


中医協 総-4-2

23.5.18

# 精神科医療について

# 平成22年診療報酬改定の結果検証に係る 特別調査(平成23年度調査)の実施について

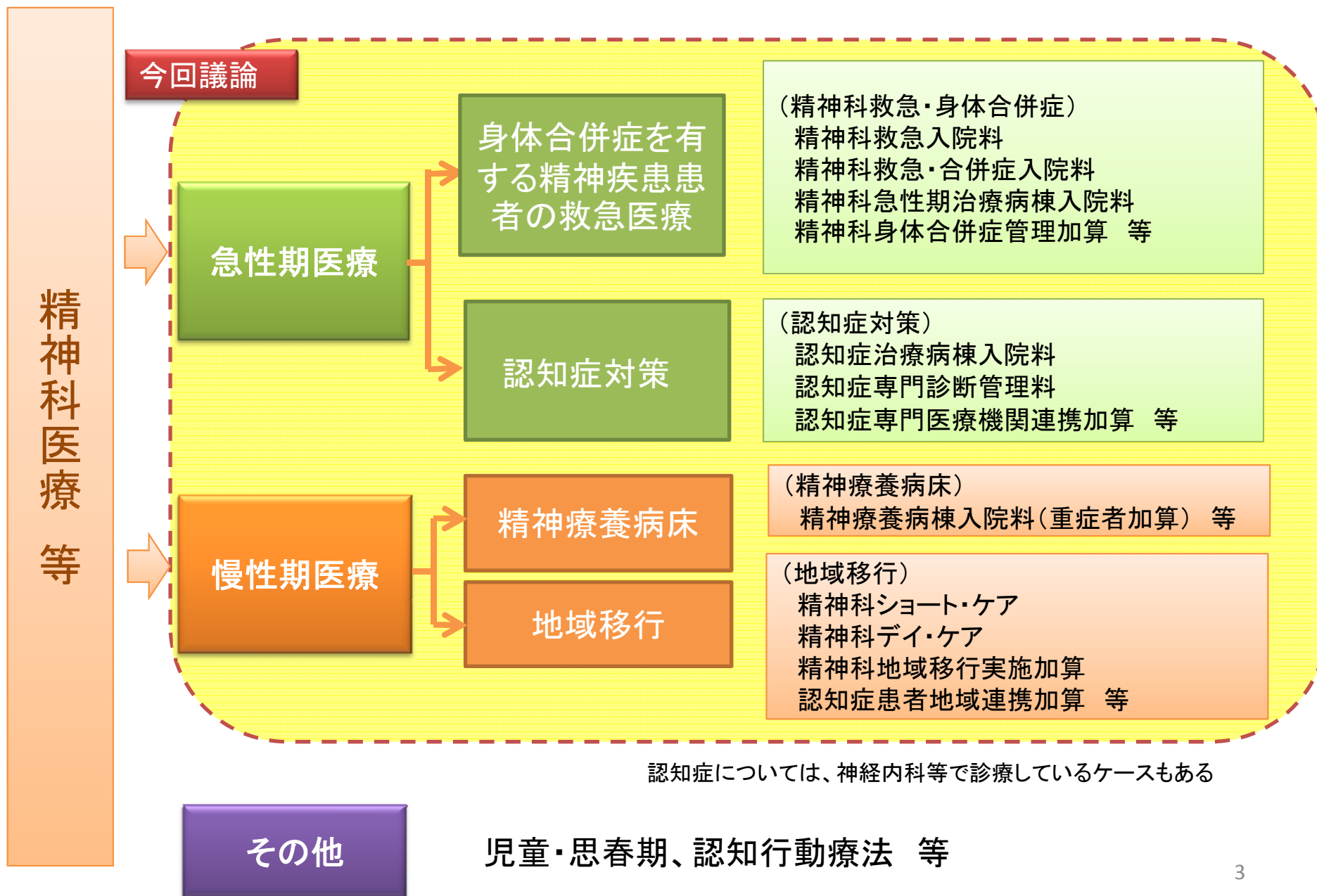
## 調査項目

- (1) 病院勤務医の負担の軽減の状況調査
  - ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇改善に係る措置の影響調査
  - ・チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化の状況調査
- (2) 精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査** → 
- (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況調査
- (4) 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査
- (5) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- (6) 後発医薬品の使用状況調査



平成22年度診療報酬改定の結果検証項目について、優先的に議論

# 精神科医療に係る診療報酬上の主な課題

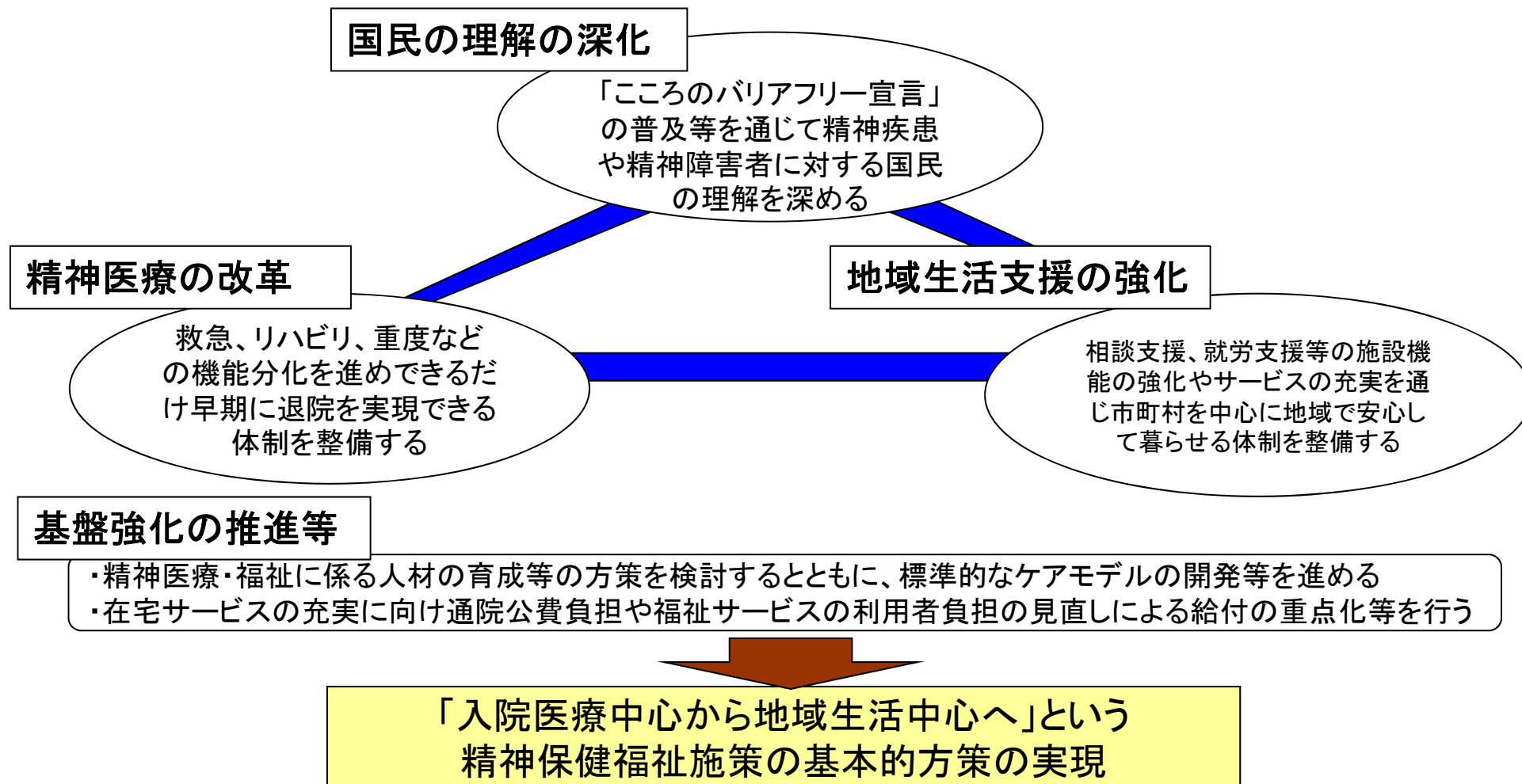


# 精神保健医療改革への取組状況

# 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

※平成16年9月 精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）決定

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、国民の理解の深化、精神医療の改革、地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

# 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～  
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、  
後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」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
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

## 精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充
- 人員の充実等による医療の質の向上

## 精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

## 地域生活支援体制の強化

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

## 普及啓発の重点的实施

### 目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

# 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成21年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、昨年5月に、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置。(主担当:厚生労働大臣政務官)

## ○第1R:平成22年5月～6月 アウトリーチ支援

→平成23年度予算編成での具体化を目指し、アウトリーチ体制の具体化など地域精神保健医療体制の整備に関する検討を実施(4回議論)

## ○第2R:平成22年9月～ 認知症と精神医療

→平成22年12月に中間とりまとめ

→今春(5月)より、診療報酬改定を見据え、中間とりまとめの内容を具体化等するため、夏までをめぐりに検討を再開する。

## ○第3R:平成22年10月～ 保護者制度と入院制度

→平成23年1月より、「作業チーム」を設置し、具体的な論点整理に着手。

→2月の「検討チーム」で、現行の保護者に課せられる義務規定は原則存置しないとの方向性について確認、今後は、義務規定削除後の代替措置について検討を進める予定。

# 身体合併症を有する 精神疾患患者の救急医療について

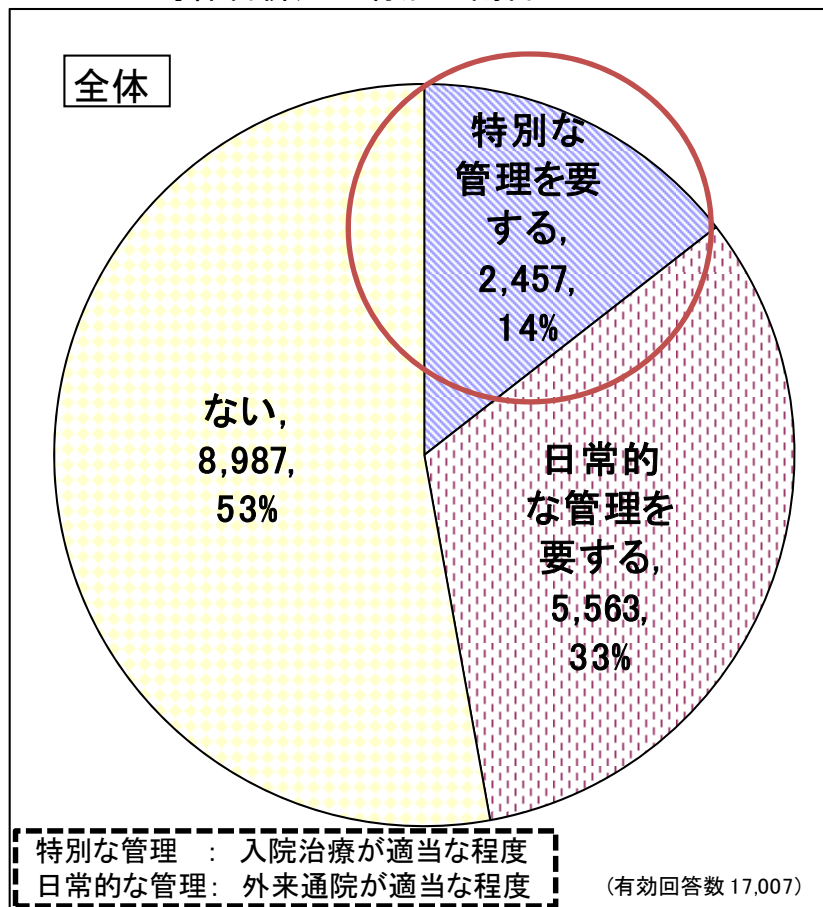


## 精神科救急医療施設の利用状況

	平成17年度	平成21年度
精神科救急医療圏域数	145	147
精神科救急医療施設数	1,084	1,075
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	129,513
夜間・休日の受診件数	30,243	42,624
夜間・休日の入院件数	12,096	15,535

# 精神科医療における身体合併症について

## ① 精神病床に入院中の患者における身体合併症の有無の割合



## ② 救命救急センター入院患者における精神疾患患者及び身体・精神共に入院治療が必要な者の割合

救命救急センター入院患者の12.3%に精神医療の必要性があり、そのうち18.5% (全体の2.2%)が身体・精神共に入院治療が必要

※ H18.11.1-H19.1.31における調査、東京都内及び近郊の救命救急センター8箇所で実施、全入院件数3,089件

## ③ 有床精神科総合病院における身体・精神共に入院治療が必要な者の割合

身体疾患、精神疾患共に入院水準の患者の発生(年間): 人口10万対25

※東京都の有床精神科総合病院における2ヶ月の調査より推定

### 【出典】

①「精神病床の利用状況に関する調査」より平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究

②平成18年度厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者;保坂隆 分担研究者;本間正人

③平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」主任研究者;黒澤尚 分担研究者;八田耕太郎

# 精神科救急医療体制整備事業

**【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

**【実施主体】** 都道府県・指定都市

**【補助率】** 1/2

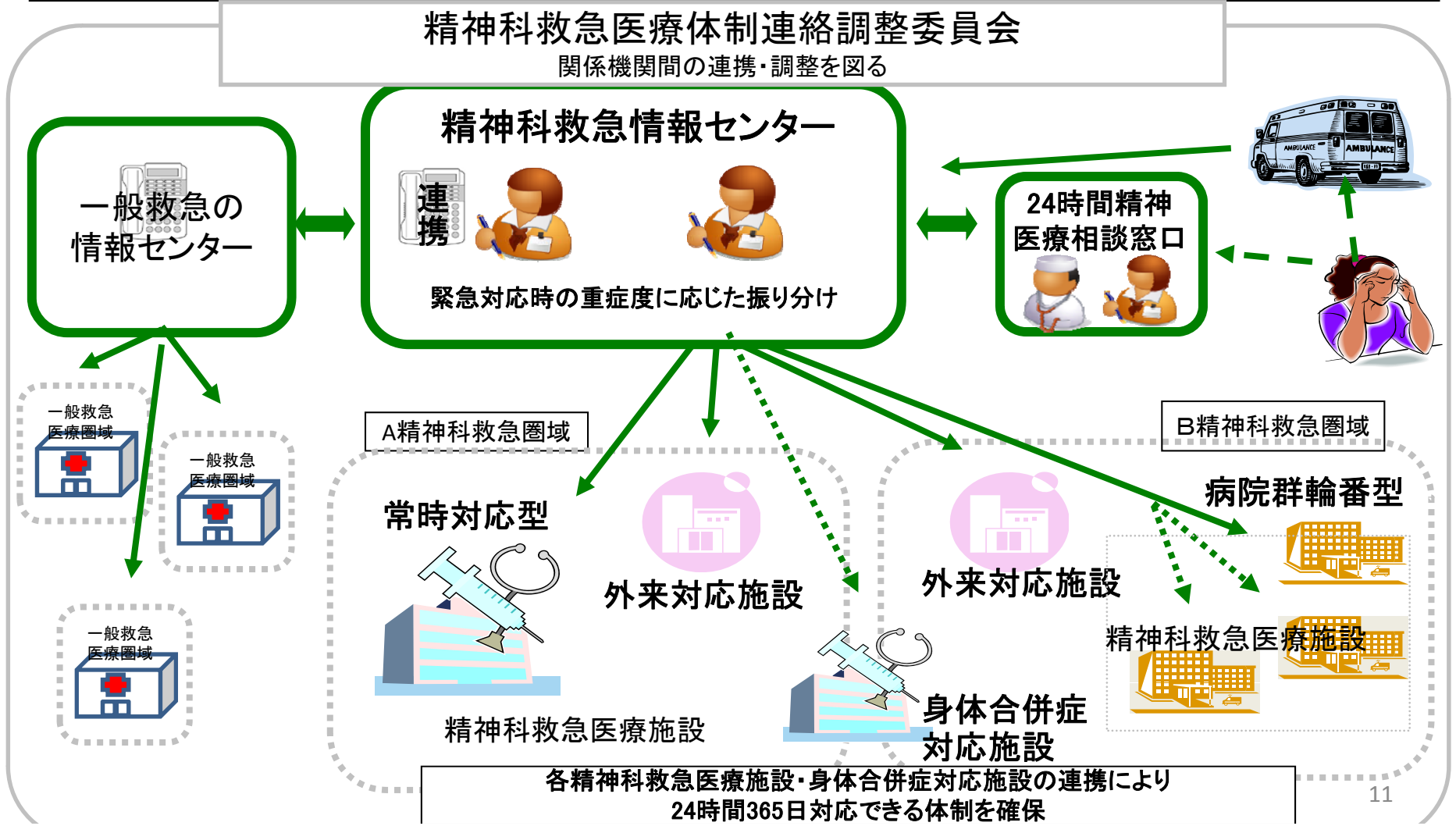
**【事業内容】**

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会
- 精神科救急情報センターの設置、24時間精神医療相談
- 精神科救急医療確保事業、身体合併症救急医療確保事業

**平成23年度予算 18億円**

- 身体合併症対応施設について、対応する精神科医師の「常勤」という条件を削除。
- 身体合併症等後方搬送事業について、これまで「精神疾患の初期治療後の患者について転送を行う場合」と規定していたものを、精神疾患又は身体合併症等のいずれの治療後でも転送を行う場合に補助対象を拡大した。

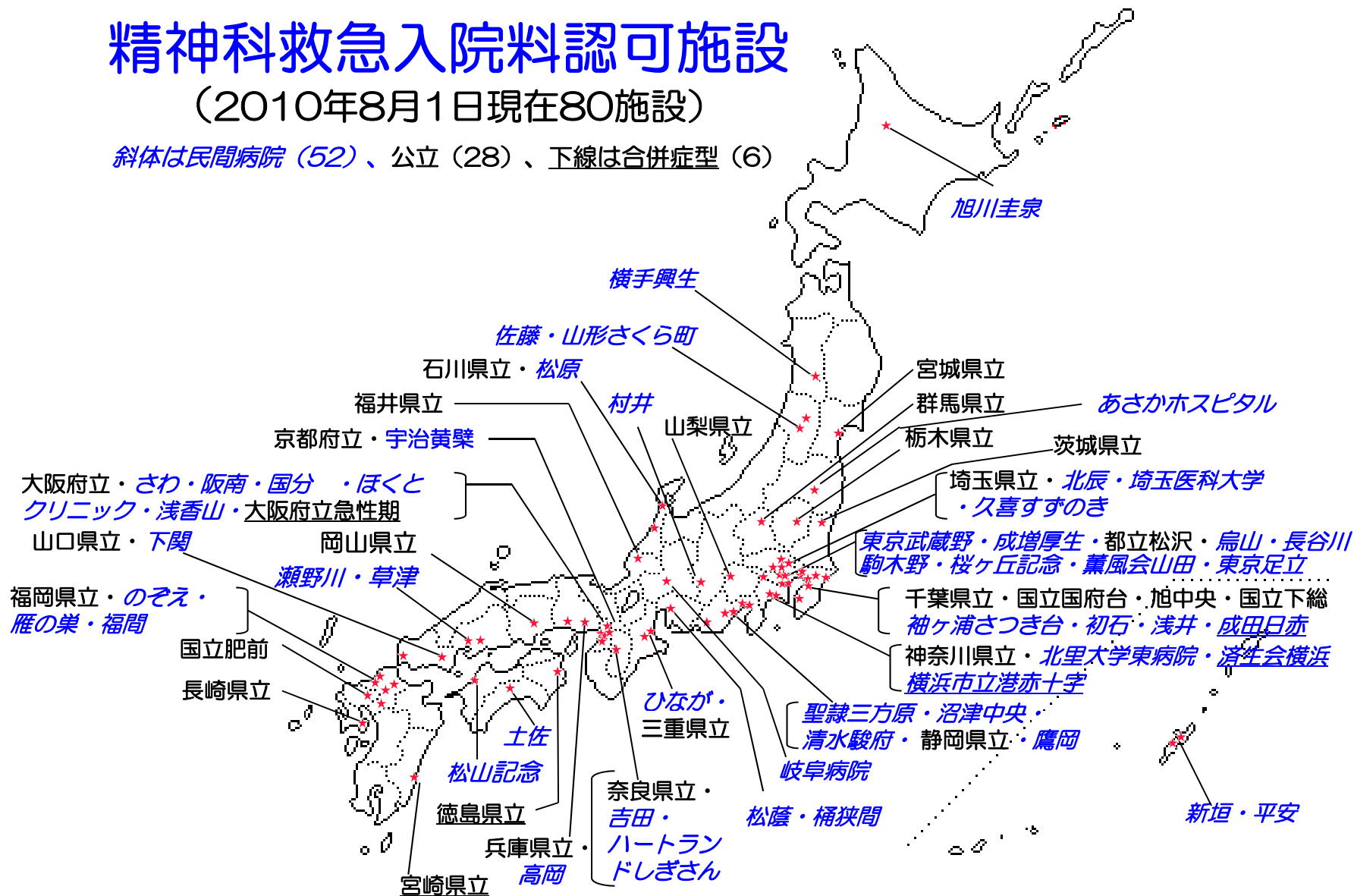
**→救急搬送、身体合併症患者への対応強化**



# 精神科救急入院料認可施設

(2010年8月1日現在80施設)

斜体は民間病院 (52)、公立 (28)、下線は合併症型 (6)



# 精神科救急に係る診療報酬と主な要件（平成22年度～）

	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人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・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	・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・緊急措置入院患者 ・3か月以内に医療観察法入院を除き、精神病棟に入院したことがない患者	3,451点 (～30日) 3,031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		3,251点 (～30日) 2,831点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・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	・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・緊急措置入院患者 ・3か月以内に医療観察法入院を除き、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	3,451点 (～30日) 3,031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人 病院常勤2人	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人	・隔離室を有する	・当該病棟は全病床の2割以下(300床以下の場合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か月以内に医療観察法入院を除き、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	1,920点 (～30日) 1,600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人				1,820点 (～30日) 1,500点 (31日～)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている		精神科救急入院料(10:1、13:1及び15:1) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) 精神科急性期治療病棟入院料 及び 認知症病棟入院料 のいずれかを算定する患者		350点	

# 精神科急性期医療の評価の充実について①

## 精神科急性期の特定入院料の引き上げ① (平成22年度診療報酬改定)

- 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

### 精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点

### 精神科救急入院料2

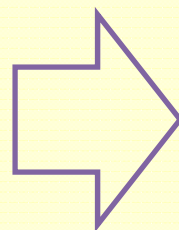
イ 30日以内の期間 3,231点

ロ 31日以上期間 2,831点

### 精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,431点

ロ 31日以上期間 3,031点



### 精神科救急入院料1

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

### 精神科救急入院料2

イ 30日以内の期間 3,251点

ロ 31日以上期間 2,831点

### 精神科救急・合併症入院料

イ 30日以内の期間 3,451点

ロ 31日以上期間 3,031点

## 精神入院医療の充実

身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算 300点 / 200点 → 350点

## 精神科急性期医療の評価の充実について②

### 精神科急性期の特定入院料の引き上げ② (平成22年度診療報酬改定)

- 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

#### 精神科急性期治療病棟入院料1

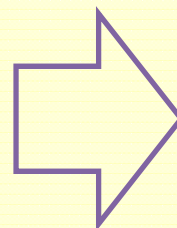
イ 30日以内の期間 1,900点

ロ 31日以上期間 1,600点

#### 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



#### 精神科急性期治療病棟入院料1

イ 30日以内の期間 1,920点

ロ 31日以上期間 1,600点

#### 精神科急性期治療病棟入院料2

イ 30日以内の期間 1,820点

ロ 31日以上期間 1,500点

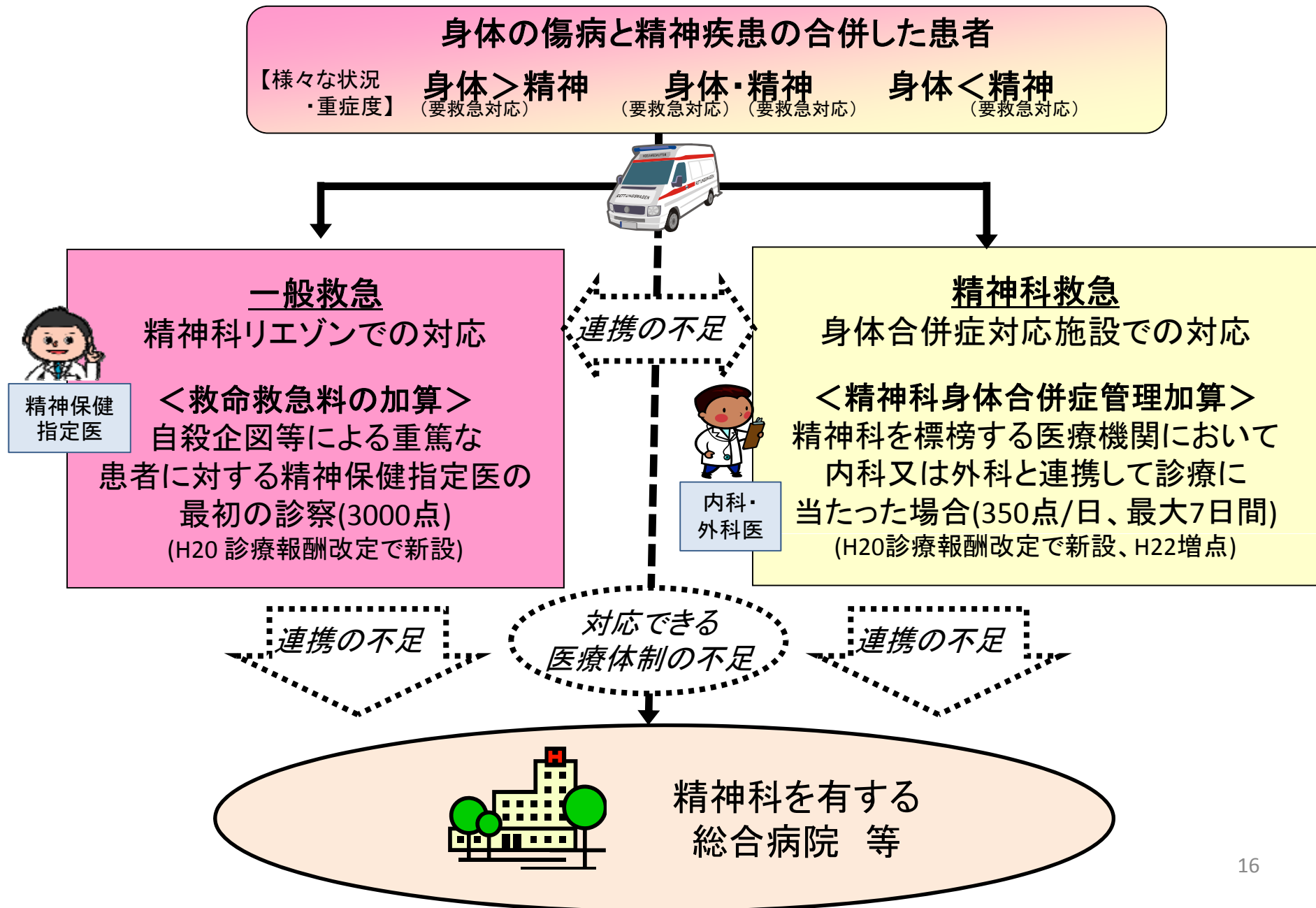
〔算定要件等〕

当該病院の全病床数の7割以上  
又は200床以上が精神病床である  
若しくは特定機能病院である。

〔算定要件等〕

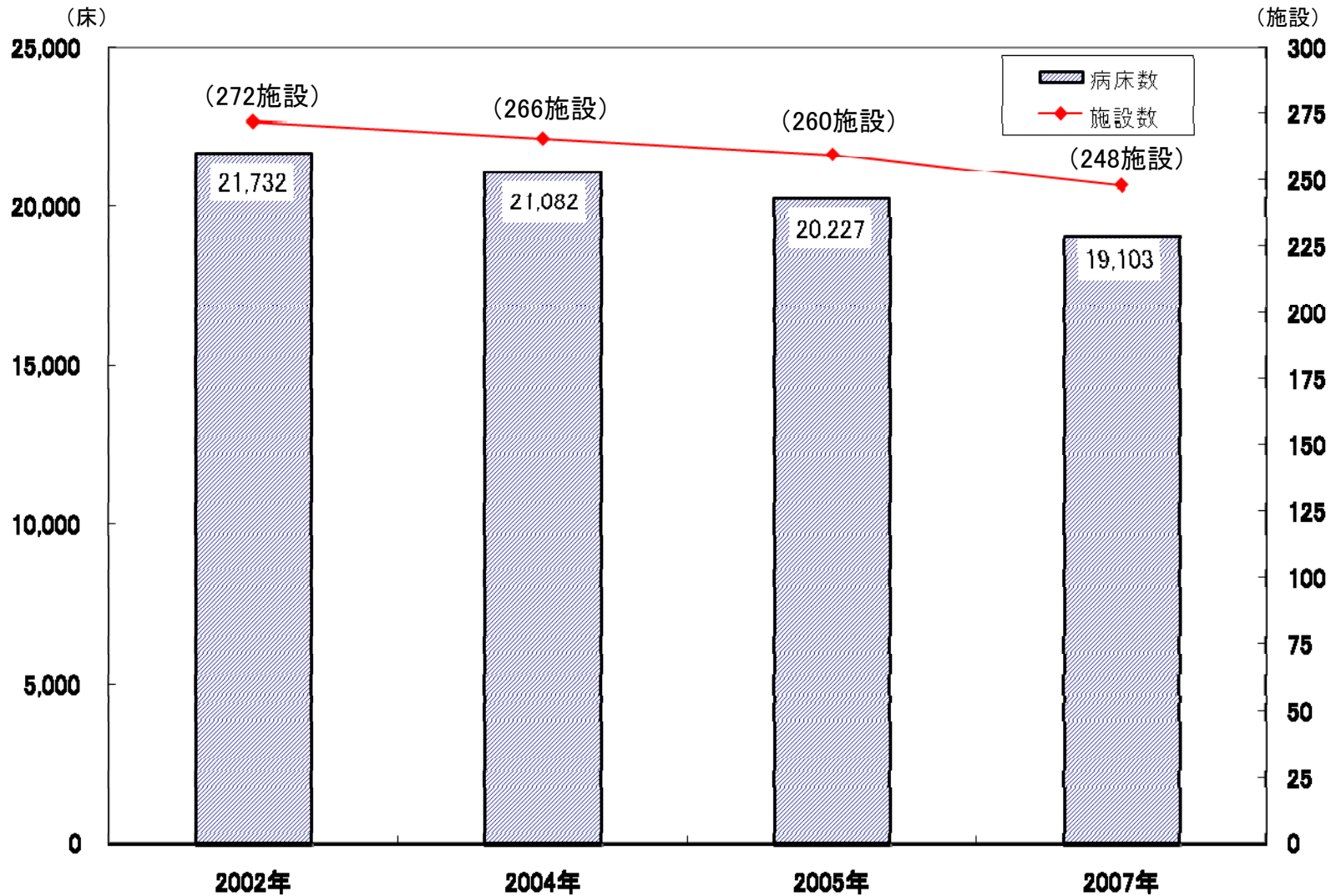
(削除)

# 一般救急と精神科救急の連携における主な課題





# 総合病院精神科病床の減少

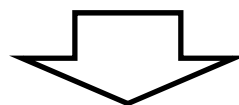


2007年の病床数は2002年の92.1%に減少  
2007年の施設数は2002年の91.2%に減少

(総合病院基礎調査などから算出)

## 身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療の 課題と今後の方向性

精神疾患患者の救急搬送の受入体制について、身体疾患を合併する精神疾患患者の診療体制及び受け入れ先の確保が課題となっている



### 【今後の方向性】

- 身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状を把握することが必要ではないか

# 認知症対策

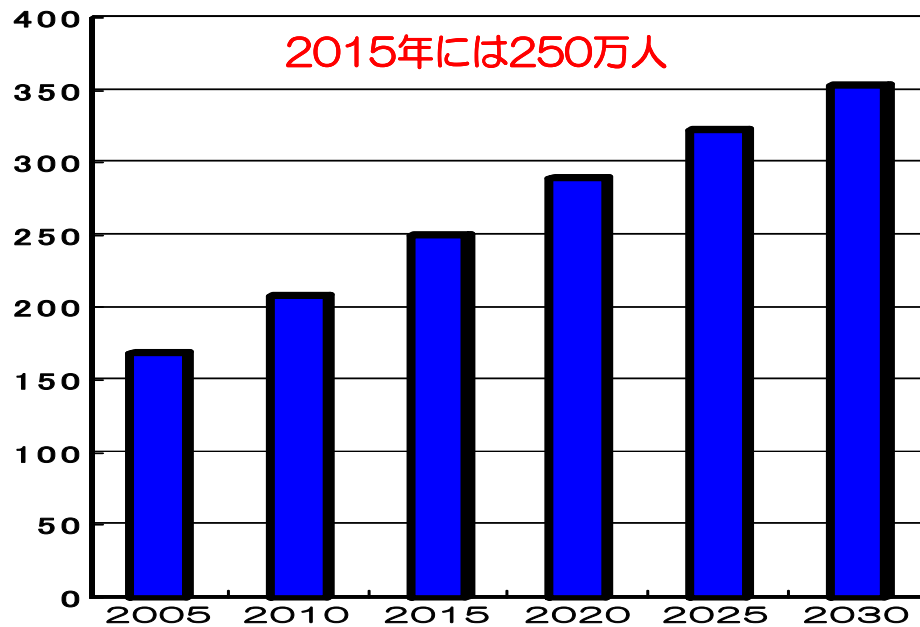
認知症に必要な医療の提供について

# 高齢者の増加と認知症疾患患者

## 介護領域からの推計

### 自立度 以上の認知症患者数の推計

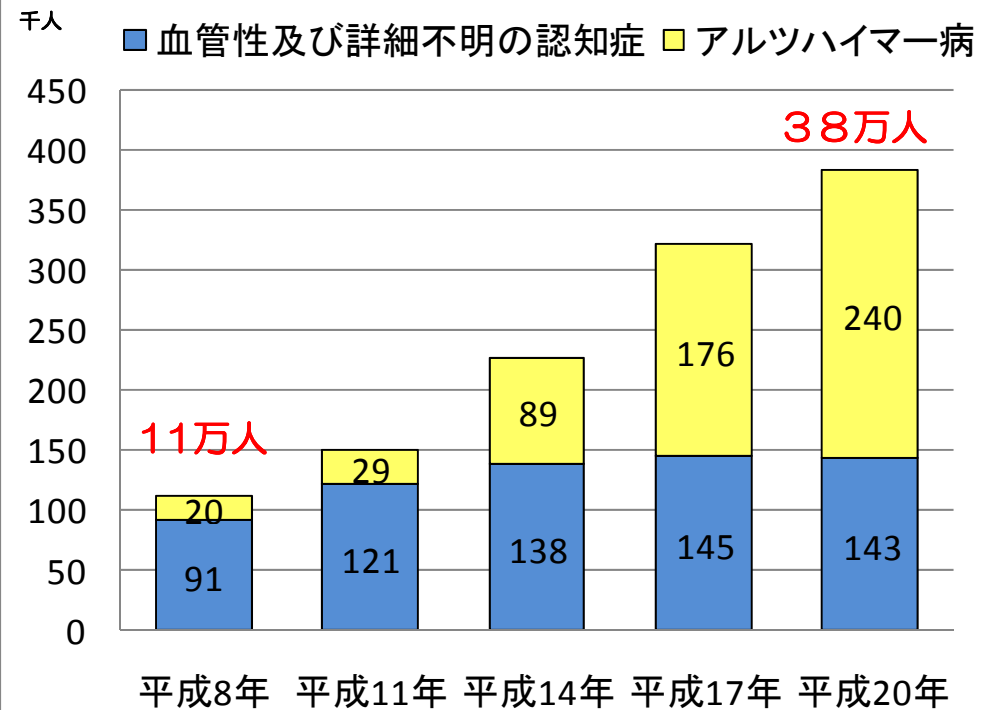
万人 認知症高齢者の日常生活自立度



## 医療領域での推移

### 認知症疾患患者数の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



# 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
<b>a</b>	家庭外で上記 の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理 などそれまでできたことにミスが目立つ等
<b>b</b>	家庭内でも上記 の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
<b>a</b>	日中を中心として上記 の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
<b>b</b>	夜間を中心として上記 の状態が見られる。	ランク aに同じ
	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク に同じ
<b>M</b>	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

# 認知症の中核症状と周辺症状

## BPSD\* (周辺症状)

行動障害 徘徊 失禁 自傷・他害	精神症状 幻覚 妄想 作話
感情障害 うつ 不安 焦燥	意欲の障害 意欲低下 意欲亢進

## 中核症状

記憶障害  
見当識障害  
判断の障害  
実行機能の障害

## 特徴

- ・一部の患者に、経過中にみられることがある
- ・出現する症状やその重症度は様々

\*BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia  
(認知症の行動・心理症状)

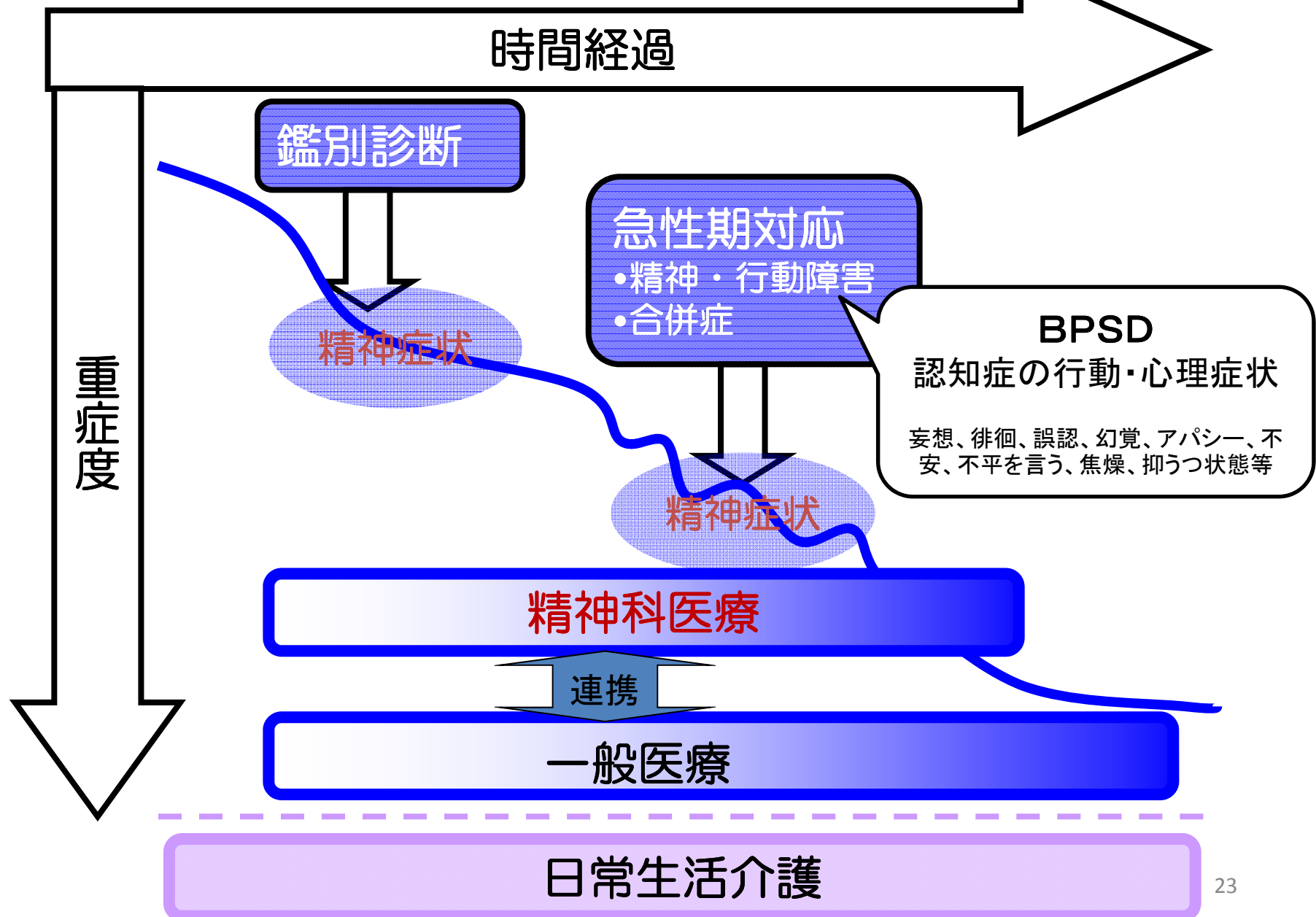
## 対応

- ・薬物投与等の精神科治療技術や、手厚いマンパワーを要する
- ・適切な治療により、多くは1~3ヶ月で改善可能

- ・すべての患者で病期を通じてみられる
- ・徐々に進行し、改善は見込めない

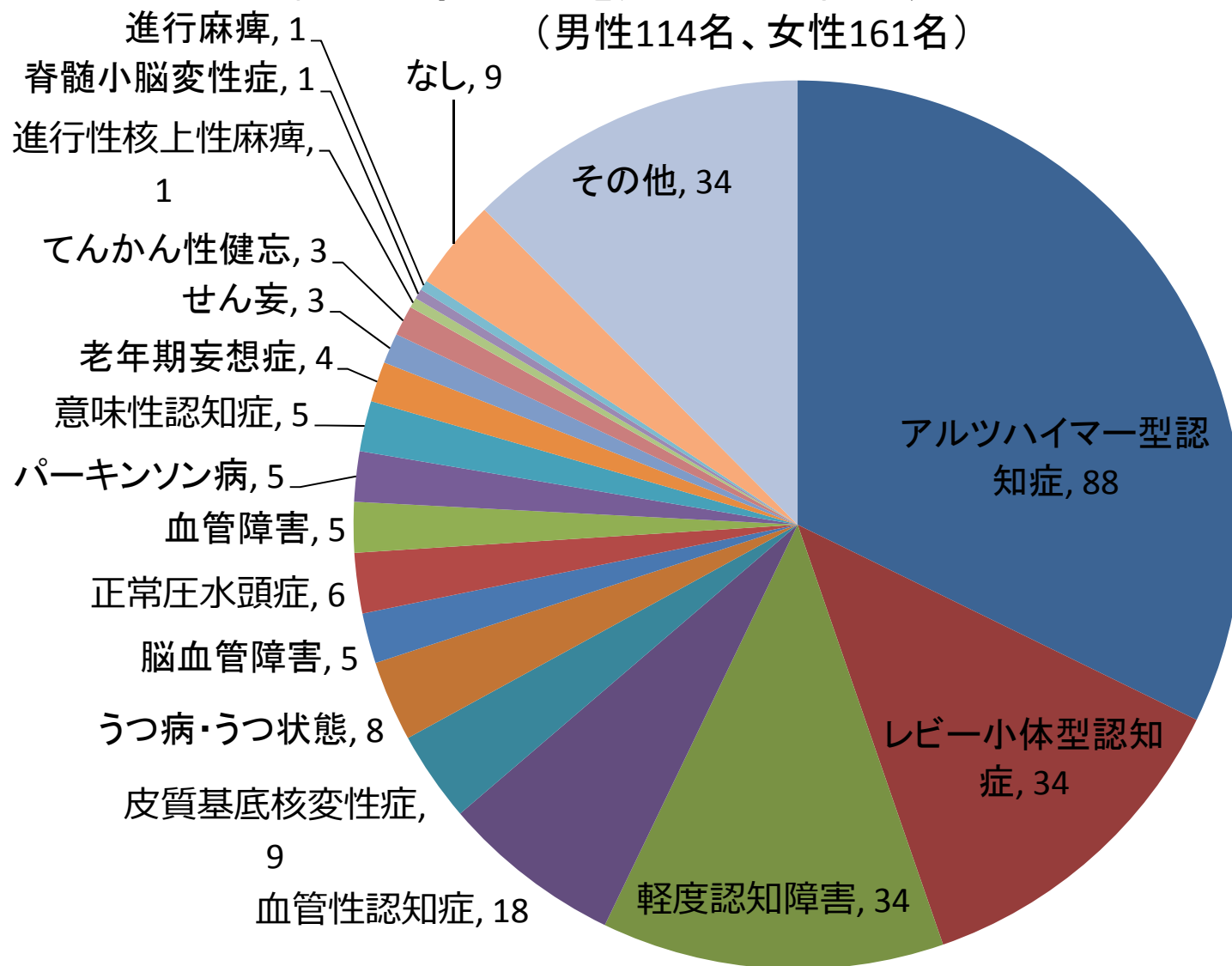
- ・ドネペジル(アリセプト)投与により、進行の遅延が図られる

# 認知症の経過と医療の必要性



# 認知症の早期鑑別の重要性について

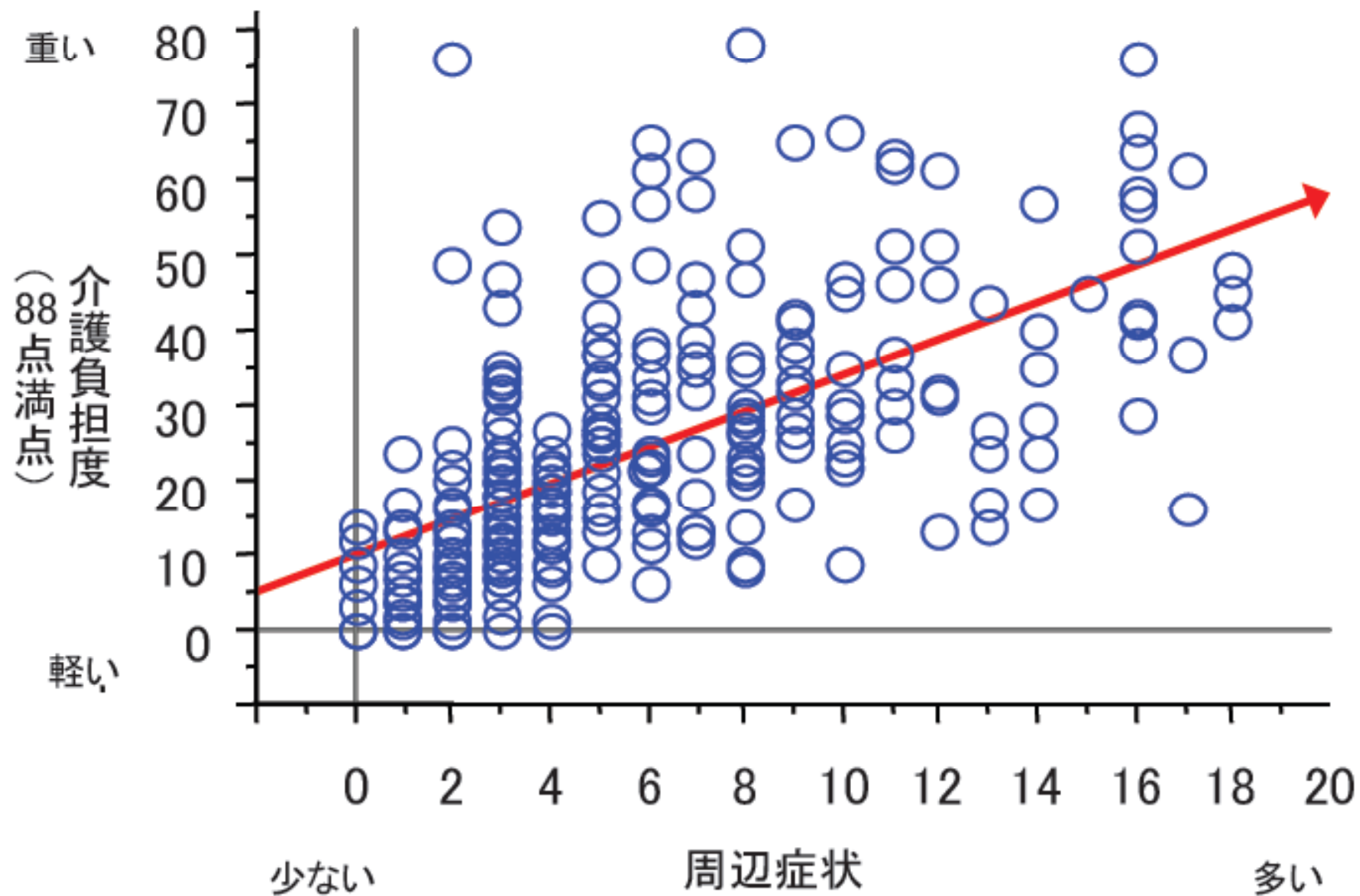
認知症専門外来を受診した患者総数 275名の診断  
(男性114名、女性161名)





# 認知症のBPSD(行動・心理症状)と介護負担度について

## 介護負担度と周辺症状



# 認知症対策事業について

## 認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額

577,671千円

### 認知症疾患医療センター

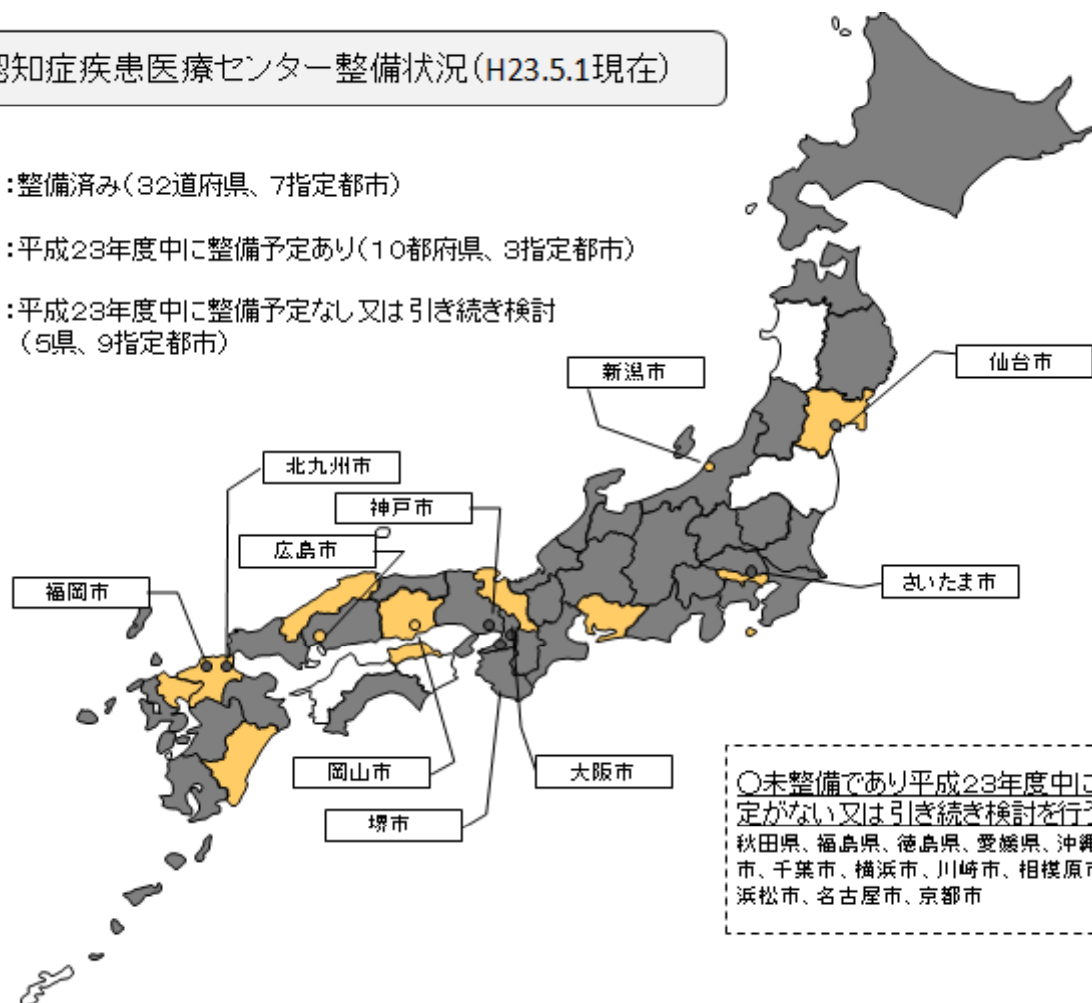
**設置場所**；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

**設置数**；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

**人員**；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

### 認知症疾患医療センター整備状況(H23.5.1現在)

- :整備済み(32道府県、7指定都市)
- :平成23年度中に整備予定あり(10都府県、3指定都市)
- :平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)



### 認知症疾患医療センター運営事業実施状況

平成23年5月1日現在  
112ヶ所  
(32道府県 7指定都市)

(参考)

平成21年度:66ヶ所

平成20年度:14ヶ所

# 認知症医療の評価について

## 認知症医療の評価

(平成22年度診療報酬改定)

- 認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことを評価

① **認知症専門診断管理料** **500点(1人につき1回)**

- 認知症の専門医療機関と連携した地域の医療機関における認知症患者の診療の評価

② **認知症患者地域連携加算** **50点(1月につき)**

## 認知症病棟入院料の見直し

(平成22年度診療報酬改定)

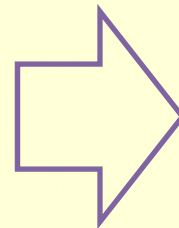
- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への手厚い対応**が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改める。

### 認知症病棟入院料1

イ	90日以内の期間	1,330点
ロ	91日以上	1,180点

### 認知症病棟入院料2

イ	90日以内の期間	1,070点
ロ	91日以上	1,020点



### 認知症治療病棟入院料1

イ	60日以内の期間	1,450点
ロ	61日以上	1,180点

### 認知症治療病棟入院料2

イ	60日以内の期間	1,070点
ロ	61日以上	970点

## 認知症対策の課題と今後の方向性

- 認知症の診断には専門医療機関における早期の鑑別診断等が重要である
- また、認知症患者が入院する原因としては、徘徊や大声等のBPSDなどが指摘されており、入院早期の対応も重要である



### 【今後の方向性】

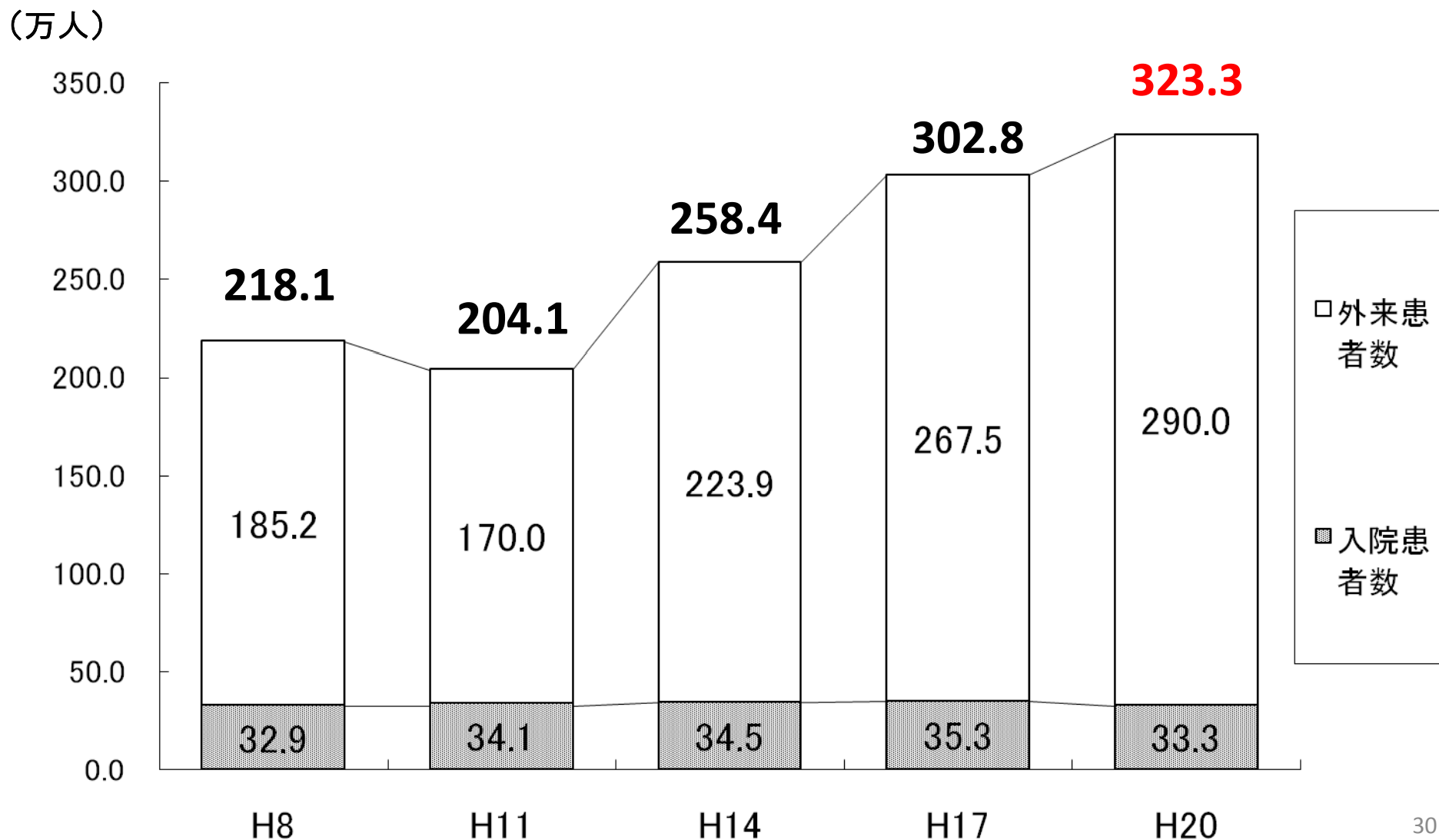
- 認知症への医療の対応として、認知症の専門医療機関において、認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことへの評価や、BPSDや身体合併症等への手厚い対応が特に必要な入院早期の評価等を行っているが、これらにより認知症に必要な医療が適切に提供されているか実態把握が必要ではないか

# 慢性期医療

## ① 精神療養病床

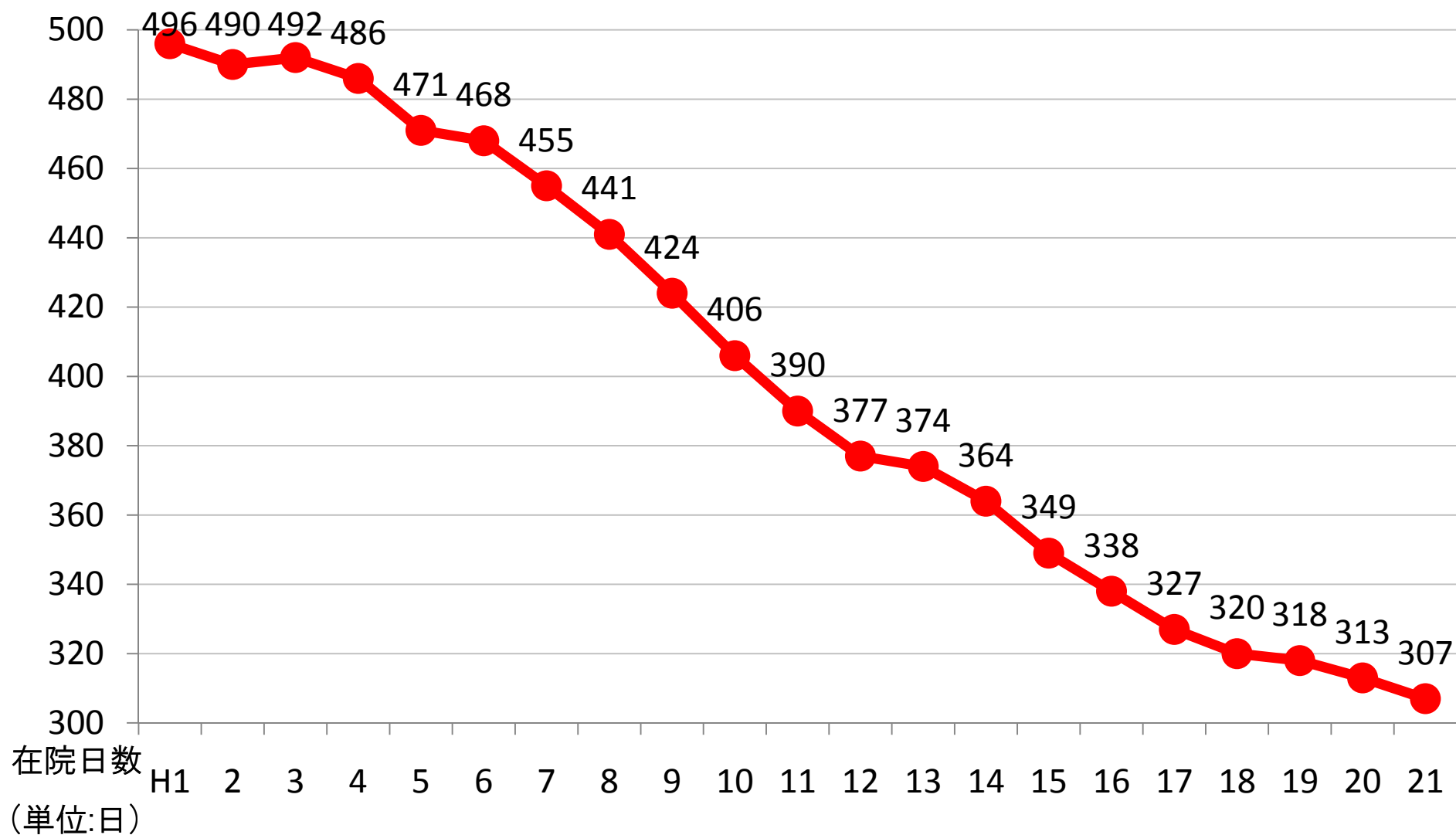
# 精神疾患の患者数

(医療機関にかかっている患者)



資料：患者調査

# 精神病床の平均在院日数の推移



平均在院日数 = 
$$\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

資料：病院報告

# 主な精神病床の現状

平成21年7月1日現在の届出状況より

## 特定入院料 (150,828床)

精神科救急入院料 10:1 (64医療機関 3,347床)
精神科救急・合併症入院料 10:1 (3医療機関 124床)
精神科急性期治療病棟入院料 ①13:1 + 看護補助者 30:1 ②15:1 + 看護補助者 30:1 (262医療機関 13,042床)
認知症病棟入院料 30:1 (450医療機関 31,290床) <H22から認知症治療病棟に名称変更>
精神療養病棟入院料 看護職員と看護補助者 15:1 (5割以上が看護職員) (827医療機関 103,025床)

## 精神病棟入院基本料 (184,873床)

10:1 (12医療機関 381床※)
<H22より、13:1を新設>
15:1 (1078医療機関 141,800床※)
18:1 (126医療機関 22,242床※)
20:1 (69医療機関 9,741床※)
特別入院基本料 (50医療機関 7,763床※)

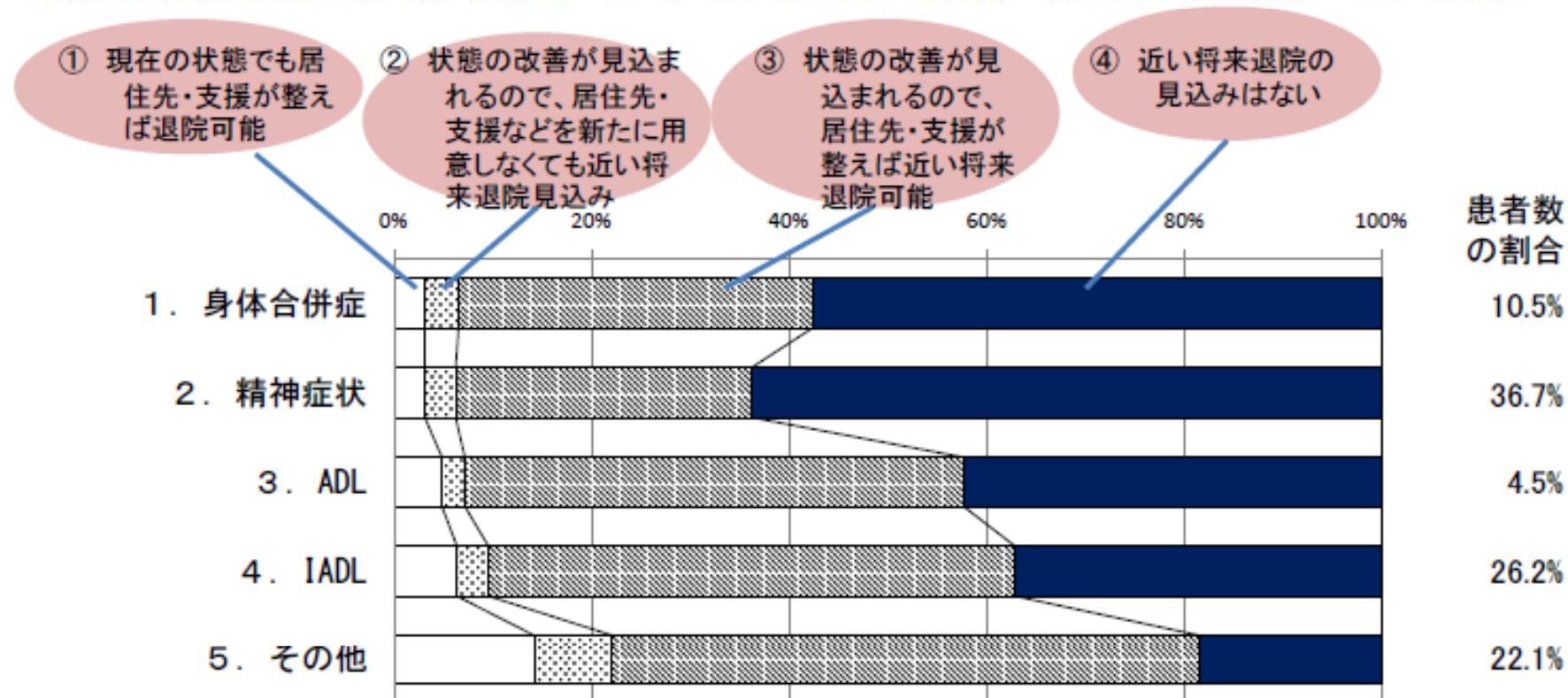
## 特定機能病院 入院基本料 (3,398床)

7:1 (4医療機関 98床※)
10:1 (4医療機関 153床※)
<H22より、13:1を新設>
15:1 (65医療機関 2,938床※)

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは一致しない)  
 ※※ 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)



# 統合失調症患者の状態と退院可能性(まとめ)



## 分類の定義

- |  |   |
|--|---|
| 1: 特別な管理(入院治療)を要する身体合併症  | 3: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のうちいずれかでボディタッチを含む援助を要する者、但し1・2を除く   |
| 2: 次の項目のうちいずれかを満たす者、但し1を除く<br>・自傷他害の可能性 中程度以上<br>・奇妙な姿勢 毎日<br>・幻覚 高度以上<br>・罪業感 高度以上<br>・緊張 やや高度以上<br>・抑うつ気分 高度以上<br>・薬物療法の必要性の認識 不十分で服薬しない | 4: 食事の用意、家事一般、金銭管理、薬の管理、電話の利用、買い物、交通手段の利用のいずれかが非常に困難な者、但し1~3を除く |
|  | 5: 1~4以外の者  |

# 精神科入院に係る診療報酬と主な要件 (平成22年度～)

	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)	・特記なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟の平均在院日数40日以内</li> <li>・新規入院患者の5割以上がGAF30以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患を有する患者</li> </ul>	1,311点	初期加算 465点 (～14日)		
		看護 10:1				1,240点	250点 (15～30日)		
		看護 13:1				920点	125点 (31～90日)		
		看護 15:1				800点	10点 (91～180日)		
								看護 18:1	712点
								看護 25:1	550点
		認知症治療病棟入院料1				医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟18㎡/床以上を標準</li> <li>・デイルーム等</li> <li>・生活機能回復訓練室</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤</li> </ul>
看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病棟18㎡/床以上を標準</li> <li>・生活機能回復訓練室</li> </ul>		1,070点 (～60日)	970点 (61日～)					
精神療養病棟入院料	指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1	看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病室5.8㎡以上</li> <li>・1看護単位60床以下</li> <li>・1病室6床以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤</li> <li>・病院にOT室または生活技能訓練室</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期の入院を要する精神疾患を有する患者</li> </ul>	1,050点 (GAFスコア41以上)	1,090点 (GAFスコア40以下)		

# 精神療養病棟の評価について

## 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

(平成22年度診療報酬改定)

- 精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

精神療養病棟入院料(1日につき)
------------------

1,090点
--------



精神療養病棟入院料(1日につき)
------------------

1,050点
--------

⑨

重症者加算(1日につき)
--------------

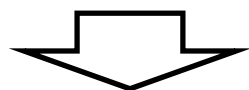
40点
-----

〔算定要件〕

重症者加算：当該患者のGAFスコアを毎日評価し、そのスコアが40以下であること

## 精神療養病棟の課題と今後の方向性

- 平成22年診療報酬改定の結果検証について「精神入院医療における重症度評価導入後の影響調査」を行うこととされている



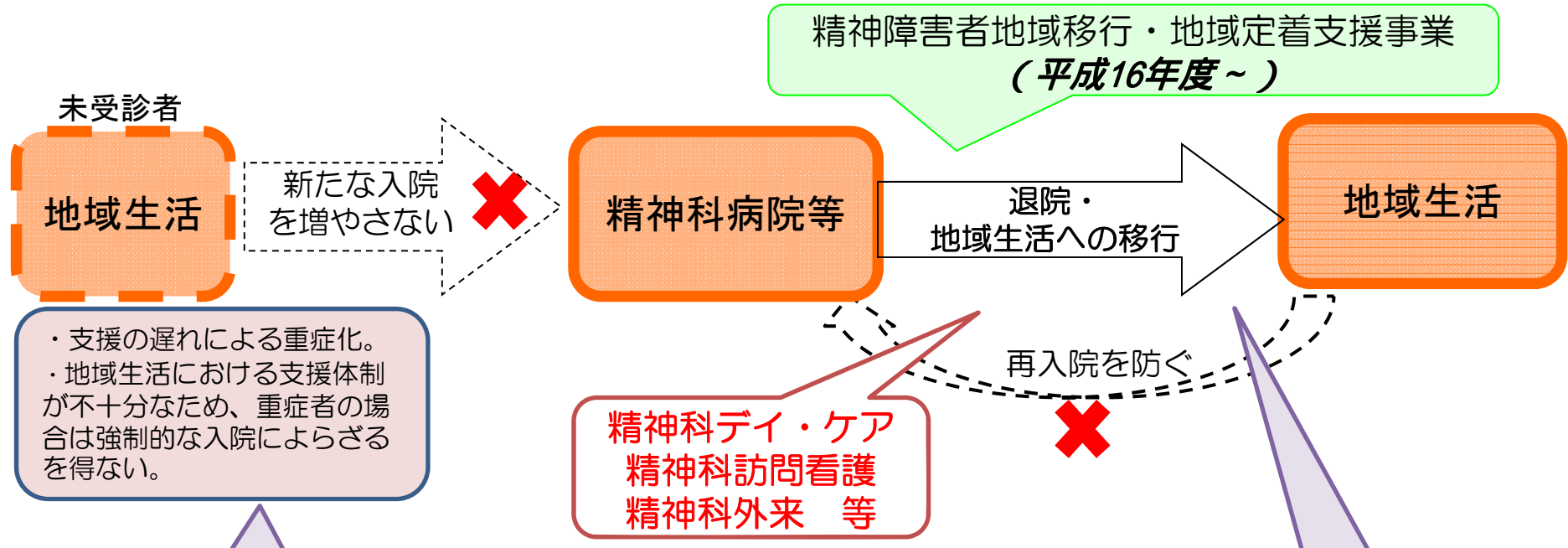
### 【今後の方向性】

- 精神療養病棟について、重症度評価導入後の影響について、現状等を調査を行う

## ② 地域移行

## 地域移行の課題と対応について

これまで、退院促進事業を行ってきたが、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題となっている。



### 精神障害者アウトリーチ推進事業 (平成23年度～)

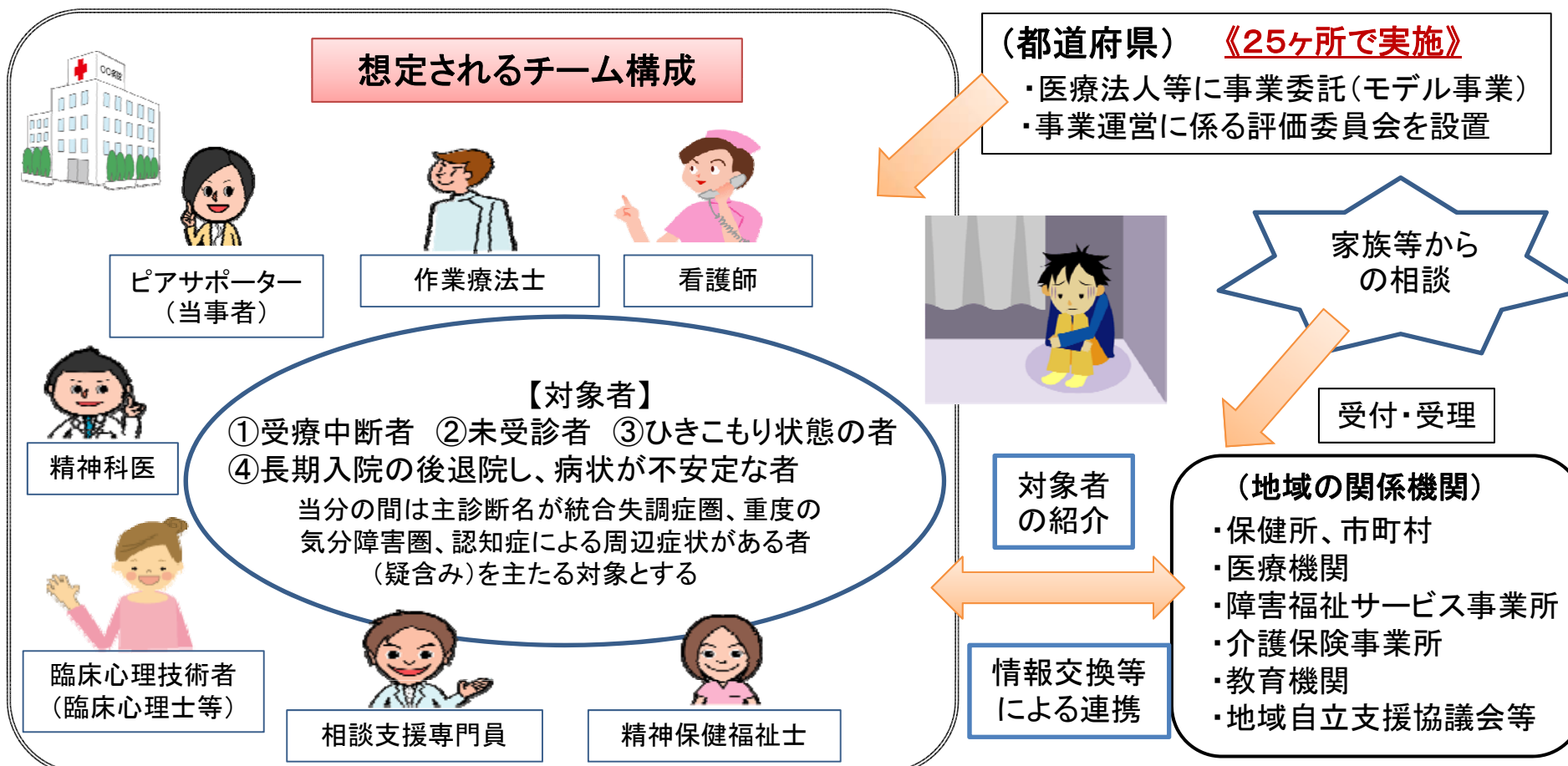
未治療の者や治療中断している者等（治療契約等が交わされていない者）に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行う「アウトリーチ」により、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の継続を可能にする。

いわゆるACT (Assertive Community Treatment) とは、本来なら入院が必要となるような重症者を対象に、原則的には利用者と治療契約等が交わされ、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による訪問形態であり、わが国においては診療報酬等の対象サービスを活用して実践されている。

# 精神障害者アウトリーチ推進事業のイメージ

平成23年度予算  
7億円(特別枠)

★ 在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問等で支える。



**【特徴】**・医療や福祉サービスにつながない(中断している)段階からアウトリーチ(訪問)を実施  
・精神科病院等に多職種チーム(他業務との兼務可)を設置し、対象者及びその家族に対し支援  
・アウトリーチチームの支援により、診療報酬による支援(訪問看護等)や自立支援給付のサービスへつなげ、在宅生活の継続や病状安定をはかる

# 精神障害者の地域移行の評価について

## 精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科デイ・ケアについて、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行について評価

### 精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点



### 精神科ショート・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	275点
2 大規模なもの	330点

(新)

〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。

### 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



### 精神科デイ・ケア(1日につき)

1 小規模なもの	<u>590点</u>
2 大規模なもの	<u>700点</u>

(新)

〔算定要件〕

当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に50点を加算する。

〔算定要件〕

食事を提供した場合、48点を加算する。

## 精神科地域移行実施加算の引き上げ

- 入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

精神科地域移行実施加算 5点 → 10点(1日につき)



## 精神科デイ・ケア等の利用実人員及び新規利用者数の状況

### 利用実人員

(単位:人)

		平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
精神科デイ・ケア		49,642	52,534	54,544	58,799	62,461	58,552	67,344
	新規利用者数	—	—	2,663	2,566	2,507	2,629	2,233
精神科ナイト・ケア		2,299	2,477	2,536	2,684	2,367	2,391	2,640
	新規利用者数	—	—	93	94	87	92	70
精神科デイ・ナイト・ケア		7,193	8,169	7,668	8,890	9,869	9,991	12,467
	新規利用者数	—	—	266	227	274	303	312
精神科ショート・ケア		—	—	—	—	—	4,590	7,772
	新規利用者数	—	—	—	—	—	598	566
合計		59,134	63,180	64,748	70,373	74,697	75,524	90,223
	新規利用者数	—	—	3,022	2,887	2,868	3,622	3,181

資料:精神・障害保健課調(各年6月1か月間の数)

# デイ・ケア等の実施プログラム (あると答えた医療機関の割合(%))

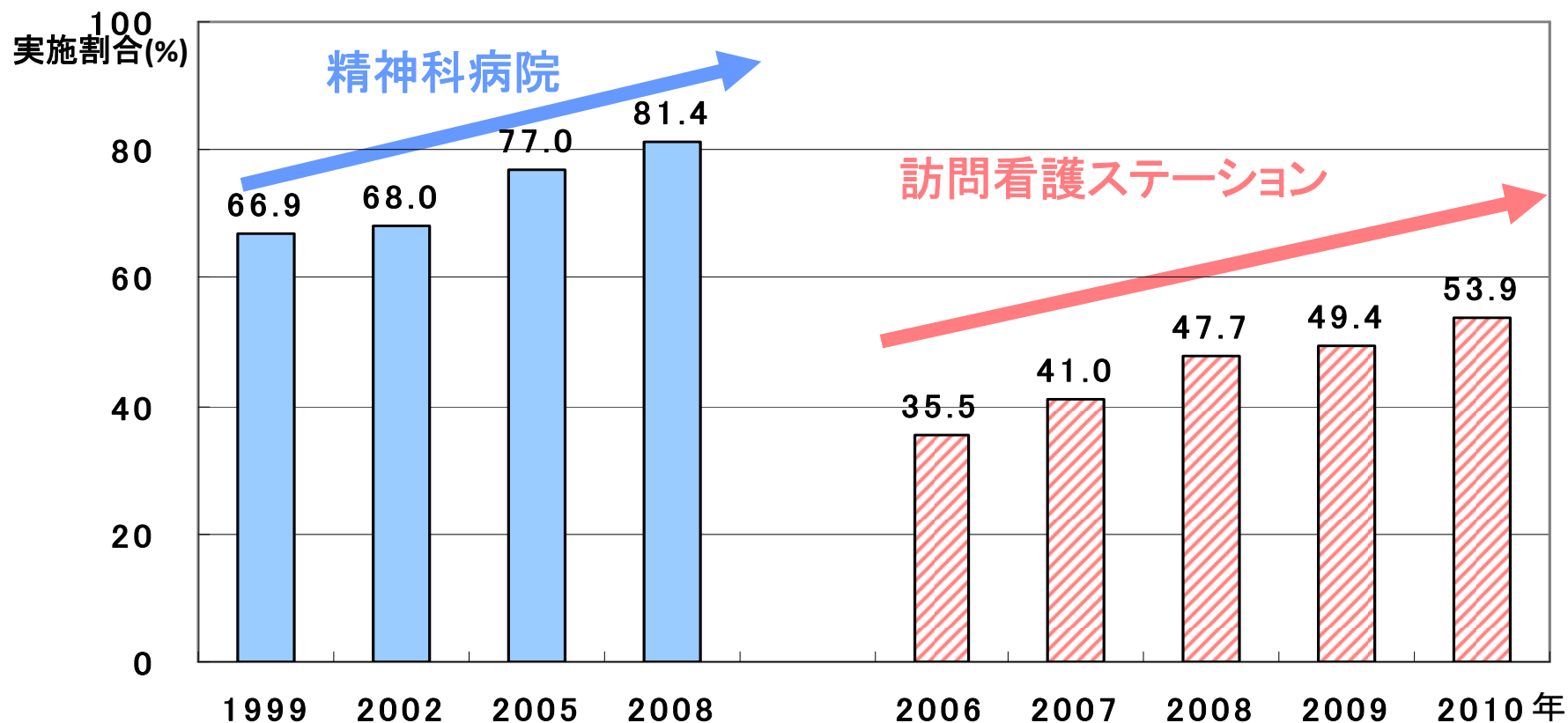
「疾患別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)	「病期別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)
統合失調症患者を対象とする	41.1	45.5	慢性期(残遺状態)の患者を対象とする	34.3	33.6
うつ病患者を対象とする	20.2	28.2	急性期退院直後の患者を対象とする	17.0	12.7
アルコール依存症患者を対象とする	13.6	15.5	その他病期を区切ったもの	0.5	3.6
双極性障害の患者を対象とする	13.1	18.2			
不安障害の患者を対象とする	10.5	19.1	「目的別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)
発達障害の患者を対象とする	7.8	14.5	家事等、日常生活技能の習得	66.7	55.5
強迫性障害の患者を対象とする	6.8	10.0	症状や再発サインへの対処スキルの獲得	45.7	46.4
摂食障害の患者を対象とする	3.6	9.1	疾病と治療についての理解	44.8	44.5
薬物依存の患者を対象とする	1.9	4.5	復職支援	36.5	46.4
その他特定の患者を対象とする	3.6	5.5	服薬アドヒアランスの向上	36.0	32.7
			その他の特定の目的	19.0	22.7
「年代別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)	「利用期間別プログラム」(複数回答)	病院 (N=411)	診療所 (N=110)
高齢者を対象とする	21.2	20.0	中期間(1年～2年)	13.9	19.1
青年期の患者を対象とする	17.5	28.2	短期間(1年未満)	7.5	16.4
思春期の患者を対象とする	6.1	16.4	その他期間限定のもの	6.8	8.2
児童期の患者を対象とする	0.2	6.4			
その他対象とする年代を区切ったもの	6.3	4.5			

(単位: %)



社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関があるが、それらの効果等については十分には把握されていない

## 精神疾患患者に訪問看護を提供している 精神科医療機関および訪問看護ステーション数の推移



●精神疾患患者に訪問看護を実施している機関は、精神科病院の約8割、  
訪問看護ステーションの約半数であり、増加傾向である。

・医療施設調査

・2006年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H18年度厚生労働省老人保険事業推進費等補助金 新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討.平成18年度報告書 委員長：上野桂子

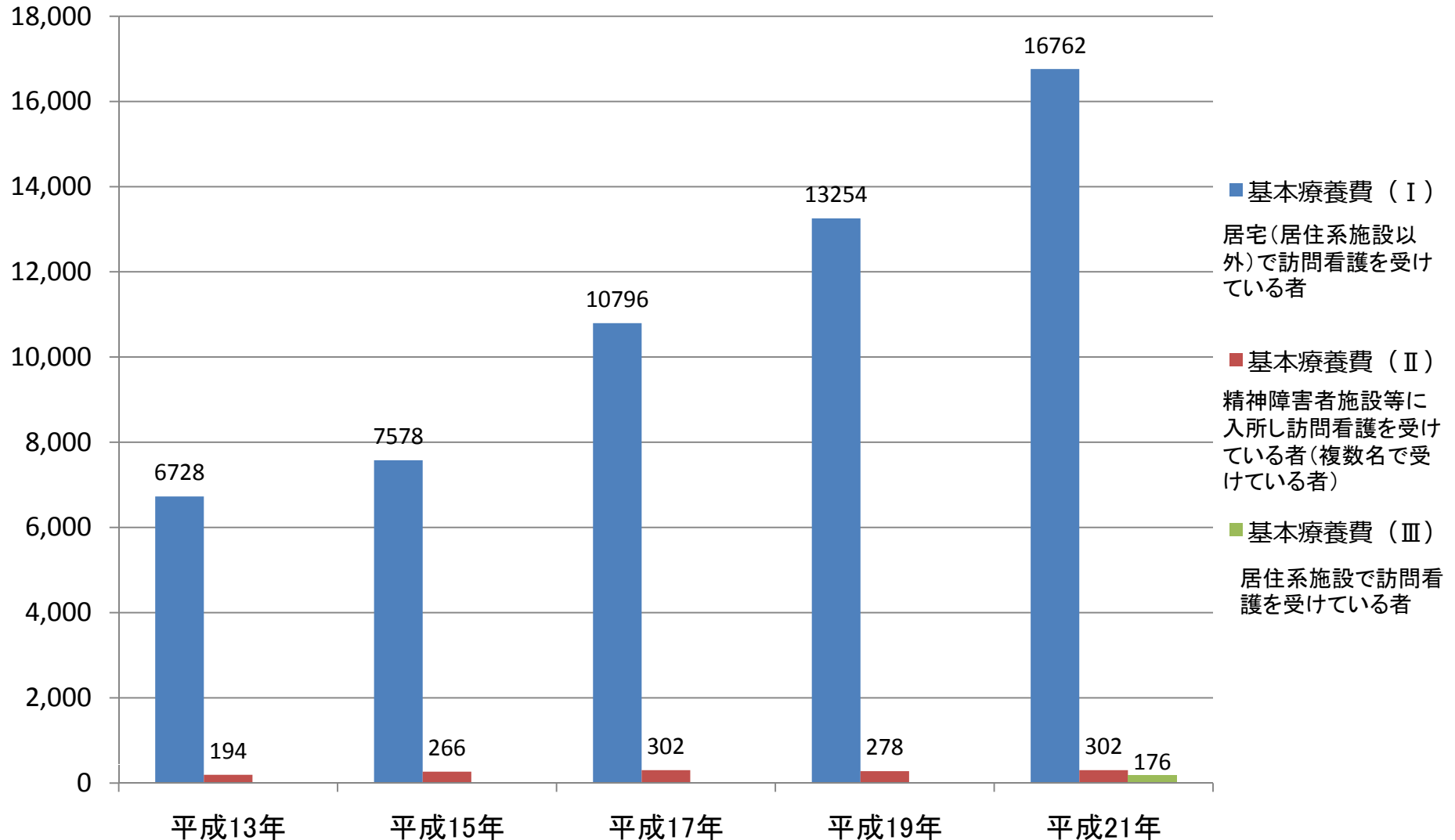
・2007年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」, 主任研究者：萱間真美.

・2008年度 萱間真美：「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」, 厚生労働科学特別研究事業、研究代表者：萱間真美

・2009年度 社団法人全国訪問看護事業協会：H21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」, 主任研究者：萱間真美.

・2010年度 萱間真美：「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」(分担研究者 萱間真美), 厚生労働科学研究費補助金「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」研究代表者：安西信雄

## 傷病分類「精神及び行動の障害」の 訪問看護基本療養費別利用者数の推移



基本療養費( )のみ平成21年から調査

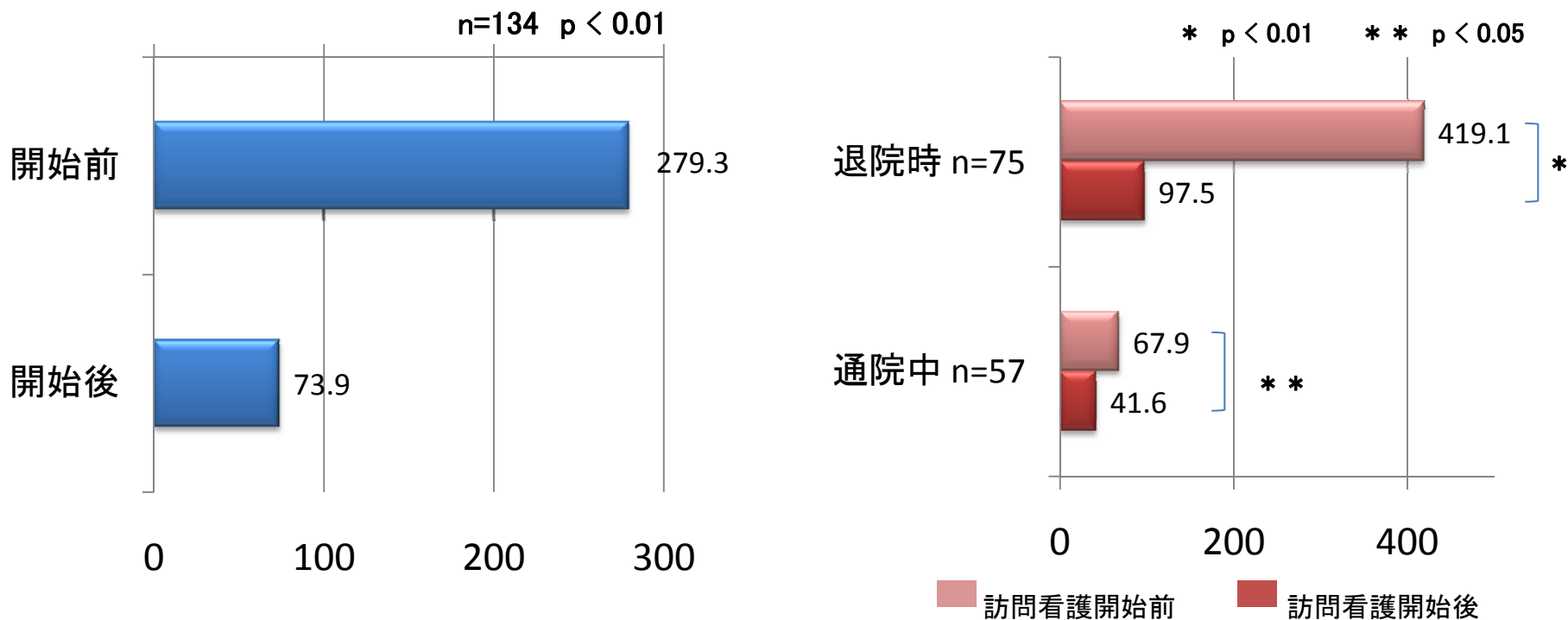
# 精神疾患患者への訪問看護の効果

## 訪問看護開始前後2年間の精神科総入院日数

訪問看護の利用により精神科病棟への総入院日数が減少

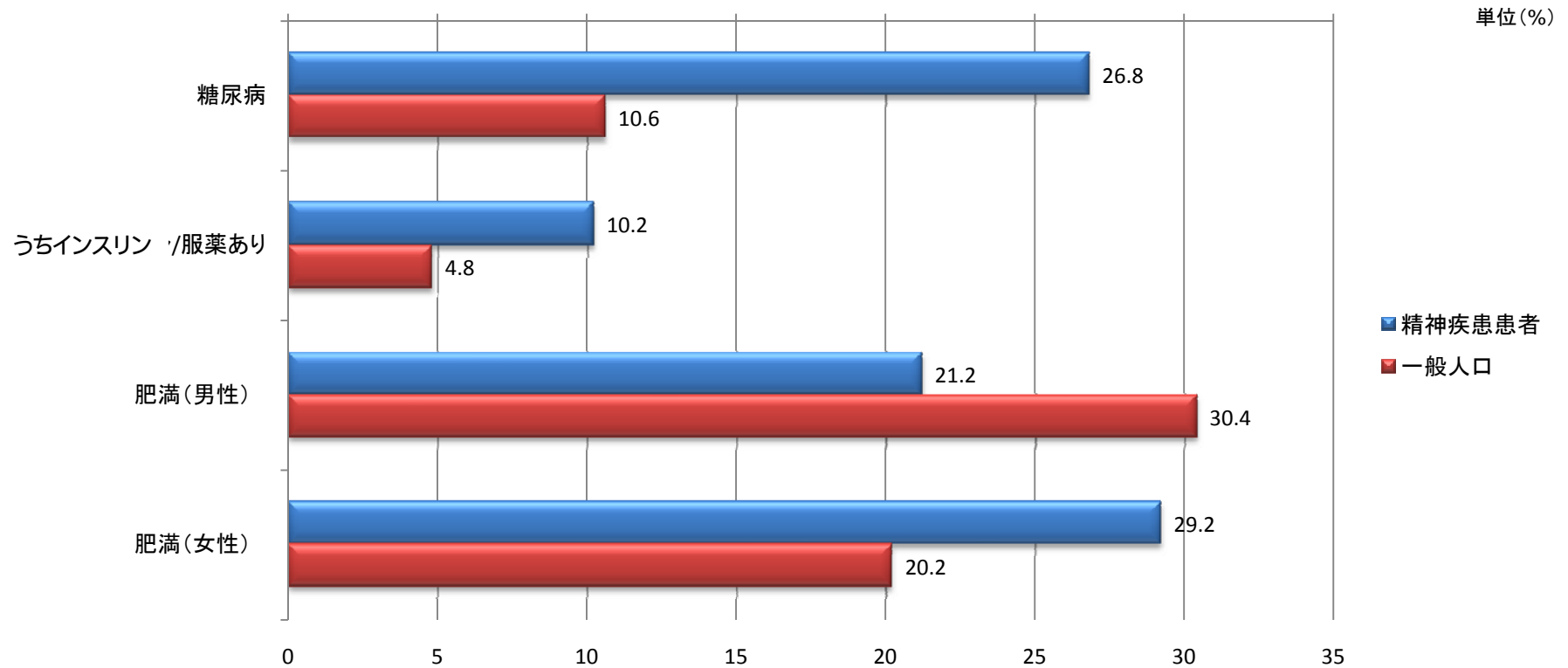
訪問看護開始前2年間の平均279.3日から訪問看護開始後2年間では、74.9日へと約4分の1に短縮し、約200日在宅療養期間が延長した(左図)。

また退院を契機に訪問看護を開始した退院時群と通院中に訪問看護を開始した通院中群それぞれの訪問看護開始前後2年間の平均在院日数は、両群とも有意に減少していた(右図)。



# 精神疾患患者の身体合併症を有する割合 —訪問看護利用者の調査より—

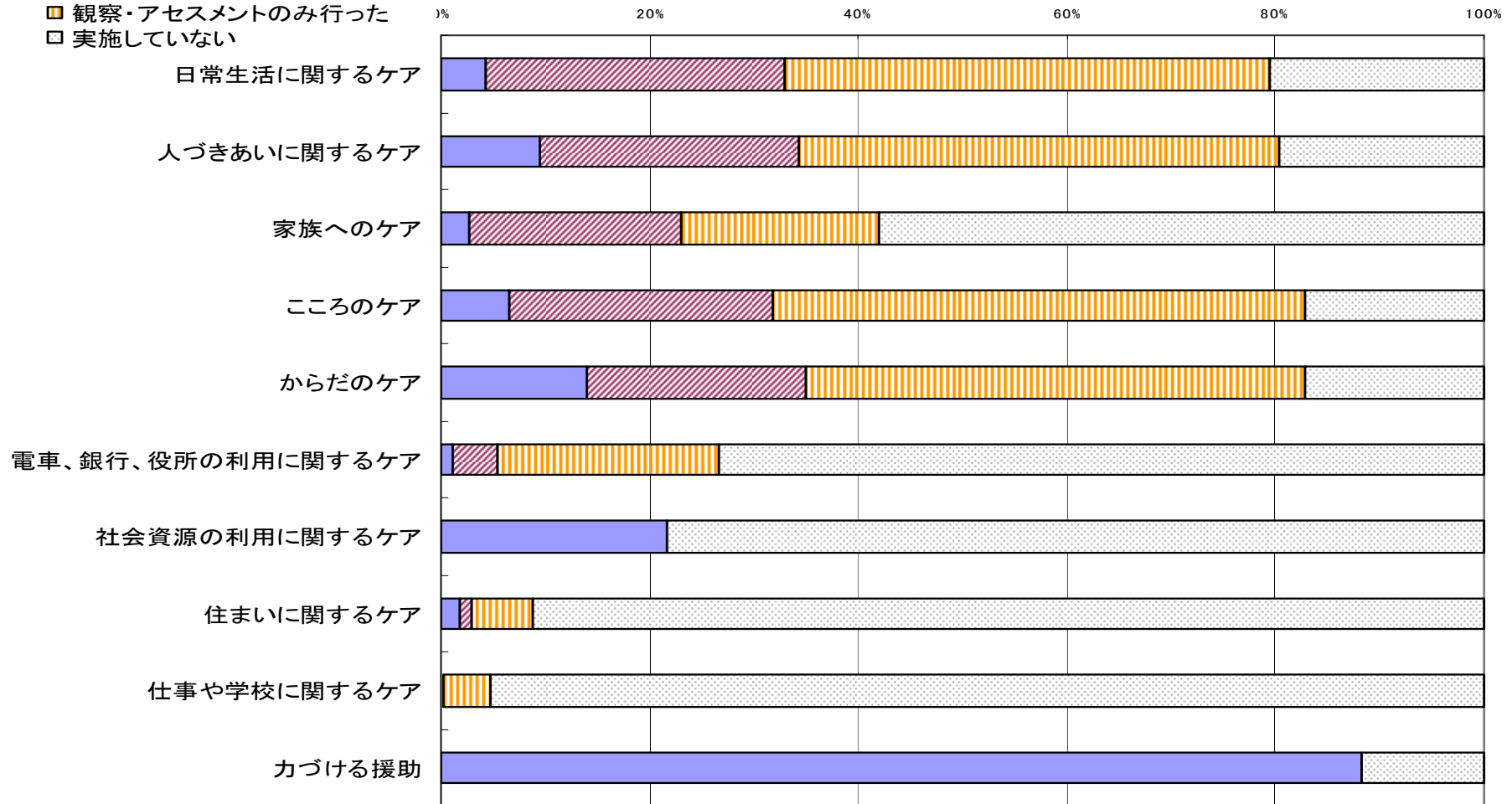
一般人口10.6%と比べ、訪問看護を利用する精神疾患患者では26.8% と、糖尿病を有する割合が約2.5倍であった。そのうち、インスリンや服薬治療を受けている人の割合は10.2% と一般人口の約2倍であり、身体ケアの必要性が高いことが示唆された。



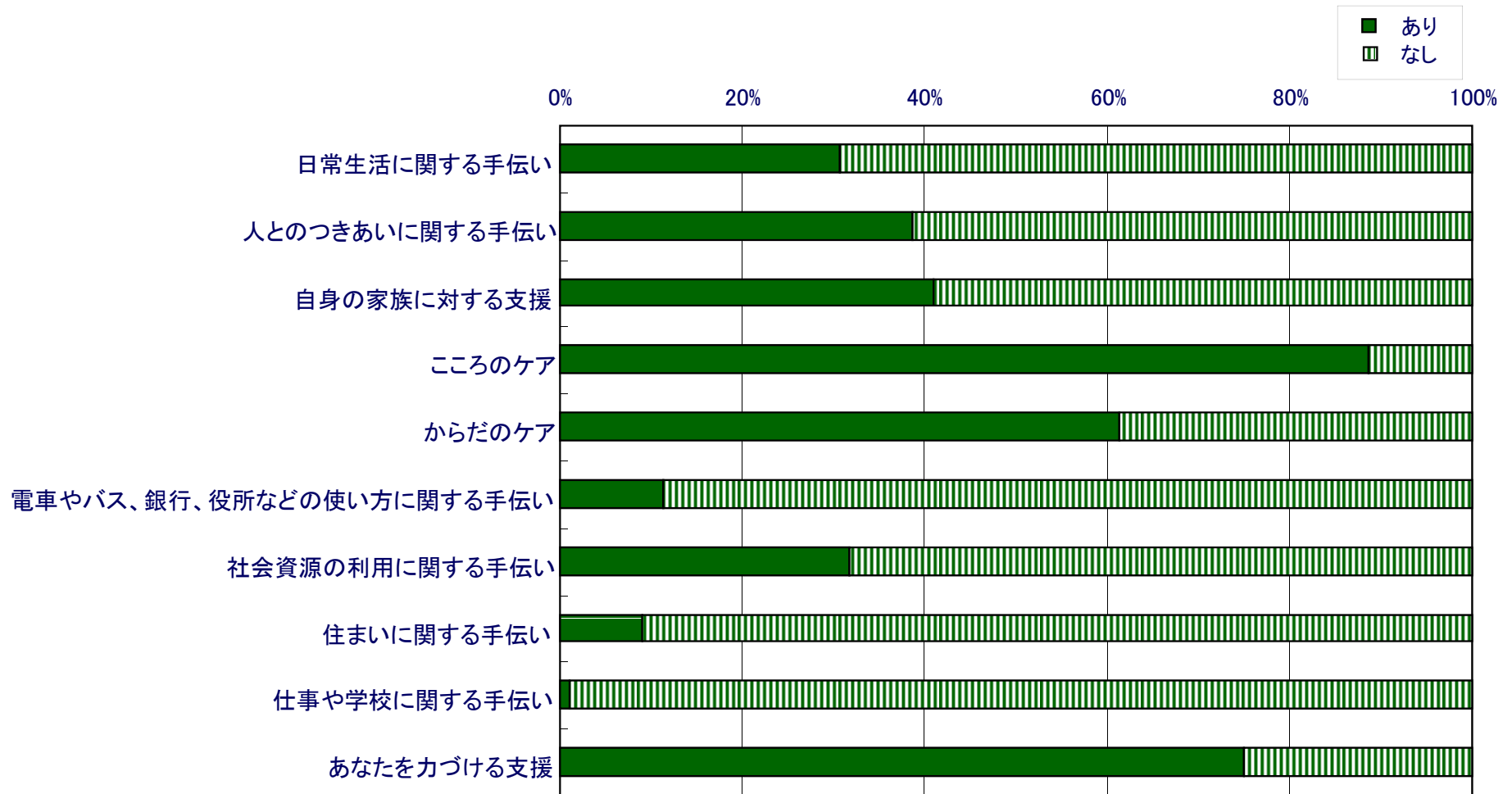
・精神疾患患者データ:2010年度 萱間真美:「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」(分担研究者 萱間真美),  
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(研究代表者 安西信雄)厚生労働科学特別研究事業(速報値)  
・一般人口データ:平成19年 国民健康・栄養調査結果の概要,厚生労働省

# 精神疾患患者への訪問看護において提供しているケア(訪問看護師回答)

- 具体的援助を行った
- ▨ 相談・助言・情報提供を行った
- ▤ 観察・アセスメントのみ行った
- 実施していない



# 訪問看護で受けているケア (利用者本人アンケート)





## 地域移行の課題と今後の方向性

- 地域移行については、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するか、また、入院していない者であっても、いかに入院につながらないようにするかが課題とされている
- 精神科疾患の訪問看護について、精神疾患の患者の状態に合った訪問看護を行っているかどうか現状を把握されていない



### 【今後の方向性】

- 地域における精神障害者の支援について、精神科デイ・ケア等において、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疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制や、その実施状況等について把握することが必要ではないか
- 精神疾患患者の訪問看護について、患者の状態に合った訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等の現状を把握することが必要ではないか（訪問看護療養費実態調査、老人保健健康増進等事業（平成22年度））

# 精神科医療に関する 「平成22年度診療報酬改定の結果検証」について(案)

## 身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療

- 身体・精神共に要救急対応の患者を受け入れている医療機関や、後方病床として一般救急や精神科救急との連携を行っている医療機関について、連携や受け入れの現状について調査を行う

## 認知症対策

- 平成22年度診療報酬改定で行った認知症の専門医療機関において認知症の鑑別診断及び療養方針の決定を行うことへの評価や、入院早期の評価に関する影響について調査を行う

## 精神療養病棟

- 精神療養病棟について、重症度評価導入後の影響について、現状等について調査を行う

## 地域移行

- 精神科デイ・ケア等において、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疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制について調査を行う
- 精神疾患患者の訪問看護について、患者の状態に合った訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態や実施されている訪問看護の内容等について調査を行う