

精神科外来医療ケースマネジメントに関連する診療報酬 （療養生活継続支援加算・精神科共同指導料） に関する実態調査

研究分担者：藤井千代¹⁾

研究協力者：○山口創生¹⁾，石塚公太¹⁾，岩永麻衣¹⁾，小池純子¹⁾，佐藤さやか¹⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

要旨

【目的】本研究は、ケースマネジメントを念頭においた2つの新しい診療報酬（療養生活継続支援加算および精神科退院時共同指導料）の算定実態や課題について把握することを目的とした。

【方法】本研究は、国内の精神科医療機関を対象とし、オンラインと紙媒体の調査票を併用した横断調査であった。対象機関は、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会および全国自治体病院協議会に加盟する精神科の医療機関であった（合計：2905機関）。

【結果】763機関が分析対象となった（回収率：26.3%）。対象機関の57.3%が診療所であり、42.7%が病院であった。療養生活継続支援加算を算定可能な精神保健福祉士を配置していない機関は全体の42.1%であり、外来看護師のうち同加算の算定条件を満たすための課程を修了している看護師数がない機関は約90%を占めた。療養生活継続支援加算の算定実績のある機関は21.6%であった。30%以上の対象機関が課題として挙げた項目は「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」（46.8%）、「専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない」（41.3%）、「所定の研修を修了している看護師がいない」（35.6%）、「診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）」（33.2%）であった。対象機関の30%以上が算定件数を増やすために必要なこととして考えた項目は「診療報酬の点数の増点」（53.2%）、「療養生活継続支援加算の周知」（52.7%）、「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」（46.1%）、「算定できる期間の延長」（30.9%）、「療養生活継続支援加算を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備」（30.3%）であった。対象機関において、精神科退院時共同指導料の算定実績のある機関は6.6%であった。算定上の課題として、30%を超える対象機関から選択された項目は「精神科退院時共同指導料の存在が十分周知されていない」（42.5%）、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難」（32.9%）、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難」（32.8%）であった。算定件数を増やすために必要なこととして最も選択された項目は、「精神科退院時共同指導料の周知」（45.7%）であり、次いで「自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する」（38.1%）、「診療報酬の点数を増点する」（36.4%）、「精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備」（30.5%）であった。

【結論】精神科医療におけるケースマネジメントの普及を図るために、療養生活継続支援加算と精神科退院時共同指導料は鍵となる診療報酬である反面、その周知や報酬体系、柔軟な運用方法については今後の課題となると予想される。

A. 研究の背景と目的

ケースマネジメントは、サービスの提供や調整という点において地域精神科医療の中核的な支援あるいはシステムとして位置付けられている。欧米では脱施設化とともにケースマネジメントが発展・普及してきた。特に、サービスの調整・仲介機能だけでなく、ケースマネージャー自身が一定の頻度で日常生活の支援も行う集中的ケースマネジメント（intensive case management: ICM）は、入院日数の減少や生活の質の向上などに貢献できる可能性が報告されている^{1, 2)}。

我が国の医療制度においてはケースマネジメントを念頭に置いた診療報酬が長らく課題となっていたが、2020年代に入り変化の時を迎えている。例えば、2020年4月の診療報酬改定において精神科退院時共同指導料が新設された。精神科退院時共同指導料は、入院ケアと退院後の外来・地域ケアを担当する機関同士の連携の促進を目的としており、ケア会議をした場合に両者に報酬が支払われる診療報酬である。また、2022年4月からは療養生活継続支援加算も新設された。同加算は、当事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当事者に対して、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、報酬を支払う内容となっている。このように、日本の精神科医療においてもケースマネジメントに関する診療報酬が整備されつつある。

制度的な整備がある一方で、臨床現場でケースマネジメントを念頭においた診療報酬がどの程度認知・利用されているかは明らかになっていない。また、日本では外来・地域精神

科医療と障害福祉制度がそれぞれに発展しており、地域資源が複雑化している。よって、諸外国と比較し、ケースマネジメントの在り方や連携の在り方が複雑である可能性もある。そこで、本分担任は、2つの新しい診療報酬の実態を把握や医福連携の課題を把握することを目的として、横断調査を行った。なお、医福連携に関する調査結果は、吉田分担任の報告書で確認されたい。

B. 方法

1. デザイン

本研究は、国内の精神科医療機関を対象とし、オンラインと紙媒体の調査票を併用した横断調査であった。調査時期は、2023年3月7日～2023年4月5日であった。

2. 対象機関

本研究の対象は、日本精神科病院協会（1185機関）、日本精神神経科診療所協会（1625機関）および全国自治体病院協議会（95機関）に加盟する精神科の医療機関であった。各協会・機構に加盟する機関の宛名ラベル・リストを申請・入手し、郵送にて調査協力の依頼を行った。

3. 調査票

本調査で使用した調査票については、まず研究分担任のワーキンググループが原案を作成した。その後、医療機関に従事する医師、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、障害福祉事象所の職員、精神疾患およびサービスを利用した経験のある当事者、行政職員、その他の学術関係者からフィードバックを受け、修

正を重ね、完成させた。具体的な調査項目は、回答者・機関属性に関する項目、療養生活継続支援加算および精神科退院時共同指導Ⅰの算定実績の有無とその課題、そして医福連携の在り方などで構成された。

4. 分析方法

各調査項目について単純集計を行い、記述統計を算出した。次に、療養生活継続支援加算の課題や算定件数を増やすために必要なことについては、機関種別（診療所 vs 病院）、併設福祉事業所の有無、加算算定要件の精神保健福祉士または看護師の配置の有無でクロス集計を行った。その際、 χ^2 値とP値も算出した。統計的有意水準は5%未満とした。なお、紙面調査票での対象機関においては、欠損値が観測されたが、回答のあった全ての機関を分析対象とした。そのため、各項目で分析対象機関数は異なる。

5. 倫理

オンライン調査票のトップページや紙媒体調査票の1ページ目で調査の目的や概要を説明した。調査に同意した者のみが調査票に回答した。本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会により承認を得て実施された（No. A2022-061）。

C. 結果

1. 回収率

各機関の宛名ラベルをもとに2,905機関に調査依頼の書類を郵送した。合計763機関から調査項目への入力・回答があり、分析対象となった（回収率：26.3%）。対象機関のうち、オンラインでの回答は418機関であり、紙面調査票での回答は347機関であった。

2. 機関属性

表1は、回答者および対象機関の属性を示

している。回答者の約半数が管理職（院長・理事）であり、同様に約半数が医師であった。対象機関の57.3%が診療所（クリニック）であり、42.7%が病院であった。対象機関における精神科病床数の平均は104.0（SD = 145.4）であった。法人内で併設する外来・地域医療部門で最も多かったのは、精神科デイケア（43.0%）であり、次いで地域連携室・医療福祉相談室など（38.1%）、医療機関内の訪問看護部門（21.4%）であった。併設する障害福祉事業については、共同生活援助（20.6%）、計画相談支援（13.5%）、就労継続支援B型（13.1%）の割合が多かった。なお、いずれかの併設部門・事業を有している機関は全体の34.5%であった。

表2は、対象機関における療養生活継続支援加算に関する人員配置の結果を示している。当該加算を算定可能な精神保健福祉士の人数で最も多かったのは「5人未満」（43.0%）であった。一方で、全体の42.1%は算定が可能な精神保健福祉士を配置していなかった。なお、算定可能な精神保健福祉士を配置していなかった病院は15.5%であったが、診療所では61.9%であった。精神科外来の看護師数の配置についても「3人未満」が42.6%、「0人」が41.7%であった。また、外来看護師のうち、同加算の算定条件を満たすための課程を修了している看護師数については、「0人」が約90%を占めた。算定可能な看護師を配置していなかった病院は85.3%であったが、診療所では96.8%であった。

3. 療養生活継続支援加算

療養生活継続支援加算を1回以上算定したことのある機関は21.6%であった（表3）。また、30%以上の対象機関が課題として挙げた項目は「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」（46.8%）、「専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない」（41.3%）、「所定の研修を修了している看護師がいない」

(35.6%)、「診療報酬が低い(労力に見合った点数ではない)」(33.2%)であった。これら上位4項目を病院と診療所で比較すると、3項目(「療養生活継続支援加算の存在が十分周知されていない」[診療所:41.9% vs 病院 53.4%, $\chi^2=9.914$, $p=0.002$]、「所定の研修を修了している看護師がいない」[診療所:32.0% vs 病院 40.5%, $\chi^2=5.817$, $p=0.016$]、「診療報酬が低い」[診療所:25.6% vs 病院 43.3%, $\chi^2=26.161$, $p<0.001$])において、病院で課題とする割合が多かった(表4)。また、併設障害福祉事業所の有無や算定可能な精神保健福祉または看護師の配置の有無の比較では、福祉事業所を併設している医療機関と精神保健福祉または看護師の配置している機関が、それぞれ「診療報酬が低い」の項目を課題としてより認知する傾向にあった(併設なし:28.6%、併設あり:41.8%, $\chi^2=13.601$, $p<0.001$;表5)(配置なし:19.0%、配置あり:42.9%, $\chi^2=47.080$, $p<0.001$;表6)。

対象機関の30%以上が算定件数を増やすために必要なこととして考えた項目は「診療報酬の点数の増点」(53.2%)、「療養生活継続支援加算の周知」(52.7%)、「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」(46.1%)、「算定できる期間の延長」(30.9%)、「療養生活継続支援加算を活用した支援(ケースマネジメント)に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備」(30.3%)であった(表3)。上記5項目については、病院(vs 診療所)、障害福祉事業所を併設する機関(vs 併設なし機関)、精神保健福祉士および看護師の配置する機関(vs 配置なし機関)において、算定件数を増やすために必要なこととして選択される割合が有意に多かった(表7-9)。なお、病院、障害福祉事業所を併設する機関、精神保健福祉士または看護師を配置する機関では、「算定要件を明確化する」「公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する」「濃厚な支

援内容に対する診療報酬の点数の加配」「加算のための研修要件を緩和する」なども、算定件数を増やすために必要なこととして30%を超える回答を集めた項目であった。

4. 精神科退院時共同指導Ⅰ

対象機関において、精神科退院時共同指導Ⅰを算定したことのある機関は49機関(6.6%)であった(表10)。算定上の課題として、30%を超える対象機関から選択された項目は「精神科退院時共同指導料Ⅰの存在が十分周知されていない」(42.5%)、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難」(32.9%)、「退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難」(32.8%)であった。算定件数を増やすために必要なこととして最も選択された項目は、「精神科退院時共同指導料Ⅰの周知」(45.7%)であり、次いで「自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する」(38.1%)、「診療報酬の点数を増点する」(36.4%)、「精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備」(30.5%)であった。

D. 考察

本研究は、精神科退院時共同指導料および療養生活継続支援加算の算定状況、臨床現場からみた診療報酬の課題、算定数増加のために必要なことなどを把握するための横断調査であった。調査の結果、新しい診療報酬の算定実績のある機関は未だ多くなく、その周知や人員配置や報酬対価などに課題があると示唆された。

1. 療養生活継続支援加算

療養生活継続支援加算の算定状況、人員配置や課題に関する結果を見ると3つの特徴がある。第1に、人員配置と報酬額との balan

スの問題があげられる。療養生活継続支援加算は専任の精神保健福祉士あるいは研修受講済みの看護師を配置する要件を定めている。一方で、精神保健福祉士あるいは看護師の人員配置を満たしていない対象機関は、それぞれの全体の約40%と90%であり、特に診療所で顕著であった。他方、療養生活継続支援加算の課題では、属性に関係なく「診療報酬が低い」ことが指摘されていた。また、算定件数増加のためには、「診療報酬の点数の増点」「医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当」が大きな割合を占めた。これらの結果を鑑みると、療養生活継続支援加算は、精神保健福祉士や看護師など外来ケースマネジメントを実施する人員の確保と雇用することができるだけの十分な報酬にはなっていないと捉えられている可能性がある。

第2に、周知の問題がある。課題および算定件数を増やすために必要なことの双方において、多くの機関が療養生活継続支援加算の周知をあげていた。また、対象機関からは療養生活継続支援加算を活用したケースマネジメントに関するガイドライン等の整備も必要とする回答も多かった。ケースマネジメントには様々なモデルがあり³⁾、制度によってケースマネジメントの動きに制約がでることも珍しくない⁴⁾。実際、療養生活継続支援加算では月当たりスタッフ80名まで1回のみ算定できるが、ICMあるいは準じる効果的なケースマネジメントモデルのケースロード数は多くても30名であり、その30名に対して月当たり複数回のサービスを提供することが多い^{2, 3)}。医療機関は診療報酬の適正な運用の監査を受けることもあるため、療養生活継続支援加算自体の周知と、同加算が期待するケースマネジメントモデルを明示することは算定増加につながるかもしれない。

第3に制度の柔軟な運用があげられる。療養生活継続支援加算の算定件数の増加には、

算定できる期間の延長や算定可能な専門職の拡大を含めた算定要件の緩和、濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配などを必要とする回答が多かった。この傾向は、病院が多かったが、重い精神症状や複雑な心理社会的背景を持つ患者が多いことに関連している可能性があると考えられる。近年、精神疾患の多様化が指摘されており、従来の統合失調症を主対象とした支援モデルのみでは対応が困難なことも多いことを考慮すると、療養生活継続支援加算の適切な対象などについては今後も議論が必要になると予想される。

2. 精神科退院時共同指導 I

精神科退院時共同指導 I については、非常に限られた機関のみが算定実績を有していた。よって、当該診療報酬の普及は進んでいないとみることが妥当と考えられる。その課題や算定件数増加に必要なことは、療養生活継続支援加算と同様に周知や診療報酬の点数に関する項目を支持する機関が多かった。他方、退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員や時間の確保などは、30%以上の機関から問題として認識されていた。外来・地域ケア部門に十分な配置がなければ、1人の患者のために入院機関とのケア会議に参加することは難しい可能性がある。一方で、現行の精神科退院時共同指導は、退院後、自院の外来に通院する場合は、同診療報酬を算定することができない建付けとなっている。このことが同報酬の低い算定実績と関連している可能性がある。これらの実情を鑑みると、精神科退院時共同指導の運用や枠組みは再考が必要といえるかもしれない。

3. 限界と今後の調査

本研究にはいくつかの限界がある。第1に本調査の回収率は約25%であり、必ずしも高い値ではない。よって一般化可能性については留意が必要である。第2に、本研究は回答

者から見た診療報酬の課題などを調査しており、その回答は主観的なものである。また、調査は横断調査であり、変数間の因果の流れを説明できない。よって、本研究の結果をもって、診療報酬や加算の（低い）算定実績に直結する客観的な要因の把握をすることは困難である。第3に調査時期があげられる。療養生活継続支援加算の開始は2022年4月であり、本調査は当該加算の新設から1年も経過しない時期に実施した。よって、算定実績やその課題も長期的には好転する可能性がある。

本研究は複数の限界を抱えるが、本研究は、精神科医療制度でケースマネジメントを念頭に置いた診療報酬についての初めての実態調査であった。今後の制度改革に向けた基礎的な資料になると予想される、本研究に参加した機関の中には、さらに詳しい調査への協力に同意した機関もあり、今後、2つの診療報酬に対する詳細な調査を実施する予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 1:CD007906, 2017.
- 2) Lim CT, Caan MP, Kim CH, et al: Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. Psychiatr Serv 73(2):180-187, 2022.
- 3) Mueser KT, Bond GR, Drake RE, et al: Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophr Bull 24(1):37-74, 1998.
- 4) Dusitn D, 小坂啓史ら（和訳）：マクドナルド化するソーシャルワーク：英国ケアマネジメントの実践と社会理論，明石書店，東京，2023.

表 1 回答者および医療機関の属性

主たる回答者の属性(n = 757)			
	管理職（院長・理事長）	365	48.2%
	部門長（医局長・地域連携室などの長）	179	23.6%
	上記以外	213	28.1%
主たる回答者の職種(n = 759)			
	医師	383	50.5%
	医師以外	376	49.5%
貴機関の種別 (n = 763)			
	診療所（クリニック）	437	57.3%
	病院	326	42.7%
精神病床数 (n = 741)			
	平均値, 標準偏差	104.0	145.4
法人・法人グループが行っている事業・部門（複数回答有）(n=763)			
医療	精神科の病院	424	55.6%
	精神科デイケア	328	43.0%
	地域連携室・医療福祉相談室など	291	38.1%
	医療機関内の訪問看護部門	163	21.4%
	訪問看護ステーション	143	18.7%
	精神科のサテライトクリニック	91	11.9%
	精神科以外の病院	64	8.4%
	その他	103	13.5%
障害福祉	共同生活援助（グループホーム）	157	20.6%
	計画相談支援	103	13.5%
	就労継続支援 B 型	100	13.1%
	地域移行支援	71	9.3%
	市町村による委託相談（障害者相談支援事業）	59	7.7%
	就労移行支援	49	6.4%
	地域定着支援	48	6.3%
	地域活動支援センター	46	6.0%
	居宅介護	35	4.6%
	自立訓練（生活訓練）宿泊型	33	4.3%
	自立訓練（生活訓練）通所型	29	3.8%
	生活介護	24	3.1%
	自立生活援助	23	3.0%
	就労継続支援 A 型	6	0.8%
	その他	38	5.0%

表 2 療養生活継続支援加算に関する組織体制

「療養生活継続支援加算」の算定が可能な精神保健福祉士の人数（常勤換算）（n = 755）		
0 人	318	42.1%
5 人未満	325	43.0%
10 人未満	85	11.3%
10 人以上	27	3.6%
精神科外来の看護師数（常勤換算、別の業務と兼任の看護師を含まない）（n = 763）		
0 人	318	41.7%
3 人未満	325	42.6%
5 人未満	85	11.1%
5 人以上	27	3.5%
前問で回答した看護師数のうち、下記いずれかの課程を修了している看護師の人数（n = 763）		
A. 日本看護協会の認定看護師教育課程「認知症看護」		
B. 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」の専門看護師教育課		
C. 日本看護協会が認定している看護系大学院の「精神看護」の専門看護師教育課		
D. 日本精神科看護協会の精神科認定看護師教育課程		
0 人	693	90.8%
3 人未満	48	6.3%
5 人未満	8	1.0%
5 人以上	5	0.7%

表3 療養生活継続支援加算の算定実績と課題

「療養生活継続支援加算」を1回以上算定した実績 (n = 763)		
あり	165	21.6%
なし	596	78.1%
「あり」の場合、加算を算定している部門 (n = 164)		
病院の精神科外来	90	54.9%
院内の訪問担当部門	15	9.1%
地域連携室・医療福祉相談室など	87	53.0%
その他	11	6.7%
「療養生活継続支援加算」の算定上の課題 (複数回答有) (n = 763)		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない	357	46.8%
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	315	41.3%
所定の研修を修了している看護師がいない	272	35.6%
診療報酬が低い(労力に見合った点数ではない)	253	33.2%
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	215	28.2%
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	186	24.4%
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない(学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる)ということを知らない	168	22.0%
所定の研修のハードルが高い	143	18.7%
該当する患者がいない	89	11.7%
自院以外の機関と連携していない	66	8.7%
他機関における取組状況を踏まえて検討する	59	7.7%
その他の連携先の協力を得にくい	55	7.2%
医師から算定するよう指示されていない	55	7.2%
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	29	3.8%
その他	62	8.1%
「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要と思うこと (複数回答有) (n = 763)		
診療報酬の点数の増点	406	53.2%
療養生活継続支援加算の周知	402	52.7%
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	352	46.1%
算定できる期間の延長	236	30.9%
療養生活継続支援加算を活用した支援(ケースマネジメント)に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	231	30.3%
算定要件を明確化する	225	29.5%
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	224	29.4%
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	219	28.7%
加算のための研修要件を緩和する	195	25.6%
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	172	22.5%
組織として加算を算定するという意識づけ	156	20.4%
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	145	19.0%
療養生活継続支援加算を活用した支援(ケースマネジメント)に関する研修の実施	135	17.7%
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	124	16.3%
その他	26	3.4%

表 4 診療所と病院における「療養生活継続支援加算」の算定上の課題の比較

	診療所・クリニック (n = 437)		病院 (n = 326)		χ^2	P
	n	%	n	%		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない*	183	41.9%	174	53.4%	9.914	0.002
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	186	42.6%	129	39.6%	0.690	0.406
所定の研修を修了している看護師がいない	140	32.0%	132	40.5%	5.817	0.016
診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）	112	25.6%	141	43.3%	26.161	<0.001
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	115	26.3%	100	30.7%	1.753	0.185
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	107	24.5%	79	24.2%	0.006	0.936
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない（学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる）ということを知らない	112	25.6%	56	17.2%	7.767	0.005
所定の研修のハードルが高い	74	16.9%	69	21.2%	2.196	0.138
該当する患者がいない	54	12.4%	35	10.7%	0.476	0.490
自院以外の機関と連携していない	44	10.1%	22	6.7%	2.605	<0.001
他機関における取組状況を踏まえて検討する	24	5.5%	35	10.7%	7.197	0.107
その他の連携先の協力を得にくい	25	5.7%	30	9.2%	3.384	0.007
医師から算定するよう指示されていない	11	2.5%	44	13.5%	33.652	0.066
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	17	3.9%	12	3.7%	0.022	<0.001
その他	30	6.9%	32	9.8%	2.178	0.881

*項目の並びは、診療所・クリニックと病院の合計で度数の多い順（表3参照）

表 5 併設障害福祉事業所の有無における「療養生活継続支援加算」の算定上の課題の比較

	併設福祉事業所なし (n = 500)		併設福祉事業所あり (n = 263)		χ^2	P
	n	%	n	%		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない*	226	45.2%	131	49.8%	1.471	0.225
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	217	43.4%	98	37.3%	2.678	0.102
所定の研修を修了している看護師がいない	169	33.8%	103	39.2%	2.161	0.142
診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）	143	28.6%	110	41.8%	13.601	<0.001
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	129	25.8%	86	32.7%	4.054	0.044
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	120	24.0%	66	25.1%	0.112	0.738
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない（学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる）ということを知らない	115	23.0%	53	20.2%	0.814	0.367
所定の研修のハードルが高い	91	18.2%	52	19.8%	0.280	0.597
該当する患者がいない	65	13.0%	24	9.1%	2.511	0.113
自院以外の機関と連携していない	50	10.0%	16	6.1%	3.345	0.002
他機関における取組状況を踏まえて検討する	36	7.2%	23	8.7%	0.577	0.067
その他の連携先の協力を得にくい	30	6.0%	25	9.5%	3.167	0.448
医師から算定するよう指示されていない	31	6.2%	24	9.1%	2.205	0.075
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	22	4.4%	7	2.7%	1.424	0.138
その他	36	7.2%	26	9.9%	1.665	0.233

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表3参照）

表 6 精神保健福祉士または看護師の配置の有無における「療養生活継続支援加算」の算定上の課題の比較

	配置なし (n = 310)		配置あり (n = 445)		χ^2	P
	n	%	n	%		
「療養生活継続支援加算」の存在が十分周知されていない*	133	42.9%	222	49.9%	3.578	0.059
専任としておく精神保健福祉士・看護師がいない	196	63.2%	118	26.5%	101.355	<0.001
所定の研修を修了している看護師がいない	113	36.5%	158	35.5%	0.071	0.790
診療報酬が低い（労力に見合った点数ではない）	59	19.0%	191	42.9%	47.080	<0.001
20分の面談、同一月内の連携先との連絡・相談、通院精神療法実施、それらの時系列がどう規定されているのかが不明確	54	17.4%	160	36.0%	30.908	<0.001
医師の診察がない日でも、精神保健福祉士が単独で面接を行うと算定できるということを知らない	50	16.1%	136	30.6%	20.500	<0.001
連携先の対象が福祉や行政機関のみに限らない（学校、企業、民生委員、自治会、大家等も対象となる）ということを知らない	54	17.4%	114	25.6%	7.099	0.008
所定の研修のハードルが高い	57	18.4%	85	19.1%	0.061	0.805
該当する患者がいない	47	15.2%	40	9.0%	6.828	0.009
自院以外の機関と連携していない	34	11.0%	31	7.0%	3.718	0.054
他機関における取組状況を踏まえて検討する	11	3.6%	47	10.6%	12.673	<0.001
その他の連携先の協力を得にくい	12	3.9%	43	9.7%	9.075	0.003
医師から算定するよう指示されていない	17	5.5%	38	8.5%	2.526	0.112
障害福祉サービス事業所の協力を得にくい	7	2.3%	22	4.9%	3.568	0.059
その他	9	2.9%	53	11.9%	19.665	<0.001

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表3参照）

表 7 診療所と病院における「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要なことの比較

	診療所・クリニック (n = 437)		病院 (n = 326)		χ^2	P
	n	%	n	%		
診療報酬の点数の増点*	190	43.5%	216	66.3%	38.915	<0.001
療養生活継続支援加算の周知	204	46.7%	198	60.7%	14.795	<0.001
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	170	38.9%	182	55.8%	21.527	<0.001
算定できる期間の延長	117	26.8%	119	36.5%	8.274	0.004
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	107	24.5%	124	38.0%	16.244	<0.001
算定要件を明確化する	114	26.1%	111	34.0%	5.693	0.017
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	123	28.1%	101	31.0%	0.724	0.395
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	101	23.1%	118	36.2%	15.620	<0.001
加算のための研修要件を緩和する	91	20.8%	104	31.9%	12.044	0.001
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	103	23.6%	69	21.2%	0.618	0.432
組織として加算を算定するという意識づけ	55	12.6%	101	31.0%	38.846	<0.001
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	58	13.3%	87	26.7%	21.829	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関する研修の実施	58	13.3%	77	23.6%	13.727	<0.001
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	56	12.8%	68	20.9%	8.877	0.003
その他	17	3.9%	9	2.8%	0.724	0.395

*項目の並びは、診療所・クリニックと病院の合計で度数の多い順（表 3 参照）

表 8 併設障害福祉事業所の有無における「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要なことの比較

	併設事業所なし (n = 500)		併設事業所あり (n = 263)		χ^2	P
	n	%	n	%		
診療報酬の点数の増点*	238	47.6%	168	63.9%	18.343	<0.001
療養生活継続支援加算の周知	248	49.6%	154	58.6%	5.544	<0.001
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	205	41.0%	147	55.9%	15.384	<0.001
算定できる期間の延長	129	25.8%	107	40.7%	17.873	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	123	24.6%	108	41.1%	22.133	<0.001
算定要件を明確化する	129	25.8%	96	36.5%	9.493	0.002
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	134	26.8%	90	34.2%	4.576	0.032
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	116	23.2%	103	39.2%	21.462	<0.001
加算のための研修要件を緩和する	109	21.8%	86	32.7%	10.762	0.001
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	105	21.0%	67	25.5%	1.977	0.160
組織として加算を算定するという意識づけ	85	17.0%	71	27.0%	10.588	0.001
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	71	14.2%	74	28.1%	21.748	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関する研修の実施	70	14.0%	65	24.7%	13.587	<0.001
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	65	13.0%	59	22.4%	11.269	0.001
その他	14	2.8%	12	4.6%	1.627	0.202

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表 3 参照）

表 9 精神保健福祉士または看護師の配置の有無における「療養生活継続支援加算」の算定件数を増やすために必要なことの比較

	配置なし (n = 310)		配置あり (n = 445)		χ^2	P
	n	%	n	%		
診療報酬の点数の増点*	96	31.0%	308	69.2%	107.435	<0.001
療養生活継続支援加算の周知	129	41.6%	272	61.1%	27.930	<0.001
医療機関に精神保健福祉士を配置することについての診療報酬上のさらなる手当	101	32.6%	248	55.7%	39.392	<0.001
算定できる期間の延長	38	12.3%	197	44.3%	87.340	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関するわかりやすい手引き・ガイドライン等の整備	49	15.8%	182	40.9%	54.177	<0.001
算定要件を明確化する	66	21.3%	159	35.7%	18.212	<0.001
公認心理師でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	69	22.3%	155	34.8%	13.843	<0.001
濃厚な支援内容に対する診療報酬の点数の加配	41	13.2%	177	39.8%	62.712	<0.001
加算のための研修要件を緩和する	69	22.3%	125	28.1%	3.255	0.071
通院精神療法のみではなく在宅精神療法でも加算できるようにする等、算定要件の緩和	50	16.1%	121	27.2%	12.762	<0.001
組織として加算を算定するという意識づけ	29	9.4%	127	28.5%	41.022	<0.001
作業療法士でも算定できるよう施設基準または算定要件を緩和する	35	11.3%	110	24.7%	21.235	<0.001
療養生活継続支援加算を活用した支援（ケースマネジメント）に関する研修の実施	23	7.4%	111	24.9%	38.438	<0.001
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	28	9.0%	95	21.4%	20.323	<0.001
その他	7	2.3%	19	4.3%	2.224	0.136

*項目の並びは、併設福祉事業所の有無の合計で度数の多い順（表 3 参照）

表 10 精神科退院時共同指導 1 の算定実績と課題

「精神科退院時共同指導 1」を 1 回以上算定した実績 (n = 763)		
あり	49	6.6%
なし	697	93.4%
「精神科退院時共同指導 1」の算定上の課題 (複数回答有) (n = 763)		
「精神科退院時共同指導料 1」の存在が十分周知されていない	324	42.5%
退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための人員の確保が困難	251	32.9%
退院前に入院先病院の多職種チームと協働するための時間の確保が困難	250	32.8%
入院先病院との連携・協力体制がない、または不十分	216	28.3%
該当する患者がいない	204	26.7%
診療報酬が低い (労力に見合った点数ではない)	200	26.2%
通院患者がもともと自院に入院していたため算定しづらい	80	10.5%
他機関における取組状況を踏まえて検討する	51	6.7%
医師から算定するよう指示されていない	44	5.8%
その他	25	3.3%
「精神科退院時共同指導 1」の算定件数を増やすために必要と思うこと (複数回答有) (n = 763)		
「精神科退院時共同指導料 1」の周知	349	45.7%
自院の外来に通院する場合でも算定できるように算定要件を緩和する	291	38.1%
診療報酬の点数を増点する	278	36.4%
精神科退院時共同指導料を活用した支援に関するわかりやすい手引き・ガイドラインの整備	233	30.5%
組織としてこの診療報酬を算定するという意識づけ	134	17.6%
精神科退院時共同指導料を活用した支援に関する研修の実施	118	15.5%
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念の普及	105	13.8%
その他	26	3.4%