

精神科の経営サポート



精神科 医療関係者向け

えらぼる

田辺三菱製薬

インタビュー)

「2024年精神科診療報酬改定」のチェックポイント

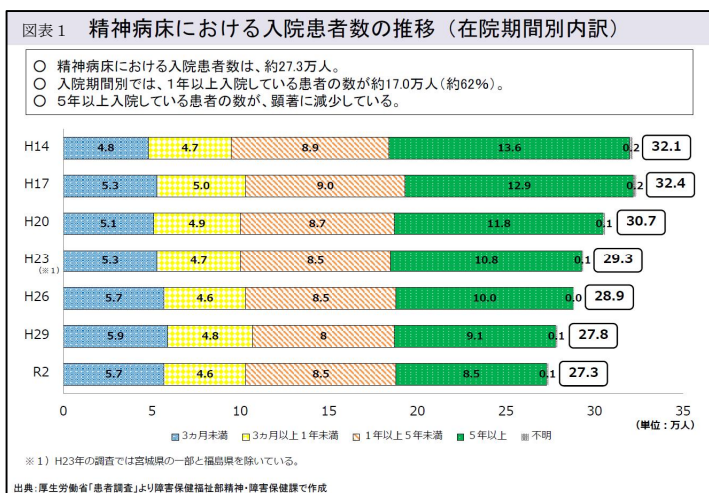
株式会社リンクアップラボ・代表取締役 酒井 麻由美先生

(聞き手：医療ジャーナリスト：富井 淑夫先生)

インタビュー日：2024年3月15日

精神医療・最大の課題は「再入院の是正」 地域移行・地域定着に向けた支援の強化

——2024年診療報酬改定の内容が明らかになりました。今改定は6年に1度の介護報酬・障害者福祉サービス等報酬も併せたトリプル改定で、今年6月からの施行になります。その中で精神科の改定ポイントに絞ると、全体的にどのような印象を受けましたか？

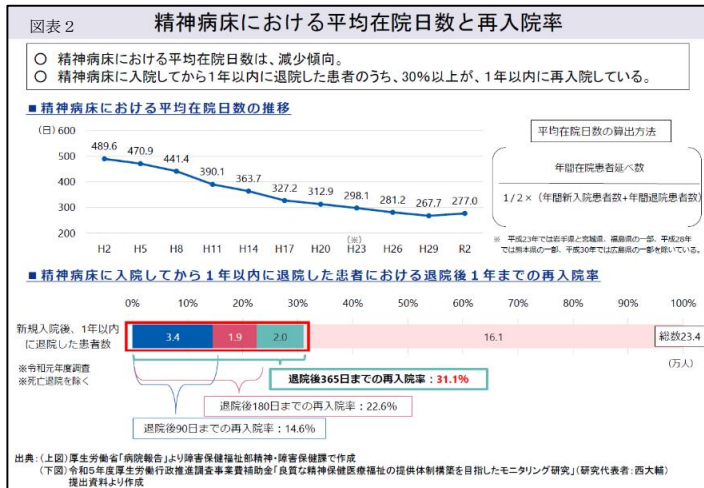


出典：「第566回中央社会保険医療協議会 総会」総-3-10頁（厚生労働省）
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00225.html)を加工して作成

酒井：後述しますが児童思春期や心的外傷の若者等の支援への評価は別にすると、今改定は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進」というワンテーマに集約される内容と感じました。全体として精神疾患を有する人たちの地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を促すことを、最大のインセンティブとした報酬改定と総括出来ます。それを進める上での最大の課題は、精神病院

への「再入院の是正」です。令和2年のデータでは、同年の精神病床入院患者数は約27.3万人で「1年以上入院」が約62%を占める一方、5年以上の入院は著しく減少しているのです（図表1）。「長期入院の是正」に関しては、総人口の減少と入院患者の高齢化進展により、自然減していくのは必然です。一方、平成2年から令和2年までの精神科病院の「退院後1年以内再入院率」は31%超です（図表2）。精神障害の有無にかかわらず誰もが安心して、自分らしく過ごせるような地域の基盤整備や、入退院支援等の仕組みが十分に機能していないことから、退院した患者の状態が悪化し、再入院を余儀なくされる構造があるように思います。

——精神疾患患者のアウトリーチを促す柱として「精神科地域包括ケア病棟入院料」



出典:「第566回中央社会保険医療協議会 総会」総-3-12頁(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00225.html)を加工して作成

行率)が求められますし、「自宅等移行初期加算」(初期加算に略)も付随し、在宅医療・訪問診療の提供、救急・時間外への対応等、一般地ケア病棟の施設基準と共通する部分が多く、仕組みとしては地ケア病棟の精神病院版と言っても良いでしょう。精神病院の入退院支援機能を強化し、再入院の減少に繋げるのが狙いです。

——同入院料は年間180日、初期加算は90日に限り算定が可能になる訳ですね。

図表3

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

➤ 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、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点(1日につき)
自宅等移行初期加算 100点(1日につき)

[算定要件] (概要)

- (1) 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
- (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、**直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算**する。
- (4) 精神科病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、**患者1人につき1回**に限る。
- (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、**医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同**して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据える必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、**療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上**提供していることが望ましい。
- (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可 1年(365日)

例① 自宅等移行初期加算(90日) + 精神科地域包括ケア病棟入院料(90日) = 180日

例② 精神科救急急性期医療入院料等(180日) = 180日

救急、急性期から入棟する場合は、精神科救急急性期医療入院料等と通算して180日以内の算定

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可 1年(365日)

最初の入院からの日数 0 30 60 90 120 150 180 210 240 270 300 330 360 390 420 450

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」J02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)280頁(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

図表 4

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

【施設基準】（概要）	
自宅等への移行実績	● 当該病棟の入院患者のうち7割以上が入院日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。(2)ただし、(★)を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。
かかりつけ精神科医機能	
【精神科回復期医療の提供】	
多職種の重点的な配置	地域定着も含めた退院支援
● 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1 (日勤等は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上) ● 看履職員で15:1以上(必要最小数の4割以上が看護師) ● 夜勤の看護職員数2以上	● 精神科入退院支援加算の届出(1) ● 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等(※2)との連携(※2)障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関(都道府県、保健所、市町村)等
【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績	
● ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(1) ※いずれも直近3か月間の算定回数 ア 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ) 60回以上 イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 300回以上 ウ 精神科退院時共同指導料 3回以上 エ 在宅精神療法 20回以上 オ 精神科在宅患者支援管理料 10回以上(★)	
地域の精神科医療提供体制への貢献	
● 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務(※)等を年1回以上行っていること。(1) (※)措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等	
精神科救急医療、時間外診療の提供	
● ア又はイを満たしていること(1) ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 イ 病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上	
その他	
● データ提出加算に係る届出(2)	● クロザピンを処方する体制
● 精神科救急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下 ● 精神科救急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下	
【経過措置】(1) 令和7年5月31日まで(2) 令和7年9月30日まで	

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」J02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)281頁(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

酒井：留意すべきポイントは当該患者が精神科救急・急性期・合併症入院料算定病棟等から精神科地ケア病棟（同地ケア病棟）に転棟した場合は、入院していた前の病棟の入院日数も180日に通算されること。仮に精神科救急病棟等に90日間入院していた場合、同入院料は90日間の算定しか出来ません。加えて、精神療養・認知症治療・地域移行機能強化病棟入院料を届出している病棟から、同入院料算定病棟への転棟は一入院期間中で「患者一人につき1回」に限定されます。そして、同地ケア病棟に移行してからは、主治医が病状の評価に基づいた治療計画を作成し、医師、看護師、薬剤師、リハビリ職、公認心理師等の心理職が多職種協働で必要な療養指導、相談・心理支援を実施しますが、これらの支援は「1日平均2時間以上提供することが望ましい」とされています。

今改定の「目玉」精神科地ケア病棟・届出病院は限定的

——同地ケア病棟では、多職種による手厚い療養指導・支援が行われるとの患者・家族側の期待もありますが、精神科病院では従来、ポストアキュート及びサブアキュート機能を担う病棟がなかったので、初めての試みに不安を感じる精神医療関係者も存在するようです。実際に導入のハードルは非常に高いとの声も聴かれます。

酒井：施設基準では、同じく新設された「精神科入退院支援加算」（支援加算に略）の届出が前提であること。更に「精神科訪問診療、訪問看護の実績」、「常勤の精神保健指定医が公務員としての業務を遂行している」ことや、「病院群輪番型施設としての

時間外、休日・深夜入院の実績」または「常時対応型施設または身体合併症救急医療確保事業の指定」等の基準を満たせる精神科病院は極めて限定的です。さらに、「精神科救急急性期入院料算定病床数が120床以下」、「精神科救急急性期入院料、精神科急性期治療病棟入院料または精神科地ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下」とのデータ提出加算に係る届出要件も必要となっています。

——精神科系病院の多くは慢性期入院医療を中心とする一方、同地ケア病棟は、「かかりつけ精神科医機能」と同時に精神科救急医療体制への積極的な参画が求められます。要件として、高い基準が求められていますが、国はそれらが「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の貢献には欠かせない役割と捉えている訳ですね。

酒井：現状の施設基準では前述・病床数の“縛り”により算定対象となる精神病院は極めて少数だろうと予想します。前出・支援加算〔図表5〕は一般地ケア病棟の「入退院支援加算」と同様の考え方で、病院内に入退院支援部門を設置し、入院後1週間以内の「退院困難要因を有する患者の抽出や患者・家族との話し合い、退院支援計画作成の着手」及び、「概ね3か月に1回の頻度のカンファレンス実施等」が評価されるものです。重要なポイントは、入退院支援部門に看護師、精神保健福祉士（以下、PSWに略）の配置が必要ですが、その各々の何れかが専従・専任であること。入退院支援及び地域連携業務に従事する看護師、PSWは各病棟に専任配置しなければなら

図表5

精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新)	精神科入退院支援加算	1,000点 (退院時1回)
(新)	注2 精神科措置入院退院支援加算	300点 (退院時1回)



〔算定要件〕 (概要)

- (1) 原則として**入院後7日以内**に患者の状況を把握するとともに**退院困難な要因を有している患者を抽出**する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として**7日以内**に**患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合い**を行うとともに、関係職種と連携し、**入院後7日以内**に**退院支援計画の作成に着手**する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、**入院後7日以内**に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同して**カンファレンスを実施**する。
- (4) 当該患者について、**概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施**し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

〔施設基準〕 (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に**専従の看護師及び専任の精神保健福祉士**又は**専従の精神保健福祉士及び専任の看護師**が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い**連携する機関の数の合計が10以上**であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち**少なくとも3つ以上との連携**を有していること。
 - (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ **直近1年間に、地域移行支援**を利用し退院した患者又は**自立生活援助**若しくは**地域定着支援**の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が**5人以上**であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

出典：「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」J02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)283頁(厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.htmlを加工して作成

りませんが、入退院支援部門の専従看護師は病棟との兼務が不可能です。要するに様式9号に入らない看護師を配置することが必要不可欠となります。

この他、支援加算新設に伴い現行「精神科措置入院退院支援加算」が廃止され、支援加算の注加算として統合・新設されました。ただ、要件や報酬は現行と同じです。支援加算と内容が重複する「院内標準診療計画加算」及び「退院調整加算」も廃止されます。

将来的に「地域移行機能強化病棟」は「精神科地ケア病棟」に吸収・再編へ

——「地域移行機能強化病棟入院料」（強化病棟に略）は令和6年4月1日で廃止される予定が6年間延期され、令和12年3月31日まで届出が可能に。一方、退院実績として算出される数値が一部、見直されました（図表6）。

酒井：強化病棟の要件見直しには厳格化及び、緩和された部分の両面があります。前者は施設基準にある地域移行に係る計算式の数値が、現行の2.4%以上から3.3%以上に引き上げ。計算すると、これまでは1病棟当たり「1年以上入院」患者の退院が月に1.5人、年間で18人程の退院移行で良かったのが、3.3%以上になると1病棟当たりの退院移行を2名、年間24人程に増やす必要があり、24床の病床削減が求められます。後者についてはPSWの人手不足で確保に苦労する精神科病院等も少なくないことから、強化病棟には元来、専従及び専任のPSW配置が義務付けられていまし

図表6 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

➤ 精神科病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改定後	
【地域移行機能強化病棟入院料】	
【施設基準】（概要） ※<>内は現行	
(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。	
ア (略)	
イ 以下の式で算出される数値が<2.4> 3.3% 以上であること。	
当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）	
(15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が<2.4> 3.3% 以上であること。	
1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数 ×100（%）	
(16) 1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神科病棟について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。	
届出前月末日時点での精神科病棟の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<30> 40% ×当該病棟の算定年数)	
(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。	
届出前月末日時点での精神科病棟の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<30> 40% ×当該病棟の算定月数÷12)	
(21) （削除） <令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。>	

2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

【施設基準】	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 社会福祉士 1名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種（退院支援相談員（※））でも可能とする。

(※) 退院支援相談員
・当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定
・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること
ア 精神保健福祉士
イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士 **又は公認心理師**として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、**令和12年3月31日**まで届出を可能とする。

出典：「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」J02 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）282頁（厚生労働省）(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

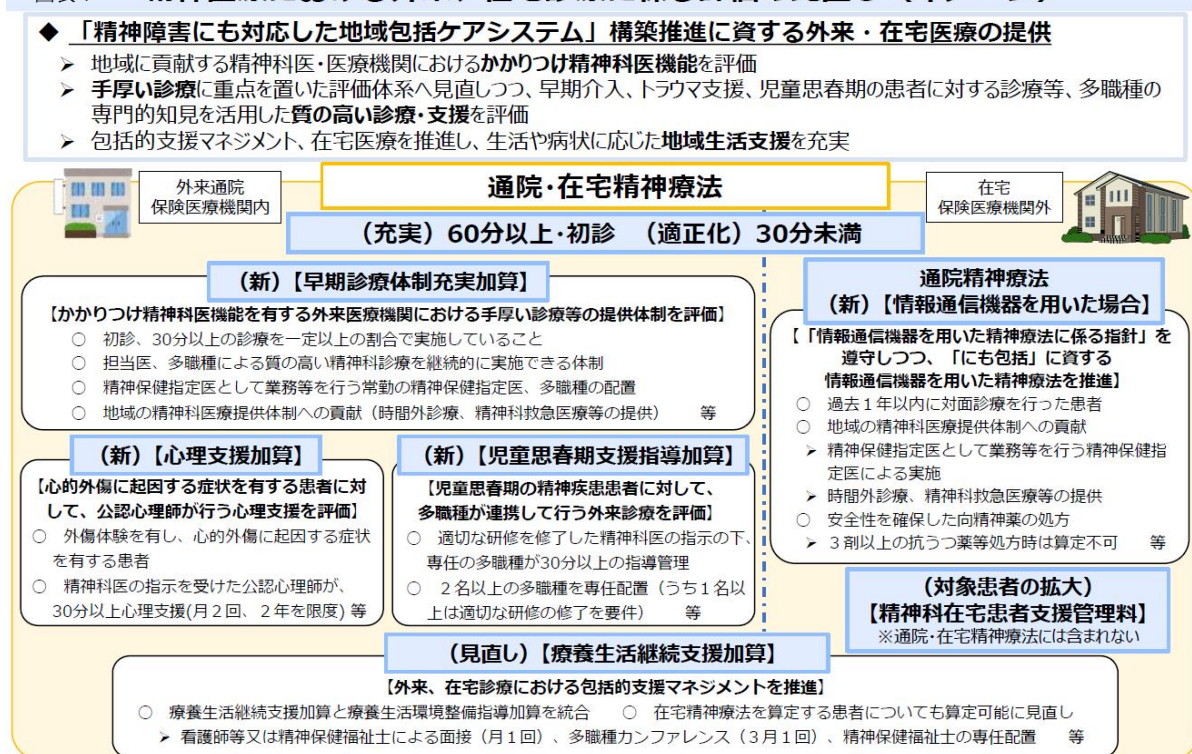
たが、専任PSWの配置要件を緩和し、精神保健福祉法で規定された「退院支援相談員」の配置でも可能になりました。今改定より同相談員には「精神障害者に関する業

務に従事した経験を3年以上有する」保健師、看護師、准看護師、社会福祉士に加え、新たに公認心理師が追加されました。

——昨年の中医協の議論では「精神病床に入院早期から退院後の生活を見据えて、外部支援者も交えた包括的な支援プログラムを導入し、新たな入院患者の退院率の向上や、非自発的入院患者の再入院率の低下を実現した事例」が報告されていました。前出・支援加算はこの「包括的支援マネジメント」に基づく入退院支援を行った場合の評価とされます。同地ケア病棟入院料算定には支援加算の届出が必要不可欠で、強化病棟も含め、これら「精神障害にも対応した地域包括ケア」を進める3点セットは精神入院患者の地域移行、再入院の是正を促す目的で全て連動しているように感じます。

酒井：その通りで、令和12年末に廃止される強化病棟は同地ケア病棟に吸収・合体する流れで全て連動しています。その最大の目的は精神科入院患者が再入院しない仕組みづくりで、次に言及する「精神医療における外来、在宅診療」に係る診療報酬においても、その仕組みづくりを意識した制度設計が行われていることが分かります（図表7）。

図表7 精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）



出典：「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)285頁(厚生労働省) (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

精神科「かかりつけ医」機能を評価する 充実加算は小規模診療所では算定困難？

図表 8

精神科在宅患者支援管理料の見直し

➤ 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直し、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院から退院した患者を算定患者に追加する。

現行	改定後
【「1」「2」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等 ○以下のア及びイに該当する患者 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期間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双極性障害、気分（感情）障害又は重症認知症の状態で、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者 【「1」「2」のロ】重症患者等 ○上記のア又はイに該当する患者 ○以下のアからウまでの全てに該当する患者 ア ひきこもり状態又は精神科の未治療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尺度が40以下の者	○ア及びイ又はロに該当する患者 ア、イ (略) □ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者 ○ (略) ○以下のアからウまでの全てに該当する患者 ア〜ウ (略) 工 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者

(参考) 精神科在宅患者支援管理料

管理料1 (当該保険医療機関が訪問看護を提供する月を限度) イ 集中的な支援を必要とする重症患者等 □ 重症患者等	管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供) ※6月を限度 イ 集中的な支援を必要とする重症患者等 □ 重症患者等	管理料3 ※「1」又は「2」の開始日から2年を限度 管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合
--	---	--

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)292頁(厚生労働省)
 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

——既存の「精神科在宅患者支援管理料」には一部、見直しが行われました。

酒井:重症患者や引きこもり、精神疾患の未治療者や医療中断者等の訪問支援を充実させることを目指して出来た管理料ですが、施設基準を満たすことが困難なことから、届出医療機関・算定件数は伸び悩んでいました。そのため、同地ケア病棟から退院した患者を追加し、対象患者を拡大した訳です(図表8)。この他、

図表 9

療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

➤ 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法】 【算定要件】(概要) 旧注8 (療養生活環境整備指導加算) 注9 (療養生活継続支援加算) 通院精神療法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、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。	【通院・在宅精神療法】 【算定要件】(概要) 旧注8 (療養生活継続支援加算) 注9 (療養生活継続支援加算) 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する患者に対して、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、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、次に掲げる区分に依り、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、いずれの要所定点数に加算する。 イ 旧注8の入院において精神科病棟時共同指導料1を算定した患者の場合 500点 350点 ロ イ以外の患者の場合

【施設基準】(概要)
 (1) 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30人以下であること。
 (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受けた者であること。

【附則】
 ● 旧注8(療養生活環境整備指導加算)について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。
 ● 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)286頁(厚生労働省)
 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

通院・在宅精神療法の「療養生活環境整備指導加算」が「療養生活継続支援加算」に統合、在宅精神療法を算定する患者にも算定を可能にする対象拡大(図表9)を実施しました。専任のPSWを中心とした多職種協働で在宅患者の療養生活の継続を評価したのもですが、着地点は何れも「再入院防止と地域定着支援を強化」することに尽きます。

——「通院・在宅精神療法」(図表10~12)にも興味深い新機軸が幾つかあります。

酒井:特に注目されるのは、「早期診療体制充実加算」(以下、充実加算に略)新設です。充実加算は「精神障害にも対応する地域包括ケアシステム」の構築における精神

図表 1 0 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法の見直し					
【通院・在宅精神療法】			現行	改定後	
1 通院精神療法					
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点	
□ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		560点	600点	
	精神保健指定医以外の場合		540点	550点	
ハ イ及び□以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点	
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点	
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点	
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点	
2 在宅精神療法					
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点	
□ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		620点	640点	
	精神保健指定医以外の場合		600点	600点	
ハ イ及び□以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点	
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点	
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点	
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点	
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点	
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点	

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)287頁(厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.htmlを加工して作成

科「かかりつけ医」機能を評価したものとと言えます。やはり固定した主治医が十分に時間をかけて患者の相談を親身になって聴き取り、丁寧な診療を行うことで、患者側の安心感や満足度は格段に向上する。それを目指した新設加算です。

——精神科「かかりつけ医」機能が要件として、初めて提示されたという点で、画期的な改正ポイントと言えそうですね。

酒井: 担当医を決めて当該患者の「指導・服薬管理等を行う」こと。「初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施している」ことや、「患者の同意を得た上で、主治医(担当医)としての署名入りの同意書を患者と交わす」のが前提条件となります。

——そもそも今改定では、(30分以上60分未満等の区分で一部、据え置きもあります)通院・在宅精神療法の何れも初診日に60分以上実施した場合の点数を引き上げ、30分未満の場合は引き下げる形の傾斜配分が導入されています。

酒井: 「かかりつけ医」であるからこそ精神面だけでなく問診や身体診察、神経学的診察等も実施する必要があり、その結果を診療録に記載することが求められます。そして、ここが最も重要なポイントですが、当該患者が受診している「医療機関を全て把

図表 1 1
通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

早期診療体制充実加算の新設

【施設基準】(概要)

初診、30分以上の診療等の診療実績

過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/通院・在宅精神療法の算定回数 $\geq 5\%$

【診療所】過去6か月間の「初診日(60分以上)」の通院・在宅精神療法の算定回数(合計)/勤務する医師数 ≥ 60

地域の精神科医療提供体制への貢献(時間外診療、精神科救急医療の提供等)

アからウまでのいずれかを満たすこと。

ア 常時対応型施設(精神科救急医療確保事業)又は身体合併症救急医療確保事業において指定

イ 病院附属型施設(精神科救急医療確保事業)であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上、又は外来対応件数が年10件以上

ウ 外来対応施設(精神科救急医療確保事業)又は時間外対応加算1の届出かつ精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。
※常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも2名が当該要件を満たすこと

精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を1名以上配置

多職種の活用、専門的な診療等に依る加算のうちいずれかを届出

精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医を配置

療養生活継続支援加算
児童発達支援加算
認知療法・認知行動療法
依存症療育加算
精神科在宅患者支援管理料

精神科入院支援加算
精神科リエゾンチーム加算
依存症入院医療管理加算
橋立入院医療管理加算
児童発達支援加算
児童発達支援加算
児童発達支援加算

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)289頁(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

図表 1 2
通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

早期診療体制充実加算の新設

精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

(新) 早期診療体制充実加算

	(1) 最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

【算定要件】(概要)

(1) 当該患者を診療する担当医を決めること。
(2) 担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア 原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。
イ 患者の状態に応じて適切な問診及び身体診療等を行う。
ウ 患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。

エ 精神科以外の職種等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に優先的に対応可能な体制を有し、必要に応じて必要な対応を行う。
オ 必要に応じて医療支援区分認定に係る医師見直し又は要介護認定に係る主治医見直し等を作成すること。
カ 必要に応じて、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。
キ 患者又は家族等の同意について、署名付同意書を作成し、診療録に記載する。
ク 認知療法・認知行動療法による対応(※)が可能なことを確認する。
ケ 精神疾患の早期介入等に当たっては、「早期精神科の診療プランと実践例」等を参考とする。

(※) 院内、HP等において、以下の対応を行っている届出を提示

ケースマネジメント
医療福祉サービス等の相談
介護保険に係る相談
相談支援専門員、介護支援専門員からの相談に対応
市町村等との連携
入院しては患者の入院支援
身体療養の診療、他科連携
健康相談、予防接種の相談
可能な限り向精神薬の多剤、大量、長期処方を見送っている

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)288頁(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)を加工して作成

初診から3年以内に同療法を行った場合、診療所は50点(病院は20点)と高い報酬設定がされています。厚生労働省は小規模診療所に精神科「かかりつけ医」機能を果たして欲しいとの考えがあるのでしょうか?

酒井:精神科系病院等を経営する大規模医療法人等には、各地域で精神科サテライトクリニックを複数、展開している所も少なくありません。当該医療法人では常勤の精神保健指定医やPSW等のマンパワーを充実させ本院と連携して、各地域で「かかりつけ医」機能を担っていく動きも考えられます。おそらく、病院以外ではそうした診療所が当面、充実加算算定対象の医療機関として想定されているのではないのでしょうか?

握し、処方されている医薬品を全て管理」すること。加えて「標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制」整備等は、精神科医一人体制の小規模な診療所等には、要件が厳しいかもしれません。特に難しいと感じるのは、(図表 11)にある施設基準「過去半年間の初診、30分以上の通院・在宅精神療法の診療実績」及び、ア～ウの「時間外診療や精神科救急医療の提供等に係る選択要件」。ア～ウに付随する要件として「常勤の精神保健指定医1名以上の配置や、多職種の配置」等が求められ、「PSW等の他職種の在籍なしに算定不可能な加算等の届出」も必要になります。殆どの小規模診療所は充実加算の届出は困難であり、時間外対応加算1は診療所のための報酬のため、精神科救急医療確保事業への参加という要件は、病院にとってもハードルが高いものとなります。

——近年、低コストによる新規開業の増えた医師(院長)・看護師各一人体制の軽装備・心療内科等は届出が不可能と感じますが、充実加算は

児童・若者等を支援する2つの加算 公認「心理師」外来の評価を新設

図表 13 児童思春期支援指導加算の新設

➤ 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

【新】 児童思春期支援指導加算

イ 60分以上の通院、在宅精神療法を行った場合 **1,000点**
(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に1回限り)

ロ イ以外の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内 **450点**

(2) (1)以外の場合 **250点**

【算定要件】(概要)

(1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満の者の対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が、当該患者に対して、対面による療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の初日に当該支援を実施した場合においても算定できる。

(2) 多職種が共同して支援計画を作成すること。

(3) 指導管理及び支援計画の内容に関し、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や関係相談を適宜行うこと。

(4) 患者の支援方針等について、**最初の月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。

(5) **1週間あたり**の算定患者数は20人以内とする。

(6) 20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

【施設基準】(概要)

(1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されていること。

(2) 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が**2名以上かつ2職種以上**配置されており、そのうち**1名以上**は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。

(3) 当該保険医療機関が過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、**月平均8人以上**であること。

➤ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】350点	【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】320点

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」J02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)290頁(厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.htmlを加して作成

図表 14 心理支援加算の新設

➤ 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

【新】 心理支援加算 250点(月2回)

【算定要件】(概要)

(1) **心理に関する支援を要する患者**に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、心理学に関する専門的知識及び技術を用いて、対面による**心理支援30分以上**実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して**2年を限度**として、月2回に限り算定できる。(通院・在宅精神療法を実施した月の初日に当該支援を実施した場合においても算定可。)

(2) 算定に当たっては、以下の要件をすべて満たすこと。

ア 対象患者: 外傷体験(※1)を有し、心的外傷に起因する**症状(※2)を有する者**として、精神科医が心理支援を必要と判断したもののうち、

(※1) 身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等

(※2) 侵入症状、創傷の持続的回避、認知と気分の慢性の変化、認識度と反応性の著しい変化又は解離症状

イ DSM-5 PTSDの診断基準(抄) 成人、青年、6歳を越える子供の場合

心理支援加算の対象患者

A 外傷体験

B 心的外傷的出来事に関連する持続的回避

C 心的外傷的出来事に関連する持続的回避

D 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の慢性の変化

E 心的外傷的出来事に関連した、認識度と反応性の著しい変化

F 障害(基準B、C、DおよびE)の持続が1ヵ月以上

G その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

H その障害は、物質(例:医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない

(※1) について、直接体験したものの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

出典:「令和6年度診療報酬改定説明資料等について」J02 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)291頁(厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.htmlを加して作成

——2023年4月から「こども家庭庁」が創設され、国は少子高齢化時代を迎え「こども・若者政策の推進」を強く打ち出しました。今改定でも小児科医療では「医療的ケア児の入院前支援」や、病棟での「保育士の複数名配置」を評価する画期的な診療報酬を新設。同様の流れで精神医療にも「児童思春期支援指導加算」(指導加算に略)と「心理支援加算」(心理加算に略)という2種類の加算が誕生(図表13・14)。

後者はこども・若者に限定されませんが、近年、続発し社会問題化する児童・若者等への虐待や暴行、性暴力等を踏まえ、それらのトラウマに対して公認心理士が介入し、サポートすることへの評価として注目されます。

酒井: 発達障害等の子どものケアは家族にとっては大きな負担で、過大な時間や労力を要し困っていらっしゃるご家族等が少なくない実情があります。精神科を標榜する医療機関で児童思春期の専門的な精神医療を実施する施設は約6~7%で、児童思春期精神科外来(以下、同外来に略)を有する医療機関の数も増えません。児童精神科診療には医師の業務上の負担が大き

く、診療以外に家族へのケア、保健・福祉・教育機関等との連携業務を進めるのには、大変な手間や人手が伴います。

——中医協の議論でもスタッフ数の少ない精神科診療所での医師の業務負担増が指摘されていました。2019年の調査では発達障害児の初診待機期間は平均2.6か月。最大で54か月待機の事例も見られ深刻さを増し、待機期間短縮の進まない理由として、心理職の人手不足が課題となっていました。

酒井: 発達障害児が増加し需要が高いのにマンパワーと患者一人当たり長い診療時間を要し、1日で診られる患者数の限られることから、採算が取れずに同外来を担う医療機関が増えない傾向が見られました。指導加算は「20歳未満を対象」とし「60分

以上の通院・在宅精神療法に医師が関与した上で、専任の看護師、保健師、リハビリ職、PSW、公認心理師等の多職種が実施した場合の3か月に1回限りの評価（1000点）」となります。同療法を継続する2回目以降は、コメディカル等が医師の指示の下で「対面による療養上、必要な指導管理を30分以上実施」した場合に450点を算定可能とします。医師も含めた多職種が関与する60分以上の診療は医療機関側のマンパワー配置の負担や労力を考えると、「1週間当たりの算定患者数が30人以内」との制限もあり、人件費を換算すると医療経営的には割に合わないとの見方も出来ます。

心理加算対象患者は「外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する者」とされるように、リストカット等の青少年・少女等による外傷後ストレス障害等を想定し、PTSD等の患者に介入する公認心理師の心理支援を評価するもの。公認心理師のプロとしての業務を評価した点では画期的で、公認「心理師外来」との見方も可能です。——これまで精神科や心療内科クリニック等で、心理職が自由診療で行ってきたカウンセリング等が、「30分以上」で保険適用が可能になったとの見方も出来ますね。

酒井：なぜ心理師外来なのかと言うと「通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可」との算定要件に着目して下さい。要するに医師の診察日以外でもOKということ。医師の診察日とは別日に公認心理師の予約が出来る。患者・公認心理師の都合を調整して予約を入れ易くなり、利便性が増す訳です。

——心理師外来というのは、印象としては公認心理師の一定の独立性が担保されたようにも感じます。例えば、クリニックとは別にオフィスを構えて、心療内科医等と連携してカウンセリングを提供すること等が果たして可能なのか。欧米諸国のように心理カウンセラーとして独立開業する公認心理師も、わが国では既に存在しますが、当然、全て自費でのサービスとなります。将来、規制緩和が進むと独立開業した公認心理師が保険適用下でのサービス提供等も可能になるのではと期待します。それでは“まとめ”として、今後、精神科系医療機関の進むべき方向性についてアドバイス下さい。

酒井：一般病院と同様に精神科病院でも既に起こっているように、精神科急性期・救急医療は更に絞り込まれ、病床数は削減されていくのは間違いないと思われます。今改定はその一里塚と言えるでしょう。前出・地域包括ケアシステムで目指される患者の退院後の地域移行・在宅支援がスムーズに機能すると、結果的に精神病床の削減に繋がります。これまで長期の入院医療を中心に運営されてきた大規模の精神病院では、既に空床が目立つようになりました。最初に述べた入院患者の高齢化で、亡くなる人が増えてきたのがその理由ですが、同時に精神医療を担うスタッフも高齢化し、新陳代謝が進まず人手不足に陥り十分な医療やケアを提供することが出来ず、減床を迫られる病院の存在も顕在化しつつあります。病床を減らさなければ運営が不可能になる病院が増加するということになります。

精神科診療所も従来は、通院精神療法等を短時間でこなし、多数の患者を診ていた

ケースがありましたが、処方クリニック的な立ち位置では生き残れないと思います。十分に時間をかけた手厚い外来診療を提供しなければ診療報酬が下がり、収益の低下を招きます。更に地域包括ケアシステムに貢献する診療所でなければ、経済評価されない時代を迎えます。この流れを踏まえて、診療報酬と同様に2024年4月に改正された精神保健福祉法や、障害者福祉サービス等報酬の内容等も俯瞰的に検証しながら、今後の自院の戦略等を検討して頂きたいと思います。当該3つの制度改革は全て繋がっていると考えて下さい。

【酒井 麻由美（さかい まゆみ）】

〔プロフィール〕

1996年 福岡県内医療法人（急性期病院）入職、医事課（入院部門）配属。2002年 医療・介護専門コンサルタント会社 入社。2013年4月より医療・介護専門コンサルタント会社 副社長・取締役就任。2018年12月にリンクアップラボ設立。翌2019年4月、同社を法人化し、株式会社リンクアップラボとして事業を開始、現在に至る。医学通信社「月刊保険診療」、医学書院「看護管理」、福祉医療機構「月刊WAM」、QOLサービス「デイの経営と運営」、公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会 月刊「JAHMC」その他、医業・介護経営雑誌等に数多くの原稿執筆。