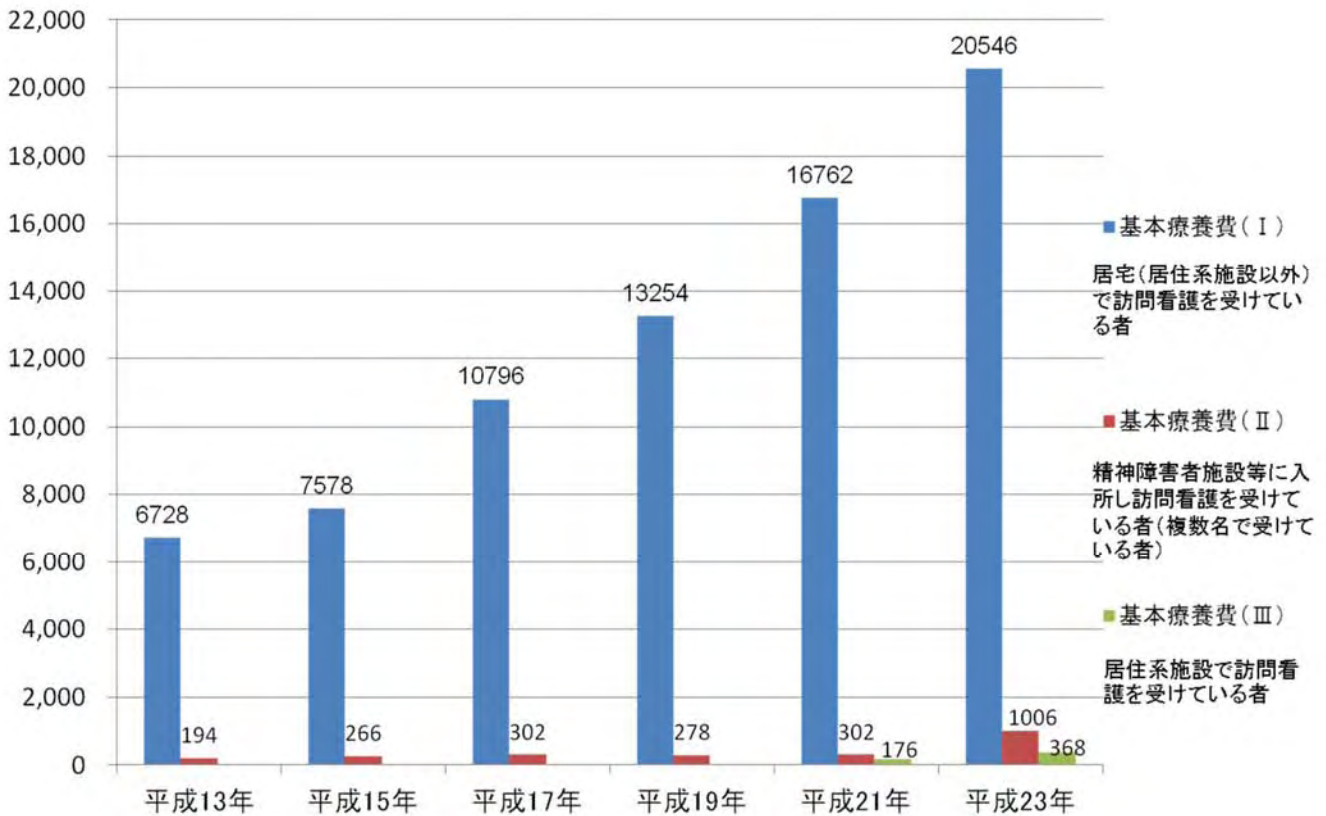


傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移



※基本療養費(Ⅲ)のみ平成21年から調査

保険局医療課調べ

訪問看護を活用している患者の主たる疾患の状況

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害が75.4%、気分(感情)障害が9.9%、精神作用物質による精神及び行動の障害が3.8%で89.1%を占める。

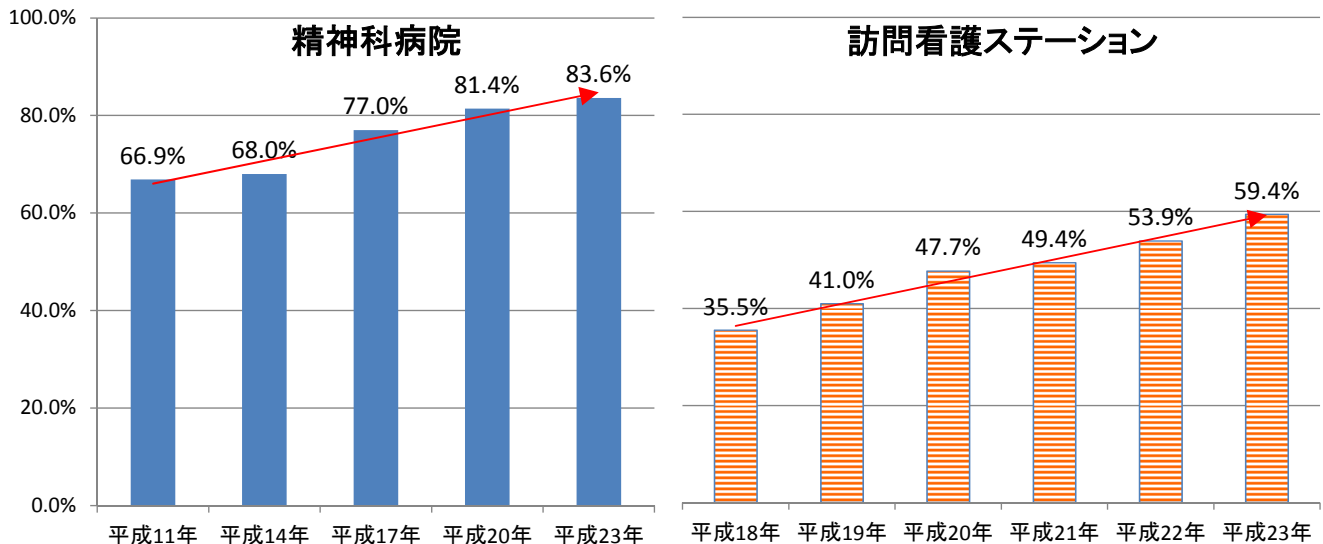


	GAF スコア
症状性を含む器質性精神障害	52.63
精神作用物質による精神及び行動の障害	59.69
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	53.68
気分[感情]障害	57.36
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	57.28
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	37.94
成人の人格及び行動の障害	55.78
知的障害(精神遅滞)	49.68
心理的発達障害	48.99
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	-
詳細不明の精神障害	-
その他	52.86

コード	重症度	機能のレベル
51-60	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、パニック発作がある)。	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)。
41-50	重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、しよつちゅう万引する)。	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(友達が少ない、仕事が続かない)。
31-40	現実検討かコミュニケーションにいくつかの欠陥(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)。	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重大な欠陥(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、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)。

平成23年度 検証調査

精神疾患患者に訪問看護を提供している 精神科病院および訪問看護ステーション数の推移



精神疾患患者に訪問看護を実施している機関は、精神科病院の8割超、訪問看護ステーションの約6割であり、増加傾向である。

- ・医療施設(静態・動態)調査
- ・平成18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」
- ・平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」
- ・平成20年度厚生労働省特別研究事業「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」
- ・平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」
- ・平成23年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神医療の現状と精神科訪問看護からの医療政策」

精神科訪問看護従事者養成研修事業(平成22年～)

【目的】

精神科訪問看護については、退院後の医療を提供する機能として患者や家族のニーズが高く、精神障害者を対象とした訪問看護を担う人材の養成が課題となっている。今後、精神科患者の地域生活支援のための施策を講じる必要があることから、精神科訪問看護を担う人材養成に積極的に努める必要がある。

このため、全国の訪問看護ステーション等において訪問看護の実務者を対象に精神科訪問看護の研修を行うこととし、精神科訪問看護人材養成の推進を図るものとする。

【研修対象】

- 医療機関、訪問看護ステーションに所属している訪問看護の実務者(看護職者、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士など)または予定者。

【研修内容】

- ①精神保健福祉の動向と施策
- ②精神疾患の基本的事項
- ③精神科の薬物療法(作用・副作用、身体合併症)
- ④精神科訪問看護の基本的技術(訪問時の基本的観察事項、病状悪化時のアセスメント)
- ⑤地域の社会資源の活用、多職種連携
- ⑥困難事例のアセスメントと対応(身体合併症への対応、キャンセル・拒否時の対応、社会資源の活用)

【研修方法】

- 多職種に共通する視点や技術、また社会資源の活用・多職種連携による支援方法の教授が含まれること。

- 演習、実地研修など講義以外の実践的な学習方法が含まれること。

【報告】

研修会最終日及び研修受講後に受講者が所属機関に戻ってからの実践状況についてアンケートを実施し、研修の効果について集計分析を行うこと。

精神科訪問看護の主な診療報酬(医療機関)

精神科退院前訪問指導料 (保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士)	380点	340～545点	300～495点
	6ヶ月未満退院患者3回まで	週3回(退院後3月以内は週5回)	
	6ヶ月以上入院患者6回まで	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	
複数職共同加算	320点	准看護師	
精神科訪問看護・指導料(III) (同一建物居住者)			
複数名訪問加算 (保健師又は看護師)		保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	450点
長時間精神科訪問看護・指導料加算		准看護師	380点
夜間・早朝訪問看護加算		看護補助者	300点
深夜訪問看護加算		520点	
精神科緊急訪問看護加算		210点	
急性期増悪算定		420点	
精神科緊急訪問看護加算		265点	
急性期増悪算定		1) 服薬中断等で急性増悪した場合、7日以内の期間、1日1回算定可 2) さらに医師の判断で急性増悪した日より1月以内の7日間1日1回算定可	
精神科訪問看護指示料		300点	
精神科特別訪問看護指示加算		100点	
精神科退院指導料 (医師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士)		320点	
精神科地域移行支援加算		200点	

精神科訪問看護の主な診療報酬(訪問看護ステーション)

精神科訪問看護基本療養費(I)	4250～6550円	3870～6050点
	週3回(退院後3月以内は週5回)	
複数名精神科訪問看護加算 (保健師又は看護師)	保健師、看護師又は作業療法士	4300円
	准看護師	3800円
	看護補助者又は精神保健福祉士	3000円
長時間精神科訪問看護加算	5200円	
夜間・早朝訪問看護加算	2100円	
深夜訪問看護加算	4200円	
精神科緊急訪問看護加算	2650円	
精神科特別訪問看護指示書	主治医からの指示で1月に1回に限り14日を限度で算定可	
精神科訪問看護基本療養費(II) (精神障害者施設等の複数の入所者)		
	1600円	
	週3回	
	3時間超の場合1時間又はその端数ごとに400円(5時間以内)	
精神科訪問看護基本療養費(III)		
	3300～5300円	2910～4800点
	週3回(退院後3月以内は週5回)	
複数名精神科訪問看護加算 (保健師又は看護師)	保健師、看護師又は作業療法士	4300円
	准看護師	3800円
	看護補助者又は精神保健福祉士	3000円
長時間精神科訪問看護加算	5200円	
夜間・早朝訪問看護加算	2100円	
深夜訪問看護加算	4200円	
精神科緊急訪問看護加算	2650円	
精神科特別訪問看護指示書	主治医からの指示で1月に1回に限り14日を限度で算定可	
精神科訪問看護基本療養費(IV) (入院中の外泊時に指定訪問看護を受けようとする者)		
	8500円	
	入院中1回	

3. 精神障害者の居宅等における 保健医療福祉サービスについて (3) 外来、デイ・ケア等

精神科デイ・ケア等の概要

精神科デイ・ケア(S49～)

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

精神科ナイト・ケア(S61～)

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

精神科デイ・ナイト・ケア(H8～)

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

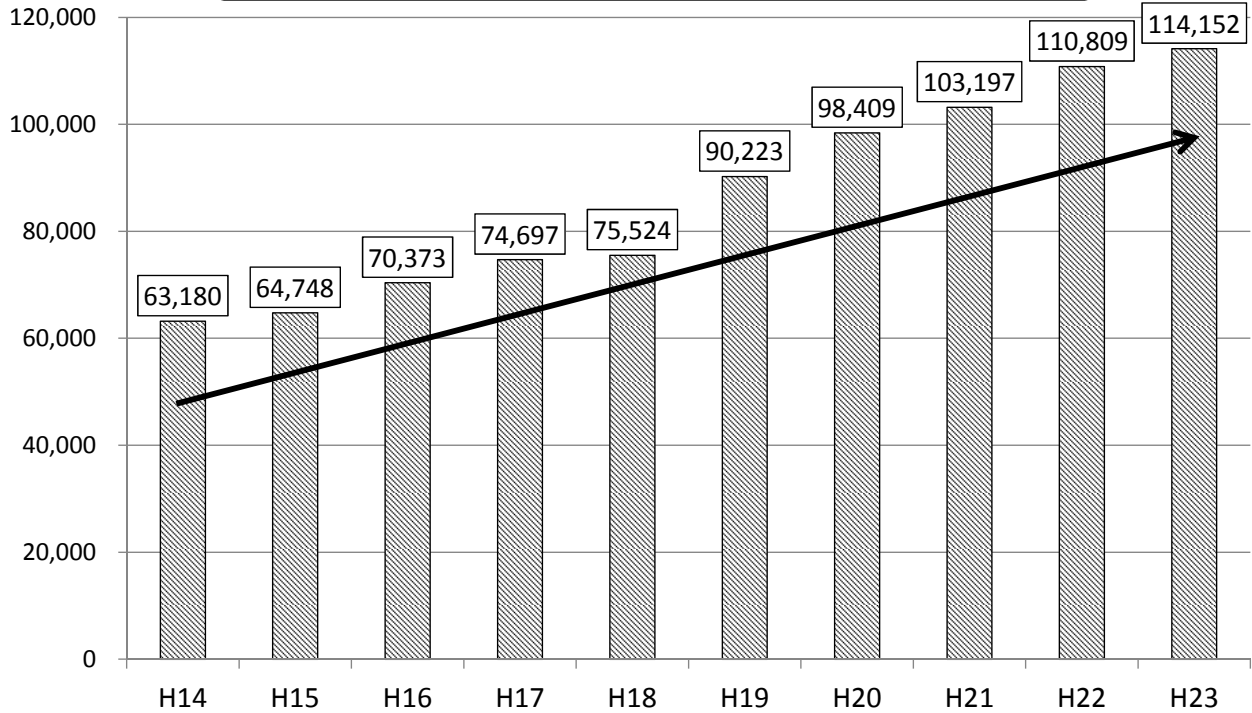
精神科ショート・ケア(H18～)

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

精神科デイ・ケア等の利用実人員の年次推移 (各年6月の1ヶ月間)

(単位:人)

利用実人員は10年間で約1.8倍に増加

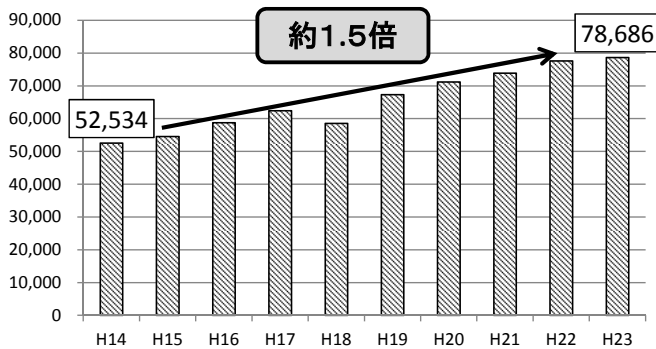


※デイ・ケア等の利用実人員とは、①デイ・ケア、②デイ・ナイト・ケア、③ショート・ケア、④ナイト・ケアそれぞれの利用実人員の合計を指す。

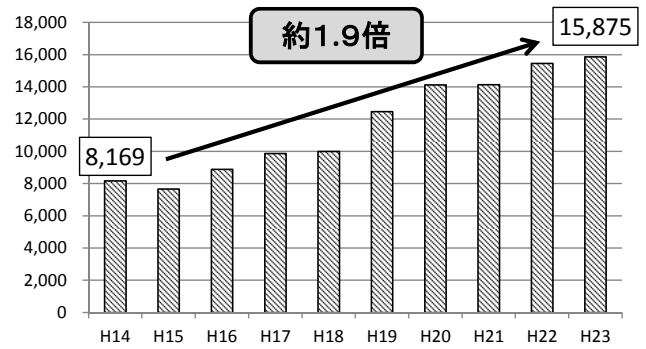
資料: 精神・障害保健課調(各年6月1か月間の数)

精神科デイ・ケア等の利用実人員の年次推移 (各年6月の1ヶ月間)

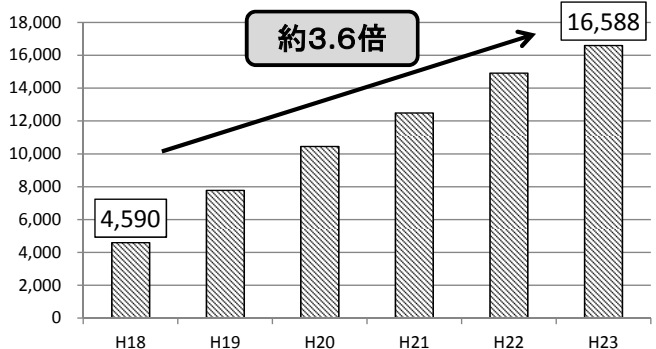
精神科デイ・ケア



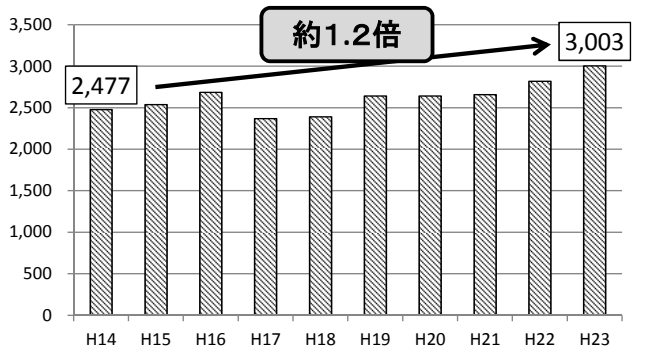
精神科デイ・ナイト・ケア



精神科ショート・ケア



精神科ナイト・ケア



資料: 精神・障害保健課調(各年6月1か月間の数)

精神科デイ・ケア等の主な人員基準・診療報酬

	ショート・ ケア(小)	デイ・ケア(小)	ナイト・ケア	デイ・ナイト・ ケア	ショートケア、 デイケア(大)	デイ・ナイト・ ケア	ショートケア、 デイケア(大)	デイ・ナイト・ケア		
Ns						准看護師		准看護師		
PSW or 心理				栄養士			栄養士	栄養士		
OT or Ns(経験あり)	OT	Ns	OT							
精神科医										
従事者数	2人	3人	3人	3人	4人	4人	6人	6人		
利用者数	20人	30人	20人	30人	50人	50人	70人	70人		
点数	275点	590点	540点	1000点	ショート 330点	デイ 700点	1000点	ショート 330点	デイ 700点	1000点
早期加算	20点	50点	50点	50点	20点	50点	50点	20点	50点	50点

外来(精神科専門療法)の主な診療報酬

通院・在宅精神療法	初診日・精神科救急医療体制確保に協力する 精神保健指定医等が実施	700点
	上記以外	30分以上400点 ・特定薬剤副作用評価加算+25点 30分未満330点
	20歳未満、初診より1年以内に限り	200点
精神科継続外来支援・指導料	他の精神科専門療法と同一日に算定不可 精神科の担当医師が患者又はその家族に対して、 病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主に 支援した場合に算定 3剤以上の抗不安薬または睡眠薬を投与した 場合は80%で算定	1日につき55点
	療養生活環境整備加算 (保健師、Ns、OT、PSWによる生活環境整備の 支援を行った場合加算)	40点
	特定薬剤副作用評価加算(月1回)	25点
通院集団精神療法	・6月に限り週2回限度 ・他の精神科専門療法と同一日に算定不可	270点
精神科作業療法	・患者1人あたり1日に月2時間 ・作業療法士1人あたり1日50人以内	220点
持続性抗精神病注射薬剤治療指導	持続性抗精神病薬注射薬剤を投与している統合 失調症患者に対して、計画的な医学管理を 行った場合月1回	250点
治療抵抗性統合失調症治療指導管理料		500点

3. 精神障害者の居宅等における 保健医療福祉サービスについて

(4) 医療連携

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

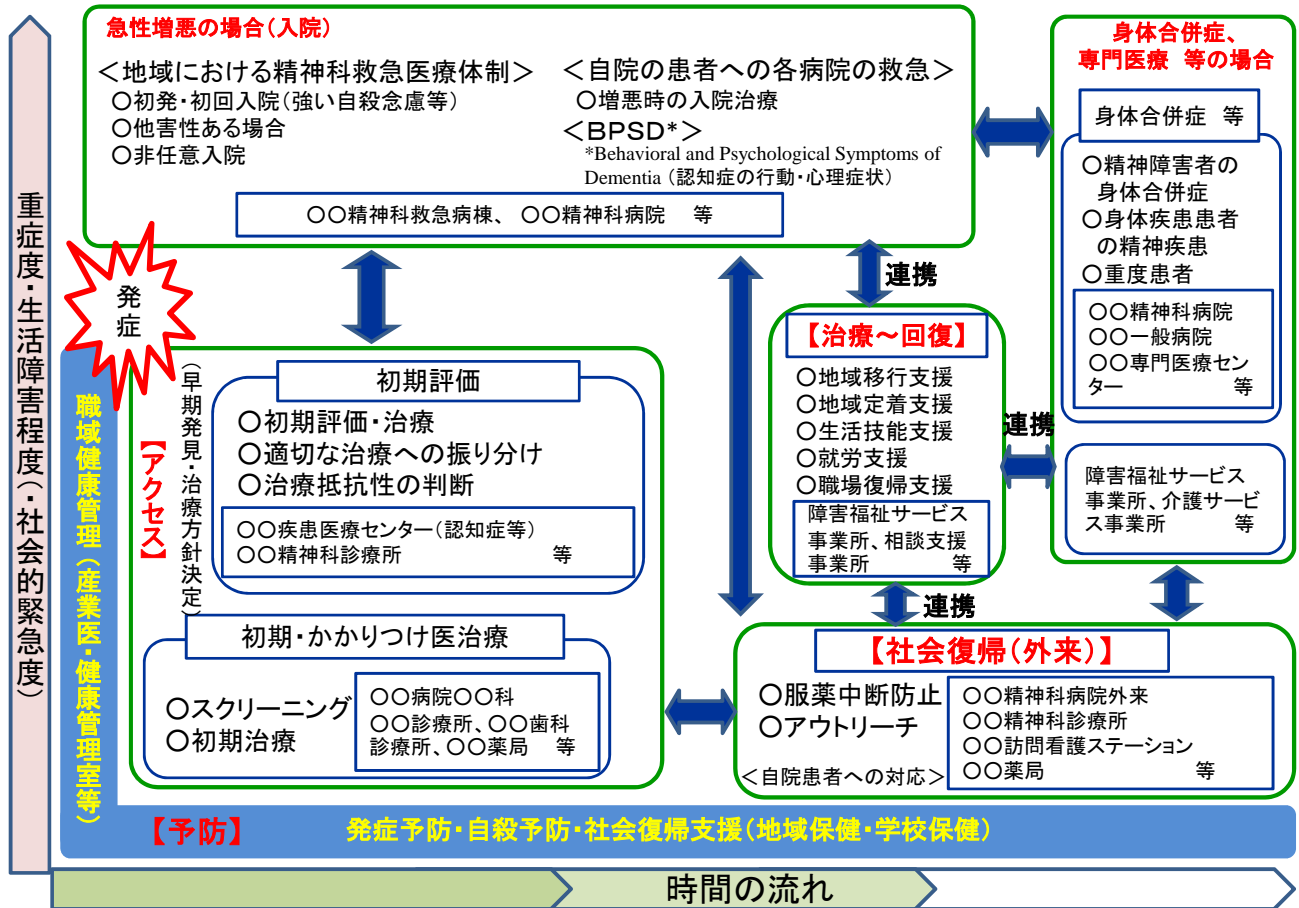
【「医療計画について」(平成24年3月30日付け医政発第0330第28号) 抜粋】

2 医療連携体制について

(2) 医療計画に定める以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

- ① **住み慣れた身近な地域**で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、**適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制**を構築すること。
- ③ 症状が多彩にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、**アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制**を構築すること。
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、**必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制**を構築すること。
- ⑤ 医療機関等が**提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開**することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。

精神疾患の医療体制(イメージ)



国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 伊藤弘人部長資料 一部改変

かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業

25年度予算案 40百万円

<概要>

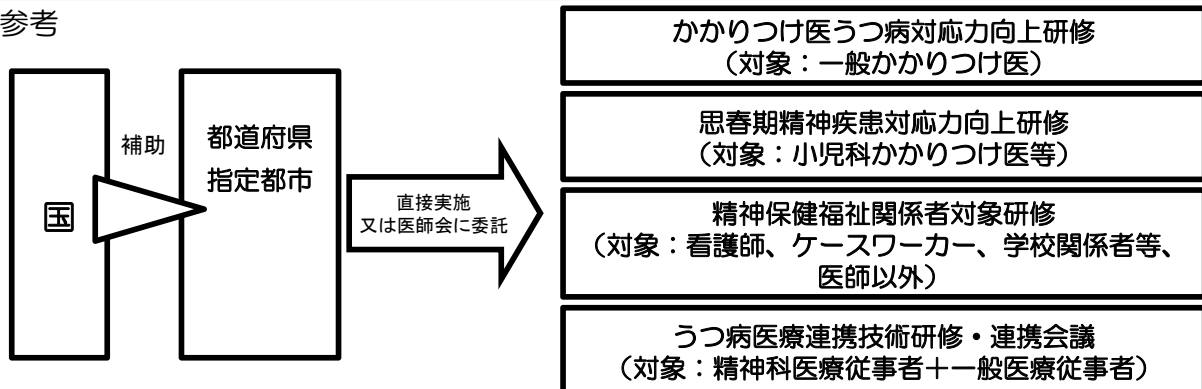
各都道府県・指定都市において、最初に診療することの多い一般内科医等かかりつけ医に対して、うつ病に関する専門的な養成研修を実施し、うつ病の診断技術等の向上を図り、医療機関の連携強化によって、うつ病患者の精神科受診を促進し、多くのうつ病患者の早期発見・早期治療を行うために、また、保健師、看護師、ケースワーカー、スクールカウンセラー等、うつ病を有する者と接し、発見できる機会が多い職種の者を対象とした研修を実施し、医師以外からの発見の範囲も拡大し、早期発見・早期治療のために実施している。また、若年者の統合失調症等の精神疾患について、早期の専門的対応により、重症化を防止するために思春期精神疾患対応力向上研修を実施している。

平成25年度からは、精神科医療従事者と一般医療従事者との連携を行う場を設けるとともに、連携技術習得のための研修を実施する。

<全国実施状況> (※かかりつけ医対象研修)

平成20年度 開催回数106回 受講者数7,216人 平成21年度 開催回数112回 受講者数5,724人
 平成22年度 開催回数80回 受講者数4,251人 平成23年度 開催回数69回 受講者数3,731人

参考



【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約204万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069カ所。精神保健指定医は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

	平成17年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,069
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	152,019
夜間・休日の受診件数	30,243	36,585
夜間・休日の入院件数	12,096	15,296

図1 精神科救急医療施設の利用状況 (平成22年度は暫定値)

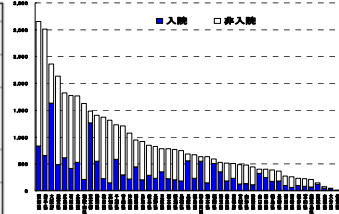


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

【今後の対策】

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日でも対応できる体制を確保(マイクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日でも対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル:精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・ 精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
 - ・ また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル:精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
 - ・ 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることに留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

精神科救急医療体制整備事業

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2

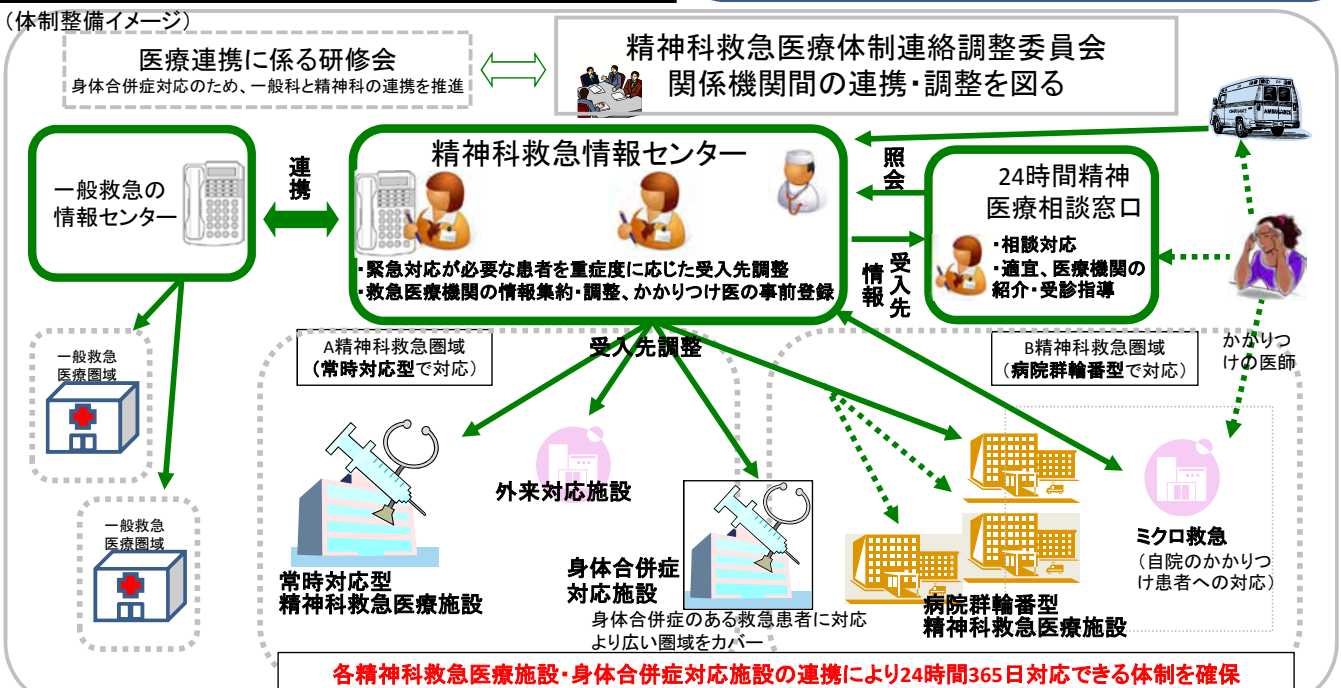
【事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会、医療連携研修会等
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業、マイクロ救急体制確保事業

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。
2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



精神科救急都道府県別 窓口設置状況

○：設置 △：（年度内）設置予定 ×：未設置

	相談窓口	情報センター		相談窓口	情報センター		相談窓口	情報センター		相談窓口	情報センター
1 北海道	○	○	14 神奈川県	○	○	27 大阪府	○	○	40 福岡県	○	○
2 青森県	×	×	15 新潟県	×	×	28 兵庫県	○	○	41 佐賀県	×	×
3 岩手県	○	○	16 富山県	○	○	29 奈良県	○	○	42 長崎県	○	○
4 宮城県	×	○	17 石川県	○	○	30 和歌山県	×	×	43 熊本県	○	○
5 秋田県	×	○	18 福井県	○	○	31 鳥取県	○	×	44 大分県	×	○
6 山形県	×	○	19 山梨県	×	○	32 島根県	○	○	45 宮崎県	×	○
7 福島県	○	○	20 長野県	○	○	33 岡山県	○	○	46 鹿児島県	×	○
8 茨城県	×	○	21 岐阜県	○	○	34 広島県	○	○	47 沖縄県	○	○
9 栃木県	△	○	22 静岡県	○	○	35 山口県	○	○			
10 群馬県	×	○	23 愛知県	○	○	36 徳島県	×	△			
11 埼玉県	○	○	24 三重県	○	○	37 香川県	×	○			
12 千葉県	○	○	25 滋賀県	○	○	38 愛媛県	×	○			
13 東京都	○	○	26 京都府	○	○	39 高知県	×	×			

47都道府県中

- 相談窓口設置 29/47
- 情報センター設置 40/47
- 両方設置 28/47
- " 未設置 5/47

平成24年10月1日現在 精神・障害保健課調べ

精神科救急医療体制の都道府県別の状況

常時対応＋輪番 15カ所、 常時対応のみ 1カ所、 輪番のみ 24カ所

都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数					1精神科救急圏域当たり施設数
					合計	輪番	常時	身体	輪＋身	
北海道	5,498,916	21	8	687,365	67	67	0	0	0	8
青森県	1,395,886	6	6	232,648	22	22	0	0	0	4
岩手県	1,334,814	9	4	333,704	14	9	4	1	0	4
宮城県	2,318,956	7	1	2,318,956	25	25	0	0	0	25
秋田県	1,097,588	8	5	219,518	19	13	1	5	0	4
山形県	1,168,752	4	3	389,584	7	7	0	0	0	2
福島県	2,036,146	7	4	509,037	25	25	0	0	0	6
茨城県	2,973,174	9	1	2,973,174	28	27	1	0	0	28
栃木県	1,995,901	6	1	1,995,901	1	0	1	0	0	1
群馬県	1,998,558	10	1	1,998,558	14	13	1	0	0	14
埼玉県	7,140,929	10	2	3,570,465	40	38	2	0	0	20
千葉県	6,161,921	9	4	1,540,480	43	38	1	0	4	11
東京都	12,662,461	12	4	3,165,615	40	37	2	1	0	10
神奈川県	8,906,590	11	1	8,906,590	52	46	6	0	0	52
新潟県	2,378,853	7	2	1,189,427	26	26	0	0	0	13
富山県	1,092,885	4	2	546,443	28	28	0	0	0	14
石川県	1,160,206	4	3	386,735	16	16	0	0	0	5
福井県	806,428	4	2	403,214	10	10	0	0	0	5
山梨県	860,559	4	1	860,559	9	9	0	0	0	9
長野県	2,153,802	10	3	717,934	17	16	1	0	0	6
岐阜県	2,076,675	5	2	1,038,338	15	15	0	0	0	8
静岡県	3,760,801	16	8	470,100	10	9	0	0	1	1
愛知県	7,249,626	12	3	2,416,542	43	42	0	1	0	14
三重県	1,844,293	4	2	922,147	13	13	0	0	0	7

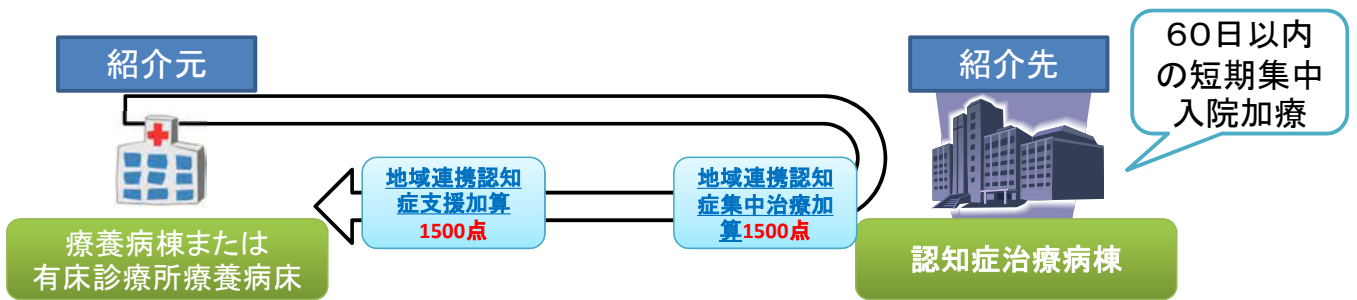
都道府県名	人口	2次医療圏数	精神科救急医療圏数	精神科救急1圏域当たり人口(人)	精神科救急医療施設数					1精神科救急圏域当たり施設数
					合計	輪番	常時	身体	輪＋身	
滋賀県	1,390,927	7	3	463,642	10	10	0	0	0	3
京都府	2,547,225	6	2	1,273,613	13	11	2	0	0	7
大阪府	8,681,623	8	4	2,170,406	38	27	0	11	0	10
兵庫県	5,580,139	10	5	1,116,028	36	35	1	0	0	7
奈良県	1,406,701	5	1	1,406,701	9	8	1	0	0	9
和歌山県	1,025,613	8	3	341,871	7	6	1	0	0	2
鳥取県	592,213	3	3	197,404	8	8	0	0	0	3
島根県	718,218	7	7	102,603	12	12	0	0	0	2
岡山県	1,934,057	5	2	967,029	12	12	0	0	0	6
広島県	2,852,728	7	7	407,533	8	6	1	1	0	1
山口県	1,455,401	8	3	485,134	27	27	0	0	0	9
徳島県	791,242	6	3	263,747	13	12	0	1	0	4
香川県	1,009,794	1	2	504,897	13	12	0	0	1	7
愛媛県	1,450,262	6	1	1,450,262	7	7	0	0	0	7
高知県	766,426	4	4	191,607	8	8	0	0	0	2
福岡県	5,043,494	13	4	1,260,874	78	78	0	0	0	20
佐賀県	855,968	5	3	285,323	16	16	0	0	0	5
長崎県	1,440,853	8	6	240,142	35	34	1	0	0	6
熊本県	1,828,471	11	2	914,236	43	43	0	0	0	22
大分県	1,201,901	6	1	1,201,901	23	22	0	1	0	23
宮崎県	1,147,867	7	3	382,622	21	20	0	1	0	7
鹿児島県	1,713,984	9	4	428,496	42	42	0	0	0	11
沖縄県	1,413,583	5	4	353,396	20	20	0	0	0	5
合計	126,923,410	354	150	846,156	1,083	1,027	27	23	6	9

※2次医療圏数については、平成24年4月現在。
 ※人口については、住民基本台帳人口(平成23年3月末現在)による。
 ※精神科救急医療施設数は、平成24年10月現在のもの。
 ※「常時」は常時対応型、「身体」は身体合併症対応施設を指す。

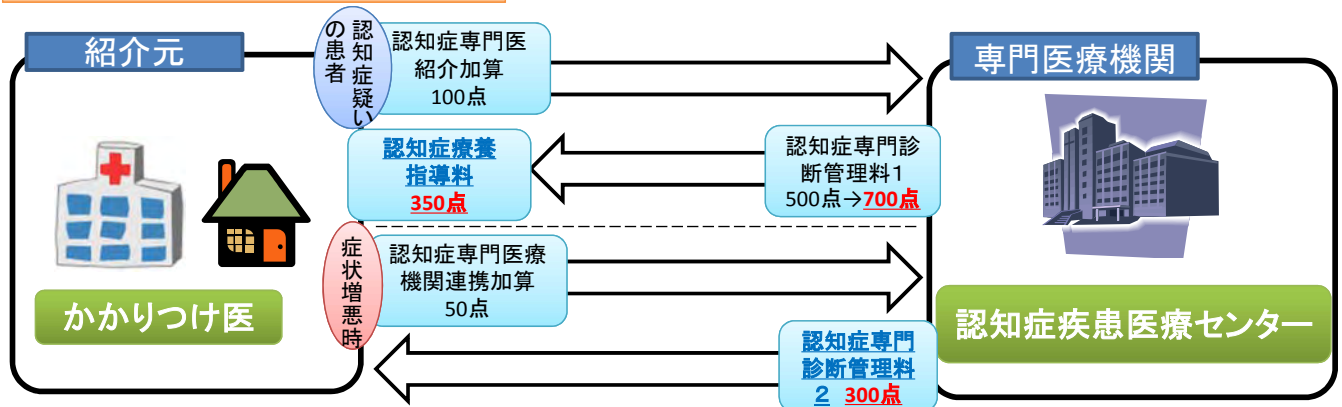
(H24年10月1日現在)

認知症医療連携の評価

医療連携の評価

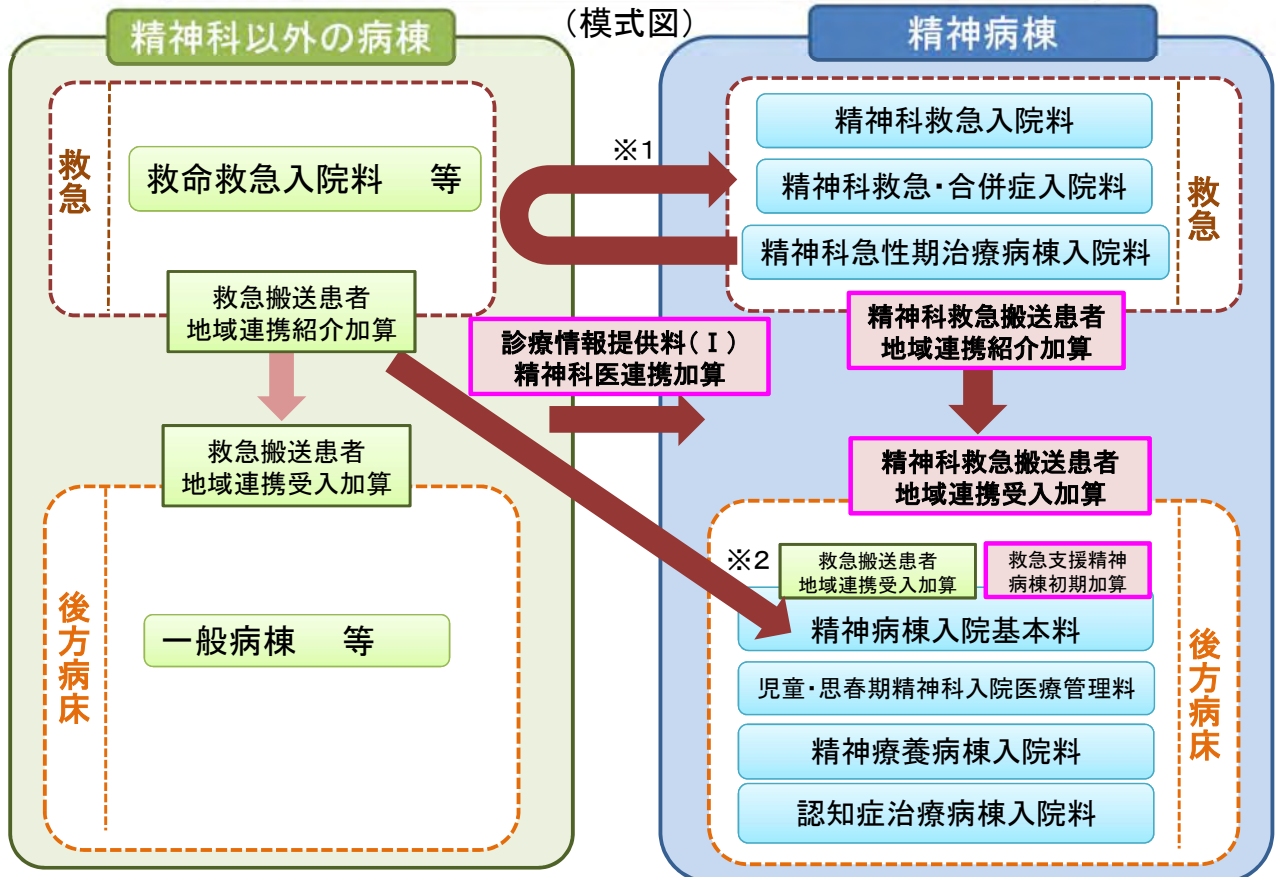


認知症外来医療の評価



精神科医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図)



※1 精神科救急入院料等の要件を見直し、手術等の目的で一時的に転棟あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定できる。

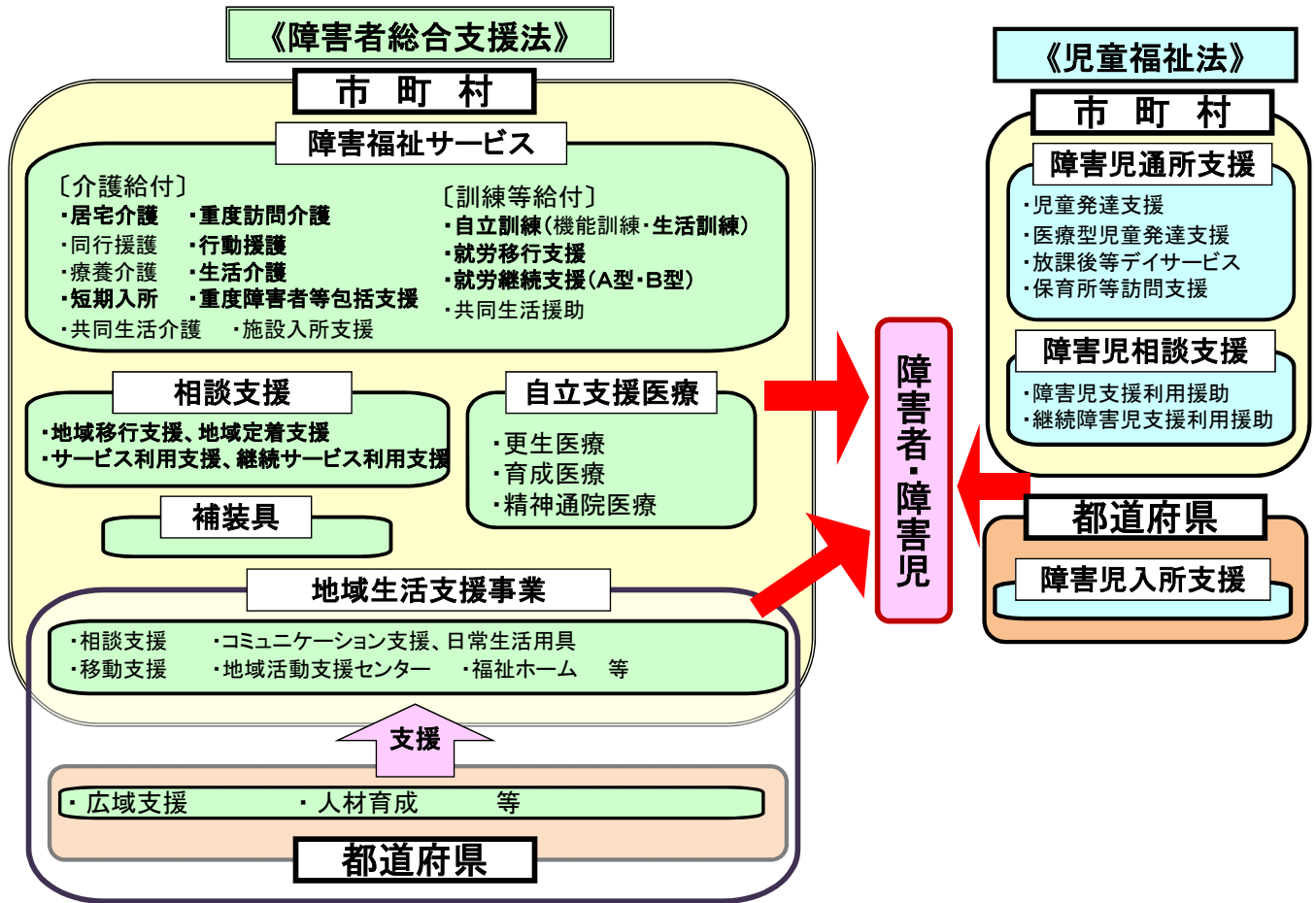
※2 救急搬送患者地域連携受入加算の要件を見直し、精神病棟入院基本料においても算定できる。

地域連携に関する主な診療報酬(精神科関係)

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合	1,000点
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	他の保険医療機関において区分番号A238-6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合	2,000点
診療情報提供料(I) 精神科医連携加算	精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合	200点
診療情報提供料(I) 認知症専門医紹介加算	当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合	100点
診療情報提供料(I) 認知症専門医療機関連携加算	既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合	50点
認知症専門診断管理料1	他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合	700点
認知症専門診断管理料2	地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合	300点
地域連携認知症集中治療加算	療養病床に入院中の患者が、BPSDの増悪等のため専門的な短期集中入院加算が必要となった際に、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行い、状態の落ち着いた後に、紹介元の医療機関が受け入れた場合の連携について評価	1,500点 (退院時)
地域連携認知症支援加算		1,500点 (再転院時)

3. 精神障害者の居宅等における 保健医療福祉サービスについて (5) 地域連携(医療と福祉の連携等)

障害者・障害児に対する支援体系



精神障害者の障害福祉サービスの利用状況

- 平成25年3月現在、障害福祉サービスを利用している精神障害者は、12.7万人（実人員）。
- 障害福祉サービスの種類ごとの利用状況を見ると、約2.1万人が住まいの場としてグループホーム、ケアホームを利用している。
- 日中活動の場としては、就労継続支援B型が4.9万人、就労継続支援A型が0.9万人、就労移行支援が0.9万人と就労系サービスの利用が最も多く、次いで日常生活上の訓練等を行う自立訓練（生活訓練）が0.7万人となっている。
- 平成24年4月から個別給付化された地域相談支援は、地域移行支援を442人、地域定着支援を646人が利用している。

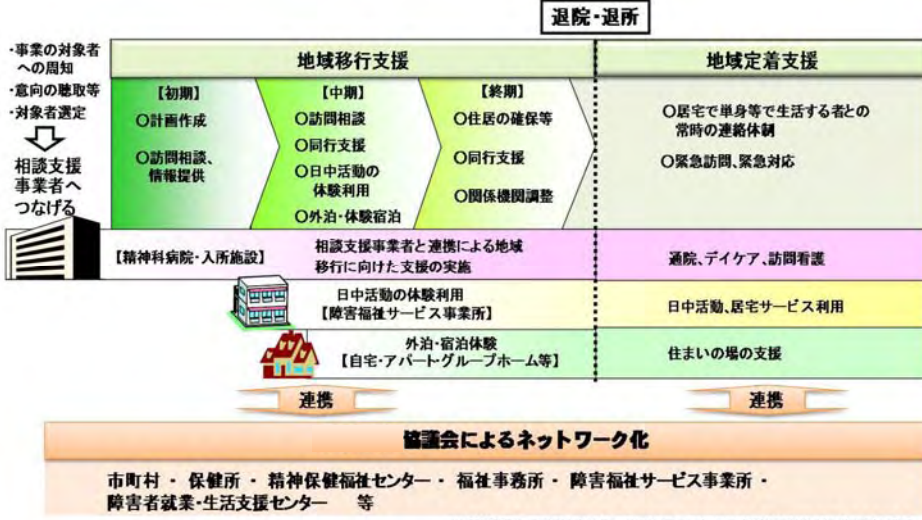
サービス種類	平成25年3月				
	利用者数（人）				
	総数	障害種別内訳			
身体障害者		知的障害者	精神障害者	障害児	
居宅介護	138,390	64,115	23,304	40,976	9,995
重度訪問介護	9,262	8,910	306	40	6
行動援護	7,125	353	3,811	37	2,924
重度障害者等包括支援	35	17	18	0	0
同行援護	19,321	18,981	143	28	169
療養介護	19,122	16,561	2,545	8	8
生活介護	245,221	73,685	167,719	3,753	64
短期入所	35,023	9,073	18,925	1,009	6,016
共同生活介護	55,321	4,176	43,211	7,925	9
施設入所支援	134,247	41,566	92,006	662	13
共同生活援助	26,408	843	12,522	13,036	7
自立訓練（機能訓練）	2,722	2,671	30	21	0
自立訓練（生活訓練）	13,207	647	5,426	7,122	12
宿泊型自立訓練	4,351	71	1,438	2,842	0
就労移行支援	26,426	2,651	14,280	9,477	18
就労移行支援（養成施設）	181	180	1	0	0
就労継続支援A型	27,404	5,891	11,646	9,860	7
就労継続支援B型	166,361	21,661	94,989	49,644	67
計	930,127	272,052	492,320	146,440	19,315
計画相談支援	26,237	7,122	10,488	8,325	302
地域移行支援	547	27	78	442	0
地域定着支援	1,282	189	446	646	1
相談支援を含む計	958,193	279,390	503,332	155,853	19,618

（出典）国保連データ（3月サービス提供実績）

地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の概要

地域移行支援・・・障害者支援施設、精神科病院に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。
地域定着支援・・・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ (イメージ)



報酬単価

(地域移行支援)

- 地域移行支援サービス費 2,300単位/月
- 退院・退所月加算 2,700単位/月 (退院・退所月に加算)
- 集中支援加算 500単位/月 (月6日以上面接・同行による支援を行った場合に加算)
- 障害福祉サービス事業の体験利用加算 300単位/日
- 体験宿泊加算 (I) 300単位/日
- 体験宿泊加算 (II) 700単位/日
- 特別地域加算 +15/100

(地域定着支援)

- 地域定着支援サービス費 [体制確保分] 300単位/月 [緊急時支援分] 700単位/日
- 特別地域加算 +15/100

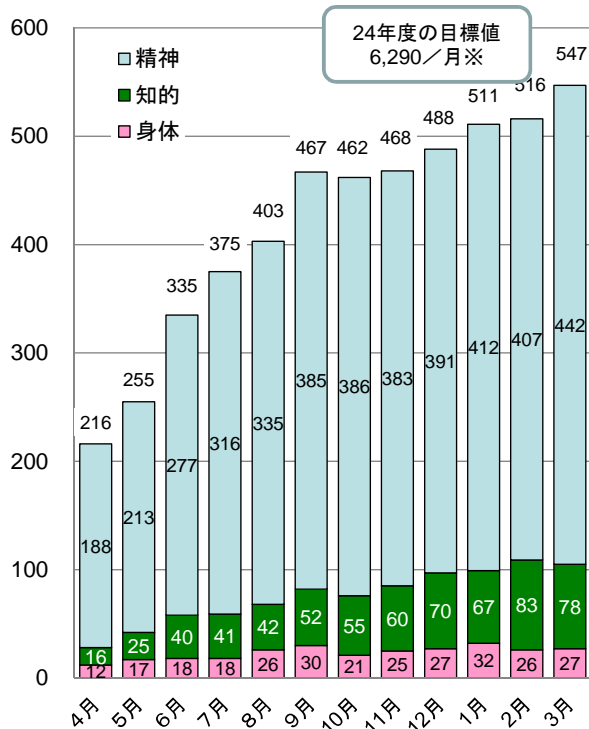
	地域移行支援	地域定着支援
事業所数	262事業所	255事業所
利用者数	547人	1,282人

国保連平成25年3月実績

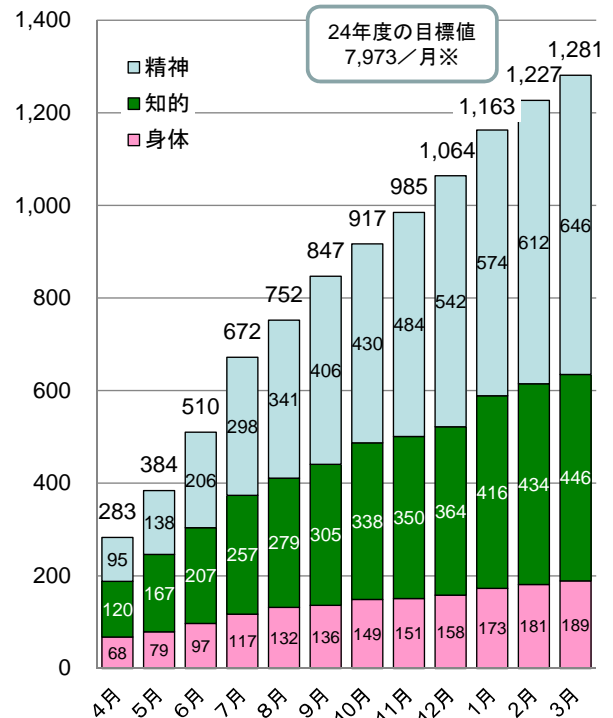
相談支援の利用状況 (平成24年4月～)

国保連集計

地域移行支援



地域定着支援



宿泊型自立訓練の地域移行・地域支援機能の強化

改正障害者自立支援法の施行に伴い、平成24年度からは**宿泊型自立訓練と就労継続支援などの日中活動サービスやショートステイの事業等**を組み合わせて実施しやすくするとともに、**新たに創設する地域移行支援・地域定着支援を組み合わせて実施すること**等により、病院・入所施設からの地域移行・地域生活への定着を一層促進。

～H24.3.31

H24.4.1～

▲ 改正障害者自立支援法の施行・新体系移行の期限

精神障害者生活訓練施設、知的障害者通 勤寮など旧体系施設

(昼夜を通じた社会復帰のため訓練等)

※旧体系施設については、平成24年4月
から新体系へ移行

地域移行・地域生活支援機能の強化を図る観点
等から**宿泊型自立訓練の規制を見直し**

- ① **標準利用期間が3年の場合の報酬設定の見直し等**
 - ・ 長期間入院していた者等の減額単価(162単位)の適用時期を現行の2年から標準利用期間である3年を超える場合に延長。
 - ・ 支給決定プロセスの見直しに伴い、長期入院者に加え、長期のひきこもりなど長期の支援が必要な場合は、標準利用期間を3年とするよう、自治体・事業者等に周知。
- ② **短期入所を行う場合の要件緩和(空床の利用)**
宿泊型自立訓練等においても、必要な人員を配置した場合には、空床等を利用して短期入所事業が実施できるよう、基準を見直し。
- ③ **看護職配置加算の創設**
医療的な支援を充実させるため、看護職員の配置を評価する加算を創設。など

宿泊型自立訓練

(夜間における地域生活のための訓練等)

※ 看護職の配置を評価

+

事業者の選択により、次のサービス
を組み合わせて実施

日中活動サービスの実施

(自立訓練(生活訓練)、就労継続支援B型など)

ショートステイの実施

(再入院の予防・悪化時の受け入れなど)

地域移行支援・地域定着支援の実施

(新生活の準備支援、24時間の相談支援体制、緊急時対応など)

⇕

⇕

連携

★相談支援の充実

- ・ ケアマネジメントの導入によりサービス利用計画案を重視
- ・ 相談支援体制の強化(地域移行支援・地域定着支援の個別給付化)など

医療連携体制加算について

医療連携体制加算 (平成21年4月新設、24年4月拡充(※))

※平成21年4月に医療連携体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)、24年4月に(Ⅲ)・(Ⅳ)をそれぞれ創設。

対象サービス

- 指定基準上、看護職員(保健師、看護師又は准看護師)の配置を要しない事業所
児童発達支援、放課後等デイサービス、短期入所、共同生活介護、自立訓練(生活訓練)
就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助、宿泊型自立訓練

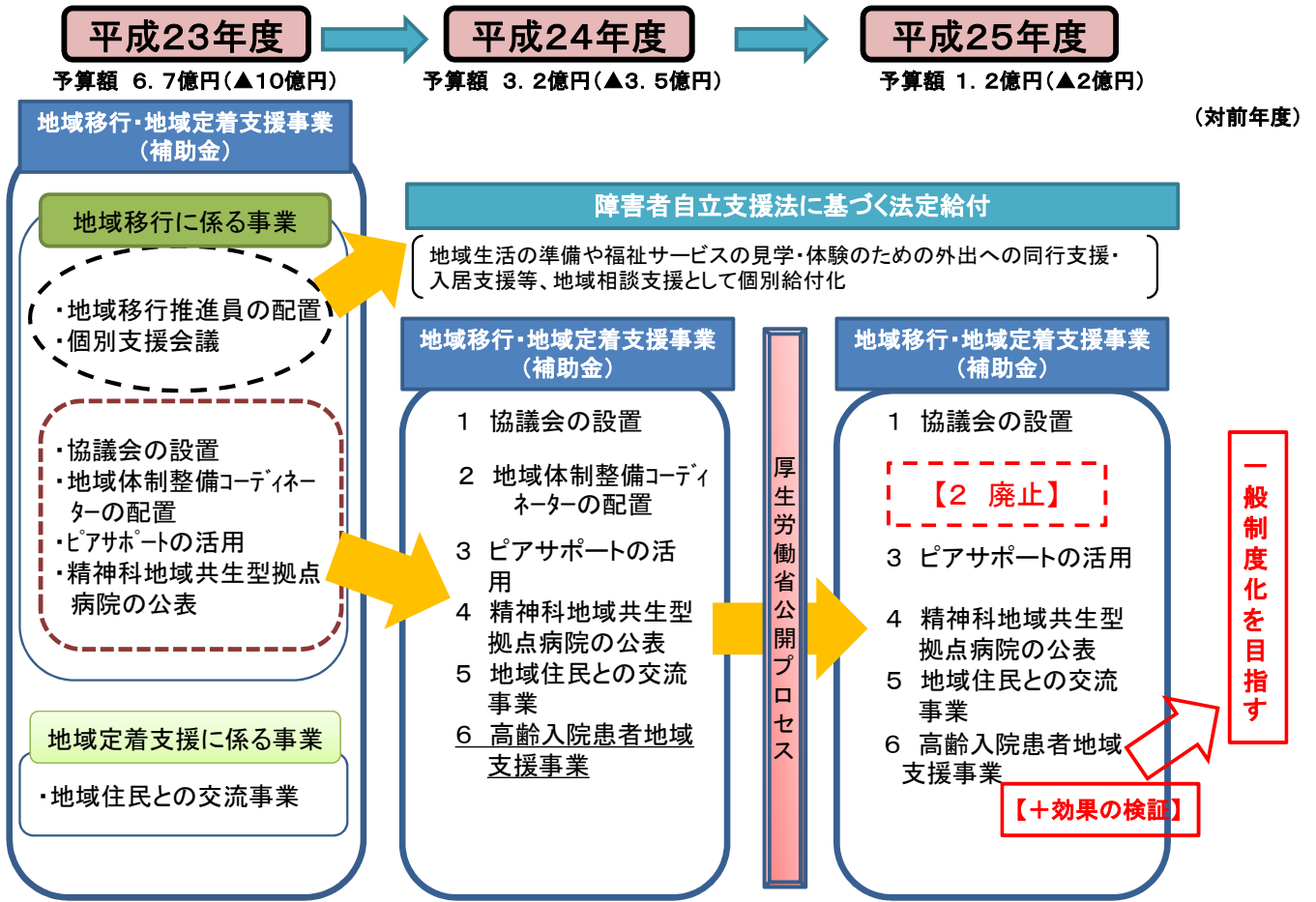
内容

- 医療的なケアを要する者に対し、医療機関又は訪問看護ステーションとの契約に基づく連携により、当該医療機関又は当該訪問看護ステーションから看護職員の訪問を受けて提供される看護について評価する。
- 看護職員の配置規定のない障害福祉サービスにおいて、看護職員が直接看護の提供をせず、介護職員等のたんの吸引等に係る指導のみを行った場合について評価する。また、研修を受けた介護職員等が看護職員の指導の下、たんの吸引等を実施した場合について評価する。

報酬

- 1人の利用者に対して看護を行った場合【医療連携体制加算(Ⅰ)】 → 500単位(利用者1人1日)
- 2人以上の利用者に対して看護を行った場合【医療連携体制加算(Ⅱ)】
→ 250単位(利用者1人1日)
- 看護職員が介護職員等に対し、たんの吸引等に係る指導のみを行った場合【医療連携体制加算(Ⅲ)】
→ 500単位(看護職員1人1日)
- 介護職員等が看護職員の指導の下、たんの吸引等を実施した場合【医療連携体制加算(Ⅳ)】
→ 100単位(利用者1人1日)

平成25年度「精神障害者地域移行・地域定着支援事業(補助金)」の予算について



高齢入院患者地域支援事業(平成24年度～)について

【現状】

- ・ 65歳以上の入院患者が50.3%、うち5年以上の入院患者は35.2%(平成23年精神・障害保健課調べ)
- ※5年以上かつ65歳以上の入院患者の多くは、統合失調症患者。
- ・ 高齢精神障害者に特化した退院支援に向けた専属の職員や専門部署が設置されている病院は少なく、病院独自の取組に委ねられてきた。
- ・ 高齢精神障害者の場合、入院期間の長期化等や高齢化による生活機能や意欲の低下から、退院に向けた支援に時間や人手を要するが多い。

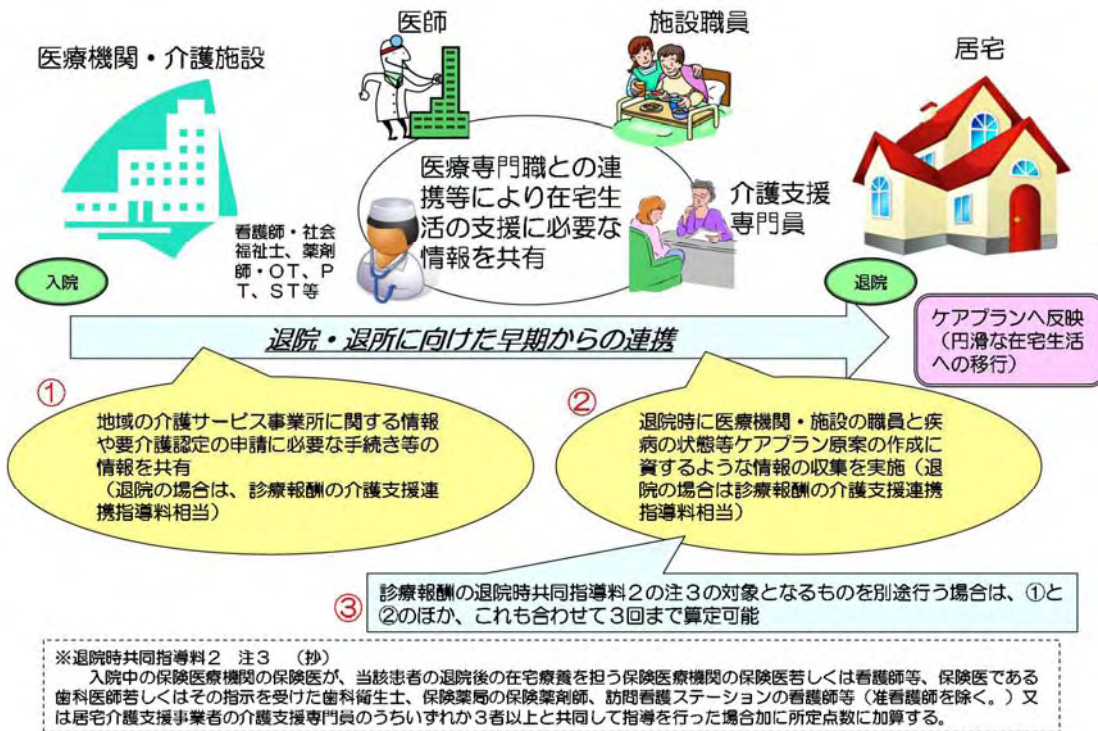
◆高齢入院患者地域支援事業(平成24年度～)

- ・ 平成24年度予算において、精神障害者地域移行・地域定着支援事業のメニューとして、長期高齢の入院患者に対して、院内の専門職種と地域の関係者がチームとなり、退院に向けた包括的な支援プログラムを実施し、地域移行を目指すための事業を新設



介護保険の医療との連携を評価する加算の概要

- 医療との連携を強化する観点から、介護支援専門員が医療機関に訪問して情報提供した場合等や在宅患者緊急時等カンファレンスに参加した場合に評価を行う。
- ・ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位（医療機関に訪問して情報提供した場合）
入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位（上記以外の場合）
 - ・ 退院・退所加算 300単位（入院等期間中3回まで）
 - ・ 緊急時等居宅カンファレンス加算 → 200単位（月2回まで）



退院支援・地域連携クリティカルパスの例

統合失調症急性期の入院医療パス(例)

	入院時	1週目	2~3週	4~6週	7~10週	アウトカム
検査 診断	血液検査			血液検査		
治療ケ ア方針	治療計画策定 家族への説明	治療チームへ の指針の策定	作業療法導入の 検討、家族面談	治療計画・治療チ ームへの指針、家族面 談、服薬指導導入や デイケア導入検討		自立的な生活
薬物 療法	非定型抗精神病 薬初回量投与	効果を見て投 与量上げる	効果を見て抗精 神病薬変更	不必要な薬の整理 薬物の効果を見て ECT検討	薬物継続	維持量
看護 ケア	自殺・興奮リス ク、睡眠食事把 握	同左	睡眠食事把握 不安への傾聴 他患との関係援 助	入院経緯の振返り 外出・外泊の振返り	服薬指導	服薬 自己管理
行動 範囲	病棟内静養	同左(興奮等 があれば一時 隔離室使用)	同伴外出	単独外出 外泊	退院日決定	自由
アウトカ ム	安全性確保	睡眠・休息 確保	睡眠/休息の量 的・質的確保、 食事・洗面入 浴・洗濯自立	外出・外泊の安定		退院

(出典:土佐病院パス, 2003)

進化した統合失調症急性期の入院医療パス(例)

患者氏名:

患者が抱える問題:

(身体疾患、家族、経済、住居、他)

今後の方針:

クリニカルパスガイドライン(2004年6月1日)

1. 目的(チーム医療、IC、患者中心)
2. 対象(一般室で過ごせる統合失調症)
3. 除外基準(興奮、混乱、保護室使用)
4. 使用方法(使用方法、評価、バリエーション)

	休息が必要な時期 (Ⅰ期:入院日~1週目)	安定をめざす時期 (Ⅱ期:2~5週目)	退院準備期 (Ⅲ期:6~8週目)	退院時 アウトカム
目標・アウトカム				
薬物療法				
服薬指導				
行動制限	□レッド、□ピンク、□イエロー	□レッド、□ピンク、□イエロー、□グリーン	□レッド、□ピンク、□イエロー、□グリーン	
作業療法				
看護介入				
検査・栄養				
相談支援室				
バリエーション				
各期の評価				

(出典:土佐病院パス, 2007)

クリティカルパス(統合失調症)

	2週間 「おちつけし」	3,4週目 「あせっちょし」	5-7週目 「いってみろし」	8週目 「がんばれし」
目安	カーデックスに入っている間	外泊は早いかなと思う段階	外泊を勧めてみる段階	退院準備の段階
アウトカム	安全の確保, 休息, 睡眠, 服薬がきちんとできる	生活リズムを整える, 不安を緩和する	外泊, 日常生活, 睡眠の改善, 疾病理解, 服薬管理の促進	退院できる, 対処法がわかる
治療・処置		<input type="checkbox"/> 戦略の再検討と共有 <input type="checkbox"/> 副作用・身体合併症の動向のチェック	<input type="checkbox"/> 薬剤指導 <input type="checkbox"/> 副作用・身体合併症の動向のチェック	
行動範囲	行動制限 (要 or 不要)			
必須到達事項	<input type="checkbox"/> 精神運動興奮 (-) <input type="checkbox"/> 自傷他害行為 (-) <input type="checkbox"/> 拒食 (-) <input type="checkbox"/> 正確な服薬	<input type="checkbox"/> 希死念慮 (-) <input type="checkbox"/> トラブル (-)	<input type="checkbox"/> 不眠 (-) <input type="checkbox"/> 自宅での生活 (-) <input type="checkbox"/> 服薬自己管理 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理の促進	<input type="checkbox"/> 精神症状のアセスメント
チェック項目		<input type="checkbox"/> 家族への伝達のためのコーディネート <input type="checkbox"/> 退院前訪問の検討	<input type="checkbox"/> 外泊オリエンテーション <input type="checkbox"/> 退院前訪問の実施	<input type="checkbox"/> 退院時処方 <input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 生活指導
社会復帰支援活動	<input type="checkbox"/> 病棟プログラム <input type="checkbox"/> OT処方せん <input type="checkbox"/> 家族への働きかけ			
		<input type="checkbox"/> 心理社会的プログラム <input type="checkbox"/> 個人OT		
			<input type="checkbox"/> 関係機関への調整 <input type="checkbox"/> 諸資源の利用援助	
		<input type="checkbox"/> DC利用の検討	<input type="checkbox"/> DCの準備 <input type="checkbox"/> 訪問看護準備 <input type="checkbox"/> 外来への連絡 <input type="checkbox"/> 自立支援医療の利用	<input type="checkbox"/> 退院オリエンテーション <input type="checkbox"/> サマリーの入力

(出典: 峡西病院、山梨県)

興奮状態による隔離室使用パス

	ステージ1-2 (隔離)	ステージ3-4	ステージ5-6	ステージ7-8 (解除)
行動範囲	隔離室 (拘束・施錠)	隔離室 (施錠のみ) 隔離室 (施錠・解放検討)	隔離室 (食事・入浴時解放) 隔離室 (短時間解放)	
薬物療法	<input type="checkbox"/> 投薬 (初回量) <input type="checkbox"/> 薬物の種類・投与経路の決定	<input type="checkbox"/> 非経口の場合は経口に切り替え <input type="checkbox"/> 薬物継続 (量・種類を随時検討)		
身体療法		m-ECTの検討 (問題行動時・衰弱時)		
精神療法		<input type="checkbox"/> 受容的対応 <input type="checkbox"/> 安心感と保証の提供	行動制限の理解獲得	
看護ケア		<input type="checkbox"/> 共感的傾聴 <input type="checkbox"/> セルフケアレベルのチェック		
生活療法		<input type="checkbox"/> 隔離室にて洗面 <input type="checkbox"/> テレビ・新聞	<input type="checkbox"/> (可能であれば) 服薬指導	
アウトカム		<input type="checkbox"/> 摂食・睡眠の確保 <input type="checkbox"/> ナース援助で服薬可能	<input type="checkbox"/> 簡単な言葉のやりとり <input type="checkbox"/> 観察下の更衣・入浴 <input type="checkbox"/> 排泄の自立	

(出典: 宮本病院)

退院促進クリティカルパス(単身生活・アパート) (例)

		退院導入期	退院準備期	退院時
医師		<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 退院支援に関して本人の意志確認 <input type="checkbox"/> 退院への不安の確認	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> デイ・ケア見学	<input type="checkbox"/> 診察・面接
OT・看護部				
	自立生活能力の援助	(身の回りのこと) <input type="checkbox"/> 生活リズムを整える <input type="checkbox"/> 1か月のやりくりができる <input type="checkbox"/> 入浴準備ができる (時間の活用) <input type="checkbox"/> 趣味をみつける <input type="checkbox"/> 自転車の練習	(対人関係) <input type="checkbox"/> 挨拶ができる (社会資源の利用) <input type="checkbox"/> 銀行・図書館の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 (安全管理) <input type="checkbox"/> 服薬遵守の方法 <input type="checkbox"/> 火の後始末の方法	<input type="checkbox"/> 私物確認 <input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 受診日確認 <input type="checkbox"/> 看護計画評価
	精神面の対応	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる <input type="checkbox"/> 安定した生活が送れる	
	緊急時対応	<input type="checkbox"/> 不安なときの対応 <input type="checkbox"/> 災害時の対応	<input type="checkbox"/> 対人トラブル時対応 <input type="checkbox"/> 病院への対応	

(出典:西紋病院, 2009)

退院用クリティカルパス

	開始日(開講式)までに	導入期	退院準備期	退院前期
治療処置	<input type="checkbox"/> 同意書記入 <input type="checkbox"/> スタッフ紹介	<input type="checkbox"/> 精神科的評価 (LASMI, SECL)		<input type="checkbox"/> 精神科的評価 (LASMI, SECL)
薬剤	<input type="checkbox"/> 薬物自己管理	<input type="checkbox"/> 薬物自己管理 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導
退院計画	<input type="checkbox"/> スタッフミーティング (主治医・病棟・外来・薬局) <input type="checkbox"/> バリエーション検討			
デイケア			<input type="checkbox"/> スタッフとの面談	<input type="checkbox"/> 依頼箋 <input type="checkbox"/> 申込書 <input type="checkbox"/> DC体験エントリー2W前
退院前訪問指導		<input type="checkbox"/> 訪問指導第1回目 <input type="checkbox"/> 訪問指導第2回目	<input type="checkbox"/> 訪問指導第3回目 <input type="checkbox"/> 訪問指導第4回目	<input type="checkbox"/> 訪問指導第5回目 <input type="checkbox"/> 訪問指導第6回目
試験外泊			<input type="checkbox"/> 外泊 1泊2日	
アウトカム	<input type="checkbox"/> 退院支援計画への理解(納得)	<input type="checkbox"/> 良好な睡眠と休息等	<input type="checkbox"/> 意欲, 活動性の改善 <input type="checkbox"/> 発病状況への気づき	<input type="checkbox"/> 単身生活で通所できる <input type="checkbox"/> 再燃, 再発予防の理解

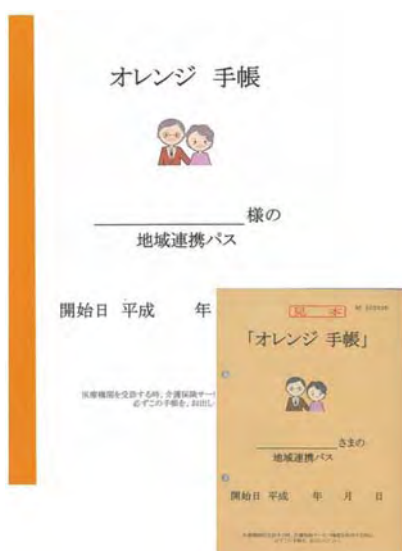
(出典:荒尾こころの郷病院)

再入院防止クリティカルパス（例）

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	<input type="checkbox"/> 通院・服薬ができる <input type="checkbox"/> 作った生活リズムを崩さない	<input type="checkbox"/> 生活ペースに慣れる <input type="checkbox"/> 外来スタッフと話せる	<input type="checkbox"/> 生活ペースの確立 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談	<input type="checkbox"/> 生活の幅の拡大 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談
基本的生活の援助	<input type="checkbox"/> ADLの変化の確認 <input type="checkbox"/> 生活状況を把握			
通院・服薬の援助	<input type="checkbox"/> 通院・服薬の重要性の説明 <input type="checkbox"/> 服薬時間の適切性を把握	<input type="checkbox"/> 服薬に支障をきたす要因に対応 <input type="checkbox"/> 受診状況の把握		<input type="checkbox"/> 処方変更に伴う不安への対応 <input type="checkbox"/> 単独での通院可能性の検討
社会生活の援助	<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度の申請の検討 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の申請の検討 <input type="checkbox"/> 障害年金申請の検討	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況を把握 <input type="checkbox"/> 社会参加に向けた社会資源の検討	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況の再評価
家族への援助	<input type="checkbox"/> 不安の傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の本人への接し方を評価		<input type="checkbox"/> 本人への対応についてのアドバイス	<input type="checkbox"/> 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

（出典：揖保川病院，2009）

手帳形式の認知症地域連携クリティカルパス



—日本精神科病院協会—
オレンジ手帳

http://www.nisseikyo.or.jp/home/about/04hojyokin/2011_1/01.html



—長野県東信地域—
あったか手帳



—大阪大学大学院・医学系研究科—
みまもり・つながりノート

<http://handaiichiikirenkei.com/index.html>



—熊本認知症医療モデル—
火の国あんしん受診手帳
(バインダー形式)

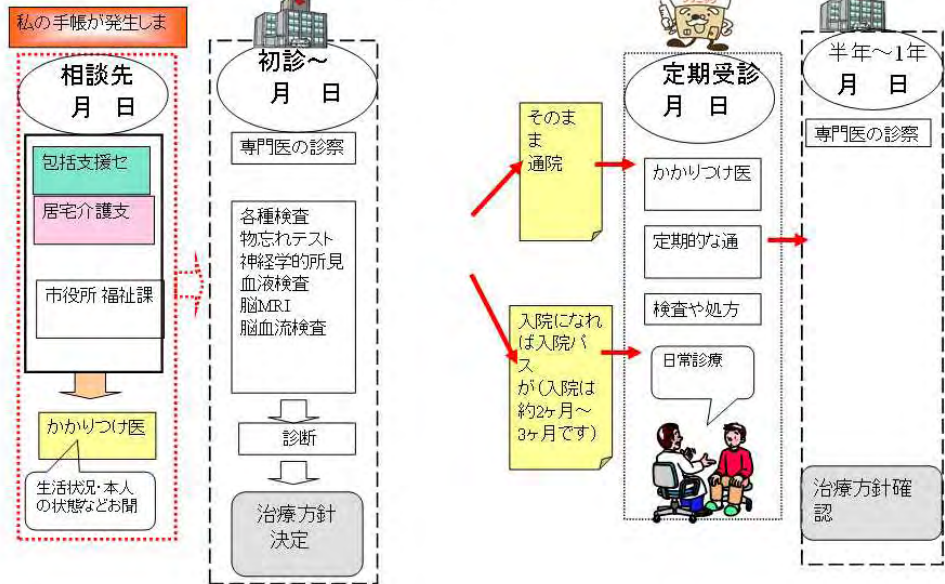
あったか手帳

地域連携クリティカルパス



開始日
平成 年 月 日

認知症連携パスフロー



資料提供: 山田明美氏 (佐久総合病院地域医療連携室)

精神科地域連携クリティカルパス(イメージ) —かかりつけ医が精神科紹介時に患者に手渡す—

表紙 	表紙裏 ＜使い方＞ 患者用 ... 精神科医用 ...	患者・関係者 ・患者氏名: ・かかりつけ医氏名: 連絡先: ・精神科医氏名: 連絡先:	診療情報 (かかりつけ医が紹介時に記載) 既往歴 内服薬 (身体科)	うつ等 治療方針 (逆紹介時に精神科医が記載) 診断 精神科治療経過 今後の方針 特記事項	クリティカルパスシート本体 (地域連携診療計画書イメージ)																																												
					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>逆紹介日</th> <th>1ヶ月</th> <th>3ヶ月</th> <th>6ヶ月</th> <th>処方変更</th> <th>1年</th> <th>処方最終</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>問診・診察(2項目)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>●</td> <td>○</td> <td>●</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>症状評価</td> <td></td> <td>○</td> <td></td> <td>○</td> <td>●</td> <td>○</td> <td>●</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>服用状況確認</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>●</td> <td>○</td> <td>●</td> <td>...</td> </tr> <tr> <td>処方薬変更・中止</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>●</td> <td></td> <td>●</td> <td>...</td> </tr> </tbody> </table>		逆紹介日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	処方変更	1年	処方最終	...	問診・診察(2項目)	○	○	○	○	●	○	●	...	症状評価		○		○	●	○	●	...	服用状況確認	○	○	○	○	●	○	●	...	処方薬変更・中止					●		●
	逆紹介日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	処方変更	1年	処方最終	...																																									
問診・診察(2項目)	○	○	○	○	●	○	●	...																																									
症状評価		○		○	●	○	●	...																																									
服用状況確認	○	○	○	○	●	○	●	...																																									
処方薬変更・中止					●		●	...																																									

○: かかりつけ医 ●: 精神科医

患者・家族セルフチェックシート (アウトカム)

	逆紹介日	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	処方変更	1年	処方最終	...
症状								...
服薬								...
... (下記※参照)								...

◎: とてもよい ○: よい ×: よくない

通信欄
精神科医→
かかりつけ医

症状の特徴:
増悪時のサイン:
ご本人との約束事項:
どんな時に紹介が望ましいか:

通信欄
かかりつけ医
→精神科医

精神科受診依頼ポイント:
(増量・減量・変更・他)

裏表紙
(必要であれば追加)
作成者

※生活能力・身体評価: 精神状態、症状管理、服薬管理、睡眠コントロール、食事、清潔、金銭管理、対人関係、疼痛、活動意欲

地域移行に関する主な診療報酬(精神科関係)

	要件	その他	点数
精神科退院指導料	・精神科医、看護師、作業療法士、精神保健福祉士が共同する ・必要に応じ、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所と連携	退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定	320点
精神科地域移行支援加算	上記条件で入院期間が1年以上の者	上記条件で入院期間が1年以上の者	200点
精神科退院前訪問指導料	・医師の指示の元、看護師、作業療法士、精神保健福祉士でも可 ・必要に応じ、障害福祉サービス事業所や相談支援事業所と連携	円滑な退院のため、退院後の療養上の指導を行う	380点
精神科地域移行実施加算	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神病棟における入院期間が5年を超える患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者について、所定点数に加算する		10点
精神療養病棟入院料における退院調整加算	退院支援部署による支援で退院した場合の評価		500点
認知症治療病棟入院料退院調整加算	退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う		300点
認知症療養指導料	専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価		350点

4. 精神障害者のチーム医療について

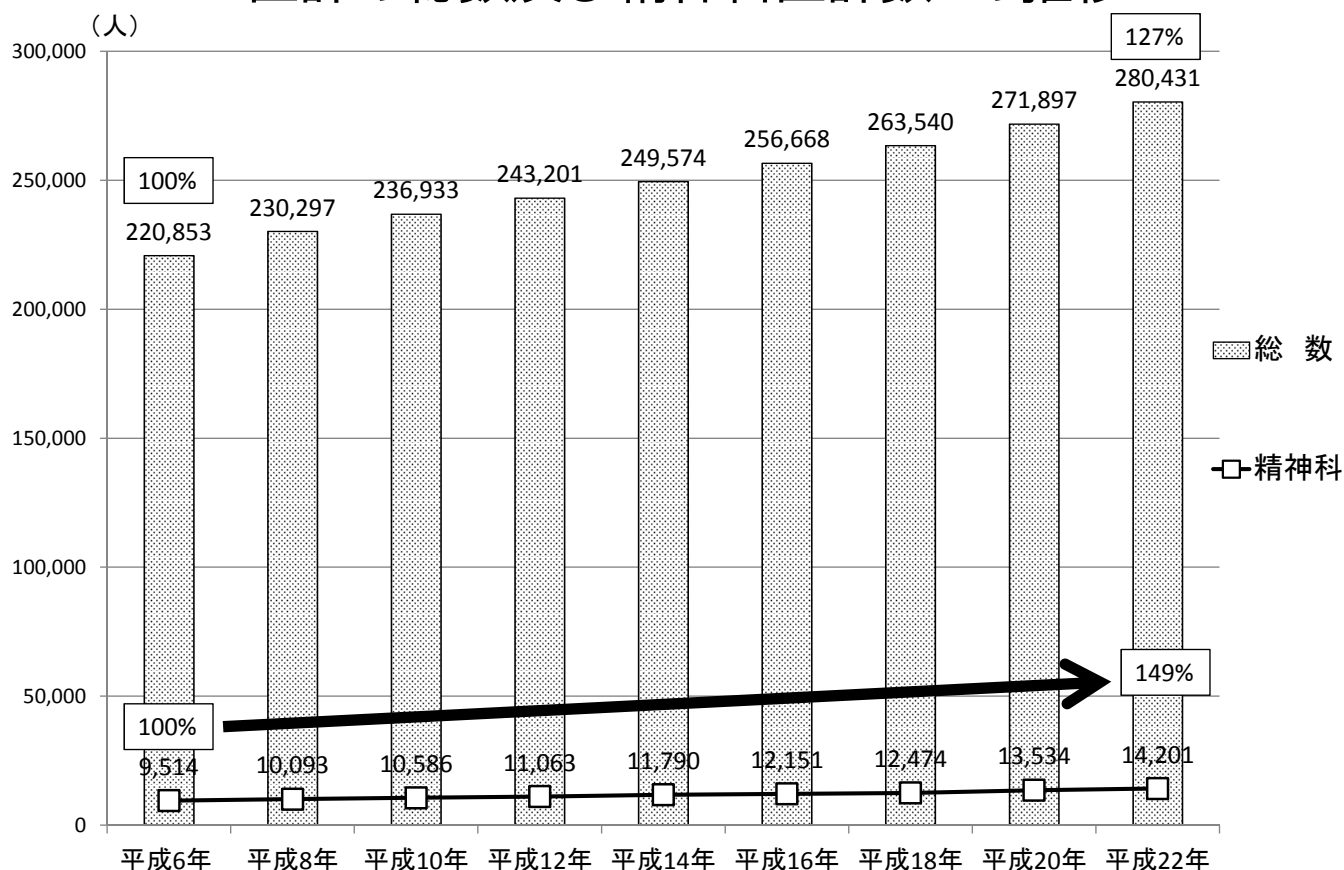
精神科医療提供体制の国際比較

	精神病 床 人口万 対	精神科病 院以外の 精神病床 割合 (%)	精神科医		精神科看護師		精神科ソーシャルワ ーカー*	
			人口10万対 数	1人当たりの 病床数	人口10万対 数	1人当たりの 病床数	人口10万対 数	1人当たりの 病床数
日本	28.4	27.5	9.4	30.2	59.0	4.8	5.0	56.8
アメリカ	7.7	59.7	13.7	5.6	6.5	11.8	33.6	2.8
イギリス	5.8	-	11.0	5.3	104	0.6	58.0	1.0
イタリア	4.6	100	9.8	4.7	32.9	1.4	2.7	6.3
カナダ	19.3	53.0	12.0	16.1	44.0	4.4	-	-
ドイツ	7.5	40.0	11.8	6.4	52.0	1.4	-	-
フランス	12.0	41.7	22.0	5.5	98.0	1.2	-	-
ロシア*	11.8	-	11.0	10.7	54.0	2.2	0.6	196.7
オーストラ リア	3.9	69.2	14.0	2.8	53.0	0.7	-	-
韓国	13.8	54.4	3.5	39.4	10.1	13.7	-	-
中国	1.1	17.9	1.3	8.5	2.0	5.5	-	-

資料: Jacob KS, et al. Lancet 370: 1061-1077, 2007.

*ロシアおよび精神科ソーシャルワーカーの数値(斜字): Atlas country profiles on mental health resources, WHO, 2001

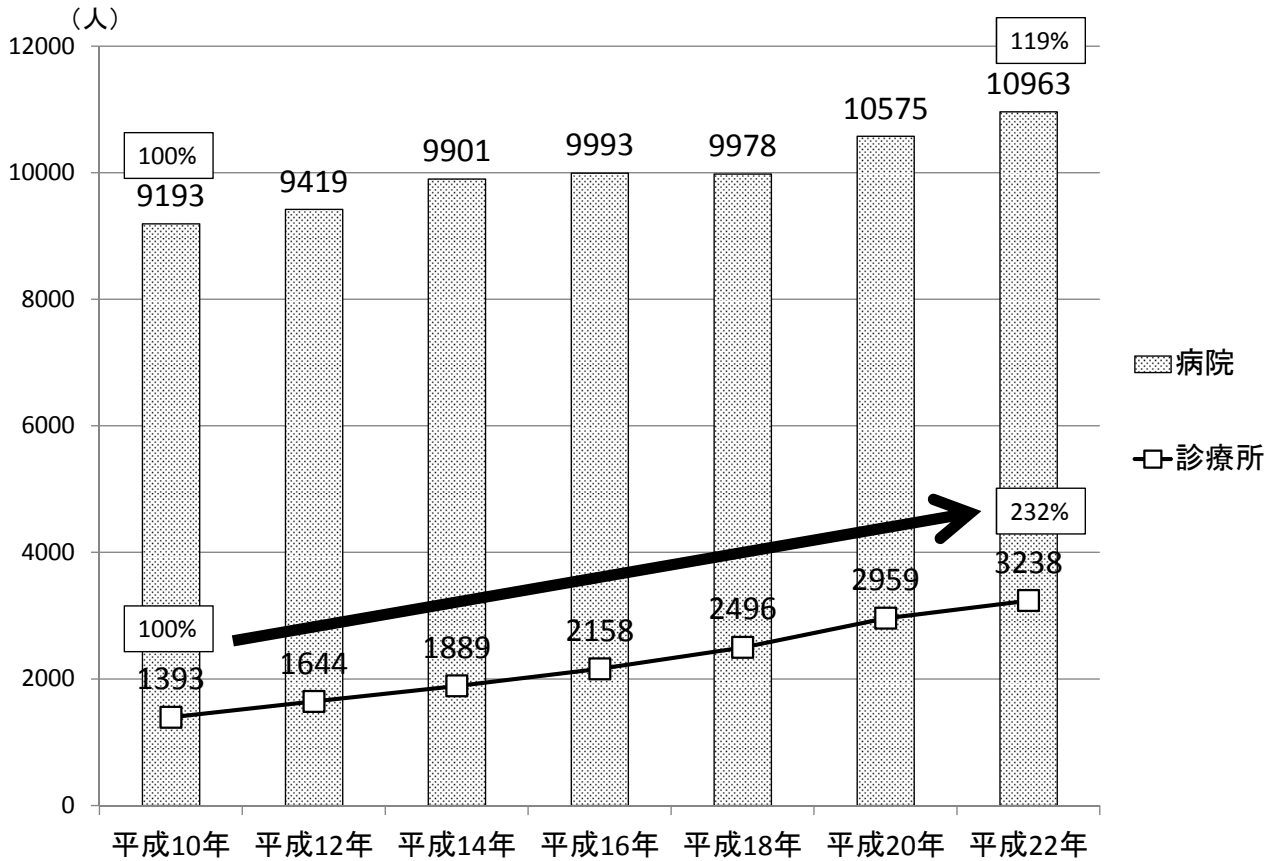
医師の総数及び精神科医師数※の推移



※主たる診療科が精神科の医師

出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査

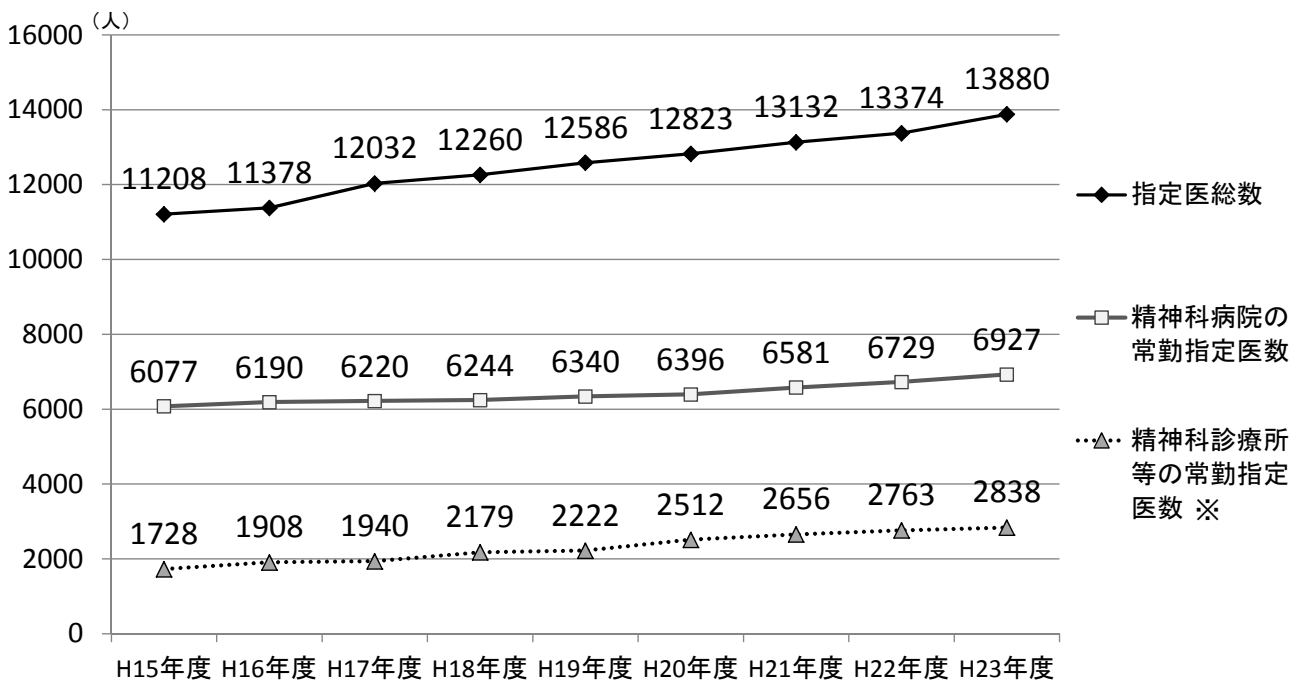
病院・診療所別にみた精神科医師数※の年次推移



※主たる診療科が精神科の医師

出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査

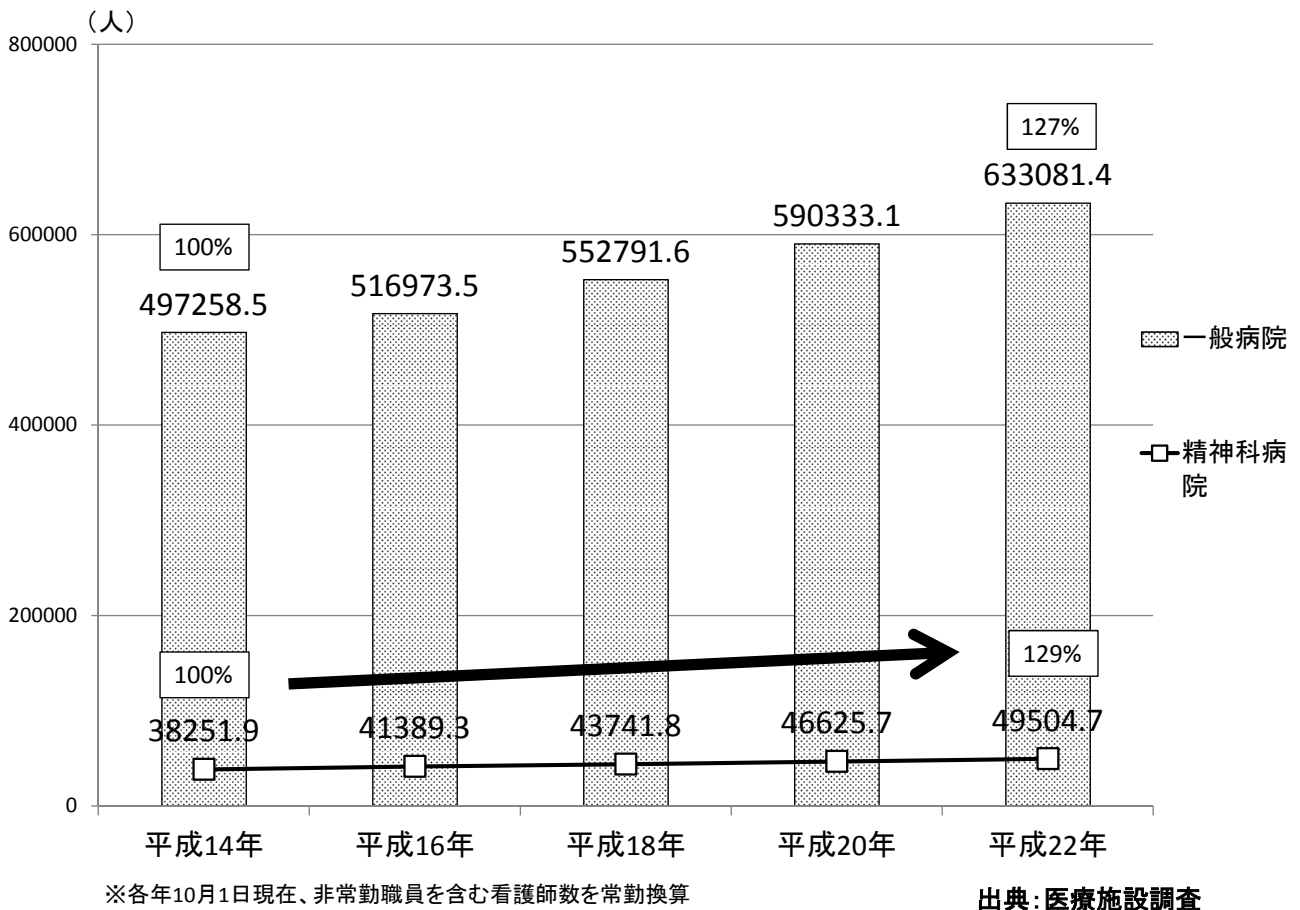
精神保健指定医数の推移



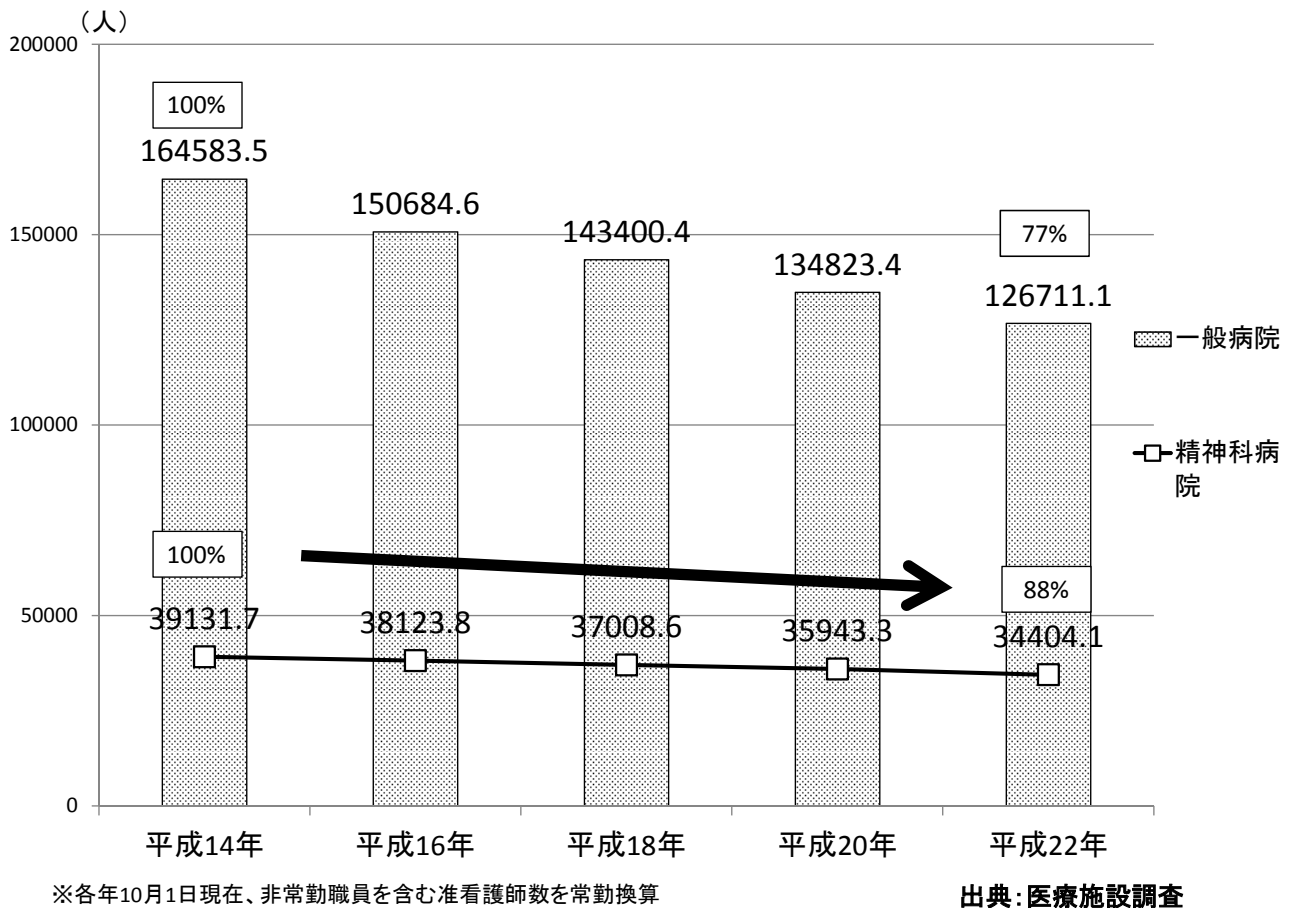
※以下のいずれかに該当する医療機関を精神科診療所と定義。
 ・医療法に基づく標榜科目を「精神科」「神経科」としている診療所
 ・精神病床を有しない病院の「精神科」「神経科」外来
 ・精神科外来を行っている精神保健福祉センター

精神障害保健課調べ
 指定数: 各年度3月末現在
 精神科病院の常勤指定医数・精神科診療所の常勤指定医数: 各年度6月末現在

一般病院及び精神科病院の看護師数の年次推移

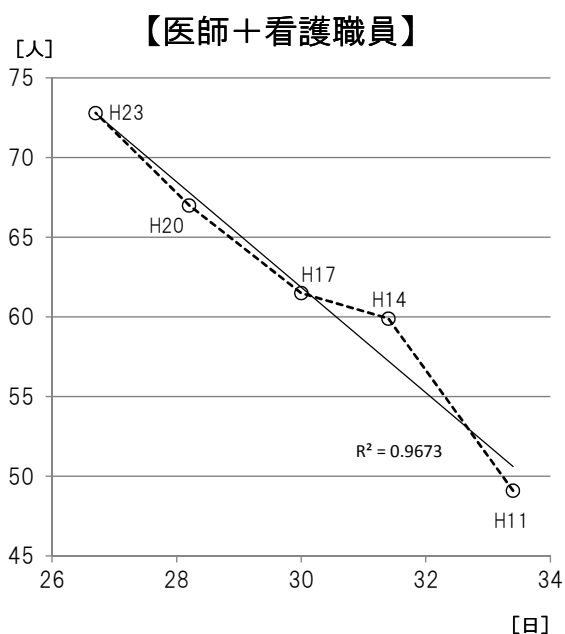
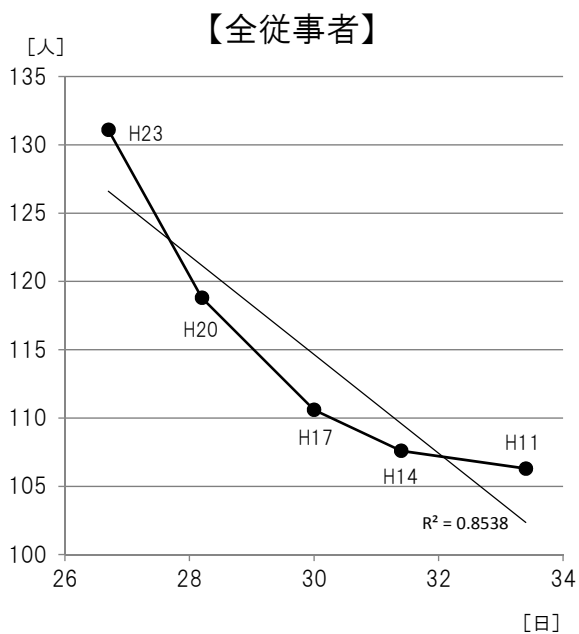


一般病院及び精神科病院の准看護師数の年次推移



100床あたり従事者数と平均在院日数(一般病院)

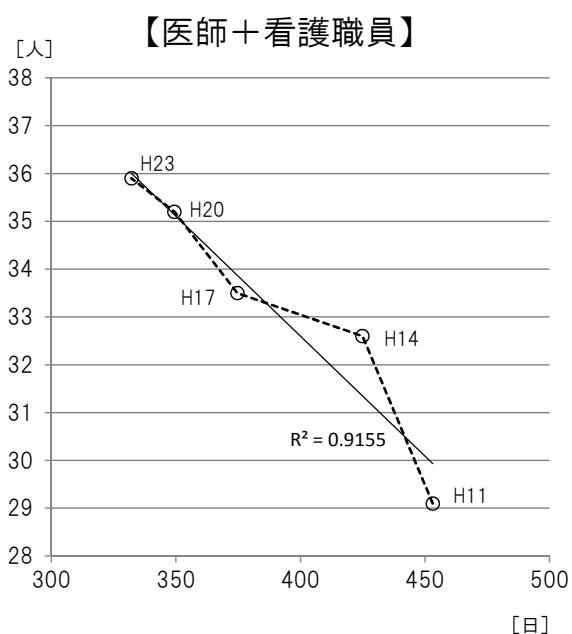
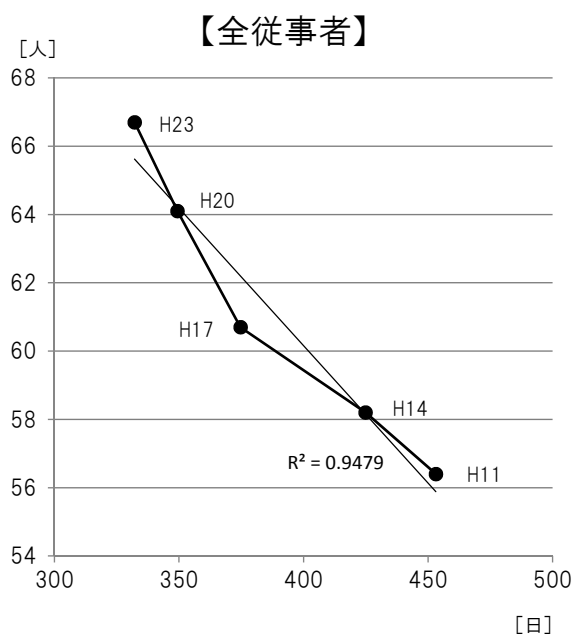
■一般病院	平成11年	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年
全従事者[人]	106.3	107.6	110.6	118.8	131.1
医師+看護職員[人]	49.1	59.9	61.5	67	72.8
平均在院日数[日]	33.4	31.4	30	28.2	26.7



各年「病院報告」を基に作成

100床あたり従事者数と平均在院日数(精神科病院)

■精神科病院(精神病院) ※精神病床を有する一般病院は含まない	平成11年	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年
全従事者[人]	56.4	58.2	60.7	64.1	66.7
医師+看護職員[人]	29.1	32.6	33.5	35.2	35.9
平均在院日数[日]	453.1	424.9	374.7	349.4	332.2

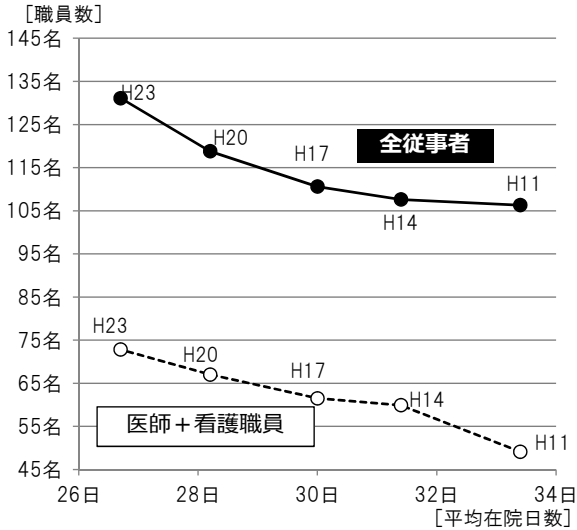


各年「病院報告」を基に作成

100床あたり従事者数と平均在院日数(一般病院・精神科病院の比較)

■一般病院

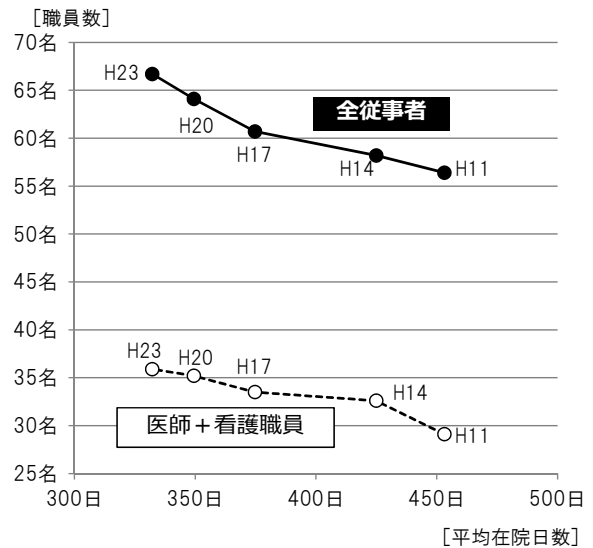
	平成 11年	平成 14年	平成 17年	平成 20年	平成 23年
全従事者 [人]	106.3	107.6	110.6	118.8	131.1
医師+看護 職員[人]	49.1	59.9	61.5	67	72.8
平均在院日 数[日]	33.4	31.4	30	28.2	26.7



■精神科病院(精神病院)

※精神病床を有する一般病院は含まない

	平成 11年	平成 14年	平成 17年	平成 20年	平成 23年
全従事者 [人]	56.4	58.2	60.7	64.1	66.7
医師+看護 職員[人]	29.1	32.6	33.5	35.2	35.9
平均在院日 数[日]	453.1	424.9	374.7	349.4	332.2



各年「病院報告」を基に作成

精神保健福祉士の配置状況

医療



9,391人

○病院	7,723人
精神科病院	5,593人(1施設あたり5.2人)
一般病院	2,130人(1施設あたり0.3人)

○一般診療所 1,668人

出典: 病院:平成23年病院報告(平成23年10月1日現在)※常勤換算
一般診療所:平成23年医療施設調査(平成23年10月現在) ※常勤換算

福祉



1,400人

○精神障害者社会復帰施設	435人	○障害者支援施設等	873人
生活訓練施設	244人	障害者支援施設	31人
福祉ホーム(B型)	84人	地域活動支援センター	839人
入所授産施設	9人	福祉ホーム	3人
通所授産施設	75人		
小規模通所授産施設	21人	○その他の社会福祉施設等	92人
福祉工場	2人		

出典:平成23年社会福祉施設等調査(平成23年10月現在) ※常勤換算

保健等



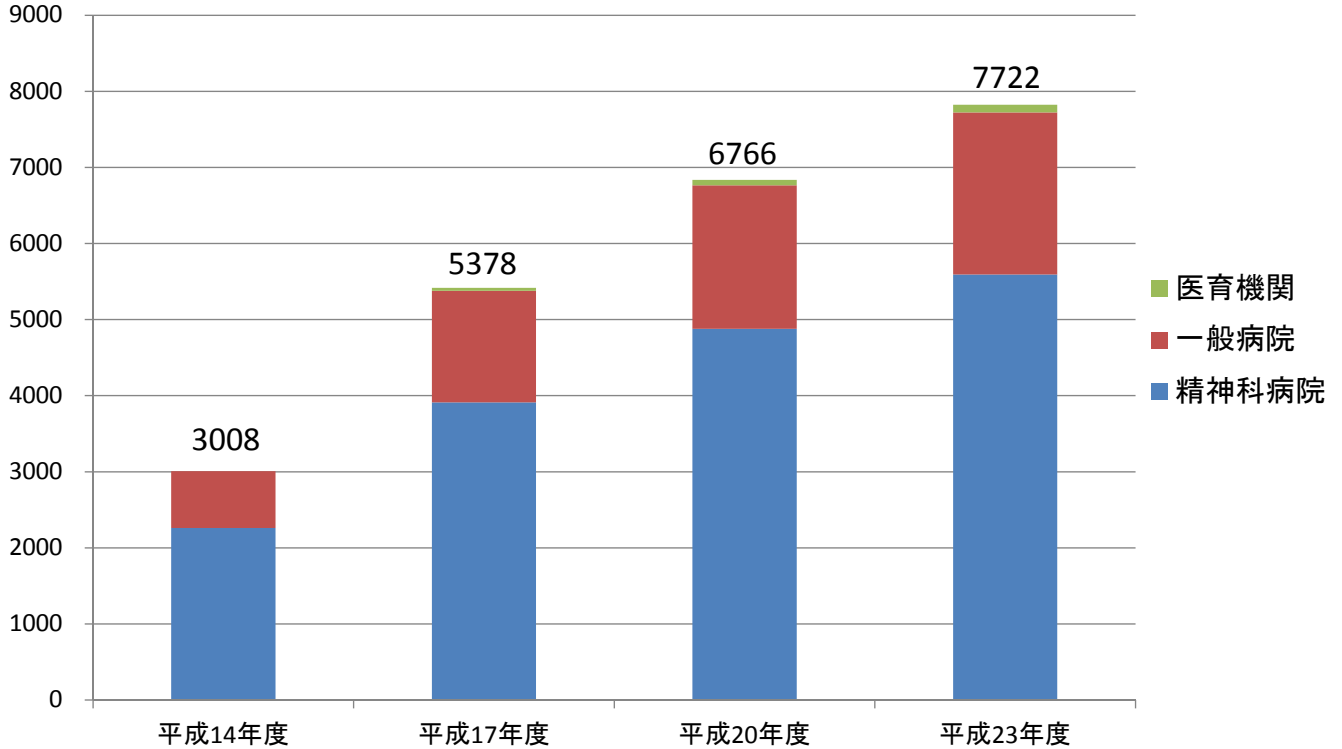
1,519人

※資格の再掲を含む

○精神保健福祉センター	108人(資格の再掲)	出典:平成23年度衛生行政報告例(平成23年度末現在) ※実数
○保健所	686人(資格の再掲)	出典:平成23年度地域保健・健康増進事業報告(平成23年度末現在) ※実数
○市町村	583人(資格の再掲)	出典:平成23年度地域保健・健康増進事業報告(平成23年度末現在) ※実数
○保護観察所(社会復帰調整官)	142人	出典:法務省 ※実数(採用時に把握している精神保健福祉士の資格取得者数)

医療機関における精神保健福祉士数の推移(常勤換算)

常勤換算(人)

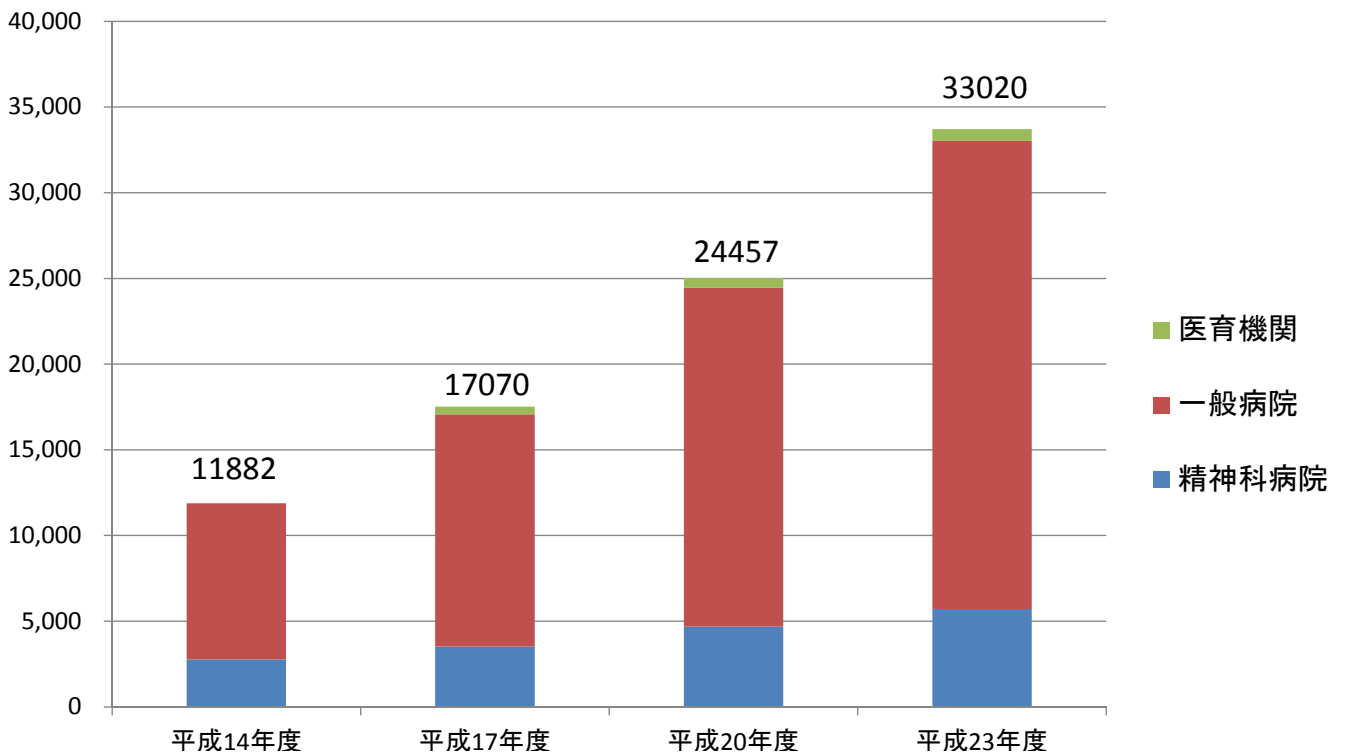


※平成17年度より医育機関の常勤換算人数を算定

出典: 医療施設調査

医療機関における作業療法士数の推移(常勤換算)

常勤換算(人)

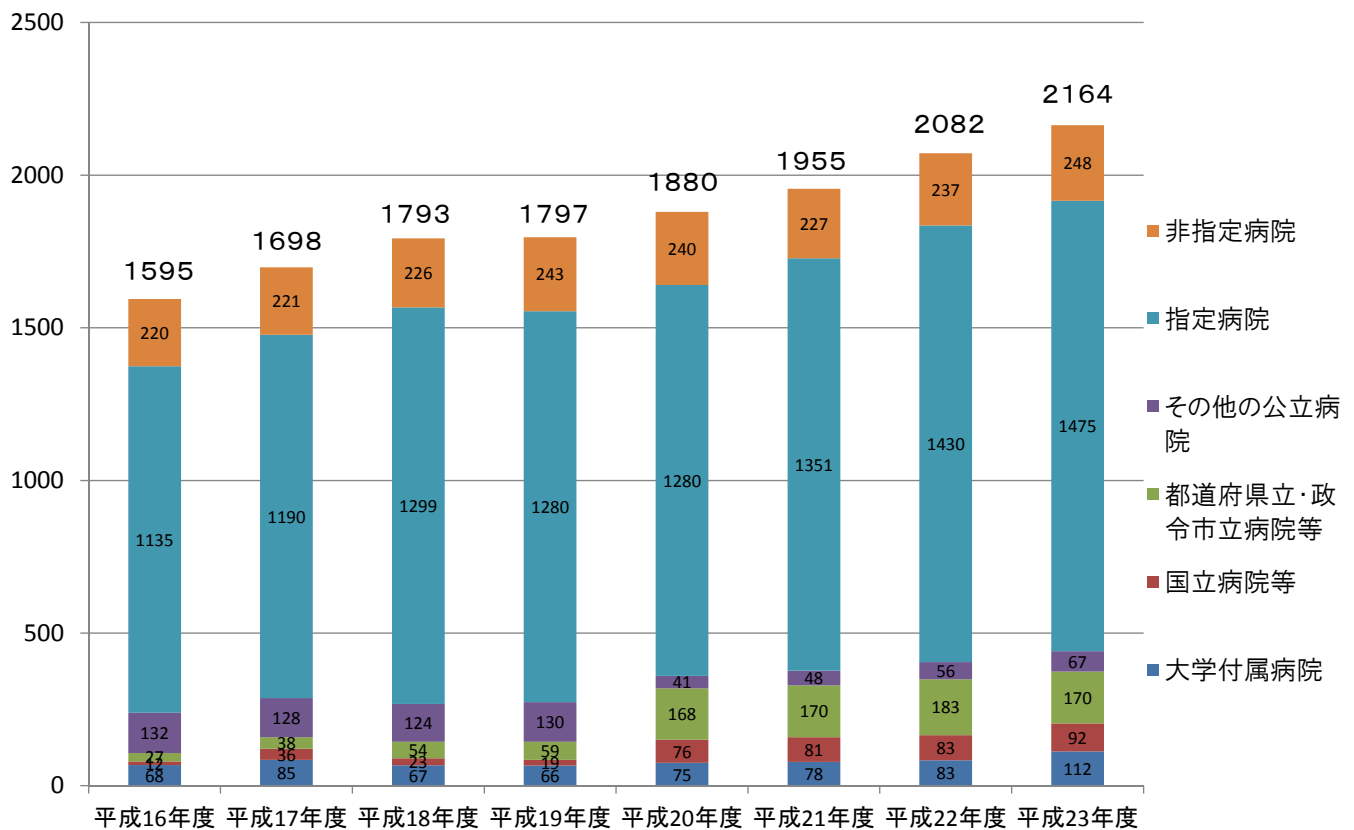


※平成17年度より医育機関の常勤換算人数を算定

出典: 医療施設調査

精神科病院における臨床心理技術職数の年次推移

常勤の従事者数(人)



出典：精神保健福祉資料(6月30日調査の概要)

平成24年度診療報酬改定 チーム医療に係る診療報酬上の評価

精神科リエゾンチーム加算の新設

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性を有する看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が多職種で連携した場合の評価を新設する。

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

[算定要件]

- ① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね 30 人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師
- ② 精神科等の経験を5年以上有する所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ③ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のいずれか1名

精神科チーム医療に関する主な診療報酬

精神科リエゾンチーム加算

- 精神科医、専門性を有する看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が多職種で連携した場合の評価
- 精神科リエゾンチーム加算 200点

通院/入院集団精神療法

- 精神科医及び、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者で行った場合の評価
- 通院集団精神療法 270点 / 入院集団精神療法 100点

精神科作業療法

- 作業療法士が当該治療を実施した場合の評価
- 精神科作業療法 220点

入院生活技能訓練療法

- 経験のある2人以上の従事者(看護師、准看護師、作業療法士から少なくとも1人、精神保健福祉士、臨床心理技術者、看護補助者から1人)により行った場合の評価
- 入院生活技能訓練療法(6月以内) 100点 / (6月超) 75点

重度アルコール依存症入院医療管理加算

- 医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等による集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供した場合の評価
- 重度アルコール依存症入院医療管理加算(30日以内) 200点 / (30日超) 100点

摂食障害入院医療管理加算

- 医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供した場合の評価
- 摂食障害入院医療管理加算(30日以内) 200点 / (30日超) 100点

5. その他 (1) 関係行政機関

地域精神保健業務を担う行政機関

(1) 保健所

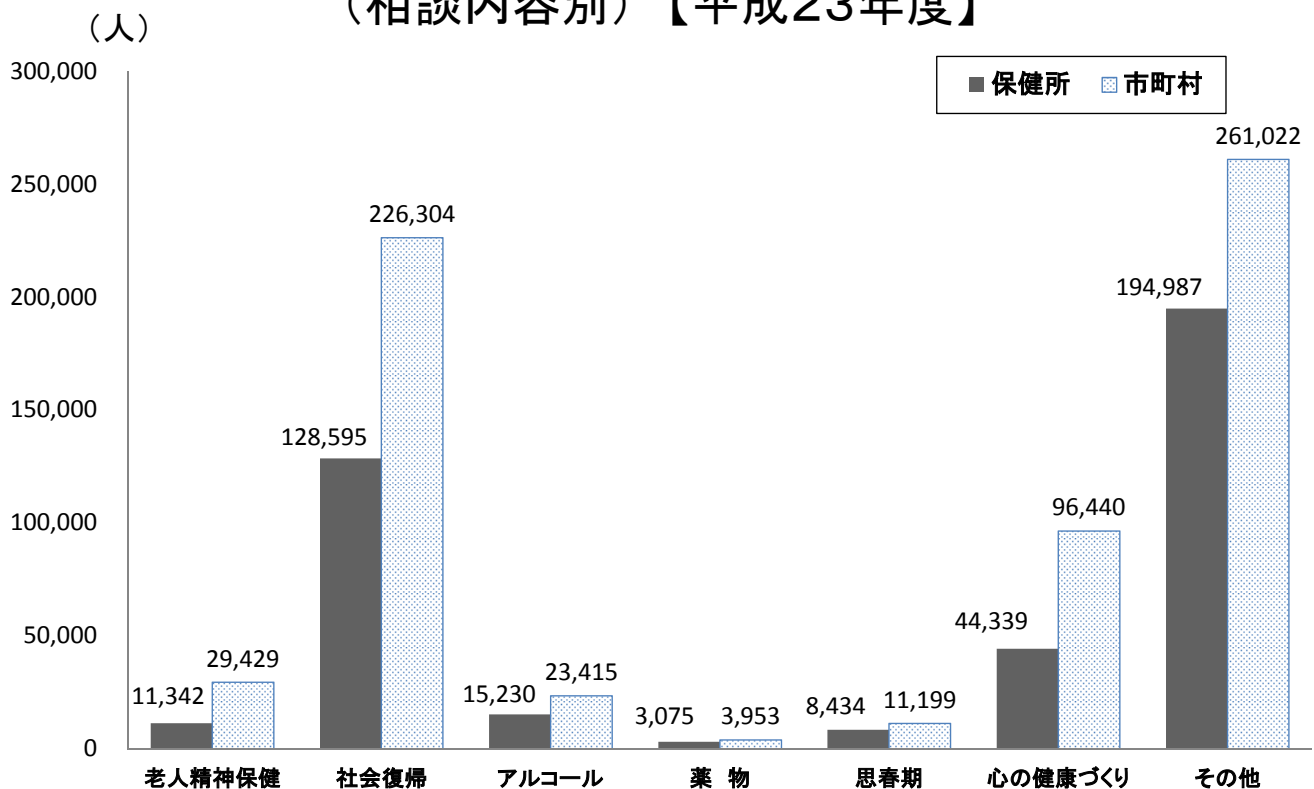
概要

- 設置主体： 都道府県、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区
- 法的根拠(精神保健福祉業務に関するもの)： 地域保健法及び精神保健福祉法
- 財源： 一般財源
- 精神保健に関する業務：
 - ・地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務)の中心的な行政機関
 - ・主に企画調整、普及啓発、研修、組織育成、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び通院医療関係事務、市町村への協力及び連携など、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を実施。
- 設置数： 494か所<平成25年4月1日現在>
- 人員配置： 医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、精神保健福祉相談員、事務職等の必要な職員

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・本人・家族等に、面接・電話等により、保健師・精神保健福祉士等の専門職が相談を行う。
 - ・医師による相談の時間も設けられていることが多い。
 - ・相談内容： 心の健康相談、診療を受けるにあたっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、認知症等
 - ◆訪問
 - ・本人や家族に対して、保健師・精神保健福祉士等の専門職が、居宅を訪問して支援する。
 - ・説明と同意の下に行うことが原則となっているが、危機介入的な訪問等が必要な場合にも行われる。
 - ・相談内容： 医療の継続、受診相談・勧奨、生活指導、社会復帰援助、ひきこもりの相談、家族がかかえる問題等
 - ◆危機介入
 - ・多くの都道府県において、措置通報の受理、措置診察・措置入院の調整や34条移送の審査・実務を担当している。
- ※利用者の負担は無料である。

保健所・市町村が実施した精神保健福祉相談の被指導延人員 (相談内容別)【平成23年度】



地域精神保健業務を担う行政機関 (2) 精神保健福祉センター

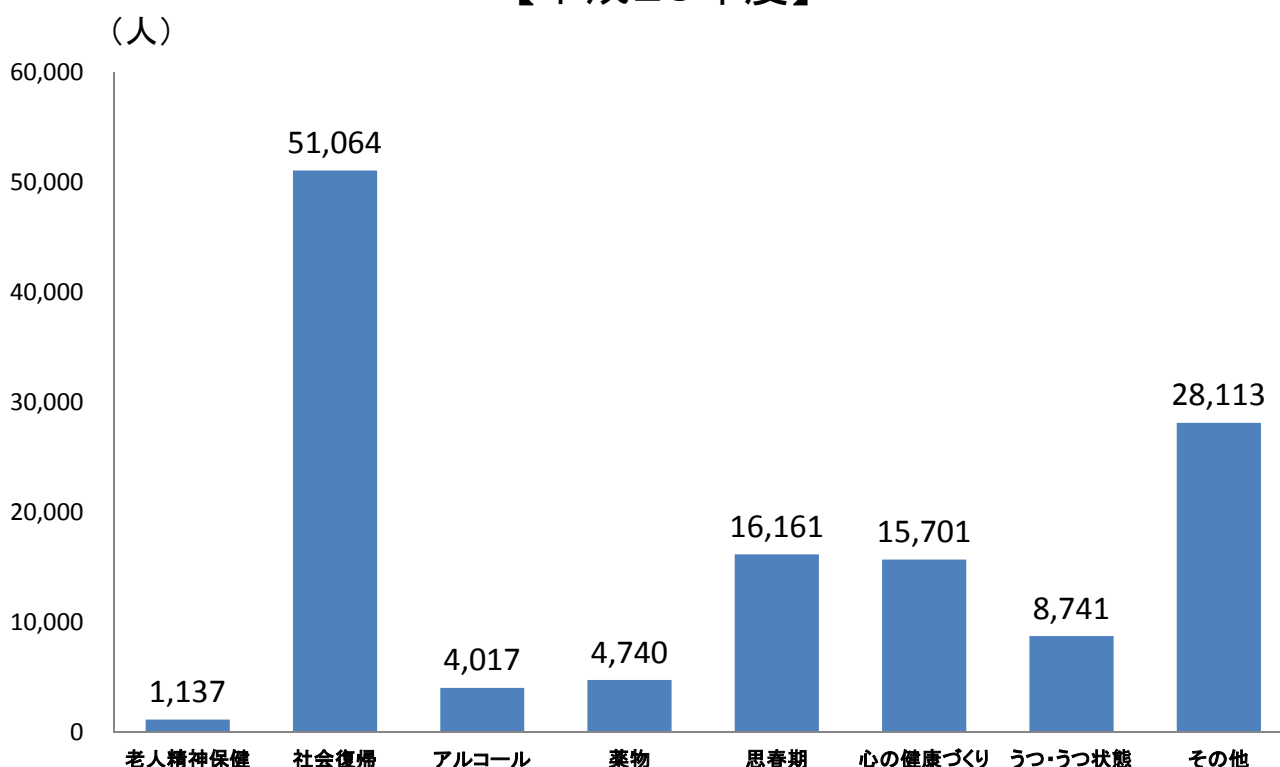
概要

- 設置主体: 都道府県、指定都市
- 法的根拠: 精神保健福祉法
- 財源: 一般財源+補助金(特定相談)
- 精神保健に関する業務:
 - ・精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための総合技術センター
 - ・主に企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、組織育成、精神医療審査会の事務、自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の判定業務などを行う。
- 設置数: 69か所(都道府県: 49、指定都市: 20)〈平成25年4月1日現在〉
- 人員配置: 医師(精神科診療経験を有する者。)、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉相談員、事務職員等 (※入院配置はあくまでも標準的な考え方)

相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難ものを行う。
 - ・相談内容: (一般相談)心の健康相談、精神医療に関する相談、社会復帰相談など
(特定相談)アルコール、薬物、思春期、認知症に関する相談
 - ・また、「心の健康づくり推進事業」による相談窓口を設置している。
 - ◆訪問
 - ・一部のセンターにおいては、訪問指導や保健所職員等に対する技術指導・援助としての同行訪問を行っている。
- ※利用者の負担は無料である。

精神保健福祉センターにおける相談延人員(相談内容別) 【平成23年度】



出典: 平成23年度 衛生行政報告例

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業

25年度予算額 12億5千万円
(自殺関連は内数)

重点課題

○障害を克服し、障害者の地域生活を支える革新的技術を開発するための
先進的・実践的な研究の推進

- 障害発生の予防、原因疾患の治療法開発
- リハビリテーション技術の向上
- 障害を補完する機器の開発 等

○社会保障政策における、きめ細かく効果的な障害者施策の実施のための
科学的根拠に立脚した行政施策の展開

- 施策立案のための調査研究
- エビデンスに基づくガイドラインの作成
- 施策の効果の検証 等

自殺関連課題

- ・(H17～21)自殺対策のための戦略研究 [研究代表者:平安 良雄/大野裕]
- ・(H18～20)自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 [研究代表者:伊藤弘人]
- ・(H19～21)心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究 [研究代表者:加我牧子]
- ・(H19～21)地域における一般診療科と精神科の連携によるうつ病患者/自殺ハイリスク者の発見と支援 [研究代表者:稲垣正俊]
- ・(H21～23)自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究 [研究代表者:伊藤弘人]
- ・(H22～24)自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究 [研究代表者:加我牧子]
- ・(H22～23)自殺対策のための複合的介入法の開発に関する研究 [研究代表者:山田光彦]
- ・(H20～20)ネット世代の自殺関連行動と予防のあり方に関する研究 [研究代表者:竹島正]
- ・(H24～26)自殺対策のための効果的な介入手法の普及に関する研究 [研究代表者:山田光彦]
- ・(H25～27)自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究 [研究代表者:加我牧子]
※関連する他の研究事業を含む。

地域自殺予防情報センター運営事業

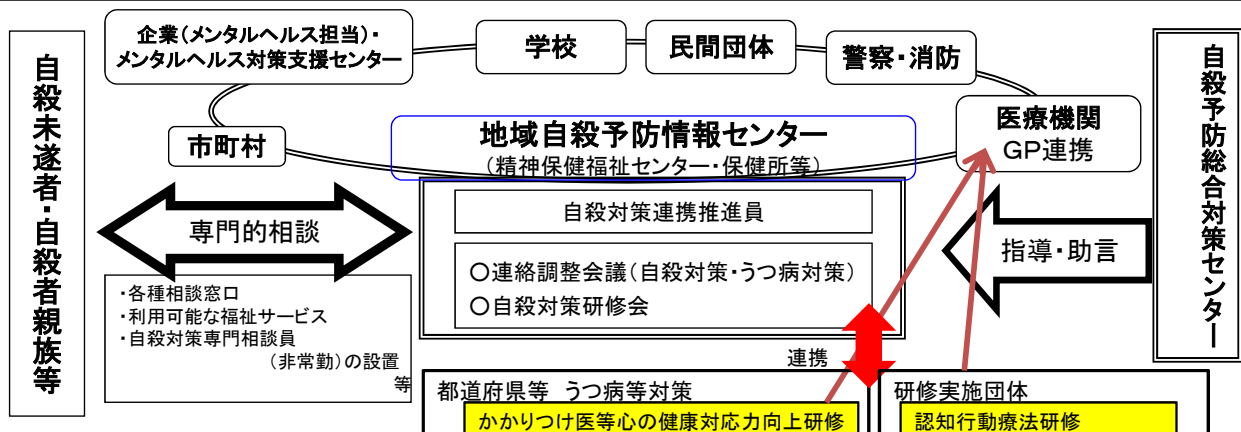
【事業概要】

25年度予算額 6千万円

都道府県・指定都市に地域自殺予防情報センター(精神保健福祉センター、保健所など)を置き、①自殺対策連携推進員及び自殺対策専門相談員の配置や、連絡調整会議の開催により、関係機関のネットワークを強化し、地域の自殺対策の向上を図る、②地域における自殺対策に関する人材を育成するための研修会を行い自殺未遂者・自殺者親族等に対して、適切な支援が提供される体制を整備する。

【現状の課題と対応】

本事業について、
 ・地域における関係機関(行政・医療・教育・警察等)相互の連携を図るには体制が十分ではない
 ・自殺未遂者・自殺者親族に対する個々の実情に応じた相談体制が十分ではない
 といった課題があるため、地域でのきめ細やかな対応が可能となる体制を整備するため地域自殺予防情報センターに、自殺対策連携推進員、自殺対策専門相談員を配置したところ。
 さらに、自殺の主要因に精神疾患があることから、うつ病等の対策と連携し、また、企業のメンタルヘルス担当や学校等とも連携して、地域での総合的な自殺対策を推進する。



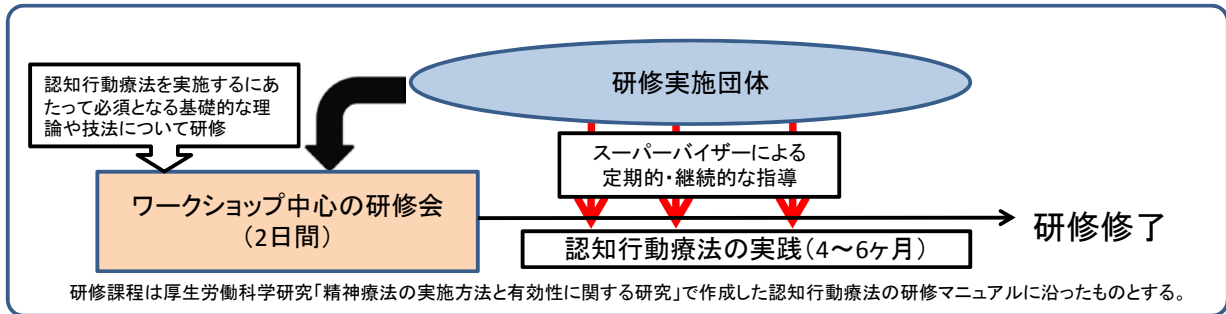
認知行動療法研修事業

25年度予算額 99百万円

【認知行動療法とは】

うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法であり、海外ではうつ病等の精神疾患に対する有効性が示され、広く用いられている一方、国内では十分に普及しておらず、各方面から普及についての要望が出されている。

【目的】うつ病治療において、認知行動療法を薬物療法と併せて実施することによって自殺のリスクを下げる事が知られており、認知行動療法を普及させることは自殺対策としての有用性が高いと考えられる。そのため、主に精神医療において専門的にうつ病患者の治療に携わる者に対し、その普及を図るための研修を行う。



(平成23年度実績)

- ・実施主体 慶應義塾大学医学部
- ・医師向け研修会: 東京、仙台、京都
- ・スーパービジョン受講者 55名
- ・多職種向け研修会は愛媛、鹿児島、東京、札幌、一関、岡山などで開催(受講者数 1,290名)

(平成24年度)

国立精神・神経医療研究センター、千葉大学、滋賀医科大学で実施

自殺未遂者ケア対策事業

【自殺対策基本法】第17条 自殺未遂者に対する支援

自殺未遂者・自殺者遺族ケアに関する検討会(H18.12-H20.3)

「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」の公表

平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」

自殺未遂者ケア・自死遺族ケアに関するガイドラインを作成

- 自殺に傾いた人を支えるために～相談担当者のための指針～
- 自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～
- 自殺未遂者への対応～救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き
- 精神科救急医療ガイドライン 自殺未遂者対応(H21.12公表)

<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>>

自殺未遂者ケア研修(平成20年度～)

救急医療や精神医療で働く医療従事者等を対象に、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐための入院中及び退院後の心理的ケアを中心に、ガイドラインに基づいた研修を開催する。

(実施状況)		平成25年度予算額	7百万円
平成23年度	一般救急版 3回開催(東京・大阪・福岡)	精神科救急版 1回開催(東京)	
平成24年度	一般救急版 3回開催(東京・名古屋・福岡)	精神科救急版 1回開催(大阪)	

平成24年度診療報酬改定について

精神疾患を合併する救急患者の受入の推進

自殺企図等による重篤な患者への精神科救急診療について、救命救急入院料に設けられている加算を精神保健指定医以外の精神科医や自院以外の精神保健指定医でも算定可能とする。

(改) 救命救急入院料 注2加算* 3,000点

1. 事業概要

平成21年度より実施している地域依存症対策推進モデル事業の結果を踏まえ、依存症家族に対する支援として家族支援員の設置や研修事業を実施するとともに、当該モデル事業における好事例を対象として更なる検証を図り、全国6箇所の自治体及び指定都市において実施する。

2. 事業内容

○ 家族支援員の設置（10,746千円【平成25年度予算】）

本事業実施自治体において、「家族支援員」を設置し、依存症家族からの相談支援等を行う。

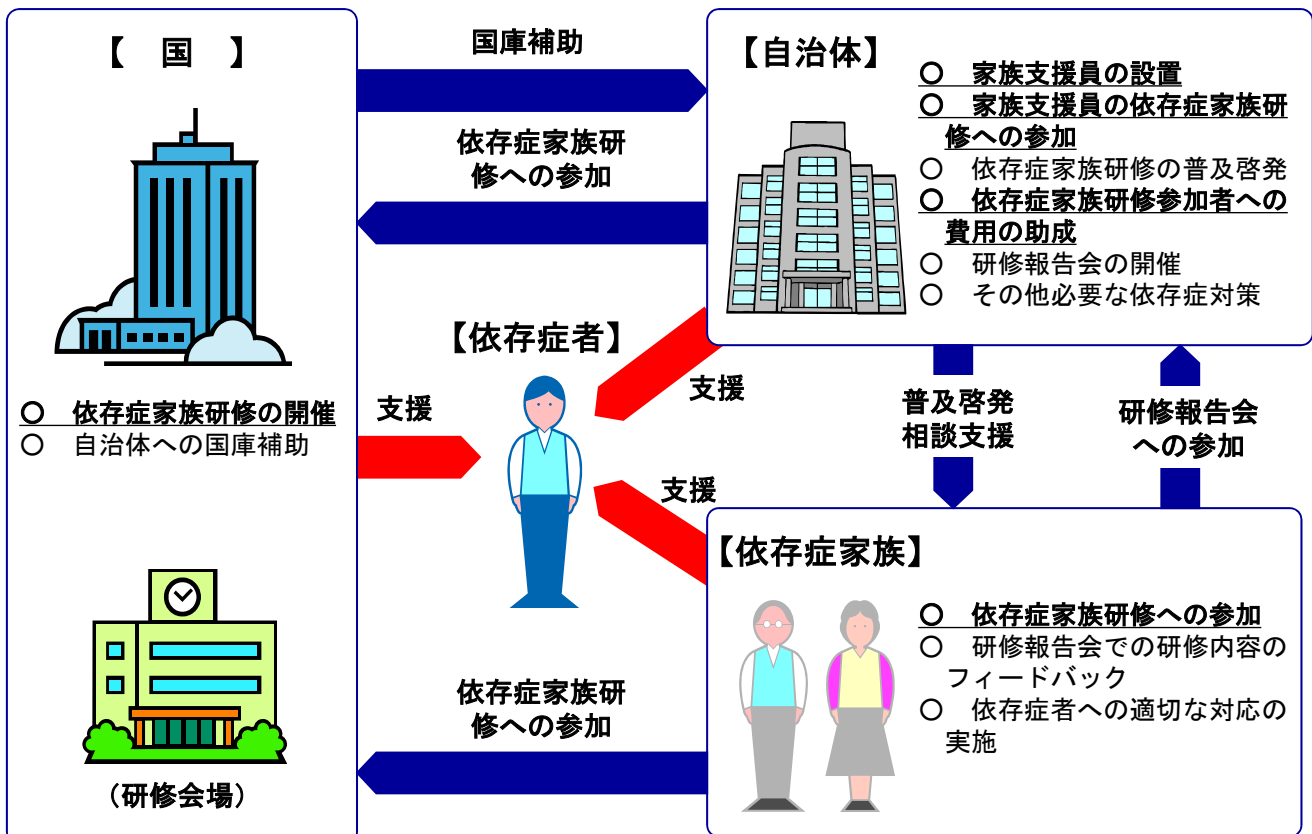
【家族支援員の主な業務内容】

- ・ 依存症家族に対する相談支援
- ・ 依存症家族への依存症回復施設（精神科医療施設、依存症リハビリ施設、自助グループ等）の紹介や連絡・調整
- ・ 依存症家族への依存症に関する普及啓発

○ 地域依存症対策支援計画事業（20,604千円【平成25年度予算】）

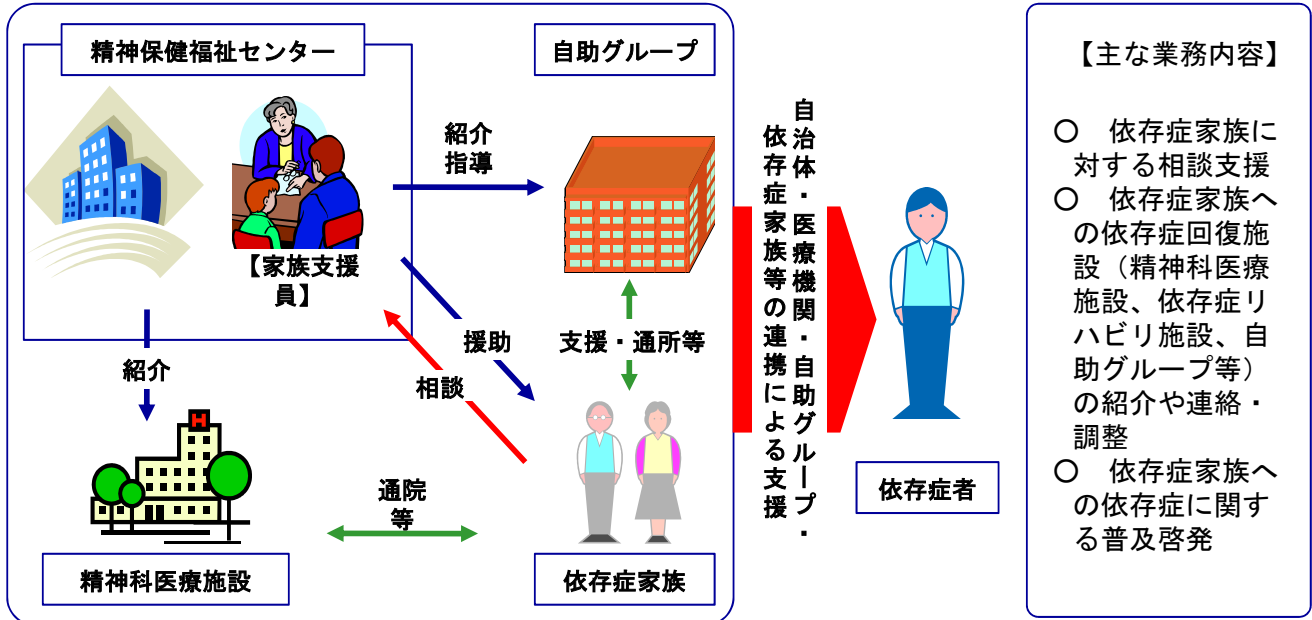
平成21年度より実施している地域依存症対策推進モデル事業において、評価・検討を行った結果、特に評価の高い事業について、全国6箇所の自治体及び指定都市において実施し、その効果を検証する。

地域依存症対策支援事業（イメージ）



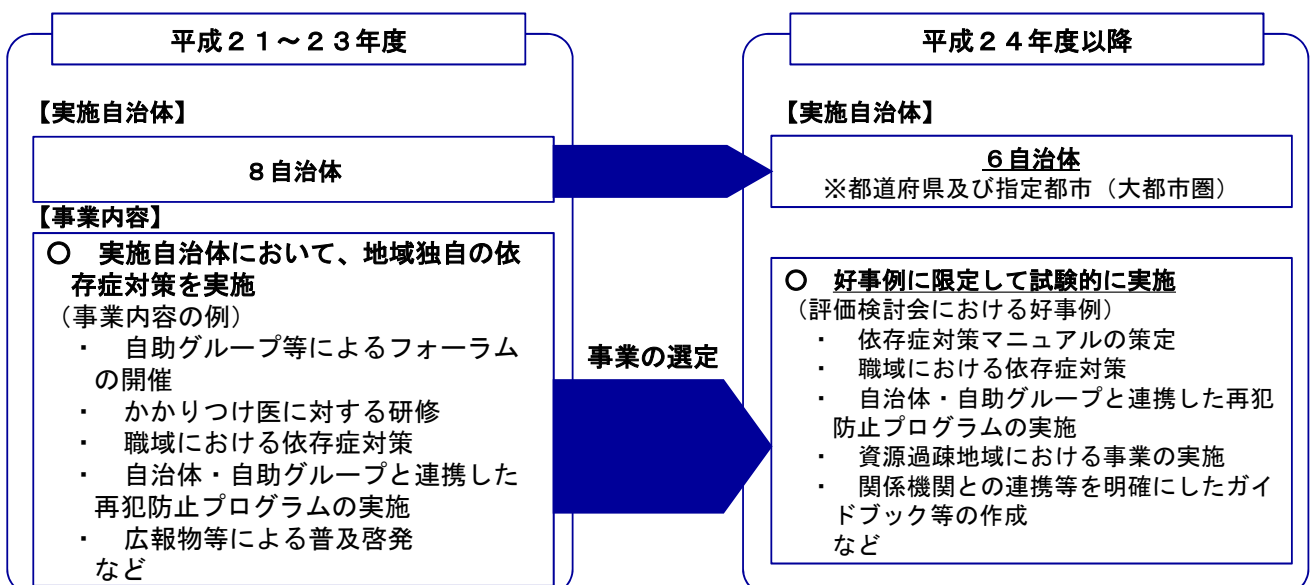
家族支援員について

依存症は「家族の病」とも言われており、家族が依存症者の代わりに様々な問題に対処しようとすることで、かえって依存症を進行させるとともに、家族自身も無力感や自責感に囚われることが多いこと、また、依存症者は自らを病気であるとの認識が乏しいため、家族による依存症の早期発見・早期治療を図るとともに、家族が治療環境の一部となっただけが必要があることから、さらなる依存症者及びその家族等に対する相談援助体制等の強化を図るため、精神保健福祉センターにおいて家族支援員を配置し、専ら当該相談支援業務を行う。



地域依存症対策支援計画事業について

平成21年度から実施している地域依存症対策推進モデル事業については平成23年度において最終年を迎えるところであるが、実施自治体において地域独自の依存症対策を行っており、その内容は多岐にわたること、また、依存症対策そのものは、当該モデル事業の性質上、平成22年度及び平成23年度の2カ年の実施に留まっており、本格的な地域における依存症対策に向けて更なる検証が必要であることから、当該モデル事業における好事例を全国6箇所の自治体及び指定都市において試験的に実施する。



依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会

目的

政府における各種依存症対策における取組として、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」（平成20年8月22日閣議決定）や「常習飲酒運転者対策の推進について」（平成19年12月26日常習飲酒運転者対策推進会議決定）、「自殺総合対策大綱」（平成19年6月8日閣議決定、平成24年8月28日一部改正）において、相談支援の充実等が挙げられている。

しかしながら、これらで掲げられている対策は、乱用防止対策や常習飲酒運転者対策、自殺対策の一環として提示されているものであり、明確に依存症者に対する医療及びその回復支援の回復に特化した観点で取組を行っていくことが求められている。

また、依存症者から回復するためには、精神科医療機関において適切に治療を行うとともに、医療機関、行政、自助団体、依存症者の家族等が協働して支援を行うことが重要であるが、依存症の治療を行う医療機関が少ないことや、治療を行っている医療機関の情報が乏しいこと、依存症に関する効果的な治療方法が見つからないことなど、依存症者が適切な治療を受けられていない現状にある。

さらに、平成25年6月に成立した刑法等の一部を改正する法律に基づく改正後の更生保護法においては、保護観察における指導監督の方法として、規制薬物等に対する依存の改善に資する医療を受けるよう、必要な指示その他の措置を行うこととされており、依存症に対する医療体制の充実が強く求められている。

このため、平成24年11月から計6回にわたり、これまでの依存症に対する取組や調査・研究結果等を踏まえつつ、依存症者に対する医療及び回復支援に関する検討を行い、平成25年3月に報告書を取りまとめた。

検討事項

- (1) 依存症者やその家族が身近に相談できる場所の提供
- (2) 精神科医療機関で適切かつ継続的に依存症治療を受けられる体制の整備
- (3) 患者の個別の状態像に応じた各種治療・回復プログラムの研究・開発
- (4) 医療機関、行政、自助団体、依存症者の家族等の連携体制の強化
- (5) その他依存症者に対する治療及びその回復支援のために必要な事項

依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会報告書概要

検討の背景

依存症は適切な治療と支援により回復が十分に可能な疾患である一方、依存症の治療を行う医療機関が少ないことや、治療を行っている医療機関の情報が乏しいこと、依存症に関する効果的な治療方法が見つからないことなどの理由により、**依存症者が必要な治療を受けられないという現状があるため、具体的な対応策の検討が喫緊の課題**

今後必要と考えられる取組

①本人や家族が気軽に依存症に関する相談ができる体制の整備

- ・ 本人やその家族が**身近に相談できる場所を積極的に周知**すべき
- ・ 国と学術団体等の関連団体が協力して**相談支援ガイドラインを策定**することが望ましい
- ・ 医療機関や精神保健福祉センター、保健所などの**関係機関の相談員に対し研修を実施**することが望ましい

②医療機関、行政、自助団体の連携体制の整備

- ・ 国において地域における**依存症対策の実態把握についての調査**が求められる
- ・ **関係機関同士の連携を図るガイドラインを策定**し、適宜、**関係機関同士が連携を図る**ことが望ましい
- ・ **精神保健福祉センターの家族教室を充実**させるとともに、**専門相談員を配置**し、相談支援や関係機関の連携・調整を図ることが望まれる

③必要な医療を受けられる体制の整備

- ・ 関連団体が**医療関係者向けの依存症診療ガイドラインを策定**し、医療関係者向けの研修や教育カリキュラムを充実させることが望まれる
- ・ 国と都道府県が連携して、**各都道府県に1箇所以上の依存症治療拠点機関の整備**し、地域全体の依存症に対する診療機能の向上を目指すことが期待される
- ・ 依存症の**効果的な治療薬、心理社会的アプローチの開発**には、国の研究開発への支援、治療効果の評価が期待される

④当事者の状況に応じた回復プログラムの整備

- ・ 関係機関で提供される**回復プログラムについて**、国と関係機関が連携して、**当事者が必要な回復プログラムを受けられるような環境整備**が望まれる
- ・ 国の支援により、関連団体が患者の個別の状態像に応じた**回復プログラムの研究・開発**が期待される

⑤地域における本人やその家族の支援体制の整備

- ・ 国、精神保健福祉センターや保健所が主体となって、**地域住民に対し依存症についての普及啓発活動**を行うべき
- ・ 精神保健福祉センターで**家族向けの研修会を充実**させることが望ましい
- ・ 国の支援により、関連団体が**家族向けの回復支援プログラムを開発**し、家族の回復を図ることが期待される

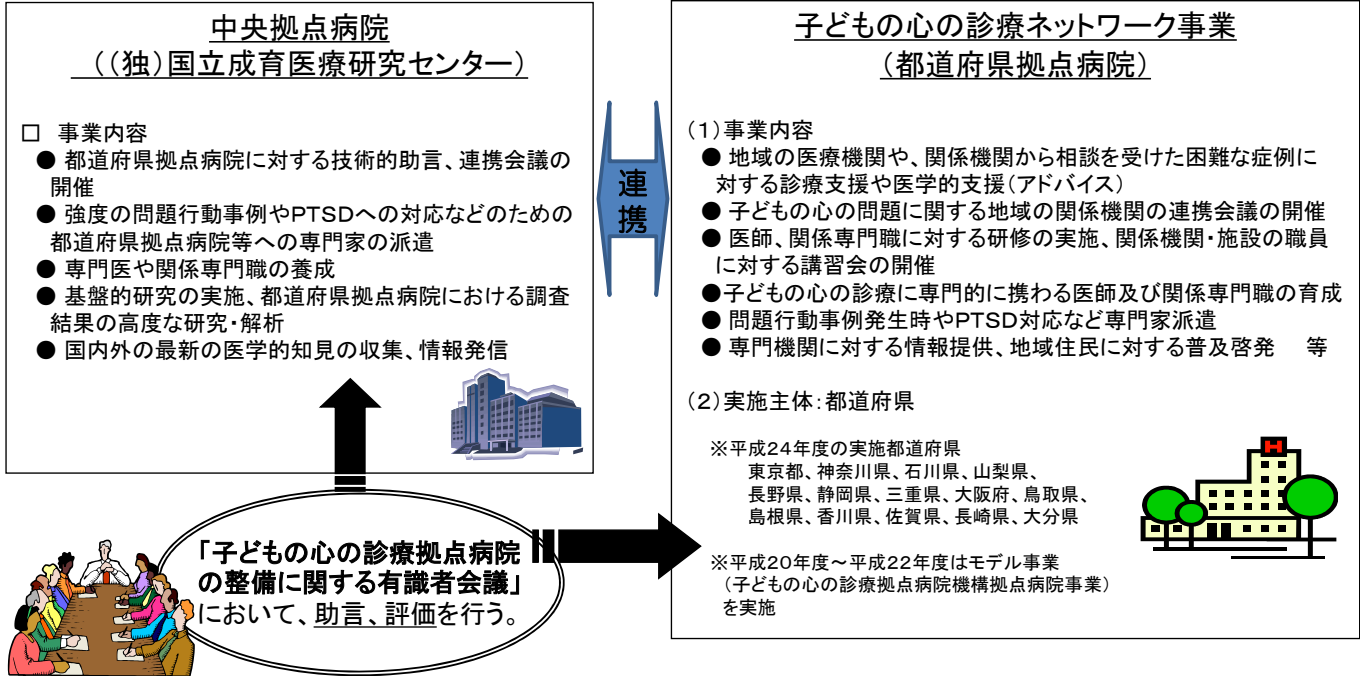
子どもの心の診療拠点病院について

○ 子どもの心の診療ネットワーク事業(都道府県拠点病院)

様々な子どもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、都道府県における拠点病院を中核とし、各医療機関や保健福祉関係機関等と連携した支援体制の構築を図るとともに災害時の子どもの心の支援体制づくりを実施する。

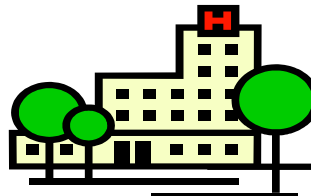
○ 子どもの心の診療中央拠点病院((独)国立成育医療研究センター)

人材育成や都道府県拠点病院に対する技術的支援等を行う。



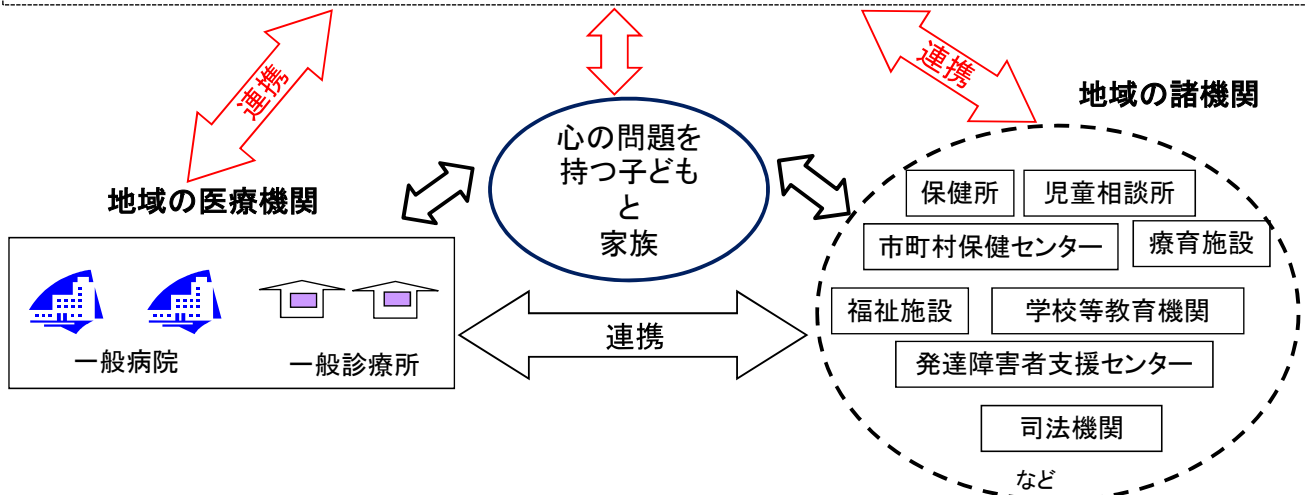
子どもの心の診療ネットワーク事業

都道府県拠点病院



※平成24年度の実施都道府県
東京都、神奈川県、石川県、山梨県、
長野県、静岡県、三重県、大阪府、
鳥取県、島根県、香川県、佐賀県、
長崎県、大分県

- 様々な子どもの心の問題、被虐待児や発達障害の症例に対する医学的支援(関係機関への専門家の派遣)
- 医師、関係専門職の現地研修等、子どもの心の診療に専門的に携わる医師及び関係専門職の育成
- 医療機関職員、保健福祉関係職員に対する講習会
- 子どもの心の診療等に関する普及啓発・情報提供

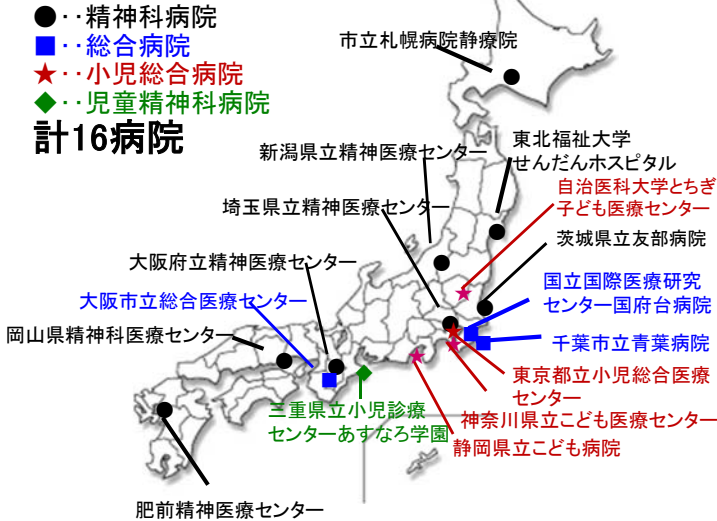


児童・思春期精神科専門病棟の設置状況

児童・思春期精神科専門病棟を有する医療機関

平成23年3月31日現在
全国児童青年精神科医療施設協議会調べ

14都道府県に設置



※新潟および三重は児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定していない

専門病棟の機能と効果

●重篤な精神障害の子どもの最終的な受け皿として機能

- ・子どもが安全感を感じられ、人権・教育に十分に配慮された子どもの精神科専門病棟という適切な治療環境を提供
- ・劇症化や遷延化の防止
- ・成人期へと慢性化するリスクを減少

→長期的な医療費削減

●児童虐待、発達障害を含む子どもの心の問題に関する医療・福祉・教育・保健・司法など地域ネットワークの中核機関として機能

- ・地域のネットワーク構築の推進

→地域の子どもの精神障害の発症予防、早期発見・早期治療

●児童精神科医をはじめ専門職の育成機関として機能

- ・専門医療従事者不足の解消
- ・災害時の子どもの心のケア支援人材派遣の基盤

日本児童青年精神医学会認定医数 188名
(平成24年4月1日時点)

平成22年度診療報酬改定

専門的入院医療

専門的で密度の高い治療への手厚い評価

児童・思春期精神科入院医療管理加算

- 専門病棟の加算の引き上げ

1日あたり 650点 → 800点

強度行動障害入院医療管理加算

- 強度行動障害児の入院医療への加算の新設
強度行動障害児の医療度判定基準スコア24点以上
行動障害に対する専門的な医療体制

1日あたり 300点

摂食障害入院医療管理加算

- 摂食障害の入院医療への加算の新設
重度の摂食障害による著しい体重減少のある患者
専門的治療を行う医師・臨床心理技術者等の配置、治療の実績

1日あたり 200点(30日以内)
100点(31~60日)

平成24年度診療報酬改定

児童・思春期精神科入院医療管理料の新設

- 児童・思春期精神科入院医療について、小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

(新) 児童・思春期精神科入院医療管理料 2,911点(1日につき)

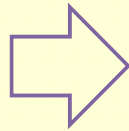
通院・在宅精神療法の見直し

- 児童精神の精神科通院治療について、20歳未満加算の要件の見直しを行う。

(改) 通院・在宅精神療法 20歳未満加算 200点(1回につき)

〔算定要件〕

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(初診の日から起算して1年以内)。



〔算定要件〕

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(初診の日から起算して1年以内)**(児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合2年以内)**。

④ 摂食障害

摂食障害

症状

- 精神症状として多いのは、肥満への恐怖・体重や体型へのこだわり、自己誘発性嘔吐、下剤・利尿剤などの乱用、むちゃ食いの反復など
- 身体症状として、脱水、お腹の張り、低血圧などがあり、病状によっては、生命の危険があるときもある

患者数(推定)

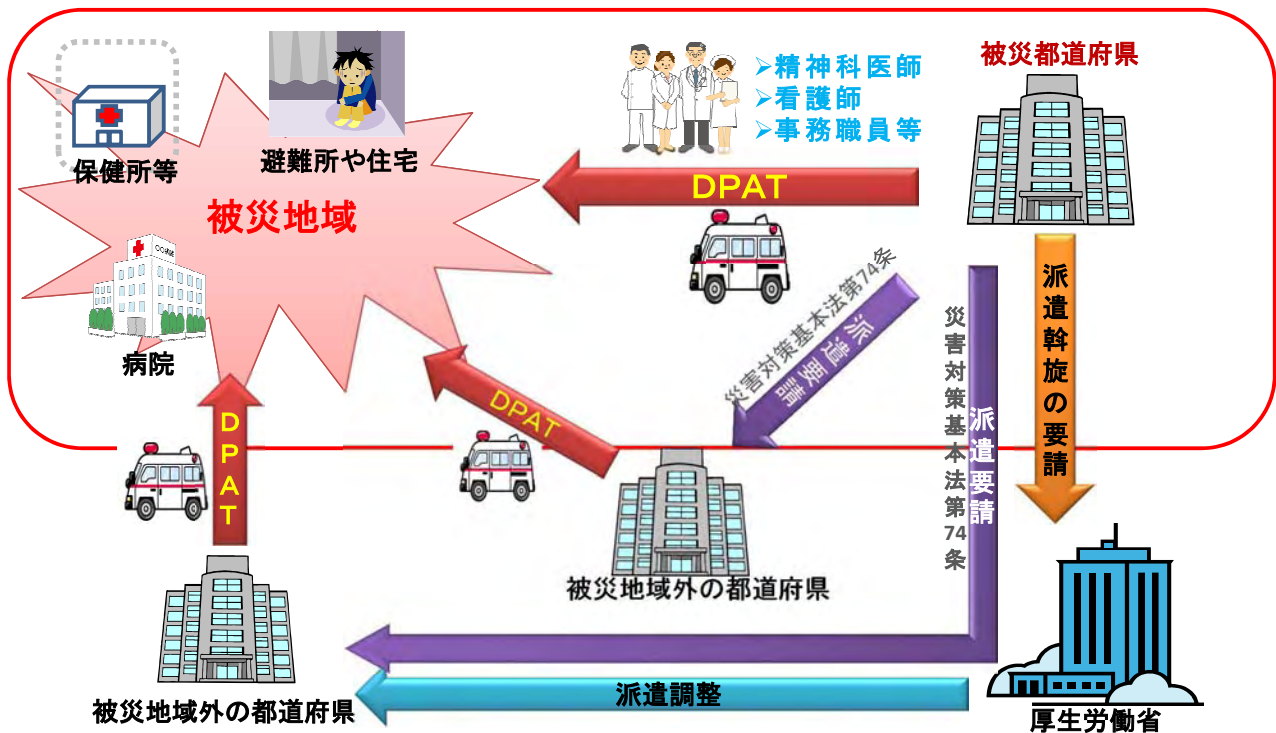
- 拒食症が12,500人(人口10万対10.0)
過食症が6,500人(人口10万対5.2)
(平成11年度 先端的厚生科学研究分野 特定疾患対策研究事業 特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究)
- 摂食障害の多くは、25歳未満の女性が中心であるが、平成23年度の研究結果では女子中学生の100人に1~2人、男子中学生の1000人に2~5人にも摂食障害傾向が認められたと報告されている
(平成21年度~平成23年度 障害者総合対策研究事業 児童・思春期摂食障害に関する基盤的研究)

治療

- 規則正しい食事摂取、食事摂取に対する不安や葛藤の傾聴、カウンセリング、精神療法、薬物療法等の組み合わせで行う
- 身体症状もあるため、心療内科、内科との連携が必要である
- 症状の悪化があった場合には入院治療となる

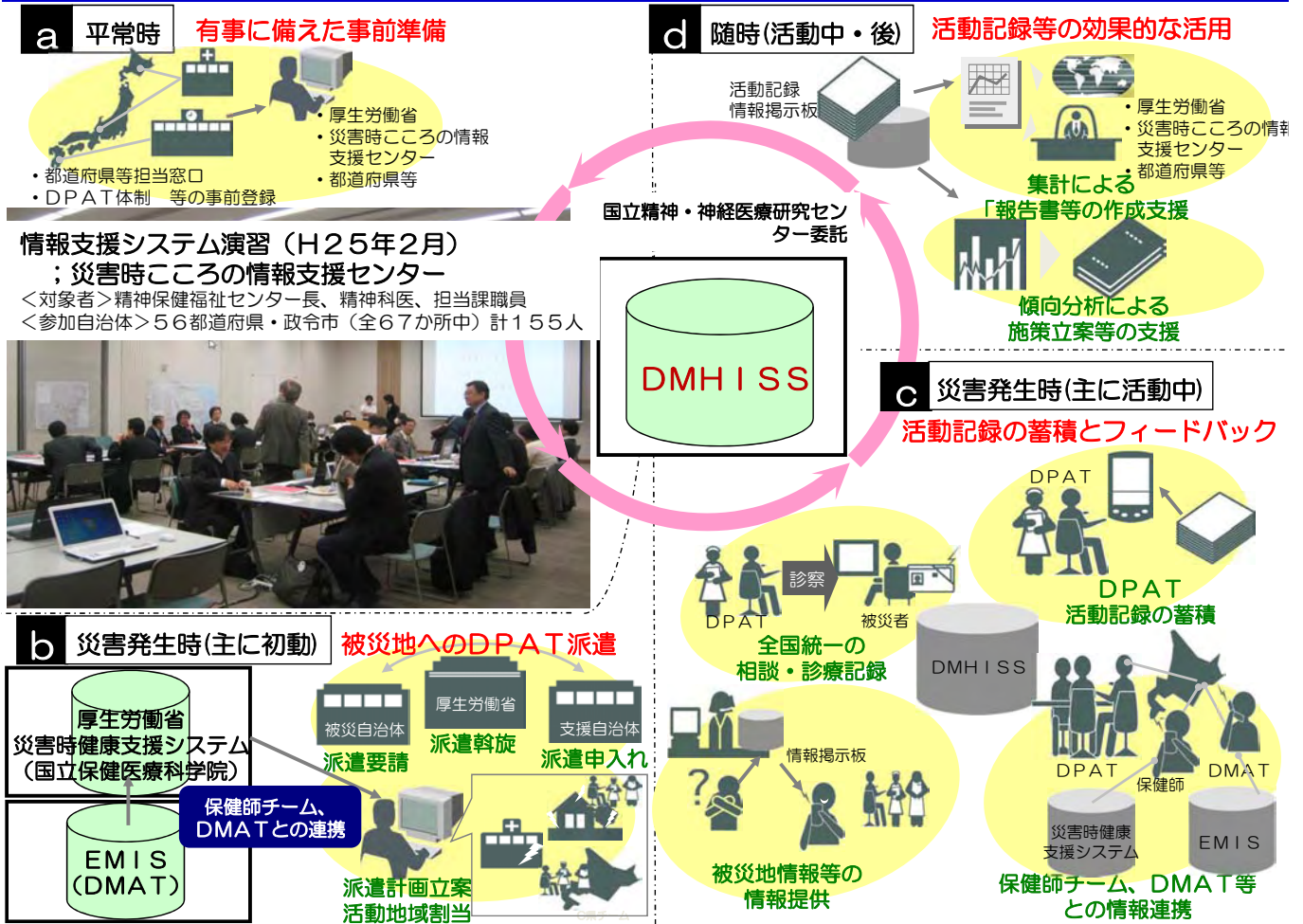
災害派遣精神医療チーム:DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team)

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の後、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム。



DMATとDPATの比較

	DMAT (Disaster Medical Assistance Team) 災害派遣医療チーム	DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) 災害派遣精神医療チーム
概要	・大地震及び航空機・列車事故等の災害時に被災者の生命を守るため、被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な医療チーム。	・自然災害、航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の後に被災者及び支援者に対して、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門的な精神医療チーム。
活動期間	・DMAT1隊あたりの活動期間は、移動時間を除き概ね48時間以内を基本。なお、災害の規模に応じて、DMATの活動が長期間(1週間など)に及ぶ場合には、DMAT2次隊、3次隊等の追加派遣で対応。また、DMATロジスティックチームの活動期間は、48時間に限定せず、柔軟に対応。	・DPAT1隊あたりの活動期間は、1週間(移動日2日・活動日5日)を標準とし、必要があれば一つの都道府県等が数週間～数カ月継続して派遣。
チーム構成	・DMAT1隊の構成は、医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本。	・DPAT1隊の構成は、精神科医師、看護師、事務職員等による数名のチーム(車での移動を考慮した機動性の確保できる人数を検討)で構成。
情報システム	広域災害・救急医療情報システム (Emergency Medical Information System;EMIS)	災害精神保健医療情報支援システム (Disaster Mental Health Information Support System; DMHISS)



⑤てんかんへの対応

てんかんに関する正しい知識・理解のための普及啓発

てんかんの治療については、てんかん患者自身がてんかんについて正しく理解し、適切な服薬を行っていただくとともに、規則正しい生活を送っていただくことにより、症状を抑え、社会で活動しながら生活をおくることが可能となる。このため、てんかん患者はもちろん、国民全体に対し、てんかんに関する正しい情報の普及啓発が必要不可欠である。

【てんかんに関する正しい情報の発信】

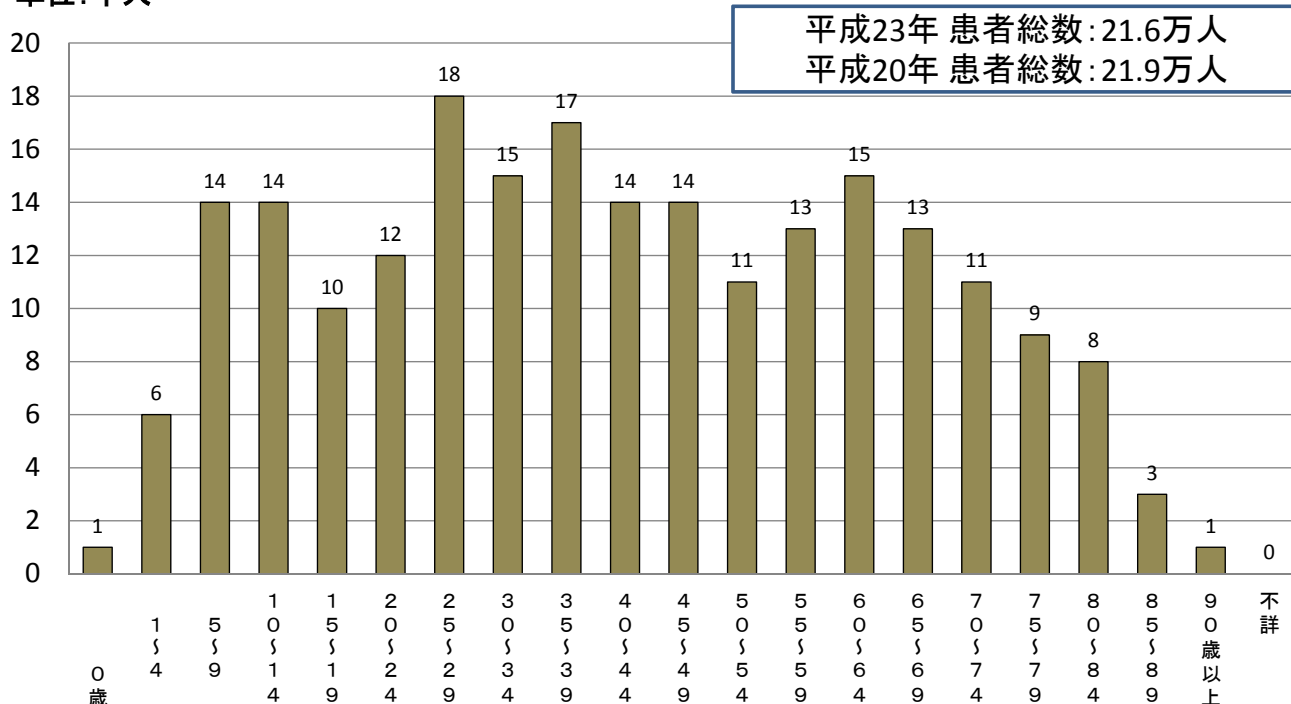
こころの病気についての情報、こころの病気になったときの治療や生活サポートなど、精神疾患全般に関する普及啓発を目的として実施している「みんなのメンタルヘルス総合サイト」に、新たにてんかんに関する情報を掲載し、正しい知識・理解を深めていただくための情報を発信する。

【関係団体と連携した普及啓発】

厚生労働省の所管団体である社団法人てんかん協会で、てんかんについてのわかりやすい解説や医療機関への受診を勧めており、引き続き当該団体と連携を図り、普及啓発を行う。

てんかんの年齢別患者数

単位:千人



平成23年 患者総数:21.6万人
平成20年 患者総数:21.9万人

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料:平成23年 患者調査

てんかん診療ネットワーク

Epilepsy Care Network - Japan

▶ サイトポリシー ▶ よくあるご質問 ▶ お問い合わせ

てんかん診療ネットワーク

このサイトはてんかんの地域診療連携の推進を目的として、日本医師会及び日本てんかん学会の支援の下に、厚生省の研究班により運営されています。

HOME 一般の方へ てんかん診療に関わっている方へ 医師の方へ 診療情報詳細版

ログイン (ユーザー登録済みの方)
USER NAME:
PASSWORD: ログイン

▶ ログイン情報を忘れた方はこちら ▶ ユーザー登録について

てんかん診療をされている医師の皆様へ
ユーザー登録をお願いします。

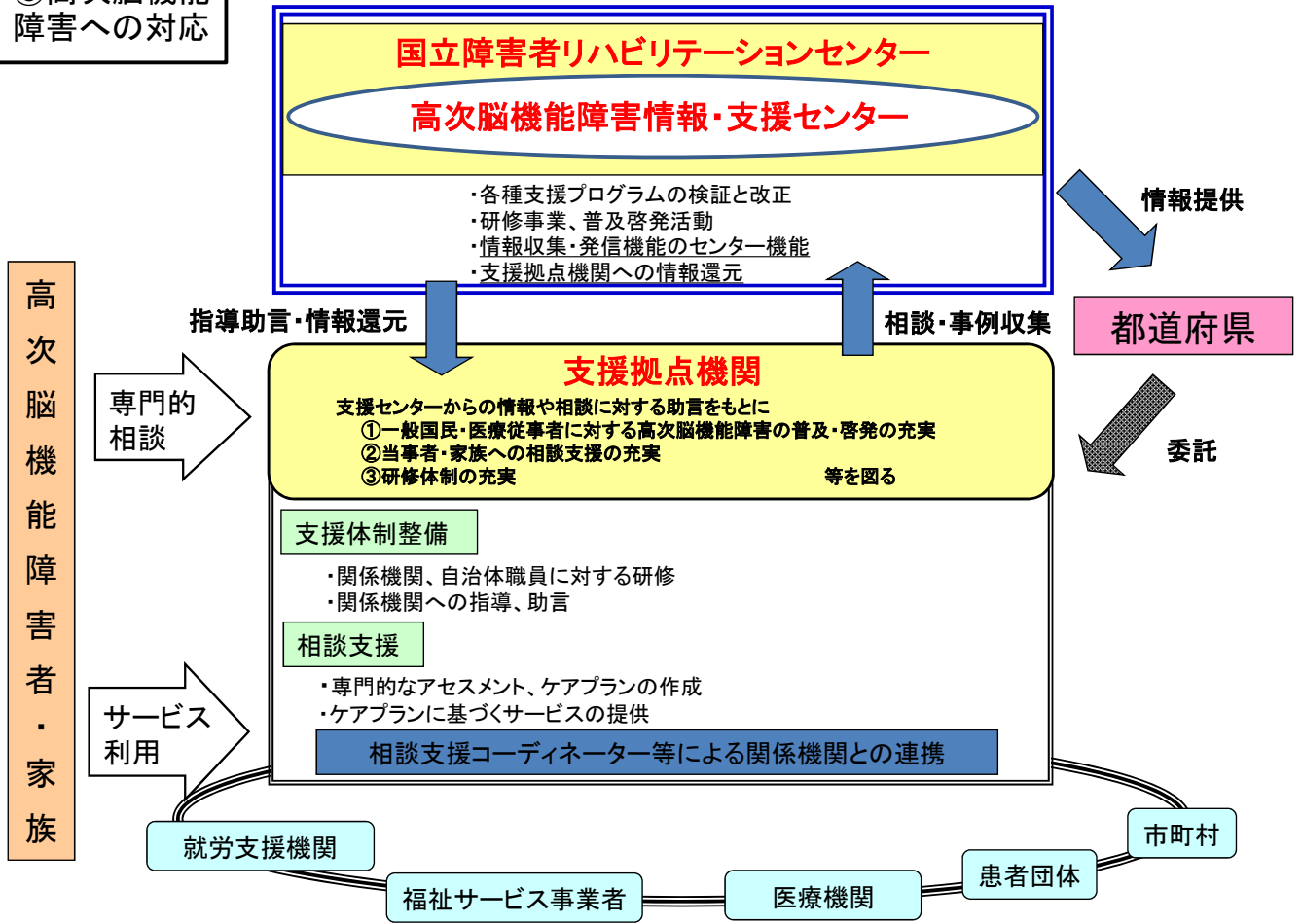
てんかん医療について

てんかんは、乳幼児から高齢者まで誰にでも起こりうる患者数の多い病気です。てんかん医療の充実、小児には発達や学習障害の改善、成人には就労や生活の自立をもたらすもので、運転免許の問題など地域の安全を確保する為にも欠かせません。てんかん診療ネットワークは、これまで分かり難かったてんかん医療へのアクセスポイントを明らかにすることで、よりよいてんかん医療を実現する事を目指しています。

てんかん診療ネットワーク施設一覧

⑥ 高次脳機能障害への対応

高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業

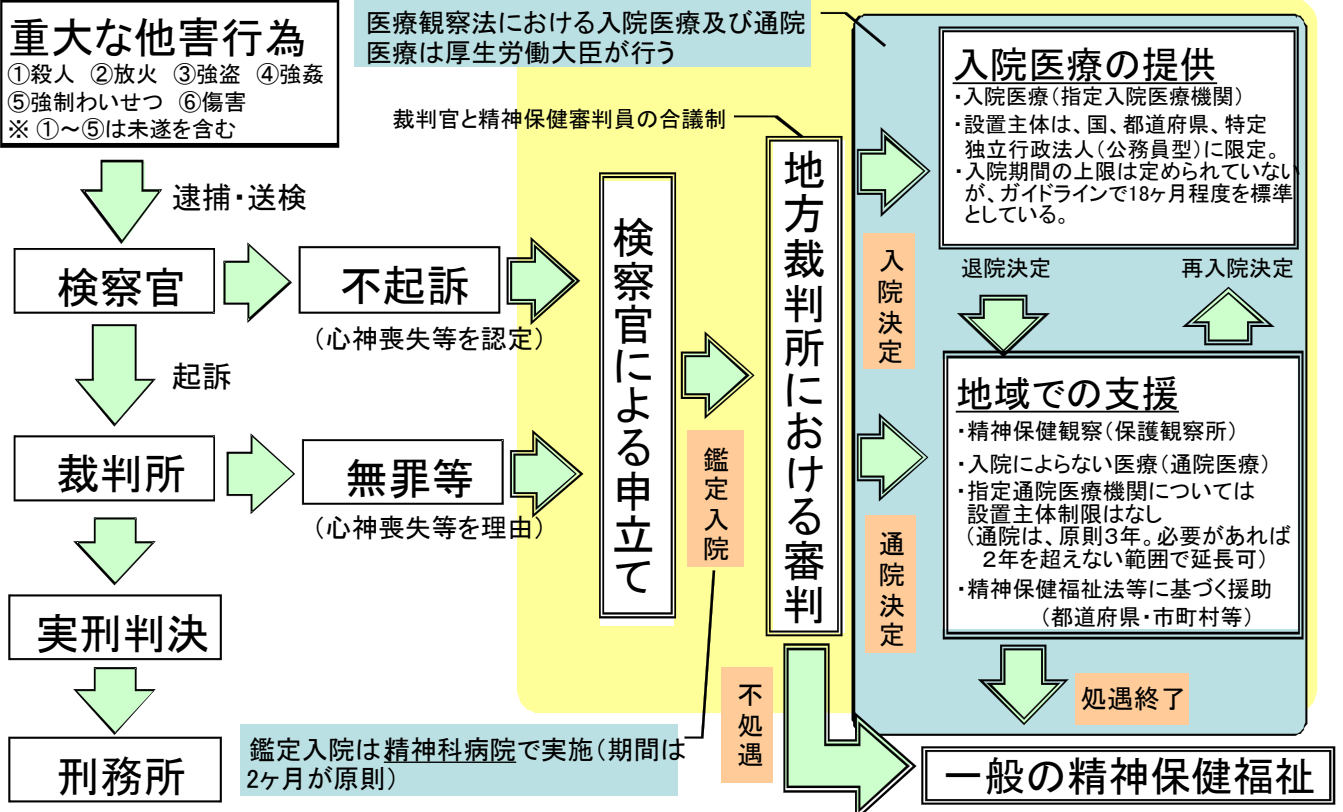


⑦ 医療観察法

医療観察法の仕組み

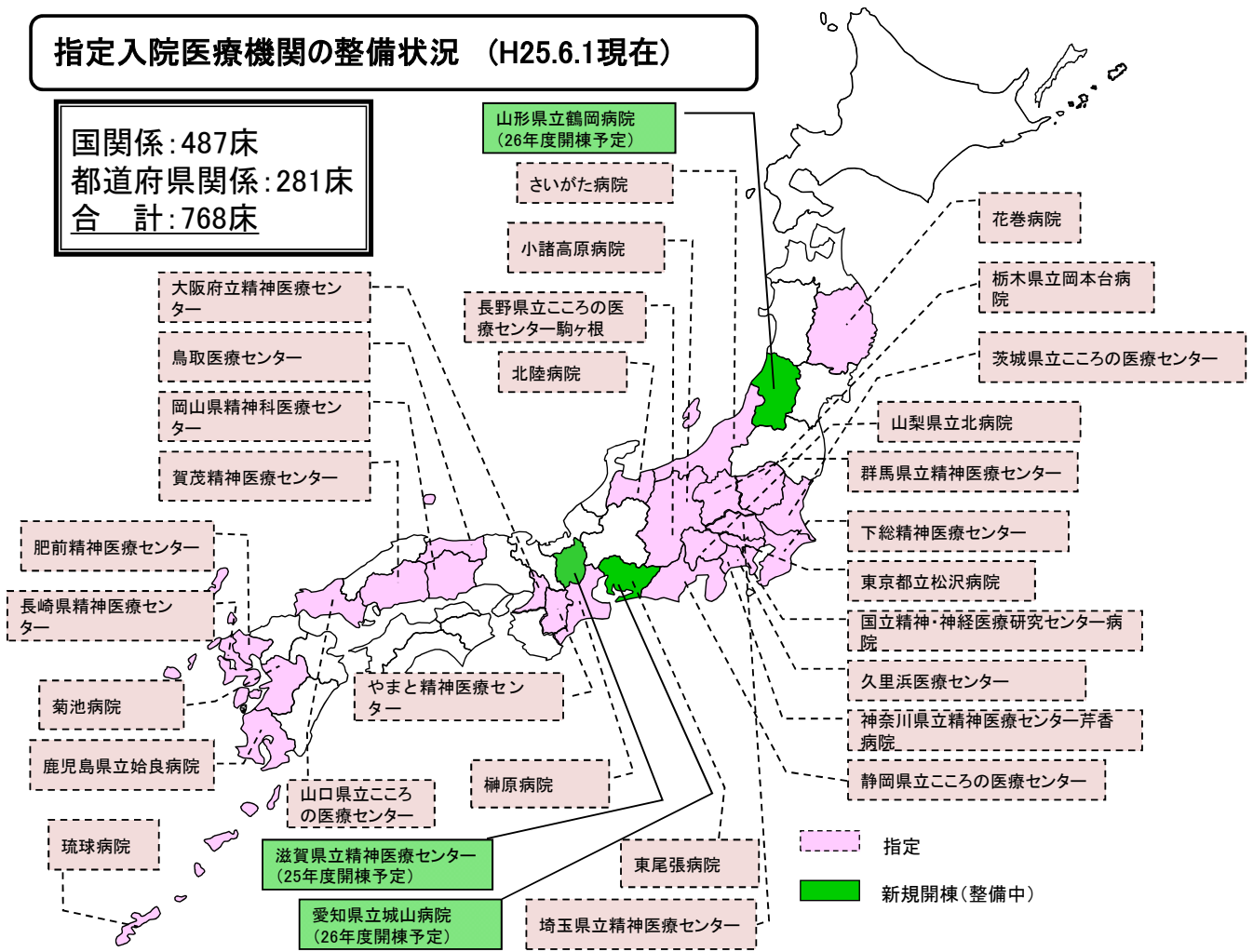
(制度は、法務省・厚生労働省共管) 平成15年7月成立・公布、平成17年7月15日施行

心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対して、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、病状の改善及び同様の行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するよう、対象者の処遇を決定する手続等を定めるもの。



指定入院医療機関の整備状況 (H25.6.1現在)

国関係: 487床
都道府県関係: 281床
合計: 768床



指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係

平成25年6月1日現在

※ は稼働中の指定入院医療機関

①国立病院機構花巻病院 (岩手県)	33床	<input type="checkbox"/>
②国立病院機構下総精神医療センター (千葉県)	33床	<input type="checkbox"/>
③国立精神・神経医療研究センター病院 (東京都)	66床	<input type="checkbox"/>
④国立病院機構久里浜医療センター (神奈川県)	50床	<input type="checkbox"/>
⑤国立病院機構さいがた病院 (新潟県)	33床	<input type="checkbox"/>
⑥国立病院機構北陸病院 (富山県)	33床	<input type="checkbox"/>
⑦国立病院機構小諸高原病院 (長野県)	17床	<input type="checkbox"/>
⑧国立病院機構東尾張病院 (愛知県)	33床	<input type="checkbox"/>
⑨国立病院機構榊原病院 (三重県)	17床	<input type="checkbox"/>
⑩国立病院機構やまと精神医療センター (奈良県)	33床	<input type="checkbox"/>
⑪国立病院機構鳥取医療センター (鳥取県)	17床	<input type="checkbox"/>
⑫国立病院機構賀茂精神医療センター (広島県)	33床	<input type="checkbox"/>
⑬国立病院機構肥前精神医療センター (佐賀県)	33床	<input type="checkbox"/>
⑭国立病院機構菊池病院 (熊本県)	23床	<input type="checkbox"/>
⑮国立病院機構琉球病院 (沖縄県)	33床	<input type="checkbox"/>

(病床数は予備病床を含む)

指定入院医療機関の整備状況

2. 都道府県関係

※□ は稼働中の指定入院医療機関

①茨城県立こころの医療センター	17床	
②栃木県立岡本台病院	18床	
③群馬県立精神医療センター	16床	
④埼玉県立精神医療センター	33床	
⑤東京都立松沢病院	33床	
⑥神奈川県立精神医療センター 芹香病院	33床	
⑦山梨県立北病院	5床	
⑧長野県立こころの医療センター 駒ヶ根	6床	
⑨静岡県立こころの医療センター	12床	
⑩大阪府立精神医療センター	33床	
⑪岡山県精神科医療センター	33床	
⑫山口県立こころの医療センター	8床	
⑬長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
⑭鹿児島県立始良病院	17床	
⑮山形県立鶴岡病院		整備中（平成26年度開棟予定、17床）
⑯愛知県立城山病院		整備中（平成26年度開棟予定、17床）
⑰滋賀県立精神医療センター		整備中（平成25年度開棟予定、23床）

※病床整備の現状：768床〔うち国関係：487床 都道府県関係281床〕（平成25年6月1日現在）

（病床数は予備病床を含む）

指定通院医療機関の指定状況

都道府県名	平成25年3月31日現在指定数				
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	計
北海道	33	2	18	2	55
青森県	9	1	143	1	154
岩手県	6	0	5	0	11
宮城県	9	3	6	4	22
秋田県	3	0	330	1	334
山形県	8	2	9	2	21
福島県	8	1	169	2	180
茨城県	16	0	380	4	400
栃木県	7	0	2	1	10
群馬県	4	0	148	1	153
埼玉県	11	0	100	4	115
千葉県	11	0	82	2	95
東京都	17	2	17	16	52
神奈川県	15	3	5	2	25
新潟県	10	0	456	1	467
山梨県	3	0	2	0	5
長野県	11	0	45	4	60
富山県	4	0	9	2	15
石川県	4	0	5	1	10
岐阜県	7	1	37	1	46
静岡県	11	0	9	0	20
愛知県	12	1	6	2	21
三重県	7	0	0	3	10
福井県	5	0	50	0	55

都道府県名	平成25年3月31日現在指定数				
	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	計
滋賀県	8	1	5	0	14
京都府	5	0	33	4	42
大阪府	25	1	17	24	67
兵庫県	19	2	8	7	36
奈良県	4	0	6	2	12
和歌山県	4	1	5	0	10
鳥取県	4	0	119	0	123
島根県	3	2	10	1	16
岡山県	6	0	3	0	9
広島県	7	1	8	5	21
山口県	8	1	15	0	24
徳島県	7	2	1	0	10
香川県	3	0	6	0	9
愛媛県	9	0	4	2	15
高知県	6	2	88	3	99
福岡県	16	1	6	5	28
佐賀県	7	0	5	0	12
長崎県	6	0	8	6	20
熊本県	3	0	0	1	4
大分県	3	0	3	0	6
宮崎県	5	0	0	0	5
鹿児島県	10	1	0	3	14
沖縄県	8	0	6	1	15
合計	407	31	2,389	120	2,947

5. その他

(3) 精神科医療の標準化

平成22年度 厚生労働科学研究費補助金 「向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究」

- ① 診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究
- ② 診療録データ等を用いた向精神薬処方に関する実態調査

結果

- a) わが国の一般人口における抗うつ薬(2.6%)、睡眠薬(4.7%)、抗不安薬(5.0%)の処方率は、ヨーロッパ、台湾の調査と同程度。
- b) わが国の一般人口における抗うつ薬処方率は1996年の米国の半分、2005年の米国の1/4。
- c) 2005-2009年の5年間のわが国の一般人口における抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬の処方率は約1%の微増。
- d) わが国の一般人口あるいは精神科医療機関における抗うつ薬の単剤処方率は約70-80%で米国、韓国と同様であった。
- e) わが国の一般人口における抗うつ薬、抗不安薬の多剤処方は2005-2009年の5年間で2-3%減少傾向、睡眠薬処方では2剤併用処方が3%増大。抗うつ薬と抗不安薬の併用処方率は米国の1.5倍。
- f) 抗うつ薬と抗精神病薬の併用処方率は増加しつつあるも、米国の60%。
- g) 全体としてわが国の向精神薬の1日処方力価は治療ガイドラインが推奨する範囲内にピークを持ち、処方力価の増加とともにその割合が減衰する。

わが国において向精神薬は、概ね適正に使用されている

精神科外来医療の評価

精神科継続外来支援・指導料の見直し

- 抗不安薬又は睡眠薬の3剤以上処方に対する評価を見直す。

(改)精神科継続外来支援・指導料 55点(1日につき)

〔算定要件〕

1回の処方において、抗不安薬又は睡眠薬を3剤以上投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

平成22～24年度 厚生労働科学研究費補助金
「児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究」

目的 : ①児童青年精神科領域の標準的な指針(ガイドライン)の開発
②児童青年精神科領域における医師及び看護師の養成システムの検討

平成25年度 児童青年精神科領域の標準的なガイドラインの策定

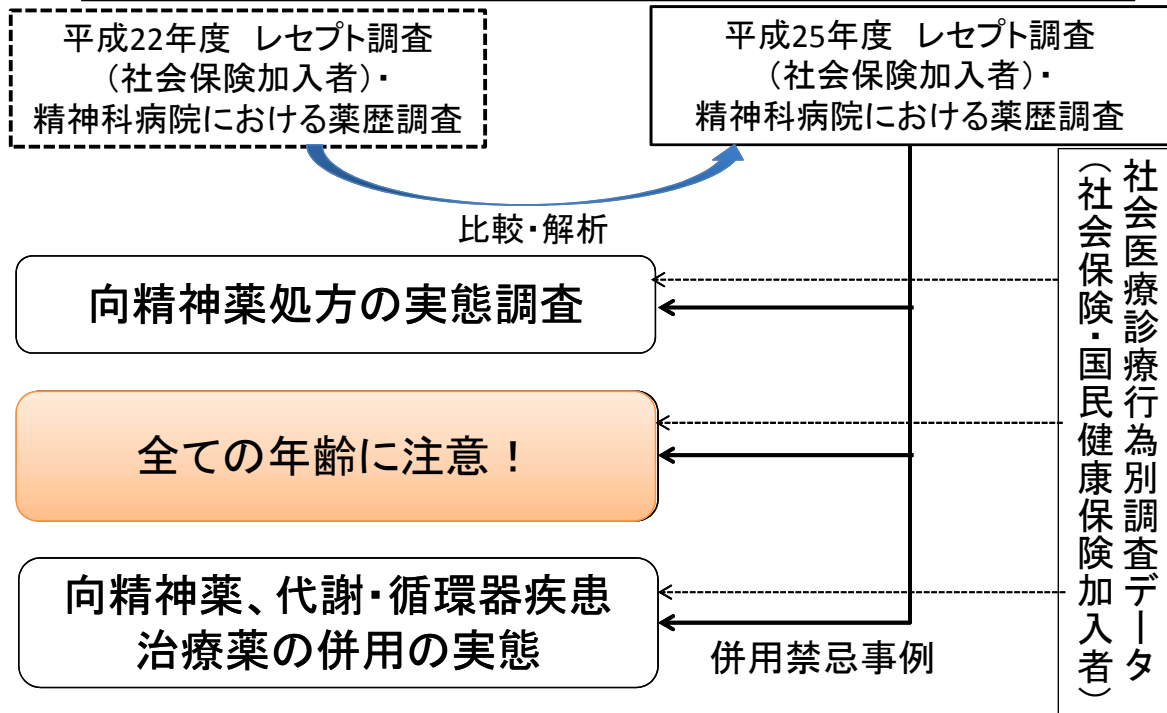
関係学会での検討 → ガイドラインの公表・公刊

平成25年度 厚生労働科学研究費補助金
「向精神薬の処方実態に関する研究」

- ①わが国における向精神薬の近年の処方動向を明らかにする
- ②20歳未満の若年者における向精神薬の処方実態を把握する
- ③向精神薬と向精神薬以外の薬剤との併用の実態を調査する

平成25年度 厚生労働科学研究費補助金 「向精神薬の処方実態に関する研究」

目的：①わが国における向精神薬の近年の処方動向を明らかにする
②20歳未満の若年者における向精神薬の処方実態を把握する
③向精神薬と向精神薬以外の薬剤との併用の実態を調査する



睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン -出口を見据えた不眠医療マニュアル-

- 安全かつ効果的な不眠医療に必要となる最新エビデンスに立脚した実践的フレームワークを提供するための診療指針。
- 不眠医療の各ステージで遭遇する代表的な40のクリニカルクエスチョンを設定し、
 1. 既存のエビデンス(システマティックレビュー)に基づき、
 2. 理解しやすい患者向け解説とともに、
 3. 治療者向けの勧告(推奨、Minds)を行った。
- 平成25年6月13日に発出

石郷岡純(東京女子医科大学)
伊藤 洋(東京慈恵会医科大学)
稲田 健(東京女子医科大学)
井上雄一(東京医科大学)
内村直尚(久留米)
大熊誠太郎(川崎医科大学)
大塚邦明(東京女子医科大学)
岡島 義(睡眠総合ケアクリニック代々木)
小曾根基裕(東京慈恵会医科大学)
片寄泰子(国立精神・神経医療研究センター)
亀井雄一(国立精神・神経医療研究センター)
北島剛司(藤田保健衛生大学)
草薙宏明(秋田大学)
小島居望(久留米大学)
清水徹男(秋田大学)
新野秀人(香川大学)
鈴木真由美(東京女子医科大学)
中川敦夫(国立精神・神経医療研究センター)
中島 俊(東京医科大学)
中島 亨(杏林大学)
野崎健太郎(国立精神・神経医療研究センター)
土生川光成(久留米大学)
平田幸一(獨協医科大学)
弘世貴久(東邦大学)
堀口淳(島根大学)
三島和夫(国立精神・神経医療研究センター)
宮本雅之(獨協医科大学)
山下英尚(広島大学)
渡辺範雄(名古屋市立大学)

平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班(主任研究者:三島和夫)および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」が作成

うつ病の認知療法・認知行動療法（治療者用マニュアル） （抜粋）

1回の面接時間は30分以上、週1回程度、原則として、16～20回行う。

16週間続けることで、より十分な効果が期待できること、一見症状が良くなっている、改善を定着させ、再発を予防するために、最後まで続けることが大切。

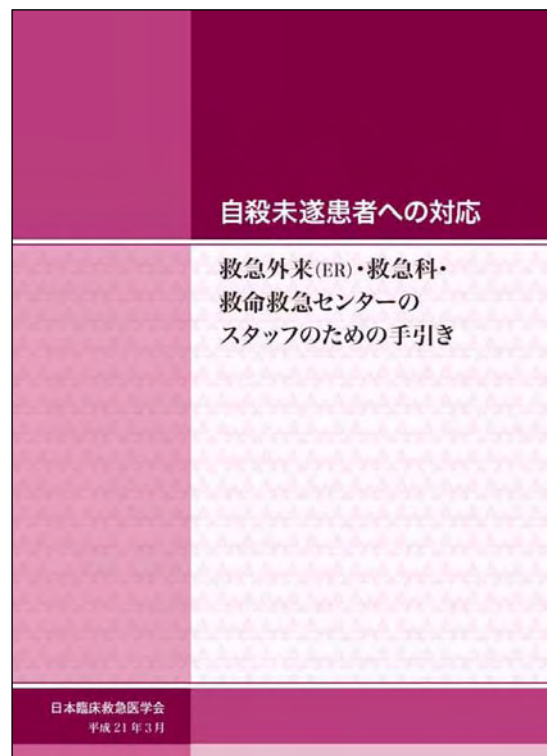
ステージ	セッション	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
1	1-2	症例を理解する 心理教育と動機付け 認知療法へsocialization	症状・経過・発達歴 などの問診、認知モデル、治療構造の心理教育	うつ病とは 認知行動療法とは
2	3-4	症例の概念化 治療目標の設定 患者を活性化する	治療目標（患者の期待）を話し合う 治療目標についての話し合い 活動スケジュール表など	問題リスト 活動記録表
3	5-6	気分・自動思考の同定	3つのコラム	コラム法 ～考えを切り替えましょう
4	7-12	自動思考の検証 （対人関係の解決） （問題解決技法）	コラム法 （オプション：人間関係を改善する） （オプション：問題解決）	バランス思考のコツ 認知のかたよりは人間関係モジュール 問題解決モジュール
5	13-14	スキーマの同定	上記の継続 スキーマについての話し合い	「心の法則」とは 心の法則リスト
6	15-16	終結と再発予防	治療のふりかえり 再発予防 ブースター・セッションの準備 治療期間延長について決定する	治療を修了するにあたって

平成21年厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」うつ病の認知療法・認知行動療法（治療者用マニュアル）から抜粋。

自殺未遂者への対応 救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き

対象 一般救急医療従事者

- I. 目次
- II. 自殺未遂者ケアの全体の流れ
- III. 救急医療の現場での自殺未遂患者への対応のフローチャート
 - i) 情報収集
 - ii) 自殺企図の手段と重症度の確認
 - iii) 自殺企図の有無の確認
 - iv) 現在の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）の確認
 - v) 危険因子の確認
 - vi) 外来での対応と入院適応の評価
 - vii) 入院後-ICU、病棟での対応
 - viii) 退院時までに行うべきこと
- IV. 対応の流れ（看護師編）
- II. 対応の注意点
- III. 家族への対応
- IV. 再企図予防に関する情報提供

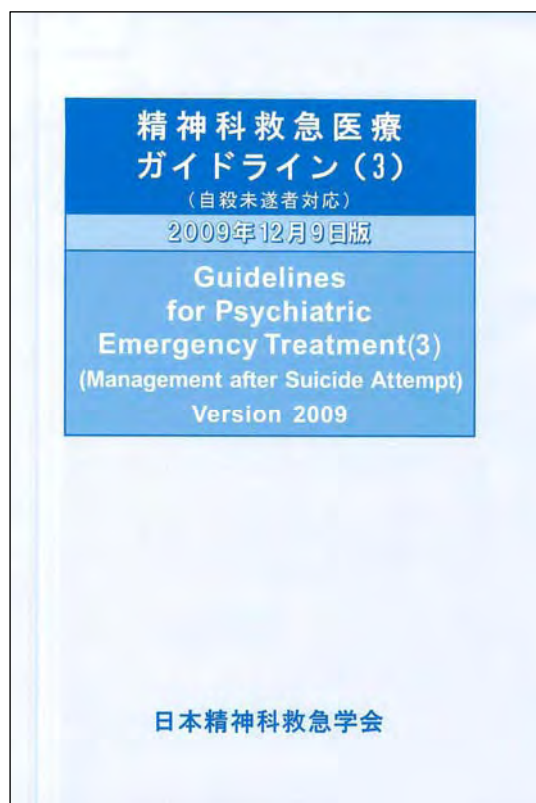


対象 精神科救急医療従事者

まえがき

- I. 自殺関連用語の定義について
- II. 自殺未遂者ケアの全体像
- III. 自殺未遂者対応フローチャート:
3つの基本軸と自殺未遂者対応の10のステップ
- IV. 自殺未遂者対応の10のステップ
 - i) 本人・家族・周囲から情報収集
 - ii) 自殺行動の手段と重症度の確認
 - iii) 自殺企図の鑑別
 - iv) 現在の自殺念慮の評価
 - v) 危険因子と背景の精神障害の評価
 - vi) 再企図の危険性の評価
 - vii) 危機介入後の対応
 - viii) ケースマネジメント・地域ケア
 - ix) 家族・周囲への支援とケア
 - x) 自殺が発生したとき

あとがき



5. その他 (4) 精神疾患に関する 知識の普及啓発

精神疾患に関するウェブサイト

厚生労働省ホームページ内に、以下のサイトを平成22年9月に開設

みんなのメンタルヘルス総合サイト

こころの不調・病気に関する説明や、各種支援サービスの紹介など、治療や生活に役立つ情報を分かりやすくまとめた総合サイト

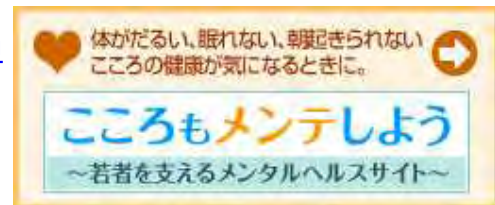
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro>



こころもメンテしよう～10代20代のメンタルサポートサイト～

10代・20代とそれを取り巻く人々(家族・教育職)を対象に、本人や周囲が心の不調に気づいたときにどうするかなど分かりやすく紹介する若者向けサイト

<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth>



みんなのメンタルヘルス総合サイト



知ることからはじめよう

みんなのメンタルヘルス 総合サイト こころの健康や病気、支援やサービスに関するウェブサイト

メンタルヘルスへの
とびら

こころの病気を
知る

治療や生活への
サポート

国の政策と方向性

専門的な情報

ケースに学ぶ

こころの病気を 知る

こころの病気にはさまざまな種類があり、治療法もそれぞれ異なります。また、同じ病名でも人によって異なる症状があらわれます。また、こころだけでなく、からだの症状があらわれることがあります。「症状から知る」と「病名から知る」の両面から、こころの病気について紹介します。

→ [こころの病気を
知る](#)



→ [絵のご紹介](#)

? ケースに学ぶ ～こんなときどうする!?

○ **明け方になるまで、眠れない 主婦Mさん (43歳、女性) の場合**

この春から子どもが大学生になって、夫婦二人だけの生活です。ちょっと寂しくはなったけれど、合格してくれたことを喜んでいました。

→ [続きを読む](#)

📄 連載コラム ～こころの病気と向きあう

○ **第1回：健康管理**

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 理事長 樋口 輝彦
「健康管理」ということばは、もっぱら、成人病や生活習慣病など身体の病気を予防する観点から生まれ、定期健康診断などにより、もはや国民誰にとっても当たり前の関心事になりました。

→ [続きを読む](#)

↓ こころの健康サポートガイド

本パンフレットでは、こころの健康や病気に関する相談先、様々な支援やサポート情報をご紹介します。働くための支援、住まいや生活介護などの生活支援、医療費の助成などの経済的な支援があります。



→ [ダウンロードページへ](#)

こころもメンテしよう ～若者を支えるメンタルヘルスサイト～

厚生労働省 MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE サイトマップ | リンク | このサイトに対するご意見

こころもメンテしよう ～若者を支えるメンタルヘルスサイト～
体がだるい、眠れない、イライラする……、こころの健康が気になるときに。

文字サイズ



**こころもメンテしよう
若者を支えるメンタルヘルスサイト**

いつもこころが元気だといいいのですが、落ち込んだり、イライラするなど、こころの不調は誰にでもあります。でも、そんな不調が長く続くとき、こころの病気が心配なときには、早めに対処することが大切です。

**こころの病気を予防する
こころとの上手なつきあい方**



自動車をたとえに、「こころのメンテ」の大切さや仕組み、セルフメンテナンスの方法を楽しく、分かりやすくご紹介しています。

**こころの病気のサイン
ひとりで悩まないで**



様々なこころの病気に気づくため、どのような症状があるのかをアニメを使ってわかりやすくご紹介しています。

**こころの病気を向きあう
回復へのマイ・ステップ**



こころの病気をかかえ、悩んだり、不安を覚えながら、回復への道を歩んで来た方たちの体験をご紹介します。

子ども・若者を支える方たちへ
ご家族・教職員向けサイト

こころもメンテしよう
～ご家族・教職員のみなさんへ～



携帯電話でも、同じ内容をご覧ください。こちらのQRコードを読み取り、アクセスしてください。

5. その他 (5) 精神医療に関する研究

障害者対策総合研究事業

目的

ノーマライゼーション及びリハビリテーションの理念のもと、①身体・知的等障害、②感覚器障害、③精神障害、④神経・筋疾患の4分野に分けて研究・開発を推進することによって、障害者の保健福祉施策の総合的な推進のための基礎的な知見を得る。

①身体・知的等障害分野

身体・知的等の障害の予防・リハビリ・補完のための革新的な技術開発、障害者の自立生活支援の向上【BMI(ブレイン・マシン・インターフェイス)による自立支援機器の開発など】
●H25採択課題数：26課題(うち、復興特区1課題)

②感覚器障害分野

視覚、聴覚等の感覚器における障害の予防・リハビリ・補完のための革新的な技術開発、障害者の自立生活支援の向上【新しい人工内耳(EAS)に関する研究など】
●H25採択課題数：19課題

③精神障害分野

統合失調症、うつ病、高次機能障害、発達障害等のほか、災害における精神保健活動、自殺対策を含む精神医療の質の向上【自殺総合対策大綱に基づく自殺の要因分析など】
●H25採択課題数：44課題(うち復興特区3課題)+難病・がん2課題

④神経・筋疾患分野

原因が明らかにされていない多くの神経・筋疾患分野における病態解明に基づく治療法の開発等【脳脊髄液減少症の診断・治療法の開発など】
●H25採択課題数：22課題

重点課題

科学的根拠に立脚した行政施策の展開

- 身体障害者の認定基準(人工関節、ペースメーカー)の見直し案の検討
- 障害者虐待事例の収集と分析
- 精神疾患の医療計画と医療連携体制構築の推進
- 脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究
- 慢性疲労症候群の病因病態の解明と画期的診断・治療法の開発

先進的・実践的な研究の推進

- BMIによる自立支援機器の開発
- 緑内障の分子診断法の開発
- 他覚的耳鳴検査の開発と耳鳴リハビリテーション法の確立
- 新しい難聴遺伝子診断システムの開発
- 障害児等の在宅医療における訪問看護師等の標準支援技術確立と育成プログラム作成
- 被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証

引き続き研究推進

今後の課題

- 新たな難病対策における医療費助成の対象疾患の範囲等に係る検討を踏まえ、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの対象となる難病等の範囲の見直し(厚生科学審議会難病対策委員会「難病対策の改革について」平成25年1月25日において提言)
- 精神保健福祉法の改正(平成25年6月)を踏まえた精神保健医療体制の見直し(退院促進の義務化、精神医療の機能分化、在宅精神医療、チーム医療の拡充等)

精神疾患克服に向けた研究推進の提言(抜粋)

精神疾患克服に向けた研究推進体制



精神疾患克服へのロードマップ



出典：「精神疾患克服に向けた研究推進の提言」平成25年5月
(日本精神神経学会、日本生物学的精神医学会、日本神経精神薬理学会、日本うつ病学会、日本統合失調症学会)

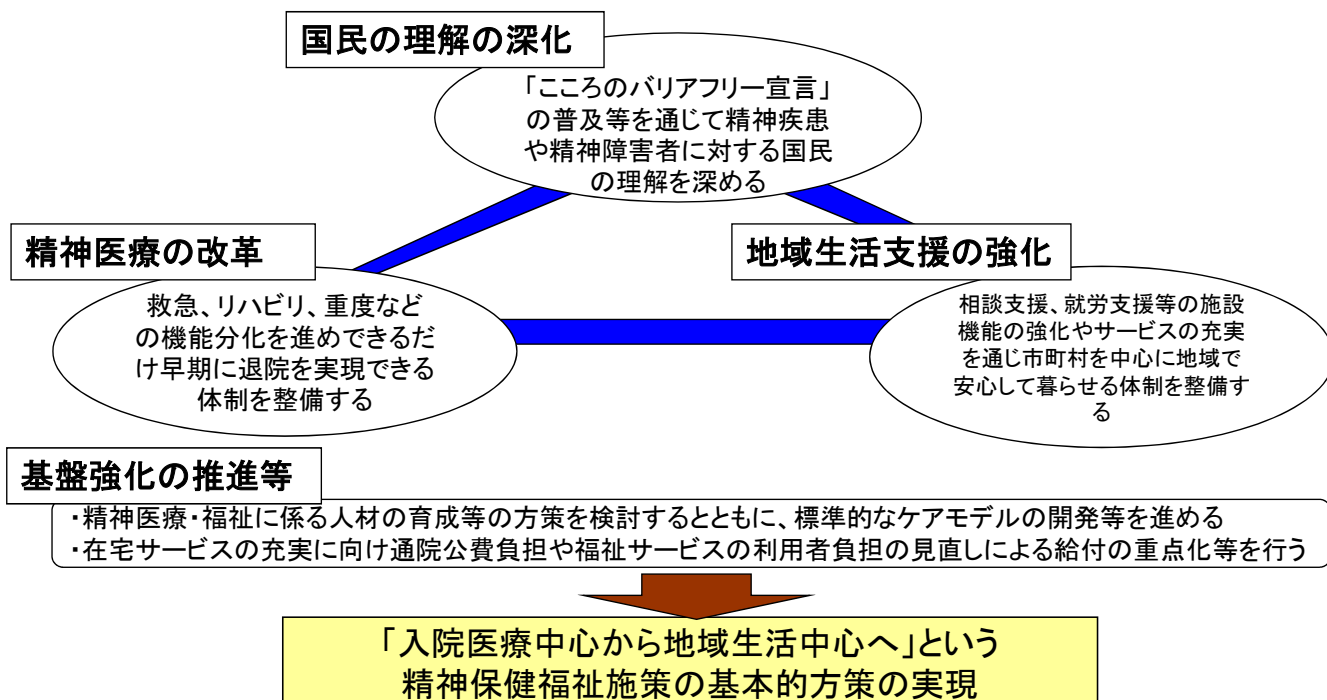
5. その他

(6) 関連する指針等

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

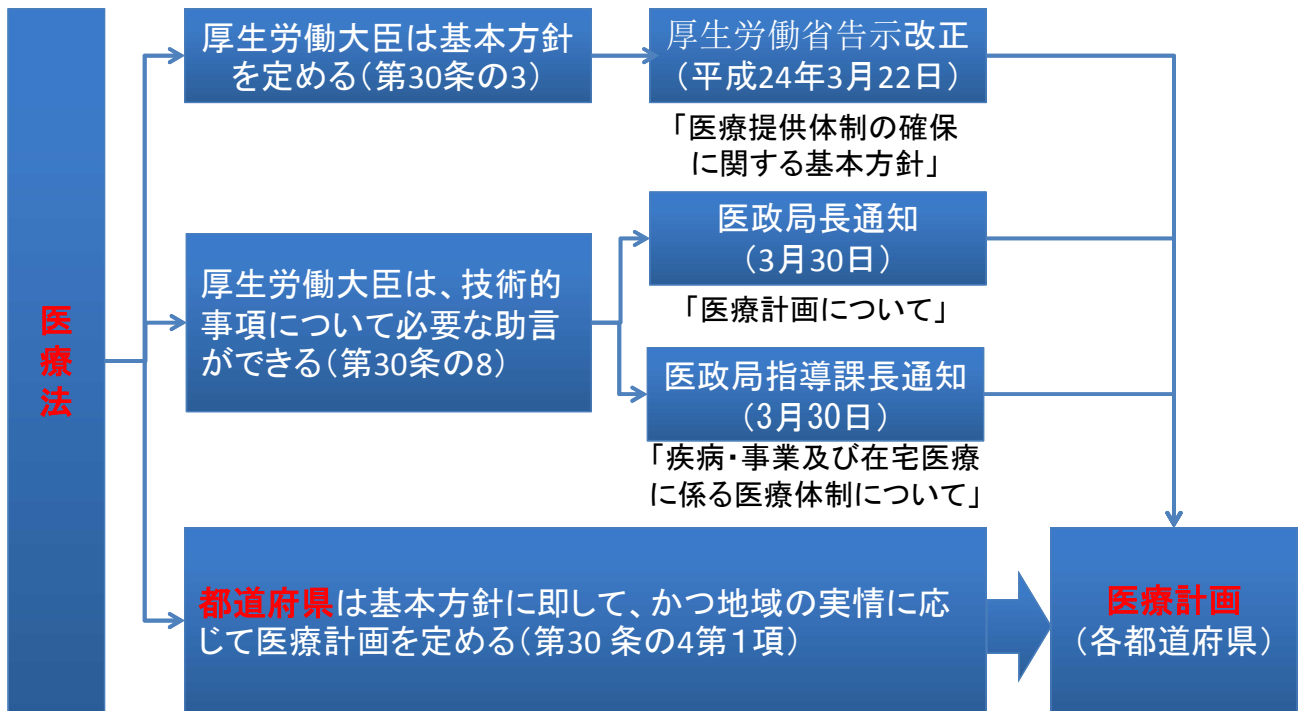
※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

医療法と医療計画



精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(再掲)

【「医療計画について」(平成24年3月30日付け医政発第0330第28号) 抜粋】

2 医療連携体制について

(2) 医療計画に定める以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

- ① **住み慣れた身近な地域**で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、**適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制**を構築すること。
- ③ 症状が多彩にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、**アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制**を構築すること。
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、**必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制**を構築すること。
- ⑤ 医療機関等が提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。

精神疾患に関する医療計画(イメージ図)

機能	【予防・アクセス】	【治療・回復・社会復帰】	【精神科救急】	【身体合併症】	【専門医療】
機能	保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能	状態に応じて、必要な医療を提供できる機能	精神科救急が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能		
目標	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の発症を予防する 発症してから精神科医を受診できるまでの期間をできるだけ短縮する 精神科医療機関と地域の保健医療サービス等と連携する 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状態に応じた精神科医療を提供する 早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する 患者ができるだけ長く、地域生活を継続できる 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間365日、精神科救急医療を提供できる 24時間365日、精神科救急医療を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる 専門的な身体疾患(腎不全、歯科疾患等)を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できる 	<ul style="list-style-type: none"> 児童精神医療(思春期を含む)、アルコールその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する 医療観察法の指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数を確保する 	<ul style="list-style-type: none"> 児童精神医療(思春期を含む)、アルコールその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する 医療観察法の指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数を確保する
関係機関	<ul style="list-style-type: none"> 保健所、精神保健福祉センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター等の保健・福祉等の関係機関 一般の医療機関 薬局 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 在宅医療を提供する病院・診療所 薬局 訪問看護ステーション 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、介護サービス事業所、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク等 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医療相談窓口、精神科救急情報センター 精神科救急医療施設 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 救命救急センター、一般の医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> 人工透析等の可能な専門医療機関 歯科を標榜する病院・歯科診療所 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医療機関 医療観察法指定通院医療機関
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する 保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携する 精神科医と連携している(GP(内科系)等身体疾患を担当する科と精神科)連携への参画等 かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加している 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供し、必要に応じ、アウトリーチを提供できる 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る 緊急時の対応体制や連絡体制を確保する 早期の退院に向け、病状が安定するための支援や、相談支援事業所等と連携し退院を支援する 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場に必要な支援を提供する 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要支援を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有する 地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携する 行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい 精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者、家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等に夜間・休日にも対応できる体制を有する 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる 	<ul style="list-style-type: none"> 身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる(一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる) 精神科で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する 一般病棟で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有する 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる 	<ul style="list-style-type: none"> 各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する 他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる
	<p>うつ病</p> <ul style="list-style-type: none"> 発症してから、精神科医を受診するまでの期間をできるだけ短縮する うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できる 関係機関が連携して、社会復帰(就職、復職等)に向けた支援を提供できる(一般の医療機関) うつ病の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合に適切に紹介できる専門医療機関と連携している 内科等の身体疾患を担当する医師等と精神科医との連携会議等へ参画する うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加している(うつ病の診療を担当する精神科医療機関) うつ病とうつ状態を伴う他の精神疾患について鑑別診断でき、他の精神障害や身体疾患の合併等とを評価できる 患者の状態に応じて適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて他の医療機関と連携できる 患者の状態に応じて、環境調整等に関する助言ができる かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携している 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等との連携、障害福祉サービス事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要支援を提供する 		<p>認知症</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、医療サービスが介護サービス等と連携し、総合的に提供されること 認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1か所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1か所程度を確保すること 認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間の退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月とできるような体制を整備すること(認知症のかかりつけ医と診療所・病院) 地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携して、認知症の人の日常的な診療を行うこと 認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できること 専門医療機関と連携して、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援を行うこと 認知症への対応力向上のための研修等に参加していること 認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携会議等に参加し、関係機関との連携を図り、連携の推進として認知症サポート医等が、認知症の専門医療機関や地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけの医師からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつぎぎを行うこと(認知症疾患医療センター) 診断や治療など、それぞれの類型に応じた認知症疾患医療センターとしての役割を果たすこと(入院医療機関) 認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携体制を有し、退院支援・地域連携クリティカルパスの活用等により、退院支援に努めていること 退院支援部署を有すること 		

精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(認知症の指標例を含む)

	予防・アクセス (うつ病・認知症を含む)	治療・回復・社会復帰 (うつ病・認知症を含む)	精神科救急・身体合併症・専門医療・認知症		
			精神科救急	身体合併症	専門医療
ストラクチャー指標	○ かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 【事業報告】	◎ 精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数 【医療施設調査】	◎ 精神科救急医療施設数 【事業報告】	◎ 精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	◎ 児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
	○ GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区数	◎ 精神科病院の従事者数 【病院報告】	◎ 精神科医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況 【事業報告】	◎ 救命救急センターで「精神科」を有する施設数 【医療施設調査】	◎ 小児入院医療管理料5届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
	○ かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 【事業報告】	◎ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数 【診療報酬施設基準】	◎ 精神科救急入院科・精神科急性期治療病棟入院科届出施設数 【診療報酬施設基準】	◎ 入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数 【医療施設調査】	◎ 重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
	○ 認知症サポート医養成研修修了者数 【事業報告】	◎ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数 【医療施設調査】	◎ 精神科救急医療体制を有する病院・診療所数 【医療施設調査】	◎ 精神科病床を有する一般病院数 【医療施設調査】	○ 医療観察法指定通院医療機関数 【指定通院医療機関の指定】
			◎ 類型別認知症疾患医療センター数 【事業報告】		
プロセス指標	◎ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 精神科地域移行実施加算 【診療報酬施設基準】	◎ 精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数 【事業報告】	○ 副難病に精神疾患を有する患者の割合 【患者調査(備票)】	○ 在宅通院精神療法の20歳未満加算 【NDB】
	◎ 精神保健福祉センターにおける相談等の活動 【衛生行政報告例】	○ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下) 【NDB】	◎ 精神科救急情報センターへの相談件数 【事業報告】	○ 精神科身体合併症管理加算 【NDB】	
	◎ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 向精神薬の薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎ 年間措置患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり) 【衛生行政報告例】		
	◎ 精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員 【衛生行政報告例】	◎ 抗精神病薬の単剤率	○ 保護室の隔離、身体拘束の実施患者数 【精神保健福祉資料】		
		○ 精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数 【精神保健福祉資料】			
		◎ 精神障害者手帳交付数 【衛生行政報告例】			
	○ 精神科デイケア等の利用者数(重度認知症患者を子イケアを含む) 【精神保健福祉資料】				
	○ 精神科訪問看護の利用者数 【精神保健福祉資料】				
			◎ 地域連携クリティカルパス導入率(認知症を含む)		
アウトカム指標	◎ ころの状態 【国民生活基礎調査】	○	○ 1年未満入院者の平均退院率 【精神保健福祉資料】		
		○	○ 在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数 【精神保健福祉資料】		
		○	○ 3か月以内再入院率 【精神保健福祉資料】		
		◎	◎ 退院患者平均在院日数(認知症を含む) 【患者調査】		
			◎ 医療施設を受療した認知症患者のうち外患者の割合 【患者調査】		
		○	○ 認知症新規入院患者2か月以内退院率 【精神保健福祉資料】		
			◎ 自殺死亡率(人口10万あたり) 【人口動態統計】		

◎: 必須指標、○: 任意指標

基本指針、障害福祉計画について

注) ●: 定めるものとする事項、○: 定めるよう努める事項

国 (基本指針)

第87条第1項、第2項

障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制を整備し、自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針

- 障害福祉サービス及び相談支援の提供体制の確保に関する基本的事項
- 障害福祉サービス、相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項
- 市町村障害福祉計画及び都道府県障害福祉計画の作成に関する事項
- その他自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するために必要な事項

市町村 (市町村障害福祉計画)

第88条第1項、第2項、第3項

障害福祉サービスの提供体制の確保その他業務の円滑な実施に関する計画

- 障害福祉サービス、相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項
- 各年度における指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援の種類ごとの必要な量の見込み
- 地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項
- 指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援の種類ごとの必要な見込量の確保のための方策
- 指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る医療機関、教育機関、公共職業安定所その他のリハビリテーションの措置を実施する機関その他の関係機関との連携に関する事項

都道府県 (都道府県障害福祉計画)

第89条第1項、第2項、第3項

市町村障害福祉計画の達成に資するため広域的な見地から障害福祉サービスの提供体制の確保その他業務の円滑な実施に関する計画

- 障害福祉サービス、相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項
- 区域ごとの各年度の指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援の種類ごとの必要な量の見込み
- 各年度の指定障害者支援施設の必要入所定員総数
- 地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項
- 区域ごとの指定障害福祉サービス又は指定地域相談支援の種類ごとの必要な見込量の確保のための方策
- 区域ごとの指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援に従事する者の確保又は資質向上のために講ずる措置に関する事項
- 指定障害者支援施設の施設障害福祉サービスの質の向上のために講ずる措置に関する事項
- 指定障害福祉サービス、指定地域相談支援又は指定計画相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る医療機関、教育機関、公共職業安定所その他のリハビリテーションの措置を実施する機関その他の関係機関との連携に関する事項

第3期障害福祉計画が目指す目標

地域生活移行や就労支援といった課題に対応するため、平成26年度を目標年度として数値目標を設定。

地域生活への移行、福祉施設から一般就労への移行等に関する目標値について

○ 地域生活や一般就労への移行を進める観点から、下記の数値目標を設定する。

1 福祉施設の入所者の地域生活への移行

- ・平成26年度末までに、平成17年10月1日時点の施設入所者数の3割以上が地域生活へ移行。
- ・平成26年度末の施設入所者数を、平成17年10月1日時点の施設入所者から1割以上削減することを基本としつつ、地域の実情に応じて目標を設定する。

2 入院中の精神障害者の地域生活への移行

平成24年度から平成26年度までの入院中の精神障害者の退院に関する目標値として、次の目標値を設定。

【着眼点1】1年未満入院者の平均退院率(平均退院率:ある月から連続した12月の各月ごとに、当該ある月に入院した者のうち、それぞれ当該各月までに退院した者の総数を、当該ある月に入院した者の数で除した数を算出し、その合計を12で除したもの)

平成26年度における1年未満入院者の平均退院率を平成20年6月30日の調査時点から7%相当分増加させることを指標とする。

【着眼点2】高齢長期退院者数(退院者のうち、65歳以上であって5年以上入院していた者の数)

平成26年度における高齢長期退院者数を直近の数から2割増加させることを指標とする。

3 福祉施設から一般就労への移行等

- ・福祉施設の利用者のうち、就労移行支援事業等を通じて、平成26年度中に一般就労に移行する者の数値目標を設定する。目標の設定に当たっては、平成17年度の一般就労への移行実績の4倍以上とすることが望ましい。
- ・平成26年度末における福祉施設の利用者のうち、2割以上の者が就労移行支援事業を利用する。
- ・平成26年度末における就労継続支援事業の利用者のうち、3割以上の者が就労継続支援(A型)事業を利用することを目指す。

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(抜粋版) (平成25年度から29年度までの計画)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画(市町村)に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
- 認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成24年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成
 - ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度	平成29年度
認知症高齢者数	305万人	373万人
在宅介護(小規模多機能型居宅介護等を含む)	149万人	186万人
居住系サービス(認知症対応型共同生活介護等)	28万人	44万人
介護施設(介護老人福祉施設等)	89万人	105万人
医療機関	38万人	38万人

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人
- 認知症サポーターの人数(累計)
平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

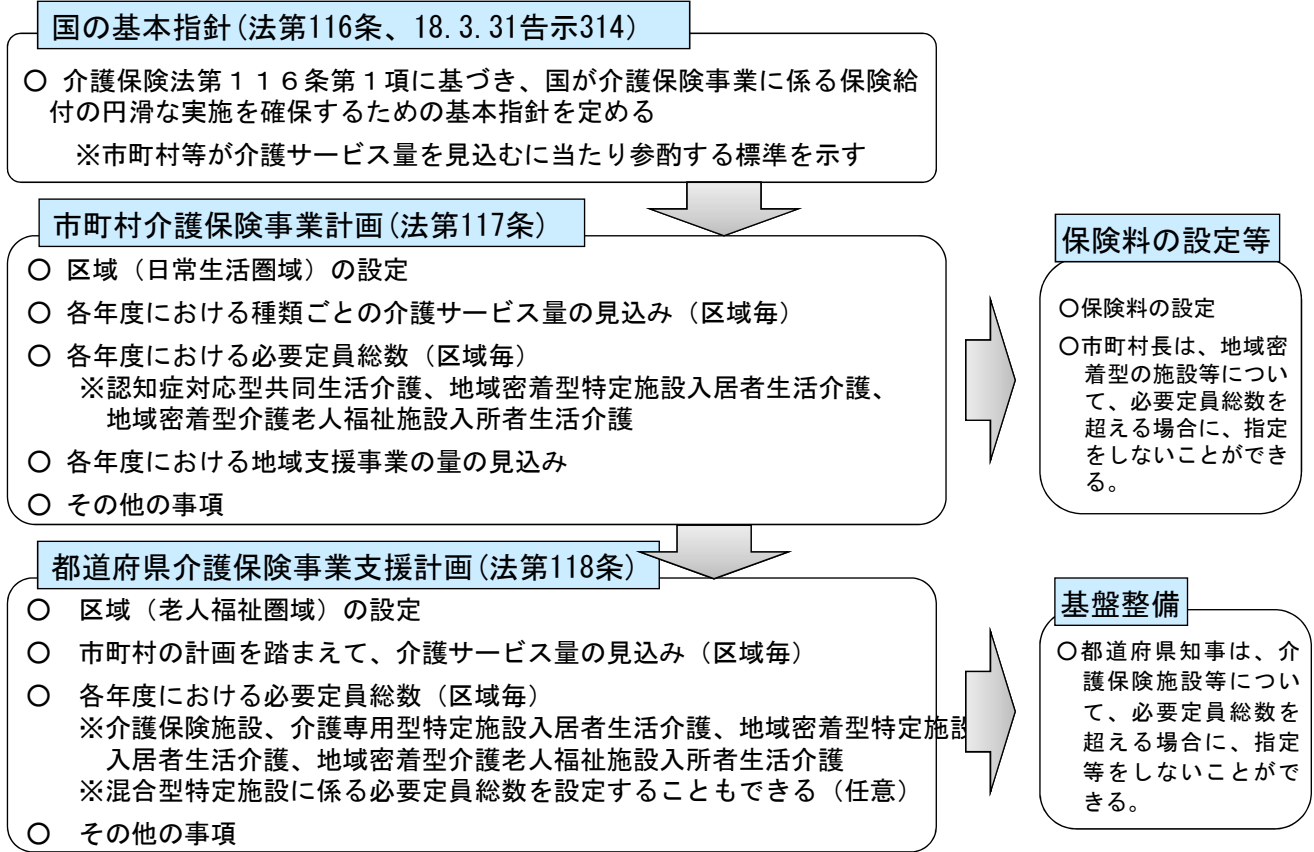
- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
 - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
新規 → 平成29年度末 87,000人

介護保険事業(支援)計画について

保険給付の円滑な実施のため、3年間を1期とする介護保険事業(支援)計画を策定している。



第5期介護保険事業(支援)計画の主な内容

介護保険事業計画(市町村)	介護保険事業支援計画(都道府県)
○ 市町村介護保険事業計画の基本的理念等	○ 都道府県介護保険事業支援計画の基本的理念等
● 日常生活圏域の設定	● 老人福祉圏域の設定
○ 介護給付等対象サービスの現状等	○ 介護給付等対象サービスの現状等
● 各年度(平成24~26年度)の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込み	● 各年度(平成24~26年度)の介護給付等対象サービスの種類ごとの見込み (市町村介護保険事業計画におけるサービス見込み量を積上げる)
○【参酌標準】平成26年度目標値の設定(任意記載事項) ・入所施設利用者全体に対する要介護4、5の割合は、70%以上	○【参酌標準】平成26年度目標値の設定(任意記載事項) ・3施設の個室・ユニット化割合 50%以上 ・特養の個室・ユニット化割合 70%以上
● 各年度の日常生活圏域ごとの必要利用定員総数の設定 ・認知症グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設	● 各年度の老人福祉圏域ごとの必要入所(利用)定員総数の設定 ・介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護専用型特定施設、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設 (介護専用型以外の特定施設(混合型特定施設)についても、必要利用定員総数の設定は可)
● 各年度の地域支援事業に要する見込み	○ 施設の生活環境の改善に関する事項
○ 各年度の地域支援事業に要する費用の額	○ 介護給付等対象サービス及び地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に関する事項
○ 認知症被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項	○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
○ 医療との連携に関する事項	○ 計画の達成状況の点検・評価
○ 高齢者の居住に係る施策との連携に関する事項	
○ 被保険者の地域における自立した日常生活の支援のための必要な事項	
○ 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項	
○ 計画の達成状況の点検・評価	

※ ●は必須記載事項(基本的記載事項)である。 ※アンダーラインは、平成24年度法律改正で追加
 ※ 保健、医療、福祉又は居住に関する事項を定める計画(医療計画、地域福祉計画、高齢者居住安定確保計画等)との調和規定がある。

H25.7

障害者の地域生活の推進に関する検討会

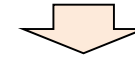
- 「重度訪問介護の対象拡大」、「ケアホームとグループホームの一元化等」について検討。
※7月中に検討会を立ち上げ、10月中を目処に検討会報告を取りまとめ。

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」等について検討。
※7月中に検討会を立ち上げ、12月中を目処に指針案を取りまとめ。



障害者部会



- 2つの検討会の取りまとめ内容について、下記の検討課題と併せて、秋から年末にかけて議論。
 - ・障害支援区分
 - ・地域移行支援の対象拡大
 - ・基本指針の改正（障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項等） 等

H25.12

(地方公共団体での施行準備等)

H26.4

- 「重度訪問介護の対象拡大」、「ケアホームとグループホームの一元化等」、「障害支援区分」、「地域移行支援の対象拡大」、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」について施行。
- 「基本指針の改正」を踏まえ、各地方公共団体は、平成26年度中に第4期障害福祉計画を作成。

施行後3年(平成28年4月)を目処とした見直しの検討

- ①常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ②障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- ③障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ④手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ⑤精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

H28.4

伊藤構成員 提出資料

精神障害者に対する医療の提供を確保するための
指針等に関する検討会
参考資料

平成25年7月26日

(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

目次

1. 政策の動向と具体的な取り組み
2. 地域責任性に関する考え方
 - － 治療の継続性を地域で担保する対象の定義
3. 連携施策：回復をめざす場合の必須要素
 - － 地域連携クリティカルパス(パスポート)
 - － チーム医療
4. 弱体化している総合病院精神科機能の強化
5. 変革を加速化するために

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

【入院1年未満＋重度・慢性】

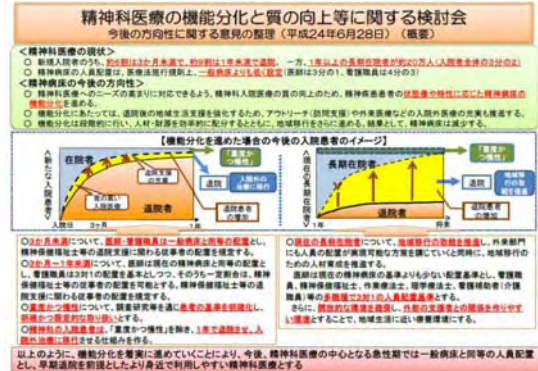
- 3か月未満→手厚い人員配置
- 3か月～1年未満→手厚い人員配置・チーム
- 重度かつ慢性→基準の明確化・限定化
- 精神科入院患者→「重度かつ慢性」以外は1年で退院・入院外治療に移行

【キーワード】

- ・質の高い入院医療
- ・退院支援の充実
- ・入院外の治療に移行
- ・退院患者の増加
- ・地域移行の取組を推進

【現在の長期在院者】→地域移行の取組みを推進

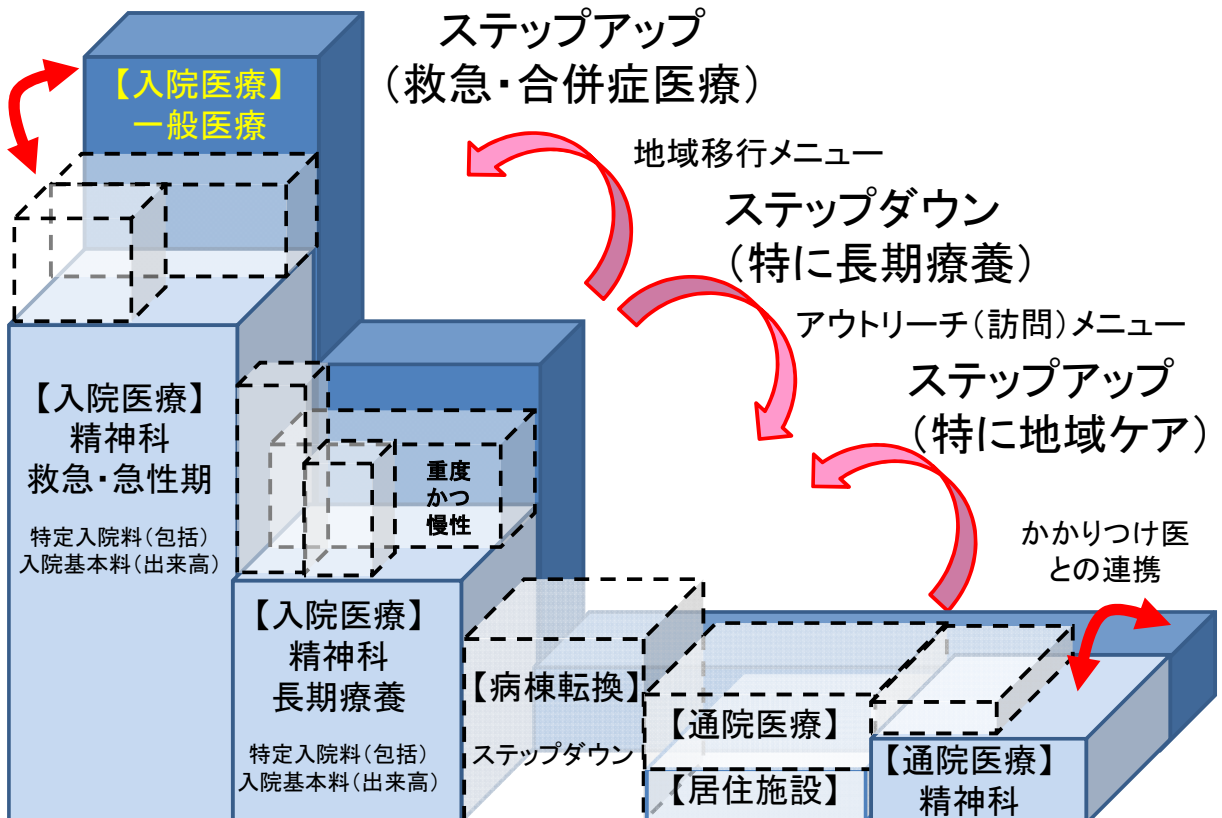
- 外来部門の人員配置が実現可能にする
- 多職種で3:1の人員配置
- 開放的な環境の確保
- 外部支援者との関係が作りやすい環境
(地域生活に近い療養環境)



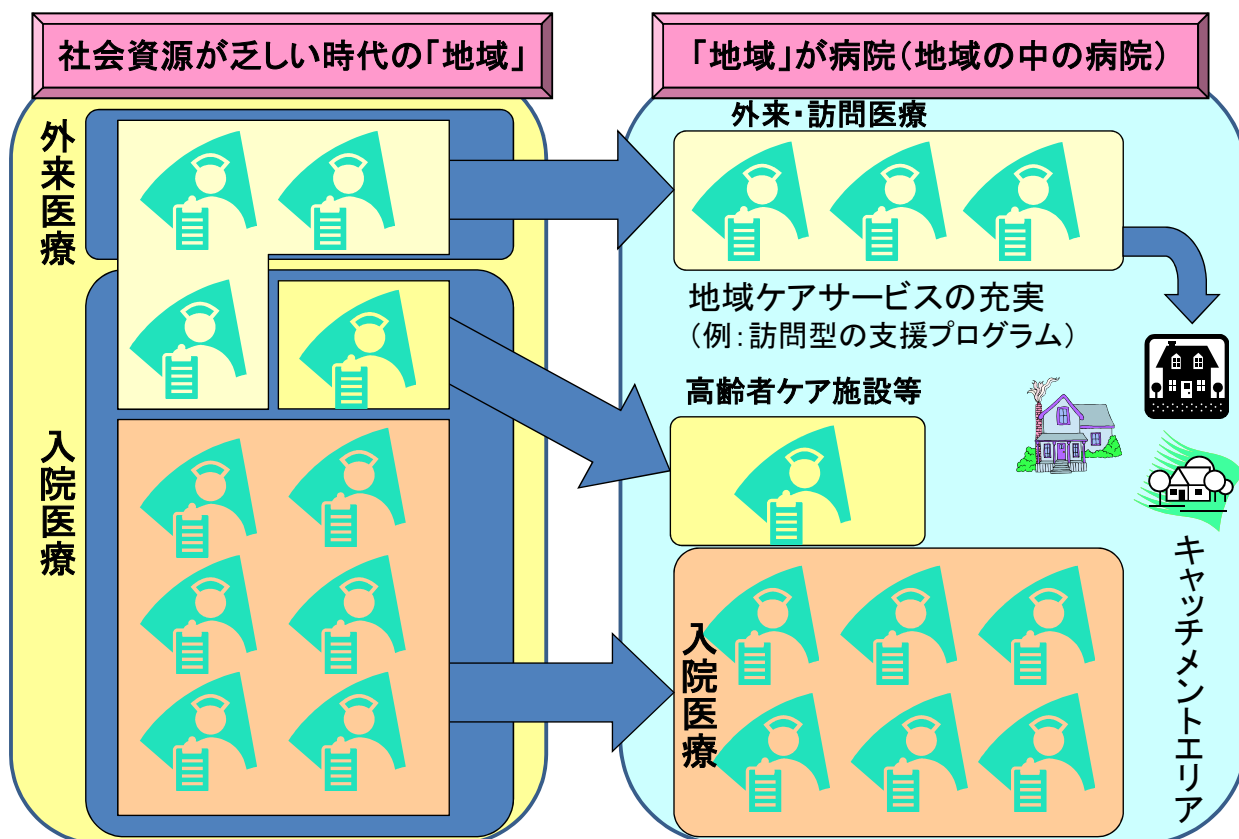
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea50.pdf>

一般急性期医療
・専門医療との連携
(救命救急・リエゾン)

段差をなくす工夫と選択肢

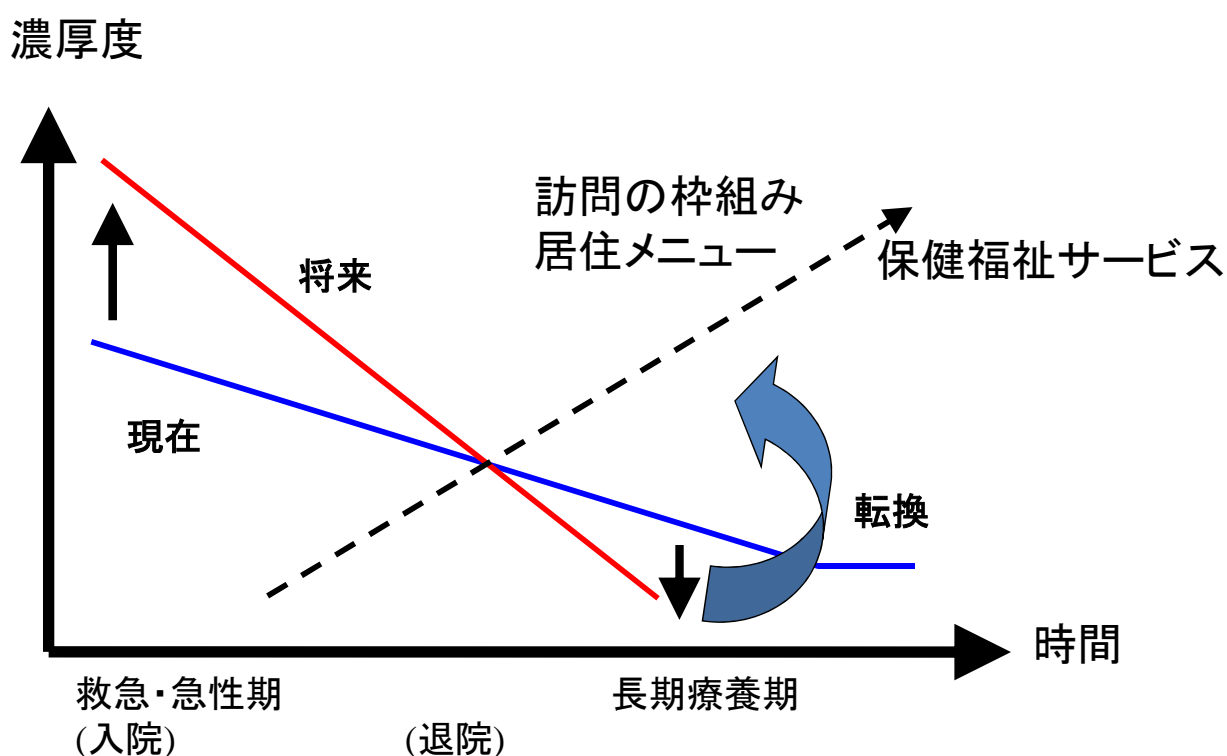


既存資源の活用イメージの一案*



*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。

将来の支払い方式



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
	重症者加算GAF40以下(2010)→加算 I (GAF30↓)・II (40)(2012)	40→60・30
	加算 I : 精神科救急医療体制確保協力医療機関 退院調整加算(退院時2012)	500
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(30日以内-60日以内-61日以上)	1,750-1,450-1,160
	認知症治療病棟入院料2(30日以内-60日以内-61日以上)	1,270-1,070-950
	認知症夜間対応加算(1日)	84
	退院調整加算	100→300
	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)→管理料(2012)	800→2,900
2008	精神科救急・合併症入院料(31日以上)	3,451 (3,031)
2012	救急支援精神病棟初期加算(14日以内)	190

*点数は2012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

地域ケアに関する診療報酬新設の動向(2012年)*

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(30分以上DIEPSS評価)	330~400(25点)
	精神科救急医療体制協力精神保健指定医(2012)	700
1974	デイ・ケア(病院・1988年診療所)	590(大規模:700)
1986	訪問看護・指導 *2012(保健師・看護師・OT・PSW)	
	精神科訪問看護・指導料 I	440~675(400~625)
	精神科訪問看護・指導料 II	160
	精神科訪問看護・指導料 III*	340~545(300~495)
	複数名訪問看護加算(看護補助者)*	300
1990	持続性抗精神病注剤治療指導管理料	250
	クロザピン:500点	500
1994	訪問看護療養 *2012(保健師・看護師・OT)	金額で設定
	(精神科*)訪問看護基本療養費 I(准看護師)	4,250~6,550円(3,870~6,050円)
	(精神科*)訪問看護基本療養費 II	1,600円
	(精神科*)訪問看護基本療養費 III(准看護師)	3,300~5,300円(2,910~4,800円)
	複数名訪問看護加算(看護補助者・PSW)*	3,000円
2006	精神科ショートケア:診療計画・入院患者追加	275(大規模:330)
	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) 不交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	4,200(2,200) 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)
	抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合(2012)	20%減額
	DIEPSSによる重症度評価(月1回)(2012)	25
	救命救急入院料の加算(2012 地域の精神保健指定医)	3,000
2010	認知行動療法	420
	精神科救急医療体制協力精神保健指定医(2012)	500
	急性期デイ・ケア(退院後1年間)	20(50)
2012	精神科訪問看護指示料・特別訪問看護指示加算	300・100
	精神科リエゾンチーム加算(診療所の精神科医)	200(週1回)

*点数は2012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

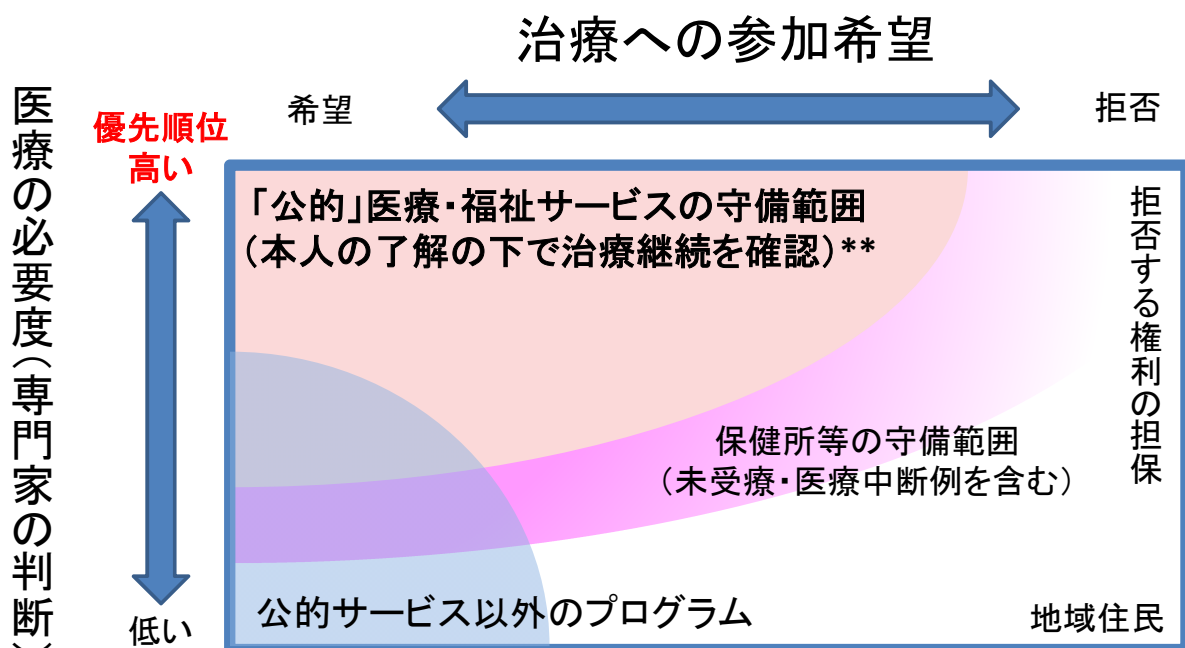
地域責任性をめぐる論点

—「囲い込み」との違い—

- フリーアクセス制度下でのゲートキーパ機能の付与
 - 再入院リスクのある患者→退院後の治療継続が必要
 - 急性期入院のみ提供する病院
 - 安定期のみ診療する診療所
- 「地域住民の精神疾患治療」に対する意識が希薄
- 病院組織の意識改革(地域包括ケアシステムへ移行)
 - 入院患者のみが対象→地域住民が対象(「地域が病院」)
 - 地域住民への責任を感じている入院医療機関
 - 入院と外来の包括的提供: 賞賛されるべき取り組み
 - ただし、説明責任と住民の選択の自由
 - 病院組織体以外の関係者(公的セクター・当事者)

治療の継続性を地域で担保する対象*

*イメージ: 治療中断すると腎透析に移行するリスクが高まる糖尿病患者と同様のグループ
(例: 治療中断すると再入院リスクが高まる慢性精神障害者)



**先進的な医療機関では、独自に外来通院予約に受診しなかった患者をグループ化し、医療必要度の高い患者には電話・訪問を実施している(診療報酬の裏付けなし)。

治療の継続性を地域で担保する対象の定義

- 優先順位の高い対象者
 - 治療中断をすると再入院のリスクが高いグループ(下図①)
 - 本人も希望する場合
- 定義(基準)のふたつの考え方
 - 内的基準(implicit criteria):説明が困難
 - 外的基準(explicit criteria):説明が容易
- 定義(基準)を洗練させていく方策
 - 内的基準にあてはまる事例を積み重ねる
 - 一定の事例が集約されてから外的基準づくりを行う

③状態安定グループ

②手帳発行グループ

①本人の意向を
確認した上で
地域で支援を続ける
グループ

地域責任性を意識できる施策例

- 精神科救急
 - 「医療圏」での措置入院患者(25%, 年間30名以上)
- 精神保健指定医
 - 精神科救急への参画(精神科救急システム通知)
 - 通院精神療法加算・認知行動療法要件(2012年)
 - 救命救急入院料加算(2012年)
 - 精神科リエゾンチーム加算(2012年)
- これからの可能性
 - 精神科救急医療体制整備事業(常時対応型施設)
 - ソフト救急(自院患者の急変時の夜間・休日対応)

精神障害者フットサルチームのイタリア遠征(2011年)

- 2009年夏: イタリアの医師へのコンタクト
- 2009年秋: 日本スポーツ振興基金申請(2010年4月受理)
- 2011年3月: イタリア遠征虹プロジェクト2011



(ガゼッタ紙)



白熱した試合

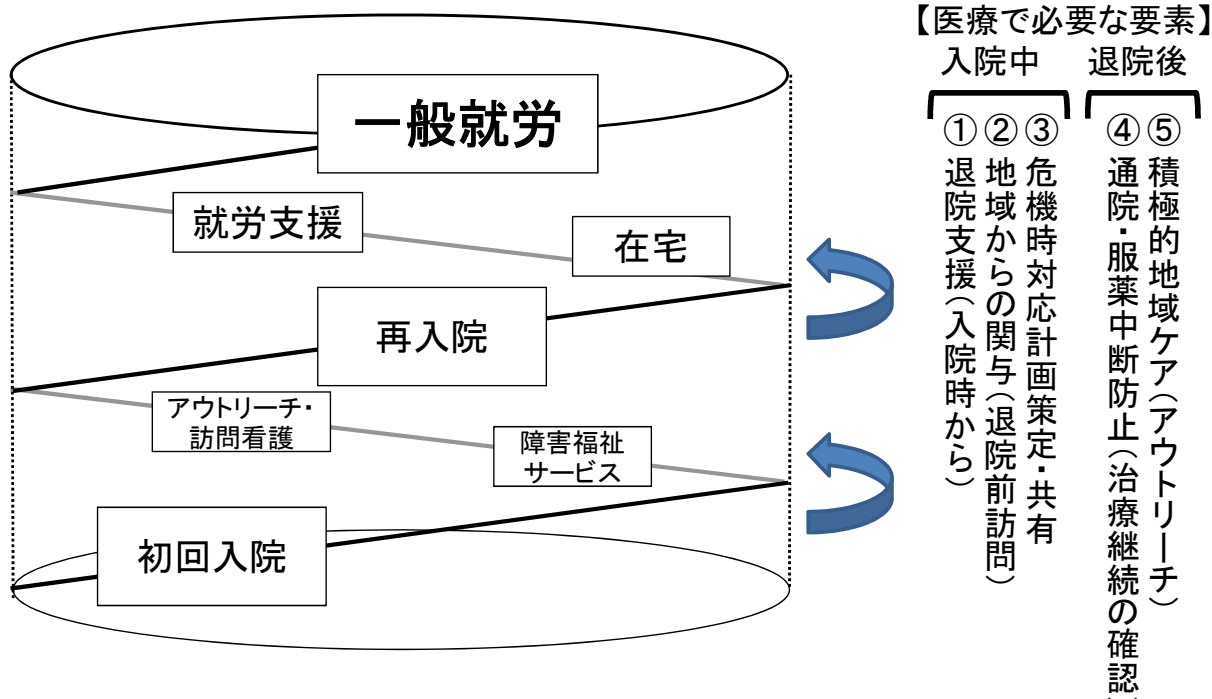
カンファレンスとメンバーとの交流



- 一般就労へ移行する割合が向上
- 遠征での心配: 時差による睡眠・覚醒リズムの問題(服薬時間の問題、再発・再燃リスク、コンディション調整の難しさ)、長時間の禁煙、団体行動、帰国後の疲労
- 事前の準備をしっかりとすれば、安定した状態の精神障がい者の国際遠征は十分可能

出典: 大阪精神医学研究所 新阿武山病院岡村武彦氏. 第6回精神科医療評価・均てん化研修資料, 2012.

垂直連携・調整 —理想は「回復モデル」—



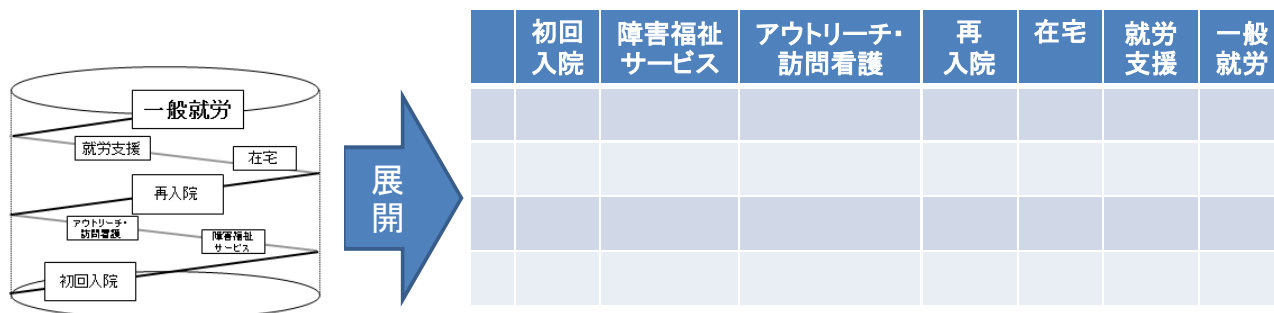
*それぞれの短期目標を設定したクリティカルパスが存在(例: 退院支援パス)

回復過程を展開すると「パスポート」になる

● 地域生活・在宅医療パスポート

≡ 地域連携クリティカルパス

- リカバリー(回復)の各段階で、短期目標を設定した複数のパスが存在(退院支援もそのひとつ)
- これを束ねたものが地域連携クリティカルパス



精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(別表5)*

	予防・アクセス(うつ病含む)	治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	精神科救急	身体合併症	専門医療	
構造指標	○かかりつけ医等対応能力向上研修参加者3)	◎P医療機関数6)	◎医療圏のP救急医療機関数3)	◎P救急・合併症対応施設数3)	◎児童思春期病棟数11)	
	GP連携会議開催地域数・紹介システム構築地区数	◎P医療従事者数(各職種)7)	◎精神医療相談窓口・P救急情報センター開設状況3)	◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数6)	◎小児入院医療管理料<5>11)	
	○かかりつけ医認知症対応能力向上研修参加者3)	往診・訪問診療P医療機関数6)	◎P救急入院料・急性期治療病棟11)	◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数6)	◎重度アルコール依存症入院医療加算 11)	
	○認知症サポート医養成修了者数3)	◎精神科訪問看護実施医療機関数6)	◎P救急医療体制整備病院・診療所数6)	◎Pを有する一般病院数6)	○医療観察法指定通院医療機関数12)	
			◎類型別認知症疾患医療センター数3)			
過程指標	◎保健所等精神保健相談・訪問指導数1)	◎P地域移行実施加算11)	◎P救急医療機関の夜間・休日受診件数・入院件数3)	○副傷病名の精神疾患割合8)	○在宅通院精神療法20歳未満4)	
	◎精神保健福祉センター相談・訪問指導数2)	○非定型抗精神病薬加算 I (2種類以下)4)	◎P救急情報センターへの相談件数3)	○P身体合併症加算4)		
		向精神薬薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎人口当たり年間措置患者・医療保護患者数2)			
		抗精神病薬単剤率	○隔離・身体拘束数9)			
		○P社会復帰施設等利用実人数9)				
		◎精神障害者手帳交付数2)				
		○Pデイケア等利用者数9)				
	○P訪問看護利用者数9)					
		地域連携クリティカルパス導入率(認知症を含む)				
アウトカム指標	○こころの状態5)	○1年未満入院者の平均退院率9)	○在院期間5年以上かつ65歳以上退院患者数9)	○3か月以内再入院率9)		
		◎退院患者平均在院日数8)	医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合8)			
		○認知症新規入院患者2か月以内退院率9)				
		◎自殺死亡率(人口10万あたり)10)				

P: 精神科

◎必須指標

○任意指標

- 1) 地域保健・健康増進事業報告
- 2) 衛生行政報告例
- 3) 事業報告
- 4) ナショナルデータベース解析
- 5) 国民生活基礎調査

- 6) 医療施設調査
- 7) 病院報告
- 8) 患者調査
- 9) 精神保健福祉資料(630調査)
- 10) 人口動態統計

- 11) 診療報酬施設基準
- 12) 指定通院医療機関の指定

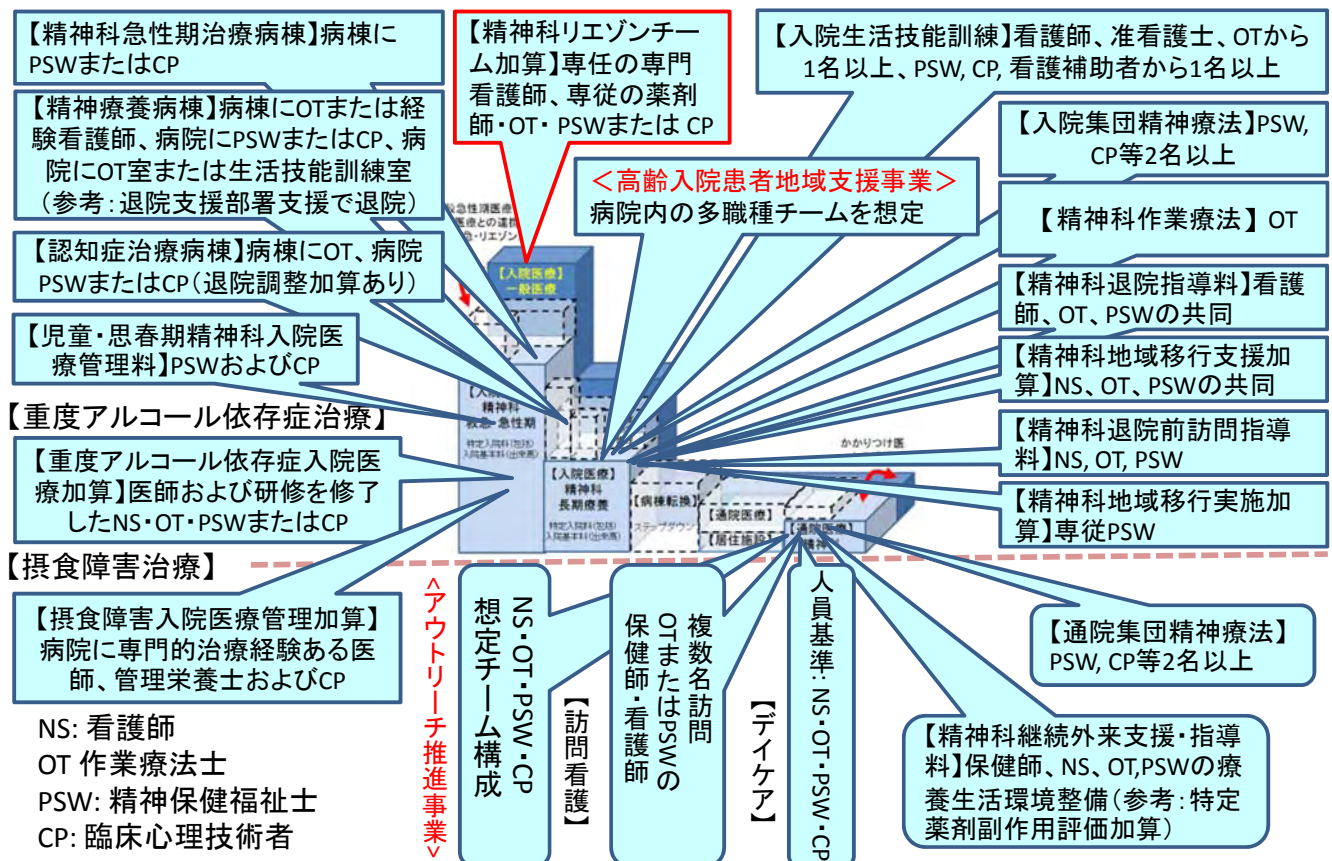
* 2012年10月厚生労働省通知を改変

連携に関する診療報酬新設*

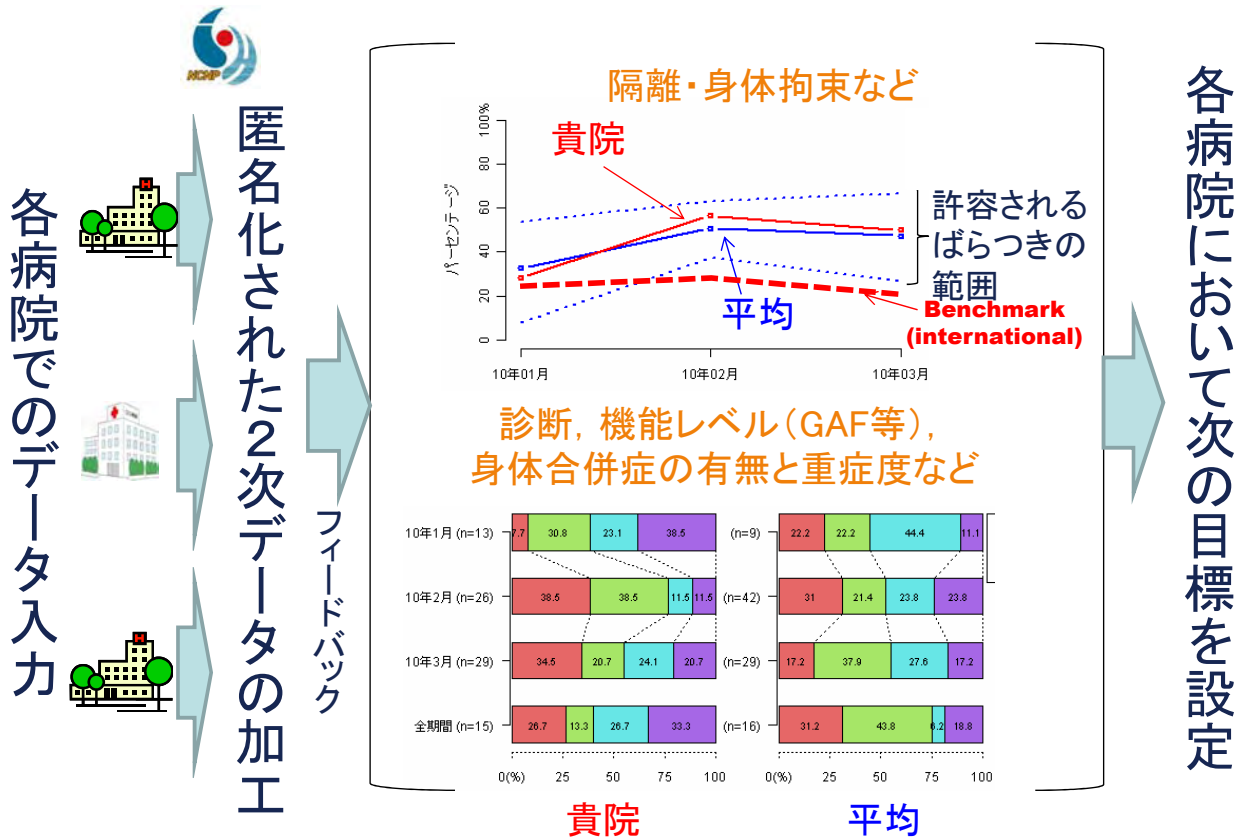
新設年	診療報酬	1日あたり点数
2002	緩和ケア診療加算(精神医療従事経験精神科医)	400
2006	特定施設入居時等医学総合管理料 処方箋交付(在宅療養支援診療所・病院以外) 不交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	3,000 (1,500) 3,300 (1,800)
2008	精神科継続外来支援・指導料	55
	保健師等による支援の加算(1日につき)	40
	救命救急入院料の加算(2012 診療所の精神保健指定医)	3,000
	認知症患者紹介加算(診療情報提供料 I)	100
	精神科医連携加算(診療情報提供料)	200
	精神科身体合併症管理加算(治療開始7日以内)	350→450
	精神科地域移行支援加算(退院時)	200
2010	精神科地域移行実施加算(地域連携室必置)	10
	認知症専門医療機関連携加算(診療情報提供料:かかりつけ医に対する評価)	50
	認知症専門診断管理料(認知症疾患医療センター等の精神科医に対する評価)	500
2012	総合入院体制加算(精神科の体制が要件)	120
	精神科リエゾンチーム加算(診療所の精神科医)	200(週1回)
	外来緩和ケア管理料(精神症状の緩和を担当する常勤医師)	300
	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回)	1,000
	精神科救急搬送患者地域連携受入加算(入院初日)	2,000
	認知症療養指導料(かかりつけ医が専門家と連携しながら管理、月1回6か月間)	350
	地域連携認知症集中治療加算(退院時) 地域連携認知症支援加算(再転院時)	1,500 1,500

*点数は2012年4月改定予定時の診療報酬点数 赤字は2012年改定時に変更されたもの 作成:精神科医療政策・管理研究会

チーム医療の評価



臨床指標を用いた「他施設との相互評価体制」*



*eCODOシステムを利用したフィードバック例

これからの診療報酬

- 精神科医療の診療報酬(現在): 課題
 - 精神病棟入院基本料(「出来高」病棟): さらなる傾斜
 - 特定入院料(「包括」病棟): 診療内容が包括化で不明
 - 診断群分類包括評価(DPC/PDPS): 希薄な関係
- 現実的な解決策
 - これからの医療を示すインセンティブの付与
 - 特定入院料の診療内容の記録保持の仕組みづくり
 - DPC医療機関別係数に精神疾患医療の要素を加味

DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System): DPC分類に基づいて評価される入院1日あたりの定額支払い制度で、身体科の急性期入院医療における一般的な支払方式

変革を推進するための必須要素

- 病棟転換型居住系施設に関するこれまでの取り組み
 - アウトリーチ事業との連動
 - 他の転換事例も国内外に存在: デイケア施設への転換
- 「再施設化ではないか」との批判
 - 意思決定(ダウンサイジングの採否)は各医療機関の判断
 - 採用しやすい選択肢を複数提示することが必要
 - 「再施設化」は「外部」の判断を盛り込めば回避可能
 - 外部例: 当事者、地域の代表、公的セクター
 - 時限的政策(例: 3~5年)で、定期的な見直しが不可欠
- 病棟転換型居住施設という選択肢
 - 次のステップとして不可欠(移行コストの担保も必要)
 - 病棟転換の道を閉ざすことは、変革の足踏みを意味する

当事者の参画事例を積み重ねていく*

- 国家レベル
 - 検討会での当事者の参画
- 地方自治体レベル
 - 審議会
 - 地域連携会議
- 個別治療レベル
 - 入院時・入院中
 - 非任意治療前や治療後の振り返り(debriefing)

*代理人等の立場の関与を含む

河崎構成員 提出資料

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針の策定に当たっての見解

公益社団法人 日本精神科病院協会
副会長 河崎 建人

基本的視点1

- 今回の精神保健福祉法の改正で指針の策定が定められたことは評価される
- わが国の精神保健医療の改革を推し進める指針でなければならない
- これまでに国により示されてきた精神保健医療福祉に関する提言や施策を踏まえた検討が重要

基本的視点2

- 実効性のある指針でなければ意味がない
- 精神科医療サービスの提供側がそれぞれの医療機関特性、地域特性を生かせるような多彩なロードマップが必要
- 最も重要なのはこれらの施策が段階的に行われることおよび財源の確保

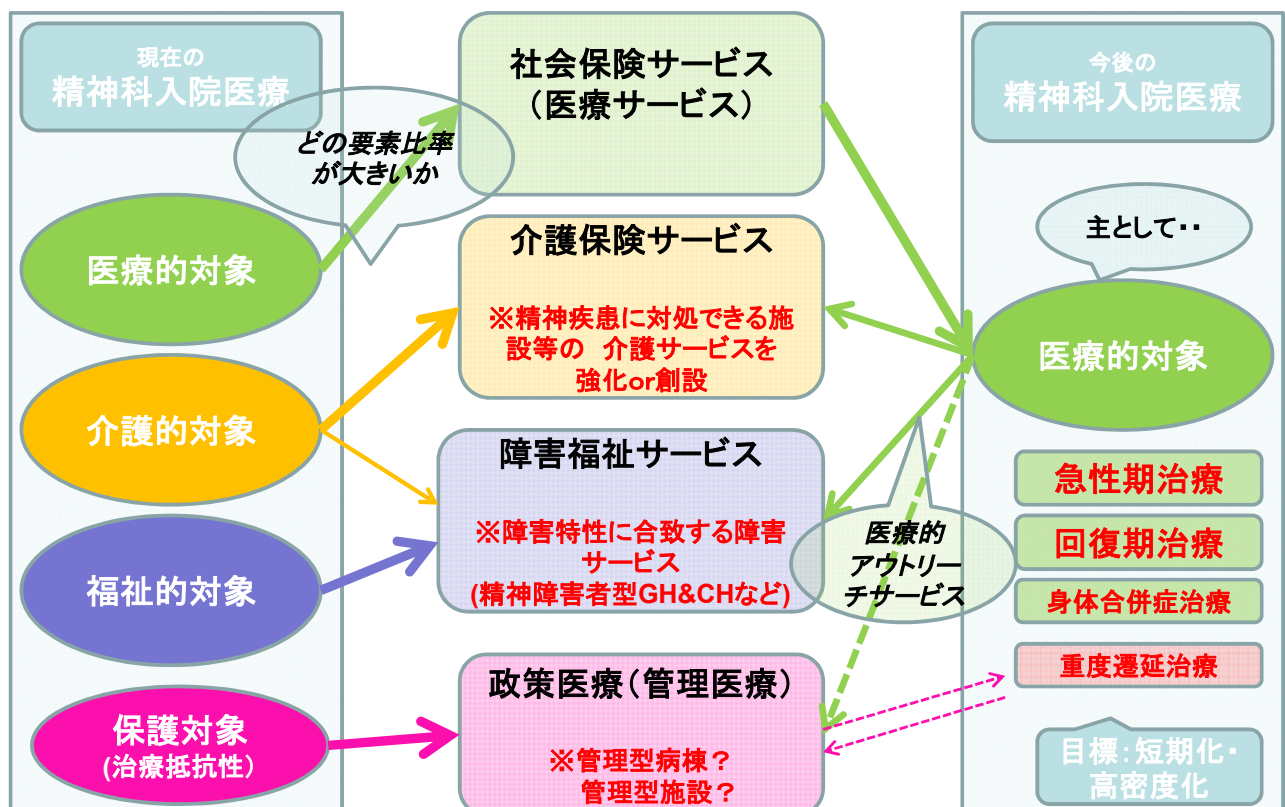
精神病床の機能分化

- 精神病床の機能分化を目指すことができる実効性のある指針
- 単に期間だけではなく、疾病特性や状態像に応じた急性・慢性の議論が必要
- 人材や財源を効率的に配分し、地域移行を進めるためにも機能分化は段階的に行うべき

これからの精神医療サービスの方向

- 多種多様な精神疾患に対する専門的治療の提供
(統合失調症中心モデルからの脱却)
- 入院治療の適正化
⇒医療密度を上げた集中的な急性期治療を中心に。
⇒リハビリテーション機能を強化した回復期治療の充実。
- 長期入院者の評価と処遇の適正化を推進。
⇒地域移行や介護施設移行など(施設整備が前提)。
- 重症遷延患者(難治患者)の療養環境の検討と整備。
- 身体合併症患者の診療体制強化。
- デイホスピタルやデイケアを中心とする入院外治療の拡充と展開。
- 必要な患者に対する在宅訪問診療(医療アウトリーチ)の提供
- サービス提供に必要な財源(コスト)の適正化

精神科入院医療の適正化



精神科入院医療の適正化と課題

- **医療的な対象者 ⇒ 高密度の医療を展開**
短期集中的治療(急性期)・強化リハビリ治療(回復期)・重度者ハイケア治療(亜急性期)・合併症治療etc.
問題:いかに治療構造をシフトするか?(病棟構造・人員配置・治療システムetc.)
治療システムの構造化・標準化・治療手段の普及etc.
財源の組換えを適切に行えるか?(現在の入院医療費総額の組換え)
- **保護的な対象者 ⇒ 保護(全面的ケア)を中心とした安全を提供**
治療抵抗性・病状固定etc.の重度者の生命維持・危害防止のためのケア。
問題:治療抵抗性・重度慢性などをどのように区分するか?
医療の対象か?管理の対象か? ケアの内容と人員はどうすべきか?
医療施設(病院)で診るべきものか?施設対応(新規創設)すべきか?
これらの財源をどうつけるのか?(医療費か?保護費か?)
- **介護的な対象者 ⇒ 介護サービスへ移行**
より適切なケア提供の場を提供(移行)。
問題:65歳以下の対象はどうするか? 障害福祉サービス(身障者同様?)利用か?
現状の介護サービス側の受入拒否をどうするか?(精神科的対応の欠落・不備)
精神科治療継続をどうするか?(財源・システム)
- **福祉的な対象者 ⇒ 障害福祉サービスへ移行**
生活障害etc.を援助・補完し、地域での生活をおくることができる環境を提供(移行)。
問題:精神障害特性に応じた対応や制度が貧弱・未整備(特に中等度～重度の精神障害者)
精神疾患に対する治療的な関わりとの連合体制(基幹型包括センターの必要性)
精神科治療継続をどうするか?(財源・システム)

医療的な対象者 ⇒ 高密度の医療を展開

- ・短期集中的治療(急性期)
- ・強化リハビリ治療(回復期)
- ・重度者ハイケア治療(亜急性期)
- ・身体合併症治療etc.

問題:

いかに治療構造をシフトするか?
(病棟構造・人員配置・治療システムetc.)
治療システムの構造化・標準化・治療手段の普及etc.

どれもこれも
財源が必要

構造の再構築の財源(補助?)は?
財源の組換えを適切に行えるか?
(⇒現在の入院医療費総額の組換え)

もっとも重要

改革の重要要件: 財源の問題を表面化させること (国や構想会議などが目を閉ざし避けて通る・・・)

何故、病院運営にとって適正化(病床減)が出来ないのか？

(⇒支出に見合う収入が必要だから)

- ◎**従業している労働者(スタッフ)の生活を守らねばならない**(雇用の維持・給与の支給・生活保障⇒労働問題)。
- ◎土地・建物・設備等の投資(借財)を回収(返済)しなければならない。
- ◎次の再投資(建物・設備等)への積立準備をしなければならない。

だから少なくとも・・・⇒一床あたりで他科(身体科)の医療費同等以上の収入が必要である。

- ・ハードウェア (土地・建物・設備ほか)
- ・ソフトウェア (治療技能・治療システムほか)
- ・ヒューマンウェア(人材・人員ほか)

どれをとってもレベルアップするためには財源が必要！！

では・・・「どんな風になりたいのか？」

「どのような医療サービスの提供を望むのか？」

.....それでは、その財源をどうするのか？

～ 財源なくして改革なし ～

声高く、ちゃんと
主張・要求しよう

佐藤構成員 提出資料

5疾病5事業時代の総合病院精神科の役割

一般社団法人 日本総合病院精神医学会

総合病院精神科の特徴

一般医療と密に連携している

- 精神科診療上の利点

- 精神疾患と身体疾患の併発ケースの診療
 - 精神疾患の初期診断(身体疾患との鑑別)

- 一般医療との診療連携が取りやすい

- 一般科医師からの紹介
 - 一般科医師への紹介

➔ 精神科医療と一般医療をつなぐ役割

総務省消防庁が東京消防庁管内で実施した 救急受け入れに関する実態調査

(2008.12.16～12.22)

受け入れ照会が4回以上となるケース(救急搬送困難例)

薬物中毒	50.0%	(実数 29)
未受診妊婦	50.0	(実数 2)
透析中	38.9	(実数 7)
急性アルコール中毒	38.2	(実数135)
精神疾患の患者	36.1	(実数 56)
認知症	18.5	(実数 21)

平均 8.3%

傷病者の搬送及び受け入れの実施基準等に関する検討会報告書(2009年10月)

精神科救急と一般救急の乖離が問題

2010～2011年に各都道府県で精神科救急を含む傷病者搬送基準の見直し

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書(2011.9.30)

身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

【縦列モデル】

精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則

精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築

【並列モデル】

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討

縦列モデルを充実させることは実際には困難

並列モデルの充実は総合病院精神科の医療政策的強化により可能

救命救急センターに指定され、かつ精神病棟を有する病院数

	救命救急センター数	内、精神病棟あり	比率 %
全国	227	89	39
北海道	9	5	56
東北	17	9	53
関東	43	13	30
東京	23	14	61
中部	38	12	32
近畿	33	12	36
中国	17	10	59
四国	10	2	20
九州	25	12	48

救命救急センターで精神病棟を有する病院がない府県：
秋田、茨城、群馬、山梨、京都、愛媛、高知、鹿児島

救命救急センターに精神科医がいなければ

40代男性、突然腹部切創

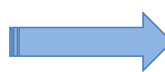


A総合病院 救命救急センター受診



昨年まで精神科医が
1名いたが、今年は
大学からの派遣なく欠員

外科にて緊急手術 → 入院
翌日になり「死なせてくれ」と不穏



近くの精神科病院に
転院の依頼



B精神科病院



外科医がいないので
無理です

救命救急センターに精神科病棟があれば

40代男性、突然腹部切創



C総合病院 救命救急センター受診



精神科病棟 40床
常勤精神科医 7名

一般医療と精神科医療を
切れ目なく提供できる

外科にて緊急手術 → 入院
翌日になり「死なせてくれ」と不穏



直ちに精神科医が診察
うつ病の診断

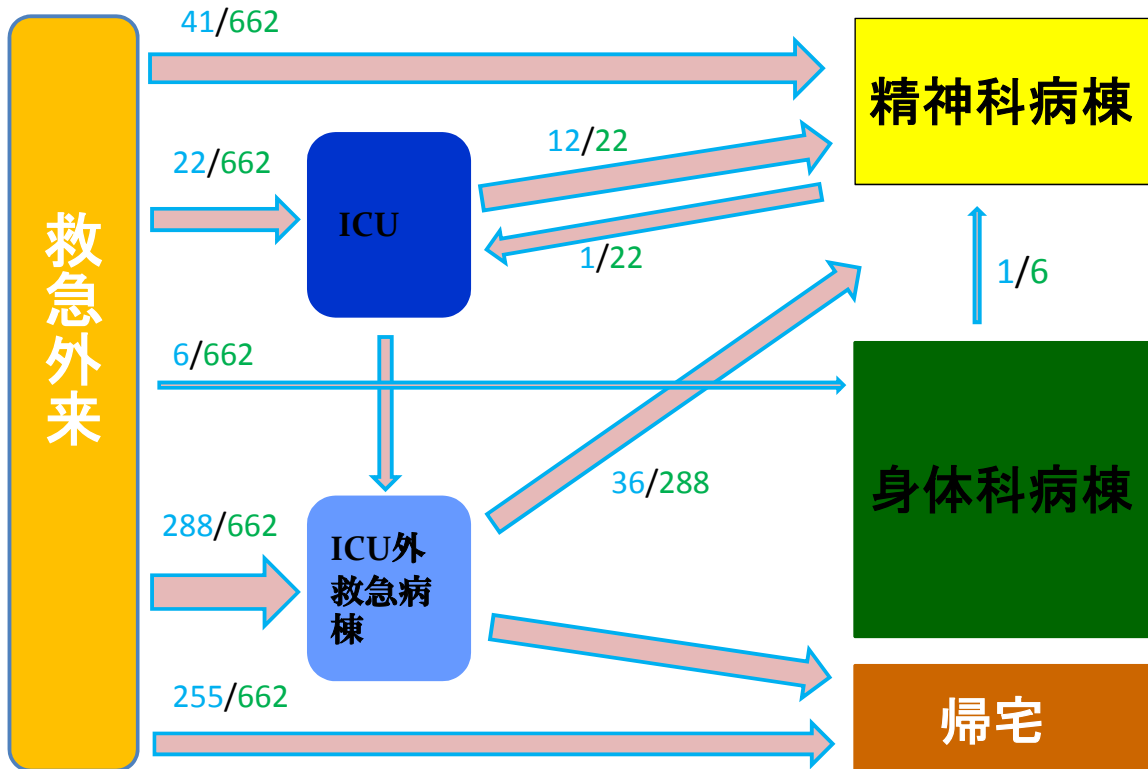


精神科病棟に転棟
外科医が往診し腹部の管理

6週間後、傷もうつ病も癒え
自宅に退院



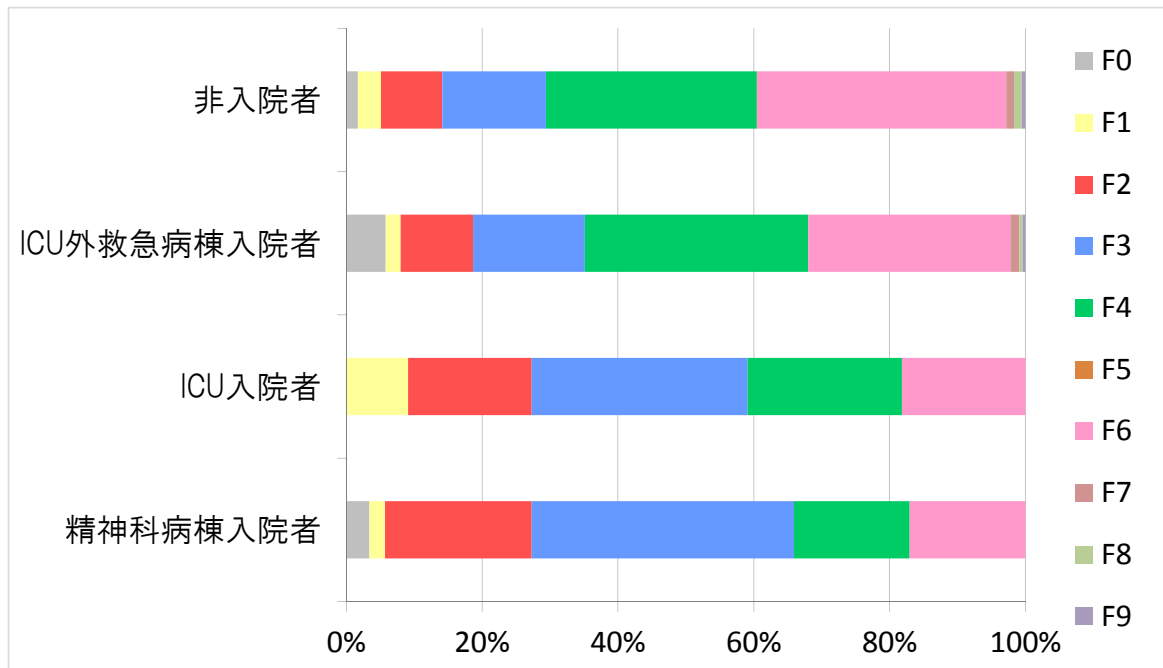
救命救急センター、精神科病棟を有する 総合病院における自殺企図者の処遇



成田赤十字病院 (2008.1 ~ 2012.12)

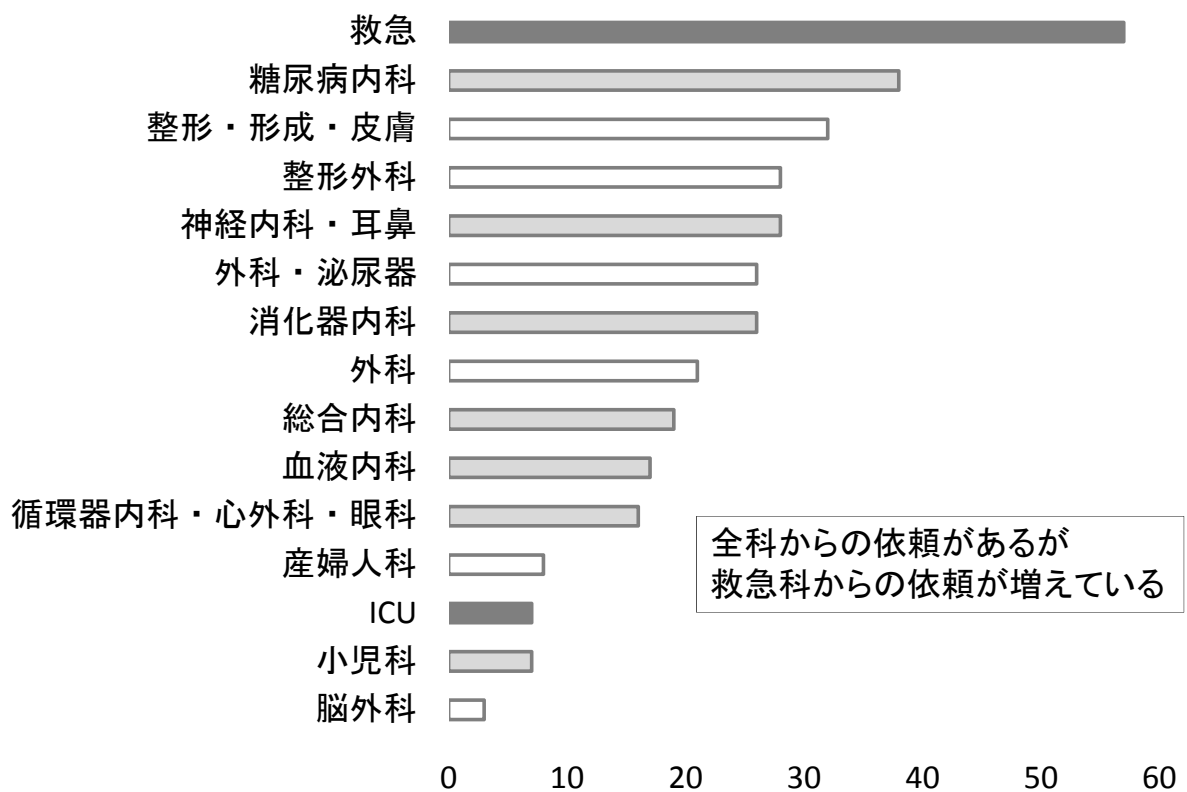
自殺企図者の精神科診断比較

成田赤十字病院(2008.1~2012.12)



F2: 統合失調症等、F3: 気分障害、F4: 適応障害等、F6: パーソナリティ障害

リエゾン・コンサルテーションの依頼病棟



全科からの依頼があるが
救急科からの依頼が増えている

2010.4~2011.3 成田赤十字病院 n=329

精神科病棟に身体合併症患者(統合失調症で大腿骨頸部骨折)が入院すれば

救急外来などで大腿骨頸部骨折の診断は整形外科医が行なう。

手術が必要となれば、画像、血液等(中央放射線室、中央検査部で施行)
検査オーダーは整形外科医
連日、精神科病棟に整形外科医の回診

精神科医は、精神症状の管理、全体的な身体状態の観察

手術は、手術室にて整形外科医が行なう

一般病棟に精神疾患を持つ患者(統合失調症者の大腿骨頸部骨折)が入院すれば

大腿骨頸部骨折の診療は整形外科医が行なう
不穩であれば、連日精神科医が回診

総合病院内では、精神科医は、院内の中央診療設備(放射線、検査、薬局等)を駆使し
他科医師と一体となって診療に当たっている。

総合病院精神科の現状(1)

徐々に総合病院精神科が減少している

要因

1) 低い医療経済基盤

不採算部門として切り捨てられる傾向に

2) 医師の偏在化

地方の医師不足

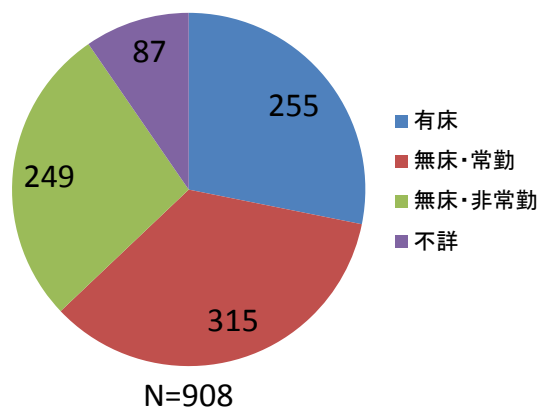
初期研修の自由化

精神科医療の中では敬遠されがち

医師が少ない、忙しすぎる

総合病院精神科の現状(2)

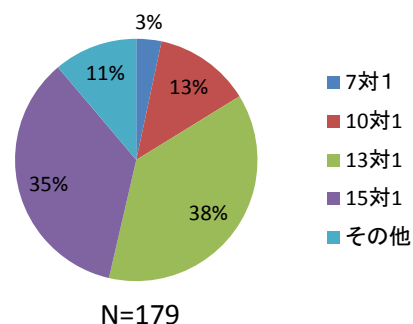
精神科を有する一般病院数



日本総合病院精神医学会 2012総合病院精神科基礎調査などより

有床255病院(16390床)の内
14病院(760床)が休床中

算定入院料



その他は、精神科救急・合併症入院料
精神科救急入院料など

総合病院精神科の診療報酬

2008年以前は実質的に15対1精神病棟入院基本料のみしか算定できなかった

1996年:精神科急性期治療病棟入院料新設

8割以上または200床以上の精神病床保有が条件

2002年:精神科救急入院料新設

5名以上の精神保健指定医、半数以上の個室が条件

(小規模総合病院精神病棟にはいずれも不可能または困難)

2008年:精神科救急・合併症入院料新設

2010年:10対1精神病棟入院基本料の要件緩和

平均在院日数要件:25日→40日

13対1精神病棟入院基本料の新設

精神科救急・合併症入院料取得病院

成田赤十字病院(2008.9)
 済生会横浜市東部病院
 徳島県立中央病院
 横浜市立みなと赤十字病院
 大阪府立急性期・総合医療センター
 宮崎県立病院
 奈良県立医大病院
 大阪市立総合医療センター
 市立札幌病院(2013.4)

* 精神科救急入院料取得病院 (総合病院)

聖隷三方原病院
 国立国際医療センター国府台病院
 旭中央病院
 奈良県立医大病院
 竹田総合病院
 北里大学東病院
 埼玉医科大学病院
 富山県立中央病院
 横浜市大市民医療センター
 東京都保健医療公社豊島病院
 東京都立多摩総合医療センター
 国立病院機構舞鶴医療センター

11の合併症受入病院の受け入れ実績

(精神科病院に入院中の合併症患者)

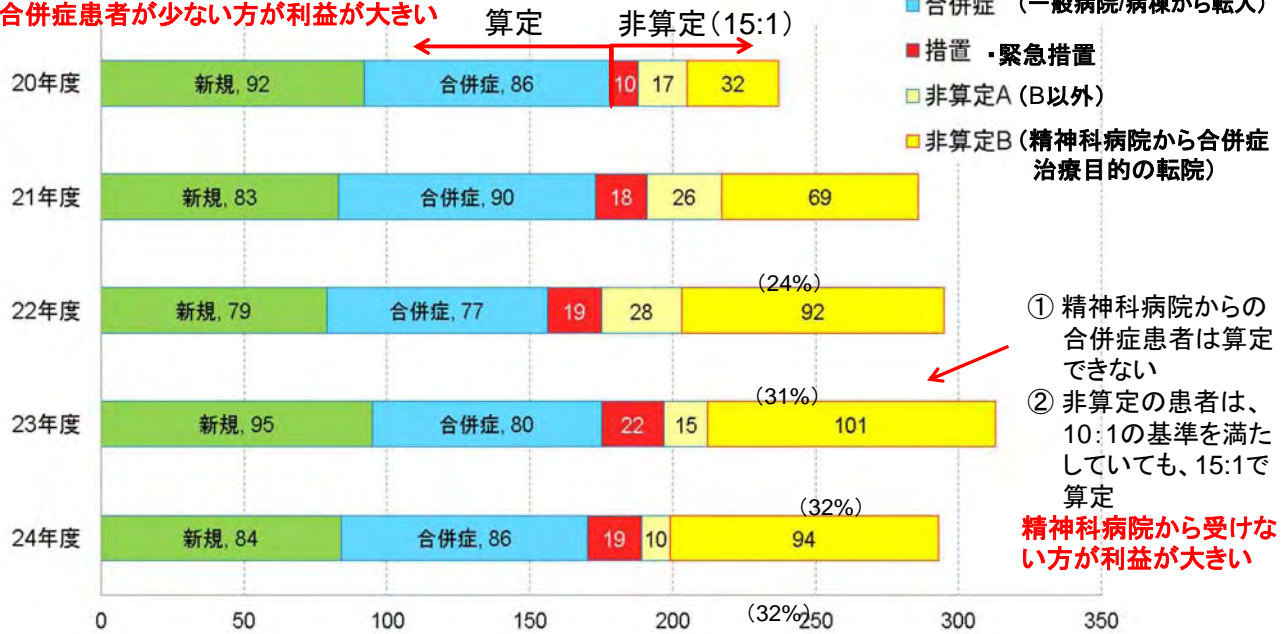
	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
A精神科病院	89	77	57	75	127	74	74	73
B精神科病院	51	65	63	53	61	41	45	37
C精神科病院	16	31	25	29	21	16	18	5
府立急性期・総合医療センター	23	21	23	36	92*	108*	111*	102*
D総合病院	6	9	9	0	8	7	9	22
E総合病院	12	5	8	9	9	4	2	5
F総合病院	1	1	3	1	1	0	0	1
G大学病院	5	5	15	9	9	6	8	9
H大学病院	4	4	2	7	3	5	6	5
I大学病院	3	2	6	3	2	3	4	10
J大学病院	0	3	1	4	1	1	1	0
計	210	223	212	226	334	265	278	269

(* : うち約30%がまず救急診療科に入院)

精神科救急・合併症入院料の算定患者と非算定患者の内訳

③ 合併症の治療をしてもしなくても、
包括で同じ診療報酬

合併症患者が少ない方が利益が大きい



① 精神科病院からの合併症患者は算定できない
② 非算定の患者は、10:1の基準を満たしていても、15:1で算定
精神科病院から受けない方が利益が大きい

(大阪府立急性期・総合医療センター: 実際に算定したのは、22年度: 11ヶ月、23年度: 5ヶ月、24年度: 3ヶ月)

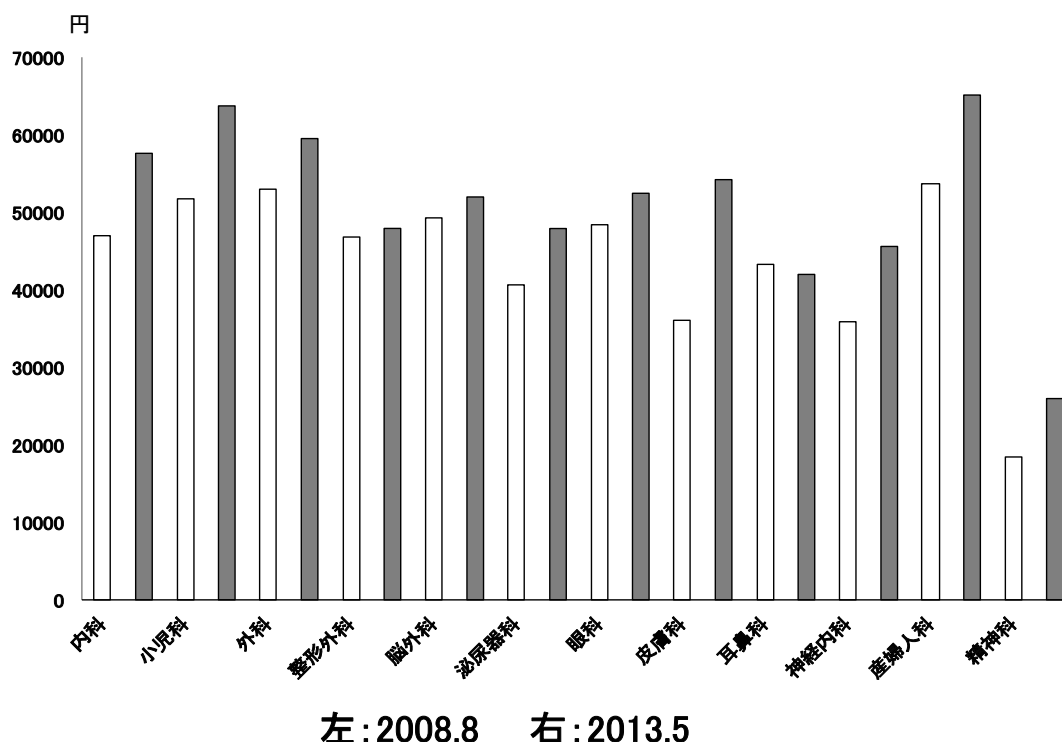
総合病院精神病棟の入院収入の現状

サンプル調査
(2013年5月分)

精神病棟の1人1日の入院収入は
一般病棟の1/3~1/2

精神科入院料	精神病床数	常勤精神科医数	精神科1人1日入院収入	一般病棟入院基本料	一般科1人1日入院収入	精神/一般
15対1精神病棟	100	5	15,399	7対1	43,189	0.36
入院基本料	70	3	15,631	7対1	68,833	0.23
	70	4	15,791	10対1	46,601	0.34
	92	4	16,534	7対1	51,162	0.32
	50	5	17,323	7対1	47,529	0.36
	40	3	17,679	7対1	46,169	0.38
	46	4	19,279	7対1	55,856	0.35
(平均)			16,805		51,334	0.33
13対1精神病棟	45	4	15,585	7対1	54,627	0.29
入院基本料	67	4	18,579	7対1	58,769	0.32
	41	6	19,452	10対1	64,717	0.30
	50	8	19,603	7対1	66,168	0.30
	48	5	21,043	10対1	61,795	0.34
	51	4	22,710	7対1	42,888	0.53
	28	5	24,491	7対1	79,894	0.31
(平均)			20,209		61,265	0.33
10対1精神病棟	30	4	20,946	7対1	61,200	0.34
入院基本料	34	7	22,457	7対1	68,276	0.33
	50	4	24,573	7対1	47,302	0.52
	50	6	28,729	7対1	66,248	0.43
	38	6	30,879	7対1	71,649	0.43
	33	3	32,004	7対1	65,424	0.49
(平均)			26,598		63,350	0.42
救急・合併症入院料	50	5	25,975	7対1	56,866	0.46
	38	9	28,630	7対1	60,105	0.48
	50	7	32,861	7対1	85,193	0.39
	40	7	36,862	7対1	71,450	0.52
救急入院料	50	11	31,905	7対1	64,929	0.49
(平均)			31,247		67,709	0.46

総合病院内診療科別1人1日あたり入院収入



総合病院精神科病棟の診療報酬は いかにあるべきか

基本的には 他診療科と少なくともホスピタルフィーは
同じであるべきではないか

∵ 総合病院においては精神科であろうと、内科であろうと検査、薬局、
栄養課、事務等は共同利用。診療はその科だけで行うことはない。

総合病院においては一般病棟入院基本料と
精神科病棟入院基本料に分かれていること自体が不合理

総合病院では精神科病棟も一般病棟入院基本料で
算定できるようにすべきである

日本総合病院精神医学会の平成26年診療報酬改定要望

1. 精神科リエゾンチーム加算に関する改定要望

看護師要件の改定(専任を専任または専従に、条件の緩和)
増点及び算定可能な回数の増加

2. 精神病棟入院基本料への加算の適応の拡大

医師事務作業補助体制加算
栄養サポートチーム加算
総合入院体制加算

3. 精神科救急・合併症入院料の改定

精神科病院から転院した身体合併症を新規入院扱いに 等

4. 身体合併症管理加算対象疾患・算定期間の見直し

5. 精神病棟の入院料の見直し

精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能とすること
精神病棟入院基本料の要件改定
精神病棟のDPC対象化

6. DPCの調整係数に精神科医療に関わる貢献度を加える

精神病棟入院料に関する要望

1) 精神病棟を一般病棟入院基本料に合算可能としていただきたい

精神病棟は一般病院に併設されていても精神病棟入院基本料で算定し、一般病棟入院基本料では算定されない。他の診療科は全て診療科毎の算定ではなく一般病棟として看護師数、平均在院日数を合算され算定されており、精神病棟だけが合算から除外される合理的根拠はない。少なくとも下記の条件にある精神病棟は一般病棟入院基本料に合算できるようにしていただきたい。

(合算できる精神病棟の要件)

- ①当該精神病棟が16対1医師配置を行っていること
- ②看護師配置も合算して一般病棟入院基本料の配置基準を満たすこと
- ③精神病棟の病床数が50床以下であること
- ④当該精神病棟の平均在院日数が60日以下であること

2) 精神病棟入院基本料のうち10対1入院基本料の平均在院日数要件を40日から60日に改定していただきたい

平成22年改定において10対1精神病棟入院基本料が新設されたが、看護師は確保できても平均在院日数要件からこれを取れない病院が多い。現在の精神科医療の特性に基づき、平均在院日数要件を40日から60日に変更していただきたい

3) 精神病棟をDPC対象の対象としていただきたい

ほとんどの一般急性期病院はDPC病院となっているが精神病棟だけは除外されている

一般病棟入院基本料と精神病棟入院基本料

入院基本料の比較（平成 24 年 4 月版「医科点数表の解釈」より）

	一般病棟 入院基本料	精神病棟 入院基本料	特定機能病院 入院基本料 (一般病棟の場合)	特定機能病院 入院基本料 (精神病棟の場合)
7 対 1	1,555	-	1,555	1,311
10 対 1	1,300	1,240	1,300	1,240
13 対 1	1,092	920	-	920
15 対 1	934	800	-	839
18 対 1	-	712	-	-
20 対 1	-	658	-	-
加算(~ 14 日)	450	465	712	505
“(15~ 30 日)	192	250	207	250
“(31~ 90 日)	-	125	-	125
“(91~ 180 日)	-	10	-	30
“(181 日~ 1 年)	-	3	-	15

精神病棟を合算しても一般病棟入院基本料の 平均在院日数要件はクリアできる

病棟別平均在院日数(成田赤十字病院2013. 5)

A7東	A6西	A5西	A4西	A3西	F3	F4		G3	
血液内科	循環器内科&心血管外科	外科	整形外科	神経内科	小児科	脳外科	一般科平均	精神科	総平均
28.5	11.6	10.4	20.1	16.7	8.7	27.8	15.3	59.6	16.2

7対1一般病棟入院基本料の平均在院日数要件は18日以内
10対1一般病棟入院基本料の平均在院日数要件は21日以内

新しい総合病院精神科設立の動き

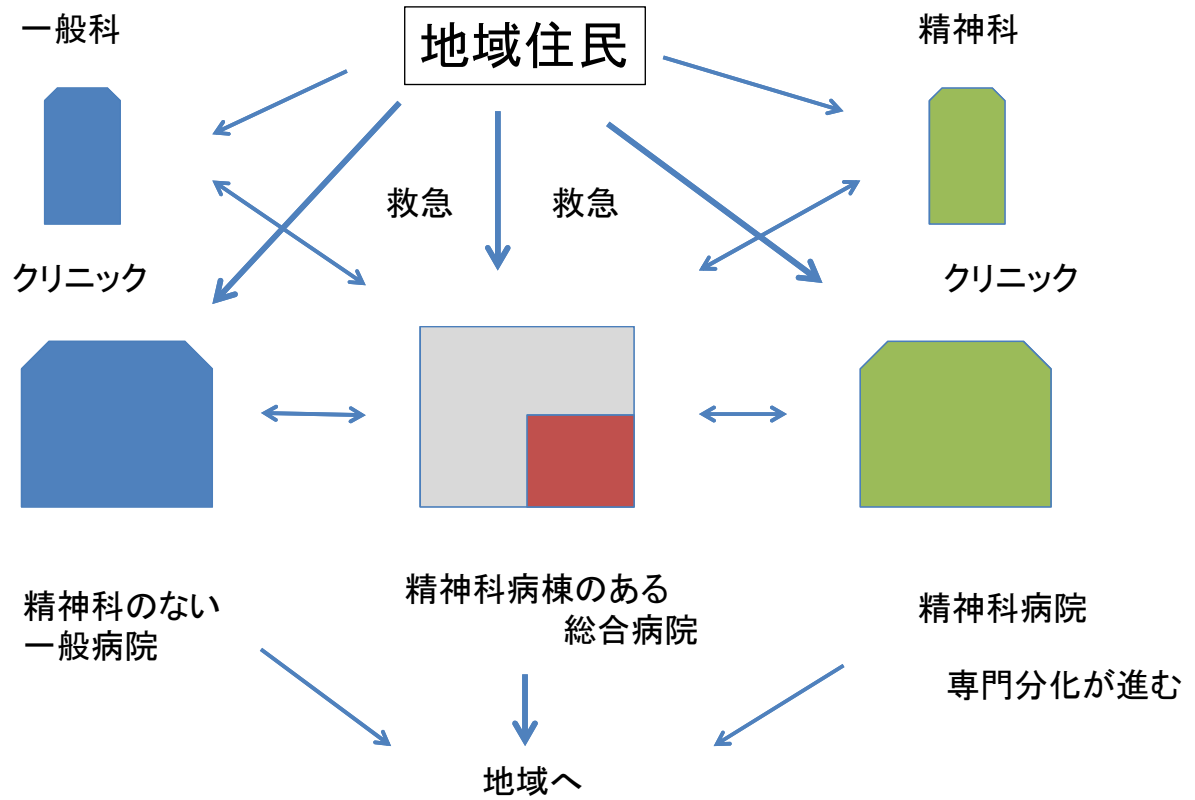
- ・亀田総合病院の精神科病棟の設立(一般862、精神41)(2005)
- ・横浜市における総合病院精神科を中心とした
精神科救急システムの構築(2006)
 - 横浜市大市民医療センター(一般670、精神50)
 - 昭和医大横浜市北部病院(一般561、精神100)
 - 横浜市立みなと赤十字病院(一般584、精神50)
 - 済生会横浜市東部病院(一般460、精神50)
- ・宮崎県立精神科病院の県立宮崎病院への統合(2009.4)
- ・新設国立病機構北海道医療センターに精神科病棟40床(2010.3)
- ・市立札幌病院分院の本院への統合(2012.4)
- ・高知医療センターへの精神科病棟(40床)の新設(2012.4)
- ・新潟市民病院に精神科病棟(16床)の新設(2013年度中)
- ・新 県立奈良病院に精神科病棟(40床)新設予定(2016年度中)
-
-

地域においては総合病院精神科設置のニーズは高い

総合病院精神科が充実すれば

- 1) 一般救急と精神科救急の乖離が解消されるようになる
- 2) 一般医療と精神科医療が融合し、医療連携が円滑となり
国民に切れ目のない医療を提供できるようになる
- 3) 精神科医療の専門性が高まり、質の高い精神科医療が
提供できるようになり、国民の精神科医療に対する信頼性
が増すようになる。

総合病院精神科病棟のある地域医療連携



田川構成員 提出資料

平成25年7月26日

第1回「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」

これからの地域精神科医療の充実に向けて

(公社) 日本精神神経科診療所協会 理事

田川精二

はじめに～精神科診療所のプロフィールにかえて

- ① 転勤が出来ない
- ② 生活にとっても近い位置での医療
- ③ マンパワーが弱い
- ④ 多種多彩～得意不得意がある
- ⑤ 地域差

■ 日精診基礎調査：20年以上前からの診療所が約1/3、65歳以上の医師が約1/4。約2割に精神科デイケアあり、約3割に精神保健福祉士がいる。

★ 得意分野として、統合失調症圏、メンタルヘルス、認知症、児童思春期、アルコール依存症等々を各々が持つ。

☆ 日精診では、こうしたそれぞれの得意分野を中心に活発な委員会活動が行われている

☆ 精神科診療所が多い地域：大阪(200以上)では、得意不得意を踏まえた医療計画がたてられた

* 田川62歳：精神科診療所33年、統合失調症圏をはじめとした重い精神疾患の地域精神科医療をやりたい！。医師1名、精神保健福祉士4名、看護師2名。現在約800名(実人数)の通院者、1/3弱が統合失調症圏。

☆ 20年以上通院が通院者の約2割、そのうち統合失調症圏57名。

～長く、地域で、身近に生活を感じながら、色々な機関と連携して～

(zB: 初診13歳の統合失調症の方が41歳..人生を感じる)

この間の精神保健・福祉・医療について

…全国に300万人以上の精神障害者がおり、
その9割以上が病院ではなく地域で、今、暮らしている…

「入院から地域へ…」と30年以上前から言われている。そして、地域の保健・福祉・医療の重要性に異議を唱える人はほとんどいないと思う。

しかし、地域で精神科医療を行う我々からすると、この間の議論は長期入院者の地域移行ばかりに目が向いているように感じる。実際に、全国に300万人以上の精神障害者がおり、その9割以上が病院ではなく地域で、今、暮らしている。

精神科診療所が、長い入院の後退院し、地域で暮らす精神障害者の受け皿になることは言うまでもない。しかし、精神科診療所がそれ以上に行っているのは、地域で暮らしたいと希望する通院者が出来るだけ入院しないですむようにと考える医療。アウトリーチもこれに含まれるが、それだけではない。とても大切で労力のいることだが、十分評価されていない。こうした面も、しっかりと評価していただきたいと願っている。

改正・精神保健福祉法について

…長期的視点をもって方向性を示すこと
・早期退院、入院せずに済む支援体制の充実を…

保護者規定がはずれ、家族の義務・責任が軽くなったことは喜ばしいこと。

医療保護入院は「強制」入院であり、現在の規定では「強制」を担保するには弱く、もっと広く公的な担保が必要ではないか。

今回の改正からは、「強制」入院を含んだ今後の方向性が見えてこない。長期的な視点で、「強制」入院を含んだ精神保健の今後について検討する必要があるのではないか。

早期の退院に向け、退院後生活環境相談員を設置し、本人、家族の求めに応じて地域の支援者を含め協議する場を設けたことは大変評価している。この協議する場に、通院等で関わっていた外来医療機関の医師やスタッフも加えていただきたい。そうすることで、退院後の医療や生活の見通しがよりいっそうはっきりとし、退院ははやまり、その後の安定にもつながると考える。

この協議する場は、入院予定期間に開かれるとなっているが、状況に応じ、もっと頻繁に開くことも考えるべきではないか。例えば、入院早期にも開催すれば、入院中の治療目標がより具体的に設定出来るであろうし、本人にしてもより安心して医療を受けられるのではないかと思う。

地域精神科医療

・・・精神科診療所に必須の連携、そのKEYとなるコメディカルスタッフ・・・

H23年の「患者調査」によると、診療所は精神科外来の49%、統合失調圏の26%、認知症の64%の外来医療を担っている。

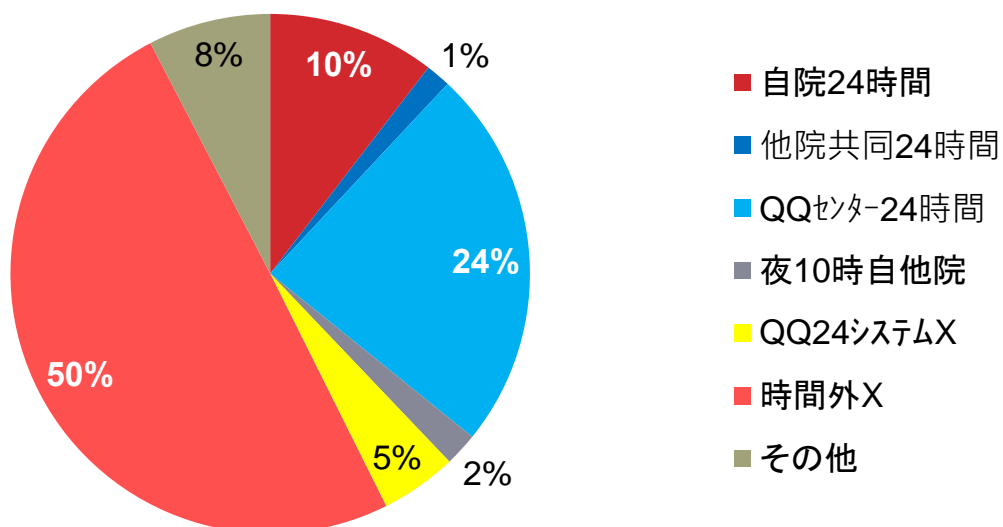
精神科診療所はマンパワーが弱く、自院で出来ないことも多くあり、色々な機関との連携は必須となる。

現実場面での連携とは、単につながれば良いわけではなく、有機的に重なりながらつながらなければ連携はうまく機能しない。精神科診療所では、医師は診療に張り付くこととなり、この役割を臨機応変に担っているのは精神保健福祉士などのコメディカルスタッフである。こうした役割は大変重要であるが、十分評価されていない。

例えば、精神障害者の就労支援でも、就労定着、職業生活の継続に精神科医療機関の精神保健福祉士などコメディカルスタッフは大変大きな役割を果たしている。働いている方の通院時にも相談に乗れ、大きな破綻を防ぐことが出来る。しかし、こうした大切な役割が十分評価されていない。

自院通院患者への24時間対応

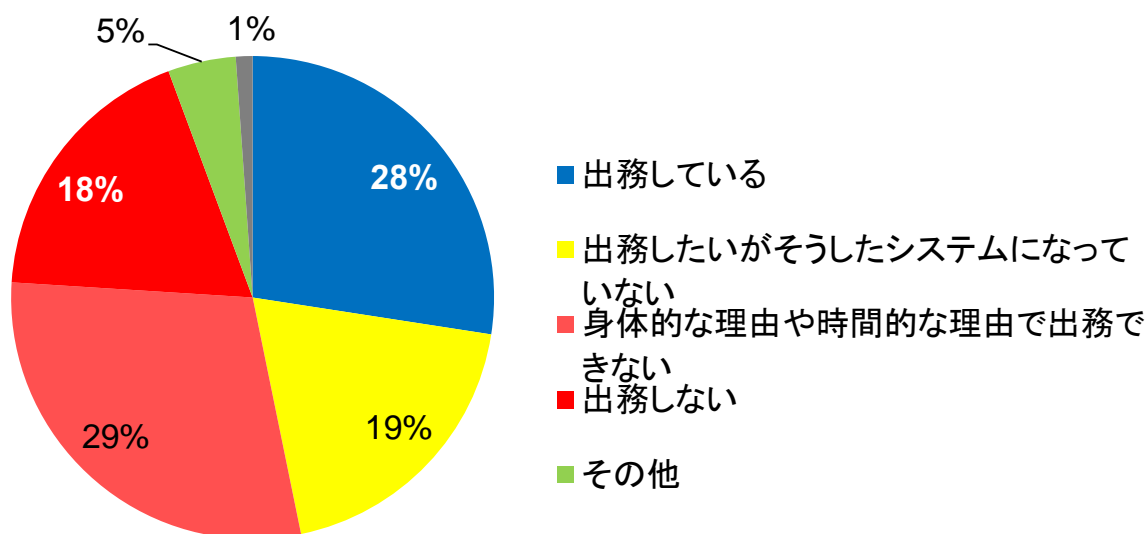
(H25,1日精診会員アンケート:900枚、回答率56.9%)



- 自院通院患者への診療時間外対応は難しいと50%が考えている。
- しかし、自院のみで、あるいは他院と共同で24時間対応をしているものが10%、救急情報センターを通して24時間対応をしているもの24%があり、さらに、精神科救急情報センター経由のシステムがあれば24時間対応したいというところが5%ある。
- 精神科救急情報センター経由のシステムができれば、約半数の精神科診療所が自院通院患者への24時間対応が可能となる。

精神科救急医療への出務

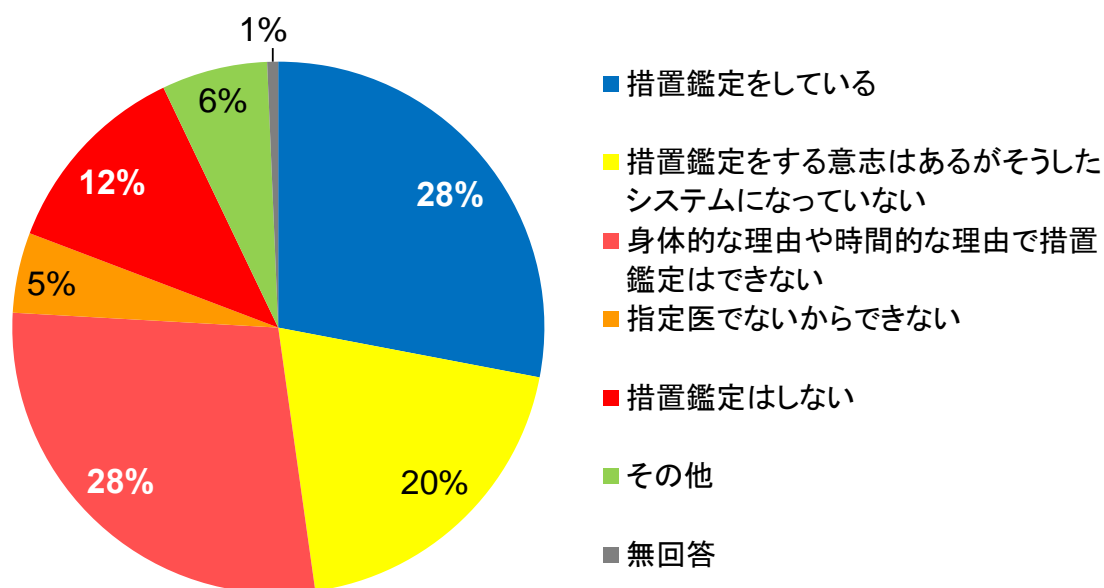
(H25,1日精診会員アンケート:900枚、回答率56.9%)



- 精神科救急医療に出務している者は28%。出務したいがシステムがないので出務出来ない者が19%ある。
- 精神科診療所の医師が出務出来るようなシステムを作れば、19%の会員が精神科救急事業に参画できるようになり、約半数は救急医療に出務することになる

措置鑑定

(H25,1日精診会員アンケート:900枚、回答率56.9%)



- 精神科診療所医師の28%は措置鑑定に出務している。20%は措置鑑定出務の意志はあるが、そうしたシステムがないため出務出来ていない。
- 措置鑑定出務のシステムが出来れば、約半数が出務出来ることになる。

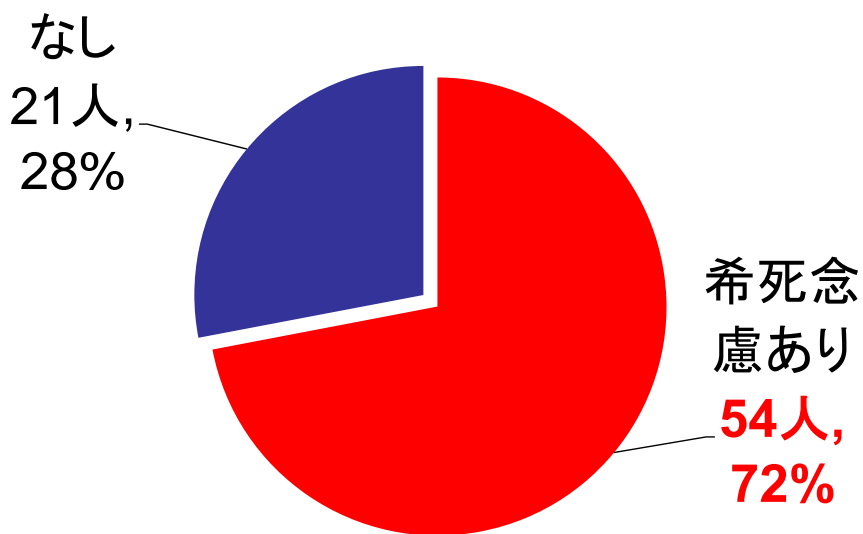
自死にかかわる諸問題①

(富士モデルより:重症・最重症群N=75 (CGIで5, 6群))

男	46
女	29
計	75
平均年齢	50±12.9

希死念慮	人数
あり	54
なし	21

初診時の希死念慮の有無

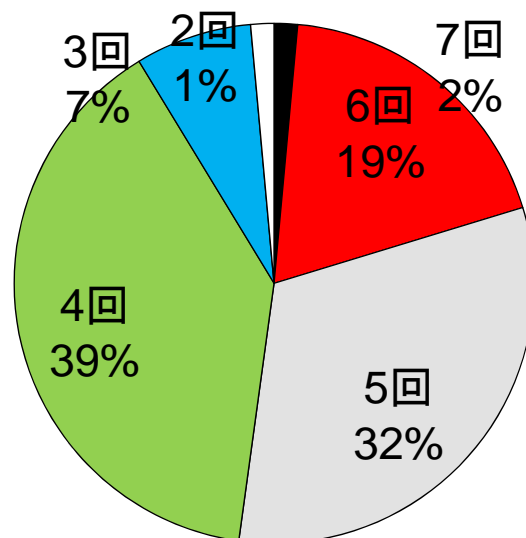


自死にかかわる諸問題②

精神科初診時より4週以内の診察回数

平均**4.6±0.96**回

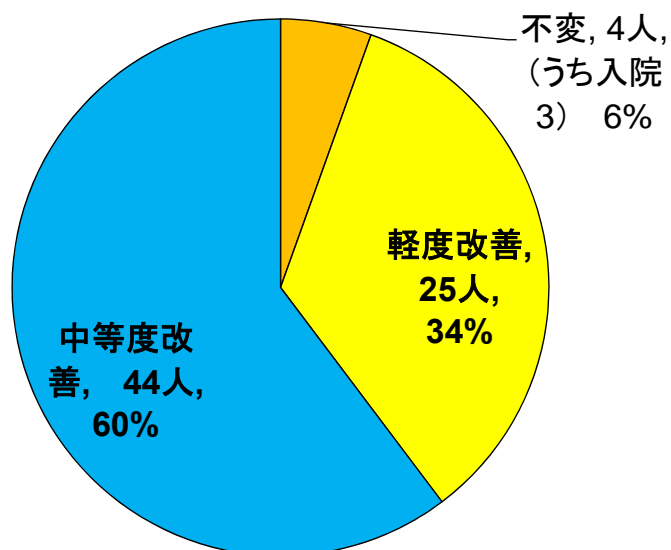
4週	人数
7回	1
6回	13
5回	22
4回	27
3回	5
2回	1
計	69



自死にかかわる諸問題③

疾患改善度 n=73

CGI-G	
不変	4
軽度改善	25
中等度改善	44
計	73



- 富士モデルは、かかりつけ医・産業医と精神科医の連携モデルでもある。
- うつ状態の方は、重症であっても精神科診療所を訪れることが多い。
- 積極的に関わり、医療を行うことで、希死念慮は著明に改善している。