日精看発第６２号
平成２９年５月１１日

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　田原　克志　様

一般社団法人 日本精神科看護協会
会　長　　末安　民生

平成 30 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、平成 30 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．精神科病院における入院期間の長期化を防ぐための取り組みについて、一般医療と同等の仕組みと評価を創設すること。

２．精神科外来において、再発リスク要因を有する患者に対する外来看護による療養上の指導等が評価できる体制を創設すること。

３．医療ニーズが高い状態の入院患者が早期に地域移行し、入院医療から切れ目なく地域医療につなぐための支援を行う精神科訪問看護の評価を創設すること。

４．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すること。

５．精神科での入院治療において、隔離・拘束を減らすための取り組みと、夜間の看護人員体制の充実に関する評価を創設すること。

1．　入院期間の長期化を防ぐための一般医療と同等の仕組みの評価

㊊I011 精神科退院指導料の評価方法の見直し

○　入院早期より退院支援を実施するために、一般医療と同等に退院支援および地域連携業務に専従する看護職員の病棟配置を評価するとともに、入院早期に退院困難な要因を有する患者を抽出し、退院支援を行う仕組みを設ける。

＜理由＞

精神病床に１年以上の長期入院患者は約20万人で、入院中の精神疾患患者全体の約3分の2を占めている。毎年、そのうちの約5万人が退院しているものの、新たに約5万人の入院中の精神疾患患者が1年以上の長期入院に移行している。

平成26年7月にとりまとめられた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」では、精神科医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとし、新たな長期入院患者が生じることを防ぐことが喫緊の課題とされている。しかしながら、現行の精神科退院指導料は、入院期間が1月を超える精神障がい者である患者等に対する指導を評価するものであり、入院早期から退院支援を実施するインセンティブにならず、課題の解消に至っていない。

そこで、一般医療と同様に入院早期より退院困難な課題を抱える患者を抽出し、退院支援を実施することを評価する仕組みへと見直すことが必要である。

＜備考＞

退院支援および地域連携業務に専従する看護職員とは、精神障がい者の看護に従事した3年以上の経験を有し、精神障がい者の退院支援等に係る適切な研修を修了した者であること。

2．　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対して、外来看護による指導等が実施できるように、精神専門療法に関する同一日の算定要件を緩和することが必要である。

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の中央値が3回であることが示されている。また、白石の調査結果に基づき退院後1, 3, 6か月後の推定再入院率を計算したところ、統合失調症では6か月後の再入院率が30%近くまで上昇し、躁うつ病では35%まで上昇していたという結果が得られている。

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が必要である。

＜備考＞

専門的な知識・技術を備えた看護職員は、精神障がい者の看護に従事した3年以上の経験を有し、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。

3．　医療ニーズの高い入院患者の退院と地域療養を支える訪問看護の評価

1）㊙精神科退院後訪問看護指導料の創設

○　医療ニーズが高い状態の入院患者が早期に地域移行し、入院医療から切れ目なく必要な地域医療を提供するために、精神科病院の看護職員が訪問看護ステーション、または他の保険医療機関の看護師等と同行し、精神科訪問看護の技術移転や必要な指導を行った場合に評価する。

＜理由＞

精神科病院における入院長期化を防ぐとともに、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「地域包括ケアシステム」の構築をめざすためには、医療ニーズが高い患者が入院治療から地域医療に切れ目なく移行できるような支援が重要である。そのためには、患者の病状や医療的な課題を熟知した医療機関の看護職員が、訪問看護ステーションとの連携を目的に、退院直後の一定期間に精神科訪問看護に同行して技術移転や指導を行うことが有効である。

また、訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施しているのは58.5%（平成28年度、萱間班）であることから、精神科看護に熟練した看護職員が在宅療養を担う地域の訪問看護ステーションの看護師等と同行訪問し、技術移転や療養上必要な指導を行いながら、精神科訪問看護を拡充することが求められる。

＜備考＞

在宅療養を担う訪問看護ステーションの看護師等に対して、技術移転や療養上必要な指導を行う看護職員は、精神障がい者の看護に従事した3年以上の経験を有し、精神障がい者の地域ケアや精神科訪問看護に係る適切な研修を修了した者であること。

2）㊎精神科訪問看護における同一日の複数回訪問の評価

○　非自発的入院患者の退院直後の地域定着支援および地域生活での危機介入で、同一日に複数回訪問を行った場合は、1日につき訪問した回数を算定すること。また、精神科訪問看護に係る特別訪問看護指示書の交付事由に「退院直後」を追加すること。

＜理由＞

精神障がい者は退院直後に病状不安定になりやすく、病状悪化や受療中断による再入院のリスクが高いことから、一日複数回の服薬指導・管理や不安軽減等の手厚い支援が求められる。また、地域で生活している精神障がい者についても、医療・生活面で危機介入を要する場面があり、同様の支援が求められる。

そこで、精神科病院からの退院直後や危機介入への重点的な支援として、主治医から特別訪問看護指示を受けて、一日複数回の訪問看護を行った場合に評価できることが必要である。

そのために、精神科訪問看護（I 102 精神科訪問看護・指導料および精神科訪問看護基本療養費）における特別訪問看護指示書の交付事由として、「C007 訪問看護指導料」の特別訪問看護指示加算と同様に、「退院直後」を加えていただきたい。

3）㊍I016 精神科重症患者早期集中支援管理料の対象患者の見直し

○　精神科病院からの退院時に、「重度かつ慢性」基準を満たす精神障がい者を対象患者に加えるよう算定要件の見直しを行う。

＜理由＞

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、「重度かつ慢性」基準を満たす症状を有する精神障がい者は、できる限り退院に結びつけていく必要があり、当該基準を満たすことを理由に地域移行に向けた取組の対象から外れることはあってはならないことが示されている。

また、退院後は精神障害の程度にかかわらず自分らしく地域で暮らせるように、地域の精神保健医療福祉体制の機能強化を図るべきであることが示されている。

そこで精神科重症患者早期集中支援管理料の対象患者に、当該基準を満たす精神障がい者を加えて、地域で支える体制を確保することが必要である。

4．　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

㊎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。

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り、今国会でも取り上げられている。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ている背景が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。

5．　精神科入院医療における隔離・拘束を減らす取り組みの評価

㊎行動制限最小化チーム加算の創設

○　医師、看護師、精神保健福祉士等からなる多職種チームによる行動制限最小化に向けた取り組み及び隔離・拘束ガイドラインの整備を評価する。
○　隔離・拘束を要する患者の入院を受け入れる病棟において、夜勤看護職員を増員することを評価する。

＜理由＞

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。また、隔離を受ける患者は1万94人（平成26年、厚労省調査）であり、調査が始まった平成10年以降、初めて1万人を超えたことが、今国会でも取り上げられている。

これまでの診療報酬改定で、医療保護入院等診療料の要件として行動制限最小化委員会が整備され、行動制限の適正化に向けて一定程度の効果は得られたものの、一方で形骸化が懸念されている現状がある。また、看護者数が減少する夜勤帯の対応力の低下が一つの要因となり、隔離が行われる傾向も認められることから、その対応策が喫緊の課題である。

そこで、多職種チームによる行動制限ハイリスク患者の把握と、隔離・身体拘束ガイドラインに基づいた治療計画の作成を行うとともに、夜勤看護者を増員し対応力を強化する必要がある。

〈備考〉

行動制限最小化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であること。

以上