

第19回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム	
平成23年7月26日	資料

(独) 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部

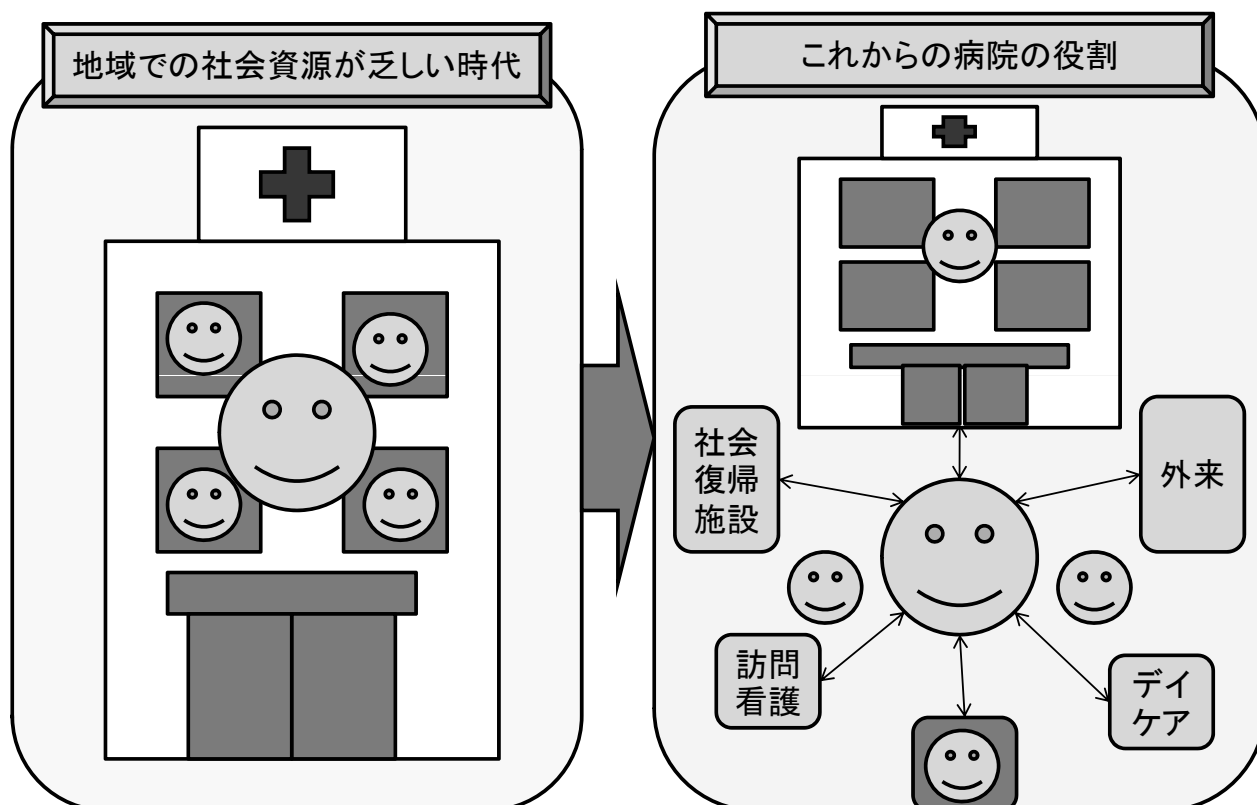
伊藤弘人先生提出資料

今後の地域医療体制と医療連携

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

1

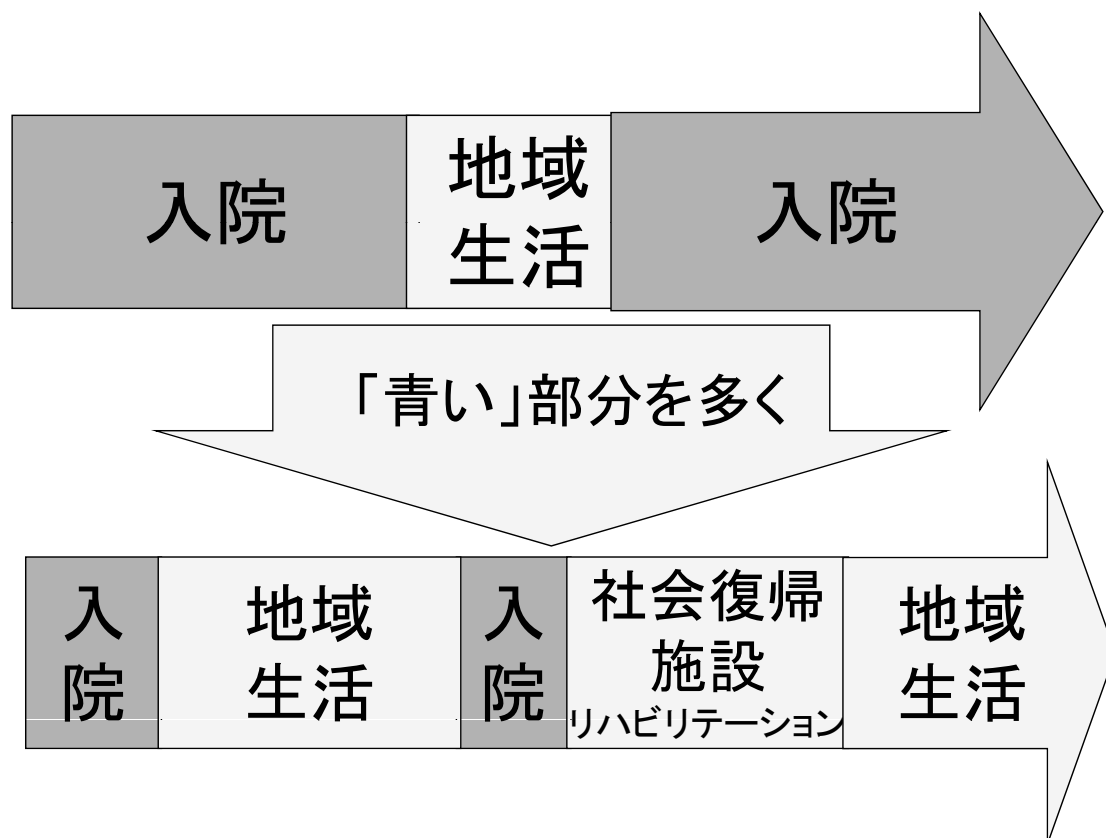
「地域の中の病院」(「地域が病院」)へ



2

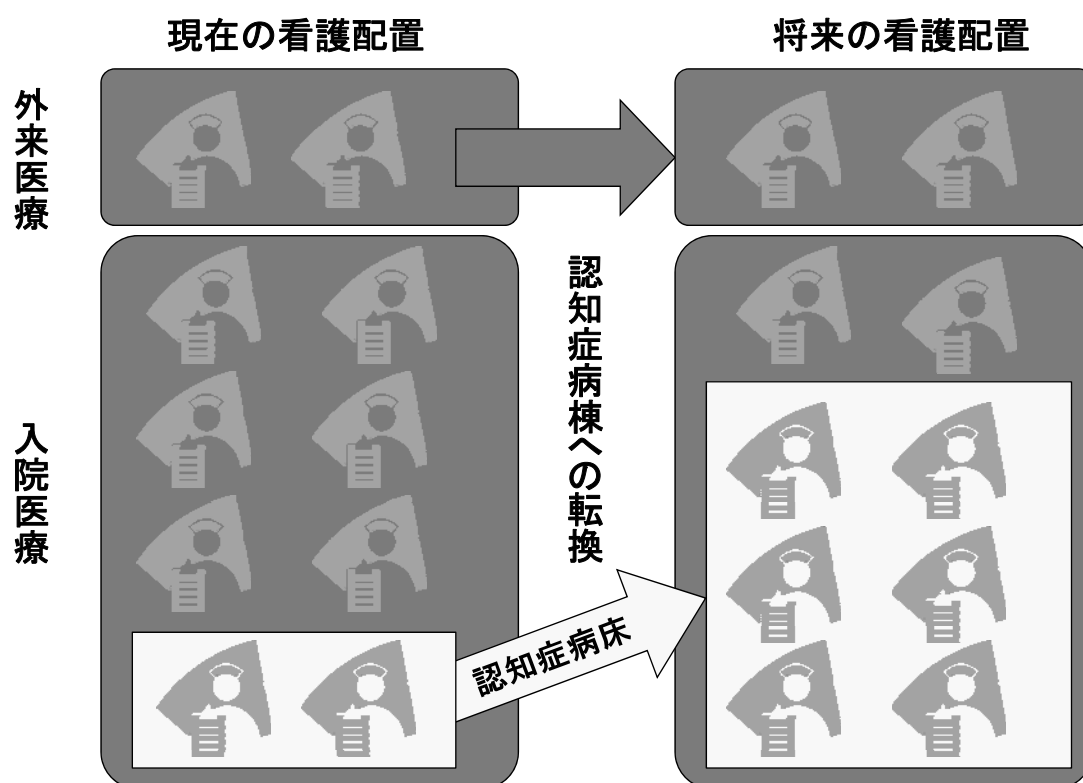
利用者の観点からみたこれからの方向性

精神障害者の生活の場



3

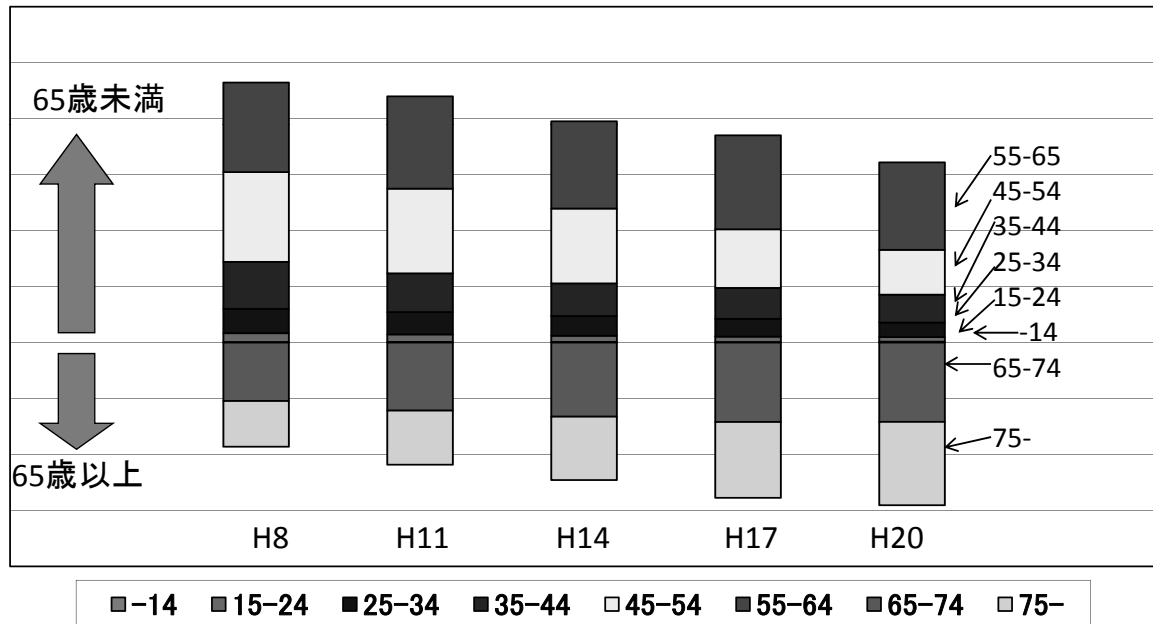
従前のモデルによる精神科病院の人員の再配置



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

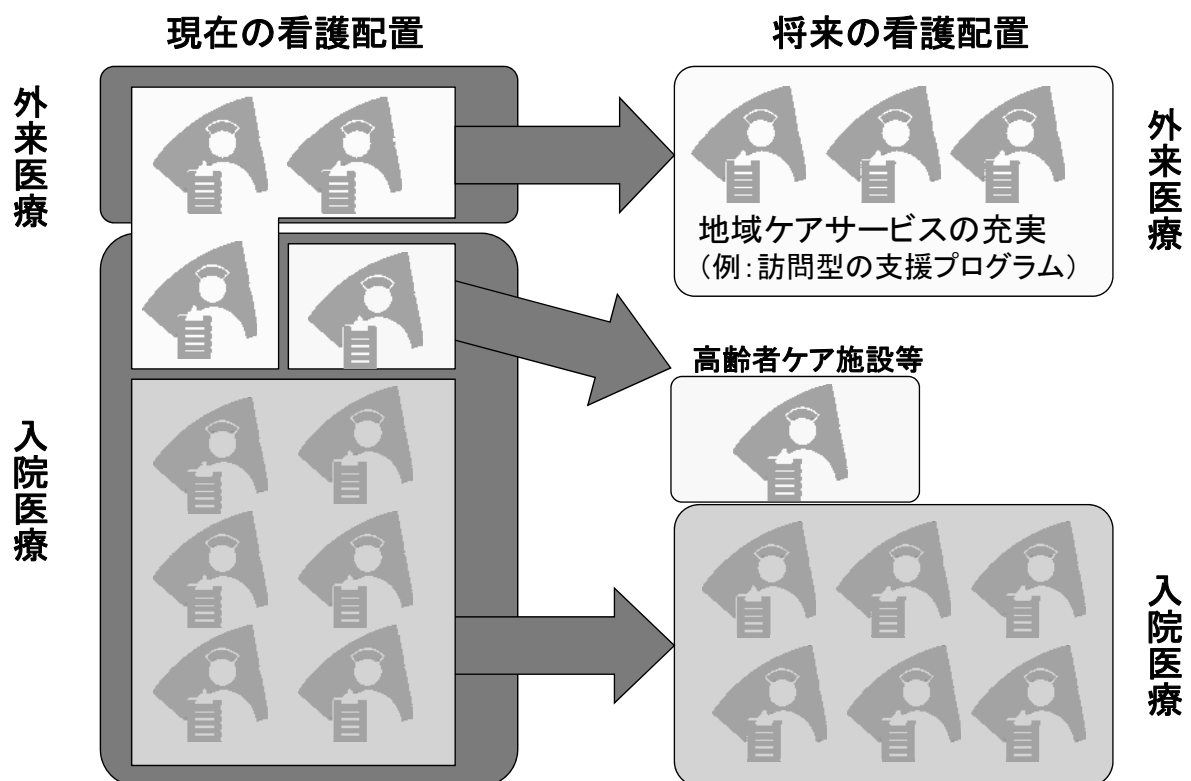
精神病床入院患者数の動向*

—精神科入院医療費は高齢者入院医療費に変容している—



*患者調査 5

将来あるべき精神科病院の人員配置(イメージ)*



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

地域医療連携の推進に必要な施策(案)

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

*機能分化が進むに従い地域連携は必須要素となる。

7

入院診療報酬新設の動向*

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

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

8

地域ケアに関する診療報酬新設の動向*

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

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

地域連携に関する診療報酬新設の動向*

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

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

地域連携パスに関連する政策の動向

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

おわりに

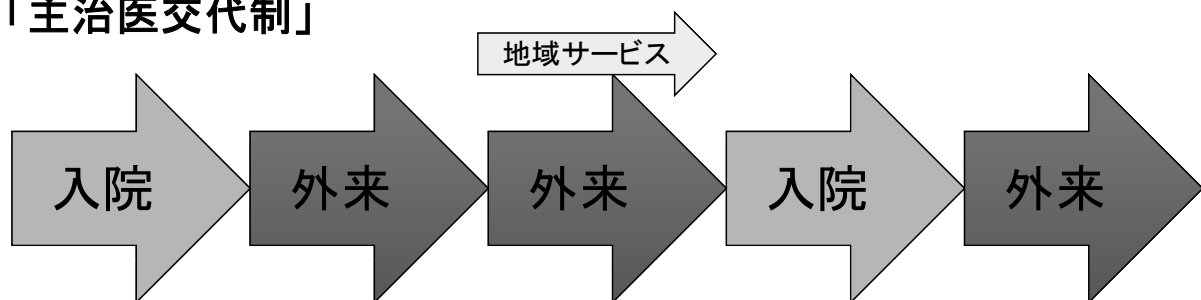
- わが国の精神科医療の特徴
 - 多い民間医療施設の割合
 - 多くが公的施設の海外とは異なる改革プロセスが必要
 - フリーアクセス（国民皆保険と自由開業制）
 - 重度精神障害者の継続ケアに課題
- これからの精神科地域医療体制
 - 対象者を絞った高度なサービスの提供（入院・地域）
 - 入院医療資源の地域資源への移行
 - 認知症入院医療は国民高齢化率と同程度の増加が理想
 - 連携の強化
 - 患者・利用者の参画
 - 並診（2人主治医制）の定着

参考資料

13

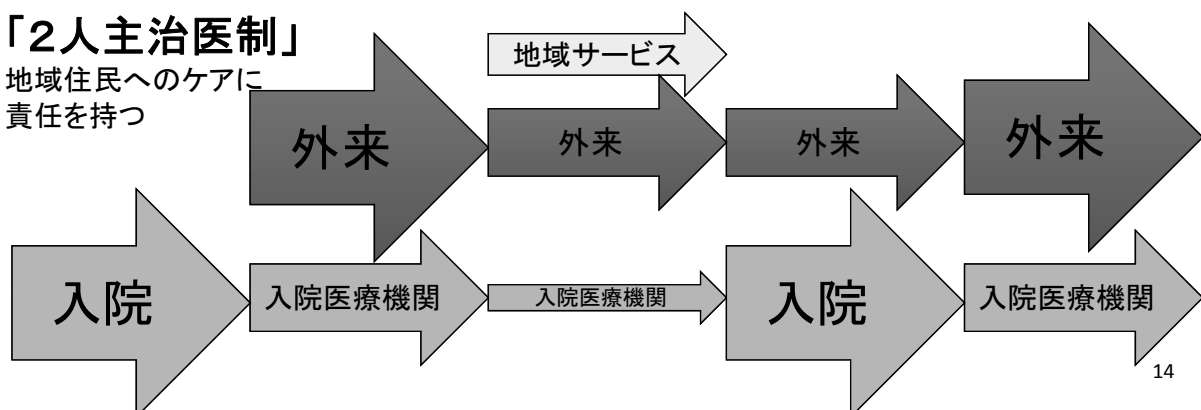
「2人主治医制」という考え方

「主治医交代制」

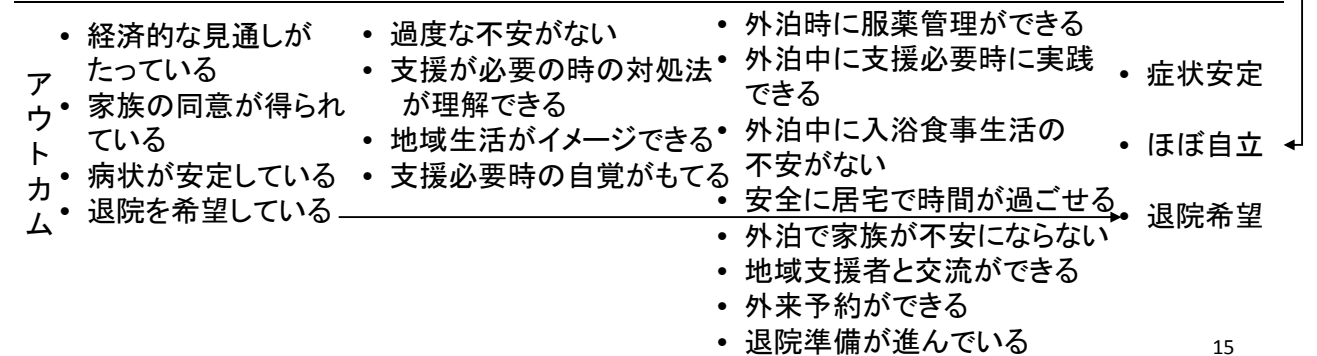
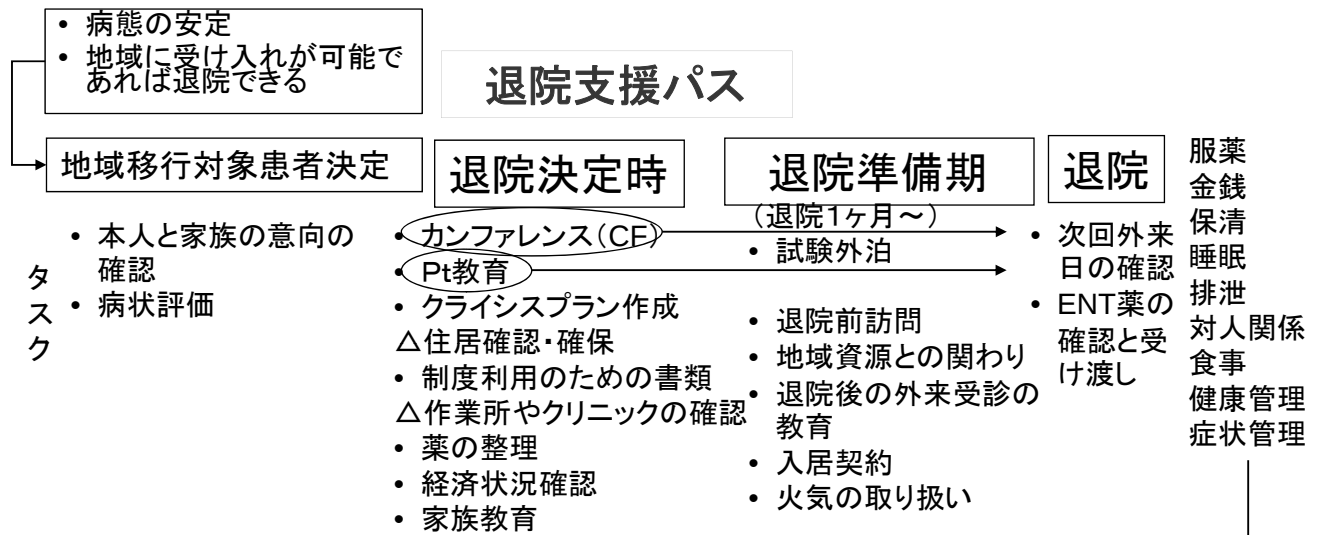


「2人主治医制」

地域住民へのケアに
責任を持つ



14



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

15

長期入院患者退院促進クリティカルパス

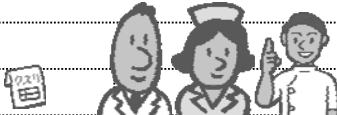
	動機付け時期 (3～6ヶ月) H 年 月 日～	初期 (3～6ヶ月) H 年 月 日～	中期 (3～6ヶ月) H 年 月 日～	後期 (退院直前) H 年 月 日～
患者	退院への動機付けが出来、退院に向けての気持ちの維持が出来る □基本評価 ①:SECL(自己効力感尺度) □不安や希望を表明できる □退院をイメージできる (□自宅 □アパート □グループホーム □施設) □支援スタッフとの顔合わせ	支援者との関係作りが出来、退院への具体的スケジュールが理解出来る □基本評価 SECL(自己効力感尺度) □家族や援助者との関係づくりができる □生活技能に対する不足部分が理解できる □リハビリへ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

16

出典: 小諸高原病院(荒川好美氏、新澤安江氏)

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

退院目標: 十分に準備を整え、安心して退院することができる

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

注 退院予定日および治療計画については現時点で予想されるものです。

<早期警告サイン>

氏名 _____ 記入日 年 月 日

私の早期警告サインは

- _____
- _____
- _____

サインのどれかに気づいたら、私は、

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

もし私の障害や治療について不安があれば、すぐに以下の人に連絡します。

名前 _____ 電話番号 _____

早期警告サインとは・・・

あなた自身や周囲の人によって気づかれる、病気の再発のさざしとなる症状です。

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

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

<薬について>

～こんな時はどうすればよいのでしょうか？～

(1) 薬を飲むこと

Q. 薬を中断したらどうなりますか？

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

<中略>

(2) 副作用のこと

Q. 副作用がとても辛いのです。どうすればよいですか？

A. 自己家で薬の量を減らすと、副作用がなくなって強く出ることがあるので危険です。まず、主治医にできるだけ詳しく症状を伝えることが大切です。そうした上で、薬の量または種類を変える、副作用止めの薬を処方してもらいます。

<中略>

(3) からだのこと

Q. 将来、子供を産みたいと考えていますが可能ですか？

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

<中略>

(4) 日常生活のこと

Q. お酒が大好きです。一晩に数杯でもかまわないですか？

A. 肝臓もお酒で代謝されるという共通点があります。そのため、一晩に飲むと薬の作用が弱められ、ぐったりしたり、急に興奮したり、気分が悪くなったり、とても危険な状態になることがあります。一晩に数杯ではあってもかまいません。

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

(一般開業医→診断→専門医に紹介(診断治療)→再紹介)

＜目的＞早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができ

＜対象者＞家人と同居されていて、かかりつけ医に通院している患者

＜適応基準＞検討中

＜除外基準＞検討中

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

19

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

アルツハイマー型認知症初期の精神科地域連携パスオーバービュー

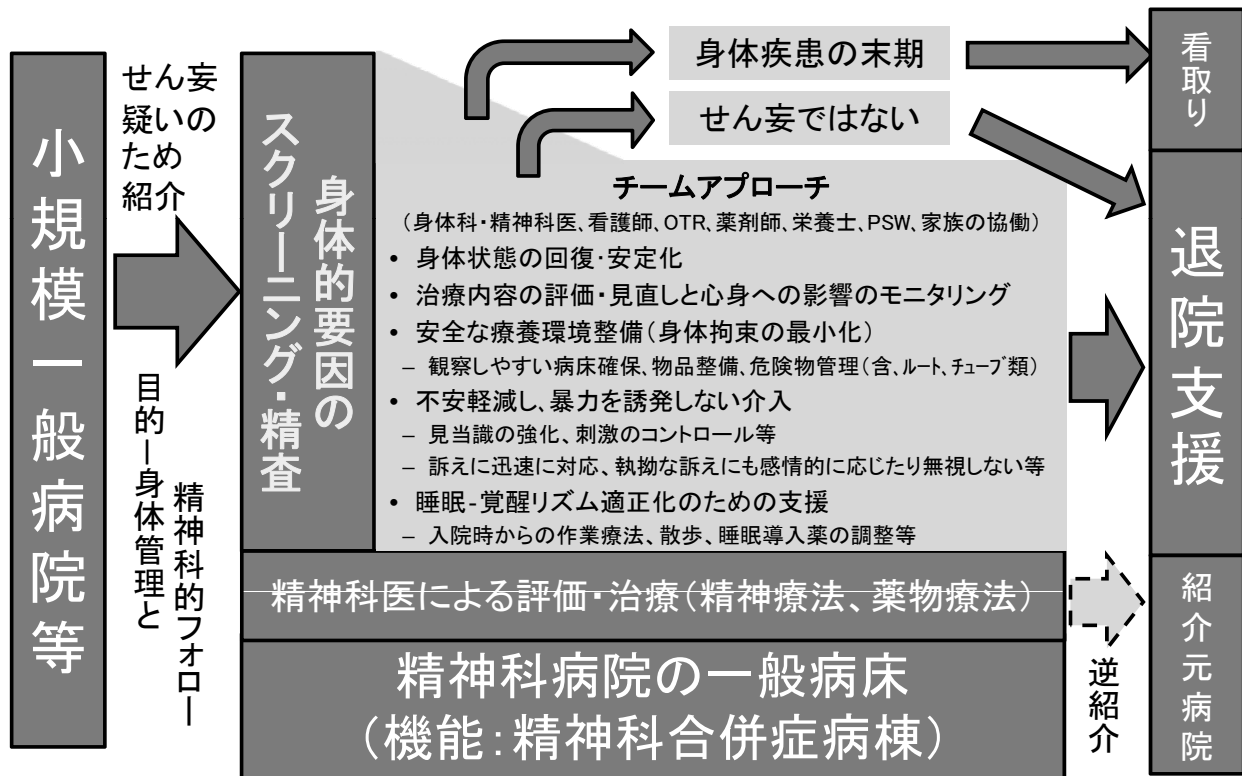
イメージ	アルツハイマー型認知症を早期発見し、専門医の基で鑑別診断・治療開始し、かかりつけ医に再紹介する
流れ	一般開業医→専門医→再紹介の流れとともに、介護サービスとの連携をはかる
目的	早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができる
対象者	家族と同居中の、かかりつけ医通院患者
適応基準	アルツハイマー型認知症初期
除外基準	軽度認知障害、血管性認知症、レビー小体型認知症、認知症を伴うパーキンソン病、前頭側頭型認知症、Treatable Dementia
逆紹介基準	□指定された定期検査時 □介護者への指導や、抑肝散で改善しない不穏・焦燥・妄想 □著しい病状変化

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

20

出典：北里大学東病院(大石智氏)

せん妄治療における病病連携

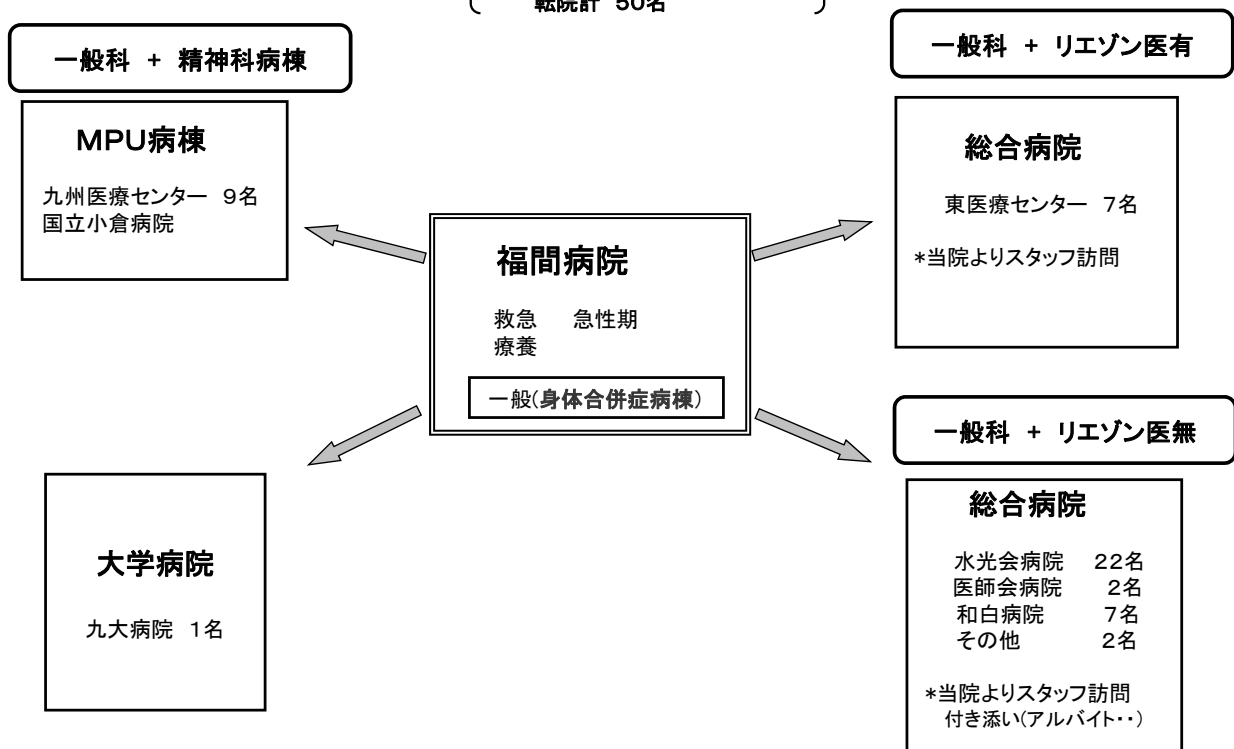


東京武蔵野病院提供²¹

身体合併症の地域連携パス

精神科病院 → 一般科病院

(2010年4月～2011年3月 調査
転院計 50名)



出典：福間病院(大島里美氏、佐々木裕光氏提供)²²

		一時転院(精神科⇒身体科⇒精神科)		地域連携パス(案)	
	患者氏名	生年月日		転院日: 年 月 日	
	主治医	主病名		合併症転院先	
	緊急連絡先	合併症名		精神科転院先	
		転院時	一時転院先	転院後	
アウトカム	本人の希望				
	家族の希望				
	治療目標	身体問題について精査が行われ、身体問題が改善されるための専門治療が開始される。	身体問題について精査し、専門治療が行われ、身体問題が改善される。	身体問題が改善され、元の病状に戻る事が出来る。	
タスク	医師	□本人・家族へ説明 □転院の意思確認 □診察情報提供 □持参薬の処方 □搬送時の指示	□合併症の精査・治療 □病状モニタリング □診察情報提供	□本人・家族へ説明 □転院の意思確認 □診察情報提供 □身体科医の処方 □今後の通院治療	
	PSW・MSW	□転院先要請 □家族へ転院手続きの説明 □搬送手段の確認・依頼	□入院歴の説明 □転院後時期がきたら精神科病院へ再入院と連絡取る □家族へ転院手続きの説明 □搬送手段の確認・依頼	□転院後時期がきたら精神科病院PSWと連絡取る □家族へ転院手続きの説明 □搬送手段の確認・依頼 □今後の通院治療について家族説明	
	看護	□本人の状態確認・観察 □看護サマリー □患者家族への説明 □持参薬 □搬送準備 □搬送同意 □転院先への申し送り	□本人の状態確認・観察 □看護サマリー □患者家族への説明 □持参薬 □ADL確認 □転院サイン確認 □転院先への申し送り	□本人の状態確認・観察 □看護サマリー □患者家族への説明 □持参薬 □ADL確認 □患者お迎え(転院先へ) □	
	住診		□必要時、精神科医の住診を受ける		
	訪問看護	□転院先への訪問看護の必要性的確認	□必要時、精神科訪問看護士の訪問を受ける □持参薬の処方確認(不足時) □転院先の看護士との情報交換		
	検査	□検査データ(時系列) 準備 □画像検査結果			
	連絡先	□福祉事務所 □ケアマネジャー □その他	□福祉事務所 □ケアマネジャー □その他	□福祉事務所 □ケアマネジャー □その他	
	その他	□緊急搬送時、救急隊へ連絡			

23

出典: 東京足立病院(森はなこ氏)

「精神」合併症パス: 身体科⇒精神科⇒身体科

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

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

<適応基準> 検討中 <除外基準> 検討中

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

24

出典: 済生会横浜市東部病院(吉邨善孝氏)

身体合併症パス:精神科→身体科→精神科

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

＜対象者＞身体疾患を合併した精神疾患患者

＜適応基準＞検討中 ＜除外基準＞検討中

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