

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
課長 得 津 馨 様

一般社団法人 日本精神科看護協会
会 長 末 安 民 生

令和 2 年度診療報酬改定に関する要望書

時下 ますますご清祥のこととお慶びを申し上げます。

日頃より、一般社団法人日本精神科看護協会の活動にご理解ご協力を賜わり、厚くお礼申し上げます。

平成 29 年 2 月にとりまとめられた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進することが明確化されました。また、新たな地域精神保健医療体制のあり方としては、精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をめざすことが理念として明確に打ち出されました。

そこで、令和 2 年度診療報酬改定に際し、地域包括ケアシステムの構築等に向けて、下記の事項についてご検討、ご配慮いただきたく要望いたします。

要望の趣旨

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けて、再発リスク要因を有する患者等の再入院を防ぐための外来看護の取り組みを評価していただきたい。
2. 精神病棟における栄養サポートチーム加算について、一般医療と同等の仕組みと評価を創設していただきたい。
3. 精神科病院において、BPSD が著しい認知症患者に対するケアの質の向上を図るための、多職種チームによる介入が評価できる体制を創設していただきたい。

1. 再発リスク要因を有する患者等に対する外来看護の取り組みの評価

1) ㊦I002-2 精神科継続外来支援・指導料の算定要件の見直し

○ 再発リスク要因を有する患者等に対して、外来看護による地域における療養上の指導等の評価ができるように、精神科専門療法に関する同一日の算定要件の見直しを行う。

<理由>

統合失調症をはじめとする精神疾患は、再発リスク（再入院リスク）を有する患者が少なくないことから、外来における療養上の指導等が重要になる。しかしながら、I002-2「精神科継続外来支援・指導料」は、同一日に算定する他の精神科専門療法の所定点数に含まれるため、精神科医師はI002「通院・在宅精神療法」の算定を優先し、本点数が活用されない状況にある。また、本点数の算定要件で、看護師等が行う支援を算定するためには、医師による支援と併せて、医師の指示の下に行う必要があるため外来看護の取り組みが普及しない。

そこで、地域における療養上の指導を要する患者またはその家族等に対して、外来看護による指導等が実施できるように、精神科専門療法に関する同一日の算定要件の緩和を要望する。

2) ㊦I002-2 精神科継続外来支援・指導料の評価方法の見直し

○ 再発リスク要因を有する患者等に対して、専門知識・技術を備えた看護職員が、電話による患者の地域生活や社会復帰に向けた援助、指導を行なった場合の算定要件の見直しを行う。

<理由>

平成30年度の厚労省の調査によると、精神病床からの退院患者の再入院率は、退院後6か月時点が約30%、1年時点が約37%という結果があり、退院後1年以内の再入院は決して少ないとはいえない。

退院後も患者の健康状態は、その障がいの特性によって日内変動が生じたり、心に受ける刺激に伴い容易に不安が高まったりすることがあるため、地域においてもタイムリーな介入が求められる。特に患者が医療機関に電話で連絡をとり支援を求めることも多く、看護師等による適切な相談・指導により、不安等が軽減し病状等の悪化を防いでいる実績も見受けられる。

現行の精神科継続外来支援・指導料は、地域生活の維持や社会復帰に向けた支援を実施した場合を精神科外来で実施した場合に評価するものであるが、一時的にでも精神科外来に通院できない状況では算定できていない。

以上のことから、再発・再入院を予防し、地域生活を維持するための支援として、患者またはその家族等が電話連絡してきた問い合わせに対して、看護師が療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、評価（加算）することを要望する。

3) ② I002-2 精神科継続外来支援・指導料の評価方法の見直し

- 再発を繰り返す患者もしくは再発ハイリスク要因を有する患者等に対して、専門知識・技術を備えた看護職員が治療継続等に関する指導等を行う場合の評価を創設する。

<理由>

厚生労働省精神・障害保健課による平成 23 年度の調査によると、精神科病院に 1 年から 1 年 6 か月入院している患者の、これまでの累計入院回数中央値が 3 回であることが示されている。また、平成 30 年度の厚労省の調査によると、精神病床からの退院患者の再入院率は、退院後 6 か月時点が約 30%、1 年時点が約 37%という結果が示されている。

再発を繰り返している患者もしくは再発ハイリスクの患者には、治療継続に関する十分な説明を行うとともに、服薬中断を防ぐための適切な方法について、患者およびその家族等と相談し検討することが重要である。そのためには、精神障がい者の治療継続や薬物療法に関する専門的な知識・技術を備えた看護職員による指導が必要不可欠である。

そこで、専門知識・技術を備えた看護職員が行う、治療継続等に関する指導を評価する仕組みを創設することを要望する。

<備考>

算定要件に必須の確認項目（アセスメント）を実施した上で、指導のための計画立案を義務付ける。なお、専門的な知識・技術を備えた看護職員とは、精神障がい者の看護に従事した3年以上の経験を有し、精神障がい者の治療継続や薬物療法に係る適切な研修を修了した者であること若しくは精神科認定看護師であること。

2. 栄養サポートチーム加算について、一般医療と同等の仕組みの評価

③ A233-2 精神病床における栄養サポートチーム加算の創設

- 精神病床においても低栄養状態や特別な栄養管理を必要とする患者に対して、栄養サポートチーム加算が算定できるように、施設基準の見直しを行う。

<理由>

近年、急性期医療対象者だけでなく、慢性期医療や在宅医療においても患者の栄養管理の重要性が認識され、診療報酬上もその評価がされている。

精神病棟においても栄養障害の状態にある患者や栄養管理を必要とする患者は多く入院しており、患者の栄養管理のニーズは高いものの、現在の算定要件に精神病棟入院基本料は適応していない。今後さらなる入院患者の高齢化に伴い、低栄養状態や特別な栄養管理を要する患者の増加が見込まれるため、早期に地域医療に繋げていくためにはチームでの対応が必要である。

そこで、精神病棟入院基本料の施設においても、一般病棟入院基本料と同様の算定を可能とするよう要望する。

3. 精神科病院における認知症患者への多職種チーム介入の評価

1) ㊦精神病床における認知症ケア加算の創設

- 多職種からなる認知症ケアの専門チームを配置して、認知症の改善及び悪化を予防するとともに身体拘束を防ぐ取り組みを評価する。

<理由>

A314 認知症疾患治療病棟入院料の施設基準において、1日に看護を行う看護職員の数は一
般病床と比較して低い（入院料1は20：1以上、入院料2は30：1以上）状況にある。認知症
患者の急性期に重点を置いた集中的なケアを実施するためには、多職種により患者の行動・心
理症状や意思疎通に関する把握・評価を実施することが重要になる。

また、精神科病院において身体拘束を受ける患者は1万229人（平成25年、厚労省調査）
であり、10年間で2倍に増えたことが明らかとなっている。この状況について、厚労省はアル
ツハイマー型認知症患者の割合が増えたことも一つの要因であると説明しており、認知症疾患
治療病棟のみならず、精神病床に入院する認知症患者の身体拘束を防ぐための体制づくりが喫
緊の課題である。

そこで、精神科病院においても認知症ケアチームを配置して病棟全体で認知症ケアの向上と
身体拘束の防止等に取り組む必要がある。

<備考>

認知症ケアチームの看護職員は、精神障がい者の看護に従事した3年以上の経験を有し、行
動リスク評価、ディエスカレーション、行動制限最小化等に係る適切な研修を修了したもの若
しくは精神科認定看護師であること。

2) ㊦精神病床における認知症ケア加算の創設

- 多職種からなる認知症ケアの専門チームを配置して、認知症の改善及び悪化を予防する
とともに、安全なケア提供体制を整える場合に評価する。

<理由>

現在、一般病棟においては、認知症ケア加算が設けられ、身体疾患のために入院した認知症
患者を医療機関が適切に受け入れ、病棟における対応力とケアの質を向上させる取り組みが推
進されている。精神病棟においては、A314 認知症疾患治療病棟入院料が設けられており、重症
度の高い認知症患者の専門的な治療を提供しているため、認知症ケア加算の算定はできない。
しかし、重複する精神疾患がある認知症患者は、認知症治療病棟での入院治療ではなく、その
他の精神病床で治療を受けることも少なくない。

そこで、認知症の症状改善及びBPSD等の悪化を予防する取り組みを推進していくため、一
般病棟同様に療養病床以外の精神病床でも算定が可能となることを要望する。

<備考>

認知症ケアチームの看護職員は、精神障がい者の看護に従事した3年以上の経験を有し、行
動リスク評価、ディエスカレーション、行動制限最小化等に係る適切な研修を修了したもの若
しくは精神科認定看護師であること。