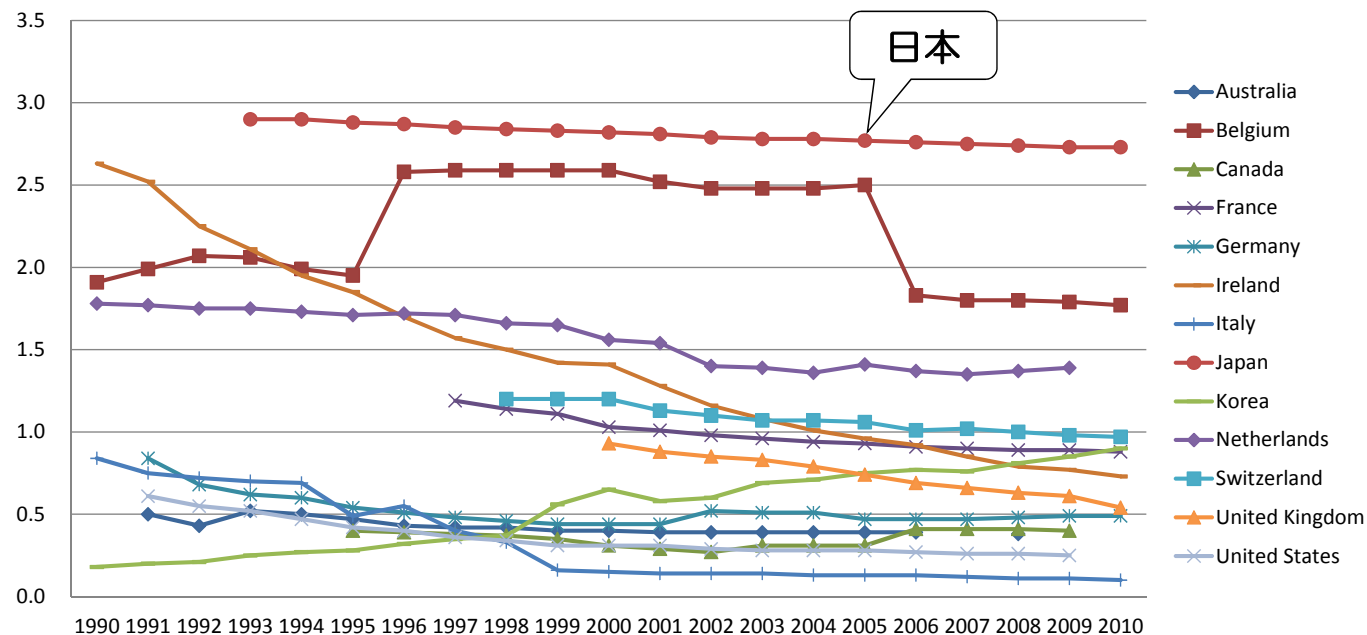


参考資料

1. 精神科医療の現状

精神病床数※(諸外国との比較)

単位: 床／千人

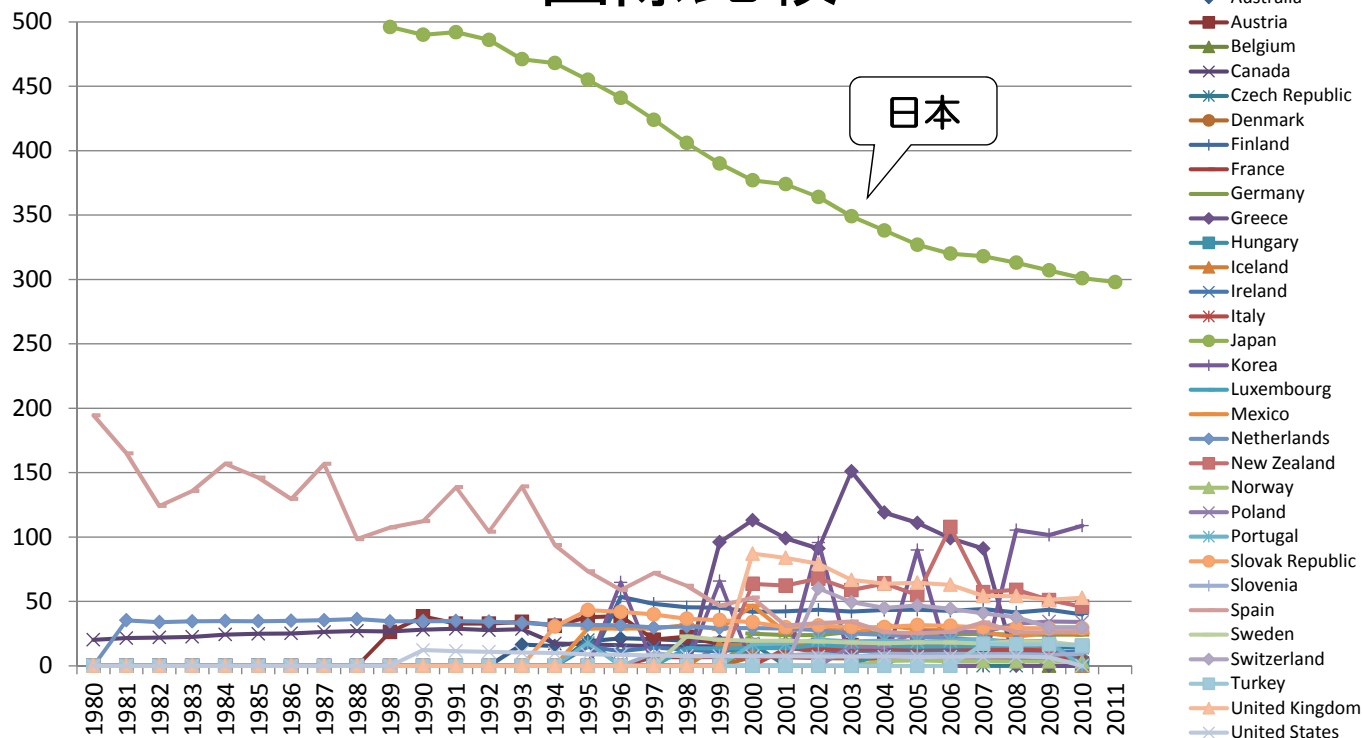


※各国により定義が異なる

資料：OECD Health Data 2012

精神病床の平均在院日数推移の国際比較

(日)

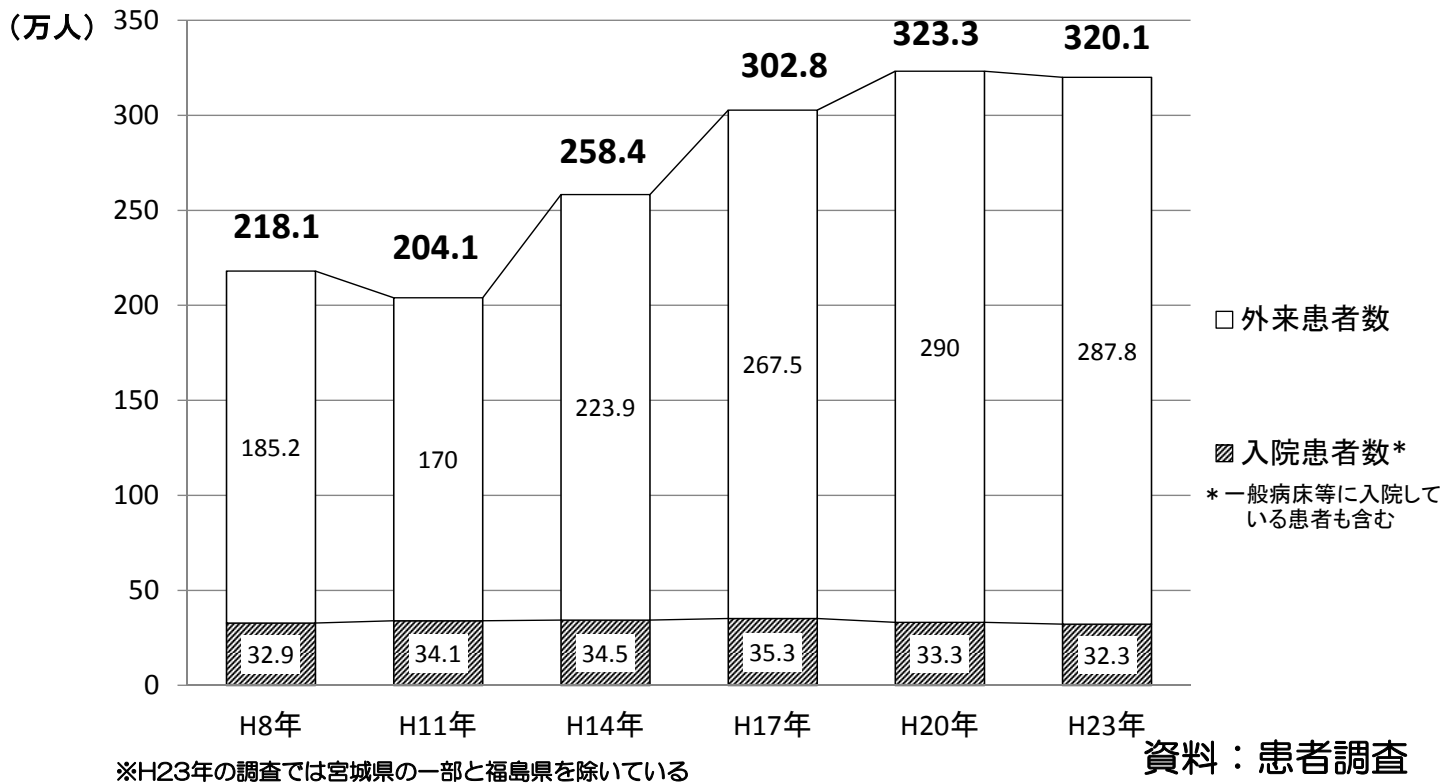


※各国により定義が異なる

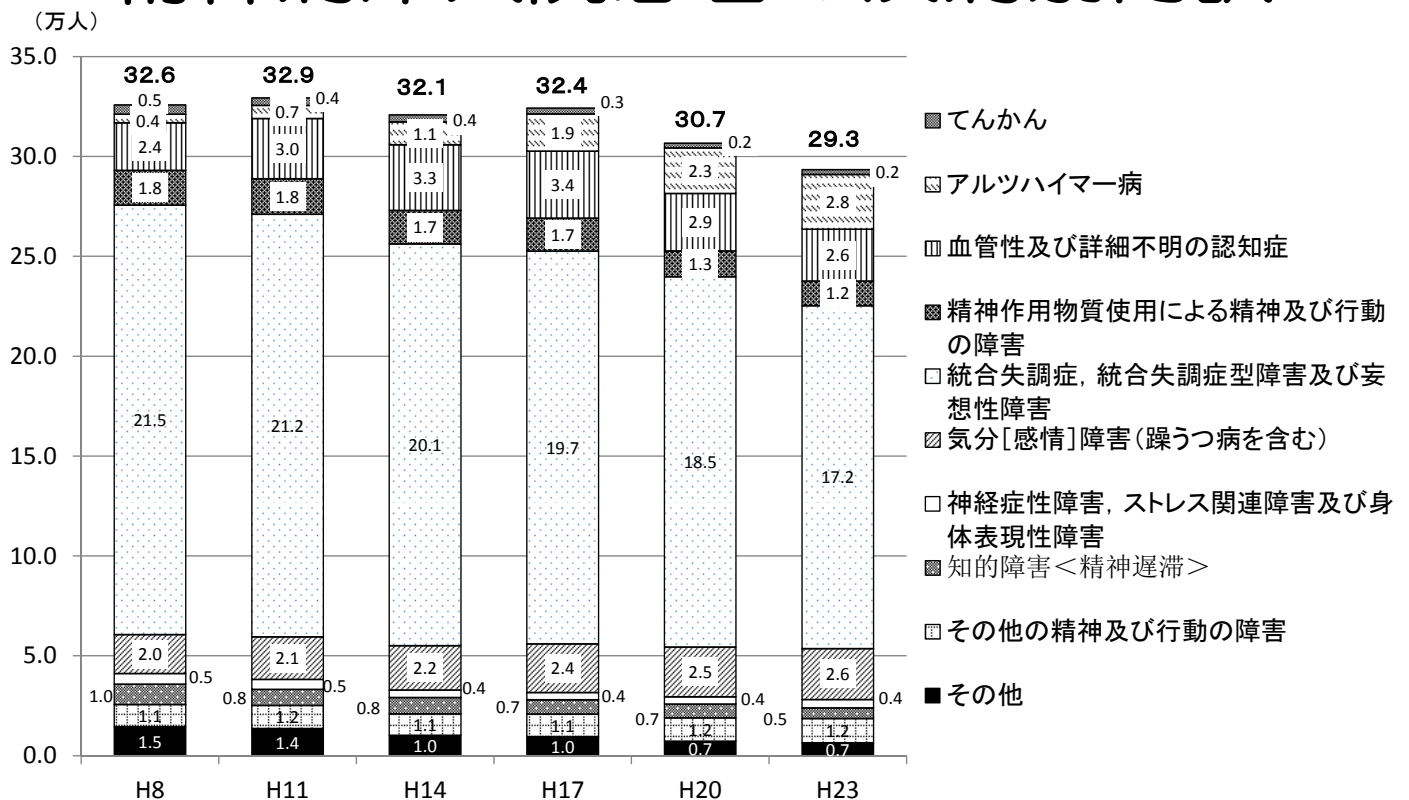
資料：OECD Health Data 2012

注) 日本のデータは病院報告より

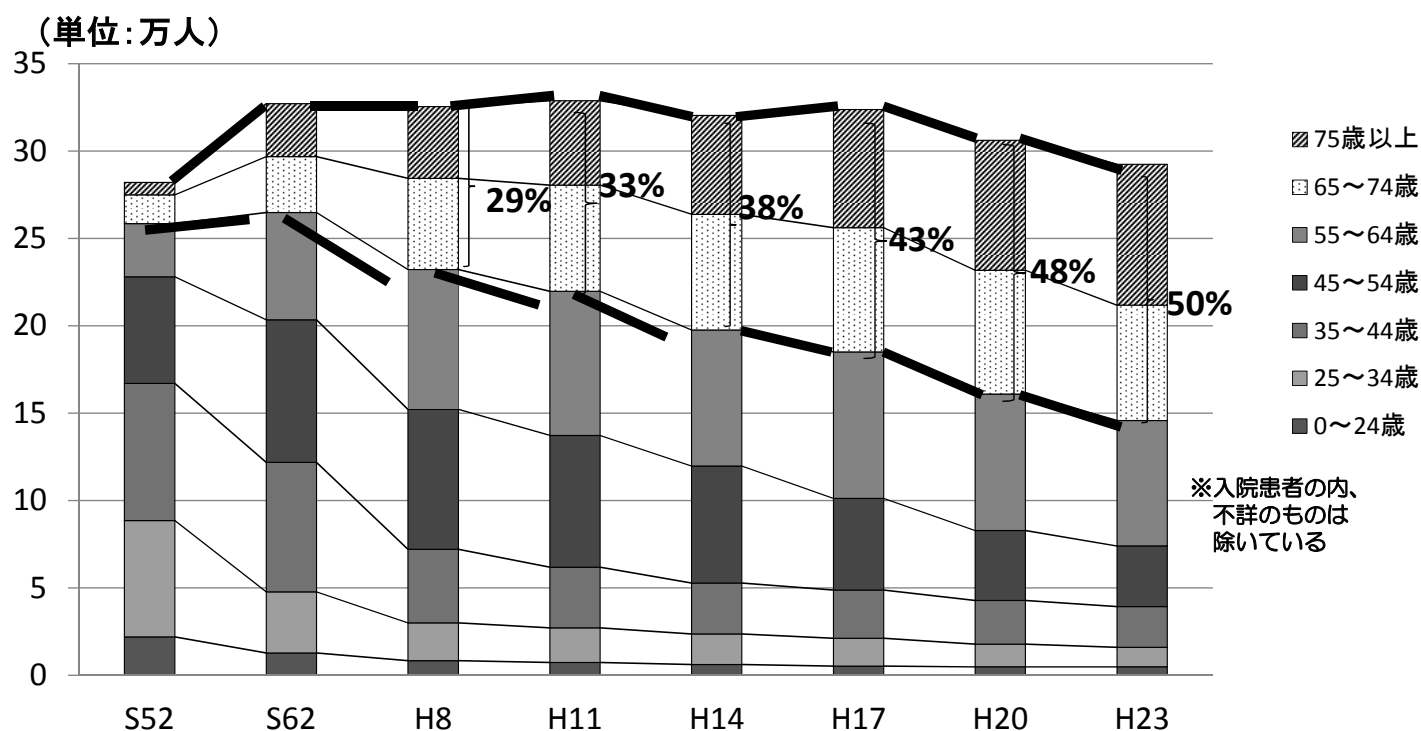
精神疾患の患者数 (医療機関にかかっている患者)



精神病床入院患者の疾病別内訳



精神病床入院患者の年齢分布

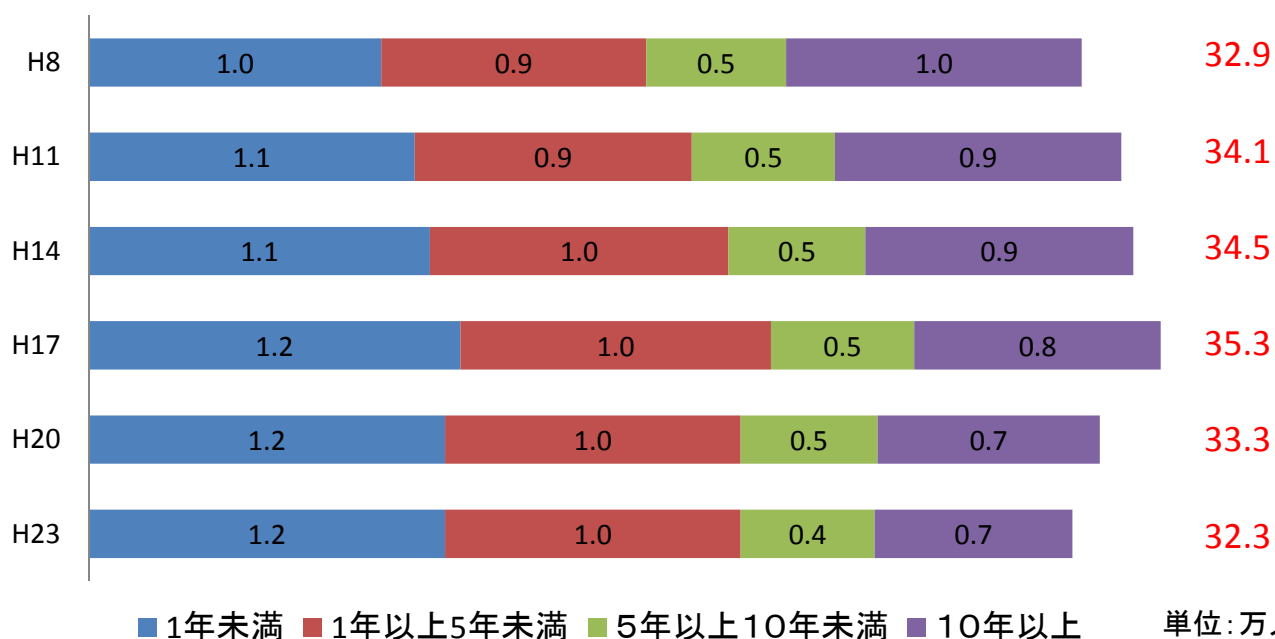


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査

精神疾患による推計入院患者数 (在院期間別)

総数

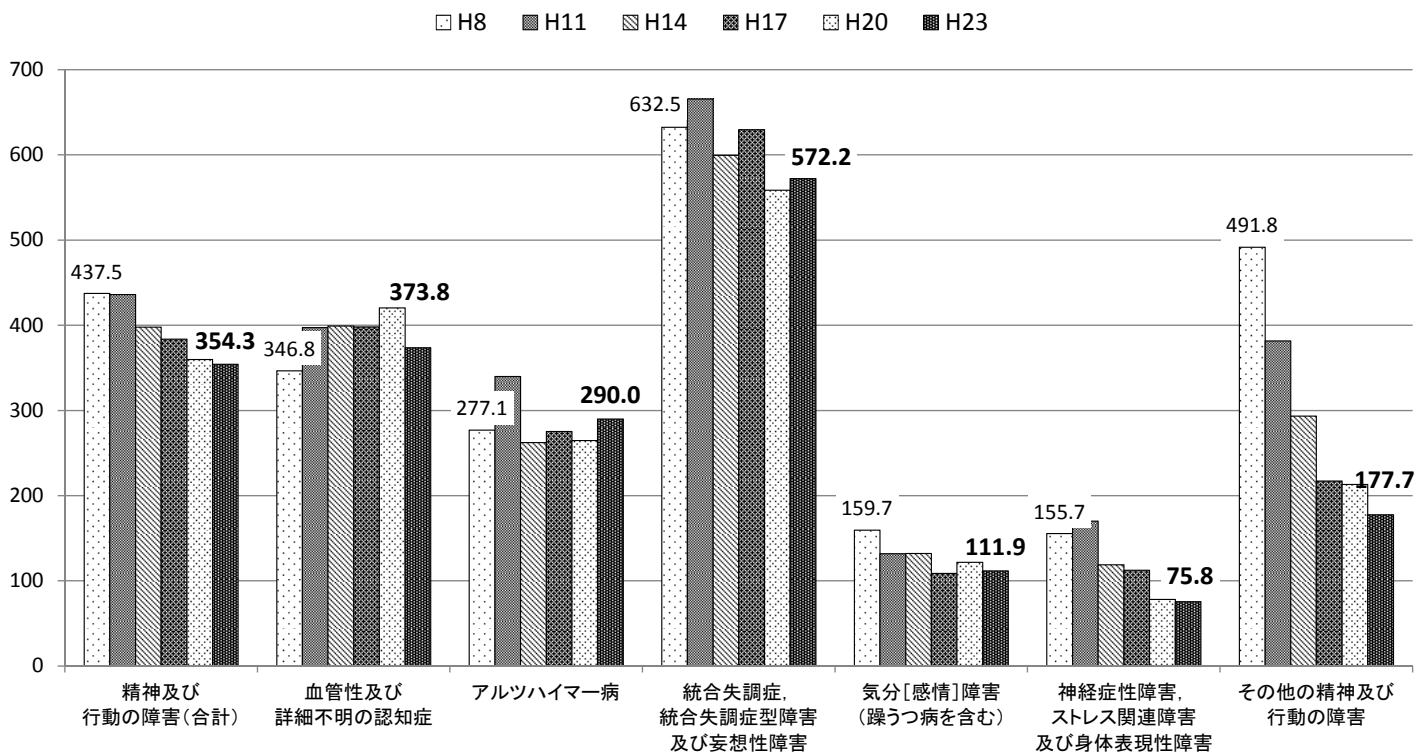


※総数は、在院期間が不詳なものも含めた数である

※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：患者調査

疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

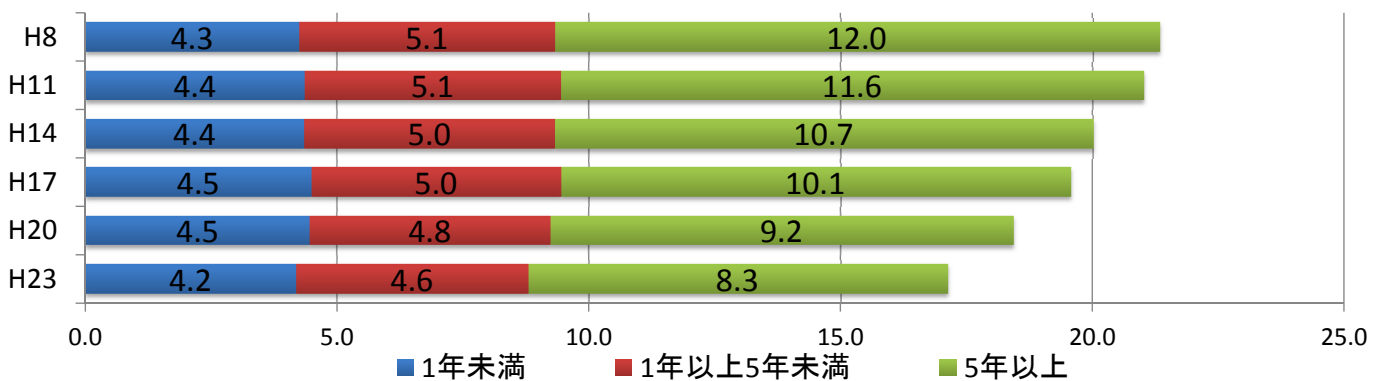
資料：患者調査

在院日数別年次推移(精神病床)

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

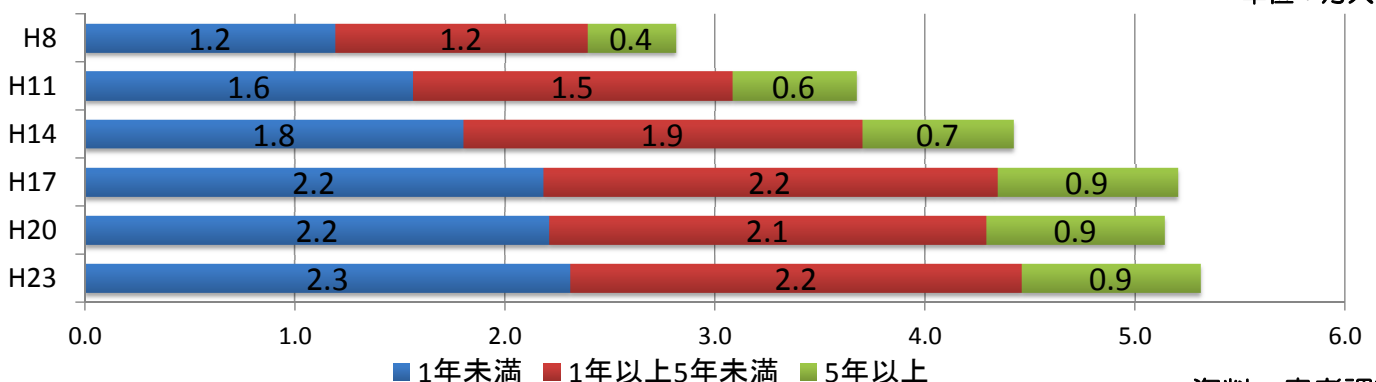
統合失調症

単位：万人



認知症

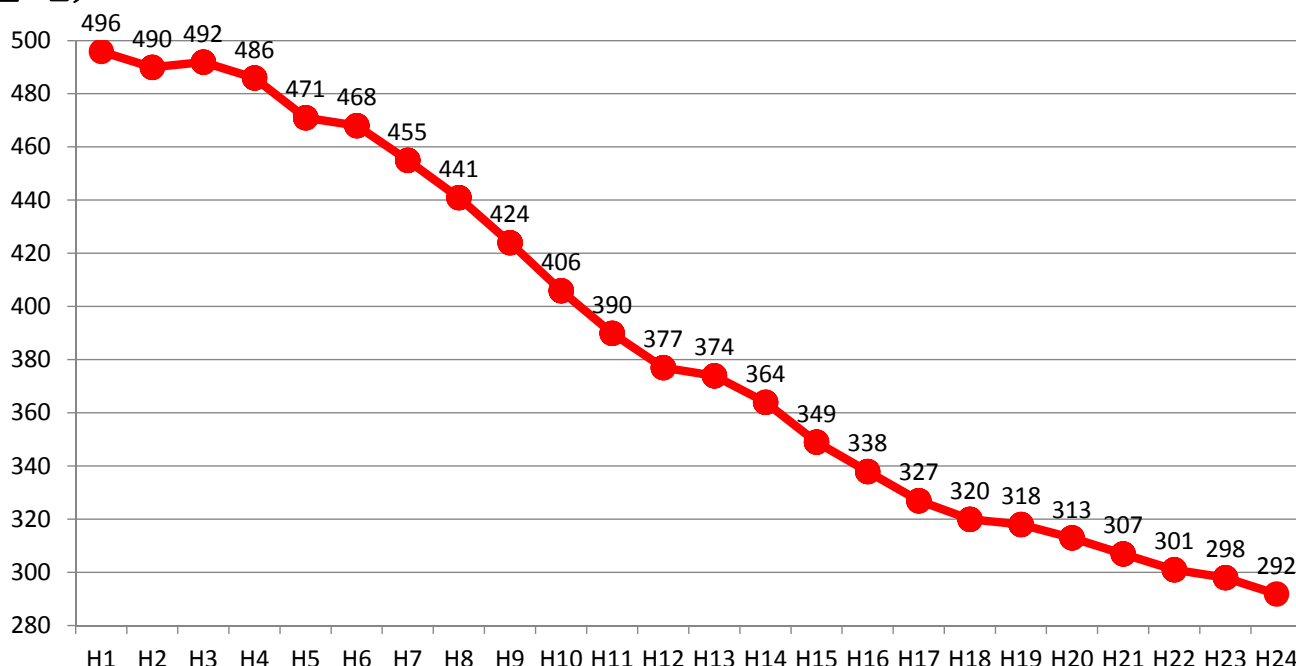
単位：万人



資料：患者調査

精神病床の平均在院日数の推移

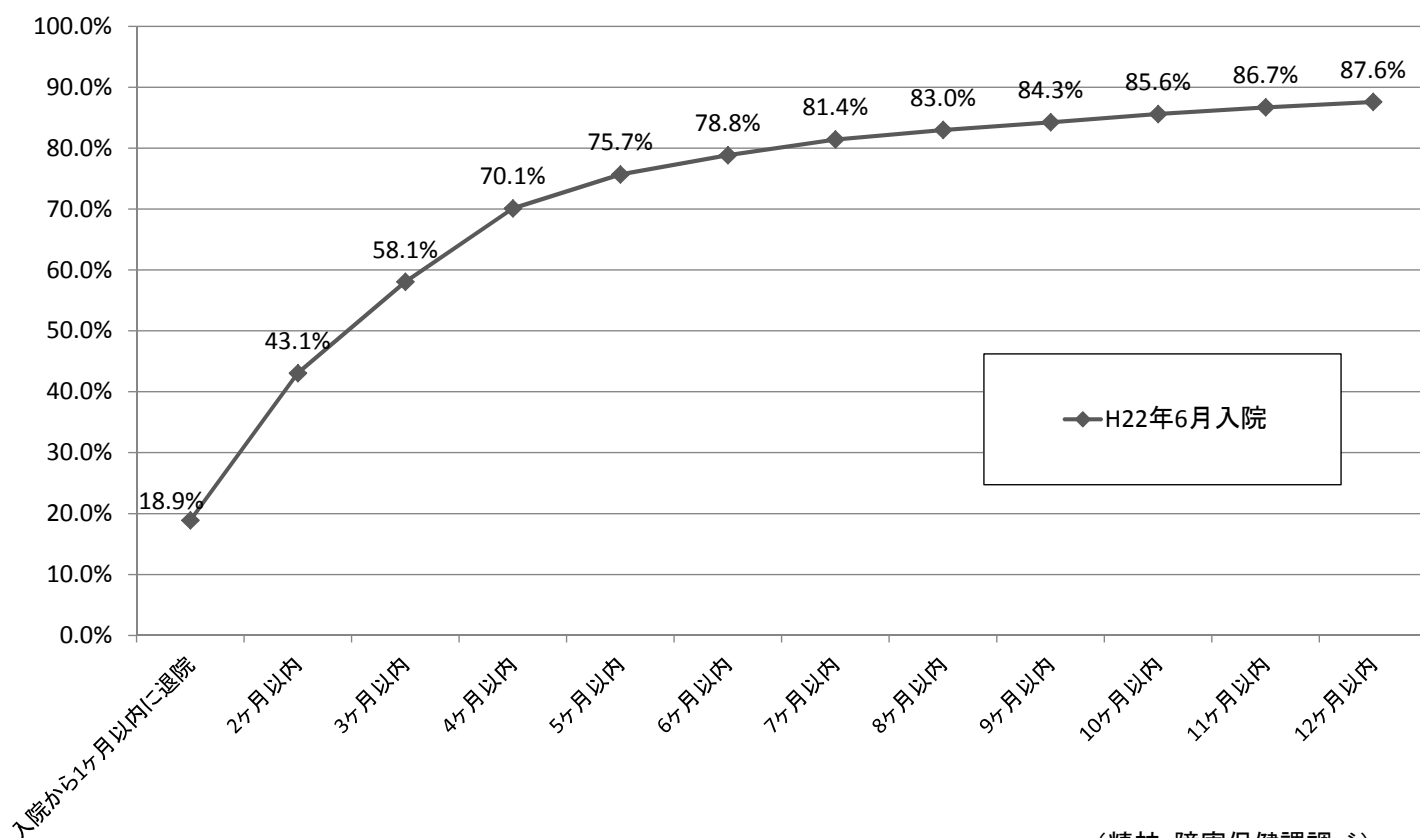
在院日数
(単位：日)



※平均在院日数=
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：病院報告

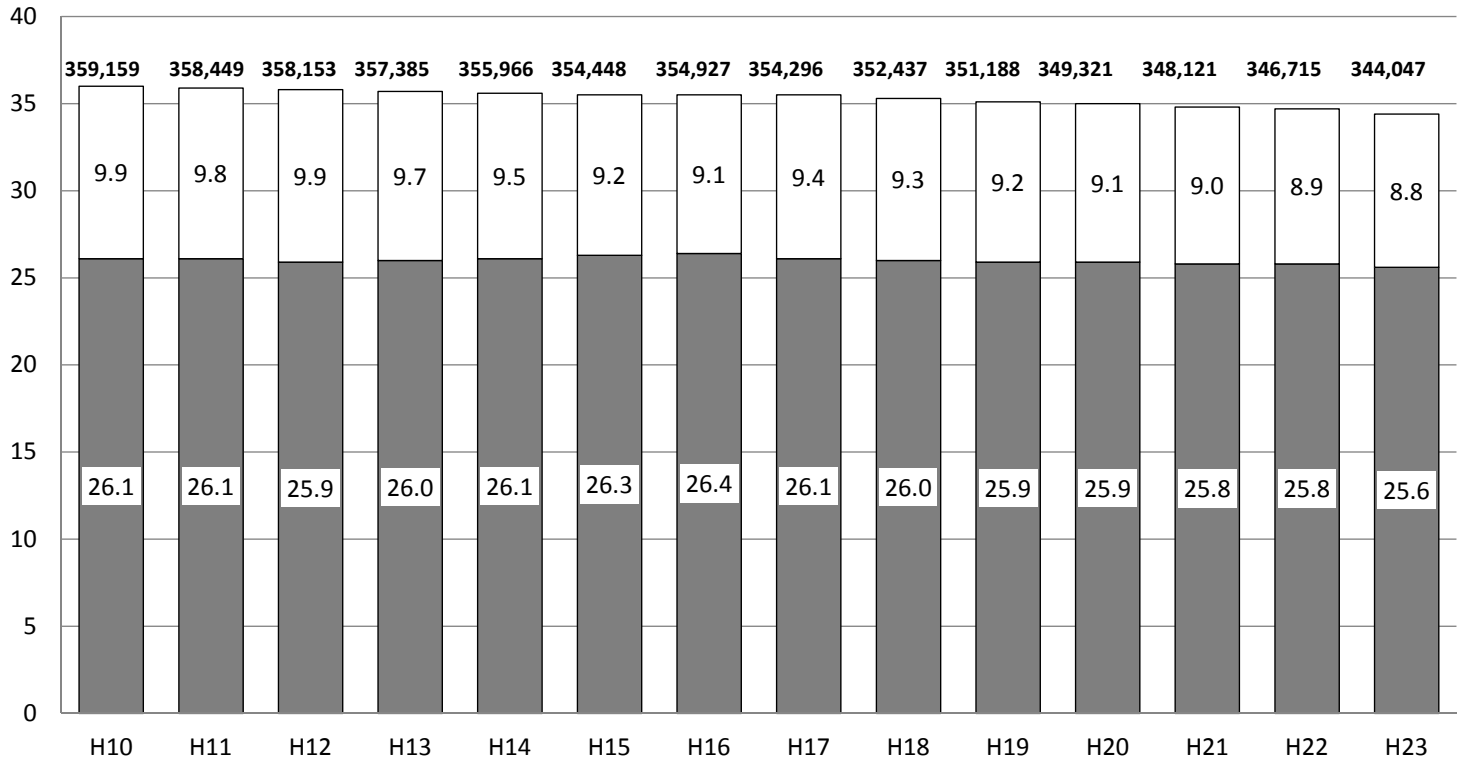
H22年6月精神科病院に入院した患者の 入院後1年間の月別累計退院率



(精神・障害保健課調べ)

精神病床数の変化

(床) 単位: 万



□ 一般病院

■ 精神科病院

※精神科病院: 精神病床のみを有する病院

一般病院: 精神科病院及び結核療養所以外の病院

資料: 医療施設調査(毎年10月1日時点)

2. 改正精神保健福祉法に基づく 退院促進措置

医療保護入院者の退院促進措置に係る主なポイント

- 退院後生活環境相談員の選任は義務であり、平成26年4月1日時点の医療保護入院者全員に選任されていることが必要。
相談員1人当たりの担当者数は目安。
- 地域援助事業者として、相談支援専門員がいる事業所、介護支援専門員がいる事業所を規定。
地域援助事業者の紹介は努力義務。
- 平成26年4月1日以降に入院した在院期間1年未満の医療保護入院者については、医療保護入院者退院支援委員会の開催は義務。
ただし、平成26年3月31日以前の入院者及び在院期間1年以上の入院者については、任意の開催で可。

退院後生活環境相談員の選任

1. 退院後生活環境相談員の責務・役割

- (1) 退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう、個々の医療保護入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たすことが求められること。
- (2) 退院に向けた取組に当たっては、医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整を図ることに努めるとともに、行政機関を含む院外の機関との調整に努めること。
- (3) 医療保護入院者の支援に当たっては、当該医療保護入院者の意向に十分配慮するとともに、個人情報保護について遺漏なきよう十分留意すること。
- (4) 以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談員は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ること。

2. 選任及び配置

- (1) 退院に向けた相談を行うに当たっては、退院後生活環境相談員と医療保護入院者及びその家族等との間の信頼関係が構築されることが重要であることから、その選任に当たっては、医療保護入院者及び家族等の意向に配慮すること。
- (2) 配置の目安としては、退院後生活環境相談員1人につき、概ね50人以下の医療保護入院者を担当すること(常勤換算としての目安)とし、医療保護入院者1人につき1人の退院後生活環境相談員を入院後7日以内に選任すること。兼務の場合等については、この目安を踏まえ、担当する医療保護入院者の人数を決めること。

3. 退院後生活環境相談員として有すべき資格

- ①精神保健福祉士
- ②看護職員（保健師を含む。）、作業療法士、社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者
- ③3年以上精神障害者及びその家族等との退院後の生活環境についての相談及び指導に関する業務に従事した経験を有する者であって、かつ、厚生労働大臣が定める研修を修了した者（ただし、平成29年3月31日までの間については、研修を修了していなくても、前段の要件を満たしていれば、資格を有することとしてよいこととする。）

4. 業務内容

(1)入院時の業務

医療保護入院者及びその家族等に対して以下についての説明を行うこと。

- ・退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
- ・本人及び家族等の退院促進の措置への関わり（地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等）

(2)退院に向けた相談支援業務

- ア 医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じるほか、退院に向けた意欲の喚起や具体的な取組の工程の相談等を積極的に行い、退院促進に努めること。
- イ 医療保護入院者及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録をすること。
- ウ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該医療保護入院者の治療に関わる者との連携を図ること。

(3)地域援助事業者等の紹介に関する業務

- ア 医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること。
- イ 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めること。
- ウ 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。

(4)医療保護入院者退院支援委員会に関する業務

- ア 医療保護入院者退院支援委員会の開催に当たって、開催に向けた調整や運営の中心的役割を果たすこととし、充実した審議が行われるよう努めること。
- イ 医療保護入院者退院支援委員会の記録の作成にも積極的に関わることが望ましいこと。

(5)退院調整に関する業務

医療保護入院者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、適宜地域援助事業者等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

(6)その他

定期病状報告の退院に向けた取組欄については、その相談状況等を踏まえて退院後生活環境相談員が記載することが望ましいこと。

5.その他

- (1)医療保護入院者が退院する場合において、引き続き任意入院により当該病院に入院するときには、当該医療保護入院者が地域生活へ移行するまでは、継続して退院促進のための取組を行うことが望ましいこと。
- (2)医療保護入院者の退院促進に当たっての退院後生活環境相談員の役割の重要性に鑑み、施行後の選任状況等を踏まえて、退院後生活環境相談員として有すべき資格等の見直しを図ることも考えられるため、留意されたいこと。

地域援助事業者の紹介

1. 地域援助事業者の紹介の趣旨・目的

地域援助事業者の紹介は、医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行することができるよう、精神科病院の管理者の努力義務とされているものであり、必要に応じて紹介を行うよう努めること。

2. 紹介の方法

- (1) 地域援助事業者の紹介の方法については、書面の交付による紹介に限らず、例えば、面会による紹介（紹介する地域援助事業者の協力が得られる場合に限る。）やインターネット情報を活用しながらの紹介等により、医療保護入院者が地域援助事業者と積極的に相談し、退院に向けて前向きに取り組むことができるよう工夫されたいこと。
- (2) 紹介を行う事業者については、必要に応じて当該医療保護入院者の退院先又はその候補となる市町村への照会を行うほか、精神保健福祉センター及び保健所等の知見も活用すること。

3. 紹介後の対応

地域援助事業者の紹介を行った場合においては、退院後生活環境相談員を中心として、医療保護入院者と当該地域援助事業者の相談状況を把握し、連絡調整に努めること。

4. 地域援助事業者による相談援助

- (1) 地域援助事業者は、医療保護入院者が障害福祉サービスや介護サービスを退院後円滑に利用できるよう、当該地域援助事業者の行う特定相談支援事業等の事業やこれらの事業の利用に向けた相談援助を行うこと。
- (2) 医療保護入院者との相談に当たっては、退院後生活環境相談員との連携に努め、連絡調整を図ること。
- (3) 相談援助を行っている医療保護入院者に係る医療保護入院者退院支援委員会への出席の要請があった場合には、できる限り出席し、退院に向けた情報共有に努めること。

改正精神保健福祉法の施行事項 《地域援助事業者》

平成25年6月に成立した精神保健福祉法の一部改正法により、医療保護入院者の地域生活への移行を促進する観点から、精神科病院の管理者に対する相談支援事業者等の紹介努力義務規定が設けられ、平成26年4月から施行することとされた

（参考）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抄）

第33条の5 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、医療保護入院者又はその家族等から求めがあった場合その他医療保護入院者の退院による地域生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、一般相談支援事業者若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第16項に規定する特定相談支援事業（第49条第1項において「特定相談支援事業」という。）を行う者、介護保険法第8条第23項に規定する居宅介護支援事業を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族等からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができると認められる者として厚生労働省令で定めるもの（次条において「地域援助事業者」という。）を紹介するよう努めなければならない。

【地域生活支援事業費補助金】

相談支援事業所等（地域援助事業者）における退院支援体制確保

1. 事業概要

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の5の規定に基づく地域援助事業者が退院支援体制の確保に要する費用の一部について、補助を行い、医療保護入院者の地域生活への移行を促進する。

（参考）医療保護入院者数 133,096人（平成23年6月30日現在）
1ヶ月の新規医療保護入院者数 12,484人（平成22年6月実績）
（出典：精神保健福祉資料平成23年度6月30日調査）

2. 補助内容

相談支援事業所等（地域援助事業者）における退院支援体制を確保するため、通常必要となる職員以外の職員の配置に必要な賃金や諸経費等について助成

3. 創設年度 平成26年度

4. 実施主体 市町村

5. 補助率（負担割合） 1／2以内（国1／2以内、都道府県1／4以内）

医療保護入院者退院支援委員会

1. 医療保護入院者退院支援委員会の趣旨・目的

医療保護入院者退院支援委員会（以下「委員会」という。）は、病院において医療保護入院者の入院の必要性について審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するために設置。

2. 対象者

- ①在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載した推定される入院期間を経過するもの
- ②在院期間が1年未満の医療保護入院者であって、委員会の審議で設定された推定される入院期間を経過するもの
- ③在院期間が1年以上の医療保護入院者であって、病院の管理者が委員会での審議が必要と認めるもの

※当該推定される入院期間を経過する時期の前後概ね2週間以内に委員会での審議を行うこと。

※入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載する推定される入院期間については、既に当該医療保護入院者の病状を把握しており、かつ、1年以上の入院期間が見込まれる場合（例えば措置入院の解除後すぐに医療保護入院する場合等）を除き、原則として1年未満の期間を設定すること。

※入院から1年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象者としない場合は、具体的な理由（例えば精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等）を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいこと。

※既に推定される入院期間経過時点から概ね1ヶ月以内の退院が決まっている場合（入院形態を変更し、継続して任意入院する場合を除く。）については、委員会での審議を行う必要はないこと。

※平成26年3月31日以前に医療保護入院した者に対しては、病院の管理者が必要と認める場合に限り、委員会を開催することが可能（経過措置）。

3. 出席者

- ①主治医（主治医が精神保健指定医でない場合は、主治医以外の精神保健指定医も出席）
- ②看護職員（当該医療保護入院者を担当する看護職員が出席することが望ましい）
- ③退院後生活環境相談員
- ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- ⑤医療保護入院者本人（本人が出席を希望する場合）
- ⑥医療保護入院者の家族等（本人が出席を求めた場合であって、出席を求められた者が出席要請に応じるとき）
- ⑦地域援助事業者その他の退院後の生活環境に関わる者（⑥と同様）

※③が②にも該当する場合は、その双方を兼ねることも可能であるが、その場合には、④の者であって当該医療保護入院者の診療に関わるものを出席させることが望ましい。

※⑦としては、入院前に当該医療保護入院者が通院していた診療所や退院後に当該医療保護入院者が診療を受けることを予定する医療機関等も想定。当該医療保護入院者に対し退院後生活環境相談員がこれらの者に対し出席を要請しなくてよいを確認する等、当該医療保護入院者の退院後の生活環境を見据えた有意義な審議ができる出席者となるよう努めること。

4. 開催方法

- (1) 当該病院における医療保護入院者数等の実情に応じた開催方法で差支えない。

【例】・月に1回委員会を開催することとし、当該開催日から前後2週間に推定される入院期間を経過する医療保護入院者を対象として、出席者を審議対象者ごとに入れ替えて開催
・推定される入院期間の経過する医療保護入院者がいる日に委員会で審議

- (2) 開催に当たっては、十分な日時の余裕を持って審議対象となる医療保護入院者に委員会の開催について通知し（通知例：別添様式1）、通知を行った旨を診療録に記載すること。

当該通知に基づき3中⑥及び⑦に掲げる者に対する出席要請の希望があった場合には、当該希望があった者に対し、⑦委員会の開催日時および開催場所、④医療保護入院者本人から出席要請の希望があったこと、⑤出席が可能であれば委員会に出席されたいこと、①文書による意見提出も可能であること、を通知すること。

5. 審議内容

委員会においては、以下の3点その他必要な事項を審議

- ①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由
- ②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間
- ③②の推定される入院期間における退院に向けた取組

6. 審議結果

- (1) 委員会における審議の結果については、別添様式2（医療保護入院者退院支援委員会審議記録）に記載して記録するとともに、診療録には委員会の開催日の日付を記録することとする。
- (2) 病院の管理者（大学病院等においては、精神科診療部門の責任者）は、医療保護入院者退院支援委員会の審議状況を確認し、医療保護入院者退院支援委員会審議記録に署名すること。また、審議状況に不十分な点がみられる場合には、適切な指導を行うこと。
- (3) 審議終了後できる限り速やかに、審議の結果を本人並びに当該委員会への出席要請を行った3⑥及び⑦に掲げる者に対して別添様式3により通知すること。
- (4) 委員会における審議の結果、入院の必要性が認められない場合には、速やかに退院に向けた手続をとること。
- (5) 医療保護入院者退院支援委員会審議記録については、定期病状報告の際に、当該報告から直近の審議時のものを定期病状報告書に添付すること。

退院後生活環境相談員及び地域援助事業者に対する研修

(新規)平成26年度予算(案) 11,089千円

精神保健福祉法の改正により早期退院に向けた仕組みの導入

精神科病院の管理者に、

◆【退院後生活環境相談員】

医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者
(精神保健福祉士等)の設置

◆【地域援助事業者】

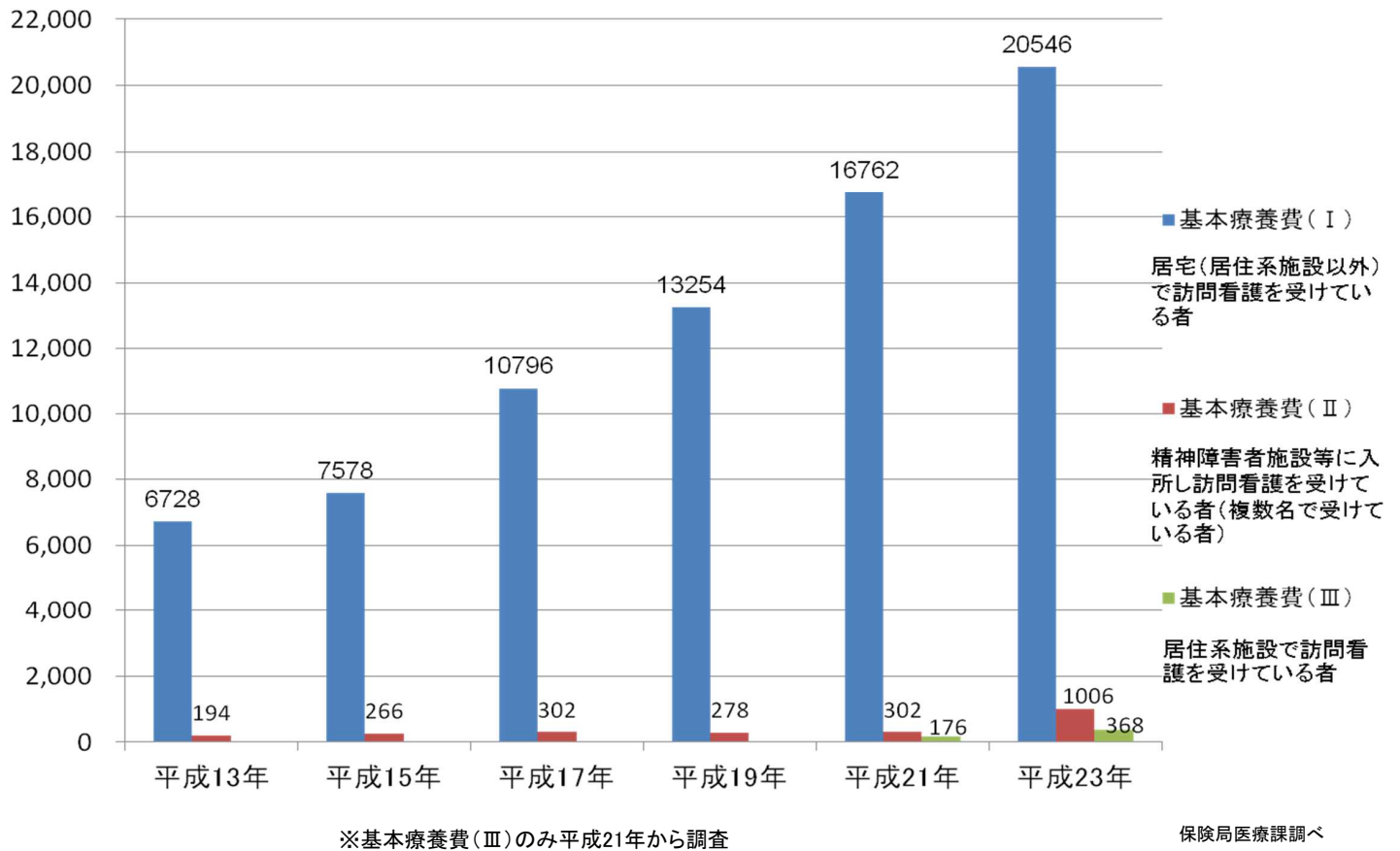
入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援
事業者等の紹介に努め、それら地域援助事業者と連携し、退院促進のた
めの体制整備

を義務付けた。

→ **法改正内容等の周知のための研修を実施**

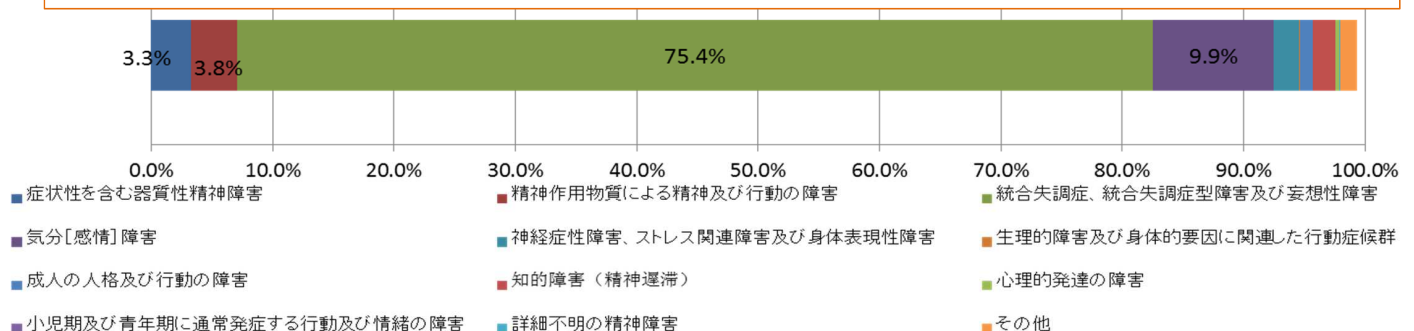
3. 精神障害者の居宅等における 保健医療福祉サービスについて (1) 訪問看護

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



訪問看護を活用している患者の主たる疾患の状況

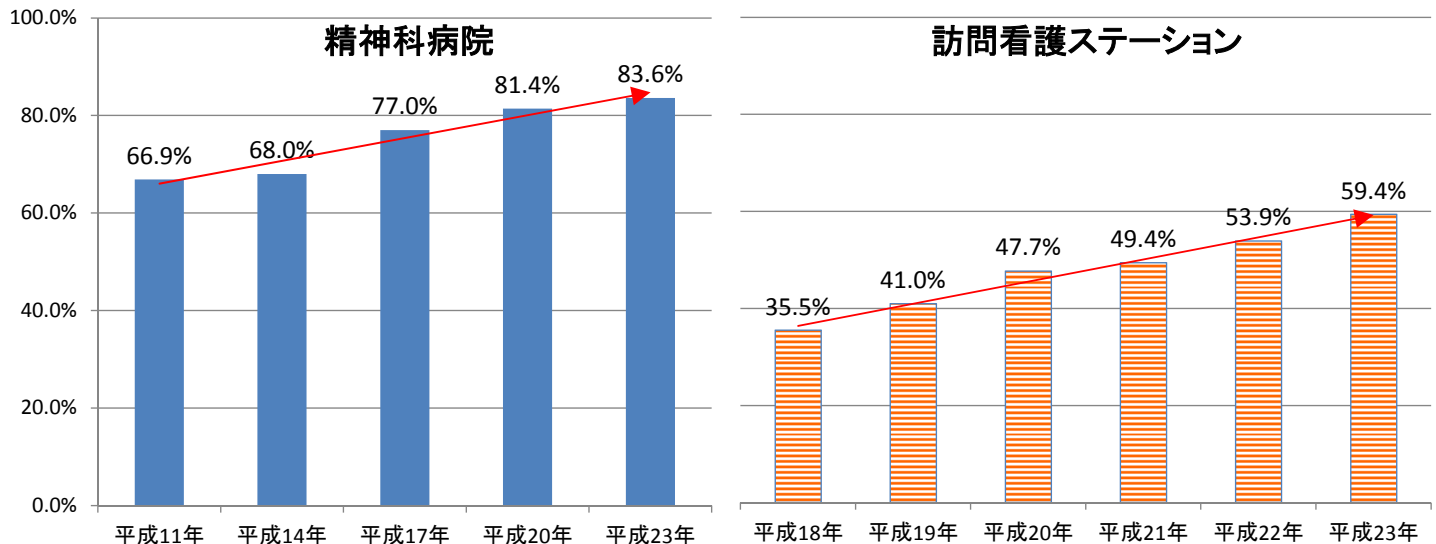
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害が75.4%、気分（感情）障害が9.9%、精神作用物質による精神及び行動の障害が3.8%で89.1%を占める。



	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(友達がいない、仕事が続かない)。
31-40	現実検討が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)。

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）
- ③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	
		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	
精神科訪問看護・指導料(I)		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	
精神科訪問看護・指導料(II) (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)	
精神科訪問看護・指導料(III) (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)	
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	
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)	
		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	
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)	
		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	
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 (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。

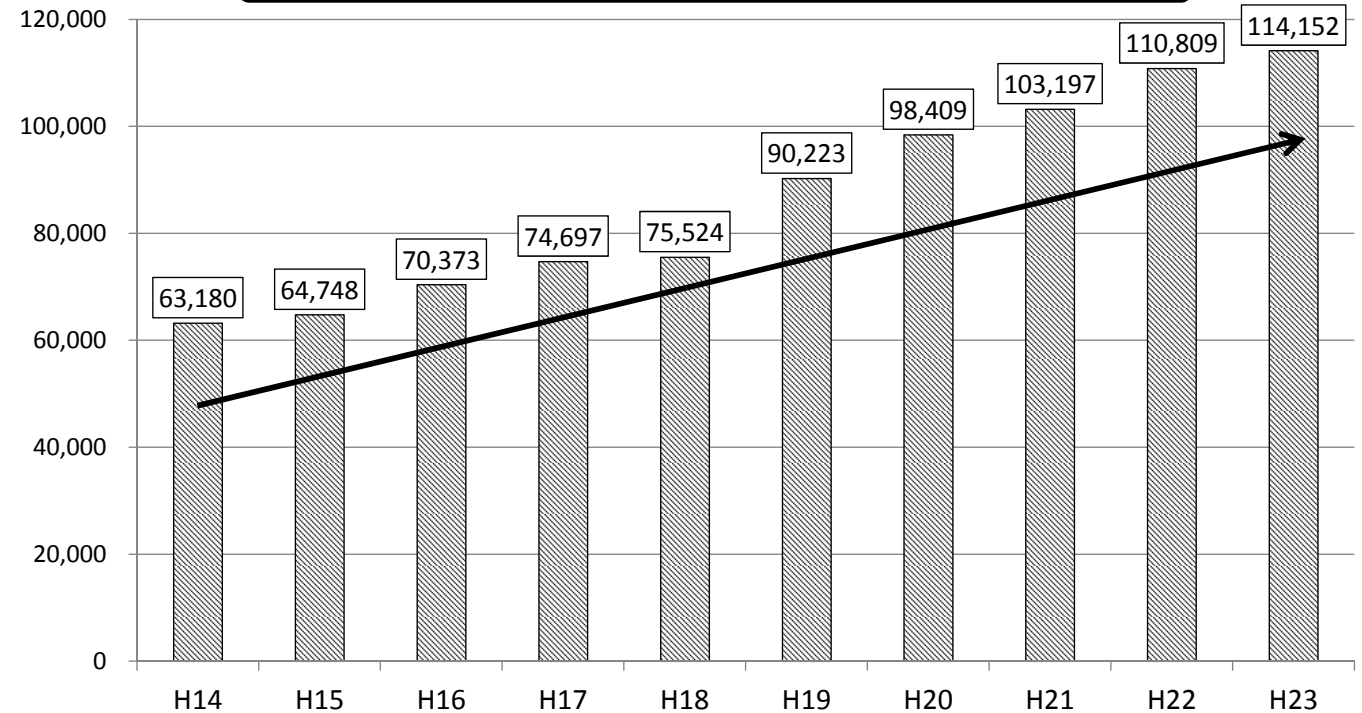
精神科ショート・ケア(H18～)

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

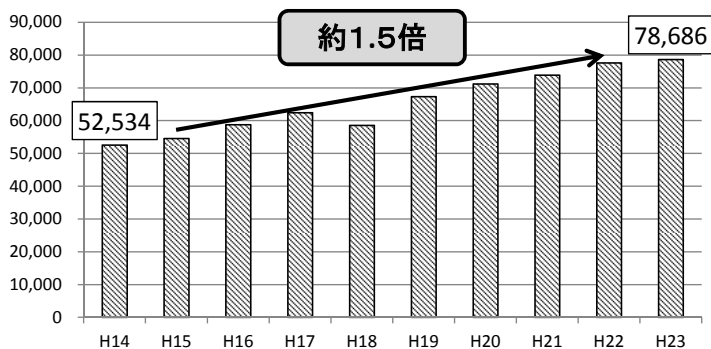


※デイ・ケア等の利用実人員とは、①デイ・ケア、②デイ・ナイト・ケア、③ショート・ケア、④ナイト・ケアそれぞれの利用実人員の合計を指す。

資料:精神・障害保健課調(各年6月1か月間の数)

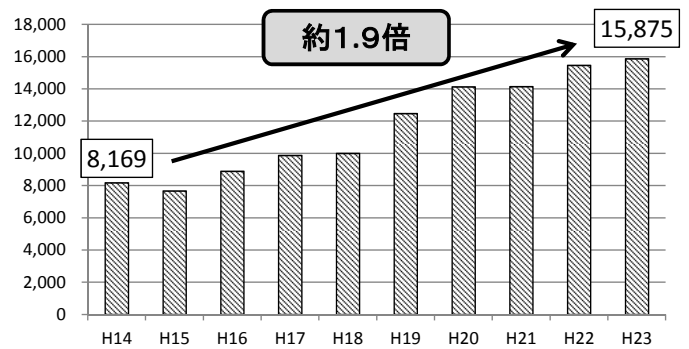
精神科デイ・ケア等の利用実人員の年次推移 (各年6月の1ヶ月間)

精神科デイ・ケア



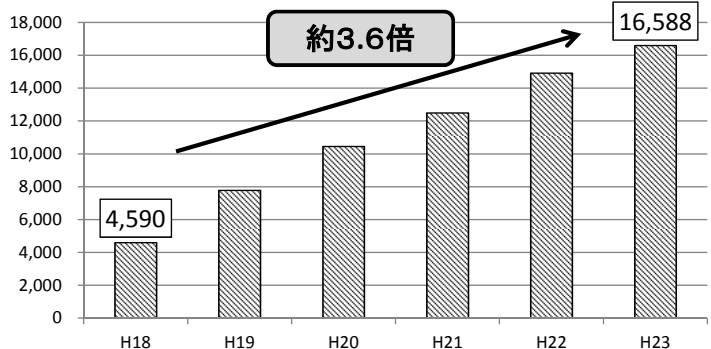
約1.5倍

精神科デイ・ナイト・ケア



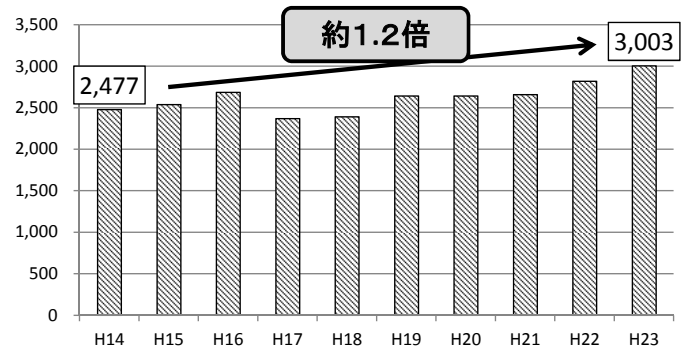
約1.9倍

精神科ショート・ケア



約3.6倍

精神科ナイト・ケア



約1.2倍

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		
					ショート	デイ		ショート	デイ	
点数	275点	590点	540点	1000点	330点	700点	1000点	330点	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)

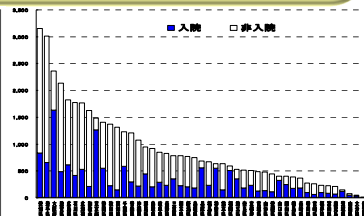


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の
受診・入院件数(平成21年度)

【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・休日でも対応できる体制を確保(ミ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】

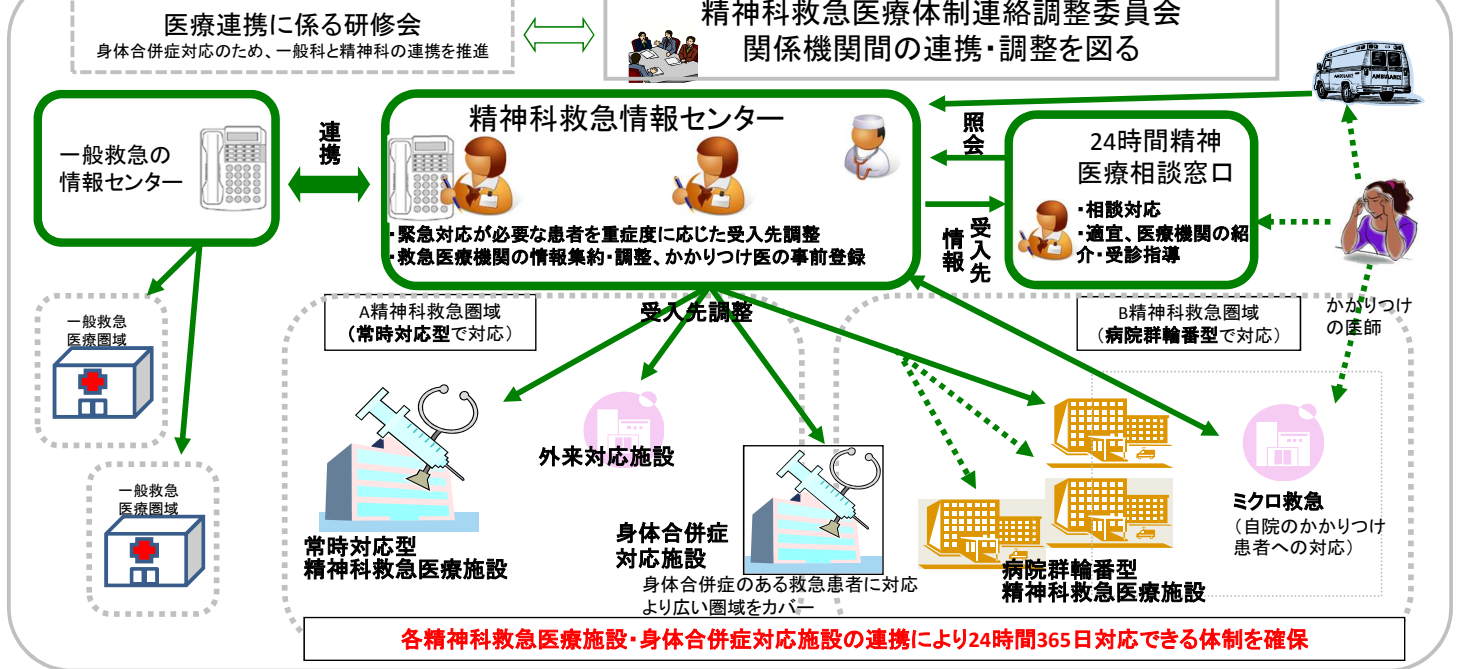
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会、医療連携研修会等
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業、ミクロ救急体制確保事業

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

	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 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

※2次医療圏数については、平成25年4月現在。

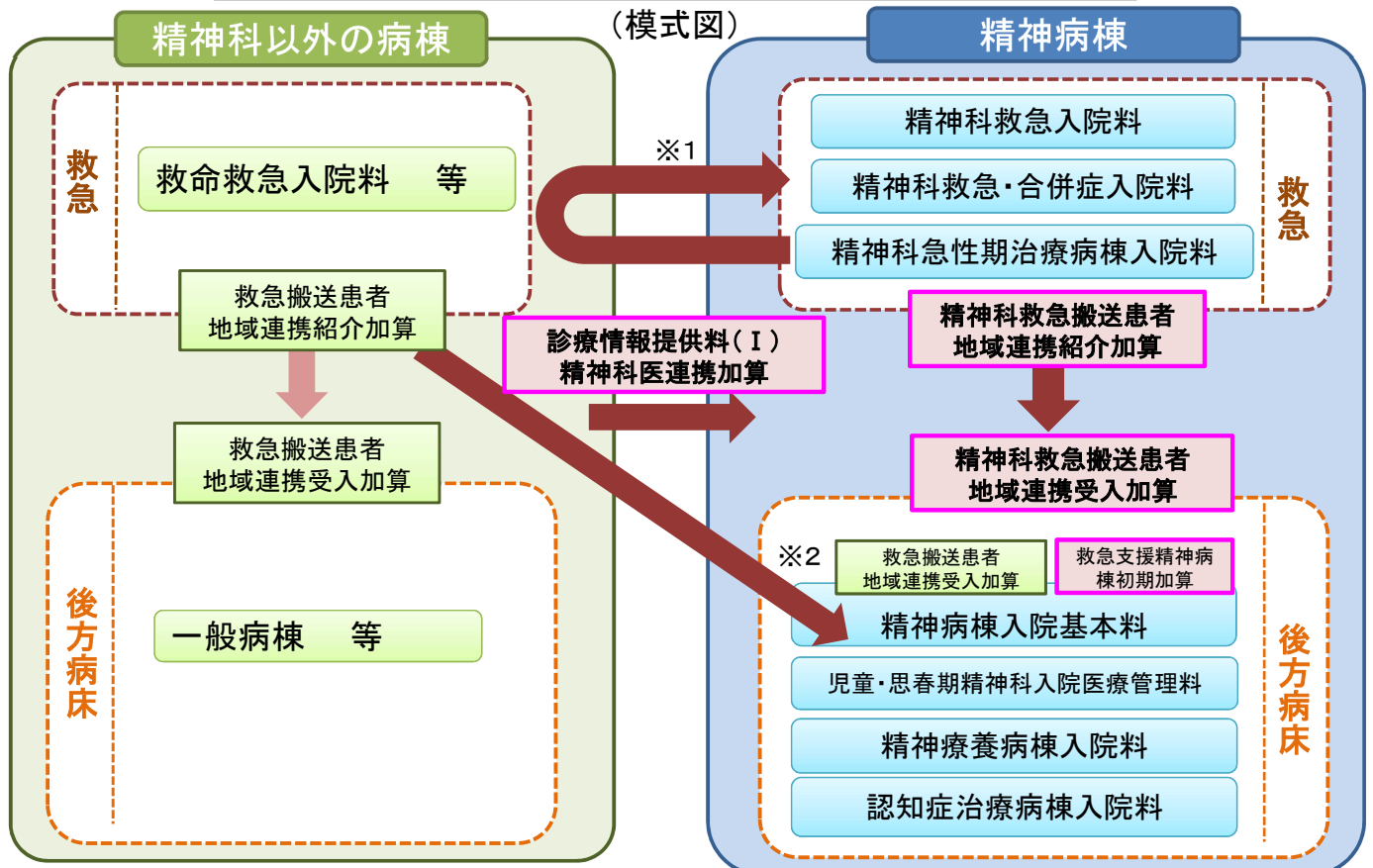
※人口については、住民基本台帳人口(平成24年3月末現在)による。

※精神科救急医療施設数は、平成25年10月現在のもの。

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

精神科医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図)



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च्छよし」	5-7週目 「いってみろし」	8週目 「がんばれし」
目安	カード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		☐ 戦略の再検討と共有 ☐ 副作用・身体合併症の動向のチェック	☐ 薬剤指導 ☐ 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	☐ 精神運動興奮 (-) ☐ 自傷他害行為 (-) ☐ 拒食 (-) ☐ 正確な服薬	☐ 希死念慮 (-) ☐ トラブル (-)	☐ 不眠 (-) ☐ 自宅での生活 (-) ☐ 服薬自己管理 ☐ 服薬自己管理の促進	☐ 精神症状のアセスメント
チェック項目		☐ 家族への伝達のためのコーディネート ☐ 退院前訪問の検討	☐ 外泊オリエンテーション ☐ 退院前訪問の実施	☐ 退院時処方 ☐ 服薬確認 ☐ 生活指導
社会復帰支援活動	☐ 病棟プログラム ☐ OT処方せん ☐ 家族への働きかけ			
		☐ 心理社会的プログラム ☐ 個人OT		
			☐ 関係機関への調整 ☐ 諸資源の利用援助	
		☐ DC利用の検討	☐ DCの準備 ☐ 訪問看護準備 ☐ 外来への連絡 ☐ 自立支援医療の利用	☐ 退院オリエンテーション ☐ 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	☐ 投薬 (初回量) ☐ 薬物の種類・投与経路の決定	☐ 非経口の場合は経口に切り替え ☐ 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		☐ 受容的対応 ☐ 安心感と保証の提供	行動制限の理解獲得	
看護ケア		☐ 共感的傾聴 ☐ セルフケアレベルのチェック		
生活療法		☐ 隔離室にて洗面 ☐ テレビ・新聞	☐ (可能であれば) 服薬指導	
アウトカム		☐ 摂食・睡眠の確保 ☐ ナース援助で服薬可能	☐ 簡単な言葉のやりとり ☐ 観察下の更衣・入浴 ☐ 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	☐ 診察・面接 ☐ 退院支援に関して本人の意志確認 ☐ 退院への不安の確認	☐ 診察・面接 ☐ デイ・ケア見学	☐ 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	(身の回りのこと) ☐ 生活リズムを整える ☐ 1か月のやりくりができる ☐ 入浴準備ができる (時間の活用) ☐ 趣味をみつける ☐ 自転車の練習	(対人関係) ☐ 挨拶ができる (社会資源の利用) ☐ 銀行・図書館の利用 ☐ 金銭管理 ☐ 携帯電話の使用 (安全管理) ☐ 服薬遵守の方法 ☐ 火の後始末の方法	☐ 私物確認 ☐ 最終評価 ☐ 受診日確認 ☐ 看護計画評価
精神面の対応	☐ 心配事を話せる	☐ 心配事を話せる ☐ 安定した生活が送れる	
緊急時対応	☐ 不安なときの対応 ☐ 災害時の対応	☐ 対人トラブル時対応 ☐ 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	☐ 同意書記入 ☐ スタッフ紹介	☐ 精神科的評価(LASMI, SECL)		☐ 精神科的評価(LASMI, SECL)
薬剤	☐ 薬物自己管理	☐ 薬物自己管理 ☐ 服薬指導	☐ 服薬指導	☐ 服薬指導
退院計画	☐ スタッフミーティング(主治医・病棟・外来・薬局) ☐ バリエーション検討			
デイケア			☐ スタッフとの面談	☐ 依頼箋 ☐ 申込書 ☐ DC体験エントリー2W前
退院前訪問指導		☐ 訪問指導第1回目 ☐ 訪問指導第2回目	☐ 訪問指導第3回目 ☐ 訪問指導第4回目	☐ 訪問指導第5回目 ☐ 訪問指導第6回目
試験外泊			☐ 外泊 1泊2日	
アウトカム	☐ 退院支援計画への理解(納得)	☐ 良好な睡眠と休息等	☐ 意欲, 活動性の改善 ☐ 発病状況への気づき	☐ 単身生活で通所できる ☐ 再燃, 再発予防の理解

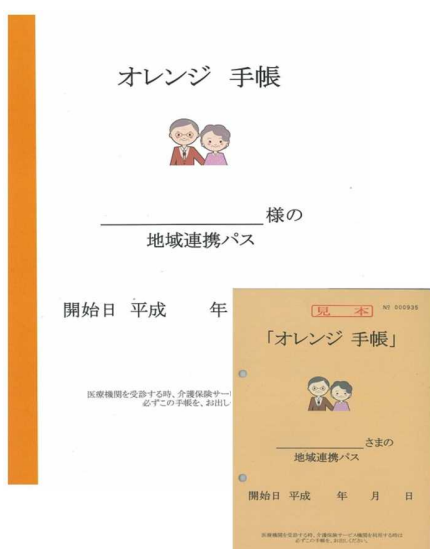
(出典:荒尾こころの郷病院)

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

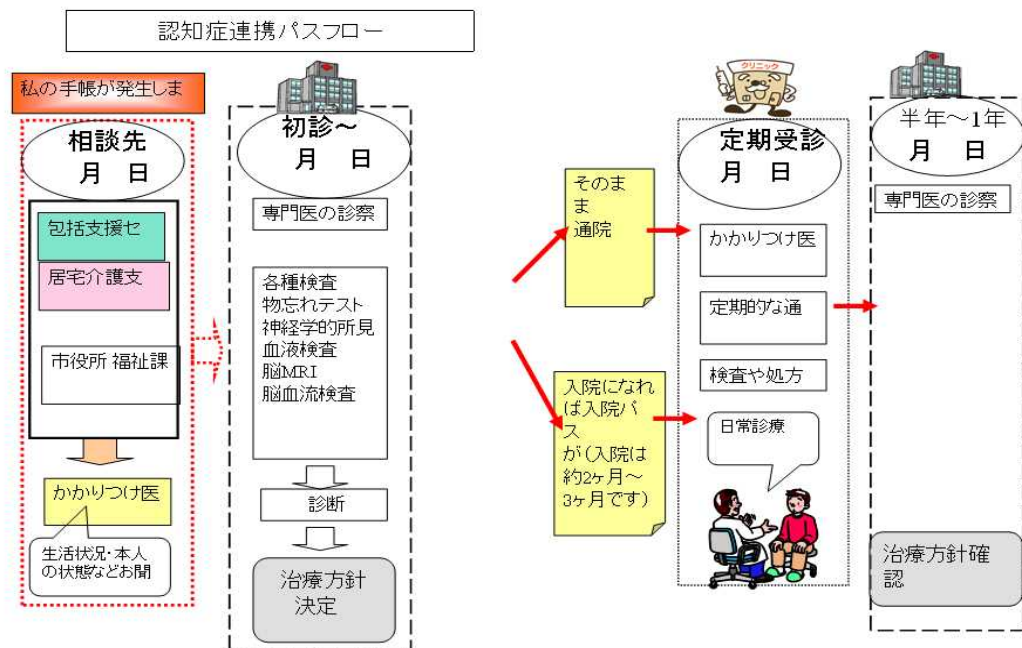
<http://handaichiikirenkei.com/index.html>

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



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>処方終結</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	処方終結	...	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	処方終結	...																																					
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	処方終結	...
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

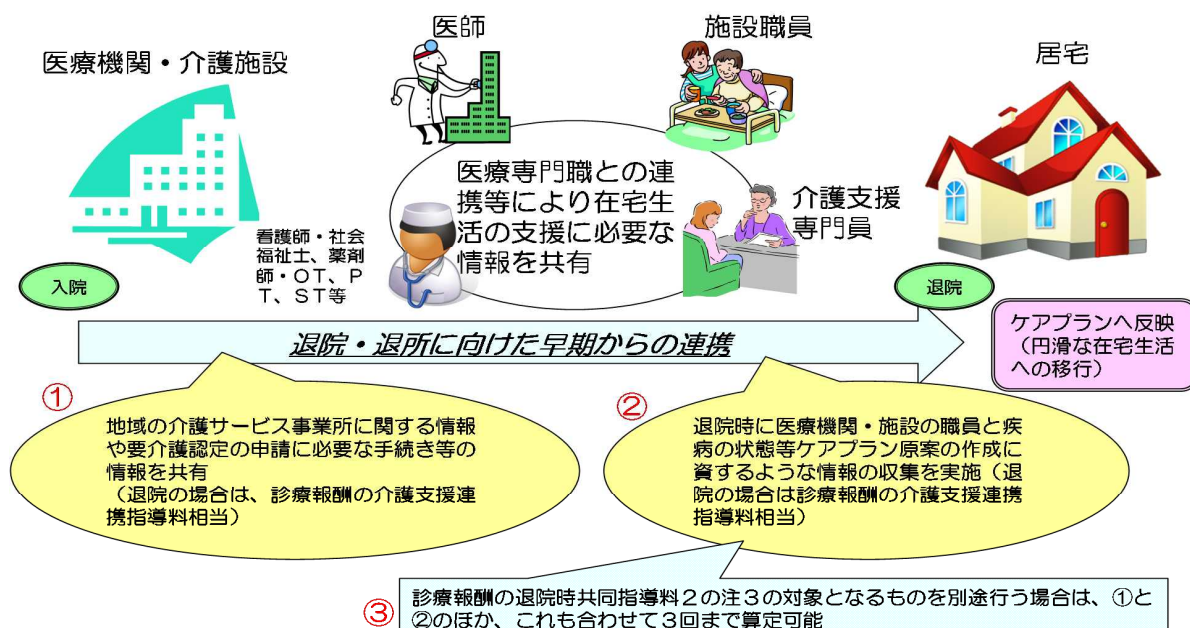
地域移行に関する主な診療報酬(精神科関係)

	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

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)



※退院時共同指導料2 注3 (抄)

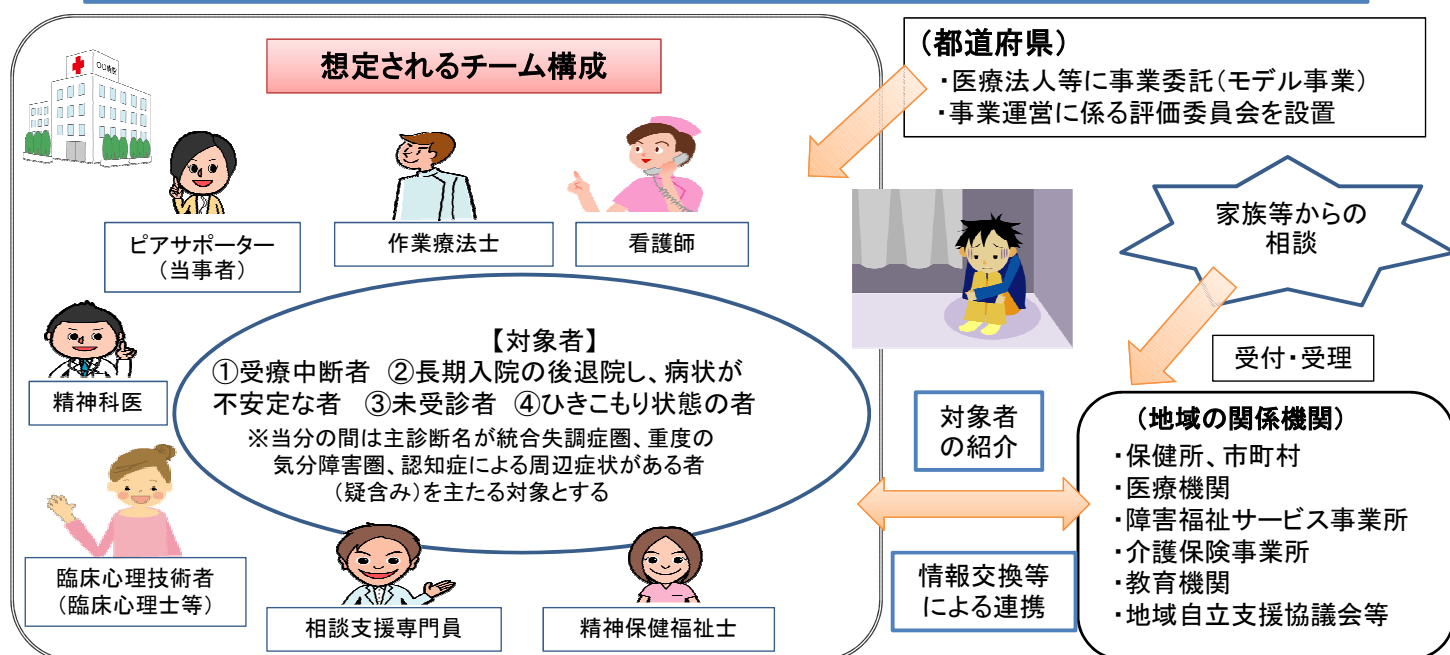
入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合加に所定点数に加算する。

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)アウトリーチ

精神障害者アウトリーチ推進事業(平成23年度～)のイメージ

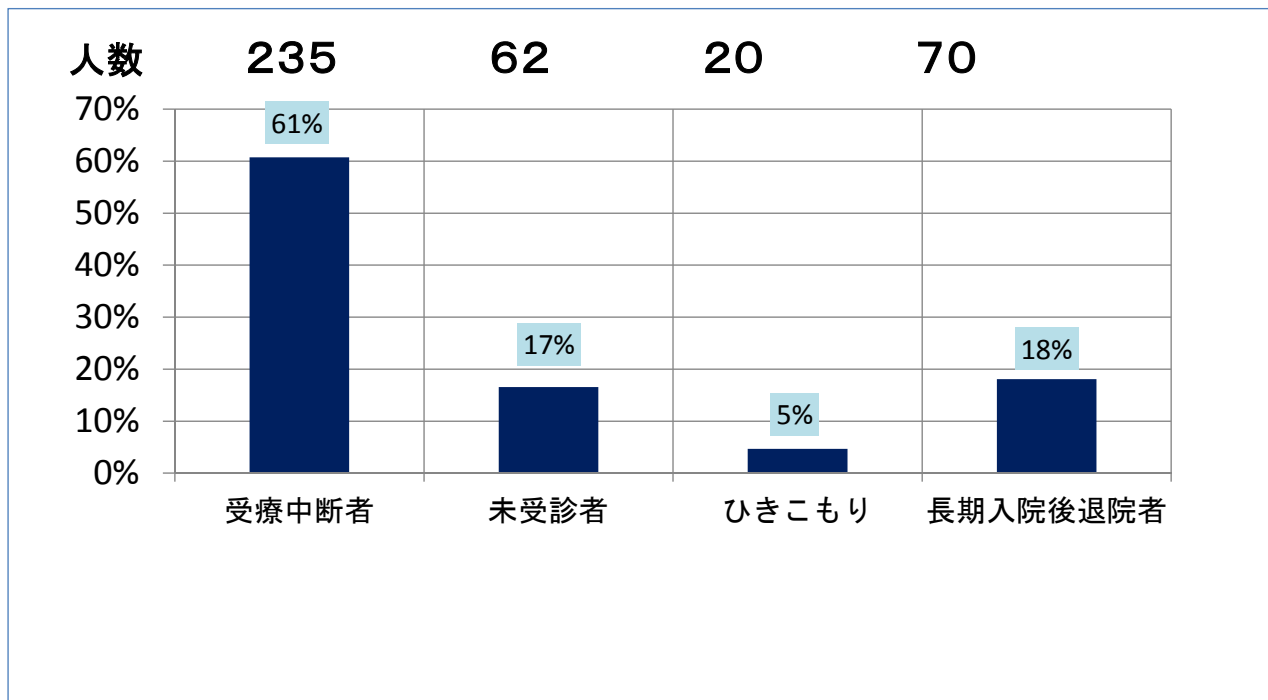
平成25年度予算額
6.8億円

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。

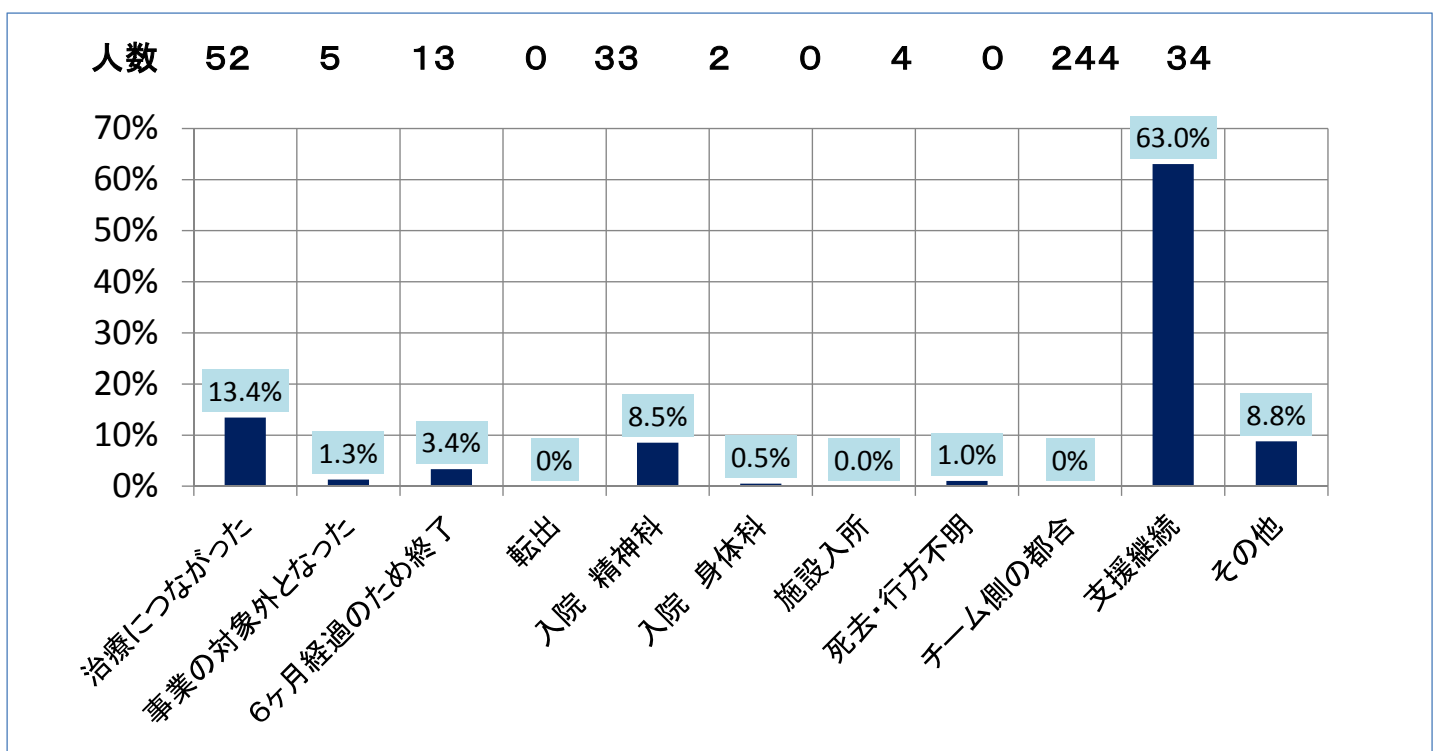


【特徴】・医療や福祉サービスにつがっていない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施
・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援
・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

精神障害者アウトリーチ推進事業(平成24年度)実績 対象者数(状態像別) 【N=387】



精神障害者アウトリーチ推進事業(平成24年度)実績 対象者数(転帰別) 【N=387】



精神障害者アウトリーチ推進事業

(平成26年度より地域生活支援事業に一括計上)

精神障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、保健所等において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を円滑に実施するための支援体制を確保する。

【実施主体】都道府県 【補助率】1/2

※医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

◎精神障害者地域生活支援広域調整等事業

◆アウトリーチの実施及び広域連携調整

保健所等において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるため、アウトリーチによる支援を行うとともに、アウトリーチ活動に関して関係機関との広域的な調整等を行う。

◆アウトリーチチーム体制の確保等

地域の関係者、当事者、家族、行政職員等から構成する評価検討委員会を設置し、アウトリーチチームの事業に係る評価検討を定期的に行うなど、アウトリーチを円滑に実施するための体制を確保する。

◎精神障害関係従事者養成研修事業

◆アウトリーチ関係者研修

アウトリーチについて、関係者の理解を深めるとともに、支援に従事する者の人材養成を図る。

平成26年度診療報酬改定

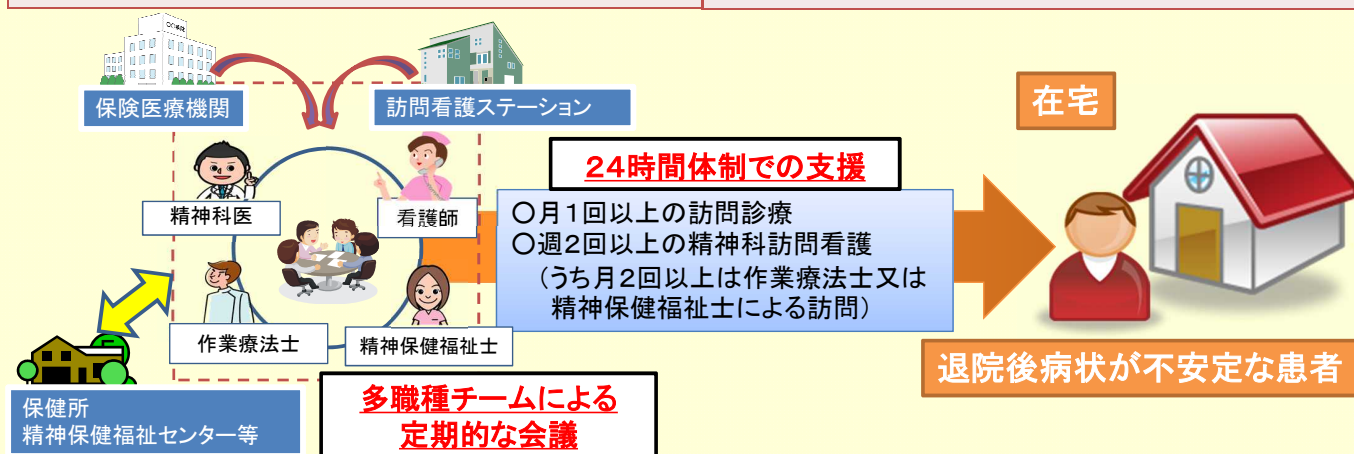
精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合	ロ 同一建物居住者の場合
(1) 特定施設等に入院する者の場合 900点	(1) 特定施設等に入院する者の場合 740点
(2) (1)以外の場合 450点	(2) (1)以外の場合 370点



精神科重症患者早期集中支援管理料②

[算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

[対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

[施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

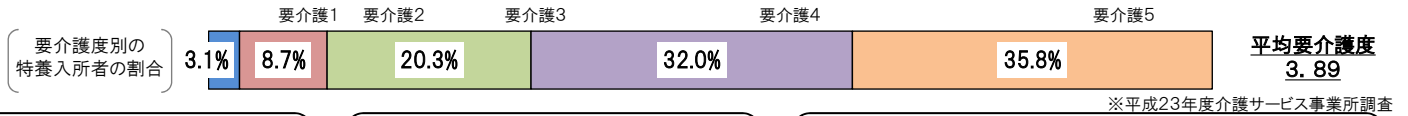
4. 介護保険サービス・施設類型、サ高住ほか 高齢者の住まいについて

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）について

【根拠法：介護保険法第8条第26項、老人福祉法第20条の5】

- 要介護高齢者のための生活施設
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う
- 定員が29名以下のものは、地域密着型特別養護老人ホーム（地域密着型介護老人福祉施設）と呼ばれる

《施設数：7,884施設 サービス受給者数：51.7万人（平成25年10月）》 ※介護給付費実態調査



《設置主体》

- 地方公共団体
- 社会福祉法人 等

《人員配置基準》

- 医師：必要数
- 介護・看護職員：3:1 等

《設備基準》

- 居室定員：原則1人（参酌すべき基準）
- 居室面積：1人当たり10.65㎡ 等

多床室

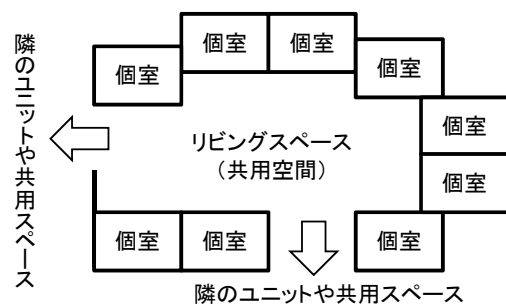
- 多床室（既設）の介護報酬：907単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均2.0人（平成23年）



ユニット型個室

- ユニット型個室の介護報酬：941単位（要介護5）
- 看護・介護職員1人当たり利用者数：平均1.6人（平成23年）

- ※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
- ※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
- ※ なじみの人間関係（ユニットごとに職員を配置）



養護老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 65歳以上の者であって、**環境上の理由**及び**経済的理由**により居宅において養護を受けることが困難なものを入所させ、その者が自立した日常生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行う措置施設。（老人福祉法第20条の4）
- 設置に当たっては、市町村は都道府県知事への届出、社会福祉法人は都道府県知事の認可が必要。

（措置の理由）

- ・ 環境上の理由とは、家族や住居の状況などから、その者が現在置かれている環境の下では、居宅において生活することが困難であると認められる場合
- ・ 経済的理由とは、本人の属する世帯が生活保護を受けているか、市町村民税の所得割を課されていない場合等

2. 制度の概要

- 施設数等
 - ・ 施設数 893施設
 - ・ 定員数 60,752人
 - ・ 入所者数 56,381人（入所率 92.8%）
- 利用対象者
 - ・ 市町村が設置する「入所判定委員会」により、一定の基準に基づき、措置の要否を判定
- 面積基準
 - ・ 10.65㎡以上
- 介護保険との関係（平成18年度より）
 - ・ 入所者が介護保険の居宅サービスの利用が可能
 - ・ 「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」の指定を受けることが可能

3. 支援措置

- 平成24年度より、養護老人ホームへの入所を要する高齢者が引き続き住み慣れた地域で生活が続けられるよう、比較的設置が容易である「小規模な養護老人ホーム（定員29人以下）」の整備費用を、ハード交付金・ソフト交付金のメニューに追加している。

※ 養護老人ホーム保護費負担金（運営費）（H17～）や上記以外の整備費（H18～）は、地方公共団体へ税源移譲している。

軽費老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 無料又は低額な料金で家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な老人を入所させ、食事の提供その他日常生活上必要な便宜を供与する施設。（老人福祉法第20条の6）
- 設置に当たって、市町村・社会福祉法人は都道府県知事への届出、他の法人は都道府県知事の許可が必要。

【軽費老人ホームの種別】

- ① 高齢者が単身の生活となっても自立した生活が送れるように配慮した「ケアハウス」
- ② 都市部における低所得高齢者に配慮した小規模なホームである「都市型」
- ③ 食事の提供や日常生活上必要な便宜を供与する「A型」（※経過措置）
- ④ 自炊を原則とする「B型」（※経過措置）

2. 制度の概要

- 施設数等
 - ・ 施設数 2,001施設
 - ・ 定員数 85,220人
 - ・ 利用者数 79,648人（利用率 93.5%）
- 利用対象者
 - ・ 60歳以上、家庭環境、住宅事情等の理由で在宅での生活が困難な者。（利用者と施設長との契約による）

○ 面積基準

ケアハウス	都市型	A型（経過措置）	B型（経過措置）
21.6㎡(13畳)【単身】 31.9㎡(19畳)【夫婦】	7.43㎡/人(4.5畳) 10.65㎡(6.5畳)が望ましい	6.6㎡/人(4畳)	16.5㎡(10畳)【単身】 24.8㎡(15畳)【夫婦】

- 介護保険との関係
 - ・ 利用者が介護保険の居宅サービスの利用が可能
 - ・ 「特定施設入居者生活介護」の指定を受けることが可能（H12～）
 - （「外部サービス利用型特定施設入居者生活介護」の指定を受けることが可能（H18～））

3. 支援措置

- 平成17年度より、小規模な軽費老人ホーム（定員29人以下、特定施設入居者生活介護の指定を受けるものに限る）の整備費用をハード交付金（H21以降は介護基盤緊急整備等臨時特例基金）の対象としている。
 - 平成22年度より、都市型軽費老人ホームの整備費用を、ハード交付金の対象としている。
 - 平成24年度より、都市型軽費老人ホームの整備に必要な開設準備経費を、ソフト交付金の対象としている。
- ※ 軽費老人ホームの事務費（H16～）や上記以外の整備費（H18～）は、地方公共団体へ税源移譲している。

有料老人ホームの概要

1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

2. 有料老人ホームの定義

- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数可）を提供している施設。

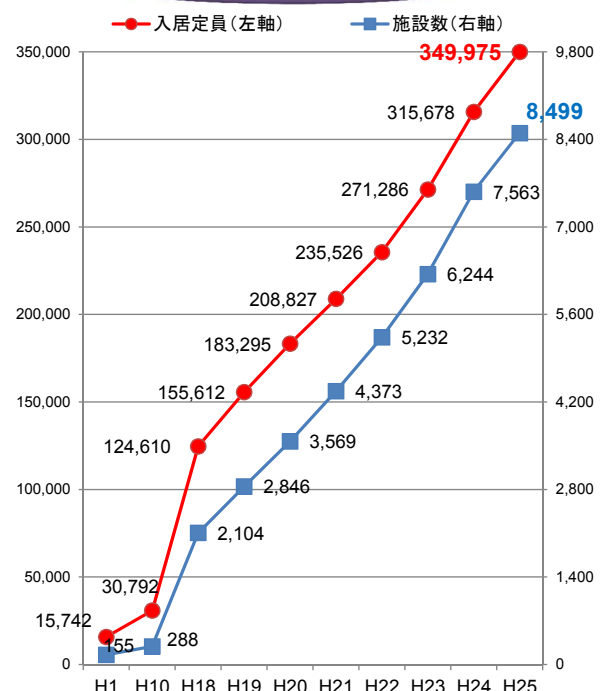


3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事の指定を受けなければならない。

※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている(例：個室で1人あたり13㎡以上等)

有料老人ホーム数の推移



サービス付き高齢者向け住宅の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法：公布 H23.4.28／施行H23.10.20）

1. 登録基準

（※有料老人ホームも登録可）

登録戸数：145,736戸
（平成26年2月28日現在）

- 《ハード》 ・床面積は原則25㎡以上 ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）
- 《サービス》 ・サービスを提供すること（少なくとも安否確認・生活相談サービスを提供）
[サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
- 《契約内容》 ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
・前払金に関して入居者保護が図られていること
（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し

24時間対応の訪問看護・介護
「定期巡回随時対応サービス」の活用→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者向け住宅

【併設施設】
診療所、訪問看護ステーション、
ヘルパーステーション、
デイサービスセンター など

住み慣れた環境で
必要なサービスを受けながら
暮らし続ける

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の概要

（基本的な考え方）

認知症（急性を除く）の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居（ユニット）を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

《人員配置》

- 介護従業者
日中：利用者3人に1人（常勤換算）
夜間：ユニットごとに1人
- 計画作成担当者
ユニットごとに1人（最低1人は介護支援専門員）
- 管理者
3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

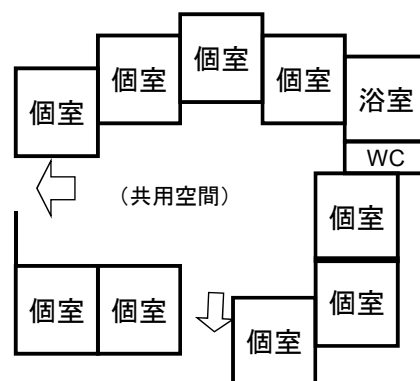
《設備》

- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡（和室4.5畳）以上で原則個室
- その他
居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

《運営》

- 運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
- ・外部の視点で運営を評価

共同生活住居（ユニット）のイメージ



介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所している精神障害者等の数

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所している精神障害者等の数は、約1万3千人（約3.4%）である。

（出典：平成22年介護サービス施設・事業所調査（注：抽出調査））

		介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）
総数		396,356
精神障害者等（※）	総数	13,504
	全体に占める割合	3.4%

（※）ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)による傷病分類が「精神及び行動の障害」に該当する場合で、その大多数を占める「認知症」が主疾病となる者の数を除いたもの。

（注）「精神及び行動の障害」には、認知症、統合失調症等の精神疾患以外にも、知的障害なども含まれる。

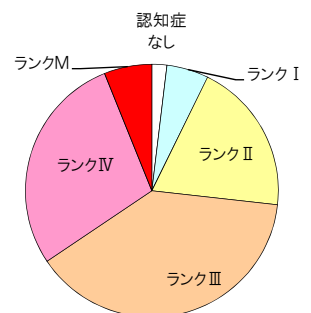
特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の入所状況

- 特別養護老人ホームにおいては、「認知症高齢者の日常生活自立度」ランクⅡ以上の入所者が9割以上を占める。
- 要介護認定者のうち、要介護4で83.3%、要介護5で92.4%の高齢者が日常生活自立度Ⅱ以上。

＜入所者の「認知症高齢者の日常生活自立度」分布（在所要者数：396,356人）＞

（単位：％）

	総数	認知症あり	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	認知症なし
構成割合	100.0	96.4	5.3	19.2	38.1	27.8	6.0	1.9



ランクⅡ以上：91.1%

（出典：H22介護サービス施設・事業所調査）

（参考）65歳以上の要介護認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合

（単位：％）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合	67.7	66.9	78.5	83.3	92.4

注1）平成24年度末における要支援・要介護認定結果を平成25年8月15日時点で集計したもの（1,580保険者中1,417保険者から国に報告されたもの）。

注2）一次判定時の認定調査結果に基づく。

（出典：介護保険総合データベース（平成25年8月15日集計時点））

認知症高齢者の日常生活自立度

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

5. 保健所、市町村、精神保健福祉センターの役割

地域精神保健業務を担う行政機関 (1) 保健所

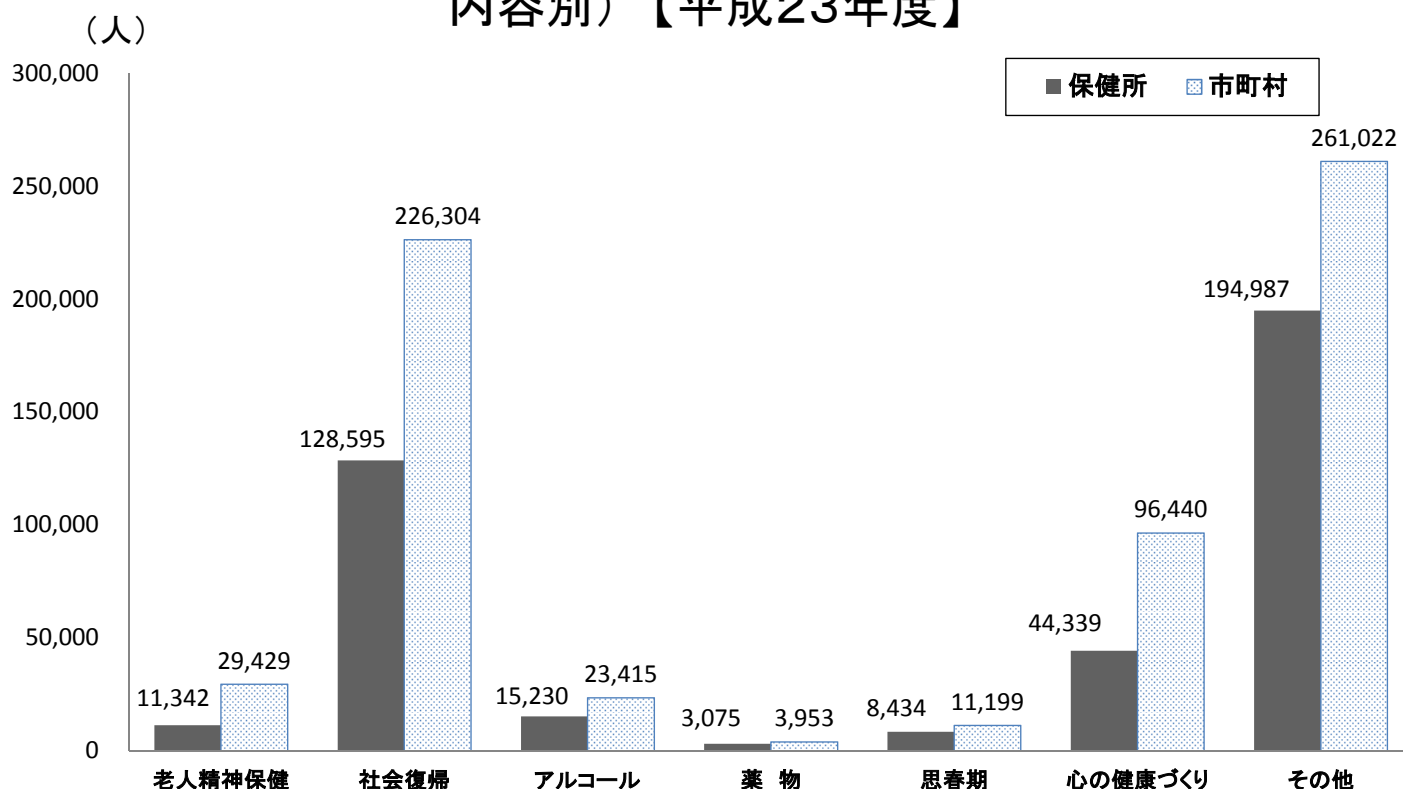
概要

- 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)市町村

概要

- 設置主体:市町村
- 法的根拠(精神保健福祉業務に関するもの):精神保健福祉法、障害者総合支援法
- 財源:一般財源
- 精神保健に関する業務:
 - ・平成18年自立支援法施行により、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなる。
 - ・主に企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援(障害福祉サービス並びに地域相談支援を含めた相談支援提供体制の構築及び利用調整、精神障害者保健福祉手帳関係事務等)、入院及び自立支援医療費(精神通院医療)関係事務などを行う。
- 市町村数:1,719市町村(平成25年4月1日現在)
(市:789 [うち、政令指定都市 20市、中核市:42市、特例市:40]、町:746 村:184)
- 人員配置:特に規定はないが、相談支援従事者研修の受講者や、精神保健福祉相談員を配置することが望ましいこととしている。

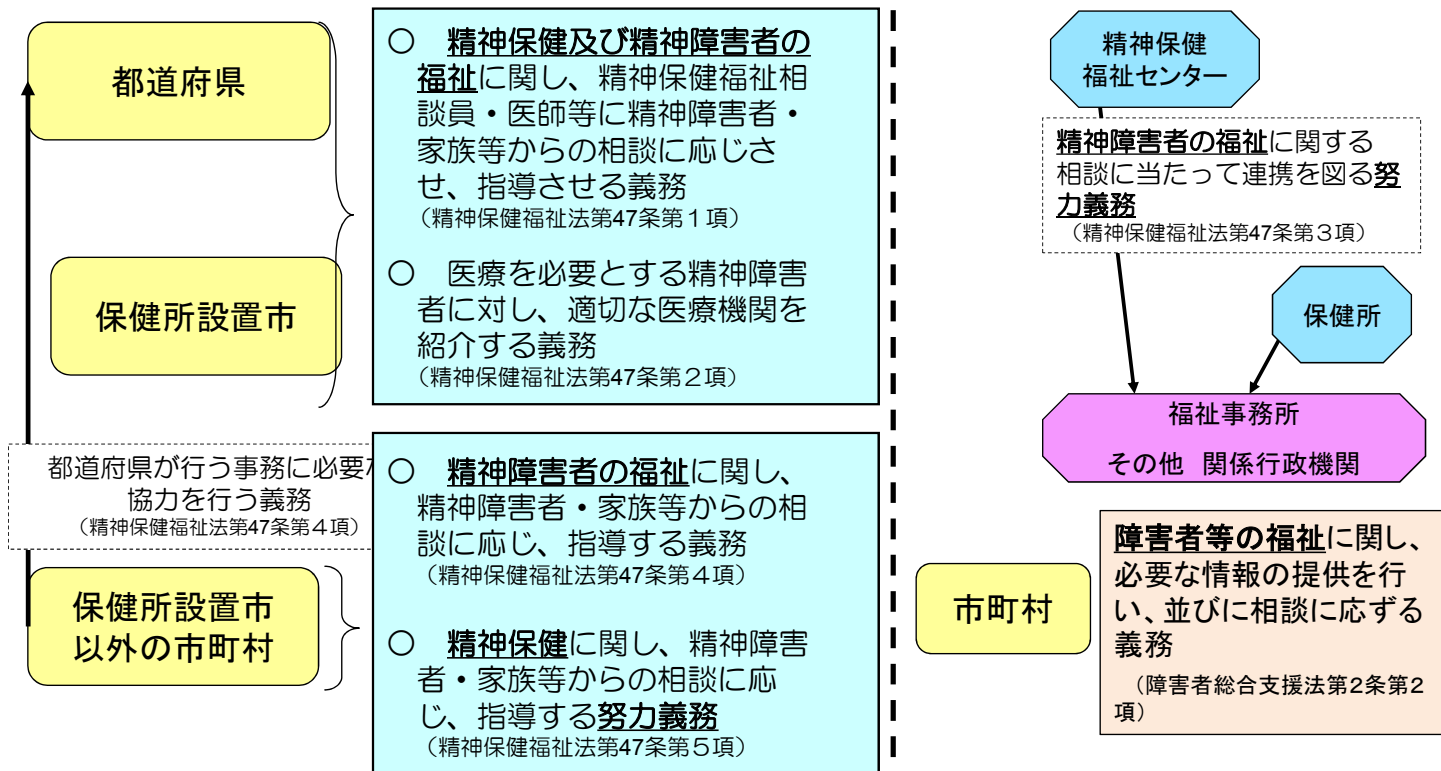
相談や訪問支援の仕組み

- ◆相談
 - ・精神保健福祉相談の実施については、保健所の協力と連携の下で地域の実情に応じた体制で業務を行う。
 - ・相談内容:障害者総合支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談。
 - ◆訪問
 - ・特に法律等による規定はないが、行政サービスの一環として保健師等の訪問による精神保健福祉に関する指導・支援が行われている。
- ※利用者の負担は無料である。

精神保健及び精神障害者福祉に関する相談の位置づけ

精神保健

精神障害者福祉



地域精神保健業務を担う行政機関 (3)精神保健福祉センター

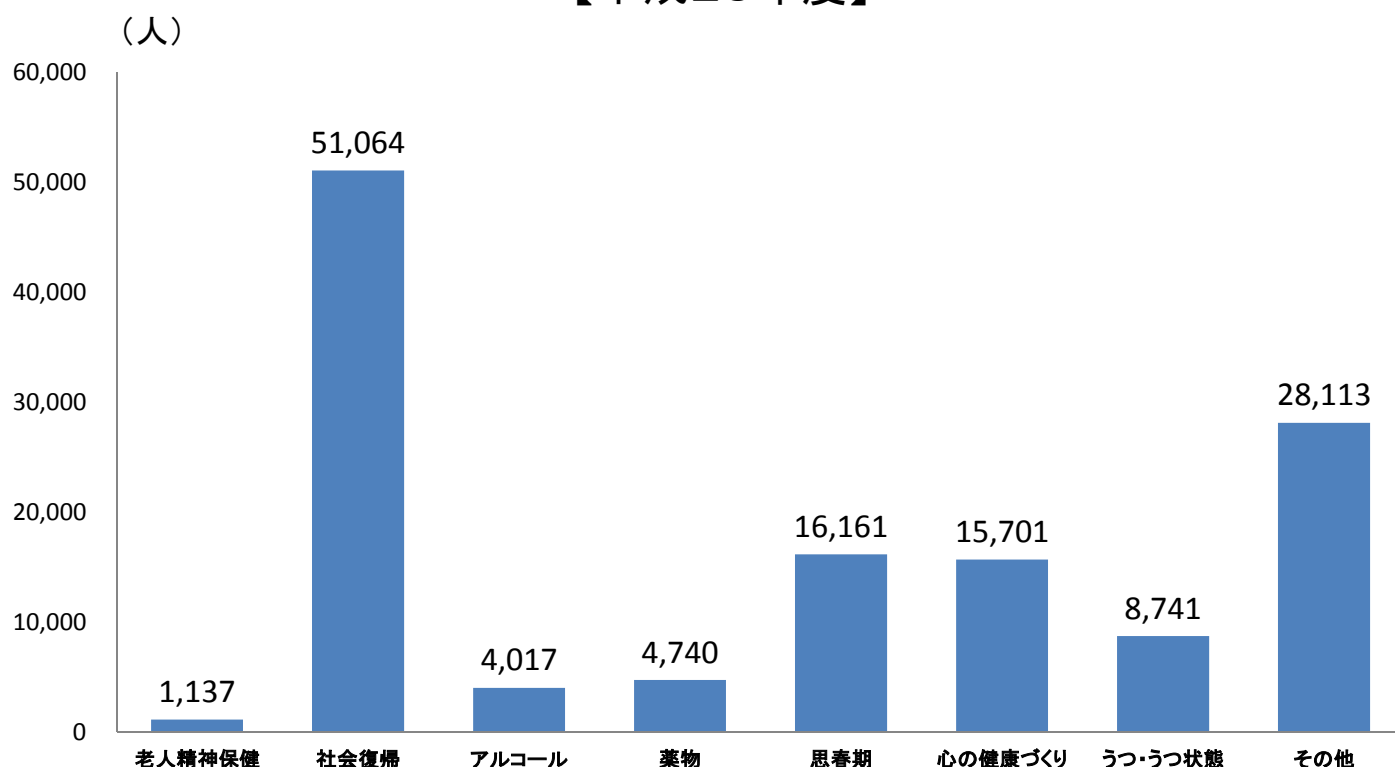
概要

- 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