

精神医療について

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

精神保健医療福祉の改革については、平成16年9月に、概ね10年間の精神保健医療福祉改革の具体的な方向性を明らかにする「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がとりまとめられた。「改革ビジョン」においては「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられ、これまで、障害者自立支援法の制定や累次の診療報酬改定など、その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開されてきた。

改革ビジョンが本年9月にその中間点を迎えることを踏まえ、その後期5か年の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療福祉の更なる改革の具体像を提示することを目的として、平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が取りまとめられた（参考資料P1～8）

本報告書においては、「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念の推進、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会、精神保険医療福祉の改革を更に加速することとされた。

第1 地域生活への移行支援による長期入院の解消

1 現状と課題

(1) 精神病床における年間新規入院患者数は、平成14年に33.2万人であったものが、平成15年では35.6万人(前年比2.4万人(7%)増)、平成16年では37.8万人(前年比2.2万人(6%)増)と、年々増加している。一方、精神病床の平均在院日数は短縮しており、平成18年には320日と、平成元年に比べ約180日短くなっている(参考資料P9~12)。

(2) 入院期間1年以上の患者は入院患者全体の65%を占めているが、退院患者のうち、在院期間が1年以上で退院した患者の割合は約13%であり、そのうち転院や死亡による退院は約60%となっている。同様に、在院期間が5年以上で退院した患者の割合は4%にとどまり、そのうち転院や死亡による退院は70%以上となっており、入院期間が長期化するほど、転院や死亡による退院の割合が高くなっている(参考資料P13~16)。

(3) 障害者自立支援法の下で、精神障害者に対する障害福祉サービス量は平成19年11月と比べると約4割増加(旧体系サービス等からの移行分を含む。)し、身近な地域における住まいの場の確保、生活の訓練や就労に向けた訓練、教育支援、就労の場の支援等が行われている(参考資料P17~19)。

2 現行の診療報酬上の評価

(1) 平成20年度診療報酬改定において、入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設した。

1011 精神科退院指導料 320点
精神科地域移行支援加算 200点(退院時1回)

新

(2) また、当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設した。

A230-2 精神科地域移行実施加算 5点(1日につき)

【算定要件】

- 1 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- 2 目標値を達成した場合に、1年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は1年間で終了とする
- 3 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする等

新

(3) 更に、地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とした。

改定前	平成20年度改定後
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 550点	1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ) 575点

改

(4) 精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として精神科デイ・ケアが評価されている。

1009 精神科デイ・ケア（1日につき）	
1 小規模なもの	550点
2 大規模なもの	660点
治療の一環として食事が提供された場合、48点を加算	

【算定件数】平成20年6月審査分

精神科デイ・ケア 小規模	11,690
精神科デイ・ケア 大規模	39,907
精神科ナイト・ケア	1,599
重度認知症患者デイ・ケア料	9,563
精神科デイ・ケア、ナイト・ケア 重度認知症患者デイ・ケア 食事1食加算	56,906

3 論点

- (1) 長期入院患者等が円滑に地域移行するための更なる支援について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (2) 地域における精神障害者の支援について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神科デイ・ケア等の診療報酬上の評価についてどう考えるか。

第2 患者の病態や治療内容に応じた評価

1 現状と課題

(1) 薬物療法以外の専門的な精神療法は重要であり、薬物療法と比較しても効果が明らかになりつつあるものもある。しかし、その実践のために技術を習得する方法が必ずしも明確でないなど、普及が進んでいない（参考資料P20, 21）。

(2) 我が国においては、抗精神病薬を用いた治療において、多剤・大量投与、過少量の投与、依存性薬物の不適切な長期処方等が見られているが、その有効性等を懸念する指摘がある。

特に抗精神病薬の多剤・大量投与は、単剤投与と比較した有効性が明らかでない一方で、副作用のリスクが高まるとされているが、我が国では依然として諸外国よりも頻繁に実施されている（参考資料P22）。

(3) 精神病床においては、同一病棟であっても様々な状態像の患者が入院しているが、個々の患者の精神症状等の状態像やケアに要する手間等による評価体系になっていない（参考資料P23）。

2 現行の診療報酬上の評価

(1) 平成20年度診療報酬改定において、通院精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定することとし、30分を超えた場合については評価を引き上げた。なお、平成18年度改定時と同様に、病院と診療所の評価の格差をさらに是正するため、診療所の評価を引き下げた。

改定前	平成20年度改定後
1002 通院・在宅精神療法 (1回につき)	1002 通院・在宅精神療法 (1回につき)
1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する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 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合 330点	イ 病院の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 330点
ロ 診療所の場合 360点	ロ 診療所の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 350点

改

- (2) また、統合失調症患者に対して、療養上必要な指導を行った上で非定型抗精神病薬による治療を行った場合について、精神科救急入院料等の特定入院料の加算として評価している。

計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、療養上必要な指導を行った場合、以下の特定入院料において1日につき10点を加算

- A311 精神科救急入院料
 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料
 A311-3 精神科救急・合併症入院料
 A312 精神療養病棟入院料

- (3) 長期にわたり療養が必要な精神障害者が入院する病棟について、精神療養病棟入院料が設定されている。

A312 精神科療養病棟入院料 (1日につき) 1,090点

- (4) 児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を引き上げるとともに、治療室単位での算定も可能となるよう、算定要件を緩和した。

改

改定前	平成20年度改定後
A231 児童・思春期精神科入院医学管理加算 (1日につき) 350点	A231 児童・思春期精神科入院医学管理加算 (1日につき) 650点

3 論点

- (1) 精神科専門療法について、薬物治療と比較しても効果が明らかでない認知行動療法等について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (2) 患者の病態に応じた抗精神病薬の適切な選択について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (3) 児童・思春期における発達障害や長期にわたり療養が必要な患者など、患者の状態像に応じた入院医療の診療報酬上の評価についてどう考えるか。

第3 急性期医療の評価

1 現状と課題

- (1) 精神・身体合併症を有する救急患者への適切な医療体制を確保することが重要であるが、精神科救急と一般救急との連携が十分ではなく、特に身体合併症を有する精神疾患患者の診療体制の確保が困難となっており、救急搬送においても、精神疾患を有する患者の医療機関への受入体制の確保が課題となっている(参考資料P24~26)。

- (2) 精神病床入院患者の約14%が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有しており、統合失調症患者についてみると、その割合は10.5%となっており、65歳以上では約16%となっている。また、認知症患者については、高齢者が多いことから約25%となっている。(参考資料P27~29)

精神科患者の高齢化が進む中で、今後、精神・身体合併症に対応する機能を更に確保していくことが課題となっている。

- (3) 身体疾患を有する精神疾患患者の入院については、精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する総合病院精神科等が担っているが、精神科医の不足等により、施設数、病床数ともに減少している(参考資料P30)。

2 現行の診療報酬上の評価

- (1) 平成20年度診療報酬改定において、精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、精神科救急入院料の時間外、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を行った。また、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は評価を引き上げた。

改定前	平成20年度改定後
A311 精神科救急入院料(1日につき)	A311 精神科救急入院料1(1日につき)
1 30日以内の期間 3,200点	1 30日以内の期間 3,431点
2 31日以上期間 2,800点	2 31日以上期間 3,031点
	精神科救急入院料2(1日につき)
	1 30日以内の期間 3,231点
	2 31日以上期間 2,831点

改

【算定要件】

	改定前	平成 20 年度改定後
在宅へ移行する患者の割合	新規患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、在宅へ移行すること	【精神科救急入院料 1】 新規患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、在宅へ移行すること 【精神科救急入院料 2】 新規患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、在宅へ移行すること
精神科救急医療体制	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間 200 件以上であること。 イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間 200 件以上、又は指定された地域における人口万対 2.5 件以上であること イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

また、新規入院患者や急性増悪した患者の治療を行う病棟として、精神科急性期治療病棟入院料が設定されている。

A 311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- 1 精神科急性期治療病棟入院料 1
 - イ 30 日以内の期間 1,900 点
 - ロ 31 日以上期間 1,600 点
- 1 精神科急性期治療病棟入院料 2
 - イ 30 日以内の期間 1,800 点
 - ロ 31 日以上期間 1,500 点

(2) いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設した。

A 311-3 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

- 1 30 日以内の期間 3,431 点
- 2 31 日以上期間 3,031 点

(3) 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の 7 日間における加算を創設した。

A230-3 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300 点（1日につき）
- (2) 精神科病棟入院基本料（10 対 1、15 対 1）、特定機能病院入院基本料（7 対 1、10 対 1、15 対 1（精神科病棟に限る。））を算定している患者の場合 200 点（1日につき）

新

3 論点

- (1) 救急搬送の受入体制の確保が課題となっている精神科救急を担う医療機関について、診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (2) 身体合併症を有する精神疾患患者への診療体制を確保する観点から、精神・身体合併症への診療機能等の総合的な機能を有する病床に対する診療報酬上の評価についてどう考えるか。