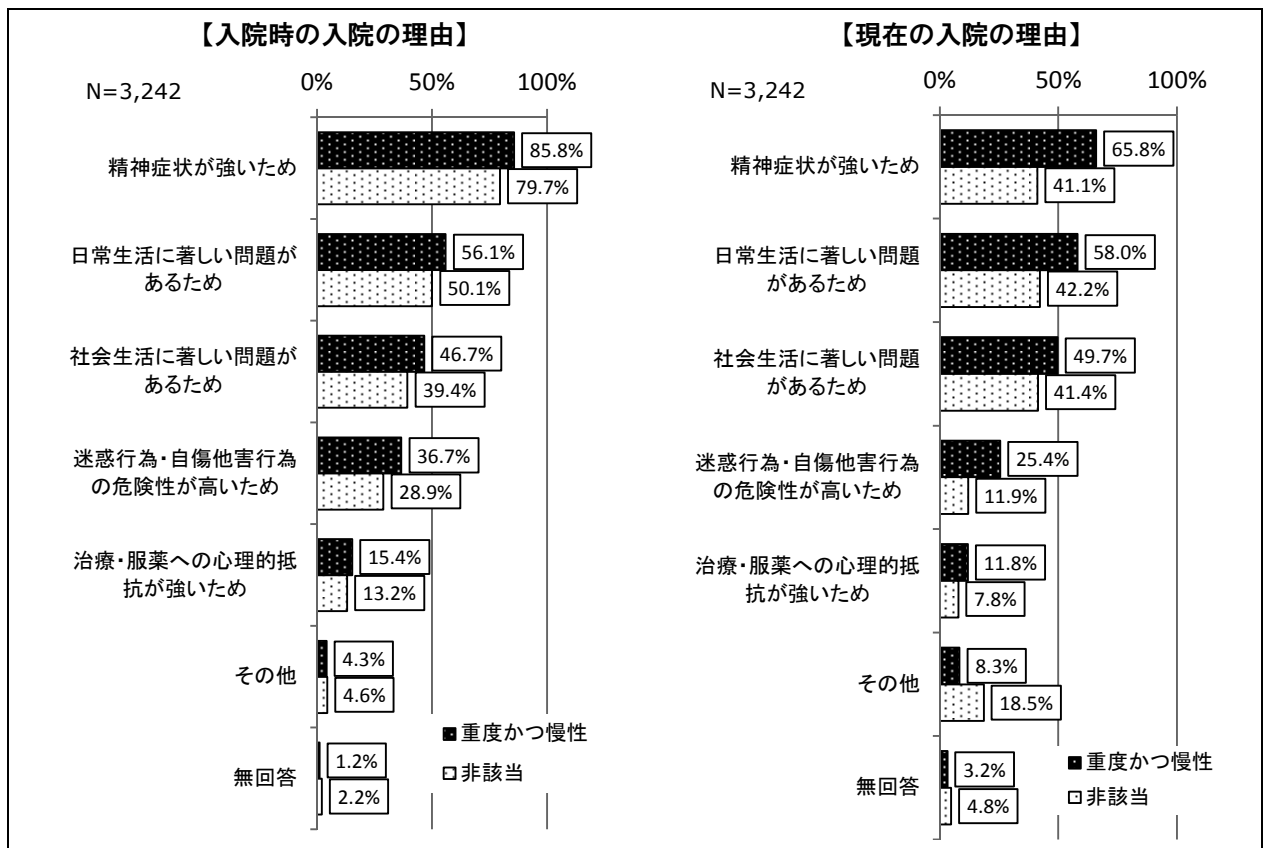


■ 「重度かつ慢性」該当者／入院の理由

「重度かつ慢性」該当者別の入院の理由をみると、「重度かつ慢性」該当者では入院時には「精神症状が強いため」85.8%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」56.1%であった。また、現在の入院の理由では「精神症状が強いため」65.8%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」58.0%であった。

非該当の方では、入院時には「精神症状が強いため」79.7%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」50.1%であった。また、現在の入院の理由では「日常生活に著しい問題があるため」42.2%が最も多く、次いで「社会生活に著しい問題があるため」41.4%であった。

図表 2-2-56 「重度かつ慢性」該当者／入院の理由

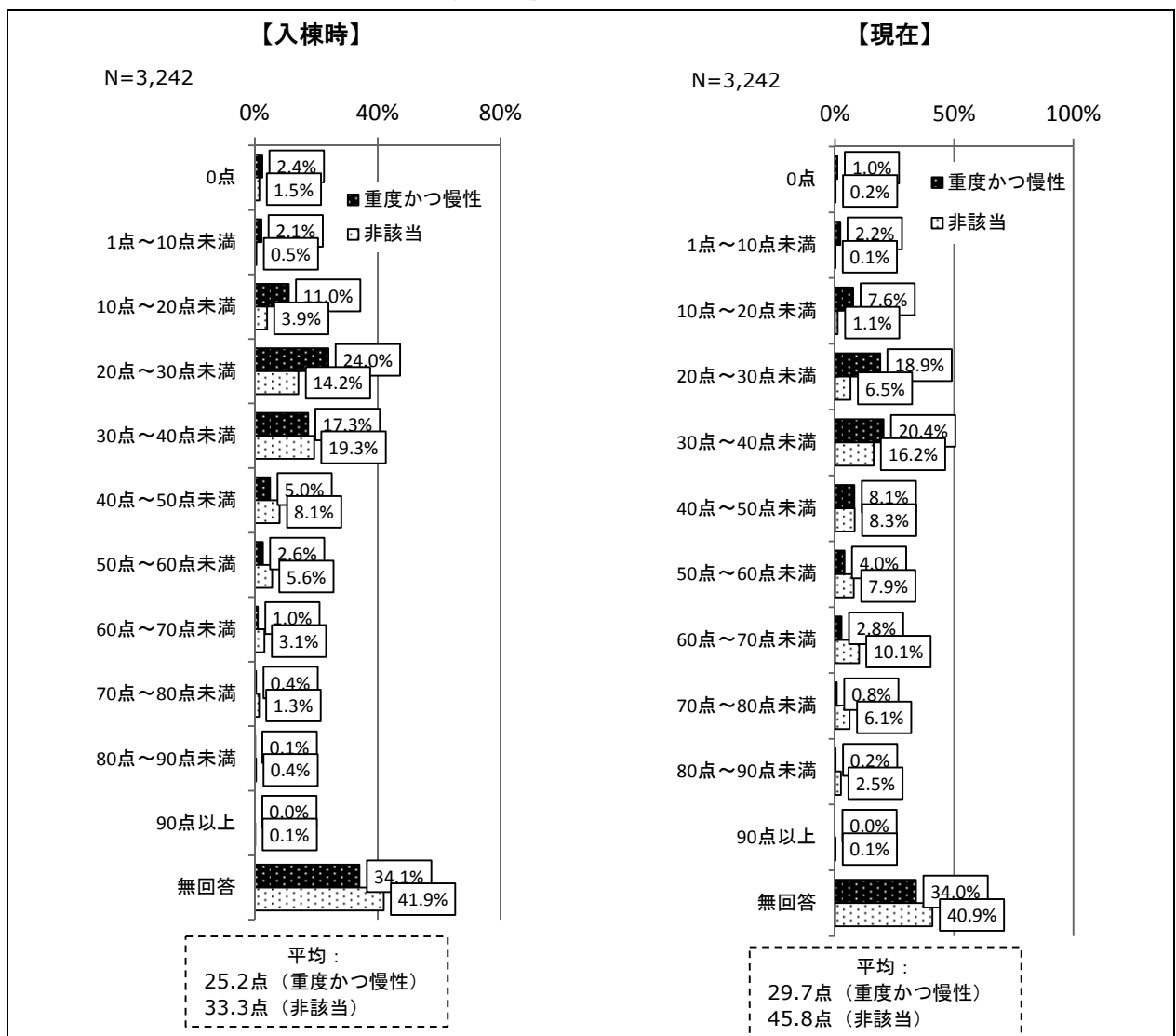


■ 「重度かつ慢性」 該当者／GAF スコア

「重度かつ慢性」 該当者別の GAF スコアをみると、「重度かつ慢性」 該当者では、入棟時は「20 点～30 点未満」 24.0%が最も多く、次いで「30 点～40 点未満」 17.3%であった。また、現在の GAF スコアは「30 点～40 点未満」 20.4%が最も多く、次いで「20 点～30 点未満」 18.9%であった。

非該当の方は、入棟時は「30 点～40 点未満」 19.3%が最も多く、次いで「20 点～30 点未満」 14.2%であった。また、現在の GAF スコアは「30 点～40 点未満」 16.2%が最も多く、次いで「60 点～70 点未満」 10.1%であった。

図表 2-2-57 「重度かつ慢性」 該当者／GAF スコア

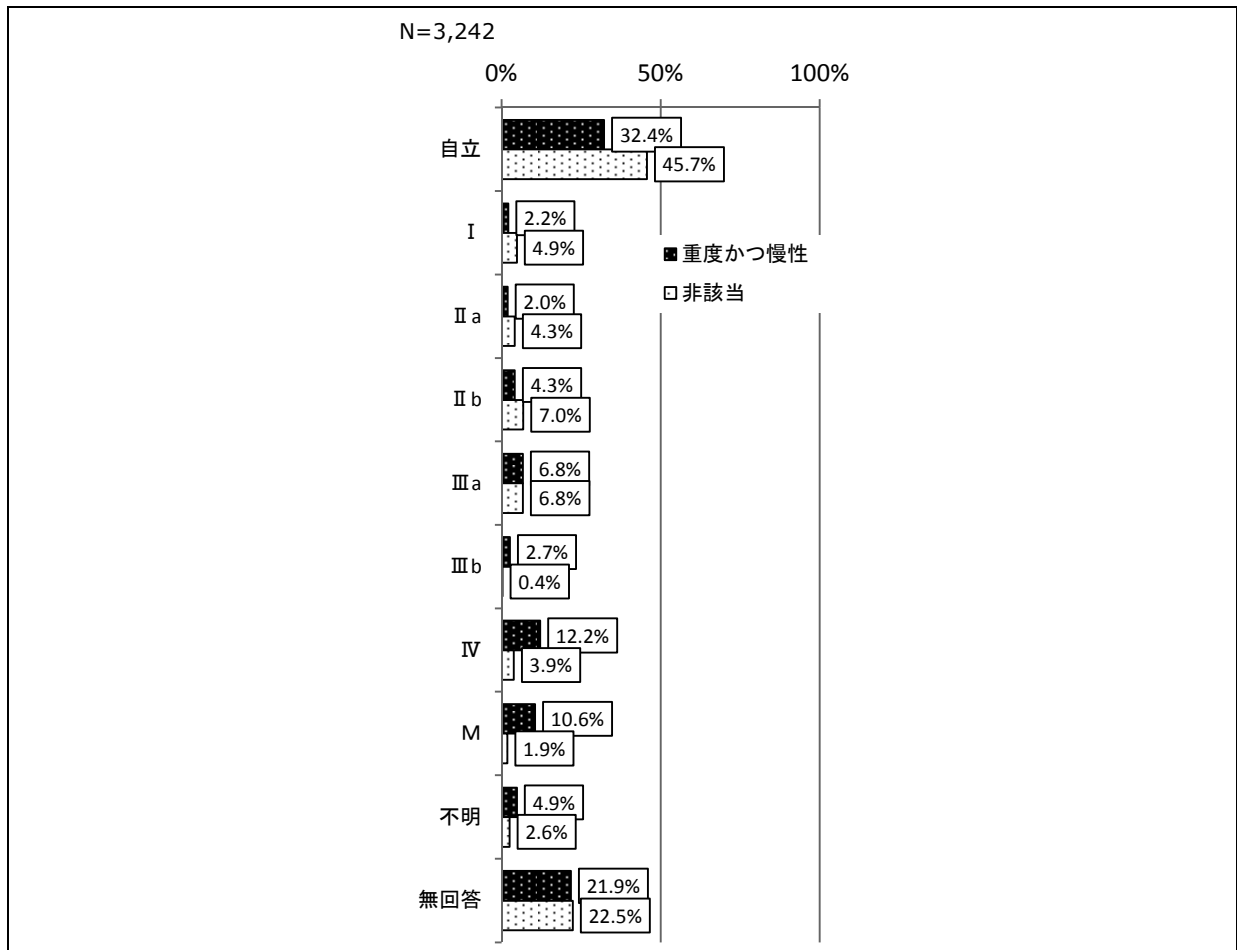


■ 「重度かつ慢性」該当者／認知症高齢者の日常生活自立度

「重度かつ慢性」該当者別の認知症高齢者の日常生活自立度をみると、「重度かつ慢性」該当者では「自立」32.4%が最も多く、次いで「IV」12.2%であった。

非該当の方は、「自立」45.7%が最も多く、次いで「II b」7.0%であった。

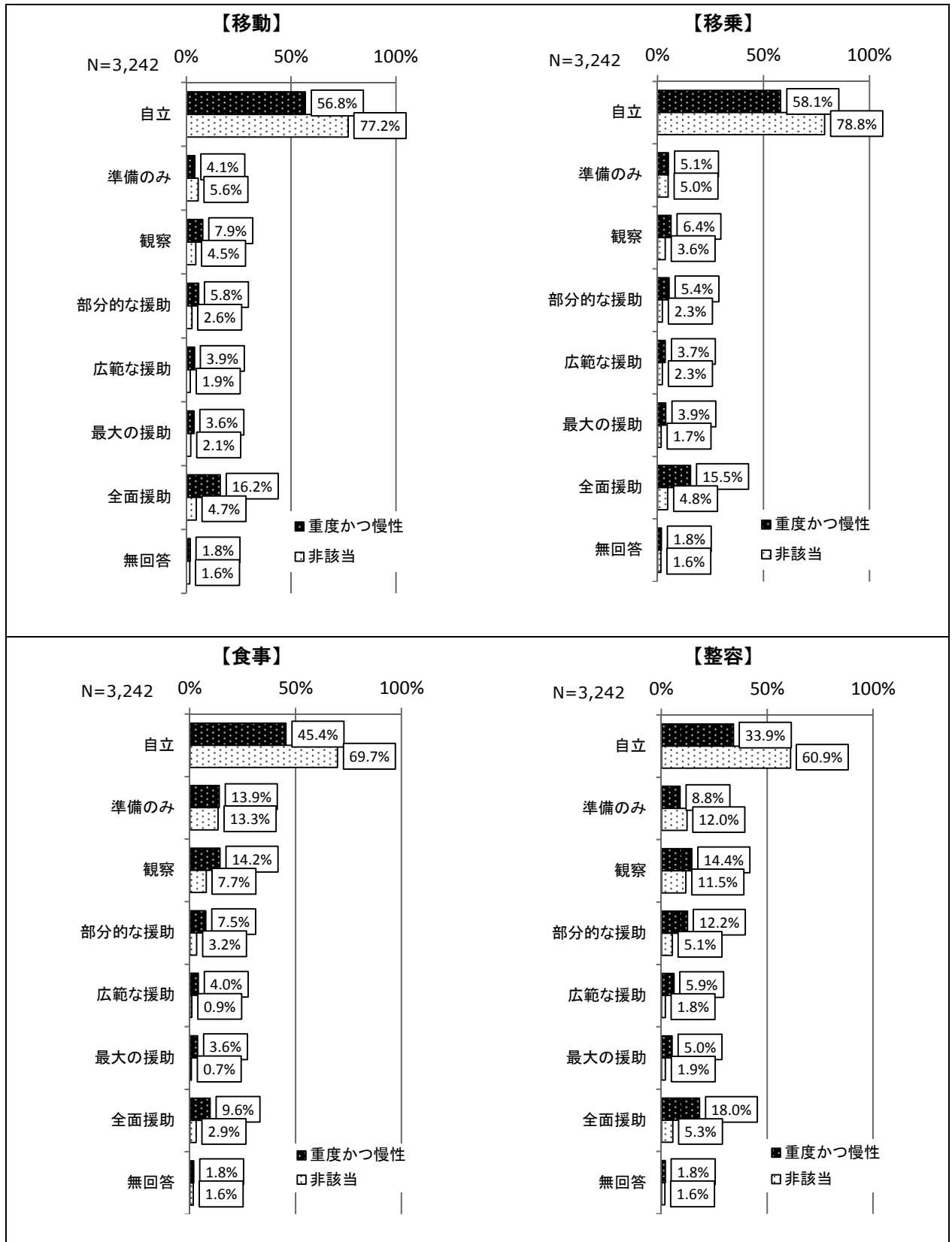
図表 2-2-58 「重度かつ慢性」該当者／認知症高齢者の日常生活自立度

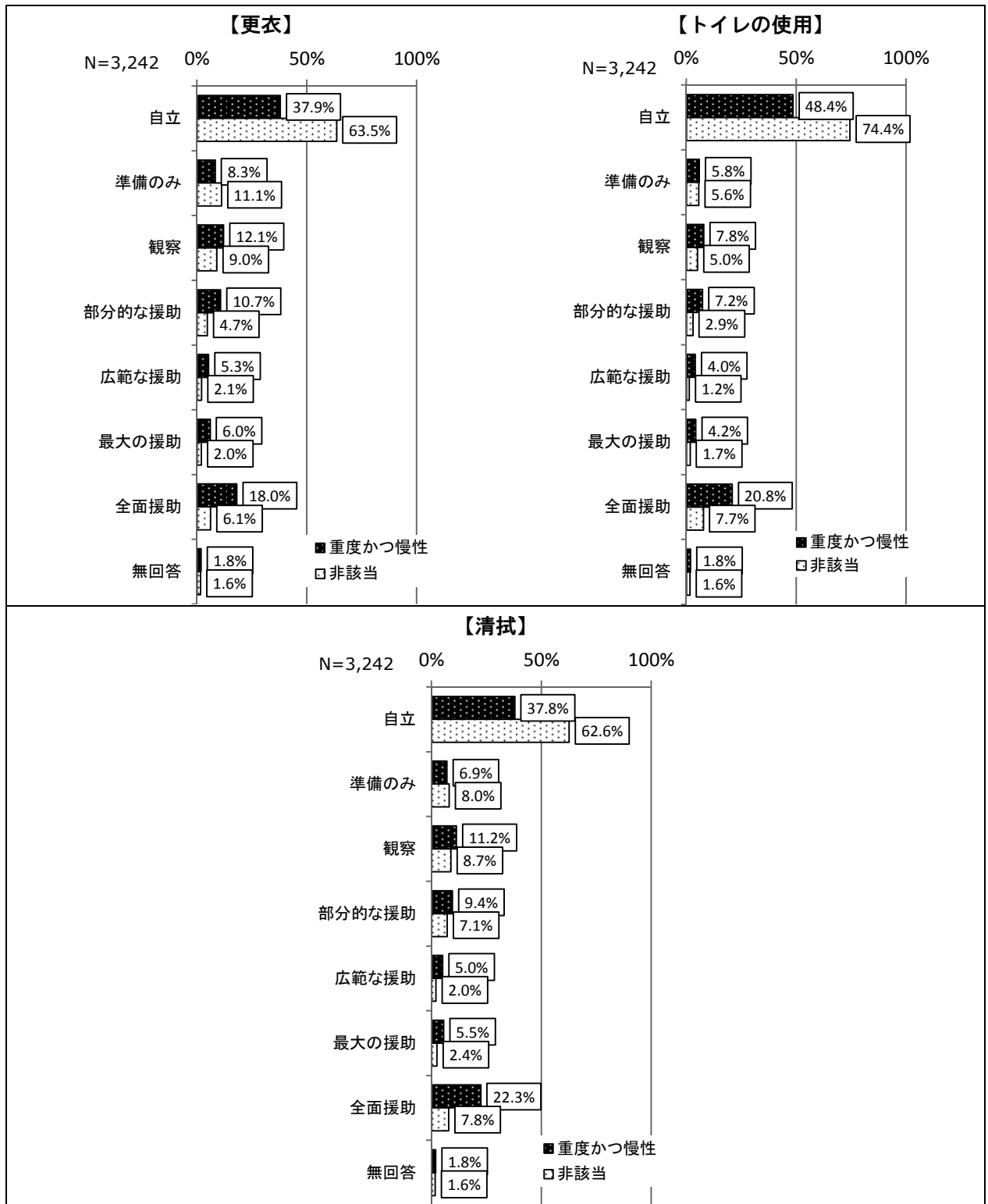


■ 「重度かつ慢性」該当者／ADL

「重度かつ慢性」該当者別の ADL をみると、「重度かつ慢性」該当者では各項目について「自立」が 30%から 60%の範囲内であった。非該当の方では、各項目について「自立」が 60%から 80%の範囲内であった。

図表 2-2-59 「重度かつ慢性」該当者／ADL



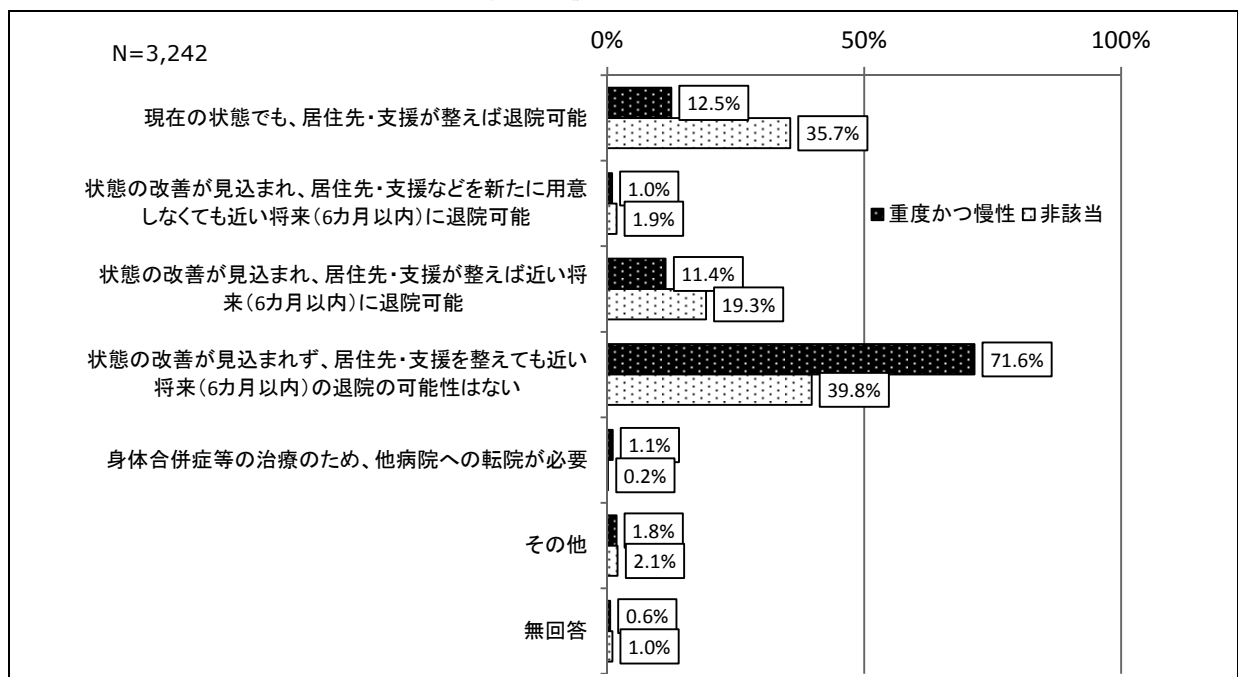


■ 「重度かつ慢性」該当者／退院の見通し

「重度かつ慢性」該当者別の退院の見通しをみると、「重度かつ慢性」該当者では「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」71.6%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援を整えば退院可能」12.5%であった。

非該当の方は、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」39.8%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援を整えば退院可能」35.7%であった。

図表 2-2-60 「重度かつ慢性」該当者／退院の見通し

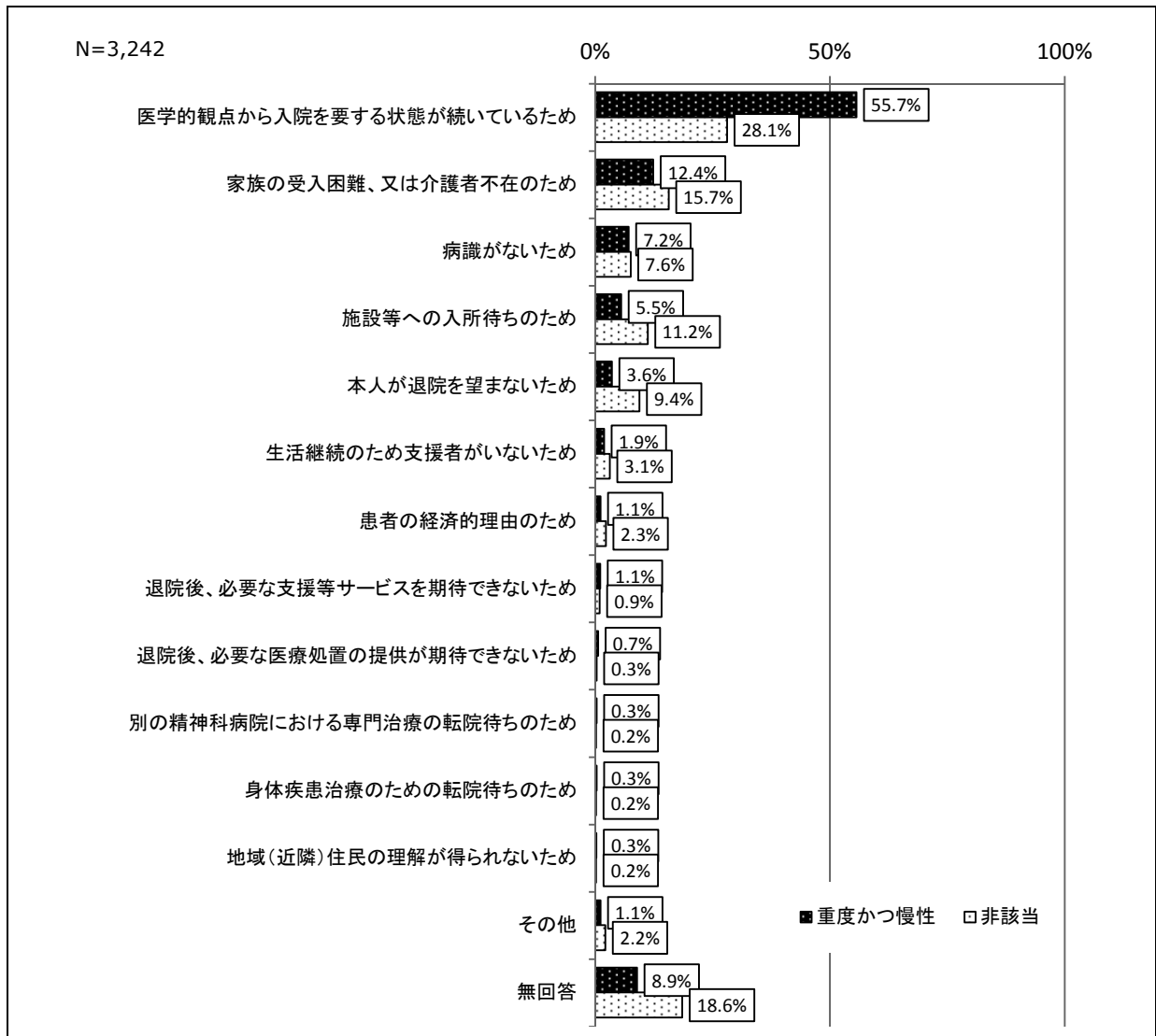


■ 「重度かつ慢性」該当者／現在退院できない最大の理由

「重度かつ慢性」該当者別の現在退院できない最大の理由をみると、「重度かつ慢性」該当者では「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」55.7%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」12.4%であった。

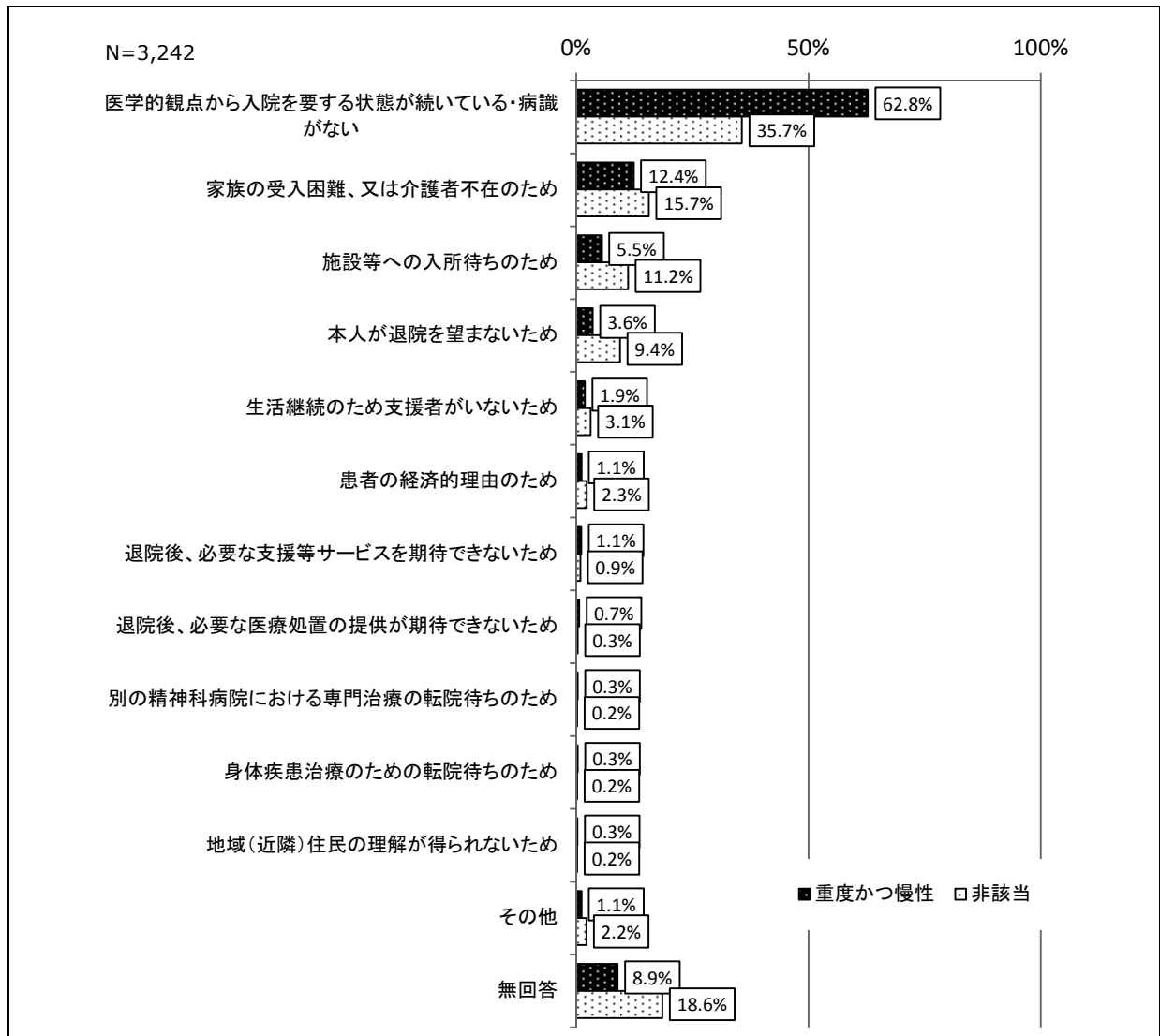
非該当の方では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」28.1%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」15.7%であった。

図表 2-2-61 「重度かつ慢性」該当者／現在退院できない最大の理由



また、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」と「病識がないため」を、医学的理由として1つの項目にまとめると、「重度かつ慢性」該当者では62.8%、非該当の方では35.7%であった。

図表 2-2-62 「重度かつ慢性」該当者／現在退院できない最大の理由
 (「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」と「病識がないため」を統合)

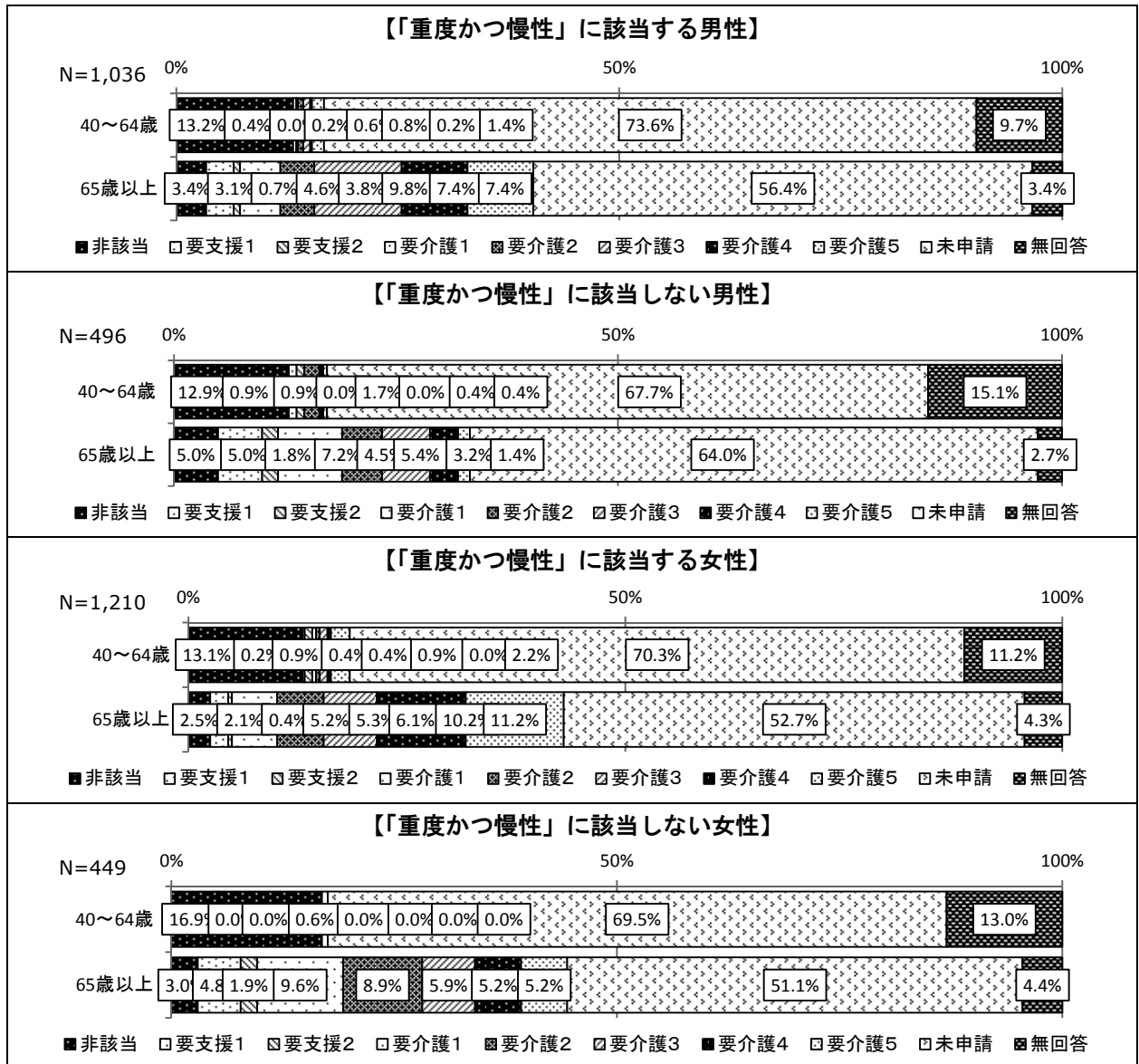


■ 「重度かつ慢性」該当者／年齢・性別／要介護状態区分

「重度かつ慢性」該当者別、年齢・性別別に要介護状態区分（実際）をみると、「重度かつ慢性」に該当する65歳以上の男性では、未申請を除くと「要介護3」9.8%が最も多く、次いで「要介護4」と「要介護5」が両者とも7.4%であった。「重度かつ慢性」に該当しない65歳以上の男性では「要介護1」7.2%が最も多く、次いで「要介護3」5.4%であった。

「重度かつ慢性」に該当する65歳以上の女性では、未申請を除くと「要介護5」11.2%が最も多く、次いで「要介護4」10.2%であった。「重度かつ慢性」に該当しない65歳以上の女性では「要介護1」9.6%が最も多く、次いで「要介護2」8.9%であった。

図表 2-2-63 「重度かつ慢性」該当者／年齢・性別／要介護状態区分

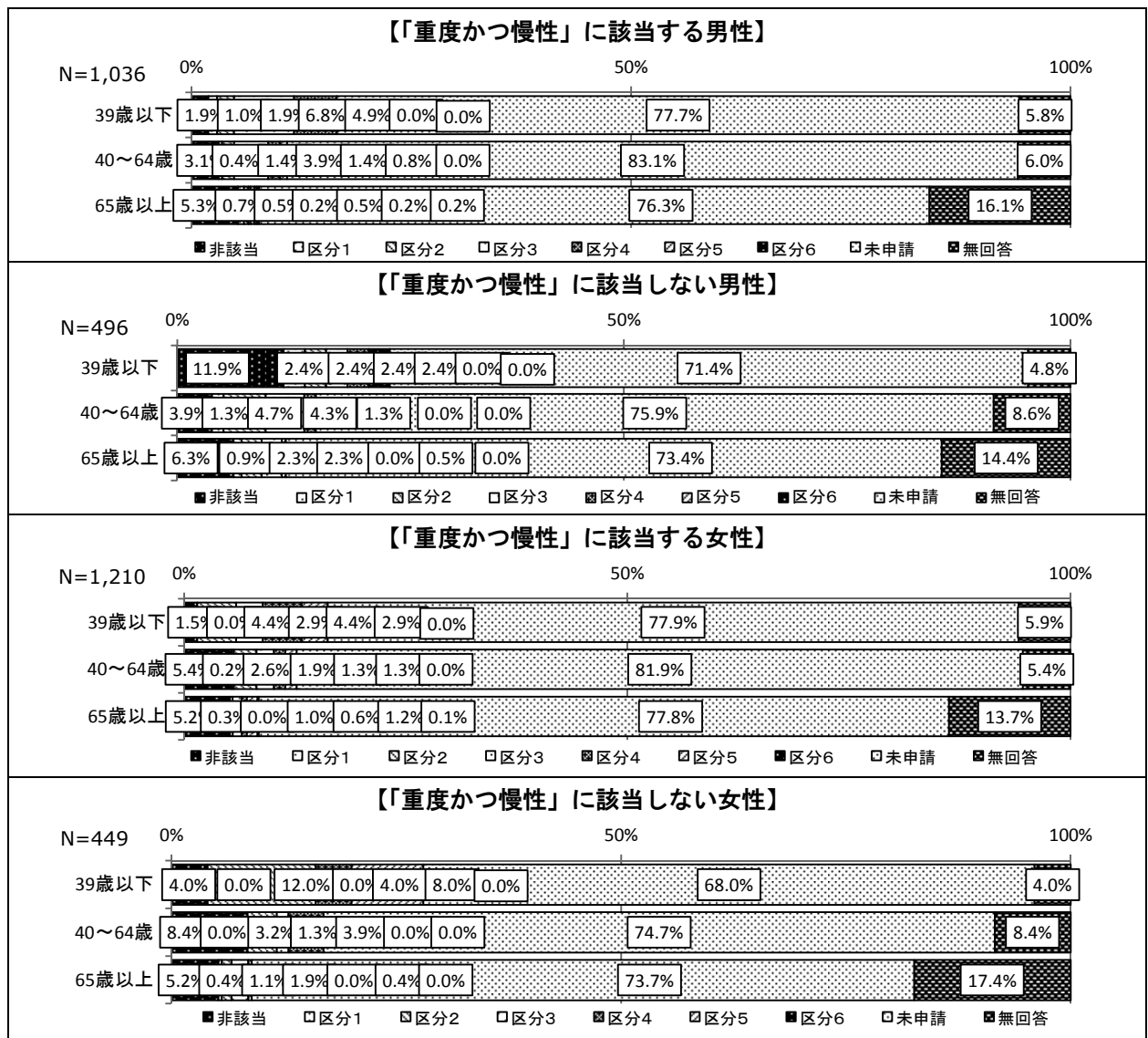


■ 「重度かつ慢性」該当者／年齢・性別／障害支援区分

「重度かつ慢性」該当者別、年齢・性別別に障害支援区分（実際）をみると、「重度かつ慢性」に該当する39歳以下の男性では、未申請を除くと「区分3」6.8%、65歳以上の男性では「非該当」5.3%が最も多かった。「重度かつ慢性」に該当しない39歳以下の男性では「非該当」11.9%、65歳以上の男性では「非該当」5.3%が最も多かった。

「重度かつ慢性」に該当する39歳以下の女性では、未申請を除くと「区分2」「区分4」4.4%、65歳以上の女性では「非該当」5.2%が最も多かった。「重度かつ慢性」に該当しない39歳以下の女性では「区分2」12.0%、65歳以上の女性では「非該当」5.2%が最も多かった。

図表 2-2-64 「重度かつ慢性」該当者／年齢・性別／障害支援区分



第3章 相談支援事業所・居宅介護支援事業所の状況

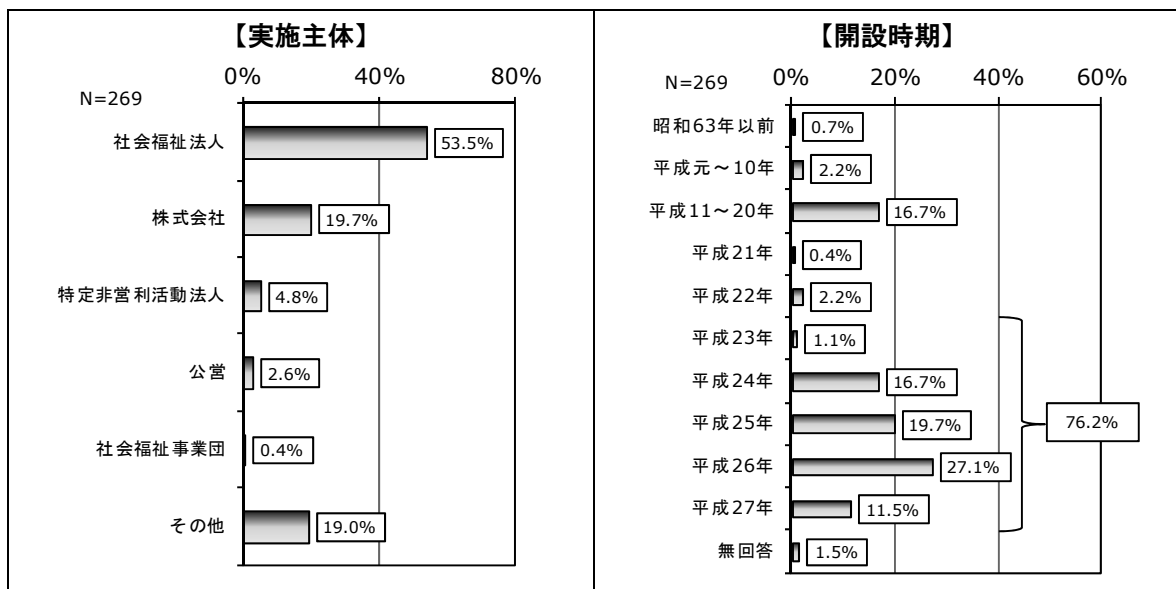
1. 事業所票（事業所調査）の結果

1) 実施主体・開設時期・事業所種類

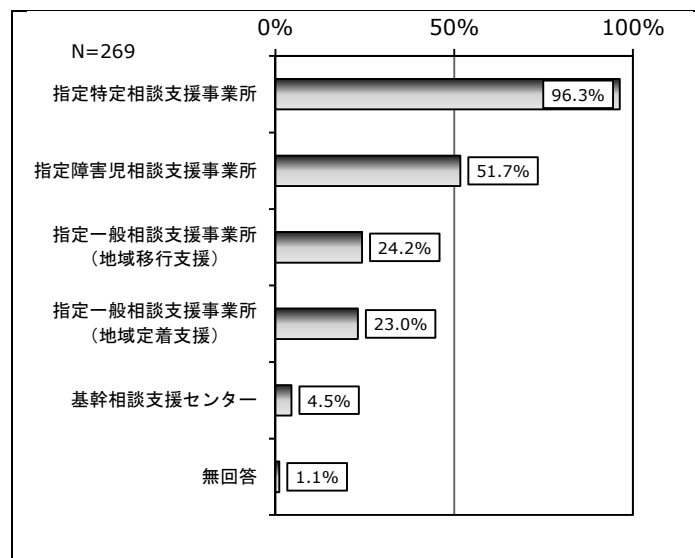
回答が得られた269事業所（相談支援事業所及び居宅介護支援事業所の指定を受けている事業所）の概況についてみると、実施主体については「社会福祉法人」53.5%が最も多く、次いで「株式会社」19.7%であった。また、開設時期は「平成26年」27.1%が最も多く、平成23年以降の直近5カ年以内に開設した事業所が計76.2%であった。

事業所種類については、「指定特定相談支援事業所」96.3%が最も多く、次いで「指定障害児相談支援事業所」51.7%であった。

図表 3-1-1 実施主体・開設時期



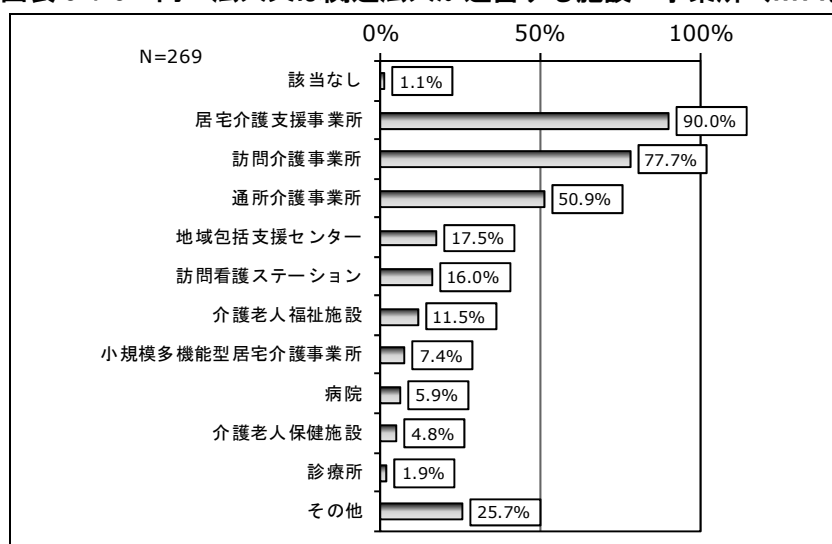
図表 3-1-2 事業所種類 (MA)



2) 同一法人又は関連法人が運営する施設・事業所

回答事業所と同一法人又は関連法人が運営する施設・事業所の種類をみると、「居宅介護支援事業所」90.0%が最も多く、次いで「訪問介護事業所」77.7%、「通所介護事業所」50.9%であった。なお、「該当なし」は1.1%であった。

図表 3-1-3 同一法人又は関連法人が運営する施設・事業所 (MA)



3) 職員数

1事業所当たり職員数（実人数）をみると、相談支援に従事する職員は平均 2.3 人（うち精神保健福祉士（PSW）資格保有者 0.4 人、以下同じ）であった。

内訳をみると、常勤専従の職員 0.6 人（0.2 人）、常勤兼務の職員 1.4 人（0.1 人）、ピアカウンセリングを行う職員（ピアカウンセラー）0.1 人（0.0 人）、相談支援専門員 1.8 人（0.3 人）であった。

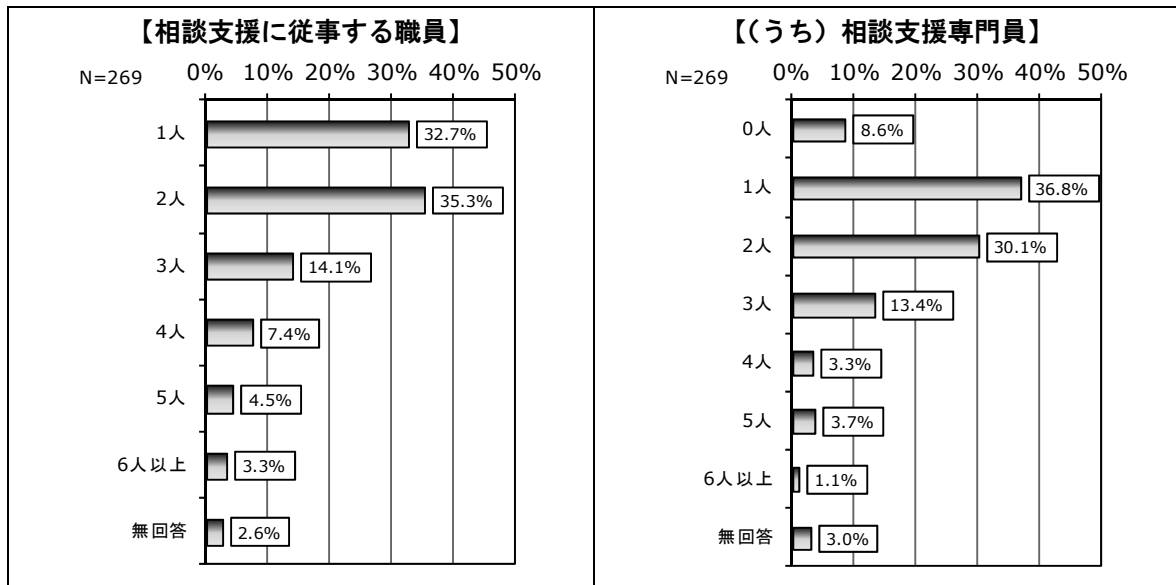
図表 3-1-4 1事業所当たり職員数（実人数）

	職員数	(うち) P S W
相談支援に従事する職員	2.3 人	0.4 人
（うち）常勤専従の職員	0.6 人	0.2 人
（うち）常勤兼務の職員	1.4 人	0.1 人
（うち）ピアカウンセリングを行う職員（ピアカウンセラー）	0.1 人	0.0 人
（うち）相談支援専門員	1.8 人	0.3 人

※有効回答のあった 262 事業所で集計

1 事業所当たり職員数（実人数）について、相談支援に従事する職員の分布をみると、「2人」35.3%が最も多く、次いで「1人」32.7%であった。また、相談支援専門員のみでみると、「1人」36.8%が最も多く、次いで「2人」30.1%であった。

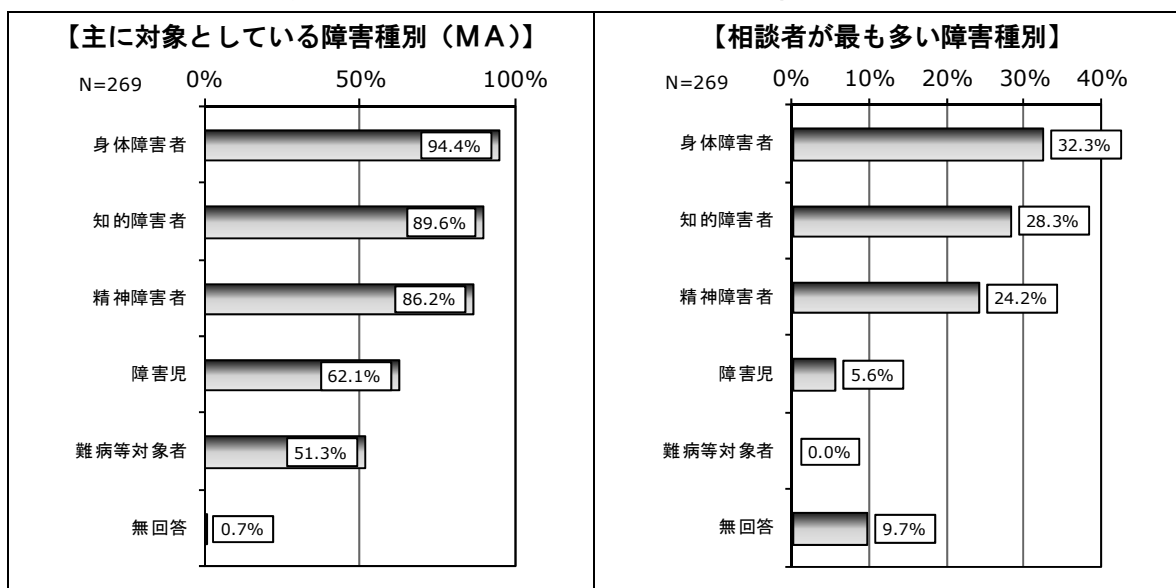
図表 3-1-5 1 事業所当たり職員数の分布



4) 主に対象としている相談者の障害種別

主に対象としている相談者の障害種別をみると、「身体障害者」94.4%が最も多く、次いで「知的障害者」89.6%であった。また、相談者が最も多い障害種別は「身体障害者」32.3%が最も多く、次いで「知的障害者」28.3%であった。

図表 3-1-6 主に対象としている相談者の障害種別



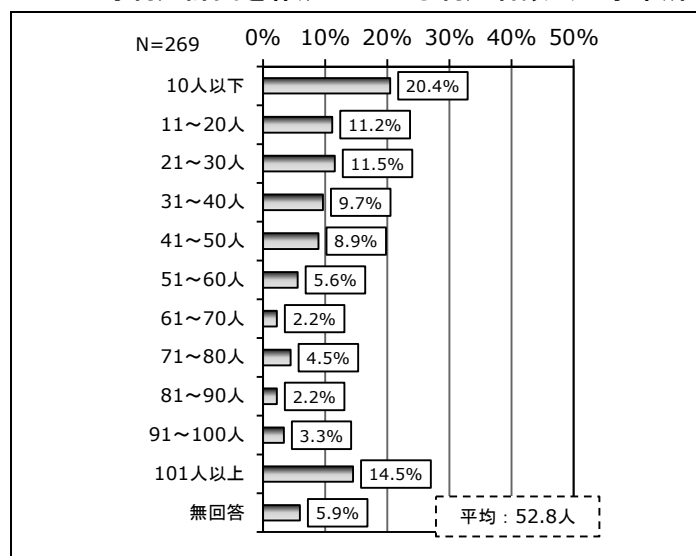
5) サービス等利用計画を作成している利用者の状況

■ サービス等利用計画を作成している利用者数

1事業所当たりのサービス等利用計画を作成している利用者数は平均52.8人であり、その分布をみると、「10人以下」20.4%が最も多く、次いで「101人以上」14.5%であった。

さらに、単給／併給区分別にみると、障害福祉サービスのみの利用者は平均50.3人、障害福祉サービス及び介護保険サービスの併給利用者は平均2.5人であった。

図表 3-1-7 サービス等利用計画を作成している利用者数（1事業所当たり）の分布



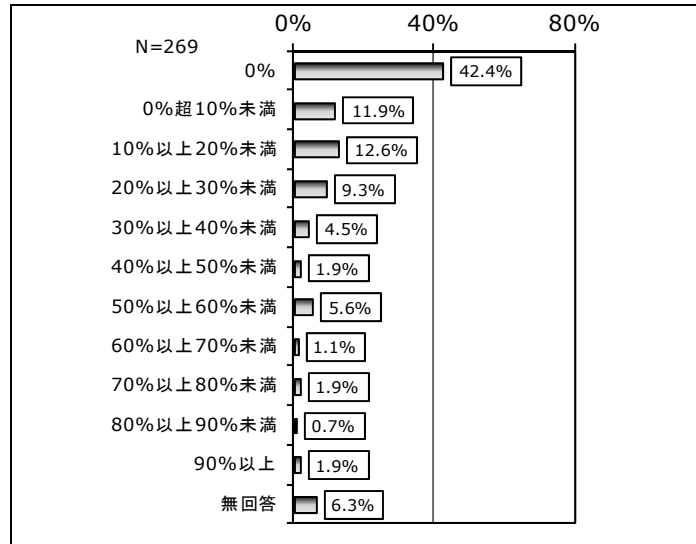
図表 3-1-8 サービス等利用計画を作成している利用者数（1事業所当たり）；単給/併給区分別

	障害福祉サービスのみの利用者	障害福祉サービス ・介護保険サービスの併給利用者
障害福祉サービスの利用者	50.3人	2.5人
（うち）40～64歳の利用者	30.5人	0.8人
（うち）65歳以上の利用者	4.3人	1.7人

※有効回答のあった253事業所で集計

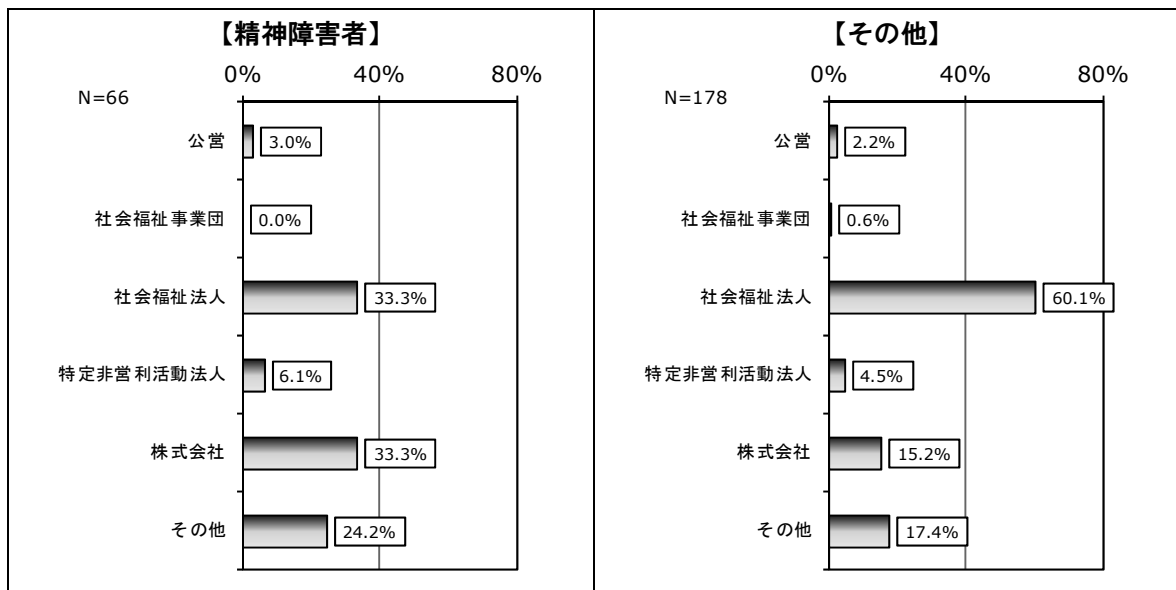
なお、計画相談支援のサービス利用者に占める精神障害者の割合別に事業所数の分布をみると、「0%」42.4%が最も多く、次いで「10%以上 20%未満」12.6%であった。

図表 3-1-9 計画相談支援のサービス利用者に占める精神障害者の割合別にみた事業所数の分布



相談者に最も多い障害種別が「精神障害者」である事業所と、「その他（身体障害者、知的障害者、障害児、難病等対象者）」である事業所に区分して、実施主体についてみると、「精神障害者」では「社会福祉法人」と「株式会社」が33.3%で最も多く、「その他」では「社会福祉法人」60.1%が最も多くなっていた。

図表 3-1-10 相談者に最も多い障害種別の区分でみた実施主体

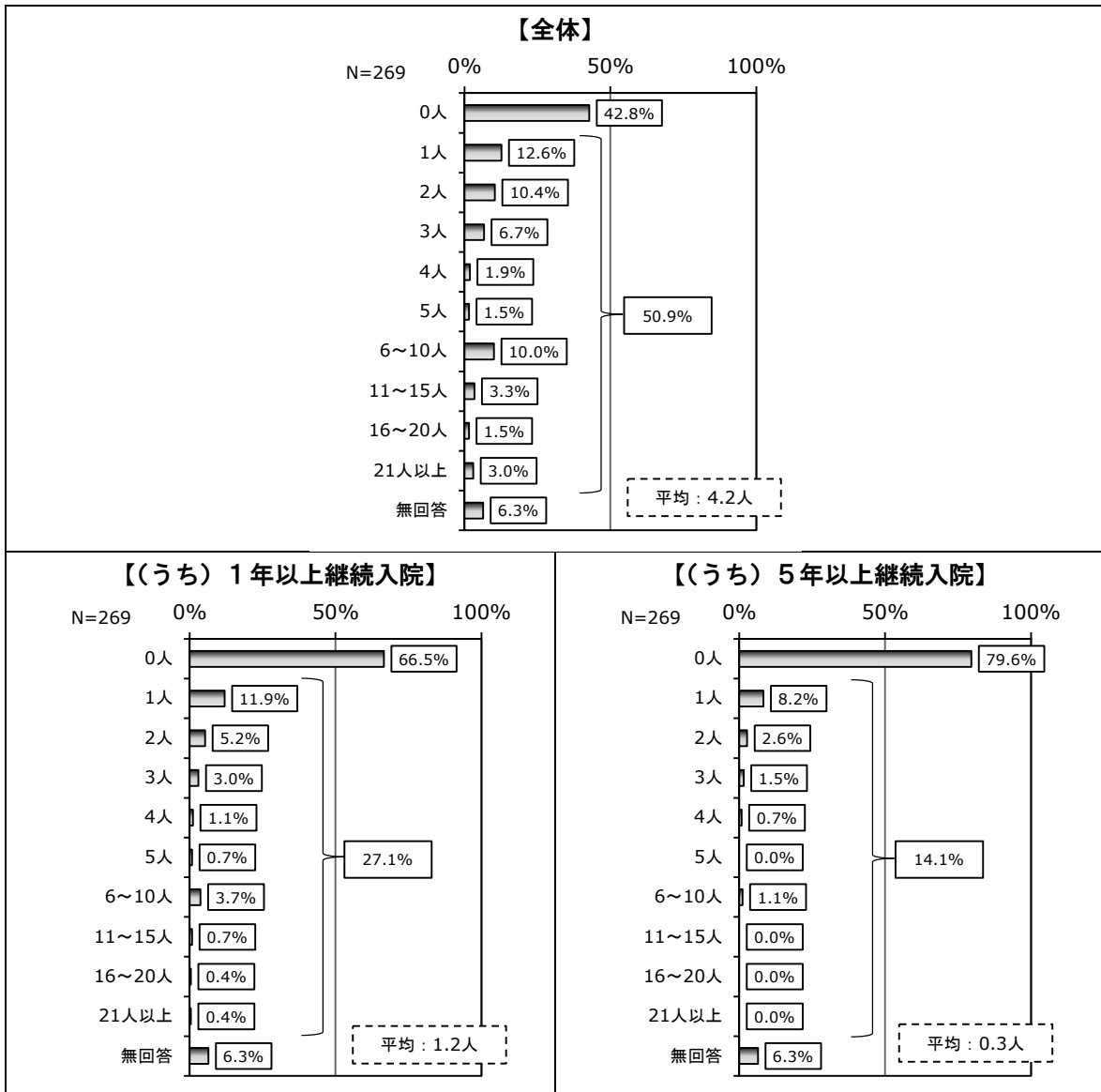


■ 精神障害のために入院していたことのある利用者数

サービス等利用計画を作成している利用者のうち、主たる障害種別が精神障害であり、過去に精神障害のために入院していたことのある利用者数は平均 4.2 人であり、その分布をみると「1 人」以上いる事業所は 50.9%であった。

また、1年以上継続して入院していたことのある利用者数は平均 1.2 人であり、「1 人」以上いる事業所は 27.1%であった。さらに、5年以上継続して入院していたことのある利用者数は平均 0.3 人であり、「1 人」以上いる事業所は 14.1%であった。

図表 3-1-11 精神障害のために入院していたことのある利用者数（1事業所当たり）の分布



■ 障害福祉サービス等の利用状況

サービス等利用計画を作成している利用者の障害福祉サービス等の利用状況をみると、計画相談支援以外に最も多く利用されているサービスは「居宅介護」29.0%であり、次いで「生活介護」25.3%などになっていた（構成割合は次ページ参照）。

図表 3-1-12 障害福祉サービス等の利用者数（1事業所当たり）

		利用者数	(うち)精神障害者
1 障害福祉サービス	居宅介護	14.9人	4.4人
	重度訪問介護	0.5人	0.0人
	同行援護	2.8人	0.0人
	行動援護	0.5人	0.0人
	短期入所	5.6人	0.3人
	生活介護	12.9人	0.9人
	療養介護	0.7人	0.0人
	重度障害者等包括支援	0.0人	0.0人
	施設入所支援	6.8人	0.4人
	共同生活援助（グループホーム）	3.7人	0.7人
	自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	0.6人	0.2人
	就労移行支援	1.3人	0.5人
	就労継続支援A型	2.2人	0.8人
	就労継続支援B型	9.2人	2.0人
2 相談支援	計画相談支援	51.2人	6.8人
	地域移行支援	0.0人	0.0人
	地域定着支援	0.1人	0.0人
3 地域生活支援事業他各種サービス	相談支援事業	7.7人	1.9人
	移動支援事業	4.7人	0.4人
	地域活動支援センター	1.1人	0.2人
	障害者就業・生活支援センター	0.3人	0.1人
	福祉ホーム	0.0人	0.0人
	日中一時支援事業	2.4人	0.1人
	その他	0.4人	0.0人
4 介護保険サービス	(介護予防) 訪問介護	1.5人	0.1人
	(介護予防) 訪問入浴介護	0.1人	0.0人
	(介護予防) 訪問看護	0.3人	0.0人
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	0.1人	0.0人
	(介護予防) 居宅療養管理指導	0.1人	0.0人
	(介護予防) (地域密着型) 通所介護	0.6人	0.0人
	(介護予防) 通所リハビリテーション	0.3人	0.0人
	(介護予防) 短期入所生活介護	0.1人	0.0人
	(介護予防) 短期入所療養介護	0.0人	0.0人
	(介護予防) (地域密着型) 特定施設入居者生活介護	0.0人	0.0人
	(介護予防) 福祉用具貸与・販売	0.6人	0.0人
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.0人	0.0人
	夜間対応型訪問介護	0.0人	0.0人
	(介護予防) 認知症対応型通所介護	0.0人	0.0人
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	0.0人	0.0人
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	0.1人	0.0人
	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	0.0人	0.0人
	看護小規模多機能型居宅介護	0.0人	0.0人
	(介護予防) 住宅改修	0.1人	0.0人
	その他	0.1人	0.0人

※有効回答のあった258事業所で集計

図表 3-1-13 障害福祉サービス等の利用者数（構成割合）

		利用者数	(うち)精神障害者
1 障害福祉サービス	居宅介護	29.0%	65.0%
	重度訪問介護	1.0%	0.1%
	同行援護	5.5%	0.6%
	行動援護	1.0%	0.1%
	短期入所	10.9%	4.0%
	生活介護	25.3%	12.9%
	療養介護	1.3%	0.1%
	重度障害者等包括支援	0.1%	0.0%
	施設入所支援	13.3%	5.4%
	共同生活援助（グループホーム）	7.3%	9.6%
	自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	1.1%	3.0%
	就労移行支援	2.5%	7.6%
	就労継続支援A型	4.2%	12.4%
	就労継続支援B型	18.1%	29.4%
2 相談支援	計画相談支援	100.0%	100.0%
	地域移行支援	0.1%	0.3%
	地域定着支援	0.1%	0.3%
3 地域生活支援事業他各種サービス	相談支援事業	15.0%	28.3%
	移動支援事業	9.1%	6.6%
	地域活動支援センター	2.1%	3.0%
	障害者就業・生活支援センター	0.5%	1.4%
	福祉ホーム	0.1%	0.0%
	日中一時支援事業	4.7%	1.8%
	その他	0.8%	0.1%
4 介護保険サービス	(介護予防) 訪問介護	3.0%	1.4%
	(介護予防) 訪問入浴介護	0.2%	0.1%
	(介護予防) 訪問看護	0.6%	0.5%
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	0.3%	0.3%
	(介護予防) 居宅療養管理指導	0.1%	0.1%
	(介護予防) (地域密着型) 通所介護	1.1%	0.4%
	(介護予防) 通所リハビリテーション	0.5%	0.1%
	(介護予防) 短期入所生活介護	0.2%	0.0%
	(介護予防) 短期入所療養介護	0.1%	0.0%
	(介護予防) (地域密着型) 特定施設入居者生活介護	0.0%	0.0%
	(介護予防) 福祉用具貸与・販売	1.3%	0.3%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.0%	0.1%
	夜間対応型訪問介護	0.0%	0.0%
	(介護予防) 認知症対応型通所介護	0.0%	0.0%
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.0%
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	0.1%	0.0%
	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	0.0%	0.0%
	看護小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.0%
	(介護予防) 住宅改修	0.1%	0.0%
	その他	0.1%	0.1%

※有効回答のあった 258 事業所で集計

6) 患者の地域移行・地域定着促進のために必要な取組（自由記載）

■ 医療サービスに関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な医療サービスに関する取組については、以下のような回答が寄せられた。

医療機関との連携強化

- ・医療側からの情報提供、医療者との情報共有、
- ・医療サービスのスタッフが、退院後の患者の地域での在宅生活が具体的にイメージを描けるように、地域性の特徴を地域・在宅支援者と情報交換し、共通認識することが重要。
- ・退院患者が望まれる地域で在宅生活が継続できるように環境要因の調整や改善を行う地域づくりを医療、保健、福祉、住民参加も得て行う必要がある。
- ・各機関との連携体制の法整備からの充実
- ・地元には、精神疾患に対応できる医療機関がなく、行こうとすればあまりにも遠い。医療機関との連携していく取り組みが必要であり、近隣市町との連携必要。
- ・地域における社会福祉資源の医療サイドの理解。
- ・精神疾患患者には一時的なものではなく継続しての医療の関わりが必要。他の障害に比べ医療の果たす役割が非常に大きいため、相談支援をはじめ各事業所との連携の中心的役割が必要。
- ・退院前のカンファレンスの時、本人の様子を知りたいので出席して情報交換が必要（そこで本人と会うことで今後話がスムーズにいくこともあるので）。
- ・地域移行に向けた病院内懇談会などへの参加、退院支援グループへの参加。
- ・長期入院している利用者が社会生活になじむには支援者や社会での受け入れ態勢、訓練が必要と思います。その際に医療面でのサポートは必須ですので、円滑な連携が必要と思います。

往診・訪問診療・訪問看護の充実

- ・退院後患者自身が通院、服薬が継続できるように訪問看護等の充実。
- ・保健師、看護師等の専門スタッフの定期訪問等で、利用者の状態把握し、主治医との連携が図れるようにする
- ・医療サービスについては訪問看護の病状管理、内服薬管理が重要と考えています。
- ・在宅では、一人の時間が長く、不安になる人が多いので訪問看護を充実させるなどできたらいいと思う。
- ・精神科訪問看護も少ないため、受診している病院に精神科訪問看護があっても遠方になると、断られて訪問していただけないこともあります。
- ・精神科の往診医、往診医（内科、皮膚科）、訪問歯科（知的の方でも受けてくれる先生）。
- ・訪問診療・訪問看護等医療連携と在宅支援と関連施設等との連携を通して本人の安心と安全、病状の早期発見へ体制強化。
- ・訪問診療が望ましい時もある。通院時における作業療法等が企画できると、通院者にとっても体験できる場があるのでよいのではないかと。

緊急時の入院体制の強化

- ・緊急時の入院体制ができればよい。
- ・何かあった時に、病院での受け入れ体制や相談体制をきちんとしてほしい（不穏時に対応していただけないことがある）。
- ・緊急時の対応についてのアドバイスや具体的対応。
- ・24時間緊急対応してもらえる安心感が得られるようにする。
- ・緊急時に対応できる入院可能な精神科病院が市内にないので、近隣の市町村で連携が取れるルートを確保する。
- ・入院を希望しても受け入れてもらえない。地域の開業医でも入院できる病院が決まっていないと診療してもらえない。
- ・症状が強くあられ、受診につながらない、医療機関まで連れて行けない場合の手段がなく、結局は、保健師さんや役場、警察の介入によって、やっと受診、入院になる。医療機関まで遠距離のため、受診がおろそかになりやすい。サテライト的精神医療の充実を過疎地域に設置していただきたい。

服薬管理の支援

- ・薬の管理、服薬の手伝いなど。
- ・服薬管理が適切に行われるための医師、薬剤師および支援者との密接な連携が必要である。
- ・薬の管理や話を聞くことで心の落ち着きが見られていくのではないかな。
- ・精神疾患者が精神病床に長期に渡り入院している現状にあるが、退院後の受け皿がないことももちろんのことであるが、入院中から薬漬けにしない、徐々に量を減らし最小の薬で最大限本人が安定した病状を維持できるように医療側は検討すべきと思う。
- ・適切な薬剤でのコントロール（薬剤を過剰に投与されては、地域移行・定着が困難になる）。
- ・訪問介護とは別の支援で、内服管理をこまめに行えるサービス。

関係者への啓発・情報提供

- ・相談支援専門員や、相談支援事業所等、精神障害の方の退院時に支援できる期間が増えてきたが、医療の中ではまだまだその点が周知・理解不足であり、利用者が退院について医療機関から相談もなくある日突然退院してくるケースなどもある。障害福祉の制度が変わり、サービスを受ける場合には高齢者福祉というケアマネ（＝相談支援専門員）ができたということがもう少し医療機関にも浸透すればと思う。
- ・介護保険制度のCMとは違い、計画相談支援事業所の相談員や計画相談への認知度理解が低く、相談員につなげることや、連携を図ることがなかなかできない。障害支援にも相談員がおり、サービス計画作成などの業務、位置づけの理解をしてもらいたい。
- ・医療側に地域移行の制度をよくご理解いただくと共に、地域移行をやっている事業所の一覧を事前に渡しておく必要があると思われる。
- ・病院スタッフへの地域移行の重要性の教育。

主治医との連携

- ・主治医と、福祉サービス事業者とが、サービス担当者会議などで、連携を取ることができるようになること。病状の悪化で、入院の判断に迷うので相談できる体制を作る必要がある。
- ・主治医が担当会に参加し、病状の共通理解を深める。
- ・主治医から、本人および支援者への適切なアドバイスが必要である。

夜間休日や救急の受診・相談等

- ・休日、夜間の受診相談。
- ・退院後本人の状態が不安定になった時の対応について（特に夜間帯）。
- ・緊急時の対応などがすみやかにできる体制が必要。

入院中からの関わりの強化

- ・退院の見込みが出た時点で、早めに地域の相談員を入れ、計画的に退院に向けた体制づくりをする必要がある。そこまですれば、地域移行で退院のイメージ作りも本人とできる。また、入院した際にすでに担当の相談員がいるのであれば、退院を見据え、相談員に情報提供をしたり、院内のカンファレンスに参加を呼び掛けてもよいのではないかと。
- ・退院後の環境調整ができるよう、入院中から地域事業者、行政等関わりが必要。
- ・相談支援専門員と病院のPSWとの連絡、相談病院にも退院促進委員会や相談支援に対する理解がない。退院2週間前や直前に連絡されても難しい。

デイケア・リハビリの充実

- ・精神のデイケアの送迎サービスがあるとよい。
- ・通所リハビリ（送迎サービス付き）
- ・デイケアの窓口を広げてほしい。日中活動があっても続かないので（発作がある）送迎があるとよい。

多職種の訪問・アウトリーチの強化

- ・積極的なアウトリーチ。
- ・訪問リハビリ、定期健診、栄養指導、口腔ケア指導。

その他サービス・支援の充実

- ・言語のリハビリなども一度使うともうできない。
- ・障害福祉サービスに訪問看護、訪問リハビリを入れるべき。
- ・個人情報保護は大切であるが、情報がないと動けない。

■ 障害福祉サービスに関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な障害福祉サービスに関する取組については、以下のような回答が寄せられた。

サービス内容、利用条件等の変更・拡充

- ・軽度な精神疾患患者でも、常時付き添って声掛けしなければ、自発的に、家事や身の回りのことを行わないため、居宅介護のみのサービスだけでは限界がある。区分が軽いと、使えるサービス量も少ないため、何か突発的なことが起こった際、1人では対応できないし、サービス事業所側が気付くまでには時間がかかっている。そのため、事態が悪化してから気づくことが多い。
- ・サービス提供事業者、収容施設等、全障害を対象としているが、従来施設からの移行が多いため、サービス利用選択が、限られる場面が多い。
- ・入院中であっても、退院後に利用する見込みのある在宅福祉サービスをしっかり利用できるような制度の柔軟な運用が必要。
- ・65歳の年齢の区切りで介護保険に切り替えが必要になります。応能負担→応益負担に変更され、経済的負担が重くなり、利用者負担が重くなる。サービス内容や制度の違いがあり、利用者が混乱するので、変化が少なくなるとよいと思う。
- ・就労継続支援A型の利用を希望され、能力的にも可能でありそうなので、利用開始になるが、病状に波があり、週20時間も利用も難しく、A型を解約することになるが、B型の利用では物足りないところがあるケースがある。就労支援A型事業所の中で、精神疾患についての理解が少なく、利用者に対する対応や関係機関との連携の取り方が十分ではなく、いろいろなトラブルが起こっているケースがある。
- ・より柔軟な対応ができる事業所が増えるといい。制度の枠にはめるのではなく、地域に密着した対象者を限定しないゆるやかな居場所が必要。
- ・精神疾患のある人は季節や体調によって定期的に就労できないことから、短時間、自由度のあるサービスを利用できる余裕がほしい。

施設・事業所等の増加、機能強化

- ・24時間体制で見守りのあるグループホームを増やすこと。
- ・GHの確保とそれに伴う支援者・世話人の確保。
- ・個別のニーズに対応できる社会資源の拡充。
- ・特にショートステイ、収容施設の数のバランスが悪い。
- ・休息時に入院以外で利用できる短期入所の充実。
- ・家族の緊急時に一時的に短期入所利用したいがすぐに使えないところがない。
- ・生活訓練の場所はほとんどない。
- ・精神障害の方を受け入れる事業所または専門性に特化したサービス事業所の整備充実。
- ・身近な場所に就労継続B、生活保護がほしい。
- ・夜間対応できる事業所の増設が必要。
- ・訪問型の生活訓練事業所の充実。
- ・訪問看護事業所が少ない。
- ・就労訓練事業所で精神の方の障害特性に対応できる事業所が少ない。
- ・24時間365日対応可能な支援体制。
- ・サービスの種類としては未だ介護保険に比べ圧倒的に少ない。

専門職の人的体制強化・スキルアップ

- ・ホームヘルプサービスは常に人手不足の状態在宅で精神障害を持つ人を支援する人材が不足。
- ・精神疾患への理解のある職員を増やすこと。
- ・過疎が進む地域では、地域移行・定着を支える、人材が不足している。
- ・夜間支援（24時間体制）が十分に取れる人材確保。
- ・最新疾患に対する専門職の知識を学ぶ機会が必要。
- ・障害福祉課の職員に精神疾患のプロがいない。
- ・関係者に対する精神疾患やネットワークのとり方が十分ではなく、いろいろなトラブルが起きているケースがある。関係者に対する精神疾患やネットワークの取り方などの研修等が必要であると思われる。

就労・日中の活動の場の確保

- ・日中通えるところが限定されて少ない。
- ・生活介護や就労事業所など、日中活動の選択肢を増やす。
- ・地域での生活を営むにあたっては、何かしらの就労の場や、日中の生活の場の必要性を感じる。
- ・18歳以上の方の夕方の時間を過ごせる場所づくり。
- ・日中の居場所…若い人の行くところがない。デイケア（病院実施の）くらい。就労継続の場でも、就労移行でも本人が参加したいと思えるような取り組みがほしい。

移送サービスの充実

- ・運賃補助（通所サービス利用の際に）。
- ・移送サービスあるいはタクシー券。
- ・公共交通機関が充実していないため、移動支援などを行ってくれる事業所がほしい。
- ・介護タクシーなど、移送支援系のサービス事業所が少なく、金銭的に負担なく気楽に利用できる事業所が少ないです。

関係者や地域への指導啓発

- ・地域移行支援、地域定着支援の啓発、情報提供。
- ・地域の方の精神疾患に関する理解促進。
- ・事業内容の理解、周知。
- ・地域移行後の地域への支援、理解を広げる活動。

区分認定・サービス利用までの期間短縮

- ・緊急的なサービスが必要でも案の作成から実際の利用できるまでが長い。
- ・退院後すぐにでも福祉サービスが受けられるよう、障害支援区分が早く出て、居宅介護を退院後すぐ受けられるようにしてほしい。
- ・地域での暮らしでは、障害支援区分調査・審査を経てサービス利用となると、その間にサービスが受けられないこともあり、介護保険のように申請日に遡ることができるとういと思う。

その他サービス・支援の充実

- ・権利擁護の視点から見たサービスの展開。
- ・食生活に関する知識や技術を修得できるようなサービスを作りたい。

■ 居住支援に関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な居住支援に関する取組については、以下のような回答が寄せられた。

関係者・地域住民への啓発

- ・精神障害のある方の住居の受入れは、地元自治会からの反対があったり、現実的には厳しい状況がある。全国規模、県域だけでなく生活基盤となる小地域も重視した啓発や研修の取組が必要。
- ・地域住民への理解（どこかで話ができる場があればいいのですが）自宅で生活を送るうえで近隣の方との理解、協力は必要。
- ・人口が少ない町村になると噂や偏見によって左右されやすいため、地域や近隣住民の理解や知識がもてる様な取組が必要。
- ・地域移行、地域定着を促進するうえで、本人の状況の把握はもちろんのこと、今まで生きてきた生活歴であったり、一番身近な家族の障害受容や居住する地域の理解が必要不可欠だと考えます。また、当事者のできる能力を生かした居場所づくりや緊急時への対応などの社会的環境要因を含んだ生活の場を、自治会等と連携しながら構築していく取り組みが必要だと考えます。
- ・地域住民の理解のため、啓発等により、精神疾患や精神障害者のネガティブなイメージの払拭。
- ・地域生活への移行を促進するためには、地域における精神障害に対する理解を高めることが重要だと思います。
- ・精神障害者によっては実際近隣に迷惑（本人にはそのつもりがなくても）をかけることもあり、それが継続するとその地域で生活することが困難になる。地域住民の理解だけでは解決が難しい。

グループホーム等の施設数・定員数の増加

- ・グループホームが足りない。
- ・GH(特に福祉ホームのように夜間の見守りができるような施設) が全く足りていないのが現状。
- ・グループホームが少ない。医療系が持っているグループホームは、自分の病院の患者しか入れてくれない（それで満員になる状況）。
- ・グループホームやケアホーム等の生活支援の可能な居住支援が不足しているため、ハード面の整備が必要になると思われる。
- ・事業者のグループホーム参入を促進し、障害者が利用しやすい公共賃貸住宅の供給や整備、障害者が住みやすい住宅環境を推進する。
- ・自宅に住んでいることに対し、不安になっている方々も多い。GH などもあるが、本人が安心して住める空間を作ってほしい。若いうちはいいが、高齢になってくると容易でない部分も増えてくるため。
- ・専門性を持って理解ある支援のいるグループホーム。
- ・一人暮らしは自立のイメージがあるが、精神不安定を想像すると、共同生活が望ましいと思う。常に誰かが関わる体制が大切。
- ・空家アパート等を利用、安価にてグループホームを作っていく、社会参加や人として当然の日常生活が営めるよう基盤を整え、クライアントを地域で支えていくことが実現すれば住民にも精神障害に対しての需要が期待できないだろうか。

保証人不在でも入居できる仕組みの整備

- ・保証人がいないとの理由で、民間の賃貸物件を契約できないケースが多い。
- ・保証人がいない場合の方法やその確保。
- ・家を借りる際の保証人の問題（大家さんの理解を得ることが難しい）。
- ・賃貸にかかる保証人制度の見直しが必要。
- ・アパート等で生活をする際の保証人、もしくは保証人に代わる方法の必要。
- ・賃貸契約に必要な保証人について用意できないことも多いため、保証人を頼める団体・制度がもっと整うとよい。
- ・賃貸住宅への入居時、保証人が立てられない方への対応を、小さな市町では単独に取り組むことは難しい。広域的な権利擁護センターの設置での対応していく。

入居可能な住居の確保

- ・安い家賃で入れるアパートの確保。
- ・症状等に応じ、外泊施設（入院中にお試しで利用できる施設）、下宿など様々な形態の居住施設。
- ・見守り体制のあるアパート等の住居の増設。
- ・公営住宅の優先入居。
- ・精神障害へ理解のある入居施設や見守り体制の整った住居整備。

経済的支援の拡充

- ・アパートを賃貸する際の公的な助成制度（敷金、礼金の問題）
- ・2級年金で就労系以外のサービスを利用しつつ、グループホームで生活となると、本当にぎりぎりの生活になってしまう。家賃補助の金額を上げていただけるとありがたい。
- ・家賃の補助があれば助かります。退院直後は皆さん金銭的に余裕がないため、家具等をそろえる補助等もあるといいと思います。

不動産業者・大家等への啓発

- ・アパートを探す際に、大家さんや不動産会社で障害や経済状況（年金・生活保護）に関して理解をしていただけたところが少ないため、理解の促進を図る取り組みが必要。
- ・精神障害を知ってもらおう（特に大家さん）（精神科通院をしているという理由だけで入居を断られることがあり、保証人がいても、住居の確保が難しい）
- ・火の取り扱いに心配がなければ、一人で住むことは可能なのだが、受け入れを拒否する大家さんが少なくない。

地域の関係機関の連携

- ・安定した地域生活を送るために、精神科病院や関係機関が連携して困難な課題に取り組み、寄り添い根気強い関わりで解決の糸口が見いだせるのでは…本人のできること、したいことに着目し、希望や見つけ後押をする。成功や失敗を繰り返しながら徐々に地域生活を体感する。困った時に助けを求めることができる地域ネットワークの構築。インフォーマル・フォーマルなサービスを見つけ出し時間はかかるが、地域生活を楽しみ、馴染んでいく。
- ・病状が安定していて本人に移行があればやはり住み慣れた地域で暮らすべきと考える。が、課題は山積している。地域体制コーディネーター、地域以降推進員の配置、行政との連絡、他には地域のピアサポーターが必須となる。どうやって連携を図るのか、機能が活かせるのかが一番「地域で暮らす」ことについての課題と思う。
- ・民生員、包括と連携を取りながら住み慣れた地域で安楽できるように回りから支援していく。

夜間・緊急時等の相談体制の充実

- ・緊急時にも対応できるサポート体制。
- ・24H 相談できる体制。
- ・急変（介助拒否、暴力等）に対する不安がある。

体験入居・入所の拡充

- ・短期・中期・長期的（例：1週間～6か月）に一人暮らしの訓練ができる場の提供。
- ・地域に宿泊体験ができる受け入れ先をつくる。

その他

- ・行政等の施策の中で、公営住宅等、福祉サービスエリア等の中に建設利用枠等特別な配慮が必要と感じられる。
- ・障害福祉課に専門の窓口が必要。

■ その他の取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要なその他の取組については、以下のような回答が寄せられた。

広報・啓発に関すること

- ・精神障害者に対する地域、住民の理解。
- ・地域住民が障害者と接する機会（交流会等）の確保
- ・雇用事業者への障害の理解促進に関する取組（就労支援、地域以降、定着支援とありますが、関係者と住民や雇用主との温度差があり、無理矢理な感じがします。
- ・精神疾患、発達障害への理解は継続していくこと。福祉教育（高校生）の中で、精神疾患の学習もあるといい。

施策・行政支援に関すること

- ・40歳、65歳で介護保険への移行が問題。市町村によっては、介護保険への意向を強制的に行うところもある。障害、介護の関係者の相互理解が必要。
- ・ACT（包括型地域生活支援）が制度化される必要がある。全国に引きこもりの方が多数おられ、厚生労働省の調べで引きこもりの約8割に何らかの精神疾患があるということがわかっているのであれば、そのシステムをぜひ作る必要があると思う。
- ・障害福祉サービス、介護保険サービスの利用の手続きや利用の仕方が利用者にとって分かりにくい。もっと分かりやすい仕組みになるとよい。
- ・病院や施設から出すことばかりに視点が行き、無理やり、地域に当事者を当てはめようとしている現行の地域移行、地域定着支援の見直しが必要と考えます。

地域連携に関すること

- ・医療、行政、福祉事業所、警察等の役割を明確化し、連携、情報共有、顔の見える関係づくり。
- ・退院後の当事者グループの組織化促進。
- ・地域社会との連携・地域の自治会長、班長、民生委員、婦人会、老人会、子供会等との横のつながりが必要。

人的体制の強化・スキルアップに関すること

- ・各地域で組織的に活動できるピアサポーターの養成と派遣の拡大が必要。
- ・ひとりひとりに対応できる専門的な知識と判断力を兼ね備えた人材の確保。
- ・やる事だけ増えて支援する人が増えない。利用する人のために増やしたいと思っても事業を維持できない悪循環。

経済的支援・報酬体系に関すること

- ・計画相談の報酬が少なすぎる。事業と兼務で何とか人件費を支払っていると聞く。当事業所は介護保険の報酬で計画相談の人件費不足分を補っている。独立採算可能な正当な報酬設定を切望します。今の報酬単価に設定した根拠が知りたい。
- ・モニタリング（地域定着支援をしても）は半年に1回。地域定着の費用が安い。全体に計画相談の費用が安く半年に一回のモニタリングでもカンファレンスや相談事や対応することは多い。

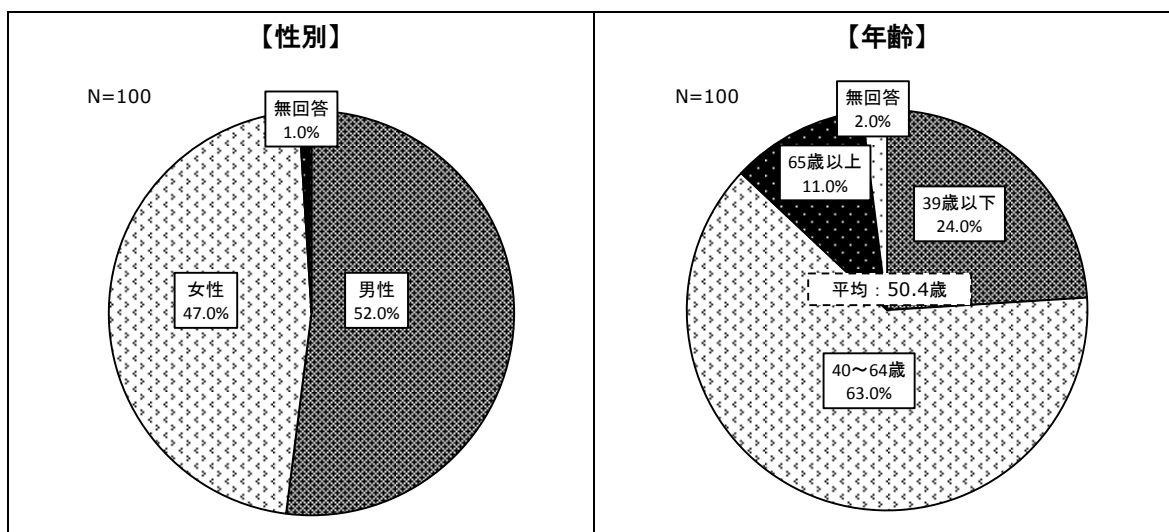
2. 利用者票（事業所調査）の結果

1) 利用者の概況

■ 性別・年齢

回答事業所がサービス等利用計画を作成している利用者のうち、過去5年以内（平成22年7月～平成27年6月）に精神病棟に1年以上継続して入院経験のある利用者として回答のあった100名の状況についてみると、性別は「男性」52.0%、「女性」47.0%であった。また、平均年齢は50.4歳であり、「39歳以下」24.0%、「40～64歳」63.0%、「65歳以上」11.0%であった。

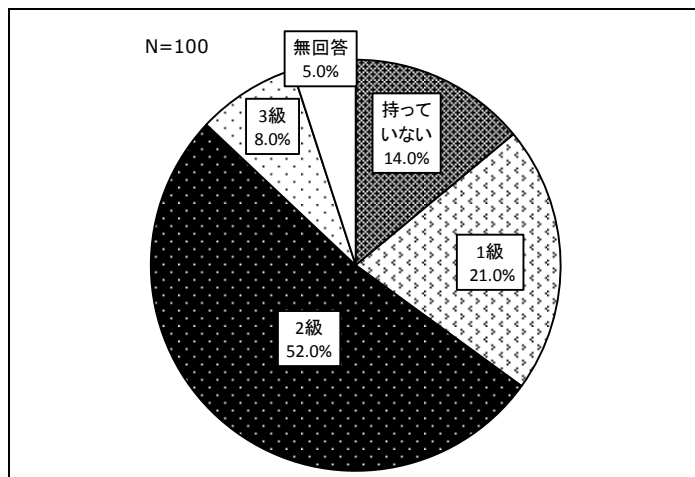
図表 3-2-1 性別・年齢



■ 精神障害者福祉手帳の保有状況

精神障害者福祉手帳の保有状況を見ると、「持っていない」14.0%、「1級」21.0%、「2級」52.0%、「3級」8.0%であった。

図表 3-2-2 精神障害者福祉手帳の保有状況

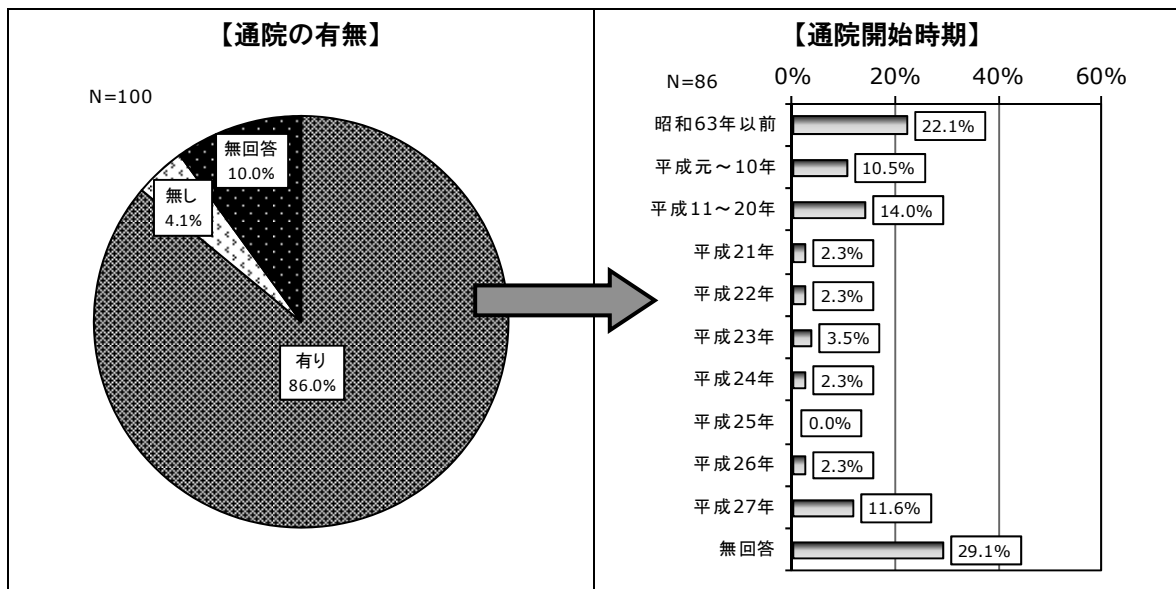


■ 精神科外来への通院状況

精神科外来への通院状況をみると、「有り」86.0%、「無し」4.1%であった。

また、精神科外来へ通院している利用者の通院開始日をみると、昭和63年以前から通院している利用者が22.1%であった。

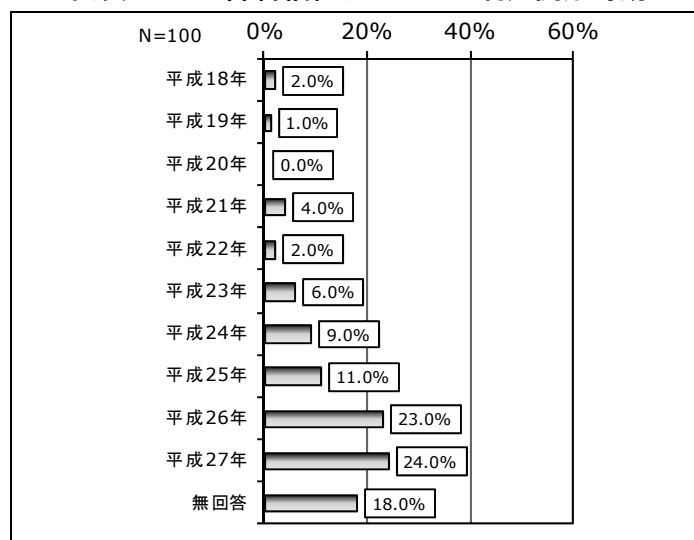
図表 3-2-3 精神科外来への通院状況



■ 障害福祉サービスの利用開始時期

障害福祉サービスの利用開始時期をみると、「平成27年」24.0%が最も多かった。

図表 3-2-4 障害福祉サービスの利用開始時期

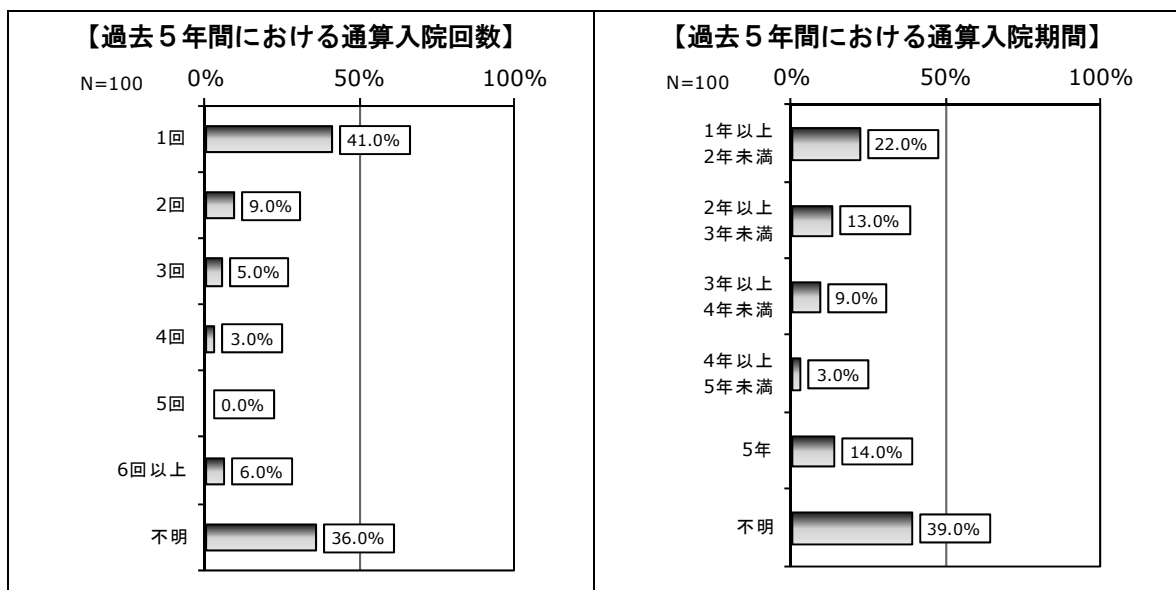


■ 過去の入院の状況

過去5年間（平成22年7月～平成27年6月）における通算入院回数をみると、「1回」41.0%が最も多く、次いで「不明」36.0%であった。また、同じ期間における通算入院期間については、「不明」39.0%が最も多く、次いで「1年以上2年未満」22.0%であった。

さらに、直近の入院理由をみると、「精神症状が強いため」59.0%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」34.0%であった。

図表 3-2-5 過去5年間における入院の状況

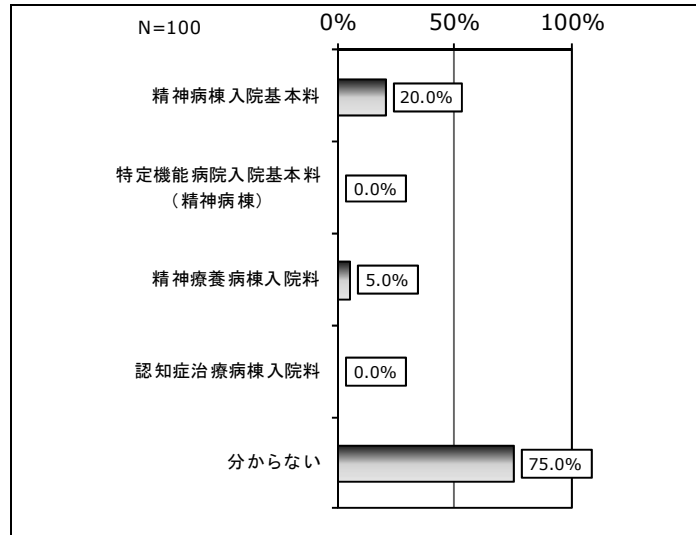


図表 3-2-6 直近の入院理由（MA）

	人数	割合
精神症状が強いため	59人	59.0%
日常生活に著しい問題があるため	34人	34.0%
迷惑行為・自傷他害行為の危険性が高いため	27人	27.0%
社会生活に著しい問題があるため	23人	23.0%
治療・服薬への心理的抵抗が強いため	8人	8.0%
その他	3人	3.0%
分からない	8人	8.0%
無回答	9人	9.0%
全体	100人	

また、入院していた病棟の入院基本料等については、「分からない」75.0%が最も多く、次いで「精神病棟入院基本料」20.0%であった。

図表 3-2-7 入院していた病棟の入院基本料等



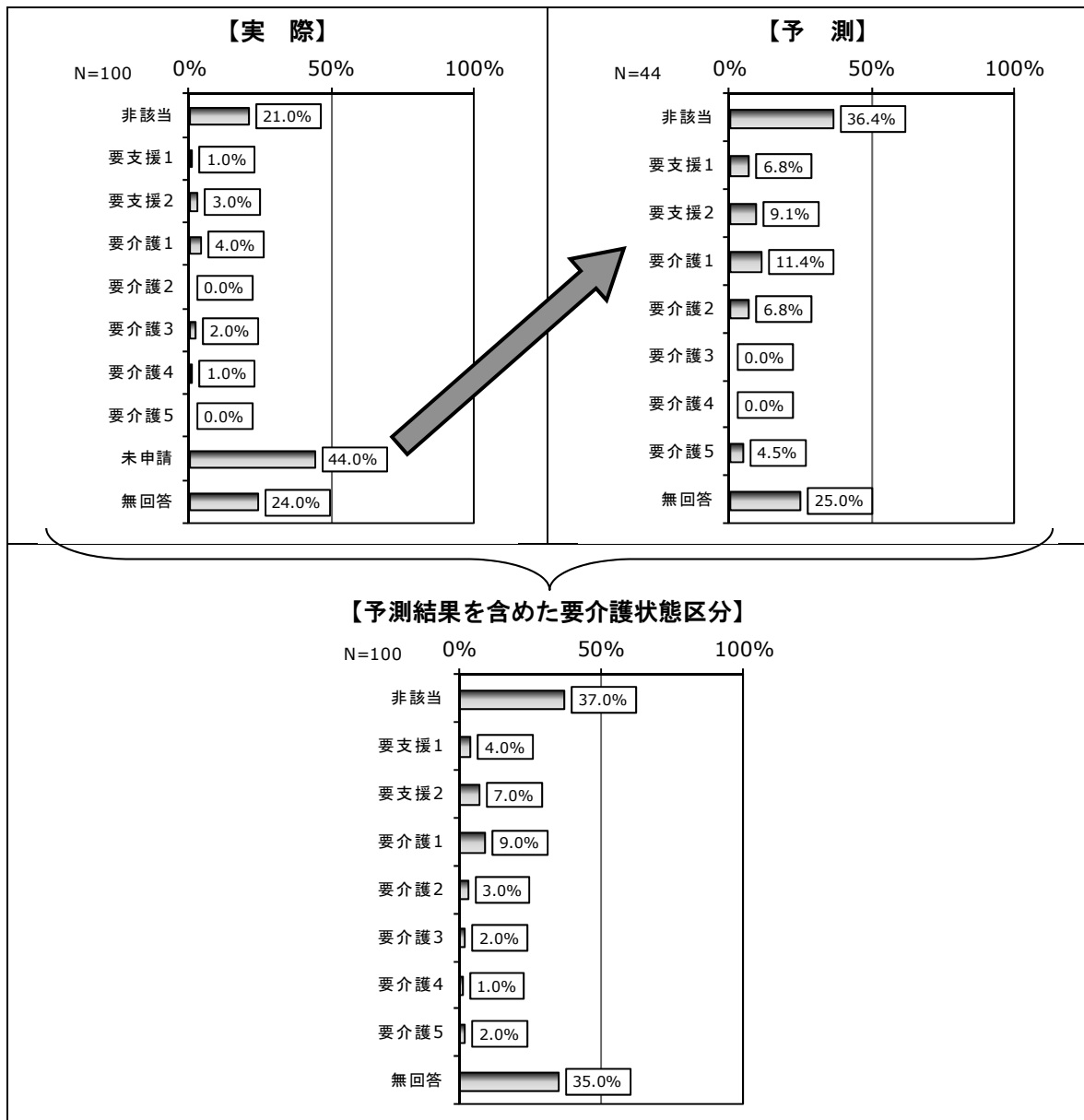
■ 要介護状態区分

要介護状態区分についてみると、実際については「未申請」44.0%が最も多く、次いで「非該当」21.0%であった。

さらに、「未申請」の回答のあった利用者について、要介護状態区分を予測したところ、「非該当」36.4%が最も多く、次いで「要介護1」11.4%であった。

この結果、予測結果を含めた要介護状態区分をみると、「非該当」37.0%が最も多く、次いで「要介護1」9.0%であった。

図表 3-2-8 要介護状態区分

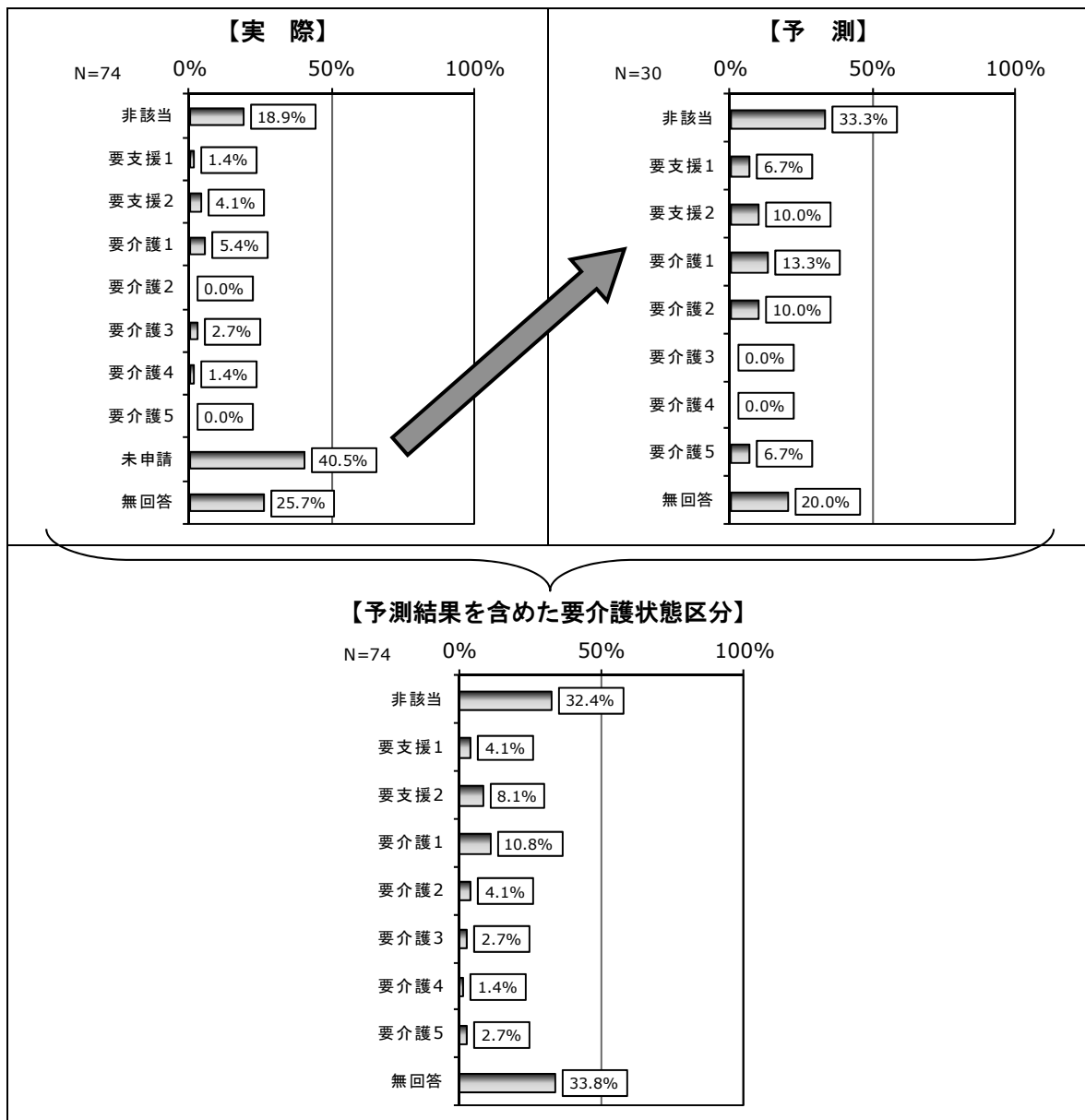


さらに、40歳以上の利用者限定して要介護状態区分についてみると、実際については「未申請」40.5%が最も多く、次いで「非該当」18.9%であった。

さらに、「未申請」の回答のあった利用者について、要介護状態区分を予測したところ、「非該当」33.3%が最も多く、次いで「要介護1」13.3%であった。

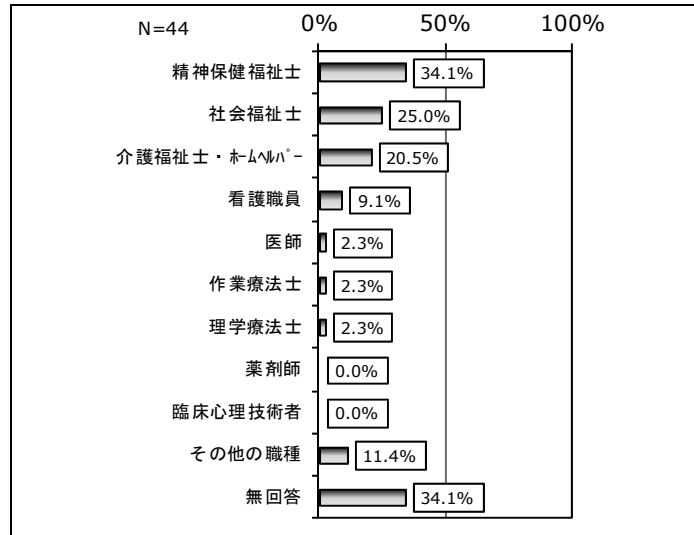
この結果、予測結果を含めた要介護状態区分をみると、「非該当」32.4%が最も多く、次いで「要介護1」10.8%であった。

図表 3-2-9 要介護状態区分



なお、「未申請」の回答のあった利用者について要介護状態区分を予測した職種としては、「精神保健福祉士」34.1%が最も多く、次いで「社会福祉士」25.0%であった。

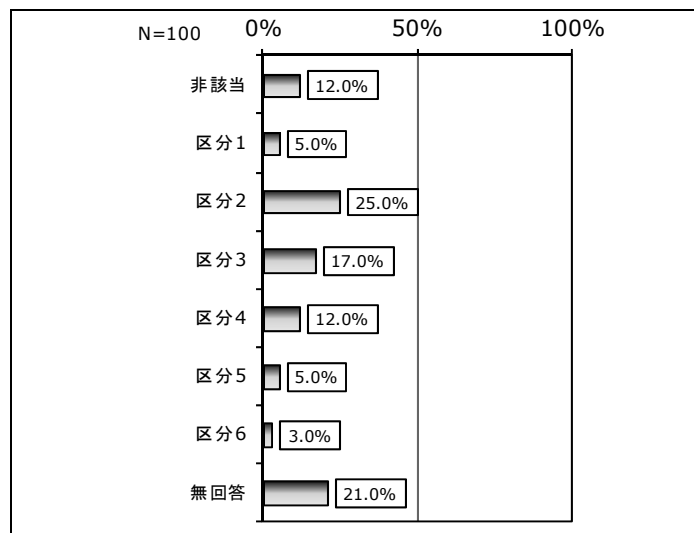
図表 3-2-10 予測について検討を行った職種（MA）



■ 障害支援区分

障害支援区分についてみると、「区分2」25.0%が最も多く、次いで「区分3」17.0%であった。

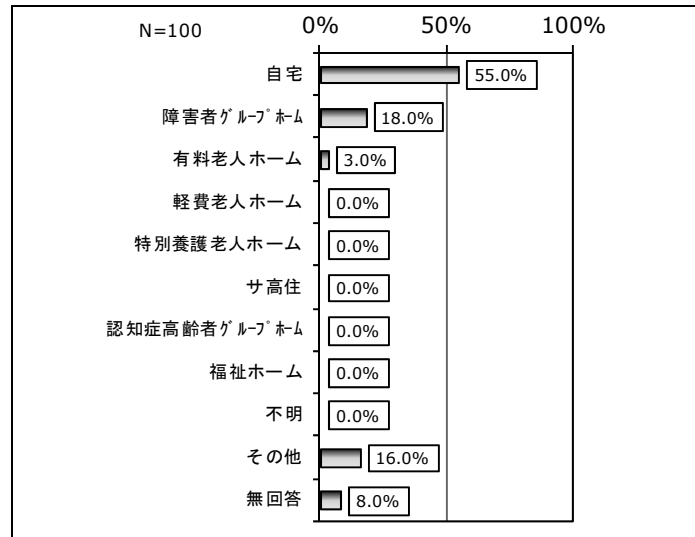
図表 3-2-11 障害支援区分



■ 現在の居場所

現在の居場所についてみると、「自宅」55.0%が最も多く、次いで「障害者グループホーム」18.0%であった。

図表 3-2-12 現在の居場所



■ 主傷病等

主傷病についてみると、「統合失調症（F20）」60.0%が最も多く、次いで「気分（感情）障害（F3）」10.0%であった。

また、その他の精神疾患については、「統合失調症（F20）」12.0%が最も多く、次いで「気分（感情）障害（F3）」7.0%であった。

図表 3-2-13 主傷病

	人 数	割 合
統合失調症（F20）	60人	60.0%
気分（感情）障害（F3）	10人	10.0%
アルコールによる精神・行動の障害（F10）	5人	5.0%
知的障害（精神遅滞）（F7）	3人	3.0%
心理的発達の障害（F8）	3人	3.0%
てんかん（G40）	2人	2.0%
認知症（F00-03）	1人	1.0%
その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09）	1人	1.0%
その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19）	1人	1.0%
その他の精神病性障害（F21-29）	1人	1.0%
成人の人格・行動の障害（F6）	1人	1.0%
神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）	0人	0.0%
生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5）	0人	0.0%
小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98）	0人	0.0%
詳細不明の精神障害（F99）	0人	0.0%
無回答	12人	12.0%
合 計	100人	100.0%

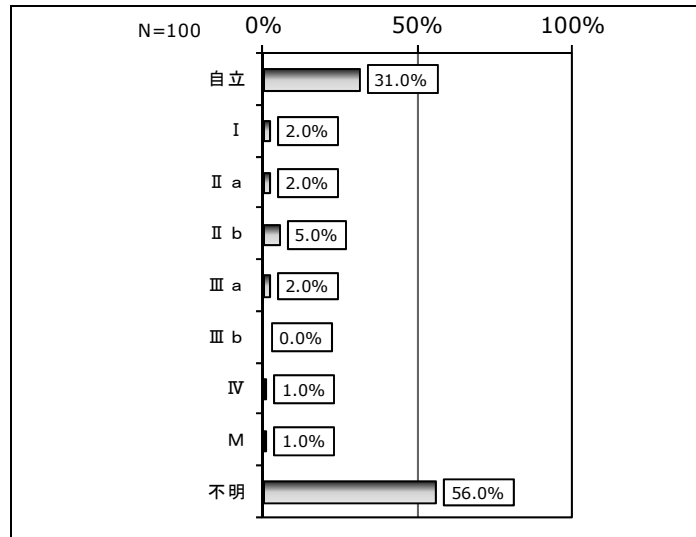
図表 3-2-14 その他の精神疾患（MA）

	人 数	割 合
統合失調症（F20）	12	12.0%
気分（感情）障害（F3）	7	7.0%
神経症性・ストレス関連・身体表現性障害（F4）	4	4.0%
成人の人格・行動の障害（F6）	3	3.0%
知的障害（精神遅滞）（F7）	3	3.0%
心理的発達の障害（F8）	3	3.0%
その他の症状性を含む器質性精神障害（F04-09）	2	2.0%
てんかん（G40）	2	2.0%
認知症（F00-03）	1	1.0%
その他の精神病性障害（F21-29）	1	1.0%
小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害（F90-98）	1	1.0%
アルコールによる精神・行動の障害（F10）	0	0.0%
その他の精神作用物質による精神・行動の障害（F11-19）	0	0.0%
生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群（F5）	0	0.0%
詳細不明の精神障害（F99）	0	0.0%
合 計	100人	

■ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度についてみると、「不明」56.0%が最も多く、次いで「自立」31.0%であった。

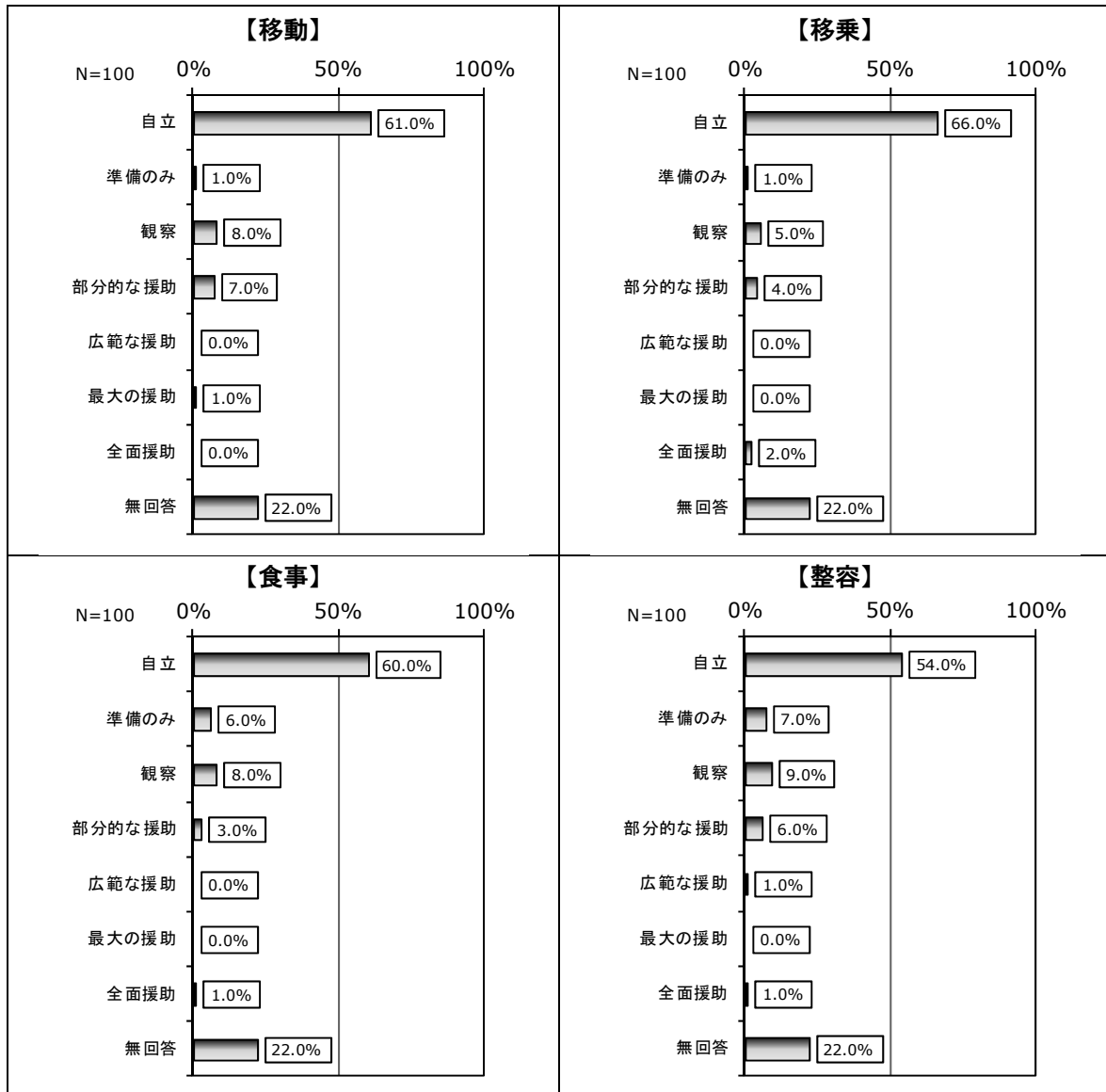
図表 3-2-15 認知症高齢者の日常生活自立度



■ ADL

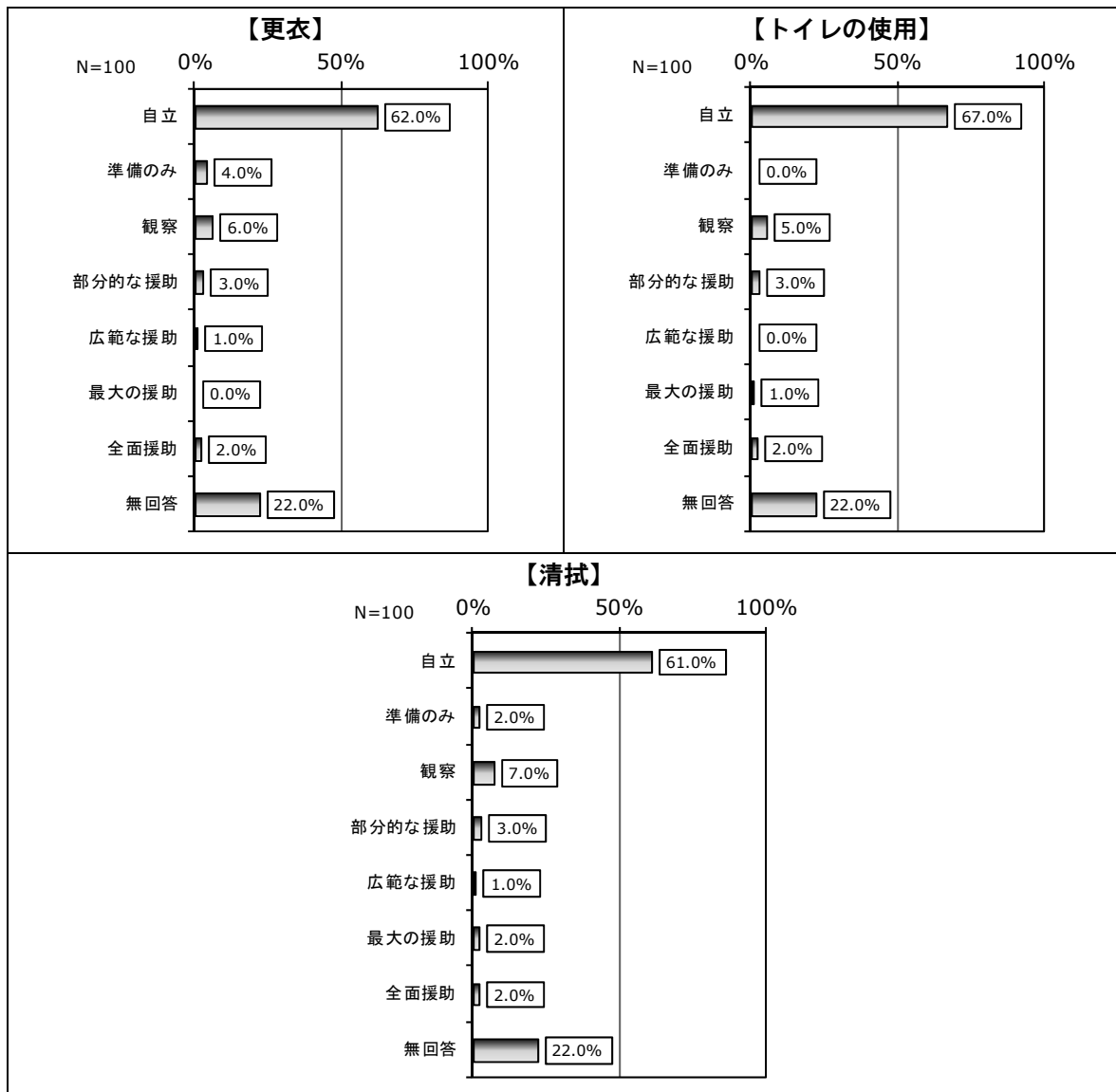
「移動」、「移乗」、「食事」、「整容」、「更衣」、「トイレの使用」、「清拭」についてのADLをみると、いずれについても、「自立」が60%前後であった。

図表 3-2-16 ADL



- ※ 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または、1～2回のみ。
 準備のみ : ものや道具を患者の手に届く範囲に置くことが3回以上
 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
 部分的な援助 : 動作の大部分 (50%以上) は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重 (身体) を支えない援助を3回以上。
 広範な援助 : 動作の大部分 (50%以上) は自分でできるが、体重を支える援助 (例えば、四肢や体幹の重みを支える) を3回以上)。
 最大の援助 : 動作の一部 (50%未満) しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
 全面援助 : まる3日間すべての面で他者が全面支援した。

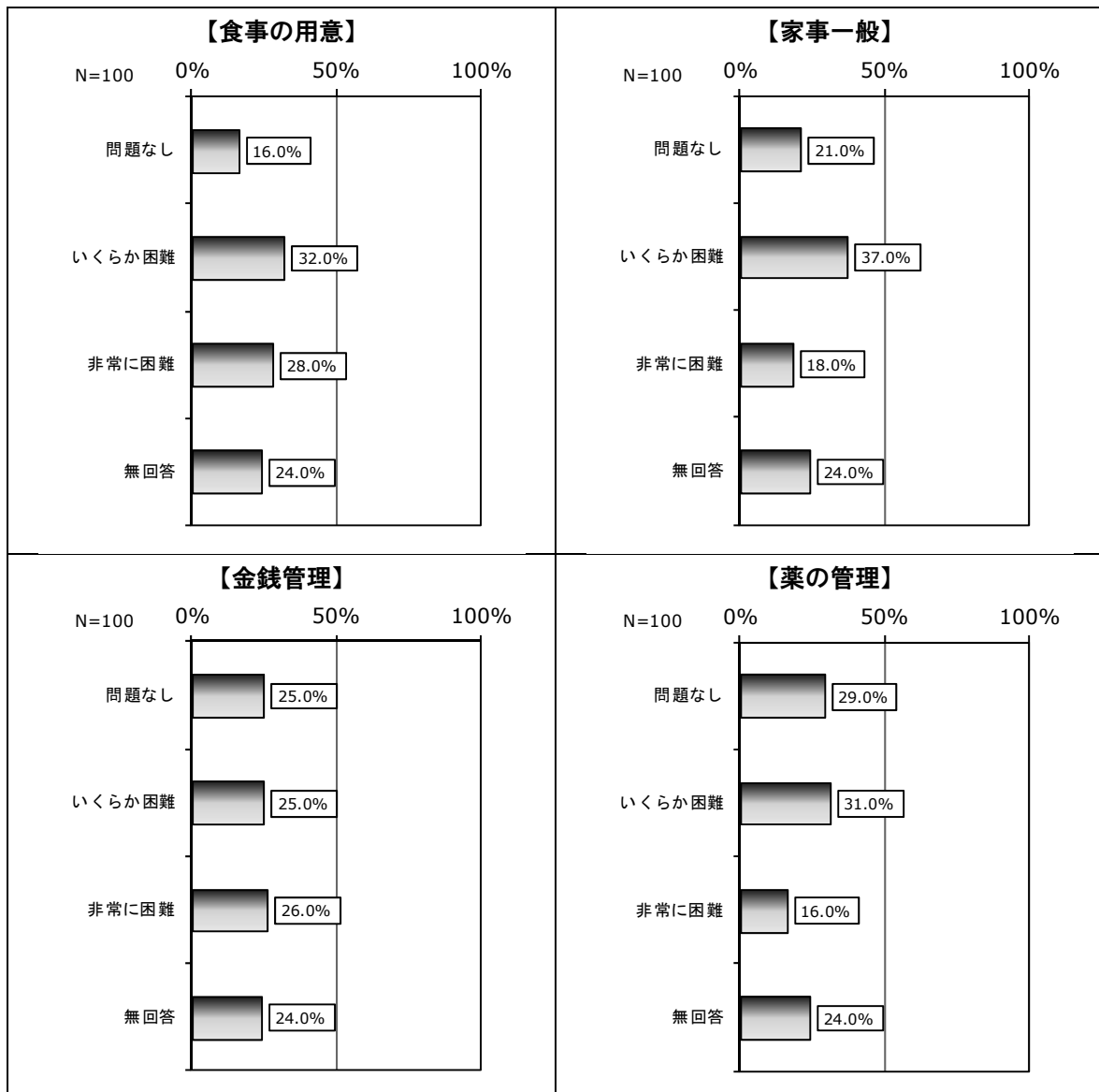
図表 3-2-16 ADL（続き）



■ IADL

「食事の用意」、「家事一般」、「金銭管理」、「薬の管理」、「電話の利用」、「買い物」、「交通手段の利用」についてのIADLをみると、「非常に困難」の割合がそれぞれ28.0%、18.0%、26.0%、16.0%、10.0%、11.0%、18.0%となっており、「食事の用意」について最も多かった。

図表 3-2-17 IADL

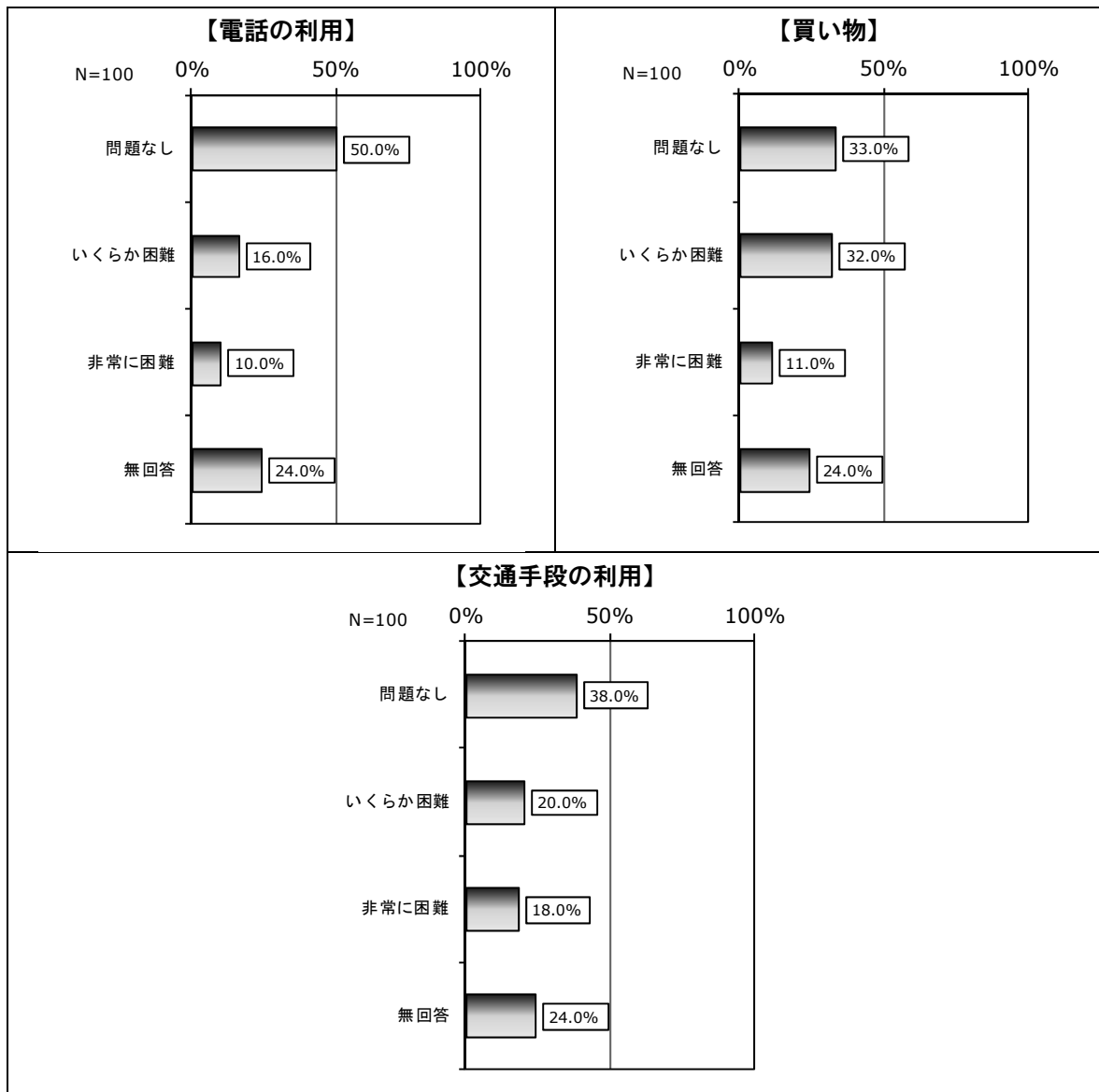


※ 問題なし

いくらか困難：援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる

非常に困難：ほとんど、あるいは全く本人は実施できない

図表 3-2-17 IADL (続き)



2) 利用しているサービス

■ 現在利用している障害福祉サービス等

現在利用している障害福祉サービス等の状況をみると、「通院」66.3%が最も多く、次いで「相談支援事業」52.0%、「居宅介護」43.0%、「訪問看護」29.6%などとなっていた。

図表 3-2-18 利用している障害福祉サービス等

		人 数	割 合	利用回数
1 障害福祉サービス	居宅介護	43	43.0%	3.4 回/週
	重度訪問介護	1	1.0%	7.0 回/週
	同行援護	2	2.0%	4.0 回/週
	行動援護	1	1.0%	—
	短期入所	2	2.0%	28.5 日/年
	生活介護	8	8.0%	4.5 回/週
	療養介護	0	0.0%	—
	重度障害者等包括支援	0	0.0%	—
	施設入所支援	1	1.0%	—
	共同生活援助（グループホーム）	16	16.0%	—
	自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	5	5.0%	—
	就労移行支援	1	1.0%	5.0 回/週
	就労継続支援A型	4	4.0%	4.8 回/週
	就労継続支援B型	17	17.0%	4.1 回/週
2 相談支援	地域移行支援	8	8.0%	—
	地域定着支援	5	5.0%	—
3 地域生活支援事業他	相談支援事業	52	52.0%	—
	移動支援事業	7	7.0%	—
	地域活動支援センター	9	9.0%	—
	障害者就業・生活支援センター	2	2.0%	—
	福祉ホーム	1	1.0%	—
	日中一時支援事業	0	0.0%	—
	その他	1	1.0%	—

※ 利用回数については、利用者のうち利用回数について回答のあったもののみで集計。

図表 3-2-18 現在利用している障害福祉サービス等（続き）

		人 数	割 合	利用回数
4 介護保険サービス	(介護予防) 訪問介護	8人	8.2%	5.0回/週
	(介護予防) 訪問入浴介護	0人	0.0%	—
	(介護予防) 訪問看護	1人	1.0%	1.0回/週
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	1人	1.0%	1.0回/週
	(介護予防) 居宅療養管理指導	1人	1.0%	—
	(介護予防) (地域密着型) 通所介護	2人	2.0%	1.0回/週
	(介護予防) 通所リハビリテーション	0人	0.0%	—
	(介護予防) 短期入所生活介護	0人	0.0%	—
	(介護予防) 短期入所療養介護	0人	0.0%	—
	(介護予防) (地域密着型) 特定施設入居者生活介護(ケアハウス等)	0人	0.0%	—
	(介護予防) 福祉用具貸与・販売	1人	1.0%	—
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0人	0.0%	—
	夜間対応型訪問介護	0人	0.0%	—
	(介護予防) 認知症対応型通所介護	0人	0.0%	—
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	0人	0.0%	—
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	0人	0.0%	—
	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	0人	0.0%	—
	看護小規模多機能型居宅介護	0人	0.0%	—
	(介護予防) 住宅改修	0人	0.0%	—
	その他	0人	0.0%	—
5 医療・保健	通院	65人	66.3%	0.7回/週
	往診・訪問診療	4人	4.1%	1.9回/週
	歯科訪問診療	3人	3.1%	1.1回/週
	訪問看護	29人	29.6%	1.2回/週
	訪問薬剤管理指導	3人	3.1%	1.2回/週
	訪問栄養食事指導	0人	0.0%	—
	精神科デイ・ケア	14人	14.3%	3.1回/週
	精神科デイ・ナイト・ケア	0人	0.0%	—
	精神科ナイト・ケア	0人	0.0%	—
	精神科ショート・ケア	0人	0.0%	—
	精神科作業療法	0人	0.0%	—
	保健所(行政)による精神保健福祉相談・訪問指導	10人	10.2%	—
	その他	0人	0.0%	—
	6 その他	成年後見制度	5人	5.1%
日常生活自立支援事業		3人	3.1%	—
家族会		0人	0.0%	—
公共職業安定所		0人	0.0%	—
社会福祉協議会		4人	4.1%	—
市区町村		6人	6.1%	—
その他		2人	2.0%	—
全体		100人		

■ 要介護状態区別にみた障害福祉サービス等の利用状況

要介護状態区別に現在利用している障害福祉サービス等の状況をみると、「非該当」「要支援1～2」「要介護1～2」では、いずれも「通院」が最も多く、それぞれ81.1%、72.7%、58.3%であった。「要介護3～5」では、「(介護予防)訪問介護」「往診・訪問診療」「歯科訪問診療」60.0%が最も多かった。

図表 3-2-19 要介護状態区別にみた障害福祉サービス等の利用状況

		非該当 (N=37)	要支援 1～2 (N=11)	要介護 1～2 (N=12)	要介護 3～5 (N=5)
1 障害福祉サービス	居宅介護	35.1%	63.6%	16.7%	0.0%
	重度訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	同行援護	0.0%	0.0%	8.3%	20.0%
	行動援護	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%
	短期入所	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	生活介護	10.8%	9.1%	8.3%	0.0%
	療養介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	重度障害者等包括支援	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	施設入所支援	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	共同生活援助（グループホーム）	32.4%	9.1%	8.3%	0.0%
	自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	2.7%	9.1%	16.7%	0.0%
	就労移行支援	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	就労継続支援A型	2.7%	9.1%	0.0%	0.0%
	就労継続支援B型	27.0%	9.1%	8.3%	0.0%
2 相談支援	地域移行支援	10.8%	9.1%	16.7%	0.0%
	地域定着支援	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%
3 地域生活支援事業他	相談支援事業	59.5%	54.5%	33.3%	0.0%
	移動支援事業	2.7%	0.0%	0.0%	20.0%
	地域活動支援センター	5.4%	9.1%	16.7%	0.0%
	障害者就業・生活支援センター	2.7%	9.1%	0.0%	0.0%
	福祉ホーム	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	日中一時支援事業	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	その他	0.0%	9.1%	0.0%	0.0%

図表 3-2-19 現在利用している障害福祉サービス等（続き）

		非該当 (N=37)	要支援 1～2 (N=11)	要介護 1～2 (N=12)	要介護 3～5 (N=5)
4 介護保険サービス	(介護予防) 訪問介護	0.0%	27.3%	16.7%	60.0%
	(介護予防) 訪問入浴介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 訪問看護	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%
	(介護予防) 居宅療養管理指導	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%
	(介護予防) (地域密着型) 通所介護	0.0%	0.0%	8.3%	20.0%
	(介護予防) 通所リハビリテーション	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 短期入所生活介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 短期入所療養介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) (地域密着型) 特定施設入居者生活介護 (ケアハウス等)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 福祉用具貸与・販売	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	夜間対応型訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 認知症対応型通所介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 住宅改修	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
5 医療・保健	通院	81.1%	72.7%	58.3%	0.0%
	往診・訪問診療	2.7%	0.0%	0.0%	60.0%
	歯科訪問診療	0.0%	0.0%	0.0%	60.0%
	訪問看護	35.1%	45.5%	25.0%	20.0%
	訪問薬剤管理指導	0.0%	0.0%	8.3%	40.0%
	訪問栄養食事指導	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科デイ・ケア	13.5%	18.2%	16.7%	0.0%
	精神科デイ・ナイト・ケア	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科ナイト・ケア	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科ショート・ケア	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科作業療法	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	保健所(行政)による精神保健福祉相談・訪問指導	13.5%	9.1%	8.3%	0.0%
	その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	6 その他	成年後見制度	2.7%	0.0%	16.7%
日常生活自立支援事業		2.7%	0.0%	0.0%	0.0%
家族会		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
公共職業安定所		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
社会福祉協議会		0.0%	9.1%	0.0%	0.0%
市区町村		5.4%	18.2%	8.3%	0.0%
その他		0.0%	9.1%	8.3%	0.0%

■ 障害支援区別にみた障害福祉サービス等の利用状況

障害支援区別に現在利用している障害福祉サービス等の状況をみると、「非該当」「区分1～2」「区分3～4」では、いずれも「通院」が最も多く、それぞれ83.3%、90.0%、69.0%であった。「区分5～6」では、「居宅介護」「相談支援事業」「通院」37.5%が最も多かった。

図表 3-2-20 障害支援区別にみた障害福祉サービス等の利用状況

		非該当 (N=12)	区分 1～2 (N=30)	区分 3～4 (N=29)	区分 5～6 (N=8)
1 障害福祉サービス	居宅介護	0.0%	53.3%	58.6%	37.5%
	重度訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%
	同行援護	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%
	行動援護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	短期入所	0.0%	0.0%	3.4%	12.5%
	生活介護	0.0%	0.0%	17.2%	12.5%
	療養介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	重度障害者等包括支援	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	施設入所支援	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	共同生活援助（グループホーム）	8.3%	23.3%	13.8%	0.0%
	自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	8.3%	6.7%	3.4%	0.0%
	就労移行支援	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	就労継続支援A型	16.7%	6.7%	0.0%	0.0%
	就労継続支援B型	41.7%	26.7%	10.3%	0.0%
2 相談支援	地域移行支援	16.7%	16.7%	3.4%	0.0%
	地域定着支援	0.0%	10.0%	6.9%	0.0%
3 地域生活支援事業他	相談支援事業	41.7%	66.7%	51.7%	37.5%
	移動支援事業	0.0%	6.7%	10.3%	12.5%
	地域活動支援センター	0.0%	3.3%	13.8%	0.0%
	障害者就業・生活支援センター	8.3%	3.3%	0.0%	0.0%
	福祉ホーム	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%
	日中一時支援事業	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	その他	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%

図表 3-2-20 障害支援区分別にみた障害福祉サービス等の利用状況（続き）

		非該当 (N=12)	区分 1～2 (N=30)	区分 3～4 (N=29)	区分 5～6 (N=8)
4 介護保険サービス	(介護予防) 訪問介護	0.0%	3.3%	10.3%	0.0%
	(介護予防) 訪問入浴介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 訪問看護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 訪問リハビリテーション	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 居宅療養管理指導	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) (地域密着型) 通所介護	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 通所リハビリテーション	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 短期入所生活介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 短期入所療養介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) (地域密着型) 特定施設入居者生活介護 (ケアハウス等)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 福祉用具貸与・販売	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	夜間対応型訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 認知症対応型通所介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	看護小規模多機能型居宅介護	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	(介護予防) 住宅改修	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
5 医療・保健	通院	83.3%	90.0%	69.0%	37.5%
	往診・訪問診療	0.0%	0.0%	3.4%	0.0%
	歯科訪問診療	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	訪問看護	8.3%	50.0%	24.1%	0.0%
	訪問薬剤管理指導	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%
	訪問栄養食事指導	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科デイ・ケア	8.3%	26.7%	13.8%	0.0%
	精神科デイ・ナイト・ケア	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科ナイト・ケア	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科ショート・ケア	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	精神科作業療法	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	保健所(行政)による精神保健福祉相談・訪問指導	16.7%	16.7%	6.9%	0.0%
	その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	6 その他	成年後見制度	0.0%	3.3%	3.4%
日常生活自立支援事業		0.0%	6.7%	3.4%	0.0%
家族会		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
公共職業安定所		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
社会福祉協議会		0.0%	13.3%	0.0%	0.0%
市区町村		0.0%	10.0%	6.9%	0.0%
その他		0.0%	6.7%	0.0%	0.0%

■ 現在利用していないが、本来は利用が望ましい障害福祉サービス等

現在利用していないが、本来は利用が望ましい障害福祉サービス等について回答のあった33名の状況をみると、「地域定着支援」と「地域活動支援センター」の利用希望が21.2%で最も多く、次いで「居宅介護」と「就労支援B型」が18.2%であった。

図表 3-2-21 現在利用していないが、本来は利用が望ましい障害福祉サービス等 (MA)

		人 数	割 合
1 障害福祉サービス	居宅介護	6人	18.2%
	重度訪問介護	2人	6.1%
	同行援護	0人	0.0%
	行動援護	0人	0.0%
	短期入所	0人	0.0%
	生活介護	4人	12.1%
	療養介護	0人	0.0%
	重度障害者等包括支援	0人	0.0%
	施設入所支援	3人	9.1%
	共同生活援助（グループホーム）	5人	15.2%
	自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	0人	0.0%
	就労移行支援	1人	3.0%
	就労継続支援A型	2人	6.1%
	就労継続支援B型	6人	18.2%
2 相談支援	地域移行支援	0人	0.0%
	地域定着支援	7人	21.2%
3 地域生活支援事業他	相談支援事業	1人	3.0%
	移動支援事業	3人	9.1%
	地域活動支援センター	7人	21.2%
	障害者就業・生活支援センター	0人	0.0%
	福祉ホーム	0人	0.0%
	日中一時支援事業	0人	0.0%
	その他	0人	0.0%
4 介護保険サービス	（介護予防）訪問介護	2人	6.1%
	（介護予防）訪問入浴介護	0人	0.0%
	（介護予防）訪問看護	0人	0.0%
	（介護予防）訪問リハビリテーション	0人	0.0%
	（介護予防）居宅療養管理指導	0人	0.0%
	（介護予防）（地域密着型）通所介護	0人	0.0%
	（介護予防）通所リハビリテーション	0人	0.0%
	（介護予防）短期入所生活介護	0人	0.0%
	（介護予防）短期入所療養介護	0人	0.0%
	（介護予防）（地域密着型）特定施設入居者生活介護（ケアハウス等）	0人	0.0%
	（介護予防）福祉用具貸与・販売	2人	6.1%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0人	0.0%
	夜間対応型訪問介護	0人	0.0%
	（介護予防）認知症対応型通所介護	0人	0.0%
	（介護予防）小規模多機能型居宅介護	0人	0.0%
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	0人	0.0%
	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	0人	0.0%
	看護小規模多機能型居宅介護	0人	0.0%
	（介護予防）住宅改修	0人	0.0%
	その他	0人	0.0%
全体		33人	

■ **本来は利用が望ましい障害福祉サービス等を利用していない理由**

本来は利用が望ましい障害福祉サービス等を利用していない理由については、「本人が拒否している、利用したい気持ちに向かない」、「サービスを提供できる事業所が地域にない」との回答が寄せられた。

第4章 モデル事業

1. モデル事業の背景と目的

当実態調査は、精神科病院長期入院患者の地域移行の推進に向け、退院後に必要となる介護保険サービス・障害福祉サービス等の必要量を、各自治体で計画的に見込むための基礎資料を得ることを目的としている。

サービスの必要量を見込むには、現在の長期入院患者の要介護状態区分・障害支援区分を把握する必要があるが、患者の多くは認定を受けていない状況にある。

このため、認定を受けていない長期入院患者について、要介護認定調査員及び障害支援区分認定調査員による調査と医師の評価をもとに精緻な区分把握を行うため、モデル事業を実施した。

2. モデル事業の実施方法

■ 調査対象

【調査対象病院】

下記要件に該当する10病院を調査対象病院とした。

- ① 全国の精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出施設
- ② 上記①の入院基本料等を届け出ている病棟の入院患者が、概ね40～50名以上いること
- ③ モデル事業に必要な各種事項の実施への協力が可能であること

【調査対象患者】

調査対象病院ごとに、下記要件に該当する患者を、無作為に最大25人抽出した。

- ① 上記病院で、精神病棟入院基本料（または、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料）の届出がされている病棟の入院患者
- ② ①のうち、平成27年7月1日現在、当該病棟に1年以上継続して入院していること
- ③ 要介護状態区分認定・障害支援区分認定の少なくともいずれかが未認定であること
- ④ 調査内容を理解した上での協力同意書への記名、調査員からの質問への回答など、調査実施への協力が可能であること

■ 実施方法

【調査実施方法】

調査対象病院に入院している長期入院患者を対象に、認定調査員が実際の要介護認定及び障害支援区分認定で用いられる調査票の項目について、訪問調査を実施した。あわせて、同じ患者の主治医が「模擬調査票」（各認定にかかる意見書から、一次判定に必要な項目を抽出したもの）を作成した。

上記の、認定調査員調査結果と模擬調査票の2つに基づき、要介護状態区分認定及び障害支援区分認定の一次判定を模擬的に実施し、結果を得た。なお、いずれか一方のみが未認定である場合は、未認定の調査のみを実施した。

【認定調査員】

認定調査員は医療・福祉関連資格の有資格者から選定した。全6名のうち、5名が看護師（うち2名が保健師）、1名が社会福祉士・ケアマネジャーの有資格者であった。

■ 訪問調査の実施時期

平成27年11月9日（月）～12月3日（木）

■ 対象患者数

図表 4-2-1 対象患者数

	人数	調査を実施した患者の割合
調査対象病院において、調査対象患者の要件（前ページ【調査対象患者】①、②、③すべて）に該当した患者数	654人	100.0%
うち、実際に要介護状態区分、障害支援区分のいずれかの模擬調査を実施した患者数	200人	30.6%
うち、要介護状態区分の模擬調査を実施した患者数	91人	13.9%
うち、障害支援区分の模擬調査を実施した患者数	199人	30.4%

※要介護状態区分の調査については、65歳未満の患者は除外した。

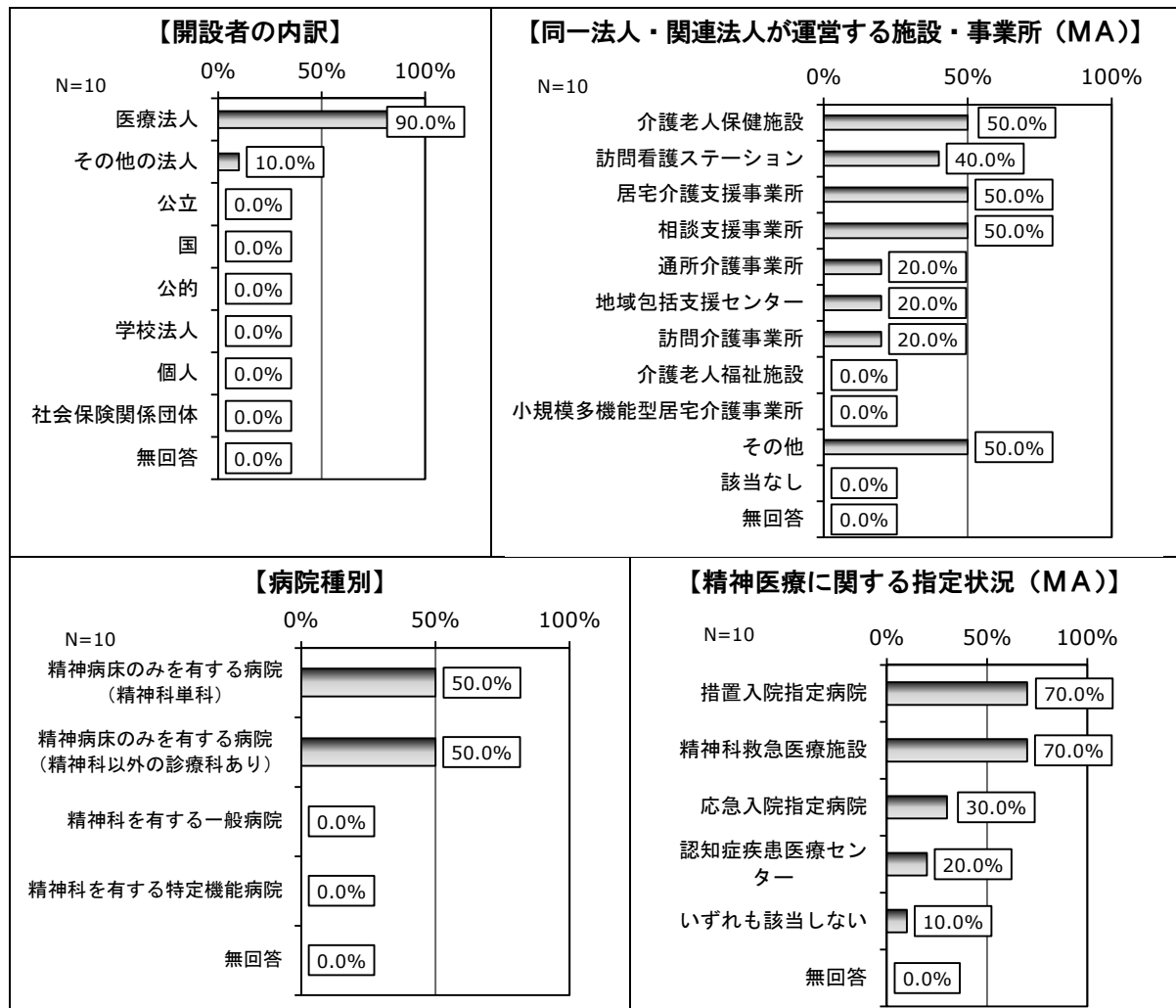
3. 対象病院の基本的事項

1) 病院の状況

10 病院の概況をみると、開設者は「医療法人」90.0%が最も多かった。同一法人・関連法人が運営する施設・事業所をみると、「介護老人保健施設」「居宅介護支援事業所」「相談支援事業所」「その他」50.0%が最も多く、次いで「訪問看護ステーション」40.0%であった。

病院種別は、「精神病床のみを有する病院（精神科単科）」「精神病床のみを有する病院（精神科以外の診療科あり）」50.0%が最も多かった。また、精神医療に関する指定状況は、「措置入院指定病院」「精神科救急医療施設」（都道府県の精神科救急医療体制整備事業に参加している医療機関）70.0%が最も多かった。

図表 4-3-1 病院の概況



また、同一法人・関連法人が運営する施設等の「その他」には、以下のような回答が寄せられた。

-
- ・診療所
 - ・グループホーム
 - ・居宅介護
 - ・地域活動支援センター
 - ・障害者総合支援法に基づく事業所
 - ・生活訓練施設
 - ・就労移行支援・就労継続支援 B 事業所
-

2) 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数

回答施設の保有する精神病床を診療報酬上の区分別にみると、「精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）」または「精神療養病棟入院料」の精神病床を保有する施設が5件と最も多かった。

「精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）」の精神病床を保有する施設では、当該病床は56.2床（1.2病棟）、病床利用率は94.8%、平均在院日数は177.2日であった。「精神療養病棟入院料」の精神病床を保有する施設では、当該病床は84.2床（1.6病棟）、病床利用率は96.8%、平均在院日数は848.6日であった。

図表 4-3-2 病棟数、許可病床数、病床利用率、平均在院日数

	保有 施設数	保有施設の1施設当たり平均			
		病棟数	許可 病床数	病床 利用率	平均 在院日数
① 精神病床	5件	4.2棟	204.4床	95.6%	254.9日
うち、精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料(精神病棟)	5件	1.2棟	56.2床	94.8%	177.2日
うち、精神科救急入院料1	2件	0.7棟	26.7床	62.9%	34.6日
うち、精神科救急入院料2	0件				
うち、精神科救急・合併症入院料	0件				
うち、精神科急性期治療病棟入院料1	2件	1.0棟	45.0床	86.3%	70.2日
うち、精神科急性期治療病棟入院料2	0件				
うち、児童・思春期精神科入院医療管理料	0件				
うち、精神療養病棟入院料	5件	1.6棟	84.2床	96.8%	848.6日
うち、認知症治療病棟入院料1	2件	1.5棟	75.0床	97.0%	413.9日
うち、認知症治療病棟入院料2	0件				
うち、その他の精神科病棟	0件				
② 一般病床	0件				
③ 療養病床	0件				
④ 結核病床	0件				
⑤ 感染症病床	0件				
⑥ 病院全体		4.2棟	204.4床	95.6%	254.9日

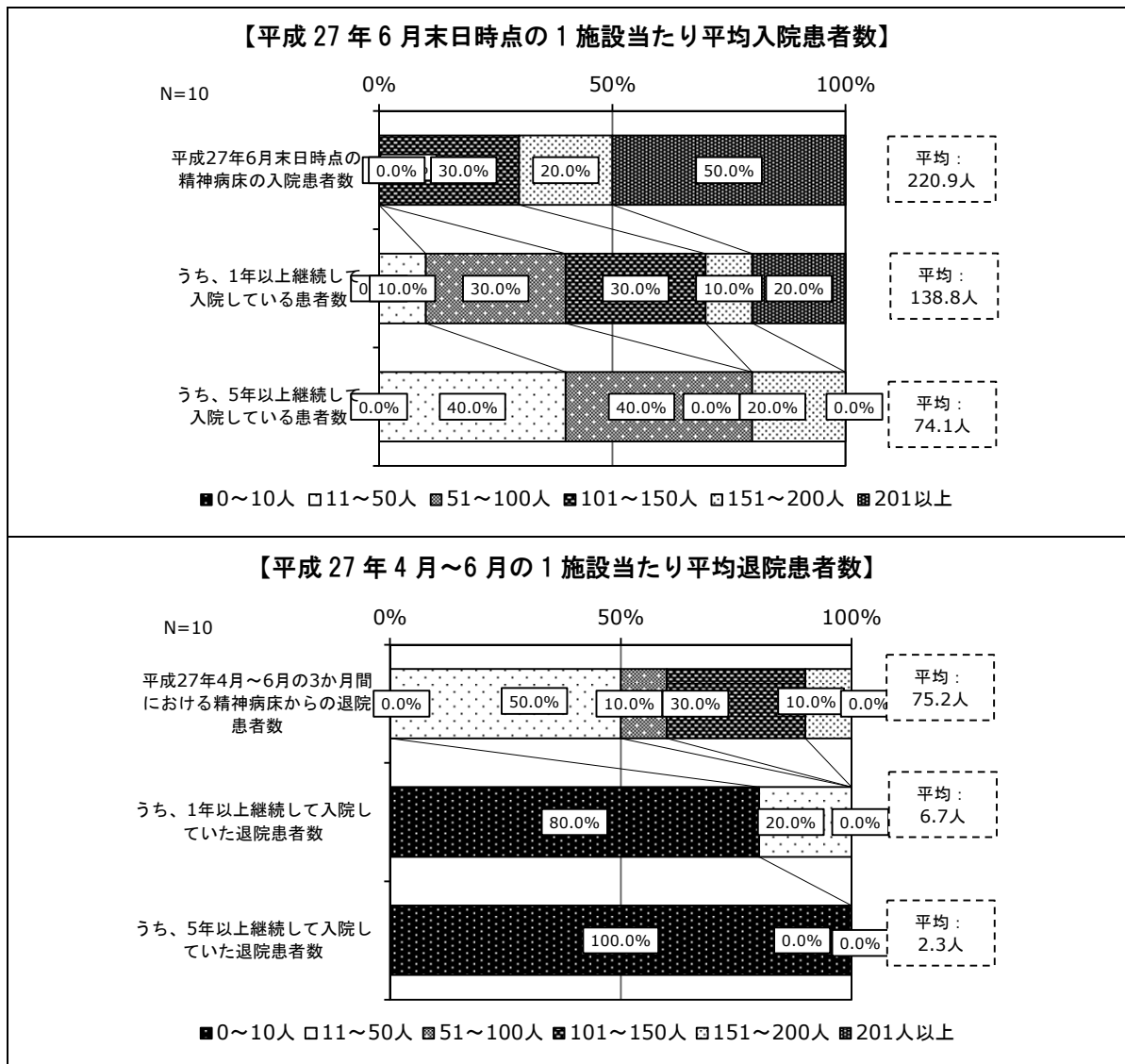
※有効回答のあった5件で集計。

3) 入院患者数、退院患者数

1施設当たり平均入院患者数は220.9人であり、そのうち1年以上継続して入院している患者は138.8人、5年以上継続して入院している患者は74.1人であった。

一方、3カ月間における1施設当たり平均退院患者数は75.2人であり、そのうち1年以上継続して入院していた患者は6.7人、5年以上継続して入院していた患者は2.3人であった。

図表 4-3-3 精神病床の入院患者数、退院患者数



4) 職員数

平成 27 年 6 月末日時点の 1 施設当たりの精神科病棟の職員数（常勤換算）をみると、医師は平均 9.7 人であり、うち精神保健指定医は 7.0 人であった。また、内科医は 0.9 人であった。

看護師は 51.0 人、准看護師は 33.5 人、看護補助者は 37.1 人であった。また、精神保健福祉士は 5.4 人、作業療法士は 7.9 人、理学療法士は 0.2 人、臨床心理技術者は 2.0 人であった。

図表 4-3-4 精神科病棟の職員数

	1 施設当たり職員数	割合
① 医師	9.7 人	5.8%
①のうち、精神保健指定医	7.0 人	4.2%
①のうち、精神科特定医師	0.2 人	0.1%
①のうち、上記以外の精神科医	1.6 人	1.0%
①のうち、内科医	0.9 人	0.5%
①のうち、外科医	0.0 人	0.0%
② 看護師(保健師を含む)	51.0 人	30.7%
②のうち、精神看護専門看護師	0.0 人	0.0%
②のうち、認知症看護認定看護師	0.0 人	0.0%
②のうち、精神科認定看護師	0.1 人	0.1%
③ 准看護師	33.5 人	20.1%
④ 看護補助者	37.1 人	22.3%
⑤ 薬剤師	2.6 人	1.6%
⑥ 作業療法士	7.9 人	4.8%
⑦ 理学療法士	0.2 人	0.1%
⑧ 臨床心理技術者	2.0 人	1.2%
⑨ 精神保健福祉士	5.4 人	3.2%
⑩ 社会福祉士(上記⑨を除く)	0.2 人	0.1%
⑪ 事務職員(精神科病棟専従者に限る)	3.3 人	2.0%
⑫ その他の職員(精神科病棟専従者に限る)	3.5 人	2.1%
合計	166.1 人	100.0%

※有効回答のあった 10 件で集計。

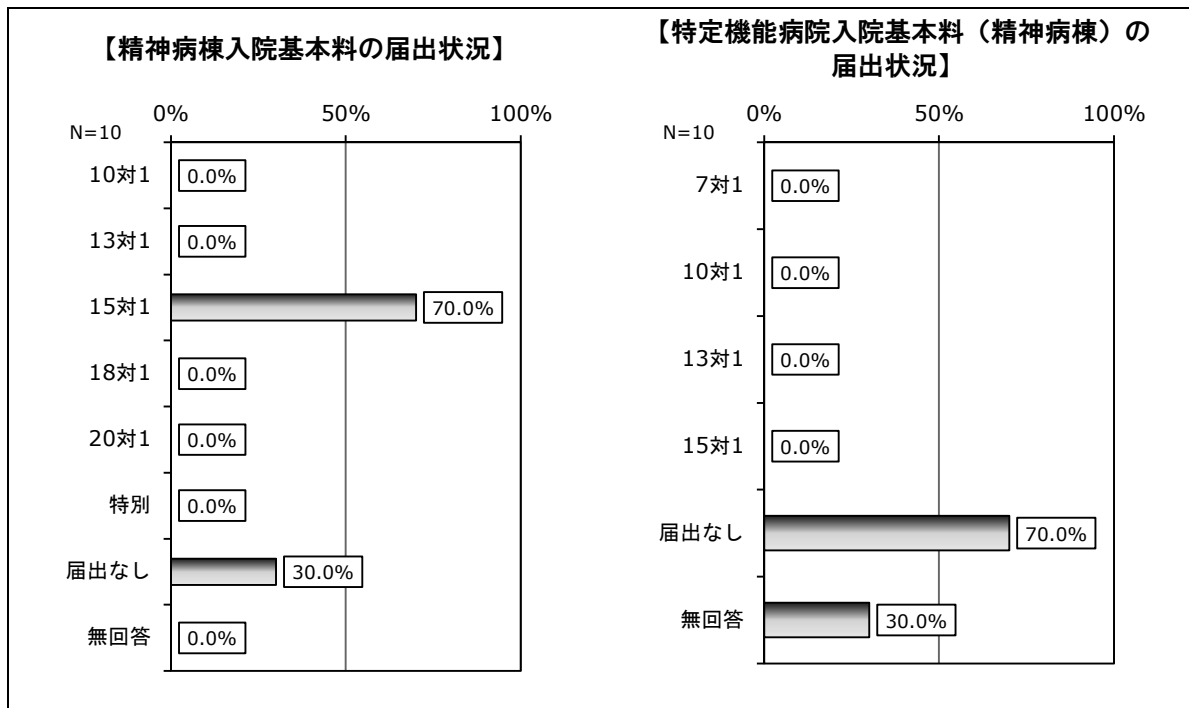
5) 届出状況

■ 精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）の届出状況

平成 27 年 6 月末日時点の届出状況をみると、精神病棟入院基本料については「15 対 1」70.0%が最も多く、他は「届出なし」30.0%であった。

また、特定機能病院については、無回答を除くすべての回答が「届出なし」で、70.0%であった。

図表 4-3-5 精神病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神病棟）の届出状況

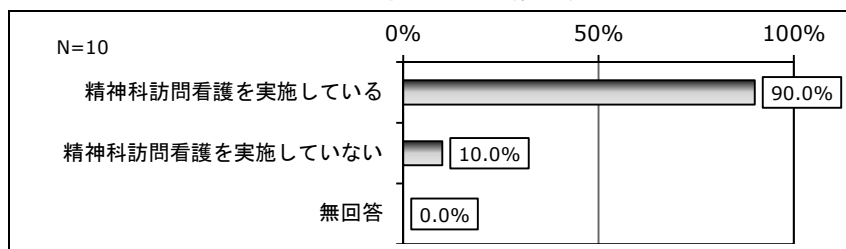


6) 精神科訪問看護

■ 精神科訪問看護の実施状況

病院、または病院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施しているかの問いには、「精神科訪問看護を実施している」と回答した病院が90.0%であった。

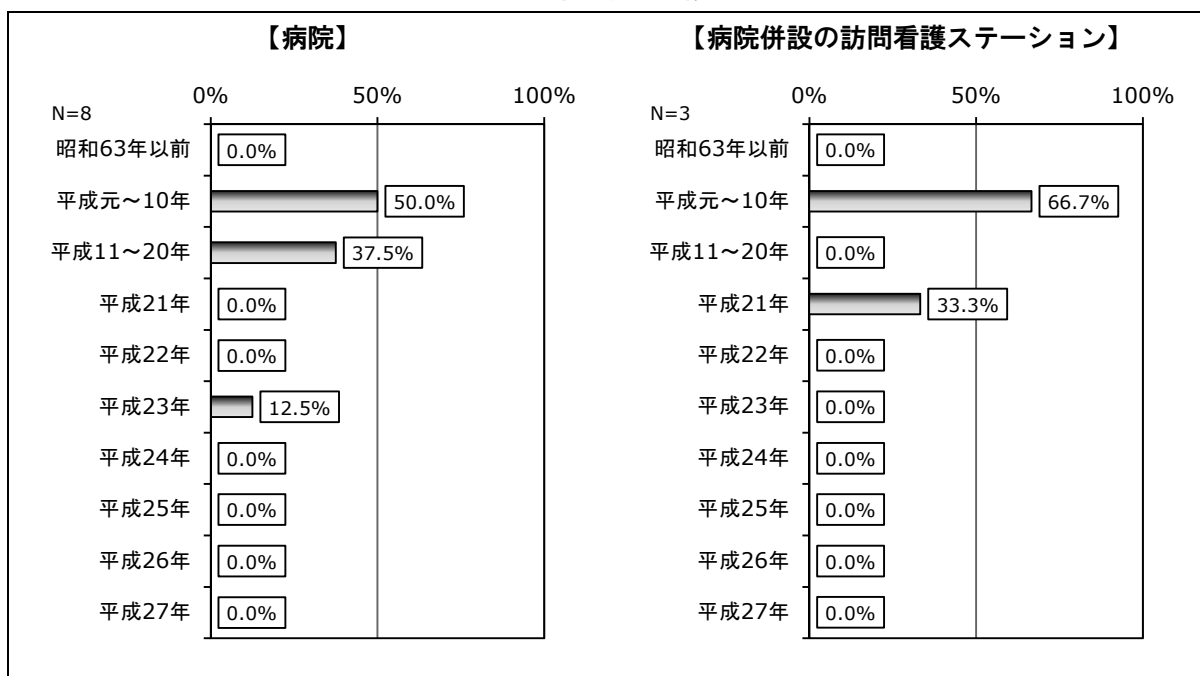
図表 4-3-6 精神科訪問看護の実施状況



■ 精神科訪問看護の開始時期

病院と病院併設の訪問看護ステーション別に開始時期をみると、病院実施の精神科訪問看護では「平成元～10年」50.0%が最も多く、次いで「平成11年～20年」37.5%であった。病院併設の訪問看護ステーションでは「平成元～10年」66.7%が最も多く、次いで「平成21年」33.3%であった。

図表 4-3-7 精神科訪問看護の開始時期



■ 精神科訪問看護の職員数

従事する職員数は、保健師・看護師数は病院で 3.4 人、病院併設の訪問看護ステーションで 3.0 人であった。うち専従の保健師・看護師数は、病院で 0.5 人、病院併設の訪問看護ステーションで 3.0 人であった。

図表 4-3-8 精神科訪問看護の職員数

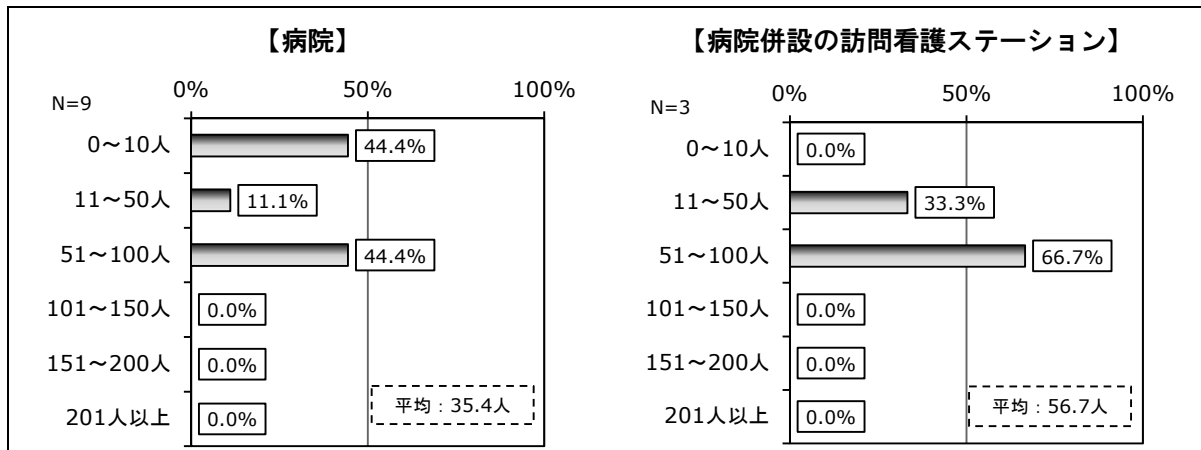
	1施設当たり人数		割合	
	病院	病院併設の訪問看護ステーション	病院	病院併設の訪問看護ステーション
保健師・看護師	3.4人	3.0人	53.1%	44.8%
うち、専従の保健師・看護師数	0.5人	3.0人	7.8%	44.8%
准看護師	0.1人	0.0人	1.6%	0.0%
うち、専従の准看護師数	0.1人	0.0人	1.6%	0.0%
作業療法士	0.7人	0.0人	10.9%	0.0%
うち、専従の作業療法士数	0.0人	0.0人	0.0%	0.0%
精神保健福祉士	1.5人	0.7人	23.4%	10.4%
うち、専従の精神保健福祉士数	0.1人	0.0人	1.6%	0.0%
看護補助者	0.0人	0.0人	0.0%	0.0%
うち、専従の看護補助者数	0.0人	0.0人	0.0%	0.0%
合計	6.4人	6.7人	100.0%	100.0%

※有効回答のあった 8 件（病院）、3 件（病院併設の訪問看護ステーション）で集計。

■ 精神科訪問看護の利用者数

平成 27 年 6 月の利用者数は、病院では「0～10 人」「51～100 人」44.4%が最も多く、病院併設の訪問看護ステーションでは「51～100 人」66.7%が最も多かった。また、平均利用者数は病院で 35.4 人、病院併設の訪問看護ステーションで 56.7 人であった。

図表 4-3-9 平成 27 年 6 月の 1 カ月間における精神科訪問看護利用者数（実人数）

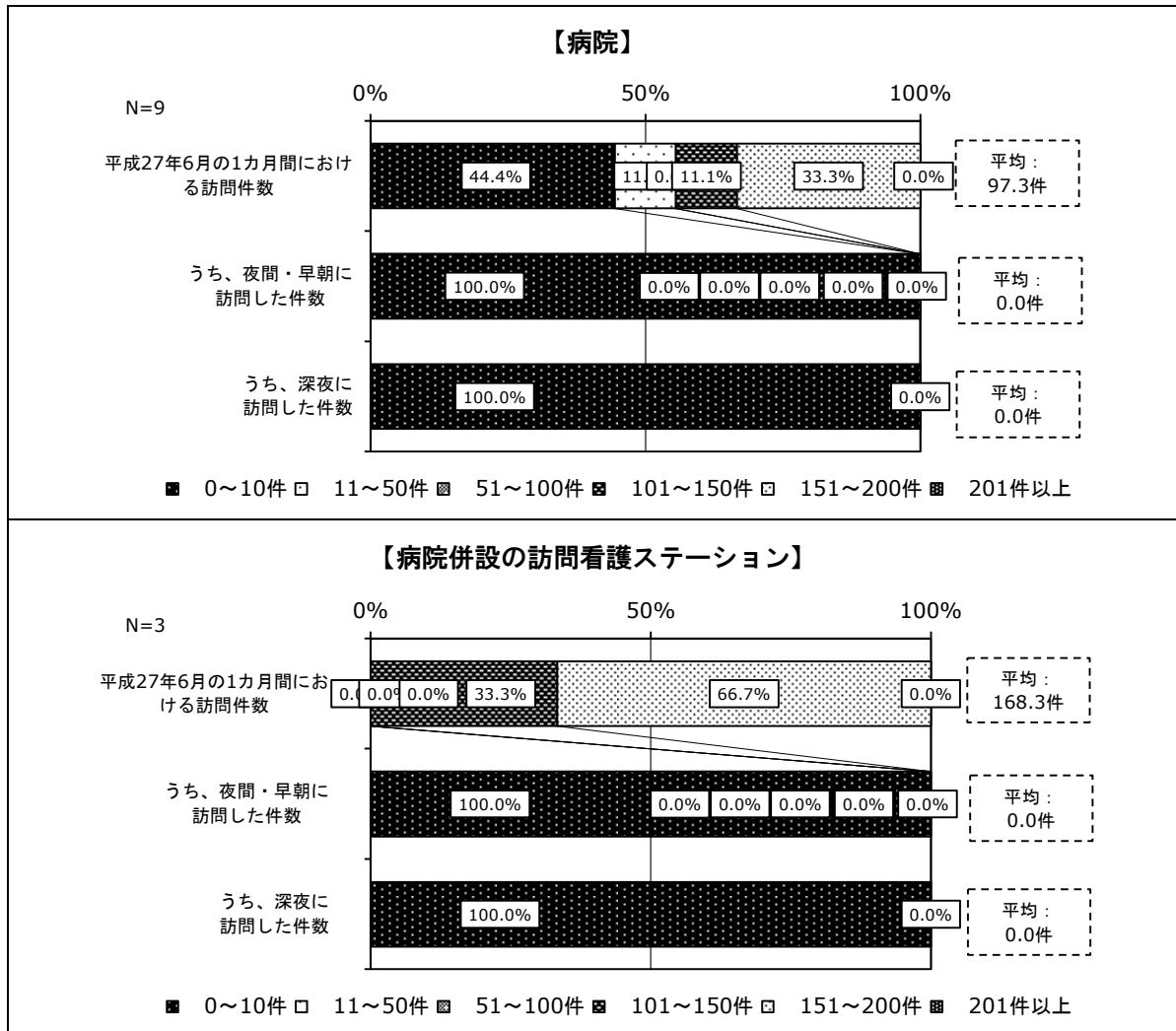


■ 精神科訪問看護の訪問件数

平成27年6月の1カ月間における訪問件数は、病院では「0～10件」44.4%が最も多く、病院併設の訪問看護ステーションでは「151～200件」66.7%が最も多かった。

そのうち、夜間・早朝に訪問した件数、深夜に訪問した件数は、病院・病院併設の訪問看護ステーションの両方で、いずれもすべて「0～10件」であった。

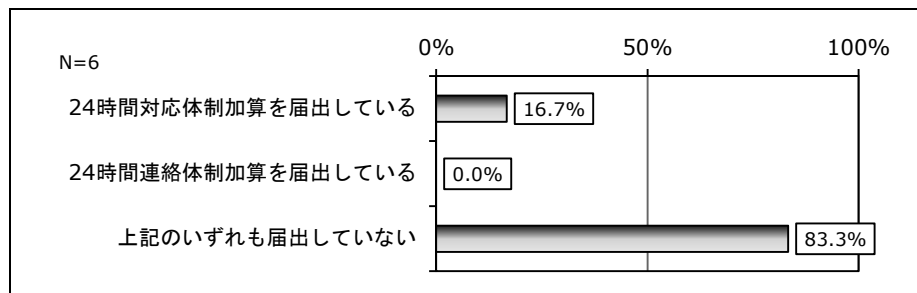
図表 4-3-10 平成27年6月の1カ月間における訪問件数（延件数）



■ 医療保険における加算の届出状況

病院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施している場合の、医療保険における加算の届出状況については、「いずれも届出をしていない」訪問看護ステーションが 83.3%と最も多く、他は「24 時間対応体制加算を届出している」訪問看護ステーションが 16.7%であった。

図表 4-3-11 医療保険における加算の届出状況



7) 患者の退院支援における関係機関との連携

患者の退院支援における関係機関との連携について、「関係機関を直接訪問」する方法によるものでは「共同生活援助」「市区町村」が 80.0%と最も多かった。また、「病院の会議等に関係機関の参加を依頼」する方法によるものでは「共同生活援助」「計画相談支援」「市区町村」80.0%が最も多く、「電話・メール等での連絡調整」によるものでは「計画相談支援」「市区町村」90.0%が最も多かった。

また、その連携頻度をみると、「最も連携頻度が高い」の回答が最も多かった関係機関は「計画相談支援」「市区町村」が 20.0%であった。「2番目に連携頻度が高い」の回答が最も多かった関係機関は「介護保険サービス」30.0%であった。また、「3番目に連携頻度が高い」の回答が最も多かった関係機関は「市区町村」30.0%であった。

また、患者の退院支援に当たり連携している関係機関の「その他」については、「障害者総合支援センター」との回答が寄せられた。

図表 4-3-12 退院支援における他機関との連携

	実施している連携方法			
	関係機関を直接訪問	病院の会議等に 関係機関の参加 を依頼	電話・メール等 での連絡調整	その他
01 精神科デイ・ケア等	60.0%	40.0%	40.0%	0.0%
02 訪問看護ステーション	40.0%	50.0%	80.0%	0.0%
03 居宅介護	20.0%	50.0%	40.0%	0.0%
04 重度訪問介護	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%
05 同行援護	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%
06 行動援護	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%
07 短期入所	20.0%	20.0%	50.0%	0.0%
08 生活介護	0.0%	30.0%	30.0%	0.0%
09 療養介護	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%
10 重度障害者等包括支援	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%
11 施設入所支援	20.0%	40.0%	60.0%	0.0%
12 介護保険サービス	60.0%	70.0%	70.0%	0.0%
13 共同生活援助	80.0%	80.0%	70.0%	0.0%
14 自立訓練	50.0%	60.0%	70.0%	0.0%
15 就労移行支援	20.0%	30.0%	50.0%	0.0%
16 就労継続支援 A 型	30.0%	40.0%	60.0%	0.0%
17 就労継続支援 B 型	60.0%	40.0%	60.0%	0.0%
18 計画相談支援	50.0%	80.0%	90.0%	0.0%
19 地域移行支援	10.0%	30.0%	40.0%	0.0%
20 地域定着支援	10.0%	20.0%	30.0%	10.0%
21 相談支援事業	50.0%	70.0%	70.0%	0.0%
22 移動支援事業	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%
23 地域活動支援センター	60.0%	60.0%	60.0%	0.0%
24 福祉ホーム	10.0%	10.0%	20.0%	10.0%
25 日中一時支援事業	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%
26 障害者就業・生活支援センター	0.0%	30.0%	50.0%	0.0%
27 発達障害者支援センター	0.0%	10.0%	60.0%	0.0%
28 配食サービス	0.0%	0.0%	70.0%	0.0%
29 市区町村	80.0%	80.0%	90.0%	0.0%
30 保健所	50.0%	60.0%	80.0%	0.0%
31 社会福祉協議会	20.0%	50.0%	80.0%	0.0%
32 公共職業安定所	10.0%	10.0%	40.0%	0.0%
33 その他	0.0%	10.0%	10.0%	0.0%

※ 有効回答のあった 10 件で集計。

図表 4-3-13 患者の退院支援に当たり連携している関係機関とその連携頻度

	連携頻度		
	最も 連携頻度が高い	2番目に 連携頻度が高い	3番目に 連携頻度が高い
01 精神科デイ・ケア等	10.0%	10.0%	0.0%
02 訪問看護ステーション	10.0%	10.0%	20.0%
03 居宅介護	0.0%	0.0%	0.0%
04 重度訪問介護	0.0%	0.0%	0.0%
05 同行援護	0.0%	0.0%	0.0%
06 行動援護	0.0%	0.0%	0.0%
07 短期入所	0.0%	0.0%	0.0%
08 生活介護	0.0%	0.0%	0.0%
09 療養介護	0.0%	0.0%	0.0%
10 重度障害者等包括支援	0.0%	0.0%	0.0%
11 施設入所支援	0.0%	0.0%	0.0%
12 介護保険サービス	10.0%	30.0%	0.0%
13 共同生活援助	10.0%	10.0%	0.0%
14 自立訓練	0.0%	10.0%	0.0%
15 就労移行支援	0.0%	0.0%	0.0%
16 就労継続支援 A 型	0.0%	0.0%	0.0%
17 就労継続支援 B 型	0.0%	10.0%	20.0%
18 計画相談支援	20.0%	10.0%	10.0%
19 地域移行支援	0.0%	0.0%	0.0%
20 地域定着支援	0.0%	0.0%	0.0%
21 相談支援事業	0.0%	0.0%	10.0%
22 移動支援事業	10.0%	0.0%	0.0%
23 地域活動支援センター	10.0%	0.0%	0.0%
24 福祉ホーム	0.0%	0.0%	0.0%
25 日中一時支援事業	0.0%	0.0%	0.0%
26 障害者就業・生活支援センター	0.0%	0.0%	0.0%
27 発達障害者支援センター	0.0%	0.0%	0.0%
28 配食サービス	0.0%	0.0%	0.0%
29 市区町村	20.0%	10.0%	30.0%
30 保健所	0.0%	0.0%	0.0%
31 社会福祉協議会	0.0%	0.0%	0.0%
32 公共職業安定所	0.0%	0.0%	0.0%
33 その他	0.0%	0.0%	10.0%

※ 有効回答のあった 10 件で集計。

8) 精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な取組

■ 医療サービスに関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な医療サービスに関する取組については、以下の回答が寄せられた。

-
- ・休日・祝日でも対応可能な医療機関の増加が必要と考える。
 - ・お互いの理解ができていない。
 - ・地域の社会資源（人を含めた）を活用して、医療サービスと他のサービスの併用を進めていくことが必要である。
 - ・慢性期の入院期間が長くなる程、退院支援は難しいと感じる。手厚い支援体制が必要。必要な時に必要な医療が提供できる体制作りのための、現実的な報酬体系。
 - ・緊急時対応を明確にし、退院後の受入先が安心できる体制づくり。訪問看護や往診の充実。
 - ・外来サービスの充実、人員確保・保険点数の向上。
 - ・人員基準の職種の増大。
 - ・社会復帰プログラム等を充実させ、いつでも利用出来る様準備する。訪問看護以外にも病院から地域に出られるサービスを増やす。(地域の方々との情報共有や関わり方を知る機会が増える為)
 - ・病院まで受診に来ることができない患者様や家族のみが薬を取りに来るだけとなっている方もいる。訪問型の医療サービスの充実が必要ではないかと思う。
-

■ 障害福祉サービスに関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な障害福祉サービスに関する取組については、以下の回答が寄せられた。

-
- ・長期入院患者を受入れる施設職員のスキル向上を目的とした研修・実習が必要と考えます。
 - ・お互いの理解ができていない。
 - ・利用者の状況に合わせたサービスの組み合わせを検討していくことが必要である。
 - ・医療サービスとの連携をより深め、スタッフが様々なニーズに対して対応できるスキルを身につけることが必要である。
 - ・早期に退院支援に取り組むが、障害福祉サービスの申請や計画相談に時間を要し、入院が長引くことがある。これまでも申請自体に時間がかかっていたが、計画相談が導入され、更に時間を要することとなった。手続きの簡略化が必要。
 - ・現状の「地域移行支援」のサービスのよう、退院に向けての具体的な支援を更に充実していく必要がある。
 - ・入院中に日中活動やホームヘルプ宿泊体験が（市町村によらず）必ずサービスとして利用できる体制づくり。
 - ・サービス利用開始までの期間が長い為、手続の簡略化。
 - ・計画相談支援事業所の数を増やす。
 - ・サービス支給量の増大、支給決定までの流れの簡素化、決定までの期間の短縮。
 - ・介護保険との並行利用。
 - ・サービスの種類を増やす。本人の生活上で必要なものはこと細かい為、草むしり等幅広く支援出来る様なものが必要。
-

■ 居住支援に関する取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要な居住支援に関する取組については、以下の回答が寄せられた。

-
- ・24時間サービスを提供できる事業所が増加することが必要と考えます。
 - ・利用者のニーズに合わせた支援ができるよう、多職種で取り組むことが必要である。
 - ・精神疾患患者の居住の場は、ほぼグループホームが担っているが施設数が少ない。グループホームは人員基準や報酬単価が厳しく設定されており、グループホームのみで運営するのは困難と考えられる。今まで民間精神科病院が施設整備に尽力してきたが、これ以上をまかなうことは困難。行政での整備を望む。
 - ・夜間対応も可能な施設の充実。精神障害をお持ちで高齢化した場合に対応できる居住先が増える必要がある。
 - ・グループホームや自主訓練施設、生活介護の入所施設を増やす。
 - ・施設の地域間格差の是正。
 - ・スタッフ精神障害者に対する対応や教育の徹底。
 - ・地域住民の理解を得る為の取組（交流会や体験発表の機会など）
 - ・家賃の補助、交通手段等の補助。
 - ・費用負担できず、入所出来ないこともある為、減額を考えて欲しい。ただ、余裕で生活している方もいる為、収入等によって変動するといいかんと思う。
 - ・地域の受け皿となるような施設の増設。
-

■ その他の取組

精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するために必要なその他の取組については、以下の回答が寄せられた。

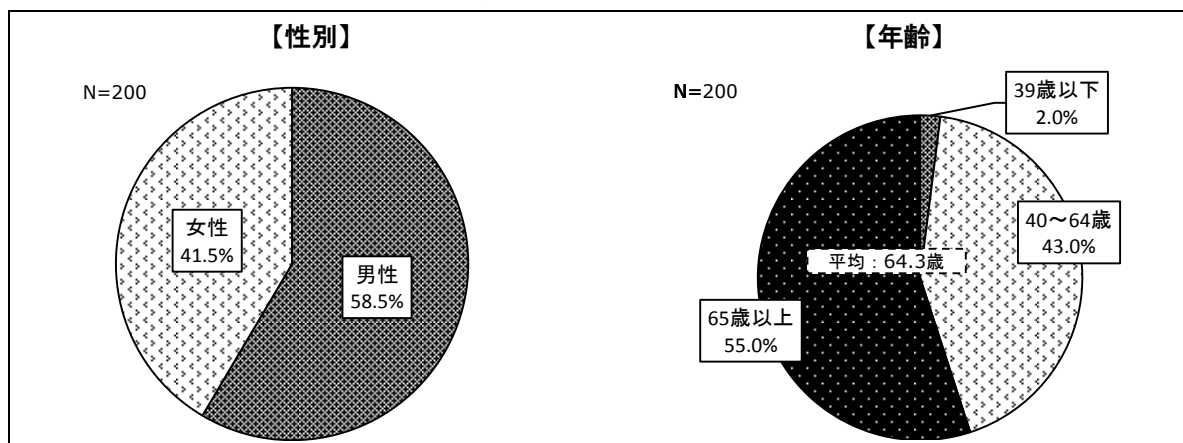
-
- ・サービス計画相談と地域移行・地域定着を同時にやっているため、サービス計画相談がいそがしく、地域移行・定着がほとんどできてない。
 - ・障害福祉サービスと介護保険サービスの狭間となるケースが多い（年齢的なものだけでなく、状況的に）。このようなケースの支援が制度的にも可能となるよう、検討が必要と思われる。
 - ・地域で生活する際、専門知識が不足しているスタッフや自分の思い込みが強く本人の判断でないケースもあるのでスタッフの質の向上が必要。
-

4. 対象患者の基本的事項

■ 性別・年齢

対象患者は「男性」58.5%、「女性」41.5%であった。また、平均年齢は64.3歳で、「39歳以下」2.0%、「40～64歳」43.0%、「65歳以上」55.0%であった。

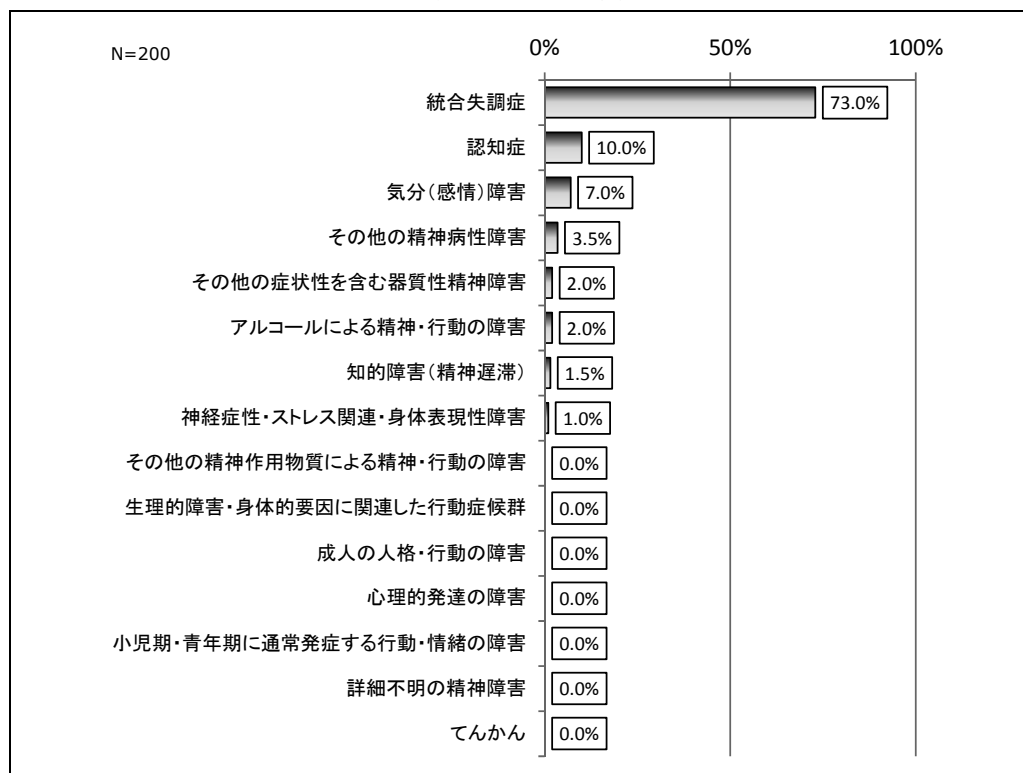
図表 4-4-1 性別・年齢



■ 主傷病

主傷病として最も多いのは「統合失調症」73.0%であり、次いで「認知症」10.0%であった。

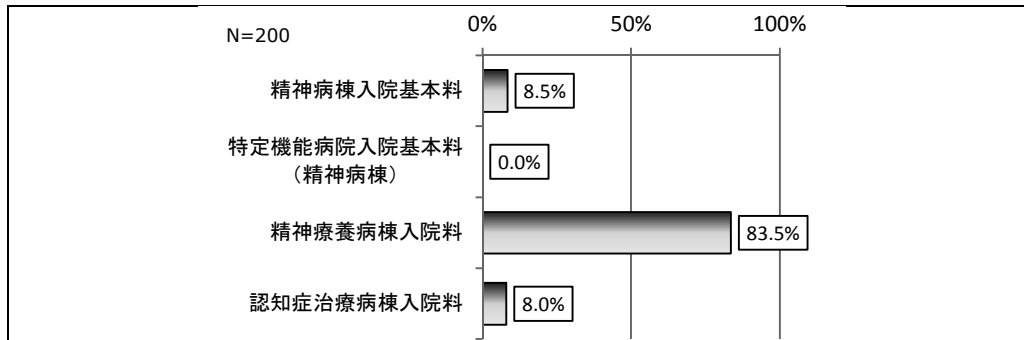
図表 4-4-2 主傷病



■ 入院中の病棟

入院中の病棟は、「精神療養病棟入院料」を算定する病棟が83.5%と最も多く、次いで「精神病棟入院基本料」を算定する病棟が8.5%であった。

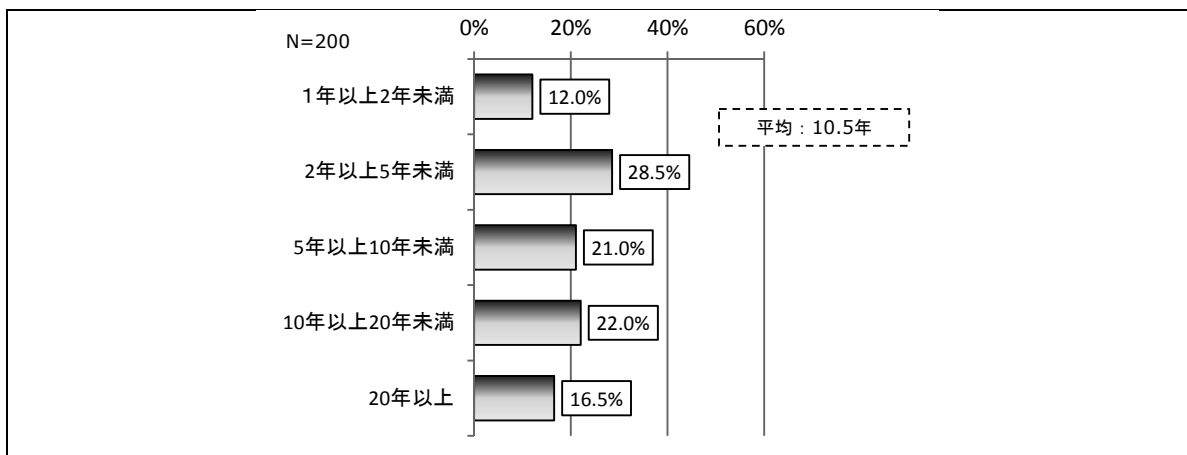
図表 4-4-3 入院中の病棟



■ 入院期間

入院期間は平均で10.5年であった。内訳としては「2年以上5年未満」28.5%が最も多く、次いで「10年以上20年未満」22.0%であった。

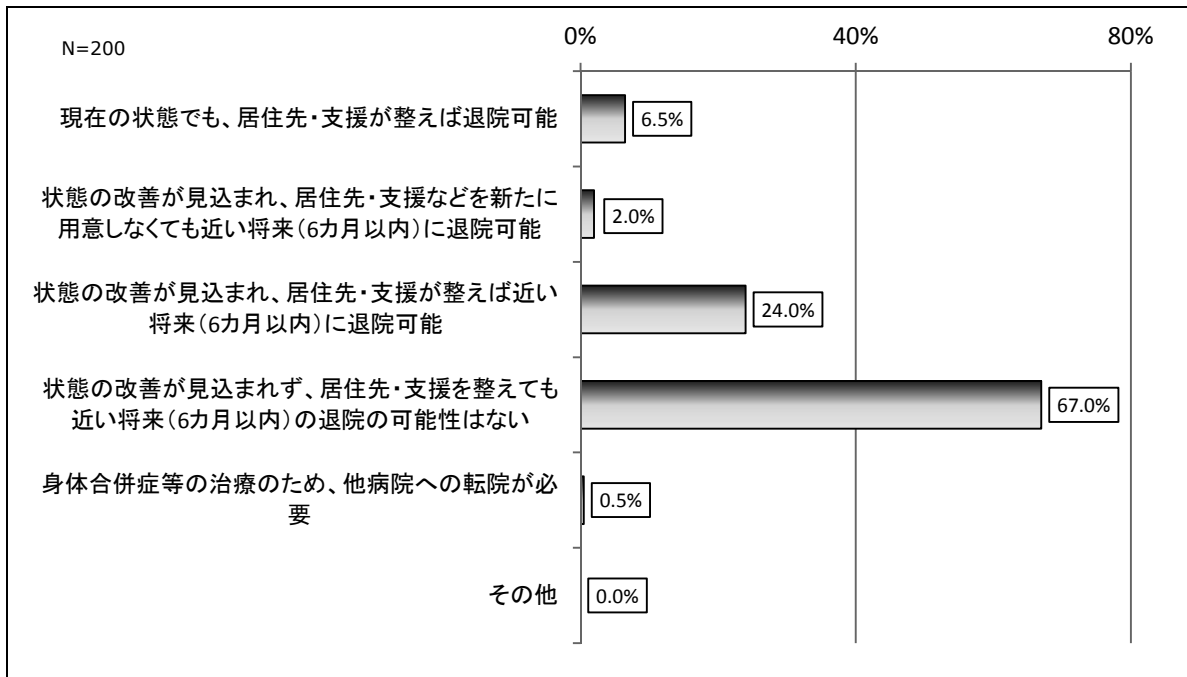
図表 4-4-4 入院期間



■ 患者の退院の見通し

退院の見通しについては、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」67.0%が最も多く、次いで「状態の改善が見込まれ、居住先・支援を整えば近い将来（6カ月以内）に退院可能」24.0%であった。

図表 4-4-5 患者の退院の見通し



5. 区分の予測と模擬一次判定結果

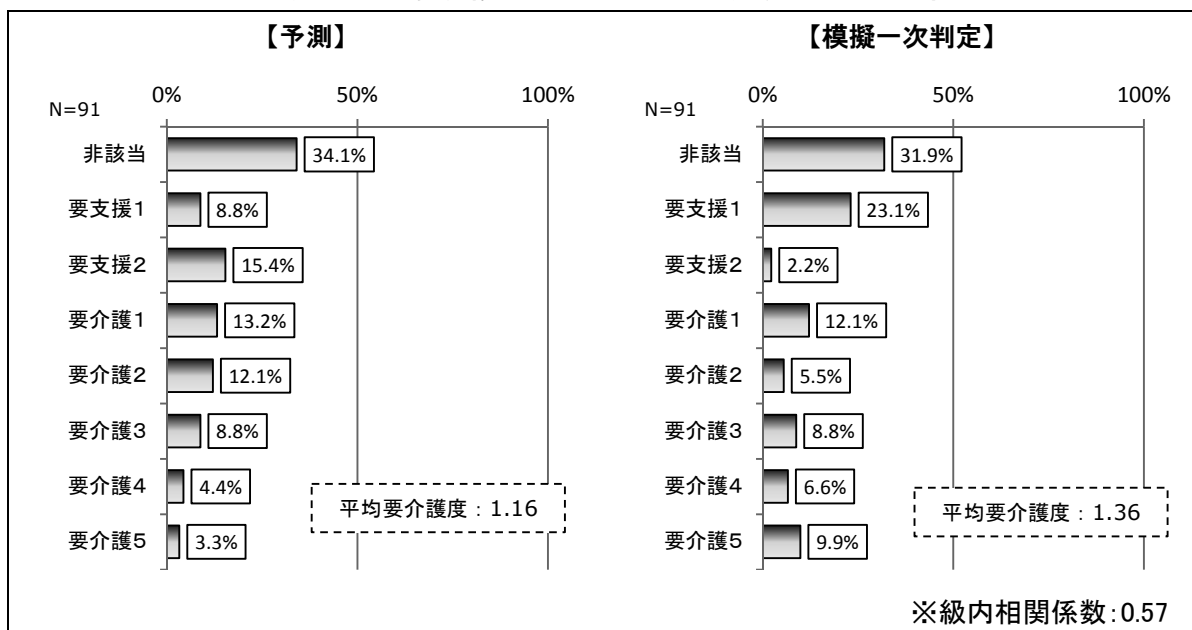
■ 要介護状態区分の予測と模擬一次判定結果

要介護状態区分認定が「未申請」であった65歳以上の患者91人について、要介護状態区分を予測したところ、「非該当」34.1%が最も多く、次いで「要支援2」15.4%であった。これらの患者に、模擬的な一次判定の調査を行った結果、「非該当」31.9%が最も多く、次いで「要支援1」23.1%であった。平均要介護度は、予測においては1.16、模擬一次判定においては1.36であった。予測結果と模擬一次判定結果の一致の程度をみるため、級内相関係数（ICC：Intraclass correlation co-efficients）を算出した結果、級内相関係数は0.57であった（級内相関係数については、177ページ参照）。

また、要介護状態区分の予測結果と、その患者について実際に模擬的に一次判定を行って得た結果の差を、全対象患者について調査し、その分布と平均をみた。結果、要介護状態区分については、『予測』と『一次判定が一致』26.4%が最も多く、次いで『予測』が『一次判定』より1区分軽い22.0%であった。区分の差の平均をみると、「予測」が「一次判定」より0.18区分軽くなっていた。

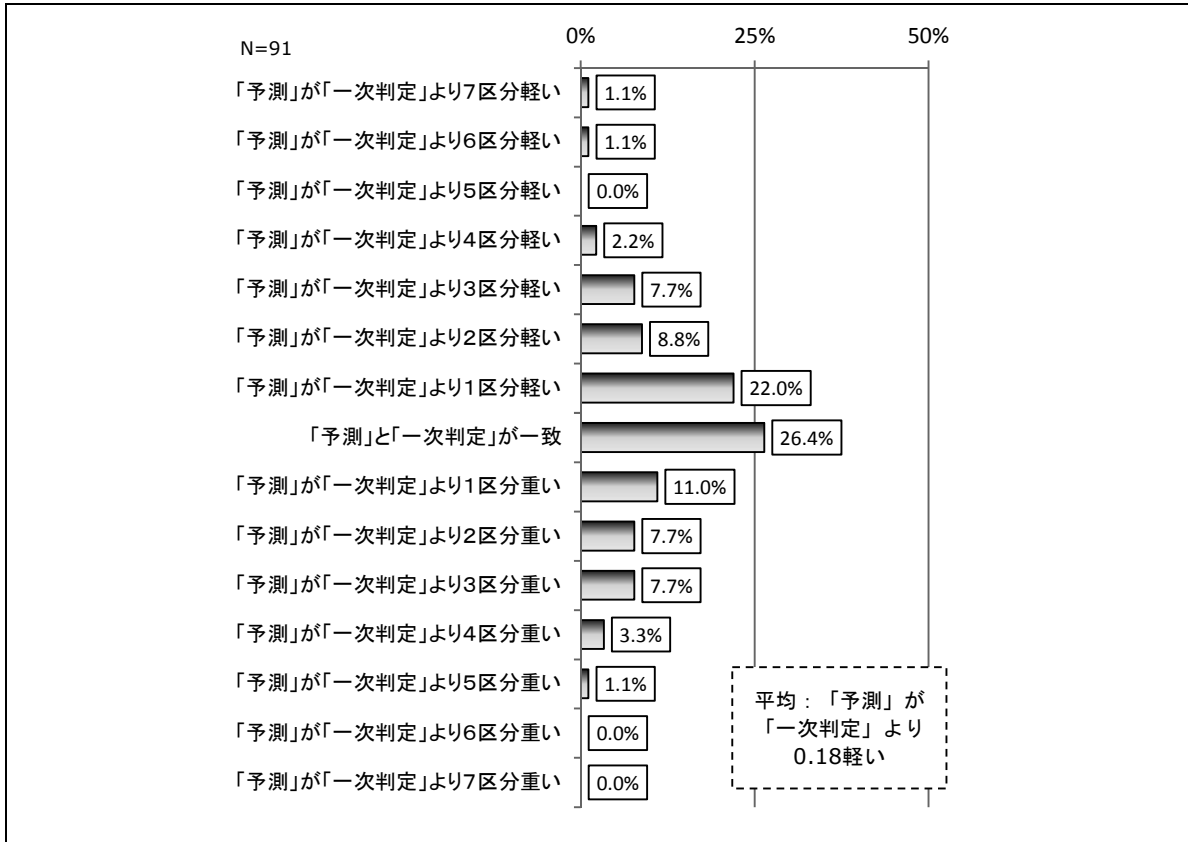
要介護状態区分を予測した職種については、「医師」が最も多く70.3%であった。

図表 4-5-1 要介護状態区分の予測と模擬一次判定結果

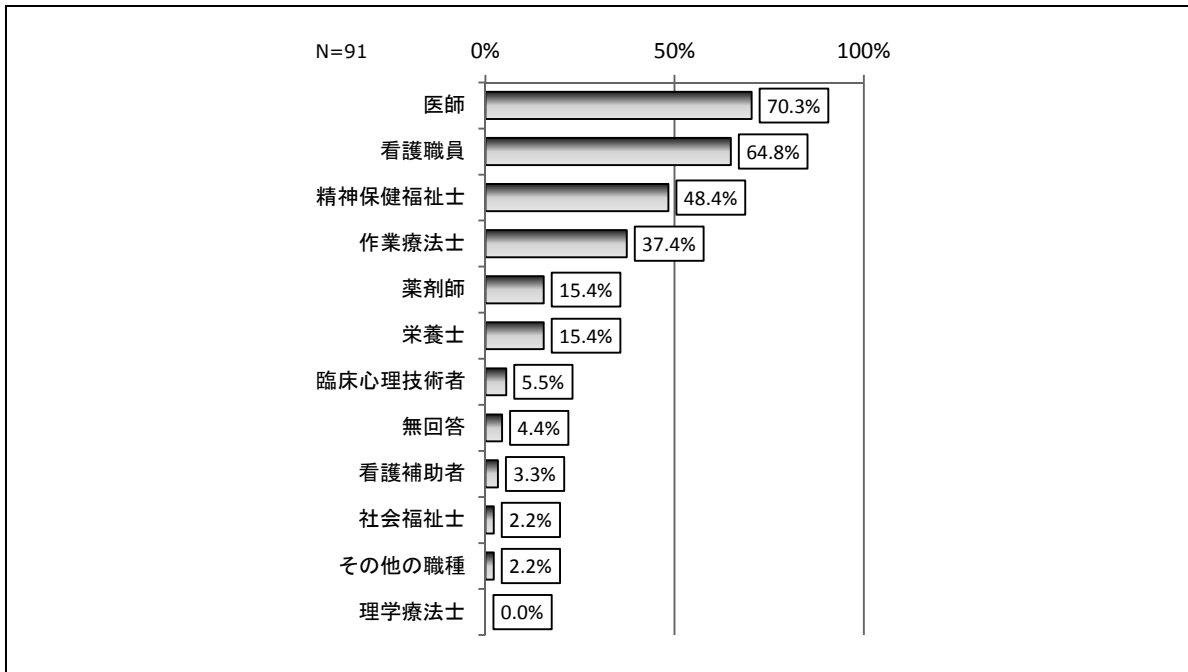


※平均要介護度 = {要支援1 認定者数 × 0.375 + (要支援2 認定者数 + 要介護1 認定者数) × 1 + 要介護2 認定者数 × 2 + 要介護3 認定者数 × 3 + 要介護4 認定者数 × 4 + 要介護5 認定者数 × 5} ÷ 総要介護 (要支援) 認定者数

図表 4-5-2 要介護状態区分の予測と、模擬一次判定結果の差



図表 4-5-3 要介護状態区分の予測について検討を行った職種（MA）



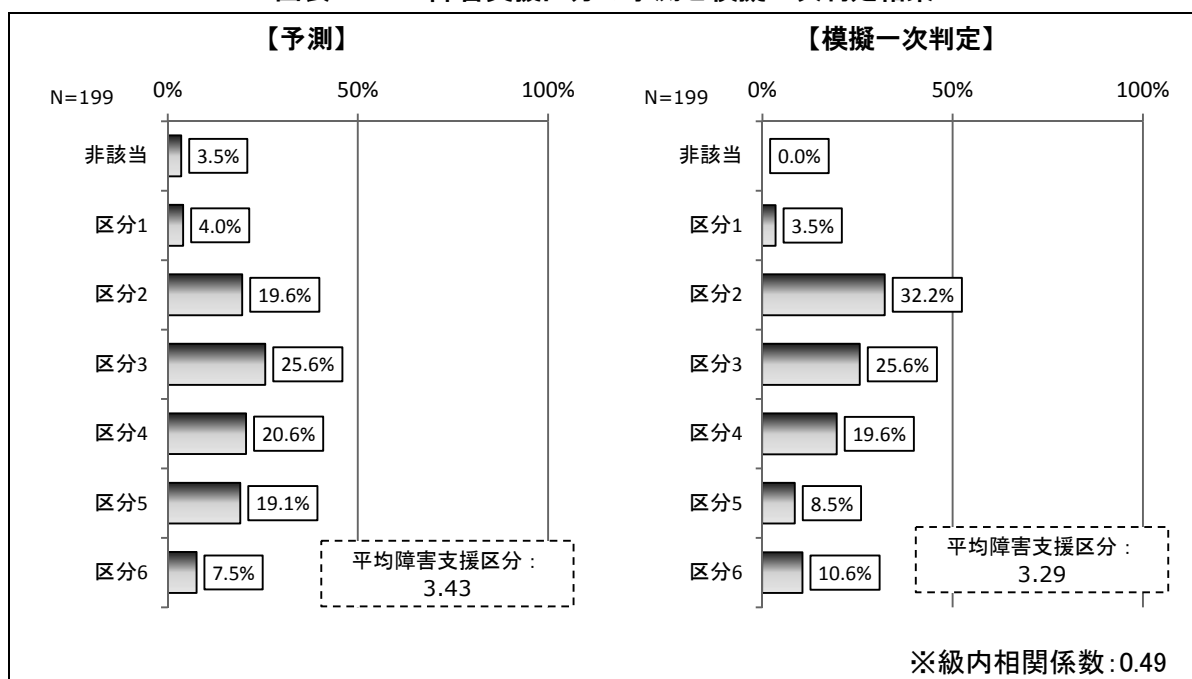
■ 障害支援区分の予測と模擬一次判定結果

障害支援区分認定が「未申請」であった患者 199 人について、障害支援区分を予測したところ、「区分3」25.6%が最も多く、次いで「区分4」20.6%であった。これらの患者に、模擬的な一次判定の調査を行った結果、「区分2」32.2%が最も多く、次いで「区分3」25.6%であった。平均障害支援区分は、予測においては3.43、模擬一次判定においては3.29であった。予測結果と模擬一次判定結果の一致の程度をみるため、級内相関係数（ICC：Intraclass correlation co-efficients）を算出した結果、級内相関係数は0.49であった（級内相関係数については、177 ページ参照）。

障害支援区分の予測結果と、その患者について実際に模擬的に一次判定を行って得た結果の差を、全対象患者について調査し、その分布と平均をみた。結果、要介護状態区分については、『予測』と『一次判定が一致』32.2%が最も多く、次いで『予測』が『一次判定』より1区分重い22.1%であった。区分の差の平均をみると、「予測」が「一次判定」より0.14区分重くなっていた。

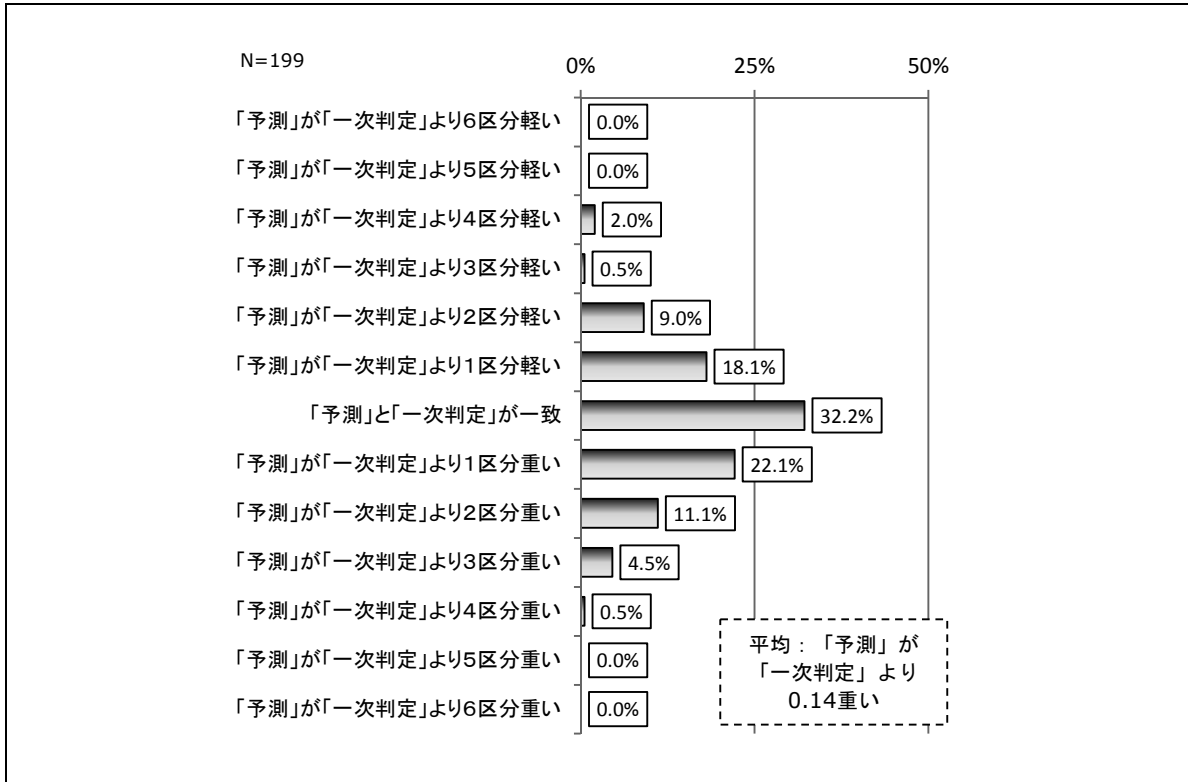
障害支援区分を予測した職種については、「看護職員」が最も多く76.4%であった。

図表 4-5-4 障害支援区分の予測と模擬一次判定結果

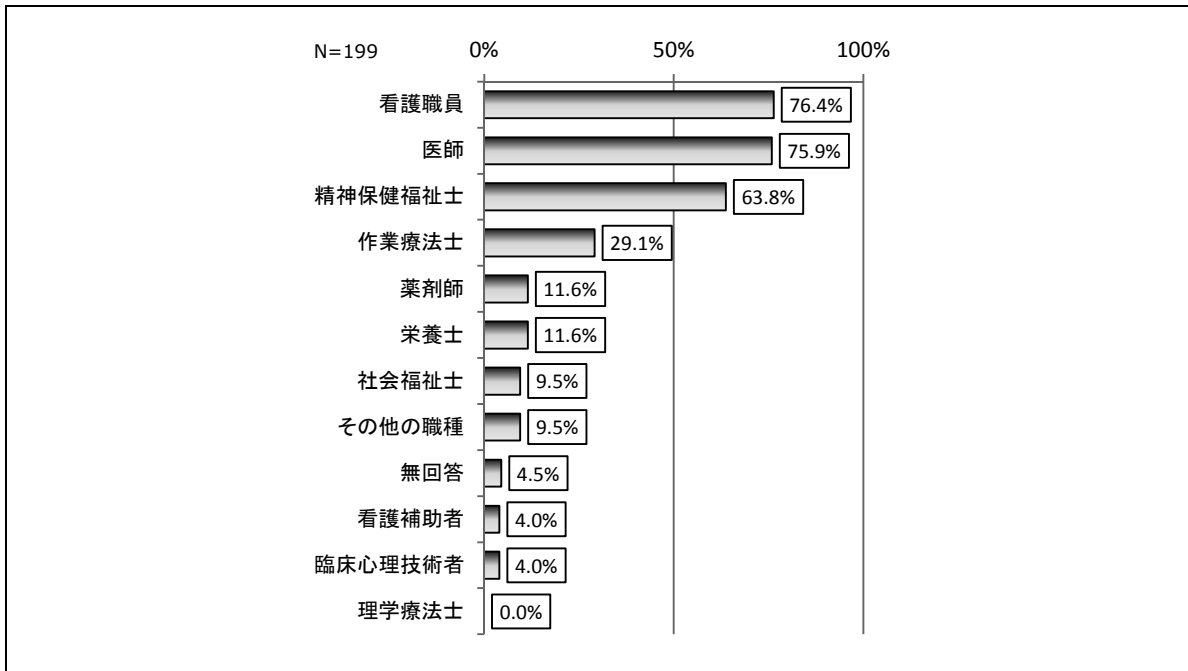


※平均障害支援区分 = (区分1 認定者数 × 1 + 区分2 認定者数 × 2 + 区分3 認定者数 × 3 + 区分4 認定者数 × 4 + 区分5 認定者数 × 5 + 区分6 認定者数 × 6) ÷ 総障害支援区分認定者数

図表 4-5-5 障害支援区分の予測結果と、模擬一次判定結果の差



図表 4-5-6 障害支援区分の予測について検討を行った職種（MA）

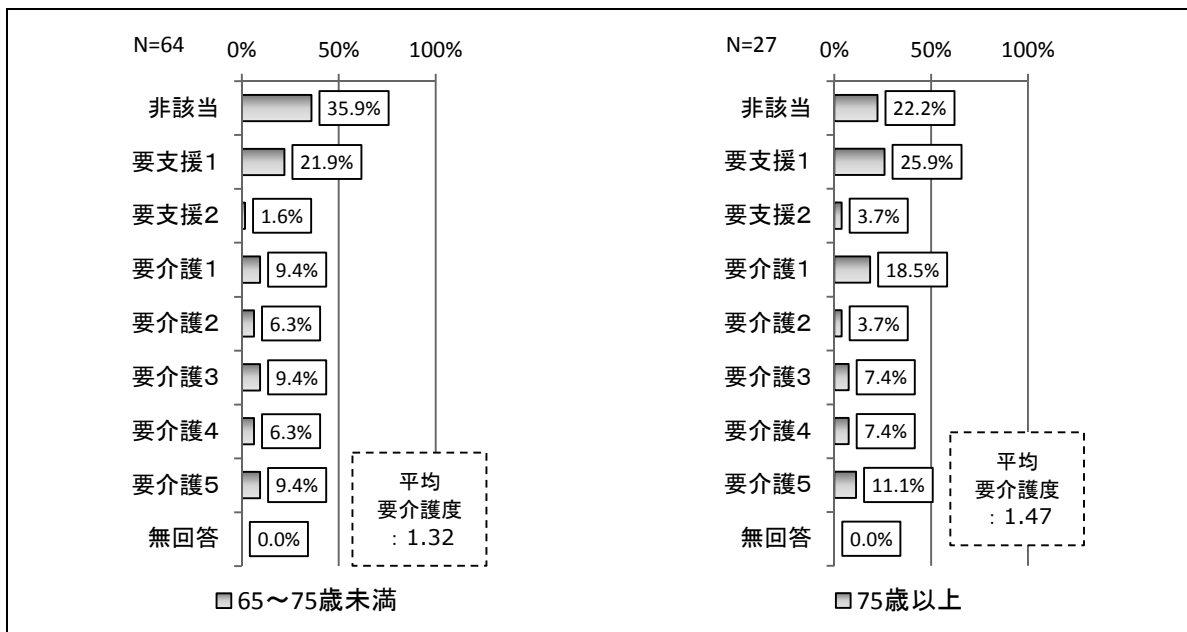


■ 年齢／要介護状態区分の模擬一次判定結果

年齢別に要介護状態区分の模擬一次判定結果をみると、「65～75歳未満」では「非該当」35.9%が最も多く、次いで「要支援1」21.9%であった。「75歳以上」では「要支援1」25.9%が最も多く、次いで「非該当」22.2%であった。

平均要介護度をみると、「65～75歳未満」では1.32、「75歳以上」では1.47であった。

図表 4-5-7 年齢／要介護状態区分の模擬一次判定結果



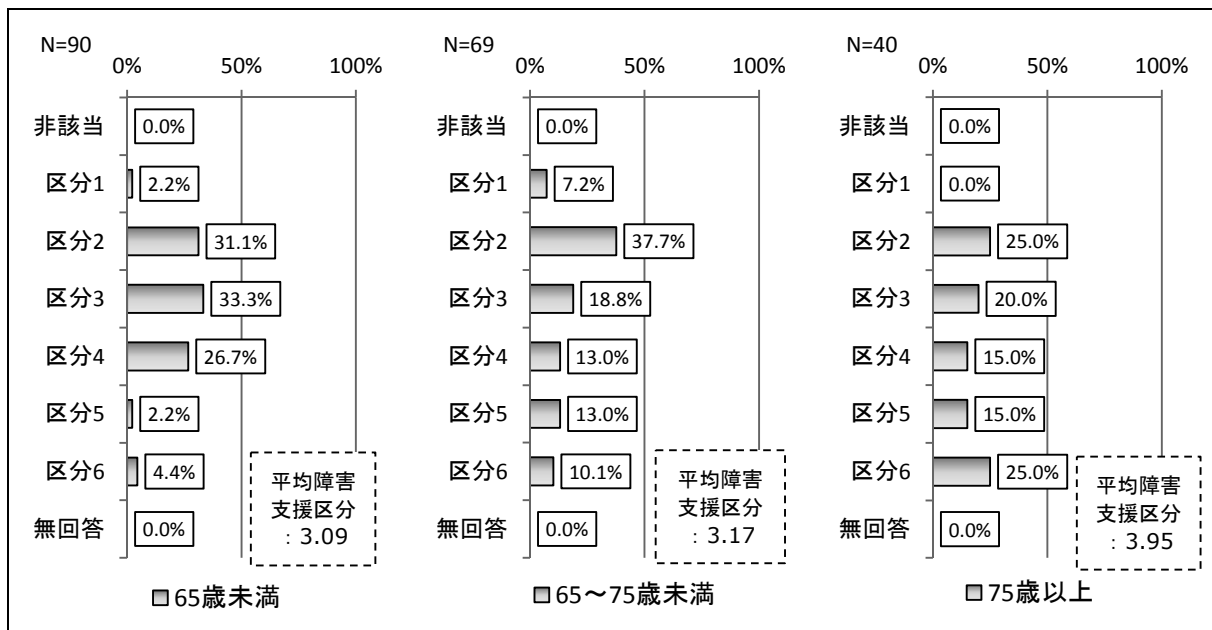
※要介護状態区分の模擬一次判定を行った方のうち、「年齢」の有効回答があった91件で集計。

■ 年齢／障害支援区分の模擬一次判定結果

年齢別に障害支援区分の模擬一次判定結果をみると、「65歳未満」では「区分3」33.3%が最も多く、「65～75歳未満」では「区分2」37.7%が最も多かった。また、「75歳以上」では「区分2」と「区分6」25.0%が最も多かった。

平均障害支援区分をみると、「65歳未満」では3.09、「65～75歳未満」では3.17、「75歳以上」では3.95であった。

図表 4-5-8 年齢／障害支援区分の模擬一次判定結果

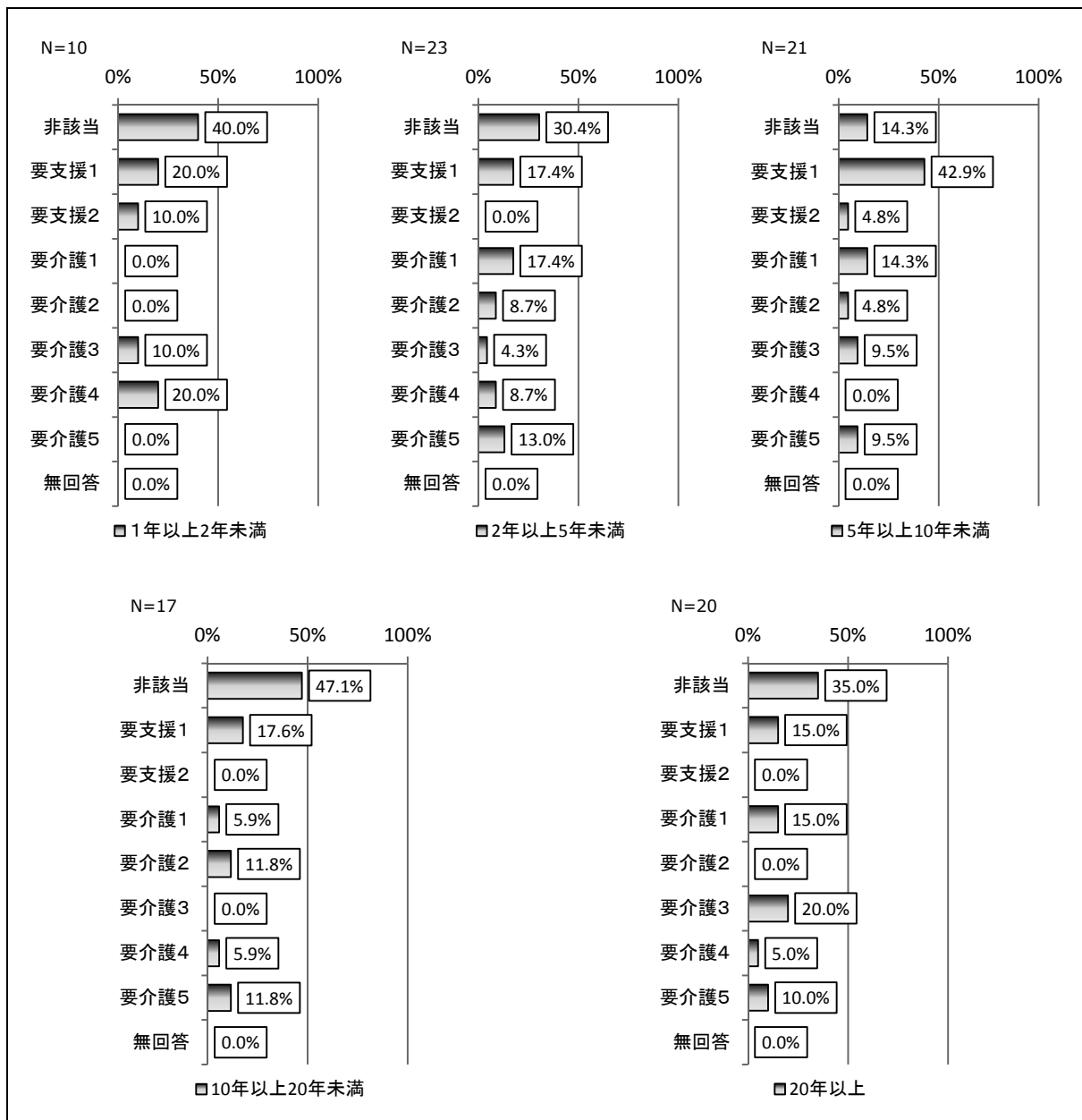


※障害支援区分の模擬一次判定を行った方のうち、「年齢」の有効回答があった199件で集計。

■ 入院期間／要介護状態区分の模擬一次判定結果

入院期間別に要介護状態区分の模擬一次判定結果をみると、「5年以上10年未満」以外の入院期間では、模擬一次判定結果が「非該当」の割合が最も多く、「5年以上10年未満」では「要支援1」42.9%が最も多かった。また、「要介護5」が最も多かったのは「2年以上5年未満」13.0%であり、次いで「10年以上20年未満」11.8%であった。

図表 4-5-9 入院期間／要介護状態区分の模擬一次判定結果



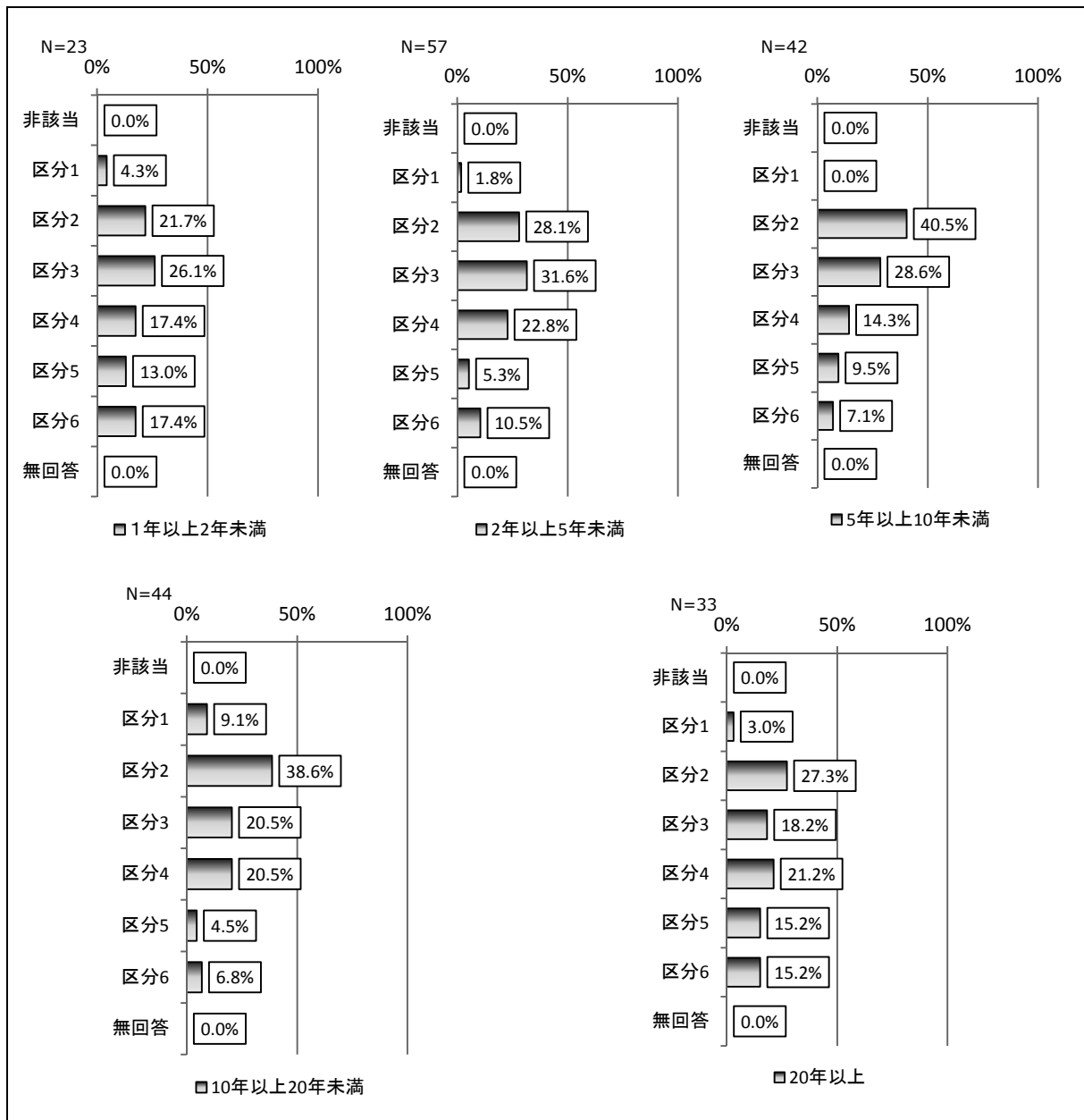
※要介護状態区分の模擬一次判定を行った方のうち、「入院期間」の有効回答があった91件で集計。

■ 入院期間／障害支援区分の模擬一次判定結果

入院期間別に障害支援区分の模擬一次判定結果をみると、「1年以上2年未満」「2年以上5年未満」の入院期間では、「区分3」が最も多く、それぞれ26.1%、31.6%であった。「5年以上10年未満」「10年以上20年未満」「20年以上」の入院期間では、「区分2」が最も多かった。

「区分6」が最も多かったのは「1年以上2年未満」17.4%であり、次いで「20年以上」15.2%であった。

図表 4-5-10 入院期間／障害支援区分の模擬一次判定結果



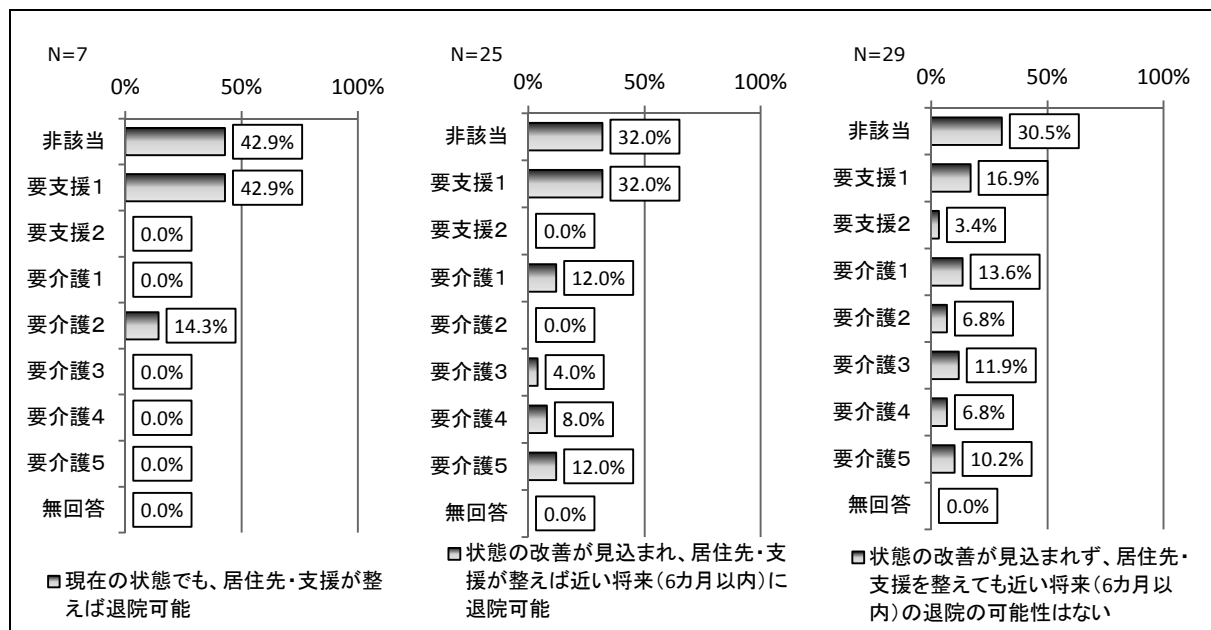
※要介護状態区分の模擬一次判定を行った方のうち、「入院期間」の有効回答があった91件で集計。

■ 退院の見通し／要介護状態区分の模擬一次判定結果

退院の見通し別に要介護状態区分の模擬一次判定結果をみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者では「非該当」「要支援1」42.9%が最も多く、次いで「要介護2」14.3%であった。「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」患者では「非該当」30.5%が最も多く、次いで「要支援1」16.9%であった。

「要介護5」の患者が最も多かったのは「状態の改善が見込まれ、居住先・支援が整えば近い将来（6カ月以内）に退院可能」12.0%であり、次いで「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」10.2%であった。

図表 4-5-11 退院の見通し／要介護状態区分の模擬一次判定結果



※「状態の改善が見込まれ、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6カ月以内）に退院可能」「身体合併症等の治療のため、他病院への転院が必要」は、該当者なし

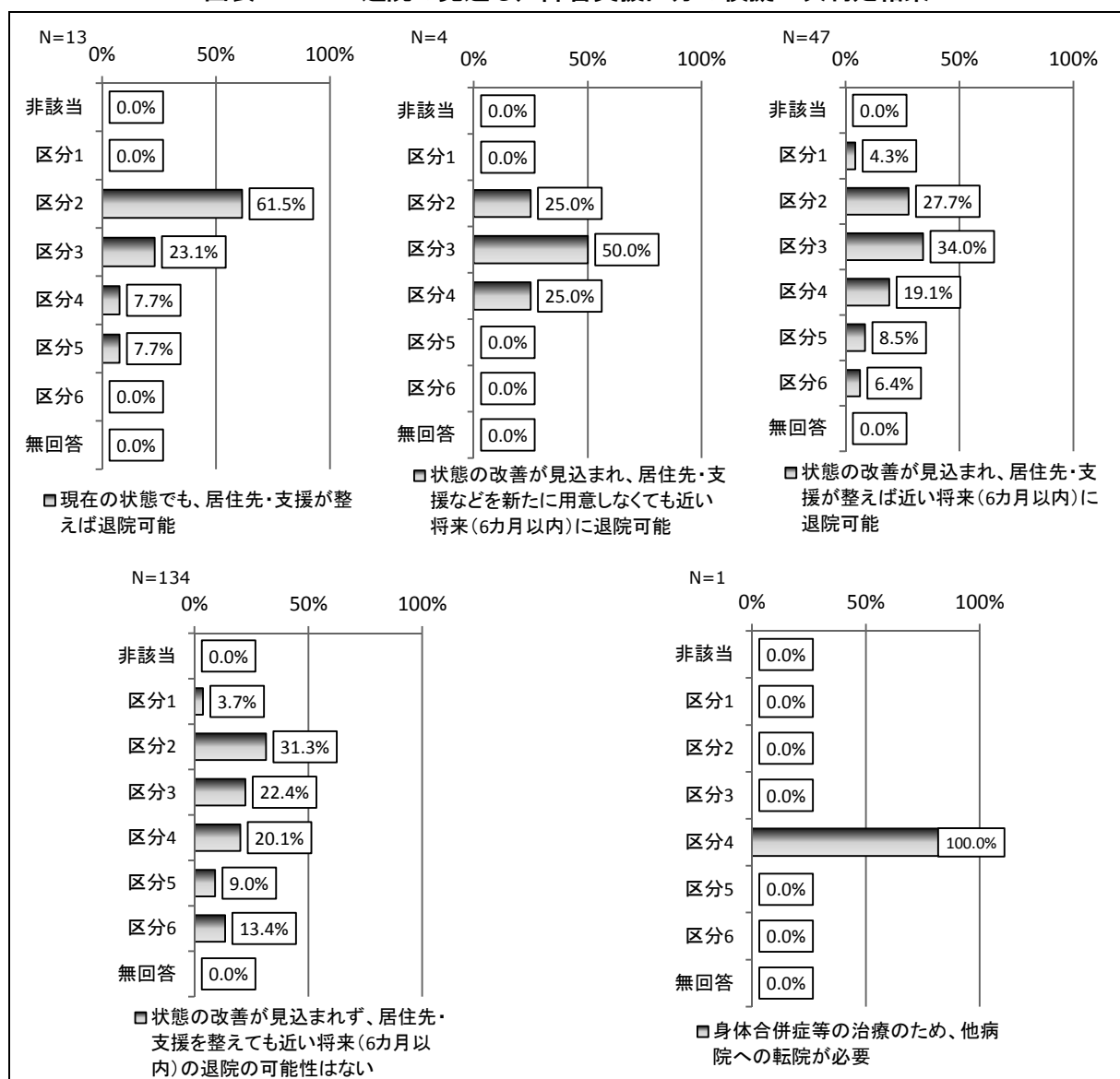
※要介護状態区分の模擬一次判定を行った方のうち、「退院の見通し」の有効回答があった91件で集計。

■ 退院の見通し／障害支援区分の模擬一次判定結果

退院の見通し別に障害支援区分の模擬一次判定結果をみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者では「区分2」61.5%が最も多く、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」患者では「区分2」31.3%が最も多かった。

「区分6」が最も多かったのは「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」13.4%であり、次いで「状態の改善が見込まれ、居住先・支援が整えば近い将来（6カ月以内）に退院可能」6.4%であった。

図表 4-5-12 退院の見通し／障害支援区分の模擬一次判定結果



※障害支援区分の模擬一次判定を行った方のうち、「退院の見通し」の有効回答があった199件で集計。

■ 検討を行った職種数／要介護状態区分の予測結果と模擬一次判定結果の差

検討を行った職種数別に、要介護状態区分の予測結果と模擬一次判定結果の差をみると、『予測』と『一次判定』が一致した割合が最も多かったのは「6職種で検討」42.9%で、次いで「5職種で検討」40.0%であった。

図表 4-5-13 検討を行った職種数／要介護状態区分の予測結果と、模擬一次判定結果の差

	1職種で 検討	2職種で 検討	3職種で 検討	4職種で 検討	5職種で 検討	6職種で 検討	無回答	総計
「予測」が「一次判定」 より7区分軽い	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
「予測」が「一次判定」 より6区分軽い	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
「予測」が「一次判定」 より5区分軽い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
「予測」が「一次判定」 より4区分軽い	2.6%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
「予測」が「一次判定」 より3区分軽い	2.6%	16.7%	14.3%	10.0%	0.0%	14.3%	0.0%	7.7%
「予測」が「一次判定」 より2区分軽い	2.6%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	21.4%	50.0%	8.8%
「予測」が「一次判定」 より1区分軽い	18.4%	33.3%	21.4%	30.0%	20.0%	21.4%	25.0%	22.0%
「予測」と「一次判定」 が一致	26.3%	16.7%	21.4%	20.0%	40.0%	42.9%	0.0%	26.4%
「予測」が「一次判定」 より1区分重い	18.4%	0.0%	14.3%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.0%
「予測」が「一次判定」 より2区分重い	13.2%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%
「予測」が「一次判定」 より3区分重い	10.5%	0.0%	0.0%	10.0%	20.0%	0.0%	25.0%	7.7%
「予測」が「一次判定」 より4区分重い	2.6%	16.7%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	3.3%
「予測」が「一次判定」 より5区分重い	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
「予測」が「一次判定」 より6区分重い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
「予測」が「一次判定」 より7区分重い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(件数)	4件	38件	6件	14件	10件	5件	14件	91件

※要介護状態区分の模擬一次判定を行った方のうち、「検討を行った職種」の有効回答があった91件で集計。

■ 検討を行った職種数／障害支援区分の予測結果と模擬一次判定結果の差

検討を行った職種別に、障害支援区分の予測結果と模擬一次判定結果の差をみると、『予測』と『一次判定』が一致した割合が最も多かったのは「4職種で検討」52.4%で、次いで「2職種で検討」37.5%であった。

図表 4-5-14 検討を行った職種数／障害支援区分の予測結果と、模擬一次判定結果の差

	1職種で 検討	2職種で 検討	3職種で 検討	4職種で 検討	5職種で 検討	6職種で 検討	無回答	総計
「予測」が「一次判定」 より6区分軽い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
「予測」が「一次判定」 より5区分軽い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
「予測」が「一次判定」 より4区分軽い	0.0%	12.5%	1.9%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	2.0%
「予測」が「一次判定」 より3区分軽い	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
「予測」が「一次判定」 より2区分軽い	1.7%	12.5%	15.1%	9.5%	15.4%	0.0%	22.2%	9.0%
「予測」が「一次判定」 より1区分軽い	13.6%	25.0%	20.8%	9.5%	15.4%	30.4%	22.2%	18.1%
「予測」と「一次判定」 が一致	30.5%	37.5%	24.5%	52.4%	23.1%	34.8%	55.6%	32.2%
「予測」が「一次判定」 より1区分重い	23.7%	12.5%	22.6%	19.0%	26.9%	26.1%	0.0%	22.1%
「予測」が「一次判定」 より2区分重い	18.6%	0.0%	11.3%	9.5%	7.7%	4.3%	0.0%	11.1%
「予測」が「一次判定」 より3区分重い	11.9%	0.0%	1.9%	0.0%	3.8%	0.0%	0.0%	4.5%
「予測」が「一次判定」 より4区分重い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	0.0%	0.5%
「予測」が「一次判定」 より5区分重い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
「予測」が「一次判定」 より6区分重い	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(件数)	9件	59件	8件	53件	21件	26件	23件	199件

※障害支援区分の模擬一次判定を行った方のうち、「検討を行った職種」の有効回答があった91件で集計。

【参考】級内相関係数（ICC：Intraclass correlation co-efficients）の判定基準について

級内相関係数は、ある検査等の信頼性を表す指標の一つであり、例えば以下の表のような基準をもとにして判定される。

ただし、下表は他の係数の指標を級内相関係数の判定に応用したものであり理論的根拠がないこと、これ以外の判定基準も存在することに留意する必要がある*。

級内相関係数の値	判定
0.0 ～ 0.20	slight（わずかな一致）
0.21 ～ 0.40	fair（軽度の一致）
0.41 ～ 0.60	moderate（中等度の一致）
0.61 ～ 0.80	substantial（相当な一致）
0.81 ～ 1.00	almost perfect（ほぼ完全な一致）

出典：Landis et al. “The measurement of observer agreement for categorical data,” *biometrics*, 33, 1977.

※判定の和訳は、高橋ら「幼児に対する睡眠計の利用可能性の検証—保育所の午睡調査から—」*京都府立医科大学看護学科紀要*, 24, 2014. 等を参考として作成

* 対馬栄輝「SPSS で学ぶ医療系データ解析」東京図書, 2007, pp.195-196, 212-213.

第5章 まとめ

1. 施設票（施設調査）

① 回答施設の概況

回答施設の許可病床数は平均 378.9 床で、全病床が精神病床の精神科単科病院は 45.9%であった。精神病床数は平均 186.0 床であり、病床利用率は平均 83.3%であった。

1 施設当たりの平均入院患者数は 170.6 人で、うち 1 年以上継続して入院している患者は 101.7 人、5 年以上継続して入院している患者は 56.8 人であった。一方、3 カ月間における 1 施設当たり平均退院患者数は 61.2 人で、うち 1 年以上継続して入院していた退院患者は 5.7 人、5 年以上継続して入院していた退院患者は 1.8 人であった。

1 施設当たりの精神科病棟の職員数（常勤換算）をみると、医師は平均 9.3 人であり、うち精神保健指定医は 5.7 人であった。医師以外の職種では、看護師 48.6 人、准看護師 21.1 人、精神保健福祉士 4.6 人、作業療法士 4.7 人、理学療法士 0.5 人、臨床心理技術者 1.7 人などであった。職員数の合計は 134.5 人であった。

② 精神科訪問看護の実施状況

病院または病院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施している病院は 64.5%であった。

精神科訪問看護に従事する職員数をみると、看護師・保健師は病院で 3.3 人、病院併設の訪問看護ステーションで 5.2 人であった。また、職員数の合計は病院で 7.8 人、病院併設の訪問看護ステーションで 10.3 人であった。

精神科訪問看護利用者数は、病院では平均 50.5 人、病院併設の訪問看護ステーションでは平均 85.4 人であった。また、訪問件数は、病院では平均 138.5 件、病院併設の訪問看護ステーションでは平均 283.8 件であった。

病院併設の訪問看護ステーションにおける加算の届出状況は「24 時間対応体制加算を届出している」40.0%、「24 時間連絡体制加算を届出している」23.3%であった。

③ 患者の退院支援における関係機関との連携

関係機関との連携について、関係機関を直接訪問する方法によるものでは「共同生活援助」48.8%が最も多かった。病院の会議等に関係機関の参加を依頼するもの、電話・メール等での連絡調整によるものでは「市区町村」が最も多く、それぞれ 62.9%、78.4%であった。

また、回答施設との連携頻度が最も高い関係機関は「市区町村」19.1%であり、次いで「介護保険サービス」9.3%であった。「市区町村」は「2 番目に連携頻度が高い」「3 番目に連携頻度が高い」関係機関としても最も多く挙げられており、それぞれ 15.1%、10.4%であった。

④ 患者の地域移行・地域定着促進のために必要な取組

地域移行・地域定着促進のために必要な取組について自由記載で回答を求めたところ、医療サービスに関しては、地域連携・施設内連携の強化、往診・訪問診療・訪問看護の充実、専門職の人的体制強化・スキルアップ等の意見が多く寄せられた。

障害福祉サービスに関しては、サービス内容や利用条件等の変更・拡充、施設・事業所等の増加や機能強化、専門職の人的体制強化・スキルアップ等の意見が多く寄せられた。

居住支援に関しては、グループホーム等の施設数・定員数の増加、保証人不在でも入居できる仕組みの整備、施設等の機能強化・施設職員等のスキルアップ等の意見が多く寄せられた。

また、その他必要と思われる取組としては、家族や地域住民・関係者等を対象とする精神疾患に関する広報・啓発、医療サービス・障害福祉サービスの質的・量的拡充、地域移行・地域定着を支援する病院や事業所等に対する経済的支援・報酬体系の変更等の意見が多く寄せられた。

2. 入院患者票（施設調査）

① 対象患者の基本的事項

■ 患者属性・入院病棟

対象患者の平均年齢は63.5歳で、男性が48.1%、女性が51.7%であった。入院病棟は「精神病棟入院基本料算定病棟（15対1）」44.1%が最も多く、次いで「精神療養病棟入院料算定病棟」33.7%であった。また、67.3%の患者が閉鎖病棟に入院していた。

■ 要介護状態区分

要介護状態区分の認定状況は「未申請」61.8%が最も多く、次いで「非該当」8.9%であった。未申請の患者における要介護状態区分の予測は、「非該当」28.4%が最も多く、次いで「要介護3」7.5%であった。予測結果を含めた要介護状態区分は「非該当」26.5%が最も多く、次いで「要介護3」8.4%であった。

未申請の理由については、「入院中で、退院の見通しが立たないため」「介護保険の対象外のため」「必要がないため」等の意見が多く寄せられた。

■ 障害支援区分

障害支援区分の認定状況は「未申請」77.1%が最も多く、次いで「非該当」5.3%であった。未申請の患者における障害支援区分の予測は、「区分3」17.1%が最も多く、次いで「区分4」13.9%であった。予測結果を含めた障害支援区分は「区分3」15.1%

が最も多く、次いで「区分4」12.0%であった。

未申請の理由については、「入院中で、退院の見通しが立たないため」「介護保険等他サービス利用を優先するため」「サービス利用の予定がないため」等の意見が多く寄せられた。

② 対象患者の入院状況

■ 精神科・神経科における入院の状況

精神科・神経科への通算入院回数は平均4.8回、通算入院期間は平均15.4年であり、入院時における入院の理由は「精神症状が強いため」83.7%が最も多かった。入院形態は、「任意入院」49.9%が最も多く、次いで「医療保護入院」48.5%であった。また、入院前の居場所は「自宅、賃貸住宅など（家族と同居）」56.2%が最も多かった。

また、入院期間別に要介護状態区分をみると、「1年以上2年未満」では「未申請」が33.6%、「20年以上」では「未申請」75.3%であった。入院期間別にみた障害支援区分は、「1年以上2年未満」では「未申請」71.2%、「20年以上」では「未申請」81.1%であった。

■ 主傷病等

入院患者の主傷病は「統合失調症」67.1%が最も多く、次いで「認知症」16.4%であった。身体合併症は「心疾患」5.9%が最も多く、次いで「呼吸器系疾患」4.6%であった。身体合併症の「その他」では、「高血圧」「糖尿病」「脳血管疾患・頭部外傷」等の回答が多く寄せられた。

■ GAFスコア等

入棟時のGAFスコアは平均27.3点、現在のGAFスコアは平均33.9点であった。また、入院形態別にGAFスコアをみると、入棟時のGAFスコアは「任意入院」では平均30.3点、「医療保護入院」では平均24.6点、「措置入院・緊急措置入院」では平均18.9点であり、現在のGAFスコアは「任意入院」では平均38.4点、「医療保護入院」では平均29.7点、「措置入院・緊急措置入院」では平均34.0点であった。

認知症高齢者の日常生活自立度は「自立」34.7%が最も多く、次いで「IV」9.8%であった。ADLについては、「移動」「移乗」「トイレの使用」については「自立」が60%前後、「食事」「整容」「更衣」「清拭」については「自立」が40%～50%前後であった。

③ 対象患者の退院の見通しと、必要となる各種支援

■ 対象患者の退院の見通し

本調査では、専門知識のある複数のスタッフにより、退院の見通しに関する検討を行った。検討を行った職種は「看護職員」77.5%が最も多く、次いで「精神保健福祉

士」73.1%であった。

退院の見通しについては、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」61.3%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」19.8%であった。

また、退院の見通し別に現在のGAFスコアをみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」な患者では、平均41.4点であり、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」患者では、平均31.1点であった。

■ 退院にあたり必要となる各種支援

退院にあたり必要となる支援としては「家族との調整」72.4%が最も多く、次いで「住居に関する支援（住居探し等）」63.9%であった。退院後の援助指導の必要性に関しては、74.1%が「必要」であった。これを職種別にみると、看護職員とソーシャルワーカーでは「1週間で1回程度の訪問」がそれぞれ29.6%、43.3%と最も多く、ヘルパーでは「1週間で数回程度の訪問が必要」21.8%が最も多かった。

■ 現在退院できない最大の理由

現在、当該患者が退院できない最大の理由としては、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」46.7%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」13.5%であった。

また、退院の見通し別に現在退院できない最大の理由をみると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」では「施設への入所待ちのため」21.6%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」19.7%であった。「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」68.5%が最も多かった。

④ BPRS、問題行動評価表、生活障害評価、能力障害評価

精神疾患の各症状の程度を「なし」から「最重度」の7段階で評価するBPRSの評価について、「なし」が最も多かった項目は「罪責感」59.9%、「やや重度」「重度」「最重度」の合計が最も多かった項目は「概念の統合障害」41.3%であった。

「問題行動評価表」による対象患者の行動の評価について、「なし」が最も多かった項目は「放火」97.7%、「やや重度」「重度」の合計が最も多かった項目は「集中力低下」17.9%であった。

「食事」「生活リズム」「保清」「金銭管理」「服薬管理」「対人関係」の6項目について、障害の程度が小さい順に1)から5)までの5段階で評価する「生活障害評価」について、1)の回答が最も多かった項目は「食事」22.5%、5)の回答が最も多かった項目は

「金銭管理」50.7%であった。

現在の日常生活能力の程度を5段階で評価する「能力障害評価」の回答については、「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。」36.2%が最も多く、次いで「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」26.4%であった。

また、能力障害評価別に現在退院できない最大の理由をみると、「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。」では、「本人が退院を望まないため」20.5%が最も多く、次いで「家族の受入困難、又は介護者不在のため」18.1%であった。また、「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」では、「医学的観点から入院を要する状態が続いているため」56.1%が最も多かった。

⑤ 「重度かつ慢性」暫定基準案に関する分析

■ 「重度かつ慢性」該当者

「重度かつ慢性」暫定基準案を踏まえ、「精神症状が BPRS 総得点 45 点以上、または BPRS 下位尺度の 1 項目以上で 6 点以上」を満たし、それに加えて「問題行動評価のいずれかが『軽度』以上、または能力障害評価『4』以上」である患者（以下、「重度かつ慢性」該当者）の分析を行った。「重度かつ慢性」該当者は 70.3%であった。

■ 「重度かつ慢性」該当者の能力障害評価

「重度かつ慢性」該当者別の能力障害評価をみると、「重度かつ慢性」該当者では「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。」41.4%が最も多く、次いで「精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。」34.5%であった。

非該当の方では「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。」38.0%が最も多く、次いで「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。」24.1%であった。

■ 「重度かつ慢性」該当者の GAF スコア

「重度かつ慢性」該当者別の GAF スコアをみると、「重度かつ慢性」該当者では、入棟時は「20 点～30 点未満」24.0%が最も多く、現在では「30 点～40 点未満」20.4%が最も多かった。平均点は、入棟時では 25.2 点、現在では 29.7 点であった。

非該当の方は、入棟時は「30 点～40 点未満」19.3%が最も多く、現在では「30 点～40 点未満」16.2%が最も多かった。平均点は、入棟時では 33.3 点、現在では 45.8 点であった。

■ 「重度かつ慢性」該当者の退院の見通し

「重度かつ慢性」該当者別の退院の見通しをみると、「重度かつ慢性」該当者では「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」71.6%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」12.5%であった。

非該当の方は、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない」39.8%が最も多く、次いで「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能」35.7%であった。

3. 事業所票（事業所調査）

① 回答施設の概況

回答事業所の実施主体は「社会福祉法人」53.5%が最も多く、次いで「株式会社」19.7%であった。事業所種類については「指定特定相談支援事業所」96.3%が最も多く、次いで「指定障害児相談支援事業所」51.7%であった。

1事業所当たりの職員数（実人数）をみると、相談支援に従事する職員は平均2.3人（うち精神保健福祉士資格保有者0.4人）で、内訳をみると、常勤専従の職員0.6人、常勤兼務の職員1.4人、ピアカウンセラー0.1人、相談支援専門員1.8人であった。

主に対象としている相談者の障害種別をみると、「身体障害者」94.4%が最も多く、次いで「知的障害者」89.6%であった。また、相談者が最も多い障害種別は「身体障害者」32.3%が最も多く、次いで「知的障害者」28.3%であった。

② サービス等利用計画を作成している利用者の状況

■ サービス等利用計画を作成している利用者数

1事業所当たりのサービス等利用計画を作成している利用者数は平均52.8人であり、その分布をみると「10人以下」20.4%が最も多く、次いで「101人以上」14.5%であった。利用者のうち、主たる障害種別が精神障害であり、過去に精神障害のために入院していたことのある利用者数は平均4.2人であり、その分布をみると「1人」以上いる事業所は50.9%であった。

また、計画相談支援のサービス利用者に占める精神障害者の割合別に事業所数の分布をみると、「0%」42.4%が最も多く、次いで「10%以上20%未満」12.6%であった。

■ 障害福祉サービス等の利用状況

サービス等利用計画を作成している利用者の障害福祉サービス等の利用状況を見ると、計画相談支援以外に最も多く利用されているサービスは「居宅介護」29.0%、次いで「相談支援事業」15.0%であった。

③ 患者の地域移行・地域定着促進のために必要な取組

地域移行・地域定着促進のために必要な取組について自由記載で回答を求めたところ、医療サービスに関しては、医療機関との連携強化、往診・訪問診療・訪問看護の充実等の意見が多く寄せられた。

障害福祉サービスに関しては、サービス内容、利用条件等の変更・拡充、施設・事業所等の増加・機能強化、専門職の人的体制強化・スキルアップ等の意見が多く寄せられた。

居住支援に関しては、関係者・地域住民への啓発、グループホーム等の施設数・定員数の増加、保証人不在でも入居できる仕組みの整備等の意見が多く寄せられた。

また、その他必要と思われる取組としては、家族や地域住民・関係者等を対象とする精神疾患に関する広報・啓発、施策・行政支援の変更・充実、地域の施設・事業所・地域住民などの連携等の意見が多く寄せられた。

4. 利用者票（事業所調査）

① 利用者の状況

■ 利用者属性

対象利用者の平均年齢は50.4歳で、男性が52.0%、女性が47.0%であった。

精神科外来への通院状況をみると、「有り」86.0%、「無し」4.1%であった。また、精神科外来へ通院している利用者の通院開始日をみると、昭和63年以前から通院している利用者が22.1%であった。また、現在の居場所についてみると、「自宅」55.0%が最も多く、次いで「障害者グループホーム」18.0%であった。

過去5年間（平成22年7月～平成27年6月）における通算入院回数をみると、「1回」41.0%が最も多かった。同じ期間における通算入院期間については「不明」39.0%が最も多く、次いで「1年以上2年未満」22.0%であった。

さらに、直近の入院理由をみると「精神症状が強いため」59.0%が最も多く、次いで「日常生活に著しい問題があるため」34.0%であった。

■ 要介護状態区分・障害支援区分

要介護状態区分の認定状況は「未申請」44.0%が最も多く、次いで「非該当」21.0%であった。未申請の利用者における要介護状態区分の予測は、「非該当」36.4%が最も多く、次いで「要介護1」11.4%であった。予測結果を含めた要介護状態区分は「非該当」37.0%が最も多く、次いで「要介護1」9.0%であった。

40歳以上の利用者に限定すると、実際については「未申請」40.5%が最も多く、次いで「非該当」18.9%であった。未申請の利用者における要介護状態区分の予測は、「非

該当」33.3%が最も多く、次いで「要介護1」13.3%であった。予測結果を含めた要介護状態区分は「非該当」32.4%が最も多く、次いで「要介護1」10.8%であった。

また、障害支援区分の認定状況は「区分2」25.0%が最も多く、次いで「区分3」17.0%であった。

■ 主傷病・ADL等

主傷病についてみると、「統合失調症」60.0%が最も多く、次いで「気分（感情）障害」10.0%であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、「不明」56.0%が最も多く、次いで「自立」31.0%であった。

ADLは、「移動」「移乗」「食事」「整容」「更衣」「トイレの使用」「清拭」のいずれについても「自立」が60%前後であった。また、「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」についてのIADLをみると、「非常に困難」の割合が最も多かったのは「食事の用意」28.0%であった。

② 利用しているサービス

現在利用している障害福祉サービス等の状況をみると、「通院」66.3%が最も多く、次いで「相談支援事業」52.0%、「居宅介護」43.0%であった。

現在利用していないが、本来は利用が望ましい障害福祉サービス等は、「地域活動支援センター」と「地域定着支援」の利用希望が21.2%で最も多く、次いで「居宅介護」と「就労継続支援B型」が18.2%であった。また、本来は利用が望ましい障害福祉サービス等を利用していない理由については「本人が拒否している、利用したい気持ちに向かない」、「サービスを提供できる事業所が地域にない」との回答が寄せられた。

5. モデル事業

① 回答施設の概況

回答施設の許可病床数は平均204.4床、病床利用率は平均95.6%で、全病院が精神科単科病院であった。1施設当たりの平均入院患者数は220.9人で、うち1年以上継続して入院している患者は138.8人、5年以上継続して入院している患者は74.1人であった。一方、3カ月間における1施設当たり平均退院患者数は75.2人で、うち1年以上継続して入院していた退院患者は6.7人、5年以上継続して入院していた退院患者は2.3人であった。

施設または併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施している施設は90.0%であった。精神科訪問看護利用者数は、施設では平均35.4人、併設の訪問看護ステーションでは平均56.7人であった。また、訪問件数は、施設では平均97.3件、併設の訪問看護ステーションでは平均168.3件であった。

② 対象患者の基本的事項

対象患者の平均年齢は 64.3 歳で、男性が 58.5%、女性が 41.5%であった。主傷病は「統合失調症」73.0%が最も多く、次いで「認知症」10.0%であった。入院中の病棟は「精神療養病棟入院料」を算定する病棟が 83.5%と最も多く、入院期間は平均 10.5 年、その内訳としては「2年以上5年未満」の患者が 28.5%と最も多かった。

退院の見通しについては、「状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6 カ月以内）の退院の可能性はない」67.0%が最も多く、次いで「状態の改善が見込まれ、居住先・支援を整えば近い将来（6 カ月以内）に退院可能」24.0%であった。

③ 区分の予測と模擬一次判定

■ 要介護状態区分の予測と模擬一次判定結果

要介護状態区分認定が「未申請」であった 65 歳以上の患者 91 人について、要介護状態区分を予測したところ、「非該当」34.1%が最も多く、次いで「要支援 2」15.4%であった。これらの患者に、模擬的な一次判定の調査を行った結果、「非該当」31.9%が最も多く、次いで「要支援 1」23.1%であった。平均要介護度は、予測においては 1.07、模擬一次判定においては 1.29 であった。

また、要介護状態区分の予測結果と、その患者について実際に模擬的に一次判定を行って得た結果の差を、全対象患者について調査し、その分布と平均をみた。結果、要介護状態区分については、『予測』と『一次判定が一致』26.4%が最も多く、次いで『予測』が『一次判定』より 1 区分軽い 22.0%であった。区分の差の平均をみると、『予測』が『一次判定』より 0.18 区分軽くなっていた。

■ 障害支援区分の予測と模擬一次判定結果

障害支援区分認定が「未申請」であった患者 199 人について、障害支援区分を予測したところ、「区分 3」25.6%が最も多く、次いで「区分 4」20.6%であった。これらの患者に、模擬的な一次判定の調査を行った結果、「区分 2」32.2%が最も多く、次いで「区分 3」25.6%であった。平均障害支援区分は、予測においては 3.43、模擬一次判定においては 3.29 であった。

障害支援区分の予測結果と、その患者について実際に模擬的に一次判定を行って得た結果の差を、全対象患者について調査し、その分布と平均をみた。

結果、障害支援区分については、『予測』と『一次判定が一致』32.2%が最も多く、次いで『予測』が『一次判定』より 1 区分重い 22.1%であった。区分の差の平均をみると、『予測』が『一次判定』より 0.14 区分重くなっていた。

資料編

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業
精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査

ご回答方法

- ・あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- ・数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」をご記入ください。
- ・特に断りのない限り、平成27年7月1日現在の状況についてお答えください。

問1 貴院の開設者として該当するものを1つお選びください。

01 国	02 公立	03 公的	04 社会保険関係団体
05 医療法人	06 国	07 学校法人	08 その他の法人

問2 貴院の同一法人または関連法人が運営する施設・事業所を全てお選びください。

01 該当なし	02 介護老人保健施設	03 介護老人福祉施設
04 訪問看護ステーション	05 居宅介護支援事業所	06 地域包括支援センター
07 訪問介護事業所	08 小規模多機能型居宅介護事業所	09 通所介護事業所
10 相談支援事業所	11 その他（具体的に： ）	

問3 貴院の病院種別として該当するものを1つお選びください。

01 精神病床のみを有する病院（精神科単科）	02 精神病床のみを有する病院（精神科以外の診療科あり）
03 精神科を有する特定機能病院	04 精神科を有する一般病院

問4 貴院の精神医療に関する指定等として、該当するものを全てお選びください。

01 措置入院指定病院	02 応急入院指定病院
03 精神科救急医療施設※1	04 認知症患者医療センター
05 01～04 のいずれも該当しない	

※1. 精神科救急医療体制整備事業に参加している医療機関

問5 貴院の病棟数、許可病床数、病床利用率※2、平均在院日数※3をご記入ください。

	病棟数	許可病床数	病床利用率	平均在院日数
1 精神病床	棟	床	%	日
① 精神科病棟入院基本料・特定機能病院入院基本料（精神科病棟）	棟	床	%	日
② 精神科救急入院料（1・2）☞どちらかに○	棟	床	%	日
③ 精神科救急・合併症入院料	棟	床	%	日
④ 精神科急性期治療病棟入院料（1・2）☞どちらかに○	棟	床	%	日
⑤ 児童・思春期精神科入院医療管理料	棟	床	%	日
⑥ 精神療養病棟入院料	棟	床	%	日
⑦ 認知症治療病棟入院料（1・2）☞どちらかに○	棟	床	%	日
⑧ その他の精神科病棟	棟	床	%	日
2 一般病床	棟	床	%	日
3 療養病床	棟	床	%	日
4 結核病床	棟	床	%	日
5 感染症病床	棟	床	%	日
6 病院全体	棟	床	%	日

※2. 病床利用率は平成27年4月～6月の3カ月間の病床利用率をご記入ください。なお、精神病床の内訳については、当該入院基本料・特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

病床利用率 = (4月～6月の在院患者延べ数) ÷ {(月間日数 × 月末病床数) の4月～6月の合計}

※3. 平均在院日数は平成27年4月～6月の3カ月間の平均在院日数をご記入ください。平均在院日数の計算式は以下の通りです。

平均在院日数 = (4月～6月の在院患者延べ数) ÷ [(4月～6月の新入院患者数 + 4月～6月の退院患者数) × 0.5]

転棟患者も、在院患者延べ数に含めて算出してください。新入院患者と退院患者数についても他病棟からの転棟患者を含みます（ただし、当該入院における1回目の入棟・退棟のみを含み、再入棟・再退棟は含みません）なお、精神科病床の内訳については、当該入院基本料・特定入院料の届出病床に入院した全ての患者（算定要件に該当しない患者を含む）をもとに算出してください。

問6 平成27年6月末日時点の精神病床の入院患者数、そのうち1年以上継続して入院している患者数、及び5年以上継続して入院している患者数をご記入ください。	
1 平成27年6月末日時点の精神病床の入院患者数	人
2 (1のうち)1年以上継続して入院している患者数	人
3 (2のうち)5年以上継続して入院している患者数	人

問7 平成27年4月～6月の3カ月間における精神病床からの退院患者数 ^{※4} 、そのうち1年以上継続して入院していた退院患者数、及び5年以上継続して入院していた退院患者数をご記入ください。	
1 平成27年4月～6月の3カ月間における精神病床からの退院患者数	人
2 (1のうち)1年以上継続して入院していた退院患者数	人
3 (2のうち)5年以上継続して入院していた退院患者数	人

※4. 退院後3カ月以内に再入院した患者は除いてください。

問8 平成27年6月末日時点で精神科病棟に従事している職員数(常勤換算 ^{※5})をご記入ください。			
職 種	人数(常勤換算)	職 種	人数(常勤換算)
1 医師	人	3 准看護師	人
(1のうち)精神保健指定医	人	4 看護補助者	人
(1のうち)精神科特定医師	人	5 薬剤師	人
(1のうち)上記以外の精神科医	人	6 作業療法士	人
(1のうち)内科医	人	7 理学療法士	人
(1のうち)外科医	人	8 臨床心理技術者	人
2 看護師(保健師を含む)	人	9 精神保健福祉士	人
(2のうち)精神看護専門看護師 ^{※6}	人	10 社会福祉士(上記9を除く)	人
(2のうち)認知症看護認定看護師 ^{※6}	人	11 事務職員(精神科病棟専従者に限る)	人
(2のうち)精神科認定看護師 ^{※7}	人	12 その他の職員(精神科病棟専従者に限る)	人

※5. 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までご記入ください。

■ 1週間に複数勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

■ 1カ月に複数勤務の場合:(非常勤職員の1カ月の勤務時間)÷(貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

※6. 日本看護協会が認定した者

※7. 日本精神科看護協会が認定した者

問9 貴院が平成27年6月末日時点で届出を行っている精神科病棟の入院基本料として該当するものをお選びください。				
1 精神科病棟入院基本料	01 10対1	02 13対1	03 15対1	04 18対1
	05 20対1	06 特別	07 届出なし	
2 特定機能病院入院基本料(精神科病棟)	01 7対1	02 10対1	03 13対1	04 15対1
	05 届出なし			

問 10 以下の施設基準等について「届出のあるもの」の該当数字を○で囲んでください。
また、届出がある場合は、「初回届出時期」をご記入ください。

	届出のあるもの	初回届出時期
01 精神病棟入院基本料 重度認知症加算	01	平成（ ）年（ ）月
02 精神病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算	02	平成（ ）年（ ）月
03 精神病棟入院時医学管理加算	03	平成（ ）年（ ）月
04 精神科地域移行実施加算	04	平成（ ）年（ ）月
05 精神科身体合併症管理加算	05	平成（ ）年（ ）月
06 精神科リエゾンチーム加算	06	平成（ ）年（ ）月
07 強度行動障害入院医療管理加算	07	平成（ ）年（ ）月
08 重度アルコール依存症入院医療管理加算	08	平成（ ）年（ ）月
09 摂食障害入院医療管理加算	09	平成（ ）年（ ）月
10 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	10	平成（ ）年（ ）月
11 精神科救急搬送患者地域連携受入加算	11	平成（ ）年（ ）月
12 精神科救急入院料 1	12	平成（ ）年（ ）月
13 精神科救急入院料 2	13	平成（ ）年（ ）月
14 精神科急性期治療病棟入院料 1	14	平成（ ）年（ ）月
15 精神科急性期治療病棟入院料 2	15	平成（ ）年（ ）月
16 精神科急性期医師配置加算	16	平成（ ）年（ ）月
17 精神科救急・合併症入院料	17	平成（ ）年（ ）月
18 児童・思春期精神科入院医療管理料	18	平成（ ）年（ ）月
19 精神療養病棟入院料	19	平成（ ）年（ ）月
20 精神療養病棟入院料 重症者加算 1	20	平成（ ）年（ ）月
21 精神療養病棟入院料 退院調整加算	21	平成（ ）年（ ）月
22 精神療養病棟入院料 精神保健福祉士配置加算	22	平成（ ）年（ ）月
23 認知症治療病棟入院料 1	23	平成（ ）年（ ）月
24 認知症治療病棟入院料 2	24	平成（ ）年（ ）月
25 認知症治療病棟入院料 退院調整加算	25	平成（ ）年（ ）月
26 認知症治療病棟入院料 認知症夜間対応加算	26	平成（ ）年（ ）月
27 認知症患者リハビリテーション料	27	平成（ ）年（ ）月
28 認知療法・認知行動療法	28	平成（ ）年（ ）月
29 精神科作業療法	29	平成（ ）年（ ）月
30 精神科ショート・ケア 小規模なもの	30	平成（ ）年（ ）月
31 精神科ショート・ケア 大規模なもの	31	平成（ ）年（ ）月
32 精神科デイ・ケア 小規模なもの	32	平成（ ）年（ ）月
33 精神科デイ・ケア 大規模なもの	33	平成（ ）年（ ）月
34 精神科ナイト・ケア	34	平成（ ）年（ ）月
35 精神科デイ・ナイト・ケア	35	平成（ ）年（ ）月
36 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	36	平成（ ）年（ ）月
37 医療保護入院等診療料	37	平成（ ）年（ ）月
38 重度認知症患者デイ・ケア料	38	平成（ ）年（ ）月
39 重度認知症患者デイ・ケア料 夜間ケア加算	39	平成（ ）年（ ）月
40 精神科重症患者早期集中支援管理料	40	平成（ ）年（ ）月

問 11 貴院（または貴院併設の訪問看護ステーション）では、精神科訪問看護を実施していますか。

01 実施している（⇒問 12・問 13 へ）

02 実施していない（⇒問 14 へ）

問 12 貴院（または貴院併設の訪問看護ステーション）で実施している精神科訪問看護について、あてはまる数値等をご記入ください。

		貴院	貴院併設の 訪問看護ステーション
1	精神科訪問看護の開始時期	平成（ ）年（ ）月	平成（ ）年（ ）月
2	精神科訪問看護 に従事する職員 数（常勤換算）	①保健師・看護師	
		（うち、専従の保健師・看護師数）	
		②准看護師	
		（うち、専従の准看護師数）	
		③作業療法士	
		（うち、専従の作業療法士数）	
④精神保健福祉士			
	（うち、専従の精神保健福祉士数）		
⑤看護補助者			
	（うち、専従の看護補助者数）		
3	平成 27 年 6 月の 1 カ月間における精神科訪問看護 利用者数（実人数）	人	人
4	平成 27 年 6 月の 1 カ月間における訪問件数（延件数）	件	件
5	（4のうち）夜間・早朝 ^{※8} に訪問した件数 （延件数・加算の有無は問いません）	件	件
6	（4のうち）深夜に訪問した件数 （延件数・加算の有無は問いません）	件	件

※8、「夜間」は午後 6 時～午後 10 時、「早朝」は午前 6 時～午前 8 時とします。

問 13 （貴院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施している場合）
医療保険における加算の届出状況として該当するものをお選びください。

- 01 24 時間対応体制加算を届出している
- 02 24 時間連絡体制加算を届出している
- 03 上記の 01・02 のいずれも届出していない

問 15 精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するため、今後どのような取組が必要とお考えですか。

1 医療サービス に関して	
2 障害福祉サー ビスに関して	
3 居住支援に 関して	
4 その他	

施設票 の設問は以上となります。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

入院患者票 と合わせて同封の返信用封筒にて8月31日（月）までにご返送ください。

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業
精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査

ご回答方法

- ◎貴院の精神科病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神科病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料を算定している病棟に1年以上継続して入院している患者の中から無作為に10名を選び、対象患者1名につき本調査票を1部ご記入ください。
- ◎数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」をご記入ください。
- ◎特に断りのない限り、平成27年7月1日現在の状況についてお答えください。

＜対象患者が入院している病棟について＞

1 入院している病棟の入院基本料等	01 精神科病棟入院基本料	いずれかに○ ☞【10対1・13対1・15対1・18対1・20対1・特別】
	02 特定機能病院入院基本料（精神科病棟）	いずれかに○ ☞【7対1・10対1・13対1・15対1】
	03 精神療養病棟入院料	
	04 認知症治療病棟入院料	どちらかに○ ☞【1・2】
2 病棟の構造	01 開放病棟	02 閉鎖病棟

＜対象患者の基本的事項＞

1 性別	01 男性	02 女性	2 年齢	(H27.7.1現在) _____ 歳
3 精神障害者福祉手帳	01 手帳をもっていない	02 1級	03 2級	04 3級
4 要介護状態区分	① 実際	01 非該当	02 要支援1	03 要支援2
	② 予測	04 要介護1	05 要介護2	06 要介護3
5 障害支援区分	① 実際	01 非該当	02 区分1	03 区分2
	② 予測	04 区分4	05 区分5	06 区分6

※「09 未申請」を選択された場合、下記の「②予測」についてもご回答ください。
より正確な予測のため、専門知識のある複数のスタッフでのご検討をお願いします。

[未申請の理由] 具体的にご記入ください↓

検討を行った職種に○（○はいくつでも）

01 医師	02 薬剤師
03 看護職員	04 看護補助者
05 精神保健福祉士	06 作業療法士
07 理学療法士	08 臨床心理技術者
09 社会福祉士	10 栄養士
11 その他の職種（ _____ ）	

15 ADL	① 移動	0	1	2	3	4	5	6
	② 移乗	0	1	2	3	4	5	6
	③ 食事	0	1	2	3	4	5	6
	④ 整容	0	1	2	3	4	5	6
	⑤ 更衣	0	1	2	3	4	5	6
	⑥ トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6
	⑦ 清拭	0	1	2	3	4	5	6
※ADLの支援レベル	0：自立（手助け、準備、観察は不要。または、1～2回のみ） 1：準備のみ（ものや道具を患者の手に届く範囲に置くことが3回以上） 2：観察（見守り、励まし、誘導が3回以上） 3：部分的な援助（動作の大部分〈50%以上〉は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重〈身体〉を支えない援助を3回以上） 4：広範な援助（動作の大部分〈50%以上〉は自分でできるが、体重を支える援助〈例えば、四肢や体幹の重みを支える〉を3回以上） 5：最大の援助（動作の一部〈50%未満〉しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上） 6：全面援助（まる3日間すべての面で他者が全面支援した）							

《対象患者の退院の見通し》 ※より正確な見通しの作成のため、専門知識のある複数のスタッフでのご検討をお願いします。

検討を行った職種に○（○はいくつでも）			
01 医師	02 薬剤師	03 看護職員	04 看護補助者
05 精神保健福祉士	06 作業療法士	07 理学療法士	08 臨床心理技術者
09 社会福祉士	10 栄養士	11 その他の職種（	）

1 退院の見通し		01 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能	02 状態の改善が見込まれ、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6カ月以内）に退院可能	03 状態の改善が見込まれ、居住先・支援が整えば近い将来（6カ月以内）に退院可能	04 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6カ月以内）の退院の可能性はない	05 身体合併症等の治療のため、他病院への転院が必要	06 その他（	）
2 退院にあたり必要となる各種支援（○はいくつでも） ※上記1で「01」～「03」の場合に回答ください	01 住居に関する支援（住居探し等） 02 就労に関する支援 03 各種制度・社会資源の情報提供 04 家族との調整 05 病院内職員との連携調整 06 行政機関との連携調整 07 サービス事業所との連携調整 08 退院前の住居訪問 09 退院後の住居訪問 10 その他（							
3 退院後の援助指導の必要性（○は1つ） ※上記1で「01」～「03」の場合に回答ください	01 必要 02 どちらでもない 03 不要 ↳ ※01を選ばれた場合は、以下「必要な職種別の援助指導の頻度」もご回答ください（あてはまる番号に○）							
		24時間 常駐が必要	日中のみ 常駐が必要	毎日の 訪問	1週間で数回 の訪問が必要	1週間で1回 程度の訪問	不要	
	看護職員	01	02	03	04	05	06	
	ヘルパー	01	02	03	04	05	06	
	ソーシャルワーカー	01	02	03	04	05	06	
	その他（	01	02	03	04	05	06	）
4 現在退院できない最大の理由（○は1つ）	01 医学的観点から入院を要する状態が続いているため 02 病識がないため 03 患者の経済的理由のため 04 本人が退院を望まないため 05 別の精神科病院における専門治療の転院待ちのため 06 身体疾患治療のための転院待ちのため 07 施設等への入所待ちのため 08 家族の受入困難、又は介護者不在のため 09 退院後、必要な医療処置の提供が期待できないため 10 生活継続のため支援者がいないため 11 退院後、必要な支援等サービスを期待できないため 12 地域（近隣）住民の理解が得られないため 13 その他（							

次頁以降のBPRS、問題行動評価表、生活障害評価、能力障害評価にもご回答ください。

表1 BPRS

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS) 日本語版								
重症度を表す数字の中で患者の状況を最もよく示す番号に○をつけて下さい。		なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度
1 心気症	現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
2 不安	現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
3 情動的引きこもり	面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
4 概念の統合障害	思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
5 罪責感	過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
6 緊張	緊張、神経過敏あるいは活動レベルの高まりによる身体の運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度のみに基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
7 奇癖と不自然な姿勢	奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つようなある種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進は、この項目では評価しない。	1	2	3	4	5	6	7
8 誇大性	過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
9 抑うつ気分	意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつが存在を推測して評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
10 敵意	面接状況ではないところでの、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者に対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。（面接者に対する態度は「非協調性」の項目で評価せよ。）	1	2	3	4	5	6	7
11 猜疑心	現在又は以前に患者に対して他者から悪意や差別があったという（妄想的あるいは非妄想的な）確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7
12 幻覚による行動	通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるものである。	1	2	3	4	5	6	7
13 運動減退	緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
14 非協調性	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如。面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況でないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
15 不自然な思考内容	普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の解体の程度を評価してはならない。	1	2	3	4	5	6	7
16 情動の平板化	感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。	1	2	3	4	5	6	7
17 興奮	感情的緊張度の高揚、焦燥感あるいは反応性亢進。	1	2	3	4	5	6	7
18 失見当識	人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。	1	2	3	4	5	6	7

表2 問題行動評価表

現在から過去1ヶ月間の下記1～28の症状・問題行動の頻度を、それぞれ下の選択肢より選んでください。（複数選択可）

	なし	この1ヶ月間には見られなかったが、 それ以前にはあった	軽度	中等度	やや重度	重度
1. 自殺念慮	1	2	3	4	5	6
2. 自傷行為	1	2	3	4	5	6
3. 言語的暴力	1	2	3	4	5	6
4. 身体的暴力	1	2	3	4	5	6
5. 衝動性	1	2	3	4	5	6
6. 器物破壊	1	2	3	4	5	6
7. 他者への迷惑行為	1	2	3	4	5	6
8. 性的逸脱行為	1	2	3	4	5	6
9. 放火	1	2	3	4	5	6
10. 失禁	1	2	3	4	5	6
11. 不潔行為	1	2	3	4	5	6
12. 衣類を破る・脱ぐ	1	2	3	4	5	6
13. 収集癖	1	2	3	4	5	6
14. てんかん発作	1	2	3	4	5	6
15. 気分易変性	1	2	3	4	5	6
16. 集中力低下	1	2	3	4	5	6
17. 特定の物や人に対する強いこだわり	1	2	3	4	5	6
18. ストレス脆弱性	1	2	3	4	5	6
19. 服薬非遵守	1	2	3	4	5	6
20. 介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	1	2	3	4	5	6
21. 徘徊	1	2	3	4	5	6
22. 多動・行動の停止	1	2	3	4	5	6
23. 強迫行為	1	2	3	4	5	6
24. 過食・拒食	1	2	3	4	5	6
25. 多飲水	1	2	3	4	5	6
26. 異食	1	2	3	4	5	6
27. 物質依存	1	2	3	4	5	6

表2「問題行動評価表」の補足 下記の「具体的記載」を参照して表2の評価をお願いします。

No.	問題行動	問題行動の具体的記載
1.	自殺念慮	遺書を書いたり、自殺手段についての言及が認められるなど、自殺の危険性が比較的切迫しているもの。
2.	自傷行為	状況によっては自殺既遂も考えられるような自傷行為。
3.	言語的暴力	言葉による威嚇、攻撃などであり、相手を言葉で傷つけようとの意図が働いているとみなされるもの。
4.	身体的暴力	叩く、蹴る、殴るなど、身体への攻撃であり、相手の体を傷つけようとの意図が働いているとみなされるもの。
5.	衝動性	自傷他害、迷惑行為、対人操作などとして観察される内的な欲求や衝動が自制できない心理。
6.	器物破壊	器物への行動化であり、破壊しようとの意図が働いているとみなされるもの。
7.	他者への迷惑行為	他者への過干渉や支配、盗み・ゆすり・たかりなどの金品に関わる行為、共有のスペースを汚したり、共有のスペースで騒ぐなどの対人関係に悪影響を及ぼす行為。相手を困らせようとの意図がない場合でも、周りから迷惑とみなされるもの。
8.	性的逸脱行為	性的ニュアンスのあるタッチング、露出、あるいは、性交の強要。
9.	放火	意図的な放火や弄火だけでなく、タバコの火の不始末など失火のリスクが常態化しているもの。
10.	失禁	おむつ等による管理が困難な尿失禁、ないし、便失禁。
11.	不潔行為	入浴や更衣を拒否するなどにより、整容が行えなかったり、意図的にトイレ以外の場所で排泄したりするもの、あるいは、排泄物を弄ぶなどの行為があるもの。
12.	衣類を破る・脱ぐ	自分の衣類を破ったり、共有スペースで洋服や下着を着ていられず全裸（上半身のみ、下半身のみでも可）かそれに近い外観を他の人の眼にさらすもの。
13.	収集癖	他人の持ち物や共有物（例えば、トイレットペーパー、新聞紙など）、ゴミなどを身の回りに集めたり、収集した物品の返却や処分に抵抗するもの。
14.	てんかん発作	意識消失を伴うてんかん発作。
15.	気分易変性	気分が変動しやすく、ささいな出来事への反応として喜怒哀楽の感情が爆発したり鎮静や隔離が必要なほどの興奮状態が生じたりするもの。
16.	集中力低下	集中力低下が著しいため、診察が受けられなかったり、提供されるプログラムなどの治療にまったく参加できないもの。
17.	特定の物や人に対する強いこだわり	特定の人物へのこだわりがあるため、執拗にまとわりついたり、ストーカー的な行為に及ぶもの。
18.	ストレス脆弱性	ストレスの脆弱性が著しく、ごくささいな出来事によっても精神的な安定が失われて精神症状が再燃するもの。
19.	服薬非遵守	処方された薬物を用法通りに内服しようとせず、デボ剤などの投与にも反対するもの。
20.	介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	必要な介助に拒否・拒絶・抵抗を示し、結果、必要な介助が行えないもの。
21.	徘徊	昼夜を問わず徘徊が認められるもの。
22.	多動・行動の停止	多動や行為停止により社会的場面における適応が困難と考えられるもの。
23.	強迫行為	強迫行為に没頭していたり、自身の行為の継続のために周囲の者をまきこむ発言や行為が日常的に認められるもの。
24.	過食・拒食	適切な食事摂取が行えず、過食・拒食により栄養障害が生じていたり、反社会的行為（例えば、万引き）が繰り返されているもの。
25.	多飲水	起床時体重の5%以上の日内変動があり、水分管理やときに隔離が必要となるもの。
26.	異食	食べ物とはみなされないもの（例えば、便、草花、靴など）を口に含んだり、実際に嘔下するもの（指しゃぶりのような退行に関係した行為は除く）
27.	物質依存	物質摂取をやめられず禁止された場所へ持ち込もうとしたり密かに使用するもの。

表3 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。

No.	項目	回答欄	内容
1	食事		1) 適量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
			2) 時に施設からの提供を必要とする場合があるが、1) がだいたい自主的にできる。
			3) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
			4) いつも同じものはかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
			5) 常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2	生活リズム		1) 一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
			2) 時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
			3) 時に助言がなければ、寝過ごす、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1~2時間程度のばらつきがある。
			4) 起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
			5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3	保清		1) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
			2) 洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的にしている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなせる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
			4) 個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4	金銭管理		1) 1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
			2) 時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまつ。
			3) 一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
			4) 3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
			5) 持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。
5	服薬管理		1) 薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
			2) 薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
			3) 薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
			4) 飲み忘れや、飲み方を間違えたり、飲みすぎたりするため、薬物治療に際して強い助言や援助を必要とする。
			5) 助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行う必要があるなど、薬物治療継続にかなりの困難を認める。
6	対人関係		1) あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
			2) 1) が、だいたい自主的にできる。
			3) だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
			4) 1) で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。3) がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようと思わず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。

能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。

回答欄	
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。

「能力障害」評価表

精神障害者保健福祉手帳の能力障害の状態評価を利用し、判定に当たっては以下のことを考慮する。

- A) 日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは助言、指導、介助などをいう。
- B) 保護的な環境（例えば入院しているような状態）でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。
- C) 判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。

①「能力障害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出来る。

適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。

精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。

②「能力障害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。

①に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部援助を必要とする場合がある。例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。

デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることが出来る。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

③「能力障害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。

①に記載のことが概ね出来るが、援助を必要とする場合が多い。例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

④「能力障害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。

①に記載のことは常時援助がなければ出来ない。

例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

⑤「能力障害5」 精神障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

①に記載のことは援助があってもほとんど出来ない。

例えば、入院患者においては、院内の生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業
精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査

ご回答方法

- あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。
- 数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」をご記入ください。
- 特に断りのない限り、平成27年7月1日現在の状況についてお答えください。

問1 貴事業所の実施主体をお選びください。

- | | | |
|--------------|------------|-----------------------|
| 01 公営 | 02 社会福祉事業団 | 03 社会福祉法人（社会福祉事業団を除く） |
| 04 特定非営利活動法人 | 05 株式会社 | 06 その他（ ） |

問2 貴事業所の同一法人または関連法人が運営する施設・事業所を全てお選びください。

- | | | |
|----------------|-------------------|---------------|
| 01 該当なし | 02 介護老人保健施設 | 03 介護老人福祉施設 |
| 04 訪問看護ステーション | 05 居宅介護支援事業所 | 06 地域包括支援センター |
| 07 訪問介護事業所 | 08 小規模多機能型居宅介護事業所 | 09 通所介護事業所 |
| 10 病院 | 11 診療所 | |
| 12 その他（具体的に： ） | | |

問3 貴事業所の種類について、該当するものを全てお選びください。

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 01 指定特定相談支援事業所 | 02 指定一般相談支援事業所（地域移行支援） |
| 03 指定一般相談支援事業（地域定着支援） | 04 指定障害児相談支援事業所 |
| 05 基幹相談支援センター | |

問4 貴事業所の開設年月をご記入ください。

平成・昭和 年 月

問5 貴事業所が主に対象としている相談者の障害種別について、ご記入ください。

	貴事業所が主に対象として いる障害種別全てに○	貴事業所で相談者が最も多い 障害種別1つに○
01 身体障害者	01	01
02 知的障害者	02	02
03 精神障害者	03	03
04 障害児	04	04
05 難病等対象者	05	05

問6 貴事業所の職員数をご記入ください。（実人数）

	職員数	うち、精神保健福祉士 有資格者
01 相談支援に従事する職員の合計実人数		人
02 (01のうち) 常勤専従の職員の实人数		人
03 (01のうち) 常勤兼務の職員の实人数		人
04 (01のうち) ピアカウンセリングを行う職員（ピアカウンセラー）の实人数		人
05 (01のうち) 相談支援専門員の实人数		人

問7 貴事業所がサービス等利用計画を作成している利用者の障害福祉サービスの利用人数についてご記入ください。(実人数)		
	障害福祉サービスのみの 利用人数	障害福祉サービス・ 介護保険サービスの併給人数
01 障害福祉サービスの利用人数	人	人
02 (01のうち) 40~64歳の人数	人	人
03 (01のうち) 65歳以上の人数	人	人

問8 貴事業所がサービス等利用計画を作成している利用者のうち、下記の各サービスを利用している人数をご記入ください。(実人数)				
		サービス利用人数	うち、精神障害者	
1 障害福祉サービス	01 居宅介護	人	人	
	02 重度訪問介護	人	人	
	03 同行援護	人	人	
	04 行動援護	人	人	
	05 短期入所	人	人	
	06 生活介護	人	人	
	07 療養介護	人	人	
	08 重度障害者等包括支援	人	人	
	09 施設入所支援	人	人	
	10 共同生活援助(グループホーム)	人	人	
	11 自立訓練(機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む)	人	人	
	12 就労移行支援	人	人	
	13 就労継続支援A型	人	人	
	14 就労継続支援B型	人	人	
2 相談支援	01 計画相談支援	人	人	
	02 地域移行支援	人	人	
	03 地域定着支援	人	人	
	3 地域生活支援事業他各種サービス	01 相談支援事業	人	人
		02 移動支援事業	人	人
		03 地域活動支援センター	人	人
		04 障害者就業・生活支援センター	人	人
05 福祉ホーム				
06 日中一時支援事業		人	人	
07 その他()		人	人	
4 介護保険サービス	01 (介護予防)訪問介護	人	人	
	02 (介護予防)訪問入浴介護	人	人	
	03 (介護予防)訪問看護	人	人	
	04 (介護予防)訪問リハビリテーション	人	人	
	05 (介護予防)居宅療養管理指導	人	人	
	06 (介護予防)(地域密着型)通所介護	人	人	
	07 (介護予防)通所リハビリテーション	人	人	
	08 (介護予防)短期入所生活介護	人	人	
	09 (介護予防)短期入所療養介護	人	人	
	10 (介護予防)(地域密着型)特定施設入居者生活介護	人	人	
	11 (介護予防)福祉用具貸与・販売	人	人	
	12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	人	人	
	13 夜間対応型訪問介護	人	人	
	14 (介護予防)認知症対応型通所介護	人	人	
	15 (介護予防)小規模多機能型居宅介護	人	人	
	16 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	人	
	17 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護	人	人	
	18 看護小規模多機能型居宅介護	人	人	
	19 (介護予防)住宅改修	人	人	
	20 その他()	人	人	

問 9 平成 27 年 6 月 1 か月の、貴事業所がサービス等利用計画を作成している利用者のうち、**主たる障害種別が精神障害である方**について、精神障害のために入院していたことのある利用者数をご記入下さい。

1 精神障害のために入院していたことのある利用者数		人
2 (1のうち) 1年以上継続して入院していたことのある利用者数		人
3 (2のうち) 5年以上継続して入院していたことのある利用者数		人

問 10 精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するため、今後どのような取組が必要とお考えですか。

1 医療サービス に関して	
2 障害福祉サービス に関して	
3 居住支援に に関して	
4 その他	

事業所票 の設問は以上となります。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

利用者票 と合わせて同封の返信用封筒にて 8 月 31 日（月）までにご返送ください。

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業
精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査

ご回答方法

◎貴事業所がサービス等利用計画を作成している利用者から、過去5年以内（平成22年7月～平成27年6月）に精神病棟に1年以上継続して入院経験のある方の中から無作為に10名を選び、対象利用者1名につき本調査票を1部ご記入ください。

◎数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」をご記入ください。

◎特に断りのない限り、平成27年7月1日現在の状況についてお答えください。

＜対象利用者の基本的事項＞

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢	(H27.7.1 現在) _____ 歳
3 精神障害者福祉手帳	01 手帳をもっていない 02 1級 03 2級 04 3級		
4 精神科外来への通院	01 有（通院開始日：平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 02 無		
5 障害福祉サービスの利用開始日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
6 過去5年間における通算入院回数（平成22年7月～平成27年6月）	_____ 回 ・ 不明		
7 過去5年間における通算入院期間（平成22年7月～平成27年6月）	_____ 年 _____ か月 ・ 不明		
8 直近の入院の理由（〇はいくつでも）	01 精神症状が強い 02 日常生活に著しい問題があるため 03 社会生活に著しい問題があるため 04 迷惑行為・自傷他害行為の危険性が高いため 05 治療・服薬への心理的抵抗が強い 06 その他（ _____ ） 07 分からない		
9 入院していた病棟の入院基本料等	01 精神病棟入院基本料 いずれかに〇 ☞ 【10対1・13対1・15対1・18対1・20対1・特別】 02 特定機能病院入院基本料（精神病棟） いずれかに〇 ☞ 【7対1・10対1・13対1・15対1】 03 精神療養病棟入院料 04 認知症治療病棟入院料 どちらかに〇 ☞ 【1・2】 05 分からない		
10 要介護状態区分	① 実 際	01 非該当 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5 09 未申請	※「09 未申請」を選択された場合、下記の「②予測」についてもご回答ください。 より正確な予測のため、専門知識のある複数のスタッフでのご検討をお願いします。
	② 予 測	01 非該当 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5	[未申請の理由] 具体的にご記入ください↓ <div style="border: 1px dashed black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 検討を行った職種に〇（〇はいくつでも） 01 医師 02 薬剤師 03 看護職員 04 精神保健福祉士 05 社会福祉士 06 作業療法士 07 理学療法士 08 臨床心理技術者 09 介護福祉士・ホームヘルパー 10 その他の職種（ _____ ） </div>			
11 障害支援区分	01 非該当 02 区分1 03 区分2 04 区分3 05 区分4 06 区分5 07 区分6		

《対象利用者の現況》

1 現在の居場所 (○は1つ)	01 自宅(家族等との同居も含む) 03 軽費老人ホーム 05 サービス付き高齢者向け住宅 07 障害者グループホーム 09 不明	02 有料老人ホーム 04 特別養護老人ホーム 06 認知症高齢者グループホーム 08 福祉ホーム 10 その他()						
2 主傷病 (○は1つ)	01 認知症(F00-03) 03 アルコールによる精神・行動の障害(F10) 05 統合失調症(F20) 07 気分(感情)障害(F3) 09 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5) 11 知的障害(精神遅滞)(F7) 13 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98) 15 てんかん(G40)	02 その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09) 04 その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) 06 その他の精神病性障害(F21-29) 08 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4) 10 成人の人格・行動の障害(F6) 12 心理的発達の障害(F8) 14 詳細不明の精神障害(F99)						
3 その他の精神疾患 (○はいくつでも)	01 認知症(F00-03) 03 アルコールによる精神・行動の障害(F10) 05 統合失調症(F20) 07 気分(感情)障害(F3) 09 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5) 11 知的障害(精神遅滞)(F7) 13 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害(F90-98) 15 てんかん(G40)	02 その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09) 04 その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) 06 その他の精神病性障害(F21-29) 08 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4) 10 成人の人格・行動の障害(F6) 12 心理的発達の障害(F8) 14 詳細不明の精神障害(F99)						
4 GAF スコア (不明な場合は空欄)	()							
5 認知症高齢者の 日常生活自立度	01 自立 06 Ⅲb	02 I 07 IV	03 IIa 08 M	04 IIb 09 不明	05 Ⅲa			
6 ADL	① 移動	0	1	2	3	4	5	6
	② 移乗	0	1	2	3	4	5	6
	③ 食事	0	1	2	3	4	5	6
	④ 整容	0	1	2	3	4	5	6
	⑤ 更衣	0	1	2	3	4	5	6
	⑥ トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6
	⑦ 清拭	0	1	2	3	4	5	6
	※ADLの支援レベル 0: 自立 (手助け、準備、観察は不要。または、1~2回のみ) 1: 準備のみ (ものや道具を患者の手に届く範囲に置くことが3回以上) 2: 観察 (見守り、励まし、誘導が3回以上) 3: 部分的な援助 (動作の大部分(50%以上)は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上) 4: 広範な援助 (動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(例えば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上) 5: 最大の援助 (動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上) 6: 全面援助 (まる3日間すべての面で他者が全面支援した)							
7 IADL	① 食事の用意(献立を考える、食材を用意する、料理する、配膳する)	0	1	2				
	② 家事一般(食事の片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯等)	0	1	2				
	③ 金銭管理(請求書の支払、貯金の管理、家計の収支勘定)	0	1	2				
	④ 薬の管理(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0	1	2				
	⑤ 電話の利用(自分で電話をかけた、受けた)	0	1	2				
	⑥ 買い物(食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0	1	2				
	⑦ 交通手段の利用(バス、電車などの乗り物による移動)	0	1	2				
	※IADLの困難度 0: 問題なし 1: いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる) 2: 非常に困難(ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)							

8 利用しているサービス	① 障害福祉サービス	01 居宅介護 ⇒ _____回/週 02 重度訪問介護 ⇒ _____回/週 03 同行援護 ⇒ _____回/週 04 行動援護 ⇒ _____回/週 05 短期入所 ⇒ _____日/年 06 生活介護 ⇒ _____回/週 07 療養介護 ⇒ _____回/週 08 重度障害者等包括支援 09 施設入所支援 10 共同生活援助（グループホーム） 11 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む） 12 就労移行支援 ⇒ _____回/週 13 就労継続支援A型 ⇒ _____回/週 14 就労継続支援B型 ⇒ _____回/週
	② 相談支援	01 地域移行支援 02 地域定着支援
	③ 地域生活支援事業他各種サービス	01 相談支援事業 02 移動支援事業 03 地域活動支援センター 04 障害者就業・生活支援センター 05 福祉ホーム 06 日中一時支援事業 07 その他（ _____ ）
	④ 介護保険サービス	01（介護予防）訪問介護 ⇒ _____回/週 02（介護予防）訪問入浴介護 ⇒ _____回/週 03（介護予防）訪問看護 ⇒ _____回/週 04（介護予防）訪問リハビリテーション ⇒ _____回/週 05（介護予防）居宅療養管理指導 06（介護予防）（地域密着型）通所介護 ⇒ _____回/週 07（介護予防）通所リハビリテーション ⇒ _____回/週 08（介護予防）短期入所生活介護 ⇒ _____日/年 09（介護予防）短期入所療養介護 ⇒ _____日/年 10（介護予防）（地域密着型）特定施設入居者生活介護（ケアハウス等） 11（介護予防）福祉用具貸与・販売 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 ⇒ _____回/週 14（介護予防）認知症対応型通所介護 ⇒ _____回/週 15（介護予防）小規模多機能型居宅介護 ⇒ _____回/週 16 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 17 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護 18 看護小規模多機能型居宅介護 19（介護予防）住宅改修 20 その他（ _____ ）
	⑤ 医療・保健	01 通院 ⇒ _____回/週 02 往診・訪問診療 ⇒ _____回/週（訪問診療） 03 歯科訪問診療 ⇒ _____回/週 04 訪問看護 ⇒ _____回/週 05 訪問薬剤管理指導 ⇒ _____回/週 06 訪問栄養食事指導 ⇒ _____回/週 07 精神科デイ・ケア ⇒ _____回/週 08 精神科デイ・ナイト・ケア ⇒ _____回/週 09 精神科ナイト・ケア ⇒ _____回/週 10 精神科ショート・ケア ⇒ _____回/週 11 精神科作業療法 ⇒ _____回/週 12 保健所（行政）による精神保健福祉相談・訪問指導 13 その他（ _____ ）

	⑥ その他	01 成年後見制度 02 日常生活自立支援事業 03 家族会 04 公共職業安定所 05 社会福祉協議会 06 市区町村 07 その他（ ）
9 現在利用していないが、本来は利用が望ましいサービス	① 障害福祉サービス	01 居宅介護 ⇒ _____回/週 02 重度訪問介護 ⇒ _____回/週 03 同行援護 ⇒ _____回/週 04 行動援護 ⇒ _____回/週 05 短期入所 ⇒ _____日/年 06 生活介護 ⇒ _____回/週 07 療養介護 ⇒ _____回/週 08 重度障害者等包括支援 09 施設入所支援 10 共同生活援助（グループホーム） 11 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む） 12 就労移行支援 ⇒ _____回/週 13 就労継続支援A型 ⇒ _____回/週 14 就労継続支援B型 ⇒ _____回/週
	② 相談支援	01 地域移行支援 02 地域定着支援
	③ 地域生活支援事業他各種サービス	01 相談支援事業 02 移動支援事業 03 地域活動支援センター 04 障害者就業・生活支援センター 05 福祉ホーム 06 日中一時支援事業 07 その他（ ）
	④ 介護保険サービス	01（介護予防）訪問介護 ⇒ _____回/週 02（介護予防）訪問入浴介護 ⇒ _____回/週 03（介護予防）訪問看護 ⇒ _____回/週 04（介護予防）訪問リハビリテーション ⇒ _____回/週 05（介護予防）居宅療養管理指導 06（介護予防）（地域密着型）通所介護 ⇒ _____回/週 07（介護予防）通所リハビリテーション ⇒ _____回/週 08（介護予防）短期入所生活介護 ⇒ _____日/年 09（介護予防）短期入所療養介護 ⇒ _____日/年 10（介護予防）（地域密着型）特定施設入居者生活介護（ケアハウス等） 11（介護予防）福祉用具貸与・販売 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 ⇒ _____回/週 14（介護予防）認知症対応型通所介護 ⇒ _____回/週 15（介護予防）小規模多機能型居宅介護 ⇒ _____回/週 16 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 17 地域密着型介護福祉施設入所者生活介護 18 看護小規模多機能型居宅介護 19（介護予防）住宅改修 20 その他（ ）
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ※ 問9で〇をつけたサービスがある場合は、現在利用していない理由を下欄にご記入ください。 </div>		
(記入欄)		

質問は以上です。

ご回答ありがとうございました。

【参考】GAF（機能の全体的評定）尺度

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。

コード（注：例えば、45、68、72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること）

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する）。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学業で一時遅れをとる）。
70-61	いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある（例：時にする休みをしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状（例：感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある）、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤）。
50-41	重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する）、または、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない）。
40-31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる）、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない）。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある（例：時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、または、ほとんどすべての面で機能することができない（例：一日中床についている、仕事も家庭も友達もない）。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または、時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、または、意思伝達に粗大な欠陥（例：ひどい滅裂か無言症）。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

【参考】認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	評価基準
自立	認知症を有しない。
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。 例) たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。 例) 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 例) 着替え・食事・排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 例) ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 例) せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

問6 平成27年6月末日時点の精神病床の入院患者数、そのうち1年以上継続して入院している患者数、及び5年以上継続して入院している患者数をご記入ください。	
1 平成27年6月末日時点の精神病床の入院患者数	人
2 (1のうち)1年以上継続して入院している患者数	人
3 (2のうち)5年以上継続して入院している患者数	人

問7 平成27年4月～6月の3カ月間における精神病床からの退院患者数 ^{※4} 、そのうち1年以上継続して入院していた退院患者数、及び5年以上継続して入院していた退院患者数をご記入ください。	
1 平成27年4月～6月の3カ月間における精神病床からの退院患者数	人
2 (1のうち)1年以上継続して入院していた退院患者数	人
3 (2のうち)5年以上継続して入院していた退院患者数	人

※4. 退院後3カ月以内に再入院した患者は除いてください。

問8 平成27年6月末日時点で精神科病棟に従事している職員数(常勤換算 ^{※5})をご記入ください。			
職 種	人数(常勤換算)	職 種	人数(常勤換算)
1 医師	人	3 准看護師	人
(1のうち)精神保健指定医	人	4 看護補助者	人
(1のうち)精神科特定医師	人	5 薬剤師	人
(1のうち)上記以外の精神科医	人	6 作業療法士	人
(1のうち)内科医	人	7 理学療法士	人
(1のうち)外科医	人	8 臨床心理技術者	人
2 看護師(保健師を含む)	人	9 精神保健福祉士	人
(2のうち)精神看護専門看護師 ^{※6}	人	10 社会福祉士(上記9を除く)	人
(2のうち)認知症看護認定看護師 ^{※6}	人	11 事務職員(精神科病棟専従者に限る)	人
(2のうち)精神科認定看護師 ^{※7}	人	12 その他の職員(精神科病棟専従者に限る)	人

※5. 常勤換算については以下の方法で算出してください。常勤換算後の職員数は、小数点以下第1位までご記入ください。

■ 1週間に数回勤務の場合:(非常勤職員の1週間の勤務時間)÷(貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間)

■ 1カ月に数回勤務の場合:(非常勤職員の1カ月の勤務時間)÷(貴院が定めている常勤職員の1週間の勤務時間×4)

※6. 日本看護協会が認定した者

※7. 日本精神科看護協会が認定した者

問9 貴院が平成27年6月末日時点で届出を行っている精神科病棟の入院基本料として該当するものをお選びください。				
1 精神科病棟入院基本料	01 10対1	02 13対1	03 15対1	04 18対1
	05 20対1	06 特別	07 届出なし	
2 特定機能病院入院基本料(精神科病棟)	01 7対1	02 10対1	03 13対1	04 15対1
	05 届出なし			

問 10 貴院（または貴院併設の訪問看護ステーション）では、精神科訪問看護を実施していますか。

01 実施している（⇒問 11・問 12 へ）

02 実施していない（⇒問 13 へ）

問 11 貴院（または貴院併設の訪問看護ステーション）で実施している精神科訪問看護について、あてはまる数値等をご記入ください。

		貴院	貴院併設の 訪問看護ステーション
1	精神科訪問看護の開始時期	平成（ ）年（ ）月	平成（ ）年（ ）月
2	精神科訪問看護 に従事する職員 数（常勤換算）	①保健師・看護師	
		（うち、専従の保健師・看護師数）	
		②准看護師	
		（うち、専従の准看護師数）	
		③作業療法士	
		（うち、専従の作業療法士数）	
	④精神保健福祉士		
	（うち、専従の精神保健福祉士数）		
	⑤看護補助者		
	（うち、専従の看護補助者数）		
3	平成 27 年 6 月の 1 カ月間における精神科訪問看護 利用者数（実人数）	人	人
4	平成 27 年 6 月の 1 カ月間における訪問件数（延件数）	件	件
5	（4のうち）夜間・早朝※ ⁸ に訪問した件数 （延件数・加算の有無は問いません）	件	件
6	（4のうち）深夜に訪問した件数 （延件数・加算の有無は問いません）	件	件

※8. 「夜間」は午後 6 時～午後 10 時、「早朝」は午前 6 時～午前 8 時とします。

問 12 （貴院併設の訪問看護ステーションで精神科訪問看護を実施している場合）
医療保険における加算の届出状況として該当するものをお選びください。

- 01 24 時間対応体制加算を届出している
- 02 24 時間連絡体制加算を届出している
- 03 上記の 01・02 のいずれも届出していない

問 13 患者の退院支援にあたり、過去 1 年以内（平成 26 年 7 月～平成 27 年 6 月）に連携したことのあ
る他の関係機関について、「実施している連携方法」の該当数字を○で囲んでください（○はいくつ
でも）。また、関係機関のうち特に連携頻度が高い上位 3 つの機関をお選びいただき、「連携頻度」の
欄に、順位を 1～3 までご記入ください。

（1：最も連携頻度が高い、2：2 番目に連携頻度が高い、3：3 番目に連携頻度が高い）

		実施している連携方法				連携 頻度
		①貴院が関係機 関を直接訪問	②貴院の会議等 に関係機関の参 加を依頼	③電話・メール 等での連絡調整	④その他	
① 医療・看護	01 精神科デイ・ケア等	01	01	01	01	
	02 訪問看護ステーション	02	02	02	02	
② 介護	03 居宅介護	03	03	03	03	
	04 重度訪問介護	04	04	04	04	
	05 同行援護	05	05	05	05	
	06 行動援護	06	06	06	06	
	07 短期入所（ショートステイ）	07	07	07	07	
	08 生活介護	08	08	08	08	
	09 療養介護	09	09	09	09	
	10 重度障害者等包括支援	10	10	10	10	
	11 施設入所支援	11	11	11	11	
	12 介護保険サービス	12	12	12	12	
③ 訓練等	13 共同生活援助（グループホーム）	13	13	13	13	
	14 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型を含む）	14	14	14	14	
	15 就労移行支援	15	15	15	15	
	16 就労継続支援 A 型	16	16	16	16	
	17 就労継続支援 B 型	17	17	17	17	
④ 相談支援	18 計画相談支援	18	18	18	18	
	19 地域移行支援	19	19	19	19	
	20 地域定着支援	20	20	20	20	
⑤ 地域生活支援 事業他各種 サービス	21 相談支援事業	21	21	21	21	
	22 移動支援事業	22	22	22	22	
	23 地域活動支援センター	23	23	23	23	
	24 福祉ホーム	24	24	24	24	
	25 日中一時支援事業	25	25	25	25	
	26 障害者就業・生活支援センター	26	26	26	26	
	27 発達障害者支援センター	27	27	27	27	
	28 配食サービス	28	28	28	28	
⑥ 公的機関 その他	29 市区町村	29	29	29	29	
	30 保健所	30	30	30	30	
	31 社会福祉協議会	31	31	31	31	
	32 公共職業安定所	32	32	32	32	
	33 その他（ ）	33	33	33	33	

問 14 精神疾患患者の地域移行・地域定着を促進するため、今後どのような取組が必要とお考えですか。

1 医療サービス に関して	
2 障害福祉サービス に関して	
3 居住支援に に関して	
4 その他	

対象患者一覧票

事務局送付用(1枚目)

1. 貴院の概要等

1 病院名	
2 ご担当者様について	(1) 部署名
	(2) お名前
	(3) 電話番号
	(4) E-Mail

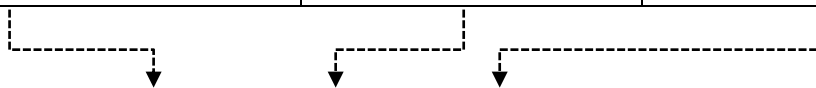
※ご記入いただいた連絡先には、後日、調査員より訪問の日程調整のご連絡をさせていただきます。

2. 調査票

※調査票の「主傷病」「入院中の病棟」「退院の見通し」は、下表から該当の番号をご記入ください。

※調査票の「精神科・神経科への入院期間」は、今回の入院における27年7月1日現在の入院期間(1年以上)をご記入ください。

「主傷病」選択肢一覧	「入院中の病棟」選択肢一覧	「退院の見通し」選択肢一覧
01 認知症 (F00-03)	01 精神病棟入院基本料	01 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能
02 その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09)	02 特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	02 状態の改善が見込まれ、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6カ月以内)に退院可能
03 アルコールによる精神・行動の障害 (F10)	03 精神療養病棟入院料	03 状態の改善が見込まれ、居住先・支援が整えば近い将来(6カ月以内)に退院可能
04 その他の精神作用物質による精神・行動の障害 (F11-19)	04 認知症治療病棟入院料	04 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6カ月以内)の退院の可能性はない
05 統合失調症 (F20)		05 身体合併症等の治療のため、他病院への転院が必要
06 その他の精神病性障害 (F21-29)		06 その他
07 気分(感情)障害 (F3)		
08 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F4)		
09 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F5)		
10 成人の人格・行動の障害 (F6)		
11 知的障害(精神遅滞) (F7)		
12 心理的発達の障害 (F8)		
13 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害 (F90-98)		
14 詳細不明の精神障害 (F99)		
15 てんかん (G40)		



患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から選択)	入院中の病棟 (上記から選択)	退院の見通し (上記から選択)	精神科・神経科への入院期間	調査対象
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○
1	男・女	歳				年 力月	
2	男・女	歳				年 力月	
3	男・女	歳				年 力月	
4	男・女	歳				年 力月	
5	男・女	歳				年 力月	
6	男・女	歳				年 力月	

(2枚目に氏名記載欄あり)

事務局送付用(1枚目)

患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から 選択)	入院中の病棟 (上記から 選択)	退院の見通し (上記から 選択)	精神科・神経科 への入院期間	調査 対象
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○
7	男・女	歳				年 力月	
8	男・女	歳				年 力月	
9	男・女	歳				年 力月	
10	男・女	歳				年 力月	
11	男・女	歳				年 力月	
12	男・女	歳				年 力月	
13	男・女	歳				年 力月	
14	男・女	歳				年 力月	
15	男・女	歳				年 力月	
16	男・女	歳				年 力月	
17	男・女	歳				年 力月	
18	男・女	歳				年 力月	
19	男・女	歳				年 力月	
20	男・女	歳				年 力月	
21	男・女	歳				年 力月	
22	男・女	歳				年 力月	
23	男・女	歳				年 力月	
24	男・女	歳				年 力月	
25	男・女	歳				年 力月	
26	男・女	歳				年 力月	
27	男・女	歳				年 力月	
28	男・女	歳				年 力月	
29	男・女	歳				年 力月	
30	男・女	歳				年 力月	
31	男・女	歳				年 力月	
32	男・女	歳				年 力月	
33	男・女	歳				年 力月	
34	男・女	歳				年 力月	
35	男・女	歳				年 力月	
36	男・女	歳				年 力月	
37	男・女	歳				年 力月	

(2枚目に
氏名記載欄あり)

事務局送付用(1 枚目)

患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から 選択)	入院中の病棟 (上記から 選択)	退院の見通し (上記から 選択)	精神科・神経科 への入院期間	調査 対象
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○
38	男・女	歳				年 力月	
39	男・女	歳				年 力月	
40	男・女	歳				年 力月	
41	男・女	歳				年 力月	
42	男・女	歳				年 力月	
43	男・女	歳				年 力月	
44	男・女	歳				年 力月	
45	男・女	歳				年 力月	
46	男・女	歳				年 力月	
47	男・女	歳				年 力月	
48	男・女	歳				年 力月	
49	男・女	歳				年 力月	
50	男・女	歳				年 力月	
51	男・女	歳				年 力月	
52	男・女	歳				年 力月	
53	男・女	歳				年 力月	
54	男・女	歳				年 力月	
55	男・女	歳				年 力月	
56	男・女	歳				年 力月	
57	男・女	歳				年 力月	
58	男・女	歳				年 力月	
59	男・女	歳				年 力月	
60	男・女	歳				年 力月	
61	男・女	歳				年 力月	
62	男・女	歳				年 力月	
63	男・女	歳				年 力月	
64	男・女	歳				年 力月	
65	男・女	歳				年 力月	
66	男・女	歳				年 力月	
67	男・女	歳				年 力月	
68	男・女	歳				年 力月	

(2 枚目に
氏名記載欄あり)

事務局送付用(1枚目)

患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から 選択)	入院中の病棟 (上記から 選択)	退院の見通し (上記から 選択)	精神科・神経科 への入院期間	調査 対象
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○
69	男・女	歳				年 力月	
70	男・女	歳				年 力月	
71	男・女	歳				年 力月	
72	男・女	歳				年 力月	
73	男・女	歳				年 力月	
74	男・女	歳				年 力月	
75	男・女	歳				年 力月	
76	男・女	歳				年 力月	
77	男・女	歳				年 力月	
78	男・女	歳				年 力月	
79	男・女	歳				年 力月	
80	男・女	歳				年 力月	
81	男・女	歳				年 力月	
82	男・女	歳				年 力月	
83	男・女	歳				年 力月	
84	男・女	歳				年 力月	
85	男・女	歳				年 力月	
86	男・女	歳				年 力月	
87	男・女	歳				年 力月	
88	男・女	歳				年 力月	
89	男・女	歳				年 力月	
90	男・女	歳				年 力月	
91	男・女	歳				年 力月	
92	男・女	歳				年 力月	
93	男・女	歳				年 力月	
94	男・女	歳				年 力月	
95	男・女	歳				年 力月	
96	男・女	歳				年 力月	
97	男・女	歳				年 力月	
98	男・女	歳				年 力月	
99	男・女	歳				年 力月	

(2枚目に
氏名記載欄あり)

※行数が不足する場合は、お手数ですが調査事務局までご連絡ください。

対象患者一覧票

病院保管用(2 枚目)

1. 貴院の概要等

1 病院名		
2 ご担当者様について	(1) 部署名	
	(2) お名前	
	(3) 電話番号	
	(4) E-Mail	

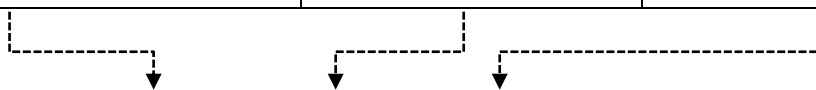
※ご記入いただいた連絡先には、後日、調査員より訪問の日程調整のご連絡をさせていただきます。

2. 調査票

※調査票の「主傷病」「入院中の病棟」「退院の見通し」は、下表から該当の番号をご記入ください。

※調査票の「精神科・神経科への入院期間」は、今回の入院における 27 年 7 月 1 日現在の入院期間 (1 年以上) をご記入ください。

「主傷病」選択肢一覧	「入院中の病棟」選択肢一覧	「退院の見通し」選択肢一覧
01 認知症 (F00-03)	01 精神病棟入院基本料	01 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能
02 その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09)	02 特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	02 状態の改善が見込まれ、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来 (6 カ月以内) に退院可能
03 アルコールによる精神・行動の障害 (F10)	03 精神療養病棟入院料	03 状態の改善が見込まれ、居住先・支援が整えば近い将来 (6 カ月以内) に退院可能
04 その他の精神作用物質による精神・行動の障害 (F11-19)	04 認知症治療病棟入院料	04 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来 (6 カ月以内) の退院の可能性はない
05 統合失調症 (F20)		05 身体合併症等の治療のため、他病院への転院が必要
06 その他の精神病性障害 (F21-29)		06 その他
07 気分 (感情) 障害 (F3)		
08 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害 (F4)		
09 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群 (F5)		
10 成人の人格・行動の障害 (F6)		
11 知的障害 (精神遅滞) (F7)		
12 心理的発達の障害 (F8)		
13 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害 (F90-98)		
14 詳細不明の精神障害 (F99)		
15 てんかん (G40)		



患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から選択)	入院中の病棟 (上記から選択)	退院の見通し (上記から選択)	精神科・神経科への入院期間	調査対象	氏名
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○	
1	男・女	歳				年 力月		
2	男・女	歳				年 力月		
3	男・女	歳				年 力月		
4	男・女	歳				年 力月		
5	男・女	歳				年 力月		
6	男・女	歳				年 力月		

病院保管用(2枚目)

患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から 選択)	入院中の病棟 (上記から 選択)	退院の見通し (上記から 選択)	精神科・神経科 への入院期間	調査 対象	氏名
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○	
7	男・女	歳				年 力月		
8	男・女	歳				年 力月		
9	男・女	歳				年 力月		
10	男・女	歳				年 力月		
11	男・女	歳				年 力月		
12	男・女	歳				年 力月		
13	男・女	歳				年 力月		
14	男・女	歳				年 力月		
15	男・女	歳				年 力月		
16	男・女	歳				年 力月		
17	男・女	歳				年 力月		
18	男・女	歳				年 力月		
19	男・女	歳				年 力月		
20	男・女	歳				年 力月		
21	男・女	歳				年 力月		
22	男・女	歳				年 力月		
23	男・女	歳				年 力月		
24	男・女	歳				年 力月		
25	男・女	歳				年 力月		
26	男・女	歳				年 力月		
27	男・女	歳				年 力月		
28	男・女	歳				年 力月		
29	男・女	歳				年 力月		
30	男・女	歳				年 力月		
31	男・女	歳				年 力月		
32	男・女	歳				年 力月		
33	男・女	歳				年 力月		
34	男・女	歳				年 力月		
35	男・女	歳				年 力月		
36	男・女	歳				年 力月		
37	男・女	歳				年 力月		

病院保管用(2 枚目)

患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から 選択)	入院中の病棟 (上記から 選択)	退院の見通し (上記から 選択)	精神科・神経科 への入院期間	調査 対象	氏名
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○	
38	男・女	歳				年 力月		
39	男・女	歳				年 力月		
40	男・女	歳				年 力月		
41	男・女	歳				年 力月		
42	男・女	歳				年 力月		
43	男・女	歳				年 力月		
44	男・女	歳				年 力月		
45	男・女	歳				年 力月		
46	男・女	歳				年 力月		
47	男・女	歳				年 力月		
48	男・女	歳				年 力月		
49	男・女	歳				年 力月		
50	男・女	歳				年 力月		
51	男・女	歳				年 力月		
52	男・女	歳				年 力月		
53	男・女	歳				年 力月		
54	男・女	歳				年 力月		
55	男・女	歳				年 力月		
56	男・女	歳				年 力月		
57	男・女	歳				年 力月		
58	男・女	歳				年 力月		
59	男・女	歳				年 力月		
60	男・女	歳				年 力月		
61	男・女	歳				年 力月		
62	男・女	歳				年 力月		
63	男・女	歳				年 力月		
64	男・女	歳				年 力月		
65	男・女	歳				年 力月		
66	男・女	歳				年 力月		
67	男・女	歳				年 力月		
68	男・女	歳				年 力月		

病院保管用(2枚目)

患者番号	性別	年齢 (H27.7.1 現在)	主傷病 (上記から 選択)	入院中の病棟 (上記から 選択)	退院の見通し (上記から 選択)	精神科・神経科 への入院期間	調査 対象	氏名
(例)	男・女	42 歳	05	01	03	2年 4カ月	○	
69	男・女	歳				年 力月		
70	男・女	歳				年 力月		
71	男・女	歳				年 力月		
72	男・女	歳				年 力月		
73	男・女	歳				年 力月		
74	男・女	歳				年 力月		
75	男・女	歳				年 力月		
76	男・女	歳				年 力月		
77	男・女	歳				年 力月		
78	男・女	歳				年 力月		
79	男・女	歳				年 力月		
80	男・女	歳				年 力月		
81	男・女	歳				年 力月		
82	男・女	歳				年 力月		
83	男・女	歳				年 力月		
84	男・女	歳				年 力月		
85	男・女	歳				年 力月		
86	男・女	歳				年 力月		
87	男・女	歳				年 力月		
88	男・女	歳				年 力月		
89	男・女	歳				年 力月		
90	男・女	歳				年 力月		
91	男・女	歳				年 力月		
92	男・女	歳				年 力月		
93	男・女	歳				年 力月		
94	男・女	歳				年 力月		
95	男・女	歳				年 力月		
96	男・女	歳				年 力月		
97	男・女	歳				年 力月		
98	男・女	歳				年 力月		
99	男・女	歳				年 力月		

※行数が不足する場合は、お手数ですが調査事務局までご連絡ください。

**平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業
精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査 モデル事業
模擬調査票**

当調査票について

- ・当調査票は、モデル事業対象患者が該当すると思われる要介護状態区分・障害支援区分を明らかにするため、それぞれの調査における一次判定に必要な項目をお聞きするものです。
- ・次ページの記入上の注意をご参照の上、当該患者の状況について、あてはまるものにご記入をお願いいたします。
- ・すでに要介護認定、障害支援区分認定を受けている場合、そちらの項目については記載不要です。

患者番号（※対象患者一覧表の「患者番号」を記入）： _____

《要介護認定（一次判定）に必要な項目》		※対象患者がすでに要介護認定を受けている場合は、記載不要です。				
1 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	
2 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）						
(1) 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり					
(2) 日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない					
(3) 自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
3 食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助					

《障害支援区分認定（一次判定）に必要な項目》		※対象患者がすでに障害支援区分認定を受けている場合は、記載不要です。				
1 麻痺	右上肢（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）				左上肢（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
	右下肢（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）				左下肢（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
	その他（部位： _____）				程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
2 関節の拘縮	肩関節 右（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）				左（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
	肘関節 右（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）				左（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
	股関節 右（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）				左（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
	膝関節 右（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）				左（程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
	その他（部位： _____）				程度： <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重）	
3 精神症状・能力障害二軸評価						
(1) 精神症状評価	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					
(2) 能力障害評価	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
4 生活障害評価						
(1) 食事	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(2) 生活リズム	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(3) 保清	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(4) 金銭管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(5) 服薬管理	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(6) 対人関係	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
(7) 社会的適応を妨げる行動	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
5 てんかん	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上					

※ 次ページ以降の「記入上の注意」もご参照ください。

～記入上の注意～

《要介護認定（一次判定）に必要な項目》

1 認知症高齢者の日常生活自立度

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□Mにレ印をつけて下さい。

ランク	評価基準
自立	認知症を有しない。
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。 例) たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。 例) 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 例) 着替え・食事・排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 例) ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 例) せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

2 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する□にレ印をつけてください。

なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

2(1) 短期記憶

例えば、身近にある3つのものを見せて、一旦それをしまい、5分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者及び医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているか否かを評価します。

記憶に問題がない場合には「□問題なし」に、覚えていないような場合には「□問題あり」にレ印をつけてください。

2(2) 日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
判断できない	ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

2(3) 自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

伝えられる	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
いくらか困難	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限られる	時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。

3 食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

《障害支援区分（一次判定）に必要な項目》

- 1 麻痺
- 2 関節の拘縮

申請者に認められる麻痺等の状態について、該当する口にレ印をつけてください。支援の時間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては、()内に具体的に記載してください。程度については、麻痺等の状態が支援にどの程度影響するのかという観点から、該当する口にレ印をつけてください。

麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。
関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。

- 3 (1) 精神症状
評価

精神症状の評価は、知的障害による精神症状の評価を含み、知的障害そのものによる日常生活等の障害は、「能力障害評価」で判定するものとする。

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の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、院内や施設等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、認知症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、認知症などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。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、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）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、重度の認知症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、常時厳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、厳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。

- 3 (2) 能力障害
評価

判定に当たっては以下のことを考慮する。

- ① 日常生活あるいは社会生活において必要な「支援」とは助言、指導、介助などをいう。
- ② 保護的な環境（例えば入院・施設入所しているような状態）でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。
(次頁に続く)

1	<p>精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。 ○ 精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。
2	<p>精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「1」に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部支援を必要とする場合がある。 ○ 例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。 ○ デイケアや就労継続支援事業などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることが出来る。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。
3	<p>精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「1」に記載のことが概ね出来るが、支援を必要とする場合が多い。 ○ 例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや就労継続支援事業などに参加することが出来る。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言などの支援を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。
4	<p>精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「1」に記載のことは常時支援がなければ出来ない。 ○ 例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来しやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。
5	<p>精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「1」に記載のことは支援があってもほとんど出来ない。 ○ 入院・入所施設等患者においては、院内・施設内等の生活に常時支援を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行えず、常時支援を必要とする。

4 生活障害評価

(1) 食事

1	適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
2	時に支援や施設等からの提供を必要とする場合があるが、「1」がだいたい自主的にできる。
3	時に支援がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。常時支援を必要とする。
5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。

(2) 生活リズム

1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる)
2	時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
3	時に助言がなければ、夜更かししたり、朝寝過ごすが、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
4	就寝や起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らないため、常時支援を必要とする。
5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。

(3) 保清

1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPO に合った服装ができる。
2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等をある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
3	個人衛生を保つためには、週1回程度の支援が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
4	個人衛生を保つために、常時支援とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になる。
5	常時支援をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけをしないか、できない。

(4) 金銭管理

1	1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
2	時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
3	1週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
4	3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、常時支援を必要とする。
5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。

(5) 服薬管理

1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
2	薬の必要性は理解しているにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。常時支援(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
5	常時支援をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。

(6) 対人関係

1	挨拶や当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
2	「1」が、だいたい自主的にできる。
3	だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの支援を必要とする。
5	助言・介入などの支援してもできないか、あるいはしようとせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。

(7) 社会的適応
を妨げる行動

1	周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
2	2 この1ヵ月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
3	3 この1ヵ月に、そのような行動が何回かあった。
4	4 この1週間に、そのような行動が数回あった。
5	5 そのような行動が毎日のように頻回にある。

5 てんかん

てんかん発作がある場合は、その発作頻度について該当する口にレ印をつけてください。

**平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業
精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査 モデル事業
障害支援区分・要介護状態区分記入票**

ご回答方法

- ◎モデル事業の対象患者1人につき1部をご作成ください。
- ◎「患者番号」欄には、別添の「⑤対象患者一覧票」の該当する患者番号をご記入ください。
- ◎各設問の該当する数字に○をつけてください。「未申請」に○をつけた場合、次項「(2) 予測」についてもご回答ください。その際、より正確な予測のため、専門知識のある複数のスタッフでご検討の上、実際に申請した際に該当すると思われる区分をご回答ください。検討を行った職種は、左側欄内の01～11に○をつけてください。
- ◎認定有効期間を過ぎている場合は「未申請」を選択の上、「(2) 予測」のご記入をお願いします。

患者番号（※⑤対象患者一覧表の「患者番号」を記入）： _____

1 要介護状態区分	(1) 実際	01 非該当 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5 09 未申請
	(2) 予測	※「09 未申請」を選択された場合、下記の「(2) 予測」についてもご回答ください。 より正確な予測のため、専門知識のある複数のスタッフでのご検討をお願いします。
	検討を行った職種に○（○はいくつでも） 01 医師 02 薬剤師 03 看護職員 04 看護補助者 05 精神保健福祉士 06 作業療法士 07 理学療法士 08 臨床心理技術者 09 社会福祉士 10 栄養士 11 その他の職種（ ）	01 非該当 02 要支援1 03 要支援2 04 要介護1 05 要介護2 06 要介護3 07 要介護4 08 要介護5
		[未申請の理由] 具体的にご記入ください↓
2 障害支援区分	(1) 実際	01 非該当 02 区分1 03 区分2 04 区分3 05 区分4 06 区分5 07 区分6 08 未申請
	(2) 予測	※「08 未申請」を選択された場合、下記の「(2) 予測」についてもご回答ください。 より正確な予測のため、専門知識のある複数のスタッフでのご検討をお願いします。
	検討を行った職種に○（○はいくつでも） 01 医師 02 薬剤師 03 看護職員 04 看護補助者 05 精神保健福祉士 06 作業療法士 07 理学療法士 08 臨床心理技術者 09 社会福祉士 10 栄養士 11 その他の職種（ ）	01 非該当 02 区分1 03 区分2 04 区分3 05 区分4 06 区分5 07 区分6
		[未申請の理由] 具体的にご記入ください↓

（次ページ「要介護度別の状態像」もご参照ください。）

(参考) 要介護度別の状態像

要介護 状態区分等	要介護別のおおむねの状態像
要支援 1	日常生活上の基本的動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の悪化の防止により要介護状態となることの予防に資するよう、手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態。
要支援 2	要支援 1 の状態から、手段的日常生活動作を行う能力がわずかに低下し、何らかの支援が必要となる状態の人で、部分的な介護が必要な状態にあるが、予防給付の利用により、現状維持及び状態改善が見込まれる状態。
要介護 1	要支援 2 の状態から手段的日常生活動作を行う能力がさらに低下し、部分的な介護が必要となる状態の人で、心身の状態が安定していない状態や認知機能の障害等により予防給付の利用について適切な理解が困難である状態。
要介護 2	要介護 1 の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態。
要介護 3	要介護 2 の状態と比較して、日常生活動作及び手段的日常生活動作の両方の観点からも著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態。
要介護 4	要介護 3 の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態。
要介護 5	要介護 4 の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を行うことがほぼ不可能な状態。
非該当	歩行や起き上がりなどの日常生活上の基本動作を自分で行うことが可能であり、かつ、薬の内服、電話の利用などの手段的日常生活動作を行う能力もある状態。

事業実施体制

本調査研究は「障害者支援状況等調査研究事業」の一環として実施した。

調査の設計・集計・報告取りまとめにあたっては、以下の構成員から成る検討会において有識者より指導・助言を受けた。

氏名	所属等
安西 信雄 岩上 洋一 河崎 建人 田村 綾子	帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科長・教授 特定非営利活動法人じりつ 代表理事 公益社団法人 日本精神科病院協会 副会長 聖学院大学人間福祉学部 准教授 (五十音順)
(オブザーバー) 江浪 武志 鶴田 真也 白杵 理人 北澤 直美	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 精神保健医療統括推進官 精神・障害保健課 課長補佐 精神・障害保健課 課長補佐 精神・障害保健課 地域移行支援専門官 (※本調査研究担当官のみ抜粋)
(事務局) 山崎 学 玉山 和裕	みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 シニアコンサルタント コンサルタント (※本調査研究担当者のみ抜粋)

(敬称略)