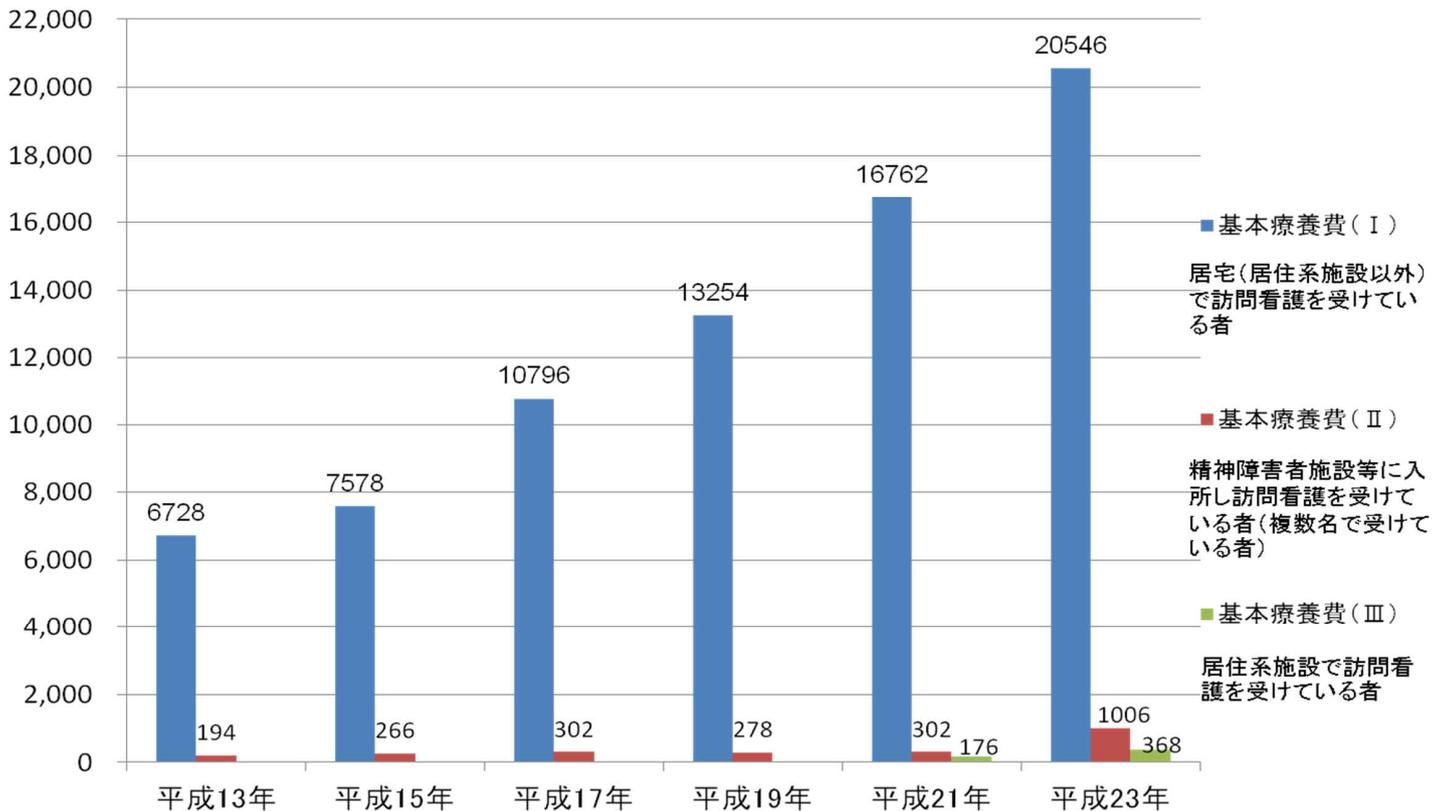


# 傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移

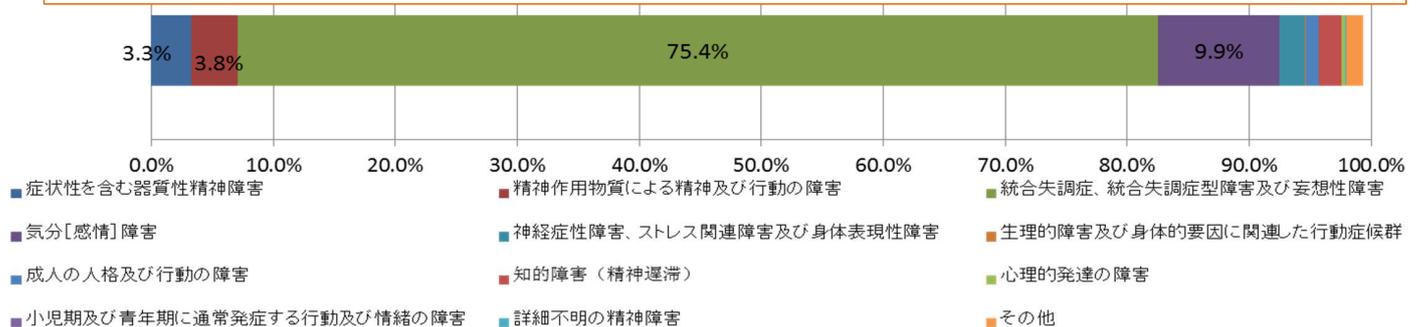


※基本療養費（Ⅲ）のみ平成21年から調査

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。

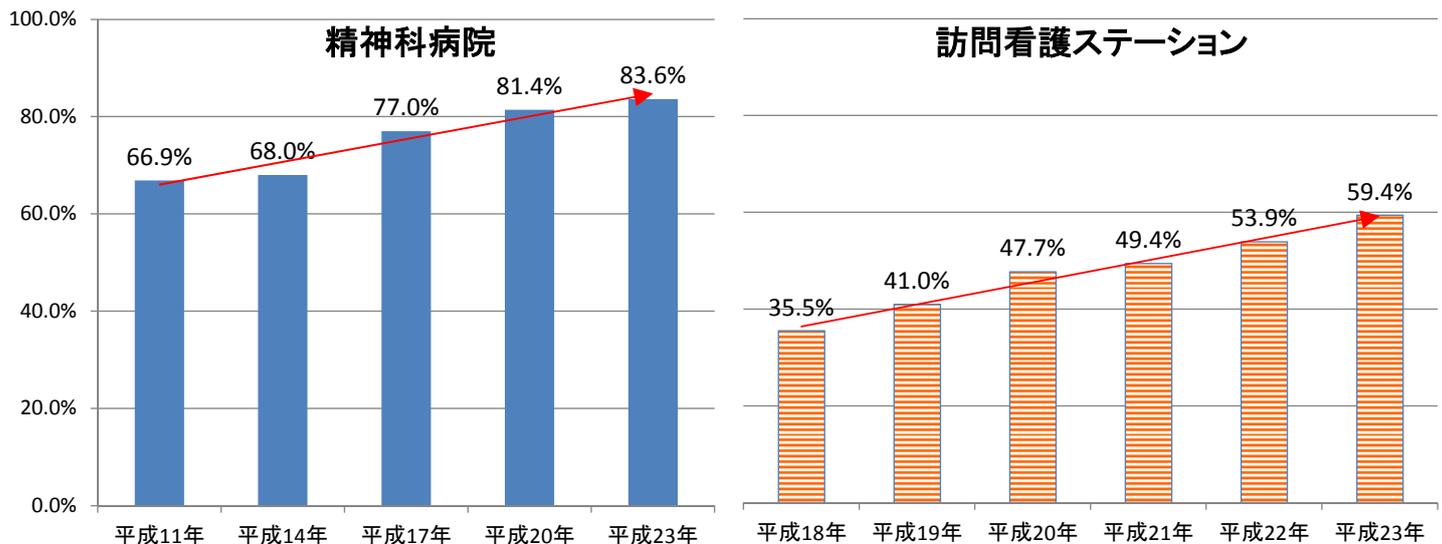


	GAF スコア
症状性を含む器質性精神障害	52.63
精神作用物質による精神及び行動の障害	59.69
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	53.68
気分〔感情〕障害	57.36
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	57.28
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	37.94
成人の人格及び行動の障害	55.78
知的障害（精神遅滞）	49.68
心理的発達障害	48.99
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	-
詳細不明の精神障害	-
その他	52.86

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:友達が少し少ない、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、しよっちゅう方引する)。	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(友達がいない、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らかの欠陥(例:会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)。	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年度厚生労働科学特別研究事業「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)

<b>精神科退院前訪問指導料</b> (保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士)	380点		
	6ヶ月未満退院患者3回まで	6ヶ月以上入院患者6回まで	
複数職共同加算	320点		
<b>精神科訪問看護・指導料(I)</b>	440～675点		400～625点
	週3回(退院後3月以内は週5回)		
	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士		准看護師
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
	准看護師		380点
	看護補助者		300点
長時間精神科訪問看護・指導料加算	520点		
夜間・早朝訪問看護加算	210点		
深夜訪問看護加算	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		
<b>精神科訪問看護・指導料(II)</b> (精神障害者施設等の複数の入所者) (保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士)	160点		
	週3回		
	3時間超の場合1時間又はその端数ごとに40点(5時間以内)		
<b>精神科訪問看護・指導料(III)</b> (同一建物居住者)	340～545点		300～495点
	週3回(退院後3月以内は週5回)		
	保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士		准看護師
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
	准看護師		380点
	看護補助者		300点
長時間精神科訪問看護・指導料加算	520点		
夜間・早朝訪問看護加算	210点		
深夜訪問看護加算	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		
<b>精神科訪問看護指示料</b>			300点
	精神科特別訪問看護指示加算		100点
<b>精神科退院指導料</b> (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)

<b>精神科訪問看護基本療養費(I)</b>	4250～6550円	3870～6050点
	週3回(退院後3月以内は週5回)	
	保健師、看護師又は作業療法士	准看護師
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	
<b>精神科訪問看護基本療養費(II)</b> (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)	
<b>精神科訪問看護基本療養費(III)</b>	3300～5300円	2910～4800点
	週3回(退院後3月以内は週5回)	
	保健師、看護師又は作業療法士	准看護師
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	
<b>精神科訪問看護基本療養費(IV)</b> (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 (2) 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。

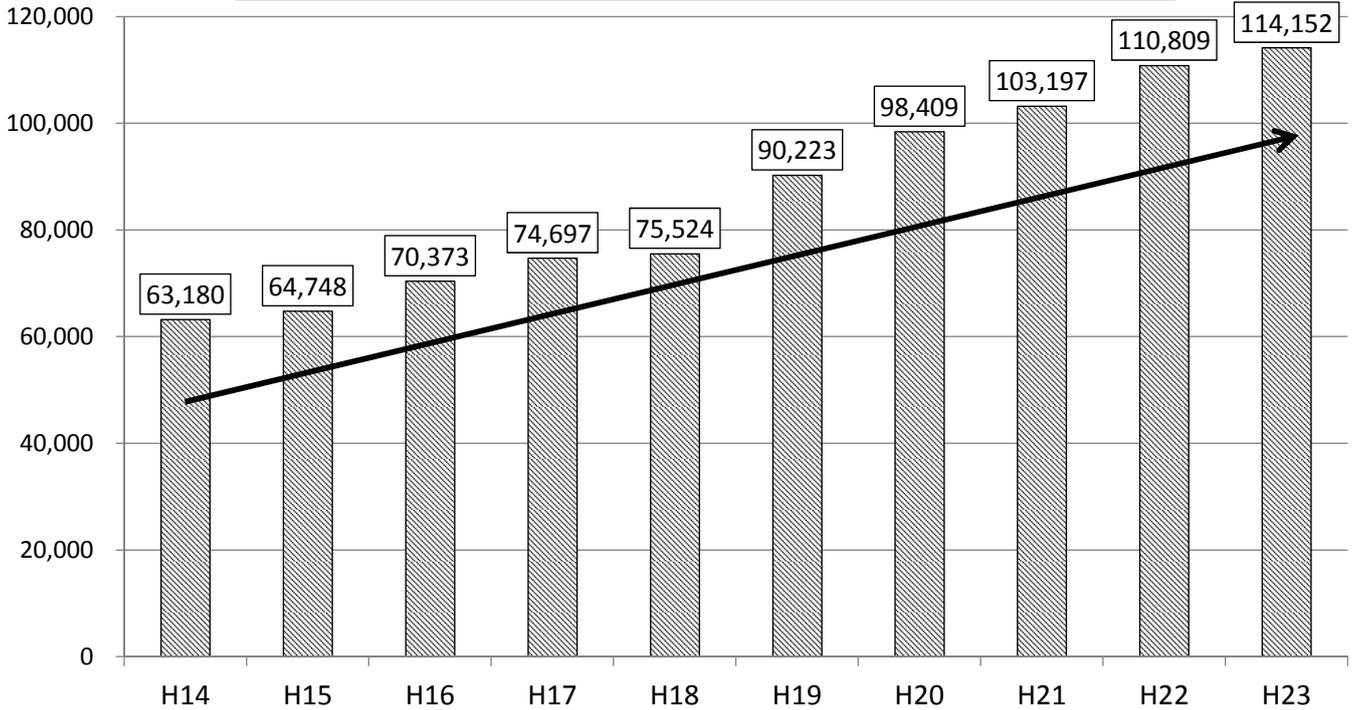
##### 精神科ショート・ケア(H18～)

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

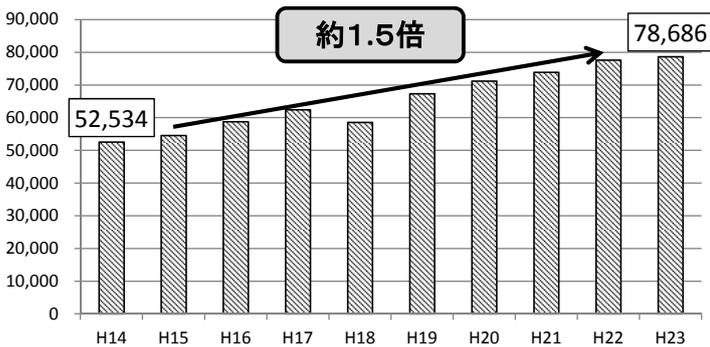


※デイ・ケア等の利用実人員とは、①デイ・ケア、②デイ・ナイト・ケア、③ショート・ケア、④ナイト・ケアそれぞれの利用実人員の合計を指す。

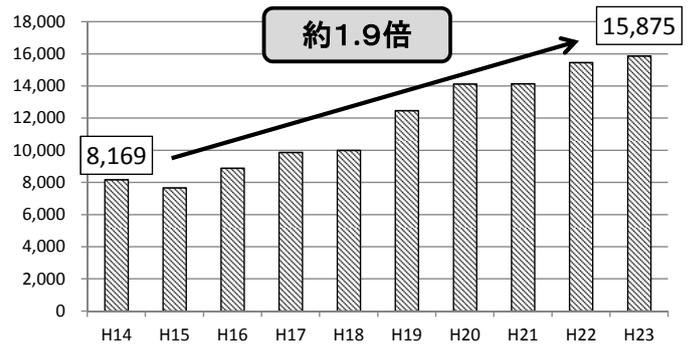
資料:精神・障害保健課調(各年6月1か月間の数)

## 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)

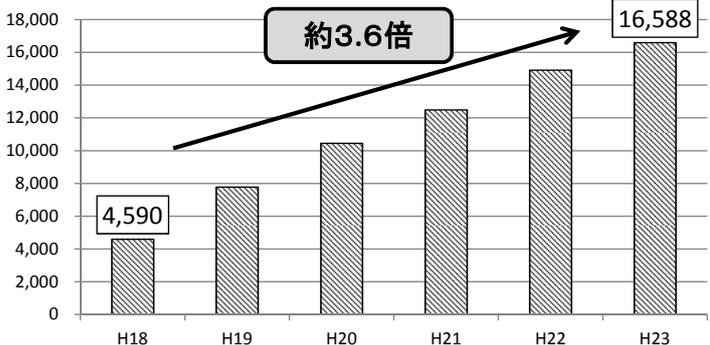
### 精神科デイ・ケア



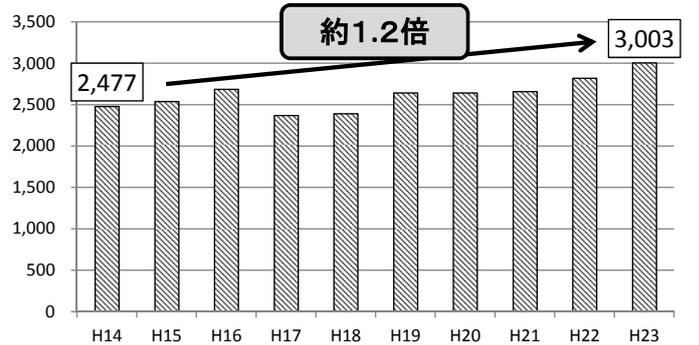
### 精神科デイ・ナイト・ケア



### 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								
PSW or 心理								
OT or Ns(経験あり)								
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
持続性抗精神病薬注射薬剤治療指導	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 (3) 医療連携

## 精神科救急医療体制に関する検討会報告書 概要

平成23年9月30日

### 【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)

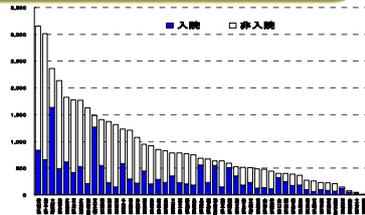


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

### 【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・休日に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・休日に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

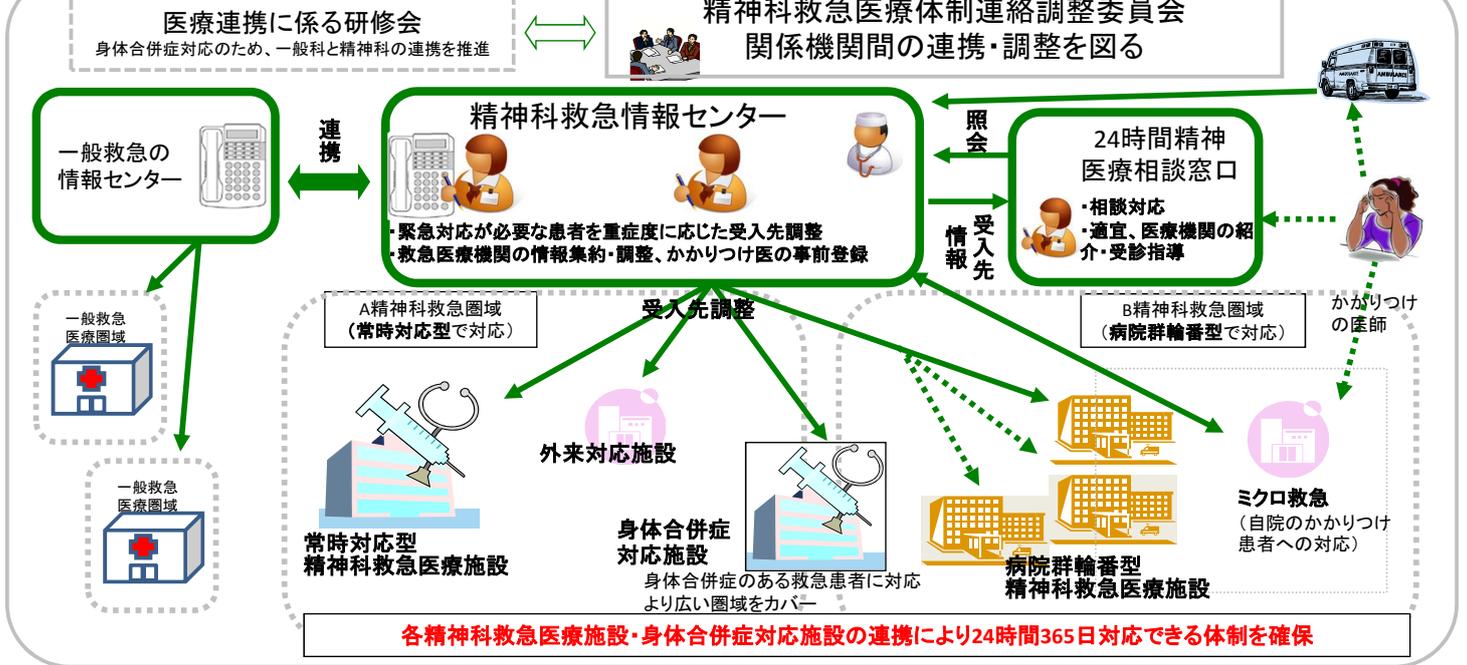
【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)  
 【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2  
 【事業内容】  
 ○精神科救急医療体制連絡調整委員会、医療連携研修会等  
 ○精神科救急情報センターの設置  
 ○精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業、マイクロ救急体制確保事業

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。

(体制整備イメージ)



## 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

番号	都道府県	相談窓口	情報センター	番号	都道府県	相談窓口	情報センター	番号	都道府県	相談窓口	情報センター
1	北海道	○	○	14	神奈川県	○	○	27	大阪府	○	○
2	青森県	×	×	15	新潟県	×	×	28	兵庫県	○	○
3	岩手県	○	○	16	富山県	○	○	29	奈良県	○	○
4	宮城県	△	○	17	石川県	○	○	30	和歌山県	×	×
5	秋田県	×	○	18	福井県	○	○	31	鳥取県	○	×
6	山形県	×	○	19	山梨県	×	○	32	島根県	○	○
7	福島県	○	○	20	長野県	○	○	33	岡山県	○	○
8	茨城県	×	○	21	岐阜県	○	○	34	広島県	○	○
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 31/47
- 情報センター設置 41/47
- 両方設置 30/47
- " 未設置 5/47

# 精神科救急医療体制の都道府県別の状況

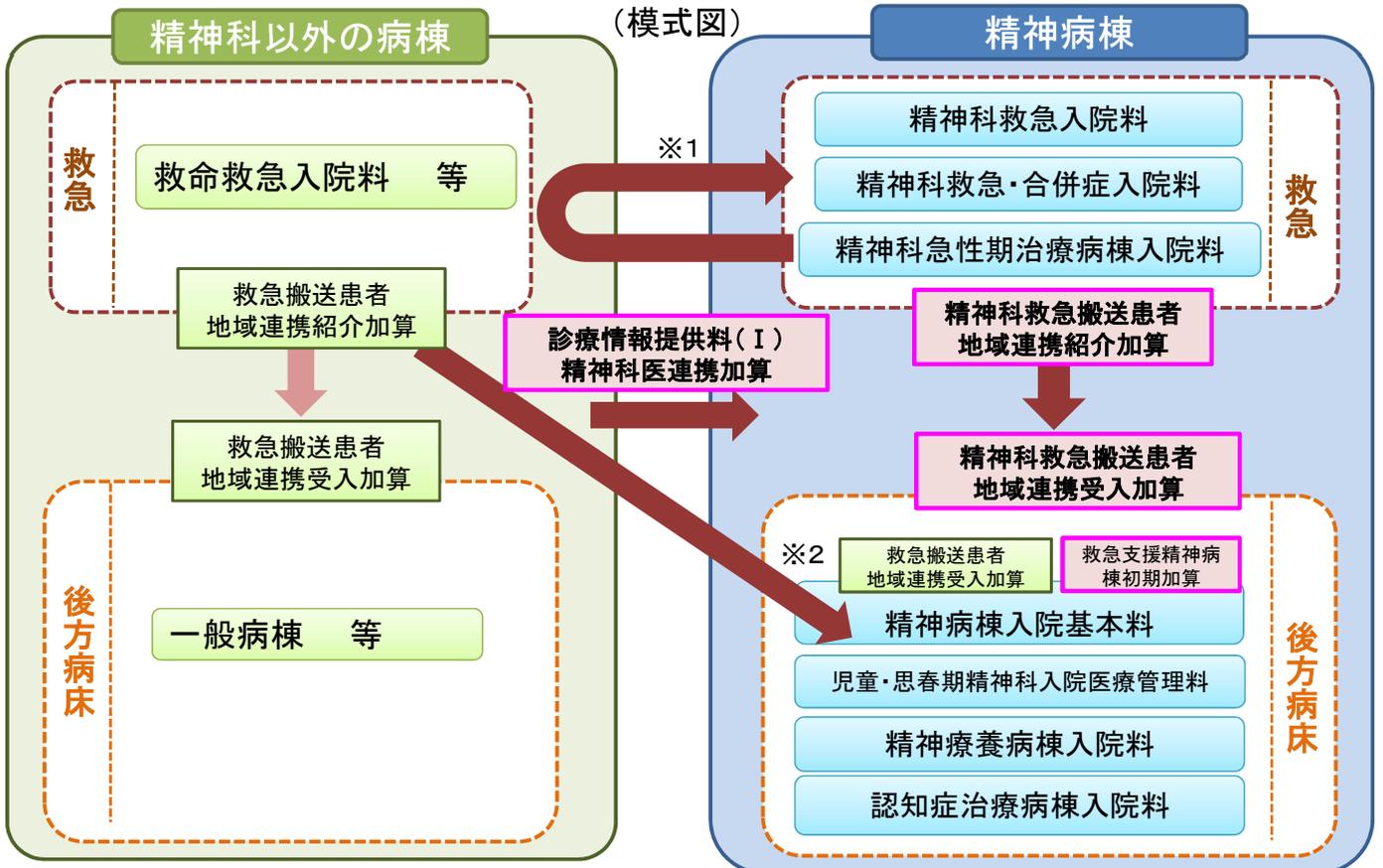
常時対応＋輪番 16力所、身体合併 11力所

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	5,474,216	21	9	608,246	67	67	0	0	0	7
青森県	1,383,043	6	6	230,507	22	22	0	0	0	4
岩手県	1,317,795	9	4	329,449	15	14	0	1	0	4
宮城県	2,302,706	4	1	2,302,706	25	25	0	0	0	25
秋田県	1,086,018	8	5	217,204	17	11	1	3	2	3
山形県	1,160,204	4	2	580,102	7	7	0	0	0	4
福島県	1,991,865	7	4	497,966	25	25	0	0	0	6
茨城県	2,960,010	9	2	1,480,005	28	26	1	1	0	14
栃木県	1,988,755	6	1	1,988,755	17	16	1	0	0	17
群馬県	1,990,944	10	1	1,990,944	14	13	1	0	0	14
埼玉県	7,149,503	10	2	3,574,752	38	36	2	0	0	19
千葉県	6,147,619	9	9	683,069	34	33	1	0	0	4
東京都	12,699,271	12	4	3,174,818	39	36	3	0	0	10
神奈川県	8,917,368	11	1	8,917,368	50	44	6	0	0	50
新潟県	2,364,632	7	2	1,182,316	26	26	0	0	0	13
富山県	1,087,544	4	2	543,772	27	27	0	0	0	14
石川県	1,156,730	4	3	385,577	16	16	0	0	0	5
福井県	803,180	4	2	401,590	10	10	0	0	0	5
山梨県	855,746	4	1	855,746	10	10	0	0	0	10
長野県	2,145,962	10	3	715,321	17	16	1	0	0	6
岐阜県	2,068,942	5	2	1,034,471	14	14	0	0	0	7
静岡県	3,750,571	8	4	937,643	10	9	0	0	1	3
愛知県	7,263,173	12	3	2,421,058	43	42	0	1	0	14
三重県	1,838,613	4	4	459,653	15	15	0	0	0	4

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	1,394,472	7	3	464,824	10	10	0	0	0	3
京都府	2,542,740	6	2	1,271,370	21	14	1	5	1	11
大阪府	8,679,933	8	8	1,084,992	29	29	0	0	0	4
兵庫県	5,572,405	10	5	1,114,481	37	36	1	0	0	7
奈良県	1,401,243	5	1	1,401,243	9	8	1	0	0	9
和歌山県	1,018,668	8	3	339,556	7	6	1	0	0	2
鳥取県	588,715	3	3	196,238	8	8	0	0	0	3
島根県	713,056	7	7	101,865	12	12	0	0	0	2
岡山県	1,931,586	5	2	965,793	12	11	1	0	0	6
広島県	2,846,680	7	2	1,423,340	7	6	1	0	0	4
山口県	1,445,473	8	3	481,824	26	26	0	0	0	9
徳島県	786,640	3	3	262,213	14	13	0	1	0	5
香川県	1,006,488	5	2	503,244	13	12	0	0	1	7
愛媛県	1,441,291	6	1	1,441,291	7	7	0	0	0	7
高知県	759,680	4	1	759,680	7	7	0	0	0	7
福岡県	5,049,457	13	4	1,262,364	79	79	0	0	0	20
佐賀県	853,363	5	3	284,454	16	16	0	0	0	5
長崎県	1,431,485	6	6	238,581	35	34	1	0	0	6
熊本県	1,822,331	11	2	911,166	43	43	0	0	0	22
大分県	1,196,804	6	1	1,196,804	23	22	0	1	0	23
宮崎県	1,143,744	7	1	1,143,744	21	20	0	1	0	21
鹿児島県	1,706,081	9	4	426,520	42	42	0	0	0	11
沖縄県	1,422,938	5	4	355,735	20	19	0	1	0	5
合計	126,659,683	342	148	855,809	1,084	1,040	24	15	5	7

※2次医療圏数については、平成25年4月現在。  
 ※人口については、住民基本台帳人口(平成24年3月末現在)による。  
 ※精神科救急医療施設数は、平成25年10月現在のもの。

## 精神科医療の連携に係る主な診療報酬について



## 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)

## 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 与量を上げる	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

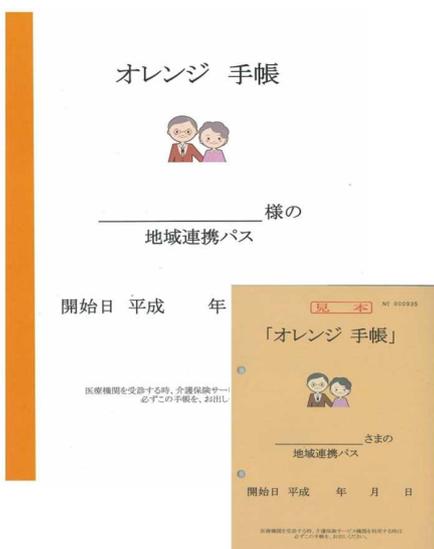
(出典:荒尾こころの郷病院)

## 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.nisseikyoo.or.jp/home/about/04hojyokin/2011\\_1/01.html](http://www.nisseikyoo.or.jp/home/about/04hojyokin/2011_1/01.html)



—長野県東信地域—  
あったか手帳



—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)



—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://handaihiikirenkei.com/index.html>