

# 医療計画における精神疾患について

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  
伊藤部長

# 既存資料による指標の作成・提示例(埼玉県)\*

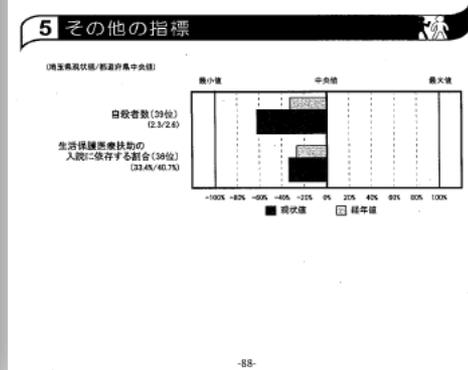
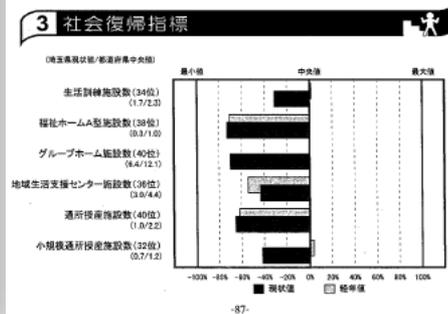
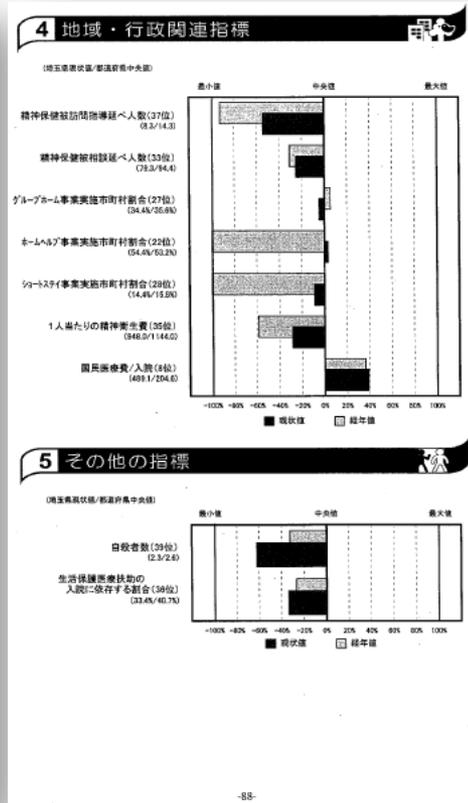
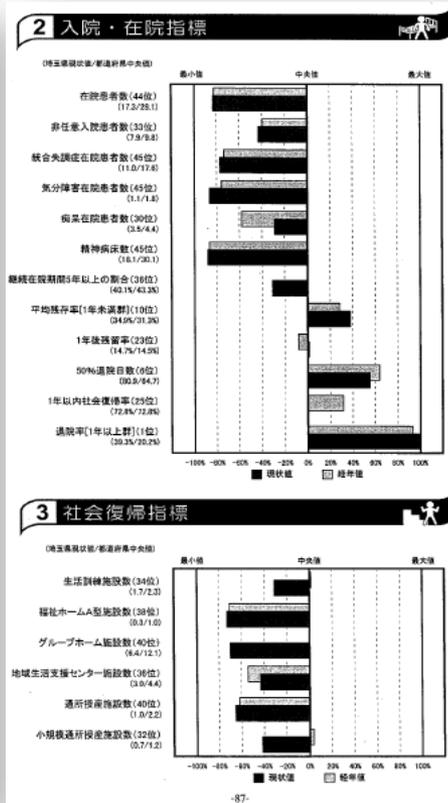
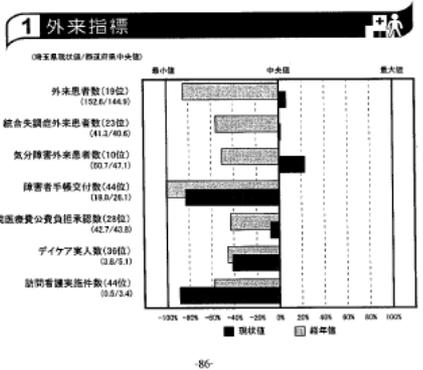
- 外来指標、入院・在院指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、その他の指標で全国平均からの変位と変化を図示

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

平成14年度～16年度  
総合研究報告書

主任研究者 岩崎 榮 (日本医療機能評価機構理事)  
分担研究者 岩崎 榮 (日本医療機能評価機構理事)  
竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部長)  
奥原 寛 (神奈川県精神保健福祉センター所長)  
藤田 利治 (国立保健医療科学研究所学術情報部長)  
小山 秀夫 (国立保健医療科学研究所学術部長 平成16年度)  
伊藤 弘人 (元国立保健医療科学研究所学術サービス評価部長  
平成14、15年度)



注:平成7年～16年のデータに基づいて作成されている。

\*岩崎榮. 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究. 平成14～16年度厚生労働科学研究総合研究報告書. 2005.

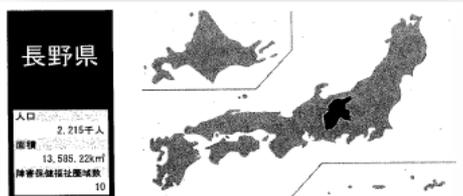
# 既存資料による指標の作成・提示例(長野県)\*

- 外来指標、入院・在院指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、その他の指標で全国平均からの変位と変化を図示

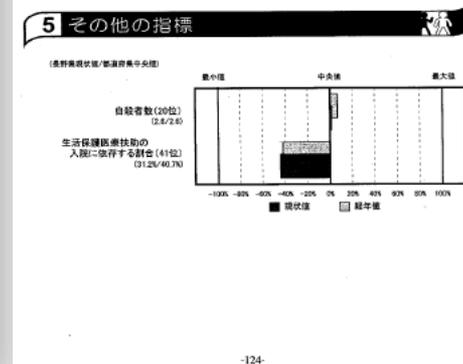
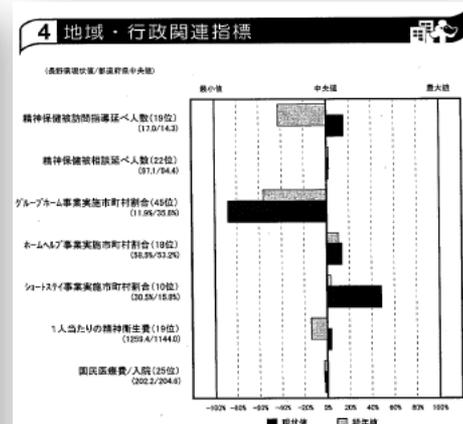
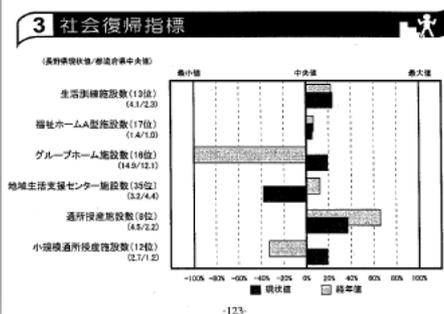
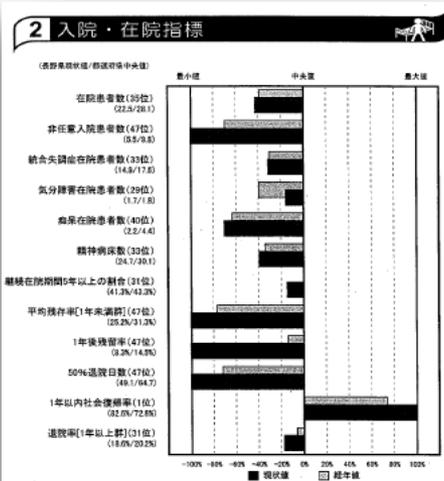
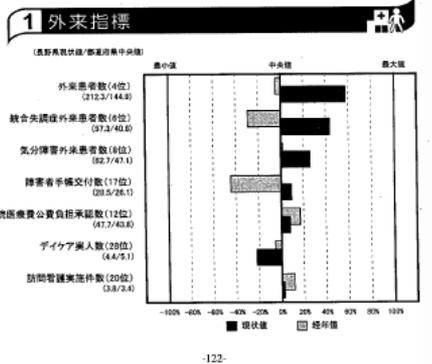
厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業  
精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

平成14年度～16年度  
総合研究報告書

主任研究者 岩崎 榮 (日本医療機能評価機構理事)  
分担研究者 岩崎 榮 (日本医療機能評価機構理事)  
竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部長)  
奥原 寛 (神奈川県精神保健福祉センター所長)  
藤田 利治 (国立保健医療科学学術部学術情報部長)  
小山 秀夫 (国立保健医療科学学術部学術部長 平成16年度)  
伊藤 弘人 (元国立保健医療科学学術部サービス評価部長 平成14、15年度)



- 高位指標(1位~3位)  
外来指標:なし  
入院・在院指標:1年以内社会復帰率(1位)  
社会復帰指標:なし  
地域・行政関連指標:なし  
その他の指標:なし
- 低位指標(45位~47位)  
外来指標:なし  
入院・在院指標:求任者入院患者数(47位)、平均残存率(1年未満群)(47位)、1年後残存率(47位)、50%退院日数(47位)  
社会復帰指標:社会適応訓練利用者数(47位)  
地域・行政関連指標:グループホーム事業実施市町村割合(45位)  
その他の指標:なし



注:平成7年~16年のデータに基づいて作成されている。

\*岩崎榮. 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究. 平成14~16年度厚生労働科学研究総合研究報告書. 2005.

# 既存資料による指標の作成・提示例(香川県)\*

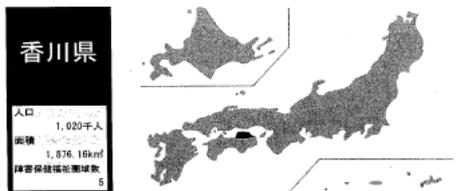
- 外来指標、入院・在院指標、社会復帰指標、地域・行政関連指標、その他の指標で全国平均からの変位と変化を図示

厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究事業

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究

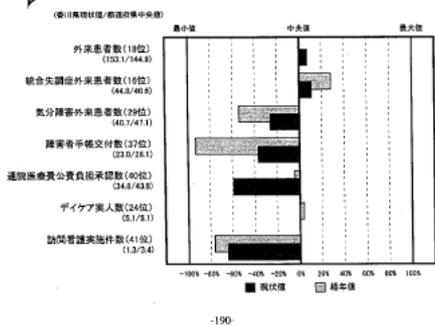
平成14年度～16年度  
総合研究報告書

主任研究者 岩崎 榮 (日本医療機能評価機構理事)  
分担研究者 岩崎 榮 (日本医療機能評価機構理事)  
竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部長)  
奥原 寛 (神奈川県精神保健福祉センター所長)  
藤田 利治 (国立保健医療科学研究所学部長 平成16年度)  
小山 秀夫 (国立保健医療科学研究所学部長 平成16年度)  
伊藤 弘人 (元国立保健医療科学研究所サービス評価部長  
平成14、16年度)



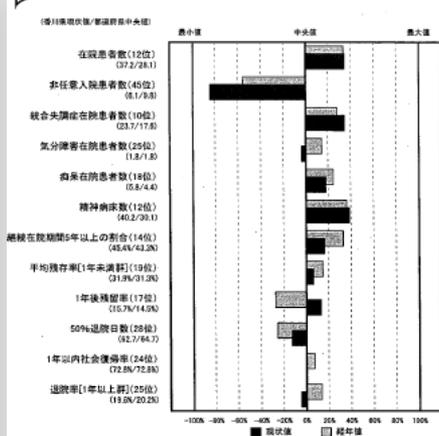
- 高位指標(1位～3位)  
外来指標:なし  
入院・在院指標:なし  
社会復帰指標:ショートステイ施設数(1位)  
地域・行政関連指標:精神保健福祉訪問指導延べ人数(1位)  
その他の指標:なし
- 低位指標(45位～47位)  
外来指標:なし  
入院・在院指標:非任意入院患者数(45位)  
社会復帰指標:グループホーム施設数(47位)  
地域・行政関連指標:なし  
その他の指標:なし

## 1 外来指標



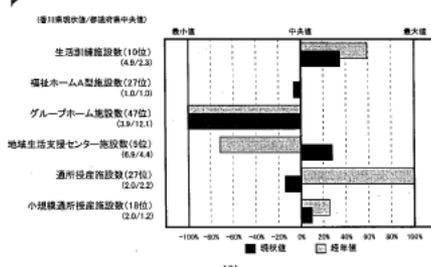
-190-

## 2 入院・在院指標

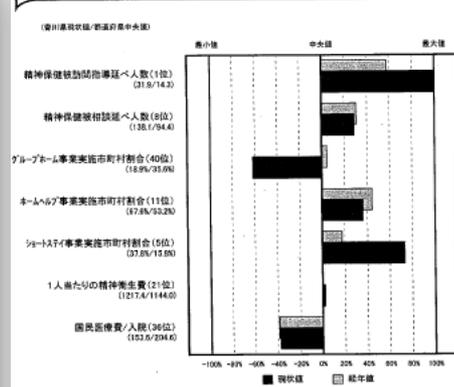


-191-

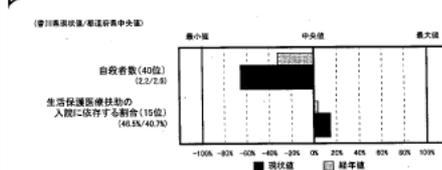
## 3 社会復帰指標



## 4 地域・行政関連指標



## 5 その他の指標



-192-

注:平成7年～16年のデータに基づいて作成されている。

\*岩崎榮. 精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究. 平成14～16年度厚生労働科学研究総合研究報告書. 2005.

# 優先順位の高い対象

## <横の連携(注1)>

- 精神科医療と身体科医療・他サービスとの連携
  - 認知症
  - 身体疾患と精神疾患の合併・併存
    - 身体疾患患者で精神疾患(うつ等)を合併・併発(注2)
    - 精神疾患患者で身体疾患を合併・併発

## <縦の連携(注1)>

- 精神科医療間の連携(重度精神障害者)
  - 高齢長期在院者の「地域移行」(多くは65歳以上)
  - 精神科救急・急性期医療と在宅医療との連携(注2)

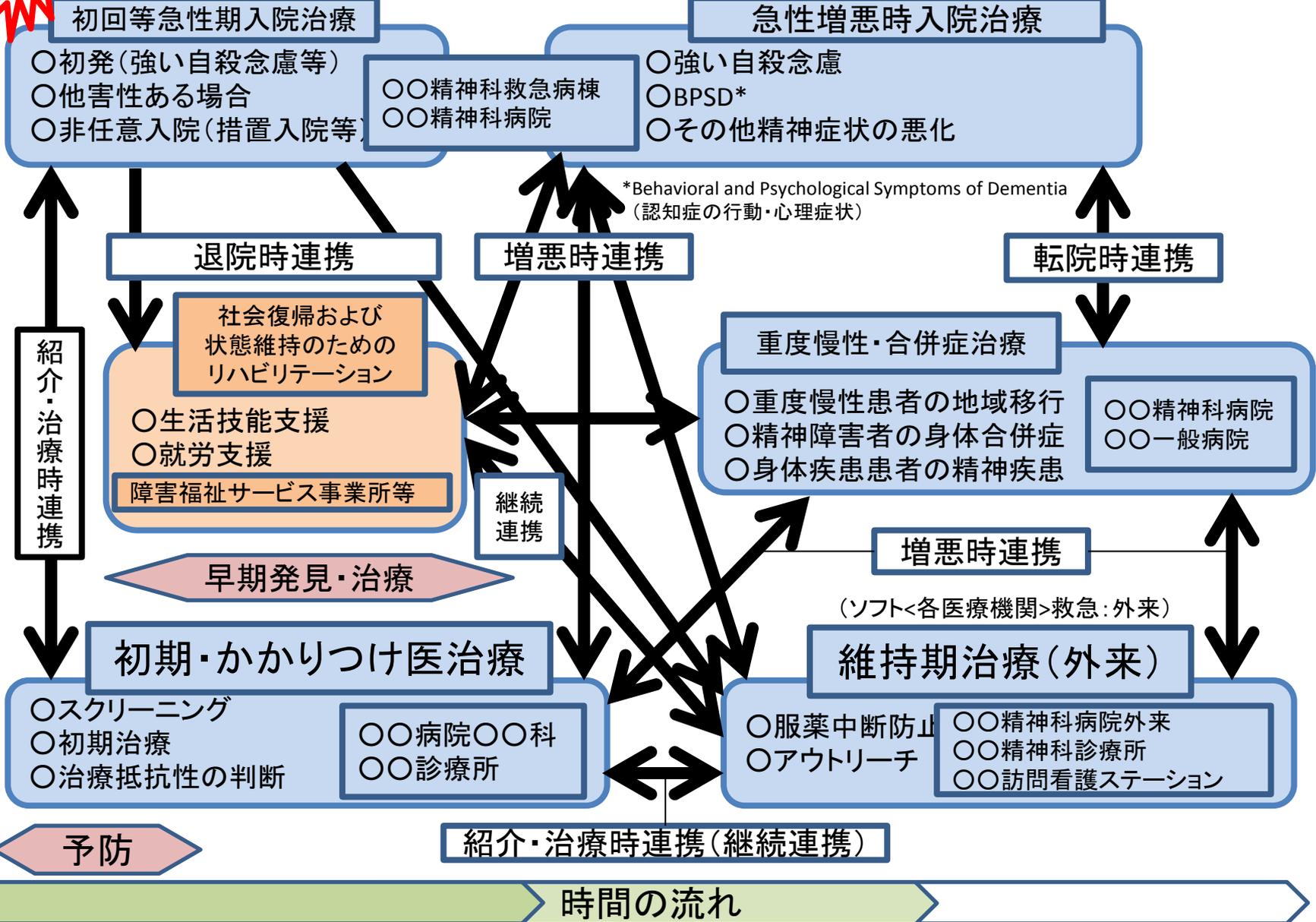
注1:精神科医療へのアクセスに対する抵抗感等が影響し、未発見や適切な治療が提供されていないことがあるため、予防・早期発見・早期治療にはさまざまな次元での連携が不可欠である。

注2:自殺予防対策は、保健行政上優先順位の高い対象である。医療計画の策定では、予防や普及啓発にも言及しつつ、かかりつけ医を受診する自殺念慮のある患者、精神科で治療中の自殺念慮の強い患者、救急部門へ搬送される自殺未遂者等、すでに医療との接点のある自殺ハイリスク患者を想定すると考えられる。

# 精神疾患の医療体制（イメージ）

（ハード<地域>救急） （ソフト<各病院>救急）

重症度・生活障害程度（社会的緊急度）



# 指標（イメージ例）

	予防	アクセス	初回等急性期入院治療	リハビリテーション	急性期増悪時入院治療	維持期	重度慢性・合併症治療
機能	発症予防・自殺予防	未治療期間の短縮・適切な診断と治療連携	確定診断・より制限的でない医療・維持期を念頭においた退院計画・指導	再発防止・社会復帰	より制限的でない医療・維持期を念頭においた退院計画・指導	再発防止、増悪時の早期対応	長期在院患者の地域移行、合併症治療、（緩和ケア）
目標	精神疾患の予防、自殺率の低減	未治療期間の短縮、適切な診断、精神科との地域連携	精神科救急医療（マクロ：地域）、適切な治療、安全な医療、患者・家族・支援者の参画、リハビリテーションサービスとの地域連携	症状安定、住居確保、社会復帰（就労等）	精神科救急医療（ミクロ：各病院）、適切な治療、安全な医療、患者教育、維持期サービスとの地域連携	適切な治療、訪問サービス、左記サービスとの地域連携、急変時の精神科救急医療（ミクロ：各医療機関）、患者教育	地域移行 合併症治療
医療機関等例	保健所・精神保健福祉センター	一般病院又は診療所（かかりつけ医・救急）	精神科救急急性期病棟等を有する病院	障害福祉サービス事業所等	精神科病院	病院外来、診療所、訪問看護ST等	精神科病院又は一般病院
求められる事項（抄）	地域保健 学校保健 産業保健	初期症状出現時における評価・初期治療と専門医療機関への受診勧奨	精神科救急体制（マクロ：地域） 制限的でない医療 安全な医療 精神医療審査会	障害福祉サービス事業所等の整備、サービス内容の評価、地域連携	精神科救急体制（ミクロ：各病院）	精神科初期救急体制（ミクロ：各医療機関）	長期在院患者地域移行 身体合併症医療機関 制限的でない医療
連携	紹介・治療時連携		退院時連携			増悪時・転院時連携	
			継続連携				
指標による現状把握（抄）*	啓発活動(P)、自殺対策研修(P)	身体科と精神科との地域連携(P)	非任意入院率の低減(P)、適切な治療(P)、安全な医療(P)、退院後の治療計画策定(P)、退院後短期の再入院(O)	治療機関との継続連携(P)、退院後短期の再入院(O)、就労率(O)	非任意入院率の低減(P)、適切な治療(P)、安全な医療(P)、退院後の治療計画策定(P)、退院後短期の再入院(O)	適切な治療(P)、予定外のアクセスの低減(O)、退院後短期の再入院(O)、再入院患者のうち前退院初期に訪問サービスを行った割合(P)、就労率(O)	長期在院患者の地域移行率(O) 身体科と精神科との地域連携(P)、 年齢階級別死亡率(O)、安全な医療(P)
	地域連携クリティカルパス（横軸連携）の導入率			地域連携クリティカルパス（縦軸連携）の導入率			
事業・施策	不眠・うつ・自殺予防対策事業	かかりつけ医研修・一般病院職員（非精神科）研修、地域連携パスの開発・普及	精神科救急体制整備、非任意入院率・行動制限率の把握・フィードバック、地域連携パスの開発・普及	障害福祉サービス事業所等の整備 障害者手帳・連携手帳の等による情報の共有	地域連携パスの開発・普及、障害者手帳・連携手帳の等による情報の共有	訪問型支援（アウトリーチ）、増悪時支援、障害者手帳・連携手帳の等による情報の共有	長期入院退院支援 身体合併症医療機関整備 行動制限率の把握

各疾患のポイント

うつ病等

初発統合失調症等

認知症・長期在院者等

\*構造的指標を追加する必要がある。 P: プロセス O: アウトカム

# 精神疾患関連の記述のある既存4疾病・5事業

がんの医療体制				
【予防】	【診断】	【標準的診療】	【治療】	【療養支援】
がん予防の啓発 ●がん検診の普及 ●がん検診の普及 ●がん検診の普及	●専門医による診断 ●専門医による診断 ●専門医による診断	●標準的診療 ●標準的診療 ●標準的診療	●標準的診療 ●標準的診療 ●標準的診療	●療養支援 ●療養支援 ●療養支援

脳卒中の医療体制				
【予防】	【救済】	【急性期】	【回復期】	【療養支援】
●脳卒中の予防 ●脳卒中の予防 ●脳卒中の予防	●救済 ●救済 ●救済	●急性期 ●急性期 ●急性期	●回復期 ●回復期 ●回復期	●療養支援 ●療養支援 ●療養支援

急性心筋梗塞の医療体制				
【予防】	【救済】	【急性期】	【回復期】	【療養支援】
●急性心筋梗塞の予防 ●急性心筋梗塞の予防 ●急性心筋梗塞の予防	●救済 ●救済 ●救済	●急性期 ●急性期 ●急性期	●回復期 ●回復期 ●回復期	●療養支援 ●療養支援 ●療養支援

【脳卒中】  
「抑うつ状態への対応」

【急性心筋梗塞】  
「抑うつ状態等への対応」

【予防】	【救済】	【急性期】	【回復期】	【療養支援】
●脳卒中の予防 ●脳卒中の予防 ●脳卒中の予防	●救済 ●救済 ●救済	●急性期 ●急性期 ●急性期	●回復期 ●回復期 ●回復期	●療養支援 ●療養支援 ●療養支援

「緩和ケア」  
「精神心理的な問題への対応」

糖尿病の医療体制				
【予防・定期診療】	【専門診療】	【急性増悪時診療】	【慢性合併症診療】	【療養支援】
●糖尿病の予防 ●糖尿病の予防 ●糖尿病の予防	●専門診療 ●専門診療 ●専門診療	●急性増悪時診療 ●急性増悪時診療 ●急性増悪時診療	●慢性合併症診療 ●慢性合併症診療 ●慢性合併症診療	●療養支援 ●療養支援 ●療養支援

【糖尿病\*】

救急医療の体制				
【救急】	【救急診療】	【入院後救急診療】	【回復後救急診療】	【療養支援】
●救急診療 ●救急診療 ●救急診療	●救急診療 ●救急診療 ●救急診療	●入院後救急診療 ●入院後救急診療 ●入院後救急診療	●回復後救急診療 ●回復後救急診療 ●回復後救急診療	●療養支援 ●療養支援 ●療養支援

【5事業】

例：救急医療

「精神科救急医療体制との連携」  
「精神疾患を合併する患者の受入体制」

\*例示はないが糖尿病とうつは高頻度に合併する

精神疾患

# 精神疾患の医療提供体制の構築に係る 基本的な考え方(案)

精神疾患に関する医療機能、機能分化と連携については、他の疾病を参考に、精神疾患のフェーズ（例えば、初回等急性期、リハビリテーション、急性増悪期、維持期、重度慢性・合併症、専門医療等）に着目して、検討してはどうか。

# 補足説明

# フリーアクセスと「医療圏」

1. 国民皆保険
2. 自由開業制(かかりつけ医は任意)

日本では、だれでも、どこの医療機関においても、どのような医療サービスも、保険で受けることができる

- 「キャッチメントエリア」(「医療圏」)の意識が希薄
  - 英国では住民はまず「家庭医」への受診が必須(家庭医から専門医を紹介)
  - 米国では保険会社がコントロール(公的保険は連邦政府・州政府がコントロール)
- 「医療圏で責任を持つ対象者」の意識が希薄
  - 「この地域ではこの優先順位の高い対象者に医療が必要」という意識を持ちにくい
  - 都道府県の策定する医療計画に期待

# DALYs\*による疾病負担の主要原因(%)

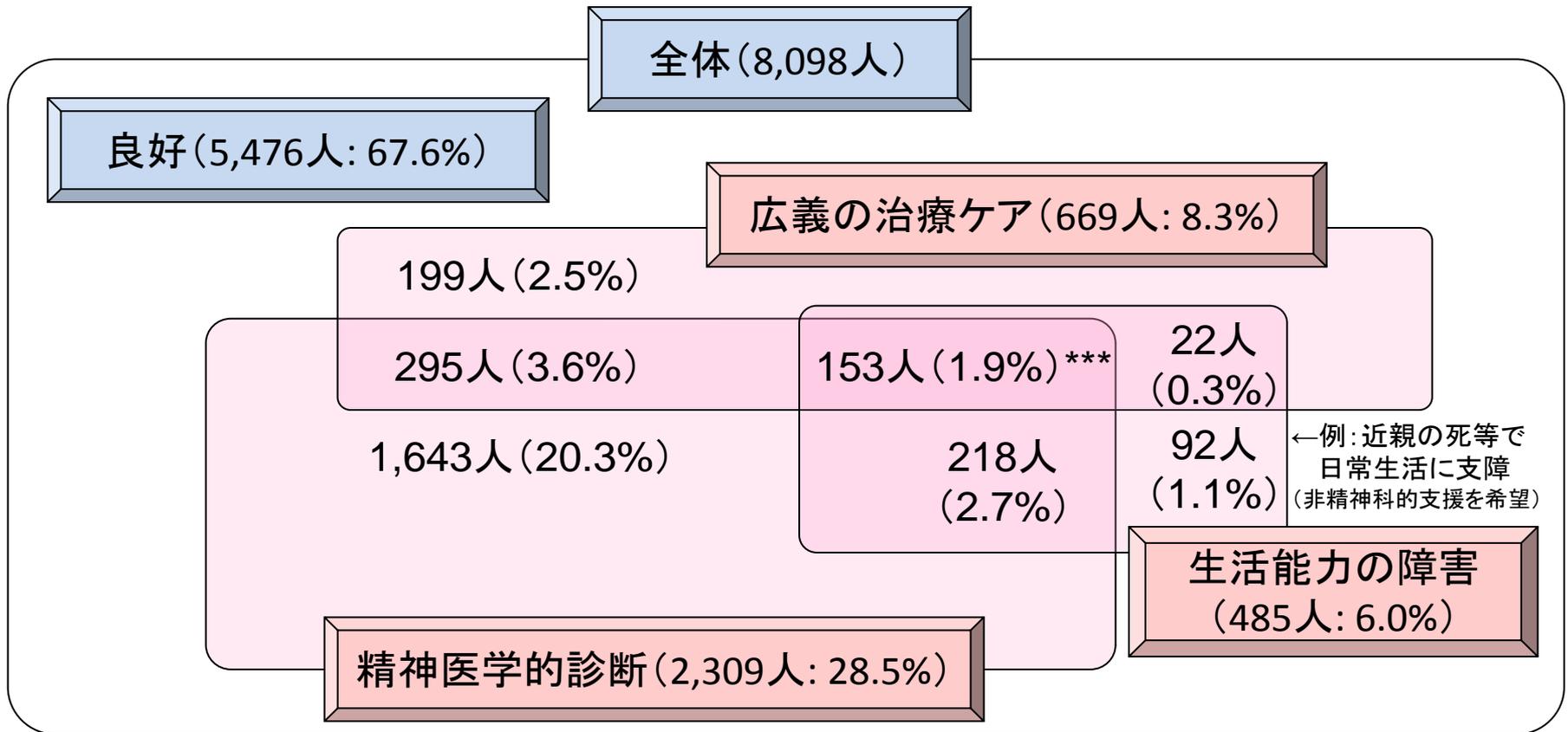
順位	2004年			2030年
	世界	高所得国	西太平洋地域	世界
1	下部呼吸器感染症 (6.2)	単極性うつ病性障害(8.2)	脳血管疾患 (6.0)	単極性うつ病性障害(6.2)
2	下痢性疾患 (4.8)	虚血性心疾患 (6.3)	単極性うつ病性障害(5.7)	虚血性心疾患(5.5)
3	単極性うつ病性障害(4.3)	脳血管疾患 (3.9)	慢性閉塞性肺疾患 (4.5)	交通事故 (4.9)
4	虚血性心疾患 (4.1)	認知症 (3.6)	近視等の屈折異常 (4.0)	脳血管疾患 (4.3)
5	HIV/AIDS (3.8)	アルコール使用障害(3.4)	交通事故 (3.6)	慢性閉塞性肺疾患 (3.8)
6	脳血管疾患 (3.1)	成人期発症の難聴 (3.4)	アルコール使用障害( 3.2)	下部呼吸器感染症(3.2)
7	未熟児・低出生体重児 (2.9)	慢性閉塞性肺疾患 (3.0)	虚血性心疾患 (3.0)	成人期発症の難聴 (2.9)
8	出生児仮死・出産時障害 (2.7)	糖尿病 (3.0)	成人期発症の難聴 (2.6)	近視等の屈折異常 (2.7)
9	交通事故 (2.7)	気管・気管支炎、肺がん (3.0)	出生児仮死・出産時障害 (2.1)	HIV/AIDS (2.5)
10	新生児感染症等 (2.7)	交通事故 (2.6)	結核 (2.1)	糖尿病 (2.3)

([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf))

\*DALY: Disability-adjusted life years

# ターゲットの優先順位化が必要

## 米国での疫学調査\*の再分析(15~64歳)\*\*



【結論(上記再分析および先行研究から)\*\*

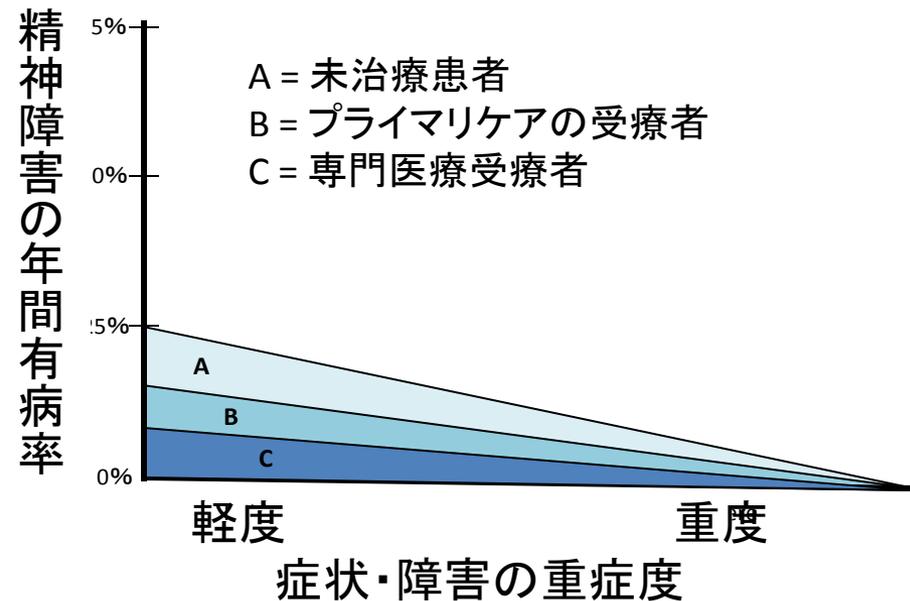
- ・地域住民の15~30%は過去12ヶ月の間に精神障害である。
- ・地域住民の5~7%は、生活能力の障害を有している。
- ・地域住民の約1.7%(上記では1.9%)は、重度で継続的な精神障害\*\*\*である。

\*Kessler et al., 1994 (National Comorbidity Survey). \*\* Frank RG & Glied SA, 2006.

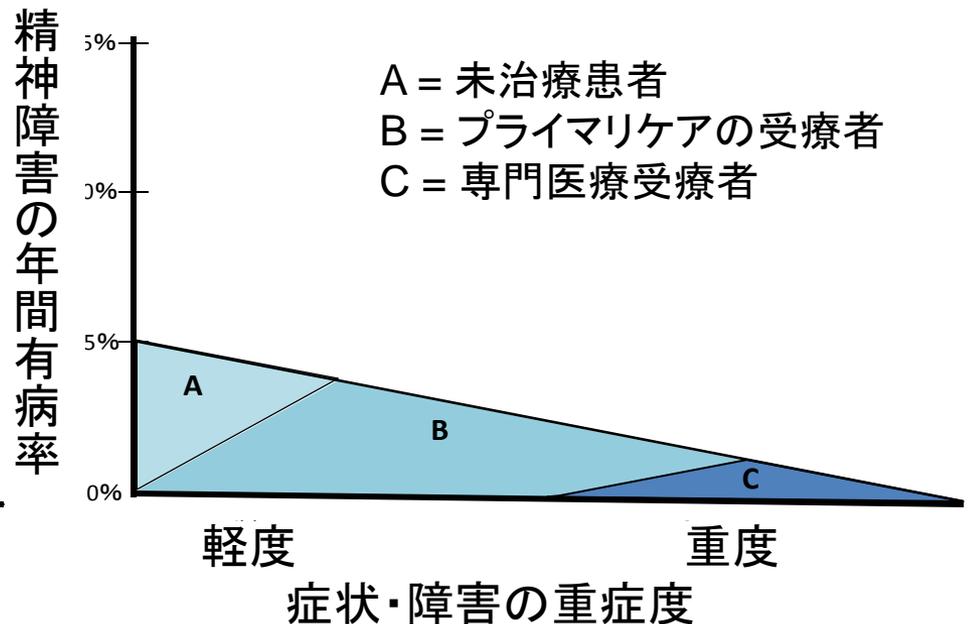
\*\*\*病気が重篤で、生活能力の機能に著しい障害があり、しばしば非任意入院(医療費の大半を消費)

# 対象（ターゲット）の考え方

## 対象（ターゲット）が不明確なモデル



## 対象（ターゲット）が明確なモデル



# 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)

# アルツハイマー型認知症初期の精神科地域連携パスオーバービュー

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

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

「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する
	精神科に診療依頼を行う	依頼医に報告書を作成する	精神科診療を継続する、もしくは必要に応じて精神科依頼が行われる

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を受診し、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

# 脳卒中後うつ治療に関する地域連携事例

- 千葉県(1, 2)・富山県(3)・大分県北部(4)
  - (共用)脳卒中地域医療連携パスで「うつ」を評価(1)
  - うつ尺度を導入している印旛地域連携パス(2)
  - 富山県(3)・大分県北部(4)の地域連携パスで「うつ」を評価
- 熊本県(第5次保健医療計画:平成20~24年度)(5)
  - 脳卒中急性期拠点病院・回復期医療機関を公表
  - 脳卒中回復期医療機関の要件
    - (1) 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理、及びうつ状態への対応が可能であること、(2)(3)略
- 東海ネット医療フォーラム・NPO
  - 脳卒中地域連携パスの情報項目の仕様にうつ尺度を導入(6)

(1) <http://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/chiikiiryuu/renkeipasu/index.html>

(2) [http://www.nms.ac.jp/ni/inclips/PDF/InCliPS\\_man.pdf](http://www.nms.ac.jp/ni/inclips/PDF/InCliPS_man.pdf)

(3) [http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H19/path\\_toyama\\_soushinhyou\\_hensho.pdf](http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H19/path_toyama_soushinhyou_hensho.pdf)

(4) <http://www.pref.oita.jp/uploaded/attachment/13176.pdf>

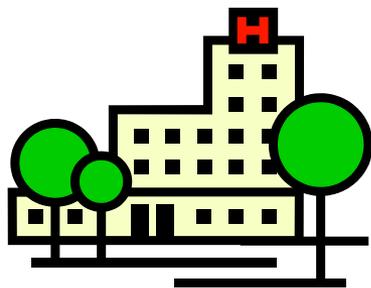
(5) [http://www.kumamoto.med.or.jp/cts16\\_apoplexy/02\\_kaifuku.html](http://www.kumamoto.med.or.jp/cts16_apoplexy/02_kaifuku.html)

(6) [http://www.medinet-tokai.com/npo/stroke\\_path/img/stroke\\_path\\_CDA\\_110208.pdf](http://www.medinet-tokai.com/npo/stroke_path/img/stroke_path_CDA_110208.pdf)

# 心筋梗塞地域連携パスのイメージ\*

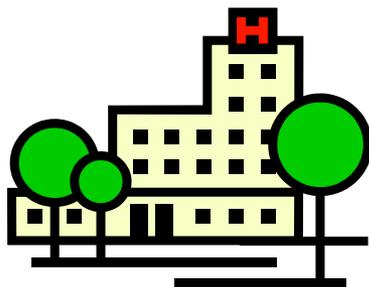
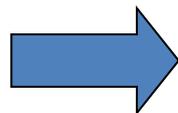


看護師、管理栄養士、理学療法士による指導



急性期病院

(心臓カテーテル治療)



回復期病院

(心臓リハビリテーション)



心臓の定期的な検査

データのチェックと再指導



急性心筋梗塞手帳

「こころの状態、ストレスなど」  
を定期的に把握

長期管理のゴールは

再狭窄を防ぎ、心事故を防ぎ、心不全への移行を防ぐこと



日常のリスク管理

危険因子に応じて

糖尿病内科、眼科、腎臓内科

心療内科等との連携

\*提供: 森山美知子教授(広島大学)



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

表紙



表紙裏

患者・関係者

＜使い方＞  
患者用  
・・・  
精神科医  
・・・

・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)

	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

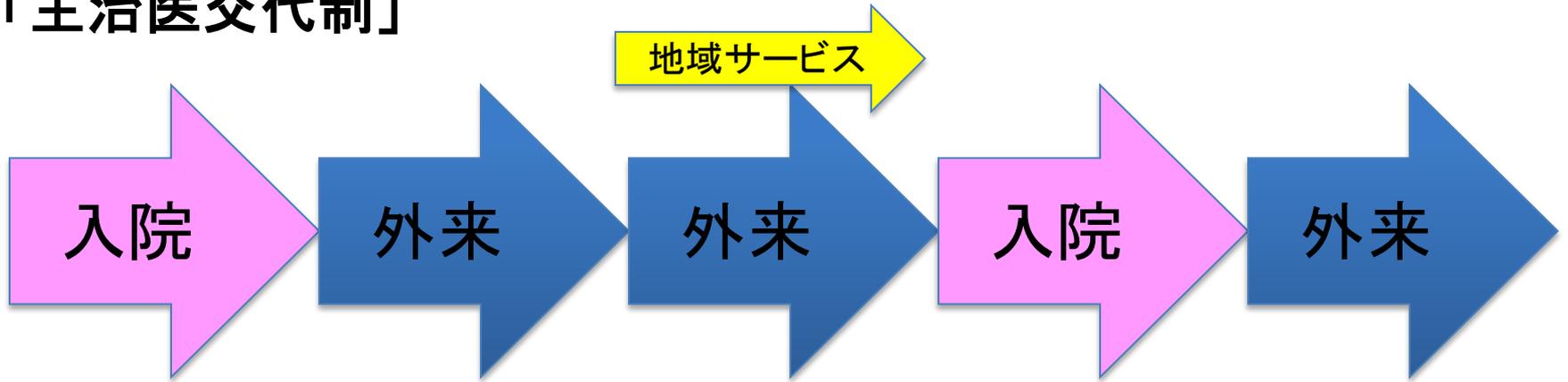
(必要であれば追加)

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

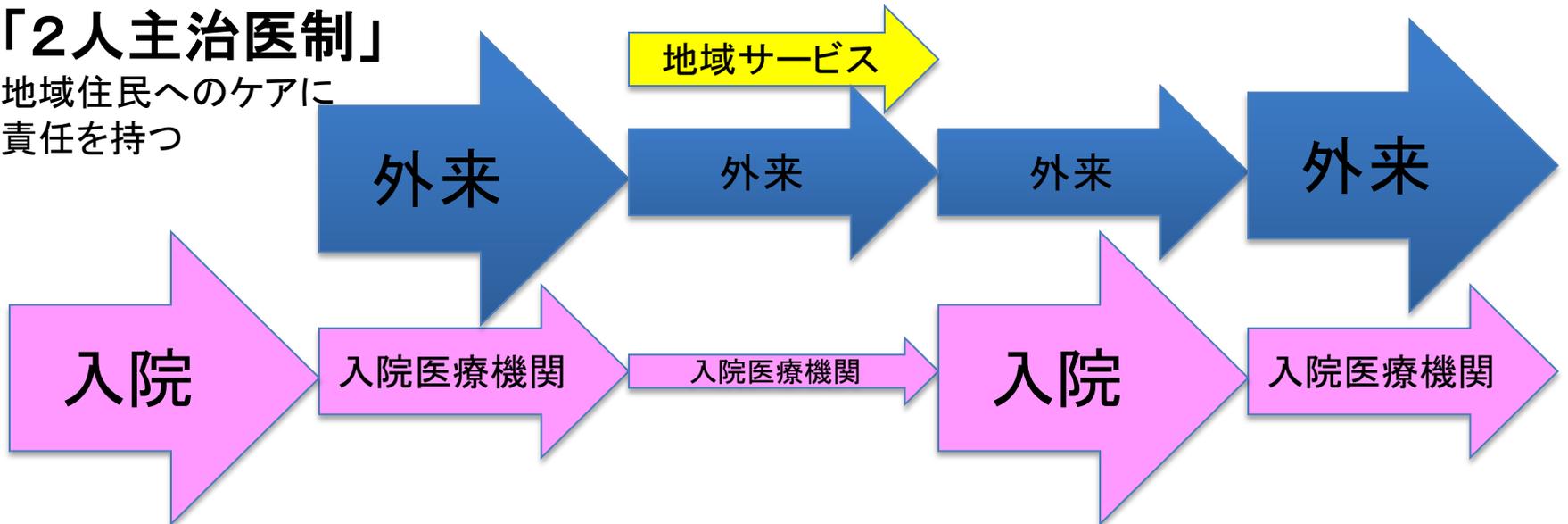
# 「2人主治医制」という考え方

## 「主治医交代制」



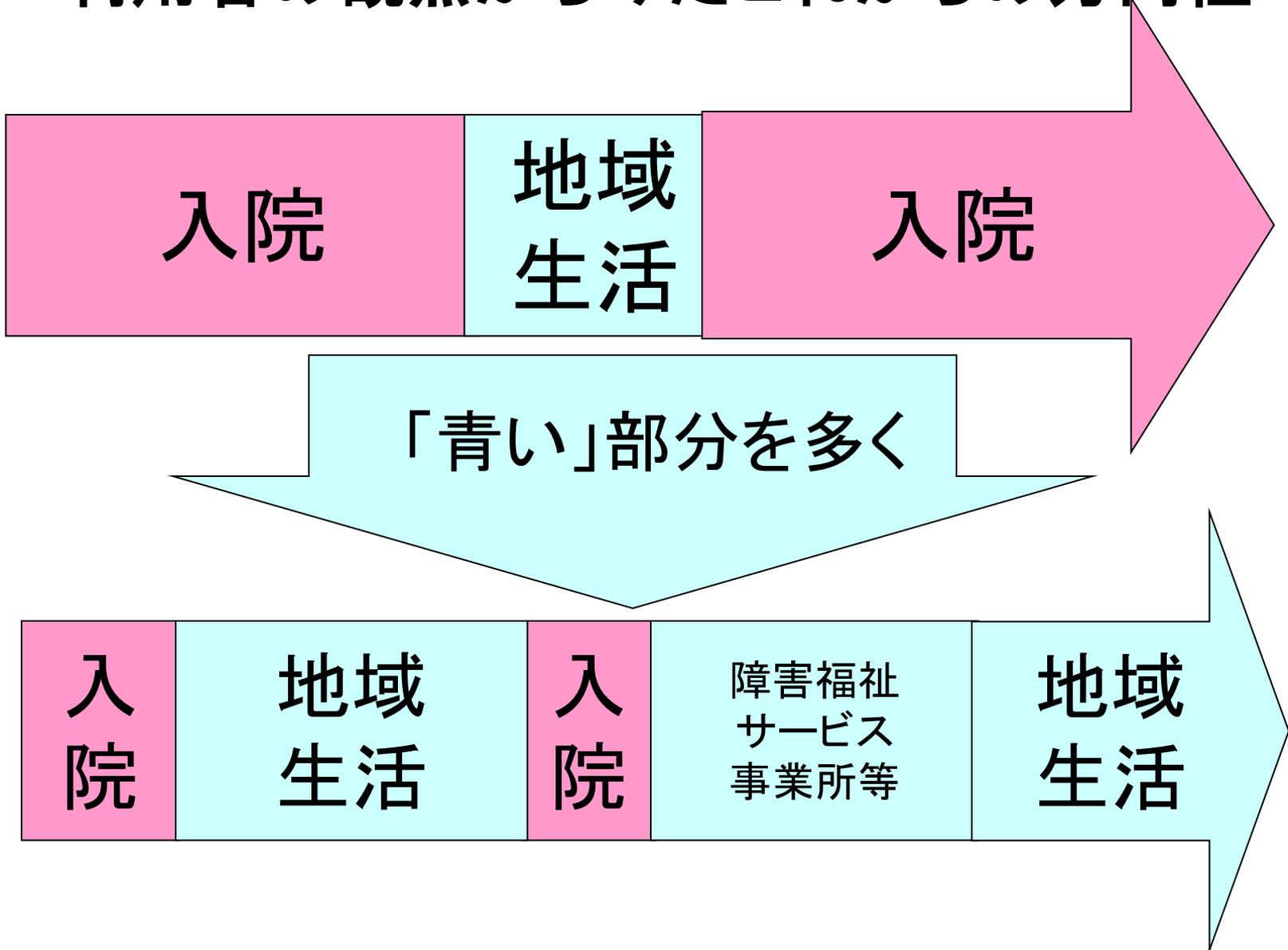
## 「2人主治医制」

地域住民へのケアに  
責任を持つ



# 「縦軸」の連携を考える上でのポイント —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



# 地域医療連携（縦軸連携）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。

# 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		
理学療法		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		
食事指導		続けて同じプログラムに参加できます		
外泊訓練		同じ内容を継続して行います 外泊訓練を行います( / )		
退院前訪問		退院前訪問を行います( / )		
説明	退院のしおりをお渡します	退院のしおりを看護師と共に完成させていきます		忘れ物のないようにご注意ください 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
	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			
ご注意	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			

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。

- 病態の安定
- 地域に受け入れが可能であれば退院できる

# 退院支援パス

## 地域移行対象患者決定

タスク

- 本人と家族の意向の確認
- 病状評価

## 退院決定時

- カンファレンス
- Pt教育
- クライシスプラン作成
- △住居確認・確保
- 制度利用のための書類
- △障害者福祉サービス事業所\*やクリニックの確認
- 薬の整理
- 経済状況確認
- 家族教育

## 退院準備期

(退院1ヶ月~)

- 試験外泊
- 退院前訪問
- 地域資源との関わり
- 退院後の外来受診の教育
- 入居契約
- 火気の取り扱い

## 退院

- 次回外来日の確認
- 退院時薬の確認と受け渡し

服薬  
金銭  
保清  
睡眠  
排泄  
対人関係  
食事  
健康管理  
症状管理

アウトカム

- 経済的な見通しがたっている
- 家族の同意が得られている
- 病状が安定している
- 退院を希望している

- 過度な不安がない
- 支援が必要の時の対処法が理解できる
- 地域生活がイメージできる
- 支援必要時の自覚がもてる

- 外泊時に服薬管理ができる
- 外泊中に支援必要時に実践できる
- 外泊中に入浴食事生活の不安がない
- 安全に居宅で時間が過ごせる
- 外泊で家族が不安にならない
- 地域支援者と交流ができる
- 外来予約ができる
- 退院準備が進んでいる

- 症状安定
- ほぼ自立
- 退院希望

# 入院診療報酬新設の動向\*

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

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

# 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) 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)
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
	<b>救命救急入院料の加算</b>	<b>3,000</b>
	<b>認知症専門医療機関への紹介の加算(診療情報提供料)</b>	<b>100</b>
	<b>精神科医連携加算(診療情報提供料)</b>	<b>200</b>
	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
2010	<b>認知症専門医療機関連携加算(診療情報提供料)</b>	<b>50</b>
	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

**参考：指標作成の国際的動向**

# 精神保健医療福祉マトリックス：定義と例

	(A) インプット	(B) プロセス	(c) アウトカム
<b>定義</b>	<b>投入した資源</b>	<b>サービスを提供で行った活動</b>	<b>機能、有病率、死亡率などの変化</b>
<b>(1) 国・地方</b>	<b>(1A) 精神保健医療福祉関係費、法律、政策</b>	<b>(1B) 入院率、ガイドライン、標準ケア</b>	<b>(1C) 自殺率、ホームレス率、等</b>
<b>(2) 地域</b>	<b>(2A) 病院・地域ケアのバランス、ニーズ測定</b>	<b>(2B) サービス利用数、評価活動</b>	<b>(2C) 自殺率、アウトカム集計、身体合併症・依存症率</b>
<b>(3) 患者・利用者</b>	<b>(3A) 利用者個人にニーズ測定</b>	<b>(3B) 継続性、ケアプロセス</b>	<b>(3C) 症状の軽減、満足度、生活の質、障害の程度</b>

# 国際的なイニシアチブ

- WHO-AIMS
- OECD Health Care Quality Indicator Project/ Further Update-Collaboration
- WHO/ ICD-11 Quality and Patient Safety Topic Advisory Group
- US Affordable Care Act/ NQF MAP/ SAMHSA Quality Framework/ AHRQ SNAC
- IIMHL Clinical Leaders Project
- US RAND/ Altarum Evaluation of VHA's Mental Health Services

# WHO-AIMS (2009)



領域	指標
政策と法的フレームワーク	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1: Mental health policy</li> <li>1.2: Mental health plan</li> <li>1.3: Mental health legislation</li> <li>1.4: Monitoring human rights implementation</li> <li>1.5: Financing of mental health service</li> </ul>
メンタルヘルスサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1: Organizational integration of services</li> <li>2.2: Mental health outpatient facilities</li> <li>2.3: Day treatment facilities</li> <li>2.4: Community-based psychiatric inpatient units</li> <li>2.5: Community residential facilities</li> <li>2.6: Mental hospitals</li> <li>2.7: Forensic inpatient units</li> <li>2.8: Other residential facilities</li> <li>2.9: Availability of psychosocial treatment in mental health facilities</li> <li>2.10. Availability of psychotropic medicines</li> <li>2.11. Equity of access to mental health services</li> </ul>
かかりつけ医におけるメンタルヘルスケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1: Physician-based primary health care</li> <li>3.2: Non-physician-based primary health care</li> <li>3.3: Interaction with complementary/alternative/ traditional practitioners</li> </ul>
人的資源	<ul style="list-style-type: none"> <li>4.1: Number of human resources</li> <li>4.2: Training professionals in mental health</li> <li>4.3: Consumer associations and family associations</li> <li>4.4: Activities of user/consumer associations and family associations and other NGOs involved in mental health</li> </ul>
住民教育と他領域との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>5.1: Public education and awareness campaigns on mental health</li> <li>5.2 Formal links with other sectors</li> <li>5.3: Links with other sectors: activities</li> </ul>
評価と研究	<ul style="list-style-type: none"> <li>6.1: Monitoring and mental health services</li> <li>6.2: Mental health research</li> </ul>

# OECD



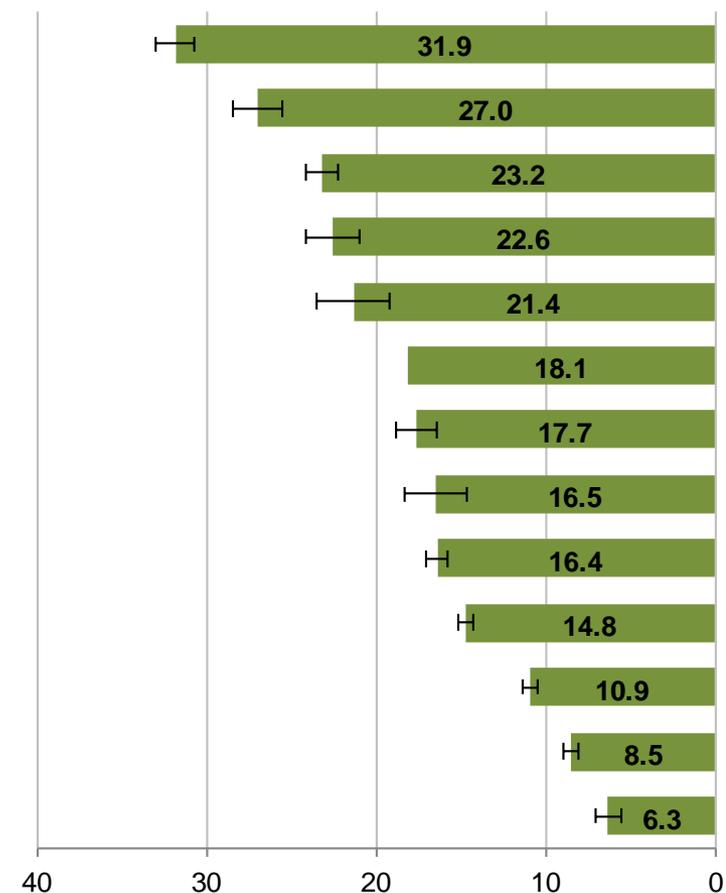
領域

指標

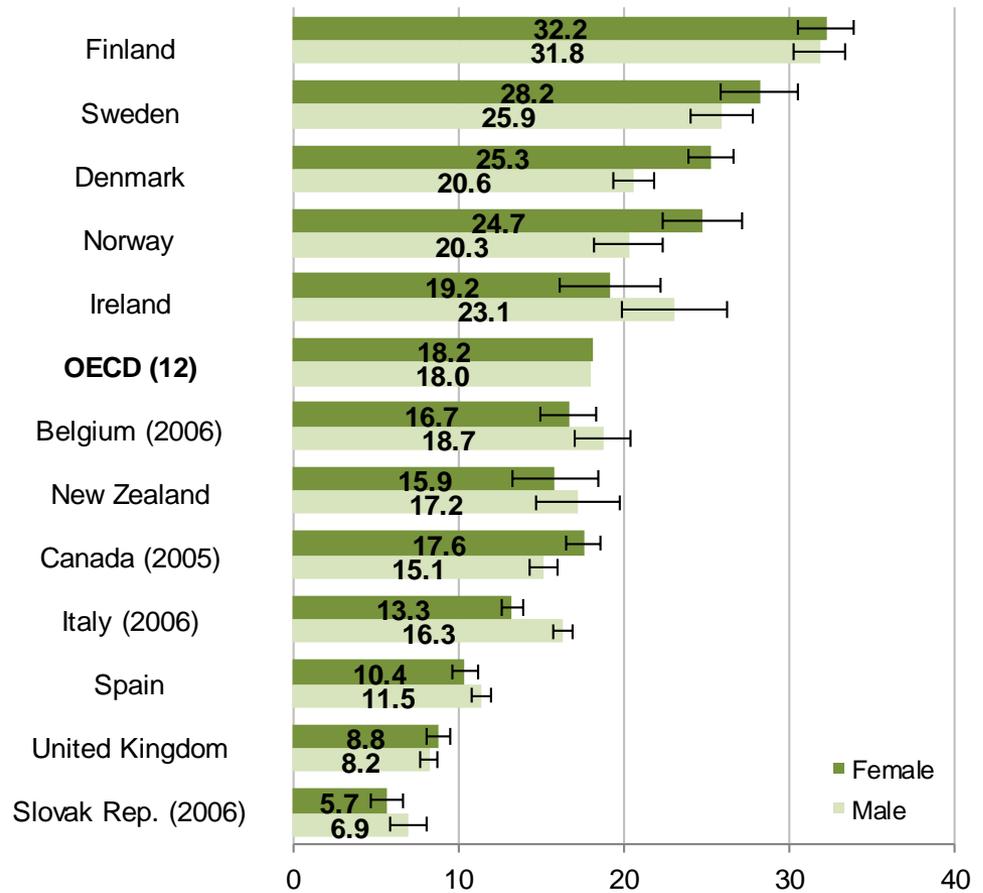
継続性	<b>Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation</b>
	<b>Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/ substance related conditions</b>
	<b>Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates</b>
	<b>Continuity of visits after mental health-related hospitalisation</b>
ケア・コーディネーション	<b>Case management for severe psychiatric disorders</b>
治療	<b>Visits during acute phase treatment of depression</b>
	<b>Hospital readmissions for psychiatric patients</b>
	<b>Length of treatment for substance-related disorders</b>
	<b>Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients</b>
	<b>Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase</b>
	<b>Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase</b>
患者アウトカム	<b>Mortality for persons with severe psychiatric disorders</b>

# Unplanned schizophrenia re-admissions to the same hospital, 2007

## 統合失調症退院患者の計画されていない再入院率



Age-sex standardised rates per 100 patients



Age-standardised rates per 100 patients

■ Female  
■ Male

# 基本指標の領域 (IIMHL, 2011年9月現在)

- 根拠に基づいた薬物治療
- 根拠に基づいた社会心理的介入
- 物質使用(薬物・アルコール)
- 継続性とケアのコーディネート
- アクセス
- 効率性
- 患者安全
- 法的側面
- アウトカム測定
- リカバリー

追加調査領域: 利用者の評価・満足度