

個別事項 (その2:精神医療について)

平成25年11月29日

- ①精神科医療の現状と課題
- ②病床機能分化について
- ③精神患者の地域移行と地域定着について
- ④身体合併症への対応（総合病院精神科について）
- ⑤その他（抗精神病薬の処方、児童虐待について）

①精神科医療の現状と課題

②病床機能分化について

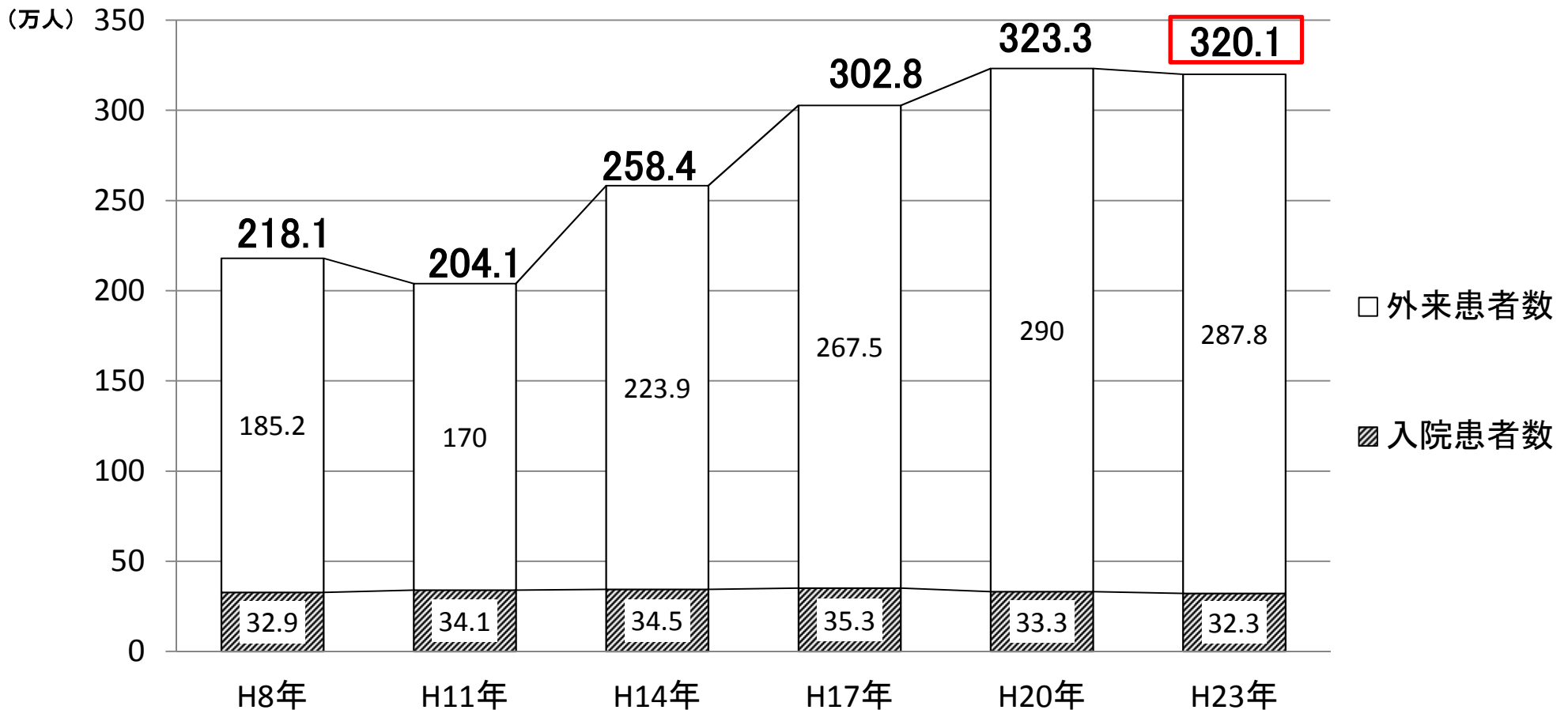
③精神患者の地域移行と地域定着について

④身体合併症への対応（総合病院精神科について）

⑤その他（抗精神病薬の処方、児童虐待について）

精神疾患の患者数

(医療機関にかかっている患者)

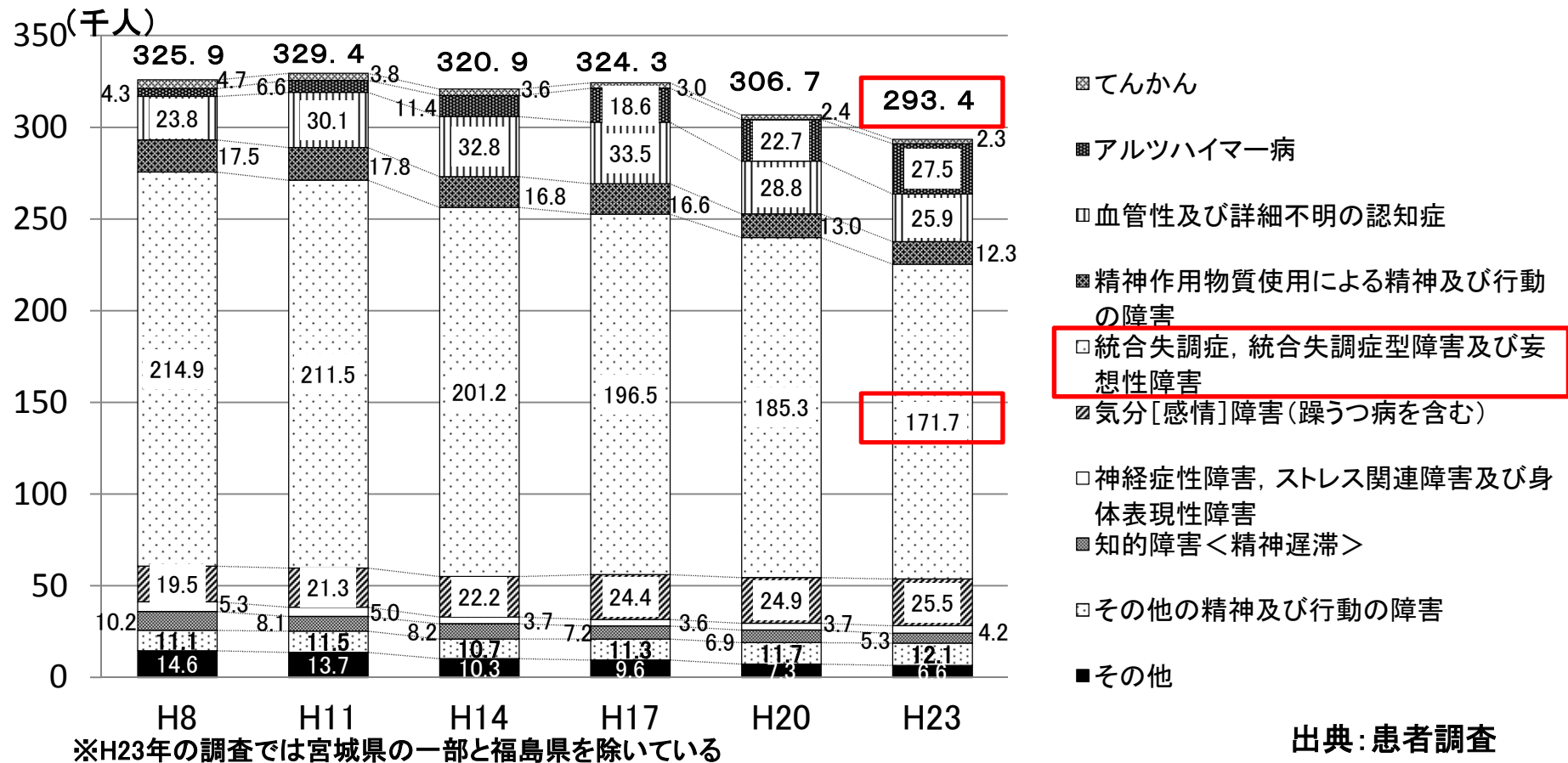


精神疾患の患者数は約320万人

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

出典：患者調査

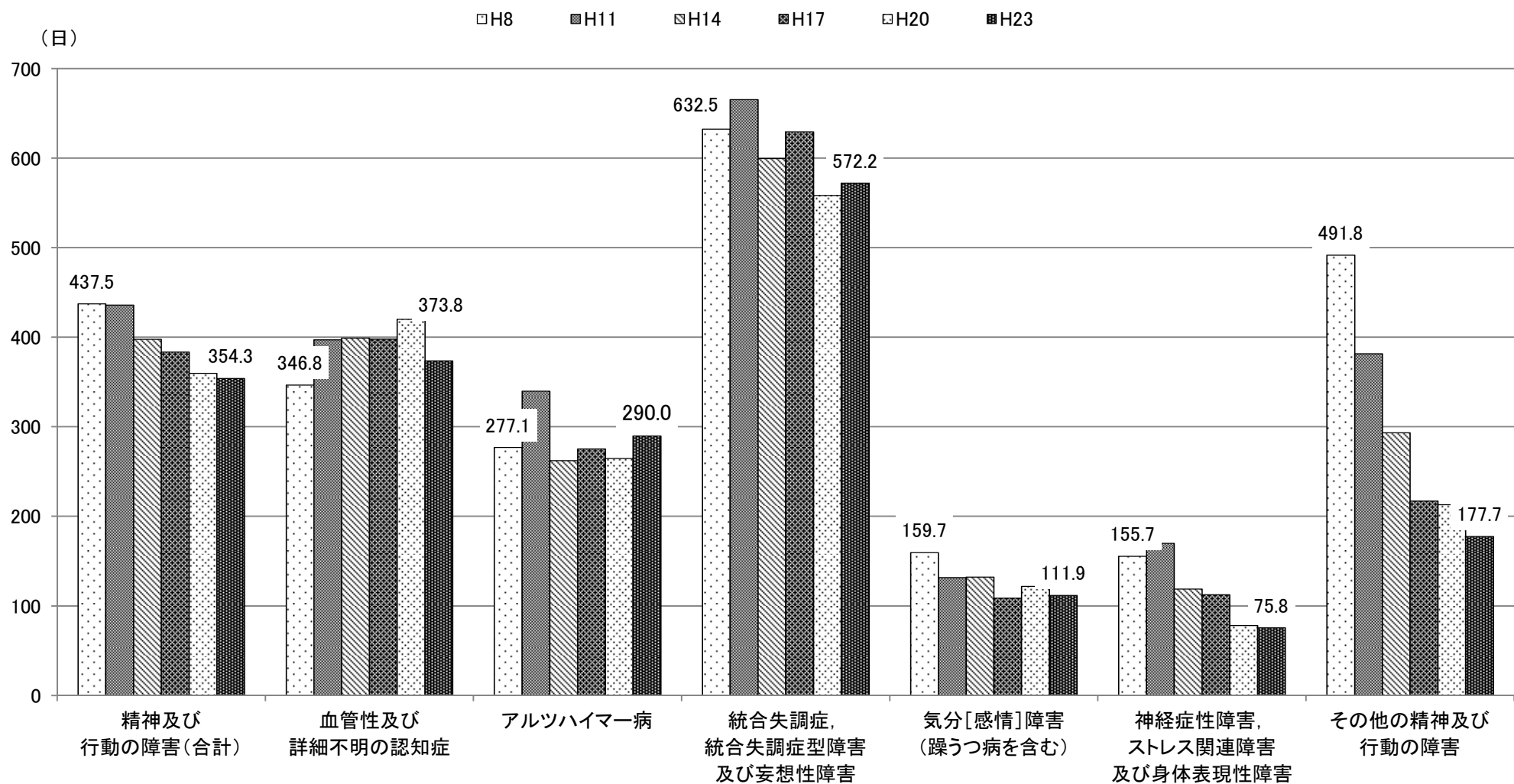
精神病床入院患者の疾病別内訳



精神病床に入院する患者数は約29万人で統合失調症が最も多い。

疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)

注) 調査対象期間中(9月1日～30日)に退院した患者の在院日数の平均

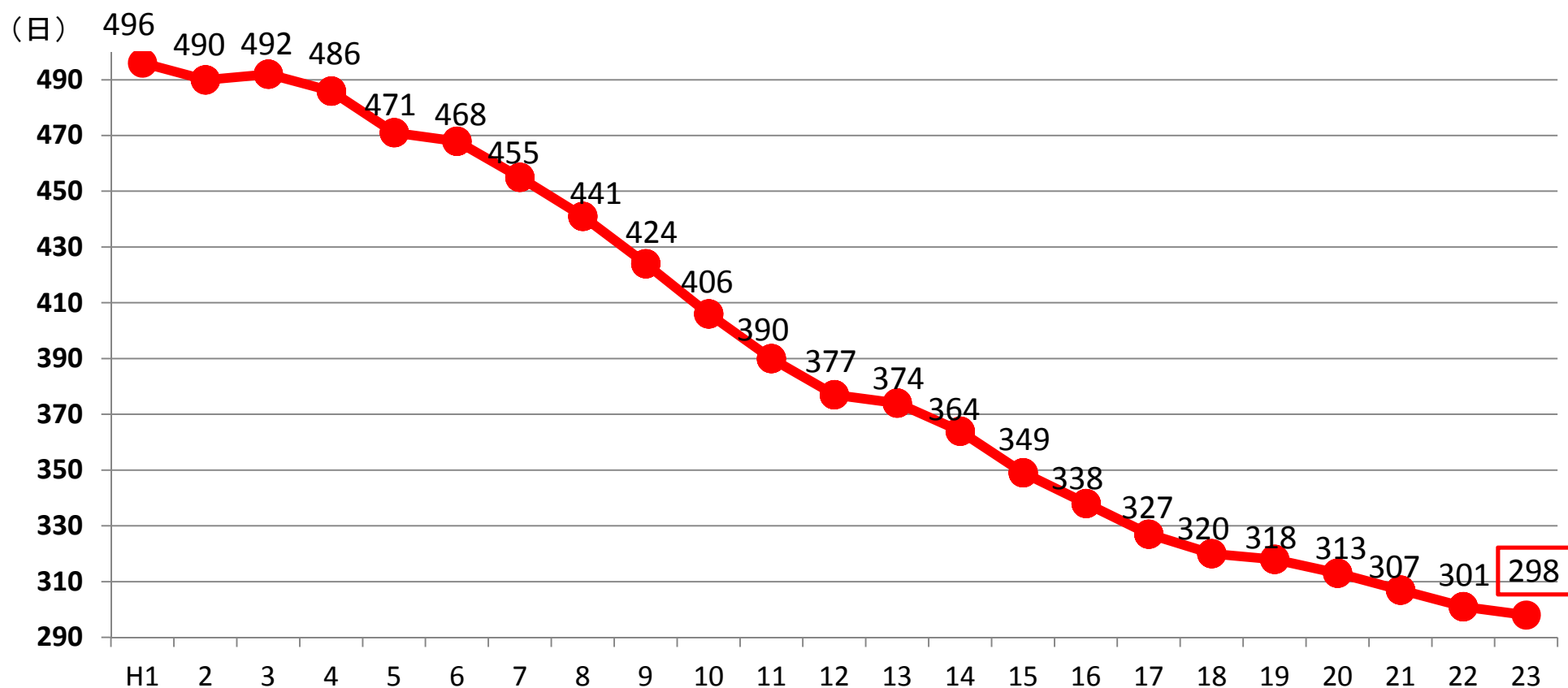


平均在院日数は統合失調症等が最も長い

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

出典: 患者調査

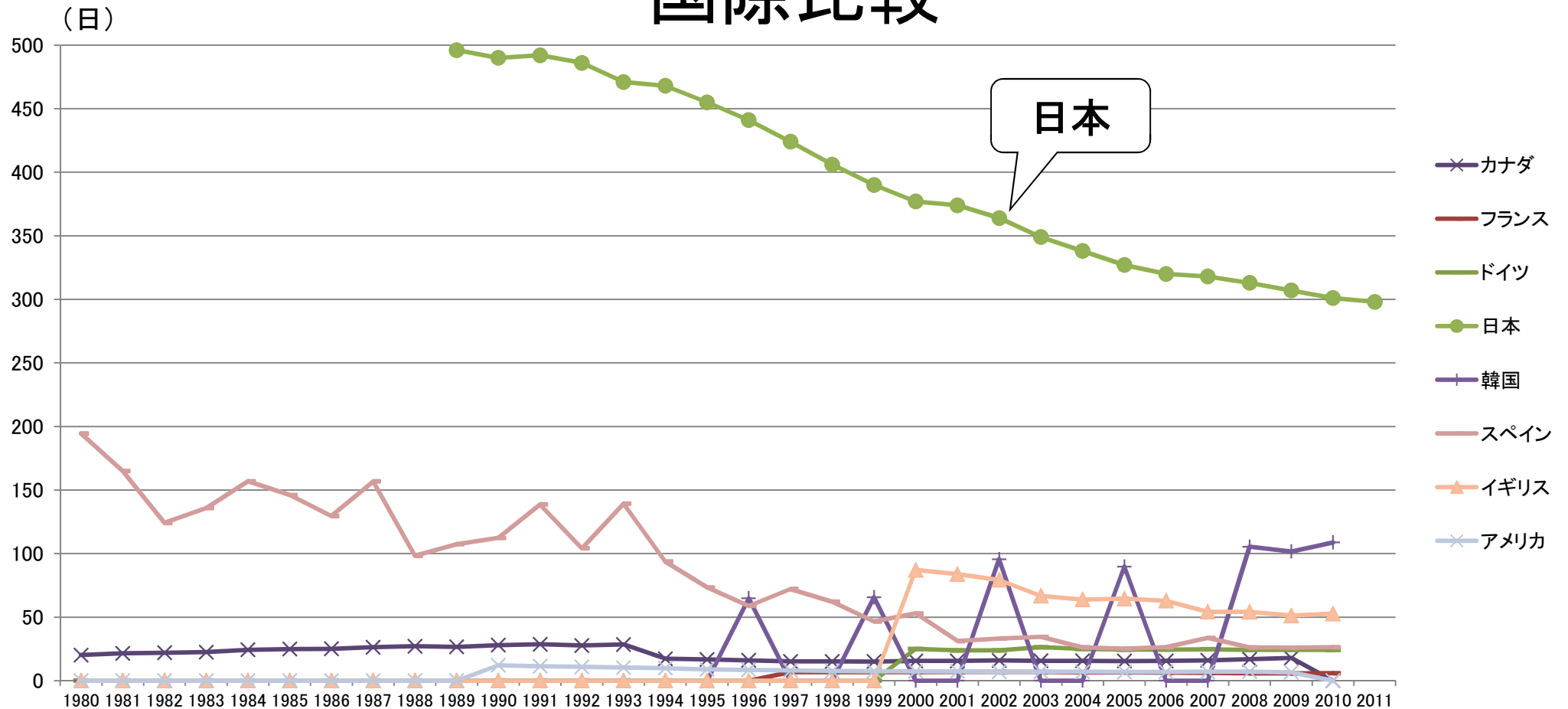
精神病床の平均在院日数の推移



平均在院日数は減少傾向だが、依然298日となっている。

※病院報告の平均在院日数の定義 : 平均在院日数= $\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

精神病床の平均在院日数推移の 国際比較



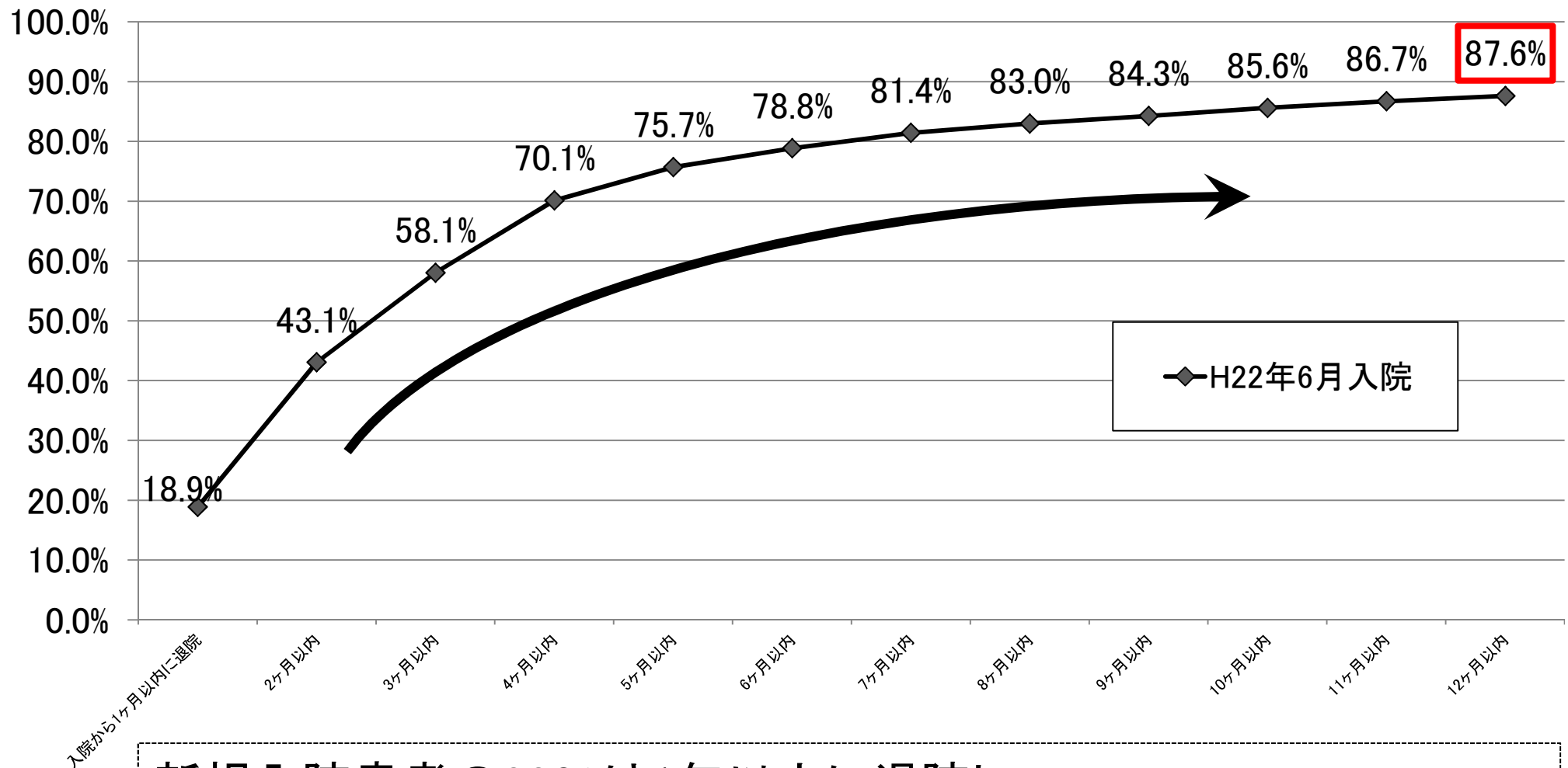
平均在院日数は諸外国に比べて長い。

※各国により平均在院日数の定義が異なることに留意

出典: OECD Health Data 2012

注) 日本データは病院報告より

H22年6月精神科病院に入院した患者の 入院後1年間の月別累計退院率

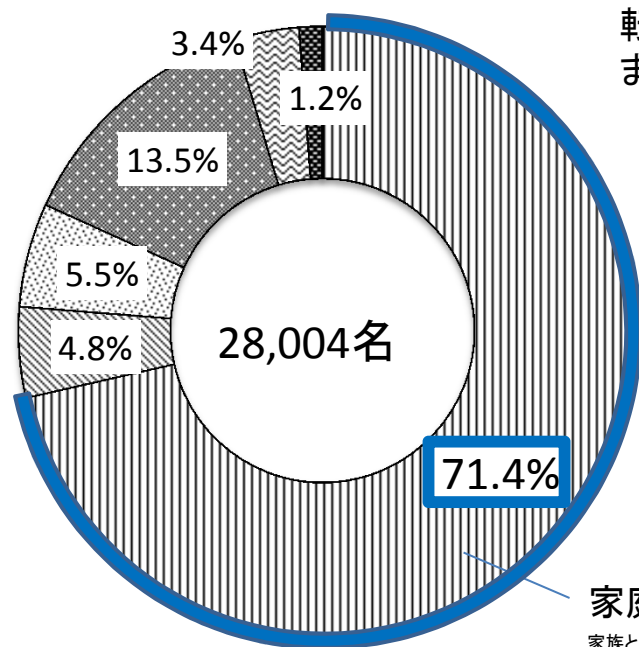


新規入院患者の88%は1年以内に退院し、
入院期間が長期化するにつれ累計退院率は横ばいとなる

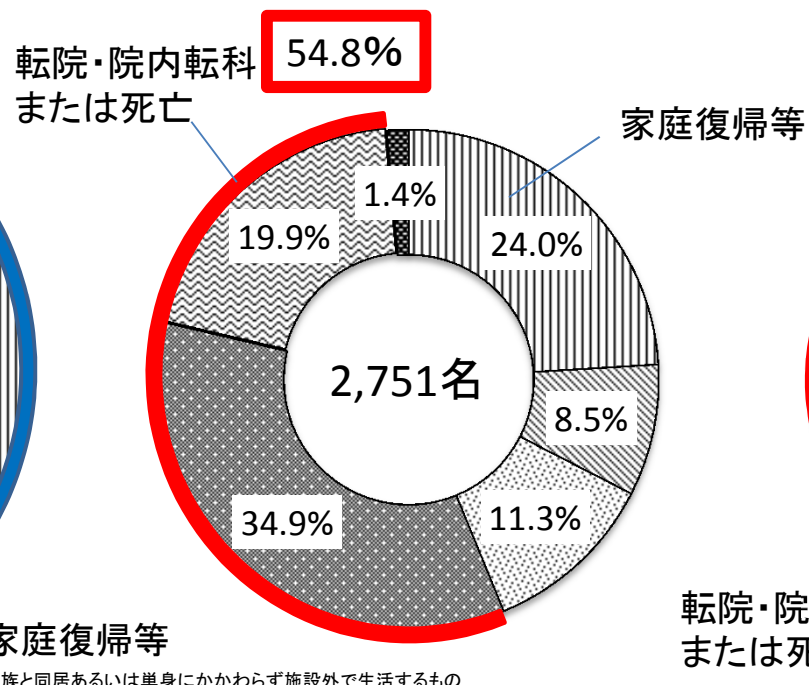
精神科病院からの退院者の状況

(平成23年6月の退院患者について調査)

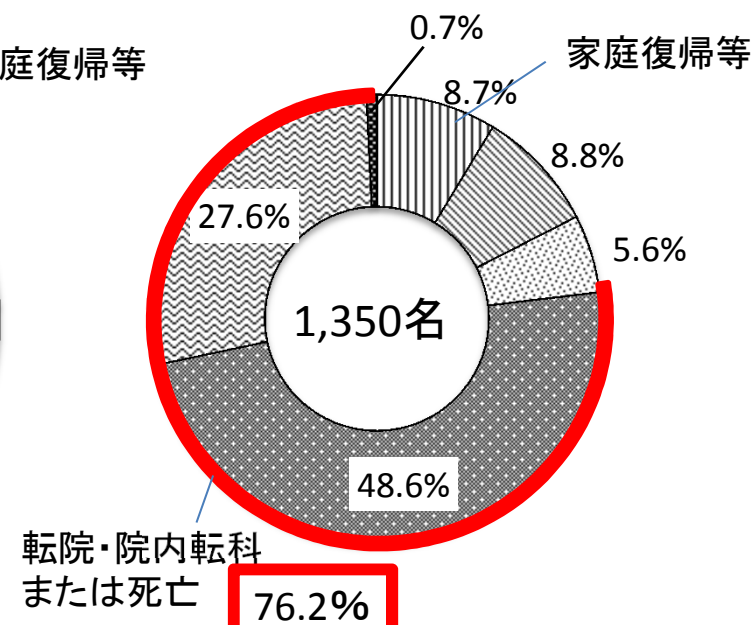
入院期間：1年未満



入院期間：1年～5年



入院期間：5年以上



□ 家庭復帰等

■ GH、CH、社会復帰施設等

□ 高齢者福祉施設

■ 転院・院内転科

□ 死亡

■ その他

GH: グループホーム 夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行う CH: ケアホーム 夜間や休日共同生活を行う住居で、入浴、排泄、食事の介護等を行う

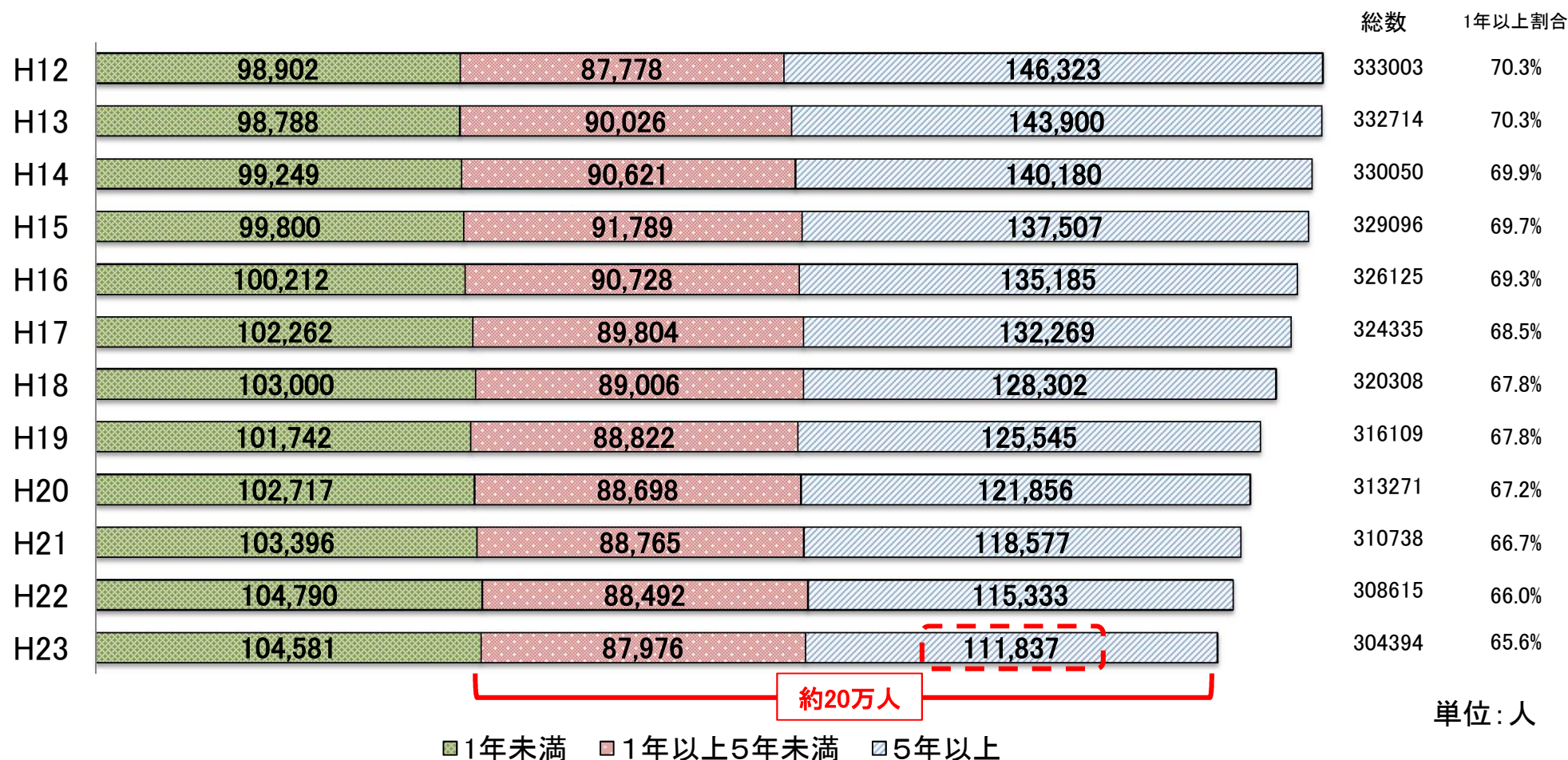
入院期間1年未満の家庭復帰率は高いが、入院期間1年以上になると転院・院内転科または死亡が多くなる。



1年を超える長期入院とならないような取り組みが必要

精神疾患による入院患者数 (在院期間別)

各年6月30日現在の入院



在院期間は1年以上が約20万人、うち5年以上が約11万人

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

平成25年6月19日に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が成立

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（＊）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

＊配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

②精神科病院の管理者に、

- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
- ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
- ・退院促進のための体制整備

を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

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

第183 回国会で成立した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律により新たに策定することとされた精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針に記載すべき内容等について、有識者、関係者の参集を得て検討を行う。

第1回平成25年7月26日

第2回平成25年8月9日

第3回平成25年8月27日

第4回平成25年9月19日

第5回平成25年9月30日

第6回平成25年10月17日 中間とりまとめ

第7回平成25年11月29日(予定)

第8回平成25年12月20日(予定)

検討会のとりまとめを踏まえ 平成25年度中に告示予定

「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」中間まとめについて

平成25年10月11日 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プレスリリース資料より

【中間まとめのポイント】

入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める指針として策定予定。9月までの5回の議論を元に、主に以下の内容で中間まとめ。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 急性期の患者に手厚い医療を提供するため、医師、看護師等の配置を充実
- 1年を超えないうちに退院できるよう、多職種による退院支援を推進
- 長期在院者の退院支援や生活支援等を通じて、地域移行を推進

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 治療中断者等が地域で必要な医療を受けられるアウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を推進
- 障害福祉サービス事業を行う者等と医療機関との連携を推進

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保

4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 自殺・うつ病、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供
- 精神疾患の予防を図るため、心の健康づくりを推進

- ①精神科医療の現状と課題
- ②病床機能分化について
- ③精神患者の地域移行と地域定着について
- ④身体合併症への対応（総合病院精神科について）
- ⑤その他（抗精神病薬の処方、児童虐待について）

精神病床の機能分化について

【課題】

- ・ 精神病床における入院患者数や平均在院日数は減少傾向ではあるものの、1年以上の長期入院患者は20万人にのぼり、在院日数が長期化するにつれて社会復帰が困難となる傾向にある。
- ・ 急性期病床では医師が多いほうが平均在院日数が短くなるにも関わらず、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟は、精神療養病棟入院料と同等の医師配置となっている。
- ・ 精神療養病棟入院料を算定する病棟では、精神科急性期治療病棟入院料と同等の精神保健指定医の配置が求められているが、精神療養病棟では精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束の割合は低い。
- ・ 慢性期では100床あたりの精神保健福祉士が多いほうが、平均在院日数が短くなるが、精神科入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する医療機関では精神保健福祉士の配置が少ない。
- ・ 精神科救急は「精神科救急入院料」及び「精神科救急・合併症入院料」で評価されており、都道府県・圏域における1年間の措置、緊急措置、応急入院に係る新規入院患者のうち1/4以上又は30件以上の受入が要件のひとつとなっている。
- ・ これらを算定する施設数は、平成24年7月1日現在それぞれ精神科救急入院料102施設、精神科救急・合併症入院料7施設であり、算定施設のない県もある。一方、措置入院・緊急措置入院及び応急入院の実績については、減少傾向である。

【論点】



- 急性期に密度の高い医療を提供するため、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟に医師を重点的に配置すること、並びに、クリニカルパスを使用した場合の評価について、どのように考えるか。
- 精神療養病棟入院料を算定する病棟について、病棟ごとに常勤の指定医を配置する必要性についてどのように考えるか。
- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料において、精神保健福祉士を配置することの評価についてどのように考えるか。
- 精神科救急医療の推進を図るため、精神科救急入院料と精神科救急・合併症入院料においての措置入院・緊急措置入院及び応急入院の実績に係る要件について、現状に即した数値に見直すことについて、どのように考えるか。

②病床機能分化について

- ・急性期病棟の医師配置と退院促進について
- ・療養病棟の精神保健指定医の配置について
- ・精神保健福祉士（PSW）の配置について
- ・精神科救急を担う病棟について

医療法における病院に関する主な人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床 1)大学病院等※1 1)以外の病院		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1						

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成30年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

精神科における特定入院料に係る診療報酬と主な要件

(平成24年)

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,462点 (～30日) 3,042点 (31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,262点 (～30日) 2,842点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,462点 (～30日) 3,042点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1 (医療法基準)	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,931点 (～30日) 1,611点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名				1,831点 (～30日) 1,511点 (31日～)

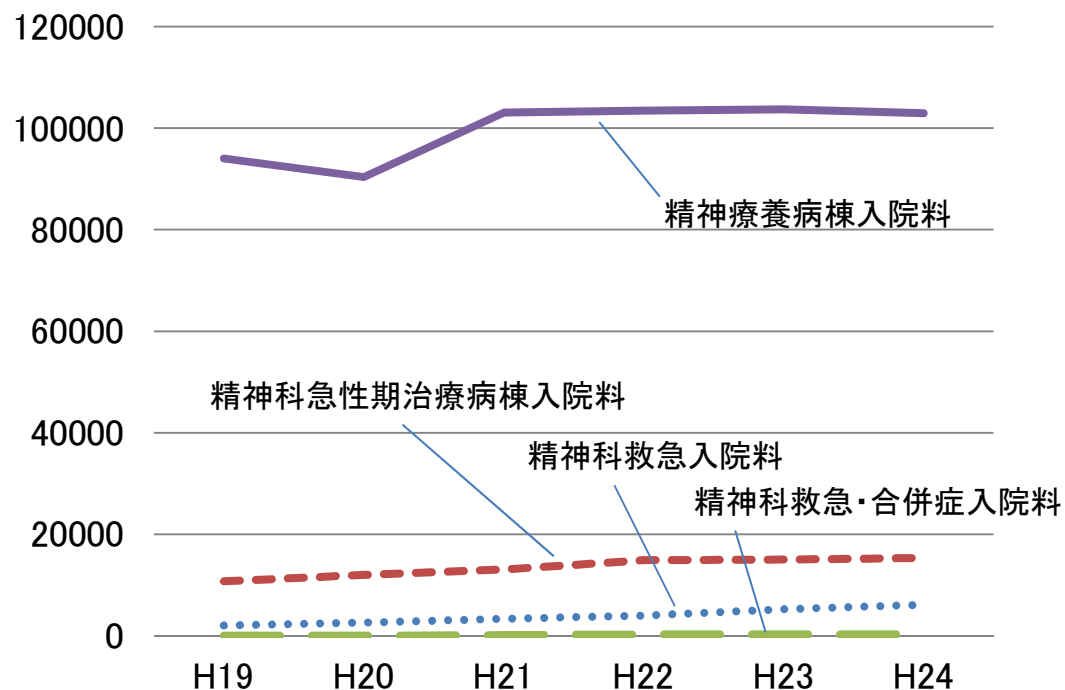
PSW: 精神保健福祉士 OT: 作業療法士

精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1 (医療法基準)	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1名	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,061点(GAFスコア41以上) 1,091点(GAFスコア40以下) 1,121点(GAFスコア30以下かつ精神科救急へ協力)
-----------	---	--	--------------------------------------	--	----------------------	--

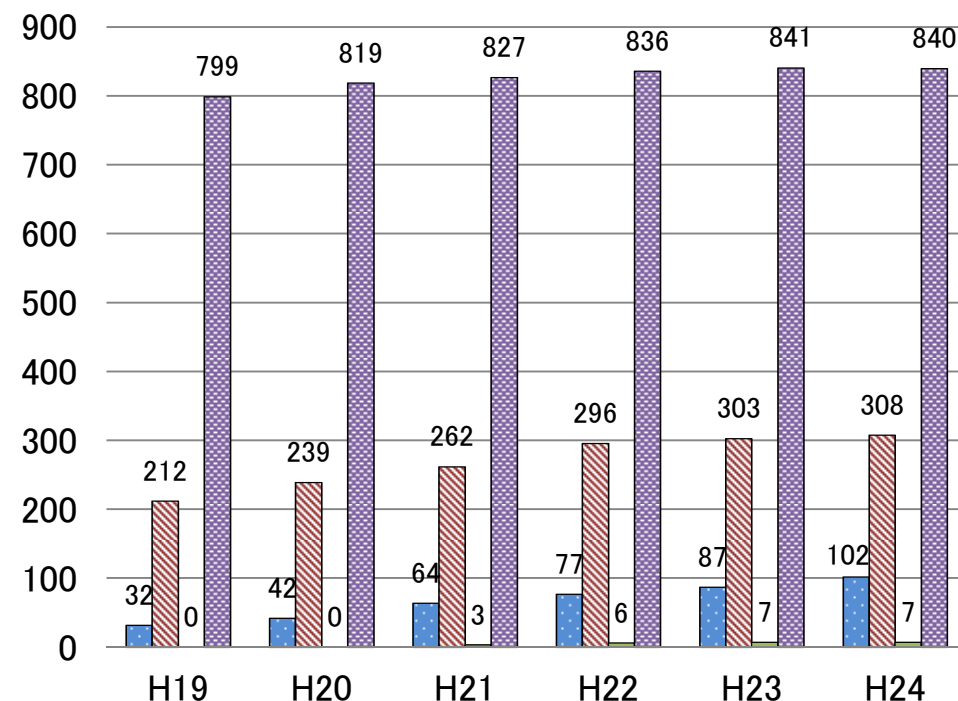
急性期を担う精神科急性期治療病棟入院料で医師の配置は、精神療養病棟と同じ48:1となっている。

特定入院料の届出医療機関数と病床数の推移

(病床数)



(医療機関数)

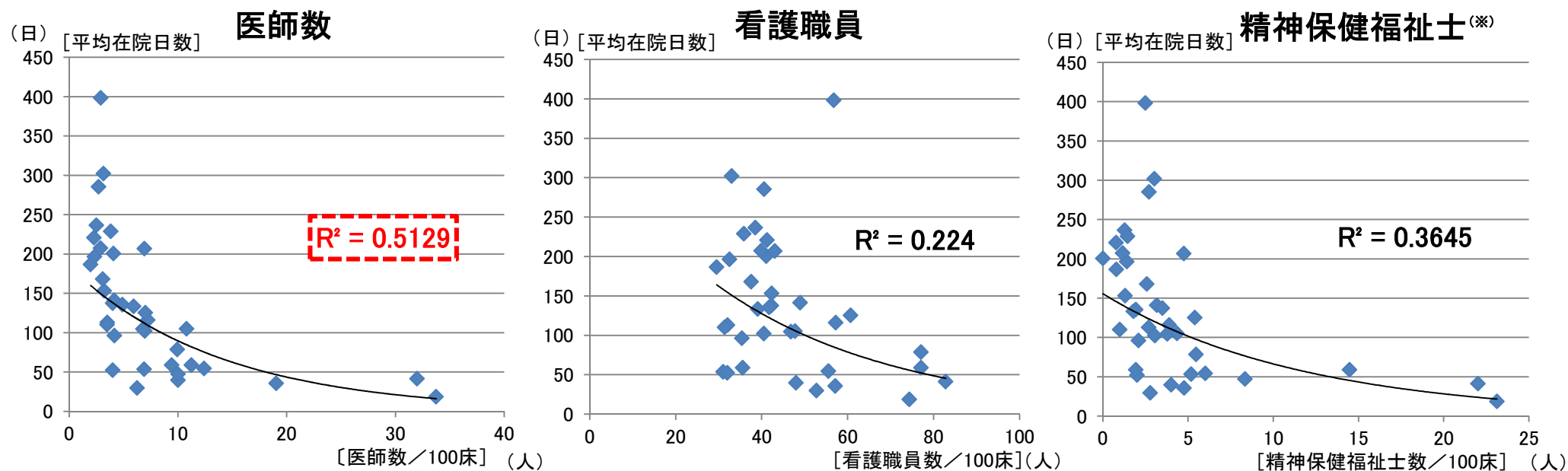


- 精神科救急入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料
- 精神科救急・合併症入院料
- 精神療養病棟入院料

病床数	H19	H20	H21	H22	H23	H24
精神科救急入院料	2023	2615	3347	3977	5276	6116
精神科急性期治療病棟入院料	10706	11983	13042	14916	15042	15349
精神科救急・合併症入院料	0	0	124	276	283	283
精神療養病棟入院料	94021	90382	103025	103437	103644	102890

100床あたり従事者数と平均在院日数(急性期病院*)

(*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いずれかを算定しそれ以外の特定入院料を算定していない病院 n=37)



0<R2≤0.2	ほとんど相関なし
0.2<R2≤0.4	弱い相関あり
0.4<R2≤0.7	相関あり
0.7<R2<1.0	強い相関あり

急性期では、100床あたりの医師数が多いほうが、平均在院日数が短く、急性期病院への医師の重点的な配置により早期退院が期待される。

(※)精神保健福祉士は急性期病棟では配置が義務づけられている

精神疾患における急性期クリニカルパスの有用性

- 1) 早期退院への意識づけが明確
- 2) 治療の標準化により、病態に応じて多職種が何をアプローチしているか理解しやすく、治療方針が共有できる。
- 3) 入院後の経過を定期的に家族へ説明することで、治療への理解を得やすい。
- 4) 退院に向け、地域サービスがスムーズに利用できるよう、病院職員、患者・家族、介護職員等が連携を図りやすい。

精神疾患における急性期クリニカルパス

職種

①医師、②PSW、③臨床心理士、④看護師、⑤作業療法士は必須

内容

- ①診断の確定
- ②精神症状評価尺度を用いた評価
- ③患者・家族に対する疾患教育
- ④副作用と治療満足度の評価
- ⑤社会資源の調整
- ⑥訪問支援やリハビリが退院後継続できる準備
- ⑦患者情報を多職種で共有するためのカンファレンス

これらの事項を含めて診療スケジュールを標準化したもの

①診断の確定

急性期クリニカルパスの例(統合失調症)

統合失調症	0週 実施項目	1週 実施項目	2週 実施項目	3週 実施項目	4週 実施項目	5週 実施項目	6週 実施項目
医師 (通常の診察は除く)	身体疾患の確認 (他科医師との連携)	SDMに基づき、患者・家族と治療方針の決定	治療状況の確認と対処	SDMに基づき、患者・家族と治療方針の決定			SDMに基づき、患者・家族と治療方針の決定
PSW	入院時チェックリスト 関係機関への連絡 社会資源チェックリスト フェイスシート作成	面談 (家族・本人)	面談 (家族・本人)	面談 (家族・本人)	面談 (家族・本人)	面談 (家族・本人)	面談 (家族・本人)
薬剤師 (※は他諸種でも可)	入院患者・家族聞き取り 薬剤指導 持参薬チェック	※DAI-10 ※SAI-J ※DIEPSS	CP換算	服薬指導	服薬指導	服薬指導	服薬指導
CP	PANSS又はMS評価	MMSE・JART評価 PANSS又はMS評価	PANSS又はMS評価	PANSS又はMS評価	PANSS又はMS評価		
看護師	隔離中PANSS-EC評価	生活自立度自己チェック	SDM(評価とStep upについて)	SDM(評価とStep upについて)	SDM(評価とStep upについて)	SDM(評価とStep upについて)	SDM(評価とStep upについて)
OT	BACS-J/WCST慶應版				OSA II 作業遂行機能評価		
チーム 共通	退院前訪問指導	地域移行支援カンファレンス	心理教育(統合失調症の症状)	心理教育(注意サイン)	心理教育(薬) 地域移行支援カンファレンス	心理教育(社会資源) 退院前訪問指導	心理教育(家族とともに振り返り) 退院前訪問指導

③患者・家族に対する疾患教育

⑤社会資源の調整

④副作用と治療満足度の評価

②精神症状評価尺度を用いた評価

⑦患者情報を多職種で共有するためのカンファレンス

⑥訪問支援やリハビリが退院後継続できる準備

急性期クリニカルパスの例(気分障害)

①診断の確定

気分障害	I 期			II 期			III 期	
	0日目 項目	0週目 2～7日 項目	1週目 項目	2週目 項目	3週目 項目	4週目 項目	5週目 項目	6週目 項目
医師 (通常の診察は除く)	身体疾患の確認 (他科医師との連携) SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定		SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定		SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定			SDMIに基づき、患者・家族と治療方針の決定
看護師	HAM-D YMRS アセスメント(オレム) 睡眠(自己・NS評価) 生活自立度チェック	HAM-D YMRS	HAM-D YMRS アセスメント(オレム)		アセスメント(オレム)			アセスメント(オレム)
PSW	入院時チェックリスト	フェイスシートの作成 担当PSWへの申し送り	社会資源チェックリスト		社会資源チェックリスト 利用サービスの確認(本人・家族)			退院支援チェックリスト 退院後の習慣スケジュール確認(本人・家族)
OT	OTオリエンテーション、今後の方向性の説明	POMS		集団OT導入への説明、段階的導入				精神科リハビリテーションの確認
薬剤師	入院時患者 持参薬チェック DAI-10 SAI-J DIEPSS	薬の説明・副作用 服薬指導	服薬指導		服薬指導			服薬指導
臨床心理士	HAM-D コロンビア自殺重大度評価尺度 MADRS SCID-II YMRS		HAM-D MADRS YMRS		HAM-D コロンビア自殺重大度評価尺度 MADRS YMRS			HAM-D MADRS SCID-II YMRS
医師・看護師・PSW	患者・家族への情報提供(病名告知後冊子を使用)【看】		患者・家族への情報提供(小冊子を使用)【看】		患者・家族への情報提供(小冊子を使用)【看】			患者・家族への情報提供(小冊子を使用)【看】
薬剤師・看護師			SDM(自己管理について)【看】		SDM(評価とStep upについて)【看】			SDM(評価とStep upについて)【看】
臨床心理士・PSW・看護師・薬剤師	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育
全職種(検査・放射線以外)		退院前訪問指導(入院前の生活環境把握)	地域移行カンファレンス(情報の共有・計画立案)		地域移行カンファレンス(計画の評価・修正)			地域移行カンファレンス(計画の評価・修正)

②精神症状評価尺度を用いた評価

③患者・家族に対する疾患教育

⑤社会資源の調整

④副作用と治療満足度の評価

②精神症状評価尺度を用いた評価

⑦患者情報を多職種で共有するためのカンファレンス

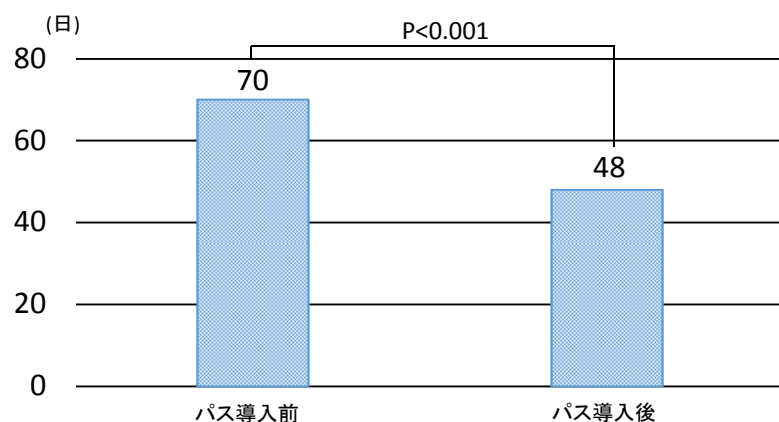
⑥訪問支援やリハビリが退院後継続できる準備

統合失調症、気分障害に関する急性期パス導入による効果

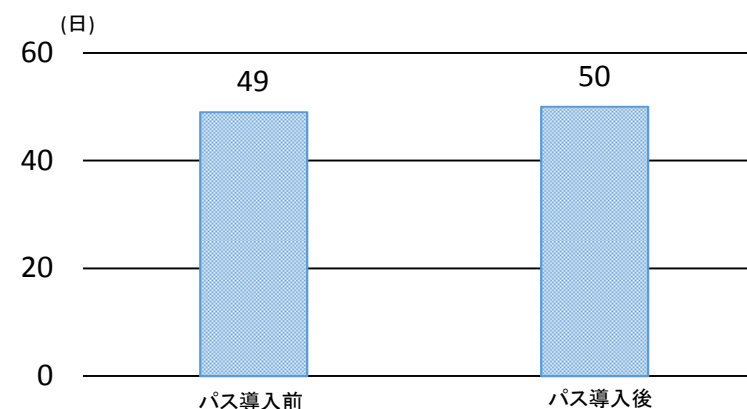
統合失調症および気分障害(うつ病等)について、パス導入前入院患者それぞれ100名、80名とパス導入後入院患者それぞれ244名、165名について、パス導入前後における平均在院日数、在宅期間、再入院率の比較を行った。

※在宅期間 パス導入前: パスを利用した入院の前1年以内に入院していた患者における前回退院後に在宅療養していた期間の平均
パス導入後: パスを用いて退院した患者の再入院までの期間の平均

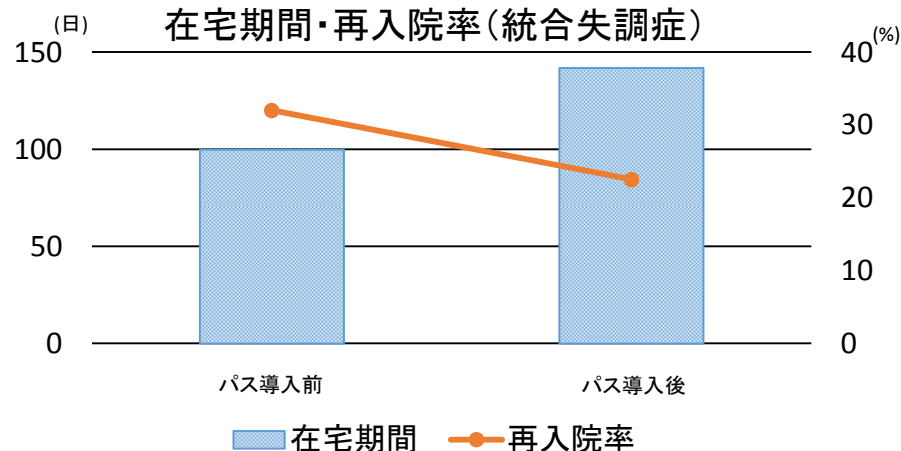
平均在院日数(統合失調症)



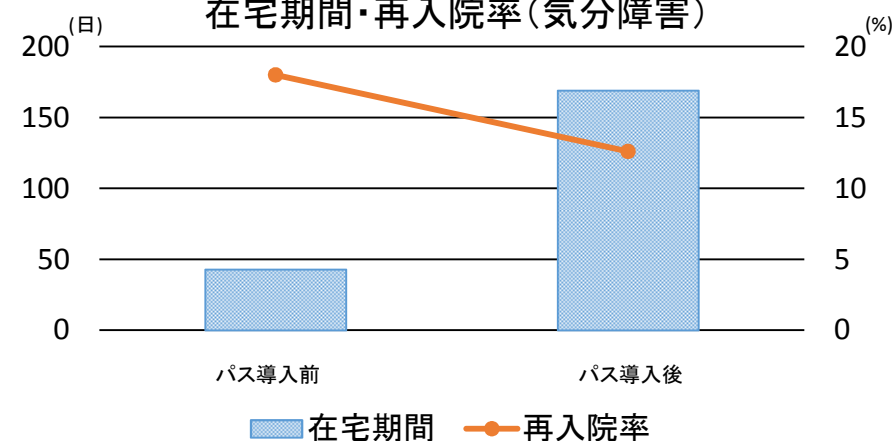
平均在院日数(気分障害)



在宅期間・再入院率(統合失調症)



在宅期間・再入院率(気分障害)



急性期パス導入により平均在院日数の短縮や在宅期間の延長・再入院率の低下につながる

②病床機能分化について

- 急性期病棟の医師配置と退院促進について
- 療養病棟の精神保健指定医の配置について
- 精神保健福祉士(PSW)の配置について
- 精神科救急を担う病棟について

再掲

精神科における特定入院料に係る診療報酬と主な要件

(平成24年)

医師の配置		看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,462点 (～30日) 3,042点 (31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行		3,262点 (～30日) 2,842点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2名	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,462点 (～30日) 3,042点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1 (医療法基準)	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,931点 (～30日) 1,611点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1名				1,831点 (～30日) 1,511点 (31日～)

PSW: 精神保健福祉士 OT: 作業療法士

精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1 (医療法基準)	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1名	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,061点(GAFスコア41以上) 1,091点(GAFスコア40以下) 1,121点(GAFスコア30以下かつ精神科救急へ協力)
-----------	---	--	--------------------------------------	--	----------------------	--

慢性期を担う精神療養病棟入院料で指定医の配置は、精神科急性期治療病棟入院料と同じ要件となっている。

精神保健指定医に認められた行動制限について

- 精神科医療においては、本人の意思によらない入院や、一定の行動制限を行うことがあるため、これらの業務を行う医師は、患者の人権に十分配慮した医療を行うに必要な知識を備えている必要がある。そのため、一定の精神科実務経験を有し※1、法律等に関する研修※2を終了した医師のうちから、厚生労働大臣が「精神保健指定医」を指定し、これらの業務を行わせることとしたもの（精神保健福祉法第18条）。

- ※1: 一 五年以上の診断又は治療に従事した経験を有すること
二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること
三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること
- ※2: 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修の課程を修了していること

- 職務は、強制的な入院形態である措置入院及び医療保護入院時の判定、措置入院の解除の判定、一定の行動制限の判定、定期病状報告に係る診察等である。

- 精神保健指定医が必要と認めなければ行うことができない行動制限
 - 一 患者の隔離（内側から患者本人の医師によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超える者に限る。）
 - 二 身体的拘束（衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）



指定医はその職務として、隔離・拘束や非自発入院の必要性等の判断を行う。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

1 任意入院(法第22条の3)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置
(緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に制限される。)

3 医療保護入院(法第33条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び保護者(又は扶養義務者)の同意※が必要
(特定医師による診察の場合は12時間まで)

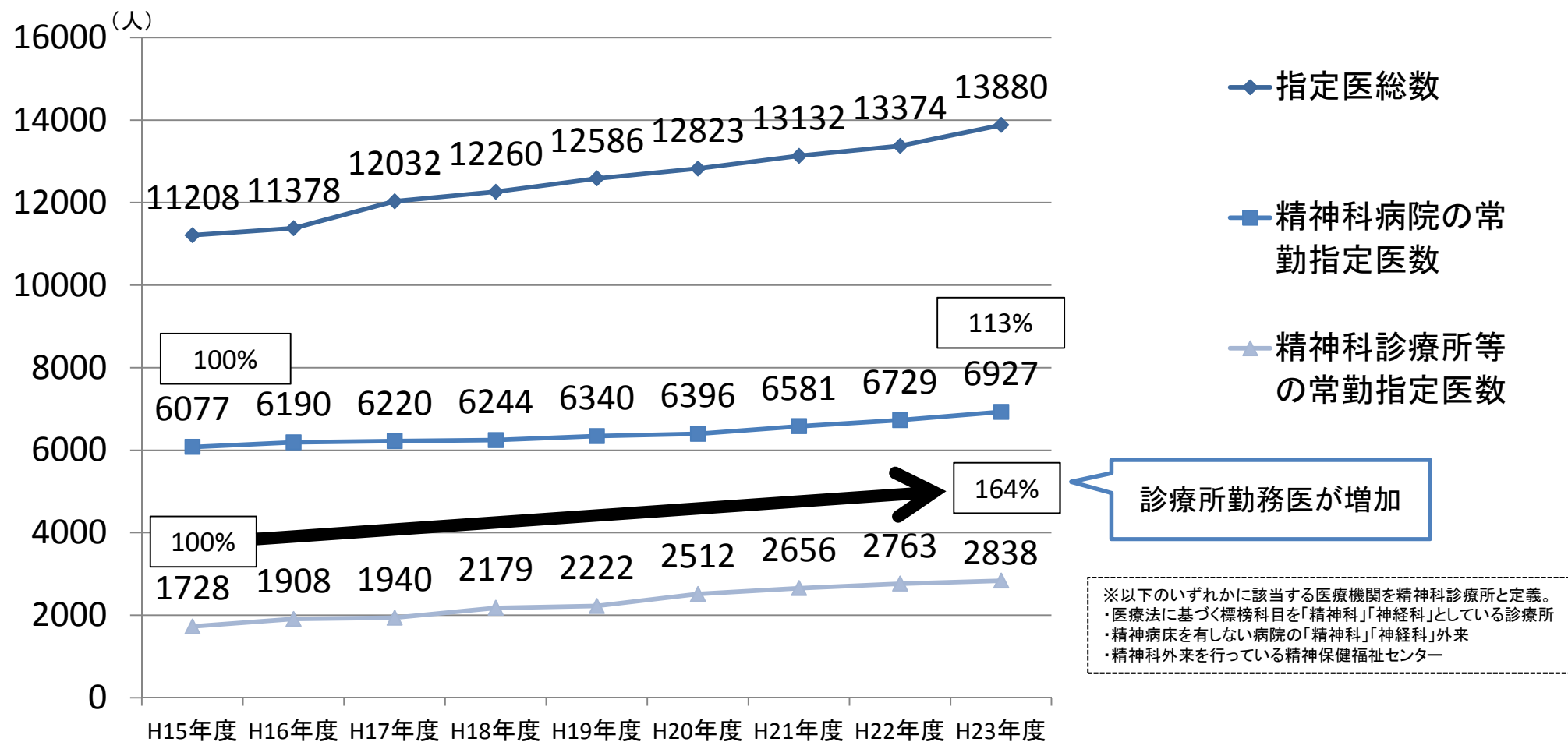
※平成26年4月より家族等の同意

3 応急入院(法第33条の4)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、保護者の同意が得られない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に制限される。
(特定医師による診察の場合は12時間まで)

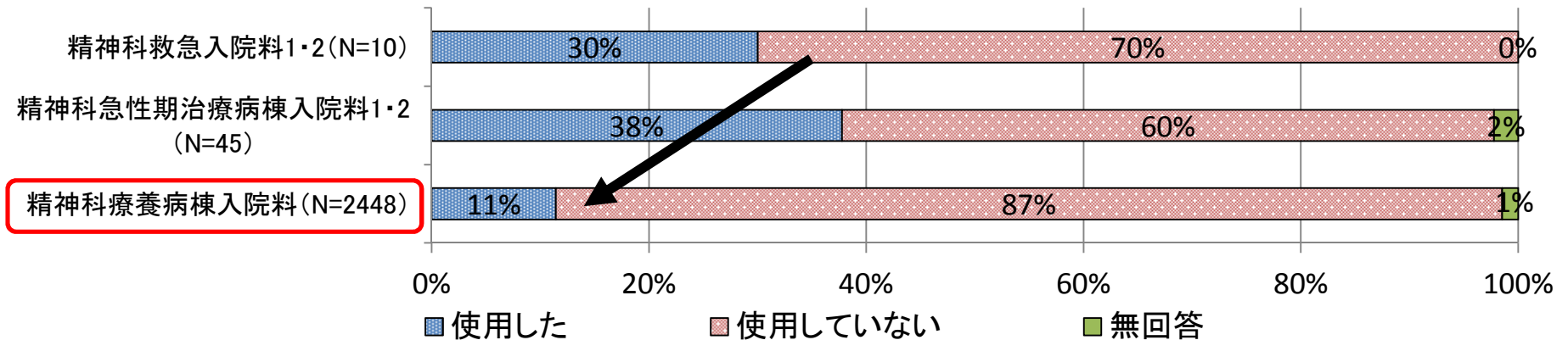
精神保健指定医数の推移



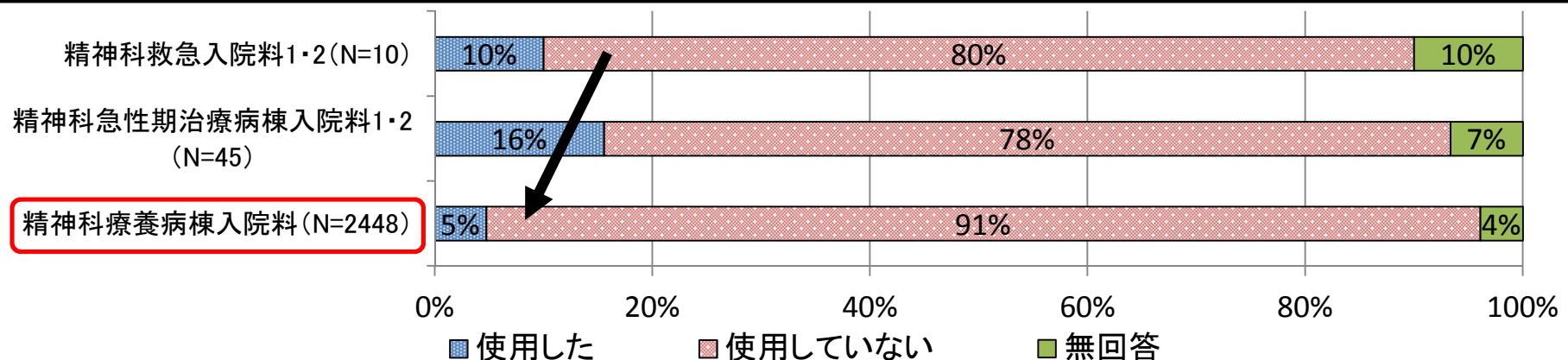
精神保健指定医は増えているが、精神科病院に比べて精神科診療所で増加率が高い。

病棟区分別の隔離・身体拘束の状況

各入院料を算定する患者に対して調査日から過去1年間における隔離室の使用状況



各入院料を算定する患者に対して調査日から過去1年間における身体拘束の状況

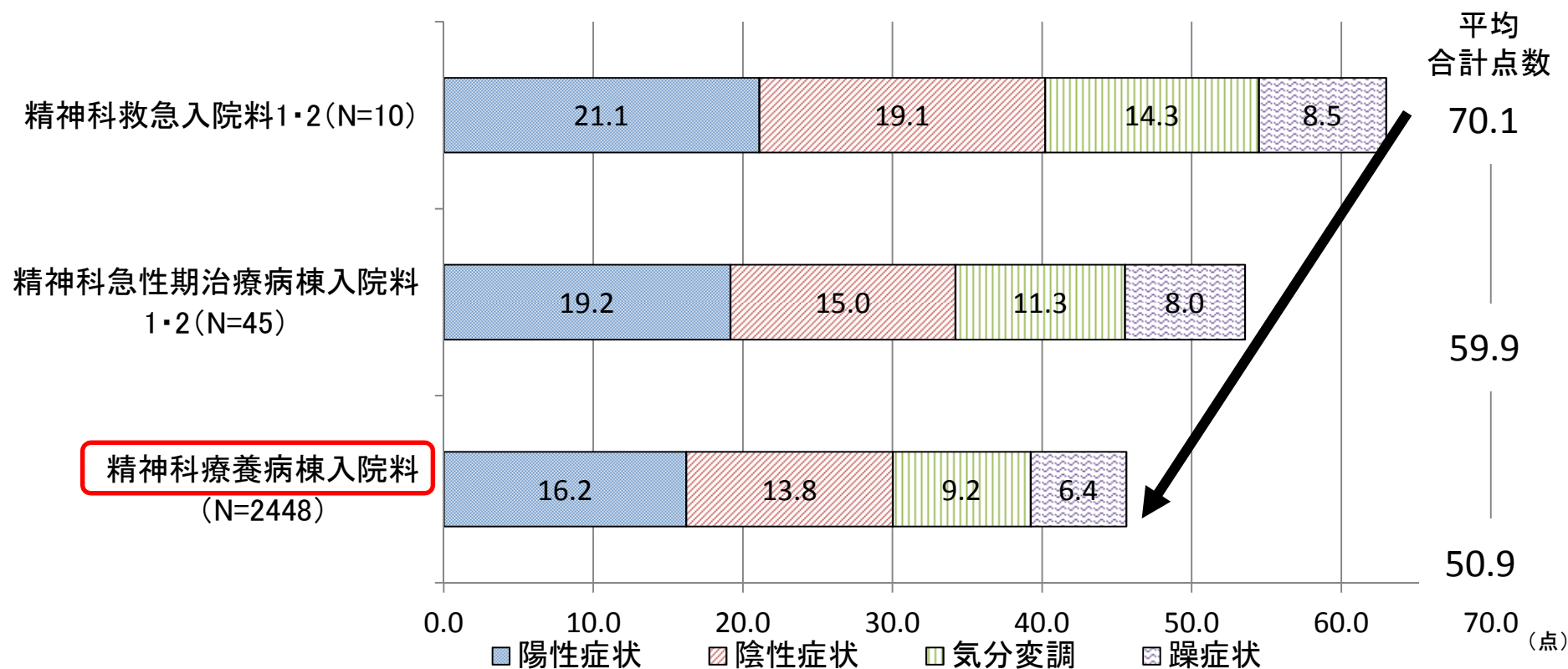


精神科療養病棟入院料を算定する病棟に入院する患者は、精神保健指定医の判断が必要とされる隔離・身体拘束の割合が低い。

②病床機能分化について

- 急性期病棟の医師配置と退院促進について
- 療養病棟の精神保健指定医の配置について
- **精神保健福祉士(PSW)の配置について**
- 精神科救急を担う病棟について

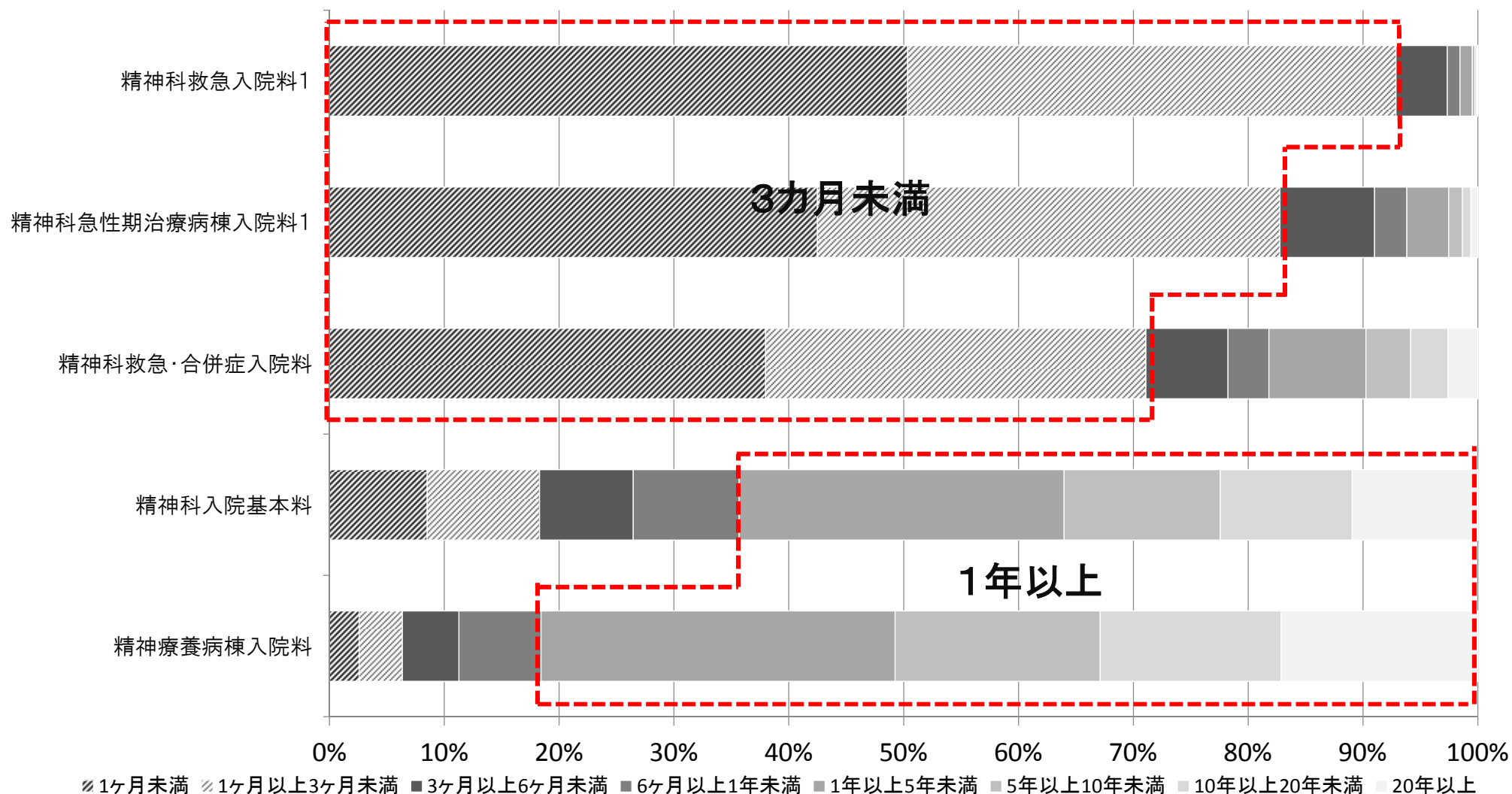
病棟種類別オックスフォード版BPRSの平均値



オックスフォード版BPRS:多数の精神症状を包括的に把握するもので、精神症状18項目それぞれの重症度を、評価者の判断によって1点～7点の7段階で評価する。7～126点の範囲で、点数が増加するほど精神症状の悪化が認められる。
 陽性症状(思考解体、衝動的な行動や姿勢、疑惑、幻覚、思考内容の異常)、陰性症状(感情的引きこもり、運動減退、非協調性、情動鈍麻もしくは不適切な情動)
 気分変調(不安、罪業感、緊張、抑うつ気分)、躁症状(誇大性、高揚気分、精神運動興奮)

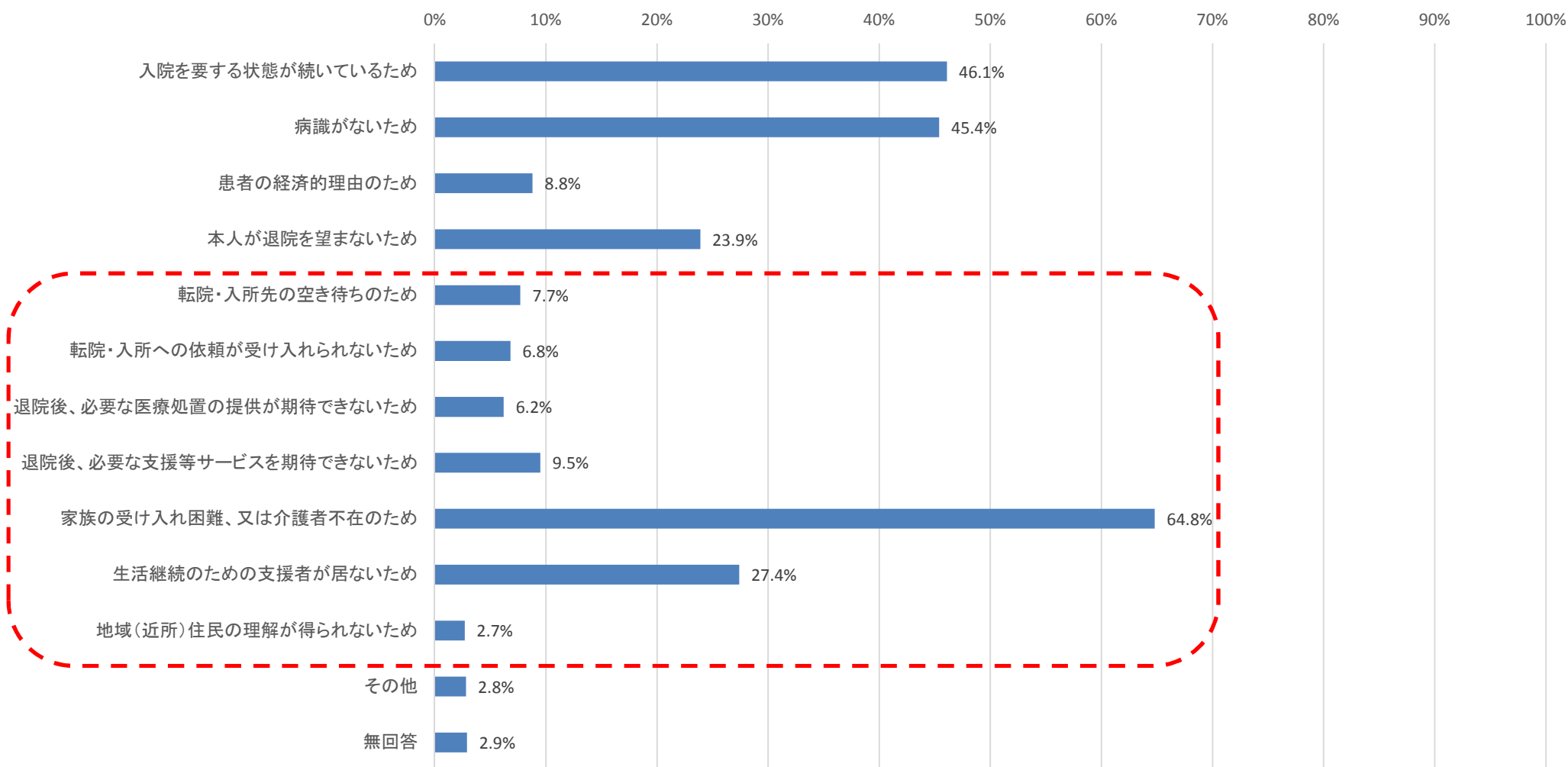
精神科療養病棟入院料に係る病棟に入院する患者は急性期の患者と比べて精神症状が落ち着いている

平成23年6月30日現在の病棟別・在院期間別患者数の割合



精神科入院基本料、精神療養病棟入院料の入院患者は1年以上の長期入院患者が多数を占めており、退院支援が課題となっている。

精神療養病棟入院料を算定する病棟に入院中の患者の退院できない理由



退院が困難な理由は、家族の受け入れ困難・介護者不在等受け入れ先の問題も大きい

精神保健福祉士制度について

精神保健福祉士とは

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)に基づく名称独占の資格。

精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者を言う。

資格者の登録状況 : 58,770人(平成25年3月末現在)

精神科病院における急性期病床の有無による精神保健福祉士の数の比較

精神科療養病棟入院料を算定する病棟をもつ病院(n=215)について、急性期病床※のある病院(n=74)とない病院(n=141)との100床あたりの精神保健福祉士の人数を比較

※急性期病床：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いずれかを算定する病床

100床あたり精神保健福祉士数(人)



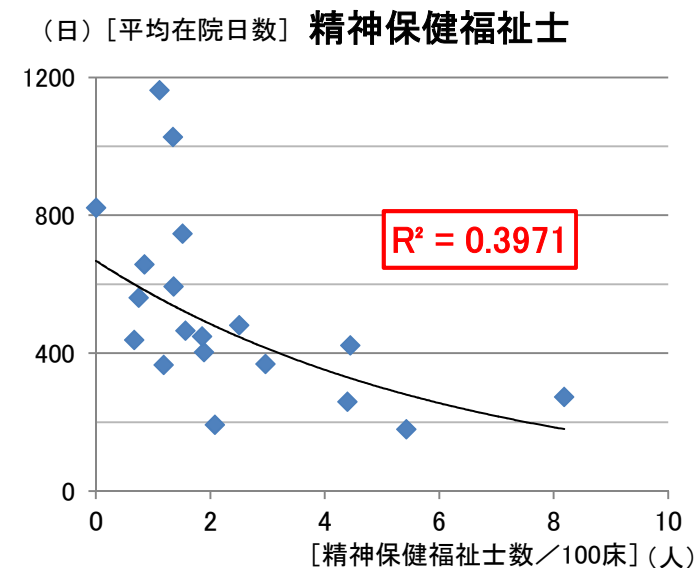
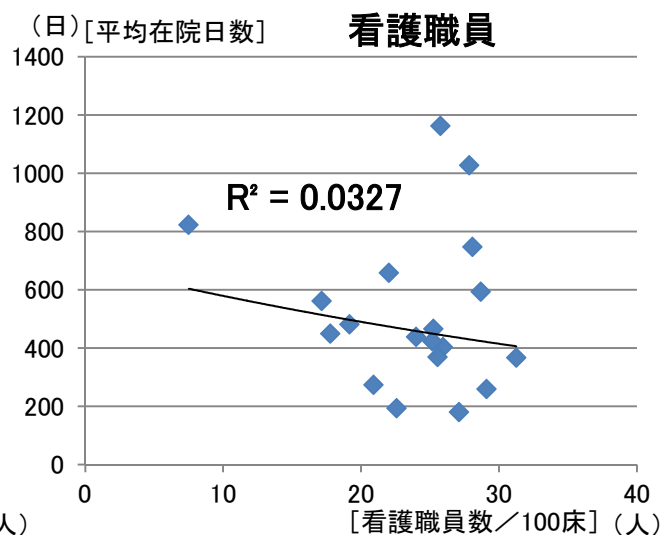
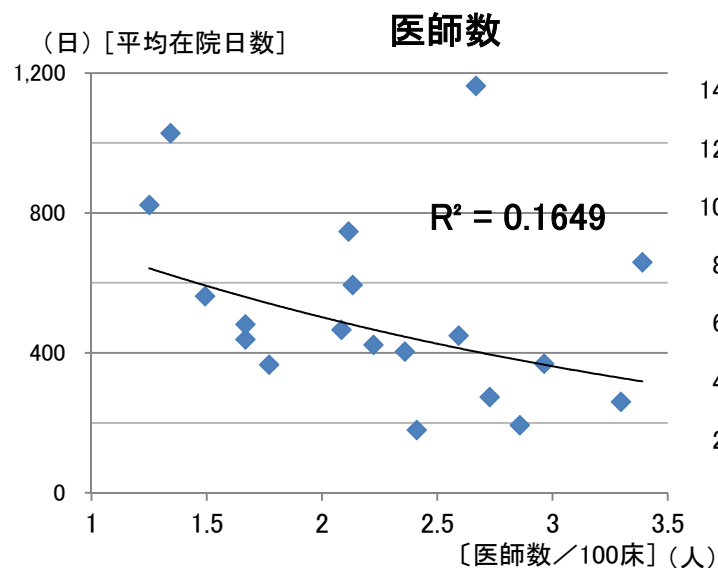
H25年度検証調査

急性期病床をもたない精神科病院は精神保健福祉士の数が少ない

100床あたり従事者数と平均在院日数(慢性期病院※)

(※精神療養病棟入院料を算定し、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を算定していない病院)

N=19



慢性期では100床あたりの精神保健福祉士が多いほうが、
平均在院日数が短くなる傾向にある

②病床機能分化について

- ・急性期病棟の医師配置と退院促進について
- ・療養病棟の精神保健指定医の配置について
- ・精神保健福祉士の配置について
- ・精神科救急を担う病棟について

精神科救急医療にかかる入院料

				精神科救急入院料		精神科救急・合併症入院料	
				1	2		
施設基準	人員配置	医師	常勤医師 16:1			常勤医師 16:1	
			指定医 病院常勤5名 病棟常勤1名			精神科医 病院常勤5名 指定医 病棟常勤3名	
		看護 員等	看護師 10:1			看護師 10:1	
			その他の 職種	病棟常勤 精神保健福祉士2名以上			病棟常勤 精神保健福祉士2名以上
	・1月間の延べ入院日数のうち 4割以上が新規患者 ・年間新規患者のうち6割以上が措置、緊急措置、医療保護、応急、鑑定及び医療観察法入院			・1月間の延べ入院日数のうち4割以上が新規患者 ・年間新規患者のうち6割以上が措置、緊急措置、医療保護、応急、鑑定及び医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者			
	・精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たす ア常時精神科救急外来診療が可能。時間外、休日又は深夜における診療件数年間200件以上、又は都道府県・圏域人口万対2.5件以上 イ全ての入院形式の患者受入が可能			・精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たす ア常時精神科救急外来診療が可能。時間外、休日又は深夜における診療件数年間200件以上、又は都道府県・圏域人口万対2.5件以上 イ全ての入院形式の患者受入が可能			
	・都道府県・圏域における1年間の措置、緊急措置、応急入院に係る新規入院患者のうち1/4以上又は30件以上を受入			・都道府県・圏域における1年間の措置、緊急措置、応急入院に係る新規入院患者のうち1/4以上又は30件以上を受入			
	措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し在宅へ移行		措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し在宅へ移行	都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有する			
				措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し在宅へ移行			
	点数	入院日から起算して3月を限度として算定			入院日から起算して3月を限度として算定		
3462点(～30日) 3042点(31日～)		3262点(～30日) 2842点(31日～)	3462点(～30日) 3042点(31日～)				

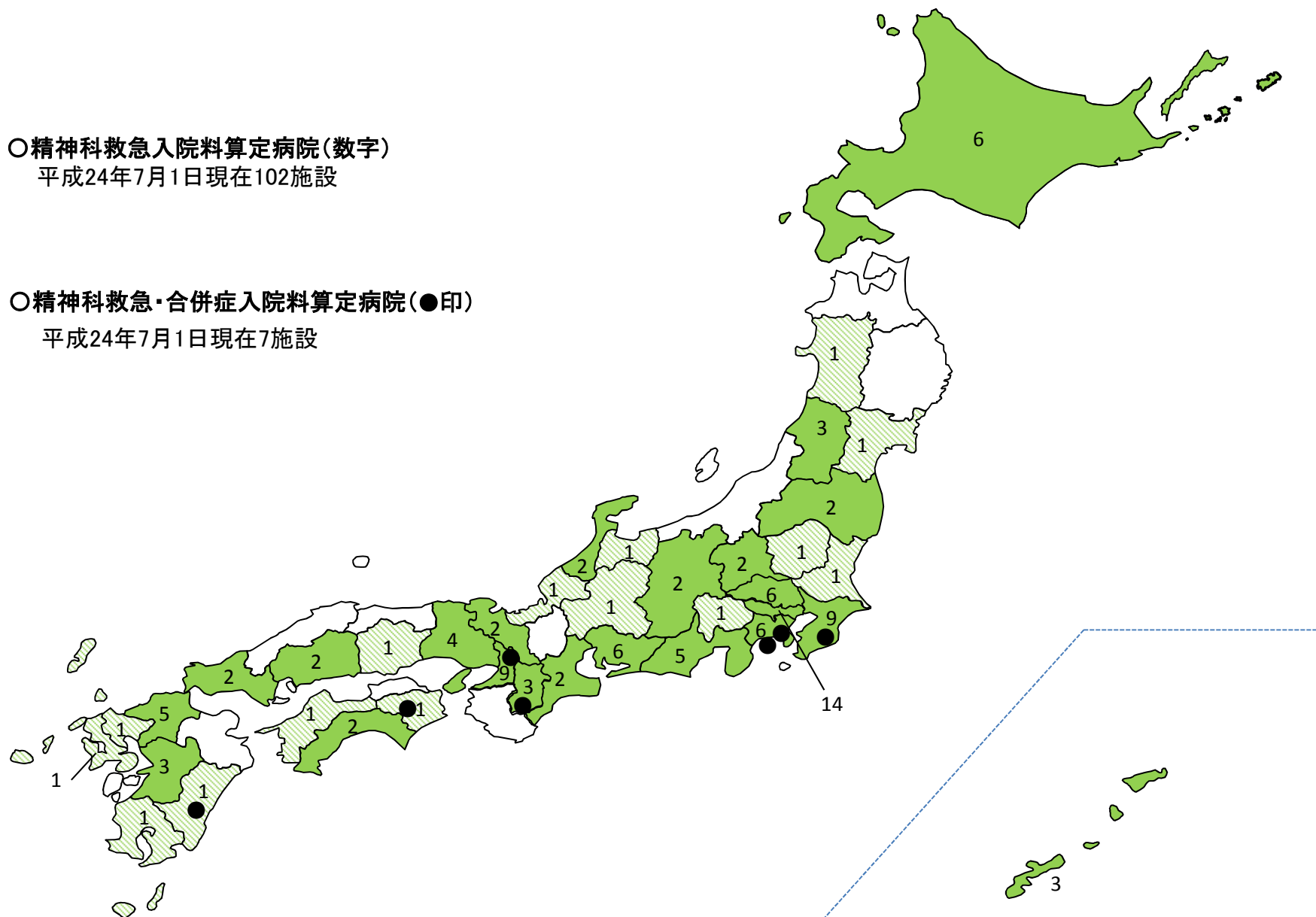
精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料算定施設

○精神科救急入院料算定病院(数字)

平成24年7月1日現在102施設

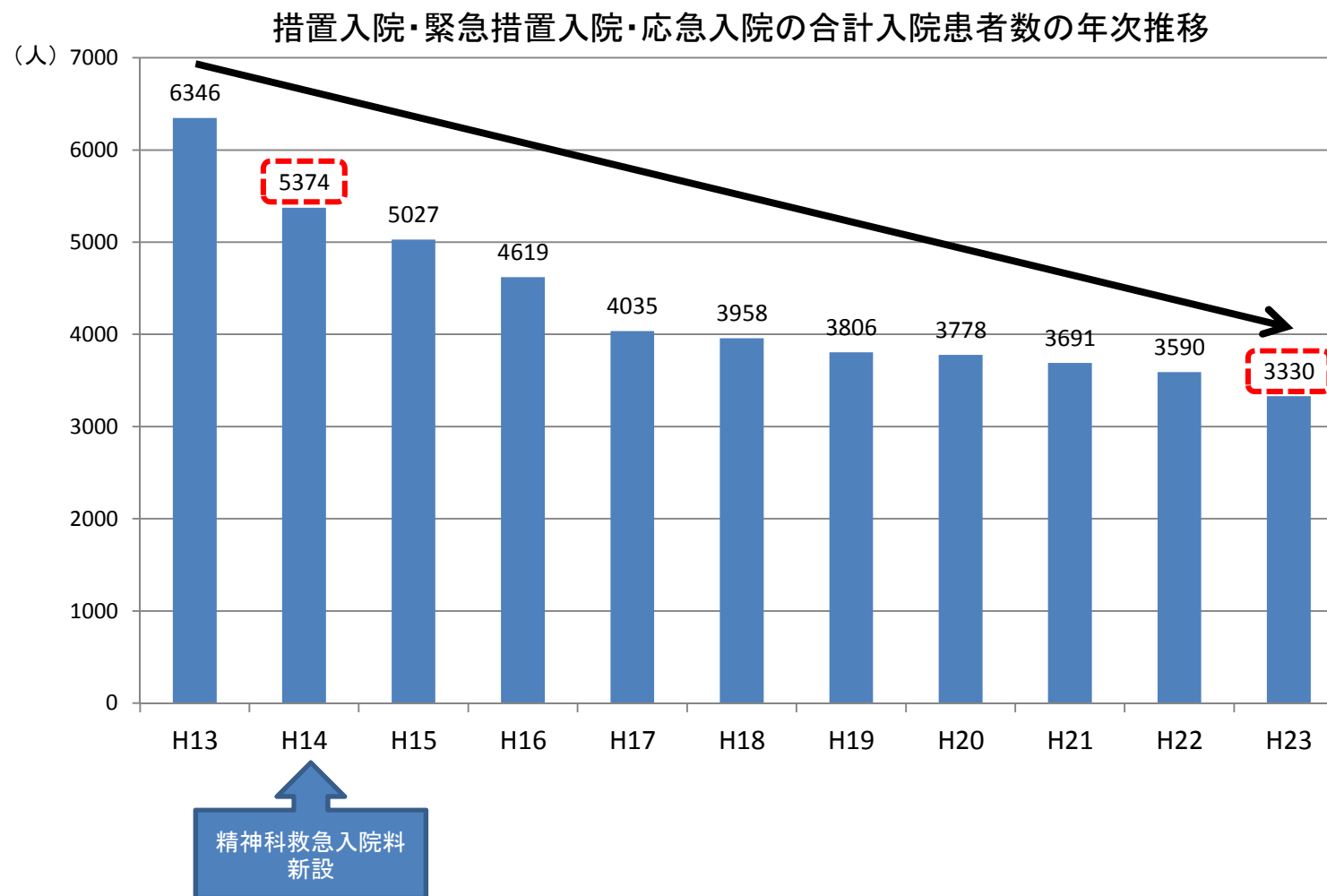
●精神科救急・合併症入院料算定病院(●印)

平成24年7月1日現在7施設



青森、岩手、新潟、滋賀、和歌山、鳥取、島根、香川、大分では算定施設なし

措置入院等の入院患者数



措置入院・緊急措置入院・応急入院等の入院患者数は、
精神科救急入院料の新設時には5千人強であったのが、H23年には3千人強まで減少している

精神病床の機能分化について

【課題】

- ・ 精神病床における入院患者数や平均在院日数は減少傾向ではあるものの、1年以上の長期入院患者は20万人にのぼり、在院日数が長期化するにつれて社会復帰が困難となる傾向にある。
- ・ 急性期病床では医師が多いほうが平均在院日数が短くなるにも関わらず、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟は、精神療養病棟入院料と同等の医師配置となっている。
- ・ 精神療養病棟入院料を算定する病棟では、精神科急性期治療病棟入院料と同等の精神保健指定医の配置が求められているが、精神療養病棟では精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束の割合は低い。
- ・ 慢性期では100床あたりの精神保健福祉士が多いほうが、平均在院日数が短くなるが、精神科入院基本料、精神療養病棟入院料を算定する医療機関では精神保健福祉士の配置が少ない。
- ・ 精神科救急は「精神科救急入院料」及び「精神科救急・合併症入院料」で評価されており、都道府県・圏域における1年間の措置、緊急措置、応急入院に係る新規入院患者のうち1/4以上又は30件以上の受入が要件のひとつとなっている。
- ・ これらを算定する施設数は、平成24年7月1日現在それぞれ精神科救急入院料102施設、精神科救急・合併症入院料7施設であり、算定施設のない県もある。一方、措置入院・緊急措置入院及び応急入院の実績については、減少傾向である。

【論点】

- 急性期に密度の高い医療を提供するため、精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟に医師を重点的に配置すること、並びに、クリニカルパスを使用した場合の評価について、どのように考えるか。
- 精神療養病棟入院料を算定する病棟について、病棟ごとに常勤の指定医を配置する必要性についてどのように考えるか。
- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料において、精神保健福祉士を配置することの評価についてどのように考えるか。
- 精神科救急医療の推進を図るため、精神科救急入院料と精神科救急・合併症入院料においての措置入院・緊急措置入院及び応急入院の実績に係る要件について、現状に即した数値に見直すことについて、どのように考えるか。

- ①精神科医療の現状と課題
- ②病床機能分化について
- ③精神患者の地域移行と地域定着について**
- ④身体合併症への対応（総合病院精神科について）
- ⑤その他（抗精神病薬の処方、児童虐待について）

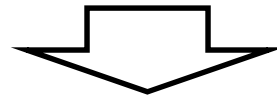
③精神患者の地域移行と地域定着について

- ・長期入院後退院患者等への支援
- ・精神科デイ・ケア等

長期入院後の退院患者等への支援に係る課題と論点

【課題】

- ・ 在院期間は1年以上が約20万人であり、在院期間が1年を超える長期入院患者の多くは入退院を繰り返している。
- ・ 精神療養病棟に入院する患者において、23.2%が在宅支援体制が整えば退院可能であり、退院した場合に必要な支援として、看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による24時間体制の対応が多かった。
- ・ こうした患者の地域移行と地域定着を進めるため、平成23年度より「精神障害者アウトリーチ推進事業」を開始した。その支援方法は主に、多職種からなるチーム（精神科医、看護師、精神保健福祉士等）を構成した上で、①メンバーが単独または複数職種で訪問（必要に応じて1日に複数回訪問）、②24時間体制で対応、③多職種によるケア計画の作成・ケアマネジメント、④地域の関係機関との連携から構成される。
- ・ その結果、再入院の予防や、再入院となった場合でも在院期間が短い等、一定の効果が認められている。

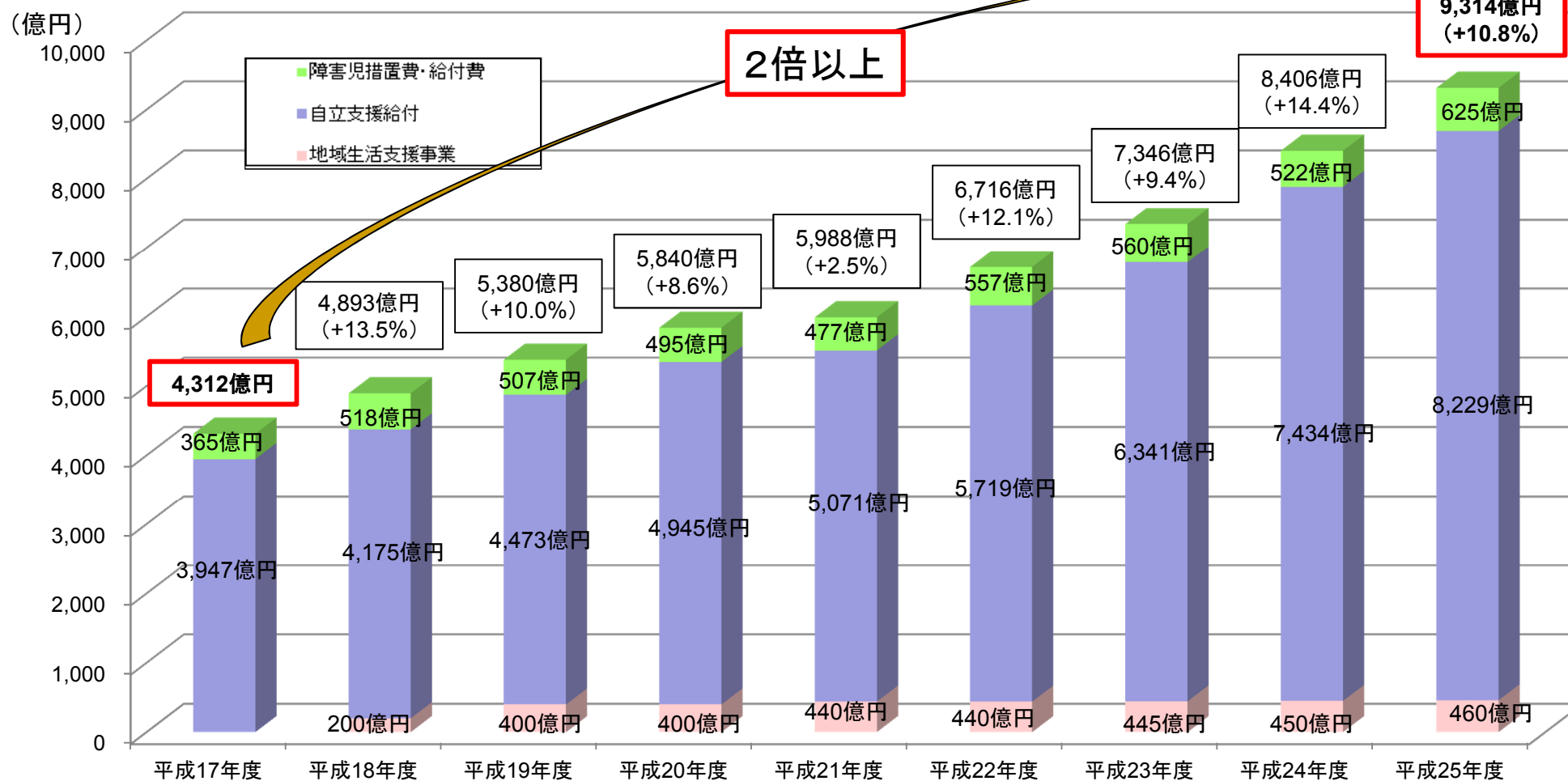


【論点】

○精神医療における長期入院患者の地域移行を推進する観点から、多職種（精神科医、看護師、精神保健福祉士等）による、治療方針を決めるための定期的な会議や24時間体制での支援を行っている医療機関等による在宅医療について、充実した評価を行うこととしてはどうか。

参考

障害福祉サービス等予算の推移



(注1) 平成18年度については、自立支援法施行前の支援費、自立支援法施行後の自立支援給付、地域生活支援事業等を積み上げた予算額である。(自立支援法は平成18年4月一部施行、同年10月完全施行)

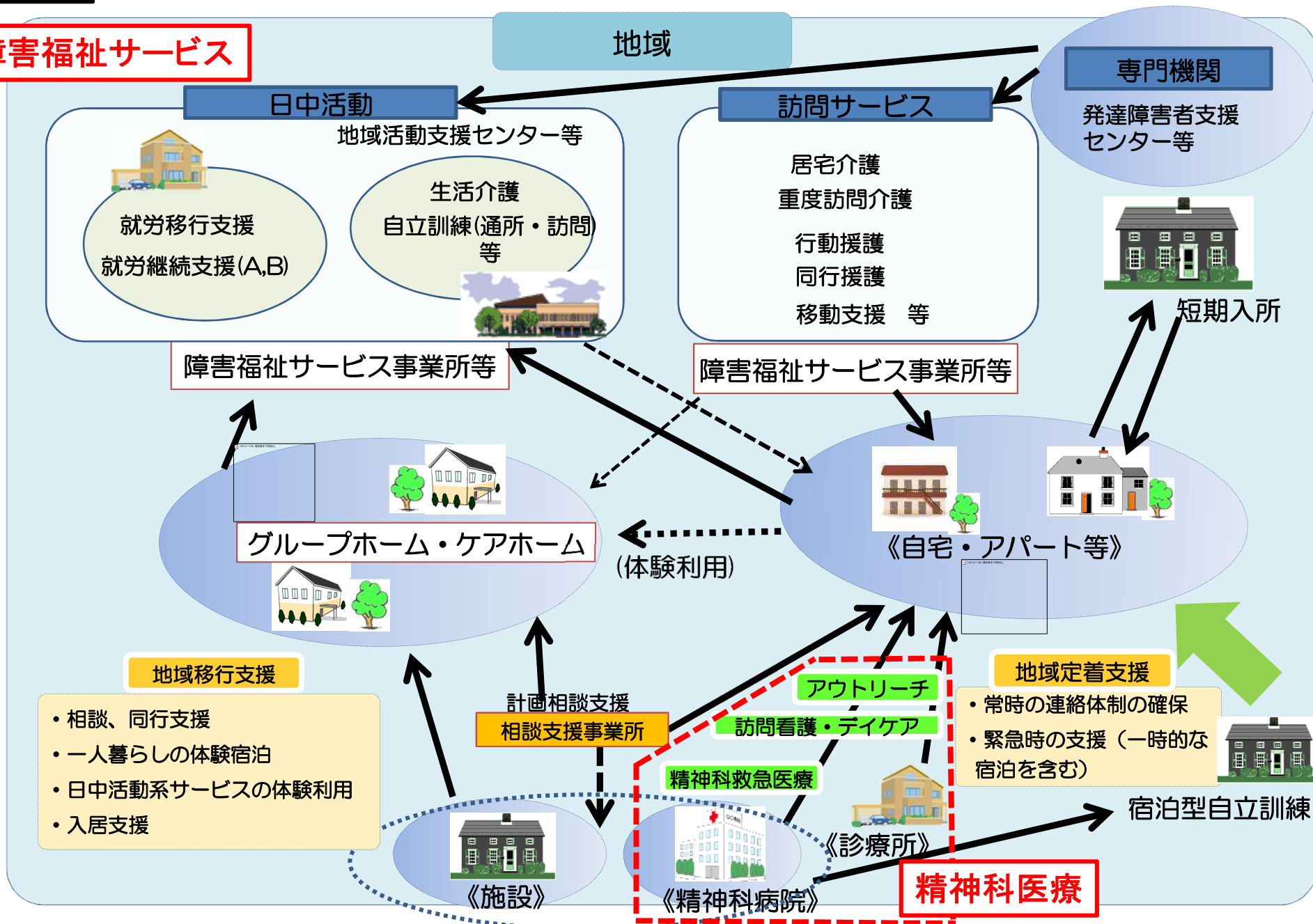
(注2) 平成20年度の自立支援給付費予算額は補正後予算額である。

(注3) 平成21年度の障害児措置費・給付費予算額は補正後予算額である。

障害福祉サービス関係予算額は、ここ10年間で2倍以上に増加

地域における精神障害者への支援体制（イメージ）

障害福祉サービス



参考

グループホーム、ケアホームの概要

具体的な利用者像

- ☆ 単身での生活は不安があるため、一定の支援を受けながら地域の中で暮らしたい方
- ☆ 一定の介護が必要であるが、施設ではなく、地域の中で暮らしたい方
- ☆ 施設を退所して、地域生活へ移行したいがいきなり単身生活には不安がある方 など

具体的な支援内容

- ☆ グループホームは**介護を要しない者**に対し、**家事等の日常生活上の支援**を提供。
- ☆ ケアホームは、**介護を必要とする者**に対し、**食事や入浴、排せつ等の介護**を併せて提供

必要な設備等

- ☆ **共同生活住居ごとに1以上のユニットが必要**
- ☆ **ユニットの入居定員は2人以上10人以下**
- ☆ 居室及び居室に近接して設けられる相互に交流を図ることができる設備を設ける
- ☆ 居室の定員：原則1人
- ☆ 居室面積：収納設備を除き**7.43㎡**



- ★ **住宅地に立地**
- ★ **入居定員は原則10名以下**
(既存建物を活用する場合は、最大30名以下)

グループホーム・ケアホーム
の利用者数の推移

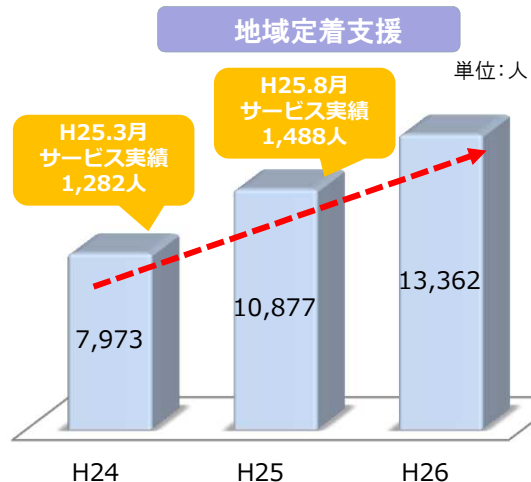
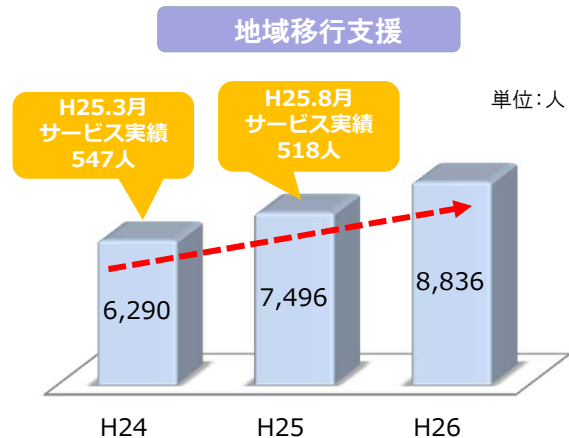


	グループホーム (共同生活援助)	ケアホーム (共同生活介護)
利用対象者	障害程度区分1又は非該当の者	障害程度区分2以上
サービス内容	相談等の日常生活上の援助	食事や入浴等の介護や日常生活上の支援
介護が必要な者への対応	なし	ケアホームの従業者により介護サービスを提供
報酬単位	世話人の配置に応じて 254単位～119単位	世話人の配置及び程度区分に応じて 639単位～208単位
外部サービスの利用	原則として、居宅介護その他の障害福祉サービスによる介護を受けることはできない。	
事業所数	3,585事業所	4,509事業所
利用者数	27,277人	58,357人

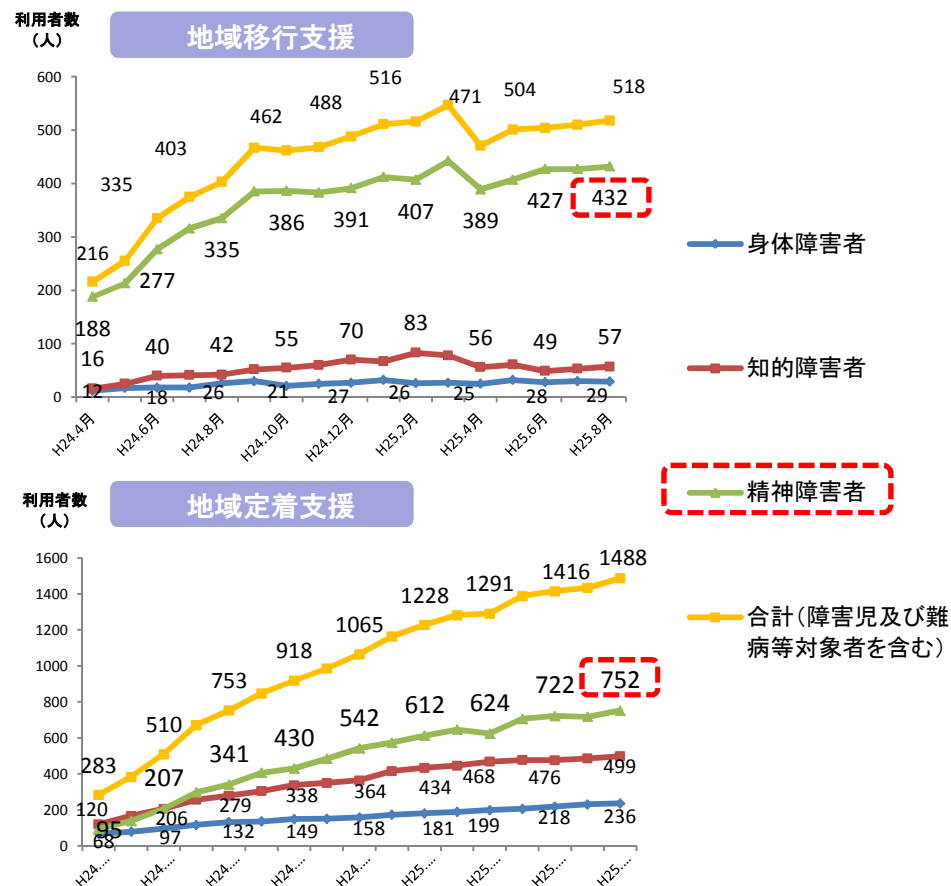
事業所数・利用者数については、平成25年8月サービス提供分実績

共同生活を行う住居であるグループホーム・ケアホームの利用者数は今後も増加する見込み

◆ 第3期障害福祉計画における見込量 ※ 福島県を除く。



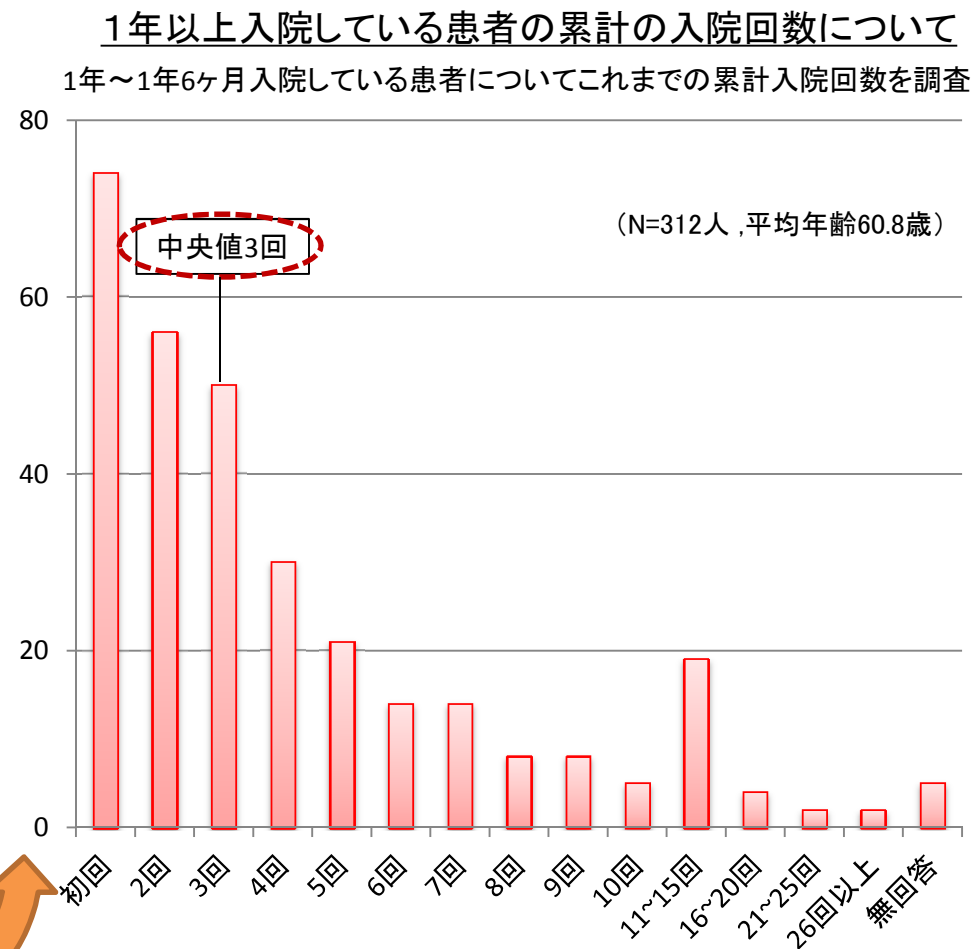
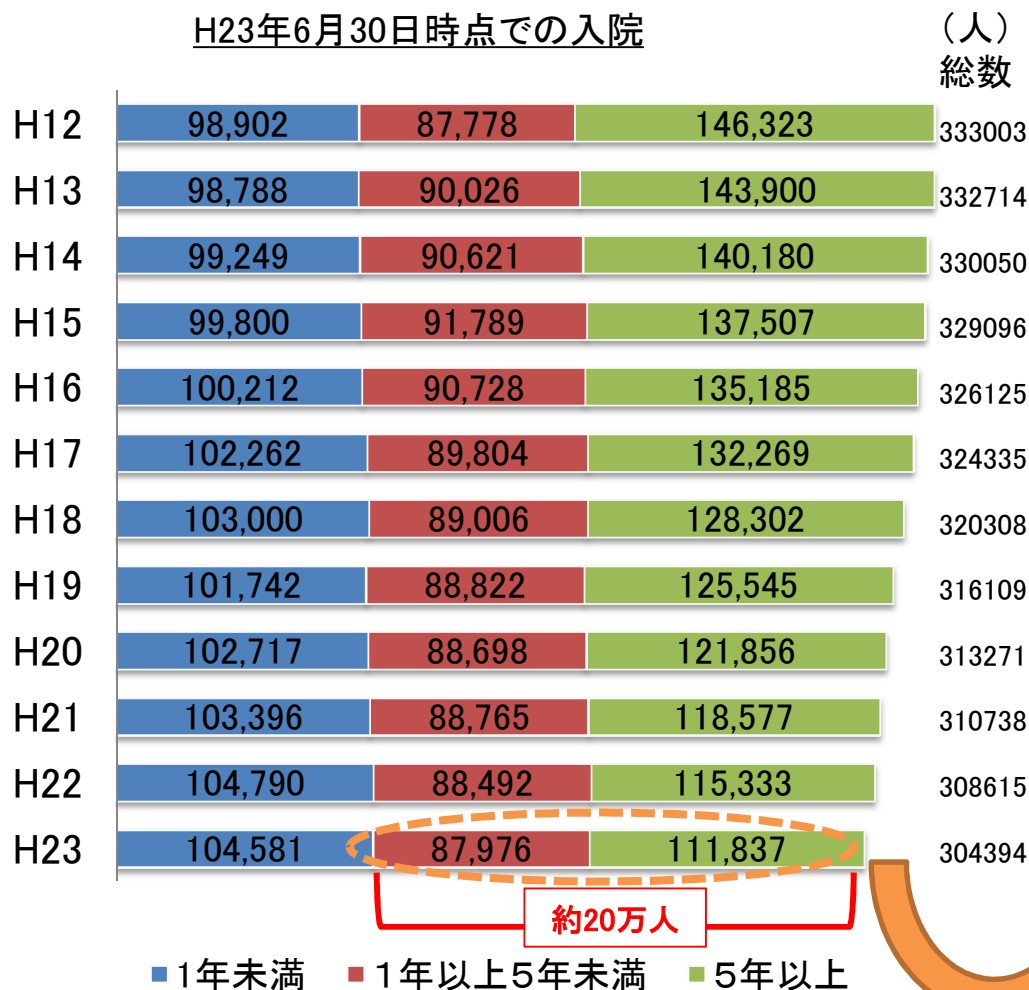
◆ 障害別利用者数の推移（H24.4～H25.8）



地域移行支援：障害者支援施設、精神科病院に入所又は入院している障害者を対象に住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援
 地域定着支援：居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制の確保等、地域への定着を促すための支援

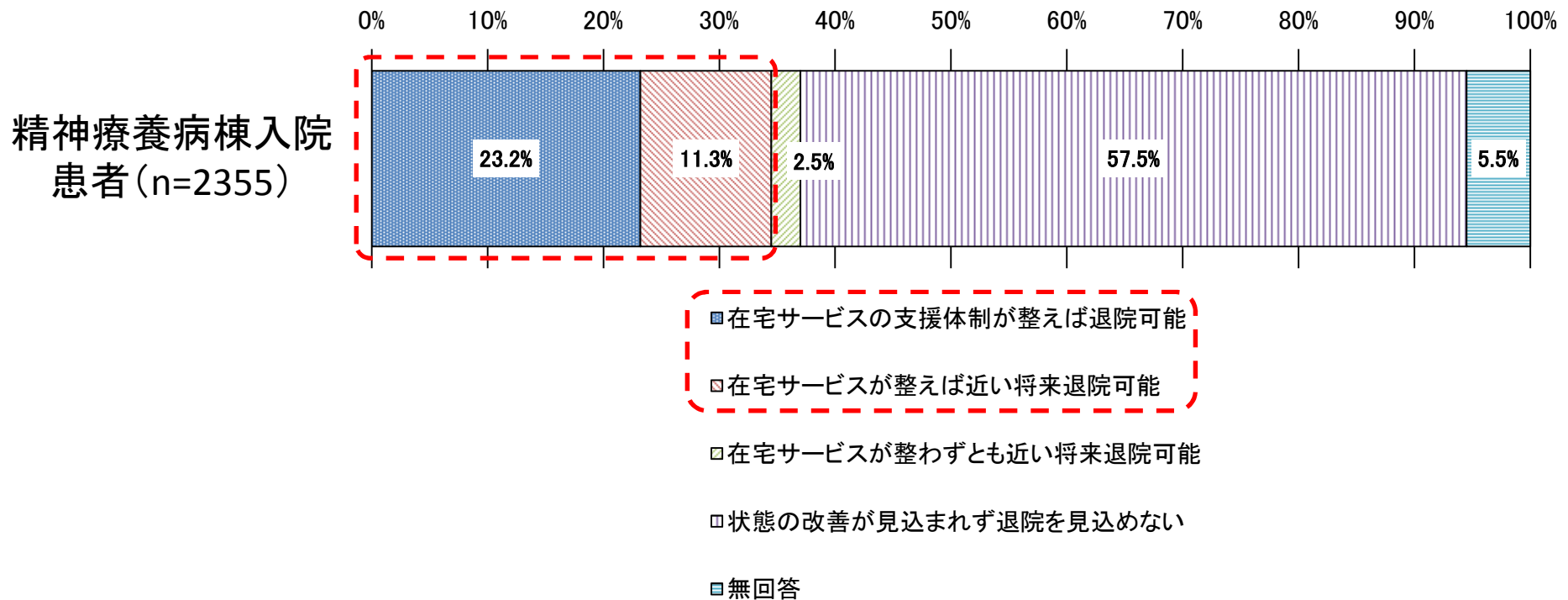
地域移行支援・地域定着支援の利用者数実績も増加傾向

精神疾患による入院患者数(在院期間別)と入院回数について



在院期間は1年以上が約20万人、うち5年以上が約11万人であり、在院期間が1年を超える長期入院患者の多くは入退院を繰り返している。

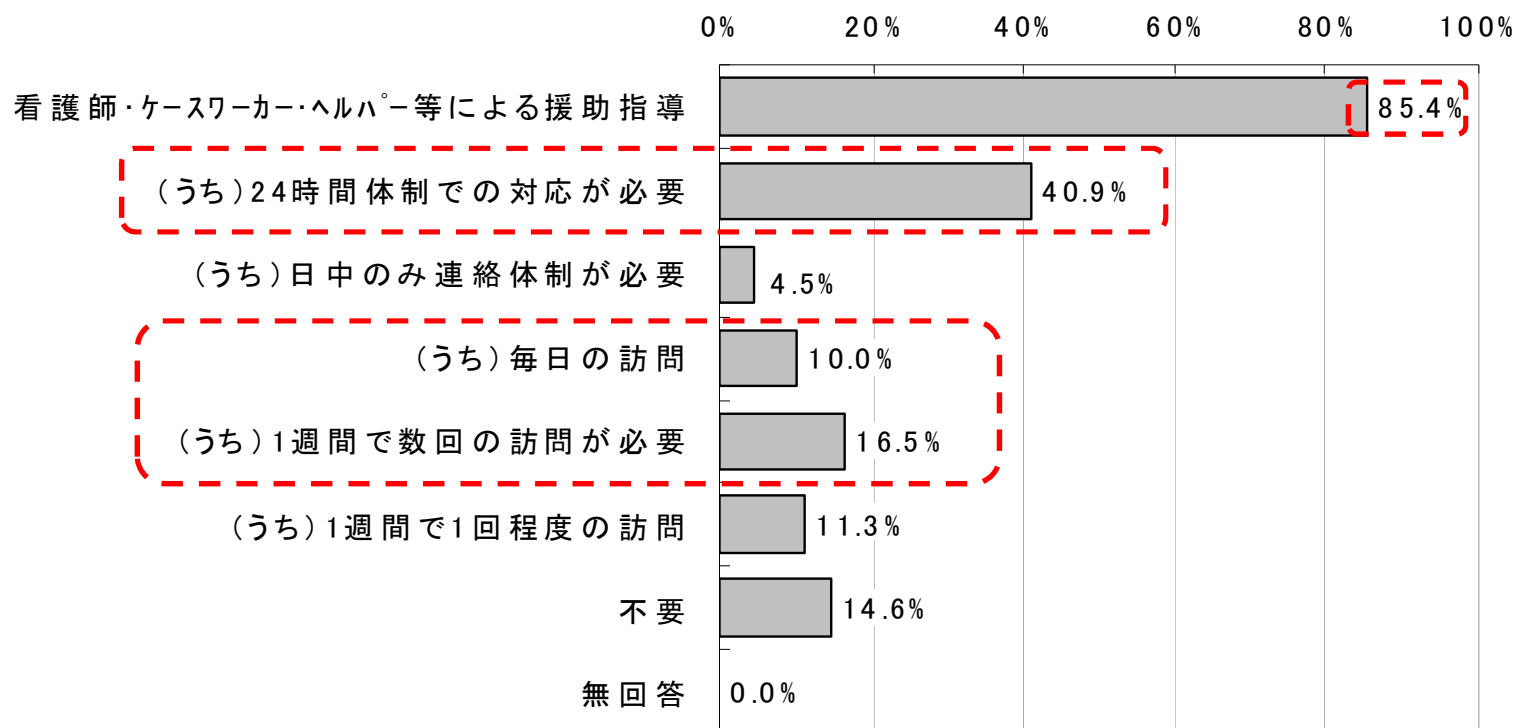
精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し



精神療養病棟に入院する患者において、約1／3が在宅支援体制が整えば退院可能

退院した場合の支援として重要なもの

(単数回答、n=2355)

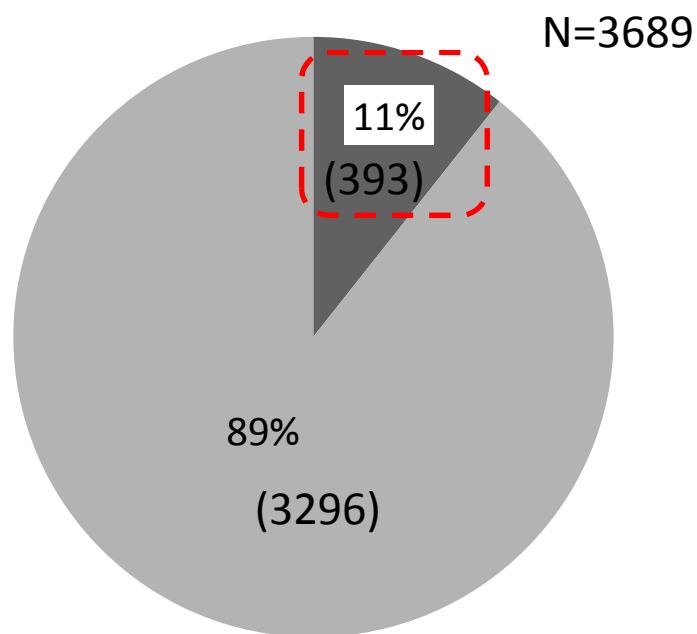


退院した場合に必要な支援として、85.4%が看護師・ケースワーカー・ヘルパー等の援助が必要と回答。そのうち「24時間体制での対応」「毎日の訪問」「1週間で数回の訪問」が多い。

精神科における訪問看護を行っている医療機関について

診療所等

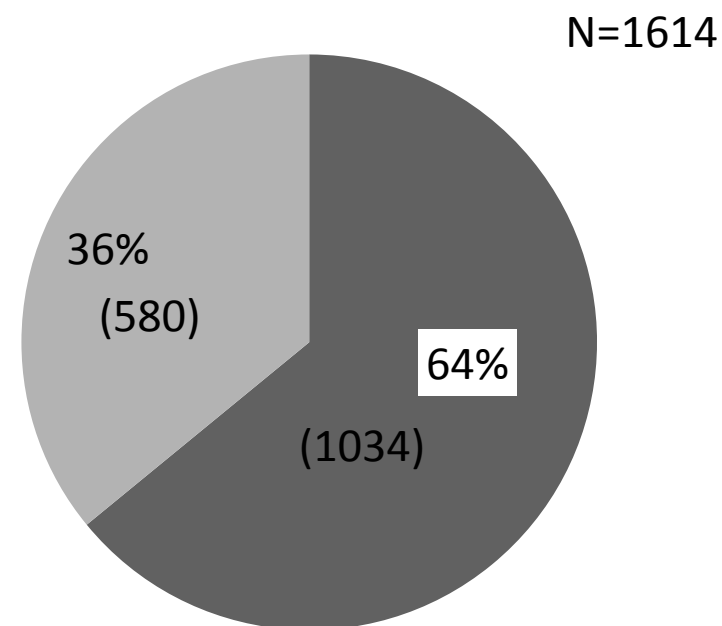
(「精神科」「神経科」を標榜する診療所、「精神科」「神経科」の外
来のみ有する病院、保健福祉センター)



- 精神科訪問看護の実施あり
- 精神科訪問看護の実施なし

病院

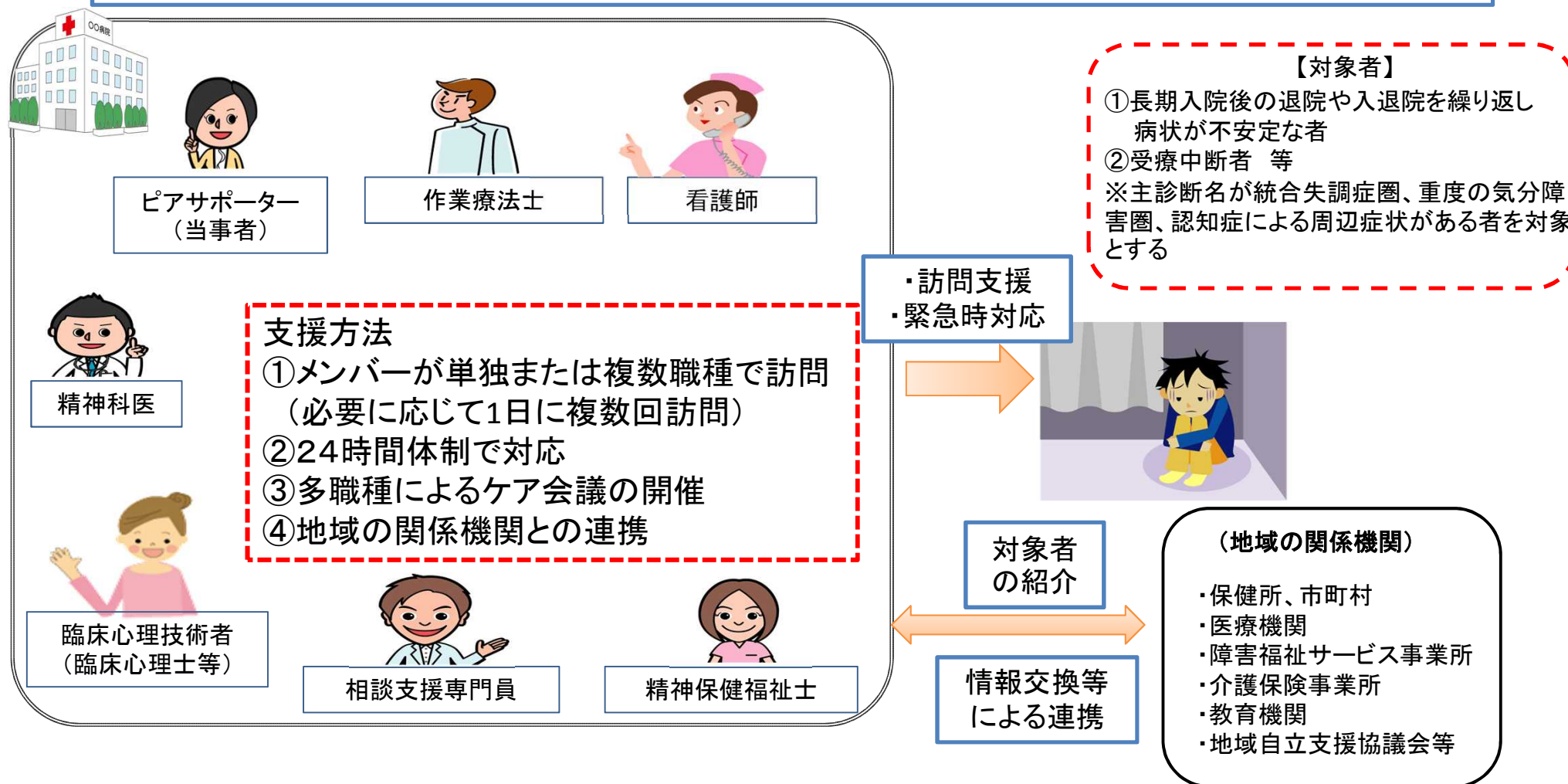
(単科精神科病院、総合病院(精神科含む))



- 精神科訪問看護の実施あり
- 精神科訪問看護の実施なし

特に診療所等においては訪問看護を行っている施設は11%である。

在宅精神障害者の生活を、医療・福祉からなる多職種チームで支える



長期入院後の退院で病状が不安定な者等を対象として、多職種によるケア会議の開催等を行っている。

アウトリーチ支援の効果～退院後再入院の比較～

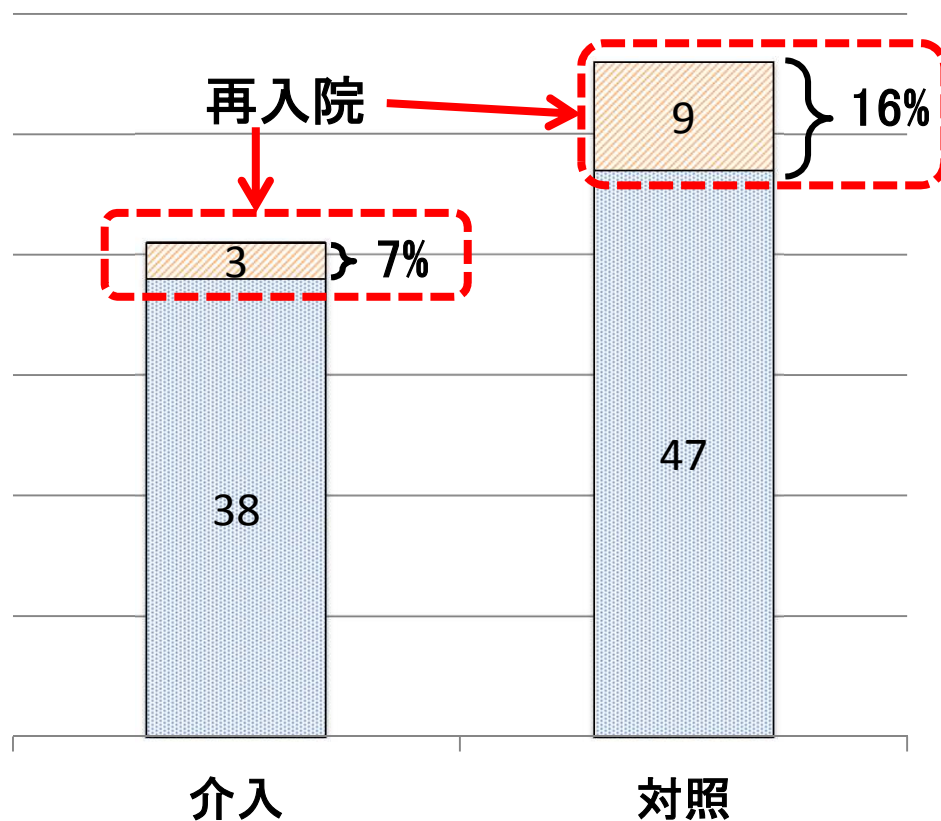
アウトリーチ事業の対象者:①長期入院後の退院や入退院を繰り返し病状が不安定な者

②受療中断者 ※主診断名が統合失調症圏(F2)、重度の気分障害、認知症による周辺症状がある者を対象とする

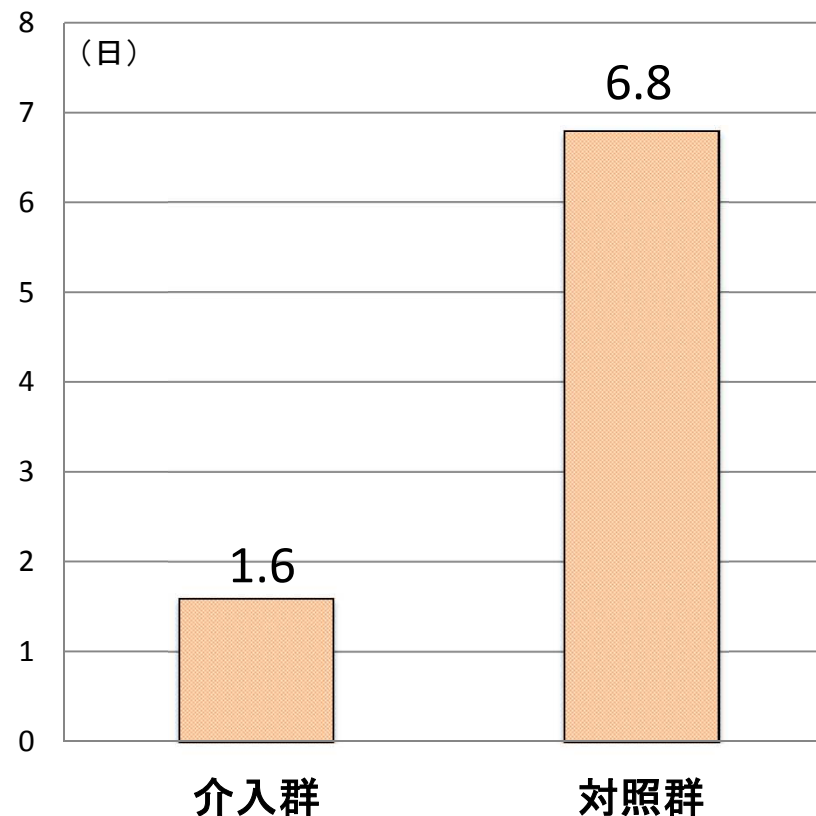
アウトリーチ事業による支援方法:①メンバーが単独または複数職種で訪問 ②24時間体制で対応 ③多職種によるケア会議の開催 ④地域の関係機関との連携

2011年11月～2013年3月の期間の新規入院患者(N=2316)から重症度や入院回数等のスクリーニングにてアウトリーチ候補者を選択し、居住地により、退院後通常医療を行う対照群(56名)と、通常医療にアウトリーチ支援を組み合わせた介入群(41名)にわけ、アウトリーチ支援チームの関与を行った。

退院後6ヶ月間のうちに再入院となった患者数



退院後6ヶ月間の平均入院総日数



介入群の方が再入院となった患者の割合が少なく、再入院となってもその期間は短い

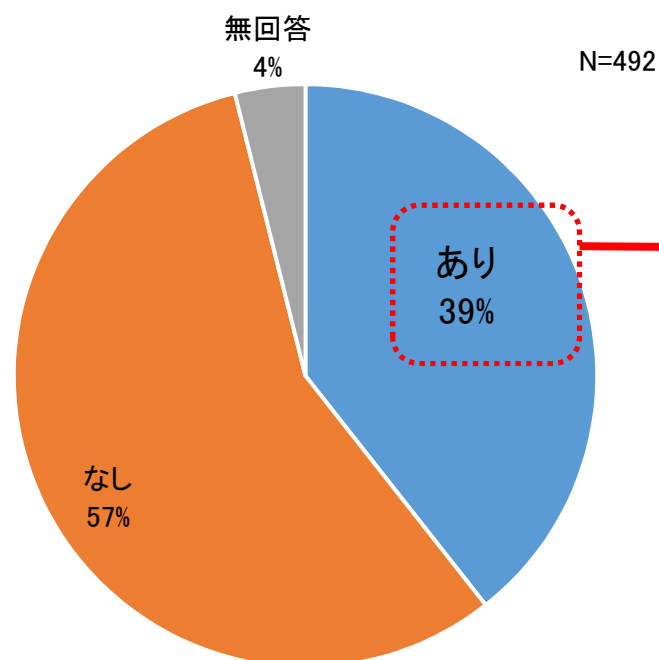
※機能の全体的評定(GAF:The Global Assessment of Functioning Scale)尺度

- ・精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮。
- ・身体的(または環境的)制約による機能の障害を含めないこと。
- ・点数(注:例えば、45、68、72のように、適切な点数で評価)

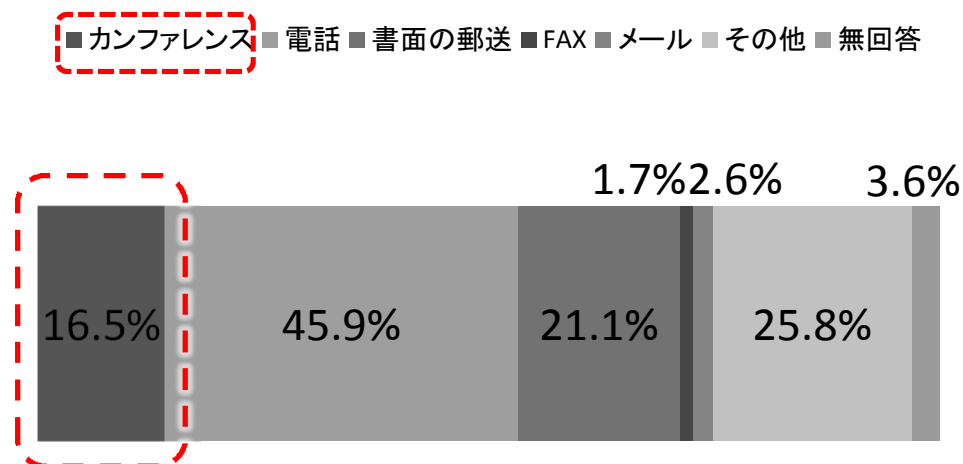
点	機能の状態
100～91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90～81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80～71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70～61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、 または 、社会的、職業的または学校の機能に、いくつかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60～51	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、恐慌発作がある)、 または 、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:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50～41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、 または 、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)。
40～31	現実検討か意思伝達にいくつかの欠陥(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)、 または 、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(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、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30～21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。 または 意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、 または 、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20～11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、 または 、時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗たくる)、 または 、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10～1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、 または 最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、 または 、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

精神科訪問看護と主治医との連携についての現状

訪問看護報告書以外での主治医との情報交換



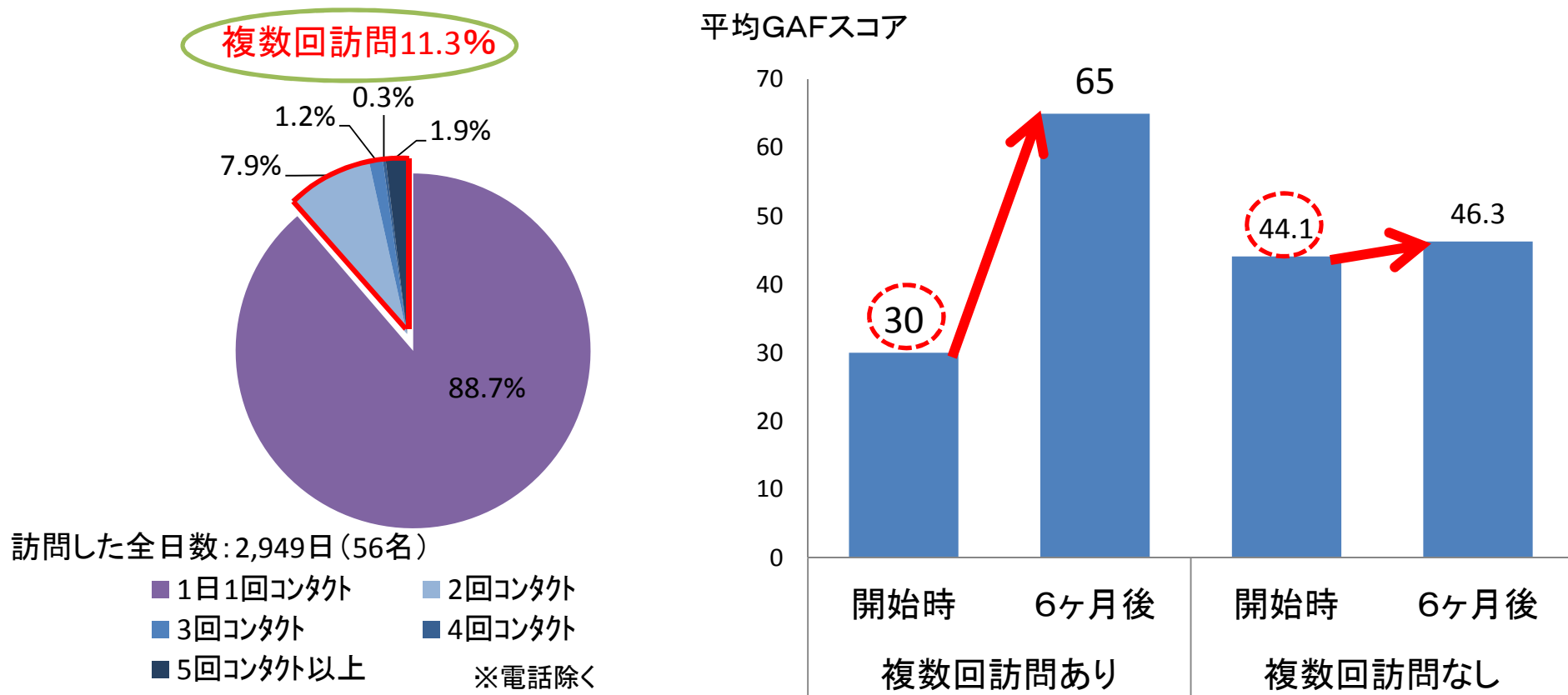
情報交換の方法



精神科訪問看護において訪問看護報告書以外での情報交換を行っている者は39%
そのうち、直接カンファレンスを行っているものはわずか16.5%にすぎない。

同一日複数回訪問の効果

【同一日複数回訪問の効果】



- 同一日複数回訪問の割合は全訪問日数の約11%。
- 複数回訪問した患者は支援開始時のGAFが低く重症であるが、複数回訪問が効果的である。

精神科における地域移行の評価

退院前

精神科退院指導料 320点
(精神科医師、看護師、作業療法士、PSWが共同して退院計画を策定)

退院計画の作成

精神科退院前訪問指導料 380点
(患者等を訪問)

退院前の関係づくり

退院

: 診療報酬上の評価

医療機関

在宅

退院後

在宅患者訪問診療料 830点、通院・在宅精神療法 330点等、精神科訪問看護・指導料
(・夜間早朝加算、緊急訪問看護加算等、複数名加算等 ~~× 同一日複数回訪問~~)

訪問診療・訪問看護

在支診・病の評価

24時間体制での支援

外来

通院・在宅精神療法 330点等

精神科デイケア 590点等

~~定期的な多職種ケア会議~~
24時間体制での支援

在宅

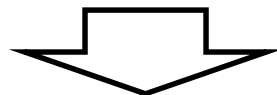
デイケア

退院後の多職種(精神科医、看護師、精神保健福祉士等)による、治療方針を決めるための定期的な会議や、同一日複数回訪問は、診療報酬上評価されていない。

長期入院後の退院患者等への支援に係る課題と論点

【課題】

- ・ 在院期間は1年以上が約20万人であり、在院期間が1年を超える長期入院患者の多くは入退院を繰り返している。
- ・ 精神療養病棟に入院する患者において、23.2%が在宅支援体制が整えば退院可能であり、退院した場合に必要な支援として、看護師・ケースワーカー・ヘルパー等による24時間体制の対応が多かった。
- ・ こうした患者の地域移行と地域定着を進めるため、平成23年度より「精神障害者アウトリーチ推進事業」を開始した。その支援方法は主に、多職種からなるチーム（精神科医、看護師、精神保健福祉士等）を構成した上で、①メンバーが単独または複数職種で訪問（必要に応じて1日に複数回訪問）、②24時間体制で対応、③多職種によるケア計画の作成・ケアマネジメント、④地域の関係機関との連携から構成される。
- ・ その結果、再入院の予防や、再入院となった場合でも在院期間が短い等、一定の効果が認められている。



【論点】

○精神医療における長期入院患者の地域移行を推進する観点から、多職種（精神科医、看護師、精神保健福祉士等）による、治療方針を決めるための定期的な会議や24時間体制での支援を行っている医療機関等による在宅医療について、充実した評価を行うこととしてはどうか。

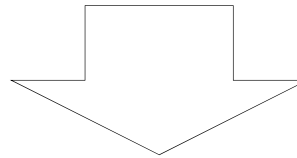
③精神患者の地域移行と地域定着について

- ・長期入院後退院患者等への訪問支援
- ・精神科デイ・ケア等

精神科デイ・ケア等に係る課題と論点

【課題】

- ・診療報酬上、精神科デイ・ケア等は毎日算定可能で、3年を超えると週5回に限定される。
- ・精神科デイ・ケア等は1年以上の継続利用者が75%を超え、全体の過半数が利用期間3年以上である。
- ・精神科デイ・ケアの開始から1年たつと、IADLはほぼ一定となっている。



【論点】

○精神科デイ・ケア等の適切な利用を推進する観点から、例えば1年以上利用した場合の評価についてどのように考えるか。

精神科デイ・ケア等の区分と診療報酬について

目的:精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するもの

	日中	夜
ショート・ケア	3時間 小規模 275点 大規模 330点	
デイ・ケア	6時間 食事 小規模 590点 大規模 700点	
ナイト・ケア		4時以降 食事 4時間 540点
デイ・ナイト ケア	食事 食事 10時間	食事 1,000点

算定要件等

- 1) 当該療法は入院中の患者以外の患者に限り算定する。
- 2) 当該療法(いずれか)を最初に算定した日から、3年を超える期間に行われる場合は5回/週を限度として算定する。
- 3) ショート・ケア、デイ・ケアの「大規模なもの」については、疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。
- 4) 疾患別等診療計画加算：デイ・ナイト・ケアについては、疾患等に応じた診療計画を作成した場合40点加算する。
- 5) 早期加算：算定開始から1年以内まで1日あたり20点(ショートケア) 50点(その他)加算する。

精神科デイ・ケア等※利用の目的

(精神科デイ・ケア等担当医療従事者による評価)
(複数回答)

※精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア

	病 院 (N=4,056)	診療所 (N=1,077)
再発・再入院予防	93.7	84.0
慢性期患者の居場所	72.1	60.4
薬剤処方についての相談・調整	58.4	59.7
回復期リハビリテーション	53.0	57.8
就労支援	31.0	41.6
在宅急性期医療の一環	13.7	7.3
復職支援	8.4	15.5
その他	8.9	14.0

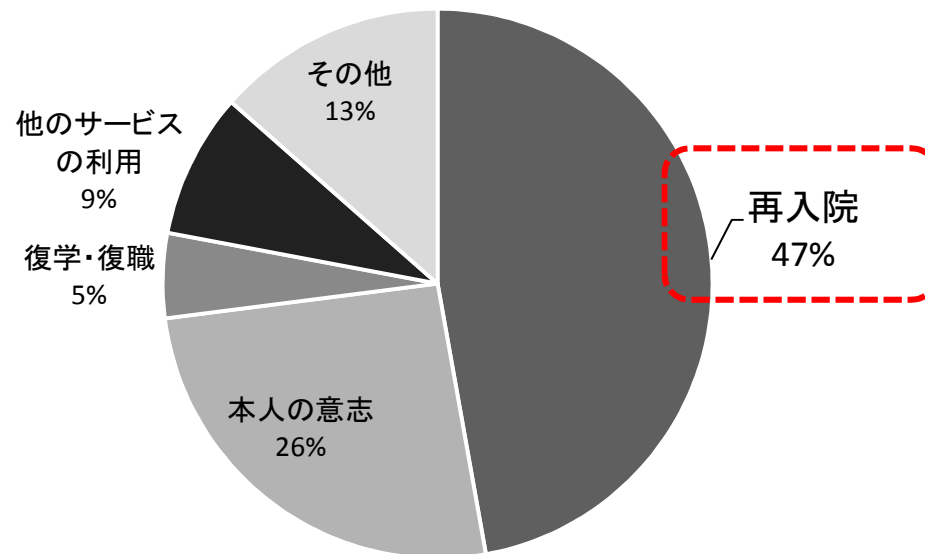
(単位: %)

精神科デイ・ケアの利用目的は「慢性期患者の居場所」が再発・再入院予防に次いで多い

精神科デイ・ケア等※の終了理由

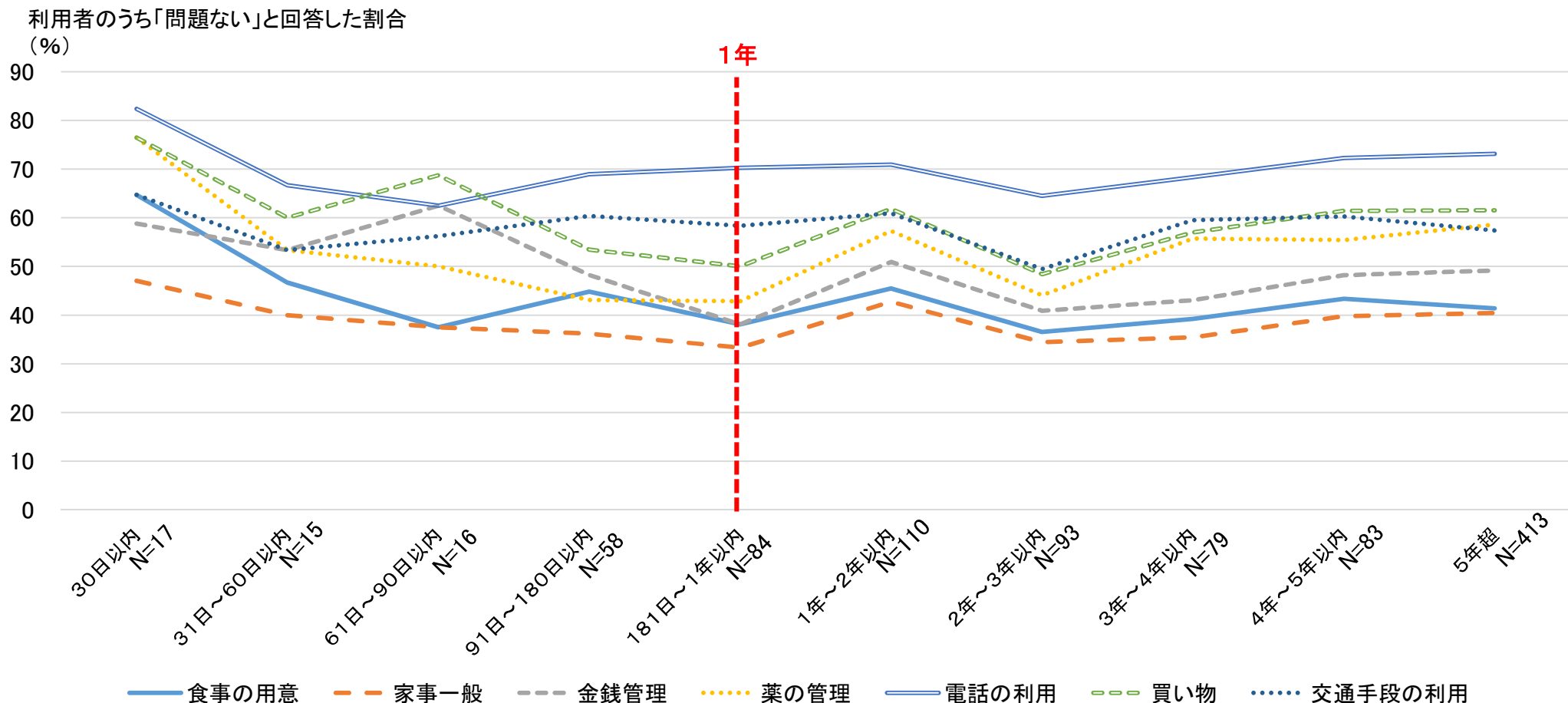
※精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア

調査対象28施設で、平成20年4月～9月の6ヵ月間に利用終了した482名に対しその理由についてアンケート



精神科デイ・ケア等の終了理由として、他サービスや復学・復職による割合は少なく、再入院まで継続されていることが多い。

精神科デイ・ケアの利用期間とIADLの推移



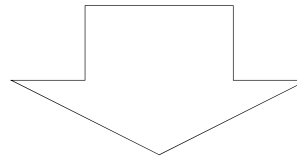
IADL(手段的日常生活動作): より高次の日常生活上の動作。今回は食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物交通手段の利用の各項目につき、それぞれ、①問題ない②いづらか困難③非常に困難のうちから選択し回答

精神科デイ・ケアの開始から1年たつと、IADLはほぼ一定となっている。

精神科デイ・ケア等に係る課題と論点

【課題】

- ・診療報酬上、精神科デイ・ケア等は毎日算定可能で、3年を超えると週5回に限定される。
- ・精神科デイ・ケア等は1年以上の継続利用者が75%を超え、全体の過半数が利用期間3年以上である。
- ・精神科デイ・ケアの開始から1年たつと、IADLはほぼ一定となっている。



【論点】

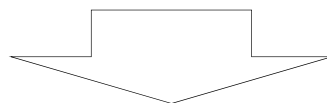
○精神科デイ・ケア等の適切な利用を推進する観点から、例えば1年以上利用した場合の評価についてどのように考えるか。

- ①精神科医療の現状と課題
- ②病床機能分化について
- ③精神患者の地域移行と地域定着について
- ④**身体合併症への対応（総合病院精神科について）**
- ⑤その他（抗精神病薬の処方、児童虐待について）

身体合併症への対応に係る課題と論点

【課題】

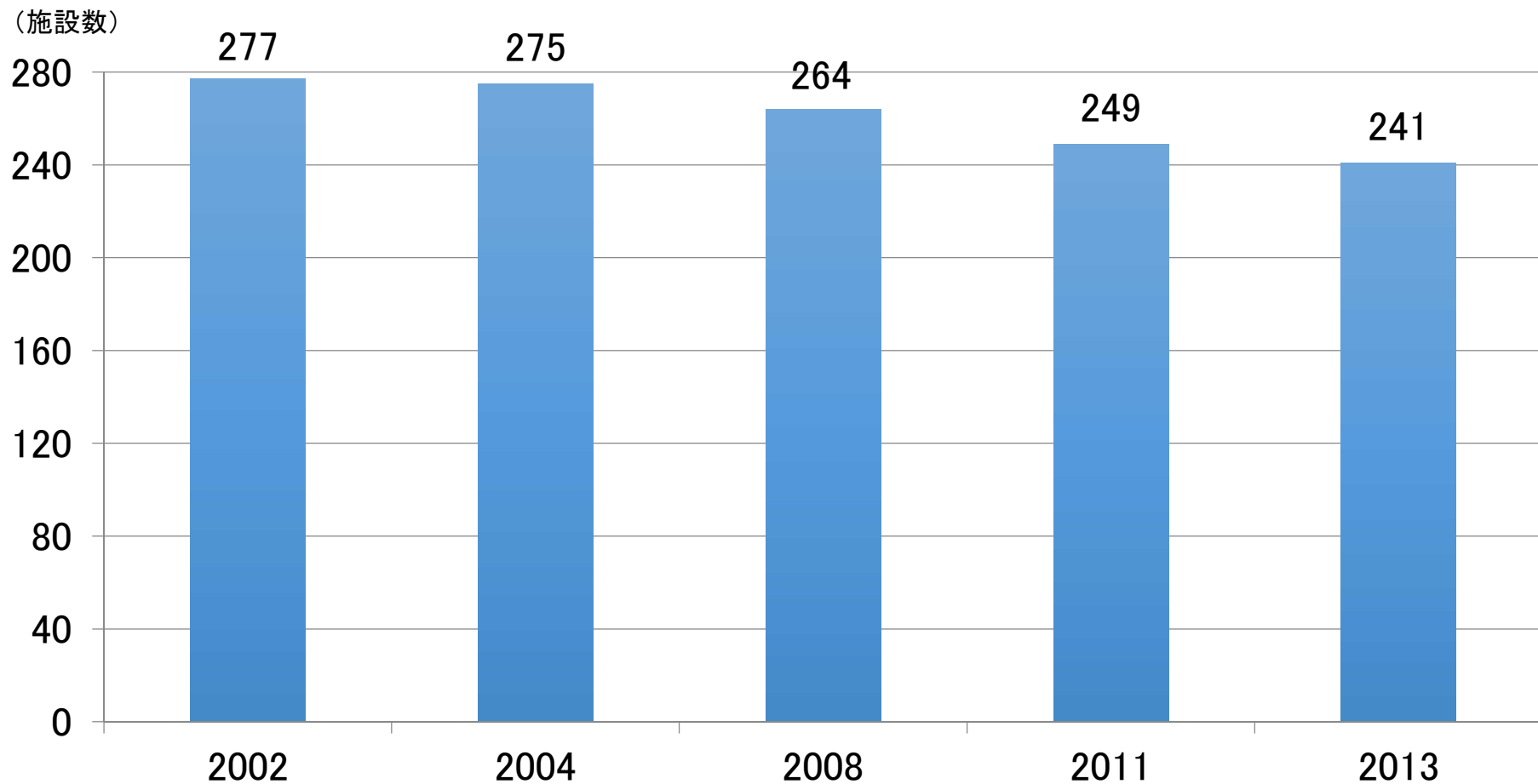
- ・「精神科救急・合併症入院料」を算定するには、精神科救急・合併症入院料を算定する病棟に入院する前3月間において精神病棟に入院をしたことがない患者であることが要件となっている。このため、①精神科救急・合併症入院料を算定する病棟で治療を受けていた患者が、手術等によりICUにいったん移った後に戻った場合や、②精神科単科病院で身体合併症が増悪した患者を総合病院の精神科救急・合併症入院料を算定する病棟で受け入れた場合に、精神科救急・合併症入院料を算定することができない。
- ・通院・在宅精神療養は、20歳未満の患者に対して、初診日から1年以内に限り「20歳未満加算」を算定することができるが、総合病院の身体科に通院している患者が、当該医療機関の初診日から1年経過後に同じ病院の精神科を受診した場合は当該加算を算定することができない。



【論点】

- 精神科救急・合併症入院料については、精神科単科病院から受け入れた場合や、当該病棟に入院し、手術等により一時期ICUで過ごした後再転棟した場合も、当該入院料を算定できることとしてはどうか。
- 通院・在宅精神療養の20歳未満加算について、加算の起算日を当該医療機関の精神科へ最初に受診した日とすることについて、どのように考えるか。

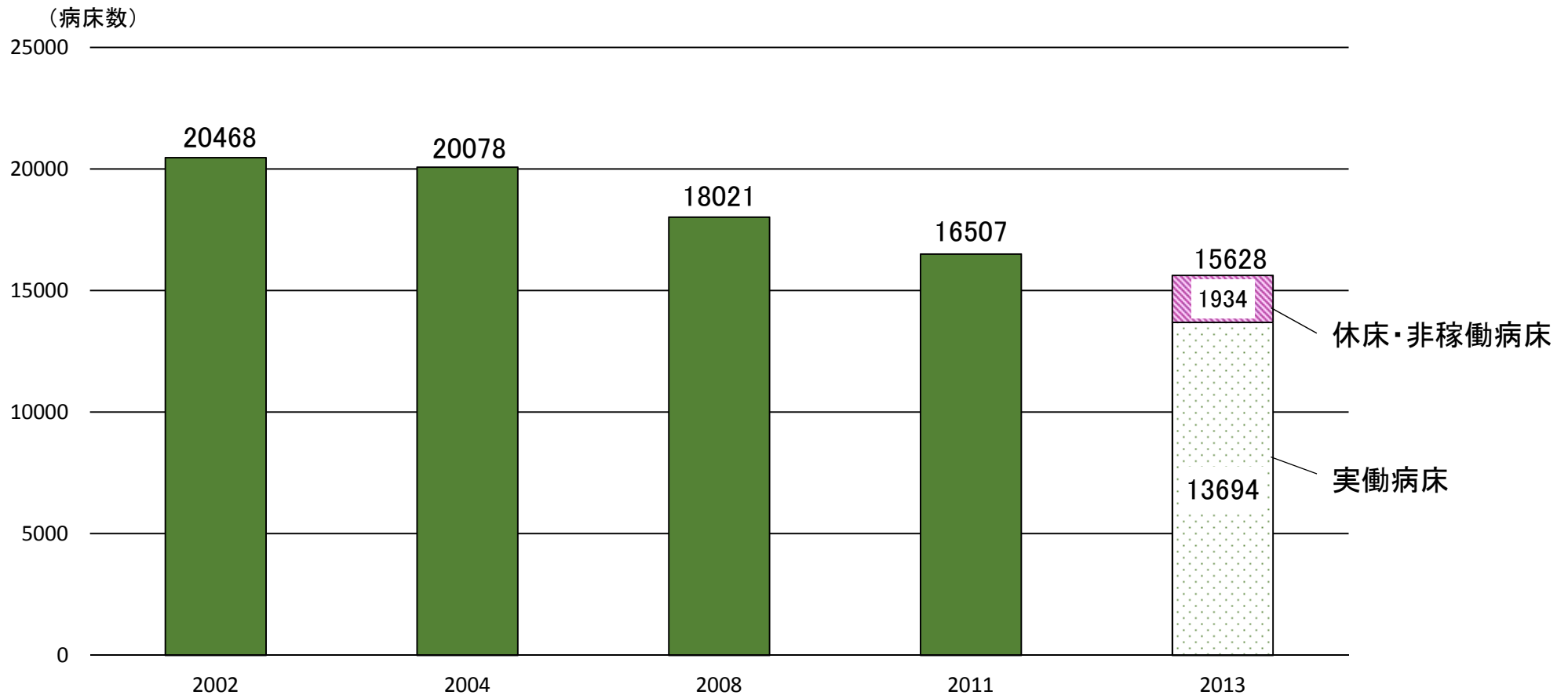
総合病院精神科施設数(精神病床あり)



総合病院精神科施設(精神病床あり)は減少傾向

※2008年以前のデータは算定方法が異なるため、2013年データをもとにした推計

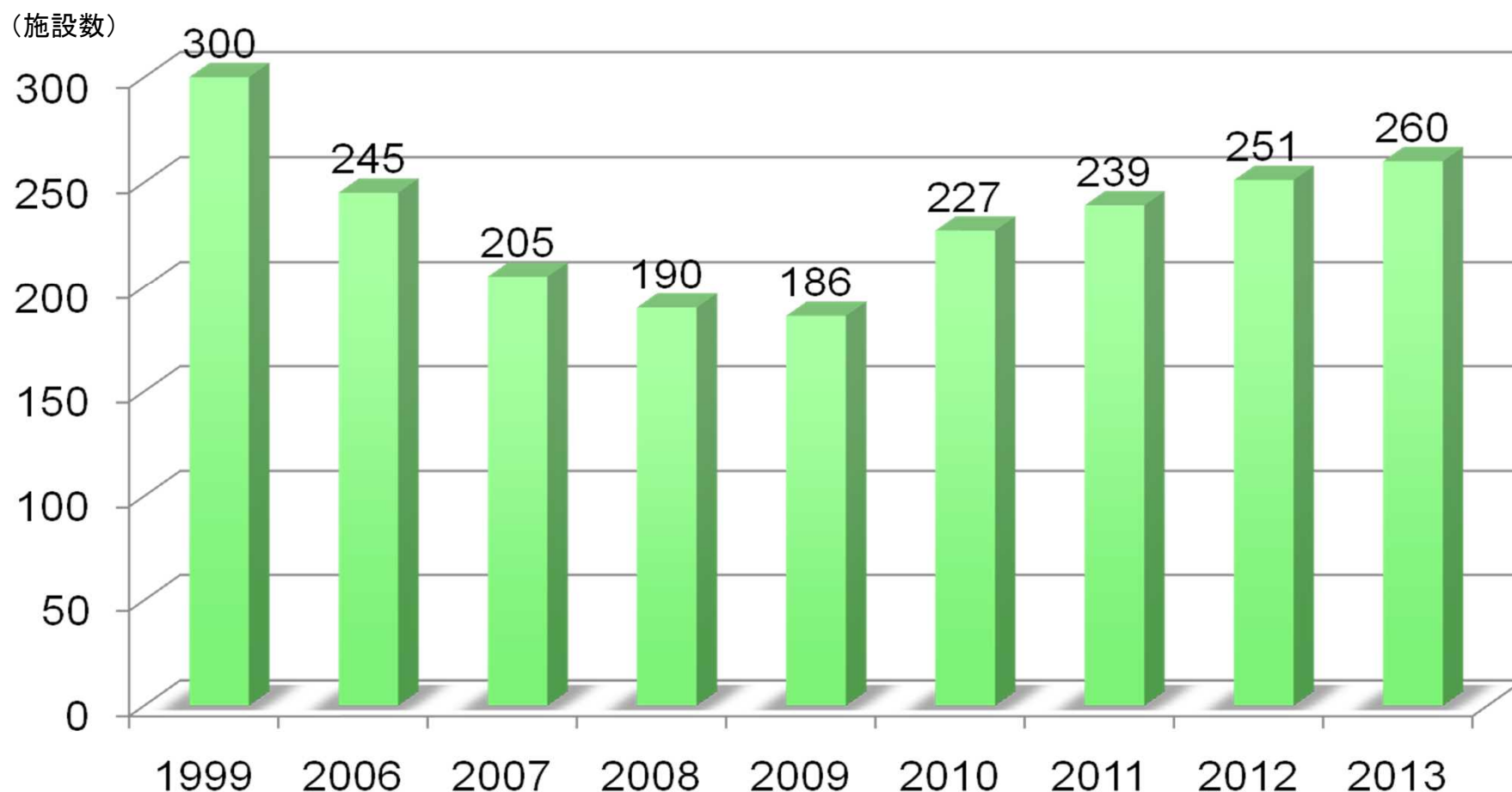
総合病院精神病床数



総合病院精神病床についても減少傾向

※2008年以前のデータは算定方法が異なるため、2013年データをもとにした推計

精神病床を持たない総合病院精神科施設数(外来のみ対応)



精神病床をもたない総合病院精神科施設数は増加傾向

精神科救急・身体合併症入院料

精神科救急・身体合併症入院料

3, 462点 (30日以内)

3, 042点 (31日以上)

(精神科救急・合併症入院料の対象患者)
別表第十に掲げる者

別表第十

一 精神科救急入院料の対象患者

(1) 措置入院又は緊急措置入院により入院する患者

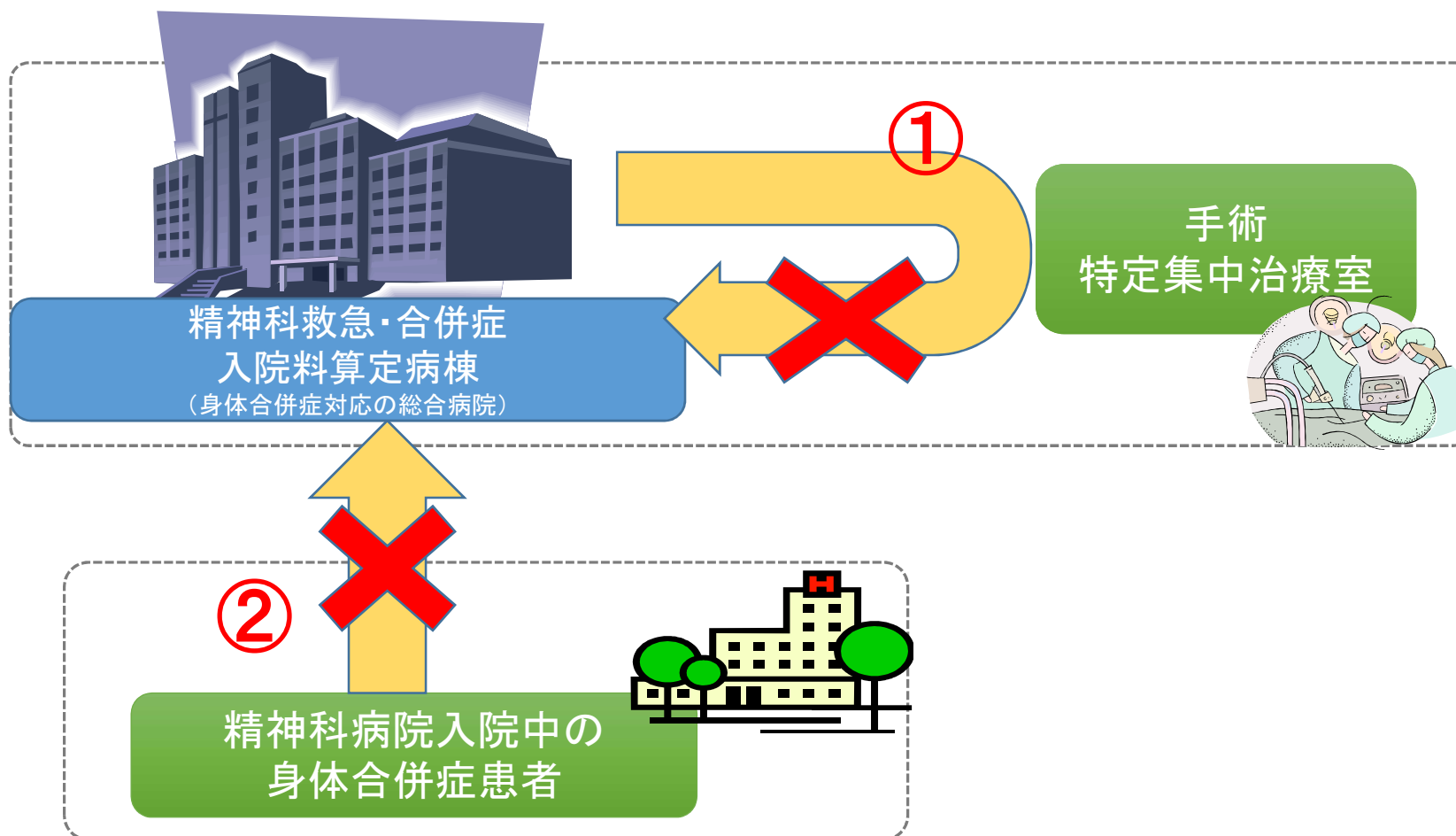
(2) (1)以外の患者で精神科救急入院料に係る病棟に入院する前3月間において保険医療機関(当該病棟を有する保険医療機関を含む)の精神病棟に入院(医療観察法入院を除く)をしたことがない患者

三 精神科救急・合併症入院料の対象患者

一の(1)及び(2)の患者に加え、身体疾患の治療のため一般病棟に入院した後に精神科救急入院料に係る病棟に入院した患者(当該病棟での入院前3月間において精神病棟に入院(医療観察法入院を除く)をしたものを除く。)

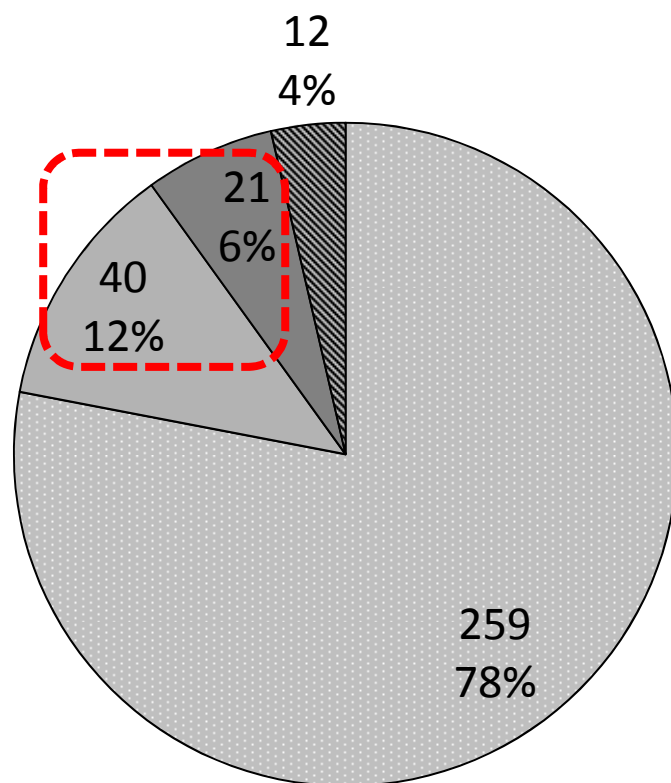
精神科救急・身体合併症入院料の算定にあたっては、入院前3月間に精神病棟に入院したことがないことが要件となっている。

精神科救急・合併症入院料算定病棟の現状



- ①入棟後、身体合併症に対する手術後、いったん特定集中治療室管理料を算定する病棟(ICU)等に転棟し、再度入棟した場合に再算定はできない。
- ②精神科病院から身体合併症治療目的で転入した場合に算定できない。

精神科救急・合併症入院料を算定する病棟の現状



平成22年12月～1月の間に精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者332名

■ 精神科救急・合併症入院料算定

■ 精神科病院からの転院(身体合併症対応)

■ 他棟に転棟後、精神科病棟に再転棟

■ 3ヶ月以内再入院

S病院の例

S病院では、精神科病院からの転院や精神科救急・合併症入院料を算定する病棟への再転棟のため、当該入院料を算定できないケースが18%ある

通院・在宅精神療法 20歳未満加算

通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法(1回につき)

(改) 1 初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点

2 1以外の場合

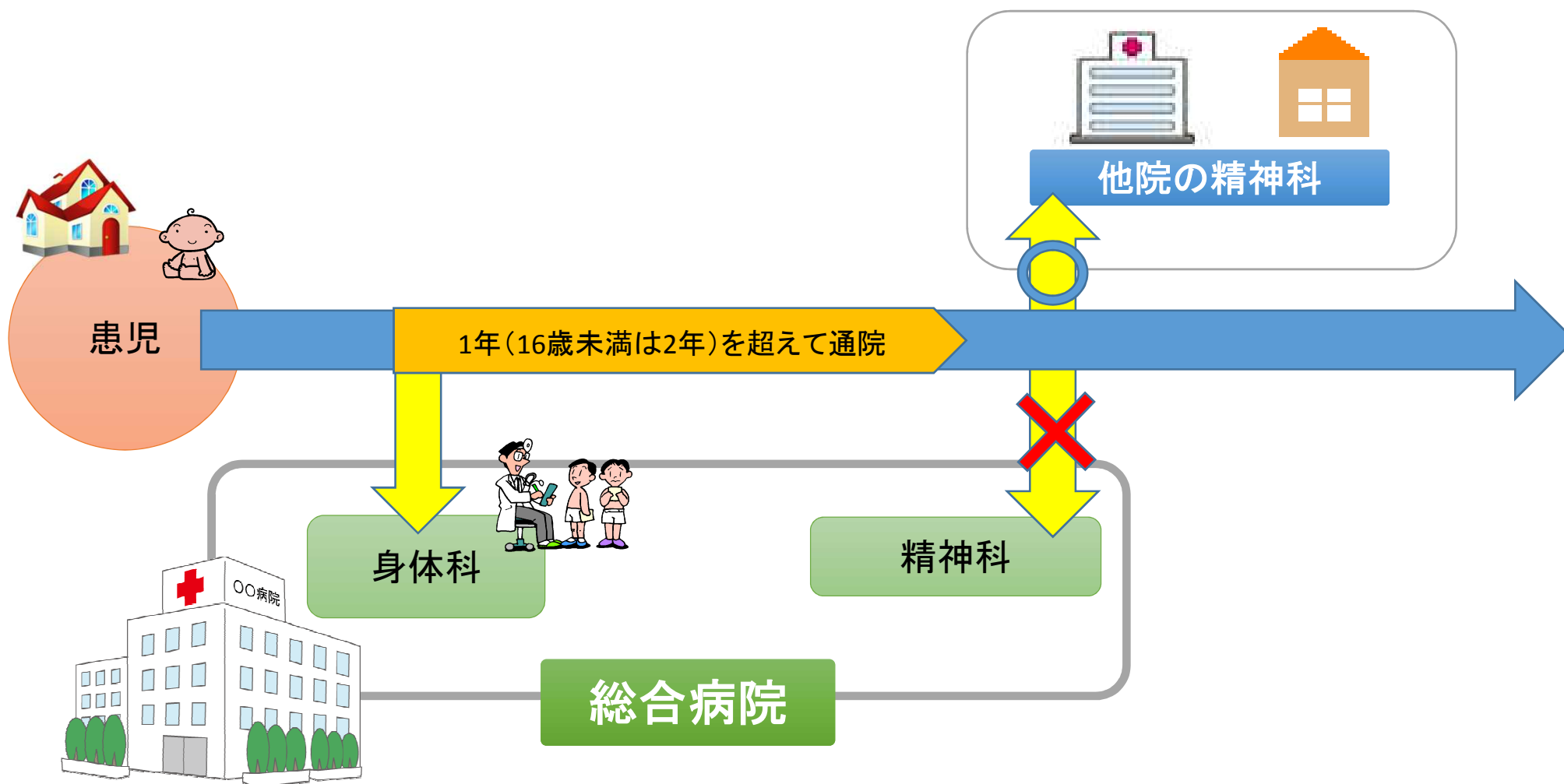
イ 30分以上の場合	400点
ロ 30分未満の場合	330点

20歳未満加算 200点(1回)

- ・20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
- ・初診の日から1年以内(児童・思春期精神科入院医療管理料にかかる届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内)に限る。

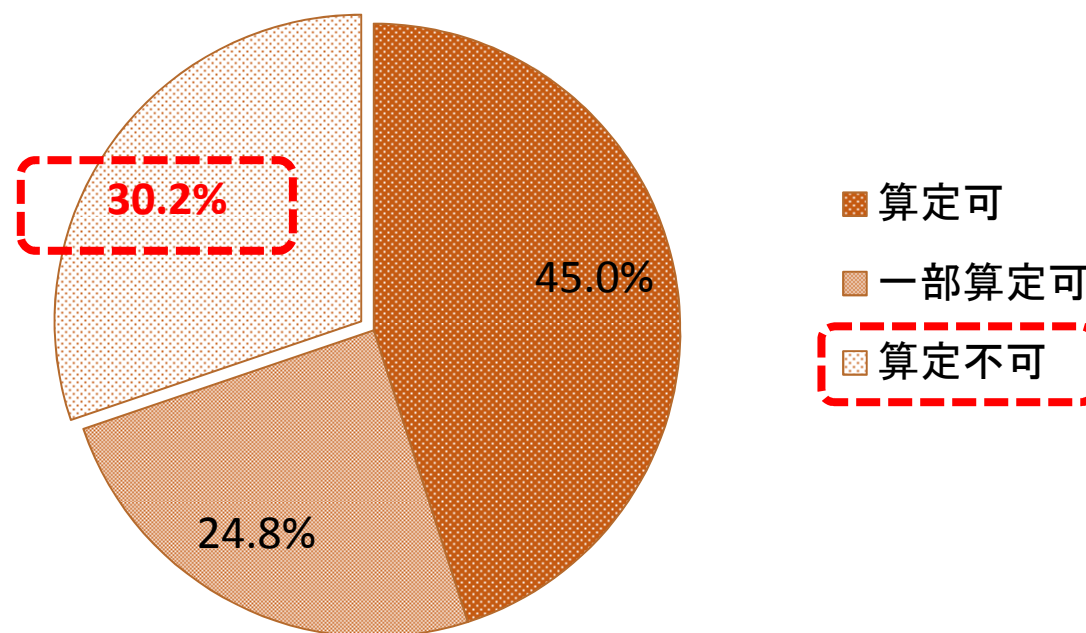
通院・在宅精神療法には、20歳未満の患者に対して、初診の日から1年以内に限り、加算を算定することができる。

通院・在宅精神療法の20歳未満加算の加算開始日について



1年を超えて通院している患儿が同じ医療機関の精神科を紹介された場合、20歳未満加算は算定できない。

小児総合病院における初診時の20歳未満加算算定内訳



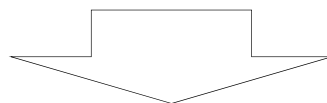
小児総合病院 3施設 n=5654例

小児総合病院での精神科初診の患児において30%超が算定不能

身体合併症への対応に係る課題と論点

【課題】

- ・「精神科救急・合併症入院料」を算定するには、精神科救急・合併症入院料を算定する病棟に入院する前3月間において精神病棟に入院をしたことがない患者であることが要件となっている。このため、①精神科救急・合併症入院料を算定する病棟で治療を受けていた患者が、手術等によりICUにいったん移った後に戻った場合や、②精神科単科病院で身体合併症が増悪した患者を総合病院の精神科救急・合併症入院料を算定する病棟で受け入れた場合に、精神科救急・合併症入院料を算定することができない。
- ・通院・在宅精神療養は、20歳未満の患者に対して、初診日から1年以内に限り「20歳未満加算」を算定することができるが、総合病院の身体科に通院している患者が、当該医療機関の初診日から1年経過後に同じ病院の精神科を受診した場合は当該加算を算定することができない。



【論点】

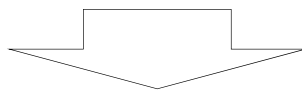
- 精神科救急・合併症入院料については、精神科単科病院から受け入れた場合や、当該病棟に入院し、手術等により一時期ICUで過ごした後再転棟した場合も、当該入院料を算定できることとしてはどうか。
- 通院・在宅精神療養の20歳未満加算について、加算の起算日を当該医療機関の精神科へ最初に受診した日とすることについて、どのように考えるか。

- ①精神科医療の現状と課題
- ②病床機能分化について
- ③精神患者の地域移行と地域定着について
- ④身体合併症への対応（総合病院精神科について）
- ⑤**その他（抗精神病薬の処方、児童虐待について）**

抗精神病薬投与に係る課題と論点

【課題】

- ・主に統合失調症に使われる抗精神病薬の処方量が多いことが課題となっており、日本は諸外国と比べて抗精神病薬の処方量が多い。
- ・非定型抗精神病薬加算1については、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を規定しているが、非定型抗精神病薬加算2については特段の規定はない。
- ・現在、多剤処方に関する減算規定は、精神科継続外来支援・指導料にのみ規定されているが、通院・在宅精神療法、心身医学療法については多剤処方の減算規定は含まれていない。
- ・精神科継続外来支援・指導料の多剤処方の減算規定は、抗精神病薬が対象外となっている。



【論点】

- 適切な投薬を推進する観点から、非定型抗精神病薬加算2を削除することについてどのように考えるか。
- 通院・在宅精神療法、心身医学療法について、精神科継続外来支援・指導料と同様に、多量の処方を行った場合の減算についてどのように考えるか。
- 減算の対象薬剤に、抗精神病薬を加えることについてどのように考えるか。
- さらに、抗精神病薬の大量投与の減算基準については、●剤としてはどうか。

精神科領域において使われる薬について

向精神薬

○睡眠を促したり、気分や不安感を安定させたりするなど、精神面に作用する薬物の総称

抗精神病薬

- ・主に統合失調症に効能のある薬剤
- ・幻聴や妄想に対して効果がある

定型: クロルプロマジン (CPZ) 等

非定型: リスペリドン等
定型に比べ副作用が少ない。

抗不安薬

- ・不安に対し効果が認める薬剤

睡眠薬

- ・睡眠を促す効果を認める薬剤

その他

抗うつ薬、気分安定薬等

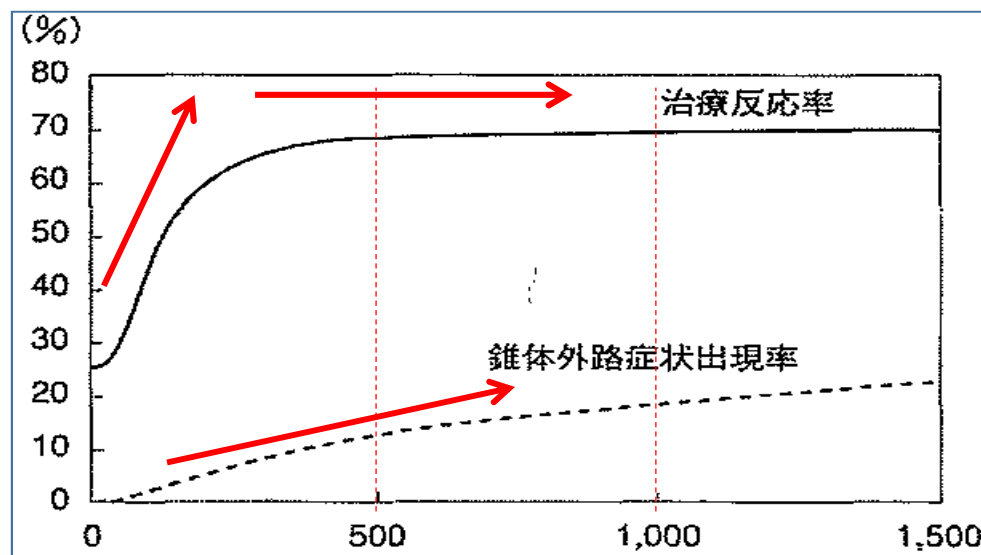
向精神薬には、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬その他が含まれる

大量投与のデメリット

(改) 中医協 総 - 1
2 3 . 1 1 . 2

- ・ 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、治療効果は一定の投与量で定常状態となる。
- ・ 一方で、錐体外路系副作用※のリスクは増大し続ける。

抗精神病薬の投与量と治療反応率



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

CPZ※※換算抗精神病薬投与量 (mg/日) 出典: Schizophrenia 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。

抗精神病薬の投与剤数の国際比較

抗精神病薬多剤併用に関する国際比較

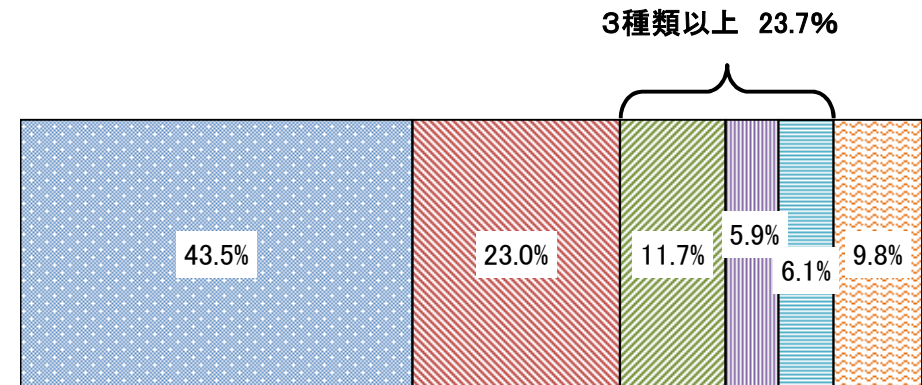
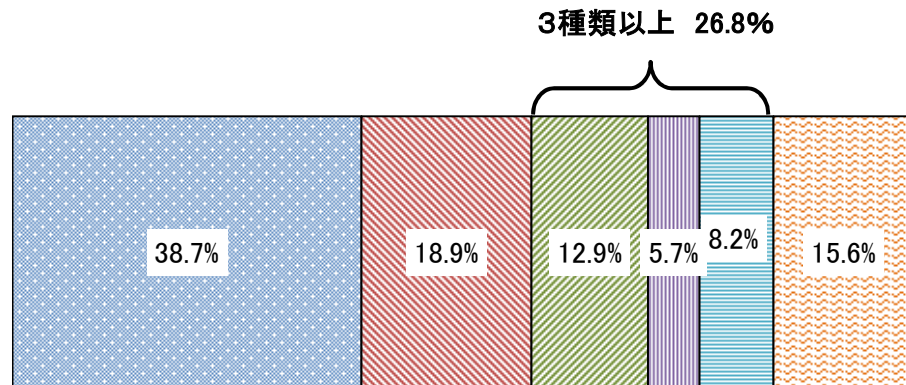
	報告年	調査地域	対象患者	患者数	抗精神病薬投与剤数		
					単剤	2剤	3剤以上
Covellら	2002	米国	外来患者	386	89.0%	11.0%	–
Wangら	2000	米国	統合失調症	150	82.0%	16.0%	2.0%
Keksら	1999	オーストラリア	入院・外来患者	662	87.3%	12.7%	–
Humberstoneら	2004	ニュージーランド	外来患者	3178	85.6%	16.4%	–
Taylorら	2000	英国	統合失調症	1218	80.7%	19.3%	–
Bitterら	2003	中国	入院・統合失調症	115	72.8%	25.4%	1.8%
Maglianoら	2004	イタリア	外来・統合失調症	671	71.1%	23.8%	5.1%
Fourrierら	2000	フランス	統合失調症	664	53.3%	38.9%	7.8%
Cheeら	1997	香港	入院・統合失調症	925	27.4%	41.8%	30.8%
稲垣ら	2004	日本	入院・統合失調症	2369	15.0%	35.0%	50.0%
富田ら	2002	日本	入院・統合失調症	586	27.3%	35.7%	37.0%

日本において抗精神病薬の投与剤数が諸外国と比べて多いことが指摘されている

抗精神病薬の処方種類数

外来

入院(精神療養病棟入院料)



■ 1種 ■ 2種 ■ 3種 ■ 4種 ■ 5種以上 ■ 無回答

■ 1種 ■ 2種 ■ 3種 ■ 4種 ■ 5種以上 ■ 無回答

抗精神病薬の処方種類が3種類以上の割合は外来で26.8%、入院で23.7%となっている。

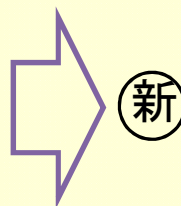
入院中の向精神薬の処方の評価について

平成22年診療報酬改定 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

非定型抗精神病薬加算2については、使用している抗精神病薬の種類に特段の制限はない。

入院外における向精神薬の処方の評価について①

平成24年診療報酬改定 精神科継続外来支援・指導料の見直し

➤精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談にあたるものに対して、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継続して行う場合を評価したもの。

➤抗不安薬又は睡眠薬の3剤以上処方に対する評価を見直す。

(改) 精神科継続外来支援・指導料 55点(1日につき)

〔算定要件〕

1回の処方において、抗不安薬又は睡眠薬を3剤以上投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

➤抗精神病薬を服用中の患者について、副作用の重症度評価を行った場合の評価を新設する。

(新) 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)

〔算定要件〕

「精神科継続外来支援・指導料」を行う場合に、抗精神病薬を服用している患者について、精神保健指定医等が薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて副作用の評価を行った場合に算定する。

精神科継続外来支援指導料は、3剤以上投与した場合の減算規定を設けているが、その対象は抗不安薬と睡眠薬に限定され、抗精神病薬は含まれない。

入院外における向精神薬の処方の評価について②

平成24年診療報酬改定 通院・在宅精神療法の見直し

- 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患のために社会生活を営むことが著しく困難なものに対して、精神科を担当する医師（研修医を除く）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療

通院・在宅精神療法（1回につき）

（改）1 初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700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

- 抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医が副作用の評価を行った場合の加算を新設する。

（新）特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回）

〔算定要件〕

「通院・在宅精神療法2の30分以上行う場合（400点）」に、2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、精神保健指定医等が薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて副作用の評価を行った場合に算定する。

通院・在宅精神療法については、3剤以上投与の場合の減算規定は設けられていない。

心身医学療法

- 心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて身体的疾病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は疾病からの回復を図る治療方法。
- 自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡易型精神分析療法が含まれる。

心身医学療法(1回につき)

1 入院中の患者	150点
2 1以外の場合	
イ 初診時	110点
ロ 再診時	80点

- ・入院中の患者については入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回、4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回を限度として算定。
- ・入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあっては週2回、4週間を超える期間に行われる場合にあっては週1回を限度として算定。
- ・20歳未満の患者に対して行った場合には所定点数に100分の100を加算。

心身医学療法についても、3剤以上投与の場合の減算規定は設けられていない。

向精神薬の処方に関するまとめ

		精神科継続外来支援・指導料	通院・在宅精神療法	心身医学療法
趣旨		入院中の患者以外の患者であって対象精神疾患のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たるものに対して、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継続して行う場合を評価したもの	入院中の患者以外の患者であって、対象精神疾患のために社会生活を営むことが著しく困難な者（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上をはかるための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療を評価したもの	心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的疾病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は疾病からの回復を図る治療を評価したもの
点数		55点	1 精神保健指定医の初診 700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	1 入院中の患者 150点 2 入院中以外の患者 イ 初診時 110点 ロ 再診時 80点
算定回数		1日につき1回	退院後4週間以内 週2回 その他の場合 週1回	入院中の患者 入院の日から4週間以内 週2回 入院の日から4週間超 週1回 入院中の患者以外 初診日から4週間以内 週2回 初診日から4週間超 週1回
薬剤管理	加算	特定薬剤副作用評価加算 25点 (通院・在宅精神療法と合わせて月1回)	特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)	なし
	多剤投与の減算規定	1回の処方において、抗不安薬又は睡眠薬を3剤以上投与した場合には、所定点数の100分の80。	なし	なし

抗不安薬・睡眠薬の減算規定は精神科外来支援・指導料にはあるが他にはない。
また、抗精神病薬は減算の対象外である。

抗精神病薬の多剤大量投与の安全で効果的な是正に関する臨床研究

対象

- ・全国50施設から統合失調症患者163名(介入群101名、対照群62名)
- ・163名の平均抗精神病薬投与量(mg): 2.6 ± 0.8 剤($1,010.6 \pm 283.9$ mg (CP換算))
介入群(n=101): 2.5 ± 0.7 剤($1,027.1 \pm 293.7$ mg)
対照群(n=62): 2.7 ± 0.9 剤(987.2 ± 269.7 mg)

方法

- ・低力価抗精神病薬: CPZ換算100mg等価量が10mg以上・・・最大25mg CPZ/週で減量
- ・高力価抗精神病薬: CPZ換算100mg等価量が10mg以下・・・最大50mg CPZ/週で減量
(薬剤ごとのCP等価換算および減量可能量・剤数表あり)
- ・12～24週かけて最大上記速度で減量(減量単純化)

結果

- ・介入群は24週後に 2.5 ± 0.7 剤($1,027.1 \pm 293.7$ mg)
→ 1.9 ± 0.7 剤(793.7 ± 305.0 mg)まで減量。
- ・減量単純化による精神症状や自律神経系副作用における悪化/改善は認めず、介入群において、悪化等による脱落は、対照群と比較し少なく、安全な介入であることが確認できた。

資料3. 遵守すべき薬剤ごとの減量最高速度

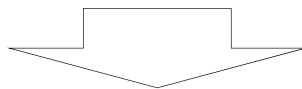
商品名	力価 分類	一週間 最大 減量高 (mg)	二週間 最大 減量高 (mg)	最小 容量 錠剤 (mg)	一週間 削減 可能 錠剤数	二週間 削減 可能 錠剤数	CP 100mg との等価 換算量 (mg)	当該薬剤 1mgの CP換算 量 (mg)
アビリット	低	50	100	50	1	2	200	0.5
インプロメン	高	1	2	1	1	2	2	50.0
ウィンタミン	低	25	50	12.5	2	4	100	1.0
エビリファイ	高	2	4	3	0	1	4	25.0
エミレース	高	2.25	4.5	3	0	1	4.5	22.2
オーラップ	高	2	4	1	2	4	4	25.0
クレミン	低	8.25	16.5	10	0	1	33	3.0
クロフェクトン	低	10	20	10	1	2	40	2.5
コントミン	低	25	50	12.5	2	4	100	1.0
ジブレキサ	高	1.25	2.5	2.5	0	1	2.5	40.0
スピロピタン	高	0.5	1	0.25	2	4	1	100.0
セレネース	高	1	2	0.75	1	2	2	50.0
セロクエル	低	16.5	33	25	0	1	66	1.5
デフェクトン	低	25	50	25	1	2	100	1.0
ドグマチール	低	50	100	50	1	2	200	0.5
トリフロベラジン	高	2.5	5	2.5	1	2	5	20.0
トリラホン	高	5	10	2	2	5	10	10.0
トロペロン	高	0.65	1.3	0.5	1	2	1.3	77.0
ニューレプチル	低	5	10	5	1	2	20	5.0

減量単純化によって、6ヶ月で約1000mgから介入後800mg程度まで安全に減量可能であった

抗精神病薬投与に係る課題と論点

【課題】

- ・主に統合失調症に使われる抗精神病薬の処方量が多いことが課題となっており、日本は諸外国と比べて抗精神病薬の処方量が多い。
- ・非定型抗精神病薬加算1については、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を規定しているが、非定型抗精神病薬加算2については特段の規定はない。
- ・現在、多剤処方に関する減算規定は、精神科継続外来支援・指導料にのみ規定されているが、通院・在宅精神療法、心身医学療法については多剤処方の減算規定は含まれていない。
- ・精神科継続外来支援・指導料の多剤処方の減算規定は、抗精神病薬が対象外となっている。



【論点】

- 適切な投薬を推進する観点から、非定型抗精神病薬加算2を削除することについてどのように考えるか。
- 通院・在宅精神療法、心身医学療法について、精神科継続外来支援・指導料と同様に、多量の処方を行った場合の減算についてどのように考えるか。
- 減算の対象薬剤に、抗精神病薬を加えることについてどのように考えるか。
- さらに、抗精神病薬の大量投与の減算基準については、●剤としてはどうか。

- ①精神科医療の現状と課題
- ②病床機能分化について
- ③精神患者の地域移行と地域定着について
- ④身体合併症への対応（総合病院精神科について）
- ⑤**その他**（抗精神病薬の処方、児童虐待について）

児童虐待について

【課題】

- ・ 児童相談所での児童虐待相談対応件数は増加し続けており、虐待による子どもの死亡人数も、年間100人前後で推移するなど深刻な状況である。
- ・ 児童精神科病院における新規外来患者の6%、新規入院患者の18%が被虐待児である。
- ・ 児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応の観点からも、児童相談所等と医療機関との積極的な連携が求められている。
- ・ 一方で、圏域に外来治療が可能な児童精神科医療機関がない児童相談所は4割以上、圏域に入院治療が可能な医療機関がない児童相談所は6割以上に登り、連携体制の整備が課題。

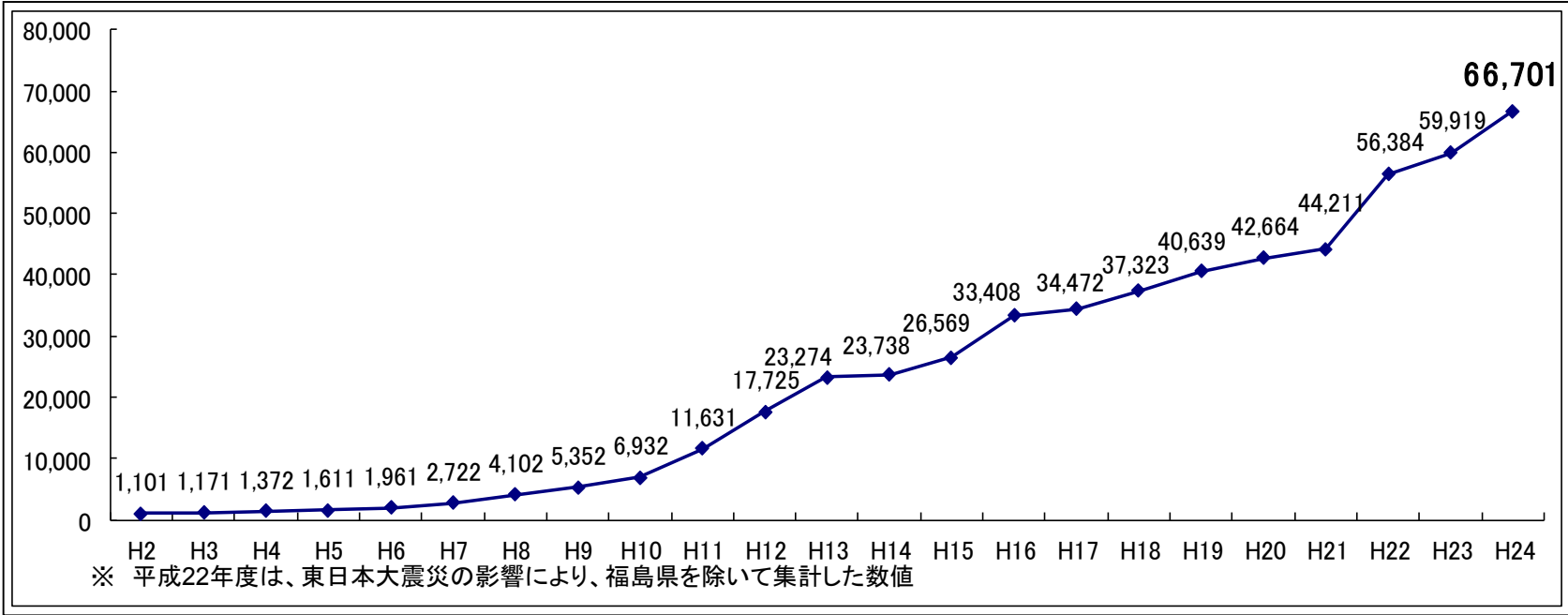


【論点】

- 被虐待児への適切な医療の提供を推進する観点から、児童・思春期の精神医療の経験を有する精神保健指定医等が児童相談所等と連携しつつ被虐待児の診療を行う体制を有する保険医療機関を評価をすることについて、どのように考えるか。

児童虐待相談の対応件数及び虐待による死亡事例件数の推移

○ 全国の児童相談所での児童虐待に関する相談対応件数



○ 児童虐待によって死亡した子どもの人数

	平成16年			平成17年			平成18年			平成19年(※)			平成20年度			平成21年度			平成22年度			平成23年度		
	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計	虐待死	心中	計
人数	50	8	58	56	30	86	61	65	126	78	64	142	67	61	128	49	39	88	51	47	98	58	41	99

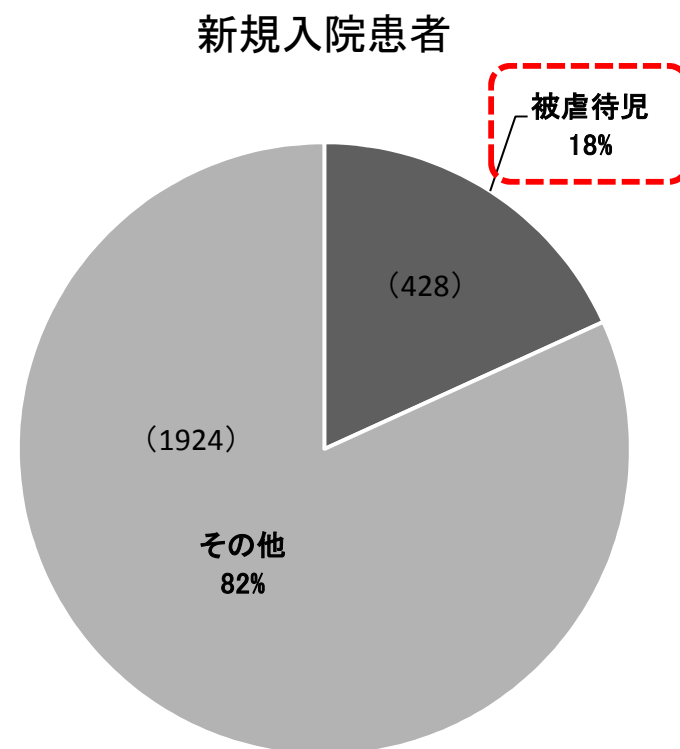
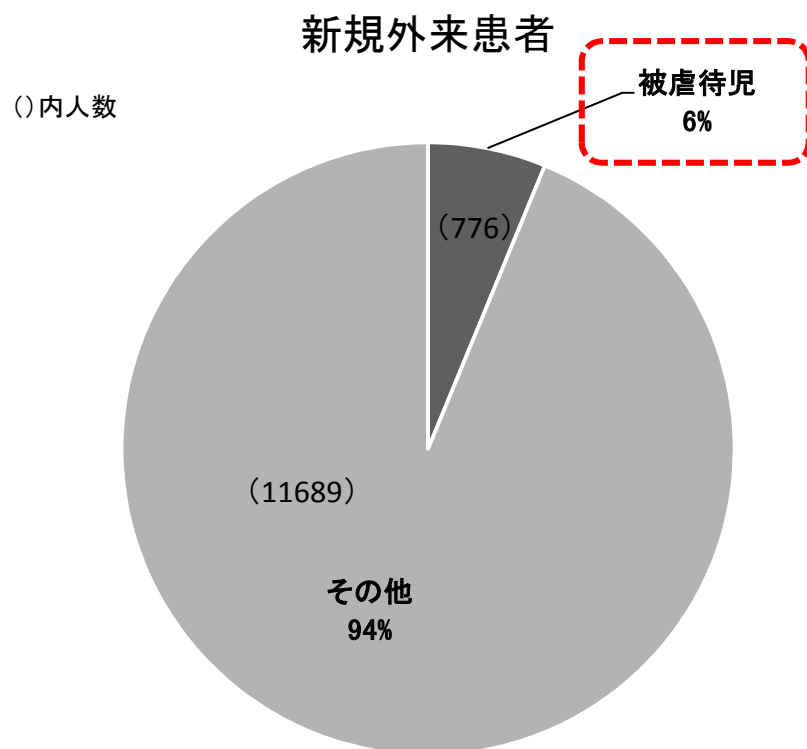
(※) 平成19年のみ平成19年1月1日～平成20年3月31日

出典：社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会「子どもの虐待による死亡事例等の検証結果等について」(第1次～第9次)より

児童相談所での児童虐待相談対応件数は増加し続けている。虐待による子どもの死亡人数も高い水準で推移。

児童精神科病院における被虐待児の割合

全国児童青年精神科施設協議会に所属する児童精神科病院(34施設)における
平成23年度の新規外来・入院患者における被虐待児の割合



児童精神科における新規外来患者の6%、新規入院患者の18%が被虐待児である

児童虐待防止における児童相談所・市区町村と医療機関との連携強化について

※H24.11.30付け「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」(厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、母子保健課長通知)をもとに作成

医療機関の主な役割

◎医療機関は、児童相談所や市区町村に養育支援が特に必要な家庭の情報提供や虐待に関する通告を行い、支援につなぐ。

- ・ 子どもだけではなく、親の状況にも着目する必要。
- ・ 小児科のほか、産科や精神科、歯科等の役割も重要。

◎児童相談所や市区町村と情報を共有し、支援方針等を検討、連携して必要な支援を行う。

発生予防

- 養育支援が特に必要な家庭
(要支援児童、特定妊婦)の情報
提供 等

早期発見・早期対応

- 虐待があったと疑われる子ども、
虐待を受けた 子どもの通告 等

支援

- 虐待による身体的・精神的問題
の評価・治療
- 治療を通じた見守り
(養育環境の把握など) 等

※守秘義務と個人情報保護との関係

児童虐待の防止や対応のために児童相談所や市区町村に必要かつ相当な範囲で行う「情報提供」や、児童相談所や市区町村への「通告」は、正当な行為や第三者提供禁止の除外規定に該当し、基本的に守秘義務や個人情報保護に係る規定違反とはならない。

医療機関の具体的な取組

- 市区町村の要保護児童対策地域協議会に参加することや児童相談所・市区町村と連携した対応をとること。
 - ✓ 平素からの連携・情報共有(情報提供するケースの目安や虐待が疑われる場合の対応などについて認識を共有)。
 - ✓ 支援につなげるべきケースの情報提供、通告。
 - ✓ 個別ケースへの支援(個別ケース検討会議で支援方針、役割分担を協議し、連携して支援)。
 - ✓ 要保護児童対策地域協議会に参加できない場合(広域から患者が受診する医療機関等)は、近隣の市区町村等と個別ケースに関する情報提供・共有の枠組みづくりに協力すること。
- 個別ケースにおいて、患者本人等から「診療情報」等の個人情報の提供等を求められた場合の取扱いについて児童相談所・市区町村と協議しておくこと。
- 児童相談所・市区町村の虐待対応の調査に協力すること。
- 医療機関内の虐待対応の体制を整えること。

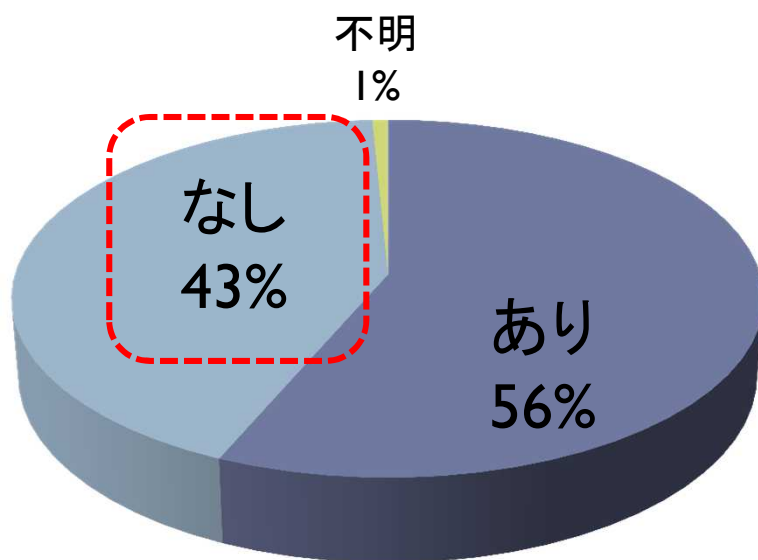
児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応の観点からも、
児童相談所等と医療機関との積極的な連携が求められている。

児童相談所の圏域における児童精神科医療機関の状況

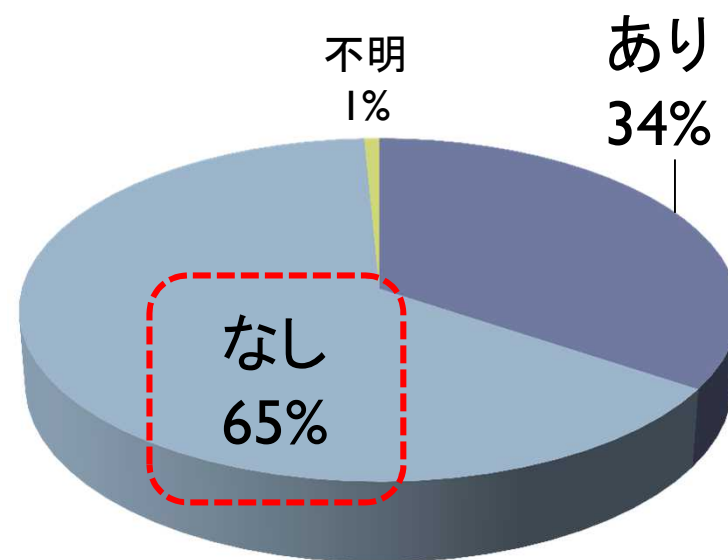
平成23年9月 全国の児童相談所(224施設)へ郵送によるアンケート調査 (回収率 59% n=131)

児童相談所の圏域に外来治療可能または入院治療可能な児童精神科医療機関が存在するかどうかについて調査

外来治療が可能な児童精神科医療機関



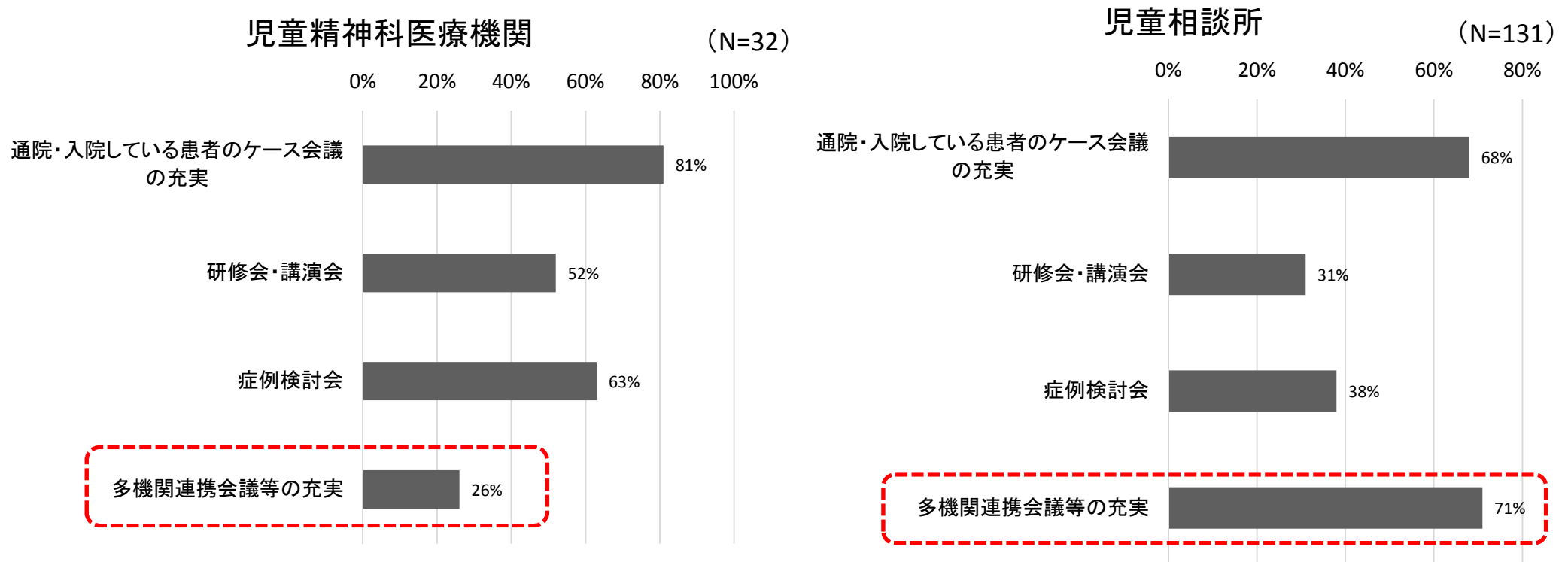
入院治療が可能な児童精神科医療機関



圏域に外来治療が可能な児童精神科医療機関がない児童相談所は4割以上、圏域に入院治療が可能な医療機関がない児童相談所は6割以上に登り、連携体制の整備が課題となっている

児童虐待対策において今後必要な連携活動

全国児童青年精神科医療施設協議会加盟医療機関と
全国の児童相談所へのアンケート調査(平成22～23年度)



地域の連携会議の充実が児童相談所において最多であるが、医療機関においては最も低くなっている



児童相談所からの連携のニーズに対して、医療機関の意識のずれがある

児童虐待について

【課題】

- ・ 児童相談所での児童虐待相談対応件数は増加し続けており、虐待による子どもの死亡人数も、年間100人前後で推移するなど深刻な状況である。
- ・ 児童精神科病院における新規外来患者の7%、新規入院患者の18%が被虐待児である。
- ・ 児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応の観点からも、児童相談所等と医療機関との積極的な連携が求められている。
- ・ 一方で、圏域に外来治療が可能な児童精神科医療機関がない児童相談所は4割以上、圏域に入院治療が可能な医療機関がない児童相談所は6割以上に登り、連携体制の整備が課題。



【論点】

- 被虐待児への適切な医療の提供を推進する観点から、児童・思春期の精神医療の経験を有する精神保健指定医等が児童相談所等と連携しつつ被虐待児の診療を行う体制を有する保険医療機関を評価をすることについて、どのように考えるか。