

科目5

精神疾患の基礎知識

講義3

精神科医療機関の役割

精神科医療機関の役割

精神科医療機関の種類

• 精神科病院

- 精神科を中心とした病院
- 急性期から慢性期など機能に応じた複数の病棟を持つ。
- 外来、入院、デイケア、訪問看護など多様な診療機能を有する。

• 総合病院精神科

- 総合病院の中に精神科がある。
- 病床数は少ないことが多い。
- 脳疾患・身体疾患の診断・治療、身体合併症を有する精神障害者の治療が強み。

• 精神科診療所

- 受診のハードルが低い。
- デイケア、訪問看護など多機能を持つ診療所もある。

それぞれの施設ごとに特徴が異なるので、上手く強みを活用する

精神科医療機関の機能

• 診断

• 診察

- 経過、精神症状、下記にある検査所見等から総合的に診断

• 検査

- 心理検査、画像検査、血液検査、脳波検査等

• 治療

- 精神療法、薬物療法、電気けいれん療法、心理社会的治療等

- 入院加療(単科精神科病院、総合病院精神科)

- 外来のほか、施設によってはデイケア、訪問診療、訪問看護、オンライン診療等の多様な治療選択

- 精神科医療機関は精神障害の見立てやその後の治療で重要な役割を果たす。
- 生活支援機能は、障害福祉サービス、介護保険サービスなどほかの機関との連携が必要。

「入院が必要」と考えられるとき

地域生活の継続が困難になる症状が生じたとき

- 精神症状の著しい悪化
- 危機的状況(切迫した自殺の危険、他害のおそれなど)
- 身体状態が悪い(経口摂取不可能、薬物副作用、身体合併症など)
- 外来では困難な治療への導入の必要性
- 療養への専念の必要性

入院治療でできること

- 生活環境を離れた、刺激の少ない、見守りのある場でゆっくり休む。
- 本人・家族との面接、検査などによるアセスメント
- 集中的な心理社会的治療の導入
- 副作用等をモニターしながらの十分量の薬物療法の導入・調整

入院期間は目的を明確にしてなるべく短期で行うことが望ましい

精神障害者の入院形態 その1

1. 任意入院(法(※)第20条)

精神障害のために入院治療が必要で、患者本人が入院に同意した場合

2. 医療保護入院(法第33条)

- 精神障害のために入院治療が必要にもかかわらず、任意入院が行われる状態にないと精神保健指定医が判断し、家族等の同意を得られた場合に入院できる
- 自傷他害のおそれの要件はない

(※) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

精神障害者の入院形態 その2

3. 応急入院(法第33条の6)

精神障害のため入院治療が必要だが、任意入院が行われる状態になく、急速を要し、家族の同意が得られない場合に、72時間に限り応急入院指定病院に入院できる

4. 措置入院(法第29条)/緊急措置入院(法第29条の2)

- 措置入院は、精神障害があり、警察官等からの通報、届出等により措置診察を行った精神保健指定医が自傷他害のおそれがあると認めた場合(指定医2名以上の判断が一致)
- 緊急措置入院は、急速を要し、直ちに入院させる必要がある場合(指定医1名が判断。72時間以内に指定医2名以上による判断が必要。)

- 基本的には本人の同意に基づく任意入院となるように努める。
- 任意入院以外は非自発的入院。
- 特に措置入院の要件は厳格に規定されている。

非自発的入院の適応の考え方

○非自発的入院の適応が考えられるもの

本人の判断能力が精神障害によって損なわれる例

1. 幻覚・妄想状態
2. 双極性障害による興奮状態
3. うつ病の昏迷状態や強い希死念慮
4. 脳の異常によって生じた精神状態(脳や身体の疾患からくる精神障害、認知症の行動・心理症状<BPSD>、精神作用物質による急性精神病状態)

○非自発的入院の適応が考えにくいもの

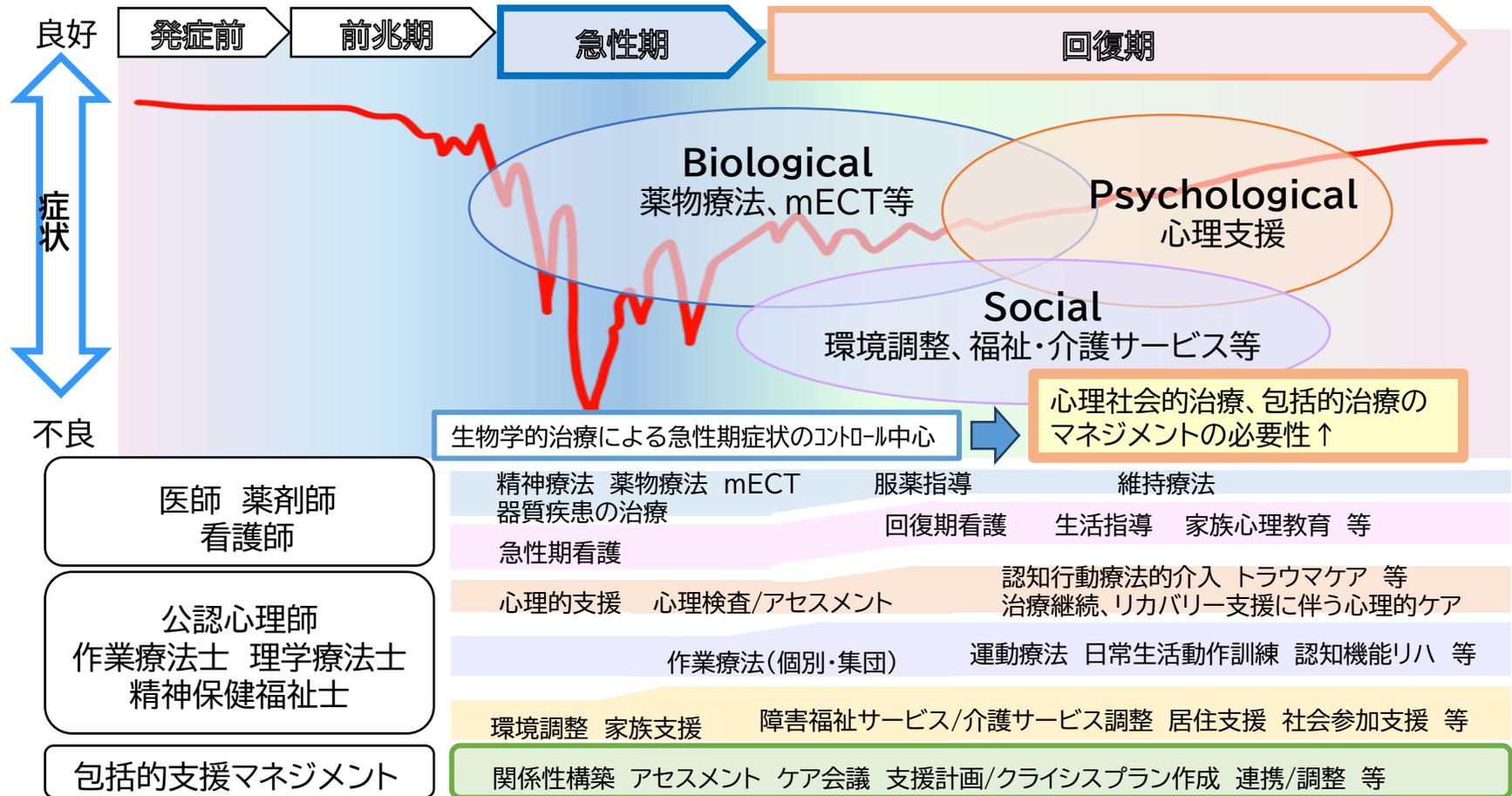
上記とは考えにくいものの例

1. 酩酊
2. パーソナリティ障害
3. 発達障害

ただし、2,3については、切迫した自殺念慮や頻回の衝動行為等などで危機介入が必要な場合、非自発的入院の適応となる場合もある

- 本人の意向を尊重しつつ、入院加療の必要性を説明することが大切。
- 非自発的入院の結果、却って治療中断する事例もある。
- 緊急性の判断と長期的な治療経過を両方考慮することが大切。

精神疾患の経過と入院による治療内容のイメージ図



(令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」報告書
(研究代表者:藤井千代)より)

精神科医療機関との連携の仕方

外来

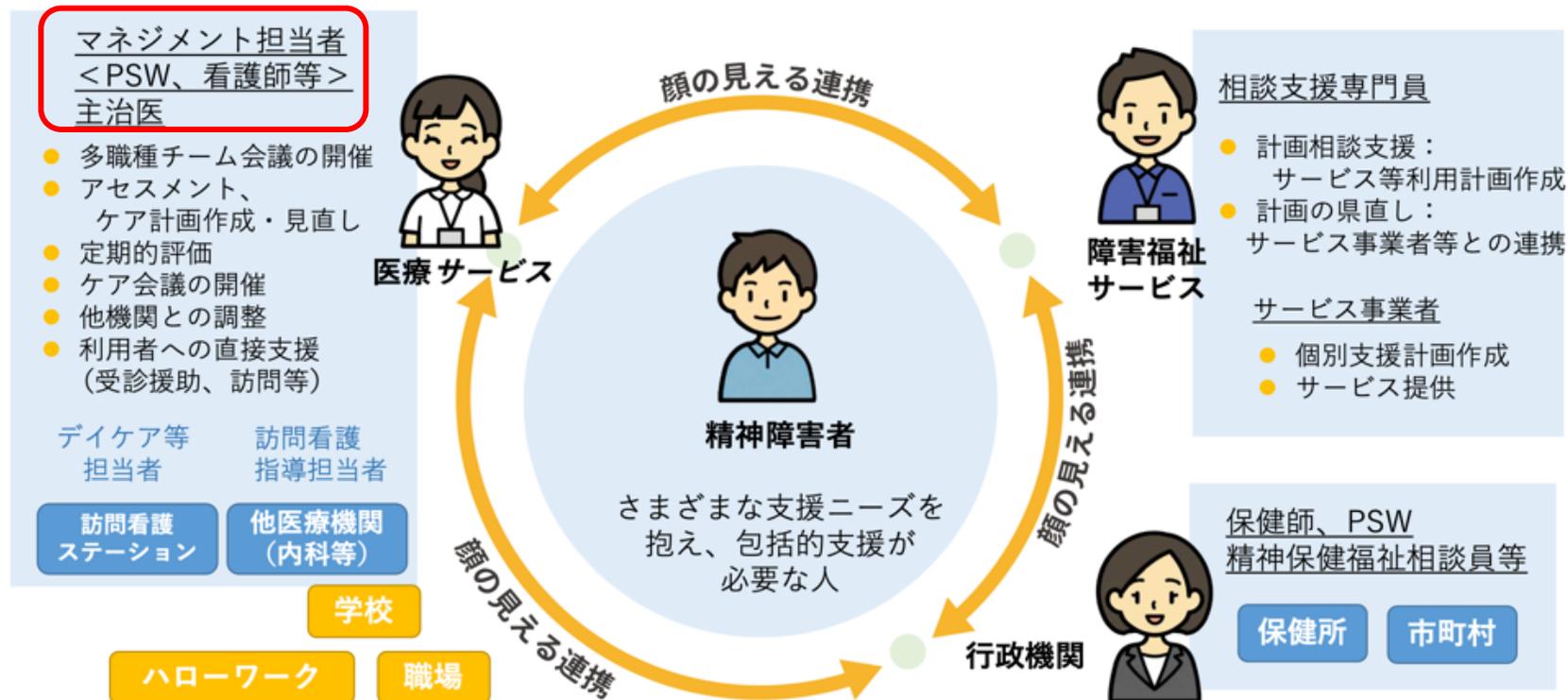
- 医師と直接連絡が取りにくい場合でも、医療連携室の精神保健福祉士や外来看護師と連絡を取ることによって、情報共有が可能。
- 本人の了承を得て診察に陪席することも情報共有・連携に有用。
→本人がどれくらい日頃の様子を医師に伝えられているのか、本人が医師の説明をどれくらい理解できているのかが分かる。

入院

- 本人の面会に行く、担当の退院後生活環境相談員（医療保護入院、措置入院）等と連絡を取る、ケア会議に出席するなど、病院との情報共有の機会を大切にする。
- 市町村長同意の医療保護入院者には、市町村担当者は速やかに面接して、担当退院後生活環境相談員等と継続的に退院に向けた調整を行うことが求められている
（「市町村長同意事務処理要領」最終改正障発1127号第4号令和5年11月27日）

- 医療機関は医学的治療の資源を有しているが、生活支援に関する資源は自治体や障害福祉や介護保険などが有している。
- 医療支援と生活支援のそれぞれの役割分担をしつつ連携する。

精神科医療機関も含めた連携ネットワーク



（国立精神・神経医療研究センター 藤井千代部長資料より）

- 医療機関では、精神保健福祉士や看護師が他機関との連携の窓口を担うことが多い
- 連携の担当者などが個別支援等を通して顔が見える関係になっておく

地方公共団体による退院後支援

- 精神科医療機関も含めた連携ネットワーク構築の一例
- 本人の同意のもと、退院後に医療・介護・障害福祉・就労などの包括的な支援体制を個別事例ごとに構築することにより、安定した地域生活を送れることを目指す
- 保健所設置自治体が中心となって支援計画を作成し、その後の地域支援につなげる
- 市区町村も、介護・障害福祉などの支援導入のほか、経済面の評価も含め必要な生活支援が導入できるような関わりが求められる

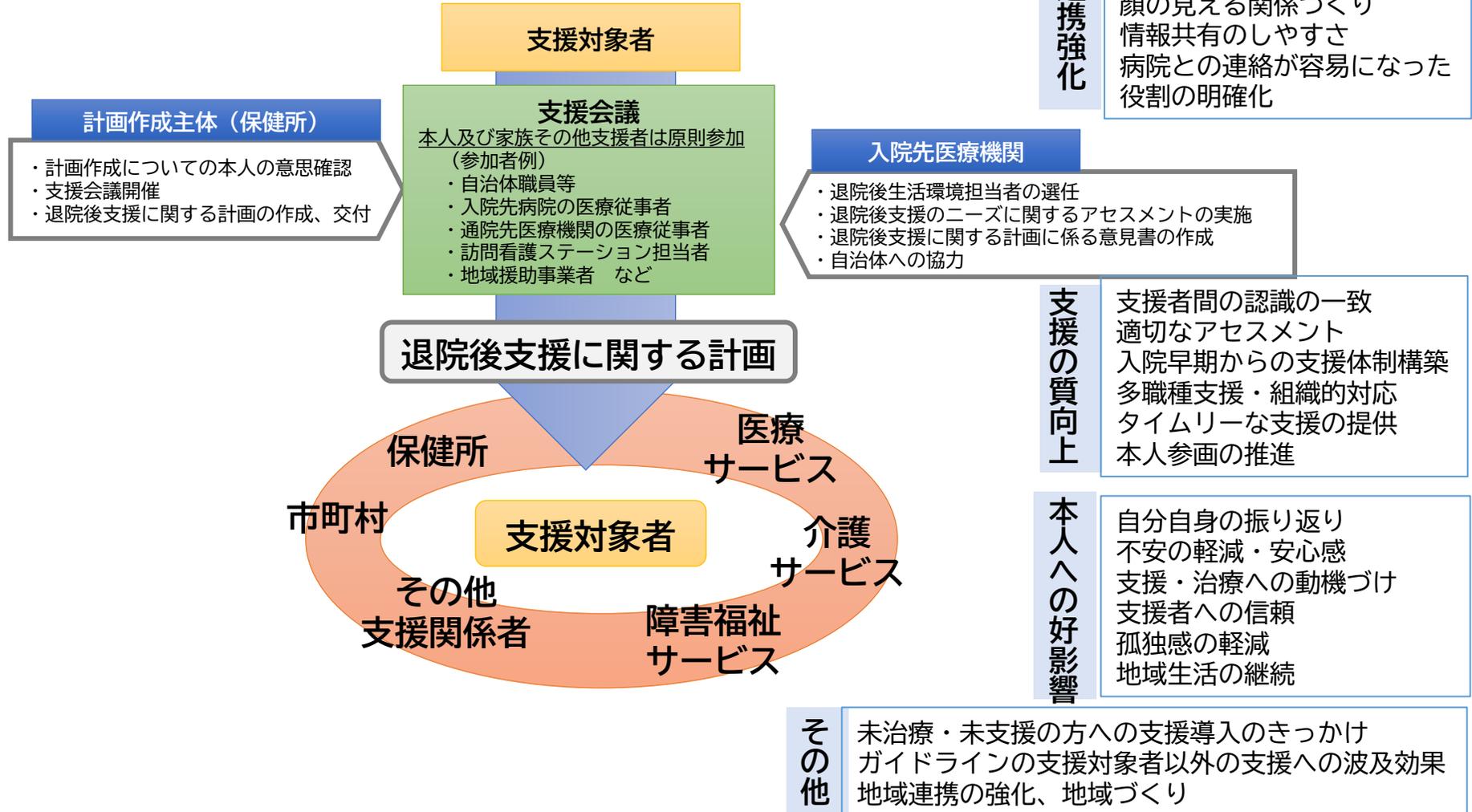
(厚生労働省:地方公共団体による退院後支援ガイドライン 2018)

- 医療・保健・福祉連携を促す制度として重要
- 関係機関の積極的な関与が求められる
- ここで得られた連携を他にも広げていくことが期待される

退院後支援の手順と効果

効果

退院後支援の流れ



診療報酬における医療機関と地域支援機関との連携を促進する方策

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

① かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

② 地域の精神科医療への貢献

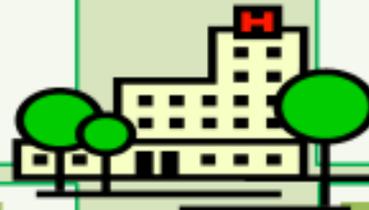
- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等

③ 精神科救急医療体制への参画

- 入院外医療の提供
夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

④ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

- 協議の場への参画
- 地域住民に対する普及啓発への参画及び協力
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等



出典: 令和3年3月18日「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書より抜粋、改変

医療機関と地域支援機関との連携を促進する診療報酬項目

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ - 4 - 5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援(イメージ)



精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新) 精神科入退院支援加算 1,000点(退院時1回)
(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算 300点(退院時1回)



[算定要件] (概要)

- (1) 原則として**入院後7日以内**に患者の状況を把握するとともに**退院困難な要因を有している患者を抽出**する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として**7日以内**に**患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合い**を行うとともに、関係職種と連携し、**入院後7日以内**に**退院支援計画の作成に着手**する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、**入院後7日以内**に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同して**カンファレンスを実施**する。
- (4) 当該患者について、**概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施**し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

[施設基準] (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に**専従の看護師及び専任の精神保健福祉士**又は**専従の精神保健福祉士及び専任の看護師**が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。

ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い**連携する機関の数の合計が10以上**であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち**少なくとも3つ以上の連携**を有していること。

(イ) 他の保険医療機関

(ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者

(ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等

(ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者

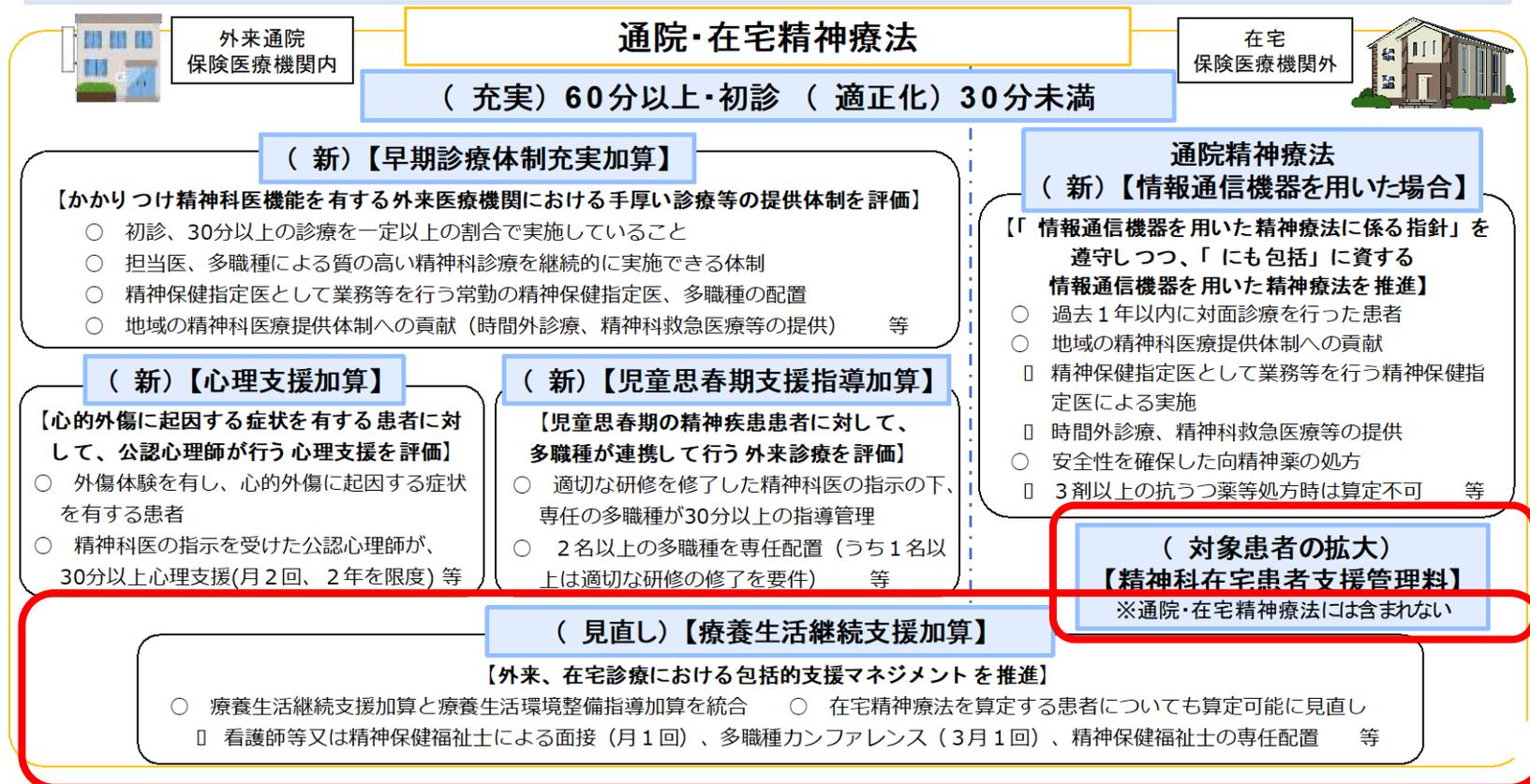
(ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署

イ **直近1年間**に、**地域移行支援**を利用し退院した患者又は**自立生活援助**若しくは**地域定着支援**の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が**5人以上**であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供
 - 地域に貢献する精神科医・医療機関におけるかかりつけ精神科医機能を評価
 - 手厚い診療に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援を評価
 - 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた地域生活支援を充実



療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

- 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

現行	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (概要) 注8 (療養生活環境整備指導加算) 注9 (療養生活継続支援加算) 通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>[施設基準] (概要) (1) 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (概要) 旧注8 (削除) 注8 (療養生活継続支援加算) 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 直近の入院において精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点</p> <p>ロ イ以外の患者の場合 350点</p> <p>[施設基準] (概要) (1) 当該支援に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき30人以下であること。</p> <p>(削除) □ 旧注8 (療養生活環境整備指導加算) について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。 □ 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。</p> 

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直し、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を算定患者に追加する。

現行

【「1」「2」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等

- 以下のア及びイに該当する患者
 - ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者
 - イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者

【「1」「2」のロ】重症患者等

- 上記のア又はイに該当する患者
- 以下のアからウまでの全てに該当する患者
 - ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
 - イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者
 - ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度が40以下の者

改定後

- ア及びイ又はウに該当する患者
ア、イ（略）

ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者

- （略）
- 以下のアからウまでの全て又はエに該当する患者
ア～ウ（略）

エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者

(参考) 精神科在宅患者支援管理料

管理料1（当該保険医療機関が訪問看護を提供）
※6月を限度

- イ 集中的な支援を必要とする重症患者等
- ロ 重症患者等

管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）※6月を限度

- イ 集中的な支援を必要とする重症患者等
- ロ 重症患者等

管理料3

※「1」又は「2」の開始日から2年を限度

管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合

精神科医療機関の役割 まとめ その1

- 精神科医療機関には、精神科病院、総合病院精神科、精神科診療所がある
- 精神科医療機関は、診断、治療(心理社会的治療・薬物療法・リハビリテーション)などの機能があり、精神障害者や精神保健に課題を抱える人たちの支援で重要な役割を果たしうる
- 精神科医療機関との連携には、精神保健福祉士や看護師などの担当者との連絡調整が有用であるが、ケア会議への出席や外来診療への陪席なども有用である

精神科医療機関の役割 まとめ その2

- 地域生活が困難になる様々な不具合が生じた時に、精神科医療機関への入院が適応となる
- 入院形態には、任意入院、医療保護入院、応急入院、措置入院などがあるが、基本的には任意入院が望ましい
- 特に市町村長同意の医療保護入院や自治体による退院後支援などでは、精神障害者が退院後に安定した地域生活ができるように、医療機関をはじめとした関係機関と連携していくことが重要である
- 診療報酬でも、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築推進のため、医療機関と地域の支援機関との連携を促進する項目が整備されており、今後の一層の連携が期待される

科目5 精神疾患の基礎知識

まとめ

科目5精神疾患の基礎知識 まとめ その1

- 精神疾患のある人の支援では、診断→薬物療法＝問題解決という単純な形ではない。心・体・脳の個人の側の問題に加えて、個人の生活状況・環境も含めた包括的な視点が大切。
- 問題行動や症状なども、本人の病状と環境との相互作用で生じてくる場合が多い。本人の生活歴を、環境とのやりとりも含めて聞き取っていくことで、本人の行動も理解できてくることが少なくない。
- 精神疾患の支援では、本人の希望や関心を尊重しながら、包括的な支援を提供するとともに、家族など周囲も支えることが大切。

科目5 精神疾患基礎知識 まとめ その2

- 精神科医療機関は精神疾患の診断・治療に重要な役割を果たす。精神疾患の予防や早期発見・早期治療のためにも、日頃からの顔が見える関係を作っておく。
- その一方で、心理社会的治療や支援では、精神科医療機関だけではなく、自治体をはじめ、さまざまな関係機関の協働が大切。
- 診療報酬でも、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進のための方策が整備されてきており、今後の医療機関との連携促進が期待される

今後の学習のために

- ICD-10 精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院
- DSM-5-TR 精神疾患の診断と分類の手引き. 医学書院
- メンタルヘルス・ファーストエイド:こころの応急処置マニュアルとその活用. 創元社
- こころの苦しみへの理解:トータルメンタルヘルスガイドブック. 中央法規
- 共生社会のための精神医学. 中央法規
- 厚生労働省:地方公共団体による退院後支援ガイドライン<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>から該当項目にアクセス可能
- eーヘルスネット(厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト)
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart>
- 英国王立精神科医学会 日本語版こころの健康ガイド
<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/japanese>

ご視聴ありがとうございました。

続いて、

【科目6】精神保健福祉の相談支援
の動画をご覧ください。

【動画作成】

厚生労働行政推進調査事業費補助金

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」分担研究

「自治体における包括的ケアの推進に関する研究」

【作成協力】

全国精神保健福祉センター長会