

厚生労働省 保険局
医療課長 井内 努 様

公益社団法人日本精神保健福祉士協会
会長 田村 綾子

2022（令和4）年度診療報酬改定に関する要望について

平素より本協会事業に格別のご理解、ご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、精神保健医療福祉における新たな政策理念として検討されてきた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について、今般報告書が纏められたところです。本協会としましては、従来の「入院中心医療から地域生活支援へ」の政策方針の下で推進されてきた精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の定着のさらなる強化促進に加えて、今般の報告書にも明記された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素における人材として、圏域内における精神科医療機関内外に渡るネットワーク構築に精神保健福祉士が果たすべき役割があると強く認識しているところです。

さらには、当該ネットワークが、いわゆる「7040」「8050」問題やヤングケアラー、新興感染症等の感染など現代社会に生じている課題から発生するメンタルヘルス及び生活課題を抱える人々の発見や対応にもつながることから、果たすべき役割を認識しております。

つきましては、2022年度の診療報酬改定に向けて以下のとおり要望いたしますので、ご高配のほど何卒よろしくお願いいたします。

記

1. 通院・在宅精神療法（I002）において、精神科を標榜する保健医療機関の外来診療部門に精神保健福祉士を1名以上配置した場合の体制に係る加算を新設してください。

(10点)

<具体的要望内容>

精神科を標榜する保健医療機関の外来診療部門に精神保健福祉士を1名以上配置し、入院中の患者以外の患者及びその家族に対して、必要に応じて保健所、市町村、障害福祉サービス事業所、介護保険事業所等と連携し、療養生活環境を整備するための支援体制がとられている場合において、通院・在宅精神療法の所定点数に加算できるようにしてください。

<理由>

通院・在宅精神療法は、精神疾患を有する患者に対して、精神科を担当する医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法とされています。そうした治療と併行して、精神保健福祉士が患者の抱える生活課題等に関する相談に応じ、必要な制度や資源に関する情報提供及び利活用支援、関係機関との連絡調整といった生活環境の調整を行うことで、より通院・在宅精神療法の効果も発揮され则认为ます。外来診療部門に精神保健福祉士を配置することで、患者や家族が必要時に適宜生活課題等の専門的相談支援を受けられる体制を取ることは、社会的に孤立している精神疾患患者及び家族に社会参加や交流の機会を提供することにもつながると考えます。

また、精神障害者の職場定着や就労支援の強化に向けて実施されている「精神科医療機関とハローワークの連携モデル事業」においても外来診療部門の精神保健福祉士がその役割を担うことが可能となることで、一層の強化が見込めます。

< 有効性 >

患者の支援ニーズを的確に把握し医療機関と関係機関との連携を強化していくことで、患者を中心とした支援ネットワークを形成することが可能となります。また、患者の生活上の課題等が病状に大きく影響することから、例えば年金等の申請及び手帳の取得援助、地域社会資源の情報提供や見学、体験支援など、精神保健福祉士がその解決を支援することにより、患者の安定した地域生活の維持・継続に資することとなります。これらの取組みにより、診療を担当する医師の負担軽減、新規入院の予防及び退院後1年未満再入院率の低減による入院医療費抑制への効果が期待できます。

- 参考資料 ① 精神保健福祉士の外来診療部門への配置に係る参考資料
② 外来部門に配置される精神保健福祉士の有効性に関する事例
③ 【結果概要】外来患者等に対する精神保健福祉士の相談援助業務等に係るアンケート調査

2. 通院・在宅精神療法（1002）のうち、通院精神療法の療養生活環境整備指導加算の算定対象を「『B015』精神科退院時共同指導料の『1』精神科退院時共同指導料1を算定した患者」に限定せず、「療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者」としてください。

< 具体的要望内容 >

算定対象を「平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たした療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者」としてください。

< 理由 >

2020年度改定において新設された療養生活環境整備指導加算は、精神科外来における多職種による相談指導（包括的支援マネジメント）を評価するもので画期的な改定内容

でした。しかしながら、中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会において実施された「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の結果によると、療養生活環境整備指導加算の「届出している」が8.3%と低位にとどまっており、同加算の届出をしていない理由として、満たすことが難しい要件として最も多かったものは「精神科退院時共同指導料1を算定した患者であること」(54.3%)でした。

「包括的支援マネジメント導入基準」には「6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある」「自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）」といった項目も含まれており、これらに該当する患者に対して、多職種・多機関による定期的なカンファレンスの開催と支援計画に基づいた療養生活環境の整備のための指導を行うことで、特に他者との交流に乏しく社会的に孤立している精神疾患患者に社会参加の機会を提供することにもつながると考えます。

< 有効性 >

患者の支援ニーズを的確に把握し医療機関と関係機関との連携を強化していくことで、患者を中心とした支援ネットワークを形成することが可能となります。また、患者の生活上の課題等が病状に大きく影響することから、精神保健福祉士等がその解決を支援することにより、患者の安定した地域生活の維持・継続に資することとなります。これらの取組みにより、診療を担当する医師の負担軽減、新規入院の予防及び退院後1年未満再入院率の低減による入院医療費抑制への効果が期待できます。

3. 「精神科訪問療養生活環境整備支援料」（仮称）を新設してください。

(550点／1回)

< 具体的要望内容 >

精神保健福祉士等が患家等に訪問し患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合の「精神科訪問療養生活環境整備支援料」（仮称）を新設してください。算定可能機関は、精神科を標榜する医療機関及び精神科訪問看護療養費の基準を満たす訪問看護ステーションとし、週3回を限度に算定可能とします。

対象は、入退院を頻回に繰り返す、家族によるサポートが難しい、障害福祉サービス等の社会サービスにつなげていない等、治療中断となるハイリスク患者に限定することが適当と考えます。また、療養生活環境の整備を目的とするため、患家への訪問に限らず、就労支援事業所等の日中活動の場への同行、他科を含む医療機関への連携目的による受診同行等を行った場合も算定することが可能とする必要があります。

< 理由 >

精神科の通院・在宅等患者は、安定した地域生活を維持するために、生活上の課題等が病状に大きく影響することを防ぐ必要性が高い者が多く存在します。そのための相談及び制度活用、日中活動の場の確保や利用及び利用機関等と医療機関との連携など、生活課題と医療的ケアの関連についてのニーズを生活の場において把握し支援に結び付けるといった療養生活環境整備は、精神保健福祉士の専門性を生かした訪問支援が有効と考えます。

さらに、「ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム」のとりまとめ報告（2021年5月17日）によれば、厚生労働省・文部科学省として今後取り組むべき施策について「ヤングケアラーは、家庭内のデリケートな問題であること、本人や家族に自覚がないといった理由から、支援が必要であっても表面化しにくい構造となっている。支援を行うにあたっては、まずは、福祉、介護、医療、教育等といった様々な分野が連携し、アウトリーチにより、潜在化しがちなヤングケアラーを早期に発見することが重要である。」とされています。精神保健福祉士等が患家等に訪問することで、ヤングケアラーはじめ、あらゆるケアラーの存在やニーズを顕在化させ、専門的援助や必要な社会資源につなぐことが可能になります。

< 有効性 >

これらの取組みにより、家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあるような状況、家族が接し方に悩んで困難を抱えている状況、生活困窮状況、経済活動に困難を抱えている状況、頻回な入退院及び通院中断のリスク、福祉・介護サービスへのアクセス困難又は利用中断、近隣との交流課題など、さまざまな生活困難課題と病状への影響などに対して、患者及び家族、関係機関支援者への適切な支援を提供可能となります。

結果として、多様な困難状況による生活破綻と派生する社会的費用支出の抑制、病状悪化及び再入院防止に資すると考えます。

4. 精神科退院後生活環境調整会議実施加算 I（仮称）を新設してください。

（300点／1回）

< 具体的要望内容 >

精神病棟に入院中の患者のうち、入院後7日以内の退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施により、医療的ケアの必要性とは別に退院困難な要因を有する患者を対象として、関係機関も含めた多職種による「精神科退院後生活環境調整会議」を実施し、入院日から起算して1年以内に退院した場合に、入院中2回に限り「精神科退院後生活環境調整会議実施加算 I」（仮称）を算定できるようにしてください。

この場合において、「精神科退院後生活環境調整会議」には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則に定める医療保護入院者退院支援委員会及び「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」（平成30年3月27日、障発0327第16号）に基づく退院後支援計画作成のための会議を含めることとしてください。

< 理由 >

医療的ケアの必要性とは別に退院困難な要因を有する患者の退院及び地域移行支援においては、福祉サービスの利用や居住資源確保、家族関係調整など、関係機関を含めた多職種による退院後生活環境調整が欠かせません。現状において、そのような会議等の開催実施の必要性は高く、実際に実施されているものの、医療機関に対する評価がないことから、会議が有効に活用されないことが懸念されます。

< 有効性 >

精神科退院後生活環境調整会議の実施が促進されることにより、地域定着における定着阻害要因が減少し、さまざまなリスク回避が可能となると考えられます。病状悪化や再入院防止につながることで医療費抑制にも資すると考えます。

< 参 考 >

本協会が実施した精神保健福祉士の業務実態等に関する調査（調査日 2017 年 12 月 6 日 8:00～12 月 7 日 7:59）の集計結果によると、主な勤務先が医療機関である精神保健福祉士（n = 1,804 名）の業務ごとの実施者割合のうち、「会議」の実施者割合は 87.5%と高く、平均実施時間は 73.4 分であり、そのうち 1 時間以上の時間を費やしている割合は 42.6%であった。「会議」の内訳では、ケア会議（退院支援委員会や所属機関の内外を問わず、当事者や家族の支援の方向性等に関する会議を含む）の平均実施時間は 16.2 分であった。

5. 精神科退院後生活環境調整会議実施加算Ⅱ（仮称）を新設してください。

(300 点 / 1 回)

< 具体的要望内容 >

任意入院の患者に対し、入院後 1 年経過時及び以後 2 年ごとに入院（継続）の意思確認をする際に、精神保健福祉士が行政を含む関係機関と精神科退院後生活環境調整会議を実施し、実施後 1 年以内に退院した際に加算できるようにしてください。

< 理 由 >

1 年以上長期在院患者のうち 4 割は IADL 支援及び居住資源や家族関係調整等の困難の解消ができれば退院可能とされています。また任意入院の形態であっても漫然とした入院継続の防止と退院への意欲喚起の観点から、入院後 1 年経過時及び以後 2 年ごとに入院（継続）同意を書面で確認する仕組み*が設けられていますが、形式的な運用となっている可能性が高いと認識しています。本手続きを形式的な運用に留めず、機会を生かし、患者本人及び支援者がともに、入院長期化の意識と退院意欲の喚起や醸成につながるよう、本取組を精神保健福祉士が行うことが有効と考えます。特に対象患者は、施設基準に精神保健福祉士の配置が設けられてない精神病棟入院基本料病棟に入院していることも多く、ソーシャルワークを担う者と出会えていないことが想定されます。既にある仕組みを有効活用できるようにすることが肝要と考えます。

< 有効性 >

長期入院患者の多くが精神保健福祉手帳を持たない、地域の支援者の存在を知らないなど、権利遂行や情報アクセスができていない状況が改善されることで、当該患者の退院意欲の喚起につながることや、満足度が向上すると考えられます。

6. 精神科救急入院料（A311）及び精神科急性期治療病棟入院料（A311-2）の精神保健

* 「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（平成 12 年 3 月 30 日、障精第 22 号）

福祉士の配置基準を見直してください。

<具体的要望内容>

以下のように施設基準等の見直しを行ってください。精神科救急入院料施設基準における精神保健福祉士の配置を患者 20 名に対し1名とすること、及び精神科急性期治療病棟入院料施設基準における精神保健福祉士の配置を患者 30 名に1名としてください。

< 理 由 >

両病棟への入院患者の多くは、急性期症状の一定回復後に、退院及び地域生活定着に必要となる多様な生活困難課題の調整を行う期間が必要となります。入院前における地域生活や関係機関の状況の把握、家族関係調整や必要な制度活用や福祉サービス導入、居住資源調整など、時間と労力が欠かせません。適切な支援を行わないまま退院を迎えると、地域定着におけるハイリスクとなります。

既に多くの精神科救急入院料病棟では基準以上の加配を行っている現状があり、要望するケースロードの妥当性を示す証左と考えます。

< 有 効 性 >

現行評価を変えるものではありません。

参考資料 ④精神科救急病棟に勤務する精神保健福祉士と医療機関に勤務する精神保健福祉士全体との業務比較

7. 入院集団精神療法（I 005）及び通院集団精神療法（I 006）の算定要件を見直してください。

<具体的要望内容>

入院集団精神療法及び通院集団精神療法の算定要件のうち、「精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。」を「精神科医又は精神科医の指示を受けた精神保健福祉士若しくは公認心理師等で構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。」に変更してください。

< 理 由 >4,059 2,244

令和2年社会医療診療行為別統計によると2020年6月審査分の入院集団精神療法は2,728件と前年同月比で約3割減、通院集団精神療法は666件と前年同月比で約7割減と新型コロナウイルス感染症対策の影響が推測されますが、いずれにしても低調に推移しています。その要因の一つには、実施職種として1人以上の精神科医が必須となっていることが考えられます。精神科医については近年の精神障害者数の増加傾向に鑑みて、通常の個別診療とは別に集団精神療法を実施する時間を確保することは極めて困難な状況にあります。このため、依存症集団療法に関する算定要件に準じて、精神科医以外の職種による実施を可能とすることが適当です。

< 有 効 性 >

入院集団精神療法及び通院集団精神療法に取り組む医療機関が増えることによって、入院の長期化抑止や地域生活の安定的な継続に寄与することが期待できます。また、医師の働き方改革の取組みに照らして、精神科医の負担軽減にもつながります。

9. 精神保健福祉士情報提供料（仮称）を新設してください

<具体的要望内容>

医師からの診療情報とは別に、介護保険サービス、障害福祉サービス、行政、学校等関係機関との連携を図るために、医療機関や訪問看護ステーションに所属する精神保健福祉士が、当該患者の居住地を管轄する市町村または指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定することができるようにしてください。

<理由>

今般、実態調査結果も公表され、対策の検討や各地で相談窓口が設置されるなど大きな話題となっているヤングケアラーについては、精神疾患を抱えている方がケアの対象となっている場合があります。また「7040・8050」問題においても長くひきこもりや社会的活動から遠ざかっている理由に精神疾患が潜在化していたり、高齢の親が精神疾患を罹患していたりする場合があります。このように疾病より生活上の課題が前面に現れている場合に、精神保健福祉士による情報提供が課題のアセスメントや支援の連携及び協働の開始に有効であると考えます。

<有効性>

保険医療機関の精神保健福祉士がすでに把握している家族状況、経済状況、教育や就労状況、生活状況等を市町村や介護・福祉事業所は求めています。精神保健福祉士がそれらの情報を書面で提供することが連携に有効に機能します。また「ヤングケアラーがケアをする家族に対しては、すでに医療、介護、福祉等の機関における医療ソーシャルワーカー等や介護支援専門員、相談支援専門員等の専門職の関わりがある場合も一定数あると考えられる。」（5月17日付報告）とされており、医療機関がヤングケアラーを発見した場合、適切な支援につなぐために有効と考えます。

以上

【問い合わせ】

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 事務局（木太）

〒160-0015 東京都新宿区大京町2-3-3

四谷オーキッドビル7F

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

E-mail: n-kita@jamhsw.or.jp