

【重点要望】

- 現在の疾患別リハビリテーションでは、精神科急性期において算定が出来ず、精神療養病棟において施設基準が取得しにくいことから、精神疾患患者への身体面の課題に対するリハビリテーションの提供体制は十分とはいえない。
- 現在当該疾患に対して実施されている精神科作業療法は、精神疾患患者25名を一度に対象とする精神科専門療法での介入であり、身体面へのアプローチを主としていない。

○ 精神科入院患者に対する個別的な身体面への専門的な介入で、社会参加に耐えうる体力の獲得、移動能力の獲得、廃用症候群・拘縮・転倒等の予防が期待できるがその体制が整備されていない

○ 身体合併症を有する精神疾患患者の地域移行に必要な、身体面への専門的な介入を評価する、精神科身体機能強化専門療法（仮称）を新
することを要望する。

精神科身体機能強化専門療法 1	1単位180点（個別）,
精神科身体機能強化専門療法 2	1日につき1人あたり20点（1日に算定する合計点数は1日最大1,000点までとする）（集団）

対象疾患名:精神病床に入院中の患者のうち、身体的なリハビリテーションの必要性を医師から判断された者。身体的診断名は不要とする。
(要件)

1. 精神科身体機能強化専門療養は、精神疾患を有する者の地域移行に向けた身体機能の回復を目的として行うものであり、研修を受けた医師の指導監督のもと、研修を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が算定できるものとする。
2. 精神科身体機能強化専門療養 1 は、連続または合算して20分1単位の個別の介入とし、患者1人につき1日3単位に限り算定できるものとする。
3. 精神科身体機能強化専門療養 2 は、患者1人当たり1日につき30分以上を標準とする。さらに、当該療養を算定する1人の理学療法士の取り扱い患者数は、25名を1単位として、1日2単位50人以内を標準とする。
4. 精神科身体機能強化専門療養 1 および 2 は併算定可能とし、病棟内または精神科作業療法室での実施を可能とする。
5. 同一患者に対する疾患別リハビリテーション料との同時算定は不可とする。その他の療養（精神科作業療法等）は同時算定可能とする。

回答者：精神科病院入院基本料を算定している全国の精神科病院 316施設

項目	割合
精神疾患を有する患者を受け入れられる地域への受け皿が整備されていない	80.7%
家族の理解が得られない	56.6%
精神症状が強く、入院への対応が必要	54.4%
患者本人の理解が得られない	53.5%
早期からの適切な身体機能へのアプローチがなされていない	43.0%
入院中の海外居住者や拘滞の予防がチームで徹底できていない	39.6%
入院中の転倒・転落事故の予防がチームで徹底できていない	24.7%
早期からの適切な精神症状へのアプローチがなされていない	18.4%
その他	7.9%

図2

精神科入院患者に対する身体面へのリハビリテーションは、その多くがサービスであったり、精神科作業療法の中で実施されている。また身体面へのリハビリテーションを適切に対応できる人材が不足している。

身体面へのリハビリテーションを実施した場合の
判定方法について
(回答者：精神科病院に在籍する作業療法士347名)
※回答は各施設1名

- 作業療法士がサービスで実施
- 作業療法士と理学療法士・言語聴覚士がサービスで実施
- 精神科作業療法の中で実施
- 疾患別リハビリテーションとして算定

判定結果

判定結果	精神科単科 (n=260)	他科併設 (n=87)
適切に対応できる	49.2%	36.8%
サービスで実施	6.9%	12.6%
作業療法の中で実施	45.8%	32.2%
疾患別リハビリテーションとして算定	7.7%	33.3%

身体面へのリハビリテーションを実施する上での課題
(複数回答)
(対象：精神科を含む病院436施設)

課題

課題	割合
身体面へのリハビリに適切に対応できる人材がいない	66.8%
場所・設備が足りない	50.9%
職歴を上げられるが経理	49.1%
コストが掛かる	44.7%
やり方がわからない	25.8%
必要性がない	0.5%
その他	9.7%

図3

統合失調症患者に対する転倒予防において、環境整備・服薬調整等に加えて、運動療法を実施することが効果的である。

転倒予防に向けた運動療法実施前後の転倒率の比較

＊転倒率＝転倒件数/転倒日数×1000日

転倒率	運動療法 参加組(n=47)	運動療法 不参加組(n=66)
介入前半年間	2.7	0.3
介入後半年後	1.4	1.9

P<0.05

介入前半年間

介入後半年後

運動療法参加組と不参加組の基本情報

	運動療法 参加組	運動療法 不参加組	有意差
対象者数	47名(男性34名, 女性13名)	66名(男性37名, 女性29名)	0.95
年齢(歳)	60.5(±11.2)	68.2(±10.0)	0.04
BMI (kg/m ²)	22.3(±3.9)	21.6(±3.8)	0.6
中重度認知症 (%)	6.4(1/15)	6.1(4/65)	0.9
難聴割合 (%)	10.6(4/38)	3 (2/64)	0.2
評価割合 (%)	6.4 (3/47)	0 (0/66)	0.5

運動療法について

ストレッチ、筋力強化訓練、バランス練習を含めた複合的な集団環境を院内内で実施。練習に転倒しているため歩行が不安定な対象者には個別に運動療法を実施。

環境整備や服薬調整等に対する転倒予防対策は、別表を参照。

参照：船山亨,精神科臨床における転倒予防対策に関する研究—統合失調症患者を中心に—

1

DOI: 10.1002/for

現 状

- 精神科病床の入院患者は、薬剤使用や長期入院に伴い身体活動量が低下し、約4人に1人が転倒・転落や廃用症候群の予防に対する専門的な対応を必要としている。
- 令和2年度診療報酬改定において精神療養病棟入棟患者に対する身体合併症治療が推進された。精神療養病棟に入棟する高齢患者や身体合併症を有する患者は、摂食嚥下機能障害を呈している者も多い。
- うつ病や統合失調症などの精神疾患を有する患者に理学療法士が介入することで精神症状の改善も見られるが、診療報酬上の評価はされていない。

課 題

- 令和2年度の診療報酬改定で、精神療養病棟での疾患別リハビリテーション料が算定可能になった。しかし、医師要件に加え、施設基準を満たす面積を確保するのが難しいなどの現場の声もあり、リハビリテーション提供体制促進の課題となっている。
- 統合失調症患者に対する転倒予防において、環境整備・服薬調整等に加えて、個別および集団の運動療法を実施することが効果的と報告されているが（図）、現状において運動療法の実施状況は十分とは言えない。
- 令和2年度診療報酬改定において、精神療養病棟入棟患者に対して、疾患別リハビリテーション料の算定が認められたものの、摂食機能療法の算定は認められていない。また、令和6年度診療報酬改定においてリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取り組みが推進されたが、精神科においてもBMIや呼吸機能、嚥下機能の低下は誤嚥性肺炎のリスク要因とされており、精神科療養病棟でも一体的な取り組みができるようにすることが課題である。
- 生産年齢人口が減少する中、うつ病については、疾病別の退職者に占める割合が高いことなど、社会的な課題となっている。

要 望

- 精神療養病棟でのリハビリテーションを推進する観点から、経過措置を設けたうえで施設基準における面積要件を緩和すること。
- 精神科病床においては、集団で運動療法を実施することが有効な場合もあることから、集団療法を再び設ける（平成14年度参考：1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定）。
- 精神療養病棟に入棟する高齢患者や身体合併症を有する患者に対して、摂食機能療法の算定を可能とすること。
- 外来通院中の医学的管理が必要なうつ病患者に対し、医師の指示の下に理学療法士が運動指導等を行った場合の評価をすること。

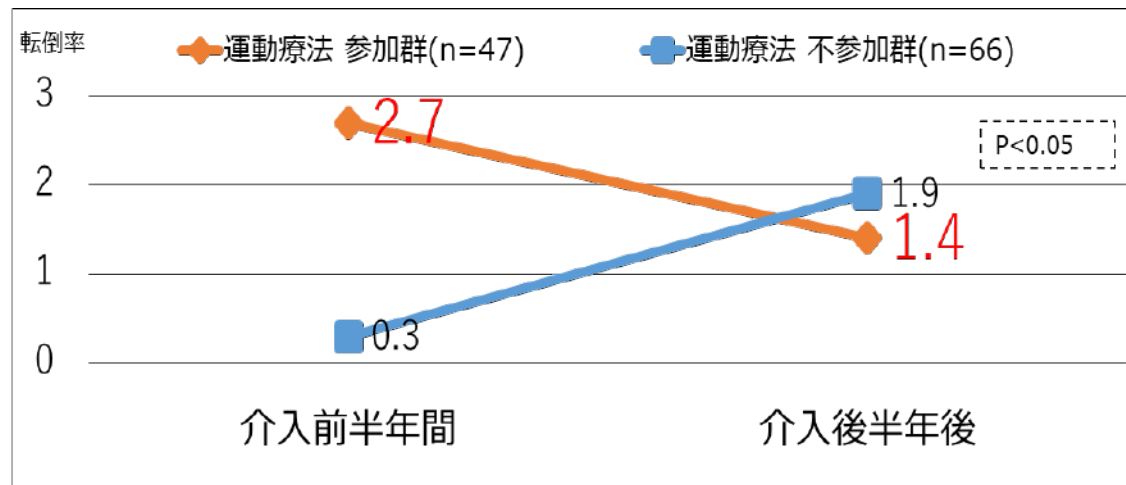
精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進および 摂食嚥下障害への対応の充実ならびに外来うつ患者への対応 (参考資料：精神科病床における集団での運動療法の提供)

【運動療法について】

- ストレッチ、筋力強化練習、バランス練習を含めた**複合的な集団体操**を病棟内で実施。
- 頻回に転倒しているまたは歩行が不安定な対象者には個別で運動療法を実施。
- 環境整備や服薬調整等に対する転倒予防対策は、両群で実施。

	運動療法 実施群	運動療法 非実施群	有意差
対象者数	47名(男性26名、女性21名)	66名(男性37名、女性29名)	n.s
年齢(歳)	60.5±11.0	61.0±10.0	n.s
B M I (Kg/m ²)	22.3±3.9	21.6±3.8	n.s
中枢疾患系疾患(%)	6.4(3名)	6.1(4名)	n.s
循環器疾患(%)	10.6(5名)	3(2名)	n.s
呼吸器疾患(%)	6.4(3名)	0(0名)	n.s

図：転倒予防に向けた集団・個別の運動療法実施前後の転倒率の比較
* 転倒率=転倒件数/観測日数×1000日



精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進および 摂食嚥下障害への対応の充実ならびに外来うつ患者への対応 (参考資料：精神療養病棟における摂食嚥下障害への対応の充実)

精神病棟長期入院患者の身体合併症とリハビリテーションについて

- 精神病棟を有する医療機関への調査の結果、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟に1年以上継続して入院している患者（平均年齢63.5歳）の身体合併症は、心疾患、呼吸器系疾患、水中毒、重篤な内分泌・代謝性疾患、急性腹症が多かった。
- 精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果によると、一部の患者については脳血管疾患等を合併し、その中にはリハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

1年以上長期入院患者の 身体合併症の状況



精神病棟に入院する患者の状態についての 調査結果

- 精神病棟に入院する患者の状態についての調査の結果、精神病棟において以下の合併症を有する患者が認められた。

パーキンソン関連疾患	19.0%
脳血管疾患	6.0%
（うち 後遺症あり）	（3.7%）
骨折	4.6%
廃用症候群	3.8%

- これらの患者には、リハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

※出典：H26年度厚生労働省 障害者総合福祉推進事業
「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」

55

※2005年4月から2015年3月までの10年間に精神科病院に入院していた患者のうち、肺炎発症を認めた延べ148例
そのうち、65歳以上の割合は75%（111/148例）、
誤嚥性肺炎の症例は28%（41/148例）

(例)

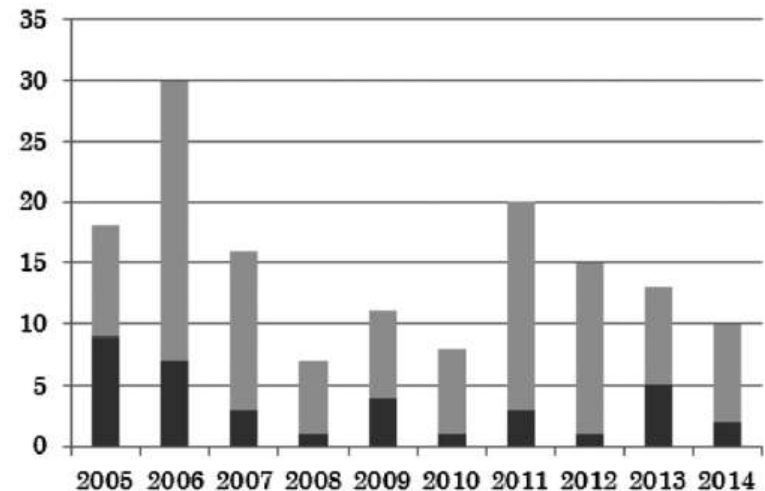


図3 全肺炎と発症者の延べ総数と高齢者（65歳以上）の内訳（n=148）
■65歳以上 ■64歳以下

引用：中央社会保険医療協議会総会（第434回）資料

引用：大藪琢也 他. 老年歯学. 2017; 第32巻 第3号

精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進および 摂食嚥下障害への対応の充実ならびに外来うつ患者への対応 (参考資料：精神療養病棟における摂食嚥下障害への対応の充実)

※2018年7月から2018年12月までに精神科病院に入院していた患者のうち、病棟内食堂で食事摂取可能な100名の患者に対して誤嚥性肺炎リスク評価を行った。

低リスク群の割合は76名、中等度リスク群は24名

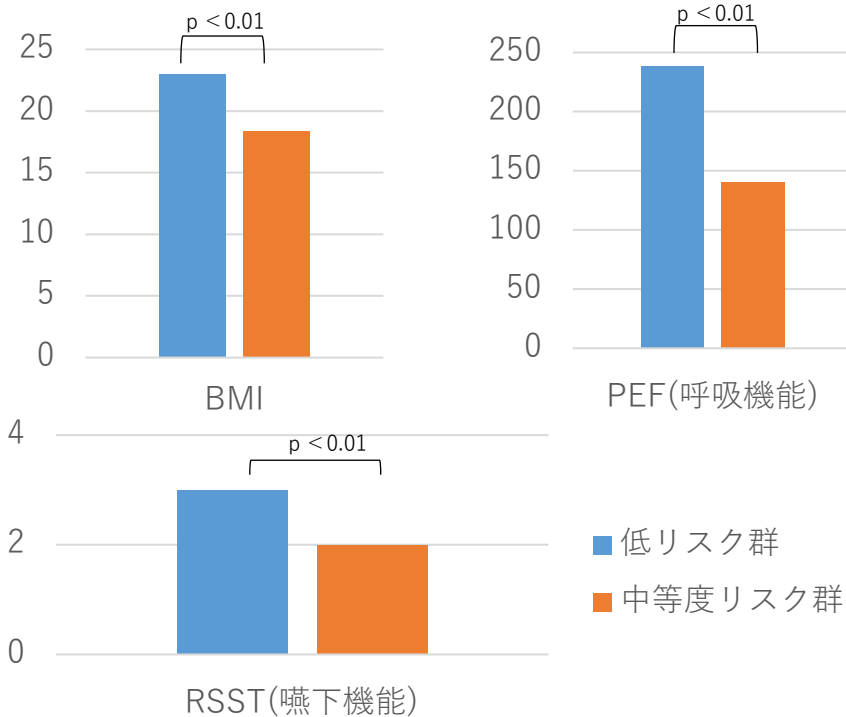


表4 二項ロジスティック回帰分析

B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比 (OR)	オッズ比の95%信頼区間	
						上限	下限
BMI	-.288	.097	8.819	1	.003**	.750	.620 .907
PEF	-.017	.006	9.301	1	.002**	.983	.972 .994
RSST	-.732	.226	10.485	1	.001**	.481	.309 .749

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$.

従属変数：誤嚥性肺炎リスク評価で中等度リスク群であることを1、低リスク群であることを0とした。
独立変数：年齢、BMI、GNRI、PEF、RSST、Aib、Ht、Hbより変数選択法で上記3因子が抽出された。

出典：清野ら、A精神科病院の病棟内食堂で食事摂取可能な入院患者における誤嚥性肺炎リスクの影響要因と予防に向けた支援（2021）

2015年1月から2018年11月までに医療介護関連肺炎（NHCAP）を発症した精神科病棟入院患者84名の転帰を調査した。

死亡群は31名、生存群は50名であった。

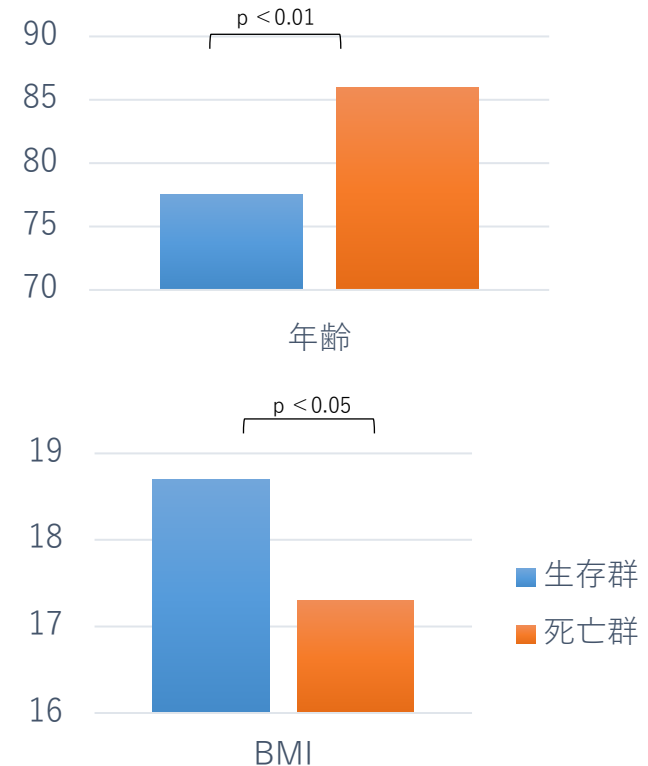


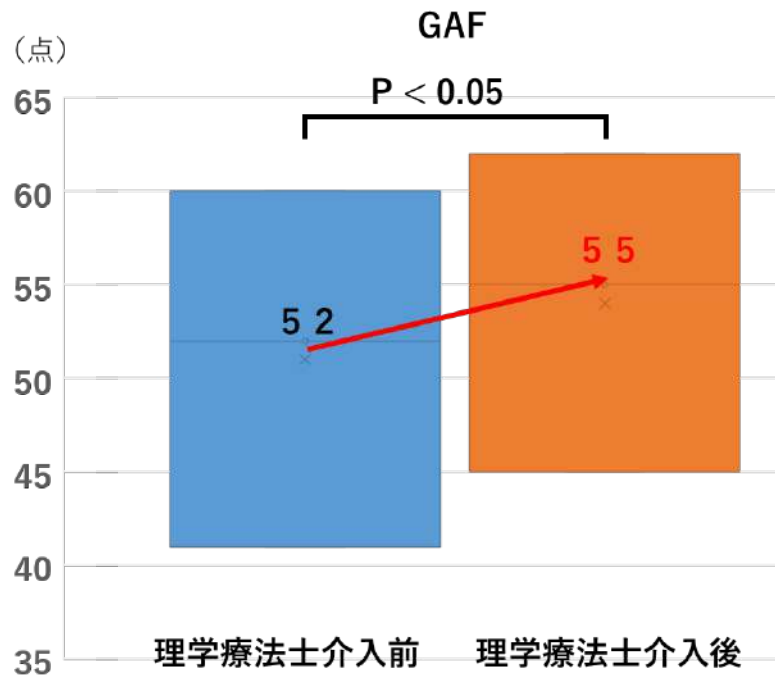
表5 Cox 比例ハザード分析

関連因子	ハザード比	95% 信頼区間		p 値
		下限	上限	
年齢	1.08	1.03	1.13	<0.01**
BMI	0.89	0.79	0.10	0.04*

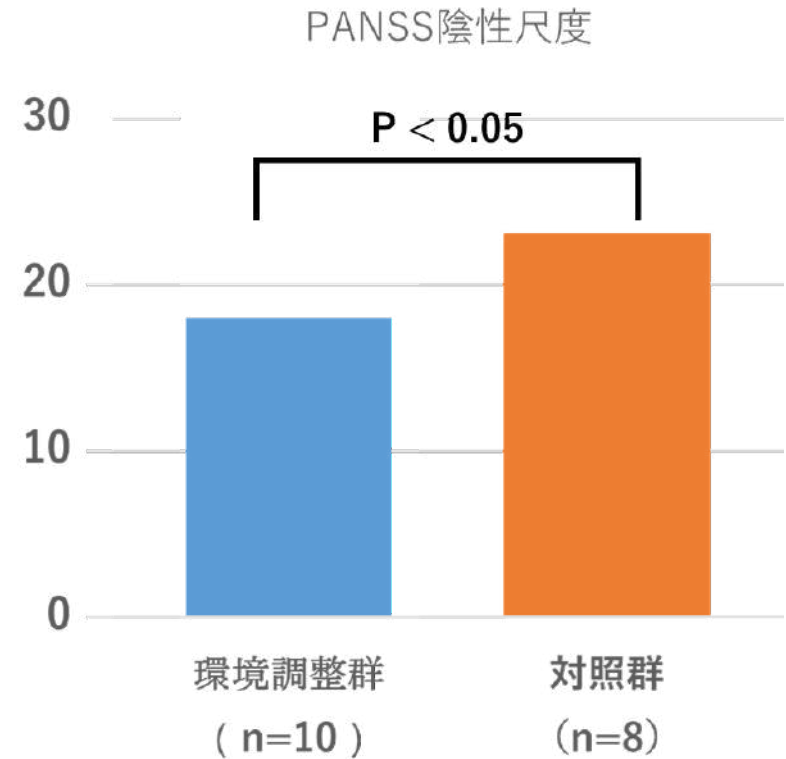
*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, BMI: Body Mass Index

出典：神田ら、肺炎を罹患した当院精神科病棟入院患者の死亡転帰に関連する因子の検討（2020）

精神療養病棟におけるリハビリテーションの推進および
 摂食嚥下障害への対応の充実ならびに外来うつ患者への対応
 (参考資料：精神疾患患者に対する精神症状への運動療法の提供)



石橋ら：精神科病棟入院患者に対する理学療法が生活機能・精神機能に及ぼす影響に関する実態調査 (2015)



出典：四方ら、環境調整を併用した運動療法が薬原性錐体外路症状を伴う慢性統合失調症者の歩行機能に及ぼす影響について-ランダム化クロスオーバー比較試験-。(2014)

参考資料：精神科病院における疾患別リハビリテーション料取得状況推移

- 精神科病院における疾患別リハビリテーション料の算定回数は緩やかに増加傾向であるが、令和2年度報酬改定（精神科療養病棟での疾患別リハ料の算定が可能となった）後の明らかな増加は認めなかった。
- 実施件数は年間約7,000件であり、精神科病院数（1,056施設）より換算すると、1施設あたりの年間平均実施件数は7.4件と著しく低い。

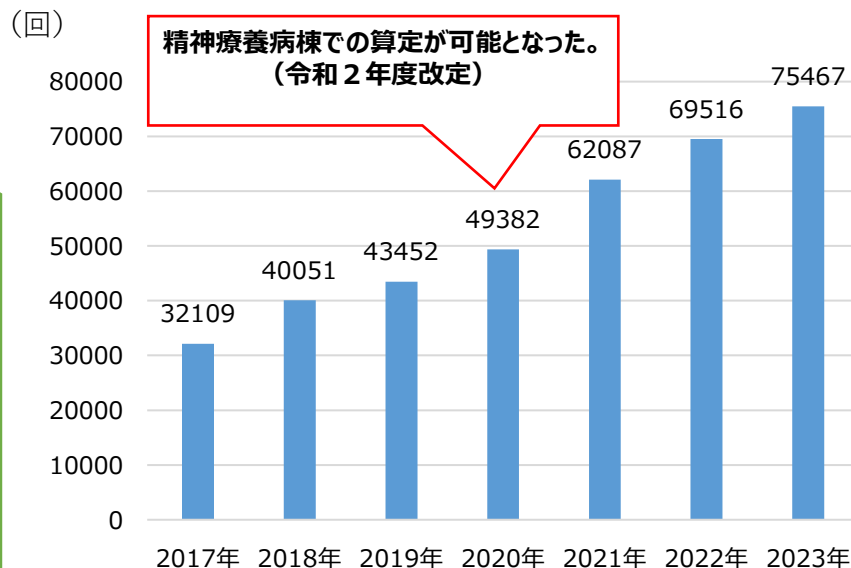
精神科病院における疾患別リハビリテーション料の実施件数および回数

調査年度	実施件数※1 (件)	回数※1 (回)	対前年度 増減率※2 (%)	改定前後の 平均対前年 度増減率 (%)
2017年度	(集計なし)	32,109	—	
2018年度	(集計なし)	40,051	24.7	16.6
2019年度	(集計なし)	43,452	8.5	
2020年度	(集計なし)	49,382	13.6	
2021年度	7,028	62,087	25.7	15.0
2022年度	7,682	69,516	12.0	
2023年度	7,861	75,467	8.6	

※1 社会医療診療行為別統計より集計

※2 対前年度増減率 = (現在の値 - 前の値) / 前の値 × 100

精神科病院における疾患別リハビリテーション料の算定回数



精神科病院数：1,056施設（令和5年4月時点 医療施設動態調査より）

⇒ 1施設あたりの年間平均実施件数：7.4件

参考；医療施設動態調査

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m23/is2304.html>

参考資料：精神科関連入院料における疾患別リハビリテーション料の算定可否

□ 精神科関連の特定入院基本料において、「A311-2 精神科急性期治療病棟入院料」では精神科作業療法の算定が可能である一方で、疾患別リハビリテーションの算定はできず、**精神科急性期病棟の入院患者における身体的課題に対するリハビリテーションの提供が困難な報酬体系となっている。**

報酬名		理学療法士が算定可能		作業療法士のみ算定可能
		疾患別リハビリテーション料	認知症患者リハビリテーション料	精神科作業療法 (参照：診療点数早見表2024年度版 P668)
特定入院基本料	A311 精神科救急急性期医療入院料	×	×	×
	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	×	×	○
	A311-3 精神科救急・合併症入院料	○	×	×
	A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	×	×	×
	A312 精神療養病棟入院料	○	×	○
	A314 認知症治療病棟入院料	×	○	×
	A315 精神科地域包括ケア病棟入院料	○	×	○