

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム  
(第19回)  
議 事 次 第

1. 日時 平成23年7月26日(火) 18:00~20:00

2. 場所 厚生労働省 省議室  
千代田区霞が関1-2-2  
中央合同庁舎5号館 9階

3. 議事

(1) 認知症を考慮した目標値について

(2) その他

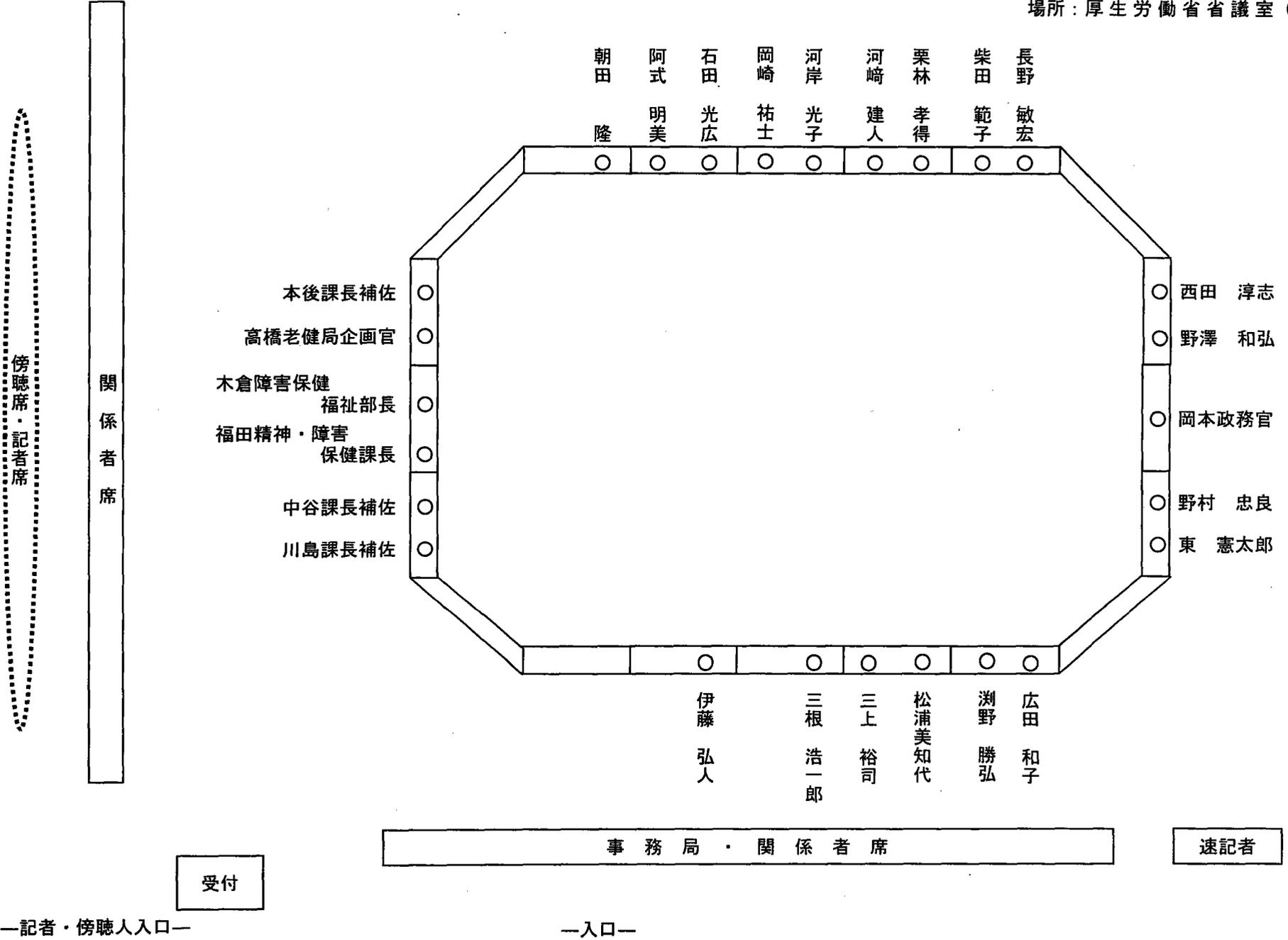
新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 構成員名簿  
(第2R)

氏名	所属・役職
朝田 隆	筑波大学 大学院 人間総合科学研究科 (臨床医学系) 疾患制御医学専攻 精神病態医学分野 教授
阿式 明美	特別養護老人ホーム 長春苑 施設長
石田 光広	東京都稲城市福祉部 部長
岡崎 祐士	東京都立松沢病院 院長
河岸 光子	
河崎 建人	社団法人 日本精神科病院協会 副会長 (水間病院院長)
栗林 孝得	社会福祉法人 雄勝福祉会 平成園 施設長
柴田 範子	特定非営利活動法人 楽 理事長
長野 敏宏	特定非営利活動法人 ハートinハートなんぐん市場 理事
西田 淳志	財団法人 東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所
野澤 和弘	毎日新聞社論説委員
野村 忠良	東京都精神障害者家族会連合会 会長
東 憲太郎	医療法人 緑の風 理事長
広田 和子	精神医療サバイバー
淵野 勝弘	医療法人社団 淵野会 緑ヶ丘保養園 院長
松浦美知代	医療法人財団 青山会 介護老人保健施設 なのはな苑 看護部長
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事 (東香里病院理事長)
三根浩一郎	医療法人 幸明会 新船小屋病院 院長

(五十音順、敬称略)

# 第19回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 座席表

日時：平成23年7月26日(火)18:00～  
場所：厚生労働省省議室(9階)



第19回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 配付資料

- 議事次第
- 構成員名簿
- 座席表
- 配付資料一覧

資料1 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2R（認知症と精神科医療）

資料2 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2R～とりまとめに向けた基本的考え方～

資料 朝田構成員提出資料

資料 （独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部伊藤弘人先生提出資料

# 新たな地域精神保健医療体制の構築 に向けた検討チーム第2R (認知症と精神科医療)

平成23年7月26日 資料

# 目標値について(1)

## 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(平成21年9月)報告書(抜粋)

### 5. 改革の目標値について

#### (1) 今後の目標設定に関する考え方

- 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間に於いて改革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、精神保健医療体系の再構築を施策の中核として取組を強化すべきである。
- その認識の下で、以下のとおり、具体的目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像(疾病、年齢等)の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきである。
  - ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入する。
  - ・ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床(認知症病床等)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとする。
- 障害福祉計画における目標値(退院可能精神障害者数)についても、上記の「統合失調症による入院患者数」に係る新たな目標値や、障害福祉サービスの整備量に関する目標との整合性を図りつつ、見直しを行うべきである。
- また、医療計画の医療連携体制における目標設定を踏まえつつ、地域ごとに、精神医療提供体制を構築する際に活用できる目標設定についても、更に検討を行うべきである。
- 上記の目標の達成に資するような個々の施策の実施状況等についても別に目標値を設定し、それらを適切に組み合わせ、より効果的に施策の進捗管理を行うべきである。
- 精神病床数については、改革ビジョンに基づき設定された、医療計画における基準病床数を誘導目標として引き続き掲げ、その達成に向けて、地域における障害福祉サービス等の一層の整備を進めることはもとより、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援し促す方策の具体化を目指すべきである。
- その上で、疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討すべきである。
- なお、平均残存率と退院率については、在院患者数の減少を必ずしも適確に表すものではないが、基準病床数の減少を促す上では一定の機能を有していることから、今後も、基準病床数算定式の基礎となる指標として用いることが適当である。

2

# 目標値について(2)

## 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(平成21年9月)報告書(抜粋)

### (2) 今後の目標値について

- 改革ビジョンの後期5か年の重点施策群においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく改革を更に加速するとともに、以下の目標値を掲げ、実効性ある取組を行うべきである。

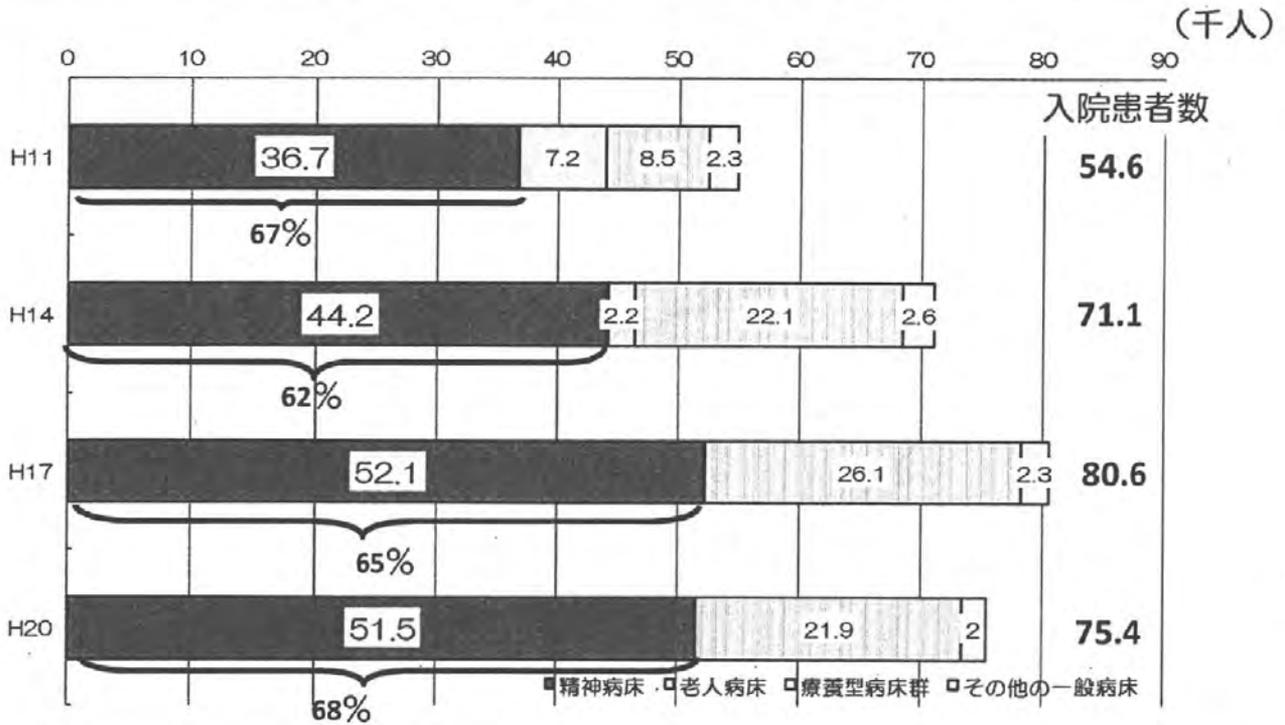
<p>I 新たな目標値(後期5か年の重点施策群において追加するもの)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◎ 統合失調症による入院患者数: 約15万人(平成17年との比較: 4.6万人減)</li><li>◎ <u>認知症に関する目標値(例: 入院患者数等): 平成23年度までに具体化する。</u></li></ul>
<p>II 改革ビジョンにおける目標値(今後も引き続き掲げるもの)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)に関する目標: 24%以下</li><li>◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)に関する目標: 29%以上<ul style="list-style-type: none"><li>・ 上記目標の達成により、約7万床相当の減少が促される。【誘導目標】</li><li>・ 基準病床数の試算</li></ul></li></ul> <p>平成21年現在: 31.3万床 平成27年(試算): 28.2万床 ※現在の病床数(平成19年10月)との差: 6.9万床</p> <p>※ 精神病床数については、都道府県が医療計画の達成を図り、又は、個々の医療機関が患者の療養環境の改善、人員配置等の充実を通じて医療の質を向上させる取組を直接に支援し促す方策の具体化を目指す。</p> <p>※ 疾患毎の目標値等の策定・進捗状況等を踏まえて、医療計画の基準病床数算定式について、更なる見直しを検討する</p>

- また、上記の目標値の達成に資する施策の実施状況に関する目標について、例えば以下のものを参考として、個々の事業を単位として別途設定すべきである。

- (例) 精神科救急医療体制における身体合併症対応施設の整備
- 精神科訪問看護(訪問看護ステーションを含む)の整備
- 認知症疾患医療センターの整備
- 児童思春期の専門医療機関・専門病床の確保
- 「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の支援対象者数
- ※ 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定する。

3

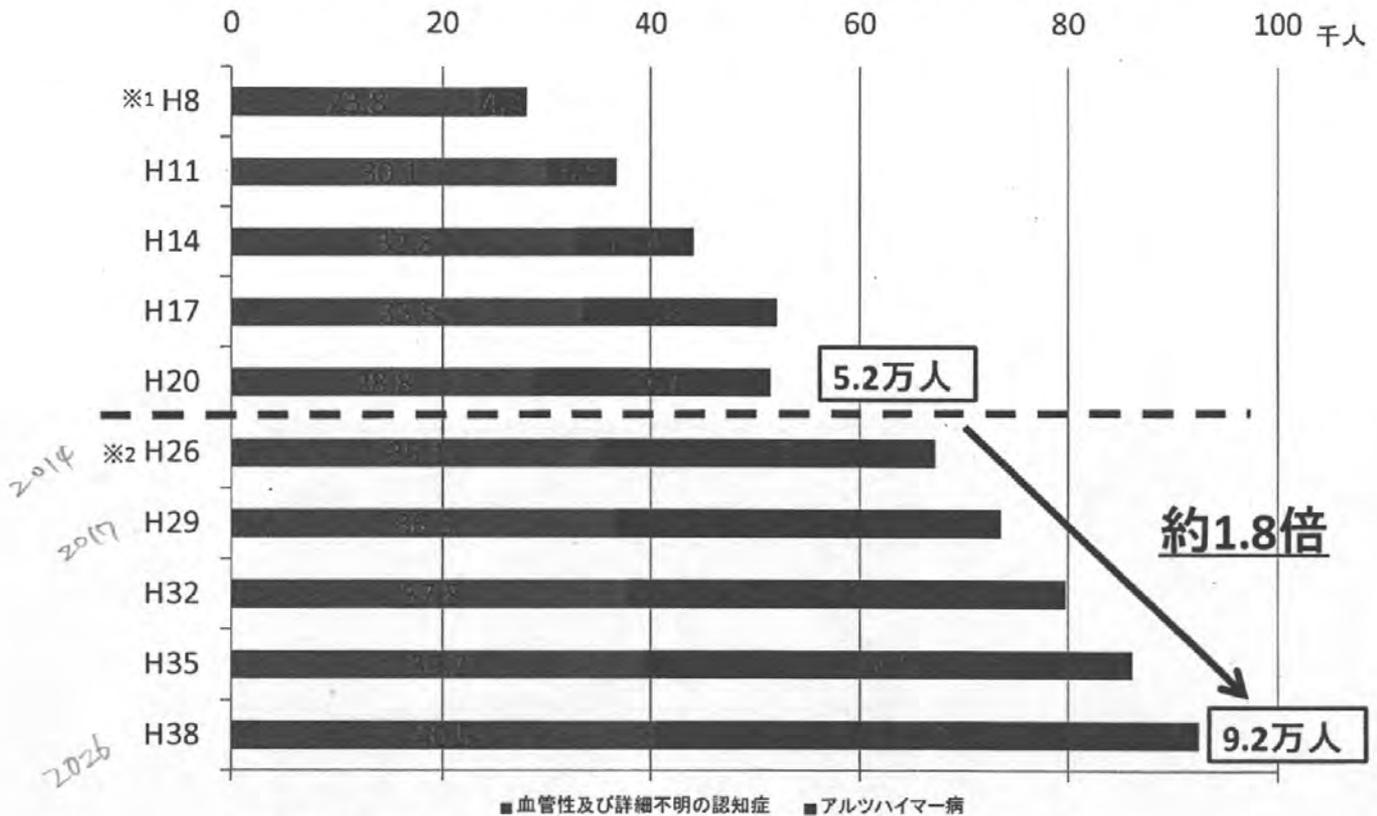
# 認知症を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)



資料：患者調査 ※一般診療所を除く

4

## 認知症入院患者(精神病床)の推計



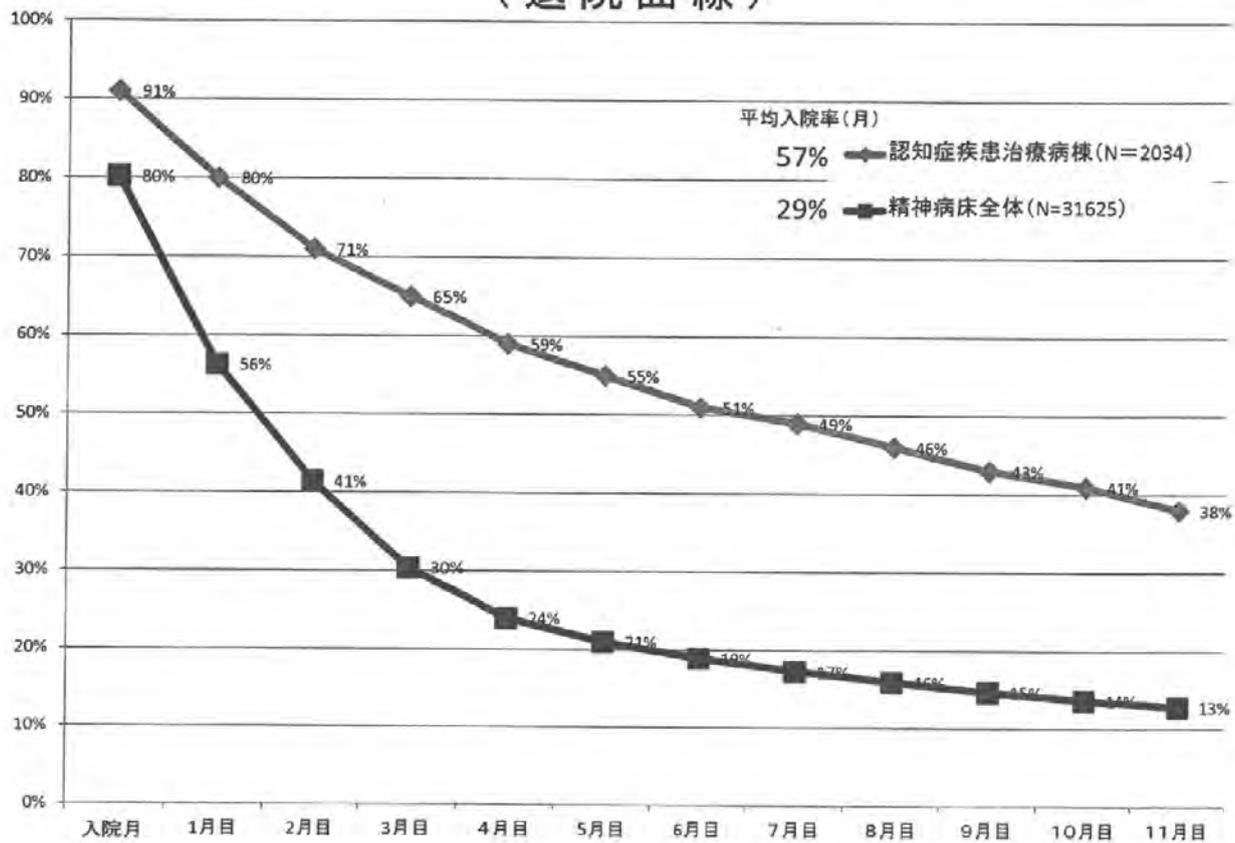
※1 各年の患者調査 (H8~20年)

※2 H8~20年の患者数から、近似曲線を導きその近似値(増加率)を用いてH26年以降の患者数を推計

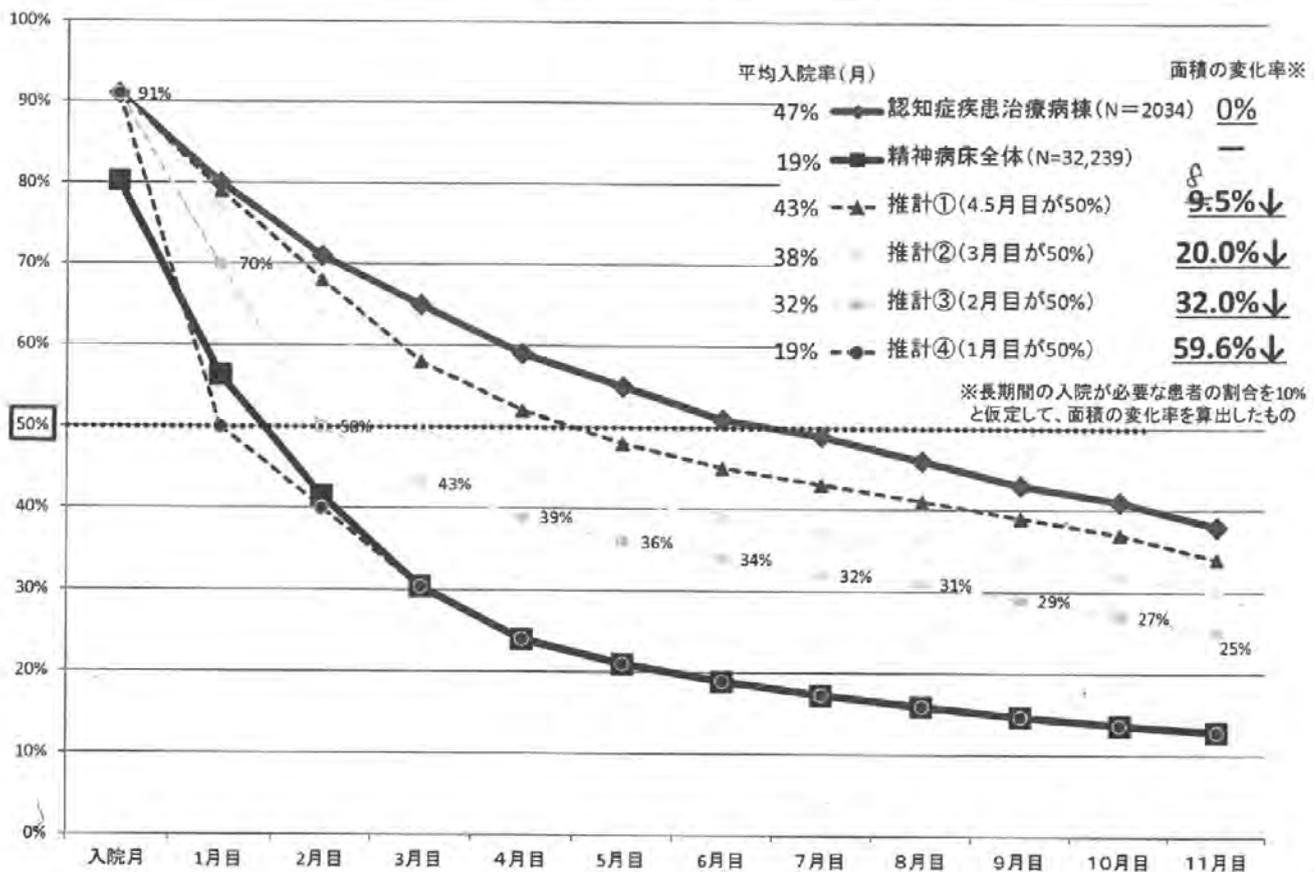
5

# 認知症疾患治療病棟に継続して入院している患者の割合 (H20年)

## (退院曲線)



## 退院曲線(推計)



# 計算方法

前述の推計値から、以下のように仮定して、目標値を算出する。

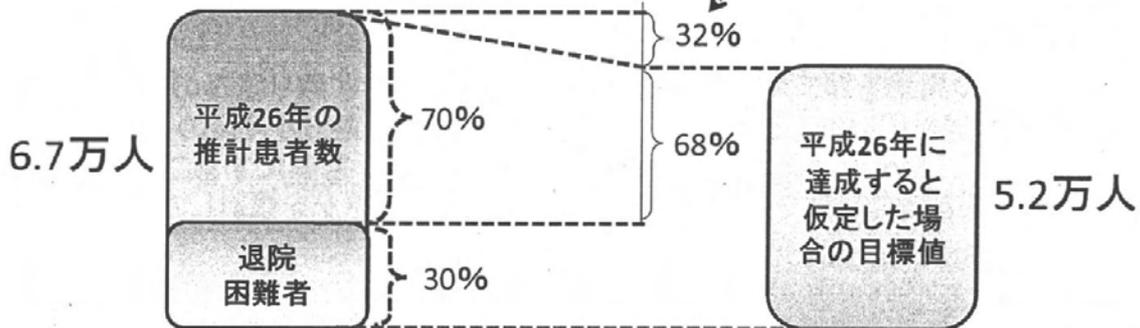
## 【前提要素】

(1) 退院支援の取組等により、入院〇ヶ月目までの退院率が50%になると仮定。

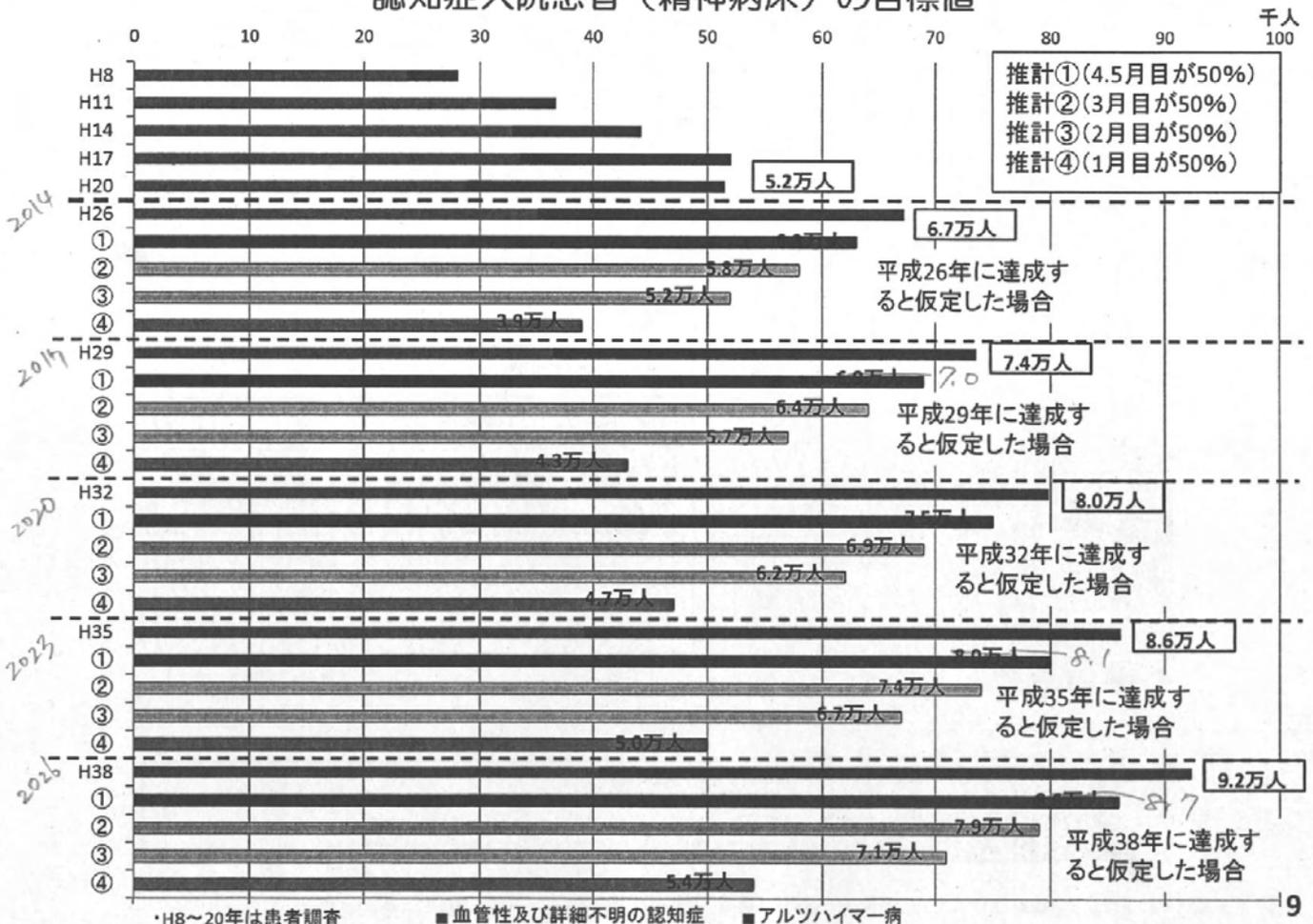
(2) 先行調査から退院の可能性がない患者（退院困難者）の割合を2～4割（3割）と仮定。

	退院率50% になる月	退院曲線の面積 の変化率
推計①	4.5月目	9.5%
推計②	3月目	20.0%
推計③	2月目	32.0%
推計④	1月目	59.6%

(例) 平成26年に、入院2ヶ月目までの退院率が50%になると仮定した計算。



## 認知症入院患者（精神病床）の目標値



# 目標値の考え方(案)

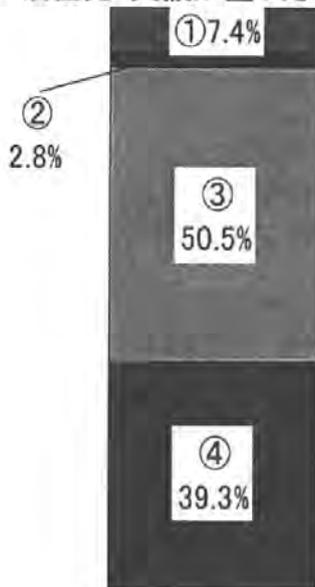
- (1) 認知症の入院患者の将来推計値
  - 有病率に関する調査がまだ継続中であるが、引き続き増加が見込まれるため、これまでの増加傾向が、同じように継続すると仮定することとしてはどうか。
- (2) 目標達成の時期
  - 今後の介護基盤の整備にも関連することから、介護保険事業計画の終期を参考にとすると、例えば、平成26、29、32、35、38年などが考えられる。このうち、具体的な対策が第6期以降の計画から検討される予定であることから、第7期の終期である平成32年を目標達成の時期としてはどうか。
- (3) 目標値の考え方
  - これまでの議論を踏まえ、より短期間での退院を目指す取り組みの指標として、退院曲線を用いることとしてはどうか。また現在、入院6カ月後の退院率が約50%であることから、「入院〇カ月後の退院率50%」を目標にすることとし、目標達成の時期を考慮しつつ、4. 5月～1月のいずれとするかを検討してはどうか。

10

(参考資料)

## 認知症による精神病床入院患者の退院可能性と理由

居住先・支援が整った場合の退院可能性



(有効回答数 3,458人)

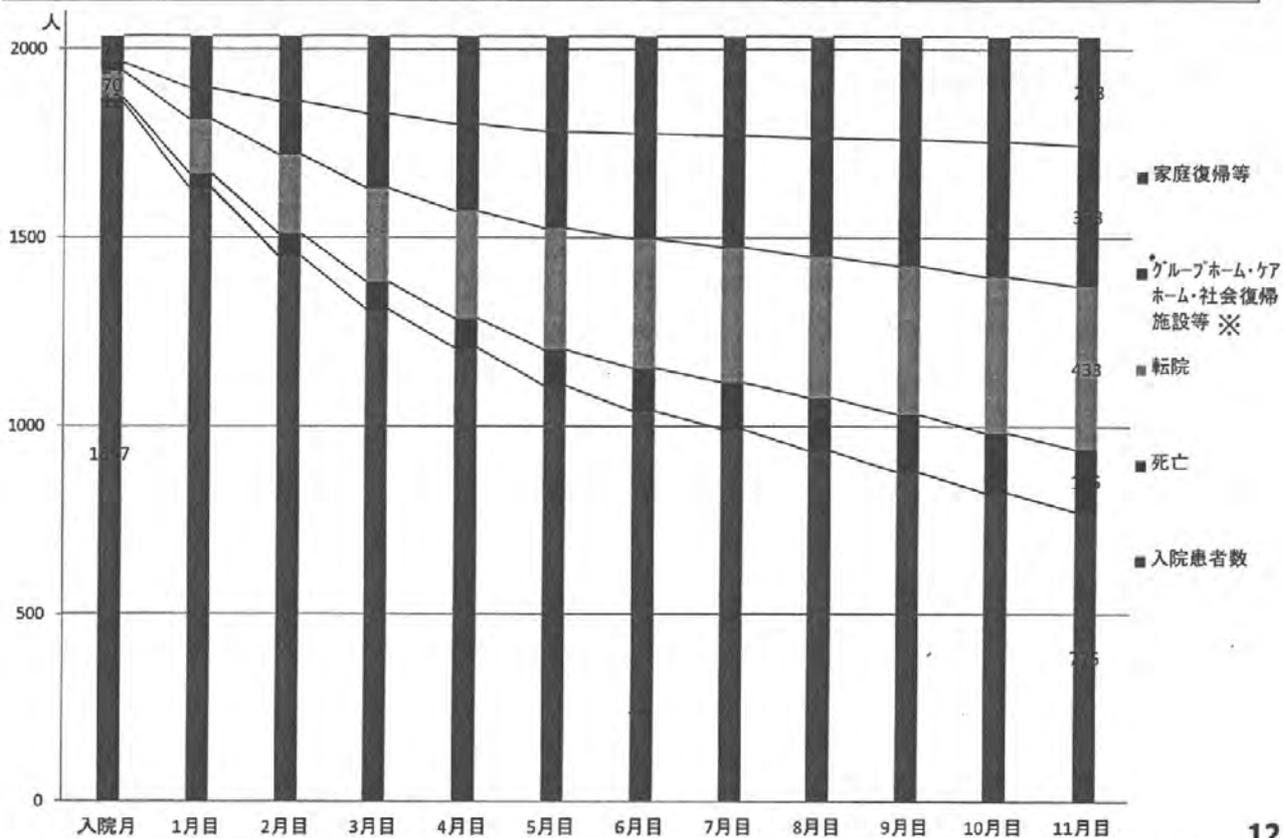
退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

(有効回答数 1,057人)

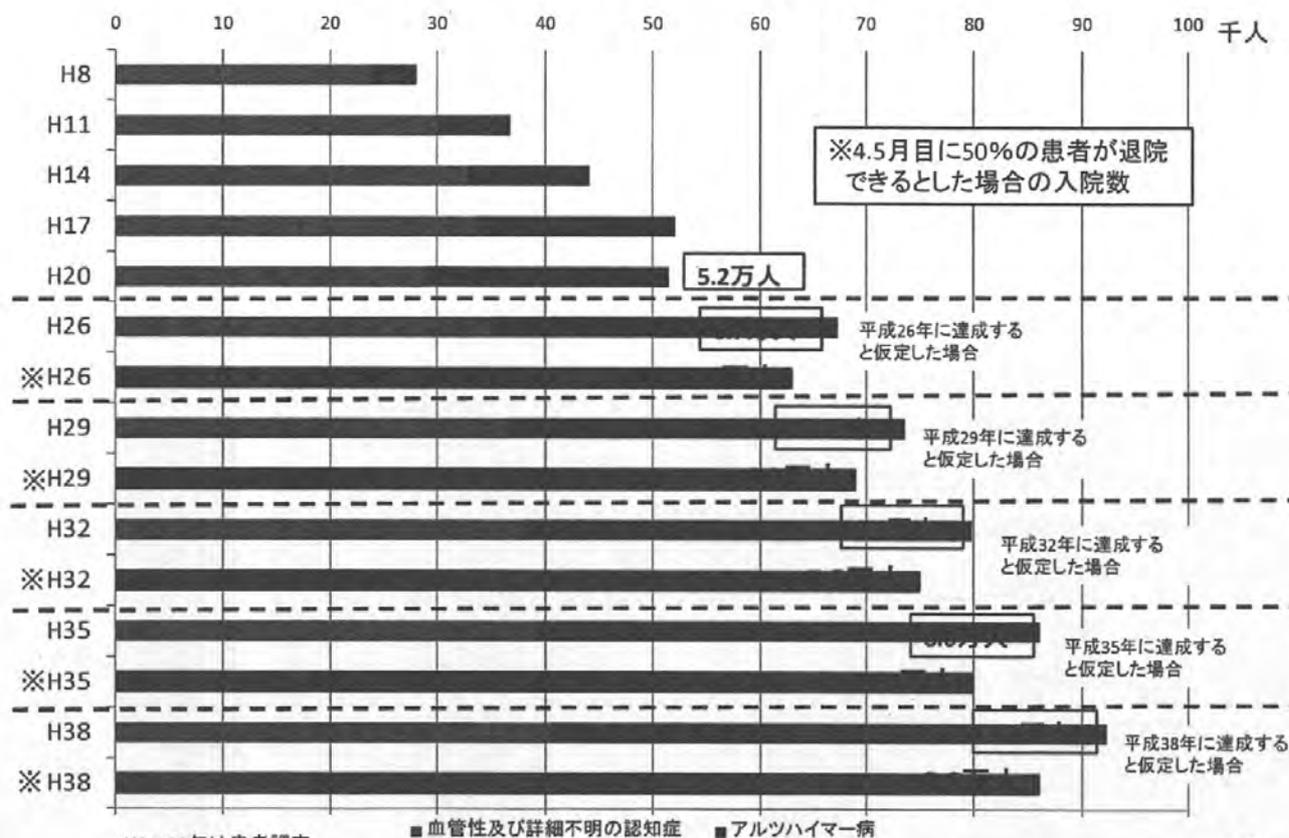
- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

### 認知症疾患治療病棟の状況(平成20年度)



※福祉ホーム、障害者支援施設等、高齢者福祉施設等も含む。 精神・障害保健課調べ

### 認知症入院患者(精神病床)の目標値 (推計①4.5月目に50%が退院できるとした場合)

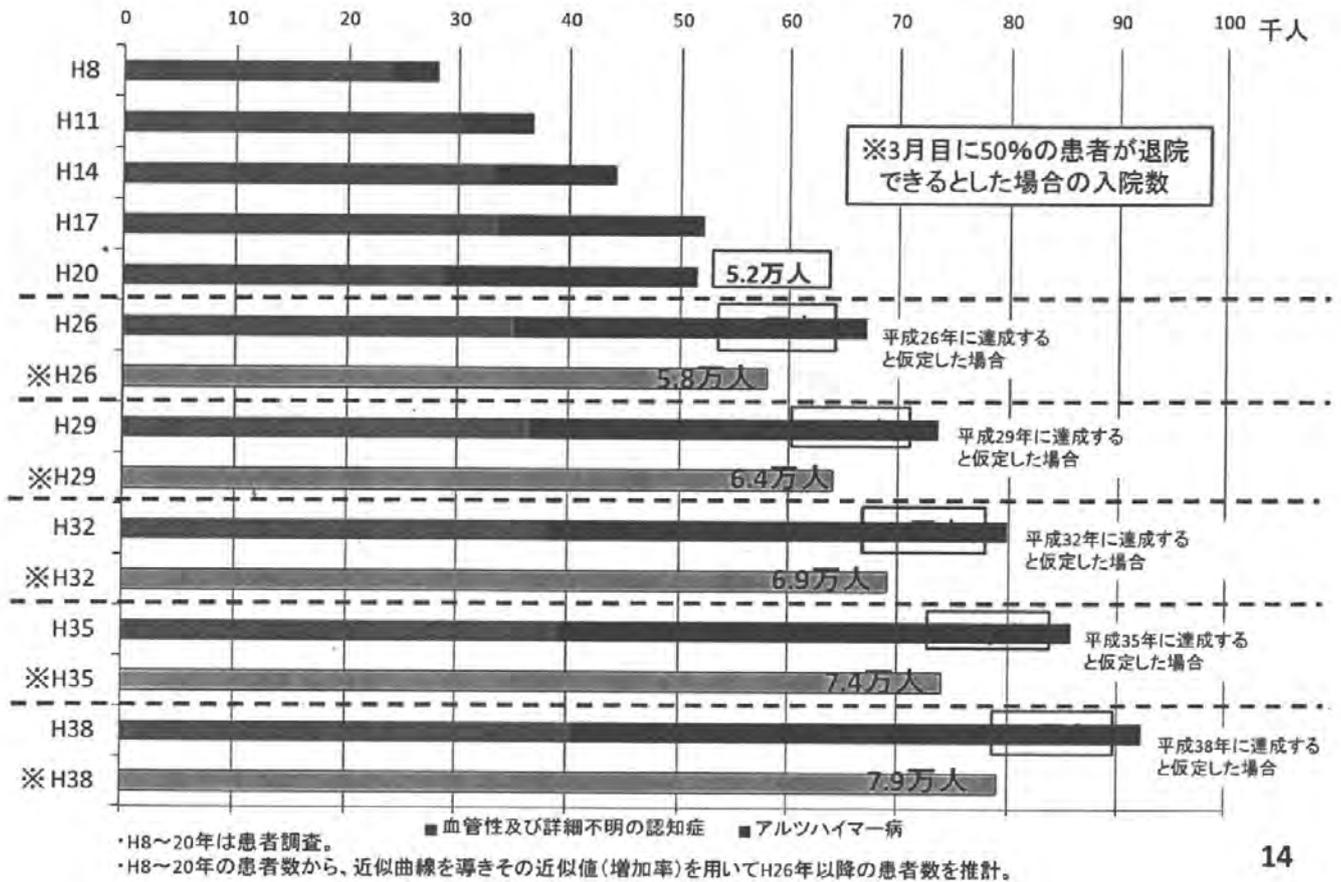


■H8~20年は患者調査。  
 ■血管性及び詳細不明の認知症 ■アルツハイマー病  
 ・H8~20年の患者数から、近似曲線を導きその近似値(増加率)を用いてH26年以降の患者数を推計。

(参考資料)

# 認知症入院患者(精神病床)の目標値

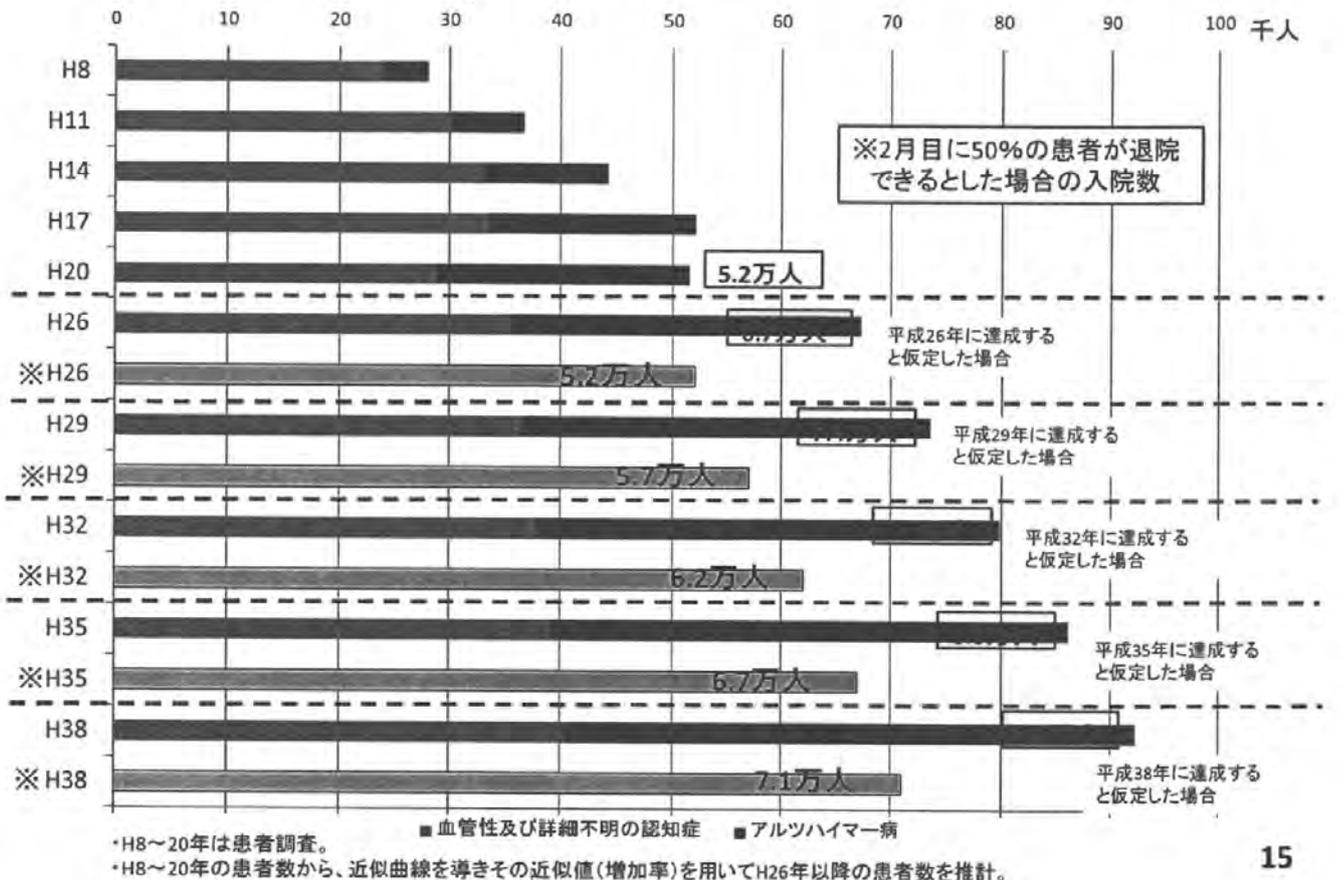
(推計②3月目に50%が退院できるとした場合)



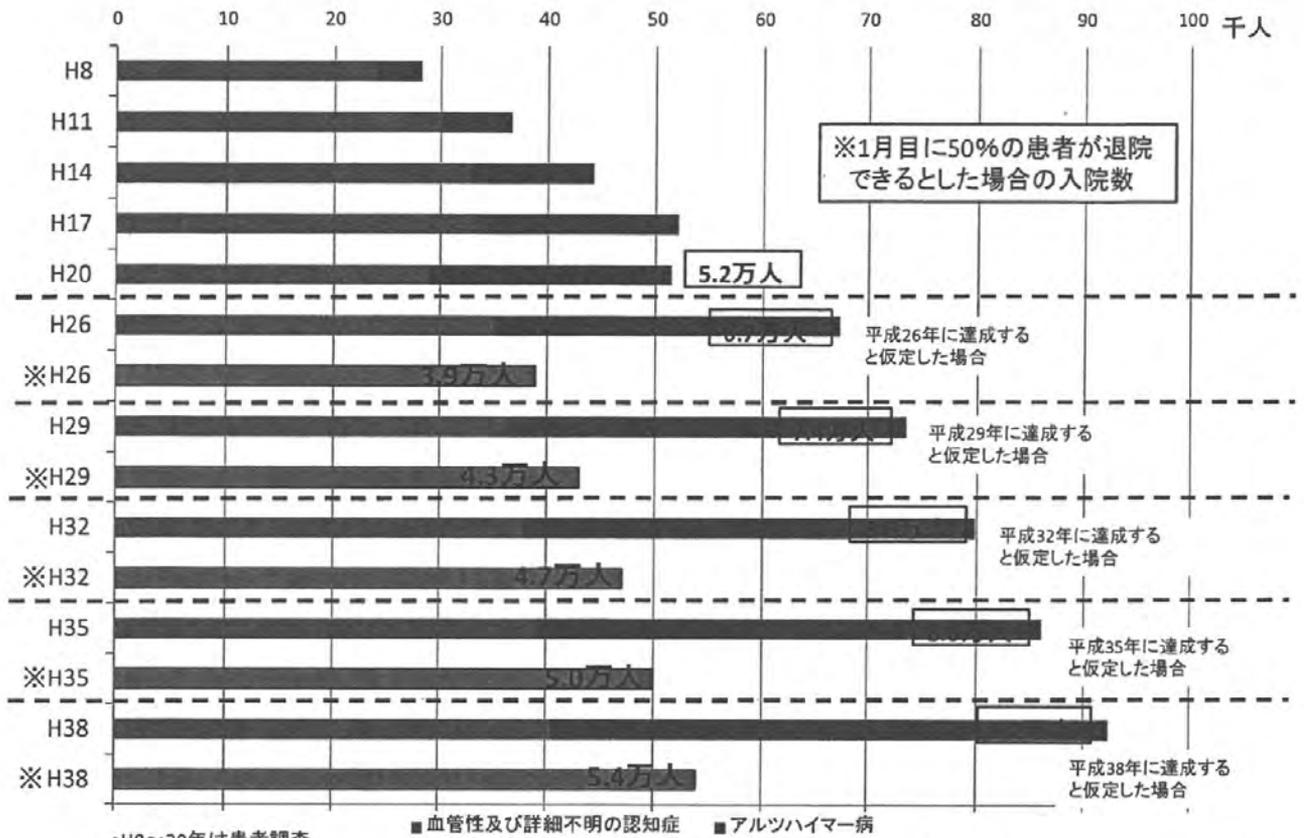
(参考資料)

# 認知症入院患者(精神病床)の目標値

(推計③2月目に50%が退院できるとした場合)



# 認知症入院患者(精神病床)の目標値 (推計④1月目に50%が退院できるとした場合)



・H8～20年は患者調査。

・H8～20年の患者数から、近似曲線を導きその近似値(増加率)を用いてH26年以降の患者数を推計。

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2R）  
～とりまとめに向けた基本的考え方～

1. とりまとめは、平成22年12月22日の中間とりまとめを基本として、5月以降の議論を追加することとしてはどうか。
2. 追加する内容については、5月以降の議論を踏まえ、以下の項目を中心に検討することとしてはどうか。
  - (1) 認知症疾患医療センターの機能と役割、今後の体制整備の方向性について
  - (2) 認知症の方の地域での生活を支えるための、外来医療、訪問診療、訪問看護等のあり方について
  - (3) BPSDにより入院を要する患者の円滑な受入れと退院支援等を可能とする体制のあり方について
  - (4) 身体疾患を合併する認知症入院患者への医療提供のあり方について
  - (5) 目標値について

# 朝田構成員提出資料

# 認知症の有病率

筑波大学臨床医学系精神医学  
朝田 隆

*Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba*

1  
C.Ikejima et al.

# 認知症の有病率調査

全国7か所で認知症高齢者数(有病率、症状別  
分布、所在の推計)を推計する

*Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba*

2  
C.Ikejima et al.

# 研究方法

全国7カ所(宮城県栗原市、茨城県利根町、愛知県大府市、島根県海士町、大分県杵築市、佐賀県伊万里市、新潟県上越市)で65歳以上住民約5,000名以上を対象として調査する。

## 調査の手順

**事前調査:** Clinical Dementia Rating (CDR)による構造化面接を行い、認知機能と生活面の実態を調査。併せて最近の当事者のエピソード聴取

**1次検査:**

**CDR:** 本人と面接、当事者のエピソード確認

**CDR0.5以上なら認知症疑い**

**MMSE:** 24/23をカットオフ

**WMSRの論理記憶A:** ADNI版カットオフ

**Geriatric Depression Scale**でうつ気分を評価

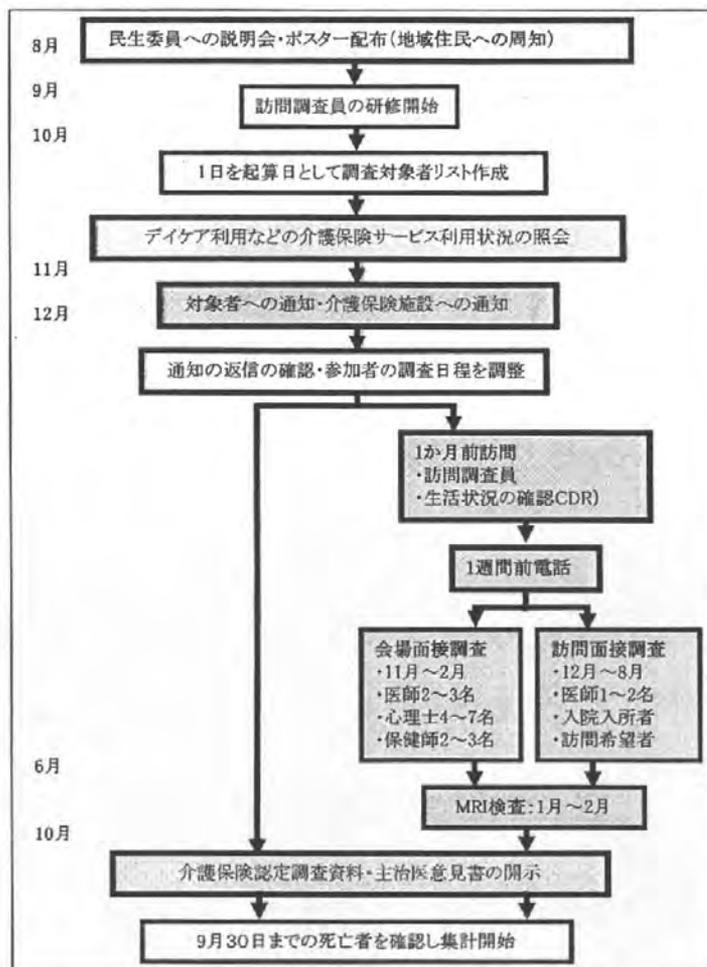
# 2次調査

認知症疑いの人を対象

疑い: CDR0.5以上and/or MMSEが23点以下

## 2次調査の内容

- ・1次調査の結果を確認し、採血、一般身体・神経学的検査
- ・PAS(Psychogeriatric Assessment Scale)による構造化面接(認知症、うつ、脳卒中診断)
- ・各種認知症の診断



## Oldest old (85歳以上) の認知機能診断

CDR1の場合には、直に認知症とはしない。

記憶スコアが1であっても、本人・家族とのCDR面接で聴取された家庭生活、介護状況が0.5以下ならMCIもしくは知的正常の可能性も含めて総合的に判断する。85歳以上のMCI判定基準(暫定)

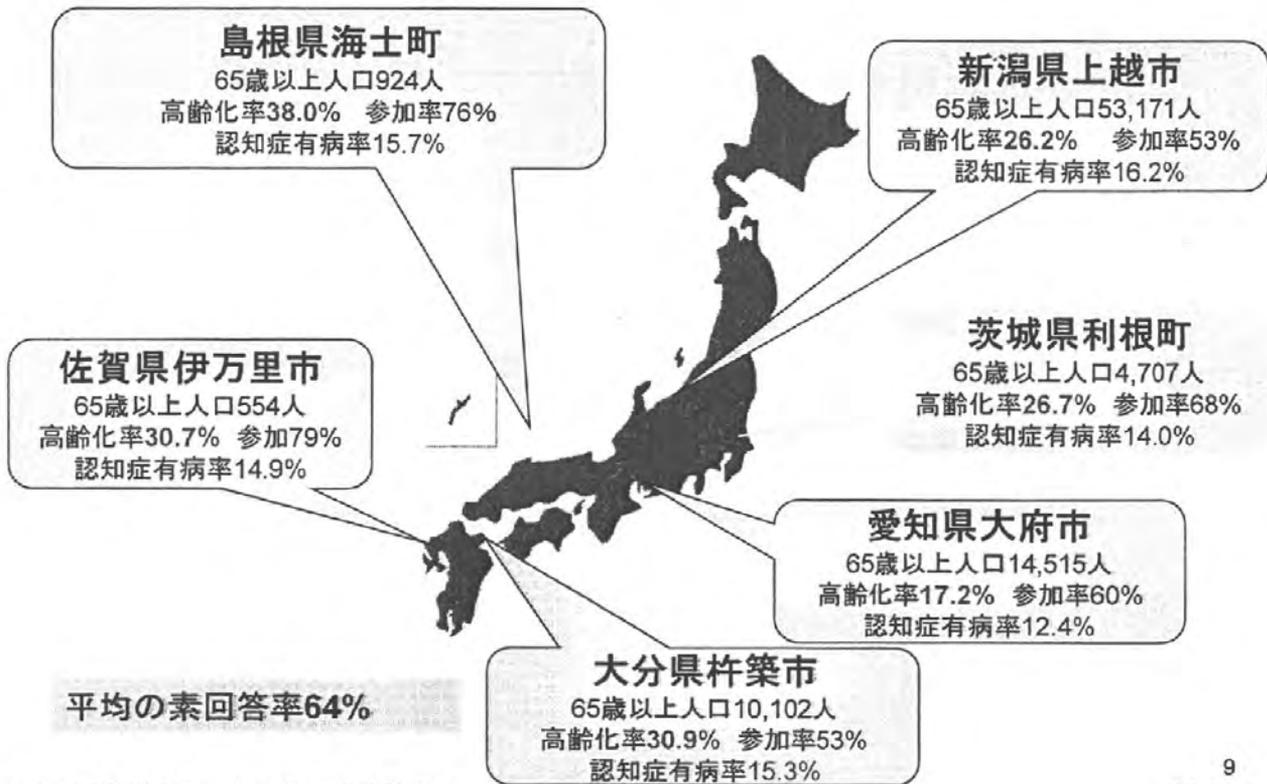
- MMSE, CDR, WMS-Rがすべて上記のCut off 以下ならDementia
- MMSE, CDR, WMS-Rがすべて上記のCut off 以上な・加えてCDR0 & WMS-RがCut off以上の場合はMMSEの点数にかかわらずNormal
- これらに当てはまらないものはMCI
- \* 上越ルール: 2次調査を受けていない者でCDR0.5の場合はMMSEの点数に関わらずMCI

## Oldest old (85歳以上) の認知機能診断

CDR1、MMSE23点以下、WMSRのカットオフ以下のいずれか1つ以上を満たしても、2次調査では知的正常あるいはMCIである可能性を意識して面接する。

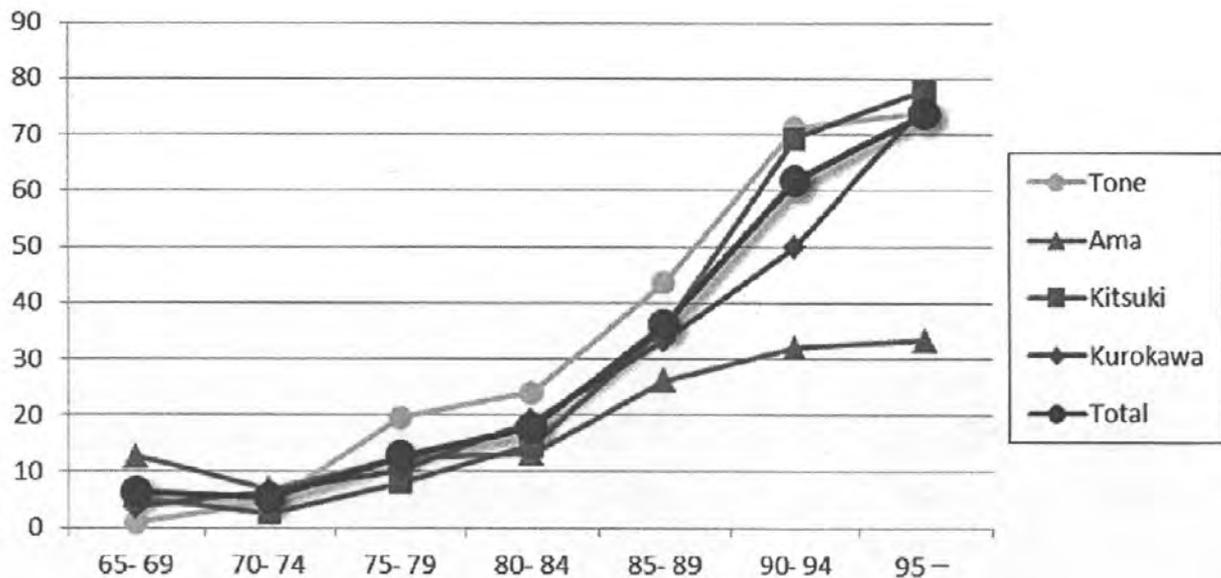
そして家族、当事者とのCDR評価において家庭生活と介護状況が0.5か0と判断されたら、CDRの記憶が1以上and/or WMSRのカットオフ以下であってもMCIと診断する。

# わが国における認知症有病率の調査結果



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

9  
C.Ikejima et al.



## Prevalence of dementia in each areas

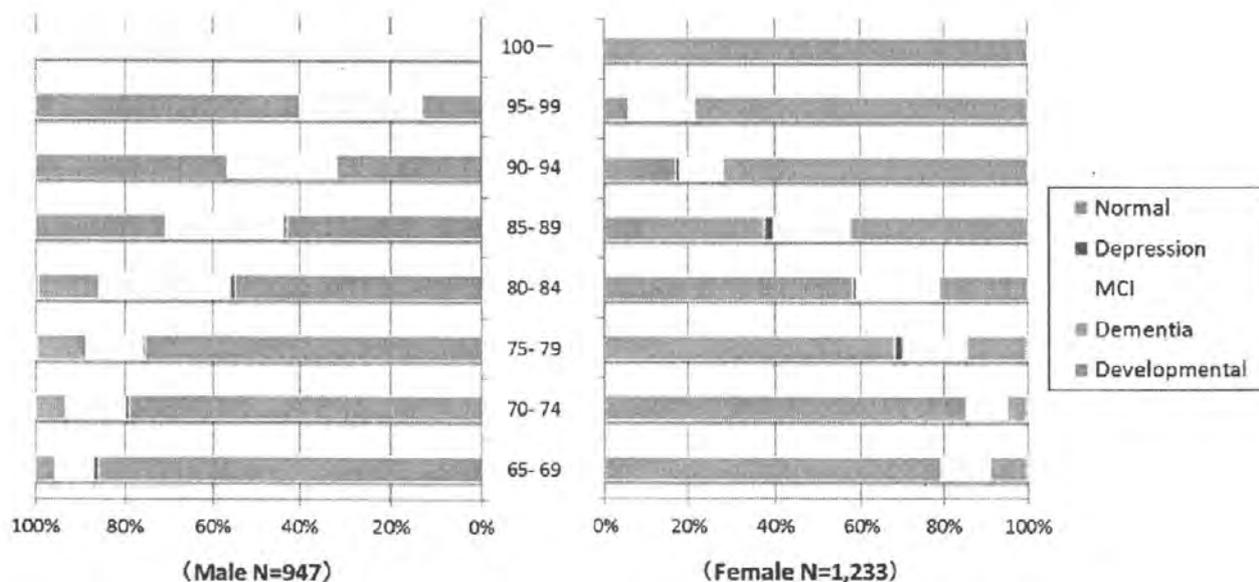
Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

10  
C.Ikejima et al.

# 有病率調査のまとめ

## 有病率

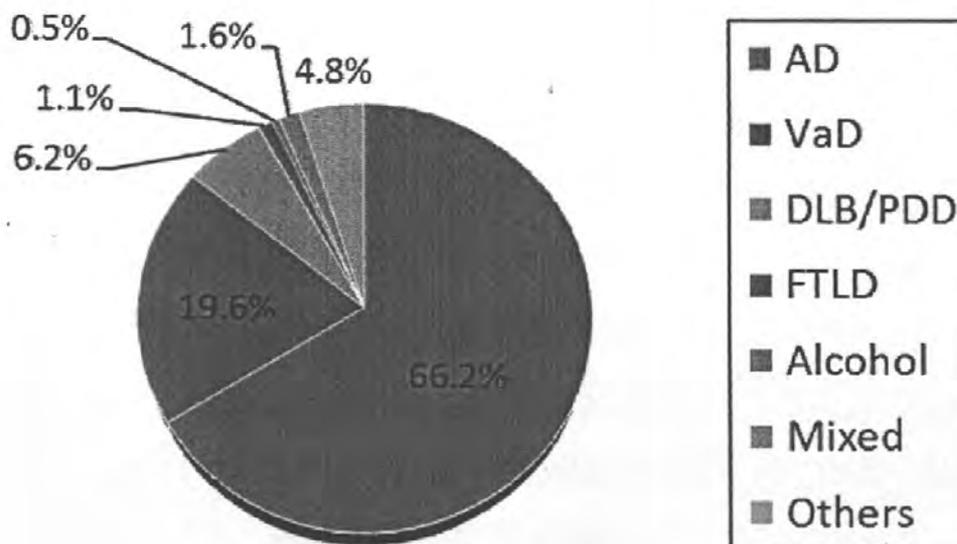
- 65歳以上人口における認知症有病率は15.7%(12.4-22.2)であり、先行研究と比較して高い傾向にあった。
- この理由として、高齢化率の上昇が考えられる。



## 参加者の認知機能評価結果

# 各種認知症疾患診断クライテリア

- AD: NINCDS-ADRDA (McKhann et al,1984)
- VaD: NINDS-AIREN (Roman et al,1993)
- DLB: Revised CDLB guideline (McKeith et al,2005)
- FTLD: Consensus criteria (Neary et al,1998)
- MCI: According to J-ADNI Criteria



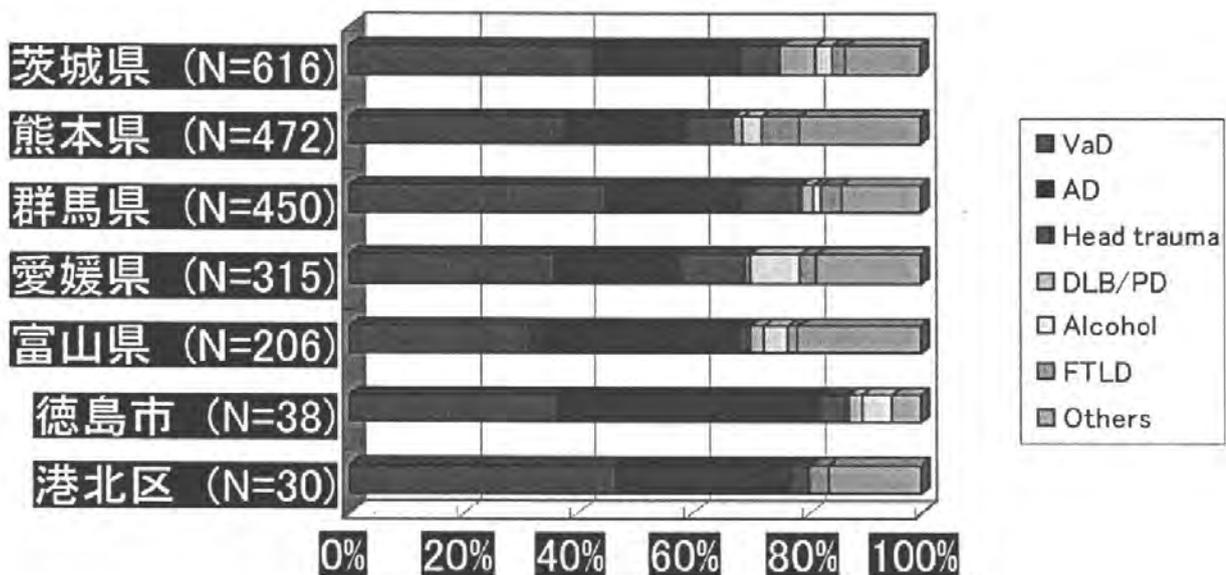
## 認知症の基礎疾患

(Phase III completed cases: N=373)<sup>14</sup>

# 若年性認知症の疫学

65歳未満で発症する認知症についての全国的な疫学調査の結果

## 5県2都市における基礎疾患の割合

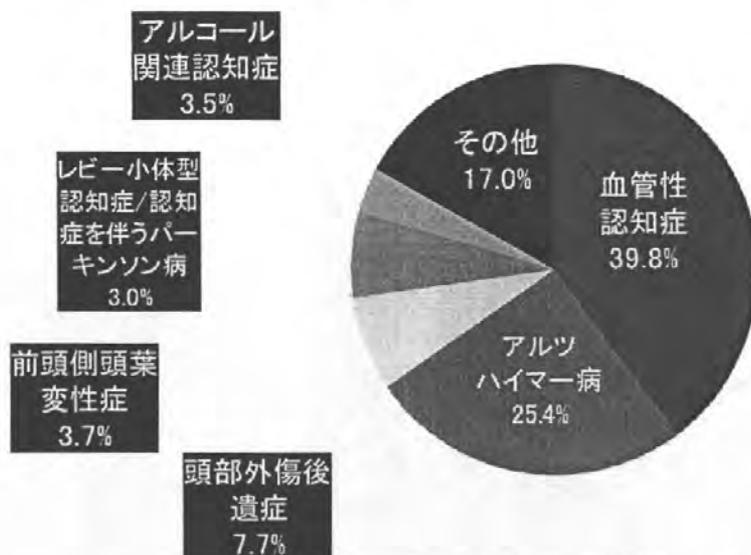


# 若年性認知症患者の全国有病率

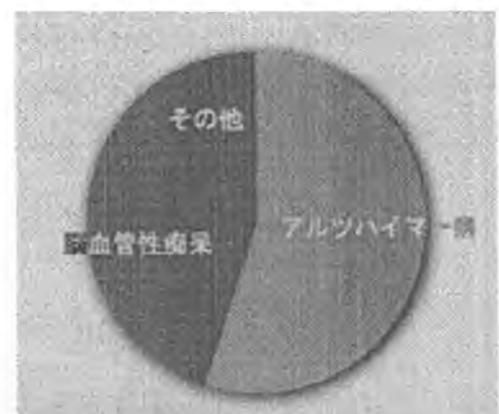
- 対象外の年齢および疾患、重複報告例を除外し2,133名の患者を同定
- 18-64歳では人口10万人に対して47.6人
- 全年齢では人口10万人に対して29.6人
- 日本全国で37,772人の若年性認知症の患者さんがいると推定

## 全国推計における基礎疾患の割合

最多疾患は脳血管性認知症

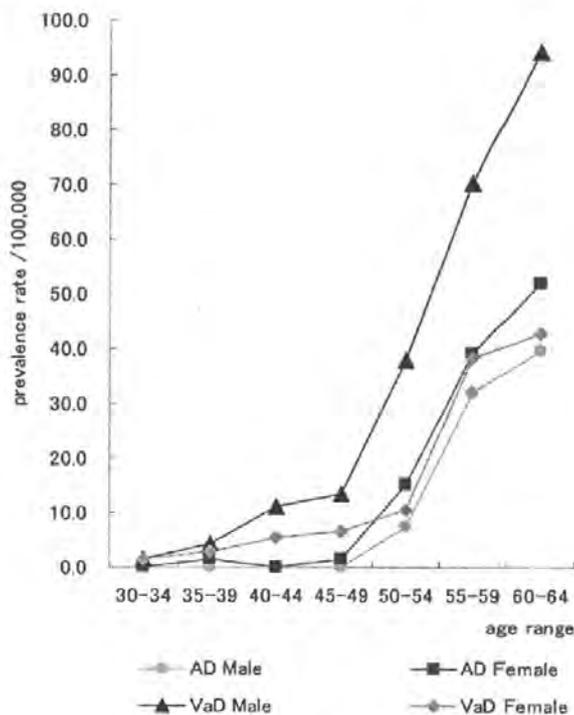


高齢者ではアルツハイマー病が最多



高齢者の認知症と比較して、  
アルツハイマー病以外の疾患の占める割合が高い

# 男女差の検討



\*グラフは茨城県データに基づき作成

- 対象人口は男女比1:1
- 全疾患合わせての有病率は男性が女性の1.6倍
- 脳血管性認知症の有病率は男性が女性の1.9倍
- アルツハイマー病の有病率は女性が男性の1.4倍

(注)単純比較でありオッズ比ではない

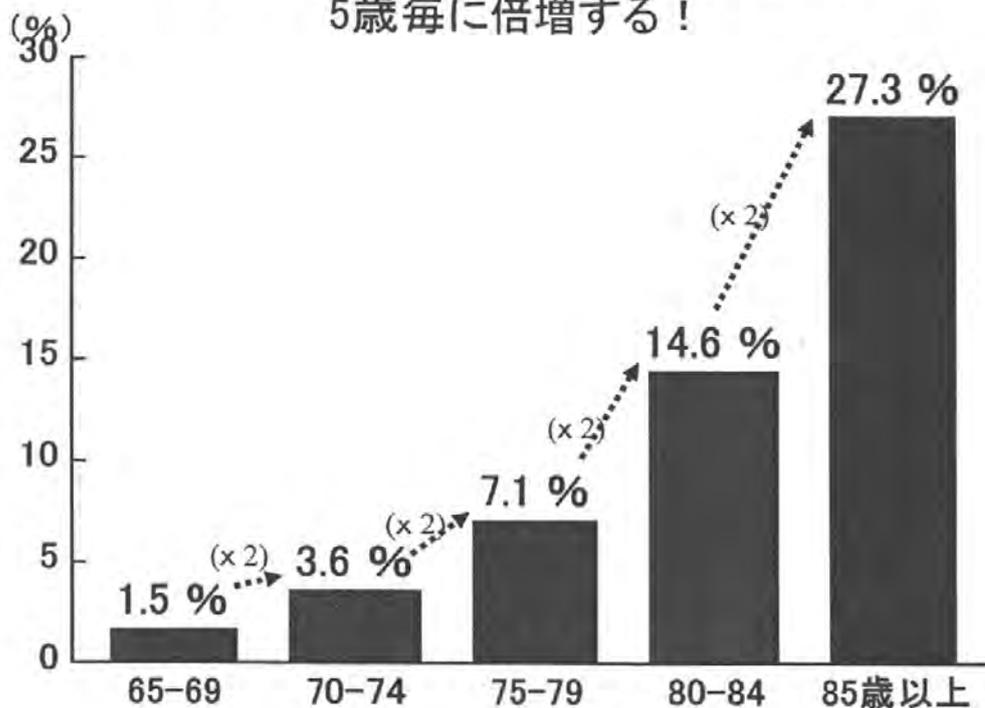


- 調査対象年齢が上がればAD女性の人数がVaD男性を上回り逆転する？

**H21年度より65歳以上を対象とした全国認知症有病率調査開始**

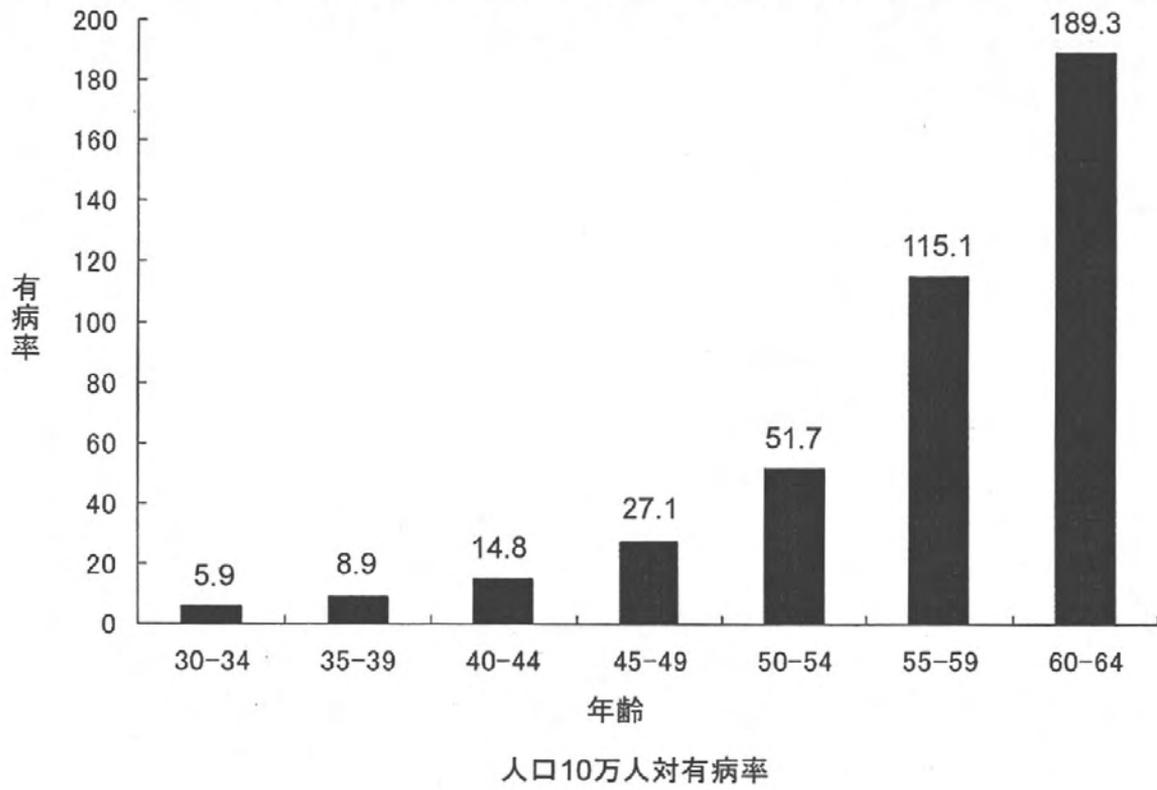
19

## 年齢層別の認知症の出現率 5歳毎に倍増する！



「老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆老人の把握方法等について」  
平成4年2月老計第29号、老健14号

# 若年性認知症の年齢階層別の有病率



(独) 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会精神保健研究部

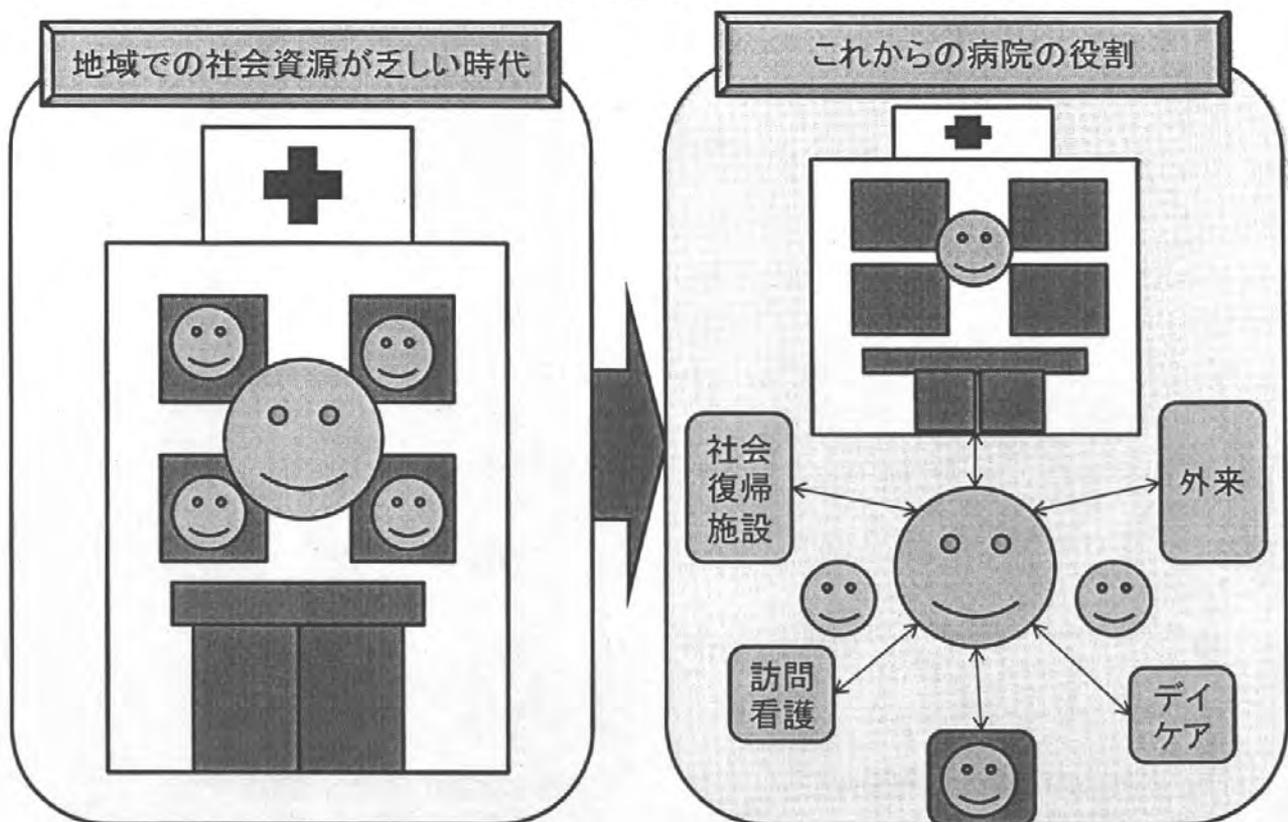
伊藤弘人先生提出資料

# 今後の地域医療体制と医療連携

国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会精神保健研究部  
伊藤 弘人

1

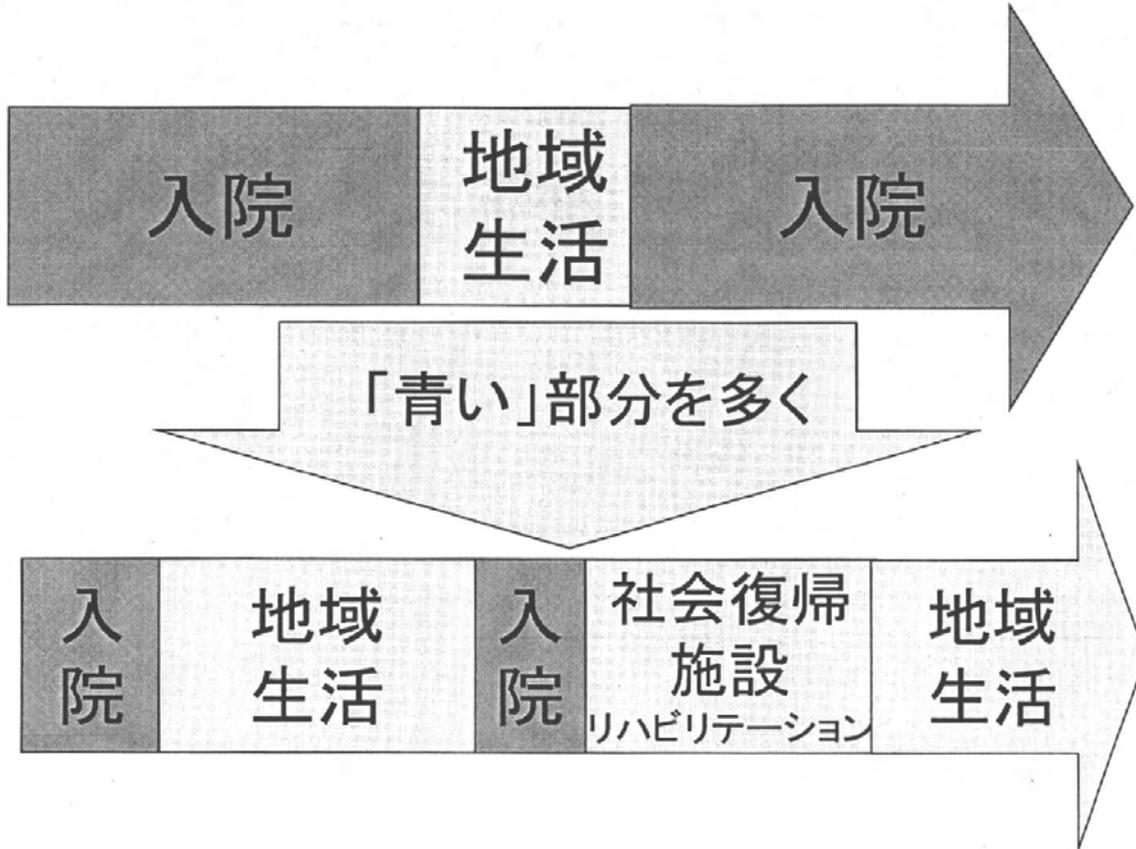
## 「地域の中の病院」(「地域が病院」)へ



2

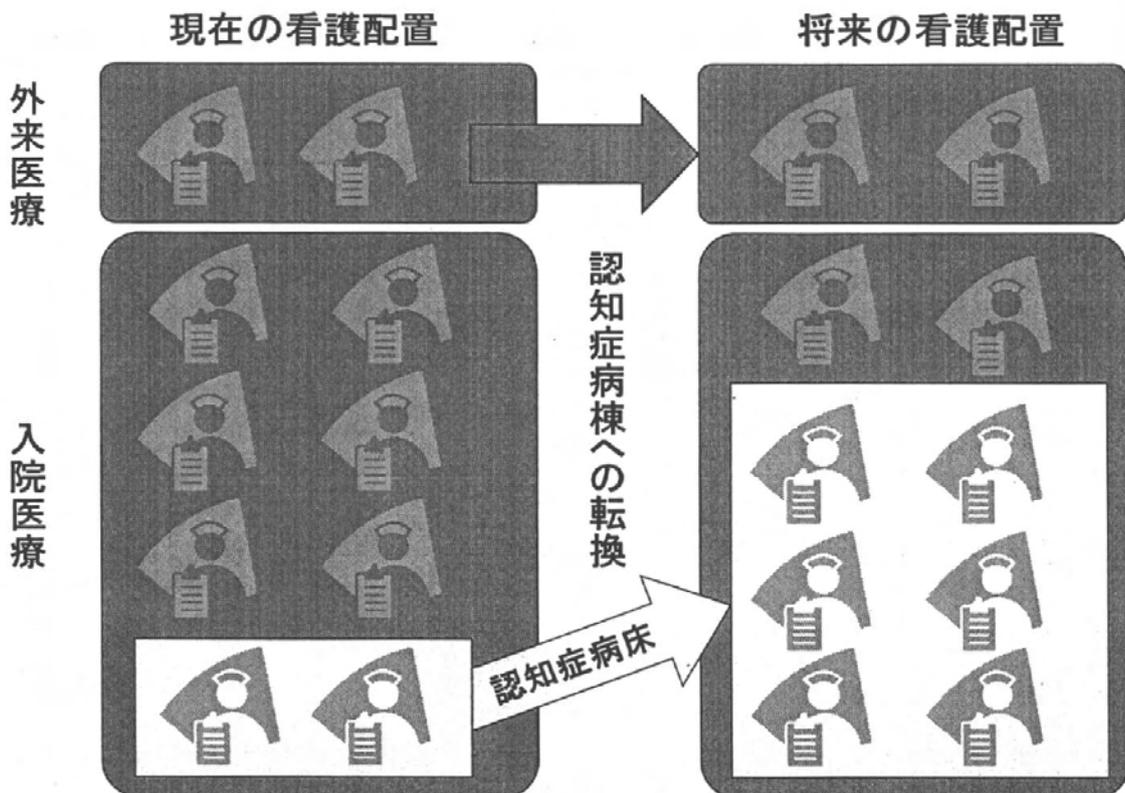
# 利用者の観点から見たこれからの方向性

精神障害者の生活の場



3

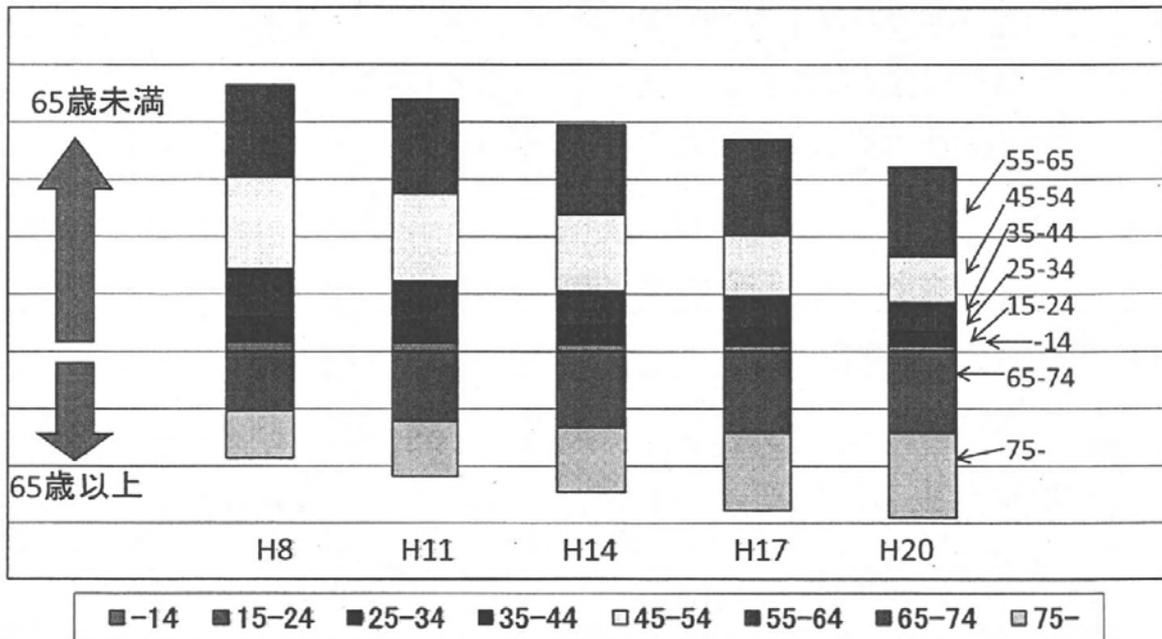
## 従前のモデルによる精神科病院の人員の再配置



\*注:看護配置を基準に作成したイメージで他職種も専門性に着目して類似の配置転換が行われる。<sup>4</sup>

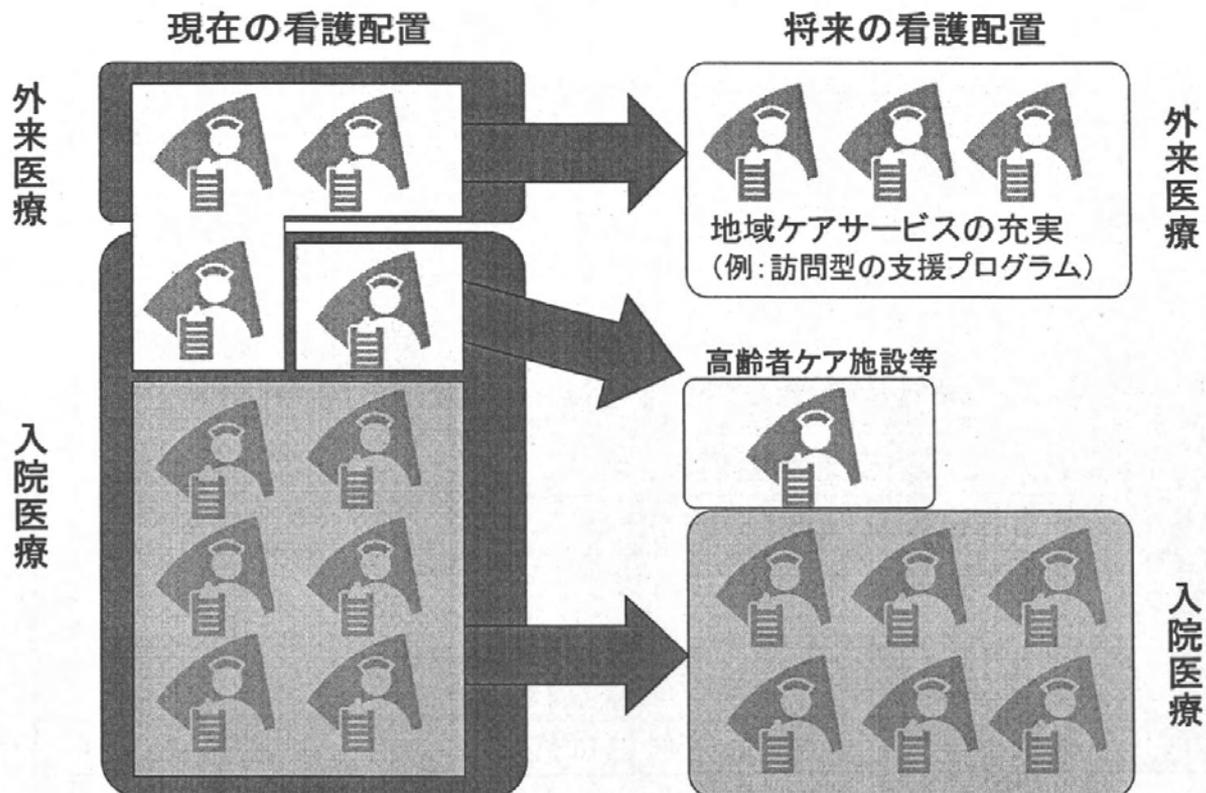
# 精神病床入院患者数の動向\*

—精神科入院医療費は高齢者入院医療費に変容している—



\*患者調査 5

## 将来あるべき精神科病院の人員配置(イメージ)\*



\*注:看護配置を基準に作成したイメージで他職種も専門性に着目して類似の配置転換が必要である。

## 地域医療連携の推進に必要な施策(案)

- 入院医療の高度化
  - 入院初期の濃厚な治療ケア
  - 地域連携\*
- 長期入院患者の退院支援
  - 退院促進
  - 地域社会資源の整備
  - 地域連携\*
  - 既存病床の活用方策の検討
- 早期治療・再発予防
  - 地域連携\*
  - 訪問型支援(アウトリーチ)

\*機能分化が進むに従い地域連携は必須要素となる。

7

## 入院診療報酬新設の動向\*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
1994	精神療養病棟入院料	1,050
1996	精神科急性期治療病棟入院料1(31日以上)	1,920 (1,600)
	精神科急性期治療病棟入院料2(31日以上)	1,820 (1,500)
	認知症治療病棟入院料1(61日以上)	1,450 (1,180)
	認知症治療病棟入院料2(61日以上)	1,070 (970)
	老人性痴呆疾患療養病棟入院料	2006年廃止
	重度認知症加算(3カ月まで)	100
2002	精神科救急入院料1(31日以上)	3,451 (3,031)
	精神科救急入院料2(31日以上)	3,251 (2,831)
	児童・思春期精神科入院医療管理加算	800
2008	精神科救急・合併症入院料(31日以上)	3,451 (3,031)

\*点数は2010年4月改定時の診療報酬点数  
作成:精神科医療政策・管理研究会

8

## 地域ケアに関する診療報酬新設の動向\*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
1965	通院医療費公費負担制度→自立支援医療	100分の90を支給
1972	(精神科) カウンセリング料→通院精神療法	330~360(初回500)
1974	デイ・ケア(病院)	590(大規模:700)
1986	精神科訪問看護・指導料(I・II)	575・160
1988	デイ・ケア(診療所)	590(大規模:700)
1994	訪問看護(訪問看護ステーション)	金額で設定
	訪問看護基本療養費I(週4日目以降)	5,550円(6,550円)
	訪問看護基本療養費II	1,600円
	訪問看護基本療養費III(週4日目以降)	4,350円(5,300円)
2006	在宅時医学総合管理料	
	処方箋交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	4,200(2,200)
	不交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	4,500(2,500)
2008	精神科継続外来支援・指導料(保健師支援加算)	55(40)
2010	認知行動療法	420
	急性期デイ・ケア(退院後1年間)	20(50)

\*点数は2010年4月改定時の診療報酬点数  
作成:精神科医療政策・管理研究会

## 地域連携に関する診療報酬新設の動向\*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
2002	緩和ケア診療加算(精神医療従事経験精神科医)	400
2006	特定施設入居時等医学総合管理料	
	処方箋交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	3,000(1,500)
	不交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	3,300(1,800)
2008	精神科継続外来支援・指導料	55
	保健師等による支援の加算(1日につき)	40
	救命救急入院料の加算	3,000
	認知症専門医療機関への紹介の加算(診療情報提供料)	100
	精神科医連携加算(診療情報提供料)	200
	精神科身体合併症管理加算(治療開始7日以内)	350
	精神科地域移行支援加算(退院時)	200
	精神科地域移行実施加算(地域連携室必置)	10
2010	認知症専門医療機関連携加算(診療情報提供料)	50
	総合入院体制加算(精神科の体制が要件)	120

\*点数は2010年4月改定時の診療報酬点数  
作成:精神科医療政策・管理研究会

# 地域連携パスに関連する政策の動向

---

平成12年4月	診療報酬改定（急性期特定病院加算・急性期病院加算）
平成17年10月	新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会（第2回）
平成17年12月	社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」
平成18年4月	診療報酬改定（地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料）： <u>大腿骨頸部骨折</u>
平成19年4月	改正医療法の施行
平成20年4月	診療報酬改定（地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料）： <u>脳卒中追加</u>
平成22年3月	厚生労働科学特別研究（精神科）
平成22年4月	診療報酬改定（ <u>がん治療連携計画策定料</u> ・ <u>がん治療連携指導料</u> ）
平成22年9月	厚生労働科学研究
平成22年12月	社会保障審議会医療部会（ <u>精神疾患の検討開始</u> ）
平成23年2月	精神科地域連携クリティカルパスワークショップ
平成23年7月	社会保障審議会医療部会（5疾病目に精神疾患を盛込む方向を確認）

---

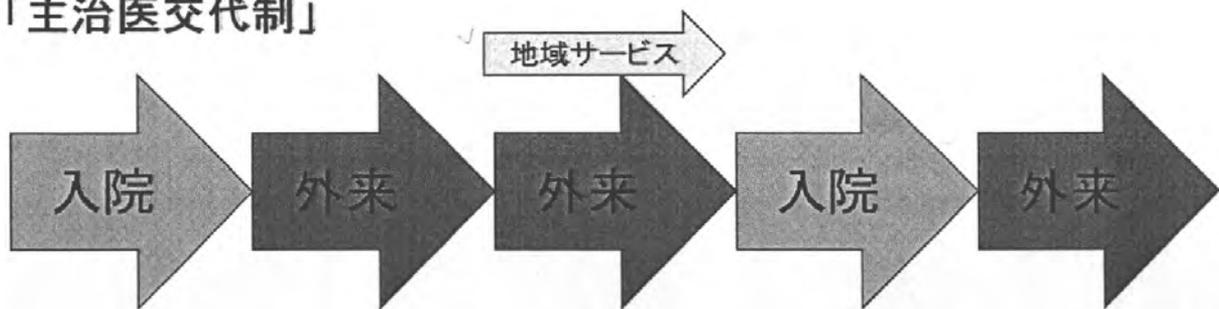
## おわりに

- わが国の精神科医療の特徴
  - 多い民間医療施設の割合
    - 多くが公的施設の海外とは異なる改革プロセスが必要
  - フリーアクセス（国民皆保険と自由開業制）
    - 重度精神障害者の継続ケアに課題
- これからの精神科地域医療体制
  - 対象者を絞った高度なサービスの提供（入院・地域）
  - 入院医療資源の地域資源への移行
    - 認知症入院医療は国民高齢化率と同程度の増加が理想
  - 連携の強化
    - 患者・利用者の参画
    - 並診（2人主治医制）の定着

# 参考資料

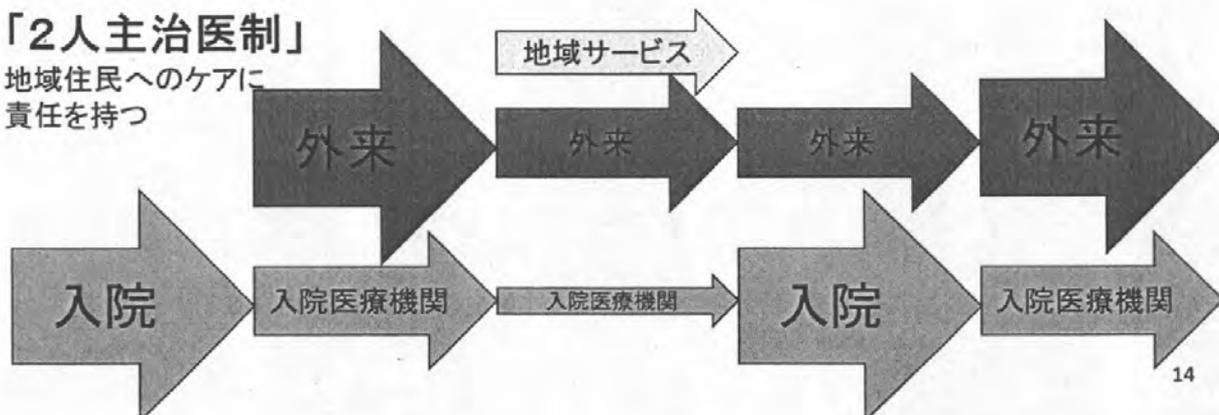
## 「2人主治医制」という考え方

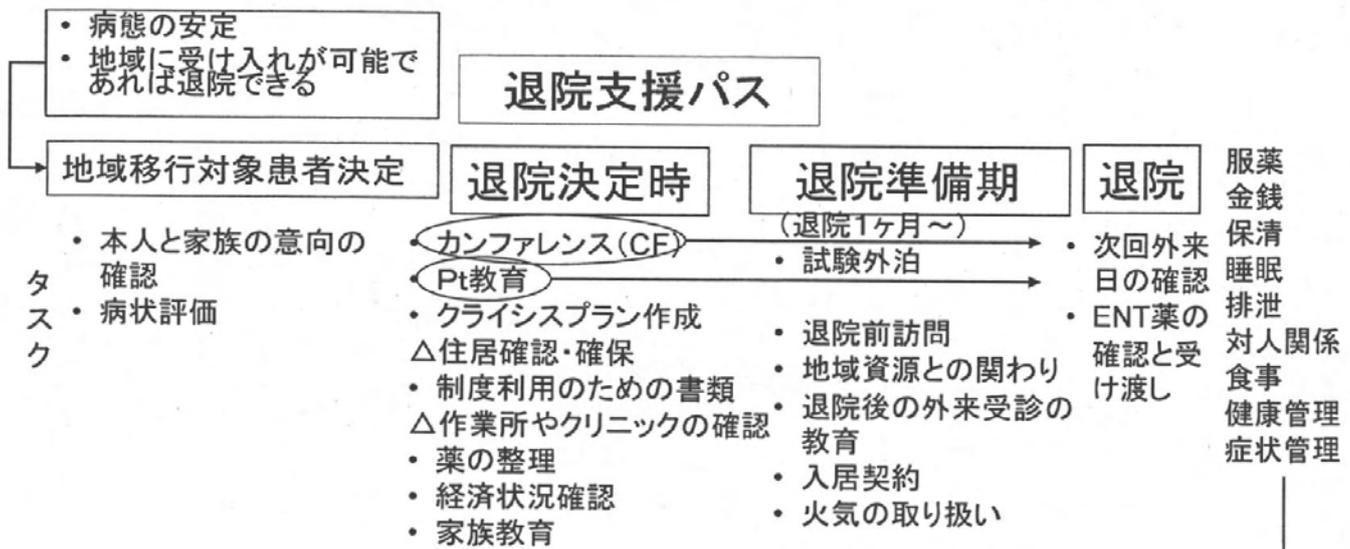
### 「主治医交代制」



### 「2人主治医制」

地域住民へのケアに  
責任を持つ





- ・ 病態の安定
- ・ 地域に受け入れが可能であれば退院できる
- ・ 本人と家族の意向の確認
- ・ 病状評価
- ・ 経済的な見通しがたっている
- ・ 家族の同意が得られている
- ・ 病状が安定している
- ・ 退院を希望している
- ・ 過度な不安がない
- ・ 支援が必要の時の対処法が理解できる
- ・ 地域生活がイメージできる
- ・ 支援必要時の自覚もてる
- ・ 外泊時に服薬管理ができる
- ・ 外泊中に支援必要時に実践できる
- ・ 外泊中に入浴食事生活の不安がない
- ・ 安全に居宅で時間が過ごせる
- ・ 外泊で家族が不安にならない
- ・ 地域支援者と交流ができる
- ・ 外来予約ができる
- ・ 退院準備が進んでいる
- ・ 症状安定
- ・ ほぼ自立
- ・ 退院希望

山田明美, 他. 精神科地域連携クリティカルパスモデル開発. 日本医療マネジメント学会総会, 2011.

15

長期入院患者退院促進クリティカルパス

	動機付け時期 (3~6ヶ月) H 年 月 日 ~	初期 (3~6ヶ月) H 年 月 日 ~	中期 (3~6ヶ月) H 年 月 日 ~	後期 (退院直前) H 年 月 日 ~
患者	退院への動機付けが出来、退院に向けての気持ちの維持が出来る □基本評価 SECL(自己効力感尺度) □不安や希望を表明できる □退院をイメージできる (□自宅 □アパート □グループホーム □施設) □支援スタッフとの顔合わせ	支援者との関係作りが出来、退院への具体的なスケジュールが理解出来る □基本評価 SECL(自己効力感尺度) □家族や援助者との関係づくりができる □生活技能に対する不足部分が理解できる □リハビリへの参加が意欲的に行える (生活技能に關して:食料管理・退院方法) □SST(対人技能・服薬管理・症状自己管理)	退院のための具体的な準備及び行動が出来る □基本評価 SECL(自己効力感尺度) □社会資源を使ってみる (デイケア・作業所など) □外出外泊し生活の不足を知る □病状の再発の兆候を理解する □援助の求め方がわかる(対人関係)	退院後の生活場面での具体的な準備及び行動が出来る □基本評価 SECL(自己効力感尺度) □退院先での生活に慣れる □地域の関係者と知り合い馴染む □服薬が確実に行える □援助の求め方がわかる(対人関係) □退院後の生活を計画できる
医師	□本人・家族への病状及び治療計画の説明	□退院先の確認 □薬物療法の評価 (退院後の生活に適した服薬の調整)	□薬物療法の評価 □病状説明(再発の兆候など)	□薬物療法の評価 □退院後の方針決定(外来退院、訪問看護、デイケアなど)
看護師	□生活技能の自立へのアセスメント (費2:日常生活・社会生活能力における評価・ケア必要度) □支援スタッフへ依頼 □看護計画立案	□患者の心理状況及びストレス把握、退院への不安 □生活技能への自立への援助(費2:日常生活・社会生活能力における評価・ケア必要度) □生活リズムの調整 □服薬管理の援助(服薬自己管理プログラム)	□患者の心理状況及びストレス把握、退院への不安 □生活技能への自立への援助(費2:日常生活・社会生活能力における評価・ケア必要度) □生活リズムの調整 □服薬管理の援助(服薬自己管理プログラム)	□患者の心理状況及びストレス把握 □退院後の生活を計画する □退院前訪問 (共同生活者・支援スタッフ・居住環境の確認)
薬剤師	□服薬指導同意書の確認 □服薬アセスメント(服薬に対する意識・現在内服している薬の内容、用法の理解度評価)	□服薬指導 (服薬に対する意識・現在内服している薬の内容、用法の理解度評価)	□服薬指導	□服薬指導
PSW	□本人の生活の自立度・退院後の生活の希望をアセスメント(□自宅 □アパート □公共住宅 □グループホーム □施設) □情報の収集と提供(家族・経済・社会資源の活用) □関連機関との調整	□支援員へのフォロー □本人のニーズ・不安の把握 □住居・経済・家族調整 □関連機関との調整 □退院手段を考える	□住居・収入源の確認と援助 □本人のニーズ・不安の把握 □住居・経済・家族調整 □関連機関との調整 □退院手段・DCを考案実行 □試験外出・泊の設定	□本人のニーズ・不安の把握 □退院後の生活を具体化する □家族関係者の調整 □社会資源活用への援助 □試験外出・泊の設定と退院前訪問 (部屋、スーパー・薬局・通院経路・交通機関・公共機関の確認)
社会資源	□利用している社会保障制度: □障害基礎・厚生年金( 級) □障害者手帳( 級) □福祉医療( 級) □生保 □自立支援法(訓練・介護・医療) □特定疾患 □介護保険		□デイケア □作業所・通所療施設の利用 □福祉サービスの活用	□作業所への通所 □デイケアの利用 □福祉サービスの活用
OT	□OT指示書 □基本評価 □病棟内作業活動	□パラレル週1~2回(集団内での個別活動) □退院準備プログラム	□パラレル週2~4回 □退院準備プログラム	□生活維持訓練
管理栄養士	□基本評価 (□常食 □特別食) □本人の食生活の自立度・退院後の食生活の希望をアセスメント □栄養管理計画書	□栄養指導 □栄養管理計画書	□栄養指導 □栄養管理計画書	□栄養指導 □栄養管理計画書
家族	□家族調整アセスメント キーパーソン: 続柄: □家族のストレス度:費3 (必要時) □経済支援のアセスメント	□情報の提供(家族・経済・社会資源の活用) □援助の求め方がわかる	□退院後のスタイルに合わせた援助を考える □外泊中の見守り・支援 □外泊中以外出・公共機関の利用が経験できるよう指導する	□外泊中の見守り □退院後のスタイルに合わせた援助を考える
ケア会議	□介入方法についての計画策定 □退院支援プログラムに参加可能か(可・不可) □次回予定: 月 日	□本人の希望・方向性の確認 □それぞれの役割の確認 □次回予定: 月 日	□外出・外泊を通し関連機関の援助を考える □次回予定: 月 日	□退院に向けての調整 □総合評価 患者・家族・支援スタッフ同カンファレンス 決定日: 年 月 日
アウトカム	退院先: □自宅 □公共住宅 □アパート □グループホーム □その他( ) 見学日: 年 月 日 申込日: 年 月 日 決定日: 年 月 日	□カンファレンス(H 年 / ) □カンファレンス(H 年 / )	□カンファレンス(H 年 / ) □カンファレンス(H 年 / )	□カンファレンス(H 年 / ) □カンファレンス(H 年 / )
退院準備プログラム ※裏面参照	開始(H 年 / )			

16

出典:小諸高原病院(荒川好美氏、新澤安江氏)

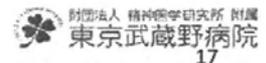
退院までのご案内							
	様	病棟	年	月	日		作成
担当者	医師:	看護師:	PSW:				

退院目標: 十分に準備を整え、安心して退院することができる

退院予定日	//	時	分
-------	----	---	---

月日		~	~	//
経過	退院2週間前	退院2週間前~8日前	退院1週間前~前日	退院日
治療目標	十分に準備を整え、安心して退院することができる			
精神療法	主治医・看護師・精神保健福祉士・ご家族との合同面談があります( / )			
薬物療法	退院時服薬指導を行います( / ) 詳しいことについては看護師までお尋ねください			
作業療法	続けて同じプログラムに参加できます 退院後デイケアに通う人は入院時デイケアに参加できます			
理学療法	続けて同じプログラムに参加できます			
食事指導	同じ内容を継続して行います			
外泊訓練	外泊訓練を行います( / )			
退院前訪問	退院前訪問を行います( / )			
説明	退院のしおりをお渡します		退院のしおりを看護師と共に完成させていきます	
	緊張して眠れないこともあると思いますので、看護師にご相談ください		忘れ物のないようにご注意ください	
	前日までに荷物の整理をしていただきます お手伝いの必要があれば看護師に声をかけてください			ご精算後退院処方をお渡しします 看護師と共に確認してください
ご注意				

注 退院予定日および治療計画については現時点で予想されるものです。



出典: 東京武蔵野病院(佐藤雅美氏、鈴木実氏)

### ＜早期警告サイン＞

氏名 \_\_\_\_\_ 記入日 年 月 日

私の早期警告サインは

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

サインのどれかに気づいたら、私は、

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

もし私の障害や治療について不安があれば、すぐに以下の人に連絡します。

名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

早期警告サインとは・・・

あなた自身や周囲の人によって気づかれる、病気の再発のきざしとなる症状です。

早期警告サインには「わすれっぽくなる」、「集中できない」、「不眠」、「緊張したりイライラする事が多くなる」、「極端におしゃべりになったり無口になったりする」、「家族や友達といったものように関わられなくなる」などがあります。

自分の早期警告サインに気づく事ができれば、早急に適切な対応をとり、症状の悪化、精神疾患の再発を防ぐことができるようになります。

### ＜薬について＞

～こんな時はどうすればよいのでしょうか？～

(1) 薬を飲むこと

Q. 薬を中断したらどうなりますか？

A. 症状が悪化したり、入院前の状態に戻ります。薬をやめた直後はすっきりした感じになるので良くなったと勘違いします。実際に中断した人のうち 70～80%は 1 年以内に再発するというデータがあります。

＜中略＞

(2) 副作用のこと

Q. 副作用がとても辛いです。どうすればよいですか？

A. 自己流で薬の量を調節すると、副作用がかえって強く出ることがあるので危険です。まず、主治医にできるだけ詳しく症状を伝えることが大切です。そうした上で、薬の量または種類を変える、副作用止めの薬を処方してもらいます。

＜中略＞

(3) からだのこと

Q. 将来、子供を産みたいと考えていますが可能ですか？

A. 子供を産むことは不可能ではないですが、薬剤の影響も考えられますので、その予定があれば必ず主治医に相談してください。

＜中略＞

(4) 日常生活のこと

Q. お酒が大好きです。一緒に飲んでもかまわないですか？

A. 薬もお酒も肝臓で代謝されるという共通点があります。そのため、一緒に飲むと薬の作用が強められ、ぐったりしたり、急に興奮したり、気分が悪くなったり、とても危険な状態になることがあります。一緒に飲んではいけません。

# 認知症パス：認知症を早期に診断し、専門医に紹介・治療を開始しかかりつけ医に再度紹介するパス

(一般開業医→診断→専門医に紹介(診断治療)→再紹介)

- <目的> 早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができ
- <対象者> 家人と同居されていて、かかりつけ医に通院している患者
- <適応基準> 検討中
- <除外基準> 検討中

	1. かかりつけ医(通院)	2. 専門医療機関受診時	3. かかりつけ医(通院)
アウトカム	・専門医療機関へ受診を納得できる	・診断を受け、治療を開始できる ・介護支援体制・医療保険サービスの情報が得られる ・家族が患者への接し方を理解できる	・治療を継続できる ・必要時介護支援が受けられる ・予防支援が受けられる
評価項目	・家人と本人と一緒に受診できる ・専門医療機関が決められる	・検査を受けられる ・診断・治療の説明を受け同意する ・介護支援体制・医療保険サービスの情報の説明が受けられる ・説明に対して患者家族から具体的な質問をする ・かかりつけ医での継続受診に同意する	・定期的な受診ができる ・地域包括・居宅介護支援事業所に連絡できる ・介護保険の申請に行く
タスク	・家人と本人と一緒に受診するよう説明する ・専門医へ受診のメリットを説明する ・専門医への診療情報提供書を書く ・専門医療機関に関する情報を伝える ・専門医療機関の外来予約をする ・可能であれば簡易検査を行う	・検査を行う(医師・臨床心理士・放射線科) ・診断をする ・病状・治療計画・接し方の説明を行う ・介護支援・医療保険サービスの説明(PSW・MSW・ケアマネ・保健師) ・必要な指導を行う(栄養士・薬剤師・看護師・作業療法士) ・かかりつけ医への診療情報提供書を書く	・治療を継続する ・予防支援のICを行う ・介護保険の意見書を提出する ・ケアマネの紹介する(地域包括・居宅介護支援事業所)

山田明美、他. 精神科地域連携クリティカルパスモデル開発. 日本医療マネジメント学会総会、2011.

19

## アルツハイマー型認知症初期の精神科地域連携パスオーバービュー

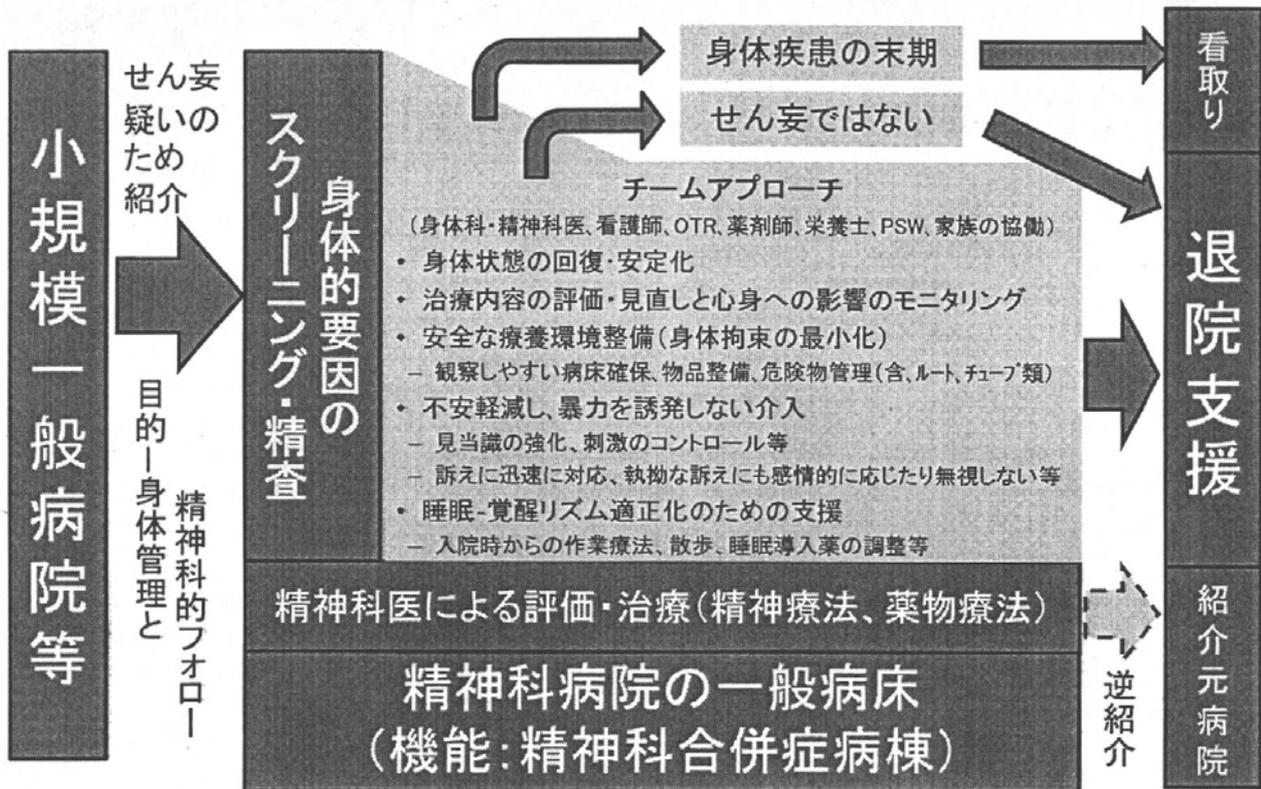
イメージ	アルツハイマー型認知症を早期発見し、専門医の基で鑑別診断・治療開始し、かかりつけ医に再紹介する
流れ	一般開業医→専門医→再紹介の流れとともに、介護サービスとの連携をはかる
目的	早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができる
対象者	家族と同居中の、かかりつけ医通院患者
適応基準	アルツハイマー型認知症初期
除外基準	軽度認知障害、血管性認知症、レビー小体型認知症、認知症を伴うパーキンソン病、前頭側頭型認知症、Treatable Dementia
逆紹介基準	<input type="checkbox"/> 指定された定期検査時 <input type="checkbox"/> 介護者への指導や、抑肝散で改善しない不穏・焦燥・妄想 <input type="checkbox"/> 著しい病状変化

	フェーズ1 かかりつけ医(通院)	フェーズ2 専門医療機関(通院)	フェーズ3 かかりつけ医
アウトカム	専門医療機関受診を納得できる	診断を受け、治療を開始できる 介護支援体制・医療保険サービスの情報が受けられる 家族が患者への接し方を理解できる	薬物療法を継続できる 非薬物療法を継続できる 必要時介護支援が受けられる
評価項目	家族と本人と一緒に受診できる 専門医療機関が決められる	検査を受けることができる 診断・治療の説明を受け同意する 介護支援体制・医療保険サービスの情報の説明を受けることができる 説明に対して患者・家族から具体的な質問をする かかりつけ医での通院継続に同意する	定期的な受診が出来る 地域包括・居宅介護支援事業所に連絡できる 介護保険の申請に行く
タスク	家族と本人と一緒に受診するよう説明する 専門医受診のメリットを説明する 専門医への診療情報提供書を書く 専門医療機関に関する情報を伝える 専門医療機関の外来予約をする MMSE/HDS-Rを実施する	検査を行う(血液、尿、神経心理、画像) 鑑別診断を行う 病状、治療計画、接し方の説明を行う 介護支援、医療保険サービスの説明をする(SW、ケアマネ、保健師) 必要な指導を行う(栄養士、薬剤師、看護師、作業療法士) かかりつけ医への診療情報提供書を書く	治療を継続する 非薬物療法に関する説明をする 介護保険主治医意見書を提出する ケアマネジャーの紹介をする(地域包括・居宅介護支援事業所)

20

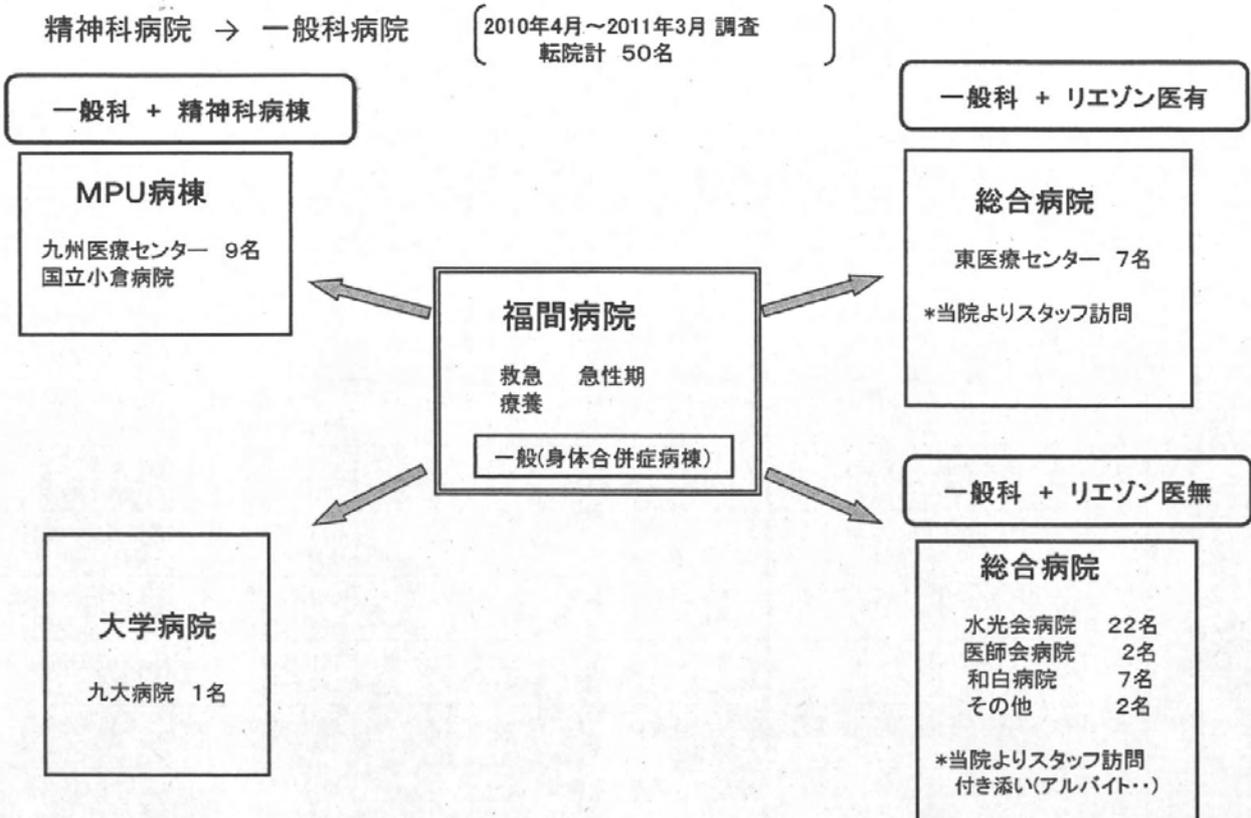
出典：北里大学東病院(大石智氏)

# せん妄治療における病病連携



東京武蔵野病院提供

## 身体合併症の地域連携パス



一時転院(精神科⇒身体科⇒精神科)		地域連携パス(案)		
患者氏名	生年月日	転院日: 年 月 日		
主治医	主病名	合併症転院先		
緊急連絡先	合併症名	精神科転院先		
		関係機関用		
	転院時	一時転院先	転院戻り	
アウトカム	本人の希望			
	家族の希望			
	治療目標	身体問題について精査し、専門治療が行われ、身体問題が改善される。	身体問題が改善され、元の病院に戻る事が出来る。	
タスク	医師	<input type="checkbox"/> 本人・家族へムンテラ <input type="checkbox"/> 転院の意思確認 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 持参薬の処方 <input type="checkbox"/> 搬送時の指示 <input type="checkbox"/> 合併症の精査・治療 <input type="checkbox"/> 病状ムンテラ <input type="checkbox"/> 診療情報提供書	<input type="checkbox"/> 本人・家族へムンテラ <input type="checkbox"/> 転院の意思確認 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 身体科薬の処方 <input type="checkbox"/> 今後の通院治療	
	PSW・MSW	<input type="checkbox"/> 転院先連絡 <input type="checkbox"/> 家族へ転院手続きの説明 <input type="checkbox"/> 搬送手段の確認・依頼 <input type="checkbox"/> 入院費の説明 <input type="checkbox"/> 転院戻り時期がきたら精神科病院PSWと連絡取る <input type="checkbox"/> 家族へ転院手続きの説明 <input type="checkbox"/> 搬送手段の確認・依頼	<input type="checkbox"/> 転院戻り時期がきたら精神科病院PSWと連絡取る <input type="checkbox"/> 家族へ転院手続きの説明 <input type="checkbox"/> 搬送手段の確認・依頼 <input type="checkbox"/> 今後の通院治療について家族説明	
	看護	<input type="checkbox"/> 本人の状態確認・観察 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 患者私物準備 <input type="checkbox"/> 持参薬 <input type="checkbox"/> 搬送準備 <input type="checkbox"/> 搬送同乗 <input type="checkbox"/> 転院先への申し送り	<input type="checkbox"/> 本人の状態確認・観察 <input type="checkbox"/> 看護サマリー確認 <input type="checkbox"/> 患者私物チェック <input type="checkbox"/> 持参薬チェック <input type="checkbox"/> ADL確認 <input type="checkbox"/> 危機サイン確認 <input type="checkbox"/> 転院先への申し送り	
	往診		<input type="checkbox"/> 必要時、精神科医の往診を受ける	
	訪問看護	<input type="checkbox"/> 転院先への訪問看護の必要性の確認	<input type="checkbox"/> 必要時、精神科訪問看護士の訪問看護を受ける <input type="checkbox"/> 持参薬の処方確認(不足時) <input type="checkbox"/> 転院先の看護師との情報交換	
	検査	<input type="checkbox"/> 検査データ(時系列)準備 <input type="checkbox"/> 画像検査準備		
	連絡先	<input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他
	その他	<input type="checkbox"/> 救急搬送時、救急隊へ連絡		

23

出典: 東京足立病院(森はなこ氏)

### 「精神」合併症パス: 身体科→精神科→身体科

<目的> 一般診療科で診療中の患者に対して、精神科医療チームが係わり、診療、治療、支援を実施することで、(患者が)一般診療科、精神科における治療を適切に、有効に、十分に受けることができる。

<対象者> ①一般診療科で身体的治療を受けている患者のうち、精神症状が出現し、身体疾患の検査、治療が適切に行うことができない者。②精神科医療チームが係わることで身体疾患の治療効果の向上が見込まれる者。

<適応基準> 検討中 <除外基準> 検討中

	一般診療科受診時	専門医療機関受診時	一般診療科受診時
アウトカム	精神科医療チームの係わりを患者もしくは家人が了解できる	精神科医療チームが係わり、病態診断を受け、精神症状が改善する	身体疾患治療を継続できる
		家人が患者への接し方を理解できる	精神疾患が治療もしくは、精神科診療が継続できる
		医療保健福祉サービスの情報が得られる	予防支援、介護支援が受けられる
評価項目	精神科医療チームの診療を受けられる	診療を受け、治療目標、治療計画が設定される	一般診療科を定期的に受診し、治療が継続される
	患者もしくは家人が精神科医療チームの話を開ける	病態診断、治療方針の説明を受け、患者もしくは家人が理解する。	必要に応じて、精神科を受診する
			必要に応じて、医療保健福祉サービスを依頼する
タスク	精神科医療チームが係わることのメリットを説明する	精神科医が病態診断を行い、必要な検査を実施する	一般診療科診療を継続する
	患者に受診するように説明する	患者、家人に病態、治療計画、接し方の説明、必要な日常生活指導を行う	精神疾患の治療方針、予防支援のインフォームドコンセントを得る
	家人に診療に同席するように指示する	医療保健福祉サービスの説明を行う	医療保健福祉サービスに関する手続きをする
	精神科に診療依頼を行う	依頼医に報告書を作成する	精神科診療を継続する、もしくは必要に応じて精神科依頼が行われる

24

出典: 済生会横浜市東部病院(吉野善孝氏)

<目的>身体疾患および精神疾患を状況に応じて、(患者が)治療を円滑に、効果的に、適切に受けることができる。

<対象者>身体疾患を合併した精神疾患患者

<適応基準>検討中 <除外基準>検討中

	精神科かかりつけ医	専門医療機関受診時	精神科かかりつけ医
アウトカム	身体疾患の病態に適した医療機関の診療を受けることができる	身体診療科において診察され、治療を受けることができる	精神疾患治療を継続できる
	身体疾患および精神疾患を治療できる医療機関を受診もしくは入院できる	家人が患者への接し方を理解できる	身体合併症が治癒もしくは治療が継続できる
	精神科医療チームのサポートを受けながら一般病院を受診もしくは入院できる	精神科医療チームのサポートを受けながら身体診療科の診療が継続される	予防支援が受けられる
評価項目	専門医療機関身体診療科を受診する	診療を受け、治療目標、治療計画が設定される	精神科かかりつけ医を定期的に受診し、治療が継続される
	必要に応じて、専門医療機関内の精神科の診療を受ける	病態診断、治療方針の説明を受け、患者もしくは家人が理解する。	必要に応じて、身体診療科を受診する
		必要に応じて、精神科診療が継続される	必要に応じて、医療保健福祉サービスを依頼する
タスク	必要に応じて、行政機関が身体疾患への入院対応ができる病院への振り分け作業を実施する	身体診療科で検査、診断、治療が行われる	地域の基幹となる一般病院において身体診療科診療を継続する
	地域の基幹となる一般病院において、身体診療科もしくは精神科が診療依頼を受ける	医療保健福祉サービスの情報、病状、治療計画、接し方の説明を行う	紹介元の医療機関に診療情報提供を行う (今後の診療計画について)
	依頼元の医療機関において、患者および家人に身体状況、非自発入院について説明する	精神科医療チームが精神疾患の治療を継続し、多職種間でカンファレンスを行う	必要に応じて、行政機関が紹介元への退院調整、転院先を確保する
			退院後の診療方針、予防支援のインフォームドコンセントを得る