Dr武藤のミニ動画講座（221）

# 医薬品の費用対効果

## ～その経緯と見直し～






社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事　武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要




■神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地

■横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人

■衣笠病院許可病床198床　＜稼働病床194床＞

■病院診療科　＜○は常勤医勤務＞

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設　老健（衣笠ろうけん）、特養（衣笠ホーム）、在宅医療センター　、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

■　グループ職員数750名

【2021年9月時点】


富士山
箱根
小田原
横浜
港南台
江の島
鎌倉
逗子
葉山
衣笠ホーム
衣笠城址
横須賀
衣笠病院グループ
浦賀
長瀬
ケアセンター
三浦

# 目次



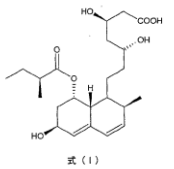
- パート１
  - 費用対効果とQOL評価
- パート２
  - 費用対効果とヨーロッパ事情
- パート３
  - QOLの測定
- パート４
  - 費用対効果と総合評価
- パート５
  - 費用対効果の課題

# パート1
# 費用対効果とQOL評価
## ～高額な医薬品の出現～



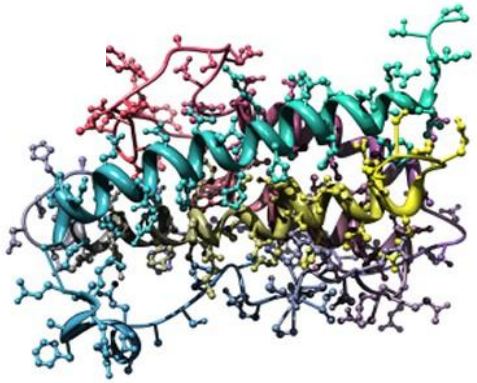
# 高額なバイオ医薬品が増えてきた

高薬価

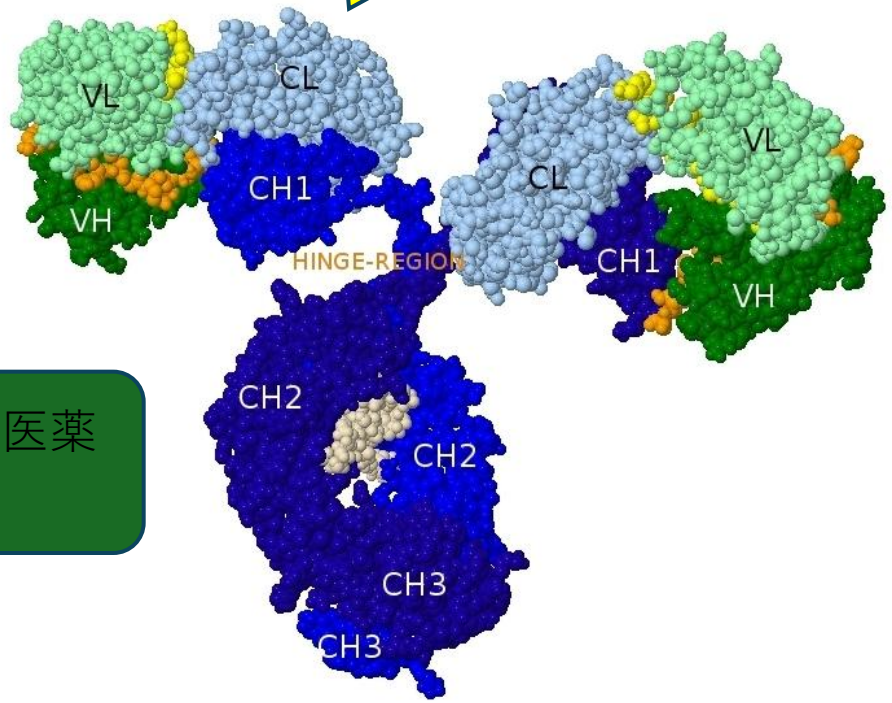


メバロチン





ヒト成長ホルモン




低分子医薬品



バイオ医薬品

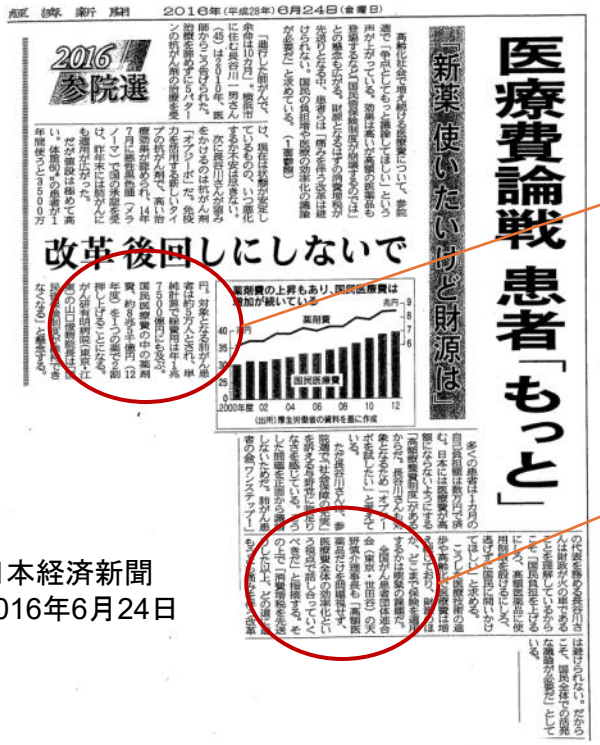


モノクロナール抗体

# 高額薬剤の登場が薬剤費の高騰に拍車をかける

| 薬剤 | 販売開始 | 治療費 |
|---|---|---|
| オプジーボ（がん）※ | 2014年9月 | 約 3,500万円 （1年間投与） |
| ソバルディ（肝炎） | 2015年5月 | 約 546万円 （12週間投与） |
| レパーサ（高コレステロール血症）※ | 2016年4月 | 約 96万円 （1年間投与） |

※バイオ医薬品



医療費論戦 患者「もっと」

新薬使いたいけど財源は

2016参院選

改革後回しにしないで

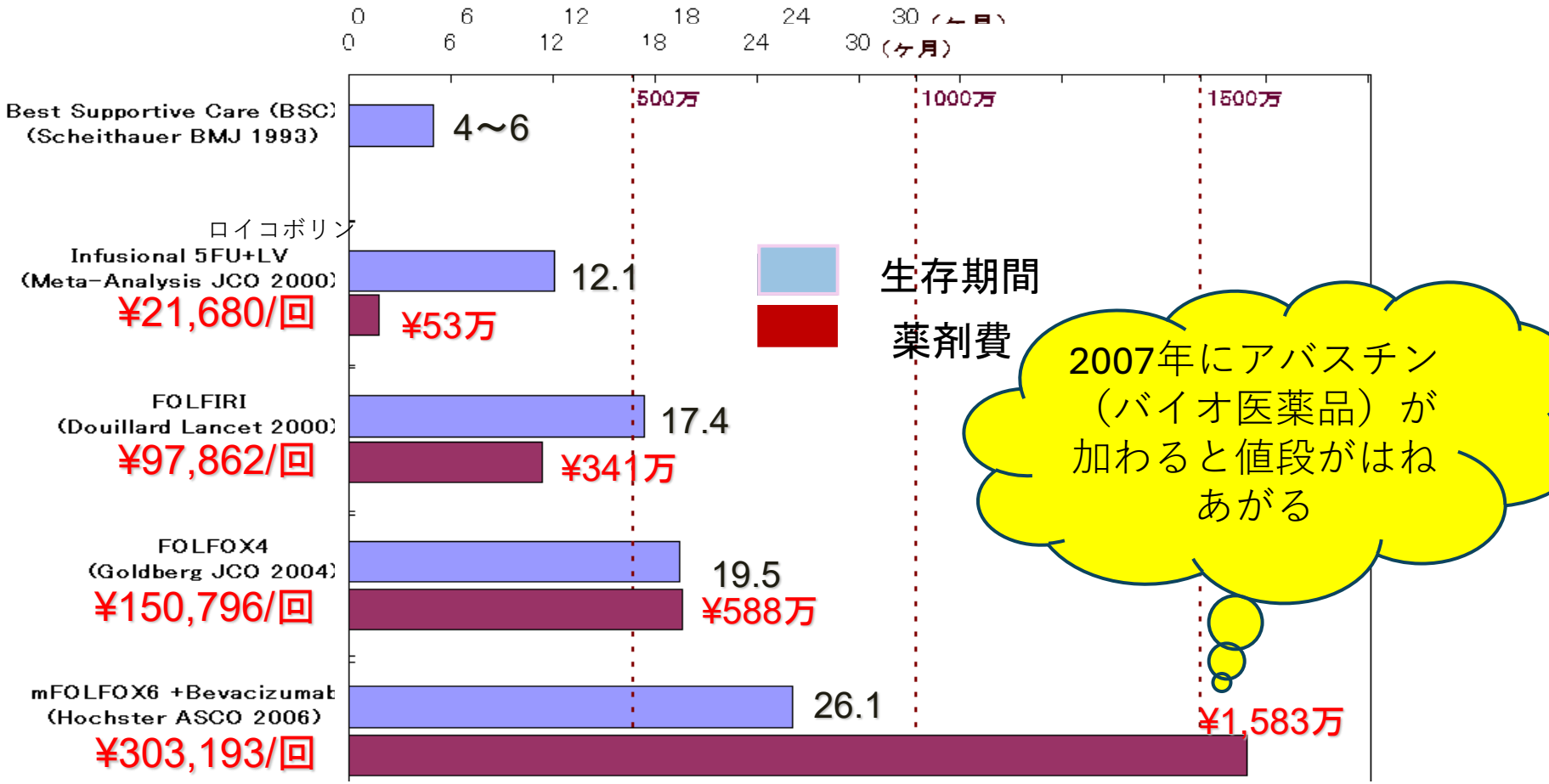
日本経済新聞
2016年6月24日

中略、（オプジーボ）対象患者は約5万人とされ、単純計算で総費用は1兆7500億円にも及ぶ。

オブジーボも
バイオ医薬品

（中略）医療費全体の効率化という視点で話し合っていくべきだ。

# 大腸がん化学療法の生存期間と薬剤費




進行再発転移大腸がんの標準治療の薬剤費は30万～60万円／月になる

がん研有明病院 薬剤部 濱 敏弘氏資料より

# 中医協で費用対効果の試行が始まった



中医協

# （参考１）中医協におけるこれまでの指摘



第189回総会（平成23年4月20日）の遠藤会長退任挨拶　2011年

○　遠藤会長（当時）

・今後の課題の一つとして、医療の費用対効果という議論をする必要があるだろう。

・ここ数年、急速にどの国でも 医療費の上昇という問題があり、費用対効果の議論ということを政策の中に関連させていくという動きが先進国の中で見られてきている。

・一番典型的なのは、イギリスのNHSのNICEだが、あれほどドラスチックなものではないにしても、さまざまな形でヘルス・テクノロ ジー・アセスメントといったものが入れられてくるので、そういったことを今後の価格付の中で反映していくことが必要なのではないだろうか。

・そういう中で、例えば薬などでは、DPCは1SDを超えて、高額の薬の場合は出来高になるが、その様子をみていると抗がん剤を中心に結構高価な薬が出てきている。

・今後、費用対効果の問題 と、特に薬の問題、医療材料の問題などでも議論していくのが、世界の流れから見てもおかしい話ではないだろうと思っており、今後議論されていくと思う。

# 2012年診療報酬改定



元中医協会長　森田朗先生
（現、津田塾大学総合政策学部教授）

- 有効性・安全性が確認された医薬品・医療技術をすべて保険収載するという仕組みの維持が難しくなっている。
- 今後、費用対効果も勘案した保険収載の仕組みを検討する必要がある。

# 費用対効果評価の検討にかかる主な経緯

○　中央社会保険医療協議会においては、2012年５月に費用対効果評価部会を設置、2016年度からの試行的導入の経験も踏まえ、我が国における費用対効果評価の在り方について検討を進めてきた。

| | |
|---|---|
| 2010年頃～ | 中医協において、費用対効果の導入についての議論 |
| **2012年5月** | **中医協に費用対効果評価専門部会を設置** |
| 2013年11月 | 中医協において「議論の中間的な整理」 |
| 2015年6月 | 「経済財政運営と改革の基本方針2015」において、費用対効果を考慮することについて、28年度診療報酬改定に際して試行的に導入することとされた |
| **2016年4月～** | **費用対効果評価の試行的導入** |
| 2018年6月 | 「経済財政運営と改革の基本方針2018」において、費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得ることとされた |

# 2016年度から医薬品7品目について費用対効果の評価を試行的導入

【医薬品】（７品目）

（類似薬効比較方式：５品目）

| 販売名<br>（製造販売業者名） | 主な<br>適応症 | 補正加算の<br>加算率 | ピーク時<br>予測売上高 | 選定理由 |
|---|---|---|---|---|
| ソバルディ<br>（ギリアド・サイエンシズ） | Ｃ型慢性肝炎 | 100% | 987 億円 | 補正加算の加算率が最も高い<br>10%以上の補正加算が認められたもののの中で、ピーク時予測売上高が最も高い |
| ハーボニー<br>（ギリアド・サイエンシズ） | | 0% | 1,190 億円 | 類似品 |
| ヴィキラックス<br>（アッヴィ） | | 0% | 608 億円 | 類似品 |
| ダクルインザ<br>（ブリストル・マイヤーズ） | | 40% | 222 億円 | 類似品 |
| スンベプラ<br>（ブリストル・マイヤーズ） | | 0% | 159 億円 | 類似品 |

（原価計算方式：２品目）

| 販売名<br>（製造販売業者名） | 主な<br>適応症 | 営業利益率の<br>加算率 | ピーク時<br>予測売上高 | 選定理由 |
|---|---|---|---|---|
| オプジーボ<br>（小野薬品工業） | 悪性黒色腫等 | 60% | 31 億円 | 営業利益率の加算率が最も高い |
| カドサイラ<br>（中外製薬） | HER２陽性の再発乳癌等 | 10% | 170 億円 | 10%以上の加算が認められたものの中で、ピーク時予測売上高が最も高い |

# パート2
# 費用対効果とヨーロッパ事情



# 英国国立医療技術評価機構（NICE）

- 英国国立医療技術評価機構 (NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence )
  - 英国の国民保健サービス(NHS：National Health Service)の特別医療機構で1999年に発足
  - NHSの医療サービスにおける質向上と資源の有効活用
  - 医薬品等の医療技術評価（HTA:　Health Technology Appraisal）においてQALYによる費用対効果を導入
  - 具体的にはNICEは医薬品、医療技術、手術法、ヘルスプロモーションの方法について経済評価を行い、NHSに対して保険給付範囲に当該技術を加えるかどうかの「勧告」を行う。
  - 臨床医に対しては疾患や症状について適切と考えられる診療ガイドラインを提供している。



# 医療経済評価の方法

- 費用最小化分析
- 費用効果分析
- 費用効用分析→QALY
- 費用便益分析

- コストの考え方は同じ、アウトカムの測定方法の違い

# 費用効用分析
# Cost Utility Analysis:（CUA)

- 効果として生存年数（定量指標）とQOL(定性指標）の両方を結合したQALY（Quality Adjusted Life Years:質調整生存年）などの効用値を用いる
- 様々な医療行為（手術、薬物治療など）、予防活動などについて評価結果を比較することが可能
- しかし、QOL評価方法に課題・・・

# 質調整生存年（QALY:　Quality Adjusted Life Year）

- QALYは単純な生存年を健康状態の効用値（健康価値）で重みづけして調整したもの
- 健康状態を、完全な健康を１と死亡を0の間のいずれかに割りつける
  - 完全な健康で生きる1年は１QALY
  - 乳がんの再発した時の効用値が0.4とすると、その状態での1年は0.4QALYと表現することができる
- 効用値の測定
  - QOL測定から効用値を求める
- 費用(コスト）の測定

# QALY（質調整生存年）

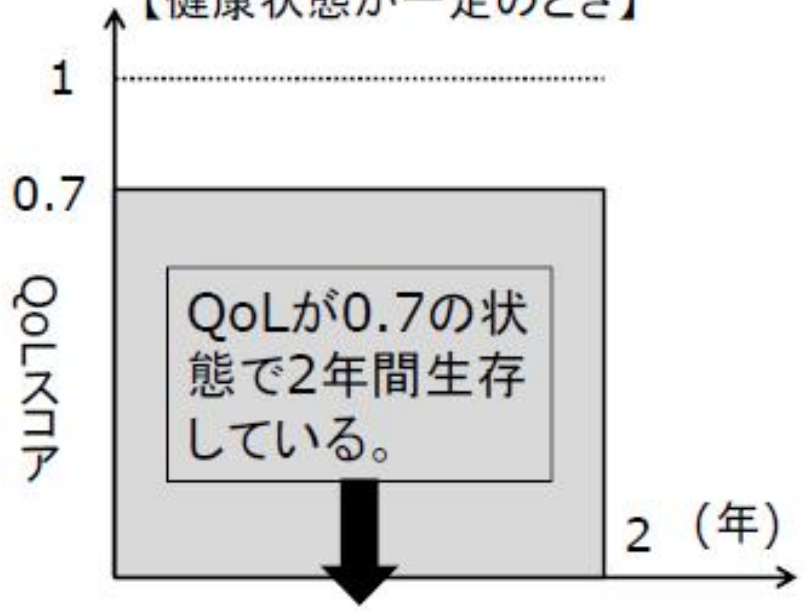
# QALY（質調整生存年）の計算方法

○生存年数と生活の質(QoL)の双方を考慮する。

○QoLについては、1を完全な健康、0を死亡とする「QoLスコア（効用値）」を用いる。

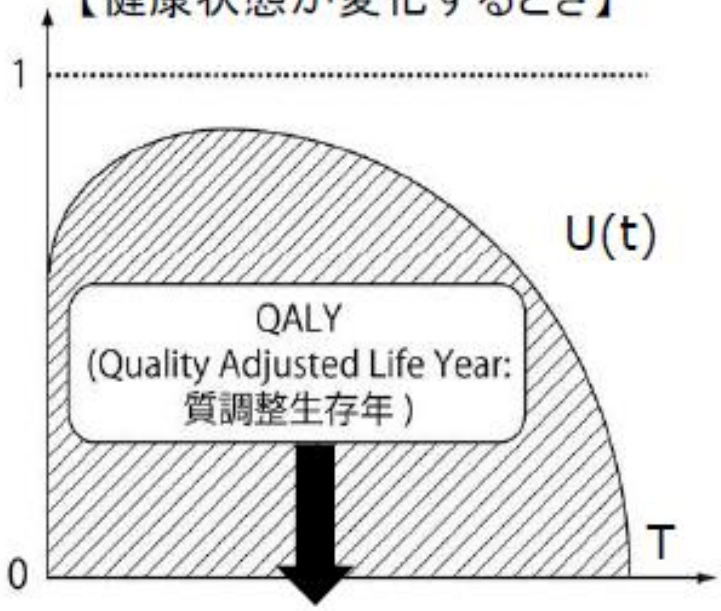
-ある健康状態でのQALY ＝【QoLスコア】 × 【生存年数】

【健康状態が一定のとき】




「QALY = 0.7 x 2 =1.4」と計算できる。

【健康状態が変化するとき】



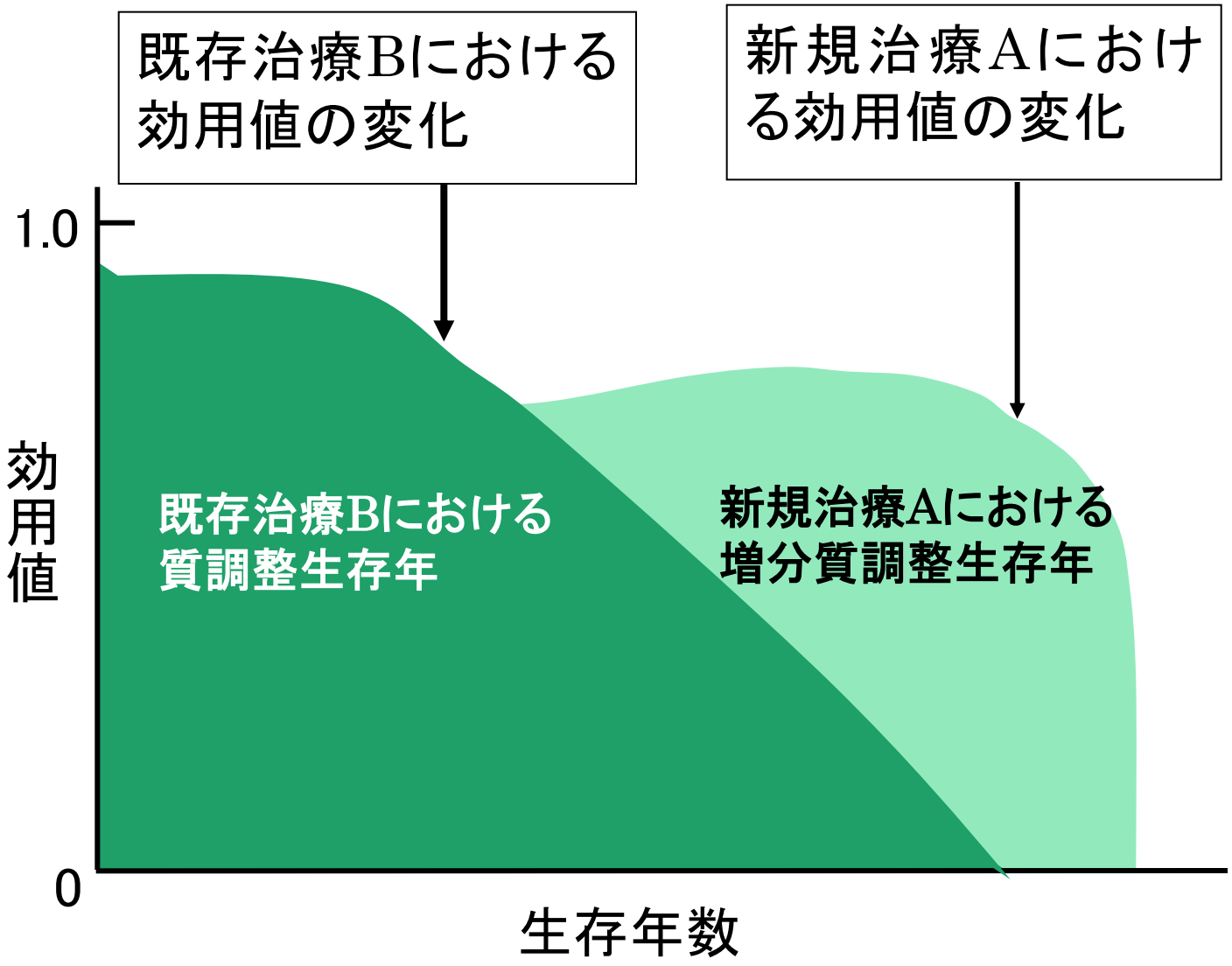

曲線下の面積で計算できる。

$$QALY = \int_0^T u(t)dt$$

# QALYによる費用対効果の検証

増分QALYによる検証

# QALY(質調整生存年）による評価



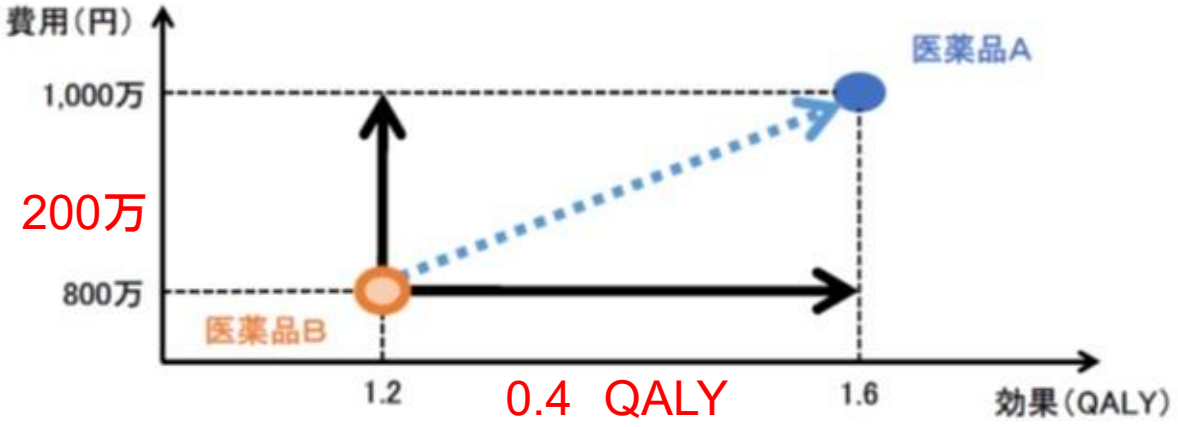
# 増分QALYに要する費用

- 増分QALYによる費用効果比
  - 新規医療サービスと既存のサービスを比較した場合、既存のサービスより新規サービスのQALYがどれくらい増え、そしてその増分QALYに要する費用を算出する
- ICER（NICE）
  - 1QALYあたり2万ポンドから3万ポンド(約380万円から570万円)を目安 ーよそ500万円。
  - このICER以下であれば、新規サービスの費用対効果は「優れている」と判定される

# 2. 増分費用効果比(ICER)の算出

医薬品Bから医薬品Aに治療が置き換わった場合の効果及び費用の増分を算出し、増分費用効果比(ICER)を算出する。

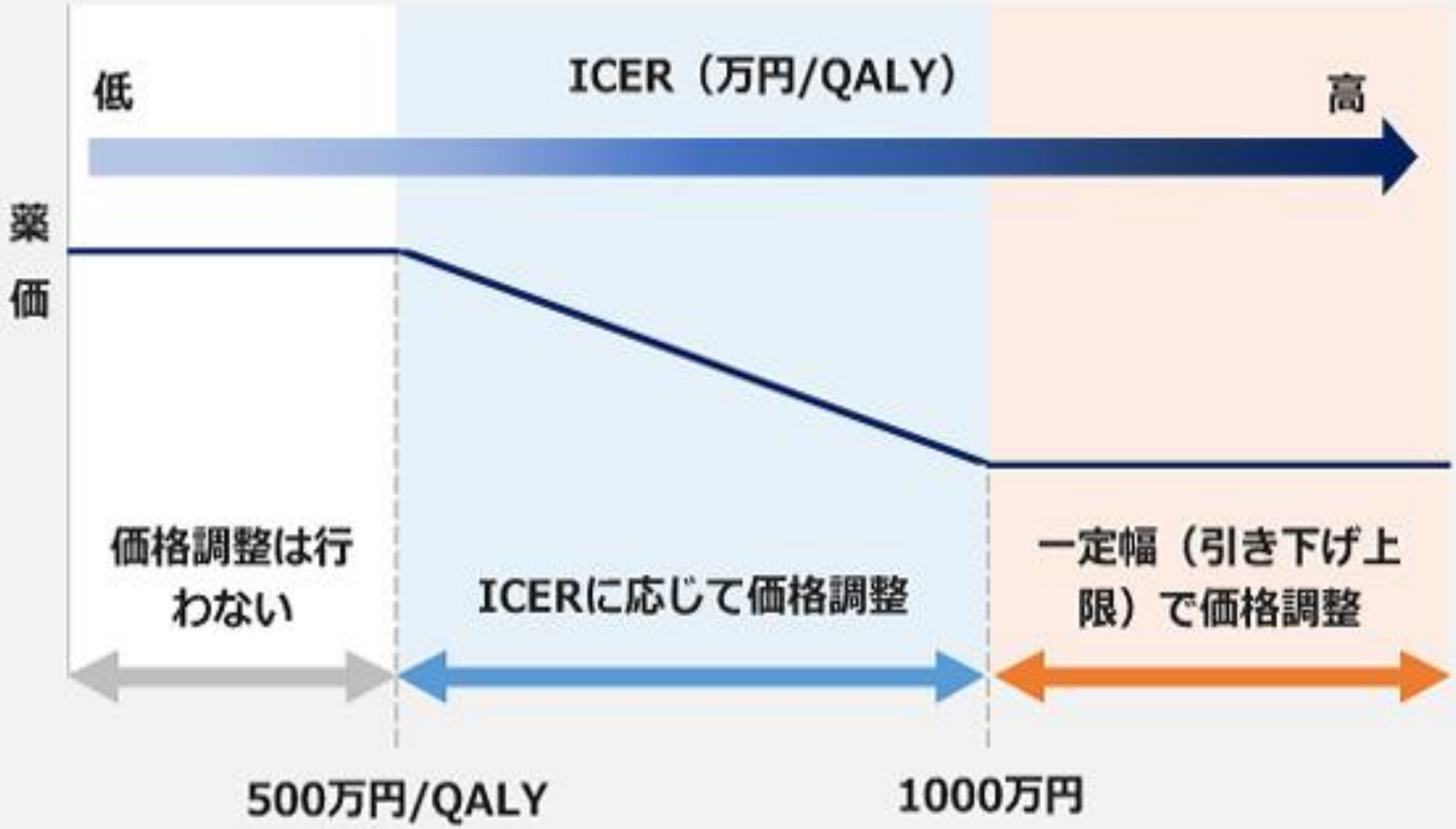
$$\text{増分費用効果比(ICER)} = \frac{\text{1,000万円 − 800万円(費用がどのくらい増加するか)}}{\text{1.6QALY − 1.2QALY(効果がどのくらい増加するか)}} = \text{500万円/QALY}$$




| | 効果 (QALY) | 増分効果 (QALY) | 費用 (円) | 増分費用 (円) | ICER (円/QALY) |
|---|---|---|---|---|---|
| 医薬品A | 1．6 | 0．4 | 1,000万 | 200万 | 500万 |
| 医薬品B | 1．2 | − | 800万 | − | − |

ICER：Incremental Cost Effectiveness Ratio

# ICERに基づく薬価引き下げ




中医協費用対効果・薬価・医療保険材料専門部会
合同部会（17年10月25日）資料をもとに作成

# パート3
# QOLの測定



中医協　費－2
２４．１０．３１

2012年

# QOL評価の具体的方法等について



福田参考人提出資料

国立保健医療科学院
保健医療経済評価センター

# 健康関連QOLの評価尺度

## 包括的(汎用的)尺度

➢どのような疾患にも適用可能なように一般的な状態を評価するもの

○ QALY（Quality –adjusted Life Year：質調整生存年）算出に用いるもの

例）EQ-5D, HUI, SF-6Dなど

EQ-5D (EuroQol 5 Dimension )、HUI (Health Utilities Index )、SF-6D (Short Form 6 Dimension )

○ QALY算出に用いないもの

例）SF-36, WHOQOL,など

SF-36 (Short Form 36)

## 疾病特異的尺度

➢疾病に特異的な症状などについて評価するもの

例) がん(EORTC, FACT-Tax等)、呼吸器疾患 (SGRQ等)など

EORTC: European Organisation for Research and Treatment of Cancer ,FACT-Tax（Functional Assessment of Cancer Therapy-taxane）,SGRQ（St. George's Respiratory Questionnaire）

# EQ-5Dとは

- 概要
  - 健康関連QOLを測定するために開発された包括的な評価尺度
  - 自己記入式
  - 1987年に設立されたEuroQol グループ(※)が開発
  - 102の言語バージョンが存在し、世界各国で用いられている。
  - 日本語版は、2001年に研究者によって開発され、調査研究等で使用されている。
  - 各項目が3段階である → 世界各国で5段階版が開発中
- 内容
  - 5項目の質問で構成（簡便で、調査時の患者負担が軽度）
  - 標準化された質問で構成されるため、各国が独自に質問を加えることは不可
  - 回答結果をもとに「完全な健康＝1」「死亡＝0」と基準化された健康状態のスコアが算出可能。
  - 換算表は、EuroQol本部（所在：ロッテルダム）が定める共通の方法を用いて、各国での調査に基づき、それぞれの国で独自に作成される。

※ EuroQOLグループ設立時の構成研究機関等
York大学、Brunel大学、Middlesex病院（以上英国）、Erasmus大学（オランダ）、フィンランド 国立公衆衛生研究所、Helsinki大学（フィンランド）、スウェーデン医療経済研究所、ノルウェー国立公衆衛生研究所

# EQ-5D日本語版

- 移動の程度
  - 私は歩き回るのに問題はない ・・・1
  - 私は歩き回るのにいくらか問題がある ・・・2
  - 私はベッド（床）に寝たきりである ・・・3
- 身の回りの管理
  - 私は身の回りの管理に問題はない ・・・1
  - 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある ・・・2
  - 私は洗面や着替えを自分でできない ・・・3
- ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）
  - 私はふだんの活動を行うのに問題はない ・・・1
  - 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある ・・・2
  - 私はふだんの活動を行うことができない ・・・3
- 痛み／不快感
  - 私は痛みや不快感はない ・・・1
  - 私は中程度の痛みや不快感がある ・・・2
  - 私はひどい痛みや不快感がある ・・・3
- 不安／ふさぎ込み
  - 私は不安でもふさぎ込んでもいない ・・・1
  - 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる ・・・2
  - 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる ・・・3

# EQ-5Dによる健康状態の表現方法

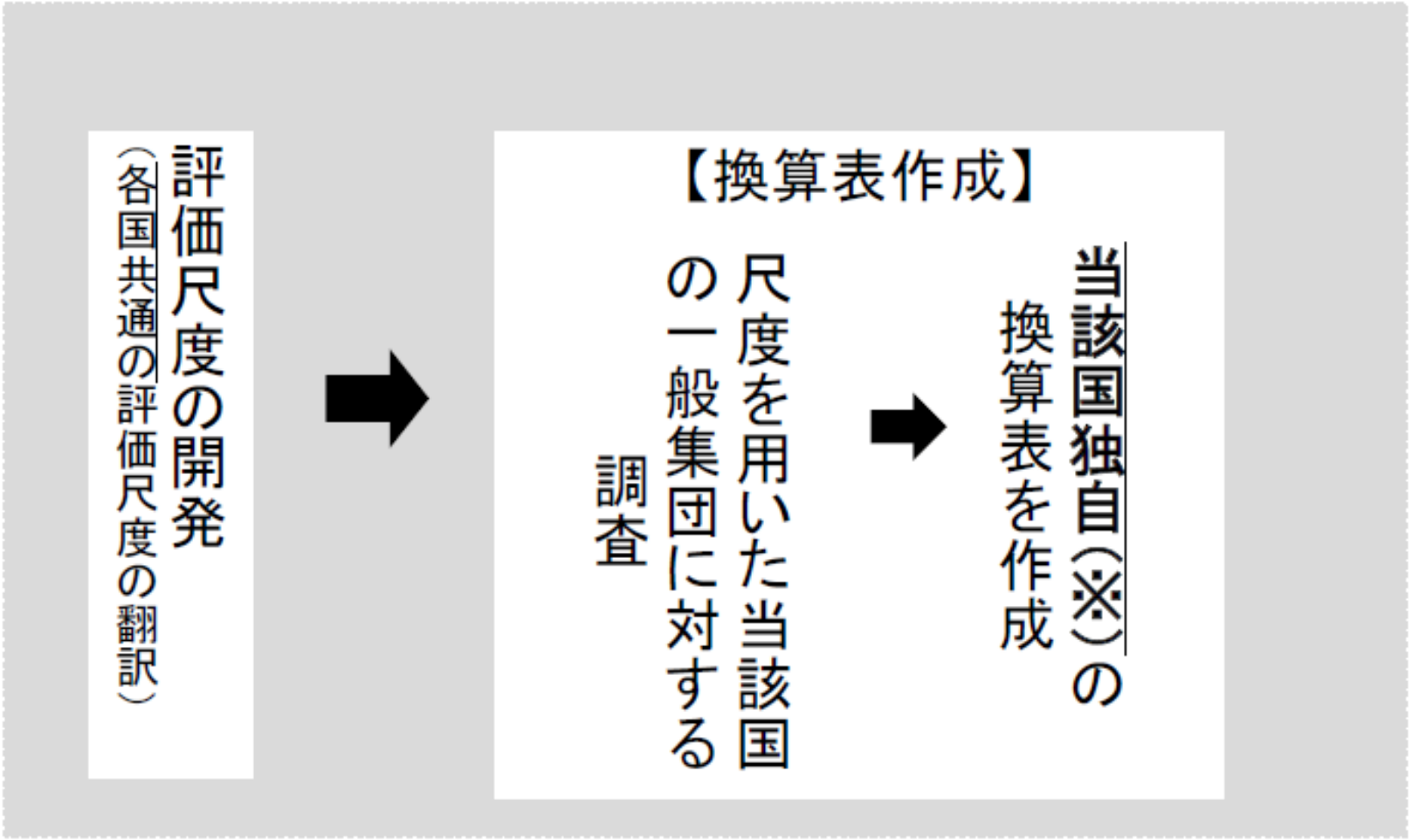
例えば以下の状態であれば、　　（日本語：3段階版）

- 移動の程度
  - 私は歩き回るのに問題はない　　・・・1
- 身の回りの管理
  - 私は洗面や着替えを自分でするのに<u>いくらか問題がある</u>　　・・・2
- ふだんの活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動）
  - 私はふだんの活動を行うことが<u>できない</u>　　・・・3
- 痛み／不快感
  - 私は痛みや不快感はない　　・・・1
- 不安／ふさぎ込み
  - 私は不安でもふさぎ込んでもいない　　・・・1

「12311」と表せる。

表現できる状態は、「11111」から「33333」までで、$3^5$＝243通り。

# 評価尺度開発・換算表作成の流れ




※手順は各国共通であっても、当該国での調査によって作成される換算表は当該国独自となる。

# EQ-5D日本語版作成の流れ

EuroQol本部によって各国の作成作業が定められた手順に沿っていることを確認

一貫して各国共通の手順に沿って作成

**日本語評価尺度の作成**

| | |
|---|---|
| 順翻訳 | 3名の翻訳者が独立して翻訳し、一つに統合。 |
| 逆翻訳 | 順翻訳とは別の2名の翻訳者により逆翻訳し、一つに統合。 |
| パイロットテスト | 一般住民に調査し、内容が理解できるか等を検証。必要に応じた修正。 |
| 本部の承認 | EuroQol本部での承認 |

**日本版換算表の作成**

| | |
|---|---|
| 仮想健康状態の設定 | EQ-5Dによる健康状態の表現方法を用いて、17の仮想的健康状態を設定。 |
| 一般住民調査 | 日本国内の3地点で無作為に抽出した543名に対して、設定した17の健康状態について調査し、各項目の重みを算出。 |
| 性・年齢調整 | 日本全体の性・年齢構成にあうように調整し、各健康状態についての換算表を作成。 |
| 本部の承認 | EuroQol本部での承認 |

# 日本語版EQ-5D(3段階版)スコア換算表

| 状態 | スコア | 状態 | スコア |
|---|---|---|---|
| 11111 | 1. 000 | 12213 | 0. 638 |
| 11112 | 0. 786 | 12221 | 0. 670 |
| 11113 | 0. 736 | 12222 | 0. 608 |
| 11121 | 0. 768 | 12223 | 0. 558 |
| 11122 | 0. 705 | 12231 | 0. 494 |
| 11123 | 0. 656 | 12233 | 0. 444 |
| 11131 | 0. 654 | 12311 | 0. 661 |
| 11132 | 0. 592 | 12312 | 0. 599 |
| 11133 | 0. 542 | 12313 | 0. 549 |
| : | : | : | : |

(※) 日本の研究者グループ(土屋･池田ら)が作成し、EuroQol本部がEQ-5D日本語版(3段階版)として承認したスコアで、調査研究に用いられている。

Tsuchiya A, Ikeda S, Ikegami N, et al. Estimating an EQ-5D population value set: the case of Japan. Health Econ. 2002;11(4):341-53.

# 時間得失法(Time Trade Off ： TTO)

「失明」の状態で10年生きることの価値は、
「完全な健康」で何年生きることと等しいでしょうか？

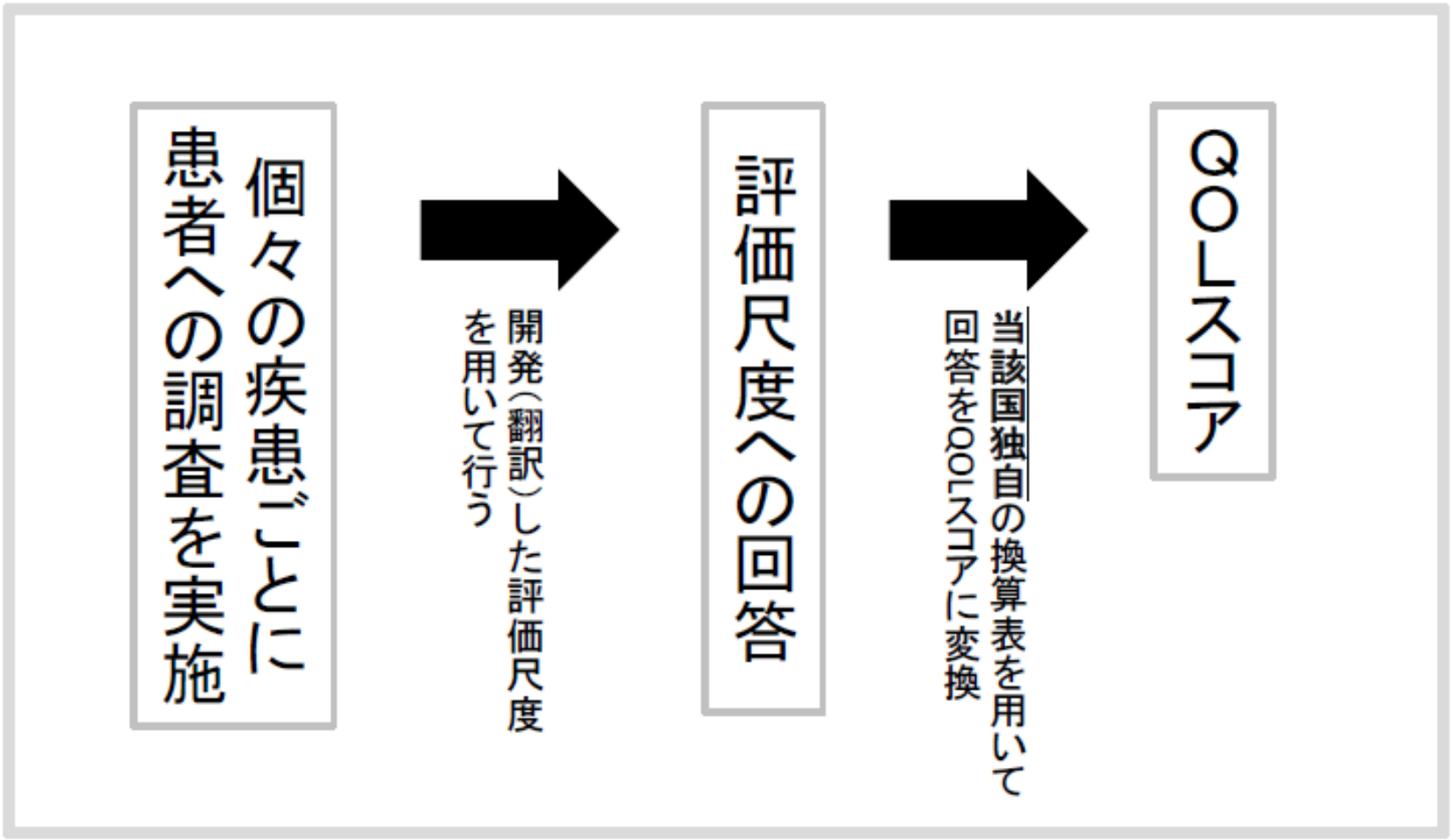
１０年の「失明」

||

X年の「完全な健康」

4年　　健康の効用スコアは0．４

# 個々の疾患の患者のQOLスコア算出までの流れ



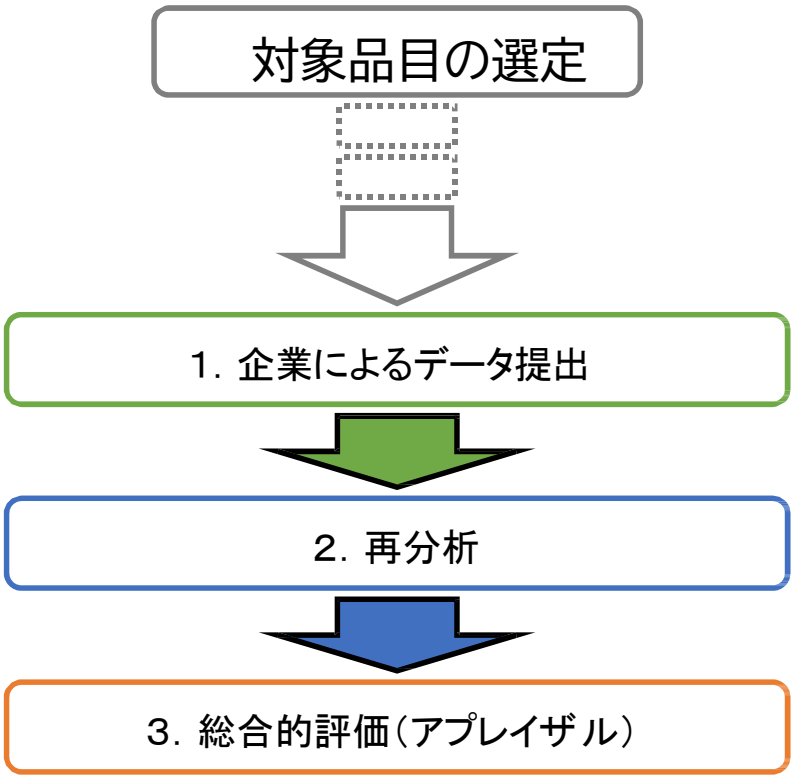

換算表が各国独自で作成されている場合、同じ健康状態でも、算出されるQOLスコアは国によって異なる。

# パート4
# 費用対効果と総合評価

# 費用対効果評価の流れについて

- 費用対効果評価の対象となった品目については、企業によるデータ提出後、再分析を行い、総合的評価を行う。

＜評価の一連の流れ（イメージ）＞



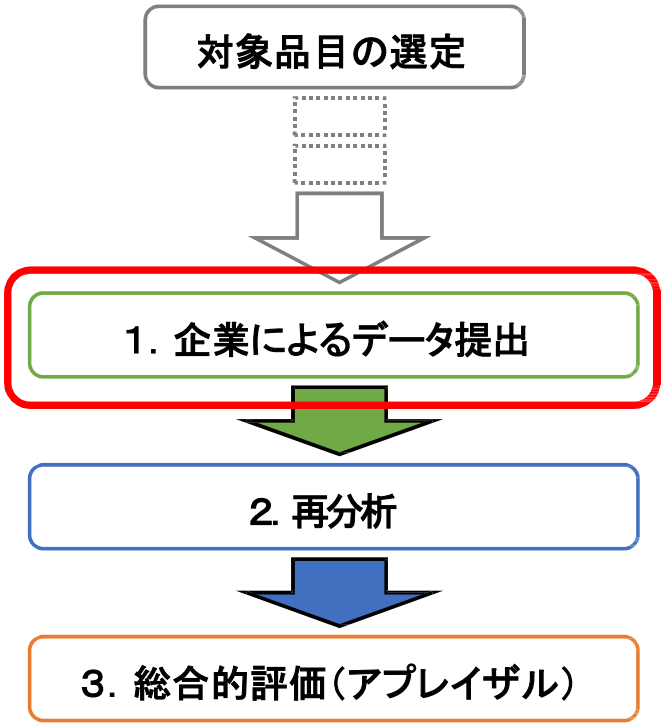
# 医薬品Aにかかる費用対効果評価の流れ

**1．企業によるデータ提出**

2．再分析

3．総合的評価（アプレイザル）

＜評価の一連の流れ（イメージ）＞

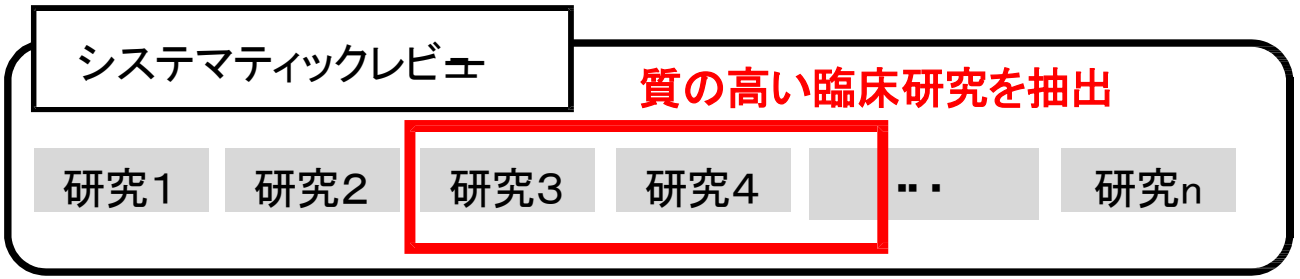


# 1．企業によるデータ分析条件

| | |
|---|---|
| 医薬品Aの概要 | ・ 医薬品Aは、疾患Xに対する治療薬である。<br>・ 疾患Xは小児特有の疾患であり、各種医薬品で治療されているが予後が悪い。<br>・ 医薬品Aは医薬品Bを置き換える治療薬と想定。 |
| 分析対象疾患・集団 | 疾患Xの患者 |
| 比較対照 | 医薬品B |
| システマティックレビュー | 実施あり |
| 分析に使用した主要な臨床研究 | 疾患Xに対し、医薬品A及び医薬品Bによる治療を比較した無作為化比較試験 |
| 分析期間 | 生涯 |
| 費用の範囲 | 公的医療の立場からの公的医療費 |
| 効果指標 | 質調整生存年(QALY) |

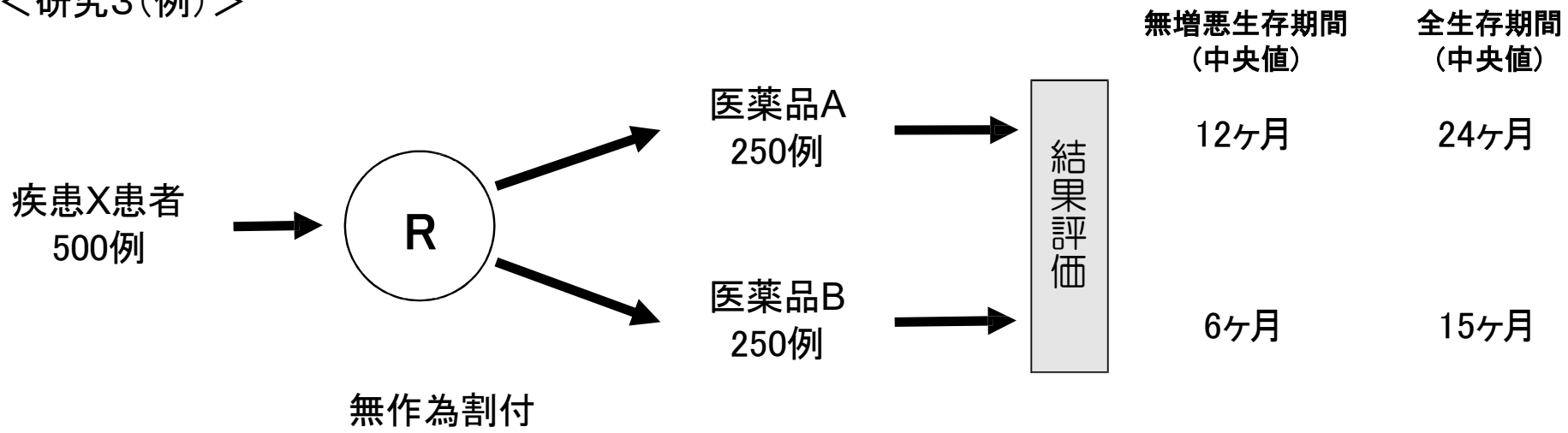
# 1－1．システマティックレビュー

疾患Xにおける医薬品A及び医薬品Bに関わる全ての研究を網羅的に収集してレビューを実施し、分 析に使用する質の高い臨床研究を抽出。




# 1－2. 分析に使用した主な臨床研 究

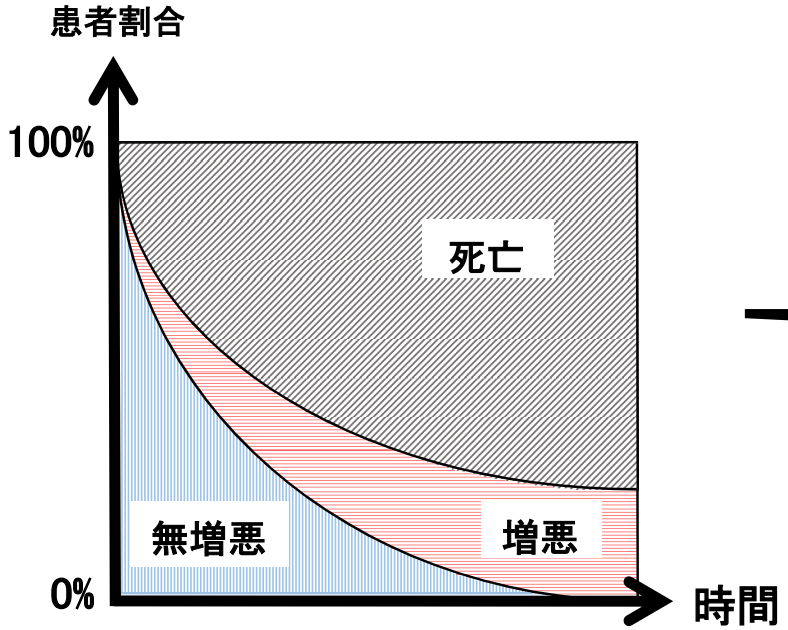
＜研究3（例）＞



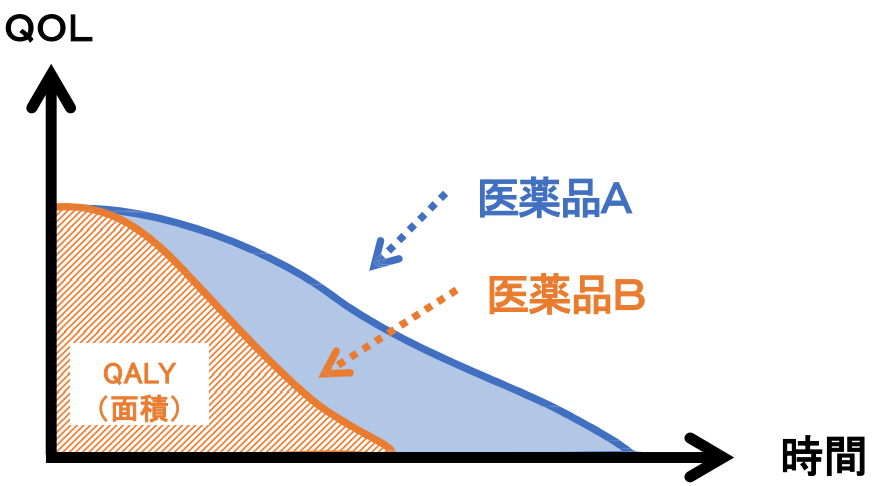
# １－３．効果及び費用の算出

疾患Xの患者に対して医薬品Aや医薬品Bによる治療を行った場合の費用や効果について、臨床研究等のデータから算出する。

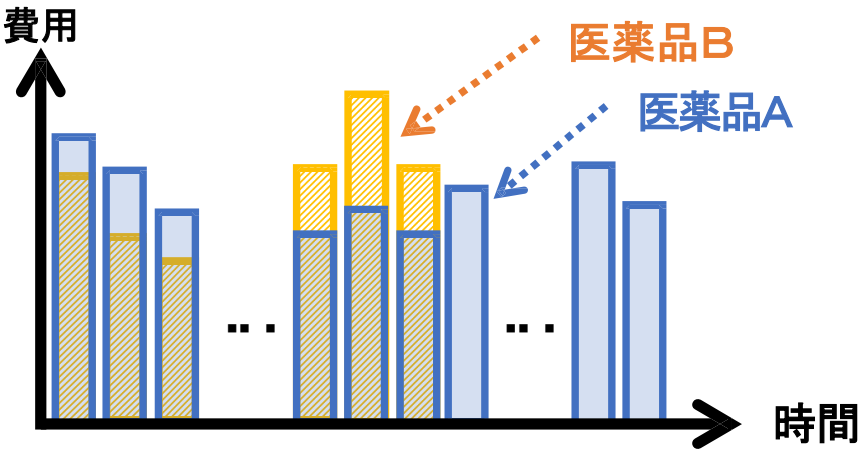
＜各健康状態の患者割合＞（イメージ）




＜効果（QALY）の算出＞（イメージ



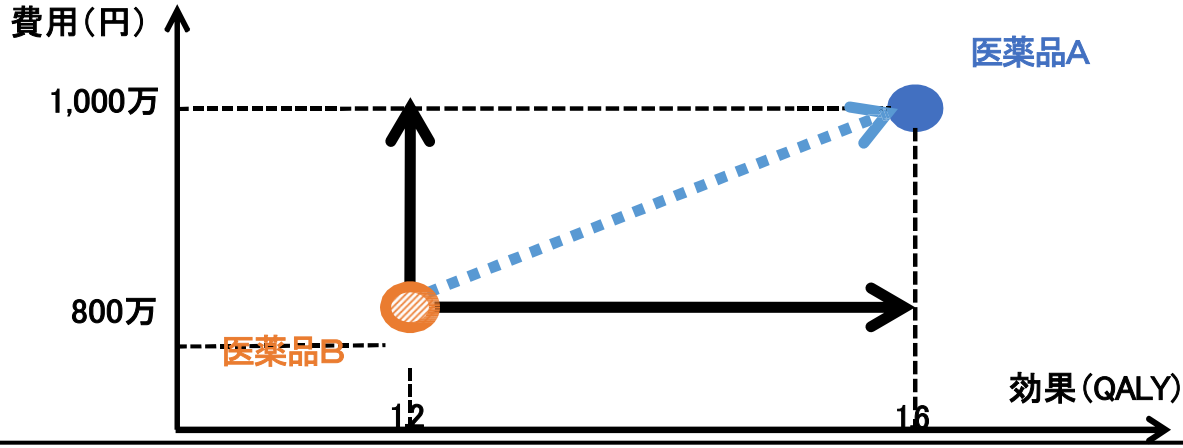

＜費用（公的医療費）の算出＞（イメージ）



# ２．増分費用効果比（ICER)の算出

医薬品Bから医薬品Aに治療が置き換わった場合の効果及び費用の増分を算出し、増分費用効果比（ICER）を算出する。

$$\text{増分費用効果比（ICER）} = \frac{\text{1,000万円 － 800万円（費用がどのくらい増加するか）}}{\text{1.6QALY － 1.2QALY（効果がどのくらい増加するか）}} = \text{500万円/QALY}$$




| | 効果（QALY） | 増分効果（QALY） | 費用（円） | 増分費用（円） | ICER（円/QALY） |
|---|---|---|---|---|---|
| 医薬品A | 1．6 | 0．4 | 1,000万 | 200万 | 500万 |
| 医薬品B | 1．2 | － | 800万 | － | － |

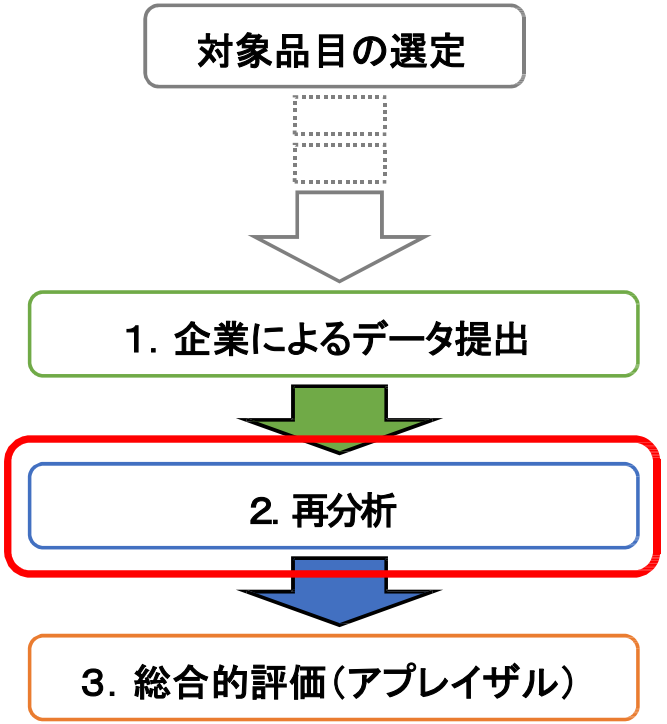
# 医薬品Aにかかる費用対効果評価の流れ

1．企業によるデータ提出

2．再分析

3．総合的評価（アプレイザル）

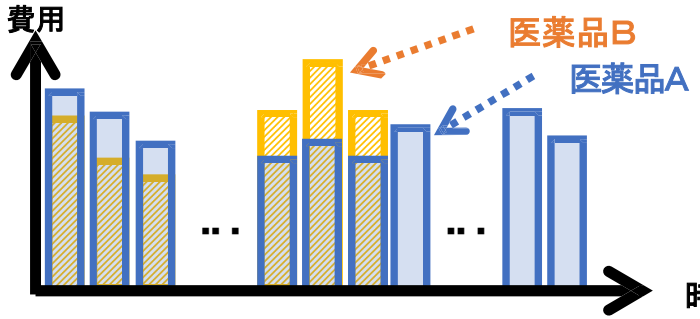
＜評価の一連の流れ（イメージ）＞



# 3第三者による再分析

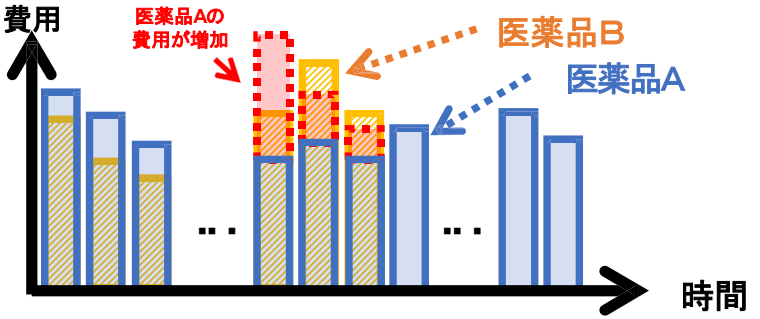
＜比較対照技術について＞
疾患Xの患者に対して医薬品Aによる治療を行った場合の生涯にかかる公的医療費について、企業はモデルケースから総費用が1,000万と推計していたが、再分析において複数のデータを用いて別のモデルで推計すると1,100万円であった。

＜企業による費用算出＞（イメージ




医薬品Aの場合の再入院等の頻度を修正

＜再分析による費用算出＞（イメージ




【QALYを用いたICER（増分費用効果比）算出】

医薬品Aによる治療を行った場合の費用を1,100万円としたところ、ICERが増加（費用対効果が悪化）。

| | 効果（QAL） | 増分効果（QALY） | 費用（円） | 増分費用（円） | ICER（円/QALY） |
|---|---|---|---|---|---|
| 医薬品A | 1．6 | 0．4 | 1,100万 | 300万 | 750万 |
| 医薬品B | 1．2 | ― | 800万 | ― | ― |

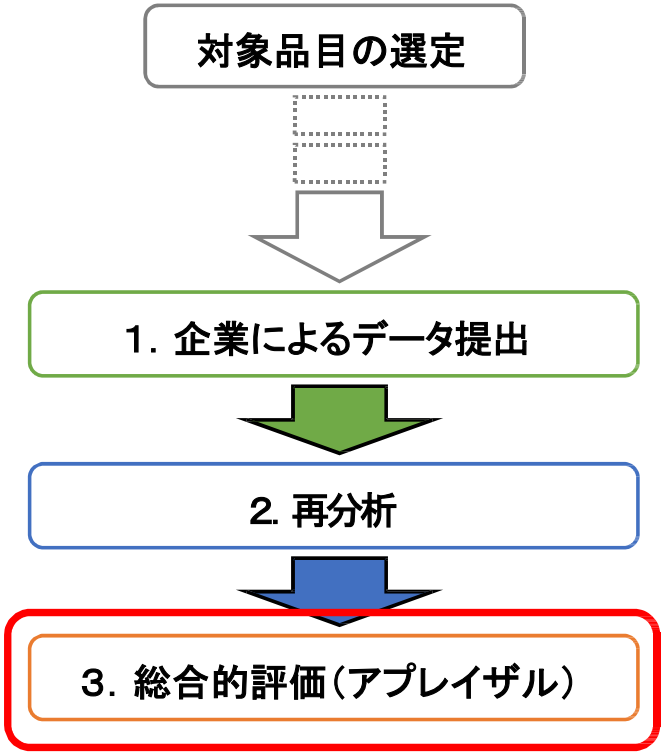
# 医薬品Aにかかる費用対効果評価の流れ

1．企業によるデータ提出

2．再分析

3．総合的評価（アプレイザル）

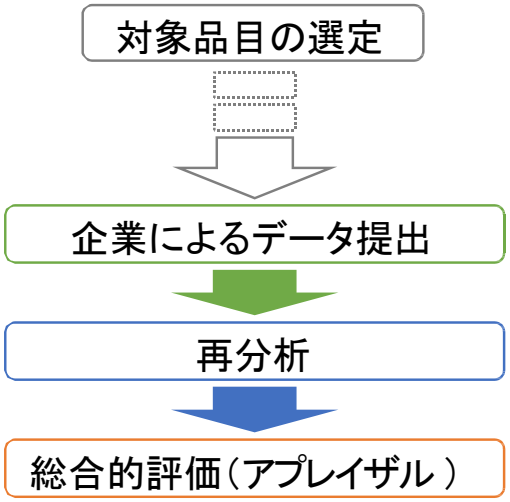
＜評価の一連の流れ（イメージ）＞

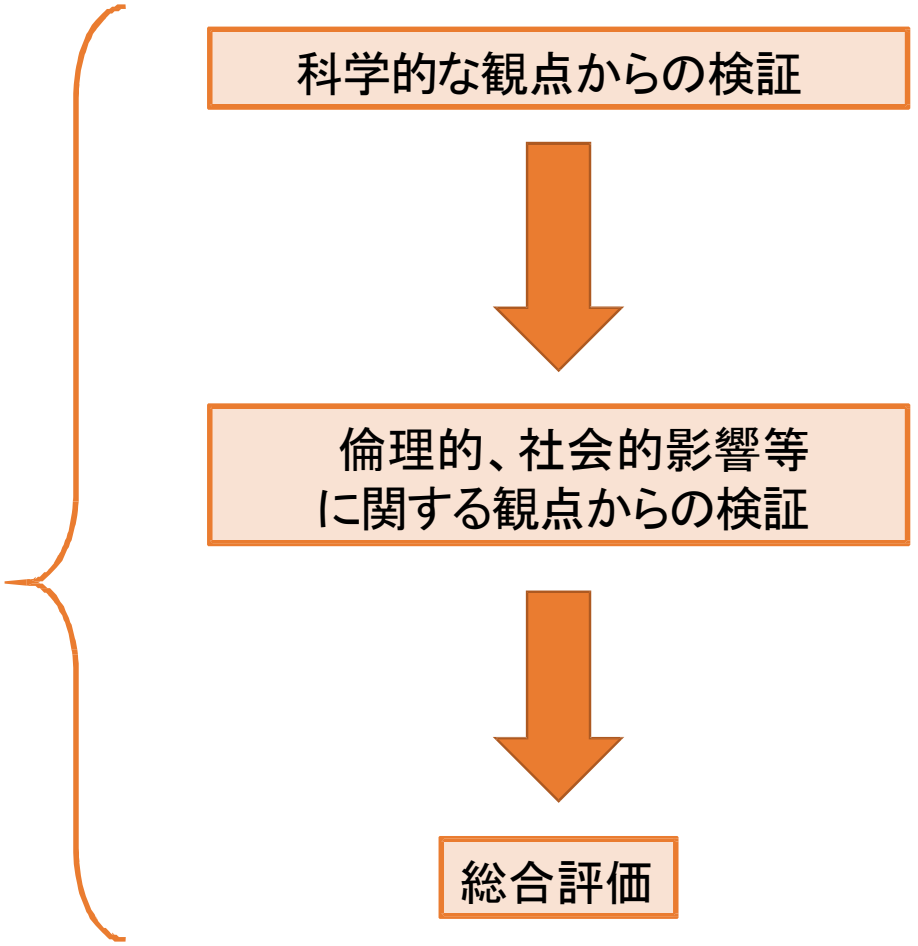


# １．総合的評価（アプレイザル）の手順

総合的評価では、科学的な観点からの検証及び倫理的、社会的影響等に関する観点からの検証を行い、総合評価を行う。

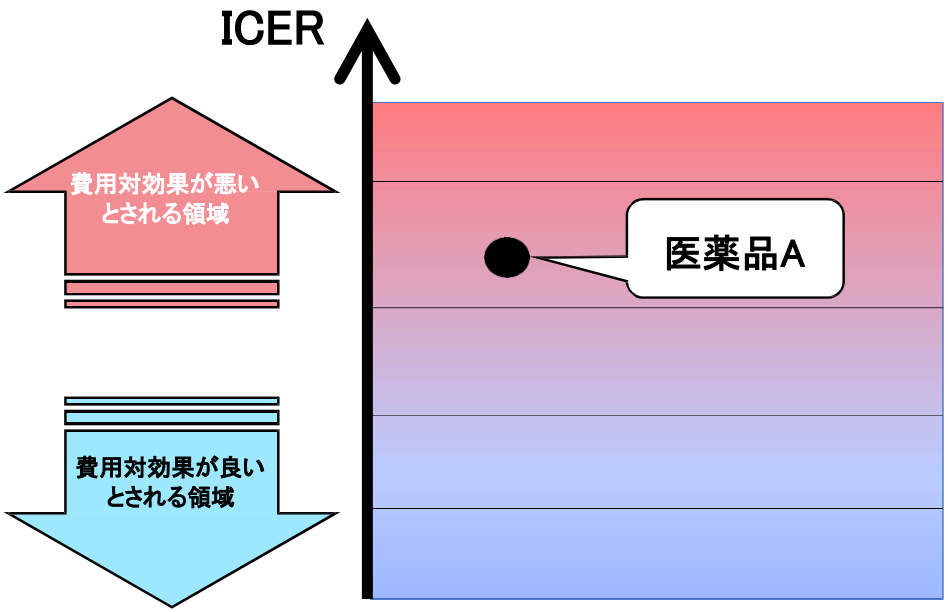
**＜評価の一連の流れ（イメージ）＞**



# ２総合的評価（アプレイザル）における評価結果

医薬品Aの費用対効果評価については、科学的な観点からの検証及び倫理的、社会的影響等に関する観点からの検証を行い、総合評価にて「費用対効果は受け入れ可能である」とした。




※　ここでは、ICERの値 750万円／QALYは「費用対効果が悪い」に該当するものと仮定してる。

**科学的な観点からの検証**

- ○　分析手法は科学的に妥当。
- ○　医薬品Aによる治療を行った場合の生涯にかかる総費用については、再分析で推計した1,100万円が妥当と評価。

**倫理的、社会的影響等に関する観点からの検証**

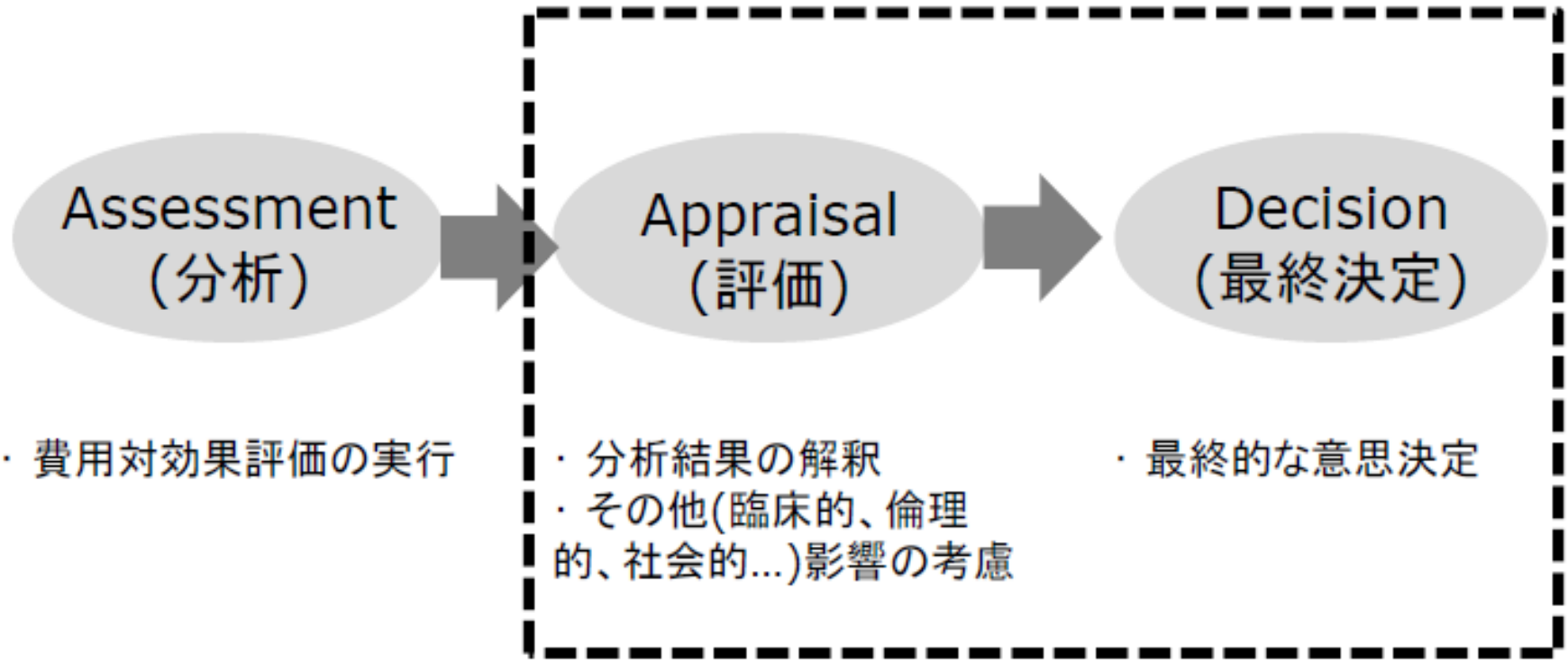
- ○　予後の悪い小児特有の疾患であり、配慮が必要。

**総合評価**

**増分費用効果比からは医薬品Aは医薬品Bと比較して「費用対効果は悪い」が、予後が悪い小児特有の疾患Xを対象とした治療薬であることから配慮が必要であり、総合評価としては、「費用対効果評価は受け入れ可能である」とする。**

# Appraisalについて

一般的な費用対効果評価を用いた意思決定のプロセス




Appraisalにおいては、様々な要素を考慮して評価を行う。

# Appraisalで考慮される増分費用効果比以外の要素（1）イギリスの例

- NICEが（QALYを用いた）費用対効果以外にも定性的に勘案する要素の例
  - Severity: 疾患の重症度
  - End-of-life: 致死的な疾患での延命治療
  - Stakeholder persuasion: 関係者からの意見
  - Significant innovation: イノベーションの大きさ
  - Disadvantaged population: 障害者などの集団への配慮
  - Children: 小児の疾患

Rawlins M, Barnett D, Stevens A. Pharmacoeconomics: NICE's approach to decision-making.Br J Clin Pharmacol. 2010;70(3):346-9.

# イギリスにおけるappraisalの具体例

小児骨肉腫に対するMifamurtideの評価例（TA235）2011年

1. 当初の分析結果は、費用対効果が劣るとされた。（£56,700/QALY）
2. 下記の点を変更し、再度分析を実施した。
   - 小児であることを考慮して、長期的な予後を重視するような分析方法とする。
   - 価格を割り引く。

   →結果、費用対効果は改善したが、まだ課題があるとされた。（£36,000/QALY）
3. NICEは以下の点を考慮して、Mifamurtideを推奨した。
   - Mifamurtideが革新的であること。
   - 稀少疾患に対する治療薬であること。
   - 家族等のQoLの損失が費用対効果に反映されていないこと。

- このように、費用対効果評価の結果を機械的に用いているわけではなく、Appraisalのプロセスで様々な観点を考慮する。

※）NICEでは1QALYあたり£20,000~£30,000を費用対効果が優れる目安としている。

# Appraisal（評価）（まとめ）

- 医療技術の評価のプロセスには、「Appraisal（評価）」を設けることが一般的
- Appraisalにおいては、下記のような様々な要素を考慮して評価を行う。
  - 臨床的背景
  - 倫理的背景
  - 社会的背景

# まとめ

- 様々な効果指標の特徴を踏まえて、評価に用いることが重要である。
- QALYは、その包括性や比較可能性が高いなど費用対効果評価を行う上での利点が多いため、医療技術に共通の尺度として、QALYを含めた評価を行なうことは重要である。
  - 一方、その他の指標を用いた解析も、医療技術の特性に応じて考慮する必要がある
- 効果指標を定めて評価を行っても　機械的に意思決定に用いるのではなく、その分析結果をどのように解釈するか「評価(appraisal)」のプロセスが重要である。

# パート5
# 費用対効果の課題

# 製薬企業団体の意見陳述

中医協　費－１
８．９．１６

# 中央社会保険医療協議会
# 費用対効果評価専門部会 意見陳述資料

2026年9月16日

日本製薬工業協会
米国研究製薬工業協会
欧州製薬団体連合会

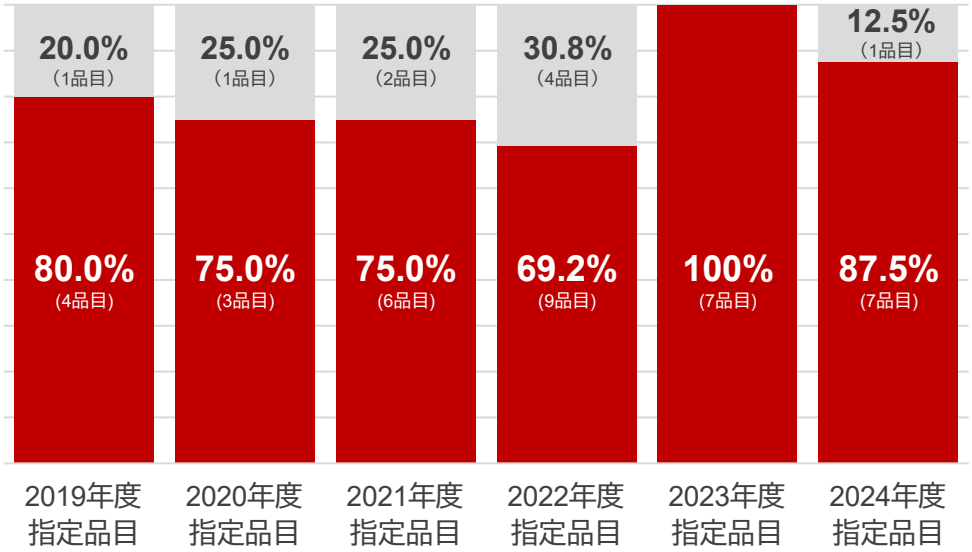
# 費用対効果評価制度における価格調整の実績




## 45品目*の評価結果

**0** 品目　薬価引き上げ
**9** 品目　薬価維持
**36** 品目　薬価引き下げ

（対象はすべて特許期間中の品目である）




*2026年8月31日時点における以下の品目が対象
医療機器、H5指定品を除く、中医協で価格調整係数が決定されたもの（2025年度、2026年度に指定された品目で評価が終了したものはない）

# 検証全体に対する意見

- 検証会議では、健康アウトカム指標での改善、ICERの不確実性、比較対照技術の選定について、一定の技術的な課題が整理・共有されたが、解決に向けては更なる検討が必要と認識している
- 制度上の課題については議論が十分に深められておらず、引き続き議論を重ねていく必要がある

## ①「一定の妥当性」の根拠と範囲について

- 企業分析・公的分析の双方に、それぞれ検討に値する見解が示されたと認識している
- 専門組織の決定は「より確からしい分析方法の選択によって行われており、一定の妥当性はある*」とあるが、その根拠及び該当する範囲が具体的に示されておらず、引き続き個別の事案ごとに確認を要するものと受け止めている

## ② 透明性の向上と課題への継続的な対応

- 「議論の透明性やプロセスについては、一部改善の余地がある*」とされた点について、改善に向けた前向きな検討をお願いしたい
- 一方、各論点の検証を通じて整理された技術的課題について、その解決策が十分に議論されていない
- これらの技術的課題を踏まえた制度面の課題について議論が及んでおらず、引き続き議論を重ねていく必要がある

* 出所：「医薬品等の費用対効果評価制度における検証のための会議議論のとりまとめ」8ページ、3.まとめ より抜粋

# 3つの技術的論点に関する意見

検証では技術的な課題が整理された一方、その解決策や制度への反映については十分な議論がなされていない

| ①健康アウトカム指標での改善 | ②ICERの不確実性 | ③比較対照技術の選定 |
|---|---|---|
| **問題点**<br>「あり／なし」の2区分では、評価結果の背景が十分に区別されない | **問題点**<br>ICERの不確実性が価格調整に十分反映されていない | **問題点**<br>「単一の比較対照技術」の運用により、市場シェア1～2%など臨床実態と乖離した比較対照が選定され、結果が価格調整に直結する |

**課題解決に向けて製造販売業者が提案した内容**

| | | |
|---|---|---|
| **段階的評価の導入**<br>健康アウトカム指標での改善の有無の判断に段階的な評価を導入する | **シナリオ分析の取扱いの明確化**<br>不確実性が大きい場合、シナリオ分析結果を意思決定（価格調整）で考慮する | **複数の比較対照技術の許容**<br>臨床実態に応じ、複数の比較対照技術を認める |
| **今後の論点**<br>「あり／なし」の2区分評価に代わる段階 的評価の導入 | **今後の論点**<br>シナリオ分析の結果を意思決定（価格調整）で考慮する方法 | **今後の論点**<br>複数の比較対照技術を選定する妥当性や要件 |

# 「②ICERの不確実性」、「③比較対照技術の選定」に関する 意見

**両テーマとも、技術的検証を通じて制度として運用する際の課題が明らかになったため、継続的な議論により解決していく必要がある**

## ②ICERの不確実性

**問題点**

価格調整の区分は基本分析のICER（点推定値）で決まり、階段方式が吸収できるのは同一段内の幅に限られる

- 公的分析でもICERは数倍乖離する（片頭痛治療薬では再分析→追加分析でICERが最大**5.5倍**変動した）
- 感度分析によって不確実性に対処されているとされるが、感度分析では構造的不確実性には対応できない [1]
- シナリオ分析を実施しても、意思決定（価格調整）に反映される仕組みがない

1. Briggs AH, Weinstein MC, Fenwick EAL, Karnon J, Sculpher MJ, Paltiel AD. Model parameter estimation and uncertainty: a report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force-6. Value Health. 2012;15(6):835-842.

**製造販売業者の提案：シナリオ分析の取扱いの明確化**

- 不確実性が高い分析結果の際にシナリオ分析の結果も反映させ意思決定（価格調整）する

**今後の論点**

シナリオ分析の結果を意思決定（価格調整）で考慮する方法

## ③比較対照技術の選定

**問題点**

「単一の比較対照技術」の運用により、臨床実態と乖離した比較対照（市場シェア1～2%）が選定され、その結果が価格調整に直結する

- 比較対照技術はICERの起点であり、結果を最も左右する。臨床実態との乖離は評価の妥当性を損なう
- 諸外国（米・英・独・仏・加）は複数の比較対照を実臨床に基づき許容しており、単一の比較対照・単一のICERで価格調整を決める現行手法は、臨床実態の反映という点で改善の余地がある

**製造販売業者の提案：複数の比較対照技術の許容**

- 臨床実態に応じた複数の比較対照技術を選定する。「もっとも安いもの」ではなく、市場シェア・臨床専門家の意見を考慮し、必要に応じて関係学会にも照会する

**今後の論点**

複数の比較対照技術を選定する妥当性や要件

# 技術的な検証により現行制度の課題が明らかになった今、制度的議論が必要

**検証会議では技術・運営上の課題が明らかになった**
**一方、その課題への対応や価格調整への反映は政策・制度上の判断であり、十分な議論が必要である**

**今後の検討事項**

**技術的な検証**

- 健康アウトカムの改善・ICERの不確実性・比較対照技術の選定、分析プロセスの透明性等の**技術・運営上の課題を検証**

**課題解決策の議論・制度的議論**

- 検証で示された現行制度の課題への対応及びそれに基づく薬価制度への反映を**政策・制度面から議論**

**今後の制度運用**

- 政府全体の大きな方向性を踏まえ、今後の制度運用を判断する

# 現行制度の課題と政府方針を踏まえて、今後の運用を判断すべきである

## 検証を踏まえて

- 技術的課題は明らかになったが、その対応や制度への反映は今後検討が必要である
- 価格調整範囲の拡大は、薬価制度との整合性に関わる重大な変更である
- **課題への対応と制度への反映について十分な議論をすべきである**

## 政策・国際環境を踏まえて

- 政府は、特許品市場の成長、イノベーション評価、患者アクセスの確保を掲げている
- MFN価格政策を含め、国際的な医薬品政策環境は大きく変化している

**今は薬価を引き下げる局面ではない**

**制度面の議論が尽くされず、かつ薬価を引き下げる局面にない現状では本制度による価格調整は当面凍結すべきである**

# 費用対効果評価制度における検証等の進め方（案）

# 費用対効果評価制度の検証について

## 費用対効果評価専門部会における検証結果について

「令和８年度費用対効果評価制度改革の骨子」
（令和７年12月26日中央社会保険医療協議会了解）より

・費用対効果評価が終了した49品目のうち、費用対効果評価分析が実施されたものは39品目であった。そのうち、公的分析が実施されず企業分析が受け入れられたものが２品目、費用対効果評価専門組織の決定に対して製造販売業者から不服申立てがあったものは20品目であった。

・費用対効果評価が終了した49品目のうち、価格調整が行われた38品目で、価格全体に対する価格調整額の割合は中央値-4.29%であった。

（参考）
費用対効果評価が終了した49品目における価格調整額の割合は、中央値-3.07%、25パーセンタイル-0.46%、75パーセンタイル-7.09%。費用対効果評価が終了し、価格調整が行われた38品目における価格調整額の割合は、中央値-4.29%、25パーセンタイル-2.58%、75パーセンタイル-8.07%

・価格調整後の価格を用いて改めてICERを算出した際に、ICERの区分が変化した品目は１品目のみであった。

・比較対照技術と比べて追加的有用性が示されなかった18品目のうち、６品目においては全ての分析対象集団で追加的有用性が示されなかった。

## 今後の対応（追加の検証等）について

「令和８年度費用対効果評価制度改革の骨子」
（令和７年12月26日中央社会保険医療協議会了解）より

- 本部会において一定の検証を実施した。その過程において指摘された、**関係業界からの意見等を踏まえ、半年程度の技術的な議論を行う。今後は、令和８年９月に中医協での検証報告の議論を行い、それを踏まえ、制度の透明性等を確保する観点から、引き続き分析プロセスの見直しを実施していく**こととする。

# 分析方法に関する事項について

## 価格調整の対象範囲のあり方について

「令和８年度費用対効果評価制度改革の骨子」
（令和７年12月26日中央社会保険医療協議会了解）より

- 費用対効果を、より活用していく観点から、追加的有用性が示されず、**ICERの区分が「費用増加」となった分析対象集団の価格調整について、**有用性系加算部分に価格調整係数を乗じる現行の方法ではなく、例えば以下の方法を含め、政策決定の透明性や説明責任を高めるよう、**検証を踏まえつつ、見直しを図る。**ただし、令和８年４月以降に評価結果が中医協に報告された品目については、例外的に施行を保留とし、令和８年９月に中医協での検証報告の議論が終わった後、具体的な方法の詳細について定めた上で、価格調整を実施することとする。

【価格調整の方法について】

- **比較対照技術の１日薬価（評価対象技術が医療機器の場合は、治療期間における１日あたりの医療機器の費用。以下同じ。）を評価対象技術の１日薬価で除して得た比を、評価対象技術の価格調整前の価格に乗じた額を価格調整後の価格とする。**

【調整後の価格の下限について】

- **価格調整後の価格の下限は、価格全体の85%（調整額が価格全体の15%）とすることを基本に、引き続き議論する。**

（通知抜粋）

（７）　第３章第12節の規定は、令和８年４月以降に中央社会保険医療協議会総会に費用対効果評価案が報告された品目に適用する。**別表12の規定は、別途定める通知が発出された後には当該通知の定めによる。また、上記品目は、当該通知が発出された後に当該通知の定めにより改めて価格調整を行う。**

# 費用対効果評価制度における検証等の進め方（案）

**現状**

○　令和８年度費用対効果評価制度の見直し議論において、本制度に係る一定の検証を行ってきたところであるが、追加的な観点からの検証が求められている。

○　技術的な議論や検証にあたっては、第三者を含む、多角的な立場からの知見が求められる。

## • 論点

○　令和８年度費用対効果評価制度改革の骨子において示された、費用対効果評価に係る技術的な議論については、厚生労働科学研究班において実施することとしてはどうか。

○　構成員については、関係業界及び公的分析に加え、医療経済、医療統計、臨床分野の専門家等の有識者も含めて構成することとしてはどうか。

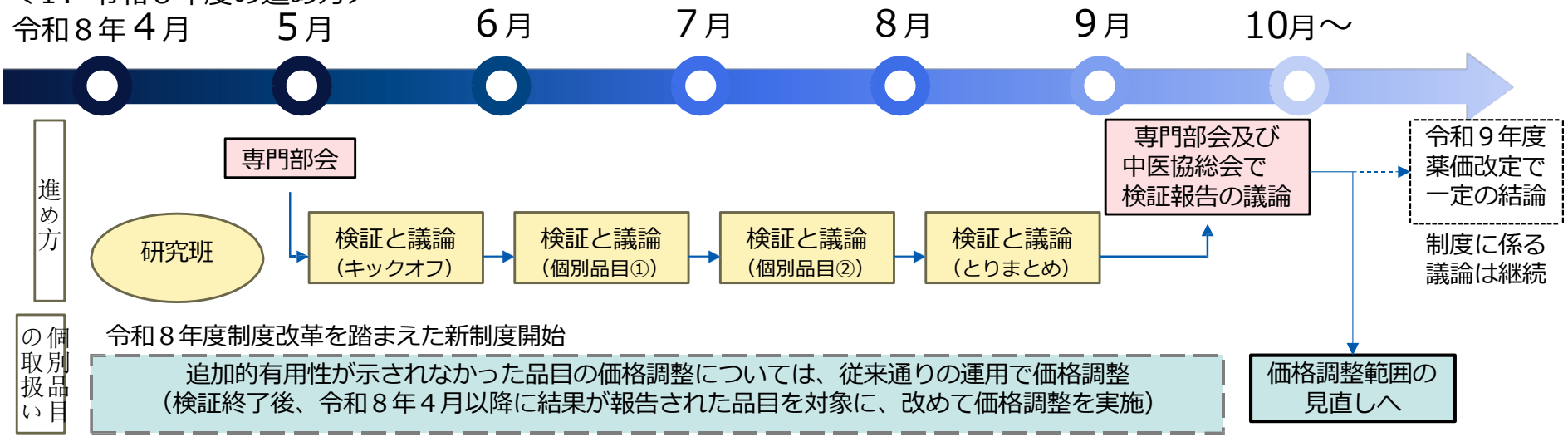
○　今回の検証における論点は、これまでの制度見直し議論の中で示された指摘を踏まえ、次頁に示すようなテーマを設定することとしてはどうか。

○　この検証結果を踏まえて、費用対効果評価制度における価格調整のあり方について中医協で議論し、決定することとしてはどうか。

○　さらに、令和９年度の薬価改定の中で本制度の発展に向けた更なる見直しについて一定の結論を出すこととされており、本制度に係るこのほかの論点については、引き続き議論することとしてはどうか。

# 費用対効果評価制度における検証等の進め方（案）

＜１．令和８年度の進め方＞




＜２．研究班について＞

＜研究班名等＞

・厚生労働科学研究班（医薬品・医療機器等の費用対効果評価制度における公的分析の体制、分析ガイドラインの改定及び客観的検証のための研究）、研究代表者：福田敬

＜主な論点（案）＞

以下について、個別具体のケースをもとに、企業分析と公的分析の不一致の要因を含めて検討する。

・追加的有用性の評価の科学的根拠について
・ICERの不確実性への考慮について
・比較対照技術の臨床的妥当性について

これらの検討を踏まえ、制度の透明性等を確保する観点から、引き続き分析プロセスの見直しを実施していく。

※　上記以外の論点についても、適宜議論する。

＜メンバー＞

・医療経済　３名※
・医療統計　３名※
・臨床専門家　３名※
・製造販売業者　２名
・公的分析　２名

上記メンバーに加えて、業界団体から選出された３名がオブザーバーとして参画

※　費用対効果評価専門組織における議論を振り返るため当該組織から１名が参画

# 費用対効果評価制度における検証等の進め方（メンバー案）

| 名前 | 所属等 | 専門分野 |
|---|---|---|
| 池田　俊也 | 国際医療福祉大学医学部公衆衛生学　教授 | 医療経済 |
| 中村　洋 | 慶應義塾大学大学院経営管理研究科　教授 | 医療経済 |
| 齋藤　信也 | 岡山医療専門職大学　学長 | 医療経済 |
| 川﨑　洋平 | 埼玉医科大学ＲＡセンター　教授 | 医療統計 |
| 山口　拓洋 | 東北大学大学院医学系研究科医学統計学分野<br>教授 | 医療統計 |
| 新谷　歩 | 大阪公立大学大学院医学研究科医療統計学<br>教授 | 医療統計 |
| 江﨑　稔 | 国立がん研究センター中央病院肝胆膵外科<br>科長 | 臨床専門家 |
| 大曲　貴夫 | 国立国際医療研究センター　副院長 | 臨床専門家 |
| 薄井　紀子 | 東京慈恵会医科大学腫瘍・血液内科　客員教授 | 臨床専門家 |
| 宇田　晃仁 | ノバルティス、米国研究製薬工業協会　HTA タスクフォース　副委員長 | 製造販売業者 |
| 湯淺　晃 | ファイザー、日本製薬工業協会　産業政策委員会 産業振興部会　費用対効果評価対応チームリーダー | 製造販売業者 |
| 白岩　健 | 国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター上席主任研究官 | 公的分析 |
| 後藤　励 | 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科<br>教授 | 公的分析 |

オブザーバー

・飯野　崇　（日本ベーリンガーインゲルハイム、欧州製薬団体連合会　アクセス・薬価委員会委員長）
・西川　和彦（エドワーズライフサイエンス、米国医療機器・IVD工業会　保険委員会　HTA WGリーダー）
・五十嵐　中（東京大学大学院薬学系研究科　特任准教授）

# まとめと提言

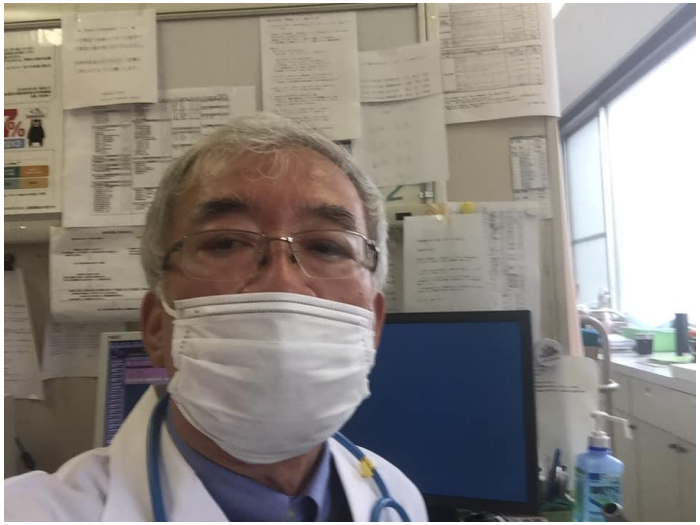
- 高額薬価が保険財政を圧迫
- 費用対効果の導入以来10年が経った
- 費用対効果の測定にはQALYとICERが用いられる
- 総合的評価（アプレイザル）が重要
- 費用対効果の見直しが始まる

# 2025-2040
# 変わりゆく医療のアウトライン

- 2025年から2040年へ向けての改革プランを概観する！
  - ・地域医療構想、医療DX
  - ・働き方改革、かかりつけ医
  - ・医師偏在対策、少子化対策など
- ・ポスト2040年も予想
- ・医学通信社より、7月発刊予定
- ・2色刷240頁、2600円



# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健を担当しています。
患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹　検索　クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

Dr武藤のミニ動画講座(222)

# 2026年診療報酬改定と精神医療



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
理事　武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

■神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地

■横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人

■衣笠病院許可病床198床　＜稼働病床194床＞

■病院診療科　＜〇は常勤医勤務＞

〇内科、神経科、小児科、〇外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、〇整形外科、〇皮膚科、
〇泌尿器科、婦人科、〇眼科、〇耳鼻咽喉科、
〇ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科、〇放射線科、〇麻酔科、
〇ホスピス、東洋医学




■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設　老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）在宅医療センター　訪問看護ステーション
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■　グループ職員数750名

【2021年9月時点】


富士山
箱根
小田原
横浜
港南台
江の島
鎌倉
逗子
葉山
衣笠ホーム
衣笠城址
横須賀
衣笠病院グループ
浦賀
長瀬
ケアセンター
三浦

# 目次

- パート1
  - 精神医療の経緯と現状
- パート2
  - 多職種による質の高い医療
- パート3
  - 精神科入院医療
- パート4
  - 精神身体合併症



# パート1
# 精神医療の経緯と現状



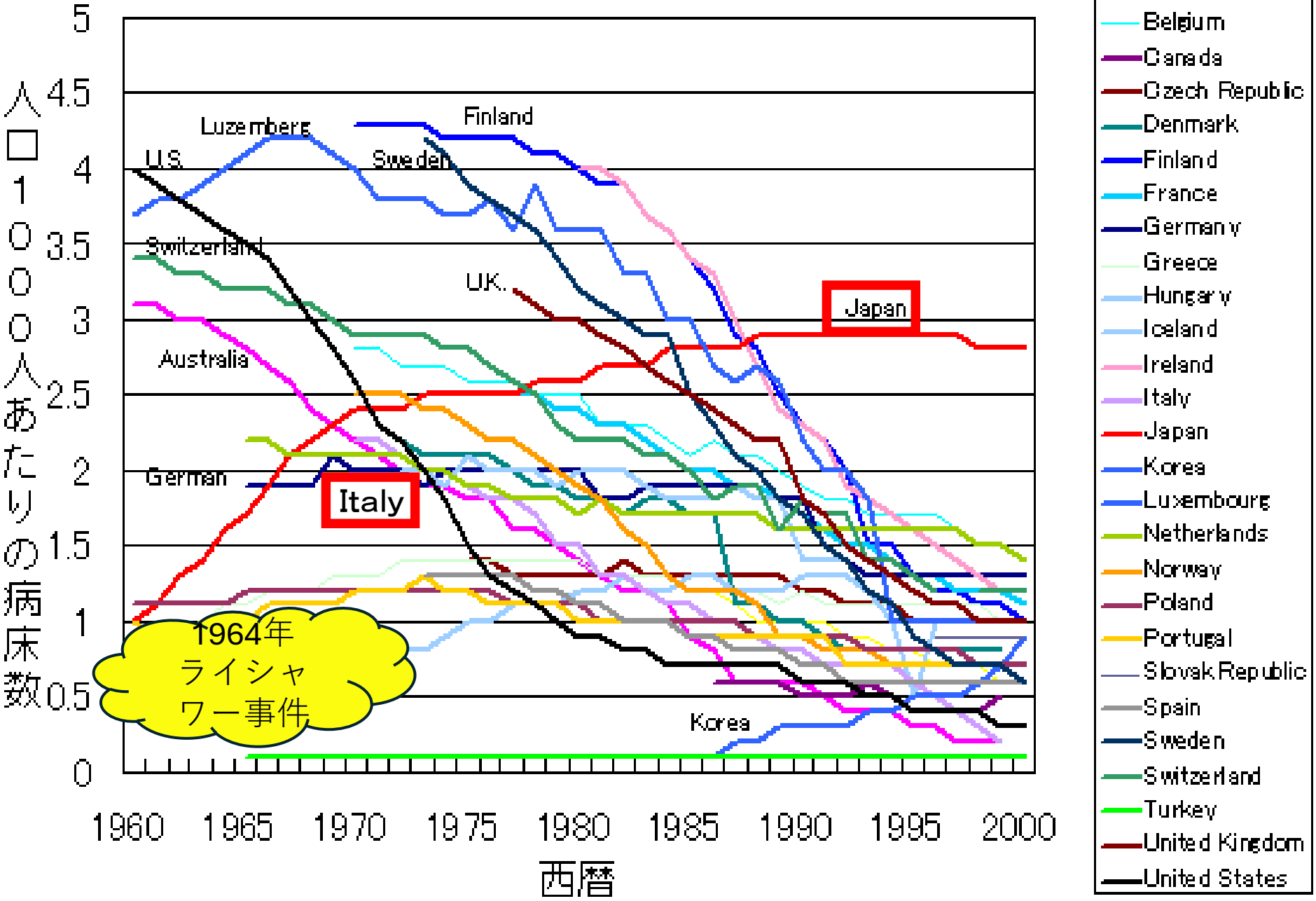

中医協総会　2025年10月24日

日本の人口当たりの

# 精神科病床数は世界一

平均在院日数も世界一

# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



# ライシャワー事件（1664年）

- ライシャワー事件
  - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
  - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年（昭和40年）に「精神衛生法」が一部改正された
  - 精神疾患患者の施設隔離が始まった
- 精神科特例（1958年）
  - 少ない職員でも精神科病院を開設できる特例

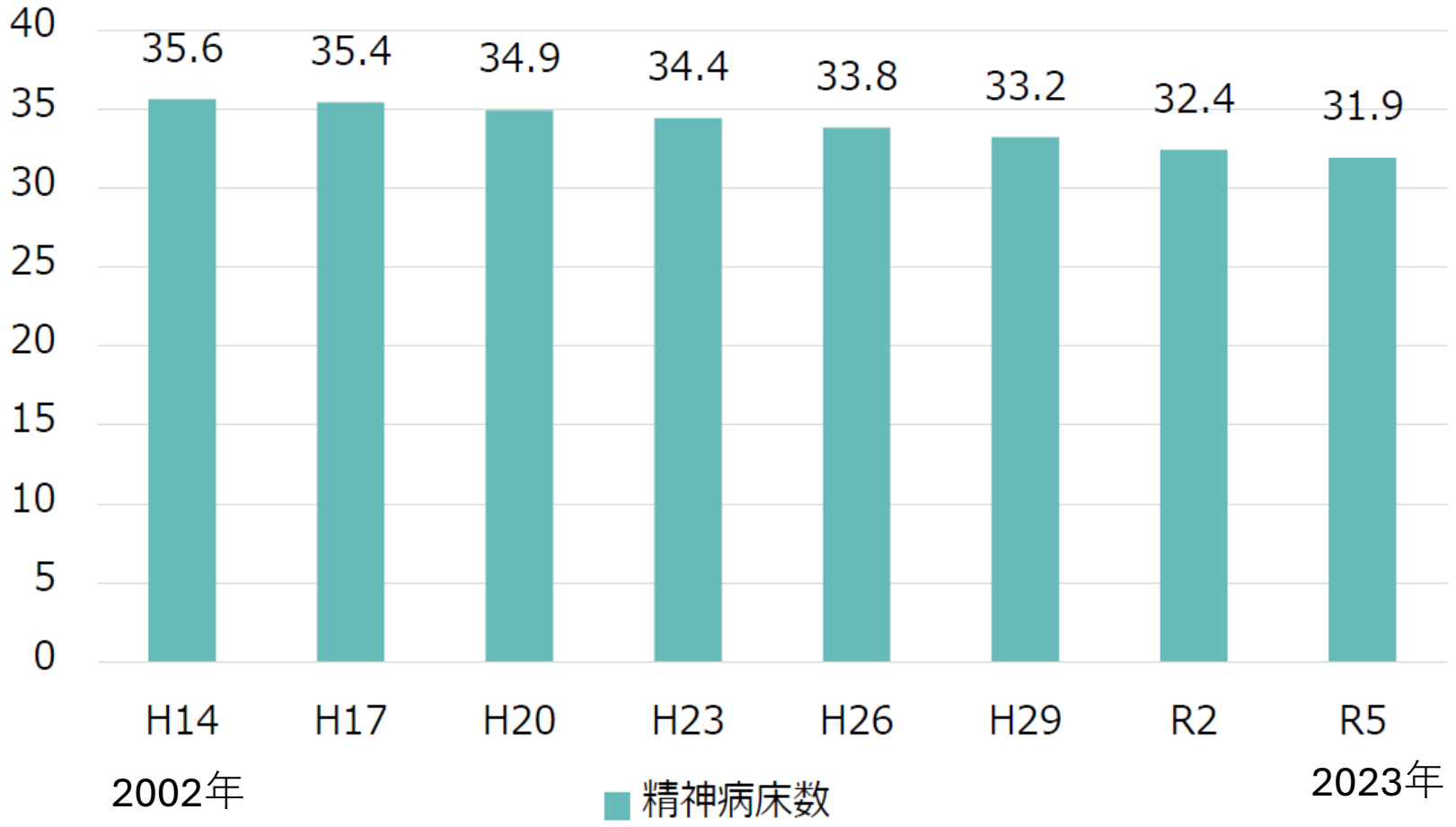
- ライシャワー駐日大使



# 減る精神科病床

# 精神病床数の推移

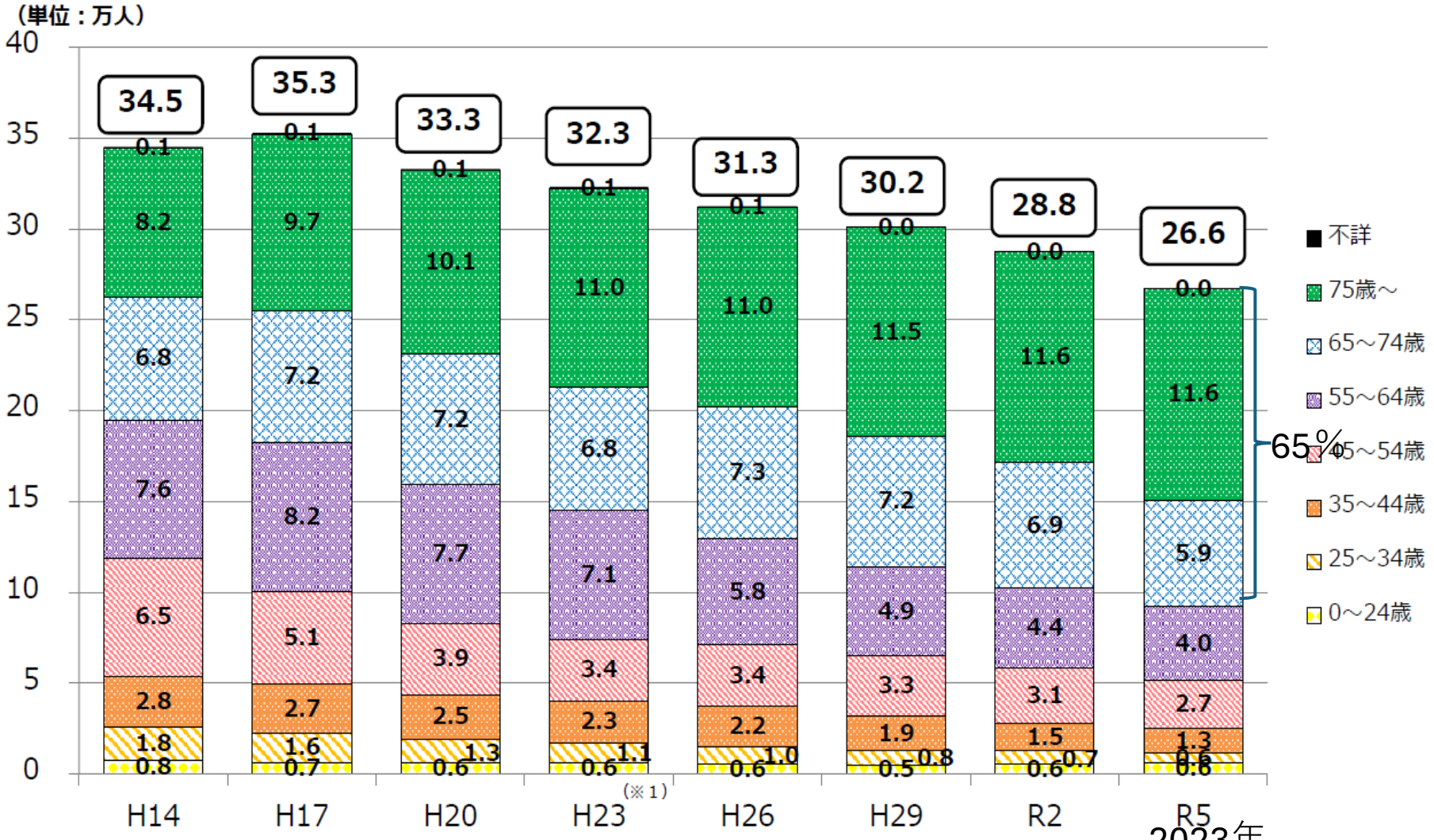
(単位：万床)




資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約17.5万人（約66%）。



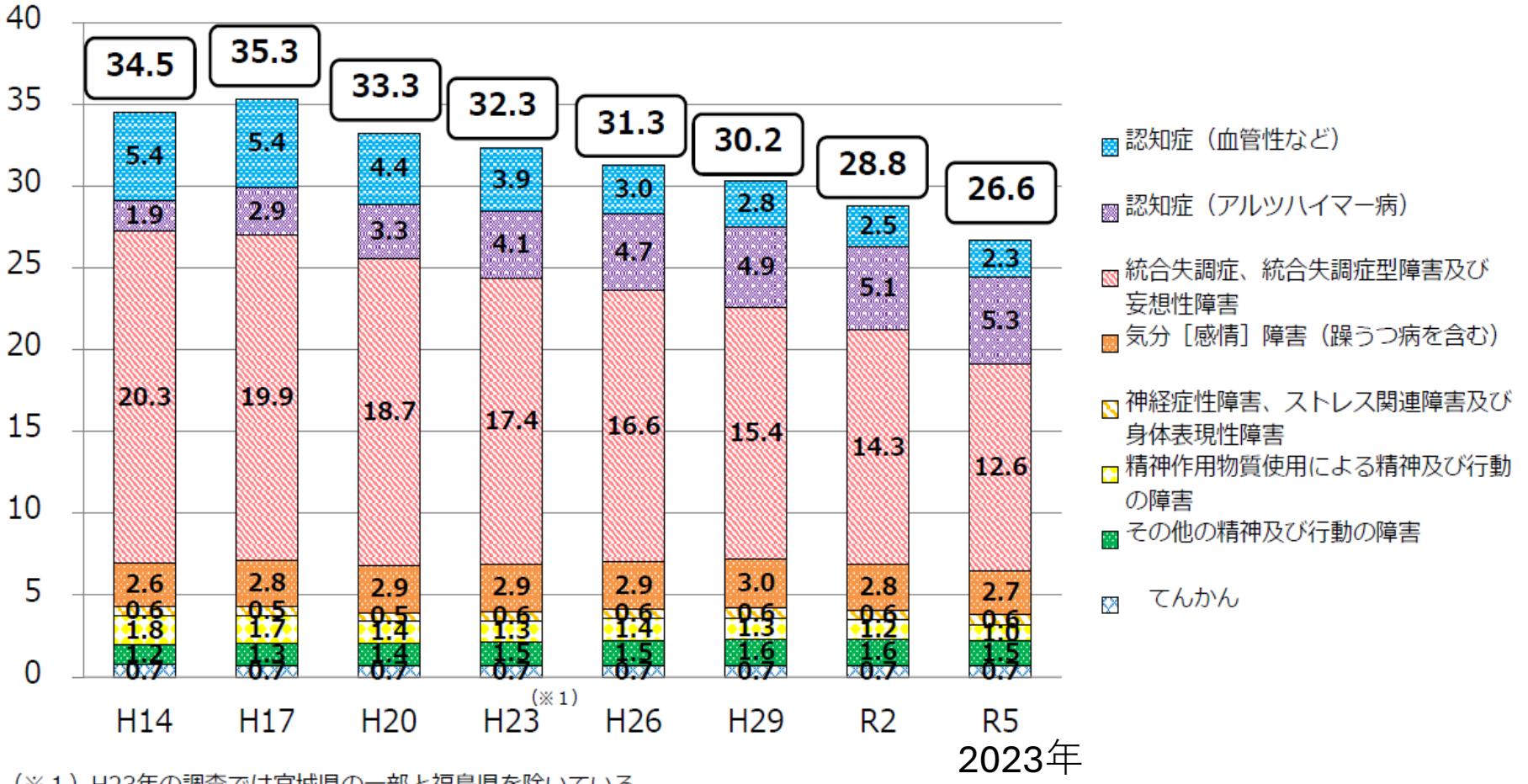

（※１）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神疾患を有する入院患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約26.6万人。
- 傷病分類別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）



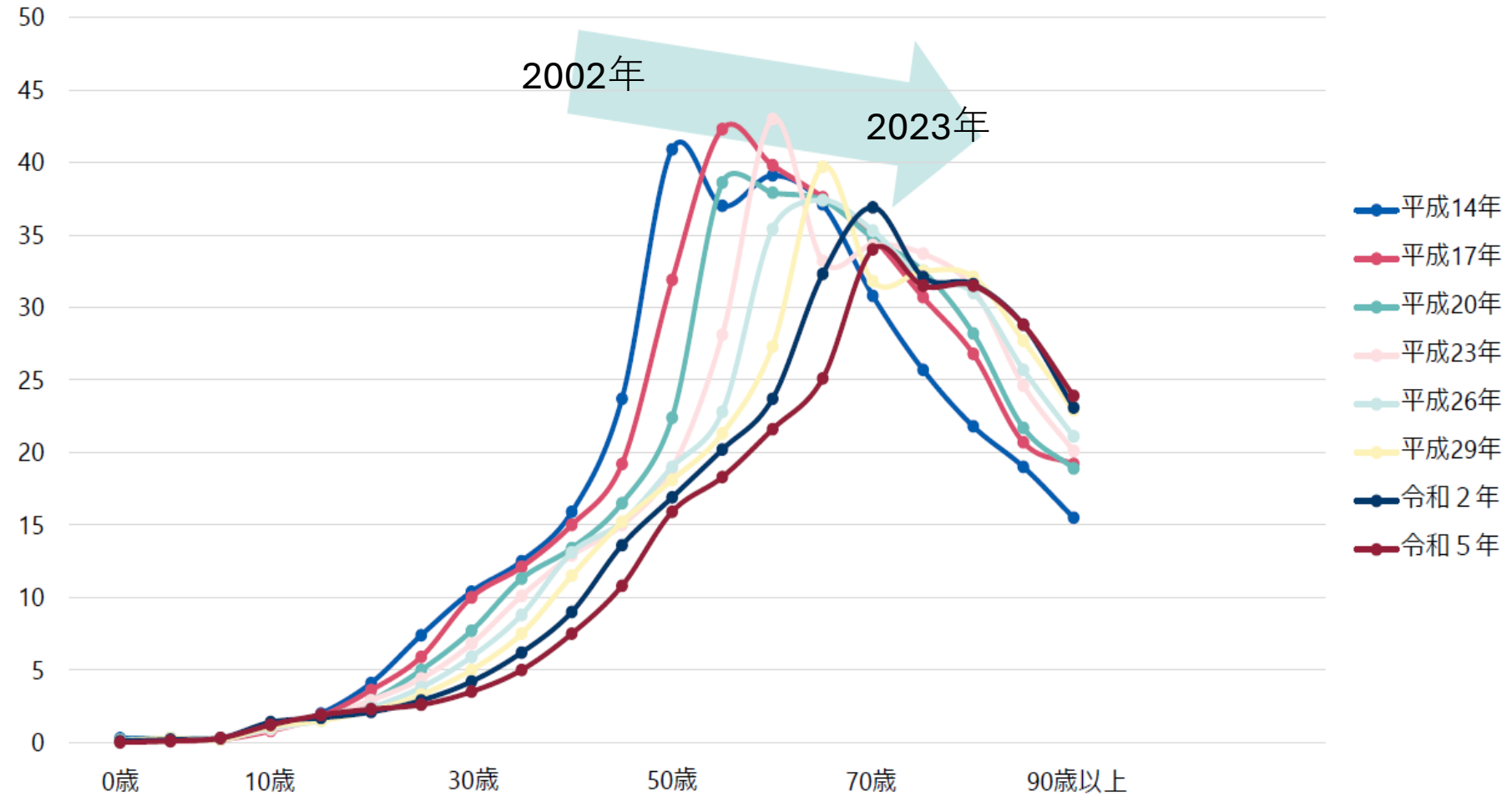

（※１）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

（単位：千人）

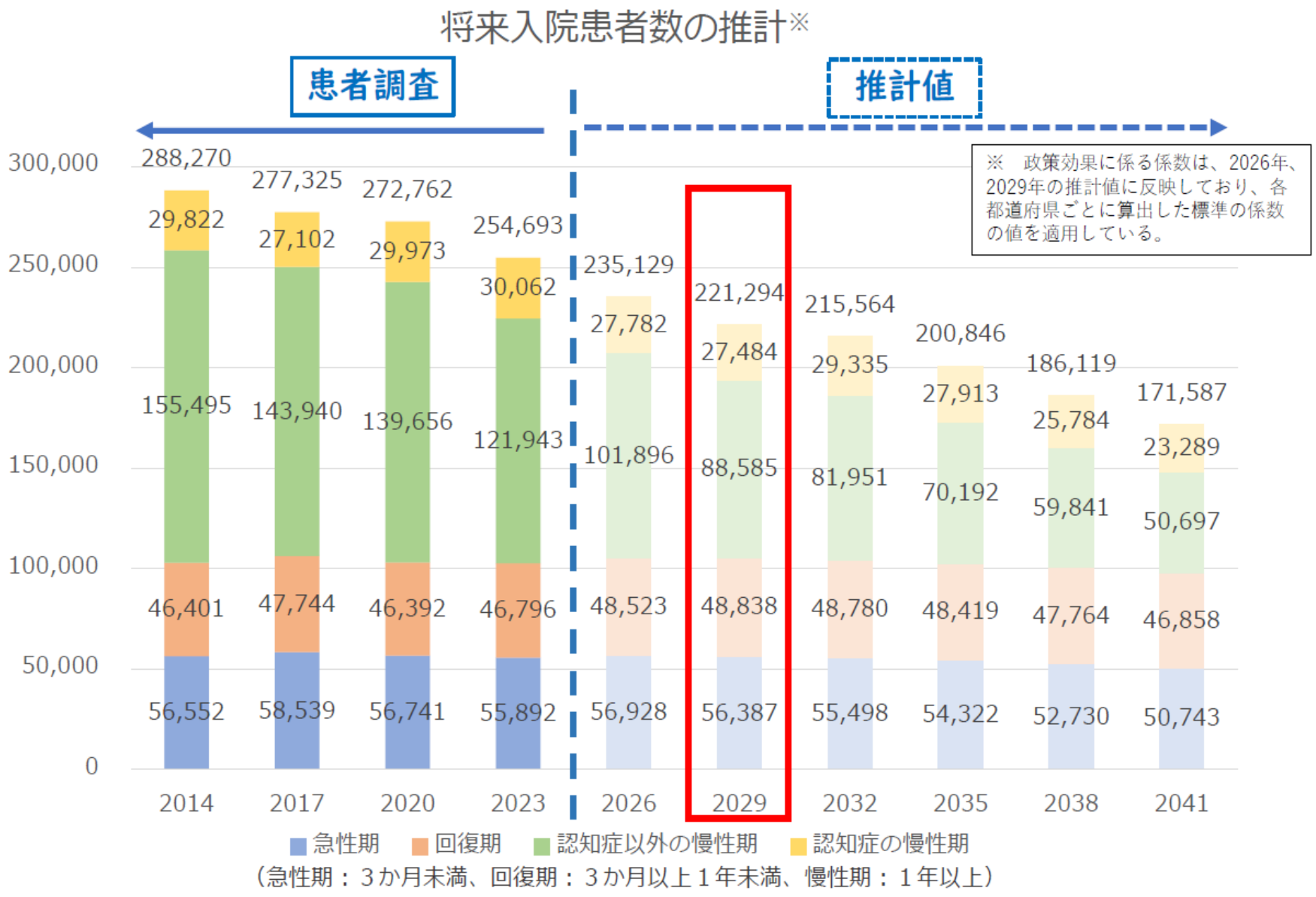



平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 令和11年（2029年）の推計入院患者数






効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究班（研究代表者：黒田 直明）により作成

# 進む精神科病棟の機能分化と地域移行

# 精神科入院に係る診療報酬の届出状況

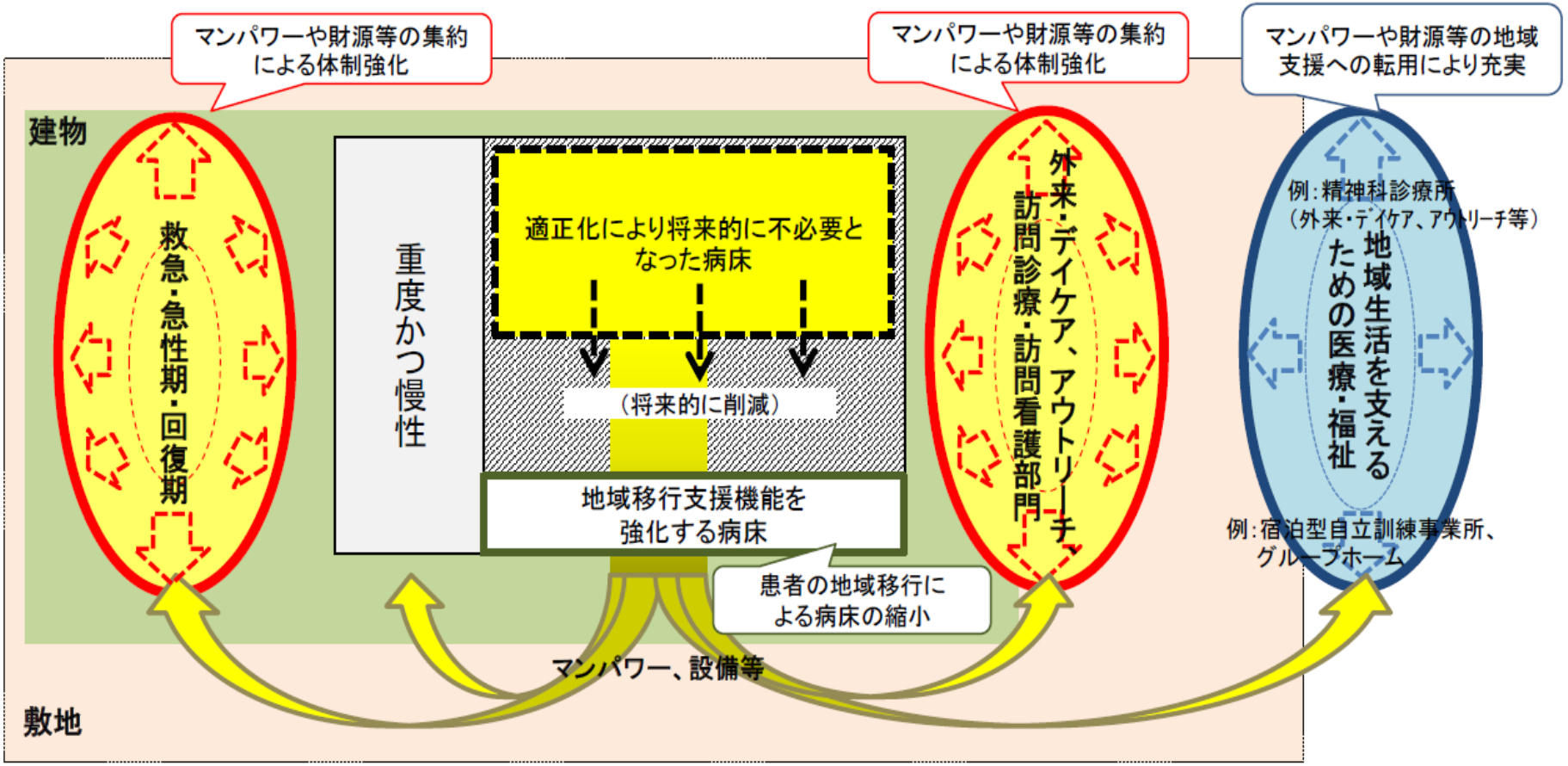
| | 特定入院料（約15.7万床） | 精神病棟入院基本料（約13.2万床） | 特定機能病院入院基本料（約0.3万床） |
|---|---|---|---|
| 救急 | **精神科救急急性期医療入院料**<br>179医療機関、11,504床 | **10対１**<br>45医療機関、1,549床 | **７対１入院基本料**<br>21医療機関、764床 |
| 急性期 | **精神科急性期治療病棟入院料**<br>入院料１：370医療機関、16,557床<br>入院料２：８医療機関、346床 | **13対１**<br>68医療機関、4,029床 | **10対１入院基本料**<br>10医療機関、356床 |
| | **精神科救急・合併症入院料**<br>13医療機関、528床 | | **13対１入院基本料**<br>36医療機関、1,381床 |
| | **児童・思春期精神科入院医療管理料**<br>53医療機関、1,777床 | | **15対１入院基本料**<br>1医療機関、31床 |
| 回復期 | **精神科地域包括ケア病棟入院料**<br>24医療機関、1,072床 | **15対１**<br>969医療機関、120,142床 | |
| | **精神療養病棟入院料**<br>800医療機関、85,180床 | | |
| | **認知症治療病棟入院料**<br>入院料１：562医療機関、39,755床<br>入院料２：3医療機関、200床 | **18対１※**<br>21医療機関、3,538床 | |
| | **地域移行機能強化病棟入院料**<br>16医療機関、567床 | **20対１※**<br>10医療機関、1,446床 | |
| | | **特別入院基本料**<br>8医療機関、1,084床 | |

出典：主な施設基準の届出状況等（令和６年８月１日時点）より作成

# 近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年４月１日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年７月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

## 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）

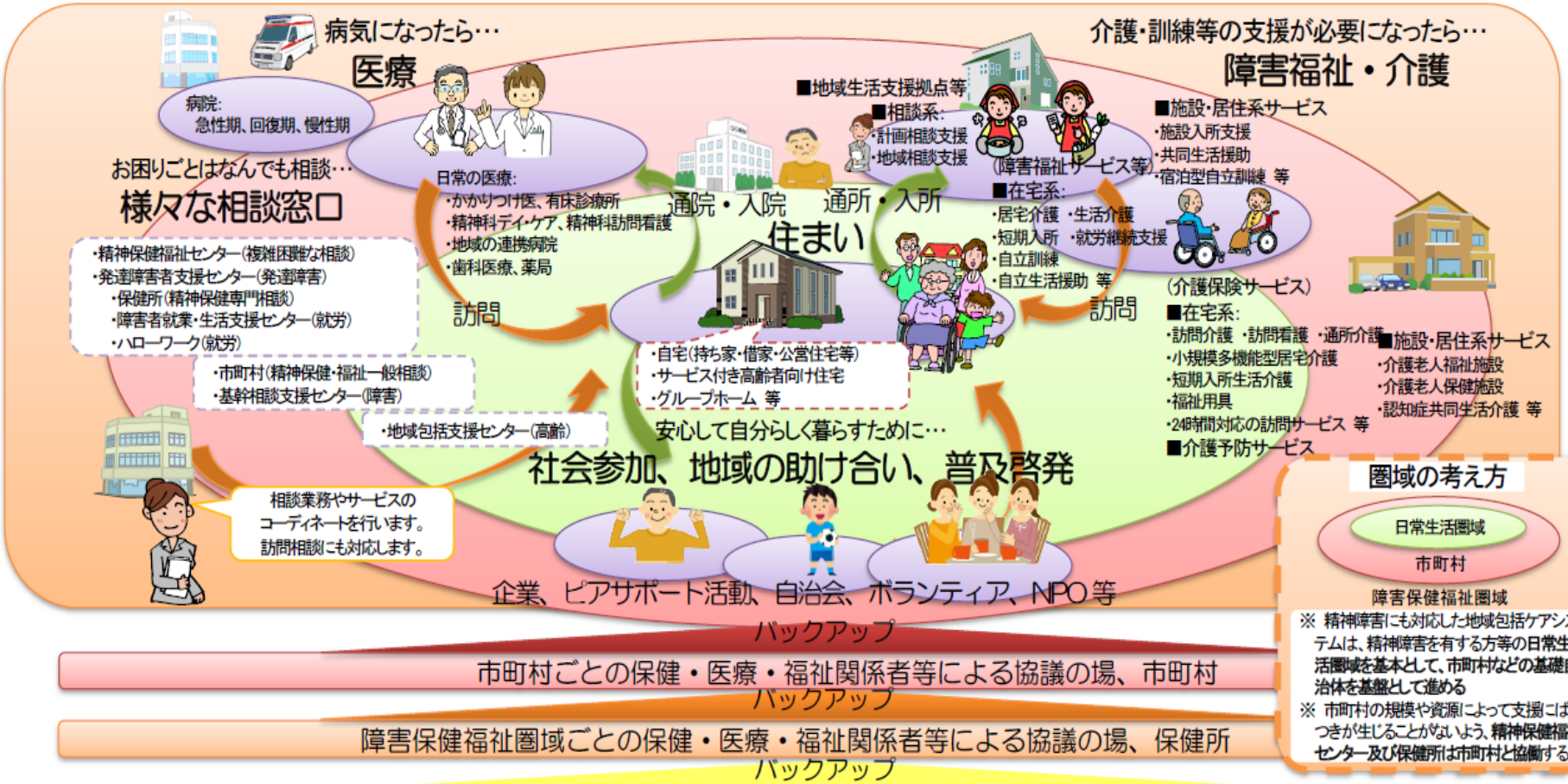



出典：長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性«概要編»「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」

# 近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年２月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



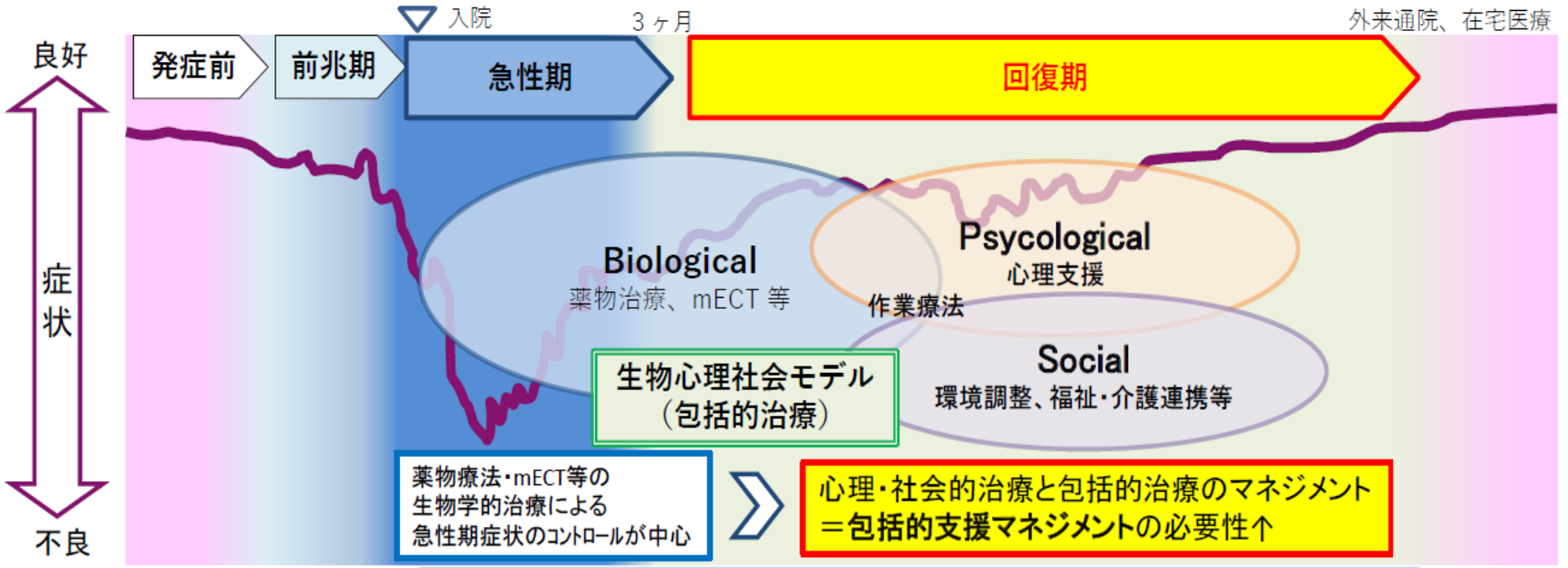
# パート2
# 多職種による質の高い医療



# 精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）



○ 精神疾患の治療経過において、回復期では多職種による心理・社会的治療（精神保健福祉士等による環境調整、作業療法士等によるリハビリテーション、公認心理師等による心理的ケア等）と包括的治療のマネジメント（包括的支援マネジメント）の必要性が増える。




医師　薬剤師
看護師

公認心理師
作業療法士、理学療法士
精神保健福祉士

多職種・多機関

入退院支援

精神療法　薬物療法　mECT　器質疾患治療　服薬指導　維持療法
クロザピン導入

急性期看護ケア　アセスメント　関係性構築　環境調整

回復期看護ケア　生活指導、家族教育　等

心理検査

心理的支援（認知行動療法的介入、トラウマケア　等）
治療継続、障害受容等に伴う心理的ケア

作業療法（集団・個別）、運動療法、日常生活動作訓練　等

家族支援　生活環境調整　障害福祉、介護サービス調整　退院前訪問指導　等

包括的支援マネジメント（多職種・多機関カンファレンス　退院支援計画作成　クライシスプラン作成等）

外来包括的支援マネジメント

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）提出資料より改変

# 多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）



○ 精神病棟入院基本料（10対１、13対１，15対１）を届け出ている病棟において、精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師が、それぞれ１名以上配置されている場合、配置がない場合に比べて、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向がみられた。
○ この傾向は、精神保健福祉士のみが配置されている場合と比べて、多職種が配置されている場合に、より高かった。

## ■精神病棟における多職種の配置状況による平均在院日数、在宅復帰率の比較

＜調査方法＞
「令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和４年度調査）精神医療等の実施状況調査」において、精神病棟入院基本料（10対１、13対１、15対１）を算定する病棟（n=131）のうち、平均在院日数、在宅復帰率、精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）・公認心理師（CP）の配置人数についていずれも回答した病棟（n=77）について集計。

| | 全体 | 病棟にPSWが常勤換算で１名以上 | 病棟にPSW・OT・CPが常勤換算で各１名以上 |
|---|---|---|---|
| 病棟数 | 77 | 38 | 17 |
| 平均在院日数（平均値） | 429.2 | 391.5 | 353.9 |
| 在宅復帰率（平均値） | 63.8% | 67.3% | 70.2% |

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査より保険局医療課で作成

# 早期退院と地域移行に資する取組事例　—取組内容—



○　長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、地域平均生活日数が増加した。

## A病院X病棟の取組と成果

### X病棟の基礎情報

2004（H16）年開設
男女混合閉鎖病棟56床
15:1看護基準
医師3名（指定医1名）

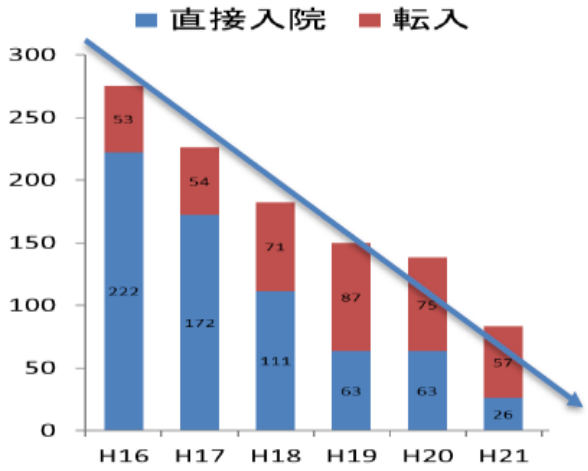
### X病棟に受け入れる患者の特徴

多職種による包括的ケア・地域連携を必要とする症例
退院3ヶ月以内の再入院症例
入院3ヶ月を超える症例
クロザピン導入、mECT

### 2009（H21）年時点の課題

長期入院者の蓄積
新規入院受入減
平均在院日数の増加

2010（平成22）年以降




### 包括的ケアの提供

#### 多職種会議

入院・転入4週目、12週目に実施



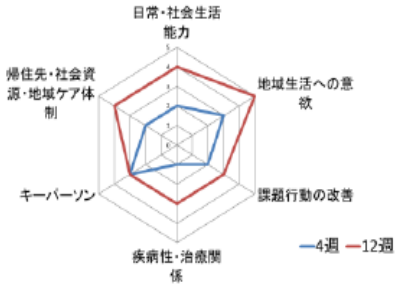

#### 専門職同伴での外出

| | | | |
|---|---|---|---|
| 自宅訪問 | 9% | 買い物 | 12% |
| 院外レク | 9% | 施設見学 | 12% |
| 福祉サービス手続き | 1% | 他科受診 | 3% |
| 家族の葬儀や墓参り | | 免許更新 | |

#### 人員配置

看護師　18名→29名
（看護基準は15:1）
精神保健福祉士　0名→2名
作業療法士　0名→2名
臨床心理士　0名→1名

#### 評価システム




#### その他

地域連携の重視
自助グループ活動

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）提出資料より改変

# 多職種の柔軟な配置を要件としている入院料の例

○　精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料においては、医療機関の裁量で多職種の柔軟な配置が可能となるような職員配置要件を設定している。

## 精神科地域包括ケア病棟入院料　　1,535点

【施設基準】（関連部分要約）

- **○　看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が、13:1以上であること。**
- **○　看護職員の数が15:1以上であること。**
- **○　看護職員の最小必要数の４割以上が看護師であること。**
- ○　作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が、１人以上配置されていること。
- ○　夜勤については、看護職員の数が２人以上であること。

## 地域移行機能強化病棟入院料　　1,557点

【施設基準】（関連部分要約）

- **○　看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数が、15:1以上であること。**
- **○　看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の６割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士であること。**
- **○　看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の２割以上が看護師であること。**
- ○　専従の常勤の精神保健福祉士が、１名以上配置されていること。
- ○　退院調整を担当する者が１名以上（入院患者数が40を超える場合は２名以上）配置されていること。
- ○　夜勤を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数が、看護職員１人を含む２人以上であること。

# 精神病床における多職種協働の推進

➢ 多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、精神病棟入院基本料等の入院料における看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の協働について評価を行う。



【精神病棟入院料】

**（新）　精神病棟看護・多職種協働加算**

**13対１入院基本料の場合　　357点**

**15対１入院基本料の場合　　196点**

［施設基準］

○　精神病棟看護・多職種協働加算（13対１入院基本料の場合）の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**10又はその端数を増すごとに１以上であること。**

②　①の規定にかかわらず、**当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、１以上であること。**

③　**当該病棟の入院患者の平均在院日数が60日以内であること。**

○　精神病棟看護・多職種協働加算（15対１入院基本料の場合）の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**13又はその端数を増すごとに１以上であること。**

②　①の規定にかかわらず、**当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、１以上であること。**

③　**当該病棟の入院患者の平均在院日数が100日以内であること。**

※　急性期病院精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）、精神科急性期治療病棟入院料２においても同様の評価を設ける。

# 精神科地域密着多機能体制加算の新設②

［施設基準］（概要）

| | 加算１ | 加算２ | 加算３ |
|---|---|---|---|
| 精神病床の入院患者の平均在院日数 | ≦150日 | ≦150日 | ≦250日 |
| 令和８年１月１日以降に新たに精神病床に入院となった患者のうち**６割以上**が、当該保険医療機関に入院した日から起算して**６月以内**に退院し、自宅等へ移行すること。 | ○ | ○ | － |
| ア又はイ及びウからカまでのいずれかを満たしていること。※いずれも直近３か月間の算定回数<br>ア　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）:60回以上<br>イ　訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費:300回以上<br>ウ 精神科退院時共同指導料: ３回以上　エ 在宅精神療法:20回以上　オ 精神科在宅患者支援管理料:10回以上<br>カ　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料:10回以上 | ○ | ○ | いずれか |
| 当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10km以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。※障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていることでも可 | ○ | ○ | |
| 過去６か月間の「Ｉ００２」通院・在宅精神療法、「Ｉ００３－２」認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、当該保険医療機関の精神病床の許可病床数で除した数 | ≧36 | ≧36 | ≧27 |
| 常勤の精神保健福祉士 | ※　病棟に配置されている（専任の場合を除く）精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師は含めることができない。 | ≧2名 | ≧2名 | 計<br>2名以上 |
| 常勤の作業療法士 | | ≧1名 | ≧1名 | |
| 常勤の公認心理師 | | ≧1名 | ≧1名 | |

○病床数に係る要件

| 加算１ | 加算２ | 加算３ |
|---|---|---|
| ・精神病床≦100床 | ・101床≦精神病床≦150床<br>又は以下を全て満たすこと。<br>・151床≦精神病床≦250床<br>・届出前月及び届け出から１年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下であること。<br>精神病床の許可病床数/その３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者 | ・精神病床≦250床<br>・届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/その３年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数≦0.97<br>・届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと<br>・当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から３年前精神病床の許可病床数≦0.95(届け出から１年ごと) |
| 精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数/精神病床数≦0.3 | | 精神療養病棟入院料を算定する病床数/精神病床数≦0.3 |

# 入退院支援に係る評価の見直し等

## 入退支援部門に配置が求められる専従職員の業務について

➢ 入退院支援加算と精神科入退院支援加算双方を届出するにあたっては、保険医療機関において同一の入退院支援部門である場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が双方の業務を兼ねられることを明記する。

### 現行

１　精神科入退院支援加算に関する施設基準
（２）イ　（略）なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

### 改定後

１　精神科入退院支援加算に関する施設基準
（２）イ　（略）なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室**又は入退院支援加算の入退院支援部門**と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

**入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を持つ場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。**

## 多職種による退院支援を行った場合の評価

➢ 医療保護入院等診療料について、多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設する。

### 現行

医療保護入院等診療料　300点

### 改定後

医療保護入院等診療料
**１　医療保護入院等診療料１　300点**
**（新）　２　医療保護入院等診療料２　400点**

［算定要件(医療保護入院等診療料２に係る部分）］（抜粋）
注２　２については、１を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して６月までの間は３月に１回に限り、６月以降は６月に１回に限り算定する。

（２）医療保護入院等診療料２は、多職種による退院支援を評価したものであり、多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った際に算定する。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第６項第２号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

# パート3
# 精神科入院医療

# 自発入院と
# 非自発入院
# （本人以外の同意入院）



# 精神保健福祉法に基づく入院形態について

自発入院と
非自発入院

## 1　任意入院（法第２０条）

【対象】　入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者
【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

## 2　措置入院／緊急措置入院（法第２９条／法第２９条の２）

【対象】　入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者
【要件等】 精神保健指定医２名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。
※　緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は１名で足りるが、入院期間は７２時間以内に限られる。

## 3　医療保護入院（法第３３条）

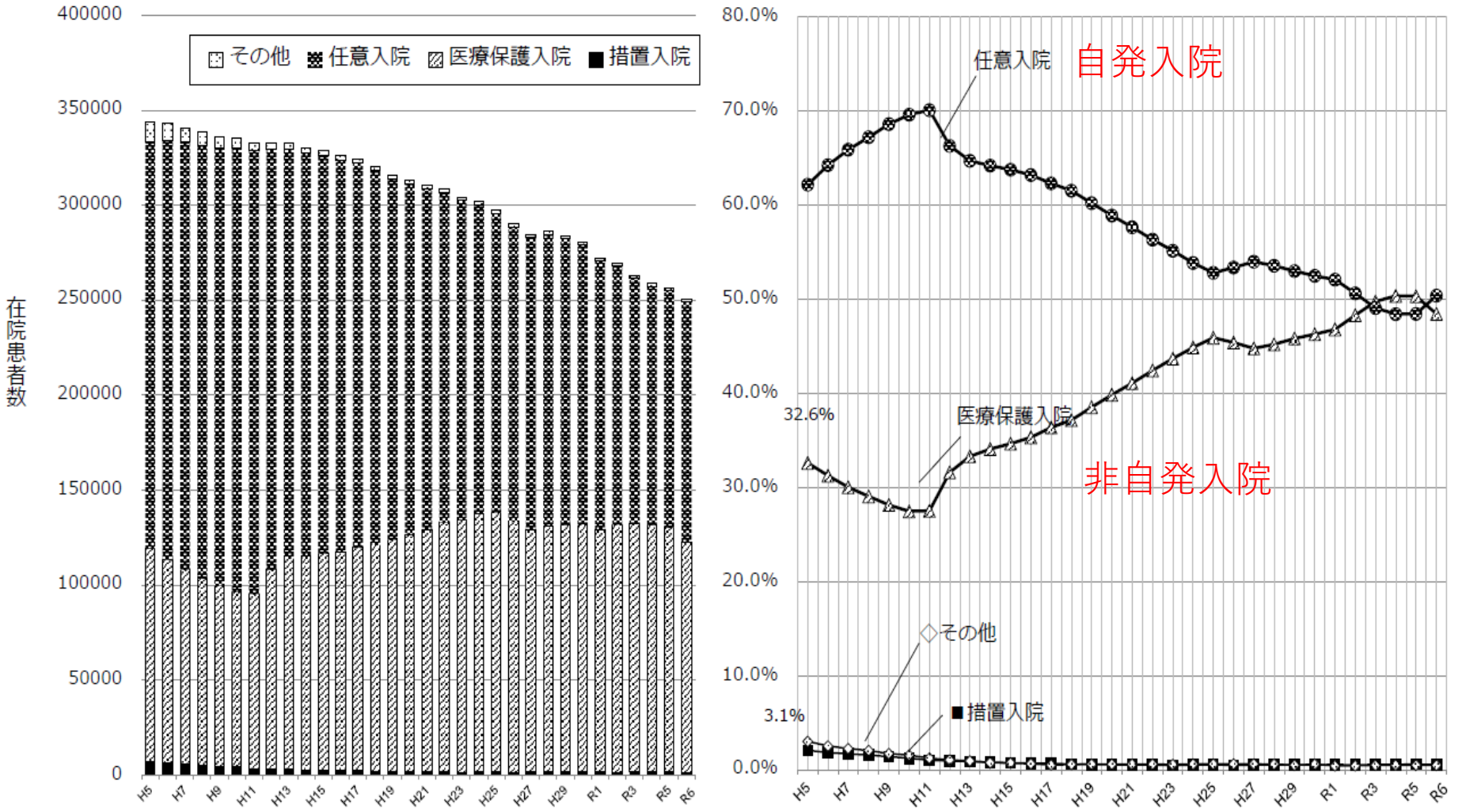
【対象】　入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者
【要件等】 精神保健指定医（又は特定医師）の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要
※１　病院管理者は、その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができず、若しくは同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合、市町村長の同意により入院させることができる。
※２　入院期間については、当該医療保護入院から６月を経過するまでの間は３月以内、６月を経過した後は６月以内となる。
※３　特定医師による診察の場合、入院期間は１２時間以内に限られる。

## 4　応急入院（法第３３条の６）

【対象】　入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者
【要件等】 急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、応急入院指定病院のみに入院させることができ、入院期間は７２時間以内に限られる。
※　特定医師による診察の場合、入院期間は１２時間以内に限られる。

# 入院形態別在院患者数の推移

- 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。




資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

# 入院形態による新規入院患者割合を定めている入院料

○　精神科救急急性期医医療入院料及び精神科救急・合併症入院料においては、医療保護入院等の非同意入院による新規入院患者割合を要件としている。

## 精神科救急急性期医療入院料　　2,420点

【施設基準】（抜粋）

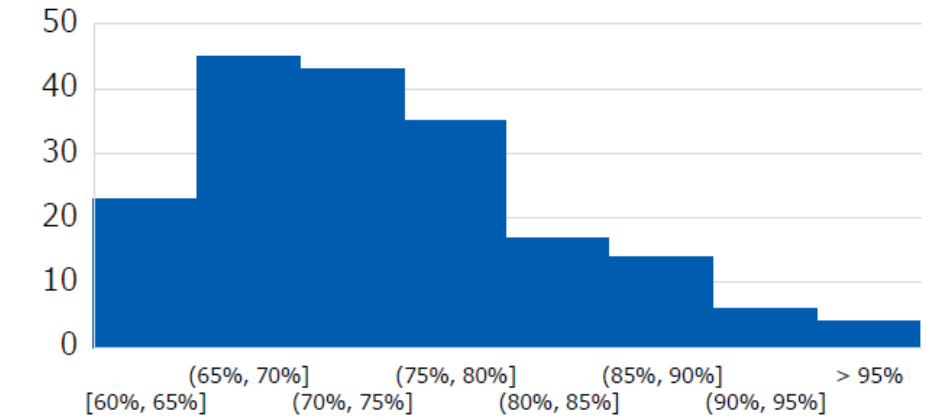
当該病棟の年間の新規患者のうち**６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれか**に係るものであること。

## 精神科救急・合併症入院料　3,624～3,123点

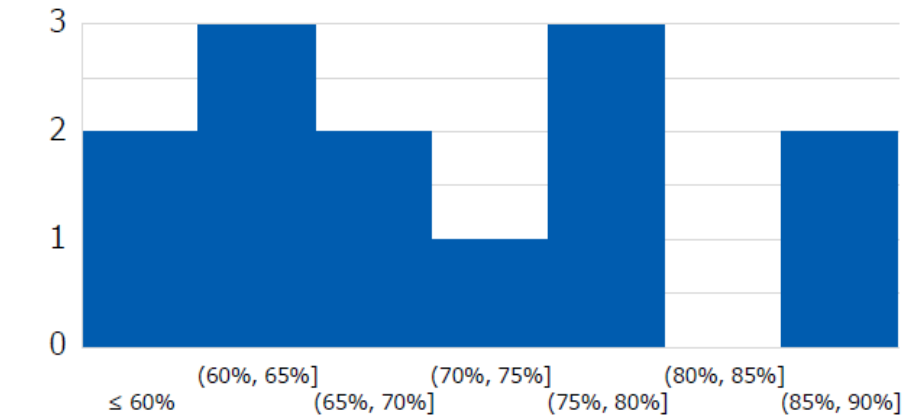
【施設基準】（抜粋）

当該病棟の年間の新規患者のうち**６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院**及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者**のいずれか**に係るものであること。

精神科救急急性期医療入院料の算定病棟における新規入院患者数に占める非同意入院割合の分布




精神科救急・合併症医療入院料の算定病棟における新規入院患者数に占める非同意入院割合の分布




出典：保険局医療課調べ（令和６年８月厚生局報告）

# 高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究

## 背景

・　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神科救急医療体制を整備することは、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤として位置づけられる。時代ごとに多様化するニーズに対応しつつ、持続可能な救急医療体制を整備・維持していくためには、緊急性の高い患者の特徴を把握してサービス対象となる患者の臨床像を同定し、医療体制の相応性を検証していくことが必要。

## 研究目的

・　高規格病棟（精神科救急急性期医療入院料病棟）の必要性が高い患者の臨床像の特徴を明らかにし、精度の高い必要度判定が学術根拠に基づいて可能となるような方策を整えることにより、今後の関連制度の設計や見直しに役立て、医療体制整備に資する成果を得ること等。

## 方法

・　全国に161ある精神科救急急性期医療入院料病棟を持つ医療機関のうち81医療機関から得られた2164名のデータにつき、昨年度までの研究（※）結果を基に作成したチェックリスト得点を算出し、ROC分析を用いて精神科救急急性期医療入院料病棟の必要性の判別能を評価した。必要性評価は、臨床判断で0-10でratingし、7以上を必要性ありとした。

（※）令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担班：精神科救急医療体制に関する研究（研究分担者：杉山直也）

## 結果

・　N=2164のうち、3点以上の割合は73.1%、非自発入院（措置、緊急措置、応急、鑑定）は、74.9%

・　臨床判断で0-10でratingし、7以上を必要性ありとする場合、チェックリストで３点以上は、感度83.64%、特異度51.87%、AUC0.75

# 精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリスト

| | 緊急に医療的介入を要する具体的な因子（該当する項目に☑、複数選択可） | 点数 |
|---|---|---|
| ☐ | 他害の事実 | 3 |
| | ☐殺人　☐放火　☐強盗　☐不同意性交等　☐不同意わいせつ　☐傷害　☐暴行　☐恐喝　☐脅迫　☐窃盗　☐器物損壊　☐弄火又は失火　☐家宅侵入　☐詐欺等の経済的な問題行動　☐攻撃的・威圧的言動　☐その他の迷惑行為（　　） | |
| ☐ | 自殺行動の事実・切迫した自殺念慮 | 3 |
| ☐ | 昏迷状態 | 3 |
| ☐ | 亜昏迷状態 | 2 |
| ☐ | 意識障害 | 2 |
| | ☐器質疾患による意識障害　☐頭部外傷による意識障害　☐薬物による意識障害　☐てんかん発作後もうろう状態<br>☐離脱せん妄　☐その他の原因による意識障害（　　） | |
| ☐ | 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全 | 2 |
| | ☐摂食困難　☐生命リスク等の危険回避困難 | |
| ☐ | 特定の目的による入院 | 2 |
| | ☐重篤な副作用の管理　☐BMI16以下のるい痩対応　☐mECTの実施　☐クロザピン導入・副作用対応 | |
| ☐ | 社会生活機能不全 | 1 |
| | ☐躁状態　☐混合状態　☐滅裂状態　☐激越　☐摂食困難　☐排泄困難 | |

| | 要配慮因子（該当項目があれば☑、複数選択可） | | | | | 点数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 新興感染症等法定伝染病 | ☐ | 2次以上身体合併症（※） | ☐ | 妊婦・産褥婦 | 3 |
| ☐ | 日本語不可・滞在許可のない外国籍 | ☐ | 深刻な履歴（※※）あり | ☐ | 医療観察法通院処遇者 | 2 |
| ☐ | 警察介入 | ☐ | 身元不明・住所不定・未保険 | ☐ | 虐待・DV・犯罪等被害者 | 2 |
| ☐ | キーパーソン不在 | ☐ | 保健所介入 | ☐ | 遠隔地ケース・他院離院中 | 1 |
| ☐ | 消防（救急隊）経由 | ☐ | 身体障害者認定・指定難病認定 | ☐ | 整備事業経由 | 1 |

※　2次以上身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す身体疾患または外傷を指す。
※※　履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動　を指す。

出典：令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「包括的な精神保健医療福祉施策の推進に関する研究」（研究代表者：藤井千代）
分担班：地域における精神医療体制のあり方に関する研究（研究分担者：来住由樹）

# チェックリストを用いても３点以上は73％

非自発入院74％と同じ程度だった

# 精神科救急急性期医療入院料等の見直し①

## 新規入院患者割合要件の見直し

➢ 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準である、措置入院等による新規入院患者割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

### 現行

【精神科救急急性期医療入院料】
［施設基準］
当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。

### 改定後

【精神科救急急性期医療入院料】
［施設基準］
当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が**「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上の**ものであること。
※ 精神科救急・合併症入院料についても同様に見直す。

（経過措置）
令和８年５月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上であることとする。

【精神科救急等病棟必要性チェックリスト】

| 緊急に医療的介入を要する具体的な因子 | 点数 |
|---|---|
| 他害の事実□殺人　□放火　□強盗　□不同意性交等　□不同意わいせつ　□傷害　□暴行　□恐喝　□脅迫　□窃盗　□器物損壊　□弄火又は失火　□家宅侵入　□詐欺等の経済的な問題行動　□攻撃的・威圧的言動　□これらに準ずる他害行為（　　） | 3 |
| 自殺行動の事実・切迫した自殺念慮 | 3 |
| 昏迷状態 | 3 |
| 亜昏迷状態　（その日の出来事など簡単な意思疎通も困難な状態のものに限る） | 2 |
| 意識障害（器質疾患によるものを除く）　□薬物による意識障害　□てんかん発作後もうろう状態　□離脱せん妄 | 2 |
| 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全□摂食困難　□生命リスク等の危険回避困難 | 2 |
| 特定の目的による入院　□薬物の副作用により生じた重篤な精神症状の管理　□BMI16以下のるい痩対応　□mECTの実施　□クロザピン導入・副作用対応 | 2 |
| 社会生活機能不全 | 1 |

| 要配慮因子 | 点数 |
|---|---|
| 医療観察法通院処遇者 | 1 |
| 警察、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の介入により受診し入院となった者 | 1 |

# クロザピン



# クロザピンについて



## 1．クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症（※1）の治療薬として世界100カ国以上で使用されている内服薬。
治療抵抗性合失調症の57～67%に精神症状の改善が見られている。
（※1） 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても症状改善が見られない患者をいう。

## 2．クロザピンの副作用

重篤な副作用は、**無顆粒球症(※2)で、本邦での頻度は約1%。**

（※2）無顆粒球症は、体に入った細菌を殺すはたらきをする白血球（顆粒球）が著しく減り、ほとんどなくなった状態をいう。無顆粒球症は、適切な医学的管理が実施されないと細菌感染により重症になりやすく、死に至る危険性がある。
2009年7月から2017年5月末までに、クロザピンを服用している患者の1.02%に無顆粒球症がみられた。

| 重篤な副作用 ： （ ）内は頻度 |
|---|
| 1. 無顆粒球症 （1.02 %） |
| 2. 高血糖（0.32%）、糖尿病性ケトアシドーシス（不明）<br>糖尿病性昏睡（不明） |
| 3. 心筋炎（0.11%）、心筋症（0.05%）、心膜炎（0.05%）<br>心嚢液貯留（0.11%） |
| 4. てんかん発作（不明）、痙攣（0.91%） |

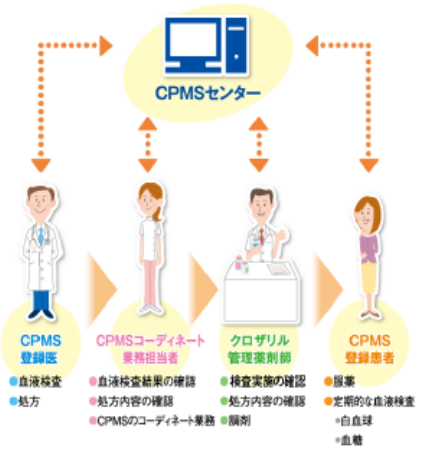
## 3．CPMS（クロザピン患者モニタリングサービス）について

○CPMSは、無顆粒球症等の重大な副作用を早期発見し早期治療につなげるため、クロザピンの投与前と投与中に定期的な血液検査を行う仕組みである。

○クロザピンは、入院して投与を開始すること（18週間までは原則として入院が必要）、投与開始後26週間は毎週採血して白血球等の数を確認することが必要である。

○クロザピンは、HbA1cが6.0%（NGSP）未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%（NGSP）以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてHbA1cを確認することが必要である。

○クロザピンは、精神保健指定医かつ日本精神神経学会または日本臨床精神神経薬理学会の専門医等で、講習を受けテストに合格した登録医師のみ処方できる。クロザピンを提供できる医療機関は、診察当日に血液検査等の結果がわかること、無顆粒球症や糖尿病への対処が可能なこと、CPMS登録医、CPMSコーディネート業務担当者、クロザピン管理薬剤師が各2名以上勤務している体制を整える必要がある。




出典；クロザピン添付文書、クロザピン臨床試験結果、CPMS運営主体のホームページより作成

# 統合失調症患者におけるクロザピンの普及の状況

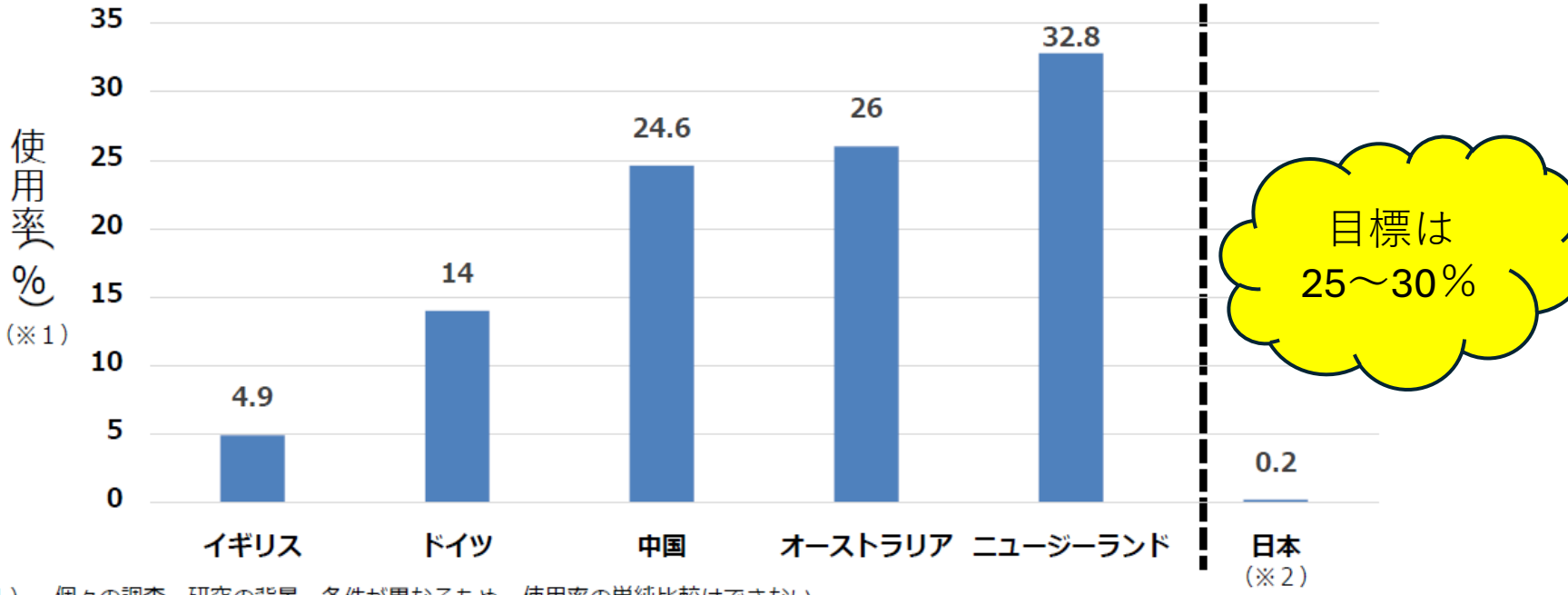
中医協　総－２
元．１１．２０

○　治療抵抗性統合失調症を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンによる専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている一方、重大な副作用が報告されていることから、クロザピンの使用にあたっては、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。

○　第７次医療計画及び第５期障害福祉計画においては、精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標設定を行っており、当該目標はクロザピンの普及等による効果を勘案している。

○　そのため、治療抵抗性統合失調症を有する患者がどこに入院しても、当該治療を受けることができるよう、クロザピンを使用可能な医療機関の確保及び地域連携体制を構築するとともに、クロザピンの処方率を、先行している諸外国の実績と国内で先行している医療機関の実績を踏まえ、治療抵抗性統合失調症患者の25～30%に普及することを目指している。

○　なお、クロザピンの使用率を単純に比較することは難しいが、イギリス（4.9%）、ドイツ（14%）、中国（24.6%）、オーストラリア（26%）、ニュージーランド（32.8%）に対して、日本は0.2%となっている。




（※１）　個々の調査・研究の背景・条件が異なるため、使用率の単純比較はできない。
統合失調症患者のうち、イギリスは外来患者（2000年～2001年）、ドイツは外来患者（2004年）、中国は入院患者（2004年）、オーストラリアは外来患者（2007年）、ニュージーランドは外来患者（2004年）、日本は外来及び入院患者（2017年）を用いたもの。

（※２）　日本は、医療計画の指標例「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」を用いた。

出典（日本を除く）：厚生労働省平成25年度 障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」（平成26年３月公益社団法人全国自治体病院協議会）

出典（日本）：令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）」

※障害保健福祉部　精神・障害保健課作成

# 精神科急性期医師配置加算１・３について

## A249　精神科急性期医師配置加算（１日につき）

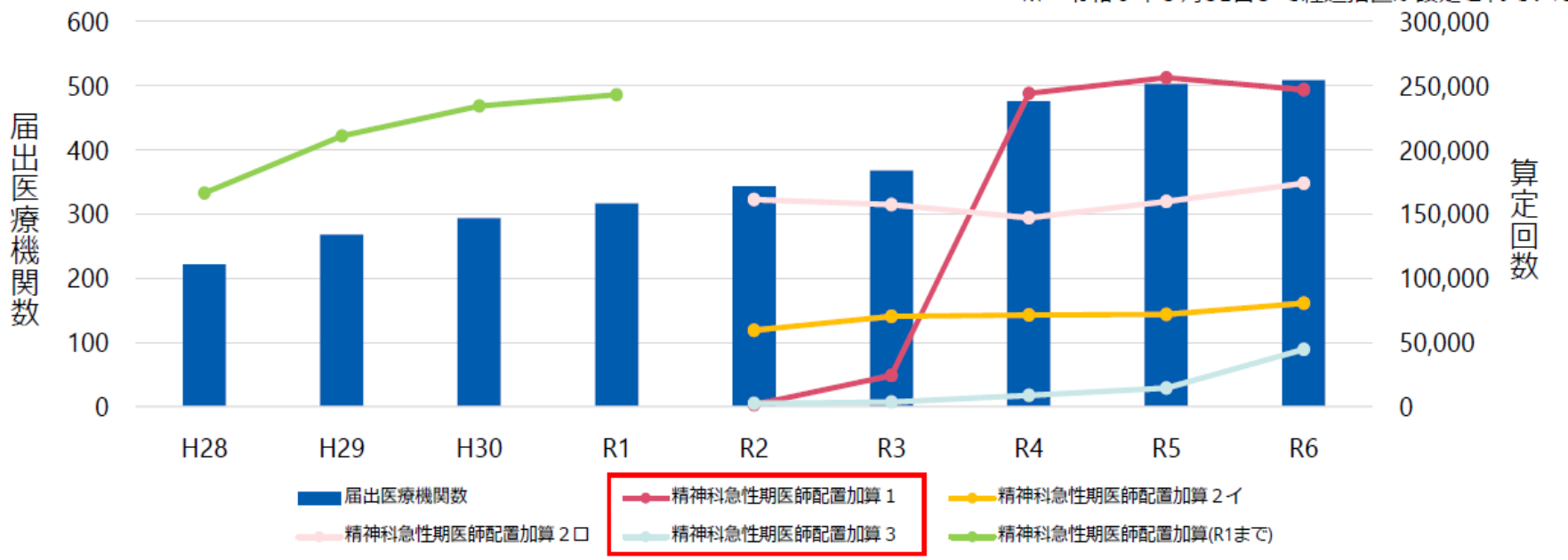
精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

**１　精神科急性期医師配置加算１　600点**
**３　精神科急性期医師配置加算３　400点**

（算定対象となる入院料）
- 精神科救急急性期医療入院料
- 精神科急性期治療病棟入院料１

| | 加算１ | 加算３ |
|---|---|---|
| 新規入院患者の<br>自宅等への3か月以内の移行率 | ６割以上 | ４割以上 |
| 当該病棟における<br>クロザピン新規導入患者数（※） | ６件／年以上 | ３件／年以上 |
| 時間外　外来診療 | 20件／年以上 | 20件／年以上 |
| 時間外　入院 | ６件／年以上 | ６件／年以上 |

※　令和６年３月31日まで経過措置が設定されていた。




出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年７月１日時点、令和６年は８月１日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和５年以前は６月審査分、令和６年は８月審査分）

# 精神科急性期医師配置加算の見直し

➢ 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置の要件を見直す。

**１．精神科急性期医師配置加算１及び３について、クロザピンの新規導入件数を、当該加算を算定する病棟における実績から、医療機関全体における実績に見直す。**

| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 【精神科急性期医師配置加算】<br>［施設基準］（クロザピン実績に係る部分）<br>○　精神科急性期医師配置加算１の施設基準<br>当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間６件以上であること。<br><br>○　精神科急性期医師配置加算３の施設基準<br>当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間３件以上であること。 | 【精神科急性期医師配置加算】<br>［施設基準］（クロザピン実績に係る部分）<br>○　精神科急性期医師配置加算１の施設基準<br>**当該保険医療機関においてクロザピンを新規に導入した実績が過去５年間に15件又は過去１年間に３件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する患者数が年間に６人以上であること。**<br>○　精神科急性期医師配置加算３の施設基準<br>**当該保険医療機関においてクロザピンを新規に導入した実績が過去５年間に10件又は過去１年間に２件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する実患者数が年間に４人以上であること。** |

**２．精神科急性期医師配置加算２のイの算定対象となる入院料に、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の精神病棟の 15：1 入院基本料を追加する。**

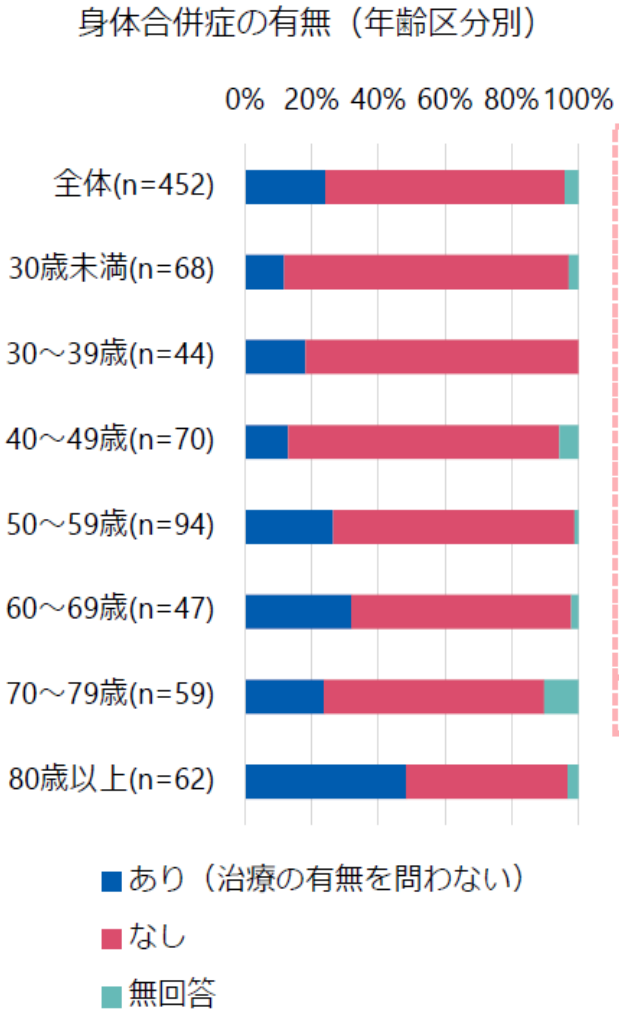
| 現行 | 改定後 |
|---|---|
| 【精神科急性期医師配置加算2のイ】<br>［施設基準］（抜粋）<br>○　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。 | 【精神科急性期医師配置加算2のイ】<br>［施設基準］（抜粋）<br>○　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料、十三対一入院基本料又は**十五対一入院基本料に限る。**）又は**特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟**であること。 |

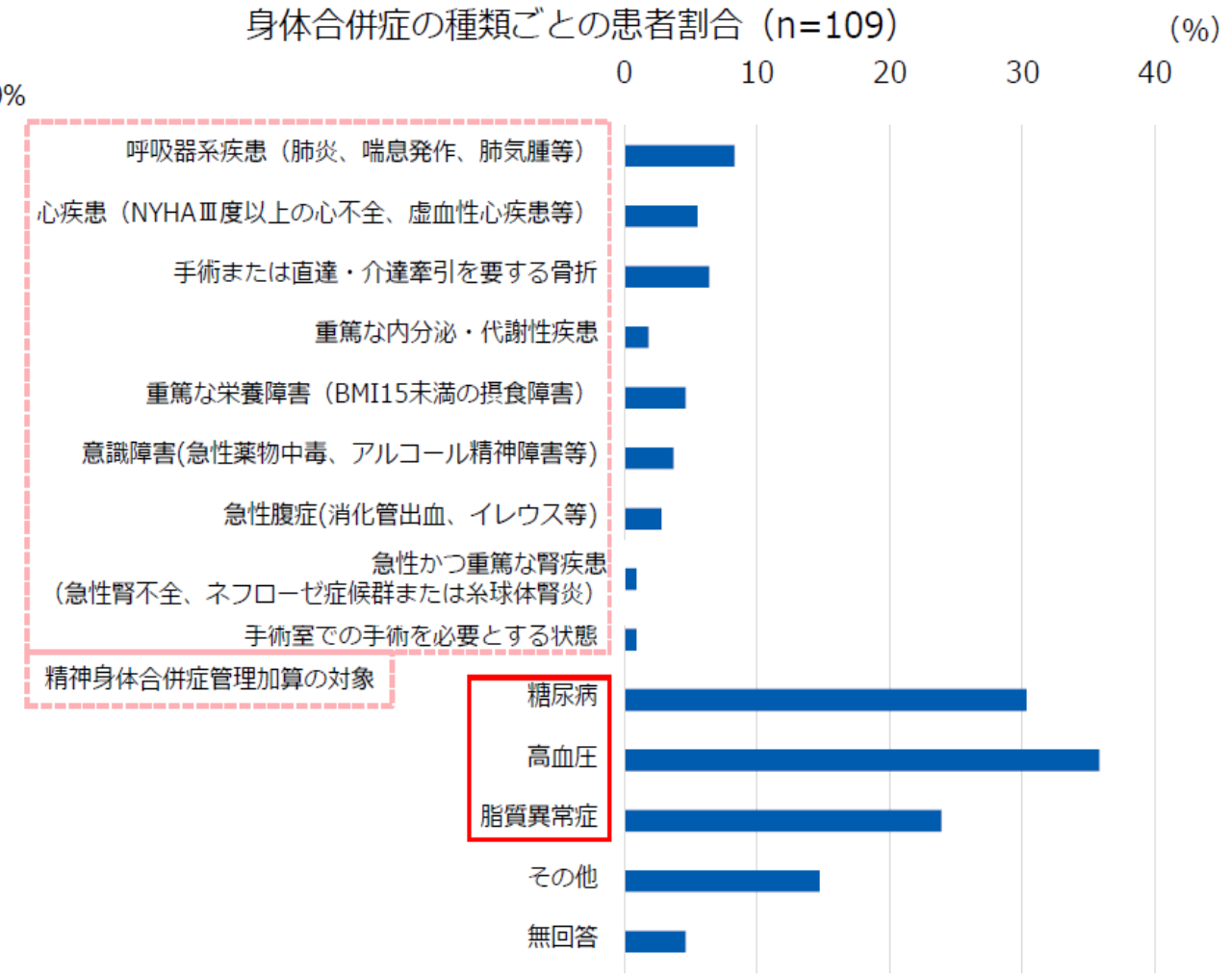
※上記の要件に加え、内科、外科等を標榜していること、精神病床数が保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ精神病棟が２病棟以下であること、24時間の救急医療を提供していること等の要件がある。

# パート4
# 精神身体合併症

# 精神病床に入院する患者が抱える身体合併症の種類等

○　精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。
○　患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。



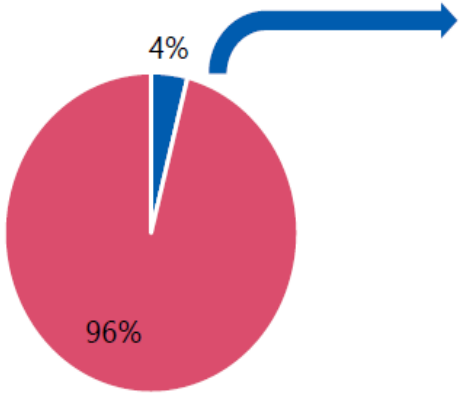

出典：令和６年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「精神医療等の実施状況調査」（患者調査（入院患者））

# 急性期病院の精神科以外を担当する医師が他精神科病院で行う診療

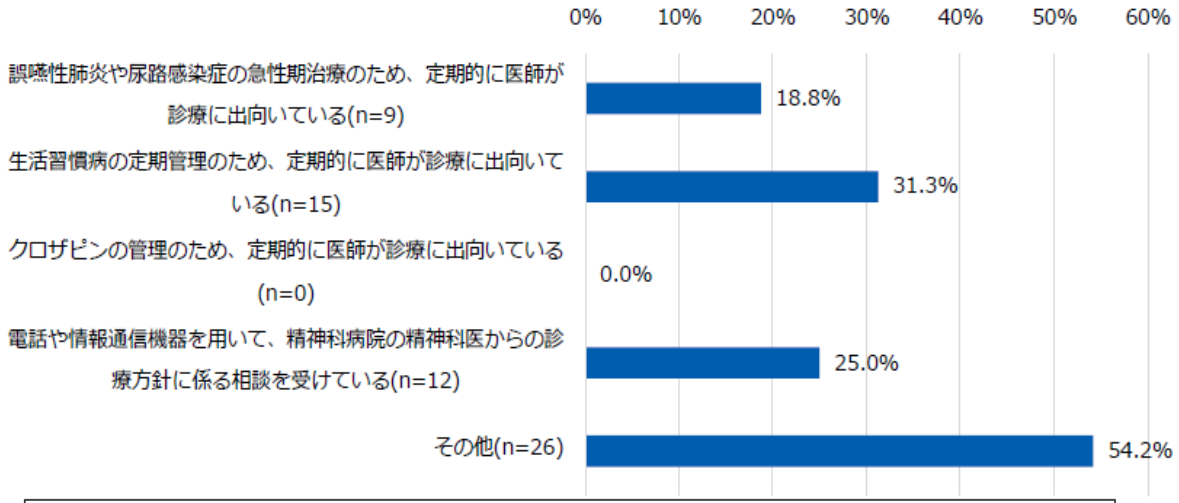


○　精神科病院における身体合併症への対応が求められる中で、一般の急性期病棟を有する病院において精神科以外を担当する医師が、他の精神科病院（精神病床のみを有する病院）で診療等を行っている病院が４%程度存在した。
○　診療等の内容は、生活習慣病の定期管理が31%程と最も多かった。
○　診療の頻度は「週１回程度」が48%程と最も多かった。

一般の急性期病棟を有する病院において
精神科以外を担当する医師の
他精神科病院における診療等の有無

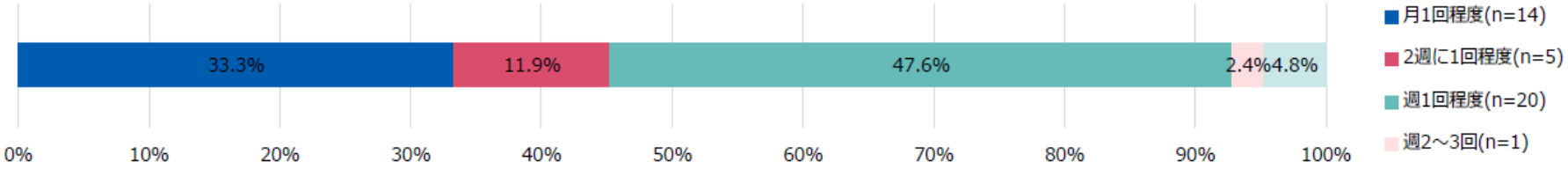



精神科以外を担当する医師の他精神科病院における診療等(n=48)




※「その他」と回答したもののうち、主なもの
・宿直のため　・麻酔科医が電気痙攣療法（ECT）を行うため
・リハビリテーション医がリハビリテーションを行うため
・内科的疾患の治療及び診察のため　・皮膚科領域の治療のため

他院への診療等の頻度(n=42)




出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査　（施設調査票（A票））

# 精神科慢性身体合併症管理加算の新設

➢ 精神病床に入院する患者の高齢化が進む中で、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への精神科以外の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、継続的な管理が必要な身体合併症に対応した場合について、新たな評価を行う。

**（新）　精神科慢性身体合併症管理加算　　700点**

［対象患者］
糖尿病の患者
特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）の患者

［特定疾患療養管理料の対象患者］
悪性新生物
甲状腺障害
虚血性心疾患
不整脈
心不全
脳血管疾患
喘息
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）　等

［算定要件］
（１）精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科慢性身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**１月に１回に限り**、所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３０－３に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。
（２）内科を担当する当該医師が、当該保険医療機関において、１回以上「Ｉ００１」入院精神療法又は「Ｉ００２」通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない。

［施設基準］
（１）精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
（２）当該病棟に内科の医師が配置されていること。
（３）精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療を行うにつき十分な体制を有していること。

# まとめと提言

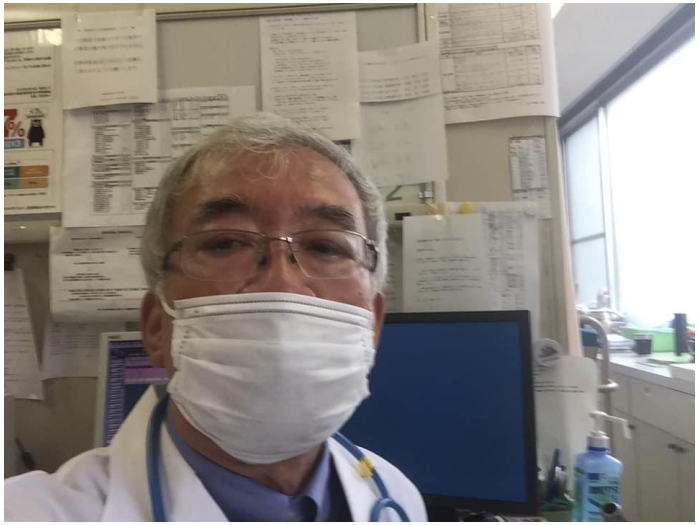
- 日本の人口当たりの精神病床数は世界一、
- 平均在院日数の長さも世界一
- 精神医療においても急性期・回復期の機能分化が進んでいる。
- 精神入院医療においても多職種配置多職種連携が重視される
- クロザピン処方の普及を
- 精神疾患と生活習慣病合併に留意を

# 2025-2040
# 変わりゆく医療のアウトライン

- 2025年から2040年へ向けての改革プランを概観する！
  - ・地域医療構想、医療DX
  - ・働き方改革、かかりつけ医
  - ・医師偏在対策、少子化対策など
- ・ポスト2040年も予想
- ・医学通信社より、7月発刊予定
- ・2色刷240頁、2600円



# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹　検索　クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp