

看護に必要な

精神保健制度 ガイド

監修

野中 猛

日本福祉大学研究フェロー

編集

植田俊幸

鳥取県立精神保健福祉センター

佐々木明子

東京医科歯科大学大学院

保健衛生学研究科地域保健看護学

第3版

中山書店

まえがき(「第3版」)

わが国の精神保健や福祉の仕組みは現在進行形で変化しています。本書初版が刊行されたのは2008年でしたが、このあいだ、診療報酬制度も介護報酬制度も改定され、「障害者自立支援法」が「障害者総合支援法」へ移行することになり、「学校保健法」が「学校保健安全法」に名称変更となり、「社会福祉士及び介護福祉士法」や「保健師助産師看護師法」などに関する法律が一部改定されています。

精神保健や福祉をめぐるわが国の状況は、これまでの遅れを急ぎ取り戻すかのように、法律の上でも新しい概念、仕組み、技術が導入されています。それにあわせ第3版から新たに加えた項目は、認知症患者センター、アウトリーチ事業、医療機関との連携、相談支援専門員、当事者スタッフ、ピアサポーターです。その動向にも明らかのように、新たなチームメンバーや社会資源が増えており、ますますネットワークが求められています。その他の項目についても、実情にあわせて大幅に書き換えたり、読みやすい図表に変更したりしてあります。

制度や法律は、それに関連した事例に出会った際、関連する記事を見たり、仲間内で話題にしたりすることで理解が進むものです。本書もそんなときに参考にするといいでしょう。当該ページに前後する関連項目を少し広めに読んでみると、さらに知識の整理が進みます。精神保健福祉士や作業療法士など他職種に直接聞いてみることもお勧めします。法律の裏側にあるニュアンスや実情、実際的な手続きなども具体的に理解できますし、多職種チームの連携がスムーズになります。

法律や制度の仕組みは改定されるたびに複雑さを増していきますから、すべてを自分で覚えるという構えよりも、必要なときには適切な人に聞くことができるネットワークが大切になります。自分だけで How To (何とかする) よりも、必要なときに To Whom (誰かに聞く) という戦略はいかがでしょうか? その折にも本書は最初の手引きとして活用できることでしょう。

今後も機会があるたびに改訂を予定しますので、読者のご意見をいただければ幸いです。

2012年11月

野中 猛

まえがき(「初版」)

精神科医療は、社会的な偏見と科学的追究の遅れから、他の診療科とはやや異なる扱いがされてきました。精神科医療は、単に生物学的な治療だけではない心理社会的な対応が求められ、ときに強制的な治療が必要となる領域です。そのため、他科にはない特殊な法制度が多数存在し、診療報酬や施設体系でも異なる点が多数みられます。

一方、1970年代に始まった先進諸国の脱施設化に大きく遅れながらも近年、わが国では精神科をめぐる社会的視点が変化してきました。'87年の「精神保健法」の改正において精神障害者の社会復帰・社会参加がはじめて法的に認められ、'93年の「障害者基本法」において精神障害者も障害をもつ者として正式に対象化され、制度的に他の障害と同等となったのは「障害者自立支援法」が施行された'06年で、ごく最近のことです。世界に類をみない長期在院についても、'04年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を契機に地域移行が強力に推し進められています。また近年では、自殺者急増の背景にある気分障害の増加、学校保健や産業保健上のメンタルヘルスへの注目など、広く心のケアとして精神科に対する期待が高まっています。同時に、統合失調症をもつ方々自身が、セルフヘルプ活動を基礎に、自分たちの意見を公的に表明することも多くなり、わが国における精神保健や福祉の印象も一昔前に比べると様変わりしてきました。

こうした状況において、精神保健や福祉をめぐる法や制度は相当に複雑になり、専門職にとっても把握が難しいものになっています。そこで本書では、精神科医療に携わる多数の専門職の方々に、わかりやすく制度を理解してもらえるように整理し、可能な限り、図表を多用し、見やすくわかりやすい構成を心がけました。他科で働く方々や、他の障害を専門にしてきた方々にとっても、あらためて精神科医療を知るために有用になることでしょう。

精神保健や福祉の制度は現在進行形で改革を続けています。本書も、機会があるたびに改訂を予定しますので、読者のご意見をいただければ幸いです。

2008年5月

野中 猛

CONTENTS

図表	精神保健制度全体図	野中 猛	x
----	-----------	------	---

1章 社会保障制度

Summary	佐々木明子	2
---------	-------	---

図表	医療保険制度と国民医療費	4
----	--------------	---

1.	医療保険	錦織正子	6
2.	高齢者の医療	錦織正子	8
3.	公費負担医療制度	錦織正子	10
4.	国民医療費	錦織正子	12
5.	精神障害者保健福祉手帳制度	錦織正子	14
6.	障害年金	錦織正子	16
7.	生活保護制度	錦織正子	18

2章 医療保険制度

Summary	野中 猛	22
---------	------	----

図表	健康保険制度と診療報酬の仕組み	24
----	-----------------	----

1.	医療保険制度の仕組み	天谷真奈美	26
2.	診療報酬の体系	阿部由香	28
3.	診療報酬の決まり方	阿部由香	30
4.	診療報酬制度	阿部由香	32
5.	支払い方式	阿部由香	34
6.	初診料, 再診料	田中留伊	36
7.	調剤料	田中留伊	38
8.	紹介状	田中留伊	40
9.	入院基本料	田中留伊	42
10.	特定入院料	田中留伊	44

11. リハビリテーション料	田中留伊	46
12. 保険適用外の医療	板山 稔	48
13. 高額療養費制度	板山 稔	50
14. 高額医療費貸付制度	板山 稔	52
15. 高額医療・高額介護合算制度	板山 稔	54
16. 訪問看護	天谷真奈美	56

3章 介護保険制度

Summary	佐々木明子	60
---------	-------	----

図表 介護保険の仕組み		62
-------------	--	----

1. 介護保険とは何か	善生まり子	64
2. 保険料	善生まり子	66
3. 利用者の負担	善生まり子	68
4. 要支援・要介護状態区分	善生まり子	70
5. 給付サービス	善生まり子	72
6. 申請方法と審査	善生まり子	74
7. 介護保険施設の種類	善生まり子	76
8. 在宅サービス	天谷真奈美	78
9. 居宅介護支援費	善生まり子	80
10. 介護予防	善生まり子	82
11. 地域支援事業	善生まり子	84

4章 精神科医療機関

Summary	植田俊幸	88
---------	------	----

図表 精神科における医療機関		90
----------------	--	----

1. 診療科の種類	篁 宗一	92
2. 精神科病院	篁 宗一	94
3. 精神病床	篁 宗一	96
4. 精神療養病棟	篁 宗一	98
5. 認知症疾患医療センター	天笠 崇	100

6. 退院促進支援・地域移行支援	篁 宗一	102
7. 精神科救急入院料病棟（スーパー救急病棟）	篁 宗一	104
8. アウトリーチ推進事業	野口正行	106
9. 医療機関との連携	天笠 崇	108

5章 関係職種

Summary	佐々木明子	112
----------------	-------	-----

図表 医療保健福祉にかかわる専門職の主な活動場所		114
---------------------------------	--	-----

1. 専門看護師	山崎恭子	116
2. 認定看護師	山崎恭子	118
3. 保健師	山崎恭子	120
4. 訪問看護師	山崎恭子	122
5. 精神保健指定医	植田俊幸	124
6. 薬剤師	廣嶋 薫	126
7. 管理栄養士，栄養士	鳥山千恵理	128
8. 臨床心理士	津川律子	130
9. 精神保健福祉士	大谷京子	132
10. 社会福祉士	田中千枝子	134
11. 作業療法士	香山明美	136
12. 理学療法士	徳田勝寛	138
13. ジョブコーチ	山崎恭子	140
14. 介護支援専門員	山崎恭子	142
15. 介護福祉士，訪問介護員	山崎恭子	144
16. 相談支援専門員	山崎恭子	146
17. 当事者スタッフ，ピアサポーター	相川章子	148

6章 入院形態，行動制限

Summary	植田俊幸	152
----------------	------	-----

図表 入院形態		154
----------------	--	-----

1. 任意入院	秋山美紀	156
---------	------	-----

2. 任意入院の同意	秋山美紀	158
3. 任意入院患者の処遇	秋山美紀	160
4. 医療保護入院, 応急入院	秋山美紀	162
5. 措置入院	秋山美紀	164
6. 精神医療審査会	秋山美紀	166
7. 精神障害者の移送手続き	秋山美紀	168
8. 信書・電話・面会の制限	秋山美紀	170
9. 身体的拘束	秋山美紀	172
10. 隔離	秋山美紀	174
11. 無断離院の対応	秋山美紀	176

7章 権利擁護

Summary	植田俊幸	180
---------	------	-----

図表 保護者となる者		182
------------	--	-----

1. 保護者	小野ミツ	184
2. 保護者の役割	小野ミツ	186
3. 成年後見制度の仕組み	金藤亜希子	188
4. 成年後見人の役割	金藤亜希子	190
5. 法定後見制度の申し立ての手続き	金藤亜希子	192
6. 任意後見制度	金藤亜希子	194
7. 手続きなどの相談場所	小野ミツ	196
8. 社会福祉協議会	金藤亜希子	198

8章 自傷他害をめぐる制度

Summary	植田俊幸	202
---------	------	-----

図表 自傷他害をめぐる法律		204
---------------	--	-----

1. 児童虐待	米山奈奈子	206
2. 高齢者虐待	米山奈奈子	208
3. DV (ドメスティック・バイオレンス)	米山奈奈子	210
4. 薬物乱用	米山奈奈子	212

5. 刑法抵触行為	板山 稔	214
6. 自殺	板山 稔	216
7. 医療観察法	板山 稔	218
8. 医療観察法の処遇	板山 稔	220

9章 障害者総合支援法

Summary	植田俊幸	224
----------------	------	-----

図表 障害者総合支援法の仕組み		226
------------------------	--	-----

1. 障害者総合支援法の概要	安保寛明	228
2. 利用の手続き	安保寛明	230
3. 障害者総合支援法の内容	安保寛明	232
4. 日中活動のサービス体系	安保寛明	234
5. 居住支援のサービス体系	安保寛明	236
6. 相談支援と地域生活支援事業	安保寛明	238
7. 協議会と障害福祉計画	安保寛明	240

10章 地域保健

Summary	植田俊幸	244
----------------	------	-----

図表 地域における精神障害者の支援		246
--------------------------	--	-----

1. 精神保健福祉センター	雑賀倫子	248
2. 保健所	雑賀倫子	250
3. 市町村	雑賀倫子	252
4. 保健センター	雑賀倫子	254
5. 訪問看護ステーション	雑賀倫子	256
6. 精神障害者への就労支援	森田久美子	258
7. 学校保健	森田久美子	260
8. 産業保健	森田久美子	262
9. 当事者組織	森田久美子	264

索引		267
-----------	--	-----

精神療養病棟

病床がもつ特異性を「特定の機能を担う病床」として、診療報酬上、認められているものに「特定入院料」があります（2章「10. 特定入院料」を参照）。そのなかの一つに精神科の慢性期の治療を支える「精神療養病棟入院料」があります。1994年に認められて以来、病床数は増えており2010年7月1日時点で836の医療機関が登録しています¹⁾。

精神療養病棟は「主として長期にわたり療養が必要な精神障害者が入院する病棟」として認められたもので、在院日数に制限はありません。基準を満たすことにより、診療報酬の点数として認められています。算定は「包括払い」（2章「5. 支払い方式」を参照）で行われます。

診養報酬の点数

'12年の診療報酬改定において、精神科慢性期入院医療が評価され、



精神科専門療法

'08年に新設された「精神科継続外来支援・指導料」は、精神科外来の医師が患者や家族などに対し、主に病状・服薬状況、副作用の有無などの確認を支援した場合、1日につき55点を算定できます。また、精神科を担当する医師のもと、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士が患者や家族などに対し、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、「保健師等による支援加算」（1日につき40点）が加算できます。

'10年に新設された「認知療法・認知行動療法」は'12年の改定で「1」と「2」に分けられました。「2」は従来どおりで精神科以外でも算定（420点〈1日〉）できますが、「1」は精神科で、精神科救急医療体制の確保に協力などを行っている精神保健指定医が行った場合に500点（1日）が算定できます。また'12年の改定では、地域での精神科医療を評価するため、「精神科デイ・ケア」「精神科ショート・ケア」も見直され、退院予定の患者がこれらのサービスを利用した場合にも算定できるようになりました。

表6 精神療養病棟の施設基準

目的	主として長期の入院を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること
医師・看護職員の配置	医療法に定められた医師または看護職員の員数以上の配置
入院者数	届け出を超えて入院させない
病院常勤者	<ul style="list-style-type: none"> ●精神保健指定医2人以上の配置 ●精神保健福祉士または臨床心理技術者
病棟常勤者	精神保健指定医1人以上の配置および作業療法士または作業療法の経験を有する看護職員の配置
病棟における看護職員および看護補助者	<ul style="list-style-type: none"> ●1日に看護を行う看護職員および看護補助者の数は、常時、病棟の入院患者の数が15人に対して1人またはその端数を増すごとに1人以上増すこと ●看護職員および看護補助者の最小必要数の5割以上が看護職員であること ●看護職員の最小必要数の2割以上が看護師であること
夜勤帯の職員	看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1人以上は看護職員であること
病棟の病床数	1看護単位あたり60床以下
病棟における1病室の病床数	6床以下
病棟床面積	患者1人につき18㎡以上
病室床面積	患者1人につき5.8㎡以上
病院に必要な設備	作業療法室または生活機能回復訓練室
病棟に必要な設備	談話室、食堂、面会室、浴室（シャワー室）、および公衆電話
病棟における鉄格子	ないこと（既存の病棟は届出後1年間の経過措置がある）
金銭管理	病棟において、金銭管理が行われていること

精神科療養病棟入院料が1,050点から1,061点となりました。また、重症者を受け入れている病棟の評価などのため、重症者加算も「1」（60点）と「2」（30点）に分けられました。ただし、医療法に義務づけられている医師や看護職員の配置の基準を満たさなければ、特定入院料から減額されます。また、病床の広さなどにも基準があります（表6）。

●文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. 第1回精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会（資料）. 2012.

医療観察法

精神症状に起因して他害行為を行った精神障害者に対し、従来は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」に基づく措置入院制度などで対応していました。しかし、重大な他害行為を行った精神障害者に対しては、一般の精神障害者と同様のスタッフや施設のもとでは専門的な治療が困難である、退院後の継続的な医療を確保するための制度がないなどの問題が指摘されていました。そのため、2005年7月に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」が施行されました。

目的

目的は対象者の症状の改善を図り、同様の行為の再発防止を考慮しながら、社会復帰を円滑に進めていくことです。加害者である医療観察法の対象者にも再び不幸な事態が繰り返されないように、専門的な支援のもとで社会復帰を促進することがきわめて重要であるといえます。

対象者

対象者は「心神喪失または心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った者」です。「心神喪失」とは精神の障害により善悪を弁識する能力、またはそれによって行動する能力が失われた症状をいい、「心神耗弱」とは精神の障害により、上記の2つの能力が著しく衰退している状態をいいます。「重大な他害行為」とは殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害（軽微なものは対象とされないこともある）にあたる行為をいいます。対象者を具体的にいうと、重大な他害行為を行い、①心神喪失または心神耗弱と認められて不起訴処分となった者、②心神喪失を理由として無罪が確定した者、③心神耗弱を理由として刑が減輕され実刑とならなかった者（執行猶予）になります。

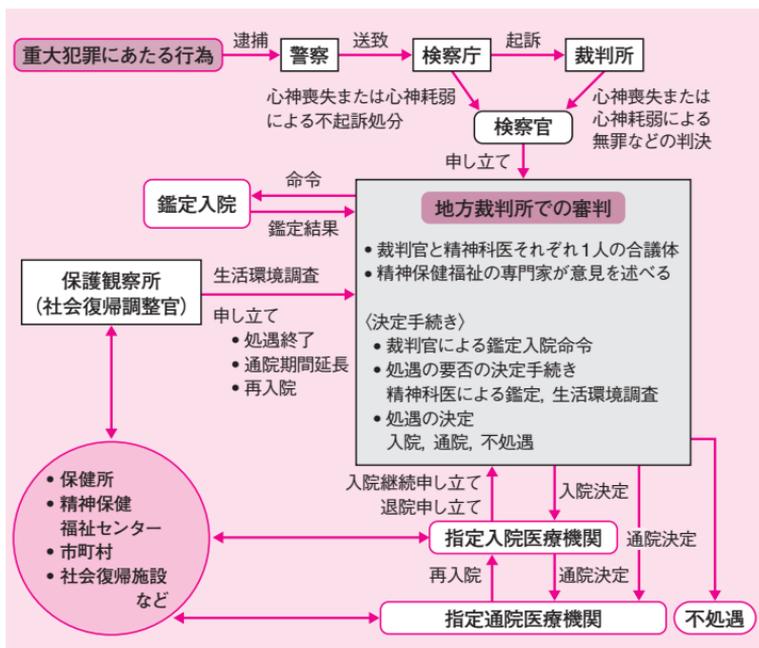


図4 医療観察法の処遇の流れ

対象者の処遇(図4)

検察官が地方裁判所に、この法律による処遇の要否や内容を決定するよう申し立てをし、その審判により対象者の処遇が決定します。申し立てを受けた裁判所では、裁判官と精神科医(精神保健審判員)それぞれ1人ずつからなる合議体(処遇裁判所)を構成し、両者がそれぞれの専門性を活かして審判を行うことになります。処遇には、入院決定、通院決定、不処遇(医療観察法による医療を行わない)があります。

審判の過程では、合議体の精神科医とは別の精神科医による詳しい鑑定を入院によって行います(鑑定入院)。また、保護観察所の社会復帰調整官による生活環境(居住地や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービスなど)の調査が行われます。さらに、裁判所は必要に応じて精神保健福祉の専門家(精神保健参与員)の意見も聴きます。

障害者総合支援法の概要

障害のある人が地域で生活する場合、身近に相談できる人がいない、適した住まいを見つけにくい、働くきっかけや働き続ける支援が少ないなど、苦勞が生じることがあります。このようなときにサービスを受けられるよう、2013年4月1日より「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が施行されます。この法律は「障害者自立支援法（自立支援法）」をもとにしながら自立支援法ではできなかったさまざまな点が変更されています（図1）。

障害者総合支援法の特徴

理念：障害福祉そのものを「基本的人権を享有する個人としての尊厳」

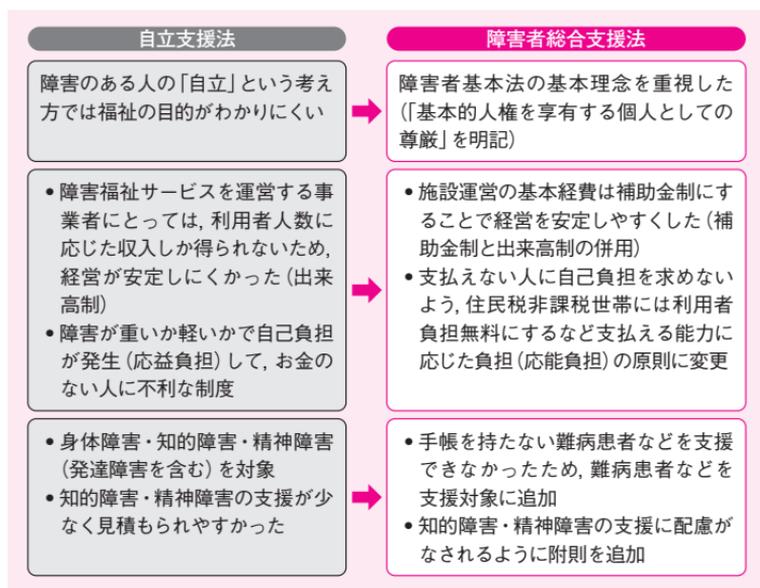


図1 自立支援法から障害者総合支援法への主な変化

であると決めました。さらに、「障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合う」「社会参加の機会の確保」などの理念を規定しています。

標準的な支援の必要度：障害をもつ人に必要なサービスはさまざまありますが、人によって支援の内容や量は異なります。そこで、障害の内容や重さに応じて標準的な支援の必要度を計算して支援の必要性を6段階(区分1～6)に分け、区分が大きい人にはサービスが手厚くなるようにしています(同章「2. 利用の手続き」を参照)。

障害福祉サービスの運営が補助金と出来高制の両面に：障害福祉サービスの運営には、人件費や施設運営経費などの費用が必要です。自立支援法では、この費用を出来高制(利用者がいないと発生しないサービス経費)で障害福祉サービス事業者に支給していましたが、障害者総合支援法では、出来高制と補助金制(施設運営経費に関するサービス経費)を組み合わせることにしました。

利用者の負担は、自立支援法ではサービスを受けた分だけ払う「応益負担」が原則でしたが、障害が重くお金のない人と障害が軽くお金が多くある人で、障害の重い人ばかりが自己負担をするのは障害福祉サービスの原則に反するという指摘があり、支払える能力に応じた自己負担である「応能負担」という考え方に変更されています。

障害福祉サービスの対象：自立支援法では「身体障害」「知的障害」「精神障害(発達障害も含む)」を対象にしていました。一方で、障害者手帳を持つほどではないものの支援が必要な難病などの人には、サービスを届ける方法がほとんどなかったため、障害者総合支援法ではこれらの人にも対象が拡大される予定になっています。

市町村が実施、都道府県が指導という関係：障害福祉サービスは市町村および特別区(以下、市町村)が行うようになってきていますが、障害者総合支援法に基づくサービスでは実施主体も費用の申請先も市町村となります。都道府県の役割は、市町村が円滑に実施できるための研修や人材育成などに限定されるようになってきました。

看護に必要な 精神保健制度ガイド〔第3版〕

2008年6月30日 初 版第1刷発行
2009年6月20日 第2刷発行
2010年12月30日 第2版第1刷発行
2012年12月30日 第3版第1刷発行 ©〔検印省略〕

監 修 の なか たけし
野中 猛
編 集 う え た と し ゆ き さ さ き あ き こ
植田俊幸 佐々木明子
発行者 平田 直

発行所 株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100 (代表) 振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

装丁・DTP制作 公和図書デザイン室

印刷・製本 図書印刷株式会社

ISBN978-4-521-73678-5

Published by Nakayamashoten Co., Ltd. Printed in Japan

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

- 本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権（送信可能化権を含む）は株式会社中山書店が保有します。
- **JCOPY** <<社>> 出版社著作権管理機構 委託出版物
本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社) 出版社著作権管理機構（電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。