

平成 23 年 1 月 5 日

厚生労働省 保険局 医療課長
鈴木康裕 様

社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基



精神科医療における診療報酬改定について（要望）

作業療法士が関わる精神保健医療体系を再構築し、地域生活支援体制の強化を図られるよう下記の通り要望する。

記

I. 要望項目

1. 精神科急性期リハビリテーションの整備

- ・精神科作業療法 1 時間以内の実施時間を認める基準の見直し（改）
- ・精神科作業療法 3 か月以内の急性期加算の評価（新）
- ・急性期病床 精神科作業療法に従事する作業療法士 25 床あたり 1 名の配置（基準を満たす場合は精神科作業療法で加算）（新）
- ・精神科総合リハビリテーション実施計画書（当会案あり）の診療点数化と義務付け（新）
- ・クリニカルパスの義務付け（当会案を検討中）（新）

2. 精神科チーム医療の推進

- ・精神科総合リハビリテーション実施計画書の診療点数化と義務付け（新）
- ・一般病床 精神科作業療法に従事する作業療法士 40 床あたり 1 名の配置（基準を満たす場合は精神科作業療法で加算）（新）
- ・卒前教育 指定規則の見直し（当会案を検討中）
- ・卒後教育 ガイドラインの策定（当会案を検討中）

3. 地域移行と地域生活支援システムの整備

- ・デイケアに精神科総合リハビリテーション実施計画書を義務づけ（当会案を検討中）（新）
- ・デイケアの社会的通所の解消 利用期間は原則 1 年。2 年目以降は医師の理由書を義務付け診療報酬は減額。（改）
- ・訪問看護と訪問リハビリテーションの棲み分けもしくは一体化を図り、三障害問わず対応可能にする。（改）

- ・訪問看護ステーション 作業療法士の配置の義務付け（改）
- ・重度精神障害者の包括型地域生活支援プログラムの整備（新）
- ・精神科作業療法 算定要件見直しによる外来の精神科作業療法の推進（改）

4. 認知症への対応

- ・認知症患者の増加 精神科病床への入院患者の増加に対する抜本的な見直し（問題提起）
- ・精神科作業療法 1時間以内の実施時間を認める基準の見直し（改）
- ・認知症治療病棟 作業療法士の重点配置に対する加算評価（新）
- ・認知症治療病棟 4時間の機能回復訓練の時間および内容の見直し（改）

5. 合併症への対応

- ・入院患者の高齢化，身体合併症（管理料に規定される状態像とは異なる）などによる身体的なりハビリテーションが必要な患者の増加 精神科作業療法での対応が可能となるような見直し（新）

6. その他

- ・監査指導の統一（問題提起）

II. 要望内容

1. 1007 精神科作業療法の規定（改）

(1) 取扱人数および実施時間の見直し

取扱い人数は現行の作業療法士1人に対して1単位25人2時間で1日2単位50人から、1単位12人60分で1日4単位48人とする。急性期（3ヵ月以内）および認知症の入院患者において精神保健指定医の判断で30分以上行った場合は算定可能とする。点数は財政中立から220点を110点とする。

（理由）

- ・実施時間を60分（医師の判断で30分以上）とすることで、急性期の入院患者への早期からの対応が可能となり、早期退院につなげるとともに退院後の生活能力の改善と向上を図る。
- ・実施時間を60分（医師の判断で30分以上）とすることで、認知症の周辺症状の早期改善と病態の進行を抑制する。
- ・実施時間を60分とすることで、廃用およびその予防の必要な高齢患者、身体合併症患者（管理料に規定される状態像とは異なる）に対して対応が可能。
- ・1単位を12人と縮小することで診療の個別性を高め質の向上が図られる。また、リスク管理の問題を改善させる。日本作業療法士協会の調査では平均取扱人数は12-13人であった。
- ・4単位48人とするので、現在2時間で行われている患者に対しては診療を受けられない弊害をなくす。患者負担も変更はない。
- ・精神科作業療法の実施率を平成17年19%から今後5年で50%程度まで増大できる（当会試算）
- ・新規入院患者に対しては速やかな退院と入院の長期化を防止すること、既に1年以上入院している患者に対しては重点的にリハビリテーションを提供により退院促進が図れる。

(2) 施設面積の見直し

現行の「作業療法士1人に対して50平方メートルを基準とする」を「施設の広さは50平方メートル以上、かつ患者1人あたりの面積は3.3平方メートルを標準とする」。

（理由）

- ・現行規定は作業療法士に対して施設面積が規定されており、マンパワーを確保するには施設の確保が必要で、現状に一致していない。
- ・本来、診療を受ける患者の数に規定されるべきものである。
- ・病院内に専用施設を新たに確保できない等の理由により、作業療法士の配置に弊害を生じサービス提供の阻害要因となっている。
- ・厚生労働省の病院報告、医療施設調査のデータから算出された病床規模ごとの精神科作業療法実施率は大規模病院で低くなっている。医療施設調査より、精神科病院1,073病院の1病床あたりの病棟部門面積は平均20.4㎡である。病床規模での違いはなく（範囲17.2~25.6㎡）、限られた施設面積を有効に利用する必要がある。

(3) 算定要件の見直し

現行の「精神病院又は精神病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料を除く.）、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神病棟特別入院基本料を算定している場合も算定できることとする。」を「精神科を標榜する保険医療機関において算定できる。」とする。

（理由）

- ・退院後の地域生活支援のために外来での精神科作業療法が有効な患者が増加。

- ・現在、精神科デイ・ケアなどの重点化が検討されているが、精神科デイ・ケアの施設数は05年1328に対し、07年1368と頭打ちになっている。
- ・通院時など患者のライフスタイルに合わせて診療が可能。

(4) 加算（新設）

①急性期加算（入院から3ヶ月以内）

急性期の精神障害者（入院から3ヶ月以内）に対して、当該療法1日につき30点を加算する。ただし、精神科作業療法に従事する作業療法士は25対1の割合で配置されていること。当該加算を算定するに当たっては、精神科作業療法開始時及びその後は1月に1回以上、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等が共同で「精神科リハビリテーション実施計画書（別途様式、仮称）」を作成し、定期的に評価、計画の見直しを行うこととする。

（理由）

- ・入院早期からの精神科作業療法の実施は、病状の不安定な時期の行動障害を評価し、早期安定を図ることで入院期間の短縮が見込まれる。

②地域生活支援加算（退院から3ヶ月以内）

入院期間が1年以上の患者が退院し、退院してから3ヶ月の間、外来通院で継続して精神科作業療法を実施した場合、当該療法1回につき30点を加算する。当該加算を算定するに当たっては、1月に1回以上、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等が共同で「精神科リハビリテーション実施計画書（別途様式、仮称）」を作成し、定期的に評価、計画の見直しを行うこととする。

（理由）

- ・入院が長期（1年以上）の者が退院した場合、継続的に精神科作業療法を実施した場合に、再入院の抑制が期待される。

③精神科作業療法体制加算

病床数に対して40対1の作業療法士を配置していることを評価し、当該療法1日につき30点を加算する。当該加算を算定するに当たっては、精神科作業療法開始時及びその後は1月に1回以上、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等が共同で「精神科リハビリテーション実施計画書（別途様式、仮称）」を作成し、定期的に評価、計画の見直しを行うこととする。

（理由）

- ・現状の基準では長期入院を助長する結果となっている。早期退院や社会的入院患者の社会参加を促進するには義務づけが必要。
- ・医療スタッフが連携し責任を持って治療的介入をする体制を作る必要がある。
- ・精神科作業療法の重点化

④身体合併症加算

廃用およびその予防の必要な高齢患者、身体合併症患者（状態は別途規定する）に対して当該療法1日につき30点を加算する。

（理由）

- ・増加する合併症への対策として、精神科病院で可能なリハビリテーションを行う必要がある。
- ・入院患者の高齢化
- ・脳血管障害、運動器、心大血管、呼吸器など身体障害のリハビリテーションが必要な患者の増加。
- ・精神科病院における疾患別リハ開設の困難。
- ・作業療法士は精神障害及び身体障害のリハビリテーションに対する教育を受けており、両方の障害に対する訓練が可能。

2. 精神科リハビリテーション総合実施計画評価料（新設）

精神科総合リハビリテーション総合実施計画書を定め、チーム医療を推進する。様式（案）は（別紙1）の通り。

（理由）

- ・ チーム医療を評価。各職種間で連携を図り、共通の認識に立った上で各職種が役割分担し、治療に取り組んでいくことを定期的に評価する
- ・ 定期的な患者の評価、及び患者のニーズに合った治療目標を設定が必要。
- ・ 入院患者の早期退院を促進する。同時に長期在院患者及び在院長期化予備群など退院に向けたサポートが必要な患者に対しては、地域ケアへの円滑な移行ができるよう集中的な社会復帰リハビリテーションの提供体制の構築を図る。
- ・ 退院後の地域生活支援に活用できる情報を提供する。

3. 急性期精神科クリニカルパス（新設）

精神科救急、精神科急性期治療病棟などで取り組まれているクリニカルパスを評価するとともに義務付ける。

（理由）

- ・ 早期安定、早期退院を促進する。
- ・ 多職種連携の強化
- ・ 職種間の役割分担と業務の効率化
- ・ 患者情報の共有

4. 重度精神障害者の包括型地域生活支援プログラムの整備（評価）（新設）

ACTの取り組みに対する医療経済的な評価。

（理由）

- ・ ACTの効果が報告されている。
- ・ 現状では、往診料や訪問看護指導料などで評価されている。
- ・ システムとしての医療経済的な評価を行い、導入推進を図る。
- ・ 再入院を防止する。
- ・ 病床数の削減。

5. 精神科デイ・ケアなど規定（改）

（1）人員の見直し

「作業療法士又は経験のある看護師」を「作業療法士」とする。経過措置を1年設ける。

（理由）

- ・ 作業療法士の供給可能な体制が整ってきた。
- ・ 看護師不足の現状。

（2）利用期間および診療報酬

利用期間は原則1年とし、2年目以降は医師の理由書を義務づけ、診療報酬を減額する。

（理由）

- ・ 社会的通所状態の患者の増加。
- ・ 積極的な地域移行と地域生活支援を構築。
- ・ 精神科デイ・ケアの施設数は05年1328に対し、07年1368と頭打ちになっている。
- ・ 実施件数は05-07年で6万2千件前後となっている。

- ・統合失調症が7割を占める。

(3) 精神科デイ・ケア総合リハビリテーション総合実施計画書

精神科デイ・ケア総合リハビリテーション総合実施計画書を定め、チーム医療を評価するとともに在宅医療の重点化を図る。様式は別途定める（検討中）。

(理由)

- ・チーム医療を評価。各職種間で連携を図り、共通の認識に立った上で各職種が役割分担し、治療に取り組んでいくことを定期的に評価する
- ・定期的な患者の評価、及び患者のニーズに合った治療目標を設定が必要。
- ・地域医療から福祉サービスの利用など、連携を図り社会生活支援体制を強化する。

5. 認知症治療病棟（改）

(1) 作業療法士の配置加算（マンパワーの評価）

現行の「専従する作業療法士1名」に加えて作業療法士を配置した場合に加算を設ける。

(理由)

- ・複数名の配置で退院者数、情報伝達、退院支援システムの有無に違いを認める。積極的な退院支援が可能。
- ・機能訓練の充実が可能。

平成21年度 日本作業療法士協会認知症調査(平成21年10月の実績)

	作業療法士が1名の病棟(n=38)		作業療法士が複数名の病棟(n=26)	
退院者数(平均)	123	(3.2)	189	(7)
情報伝達の実施(%)	27	(71)	25	(89)
退院支援システムを有する(%)	10	(26)	10	(37)

(2) 生活機能回復訓練の見直し

現行の4時間の生活機能回復訓練を実施することとなっている。身体管理が必要な状態、より個別的な訓練が必要な状態にある患者が増加しており、時間と内容に見直しが必要。

(理由)

- ・不要な機能訓練の廃止し、治療的に必要な訓練を行う。
- ・4時間の時間設定は現状に即していない。
- ・個別の機能回復訓練の実施に弊害がある。

