

# 心の問題について

## 第1 自殺対策について

### 1 自殺総合対策大綱について

平成10年に年間自殺者が3万人を超え、その後も自殺者数が高水準で推移していることを受け、平成19年6月、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」（概要は参考資料1，2頁参照）が決定された。

この大綱では、自殺は社会的取組みにより予防可能なものであるとし、国民全体への啓発の必要性や、医療、福祉などの果たすべき役割等についても言及している。その中で、医療については、うつ病の早期発見・早期治療が重要であることや、救急医療施設における精神科医による診療体制の充実を図ることが必要であるとされている（診療報酬に係る具体的内容は以下を参照）。

#### 自殺総合対策大綱（平成19年6月閣議決定）-抄-

### 第2 自殺対策の基本的考え方

#### 〈うつ病の早期発見、早期治療〉

第二に、自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数がうつ病等の精神疾患に罹患しており、中でもうつ病の割合が高いこと、世界保健機関によればうつ病等については有効な治療法が確立していること、諸外国や我が国の一部に地域ではうつ病対策実施により自殺予防の効果を上げていることから、うつ状態にある人の早期発見、早期治療を図るための取組が重要である。

このため、自殺の危険性の高い人を発見する機会の多いかかりつけの医師等をゲートキーパーとして養成し、うつ病対策に活用するとともに、精神科医療提供体制の整備を図る必要がある。

（次頁に続く）

#### 第4 自殺を予防するための当面の重点政策

##### 5. 適切な精神科医療を受けられるようにする

うつ病等の自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、これらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう精神科医療体制を充実する。

(中略)

##### (2) うつ病の受診率の向上

「新健康フロンティア戦略」に基づき、うつ病についての正しい知識を普及し偏見をなくすための普及啓発を行う。

また、かかりつけの医師等がうつ病と診断した人を専門医につなげるための診療報酬上の評価を含む仕組みづくりについて検討する。

(中略)

##### 7. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

自殺未遂者の再度の自殺を防ぐため、入院中及び退院後の心理的ケア、自殺の原因となった社会的要因に対する取組を支援する。

##### (1) 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実

精神科救急体制の充実を図るとともに、必要に応じ、救命救急センターにおいても精神科医による診療が可能となるような救急医療体制の整備を図る。

また、自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成する。

## 2 現状と課題

- (1) 平成10年に自殺者は急激に増加し3万人を越え、それ以降も高い水準が続いている(参考資料3頁、図1)。また、自殺企図者では、うつ病等の精神障害を合併している割合が高いという報告がなされている(参考資料3頁、図2)。

また、うつ病を含む気分障害の患者数は近年急激に増加しており、自殺のリスクを抱える者が増大している状況にある（参考資料4頁、図3）。

- (2) うつ病等の問題を抱える患者では、精神的問題よりも身体的な症状を自覚し、精神科よりも内科やその他の診療科を受診することが多いと指摘されており、かかりつけの医師から専門の医師へつなげるための仕組みが求められている。
- (3) 一方、自殺企図が見られた患者では、再度の自殺企図を防ぐために、救急医療等において身体症状と精神症状の両方を総合的に治療することが必要となるが、現状では、救急医療等における精神科医による診療については、特別な評価はなされていない。

### 3 論点

- (1) うつ病等の精神障害の患者について、早期から精神科を受診することを目指すため、身体症状を訴えて内科等を受診した患者がうつ病等の精神障害が疑われる場合、担当医がその患者を精神科医に紹介することを診療報酬上の評価を検討してはどうか。
- (2) 救急医療等において、自殺企図の患者等に対し、精神症状、身体症状の両方を総合的に診断・治療できるよう、診療報酬上の評価を検討してはどうか。

## 第2 子どもの心について

### 1 現状と課題

- (1) 20歳未満の精神障害では、成人の精神障害と異なり、てんかんやその他の精神及び行動の障害（摂食障害、自閉症、多動性障害等）が多く、成人とは診療内容や傾向が異なっているとの指摘がある（参考資料4頁、図4）。
- (2) 外来における子どもの心の診療においては、親子をそれぞれ面接すること等も多く、診療時間が長時間となることが多く、1時間以上となることもある（参考資料5頁、図5）。また、全国児童青年精神科医療施設協議会による調査では、診療期間は平均34.6ヶ月と長期に及んでおり、長期間に渡り手厚い診療が必要な状況である。
- (3) 一方、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定している医療機関は全国で9施設に留まっており、専門的に児童・思春期の精神医療を担っている医療機関においても、施設要件等の制限により算定できない状況にある。  
また、要件に比して十分な評価となっていないとの指摘がある。

## 2 子どもの心に係る診療報酬について

(外来)		
B001	4 小児特定疾患カウンセリング料	710 点
	注	
	月 1 回に限り、1 年を限度として算定する。	
1002	通院精神療法(1 回につき)	
1	初診の日において精神保健指定医が行った場合	500 点
2	1 以外の場合	
イ	病院の場合	330 点
ロ	診療所の場合	360 点
	注	
	20 歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合(初診の日から 6 月以内に限る。)は、所定点数に 200 点を加算。	
1004	心身医学療法(1 回につき)	
1	入院中の患者	70 点
2	入院中の患者以外	
イ	初診時	110 点
ロ	再診時	80 点
	注	
	20 歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、100 分の 100 の加算。	
(入院)		
A231	児童・思春期精神科入院医療管理加算(1 日につき)	350 点
	施設基準	
	(1) 病棟の入院患者の概ね 8 割以上が 20 歳未満の精神疾患を有する患者	
	(2) 当該病棟に常勤の医師が 2 名以上、うち 1 名以上は精神保健指定医	
	(3) 10:1 以上の看護配置	
	その他の要件	
	病棟に常勤の精神保健福祉士及び臨床心理技術者	

### 児童・思春期精神科入院医療管理加算の届け出状況

	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年
児童・思春期精神科	8	10	9
入院医療管理加算	547	595	520

(上段：医療機関数／下段：病床数)

### 3 論点

- (1) 子どもの心の診療においては、診察時間が長時間に及ぶ場合もあり、ある程度診療時間に応じた診療報酬上の評価を検討してはどうか。
- (2) 子どもの心の診療においては、治療期間が一年を超える症例も多いため、十分な診療が行えるよう算定期間(上限)を延長してはどうか。
- (3) 子どもの心の入院医療を専門的に行う医療機関において、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定できない場合もあることから、この評価の在り方について見直してはどうか。