

専門的入院治療について

第1 専門的な入院治療について

アルコール依存症や摂食障害等の専門的な医師やスタッフ等による治療が必要な疾患の入院治療については、その疾患の特性から専門の病棟における治療が必要である。

第2 現状と課題

- 1 アルコール依存症は本人の嗜好の問題ではなく、精神分野の疾患であり、近年自殺との関連も明らかとなっていることから、平成20年10月に決定された自殺対策加速化プランにおいて調査研究の推進及び継続的に治療・援助を行うための体制の整備等の施策を行うこととされている。また、専門施設に入院するアルコール依存症患者は増加している（参考資料P3～8）。
- 2 摂食障害の患者は近年増加しており、若年の患者が多いにも関わらず、栄養障害や自殺等による死亡率が高い難治性の疾患である。摂食障害の治療については、医師の負担が大きいことや、不採算等の理由により専門的治療施設は減少傾向にある（参考資料P10～12）。
- 3 強度高度障害を伴う知的障害・発達障害児（者）は、自傷行動や異食等の極めて高度な行動障害を有する患者であり、自身の生命や健康状態に悪影響を及ぼすような行動を取る場合があることから、医療者による臨床的観察を常に要するとともに、検査や治療を行うにあたって、意思の疎通が困難であることや、こだわりが強い等の理由から、その実施には困難が伴う（参考資料P14～20）。

第3 現行の診療報酬上の評価

- 1 アルコール依存症等の専門的な治療について、入院及び集団精神療法において評価している。

1005 入院集団精神療法（1日につき）	100点			
1006 通院集団精神療法（1日につき）	270点			
【算定件数】各年6月審査分				
	平成19年	平成20年		
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
入院集団精神療法	1,781	6,350	2,722	8,526
通院集団精神療法	565	596	365	425

- 2 摂食障害等の治療については、心身医学療法において評価を行っている。

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			
【算定件数】各年6月審査分				
	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
心身医学療法 入院	238	712	499	1,190
心身医学療法入院外（初診時）	7,659	7,659	9,927	9,927
心身医学療法入院外（再診時）	37,032	57,017	26,254	32,577
心身医学療法20歳未満 加算	3,095	4,187	1,787	2,001

- 3 強度行動障害を伴う知的障害・発達障害児（者）については、障害者施設等入院基本料等において評価している。

A106 障害者施設等入院基本料

- 1 7対1入院基本料 1,555 点
- 2 10対1入院基本料 1,300 点
- 3 13対1入院基本料 1,092 点
- 4 15対1入院基本料 954 点

【算定件数】各年6月審査分

	平成19年		平成20年	
	実施件数	算定回数	実施件数	算定回数
障害者施設等7対1入院基本料	平成20年新設		328	8,681
障害者施設等10対1入院基本料	36,336	767,984	35,020	876,974
障害者施設等13対1入院基本料	10,470	279,739	13,494	293,412
障害者施設等15対1入院基本料	15,442	360,497	12,839	312,907

第4 論点

- 1 有効性が明らかとなっている、アルコール依存症の専門的な入院治療について、診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P3～8）。
- 2 専門的な入院治療を提供する医療機関における、摂食障害に係る診療報酬上の評価についてどう考えるか（参考資料 P10～12）。
- 3 重度の行動障害により、看護必要度が高く、合併症の早期発見・治療が必要な患者について、診療報酬上の評価をどう考えるか（参考資料 P14～20）。

参考資料

専門的入院治療について

専門的入院治療について

I アルコール依存症

- アルコール依存症治療に係る診療報酬上の評価について

II 摂食障害

- 摂食障害治療等に対する診療報酬上の評価について

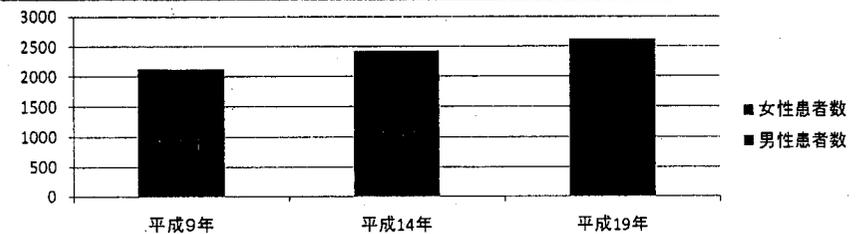
III 強度行動障害をともなう知的障害・発達障害

- 強度行動障害をともなう知的障害・発達障害医療に対する診療報酬上の評価について

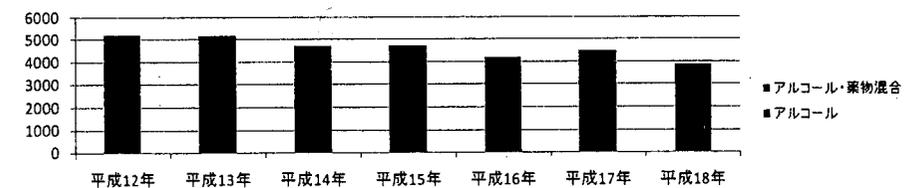
I アルコール依存症

アルコール依存症患者数と専門病床数の状況

年間新規受診患者数の推移(平成19年度厚生労働科学研究)



アルコール専門病床数の推移(精神・障害保健課調べ)



※ 専門医療機関への受診患者は増えているが、専門病床数は減少傾向

アルコールの使用と自殺との関連

自殺総合対策大綱(平成19年6月8日閣議決定)

- ◆アルコールの使用は、自殺関連行動の危険性を高めることが指摘されている。
- ◆世界保健機構(WHO)により、アルコール依存症、うつ病、統合失調症には有効な治療方法があり、この3種の精神疾患の早期発見、早期治療に取り組むことにより自殺死亡率を引き下げることができるとされている。

自殺防止対策基本法(平成20年10月31日自殺総合対策大綱決定)

- ◆うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進を図るため、適切な精神科医療を受けられるようにするための施策が明記されている。
『うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う。』

自死遺族からの聞き取り調査によると自殺既遂者の23%に、死亡1年前にアルコールのために仕事に支障が出たり、家族を心配させたり、内科疾患を呈するといった現象が認められました。

[自殺予防総合対策センター]

4

アルコール依存症の診断

アルコール依存症の診断(ICD-10)

[下記の6項目中3個以上あてはまると診断]

- ① 飲酒への強い欲望又は強迫感
- ② 飲酒開始、飲酒終了、飲酒量のどれかのコントロール障害
- ③ アルコールを中止または減量した時の離脱症状
- ④ 耐性の証拠
- ⑤ 飲酒のために他の楽しみや趣味を次第に無視するようになり、飲んでいて時間が多くなったり、酔いが醒めるのに時間を要するようになる。
- ⑥ 明らかに有害な結果が起きているのに、アルコールを飲む。

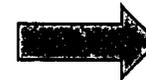
5

アルコール依存症の専門的治療の実施体制

- ◆アルコール依存症は、うつ病や統合失調症とは異なる難治性疾患。
- ◆アルコール依存症の治療は、薬物療法と個人精神療法が主体のうつ病や統合失調症などとは異なり、精神科だけでなく、内科診療が必要。
また、薬物療法、個人精神療法に加えて、様々な集団精神療法、認知行動療法、酒害教育、作業療法、家族への教育など専門知識を持った専門家が多数係わる治療が必要。
- ◆このため、毎日の治療プログラムの実施には、次の専門的体制を整え実施。
 - 専門病棟の確保
 - 専従の精神科医1名に加え、内科医1名が常駐(日勤帯)
 - 専門的な知識と技術を有する作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士のうち、2名以上が常駐(日勤帯)
 - 病棟看護師も、専門的な知識と技術を有する職員であることが必要。

＜専門的な知識と技術を有する職員＞

アルコール医療に関する診断基準、治療・看護方法、関連問題(社会的問題や家族教育)などについて適切な研修(*)を修了した医師、看護職員、作業療法士など
*「アルコール依存症臨床医等研修」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課主催



これらの取組により、退院1年後、約50%の患者が断酒に成功
[久里浜アルコール症センター調査]

6

アルコール依存症の専門的治療

- ◆アルコール依存症の治療は、『断酒の継続』を目指すもの
- ◆そのため、次の治療の実施が必要
 - ① 離脱症状及び精神・身体合併症の治療を行う「解毒治療」(入院後約1月間)
 - ② 断酒継続及び社会復帰に向けての治療を行う「リハビリ治療」(解毒治療後約2月間)
- ◆退院後も「断酒」を継続していくため、「リハビリ治療」が特に重要。

＜リハビリ治療の具体的内容＞

※)平成20年度から、法務省矯正局において、飲酒運転事犯受刑者に対する治療として採用されている。

- リハビリ治療は、断酒の継続と規則正しい日常生活を取り戻すための専門的治療プログラムを用いて実施。
- 当該治療プログラムは、解毒治療後約2月間をかけ、1週間毎に次の目的を達成することが必要。
 - 1週目: 治療プログラムを理解し、病棟生活に慣れる。認知行動療法を理解する。
 - 2週目: 自分の飲酒問題を確認し、整理する。
 - 3週目: 飲酒問題があったにもかかわらず、なぜ飲酒を続けたのかを理解する。
 - 4週目: お酒に対する考え方が適切かどうかを理解する。
 - 5週目: 断酒のための心構えをつくる。
 - 6週目: 様々な場面での再飲酒を防ぐ方法を考える。
 - 7週目: 断酒のための具体的な方法を考える。
 - 8週目: これまでの振り返りを行い、今後の方向性を決定。
- 目的を達成するための治療方法は、次のものを組み合わせて毎日(午前・午後)実施。
 - ・依存症の原因、症状、治療方法、回復方法などに関する教育を行う。
 - ・断酒の必要性について動機付けを行う。
 - ・患者が規則正しい日常生活を送ることが出来るように1日のプログラム(ミーティング、勉強会、運動療法、生活・作業療法、レクリエーション療法など)をたて生活訓練を行う。
 - ・断酒を目的とした認知行動療法などを行う。
 - ・家族や職場関係者等への治療的アプローチと環境調整を行う。
 - ・外泊など社会復帰のための訓練を行う。
 - ・治療内容の評価を多職種で行い、診療録に治療の内容と評価結果を記載する。

7

アルコール依存症の専門的治療の必要性

精神保険医療福祉の更なる改革に向けて

今後の精神保険医療福祉のあり方等に関する検討会報告書(平成21年9月24日)

現状と課題

●これまでのアルコール対策は、依存症に対する治療的な視点が乏しく、対策が十分に行われず、依存症の患者が治療・支援を受けにくい状況が生み出されていると指摘されている。

●依存症治療においては、医療、リハビリ施設、自助グループ等の様々な試みが行われているが、それらの役割等が不明確であるという指摘がある。

今後の取組

依存症患者の回復に向けた支援について、以下のような観点を踏まえた総合的な取組を強化すべきである。

・依存症が疾病であるという視点を持って、依存症知識の普及・啓発や、患者の治療・支援に当たるべきである。

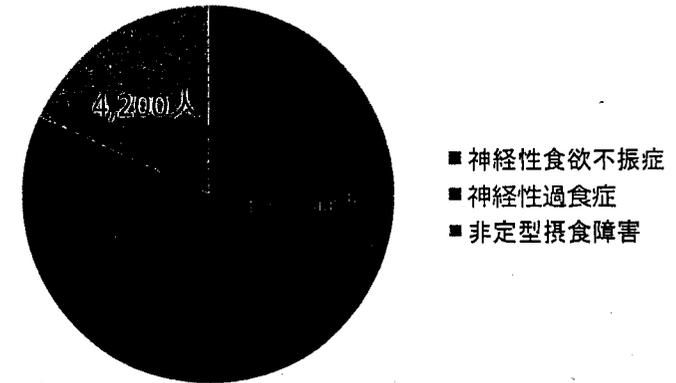
・依存症患者の回復のための支援について、医療、リハビリ施設、自助グループ等の取組を踏まえ、効果を検証しつつ、役割を明確化して普及を図るべきである。

・依存症に対する医療の機能強化を図るとともに依存症のリハビリ施設や自助グループがより効果的に活動できるよう、その支援のあり方について検討すべきである。

II 摂食障害

摂食障害の推定患者数

摂食障害の患者は、年間約2万3千人と推定され、中でも神経性食欲不振症(いわゆる拒食症)が半数以上を占める。

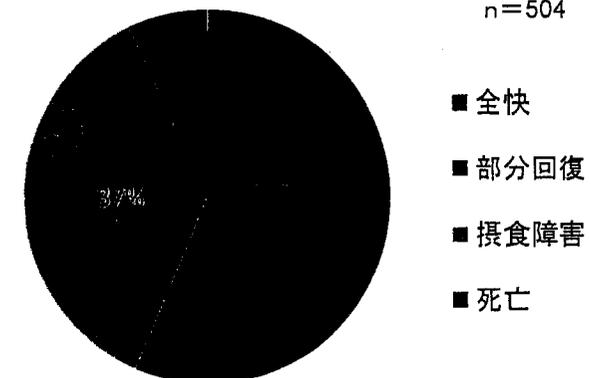


平成10年厚生省特定疾患中枢性摂食異常症調査研究班調査より

摂食障害の転帰

治療開始後4年以上経過した患者の追跡調査では、半数以上が「全快」又は「部分回復」したが、一方で、7%で「死亡」していた。

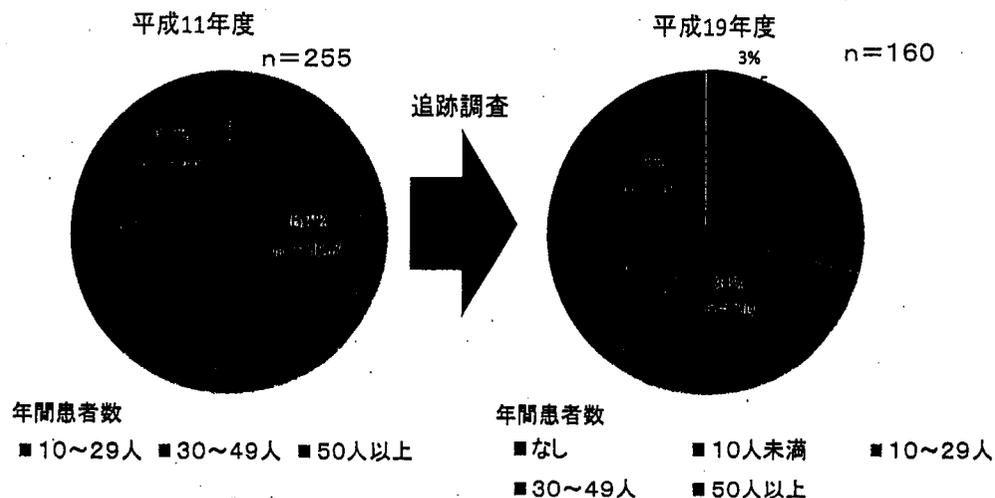
治療開始後4年以上の患者の転帰



平成13年度厚生省精神・神経疾患研究委託
摂食障害の治療状況・予後等に関する調査研究報告書より

専門医療機関での年間診療患者数

摂食障害の患者を受け入れる専門医療機関が減少している。



平成20年厚生省精神・神経疾患研究委託 摂食障害の疫学、病態と診断、治療法、転帰に関する総合的研究班報告書より 12

Ⅲ 強度行動障害をともなう 知的障害・発達障害

「強度行動障害児(者)」の行動障害

知的障害・発達障害児(者)の中でも、

特に行動障害が激しい『強度行動障害基準(*)』を満たす者は、

- 頭部が変形に至るまで自分を叩く。
- 自分で爪をはがす。
- 食事の詰め込み、破衣・脱衣により窒息死する。
- 糞食やトイレの水を飲む。
- 入浴時の多動による転倒・外傷・溺水

などの行動障害が突発的に発生する

(*)『強度行動障害基準』とは。

知的障害児施設で行動障害が強いケースへの対応を補完するために創設された、「強度行動障害特別処遇加算費」が給付される児の基準

強度行動障害児(者)

昭和38年 重症心身障害児施設 誕生

○重症児の定義

身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童

○重症心身障害児施設の入所対象者

- ① 高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり、精神薄弱を伴うもの。ただし、盲またはろうあのみと精神薄弱が合併したものを除く。
- ② 重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重度の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの
- ③ リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不適当と考えられるもの

昭和42年 児童福祉法改正

○重症児の定義

重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童

○強度行動障害児(者)

- ① 精神薄弱であつて著しい行動異常を有するもの
- ② 精神薄弱以外の精神障害であつて著しい行動異常を有するものとし、精神薄弱施設重度棟及び重症児施設においてもその保護指導がきわめて困難であるもの

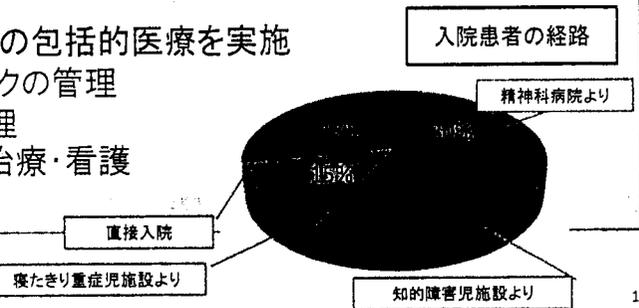
[昭和45年12月 中央児童福祉審議会答申]

「強度行動障害児(者)」を受け入れる病棟の役割

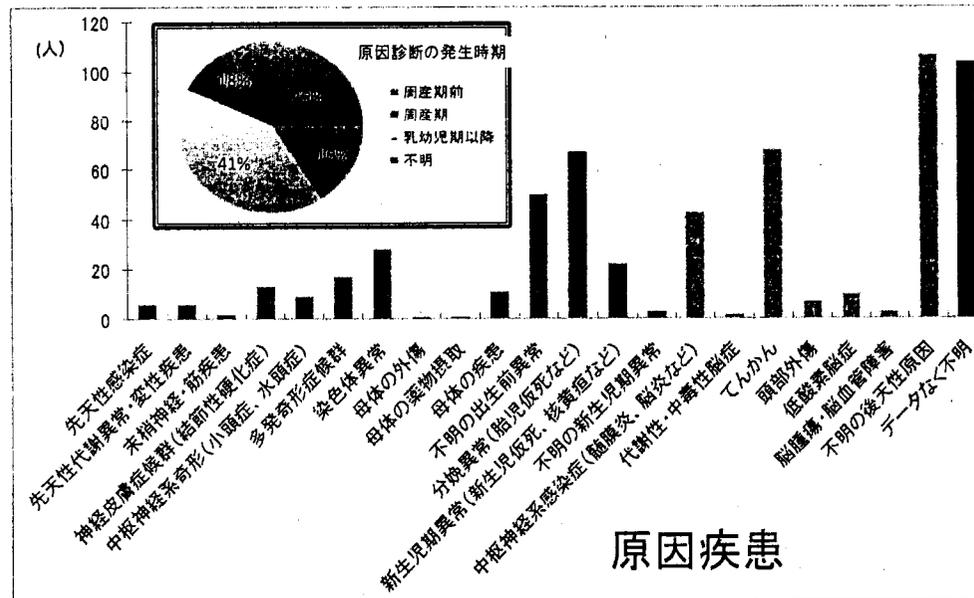
「強度行動障害児病棟」では

- ◇ 「強度行動障害基準」を満たす児(者)のうちでも、「知的障害児施設」では対応困難な、知的障害・発達障害児(者)であり、
 - ・ 継続的・重点的な精神治療・薬物治療の必要な患者
 - ・ 常時継続して医療が必要な身体合併症を有する患者
 などを受け入れ
- ◇ 「一般精神科病院」では実施できない、
 - ・ 発達レベルに応じた療育
- ◇ 「強度行動障害」への包括的医療を実施
 - ・ 身体合併症リスクの管理
 - ・ 生命リスクの管理
 - ・ 精神科的専門治療・看護

※)実際には、「強度行動障害児病棟」が満床であるため、一般精神病棟の保護室や閉鎖病棟にいる患者も存在



「強度行動障害児(者)病棟」の患者像(2)



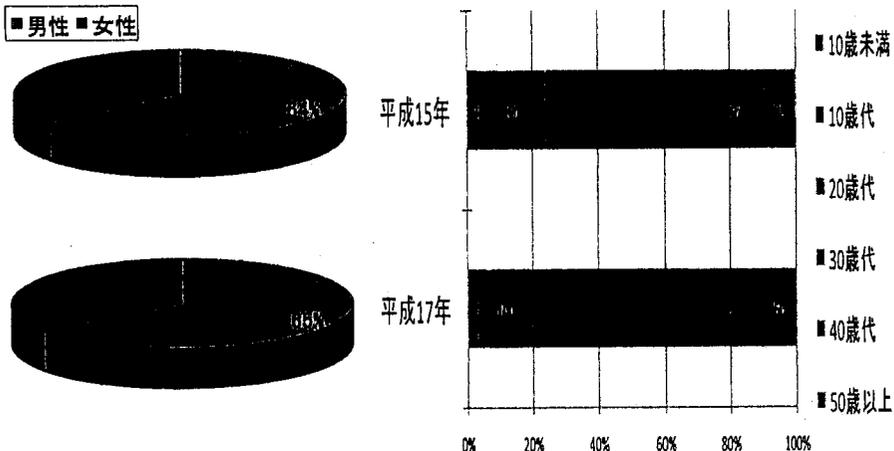
原因診断の発生時期と原因疾患(平成15年、8病院581名)

「強度行動障害児(者)病棟」の患者像(1)

8病院581名

男女比

年齢分布



(會田千重、平野誠:国立病院機構8施設の動・重症児(者)病棟入院患者の状態像と合併症;日本重症心身障害学会誌, 2006)

「強度行動障害児病棟」の患者に対する医療提供の困難性

患者からの自覚症状の訴えがほぼ無い状況

その中で、「身体合併症の早期発見」、「身体合併症重症化予防」のため、各職種が連携して、常に、臨床症状・日常との些細な状態変化の観察が必要

更に、こんな困難性が。

採血	数人での施行や拘束・鎮静下での施行が必要
レントゲン	必ず側に付き添っての施行が必要 吸気不十分や立位での撮影困難など撮影条件が悪い
脳波・CT	鎮静が必要
MRI	鎮静が不可欠、鎮静不十分だと撮影困難
点滴・鼻注	拘束が必要
吸入・吸引	抵抗が強い(拘束が必要)
外傷部・縫合部の保護等	他患によるガーゼ異食や自己・他患による縫合糸抜去の危険あり、治癒するまで拘束や隔離が必要 また、身体合併症を有する患者について、検査及び処置等のために隔離が必要な場合もある。

拘束	・拘束中は、常時臨床的観察を行い、適切な医療・保護の確保が必要(医師の同行)
鎮静	・採血は、採血前にあらかじめ鎮静睡眠薬を内服させる場合もあり、 ・脳波は施行時間が長く器具装着への拒否が強いと不可能、また、CT、MRIについては、全く動かない状態でないと実施できないため、鎮静睡眠薬の内服や、静脈麻酔薬の注射が必要。
隔離	・隔離を行っている間は、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の確保が必要 ・医師は、原則として少なくとも毎日1回の診察を実施

1 看護師等による常態的な臨床観察

2 「1」に加え、患者特性に応じた個別的治療

- チームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施しつつ、「行動障害に対する専門医療」及び「合併症に対する治療」の実施が必要
- 多くの医療従事者が必要

- ・多面的な治療を計画的に提供するため、精神科医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種専門性を生かした診療計画を立案
- ・当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を行い、診療録に記載
- ・患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。