

中期

中期の課題

決められた問題領域に取り組む。

話し合われている出来事と治療関係に関連した感情をモニターする。

面接室の外で患者が行うことを練習する。

対人関係スキルを向上させるために特定の技法を用いる。

中期はうつ病のIPTと事実上同じである。うつ病のIPTでは、「前回お会いしてからいかがですか？」と質問してセッションを始め、気分と出来事を結びつけていくが、神経性大食症のIPTでは、前回受診以降で「ひどい過食があった日」に特に注目する。最初のうちは毎日が「ひどい過食」の状態であるので、ネガティブな気持ちになった出来事について聞いた方がよいだろう。

また、「前回お会いしてからいかがですか？」というふうに関くと、症状についての長い説明に入ったり、あるいは、すべての出来事を報告しなければ、という義務を感じて大して重要でない詳細を話す患者もいるので、「今日、これを話してみたい、と思うことがありますか？」という質問でも良い。特に、治療が進んでくると、患者は自分がどういう性質のことを話すべきかということがわかってくるので、この質問で十分になる。引きこもって過食ばかりしている患者の場合、「出来事」として聞くと「何もありません」と絶望的に答えることもあるので、「前回の面接の後、いかがでしたか？ 考えていたこととか、起こったこととか、すごく嫌だった日とか・・・」というような質問をしても良いだろう。

特に最初の頃は、患者は症状について語りたがることも多い。その際、治療者は、ほとんど直ちに焦点を問題領域に移す。例えば、患者がセッションの初めに過食がひどかったと言った場合には治療者は「大変でしたね。でも、それだけ過食がひどかったということは、ストレスにつながる何かがあったということで、治療の役に立つ何かが見つかるはずですね。どうでしょう、ご自分では、なぜ過食がひどかったのか、理由がわかりますか？」というふうに、患者に共感を伝えながら、話の焦点を対人関係に戻す。患者が執拗に症状を訴える場合には、「この病気である限り、症状としての過食は続きますよね。それは辛いことだし不安なことでしょうから、早く病気が治るように、治療をがんばっていきましょう」というふうに「病者の役割」を強調することもある。患者は特に治療の初めのうちは、過食のきっかけを聞かれても「何も思いあたらない」と答えることが多い。そういう場合には、その日がどんな日だったかを時間を追って尋ねたり、過食をしたいという気持ちが強まってきた時間を特定し、その頃に何をしていたか、何を考えていたかを丁寧に聞き出していく。

患者が過去について語りたがる場合にも、焦点を現在に戻す。患者が、現在の問題に取り組むよりも過去の母親との関係に取り組んだ方が良いような気がしてきた、と言ったら、「そう思われる何かがあったのですか。その気持ちが強くなったのは、いつからですか？」というふうに、現在に焦点を戻す。

セッションの終わりには、簡単なまとめをして、その流れの中で次のセッションまでにやってみることを「宿題」と呼んでもよい。例えば、配偶者との不和が治療焦点となっている患者で、配偶者とのコミュニケーションをそのセッションで詳細に振り返り、別の言い方を考え、ロールプレイで練習した患者は、当然それを実際にやってみる、ということが「宿題」になるだろう。また、治療者とのやりとりの中で、配偶者の真意が何なのか、証拠を持って答えられなかった患者は、それを聞いてみる、ということが「宿題」になるだろう。ただし、「宿題」に失敗はないということも明確にしておく。やると言って帰ったけれども、実際には不安になってできなかった、という患者も少なくない。そういう場合には、治療者側の役

割期待が不適切だったという意味になるので、より適切な役割期待を交渉できるように、どこが難しかったのかを伝えてくれればそれで十分だ、ということを書いておく。そうしないと、「宿題」ができずに治療者の期待に応えられなかった、ということを書き添えて治療から脱落するということになりかねない。

各問題領域における戦略、技法は、うつ病のIPTと変わらないので、「対人関係療法総合ガイド」「臨床家のための対人関係療法クイックガイド」「臨床家のための対人関係入門ガイド」を参照していただきたい。以下にはその概略を示しておく。

悲哀 Grief

「悲哀」の治療目標

- (1) 悲哀のプロセスを促進する。
- (2) 患者が興味や人間関係を再確立できるように助ける。

「悲哀」のセッションで行うこと

- (1) 事実についての詳細を聞く
- (2) 「当たり前の気持ち」を引き出す
- (3) 患者を安心させる

対人関係上の役割をめぐる不和 Interpersonal Role Disputes

「対人関係上の役割をめぐる不和」における治療目標

- (1) 不和とその段階(再交渉、行き詰まり、離別)を見極める
- (2) 選択肢を探り、行動計画を選ぶ(治療者は特定の方向に患者を導かない)
- (3) 満足できる結果が得られるように、期待を修正したり問題のあるコミュニケーションを修正したりする。

「対人関係上の役割をめぐる不和」の治療におけるポイント

- (1) 不和を関係者の「役割期待のずれ」として理解するように患者を助ける。
- (2) 患者が自分自身の期待を理解できるよう助ける。
- (3) 患者が相手の期待を理解できるよう助ける。

不和のそれぞれの段階での戦略

- (1) 再交渉 — より効果的なコミュニケーションができるようにしていく
- (2) 行き詰まり — まずは「再交渉」の段階に移行させる
- (3) 離別 — 「悲哀」と同様の作業をする

役割の変化 Role Transitions

「役割の変化」の治療目標

- (1) 古い役割の喪失についての喪と受容
- (2) 新しい役割のポジティブな側面を見る
- (3) 新しい役割が「できる」という感覚を持つのに必要な新しいスキルを育てる

「役割の変化」の治療戦略

- (1) 古い役割と新しい役割のポジティブな側面とネガティブな側面を検討する
- (2) 失われたものについての気持ちを探る
- (3) 変化そのものについての気持ちを探る
- (4) 新しい役割における機会を探る
- (5) ポジティブな側面がなければ、自分でコントロールできるものを患者が見つけれられるよう助ける
- (6) 失われたものを現実的に評価する
- (7) 感情の適切な発散を奨励する
- (8) 新しい役割で必要とされるソーシャルサポートを育てるよう励ます
- (9) 新しい役割で必要とされる新しいスキルを育てるよう励ます

対人関係の欠如 Interpersonal Deficits

「対人関係の欠如」の治療目標

自己主張や感情表現を奨励することによって他人と親しくなる患者の能力を増し、孤立感を減じ、新しい関係を作っていけるようにする

「対人関係の欠如」の治療戦略

- (1) 過去の重要な関係を、良い側面も悪い側面も含めて振り返る
- (2) 対人関係において繰り返されるパターンを探る
- (3) 治療者に対する患者のポジティブな気持ちやネガティブな気持ちについて話し合い、他の関係にも類似のものがないかを探るよう患者を励ます
- (4) ロールプレイとフィードバックを広く使う
- (5) 治療外での社会的やりとりを励まし、その結果を次のセッションで報告してもらう
- (6) 治療関係における問題を扱う

IPTで用いる技法

(他の精神療法と同様であるが、戦略の一部として病気の治療として用いることが特徴)

探索的技法

非指示的探索(支持的承認、話し合われている話題の拡張、受容的沈黙)

題材の直接的引き出し

感情の励まし

明確化

コミュニケーション分析

決定分析

ロールプレイ

治療関係の利用

補助的技法(契約設定、管理上の詳細)

重要な他者との同席面接

なお、日本の臨床では、重要な他者との同席面接も積極的に取り入れて良いと考えられる。重要な他者との同席面接は、初期においては心理教育と情報収集のために主に行われるが、中期において

は、引き続き心理教育と情報収集をする他、「不和」の領域を持つ患者の場合には不和の解決のために同席してもらっても良い。中盤を過ぎて患者の症状に改善が見られてくると、それまでは真剣だった重要な他者が「手抜き」を始めることも珍しくないで、そのような事態が起こったら改めて心理教育を行うことが必要となる。その際、重要な他者を責めるのではなく、「どこのご家族でもそうなのですが、患者さんの調子が良くなってきて安心すると、もう元に戻っても良いのかな、と思ってしまうのです。何しろ一時期は本当に大変でしたからね。でも実際には、患者さんはいっぱいがんばって今の状態にあるわけですし、これからは治療が終わるという不安にも悩まされていくことになります。安心して治療を終えられるように、治療が終わってもご家族は変わらない、という姿をぜひ示してあげてください」というような言い方にする。

コミュニケーションにおける工夫

独居している患者の場合、過食症状がひどくなるとあらゆる対人関係から引きこもってしまい、生存確認すらできず、その不安が家族の過干渉を招き、効果的でないコミュニケーションを悪化させるというパターンがよく見られる。そのようなときに、家族からメールが届いたら何も書かずにそのまま返信する(空メールを送る)などというやり方が役に立つ場合がある。このように、患者の状態に合わせて最大限効果的なコミュニケーションを探るという工夫が必要であることが多い。

終結に向けての準備

中期の評価が終わったあたりから、終結への準備を明らかに始める。例えば、次のように言う。

治療が折り返し点を過ぎましたね。ここまででも、ずいぶん進歩してきましたね。本当によくがんばってこられたと思っています。まだ8回の面接が残っていますのであわてる必要はありませんが、ここからは、今まで通りの作業を続けながら、同時に、治療が終わるということも意識してやっていきたいと思います。ご自分でも、治療が終わったときのことをイメージして、何が心配かということを考えてみたりしてください。治療の最後に、そういうことを話し合うための特別の時間を作りますが、それ以外でも、治療が終わるということについて気になることがあったらいつでも何でも話してみてください。

評価面接＋質問紙(治療中期)(第8セッションと第9セッションの間に行う)

◆ 治療者とは別の独立した評価者による、SCIDを用いた構造化面接

◆ 質問紙

- EDI (Eating Disorder Inventory)
- EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire)
- BDI-II (Beck Depression Inventory)
- PBI (Parental Bonding Instrument)
- SAS-SR (Social Adjustment Scale – Self Report)
- TCI (Temperament and Character Inventory)
- FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales)

対人関係療法(IPT)マニュアル
終結期(2~3セッション)

終結期の課題

症状と対人関係問題領域における変化を振り返る。
症状を改善し対人関係問題を解決する役に立つ、患者が得たスキルを具体的に振り返る。
終結についての患者の気持ちを探る。
終結は悲哀のときとなる可能性を認める。
近い将来に問題が起こりそうな領域と、患者が再発を予防するために用いることのできるスキルについて話し合う。
再発の兆候を話し合い、それについて具体的に何をするかを話し合う。

終結期は最後の2-3セッションである。この時期には治療は隔週になっている。

第14セッション、遅くとも第15セッションの前に、この治療が始まってから良くなったこと、良いことかどうかわからないが変わったこと、そして治療が終結するに当たって心配なことを書いてきてもらうように頼む。重要な他者が治療に関わった場合は、重要な他者にもそれを書いてもらう。同居している重要な他者であれば、家で話し合いながら一緒に書いてもらう。その際に二人で意見が異なる場合は、どちらの意見かを明記してきてもらう。終結期のセッションは、この紙を振り返りながら行うと進めやすい。

あと3回(2回)で治療が終わることになります。かなり心配ですか？ さて、治療をうまく終えるために、お願いしたいことがあります。次の面接までに、この治療を受け始めてから良くなったこと、良いのかどうかかわからないけれども変化したこと、そして治療を終えるに当たって心配なこと、を書いてきてください。それを見ながら、治療をまとめていきます。もちろん、その間も、〇〇さんは毎日生きているわけですから、今までのように起こった問題や悩みをお話しいただくこともできます。両方をやってみましょう。

患者が「良いことかどうかわからないが変わったこと」として書いてきたことについては、その意味づけを患者と共に確認する。おそらくそれは「良くなったこと」というふうに結論づけることができるだろう。そのことも含めて、「良くなったこと」については、患者を祝うと共に、その幅広さにも注目させるべきである。患者には次のようなことを言うようにしよう。

「できない自分でも仕方ない、と思えるようになった」と書いてありますね。すごいですね、完璧主義が治ってきたんですね。おもしろいですよね、治療ではこんな話を全くしなかったのに。この紙は一生とっておいてください。もしもまた同じ病気になる時には、この紙をよく見て思い出してほしいのです。どういことかと言うと、ここでは〇〇さんとお母さんに話し合いをよくしてもらっただけなのに、こんなにいろいろなことが良くなった、ということをよく覚えておいてほしいのです。具合が悪くなったときには、あそこもだめだ、ここもだめだ、と思いがちですが、それらの一つ一つに取り組まなくても、何回かお母さんと話し合う、という単純なことをするだけで、こんなに良くなるのです。

今後の心配については、「再び同じようなことになったらどうしたらよいらうか」というテーマのものが多いだろう。その疑問には、治療で行ったことを振り返り、神経性大食症というのは、ある日突然感染するような病気ではなく、長引くときには必ず理由がある病気であり、その「理由」に取り組むスキルをこの治療で学んだのだということを思い出させる。偶然出てきた症状も、偶然治ったこともなかったのだ、ということである。

治療者は患者が将来の困難の領域を予測しておくように助けるべきである。患者からは提起されな

くても、心理教育的に意味があると思われるものについては、治療者の側から「将来結婚されるときに、この病気のことを話そうと思いますか？」というような質問を投げかけてもよいだろう。

しかし、食の問題は患者の「アキレス腱」であり続けるだろう、ということも改めて説明しておく。将来困難を抱えた時期には再発するかもしれない、という意味である。何らかの症状が再発したら、役に立つ「早期警告シグナル」とみなして、自分の生活で起こっていることを振り返り、それを解決するための何らかの行動を起こすようにすれば、本格的な病気になることはないだろう、ということ伝える。

また、治療で得られた成果は基本的に患者の力によるものだということも思い出させる。「すべては先生のおかげです」という患者は多いが、「そう言っていただけのはありがたいですが、私はここに座って、あれこれと言っていただけです。実際にご自分の生活の中で、お母さんと話し合っただけの進歩を可能にしてきたのは、〇〇さんなのですよ」と伝える。仮に予想できないほどのストレスによって病気が再発したとしても、病気を治すための実力もあり、その実力を発揮するためのスキルを今回の治療で身につけたのだ、ということをおぼろげに感じてもらおうとする。

摂食障害の患者全般に、コントロールできないことへの不安が強いことが多い。終結期の作業の一つの重要な側面は、「新たに獲得したスキルによって、一見コントロール不能に見えることをコントロール下におけるようになる（一人で抱え込むのではなく、他者の力を借りて）」というように、治療と進歩の位置づけを明確にすることであると言える。

評価面接+質問紙(治療終了後)

- ◆ 治療者とは別の独立した評価者による、SCIDを用いた構造化面接
- ◆ 質問紙
 - EDI (Eating Disorder Inventory)
 - EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire)
 - BDI-II (Beck Depression Inventory)
 - PBI (Parental Bonding Instrument)
 - SAS-SR (Social Adjustment Scale – Self Report)
 - TCI (Temperament and Character Inventory)
 - FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales)

評価面接+質問紙(1年後フォローアップ)

- ◆ 治療者とは別の独立した評価者による、SCIDを用いた構造化面接

- ◆ 質問紙

- EDI (Eating Disorder Inventory)
- EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire)
- BDI-II (Beck Depression Inventory)
- PBI (Parental Bonding Instrument)
- SAS-SR (Social Adjustment Scale – Self Report)
- TCI (Temperament and Character Inventory)
- FACES III (Family Adaptation and Cohesion Scales)

Ⅲ．通院精神療法に関する研究

精神療法の実施方法と有効性に関する研究 （課題名）保険診療における「通院・在宅精神療法」算定の実態

研究分担者（氏名 池上クリニック 池上秀明）

研究要旨

前回報告で、診療報酬明細書を調査した結果、「通院精神療法」が精神科外来のほとんどすべての患者を対象に算定されている点数項目であり、ICD-10 精神および行動の障害における F7 を除くすべての F コードの傷病名に対して算定されているという実態が明らかになった。

本研究では、さらに診療現場での実態を探るべく、全国の精神科診療所で診療に従事している精神科医師を対象にアンケート調査を実施し、「通院・在宅精神療法」算定をめぐる医師の側の問題意識を中心に問いかけ、算定対象の診療行為が日々の外来臨床においてどのように位置付けられているのかを浮き彫りにした。

診療所医師の平均像は、臨床経験が豊富で、専門に偏りが無く、平日のほぼ毎日をかかなりの数の患者の診療に追われ、予約制で診療時間の調整をして、数人のスタッフとともに、地域ニーズに合わせた精神科外来診療を支える存在であった。また、「通院・在宅精神療法」は主に F2,F3,F4,F6 コードの疾患が算定対象となっているが、中でも高頻度に算定され算定時の診療時間が長いのは F6 で、逆に低頻度短時間なのが F2 であった。精神療法アプローチとして最も繁用される技法は、認知行動療法だった。

A. 研究目的

1990 年診療報酬改定で登場した「通院精神療法」は、2008 年 4 月の診療報酬改定で「通院・在宅精神療法」と名称変更されたが、診療時間が 5 分を超えた場合だけ算定できるとする 5 分ルールの導入、往診時算定できることが明示されたこと、診療所での算定点数が 10 点引き下げられた等の小幅な内容変更は見られたものの、従来の「通院精神療法」とほとんど変わらぬ算定要件が維持された。

従って、前回報告で「通院精神療法」が ICD-10 精神および行動の障害における F7 を除くすべての F コードの傷病名に対して算定されているという実態が指摘されたが、「通院・在宅精神療法」請求においてもそのような実態が継続していることは明らかで

あると考えられる。

本研究の目的は、前回報告で外来レセプトに関して調査された「通院精神療法」保険請求の実態を踏まえ、実際に診療に当たって「通院・在宅精神療法」を算定している精神科医師が、算定をめぐるどのような問題意識を持っているのかをアンケート調査するものである。また、併せて 2008 年改定で新設された精神科継続外来支援・指導科と療養生活環境整備支援加算、及び前述の 5 分ルールに関しても、「通院・在宅精神療法」関連項目として意識調査の対象とした。

B. 研究方法

別紙のアンケート用紙を、2008 年 12 月 22 日に全

国 1505 ヶ所の精神科診療所（日本精神神経科診療所協会の全会員）に一齐に普通郵便で発送し、回答を求めた。

回答の集計は、102 の変数項目についてエクセル入力されたデータベースに基づく。

（倫理面への配慮）

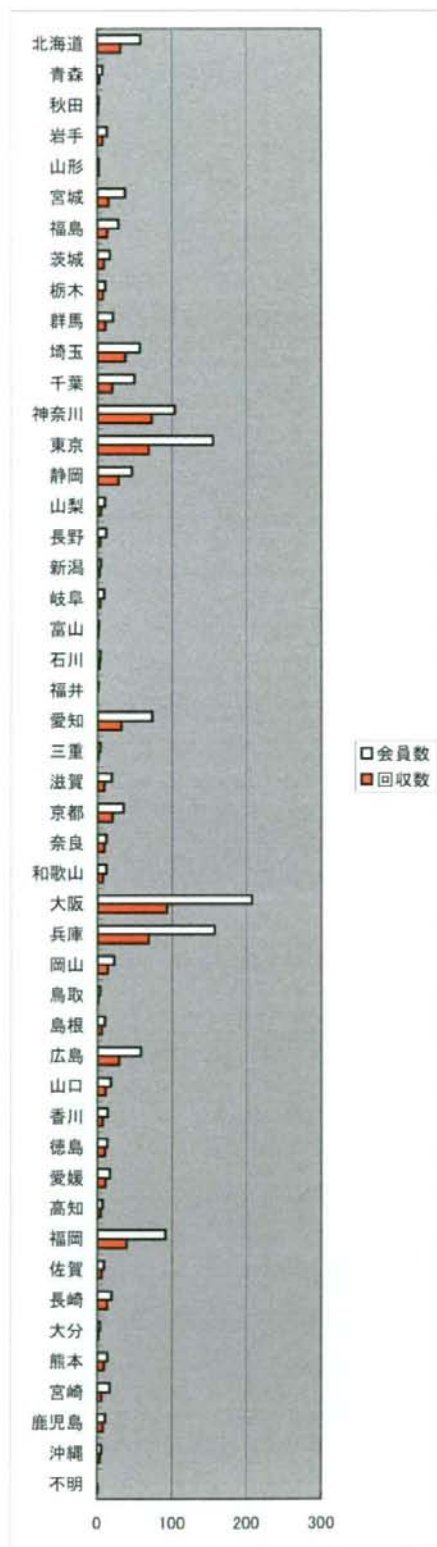
アンケート発送先医療機関の住所と宛名については、日本精神神経科診療所協会理事会の承認を受け、同協会事務局からの提供による。

アンケート回答は、対象医療機関の任意の意思に基づく無記名回答である。

C. 研究結果

回答の期日は2009年1月7日ごろまでとしたが、2008年12月25日以降2009年3月3日までの間に769ヶ所から回答が寄せられ、回答率は51.1%であった。

（1） 都道府県別回答数及び回答率

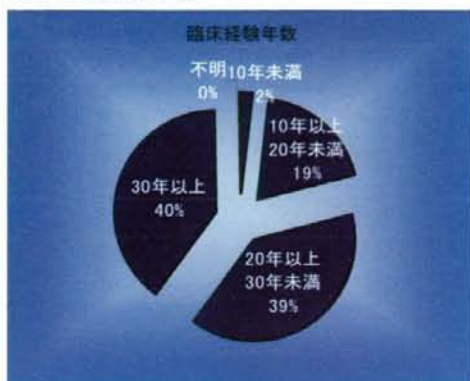


アンケート回収率上位15



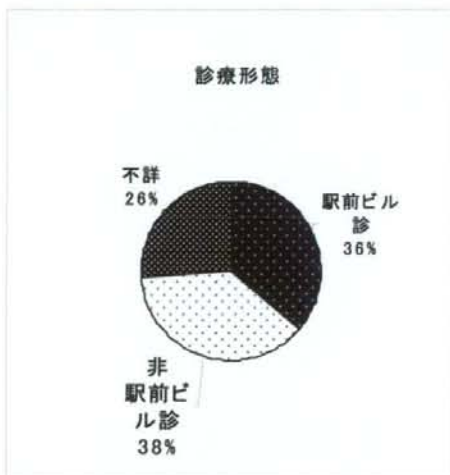
福井県を除く全都道府県から回答が寄せられ、大都市圏では神奈川県が回答率70%を超えた

(2) 臨床経験年数



臨床経験 20 年以上が約 8 割を占め、臨床経験の豊富な医師が多いと言える。

(3) 診療形態



全国的に見ると、駅前のビル診の形態は決して多勢力ではないことがわかる。

(4) 専門分野ないしは興味ある分野

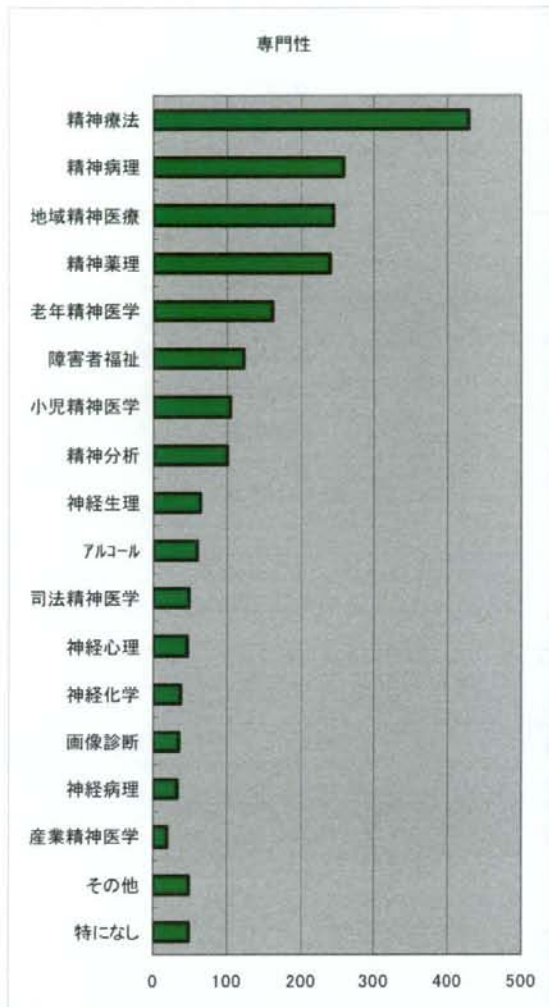
専門性は比較的偏りが無いのが分かる。精神療法、精神病理、地域精神医療、精神薬理、老年精神医学、障害者福祉の順であるが、地域でのニーズを反映しているものと思われる。

(5) 1日の外来患者数

1日 30 人から 50 人程度の患者数である診療所が多いが、それ以上の場合もそれ以下の場合も少なくはなく、かなりばらつきがある。

(6) 1日当たり診療時間

1日 6 時間以上診療する場合は圧倒的に多い。



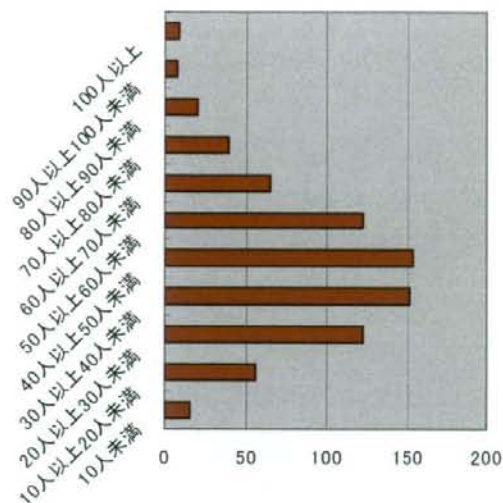
(7) 1週間の外来日数

週 5 日外来が主流になっている。

(8) 1ヶ月当たり初診患者数

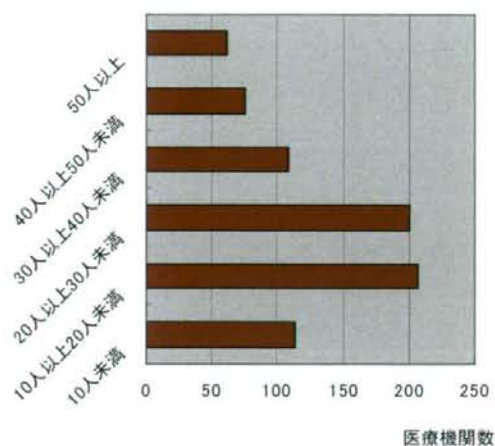
10 人から 30 人の範囲が多いが、まれに 100 人を超える診療所もあった。

一日の外来患者数



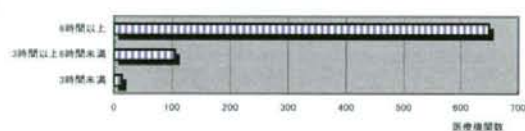
医療機関数

一ヶ月当り初診患者数



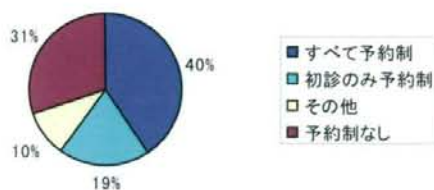
医療機関数

一日当り診療時間

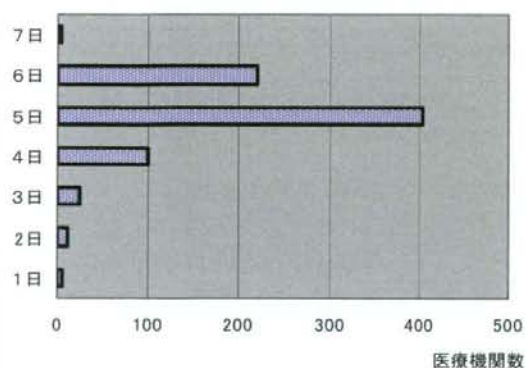


医療機関数

予約診療の有無

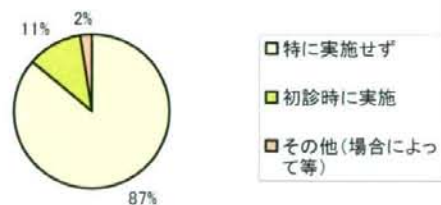


一週間の外来日数



医療機関数

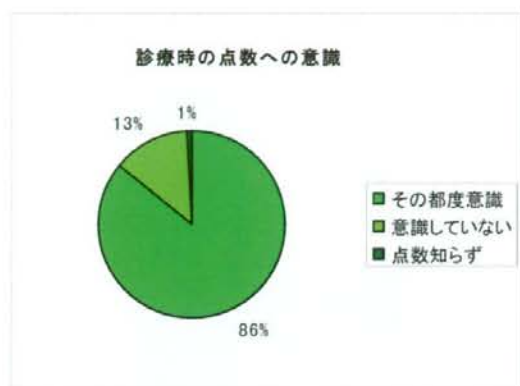
インフォームド・コンセントについて



(9) 予約診療の有無

過半数の医療機関が予約制を導入している。予約制を全く採用していない診療所は約3割である。

(10) インフォームド・コンセントについて
「通院・在宅精神療法」算定にあたってインフォームド・コンセント(IC)を実施しているか否かは、この点数項目がひとつの治療技法として臨床家に意識されているのかどうかに関わる重要な問題であろう。実態としてICはほとんど実施されていなかった。つまり単一の治療技法として意識されていない。

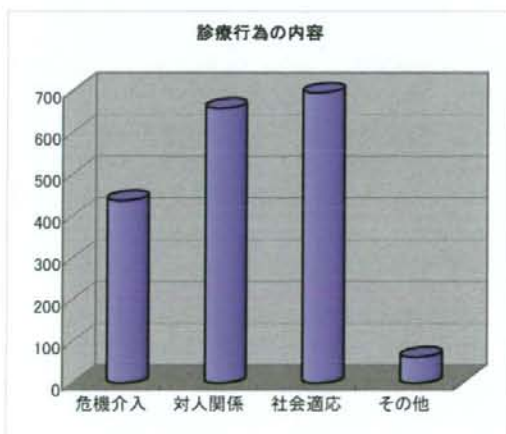
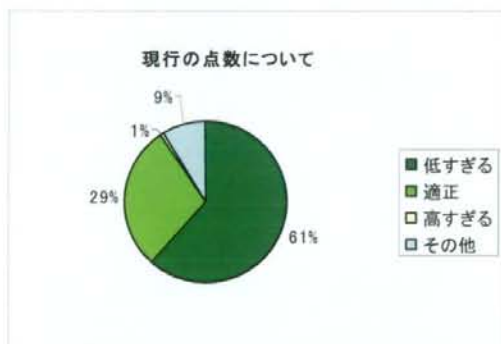


（11）診療時の点数への意識

この点は病院勤務医とはおそらく異なり、点数を知らない医師は皆無に近かった。

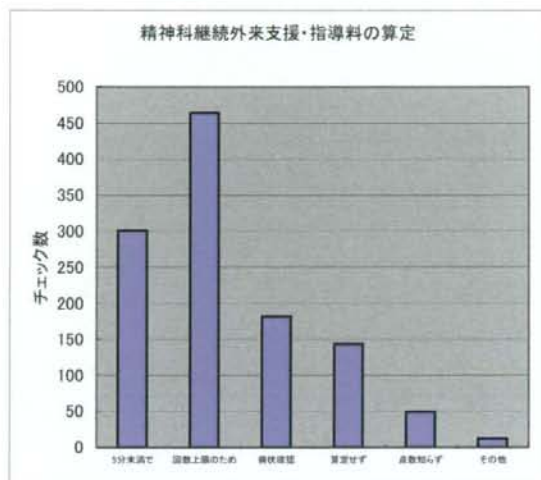
（12）現行の点数について

約6割が低すぎると感じ、約3割が適正と考えている。「その他」では時間軸の不適切な設定や、算定回数の縛りへの不満が目だっていた。



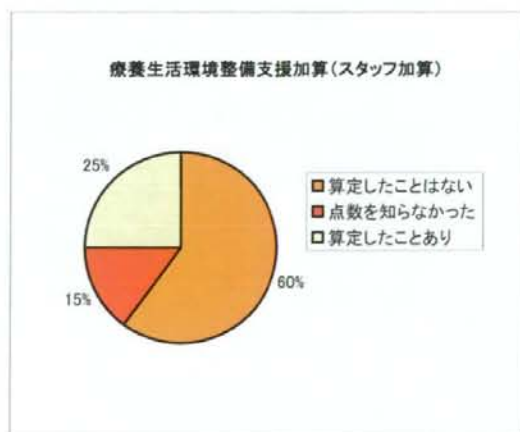
（13）診療行為の内容

点数表で通知されている診療行為の内容と実際の算定時の診療行為との異同を調べたが、「社会適応能力の向上」と「対人関係の改善」の頻度が高く、「危機介入」の頻度は比較的低かった。



（14）精神科継続外来支援・指導料の算定

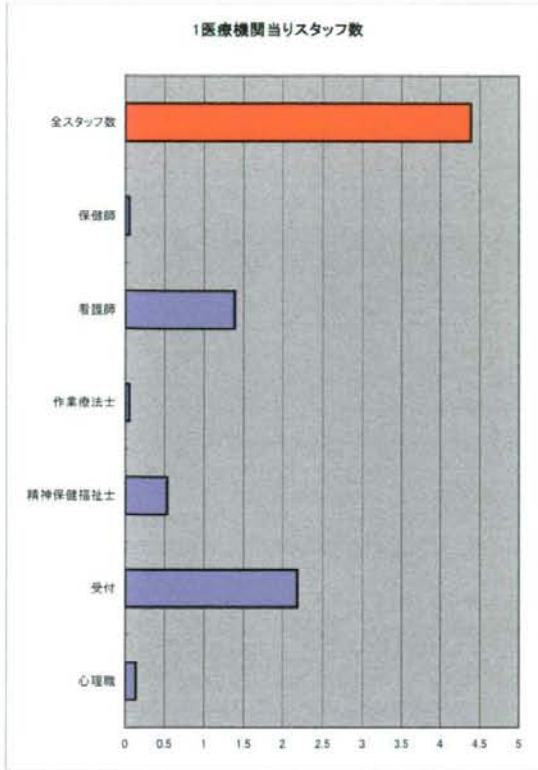
この新設の点数項目は、「通院・在宅精神療法」の亜型としてイメージされているが、審査の立場から見ると、請求傾向が医療機関によってさまざまなので、算定実態を調べてみたものである。「通院・在宅精神療法」暦週1回の算定上限を越えた場合に算定される場合が多く、次に診療時間が5分未満の場合だった。算定することのない医療機関とこの点数の新設を知らなかった医療機関を合わせると200件近くになる。



（15）療養生活環境整備支援加算（スタッフ加算）

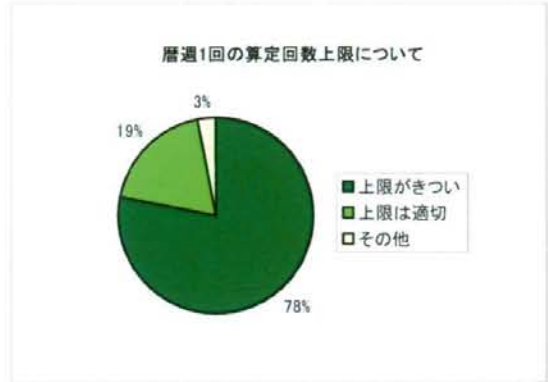
これは精神科継続外来支援・指導料への、言わばスタッフ加算として新設されたものだが、算定していない医療機関とこの加算を知らなかった医療機関

を合わせると、なんと 75%にも上り、非常に認知率が低いことが明らかになった。



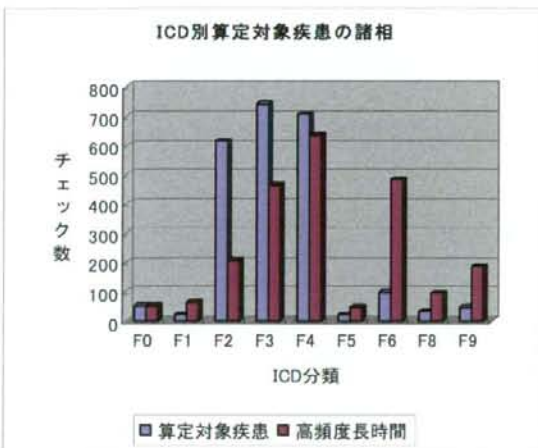
(16) 1医療機関当たりスタッフ数

1 診療所当たりのスタッフ数は平均 4.39 人だった。



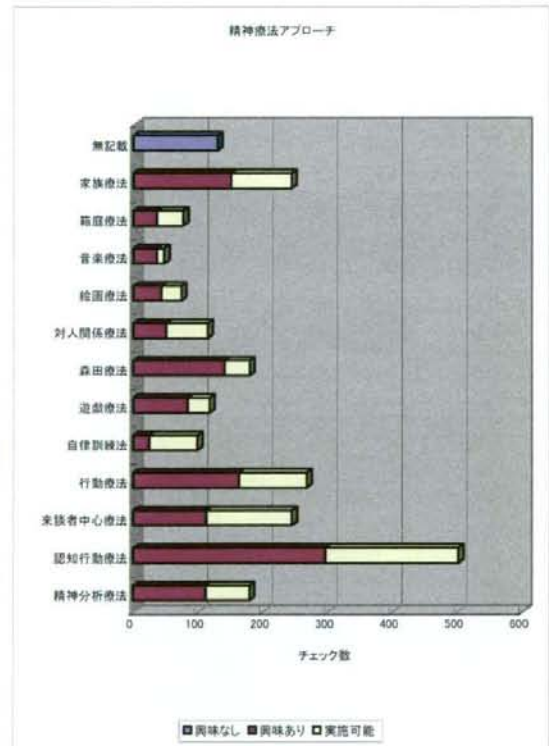
(18) 暦週1回の算定回数上限について

上限をきついと感じる医師の割合が 8 割ちかくに及び、点数の低さに対する不満より、回数制限に対する不満の方がはるかに大きいことが明らかになった。



(17) ICD 別算定対象疾患の諸相

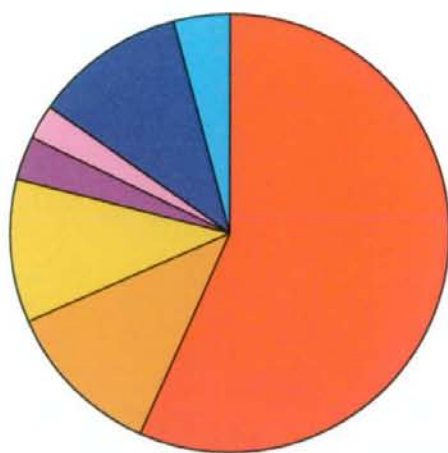
主に F2,F3,F4,F6 コードの疾患が算定対象となっているが、中でも高頻度に算定され算定時の診療時間が長



(19) 精神療法アプローチ

認知行動療法が最も関心を呼んでおり、実施可能性も高いという結果であった。

5分ルールについての意見



- 時間軸は外来精神医療になじまない 5分ルール廃止を！
- 不適切な時間軸(30分超で10点だけの増点)
- 時間を気にすると適正な診療ができない(受診数制限等)
- 悪徳医や非精神科医による過剰請求が問題
- 不適切な窓口負担の変動(5分以下で一気に3分の1に)
- 5分以下の診療はしていない
- 5分は妥当

(20) 5分ルールについての意見

否定的な意見がほぼ8割を占め、容認ないし肯定的な意見は12%ほどであった。

D. 考察

アンケートの結果から推測される精神科診療所医師の平均像は、臨床経験が豊富で、専門に偏りが無く、平日のほぼ毎日かなりの数の患者の診療に追われ、予約制で診療時間の調整をして、数人のスタッフとともに、地域ニーズに合わせた精神科外来診療を支える存在であると言える。

「通院・在宅精神療法」算定時にインフォームド・コンセントが意識されていないことは、この点数項目が単一の治療技法として臨床家に意識されていない証左であろう。

これには歴史的背景があると考えられる。精神保健法が成立して間もない平成2年に「通院精神療法」は点数表に登場し、入院医療から地域ケアへの流れを重視する潮流の中で、さらに精神保健福祉法の成立が医療の中への福祉的な要素の混入を促した結果、外来精神医療の守備範囲が相当の広がりを見せた。そして、それに伴って診療行為としての通院精神療法は地域における医師患者関係のさまざまな局面での医師から患者への働きかけの際に算定され保険請求され、地域精神医療費の中で、質的にも量的にも医師技術料として

の最重要部分を占めるに至った。それに併行して、通院精神療法を規定する通知内容も徐々に幅広い診療行為へ対応しやすくなるように変貌してきた。たとえば平成6年と平成12年改定ではそれぞれ対象疾患の範囲が拡大され、平成14年には20歳未満加算が新設された。平成20年改定では往診時の算定が明確に認められることとなり、20歳未満加算の算定可能な期間が半年から1年に延長された。

精神科継続外来支援・指導料や療養生活環境整備支援加算（以下スタッフ加算）の登場もそれらの延長線上にあり、通院・在宅精神療法の拡張部分と位置づけられるとみなされるが、特にスタッフ加算は診療行為として定着していないことが明らかになった。これは、スタッフとして無資格の受付が多いこと、有資格スタッフがいないのはデイクア実施医療機関ではデイクア算定時に他の精神科専門療法を併算できないこと、医師の立場からはたとえ有資格者であっても傷病名への理解認識などを含めてスタッフによる支援の質に懐疑的である場合も往々にして想定されること等の負の要因の関わりが推測される。

現行点数の低さに対する不満より、暦週1回という回数制限に対する不満の方がはるかに大きいことは注目される。長期投与の制限緩和により30日処方が増え、外来受診頻度が減っている趨勢の中で、受診頻度の高い病状ないし患者群が確実に存在し、それらに対する診療報酬上の手当てが配慮されてよいのではないかと考えられる。

疾患別の検討では、高頻度に算定され診療時間が長いのがF6であったのは想定内であるが、むしろF2でその正反対の傾向が顕著であったことは、長期経過した統合失調症患者の診療はむしろ5分以内に収まっているとする回答者の記述も多く、重要な知見である。社会的入院の受け皿としての機能が期待されている精神科外来において、慢性統合失調症の診療に対する点数評価がむしろ低いという不適切な点数配分が実現されていることになるからである。

精神療法アプローチの諸技法の中でも認知行動療法が特に高い支持を受けている。今後もさらにエビデンスの蓄積が待たれる。ただし、これら諸技法と通院・在宅精神療法とを同質のものとして扱いきれないことは言うまでもない。

5分ルールについては否定的な見解が大多数ではあったが、一部に肯定的な姿勢も認められた。通院・在宅精神療法の内実をいかに捉えるかが問題であろう。確かに狭義の精神療法を実施した場合も指導管理的ケアの対応の場合も現実には算定が認められている。前述の歴史的経緯も視点として欠かせない。

E. 結論

大半の精神科診療所医師は多忙な日常のほとんどを、通院・在宅精神療法の算定対象となる診療行為で費やしている。また逆に精神科診療所医師の諸々の診療活動のほぼすべてが通院・在宅精神療法の算定対象とさ

れてきた。それは通院・在宅精神療法を規定する告示および通知内容が広範な疾病領域と診療活動を許容するものであり、なおかつその規定する範囲が広がる方向性をもって点数改定が重ねられてきたことにもよる。そしてそれに呼応する形で、すなわち地域における外来精神医療のニーズの拡大に対応する形で通院・在宅精神療法の算定対象となる診療行為は多様化し多面的重層的な内容を備えるに至ったと言える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

I. 参考文献

医科診療報酬点数表 平成20年4月版：社会保険研究所、東京、2008.

保険診療における I002 通院・在宅精神療法算定の実態についてのアンケート

(チェックボックス□に✓をお願いします。)

1. 精神科医としての臨床経験年数は?

- 10年未満 10年以上 20年未満
 20年以上 30年未満 30年以上

2. 外来診療の場は?

所在地の都道府県名 →

- 診療所 (いわゆる駅前のビル診 それ以外)
 精神科病院
 大学病院精神科
 一般(総合)病院精神科
 その他 ()

3. 専門分野ないしは興味のある分野は? (複数チェック可)

- 精神薬理 神経心理 神経生理 神経病理
 神経化学 精神病理 精神療法 精神分析
 小児精神医学 老年精神医学 地域精神医療 障害者福祉
 司法精神医学 画像診断 アルコール・薬物依存
 その他 () 特になし

4. 一人で一日に診療する平均外来患者数は?

- 10人未満 10人以上 20人未満 20人以上 30人未満
 30人以上 40人未満 40人以上 50人未満 50人以上 60人未満
 60人以上 70人未満 70人以上 80人未満 80人以上 90人未満
 90人以上 100人未満 100人以上 (具体的に平均 人)

5. 一日の外来での総診療時間 (標榜している時間ではなく実際に診療に費やされる時間)は?

- 3時間未満 3時間以上 6時間未満 6時間以上

6. ご自身の一週間での外来診療日数は?

- 1日 2日 3日 4日 5日 6日 7日

7. 一ヶ月間でのおおよその初診患者数は?

- 10人未満 10人以上 20人未満 20人以上 30人未満
 30人以上 40人未満 40人以上 50人未満 50人以上 (人くらい)