

## 平成22年診療報酬改定 精神科デイ・ケア等

点数 (1日につき)

	ショート・ケア	デイ・ケア	ナイト・ケア	デイ・ナイト・ケア
小規模	275 点	590 点	540 点	1040 点
大規模	330 点	700 点		
⑨(早期加算)	20 点	50 点	50 点	50 点

### 早期加算

- 算定開始から1年以内の場合の加算を創設  
精神障害者の地域移行や早期支援を推進

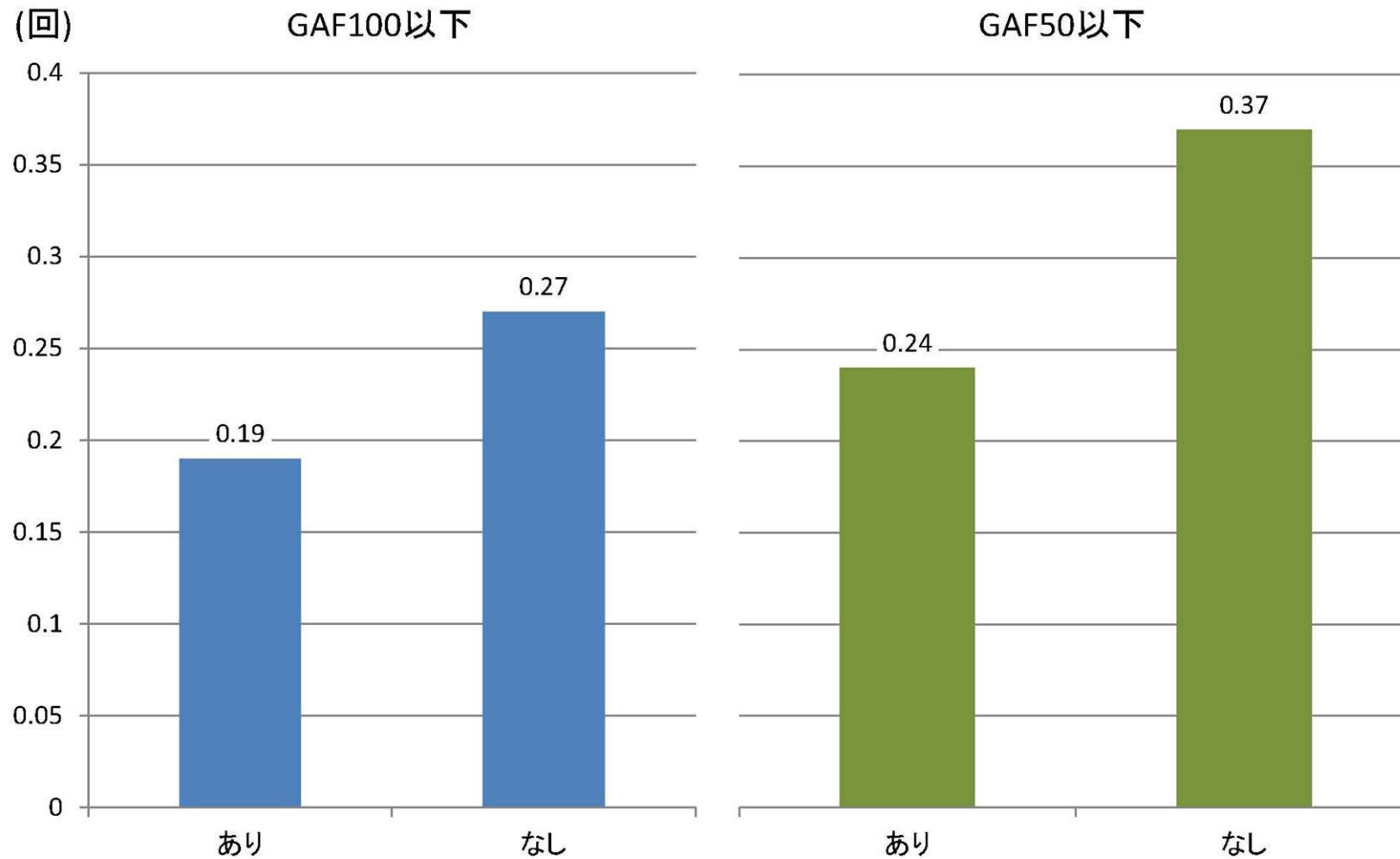
⑨ 1日あたり 20点(ショート・ケア)  
50点(その他)

※入院の場合は再度算定可能

### 食事提供加算

- 食事提供加算を本体報酬に包括化  
療養の一環としての食事提供については報酬の範囲内

## GAF値別 疾患別等プログラムの有無による 過去2年間における平均入院回数の比較



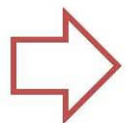
出典：平成23年度検証調査

# 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	中間期(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: %)

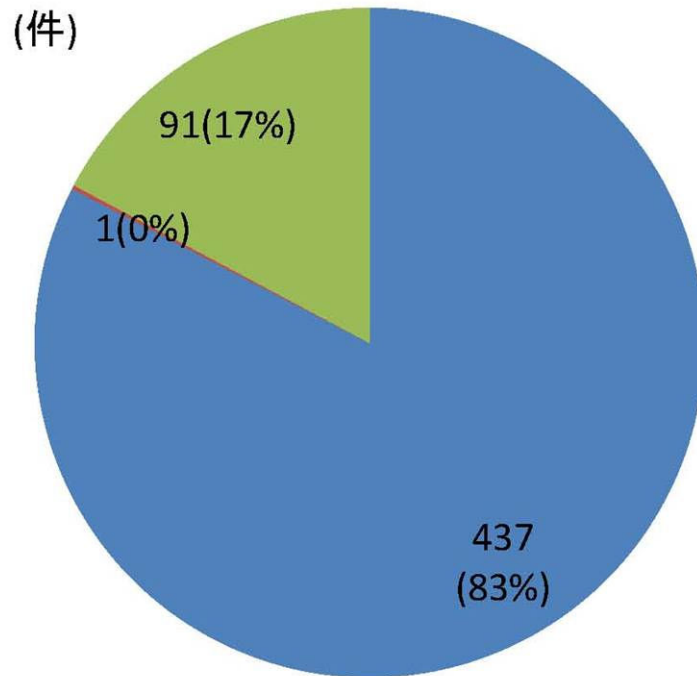


社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関があるが、それらの効果等については十分には把握されていない

平成20年度厚生労働科学研究補助金(こころの健康科学研究)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
主任研究者:竹島正、分担研究者:須藤浩一郎

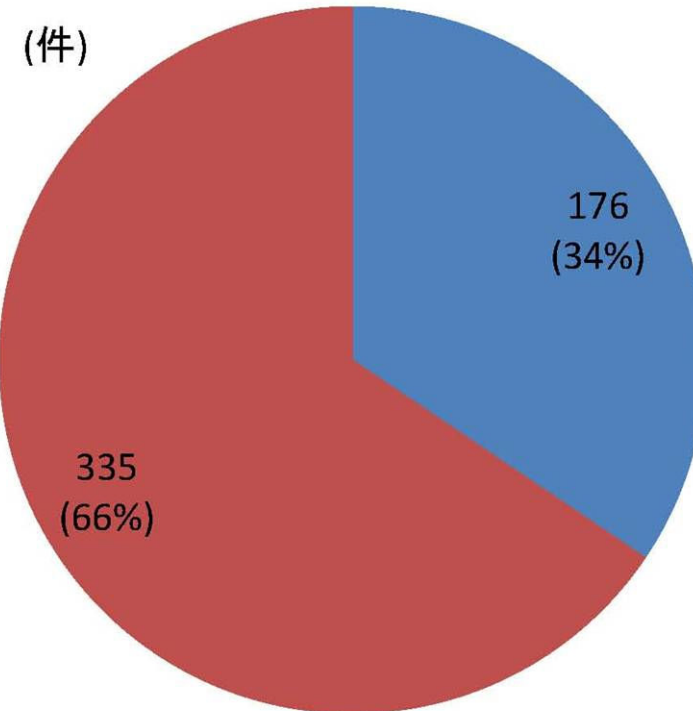
## 精神科デイ・ケアの状況

### 現在の居場所



- 自宅(家族等との同居も含む)
- 認知症グループホーム
- その他

### 疾患別プログラム有無



- 有り
- 無し

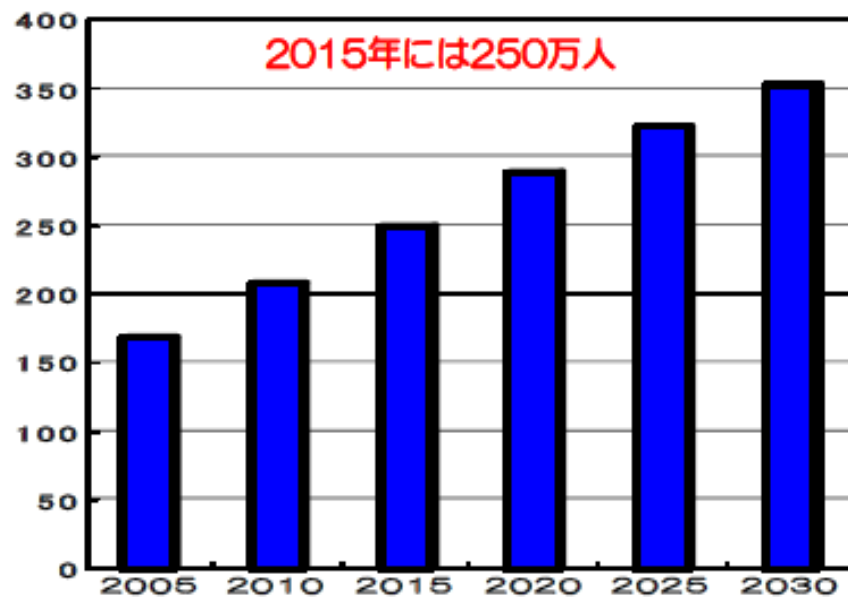
出典:平成23年度検証調査

# 高齢者の増加と認知症疾患患者

## 介護領域からの推計

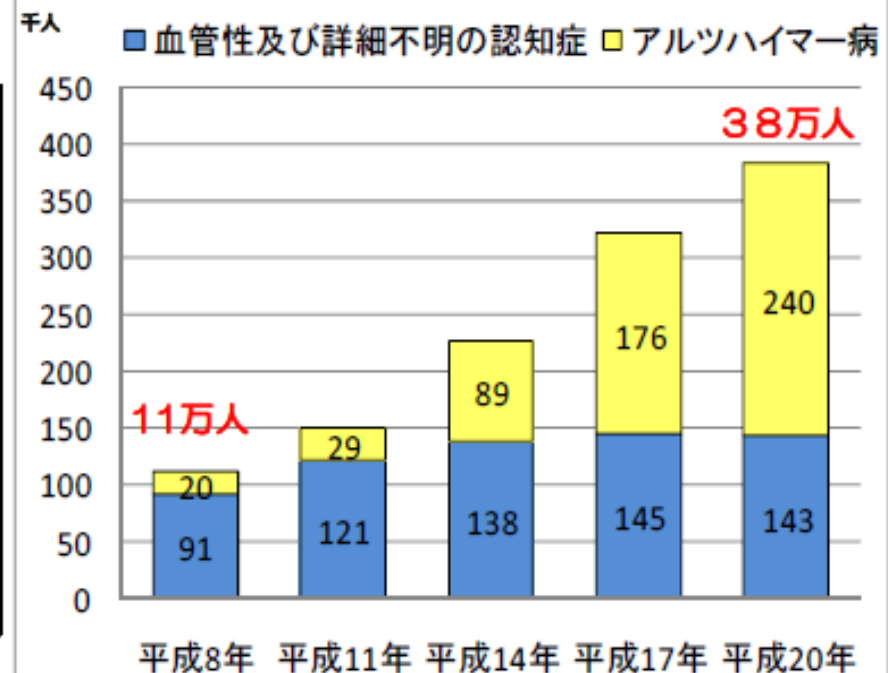
### 自立度Ⅱ以上※の認知症患者数の推計

万人 ※認知症高齢者の日常生活自立度



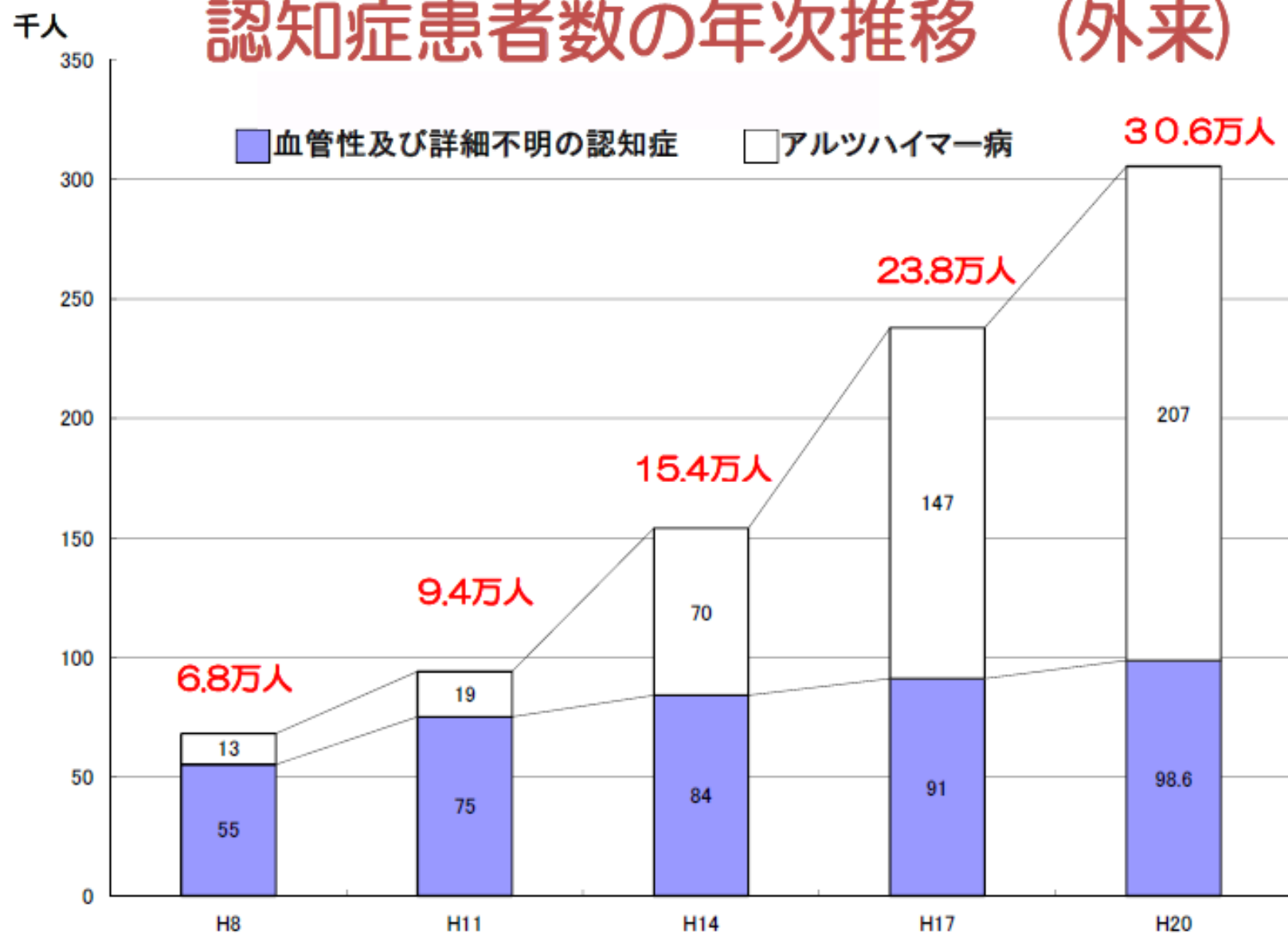
## 医療領域での推移

### 認知症疾患患者数の年次推移 (外来+入院) (血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)

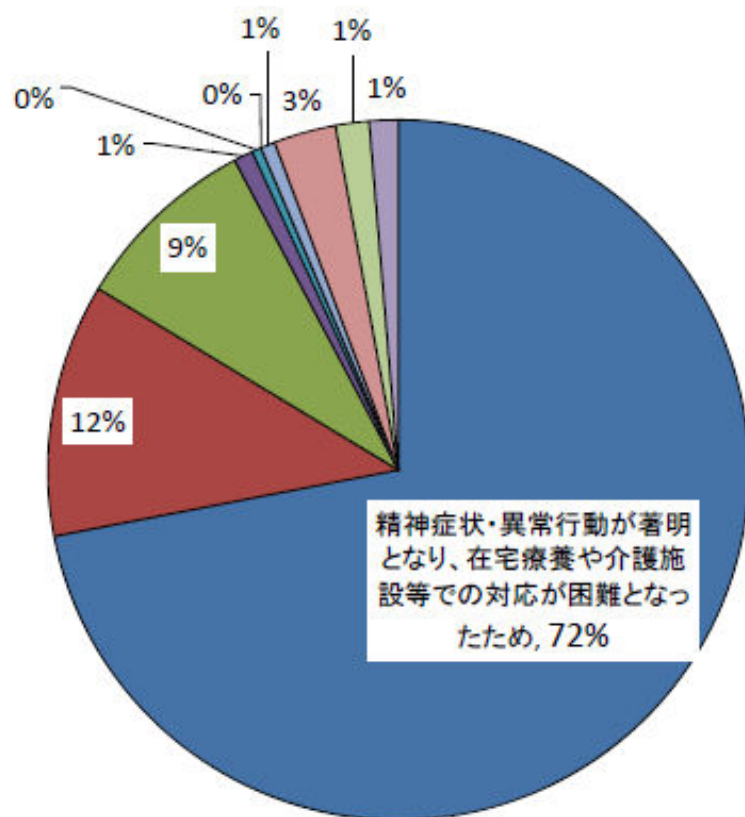




# 認知症患者数の年次推移 (外来)



## 精神病床における認知症入院患者の入院理由



(N=453)

- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要のため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他

# 認知症患者の入院状況

総合病院型認知症疾患センター(大学病院除く)8施設を対象に、平成19年11月1ヶ月に新規入院した65歳以上の認知症高齢者21人についてのアンケート調査。

## ○入院理由

**95%がBPSD対応困難**が理由で、14%が身体症状悪化である。

※43%は即日入院が求められ、そのうち89%が即日入院。

※中等症<sup>注1</sup>以上の認知症が80%以上を占める。

## ○入院経路

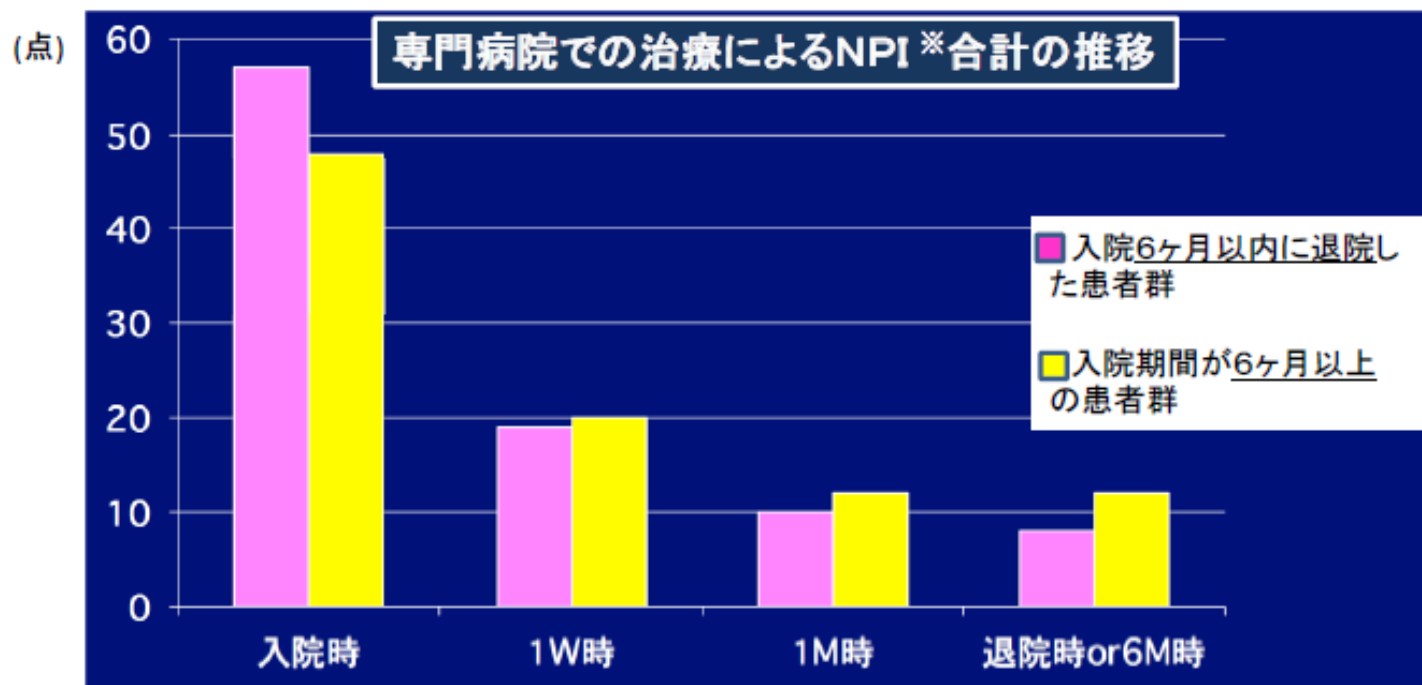
57%が自宅から入院し、28%が医療機関、14%が施設から入院している。

注1 臨床的認知症尺度(CDR: Clinical Dementia Rating Scale)で認知症の重症度を評価。  
6項目(記憶、見当識、判断力、問題解決、社会適応、家庭状況及び趣味、介護状況)について総合的に評価し、健康(CDR0)、認知症疑い(CDR0.5)、軽度認知症(CDR1)、中等度認知症(CDR2)、高度認知症(CDR3)のいずれかに評価。

平成19~21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 栗田主一)



## 入院経過に伴うBPSD症状の変化



\*NPI(Neuro Psychiatric Inventory)とは、BPSDの有無、程度、変化を半定量的に評価。

- 入院後6ヶ月以内に退院した患者群と入院期間が6ヶ月以上の患者群共に、入院1ヶ月時点でBPSDはほぼ改善している。
- BPSDの治療に要する期間は約1ヶ月が妥当と考えられ、入院後、すみやかに退院に向けてサービス調整を行う必要がある。

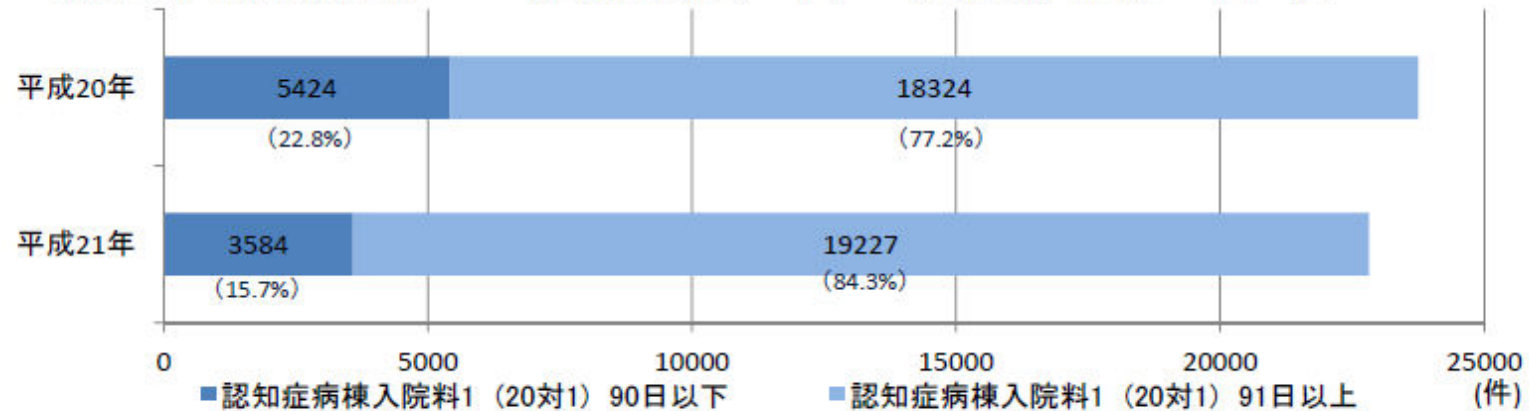
## 認知症病棟入院料の届出医療機関数

		平成21年	平成22年
認知症病棟入院料1 (看護職員※20:1、看護補助者25:1)	医療機関数	402	433
	病床数	27,499	30,034
認知症病棟入院料2 (看護職員※30:1、看護補助者25:1)	医療機関数	48	33
	病床数	34,68	2,492

※看護職員＝看護師＋准看護師

## 認知症治療病棟入院料算定件数の推移①

<認知症治療病棟1 (看護職員20対1・看護補助者25対1)>



平成22年改定

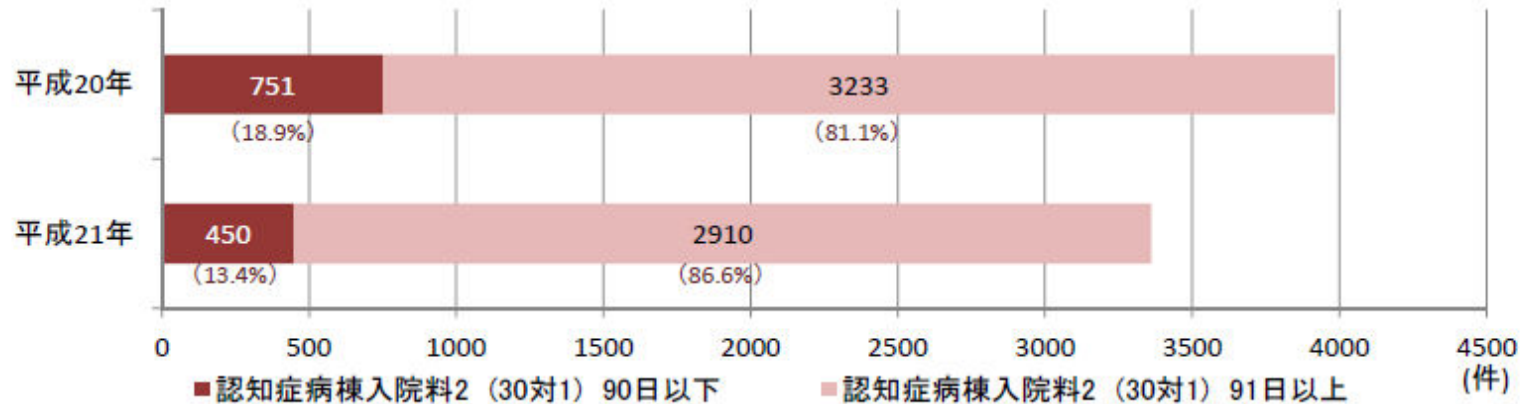
名称: 認知症病棟 → 認知症治療病棟  
点数の変化: 90日 → 60日



出典: 社会医療診療行為別調査

## 認知症治療病棟入院料算定件数の推移②

<認知症治療病棟2 (看護職員30対1・看護補助者25対1)>



平成22年改定

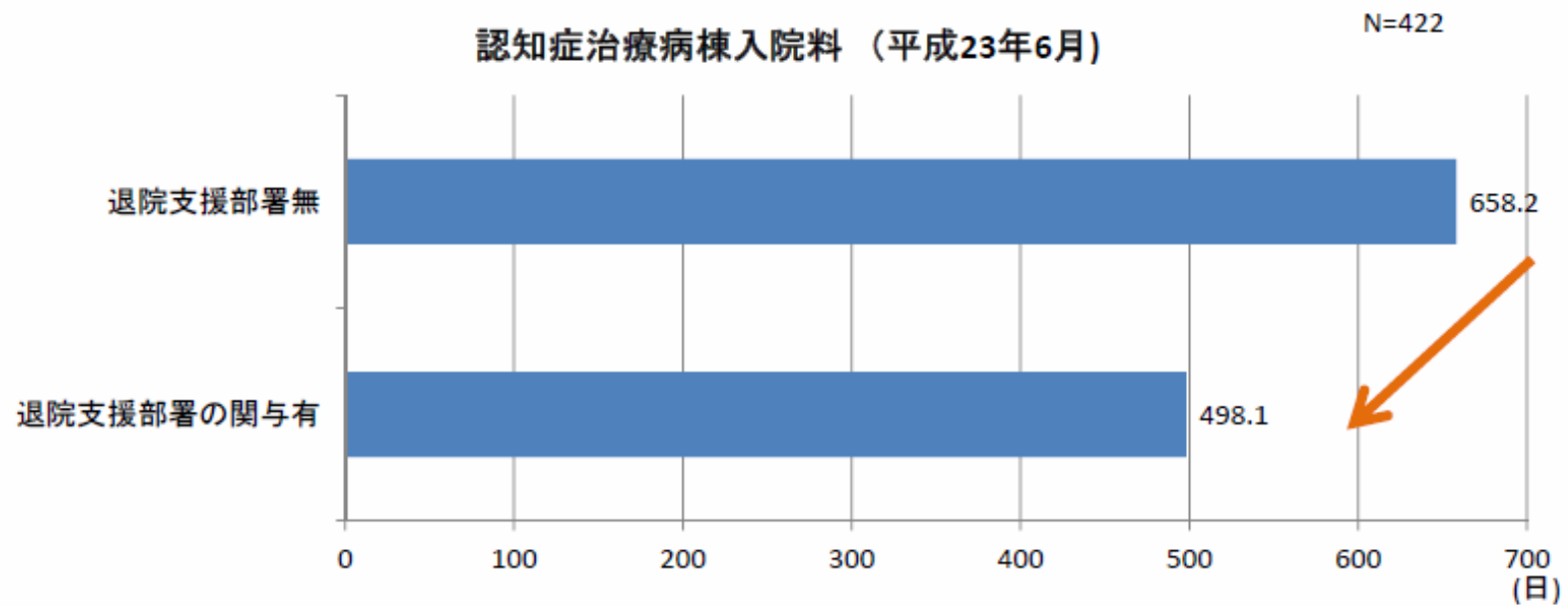
名称: 認知症病棟 → 認知症治療病棟  
点数の変化: 90日 → 60日



出典: 社会医療診療行為別調査



## 認知症治療病棟における 退院支援部署の有無による平均在院日数の違い

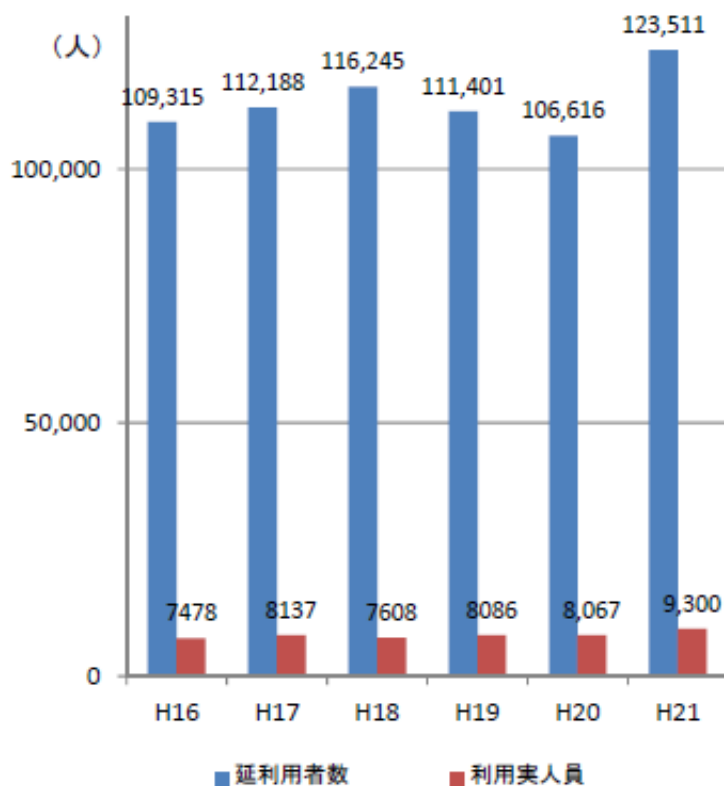


出典：平成23年検証調査

**重度認知症患者デイ・ケア料 1,040点**

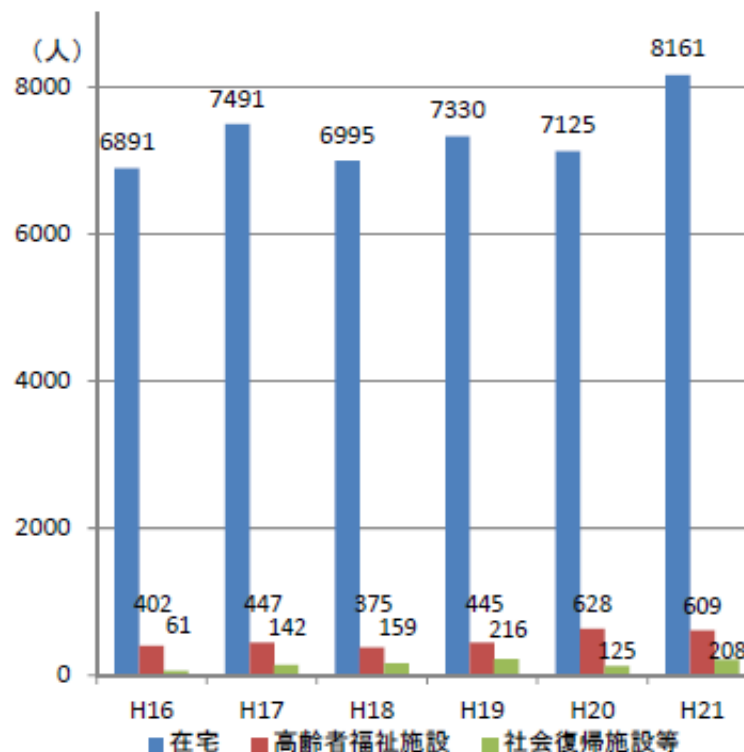
- 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、1日につき6時間以上行った場合に算定する
- 精神科医1人以上、専従の作業療法士及び看護師がそれぞれ1人以上、専従の精神科病棟の勤務経験がある看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれかが1人以上勤務していること

**重度認知症患者デイ・ケアの利用患者数**



※各年1ヶ月間の総利用者数、利用実人員  
 ※平成16・17年は老人性痴呆疾患デイ・ケア

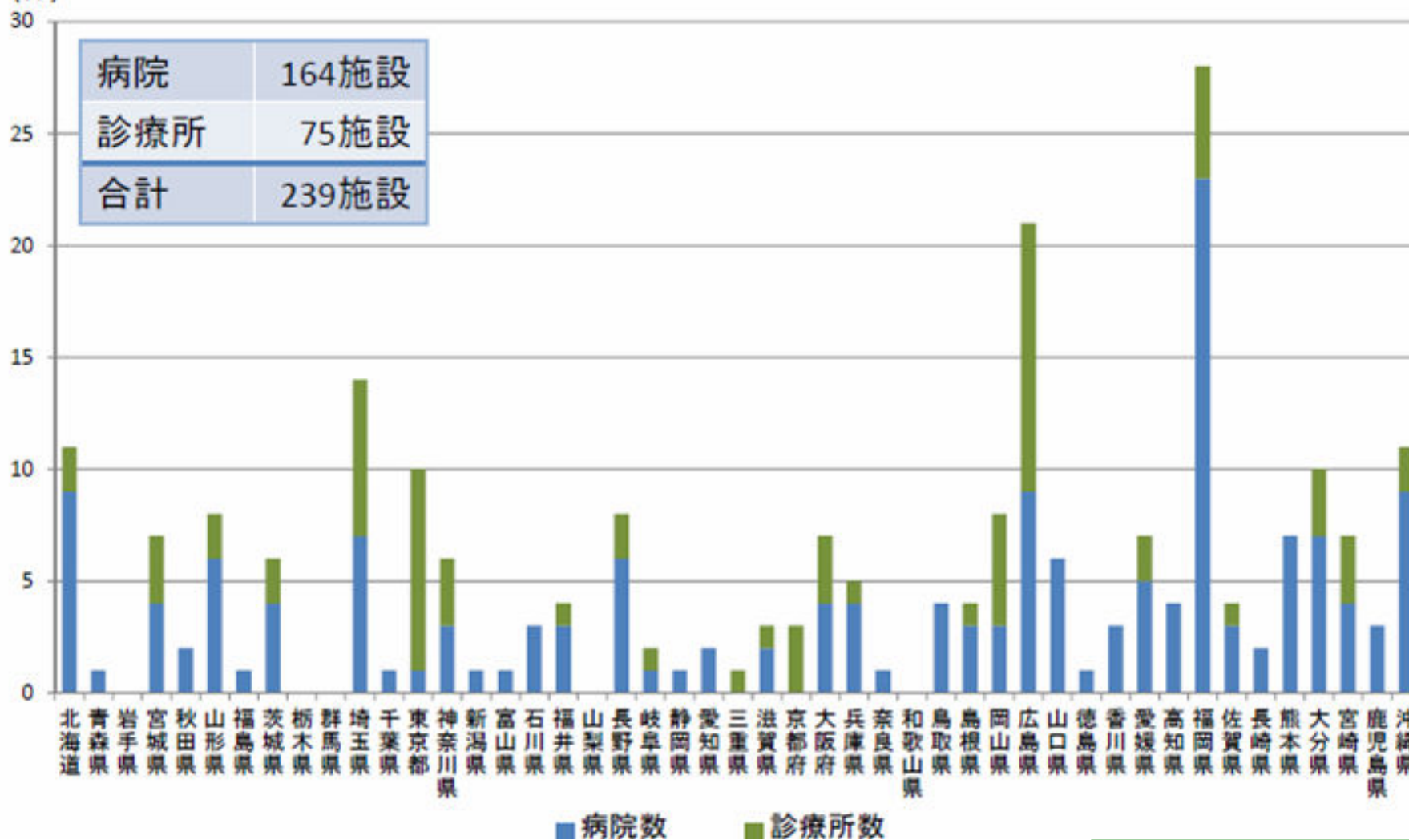
**重度認知症患者デイ・ケア利用実人員の居住地**



※高齢者福祉施設とは、介護保険における施設サービス、高齢対象グループホームを指す。  
 ※社会復帰施設等の他にグループホーム、ケアホーム、障害者支援施設、福祉ホームB型を含む  
 ※各年1ヶ月間の総利用者数、利用実人員  
 ※平成16・17年は老人性痴呆疾患デイ・ケア  
 精神障害保健課課長

# 重度認知症患者デイ・ケアの都道府県別施設数

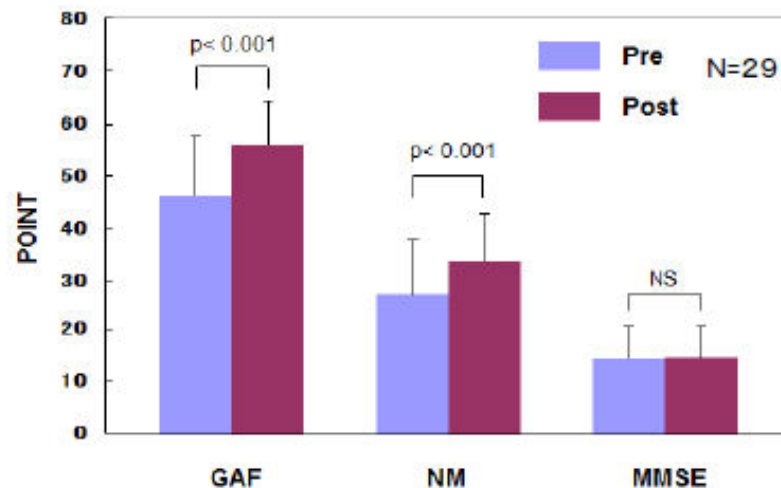
(件)



# 重度認知症患者デイ・ケアの効果

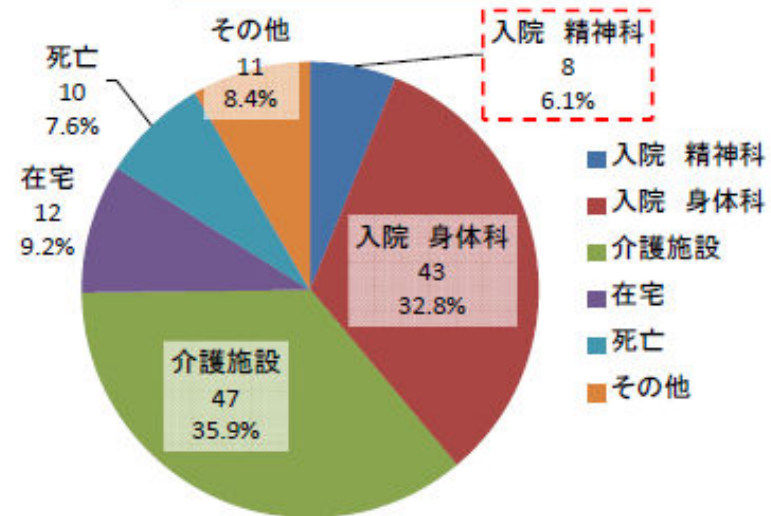
- 精神科診療所の重度認知症患者デイ・ケアを半年間受診した患者29人について、受診前と受診半年後のGAFとNM、MMSEを比較したところ、受診半年後のGAF、NMは改善していた。
- 精神科診療所の重度認知症患者デイ・ケアを受診した131例（18年間）の転帰で、精神科に入院した患者は8例（6.1%）のみ。

デイ・ケアの効果



※NMスケール(N式老年者用精神状態尺度)  
認知症患者の日常生活の行動観察を通して重症度を評価。5項目(家事・身辺整理、関心・意欲・交流、会話、記憶・記憶、見当識)について正常(10点)～重度(0点)で評価。(正常50点、重度0～16点)

18年間の131例の転帰



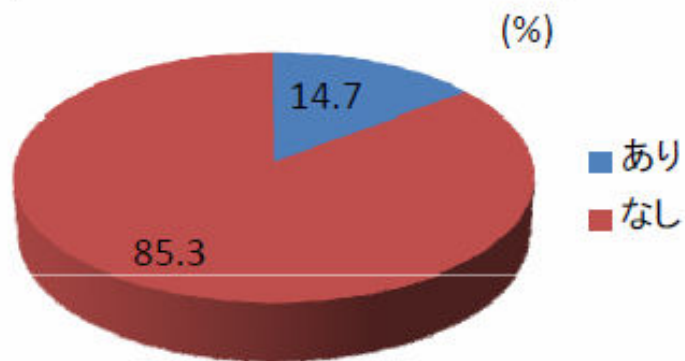
第17回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討会  
高橋構成員資料から一部改変



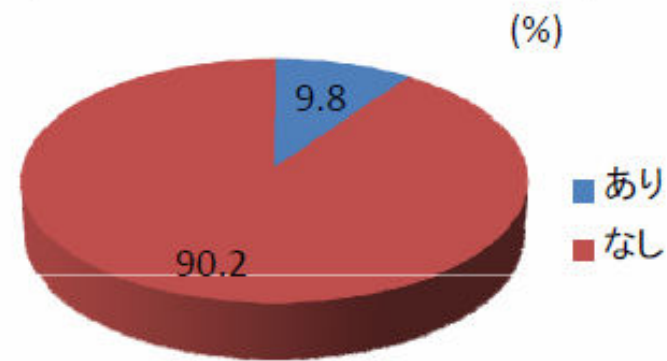
## 認知症における夕暮れ症候群

老年期の認知症患者において、夕方あるいは夜間に運動が過剰になり混乱が著しくなり、症状が悪化する現象を夕暮れ症候群という。

夜間の問題行動の有無



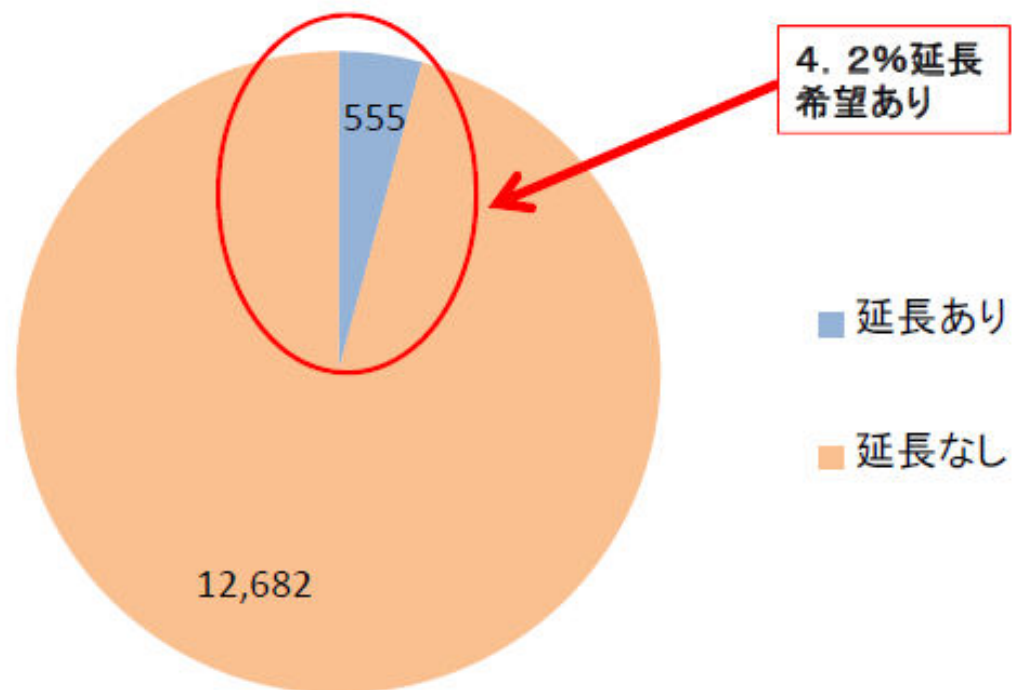
夜間の徘徊・多動の有無



出典: 老年精神医学雑誌 第3巻第5号 1992.5

## 認知症患者の準夜帯のケアのニーズ

○精神科診療所での重度認知症患者デイ・ケアにおける平成22年度の延べ利用者数13,237件のうち、555件(4.2%)で6時間を超えたデイ・ケア提供を家族が希望し、実施した。超過時間は約2時間だった。

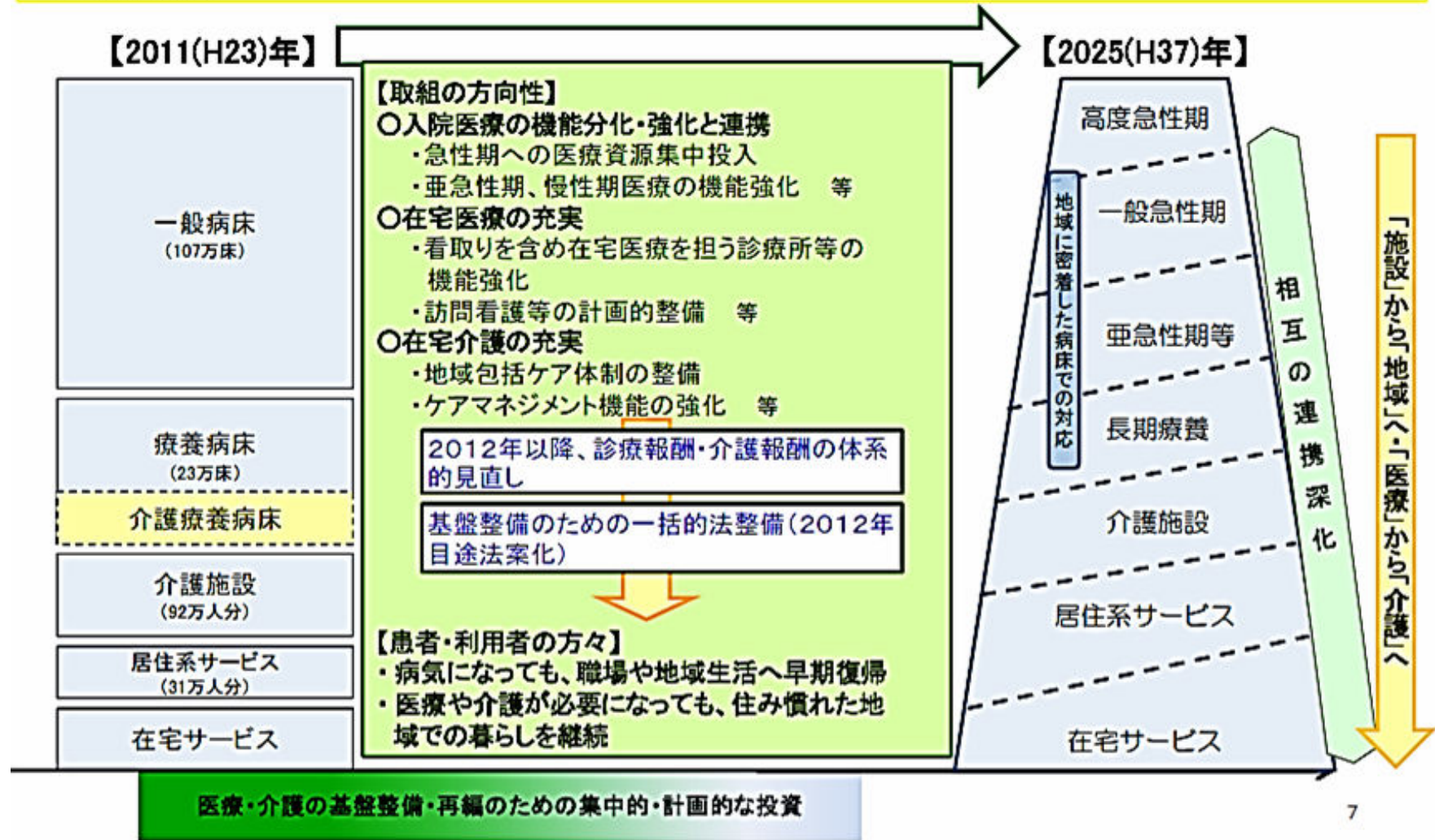


重度認知症患者デイ・ケア  
時間延長の有無

三原デイケアクリニック 三原先生より提供

## 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。





## 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57～58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	
亜急性期・ 回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口5～7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000～3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。



# 診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

改定(予定)



検討内容

入院

- 高度急性期、一般急性期、亜急性期等の患者の状態に応じた診療報酬体系の検討・実施
- 地域に密着した病床における、高度急性期医療から亜急性期医療までの一体的な対応に対する評価を検討・実施

外来

- 外来受診の役割分担に向けた評価の検討・実施
  - 専門医療機関等における、専門的な外来やセカンド・オピニオン等の評価を検討・実施
  - 診療所等と地域の拠点病院が連携をして外来受診を行っていることへの評価を検討・実施 等

在宅

- 在宅医療を担う診療所等の機能強化等を行うための評価を検討・実施
- 在宅を担う医療機関と外来を行う医療機関が連携をとって継続的な診療を行うことについての評価の検討・実施 等

診療報酬の体系的見直し

機能分化・連携・地域特性の明確化

医療・介護サービスのあるべき姿の実現