

精神科医療について

1. 現状・課題

(基本的な考え方)

平成22年診療報酬改定の結果検証項目として、病院勤務医の負担の軽減の状況調査、精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査、在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査、リハビリテーション見直しの影響調査、在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査、後発医薬品の使用状況調査の6項目について、平成23年度調査として着手することとしている。

このうち、平成23年4月20日中央社会保険医療協議会総会までに、病院勤務医の負担軽減、リハビリテーション、在宅医療等について検討を行った。これらに加え、結果検証項目として議論されていない精神科医療の取組みについて、検証・検討を進める。

また、精神入院医療に関連する精神科医療の診療報酬上の主な課題としては、身体疾患を合併する精神疾患患者の救急医療、認知症対策、精神療養病床、地域移行などがあり、今回、これらについても議論を進める。

精神保健医療改革への取組状況

精神保健医療福祉の改革については、平成16年9月に、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がとりまとめられた。「改革ビジョン」においては「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられ、これまで、医療法の改正や累次の診療報酬改定など、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開されてきた。

平成21年、改革ビジョンの中間点において、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示することを目的として、平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が取りまとめられ、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念の推進、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会、精神保健医療福祉の改革を更に加速することとされた。

さらに、平成22年6月17日に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により、第1ラウンドでは、精神障害者アウトリーチ（訪問支援）の充実についてとりまとめ、第2ラウンドでは、認知症と精神科医療について、認知症患者に対する精神科医療の役割を議論し、地域での生活を支

えるための精神科医療、地域全体の支援機能、BPSD を有する患者への精神科医療、身体疾患を合併している認知症患者への入院医療であり、これを更に推進することについてとりまとめ、今後さらに、これを具体化するための検討を行う予定としている。

身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療について

- 精神科救急医療施設の利用状況として、精神科救急医療施設数は微減しているが、精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数や、精神科医療機関への夜間・休日の受診/入院件数は増加している。
- 精神病床入院患者の約 14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有しており、また、救急救命センターに入院した精神科医療の必要性がある患者のうち、18.5%が身体・精神共に入院治療が必要等の報告がある。
- 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的として、精神科救急医療体制整備事業を進めており、47 都道府県で整備を行っているが、都道府県による地域差が存在している。
- 「精神科救急入院料」の届出施設は、2010 年 8 月 1 日時点で 80 施設となっている。
- 精神科救急に係る診療報酬上の評価は、平成 22 年度診療報酬改定において、身体合併症に対応する精神病棟の評価として「精神科身体合併症管理加算」の引き上げを行い、また、精神科急性期の特定入院料の引き上げとして、「精神科救急入院料」「精神科救急・合併症入院料」「精神科急性期治療病棟入院料」の評価を行った。
- 一方、身体疾患を有する精神疾患患者の入院については、精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する総合病院精神科等が担っているが、施設数、病床数ともに依然として減少している。このため、身体疾患を有する精神疾患患者の診療体制及び受け入れ先の確保が課題となっている。
- これらの課題への今後の方向性として、身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状を把握することが必要ではないか。

認知症対策について

- 我が国では、高齢者の増加に伴い、認知症の患者数は増加し続けており、平成 20 年度の患者調査では、医療機関を受療する認知症患者数は約 38 万人となっている。一方で、介護領域による推計値では、2015 年には約 250 万人が、認知症高齢者の日常生活自立度 以上となっている。

- 認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等の、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、徘徊や大声等の、中核症状に伴って現れる精神・行動面の症状である BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (認知症の行動・心理症状)がある。
- 認知症に対する医療としては、早期の鑑別診断や、急性期の BPSD、合併症への対応等があり、それらに対する精神科医療及び一般医療の提供が重要となる。
- 認知症は、その原因疾患により、症状の進行が不可逆的なものと可逆的なものに分けられ、それにより治療方針がことなることから、その診断には専門医療機関における早期の鑑別診断等が重要である。また、認知症の BPSD と介護負担度には相関関係が見られ、BPSD への医療的な対応を短期集中的に行うことも重要である。
- これらに対応するため、平成 20 年度から、認知症疾患医療センター運営事業の中で、早期診断や合併症等に対応するセンターの整備等が進められており、平成 23 年度 5 月 1 日現在で認知症疾患医療センターは 112 カ所設置されている。
- 診療報酬上では、平成 22 年度診療報酬改定において、認知症の専門医療機関における認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価するために「認知症専門診断管理料」を新設し、また、BPSD や身体合併症等への手厚い対応が特に必要な入院早期について、「認知症病棟入院料」の見直しを行い、入院早期の評価の引き上げを行ったが、これらにより認知症に必要な医療が適切に提供されているか実態把握が必要ではないか。

慢性期医療について

精神療養病棟

- 精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、平成 17 年に 302.8 万人（外来：267.5 万人、入院 35.3 万人）であったものが、平成 20 年では 323.3 万人（外来：290 万人、入院 33.3 万人）となり、近年、入院患者数は減少しているものの、外来を含めた総数は増加している。また、精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成 21 年には 307 日となっている。
- 精神療養病棟については、平成 22 年度診療報酬改定において患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算として、精神療養病棟入院料における「重症度加算」を新設している。
- 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証について、「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」を行うこととされていることから、これらについて現状等の調査を行う。

地域移行

- 地域移行について、できる限り速やかに退院し地域で生活できるよう支援することや、退院後の再入院を防ぎ、地域での生活を定着させるための支援等が課題となっている。
- 診療報酬上では、平成 22 年度診療報酬改定において、地域移行を推進するために、「精神科デイ・ケア等の見直し」「精神科地域移行実施加算の引き上げ」等の評価を行っているが、地域移行の実績や、再入院の減少効果等は把握されていない。
- また、精神科デイ・ケア等の利用実人員及び新規利用者数は、年々増加しており、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として、質の高いデイ・ケア等を行うために、疾患別や年代別等の患者に合わせた多様なプログラムを実施している医療機関がある。
- 精神疾患患者に対する訪問看護については、精神科医療機関及び訪問看護ステーションのいずれにおいても訪問看護の実施割合が増加している。また、「精神及び行動の障害（疾病分類）」の者に対する訪問看護の利用者数も増加している。
- 訪問看護の効果については、訪問看護を開始する前後 2 年間の総入院日数を比較した場合、訪問看護開始前 2 年間では平均 279.3 日から訪問看護開始後 2 年間では平均 73.9 日へと 4 分の 1 近く減少している。また、退院時に訪問看護を開始した場合については、訪問看護開始前 2 年間では平均 419.1 日から訪問看護開始後 2 年間では 97.5 日へと 4 分の 1 近く減少しており、さらに、退院時に訪問看護を開始した場合（訪問看護の開始前に必ず、入院していた場合）だけでなく、通院中に訪問看護を開始した場合についても、訪問看護開始前 2 年間では平均 67.9 日から訪問看護開始後 2 年間では平均 41.6 日へと総入院日数は減少している。
- また、精神疾患患者の訪問看護利用者では、一般人口と比較すると糖尿病を有する割合が多く、インスリンや服薬などの医療処置を含めた身体ケアの必要性が高い。
- さらに、身体ケアだけでなく、こころのケアや力づける支援など訪問看護において様々なケアが提供され、地域で療養する精神疾患患者を支えている。
- しかしながら、患者の状態によっては訪問看護内容が変化するため、その実態が十分に把握されていないことや、医療機関からと訪問看護ステーションからのサービス内容の相違点等について十分把握できていないことから、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等の現状を把握することが必要ではないか。

2. 論点

(身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療)

- 精神科患者の救急搬送の受入体制について、身体疾患を合併する精神疾患患者の診療体制及び受け入れ先の確保が課題となっているが、身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状を把握することが必要ではないか。

(認知症)

- 認知症への医療の対応として、早期の鑑別診断や入院早期の対応等が重要であり、認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことへの評価や、BPSD や身体合併症等への手厚い対応が特に必要な入院早期の評価等を行っているが、これらにより認知症に必要な医療が適切に提供されているか実態把握が必要ではないか。

(精神療養病床)

- 平成 22 年度診療報酬改定の結果検証について「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」を行うこととされていることから、これらについて現状等の調査を行う。

(地域移行)

- 地域における精神障害者の支援について、精神科デイ・ケア等において、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制や、その実施状況等について把握することが必要ではないか
- 精神疾患患者の訪問看護については、患者の状態に合った訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等の現状を把握することが必要ではないか。