

要望項目に関する参考資料

I. 精神科地域移行実施加算 2 の新設要望について

1. 要望内容

精神科地域移行実施加算を 2 段階の評価とし、施設基準も見直す。

具体的には、現行の精神科地域移行実施加算 (A230-2) を「精神科地域移行実施加算 (I)」として、新たに、入院期間が 1 年を超える患者を対象とした「精神科地域移行実施加算 (II)」を新設。入院期間 1 年を超える入院患者のうち、退院した患者の数が 1 年間で 10%以上減少の実績がある場合に算定できることとする。

現状の 5 年以上在院患者の地域移行実績を評価する精神科地域移行実施加算を精神科地域移行実施加算 1 とし、1 年以上在院患者の地域移行実績も精神科地域移行実施加算 2 として評価を行う。5 年以上の者が重複するため、加算 1、加算 2 のいずれかを選択性とする。

なお、精神科地域移行実施加算 2 においては、10%以上の地域移行実績を算定要件とする。改革ビジョンが目標とする退院率 24%のうち転院・死亡等を除く地域移行率は 14%であるため、現在の地域移行率 9%を当面の目標を 10%以上とする必要がある。

また、当該加算を算定する精神病棟 (精神病棟 15 対 1・18 対 1・20 対 1 入院基本料、特定機能病院精神病棟 15 対 1 入院基本料、精神療養病棟) にあっては、常勤の精神保健福祉士を 50 床に対して 1 名以上配置することとする。

加算 2 の新設に係るコストは、精神保健福祉士の人件費等で年間 500 万円と仮定すると、1 月あたり 416,667 円である。現状の精神科地域移行実施加算の 1 病院の 1 月あたりの算定回数 (平成 23 年度社会医療診療行為別調査における 6 月算定回数 1,494,344 回÷施設基準届出 360 病院) は 4,150 回であり、加算 2 を 10 点とすることが妥当である。また加算 2 を選択する場合は、5 年以上の者には退院支援困難度の係数 (1.5) を乗じることができることで患者構成に応じた支援評価を可能とする。

2. 要望理由

精神保健医療福祉の改革ビジョン (2004 年 9 月) において、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標の 1 つに「各都道府県の退院率 (1 年以上群) を 29%以上とすることが掲げられているが、平成 22 年度 6 月 30 日調査 (精神・障害保健課調べ) によると 1 年以上在院者の退院率は 24%である。今後、目標値を達成する観点から、1 年以上の在院患者の地域移行についても評価する必要がある。

3. 効果

有効性に関しては、2010 年度 6 月 30 日調査 (精神・障害保健課調べ) から都道府県別の精神保健福祉士配置状況 (1 人当たりの精神病床数) と 1 年以上在院者の社会復帰率 (地域移行率) との相関関係を調べると、有意な相関が認められる。

2011 年 7 月 1 日現在において地域移行実施加算を算定している病院は 360 か所となっている。効果としては、患者構成等医療機関の状況により選択可能性が増えることに伴い、長期在院者の地域移行が推進されることで、精神科入院医療費の縮減となる。

障害者自立支援法の改正により 2012 年度から地域移行支援が個別給付の対象となり、地域の支援者が長期在院患者の地域移行を支援する根拠ができた。医療機関による地域移行に向けた努力を診療報酬でより評価することで、地域支援者との連携が促進され相乗的な効果が期待できる。

II. 精神病棟入院基本料初期加算2の新設要望について

1. 要望内容

精神病棟入院基本料初期加算を2段階の評価とし、施設基準も見直す。

具体的には、現状の入院期間に応じた加算を精神病棟入院基本料初期加算1とし、新たに1年未満在院患者の退院実績も精神病棟入院基本料初期加算2として評価を行う。

なお、精神病棟入院基本料初期加算2においては、初期加算1の対象期間である1年以内の在院患者を対象に、1年目残存率10%以下の実績を要件として算定できるものとする。

また、現状の施設基準に、精神病棟入院基本料を算定する精神病棟にあつては、常勤の精神保健福祉士を50床に対して1名以上配置することを加える。

2. 要望理由

改革ビジョンが目標とする平均残存率は24%で、転院・死亡等による退院率は14%であるため、現在の1年目残存率12.2%に対して当面の目標を10%以下とする必要がある。

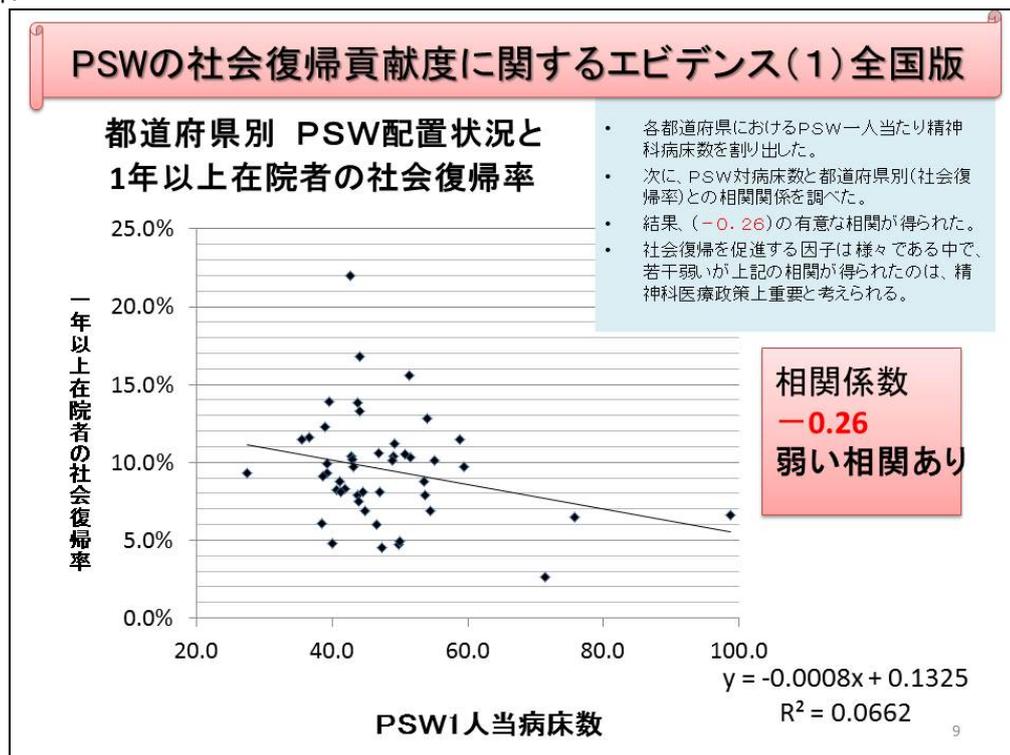
3. 効果

有効性として、2010年度6月30日調査（精神・障害保健課調べ）から66自治体（都道府県及び政令指定都市）の精神保健福祉士配置状況（1人当たりの精神病床数）と自治体ごとの入院1年以内の社会復帰率及び1年目残存率との相関関係を調べると、66自治体を病床規模が少ない順で4群に分類した場合において、上位1群・2群に概ね有意な相関が認められる。

より直截なエビデンスを得るために分析を行った平成22年度6月30日調査の東京都における個別病院毎のデータからより有意なエビデンスが得られた。大阪府のデータにおいても有意なデータが得られている。

効果として、平成23年7月1日現在において精神病棟入院基本料を算定している病院は1,285か所あるが、入院の短期化が促進されることで、相対的な精神科入院医療費の縮減となる。また、精神病床における在院患者の早期退院・社会復帰のさらなる推進が期待される。

参考資料:



PSWの社会復帰貢献度に関するエビデンス(2) 自治体内における個別精神科病院の活動性分析から

東京都：平成22年630調査を基に62病院対象

- 基礎データは都の平成22年度630調査表(115病院、23,868床)を、東京都地域精神医療業務研究会が情報開示請求により入手整理したものから、大学病院や総合病院等を除き、かつ在院患者に占める高齢者(65才以上)が70%以上を「老人病院」として除いた、「単科精神科病院」について、精神保健福祉士の配置状況と医療活動性に着目して、本協会診療報酬委員会委員が分析した
- 精神保健福祉士を配置していない病院、および、データに誤記内容があると思われる病院も除外した結果、母数は62病院19,865床となり、**全体の83%を占める病床**についての分析である。

大阪府：平成22年630調査より山本深雪氏の厚労省検討会ヒアリング時提出資料

- 基礎データは大阪府の平成22年度630調査表から、49病院、18,609床を母数として、精神保健福祉士の配置数と在院期間との相関を分析されている。

各分析の期間設定は異なるが、全体として、精神保健福祉士配置数と患者在院期間や医療活動性に相関がみられたことから、地域の社会資源と連携して退院を支援し、長期在院者数の減少を進めるために、精神保健福祉士をさらに充足させることが求められる。

東京都

精神科医・PSW・看護の3職種と 医療動態との相関について

調査項目

62病院ごとの、①平均在院日数、②3ヶ月未満在院患者率、③1年未満在院患者率、④3年以上在院患者率、⑤H22年630調査における在院患者数からの減少率、等の患者の静態及び動態分析を行った。
次に、医師・PSW・有資格看護者数対患者数(実態を反映させるため、対病床数とはしない)を調べた。
最後に、これらの相関関係を調べたうえで、各項目ごとのランキングを集計し、総合評価ランキングを出し、それらと各職種との相関関係を調べた。

活動性と 職種配置	平均在院 日数	入院期間3ヶ 月未満率	入院期間 1年未満率	入院期間 3年以上率	総合ランキング
DR	0.47	-0.51	-0.48	0.42	0.51
PSW	0.51	-0.48	-0.50	0.47	0.50
NS	0.35	-0.44	-0.36	0.26	0.36

医師及び精神保健福祉士の配置状況と活動性指標との相関について、ほぼ同様の結果が得られた。

11

東京都

医療動態間および 在院患者数減少率の相関

入院期間3カ月未
満・1年未満率には
弱い相関

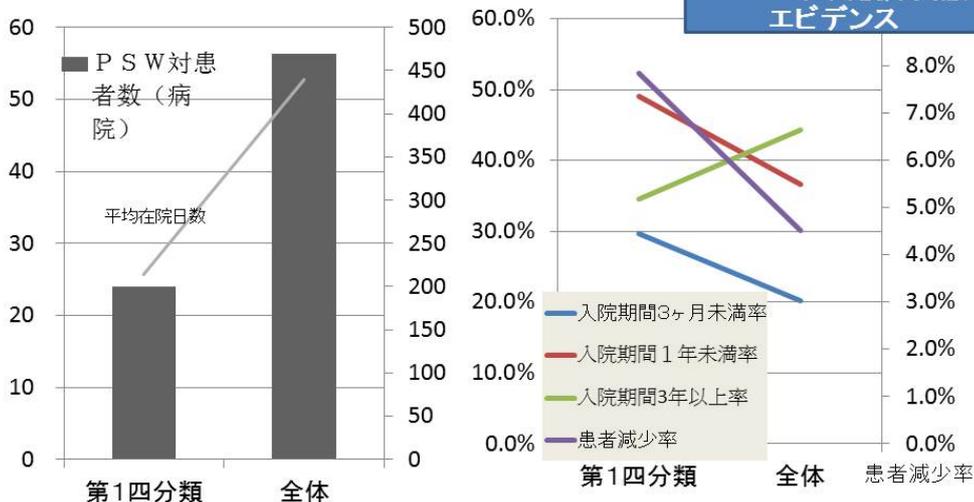
	入院期間 3ヶ月未満率	入院期間 1年未満率	入院期間 3年以上率	H19からの在院 患者減少率
平均在院 日数	-0.76	-0.80	0.73	-0.19
入院期間 3ヶ月未満率		0.94	-0.86	0.30
入院期間 1年未満率			-0.92	0.22
入院期間 3年以上率	医療動態間はいずれも強い相関			-0.17

注) 個々の病院の平均残存率・1年以上入院者の退院率については、1ヶ月間のデータで年間の傾向を推測することの統計上の妥当性に疑問があるため、参考としない。関連指標として、1年未満率、3年以上率を分析した。 12

東京都

グラフⅣ：PSW配置率と患者在院期間 第1四分類(上位15病院)対62病院全体

PSWの社会復帰貢献
エビデンス

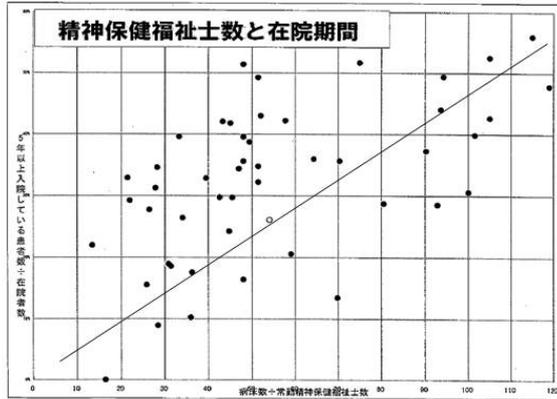


PSWの充足率が高い**第1四分類**(上位15病院)の平均値と62病院全体の医療動態を比較したところ、上記のような**有意な結果**が得られた。 16

大阪府

精神保健福祉士数と在院期間との相関について

- 常勤精神保健福祉士数と5年以上入院している患者さんの割合についてのグラフ作成
- 縦軸 在院期間が5年以上の患者数÷在院者数
グラフの上に行くほど5年以上入院している患者さんの割合が多いということになる
- 横軸 病床数÷常勤精神保健福祉士数
グラフの右に行くほど、常勤精神保健福祉士1人当たりの病床数が多いということになる



相関係数0.5369
中程度の相関あり

強い相関がある $\pm 0.7 \sim \pm 1$
中程度の相関がある $\pm 0.4 \sim \pm 1$
弱い相関がある $\pm 0.2 \sim \pm 0.4$
殆ど相関がない $\pm 0 \sim \pm 0.2$

全体として、常勤精神保健福祉士1人当たりの病床数の少ない病院では、5年以上入院患者割合が少なく、

5年以上入院患者割合が多い病院では、常勤精神保健福祉士1人当たり病床数が多いという傾向が見られた。

Ⅲ. 療養生活環境整備支援料(仮称)の要望について

1. 要望内容

療養生活環境整備支援料の新設（精神科継続外来支援・指導料における療養生活環境整備支援加算からの組み換え）

入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が患者又はその家族等に対して、30分以上療養生活環境を整備するための支援を行った場合に算定する。

なお、他の精神科専門療法（デイケア・作業療法・通院集団精神療法・精神科訪問看護・指導料を除く）と同一日に当該支援を行った場合も算定できるものとする。

また、当該支援料に係るコストは、精神保健福祉士の人件費等であり年間 500 万円と仮定すると、30分あたり 1,184 円（500 万円÷12 か月÷22 日÷8 時間×0.5）であり、1回あたり 100 点とすることが妥当である。

2. 要望理由

現在の精神保健医療福祉の最大の課題は、地域生活移行、地域生活定着にあると認識しているが、特に外来患者の地域生活定着を具体化していくためには、医療機関と地域の関係諸機関等の連携による患者本人を取り巻くさまざまな環境調整と直接的な支援が不可欠である。

また、こうした支援が医師による通院・在宅精神療法と併せて算定することが可能となることで、外来部門に専従の精神保健福祉士等を配置する精神科医療機関が増え、結果として相対的に医療機関における外来患者への対応比率が高まることから、「療養生活環境整備支援加算」の単独評価を求めるものである。

2010年度改定において新設された精神科継続外来支援・指導料における療養生活環境整備支援加算は、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援として、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して行う医師の支援と併せて、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援を評価したものであり、極めて意義深いものであるが、他の精神科専門療法と同日には算定できないことから、実際には多くの医療機関が当該支援を行っているものの、算定件数は低位に留まっている。

本協会が2009年4月に実施した外来通院中の精神障害者等に対する精神保健福祉士の業務実態調査によると、同年3月の1か月間に医療機関の精神保健福祉士が外来患者、家族及び関係機関等に対応した件数は平均299件で、このうち精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境整備支援加算を算定している割合はわずか3.8%（11.3件、月間452点）に過ぎなかった。

全国の地域精神保健医療体制の底上げを図る観点から、当該加算を単独の精神科療養生活環境整備支援料として評価する必要がある。

3. 効果

通院・在宅精神療法を受けるために来院した際に併せて実施する場合が大多数であり、その療法の内容に併せて支援をすることでタイムリーな支援が期待される。

2011年6月の療養生活環境整備支援加算の算定回数は52,178回（社会医療診療行為別調査）であるが、単独算定を可能とすることで普及性は高いと考えられる。

効果として、外来通院中の精神障害者を取り巻く家族・関係施設・機関・地域社会などとの環境調整業務により、療養中の通院・在宅患者等の生活破綻等による再入院を防止することで、精神科入院医療費の縮減につながる。

また、医療機関への受診以外に地域社会との接触機会をもたない精神障害者と、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスおよび介護保険制度に基づく介護保険サービス等を本人の希望に沿いながら利用支援することで、より豊かな地域生活を送ることが可能となるなど、精神科外来医療のさらなる充実。単独項目として算定上の制約を緩和することで、多くの精神科医療機関での算定を可能とし、地域精神保健医療体制の再編に寄与する。

[参考]

1. 「医科点数表の解釈」（2008.3.5 保医発0305001）より

I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料

（精神科継続外来支援・指導料について）

- (1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。
- (2) 「注2」に規定する加算は、「注1」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備

するための支援を行った場合を評価したものである。

- (3) 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

IV. 精神科訪問看護基本療養費における精神保健福祉士単独による指定訪問看護の評価要望について

1. 要望内容

精神科訪問看護基本療養費における精神保健福祉士による指定訪問看護の評価

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）

イ 保健師、看護師、作業療法士又は**精神保健福祉士**による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 5,550円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 4,250円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 6,550円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 5,100円

2 精神科訪問看護基本療養費 1,600円（Ⅱ）

3 精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）

イ 保健師、看護師、作業療法士又は**精神保健福祉士**による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 4,300円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 3,300円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 5,300円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 4,060円

2. 要望理由

2010年度6月30日調査（精神・障害保健課調べ）によると、2010年6月の精神科医療機関における1か月間の精神科訪問看護・指導従事者数は5,722人で、このうち精神保健福祉士は1,850人と全体の32.3%を占めている。訪問看護ステーションにおいても精神保健福祉士が単独で指定訪問看護を行った場合に精神科訪問看護基本療養費の算定が可能となることで、精神疾患患者への地域医療体制の整備が推進される。

3. 効果

有効性としては、対象者の療養上の課題の他、生活全般への支援や地域社会資源へのリンケージ等が期待される。

精神疾患患者を主たる対象とする訪問看護ステーションにおいて多職種による支援という観点から、その普及が見込まれ、療養中の通院・在宅患者等の生活破綻等による再入院を防止することで、精神科入院医療費の縮減につながる。

効果としては、訪問看護ステーションにおいても、精神科訪問看護・指導料と同様に単独訪問の算定対象職種として精神保健福祉士が指定訪問看護を行うことにより、家族支援や医療サービスに併せた社会資源の活用といった従前に増してより手厚いケアの提供を可能とすることで、再発および医療中断の防止、自立支援の促進、及びQOLの向上等による安定した地域生活の定着に寄与する。

4. 参考

こうした有効性は、2012年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））における「アウトリーチ（訪問支援）に関する研究」（研究代表者：萱間真美氏）研究報告書にも、対象者に対する職種別ケア量において、直接ケア・間接ケアともに看護師と精神保健福祉士が多いとの報告にもあるように、在宅生活支援に精神保健福祉士の訪問支援が多職種チームの中でも有効であることを示している。

以上