

精神科医療について

精神科医療に係る診療報酬上の主な課題

精神科医療

認知症対策

(認知症対策)

認知症治療病棟入院料
認知症専門診断管理料
認知症患者地域連携加算
重度認知症患者デイ・ケア料
認知症専門医療機関連携加算 等

身体合併症を有する精神疾患患者等の救急医療

(精神科救急・身体合併症)

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
精神科身体合併症管理加算 等

精神療養病床

(精神療養病床)

精神療養病棟入院料(重症者加算) 等

地域移行

(地域移行)

精神科ショート・ケア
精神科デイ・ケア
精神科訪問看護・指導料
通院・在宅精神療法 等

その他

(その他)

非定型抗精神病薬加算
認知行動療法 等

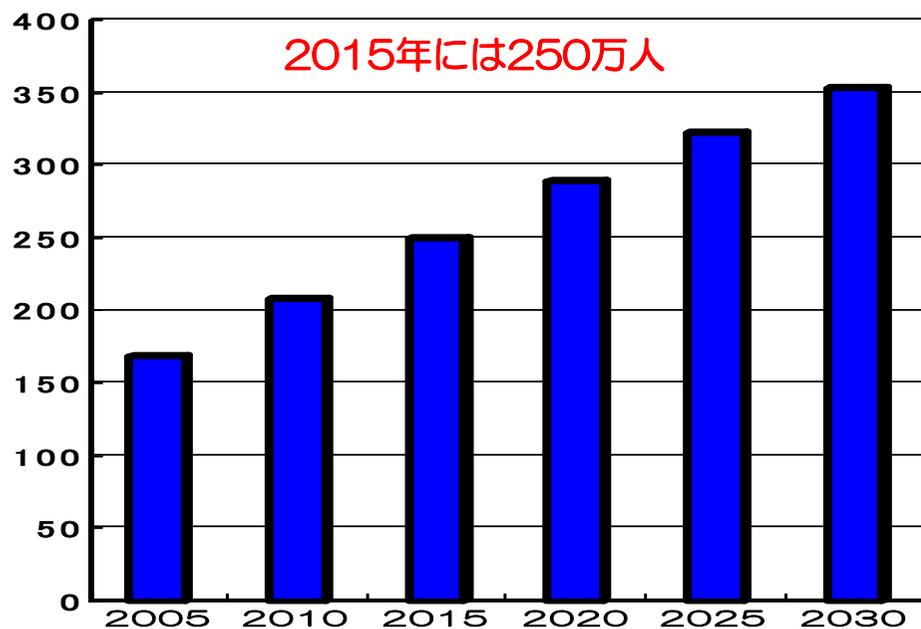
認知症について

高齢者の増加と認知症疾患患者

介護領域からの推計

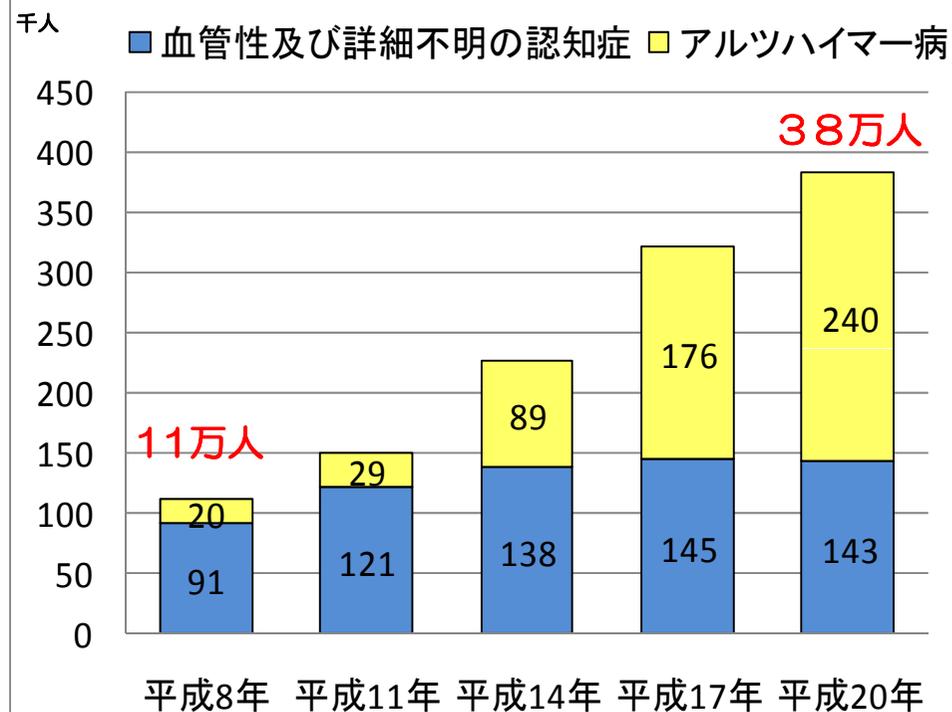
自立度 以上の認知症患者数の推計

万人 認知症高齢者の日常生活自立度



医療領域での推移

認知症疾患患者数の年次推移 (外来+入院) (血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)

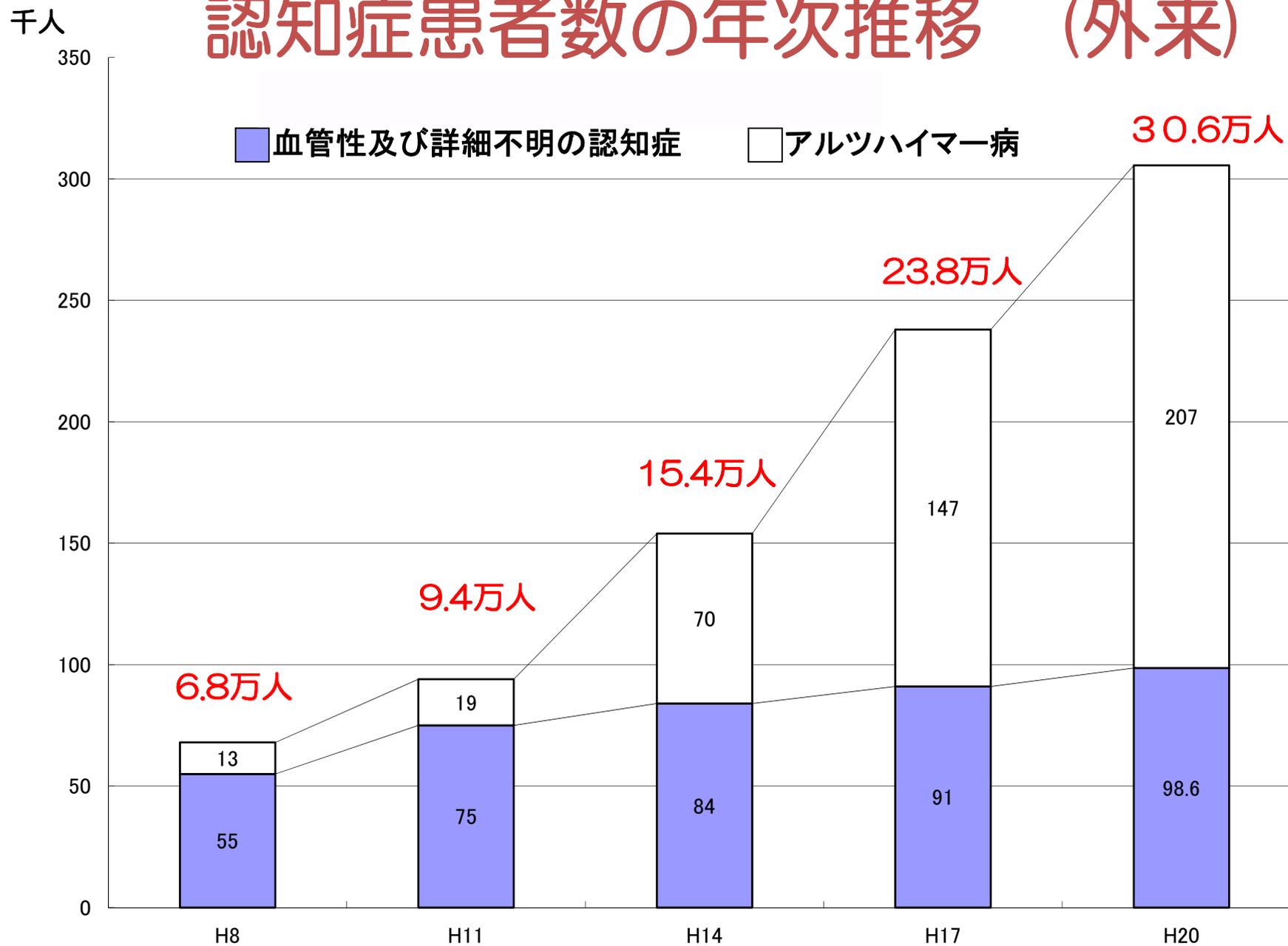


認知症患者数の将来推計；厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」（平成14年9月末についての推計）、認知症患者の年次推移；患者調査

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
a	家庭外で上記の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
b	家庭内でも上記の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
a	日中を中心として上記の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
b	夜間を中心として上記の状態が見られる。	ランク aに同じ
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

認知症患者数の年次推移 (外来)



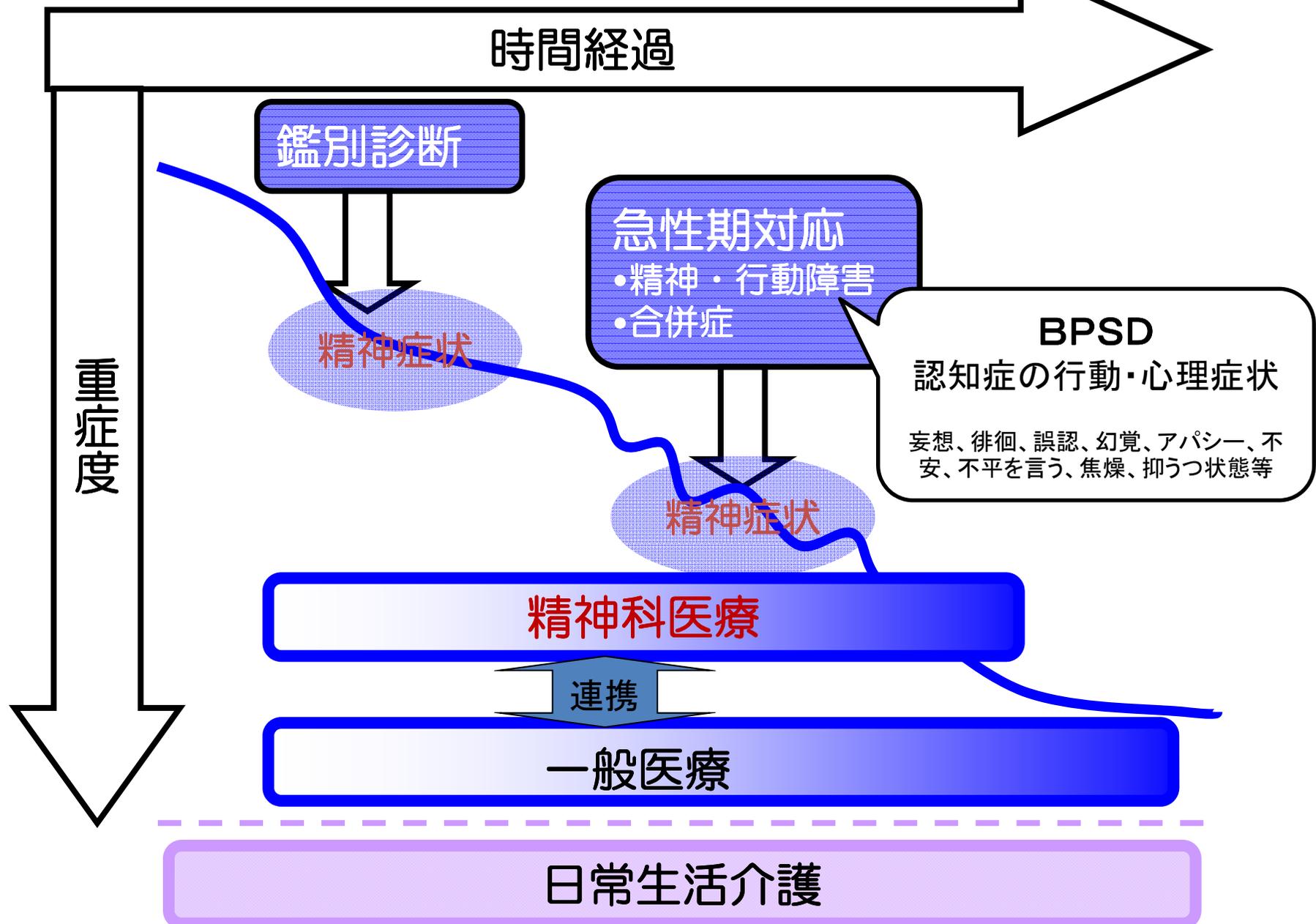
【出典】 患者調査

認知症について

① 認知症の鑑別診断について

認知症の経過と医療の必要性

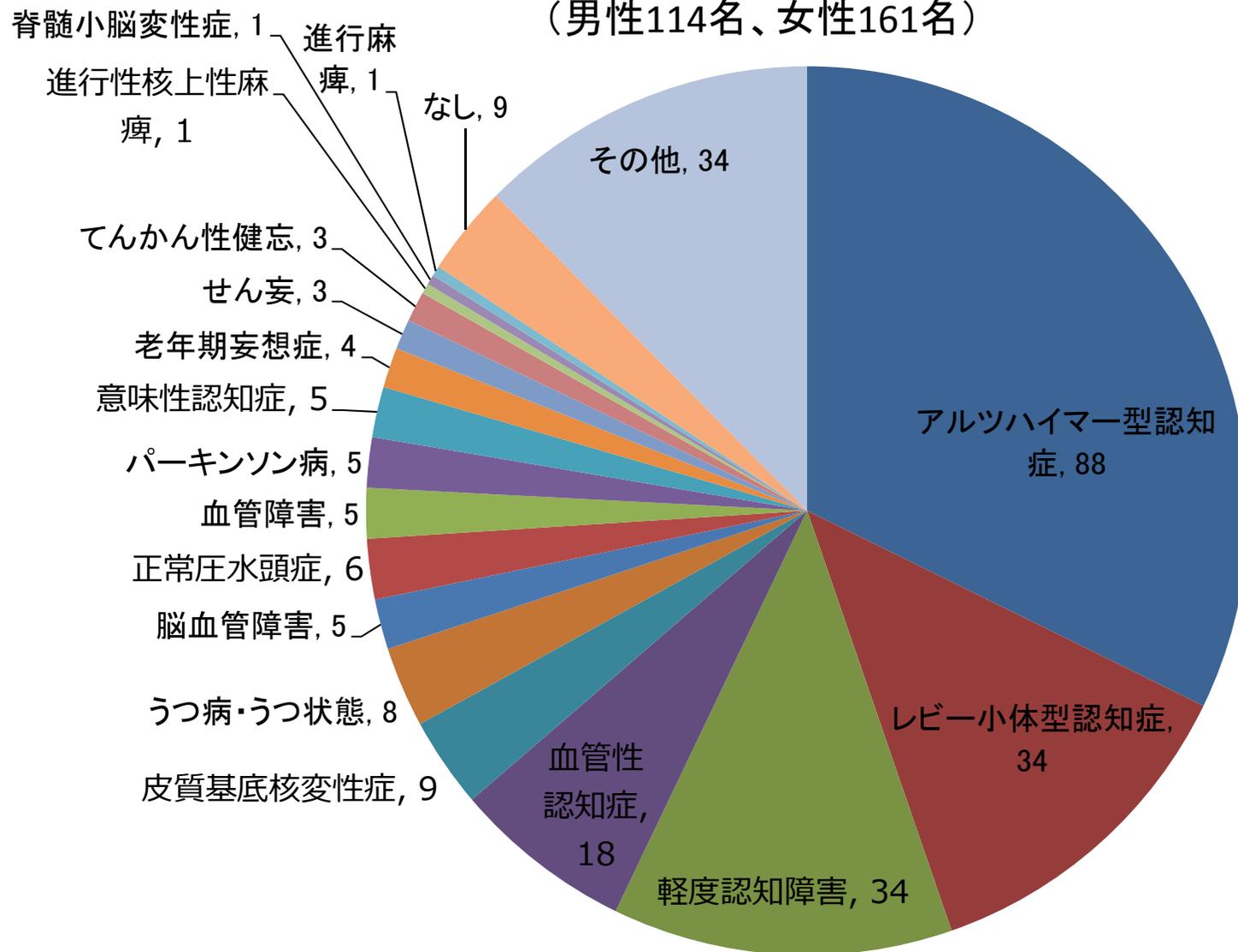
平成23年5月18日第190回
中央社会保険医療協議会
資料より



認知症の早期鑑別の重要性について

平成23年5月18日第190回
中央社会保険医療協議会
資料より

認知症専門外来を受診した患者総数 275名の診断
(男性114名、女性161名)



平成21年度 厚生労働科学研究費補助金(認知症総合対策事業)
かかりつけ医のための認知症の鑑別疾患と疾患別治療に関する研究

認知症の早期鑑別の重要性について

認知症専門外来を受診した患者(275人)のうち、前医での診断結果が明らかな患者(204人)について前医での診断と専門外来での診断との比較

図1 紹介患者の前医での診断

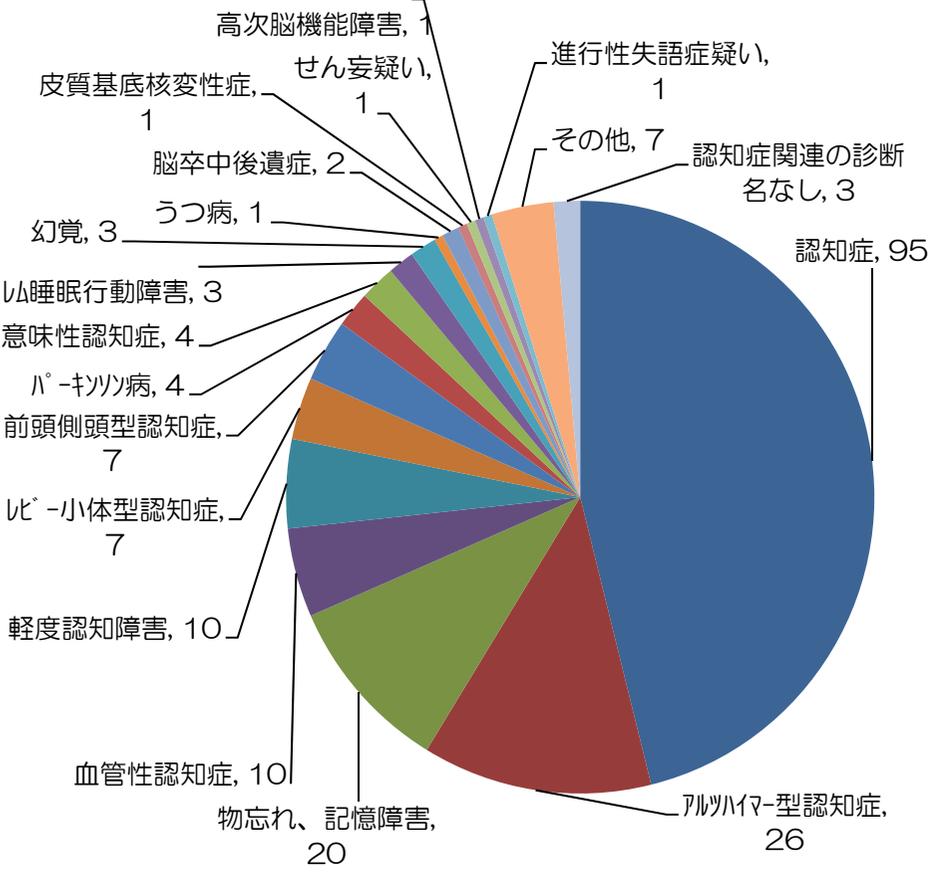
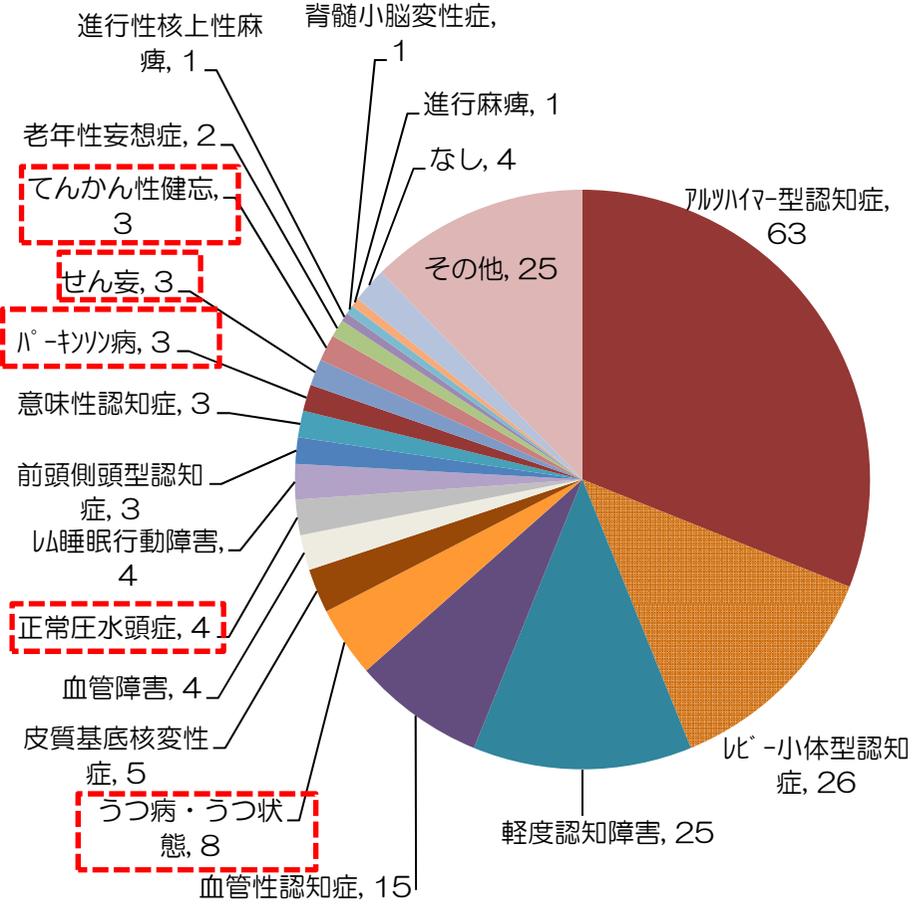
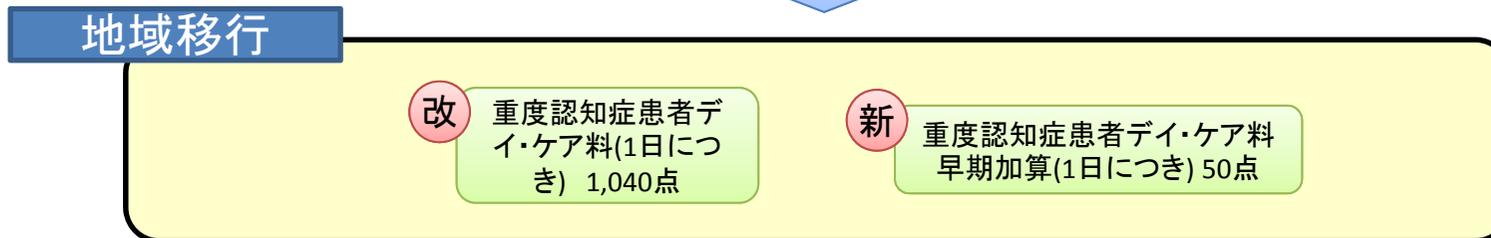
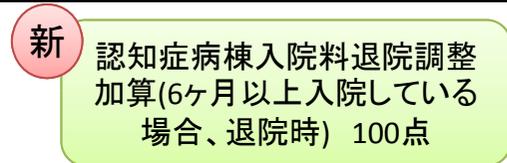
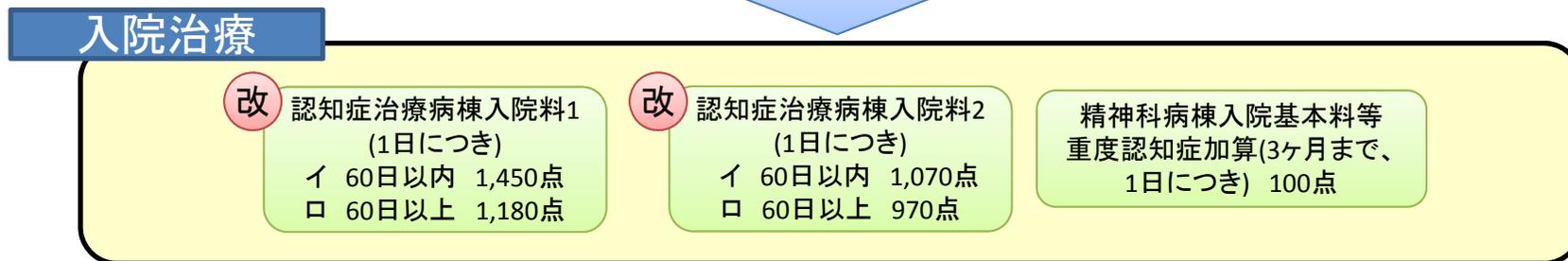
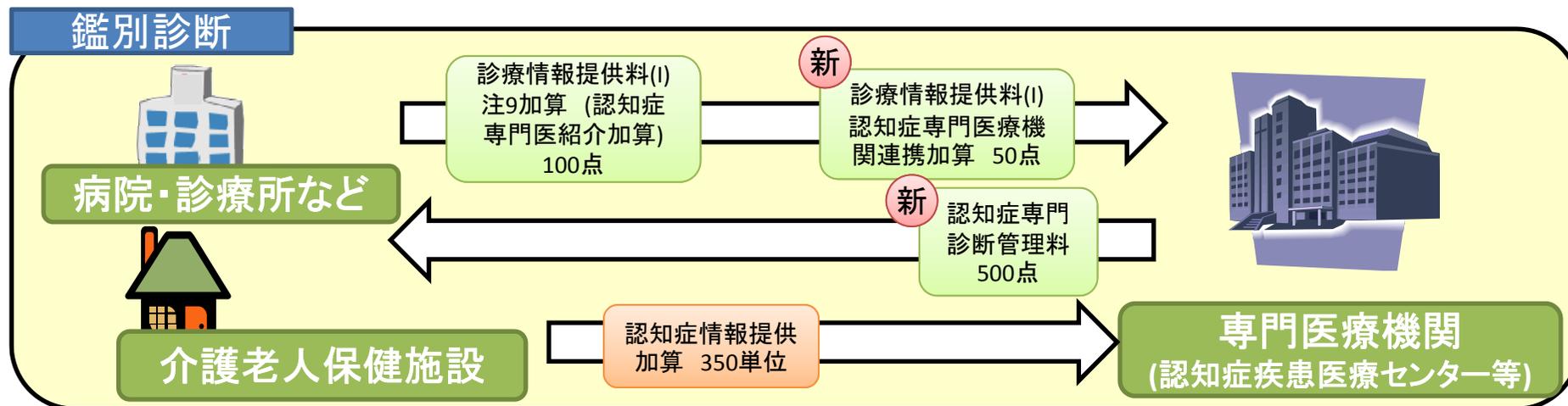


図2 紹介患者の認知症専門外来での診断



平成21年度 厚生労働科学研究「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」(主任研究者 池田学)

認知症医療の診療報酬における主な評価



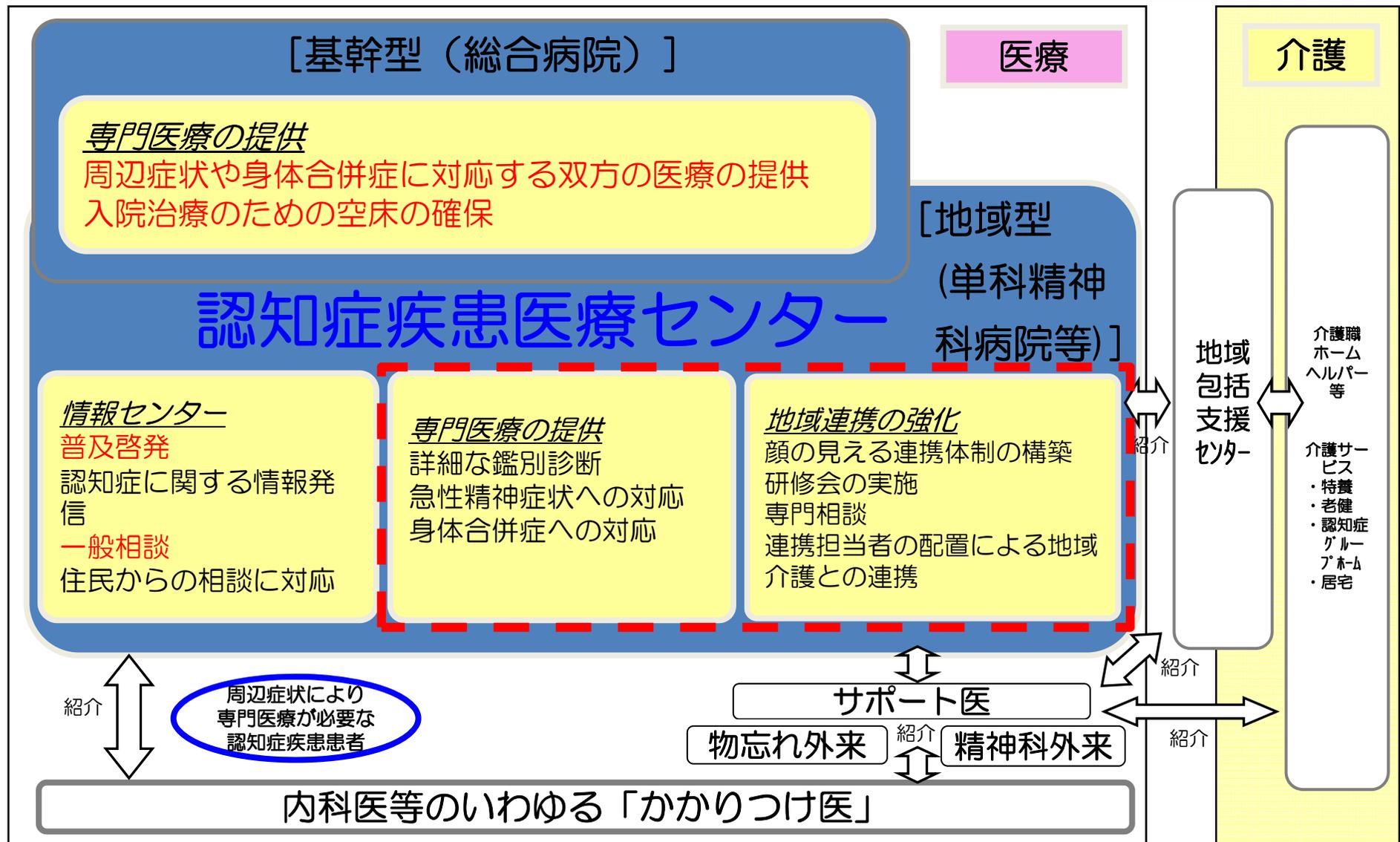
認知症疾患医療センター運営事業

認知症疾患医療センター

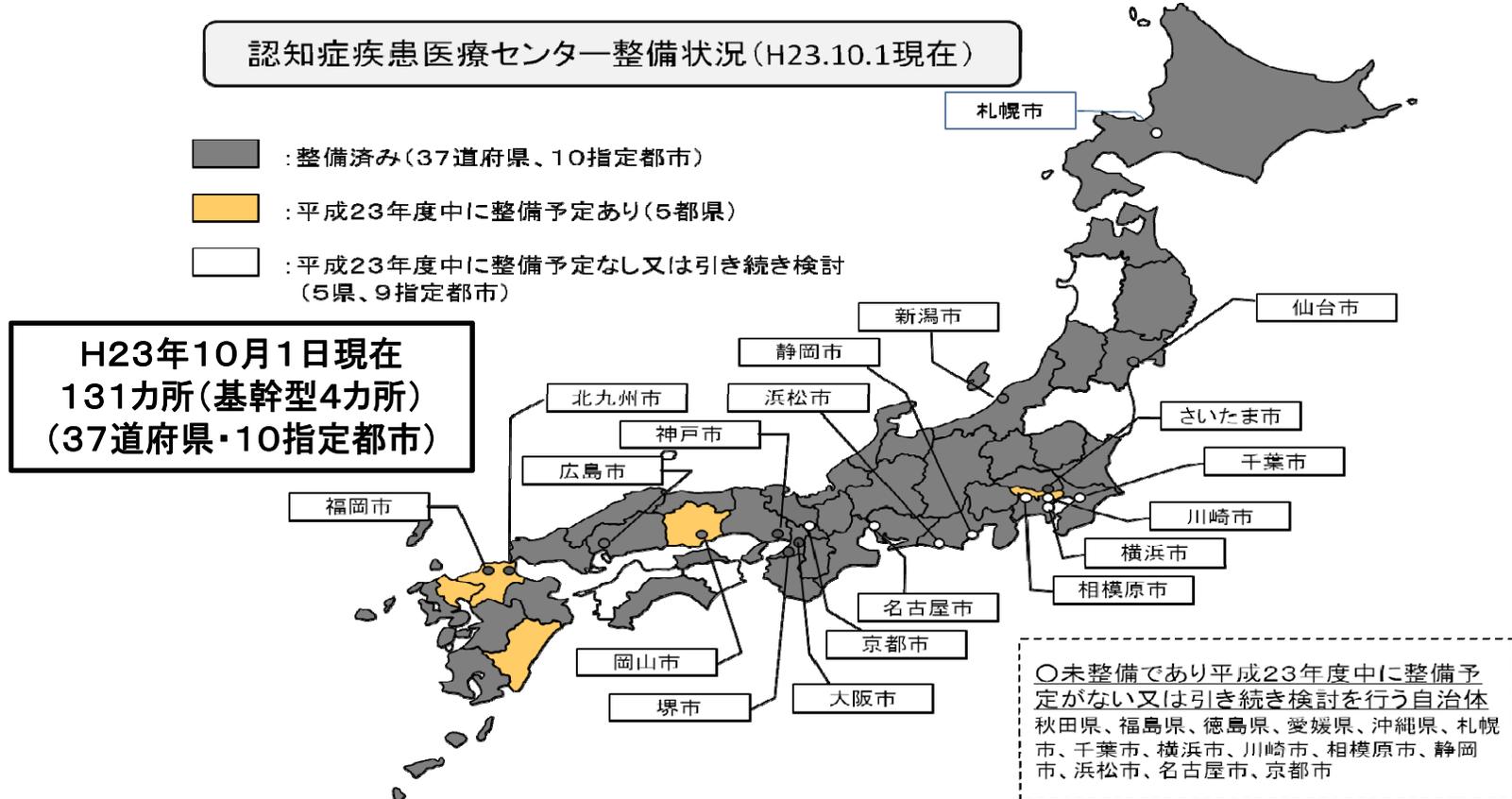
設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等



認知症疾患医療センター整備状況と事業実績



事業実績の年次推移

(件)

	センター数	鑑別診断	外来
20年度	14	3,095	16,289
21年度	66 (+371%*)	12,336 (+299%*)	110,124 (+576%*)
22年度	97 (+593%*)	23,597 (+662%*)	185,762 (+1040%*)

平成22年度から基幹型、地域型に分け事業を実施
(平成22年度の基幹型は1カ所)

(精神・障害保健課調べ)

認知症診断の連携に関する主な診療報酬の算定回数

認知症専門医紹介加算

病院・診療所等



専門医療機関

- 認知症の疑いのある患者について、専門医療機関での鑑別診断等の必要性を認め、当該専門医療機関に対して、診察状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。

	平成20年	平成22年
認知症専門医紹介加算 100点	200回/月	284回/月

認知症専門医療機関連携加算

病院・診療所等



専門医療機関

- 認知症専門医療機関において、既に認知症と診断された外来患者の症状増悪時に当該専門医療機関に診察状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に算定

	平成22年
新 認知症専門医療機関連携加算 50点	58回/月

認知症専門診断管理料

病院・診療所等



専門医療機関

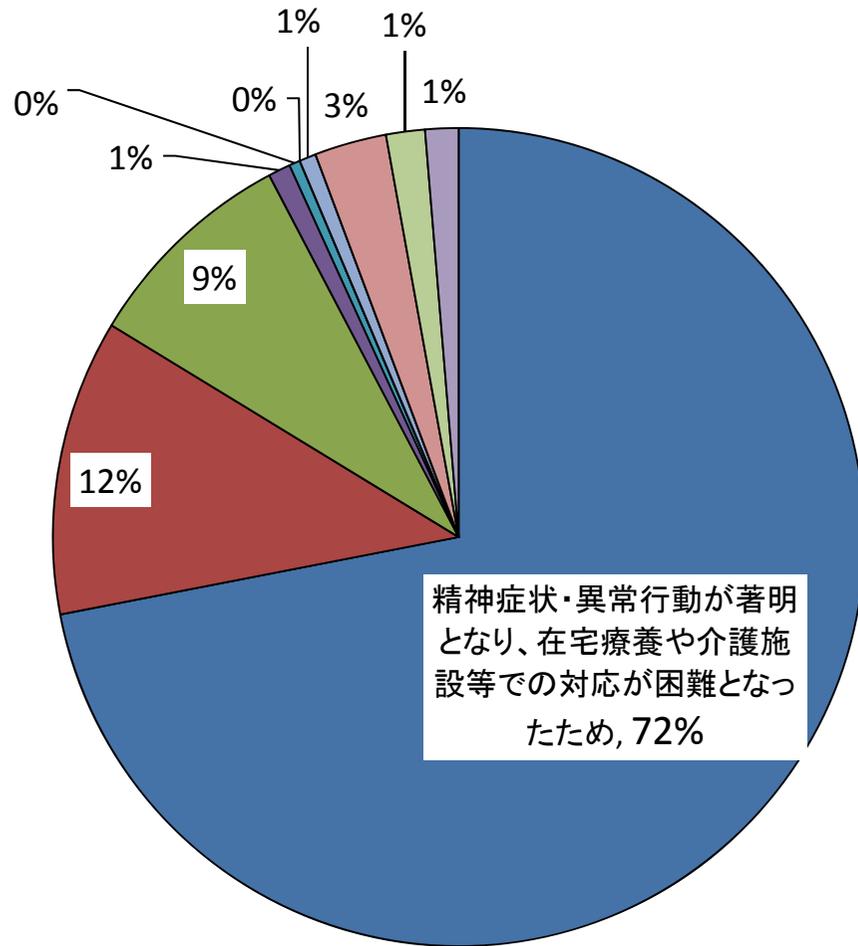
- 認知症疾患医療センター等の専門機関が、紹介された患者に対して認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、紹介を受けた他の保険医療機関に文書で報告した場合に算定

	平成22年
新 認知症専門診断管理料 500点	360回/月

認知症について

② 認知症の入院治療について

精神病床における認知症入院患者の入院理由



(N=453)

- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要のため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他

認知症患者の入院状況

総合病院型認知症疾患センター(大学病院除く)8施設を対象に、平成19年11月1ヶ月に新規入院した65歳以上の認知症高齢者21人についてのアンケート調査。

○入院理由

95%がBPSD対応困難が理由で、14%が身体症状悪化である。

43%は即日入院が求められ、そのうち89%が即日入院。
中等症以上の認知症が80%以上を占める。

注1

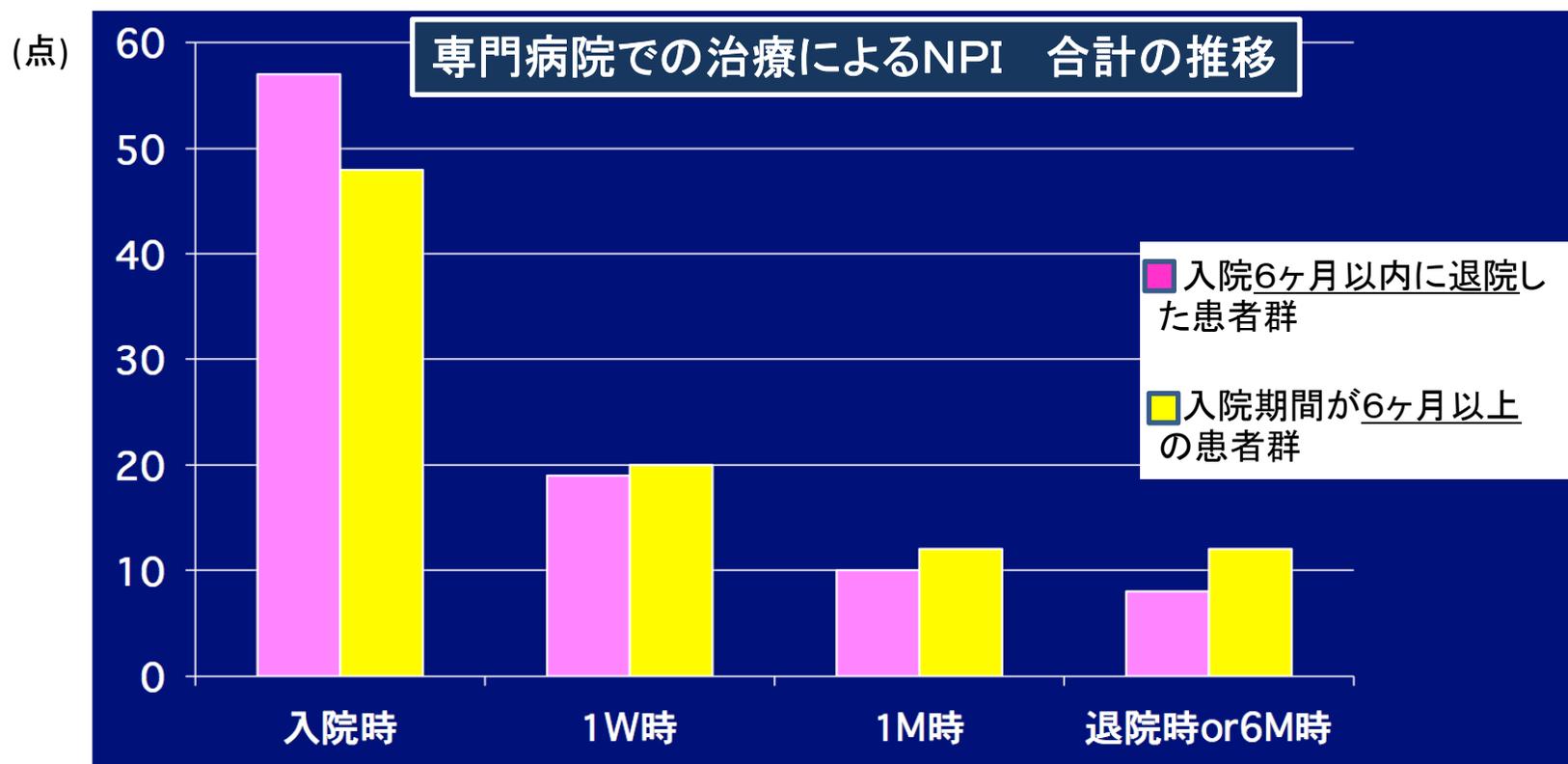
○入院経路

57%が自宅から入院し、28%が医療機関、14%が施設から入院している。

注1 臨床的認知症尺度(CDR: Clinical Dementia Rating Scale)で認知症の重症度を評価。
6項目(記憶、見当識、判断力、問題解決、社会適応、家庭状況及び趣味、介護状況)について総合的に評価し、健康(CDR0)、認知症疑い(CDR0.5)、軽度認知症(CDR1)、中等度認知症(CDR2)、高度認知症(CDR3)のいずれかに評価。

平成19~21年度 厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」
(主任研究者 黒澤尚、分担研究者 栗田主一)

入院経過に伴うBPSD症状の変化



*NPI(Neuro Psychiatric Inventory)とは、BPSDの有無、程度、変化を半定量的に評価。

- 入院後6ヶ月以内に退院した患者群と入院期間が6ヶ月以上の患者群 **共に、入院1ヶ月時点でBPSDはほぼ改善**している。
- BPSDの治療に要する期間は約1ヶ月が妥当と考えられ、入院後、すみやかに退院に向けてサービス調整を行う必要がある。

NPI (Neuro Psychiatric Inventory)

NPIは、BPSDの有無、程度、変化を半定量的に評価。介護者との面接で、直近の生活状況の中から患者の行動領域10項目について質問し評価。

行動領域	例
A: 妄想	患者は誰かが自分のものを盗んでいると信じていますか？
B: 幻覚	患者は他の人には見えないものを見たと言ったり、見えているかのように振る舞ったりしますか？
C: 激越と攻撃性	患者は非協力的で、人からの助けに抵抗しようとすることがありますか？
D: 抑うつ症状と不快気分	患者は自分のことを卑下したり、だめな人間だと思ったりしますか？
E: 不安	患者が予定している行事について心配だと言いますか？
F: 気分高揚と多幸	患者は他の人には面白くないことを面白がって笑いますか？
G: アパシーと無関心	患者はいつもより自発的および活動的でなくなったようにみえますか？
H: 脱抑制	患者は衝動的に行動し、結果を考えていないようにみえますか？
I: 易刺激性と不安定性	患者は些細なことで不機嫌になったり、急に怒り出したりしますか？
J: 異常な運動行動	患者はこれといった目的もなく家の中を歩き回りますか？

Geriatr. Med. 48(3) 2010

NPIによる重症度評価について

各項目を採点(頻度×重症度)し、10項目の総和がNPIの合計点になる。(最小0、最大120)

頻度の採点

- 1:時々(週<1回)
- 2:しばしば(週1回)
- 3:頻繁
- 4:非常に頻繁(毎日)



重症度の採点

- 1:軽度(患者の苦痛なし)
- 2:中等度(介護者が患者の気を晴らすことができる)
- 3:重度(介護者が患者の気を晴らすことは困難)

BPSD治療目的で入院した症例の入退院時のNPI合計点数

(N=92)

	NPI合計点数
入院時NPI合計	56.9 ± 22.9
退院時NPI合計	11.8 ± 21.1

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(第2R)

認知症と精神科医療 中間とりまとめ 概要

平成22年12月22日

基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。
その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

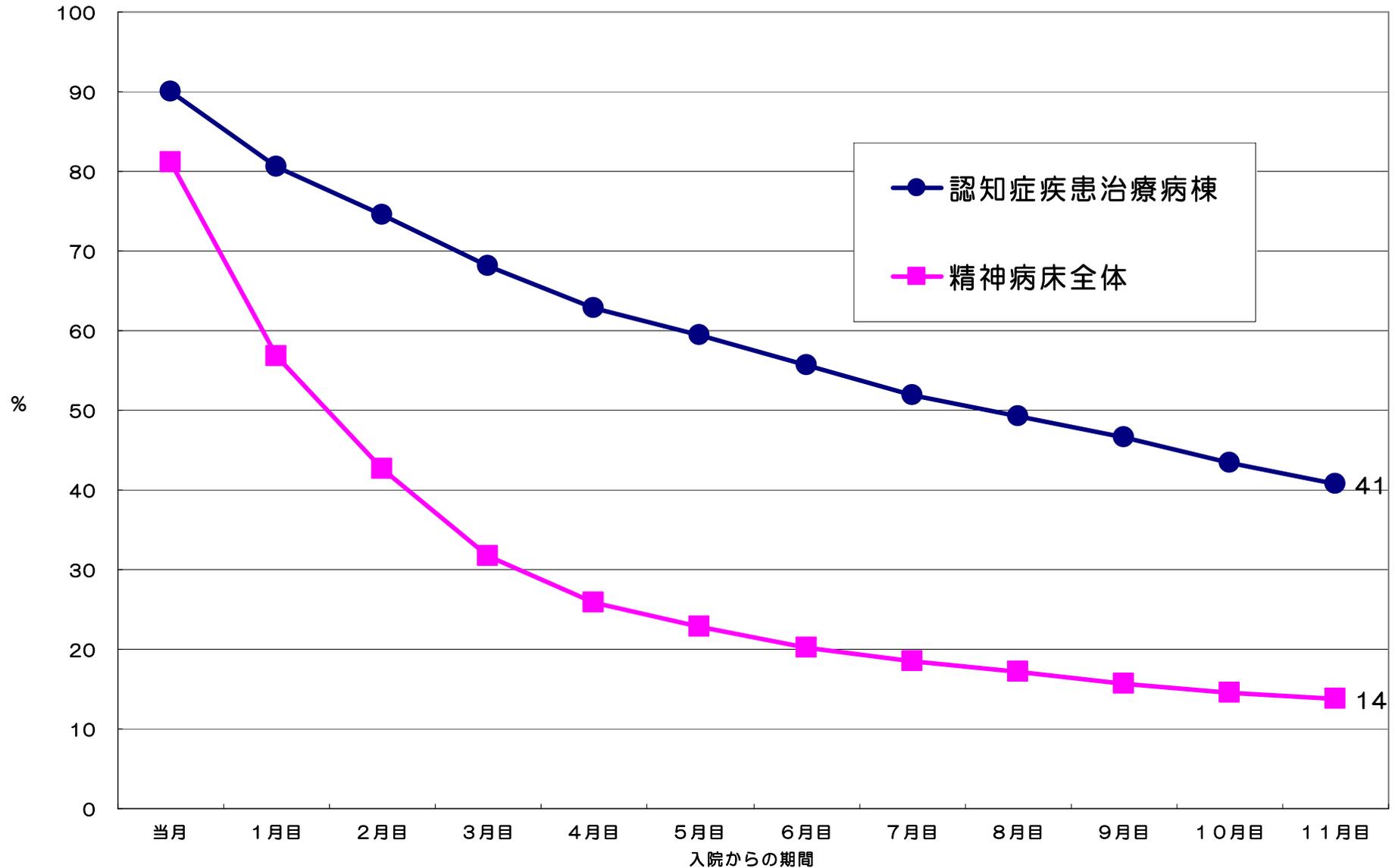
1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療 | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能 |

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

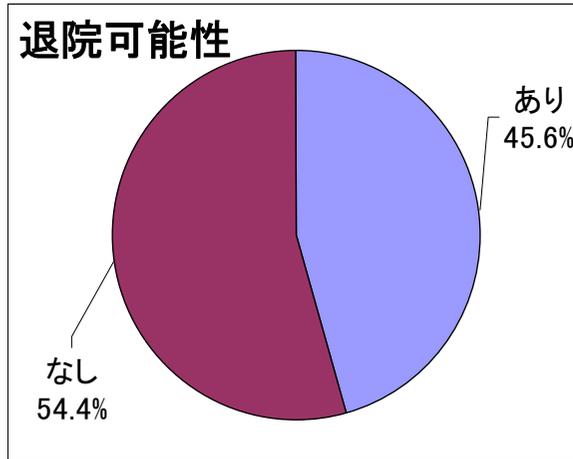
- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

認知症疾患専門病棟入院患者の入院継続割合



資料：平成16年 精神・障害保健課調

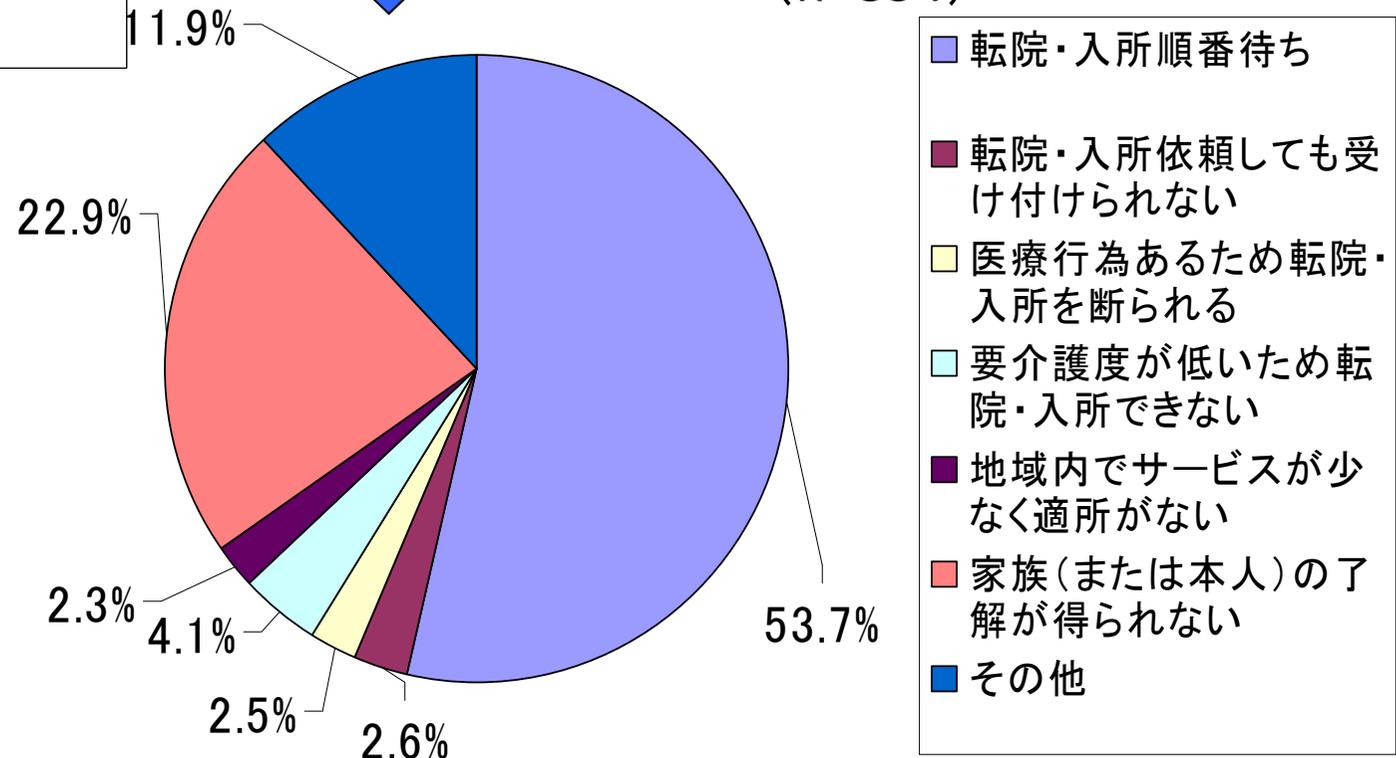
認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



調査対象：民間の精神科病院 199施設において、
91日以上認知症病棟に入院している患者
(有効回答数1829名)

退院可能性ありの患者が 退院に結び付かない理由

(n=834)



平成22年診療報酬改定 認知症病棟入院料見直し

- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)等の対応を行う役割**を担っているため、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改めた。
- 特に手厚い対応が必要な入院早期の評価を引き上げた。

認知症病棟入院料1 (20対1)

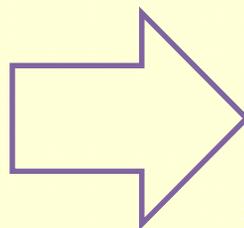
イ 90日以内の期間 1,330点

ロ 91日以上期間 1,180点

認知症病棟入院料2 (30対1)

イ 90日以内の期間 1,070点

ロ 91日以上期間 1,020点



認知症治療病棟入院料1 (20対1)

イ 60日以内の期間 1,450点 

ロ 61日以上期間 1,180点

認知症治療病棟入院料2 (30対1)

イ 60日以内の期間 1,070点

ロ 61日以上期間 970点 

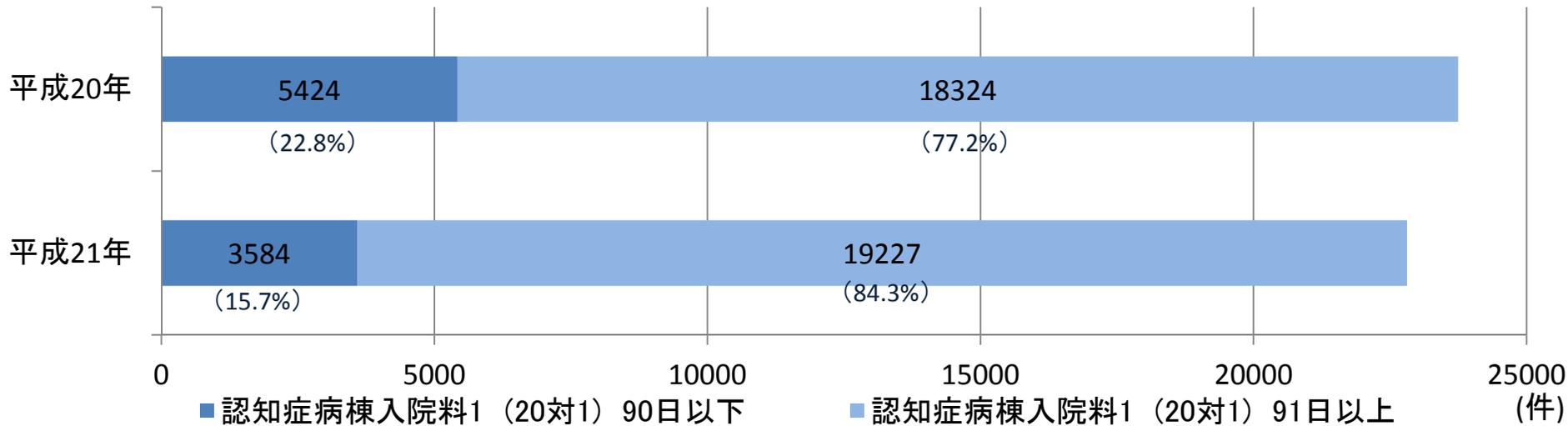
認知症病棟入院料の届出医療機関数

		平成21年	平成22年
認知症病棟入院料1 (看護職員 20:1、看護補助者25:1)	医療機関数	402	433
	病床数	27,499	30,034
認知症病棟入院料2 (看護職員 30:1、看護補助者25:1)	医療機関数	48	33
	病床数	34,68	2,492

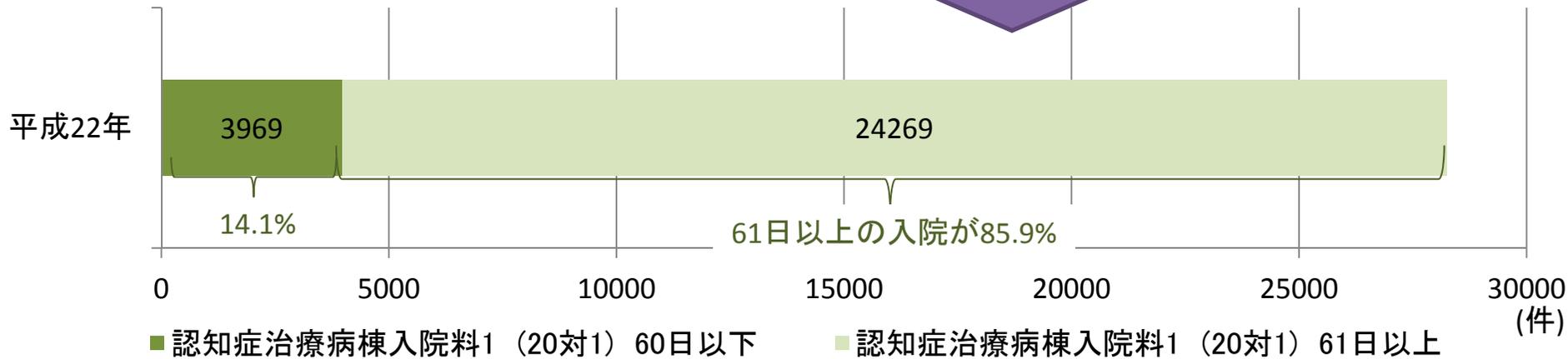
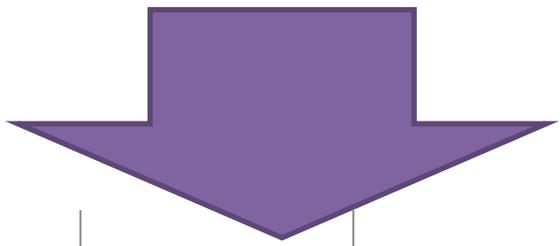
※看護職員＝看護師＋准看護師

認知症治療病棟入院料算定件数の推移①

＜認知症治療病棟1 (看護職員20対1・看護補助者25対1)＞



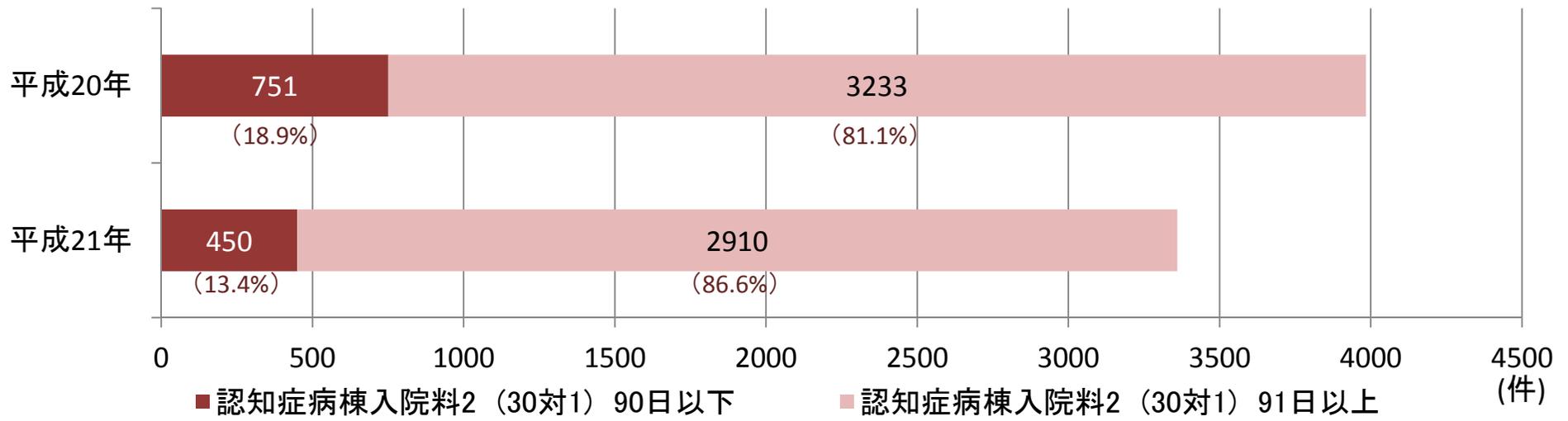
平成22年改定
 名称: 認知症病棟 → 認知症治療病棟
 点数の変化: 90日 → 60日



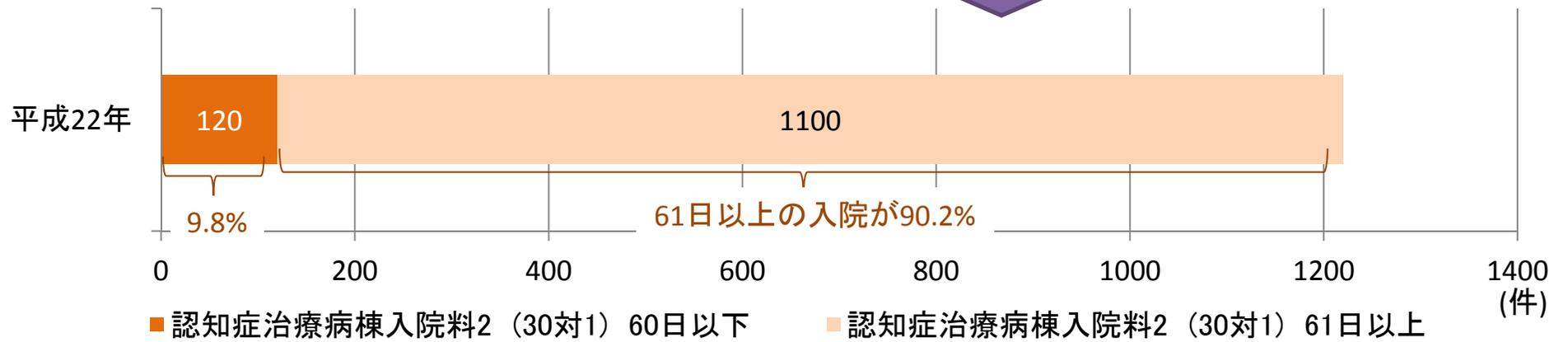
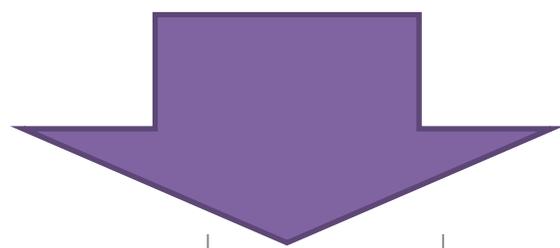
出典: 社会医療診療行為別調査

認知症治療病棟入院料算定件数の推移②

＜認知症治療病棟2（看護職員30対1・看護補助者25対1）＞

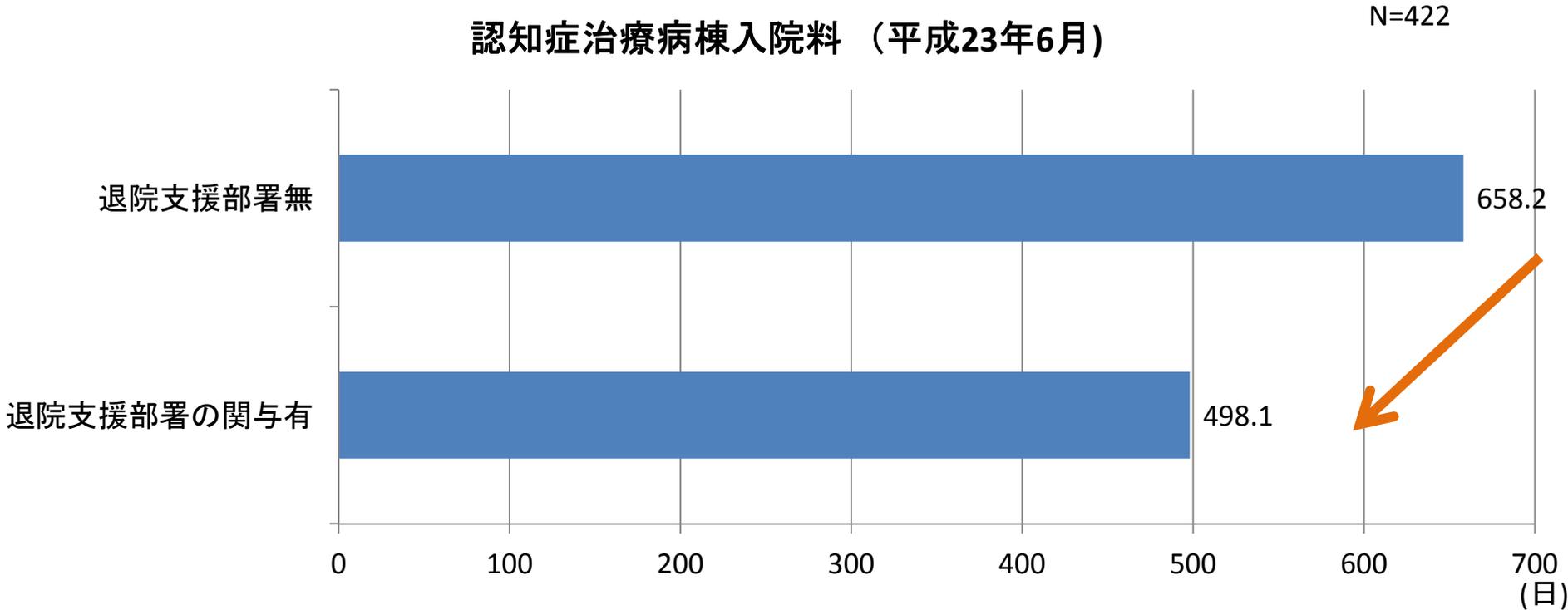


平成22年改定
 名称： 認知症病棟 → 認知症治療病棟
 点数の変化： 90日 → 60日



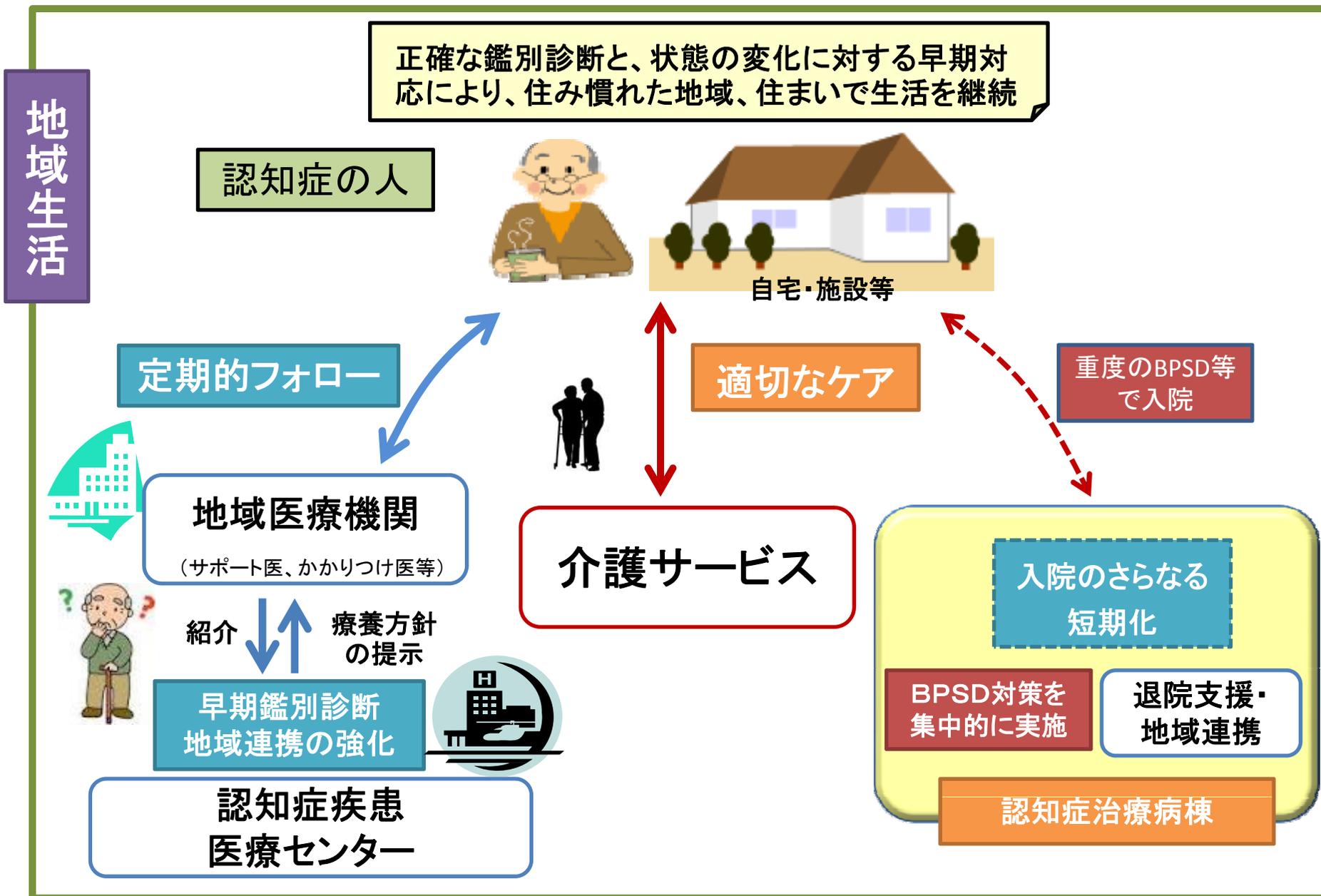
出典：社会医療診療行為別調査

認知症治療病棟における 退院支援部署の有無による平均在院日数の違い



出典:平成23年検証調査

診療報酬の視点でみた地域生活を支える精神科医療の姿（イメージ・案）



認知症の治療について

(認知症やアルツハイマー病の予防や進行抑制)

健康的なライフスタイル(運動、栄養)、積極的な社会参加、生涯にわたる脳の活性化等複数の領域を総合した介入が有効であろうと推定。



(認知症ケア、リハビリテーション)

- 認知症高齢者のケアの原則(理屈による説得よりも共感的納得を図り自覚言動を促す、等)に基づくことにより、BPSDの減少や認知症の進行抑制が指摘されている
- 認知症の治療では、薬物療法を開始する前に、適切なケアやリハビリテーションの介入を考慮しなければならない。



(薬物療法)

- BPSDが高度でない場合はまず非薬物療法を試みてから薬物療法を考慮する。
- 認知症の症状には認知機能障害とBPSDがあり、特にBPSDでは適切な対応(薬物療法等)により症状が消失する可能性がある。
- 薬物療法開始後は有害事象のチェックを含めた定期的な再評価が重要



(重度認知症対策)

- 多職種からなるチームにより、自宅や認知症に特化した施設において、なじみの環境や生活習慣をあまり変えることなく、医療と介護が継続的に受けられるよう援助することが推奨される。

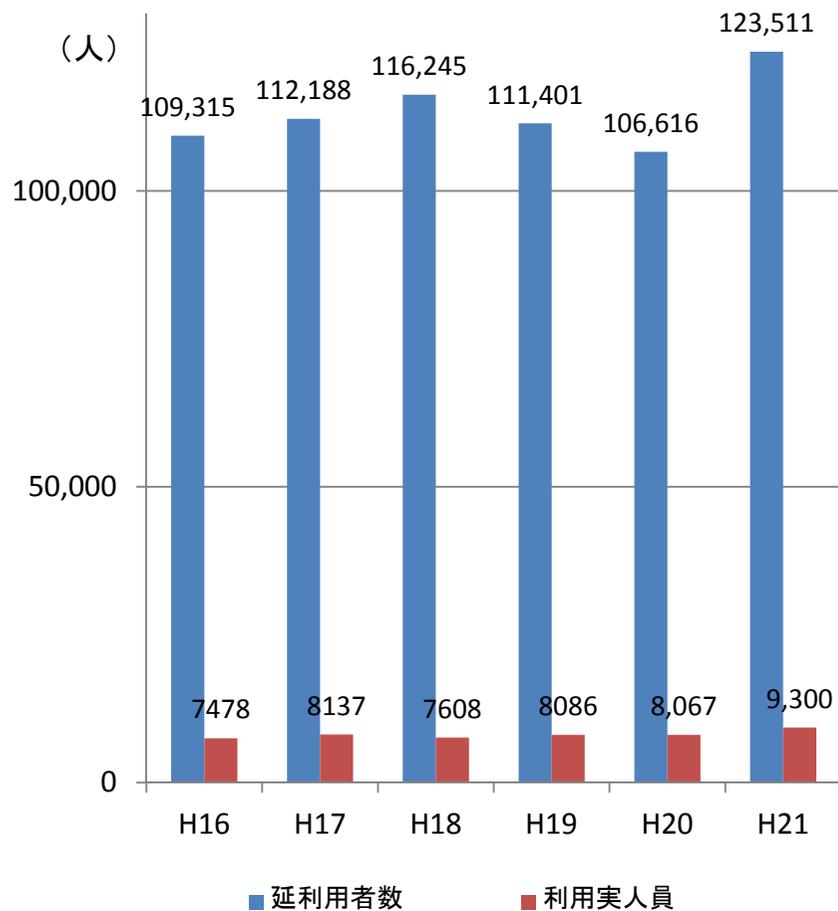
認知症について

③ 重度認知症患者デイ・ケア について

重度認知症患者デイ・ケア料 1,040点

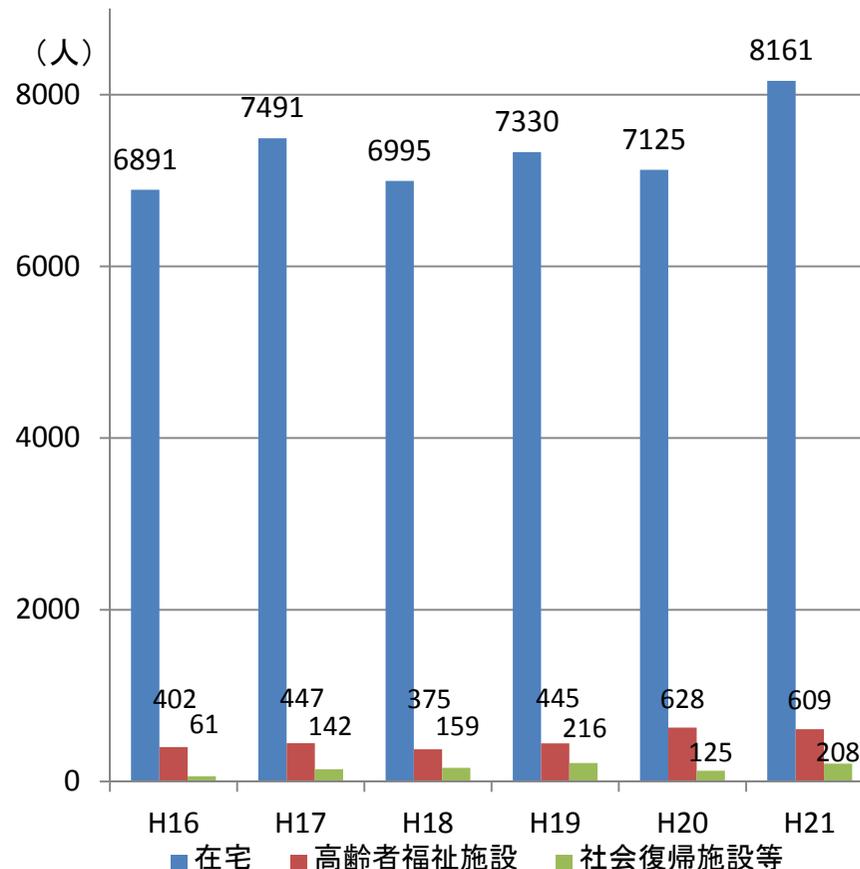
- 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、1日につき6時間以上行った場合に算定する
- 精神科医1人以上、専従の作業療法士及び看護師がそれぞれ1人以上、専従の精神科病棟の勤務経験がある看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれかが1人以上勤務していること

重度認知症患者デイ・ケアの利用患者数



各年1ヶ月間の総利用者数、利用実人員
平成16・17年は老人性痴呆疾患デイ・ケア

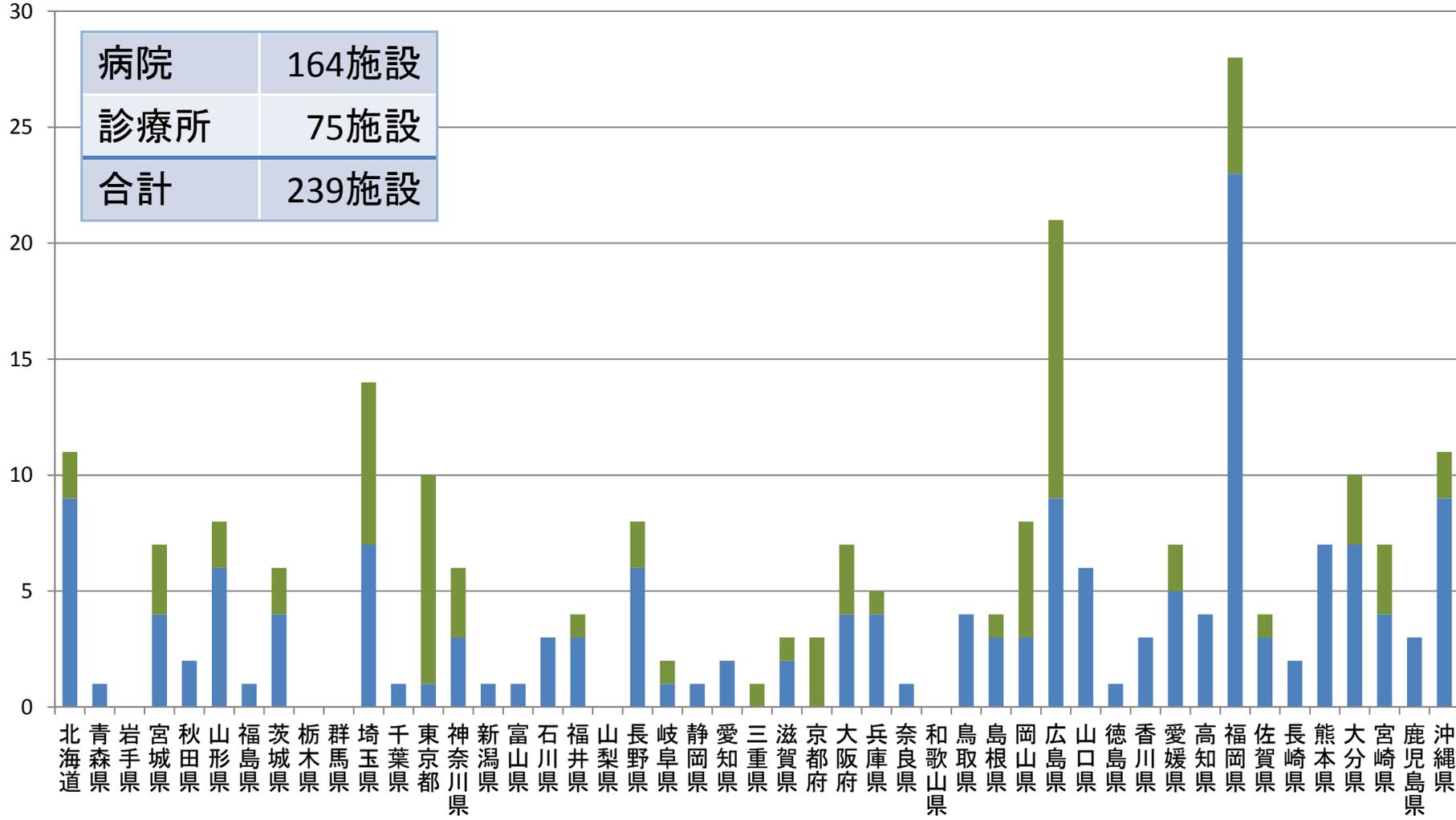
重度認知症患者デイ・ケア利用実人員の居住地



高齢者福祉施設とは、介護保険における施設サービス、高齢対象グループホームを指す。
社会復帰施設の他にグループホーム、ケアホーム、障害者支援施設、福祉ホームB型を含む
各年1ヶ月間の総利用者数、利用実人員
平成16・17年は老人性痴呆疾患デイ・ケア
精神障害保健課調べ

重度認知症患者デイ・ケアの都道府県別施設数

(件)



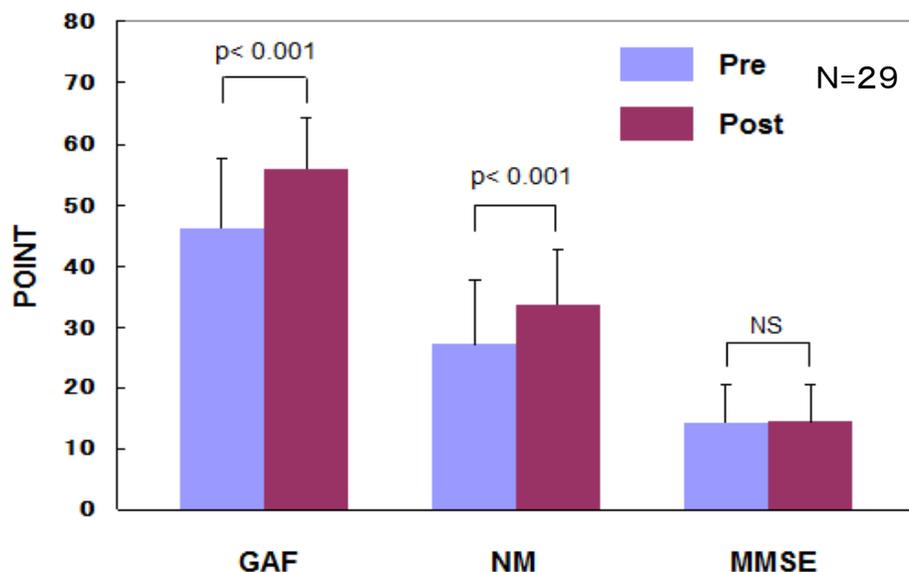
■ 病院数 ■ 診療所数

出典：平成22年7月1日現在 保険局医療課調べ

重度認知症患者デイ・ケアの効果

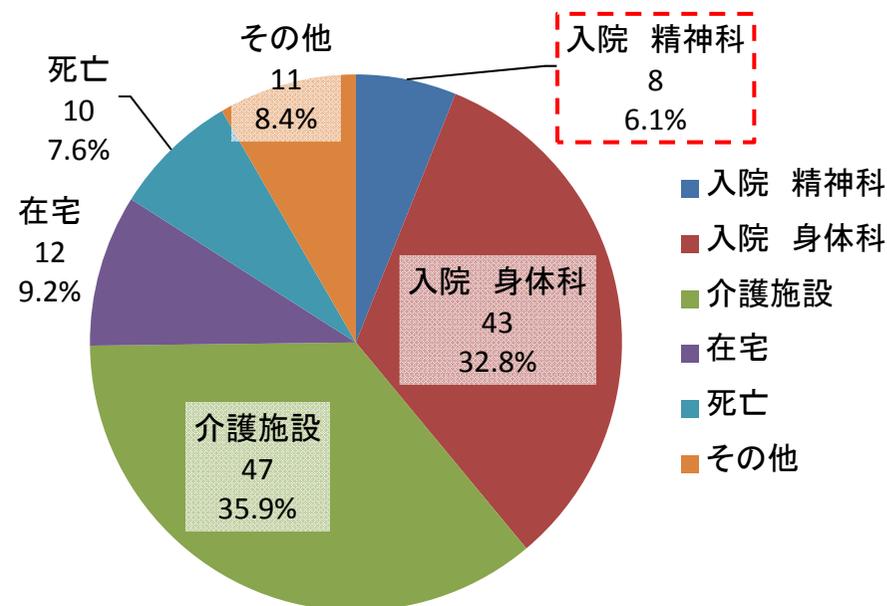
- 精神科診療所の重度認知症患者デイ・ケアを半年間受診した患者29人について、受診前と受診半年後のGAFとNM、MMSEを比較したところ、受診半年後のGAF、NMは改善していた。
- 精神科診療所の重度認知症患者デイ・ケアを受診した131例(18年間)の転帰で、精神科に入院した患者は8例 (6.1%)のみ。

デイ・ケアの効果



NMスケール(N式老年者用精神状態尺度)
 認知症患者の日常生活の行動観察を通して重症度を評価。5項目(家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話、記憶・記憶、見当識)について正常(10点)～重度(0点)で評価。(正常50点、重度0～16点)

18年間の131例の転帰

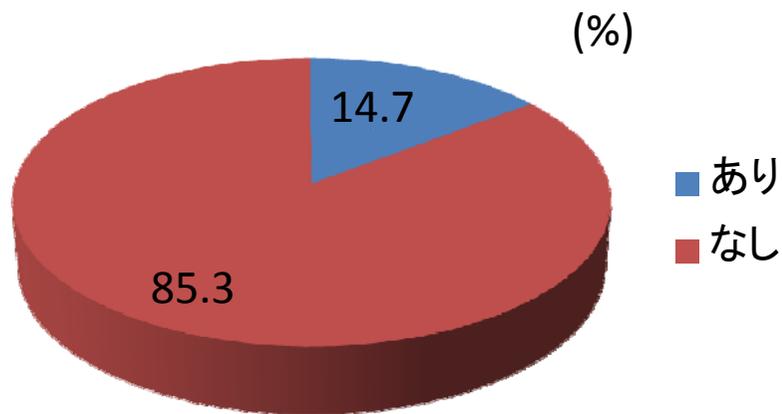


第17回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討会
 高橋構成員資料から一部改変

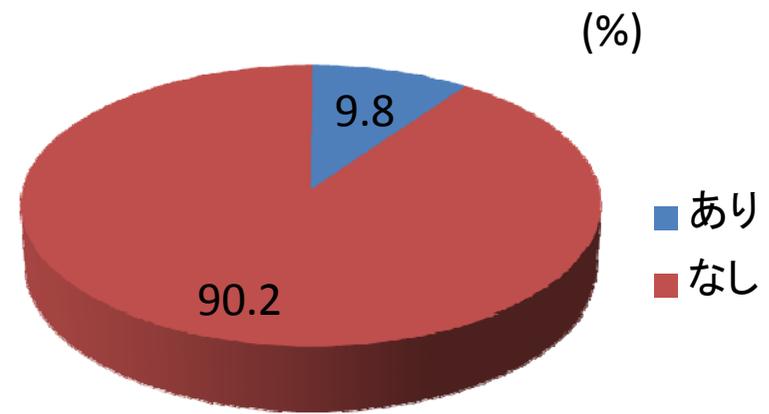
認知症における夕暮れ症候群

老年期の認知症患者において、夕方あるいは夜間に運動が過剰になり混乱が著しくなり、症状が悪化する現象を夕暮れ症候群という。

夜間の問題行動の有無

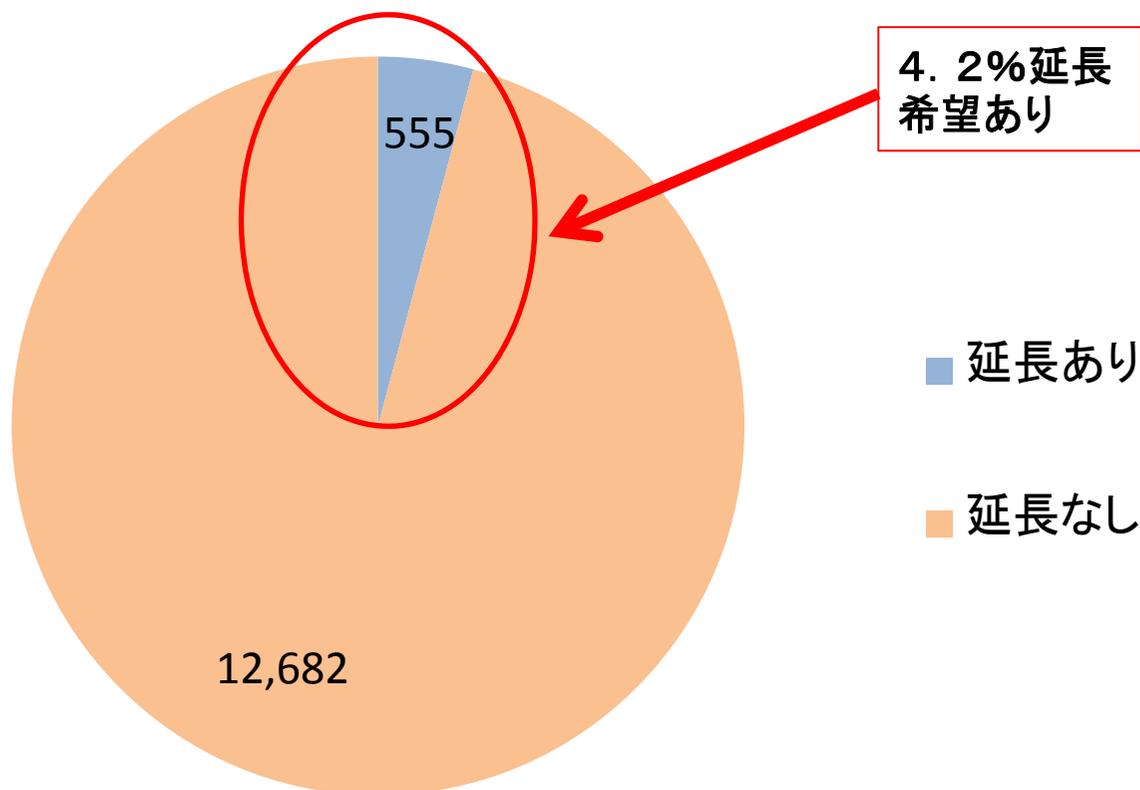


夜間の徘徊・多動の有無



認知症患者の準夜帯のケアのニーズ

○精神科診療所での重度認知症患者デイ・ケアにおける平成22年度の延べ利用者数13,237件のうち、555件(4.2%)で6時間を超えたデイ・ケア提供を家族が希望し、実施した。超過時間は約2時間だった。



重度認知症患者デイ・ケア
時間延長の有無

三原デイケアクリニック 三原先生より提供

認知症対策の課題と論点

- 認知症対策の1つとして早期の鑑別診断が重要であるが、専門医療機関(認知症疾患医療センター)における鑑別診断の数と比較し、外来の数の伸びは大きかった。
- 入院の主たる原因であるBPSDについては、概ね1ヶ月程度の治療で改善するとの報告もある一方で、認知症治療病棟に入院中の者の約9割が60日以上入院していた。
- 適切な重度認知症患者デイ・ケアにより、地域生活を維持することが期待されたが、6時間以上のデイ・ケア提供に対するニーズが増加していた。

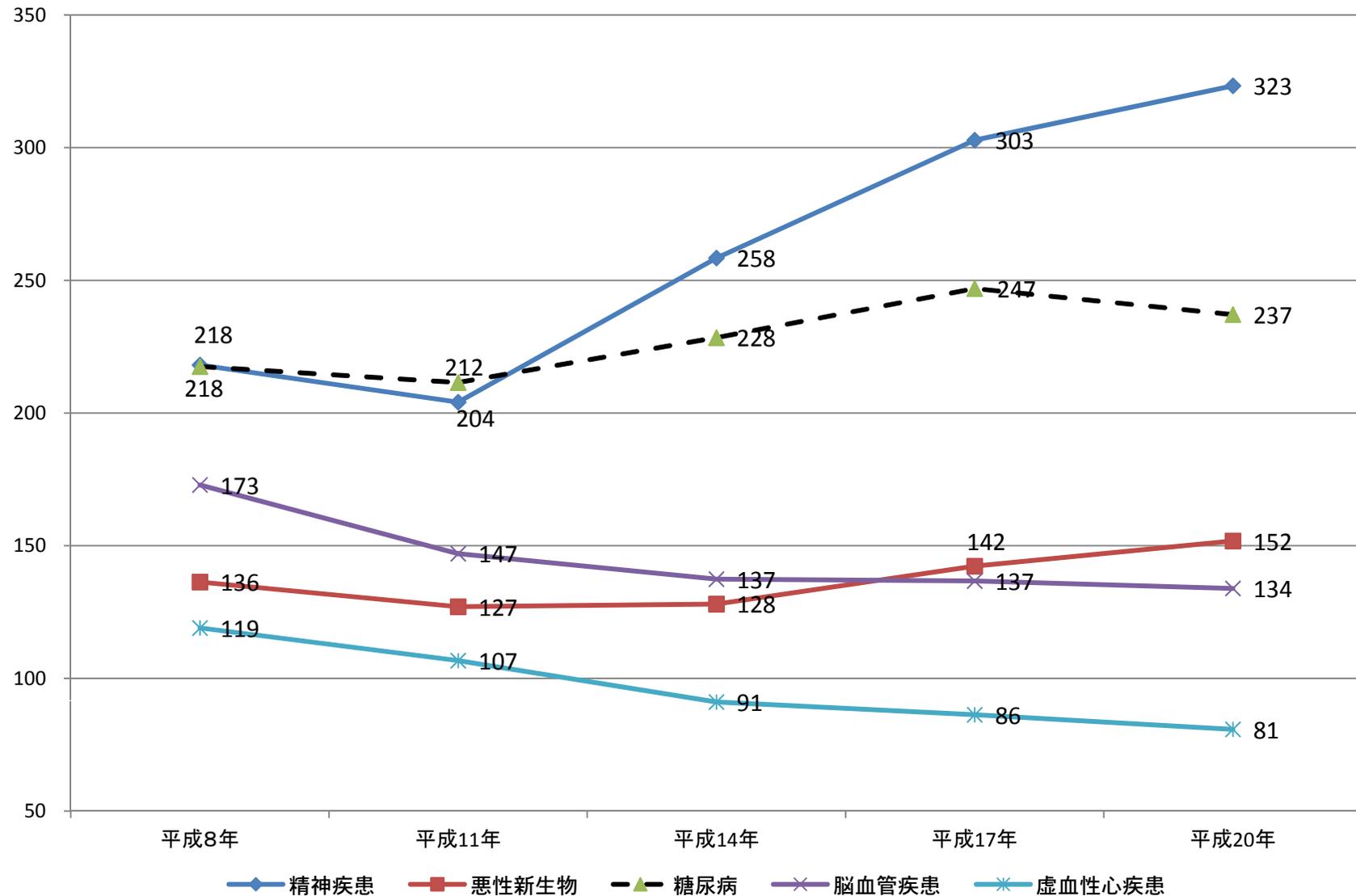
【論点】



- 認知症の鑑別診断後、専門医療機関から地域医療機関への連携を一層推進するために、認知症専門医療機関連携加算についてどのような評価を行うことが適切か。
- 入院によるBPSD対応について、入院早期(30日以内)の評価についてどのように考えるか、また、BPSDの改善が見られた者が速やかに住み慣れた地域、住まいに戻るための退院調整等の評価についてどのように考えるか。
- 重度認知症患者デイ・ケアについて、長時間ケアを行った場合の評価についてどのように考えるか。

身体疾患を有する精神疾患 患者等の救急医療について

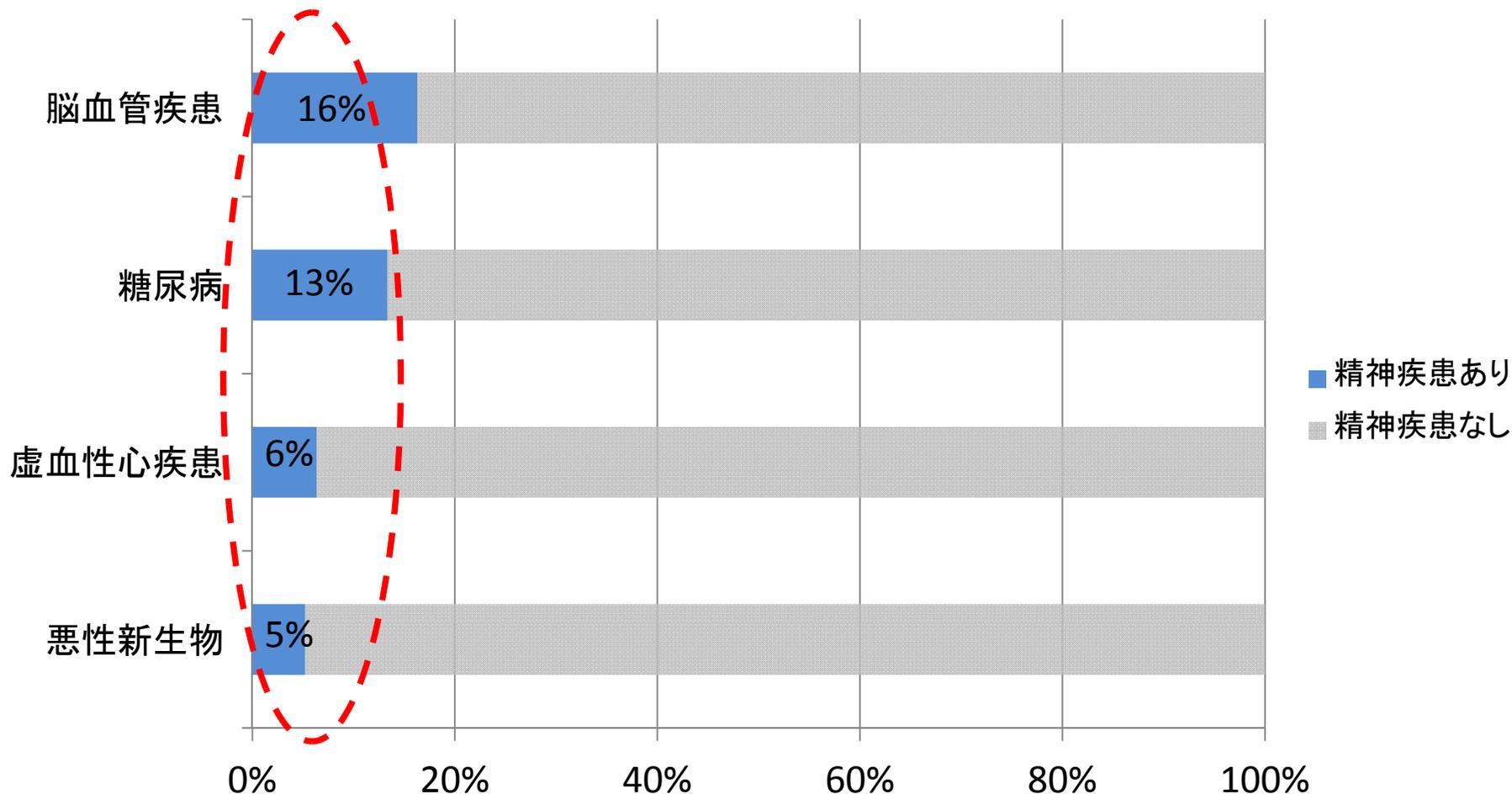
傷病別の医療機関にかかっている患者数の年次推移



単位: 万人
出典: 患者調査を基に作成

入院患者の精神疾患（副傷病）の状況

主病名が4疾病（脳血管疾患、糖尿病、虚血性心疾患、悪性新生物）の入院患者で副傷病が精神疾患の割合



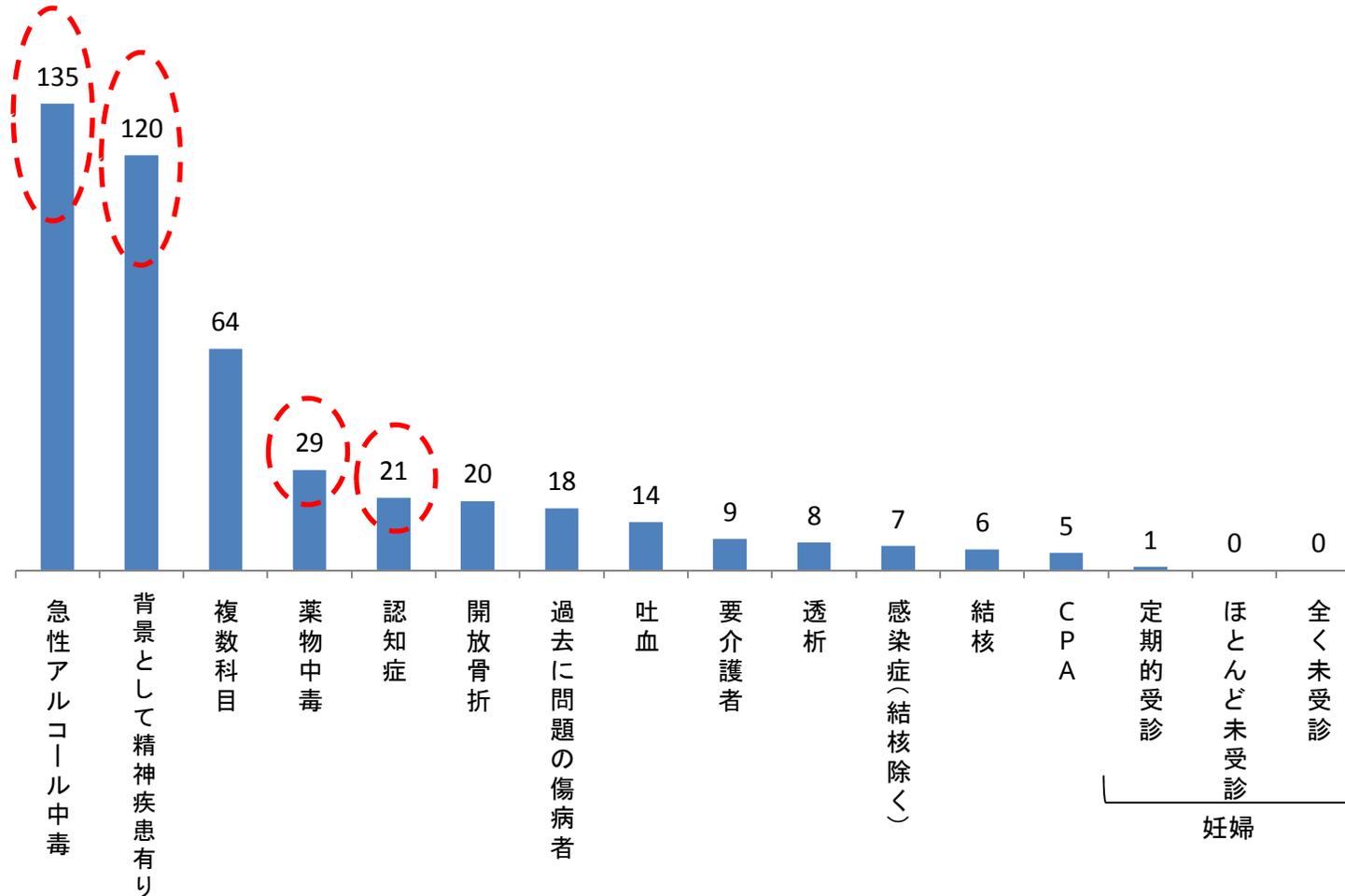
出典：平成22年患者調査

精神科救急医療施設の利用状況

	平成17年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	143	147	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,072	1,045	1,050
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	123,411	129,513	134,742
夜間・休日の受診件数	30,243	39,677	42,624	40,049
夜間・休日の入院件数	12,096	14,999	15,535	15,666
精神病床入院患者数に対する夜間休日入院件数の割合	3.7%	4.9%	—	—

	平成8年度	平成11年度	平成14年度	平成17年度	平成20年度
精神科入院患者数	325,900	329,400	320,900	324,700	306,700

救急隊からの情報に対して医療機関から 受入困難理由として明確な回答があった内容



救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上(457件)しており、1事案において複数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、延べ数として集計している。

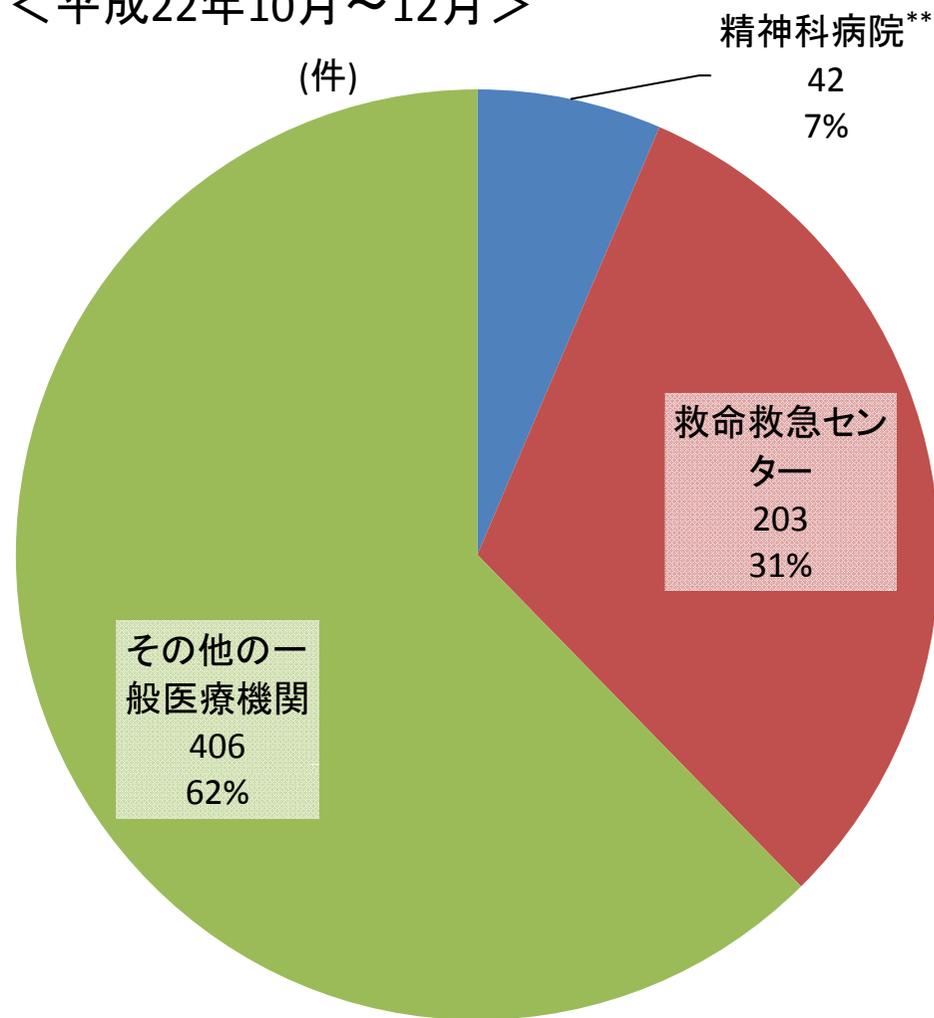
総務省消防庁資料より作成

身体症状を有する精神疾患患者*の救急搬送先 ～栃木県の例～

*精神科通院歴、自殺企図等、救急隊接触時に把握できた傷病者

**総合病院等をのぞく

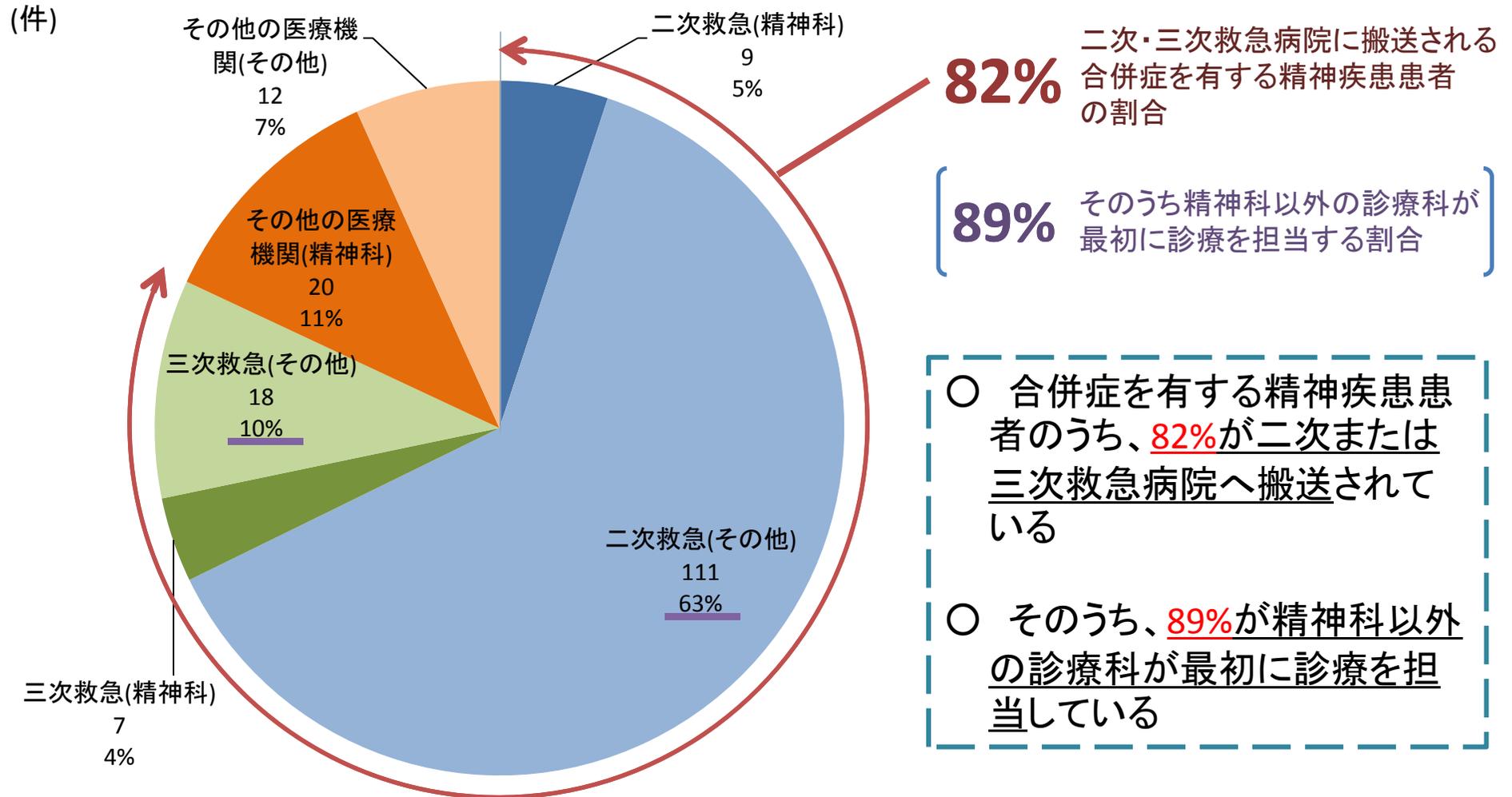
<平成22年10月～12月>



身体症状を有する精神疾患患者のうち精神科病院に救急搬送される患者は7%であり、93%が救命救急センターや、その他一般の医療機関に救急搬送されている

合併症を有する精神疾患患者の救急搬送先 ～ 福岡県の例 ～

＜平成23年 6月～8月＞ (合計搬送件数408件*のうち、合併症のある患者177件(43.9%)の内訳)

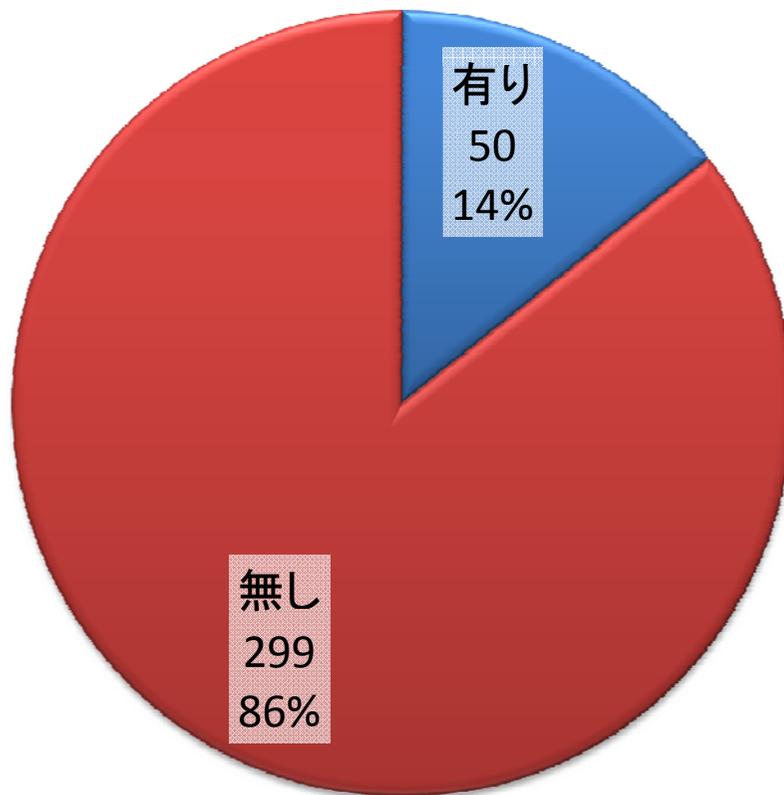


出典:福岡県下25消防本部 調べ

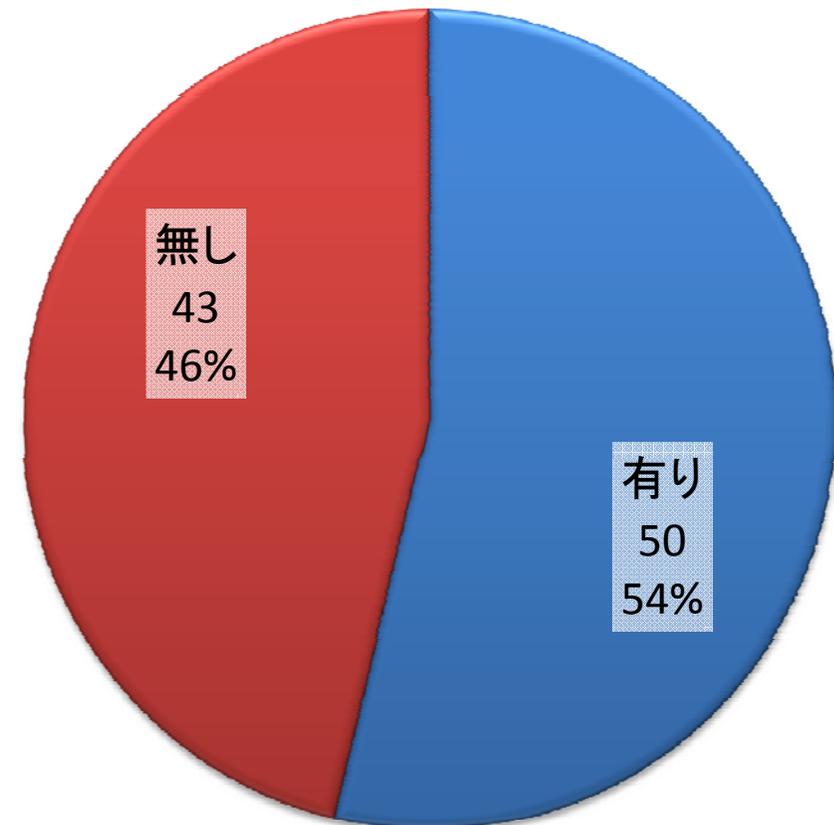
*精神疾患傷病者に関する出動494件のうち、警察搬送、不搬送等を除いた、実際に救急車で医療機関に搬送した件数

二次・三次救急病院における精神病床の有無

＜二次救急病院＞ (件)



＜三次救急病院＞ (件)



■ 有り ■ 無し

一般救急と精神科救急の連携のモデル

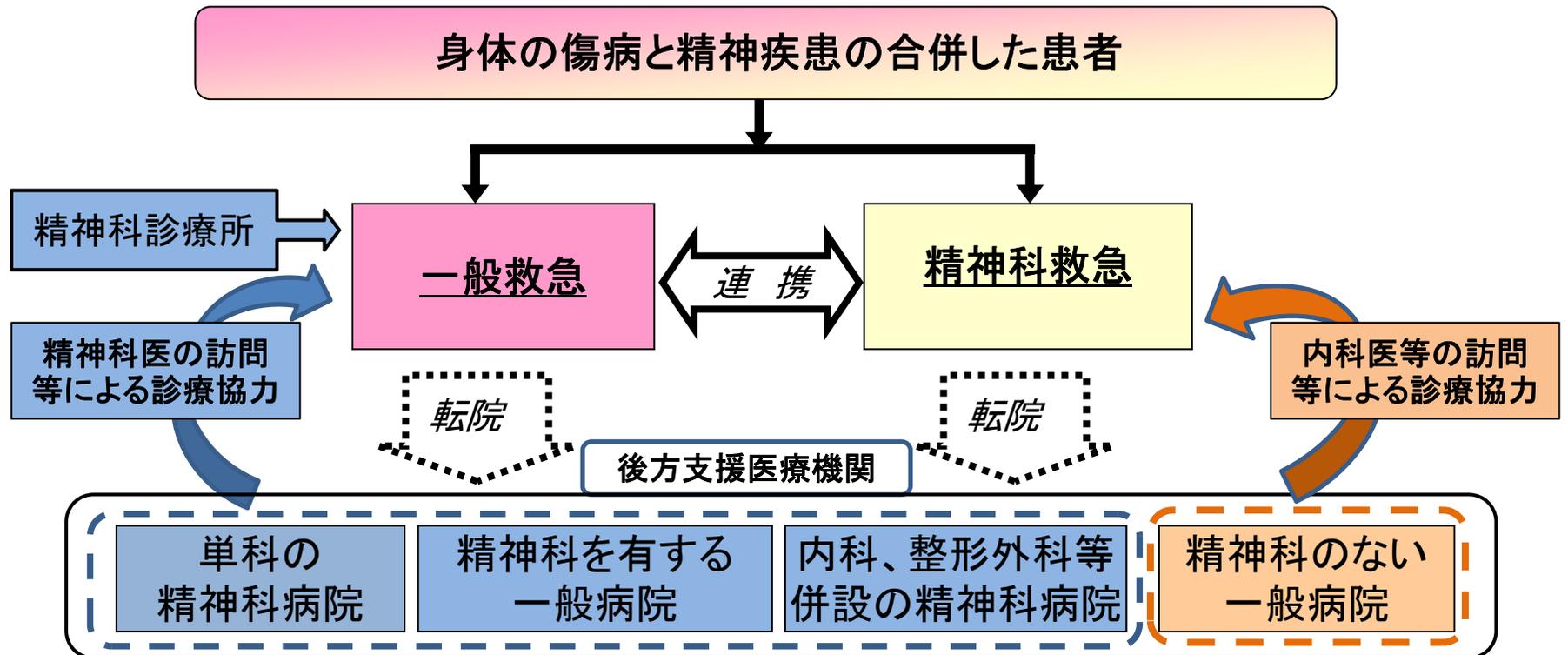
精神科救急医療体制に関する検討会報告書抜粋(平成23年9月30日)

○精神保健指定医の役割

- ・精神保健指定医である診療所の医師については、精神科救急医療体制の確保に協力すべきであり、精神科のない救急医療機関への協力等が考えられる。

○精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

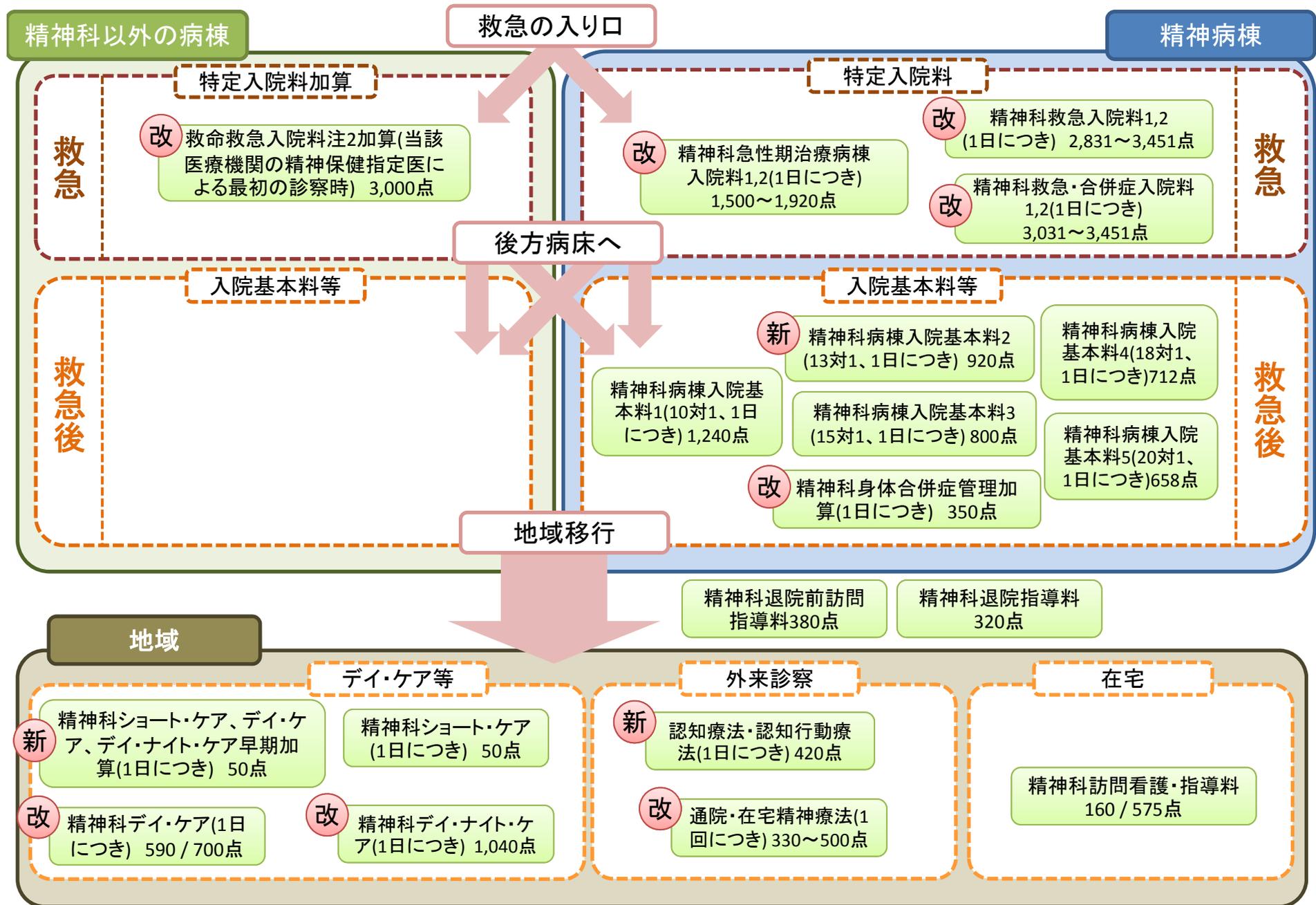
- ・精神科又は一般の医療機関が他方(精神科又は一般)の救急医療機関の診療を支援する。
- ・精神科医療機関は、必要に応じて連携先の救急医療機関への診療支援を行う(精神科医の訪問等による診療協力)。



<通常の対診としての評価のみ>

<精神科身体合併症管理加算で評価>

精神科救急の診療報酬における主な評価



身体疾患を有する精神疾患患者等の救急医療について

① 一般病棟における 合併症患者について

せん妄とは

せん妄とは、いくつかのいくつかの症状を伴う症候群で、意識・注意・認知・知覚の障害があり、短期間（通常数時間から数日）のうちに出現し、1日のうちで変動する傾向がある⁴⁾。



【DSM-IV-TR(アメリカにおける精神医学の診断基準)上のせん妄の定義】

- 注意を集中し、維持し、転導する能力の低下を伴う意識の障害がある
- 認知の変化(記憶欠損, 失見当識, 言語の障害など)、またはすでに進行し、確定され、または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の出現
- 短期間(通常, 数時間から数日)のうちに出現し、1日のうちで変動する傾向がある
- 病歴, 身体診察, 臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされている

卯野木健;第1特集 せん妄の今を知る, EBNURSING, 10(4), 610, 2010

【せん妄の有病率】

入院患者で10~30%¹⁾、入院している高齢者においては10~40%²⁾、入院しているがん患者では25%³⁾、術後は50%以上⁴⁾、人工呼吸器使用者は83.3%⁵⁾、ICUで36%⁶⁾、終末期85~90%⁷⁾という海外データがある。

1) 2) Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states). JAMA 258:1789-1792, 1987 3) Stiefel F, Holland J: Delirium in cancer patients. Int Psychogeriatr 3:333-336, 1991.

4) 日本精神神経学会監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン—せん妄. 医学書院. 2000

5) Ely EW, et al.: Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA 2001; 286:2703-2710

6) Plasczke K, et al.: Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s). Intensive Care Med 2008; 34:431-436.

7) Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E: Symptom control in palliative care—Part III: dyspnea and delirium. J Palliat Med 2006; 9:422-436.

せん妄について

せん妄には、さまざまな要因があり、複数の要因が絡み合っており、患者の症状は同じであっても異なるメカニズムにより起こっていると考えられる。

I. せん妄の要因(患者側の要因)

- ①年齢>70
- ②ケア施設からの転院
- ③視覚・聴覚(聴力)障害
- ④うつ、認知症、心不全、脳卒中、てんかんの既往
- ⑤腎機能障害
- ⑥肝機能障害
- ⑦HIV感染
- ⑧アルコール中毒
- ⑨向精神薬の使用
- ⑩低栄養
- ⑪高い重症度スコア
- ⑫低/高血糖、低/高ナトリウム血症、甲状腺機能低下/亢進
- ⑬低体温/発熱
- ⑭敗血症
- ⑮BUN/クレアチニン \geq 18

II. せん妄の要因(医原性/環境要因)

- ①薬剤(抗コリン薬、鎮静薬、鎮痛薬)
- ②身体抑制
- ③経管栄養
- ④膀胱留置カテーテル/直腸カテーテル
- ⑤中心静脈カテーテル

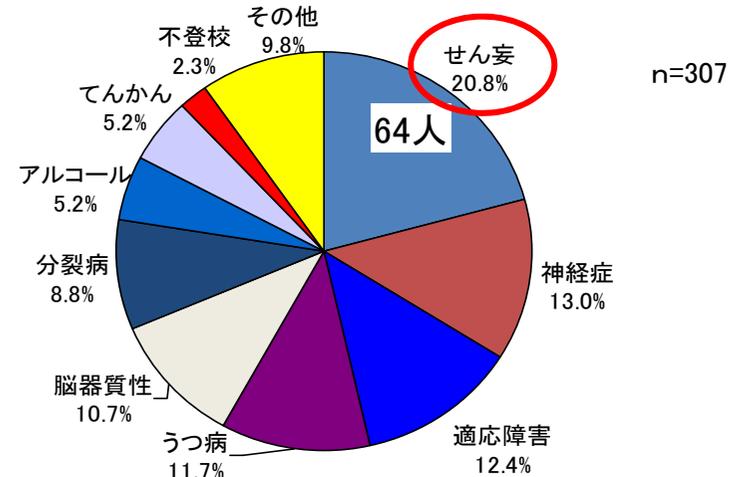


精神科医や精神看護専門看護師に対する コンサルトの依頼理由

一般診療科や一般病棟から精神科医や精神看護専門看護師への依頼理由として、せん妄が依頼全体の20~30%を占めている

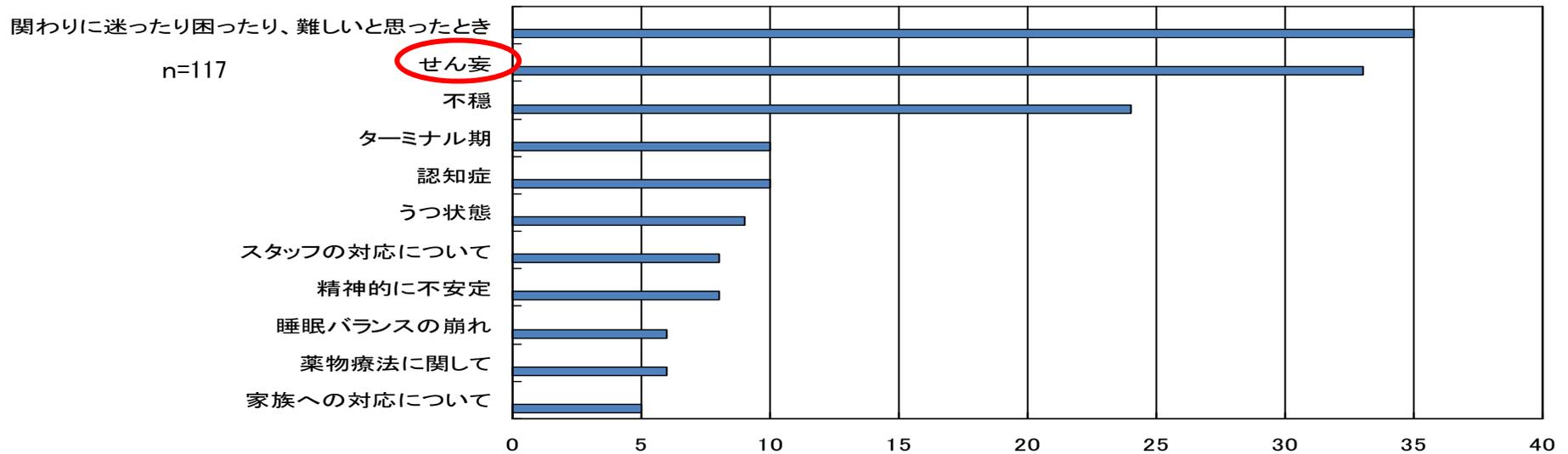


【院内一般診療科から依頼された症例の精神科診断】



三浦星治ら;島根医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動について, 島根医学, 21(4), 32-38, 2001

【医療機関に精神看護専門看護師がいた場合、患者がどういう状況の時に活用していたか?】 (複数回答)

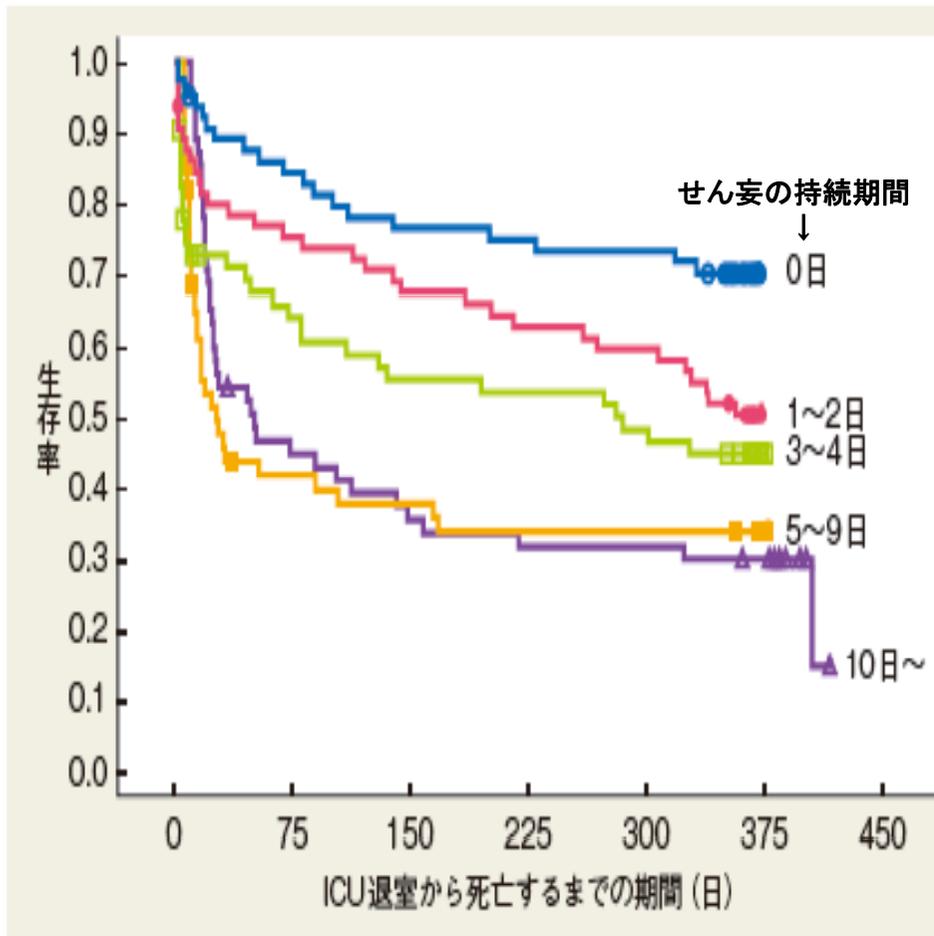


金子亜矢子;精神看護専門看護師の活動評価, 共済医報, 59(1), 59-64, 2010

せん妄の発症による患者への影響（海外）

ICU入院中の高齢者におけるせん妄期間は1年死亡率と相関し、高齢者のせん妄持続期間の延長は予後を悪化させる。

【ICUに入院中のせん妄の持続期間別の生存率の推移】【研究目的】



ICU に入院中の高齢者におけるせん妄持続期間と死亡率との関係を検討すること

【研究対象】

アメリカのYale-New Haven 病院のICU に2002年5月～2004年9月に入院した60歳以上の患者304名（平均74.7歳）

【研究方法】

対象者の患者特性や診断、既往歴、内服薬についての情報は、カルテより情報を入力し、評価項目はICU入院後の1年死亡率とし、せん妄の評価は、CAM-ICU(Confusion Assessment Method for the ICU)を用いた

【研究結果】

対象のICU 入院期間平均は5 日、ICU入院中のせん妄持続期間は平均は3 日、1年死亡率は50%であった。ICU入院中のせん妄持続期間により5群(0日、1～2日、3～4日、5～9日、10日以上)に分け、カプラン・マイヤー生存曲線を算出したところ、せん妄持続期間が短いほど予後が良好であった($p < 0.001$)。コックス生存モデルによる多変量解析の結果、ICU入院中のせん妄持続期間と1年死亡率との間には有意な相関が認められた(ハザード比1.10, 95 %信頼区間1.02～1.18, $p < 0.01$)。年齢、手段的日常生活行為、チャールソン併存疾患指数、疾患重症度(Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II スコア)と1年死亡率との間にも有意な相関が認められた($p = 0.009$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.001$)。

【結論】

ICU 入院中のせん妄期間は1年死亡率と有意に相関しており、せん妄の予防は重要である。

海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄の入院期間を有意に軽減することができる。

＜対象＞70歳以上の内科患者400名(計8か月間)

①スタッフ教育を行い、受け持ち制にした病棟(介入群)



②通常のケアを業務分担制により提供した病棟(対照群)



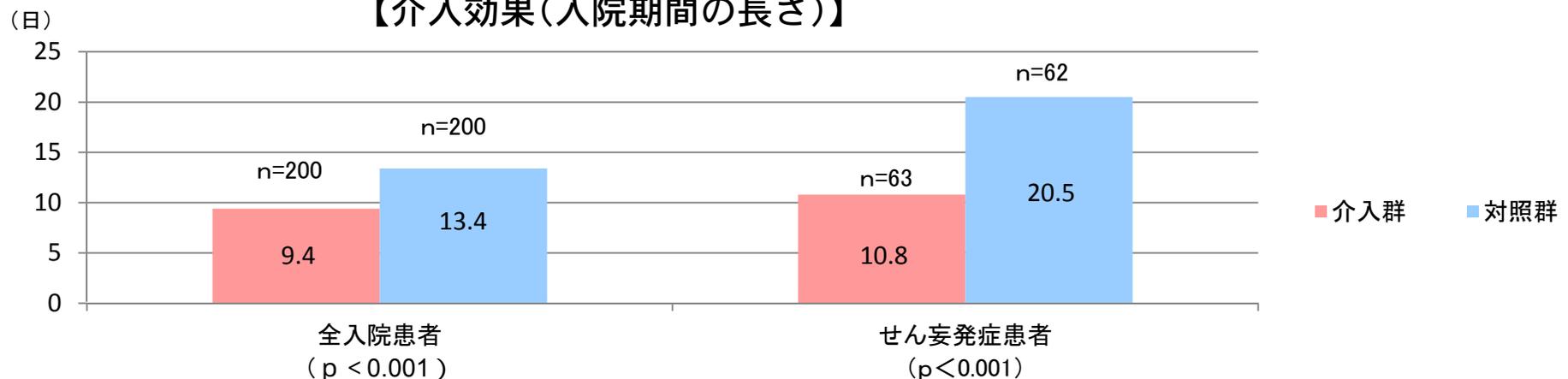
→入院24時間以内のせん妄発生率は、両群とも約31%で有意差はみられなかった

介入= 教育プログラム※¹ + 個別ケアを重視した受け持ち制への移行 + 看護職員への定期的指導※³

※介入群の病棟で働く医療職に対して、せん妄のアセスメント、予防、治療、認知症・せん妄患者と医療者の相互作用に焦点をあてた老年医学に関する教育プログラムを実施(2日間)

※3個別あるいはグループ単位での患者と医療者の相互作用に関する指導を月に1度(1回15分から20分程度)

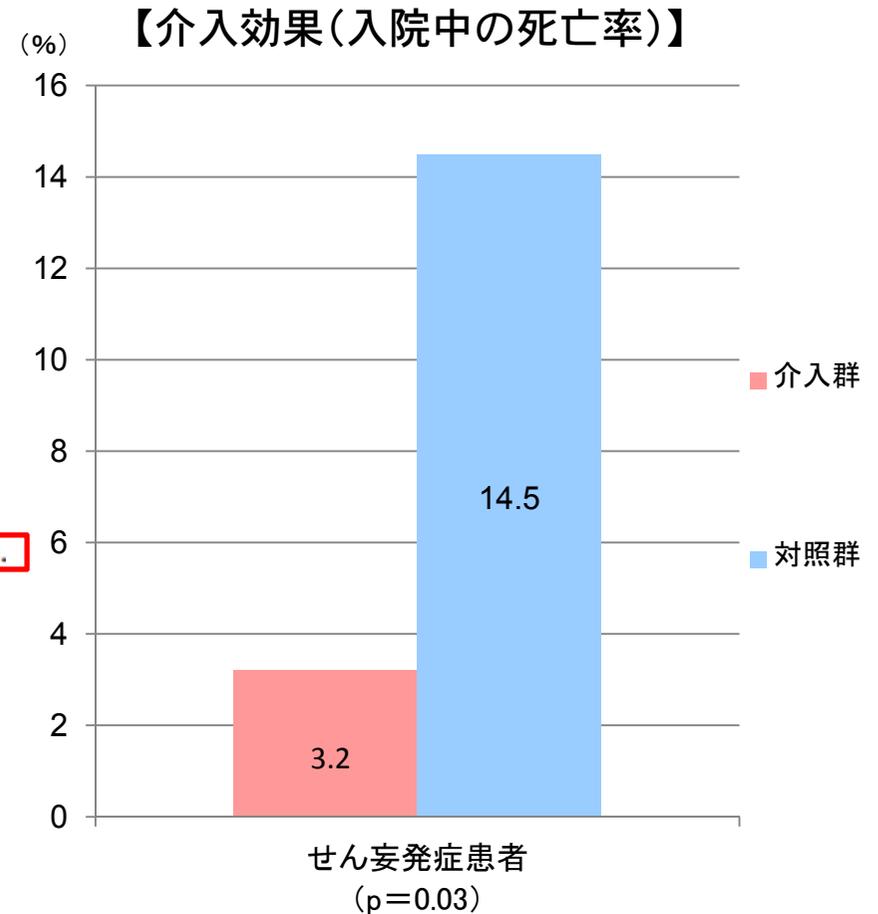
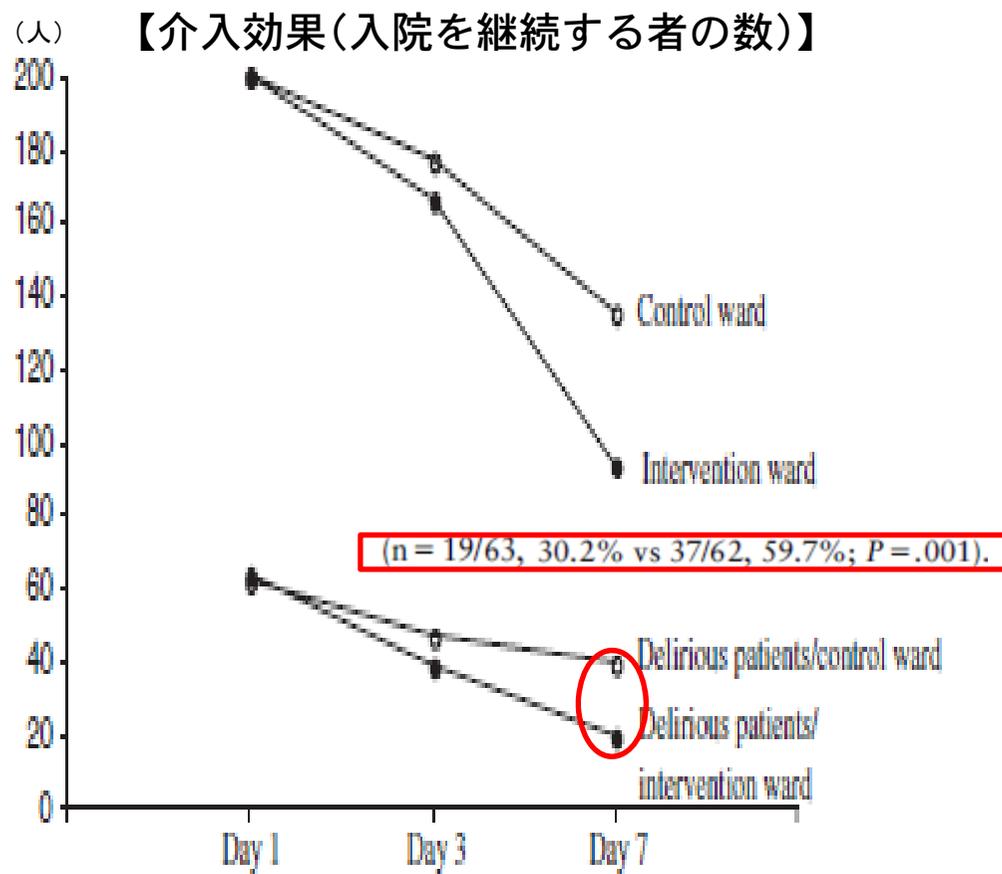
【介入効果(入院期間の長さ)】



Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al ; A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005; 53(4) : 622- 628.

海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄を発症する患者の数、死亡率などを有意に軽減することができる。



Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al ; A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005; 53(4) : 622- 628.

日本におけるリエゾン・チームの役割(例)

リエゾン・チーム

精神科医、精神看護専門看護師を
コアメンバーとしてソーシャルワ
ーカー、患者総合相談室看護師、
薬剤師等から構成



<リエゾン・チームの主な介入内容>

精神科診断の実施 ・ストレス対処法の検討
身体・精神症状と人との関係に関する苦痛な体験の共有
精神症状の管理と症状悪化予防のための生活の構造化
症状の管理方法の話し合い
活用可能な社会資源の検討・調整
家族への精神的支援と助言
等

介入

介入群:31名

自己免疫疾患、悪性腫瘍、クローン病、腎・肝疾患などの
慢性疾患で治療中の患者、もしくは精神疾患を持ちながら
精神科病棟以外で治療を受けている18歳以上70歳以下で
せん妄、認知症を除く総合病院に入院中の患者



【支援の基準】

- ①抑鬱が強く希死念慮を訴える ②気分変動が強い
- ③行動が落ち着かない ④ナースコールが頻回
- ⑤治療経過がスムーズにいかない
- ⑥医療者への不信感が強い ⑦医療者に過度に依存
- ⑧身体症状の頻回な訴え ⑨何も喋ろうとしない
- ⑩自暴自棄になっている ⑪薬や注射の過度な要求
- ⑫回復への意欲がないように見える ⑬不眠が強い など

<手順>

病棟から精神科および精神看護専門看護師に相談依頼の提出→各々が単独で関わるものorリエゾン・チームで関わるものに分類→
患者の状態とニーズに応じたリエゾン・チームを編成→チーム会議(主治医、病棟の受け持ち看護師、精神科医、精神看護専門看護
師、ソーシャルワーカー、患者総合相談室看護師、薬剤師等)を週に1回実施→リエゾン・チームによる支援の希望の有無と研究協力
について患者に意思の確認

<方法>

精神看護専門看護師が中心となり、

1回目 : 患者の不安や抑鬱の体験の苦しさを共有し、その原因探索や対処法の検討を行う

2回目以降: 症状軽減のための対処方法及び病気や治療に応じた生活の再構築の検討などを週1回30分以上実施

日本におけるリエゾン・チームの介入効果(例)

【リエゾン・チームの介入効果】

評価項目	介入前	介入後
「BPRS※1」	49.37 (SD±9.69)	26.53(SD± 4.95)
「LSP※2」	117.33(SD±9.69)	介入後: 130.30(SD±10.5)→ 中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.45, p<0.05$)
「CES-D※3」	37.90(SD±11.96)	16.52(SD± 5.90)
「SF-36※4」		
身体機能	48.71 (SD±31.14)	68.39 (SD±30.78)
日常役割機能(身体)	22.58 (SD±21.75)	48.19 (SD±20.42)
体の痛み	60.39 (SD±37.39)	69.71 (SD±30.24)
全体的健康感	16.33 (SD±17.51)	36.75 (SD±11.26)
活力	19.38 (SD±15.16)	46.88 (SD±11.34)
社会生活機能	24.17 (SD±23.66)	42.90 (SD±20.96)
日常役割機能(精神)	24.16 (SD±17.96)	46.11 (SD±19.78)
心の健康	32.17 (SD±70.55)	48.00 (SD±10.64)
介入前に比べ介入後に生活の質満足度が向上し、身体機能・日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、社会生活機能、心の健康で介入前後について 中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.49-0.92, p<0.001$)		

※1 BPRS「簡易精神症状評価尺度:統合失調症の16項目の症状をある程度決まった面接と観察により1-なし~7-最重度の7段階で医療者が評価」

※2 LSP「日常生活自立度質問紙:セルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーション、責任の5つの範囲、39項目を医療職者が評価」

※3 CES-D「一般人における自記式のうつの評価尺度:すべてで20項目あり、それぞれの項目を4段階で評価し、0~3点で評価」

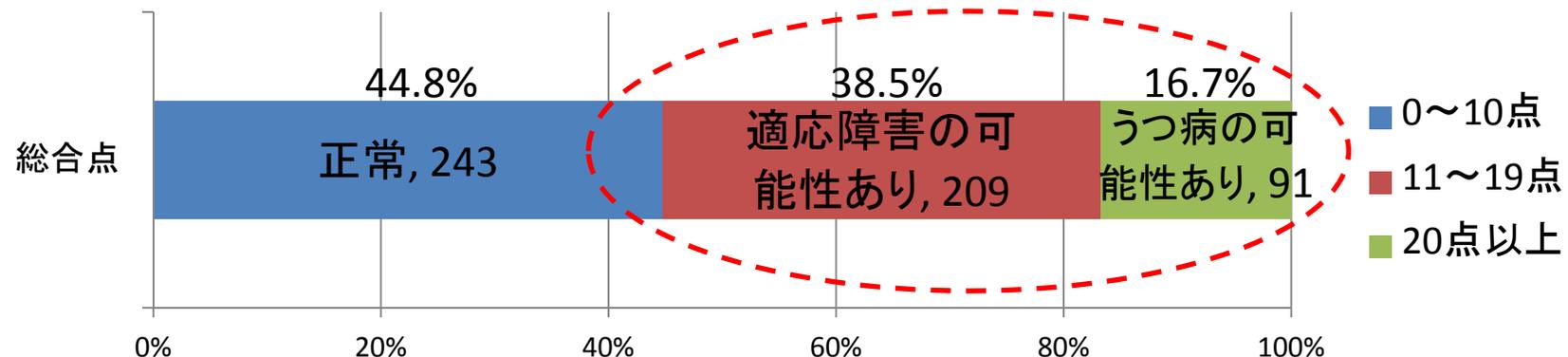
※4 SF-36「健康に関連したQOLの自記式評価尺度:動作の困難度や充実感等の36問で構成され、100点満点で評価」

宇佐美しおり他:慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価ー精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割ー,
熊本大学医学部保健学科紀要第5号, 2009

身体科における精神疾患合併の割合

- 一般病院4施設、大学病院3施設に入院している患者543人を対象に、不安と抑うつスクリーニングテスト(HADS)を用いて調査。
- 患者の精神状態の総合点HADS得点の分布は、0～10点(正常)が243人(44.8%)、11～19点(適応障害カットオフ)が209人(38.5%)、20点以上(うつ病カットオフ)が91人(16.7%)がうつ病であった。

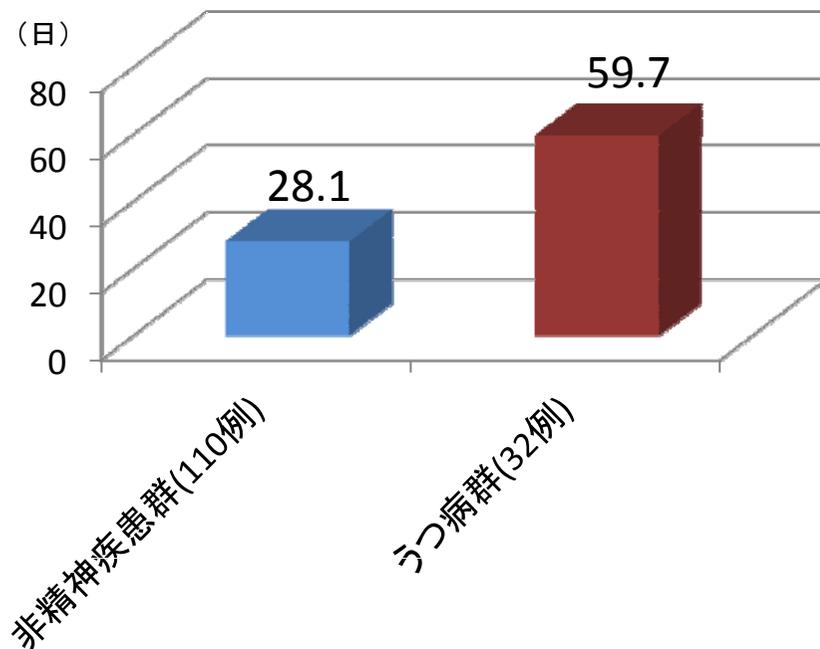
N=543人 (一般病院4施設、大学病院3施設)



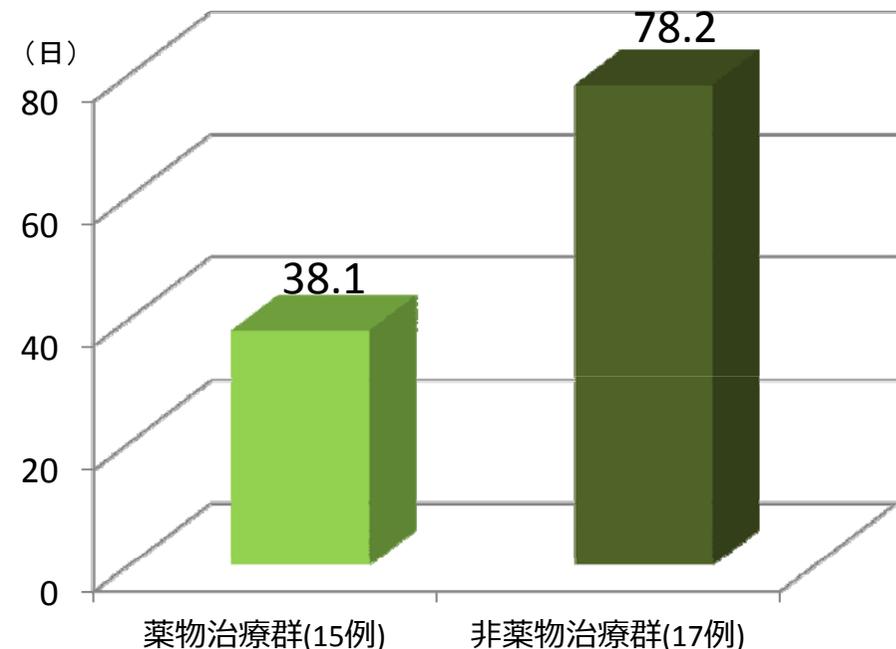
うつ病合併患者の入院期間

- 総合病院精神科が内科系の2つの病棟に入院中の患者211名を対象とし、精神疾患の有無にかかわらず2ヶ月間にわたり、毎週定期的に面接を続け、精神状態の経過を観察した。
- 対象211名のうち、32名(15.2%)にうつ病が合併し、入院期間が長期化していた。
- うつ病合併患者に抗うつ薬を用いた専門的な薬物療法を実施した場合、非薬物治療群と比べ約40日間入院期間が短縮した。

非精神疾患群とうつ病群の入院期間の比較



薬物療法の有無による入院期間の比較



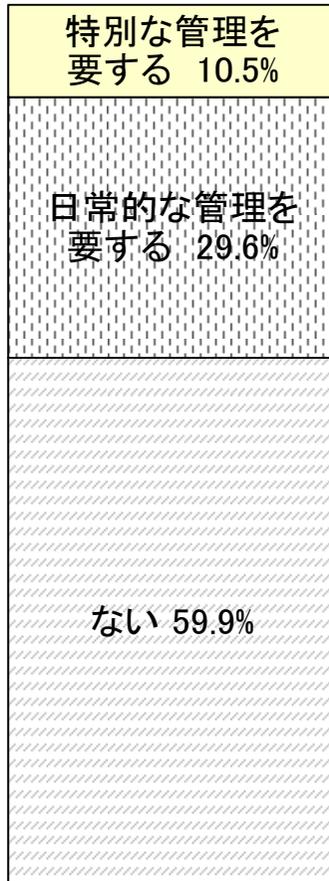
参考文献: 保坂隆監修「在院日数短縮化をめざして」から作成

身体疾患を有する精神疾患患者等の救急医療について

② 精神科病棟における 合併症患者について

統合失調症の入院患者における身体合併症(有無・種類)

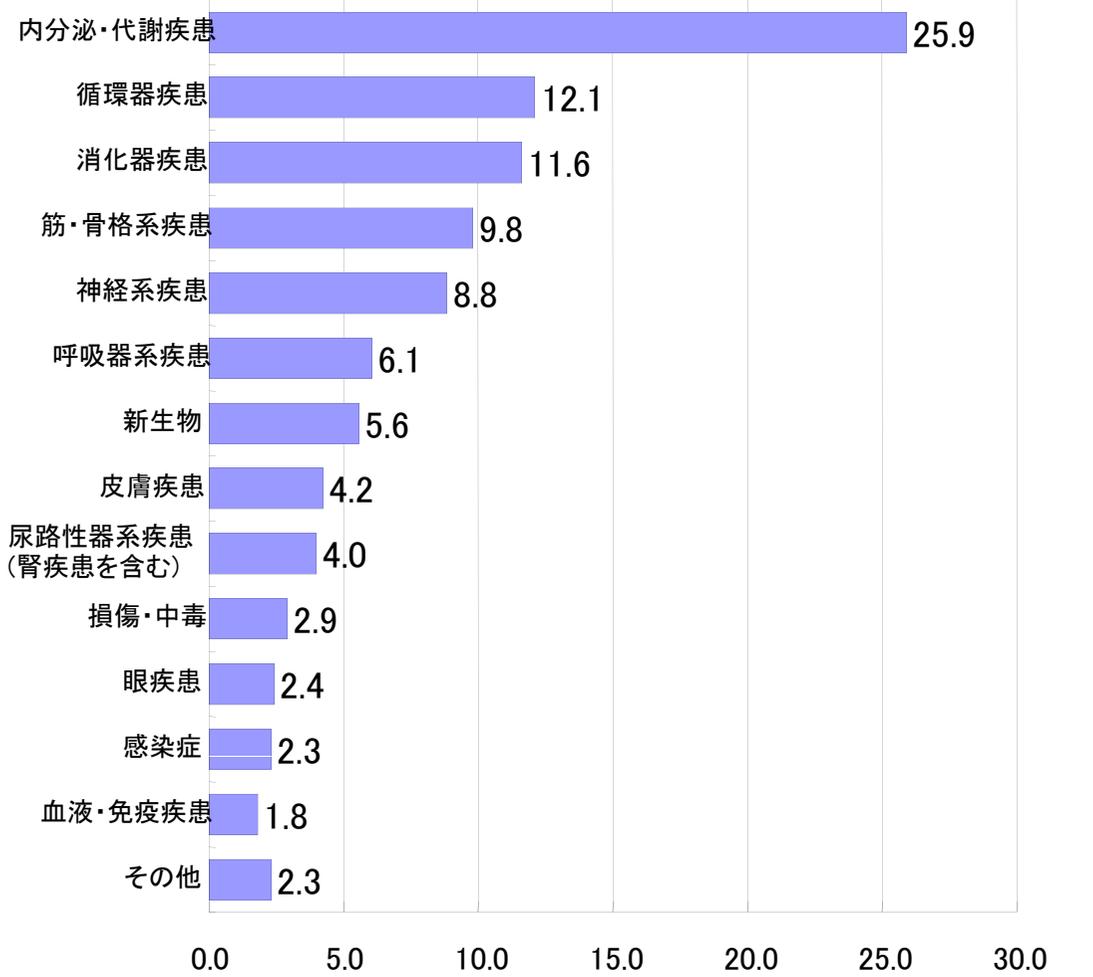
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 9,781名)

特別な管理: 入院治療が適当な程度
 日常的な管理: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類

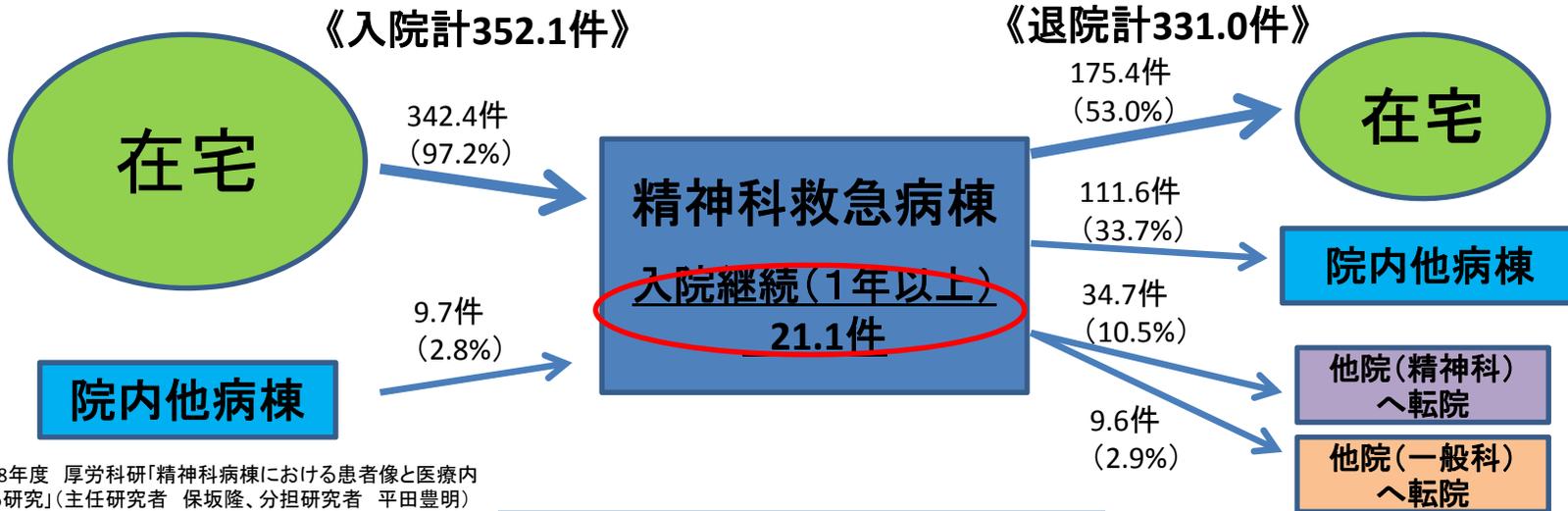


(有効回答数 826名)

「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)

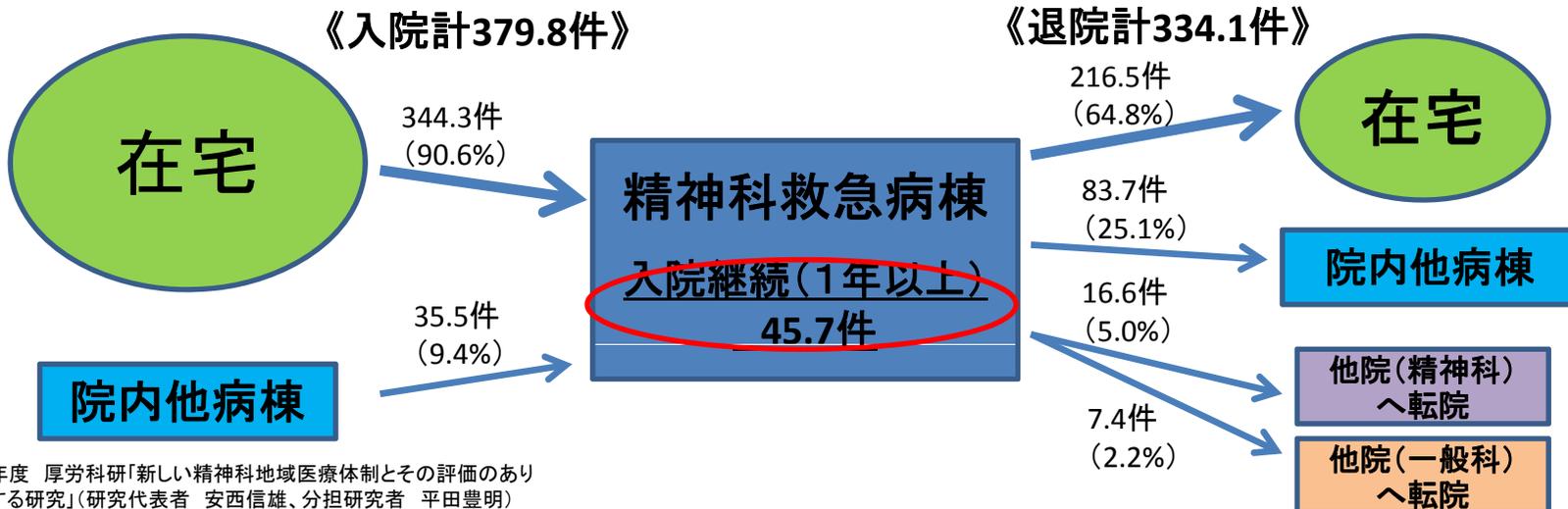
精神科救急病棟の現状

精神科救急病棟の平均像(12施設)
—2003年度—



平成16～18年度 厚労科研「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」(主任研究者 保坂隆、分担研究者 平田豊明)

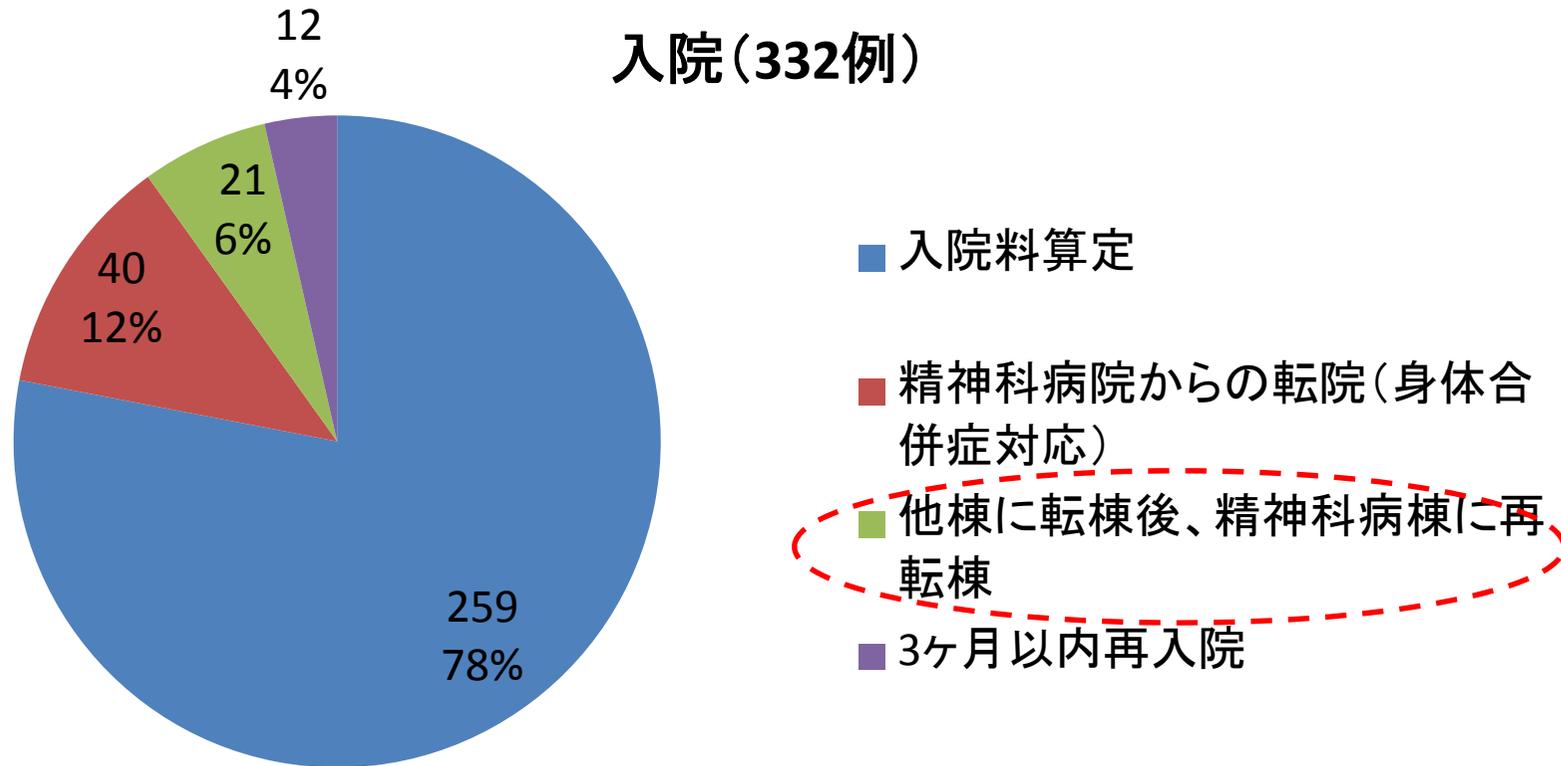
精神科救急病棟の平均像(51施設)
—2009年度—



平成22年度 厚労科研「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(研究代表者 安西信雄、分担研究者 平田豊明)

精神科救急・合併症入院料算定病棟の現状

入院(332例)



S病院の例

- 精神科救急・合併症入院料について、入棟後に身体合併症に対する手術等のため、いったん一般病床等に転棟し、再度入棟した場合には再算定はできない。
- 一方で、他棟に転棟後、精神科救急・合併症入院料算定病棟に再転棟した患者が6%存在している。

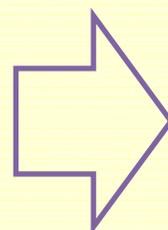
平成22年診療報酬改定 精神科身体合併症管理加算*見直しの効果

*身体合併症を有する患者の治療が行える体制をとっている医療機関で、肺炎、心不全等の合併症を有する患者の治療を行った場合、治療開始日から7日間に限り算定できる。

➤ 認身体合併症対応への手厚い評価のため、加算を引き上げた。

精神科身体合併症管理加算1
(精神科救急入院料・認知症病棟入院料) 300点

精神科身体合併症管理加算2
精神病棟入院基本料 200点



精神科身体合併症管理加算
350点

加算算定回数推移

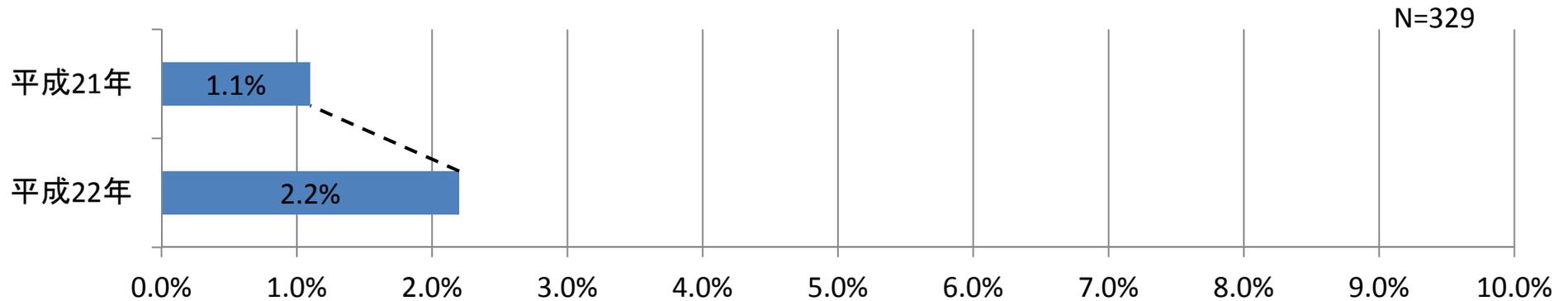


注:平成20年、平成21年は精神科身体合併症加算1、2の合計

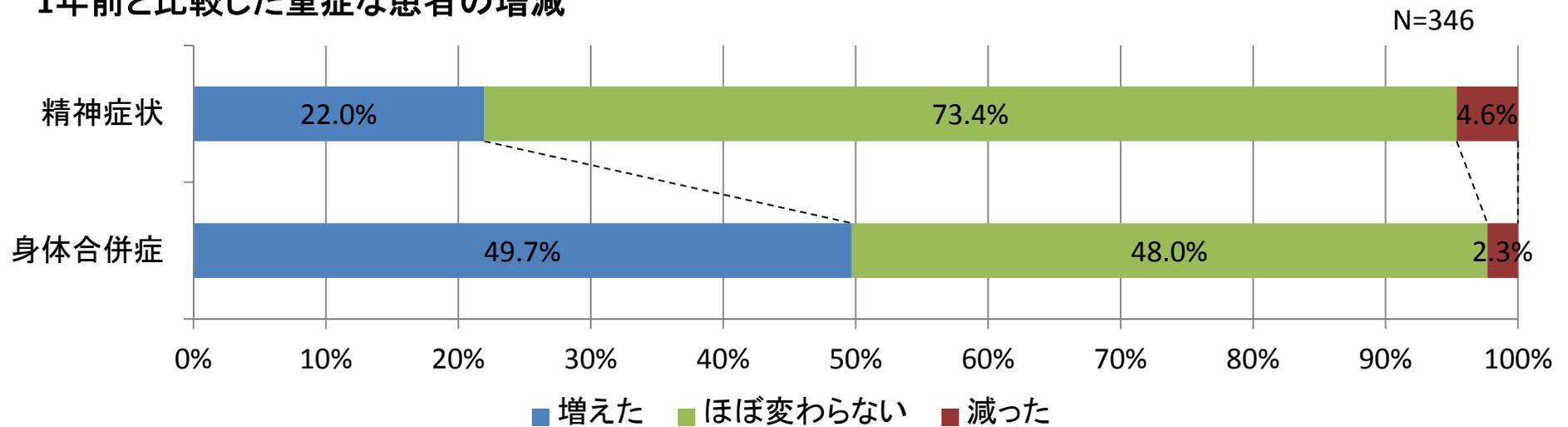
出典:社会医療診療行為別調査より

精神病棟入院基本料等算定病棟における 精神科身体合併症患者の推移

精神科身体合併症管理加算の算定患者割合の推移

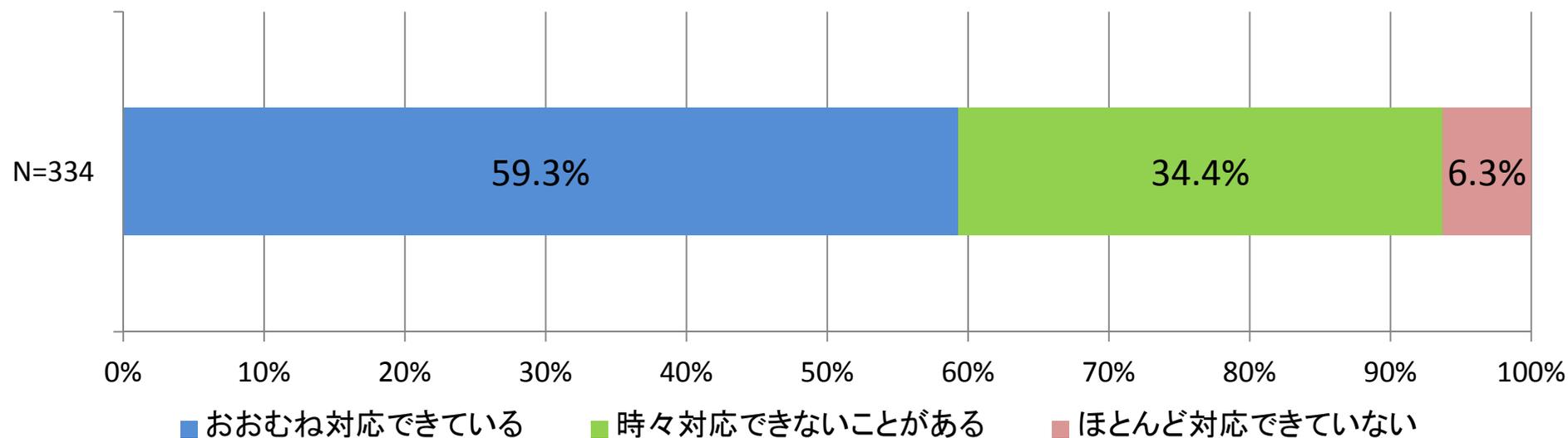


1年前と比較した重症な患者の増減



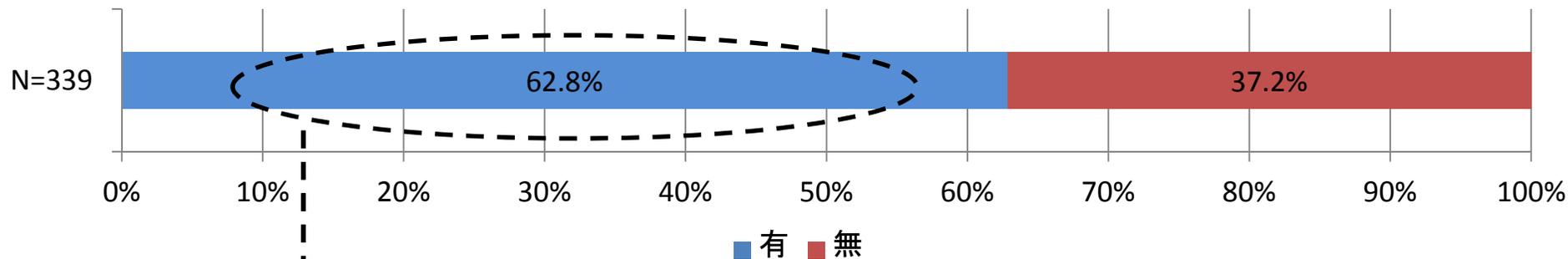
出典：平成23年度検証調査

精神病棟入院基本料等算定病棟における 身体合併症患者の対応状況について

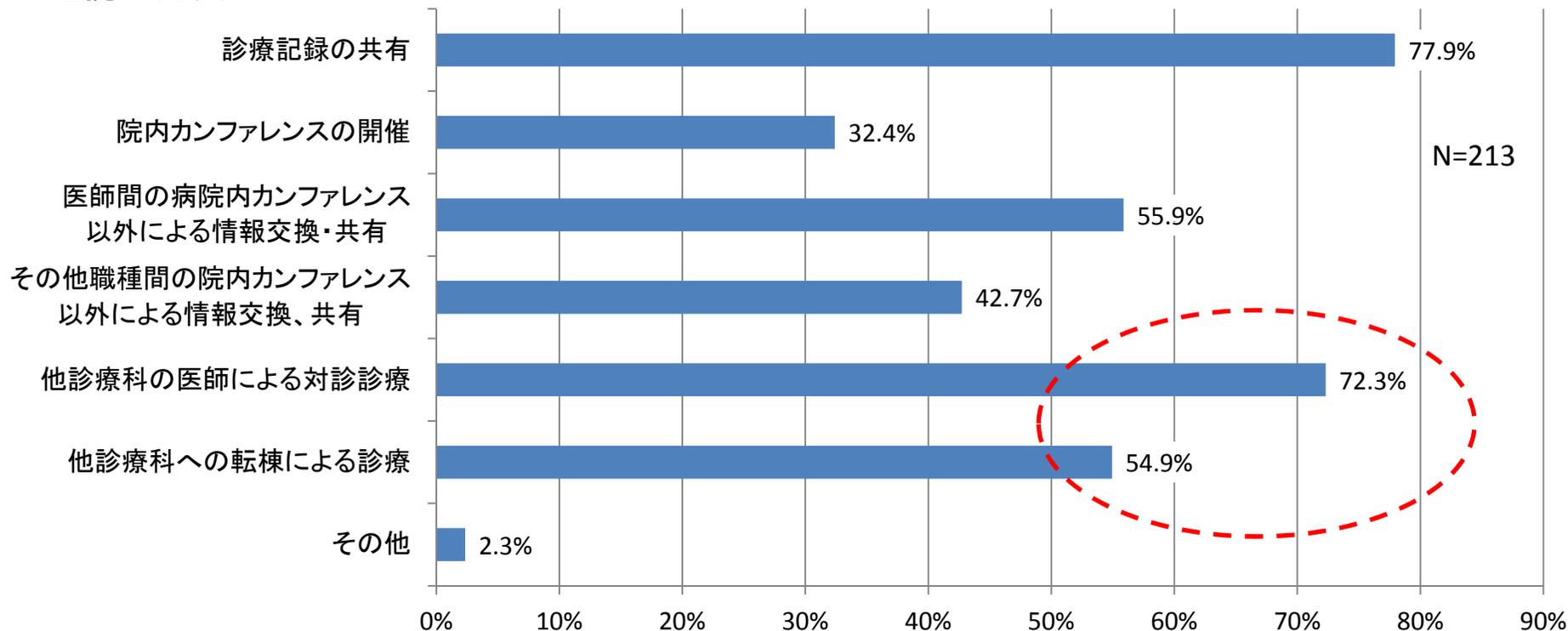


精神病棟入院基本料等算定病棟における 院内他科との連携について

院内他科との連携の有無



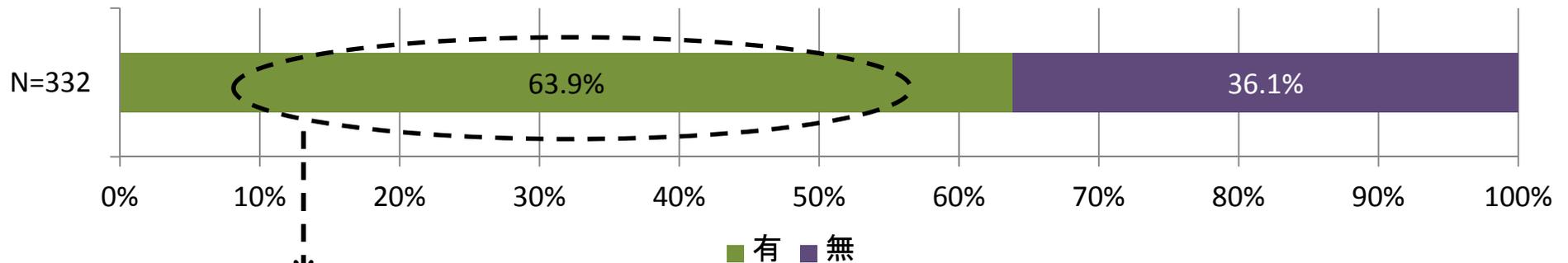
連携の方法



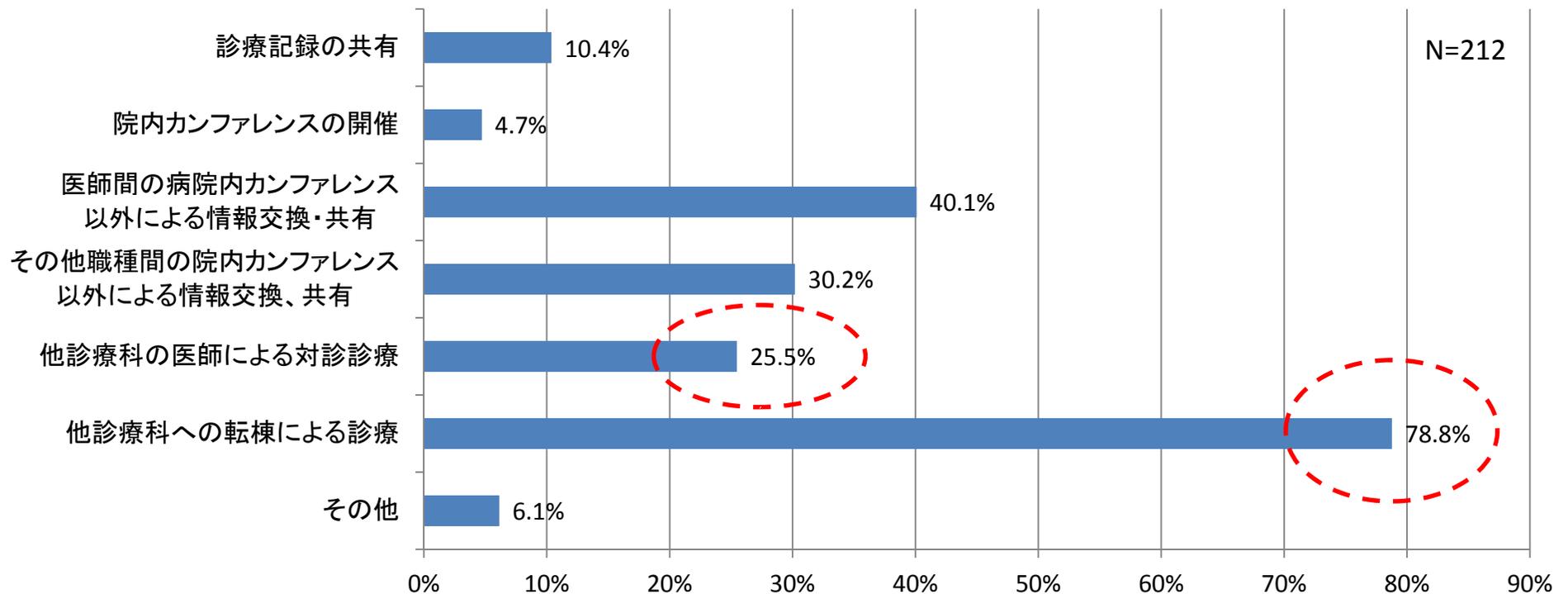
出典：平成23年度検証調査

精神病棟入院基本料等算定病棟における 院外他診療科との連携について

院外他診療科との連携の有無



連携の方法



出典：平成23年度検証調査

身体合併症を有する精神科救急の課題と論点

- 救急搬送困難の理由の1つとして挙げられる、精神疾患を有する救急患者の多くは精神科病院ではなく、救命救急センターや一般病院で受け入れられていた。
- 一般病棟における精神科ニーズは高まっており、専門医療スタッフ(医師・看護師等)の介入で在院日数の短縮や症状の改善が期待された。
- 精神病棟における身体合併症患者の受入は一定程度すすんでいた。



【論点】

- 救急搬送困難の原因ともなる、精神疾患を有する救急患者について、積極的な受け入れを行っている、救命救急センター等一般病院の評価についてどのように考えるか。
- 一般病棟における精神科スタッフの取組み(精神科リエゾン)に対する評価についてどのように考えるか。
- 精神病棟における身体合併症患者の受入について、患者像に基づく評価は一定程度なされているが、手術等で一時的に一般病棟に転院した後、再転棟する精神科救急病棟の評価や、一般救急や精神科救急と連携して、後方病床として救急搬送患者の受け入れを行っている精神病床についてどのように評価するか。

精神療養病棟について

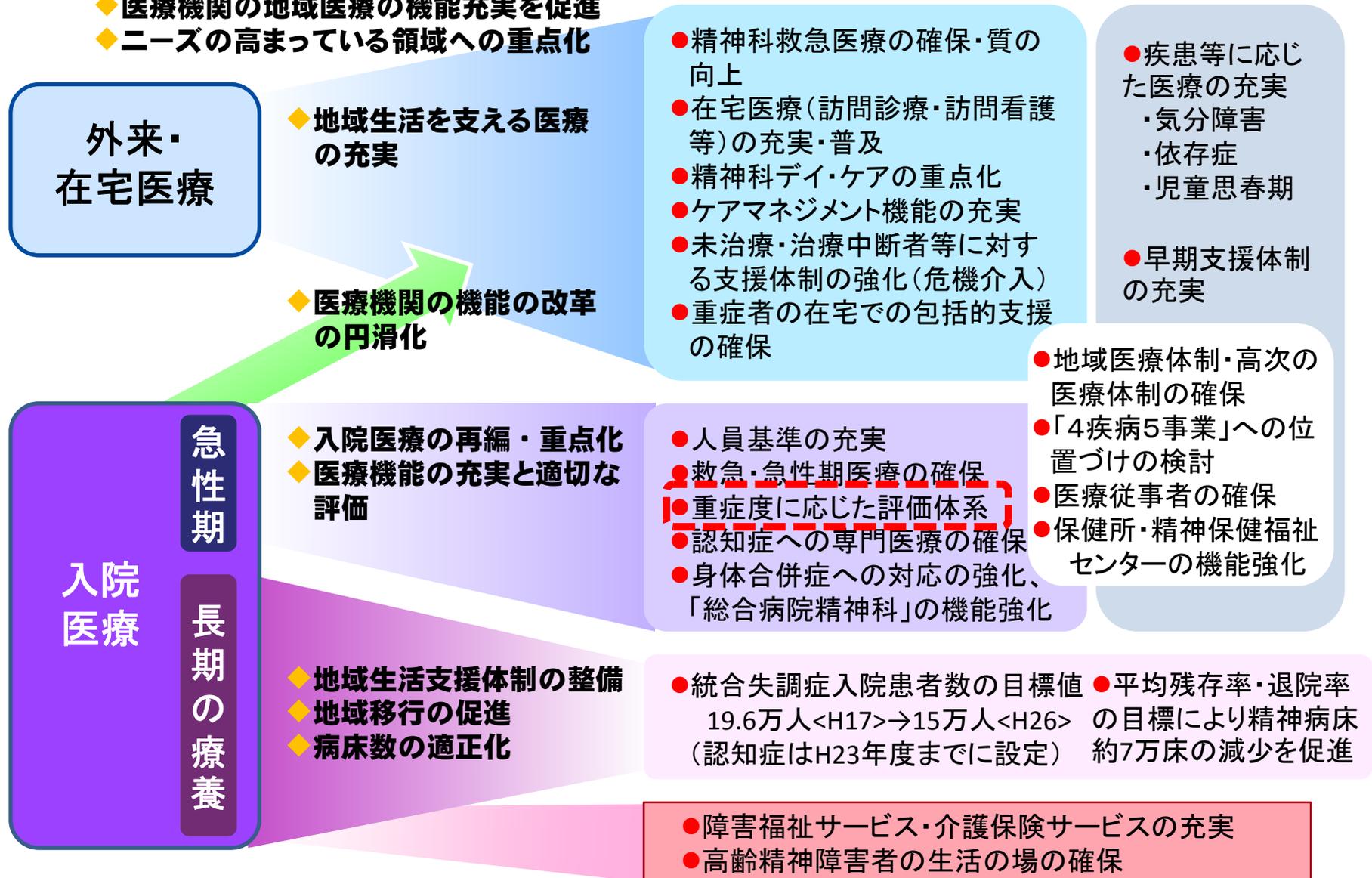
1 精神保健医療体系の再構築

平成21年9月24日「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書概要より

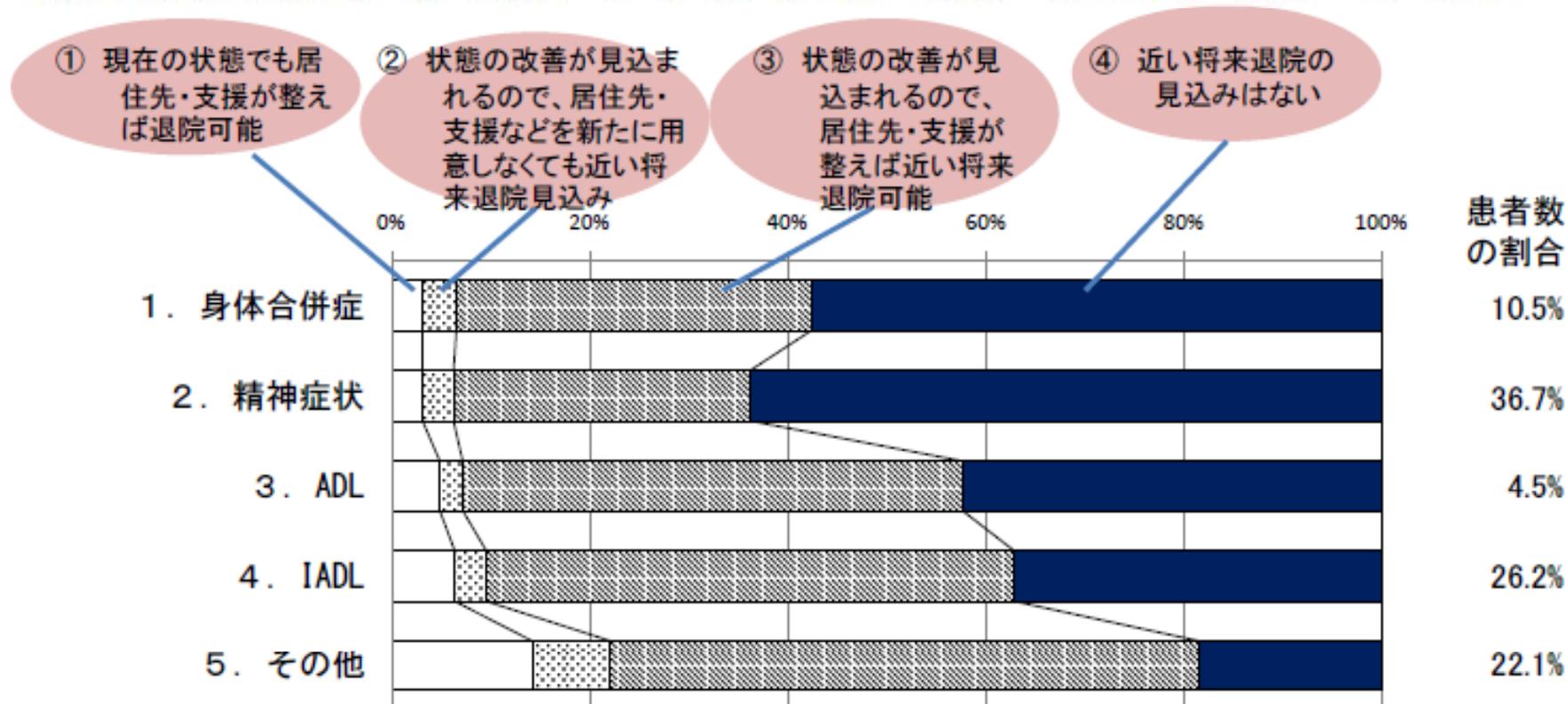
基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

改革の具体像



統合失調症患者の状態と退院可能性(まとめ)



分類の定義

- | | |
|---|---|
| <p>1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症</p> <p>2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <p>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</p> <p>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</p> <p>5: 1~4以外の者</p> |
|---|---|

平成22年診療報酬改定 精神療養病棟の評価

- 精神療養病棟入院料について、療養病棟入院基本料等と異なり、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を新設する。

精神療養病棟入院料(1日につき)
1,090点



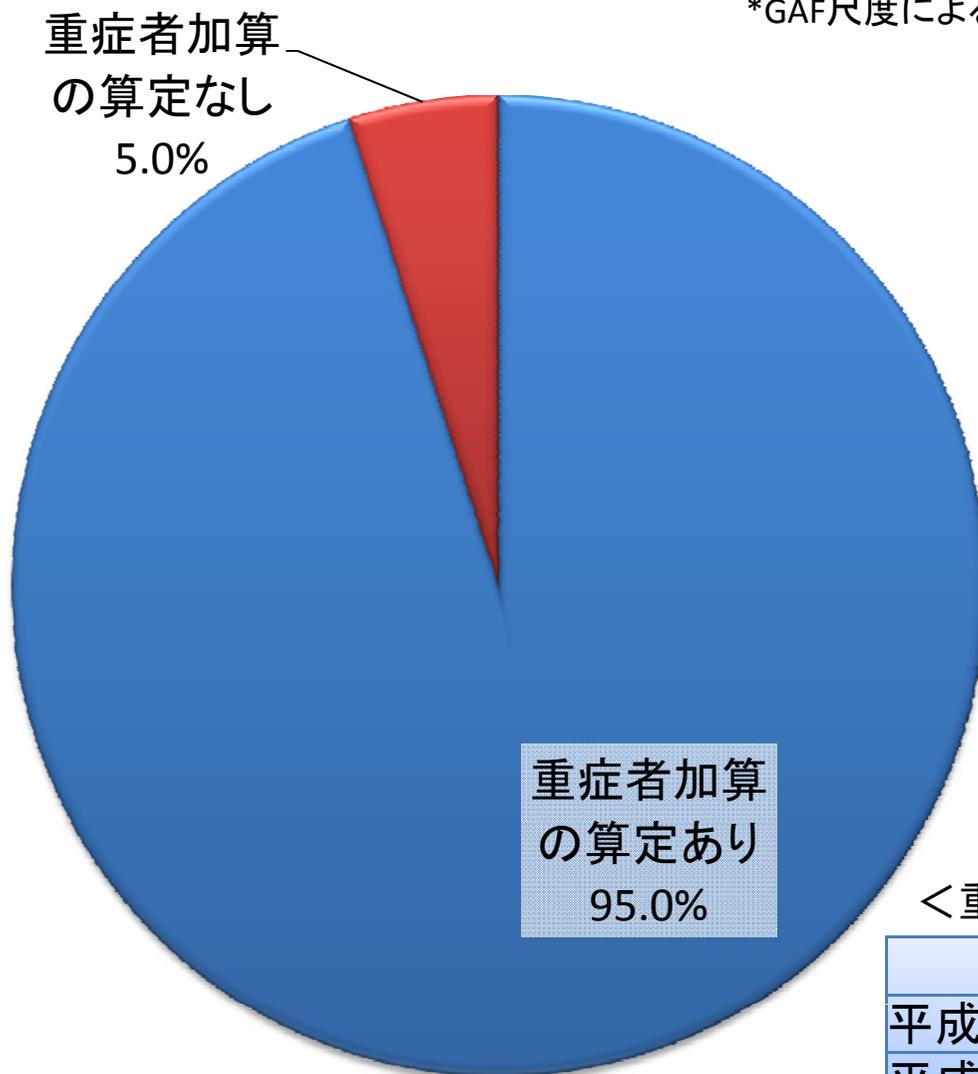
精神療養病棟入院料(1日につき)
1,050点
①新 重症者加算(1日につき) 40点

〔算定要件〕

重症者加算: 当該患者のGAFスコアを毎日評価し、そのスコアが40以下であること

精神療養病棟入院料算定回数に対する 重症者加算*の算定割合

*GAF尺度による判定が40以下の患者について1日40点を加算



<精神療養病棟入院料算定回数>

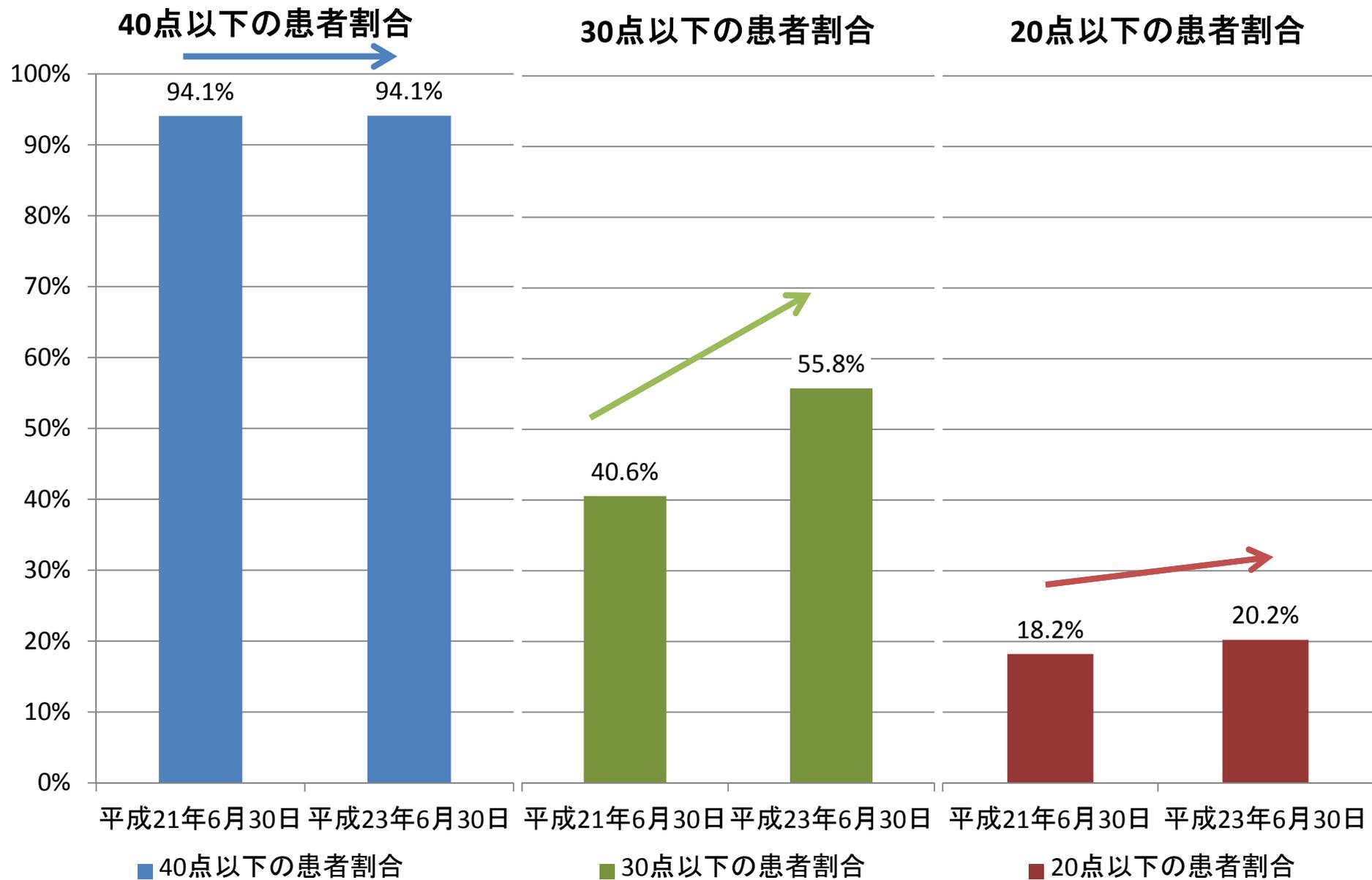
	算定回数
精神療養病棟入院料	2,515,462
(再掲)重症者加算	2,390,511

<重症者加算導入前後でのGAF平均値の変化>

	GAF平均値
平成21年6月30日時点の入院患者	29.2
平成23年6月30日時点の入院患者	28.4

出典：平成22年社会医療診療行為別調査、平成23年度検証調査

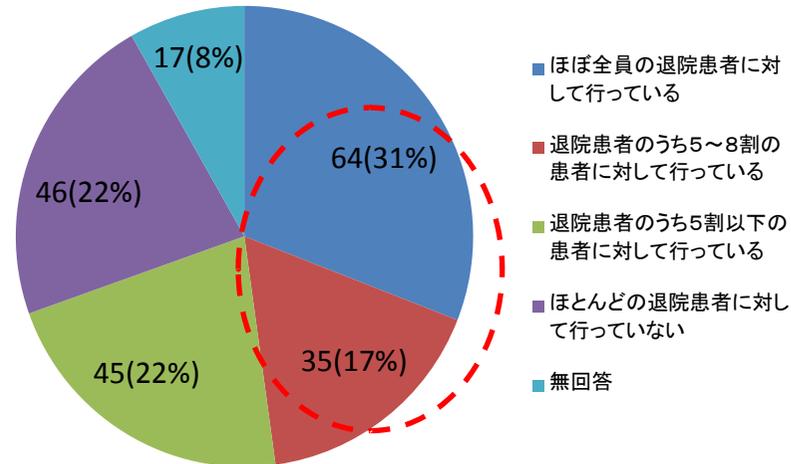
精神療養病棟入院患者におけるGAF値の推移



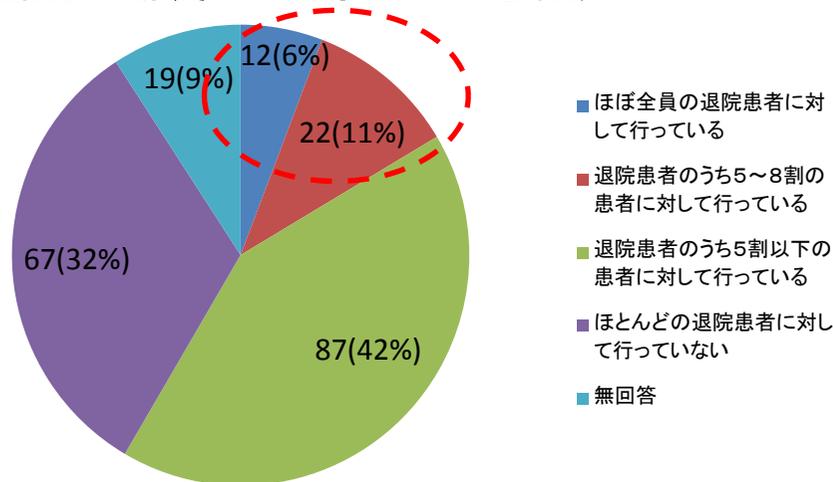
出典：平成23年度検証調査

精神療養病棟入院料算定病院における 退院支援等の実施状況

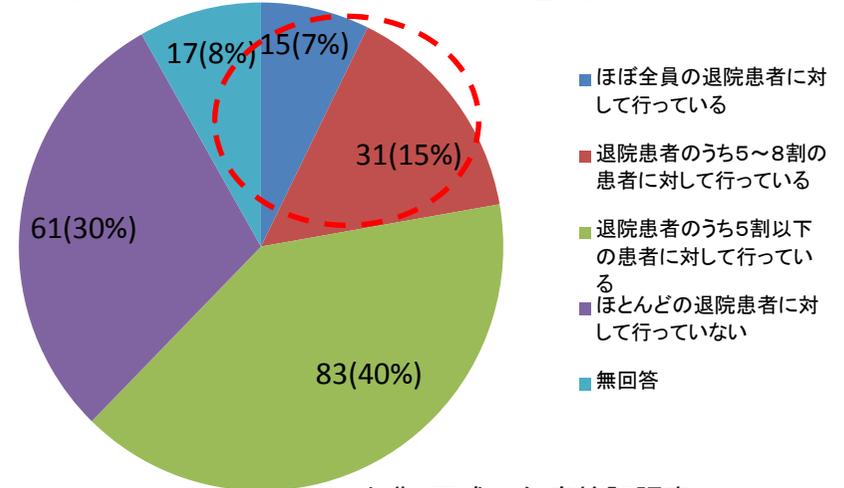
転院・退院前に**退院支援計画**を作成し
退院調整を行った患者数



転院・退院に先立って**患家等を訪問**し
退院後の療養上の指導を行った患者数

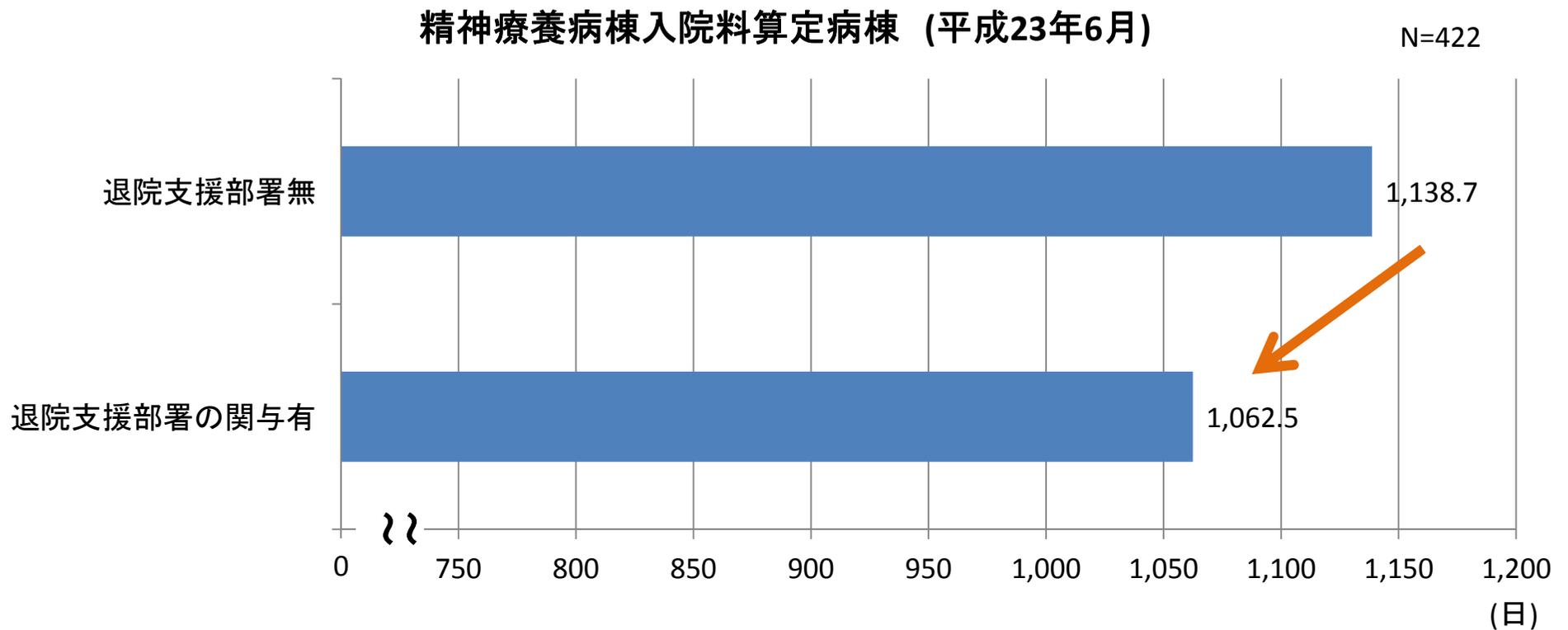


転院・退院前あるいは退院時に地域の
関係者と**カンファレンス**を開催した患者数



出典：平成23年度検証調査

精神療養病棟における 退院支援部署の有無による平均在院日数の違い



出典:平成23年検証調査

精神療養病棟に係る課題と論点

- 精神入院医療については、重症度に応じた評価体系の構築が求められており、精神療養病棟についても平成22年の診療報酬改定で、患者の状態像によらない一律の評価を改め、重症度に応じた加算を設けることとしたが、入院患者の多くはGAF40以下で、加算の新設後GAF30以下の重症者の受入が進んでいる傾向が認められた。
- また、退院支援部署の有無により、平均在院日数に差を認めた。



【論点】

- 精神入院医療の在り方を踏まえ、平成22年診療報酬改定で精神療養病棟について、重症者加算を新設したことをどのように評価するか。また、GAF30以下の重症者の評価についてどのように考えるか。
- 退院支援部署の有無により、平均在院日数に差を認めることについてどのように評価するか。

地域移行について

第3期障害福祉計画(平成24~26年)

第3期障害福祉計画(都道府県)における **病院からの退院に関する明確な目標値の設定**

- 精神科病院からの退院、地域移行を促進し、社会的入院の解消をさらに進めていくため、**退院のさらなる促進に係る要素をより具体化、精緻化した着眼点を設定する。**

【着眼点1】 1年未満入院者の平均退院率

→ 改革ビジョン以来の目標値(76%)を達成するためには、現在より7%相当分引き上げることが必要であり、「平成26年度における平均退院率を、現在より7%相当分増加させる」ことを指標とする。

【着眼点2】 5年以上かつ65歳以上の退院者数

→ 5年以上かつ65歳以上の入院患者数を増やさないようにするためには、退院者数を現行より約20%増やすことが必要であり、第3期計画期間では「平成26年度における5年以上かつ65歳以上の退院者数を、現在よりも20%増加させる」ことを指標とする。

- ※ 認知症に関しては、「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」(第2R)にて検討中。

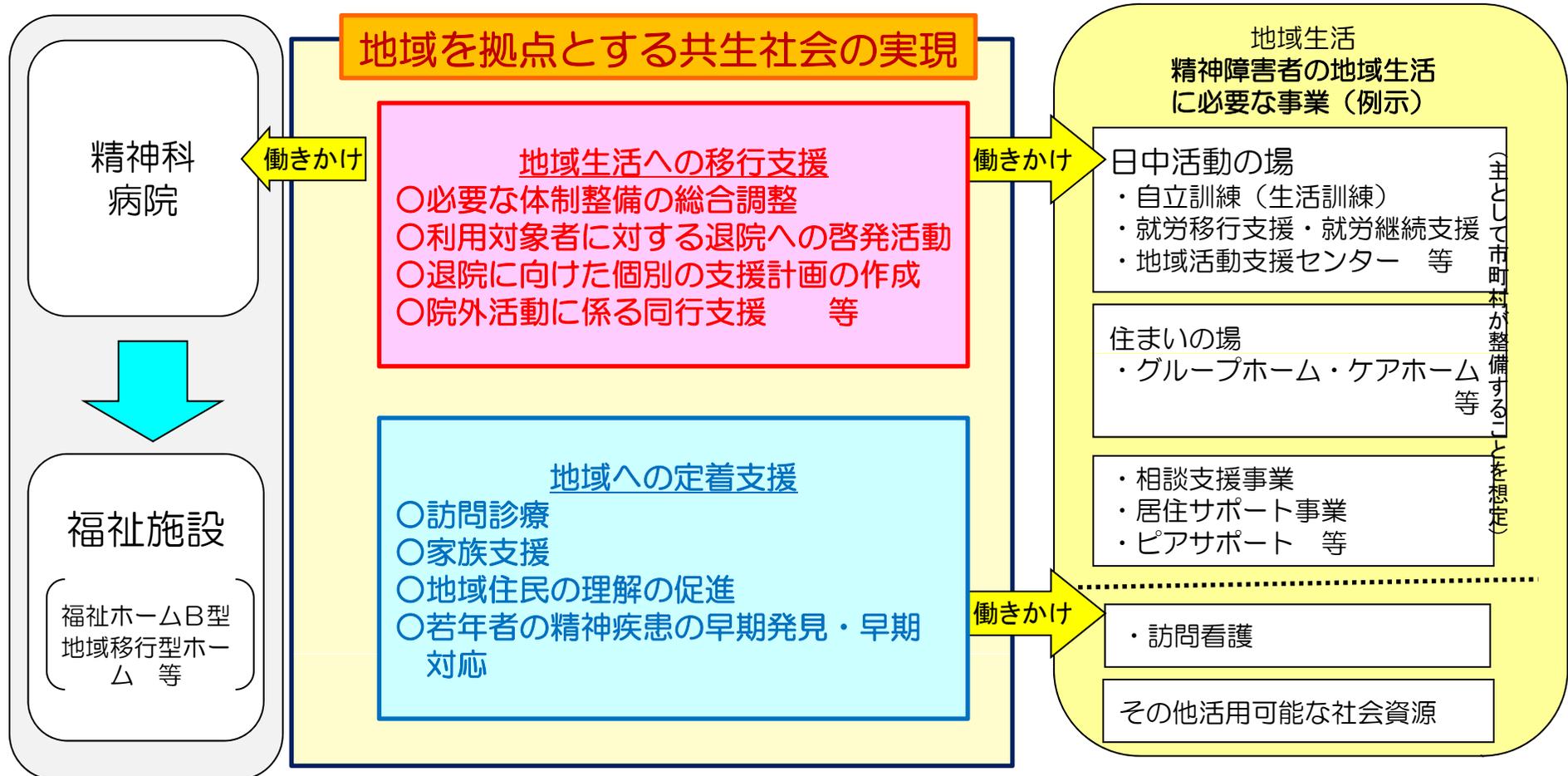
精神障害者地域移行・地域定着支援事業

- 平成23年度予算：665,308千円
- 実施主体：都道府県、指定都市
- 補助率：1/2

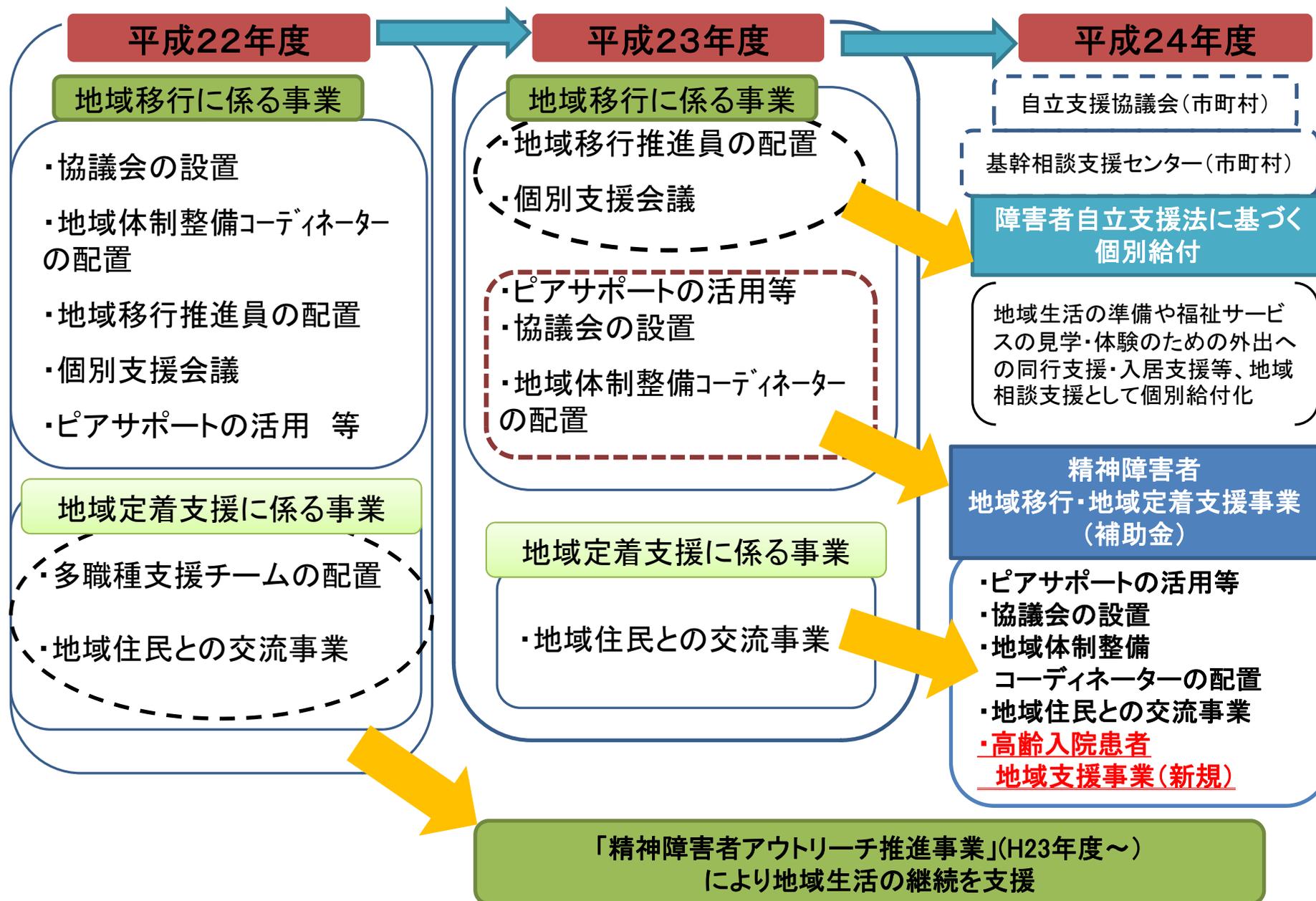
事業の目的

「地域を拠点とする共生社会の実現」

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることができるよう関係機関の連携の下で医療、福祉等の支援を行うという観点から、従来の地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う。

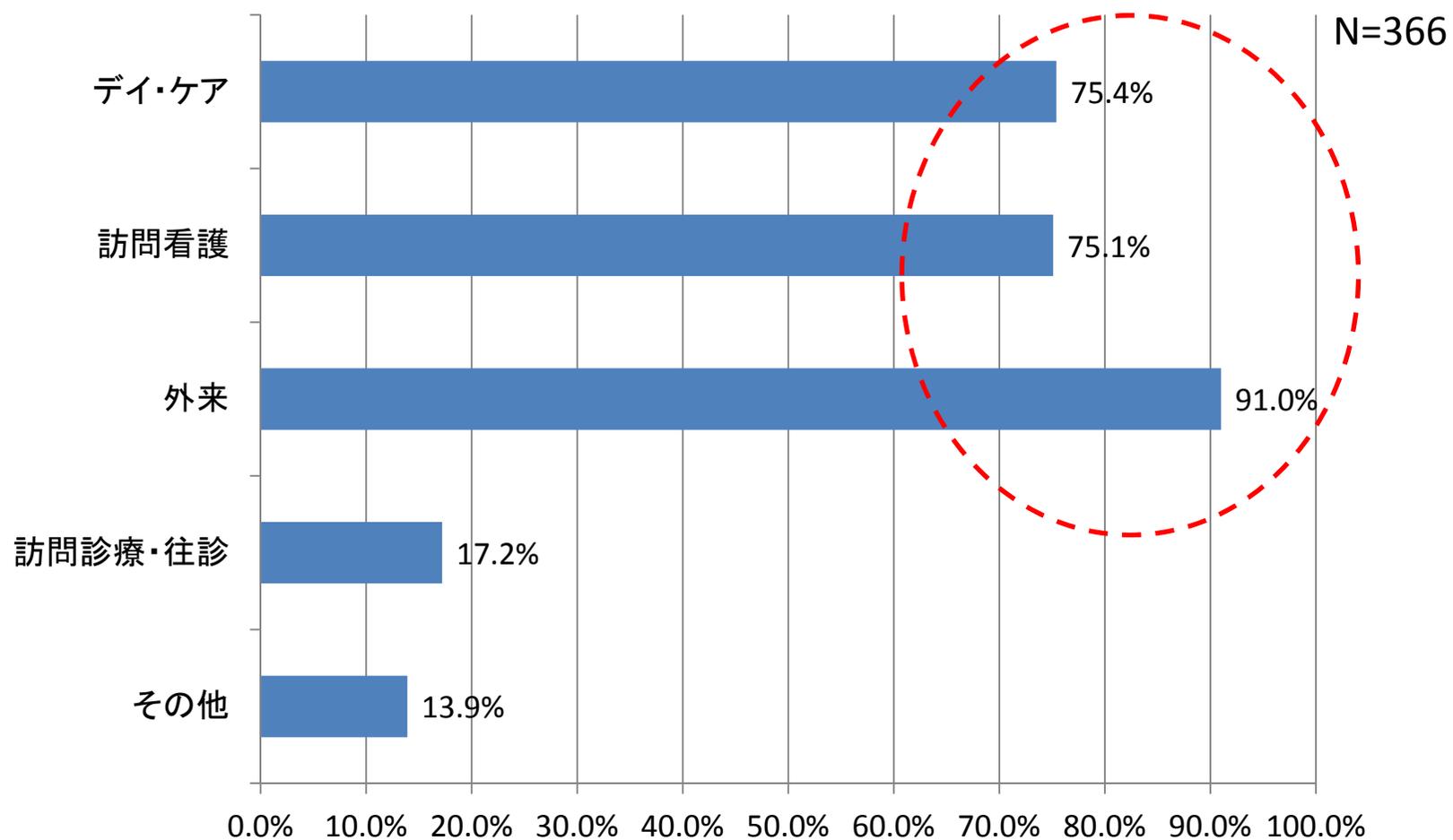


平成24年度「精神障害者地域移行・地域定着支援事業(補助金)」の概算要求について



精神科入院患者の地域移行に重要な 通院・在宅サービス

精神科入院患者を地域へ移行する上で重要となる通院・在宅サービス（精神病棟票）



出典：平成23年度検証調査

地域移行について

① 精神科デイ・ケアについて

平成22年診療報酬改定 精神科デイ・ケア等

点数 (1日につき)

	ショート・ケア	デイ・ケア	ナイト・ケア	デイ・ナイト・ケア
小規模	275 点	590 点	540 点	1040 点
大規模	330 点	700 点		
⑨(早期加算)	20 点	50 点	50 点	50 点

早期加算

- 算定開始から1年以内の場合の加算を創設 ⑨ 1日あたり 20点 (ショート・ケア)
精神障害者の地域移行や早期支援を推進 50点 (その他)

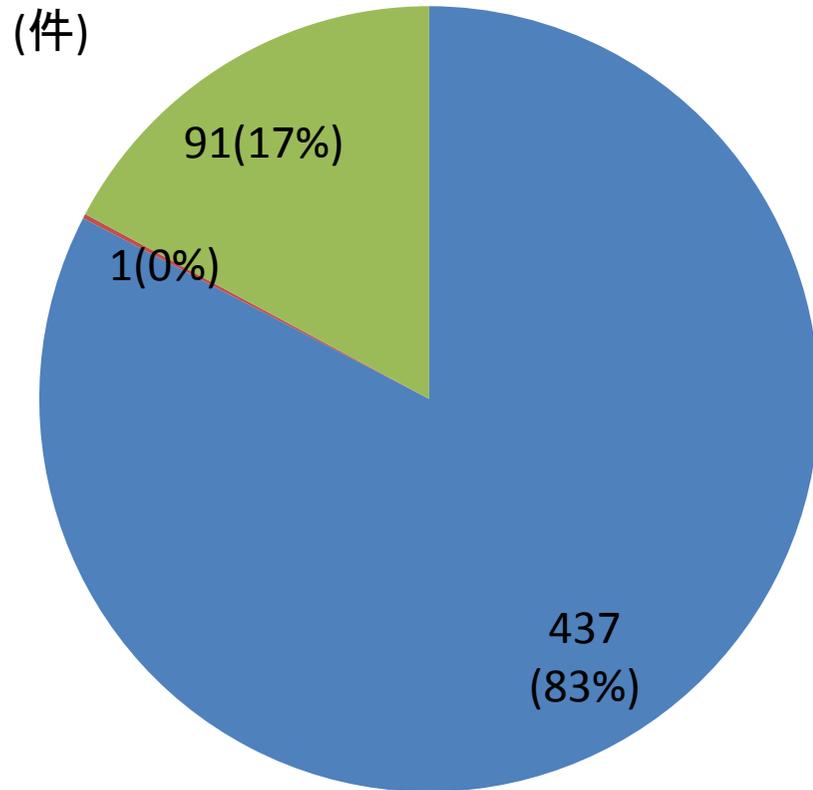
※入院の場合は再度算定可能

食事提供加算

- 食事提供加算を本体報酬に包括化
療養の一環としての食事提供については報酬の範囲内

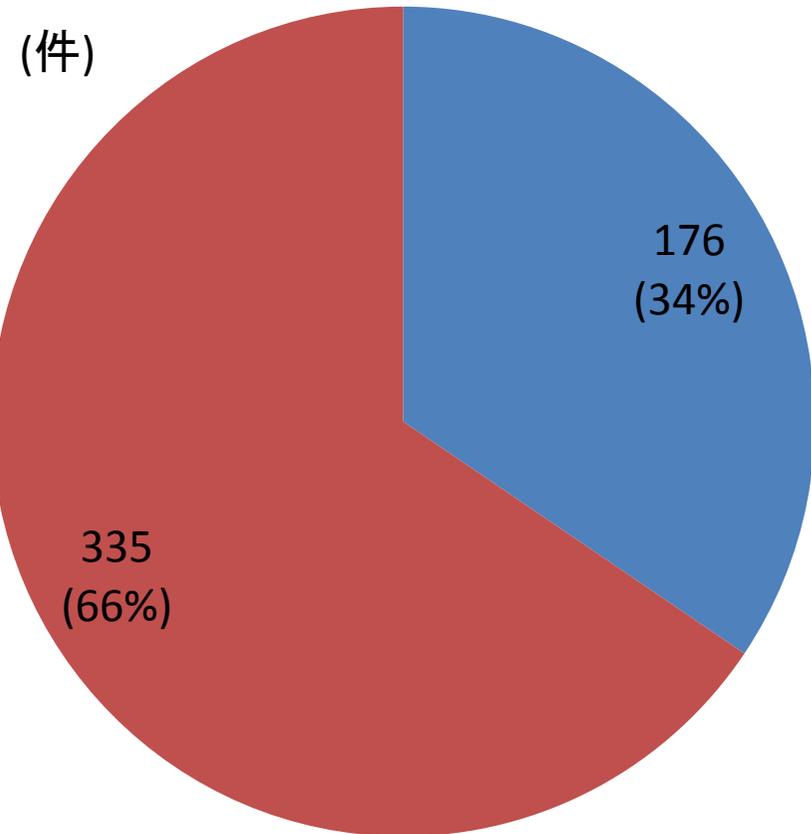
精神科デイ・ケアの状況

現在の居場所



- 自宅(家族等との同居も含む)
- 認知症グループホーム
- その他

疾患別プログラム有無



- 有り
- 無し

デイ・ケア等の実施プログラム

(あると答えた医療機関の割合(%))

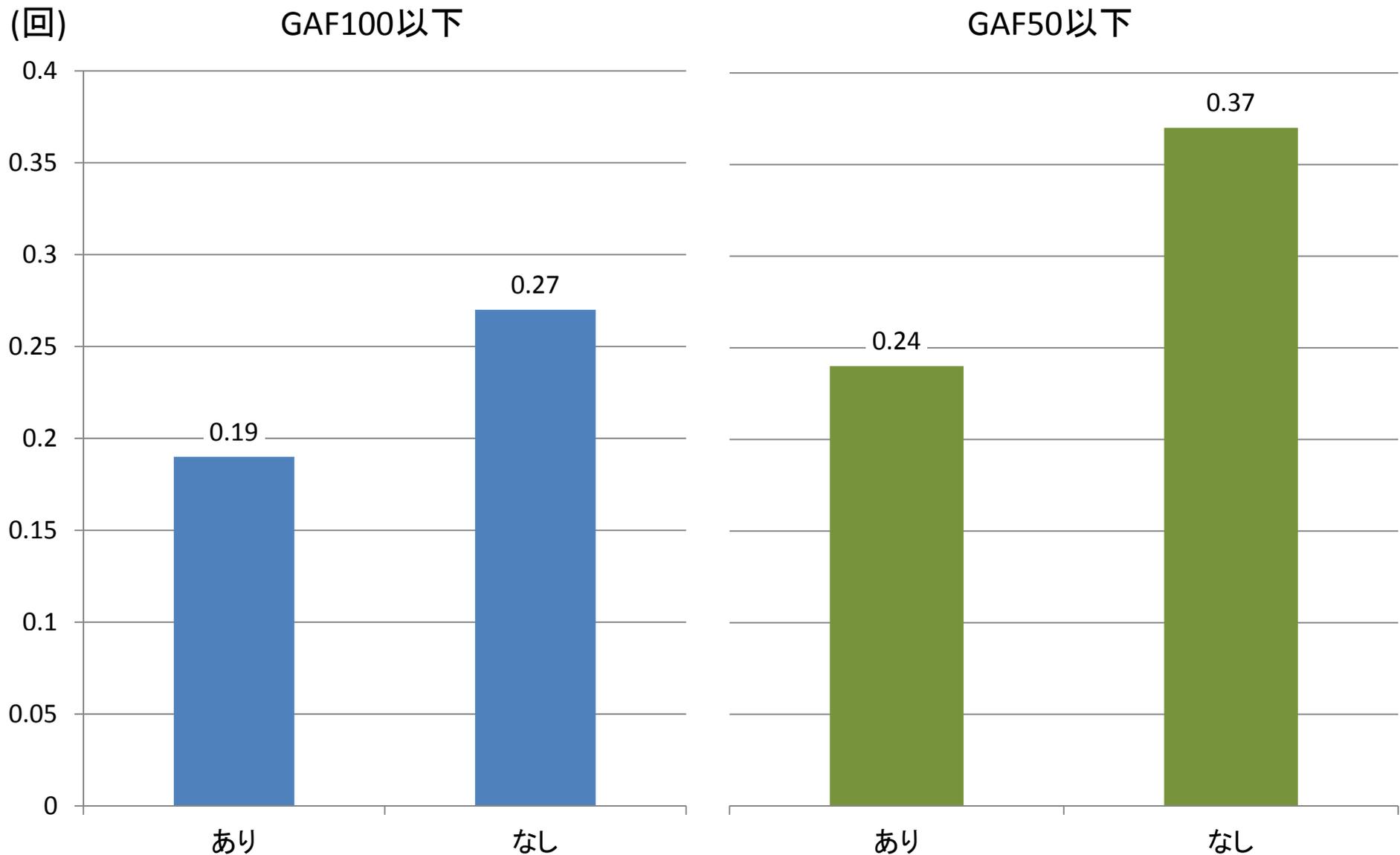
「疾患別プログラム」(複数回答)	病院	診療所	「病期別プログラム」(複数回答)	病院	診療所	
	(N=411)	(N=110)		(N=411)	(N=110)	
統合失調症患者を対象とする	41.1	45.5	慢性期(残遺状態)の患者を対象とする	34.3	33.6	
うつ病患者を対象とする	20.2	28.2	急性期退院直後の患者を対象とする	17.0	12.7	
アルコール依存症患者を対象とする	13.6	15.5	その他病期を区切ったもの	0.5	3.6	
双極性障害の患者を対象とする	13.1	18.2				
不安障害の患者を対象とする	10.5	19.1	「目的別プログラム」(複数回答)		病院	診療所
発達障害の患者を対象とする	7.8	14.5		(N=411)	(N=110)	
強迫性障害の患者を対象とする	6.8	10.0	家事等、日常生活技能の習得	66.7	55.5	
摂食障害の患者を対象とする	3.6	9.1	症状や再発サインへの対処スキルの獲得	45.7	46.4	
薬物依存の患者を対象とする	1.9	4.5	疾病と治療についての理解	44.8	44.5	
その他特定の患者を対象とする	3.6	5.5	復職支援	36.5	46.4	
			服薬アドヒアランスの向上	36.0	32.7	
			その他の特定の目的	19.0	22.7	
「年代別プログラム」(複数回答)			「利用期間別プログラム」(複数回答)			
	病院	診療所		病院	診療所	
	(N=411)	(N=110)		(N=411)	(N=110)	
高齢者を対象とする	21.2	20.0	中期間(1年~2年)	13.9	19.1	
青年期の患者を対象とする	17.5	28.2	短期間(1年未満)	7.5	16.4	
思春期の患者を対象とする	6.1	16.4	その他期間限定のもの	6.8	8.2	
児童期の患者を対象とする	0.2	6.4				
その他対象とする年代を区切ったもの	6.3	4.5				

(単位:%)



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があるが、それらの効果等については十分には把握されていない

GAF値別 疾患別等プログラムの有無による 過去2年間における平均入院回数の比較



出典:平成23年度検証調査

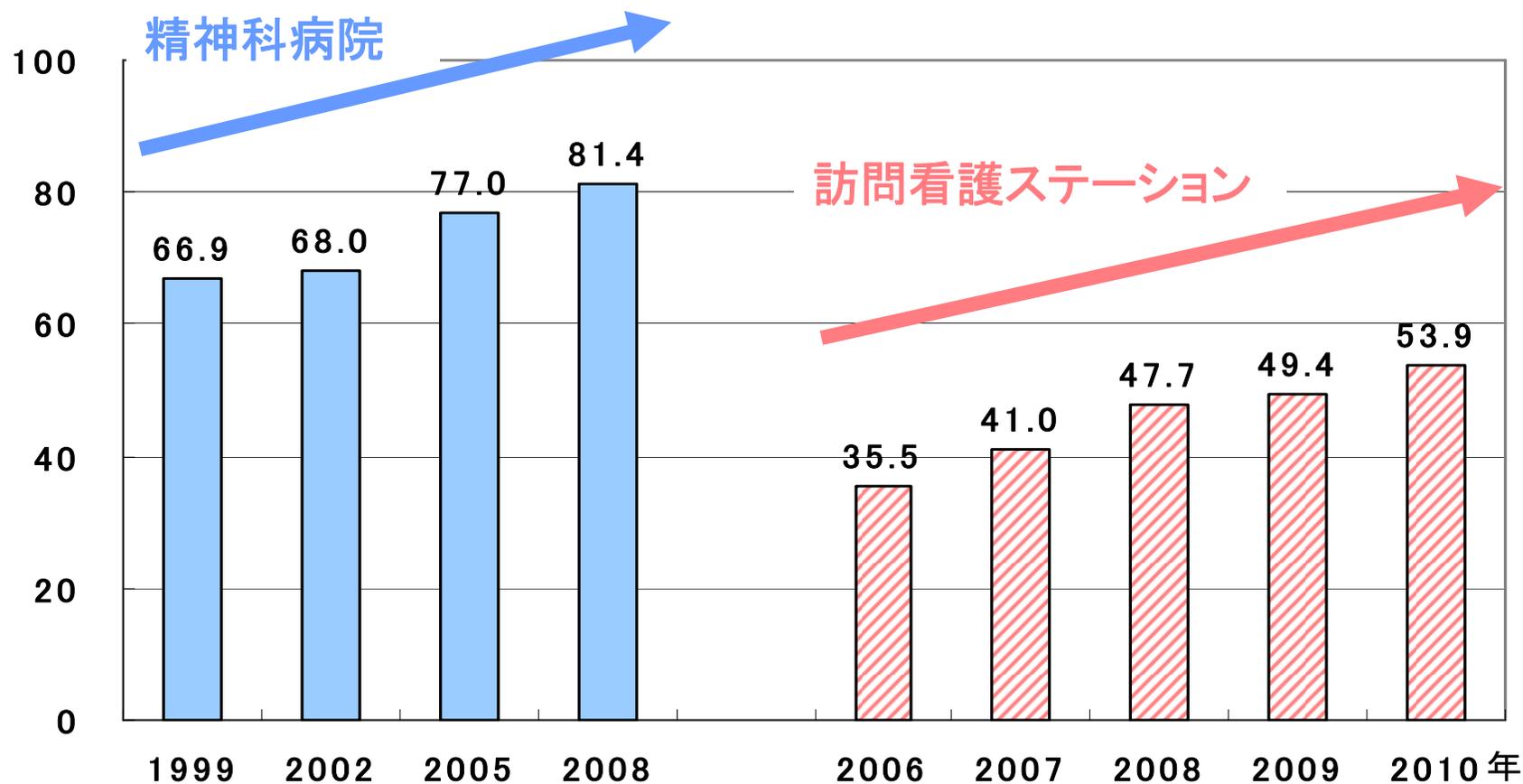
地域移行について

② 訪問看護について

精神疾患患者に訪問看護を提供している 精神科医療機関および訪問看護ステーション数の推移

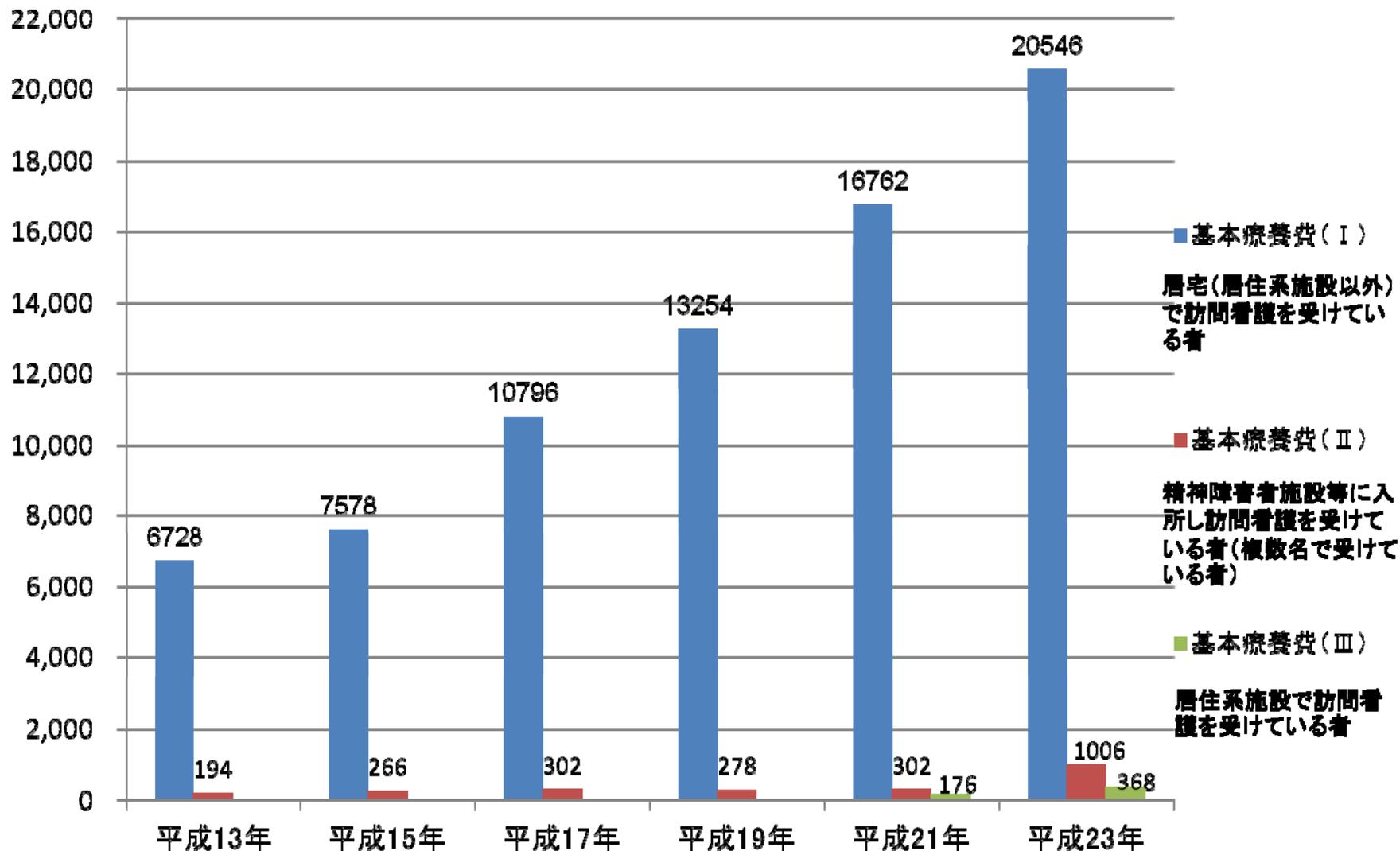
○精神疾患患者に訪問看護を実施している機関は、精神科病院の約8割、
訪問看護ステーションの約半数であり、増加傾向である。

実施割合(%)



医療施設調査、厚生労働省推進事業調査研究より

傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移(訪問看護ステーション)

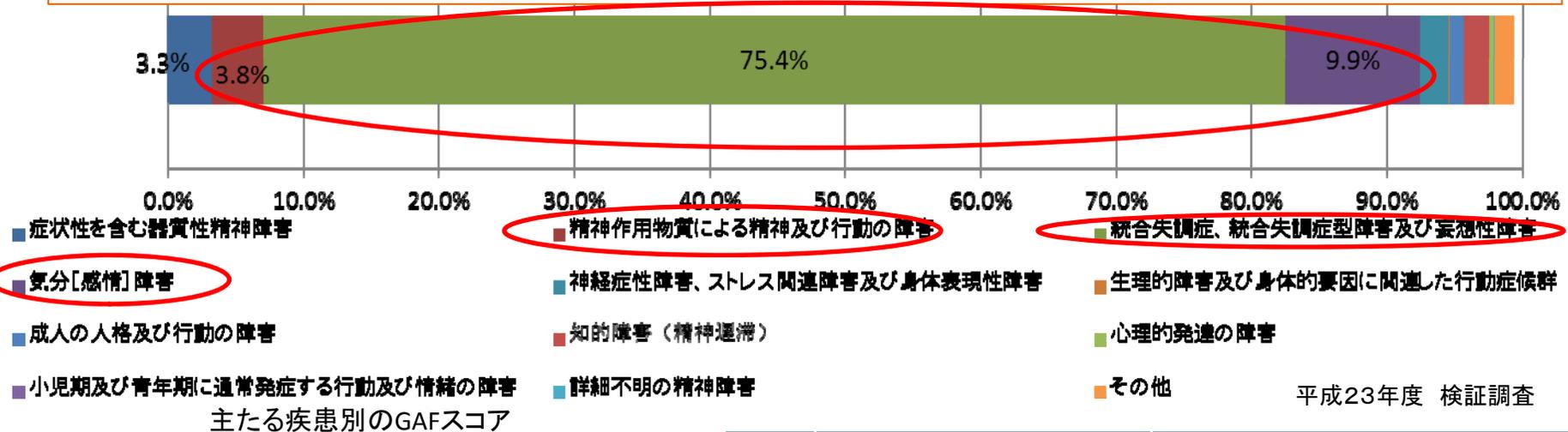


基本療養費()のみ平成21年から調査

保険局医療課調べ

訪問看護を活用している患者の主たる疾患の状況

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害が75.4%、気分(感情)障害が9.9%、精神作用物質による精神及び行動の障害が3.8%で89.1%を占める。



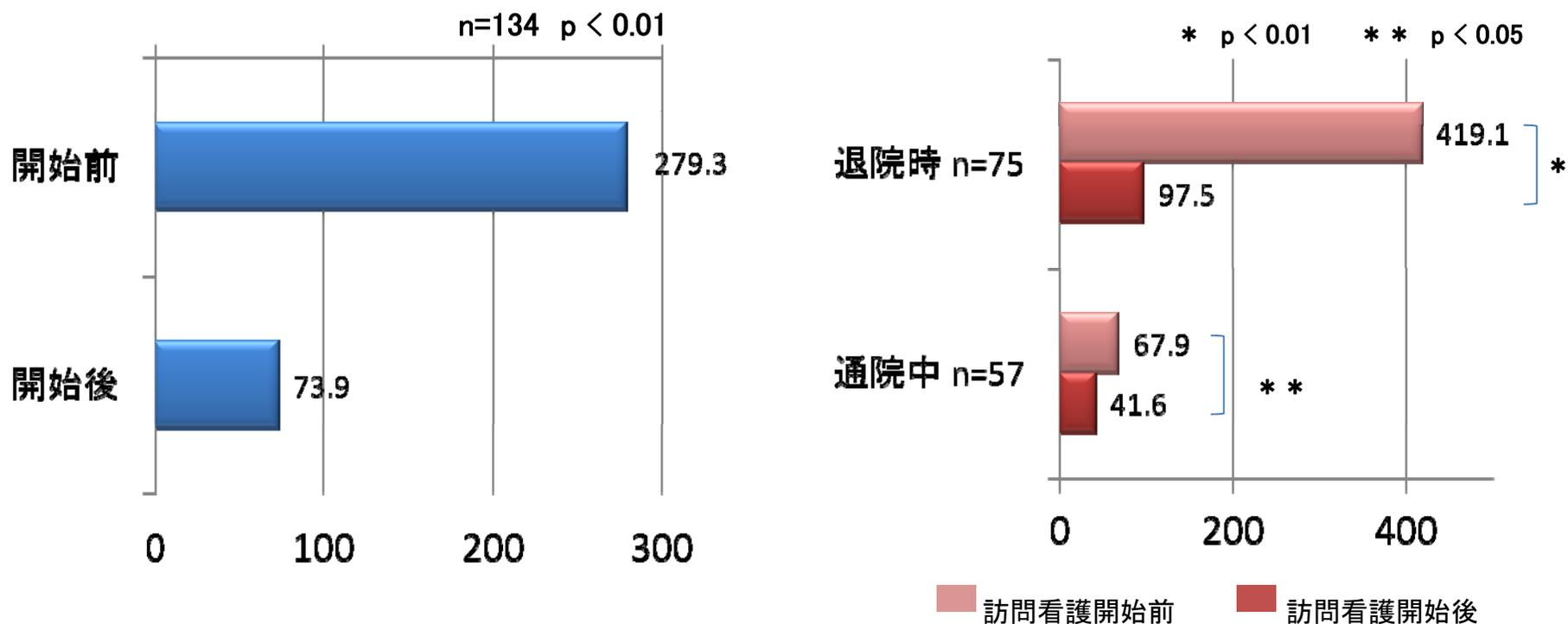
疾患名	GAFスコア
症状性を含む器質性精神障害	52.63
精神作用物質による精神及び行動の障害	59.69
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	53.68
気分[感情]障害	57.36
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	57.28
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	37.94
成人の人格及び行動の障害	55.78
知的障害(精神遅滞)	49.68
心理的発達の障害	48.99
小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	-
詳細不明の精神障害	-
その他	52.86

コード	重症度	機能のレベル
51-60	中等度の症状、(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある)。	社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少しかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
41-50	重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、しよつちゅう万引する)。	社会的、職業的、または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
31-40	現実検討かコミュニケーションにいくつかの欠陥(例:会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)。	仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での重大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)。

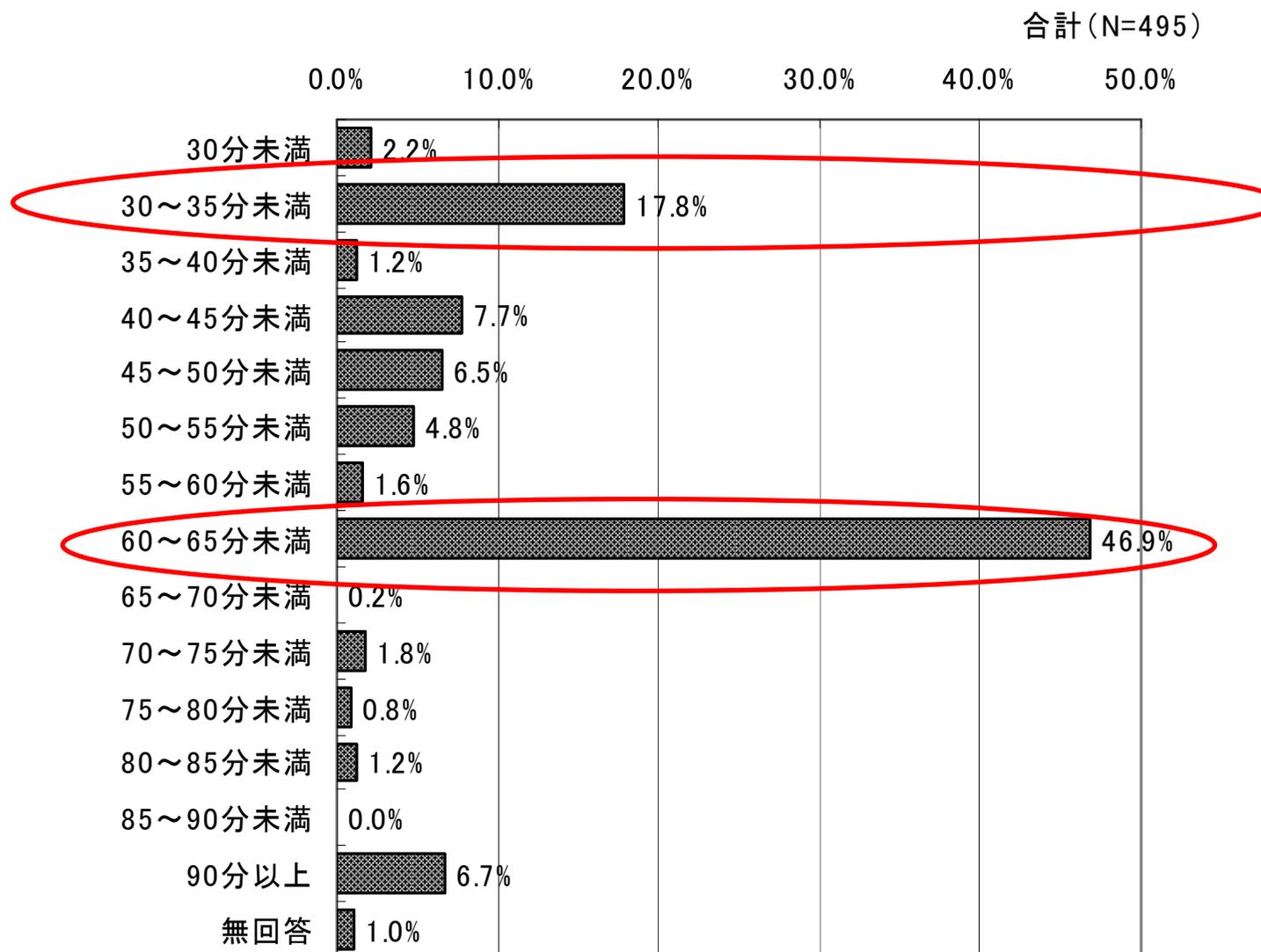
平成23年度 検証調査

精神疾患患者への訪問看護の効果 訪問看護開始前後2年間の精神科総入院日数

訪問看護の利用により精神科病棟への総入院日数が減少
 訪問看護開始前2年間の平均279.3日から訪問看護開始後2年間では、74.9日へと約4分の1に短縮し、約200日在宅療養期間が延長した(左図)。
 また退院を契機に訪問看護を開始した退院時群と通院中に訪問看護を開始した通院中群それぞれの訪問看護開始前後2年間の平均在院日数は、両群とも有意に減少していた(右図)。



統合失調症を有する人への訪問看護における滞在時間 (訪問看護ステーションからの訪問)



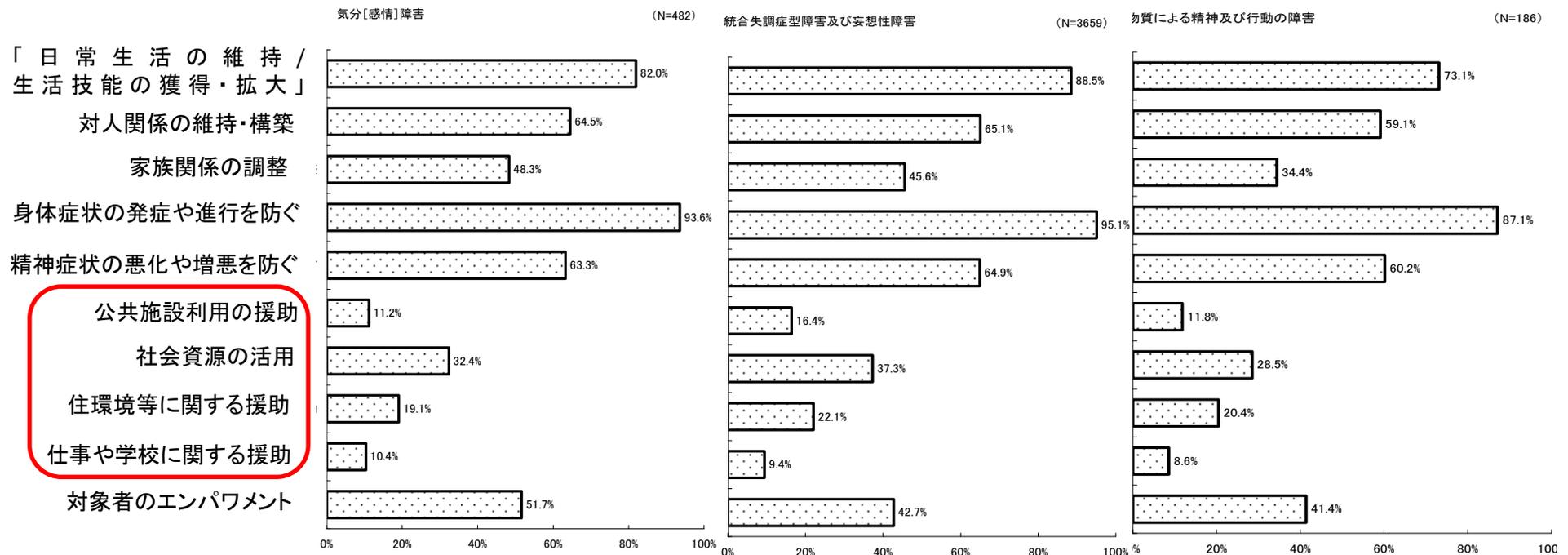
・2007年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」全国訪問看護事業協会、主任研究者：萱間真美 報告書より抜粋

訪問看護ステーションと医療機関との基本料の比較

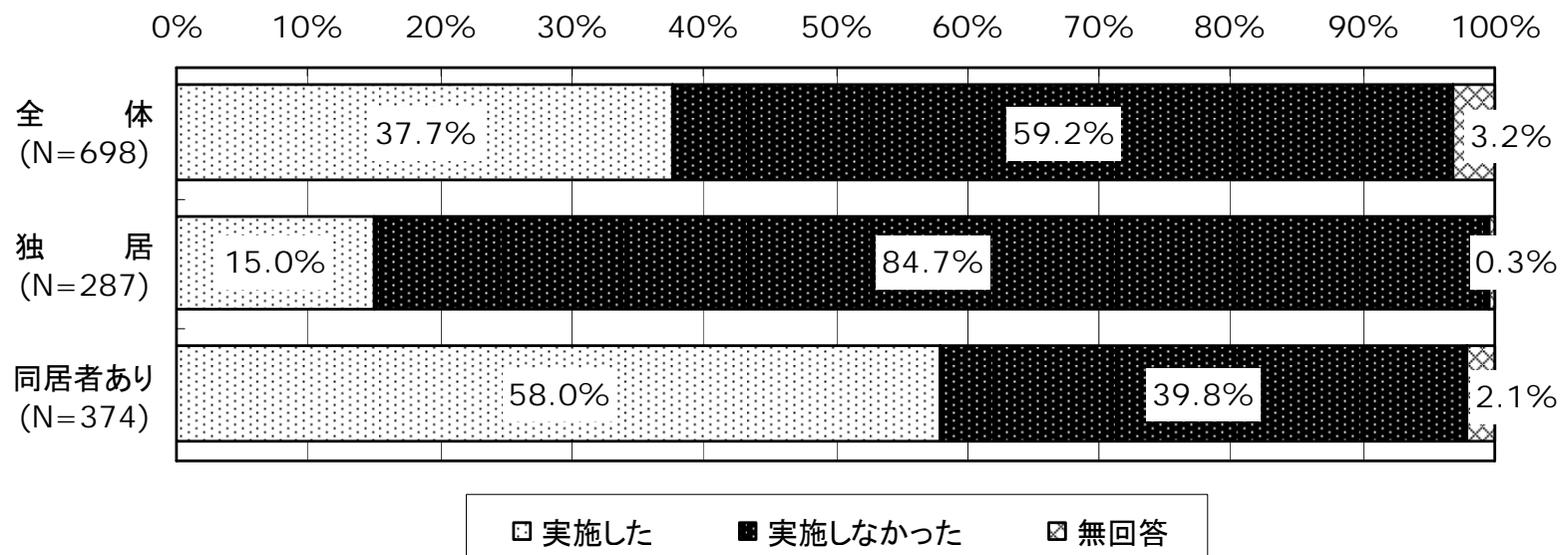
		医療機関		訪問看護ステーション	
		精神科を標榜する医療機関の対象者		訪問看護基本療養費() 【居宅】	訪問看護基本療養費() 【精神障害者施設】
精神科	③ 入院中の患者 以外:通院困難	精神科訪問看護・指導料() 【居宅】	精神科訪問看護・指導料() 【精神障害者施設】	入院中の患者以外	入所 している 複数の者
	② 家族				
		提供者 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	提供者 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、又は准看護師等	保健師、看護師、作業療法士
		要件設	要件設		精神障害を有する者に対する看護に相当の経験を有する保健師、看護師又は作業療法士
精神科以外		在宅患者訪問看護・指導料 【居宅】	同一建物居住者訪問看護・指導料 【同一建物】	訪問看護基本療養費() 【居宅】	訪問看護基本療養費() 【同一建物】
		① 提供者:精神保健福祉士	① 提供者:精神保健福祉士	① 提供者:精神保健福祉士	① 提供者:精神保健福祉士
		施設要件: 相当の経験	施設要件: 相当の経験	施設要件: 相当の経験	施設要件: 相当の経験
		入院中の患者以外	入院中の患者以外	入院中の患者以外	入院中の患者以外

① 主たる疾患別のケア内容

ケア内容については、疾患別に大きな違いはなく、「精神症状の悪化や増悪を防ぐ」「身体症状の発症や進行を防ぐ」「日常生活の維持/生活技能の獲得・拡大」の割合が大きい。また、「公共施設利用の援助」、「社会資源の活用」、「住環境等に関する援助」、「仕事や学校に関する援助」など、精神・身体的なケアだけではなく、多様なニーズに対応している。



② 精神科訪問看護における家族支援の実施率



支援内容	利用者数	割合
家族から話を聞き、苦労や困難をねぎらった	171人	65.0%
家族に対して、本人との日常的な接し方についてアドバイスした	136人	51.7%
家族に対して、本人の病状や治療、回復の見通し、利用できる社会資源について説明をした	108人	41.1%
本人と家族の関係を調整した（互いの気持ちを代弁する、など）	103人	39.2%
家族の状況が変化したため、本人や家族間の調整をした	29人	11.0%
家族が利用できる社会資源を紹介した	25人	9.5%
家族が休養をとりたいときに、レスパイトのために訪問した	2人	0.8%
その他	34人	12.9%
無回答	6人	2.3%

平成22年度 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(研究代表者 安西信雄)分担研究 精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策(研究分担者 萱間真美)

② 訪問滞在時間の長短と利用者特性との関連 (訪問看護ステーションからの訪問, N=495)

●訪問滞在時間が長い利用者群で、同居者がいる、合併症がある、社会機能が低い(GAF得点が低い)割合が高かった。

	短時間群 (60分未満) (n=207)	長時間群 (60分以上) (n=284)	検定
同居者あり	97(50.3)	182(65.7)	$\chi^2=11.248^*$
合併症あり	93(44.9)	154(54.2)	$\chi^2=4.140^*$
GAF	56.5(18.0)	50.1(19.1)	t= -3.751**

欠損値は除く。**p<0.01, *p<0.05

連続変数は平均値(SD)、カテゴリカル変数はケース数(グループ内の%)を示す。

連続変数はt検定、カテゴリカル変数は χ^2 検定の結果を示す。

③ 訪問看護の利用の有無と入院状況等

訪問看護を受けていない外来通院のみの利用者と訪問看護利用者で2年間の入院状況の比較を行った。訪問看護利用群が平均入院日数が少ない傾向にあったが、有意差はなかった。

【2年間の入院状況】

	訪問看護ステーション群 (N=41)	訪問看護病院群 (N=76)	外来群 (N=9)	検定
2年間の入院の有無	19 (46.3%)	34 (44.7%)	5 (55.6%)	
平均入院日数	111.7 (198.4)	51.4 (102.8)	144.6 (213.2)	
入院があった人の平均入院回数	平均 (SD) 1.7 (0.9)	平均 (SD) 1.6 (0.8)	平均 (SD) 1.4 (0.5)	F=0.25
平均入院日数	222.3 (210.8)	143.9 (116.4)	282.4 (203.2)	F=2.90

地域移行について

③ 外来の体制について

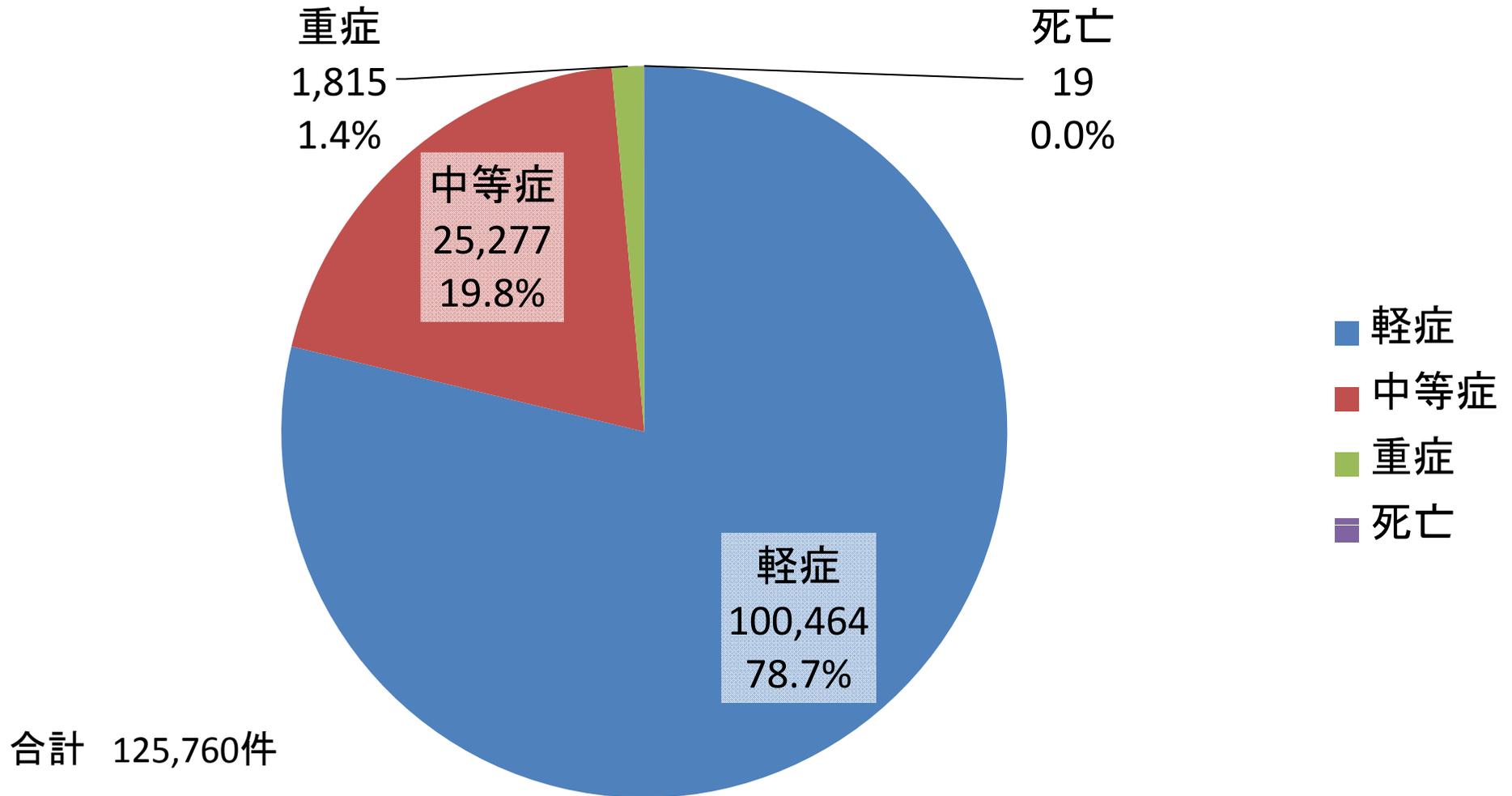
精神科救急医療施設の利用状況

	平成17年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
精神科救急医療圏 域数	145	143	147	148
精神科救急医療施 設数	1,084	1,072	1,045	1,050
精神科救急情報セ ンターへの夜間・休 日の電話相談件数	81,122	123,411	129,513	134,742
夜間・休日の受診 件数	30,243	39,677	42,624	40,049
夜間・休日の入院 件数	12,096	14,999	15,535	15,666
精神病床入院患者 数に対する夜間休 日入院件数の割合	3.7%	4.9%	—	—

	平成8年度	平成11年度	平成14年度	平成17年度	平成20年度
精神科入院患 者数	325,900	329,400	320,900	324,700	306,700

精神疾患患者の救急搬送状況(重症度別)

(件)



出典: 救急・救助の現況

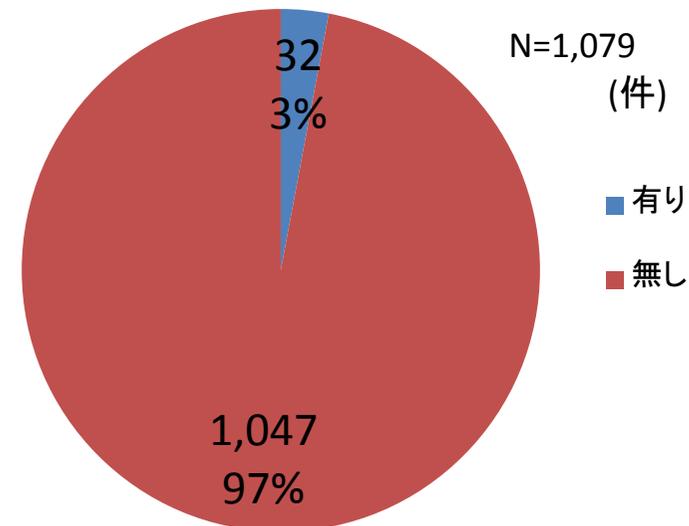
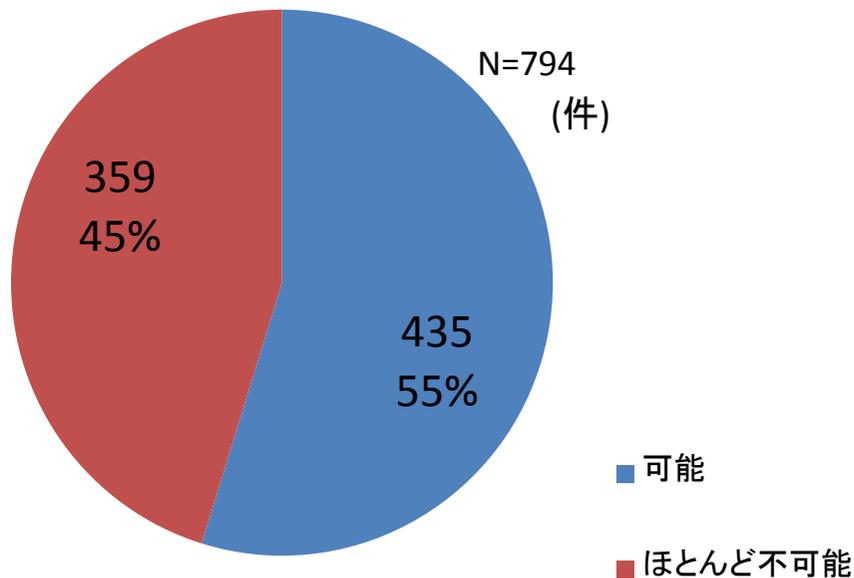
合計の下のは全体の搬送件数のうち、
精神疾患を原因とする者の割合

精神科病院・診療所の夜間対応状況

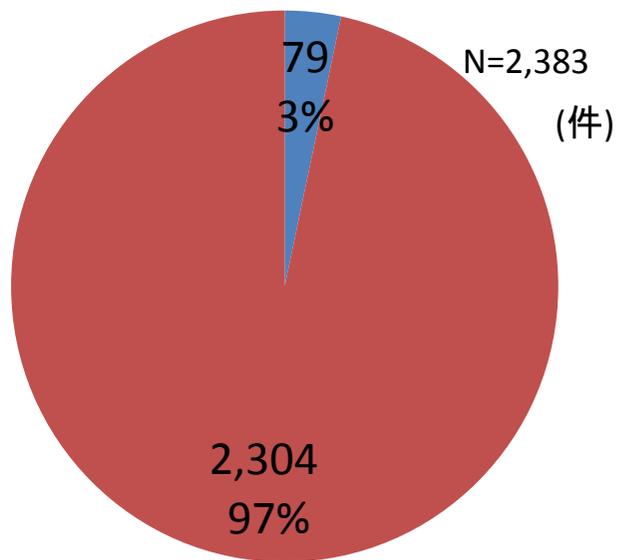
夜間救急対応の現状

救急告示の有無

精神科病院

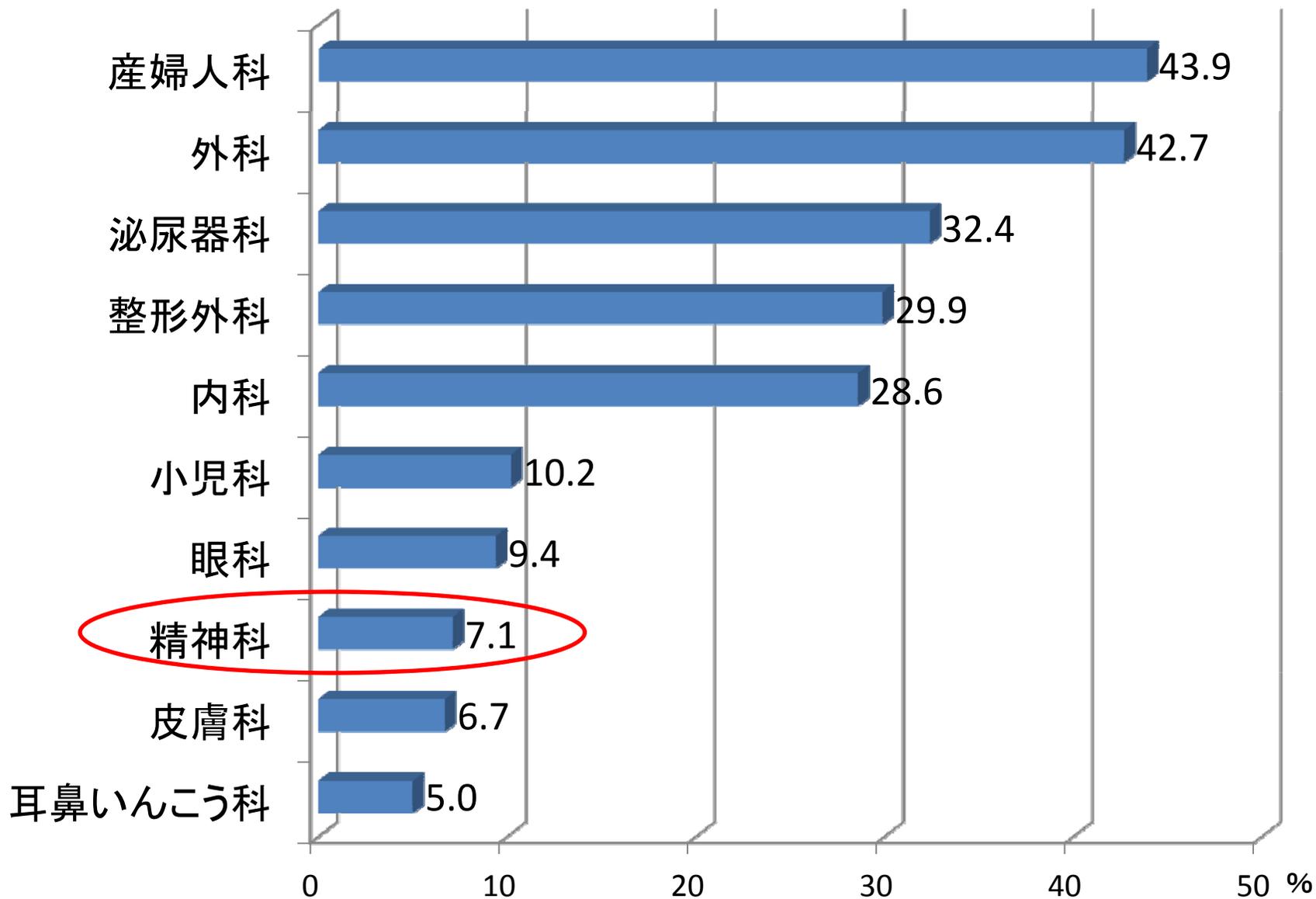


精神科診療所



主たる診療科目が精神科の一般診療所と、精神科単科の一般診療所を精神科診療所とした。

地域医療貢献加算の算定状況(診療所)



H22年 社会医療診療行為別調査

「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書概要抜粋

(平成23年9月30日)

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日も、対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日も対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

(参考)

精神保健福祉法の一部改正について (平成24年4月1日施行予定)

○指定医の公務員職務への参画義務を規定

第19条の4

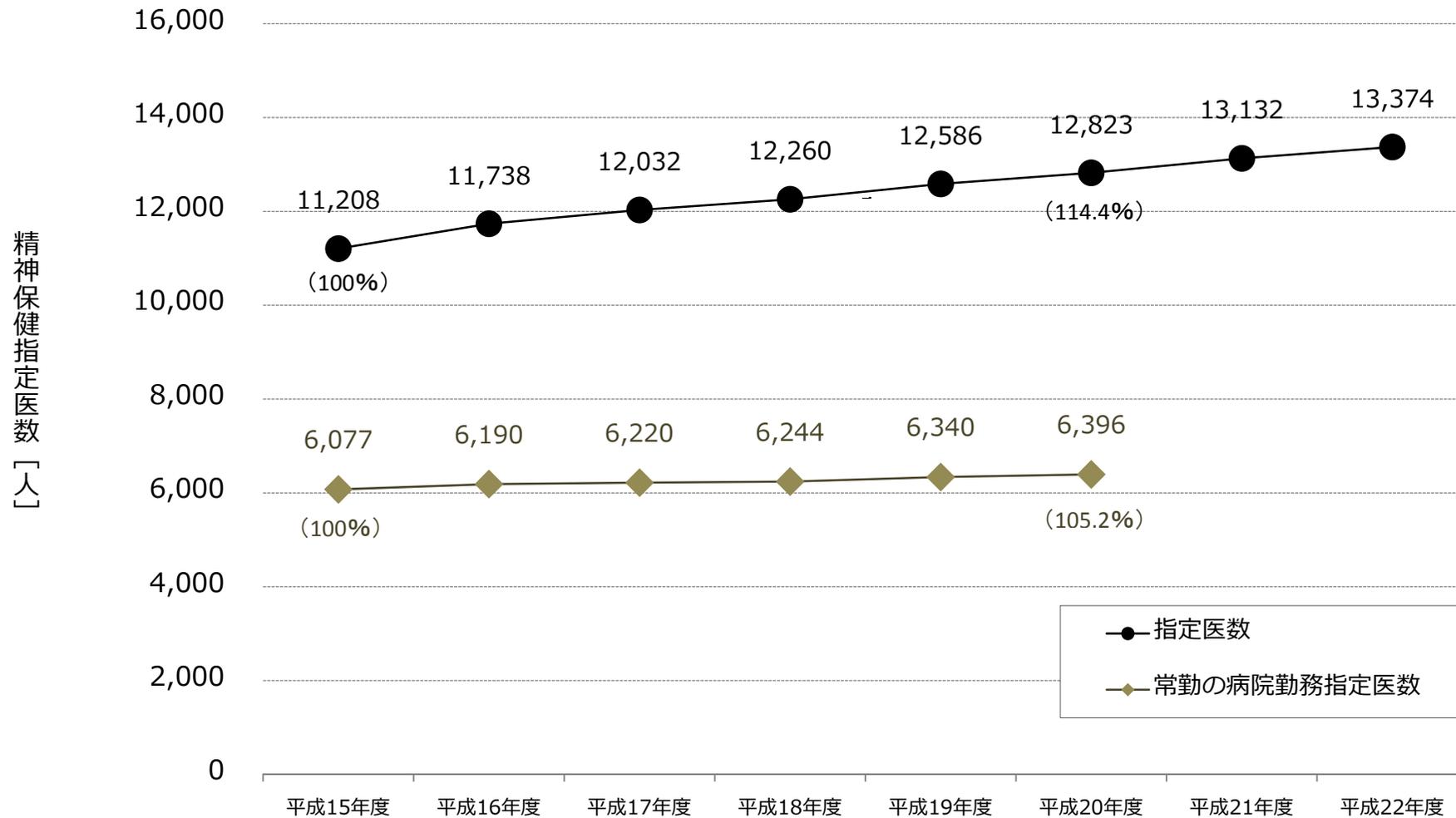
3 指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあった場合には、これに応じなければならない。

○都道府県の救急医療体制整備の努力義務を規定

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又はその家族等からの相談に応ずること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

精神保健指定医数の推移（平成15年度～平成22年度）



精神・障害保健課調べ

指定医数：各年度3月末 現在

常勤病院勤務指定医数：各年度6月末 現在

大阪府の措置診察の状況

措置診察を行った指定医の所属機関別の延診察回数 (措置入院になったものに限る)

	H21年	
病院	352回	97.2%
診療所	2回	0.6%
行政	8回	2.2%
計	362回	100.0%

大阪府調べ

所属機関別の精神保健指定医数

常勤の病院勤務指定医数	常勤の診療所勤務指定医数
279人(71.7%)	110人(28.3%)

出典:精神・障害保健課調べ(平成21年6月末現在)

平成22年診療報酬改定 通院・在宅精神療法

- 初診の日において精神保健指定医が通院・在宅精神療法を行った場合、診療報酬上評価が行われる。

通院・在宅精神療法1

初診日 指定医が行った場合 500点

通院・在宅精神療法2

1以外の場合 イ 30分以上 400点
 口 30分未満 330点

算定回数

	平成22年6月
通院・在宅精神療法1	152,504回
通院・在宅精神療法2、イ	211,077回
通院・在宅精神療法2、口	333,075回

社会医療診療行為別調査より

地域移行に係る課題と論点

- 障害福祉計画の中で精神科病院からの退院、地域移行は大きな課題であり、地域移行に必要なサービスとしてデイケア、訪問看護、外来診療の3つが挙げられている。
- デイケアについては35%の施設で患者の状態像に応じたプログラム提供がなされていたが、それらの医療機関では再入院の回数を減少させることが可能であった。
- 精神疾患患者に対する訪問看護のケア内容は多様化しており、患者の状態によって訪問看護の滞在時間の長短の幅が広い。
- 精神疾患患者への訪問看護は、精神科を標榜している医療機関と訪問看護ステーションとの両者から行うことができるが、諸条件に異なる点がある。
- 外来診療については地域に移行した患者が時間外であっても適切な医療が受けられるよう、病院、診療所や精神保健指定医それぞれが必要な役割を担うよう、推進が求められていた。

【論点】



- デイケアについて、患者の状態像に応じたサービス提供を行っている場合の評価についてどのように考えるか。
- 精神疾患患者の多様なニーズに対応できるように、他職種との役割分担や時間設定等を見直し、訪問看護を適切かつ効率的に行えるようにしてはどうか。
- 精神科を標榜している医療機関と訪問看護ステーションからの訪問看護の諸条件の相違点について機能の違いも踏まえつつ、地域移行を推進する観点から見直してはどうか。
- 地域に移行した患者が時間外であっても適切な医療が受けられるよう、対応をとる医療機関の外来診療(通院・在宅精神療法)についてどのような評価が適切か。

その他

その他

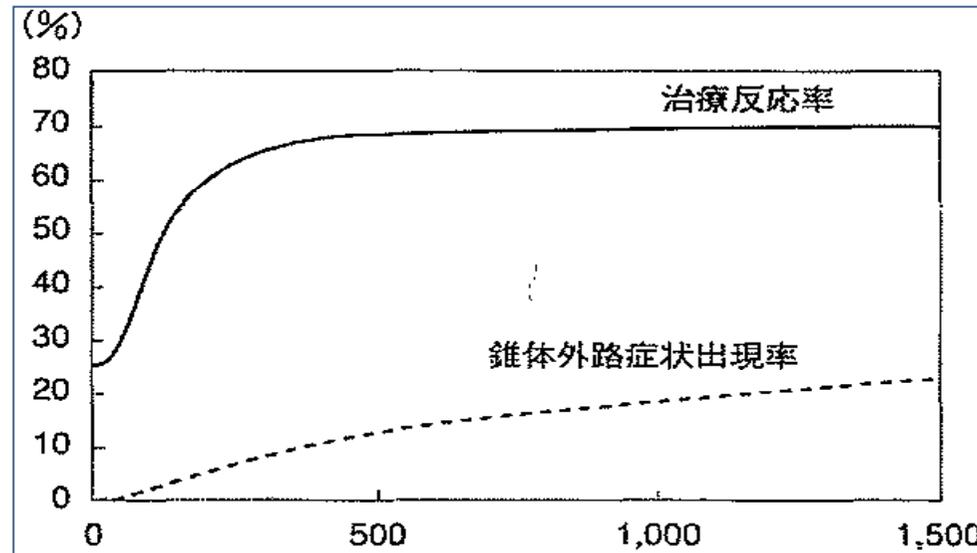
① 外来における向精神薬の 取扱いについて

多剤・大量投与のデメリット

- ・抗精神病薬の投与量の少ないうちは投与量の増加に伴って治療効果が著明に増加するが、CPZ換算500mg/日前後より治療効果は定常状態となる。
- ・一方で、錐体外路系副作用のリスクはCPZ換算数1000mg/日前後になるまで増大し続ける。

CPZ: クロルプロマジン
錐体外路系副作用: 手の震え、体の動かしにくさ等

抗精神病薬の投与量と治療反応率



CPZ換算抗精神病薬投与量 (mg/日)

Shizophrenia Frontier Vol.6 No.2, 2005

抗精神病薬の処方量を増加しても、ある一定量を超えると治療効果は変わらないが、副作用のリスクは増え続ける。

海外のガイドラインの状況

APA(アメリカ精神医学会)

- ・抗精神病薬、抗うつ薬は単剤を推奨。(併用のエビデンスは乏しい)
- ・ベンゾジアゼピン^()は依存の可能性があり、使用には注意が必要。

NICE(英国立医療技術評価機構)

- ・通常、抗うつ薬、抗精神病薬の併用は行わない。
- ・2週間以上のベンゾジアゼピン^()投与は行わない。

(抗不安薬、睡眠薬として用いられている)

平成22年診療報酬改定 非定型抗精神病薬加算

- 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度にしていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価

非定型抗精神病薬加算(1日につき)

10点



非定型抗精神病薬加算(1日につき)

非定型抗精神病薬加算1 15点

非定型抗精神病薬加算2 10点

以下の特定入院料への加算

A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料

〔算定要件〕

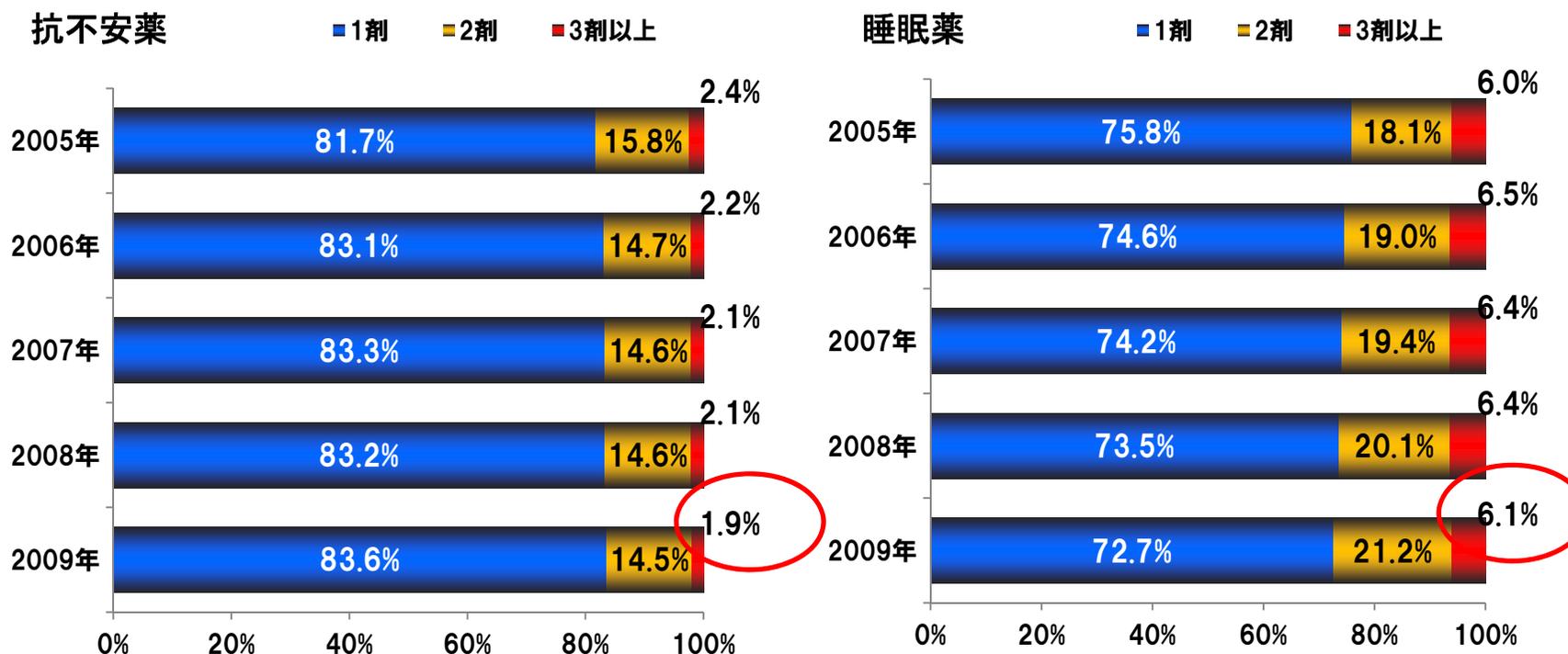
- (1) 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が2種類以下であること
- (2) 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合

算定回数

社会医療診療行為別調査より

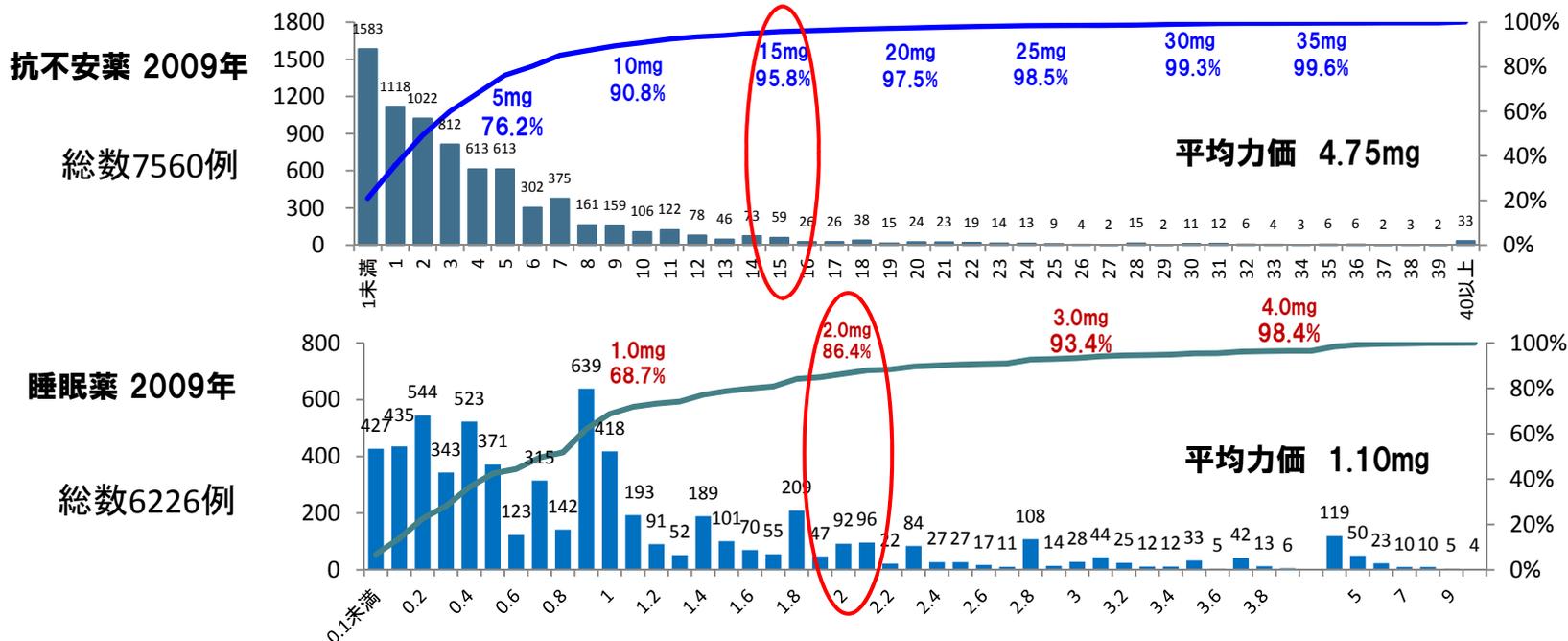
	平成20年6月	平成21年6月	平成22年6月
非定型抗精神病薬加算1	-	-	40,924回
非定型抗精神病薬加算2	-	-	2,405回
合計	14,059回	29,913回	43,329回

向精神薬の使用実態調査概要(処方薬剤数)



- ・ 2005-2009年の4月1日～6月30日の健康保険組合加入者及びその家族計約33万人の診療報酬データを使用。
- ・ 2009年の処方では抗不安薬の単剤処方率は83.6%、2剤処方率は14.5%、**3剤以上の処方率は1.9%**であった。睡眠薬の単剤処方率は72.6%、2剤処方率は21.2%、**3剤以上の処方率は6.1%**であった。
- ・ 2005年と比較し、抗不安薬では2剤以上の処方率が減少して単剤の処方率が増加した。睡眠薬では単剤での処方率がわずかに減少し、2剤での処方率が微増した。

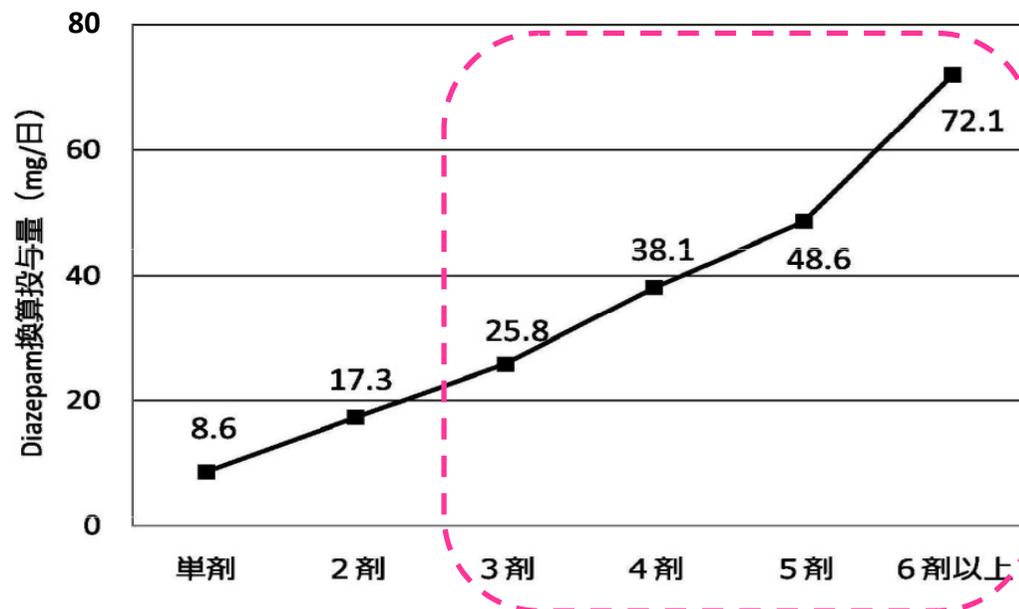
向精神薬の使用実態調査概要(投与量)



・添付文書で示されている抗不安薬のジアゼパムの用量である15mg以内の処方が95.8%、睡眠薬であるフルニトラゼパムの用量である2mg以内の処方が86.4%と、ほとんどの受診者で基準薬の添付文書に示された用量内の処方が行われていた。

・抗不安薬では15mgを超える処方が4.2%みられ、処方量が40mgを超えるものが33例存在した。睡眠薬では2mgを超える処方が13.6%みられ、処方量が10mgを超えるものもみられた。

向精神薬の使用実態調査概要(処方薬剤数と投与量の関係)



抗不安薬のみの投与量とみなした場合、ジアゼパム換算で添付文書における一日使用量の15mgは2剤(17.3mg)付近で、3剤以上では一日使用量を大きく超える量となる可能性がある。

・日本の3ヶ所の私立精神科病院において2010年3月31日の時点での薬歴に関する電子データを利用して、抗不安薬・睡眠薬を処方された全患者3,257名について調査した。

・睡眠薬又は抗不安薬が単剤で処方された場合のジアゼパム換算投与量は8.6mg、睡眠薬、抗不安薬の合計で2剤併用した場合は17.3mg、3剤併用では25.8mg、4剤併用では38.1mg、5剤併用では48.6mg、6剤以上の併用では72.1mgと、**処方される薬剤の種類が増えるにつれ投与量が増加**していた。

過量服薬への取組

～ 薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて ～

過量服薬の実態と背景

○自殺既遂者(76名)の遺族に対する調査

- ・受診歴のある者が約50%、受診群のうち39歳以下が約7割弱
- ・受診群の約6割が処方された向精神薬を過量服薬

○向精神薬の処方に関する調査

- ・2005年～2007年の約30万件のレセプト調査で、向精神薬を処方されている患者の割合は増加傾向

○患者側の要因

- ・症状が改善せずやむを得ず服薬量を増量したり長期間継続してしまう
- ・薬物への依存という認識が不足しており、医師に処方を求めてしまう

○診療側の要因

- ・患者との治療関係を築きにくい診療環境
- ・薬物の処方を強く望む患者に対して説得が困難な状況にある
- ・説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまう恐れ

様々な要素が複雑に絡み合った根深い問題

当面の対策

今後検討していく対策
(ワーキングチームを設置)

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム (平成22年9月9日)

取組1

薬剤師の活用

- ・薬剤師によるリスクの高い患者への声かけ等の取組を推進
- ・薬剤師に対する薬物依存等に関する研修機会の提供

取組2

ガイドラインの作成・普及啓発の推進

- ・最新の診療ガイドラインの普及啓発を推進
- ・境界性パーソナリティ障害に関する診療ガイドラインの普及啓発
- ・多剤処方の是正に関するガイドライン等の作成

取組3

研修事業に過量服薬への留意事項を追加

- ・厚生労働省や関係団体が行う研修事業を活用

取組4

一般医療と精神科医療の連携強化

- ・救命救急センターにおける精神科ケアの対応能力の向上を推進
- ・一般医療と精神科医療との連携を強化する取組を周知

取組5

チーム医療で患者と良好な関係を築くための取組

- ・チーム医療を担える人材育成を推進

検討1 向精神薬に関する処方の実態把握・分析

- ・処方した診療科名、処方量・種類、疾患名等についての実態把握と分析の方法について検討

検討2 患者に役立つ医療機関の情報提供の推進

- ・医師の診療経験に関する情報など、どのような情報が患者にとって、適切な医療機関の選択に役立つのか慎重に検討し、その情報公開の仕組みを検討

検討3 不適切な事例の把握とそれへの対応

- ・明らかに不適切と思われる事例を把握・確認する方策を検討
- ・加えて、そのような場合の医療機関や患者への助言・指導の方法を検討

検討4 過量服薬のリスクの高い患者への細やかな支援体制の構築

- ・患者や家族に対する訪問支援等のチームによる細やかな支援体制の構築のため、モデル事業や人材育成の方策を検討
- ・医療機関や薬局による、患者への薬剤に関する効果的な情報提供について検討

検討5 患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保

- ・診療時間を十分に確保するために必要な支援を検討

向精神薬等の投薬に係る診療報酬の評価について

【医療機関】(医科点数における評価)

<p>B001 2 特定薬剤治療管理料：<u>470点</u></p>	<p>抗てんかん剤(てんかん患者)、ハロペリドール製剤等(統合失調症の患者)、リチウム製剤(躁うつ病の患者)、バルプロ酸ナトリウム等(躁うつ病又は躁病の患者)の血中濃度を測定し、その結果に基づき投与量を精密に管理した場合算定(月1回に限り)</p>
<p>B008 薬剤管理指導料 (1 <u>430点</u>(救命救急入院料等算定患者) 2 <u>380点</u>(抗てんかん剤、精神神経用剤等) 3 <u>325点</u>(その他))</p>	<p>保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定(週1回に限り)</p>
<p>F000 調剤料 ・入院中の患者以外の患者に対して投薬(内服薬を調剤した場合)：<u>9点</u> ・入院中の患者に対して投薬：<u>7点</u></p>	<p>麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬等を処方した場合は、1処方につき<u>1点加算</u></p>
<p>F100 処方料 ・7種類以上の内服薬の投薬：<u>29点</u> ・それ以外：<u>42点</u></p>	<p>麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬等を処方した場合は、1処方につき<u>1点加算</u></p>
<p>F400 処方せん料 ・7種類以上の内服薬の投薬：<u>40点</u> ・それ以外：<u>68点</u></p>	<p>麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬等を処方した場合は、1処方につき<u>1点加算</u></p>
<p>I002-2 精神科継続外来支援・指導料 55点</p>	<p>精神科を担当する医師が、患者又はその家族に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に算定(患者1人につき1日1回に限り)</p>

向精神薬等の投薬に係る診療報酬の評価について

【保険薬局】(調剤報酬における評価)

<p>01 調剤料 ・14日分以下の場合 7日目以下の部分(1日分につき): <u>5点</u> 8日目以上の部分(1日分につき): <u>4点</u> など</p>	<p>向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1調剤につき<u>8点加算</u></p>
<p>10 薬剤服用歴管理指導料 : <u>30点</u></p>	<p>保険薬剤師が、患者に対して、患者毎に作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用等について確認した上で、副作用及び相互作用等を情報提供し、基本的な説明、服薬指導を行った場合に算定</p>
<p>(重複投薬・相互作用防止加算) ・処方変更が行われた場合: <u>20点</u> ・処方変更が行われなかった場合: <u>10点</u></p>	<p>薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬及び併用薬、飲食物等との相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した処方医に対して疑義照会を行った場合に加算</p>
<p>(特定薬剤管理指導加算): (所定点数に) <u>4点</u></p>	<p>処方せんの受付の際に、特に安全管理が必要な医薬品について、注意すべき副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況等について確認するとともに、過去の薬剤服用歴の記録を参照した上で、注意すべき副作用等について詳細に説明し、必要な指導を行った場合に算定</p>

＜特に安全管理が必要な医薬品 (※ 医科点数における、薬剤管理指導料「2」と同じ)＞

抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤(ワルファリンカリウム、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。)、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤(注射薬に限る。)、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤

その他

② 認知行動療法について

平成22年診療報酬改定 認知療法・認知行動療法

- 認知療法・認知行動療法とは、うつ病等の気分障害の患者に対して、うつになりやすい考え方を面接を通じて解決することを手助けすることによって治療することを目的とした精神療法
- うつ病に対する専門性の高い精神療法を評価
- 入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が30分以上の治療を行った場合に算定

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

算定回数

	点数	算定回数 (平成22年)
認知療法・認知行動療法	420点	16,509回/月

認知療法・認知行動療法の現状

研究

H16-18 精神療法の実施方法と有効性に関する研究

H19-21 精神療法の実施方法と有効性に関する研究

H22-24 精神療法の有効性の確立と普及に関する研究

いずれも、主任研究者は大野 裕(慶應義塾大学保健管理センター、現国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)

成果

「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」を作成

厚生労働省HPからダウンロード可(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>)

研修事業

平成22年度：講義、ワークショップのみの1日または2日間（多職種対象）

（NCNP実施分）第1回：76名、第2回：72名、第3回：72名

（平成22年度補正予算分）大阪：185名、岩手：122名、東京：110名

平成23年度：講義、ワークショップに加え、約半年間のスーパーバイズ（医師対象）

（慶應大学受託）東京：50名（予定）、仙台：50名（予定）、京都：50名（予定）

昨年度と同様の研修（多職種対象）も東京200名×2回を実施予定。

● うつ病に対する認知行動療法の効果検証研究

- ① 通常治療でも8週間以上症状が持続してるうつ病患者を、(a)通常治療継続群と(b)通常治療継続+認知行動療法群に無作為割り付けし、治療効果を検証。
(目標80症例に対し、H23年8月現在で57例登録済み)

➡ 重篤な副作用の報告はなく中間解析でも継続を承認

- ② 8週間以上通常治療を行っても中等度以上のうつ症状を認める大うつ病患者に、マニュアルを開発した認知療法に精通した精神科医師(3名)と、認知療法研修会(ワークショップ)と個人スーパービジョン並びにグループスーパービジョンの研修体制を前提に医師の同席のもと、コメディカル(看護師1名、心理職1名)により認知行動療法を実施し、治療効果を検討。

➡ 両群ともうつ症状の改善が示唆された。

● 認知行動療法の研修に関する研究

うつ病の認知行動療法について、実施者養成研修に加え、スーパーバイザー養成研修のマニュアル、研修資料を作成中

(その他)

不安障害に対する認知行動療法、難治性PTSDに対する持続エクスポージャー療法、治療反応性と遺伝子多形、文献のメタアナリシス、子どもに対する認知行動療法

向精神薬の取扱い及び認知行動療法に係る課題と論点

- 抗不安薬、睡眠薬の使用実態について、抗不安薬で4.2%、睡眠薬で13.6%、添付文書を超えた用量の処方となされていた。
- 抗精神病薬は大量に使用しても治療効果が高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、海外のガイドラインでは慎重に使用することとされている。
- 認知行動療法について、精通した看護師等が医師の同席のもと行った場合、医師が行った場合と同様のうつ症状の改善効果が示唆されたが、具体的な手法や必要な研修内容等は現在研究中である。



【論点】

- 海外のガイドラインでは慎重に投与することとされている、抗不安薬、睡眠薬について、3剤以上の抗不安薬、睡眠薬を処方する医療機関、調剤する保険薬局それぞれに対し、診療報酬上どのような評価を行うことが適切か。
- 医師以外が行う認知行動療法やうつ病以外に適応を拡大することについては、具体的な手法や必要な研修、それらを前提とした有効性、安全性等の結果を踏まえたうえで、評価を行うこととしてはどうか。

參考資料

地域の連携による疾患対策の評価について

認知症医療の評価

- 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を評価

⑨ 認知症専門診断管理料 500点(1人につき1回)

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

⑨ 認知症患者地域連携加算 50点(1月につき)

認知症の入院医療の評価について

認知症病棟入院料の見直し

- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(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を引き上げるとともに、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改める。

認知症病棟入院料1

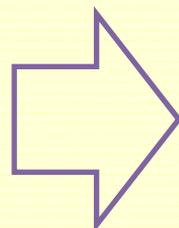
イ 90日以内の期間 1,330点

ロ 91日以上期間 1,180点

認知症病棟入院料2

イ 90日以内の期間 1,070点

ロ 91日以上期間 1,020点



認知症治療病棟入院料1

イ 60日以内の期間 1,450点

ロ 61日以上期間 1,180点

認知症治療病棟入院料2

イ 60日以内の期間 1,070点

ロ 61日以上期間 970点

- 入院期間が6ヶ月を超える認知症患者に対して、退院支援を行い、当該患者が退院した場合の加算を新設する。

⑨ **認知症治療病棟退院調整加算** 100点(退院時1回)

精神医療の評価の充実について①

精神入院医療の充実

- 手厚い看護配置の精神病棟の評価

③ 精神病棟入院基本料 13対1 920点
(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

- 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 $\frac{300点}{200点}$ → 350点

- 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医療管理加算 650点 → 800点

専門性の高い精神医療の評価

- うつ病に対する精神専門療法の評価

③ 認知療法・認知行動療法 420点

- アルコール依存症に対する専門的治療の評価

③ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)
100点(31日以上60日以内)

精神医療の評価の充実について②

精神科急性期の特定入院料の引き上げ①

- 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点

精神科救急入院料2

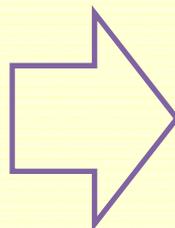
イ 30日以内の期間 3,231点

ロ 31日以上期間 2,831点

精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点



精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

精神科救急入院料2

イ 30日以内の期間 3,251点

ロ 31日以上期間 2,831点

精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

精神医療の評価の充実について③

精神科急性期の特定入院料の引き上げ②

- 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

精神科急性期治療病棟入院料1

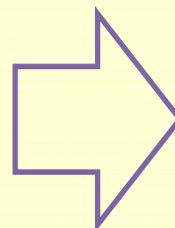
イ 30日以内の期間 1,900点

ロ 31日以上期間 1,600点

精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,800点

ロ 31日以上期間 1,500点



精神科急性期治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間 1,920点

ロ 31日以上期間 1,600点

精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,820点

ロ 31日以上期間 1,500点

〔算定要件等〕

当該病院の全病床数の7割以上
又は200床以上が精神病床である
若しくは特定機能病院である。

〔算定要件等〕

(削除)

精神医療の評価の充実について④

精神科地域移行実施加算の引き上げ

- 入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。
精神科地域移行実施加算 5点 → 10点(1日につき)

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度にしていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価

非定型抗精神病薬加算(1日につき)

10点



非定型抗精神病薬加算(1日につき)

非定型抗精神病薬加算1 15点

非定型抗精神病薬加算2 10点

以下の特定入院料への加算

A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料

A311-3精神科救急・合併症入院料、A312精神療養病棟入院料

〔算定要件〕

- (1) 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が2種類以下であること
- (2) 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合

精神医療の評価の充実について⑤

精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

- 精神療養病床について、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を新設する。

精神療養病棟入院料(1日につき)

1,090点



精神療養病棟入院料(1日につき)

1,050点

⑨

重症者加算(1日につき)	40点
--------------	-----

〔算定要件〕

重症者加算: 当該患者のGAFスコアを毎日評価し、そのスコアが40以下であること

精神医療の評価の充実について⑥

強度行動障害児に対する入院医療の評価

➤ 個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について評価

⑨ 強度行動障害入院医療管理加算 300点(1日につき)

〔算定要件〕

- (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコアが24点以上の者であること
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること

摂食障害に対する入院医療の評価

➤ 治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療について評価

⑨ 摂食障害入院医療管理加算(1日につき)

30日以内 200点

31日以上60日以内 100点

〔算定要件〕

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること
- (2) 当該保険医療機関内に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること

精神医療の評価の充実について⑦

精神科専門療法の見直し

- 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価となっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについては評価を引き上げる。

通院・在宅精神療法(1日につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点

2 1以外の場合

イ 病院の場合

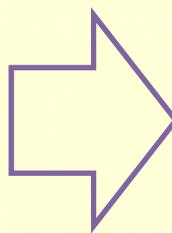
(1) 30分以上の場合 360点

(2) 30分未満の場合 330点

ロ 診療所の場合

(1) 30分以上の場合 360点

(2) 30分未満の場合 350点



通院・在宅精神療法(1日につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点

2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点

精神医療の評価の充実について⑧

精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行について評価

精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点



精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点

⑧〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。

精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	550点
2 大規模なもの	660点



精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	<u>590点</u>
2 大規模なもの	<u>700点</u>

⑧〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。

〔算定要件〕

食事を提供した場合、48点を加算する。