

個別事項 (その2:精神医療)

平成27年10月23日

本日の内容

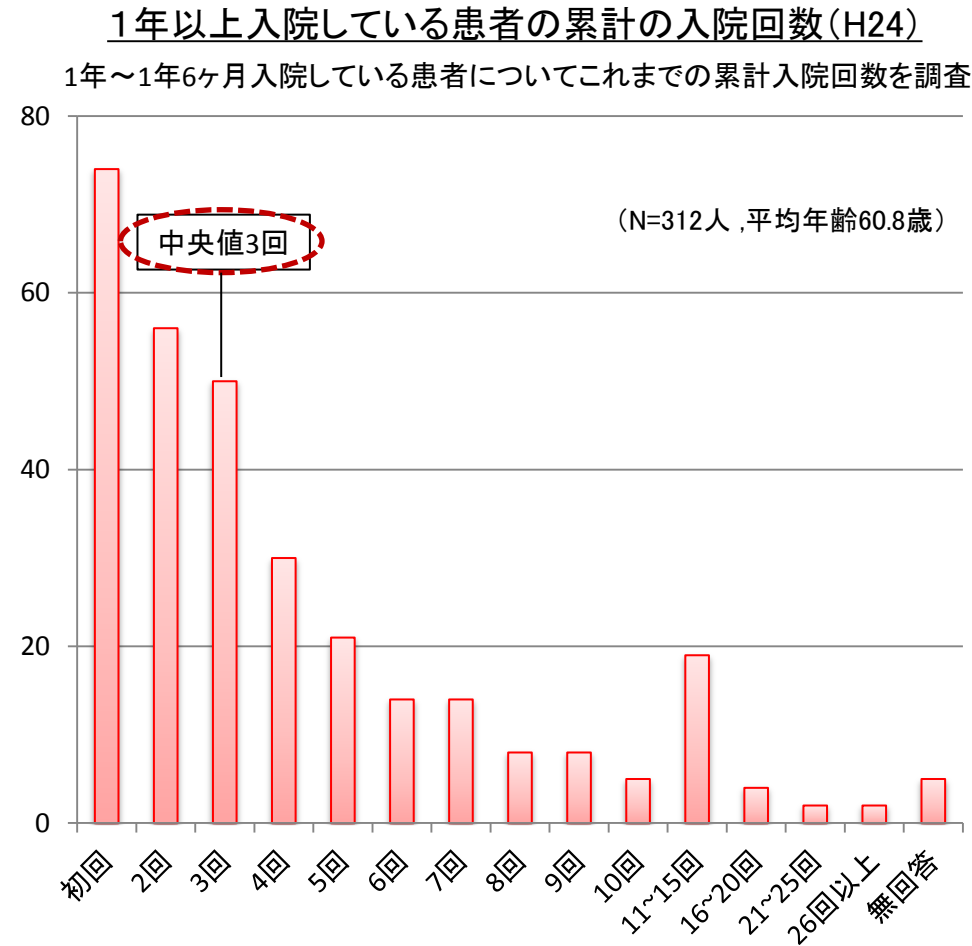
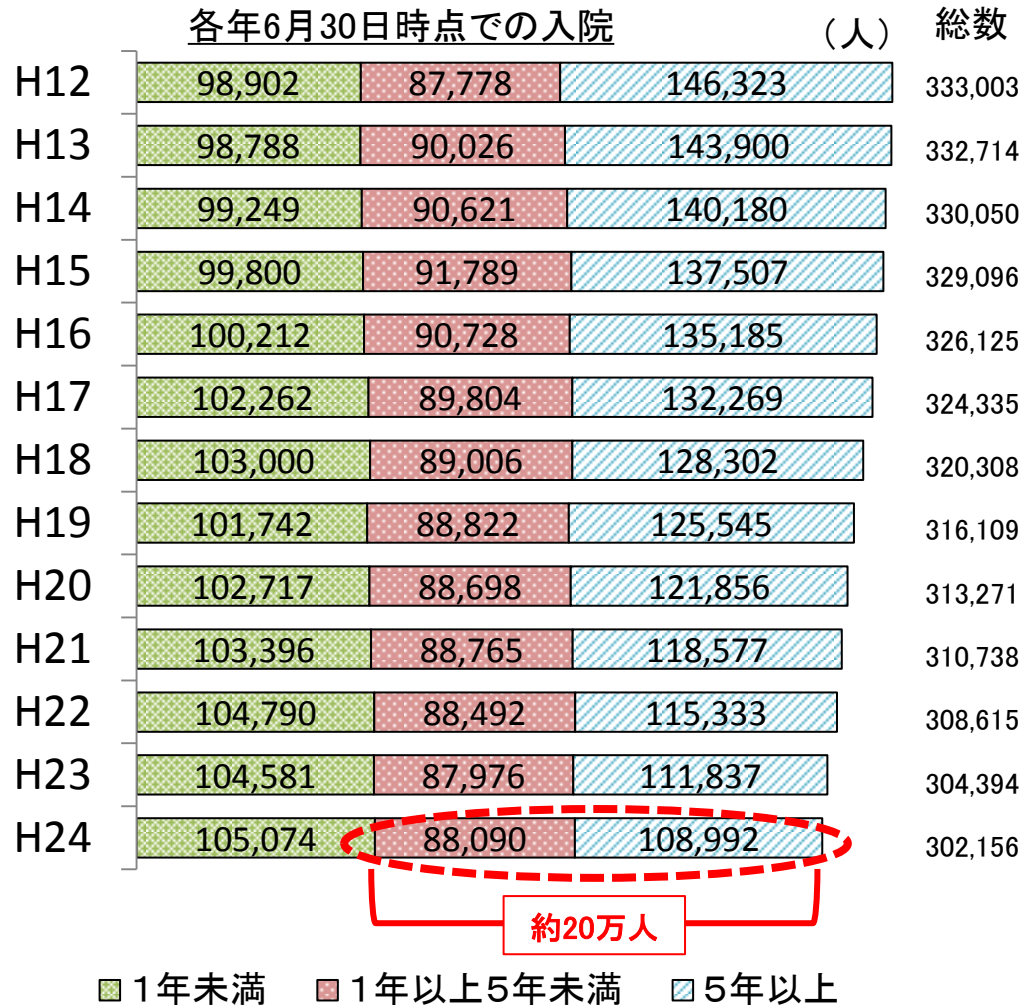
1. 長期入院患者の地域移行等について
2. 身体合併症について
3. 児童・思春期の精神医療について
4. 薬物依存症について
5. 認知症対策について
6. 抗精神病薬の減薬にかかる取組について
7. 精神科デイ・ケア等について

1. 長期入院患者の地域移行等について
 - 1) 地域移行を促進する取組の評価について
 - 2) 精神科重症者早期集中支援管理料について

1. 長期入院患者の地域移行等について
 - 1) 地域移行を促進する取組の評価について
 - 2) 精神科重症者早期集中支援管理料について

精神科入院患者の現状

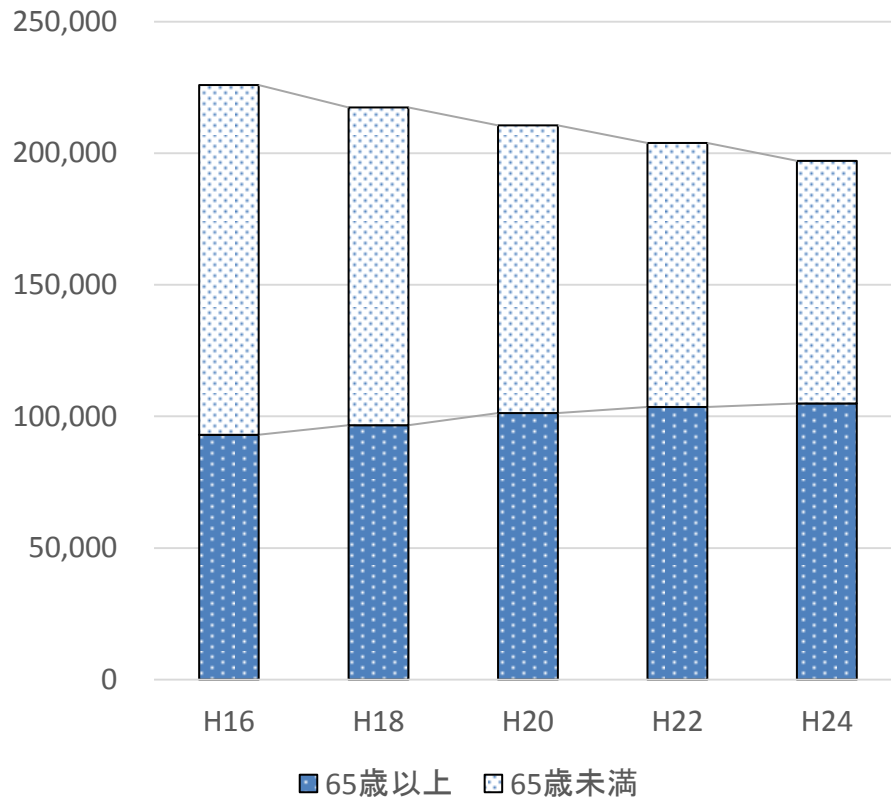
- 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約20万人、うち5年以上が約11万人であり、在院期間が1年を超える長期入院患者の多くは入退院を繰り返している。



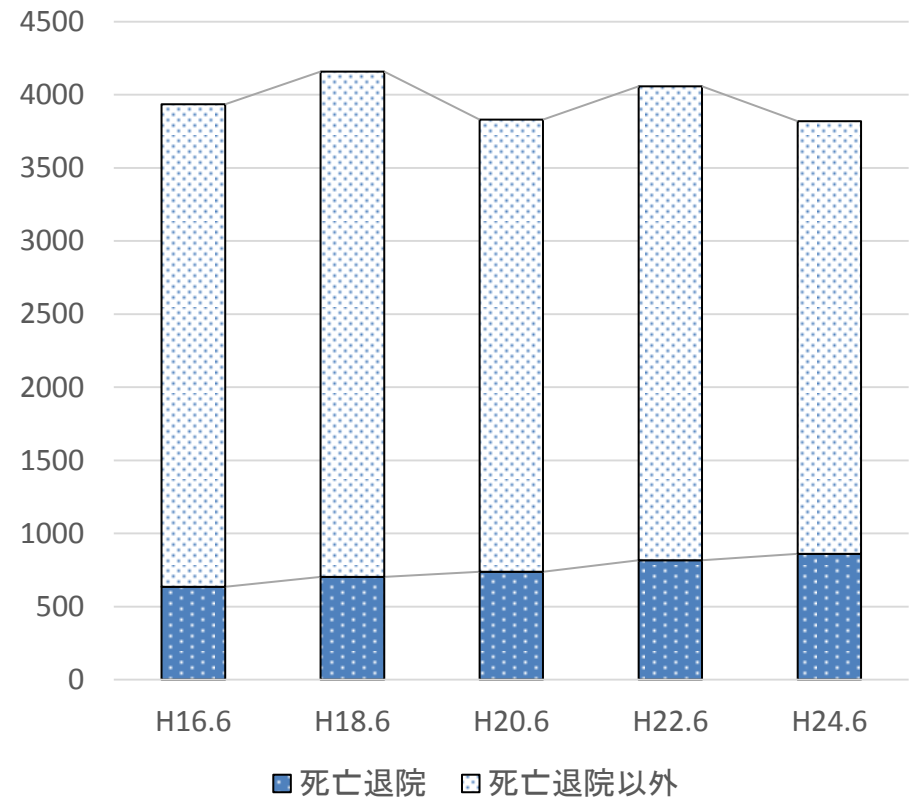
精神科長期入院患者の現状

- 入院期間が1年以上の患者は減っているが、65歳以上の高齢者に限るとその数は増加している。
- 入院期間が1年以上の患者の退院のうち、死亡退院の数は増加している。

1年以上入院している患者数の推移

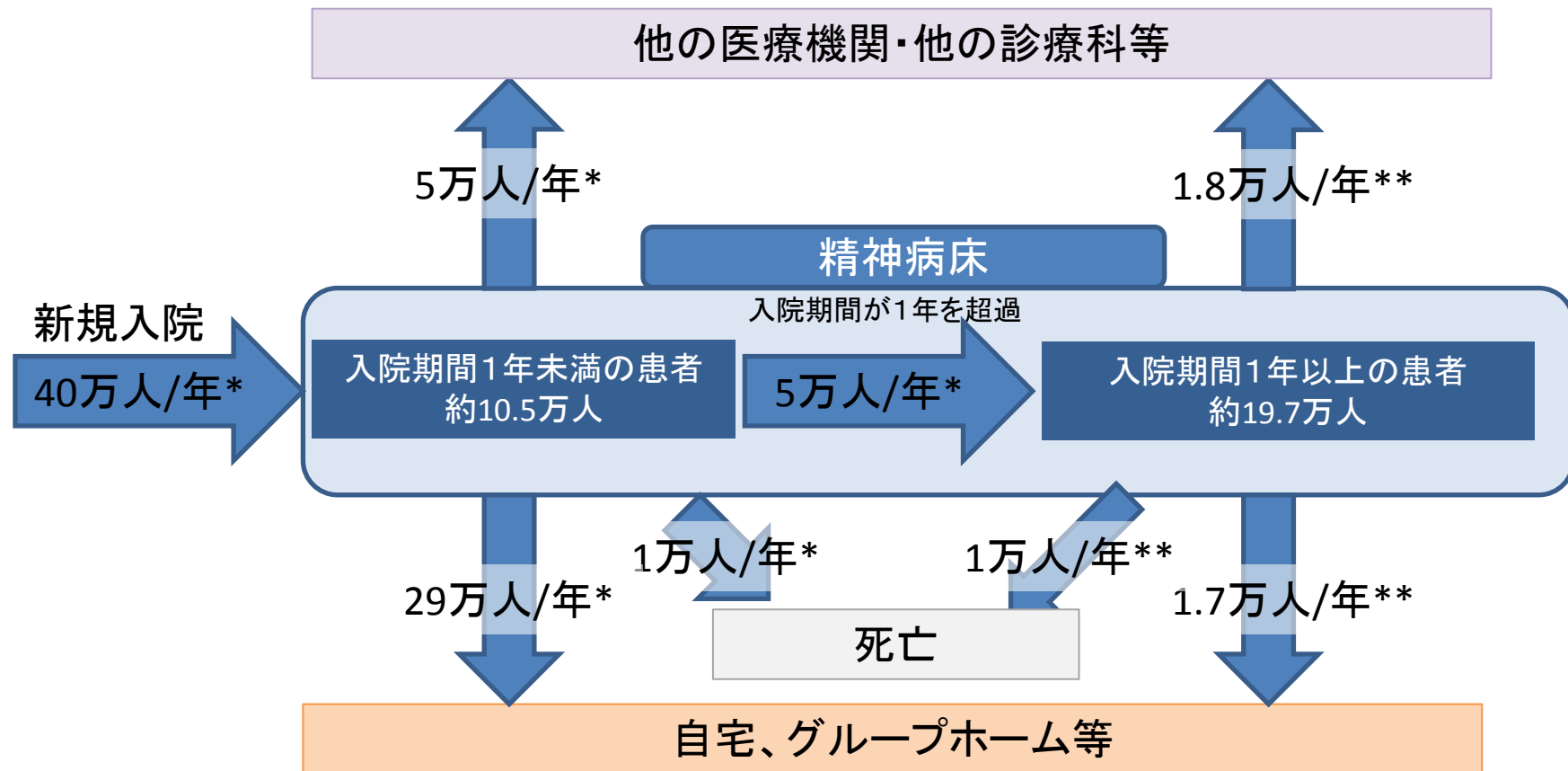


1年以上入院していた患者の退院数



精神科入院患者の現状

- 入院期間が1年以上の精神科入院患者の数は、近年減少傾向にあるが、新たに入院期間が1年以上になる者と退院・転院等になる者の数が拮抗しているため、減少幅は小さい。
- 入院期間が1年以上の精神科入院患者の退院のうち、約2.8万人(約62%)が死亡退院または転科・転院であった。



*平成23年6月入院者の1年間の入退院実績に基づく数(年あたり)

**平成24年6月の退院実績から推計した数(年あたり)

精神科長期入院患者の現状

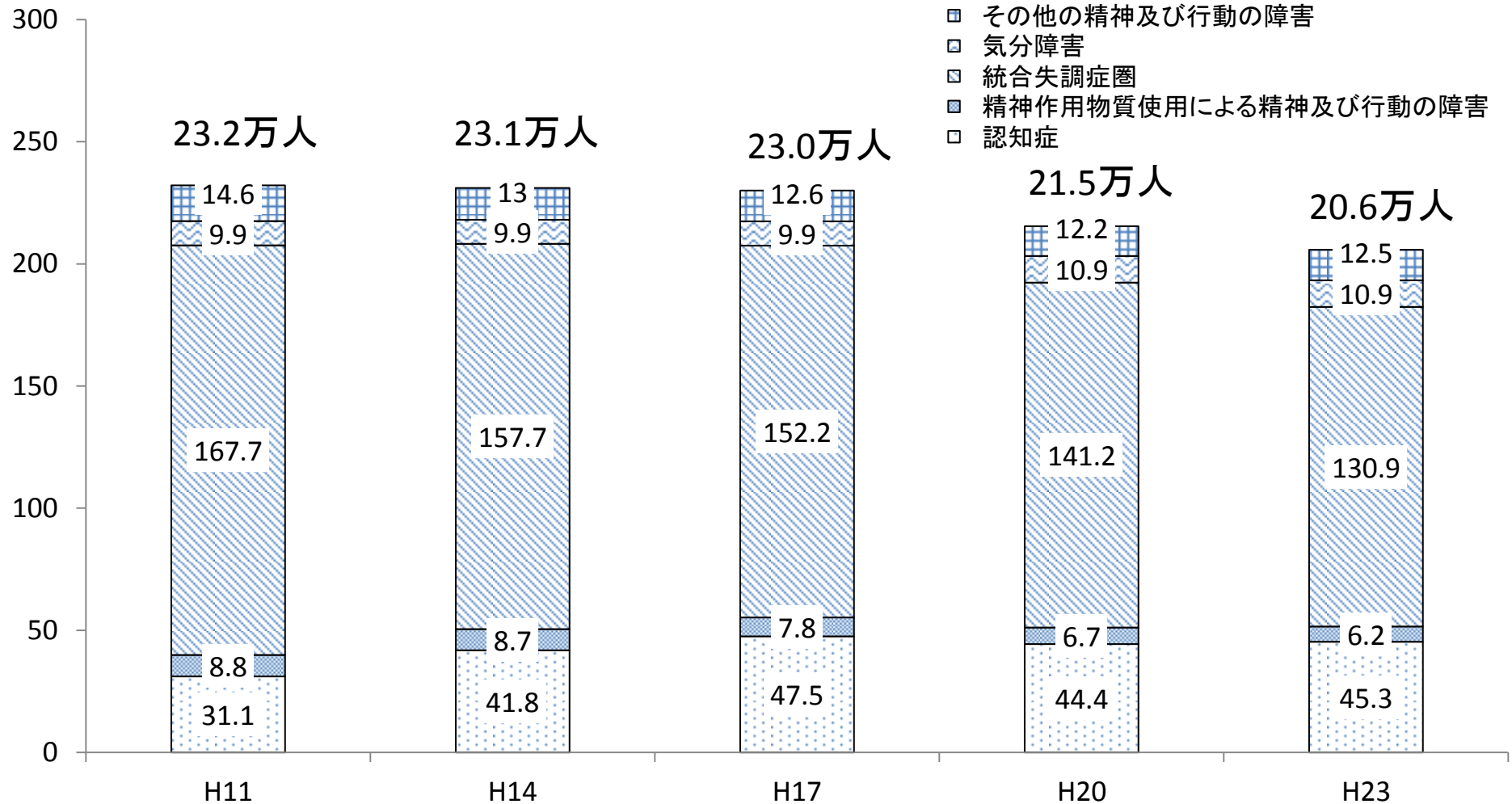
- 1年以上の長期入院者の多くが、精神科救急入院基本料(15対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料1を届け出た病床に入院している。

入院料	精神科を持つ医療機関における 届出病床数	1年以上の入院患者数
精神科救急入院料1	4,814	72
精神科救急入院料2	461	37
精神科救急・合併症入院料	435	9
精神科急性期治療病棟入院料1	11,939	819
精神科急性期治療病棟入院料2	2,474	1,299
精神療養病棟入院料	95,748	77,867
認知症治療病棟入院料1	29,790	18,027
認知症治療病棟入院料2	2,118	1,436
特殊疾患病棟入院料	3,397	2,753
児童・思春期精神科入院医療管理料	576	40
医療観察法入院対象者入院医学管理料	652	336
10対1入院基本料	1,148	414
13対1入院基本料	7,048	3,117
15対1入院基本料	121,450	77,625
18対1入院基本料	8,613	6,169
20対1入院基本料	3,206	2,429
特別入院基本料	3,399	2,607
特定機能病院入院基本料(7対1)	189	1
特定機能病院入院基本料(10対1)	344	1
特定機能病院入院基本料(13対1)	934	26
特定機能病院入院基本料(15対1)	1,246	512
その他	2,175	1,486

1年以上入院している精神科患者数の推移

○ 入院期間が1年以上の患者の疾患の半数以上は統合失調症圏である。

単位:千人



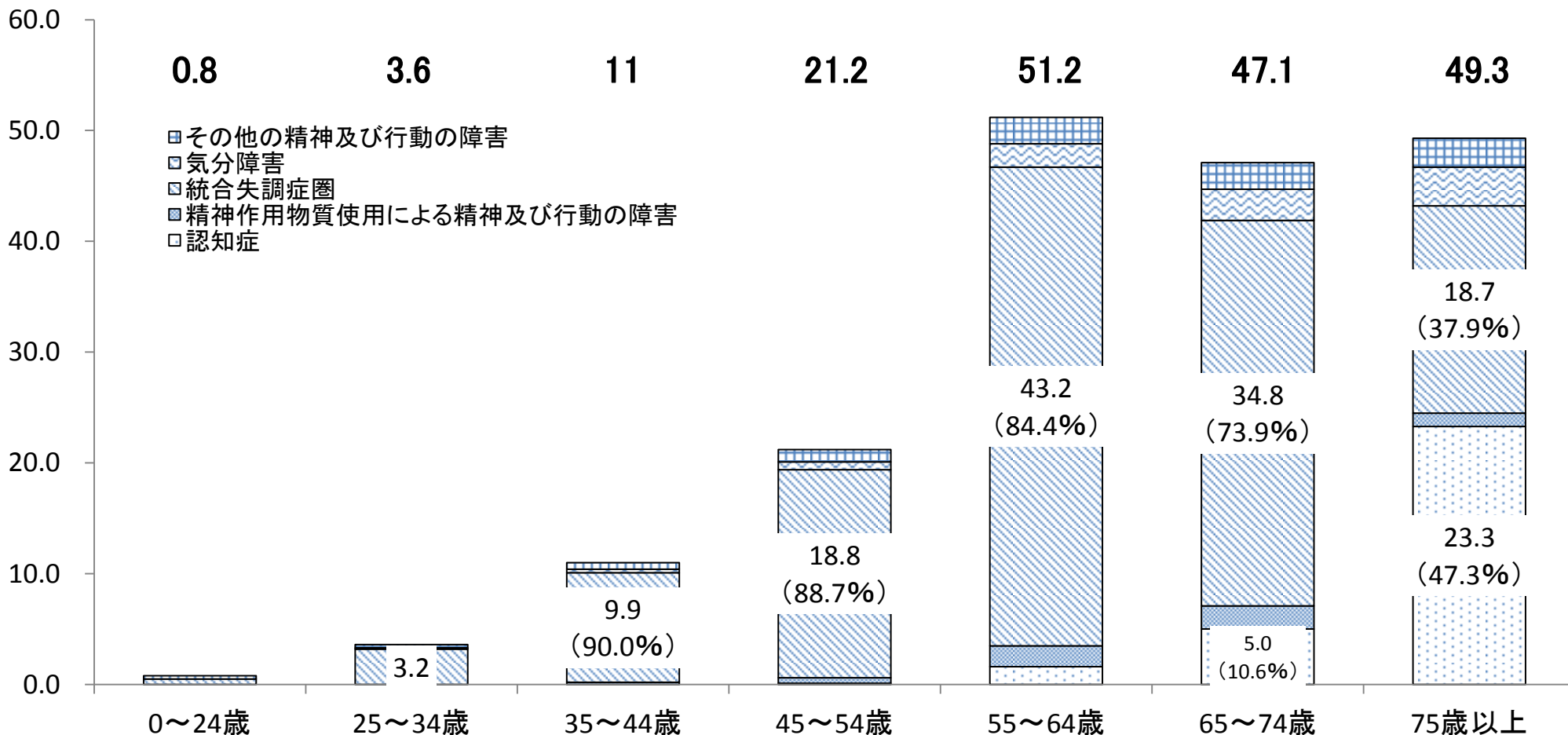
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

出典: 患者調査

1年半以上入院している精神科患者数(年齢階級別)

- 1年半以上の入院者は55歳以上で多く、そのうち74歳までは統合失調症圏の患者が70%以上を占める。
- 一方、75歳以上の入院者では、認知症の患者が50%近くを占める。

単位:千人



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

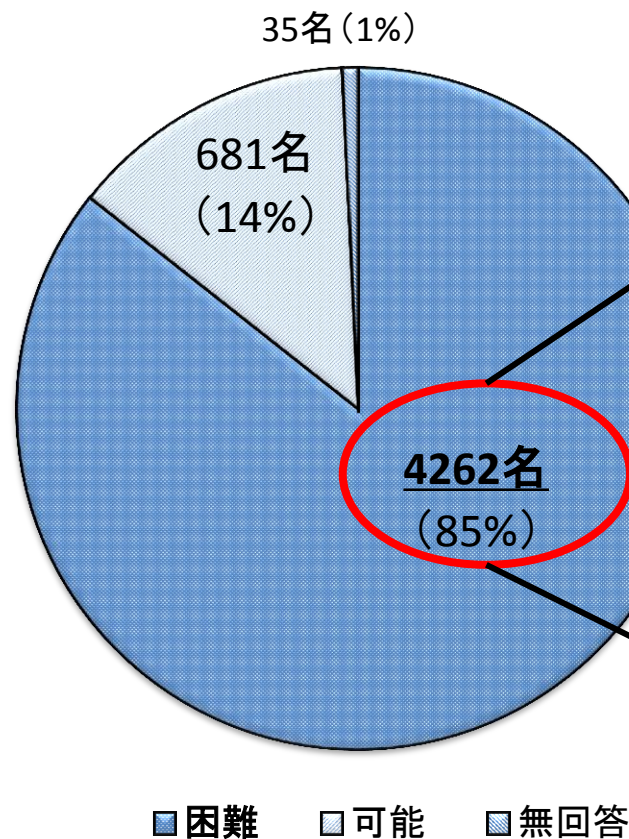
※「不詳」を除く。

出典:平成23年患者調査 10

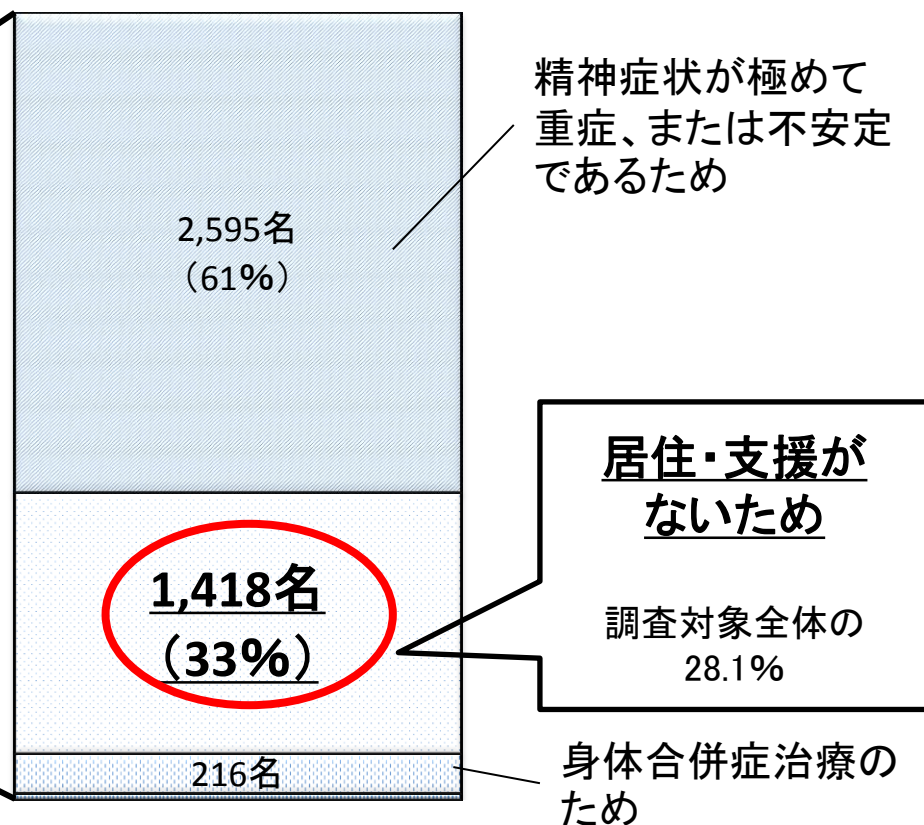
精神科病院における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の 退院可能性、退院困難理由

- 1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
- 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。

調査日時点の退院可能性



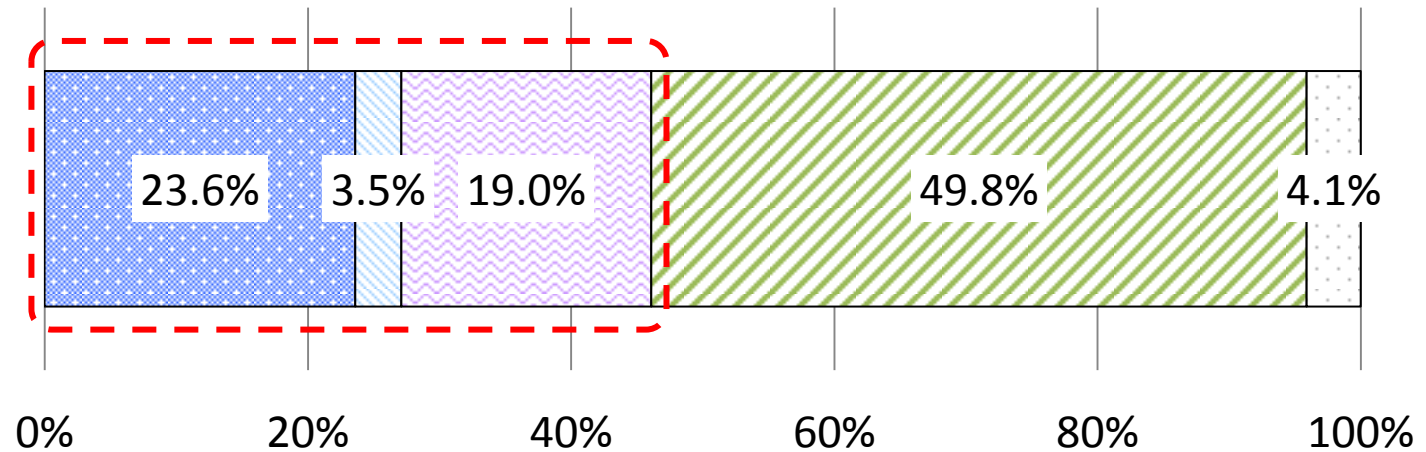
退院困難理由



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の約1／2が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。

精神療養病棟入院
患者(n=1409)



- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

長期入院精神障害者の地域移行

- 長期入院精神障害者の地域生活への移行については、改正精神保健福祉法に基づく指針や、長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会のとりまとめにおいて、方向性や具体策が示されている。
- 精神医療を良質かつ適正なものとし、新たな長期入院精神障害者が生じることを防ぐには、精神障害者本人に対する支援のみならず、将来的に不必要な病床を削減するといった構造改革が必要とされている。

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(概要)(抄) (厚生労働省告示第65号)(平成26年4月)

第一 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性 (長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会のとりまとめ)(平成26年7月)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

[ア]退院に向けた支援

[ア-1]退院に向けた意欲の喚起

[ア-2]本人の意向に沿った移行支援

[イ]地域生活の支援

[ウ]関係行政機関の役割

3. 病院の構造改革

- 入院医療については、精神科救急等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

長期入院患者の地域移行を図るために求められる病床の機能

- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床では、地域移行をより一層進めるため、地域移行への支援や訓練に必要な職種の重点的な配置や、より実際の地域生活につながる内容となるよう充実を図った訓練等の実施を検討することとされている。

急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において
地域移行機能を強化する方策（「長期入院患者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」より抜粋）

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討。

●スタッフの配置等

- ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置
- ・病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を実施

●外部との交流

- ・保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進

●訓練等の実施

- ・計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成等により可能な限り早期に退院できるよう支援
- ・適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等自己管理のための訓練の実施。
- ・リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）において、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等地域生活の実践的なプログラム等を積極的に実施
- ・地域生活を送る精神障害者と同程度にデイケアを受けられる機会の確保

●その他

- ・退院後に利用可能な障害福祉サービスや介護保険サービスの検討と準備

急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床については、適正化され将来的に削減されることとなる。

(参考)精神病床における長期入院患者の地域移行に関連した現行の評価

○精神病床における入院期間1年以上の患者の退院支援については、これまでに次のような評価が設けられてきた。

	精神病棟入院基本料	精神療養病棟入院料	認知症治療病棟入院料
退院調整加算 専従するPSW等を配置した退院支援部署において、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。	—	500点／退院時	300点／退院時
精神保健福祉士配置加算 ・病棟専任の精神保健福祉士が1名以上配置していること。 ・専従のPSWを配置した退院支援部署を設置していること。 ・措置入院患者等を除いた入院患者のうち7割以上が、入院日から起算して1年以内に退院し、患家または精神障害者施設へ移行すること。	30点／日	30点／日	—
精神科地域移行実施加算 入院期間5年以上の患者が1年間で5%以上減少していること。	10点／日	10点／日	—
精神科退院指導料 精神科地域移行支援加算 入院期間1年以上の患者等に対し、多職種協働で退院後に必要な保健医療福祉サービスに関する計画を作成し、指導を行った場合	200点／退院時	200点／退院時	200点／退院時

注)これらの加算等は、互いに併算定不可の場合がある。

地域移行を促進する取組の評価に係る課題と論点

【課題】

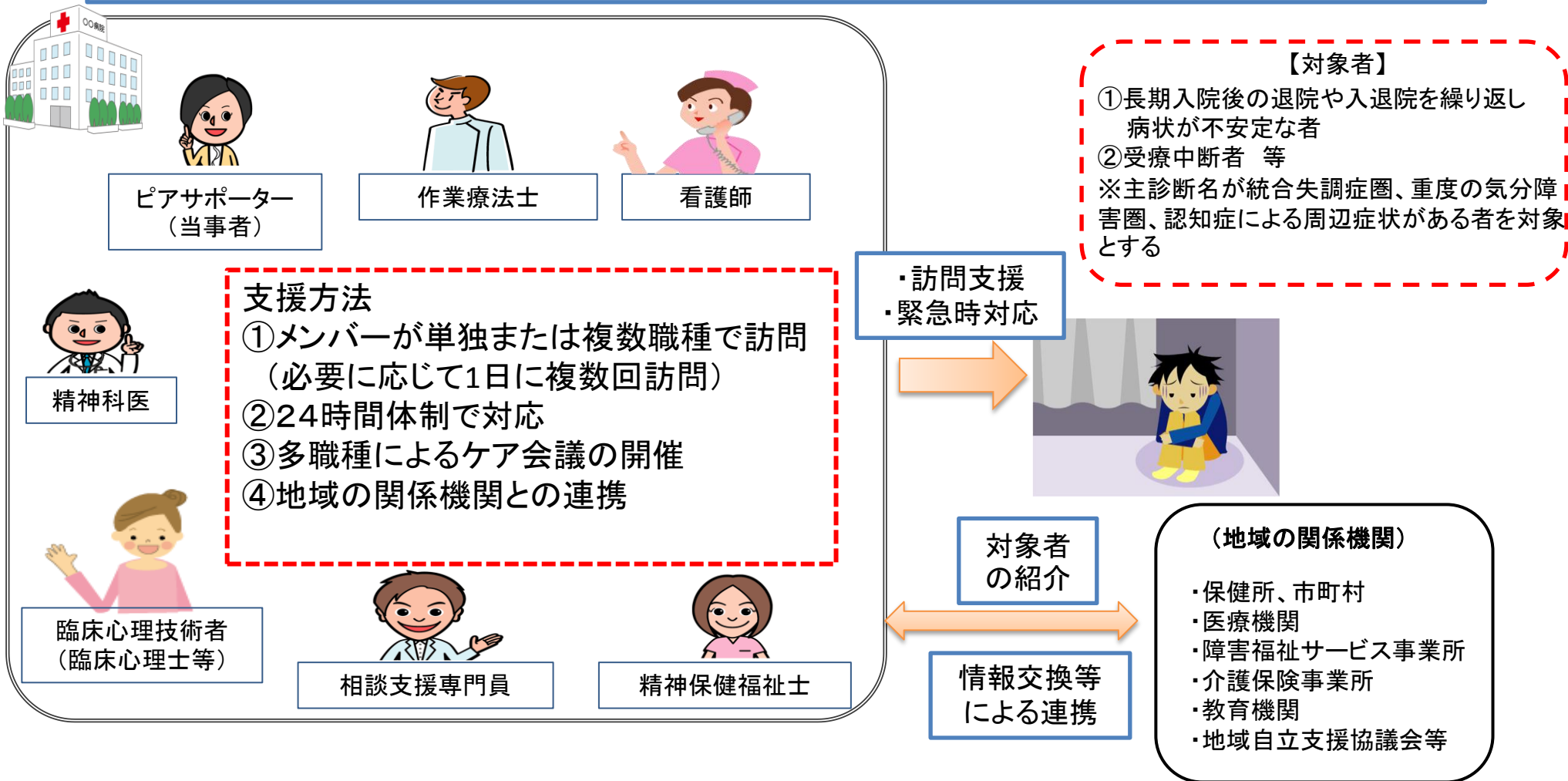
- 1年以上の長期入院患者は、依然として約20万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）に上っている。なお、長期入院患者の疾患は統合失調症が多いが、75歳以上の長期入院患者においては、認知症の割合も増してきている。
- 1年以上の長期入院患者のうち、14%は「退院可能」とされているほか、退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。
- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるためには、地域移行への支援等に必要な職種を厚く配置するほか、患者に対して、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施することが必要とされ、地域移行が進めば、病床は適正化され、将来的に削減できると考えられる。

【論点】

- 精神疾患患者の地域移行を一層推進するため、地域移行に必要な職種を重点的に配置し、患者の地域移行に必要な取組を徹底して実施するとともに、長期入院患者数や病床数を適正化する病棟への評価を設けてはどうか。

1. 長期入院患者の地域移行等について
 - 1) 地域移行を促進する取組の評価について
 - 2) 精神科重症者早期集中支援管理料について

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～

○ アウトリーチ支援を行った者では、再入院となる割合や、退院後6ヶ月間の平均入院総日数に低下が見られた。

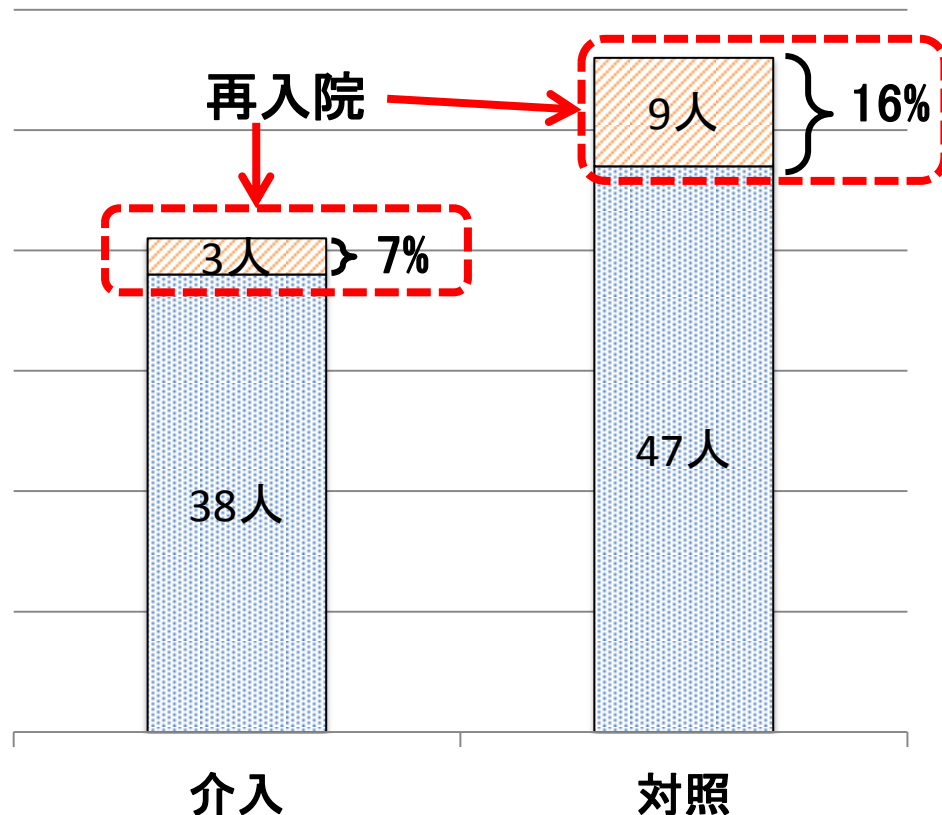
対象者: ①長期入院後の退院や入退院を繰り返し病状が不安定な者 ②受療中断者

※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

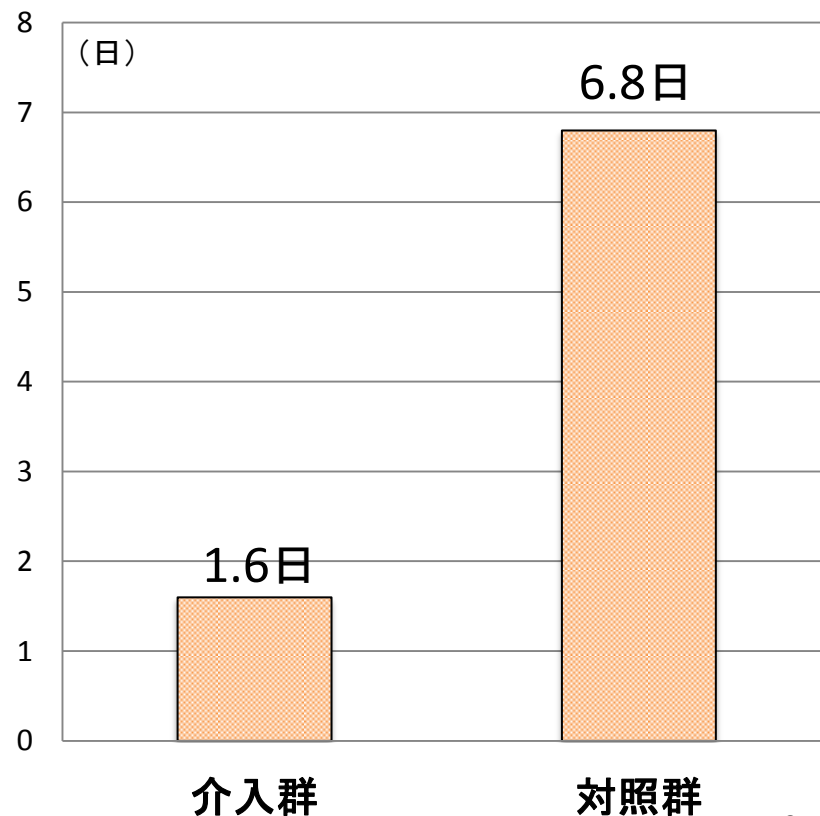
支援方法: ①メンバーが単独または複数職種で訪問 ②24時間体制で対応 ③多職種によるケア会議の開催 ④地域の関係機関との連携

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



➤ 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 900点 (2) (1)以外の場合 450点	ロ 同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合 740点 (2) (1)以外の場合 370点



精神科重症患者早期集中支援管理料②

[算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

[対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

[施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

届出医療機関数(平成26年7月1日現在)

- ・ 7医療機関(5病院、2診療所)

算定状況(NDBデータ(平成27年5月診療分)より)

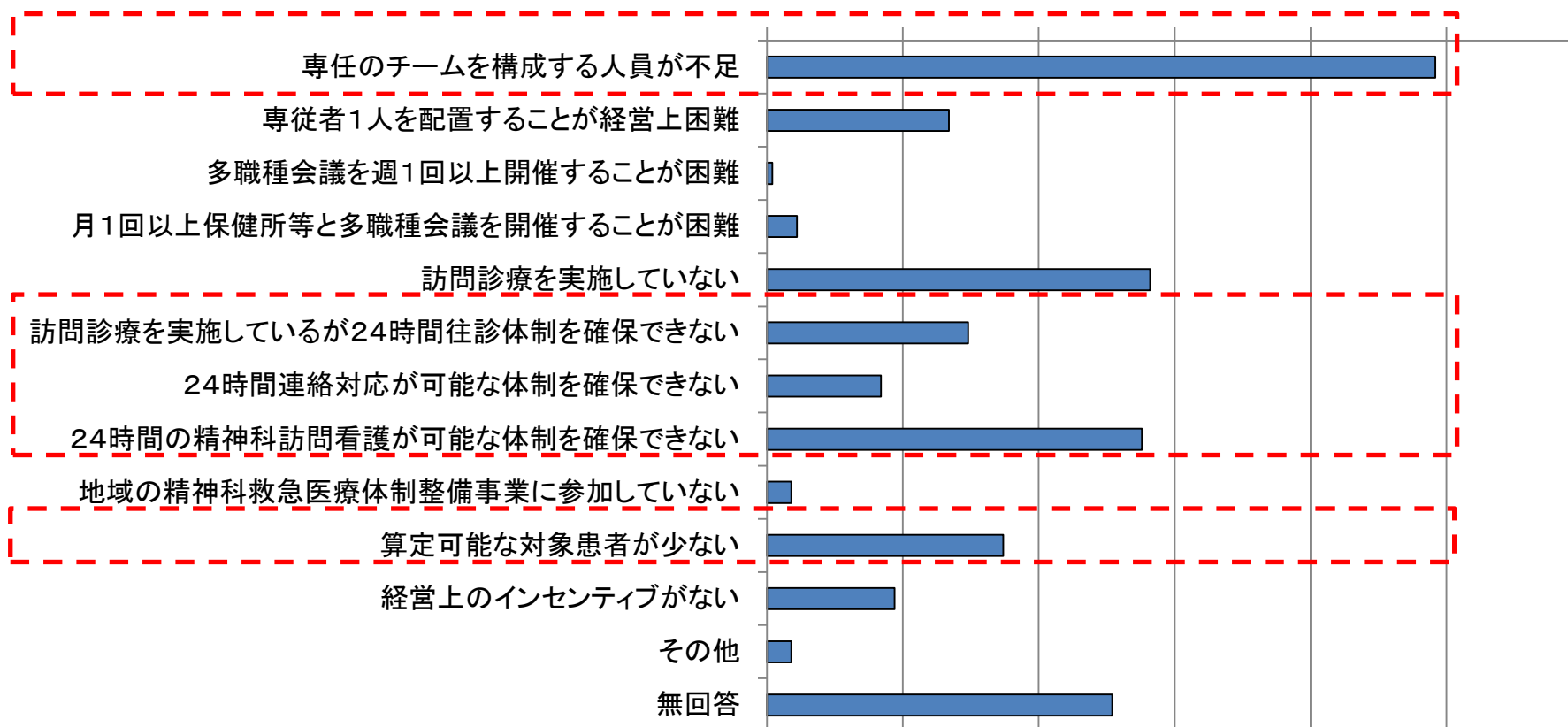
- ・ 10回未満

精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない理由

- 届出を行っていない理由としては、人員の不足、24時間の対応が可能な体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等の答えが多かった。

届出を行っていない最大の理由(単数回答、n=475)

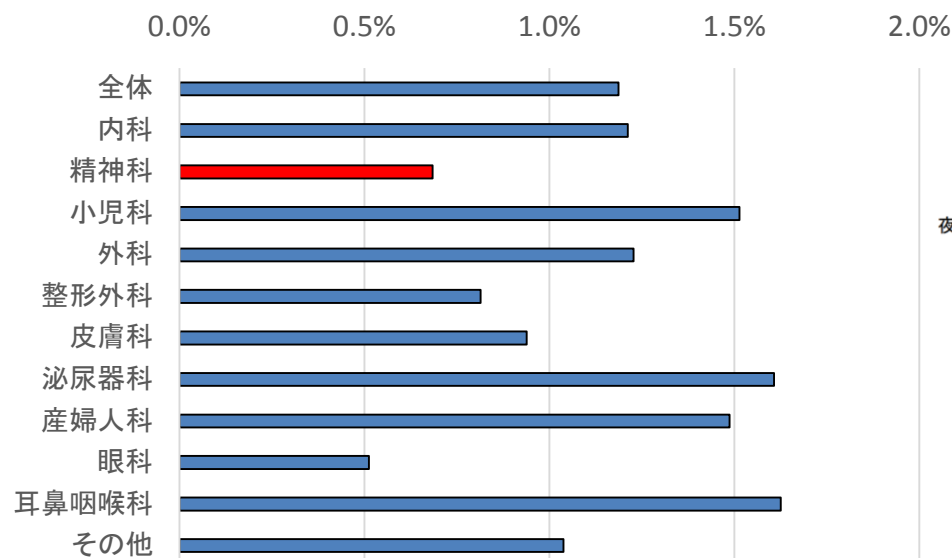
0% 5% 10% 15% 20% 25% 30%



精神科における夜間往診等の頻度

- 現行の精神科重症患者早期集中支援管理料においては、24時間、連絡を受けたり往診や訪問看護等を行うことができる体制を確保することとされている。
- 一方、夜間・深夜に、精神科の患者に対し往診や訪問看護が提供されることは少ない。

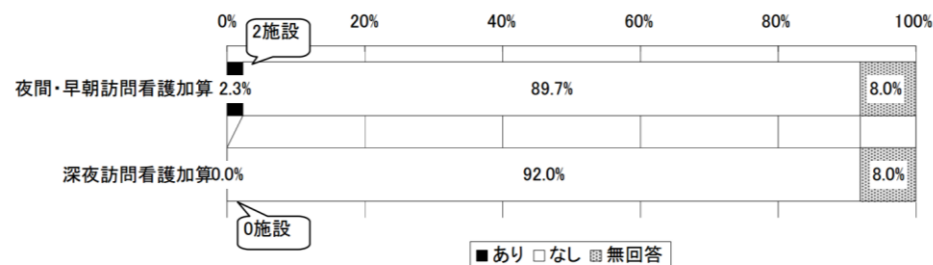
往診・訪問診療における夜間加算・深夜加算の算定割合



出典：平成26年度社会医療診療行為別調査

図表 243 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算 算定の有無

【精神科訪問看護（病院）】 n=87



出典：平成24年度検証調査

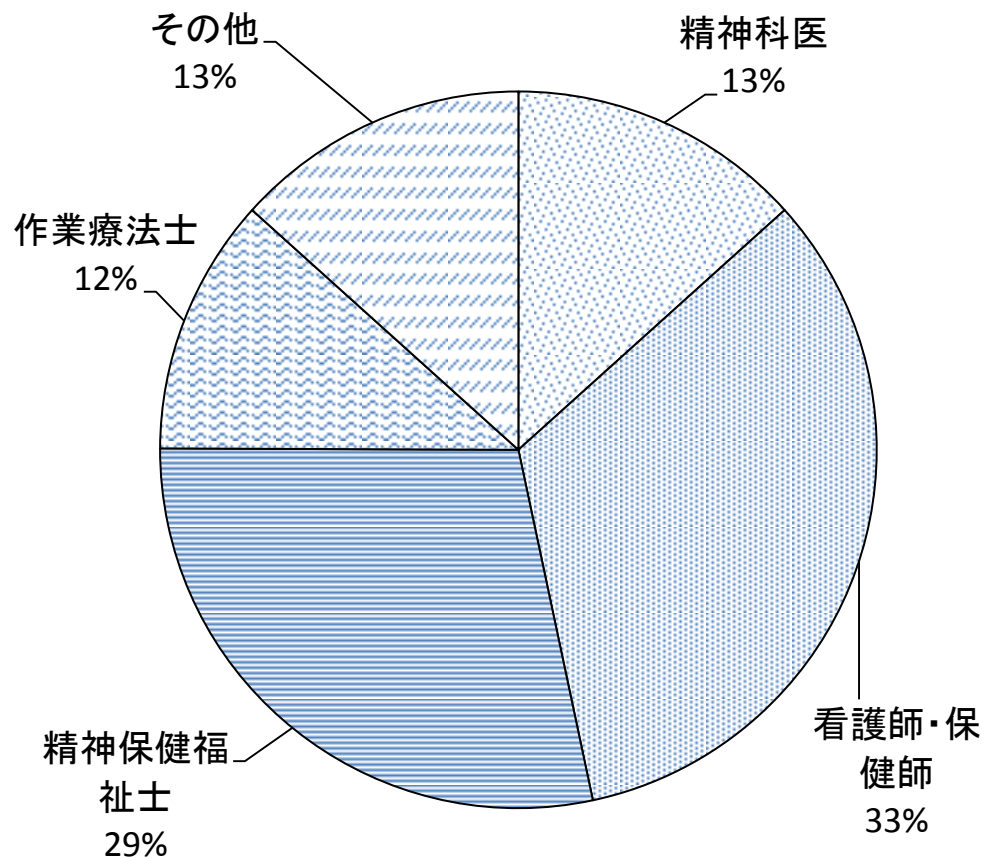
- ・ 精神障害者アウトリーチ推進事業において、往診、精神科訪問看護等のうち、夜間に行われたものは全体の1%未満（準夜帯0.7%、深夜帯0.1%）だった。

出典：平成23～25年度 障害者対策総合研究事業（精神障害分野） アウトリーチ（訪問支援）に関する研究（研究代表者：萱間真美）

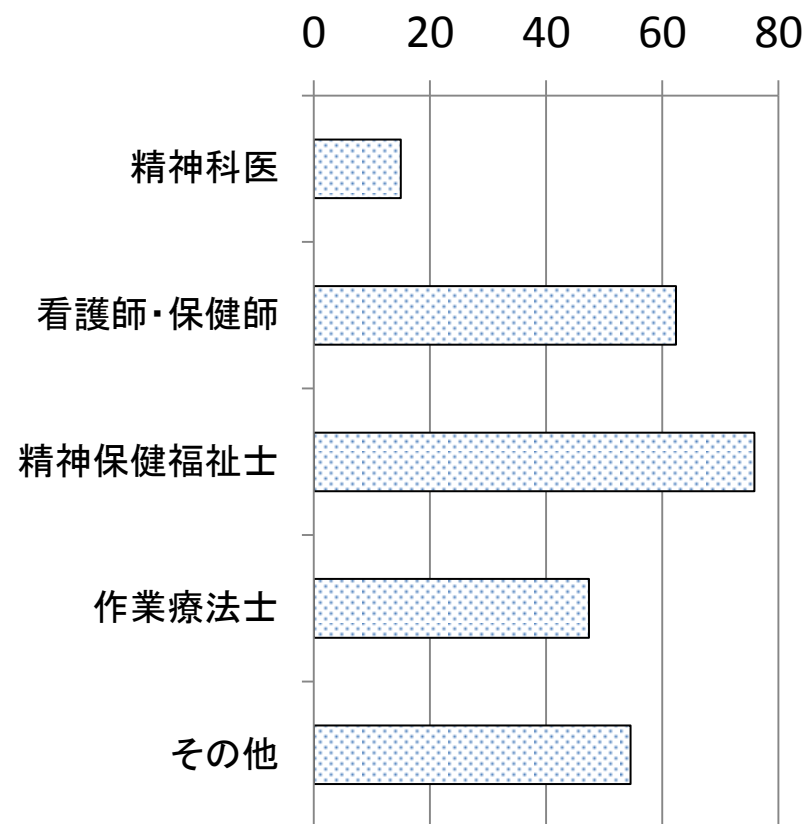
アウトリーチチームを構成する職種

- アウトリーチ推進事業におけるアウトリーチチームには、看護師・保健師や、精神保健福祉士が多く参加している。
- 職種別の一人あたり訪問回数では、精神保健福祉士がもっとも多かった。

アウトリーチチームの職種内訳



職種別一人あたりの訪問回数



※一人あたりの訪問回数は、アウトリーチ推進事業実施期間における、平成23年10月から26年1月の訪問回数(439名による24,030回の訪問)から算定。「その他」には臨床心理士、ピアサポーター、相談支援専門員を含む。

出典:平成23~25年度 障害者対策総合研究事業(精神障害分野) アウトリーチ(訪問支援)に関する研究(研究代表者:萱間真美)

精神科重症患者早期集中支援管理料と障害福祉サービスの同時利用

○ 精神科重症患者早期集中支援管理料と同時に利用できない障害福祉サービスが多い。

同時
利用
可能

居宅介護	居宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行う
重度訪問介護	重度の精神障害者に、居宅で、入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行う。
自立訓練（生活訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の向上のために必要な訓練を行う。

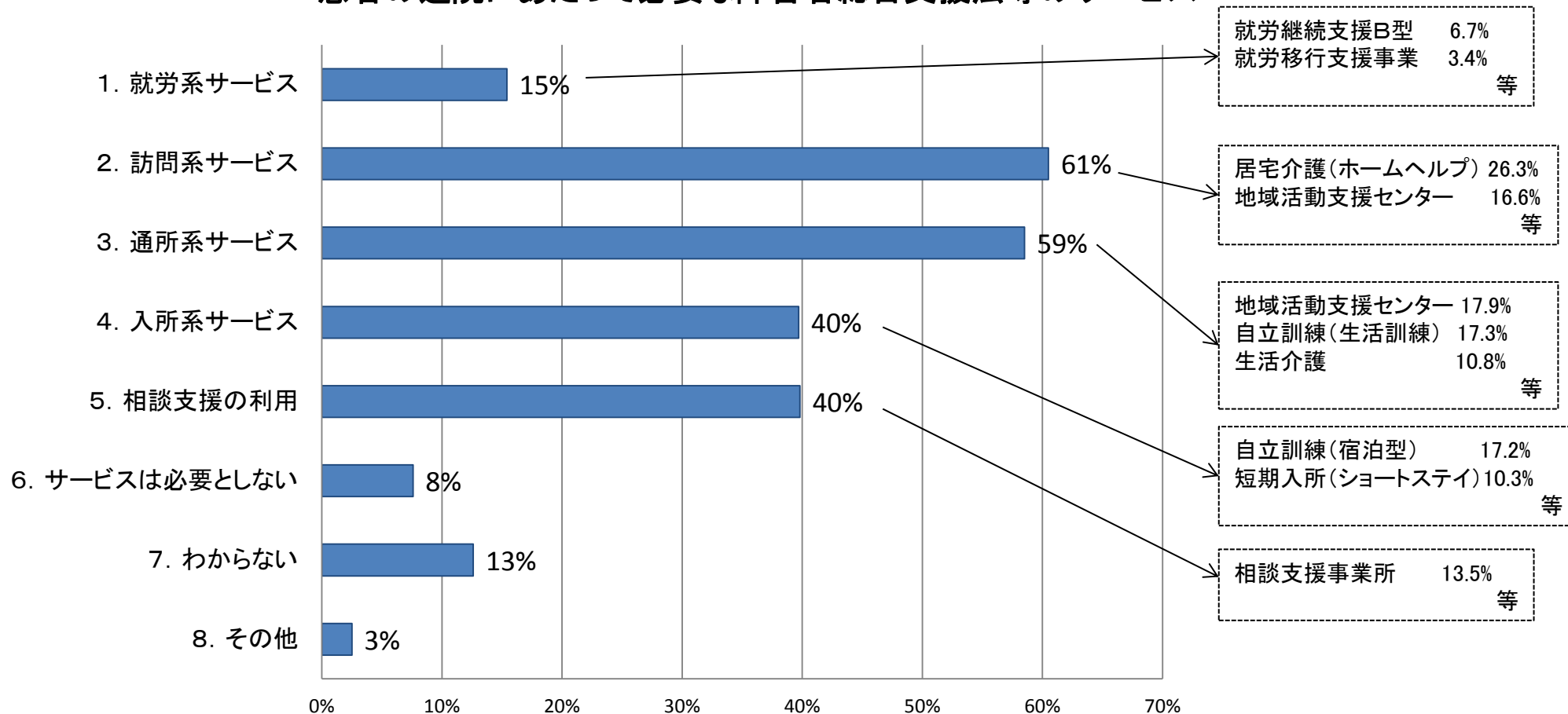
同時
利用
不可

行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う。
重度障害者等包括支援	常に介護を要する人に、居宅介護その他の障害福祉サービスを包括的に提供する。
短期入所	介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設等で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行う。
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する。
施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
自立訓練（機能訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の向上のために必要な訓練を行う。
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
就労継続支援	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。
共同生活援助（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。
地域移行支援	障害者支援施設、精神科病院、児童福祉施設等を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出の同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行う。
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を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

長期入院患者の退院に当たって必要となる障害福祉サービス

- 長期入院患者の退院に当たっては、障害福祉サービス（特に訪問系、通所系サービス）の利用が必要となるケースが多い。

患者の退院にあたって必要な障害者総合支援法等のサービス



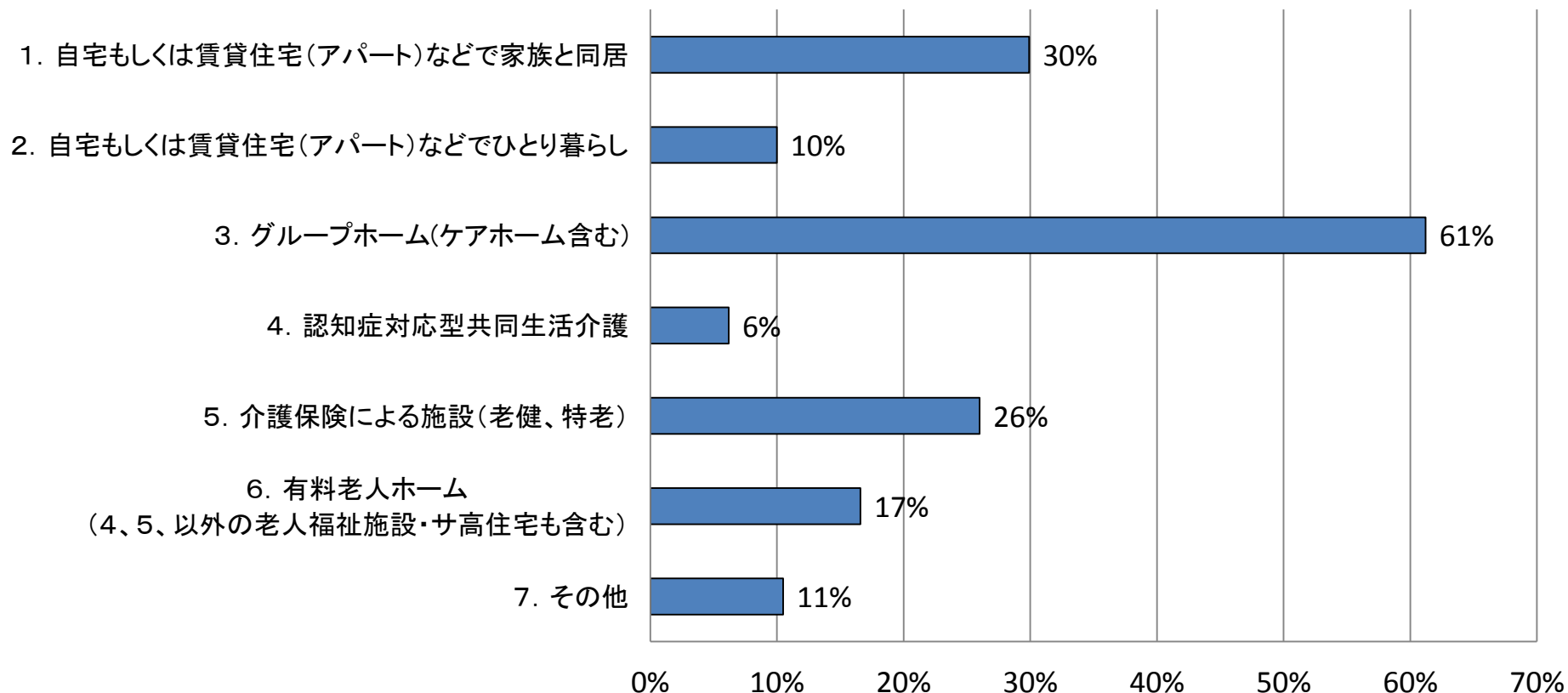
※1年以上精神科病床に入院している患者（認知症を除く。n=1,131）について病院職員に調査したもの（複数回答）

出典：平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書、
平成27年3月、公益社団法人 日本精神科病院協会

長期入院患者の退院先として適当と思われる「暮らしの場」

○ 退院先として、グループホームが適当と思われる長期入院患者のケースが多く存在した。

患者が退院する場合に適当と思われる「暮らしの場」



※1年以上精神科病床に入院している患者(認知症を除く。n=1,169)について病院職員に調査したもの(複数回答)

出典:平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書、
平成27年3月、公益社団法人 日本精神科病院協会

精神科重症患者早期集中支援管理料に係る課題と論点

【現状と課題】

- 長期入院後の退院患者や、入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対しては、多職種が協働し、訪問支援、緊急時対応等を通じて早期に集中的な支援を行うことで、地域移行、地域定着を進めることが重要であり、平成26年度診療報酬改定においては、精神科重症患者早期集中支援管理料を設けてその取組を評価した。
- 実施する医療機関における24時間の往診体制の確保や、患者が共同生活援助(グループホーム)・就労系サービス等の障害福祉サービスを同時に利用していないこと等が要件とされている。
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出は平成26年7月現在で7の保険医療機関にとどまっており、またその算定回数もきわめて少ない。検証調査によれば、当該管理料の届出を行っていない理由としては、チームを構成する人員が不足している、24時間の対応体制を確保できない、算定可能な対象患者が少ない等が挙げられた。
- 一般に、精神疾患の患者の夜間の往診、訪問診療、訪問看護は限定的である。また、長期入院患者の退院にあたっては、障害福祉サービスを活用することが想定されている。

【論点】

- 精神科重症患者早期集中支援管理料については、往診・訪問診療と訪問看護を組み合わせることで夜間体制を確保するとともに、患者が障害福祉サービスとを同時に利用できることとするなど、長期入院後の退院患者等への集中的な支援の普及を図るよう見直してはどうか。

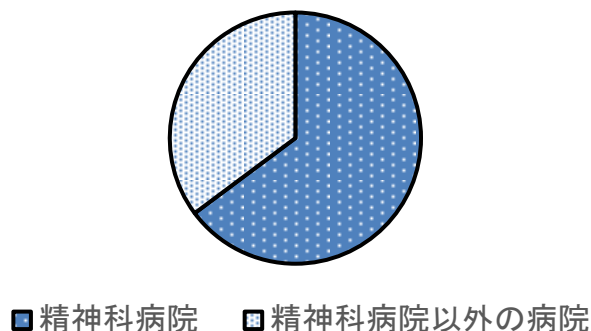
2. 身体合併症について

- 1) 身体合併症を有する精神障害者の受け入れ等について
- 2) 精神科リエゾンチーム及びそれを活用した自殺企図患者への診療について

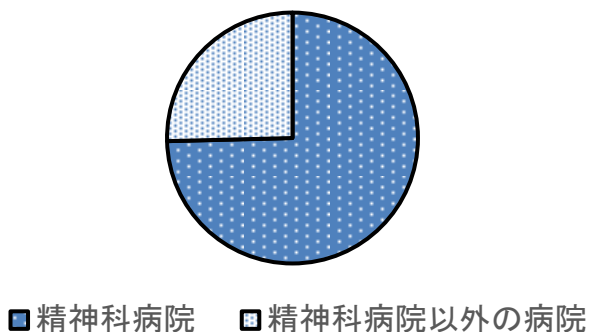
精神科医療を担う医療機関の内訳及び精神病床の分布

- 我が国の精神科医療は単科の精神科病院で提供されていることが多い。
- 精神病床とそれ以外の病床をともに有する病院は、施設数、精神病床数共に減少傾向にある。

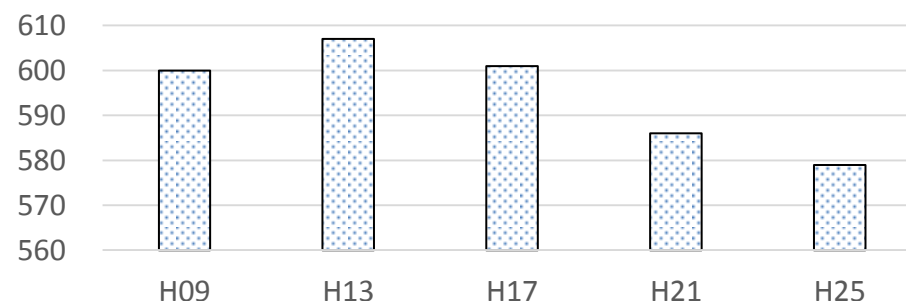
精神病床を持つ病院の内訳(H25)



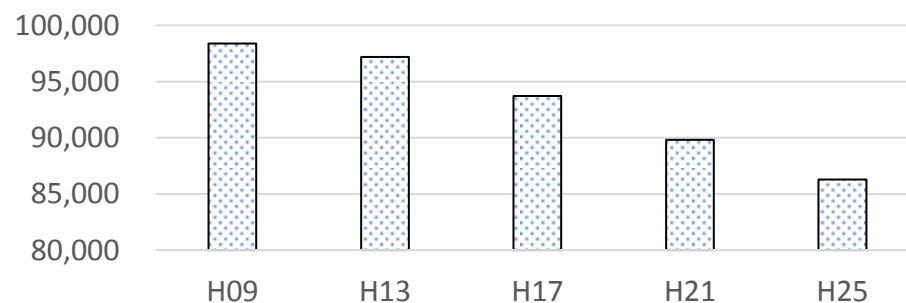
精神病床数の内訳(H25)



精神病床を有する 精神科病院以外の病院数の推移



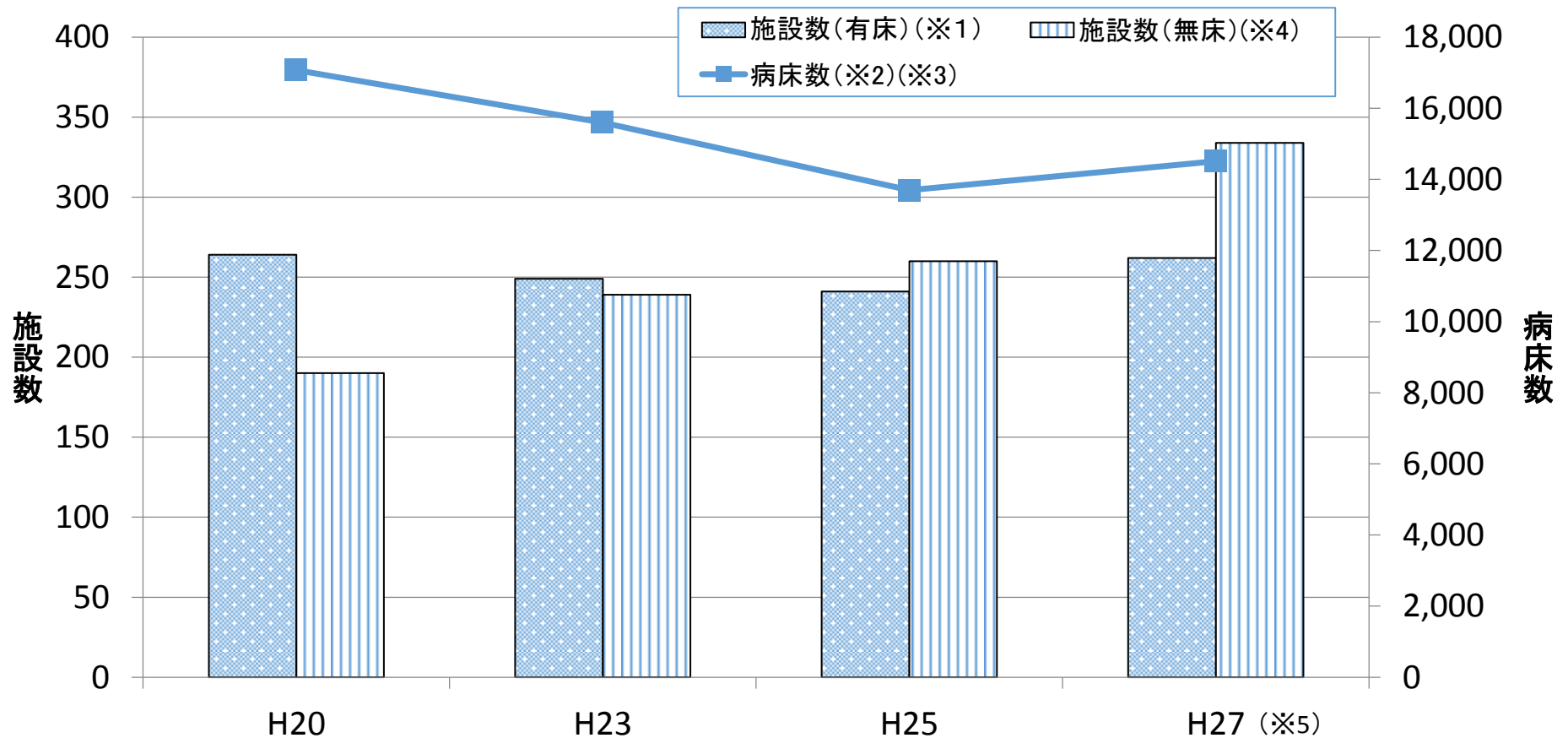
精神科病院以外の病院における 精神病床数の推移



※本集計における精神科病院とは、精神病床のみを有する病院。

いわゆる総合病院における精神科医療

- いわゆる総合病院の精神科のうち、精神病床を有する医療機関は減少傾向にあり、外来のみでの対応にシフトする傾向が見られる。



(※1) 休床中の施設を含む。

(※2) 稼働病床のみ。

(※3) 平成20年及び23年は、平成27年データをもとに推計。

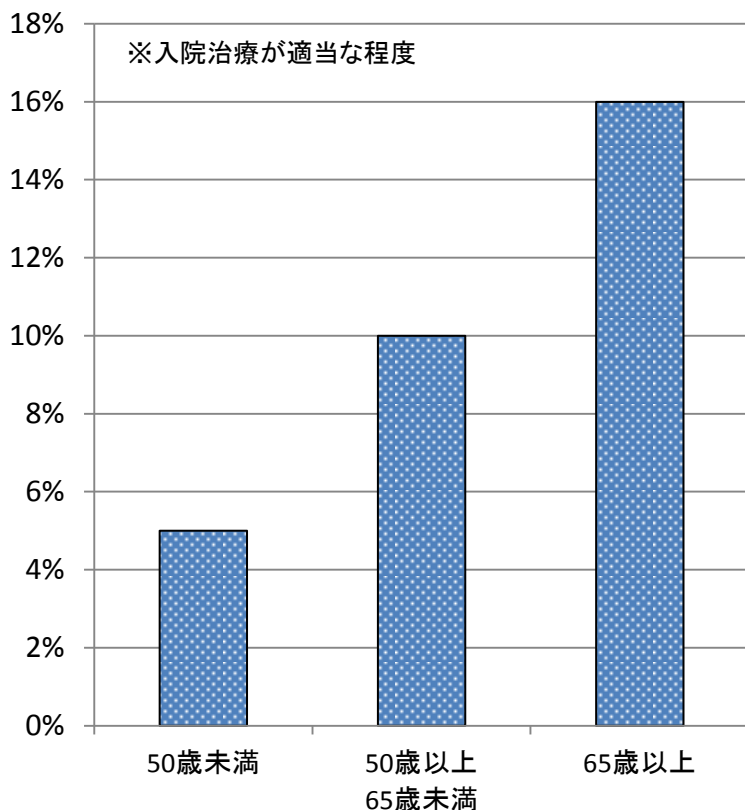
(※4) 総合病院精神医学会が確認できた施設数のみ。

(※5) 平成27年のデータは速報値であり、今後変わりうる。

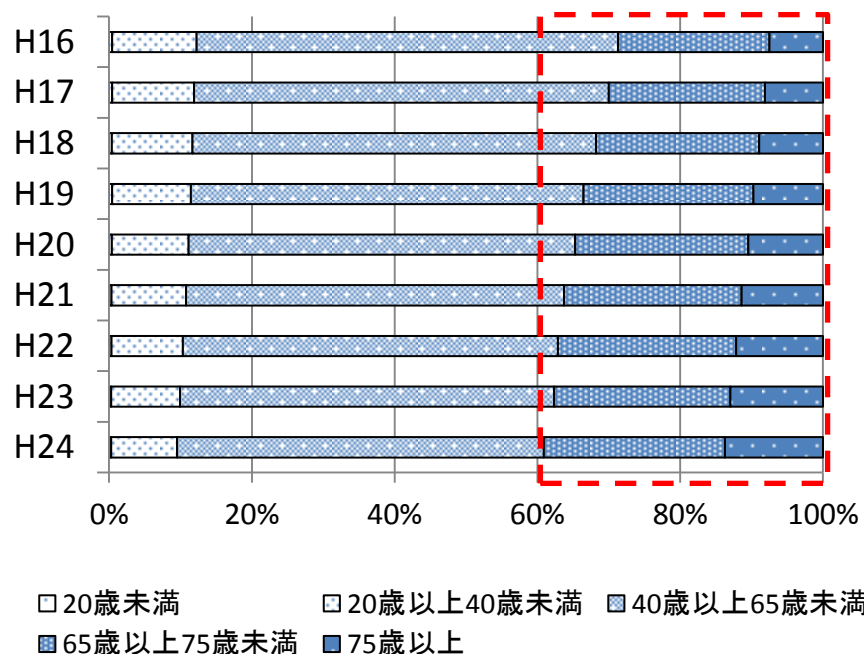
統合失調症による入院患者の身体合併症

- 精神病床に入院している統合失調症患者においては、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、患者の年齢が高いほど高まる。
- 統合失調症による入院患者、近年高齢者の割合が増えている。

精神病床の統合失調症患者のうち、
身体合併症に特別な管理(※)を要する者の割合

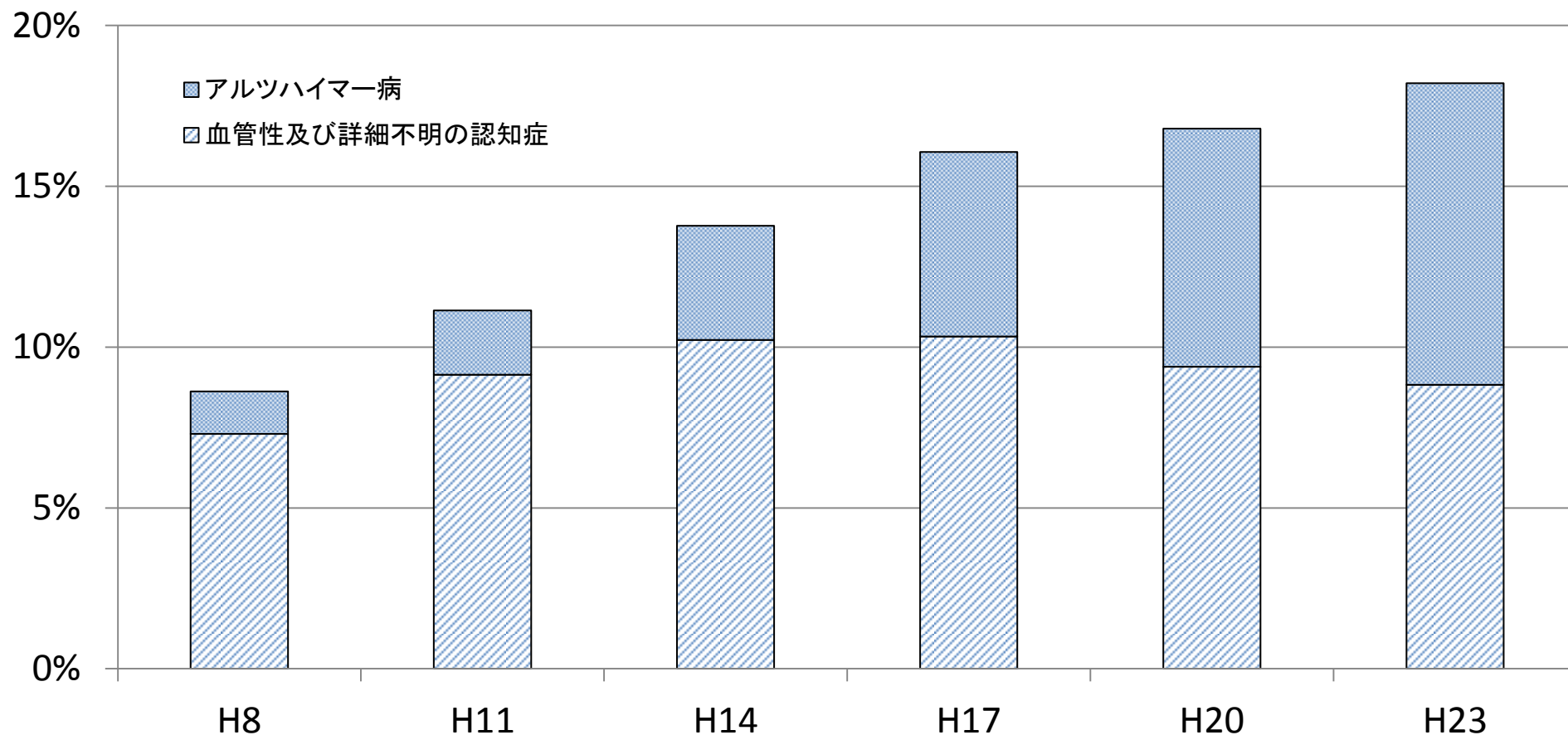


精神科病院の統合失調症患者の年齢構成
の推移



精神病床入院患者における認知症患者数の割合の推移

- 精神病床に入院している認知症患者の割合は、近年増加傾向にある。

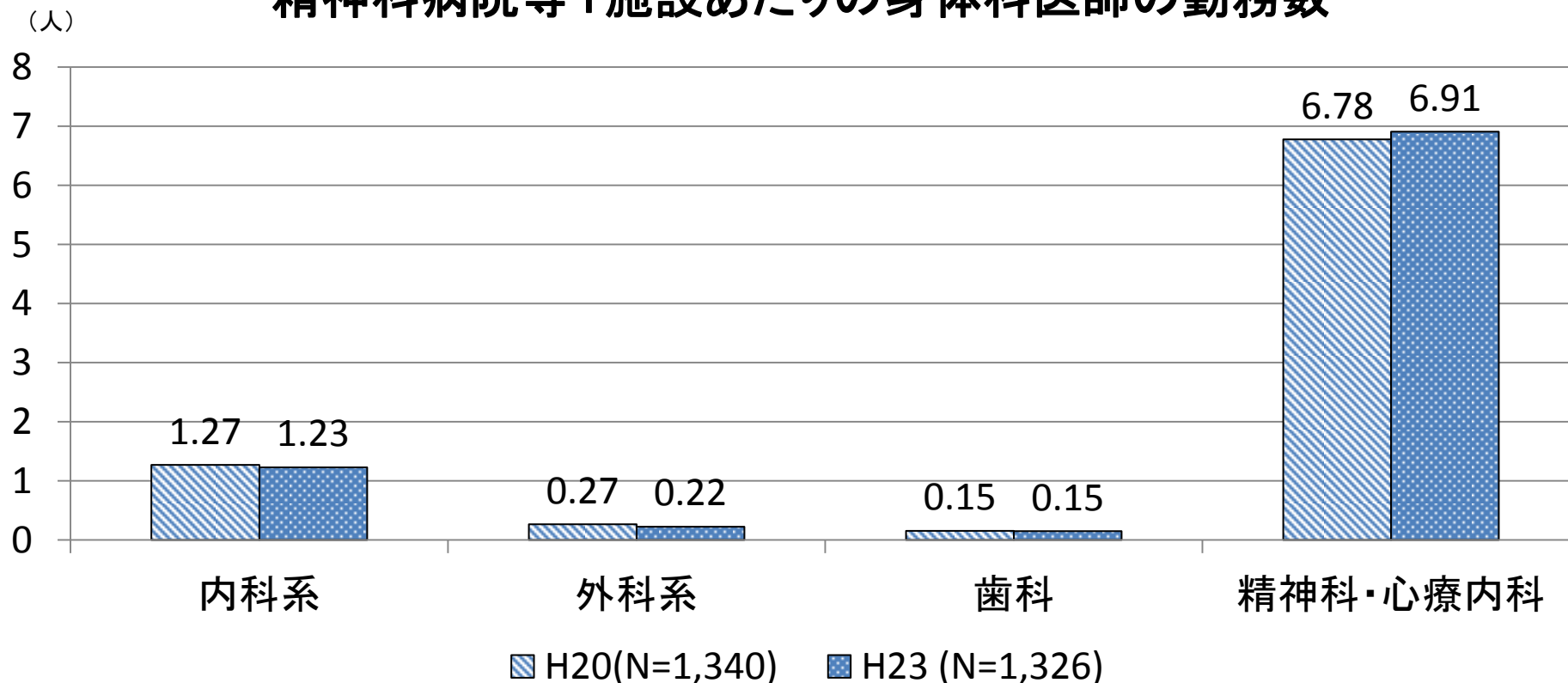


出典：患者調査

精神科病院等における身体科医師の勤務

- 精神科病院等における身体科医師の勤務数は少なく、またやや減少傾向にある。

精神科病院等1施設あたりの身体科医師の勤務数

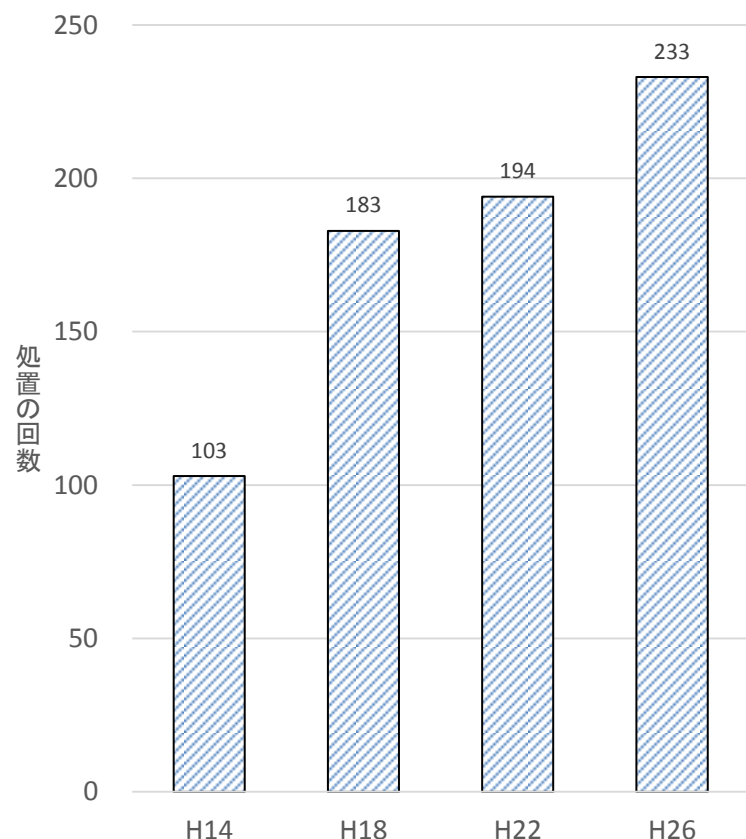


※精神科病院等とは、ここでは精神病床が全体の50%以上を占める医療機関とした。勤務数は常勤換算(単位:人)とした。内科系には、内科のほか、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、皮膚科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、小児科を含めた。外科系には、外科のほか、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、泌尿器科、肛門外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、美容外科、眼科、耳鼻いんこう科、小児外科、産婦人科、産科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科を含めた。歯科には、歯科のほか、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科を含めた。

精神病床における処置の頻度

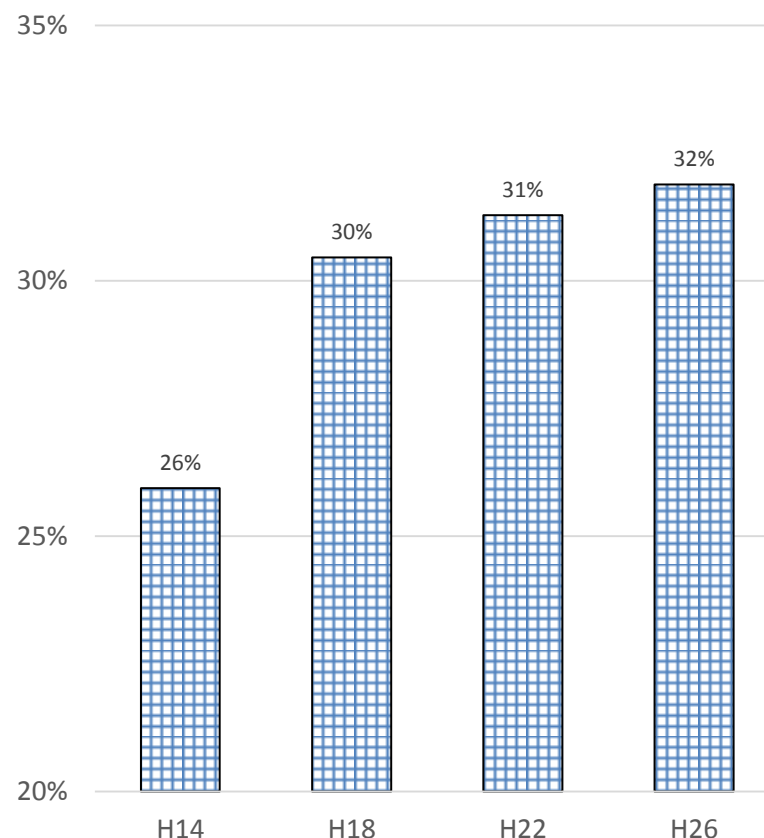
- 精神病床における処置の実施は、回数・件数ともに近年増加の傾向にある。

精神病棟入院基本料を算定する患者
の入院1000日・人あたりの処置回数



※平成18年分では「J 処置」の加算等も回数に含まれている。

精神病棟入院基本料を算定する全入院レセ
プトにおける処置算定レセプトの割合

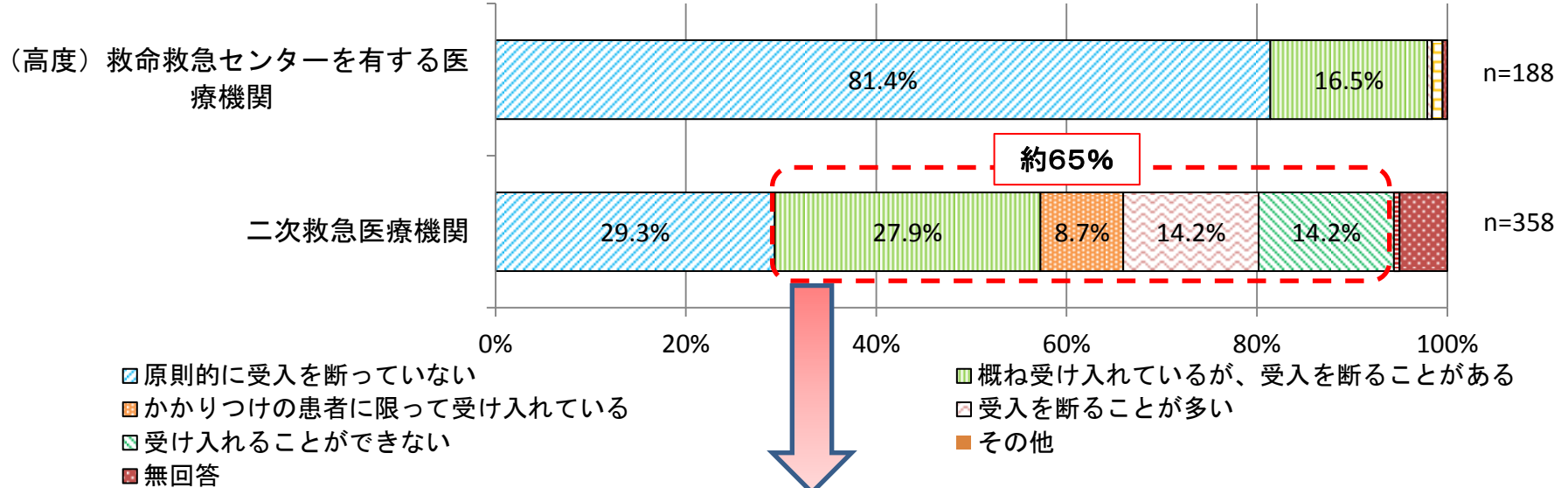


出典：社会医療診療行為別調査 特別集計

精神疾患を有する救急患者の受入状況

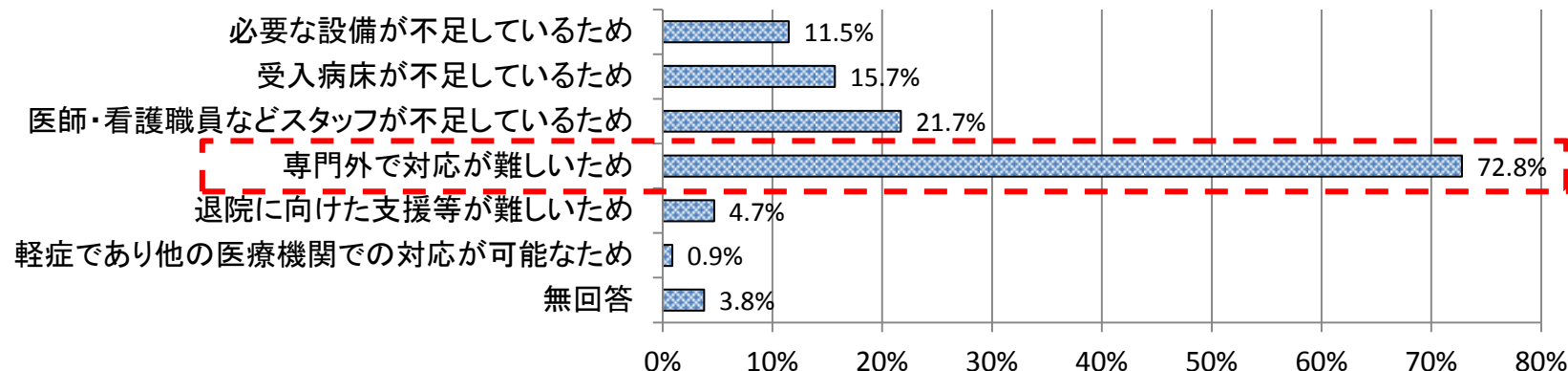
○ 精神疾患を有する救急患者は受入が困難な場合が多く、その理由としては「専門外で対応が難しいため」が多い。

身体疾患と精神疾患との合併



受入を断る理由

n=235



精神疾患患者の身体合併症対応にかかる行政の取組事例

○精神疾患患者の身体合併症の受け入れが難しいことから、行政上も受け入れを促進する取り組みが行われている。

(東京都の例)

東京都精神科患者身体合併症医療事業

【趣旨】

精神疾患による症状に伴う不穏、興奮等の症状により、一般診療科における医療を困難にしている身体疾患を併発した精神科患者に対し、迅速かつ適正な医療を確保する。

	事業区分	対象患者	実績	受入医療機関
I 型	夜間休日救急身体合併症医療	<u>非入院患者で、夜間及び休日に、都内で身体疾患を併発した精神科患者</u>	71件	5病院
II 型	精神科病院入院患者救急身体合併症医療	都内の精神科病院の入院患者で、 <u>迅速な対応が必要な身体疾患を併発した患者。※平日日中に対応</u>	260件	5病院
III 型	精神科病院入院患者身体合併症医療	都内の精神科病院の入院患者で、身体疾患を併発した患者。 <u>※平日日中に対応</u>	416件	20病院
IV 型	後方医療	(I 型)における身体治療が終了した精神科患者で、なお精神科病院において入院加療を要する者。	0件	4病院

(平成22年度実績値)

精神科身体合併症管理加算

A230-3 精神科身体合併症管理加算(1日につき) 450点(7日以内)、225点(8日以上10日以内)

精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該疾患の治療開始日から起算して10日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

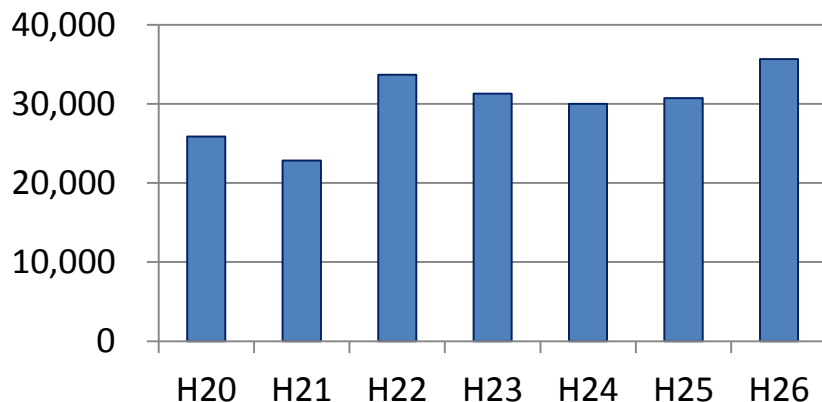
届出医療機関数(平成26年7月)

1,097施設

算定回数(平成26年6月審査分)

35,658回

月あたり算定回数の推移



厚生労働大臣が定める身体合併症

- 呼吸器系疾患(肺炎(抗生物質又はステロイドの投与を要する状態)、喘息発作、肺気腫)
- 心疾患(NYHA Ⅲ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)
- 手術又は直達・介達牽引を要する骨折
- 重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)、重篤な栄養障害(BMI13未満の摂食障害)
- 意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)
- 全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症)
- 急性腹症(消化管出血、イレウス等)
- 悪性症候群、横紋筋融解症
- 広範囲(半肢以上)熱傷
- 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍
- 透析導入時
- 手術室での手術を必要とする状態
- 膠原病(専門医による管理を必要とする状態に限る。)

精神科救急・合併症入院料

A311-3 精神科救急・合併症入院料(1日につき) 3,560点(30日以内)、3,128点(31日以上)

(対象となる患者)

- ・ 措置入院患者、緊急措置入院患者または応急入院患者
- ・ 上記以外で、前3ヶ月に保険医療機関の精神病棟(精神病床のみの医療機関を除く)に入院したことがない等の条件を満たす者
- ・ 上記にかかわらず、当該病棟からICU等に出て、再度当該病棟へ入院した患者

(施設基準(抄))

- ・ 当該病棟に合併症ユニットを有すること。
- ・ 合併症ユニットは当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の2割以上であること。
- ・ 当該治療室に入院する患者は、常時8割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。

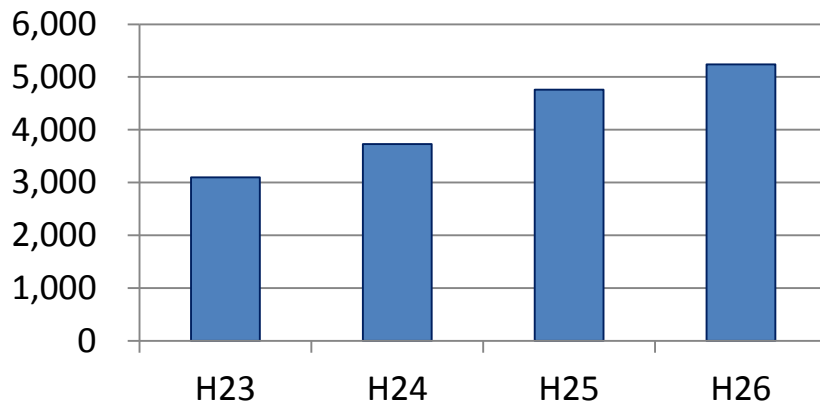
届出医療機関数(平成26年7月)

10施設(382床)

算定回数(平成26年6月審査分)

5,240回

月あたり算定回数の推移



合併症ユニットにおいて8割以上を占める必要がある身体疾患

- ・ 呼吸器系疾患(肺炎、喘息発作、肺気腫)
- ・ 心疾患(NYHA Ⅲ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈)
- ・ 手術又は直達・介達牽引を要する骨折
- ・ 重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)、重篤な栄養障害(BMI13未満の摂食障害)
- ・ 意識障害(急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)
- ・ 全身感染症(結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症)
- ・ 急性腹症(消化管出血、イレウス等)
- ・ 悪性症候群、横紋筋融解症
- ・ 広範囲(半肢以上)熱傷
- ・ 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍
- ・ 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態
- ・ 手術室での手術を必要とする状態
- ・ 合併症妊娠／出産
- ・ 膠原病(専門医による管理を必要とする状態)

現行の加算の対象となっていない身体合併症

- 内科学会社会保険連合(内保連)は、平成25年に「誰がみても内科治療上きわめて労力を有する26の重篤な急性疾患・病態」を下記のように挙げた。
- このような重篤な疾患であっても、身体合併症管理加算の対象として明示されていない疾患がある。

内科系学会社会保険連合による特定内科診療

精神科身体合併症管理加算・ 精神科救急・合併症入院料の対象 として明示されていない身体合併症

- 化膿性髄膜炎(肺炎球菌性髄膜炎)
- 重症筋無力症クリーゼ
- 間質性肺炎(急性増悪)
- 慢性閉塞性肺疾患(急性増悪)
- 急性呼吸窮迫症候群(ARDS)
- 解離性大動脈瘤(Stanford B DeBakey III型)
- 肺塞栓症
- 劇症肝炎
- 重症急性膵炎
- 難治性ネフローゼ症候群
- 先天性ネフローゼ症候群
- 急速進行性糸球体腎炎
- 再生不良性貧血
- 脳脊髄の感染を伴う炎症 急性脳炎・急性脳症
- 頸椎頸髄損傷

精神科疾患や、精神科身体合併症管理加算・ 精神科救急・合併症入院料の対象 となる身体合併症

- 重症脳卒中
- 気管支喘息重積状態
- 急性心筋梗塞
- 急性心不全
- 中枢神経ループス
- 糖尿病性ケトアシドーシス
- 甲状腺クリーゼ
- 副腎クリーゼ
- 急性白血病・急性リンパ性白血病・急性骨髄性白血病
- 悪性リンパ腫
- 敗血症性ショック
- 薬物中毒
- てんかん重積状態・精神運動発作重積症

身体合併症を有する精神障害者の受け入れ等 に関する課題と論点

【現状と課題】

- いわゆる総合病院や、精神病床以外の病床を有する病院など、身体疾患の治療体制を有する精神科病院は減少傾向にあり、精神科病院において、身体合併症の診療において重要と考えられる身体科の医師が必ずしも多く勤務していない。
- 精神病床の入院患者が高齢化しており、認知症の入院患者の割合も増加している。高齢患者ほど身体疾患を有する患者が多く、実際に、精神病床における処置の実施は増加傾向にある。
- 精神・身体の両方の疾患を有する患者の受け入れが難しい医療機関が多く、こうした患者を受け入れるために行政的に取り組みが必要な状況となっている。
- 精神障害者の身体合併症の診療については、精神科身体合併症管理加算、精神科救急・合併症入院料等において評価をしている。これらの加算等においては特定の範囲の身体合併症が評価対象となっているが、医療上、治療上きわめて労力を有する重篤な急性疾患・病態とされている疾患であっても、含まれていないものがある。

【論点】

- いわゆる総合病院における、精神科病院からの、身体合併症を有する精神疾患患者の受け入れを促すための評価を設けてはどうか。
- 精神科身体合併症管理加算及び精神科救急・合併症入院料の対象疾患について、現在対象となっていない、重篤な急性疾患を加えることとしてはどうか。

2. 身体合併症について

- 1) 身体合併症を有する精神障害者の受け入れ等について
- 2) 精神科リエゾンチーム及びそれを活用した自殺企図患者への診療について

一般病棟における、精神科リエゾンの評価

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携した場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図る。

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

[算定要件]

- ① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね 30 人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、i ~ iiiにより構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- i. 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ii. 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- iii. 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか 1人

現行の精神科リエゾンチーム加算について

- 精神科リエゾンチーム加算の届出医療機関数は54施設（総合病院精神科施設（精神病床あり）の22％）である。
- 届出していない医療機関のうち50％が、精神保健福祉士等の専門職や専任の看護師といったチームを構成する職種の確保が困難であることを理由にあげている。

○届出医療機関数（26年7月1日時点）

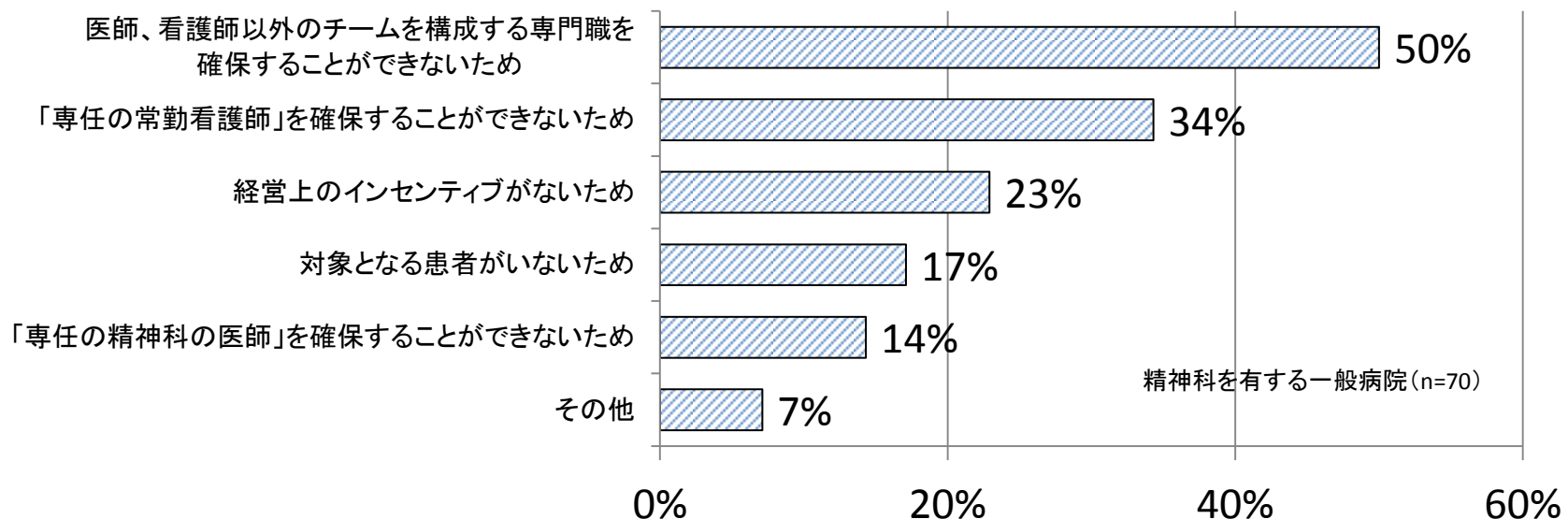
54医療機関

○算定状況（社会医療診療行為別調査 26年6月審査分）

942件 1,919回（1レセプトあたり平均2.03回／月、

1医療機関あたり平均17.4件、35.5回／月）

精神科リエゾンチーム加算の届出をしていない理由（複数回答）



精神科リエゾンチームを構成する職種

- 現行の精神科リエゾンチーム加算は、精神保健福祉士等の専門職を1名専従で配置することとされている。

	精神科の医師	看護師	薬剤師、作業療法士、 精神保健福祉士、 臨床心理技術者
	1名	1名	いずれか1名
常勤		常勤	常勤
専従			専従
専任	専任	専任	
要件	5年以上勤務経験	①精神科等を5年以上 ②研修修了	精神医療を3年以上経験

精神科領域に関連する専門看護師等について

- 精神科領域での一定期間の経験を有し、専門看護師等の認定を受けている看護師が、精神科リエゾンチーム加算の要件を満たさない場合がある。

精神科リエゾンチーム加算における看護師の要件

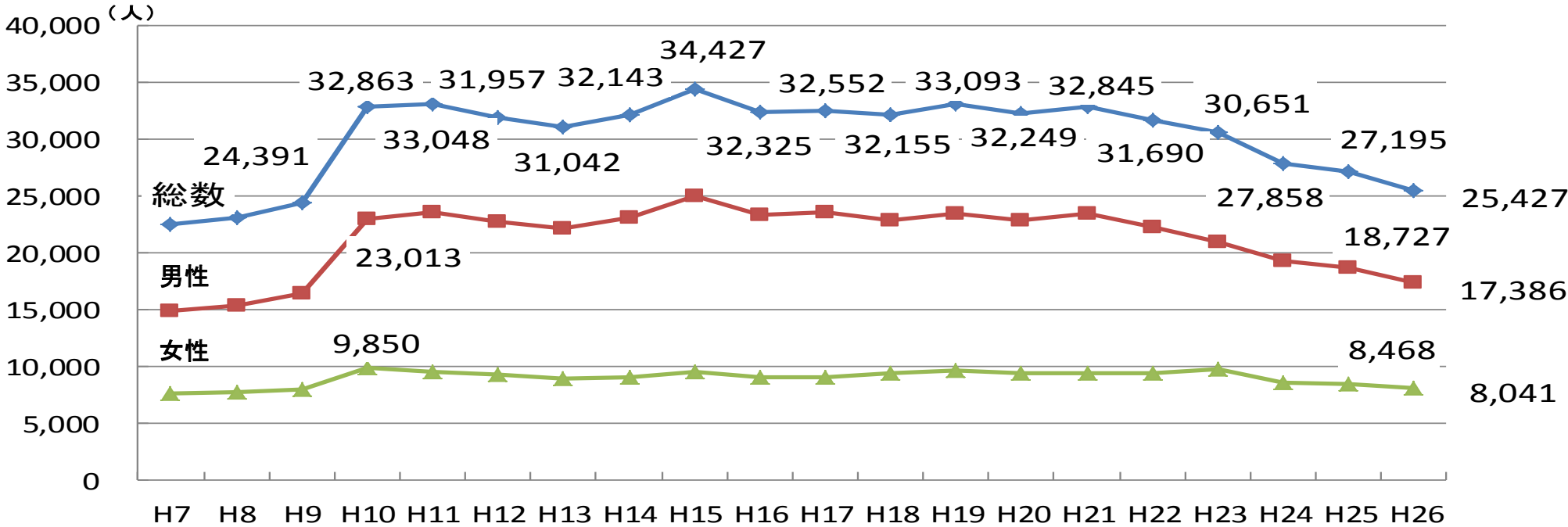
精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師

精神科領域の専門看護師等の要件等

	専門看護師(精神看護) 専門看護師(老人看護)	認定看護師(認知症看護)	精神科認定看護師
認定者	日本看護協会	日本看護協会	日本精神科看護協会
認定に必要な 経験年数	5年	5年	5年
うち、精神 科に関連 する分野	精神看護： 精神科病院等で3年 老人看護： 高齢者が多い施設等で3 年	認知症患者の多い医療・福 祉施設等で3年	精神科看護5年
精神科リエゾン チーム加算 算定の可否	▲ (「精神科等の経験」が 最大2年不足する可能性有り)	▲ (「精神科等の経験」が 最大2年不足する可能性有り)	○

自殺者数の推移

○自殺者数は3年連続で年間3万人を下回ったものの、依然として深刻な状況にある。

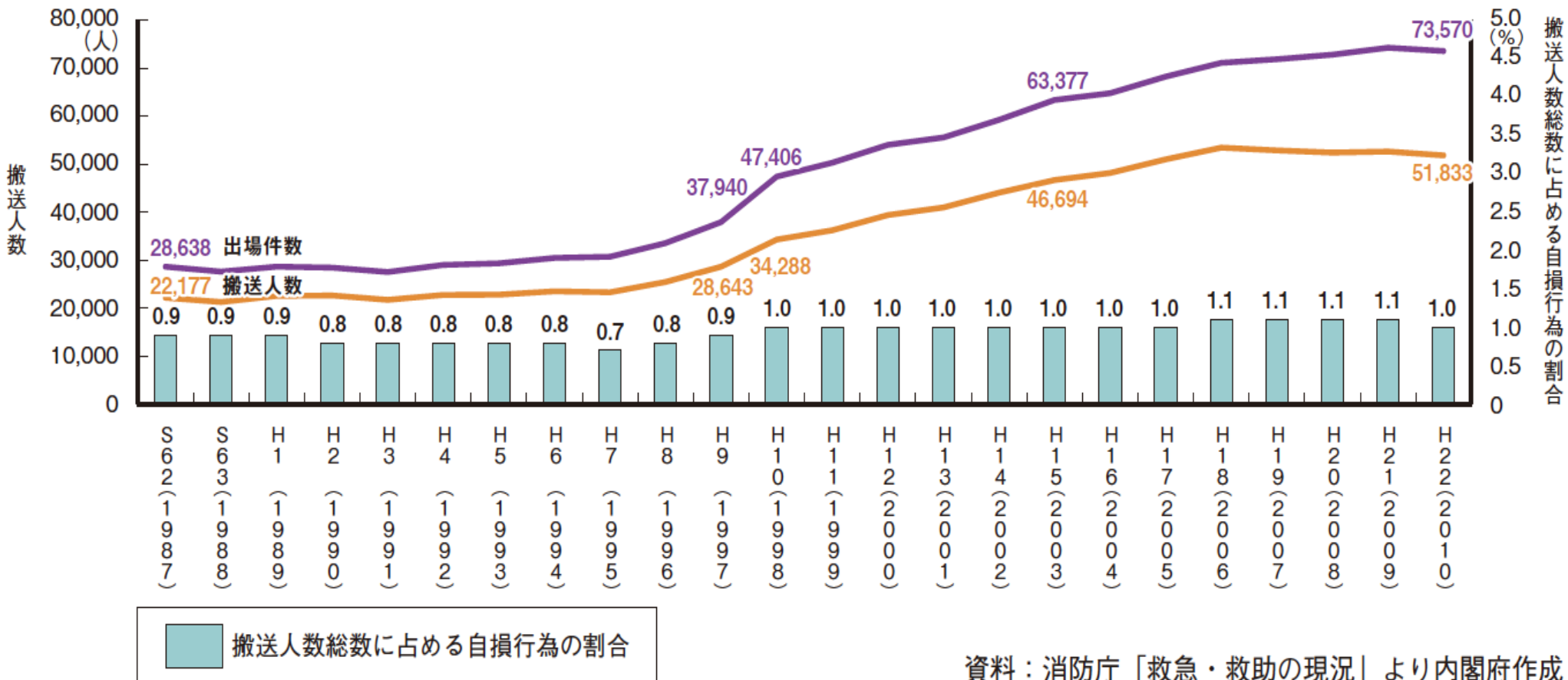


警察庁統計における自殺の原因・動機 原因・動機は最大3つまで計上 出典：内閣府・警察庁統計

	自殺者	原因・動機特定者										
			健康問題				経済・生活問題	家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
				うつ病	統合失調症	その他の精神疾患の悩み						
H26	25,427	19,025	12,920	5,439	1,226	1,495	4,144	3,644	2,227	875	372	1,351

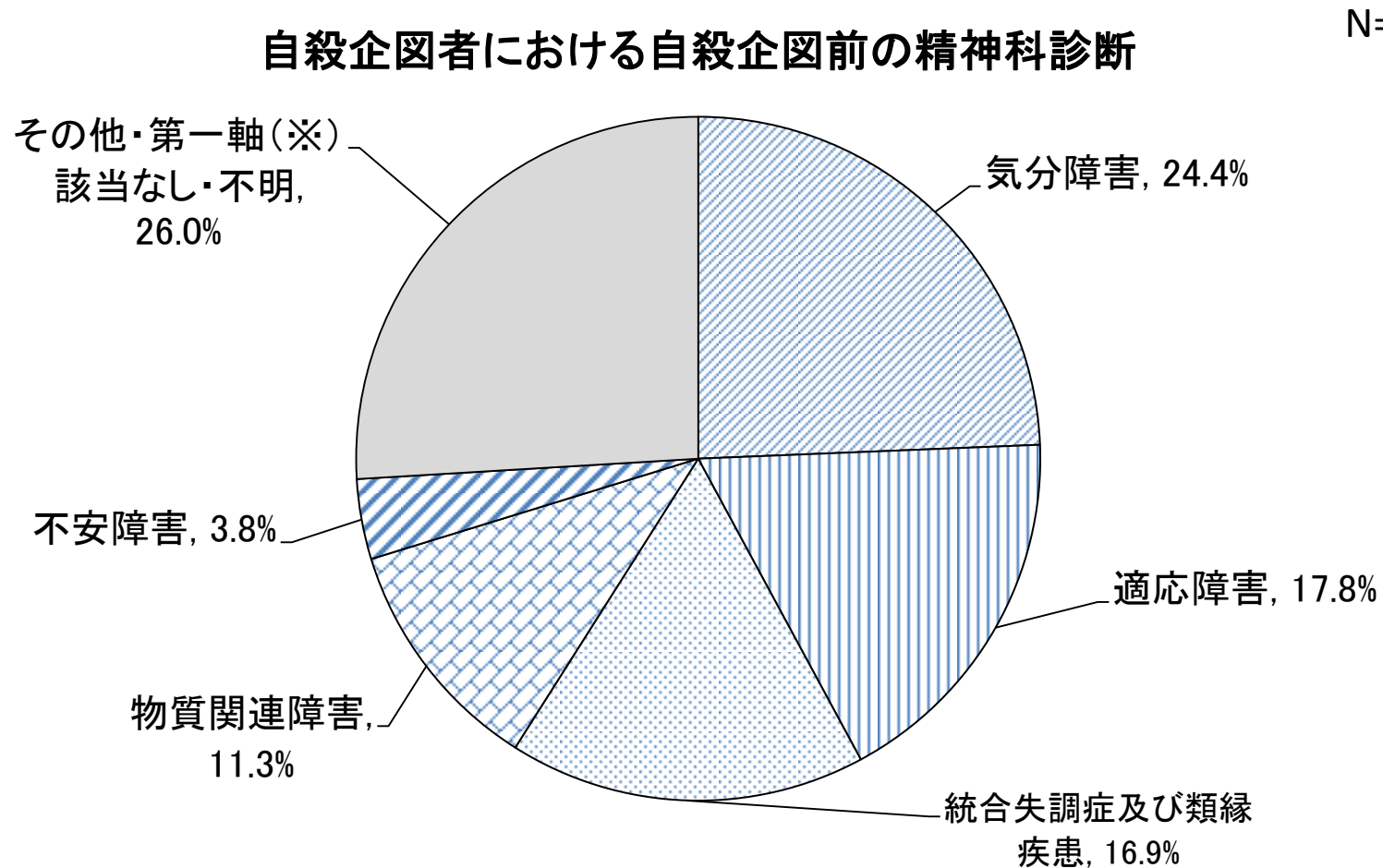
自殺者企図者の推移

○自殺企図者を含む自損行為により救急搬送される者の数は増加傾向にある。



自殺に至る恐れのある精神疾患①

○ 自殺企図者の約70%は、自殺企図の前に気分障害、適応障害、統合失調症等の精神疾患と診断されている。



自殺に至る恐れのある精神疾患②

○気分障害や統合失調症は、治療を受けている者でも有意に自殺率が高い。

■気分障害

- ・うつ病で入院した患者を長期追跡 (Angst, 1999)
 - 全死因による死亡率が一般住民の1.4~2.5倍高い
 - 自殺死亡率は一般住民の8~35倍高い
- ・観察集団によるうつ病患者自殺率の違い (Bostwick, 2000)

-地域の一般住民:	0.5% 以下
-うつ病患者(外来・入院の混在)	2.2%
-うつ病患者(希死念慮のない入院)	4.0%
-うつ病患者(希死念慮による入院)	8.6%

■統合失調症

- ・統合失調症患者の追跡研究61報告をレビュー (Palmer, 2005)
 - 4.9%が自殺で死亡
 - ほとんどが病初期
- ・自殺の危険率 (Osborn, 2008)
 - 対照者と比較して10.99倍 (95%CI 7.61-15.85)
 - 全年齢で高いが、特に若年者で高い

ケースマネジメントを用いた自殺企図者への介入について①

平成17～23年厚労科研費補助金こころの健康科学研究事業(自殺対策のための戦略研究)において、自殺企図により入院中の患者を介入群と対照群に分け、介入群に対して一定の研修を経た看護師等の専門職がケース・マネジメント手順書に基づいた複合的ケース・マネジメントを実施。介入群と対照群の間で、自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の再発生率を比較。

研究参加施設

救命救急センターと精神科を有する17医療機関

対象者

■自殺企図後の入院患者 914名 (試験介入群460名、対照群454名)

■対象者の精神疾患:

気分障害/適応障害67.5%、統合失調症関連障害20.6%、物質/アルコール関連障害4.9%、その他8.0%

■対象者の自殺企図の手段:

過量服薬70.9%、刃器16.1%、飛び降り/交通事故等14.5%、縊首5.8%、その他11.1%

ケースマネジメントを用いた自殺企図者への介入について②

- 試験介入群(ケース・マネージメントを受けた自殺企図後の患者)は、対照群と比較して、割り付け後6ヶ月時点の自殺企図の再発率が約50%少なかった。

ケースマネジメントの頻度と内容

割り付け後から、1週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、以降6ヶ月おきに看護師等の専門職が介入。

【入院中の介入】

- ① 初期介入
- ② 情報収集とアセスメント
- ③ 心理教育
- ④ 精神科受療支援とかかりつけ医との調整
- ⑤ 生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入

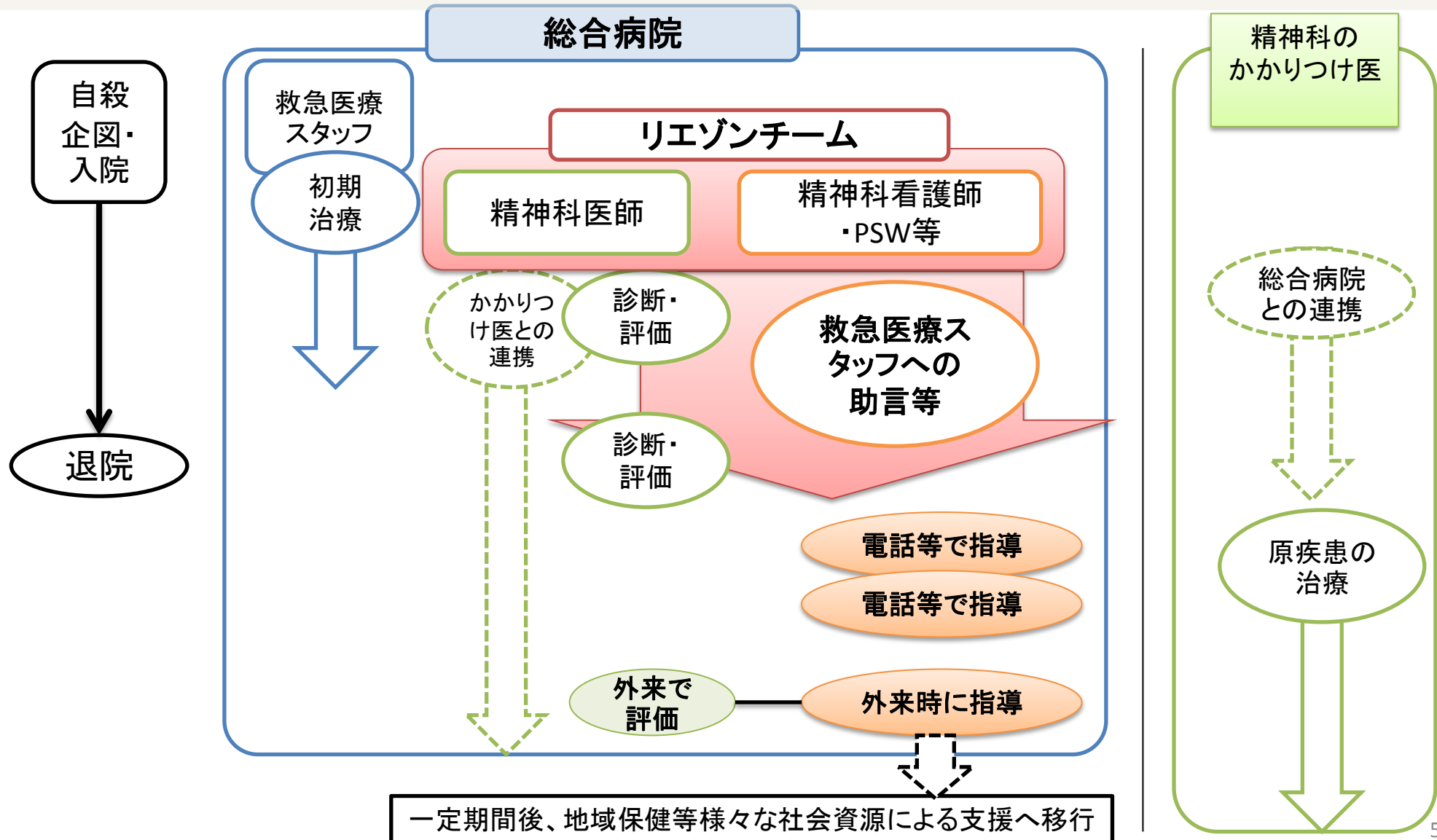
【退院後の介入】

- ① 情報収集とアセスメント
- ② 精神科受療支援とかかりつけ医との調整
- ③ 生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入とモニタリング

	1か月	3か月	6か月	12か月	18か月
介入群 vs. 対照群	3/444 (1%) vs. 16/445 (4%)	7/430 (2%) vs. 32/440 (7%)	25/417 (6%) vs. 51/428 (12%)	43/397 (11%) vs. 60/399 (15%)	55/380 (14%) vs. 71/385 (18%)
リスク比	0.19 (0.06-0.64)	0.22 (0.10-0.50)	0.50 (0.32-0.80)	0.72 (0.50-1.04)	0.79 (0.57-1.08)

自殺企図者に対するチーム医療のイメージ

○総合病院のリエゾンチームの看護師等が、退院後も一定期間積極的な関わりを継続し、必要な指導を行うことにより、より効果的な管理が可能となる。



精神科リエゾンチーム及び 自殺企図患者への継続支援に関する課題と論点

【現状と課題】

- 精神科を標榜するいわゆる総合病院の施設数に比して、現行の精神科リエゾンチーム加算の算定回数や届出医療機関数は少ない。
- 現行の施設基準に規定された看護師、PSW等の職員の確保が難しいとの指摘がある。また、現在リエゾンチーム加算を算定している施設においても、1か所当たりの算定患者数は少ない。
- 精神科領域について一定の経験を有し、専門看護師の資格を得ている看護師であっても、精神科リエゾンチーム加算の人員要件を満たさない場合がある。
- 自殺企図の患者の多くが、総合病院に救急搬送され初期治療を受けている。
- 自殺企図者は、自殺企図の前に気分障害や統合失調症と診断されていることが多い。これらの精神疾患は、治療を受けている場合であっても有意に自殺率が高い。
- 自殺企図の入院患者に対する支援を行った総合病院の専門職が、退院後も一定期間継続して指導することにより、再企図を予防する効果がある。

【論点】

- 総合病院において、精神疾患等を有する入院患者に対して連携調整に携わる専門的な人材を確保し、リエゾンチームによる治療を普及する観点から、看護師の勤務年数や、専門職に関する常勤専従の要件を、一定程度緩和してはどうか。
- 精神科医師の指示のもと、リエゾンチームのスタッフが、自殺企図後の患者に対し退院後も一定期間継続して関わり指導を実施することを評価してはどうか。

3. 児童・思春期の精神医療について

児童・思春期における精神疾患（頻度・発症時期等）①

- 精神遅滞
 - － 発生率はおよそ2%とされている。
- 学習障害
 - － 算数障害は1－6%、書字表出障害は2－8%とされる。
- 広汎性発達障害
 - － 100人に1人程度。3歳以前に行動特徴が明らかになる。
- 多動性障害
 - － 学齢期で3-7%

「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」、「一般精神科医のための心の診療テキスト」より

児童・思春期における精神疾患（頻度・発症時期等）②

- 統合失調症

- 5歳頃から発症しうると言われ、13～14歳頃から急増、年齢が上がるにつれて成人の有病率1%に近づく。

- うつ病

- 児童期で0.5～2.5%、青年期で2.0～8.0%の有病率。

- パニック障害

- 青年期後期と30代半ばに発症のピークがあり、生涯有病率は1.5～3%。

- 社会恐怖（社会不安障害）

- 典型的には10代半ばで発症、児童思春期での有病率は約1%。

- 強迫性障害

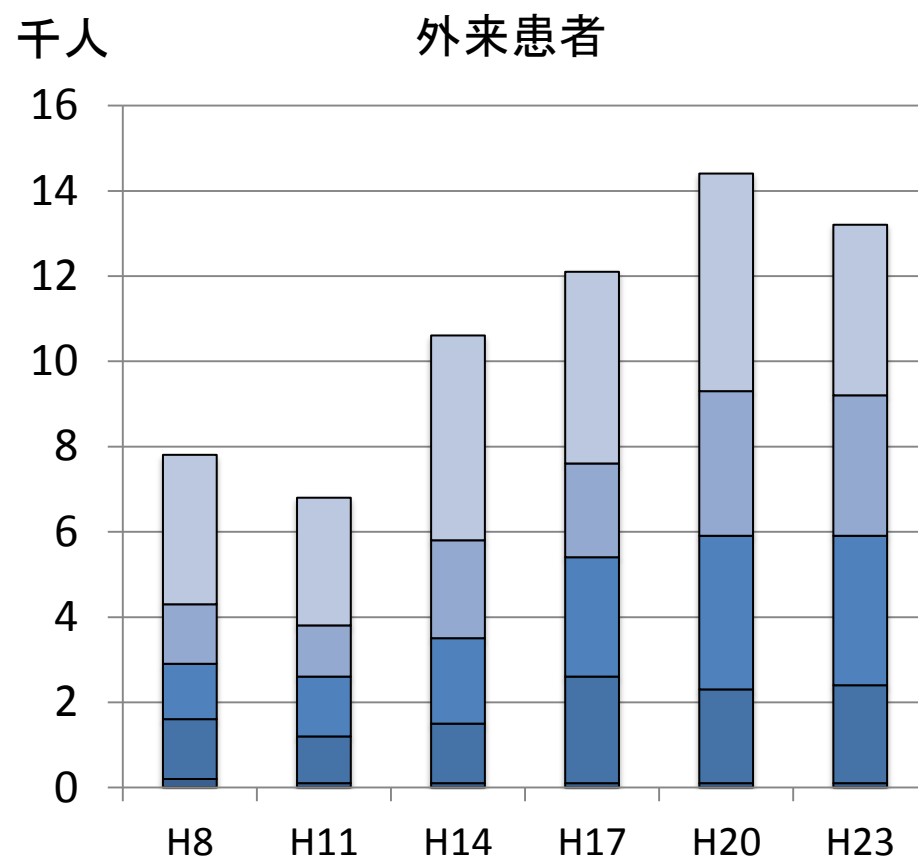
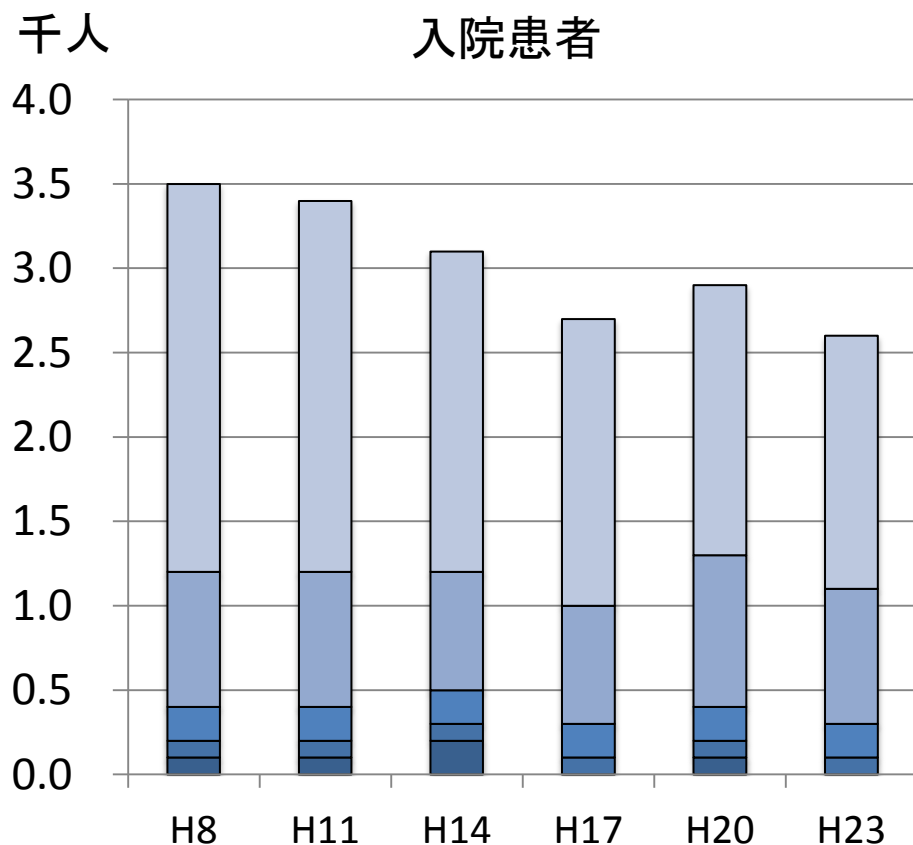
- 児童思春期で0.5～4%の有病率。男子は前思春期、女子は思春期の発症が多い。

- 摂食障害（神経性無食欲症、神経性大食症）

- 若年女性で神経性無食欲症が0.1～0.5%、神経性大食症が1～4%の有病率。10代後半の発症が多い。

児童・思春期における精神疾患（入院・外来患者数）

- 児童・思春期の精神疾患の患者数は入院では減少傾向、外来では増加傾向にある。
- 年齢別では、15歳未満の占める割合が増してきている。

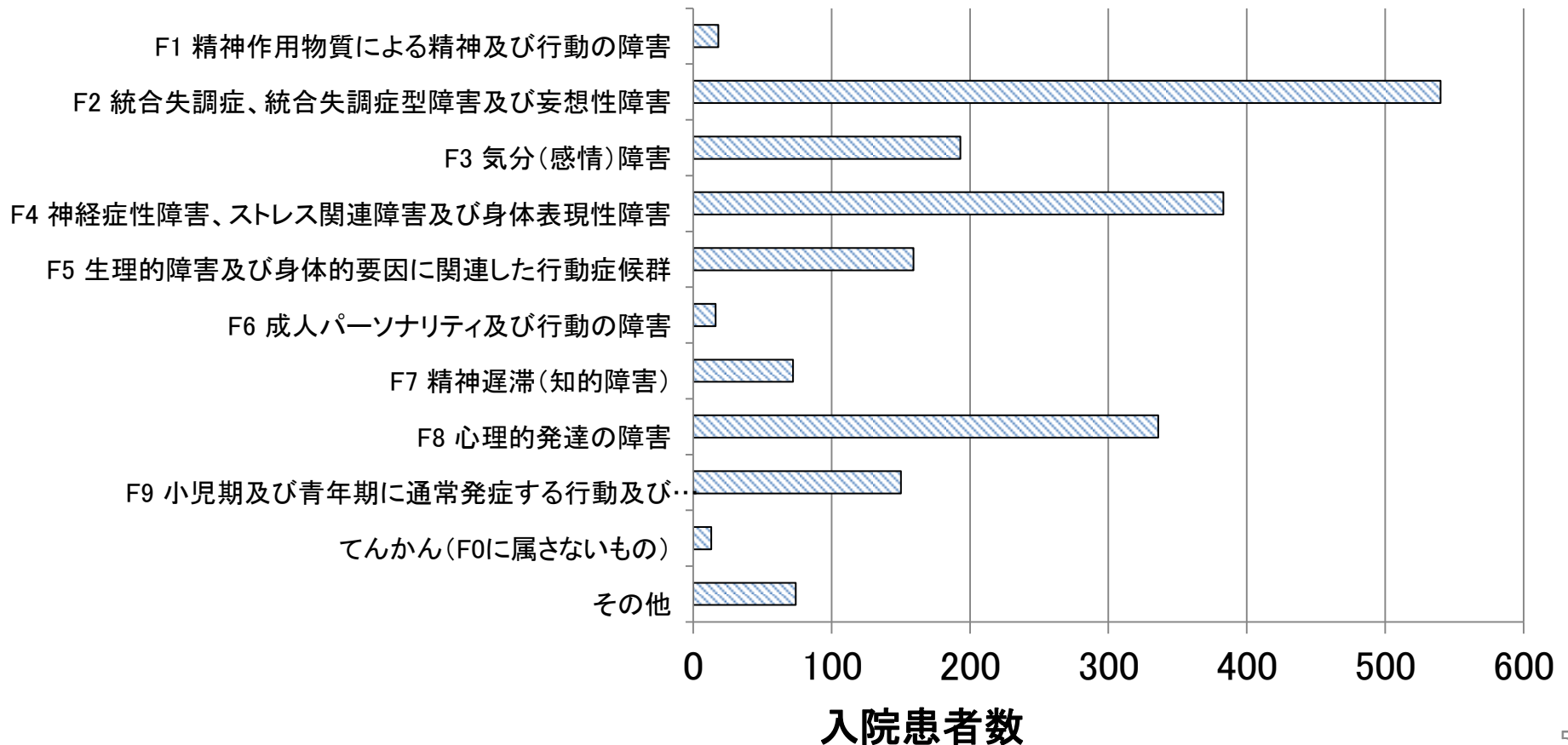


■ 0歳 ■ 1～4歳 ■ 5～9歳 ■ 10～14歳 ■ 15～19歳

児童・思春期における精神疾患

- 20歳未満の精神科病院入院患者の疾患分布は、統合失調症、神経症性障害等、及び心理的発達の障害が多い。

20歳未満の精神科病院入院患者の疾患分布



児童・思春期における精神疾患

- 児童・思春期精神疾患においては、症状に気づいてから、専門医療機関を受診するまで、平均で2.2年を要していた。
- 8%の患者において、専門医療機関を予約してから受診に至るまで1年を要していた。

- ・ 症状に気づいてから専門医療機関(※)を受診するまでの期間
 - － 平均2.2年
- ・ 専門医療機関を予約してから受診するまでの期間
 - － 1ヵ月以内:53%
 - － 1年以上:8%

平成20年9月～11月に調査対象医療機関を受診した初診・再診(再診は9月のみ)患者の保護者に対して実施した無記名アンケートによる調査の中間結果(n=2,085)

※【調査対象医療機関(16医療機関)】

宮城県こども総合センター、国立国際医療センター国府台病院、埼玉県立小児医療センター、東京都立梅ヶ丘病院、国立成育医療センター、神奈川県立こども医療センター、信州大学医学部附属病院、あいち小児保健医療総合センター、三重県立小児心療センターあすなろ学園、大阪府立精神医療センター松心園、神戸大学医学部附属病院、香川小児病院、医療法人翠星会松田病院、国立病院機構鳥取医療センター、肥前精神医療センター

平成20年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)
「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究」
研究代表者:奥山 真紀子 研究分担者:藤原 武男

児童・思春期精神科診療を担う医療機関の診療待ち状況

- 児童・思春期精神科診療を担う医療機関においては、未だ診療の待ち時間が長い状況が続いている。

現在、受診希望者の急激な増加により、初診予約が数ヶ月待ちとなっており、予約が困難な状況となっております。大変ご迷惑をおかけしております。

—ある公的医療機関のウェブサイト

熊本市に住むパート女性(34)には、発達障害の療育を続ける8歳の娘がいる。…今年4月ごろ、転院先の医療機関を探した。しかし、電話をかけた病院や診療所からは「患者数が多く、新規の受け入れは難しい」「3カ月から半年かかる」という返事。結局、別の病院を受診できたのは9月だった。

—熊本日日新聞 平成25年12月23日

福山市こども発達支援センターに発達障害に関する相談予約が殺到し、対応まで約1カ月待ちになっている。10月15日の受け付け開始後、11月末時点の予約127件のうち、応じられたのは半分の64件にとどまった。

—中国新聞 平成24年12月18日

児童・思春期精神科の診療に要する時間

- 児童・思春期精神科においては、診療に時間を要することが多く、診察を希望する児の多さ、診察ができる医師の少なさ等と相まって、診療待ちの期間の長期化につながっている。

例1:

自閉症スペクトラム評価のための半構造化型観察検査 ADOS-2 において、実施・評価・スコアリングの所要時間は約40-60分



例2:

家族を対象とした自閉症診断面接 ADI-R において、一連の面接を修了するまでの所要時間は約90-150分



児童・思春期精神疾患に係る診療報酬上の評価(入院)

- 20歳未満の精神科疾患患者の入院医療を対象とした特定入院料が設けられている。
- 当該入院料の算定は徐々に増加している。

A 311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料(1日につき) 2,957点

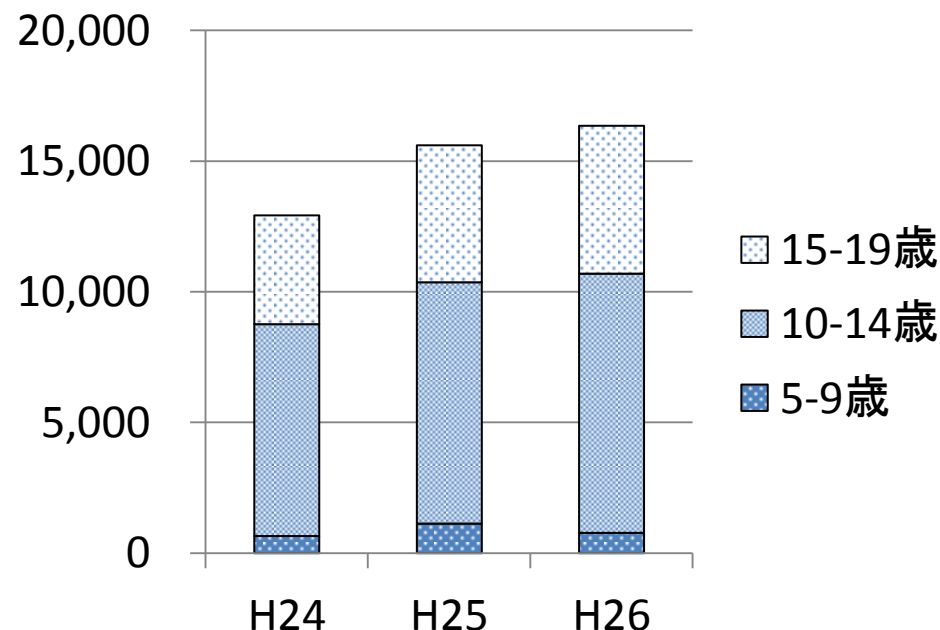
- ・ 20歳未満の精神疾患患者について算定
- ・ 看護10:1、医師2名(うち指定医1名)、精神保健福祉士1名、臨床心理技術者1名以上常勤配置
- ・ 8割以上が20歳未満、治療室は30床以下、院内に学習室等設置

届出医療機関数(平成26年7月時点):
29施設

届出病床数(平成26年7月時点):
1,049床

算定回数(平成26年6月審査分):
16,355回／月

児童・思春期精神科入院医療管理料
の年齢別算定状況



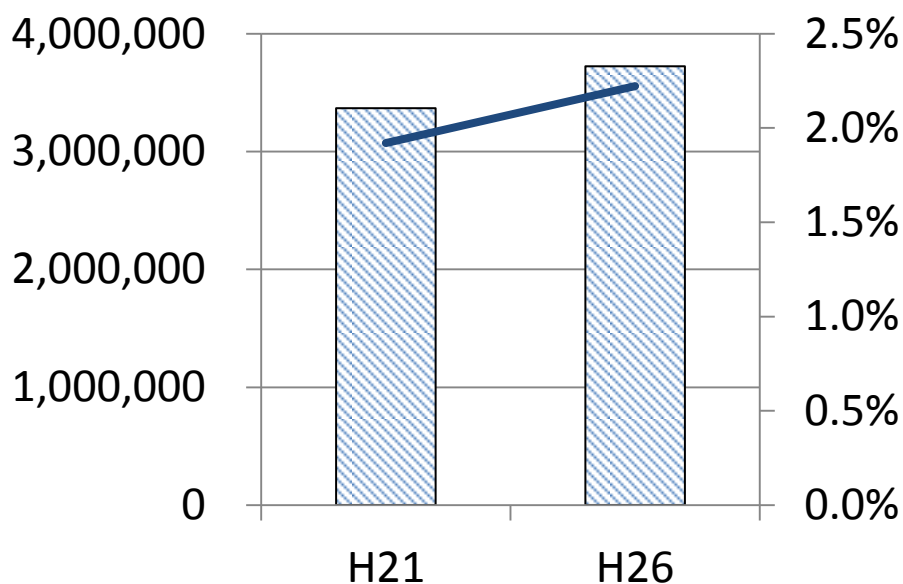
児童・思春期精神疾患に係る診療報酬上の評価(外来)①

- 20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法には加算が設けられている。
- 20歳未満加算の算定数は増加しており、特に15歳未満における算定が増加している。

I 002 通院・在宅精神療法(1回につき) 350点

- ・ 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に350点を加算
- ・ 精神科初診から1年以内(16歳未満で児童・思春期精神科入院医療管理料届出医療機関は2年以内)

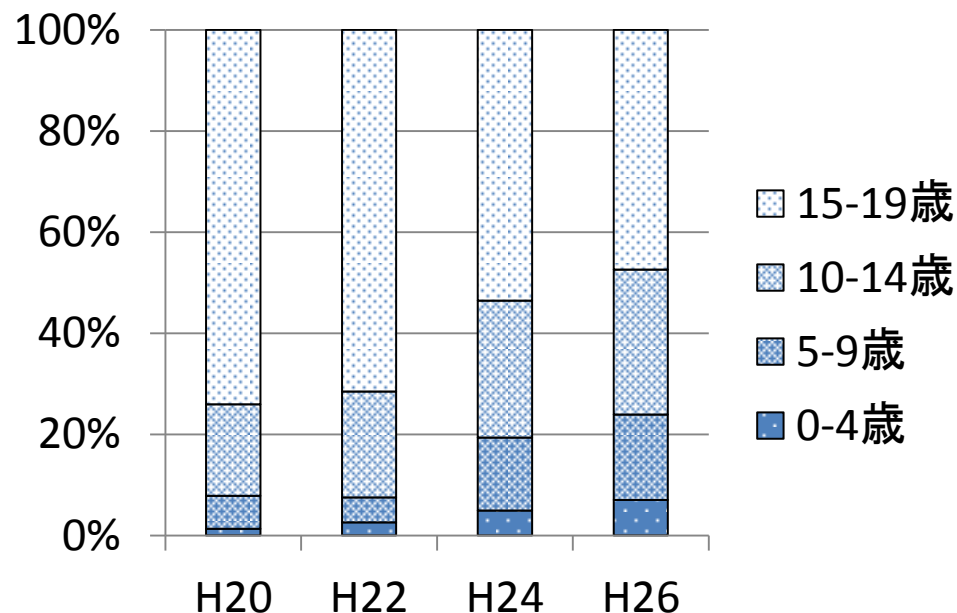
通院・在宅精神療法の算定回数及び
20歳未満加算の算定割合の推移



通院・在宅精神療法の算定回数(／月)

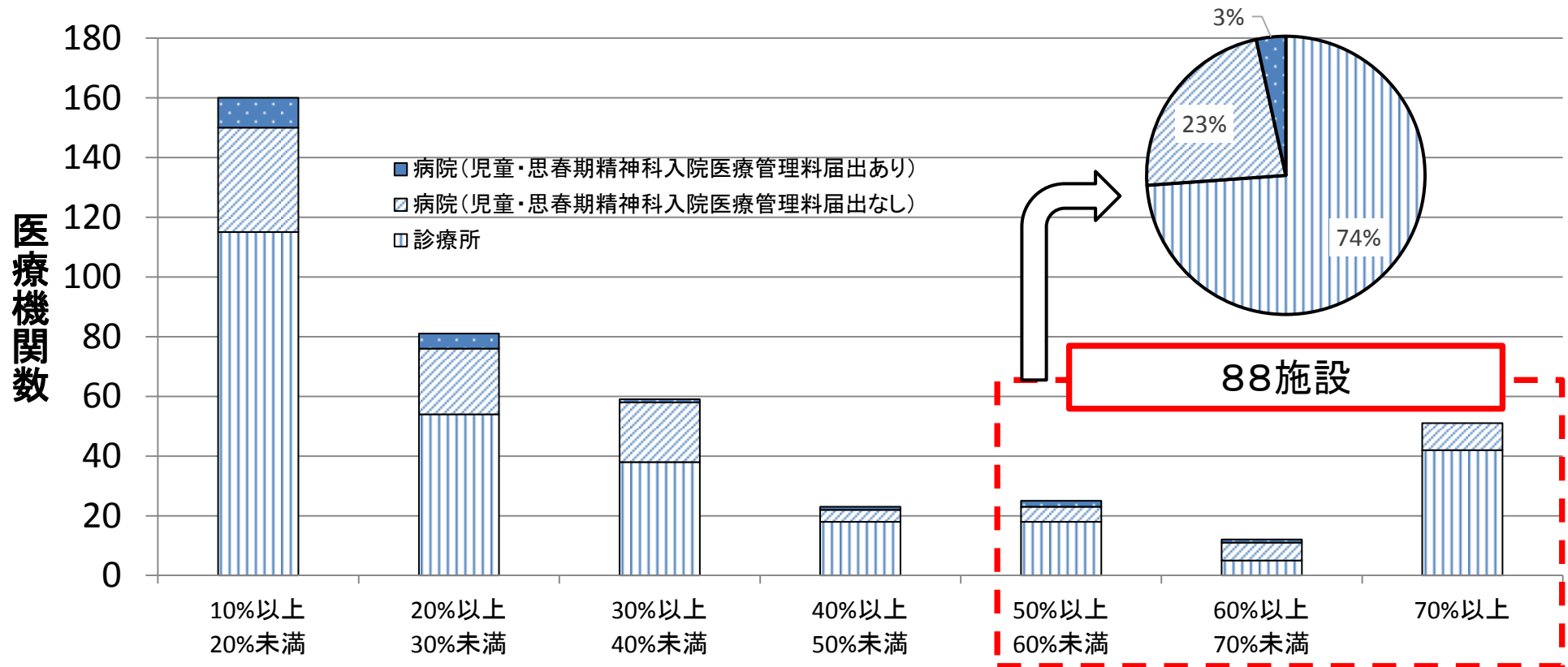
うち20歳未満加算を算定したものの割合

20歳未満加算を算定した年齢の推移



児童・思春期精神科を担う医療機関①

- 通院・在宅精神療法の算定の20歳未満患者に対する加算の算定件数が通院・在宅精神療法算定件数の50%以上の医療機関は全国に88施設あり、児童・思春期精神科入院医療管理料を届けていない医療機関も85施設含まれていた。



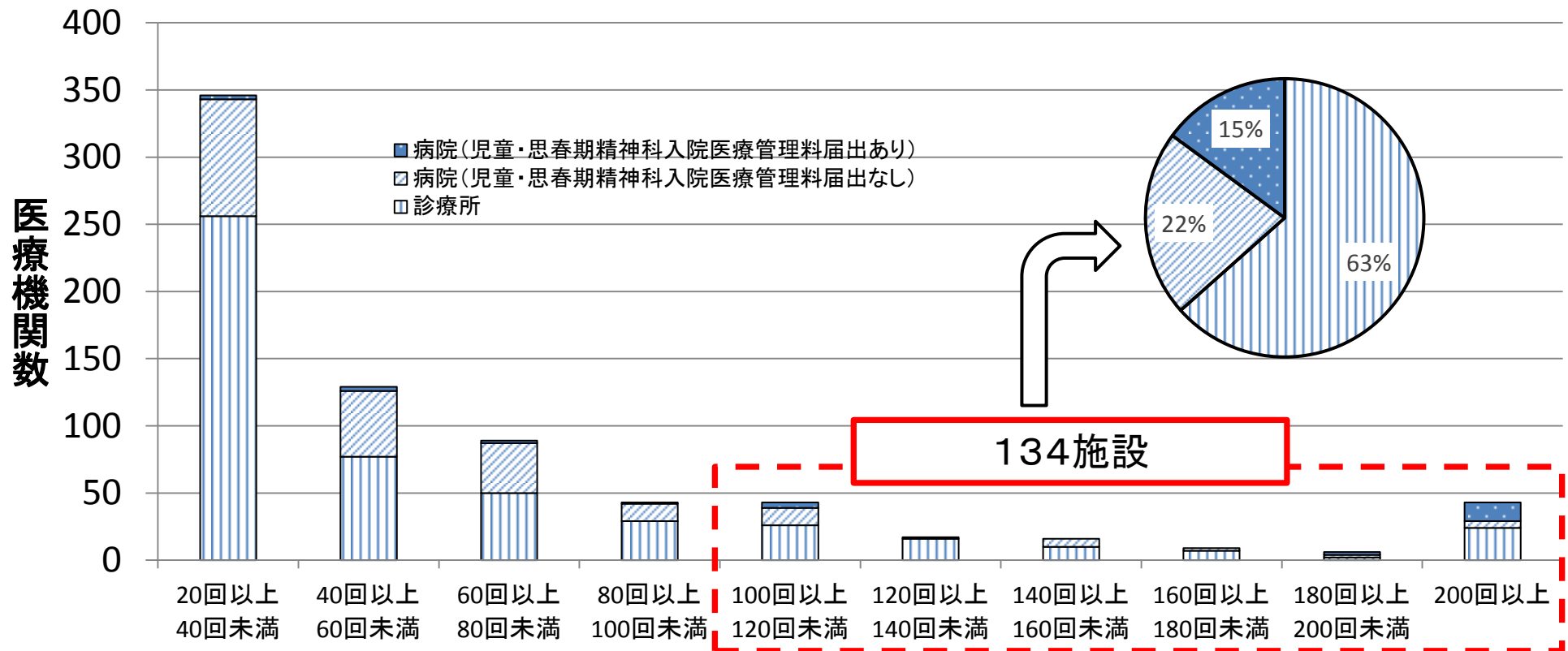
通院・在宅精神療法の算定件数のうち、20歳未満の患者に対する加算を伴う割合

※割合が10%未満の医療機関については表示していない

出典：NDBデータ(平成27年5月診療分)

児童・思春期精神科を担う医療機関②

- 通院・在宅精神療法の20歳未満患者に対する加算の算定件数が100件以上の医療機関は全国に134施設あり、児童・思春期精神科入院医療管理料を届けていない医療機関も114施設含まれていた。



通院・在宅精神療法の20歳未満の患者に対する加算を算定した件数

※加算が月20件未満の医療機関については表示していない。

児童・思春期精神科を担う医療機関③

- 児童・思春期精神科入院医療管理料の届出医療機関以外にも、児童・思春期精神科について専門的に医療を提供している医療機関がある。

		医療機関数	うち①～④に該当しない医療機関数			
			①	②	③	④
①	児童・思春期精神科入院医療管理料の届出医療機関 (平成27年7月時点)	29	—	20	9	28
②	子どもの心の診療ネットワーク 事業参加医療機関	22	13	—	11	16
③	一定以上の規模で、20歳未満 の患者を比率高く診療している 医療機関(※)	68	50	59	—	63
④	(参考)特定機能病院 (通院・在宅精神療法を算定し た医療機関に限る)	79	78	73	72	—

※病院については、通院・在宅精神療法の20歳未満の患者に対する加算を月100件以上算定しているもの。診療所については、当該加算を月100件以上算定し、かつ当該加算件数の通院・在宅精神療法の算定件数に対する割合が50%以上のもの。

児童・思春期の精神科医療に係る課題と論点

【課題】

- 20歳未満の精神疾患に対する外来医療は、実数、割合共に増加しており、また特に15歳以下の患者の占める割合が増加している。
- 20歳未満の精神疾患の患者は、診断、治療のために長時間を要するなど、手厚い診療を必要とする。
- 児童・思春期の精神科医療については、早期介入の重要性、専門性等を考慮して、診療報酬上の評価が一定程度拡充され、特に、児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出た医療機関においては、外来精神療法についても高い評価とされている。しかし、現在もなお、外来への待機期間が極めて長いなど、診療体制の確保が大きく不足している。
- 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている医療機関の中にも、20歳未満の精神科疾患について専門的に外来診療を提供していると思われる医療機関が一定程度存在する。

【論点】

- 児童・思春期患者への専門的な外来診療の提供体制を確保する観点から、児童・思春期精神科の入院医療体制にかかわらず、専門的な医療機関における精神療法について評価することとしてはどうか。

4. 薬物依存症について

薬物依存症に対する医療介入の必要性

- 薬物への依存は疾患であり、精神医学的な介入が必要な状態である。

“People who are drug dependent are not bad or weak; they have a medical condition that requires ongoing treatment.”

薬物依存の人々は、悪いのでも弱いでもない。彼らは、継続的な治療を必要とする医学的な状態にあるのである。

“Clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed setting”
World Health Organization Western Pacific Region

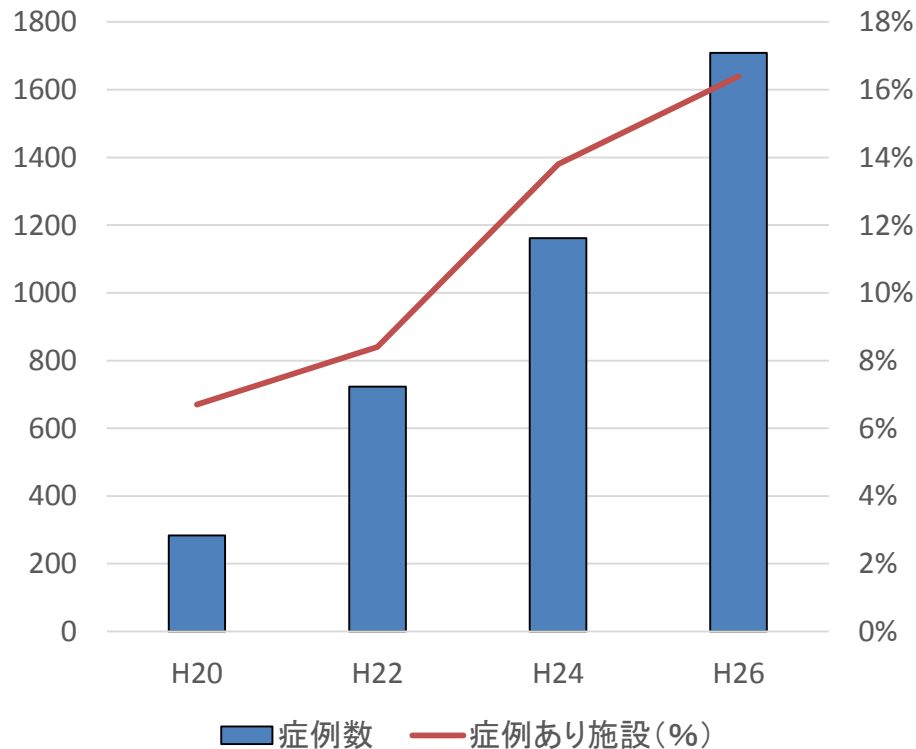
ICD-10 F1x.2 依存症候群

ある物質あるいはある種の物質使用が、その人にとって以前にはより大きな価値をもっていた他の行動より、はるかに優先するようになる一群の生理的、行動的、認知的現象。依存症候群の中心となる記述的特徴は、精神作用物質（医学的に処方されたものであってもなくても）、アルコールあるいはタバコを使用したいという欲望（しばしば強く、時に抵抗できない）である。

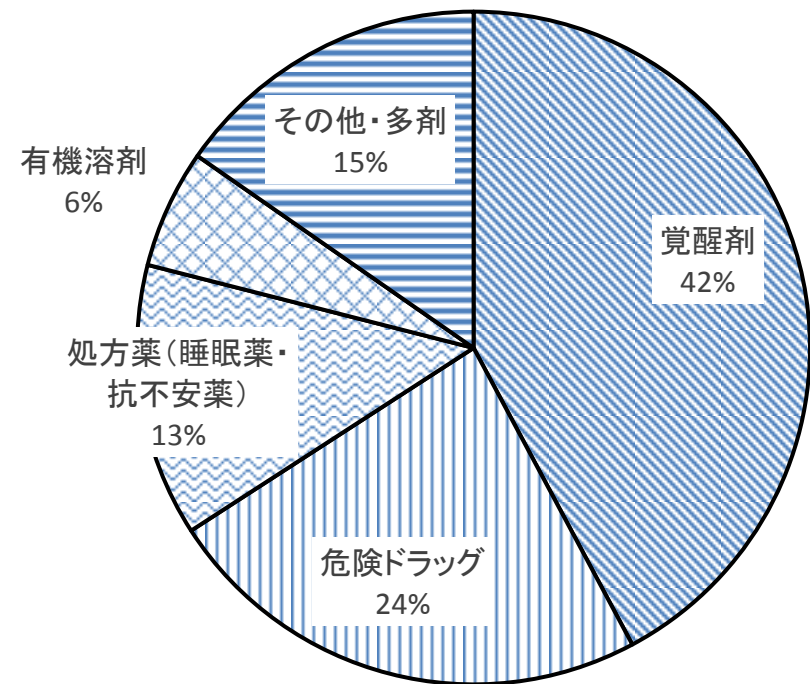
薬物依存症の近年の動向

○ 薬物依存症の患者の報告は近年増加傾向にある。

薬物依存症の症例数、
症例あり施設割合の推移



報告症例 (n=1,579) の主たる薬物



※全国 of 精神科病床を有する医療施設1,598施設に対する
調査結果 (回答1,201施設)

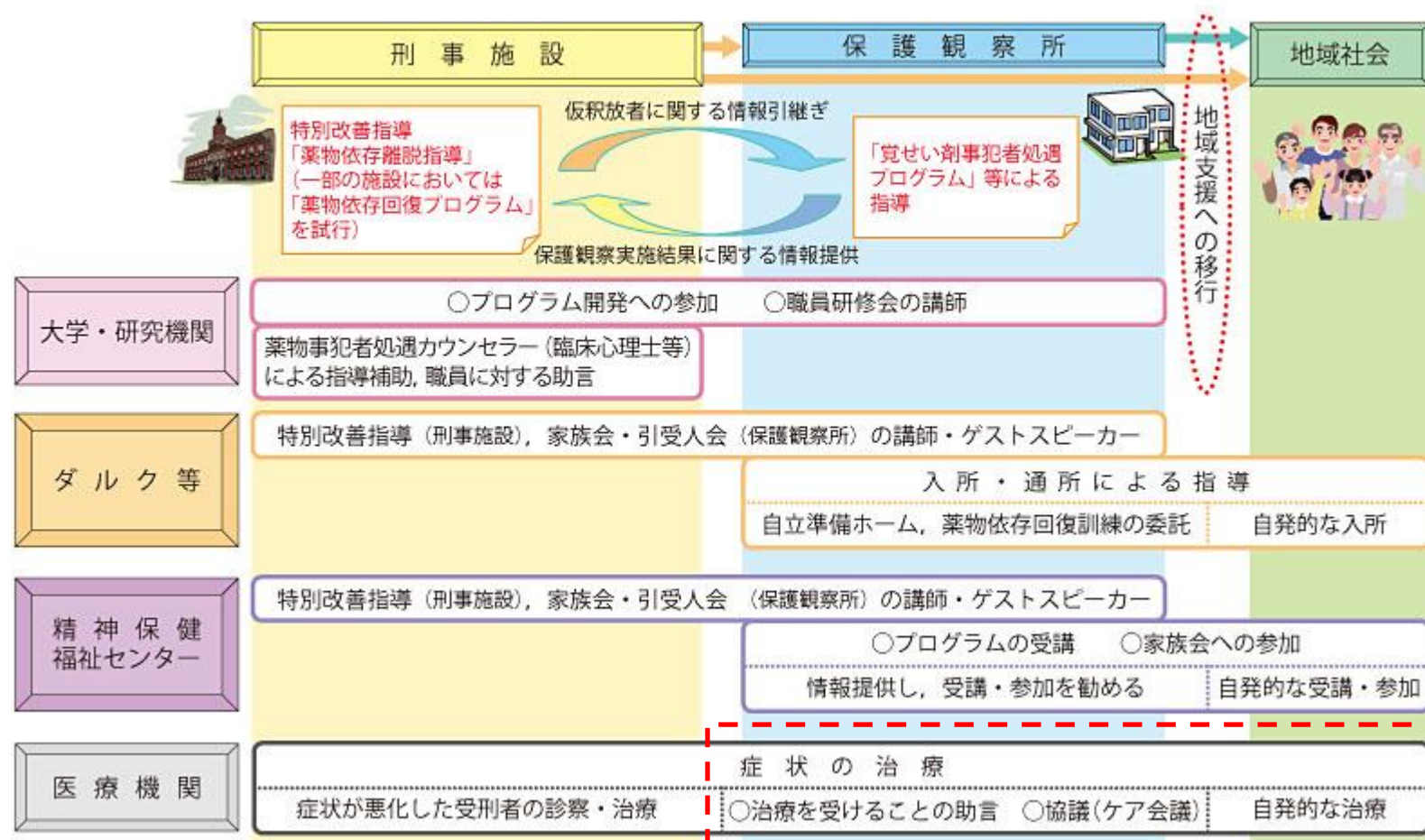
出典: 平成26年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬品 / 医療機器等レギュラトリーサイ
エンス政策研究事業) 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

薬物依存症患者の処遇における医療機関の役割

- 矯正から地域社会への復帰までのプロセスを通して、医療機関には症状の治療による介入が求められている。

7-2-4-1 図

薬物事犯者の処遇における連携



薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラム

○ 薬物依存症に対する、標準化された集団認知行動療法プログラムがある。

- ・ 認知行動療法(※)の考え方をを用いて、集団に対してアプローチする治療プログラム。
※ 患者のものの受け取り方や考え方に注目し、考え方のバランスをとり、ストレス等にうまく対応できるようにする精神療法。
- ・ 10ー20人の集団に対し、1回90分程度のプログラムを週1回行う。
- ・ 16または24週を1クールとする。
- ・ あらかじめ定められたワークブックや他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する誤った知識や考えを改めたり、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援する。

プログラムの例

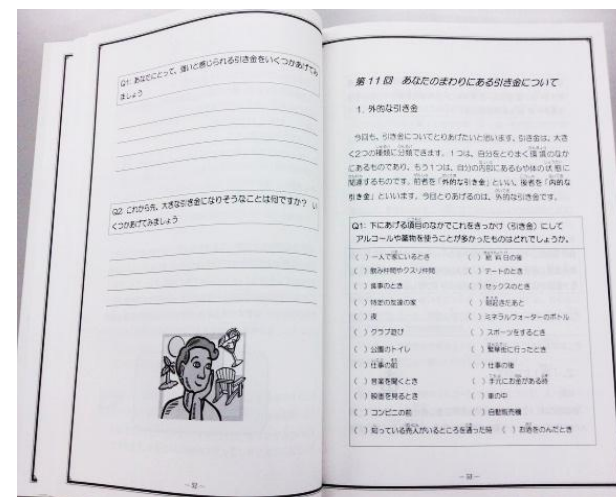
第〇回「引き金と欲求」

【到達目標】

薬物を使いたくなったときにコントロールする方法を考える

(ワークブックに示された例)

- ①日常生活の習慣をかえる
- ②安全な生活スケジュールにしたがって生活する
- ③引き金を避ける



薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラム

- 薬物依存症治療が困難な理由として、断薬や治療に対する動機づけが希薄な場合が多いこと等が指摘されている。
- 薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラムは、治療継続率、自助グループへの参加率等の点で、有意な効果があることが分かっている。

【研究方法・対象】

- ・ 薬物依存症専門外来に初診となった患者を、集団認知行動療法のプログラムへの参加群(26人)と非参加群(143人)に振り分けて、その効果を検討した。
- ・ 振り分けの時点で、平均年齢や依存症の重症度、依存症の治療に対する動機づけの強さについて、参加群と非参加群の間には有意な差はなかった。

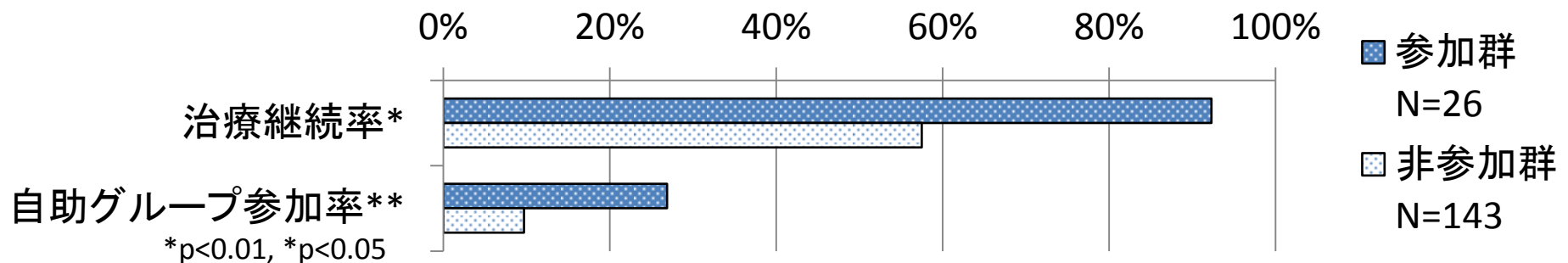
【結果】

①初診後90日目の治療継続

参加群 92.3%、非参加群 57.5%

②自助グループへの参加

参加群 26.9%、非参加群 9.7%



薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラム

- 薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラムを実施できるよう、国立精神・神経医療研究センターが主体となって実施者の養成が行われてきた。

実施主体	国立精神・神経医療研究センター
対象	医師、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、法務教官、麻薬取締官、回復者スタッフ
内容	薬物依存症の治療に関するエビデンスや直面化を避けた動機付け面接の重要性を理解し、薬物依存症に対する集団認知行動療法のファシリテーションの実際を学ぶ (2日間、13時間[ただし、H27年度より3日間18時間])
研修実績	平成21年～26年に計7回実施。 合計458名参加。

薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラムに対応可能な医療機関(H27年9月現在)

北海道・東北	関東甲信越	東海・北陸	近畿	中国・四国	九州・沖縄
3	7	2	2	2	2

薬物依存症に係る課題と論点

【課題】

- 近年、薬物依存症は社会的な重要性が高く、患者の治療や支援において、医療機関に求められる役割も大きくなっている。
- 薬物依存症に対して、認知行動療法の考え方をういた集団プログラムに一定の効果があることが分かっており、その標準化や実施できる医療従事者の養成が進んできた。

【論点】

- 薬物依存症に対する治療体制を確保するため、薬物依存症への一定の効果を有する集団認知行動療法プログラムについて、標準的な手法により実施した際の評価を設けてはどうか。

5. 認知症対策について

認知症における早期鑑別診断の重要性

1. 治療可能な認知症の診断

認知症の一部(※)は早期に診断すれば治療が可能であり、早期の鑑別診断によってそれらを治療に結びつける必要がある。

(※)内分泌・代謝性疾患、感染性疾患、腫瘍性疾患、外傷性疾患、脳脊髄液循環障害、免疫疾患等

2. 抗認知症薬の早期投与

早期に診断し、抗認知症薬を早期に投与することにより、認知症症状の進行抑制が期待できる場合がある。

3. 社会活動等への参加の早期促進

高齢者の認知症においては、社会参加、余暇活動、精神活動等によって、認知機能低下の予防に効果があることが示されており、早期に診断することで、このような活動へつなげることができる。

4. 家族等介護者の負担軽減

早期に診断し、適切な医療・介護サービスにつなげることで、家族介護者の負担が減ることが期待できる。

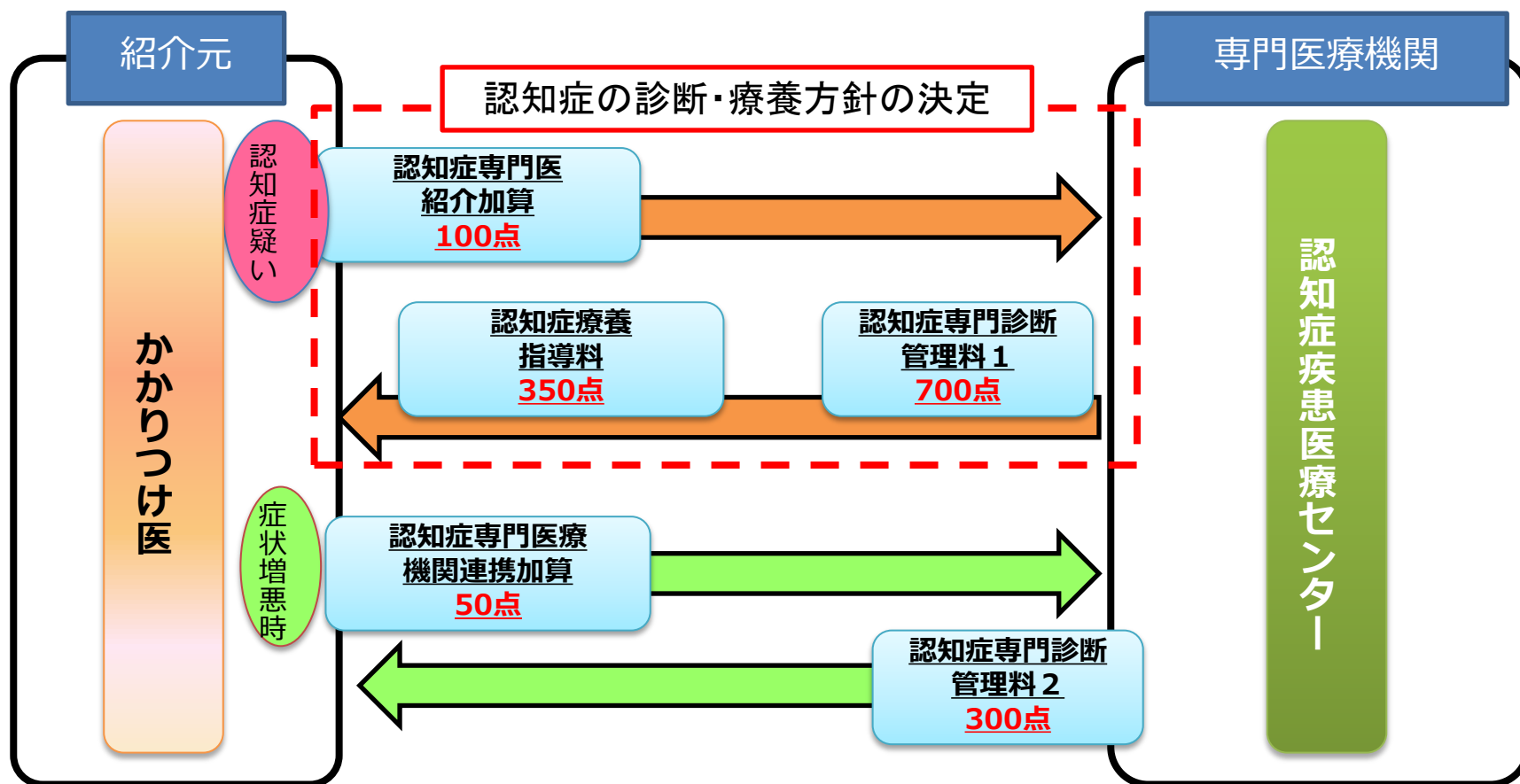
認知症疾患医療センターの役割

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱(抄)

この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする。

認知症疾患医療センターの評価

- 認知症疾患医療センターにおいて、他の保険医療機関から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の決定等を行う場合の評価として認知症専門診断管理料1が設けられている。
- 認知症疾患医療センターにおいて、認知症の症状が増悪した患者に対して、今後の療養計画の策定等を行った場合の評価として、認知症専門診断管理料2が設けられている。
- また、それぞれの紹介やその後の治療について、認知症療養指導料や診療情報提供料の加算が設けられている。



認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業（H20年～）
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に335か所（※）→全国500か所程度の設置を目指す
（※平成27年8月19日現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）

		基幹型	地域型	診療所型
設置医療機関		病院（総合病院）	病院（単科精神科病院等）	診療所
設置数（平成27年7月29日現在）		14か所	302か所	19か所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	・専門医（1名以上） ・専任の臨床心理技術者（1名） ・専任のPSW又は保健師等（2名以上）	・専門医（1名以上） ・専任の臨床心理技術者（1名） ・専任のPSW又は保健師等（2名以上）	・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名：兼務可） ・専任のPSW又は保健師等（1名以上：兼務可）
	検査体制 （※他の医療機関との連携確保対応で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）	・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須	—	
地域連携機能		・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化 等		

診療所型の認知症疾患医療センターは、現在、認知症専門診断管理料の対象となっていない。

診療所型認知症疾患医療センターにおける鑑別診断

- 認知症疾患医療センターにおいて、認知症の原因疾患に関する正確な診断が行われ、診断に基づいて療養方針の決定や、医療機関への紹介等が実施されている。

○ S県内の診療所型認知症疾患医療センター(1か所)における鑑別診断の実績例(6か月間)

認知症 関連疾患	205件	非認知症疾患	14件	正常または 健常	5件	合計	224件
-------------	------	--------	-----	-------------	----	----	------

認知症 関連疾患	軽度認知障害(MCI)	30件	非認知 症疾患、 正常ま たは健 常	左記以外の症状性を含む器質精神障害	3件
	アルツハイマー型認知症	138件		統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	件
	脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症	7件		気分(感情)障害	10件
	血管性認知症	3件		てんかん	件
	レビー小体型認知症	19件		上記のいずれにも含まれない疾患	1件
	前頭側頭葉変性症または前頭側頭葉型認知症	5件		正常または健常	件
	正常圧水頭症	件	認知症関連疾患のうち		
	アルコール関連障害による認知症	件		他の医療機関から紹介されて受診した患者数	96件
	上記以外の認知症	3件		他の医療機関へ診療情報を提供し、継続医療を依頼した患者数	64件

認知症対策に係る課題と論点

【課題】

- 認知症疾患医療センターにおける認知症の診断、症状増悪時の対応等のうち、認知症の診断等については、平成26年より設けられた類型である診療所型においても実施することとされている。
- 認知症疾患医療センターに関する診療報酬上の評価は、現在、基幹型・地域型において診療を受ける場合に限られている。

【論点】

- 認知症疾患医療センターの役割のうち、認知症の診断・療養方針の決定については、診療所型において実施した場合についても、基幹型・地域型と同様に評価することとしてはどうか。

6. 抗精神病薬の減薬にかかる取組について

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果のある薬剤
- ・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

抗精神病薬のクロルプロマジン等量換算(参考)

一般名	換算係数(※)
クロルプロマジン塩酸塩	100
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	100
ペルフェナジンフェンジソ酸塩	10
プロペリシアジン	20
ペルフェナジン	10
トリフロペラジンマレイン酸塩	5
フルフェナジンマレイン酸塩	2
プロクロルペラジンマレイン酸塩	15
レボメプロマジンマレイン酸塩	100
ピバンペロン塩酸塩	200
モペロン塩酸塩	12.5
オキシペルチン	80
スピペロン	1
スルピリド	200
ハロペリドール	2
ピモジド	4
ゾテピン	66

一般名(続)	換算係数(※)
チミペロン	1.3
ブロムペリドール	2
カルピプラミン塩酸塩水和物	100
クロカプラミン塩酸塩水和物	40
カルピプラミンマレイン酸塩	100
スルトプリド塩酸塩	200
モサプラミン塩酸塩	33
ネモナプリド	4.5
リスペリドン	1
クエチアピンフマル酸塩	66
ペロスピロン塩酸塩水和物	8
オランザピン	2.5
アリピプラゾール	4
ブロナンセリン	4
クロザピン	50
パリペリドン	1.5
レセルピン	0.15

(※) 当該医薬品何mgがクロルプロマジン100mgに相当するかをあらわしたものの。

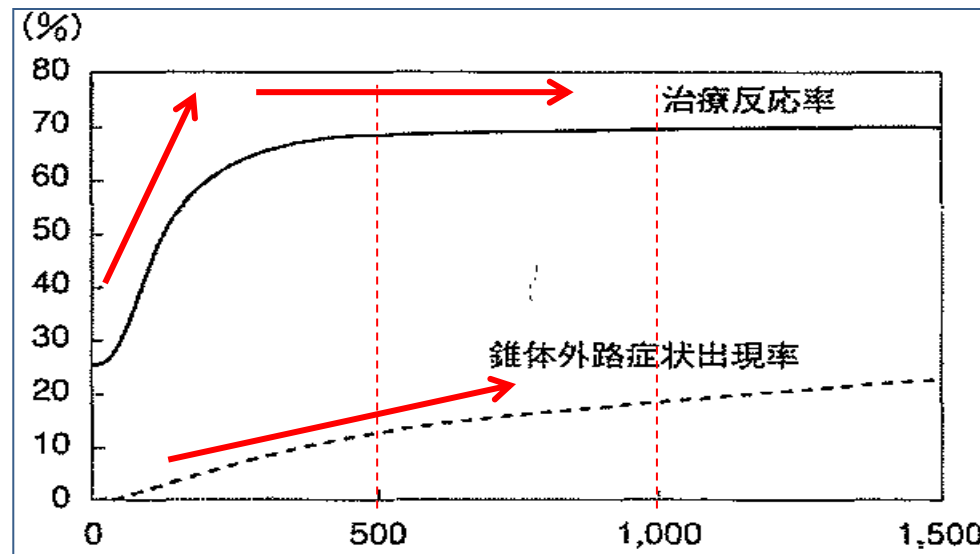
出典: 稲垣 中, 稲田俊也による資料をもとに作成

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



CPZ※※換算抗精神病薬投与量 (mg/日) 出典: Schizophrenia Frontier Vol.6 No.2, 2005

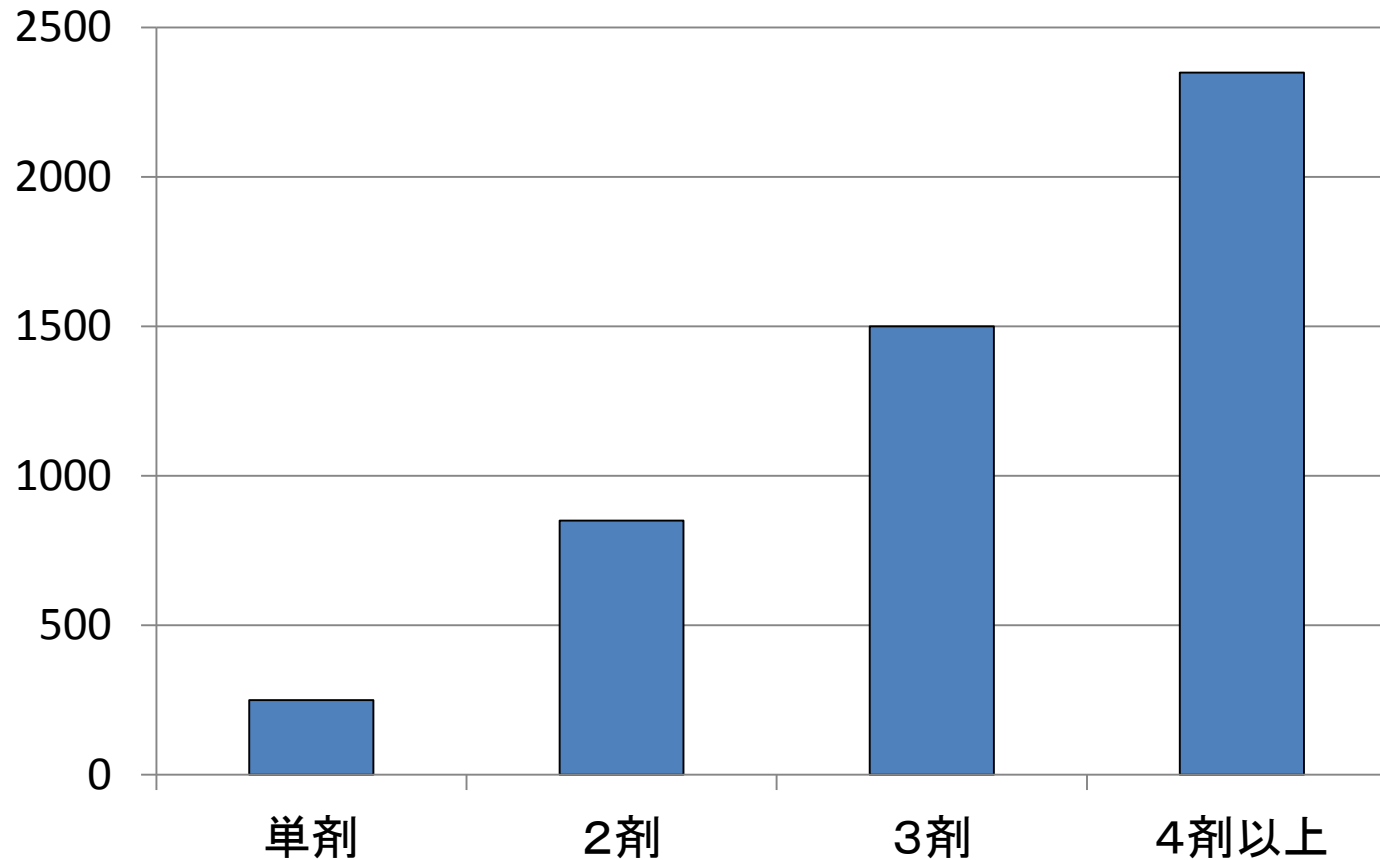
※錐体外路系副作用: 手の震え、体の動かしにくさ等 ※※CPZ: クロルプロマジン

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。

抗精神病薬の剤数と投与量の関係

- 多剤処方されている患者は大量処方されていることが多い。

クロルプロマジン換算
抗精神病薬平均総投
与量(mg/日)



抗精神病薬の投与剤数の国際比較

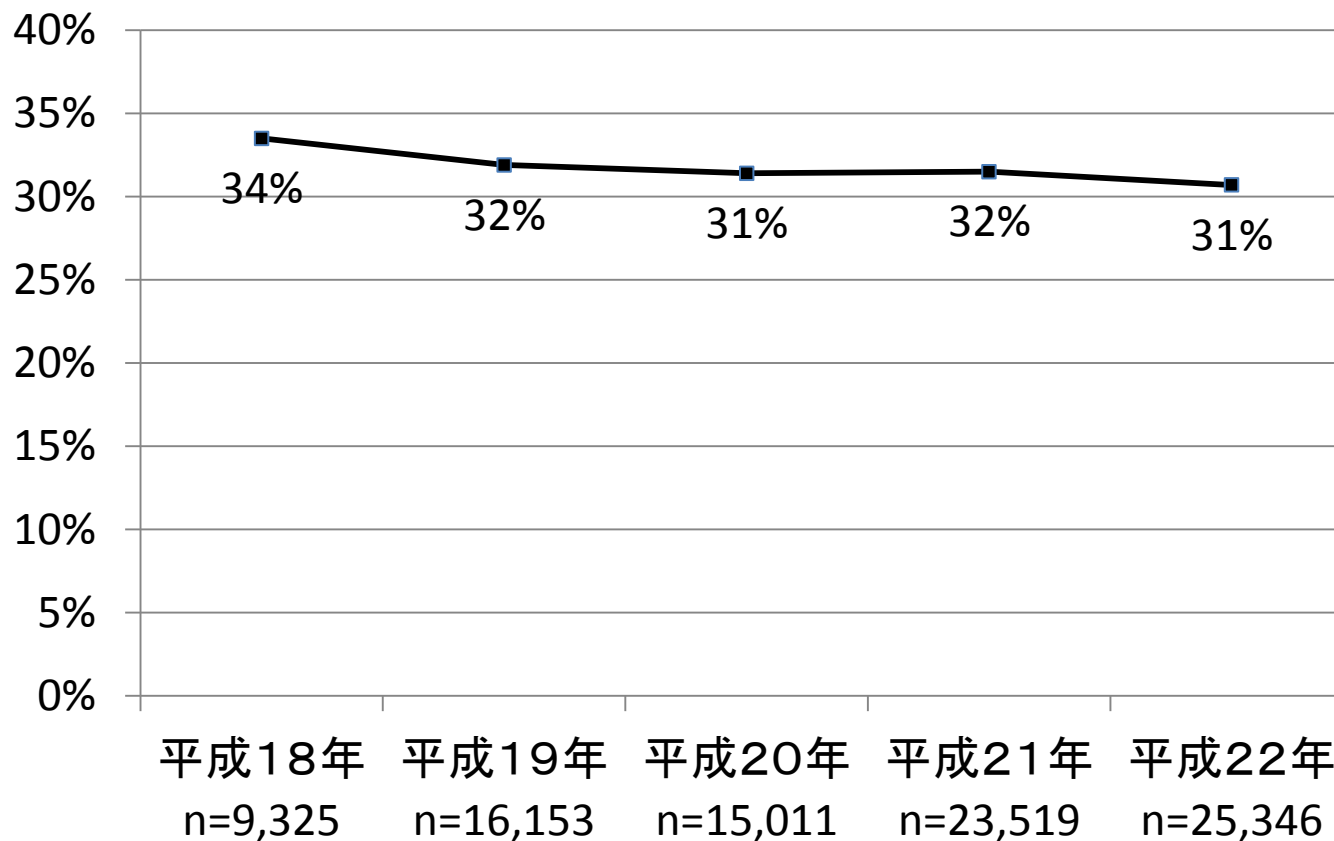
抗精神病薬多剤併用に関する国際比較

	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

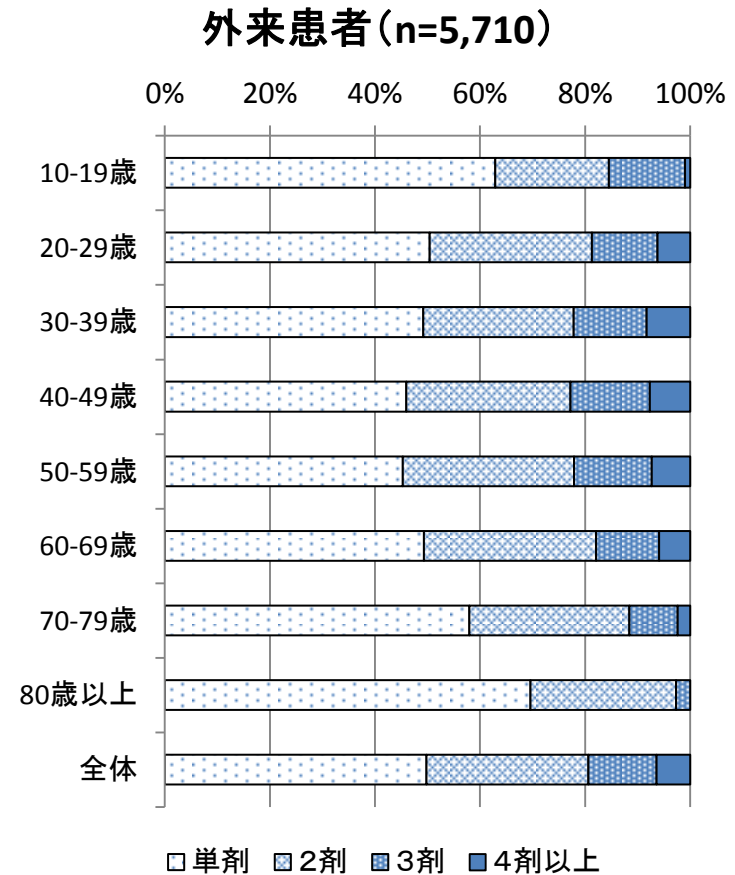
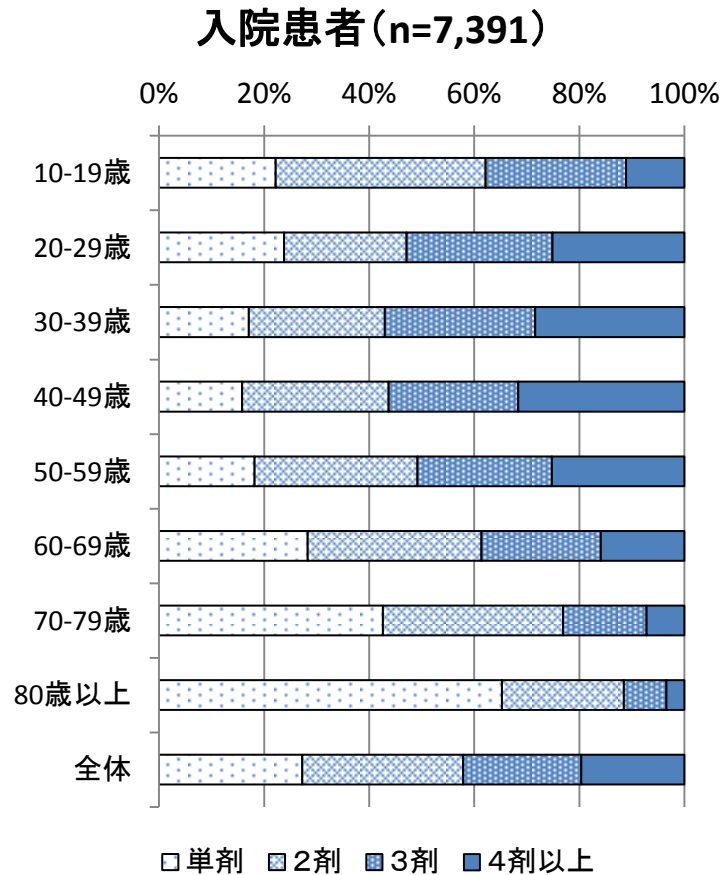
抗精神病薬の大量処方の状況①

- 我が国の統合失調症の入院患者において、クロルプロマジン換算で1,000mg/日を超える抗精神病薬処方を受けている患者の割合は、平成18年からの4年間で緩やかに減少していたものの、平成22年時点で未だ3割を超えていた。



抗精神病薬の大量処方状況②

- 平成23年10月診療分のレセプト情報の分析によると、我が国で抗精神病薬の投与を受けている統合失調症患者のうち入院患者の42%、外来患者の19%が3剤以上の抗精神病薬を処方されていた。



適切な向精神薬の使用の推進

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 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、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合)	15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合)	10点



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合)	15点
----------------------	-----

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化①

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

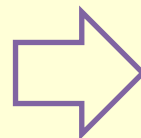
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料



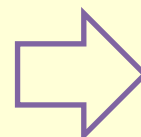
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80



※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

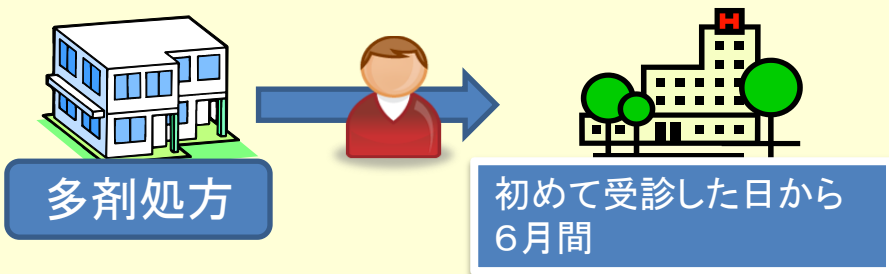
※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

適切な向精神薬の使用の推進②

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化②

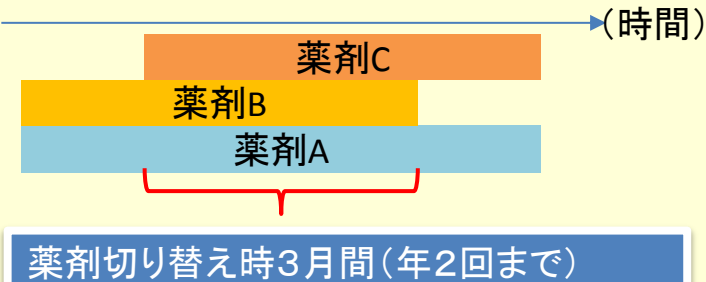
[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

①初めて受診した日において、すでに他の
保険医療機関で多剤投与されている場合



②薬剤の切り替え時

新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合



③臨時に投与した場合

連続する投与期間が2週間以内又は
14回以内の投与

※投与中止期間が1週間以内の場合は
連続する投与とみなす。

※抗不安薬及び睡眠薬については臨時
に投与した場合も種類数に含める。



④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師
が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた
場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

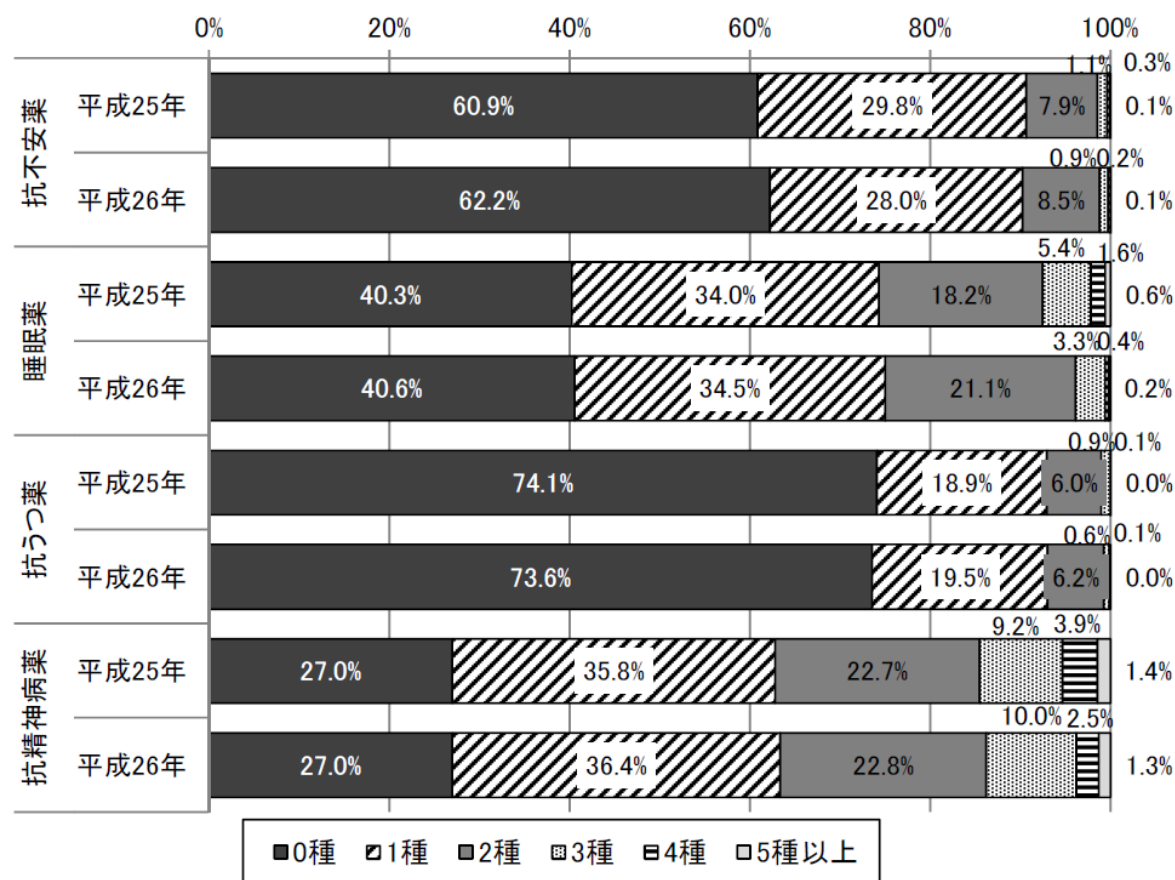
- ①～④の全てを満たす者
- ①5年以上の臨床経験
- ②3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
- ③国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての
診断カテゴリーについて主治医として治療経験
- ④精神科薬物療法に関する適切な研修の修了



抗精神病薬の多剤処方状況①

- 4種類以上の抗精神病薬を処方されている外来患者は、平成25年には5.3%であったが、平成26年には3.8%へ減少した。

図表 314 薬物療法で使用している向精神薬の種類別使用数
(平成 25 年 10 月、平成 26 年 10 月) (薬物療法を行っている患者、n=1393)

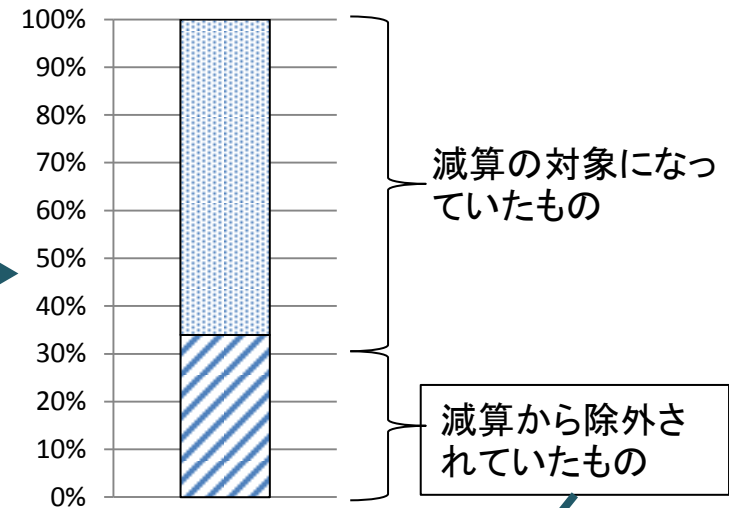
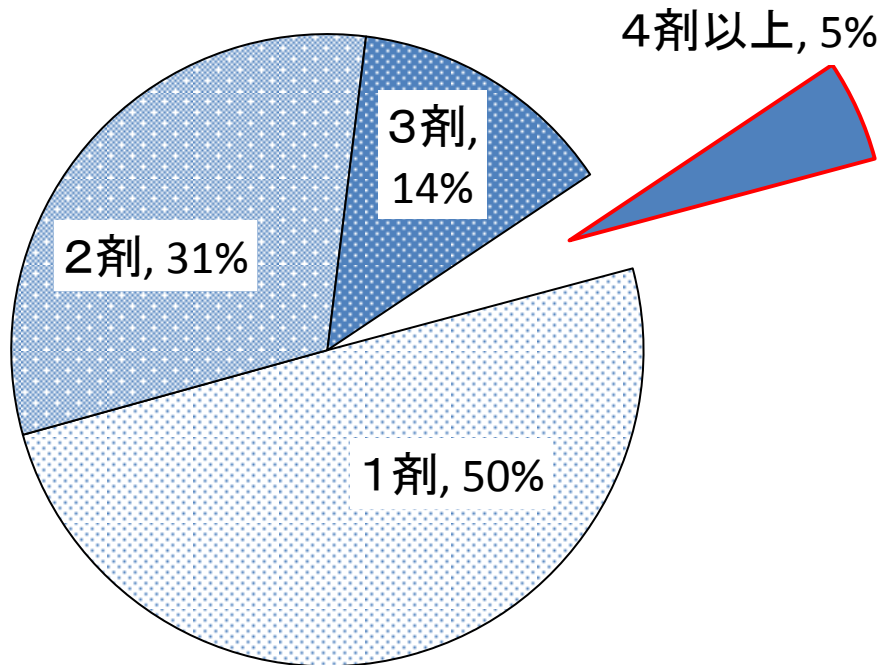


(注) 平成 25 年 10 月、平成 26 年 10 月の両方に回答のあった 1393 人を集計対象とした。

抗精神病薬の多剤処方状況②

- 平成26年に抗精神病薬を処方された外来患者のうち、4種類以上の抗精神病薬を処方されていた者は全体の5%であった。
- 4種類以上の抗精神病薬を処方されていた者のうち、約34%が減算規定の対象外となっており、その理由の大半は「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師がやむを得ず投与を行う必要があると認めた」であった。

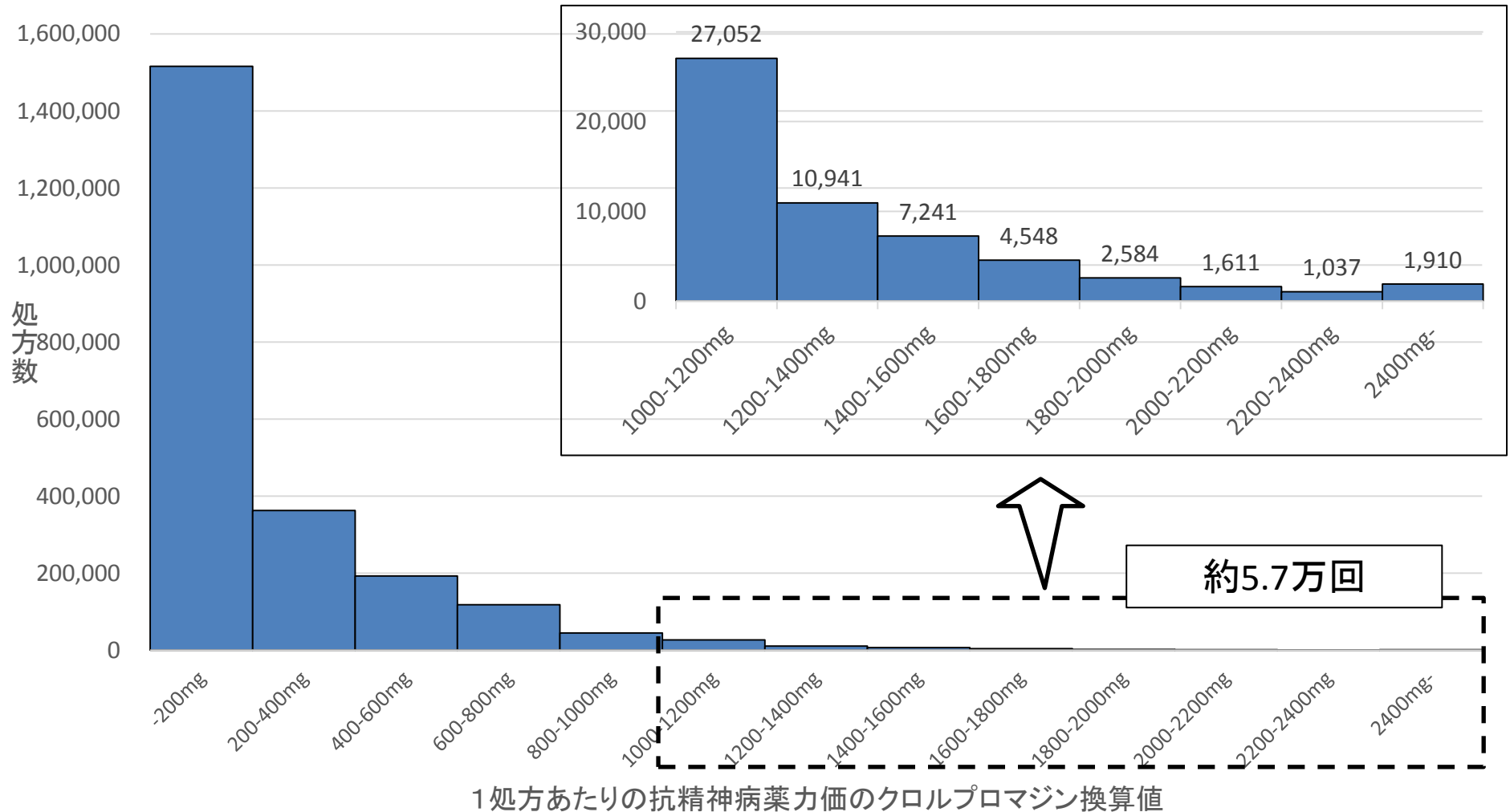
抗精神病薬を処方された外来患者(n=1,017)
における抗精神病薬の薬剤種類数



全例(n=18)中17例が「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師がやむを得ず投与を行う必要があると認めた」場合だった。

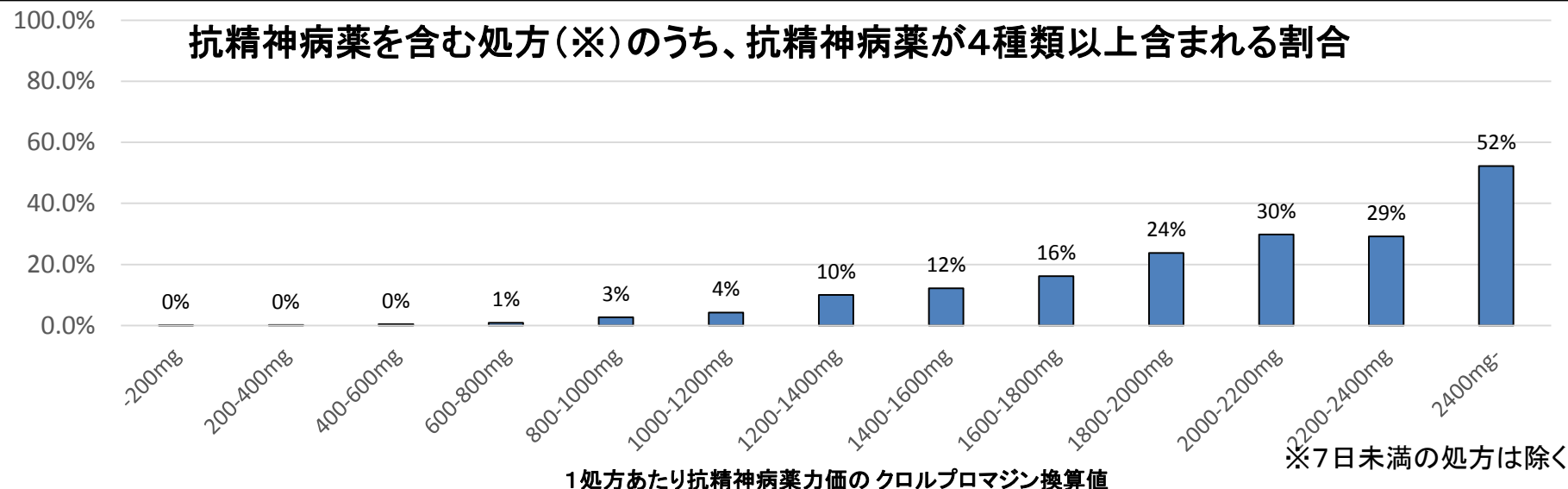
抗精神病薬の多剤投与の状況③

- 抗精神病薬の処方量をクロルプロマジン換算したデータによると、7日以上処方約229万回のうち2.5%にあたる約5.7万回において、クロルプロマジン換算1,000mg／日を超える処方が行われていた。うち2割にあたる約1.2万回では、クロルプロマジン換算1,600mg／日を超える処方がなされていた。



抗精神病薬の多剤投与の状況④

- クロルプロマジン換算で1,000mgから1,200mgとなる抗精神病薬処方において、抗精神病薬を4種類以上処方されているものは4%であった。
- クロルプロマジン換算1,000mgを超えるか否かを基準とした場合、抗精神病薬を4種類以上処方されているか否かを判断基準とすることは特異度が高い一方、感度は0.1程度に止まった。



	クロルプロマジン 換算1,000mg/日 より高い	クロルプロマジン 換算1,000mg/日 未満
抗精神病薬 4種類以上	6,257	3,775
抗精神病薬 3種類以下	50,667	2,231,182

感度:0.110 特異度:0.998

	クロルプロマジン 換算1,600mg/日 より高い	クロルプロマジン 換算1,600mg/日 未満
抗精神病薬 4種類以上	3,130	6,902
抗精神病薬 3種類以下	8,560	2,273,289

感度:0.268 特異度:0.997

出典:NDBデータ(平成27年5月診療分)

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。

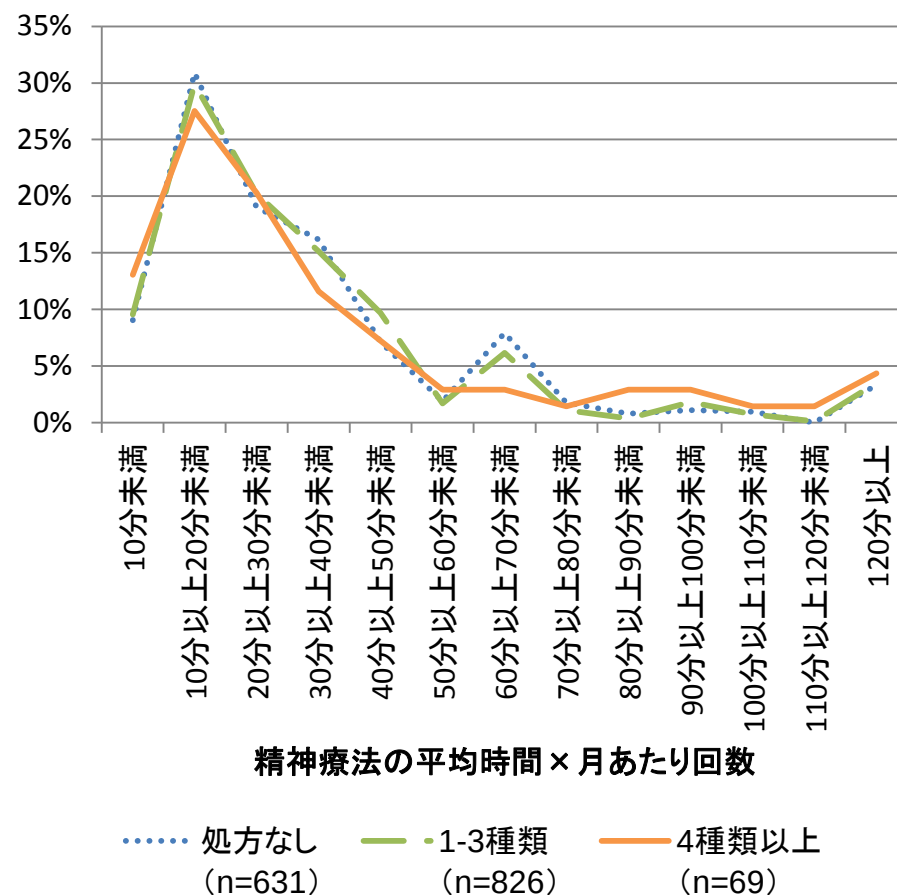
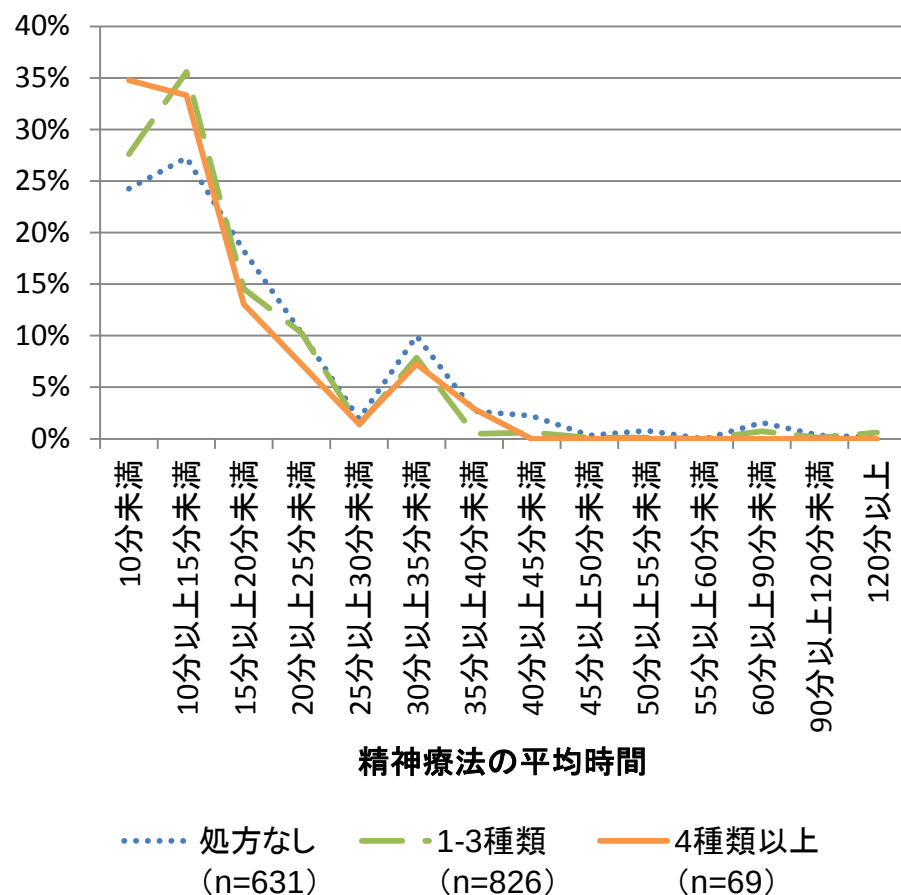
資料3. 遵守すべき薬剤ごとの減量最高速度

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

抗精神病薬の多剤処方と精神療法

○精神療法の時間(平均時間及び平均時間×月あたり回数)ごとの患者分布は、抗精神病薬の種類数によらずほぼ一定のパターンを示した。



出典:平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成26年度調査)

通院精神療法の評価

イ 初診の日において、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が行った場合

600点
(59,021回)

※30分以上の場合に限り算定できる

ロ イ以外の場合

(1) 30分以上の場合

400点
(256,651回)

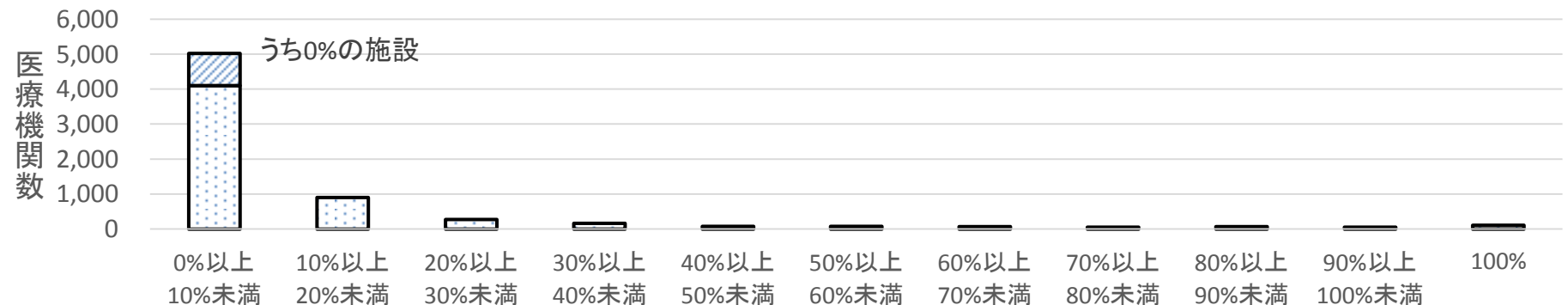
(2) 30分未満の場合

330点
(3,362,009回)

※5分を超えたときに限り算定できる

括弧内は月あたり算定回数(平成26年度社会医療診療行為別調査)

通院精神療法のうち、30分以上のものの割合別医療機関数



抗精神病薬の多剤処方に係る課題と論点

【課題】

- 抗精神病薬は、処方量を増加しても、ある一定量（クロルプロマジン換算で1日1,000mg程度）を超えると治療効果は変わらず、一方で副作用のリスクは増え続けるとされている。
- 抗精神病薬の処方種類数が増えると大量処方につながりやすいことから、平成26年改定においては、外来における4種類以上の抗精神病薬の処方等について、処方料、処方せん料、薬剤料等に係る適正化を行った。
- 平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査においては、平成25年から26年にかけて、4種類以上の抗精神病薬を処方されている外来患者はやや減少していることが認められた。
- 一方、レセプトデータにおいて、外来患者に対する抗精神病薬の処方量をクロルプロマジン換算した値の分布を見ると、1日1,000mg相当を超える処方をされている例は未だ2.4%程度見られた。
- 抗精神病薬を安全に減薬する方法については、臨床研究において安全に減量できるとの報告がなされているなど、知見が明らかになっている。
- 精神療法の実施時間については、多剤処方を受けた患者であっても、その他の患者との間で差はみられず、1回当たり10分未満の場合が最も多かった。

【論点】

- 抗精神病薬の大量処方がなされている可能性が高い外来患者について、副作用の状況等(※)を把握し、また安全性に配慮しながら抗精神病薬を減薬する試み等を促すよう、十分な指導によらず大量処方を行う場合の精神療法の評価を見直してはどうか。

(※)副作用の状況の他、服薬コンプライアンスの状況、残薬の多寡、薬に対する患者の認識等を含む

7. 精神科デイ・ケア等について

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	<u>3時間</u> 小規模 275点 大規模 330点	
デイ・ケア	<u>6時間</u> 食事 小規模 590点 大規模 700点	
ナイト・ケア		4時以降 食事 <u>4時間</u> 540点
デイ・ナイト ケア	食事 食事 <u>10時間</u>	食事 1,000点

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

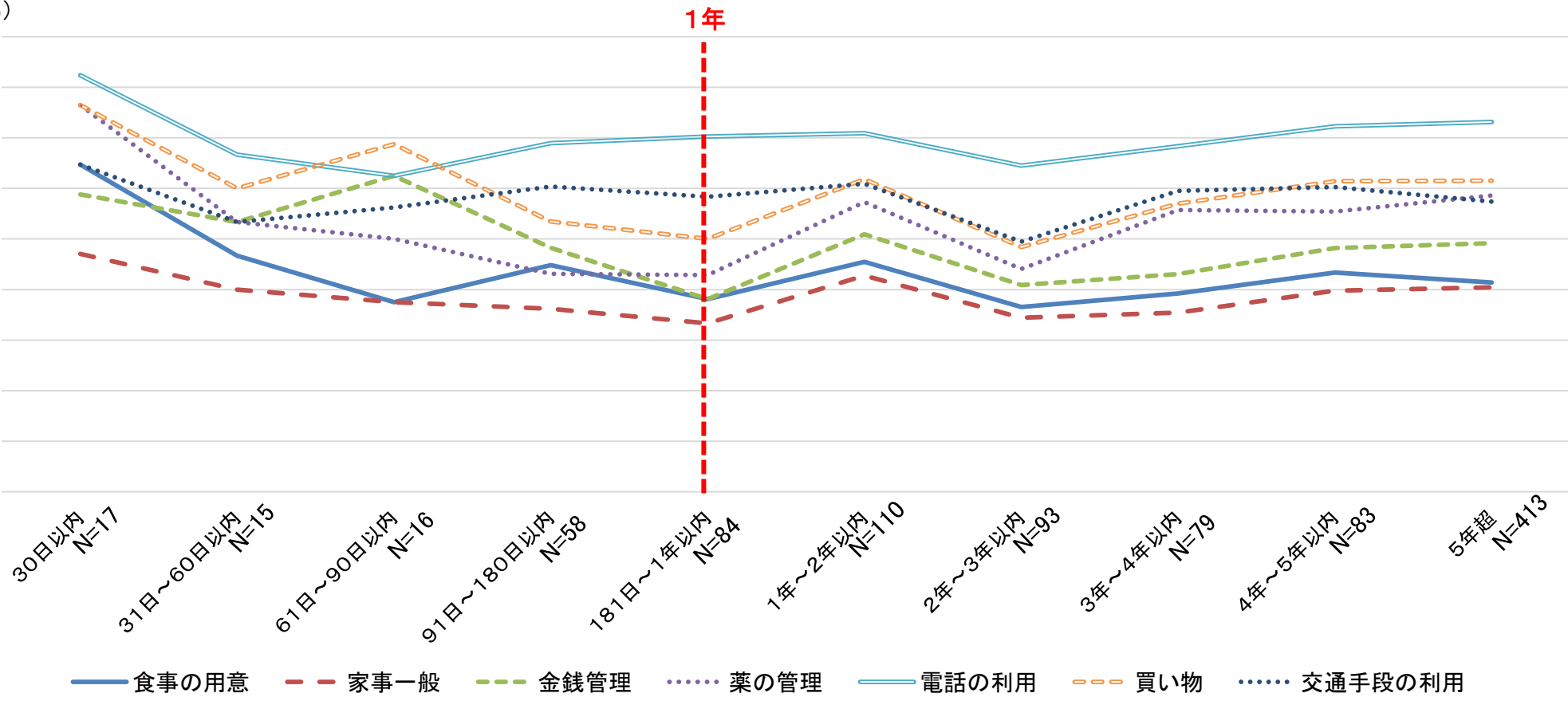
	病 院 (N=4,056)	診療所 (N=1,077)
再発・再入院予防	93.7	84.0
慢性期患者の居場所	72.1	60.4
薬剤処方についての相談・調整	58.4	59.7
回復期リハビリテーション	53.0	57.8
就労支援	31.0	41.6
在宅急性期医療の一環	13.7	7.3
復職支援	8.4	15.5
その他	8.9	14.0

(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・ケアの利用期間とIADLの推移

利用者のうち「問題ない」と回答した割合
(%)



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いくらか困難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。

平成26年度診療報酬改定における対応

精神科デイ・ケア等の見直し

- 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・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

精神科ショート・ケア等 275点～

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。



(改)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・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

精神障害者に対する障害福祉サービス

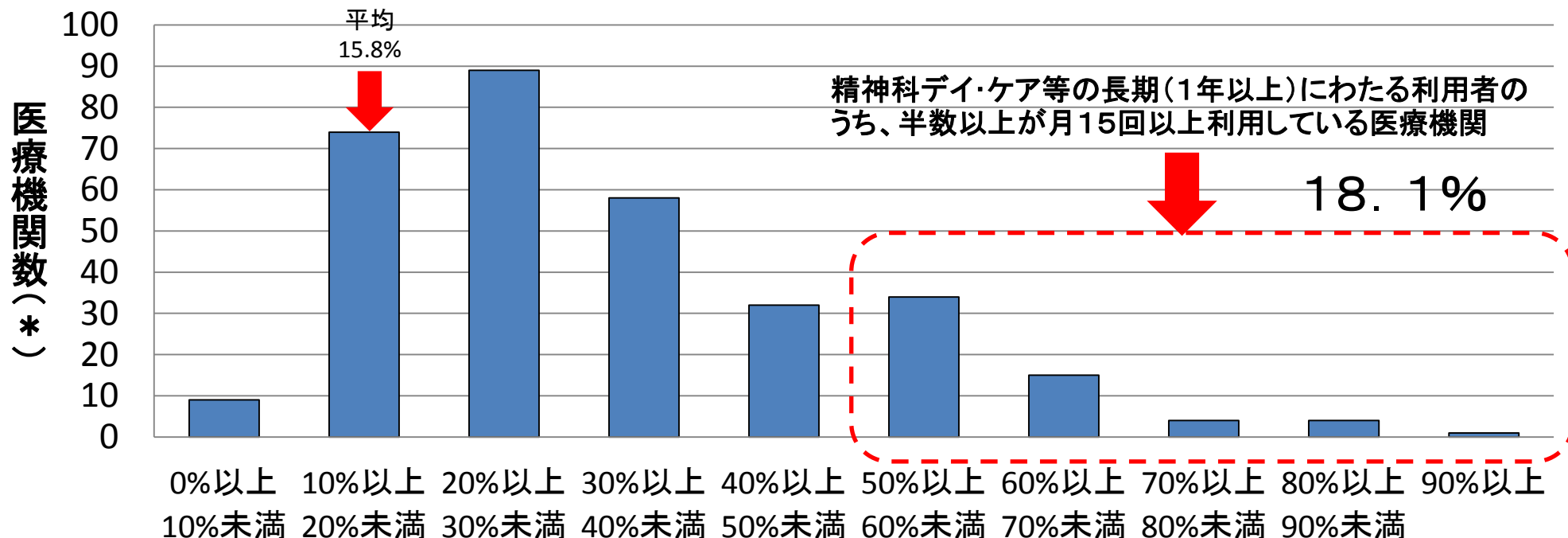
○ 障害福祉サービスのうち、精神障害者の日中活動の場として、就労継続支援などの就労系サービスや、自立訓練（生活訓練）が多く利用されている。

サービス種別		総利用者数	うち精神障害者	
居宅介護	居宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行う	155,787	50,572	32.5%
生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する。	260,169	5,437	2.1%
自立訓練（機能訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の向上のために必要な訓練を行う。	2,435	55	2.3%
自立訓練（生活訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の向上のために必要な訓練を行う。	12,254	7,639	62.3%
宿泊型自立訓練	知的障害又は精神障害を有する障害者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。	3,882	2,659	68.5%
短期入所	介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設等で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。	43,119	1,361	3.2%
共同生活介護（～H.26.3） 共同生活援助（介護サービス包括型）（H26.4～）	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。	79,756	14,752	18.5%
共同生活援助（～H.26.3） 共同生活援助（外部サービス利用型）（H26.4～）	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。	16,256	9,731	59.9%
就労継続支援B型	通常の事業所に雇用されることが困難であり、通常の雇用契約に基づく就労が困難である者に対し、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供等必要な支援を行う。	196,019	61,628	31.4%
就労継続支援A型	通常の事業所に雇用されることが困難であり、通常の雇用契約に基づく就労が可能である者に対し、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供や必要な訓練等の支援を行う。	47,733	20,178	42.3%
就労移行支援	就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、生産活動、職場体験等の活動の機会の提供その他就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行う。	29,626	13,930	47.0%

精神科デイ・ケア等の実施状況

- 精神科デイ・ケア等を開始して1年以上経った者が10人以上いる医療機関において、精神科デイ・ケア等の実施件数が月15日(週3. 4日に相当)以上となる患者の割合は平均して15. 8%であった。
- 利用者のうち半数以上が「月15回以上」利用している医療機関は、全体の18. 1%であった。

精神科デイ・ケア等(※)を開始して1年以上経過した者のうち、
月あたり15日以上(週3. 4日以上)の精神科デイ・ケア等を算定した者の割合



※精神科デイ・ケア等とは、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・ケアを指す。

* 精神科デイ・ケア等を開始して1年以上経った者が10人以上いる医療機関に限る。

精神科デイ・ケア等に係る課題と論点

【課題】

- 精神科デイ・ケア等は、再入院の予防や慢性期患者の居場所の提供等において重要な役割を果たしている一方、長期に漫然と実施すれば、却って患者の社会復帰を妨げかねない危険性がある。
- 精神科デイ・ケアの開始から1年が経つと、IADLはほぼ一定となることが知られている。
- これらのことを踏まえて、平成26年度診療報酬改定においては、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・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直し、最初に算定した日から1年を経過した後は、算定できる回数を週に5回までとした。
- しかし、一部の医療機関に、半数以上の患者に対して、頻度高くデイ・ケア等を提供している例もみられる。

【論点】

- 精神科デイ・ケア等については、現状、開始から1年を超えても週5回までは算定できることとされているが、長期にわたる頻回の利用については、就労・就学や、就労系サービスや自立訓練（生活訓練）等、日中の活動の場を提供する障害福祉サービスの利用等を含め、より自立した生活への移行を促すよう、診療報酬上の評価を見直してはどうか。