

## 医療機関に求められる機能

- 緊急性・専門性の高い、自傷他害の恐れがある状態の精神疾患の急性増悪時に症状を的確にアセスメントし、医療機関へのアクセス
- 入院治療開始後は、地域移行がスムーズに進むことを目的とした早期からのケアマネジメント
- 慢性期には、適切な症状管理と服薬自己管理への援助。療養を支援する家族や、患者自身の身体合併症を予防し、悪化を防ぐためのプライマリケアの機能
- 診療所、病院、訪問看護ステーションが相補的に連携して提供する。連携のための具体的方策は行政機関が設置する「精神科在宅ケア協議会」の場で協議
- 施設間および職種間の役割分担については、地域の実情に応じて柔軟に設定する

## 関係者に求められる事項1

(本人、家族および周囲で支援する者)

- 必要に応じ電話相談事業等を活用すること
- 症状管理や服薬自己管理のための基本的な知識と技法を活用すること
- 対処が困難な場合、適切な支援を要請できること

(消防機関等)

- 危機介入に関する必要な知識を家族等に対し、指導すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- 救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

## 関係者に求められる事項2

(行政機関)

- 休日・夜間等に精神症状の変化に対応しうる相談体制を確保すること(精神科医療電話相談事業)
- 症状の急変時の対応等について対象者の特徴を把握し、早期の受療行動を促すことのできる、精神科訪問看護等の在宅医療の体制を確立する。このために「精神科在宅ケア協議会」を設置すること
- 症状管理、服薬自己管理、心理的支援および援助を求める対象について必要な知識を、家族・福祉施設職員等日常的に支援を提供する者に対し指導する体制を確保すること
- 当事者、家族及び在宅医療に関わる者に対し、地域の医療資源・福祉サービスについて情報を提供すること

医療機関等の例

- 精神科を標榜する診療所
- 精神科病院
- 総合病院精神科
- 訪問看護ステーション

数値目標の例

- 平均在院日数
- 精神科利用連携体制を担う医療機関数
- 精神障害者が利用できる訪問看護ステーション数
- 訪問看護を提供する医療機関数

## これからの地域精神医療 「図版」

H22.2. 松原三郎

地域内での精神障害者に対する医療と生活支援が不足しているために、多くの精神障害者が精神科病院内に残留せざるを得ない状況にある。

入院の状況(患者調査と同じ項目)

	全体		F0		F20	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
生命の危険は少ないが入院治療を要する	10,822	62.6	1,901	55.9	6,712	67.1
生命の危険がある	500	2.9	173	5.1	228	2.3
受け入れ条件が整えば退院可能	5,810	33.6	1,294	38.1	2,989	29.9
検査入院	10	0.1	3	0.1	1	0.0
その他	146	0.8	27	0.8	66	0.7
計	17,288	100.0	3,398	100.0	9,996	100.0

全体で33.6%、F0抜きでは32.5%

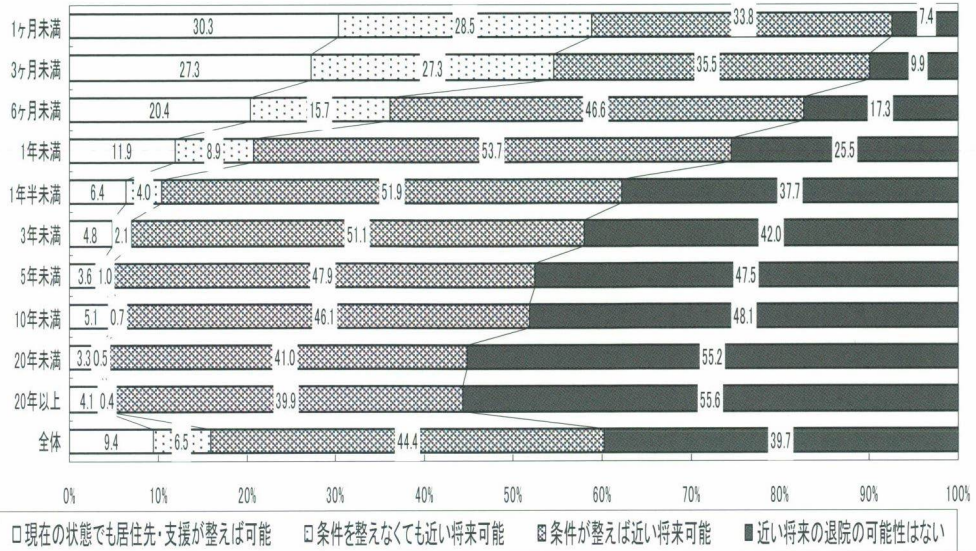
3

割合

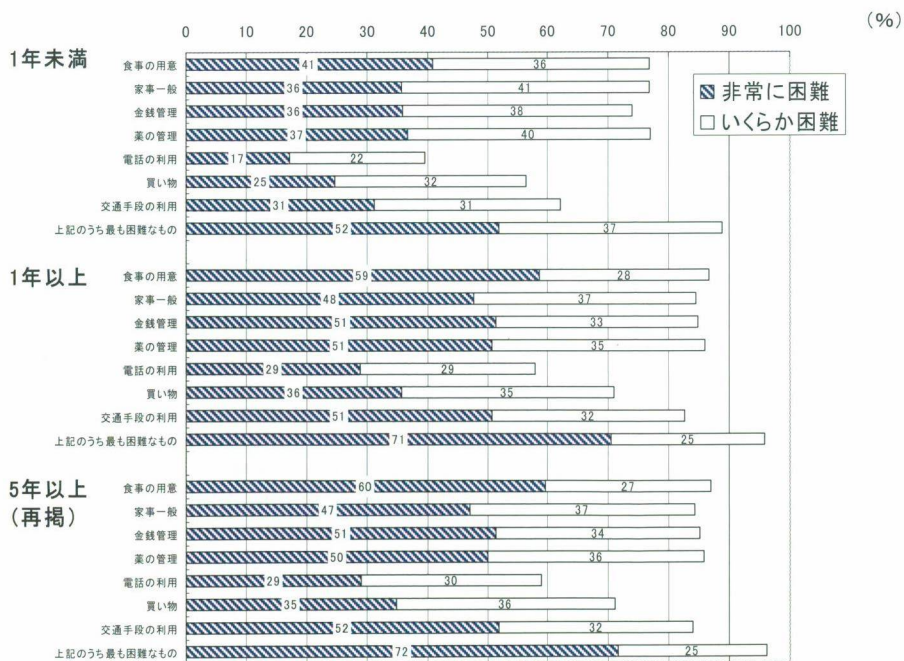
問27	問13		受け入れ条件が整えば退院可能
	生命の危険は少ないが入院治療を要する	生命の危険がある	
現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院可能	3.4	0.1	5.2
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来退院可能	3.5	0.1	2.0
状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来退院可能	20.3	0.5	24.6
状態の改善は見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来退院の可能性なし	35.3	2.1	1.8
計	62.5	2.9	33.7

受け入れ条件が整えば退院可能とされた入院患者のうち、73%は将来の改善を見込んだものである。

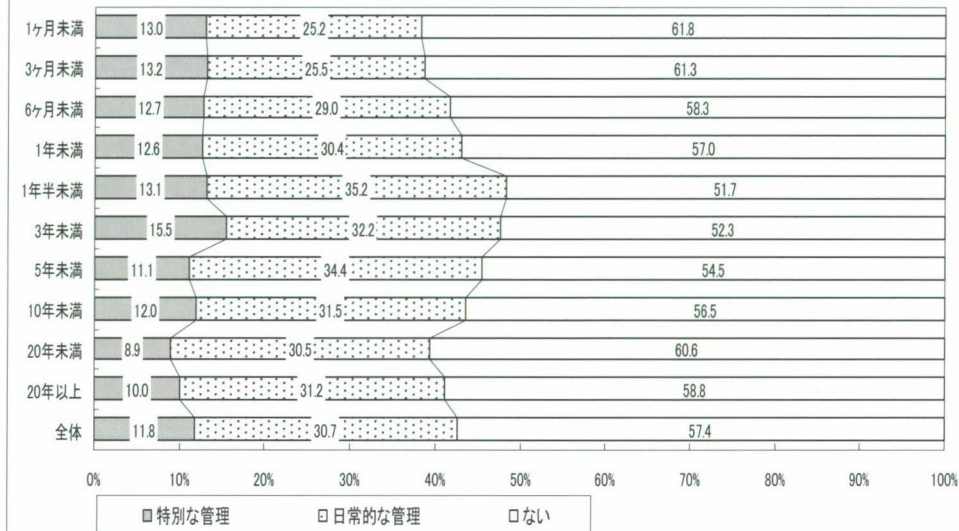
## 「退院可能性」と入院期間との関係(F0抜き)



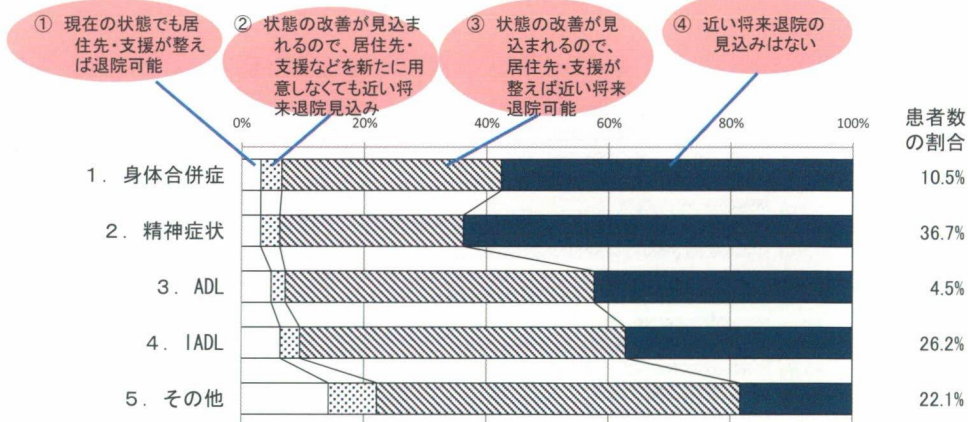
## IADLの困難度(入院期間別)



### 身体合併症の状況と入院期間との関係 (F0抜き)



### 統合失調症患者の状態と退院可能性 (まとめ)



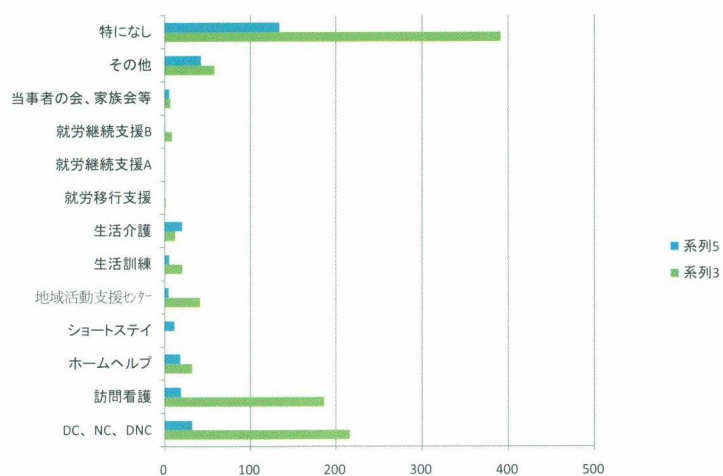
**分類の定義**

- 1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症
- 2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く
  - ・自傷他害の可能性 中程度以上
  - ・奇妙な姿勢 毎日
  - ・幻覚 高度以上
  - ・罪業感 高度以上
  - ・緊張 やや高度以上
  - ・抑うつ気分 高度以上
  - ・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない
- 3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く
- 4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く
- 5: 1~4以外の者

推計55%

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

## 6ヶ月間の退院調査(退院後受けているサービス)



系列3:F20 系列5:F0

## 不足している地域内での医療保険サービス

1. ケアマネジメント型支援
2. ACT型支援
3. 訪問看護ステーションを利用した支援

## (1) 精神科病院が運営するサービスを中心に利用する ケアマネジメント型支援

- 対象となる人達  
グループホームやアパートの利用が可能。デイケアや障害者自立支援事業への参加。自ら通院でき、服薬がほぼ可能。一定程度自立した生活が保たれているが、援助を要する。必要な援助の内容は様々。
- 利用するサービス  
訪問看護(Ns、PSW)、訪問介護(居宅支援)、デイケア、グループホーム、ケアホーム、配食サービス、就労支援や自立生活訓練など各種の障害者自立支援サービス
- 医療機関側の多職種がかかわることで、きめ細かく、一層効果的となる。

## (2) 包括型地域生活支援

- 対象となる人達
  - ・集団生活に馴染めないためにデイケアや自立支援サービスに参加できない。
  - ・服薬・通院などが不規則で再燃を繰り返している。
  - ・家族との衝突などの問題行動を繰り返す。
  - ・日常生活の維持のために頻回な訪問が必要(服薬、通院、食事、金銭管理、保清)
  - ・アルコールや薬物問題の併存。
- 多職種による頻回な訪問支援が必要(重症という概念とは異なる)。
- 休日・夜間も含めた対応と頻回な訪問による援助。



### (3)一般の訪問看護ステーションによる支援

- 対象となる人達
  - ・遠隔地のために、精神科病院から直接訪問することができない。本人が一定程度理解しており、なおかつ、家族、保健センターなどの協力が得られる。
- 必要な体制
  - ・精神科病院との連携体制が確保されている。
  - ・精神症状の変化などをフォローできる体制(精神科病院と連携が必要)。
  - ・本人自身の理解のもとで、通院・服薬が確保されている。
  - ・PSWなどによる援助があることが好ましい。

## 地域精神医療に関する保険診療

1. 精神科デイケア
2. 訪問看護指導料550点(OTやPSWの同行: +450点)
  - ・週3回まで、退院後3ヶ月以内は週に5回まで。急性増悪と認められた場合には7日に限り毎日。
  - ・訪問看護ステーション:5,400点(24時間対応加算)2,500点(24時間連絡体制加算)
3. 往診料:患家の求めに応じて行う(650点)(在宅療養支援診療所では、緊:650点、夜:1,300点、深:2,300点)
  - ・在宅時医学総合管理料:在宅療養支援診療所が在宅療養計画にもとづいて月に2回以上行った場合に、月に1回のみ算定できる(4,200点)
4. その他・在宅患者訪問薬剤管理指導料:550点(月に2回)
  - ・在宅患者訪問栄養指導料:530点(月に2回)
  - ・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料(1単位300点)

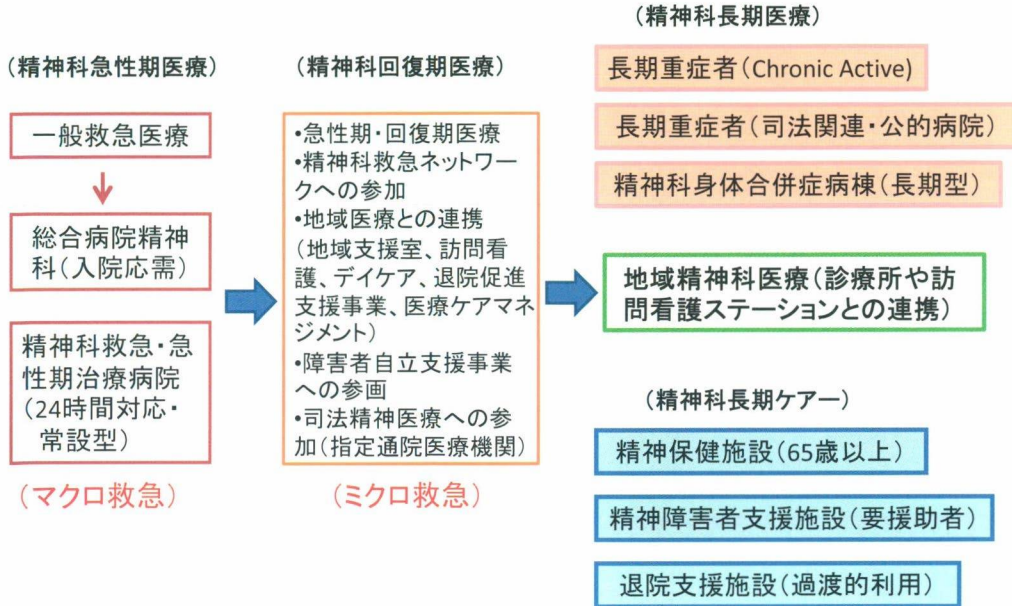
## 診療報酬制度が地域ケアの促進を阻んでいる

1. 訪問看護の回数制限、病院訪問看護の低い報酬額、訪問看護ステーションではPSW単独による訪問が認められていない。
2. デイケアへの不当な削減圧力
3. 重複請求が認められない(デイケア、訪問看護、OT、訪問診療など)
4. 200床以上の精神科病院に対する在宅医療への制限(在宅時医学総合管理料)
5. 中小病院に対して、急性期加算が必要。

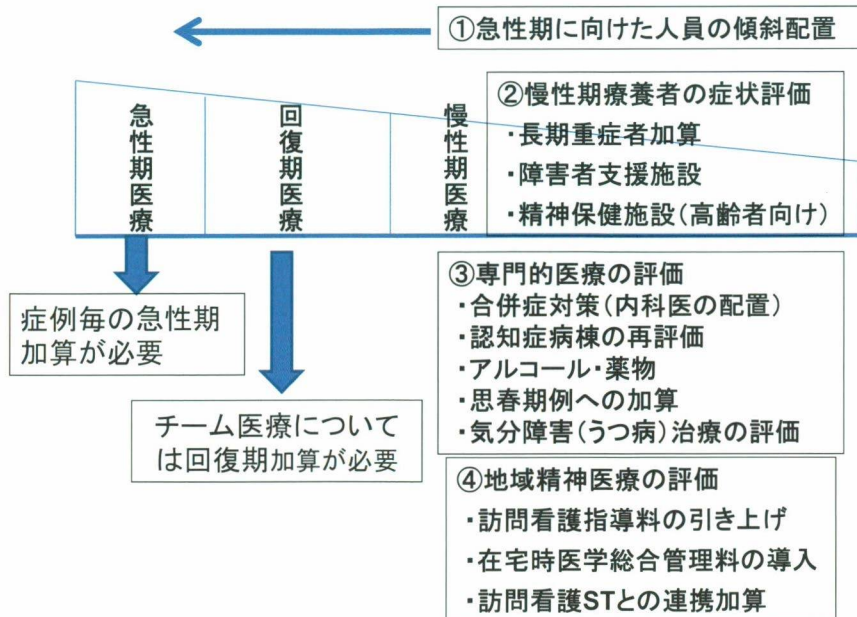
## 精神科病院は3極化～4極化する？

1. 急性期にシフトする病院  
→ 同時に社会復帰の促進が図られる。
2. 比較的慢性期が多いが、地域医療を積極的に行う多機能な精神科病院(デイケア、訪問看護)  
→ 医療ケアマネジメント型支援・ACTへの参加
3. 慢性期が主体であるが、特に社会復帰活動もしていない。
4. 高齢者・認知症医療を中心に行っている

## わが国でも入院期間を基本とした精神科医療体制は可能か？



## これからの民間精神科病院に必要な要素



## 回復期加算が可能な病棟の基準案

1. 看護配置が15対1以上。
2. 入院病棟に専任PSWが2名以上配置されている。
3. 多職種による計画的な退院促進計画の実施(退院促進プログラムの実施)
4. 病院内で精神科作業療法が実施されている。
5. 病院内に地域移行支援室があること。

## 身近な地域で担う精神科医療について

—精神科診療所、在宅医療の視点から—

ひらかわクリニック 平川 博之(八王子市)

### 1. 地域精神科医療体制の現状

#### (1) 精神科病院

- ①統合失調治療を中心に据えた所謂精神科病院から老年期精神障害の治療とケアをケアミックスした精神科病院に転換してしまった精神科病院も多い(八王子市では20~30%)。純粋な精神科病床数は減少している。
- ②高齢化の流れの中で、介護老人保健施設など介護保険施設を併設する精神科病院も多い。
- ③急性期治療病棟、アルコール症治療病棟、認知症治療病棟、児童思春期病棟、身体合併症対応病棟など病院ごとの機能分化が進んでいるが、そういった情報が地域に十分公表されていない。
- ④精神科二次救急、措置入院等に強力・対応しているが、その病院の受け持つ地域外からの救急患者も受け入れているため、地域に復帰する際に不都合なことも多い。
- ④地域を中心とした精神科病診連携、一般科との病診・病病連携ができていない。
- ⑤慢性の人員不足から良質なスタッフが集まらない。
- ⑥デイケア等の精神科リハビリテーションについては、病状の安定、再燃防止、社会復帰対策として重要な役割を果たしているが、中には長期間漫然と通所し、必ずしも医療が関与し続ける必要がないケースもある。但し、それらに代わる福祉系サービスが地域内に整備されていない。
- ⑦自院の訪問看護事業と地域の一般の訪問看護事業所、福祉関係、介護保険関係のサービスとの連携が不十分。

#### (2) 精神科診療所

- ①精神科診療所数はここ10年で1.6倍増といわれている。但し、標榜科目に精神科をあげているだけのものも含まれているため、この数字を鵜呑みにすることはできない。正確な精神科診療所数の実態は不明確。
- ②専門性を担保できる医師の資格要件、精神科診療所の備えるべき機能が不明

確なため、真の精神科診療所を規定することができていない。

③精神科診療所総数としてはまだまだ不足している。これだけ診療所数が増えても、増え続ける患者数には追いつけず、再来患者が多いため、迅速に初診に対応することができないといった現状もある。(八王子北口駅前だけでも8カ所の精神科診療所があるが、いずれも手一杯の状況)

④ビル診が多く、休日夜間、時間外の診療体制が脆弱である。

⑤その結果、一般救急、精神科救急を受診する診療所通院患者数も多い。

⑥訪問診療を実施している精神科診療所は少ない。また地域格差も大きい。

⑦常勤職員数については、デイケア無しの診療所では、3.7人、デイケア有りの診療所では12.5人と大きな開きがあった(日精診平成19年度の調査研究事業から)。デイケア有りの診療所は全精神科診療所の15%前後であることから(平成18年度630調査)、精神科診療の大部分は、ごく少人数の職員配置で運営されている。

⑧人員不足からケースワーク、ケースマネジメントなどに十分には取り組めていない。

⑨一般外来、デイケアに加え、訪問診療、訪問看護への取り組みや児童思春期外来、物忘れ外来、アルコール症外来等の疾患別の専門外来を設置している診療所も多くなっている。

⑩精神科診療所の医師は、精神科校医、保健所嘱託医、介護認定審査会委員、障害区分認定審査会委員など地域の精神保健福祉活動にも関与している例が多く、地区医師会との関係も深い。

## 2. 現状の問題点

### (1) 地域連携の不備

①地域の精神科病診・診診・病病連携、一般病院、かかりつけ医と精神科医療機関との連携。

②救急医療においても一般救急と精神科救急の連携。

③地域の訪問看護、訪問介護、ACTなどの訪問系サービス、自立支援サービスとの連携。

⑤院外薬局との連携。

④保健所、精神保健福祉センター、市区町村との連携。

### (2) 地域精神科医療の機能充実・水準の向上

①発病予防・早期発見・早期支援・早期治療のシステムが構築されていない。

- ②訪問診療の充実、普及。
- ③危機介入の仕組みが確立されていない。
- ④搬送システムの確立。
- ⑤措置入院等の高次の精神科救急医療の整備と一次救急、二次救急の更なる充実が必要。
- ⑥精神障害者の身体合併症治療の充実。
- ⑦地域の訪問看護、訪問介護、ACTなどの訪問系サービスの充実が必要。
- ⑧ケースマネジメント(ケアマネジメント)の充実・普及。
- ⑨精神科デイケア機能、プログラム内容の充実が必要。
- ⑩児童・思春期、依存症、認知症等の専門分野化、機能分化が必要。
- ⑪一般科、かかりつけ医に対する精神科医療の研修が不十分。

### (3) 医療情報等の公表・共有化不足

- ①必要な情報が簡便な手段で利用者に届いていない。
- ②精神科医療機関同士でも互いの機能、診療体制等の情報をつかんでいない。
- ③生きた情報、リアルタイムの情報、質が担保された公明正大な情報の提供が手に入りにくい。
- ④インターネット上で様々な医療情報が飛び交っている中で、情報の収集・管理を担う「情報センター」は責任ある第三者機関が運営することが望ましい。
- ⑤精神保健福祉に関する一般市民(児童生徒、企業を含む)への啓蒙活動が不足している。
- ⑥疾患に特化した地域共通の診療情報提供書、地域連携クリニカルパスが必要。

## 3. 問題点改善の取り組み例

### (1) 地域連携

- ①地域医師会が主催する「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、「うつ診療充実強化研修」事業等を通じてかかりつけ医と精神科医療機関の交流、連携が深められている。地域限定の精神科関連の情報提供書等も作られている。(八王子市では認知症サポートシステム「D-net」の構築により、かかりつけ医・一般病院と精神科医療機関の連携を深めることができた。)
- ②精神科診療所機能分化を生かした精神科診療所間の連携の仕組みも作られている(「八王子市メンタルクリニック復職支援ネットワーク」)
- ③地域の産業医との合同研修会(八王子・日野地区産業メンタル懇話会)

## (2) 地域精神科医療の機能充実・水準の向上

- ①発病予防・早期発見・早期支援・早期治療のシステム構築。精神科校医の活躍(都立高校への精神科校医の派遣事業)
- ②PSW 派遣試行事業(平成 19 年(社)日本精神神経科診療所協会)
- ③精神科看護師、一般病院看護師、訪問看護師間の連携、研修会(八王子市 D-net 看護部会の活動。研修会、市民講演会開催、資格化)

## (3) 医療情報等の公表・共有化

- ①精神科医療機関間の情報共有((仮)東京都精神科医療情報サービスを計画中) 詳細は別紙
- ②地域限定の情報提供(八王子市医師会認知症サポートネットワーク D-net HP、八王子市老人保健施設協議会 HP、八王子市介護サービス事業者連絡協議会 HP)

## 4. 今後精神科診療所が地域で果たすべき役割とそれらに対する評価について

精神科診療所は、精神科保健医療福祉サービスの中で最も数が多く、全国各地に展開している。立地場所も精神科病院に比較して、アクセスの良い駅前等に多い。落下傘型の精神科診療所は少なく、前任地周辺開業型が多い。よって病診連携組みやすい。学校医活動、介護認定審査会等地区医師会の事業にも関与していることが多く、医師会との関係も深い。病院に比較して受診への抵抗も少ない。また勤務医とことなり異動も少ない。これらの利点を生かし地域における「こころのかかりつけ医」として機能している。

一方、休日夜間のフォローアップ体制の不備や訪問診療等の「出向く精神科医療サービス」への取り組みが不十分である。精神科校医活動、産業メンタルヘルス活動(「場外相談機関」登録など)にもまだ関与が少ない。輪番制夜間診療、精神科一次・二次救急事業への参画も進んでいない。診療所と保健医療福祉サービス、学校、会社を結びつけるため、あるいは自立支援を進めていく上で重要な PSW が配置されている精神科診療所は少ない。また、標榜科目上「精神科」とあげていても、精神科医療に対する専門性や技術を担保するものではない。専門医等の取得、そのための研修受講・研鑽、情報の開示等が必要である。

よって、現在不足なし不備なものに積極的に取り組んでいる、あるいは改善に努めている場合には診療報酬上で評価するなどの手当てが必要である。更には一定の



機能が整備された場合、精神科病院のように都道府県による「指定医療機関」認定などの制度作りも有用と考える。但し、臨床現場での需要と供給のバランスが取れていない現状を考えると、精神科診療所の機能についての基準、数量制限等を早急に進めていけば、相当の混乱を引き起こすことは必至である。まずは、正確な現状分析が必要である。

以上

## (仮)「東京都精神科医療機関情報・連携支援システム」

### 1. 本システムの概要

- ① インターネットのウェブ・サイトに二つの協会に加盟する精神科病院と精神科診療所の基本情報ならびに専門領域などの情報を掲載して都民に情報提供する。
- ② さらに、同ウェブ・サイトにて、精神科病院からは、当日の入院対応可能情報を、精神科診療所からは、新患、急患対応可能情報をリアルタイムで情報提供する。
- ③ 同ウェブ・サイトに付設して、精神科診療所において入院治療を必要とするケースについて、迅速に受け入れ可能な精神科病院とのマッチングを行うシステムを構築する。
- ④ こうした仮称「医療機関情報・連携支援システム」を日中の情報センターの内部に設置して、年間を通して365日休み無く稼働させる。

### 2. 本システムに期待される効果

#### 患者・家族への効果

- ① 都民が専門性や質が担保されている精神科医療機関を選択することを容易にする。
- ② その結果、受診するまでの時間が短縮化され、精神疾患の早期支援（DUPの短縮）に役立つ。

#### 精神科救急への効果

- ③ 新患や急患の外来受診先が見つからないといった、東京都地方精神保健福祉審議会でもしばしば取り上げられている問題が解消される。
- ④ 外来医療機関に重症者や要入院者が受診した場合に、入院可能な精神科病院に速やかに結びつけることができる。
- ⑤ 現行の精神科2次救急の受診者を調査したところ、救急受診日に具合が悪くなったものは少なく、数日、数週間前から悪化の兆候がみられた者がほとんどであった。日中に受診に結びつけられていれば夜間休日に救急対応を要するケースは減少する。本システム導入により、夜間休日の救急対応数を顕著に減らすことが出来ると予測される。
- ⑥ 上記の結果、夜間休日の2次救急ベットの確保に余裕が生まれ、ベッドを

確保を出来ない事態を回避できる。

- ⑦ 本システム導入により、身体科救急に搬送された精神科患者を精神科医療でフォローアップすることも行いやすくなる。その結果、一般救急と精神科救急の連携を改善できる。
- ⑧ 本システムの導入により、日中の医療を円滑化させることによって、近年大きな問題になっている、行政による救急医療が、コンビニ医療に使われ、本来の救急機能を発揮出来なくなってしまうことにも歯止めをかけられる。

#### 自殺対策への効果

- ⑨ 2次救急のベッドに余裕ができれば、自殺対策に積極的に取り組むことも可能になる。

#### 退院促進への効果

- ⑩ 病診連携、病病連携等が改善されるため退院促進、退院後のフォローアップがより円滑に行えるようになる。

以上、仮称「医療機関情報・連携支援システム」は、都民の精神科医療のニーズに的確に応えるものであり、しかも費用対効果が顕著であり、無駄を大幅に減らすことが可能となる。

# 精神医療サービスの連携図

平川 博之 (ひらかわクリニック 院長)

## 身近な地域における精神医療サービスの連携



## 医療圏域における精神医療サービス

