

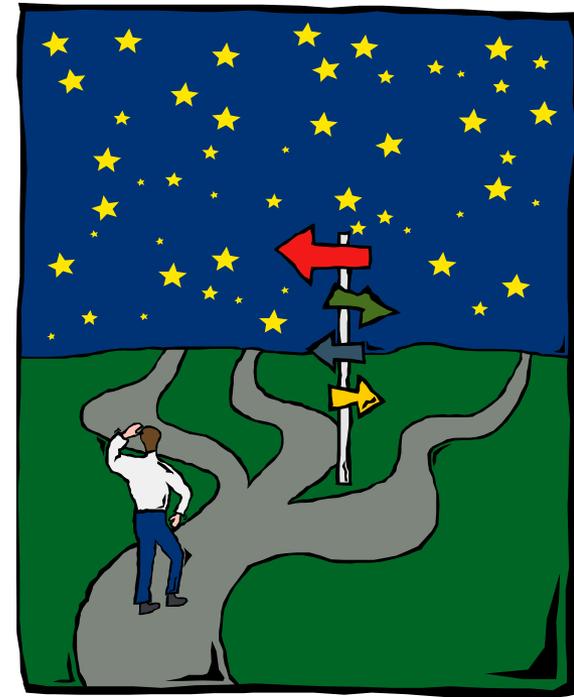


精神科医療の機能分化と 精神科連携パス

国際医療福祉総合研究所所長
国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

目次

- パート1
 - 日本の精神医療の現状と
精神科医療改革
- パート2
 - 医療計画見直しと
精神科連携パス

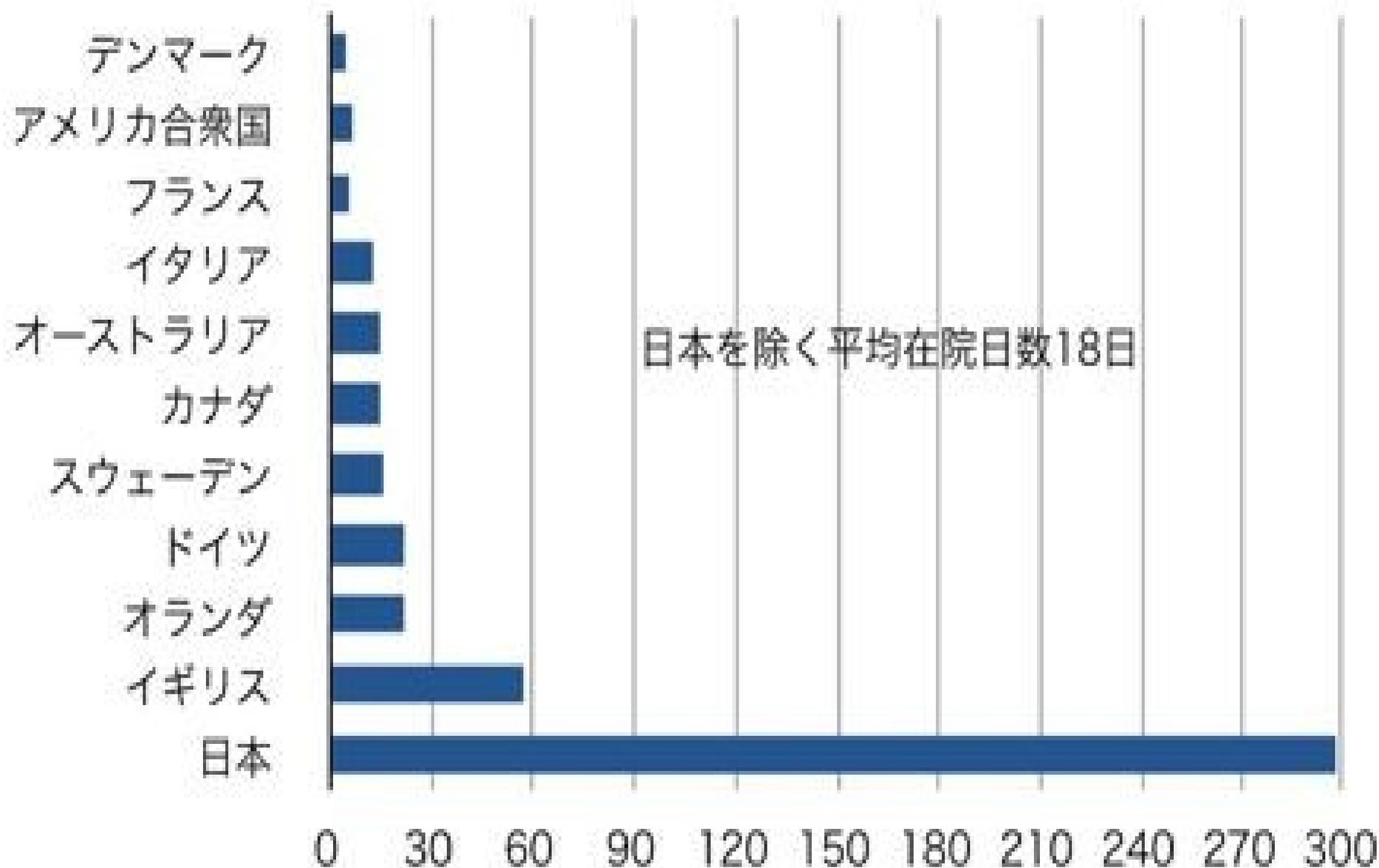


パート1

日本の精神科医療の 現状と精神医療改革

精神科医療の国際比較

2005年退院者平均在院日数



精神科医療改革



世界に立ち遅れた精神医療の改革を目指して

精神医療改革の流れ①

- 厚生労働省社会保障審議会
障害者部会精神障害分会（2002年12月）
 - 精神保健医療福祉施策
 - 今後10年のうちに「受け入れ条件が整えば退院可能」な7.2万人の退院・社会復帰を目指す
- 厚生労働省精神福祉対策本部（2004年9月）
 - 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
 - 「入院医療中心から地域生活中心へ」
 - ①国民の理解の深化
 - ②立ち後れた精神医療の改革
 - ③地域生活支援の強化など、精神保健福祉体系の再編と基盤強化

精神医療改革の流れ②

- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」
(2009年9月)
 - ①精神保健医療体系の再構築
 - ②精神医療の質の向上
 - ③地域生活支援体制の強化
 - ④普及啓発
- 厚生労働省「新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(2010年5月)
 - アウトリーチ体制の具体化
 - 認知症と精神科医療
 - 保護者制度と入院制度

精神保健医療の充実に関する検討

平成24年2月

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(平成22年6月29日閣議決定)(抜粋)

(4) 医療

- 精神障害者に対する**強制入院**、強制医療介入等について、いわゆる「**保護者制度**」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する**退院支援**や**地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- **精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

退院支援
地域生活支援

平成23年以内に概ね検討済み

- ・病院からの退院に関する目標値の設定
- ・アウトリーチ(訪問支援)の充実
- ・精神科救急医療体制の充実
- ・医療計画への精神疾患の追加
- ・相談支援の充実
(地域移行支援・地域定着支援)
- ・宿泊型自立訓練の充実
- ・認知症と精神科医療 等

強制入院
保護者制度

精神障害者毎に1人決められる「保護者」(主に家族)だけが支える仕組みから地域全体で支える仕組みへの転換に向け、
・「保護者」のみに課せられた責務の廃止
・「保護者」の同意によらない入院手続きの検討

「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」(主担当:厚生労働大臣政務官)で、**平成24年6月をめぐりに検討中**

人員体制の充実

- ・医療法上の精神病床の医師、看護師等の人員配置基準は、一般病床より低くなっている。
- ・人員体制の検討に当たっては、精神病床の機能の将来像も考慮した検討が必要。

精神科医療の機能
分化と質向上検討会

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討

- 3ヶ月未満の急性期医療
- 3か月～1年未満
- 重度かつ慢性
- 1年以上の長期高齢者入院



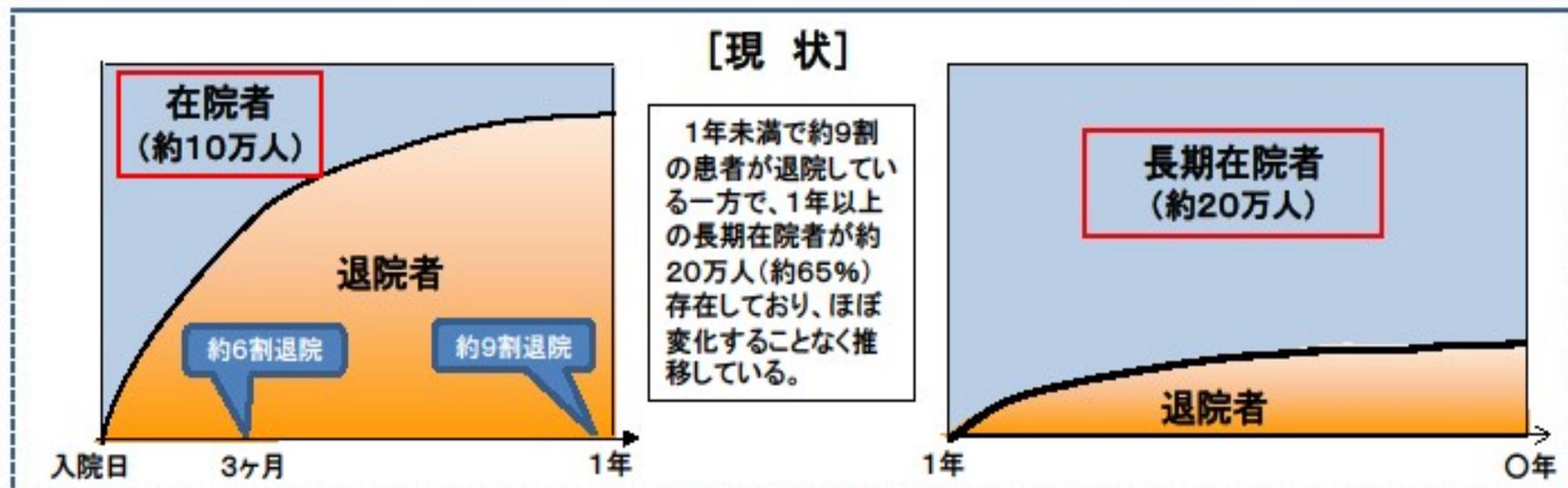
「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)
2012年3月23日～6月28日まで
厚労省において4回の検討会を行った

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

[現状]



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

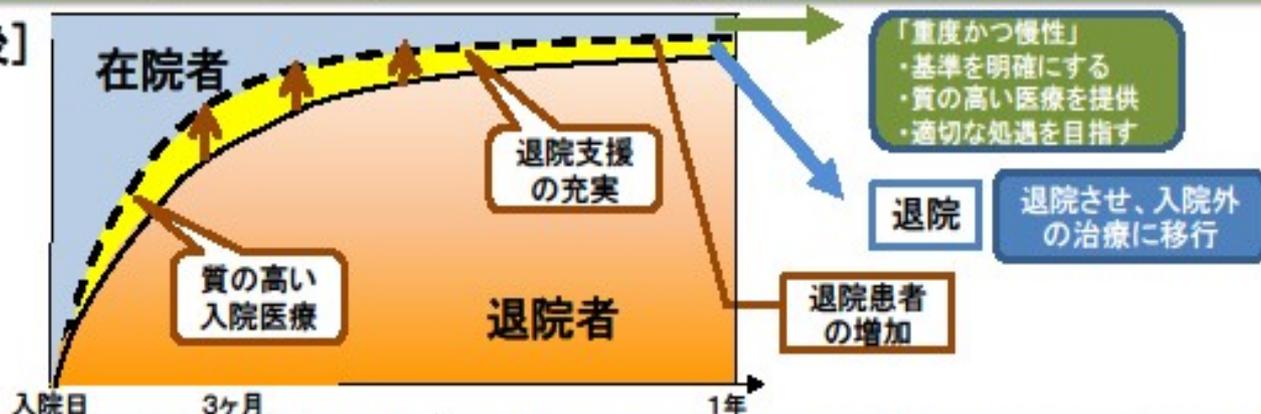
現在の長期入院者への対応

- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

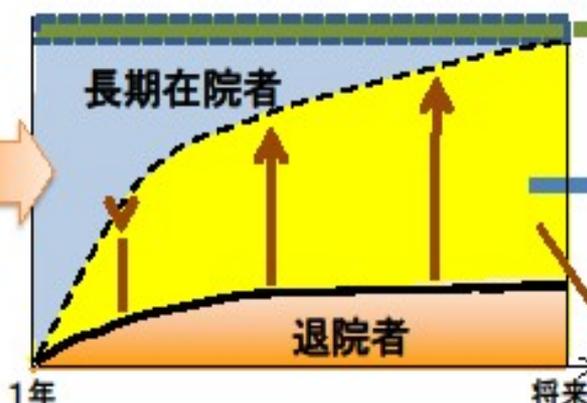


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	<p>重度かつ慢性（地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ（訪問支援）などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

現在の長期在院者への対応

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取り組みをより一層促進する

退院患者の増加

現在の長期在院者(「重度かつ慢性」を除く)(精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者)

地域移行の取組

- 長期在院者の地域移行を推進するため、
 - ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う
 - ・アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する
 - ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する

人員体制

- 退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、
 - ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする
 - ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

その他の意見

- 地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい
- 地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき
- 長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等に対応すべきとの意見があった。
- 地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である
- 長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき

療養環境

- 長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、
 - ・開放的な環境を確保する
 - ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする
 - ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

今後の対応～医療法施行規則～

- 入院期間別の人員配置を医療法施行規則に書き込む。
- 精神保健福祉法に書き込んで、それを引用する？

精神病床の医師・看護職員の配置標準

現行	今後の方向性	
医師 48 対 1	【入院 3 か月未満】 医師 16 対 1	【入院 3 か月以上 1 年未満】 医師 48 対 1
看護職員 4 対 1	看護職員 3 対 1	看護職員 基本的に 3 対 1 ※一定割合は、PSW や OT などを 含めることができる

厚労省の資料などを基に作成

パート2

医療計画と精神科連携パス



医療計画は「医療法」に規程された 医療提供体制の基本計画

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



2010年12月～2011年12月
10回にわたって行った

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

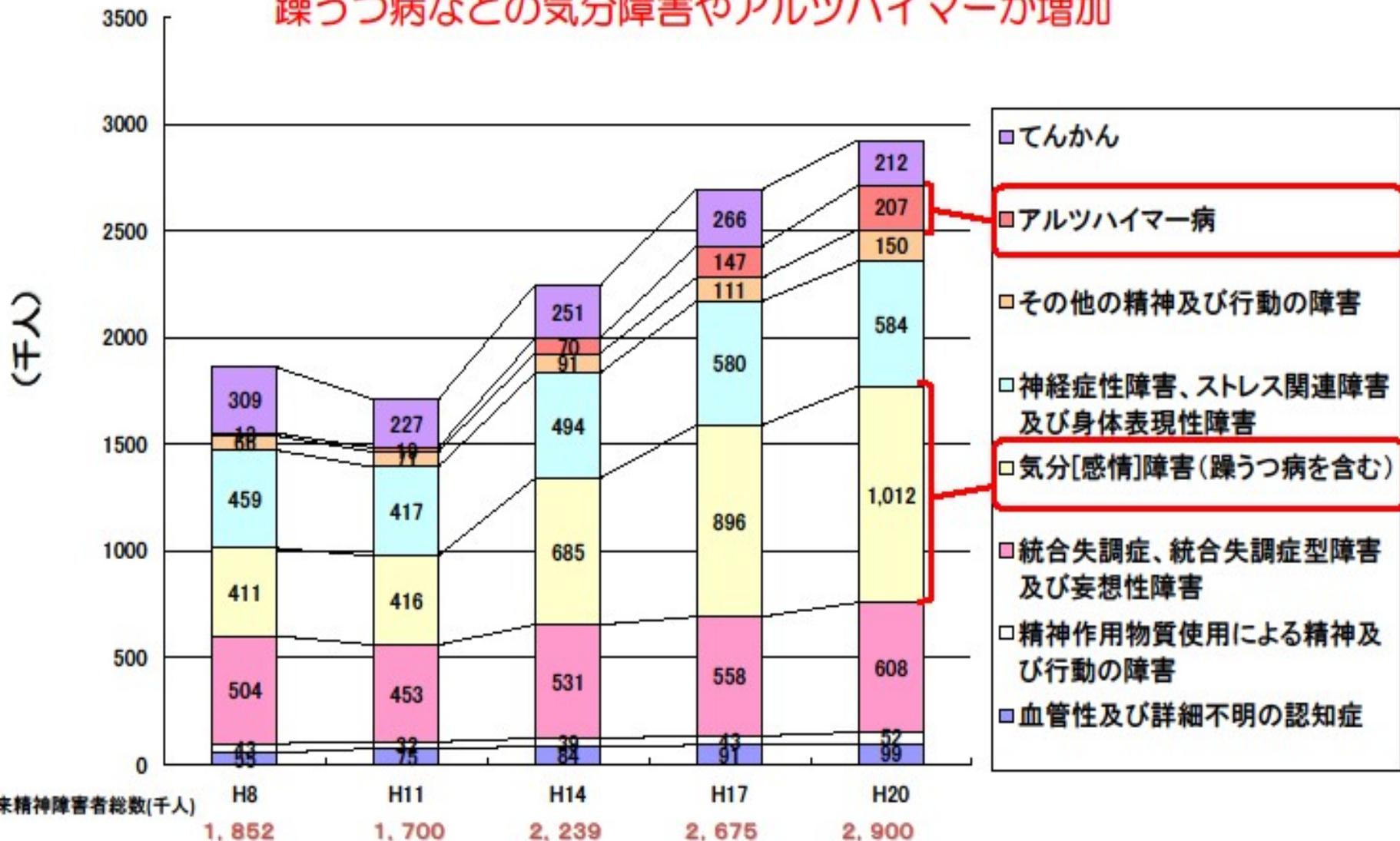
2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

精神疾患外来患者の疾病別内訳

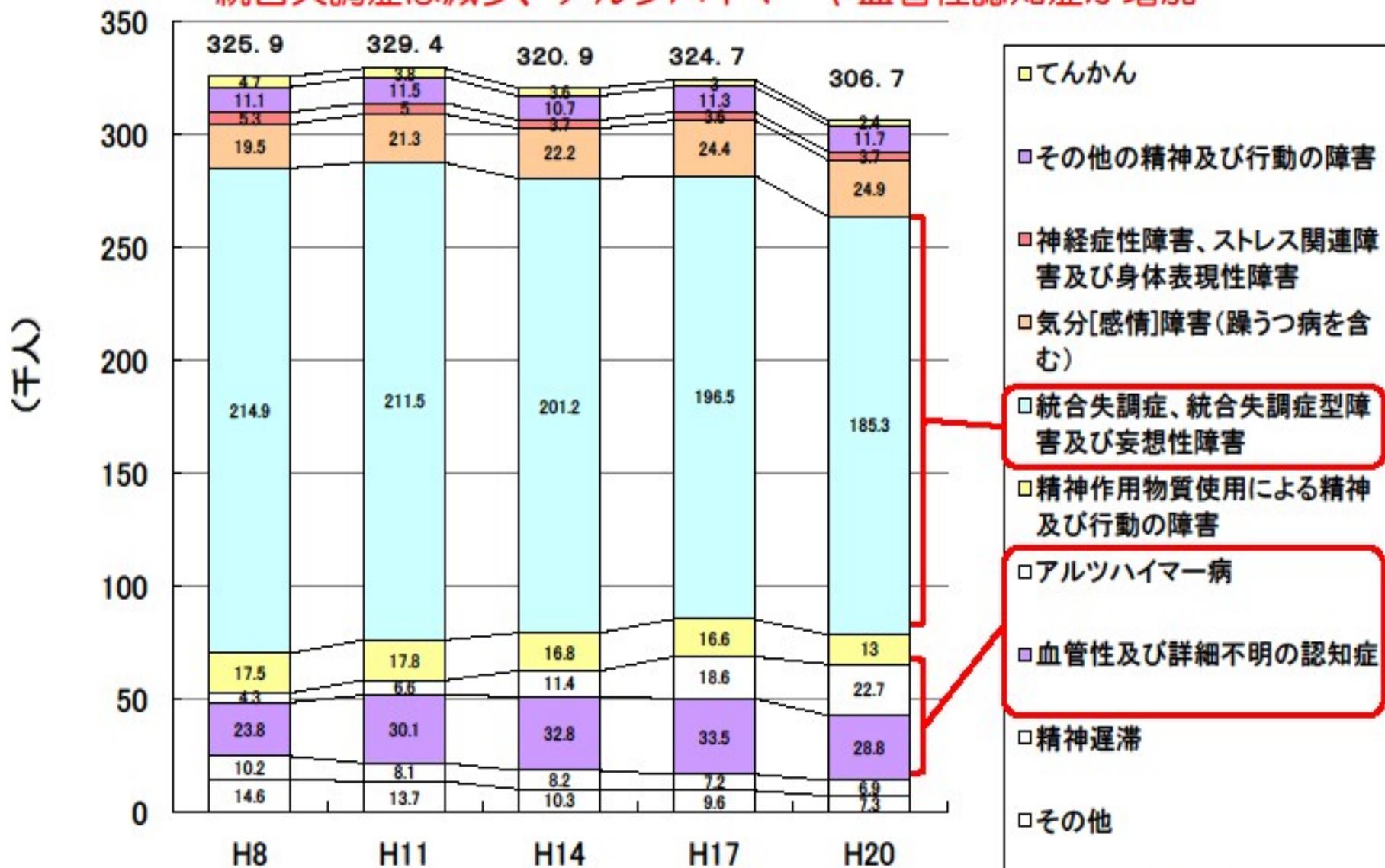
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

地域連携クリティカルパス導入率（推奨）

精神科クリティカルパス



伊藤弘人 (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 部長).

全国で行われている医療連携の事例について 地域連携による精神障害者支援の取組み（富山県）

- 砺波厚生センター（精神障害者の地域医療の推進を目指した退院支援のための企画立案研究）
- 医療機関及び授産施設、地域生活支援センター、行政が協力して実施。
- 連携クリティカルパスを作成するとともに、円滑に退院し、地域で安心した生活が送れるようにすることが目的

平成17年10月24日 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）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8c.html>

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	入院経緯の振り返り 外出・外泊の振り返り	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

*土佐病院パス(2003)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

精神科クリティカルパスにみられるアウトカムの例

到達度アウトカム	入院初期	<ul style="list-style-type: none"> ● 自己の安全確保 ● 睡眠・休息の確保 ● 摂取状況の改善 ● 入院目的・退院時目標の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ● 抑うつ気分の改善 ● 希死念慮の軽減 ● 興奮状態の改善
	中期以降	<ul style="list-style-type: none"> ● 病的体験の改善 ● 生活のリズムを整える <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入浴・洗濯の自立、整容 ● 病棟内生活・大部屋レベルの自立 ● 入院目的・退院時目標の共有 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入院に至る経緯の振り返り ➢ 入院している意味がわかる ● 服薬の必要性が理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 対人交流の増加 <ul style="list-style-type: none"> ➢ スタッフとの会話ができる ➢ スタッフと意味ある会話ができる ● 退院後の生活を具体的に考える
到達度の過程	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療・ケア方針の共有 ● 副作用の早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> ● 転院先・アパートの確保 	
退院時アウトカム (≡退院基準)	<ul style="list-style-type: none"> ● 服薬管理ができる ● 病状増悪の前兆を知り対処法を身につける ● 症状の安定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 外泊時の自宅での安定した状態 ● 家族の受け入れ準備の完了 	

参考：社会復帰のための簡便スケール

し：社会的行動(対人関係)

や：やりくり(経済管理)

か：活動(生活リズム)

い：飲食(栄養管理)

ふ：服薬(服薬管理)

つ：つきあい

き：きれい(保清)

①よくできる

～

⑤ほとんどできない

REHABとの相関： $r = .633, p < .001$. (澤ほか、1999)

退院促進クリティカルパス（単身生活・アパート）*

	退院導入期	退院準備期	退院時
医師	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 退院支援に関して本人の意志確認 <input type="checkbox"/> 退院への不安の確認	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> デイ・ケア見学	<input type="checkbox"/> 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	（身の回りのこと） <input type="checkbox"/> 生活リズムを整える <input type="checkbox"/> 1か月のやりくりができる <input type="checkbox"/> 入浴準備ができる （時間の活用） <input type="checkbox"/> 趣味をみつける <input type="checkbox"/> 自転車の練習	（対人関係） <input type="checkbox"/> 挨拶ができる （社会資源の利用） <input type="checkbox"/> 銀行・図書館の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 （安全管理） <input type="checkbox"/> 服薬遵守の方法 <input type="checkbox"/> 火の後始末の方法	<input type="checkbox"/> 私物確認 <input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 受診日確認 <input type="checkbox"/> 看護計画評価
精神面の対応	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる <input type="checkbox"/> 安定した生活が送れる	
緊急時対応	<input type="checkbox"/> 不安なときの対応 <input type="checkbox"/> 災害時の対応	<input type="checkbox"/> 対人トラブル時対応 <input type="checkbox"/> 病院への対応	

*西紋病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

精神科デイケアクリティカルパス (例)*

	試験通所	開始時	～1週間	～1か月	～半年	～1年
書類	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 週間プログラム <input type="checkbox"/> 試験通所指示 (主治医)	<input type="checkbox"/> 通所申込書 <input type="checkbox"/> 本人・家族の記録 <input type="checkbox"/> 開始指示 (主治医)		<input type="checkbox"/> 個別評価表	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示
支援内容	<input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 施設案内 <input type="checkbox"/> ルール確認 <input type="checkbox"/> 食事説明 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認 <input type="checkbox"/> 本人の意向の確認	<input type="checkbox"/> 居場所の確保 <input type="checkbox"/> 場への慣れ <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認	<input type="checkbox"/> 面接及び評価 <input type="checkbox"/> 問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 個別アプローチの検討 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認		
確認事項	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療制度 <input type="checkbox"/> 通所方法 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 通所意思 <input type="checkbox"/> 家族の意向	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の提示 <input type="checkbox"/> 自立支援医療カードの確認	<input type="checkbox"/> 通所意思の確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整			

再入院防止クリティカルパス (例)*

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	<input type="checkbox"/> 通院・服薬ができる <input type="checkbox"/> 作った生活リズムを崩さない	<input type="checkbox"/> 生活ペースに慣れる <input type="checkbox"/> 外来スタッフと話せる	<input type="checkbox"/> 生活ペースの確立 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談	<input type="checkbox"/> 生活の幅の拡大 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談
基本的生活の援助	<input type="checkbox"/> ADLの変化の確認 <input type="checkbox"/> 生活状況を把握			
通院・服薬の援助	<input type="checkbox"/> 通院・服薬の重要性の説明 <input type="checkbox"/> 服薬時間の適切性を把握	<input type="checkbox"/> 服薬に支障をきたす要因に対応 <input type="checkbox"/> 受診状況の把握		<input type="checkbox"/> 処方変更に伴う不安への対応 <input type="checkbox"/> 単独での通院可能性の検討
社会生活の援助	<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度の申請の検討 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の申請の検討 <input type="checkbox"/> 障害年金申請の検討	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況を把握 <input type="checkbox"/> 社会参加に向けた社会資源の検討	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況の再評価
家族への援助	<input type="checkbox"/> 不安の傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の本人への接し方を評価		<input type="checkbox"/> 本人への対応についてのアドバイス	<input type="checkbox"/> 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

*揖保川病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

どんな精神科疾患から 精神科地域連携パスを作成するか？

- 1: 典型的うつ病を想定した入院治療希望
- 2: 典型的統合失調症を想定した入院治療希望
- 3: プライマリケア医からのうつ病疑い精査加療希望
- 4: 認知症が疑われる高齢者の精査加療希望
- 5: アルツハイマー型認知症のBPSDを想定した入院治療希望
- 6: 基礎疾患のある高齢者のせん妄精査加療希望

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)

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)

	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

連携パスで意識する必要があること

対象者:どのような患者さんに？

- あなたは目標を設定していますか？

どうなることを目指して(ゴール)？

- その目標を書きとめていますか？

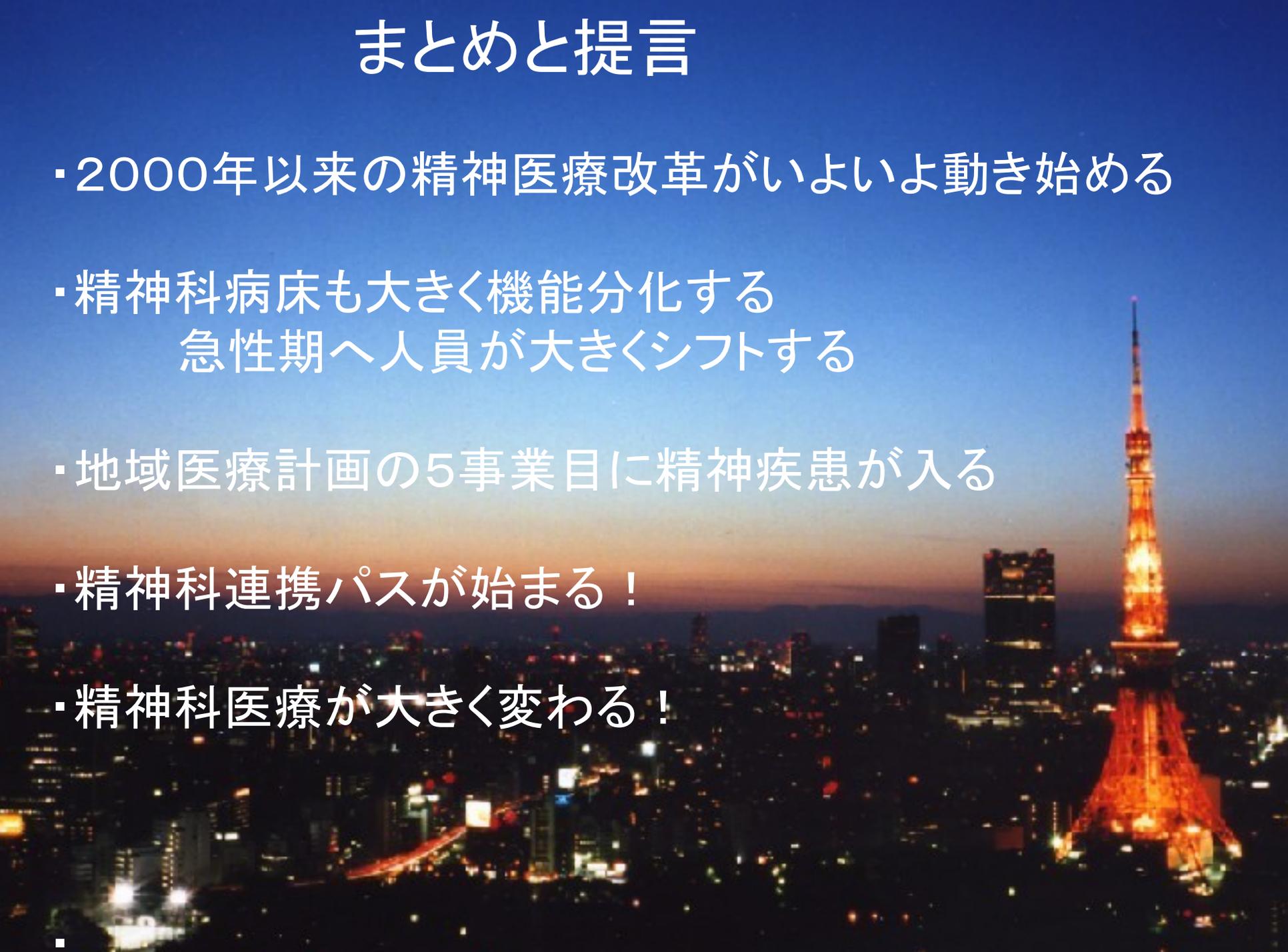
ゴールを共有できるどのようなツールを用いて？

- 目標達成の計画はありますか？

内容:何を、いつ、提供するのか

まとめと提言

- 2000年以来の精神医療改革がいよいよ動き始める
- 精神科病床も大きく機能分化する
急性期へ人員が大きくシフトする
- 地域医療計画の5事業目に精神疾患が入る
- 精神科連携パスが始まる！
- 精神科医療が大きく変わる！



医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, 精神科連携パス etc
- 好評発売中



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp