

平成27年12月11日

厚生労働省保険局長
唐澤 剛 殿

公益社団法人日本精神科病院協会
会 長 山崎 學

要望書

平成27年10月23日の中央社会保険医療協議会において、精神科領域での平成28年度診療報酬改定の主要7テーマとその課題と論点が掲げられたが、我が国の精神科医療の根幹にかかわりかねない以下の問題点について、ここに下記4項目を要望する。

記

1. 精神科デイ・ケア等について

【精神科デイ・ケア等に係る課題と論点】では、「再入院の予防や慢性期患者の居場所の提供等において重要な役割を果たしている」と有用性を認めている。【論点】にある「診療報酬上の評価の見直し」が回数制限を指すのだとすると、地域移行支援を推進しようとする方向性と明白に矛盾する。「精神科デイ・ケアの開始から1年が経つと、IADLはほぼ一定になる」との課題が指摘されている一方、再発・再入院の予防は1年経過したら役目が終わったと放棄できる目標ではない。敢えて頻回に長期間利用しなければ地域に滞在することが難しい重度精神障害者にとって、利用機会の制限は不幸であり、重症度に幅がある患者を一律に長期・漫然利用者と決め付けるべきではない。医師が重症度を評価して、回数制限による再発や急性増悪に陥るリスクが高いと判断する患者には、従来通り週5回実施する裁量権を残すべきである。なお、慢性精神障害に再発は不可避である点を踏まえ、入退院をもってデイ・ケア起算日をリセットする配慮も不可欠である。

2. 抗精神病薬の減薬にかかる取組について

【抗精神病薬の多剤処方に係る課題と論点】では、「クロルプロマジン（以下 CP）換算値で1日1,000 mg 程度を超えると治療効果は変わらず」と【課題】設定されているが、リスペリドンのように現在もグローバル・スタンダードな非定型抗精神病薬でも投与量上限（単剤）で CP 換算値が1,200mg に到るなど、CP 換算値だけが独り歩きするのは非科学的かつ危険である。また、【論点】には、「十分な指導によらず大量処方を行う場合の精神療法の評価を見直してはどうか。」とあるが、**通院精神療法 30 分未満が指導として不十分であるとの合理的根拠がない。**

したがって、医師は患者の容体を診ながら薬剤を処方するものであり、また、単剤で1,000 mg を超える薬剤がある中、その使用に制限をかける評価や医師の処方権を侵すような今回の提案は容認できない。

3. 児童・思春期の精神医療について

【児童・思春期の精神科医療に係る課題と論点】では、「専門的な医療機関における精神療法について評価することとしたらどうか。」と提言されており、この点は中医協診療側委員の「精神科の専門性が担保されるべき。」との発言でも支持されている。十分な専門的経験を担保する必要条件としては、**医師がまず精神保健指定医であることが最低基準**であり、その上で、児童・思春期領域への専門性が問われるべきである。

4. 長期入院患者の地域移行等について

【地域移行を促進する取組の評価に係る課題と論点】に「地域移行に必要な職種を重点的に配置し」とあるのは、**看護師に限定することなく、地域移行に取り組む精神保健福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床心理技術者等も同等の人員として取扱うべきである。**

また、当該病棟が「地域移行支援に必要な取組を徹底して実施する」病棟である以上、**退院に係る支援業務は重要な柱であり、病棟外における支援業務であったとしても病棟勤務の一連として整理するべきである。**

以上

平成27年12月11日

厚生労働省保険局
医療課長
宮寄 雅則 殿

公益社団法人日本精神科病院協会
会長 山崎 學

要望書

平成27年10月23日の中央社会保険医療協議会において、精神科領域での平成28年度診療報酬改定の主要7テーマとその課題と論点が掲げられたが、我が国の精神科医療の根幹にかかわりかねない以下の問題点について、ここに下記4項目を要望する。

記

1. 精神科デイ・ケア等について

【精神科デイ・ケア等に係る課題と論点】では、「再入院の予防や慢性期患者の居場所の提供等において重要な役割を果たしている」と有用性を認めている。【論点】にある「診療報酬上の評価の見直し」が回数制限を指すのだとすると、地域移行支援を推進しようとする方向性と明白に矛盾する。「精神科デイ・ケアの開始から1年経つと、IADLはほぼ一定になる」との課題が指摘されている一方、再発・再入院の予防は1年経過したら役目が終わったと放棄できる目標ではない。敢えて頻回に長期間利用しなければ地域に滞在することが難しい重度精神障害者にとって、利用機会の制限は不幸であり、重症度に幅がある患者を一律に長期・漫然利用者と決め付けるべきではない。医師が重症度を評価して、回数制限による再発や急性増悪に陥るリスクが高いと判断する患者には、従来通り週5回実施する裁量権を残すべきである。なお、慢性精神障害に再発は不可避である点を踏まえ、入退院をもってデイ・ケア起算日をリセットする配慮も不可欠である。

2. 抗精神病薬の減薬にかかる取組について

【抗精神病薬の多剤処方に係る課題と論点】では、「クロルプロマジン（以下 CP）換算値で1日1,000 mg 程度を超えると治療効果は変わらず」と【課題】設定されているが、リスペリドンのように現在もグローバル・スタンダードな非定型抗精神病薬でも投与量上限（単剤）で CP 換算値が1,200mg に到るなど、CP 換算値だけが独り歩きするのは非科学的かつ危険である。また、【論点】には、「十分な指導によらず大量処方を行う場合の精神療法の評価を見直してはどうか。」とあるが、**通院精神療法 30 分未満が指導として不十分であるとの合理的根拠がない。**

したがって、医師は患者の容体を診ながら薬剤を処方するものであり、また、単剤で 1,000 mg を超える薬剤がある中、その使用に制限をかける評価や医師の処方権を侵すような今回の提案は容認できない。

3. 児童・思春期の精神医療について

【児童・思春期の精神科医療に係る課題と論点】では、「専門的な医療機関における精神療法について評価することとしたらどうか。」と提言されており、この点は中医協診療側委員の「精神科の専門性が担保されるべき。」との発言でも支持されている。十分な専門的経験を担保する必要条件としては、**医師がまず精神保健指定医であることが最低基準**であり、その上で、児童・思春期領域への専門性が問われるべきである。

4. 長期入院患者の地域移行等について

【地域移行を促進する取組の評価に係る課題と論点】に「地域移行に必要な職種を重点的に配置し」とあるのは、**看護師に限定することなく、地域移行に取り組む精神保健福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、臨床心理技術者等も同等の人員として取扱うべきである。**

また、当該病棟が「地域移行支援に必要な取組を徹底して実施する」病棟である以上、**退院に係る支援業務は重要な柱であり、病棟外における支援業務であったとしても病棟勤務の一連として整理するべきである。**

以上