

2022年4月24日

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

2022年度支部長・事務局長会議

2022年度診療報酬改定について

～精神保健福祉士の評価を中心に～

精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価

- ▶ 精神疾患患者の地域定着を推進する観点から、精神科外来への通院及び重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 療養生活継続支援加算 350点 (月1回) ※ 1年を限度

[算定要件]

- (1) 通院・在宅精神療法の1を算定する患者で、重点的な支援を要する患者について、精神科を担当する医師の指示の下、**専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士**が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による**20分以上の面接を含む支援**を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、**1年を限度**として、**月1回**に限り算定できる。
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - ア 対象となる「**重点的な支援を要する患者**」は、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つ以上満たす者**であること。
 - イ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から2週間以内に、**多職種と共同して「療養生活環境の整備に関する支援計画書」(支援計画書)を作成**する。支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政調査推進調査事業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**」を参考にすること。
 - ウ 当該患者を担当する専門の研修を受けた看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に**専任の精神保健福祉士が1名以上勤務**していること。
- (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は**1人につき80人以下**であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。
- (3) (略)

通院精神療法 療養生活継続支援加算の新設

【点数表】

I002 通院・在宅精神療法（1回につき）

Ⅰ 通院精神療法

イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合 660点

(中略)

注7 Ⅰのイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。

注8 Ⅰを算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料Ⅰを算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、Ⅰを算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

2018年度
新設

2020年度
新設

2022年度
新設

通院精神療法 療養生活継続支援加算 算定要件

- (22) 「注9」に規定する療養生活継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師（適切な研修を受けた者に限る。以下この区分において同じ。）又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による20分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
- ア 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、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、別紙様式51に掲げる「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つ以上満たす者であること。
- イ 当該患者を担当する看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から2週間以内に、多職種と共同して支援計画書を作成し、その写しを診療録等に添付すること。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」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」を参考にすること。
- ウ 当該患者を担当する看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族等の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。
- エ 担当する患者ごとに療養生活継続支援記録を作成し、当該指導記録に支援の要点、面接実施時間を明記すること。

通院精神療法 療養生活継続支援加算 算定要件

- (23) 「注9」に規定する療養生活継続支援加算は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。また、新たに重点的な支援を行うこととなった日を記載した支援計画書を、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

通院精神療法 療養生活継続支援加算 施設基準

【施設基準】

一の一の五 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準

療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

【施設基準等通知】

第47の7 通院・在宅精神療法

3 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。
- (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。
 - イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
 - (ロ) 精神症状の病因・病態、治療
 - (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
 - (ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

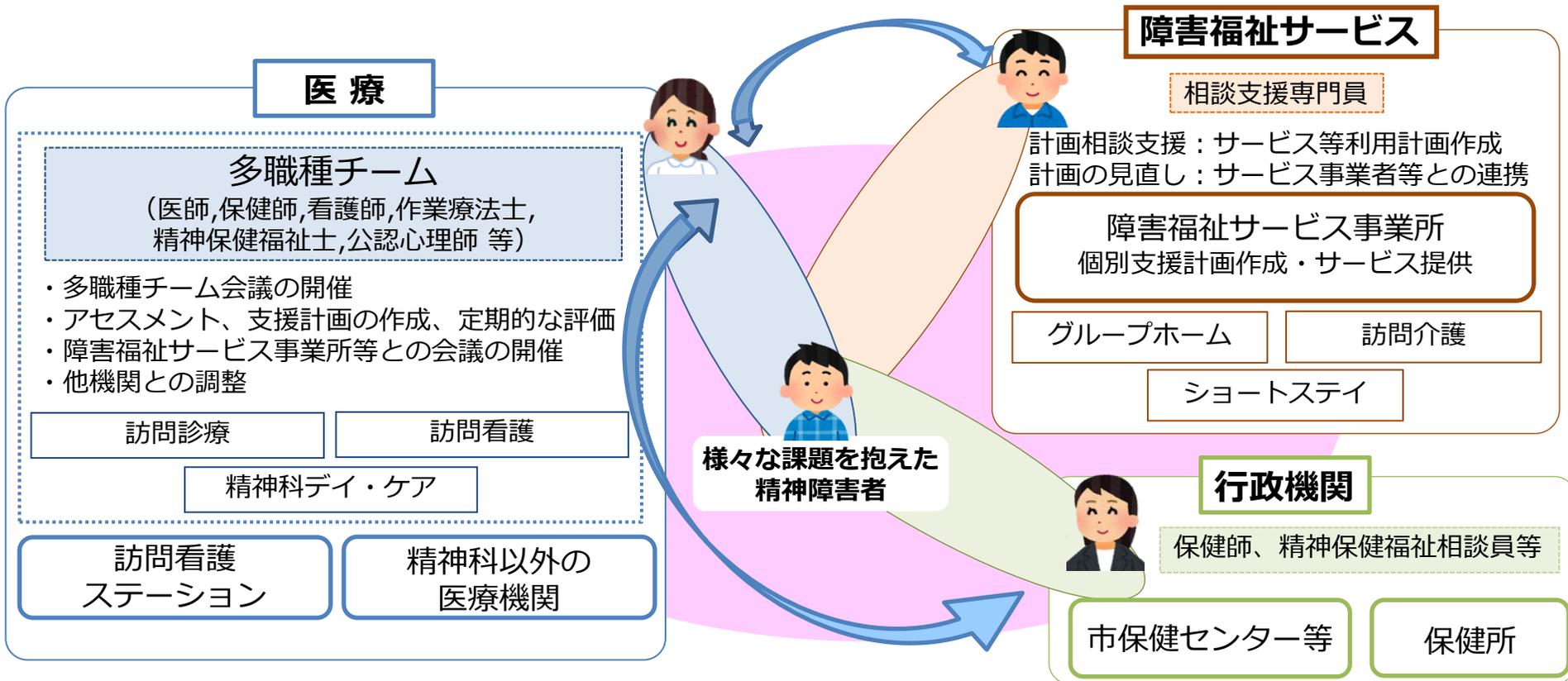
包括的支援マネジメント導入基準

1	6ヶ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。	<input type="checkbox"/>
2	自分1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）。	<input type="checkbox"/>
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。	<input type="checkbox"/>
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。	<input type="checkbox"/>
5	自傷や自殺を企てたことがある。	<input type="checkbox"/>
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	<input type="checkbox"/>
7	警察・保健所介入歴がある。	<input type="checkbox"/>
8	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
9	外来受診をしないことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。	<input type="checkbox"/>
11	直近の入院は措置入院である。	<input type="checkbox"/>
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。	<input type="checkbox"/>
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	<input type="checkbox"/>
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）。	<input type="checkbox"/>
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等）。	<input type="checkbox"/>

包括的支援マネジメントとは

○ 包括的支援マネジメントは複数のサービスを適切に結びつけ、継続的に包括的なサービス提供を可能にする援助方法である。

【包括的支援マネジメントのイメージ】



地域精神医療におけるIntensive Case Managementの効果

- 包括的支援マネジメントは、標準的ケアと比較し、有効性が示されている。

Intensive case managementとは(レビューの共通項)

- 即時の入院を必要としない精神障害者に対して、継続的に提供される包括的な地域ケアのこと。
- 患者の精神症状のコントロールやリハビリテーション等、患者のニーズに応じたサービスを提供する。

Intensive case managementの効果

- システマティックレビューにより対象となった 研究数
及び対象参加者数

組入研究数: 40件(ランダム化比較試験)

研究参加人数合計: 7524人

※地域ケアを受けている精神障害者

[ICMの方法・内容]

- ・ 患者1名につきケースマネジメント担当者1名を配置する
- ・ ケースマネジメント担当者は
 - 患者のニーズアセスメントとケア計画の作成
 - 患者のニーズに応じたサービス調整
 - 患者と継続的にコンタクトをとる

- Intensive case management と標準ケアの比較(主要項目)

アウトカム項目	結果
入院日数	減少
ケアからの離脱	減少
社会機能全般	向上
自殺による死亡	同程度
就労・精神状態・生活の質	不明確

[結論]

- Intensive case management (ICM)は標準的ケアと比較して、入院期間を減らし、ケアをより継続させる可能性がある。
- ICMは全体的に社会的機能を向上させたが、ICMの精神状態や生活の質への影響は不明。
- ICMの導入は、入院が多い地域において特に価値が高い。

(引用文献)

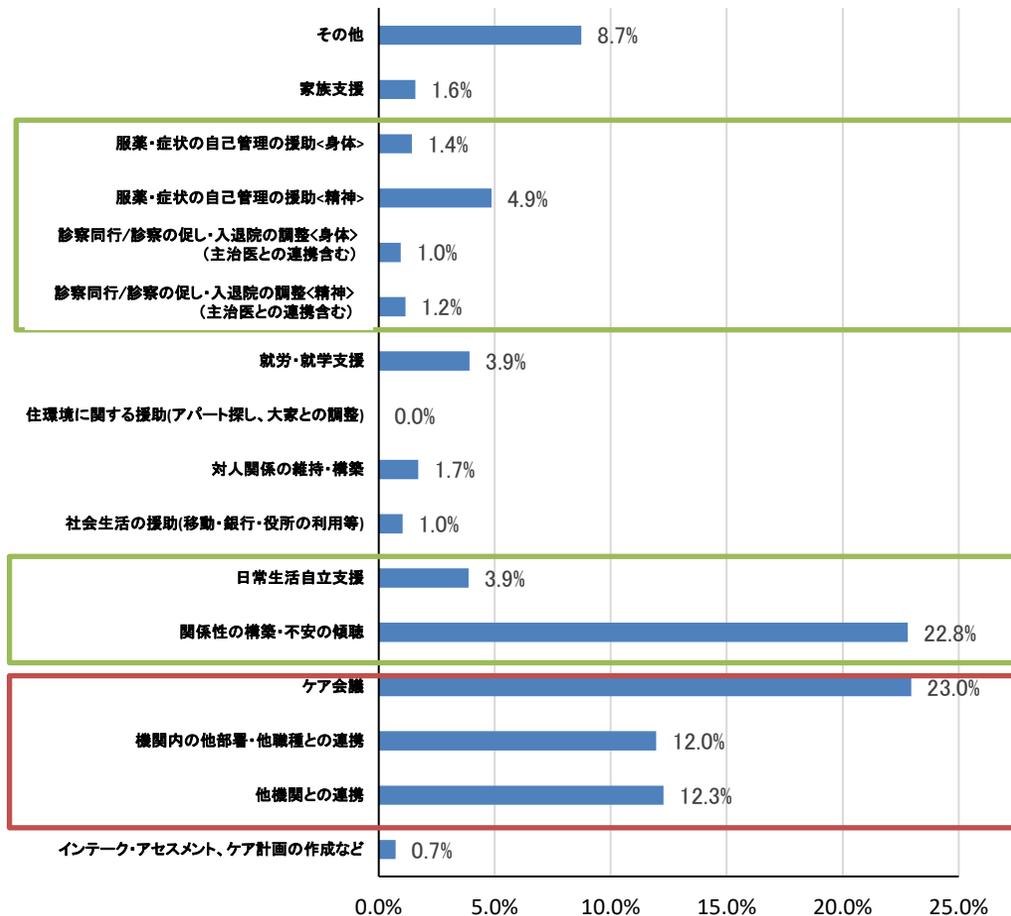
Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

精神科外来における包括的支援マネジメント

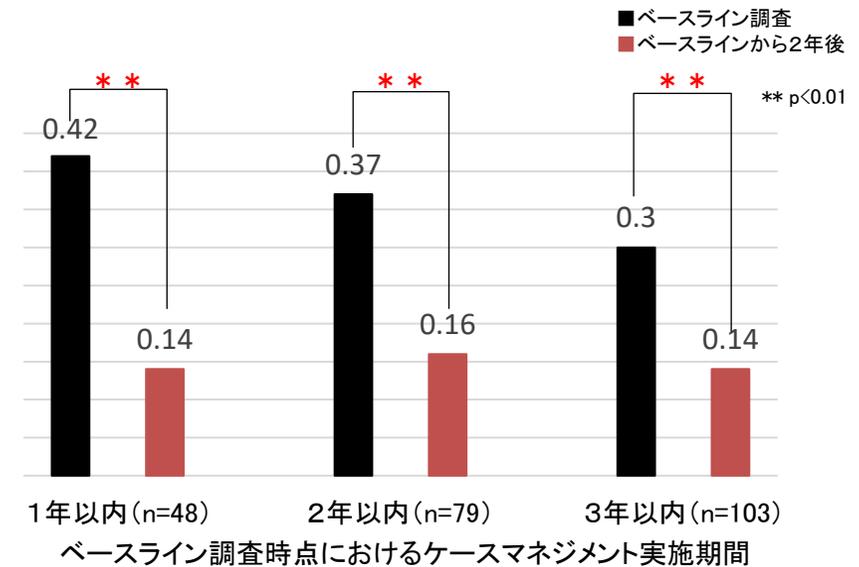
○ 外来における精神保健福祉士等による包括的支援マネジメントの導入により、平均入院回数の減少に寄与した。

○ 外来又は精神科デイ・ケアにおいて行われる具体的なマネジメントの内容は、連携業務(他機関連携、ケア会議等)が47.3%であり、患者との面談(関係性の構築、日常生活自立支援等)が35.2%が多い。

○ 各群においてマネジメント前後で平均入院回数に有意な差があり、包括的支援マネジメントは平均入院回数の減少に寄与することが示唆された。
○ マネジメントを開始してからの年数が少ない群で、アウトカムである平均入院回数はより減少する傾向を示した。



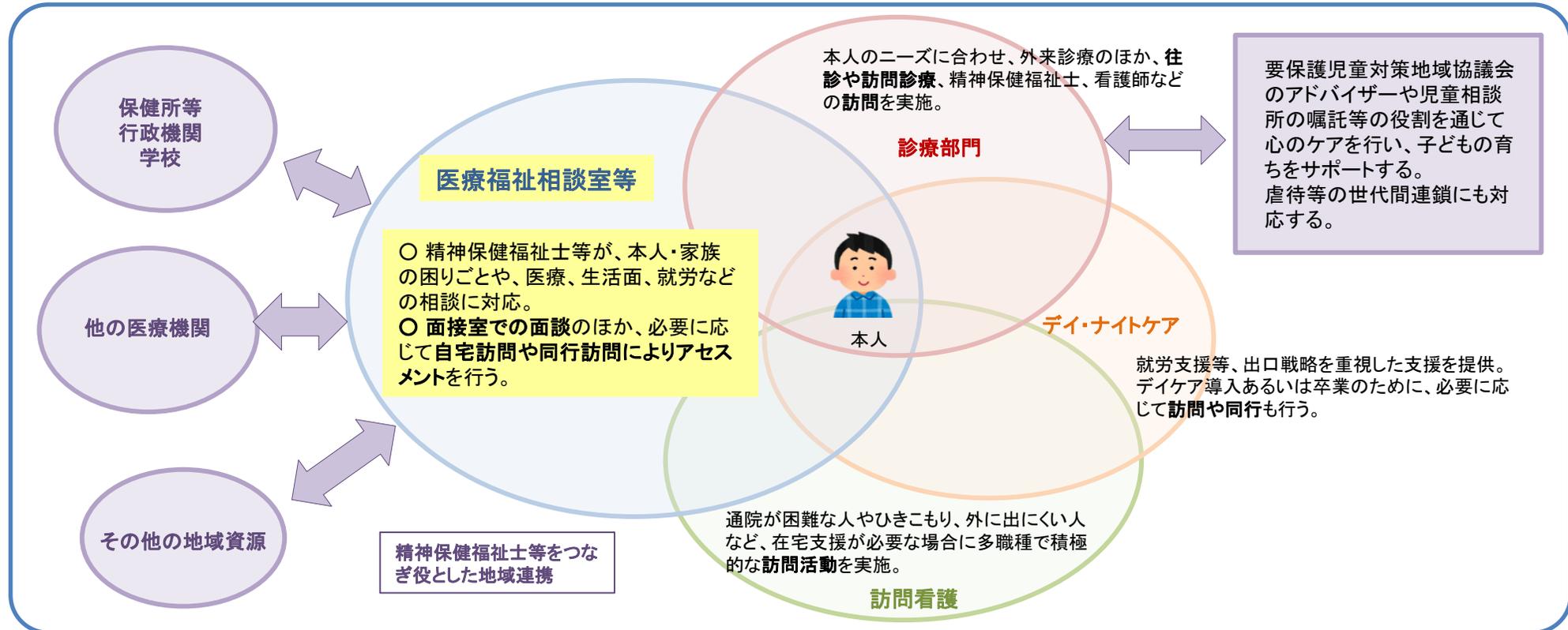
平均入院回数の変化



(※1) ベースラインは、各群の過去1年間の平均入院回数
(※2) マネジメント開始から2年後は、ベースラインと比較するため、各群の入院回数を2で割った値

外来における包括的支援マネジメントの実践

- 外来に配置された精神保健福祉士等が包括的支援マネジメントを提供し、地域とのつなぎ役を担うことにより精神障害を有する方等の支援が充実する。



【外来における具体的な支援】

- 医療機関における相談窓口を明らかにし、ひきこもりをはじめとする、困難な事態にも声を上げられず、支援の届かない人たちの存在を認識し時間をかけた丁寧なかかわり、社会との関係の修復を行い、その人たちの主体的で希望のある生活に向けた支援を提供する。
- 通院が困難な人、ひきこもりなど、在宅での支援が必要な地域住民のために、医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師などによるさまざまな訪問活動を実施し、本人のニーズに沿った医療・支援を提供する。

包括的支援マネジメント 実践ガイド

厚生労働行政調査推進補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（H28-精神-指定-001）

作成者一覧

研究代表者 藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究分担者 川副 泰成（総合病院 国保旭中央病院）

研究協力者（五十音順）

岩上 洋一（特定非営利活動法人じりつ）

上島 雅彦（一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院）

同部 正文（一般社団法人 ソラティオ）

香山 明美（みやぎ心のケアセンター）

菊入 恵一（医療法人崇徳会 田宮病院）

齋藤 研一（社会福祉法人会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口）

小池 純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 浩太（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 孝典（高知県立大学社会福祉学部）

田村 綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）

名雪 和美（総合病院 国保旭中央病院）

長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）

前沢 孝通（医療法人孝栄会 前沢病院）

三澤 孝夫（国際医療福祉大学医療福祉学部医療福祉・マネジメント学科）

村井 千賀（石川県立高松病院）

山口 創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

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

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-24.pdf>

かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

- 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> 350点 (月1回)	<u>(新) こころの連携指導料 (Ⅱ)</u> 500点 (月1回)
対象患者	<u>地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの</u> 又は <u>精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断</u> されたもの	区分番号B005-12に掲げる <u>こころの連携指導料 (Ⅰ)</u> を算定し、 <u>当該保険医療機関に紹介されたもの</u>
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合
	診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、 <u>患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応</u>
施設基準	—	精神科又は心療内科
	<u>精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制</u> を構築	当該保険医療機関内に <u>精神保健福祉士が1名以上</u> 配置されていること
	当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	—

こころの連携指導料（新設）

B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ） 350点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

[算定要件]

- (1) 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、SAD Persons スケール、EPDS、PHQ-9 又はK-6 等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。
- (2) 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。
- (3) 当該患者に対する2回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、2回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (4) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の費用は、別に算定できない。
- (5) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

[施設基準等通知]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。
- (2) 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。ただし、研修を受講していない場合であっても、令和4年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。

B005-13 こころの連携指導料（Ⅱ） 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（Ⅰ）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

[算定要件]

- (1) 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。
- (2) 当該患者に対する2回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。
- (3) 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号「B011」に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、別に算定できない。
- (4) 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

[施設基準]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

[施設基準等通知]

- (1) 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

救急患者精神科継続支援料の見直し

救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し

- 救急患者精神科継続支援料について、より充実した人員配置を求める観点から、精神保健福祉士の配置を必須化するとともに、更なる評価を行う。

現行

【救急患者精神科継続支援料】

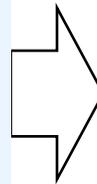
- 1 入院中の患者 435点
- 2 入院中の患者以外 135点

【算定要件】

- 注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に限り算定する。
- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。

【施設基準】

- 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
 - (3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。
- 2 届出に関する事項
 - 専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付。



改定後

【救急患者精神科継続支援料】

- 1 入院中の患者 **900点**
- 2 入院中の患者以外 **300点**

【算定要件】

- 注2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に**週1回**に限り算定する。
- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後**24週**を限度として、**週1回**に限り算定する。

【施設基準】

- 1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準
 - (3) 自殺企図等で入院した患者へ生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した**専任の常勤精神保健福祉士及び**専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 専任の常勤医師、**専任の常勤精神保健福祉士**及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付**(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)**。
 - (2) 令和4年3月31日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)の基準を満たしているもの。

継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

- ▶ 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等を対象患者に追加する。

現行

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援機関にある患者又は入退院を繰り返す者 イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者
□ 重症患者等	○上記のア又はイに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る）



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
□ 重症患者等	○ (略) ○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し

療養・就労両立支援指導における職種要件の見直し

- ▶ 治療と仕事の両立支援における心理的不安等に対するサポートや、両立支援の関係者間の連携を推進する観点から、相談支援加算の対象職種に、精神保健福祉士及び公認心理師を追加する。



現行

【療養・就労両立支援指導料】

〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。



改定後

【療養・就労両立支援指導料】

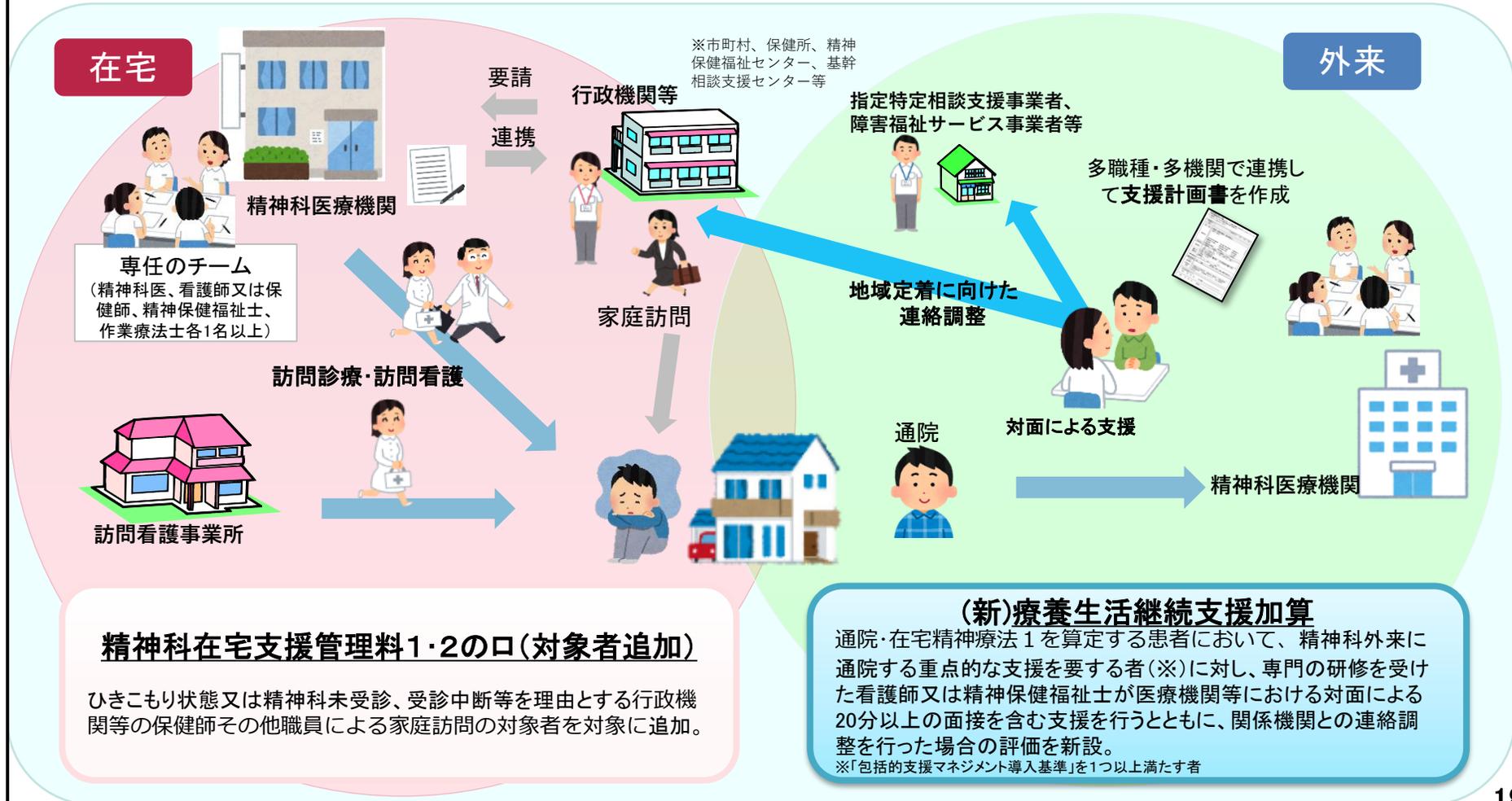
〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士又は公認心理師**が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

「包括的支援マネジメント」の推進に関する診療報酬上の評価 (令和4年度診療報酬改定)

令和4年度診療報酬改定 III-4-4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、地域での生活を継続する支援体制の構築を推進する観点から、精神科外来における多職種による精神疾患を有する者の地域定着に向けた支援の評価を新設するとともに、在宅において、ひきこもり状態にある者等の継続的な精神医療の提供を必要とする者に対する訪問支援を充実する。



- 精神障害者等が地域社会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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、当該ケアシステムの構築に資する取組を評価する。

夜間の緊急対応・電話相談の評価

- 自立生活援助事業者が緊急時において、利用者又はその家族等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等又は電話による相談援助を行った場合を評価。

利用者の居宅等への訪問や一時的な滞在による支援の場合
(新) イ 緊急時支援加算 (I) 711単位/日

電話による相談援助を行った場合
(新) ロ 緊急時支援加算 (II) 94単位/日

自立生活援助事業者

訪問等

電話

地域移行実績の更なる評価

- 障害者の地域移行を更に促進するため、地域移行支援事業者における地域移行実績や専門職の配置、病院等との緊密な連携を評価した新たな基本報酬を設定。

地域移行支援サービス費

	現行	改定後
(I)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月
(II)	2,347単位/月	3,062単位/月
(III)		2,349単位/月

(※)地域移行支援サービス費(I)は前年度に3人以上の地域移行の実績を有すること等の要件を満たすこと。

可能な限り早期の地域移行支援

- 可能な限り早期の地域移行支援を推進するため、入院後1年未満で退院する場合に退院・退所月加算による評価に加え、更に加算で評価。

(見直し後) 退院・退所月加算 2,700単位/月
(1年未満で退院する場合) +500単位/月

地域移行支援事業者

連携

可能な限り早期の支援

精神科病院等

精神保健医療と福祉の連携の促進

- あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供することを評価。

(新) 日常生活支援情報提供加算 100単位/回 (月に1回を限度)

地域相談支援事業者
自立生活援助事業者

連携

精神科病院等

提供された情報を診療で活用

計画相談支援事業者

居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進

- 地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者と居住支援法人・居住支援協議会との連携体制を評価

(新) 居住支援連携体制加算 35単位/月

地域相談支援事業者
自立生活援助事業者

連携体制

居住支援法人
居住支援協議会

- 住居の確保及び居住支援に係る課題を報告する等の居住支援体制強化の取組を評価。

(新) 地域居住支援体制強化推進加算 500単位/回 (月に1回を限度)

地域相談支援事業者
自立生活援助事業者

協議の場等

ピアサポートの専門性の評価

- ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、研修等の一定の要件を設けた上で評価。

(新) ピアサポート体制加算 100単位/月

(※1) 計画相談支援・障害児相談支援・自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援で算定可能。
(※2) 就労継続支援B型についても、基本報酬の類型化に伴い、就労支援の実施に当たってのピアサポートの活躍を別途評価。
(※3) 身体障害、知的障害においても同様に評価。

経験者としての視点で、リハビリ体験を活かした助言や共に行動をする支

不安への共感
外出同行で安心感を与える

医師や薬との
付き合い方の
助言等

制度説明や利
用方法の助言

電話相談

家族への
面接

事業所内
研修

診療報酬改定における精神保健福祉士の評価の変遷 (2008年度～2022年度)

2008年度

- 精神科地域移行実施加算の新設(入院期間5年超の患者数のうち、退院患者数が1年間で5%以上の実績を有する場合は、精神療養病棟入院料、精神病棟入院基本料(15・18・20対1)、特定機能病院入院基本料・精神病棟(15対1)に1年間5点加算。施設基準:地域移行推進室に専従の精神保健福祉士が1名以上配置)
- 精神科救急・合併症入院料の新設(施設基準:病棟に2名以上の精神保健福祉士配置)
- 精神科継続外来支援・指導料の新設(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、療養生活環境を整備するための支援を行った場合に40点加算)
- 精神科退院前訪問指導料の算定要件緩和(入院期間3ヶ月未満の患者に実施しても、1回の入院につき3回を限度に算定可)
- 精神科退院時指導料に精神科地域移行支援加算の新設(入院期間1年超の患者・家族に対して、精神科医、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士等が退院支援計画を策定し、その計画に基づいて必要な指導を行なった場合、退院時1回に限り200点加算)

2010年度

- 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の新設(6月以上の入院患者に退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合、退院時に100点加算。施設基準:退院支援部署に専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいずれか1名)勤務)
- 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ(5点→10点)
- 重度アルコール依存症入院医療管理加算の新設(入院30日以内200点/日、31日以上60日以内100点/日。施設基準:アルコール依存症研修修了医師、研修修了看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者をそれぞれ1名以上配置)
- 精神科デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、重度認知症デイ・ケア料の見直し(食事提供加算廃止、1年以内実施に50点加算)

2012年度

- 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設(施設基準:専従の精神保健福祉士及び臨床心理技術者をそれぞれ1名以上配置)
- 精神療養病棟入院料の退院調整加算の新設(退院支援計画作成、退院支援部署による退院調整で500点を退院時に算定。施設基準:専従の精神保健福祉士を含む退院支援部署の設置)
- 認知症治療病棟の退院調整加算の見直し(100点→300点)
- 精神科リエゾンチーム加算の新設(せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者に対して、精神科リエゾンチームによる診療で200点を週1回算定。精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人)
- 精神科デイ・ケア及び精神科ショート・ケア(大規模なもの)の算定要件の見直し(多職種共同で疾患等に応じた診療計画作成)
- 精神科デイ・ナイト・ケアの見直し(本体報酬の40点引き下げ。疾患別等診療計画加算を1日40点)
- 精神科訪問看護・指導料の評価体系の見直し(「同一建物居住者以外」「同一建物居住者」の区分)
- 精神科訪問看護・指導料の複数名訪問看護加算の見直し(「保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時にを行う場合」に変更)
- 精神科看護基本療養費の新設(精神疾患を有する患者とその家族が訪問看護の対象。保健師又は看護師が精神保健福祉士と同時に訪問看護を行う場合に複数名訪問看護加算3,000円を算定)

診療報酬改定における精神保健福祉士の評価の変遷 (2008年度～2022年度)

2014年度

- 精神病棟入院基本料と精神療養病棟入院料の精神保健福祉士配置加算の新設(1日30点。施設基準:病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置。退院支援部署を設置し、専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置。1年以内在宅移行率が9割(7割))
- 院内標準診療計画加算の新設(精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料I(精神科急性期医師配置加算算定に限る)の算定患者のうち、統合失調症等、気分(感情)障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士等が共同で院内標準診療計画を作成し、入院した日から60日以内に退院した場合、退院時に1回200点加算)
- 精神療養病棟入院料の施設基準の見直し(入院後7日以内の退院支援相談員の指定と退院支援委員会の設置・開催。退院支援相談員:精神保健福祉士等)
- 精神科デイ・ケア等の見直し(最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定)
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の新設(訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内に限り、月1回算定。施設基準:常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名(いずれか1人は専従)で構成される専任チーム設置)
- 精神科訪問看護・指導料の評価の見直し、精神科複数回訪問加算の新設

2016年度

- 地域移行機能強化病棟入院料の新設(施設基準:専従の精神保健福祉士が2名以上(病棟患者が40を超える場合は3名以上)配置、退院支援部署設置、退院支援相談員は精神保健福祉士)
- 精神科地域移行実施加算の評価の見直し(10点→20点)
- 精神科重症患者早期集中支援管理料の見直し(算定要件:精神科への通院が困難な者に「精神症状により単独での通院が困難な者を含む」を追加、「障害福祉サービスを利用していない者」を削除)
- 精神科デイ・ケア等の見直し(1年を超える期間に週4日以上実施する場合、以下の要件を全て満たすこと。①医学的に特に必要と判断されること②精神保健福祉士等が聴取した患者の意向に沿った診療計画に基づいて実施されること③月14回以上デイ・ケア等を提供する患者の割合が8割未満であること。またはデイ・ケアの実施期間の平均が12か月未満であること)
- 精神科リエゾンチーム加算の見直し(200点→300点。施設基準:3名以上の精神科リエゾンチーム設置)
- 救急患者精神科継続支援料の新設(精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合)
- 依存症集団療法の新設(精神科医又は看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師で構成される2人以上の者が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行う。1回20人、90分以上実施)
- 通院・在宅精神療法の児童思春期専門管理加算の新設(施設基準:専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置)
- 複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理

診療報酬改定における精神保健福祉士の評価の変遷 (2008年度～2022年度)

2018年度

- 精神科措置入院退院支援加算の新設(退院時600点。算定要件:退院後生活環境相談員の選任、他職種による退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施、自治体への退院後計画に係る意見書提出)
- 通院精神療法の見直し(通院精神療法に、措置入院を経て退院した患者で都道府県等による退院後支援計画の作成対象者の療養担当医師が行った場合の区分新設。当該患者に対する措置入院後継続支援加算の新設(3月に1回、275点。看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に算定)。
- 精神科在宅患者支援管理料の新設(精神科重症患者早期支援管理料からの変更。「集中的な支援を必要とする重症患者等(イ)」のほかに、算定期間を限定しない「重症患者等(ロ)」と「重症患者等以外(ハ)」を対象とする管理料を設定)
- 精神科訪問看護・指導料の見直し(複数名精神科訪問看護加算の算定方法として1日3回以上の場合の点数設定。精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)の廃止)
- 入院料等の在宅移行率の見直し(在宅移行率の移行先に介護老人保健施設と介護医療院を追加。精神科療養病棟入院料精神保健福祉士配置加算は在宅移行率を7割から7割5分に引き上げ)

2020年度

- 精神科退院時共同指導料の新設(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定。施設基準:専任の精神保健福祉士が1名以上配置)
- 通院精神療法の療養生活環境整備指導加算の新設(精神科退院時共同指導料Ⅰの算定患者に対して、保健師、看護師、又は精神保健福祉士が行った場合に、1年を限度に、月1回250点加算。算定要件:3月に1回のカンファレンス(精神科医、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加)。多職種が共同して支援計画を作成。施設基準:専任の精神保健福祉士が1名以上。同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下)
- 精神科在宅患者支援管理料の見直し(管理料Ⅰの「ハ 重症患者等以外」の廃止。「管理料3 管理料Ⅰ又はⅡに引き続き支援が必要な場合」の新設。共同カンファレンスの開催頻度等の要件は、管理料Ⅰ・Ⅱのイは2月に1回以上、ロは「必要に応じて」に緩和)
- 地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し(施設基準:届出前月または1年間の病床利用率90%→85%。病棟の届出病床数に対する月平均自宅退院率1.5%→2.4%。年1回の許可病床数変更の際の減少病床数:病棟届出病床数20%→30%。専従の常勤精神保健福祉士2名以上→専従の常勤精神保健福祉士1名以上+専任の常勤精神保健福祉士1名以上、等。令和6年3月31日まで届出延長)
- 依存症集団療法の対象拡大(「2 ギャンブル依存症の場合」の新設。1回に10人に限り、60分以上実施)

2022年度

- 通院精神療法の療養生活継続支援加算の新設
- こころの連携指導料の新設
- 救急患者精神科継続支援料の要件及び評価の見直し
- 精神科在宅患者支援管理料の見直し
- 依存症集団療法の対象拡大(「3 アルコール依存症の場合」の新設。1回 10 人に限り、60 分以上実施)