

平成22年度診療報酬改定に向けた要望22項目

(社)日本精神科病院協会

(平成21年5月22日)

要望項目 1

精神病棟入院基本料点数 A103

精神科医療は、退院促進、地域支援という政策方針の転換から、大きく変化した。しかし、精神科の診療報酬はこの変化を正しく評価していないのが現状である。すなわち、精神科関連の入院料は、基準看護（昭和33年～平成6年）の時代は、入院時医学管理料に違いがあったが、長期入院を高く設定していた。新看護体系（平成6年10月～平成12年）の時代は、一般科と同じ点数に戻った。ところが、最も精神科医療が努力をしたこの10年の平成12年～現在においては、入院基本料という制度になり、基準とされてきたことをすべて包括した上に、急性期にばかり評価を集中させていった。すなわち長期入院せざるをえない治療困難例の評価を無視してきた歴史がある。また、全体収支においては、精神科は入院料の占める割合が大きく専門療法の評価が少ないため、限界にきている。

具体的には精神科関連の入院料は、一般科と比べて点数が低く、特に精神病棟入院基本料15対1の点数は、一般病棟入院基本料15対1に比して154点/日、また結核病棟15対1に比しても86点/日も低い状況である。一般病棟入院基本料の点数設定には、平均在院日数の条件があるが、精神疾患という治療の性質上の相違であり、その点に点数の差を設けることは不合理である。さらに、18対1、20対1でも、結核病棟よりそれぞれ45点/日、55点/日と低く、精神病棟入院基本料全体の点数引上げを要望する。

15対1：800点→886点

18対1：712点→757点

20対1：658点→713点

要望項目 2

精神科の特定入院料（精神科の特定入院料の包括からの除外） A312

第1部 医学管理料等における「薬剤管理指導料」「入院栄養食事指導料」

第4部 画像診断

第7部 リハビリテーション

精神科の特定入院料の包括範囲を見直して、以下の新規医療技術について加算することを要望する。（第1部医学管理料等における「薬剤管理指導料」「入院栄養食事指導料」、第4部「画像診断」、第7部「リハビリテーション」）

昭和63年度に施設基準が実施された「老人性痴呆疾患治療病棟」を始めとして、精神科入院医療は特定入院料の拡充と軌を一にして機能分化を遂げ、それぞれ急性期治療、社会復帰訓練を含むリハビリテーション、身体合併症を持つ精神障害者のための長期療養、鑑別診断やBPSD治療に重点を置いた認知症治療を担っている。また、特定入院料創設当時には想定されていなかった新規の医療技術や薬物療法が導入されていて、治療成績の向上が見られる。にもかかわらず、特定入院料算定病棟においては、これら医療技術の進歩に基づく医療提供に見合った評価がなされていない。包括点数の範囲を見直して、新規医療技術の提供に対する正当な評価を行うことによって、特定入院料算定病棟における一層の普及が図られ、良質な医療の提供、ひいては患者の社会復帰がより促進されることより、上記4項目については特定入院料より除外して算定できるよう要望する。

要望項目 3

行動制限治療管理料

精神科医療において、入院患者の行動制限が治療上必要となる場合があり、精神保健福祉法上でも規定されている。特に、「隔離」と「身体拘束」については精神保健指定医が診察を行い、その必要性を判断した上で、法に則り、口頭および文章で告知した上で、文章を手渡すことまで規定され、患者の人権を最大限に重視した適切な治療を行える規則になっている。さらに、「身体拘束」については、エコノミー症候群などの発生の危険があり、リスクを伴う。慎重な身体管理が必要で、たいへん手間のかかる医療技術であり、介護保険の高齢者の拘束とは異質のものである。しかし、現行の「精神科隔離室管理加算」は、隔離室を管理するという評価で、医療技術としての評価にはなっていない。早急に精神科専門療法の項目として評価されるべきものである。また、医療資源の使われ方から判断し、隔離と身体拘束は、それぞれ別の評価が必要と思われ、以下の2項目を提言する。

1. 精神科隔離治療管理料

現在、行動制限の評価に精神科隔離室管理加算があるが、精神科隔離室管理加算は、隔離室を管理する加算となっており、隔離を実施することによる技術評価ではない。精神科隔離は精神症状により実施する治療的内容なもので、実施されることにより算定されるべきものである。行動制限においては、安全管理及び治療面から観察が必要であり、医師のみでなく看護にも多くの負担がかかっている。また、日精協の医療経済実態調査では、1病院あたり実施回数が7日を超えている病院が7割以上あることから現状に見合った日数に改定すべきである。

「精神科隔離室管理加算」は、本来、精神科専門の療法で、医療技術として評価されるもので精神科隔離治療管理料として、1月に14日を限度として1日につき300点を要望する。

2. 身体拘束治療管理料

身体拘束は、精神運動興奮などの患者に対し、他に方法がなく、放置すれば患者の身体、生命が危険な場合に精神保健指定医が実施する精神科専門の療法である。これは介護現場における身体拘束とは全く異質のものである。身体拘束とは体の自由が奪われるため、特に身体拘束はエコノミー症候群を起こす危険性があり、リスクを伴う治療法である。行動制限を実施するには、安全管理及び治療面から頻繁な観察が必要であり、指定医ばかりでなく、看護にも多くの手間、負担がかかる。

「身体拘束治療管理料」は、安全管理及び治療面から頻繁な観察が必要であり、指定医ばかりでなく、看護等の多くの医療資源が必要となり、1日につき500点の加算を要望する。

要望項目 4

慢性期入院治療の評価

精神科治療においては、近年入院治療中心から外来治療を中心とした地域処遇を重視する等、大きなパラダイム・シフトが起こっている。反面、精神症状を重度に遺し、なおかつ身体合併症管理の必要や高齢化に伴う ADL の著しい障害のために退院困難となった事例が多く見られる。しかし、診療報酬上の評価は、急性期治療を重視し、またいわゆる「退院促進」を促す政策誘導の視点から、前記の治療困難性を有する「退院困難事例」を含む長期入院患者に対する慢性期治療に関して、極端に評価を下げる体系となっている。これら「治療困難事例」に対しては、単なる看護師の量的評価ととどまらず、コ・メディカルスタッフの拡充や身体合併症治療体制等の、いわゆる「重症慢性患者」の治療に有用な専門医療の提供に対して、相当な評価が得られるよう、総額が 1日 2000点以上の診療報酬となるよう特定入院料の設定、もしくは重症治療加算として創設を要望する。

要望項目 5

入院精神療法の点数引き上げ 1001

a, 入院精神療法（Ⅰ）は、平成 8 年新設以降 14 年間点数が上がっていない。また、入院精神療法（Ⅱ）に関しては、平成 6 年以降 16 年間点数が上がっていない。一定の基準に沿って構造化された面接技法を用い、精神科専門療法を代表する精神療法の質を適正に評価することにより精神科医療の質が向上され、すみやかな症状回復や早期退院が期待される。精神症状の悪化等を押さえられ、医療の質を担保する適正な医療技術の評価が行われることにより、予防的治療技術が促される。近年、多様な精神療法が施行されている。予防的治療、対処技能獲得に向けての治療についてはますます重要視されてきており、より密度の濃い治療が要求されている。よってこの点の評価として引き上げを要望する。

入院精神療法（Ⅰ） : 360点→500点

入院精神療法（Ⅱ）イ : 150点→300点

ロ : 80点→150点

b, 現行では、20 歳未満の精神疾患を有する患者に対する評価は、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者に対してのみである。しかし、平成 20 年度改定後も依然として基準が厳しく、現在、児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定している病院は、極めて少ない状況であり、通院・在宅精神療法の 200 点加算と同様に、「20 歳未満の精神疾患を有する患者」に対する入院精神療法の評価においても、加算が算定されるべきである。

「20歳未満の精神疾患を有する患者」に対する200点の加算を要望する。

要望項目 6

精神科急性期治療病棟入院料の見直し

精神科入院治療は、危機介入・短期入院治療・早期の地域移行といった急性期入院治療のあり方において大きな構造改革を遂げている。その中で、急性期治療病棟入院料は、急性期の集中的な治療を要する患者を入院治療する点において、救急入院料算定病棟と何ら差異はない。然るに医師の配置基準の違いを考慮するとしても、救急入院料に比較しての診療報酬上の評価の差は、あまりに大きいと云わざるを得ない。現行の点数は下記の通り 1500 点の開きがあるが、入院基本料での精神科と一般科の差や救急に関わる費用を差し引いても **1 日 1000 点の増点**をしなければ適正ではないと思われる。

要望項目 7

肺血栓塞栓症予防のための医学管理の評価 B001-6 (算定要件の見直し)

平成 20 年の改定において、精神病棟入院基本料算定の病棟の肺血栓塞栓症予防管理料は、認められたが、特定入院料には認められなかった。

精神科に於いては、無為、自閉、昏迷などの精神症状により極めて体動が少なくなる状態が多々あり、これが長期臥床と同等の身体条件を生み出し、肺血栓塞栓症を誘発すると考えられている。精神病棟における身体拘束は重要な医療技術であり、特定入院料算定病棟であっても、算定できることが妥当と思われる。算定要件の緩和を要望する。

要望項目 8

認知症病棟入院料の評価の見直し A314

平成 20 年度の診療報酬改定において、認知症病棟入院料 1 は、90 日以内 30 点増、91 日以上 10 点減、認知症病棟入院料 2 は、90 日以内 10 点増、91 日以上 10 点減となった。しかし、延べ入院患者数で見ると、90 日以内は、1 割強を占めるに過ぎず、大きなマイナス改定となった。また、認知症病棟は、BPSD にともなう行動上の問題が入院事由の大部分を占め、特に幻覚妄想等の BPSD の急性期において、抗精神病薬の投与や行動制限等、専門医療としての精神科医療が必要である。このことは、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書にも「精神病床の入院機能のあり方について総合的に検討する」旨明記されている。加えて認知症病棟の入院患者の多くは(70%超)、入院時には既に治療が必要な複数の身体合併症を伴っており、しかも一般病棟での受入が困難な状況である。このため、認知症病棟での身体合併症対応が必要となるが、一般病棟では認められている様々な加算(重症皮膚潰瘍管理指導、薬剤管理指導、理学療法、言語聴覚療法、摂食機能療法等)が加算できないのが現状であり、平成 20 年度改定で採用された身体合併症管理加算では、点数の面でも期間の面でも評価が不十分と言わざるを得ない。

また、高齢者のための薬物療法も少量から開始し、副作用に注意しながらの投与になるため、十分な効果が得られない場合も多く、問題行動を抑えることが困難な場合が多い。そのため、入院期間が長くならざるを得ない。

現在、日中 6 時間のみ認知症デイケアが 1000 点という点数がついており、同様もしくは入院せざるをえないほどのさらに重度な認知症を持っている患者に対して 24 時間のケアを行うものであり、それ相当の点数を要望する。

要望項目 9

特定入院料の特定抗精神病薬治療管理加算の見直し A311、311-2、312
精神科医療においては精神科薬物療法の進展により、新規の非定型抗精神病薬の使用が第一選択となっており、入院患者のQOLを改善し、社会復帰の促進を図るうえで、大きく貢献している。しかしながら、特定入院料を算定している特定抗精神病薬治療管理加算における従来の点数10点/日では、医薬品費の原価さえまかなえないのが現状である。非定型抗精神病薬は、薬剤費に大きな格差が生じており、DPCにおける包括評価に見合わないような高額な薬剤等への対応と同様に、包括評価の対象外として出来高算定とすることを要望する。

要望項目 10

多職種による精神科入院長期化予防・退院促進加算

入院から起算して1年以内の退院結果によるアウトカムの評価

対象疾患名：入院1年以内の入院患者の精神障害全般

今まで精神科病院では、退院に向けての診療報酬上の点数が付いているのは精神科退院指導料と精神科退院前訪問指導料のみであった。入院直後から多職種がチームを組んで、積極的に退院促進を働きかけても何ら診療報酬上での評価がされなかった。精神保健福祉士、保健師、臨床心理技術者等がチームを組んで継続的に退院促進の働きかけを行った場合に1入院毎に2000点とする。これにより、退院の促進を促し、精神保健福祉施策における各都道府県の目標とする退院率の増加と平均残存率の減少を促す。

要望項目 11

児童・思春期精神科医療の充実

児童・思春期精神科の受診ニーズは急増しているが、現在の診療報酬では、運営が極めて厳しいため、20歳未満のための専門精神科病棟を運営する病院は全国でわずか18施設（約820床）である。統合失調症、気分障害に加え、発達障害などの増加による子供の精神障害の多様化にあたっては多職種による手厚いチーム医療が必要である。①20歳未満の患者が概ね8割、2名の医師配置、10：1以上の看護基準、さらに常勤の精神保健福祉士や臨床心理技術者各1名の配置、必要であれば病院保育士は別加算とし1日4000点以上の評価が必要である。

要望項目 12

医療保護入院等診療料の点数の見直し I014

医療保護入院料等診療料は入院中1回に限り算定できることになっているが、月に1回の行動制限最小化委員会での定期的な評価が算定要件となっている。また、医療保護等の入院が必要な患者は、病識がないため治療の必要性を理解できず、治療の拒絶や他患者や職員への暴力や興奮、等の危険が多く、医療及び保護のためには常に細心の注意が必要である。そのため、精神保健指定医の業務や責任は重くなる一方である。早期に

任意入院へ変更するためには、常に状態の変化を観察し、頻回に治療計画を変更することが必要となり、また、治療計画に基づいた積極的な治療が必要である。現在のように入院中に1回の算定ではとてもこの業務をこなすことは出来ない。ぜひ、月1回の算定と、入院形態変更時の算定を要望する。

医療保護入院等での在院者に毎月の算定と、入院形態変更時の算定を要望する。

医療保護入院での在院者に100点/月、新規入院を含め入院形態の変更時に500点

要望項目 13

精神科デイケア等 I009、010、012-2（算定要件の見直し）

精神科デイケア・ナイトケア・デイナーケア（以下「デイケア等」という）の算定回数は、デイケア等を開始してから3年を超えた場合は、1週間に5日を限度として算定されるが、途中入退院があった場合、又、デイケア等が中断された場合でも週5回の制限を受けることは不合理である。退入退院後、デイケア等に通所することで次の再入院までの期間が延長される、すなわちデイケア等の再入院防止効果が示されている。また、デイケア等に通所開始後間もなく中断した患者にとって、その後の本格的通所開始日こそが、当然治療的な開始日とみなされるべきである。

要望項目 14

入院集団精神療法の点数引き上げ I005

入院集団療法によって、厚生労働省精神神経疾患研究委託費「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」によると統合失調症の再入院が約四分の一に減少すると報告されている。また感情障害圏にはリワークプログラムやアルコール依存症にも断酒会等を通して入院集団精神療法の有効性は確立している。さらに、精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対しても入院集団精神療法を行うことにより疾病の理解を深め援助方法を学ぶことにより疾病の改善と再発予防に大きな効果が期待できる。入院集団精神療法の6ヶ月以内の制限を撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。

要望項目 15

通院集団精神療法の点数引き上げ I006

通院集団精神療法については、特に統合失調症においては厚生労働省精神神経疾患研究「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイド作成とその実証的研究」においても10～15人を対象とした有用性が報告され、また感情障害圏にはリワークプログラム、アルコール依存症には断酒会などの活動を通して20、30人規模の通院集団精神療法の有用性が確立されている。さらに、現在6ヶ月の制限があるが慢性期も有効であり、期限の撤廃も必要である。そして、精神疾患には家族の影響が極めて大きく、家族に対して通院集団精神療法を通して疾患の改善、再発の予防に大きな効果が期待できる。以上、総合的に手間がかかるため点数の引き上げを要望する。

通院集団精神療法の人数の制限と、期限は撤廃し、週2回を限度として1日350点への引き上げを要望する。対象は本人に加え、家族を含める。

要望項目 16

入院生活技能訓練療法(改定) I 008

100点(6ヵ月以内)、75点(6ヵ月超)→150点

1、2、および注1、2を抹消し、期間、回数、同一日算定の制限を撤廃する。

入院生活技能訓練療法の理論は、行動療法、社会的学習理論、統合失調症の疾患モデルから構成される。このうち「脆弱性－ストレス－対処機能モデル」によれば、統合失調症の再発は、生活上のストレスが患者の対処機能を凌駕することが理由のひとつに挙げられているが入院生活技能療法による対処能力や力量の向上は、防御因子を強め、転帰の改善を図ることができる。とされる。

入院生活技能訓練療法は、1994(平成6)年に精神科専門療法として診療報酬化されたにも関わらず、予測に反して普及は進んでいない。(日精協総合調査の平成17年6月と20年6月の1病院あたりの算定件数を比較すると200.8件→176.6件)これは、算定に際して期間、回数、同一日算定等の制限があるためと推測される。従来の研究から、再発を防止し長期に良好な状態を維持するためには、個人精神療法や家族療法等の他の治療法を組み合わせる必要があるが、多くの研究から入院生活技能訓練療法は、社会生活機能と社会生活の機能向上に寄与し、社会復帰促進と再発に伴う再入院の予防に効果があることが、示されている。

要望項目 17

精神科退院前訪問指導料 I011-2 (算定要件の見直し)

複数職種の共同指導の評価として、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」を認め、精神科退院前訪問指導料は、複数職種の共同指導の評価がなされたが、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」の共同指導は認められていない。

複数職種の共同指導の評価として、「管理栄養士」「薬剤師」「准看護師」を認めること。再発は患者の社会復帰を遅らせ、社会的には治療費を大幅に増加させることから、退院前訪問指導の再発予防効果は大きく、本技術をさらに普及させることは重要である。また、医療技術提供の質を高め、精神科の看護師不足にも効果がある。

要望項目 18

精神科訪問看護指導料 I012 (算定要件の見直し)

准看護師単独の訪問を要望する。

精神科訪問看護・指導料は、複数職種の共同指導の評価がなされたが「准看護師」の共同指導は、看護師、保健師の同伴のみが算定可能となった。

昭和63年に在宅患者訪問看護・指導料が新設され、平成2年において、准看護師による訪在宅患者問看護・指導料の算定が可能となった。しかし、精神科訪問看護・指導料は、准看護師の単独の訪問は不可で、20年間認められておらず看護師、保健師の同伴が算定条件となるのは不合理である准看護師の単独訪問を認めることにより、精神科看護師不足の対策を補う利点大きい。

要望項目 19

通院・在宅精神療法の点数引き上げ 1002

通院治療において、薬物療法と精神療法の組み合わせはもっとも日常的に行われている治療方法である。特に「通院・在宅精神療法」は患者・治療者関係を良好に保ち、ひいては症状の改善と地域社会での生活を続け、再入院を防止するため重要な役割を担う。また近年さまざまな技法による介入の「通院・在宅精神療法」の有効性が実証されている。これらの観点は精神科病院と診療所でなんら変わらない。にもかかわらず点数格差が存在することは不合理であり、正当性がない。さらに医療観察法における指定通院医療機関はほとんどが精神科病院であり、対象患者の通院精神療法はその性質上高度の技術を要するが、通常の保険点数での請求となり診療所との格差があり矛盾が生じている。精神科病院での「通院・在宅精神療法」に対する適正な評価が必要である。

30分未満330点 ⇒ 350点

要望項目 20

通院・在宅精神療法の時間外・休日・深夜加算

初診料、再診料に対する時間外加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急病等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられているものである。精神科における急病等やむを得ない事由は、極めて緊急性を要する対応が求められる場合（強い自殺念慮・自殺企図・多動興奮状態・現実検討能力に欠け自己統御能力の低下した状態・周囲との意志の疎通や内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する問題行動等）が常にある。近年精神疾患の疾病構造の変化で人格障害、ストレス関連障害、うつ病関連障害が増加し24時間の対応が国民の安心のため求められている。上記の状態での通院・在宅精神療法は不可欠且つ極めて有効な治療法である、とともに、精神科医にとって極めて手のかかる、また精神的エネルギーを消耗する診療行為であり、適切な手当が必要である。

保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日または深夜において1002通院・在宅精神療法を行った場合は、時間外加算では所定点数に100分の50、休日および深夜加算では100分の100をそれぞれ加算する。医師が必要と認める場合は、同一週に通院・在宅精神療法を、3回を限度に算定することができる。ただし当該加算をした場合は、診療報酬明細書に急病等やむを得ない事由の症状を記載すること。

要望項目 21

抗認知症治療薬（包括からの除外） A312

対象疾患名：アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症治療薬（塩酸ドノペジル）は、有意に認知症中核症状の進行を遅延効果が期待でき、日常生活機能回復訓練等の精神科専門療法と併用すれば、患者のQOLの改善ひいては、在宅移行が期待でき、入院医療費の削減が可能となる。しかしながら現状では、薬剤費も認知症入院料に包括評価され、使用可能な環境が整っていない。当初の老人性痴呆疾患病棟入院料等は、このような薬物療法は、想定されていなく、包括評価に見合わないような高額な薬剤等は、包括評価の対象外として出来高算定することを要望する。

要望項目 22

薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）評価診断管理料

対象疾患名：統合失調症、躁うつ病、老年期精神障害など治療適応として抗精神病薬の投与が認められている精神疾患全般

月1回を上限として1回300点

抗精神病薬を服用中の患者の多くに錐体外路症状の発症が認められ、それらが治療の中断から再発を繰り返し医療費高騰の要因の一つになっているにもかかわらず、錐体外路症状の評価に関して日常臨床において見逃されがちである。DIEPSS は薬原性錐体外路症状全般を評価する手法として、わが国で唯一、信頼性の確立された評価尺度であり、統合失調症の薬物治療ガイドラインでもその使用が推奨されている。DIEPSS を用いて、薬原性錐体外路症状の重症度評価や診断を薬物療法の開始当初から定期的に行って治療管理を行うことにより、この副作用の重症化を防ぐのに役立つことが示されている。わが国で開発された第二世代抗精神病薬は DIEPSS を用いた評価により、第一世代抗精神病薬よりも優れた副作用特性を有していることが多数の無作為化対照試験で示されており、エビデンスのレベルは極めて高い。

評価手法の保険収載により薬原性錐体外路症状による未然予防と医療費高騰を防ぐことから、DIEPSS の採用を要望する。