

平成17年 6月28日

厚生労働省保険局医療課長様

(社)日本作業療法士協会  
会長 杉原素子

## 精神科作業療法を含む精神科リハビリテーションに係わる診療報酬改定要望

精神保健医療福祉の改革ビジョンを具体化するためには、精神科リハビリテーション医療体制の整備が喫緊の課題であるとする。その整備の方法として、病棟機能分化に係る「精神科回復期リハビリテーション病棟・病床(仮称)」の新設、「精神科リハビリテーション総合評価実施計画書」の新設、それに連動する「精神科作業療法の施設基準の見直し」、「急性期治療病棟への作業療法士配置」の4点について要望する。

## 【要望項目】

1. 「精神科回復期リハビリテーション病棟・病床」の新設
2. 「精神科リハビリテーション総合評価実施計画書」の新設
3. 精神科作業療法施設基準の見直し  
精神科作業療法( )と( )の区分  
早期加算(1ヶ月以内)  
診療所での精神科作業療法認可
4. 急性期治療病棟の配置基準へ作業療法士1名の必置

## 【具体的要望内容】

## 1. 「精神科回復期リハビリテーション病棟・病床入院料(仮)」(新設)

急性期治療後の患者で社会生活能力の面において集中的なりハビリテーションを必要とする者、条件が整えば自立した社会生活が可能となる者を対象とする。

## 精神科回復期リハビリテーション病棟入院料 1,640点

- ・看護基準 3:1 以上。
- ・施設基準 専任医師1名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名、心理技術者1名、以上で、当該病棟入院患者のリハビリテーションに関わる治療・指導・援助および調整を実践する。
- ・地域連携機能 専従の専門職(作業療法士、精神保健福祉士、心理職のうち)2名を配置する。
- ・治療計画 精神科リハビリテーション総合実施計画書を配備する。
- ・入院期間・入院料 入院期間は9ヶ月を限度とし、入院3ヶ月以降は20%を減額、6ヶ月以降は33%を減額する。

## 精神科回復期リハビリテーション病床入院料 1,640点

既存の病棟においても回復期リハビリテーションユニット(10床)を設置できるものとし、その基準配置は専従看護師1名、専従作業療法士1名、専従精神保健福祉士1名、院内に心理職1名、以上で、これらの専門職のうち1名以上を地域連携の専従とする。

## 2. 精神科リハビリテーション総合評価実施計画料 480点(新設)

- ・専門職チームが共同で総合的なリハビリテーション評価実施計画書を策定し、定期的にカンファレンスを開催して効果検証と治療計画の再検討が行なわれること。専門職チームには地域生活支援センターまたは市町村担当職員等が含まれる。
- ・入院後、9ヶ月まで毎月1回算定できる。9ヶ月以降は3か月に1回算定できる。

## 3. 精神科作業療法の施設基準見直し(改定)

現行当該規定は昭和49年点数新設以降、その施設基準は変更されないままとなっており、精神科リハビリテーション医療体制の充実の観点から、施設基準の見直しを実施する。

## 精神科作業療法の区分と施設基準

- ・区分: 作業療法( ) 250点 作業療法( ) 220点
- ・基準配置: 作業療法( ) 専任医師1名、作業療法士4名、かつ36:1以上、精神保健福祉士4名、40:1以上、心理技術者1名以上で、当該病棟入院患者のリハビリテーションに関わる治療・指導・援助および調整を実践する。
- 作業療法( ) ( )以外で、常勤の専従作業療法士1名以上。

- ・点数の逓減：入院においては開始6ヶ月以降20%減算、12ヶ月を超えて18ヶ月までは30%減算、18ヶ月以降は50%を減算する。
- ・治療時間：1回につき60分以上。急性期においては医師の処方により30分以上。
- ・治療人数：作業療法士1名が1日に直接的に治療できる範囲で、36名を超えないものとする。
- ・治療形態：個別および集団治療が行なえるものとし、集団治療においては1回の参加患者数は6人を超えないものとする。
- ・専用施設：専用面積は可動実面積 60㎡以上で、同時に参加する患者1名につき3.3㎡以上であること。  
治療目的に応じて利用しうる、個別室、生活自立関連の用具を具備し、地域施設の利用を届出るものとする。
- ・治療計画書：精神科作業療法実施計画書を医師、看護師、専門職等と共同で策定する。精神科作業療法( )においては総合リハビリテーション評価実施計画書に替えることができる。

**早期加算** 早期加算(入院1ヶ月以内) 100点

**診療所での精神科作業療法認可:**

- ・作業療法( )を算定できる。初診後6ヶ月までは月12回、6ヶ月以降は月8回を限度とする。
- ・専用面積は可動面積40㎡以上で、かつ同時に参加する患者1名につき3.3㎡以上であること。
- ・精神科作業療法実施計画書を策定すること。

**4. 精神科急性期治療病棟の基準配置に作業療法1名を加える。**

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に常勤作業療法士を加え、急性期より、気分安定の促進、心身の機能回復、症状の緩和、生活復帰への課題評価および取り組みへの導入を行ない、早期の退院を促進するため。

## 医療技術評価希望書(保険未収載技術用)【詳細版】

申請団体名 社団法人 日本作業療法士協会  
 代表者名 会長 杉原 素子  
 提出年月日 2005年6月21日

概要版にはポイントのみ記載し、本紙一枚に収めること。

保険既収載の技術であっても、対象疾患の適用拡大に係る評価である場合は、本用紙を用いること。

技術そのものが新設であっても、すでに保険診療の中で認められているものについては、「保険既収載技術用」を用いること。

技術名	精神科回復期リハビリテーション病棟・病床入院料 1,640点(新規)・ 回復期リハビリテーション病床入院料 1,640点(新規)
技術の概要	急性期治療後の患者で社会生活能力の面において集中的なリハビリテーションを必要とする者、条件が整えば自立した社会生活が可能となる者を対象とする。 <b>&lt;精神科回復期リハビリテーション病棟入院料 &gt;1,640点(新規)</b> ・看護基準 3:1 以上。 ・施設基準 専任医師1名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名、心理技術者1名、以上で、当該病棟入院患者のリハビリテーションに関わる治療・指導・援助および調整を実践する。 ・治療計画 精神科リハビリテーション総合評価実施計画書を配備し、入院からの経過・退院時期設定に応じたプログラム、定期的カンファレンス開催、効果検証を記録するものとする。 ・地域連携機能 専従の専門職(作業療法士、精神保健福祉士、心理職のうち)2名を配置する。 ・入院期間・入院料 入院期間は9ヶ月を限度とし、入院3ヶ月以降は20%を減額、6ヶ月以降は33%を減額する。 <精神科回復期リハビリテーション病床入院料>:既存の病棟においても回復期リハビリテーションユニット(10床)を設置できるものとし、その基準配置は専従看護師1名、専従作業療法士1名、専従精神保健福祉士1名、院内に心理職1名、以上で、これらの専門職のうち1名以上を地域連携の専従とする。
対象疾患名	急性期治療後および長期在院患者で、病状の不安定さや社会生活における困難のため退院が困難な患者。
保険収載の必要性のポイント	社会的入院者7万人の解消、新規入院の早期退院と地域生活自立を促進し残存率を低下させるため。
【評価項目】	
有効性・治癒率・死亡率・QOLの改善等・エビデンスレベルの明確化	リハビリテーションは早期開始、専門職の適正配置、チーム連携で、個別の目標対応が有効である。 調査 OT配置比率が多いほど早期退院の傾向がある。(対象2810人(10施設)、OT平均8.7人、5ヶ月間で入院156人に対し退院146人(93.5%)、退院までのOT期間2.6ヵ月)。 調査 地域連携と継続リハが有効。〔2病院比較:A(B)病院:病床数473(473)、関連施設事業8種(7)、病棟3種類8棟(3種類9棟)、OT数22(26)、PSW8(15)、心理職7(1)、平均在院113.1日(225日)、1年以内の在院者は58.9%(89.4%)、退院1513(453)人のうち1年以内の退院が96人(89.4%)〕(OT協会調べ2004) エビデンスレベル: I II III IV V VI
安全性・副作用等のリスク	本人の希望や個性を踏まえた評価治療計画立案と目標の共有のうえで、各種専門職によるプログラムの選択と進め方がなされるため、治療としての安全性は高い。
普及性・対象患者数・年間実施回数等	<対象患者数> 在院者で65歳以下の3ヶ月以上1年未満27575人の半年退院希望83.2%、1-5年未満51644人の50%が対象となる(H15ニーズ調査)。急性期治療病棟(定員5728人)の残留30%(約1700人)は直接的な対象で、長期入院者の短期集中的利用も含めて、デイケア新規利用者数(19419人・平成13年)の同等数が早期に地域生活移行の対象。したがって対象予測範囲は約20,000人。 <普及性> 基準配置に必要な専門職数はOT3,832人・PSW2877人・CP1496人。1病院あたり平均OT2.9 精神保健福祉士2.8 心理職1.2で確保可能(H14)。急性期治療病棟がH14には187に増加した状況に準じ、全病院の2割程度(60床×200ヵ所)が回復期リハ病棟へ転換(またはユニット設置)すると推計できる。
技術の成熟度・学会等における位置付け・難易度(専門性・施設基準等)	<成熟度> 現状ではリハビリテーション方式は病院独自で技術的基準はない。今後、患者個別のリハ実施計画の精度向上、長期退院者への志向的な退院計画と病院リハシステム、市町村ケアアセスメントとの効率的連携等の職員研修やマニュアル整備、効果検証システムが必要。(厚生科研「精神医療に関わるコメディカルのあるり方に関する研究(H10~H12)」)
倫理性・社会的妥当性	個人のニーズに応じ、地域も含めた相互連携を進めることになり、施設の情報公開、権利擁護などの面で倫理性・社会的妥当性に問題はない。
予想される医療費への影響	1)回復期リハ9ヶ月の費用は、一般入院費用1年分の87.9%に抑制できる。 2)新規入院である急性期治療の残留を解消し、5.3億/月の節減となる。
(影響額算出の根拠を記載する。) ・予測される当該技術の医療費・当該技術の保険収載に伴い減少が予想される医療費(費用-効	3ヶ月以上1年未満27575人の残留率数を半年で70% 80% 2757人×16,400×365÷2=77.0億円支出 上記残留解決分10%が1年長期化で27575×0.1×430万円×2年=237.1億円 - で160億円の節減。 1-5年未満51644人の10%を回復期9ヶ月で231.9億円。1年の長期化で444.1億円 212億円の節減。 単年度で372億円の節減となる。10年で社会的入院7万人を解消する目標で年間7000人を対象とする際の参考値になる。 (回復期リハビリテーション入院料の逡減の計算、総合リハビリテーション評価実施計画料の算定を省略した。

果分析 記載可)	430万円は1床あたりの医療費 - 医療機関メdias - 厚生労働省保健局調査課 平成16年9月号)	
当該技術の海外における公的医療保険への収載状況(把握された場合)	アメリカは1963年の大統領教書によって国策として精神障害者の地域移行が進められ、医療契約で実施している。イギリスも同様に地域移行が推進、ドイツ・オランダでは医療と就労支援(マイスター制度)が連携している。北欧は医療と福祉ケアの区分が明確にされており、医療費は無料。	
妥当と思われる診療報酬の区分、点数及びその根拠	要望点数 包括(9ヵ月を限度に算定。最初の3ヵ月は1,640点、次の3ヵ月は20%減、最後の3ヵ月は33%減)	根拠
審査迅速性順位		希望する内保連小委員会の名前
その他		

医療技術の評価・再評価に関する調査票

申請者(学会、団体名)	社団法人 日本作業療法士協会
担当者(連絡先)	東 祐二 (0986-25-1313(内5224)) e-mail:higayu3@silver.ocn.ne.jp
提出年月日	平成17年 6月21日

事項	精神科作業療法の施設基準(改定) 1) 精神科作業療法の区分設定と点数の見直し 2) 精神科作業療法の施設基準の見直し 3) 早期加算(1ヶ月以内) 4) 診療所における精神科作業療法の設置	
内容区分(数字で記載)	2・3・4	1.新設 2.適応拡大 3.施設基準の見直し 4.点数の見直し 5.その他
具体的内容	<p>&lt;目的&gt; 精神科リハビリテーション体制整備にあわせ、精神科作業療法については専門職配備によるリハビリテーション体制が可能な病院で実施する精神科作業療法( )とそれ以外の区分を設けて質的統制を図り、患者個別の治療計画の基づく、早期からの心身の機能回復および社会生活自立促進機能の適正な運用と普及を図るため、その施設基準(昭和49年設置)を改定する。 早期加算を設定し、早期の心身能力回復等の治療連携による生活自立促進を評価する。 診療所で精神科作業療法の設置ができるものとし、その施設基準を定め、早期退院による地域生活の自立・維持の医療的リハビリテーションとして身近に精神科作業療法を利用できることとする。</p> <p>1)精神科作業療法の区分と施設基準</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・区 分: 作業療法( ) 250点      作業療法( ) 220点</li> <li>・基準配置: 作業療法( ) 専任医師1名、専従作業療法士4名かつ36:1以上、専従精神保健福祉士4名かつ40:1以上 心理技術者1名以上で、当該病棟入院患者のリハビリテーション・治療・指導・援助の調整を実践する。 <b>作業療法( ) ( )以外で、常勤の専従作業療法士1名以上。</b></li> <li>・治療時間: 1回につき60分以上、急性期においては医師の処方により30分以上。</li> <li>・治療形態: 作業療法士1名が1日に直接的に治療できる範囲で、36名を超えないものとする。 個別および集団治療を行なうものとし、集団治療においては1回の参加患者数は6人を超えないものとする</li> <li>・専用施設: 専用面積は可動実面積 60㎡以上で、同時に参加する患者1名につき3.3㎡以上であること。 治療目的に応じて利用しうる、個別室等、生活自立関連の用具を具備し、地域施設の利用を届出る。</li> <li>・治療計画書: 精神科作業療法実施計画書を医師、看護師、専門職等と共同で策定する。精神科作業療法( )においては総合リハビリテーション評価実施計画書に替えることができる。</li> <li>・点数の逡減: 開始6ヶ月以降は20%減算、12ヶ月を超えて18ヶ月までは30%減算、18ヶ月以降は50%を減算する。</li> <li>・診療の頻度 : 入院以外の患者については初月から6ヶ月まで月12回、6ヶ月以降は月8回を限度とする。</li> </ul> <p>早期加算 : 入院1ヶ月以内 100点</p> <p>診療所での精神科作業療法認可:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法( )を算定できる。専従の作業療法1名以上、精神科作業療法実施計画書を策定すること。</li> <li>・専用面積は可動面積40㎡以上で、かつ同時に参加する患者1名につき3.3㎡以上であること。</li> <li>・初診後6ヶ月までは月12回、6ヶ月以降は月8回まで算定できる。</li> </ul>	
普及性 ・対象患者数 ・年間実施回数等	<p>&lt;対象者数と年間実施回数等&gt; 平成14年の精神科作業療法の設置1,014(精神科病院の59.7%)、OT数 2388人。年間実績約1,300万件(医療施設調査)で、入院延患者数に対する実施率は16.2%。OT数700人ずつ増加するので平成16年は最大2,971万件、22年は最大6,837万件(現在の入院数で実施率43.4%)と推計。 退院促進対象は在院期間別では65歳以下の3ヶ月 - 1年未満27575人、1年 - 5年未満 51644人および3ヶ月未満19003人(H14在院者数)で、OT登録率75%で 73,666人と推定。しかし実績1300万件の7割36400人が5年以上の長期在院であり、長期者比率を低下させる必要がある。外来の比率は99:1(平成14年)から平成27年で89:11と推定。 &lt;普及性&gt; 作業療法( )の基準配置については OT3,832人・PSW2877人・CP1496人。1病院あたり平均OT2.9 精神保健福祉士2.8 心理職1.2で確保可能(H14)。病床数対OT数が40:1以上の都道府県は4割超え(H15年8月)。OT調査で206病院中22件(10.6%)が基準( )が可能、37件(17.9%)が近々可能と回答、2割程度(200病院)が( )基準を取得するものと推測できる。</p>	

有効性 ・退院率・再入院率 ・エビデンスレベル等	<入院期間短縮> 在籍OTが多いほど入院期間が短縮する。協会調査(平成15年4月～8月, 10施設(病床数2814, OT登患者数2112, 処方率75%)で, OT数平均8.7人で病床対OTは32人。延べ実施数2460件でOT1人当たり平均22.6人。5ヶ月間の新患159人に対し退院146人(91.8%)。この10病院の平均入院期間は113日～655日(平均421.3日)に対し、退院者の平均OT実施期間は <b>2.5ヶ月</b> である。 <再入院率> 精神科作業療法を実施した者の再入院率は低い。14年間に退院した統合失調症291名のうちOT実施者の再入院は108名で65.2%OTなしの再入院率72.9%より低い。また累積再入院率は5年で66.1%と他の報告に比べて低い。通院OTを受けた53名の追跡調査で累積再入院率は5年で56.0%とさらに低くOTの再入院率低下への有効性が認められる。	
効率性	1) 施設基準の改定は施行30年間を経て治療実態にそぐわないため、現実的な精神科リハビリテーション実践に合わせ専門治療の効率性を高めるものである。要点は「1回25人の大集団で2時間以上」とする規定から、「患者の個別・治療目標・生活自立・地域性・効果継続性」の面で整備し、区分設定による質的統制を図ることにある。 特に1日の取り扱い数と治療時間規定は治療形態に影響し、今後の対象者数算定・治療効率・経済性のうえから見直す必要性が重大である。(適正な治療形態は個別治療と小集団治療(S)の組み合わせ。5ヶ月間の新患159人・退院146人(91.8%)ではS46% - D16%、個別のみ6% - 個別 + Sが48.6% なお個別療法の平均時間は44分) 2) 診療所への作業療法認可基準の拡大については、改革ビジョン(厚生労働省)の退院率29%の方針およびリハビリテーションとして早期退院で地域での医学的リハビリテーション受療を可能とするため。現状で退院者33.5万人のうち通院は68.4%、また入院前の通院は18.8%であることから、生活地域での作業療法の普及は再発率低下・予防・病診連携のうえで効率性が高い。	
安全性	個別の評価治療計画においてリスクや能力把握を専門職で共有するプログラム実践ため、治療の安全性が高い。	
技術的成熟度 ・難易度(専門性・施設基準等) / 経験・技術との相関等	施設基準の適正化により有資格者による専門治療実践となるので作業療法基準( )の技術的成熟度は問題ない。平成14年の設置率は59.7%、うち1人職場が28.9%であるため、毎年作業療法士700人の供給配置によって、設置率の向上を図り、退院促進対象への実施率とチーム連携の成熟度を高める必要がある。(厚生科研「精神医療に関わるコメディカルのあるり方に関する研究(H10～H12)」)	
倫理性・社会的妥当性	長期入院を前提とした大集団作業は、内職や院内労働、労働搾取の問題として倫理性が問われてきた経緯がある。患者個別の専門治療・リハビリテーションとすることで人権的・社会的妥当性に適合する。	
予測される医療費への影響	2	1. 医療費増 2. 医療費減 3. 医療費増減無し
影響額(億円) 参考値として	対象数3ヶ月未満19003人(a)3ヶ月 - 1年未満 27575人(b)、1年 - 5年未満 51644人(c) (H14在院者数)、処方率75%。 (a)と、(b)の2割が( )基準適応。透減性により収益率は(b)の8割が0.83、(c)は0.75となる。  $(a) \times 0.75 \times 2,500円 \times 20日 \times 3月 = 21.3783(億円)$ $(b) \times 0.75 \times 2,500円 \times 0.2 \times 20日 \times 6月 = 12.4087$ $(b) \times 0.75 \times 2,200円 \times 0.8 \times 20日 \times 12月 \times 0.83 = 82.3941$ $(c) \times 0.75 \times 2,200円 \times \quad \times 20日 \times 12月 \times 0.75 = 153.3826 \quad \text{合計} 269.5億円$ 平成14年の社会診療報酬実績1300万件で286億円、したがって対象数増加で微増するが、現行規定のままでは平成16年度は最大594億円の見積もりとなる。新規定で作業療法適応による退院率10%増の算定で入院費 <u>553.5億円</u> の節減となる。  $(a) \times 0.1 \times 430万円 \times 3/12 \cdot 年 = 20.4282 (億円)$ $(b) \times 0.1 \times 430万円 \times 9/12 \cdot 年 = 88.9293$ $(c) \times 0.1 \times 430万円 \times 2年 = 444.1384 \quad \text{合計} 553.4959億円$	

提出済み原本複写