

厚生労働省  
保険局医療課  
課長 井内 努 様

一般社団法人 日本精神科看護協会  
会長 吉川 隆 博



## 令和 4 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。

令和 3 年 3 月にとりまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが地域共生社会を実現するために地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築に欠かせない仕組みであることが明示されました。特に精神医療の提供体制の充実に関しては、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する観点が重要であるとの見解が示されています。

そこで、令和 4 年度診療報酬改定に際し、精神障害にも対応した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. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、再発リスク要因を有する患者等の再入院を防ぐための外来看護の取り組みを評価していただきたい。
2. 地域で暮らす精神障がい者に対して、必要なときに必要な医療が受けられる医療体制を確立するための精神科訪問診療及び精神科訪問看護の評価を創設していただきたい。
3. 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していただきたい。

## 1. 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の評価

### 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専門知識・技術を備えた看護師が、外来通院時に地域生活の継続や社会復帰に向けた援助、指導を行った場合の評価を行う。

<理由>

平成30年度の厚生労働省の調査によると、精神病床からの退院患者の再入院率は、退院後6か月時点が約30%、1年時点が約37%という結果があり、退院後1年以内の再入院は決して少ないとはいえない。特に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。また、地域で暮らす精神障がい者は、相談のしづらさを抱えていたり、どこに相談してよいかわからないことも多い。支援の対象者となる方の多くは精神科病院に通院している方であるため、外来診療時に医療機関内で気軽に相談できる等の相談支援体制の充実が求められる。

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に対して、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の緩和を要望する。

### 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・技術を備えた看護師を専従で配置し、電話による患者の地域生活や社会復帰に向けた援助、指導等を行なった場合の算定要件の見直しを行う。

<理由>

精神障害に関しては、疾病と障害が併存しているという特性があるため医療的な関与は不可欠であり、精神障がい者の医療的なニーズに対して、身近なところで気軽に相談できる体制が必要である。精神保健相談の相談窓口は自治体に設置されているが、設置率は平均5割程度で自治体間でもばらつきがある。また、保健相談が主な機能であるため、治療や病状などの医療ニーズへの対応には苦慮している実態がある。受療中断や再入院を未然に防ぐためには平時から医療のアクセスを下に、タイムリーな介入が求められる。特に患者や家族等が医療機関に電話で連絡をとり支援を求めることも多く、看護師等による適切な相談・指導により、不安が軽減し病状の悪化を防いでいる実績も見受けられる。

現行の精神科継続外来支援・指導料は、地域生活の維持や社会復帰に向けた支援を実施した場合を精神科外来で実施した場合において評価するものであるが、一時的にでも精神科外来に通院できない状況では算定できていない。

以上のことから、再発・再入院を予防し、地域生活を維持するための支援として、患者またはその家族等が電話連絡してきた問い合わせに対して、看護師が療養生活環境を整備するための支援を行った場合において、評価（加算）することを要望する。

## 2. 医療ニーズに即した医療体制を確立するための精神科訪問診療及び精神科訪問看護の評価

### 1) ㊦ I012 精神科訪問看護・指導料の新設

- 在宅で療養を行っている精神疾患を有する患者に対し、専門性の高い看護師を訪問させて、他の保健医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合を評価する。

#### <理由>

精神科訪問看護は、精神障害者の「地域生活」を支える観点から、継続して治療を受けることへの支援、身体合併症の早期発見、管理、精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じることや医療との連携等の役割が期待され、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいても、重要な支援の一つとされている。

また、精神障害者に訪問看護を実施している看護師が、精神症状の評価や自傷他害等のリスク評価等に苦慮している状況においては、精神科の専任看護師が訪問看護に同行することで、利用者に質の良いサービスが提供されているといった報告もある。精神障害者の訪問看護利用が増加していく中、中重度の精神障害を伴う利用者のニーズが充足され、地域生活が継続できるよう、看護の質の更なる均霑化が必要である。

そこで、専門知識・技術を備えた看護師が行う、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を要望する。

#### <備考>

算定要件に必須の確認項目（アセスメント）を実施した上で、指導のための計画立案を義務付ける。なお、専門性の高い看護師とは、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若しくは精神科認定看護師であること。

### 2) ㊦ I016 精神科在宅患者支援管理料3の見直し

- 行政機関の保健師等による家庭訪問等の対象者において、精神障害のために医療の必要性があり、かつ自傷他害のおそれがあると認められた者に対し、行政機関等からの依頼を受けた精神科医または専門性の高い看護師が患家を訪問し、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であると認めた上で、計画的な医学管理の下に訪問診療又は訪問看護が必要であると判断した場合を評価する。

#### <理由>

令和2年に厚生労働省が実施した自治体調査によると、市町村における精神保健相談について半数の市町村が対応に苦慮していると答えており、困難理由の多くが未治療・受療中断やひきこもりの事例であった。また、そのような困難ケースを担当した行政職員は、精神科医や訪問診療等を希望していることが明らかとなっている。

精神科訪問看護においては、精神障がい者の「地域生活」を支える観点から、精神科医療機関において治療継続の支援、身体合併症の早期発見・管理、精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じること・医療との連携を促進すること等の役割が期待され、実際にその役割を果たしている場合も多い。このような役割の必要性については、令和3年3月に厚生労働省でまとめ

られた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」においても明示されており、地域で暮らす精神障がい者の再発予防及び再発した際の重症化の予防等の具体的な対策が求められる。

しかし、令和2年度診療報酬改定で新設された精神科在宅患者支援管理料「3」は、当該管理料「1」又は「2」を算定した者が対象であるため、未治療・受療中断やひきこもり等の医療ニーズのある対象者へ適正な支援が提供できないという問題が起きている。

そこで、地域で暮らす精神障がい者に対して医療ニーズに即した医療サービスが提供できるように、当該管理料「3」の算定要件の見直しを要望する。

<備考>

算定要件に必須の確認項目（アセスメント）を実施した上で、指導のための計画立案を義務付ける。なお、専門性の高い看護師とは、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若しくは精神科認定看護師であること。

### 3. 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

#### 1) ㊦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。

<理由>

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的拘束を受ける患者は1万229人（平成25年、厚生労働省  
調査）であり、10年間で2倍に増えたことが明らかとなっている。この状況について、厚生労  
働省はアルツハイマー型認知症患者の割合が増えたことも一つの要因で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  
身体的拘束の防止等に取り組む必要がある。

<備考>

認知症ケア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若  
しくは精神科認定看護師であること。

## 2) ㊦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、安全なケア提供体制を整える場合に評価する。

### <理由>

現在、一般病棟においては、認知症ケア加算が設けられ、身体疾患のために入院した認知症患者を医療機関が適切に受け入れ、病棟における対応力とケアの質を向上させる取り組みが推進されている。精神病棟においては、A314 認知症疾患治療病棟入院料が設けられており、重症度の高い認知症患者の専門的な治療を提供しているため、認知症ケア加算の算定はできない。しかし、重複する精神疾患がある認知症患者は、認知症治療病棟での入院治療ではなく、その他の精神病床で治療を受けることも少なくない。

そこで、認知症の症状改善及びBPSD等の悪化を予防する取り組みを推進していくため、一般病棟同様に療養病床以外の精神病床でも算定が可能となることを要望する。

### <備考>

認知症ケア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若しくは精神科認定看護師であること。