

個別事項 (その4:精神医療)

平成29年10月18日

個別事項(その4:精神医療)

- 1 措置入院に係る医療
- 2 精神保健指定医の取扱い
- 3 長期入院患者の地域移行に向けた取組
- 4 急性期医療を担う病棟の状況
- 5 多様な精神疾患に対する医療

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20条)

【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】 入院させなければ精神障害のために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することができる。

※ 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時間以内に限られる。

3 医療保護入院／応急入院(法第33条／法第33条の7)

【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い者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

※1 病院管理者は、家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合、市町村長の同意により入院させることができる。

※2 応急入院は、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、家族等の同意が得られない者が対象。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時間以内に限られる。

※3 いずれも特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

措置入院の流れ(第29条)

- ・一般人(第22条)、
- ・警察官(第23条)、
- ・検察官(第24条)、
- ・保護観察所の長(第25条、第26条の3)、
- ・矯正施設の長(第26条)、
- ・精神科病院の管理者(第26条の2)等

通報

自傷他害のおそれのある者

②④移送(適宜、指定医による行動制限の判断)

①③指定医による診察

※二名以上

都道府県知事 = 措置入院の決定

措置入院

実地審査

(第38条の6)

指定医による診察

(第29条の4)
自傷他害のおそれの消失

症状消退届の提出

(第29条の5)

指定医による診察

定期報告

(第38条の2第1項)
→半年までは3ヶ月ごと
→半年以降は6ヶ月ごと

退院請求
又は
処遇改善請求

(第38条の4)

・都道府県知事に対し、本人又は
家族等が請求可能

精神医療審査会における審査

都道府県知事の決定(措置解除⇨退院)

通院

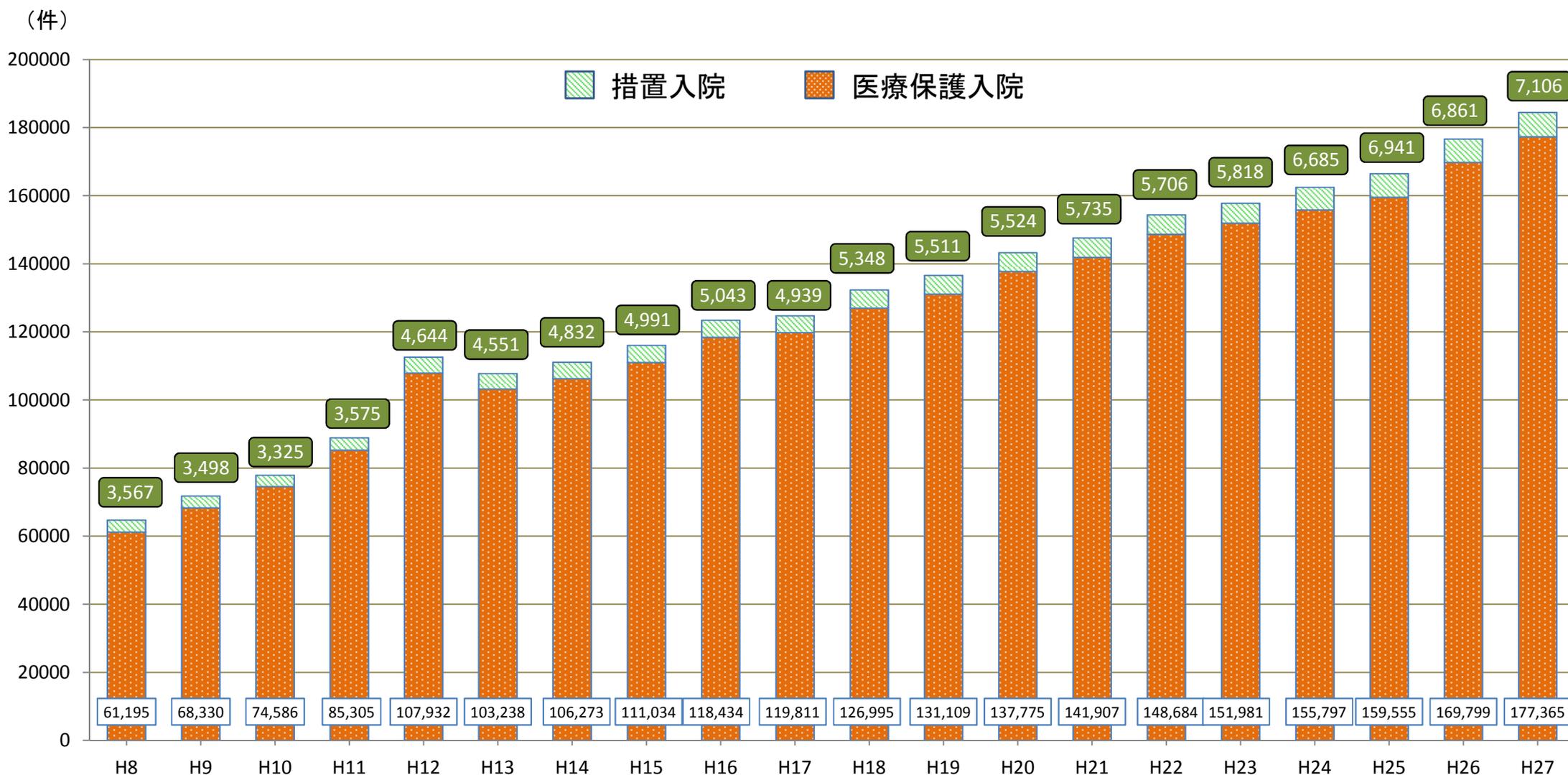
任意入院

医療保護入院

措置入院
継続

措置入院・医療保護入院の届出数の推移

○ 措置入院の届出数は、横ばいからやや増加。医療保護入院の届出数は増加傾向。

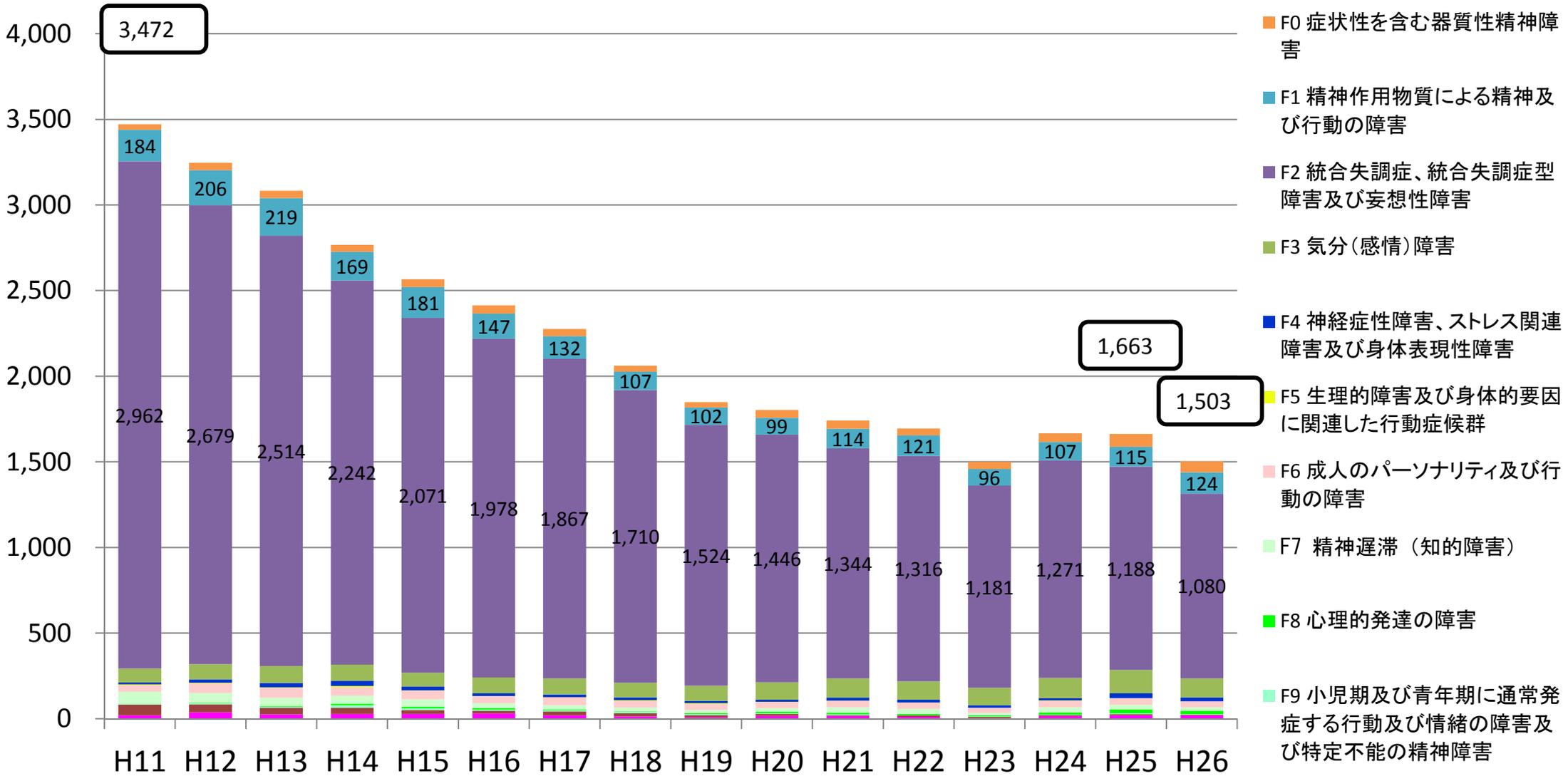


※平成25年度以前の医療保護入院においては、保護者として選任されていない扶養義務者の同意による4週間に限った入院制度があったが、この制度による入院者数は計上していない。

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

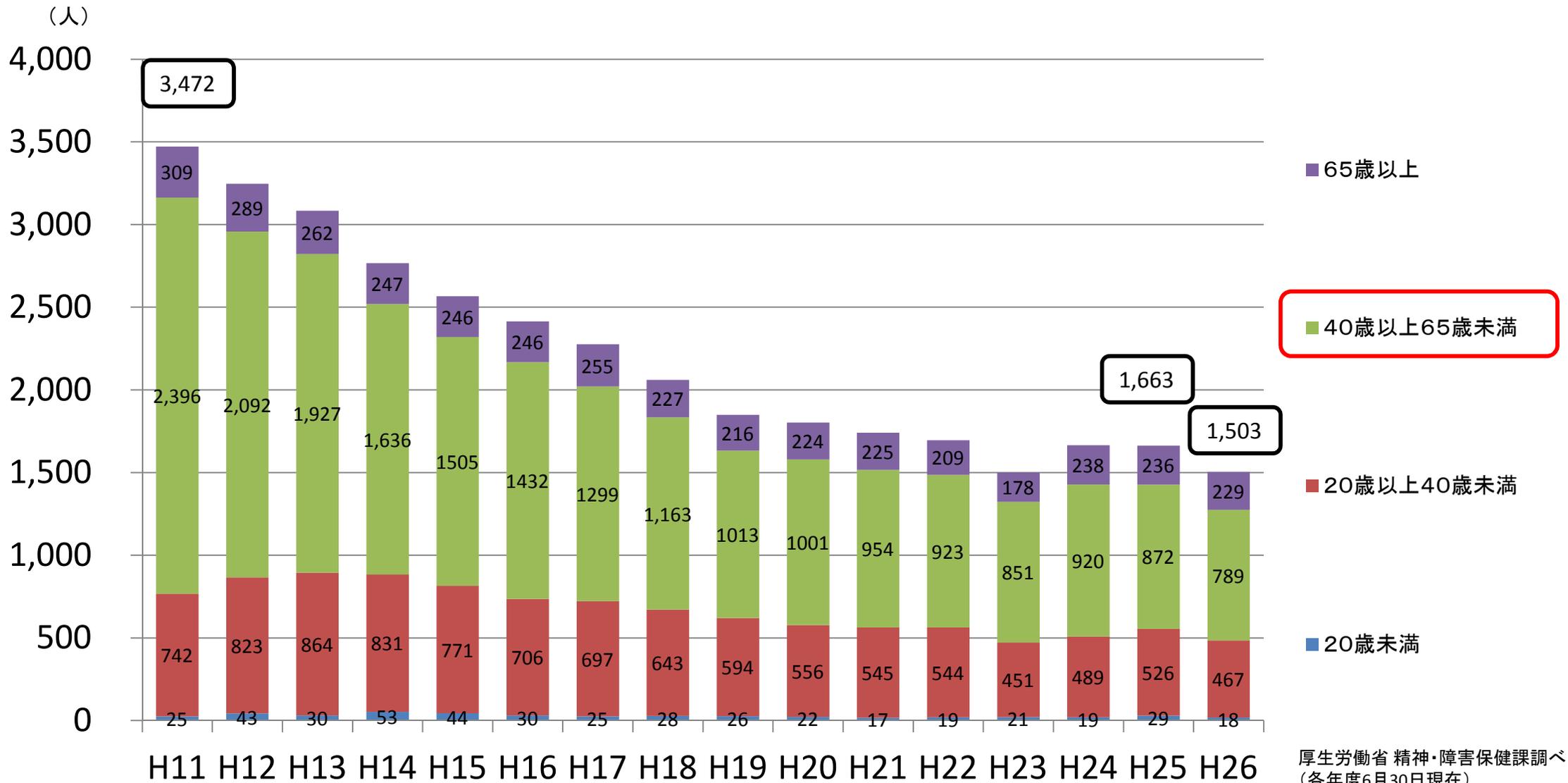
措置入院患者数の推移(疾患別内訳)

- 措置入院の在院患者の数は、近年、横ばいから減少している。
- 統合失調症等の患者が最も多い。



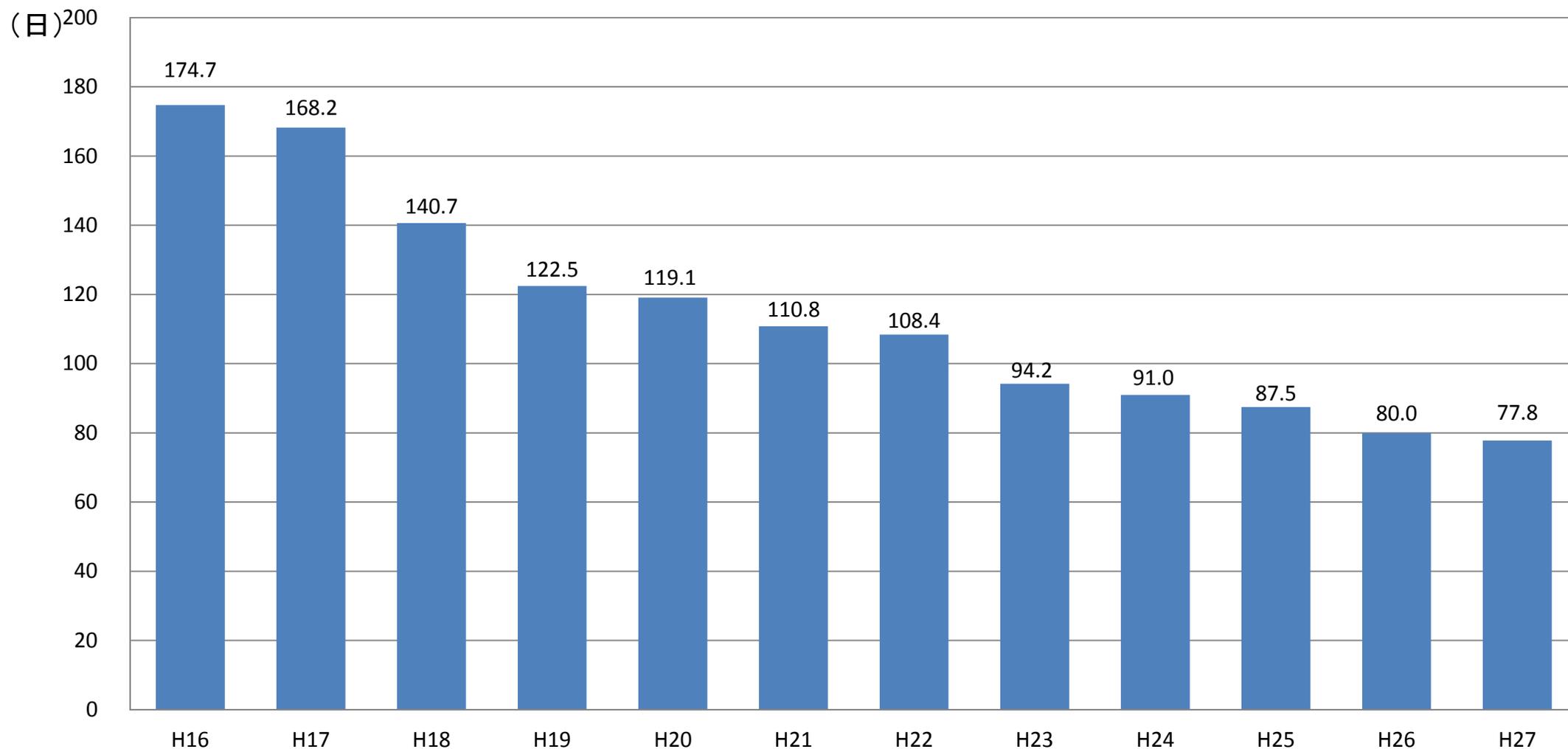
措置入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

○ 措置入院の在院患者数を年齢階級別にみると、40歳以上65歳未満が最も多く、次いで20歳以上40歳未満となっている。



措置入院患者の平均在院日数 (措置入院:平成16年度～平成27年度)

○ 措置入院患者の平均在院日数は約80日で、減少傾向にある。



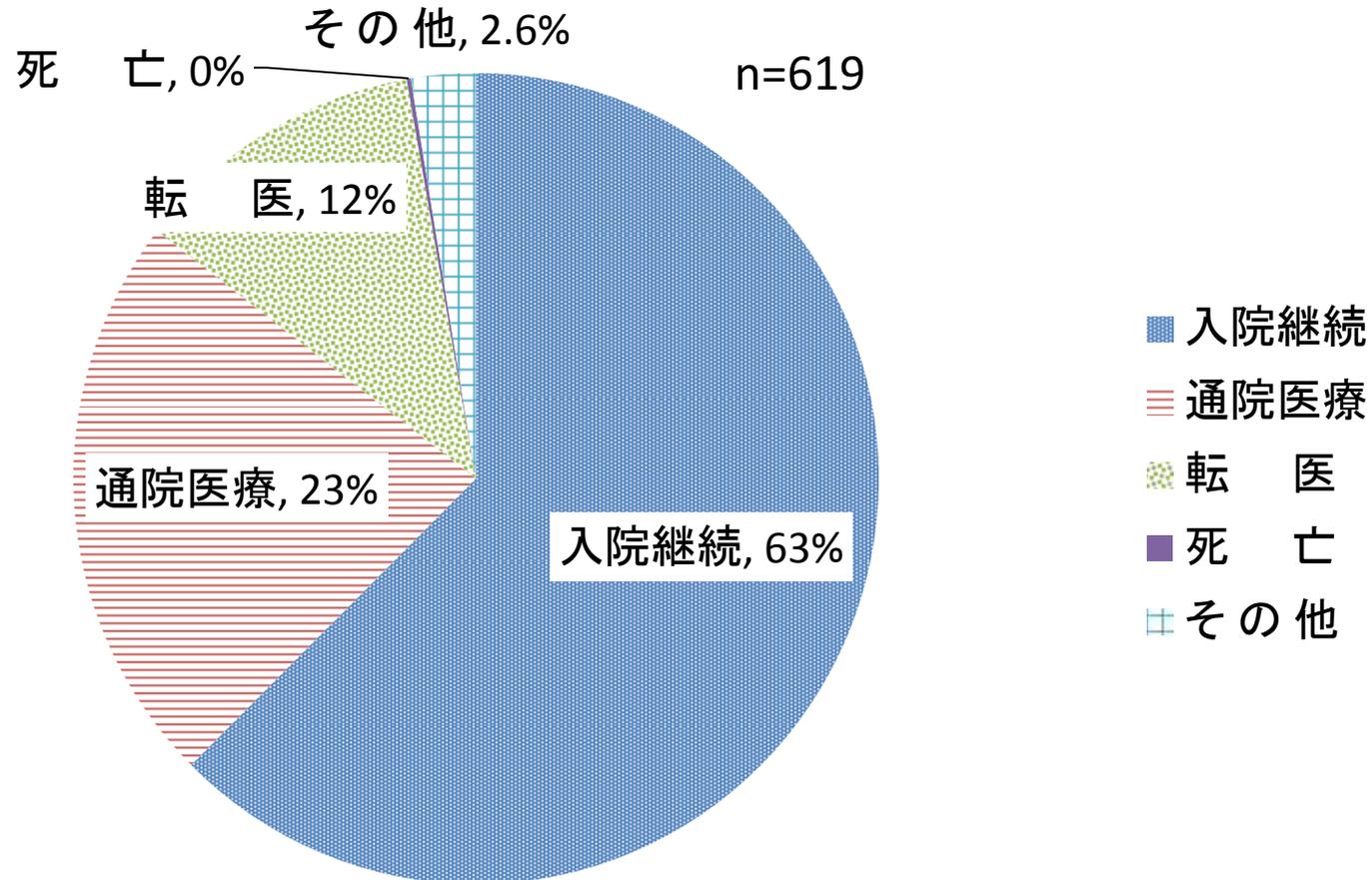
【出典】

- ・毎年6月30日時点での在院措置入院患者数:精神保健福祉資料
- ・措置入院届出数: 衛生行政報告例

【注】(毎年6月30日時点での在院措置入院患者数×365日)を措置入院届出数で割った数であるため、実際の数字と異なる可能性がある。

措置入院患者の転帰

- 平成26年10月に措置入院した患者のうち、症状消退届提出時の転帰状況(※)としては、入院継続(医療保護入院、任意入院、他科)63%、通院医療23%、転医12%であった。
- 約2割の患者については措置解除後ただちに通院医療へ移行している。



(※)平成26年10月に措置入院となった者(641名)のうち、1年以内に症状消退届が提出された者(619名、97%)が対象。残りの22名は措置入院が継続していると考えられる。

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

退院後の医療等の継続支援の実施のために必要な対応について

相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム報告書～再発防止策の提言～(抜粋)

従来

退院後の支援について、制度的な対応なし

措置入院先病院



症状消退届
訪問指導等に関する意見等
(任意)

都道府県知事等



- 症状消退届を踏まえて措置解除
- 必要に応じて相談指導

※ 退院後支援のルールを明文化しているのは約1割の都道府県等

措置入院中

(措置解除の手續)

退院後



都道府県知事・政令市長

- 都道府県知事等が、全ての措置入院患者を対象に、退院後支援計画の案を作成

※ 他の入院を経由せずに通院となる患者は、原則として精神科医の意見を聴いて作成

- 計画案の作成に当たり退院後支援の関係者が参加する調整会議を開催

※ 帰住先の保健所設置自治体、入院先病院、通院先医療機関
(必要に応じて、福祉サービス事業者、本人・家族)等



参加・調整

- 都道府県知事等は、症状消退届を踏まえて、措置解除

※ 疑義があれば、原則として精神科医の意見を聴く

- 措置入院先病院からの意見を踏まえて退院後支援計画を決定 (関係者で共有)

※ 措置解除後の移行先
「医療保護入院」(約5割)、「任意入院」(約2割)、「通院等」(約3割)
引き続き入院する場合は、最後の退院時に計画を見直し

症状消退届

引き継ぎ
(通知)



帰住先の保健所設置自治体(都道府県、保健所設置市、特別区)

帰住先の保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って支援全体を調整(転出後も確実に引き継ぎ)

見直し後



措置入院先病院

- 病院管理者が退院後生活環境相談員を選任(病院における退院後支援の中心的役割)



- 病院管理者が、院内の多職種で退院後支援ニーズアセスメントを実施



- 症状消退届に以下を記入
①アセスメント結果
②退院後支援計画案に関する意見

措置入院等に関連する診療報酬上の評価

- 措置入院等、非同意入院の患者への診療や退院時の計画作成については、診療報酬上の評価を設けているが、退院後の継続的な支援に関する要件は規定されていない。

	対象患者	算定要件・施設基準	算定状況
精神科措置入院診療加算 2,500点(入院初日)	措置入院の患者	—	388回
精神科応急入院施設管理加算 2,500点(入院初日)	応急入院の患者	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健指定医 1名以上 看護師等 3名以上 看護要員 20対1以上 夜間看護配置 2名以上(うち看護職員1名以上) 看護職員割合 8割以上 看護師割合 2割以上 <ul style="list-style-type: none"> ・応急入院患者の病床を定められた日に1床以上確保 ・検査を速やかに行う体制を確保 	66回
医療保護入院等診療料 300点(患者一人につき1回)	措置入院・緊急措置入院・医療保護入院・応急入院	<ul style="list-style-type: none"> ・行動制限に関する基本的指針の整備 ・隔離等の行動制限を最小化するための委員会による定期的な評価 ・行動制限に関する台帳の整備 ・精神保健福祉法や隔離拘束等に関する研修会の開催 	10,848回
精神科退院指導料 320点(入院中1回)	入院期間が1月を超える患者	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作成し、指導を実施	11,517回

(算定状況の出典：平成28年社会医療診療行為別統計)

措置入院に係る医療に関する課題と論点(案)

【課題】

- ・ 精神保健福祉法の下、入院させなければ精神的障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者を、精神保健指定医2名の診察等の一定の手続きの下で、入院させることができる措置として、措置入院がある。
- ・ 措置入院の届出数は横ばいからやや増加しているが、在院日数は減少しており、在院患者数は、近年、減少傾向。
- ・ 措置入院の患者の内訳を見ると、統合失調症等の患者が多く、65歳未満の患者がほとんどである。
- ・ 措置入院の患者の退院後の支援体制を充実するため、退院後生活相談員の専任や、退院後支援計画の作成・決定、退院後の帰住地の自治体への引き継ぎ等を新たに行う内容を含めた、措置入院制度の見直しが予定されている。
- ・ 診療報酬上の評価は、精神科措置入院診療加算等で評価されているが、退院後の継続的な支援に関する要件は規定されていない。



【論点(案)】

- 措置入院の患者の退院後の継続的な支援を充実する観点から、入院早期からの退院に向けた取組や自治体等との連携の推進に資する評価について、現行の精神科措置入院診療加算等による評価を踏まえて、どのように考えるか。

個別事項(その4:精神医療)

- 1 措置入院に係る医療
- 2 精神保健指定医の取扱い
- 3 長期入院患者の地域移行に向けた取組
- 4 急性期医療を担う病棟の状況
- 5 多様な精神疾患に対する医療

精神保健指定医とは

- 精神保健指定医制度は昭和62年の精神衛生法改正(精神保健法の成立)により創設された。
- 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事があるため、これらの業務を行う医師は、患者の人権にも十分に配慮した医療を行うに必要な資質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、法律等に関する研修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である。

【精神保健指定医 精神保健福祉法(法)第18条】

厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

1. 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
2. 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。
3. 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。
4. 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(申請前一年 以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。

精神保健指定医の要件： 厚生労働大臣が定める精神障害及び程度

昭和63年 厚生省告示第124号

厚生労働大臣の定める精神障害	厚生労働大臣の定める程度
統合失調症圏、躁うつ病圏、中毒性精神障害（依存症に係るものに限る。）、児童・思春期精神障害、症状性若しくは器質性精神障害（老年期認知症を除く。）又は老年期認知症のいずれか	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第二百二十三号。以下「法」という。)第二十九条第一項の規定により入院した者(以下「措置入院者」という。)又は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成十五年法律第十号)第四十二条第一項第一号若しくは第六十一条第一項第一号の決定により入院している者(以下「医療観察法入院対象者」という。)につき一例以上
統合失調症圏	措置入院者、法第三十三条第一項又は第三項の規定により入院した者(以下「医療保護入院者」という。)又は医療観察法入院対象者につき二例以上
躁うつ病圏	措置入院者、医療保護入院者又は医療観察法入院対象者につき一例以上
中毒性精神障害（依存症に係るものに限る。）	措置入院者、医療保護入院者又は医療観察法入院対象者につき一例以上
児童・思春期精神障害	自ら入院した精神障害者、措置入院者、医療保護入院者又は医療観察法入院対象者につき一例以上
症状性又は器質性精神障害(老年期認知症を除く。)	措置入院者、医療保護入院者又は医療観察法入院対象者につき一例以上
老年期認知症	措置入院者、医療保護入院者又は医療観察法入院対象者につき一例以上

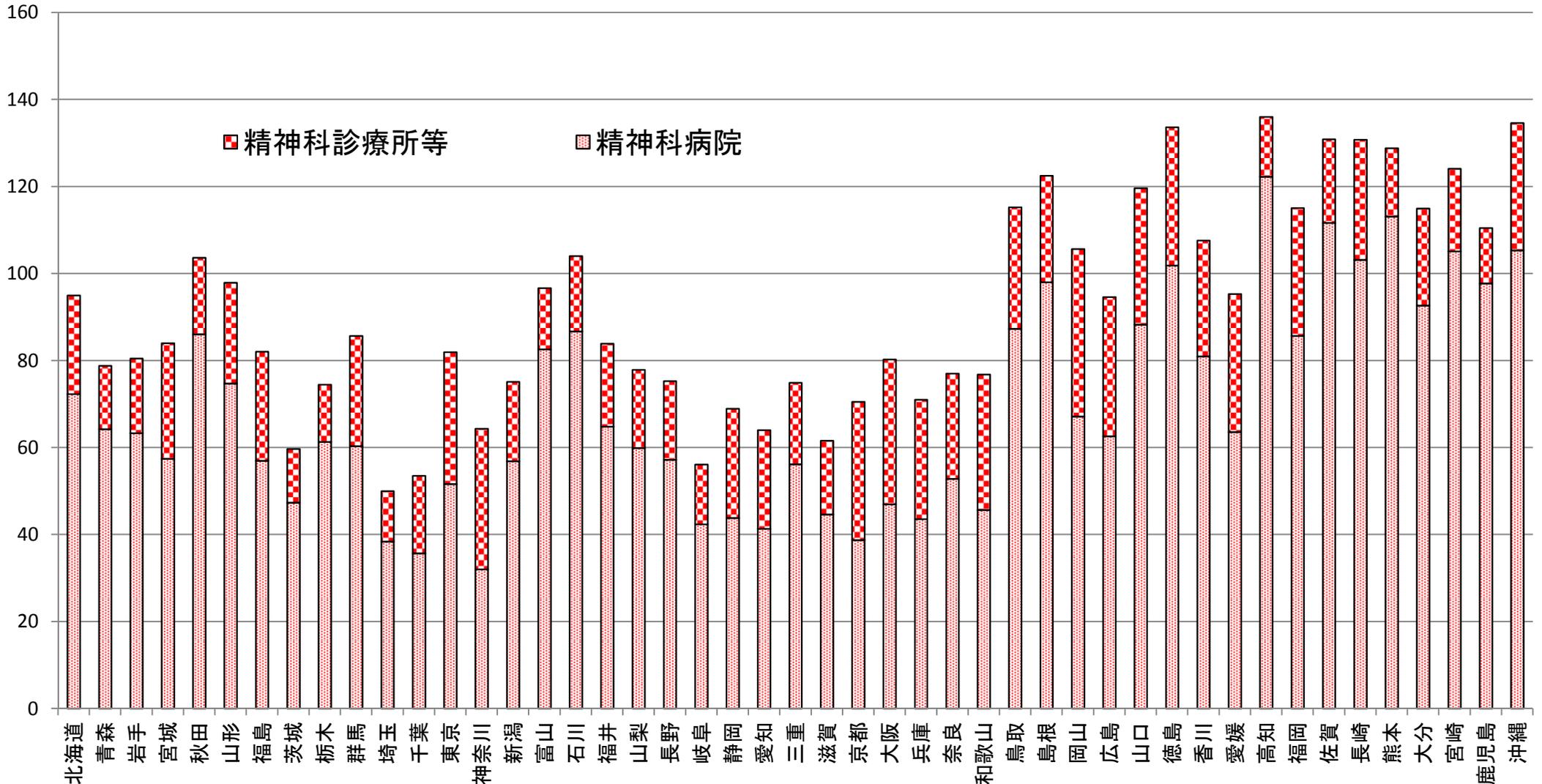
精神保健指定医の職務

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項、法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の7第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第2項
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の行動制限の判定	法第36条第3項
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
【移送】	○ 10. 措置入院の解除の判定(※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項
	○ 13. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項及び第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載の記載義務	法第19条の4の2

精神保健指定医の地域分布（H27）

単位
（人口100万人あたりの指定医数）

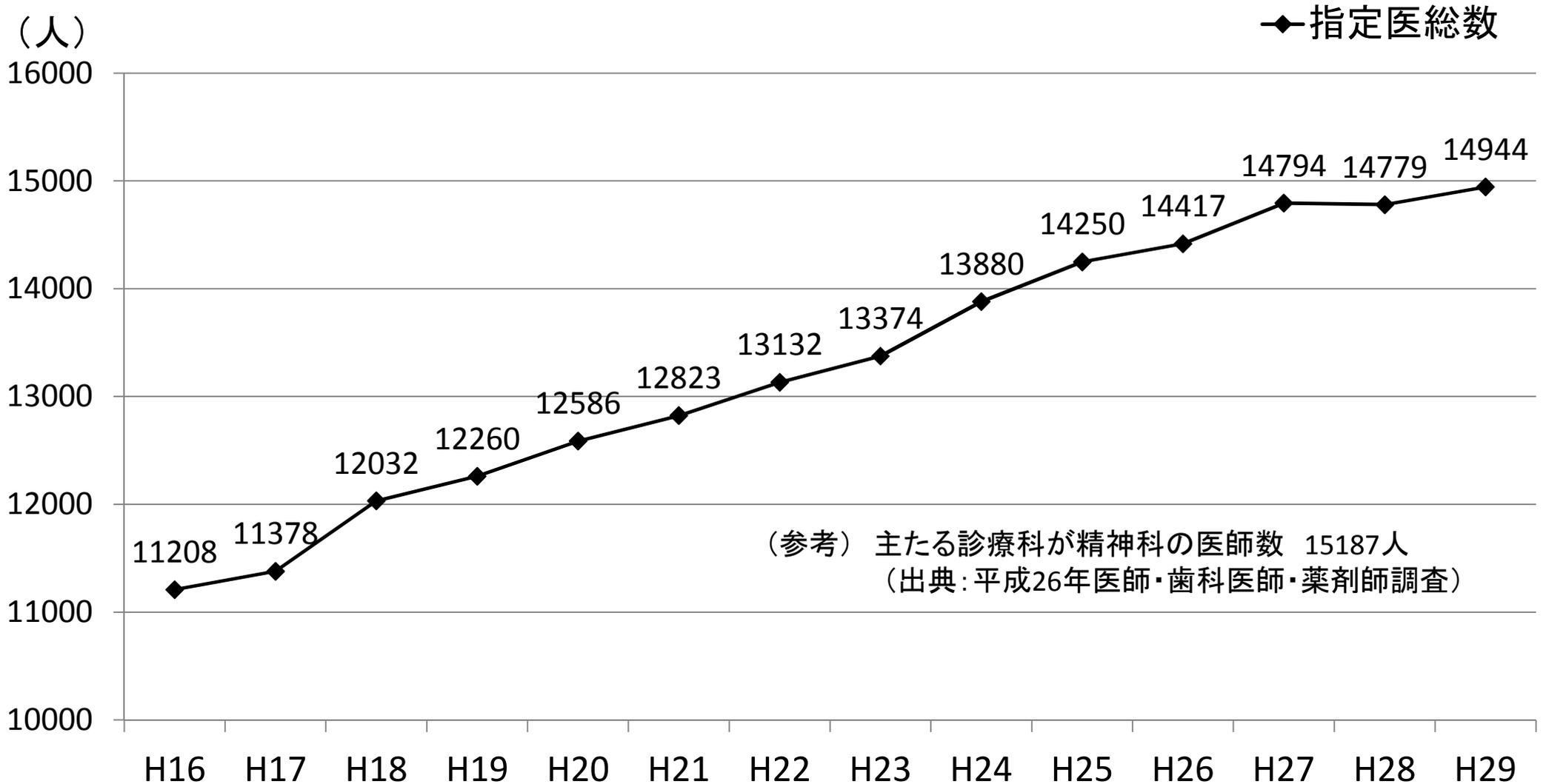
全国の精神保健指定医数；14944人（H29年4月）



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」より
 厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神保健指定医数の推移

○ 指定医の数は増加している。

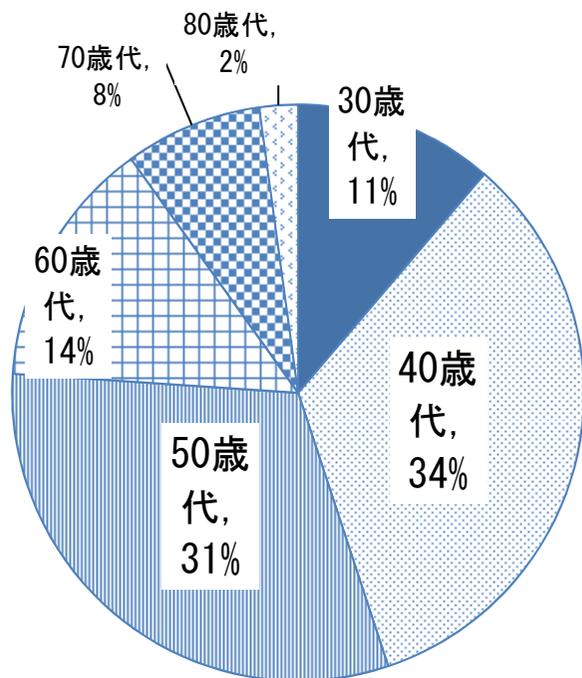


精神保健指定医の業務実態に関するアンケートの集計結果①

(平成28年12月4日(全国自治体病院協議会)、平成29年1月10日(日本総合病院精神医学会)、平成29年2月2日(日本精神科病院協会)開催の指定医の更新にかかる研修会、対象者1028人、有効回答数758)

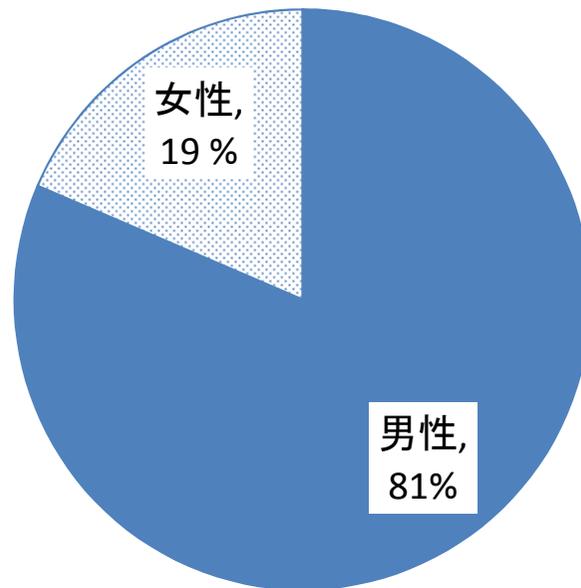
年齢分布、性別、勤務先の調査結果は以下の通り。

年齢分布 (%)



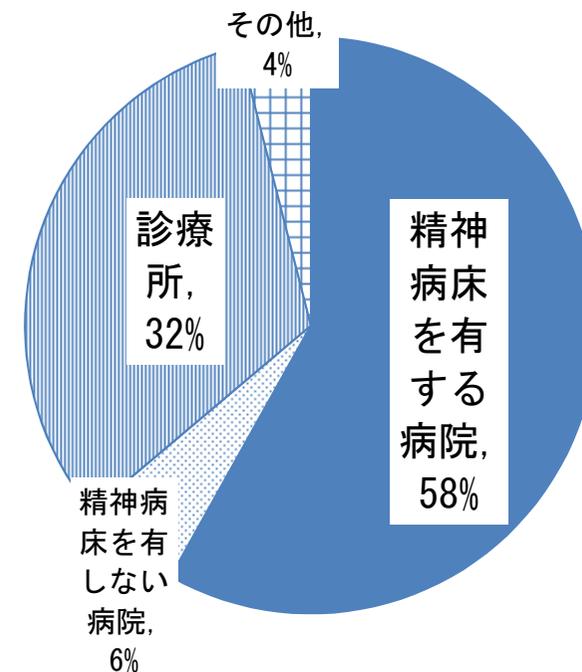
- 30歳代
- 50歳代
- 70歳代
- 40歳代
- 60歳代
- 80歳代

性別 (%)



- 男性
- 女性

勤務先 (%)

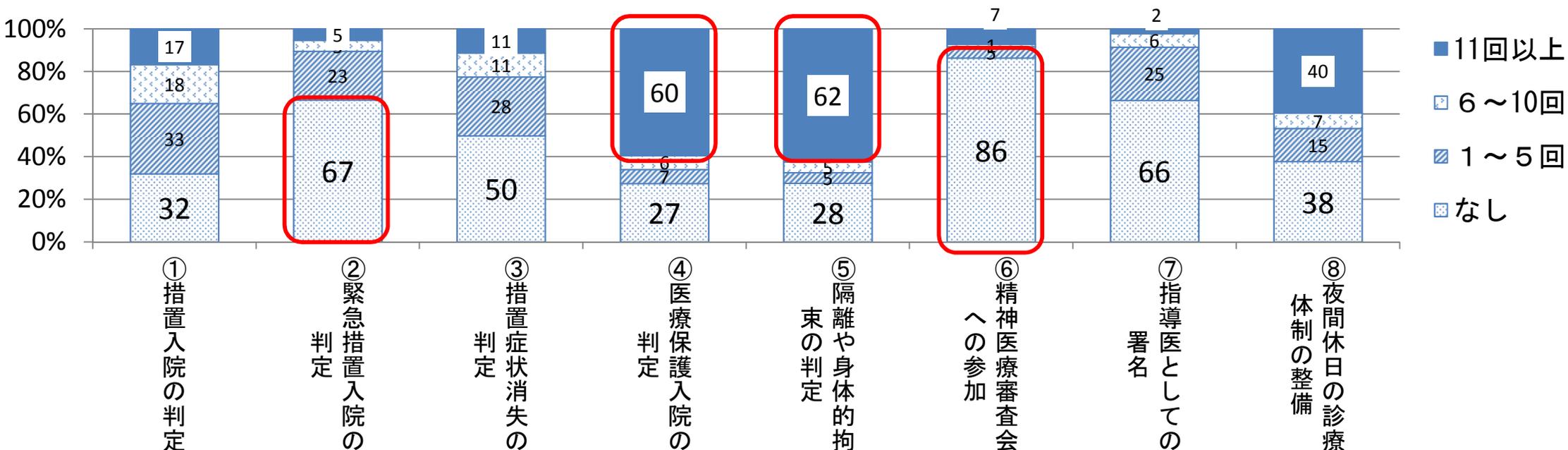


- 精神病床を有する病院
- 精神病床を有しない病院
- 診療所
- その他

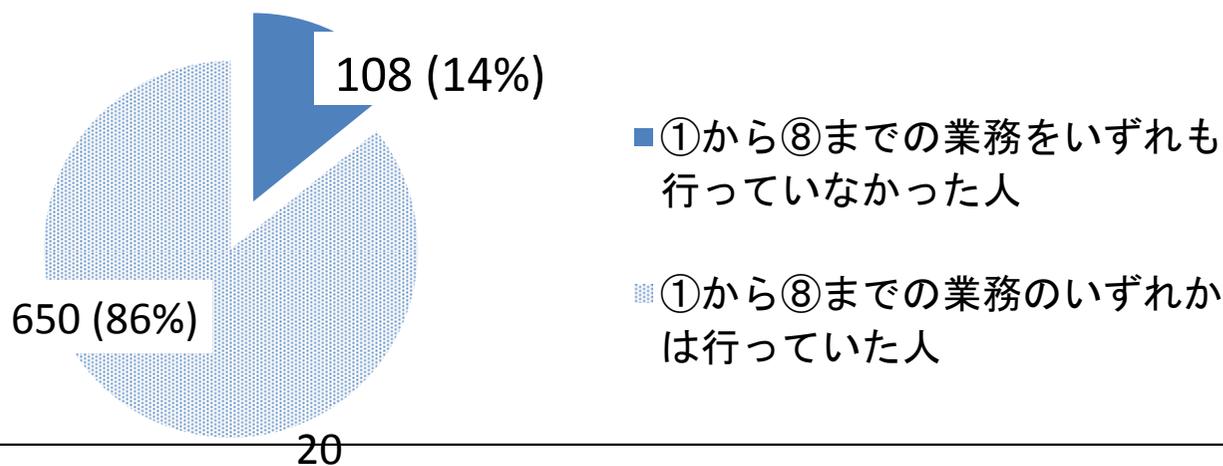
精神保健指定医の業務実態に関するアンケートの集計結果②

- 指定医業務のうち、「医療保護入院の判定」「隔離や身体拘束の判定」に参加する頻度は高く、「精神医療審査会への参加」「緊急措置入院の判定」への参加頻度は少なかった。
- 過去5年間の間に指定医業務を行っていなかった医師は14%だった。

指定医業務の頻度（5年間）



指定医として実務経験を行っていた人と行っていない人



精神保健指定医に対する行政処分等について

【概要】

○平成27年1月下旬

聖マリアンナ医科大学病院に勤務する医師による指定医の指定申請のために提出されたケースレポートが、過去の指定申請に使用されたケースレポートの内容と酷似している旨、申請を受理した関東信越厚生局より情報提供があった。

○平成27年4月及び6月

厚生労働省において指定医の申請を行った聖マリアンナ医科大学病院に勤務する医師の調査を行った結果、不正申請が疑われる指定医がいることが判明した。医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に参与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、23人の指定医(申請者11人、指導医12人)の指定の取消を行った。

○平成27年10月

医道審議会医道分科会の意見を聴いた上で、指定医取消処分を受けた12人(指導医)に対して2ヶ月の医業の停止処分、11人(申請者)に対して1ヶ月の医業の停止処分を行った。

○平成28年10月及び11月

聖マリアンナ医科大学病院の指定医の取消処分を契機に、平成21年1月から平成27年7月に指定医の申請を行った者3,374人について調査をした結果、不正申請が疑われる指定医がいることが判明した。このため、医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会の意見を聴いた上で、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に参与していない患者についてのケースレポートを提出したとして、89人の指定医(申請者49人、指導医40人)の指定の取消、4人の医師の新規指定申請の却下を行った。また、指定医を辞退した医師の中に、不正申請に参与した医師6人(申請者4人、指導医2人)が含まれていた。

(精神保健福祉法)精神保健指定医の指定及び指定の取消し

第十八条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

- 一 五年以上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。
- 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(申請前一年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。

第十九条の二 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消さなければならない。

- 2 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる。
- 3 厚生労働大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要)

(平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に關係法律の改正案を提出)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

(3) 精神病床のさらなる機能分化

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

2. 医療保護入院制度について

- 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。
- 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。
- 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。
- 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に行われるよう検討することが適当。
- 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

3. 措置入院制度に係る医療等の充実について

(1) 措置入院に係る手続及び関係機関等の協力

- 都道府県知事等の適切な判断の参考になるよう、判断に当たっての留意点や必要な手続を明確化することが適当。
- 措置入院時に精神医療審査会における入院の必要性の審査を行うことが考えられる。また、医療保護入院について検討しているように、措置入院についても患者に対して入院の理由を都道府県等が文書により説明することが適当。
- 措置入院の適切な運用を図るため、保健所設置自治体が主体となって、都道府県や市町村、警察、精神科医療関係者が地域で定期的に協議する場を設置することにより、相互理解を図っていくことが必要。

(2) 措置入院中の診療内容の充実

- 患者に対する適切な診断、治療や、措置解除後の患者に対する必要な医療等の支援が行われるよう、措置入院中の診療内容等についてのガイドラインを作成することが必要。

(3) 措置入院者の退院後の医療等の継続支援

- 医療は治療、健康維持増進を図るものであることを十分に踏まえ、措置入院者の退院後の医療等の充実を図ることが重要。
- 措置を行った都道府県等が、原則として措置入院中から、全ての措置入院者に「退院後支援計画」を作成することが適当。
- 退院後支援計画では、通院医療、精神保健福祉法に基づく相談指導、障害福祉サービス等の退院後の支援の内容や関係機関の役割、通院が中断した時点以降の対応等を定めることが適当。
- 計画の作成に当たっては、都道府県等が、関係者と支援内容等について検討する調整会議を開催することが適当。
- 措置入院先病院の病院管理者が、精神保健福祉士等を退院後生活環境相談員として選任する仕組みを設けることが適当。
- 病院管理者が、全ての措置入院者について「退院後支援ニーズアセスメント」を行い、退院後支援計画に関する意見を都道府県等に確実に伝達する仕組みを設けることが必要。
- 退院後は保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って関係者の調整を行い、必要な支援を継続的に確保することが適当。
- 転出先の保健所設置自治体への必要な情報提供について、国において制度的に対応することが必要。

4. 精神保健指定医の指定のあり方について

- 研修内容について、現行の座学中心による受動的な研修から、グループワーク等の能動的な研修へと見直しを検討。
- 指定医としての業務を適切に行うことができるように、経験すべき症例要件の見直しを検討。
- 指定医としての実務の経験(指定医業務、精神医療審査会や精神科救急等への参画など)の更新要件への追加を検討。
- 指導医の役割及び一定の要件について、法令上の位置づけを明確化することが適当。
- ケースレポートの記載内容を実践的に確認する観点から、口頭試問を導入することを検討。
- 指定医の取消処分等を受けた医師の再指定を認める場合における再教育研修に関する制度を導入することを検討。

精神保健指定医に関連する主な診療報酬上の評価①

○ 精神病棟で届出可能な主な特定入院料については、施設基準において、指定医の配置を求めている。

	施設基準	届出医療機関数(H27.7)
<u>精神科救急入院料1</u> ～30日 3,557点 31日～ 3,125点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に常勤の指定医2名以上 ・病棟に常勤の指定医1名以上 	119医療機関 6,576床
<u>精神科急性期治療病棟入院料1</u> ～30日 1,984点 31日～ 1,655点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に常勤の指定医2名以上 ・病棟に常勤の指定医1名以上 	327医療機関 15,604床
<u>精神療養病棟入院料</u> 1,090点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に常勤指定医2名以上 ・病棟に常勤指定医1名以上(他病棟に配置される医師との兼任不可) 	831医療機関 93,876床

精神保健指定医に関連する主な診療報酬上の評価②

- 精神療法のうち、精神保健指定医による在宅精神療法のみ、60分以上実施した場合の評価を設けている。

	実施する医師の要件(※)	算定回数	指定医以外の医師に対する評価
<u>入院精神療法(Ⅰ)</u> 30分以上(入院日から3月以内の期間) 360点	指定医	175,390回	150点 (入院の日から6月以内の期間)
<u>通院精神療法</u> 初診時30分以上 600点	地域の精神科救急医療体制を確保するため必要な協力等を行っている指定医	60,897回	30分以上 400点
<u>在宅精神療法</u> 初診時30分以上 600点 60分以上 540点	地域の精神科救急医療体制を確保するため必要な協力等を行っている指定医	(初診時30分以上) 525回 (60分以上) 74回	30分以上 400点

(※)厚生局への届出は要しない。

出典:社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分)

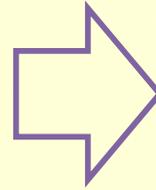
通院・在宅精神療法の見直し①

- 精神科救急医療体制の確保に協力を行っている精神保健指定医等の評価を引き上げ、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図る。

平成24年度 改定前

通院・在宅精神療法1(1回につき)
500点

初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合



平成24年度 改定後

(改)通院・在宅精神療法1(1回につき)
700点

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

- 抗精神病薬を服用中の患者に対して、副作用の重症度評価を行った場合について評価を新設する。

(新) 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)

[算定要件]

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

平成24年度診療報酬改定(通院在宅精神療法①)

通院在宅精神療法に係る留意事項(3月5日医療課長通知)

通院・在宅精神療法の「1」は、次のア、イ、ウのいずれか2つの要件を満たす、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精神保健指定医又はこれに準ずる者(精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。以下同じ。)が、初診時に通院・在宅精神療法を行った場合に限り、初診時にのみ算定できる。なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。

ア 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県(政令市の区域を含むものとする。以下本区分番号において同じ。)に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。

- (イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察
- (ロ) 医療保護入院および応急入院のための移送時の診察
- (ハ) 精神医療審査会における業務
- (ニ) 精神科病院への立ち入り検査での診察
- (ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

平成24年度診療報酬改定(通院在宅精神療法②)

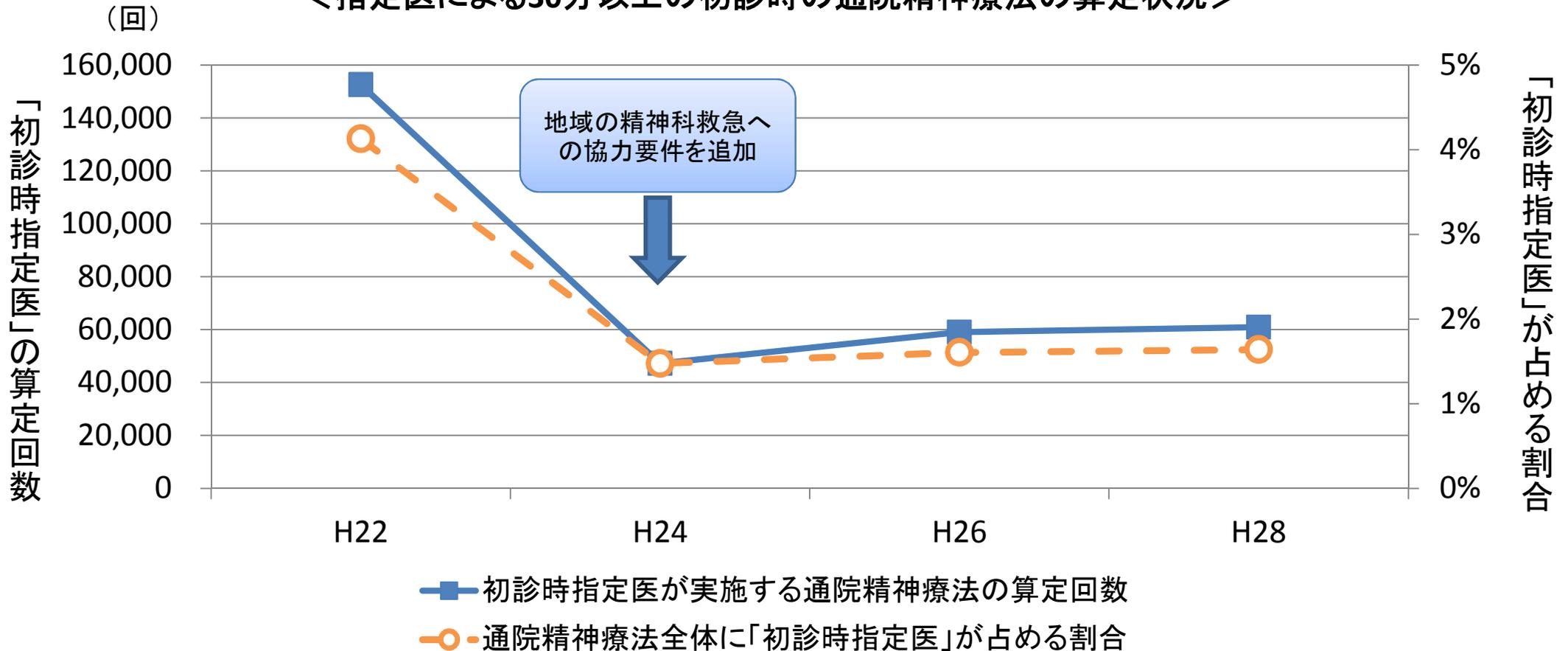
通院在宅精神療法に係る留意事項(3月5日医療課長通知)

- イ 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)までの要件を合計して年6回以上行うこと。
- (イ) 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール体制を含む。)に協力していること。
- (ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設(自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等)での外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対診)を行うこと。(いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)
- (ハ) 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。
- ウ 標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たすこと。
- (イ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。
- (ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

指定医による初診時の通院・在宅精神療法の算定状況の推移

- 通院・在宅精神療法のうち、初診時に指定医が行う30分以上の通院精神療法（初診時指定医）については、地域の精神科救急に協力している指定医に限った評価に見直した平成24年以降、算定回数や通院精神療法全体に占める算定割合が減少している。

＜指定医による30分以上の初診時の通院精神療法の算定状況＞

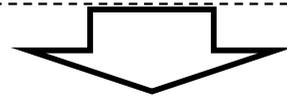


(出典: 社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分))

精神保健指定医の取扱いに関する課題と論点(案)

【課題】

- ・ 精神保健福祉法の下、患者の人権に配慮した医療の提供に十分な資質を有する医師として、精神保健指定医を、厚生労働大臣が指定している。
- ・ 精神保健指定医としての業務は、措置入院等の精神保健福祉法に係る入院の手続き、患者の診察、症状消退の判定等といった、入院業務に係るものが多い。
- ・ 精神保健指定医数は増加しており、約15000人おり、主な診療科が精神科の医師数とほぼ同数となっている。
- ・ 精神保健指定医については、指定申請に当たり、自ら診断、治療に十分に関与していない患者についてケースレポートを提出したとして、精神保健指定医の取り消しが行われた事案が発生した。このため、精神保健指定医の指定に係る取扱いが見直される予定となっている。
- ・ 精神保健指定医に関連する診療報酬上の評価には、精神科救急入院料等のほか、通院精神療法など外来患者の診察に係るものが含まれてる。



【論点(案)】

- 精神保健指定医の創設経緯や役割、指定医に求められている業務内容が入院患者に係るものが主であること等を踏まえ、通院・精神療法等における精神保健指定医の評価の見直しを検討してはどうか。

個別事項(その4:精神医療)

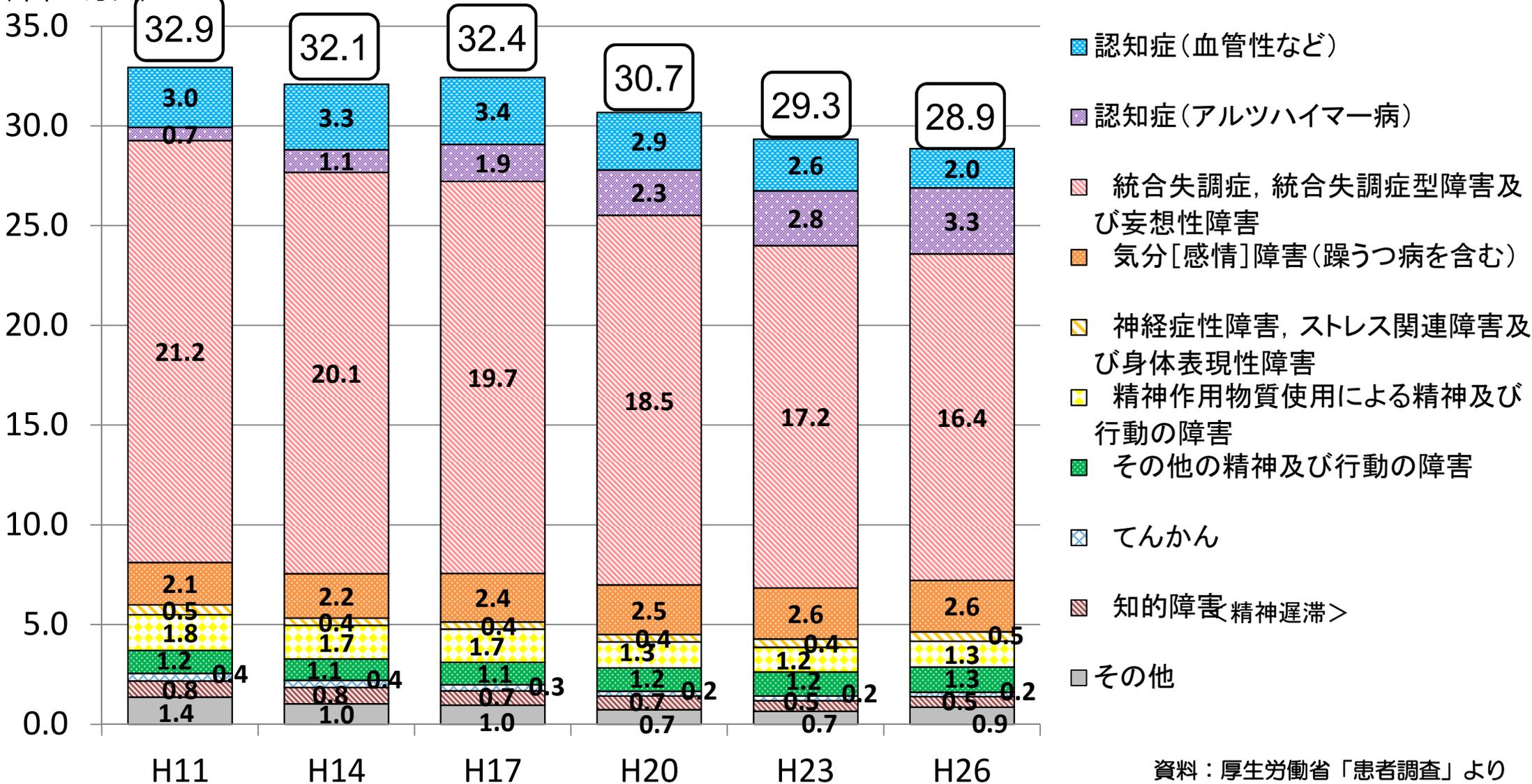
- 1 措置入院に係る医療
- 2 精神保健指定医の取扱い
- 3 長期入院患者の地域移行に向けた取組
- 4 急性期医療を担う病棟の状況
- 5 多様な精神疾患に対する医療

精神病床の入院患者の現状

精神病床における入院患者数の推移(疾病別内訳)

- 精神病床の入院患者のうち、統合失調症の患者が最も多い。
- 近年、認知症の入院患者が微増傾向にある。

(単位:万人)



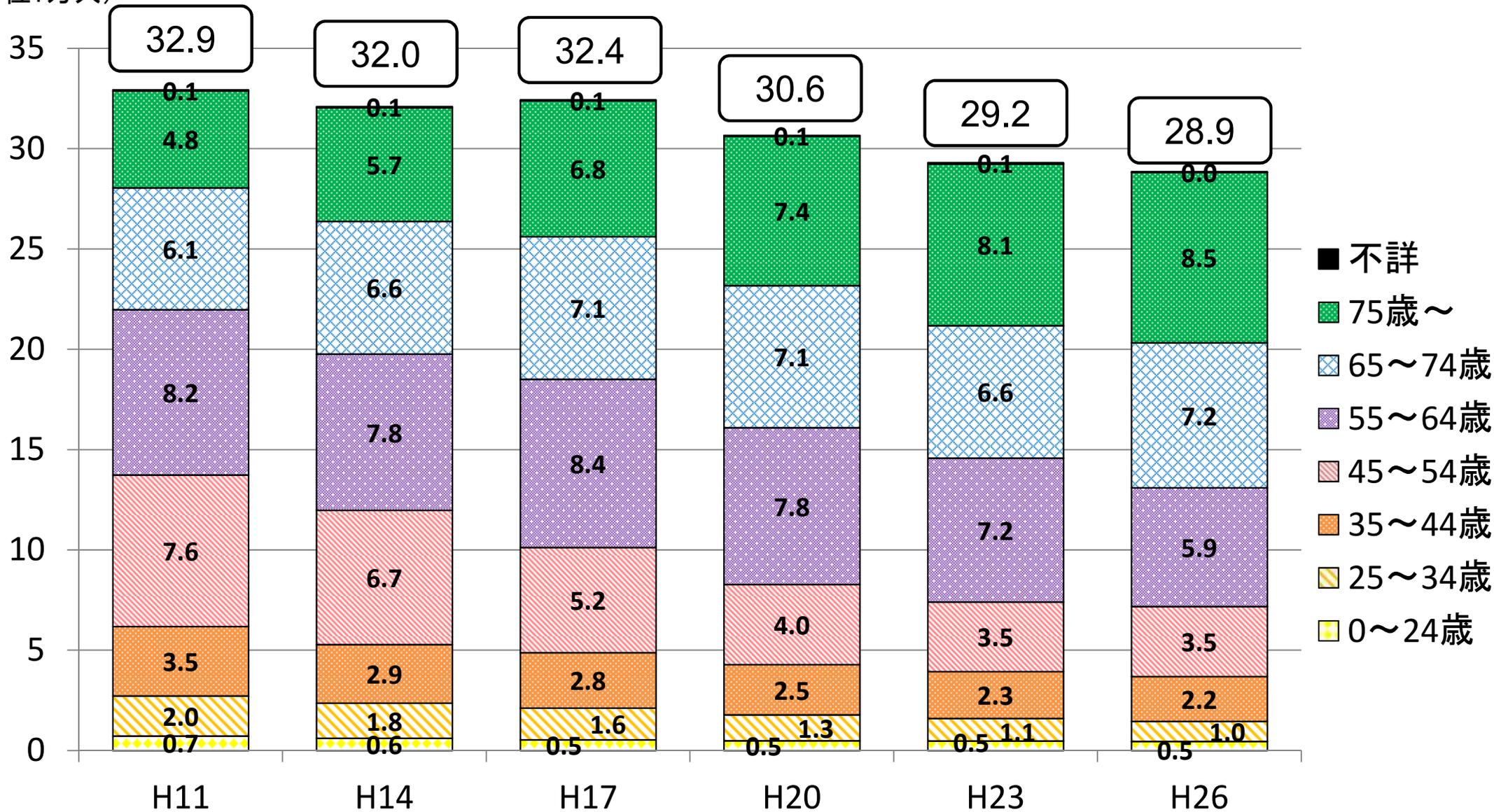
資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

精神病床における入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

○ 精神病床の入院患者のうち、65歳以上の患者数が増加傾向にある。

(単位:万人)



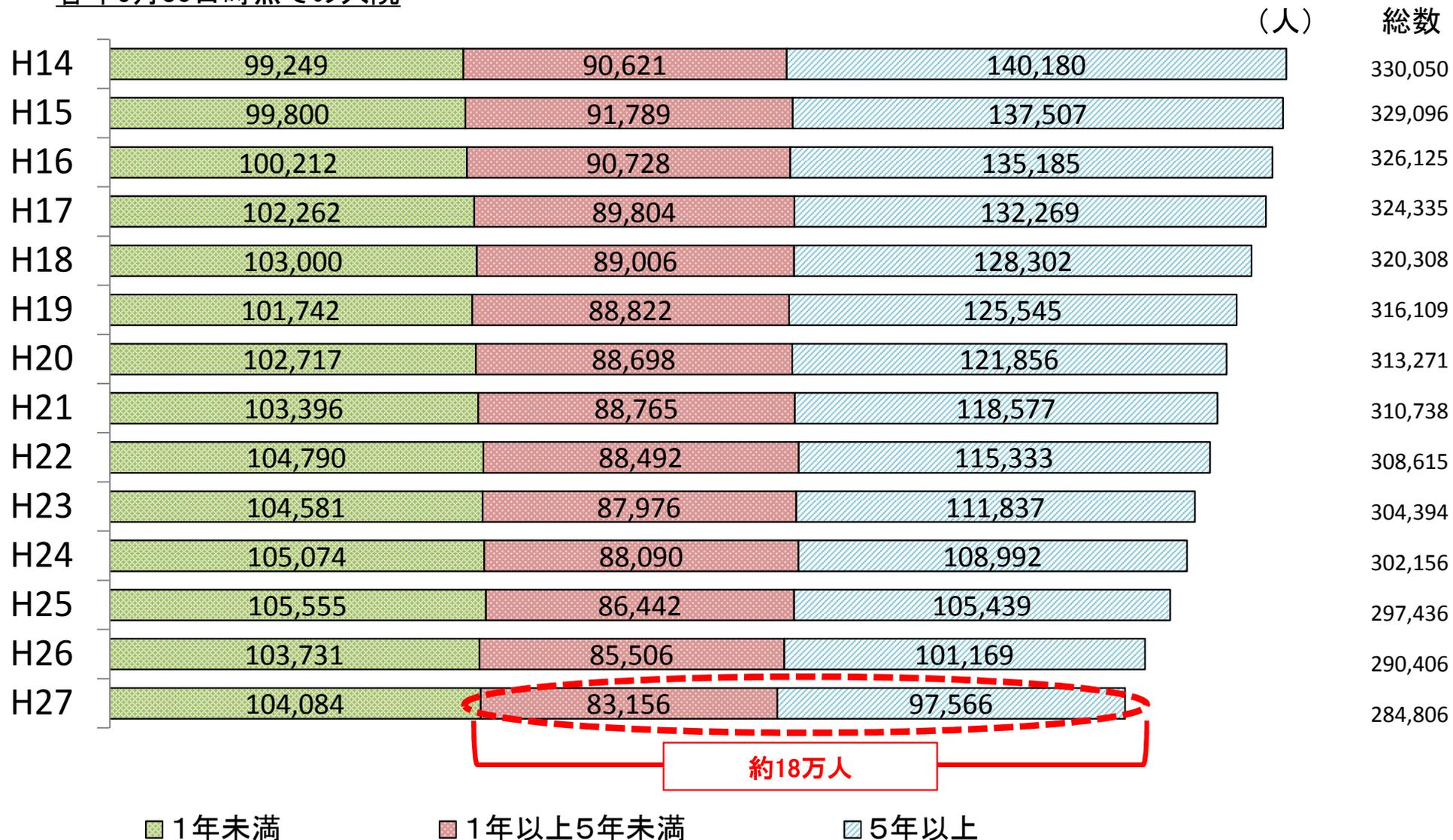
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科入院患者の現状①

○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約18万人、うち5年以上が約10万人である。

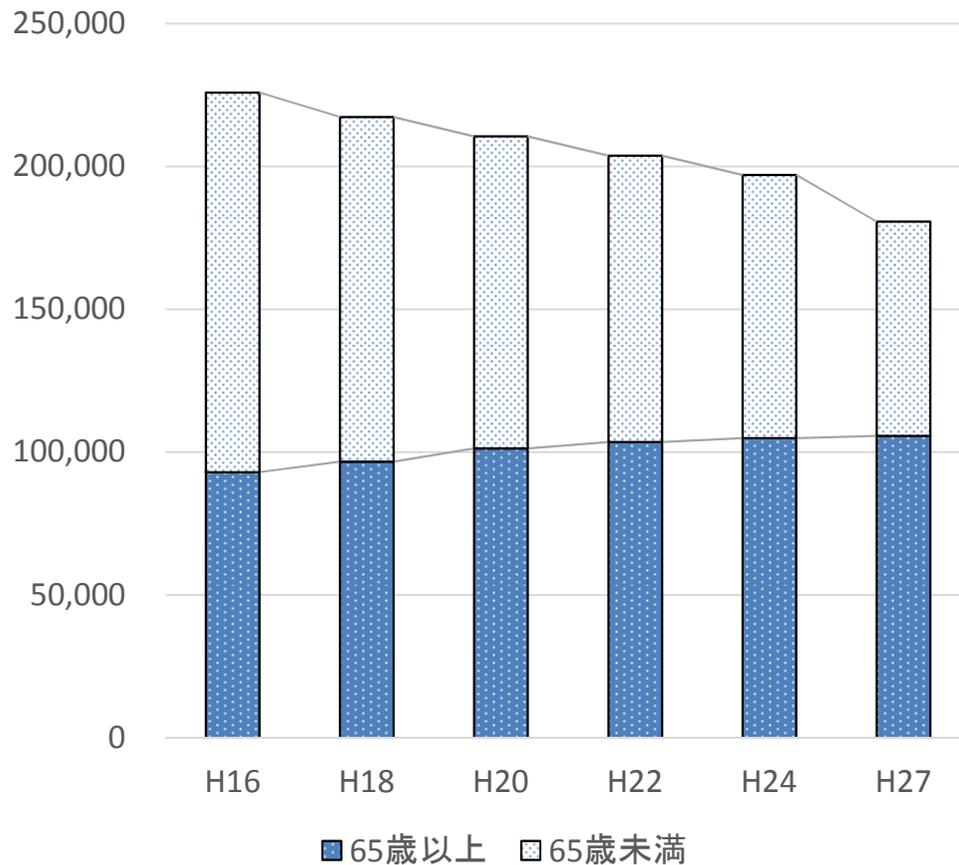
各年6月30日時点での入院



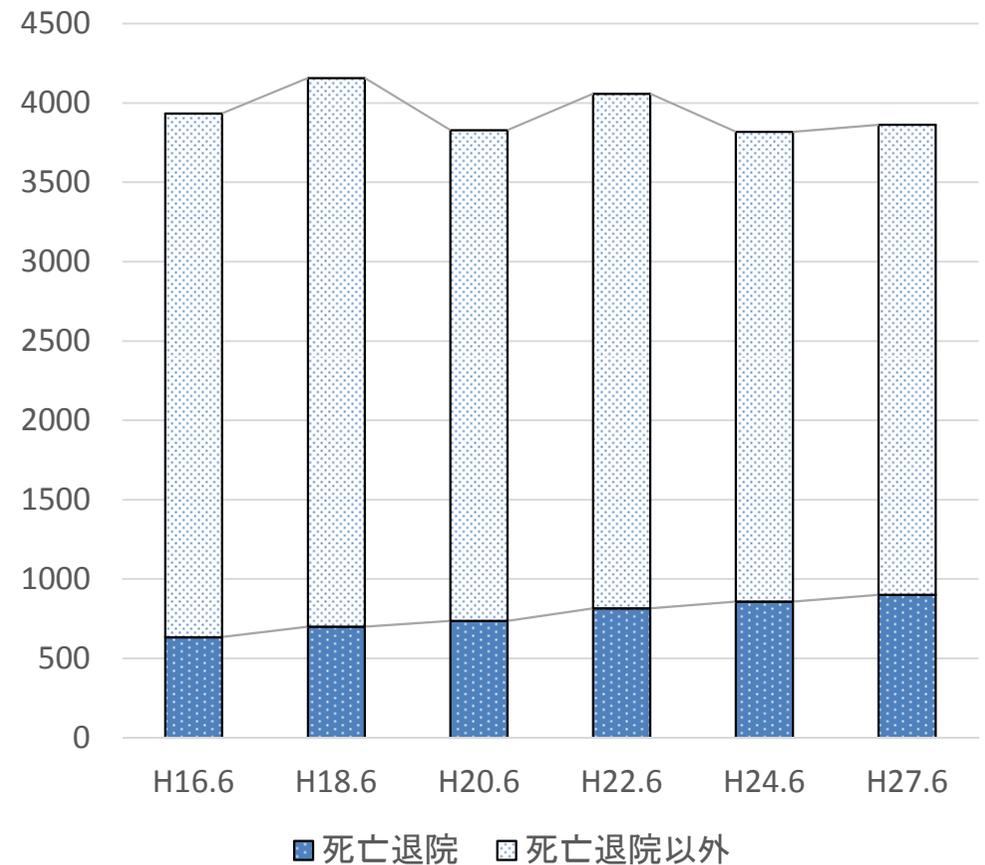
精神科長期入院患者の現状

- 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、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料1、精神病棟入院基本料(15対1)を届け出た病床に入院している。

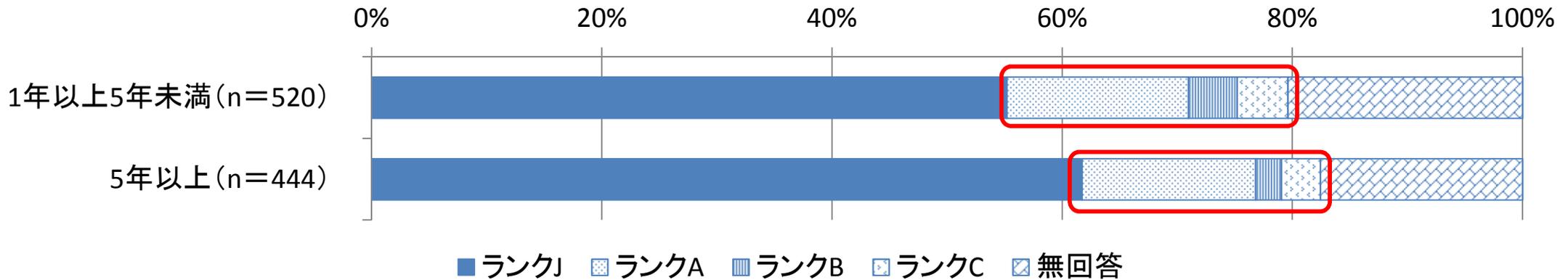
入院料	精神科を持つ医療機関における 届出病床数	1年以上の入院患者数
精神科救急入院料1	6,396	93
精神科救急入院料2	844	307
精神科救急・合併症入院料	377	30
精神科急性期治療病棟入院料1	12,986	821
精神科急性期治療病棟入院料2	1,695	1,079
精神療養病棟入院料	88,778	72,019
認知症治療病棟入院料1	30,352	17,717
認知症治療病棟入院料2	1,237	853
特殊疾患病棟入院料	3,900	3,264
児童・思春期精神科入院医療管理料	894	3,465
医療観察法入院対象者入院医学管理料	719	457
10対1入院基本料	1,060	274
13対1入院基本料	6,451	2,430
15対1入院基本料	113,671	71,752
18対1入院基本料	6,407	4,509
20対1入院基本料	1,390	960
特別入院基本料	1,855	1,451
特定機能病院入院基本料(7対1)	196	1
特定機能病院入院基本料(10対1)	352	0
特定機能病院入院基本料(13対1)	1,111	28
特定機能病院入院基本料(15対1)	1,145	469
その他	2,990	2,007

長期の入院患者の高齢化

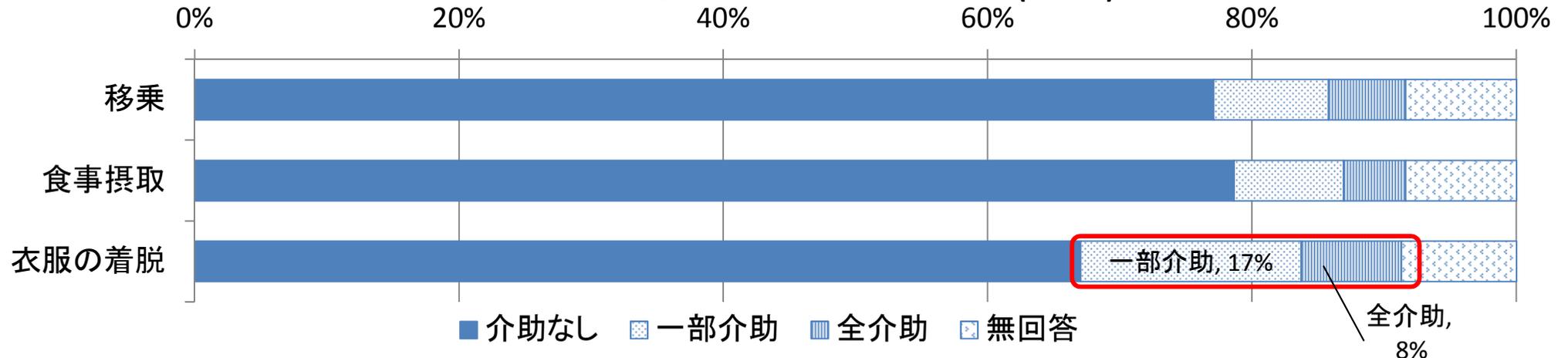
長期入院患者のADL

- 1年以上の長期入院患者のうち、
 - ・20%程度の者が、日常生活自立度においてランクA～Cだった。
 - ・25%の者が衣服の着脱において一部介助又は全介助だった。

＜1年以上入院している患者の障害高齢者の日常生活自立度の状況＞



＜1年以上入院している患者のADLの状況(n=964)＞

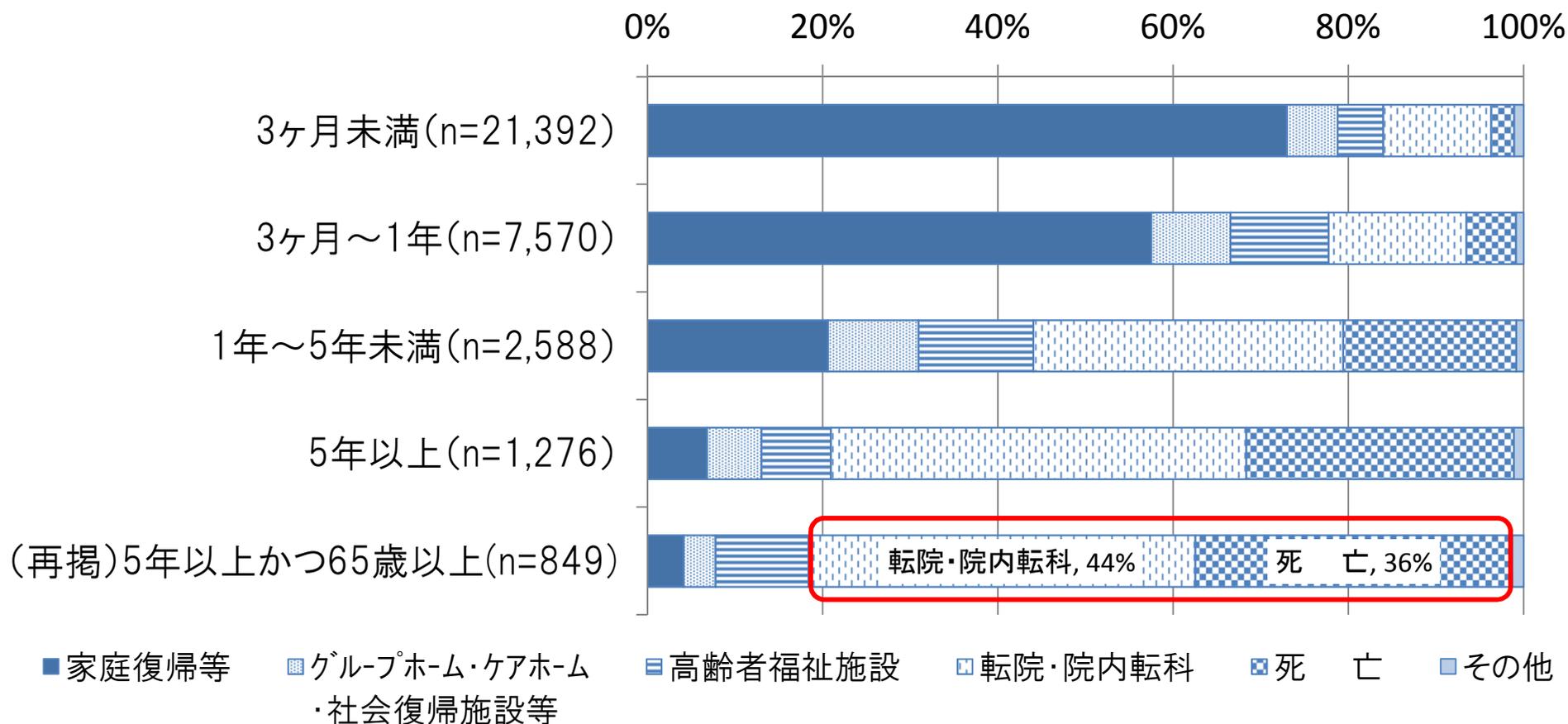


(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

精神病棟における在院期間別の退院先の状況

- 入院期間が長期の患者ほど、「転院・院内転科」や「死亡」の者が占める割合が高い。
- 5年以上かつ65才以上の長期入院患者については、「転院・院内転科」と「死亡」が8割を占めている。
- 入院期間が長くなると、自宅等に退院できる割合が減少し、高齢者福祉施設に退院する患者の割合が相対的に多い。

＜精神病棟の入院患者の退院時の状況＞



精神病床における入院患者の地域移行に関連した主な評価①

上段:点数 下段:算定回数(出典:社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分))

	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
<u>退院調整加算</u> 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
		324回／月	83回
<u>精神保健福祉士配置加算</u> ・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、 <u>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。</u>	30点／日	30点／日	—
	35,563回／月	69,057回／月	
<u>精神科地域移行実施加算</u> 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。	20点／日	20点／日	—
	1,199,026回／月		
<u>精神科退院指導料</u> <u>精神科地域移行支援加算</u> 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
	372回／月		

注)これらの加算等は、互いに併算定不可の場合がある。

精神病床における入院患者の地域移行に関連した主な評価②

	医師の配置	看護職員等の配置	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	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・ <u>新規入院患者の6割以上が3月以内に在宅移行</u>	・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	3,557点 (~30日) 3,125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	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	・ <u>新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行</u>	・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	1,984点 (~30日) 1,655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	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・ <u>時間外診療の件数</u> ・ <u>措置・緊急措置・応急入院の件数</u> ・ <u>新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行</u>	・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	3,560点 (~30日) 3,128点 (31日~)
地域移行機能強化病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名(専任) 医師 48:1	看護+看護補助者+OT+PSW 15:1 (うち6割以上が看護、OT又はPSW) PSW 病棟専従2名 臨床心理技術者 病院常勤1名	・ <u>自宅等に退院した長期入院患者の数が届出病床数の1.5%以上(月平均)</u> ・届出病床数の5分の1以上の精神病床を削減(年平均)	1年以上の長期入院患者等	1,527点

精神病棟における在宅への移行に関する指標(概略)

○ 精神病棟における在宅への移行に関する指標の算出方法は、長期の入院患者の地域移行を評価している地域移行機能強化病棟入院料では、特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設が含まれているが、その他の退院支援(地域移行)に関する評価の要件では、含まれていない。

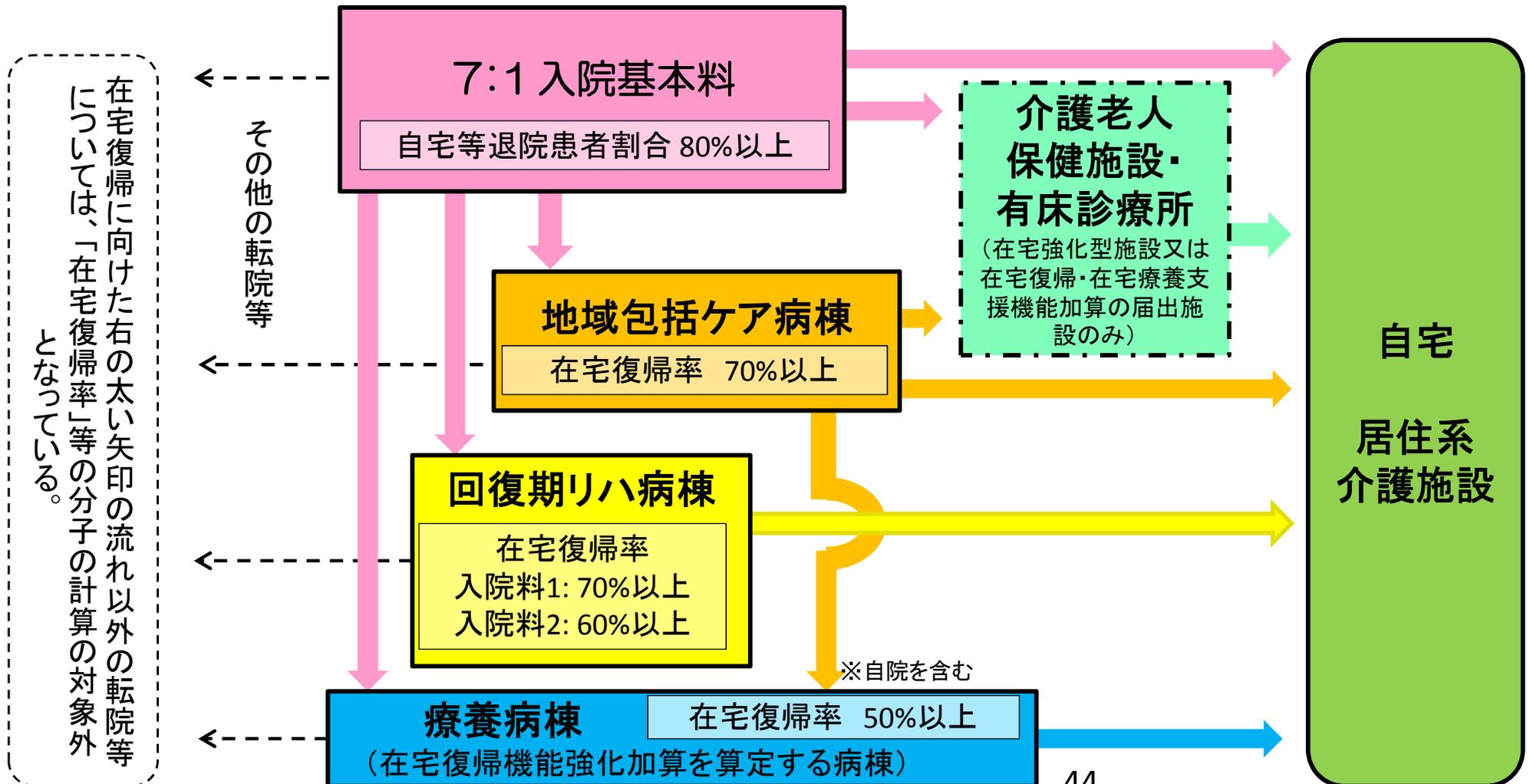
在宅への移行の割合	=	(分子)	精神保健福祉士配置加算 (精神病棟入院料、 精神療養病棟入院料)	精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 精神科救急・合併症入院料	地域移行機能 強化病棟入院料
		(分母)	入院日から1年以内に ・患家 ・精神障害者施設 のいずれかに退院	入院日から3ヶ月以内に ・患家 ・精神障害者施設 のいずれかに退院	1年以上入院していた患者のうち ・患家 ・精神障害者施設 ・特別養護老人ホーム ・介護老人保健施設(加算+)
		・措置入院・鑑定入院・医療観察法入院患者を除いた当該病棟の入院患者	・措置入院・鑑定入院・医療観察法入院患者を除いた新規入院患者	当該病棟の届出病床数	
(施設基準の届出に必要な水準)		精神病棟入院料 90%以上 精神療養病棟入院料 70%以上	救急入院料1 60%以上 救急入院料2 40%以上 急性期治療病棟入院料 40%以上 救急・合併症入院料 40%以上	1.5%以上	

※精神障害者施設:障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

- 7対1入院基本料における「自宅等退院患者割合」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できていることとしている。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す。



一般病棟等における「在宅復帰率」の算出方法

- 一般病棟における「在宅復帰率」の算出方法は、転棟患者を含まない場合や分母・分子の対象となる退棟先が異なる等、各病棟により算出方法が異なっている。
- 在宅復帰率が要件となっている病棟であっても、必ずしも全員が自宅へ退院しているわけではないが、現行の定義では自宅への退院と同様の評価となっている。

在宅復帰率

= (分子) (分母)	7対1病棟	地域包括ケア病棟	回りハ病棟
	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・地域包括ケア病棟 ・回りハ病棟 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) (退院・転棟含む) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 <p>※死亡退院・再入院患者・急性増悪患者除く</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・7対1病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・再入院患者を除く</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・回りハ病棟から退棟した患者 <p>※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪患者除く</p>

精神疾患の患者への在宅医療

重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進

- 長期入院後の患者等、自宅等で暮らす重症精神疾患患者に対する多職種協働の訪問支援や緊急時対応について、算定要件や施設基準を見直すことにより、より一層の普及を図る。

平成28年度 改定前

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

- 管理料1
- イ 同一建物居住者以外 1,800点
 - ロ 同一建物居住者
 - (1) 特定施設等の入居者 900点
 - (2) (1)以外 450点
- 管理料2
- イ 同一建物居住者以外 1,480点
 - ロ 同一建物居住者の場合
 - (1) 特定施設等の入居者 740点
 - (2) (1)以外 370点

- [算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。
- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
 - イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
 - ウ 精神科への通院が困難な者
 - エ 障害福祉サービスを利用していない者

- [施設基準]
- (1) 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。
 - (2) 24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

- 管理料1
- イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,800点
 - ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,350点
- 管理料2
- イ 単一建物診療患者数が1人の場合 1,480点
 - ロ 単一建物診療患者数が2人以上の場合 1,110点

- [算定要件] 以下の全てに該当する患者であること。
- ア 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
 - イ 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の者
 - ウ 精神科への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)
 - エ (削除)

- [施設基準]
- (1) 常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士*が配置されていること。
※作業療法士は非常勤でも可。
 - (2) 24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導の体制を確保していること。



在宅時医学総合管理料（平成28年度～）



①機能強化型在支診(病床あり) 機能強化型在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	5,400点	4,600点
2～9人	4,500点	2,500点	1,500点	
10人 以上	2,880点	1,300点	780点	

②機能強化型在支診(病床なし) 機能強化型在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	5,000点	4,200点
2～9人	4,140点	2,300点	1,380点	
10人 以上	2,640点	1,200点	720点	

③ ①②以外の在支診・在支病

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	4,600点	3,800点
2～9人	3,780点	2,100点	1,260点	
10人 以上	2,400点	1,100点	660点	

④ その他の保険医療機関

診療患者 単一建物		月2回以上訪問		月1回 訪問
		重症患者	重症患者 以外	
		1人	3,450点	2,850点
2～9人	2,835点	1,575点	945点	
10人 以上	1,800点	850点	510点	

在宅医療における24時間体制に対する診療報酬上の評価

- 精神科重症患者早期集中支援管理料は、算定に当たり24時間対応の確保が必要だが、同様に在宅医療における医学管理を評価した在総管等については、24時間対応の体制がなくても算定可能となっている。

	在宅時医学総合管理料(在総管)		
	無床の機能強化型在支診	在支診・在支病	その他の医療機関
24時間対応に関する施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の連絡体制 ・24時間の往診及び訪問看護の体制 		—
対象疾患	—		
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回以上の訪問診療 ・緊急時の連絡先等について文書で提供 		・月1回以上の訪問診療
点数(単一建物患者数2～9人の場合)	月1回訪問診療:1,380点 月2回以上訪問診療:2,300点	月1回訪問診療:1,260点 月2回以上訪問診療:2,100点	月1回訪問診療:945点 月2回以上訪問診療:1,575点
算定期間	—		

	精神科重症患者早期集中支援管理料
24時間対応に関する施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の連絡体制 ・24時間の往診又は訪問看護の体制
対象疾患	重症かつ長期入院後又は入退院を繰り返す精神疾患
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回以上の訪問診療と週2回以上の訪問看護 ・緊急時の連絡先等について文書で提供 ・週1回以上多職種チームでカンファレンスを開催 ・月1回以上保健所等も含めてカンファレンスを開催
点数(単一建物患者数2人以上の場合)	1,350点／1,110点
算定期間	初回の算定日から6月

(注)在総管と精神科重症患者早期集中支援管理料の併算定はできない。

対象疾患でみると、精神科重症患者早期集中支援管理料の対象は、在総管の対象にも含まれるため、在総管を算定することも可能。

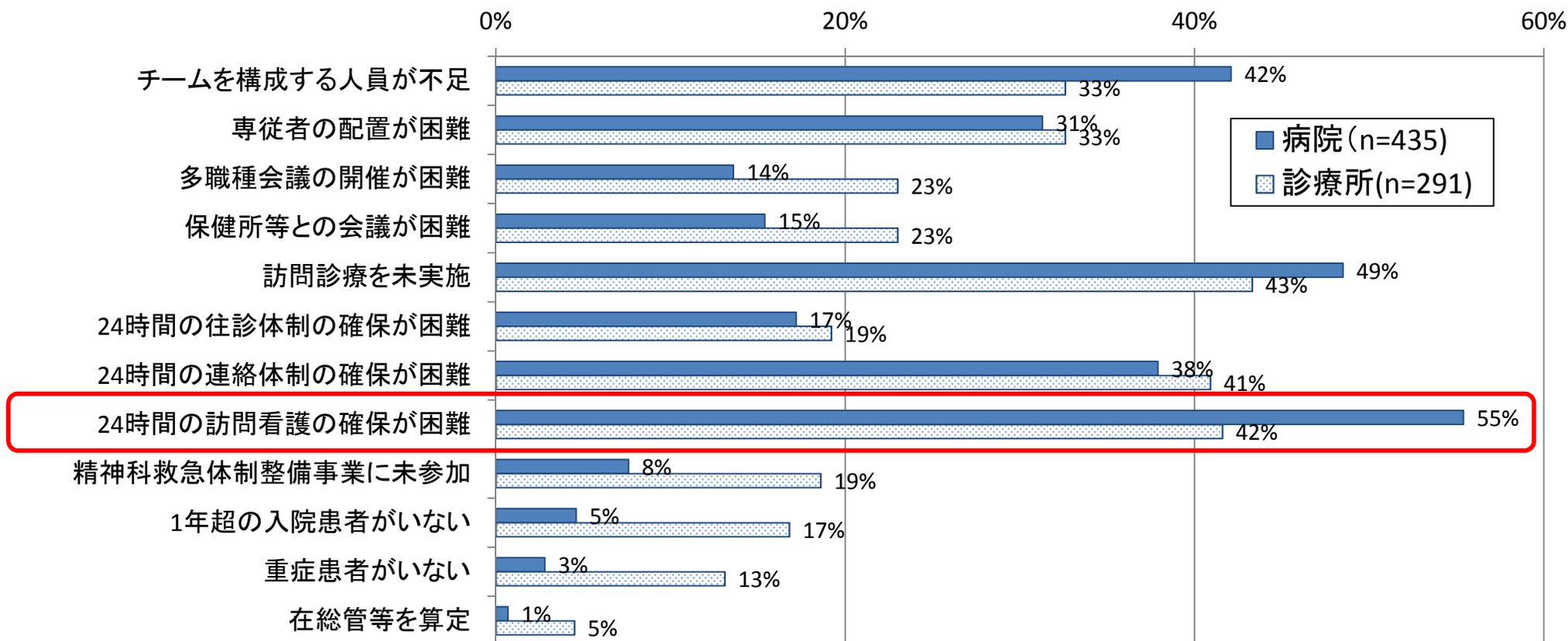
精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行わない理由

- 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として、55%の病院と42%の診療所が「24時間の訪問看護の体制の確保が困難」と回答していた。

届出医療機関数(平成28年7月)	算定回数(平成28年6月審査分)
22医療機関	2回

出典:
 (届出医療機関数) 保険局医療課調べ
 (算定回数) 社会医療診療行為別統計

＜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＞



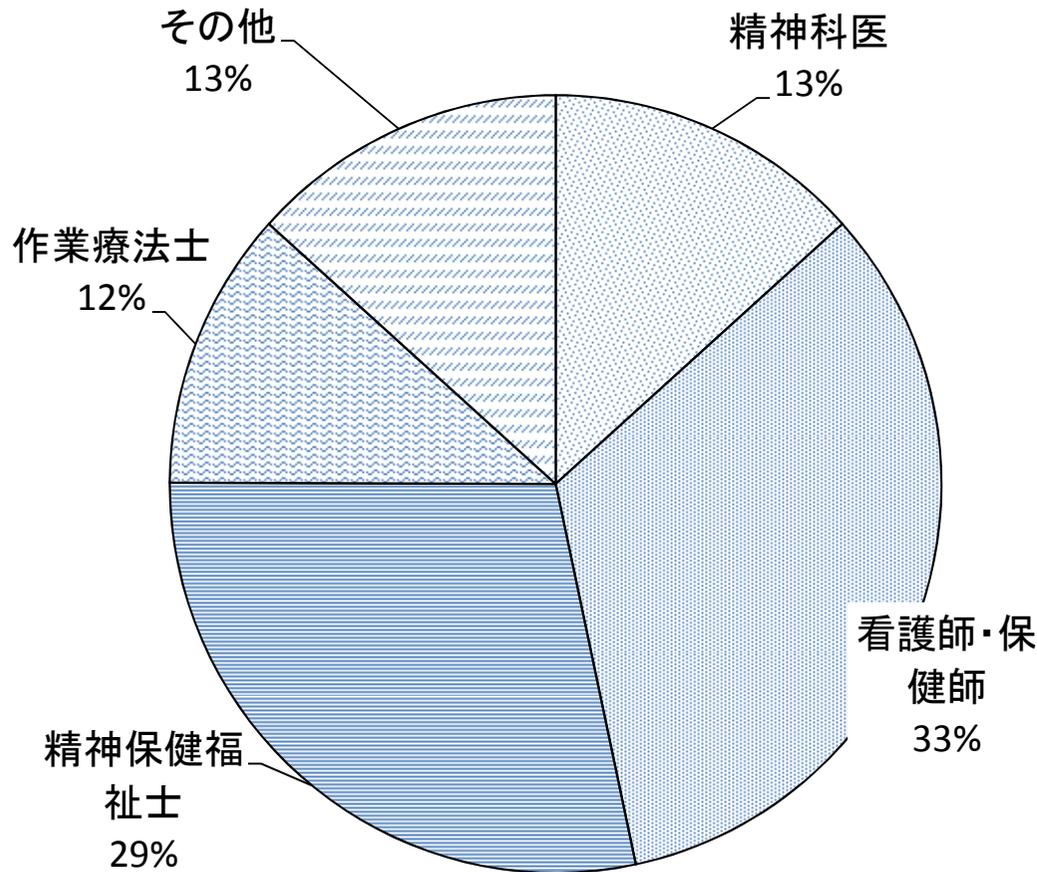
(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

精神科のアウトリーチチームを構成する職種

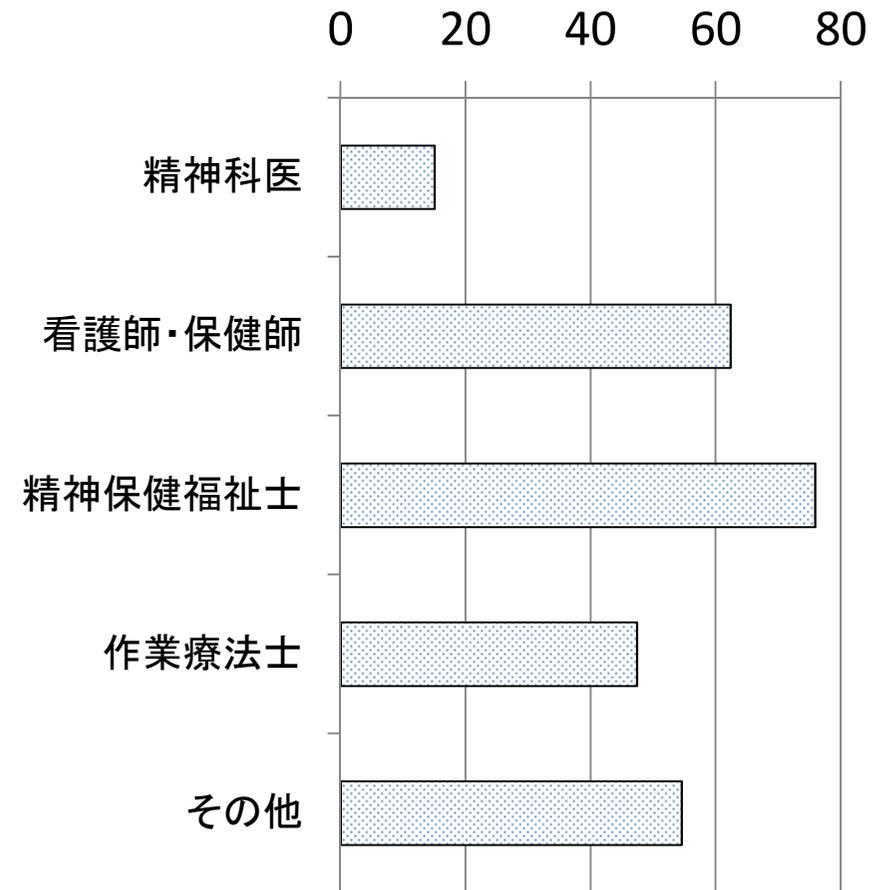
中医協 総-2
27. 10. 23

- 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)

精神疾患患者の地域移行に関する課題と対応(案)

【課題】

(精神病床の入院患者の現状)

- ・ 入院患者数は減少傾向にあるが、65歳以上の患者の割合が多くなっており、5割以上を占めている。
- ・ 入院期間が1年以上の入院患者数は減少傾向で有り、約20万人となっている。1年以上の患者数のうち、65歳以上でみると増加しており、退院先として死亡退院の数が増加傾向。

(入院患者の高齢化)

- ・ 1年以上の入院患者の日常生活動作の状況を見ると、日常生活自立度でランクA～Cの患者が一定数存在している。
- ・ 退院先として、自宅等、グループホームに加え、高齢者福祉施設も一定割合存在している。入院期間が長くなると、自宅等への退院割合は減少し、高齢者福祉施設への退院割合が相対的に多くなっている。
- ・ 地域への移行支援に係る診療報酬上の評価をみると、在宅への移行に係る指標として、地域移行機能強化病棟入院料では特別養護老人ホームと介護老人保健施設が含まれているが、その他は、自宅と精神障害者施設のみである。

(精神疾患の患者への在宅医療)

- ・ 退院後の支援のうち、在宅医療に係る評価をみると、精神科重症患者早期集中支援管理料があるが、在宅時医学総合管理料等と比較すると、24時間対応が要件となっている。
- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料の届出数は22箇所となっている。届け出していない理由をみると、24時間訪問看護の確保が困難であるとの回答が多い。
- ・ 精神科のアウトリーチチームを、訪問回数別にみると、精神保健福祉士が最も多く、次いで、看護師・保健師であった。

【論点(案)】

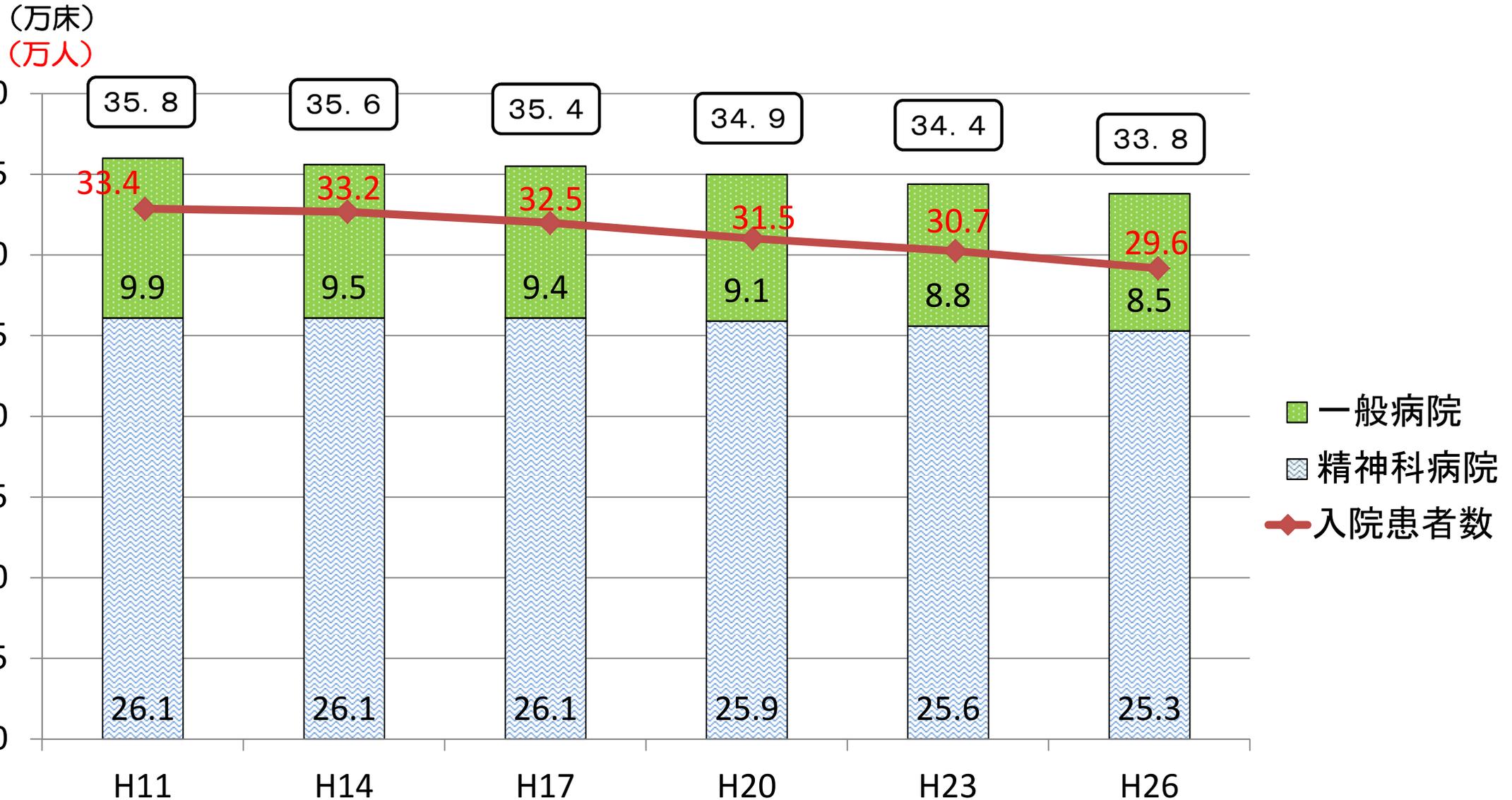
- 精神病床の入院患者が高齢化していることを踏まえ、地域への移行先(退院先)に関する要件について、自宅や精神障害者施設に加えて、特別養護老人ホームや介護老人保健施設を追加することについて、どのように考えるか。
- 在宅時・施設入居時医学総合管理料と精神科重症患者早期集中支援管理料について、精神疾患の患者の地域移行の支援を充実する観点から、それぞれの点数設定の目的等を整理した上で、評価の在り方を見直してはどうか。

個別事項(その4:精神医療)

- 1 措置入院に係る医療
- 2 精神保健指定医の取扱い
- 3 長期入院患者の地域移行に向けた取組
- 4 急性期医療を担う病棟の状況
- 5 多様な精神疾患に対する医療

精神病床数及び精神病床における入院患者数の推移

○ 精神病床数と精神病床における入院患者の数は、いずれも減少傾向にある。



※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

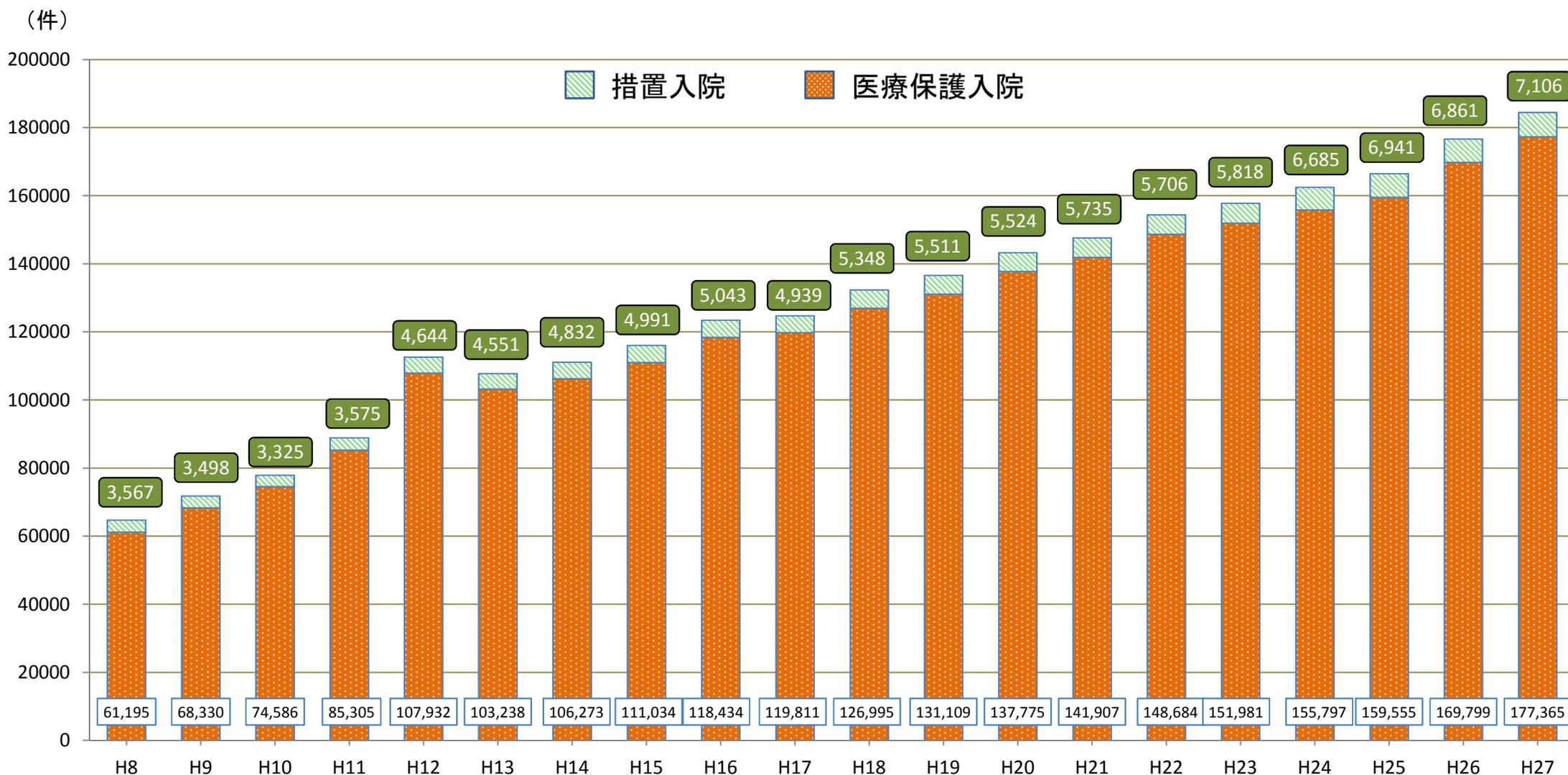
資料：厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より

厚生労働省障害保健福祉部で作成

(再掲)

措置入院・医療保護入院の届出数の推移

○ 措置入院の届出数は、横ばいからやや増加。医療保護入院の届出数は増加傾向。



※平成25年度以前の医療保護入院においては、保護者として選任されていない扶養義務者の同意による4週間に限った入院制度があったが、この制度による入院者数は計上していない。

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科救急医療体制整備事業

平成29年度予算額
16億円

平成30年度要求額
→ 18億円

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

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

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

精神科救急医療体制研修会

- ・精神科救急医療体制の運用ルール周知。
- ・個別事例の検討、グループワーク等。

精神科救急医療体制連絡調整委員会

- ・関係機関間の連携・調整を図る

圏域毎の検討部会

- ・地域資源の把握、効果的連携体制の検討
- ・運用ルール等の策定、課題抽出

一般救急の情報センター

連携

精神科救急情報センター



- ・緊急対応が必要な患者を重症度に応じた受入先調整
- ・救急医療機関の情報集約・調整、かかりつけ医の事前登録

照会

情報
受入先

24時間精神医療相談窓口

- ・相談対応
- ・適宜、医療機関の紹介・受診指導



受入先調整

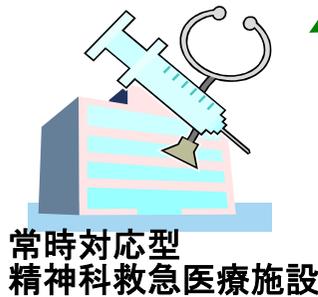
一般救急医療圏域



一般救急医療圏域



A精神科救急圏域
(常時対応型で対応)



常時対応型
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

外来対応施設

身体合併症対応施設

身体合併症のある救急患者に対応より広い圏域をカバー

B精神科救急圏域
(病院群輪番型で対応)



病院群輪番型
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

精神科救急入院料について

			精神科救急入院料	
			1	2
施設基準	人員配置	医師	常勤医師 16:1	
			指定医 病院常勤5名 病棟常勤1名	
		看護	看護師 10:1	
	その他	病棟常勤 精神保健福祉士2名以上		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 イ精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上 ウ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20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	
点数	入院日から起算して3月を限度として算定			
		3,557点(～30日) 3,125点(31日～)	3,351点(～30日) 2,920点(31日～)	

精神科救急入院料に係る主な変遷

平成18年

- 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、入院早期の評価の引き上げ。
精神科救急入院料 2,800点 → 入院後30日以内 3,200点、入院後30日超 2,800点

平成20年

- 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、
 - ・ 時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和
 - ・ 入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設について、評価の引き上げ

精神科救急入院料1	30日以内の期間	3,431点	31日以上の期間	3,031点
精神科救急入院料2	30日以内の期間	3,231点	31日以上の期間	2,831点

平成22年

- 精神科救急患者は、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、入院早期の評価を引き上げ
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|----------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,451点 | 31日以上の期間 | 3,031点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,251点 | 31日以上の期間 | 2,831点 |

平成24年

- 入院料に栄養管理加算、褥瘡患者管理加算を包括化
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|----------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,462点 | 31日以上の期間 | 3,042点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,262点 | 31日以上の期間 | 2,842点 |

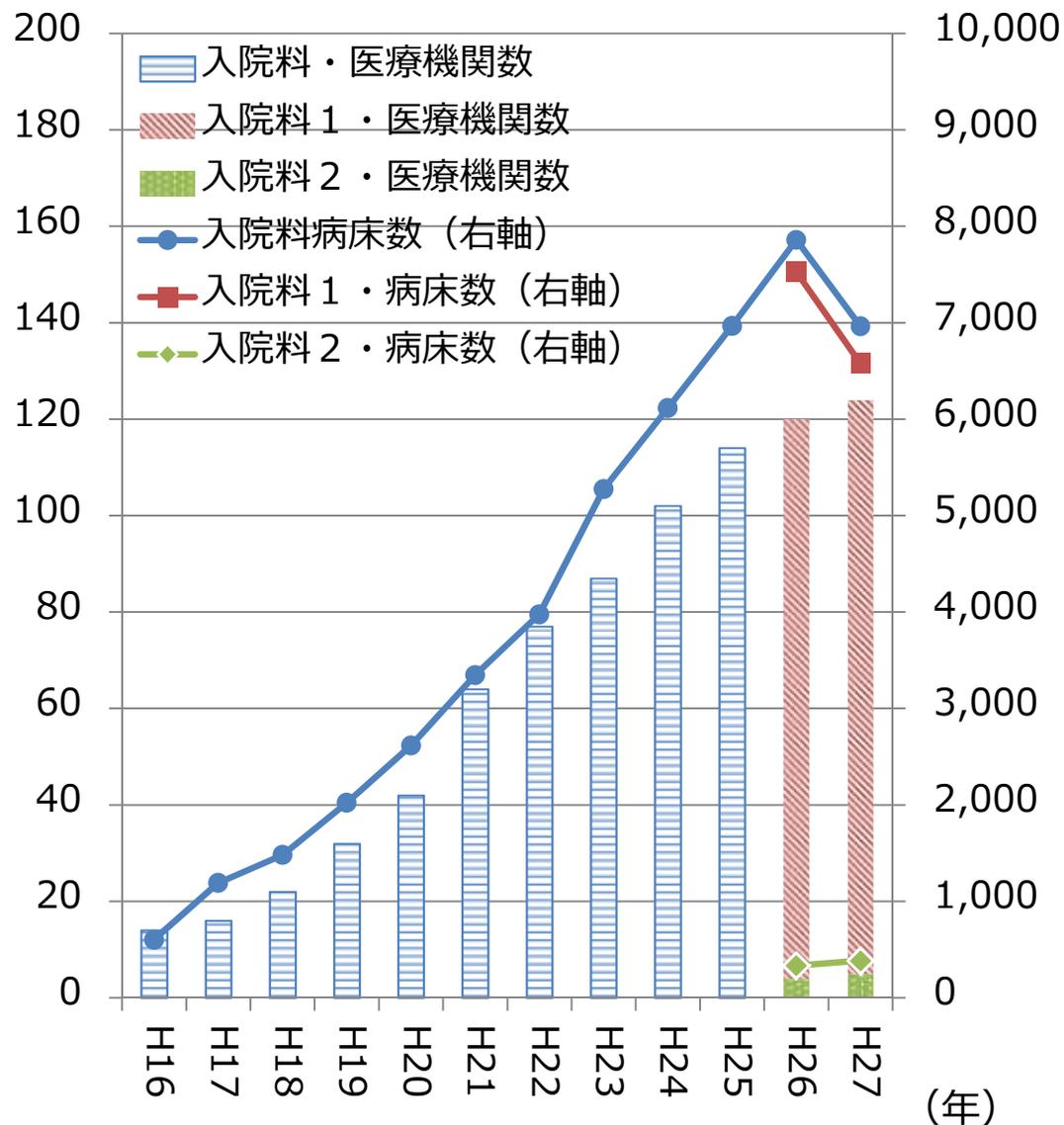
平成26年

- 措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を緩和、夜間休日の救急の受入実績を要件に追加
 - 消費税率8%への引上げに伴う対応
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|----------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,557点 | 31日以上の期間 | 3,125点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,351点 | 31日以上の期間 | 2,920点 |

精神科救急入院料の届出医療機関数・病床数・算定回数

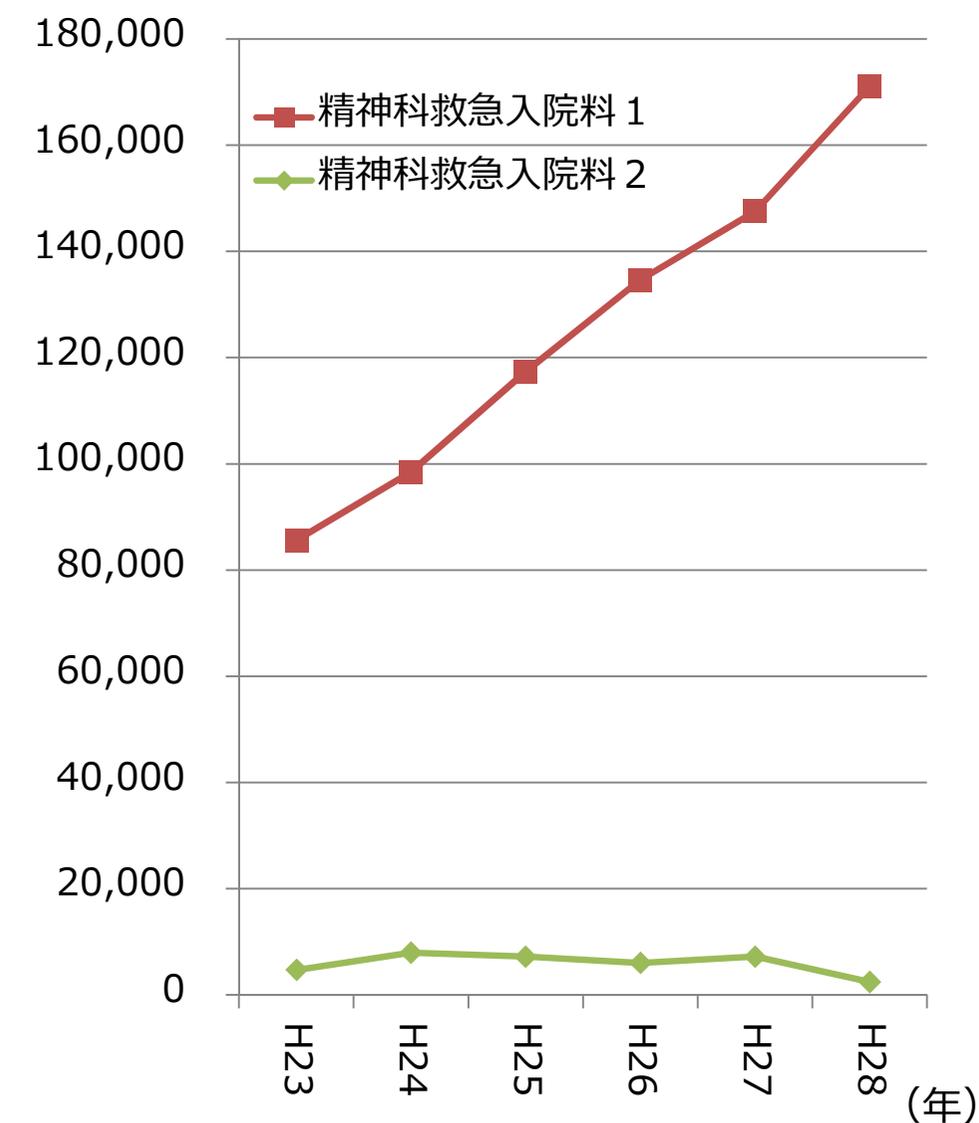
○ 精神科救急入院料の届出医療機関数と病床数は、増加傾向にある。

(医療機関数)



出典：保険局医療課調べ(平成27年7月)

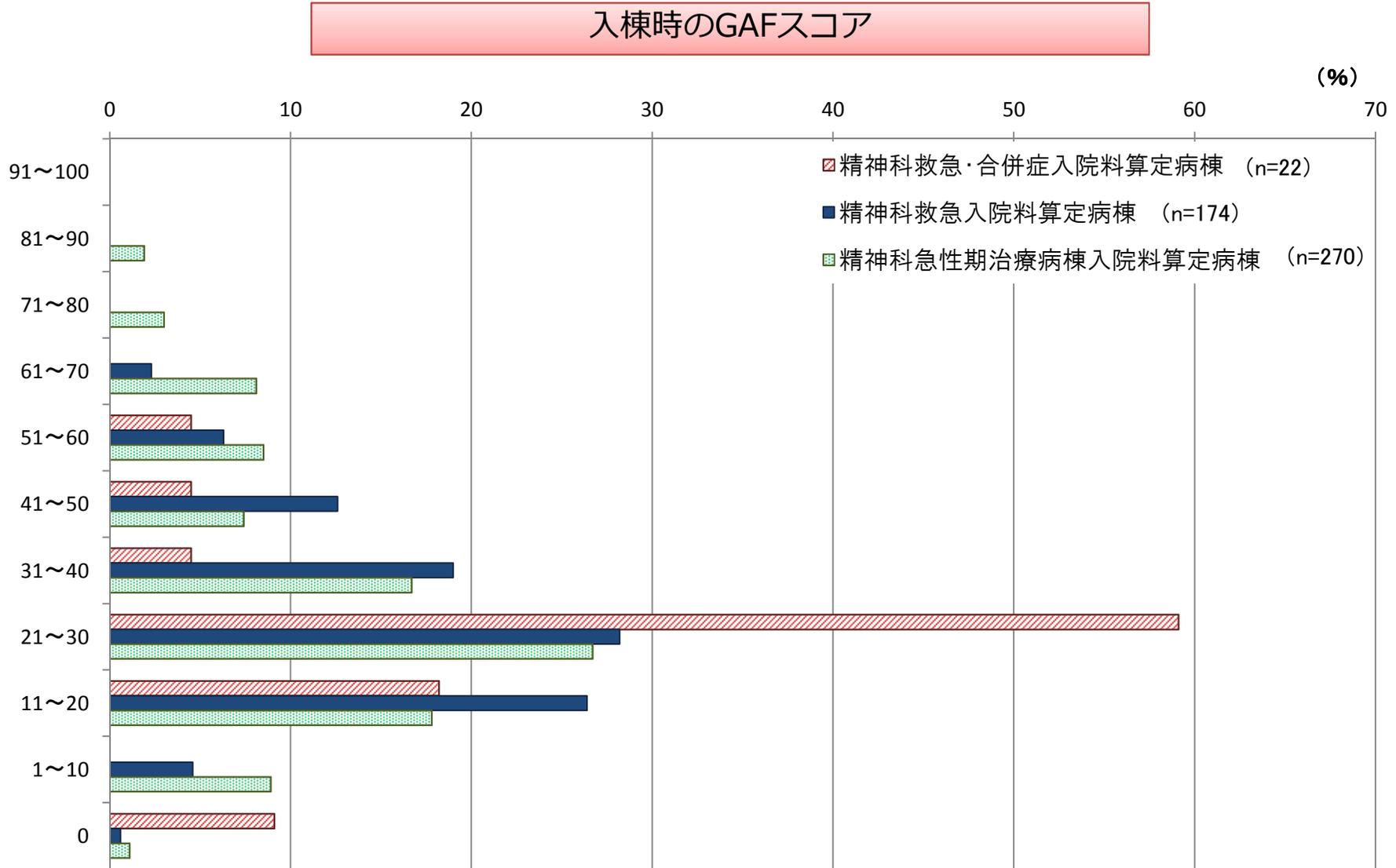
(算定回数)



出典：社会医療診療行為別統計・調査

精神科救急入院料病棟等の患者の状態①

○ 精神科救急病棟と精神科急性期病棟の患者の入棟時のGAFスコアをみると、いずれも21～30が最も多い。精神科救急・合併症入院料を算定している病棟ではよりスコアが低い（症状が重い）。



(参考)GAF(機能の全体的評定)の概要

- 「機能の全体的評定(GAF)尺度」とは、被評価者の全般的機能レベルについての臨床家の判断を記録するための指標であり、精神疾患に対する治療の計画を立て、治療の効果を評価し、また転帰を予測するなどの目的で活用される。
- GAF尺度は、心理的、社会的及び職業的機能について点数を付ける。
 - ※ 身体的(又は環境的)制約による機能の障害を含めない。

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:一時的に学業に遅れをとる)。
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らかの困難はある(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ある。
60-51	中程度の症状(例:感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中程度の困難(例:友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50-41	重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、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けるなんらかの深刻な障害(例:友達がいない、仕事が続かない)
40-31	現実検討がコミュニケーションにいくらかの欠陥(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重大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、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。またはコミュニケーションか判断に重要な欠陥がある(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:1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が(例:死をはっきりと予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、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:大便をぬりたくる)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例:大部分滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者を傷つける危険が続いている(例:暴力の繰り返し)、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

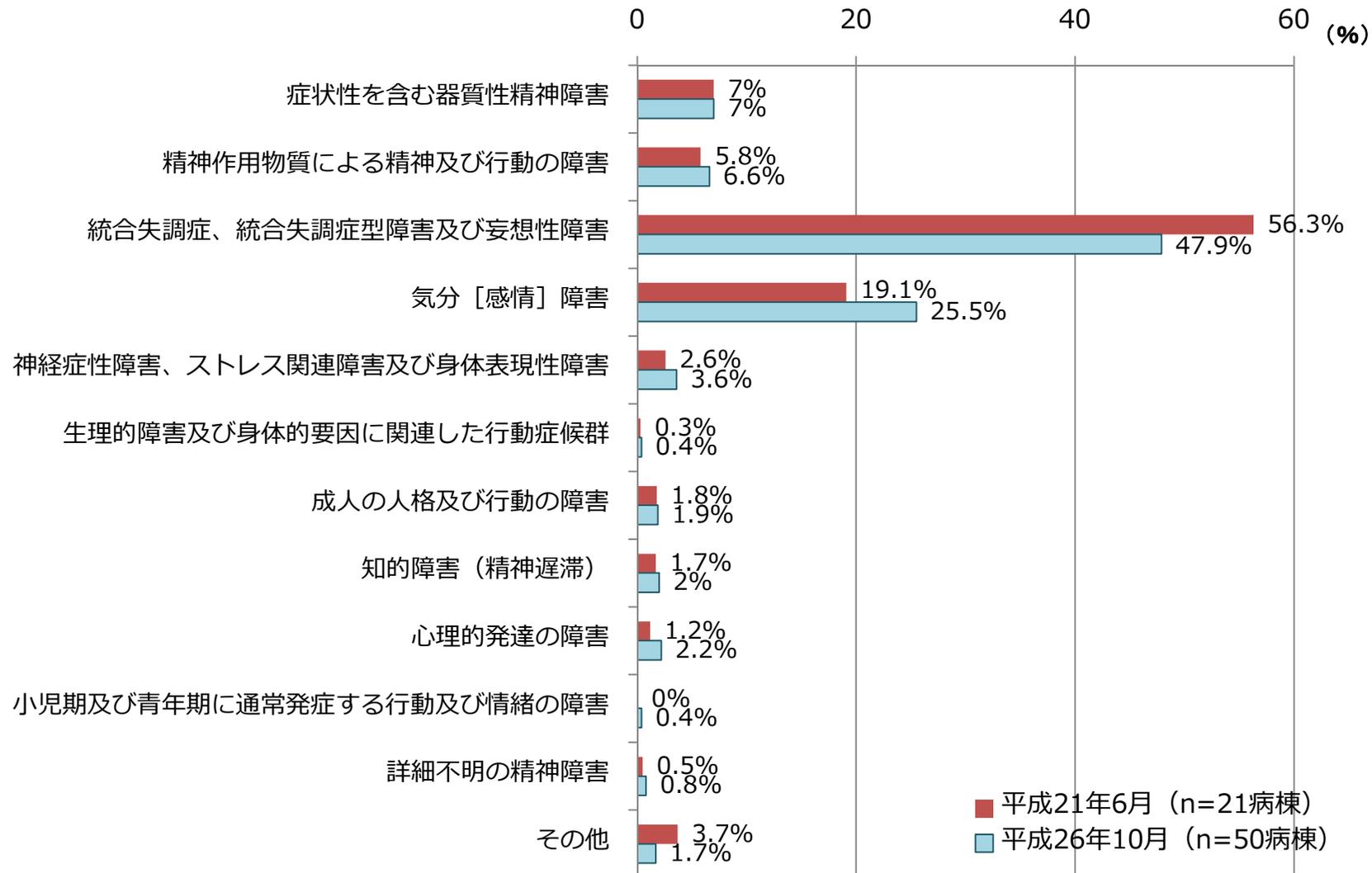
- GAFは、被評価者の全般的機能レベルを最もよく反映する、0~100の値により評価する。
- GAF尺度の10点ごとの各範囲(左記)の記述は、症状の重症度に関するものと、機能に関するものの2つの部分から成り、得点を決定する際には、2つのうちのどちらか悪い方に最もよく適合する範囲を選択する。
- 選択された10点ごとの範囲の中で1つのGAF得点を決めるために、被評価者の機能がその10点の範囲のどの値に該当するかを評価する。

参考:DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き

精神科救急入院料病棟等の患者の状態②

○ 精神科救急入院料を算定している病棟に入院する患者の主たる疾患は、統合失調症等が約5割程度と最も多いが、近年、気分[感情]障害の割合が増加してきている。

精神科救急入院料病棟の患者における主たる疾患



出典：平成23年度・平成26年度検証部会調査（精神医療）

精神科救急入院料病棟等の患者の状態③

- 精神科救急入院料を算定している病棟は、精神病棟入院基本料・精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟に比べて、新規入院患者数が多く、救急搬送・警察搬送患者数と措置入院患者数が占める割合が特に高い。

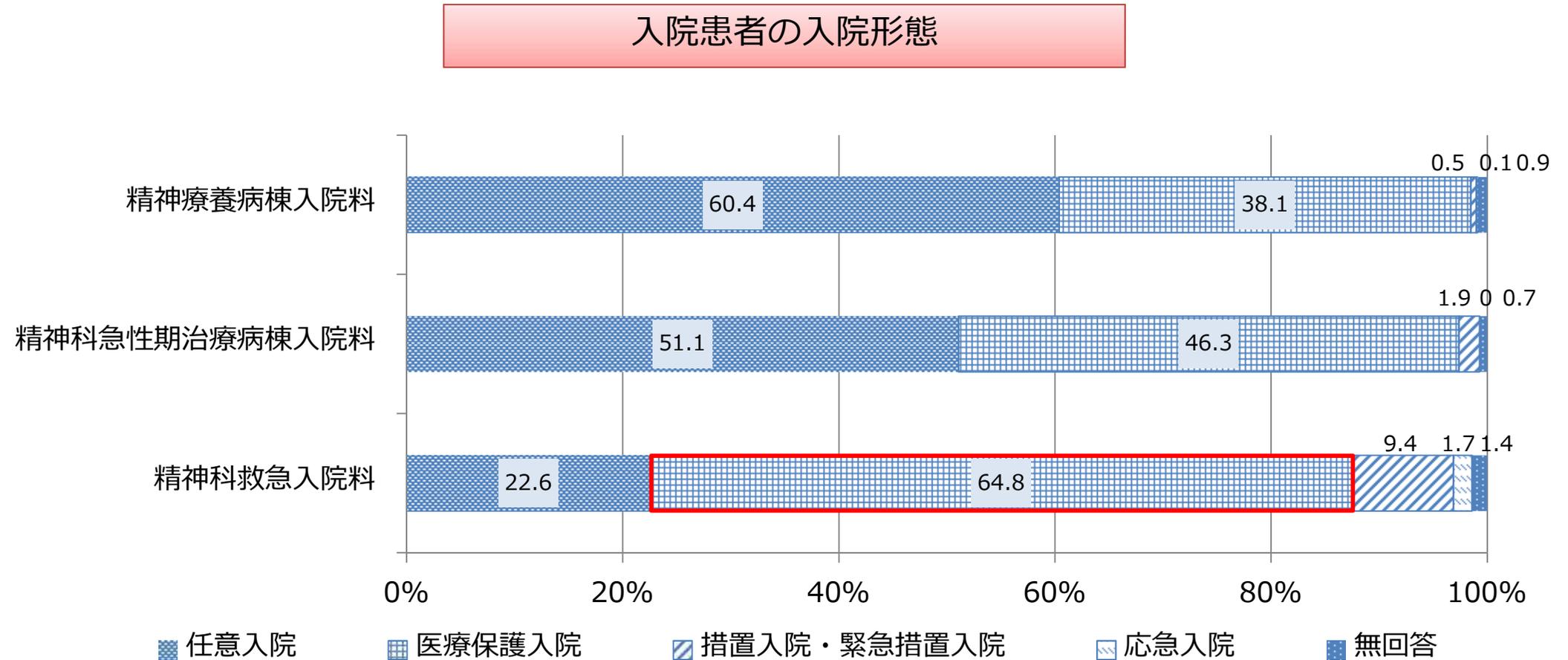
1ヶ月間の平均新規入院患者数

	精神病棟入院基本料算定病棟 (n=368施設)		精神科急性期治療病棟入院料 算定病棟 (n=100施設)		精神科救急入院料算定病棟 (n=51施設)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
新規入院患者数	11.84 (人)	100.0%	21.70 (人)	100.0%	33.37 (人)	100.0%
(うち) 救急搬送・警察搬送患者数	0.58 (人)	4.9%	0.86 (人)	4.0%	3.57 (人)	10.7%
(うち) 緊急措置入院患者数	0.01 (人)	0.1%	0.01 (人)	0.0%	0.75 (人)	2.2%
(うち) 措置入院患者数	0.19 (人)	1.6%	0.36 (人)	1.7%	2.55 (人)	7.6%
(うち) 応急入院患者数	0.13 (人)	1.1%	0.11 (人)	0.5%	1.08 (人)	3.2%

※平成26年10月の1ヶ月間における新規入院患者を対象としている。

精神科救急入院料病棟等の患者の状態④

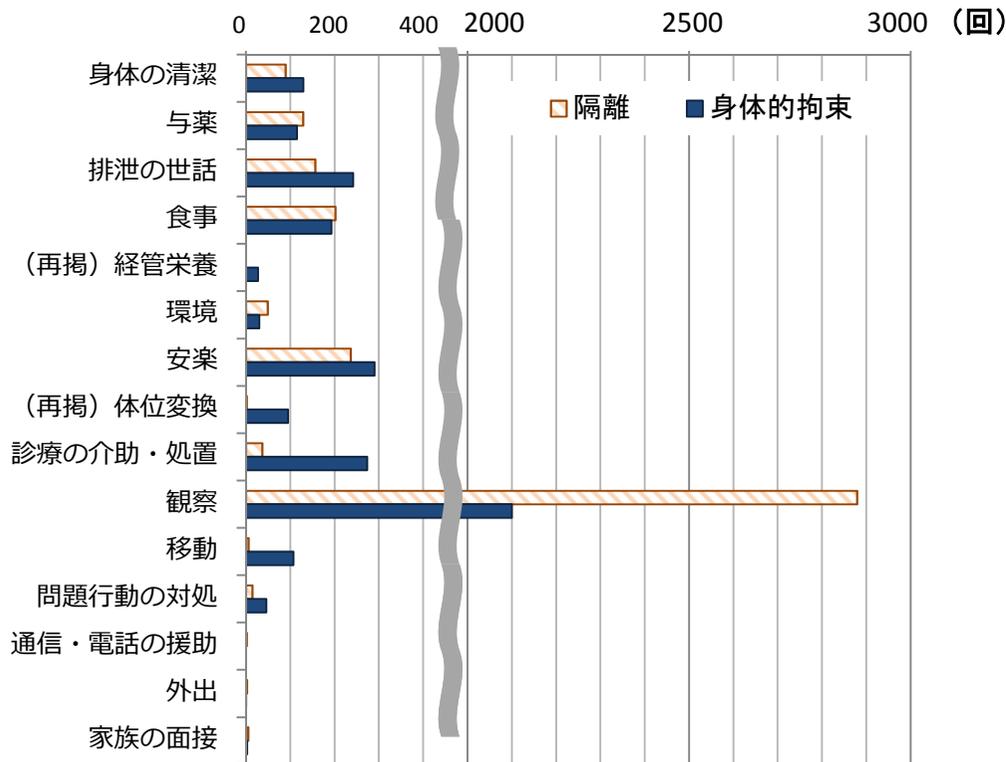
○ 精神科救急入院料を算定している病棟に入院している患者を入院形態別にみると、精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟に入院している患者と比べて、医療保護入院の割合が高い。



隔離・身体的拘束中の患者に対する看護

- 隔離、身体的拘束の行動制限を受けている患者に対する看護は、最も「観察」が行われており、次にナースコール対応や体位変換を含む「安楽」、「排泄の世話」、「食事の世話」が行われている。
- 勤務帯別にみると、夜間では、直接ケアは日勤帯と変わらず行われ、「観察」については夜勤帯の方が多く行われている。

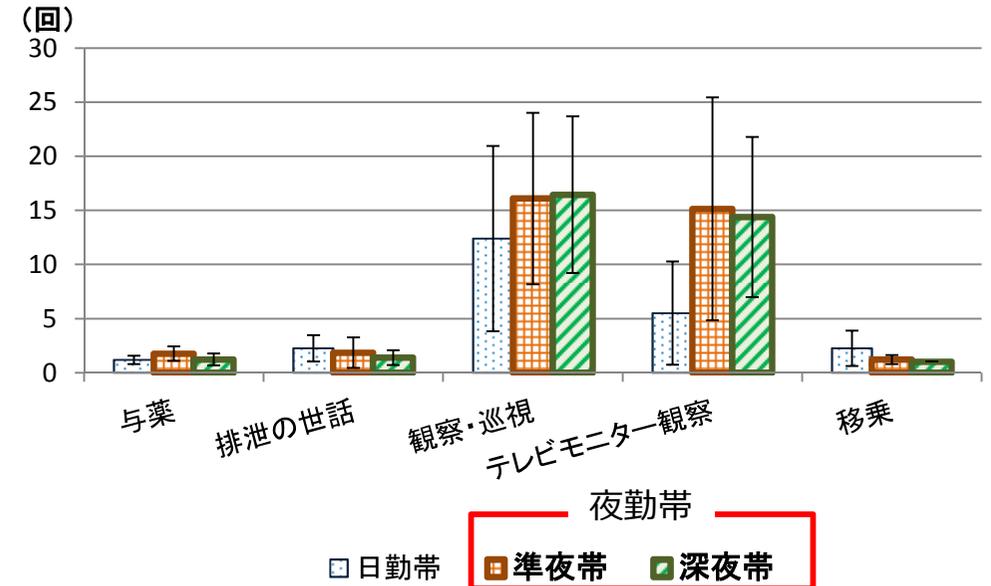
【行動制限（隔離、身体的拘束）を受けている患者に対する援助の回数（24時間）：隔離と拘束の比較】



【分析対象概要】

調査対象：精神科専門病床をもつ2病院14病棟(合計823床)に入院する隔離患者57名、身体的拘束患者43名。
調査期間：9時から翌日9時までの24時間に行われた看護援助

【行動制限（隔離、身体的拘束）を受けている患者に対する援助の平均回数】



夜間看護体制に関する施設基準

＜精神科救急入院料／精神科救急・合併症入院料＞
当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、2以上であること。

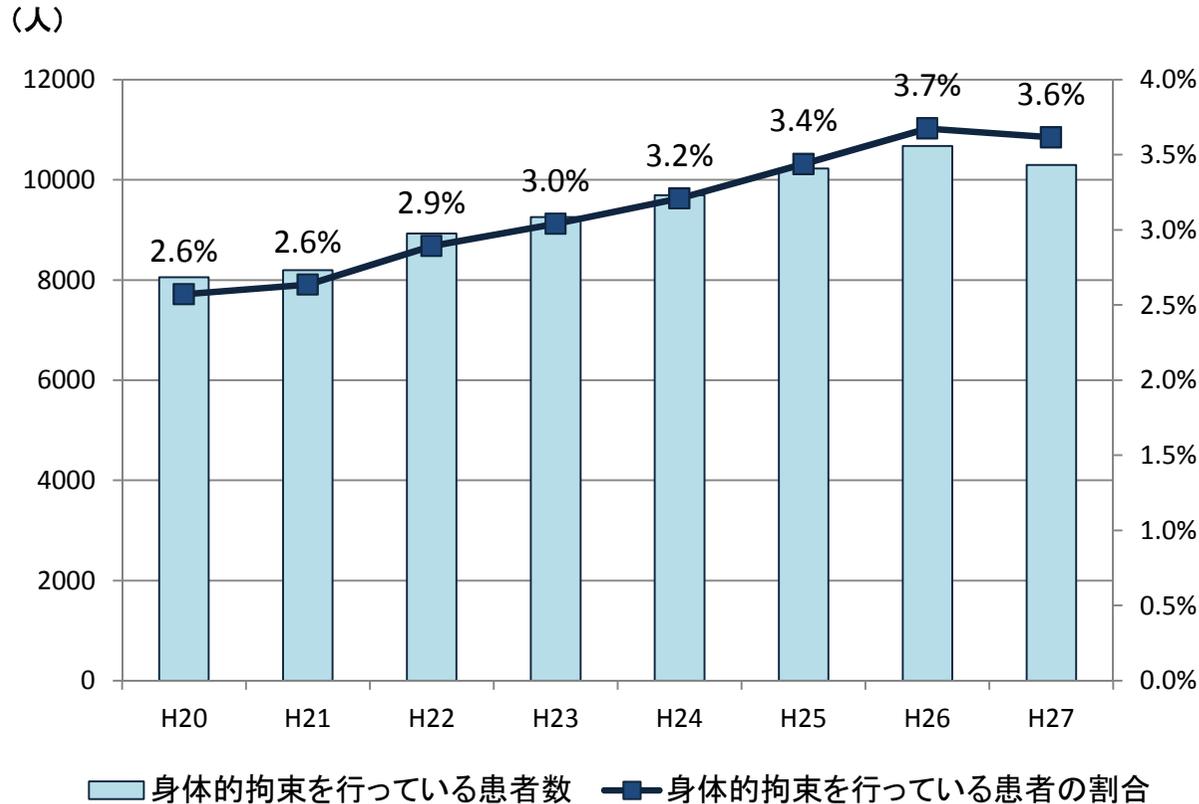
出典：瀬野佳代他（2005）「隔離・拘束時看護の実態」

『国立看護大学校研究紀要』4(1). p68-76 のデータをもとに保険局医療課が作成

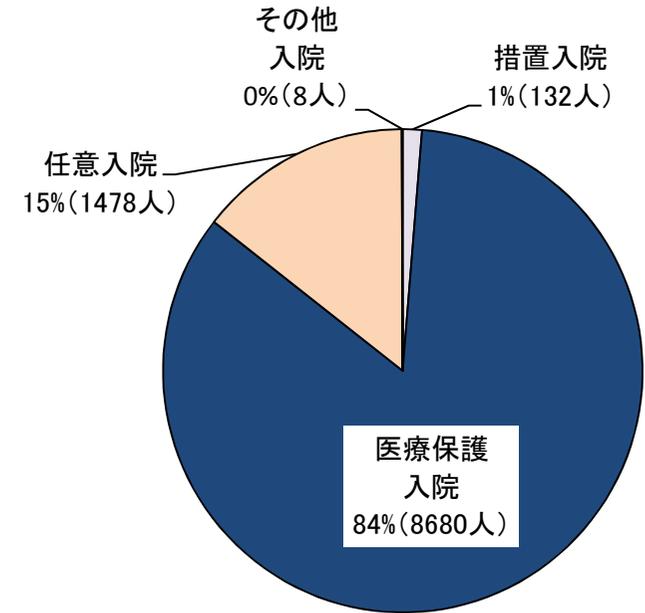
精神科病院における身体的拘束の状況

- 精神科病院・診療所の在院患者のうち、約3%は身体的拘束が行われており、拘束の実施割合はH26年度まで年々上昇していた。
- 身体的拘束が行われている患者の約8割は医療保護入院の患者である。

精神科病院における身体的拘束を行っている患者数の推移



身体的拘束を行っている患者の入院区分



出典：平成27年度精神保健福祉資料

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」より厚生労働省保険局医療課にて集計

(参考) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律における隔離・身体的拘束の規定

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）【抄】

- 第三十六条** 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。
- 2 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。
- 3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。
- 第三十七条** 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。
- 2 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。
- 3 厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かななければならない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（厚生省告示第百三十号）【概要】

第一 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たつて、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第三 患者の隔離について

一 基本的な考え方

- (一) 患者の隔離(以下「隔離」という。)は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (二)～(四) (省略)

三 遵守事項

- (一)、(二) (省略)
- (三) 隔離を行つている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (四) 隔離を行つている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

第四 身体的拘束について

一 基本的な考え方

- (一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (二)、(三) (省略)

三 遵守事項

- (一) (省略)
- (二) 身体的拘束を行つている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

精神科の急性期入院医療に関する課題と対応(案)

【課題】

- ・ 精神科の緊急対応が必要な患者を重症度に応じて受入調整を行う機関として、精神科救急情報センターが設置されている。
- ・ 精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟入院料とで、患者の入院時のGAFスコアをみると、いずれも21～30が最も多い。
- ・ 精神科救急入院料病棟に入院する患者の主たる疾患は、統合失調症等が約5割程度と最も多いが、近年、気分[感情]障害の割合が増加してきている。
- ・ 精神科救急入院料を算定している病棟は、精神病棟入院基本料・精神科急性期治療病棟入院料を算定している病棟に比べて、新規入院患者数が多く、救急搬送・警察搬送患者数と措置入院患者数が占める割合が特に高い。また、入院患者の入院形態としては、医療保護入院が約6割を占める。
- ・ 行動制限(隔離、身体的拘束)を受けている患者に対する看護援助は、「観察」が最も多い。勤務帯別の看護援助は、夜勤帯であっても日勤帯と同等の援助回数が行われており、「観察」は夜勤帯の方が多い。



【論点(案)】

- 精神科救急病棟及び精神科急性期治療病棟における、入院形態別の患者割合や、患者の入院時の状況等の現状を踏まえ、より適切な精神科救急医療体制の構築に資する評価の在り方について、どのように考えるか。
- 精神科の急性期病棟において、必要最小限の行動制限が求められていることを踏まえ、患者の状態に応じた適切な医療が提供できる体制を確保できるよう、評価のあり方について、どのように考えるか。

個別事項(その4:精神医療)

- 1 措置入院に係る医療
- 2 精神保健指定医の取扱い
- 3 長期入院患者の地域移行に向けた取組
- 4 急性期医療を担う病棟の状況
- 5 多様な精神疾患に対する医療

治療抵抗性統合失調症治療薬について

治療抵抗性統合失調症の治療薬 ～ クロザピン(CLZ)について

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※)の治療薬として世界各国で販売されている内服薬である。

治療抵抗性統合失調症であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。

(※) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重大な副作用は、**無顆粒球症(※)**で、本邦での頻度は約1%。

(※) 無顆粒球症とは、薬剤の影響で白血球の数が減り、その中でも細菌感染防御をおこなう好中球(顆粒球)が著明に減少し、感染しやすく、また感染症の重症化を引き起こし、時に死に至るもの。

→緊急入院治療を血液内科で行う必要がある

他のまれで、重大な副作用

1. 心筋炎、心筋症
2. 糖尿病性ケトアシドーシス
3. 肺血栓塞栓症、深部静脈血栓症
4. てんかん発作
5. 悪性症候群
6. 肝機能障害
7. 腸閉塞・麻痺性イレウス

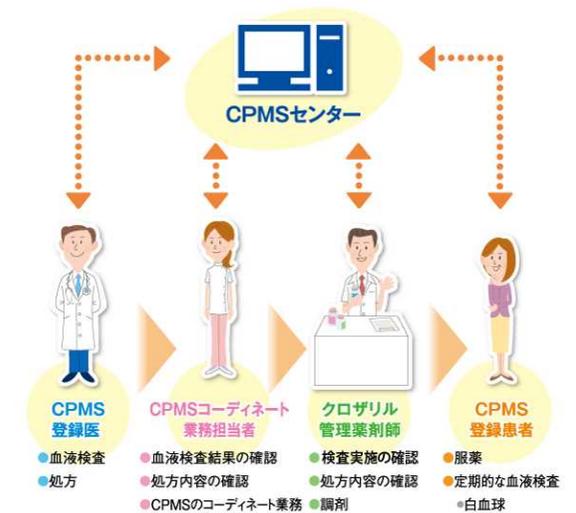
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、米国を始め世界数ヶ国で導入されており、無顆粒球症等の重大な副作用の早期発見及び早期治療を目的とする。

○クロザピンを使用する医師、医療機関、薬局及び患者の登録を行った上で、血液検査結果に関する医師の確実な評価を支援する。

○日本では薬事承認上、CPMS体制整備を条件とした上で、クロザピンの製造販売承認を行っている。

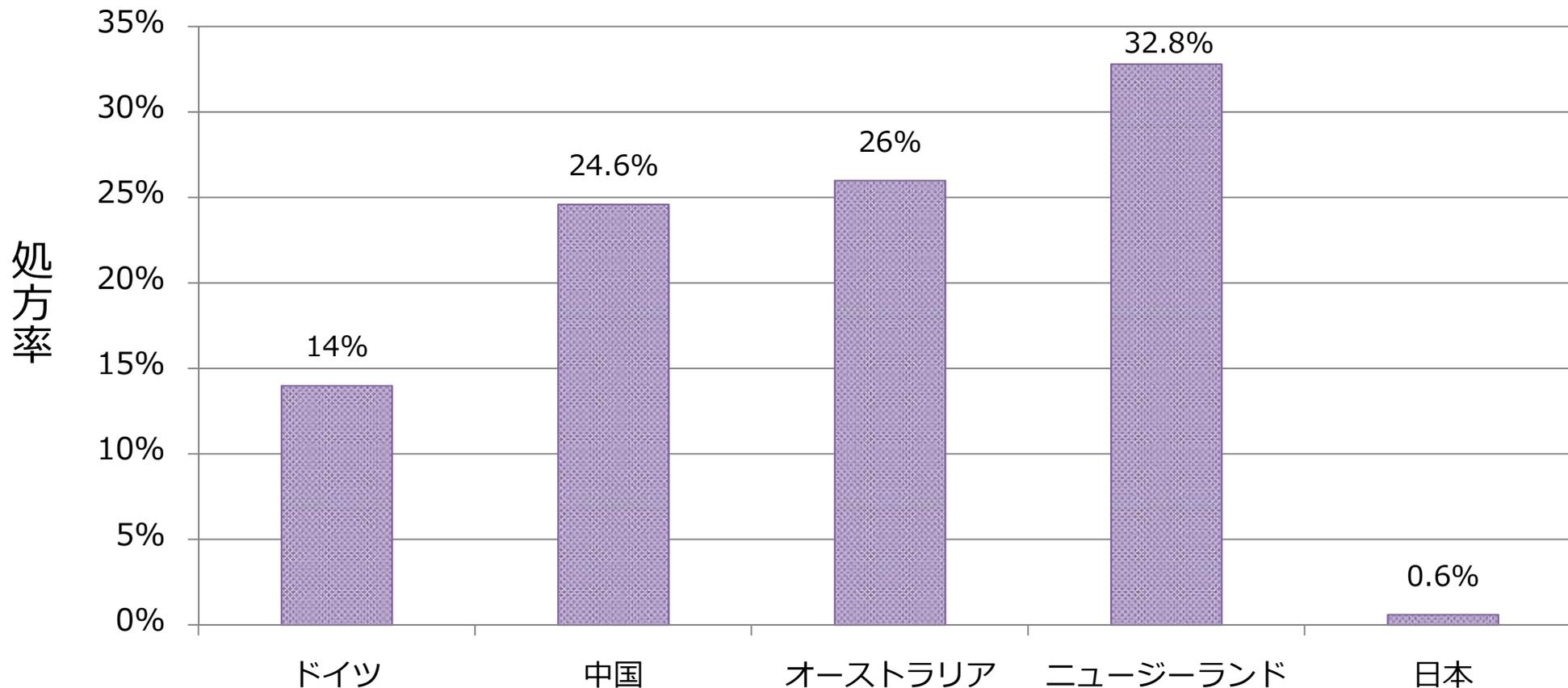
○医療機関登録時には、精神科医の講習修了等のみならず、**無顆粒球症の早期治療を行うために血液内科医と連携することが求められている。**



出典: CPMS運営主体のホームページより

統合失調症患者におけるクロザピンの処方率の各国比較

○ クロザピン処方の普及が先行している国では、統合失調症患者のうちクロザピンの使用割合は、25～30%程度である一方で、日本の処方率は0.6%である。



※ ドイツは外来患者（2004年）、中国は入院患者（2004年）、オーストラリアは外来患者（2007年）、ニュージーランドは外来患者（2004年）、日本は総患者（2011年6月）。

※ 個々の調査・研究の背景・条件が異なるため、処方率の単純比較はできない。

出典：厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会

難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)

平成29年度予算：4,136千円

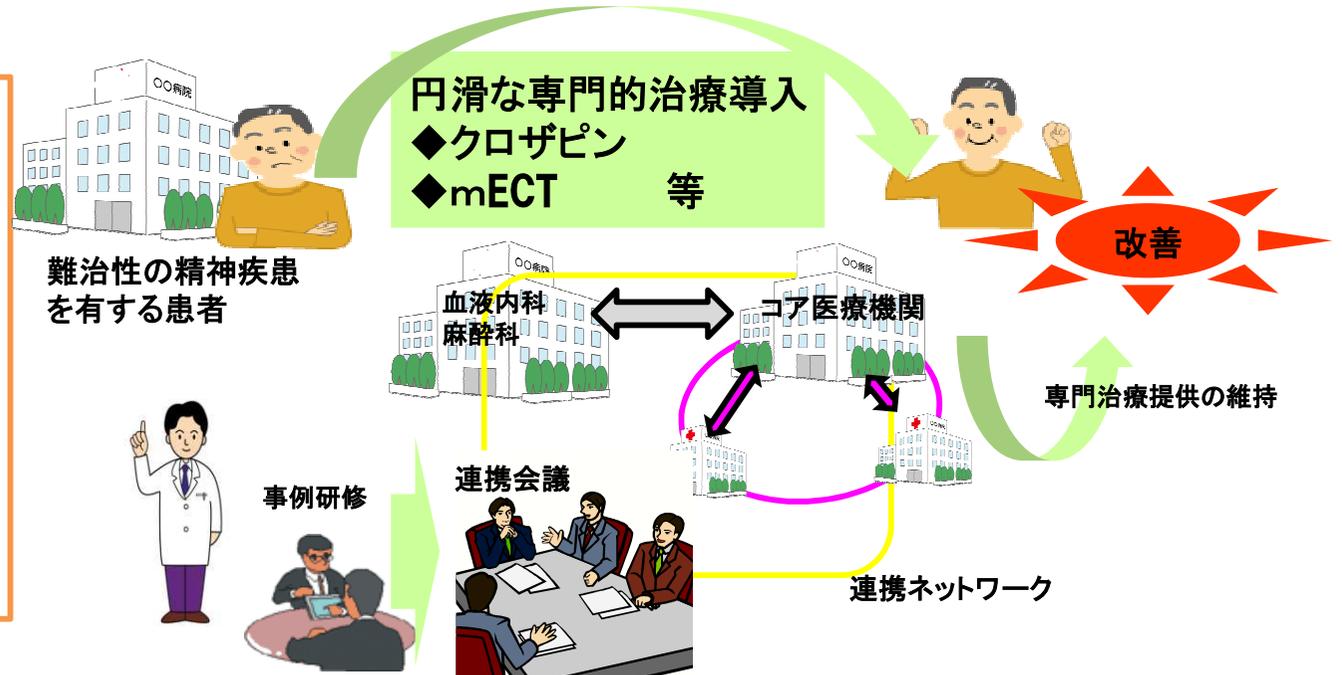
現状と課題

精神病床に入院している難治性の精神疾患を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンやmECT等の専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている。これらの治療を実施するためには、精神科病院と血液内科・麻酔科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

事業概要

都道府県とコア医療機関は、協働して、

- ①精神科病院と血液内科、麻酔科等を有する医療機関との地域の実情に応じたネットワークを構築
- ②既に地域連携体制を構築している医療機関よりアドバイザーを招聘し、地域連携体制の整備に関する研修を行う
- ③ネットワークに所属する医療機関による連携会議を開催し、活動状況のモニタリング、連携調整、連携維持を行い、専門的治療を入院、外来で円滑に実施



期待される成果

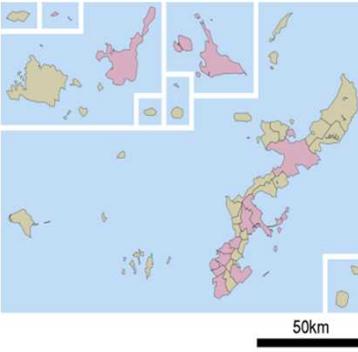
- ①難治性精神疾患地域連携体制の「見える化」とその横展開、②専門的治療を提供できる医療機関の充実
- ③長期入院精神障害者の地域移行の進展、④精神病床における平均在院日数の短縮化

沖縄県の取り組み ～琉球病院を拠点とした沖縄連携モデル～

- CPMS登録上の課題である単科精神科病院と血液内科と精神科を持つ総合病院との連携を、琉球病院を介することで実現。
- 連携会議に、関係機関に加えCPMS非登録医療機関も参加することで、CPMS登録医療機関と非登録機関とが顔の見える関係を構築でき、患者が沖縄本島のどこに住んでいても、クロザピンの導入・使用維持が可能となる。
- 入院導入を琉球病院で行い、最も副作用が出やすい時期を安全に経過させることで、クロザピン使用の不安を軽減。

【沖縄県の基本情報（平成25年6月現在）】

人口	1,414,120	人
面積	2,281	km ²
市町村の数	41	自治体
単科精神科病院の数	18	病院
精神病床数	5,412	床
入院後3ヶ月時点の退院率	69.2	%
入院後1年時点の退院率	86.8	%
平均在院日数	274.1	日



【沖縄県の役割】

- 連携会議の開催、各医療圏連携参加病院の調整

【琉球病院（コア医療機関）の役割】

- CLZ入院導入、連携機関緊急時相談・必要な連携連絡の仲介、新規CPMS登録に向けた研修開催、新規入院引き受け機関の支援

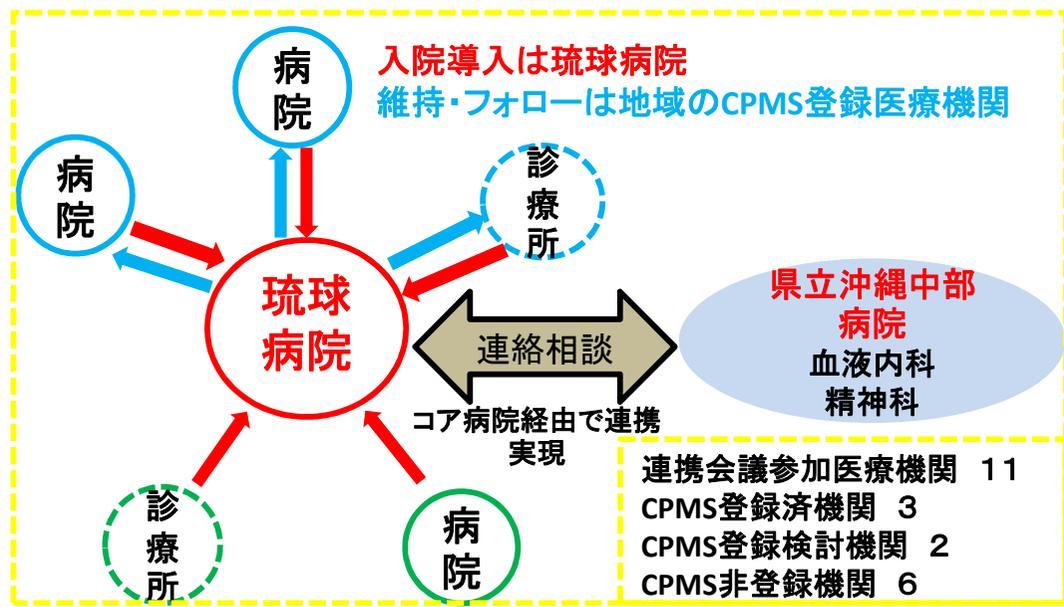
病床数	406	床
うち一般精神病床数	289	床
うち医療観察法病床	37	床
うち重症心身障害児病床	80	床
入院後3ヶ月時点の退院率（一般精神病床）	63.2	%
入院後1年時点の退院率（一般精神病床）	90.4	%
平均在院日数（一般精神病床）	201	日



（参考：国立病院機構 琉球病院の基本情報）

【具体的体制】

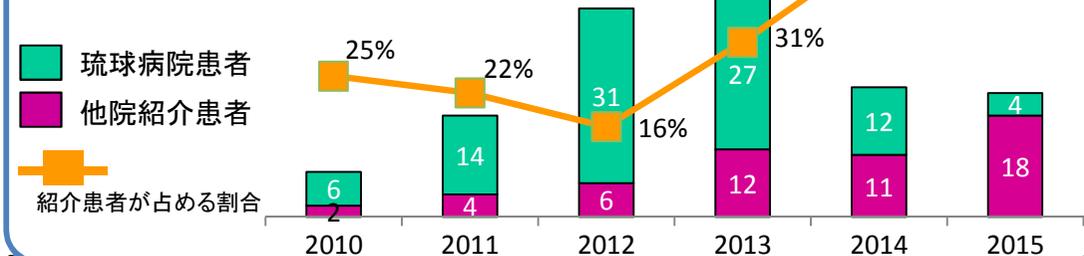
- コア医療機関
- CPMS登録医療機関
- CPMS非登録医療機関



【地域連携の効果】

- 沖縄県では、CLZに関する地域連携を進めた結果、CLZの導入者のうち琉球病院以外の患者の占める割合が増加し、地域の医療提供体制が整備されてきている。

CLZ導入症例数の推移



千葉県の取り組み ～クロザピン・サターンプロジェクト～



- 単科精神科病院(リングホスピタル)で不安なくクロザピンを使用できるよう、①連携総合病院(コアホスピタル)のいずれかが無顆粒球症患者を必ず受け入れる体制、②単科精神科病院と、連携総合病院で担当者同士の顔の見える関係を維持し、重篤な副作用を発症する前から各総合病院との情報共有・相談、という2つの安心を実現することによって、難治性精神疾患地域連携体制を構築。(クロザピン・サターンプロジェクト)
- 千葉県は医療計画に治療抵抗性統合失調症治療薬の適切な使用の普及を明記し、連携体制を推進。

【千葉県の基本情報(平成27年10月現在)】

人口	6,207,990	人
面積	5,158	km2
市町村の数	54	自治体
単科精神科病院の数	40	病院
精神病床数	12,936	床

【連携総合病院(コアホスピタル)の役割】

院内精神科と他科との連携を深化し重症副作用患者を受入

【単科精神科病院(リングホスピタル)の役割】

コアホスピタルへの早期の情報提供や相談

【千葉大学】

各病院の実務者の関係構築に医育機関としての強みを活かして、連携体制構築における課題を解決

【県】

医療計画等の医療政策へ反映

【サターンプロジェクト立ち上げまでの経緯】

【連携総合病院(コアホスピタル)の取組】

精神科と他科との良質なリエゾン連携により、顔の見える関係・信頼関係を構築

【単科精神科病院(リングホスピタル)の取組】

大学病院としての強みを活かし、研修等により、県内の精神科医間の顔の見える関係・信頼関係を構築

【既存の取組のサターンプロジェクトによる統合】

- 千葉大研修参加者有志にプロジェクト協力の呼びかけを行い、連携体制を構築
- 千葉大病院の病棟主任実務者が、コアホスピタル他科担当者から現場連携の相談をメールで受け付け、課題をリスト化して各リングホスピタル担当者に配布共有することで、総合病院リエゾン連携のような顔の見える連携を、プロジェクト内他科・精神科間連携にも拡大
- 定期的派遣訪問で連携に係る問題の解決を図り、良好な関係を維持

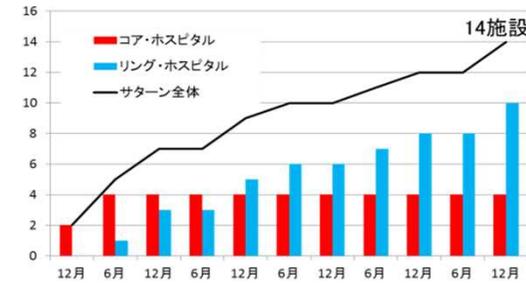
プロジェクト経験者の県内への拡がりとともに、クロザピン使用も拡大

【アウトカム】(平成27年12月現在)

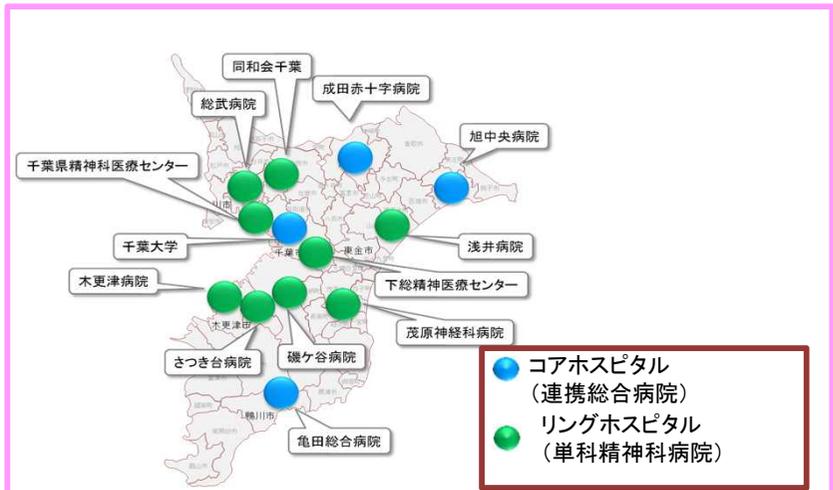
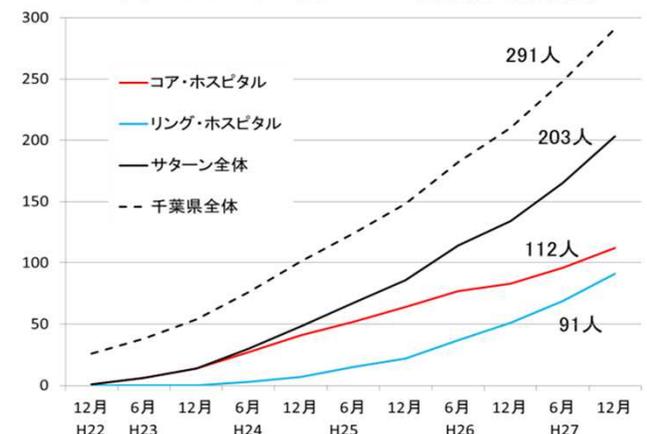
CPMS登録施設: **14施設**

CPMS登録患者数 **203名**

サターンプロジェクト: CPMS登録施設数推移



サターンプロジェクト: CPMS登録患者数推移



精神療養病棟入院料の包括範囲

○ 薬剤料や検査の費用は、一部の薬剤を除き、精神療養病棟入院料に包括されている。

	精神療養病棟入院料	(参考)療養病棟入院基本料
B 医学管理等	×	×
C 在宅医療	×	×
D 検査	×	○
E 画像診断	×	単純撮影等は○
F 投薬	○ (一部薬剤を除く)(※1)	○ (一部薬剤を除く)(※2)
G 注射	○ (一部薬剤を除く)(※1)	○ (一部薬剤を除く)(※3)
H リハビリテーション	×	×
I 精神科専門療法	○	×
J 処置	×	○ (一部処置を除く)
K 手術	×	×
L 麻酔	×	×
M 放射線治療	×	×
N 病理診断	×	○

※1 インターフェロン製剤、抗ウイルス剤、血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体は除く。

※2 抗悪性腫瘍剤及び疼痛コントロールのための医療用麻薬は除く。

※3 抗悪性腫瘍剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン及び疼痛コントロールのための医療用麻薬は除く。

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料について

- クロザピン投与の際の指導管理を評価した治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の算定回数は、増加傾向にある。

抗精神病特定薬剤治療指導管理料

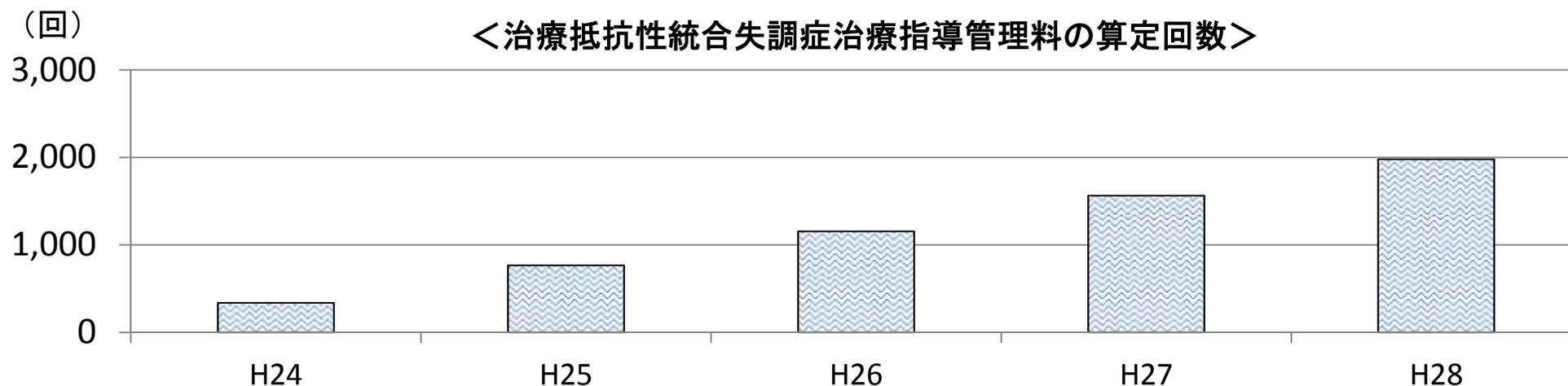
2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点(月1回)

<算定要件>

クロザピンを投与している統合失調症の患者に対し、計画的な治療管理を継続して行い、薬剤の効果や副作用に関する説明等、療養上必要な指導を行った場合

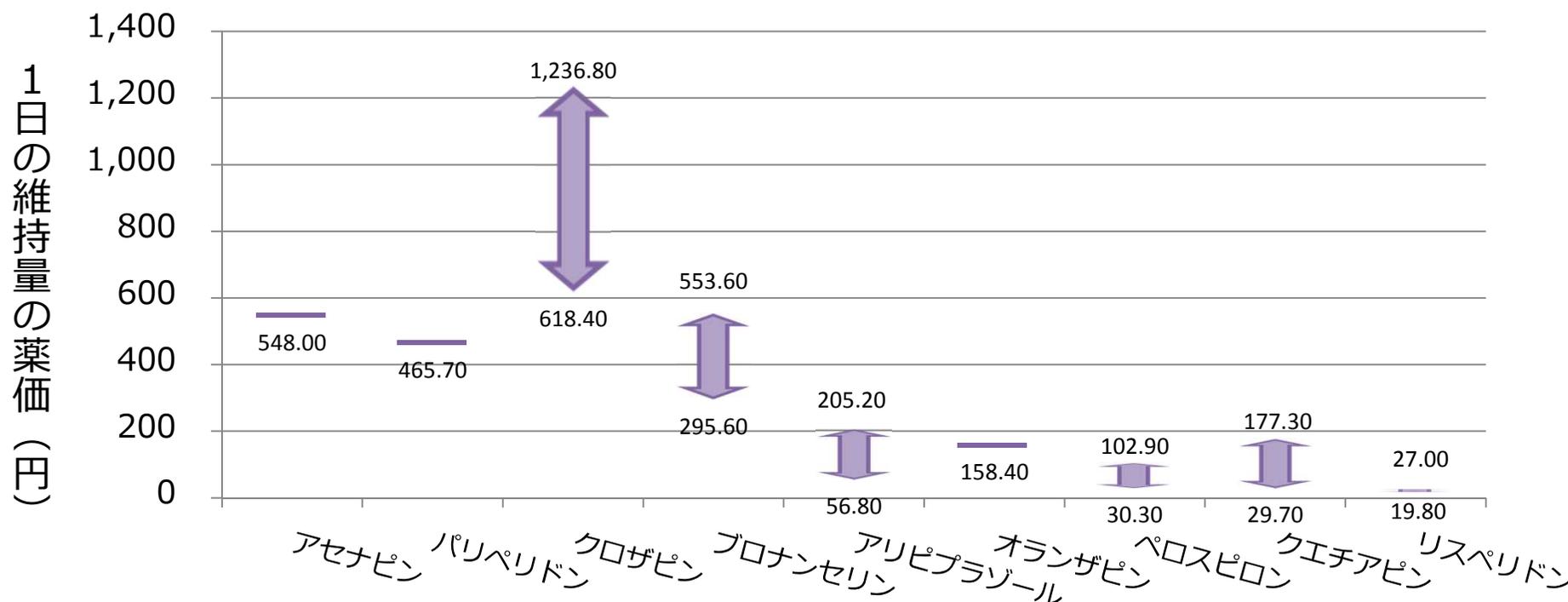
<施設基準>

- ①統合失調症の診断・治療について十分な経験を有する、常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上
- ②副作用に対応できる体制の整備



非定型抗精神病薬の1日の維持量の薬価

○ 非定型抗精神病薬の1日の維持量の薬価を比較すると、クロザピンは他の薬より高い。



成分名	後発品の有無	維持量 (1日)	1日薬価 (最低)	1日薬価 (最高)	効能・効果
アセナピン	先発のみ	10mg	548.00円	548.00円	統合失調症
パリペリドン	先発のみ	6mg	465.70円	465.70円	統合失調症
クロザピン	先発のみ	200~400mg	618.40円	1,236.80円	治療抵抗性統合失調症
プロナンセリン	先発のみ	8~16mg	295.60円	553.60円	統合失調症
アリピプラゾール	後発あり	6~24mg	56.80円	205.20円	統合失調症 等
オランザピン	後発あり	10mg	158.40円	158.40円	統合失調症 等
ペロスピロン	後発あり	12~48mg	30.30円	102.90円	統合失調症
クエチアピン	後発あり	150~600mg	29.70円	177.30円	統合失調症
リスペリドン	後発あり	2~6mg	19.80円	27.00円	統合失調症 等

※添付文書に記載された1日の維持量の薬価を計算。後発品がある薬剤については、最安の後発品の薬価を用いた。用法用量に従って適切な規格により1日薬価を算出。

治療抵抗性統合失調症治療薬に関する課題と対応(案)

【課題】

- ・ 治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンは、世界各国で使用されており、従来の治療薬では効果のない治療抵抗性の統合失調症患者であっても、その30-70%に症状の大幅な改善または一部改善が見られる。一方で、無顆粒球症などの重大な副作用が生じることから、血液内科との連携や、クロザピンを使用する患者のモニタリングなどが、治療薬の使用条件となっている。
- ・ クロザピン処方の普及が先行している国では、統合失調症患者のうちクロザピンを使用する患者の割合は、25～30%程度である一方で、日本は0.6%に留まっている。
- ・ 難治性の精神疾患を有する患者が、どこに入院していても、クロザピン等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するため、地域の実情に応じた複数の地域連携のモデル事業が行われている。
- ・ 精神療養病棟入院料においては、一部の薬剤を除き、薬剤料や検査の費用は入院料に包括されている。
- ・ 診療報酬上、クロザピン投与の際の指導管理を評価した治療抵抗性統合失調症治療指導管理料があり、算定回数は増加傾向にある。
- ・ 非定型抗精神病薬の1日の維持量の薬価を比較すると、クロザピンは、他の薬に比べ約2～10倍高い。

【論点(案)】



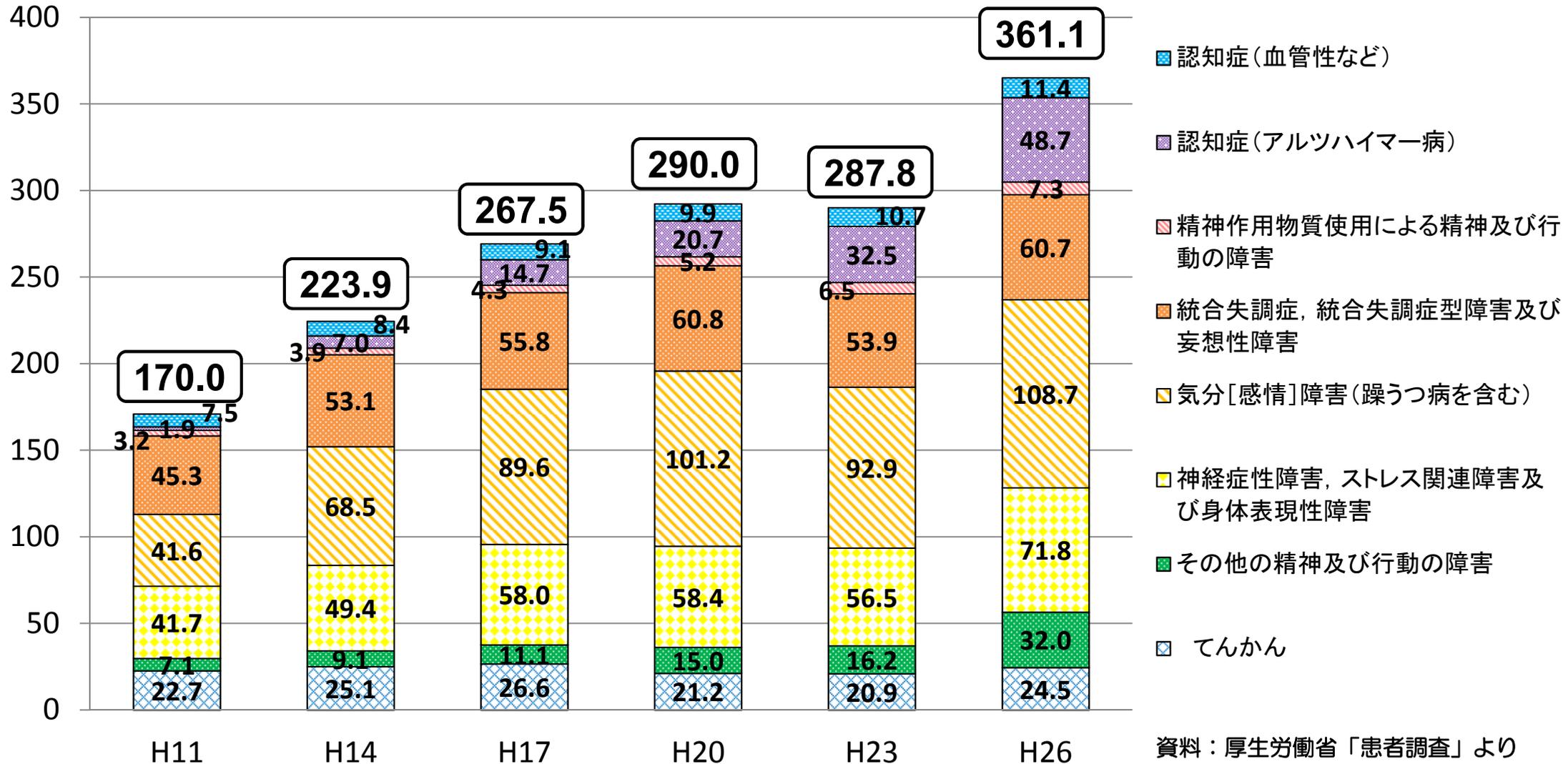
- 治療抵抗性の統合失調症患者に対し、クロザピンによる適切な治療の推進に資するよう、精神療養病棟入院料等の見直しについて、どのように考えるか。

向精神薬の処方

精神疾患を有する外来患者数の推移(疾病別内訳)

○ 精神疾患を有する外来患者の疾病別内訳をみると、「認知症」、「気分(感情)障害」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の患者数が特に増加している。

(単位: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

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

ベンゾジアゼピン等の依存性に関する調査

- ベンゾジアゼピンについては、承認用量の範囲内においても、連用により薬物依存が生じることがあると指摘されている。

<調査品目>

催眠鎮静薬(「不眠症」又は「睡眠障害」のいずれかを適応症に含む医薬品)、抗不安薬及び抗てんかん薬のうち、使用上の注意に「依存性」、「薬物依存」又は「離脱症状」(ただし、経胎盤は除く)の副作用が記載されている医薬品

<国内副作用報告を分析した結果の概要>

- 1日投与量が承認用量を超え、かつ投与期間が15日以上の症例に比べ、1日投与量が承認用量範囲内で、かつ、投与期間が15日以上の症例が多い。
- 1日投与量が承認用量範囲内の症例において、投与期間が14日以内の症例よりも15日以上の症例の方が多かった。

依存関連事象の件数(上位5品目)

エチゾラム	720件
アルプラゾラム	179件
トリアゾラム	163件
ゾルピデム酒石酸塩	129件
クロチアゼパム	121件

<添付文書における「使用上の注意」改訂>

連用により薬物依存を生じることがあるので、漫然とした継続投与による長期使用を避けること。本剤の投与を継続する場合には、治療上の必要性を十分に検討すること。

依存性: 連用により薬物依存を生じることがあるので、観察を十分に行い、用量及び使用期間に注意し慎重に投与すること。また、連用中における投与量の急激な減少ないし投与の中止により、振戦、痙攣発作、不眠等の離脱症状があらわれることがあるので、投与を中止する場合には、徐々に減量するなど慎重に行うこと。

(出典:平成29年3月17日薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会 資料1-4 PMDAによる調査結果報告書をもとに作成)

海外におけるベンゾジアゼピンの投与期間制限

- 海外では、効果及び依存形成のリスクからベンゾジアゼピンの投与期間が制限されている場合がある。

	投与期間等の考え方
英国 医薬品・衣料製品規制庁 医薬品安全委員会	<ul style="list-style-type: none">○重度の不安に対しベンゾジアゼピンは短期間での使用(2~4週までに留める)と限定(1988年)○漸減期間を含め処方期間は最長で4週までと改めて注意喚起(2011年7月)
フランス 国立医薬品・医療製品安全庁 (2012年)	<ul style="list-style-type: none">○ベンゾジアゼピン誤用の低減のためのアクションプランを発表○不眠治療に対しては4週まで、不安治療に対しては12週までという継続処方期間の制限を設定
カナダ 保健省 (1982年)	<ul style="list-style-type: none">○ベンゾジアゼピンの抗不安作用に関して、投与開始2~4週以降は効果が期待できないため、1~2週間の投与期間を推奨。○ベンゾジアゼピンの依存性に関しては多数の研究結果から、ジアゼパムでは投与開始2週間~4ヵ月で依存が形成されると推測
デンマーク 国家保健委員会(2007年)	<ul style="list-style-type: none">○依存性薬物の処方に関するガイダンスを発表○ベンゾジアゼピンの処方は、不眠治療に対しては1~2週間、不安治療に対しては4週間の投与期間とすることを推奨。

(出典:平成29年3月17日薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会 資料1-4 PMDAによる調査結果報告書をもとに作成)

抗不安薬・睡眠薬の投薬期間の取り扱い

○不眠や不安に適応のある薬剤のうち、多くの薬剤は、投薬期間の上限が30日となっている。

【3剤以上を処方時に処方せん料等が減算となる抗不安薬及び睡眠薬】

抗不安薬			
麻薬及び向精神薬取 締法上の「向精神薬」	14日 上限	クロラゼブ酸ニカリウム(メンドン)	
	30日 上限	アルプラゾラム(コンスタン)、エチゾラム(デパス)、オキサゾラム(セレナール)、クロキサゾラム(セパゾン)、クロチアゼパム(リーゼ)、クロルジアゼポキシド(コントロール)、フルジアゼパム(エリスパン)、ブロマゼパム(レキソタン)、メダゼパム(レスミット)、ロフラゼブ酸エチル(メイラックス)、ロラゼパム(ワイパックス)	
	90日 上限	ジアゼパム(セルシン)	
その他	(上限日数 なし)	ガンマオリザノール(ハイゼット)、タンドスピロンクエン酸塩(セディール)、トフィソパム(グランダキシン)、ヒドロキシジン塩酸塩(アタラックス)、ヒドロキシジンパモ酸塩(アタラックスP)、フルタゾラム(コレミナール)、フルトラゼパム(レスタス)、メキサゾラム(メレックス)	

睡眠薬			
麻薬及び向精神薬取 締法上の「向精神薬」	14日 上限	アモバルビタール(イソミタール)、バルビタール(バルビタール)、ペントバルビタールカルシウム(ラボナ)	
	30日 上限	エスタゾラム(ユーロジン)、クアゼパム(ドラール)、クロルプロマジン・プロメタジン配合剤(ベゲタミン)、ゾピクロン(アモバン)、ゾルピデム酒石酸塩(マイスリー)、トリアゾラム(ハルシオン)、ニメタゼパム(エリミン)、ハロキサゾラム(ソメリン)、フルニトラゼパム(サイレース)、フルラゼパム塩酸塩(ダルメート)、プロチゾラム(レンドルミン)、メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤(トランコロンP)、ロルメタゼパム(エバミール)	
	90日 上限	ニトラゼパム(ベンザリン)、フェノバルビタール(フェノバル)	
その他	(上限日数 なし)	エスゾピクロン(ルネスタ)、スポレキサント(ベルソムラ)、トリクロホスナトリウム(トリクロリール)、ブロモバレリル尿素(ブロバリン)、抱水クロラール(抱水クロラール)、ラメルテオン(ロゼレム)、リルマザホン塩酸塩水和物(リスミー)	

平成26年度診療報酬改定

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

平成26年度 改定前

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

平成26年度 改定後

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。

向精神薬の適切な処方促進

▶ 抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価を見直す。

処方料、薬剤料、処方せん料

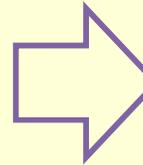
平成28年度 改定前

処方料、薬剤料、処方せん料

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の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 臨時に投薬する場合
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合

処方料	20点
薬剤料	所定点数の100分の80
処方せん料	30点



現行

処方料、薬剤料、処方せん料

3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、**3種類以上**の抗うつ薬又は**3種類以上**の抗精神病薬の投薬(以下①から④を除く)を行った場合。

- ① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合
- ② 薬剤を切り替える場合
- ③ 臨時に投薬する場合
- ④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合(3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合に限る。)

処方料	20点
薬剤料	所定点数の100分の80(※)
	※抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る
処方せん料	30点

通院・在宅精神療法、精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、以下の①から③の全てを満たす場合を除き、**所定点数の100分の50に相当する点数により算定**。

- ① 当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬の投与を受けている患者及び3種類以上の抗精神病薬を受けている患者が、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者の1割未満(※1)である。
- ② 当該患者に対して、適切な説明、残薬の確認、副作用の評価、減薬の可能性の検討が行われている。
- ③ 当該処方が臨時の投薬等のもの、又は患者の病状等によりやむを得ず投与するもの(※2)である。

※1 平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に過去3月の実績を報告。ただし、平成28年7月は改定前の方法、様式による報告でも可とし、平成28年9月までは全ての保険医療機関が①を満たすものとして扱う。

※2 処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」に限る。ただし、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可。

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・ 薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・ へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

薬局における分割調剤

- 長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

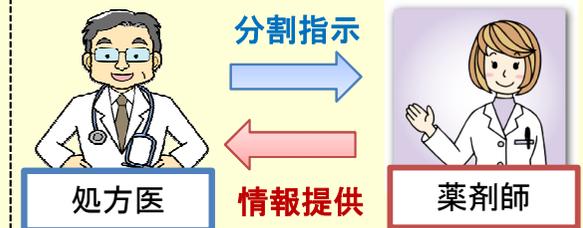
〈上記分割調剤の算定例〉 ※28日分の処方を7日ごとに4回分割調剤を指示

○調剤基本料、調剤料、薬学管理料※

分割調剤しない場合（28日分調剤した場合）の点数 A点 ⇒ 分割調剤ごとにA/4点

※2回の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/2点、3回以上の分割指示の場合は分割調剤ごとにA/3点

○薬剤料 ⇒ 分割調剤ごとに7日分の薬剤料



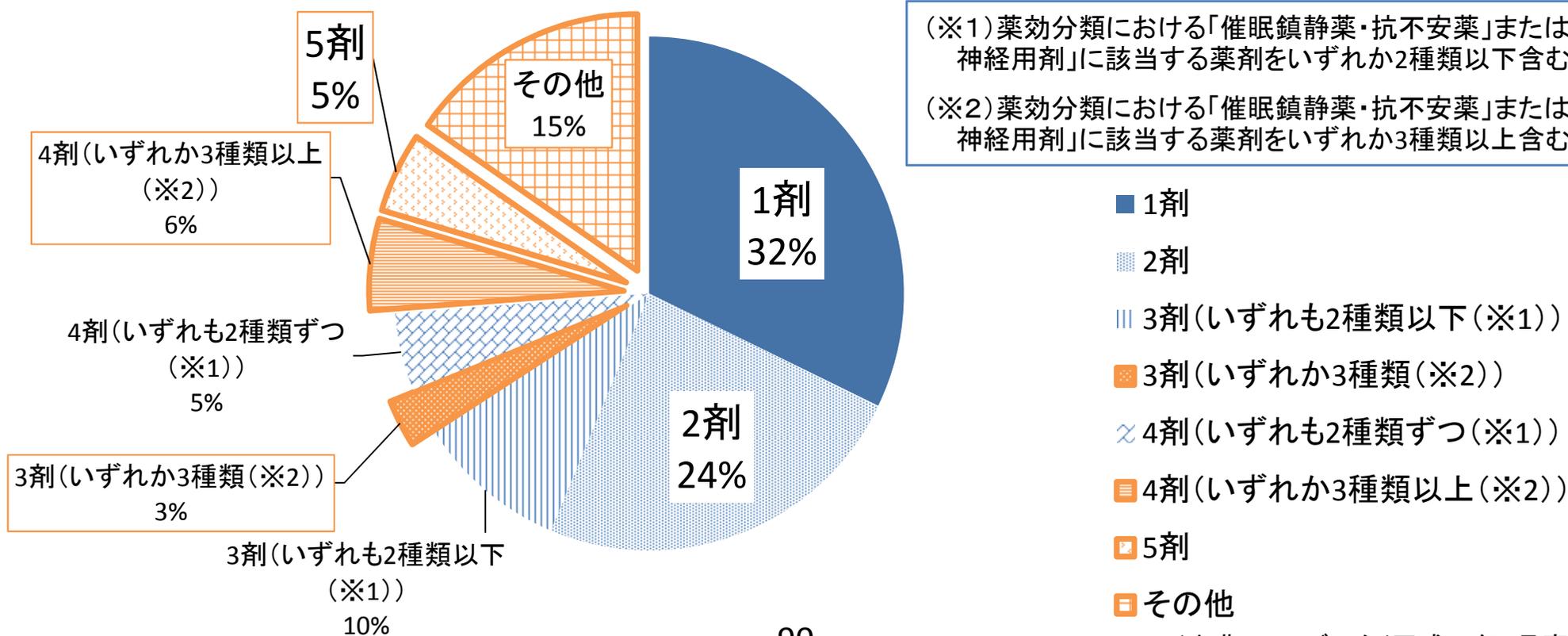
向精神薬の処方剤数と処方内容①

○ 外来レセプト及び調剤レセプトにおいて、処方料等が減算となる場合がある「催眠鎮静薬・抗不安薬」又は「精神神経用剤」いずれか3剤以上の処方を含む処方は、全体の29%だった。

	算定件数	算定回数	処方料・処方せん料全体に占める割合	
向精神薬多剤処方時の処方料	14,779件	19,224回	(件数)0.09%	(回数)0.09%
向精神薬多剤処方時の処方せん料	96,618件	122,639回	(件数)0.2%	(回数)0.2%

(出典:社会医療診療行為別統計(平成28年6月審査分))

＜外来レセプト及び調剤レセプトにおける向精神薬の処方剤数＞

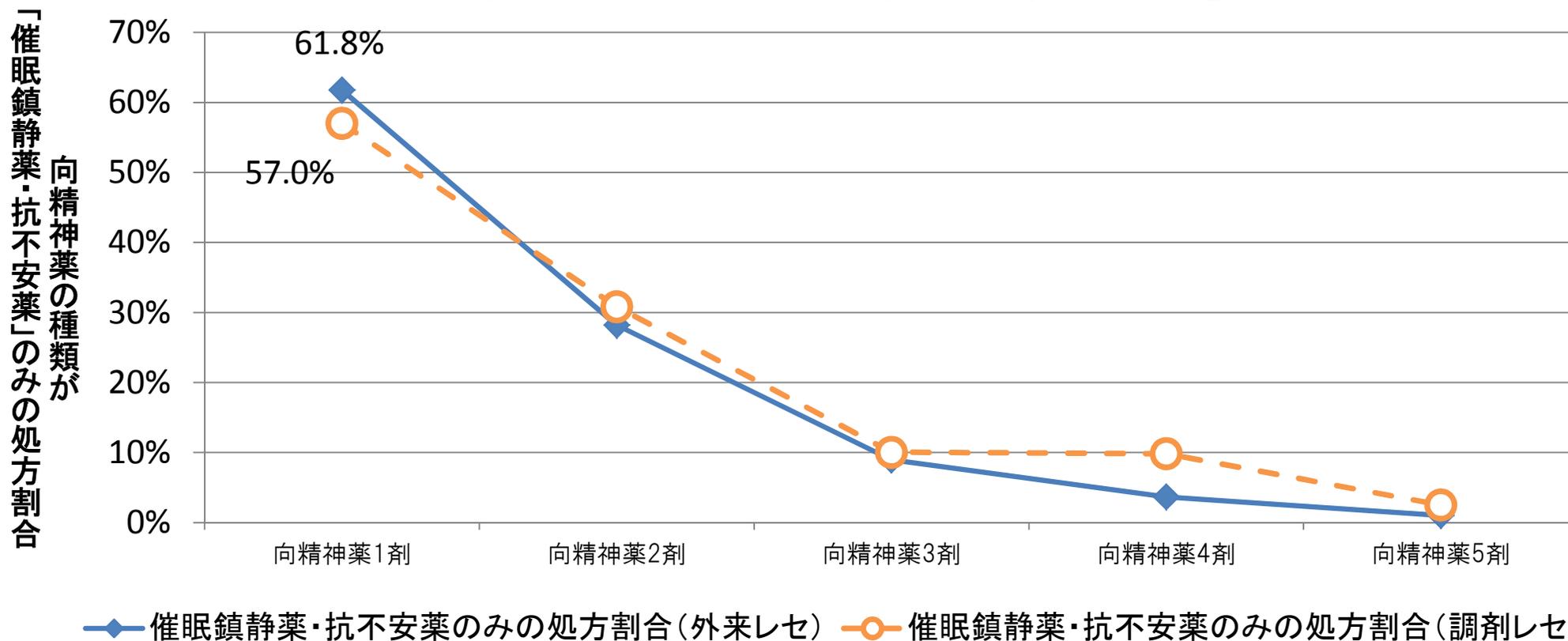


向精神薬の処方剤数と処方内容②

- 外来レセプト・調剤レセプトとも、向精神薬(※)の処方剤数が少ないほど、「催眠鎮静薬・抗不安薬のみの処方」が占める割合が多かった。
- 向精神薬1剤のみの処方の場合、60%前後が「催眠鎮静薬・抗不安薬のみの処方」だった。

(※)薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤

＜向精神薬の処方剤数別の「催眠鎮静薬・抗不安薬のみの処方」割合＞



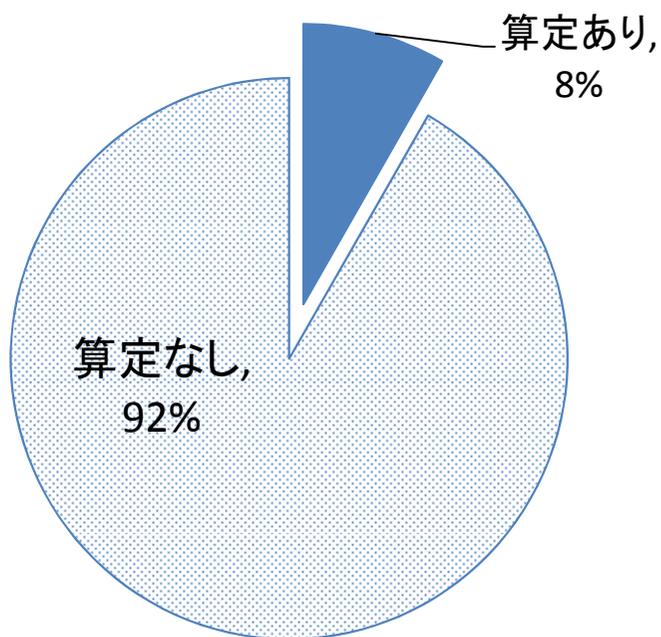
(出典: NDBデータ(平成28年6月審査分))

向精神薬の処方に係る通院・在宅精神療法の算定状況

- 外来レセプトで向精神薬(※)1剤を処方された患者のうち、精神療法を算定する患者は10%未満だった。
- 国内副作用報告で、依存関連事象の多い上位5品目を処方していた調剤レセプトのうち、外来レセプトで通院・在宅精神療法を算定していた割合は、21~55%だった。

(※)薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤

通院・在宅精神療法の算定状況
(向精神薬1剤のみの処方を含む外来レセ)



- 通院・在宅精神療法の算定あり
- 通院・在宅精神療法の算定なし

通院・在宅精神療法の算定状況
(依存関連事象の多い上位5品目を含む調剤レセを抽出し、名寄せした外来レセにおける算定割合を算出)

調剤レセプト上の処方薬	外来レセプト上の精神療法の算定割合
エチゾラム	22.6%
アルプラゾラム	54.7%
トリアゾラム	29.2%
ゾルピデム酒石酸塩	20.9%
クロチアゼパム	31.7%

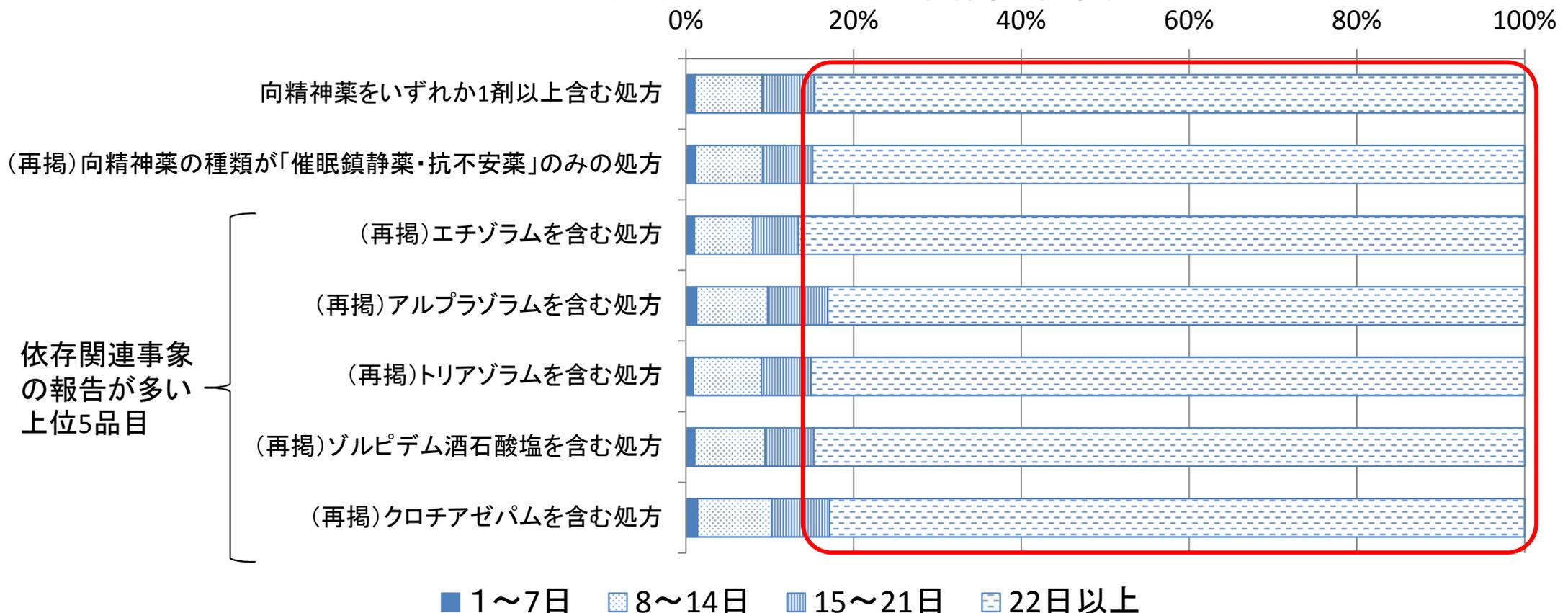
(出典：NDBデータ(平成28年6月審査分))

向精神薬の投薬期間の状況

- 外来レセプト及び調剤レセプトで向精神薬(※)を1剤以上含む処方投薬期間を見ると、80%以上が22日以上の処方だった。
- 依存関連事象の報告が多い上位5品目のベンゾジアゼピンについても同様だった。

(※)薬効分類における「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」に該当する薬剤

＜外来レセプト及び調剤レセプトにおける向精神薬の投薬期間＞



(出典：NDBデータ(平成28年12月審査分))

向精神薬の処方に係る課題と論点(案)

【課題】

(ベンゾジアゼピンの依存性)

- ・ 精神疾患の外来患者数の内訳をみると、うつ病を含む気分(感情)障害の患者数が増加傾向。
- ・ 向精神薬は、承認用量内であっても、長期に投薬されることで、依存形成のリスクがあるとの指摘がなされている。
- ・ 海外では、投与期間制限を設けている場合がある。
- ・ 我が国では、向精神薬の多くは、30日以内が1回の処方あたりの投薬期間の上限となっている。

(診療報酬上の評価)

- ・ 向精神薬の処方については、3種類以上を処方されている患者の場合に依存のリスクが高まること等から、平成24年度以降、同一薬効の薬剤を3種類以上処方される場合には、処方せん料等が減算されている。また、精神科では、原則として精神科継続外来支援・指導料が、算定できない取扱いとしている。
- ・ 医師が処方時に指示した場合には、薬局において、分割して調剤することができる取扱いとなっている。

(向精神薬の処方の状況)

- ・ 向精神薬の処方の状況をみると、「催眠鎮静薬・抗不安薬」又は「精神神経用剤」いずれか3種類以上を投薬されている患者の割合は、29%である。
- ・ 向精神薬1剤のみの処方の場合、60%前後が「催眠鎮静薬・抗不安薬のみの処方」だった。
- ・ 院内処方で向精神薬を1剤のみ処方されている患者のうち、通院・在宅精神療法を算定する患者は10%未満だった。
- ・ 向精神薬の投薬期間をみると、22日以上投薬している処方が80%以上であった。

【論点(案)】

- 向精神薬に係る処方料及び処方せん料の取扱いでは、睡眠薬、抗不安薬それぞれで3種類以上の場合を基準としているが、ベンゾジアゼピンが睡眠薬、抗不安薬の両方に含まれること及びその依存性等を考慮し、薬剤数や処方期間などの取扱いの見直しや、薬剤師・薬局等と連携した適切な薬物療法の推進に資する評価を検討してはどうか。

認知症の早期の鑑別診断等の評価

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。

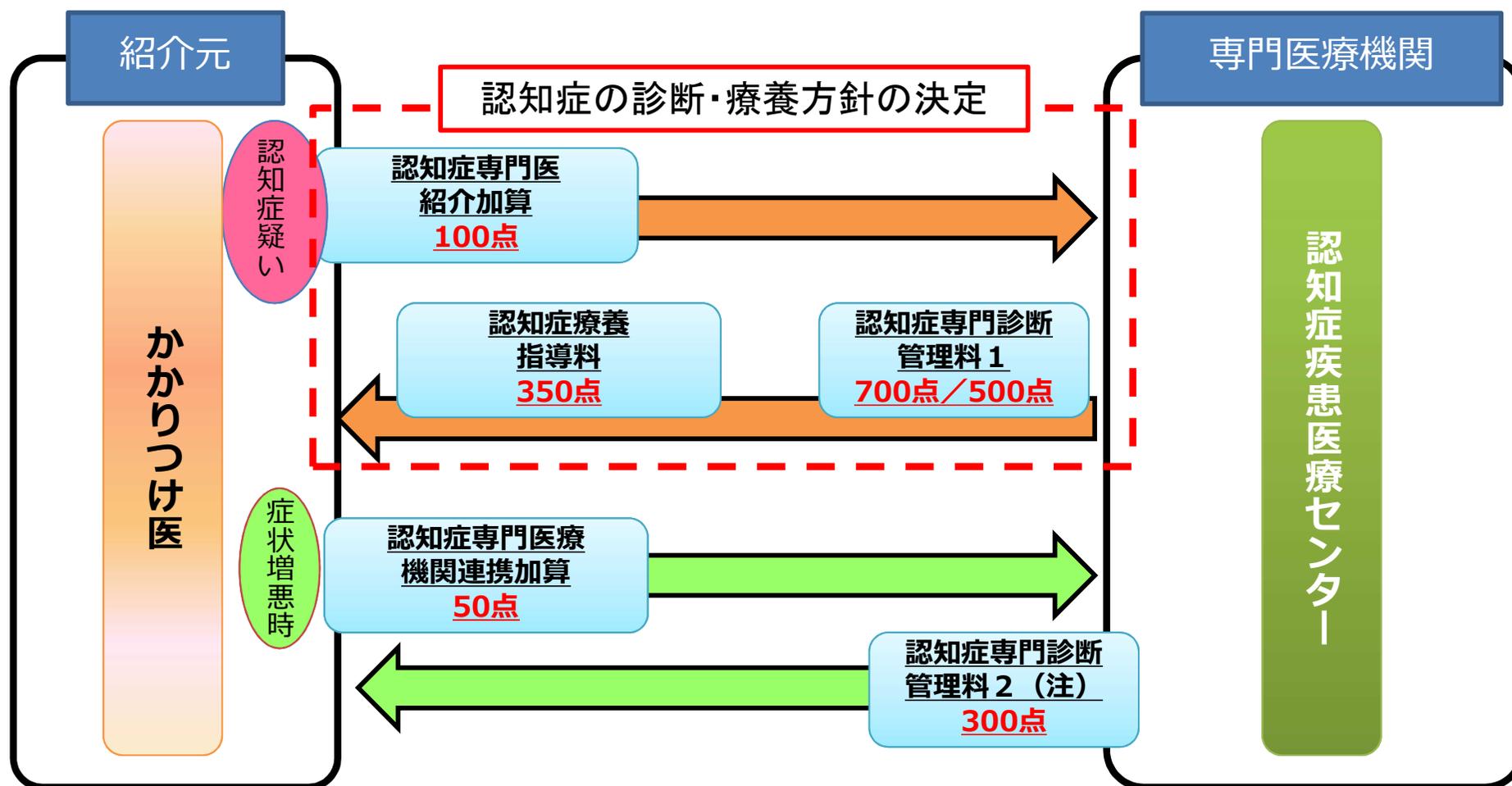
認知症疾患医療センターの役割

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。

認知症の早期の鑑別診断や専門医療等の評価

- 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に関連する報酬の算定状況

		算定回数	
認知症疾患医療センターが算定	認知症専門診断管理料1 イ 基幹型又は地域型の場合 <u>ロ 診療所型の場合</u>	700点 500点	1,588回 43回
	認知症専門診断管理料2	300点	269回
	認知症療養指導料	350点	313回
かかりつけ医が算定	診療情報提供料(Ⅰ) 注9 認知症専門医紹介加算	100点	1,359回
	診療情報提供料(Ⅰ) 注10 認知症専門医療機関連携加算	50点	271回

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～）
→ 平成29年度より、さらなる整備促進のため、診療所型の設置要件に病院を追加し「連携型」を新設
- 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419か所（平成29年10月現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）※設置数は指定予定も含む

		基幹型	地域型	連携型
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・ 病院
設置数(平成29年10月現在) ※指定予定も含む		16か所	356か所	47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	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI(※) ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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		<ul style="list-style-type: none"> ・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 		

(※) 従前の診療所型が、平成29年度から病院も対象に追加され「連携型」と改称された。病院である連携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。

認知症の早期の鑑別診断等に係る課題と論点(案)

【課題】

- ・ 認知症では、早期に鑑別診断を行い適切に治療介入をすることで、病期の進行抑制や、患者の社会参加の維持、家族等の介護者の負担軽減等が期待される。
- ・ 認知症の早期の鑑別診断や専門医療の支援体制を確保するため、認知症疾患医療センターや、センターと連携するかかりつけ医について、認知症専門診断管理料等で評価されている。
- ・ 認知症の鑑別診断や専門医療相談、身体合併症を有する認知症患者の受け入れ等を行う専門医療施設として、認知症疾患医療センターが約335か所指定されている。
- ・ 認知症疾患医療センターについては、約500か所の指定を目標としており、平成29年度からは、従前の診療所型に、病院を対象に追加することになったため「連携型」と改称された。病院である連携型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評価の対象になっていない。



【論点(案)】

- 認知症の早期の鑑別診断や専門的な医療体制の確保の観点から、認知症疾患医療センターの整備事業において、その類型が「診療所型」から「連携型」へ見直されたことを踏まえ、認知症専門診断管理料の評価を見直してはどうか。

発達障害の患者に対する医療

発達障害について

- ◆ 平成17年4月の発達障害者支援法施行により、医療、保健、福祉、教育、労働等の幅広い分野での取り組みが行われている。
- ◆ 「発達障害」には、自閉症スペクトラム(ASD)や注意欠陥多動性障害など、多様な病態が含まれる。
- ◆ 発達障害を主傷病名とする外来患者数は増加傾向であり、平成26年には、19.5万人が受診したと推計されている。
- ◆ ひきこもり事例の約1/3に、確定診断がなされる前の「発達障害」が含まれている可能性がある。
(その多くは、感覚過敏等の特性が幼児期から存在)

(出典：H19～H21厚生労働科学研究「思春期のひきこもりをもたらす精神疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」)

I これまでの主な経緯

昭和55年	知的障害児施設の種類として新たに医療型自閉症児施設及び福祉型自閉症児施設を位置づけ
平成5年	強度行動障害者特別処遇事業の創設(実施主体:都道府県等)
平成14年	自閉症・発達障害者支援センター運営事業の開始(広汎性発達障害者を対象とした地域支援の拠点の整備の推進)
平成16年12月	超党派の議員立法により発達障害者支援法が成立 → 平成17年4月 施行
平成22年12月	発達障害が障害者に含まれるものであることを障害者自立支援法、児童福祉法において明確化
平成28年5月	超党派の議員立法により「発達障害者支援法の一部を改正する法律」が成立

II 主な趣旨

- 発達障害者に対する障害の定義と発達障害への理解の促進
- 発達生活全般にわたる支援の促進
- 発達障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保、関係機関との協力体制の整備 等

III 概要

<定義> 発達障害＝自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通常低年齢で発現する障害
 発達障害者＝発達障害がある者であって、発達障害及び社会的障壁により日常生活又は社会生活に制限を受けるもの

就学前（乳幼児期）

- 児童の発達障害の早期発見等
- 早期の発達支援
- 保育

就学中（学童期等）

- 教育
- 放課後児童健全育成事業の利用

就学後（青壮年期）

- 就労の支援
- 地域での生活支援

○情報の共有の促進 ○権利利益の擁護 ○発達障害者の家族等への支援 ○民間団体への支援 ○国民に対する普及及び啓発

【都道府県/政令指定都市】 発達障害者支援センター、専門的な医療機関の確保等、発達障害支援地域協議会

【国】 専門的知識を有する人材確保（国立障害者リハビリテーションセンター、国立精神・神経医療研究センター、国立特別支援教育総合研究所等における研修）、調査研究 等

乳幼児期から成人期における各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関等によるネットワークを構築するとともに、ペアレント・メンター・ペアレントトレーニング・ソーシャルスキルトレーニングの導入による家族支援体制の整備や、発達障害特有のアセスメントツールの導入を促進するための研修会を実施する。

また、市町村・事業所等支援、医療機関との連携や困難ケースへの対応を行うための「発達障害者地域支援マネジャー」を配置し、地域の中核である発達障害者支援センターの地域支援機能の強化を図る。

都道府県・指定都市

相談、コンサルテーションの実施

- 発達障害者支援センター
 - ・発達障害者及びその家族からの相談に応じ、適切な指導又は助言を行う。(直接支援)
 - ・関係機関との連携強化や各種研修の実施により、発達障害者に対する地域における総合的な支援体制の整備を推進(間接支援)
- 発達障害者地域支援マネジャー
 - ・市町村・事業所等支援、医療機関との連携及び困難ケースへの対応等により地域支援の機能強化を推進
 - ※原則として、発達障害者支援センターに配置

発達障害者支援地域協議会

- 1) 自治体内の支援ニーズや支援体制の現状等を把握。市町村又は障害福祉圏域ごとの支援体制の整備の状況や発達障害者支援センターの活動状況について検証
- 2) センターの拡充やマネジャーの配置、その役割の見直し等を検討
- 3) 家族支援やアセスメントツールの普及を計画
※年2～3回程度開催

連携



研修会等の実施

- 家族支援のための人材育成(家族の対応力向上)
 - ・ペアレントトレーニング
 - ・ペアレントプログラム(当事者による助言)
 - ・ペアレントメンター 等
- 当事者の適応力向上のための人材育成
 - ・ソーシャルスキルトレーニング 等
- アセスメントツールの導入促進
 - ・M-CHAT、PARS-TR 等



派遣・サポート

連携

展開・普及

市町村

- 1) 住民にわかりやすい窓口の設置や連絡先の周知
- 2) 関係部署との連携体制の構築(例: 個別支援ファイルの活用・普及)



- 3) 早期発見、早期支援等(ペアレントトレーニング、ペアレントプログラム、ペアレントメンター、ソーシャルスキルトレーニング)の推進
 - ・人材確保/人材養成
 - ・専門的な機関との連携
 - ・保健センター等でアセスメントツールを活用



F80-F89 心理的発達障害

- F80 会話及び言語の特異的発達障害
 - F80.0 特異的会話構音障害
 - F80.1 表出性言語障害
 - F80.2 受容性言語障害
 - F80.3 てんかんを伴う後天性失語(症)[ランドウ・クレフナー 症候群]
 - F80.8 その他の会話及び言語の発達障害
 - F80.9 会話及び言語の発達障害, 詳細不明
- F81 学習能力の特異的発達障害
 - F81.0 特異的読字障害
 - F81.1 特異的書字障害
 - F81.2 算数能力の特異的障害
 - F81.3 学習能力の混合性障害
 - F81.8 その他の学習能力発達障害
 - F81.9 学習能力発達障害, 詳細不明
- F82 運動機能の特異的発達障害
- F83 混合性特異的発達障害
- F84 広汎性発達障害
 - F84.0 自閉症
 - F84.1 非定型自閉症
 - F84.2 レット症候群
 - F84.3 その他の小児<児童>期崩壊性障害
 - F84.4 知的障害<精神遅滞>と常同運動に関連した過動性障害
 - F84.5 アスペルガー症候群
 - F84.8 その他の広汎性発達障害
 - F84.9 広汎性発達障害, 詳細不明
- F88 その他の心理的発達障害
- F89 詳細不明の心理的発達障害

F90-F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

- F90 多動性障害
 - F90.0 活動性及び注意の障害
 - F90.1 多動性行為障害
 - F90.8 その他の多動性障害
 - F90.9 多動性障害, 詳細不明
- F91 行為障害
 - F91.0 家庭限局性行為障害
 - F91.1 非社会化型<グループ化されない>行為障害
 - F91.2 社会化型<グループ化された>行為障害
 - F91.3 反抗挑戦性障害
 - F91.8 その他の行為障害
 - F91.9 行為障害, 詳細不明
- F92 行為及び情緒の混合性障害
 - F92.0 抑うつ性行為障害
 - F92.8 その他の行為及び情緒の混合性障害
 - F92.9 行為及び情緒の混合性障害, 詳細不明
- F93 小児<児童>期に特異的に発症する情緒障害
 - F93.0 小児<児童>期の分離不安障害
 - F93.1 小児<児童>期の恐怖症性不安障害
 - F93.2 小児<児童>期の社交不安障害
 - F93.3 同胞抗争障害
 - F93.8 その他の小児<児童>期の情緒障害
 - F93.9 小児<児童>期の情緒障害, 詳細不明

- F94 小児<児童>期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
 - F94.0 選択(性)かん<緘>黙
 - F94.1 小児<児童>期の反応性愛着障害
 - F94.2 小児<児童>期の脱抑制性愛着障害
 - F94.8 その他の小児<児童>期の社会的機能の障害
 - F94.9 小児<児童>期の社会的機能の障害, 詳細不明
- F95 チック障害
 - F95.0 一過性チック障害
 - F95.1 慢性運動性又は音声性チック障害
 - F95.2 音声性及び多発運動性の両者を含むチック障害[ドウラトウレット症候群]
 - F95.8 その他のチック障害
 - F95.9 チック障害, 詳細不明
- F98 小児<児童>期及び青年期に通常発症するその他の行動及び情緒の障害
 - F98.0 非器質性遺尿(症)
 - F98.1 非器質性遺糞(症)
 - F98.2 乳幼児期及び小児<児童>期の哺育障害
 - F98.3 乳幼児期及び小児<児童>期の異食(症)
 - F98.4 常同性運動障害
 - F98.5 吃音症
 - F98.6 早口<乱雑>言語症
 - F98.8 小児<児童>期及び青年期に通常発症するその他の明示された行動及び情緒の障害
 - F98.9 小児<児童>期及び青年期に通常発症する詳細不明の行動及び情緒の障害

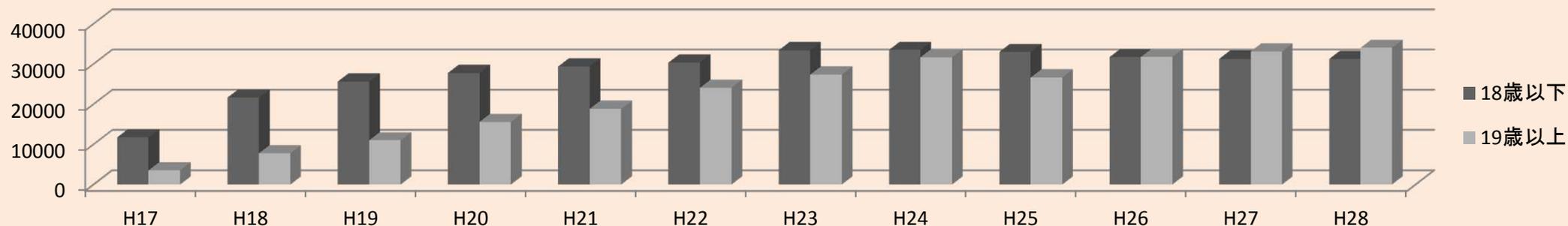
患者調査

- 医療機関を受診している発達障害者数が、年々増加している



発達障害者支援センターにおける支援実績

- 発達障害者支援センターにおいて支援を受けている対象者のうち、青年期/成人期の割合が、増加している



(参考)

通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査(平成24年度文部科学省調査)

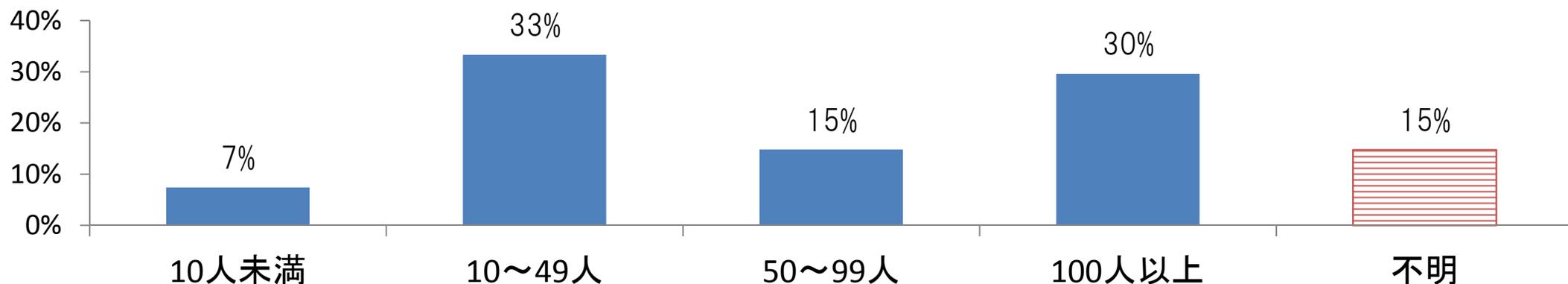
- 小・中学校の通常の学級において、学習面又は行動面において著しい困難を示す児童生徒の割合 : 6.5%(推定値)

※担任教員が記入し、特別支援教育コーディネーター又は教頭による確認を経て提出した回答に基づくもので、発達障害の専門家チームによる診断や、医師による診断によるものではない。従って、本調査の結果は、発達障害のある児童生徒の割合を示すものではなく、発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒の割合を示すことに留意。

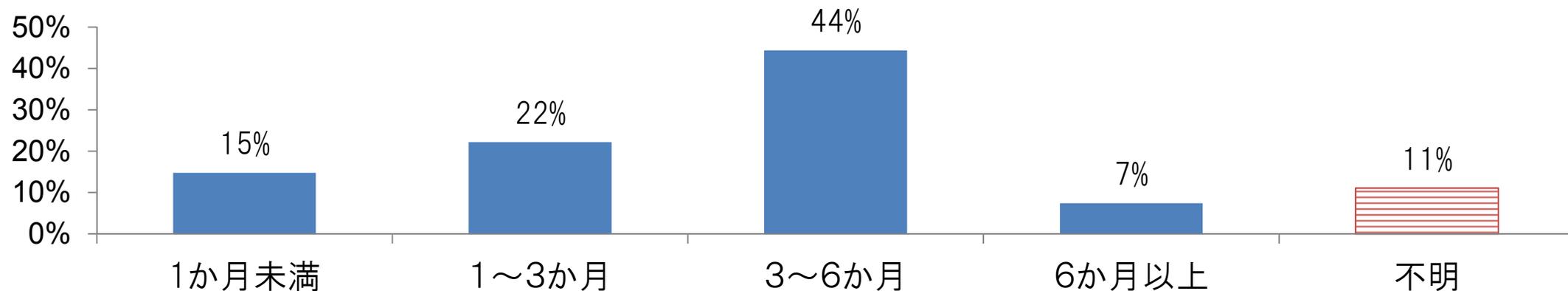
発達障害の専門的医療機関における初診の状況

○ 発達障害の専門的医療機関における初診については、45%の医療機関が待機者が50人以上、51%の医療機関が待機日数が3ヶ月以上と回答していた。

<専門的医療機関における初診待機者数 (n=27)>



<専門的医療機関における初診待機日数 (n=27)>



(出典:総務省行政評価局「発達障害者支援に関する行政評価・監視—結果報告書」(平成29年1月))

発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告について

勧告の内容

発達障害が疑われる児童の初診待ちの長期化の改善を図るための専門的医療機関の確保

【現状】(総務省調査)

- ・初診待機者数: 調査した約4割の医療機関が50人以上
- ・初診待機日数: 調査した半数以上の医療機関が3か月以上



勧告を受けての対応

国研修の強化による専門医の養成

○地域の指導医の養成

国立精神・神経医療研究センターにおいて、地域で指導的な立場にある医師等を対象に専門的な研修を実施。

専門的医療機関への患者の集中緩和

○地域のかかりつけ医の養成

都道府県等で、発達障害に対応できるかかりつけ医を育成し、発達障害の診療に関わる医師の裾野を広げる。(国において補助)

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業は、発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害の診療、対応を可能とし、早期発見・早期支援の推進を図る。

国

国立精神・神経医療研究センター

- 【指導者養成研修】(国の研修)
- ・発達障害早期総合支援研修
 - ・発達障害精神医療研修
 - ・発達障害支援医学研修



- ＜実績＞
- ・平成28年度
54自治体、355人
 - ・平成29年度(10月現在)
46自治体、269人

指導者養成研修

都道府県・指定都市

地方

- ・専門的な診療
- ・症状が落ち着いた場合
かかりつけ医の紹介

専門医等がいる病院

専門医等の医療従事者



連携

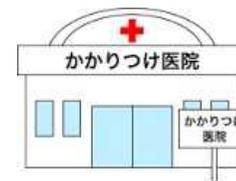
発達障害児者と家族



- ・初診の対応
- ・重篤な症状の場合
専門機関の紹介

地域の医療機関、診療所

かかりつけ医等の医療従事者



【本事業の補助対象】
かかりつけ医等発達障害対応
力向上研修

- ＜実績＞
- ・平成28年度
9自治体、1,177人
 - ・平成29年度
24自治体(受講者数は
集計中)

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業（H30新規要求）

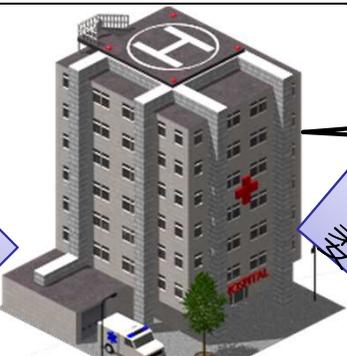
平成29年1月に総務省から「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」がなされたが、発達障害の専門的医療機関が少ないという指摘があり、専門的医療機関の確保が急務となっている。

これを踏まえ、平成30年度概算要求において、発達障害の発達障害の診療・支援ができる医師の養成を行うための研修等を実施し、専門的医療機関の確保を図る。

<事業イメージ>



指定



地域の拠点となる
医療機関
(高度な専門性)

研修
委託可



拠点となる医療機関以外の専門性を有する病院 (ex.子ども、思春期、成人期等の分野)



- ① 医療機関の研修実施のコーディネート
- ② 医療機関同士の研修会実施
- ③ 当事者・家族に対して適切な医療機関の紹介

発達障害支援のコーディネーター

紹介

相談



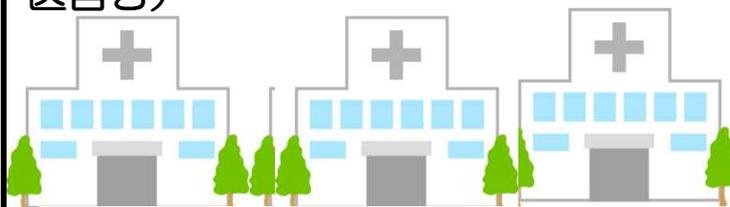
発達障害児者とその家族

診療・支援

相談

実地研修
(診察へ陪席)

地域の専門病院、診療所 (かかりつけ医含む)



※医療機関によっては、かかりつけ医等発達障害対応力向上研修も併せて受講

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。

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27年7月時点）:

32施設

届出病床数（平成27年7月時点）:

1,102床

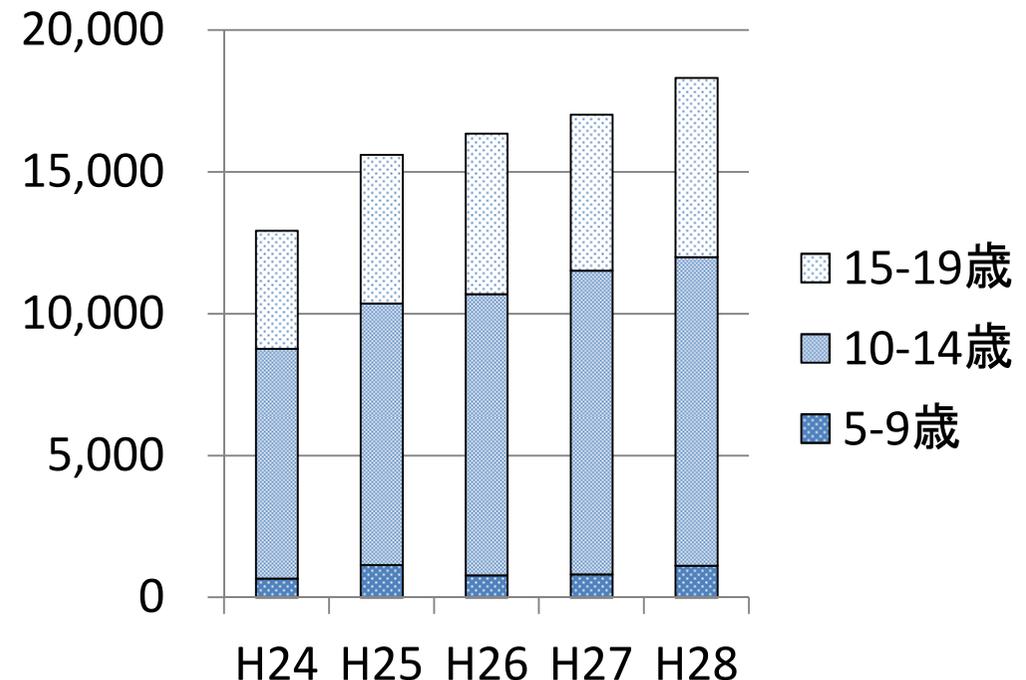
算定回数（平成28年6月審査分）:

18,390回／月

出典:

（届出医療機関数・届出病床）保険局医療課調べ
（算定回数・算定状況）社会医療診療行為別統計

児童・思春期精神科入院医療管理料 の年齢別算定状況



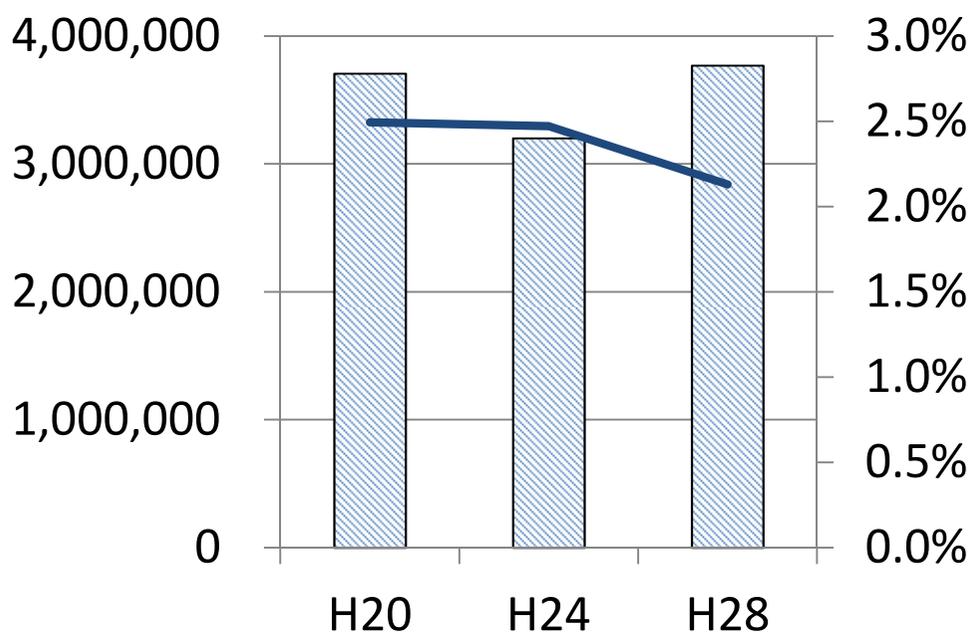
児童・思春期精神疾患に係る診療報酬上の評価(外来)①

- 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。
- 15才未満の患者の算定が増加傾向にある

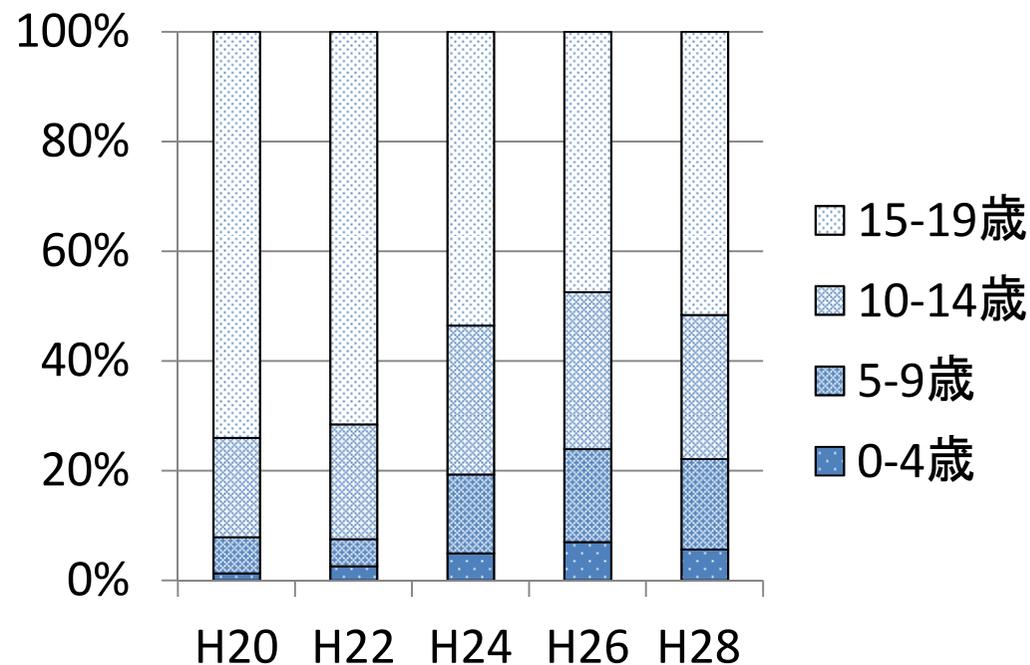
通院・在宅精神療法 20才未満加算 350点(1回につき)

- ・ 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



20歳未満加算を算定した年齢の推移



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

出典:社会医療診療行為別統計

児童・思春期精神疾患に係る診療報酬上の評価(外来)②

- 平成28年度診療報酬改定で、専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設している。

通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1 16歳未満の患者に実施した場合 | 500点(1回につき) |
| 2 20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合 | 1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回) |

[施設基準]

- (1) ①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤精神保健指定医及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
- (2) 専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (3) 精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (4) 診療所については(1)～(3)に加え、精神療法を実施した患者の50%以上が16歳未満の者であること。

届出医療機関数(平成28年7月)

算定回数(平成28年6月審査分)

93医療機関

(16歳未満の患者に実施した場合)	16,259回
(20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合)	883回

出典:

(届出医療機関数)保険局医療課調べ

(算定回数)社会医療診療行為別統計

小児特定疾患カウンセリング料

- 小児科で精神疾患の診療を行った場合、2年を限度として小児特定疾患カウンセリング料の算定を可能としている。

小児特定疾患カウンセリング料

イ 月の1回目 500点

ロ 月の2回目 400点

<算定要件>

小児科の医療機関が、気分障害、神経症性障害、心理的発達の障害等を有する小児とその家族に対し、日常生活の環境等を勘案して療養上必要なカウンセリングを行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定

<施設基準(届出不要)>

屋内禁煙であること

算定回数(平成28年6月審査分)

(1回目)57,534回

(2回目)12,745回

出典:社会医療診療行為別統計

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

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders: ASD)

自閉症とは:「1. 対人関係の障害」「2. コミュニケーションの障害」「3. パターン化した興味や活動」の3つの特徴をもつ障害。そのうち、症状が軽いものを含め「自閉症スペクトラム障害」という呼び方もある。

原因:原因はまだ特定されていない。多くの遺伝的な要因が複雑に関与して起こると考えられている。

症状:年齢や知的障害(精神遅滞)の有無、症状の程度などによって非常に多様。幼児期に「目が合わない」「他の子に関心がない」「言葉が遅い」ことなどで気づかれることが多い。

発生頻度:最新の報告では、自閉症は約100人に1人いると報告されています。性別では男性に多く、女性の約4倍の発生頻度です。

治療:現代の医学では自閉症の根本的な原因を治療する事はまだ不可能ですが、彼らは独特の仕方でも物事を学んでいくので、**個々の発達ペースに沿った療育・教育的な対応が必要**となります。かんしゃくや多動・こだわりなど、個別の症状は薬によって軽減する場合があります。**信頼できる専門家のアドバイスをもとに状態を正しく理解し、個々のニーズに合った適切な支援につなげていく必要**があります。乳幼児期から始まる家庭療育・学校教育そして就労支援へと、ライフステージを通じたサポートが、生活を安定したものにすると考えられています。

(国立精神・神経医療研究センターHPより抜粋 (<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-03-005.html>))

◆自閉症スペクトラム(ASD)がある人の成人後の社会参加の予後に関連する要因としては、早期介入、家族間の育児協力、支援の継続などが重要とされている。

(出典:H19~21年厚生労働科学研究「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に体する支援の在り方に関する研究」)

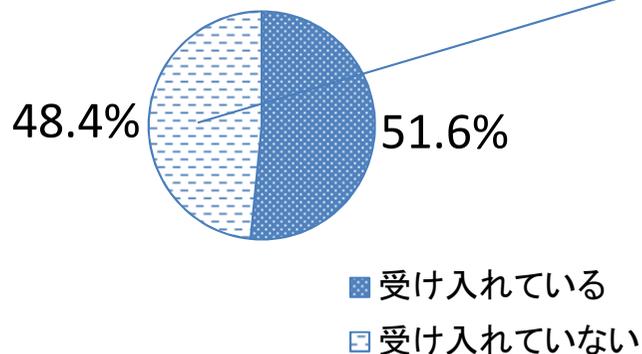
◆近年は、コミュニケーションや社会性の障害を中核的な特徴とするASDの特性が元々あるが、**成人になるまで周囲に気づかれることなく過ごし、進学や就学、結婚などの大きな変化を迎えて初めて自分自身の特徴が「問題」となり、医療機関を受診することが増えている。**

(出典:H26障害者総合福祉推進事業「発達障害専門プログラムパッケージ実施報告書」)

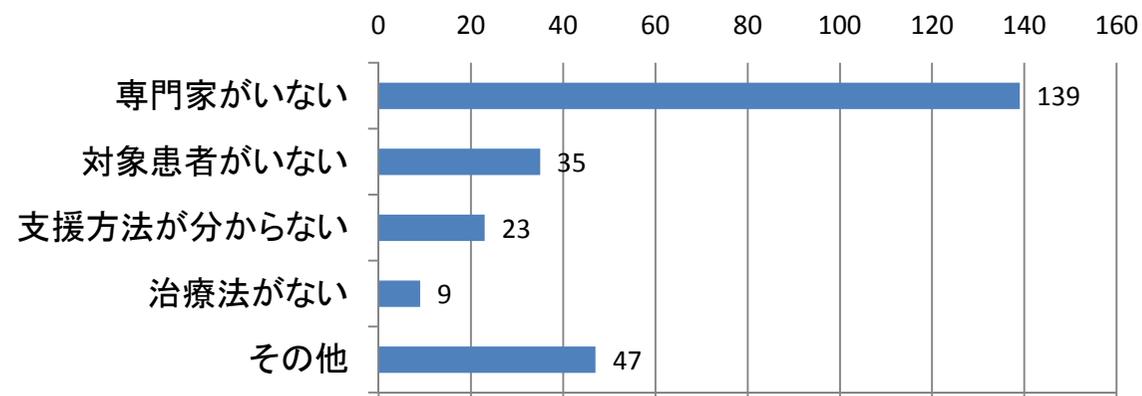
ASD専門のショートケアプログラムの課題

- 自閉症スペクトラム障害(ASD)を積極的に受け入れられない理由として、「専門家がない」と答える医療機関が最も多かった。
- ASD専門のショートケアプログラムを実施するには、「プログラムの確立が必要」と答えた医療機関が最も多かった。

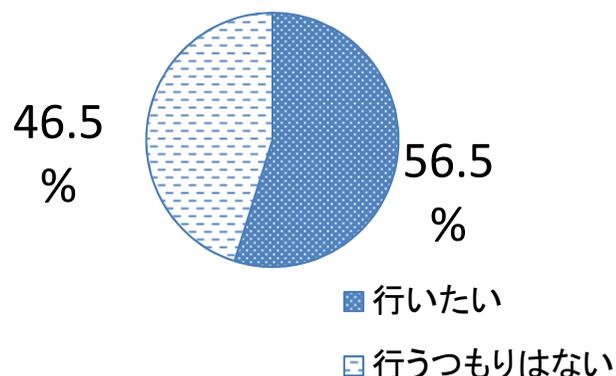
Q1.外来診療において積極的にASDを受け入れているか(n=430)



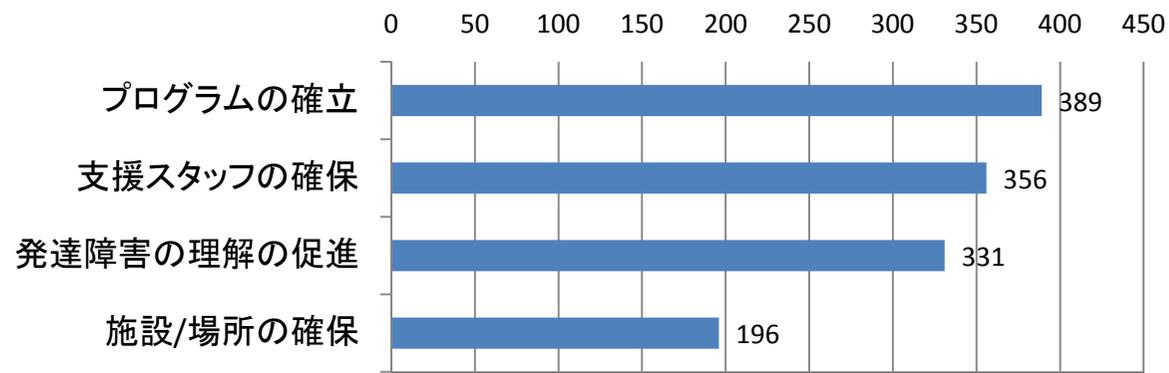
Q2.ASDを積極的に受け入れられない理由は何か(n=208,複数回答)



Q3.ASD専門のショートケアプログラムを実施したいか(n=341)



Q4.ASD専門のショートケアプログラムを実施するためには何が必要か(n=517,複数回答)



(出典: 日本デイケア学会加入医療機関、うつ病リワーク研究会医療機関(合計1,703か所)等における調査)

ASD専門ショートケアプログラムの開発

○ ASDの患者を対象とする専門的なショートケアのプログラムの開発が行われている。

・H27～H29AMED「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において ASDに関するプログラムとADHDに関するプログラムを開発・検証

(注)ASDプログラムについては開発/検証済み、ADHDプログラムは平成31年度末までに開発/検証を終える予定。

・実施医療機関: 全国21機関で実施、プログラム参加した患者数: 768名(H29.8月時点)

・実施機関間の情報交換: 成人発達障害支援研究会(事務局: 昭和大学)において年1回開催(今年度は第5回目)

(新規実施機関に対する講習開催についても検討中)

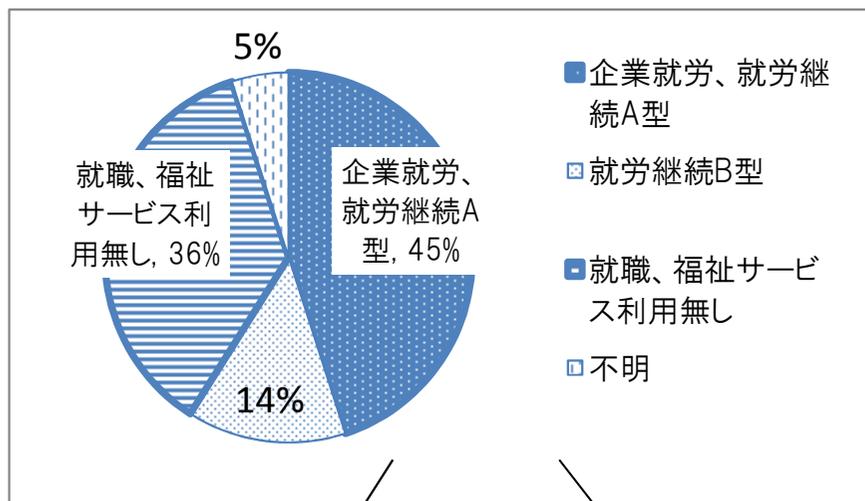
・標準の実施期間: 1回180分×20回

1 自己紹介、 オリエンテーション	2 コミュニケーションについて	3 挨拶/会話を始める	4 障害理解/発達障害とは	5 会話を続ける
6 会話を終える	7 ピアサポート①	8 表情訓練、 相手の気持ちを読む	9 感情のコントリール① (不安)	10 感情のコントロール2② (怒り)
11 上手に頼む/断る	12 社会資源	13 相手への気遣い	14 アサーション (非難や苦情への対応)	15 ストレスについて
16 ピアサポート②	17 自分のことを伝える①	18 自分のことを伝える②	19 感謝する/ほめる	20 卒業式/振り返り

ASD専門ショートケアプログラムの効果

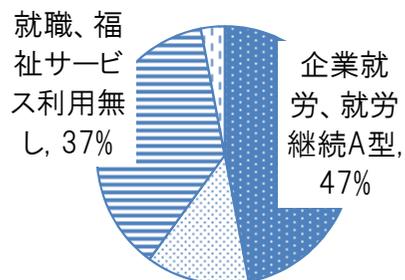
○ ASDの患者を対象とする専門的なショートケアプログラムに参加した患者の状況を見ると、プログラム参加前に無職だった者のうち、69%が就労に至っていた。

1.参加前に無職だった者の、参加後の状況(n=110)

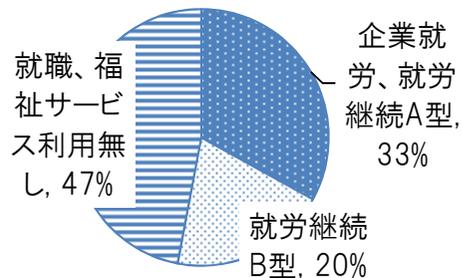


(参考)

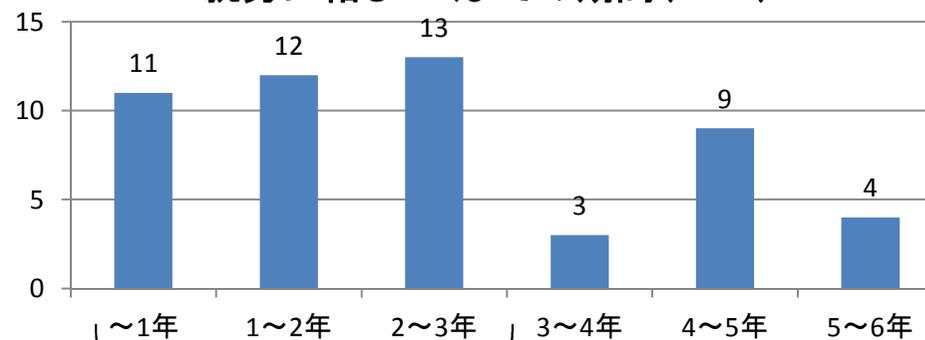
ひきこもり歴が5年未満
(平均2.2年)の参加者の転帰 (n=30)



ひきこもり歴が5年以上
(平均9.9年)の参加者の転帰 (n=15)



2.参加時に無職だった者が、参加時点から就労に結びつくまでの期間(n=52)



・プログラム参加前に無職だった者の内、69.2%が、3年以内に就労に結びついた。
(就労継続A型を含む)

・ASDの場合は、ひきこもりの長さによって、転帰が大きく異なるとは言えない。
・ASDの特性に合った支援の機会の有無が、転帰に関係する可能性がある。

(出典:平成●年度 AMED「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」)

発達障害の患者への医療に係る課題と論点(案)

【課題】

(発達障害の患者と医療体制)

- ・ 発達障害児・者の数は近年増加傾向にあり、うち、医療機関を受診する患者数は約20万人となっている。
- ・ 発達障害の専門的医療機関への調査では、約半数の医療機関が、外来診療の待機者が約50人以上であり、待機期間が約3か月以上との回答であった。
- ・ 発達障害児を含む児童・思春期の精神疾患を有する患者に対する診療報酬の評価として、精神科を標榜する医療機関については通院・在宅精神療法の児童思春期等の加算や、小児科を標榜する医療機関については小児特定疾患カウンセリング料などがある。
- ・ 自閉症スペクトラム障害(ASD)に対する専門ショートケアプログラムが開発されている。
- ・ 研究事業の参加施設において、ASD専門ショートケアプログラムを提供したところ、無職だった者のうち、約7割が3年以内に就労につながっている等の効果が報告されている。
- ・ 児童思春期の精神疾患等の患者への診療報酬上の評価はあるが、発達障害の患者に特化した専門治療プログラムに対する個別の評価はない。



【論点(案)】

- 発達障害の患者に対する治療プログラムの普及や適切な医学管理の推進の観点から、現状では発達障害の患者を受け入れる体制が十分ではないことを踏まえ、現行の発達障害を含む患者への評価の見直しや、発達障害の患者に対する専門治療プログラム等に対する評価を検討してはどうか。

認知療法・認知行動療法

認知療法・認知行動療法

- 入院中以外の気分障害や不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法が診療報酬上評価されている。

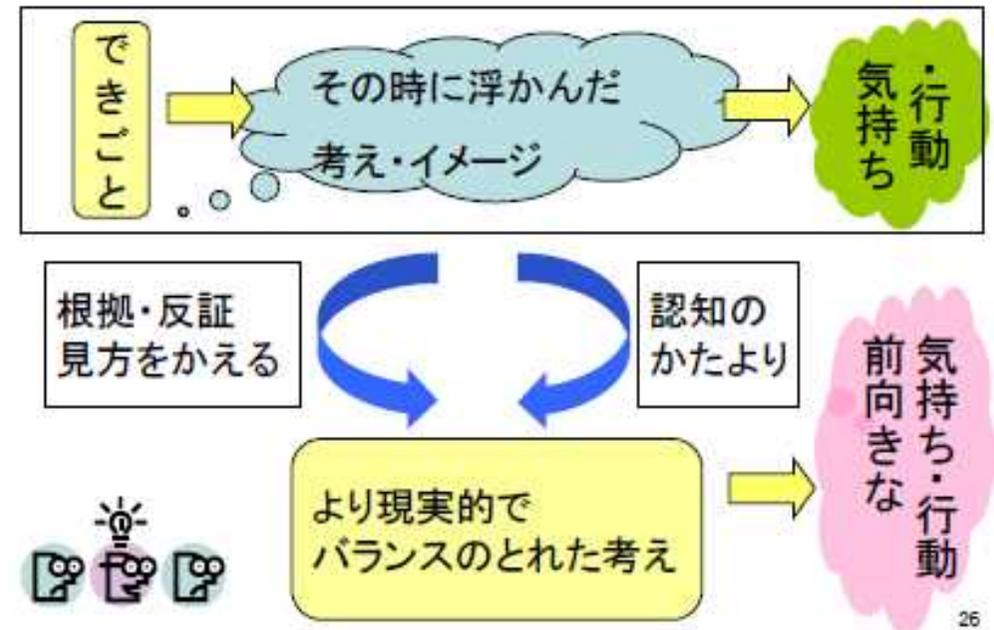
認知療法・認知行動療法(1日につき500点/420点/350点)

施設基準を適合する保険医療機関において、入院中以外の患者について、認知療法・認知行動療法(※)に習熟した医師等が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で実施した場合、一連の治療について16回に限り算定する。

認知療法・認知行動療法の内容

- 精神療法(心理療法)の一種で、認知(ものの受け取り方や考え方)に働きかけて気持ちを楽にするもの。
- 人はストレスを感じると悲観的に考えがちになり、自らの心を問題を解決できない状態に追い込むことがあるが、認知療法・認知行動療法では、そうした考え方のバランスを取って、ストレスに上手に対応できる心の状態を作る。
- 気持ちが大きく動揺したりつらくなったりしたときに患者の頭に浮かんでいた考え(自動思考)に目を向け、それがどの程度現実と食い違っているかを検証し、思考のバランスを取っていく。

(国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センターウェブサイトの記載を一部要約)



出典: うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)

認知療法・認知行動療法の進め方

中医協 総-2
27. 10. 23改

- 認知療法・認知行動療法について、医師が全て実施する以外にも、知識・経験のある看護師を活用する方法も考えられる。

従来の形式

各回30分超

開始 → 終了

1回目の面接



2回目の面接



3回目の面接



⋮
⋮
⋮
⋮

最終回の面接



16回まで
算定可能



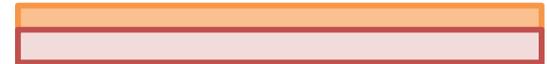
知識・経験のある看護師を活用する形式(例)

医師が30分超の面接を実施。担当看護師が同席。
医師は治療計画を立て、次回以降の方向性、留意点等を指示。

開始

終了

1回目の面接



2回目の面接



各回5分超

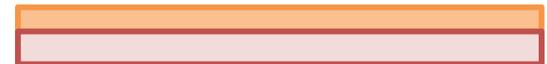
3回目の面接



各回、特定の担当看護師が30分超面接を実施。その後医師が5分超面接し、進捗を確認し、必要に応じて看護師に指示、指導。

⋮
⋮

最終回の面接



医師が30分超の面接を実施。これまでの面接を振り返りながら再発予防等について確認、指導を行う。

認知療法・認知行動療法に係る看護師等の研修について

- 認知療法・認知行動療法については、看護師等も対象とした研修が行われており、既に一定数がある程度の知識を習得している。

認知行動療法研修事業 多職種向け研修会

	受講者合計		
	うち医師	うち看護師・保健師	その他
平成22年度から28年度合計	4,571	1,086	2,186

(単位:人)

他に、より実践的な個別指導形式な研修も行われており、平成28年までに287人(うち、看護師は14人)が受講済み。

認知行動療法の専任の看護師に係る要件

- 平成28年改定で、医師の指示のもと、一定の知識・経験を有する専任の看護師が一部を実施する形式の認知行動療法について、評価を新設した。
- 専任の看護師に係る施設基準では、適切な研修の修了に加え、認知行動療法に係る一定の実務経験を求めている。

認知療法・認知行動療法

3 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と、看護師が共同して行う場合 350点

[算定要件]

- ① **初回と、治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施**し、専任の看護師が同席する。
- ② **その間の治療は、初回に同席した看護師が実施**し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接する。
- ③ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音する。専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること等

- ① 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験があること。
- ② うつ病等の気分障害の患者に対して、認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に自ら10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は③の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
- ③ 適切な研修を修了していること。

認知療法・認知行動療法の算定状況

- 医師の指示のもと、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部を実施する形式の認知療法・認知行動療法は、算定実績は0となっている。

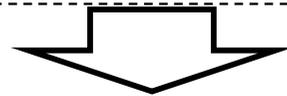
	届出医療機関数	算定件数	算定回数
認知療法・認知行動療法1	211医療機関	955件	1,496回
認知療法・認知行動療法2	432医療機関	1,456件	2,035回
認知療法・認知行動療法3	0医療機関	0件	0回

出典：届出医療機関数は医療課調べ（平成28年6月1日）、算定件数・算定回数は社会医療診療行為別統計（平成28年6月審査分）

認知行動療法に係る課題と論点(案)

【課題】

- ・ 認知療法・認知行動療法については、早期のうつ病等の患者に対して行う治療として有効とされているが、実施医療機関数がまだ十分ではない。
- ・ 認知療法・認知行動療法は、医師の診断の下で、医師や看護師等により提供されている。看護師が提供する場合、一定の知識・経験が必要と考えられている。
- ・ 認知療法・認知行動療法に係る研修を受講した看護師等は、平成28年度末までで約1,300名となっている。
- ・ 平成28年度改定で、一定の知識・経験を有する専任の看護師が一部を実施する形式の認知療法・認知行動療法の点数を新設した。専任の看護師に係る施設基準では、適切な研修の修了に加え、認知行動療法に係る一定の実務経験を求めている。平成28年6月審査分の算定実績は0となっている。



【論点(案)】

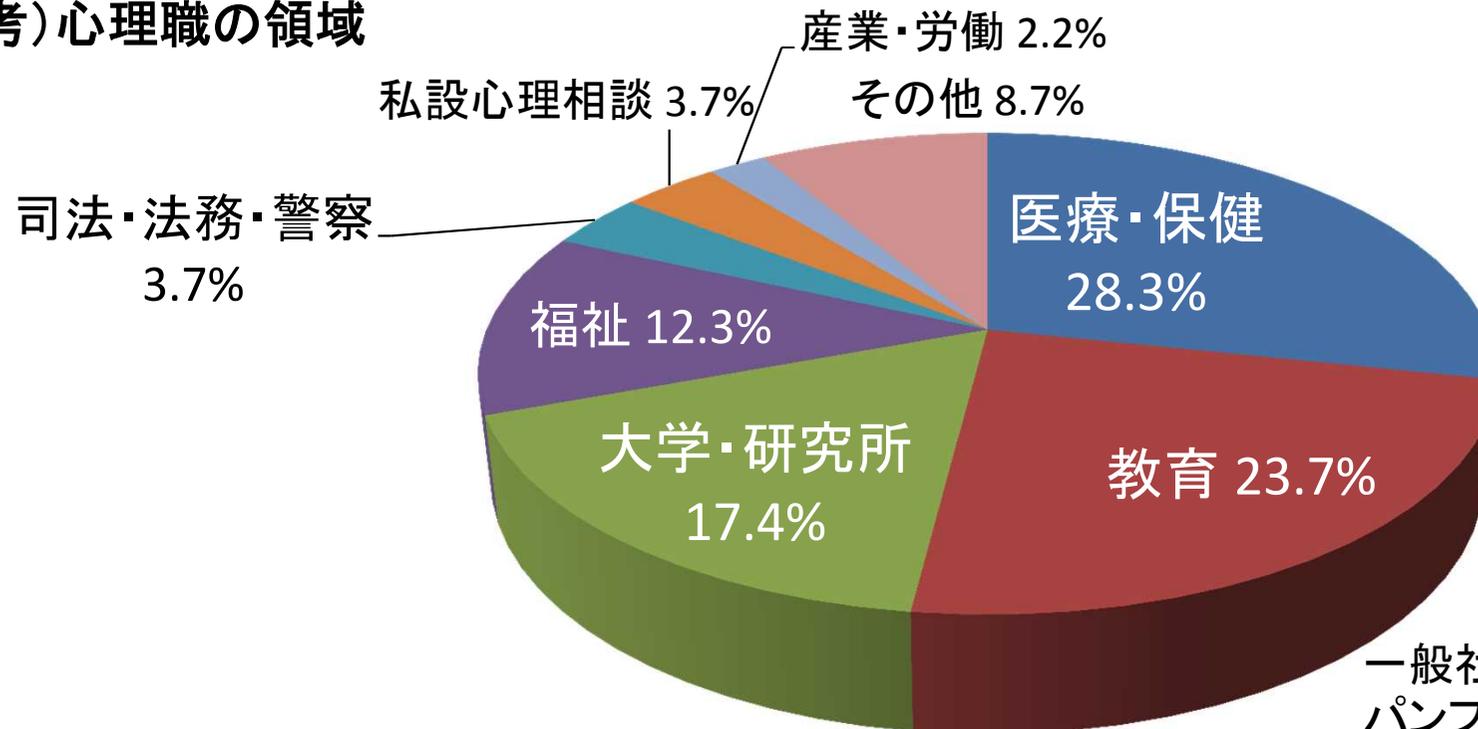
- 認知療法・認知行動療法の実施状況を踏まえ、医師が看護師と共同して効果的・効率的に認知行動療法を提供する観点から、認知療法・認知行動療法の専任の看護師に係る要件を見直してはどうか。

公認心理師

公認心理師について

- 公認心理師法は、平成27年9月9日に成立、平成29年9月15日に施行された。
- 臨床心理技術者としては初めての国家資格となる。
- 臨床心理技術者のうち、約3割程度が、医療・保健分野の領域に従事している。
- 国家試験は、平成30年より実施する予定である。

(参考)心理職の領域



一般社団法人日本臨床心理士会
パンフレット(2009)より一部改変

一 目的

公認心理師の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって国民の心の健康の保持増進に寄与することを目的とする。

二 定義

「公認心理師」とは、公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。

- ①心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ②心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供

三 試験

公認心理師として必要な知識及び技能について、主務大臣が公認心理師試験を実施する。受験資格は、以下の者に付与する。

- ① 大学において主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、かつ、大学院において主務大臣指定の心理学等の科目を修めてその課程を修了した者等
- ② 大学で主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、卒業後一定期間の実務経験を積んだ者等
- ③ 主務大臣が①及び②に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認められた者

四 義務

- 1 信用失墜行為の禁止
- 2 秘密保持義務（違反者には罰則）
- 3 公認心理師は、業務を行うに当たっては、医師、教員その他の関係者との連携を保たねばならず、心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治医があるときは、その指示を受けなければならない。

五 名称使用制限

公認心理師でない者は、公認心理師の名称又は心理師という文字を用いた名称を使用してはならない。（違反者には罰則）

公認心理師の資格取得方法について

公認心理師資格（登録）

公認心理師試験

A

B

C

D

E

F

G

大学院において省令で定める科目を履修

省令で定める期間の実務経験

第1号及び第2号と同等以上の知識及び技能を有すると認定された者

施行前に大学院において省令で定める科目を履修（又は履修中）

施行後に大学院において省令で定める科目を履修

省令で定める期間の実務経験

講習の受講

4年制大学において省令で定める科目を履修

4年制大学において省令で定める科目を履修

施行前に、4年制大学において省令で定める科目を履修（又は履修中）

実務経験5年

第7条第1号※

第7条第2号※

第7条第3号

経過措置（附則第2条第1項第1号及び第2号）

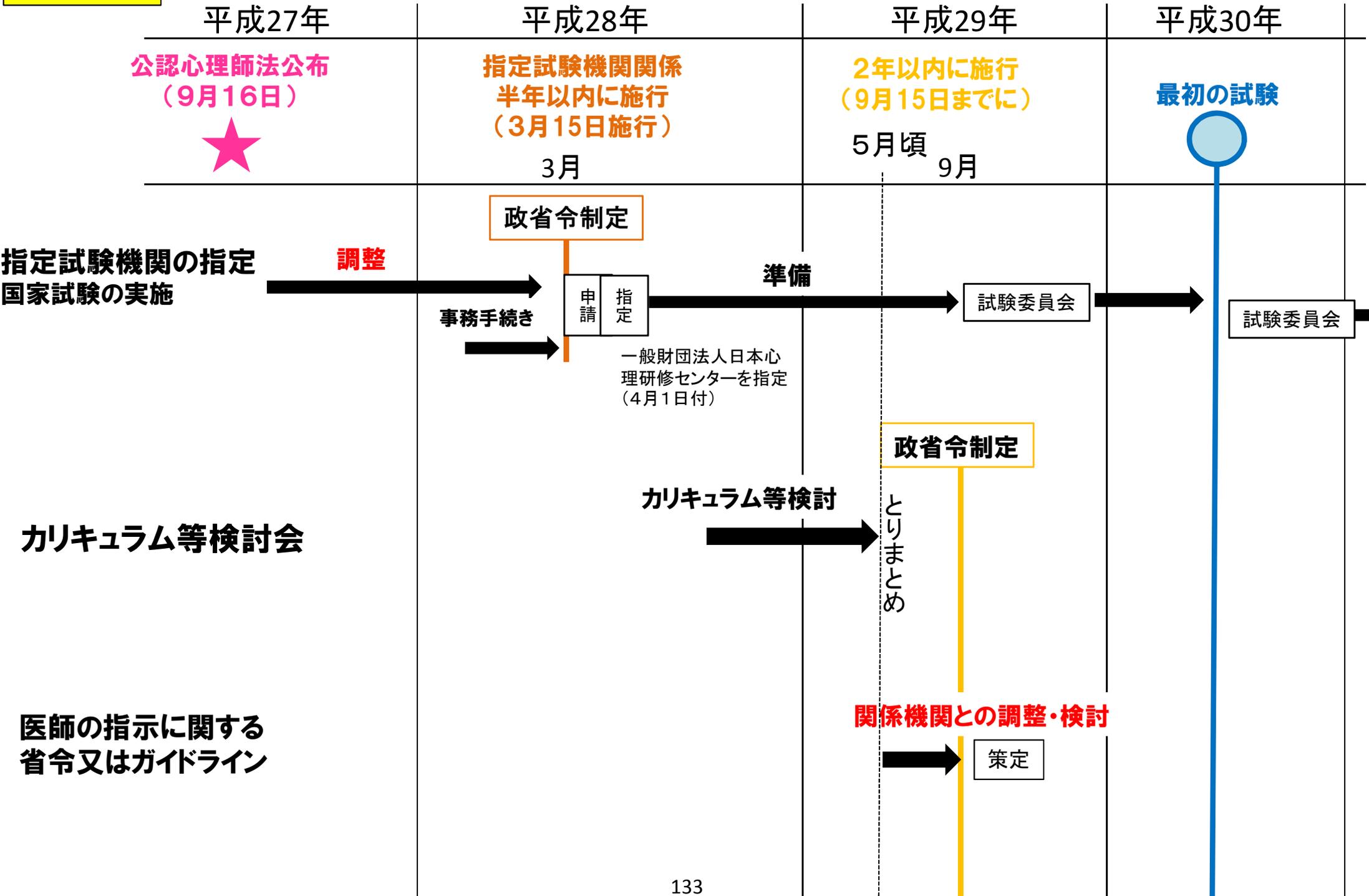
経過措置※（附則第2条第1項第3号及び第4号）

経過措置※（附則第2条第2項）

注)下線部は省令委任事項。

※該当条文に基づく受験資格取得者に「準ずるもの」を省令で定めることとされている。

公認心理師法 施行スケジュール(想定)



臨床心理技術者に関連する主な診療報酬上の評価

	主な施設基準	届出医療機関数(H27.7)
<u>精神科リエゾンチーム加算</u> (週1回) 300点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に以下から構成される精神科リエゾンチームが設置されている ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科医師 イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤看護師 ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人 	71医療機関
<u>摂食障害入院医療管理加算</u> ～30日 200点 31日～ 100点	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び臨床心理技術者がそれぞれ1名以上 	94医療機関
<u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u> 2,957点	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名以上(うち、精神保健指定医1名以上) ・病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の臨床心理技術者がそれぞれ1名以上 	32医療機関 1,102床
<u>通院・在宅精神療法 児童・思春期精神科専門管理加算</u> 16歳未満 500点 20歳未満 1,200点	<ul style="list-style-type: none"> ・20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上 	(H28新設)

公認心理師に係る課題と論点(案)

【課題】

- ・ 公認心理師法が成立・施行された。公認心理師は、臨床心理技術者に関する初めての国家資格となる。平成30年度中に最初の国家試験が実施される見込み。
- ・ 公認心理師の業務は、心理に関する支援を要する者に対して、心理状態の観察や分析、心理に関する相談や助言・指導などであり、医療機関で勤務することも想定されている。
また、心理に関する支援を要する者に主治医がいる場合は、公認心理師はその医師の指示を受けなければならないこととされている。
- ・ 臨床心理技術者のうち、約3割は医療・保健分野で従事しているとの報告がある。
- ・ 精神科等の診療に関する診療報酬の一部に、臨床心理技術者が配置要件に含まれているものがある。



【論点(案)】

- 臨床心理技術者として医療機関で勤務する者のうち一定数が、新たな国家資格である公認心理師を取得すると想定される。今後の養成者数の動向等を踏まえつつ、臨床心理技術者等の配置を要件にしている診療報酬について、どのように考えるか。

	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	看護師 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	3,557点 (~30日) 3,125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		3,351点 (~30日) 2,920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	看護師 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	3,560点 (~30日) 3,128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	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	1,984点 (~30日) 1,655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				1,881点 (~30日) 1,552点 (31日~)

精神科身体合併症管理加算	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟)を算定する患者	450点 (~7日) 225点 (8~10日)
精神科急性期医師配置加算	・常勤医師 16:1 ・病床数100床以上※ ・内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜※ ※精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料を算定している場合	精神科急性期治療病棟入院料1、精神病棟入院基本料(10:1又は13:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟7:1、10:1又は13:1)を算定する患者 ※ 精神科急性期治療病棟入院料1における要件 ・新規入院患者のうち6割以上が3月以内に在宅移行。 ・時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上。 ・時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上。 ※ 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料における要件 ・精神科リエゾンチーム加算の届出 ・135入院患者の5%以上が精神科身体合併症管理加算の算定対象であること。	500点

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

参考

	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	
精神病棟 入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記事項なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	(1,350点)	※初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年)
		看護 10:1 (特定機能病院)		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下		1,271点 (1,278点)	
		看護 13:1 (特定機能病院)		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		946点 (951点)	※重度認知症加算 300点 (～1月) ※救急支援精神病棟 初期加算 100点 (～14日)
		看護 15:1 (特定機能病院)		・特記事項なし		824点 (868点)	
		看護 18:1				735点	
		看護 20:1				680点	
		特別入院基本料 (看護 25:1)				559点	
精神療養 病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名(専任) 医師 48:1※	看護+看護補助者 15:1 (うち、看護5割) 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 ・病棟に退院支援相談員を選任※2	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,090点(GAFスコア41以上) 1,120点(GAFスコア40以下) 1,150点(GAFスコア30以下かつ精神科救急へ協力)	

※:当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上で有る場合(平成30年3月31日までは、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上である場合)は除く

※2:PSWもしくは、保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

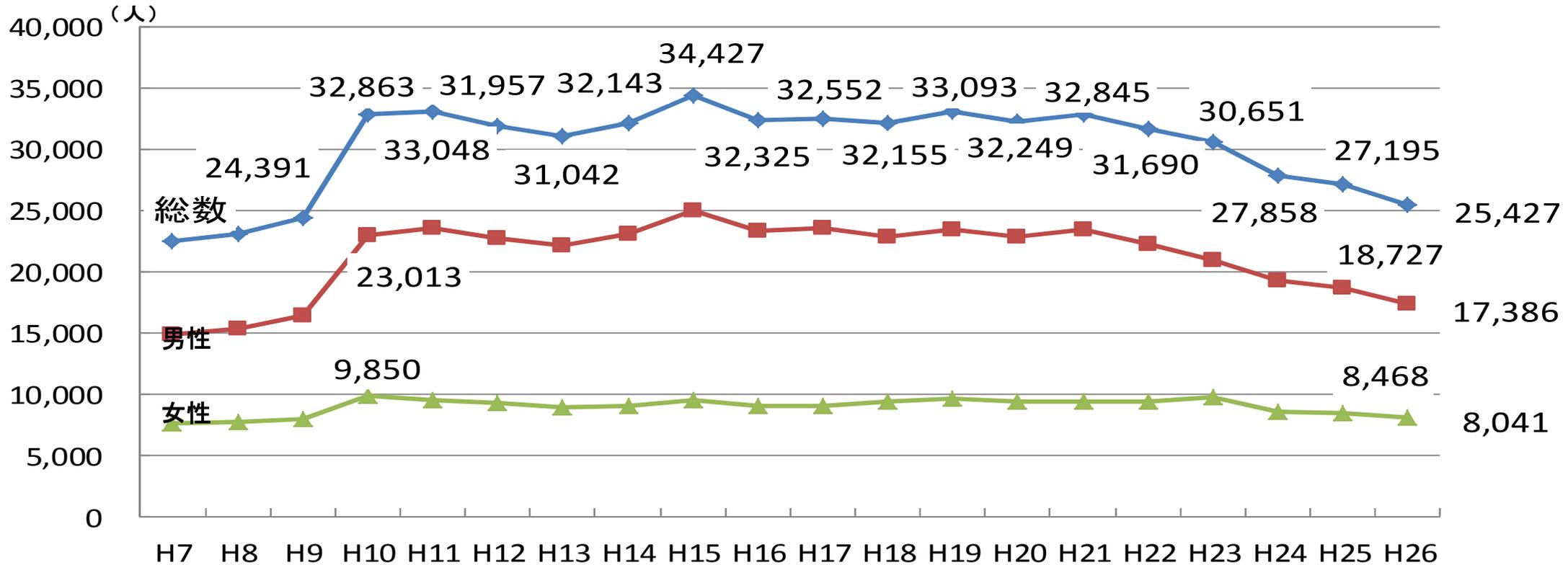
	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
認知症治療病棟入院料1	病院常勤1名 医師 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 OT1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を要する認知症患者	1,809点(～30日)	※夜間対応加算 84点 (～30日)
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師1名	・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,316点(～30日) 1,111点(31～60日) 987点(61日～)	
児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名(1名は指定医) 医師 48:1	看護師 10:1 PSW及び臨床心理技術者 病棟常勤それぞれ1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は病室	・20歳未満の精神疾患を有する患者	2,957点	
地域移行機能強化病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名(専任) 医師 48:1	看護+看護補助者+OT+PSW 15:1(うち6割以上が看護、OT又はPSW) PSW 病棟専従2名 臨床心理技術者 病院常勤1名	1看護単位60床以下	・自宅等に退院した長期入院患者の数が届出病床数の1.5%以上(月平均) ・届出病床数の5分の1以上の精神病床を削減(年平均)	1年以上の長期入院患者等	1,527点	

追加資料

自殺者数の推移

中医協 総-2
27. 10. 23

○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

各国の自殺死亡率の比較

全女性 (2015年)	米国	英国	スウェーデン	日本
自殺死亡率	6.6 / 人口10万人	3.8 / 人口10万人	9.5 / 人口10万人	12.4 / 人口10万人
自殺年齢 調整死亡率	5.8/ 人口10万人	3.2 / 人口10万人	7.6 / 人口10万人	9.2 / 人口10万人

年齢調整死亡率: 年齢構成の異なる人口集団間の死亡率について年齢構成の差を取り除いて比較できるように調整した死亡率

Suicide mortality rate, World Health Statistics 2017, WHO

妊産婦	米国17州 *1	英国 *2	スウェーデン *3	東京23区 *4
調査年	2003-2007	2009-2013	1980-2007	2005-2014
自殺人数	94人	101人	103人	63人
自殺死亡率	2.0 / 出生10万	2.3 / 出生10万	3.7 / 出生10万	8.7 / 出生10万

* 1 *Obstetrics & Gynecology* 2011, * 2 *Saving Lives Mother's care* 2015,

* 3 *The British Journal of Psychiatry* 2016, * 4 *Journal of Obstetrics and Gynecology Research* 2017