

伊藤構成員 提出資料

精神障害者に対する医療の提供を確保するための
指針等に関する検討会
参考資料

平成25年7月26日

(独) 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
伊藤 弘人

目次

1. 政策の動向と具体的な取組み
2. 地域責任性に関する考え方
 - － 治療の継続性を地域で担保する対象の定義
3. 連携施策：回復をめざす場合の必須要素
 - － 地域連携クリティカルパス(パスポート)
 - － チーム医療
4. 弱体化している総合病院精神科機能の強化
5. 変革を加速化するために

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会

【入院1年未満＋重度・慢性】

- 3か月未満→手厚い人員配置
- 3か月～1年未満→手厚い人員配置・チーム
- 重度かつ慢性→基準の明確化・限定化
- 精神科入院患者→「重度かつ慢性」以外は1年で退院・入院外治療に移行

【キーワード】

- ・質の高い入院医療
- ・退院支援の充実
- ・入院外の治療に移行
- ・退院患者の増加
- ・地域移行の取組を推進

【現在の長期在院者】→地域移行の取組みを推進

- 外来部門の人員配置が実現可能にする
- 多職種で3:1の人員配置
- 開放的な環境の確保
- 外部支援者との関係が作りやすい環境
(地域生活に近い療養環境)

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会
今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）

<精神科医療の現状>
 ○ 新規入院患者のうち、約5割は3か月未満で、約1割は1年未満で退院。一方、1年以上の長期在院者が約20万人（入院患者全体の3分の2）
 ○ 精神科の人員配置は、医療法施行規則上、一般病床より低い水準（医師は3分の1、看護職員は4分の3）
 ○ 精神科医療へのニーズの多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、精神科患者の状況や特性に応じた精神科医療の提供を定める。
 ○ 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・設備を段階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、精神科患者は減少する。

【機能分化を進めた場合の今後の入院患者のイメージ】

○3か月未満について、医師・看護職員は一般病床と同等の配置とし、精神科福祉士等の退院支援に関する従事者の配置を規定する。
 ○3か月～1年未満について、医師は現在の精神科と同等の配置とし、看護職員は3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神科福祉士等の従事者の配置を可能とする。精神科福祉士等の退院支援に関する従事者の配置を規定する。
 ○重度かつ慢性について、調査研究等を通じ基準を明確化し、明確かつ限定可能な限りとする。
 ○長期在院の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る。

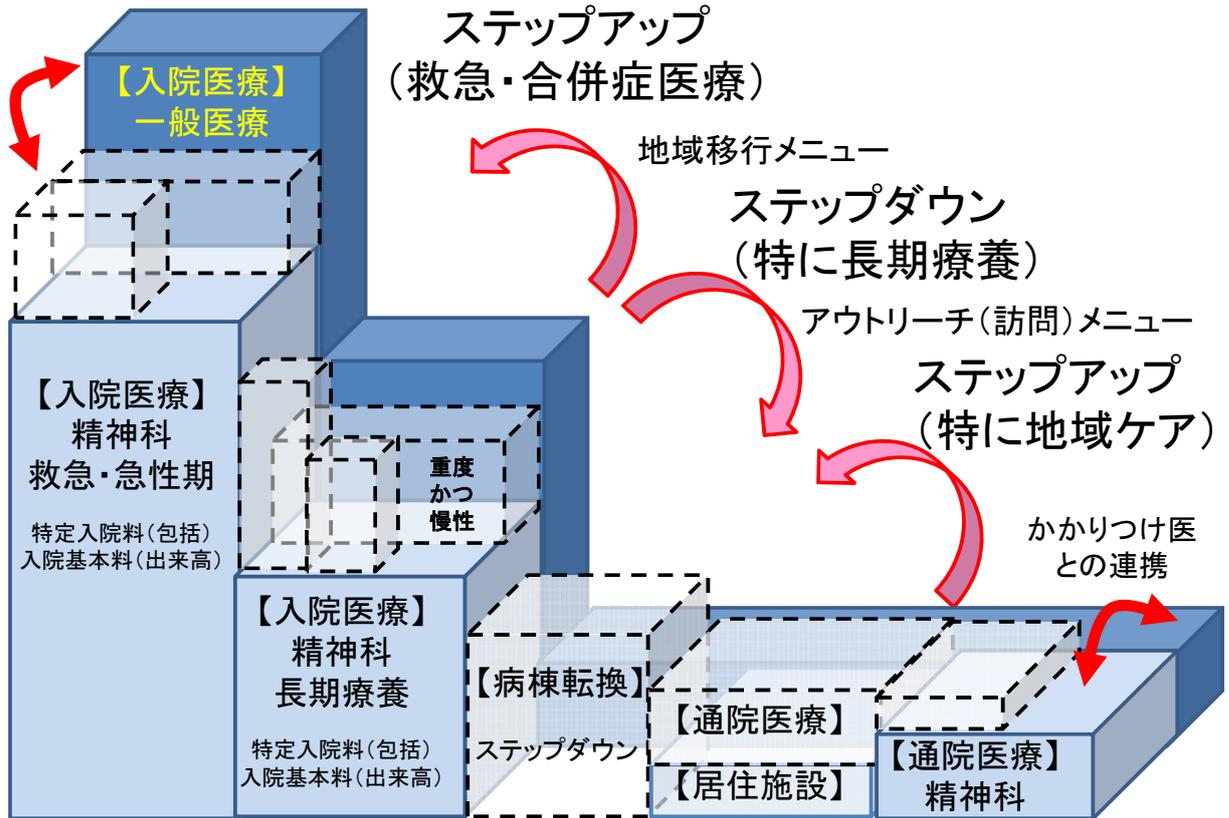
○現在の長期在院者について、地域移行の取組を推進し、外来部門にも人員配置が実現可能な方策を検討していくと同時に、地域移行のための人材育成を進める。
 医師は現在の精神科の基準よりも少ない配置基準とし、看護職員、精神科福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の配置で3対1の人員配置を確保する。
 さらに、継続的な連携を確保し、退院の支援者との関係を作りやすい環境とすることで、地域生活に近い療養環境にする。

以上のよりに、機能分化を確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

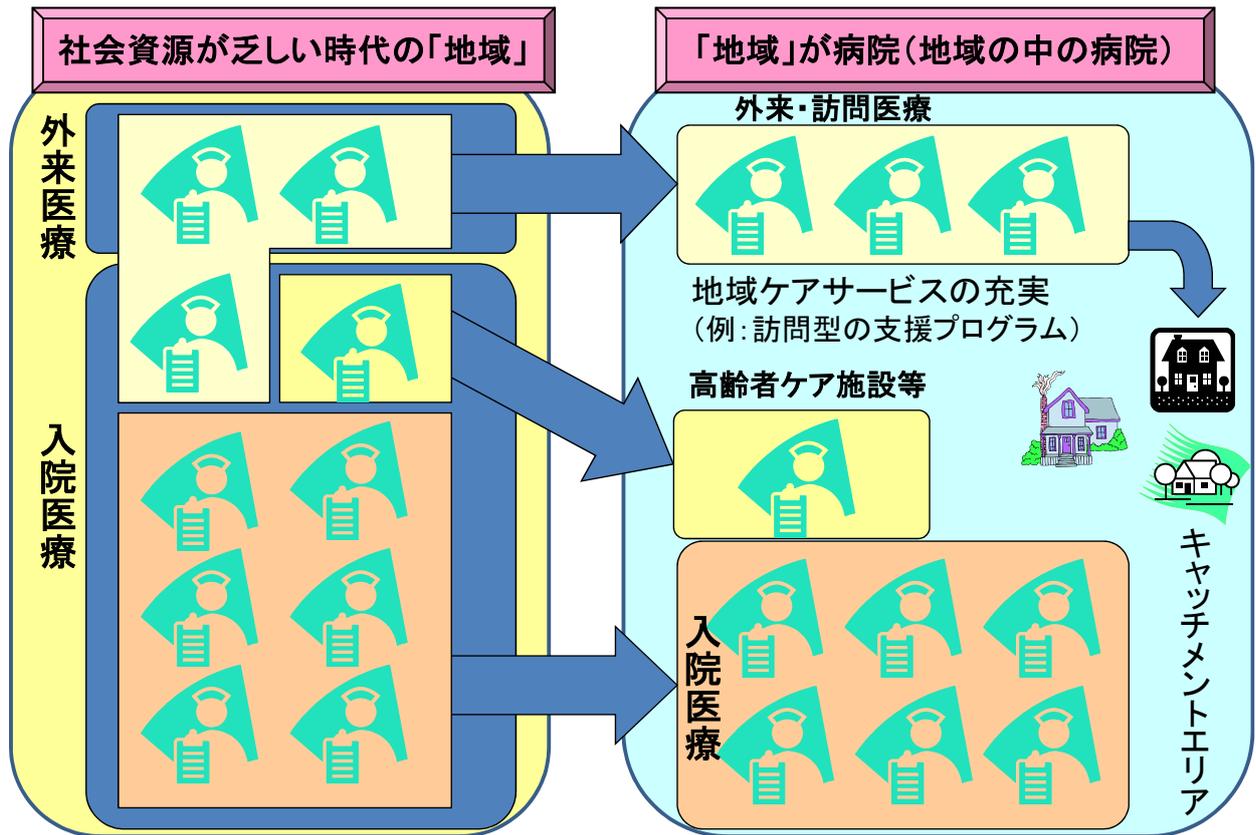
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ea3j-att/2r9852000002ea50.pdf>

段差をなくす工夫と選択肢

一般急性期医療
・専門医療との連携
(救命救急・リエゾン)

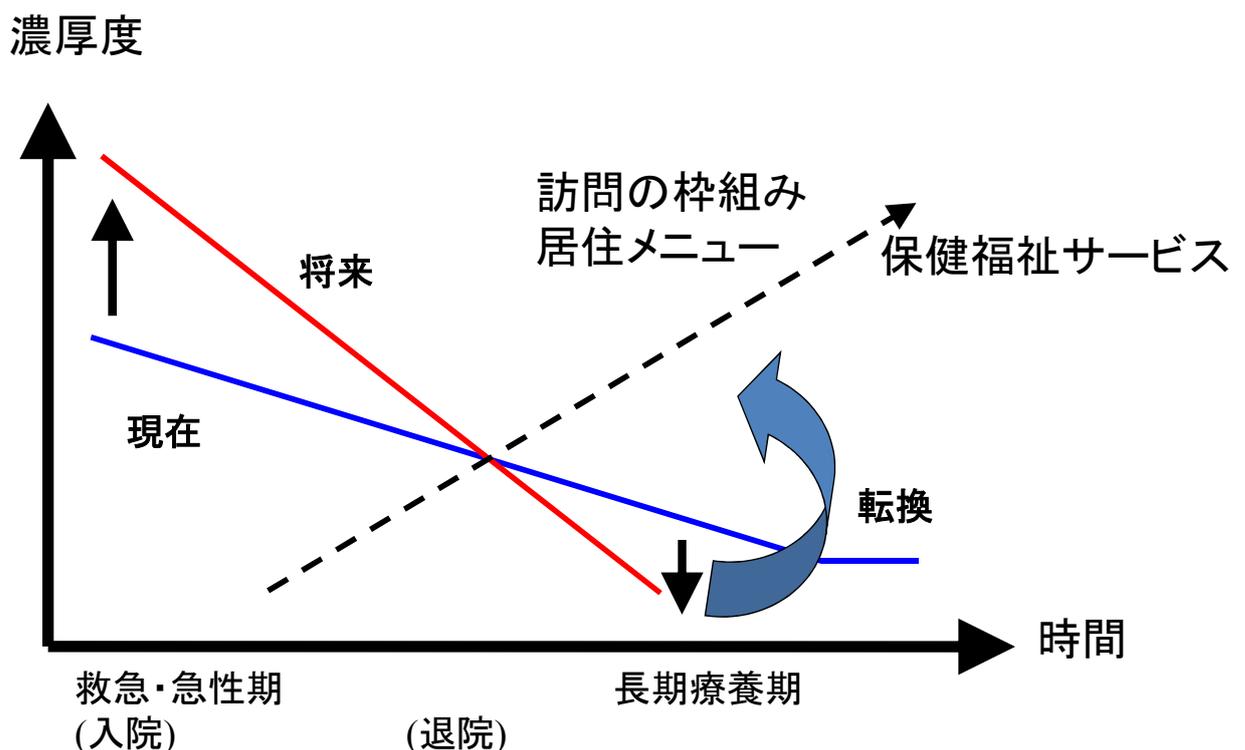


既存資源の活用イメージの一案*



*注: 看護配置を基準に作成したイメージで他職種も専門性に着目して類似の配置転換が必要である。

将来の支払い方式



入院診療報酬新設の動向*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
1994	精神療養病棟入院料	1,050
	重症者加算GAF40以下(2010)→加算 I (GAF30↓)・II (40)(2012)	40→60・30
	加算 I : 精神科救急医療体制確保協力医療機関 退院調整加算(退院時2012)	500
1996	精神科急性期治療病棟入院料1(31日以上)	1,920 (1,600)
	精神科急性期治療病棟入院料2(31日以上)	1,820 (1,500)
	認知症治療病棟入院料1(30日以内-60日以内-61日以上)	1,750-1,450-1,160
	認知症治療病棟入院料2(30日以内-60日以内-61日以上)	1,270-1,070-950
	認知症夜間対応加算(1日)	84
	退院調整加算	100→300
	老人性痴呆疾患療養病棟入院料	2006年廃止
	重度認知症加算(3カ月まで)	100
2002	精神科救急入院料 1(31日以上)	3,451 (3,031)
	精神科救急入院料 2(31日以上)	3,251 (2,831)
	児童・思春期精神科入院医療管理(加算)→管理料(2012)	800→2,900
2008	精神科救急・合併症入院料(31日以上)	3,451 (3,031)
2012	救急支援精神病棟初期加算(14日以内)	190

*点数は2012年4月改定時の診療報酬点数
作成:精神科医療政策・管理研究会

地域ケアに関する診療報酬新設の動向(2012年)*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
1965	通院医療費公費負担制度→自立支援医療	100分の90を支給
1972	(精神科)カウンセリング料→通院精神療法(30分以上DIEPSS評価)	330~400(25点)
	精神科救急医療体制協力精神保健指定医(2012)	700
1974	デイ・ケア(病院・1988年診療所)	590(大規模:700)
1986	訪問看護・指導 *2012(保健師・看護師・OT・PSW)	
	精神科訪問看護・指導料 I	440~675(400~625)
	精神科訪問看護・指導料 II	160
	精神科訪問看護・指導料 III*	340~545(300~495)
	複数名訪問看護加算(看護補助者)*	300
1990	持続性抗精神病注剤治療指導管理料	250
	クロザピン:500点	500
1994	訪問看護療養 *2012(保健師・看護師・OT)	金額で設定
	(精神科*)訪問看護基本療養費 I (准看護師)	4,250~6,550円(3,870~6,050円)
	(精神科*)訪問看護基本療養費 II	1,600円
	(精神科*)訪問看護基本療養費 III(准看護師)	3,300~5,300円(2,910~4,800円)
	複数名訪問看護加算(看護補助者・PSW)*	3,000円
2006	精神科ショートケア:診療計画・入院患者追加	275(大規模:330)
	在宅時医学総合管理料	
	処方箋交付(在宅療養支援診療所・病院以外) 不交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	4,200(2,200) 4,500(2,500)
2008	精神科継続外来支援・指導料(保健師支援加算)	55(40)
	抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合(2012)	20%減額
	DIEPSSによる重症度評価(月1回)(2012)	25
	救命救急入院料の加算(2012 地域の精神保健指定医)	3,000
2010	認知行動療法	420
	精神科救急医療体制協力精神保健指定医(2012)	500
	急性期デイ・ケア(退院後1年間)	20(50)
2012	精神科訪問看護指示料・特別訪問看護指示加算	300・100
	精神科リエゾンチーム加算(診療所の精神科医)	200(週1回)

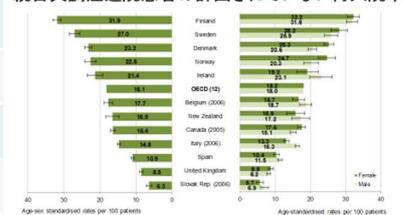
*点数は2012年4月改定時の診療報酬点数

作成:精神科医療政策・管理研究会

OECDが提唱した指標(2004)*

領域	指標
継続性	退院後の適時の外来での治療継続 ^P
	重複診断**の患者の退院後の継続的受診 ^P
	治療継続率の民族による差 ^P
	精神的問題での入院治療の後の継続性 ^P
ケアの調整	重度精神障害者のケースマネジメント ^P
治療	うつ病の急性期での受診 ^P
	精神科患者の再入院 ^O
	物質関連障害の治療期間 ^P
	高齢者への抗コリン・抗うつ薬の使用 ^P
	急性期での抗うつ薬の継続的な治療 ^P
	維持期での抗うつ薬の継続的な治療 ^P
患者アウトカム	重度精神障害者の死亡率 ^O

Unplanned schizophrenia re-admissions to the same hospital, 2007
統合失調症退院患者の計画されていない再入院率



http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en_2649_33929_37091033_1_1_1_1,00.html

^P医療の過程(プロセス)

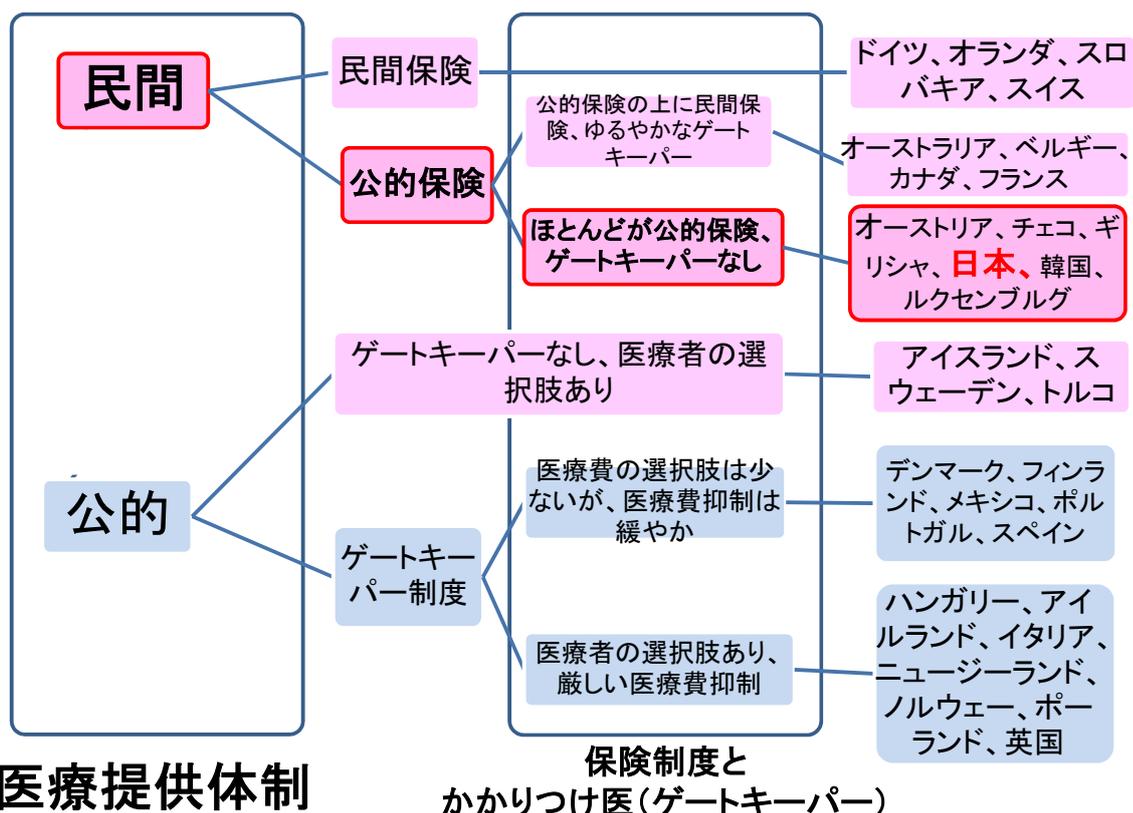
*必ずしも多くの加盟国で測定可能な指標ではない。

^O結果(アウトカム)

**重複診断: 精神医学的診断・物質関連障害

http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en_2649_37407_37091033_1_1_1_1_37407,00.html

医療提供体制と保険による医療制度の分類*



「ゆるやかな」ゲートキーパー機能の付与
地域責任性を意識できる
日本の制度の課題は

*Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 50 を改変

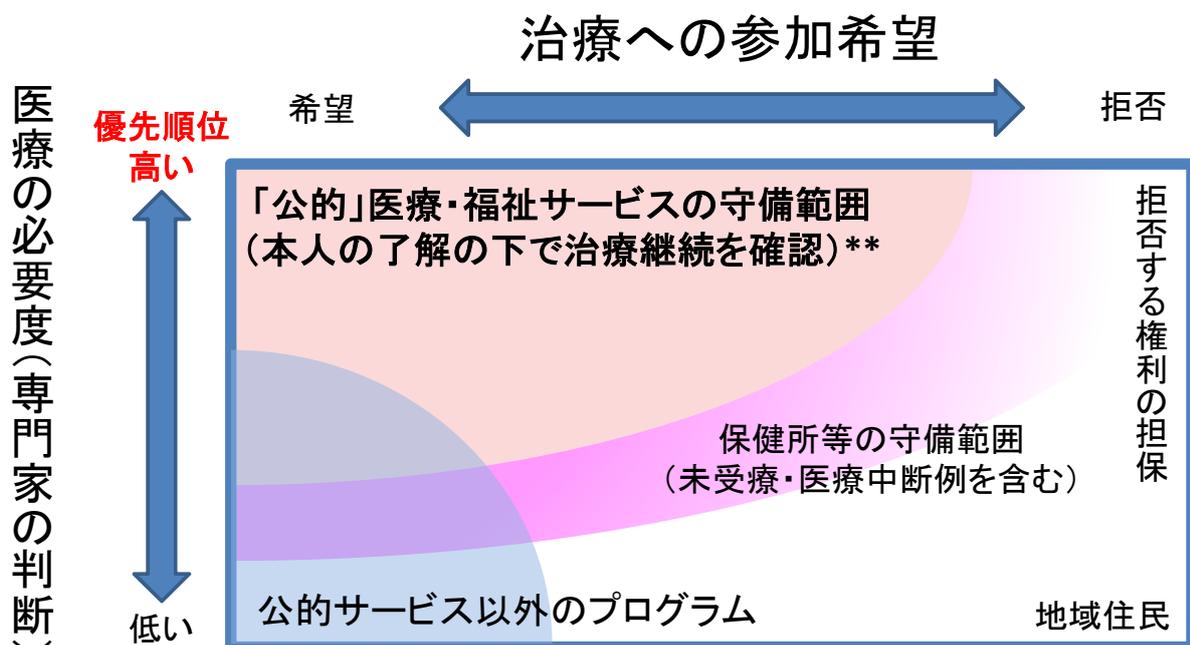
地域責任性をめぐる論点

—「囲い込み」との違い—

- フリーアクセス制度下でのゲートキーパ機能の付与
 - 再入院リスクのある患者→退院後の治療継続が必要
 - 急性期入院のみ提供する病院
 - 安定期のみ診療する診療所
- 「地域住民の精神疾患治療」に対する意識が希薄
- 病院組織の意識改革（地域包括ケアシステムへ移行）
 - 入院患者のみが対象→地域住民が対象（「地域が病院」）
 - 地域住民への責任を感じている入院医療機関
 - 入院と外来の包括的提供：賞賛されるべき取り組み
 - ただし、説明責任と住民の選択の自由
 - 病院組織体以外の関係者（公的セクター・当事者）

治療の継続性を地域で担保する対象*

*イメージ：治療中断すると腎透析に移行するリスクが高まる糖尿病患者と同様のグループ
（例：治療中断すると再入院リスクが高まる慢性精神障害者）



**先進的な医療機関では、独自に外来通院予約に受診しなかった患者をグループ化し、医療必要度の高い患者には電話・訪問を実施している（診療報酬の裏付けなし）。

治療の継続性を地域で担保する対象の定義

- 優先順位の高い対象者
 - 治療中断をすると再入院のリスクが高いグループ(下図①)
 - 本人も希望する場合
- 定義(基準)のふたつの考え方
 - 内的基準(implicit criteria):説明が困難
 - 外的基準(explicit criteria):説明が容易
- 定義(基準)を洗練させていく方策
 - 内的基準にあてはまる事例を積み重ねる
 - 一定の事例が集約されてから外的基準づくりを行う

③状態安定グループ

②手帳発行グループ

①本人の意向を
確認した上で
地域で支援を続ける
グループ

地域責任性を意識できる施策例

- 精神科救急
 - 「医療圏」での措置入院患者(25%, 年間30名以上)
- 精神保健指定医
 - 精神科救急への参画(精神科救急システム通知)
 - 通院精神療法加算・認知行動療法要件(2012年)
 - 救命救急入院料加算(2012年)
 - 精神科リエゾンチーム加算(2012年)
- これからの可能性
 - 精神科救急医療体制整備事業(常時対応型施設)
 - ソフト救急(自院患者の急変時の夜間・休日対応)

精神障害者フットサルチームのイタリア遠征(2011年)

- 2009年夏: イタリアの医師へのコンタクト
- 2009年秋: 日本スポーツ振興基金申請(2010年4月受理)
- 2011年3月: イタリア遠征虹プロジェクト2011



(ガゼッタ紙)



白熱した試合

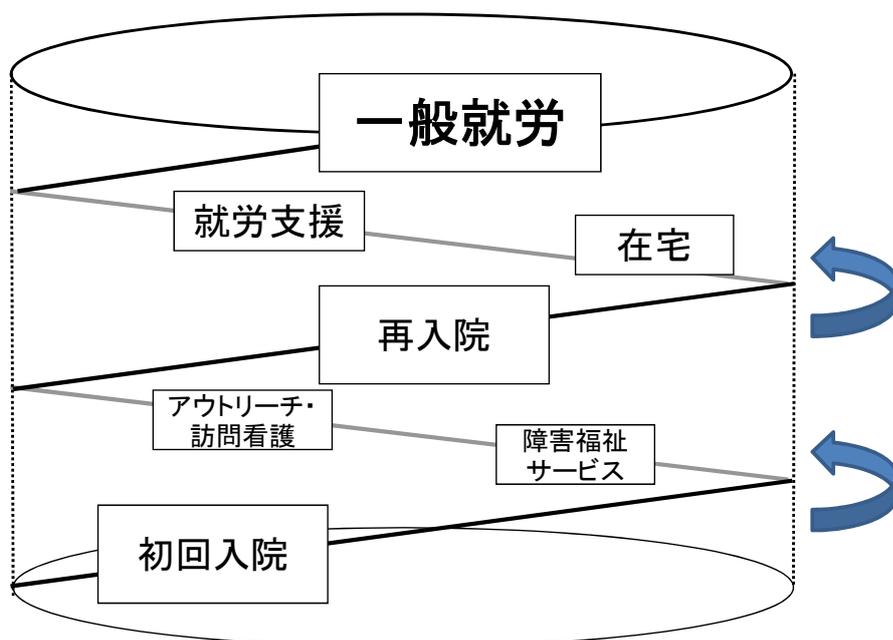
カンファレンスとメンバーとの交流



- 一般就労へ移行する割合が向上
- 遠征での心配: 時差による睡眠・覚醒リズムの問題(服薬時間の問題、再発・再燃リスク、コンディション調整の難しさ)、長時間の禁煙、団体行動、帰国後の疲労
- 事前の準備をしっかりすれば、安定した状態の精神障がい者の国際遠征は十分可能

出典: 大阪精神医学研究所 新阿武山病院岡村武彦氏. 第6回精神科医療評価・均てん化研修資料, 2012.

垂直連携・調整 —理想は「回復モデル」—



【医療で必要な要素】

入院中 退院後

- | | |
|------------------|----------------------|
| ① 退院支援(入院時から) | ④ 積極的地域ケア(アウトリーチ) |
| ② 地域からの関与(退院前訪問) | ⑤ 通院・服薬中断防止(治療継続の確認) |
| ③ 危機時対応計画策定・共有 | |

*それぞれの短期目標を設定したクリティカルパスが存在(例: 退院支援パス)

回復過程を展開すると「パスポート」になる

地域生活・在宅医療パスポート

≡ 地域連携クリティカルパス

- リハビリ（回復）の各段階で、短期目標を設定した複数のパスが存在（退院支援もそのひとつ）
- これを束ねたものが地域連携クリティカルパス



精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例（別表5）*

	予防・アクセス(うつ病含む)	治療・回復・社会復帰(うつ病を含む)	精神科救急	身体合併症	専門医療
構造指標	○かかりつけ医等対応能力向上研修参加者3)	◎P医療機関数6)	◎医療圏のP救急医療機関数3)	◎P救急・合併症対応施設数3)	◎児童思春期病棟数11)
	GP連携会議開催地域数・紹介システム構築地区数	◎P医療従事者数(各職種)7)	◎精神医療相談窓口・P救急情報センター開設状況3)	◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数6)	◎小児入院医療管理料<5>11)
	○かかりつけ医認知症対応能力向上研修参加者3)	往診・訪問診療P医療機関数6)	◎P救急入院料・急性期治療病棟11)	◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数6)	◎重度アルコール依存症入院医療加算 11)
	○認知症サポート医養成修了者数3)	◎精神科訪問看護実施施設機関数6)	◎P救急医療体制整備病院・診療所数6)	◎Pを有する一般病院数6)	○医療観察法指定通院医療機関数12)
			◎類型別認知症疾患医療センター数3)		
過程指標	◎保健所等精神保健相談・訪問指導数1)	◎P地域移行実施加算11)	◎P救急医療機関の夜間・休日受診件数・入院件数3)	○副傷病名の精神疾患割合8)	○在宅通院精神療法20歳未満4)
	◎精神保健福祉センター相談・訪問指導数2)	○非定型抗精神病薬加算 I (2種類以下)4)	◎P救急情報センターへの相談件数3)	○P身体合併症加算4)	
		向精神薬薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎人口当たり年間措置患者・医療保護患者数2)		
		抗精神病薬単剤率	○隔離・身体拘束数9)		
		○P社会復帰施設等利用実人数9)			
		◎精神障害者手帳交付数2)			
		○Pデイケア等利用者数9)			
	○P訪問看護利用者数9)				
	地域連携クリティカルパス導入率(認知症を含む)				
アウトカム指標	○こころの状態5)	○1年未満入院者の平均退院率9)	○在院期間5年以上かつ65歳以上退院患者数9)	○3か月以内再入院率9)	
		◎退院患者平均在院日数8)	医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合8)		
		○認知症新規入院患者2か月以内退院率9)			
		◎自殺死亡率(人口10万あたり)10)			

P: 精神科

◎必須指標

○任意指標

- 1) 地域保健・健康増進事業報告
- 2) 衛生行政報告例
- 3) 事業報告
- 4) ナショナルデータベース解析
- 5) 国民生活基礎調査

- 6) 医療施設調査
- 7) 病院報告
- 8) 患者調査
- 9) 精神保健福祉資料(630調査)
- 10) 人口動態統計

- 11) 診療報酬施設基準
- 12) 指定通院医療機関の指定

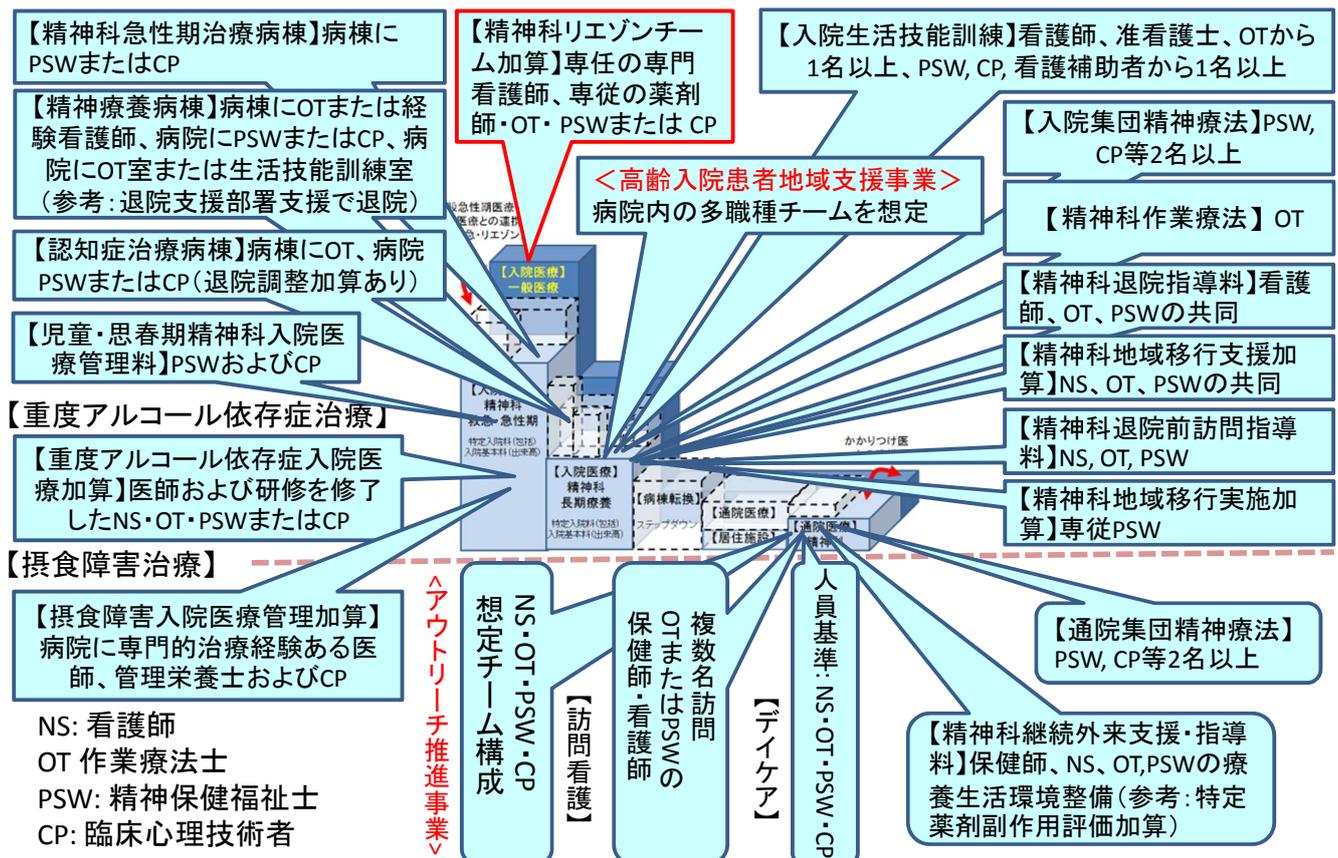
* 2012年10月厚生労働省通知を改変

連携に関する診療報酬新設*

新設年	診療報酬	1日あたり点数
2002	緩和ケア診療加算(精神医療従事経験精神科医)	400
2006	特定施設入居時等医学総合管理料 処方箋交付(在宅療養支援診療所・病院以外) 不交付(在宅療養支援診療所・病院以外)	3,000 (1,500) 3,300 (1,800)
2008	精神科継続外来支援・指導料	55
	保健師等による支援の加算(1日につき)	40
	救命救急入院料の加算(2012 診療所の精神保健指定医)	3,000
	認知症患者紹介加算(診療情報提供料 I)	100
	精神科医連携加算(診療情報提供料)	200
	精神科身体合併症管理加算(治療開始7日以内)	350→450
	精神科地域移行支援加算(退院時)	200
2010	精神科地域移行実施加算(地域連携室必置)	10
	認知症専門医療機関連携加算(診療情報提供料:かかりつけ医に対する評価)	50
	認知症専門診断管理料(認知症疾患医療センター等の精神科医に対する評価)	500
2012	総合入院体制加算(精神科の体制が要件)	120
	精神科リエゾンチーム加算(診療所の精神科医)	200(週1回)
	外来緩和ケア管理料(精神症状の緩和を担当する常勤医師)	300
	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回)	1,000
	精神科救急搬送患者地域連携受入加算(入院初日)	2,000
	認知症療養指導料(かかりつけ医が専門家と連携しながら管理、月1回6か月間)	350
	地域連携認知症集中治療加算(退院時) 地域連携認知症支援加算(再転院時)	1,500 1,500

*点数は2012年4月改定予定時の診療報酬点数 赤字は2012年改定時に変更されたもの 作成:精神科医療政策・管理研究会

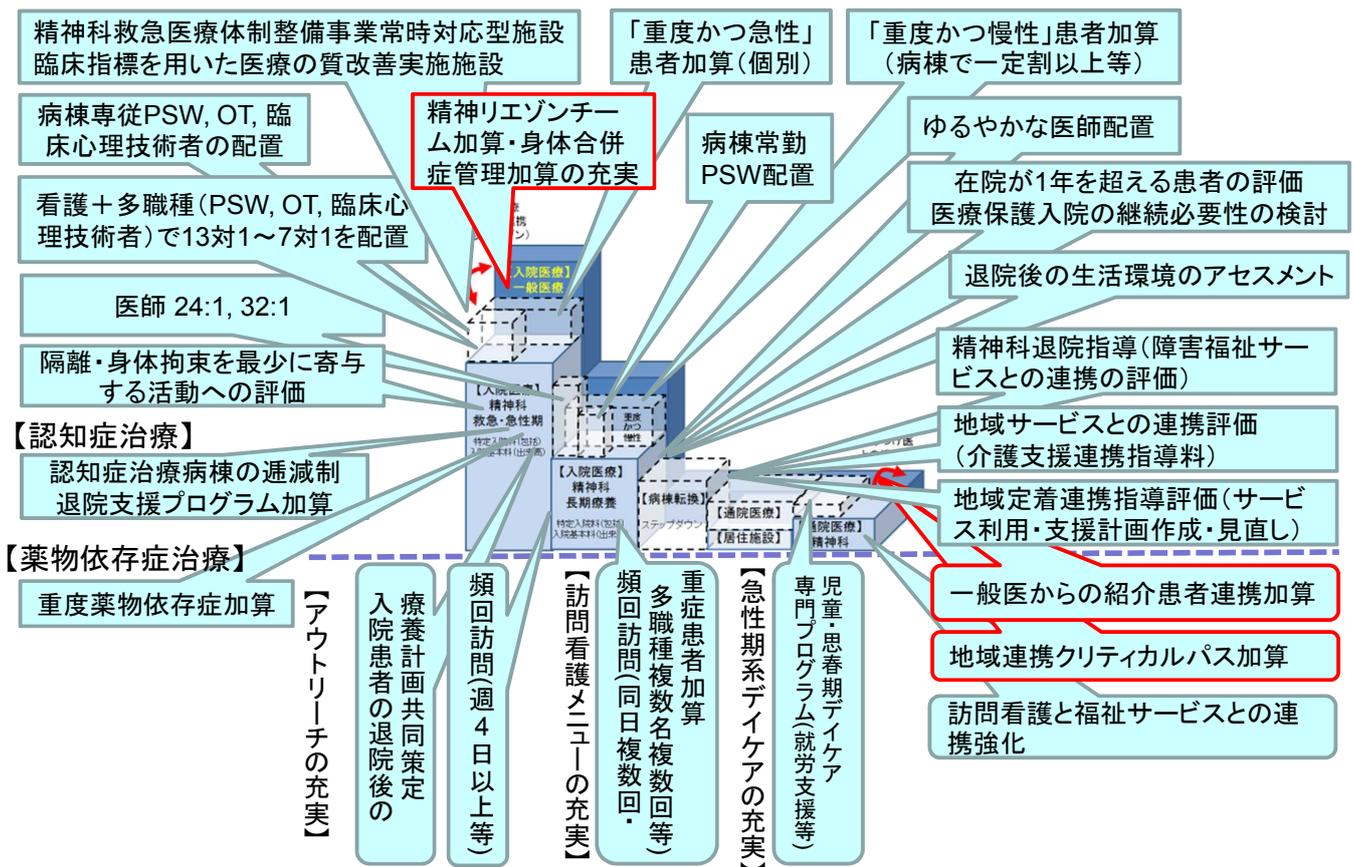
チーム医療の評価



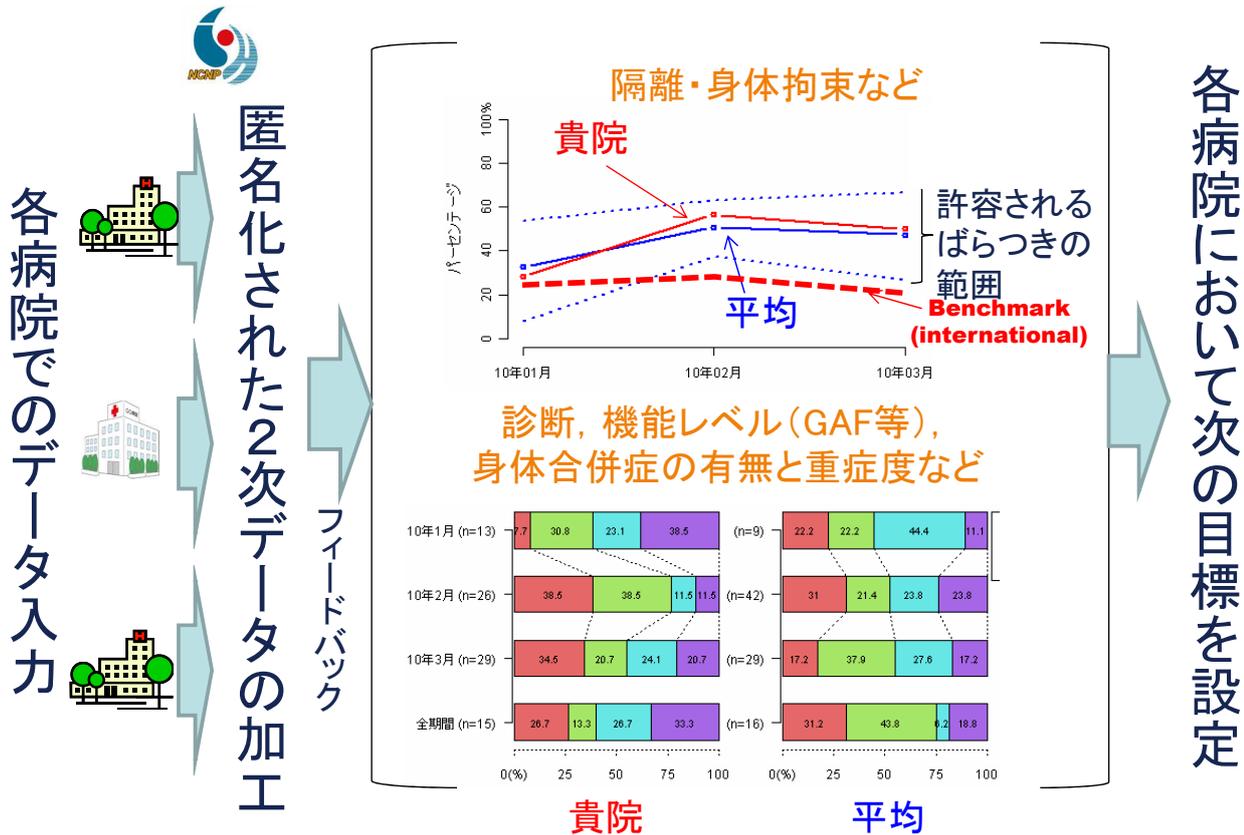
弱体化している総合病院精神科機能の強化

- 総合病院精神科の縮小傾向
 - 多くの欧米諸国とは逆の方向
 - 精神障害者の身体合併症対策は急務
 - 身体疾患患者のメンタルケアは理解を得やすい領域
- 対策
 - 基本：総合病院精神科機能の強化
 - 身体科医と精神科医とが共同できる柔軟な枠組み
 - 地域の精神科医療資源（例：地域精神保健指定医）の活用
 - リエゾン精神看護師・コメディカルの活用
 - 意識の高い身体科の看護師への啓発・育成・バックアップ

現実的な可能性



臨床指標を用いた「他施設との相互評価体制」*



*eCODOシステムを利用したフィードバック例

これからの診療報酬

- 精神科医療の診療報酬(現在): 課題
 - 精神科棟入院基本料(「出来高」病棟): さらなる傾斜
 - 特定入院料(「包括」病棟): 診療内容が包括化で不明
 - 診断群分類包括評価(DPC/PDPS): 希薄な関係
- 現実的な解決策
 - これからの医療を示すインセンティブの付与
 - 特定入院料の診療内容の記録保持の仕組みづくり
 - DPC医療機関別係数に精神疾患医療の要素を加味

DPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System): DPC分類に基づいて評価される入院1日あたりの定額支払い制度で、身体科の急性期入院医療における一般的な支払方式

変革を推進するための必須要素

- 病棟転換型居住系施設に関するこれまでの取り組み
 - アウトリーチ事業との連動
 - 他の転換事例も国内外に存在: デイケア施設への転換
- 「再施設化ではないか」との批判
 - 意思決定(ダウンサイジングの採否)は各医療機関の判断
 - 採用しやすい選択肢を複数提示することが必要
 - 「再施設化」は「外部」の判断を盛り込めば回避可能
 - 外部例: 当事者、地域の代表、公的セクター
 - 時限的政策(例: 3~5年)で、定期的な見直しが不可欠
- 病棟転換型居住施設という選択肢
 - 次のステップとして不可欠(移行コストの担保も必要)
 - 病棟転換の道を閉ざすことは、変革の足踏みを意味する

当事者の参画事例を積み重ねていく*

- 国家レベル
 - 検討会での当事者の参画
- 地方自治体レベル
 - 審議会
 - 地域連携会議
- 個別治療レベル
 - 入院時・入院中
 - 非任意治療前や治療後の振り返り(debriefing)

*代理人等の立場の関与を含む