

精神医療について

1. 精神医療の現状等について

2. 地域精神保健医療体制に係る評価について

2-1 地域移行の推進について

2-2 在宅患者支援について

2-3 通院・在宅精神療法について

3. 精神科個別事項について

4. 論点

訪問診療等のニーズがある者の状態像

- 現在の精神科在宅支援管理料における対象者は重症患者等に限定されている。
- ひきこもり事例の8割は精神障害の診断が可能であり、3割弱に発達障害の診断がついたという報告もある

平成30年度診療報酬改定資料
地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価⑦より抜粋

集中的な支援を必要とする重症患者等

(1) 1年以上入院して退院した者、
入退院を繰り返す者又は自治体が
作成する退院後の支援を受ける機
関にある措置入院後の患者

(2) 統合失調症、統合失調症型妄
想性障害若しくは妄想性障害、気分
(感情)障害又は重症認知症の状態
で、退院時又は算定時におけるGAF
尺度が40以下の者

ひきこもりの状態像

「統合失調症」や重度の「うつ病」といった
「精神病圏」まではいかないが、「ひきこもり」
の8割は社会不安障害、強迫性障害、発達
障害、人格障害等の精神障害を持ってい
る。

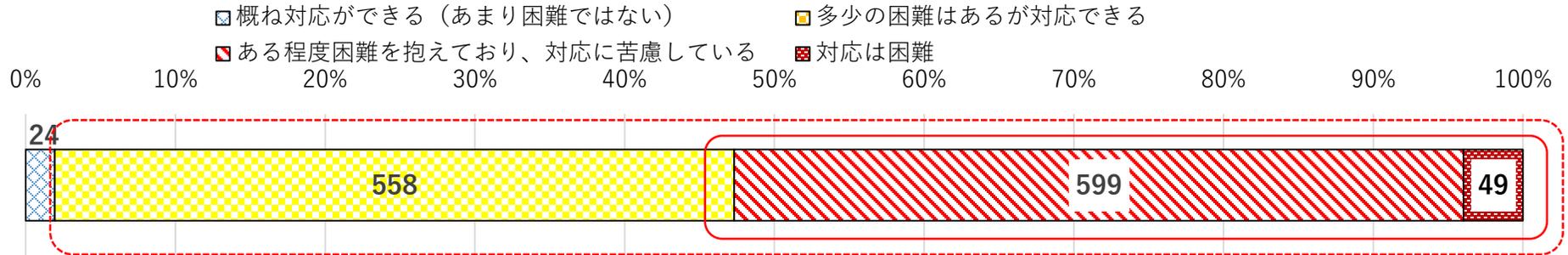
※2010年厚労省ひきこもり支援ガイドラインより

精神保健相談における困難さ

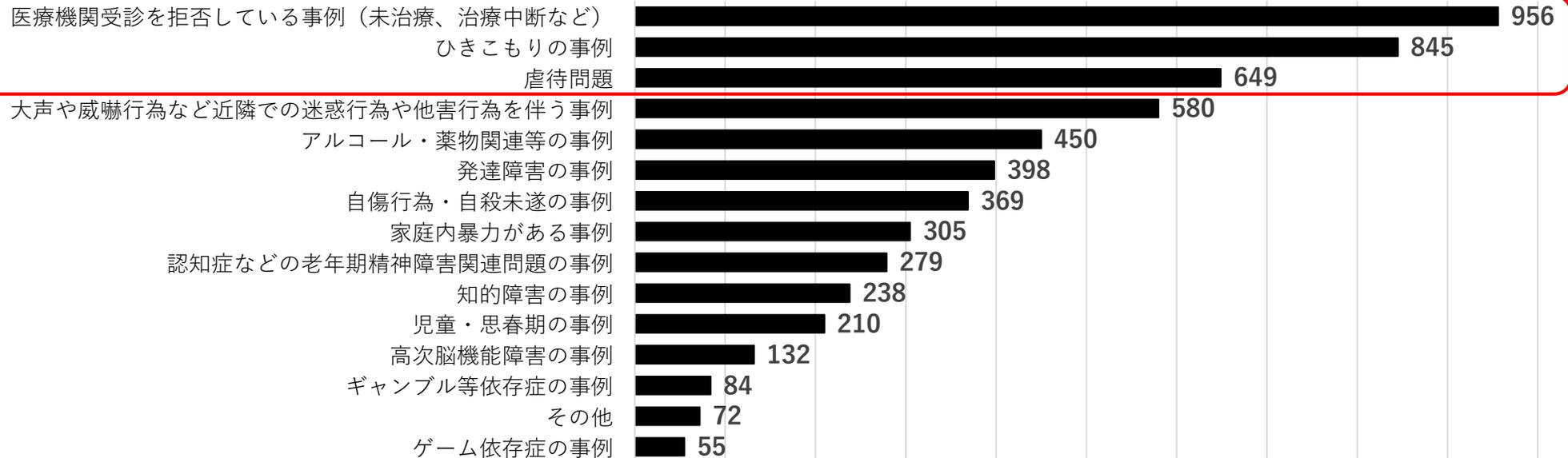
○ 市区町村における精神保健相談について何らかの困難さを認識している市区町村は98%にのぼっている。

第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料（一部改変）

精神保健相談における対応の困難さ



特に対応が困難な個別相談（複数回答可）



※ 特に対応が困難な個別相談については、「医療機関受診を拒否している事例（未治療、治療中断など）」、「ひきこもりの事例」、「虐待問題」の順で回答数が多かった。

精神保健相談における困難さの軽減策

- 市区町村における精神保健相談の困難さを軽減するための対策として「精神医療の充実」が求められている。
- なかでも、「精神科医による往診・訪問診療等」を望む声が多い。

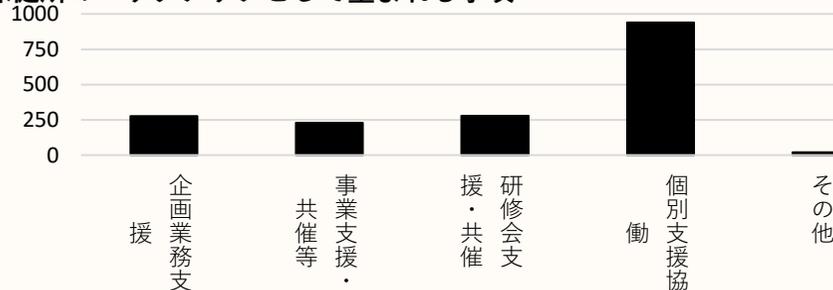
第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料（一部改変）

困難さを軽減するための対策（複数回答可）



充実が望まれる人員体制（上位3職種等）
1 精神保健福祉相談員 2 精神保健福祉士 3 心理職

保健所のバックアップとして望まれる事項



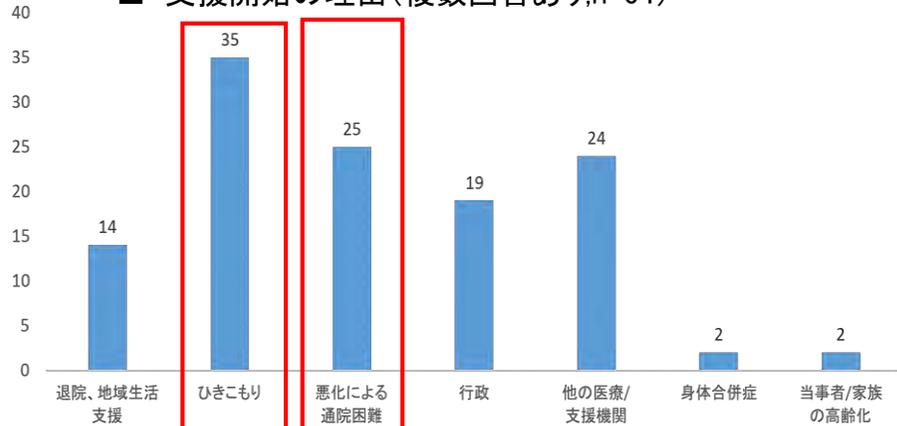
精神医療の充実として望まれる事項



精神科における往診・訪問診療・訪問支援に関する実態調査

- 往診、訪問診療、訪問支援開始の理由は、ひきこもりや病状悪化による通院困難があり、医療機関の他、役所や地域包括支援センター基幹相談支援センター等からの紹介が一定数ある。
- 訪問によって利用が開始されたサービスの利用は障害年金受給が最多であり、医療を含めた包括的支援のニーズが大きい。

□ 支援開始の理由(複数回答あり;n=64)



□ 支援によるサービス利用開始(n=64)



□ 紹介元

(複数回答不可：主たる機関1つを選択；n=173)

他の医療機関（在宅支援診療所、精神科病院精神科、診療所他）	82
障害者総合支援法下の事業所（地域活動支援センター、就労継続支援A型、B型、生活訓練事業所他）	4
保健所	3
精神保健福祉センター	0
役所（生活保護、障害者支援、こども家庭支援担当部署）	20
基幹相談支援センター等	19
児童相談所	0
学校	0
高齢者支援センター/地域包括支援センター	20
家族・本人	17
その他	7

(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	現実検討か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

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ①

- 精神疾患の患者に対して多職種が実施する計画的な訪問診療及び訪問看護を評価する精神科在宅患者支援管理料について、現行の管理料「1」又は「2」に引き続き訪問診療を行う場合の評価として、「3」を新設する。

現行			
		単一建物診療患者	
		1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
ハ	重症患者等以外	2,030点	1,248点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点

改定後			
		単一建物診療患者	
		1人	2~9人
管理料1 (当該医療機関が訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	3,000点	2,520点
ロ	重症患者等	2,500点	1,875点
管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)			
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ	重症患者等	2,056点	1,542点
(新) 管理料3			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

(新) 精神科在宅患者支援管理料3 (月1回)

イ	単一建物診療患者1人	2,030点
ロ	単一建物診療患者2人以上	1,248点

[算定要件]

精神科在宅患者支援管理料「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。

ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者

イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者

[施設基準] **精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関**であること。

(※ 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準)

イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。

ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。

- 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、**廃止**する。

[経過措置] 令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定出来る。

在宅患者支援についての課題（小括）

- ・ 現在の精神科在宅患者支援管理料の対象者は、退院後の患者や特定の精神疾患で重症度の高い者に限られている。
- ・ 市区町村における精神保健相談については、未治療・治療中断やひきこもりの事例等への対応が困難との認識がある。
- ・ 困難さの軽減策として精神医療の充実が求められており、なかでも精神科医による往診・訪問診療を望む声が多い。
- ・ 在宅において継続的な精神医療の提供が必要である者に対し、訪問診療等の提供体制が十分でない実情がある。