

個別事項(その6)

精神医療について(その1)

1. 精神医療の現状等について

2. 地域移行・地域定着の推進のための取組について

2-1. 精神病床における入退院支援に係る取組について

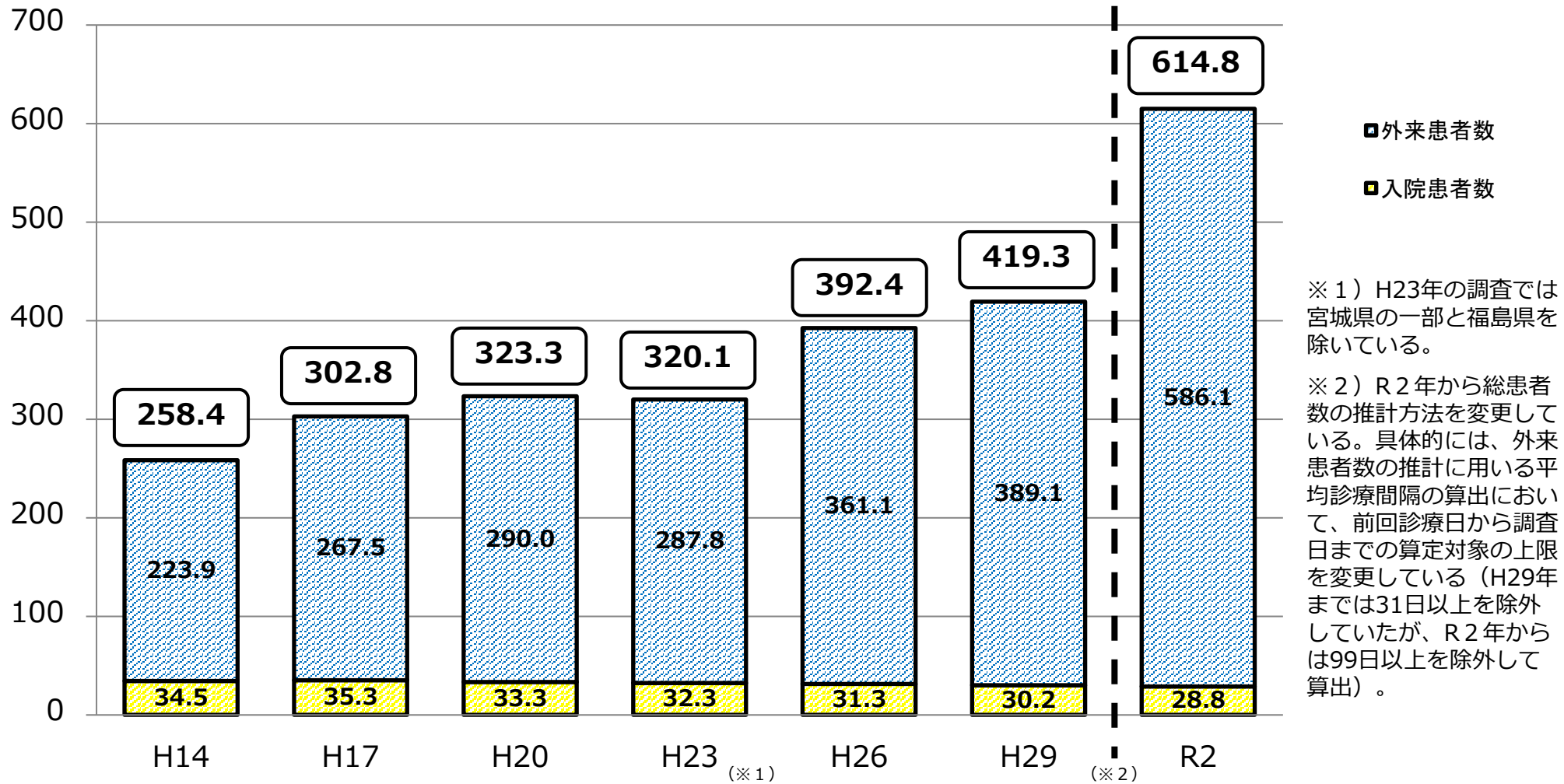
2-2. 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価について

3. 児童思春期精神医療について

精神疾患を有する総患者数の推移

○ 精神疾患を有する総患者数は、約614.8万人(入院:約28.8万人、外来:約586.1万人)。

(単位:万人)



病院・診療所病床に関する主な人員の標準

	病院					診療所		
	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床 1)大学病院等 ※1 1)以外の病院		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員 ※3 4:1 看護補助者 ※3 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員 ※4 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1	医師 1人 薬剤師 ※2 — 看護職員 ※3 ※5 4:1 看護補助者 ※3 ※5 4:1	(基準無し) ※2
<p>(各病床共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士又は管理栄養士 ※6 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1 								

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 (病院及び)医師が常時3人以上いる診療所については、専属薬剤師を置かなければならない。

※3 令和6年3月31日までは、6:1でも可。 ※4 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1。

※5 当分の間、看護職員及び看護補助者2:1、ただしそのうち1人は看護職員とする。 ※6 令和6年4月1日までは、「栄養士」のみ

病院・診療所病床に関する主な構造設備の標準

	病院				診療所	
	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床 結核病床	療養病床	一般病床
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・他の部分へ流入しないような機械換気設備 ・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設 ・一般病床(病院)に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	<ul style="list-style-type: none"> ・消火用の機械又は器具 ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	<ul style="list-style-type: none"> ・消火用の機械又は器具
病床面積	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(2人以上)	一般病床(病院)と同じ 〈既設〉※3 6.0㎡/床 以上	一般病床(病院)と同じ	一般病床(病院)と同じ	一般病床(病院)と同じ 〈既設〉※3 6.0㎡/床 以上	6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(2人以上)
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	療養病床(病院)と同じ (大学病院等(※1)については一般病床(病院)と同じ)	一般病床(病院)と同じ	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 (定員9人以下の診療所は適用外)

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

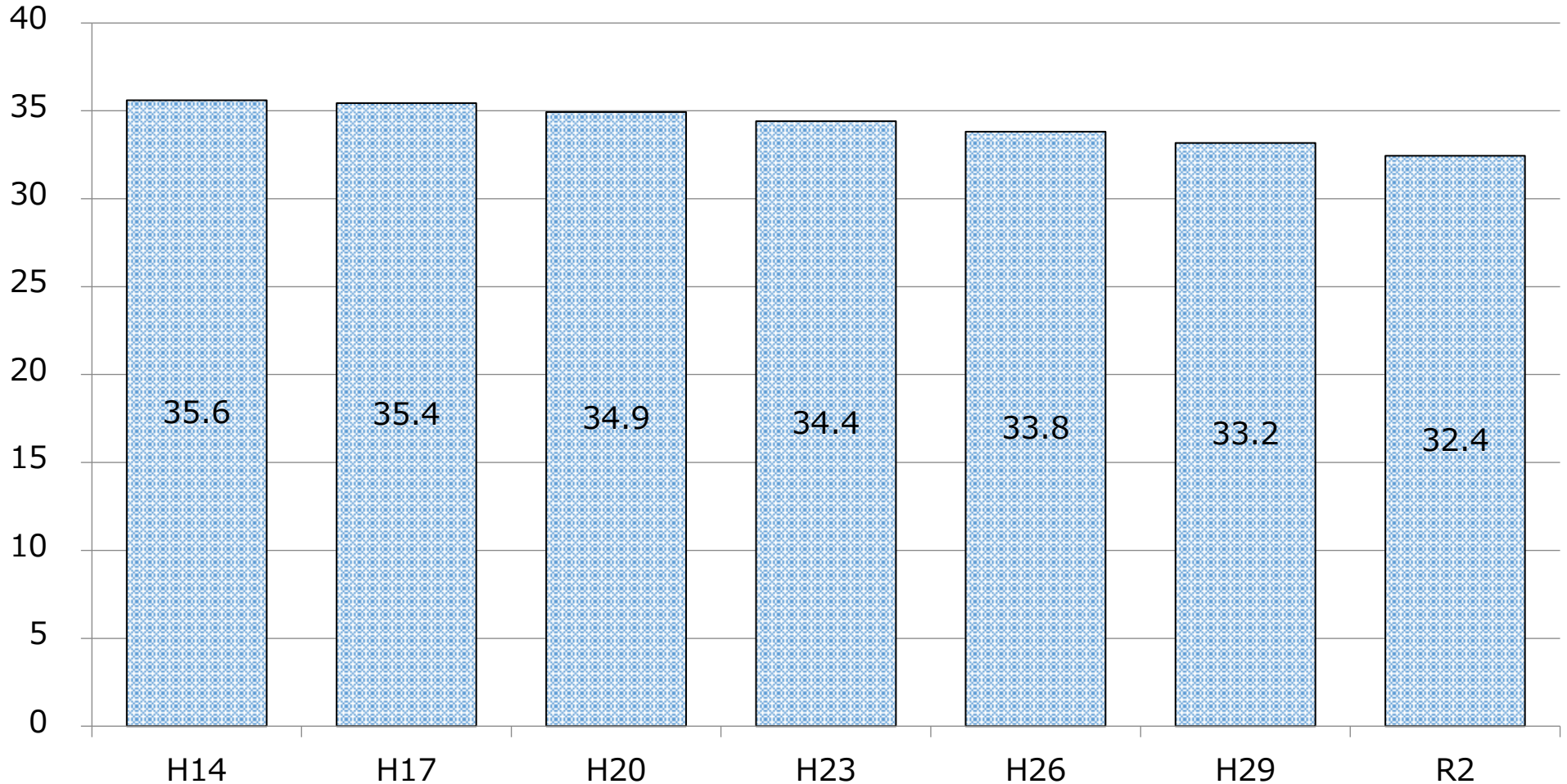
※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

精神病床数の推移

○ 精神病床数は、約32.4万床であり、減少傾向。

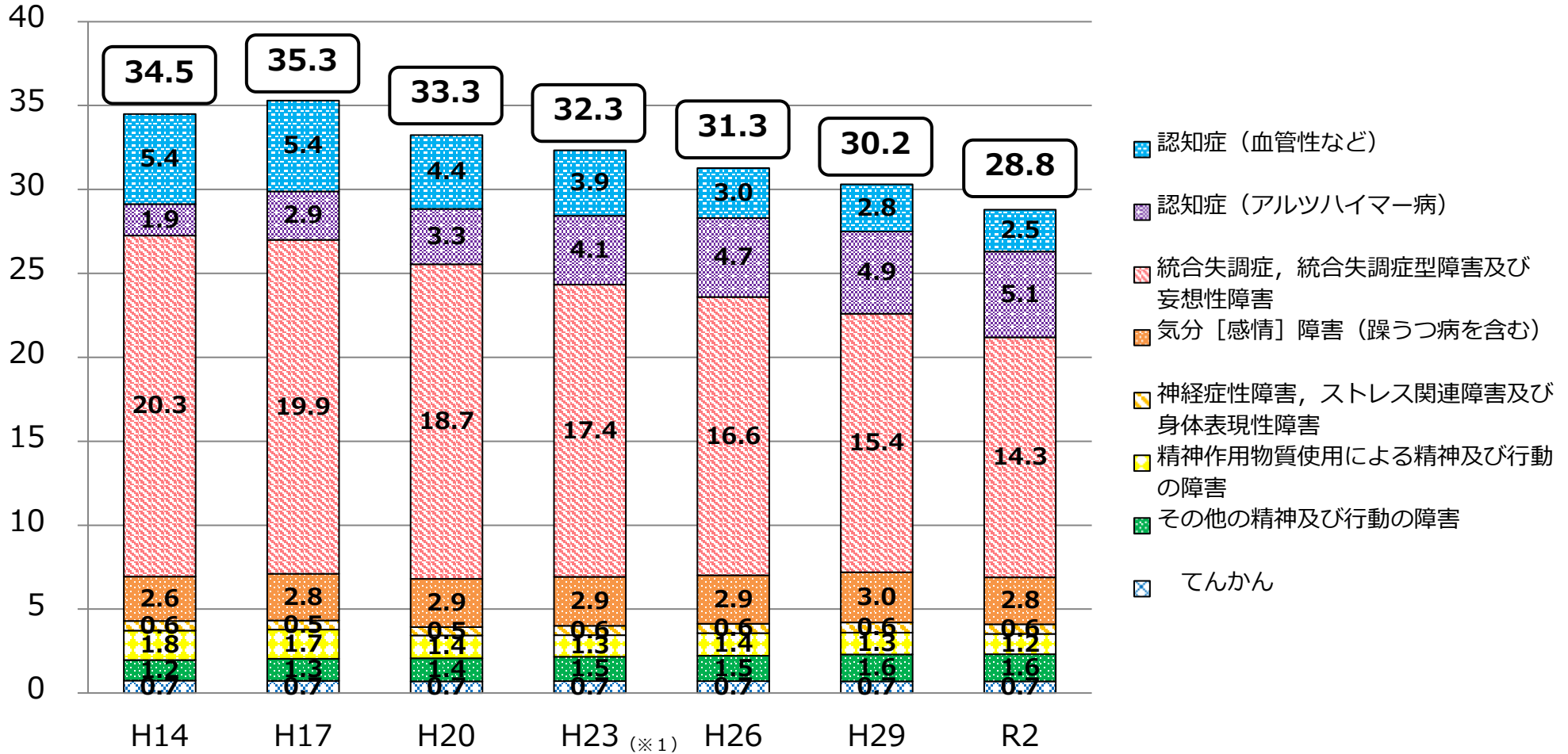
(単位：万床)



精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）

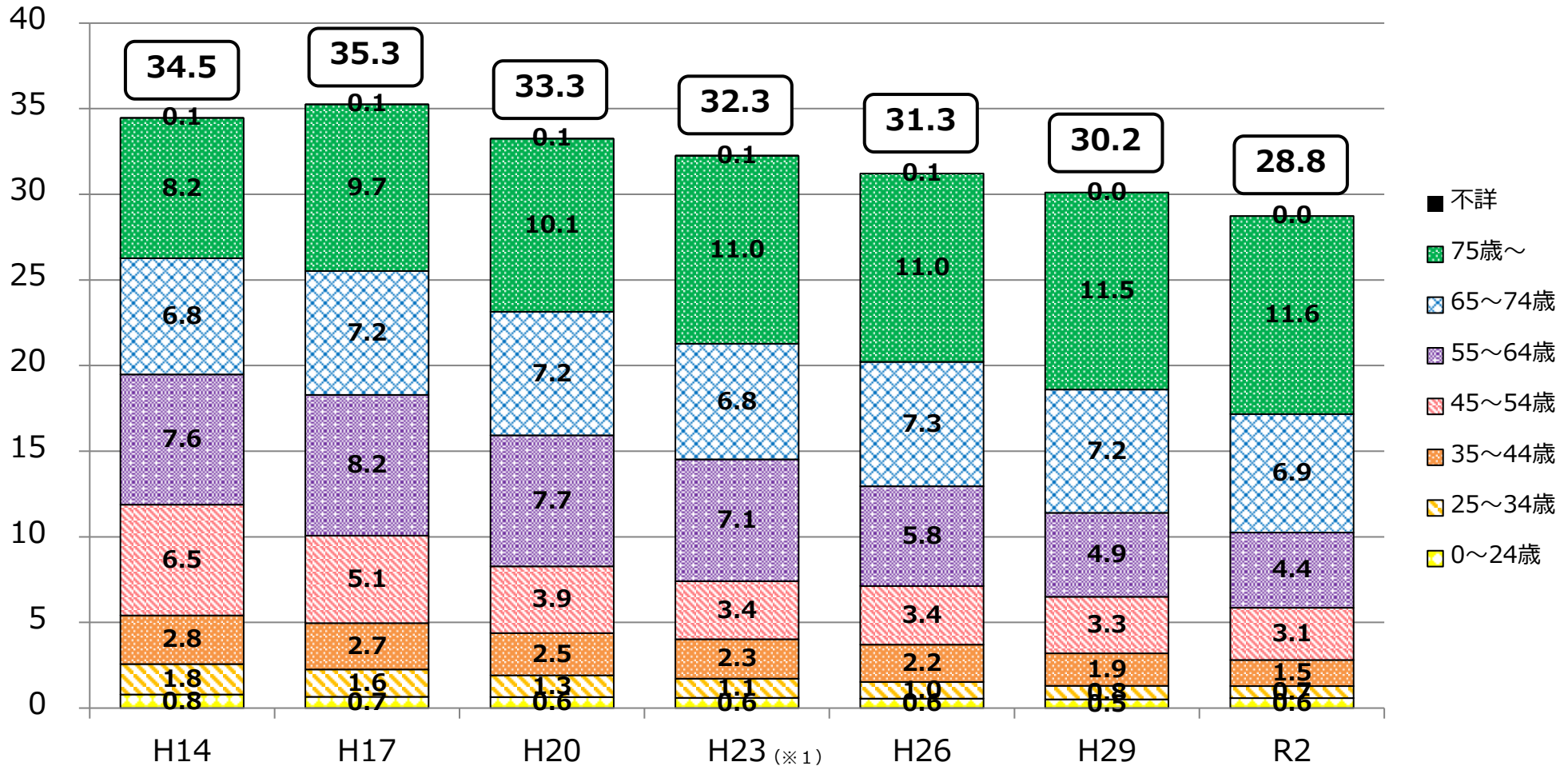


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

○ 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が最も多く、約18.5万人（約64%）。

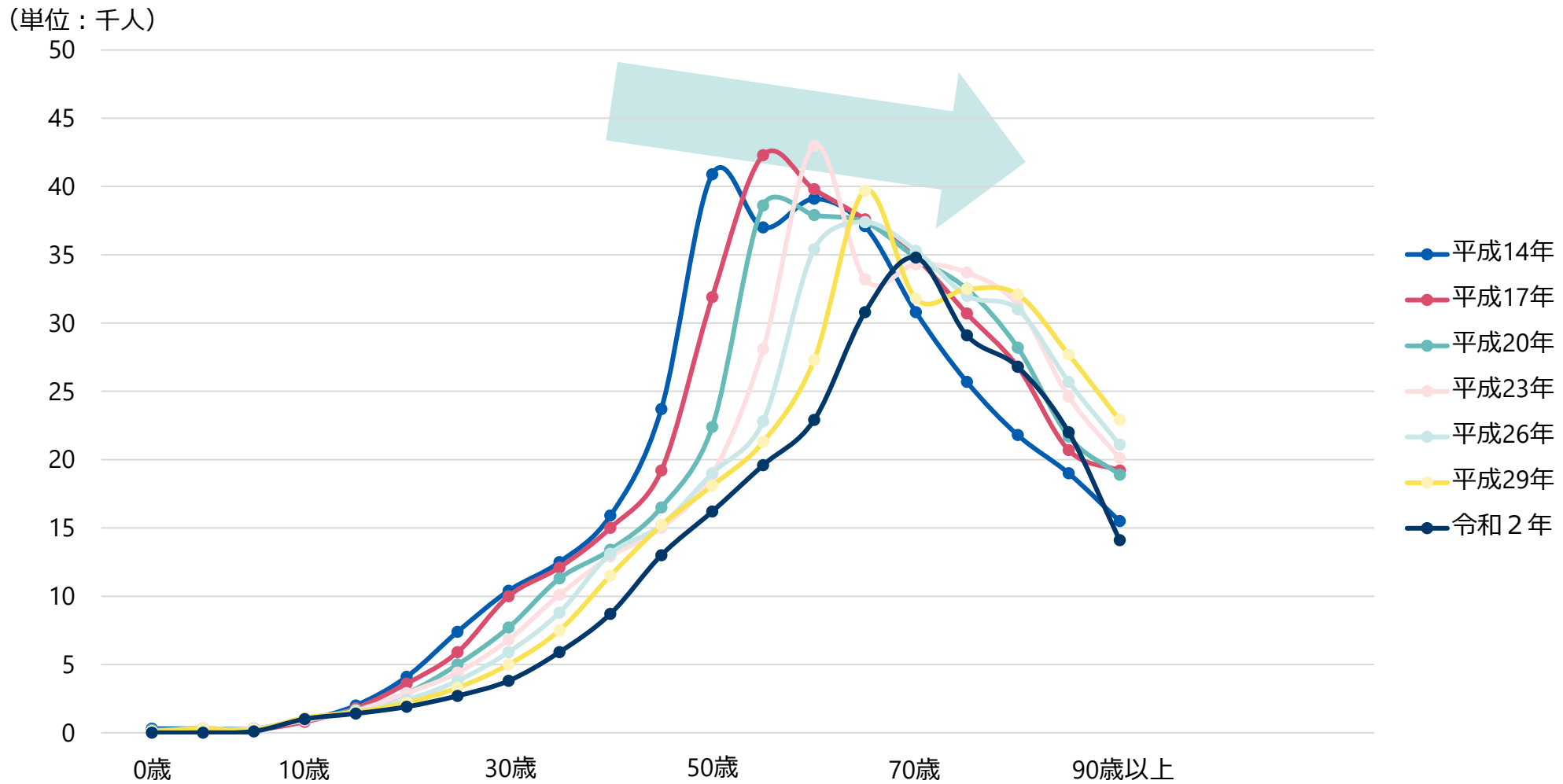
（単位：万人）



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

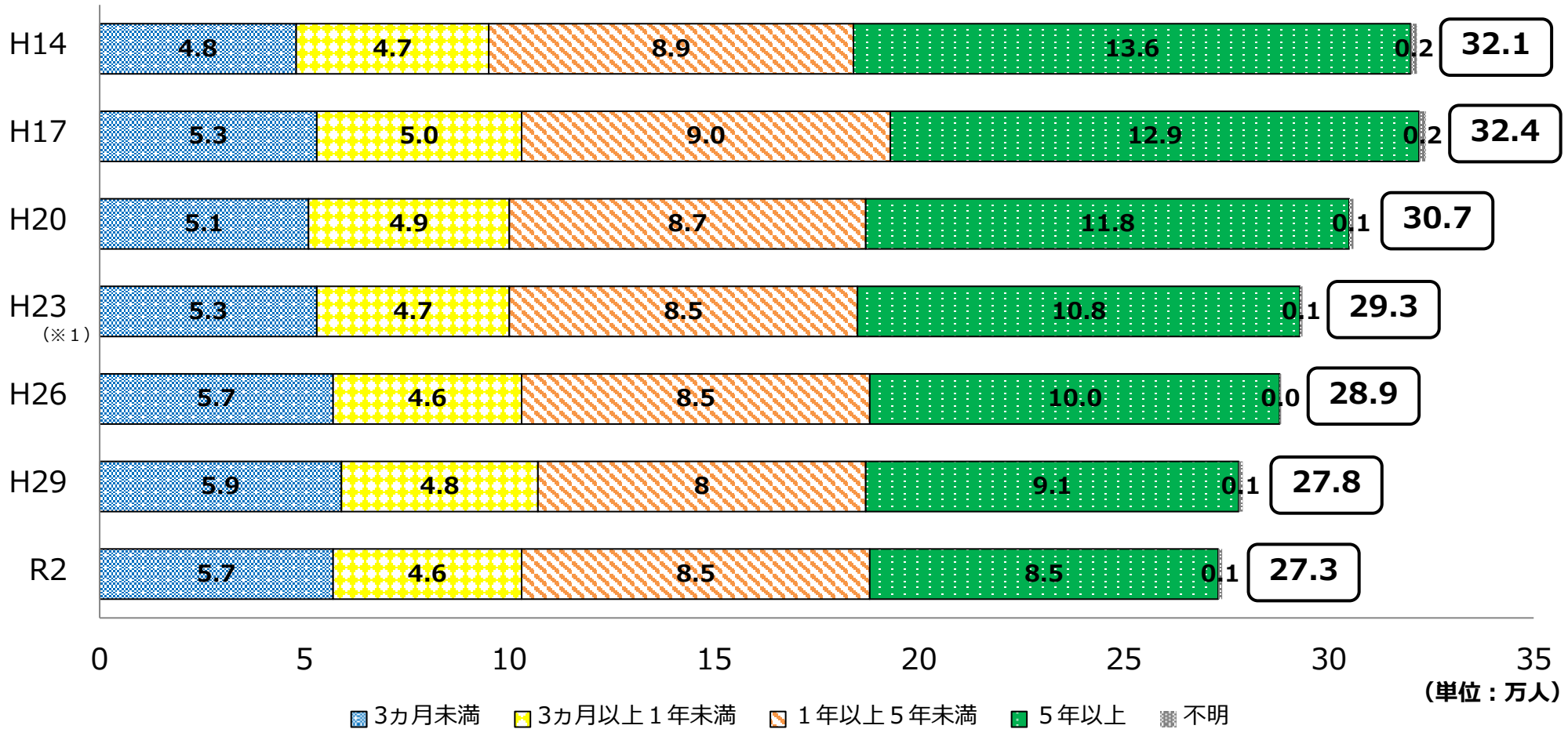
○精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。



平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

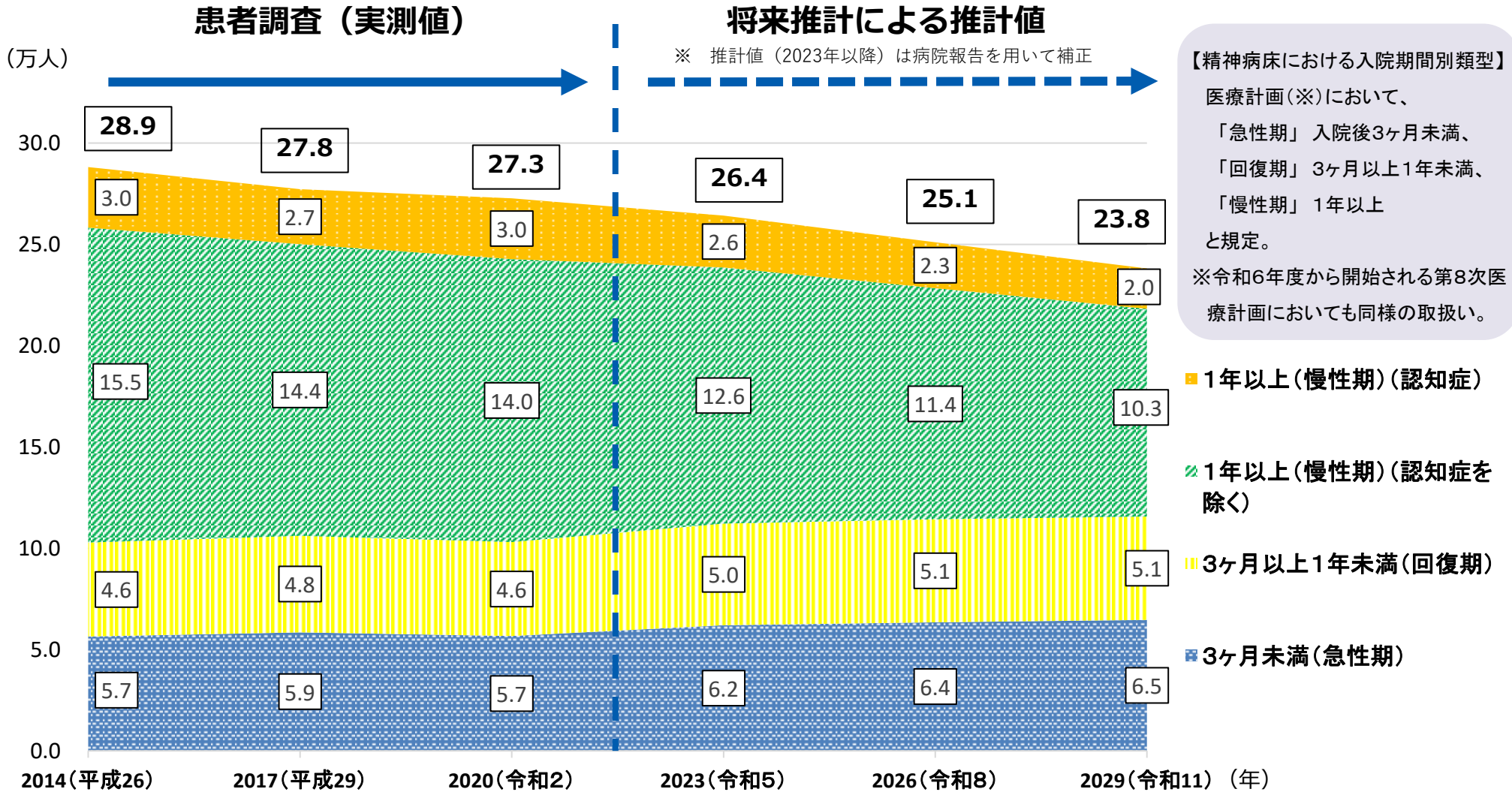
- 精神病床における入院患者数は、約27.3万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約17.0万人（約62%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神病床における入院患者数の将来推計結果

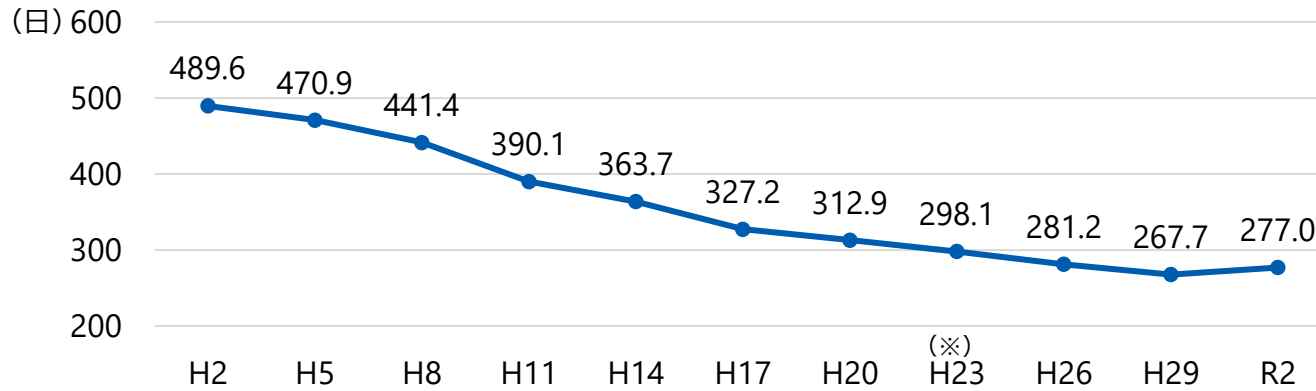
○ 精神病床における入院患者数は、将来的に減少することが推計されている。



精神病床における平均在院日数と再入院率

- 精神病床における平均在院日数は、減少傾向。
- 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者のうち、30%以上が、1年以内に再入院している。

■ 精神病床における平均在院日数の推移

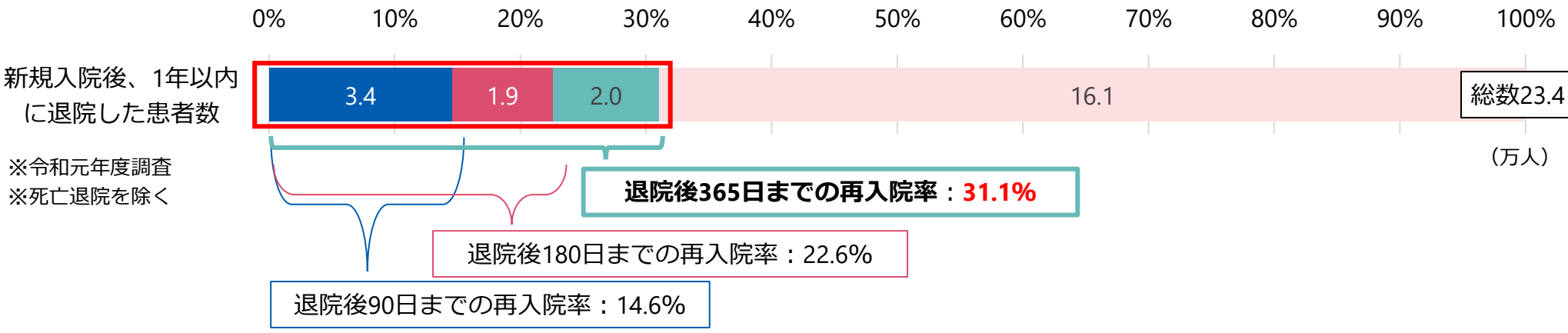


平均在院日数の算出方法

$$\frac{\text{年間在院患者延べ数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$$

※ 平成23年では岩手県と宮城県、福島県の一部、平成28年では熊本県の一部、平成30年では広島県の一部を除いている。

■ 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者における退院後1年までの再入院率



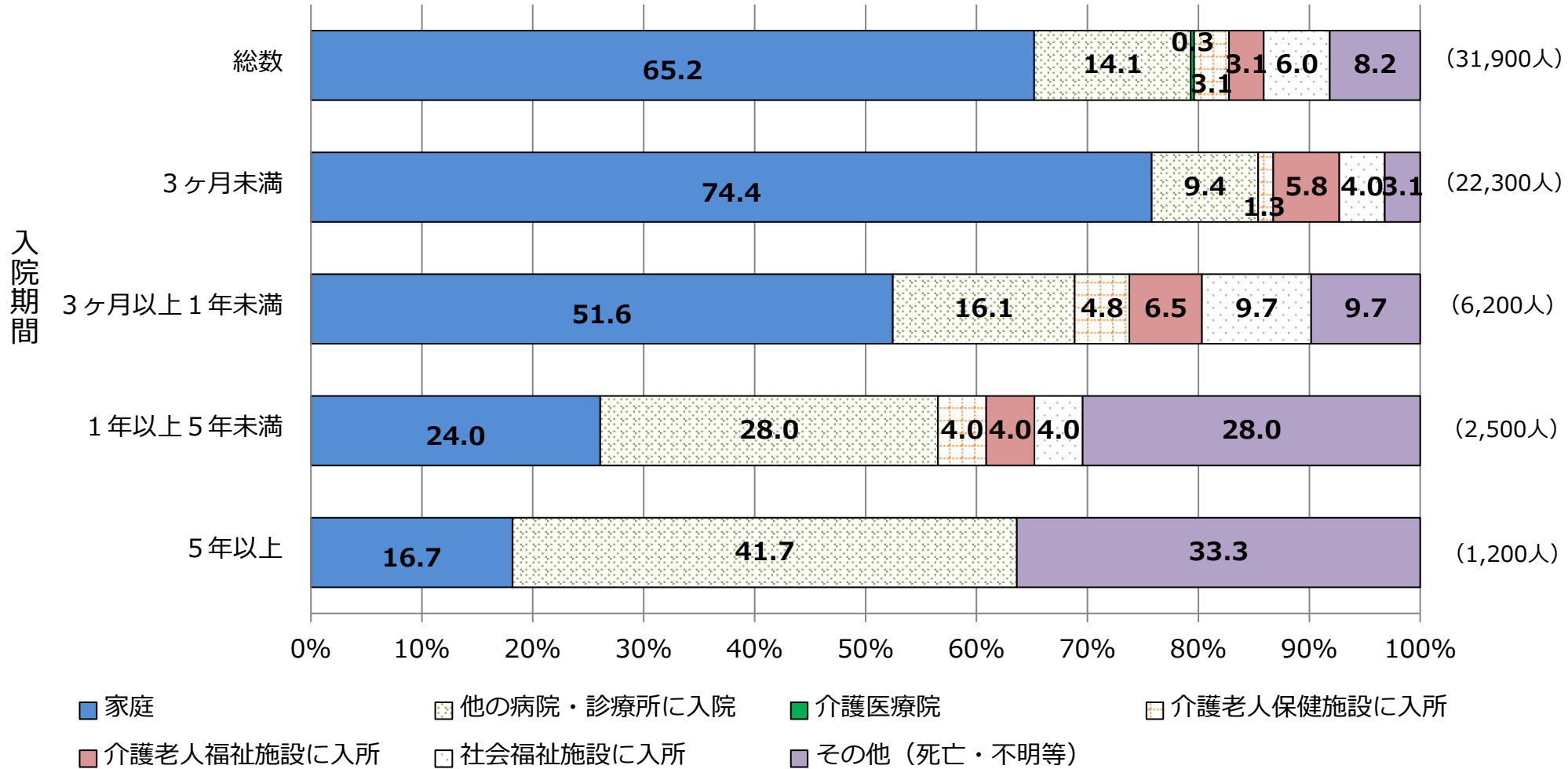
新規入院後、1年以内に退院した患者数
 ※令和元年度調査
 ※死亡退院を除く

出典：(上図)厚生労働省「病院報告」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成
 (下図)令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」(研究代表者：西大輔)提出資料より作成

精神病床から退院した患者の退院後の行き先

- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所に入院」や「その他(死亡・不明等)」の割合が高い。

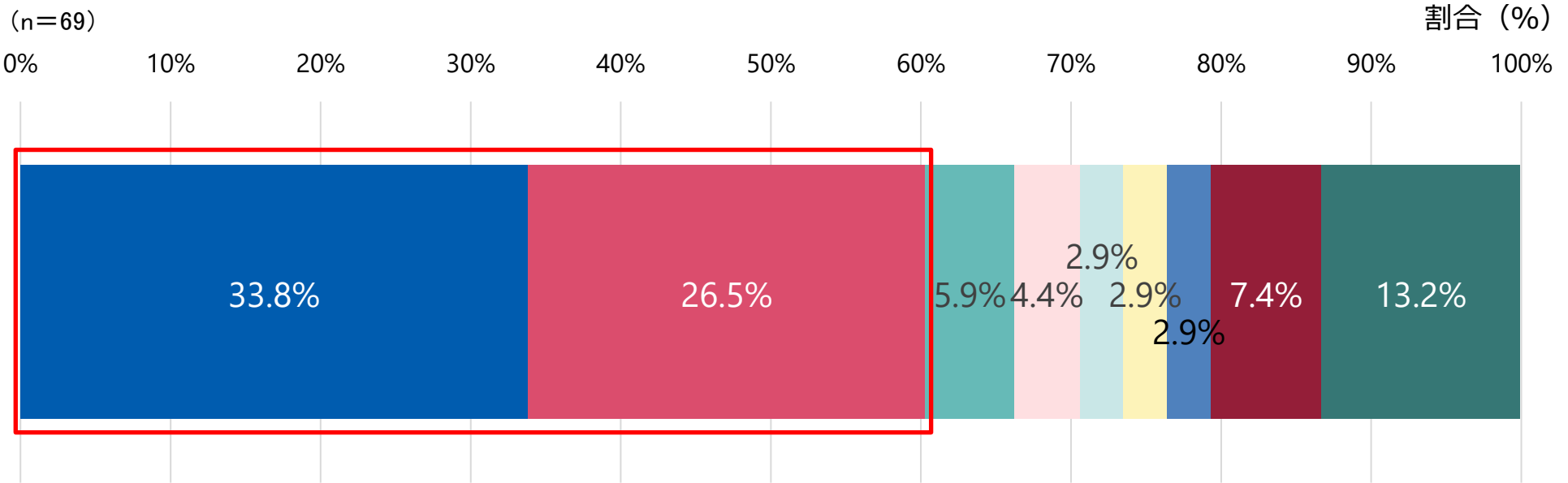
■ 精神病床退院患者の入院期間別の退院後の行き先



入院期間が長くなる主な理由

○ 入院期間が3か月超になる理由について、「精神疾患の治療に時間を要するため」や「転院先、入所先または居住先が見つからないため」の割合が高い。

■ 入院期間が3か月超になる主な理由（最もあてはまるものを回答）



■ 精神疾患の治療に時間を要するため

- 家族が入院を希望するため
- 患者の経済的理由のため
- 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため
- 無回答

■ 転院先、入所先または居住先が見つからないため

- 身体合併症の治療に時間を要するため
- 同居家族がいないため
- その他

※精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、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、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について調査

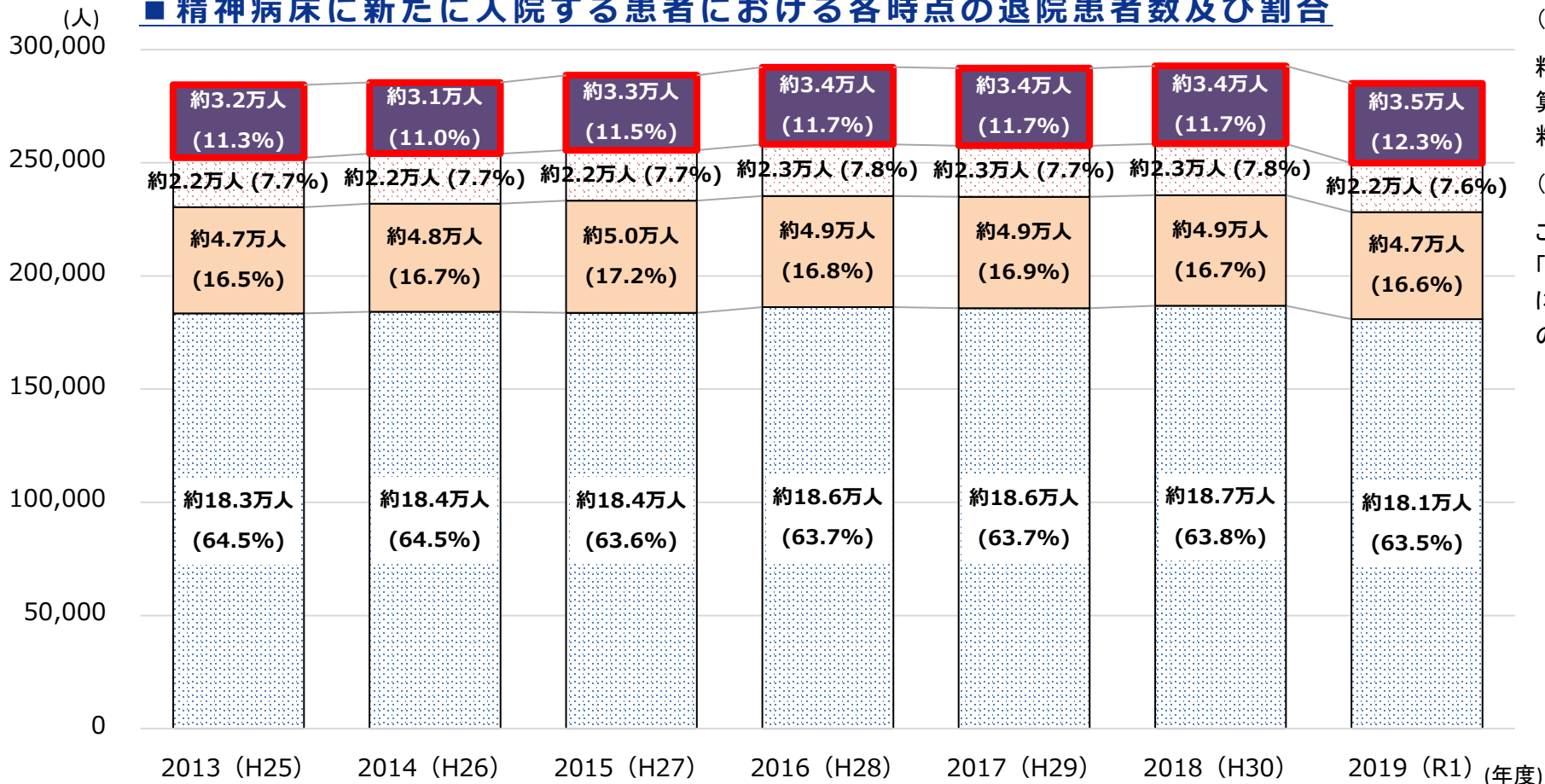
精神病床における1年を超える長期入院の発生状況

- 各年度における、精神病床において新たに入院料(※1)を算定した患者について、入院後90日、180日、365日以内に退院(※2)した患者ののべ人数およびそれぞれの割合は以下のとおり。
- 精神病床において新たに入院料を算定した患者のうち、1年以上入院する者の割合は毎年11~12%である。

■ 精神病床に新たに入院する患者における各時点の退院患者数及び割合

(※1)
精神病床において算定可能な各入院料を指す。

(※2)
この場合において、「退院」とは、(※1)における各入院料の算定終了を指す。



- 入院後90日までに退院した患者数
- 入院後91日~180日に退院した患者数
- 入院後181~365日に退院した患者数
- 入院後365日時点で退院していない患者数

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

1 任意入院(法第20条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院(法第29条／法第29条の2)

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。

※ 緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に限られる。

3 医療保護入院／応急入院(法第33条／法第33条の7)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要

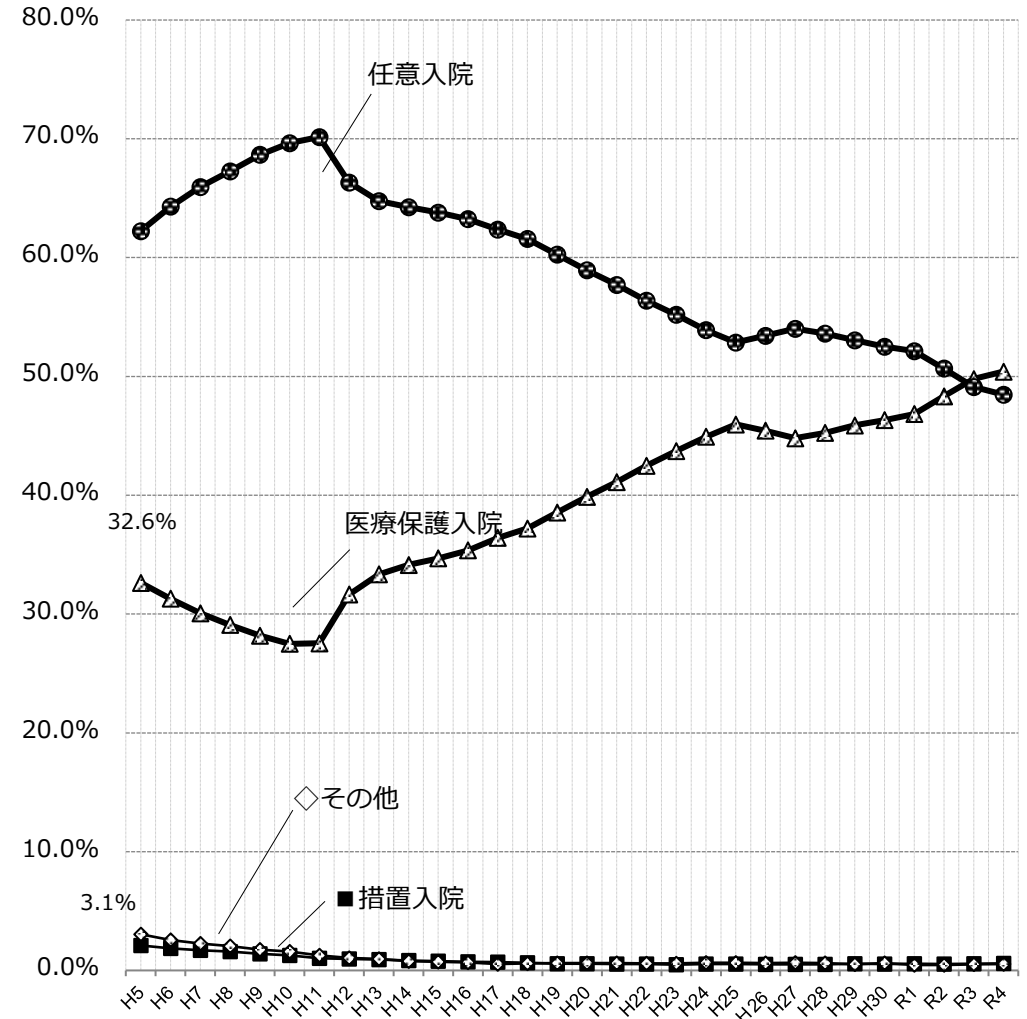
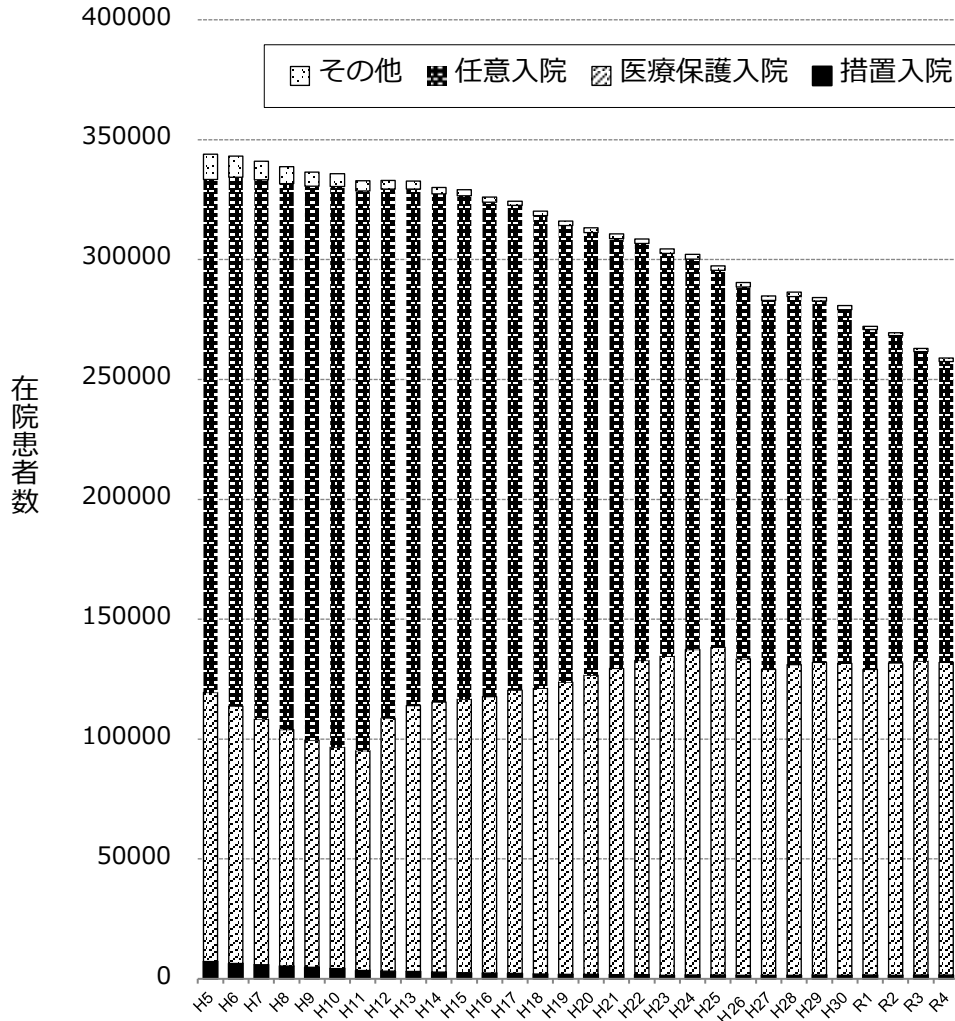
※1 病院管理者は、家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合、市町村長の同意により入院させることができる。

※2 応急入院は、入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医(又は特定医師)の診察が必要であり、入院期間は72時間以内に限られる。

※3 いずれも特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

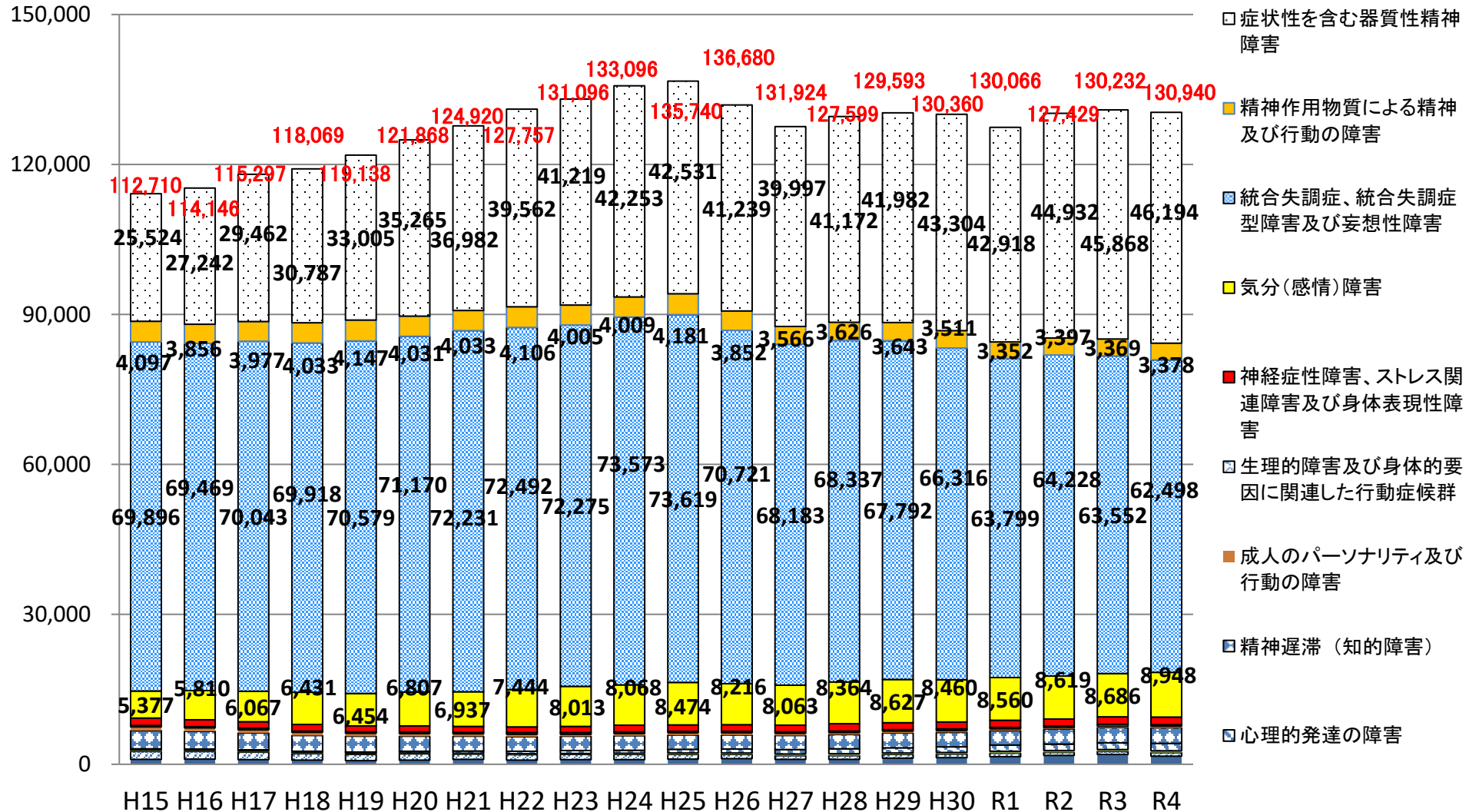
入院形態別在院患者数の推移

○ 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。



医療保護入院患者数の推移（疾患別内訳）

○ 医療保護入院の患者数は、約13万人。



精神科入院に係る診療報酬と主要要件①（令和4年度）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神病棟 入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	特記事項なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上が GAF30以下	精神疾患 を有する 患者	(1,450点)	○初期加算 465点（～14日） 250点（15～30日） 125点（31～90日） 10点（91～180日） 3点（181日～1年）
		看護 10:1 (特定機能病院)		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上が GAF30以下		1,287点 (1,373点)	○重度認知症加算 300点（～1月）
		看護 13:1 (特定機能病院)		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上が GAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		958点 (1,022点)	○救急支援精神病棟初 期加算 100点（～14日）
		看護 15:1 (特定機能病院)		・特記事項なし		830点 (933点)	
		看護 18:1※				740点	
		看護 20:1※				685点	
		特別入院基本料 (看護 25:1)				561点	

※【経過措置】

精神病棟入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院（注：大学病院等）以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②（令和4年度）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	点数
精神科救急急性期医療入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤4名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・1看護単位60床以下 ・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数等 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行 ・データ提出加算	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	2,400点 (～30日) 2,100点 (31日～60日) 1,900点 (61日～90日)
精神科救急医療体制加算	指定医 病院常勤5名			・精神科救急医療体制整備事業に参画し、入院を要する患者を積極的に受け入れ ・新規入院患者の6割以上が3月以内に自宅等へ移行		1 600点 2 590点 3 500点 (～90日)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤2名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・1看護単位60床以下 ・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,600点 (～30日) 3,300点 (31日～60日) 3,100点 (60日～90日)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・1看護単位60床以下 ・隔離室を有する	・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	2,000点 (～30日) 1,700点 (31日～60日) 1,500点 (60日～90日)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名				1,885点 (～30日) 1,600点 (31日～60日) 1,450点 (60日～90日)

精神科入院に係る診療報酬と主要要件③（令和4年度）

区分		入院料	新規入院患者の自宅等への移行率	クロザピン新規導入患者実績要件	その他要件	点数
精神科急性期 医師配置加算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1	6割	クロザピン新規導入患者 6件/年	病棟の常勤指定 医2名以上 病棟の常勤医師 配置が16:1以上	600点
精神科急性期 医師配置加算 2	イ	精神病棟入院基本料等	—	—		500点
	ロ	精神科急性期治療病棟入院料	6割	—		450点
精神科急性期 医師配置加算3		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1	4割	クロザピン新規導入患者 3件/年		400点
精神科身体合併症 管理加算		<ul style="list-style-type: none"> ・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置 	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、精神科救急・合併症入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟)を算定する患者		450点 (～7日) 300点 (8～15日)	

精神科入院に係る診療報酬と主な要件④（令和4年度）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神療養病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名(専任) 医師 48:1※1	看護+看護補助者 15:1 (うち、看護5割) OT又は経験看護職員 常勤1名	・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下 ・病棟18m ² /人以上 ・病室5.8m ² /人以上	・病院にPSW又は公認心理師が常勤 ・退院支援相談員※2を、入院患者1人につき1人以上指定し、病院に配置 ・病院にOT室又は生活機能回復訓練室	長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,151点(GAFスコア30以下かつ精神科救急医療体制の確保に協力) 1,121点(GAFスコア40以下) 1,091点(GAFスコア41以上)	
認知症治療病棟入院料1	病院常勤1名 医師 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従OT 1名以上	・病棟18m ² /人以上を標準 ・デイルーム等 ・60m ² 以上の専用の生活機能回復訓練室	・病院に、専従するPSW又は公認心理師が1名以上勤務	急性期の集中的な治療を要する認知症患者	1,811点(～30日) 1,503点(31～60日) 1,204点(61日～)	○夜間対応加算 84点(～30日) 40点(31日～)
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 専従OT 1名以上(又は経験看護師1名以上+OTが週1回以上患者の評価)	・病棟18m ² /人以上を標準 ・60m ² 以上の専用の生活機能回復訓練室			1,318点(～30日) 1,112点(31～60日) 988点(61日～)	
児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名(1名は指定医) 医師 48:1	看護師 10:1 専従PSW及び公認心理師それぞれ常勤1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室	20歳未満の精神疾患を有する患者	2,995点	
地域移行機能強化病棟入院料※3	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名(専任) 医師 48:1	看護+看護補助者+OT+PSW 15:1(うち6割以上が看護、OT又はPSW) 専任OT又は経験看護職員常勤1名 専従PSW 常勤1名以上 専任PSW 常勤1名以上	1看護単位60床以下	・病院に常勤の公認心理師 ・退院支援部署を設置 ・自宅等に退院した長期入院患者の数が届出病床数の2.4%以上(月平均) ・届出病床数の30%以上の精神病床を削減(年平均)	1年以上入院している患者等	1,599点(GAFスコア30以下かつ精神科救急医療体制の確保に協力) 1,569点(GAFスコア40以下) 1,539点(GAFスコア41以上)	

※1: 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合は除く。

※2: PSWもしくは、保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士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: 当該入院料については、令和6年3月31日まで届出を可能とする。

精神科入院に係る診療報酬の届出状況

○ 精神科入院に係る診療報酬の届出医療機関数、届出病床数については以下のとおり。

特定入院料 (約15.8万床)

精神科救急急性期医療入院料

173医療機関、10,875床

精神科急性期治療病棟入院料

入院料 1 : 367医療機関、16,560床

入院料 2 : 9 医療機関、329床

精神科救急・合併症入院料

11医療機関、390床

児童・思春期精神科入院医療管理料

50医療機関、1,690床

精神療養病棟入院料

808医療機関、88,399床

認知症治療病棟入院料

入院料 1 : 554医療機関、38,590床

入院料 2 : 3 医療機関、220床

地域移行機能強化病棟入院料

27医療機関、1,129床

精神病棟入院基本料 (約14.0万床)

10対 1

46医療機関、1,620床

13対 1

72医療機関、4,204床

15対 1

1,021医療機関、128,300床

18対 1

23医療機関、3,760床

20対 1

9 医療機関、1,472床

特別入院基本料

9 医療機関、1,122床

特定機能病院 入院基本料 (約0.3万床)

10対 1 入院基本料

17医療機関、597床

10対 1 入院基本料

12医療機関、474床

13対 1 入院基本料

40医療機関、1,596床

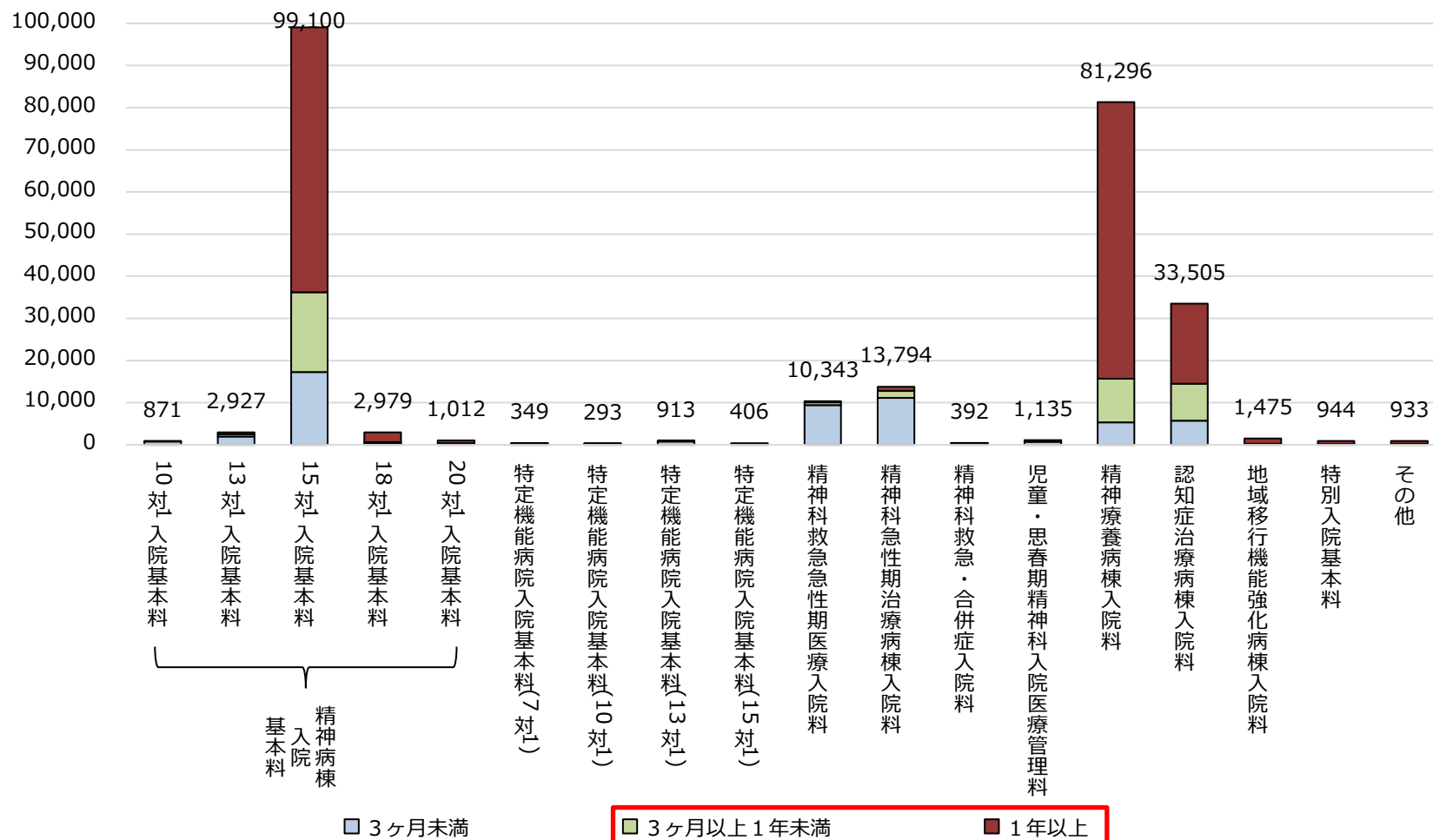
15対 1 入院基本料

1 医療機関、36床

精神病床における届出入院料別の入院患者数（在院期間別）

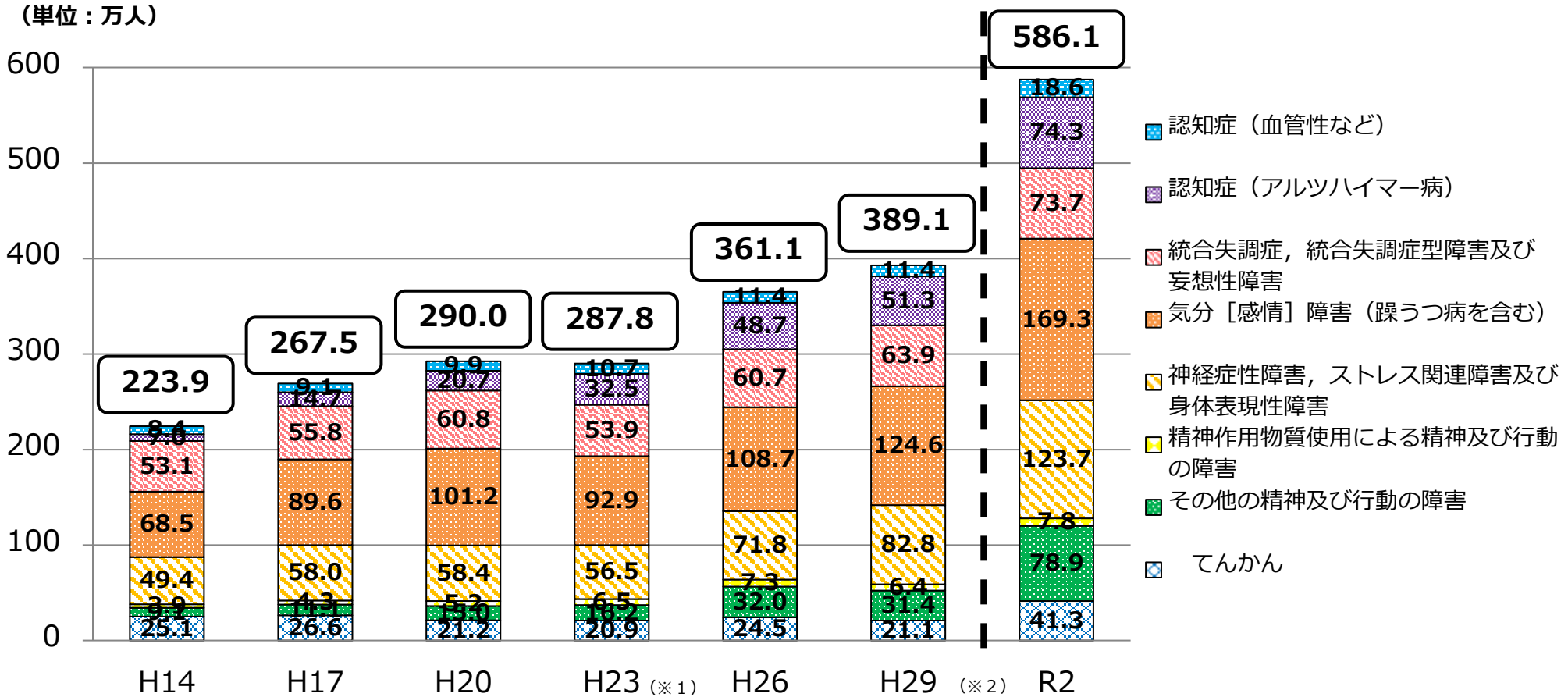
- 令和4年6月30日時点における、入院料の届出状況ごとの在院期間別患者数及び患者数の割合は以下のとおり。
- 15対1入院基本料等の人員配置の低い入院料を届け出ている病棟においては、3ヶ月以上入院している患者数が多く、特に1年以上の長期入院患者の割合が高い傾向にある。

■ 入院料別の患者数



精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)」、「神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



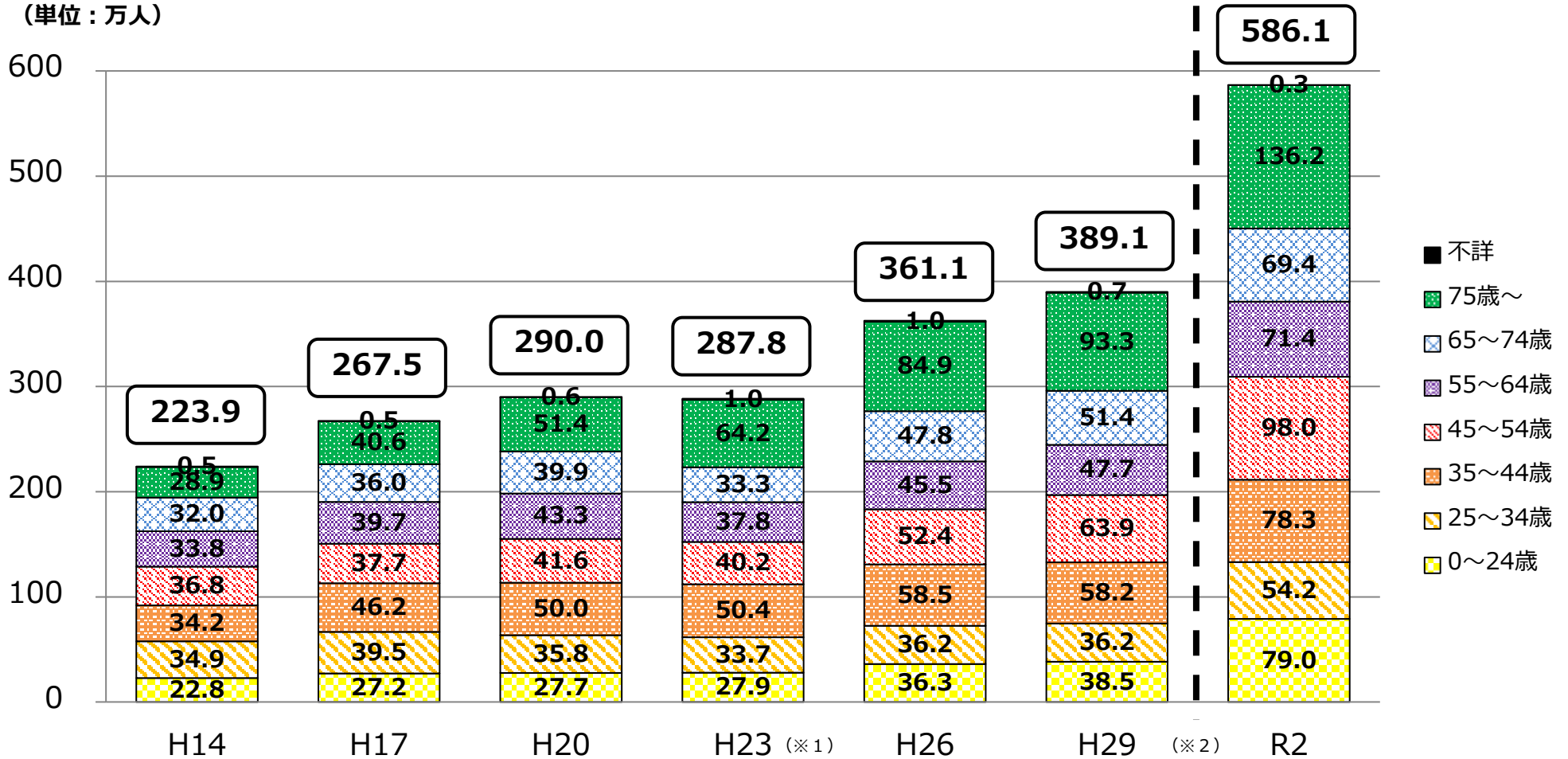
※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 年齢別では、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。

（単位：万人）



※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

通院・在宅精神療法（令和4年度）

1002 通院・在宅精神療法			指定医以外	指定医	加算等		
1 通院精神療法	○ 対象 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの	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		注3 20歳未満の患者に行った場合に加算 350点（～1年）		
		ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	540点	560点	注4 児童思春期精神科専門管理加算 イ 16歳未満の場合 500点（～2年） 300点（2年～） ロ 20歳未満の患者に60分以上行った場合 1200点（初診から3ヶ月以内、1回）		
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)30分以上	390点	410点	注5 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)	
			(2)30分未満	315点	330点		
		2 在宅精神療法	○ 回数 退院後4週間以内は週2回、それ以外は週1回に限り算定	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		注6 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、所定の要件を満たさない場合 50/100で算定
				ロ 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合	600点	620点	注7 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)
ハ イ及びロ以外の場合	(1)60分以上			530点	560点	注8 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回、～1年)	
	(2)30分以上60分未満			390点	410点	注9 療養生活継続支援加算 350点(月1回、～1年)	
(3)30分未満	315点	330点					
1002-2 精神科継続外来支援・指導料	○ 入院中の患者以外の患者であって、精神疾患の有するものに対して、精神科医が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に評価		55点		注2 1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には算定しない		
	○ 患者1人につき1日に1回に限り算定				注3 医師による支援と合わせて、精神科を担当する医師の指示の下、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 40点		
					注4 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)		
					注5 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、所定の要件を満たさない場合 50/100で算定		

精神科デイ・ケア等に係る診療報酬と主な要件（令和4年度）

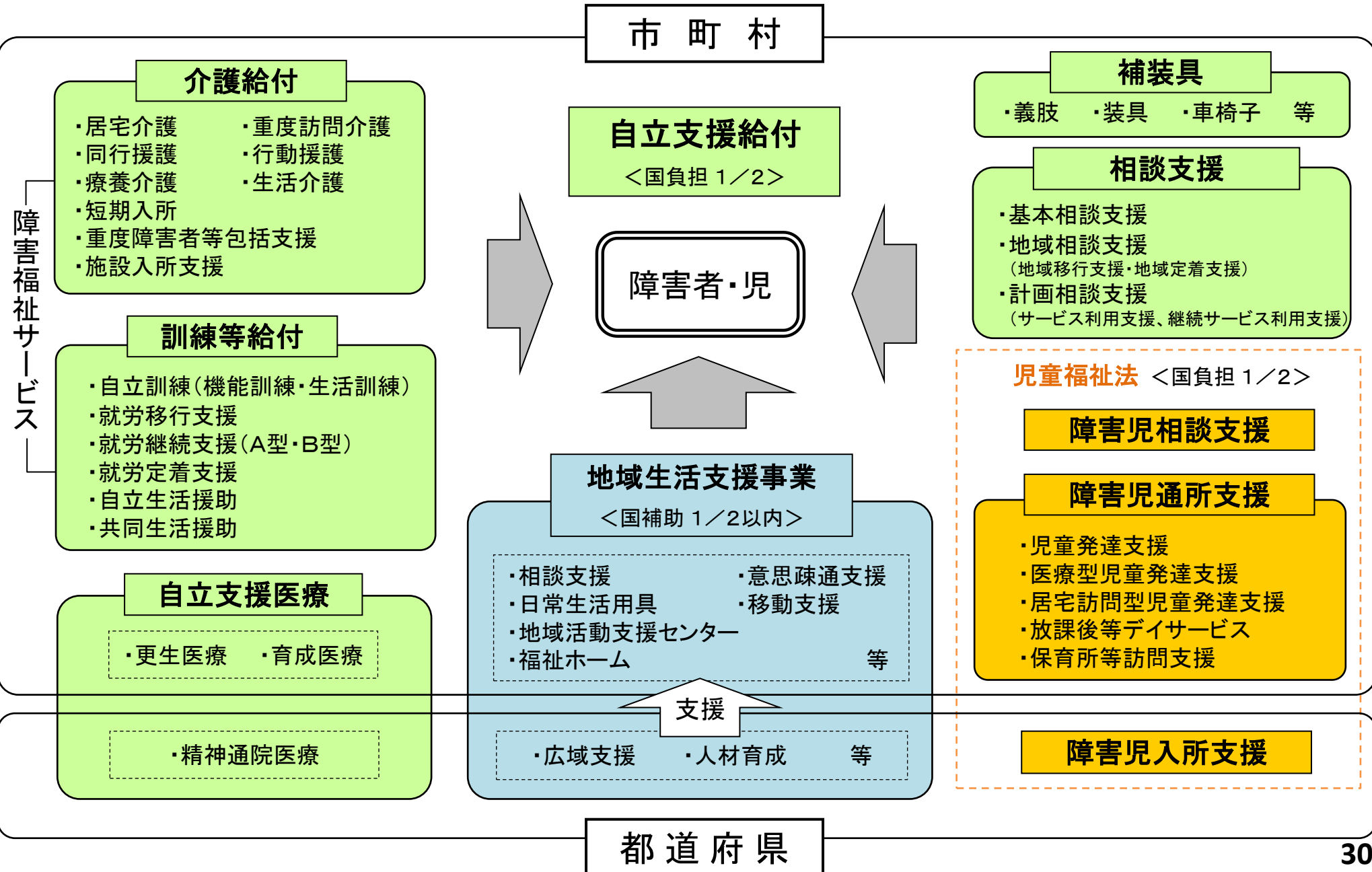
		I008-2		I009		I010	I010-2	要件等
		ショート・ケア		デイ・ケア		ナイト・ケア	デイナイト・ケア	
		小規模	大規模	小規模	大規模			
実施時間		3時間	3時間	6時間	6時間	4時間 (午後4時以降)	10時間	
点数(1日)		275	330	590	700	540	1000	
加算等	早期加算(1日)	20	20	50	50	50	50	・デイ・ケア等の初の算定日から1年以内の期間に限り算定 初の算定日から1年以内の患者 又は 精神病床を退院して1年以内の患者
	3年を超えて算定する場合	—	—	週3日を超えて算定する場合には90/100				・長期の入院歴(精神疾患により通算して1年以上の入院歴)を有する患者を除く
	疾患別等診療計画加算	—	—	—	—	—	40	
	疾患別等プログラム加算	200	—	—	—	—	—	・週1回、5月を限度に算定 ・精神科医が必要性を認めた場合、2年を限度に、週2回、計20回に限り算定
算定日数等	1年未満	上限なし						
	1年超	週5日を上限 ただし、週3日を超えて実施する場合はア～エ条件あり						ア 6月に1回以上精神科医が必要評価 イ 6月に1回以上PSWまたは公認心理師が患者の意向を聴取 ウ イを踏まえ多職種による診療計画(様式46の2)作成 エ ①直近6月の各月において、デイ・ケア等を月14回以上実施した患者数/月1回以上実施患者数<0.8 又は ②直近1ヶ月に1回以上デイ・ケア等を実施した患者について、デイ・ケア等を算定した月から当該月末までの月数の平均が12ヶ月未満

精神科外来に係る主な診療報酬の算定回数

○ 精神科外来に係る主な診療報酬の算定回数は次のとおり。

算定項目		点数	算定件数(件/月)	算定回数(回/月)			
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	193	274			
通院精神療法ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	560	31,329	31,330		
		精神保健指定医以外の場合	540	8,304	8,304		
通院精神療法ハ イ及びロ以外の場合		30分以上		精神保健指定医による場合	410	219,865	248,065
				精神保健指定医以外の場合	390	64,015	71,931
		30分未満		精神保健指定医による場合	330	2,696,862	3,250,159
				精神保健指定医以外の場合	315	556,391	652,842
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	5	5			
在宅精神療法ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	620	116	116		
		精神保健指定医以外の場合	600	41	41		
在宅精神療法ハ イ及びロ以外の場合		60分以上		精神保健指定医による場合	550	153	177
				精神保健指定医以外の場合	530	101	115
		30分以上60分未満		精神保健指定医による場合	410	1,923	2,370
				精神保健指定医以外の場合	390	912	1,221
		30分未満		精神保健指定医による場合	330	28,985	41,616
				精神保健指定医以外の場合	315	14,018	23,831
通院・在宅精神療法 20歳未満加算		350	91,168	118,400			
通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算		(16歳未満)2年以内	500	21,407	23,837		
		(16歳未満)2年超	300	17,318	18,791		
		(20歳未満・60分以上・1回限り)	1200	1,377	1,377		
通院精神療法 療養生活環境整備指導加算		250	88	88			
通院精神療法 療養生活継続支援加算		350	1,145	1,145			
精神科継続外来支援・指導料		55	81,557	97,419			

障害者総合支援法等における給付・事業



障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数
訪問系	介護給付	居宅介護 者 児	199,021	21,707
		重度訪問介護 者	12,221	7,518
		同行援護 者 児	26,292	5,748
		行動援護 者 児	13,149	2,021
		重度障害者等包括支援 者 児	45	10
日中活動系	介護給付	短期入所 者 児	46,458	5,305
		療養介護 者	20,970	258
		生活介護 者	298,461	12,348
施設系	施設系	施設入所支援 者	124,463	2,560
居住支援系	居住支援系	自立生活援助 者	1,271	290
		共同生活援助 者	167,465	12,318
訓練系・就労系	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） 者	2,177	189
		自立訓練（生活訓練） 者	14,155	1,310
		就労移行支援 者	35,543	2,989
		就労継続支援（A型） 者	82,990	4,368
		就労継続支援（B型） 者	322,414	16,003
		就労定着支援 者	15,220	1,533

（注） 1.表中の「**者**」は「障害者」、「**児**」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和4年12月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

		サービス内容	利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援 児 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	163,847	10,864
		医療型児童発達支援 児 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	1,666	87
		放課後等デイサービス 児 授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	311,372	19,556
訪問系	障害児	居宅訪問型児童発達支援 児 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	338	117
		保育所等訪問支援 児 保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	15,613	1,534
入所系	障害児	福祉型障害児入所施設 児 施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,327	180
		医療型障害児入所施設 児 施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	1,741	198
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援 者 児 【サービス利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 <ul style="list-style-type: none"> サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） 事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨 	232,366	9,823
		障害児相談支援 児 【障害児利用援助】 <ul style="list-style-type: none"> 障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	80,023	6,130
		地域移行支援 者 住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	587	318
		地域定着支援 者 常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	4,043	553

※ 障害児支援は、個別に利用の可否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない） ※ 相談支援は、支援区分によらず利用の可否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注） 1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 4年 12月サービス提供分（国保連データ）

障害者の地域移行・地域生活を支えるサービスについて

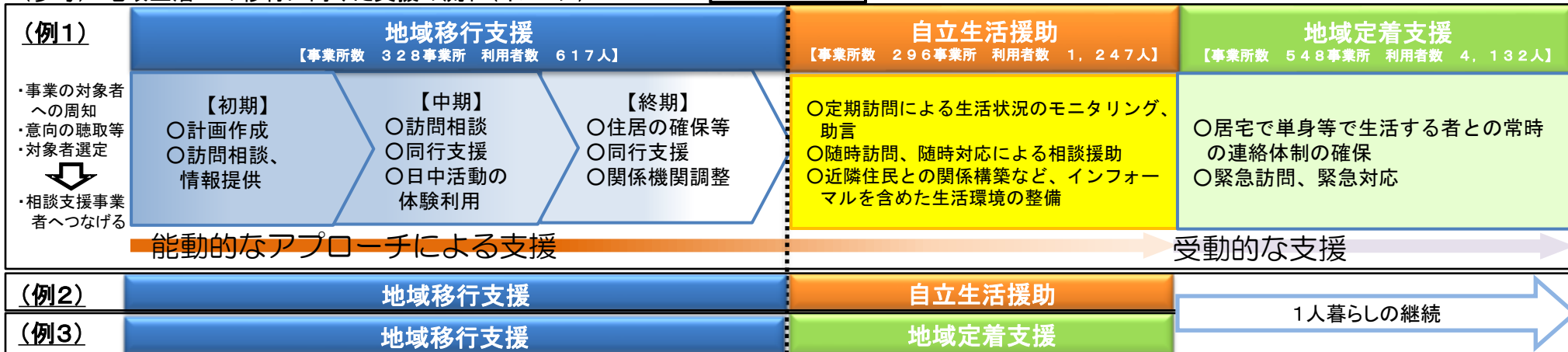
地域生活への移行に向けて、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援を組み合わせた支援を実施

- 地域移行支援： 障害者支援施設や病院等に入所又は入院している障害者を対象に、住居の確保その他の地域生活へ移行するための支援を行う。【支給決定期間：6ヶ月間】
- 自立生活援助： グループホームや障害者支援施設、病院等から退所・退院した障害者等を対象に、定期及び随時訪問、随時対応その他自立した日常生活の実現に必要な支援を行う。【標準利用期間：1年間】
- 地域定着支援： 居宅において単身で生活している障害者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。【支給決定期間：1年間】

(参考) 地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

【出典】令和5年4月サービス提供分(国民健康保険団体連合会データ)



自立支援協議会によるネットワーク化

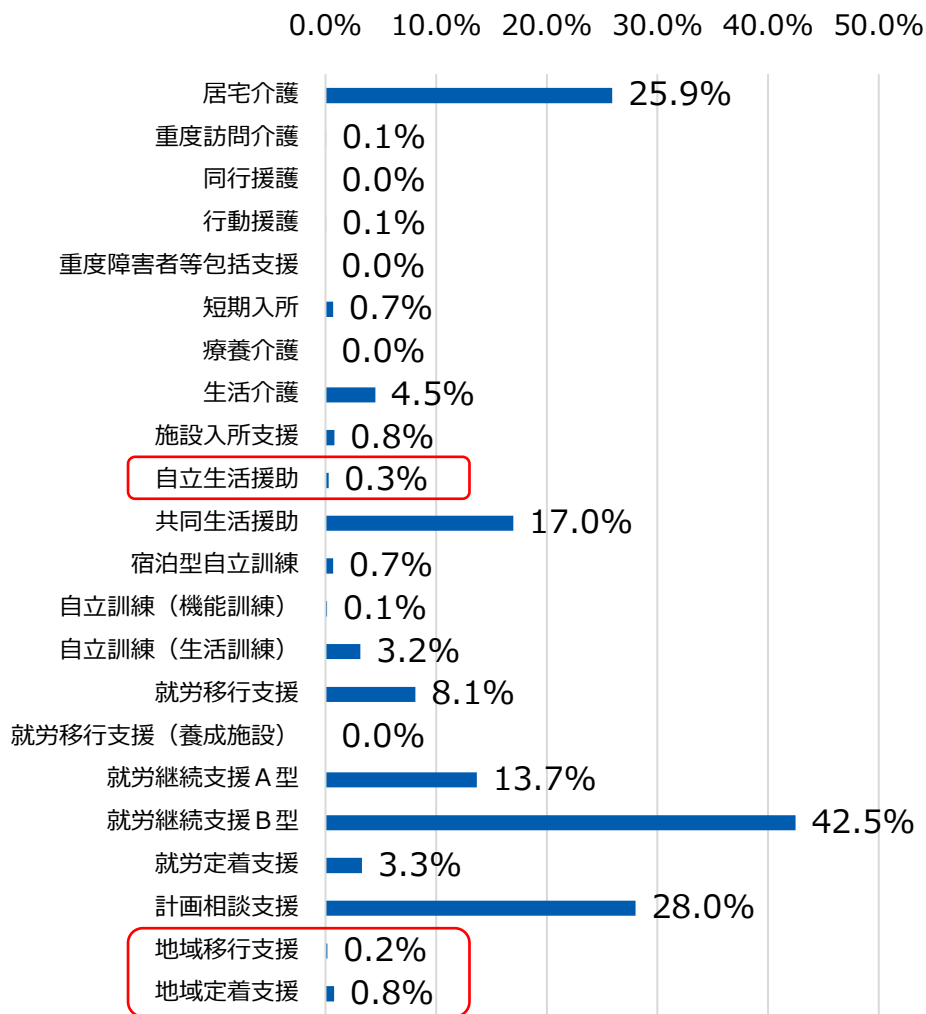
市町村、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、障害福祉サービス事業所、障害者就業・生活支援センター 等

精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

○ 地域生活を営む対象者に利用される「就労継続支援(B型)」、「計画相談支援」などのサービス利用が多く、地域移行支援や地域定着支援、自立生活援助のサービスの利用は少ない。

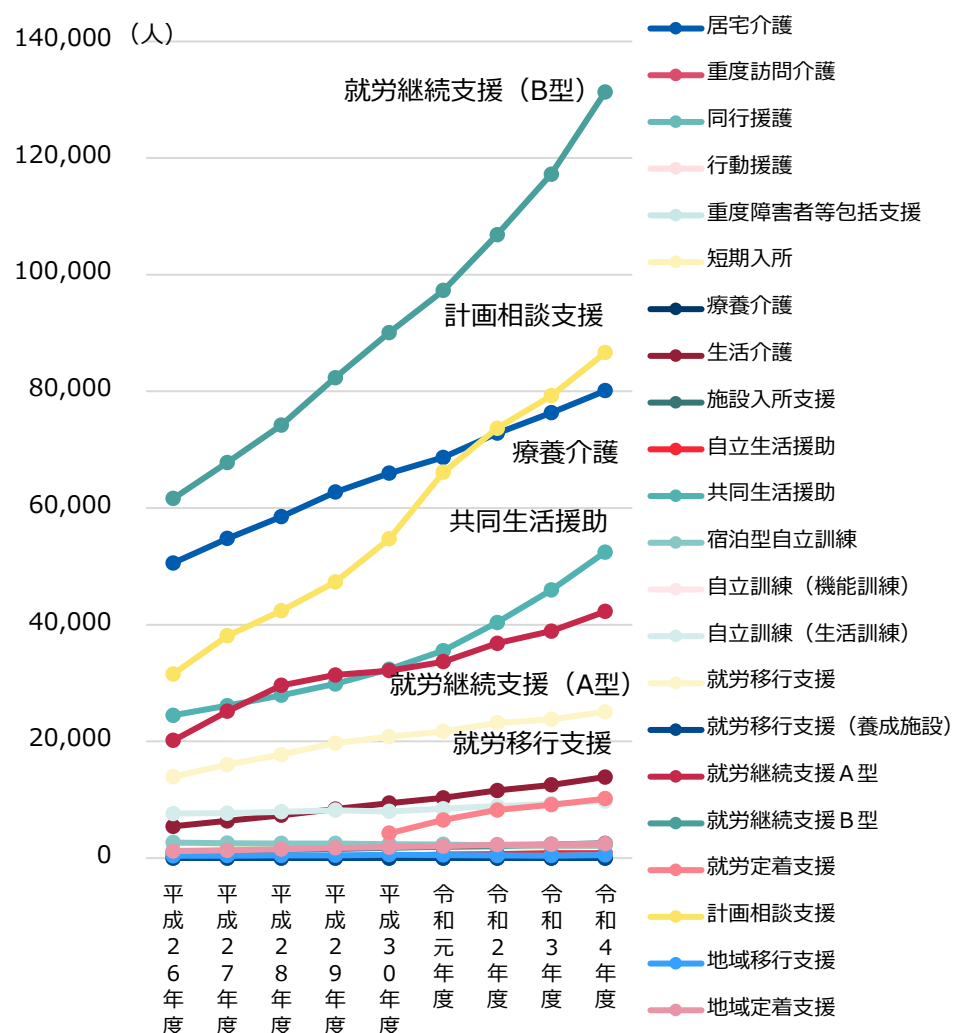
精神障害者における障害福祉サービス等別利用者割合

(令和5年3月の利用者数より)



精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移

(各年度3月の利用者数)



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

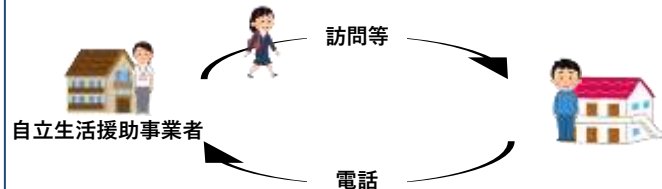
- 精神障害者等が地域社会の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、当該ケアシステムの構築に資する取組を評価する。

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



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

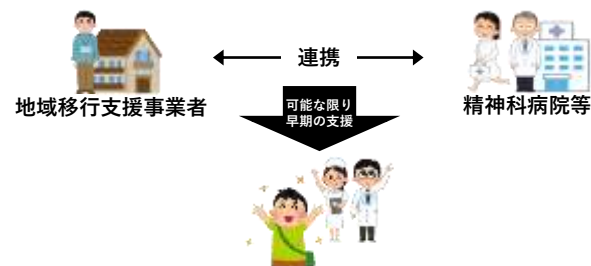
	現行	改定後
(I)	3,059単位/月	(新)3,504単位/月
(II)	2,347単位/月	3,062単位/月
(III)		2,349単位/月

(※)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。

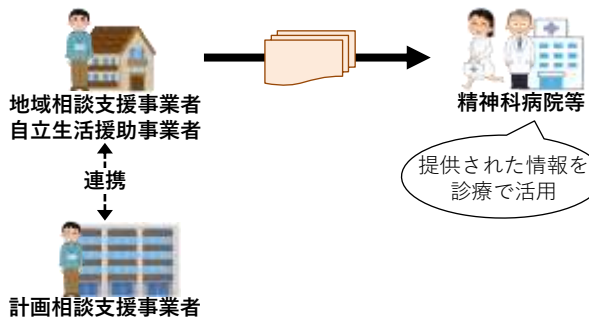
(見直し後) 退院・退所月加算 2,700単位/月
(1年未満で退院する場合) +500単位/月



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)



居住支援法人・居住支援協議会と福祉の連携の促進

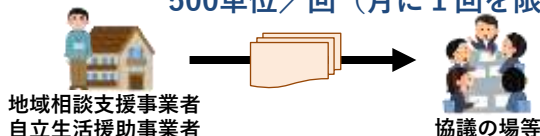
- 地域相談支援事業者又は自立生活援助事業者と居住支援法人・居住支援協議会との連携体制を評価。

(新) 居住支援連携体制加算 35単位/月



- 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)



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援



令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

目的

- 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業(支援)計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。
- このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

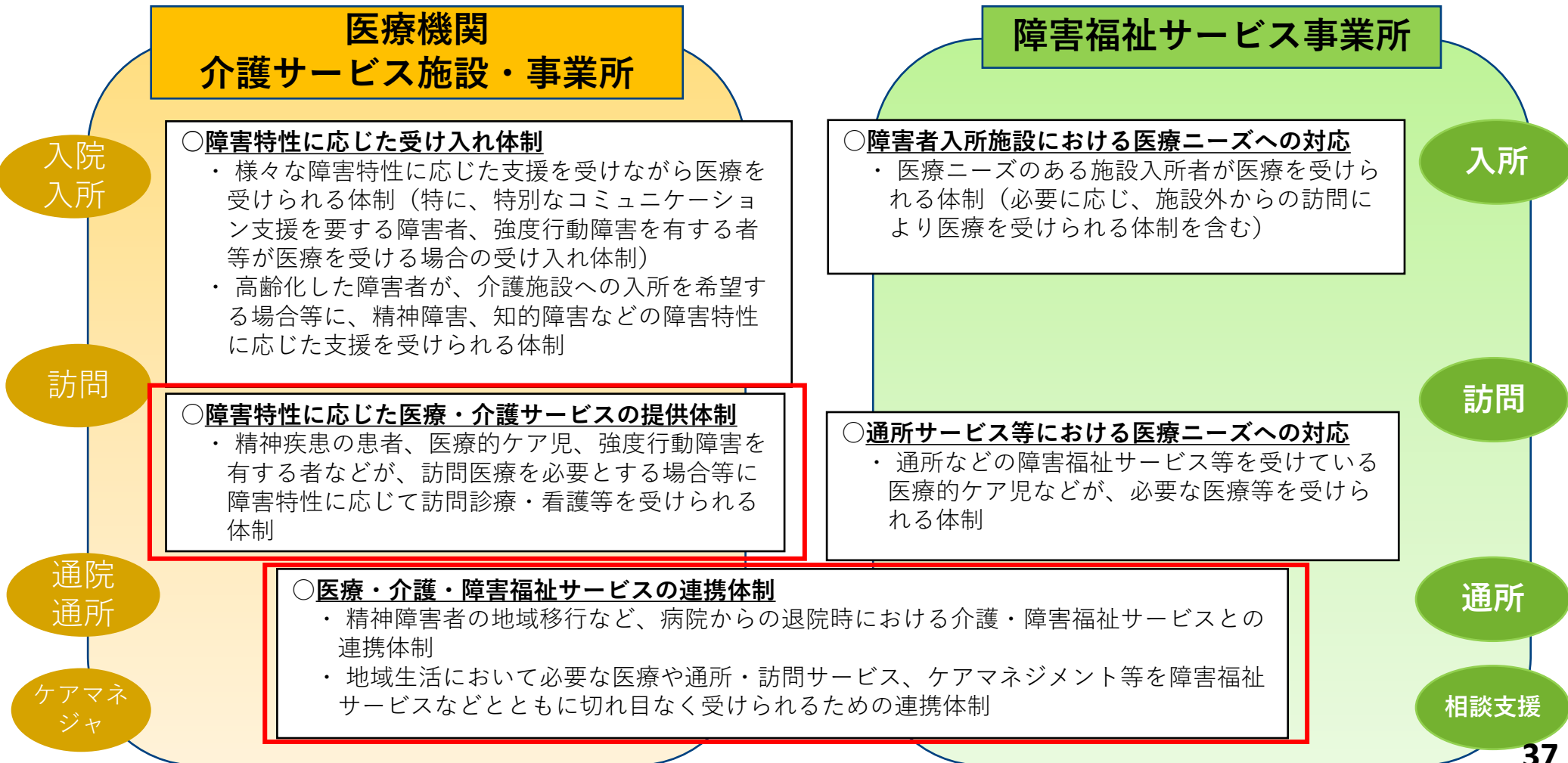
スケジュール

- 令和5年 3月15日 第1回検討会 開催 テーマ1、2、3
- 令和5年 4月19日 第2回検討会 開催 テーマ4、5
- 令和5年 5月18日 第3回検討会 開催 テーマ6、7

※ テーマ8については各テーマ内で議論

出席者(計14名)	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉 雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤 和彦	日本医師会常任理事
小塩 隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中 志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

- 高齢化した障害者、精神疾患の患者、身体疾患に罹患した障害者、医療的ケア児、強度行動障害を有する者など、医療・介護・障害福祉サービスにまたがるニーズがある。
- 様々な障害特性や個々の状況に応じて、適切に医療・介護・障害福祉サービスを受けられる体制が求められる。



【論点5】精神障害者の地域移行等について

現状・課題

- 誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害の有無や程度にかかわらず、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労等）、地域の助け合い、普及啓発（教育等）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」を構築するため、令和3年3月に「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」報告書がとりまとめられた。
- さらに、令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書（以下、単に「報告書」という。）がとりまとめられたことを踏まえ、同月には障害者部会でも障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書がとりまとめられた。これらの内容に基づき、「関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業（支援）計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。」ことが今後必要な対応とされている。
- 報告書を踏まえつつ、
 - 令和4年第210回国会において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）が成立し、令和4年12月16日に公布された。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）についても一部改正された。
 - 令和6年度から、第8次医療計画及び第7期障害福祉計画が開始され、
 - ・（第8次医療計画）精神病床における推計入院患者数の減少傾向を踏まえた基準病床数の考え方を示すとともに、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計するよう算定式を示している。
 - ・（第7期障害福祉計画）医療計画における推計入院患者数をもとに、令和8年における1年以上の長期入院患者数を、令和2年から3.3万人減少させることを成果目標としている。
- これらの政策的方向性を踏まえ、精神科病院に入院中の患者については、長期入院者に対する地域移行に係る取組を引き続き実施するとともに、長期入院に至っていない患者についても、入院を長期化させず、可能な限り早期に退院し、地域で安心して暮らすことができるよう、医療提供体制を整備しつつ、医療と障害福祉等との連携をさらに進める必要がある。

【論点5】精神障害者の地域移行等について

検討の方向性

- 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層進めるため、医療機関における入院時・入院中から、患者の希望や状態に応じて、退院後の地域における環境や生活を想定し、障害福祉サービス等の連携調整を行うこと等により、入院から退院後の地域生活まで、医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、

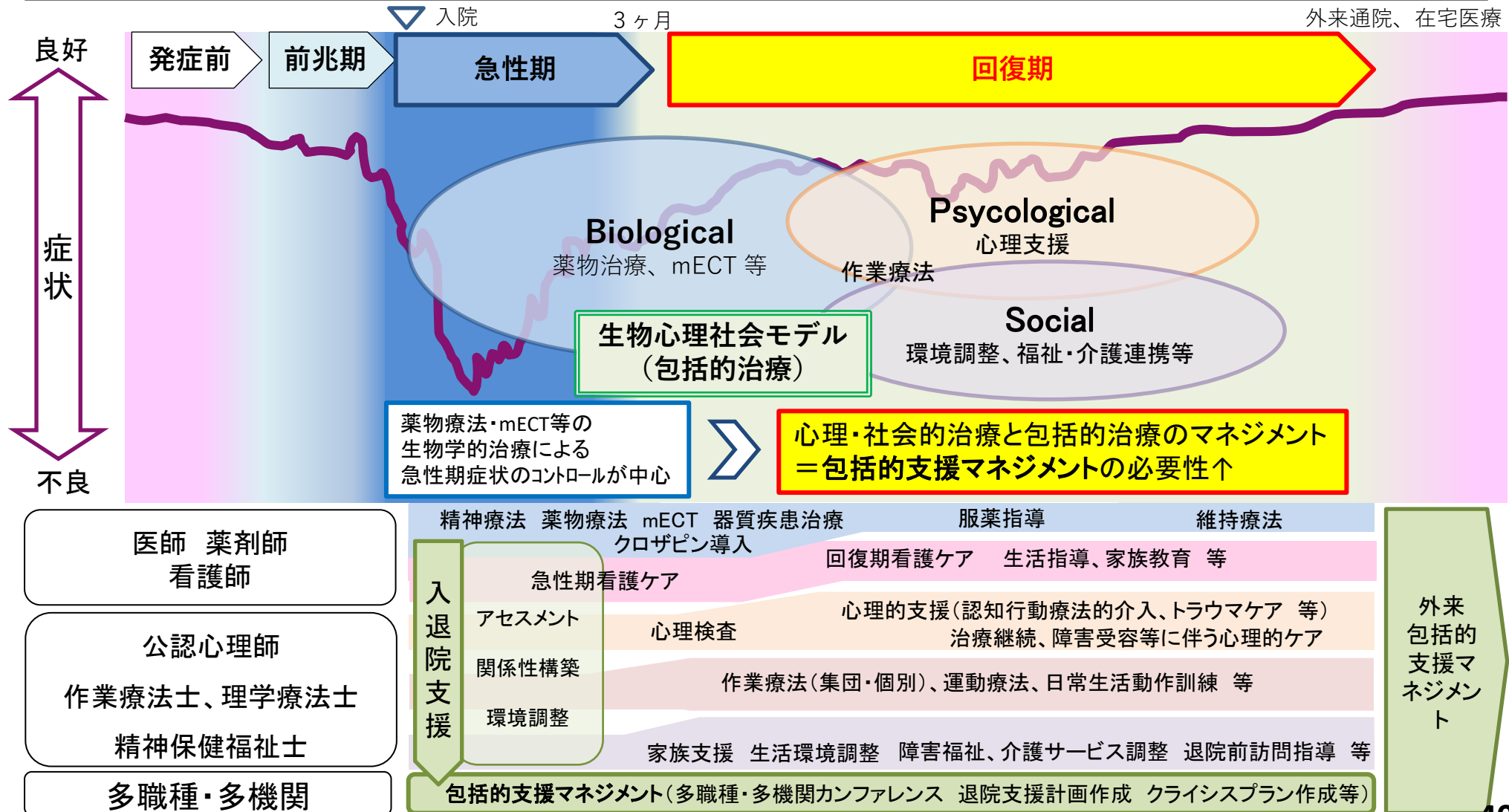
- 医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価
 - 自立生活援助・地域定着支援の対象者に、家族と同居する場合であっても、地域移行支援を利用して退院した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等が含まれることを明確化
 - 入院・入所から地域移行など本人の生活環境が大きく変化する際に、集中的な支援を実施する自立生活援助事業所に対する評価
 - 計画相談支援・障害児相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算について、多機関連携の推進や業務負担を適切に評価する観点からの見直し 等
- 多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療や入退院の支援等を含めた医療提供体制の評価

等について、障害福祉サービス等報酬と診療報酬の同時改定において、検討することとしてはどうか。

※ 診療報酬改定の具体については、中央社会保険医療協議会において議論

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

- 精神疾患の治療経過において、回復期では多職種による心理・社会的治療（精神保健福祉士等による環境調整、作業療法士等によるリハビリテーション、公認心理師等による心理的ケア等）と包括的治療のマネジメント（包括的支援マネジメント）の必要性が増える。



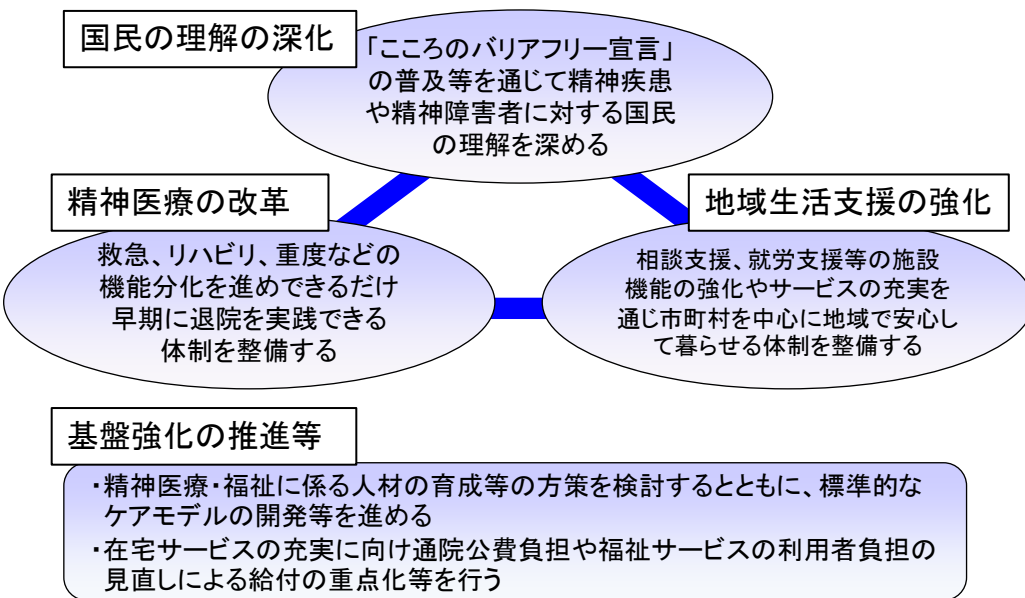
1. 精神医療の現状等について
2. **地域移行・地域定着の推進のための取組について**
 - 2-1. **精神病床における入退院支援に係る取組について**
 - 2-2. 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価について
3. 児童思春期精神医療について

我が国の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部(本部長:厚生労働大臣)で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。
- 平成26年3月に取りまとめられた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指すこととされた。

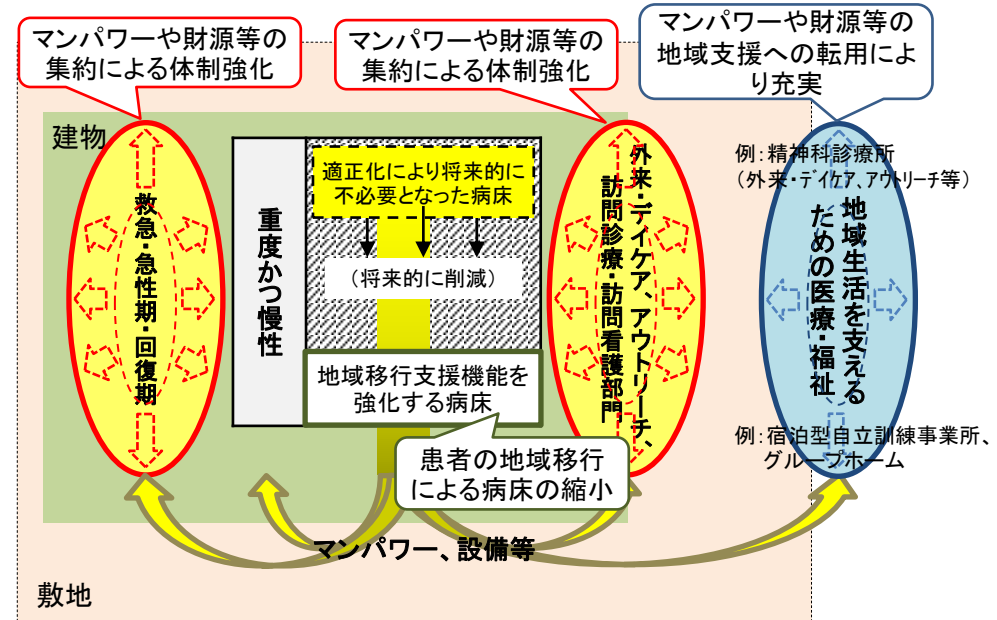
■ 精神保健医療福祉の改革ビジョンの枠組み

(平成16年9月)



■ 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性

(平成26年7月)



出典: (左図)精神保健福祉対策本部「精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み」より一部改変

(右図)長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性<<概要編>>「構造改革によって実現される病院の将来像(イメージ)」より一部改変

我が国の精神保健医療福祉の経緯②

- 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。

■ 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（抄）（平成29年2月8日）

Ⅲ 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

1 精神障害者を地域で支える医療のあり方について

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。
- 長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方を踏まえながら、**多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要がある。**

（中略）

- 精神障害者が、地域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、**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す**ことを理念として明確にすべきである。また、医療と福祉等の様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、障害保健福祉圏域ごとに都道府県・保健所・市町村等の重層的な役割分担・協働を推進するべきである。

■ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



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（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

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基本的な事項

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超越して、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 精神科救急医療体制整備をはじめとする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。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

精神障害を有する方等の家族

- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 令和3年3月に「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」報告書が取りまとめられた。
- 同システムにおける精神科医療機関には、「①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすこと」が求められている。

■ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書（抄）（令和3年3月18日）

第3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制

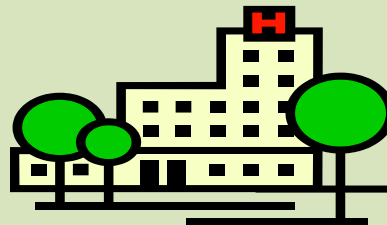
(中略)

- **精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能として、具体的には、①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすことが挙げられる。**

精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと

②地域精神科医療における役割を果たすこと



③精神科救急医療体制に参画すること

④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能を果たすこと

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

■ (続き) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書(抄) (令和3年3月18日)

① ケースマネジメントを含む、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能

- 精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」に寄り添った診療を提供し、伴走し、支援することはもとより、**精神科医療機関の多職種及び地域援助事業者、地域包括支援センター等や行政機関の職員等と連携しながらチームを総括し、ケースマネジメントを行うこと(例えば、包括的支援マネジメントの実施)が求められる。**

また、精神障害を有する方等とともに当該者の障害等の特性に起因して生じうる緊急時の対応を確認し、急性増悪時等の危機的な状況に対応し必要な医療を提供すること、急性増悪時等の危機的な状況に関する相談を受けること、また、精神障害を有する方等のニーズや必要に応じて訪問診療や訪問看護に関する調整及び提供を行うこと、精神科以外の診療科との連携を図り身体合併症等に対応することが挙げられる。

さらに、地域援助事業者や地域包括支援センター等との連携を図り精神障害を有する方等の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう情報提供する等社会的な機能を発揮することが挙げられる。

② 地域精神医療における役割

- 統合失調症、気分障害、認知症や発達障害等に対する治療及び精神科以外の診療科との連携、多様な精神疾患に対する患者本位の医療の実現に向け地域での連携拠点としての機能を果たすことや、精神科救急医療や身体合併症対応、災害対応、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)に係る医療の提供、自殺対策等政策に関連する医療への関与が挙げられる。

③ 精神科救急医療体制への参画

- 精神科救急医療体制における受診前相談への対応、いわゆる「かかりつけ精神科医」機能として、入院外医療の提供(夜間・休日診療、電話対応、往診、訪問看護等)や精神科救急医療体制整備における病院群輪番型精神科救急医療施設や常時対応型精神科救急医療施設として必要な入院医療の提供が挙げられる。

④ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

- 協議の場への参画、地域住民に対する普及啓発への参画及び協力、同システムの関係機関への情報発信及び研修への関与や精神保健相談への協力等社会的な機能の発揮が挙げられる。

令和4年の精神保健福祉法等の改正

- 令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書がとりまとめられたことを踏まえ、同月には、障害者部会でも、「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書」(以下、単に「報告書」という。)がとりまとめられた。
- 報告書を踏まえ、令和4年第210回国会において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律(令和4年法律第104号)が成立し、令和4年12月16日に公布された。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)についても一部改正された。
- 改正精神保健福祉法において、精神病床の入院患者の約半数を占める医療保護入院者について、入院期間を原則3ヶ月、最大6ヶ月以内と定め、これを超える入院については、退院支援委員会を開催することを管理者に義務づける等、入院を長期化させないための取組が法に規定され、令和6年度より施行される。

■ 改正精神保健福祉法に規定された入院を長期化させないための取組

(令和6年4月1日施行分のうち主なもの)

医療保護入院の期間の法定化等

- これまで、期間の定めがなかった医療保護入院について、入院期間を原則3ヶ月、最大6ヶ月以内と定める。
- 以下の要件を満たした場合に限って、入院期間の更新を可能とする。
 - 精神保健指定医の診察の結果、任意入院にできず、入院が必要と判断
 - 家族等の同意を確認
 - **退院支援委員会の開催**

退院促進措置の充実

- **退院後生活環境相談員(※1)の選任対象を拡大**
- **地域援助事業者(※2)の紹介を義務化、対象を拡大**
- **退院支援委員会の開催機会を拡大**

※1 ①精神保健福祉士、②保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者等が資格を有する。改正法の施行に伴い、令和6年度より②に公認心理師を追加。

※2 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業者や、事業の利用に向けた相談援助を行う者(共同生活援助、訪問介護事業者等)

精神病床における入院期間短縮とケースマネジメントの更なる促進

平成25年の精神保健福祉法改正により、精神科病院の管理者に以下の事項を義務付けている。

1. 退院後生活環境相談員の選任

- 医療保護入院者の退院に向けた相談支援や地域援助事業者等の紹介、円滑な地域生活への移行のための退院後の居住の場の確保等の調整等の業務を行う『退院後生活環境相談員』を精神保健福祉士等から選任しなければならない。

2. 地域援助事業者の紹介

- 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業や、事業の利用に向けた相談援助を行う『地域援助事業者』を紹介するよう努めなければならない。

3. 医療保護入院者退院支援委員会の設置

- 主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、医療保護入院者及び家族等が出席し、医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由、入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間及び当該期間における退院に向けた取組等を審議する『医療保護入院者退院支援委員会』を設置しなければならない。

「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書(概要) (令和4年6月9日)

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え方、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、精神病床における人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の取組について取りまとめた。

関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業(支援)計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

- 身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。

第8次医療計画の策定に向けて

- 地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。
- 各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。

精神科病院に入院する患者への訪問相談

- 人権擁護の観点から、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要。

医療保護入院

- 安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、以下の視点を基本とすべき。
 - ・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
 - ・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
 - ・ より一層の権利擁護策の充実
- 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。

患者の意思に基づいた退院後支援

- 退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定した上で、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

- 安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づく適正な運用が確保されることが必要。

精神病床における人員配置の充実

- より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じた適切な職員配置の実現が求められる。

虐待の防止に係る取組

- より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和4年法律第104号）の概要

（令和4年12月10日成立、同月16日公布）

改正の趣旨

障害者等の地域生活や就労の支援の強化等により、障害者等の希望する生活を実現するため、①障害者等の地域生活の支援体制の充実、②障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進、③精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備、④難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化、⑤障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベースに関する規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 障害者等の地域生活の支援体制の充実【障害者総合支援法、精神保健福祉法】

- ① 共同生活援助（グループホーム）の支援内容として、一人暮らし等を希望する者に対する支援や退居後の相談等が含まれることを、法律上明確化する。
- ② 障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務とする。
- ③ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。

2. 障害者の多様な就労ニーズに対する支援及び障害者雇用の質の向上の推進【障害者総合支援法、障害者雇用促進法】

- ① 就労アセスメント（就労系サービスの利用意向がある障害者との協同による、就労ニーズの把握や能力・適性の評価及び就労開始後の配慮事項等の整理）の手法を活用した「就労選択支援」を創設するとともに、ハローワークはこの支援を受けた者に対して、そのアセスメント結果を参考に職業指導等を実施する。
- ② 雇用義務の対象外である週所定労働時間10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者に対し、就労機会の拡大のため、実雇用率において算定できるようにする。
- ③ 障害者の雇用者数で評価する障害者雇用調整金等における支給方法を見直し、企業が実施する職場定着等の取組に対する助成措置を強化する。

3. 精神障害者の希望やニーズに応じた支援体制の整備【精神保健福祉法】

- ① 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。
- ② 市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望のもと、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、必要な情報提供を行う「入院者訪問支援事業」を創設する。また、医療保護入院者等に対して行う告知の内容に、入院措置を採る理由を追加する。
- ③ 虐待防止のための取組を推進するため、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うこととする。また、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みを整備する。

4. 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実及び療養生活支援の強化【難病法、児童福祉法】

- ① 難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する医療費助成について、助成開始の時期を申請日から重症化したと診断された日に前倒しする。
- ② 各種療養生活支援の円滑な利用及びデータ登録の促進を図るため、「登録者証」の発行を行うほか、難病相談支援センターと福祉・就労に関する支援を行う者の連携を推進するなど、難病患者の療養生活支援や小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を強化する。

5. 障害福祉サービス等、指定難病及び小児慢性特定疾病についてのデータベース（DB）に関する規定の整備【障害者総合支援法、児童福祉法、難病法】

障害DB、難病DB及び小慢DBについて、障害福祉サービス等や難病患者等の療養生活の質の向上に資するため、第三者提供の仕組み等の規定を整備する。

6. その他【障害者総合支援法、児童福祉法】

- ① 市町村障害福祉計画に整合した障害福祉サービス事業者の指定を行うため、都道府県知事が行う事業者指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを創設する。
- ② 地方分権提案への対応として居住地特例対象施設に介護保険施設を追加する。

このほか、障害者総合支援法の平成30年改正の際に手当する必要があった同法附則第18条第2項の規定等について所要の規定の整備を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、2①及び5の一部は公布後3年以内の政令で定める日、3②の一部、5の一部及び6②は令和5年4月1日、4①及び②の一部は令和5年10月1日）

3 - ① 医療保護入院の見直し

現状・課題

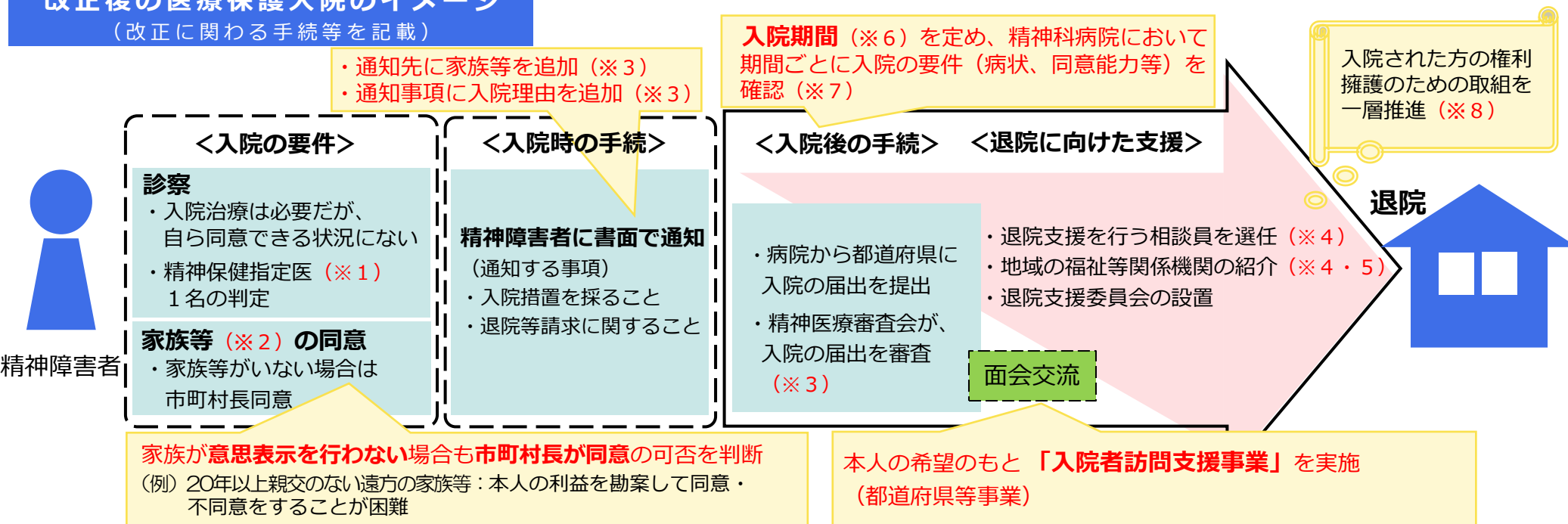
- 精神障害者に対する医療の提供は、できる限り入院治療に頼らず、本人の意思を尊重することが重要であるが、症状の悪化により判断能力そのものが低下するという特性を持つ精神疾患については、本人の同意が得られない場合においても入院治療へのアクセスを確保することが必要であり、医療保護入院の仕組みがある。

見直し内容

- **家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合にも、市町村長の同意により医療保護入院を行うことを可能とする等、適切に医療を提供できるようにするほか、誰もが安心して信頼できる入院医療の実現にむけて、入院者の権利を擁護するための取組を一層推進させるため、医療保護入院の入院期間を定め、入院中の医療保護入院者について、一定期間ごとに入院の要件の確認を行う。**

改正後の医療保護入院のイメージ

(改正に関わる手続等を記載)



※1 指定医の指定申請ができる期間を、当該指定に必要な研修の修了後「1年以内」から「3年以内」に延長する。 ※2 DV加害者等を「家族等」から除外する。

※3 措置入院の決定についても同様とする。 ※4 措置入院中の方も対象とする。 ※5 現行努力義務→義務化。 ※6 厚生労働省令で定める予定。

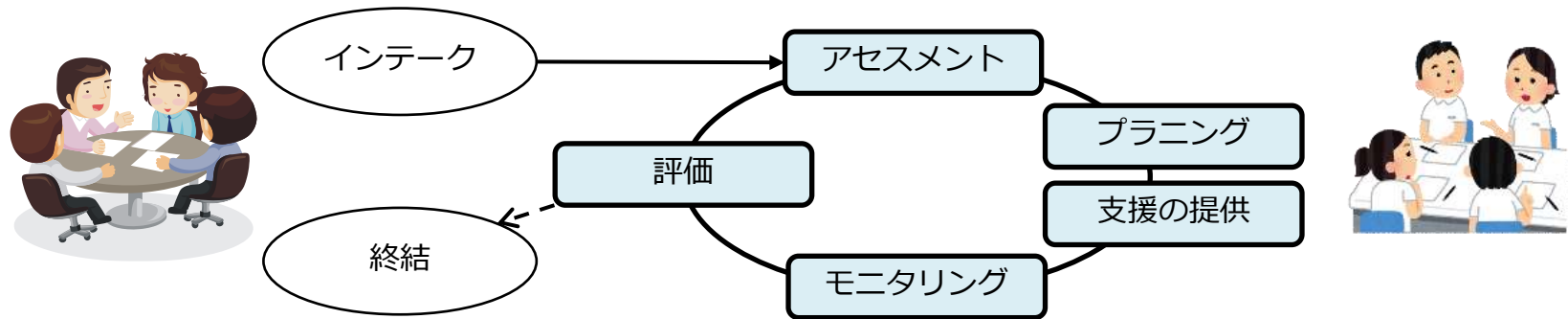
※7 入院の要件を満たすことが確認された場合は、入院期間を更新。これに伴い、医療保護入院者に対する定期病状報告に代えて更新の届出を創設。なお、入院期間の更新について、精神科病院の管理者は、家族等に必要な事項を通知の上、一定期間経過後もなお不同意の意思表示を受けなかったときは、同意を得たものとみなすことができることとする。

※8 政府は、非自発的入院制度の在り方等に関し、精神疾患の特性等を勘案するとともに、障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする検討規定を設ける (附則)。

包括的支援マネジメント

- 地域において、精神障害者を支援するに当たって、ケースマネジメントの重要性が繰り返し指摘されているところ、今般の法改正においても、ケースマネジメントの促進が位置づけられている。
- 近年、我が国において、ケースマネジメントの手法として、「包括的支援マネジメント」の有効性が確認されており、通院患者に対する支援を中心に、診療報酬上の評価も充実されてきた。
- 包括的支援マネジメントにおいては、①PSW等マネジメント担当者の選定、②多職種チームによるアセスメントとケア会議の開催、③障害福祉サービスや行政機関等の多機関との連携調整が重要な要素とされている。

■ 多職種による包括的支援マネジメントの流れ



出典：平成28年度厚生労働行政推進調査事業補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書 別添「包括的支援マネジメント実践ガイド」

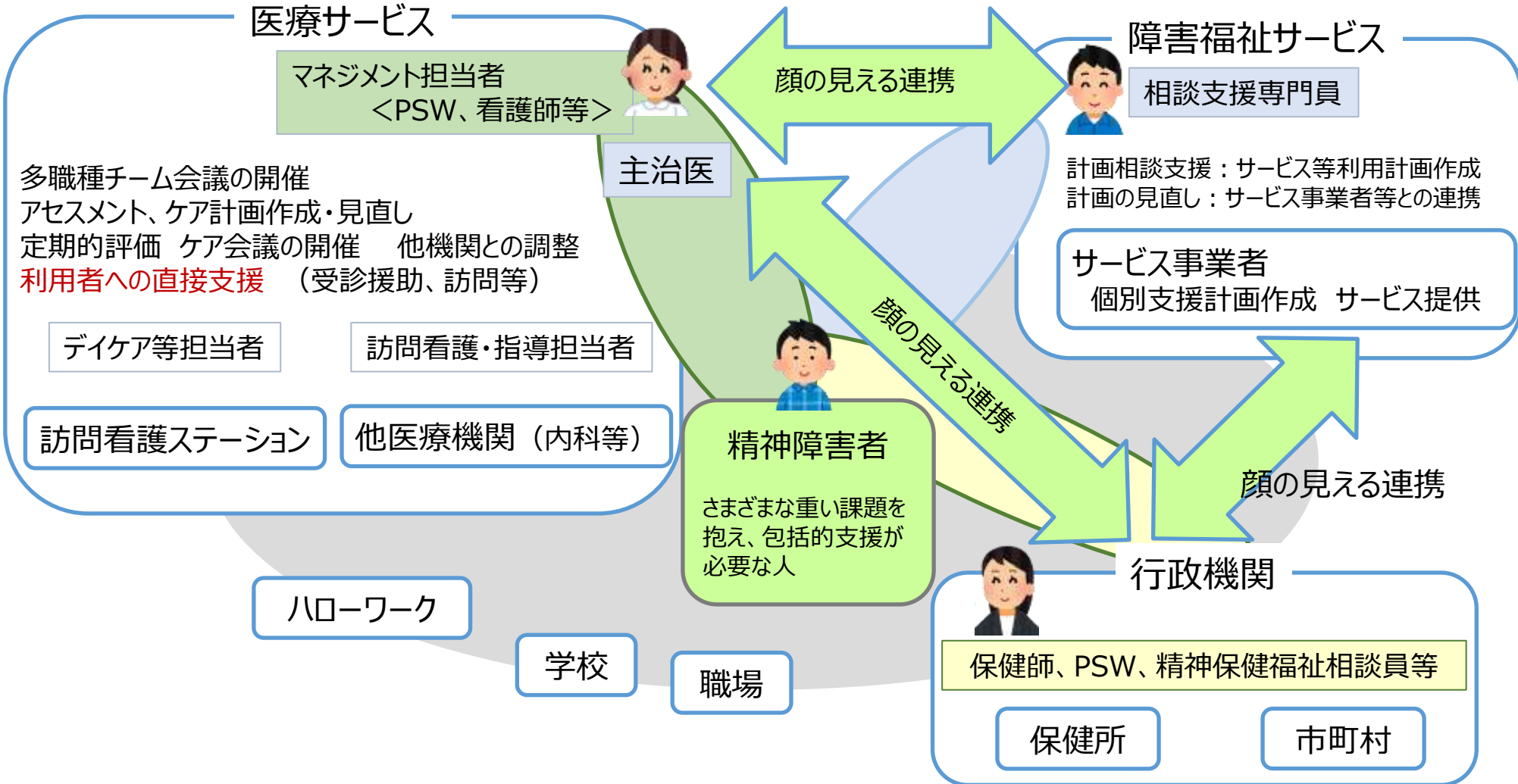
■ 精神保健福祉法における退院促進措置と包括的支援マネジメントの構成要素

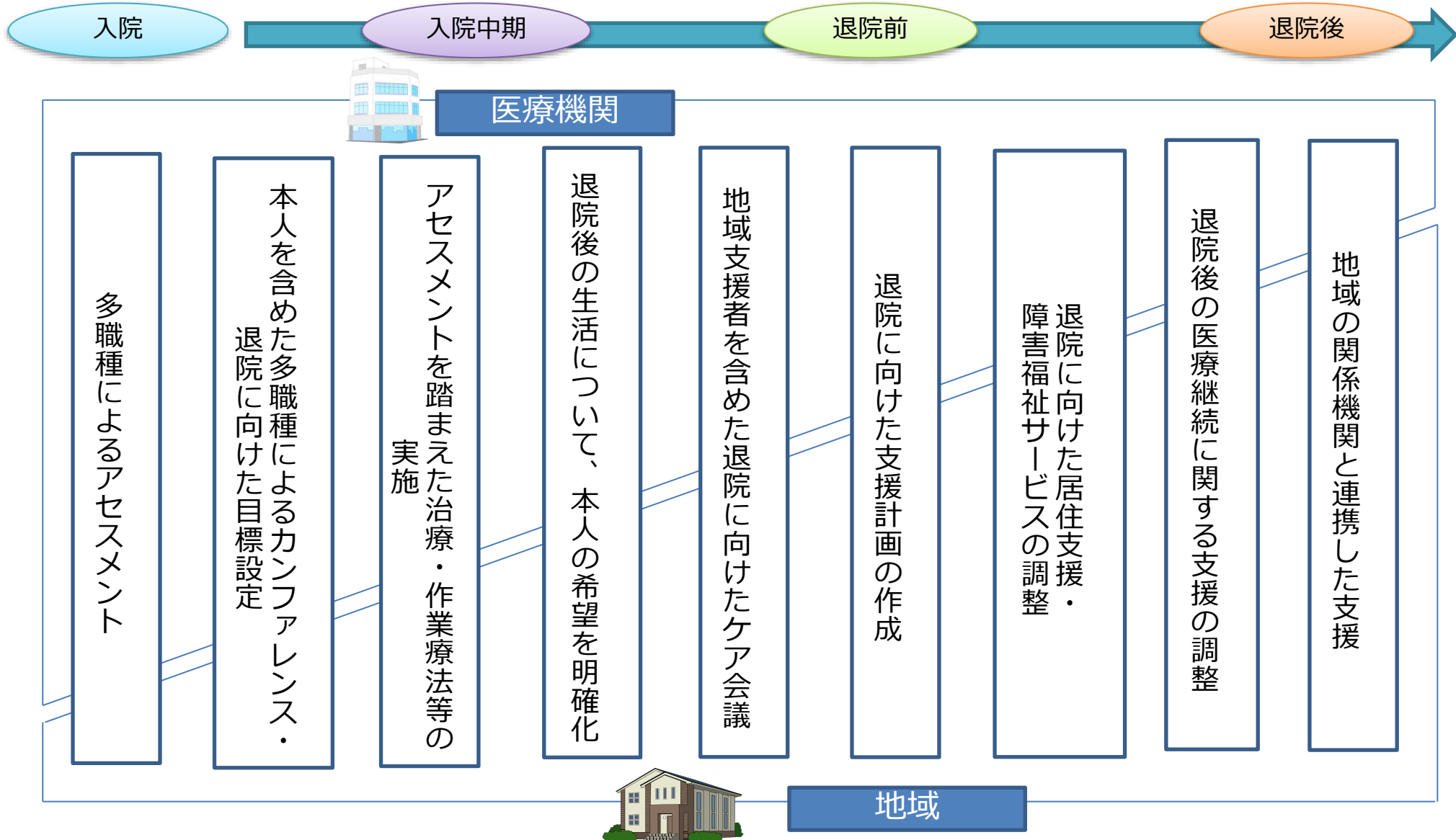
包括的支援マネジメント	退院促進措置
マネジメント担当者の選定	退院後生活環境相談員の選任
多職種によるアセスメント・ケア会議の開催	退院支援委員会の開催
多機関との連携調整、各サービスの紹介支援	地域援助事業者等の紹介

※個別の状況や入院形態等に応じるため、一律に一致するものではない。

包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

多職種チームによるアセスメントと支援計画に基づく必要なサービスの提供、支援機関間の調整を行い、個人のニーズに合った包括的ケアを提供する





包括的支援マネジメント導入基準

- 精神障害者の地域生活を支えていくための、多職種協働による包括的支援マネジメントを、効果的かつ効率的に活用できる手法として、「包括的支援マネジメント実践ガイド」が作成された。
- 同ガイドでは、包括的支援マネジメントの必要性を判断するにあたって、「包括的支援マネジメント導入基準」の該当状況を参照することとされている。

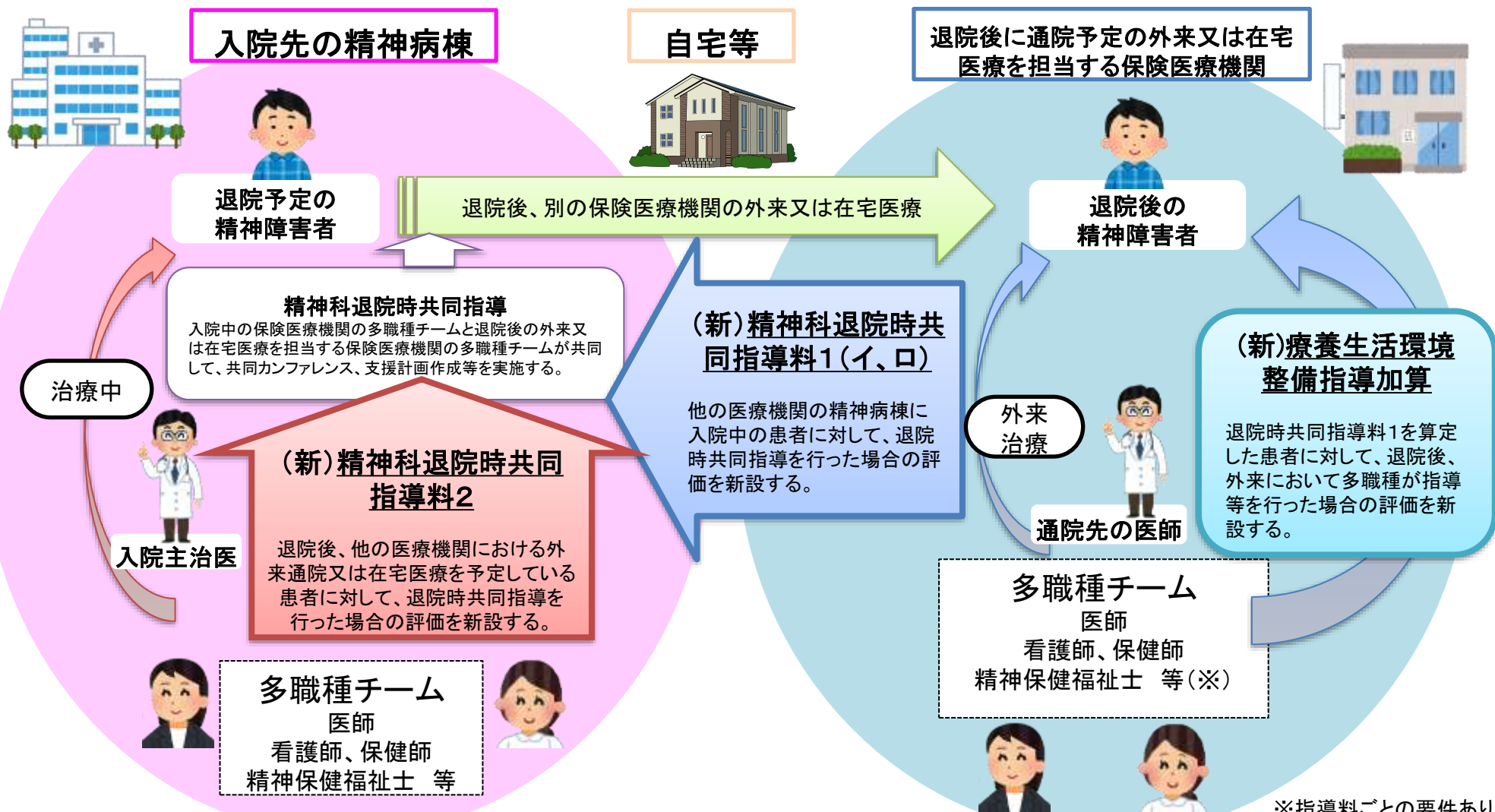
■ 包括的支援マネジメント導入基準（ICMS）

※導入基準を1つ以上満たす場合、包括的支援マネジメントの対象

1	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
2	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）
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
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
5	自傷や自殺を企てたことがある
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある
7	警察・保健所介入歴がある
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（初発の場合は「無」）
9	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）
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
11	直近の入院は措置入院である
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
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている
14	支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）
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・貧困・教育・障害等）

地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 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、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



※指導料ごとの要件あり

精神病棟における退院時共同指導の評価

- 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、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。



(新) 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点

2 精神科退院時共同指導料2(入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

	対象患者	共同指導を実施する多職種チーム(必要に応じて他の職種も参加)
1のイ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 措置入院又は緊急措置入院の患者 ○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者 ○ 1年以上の長期入院患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 保健師又は看護師(以下、看護師等) ○ 精神保健福祉士
1のロ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重点的な支援が必要な患者 ※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等 ○ 精神保健福祉士
2	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1のイ又は1のロの患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医 ○ 看護師等 ○ 精神保健福祉士

[算定要件]

- 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する。
- 共同指導に当たっては、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。
- 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、[ビデオ通話](#)を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

[施設基準]

- 当該保険医療機関内に、[専任の精神保健福祉士](#)が1名以上配置されていること。



精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

- 精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

(新) 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回)



[算定要件]

- (1) 通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料1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(以下、「看護師等」という。)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、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。
- (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 多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、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すること。
 - イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成すること。なお、支援計画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。



[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) 保健師、看護師又は精神保健福祉士が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人以下であること。

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「療養生活の支援に関する計画書」(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)

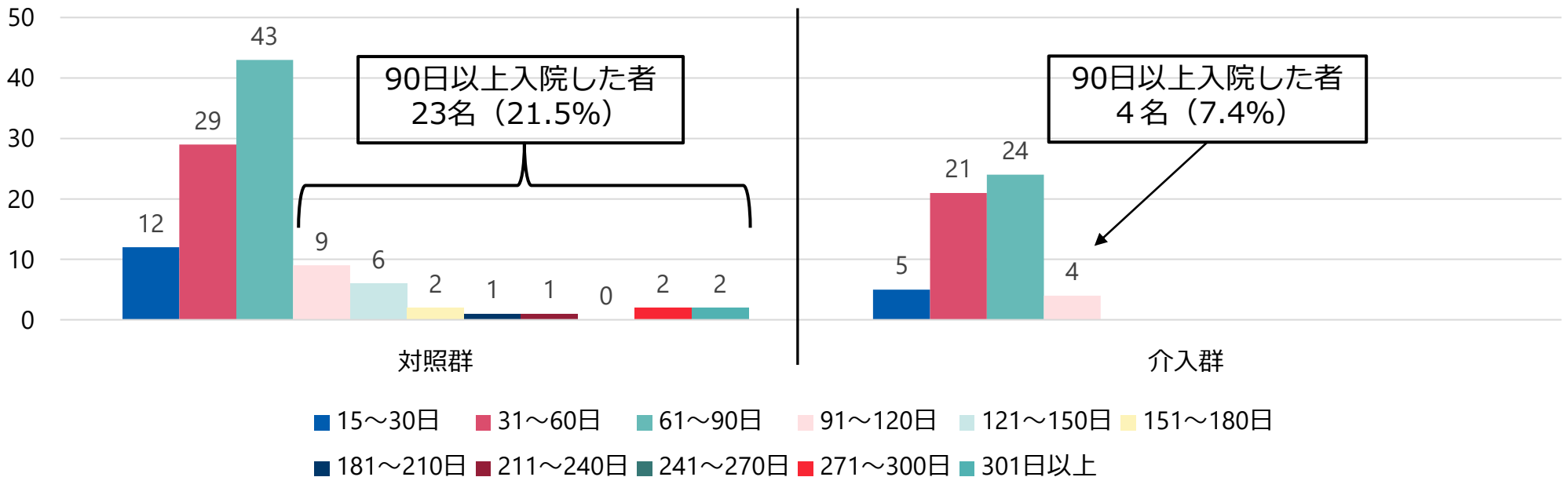
入院患者に対する包括的支援マネジメントの効果①

- 厚労科研において、入院中の患者に対して、包括的支援マネジメントによる介入効果を検証したところ、対照群と比べて、介入群の平均入院日数が短いことが示された。
- また、介入群において、3ヶ月を超える入院となる患者が少ない傾向にあった。

【方法】公立精神科病院の救急病棟に入院した患者のうち、早期(14日以内)に退院した者を除き、包括的支援マネジメントを導入した群と(n=54)と導入しなかった群(n=107)で、入院期間を比較。

■ 入院日数の比較

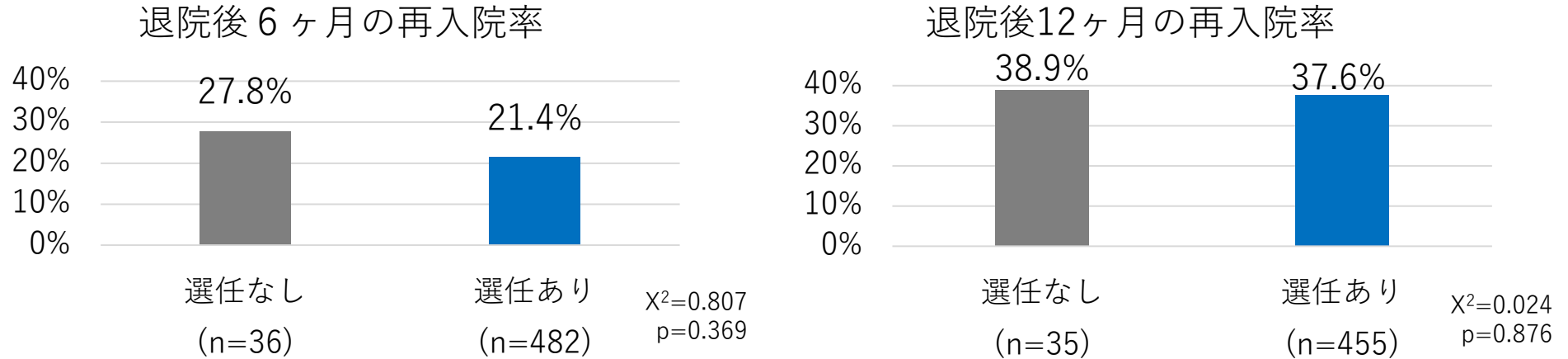
	対照群 (n=107)		介入群 (n=54)		t	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
入院日数 (日)	79.7	58.6	63.1	23.7	1.994	0.048



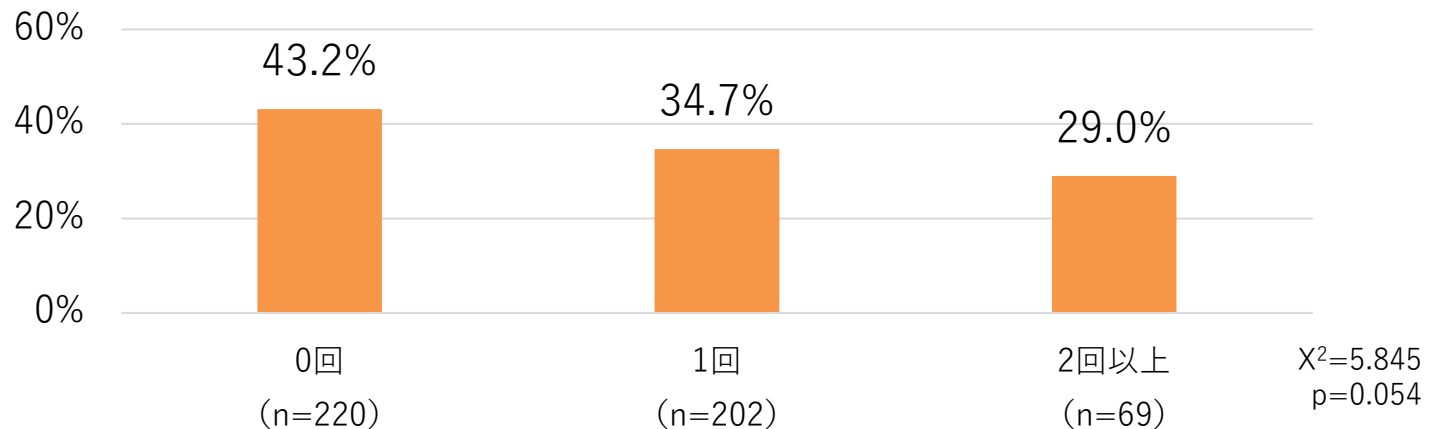
入院患者に対する包括的支援マネジメントの効果②

○ 入院中の多職種によるケア会議の開催回数、PSW等マネジメント担当者の選任の有無が、退院後の再入院予防に関連することが示されている。

■ 入院中のマネジメント担当者の選任と退院後の再入院率



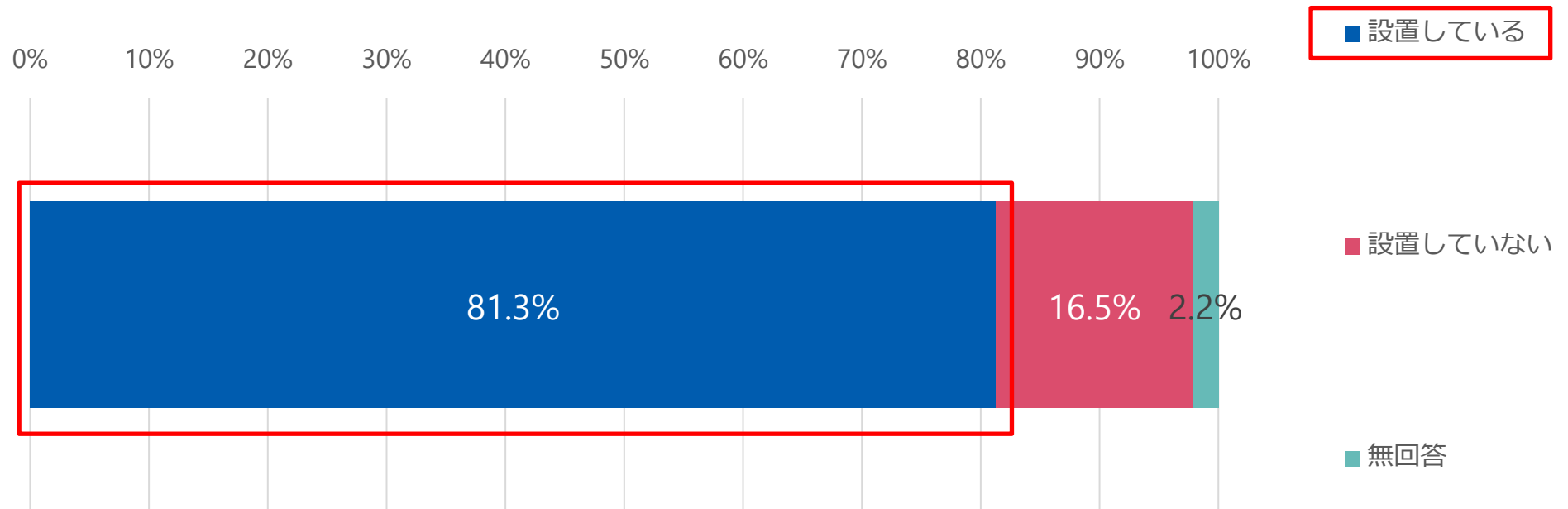
■ 入院中の多職種ミーティングの回数と退院後12ヶ月以内の再入院率



退院支援部署の設置状況

○ 精神病床を有する保険医療機関において、退院支援を担当する専門部署を「設置している」と回答した医療機関は81.3%であった。

■ 退院支援を担当する専門部署の設置の有無 (n = 412)



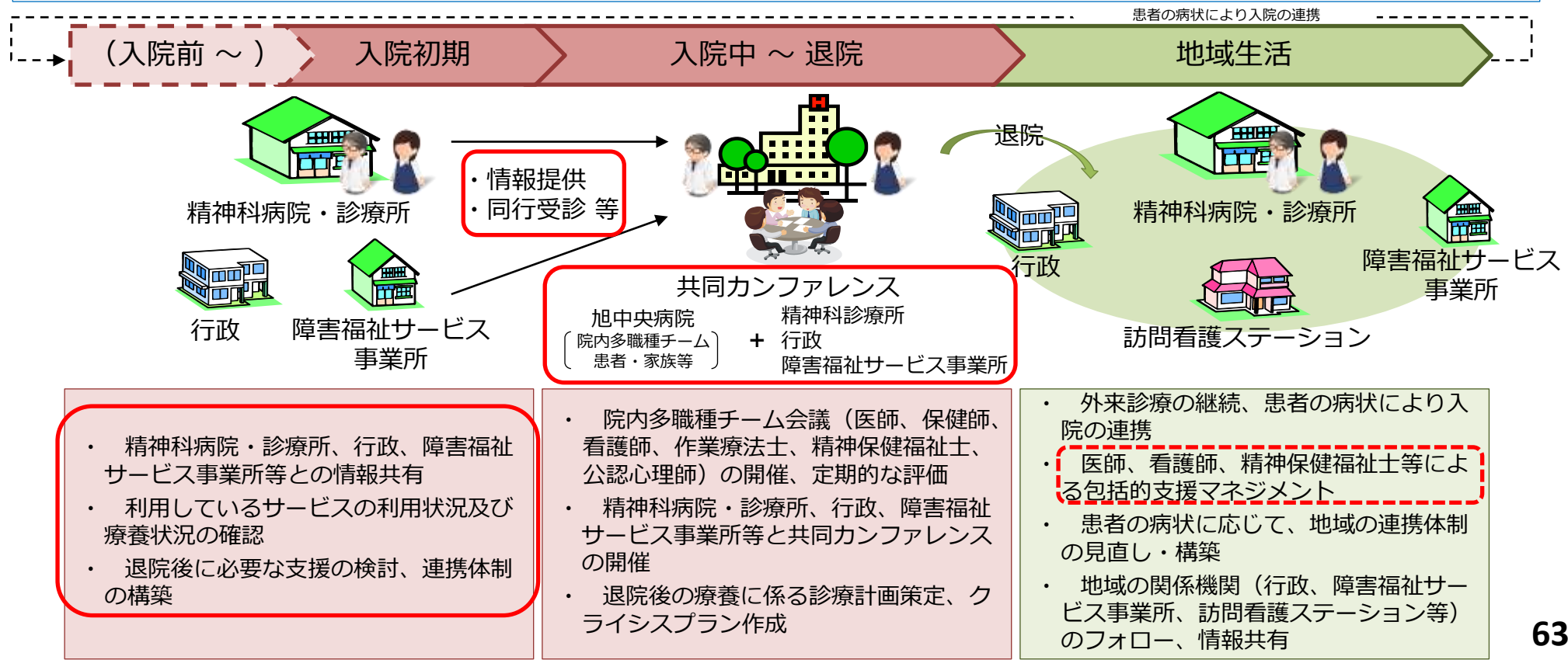
精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について 精神科入院医療機関と関係機関間の連携の事例

- 精神医療の実態として、入院前、入院中、退院前、退院後の切れ目のない連携支援が行われている。
- 多職種、多機関連携による共同支援が、精神疾患を有する患者の地域移行及び地域定着に重要な役割を果たしている。

精神科病院・診療所等との退院後を見据えた共同の取組（旭中央病院）

※ 精神・障害保健課作成 令和元年10月25日障害者部会資料より改変

- 入院相談時より地域連携を意識し、精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等との情報共有・アセスメントをし、退院後に必要な支援について検討、退院に向けた連携体制を構築する等ケースマネジメントを実施。
- 入院中に退院支援の進捗状況を確認し、必要に応じて患者に関わる全ての職種がカンファレンスに参加。
- 退院前に、地域で関わる関係者（退院後に通院する精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等）を参集し、共同カンファレンスを実施し、個人のニーズに応じたサービスが提供されるよう退院後の療養に係る診療計画の策定・確認やクライシスプランを作成。
- 退院後に通院する精神科病院・診療所は、本人の状況に応じ、地域のネットワークを見直し、構築。



- 精神科医療機関において早期の地域移行・地域定着を図るための取組がなされている。
- 取組の内容は関係機関や障害福祉等サービス事業所との情報共有や連携調整に係るものが多い。

中医協 総 - 2
元 . 1 1 . 2 0
(改)

入院初期

- **行政、福祉機関等との情報共有**により入院の経緯、生活環境等の**アセスメントを実施**
- 入院の経緯、キーパーソン、退院先や入院期間等の**病院内他職種での共有**
- 長期化リスクの評価
- 地域援助事業者紹介の検討
- 環境調整、リハビリテーションの導入、**退院後の生活を意識した支援体制づくり**

入院中期

- **入院1ヶ月時点での地域移行の進捗状況の全職種での共有、ボトルネックの把握と解決策検討**
- 院内に「地域移行推進委員会」をつくり、各部署から代表者が参加し、個別給付利用促進、グループホームの状況確認を実施
- 作業療法士が中心となり1クール8回で心理教育を開催
- ピアサポーターも参加する気分障害、不安障害むけのグループワーク

退院前

- **地域援助事業者との同行訪問**にて退院前訪問指導を実施
- **支援計画の見直し、クライシスプランの作成**
- **クライシスプランをシェアハウス管理人やデイケア職員、訪問看護ステーション職員等の地域支援への説明**に活用
- 退院促進プログラム「まなび（OTプログラム）」を実施
- 買い物訓練、生活技能訓練、服薬自己管理、料理等の実施
- 入院中のデイケア体験利用による職員との顔つなぎの実施

退院後

- 全患者の医療・リハビリの継続状況、指定障害福祉サービスの訓練状況等の情報共有を一元管理し、必要な対策、介入方法を検討
- 精神保健福祉士等による家族も含めた相談支援の継続
- 病棟看護師による訪問看護や訪問看護ステーション看護師の訪問同行
- 地域コミュニティと病院職員が共同で患者宅を訪問し地域が患者を見守り支援する定着支援活動を実施

地域との関係性構築のために日頃から行っていること

- 保健医療・介護事業者との意見交換会
- 地域家族会との意見交換会
- 地域包括支援センターとの地域ネットワーク会議
- 地域住民に対する障害啓発セミナー
- 障害者の雇用促進のためのセミナー
- 賃貸住宅の大家や不動産業者に向けた精神障害やその特性及び契約にあたっての留意点等に関する説明会・勉強会
- 地域の有志に対する苦情相談や虐待相談に関する第三者委員への就任依頼

その他の工夫

- **入院相談時からの退院を見据えた情報収集、退院先の希望確認**
- 家族との距離が離れないように面会を奨励（患者への陰性感情のある家族に対しては対応の仕方へのアドバイス等の家族支援を実施）
- ピアスタッフの体験発表

早期退院と地域移行に資する取組事例

- 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を行うプログラムを導入し、新たな入院患者の退院率上昇や、非自発入院患者の再入院率の低下を実現している事例がある。

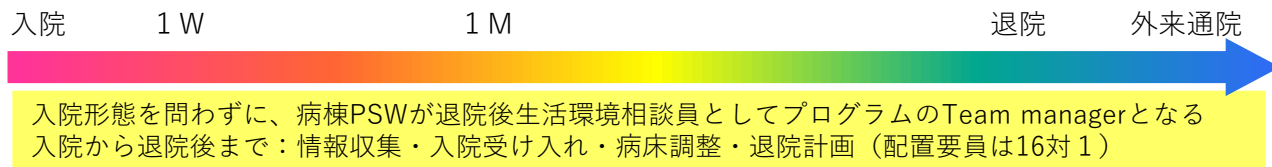
【調査した病院の基本情報】

- ✓ 主要駅から徒歩20分の都市型単科精神科病院。開設90年の歴史をもつ。
- ✓ 半径1km圏内に行政・司法・大学・福祉機関あり、円滑な多機関連携や研究協働が活発。
- ✓ 法人内には、病院の他、児童外来をもつサテライトクリニック、障害者地域活動支援センター、ピアサポーターと当事者が運営する共同作業所兼喫茶レストランの4施設を展開。

調査した病院のスタッフ構成

常勤医師：13名（精神保健指定医 8 名）
 看護職：68名
 作業療法士：4名
 精神保健福祉士：9名（うち救急病棟専属 3名）
 公認心理師：7名
 リカバリー支援専門員（ピアサポーター：2名）他

【New Long Stay 防止統合プログラムの概要】



院内の個別治療チーム：多面的評価・課題抽出・協働による解決

▲**新入院カンファ**※ 長期化リスク評価
 ▲**1ヶ月カンファ**※ 問題把握と解決策の検討

▲**包括的ケア会議**※ 退院前訪問指導

難治例病病連携

訪問看護	遠隔診療
居住確保	就労支援

※ **院内の全職種（医師・看護師・PSW・OT・臨床心理技術者・デイケアスタッフ）及び院外の行政、支援関係者等が**、種々の診療ツール（薬物療法適正化・生活機能訓練・社会福祉制度導入）を利用する
 退院までに3～5回開催（病院スタッフが院外に出張する場合もあり）

- 【迅速・円滑な地域移行・地域定着を実行するための診療システム及び診療ツール群】
- ・ **精神保健福祉士をチームマネージャーとした個別治療チームによる包括的多職種治療・支援**
- ・ **早期退院のための退院阻害因子の明確化**
- ・ **外部支援者を交えた複数回の多職種会議による課題の検討と解決**
- ・ 薬剤最適化と持効性注射薬の積極的導入による再発・再入院予防
- ・ 再燃兆候の早期発見と早期対応を可能とする遠隔診療ツールの導入
- ・ 難治性精神疾患の高度先進医療機関との病病連携
- ・ **地域移行、地域定着のための外部機関を交えた包括的ケア会議**

精神科における入退院に係る評価と主要要件

- これまで、精神科における地域移行や退院調整に係る様々な評価が設けられている。
- 精神病床において、入院早期から多職種が協働し、支援ニーズアセスメント、ケア会議、地域の障害福祉サービス事業者等との連携調整などの入退院支援を行う「包括的支援マネジメント」について、早期退院や長期入院の防止に資する効果が確認されたところ。
- 一般病床については、入退院支援に関する評価が設けられているが、精神病床について、入退院支援に係る評価は設けられていない。

■ 精神科における入退院に係る評価と主要要件の例

名称・点数 算定件数（出典：社会医療診療行為別統計（令和4年6月審査分））	算定の対象となる患者	要件等			
		主要要件等	退院支援部署	支援計画	関係機関連携
退院調整加算 500点（退院時） 精神療養病棟入院料：261件 認知症治療病棟入院料：96件	当該病棟に入院している患者	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 ・退院支援部署を設置 ・ 専従の精神保健福祉士1名及び専従の従事者 （看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のいずれか） ・退院支援計画の策定	○	○	—
精神科地域移行実施加算 20点（1日につき） 43,143件	当該保険医療機関の精神病棟に入院した患者	入院期間5年を超える入院患者のうち、1年間に5%以上の患者の退院実績がある場合に、1年間算定 ・地域移行を推進する部門（地域移行推進室）を設置し、 専従の精神保健福祉士1名以上配置	○	—	—
精神科退院時共同指導料2 700点（入院中に1回） 14件	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院、緊急措置入院に係る患者 ・医療観察法による入院又は通院したことがある患者 ・1年以上の長期入院者 ・重点的な支援が必要な患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・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、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で実施 ・支援計画の作成、文書による情報提供 ・専任の精神保健福祉士1名以上配置 	—	○	○
精神科退院指導料 320点（入院中に1回） 9,800件	入院期間が1月を超える患者又はその家族等	精神科医、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を作成し、医師による説明を実施	—	○	○
精神科地域移行支援加算 200点（退院時に1回） 362件	入院期間が1月を超える患者又はその家族等	入院期間が1年を超える患者又はその家族等に対して、当該計画に基づき指導を行い、退院した場合に算定	—	○	○ 必要に応じて

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
 ➤ 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 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 オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している <u>サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> <u>シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> <u>ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	（※）週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。	5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が <u>25以上</u> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <u>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能</u> な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	※青字下線はR4年度改定事項

1. 精神医療の現状等について
- 2. 地域移行・地域定着の推進のための取組について**
 - 2-1. 精神病床における入退院支援に係る取組について
 - 2-2. 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価について**
3. 児童思春期精神医療について

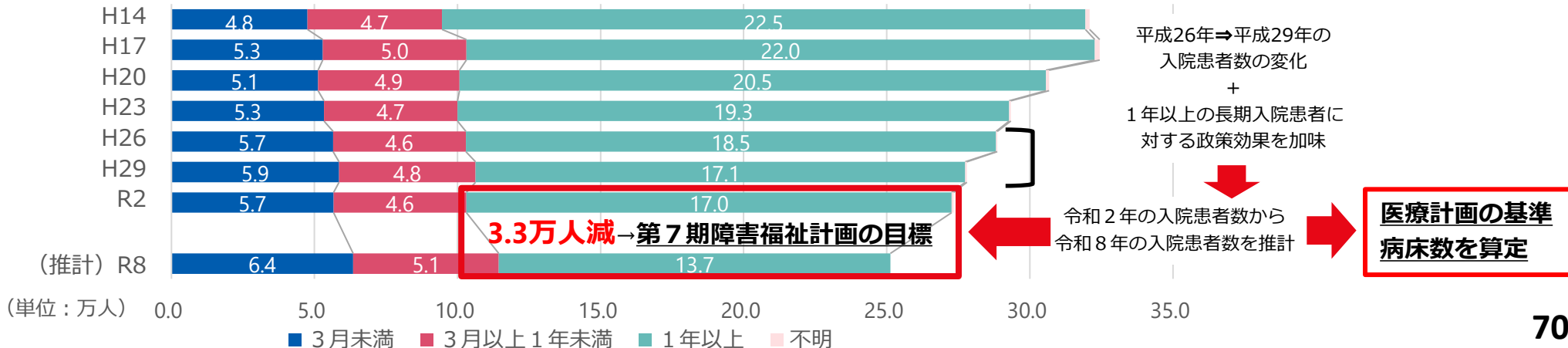
第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数の推計については、現状の取組等を維持しても減少傾向となることが示されている。
- 令和6年度から開始される第8次第医療計画及び第7期障害福祉計画においては、入院期間が1年以上の長期入院患者数について、今後の新たな取り組み(政策効果)による減少も加味して、将来の入院患者数を推計することとしている。(この将来推計を用いて、各都道府県、市町村等において、医療計画上の基準病床数及び障害福祉計画上の長期入院患者の減少に係る成果目標を定めることとなる)
- 第7期障害福祉計画においては、1年以上の長期入院患者数について、新たな取り組み(政策効果)による減少も含め、令和8年度末までに3.3万人減少することが目標とされている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式

$$\left(\begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 \left. + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \right) \times \frac{1}{\text{病床利用率}} \\
 + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数})$$

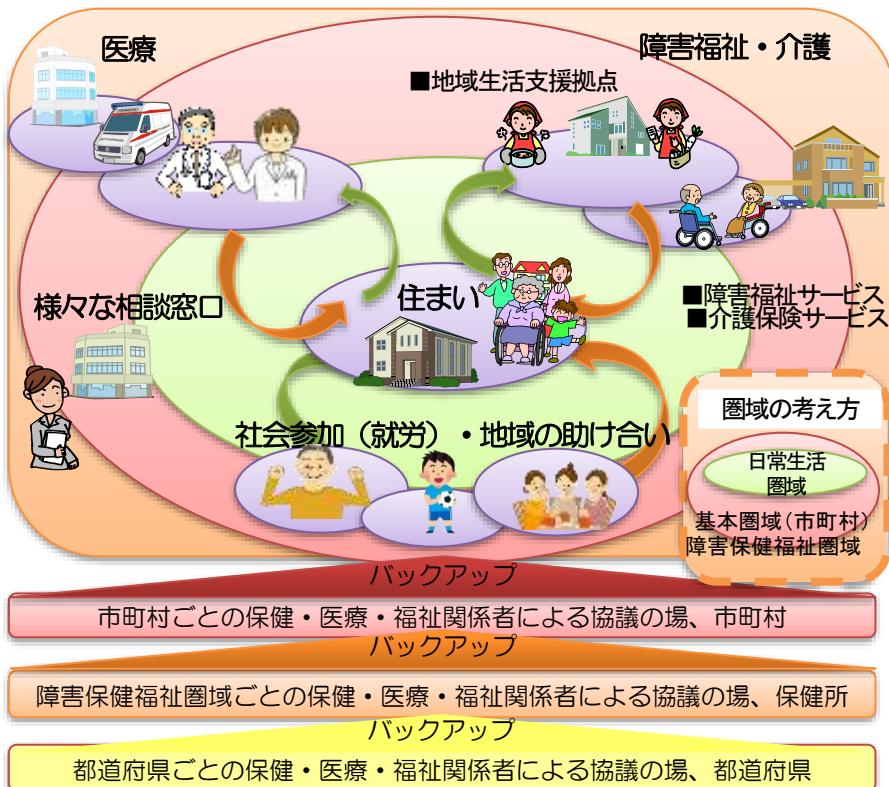
精神病床における入院患者数推移と将来の推計 (政策効果を加味した場合)



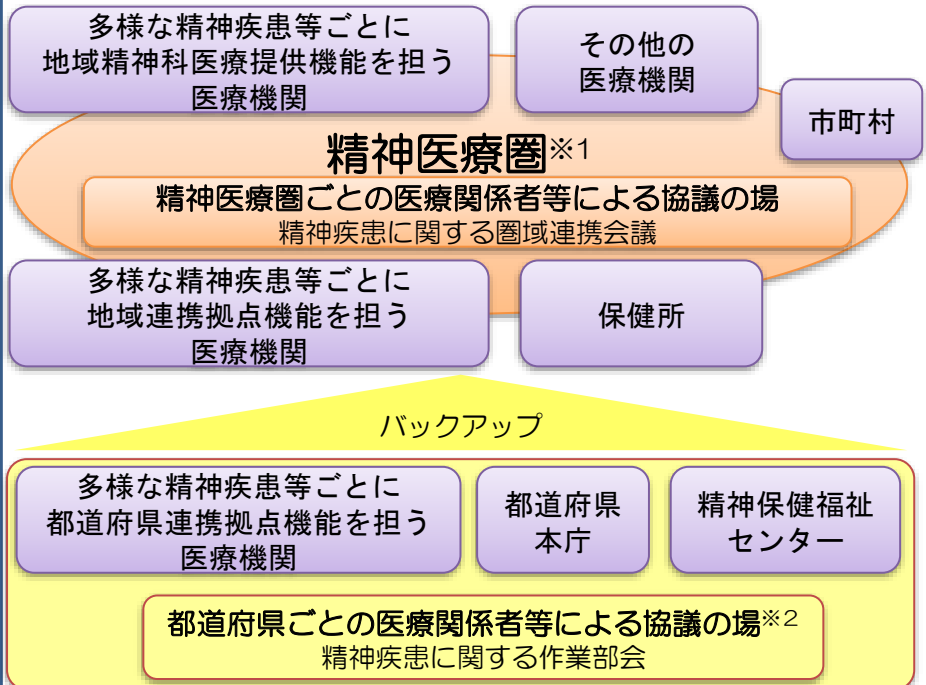
精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 精神障害者が、地域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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 令和2年度末、令和5年度末の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定

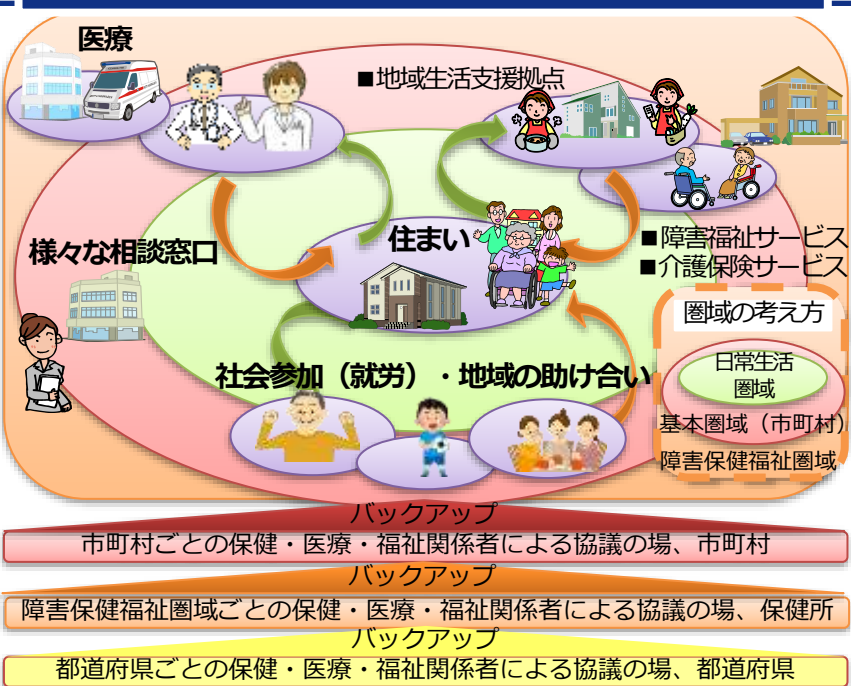
※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

第8次医療計画の見直しのポイント

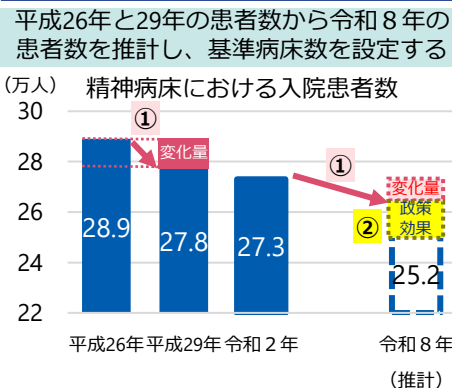
指針について

- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点で踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。
- ② 入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする。
- ③ 患者の病状に応じ、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から**、以下のように、**4つ**の視点から、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定する。

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



②基準病床数の算定式



- ① H26 ⇒ H29の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する
 - 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
 - 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化
- ② ①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

③現状把握のための指標例

- 普及啓発、相談支援
- 地域における支援危機介入
- 診療機能(※)
- 拠点機能(※)

(※)：疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。



- ストラクチャー
- プロセス
- アウトカム

第7期障害福祉計画について

- 都道府県及び市町村は、基本指針（障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成29年厚生労働省告示第116号））に則して原則3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。
- 障害者等の地域生活を支援するためのサービス基盤整備等に係る令和8年度末の数値目標を設定するとともに、障害福祉サービス、相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業等を提供するための体制の確保が計画的に図られるようにすることを目的としている。
- 計画期間は令和6年4月～令和9年3月※。

※ 3年を一期として作成することを基本としつつ、都道府県及び市町村が地域の実情や報酬改定・制度改正の影響の有無を考慮して、柔軟な期間設定が可能

成果目標（計画期間が終了する令和8年度末の目標）

①施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数：令和4年度末施設入所者数の6%以上
- ・施設入所者数：令和4年度末の5%以上削減

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数：325.3日以上
- ・精神病床における1年以上入院患者数：令和2年度と比べて約3.3万人の減少（全国）
- ・精神病床における早期退院率：3か月後68.9%以上、6か月後84.5%以上、1年後91.0%以上

③地域生活支援の充実

- ・各市町村において地域生活支援拠点等を整備するとともに、コーディネーターの配置などによる効果的な支援体制及び緊急時の連絡体制の構築を進め、また、年1回以上、支援の実績等を踏まえ運用状況の検証・検討を行うこと
- ・強度行動障害を有する者に関し、各市町村又は圏域において支援ニーズを把握し、支援体制の整備を進めること【新規】

④福祉施設から一般就労への移行等

- ・一般就労への移行者数：令和3年度実績の1.28倍以上
- ・就労移行支援事業利用終了者に占める一般就労へ移行した者の割合が5割以上の事業所：就労移行支援事業所の5割以上【新規】
- ・各都道府県は地域の就労支援ネットワークの強化、関係機関の連携した支援体制を構築するため、協議会を活用して推進【新規】

④福祉施設から一般就労への移行等（続き）

- ・就労定着支援事業の利用者数：令和3年度末実績の1.41倍以上
- ・就労定着支援事業利用終了後一定期間の就労定着率が7割以上となる就労定着支援事業所の割合：2割5分以上

⑤障害児支援の提供体制の整備等

- ・児童発達支援センターの設置：各市町村又は各圏域に1か所以上
- ・全市町村において、障害児の地域社会への参加・包容の（インクルージョン）推進体制の構築
- ・各都道府県は難聴児支援を総合的に推進するための計画を策定するとともに、各都道府県及び必要に応じて政令市は、難聴児支援の中核的機能を果たす体制を構築
- ・重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所等：各市町村又は圏域に1か所以上
- ・各都道府県は医療的ケア児支援センターを設置【新規】
- ・各都道府県及び各政令市において、障害児入所施設からの移行調整に係る協議の場を設置【新規】

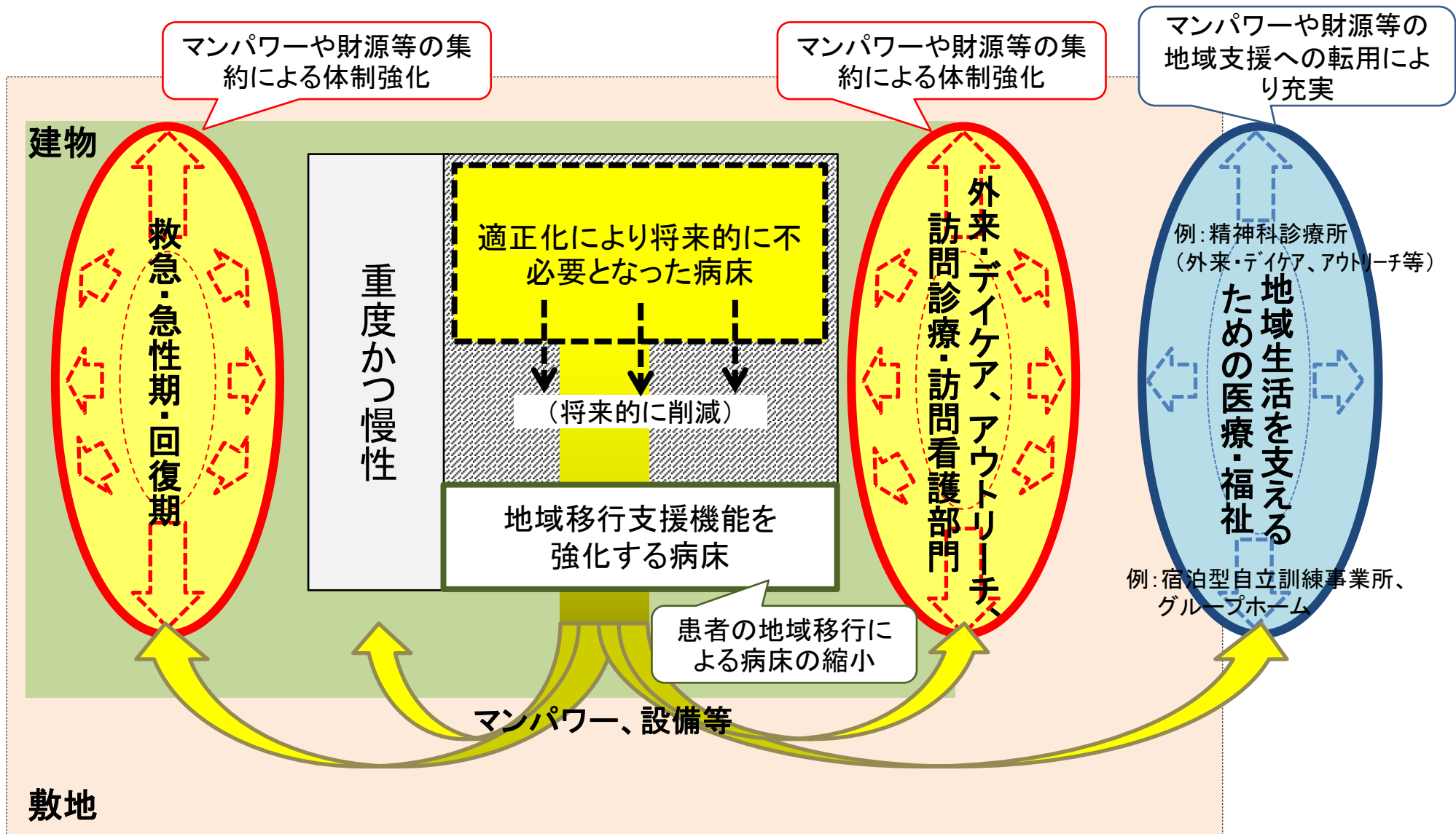
⑥相談支援体制の充実・強化等

- ・各市町村において、基幹相談支援センターを設置等
- ・協議会における個別事例の検討を通じた地域サービス基盤の開発・改善等【新規】

⑦障害福祉サービス等の質を向上させるための取組に係る体制の構築

- ・各都道府県及び各市町村において、サービスの質向上のための体制を構築

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



質の高い精神医療の評価①

地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

- 集中的な退院支援と精神病床数の適正化に取り組む精神病棟を評価
(新) 地域移行機能強化病棟入院料 1,527点

[施設基準]

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数(当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数)の2割以上が看護師であること。
- (3) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (4) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)
- (5) 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (6) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (7) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (8) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

- 5年以上の長期入院患者の退院に係る評価を充実

現行

精神科地域移行実施加算 10点



改定後

精神科地域移行実施加算 **20点**

地域移行機能強化病棟の継続と要件の見直し

- 地域移行を推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、届出に係る要件を見直すとともに、精神保健福祉士等の配置要件を緩和する。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

[施設基準] ※<>内は現行

届出時の病床稼働率に係る係数を見直し

(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が<0.9> **0.85**以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより<0.9> **0.85**以上としても差し支えないこと。

(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

地域移行に係る実績係数を見直し

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が<1.5> **2.4**%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<1.5> **2.4**%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病床について、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病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<5分の1> **30%** × 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の際には、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病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<5分の1> **30%** × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)

(18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

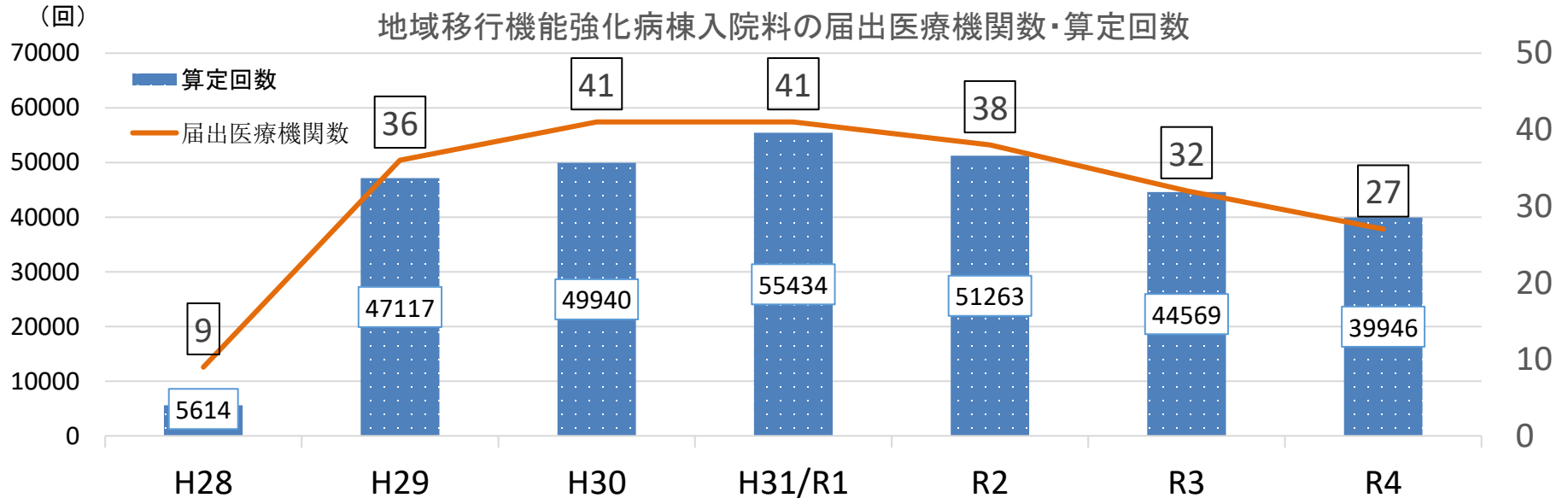
[施設基準]	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名 以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士3名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名 以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士2名以上 専従 常勤 社会福祉士1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名 以上 専任 常勤 社会福祉士 1名 以上

- 当該入院料については、令和6年3月31日まで届出を可能とする。

〔経過措置〕 令和2年3月31日において既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。

地域移行機能強化病棟入院料の届出医療機関数等

- 地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている医療機関数及び算定回数は次のとおり。
- 地域移行機能強化病棟入院料の届出に伴い、今まで約3,200床が削減されている。

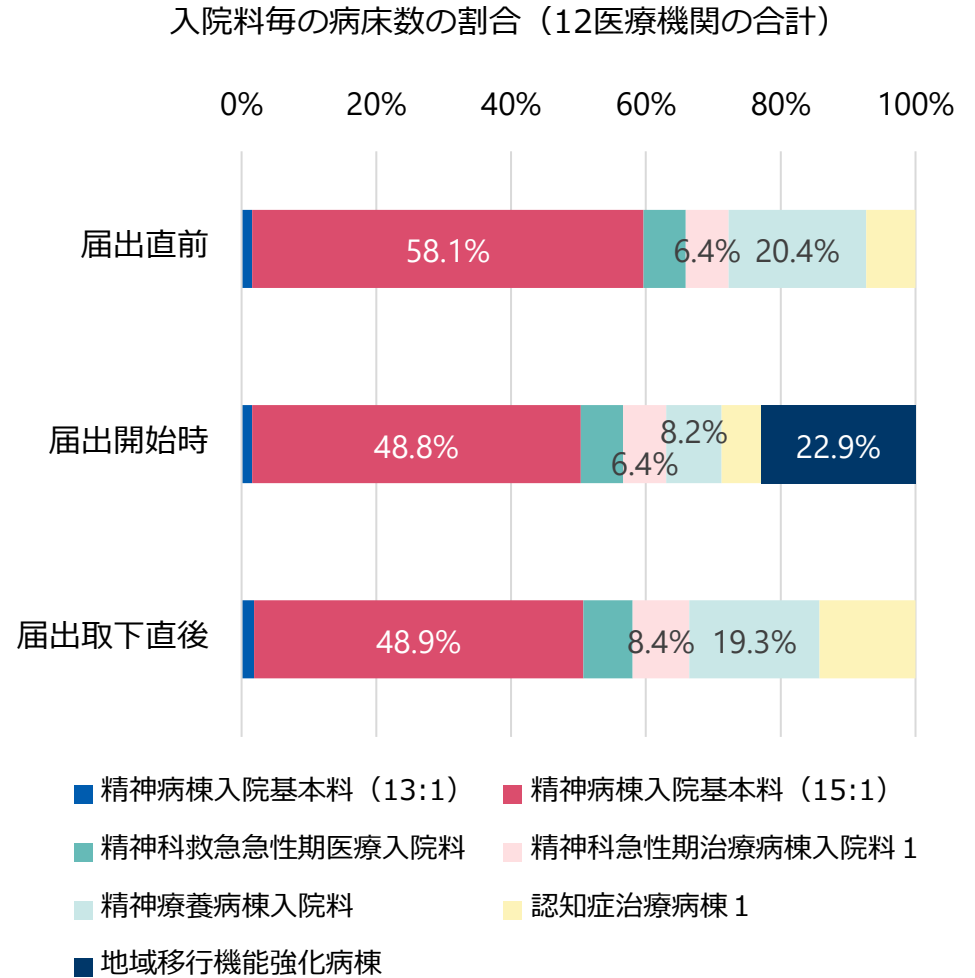
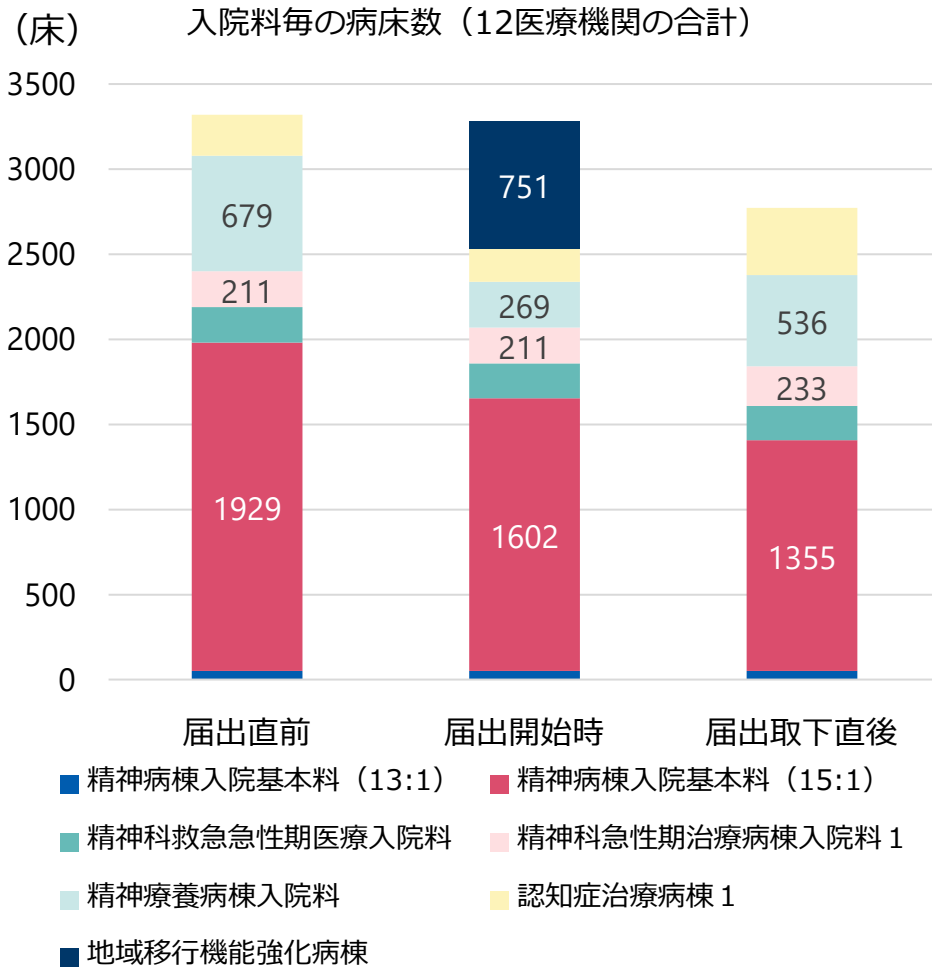


延べ届出医療機関数※	届出前後での延べ削減病床数※	参考	
		精神病床を有する病院数 (令和2年)	精神病床数 (平成26年→令和2年)
約100医療機関	約3,200床	1,622	33.8万床→32.4万床

※集計期間：平成28年4月1日～令和5年8月1日

地域移行機能強化病棟入院料の届出前後における入院料毎の病床数

- 令和4年1月1日以降に地域移行機能強化病棟入院料の届出を取り下げた保険医療機関(n=12)について、当該入院料の届出前後の、入院料毎の病床数の合計及び病床の割合は次のとおり。
- 地域移行機能強化病棟の届出にあたっては主に、精神病棟15対1入院基本料及び精神療養病棟入院料を届け出ている病棟の病床が削減されている。



地域移行機能強化病棟入院料の届出期間

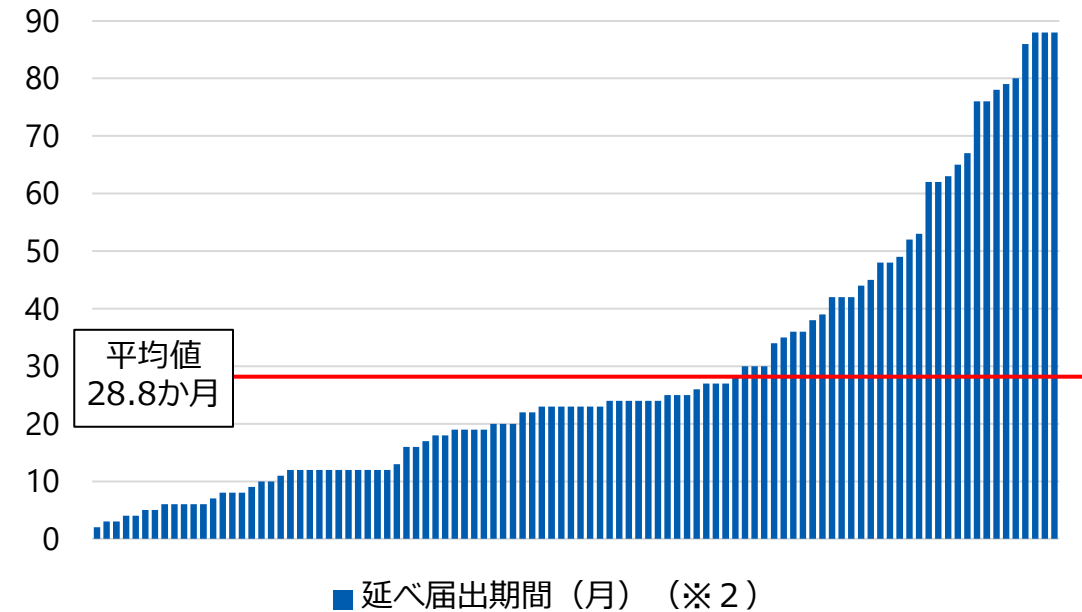
- 過去に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていた医療機関が、届出を取り下げた理由について、「計画していた削減数に達したため」、「予定していた病床数に到達したため」等が挙げられていた。
- これまで地域移行機能強化病棟入院料を届け出たことがある保険医療機関における、当該入院料の届出期間を見ると、H28年度の新設時から直近まで届出を続けている医療機関も一部存在する。

■ 過去に地域移行機能強化病棟入院料を届け出たが取り下げた理由（自由回答）

- 計画していた削減数に達したため。
- 予定していた病床数に到達したため。
- 予定していた病床削減を達成したため。
- 適正ベッド数になったため。
- 病床減少、目標数に到達したため。
- 病床稼働率がUPしたため。
- 休床していた分を減床したため。
- 地域移行や退院時促進等一定の成果がみられたため。
- 新棟改築により、病床数を削減したため。
- 対象患者の減少。
- 基準の要件を満たさなくなったため。

■ 医療機関毎の地域移行機能強化病棟入院料の届出期間（月） （平成28年4月1日～令和5年8月1日）

	平均値	中央値	最長
届出期間	28.8か月	23か月	88か月※1



※1：平成28年4月から令和5年8月1日時点まで継続して届け出ている場合。
 ※2：複数回届け出ている医療機関については、各届出ごとの期間を合算。

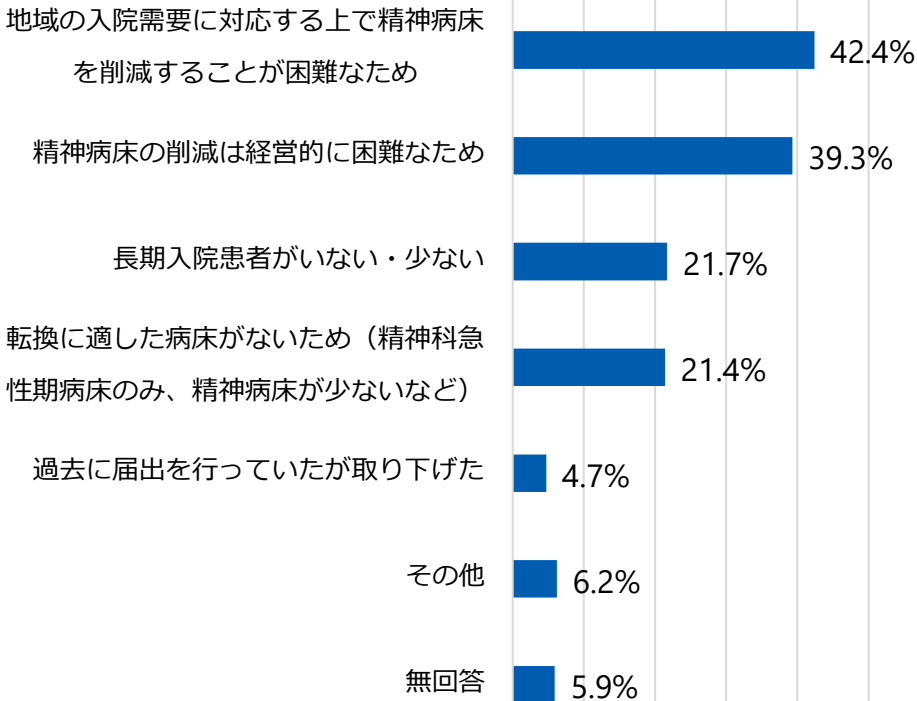
地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていない理由

- 地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていない理由として最も多かったものは、「施設基準の要件を満たせないから」(46.3%)であった。
- 「施設基準の要件を満たせないから」と回答した医療機関において、精神保健福祉士等の有資格者の確保が難しいといった意見があった。

■ 地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っていない理由（複数回答）

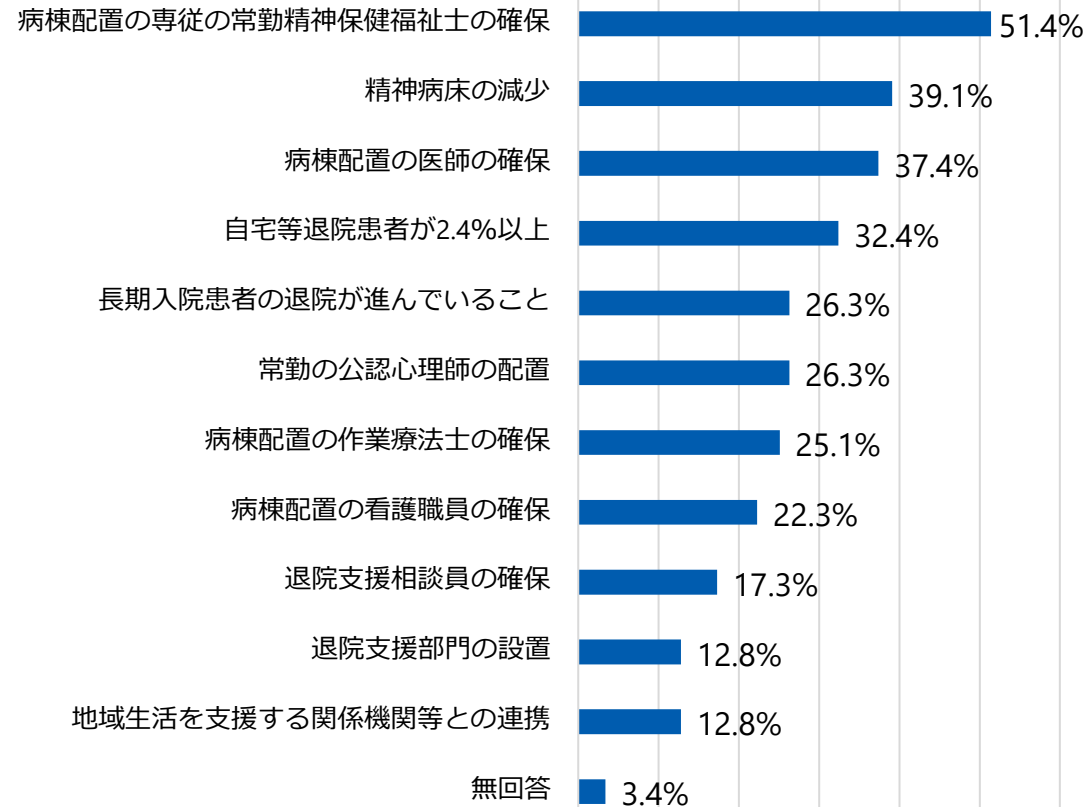
0% 10% 20% 30% 40% 50%

施設基準の要件を満たせないから 46.3%



■ 満たすことが難しい要件（複数回答）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



- 令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書がとりまとめられたことを踏まえ、同月には、障害者部会でも、「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書」(以下、単に「報告書」という。)がとりまとめられた。
- 報告書を踏まえ、令和4年第210回国会において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律(令和4年法律第104号)が成立し、令和4年12月16日に公布された。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)についても一部改正された。
- 改正精神保健福祉法において、精神病床の入院患者の約半数を占める医療保護入院者について、入院期間を原則3ヶ月、最大6ヶ月以内と定め、これを超える入院については、退院支援委員会を開催することを管理者に義務づける等、入院を長期化させないための取組が法に規定され、令和6年度より施行される。

■ 改正精神保健福祉法に規定された入院を長期化させないための取組

(令和6年4月1日施行分のうち主なもの)

医療保護入院の期間の法定化等

- これまで、期間の定めがなかった医療保護入院について、入院期間を原則3ヶ月、最大6ヶ月以内と定める。
- 以下の要件を満たした場合に限って、入院期間の更新を可能とする。
 - 精神保健指定医の診察の結果、任意入院にできず、入院が必要と判断
 - 家族等の同意を確認
 - **退院支援委員会の開催**

退院促進措置の充実

- 退院後生活環境相談員(※1)の選任対象を拡大
- 地域援助事業者(※2)の紹介を義務化、対象を拡大
- 退院支援委員会の開催機会を拡大

※1 ①精神保健福祉士、②保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者等が資格を有する。改正法の施行に伴い、令和6年度より②に公認心理師を追加。

※2 医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が地域生活に移行できるよう、特定相談支援事業等の事業者や、事業の利用に向けた相談援助を行う者(共同生活援助、訪問介護事業者等)

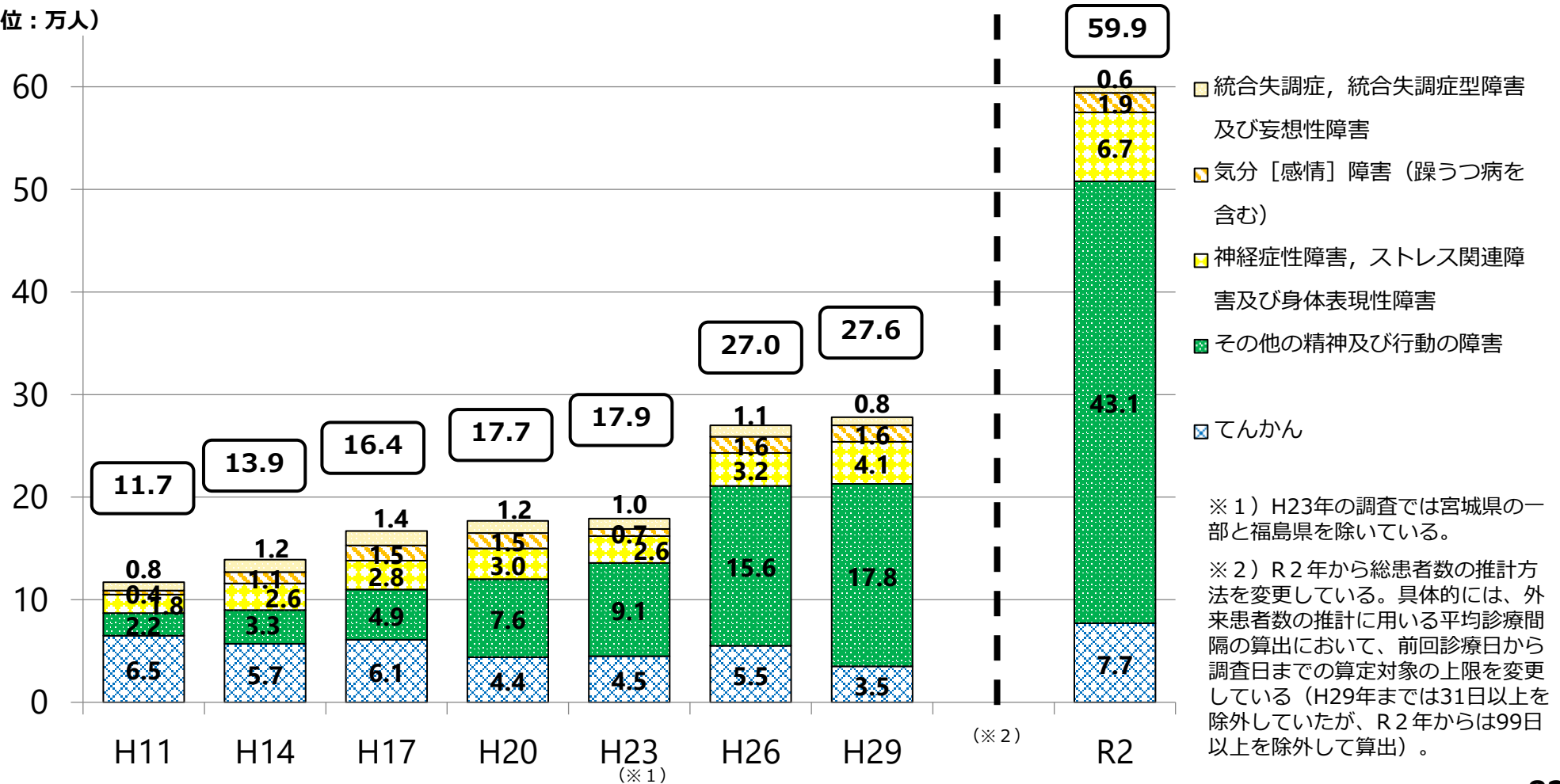
精神病床における入院期間短縮とケースマネジメントの更なる促進

1. 精神医療の現状等について
2. 地域移行・地域定着の推進のための取組について
 - 2－1. 精神病床における入退院支援に係る取組について
 - 2－2. 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価について
- 3. 児童思春期精神医療について**

20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

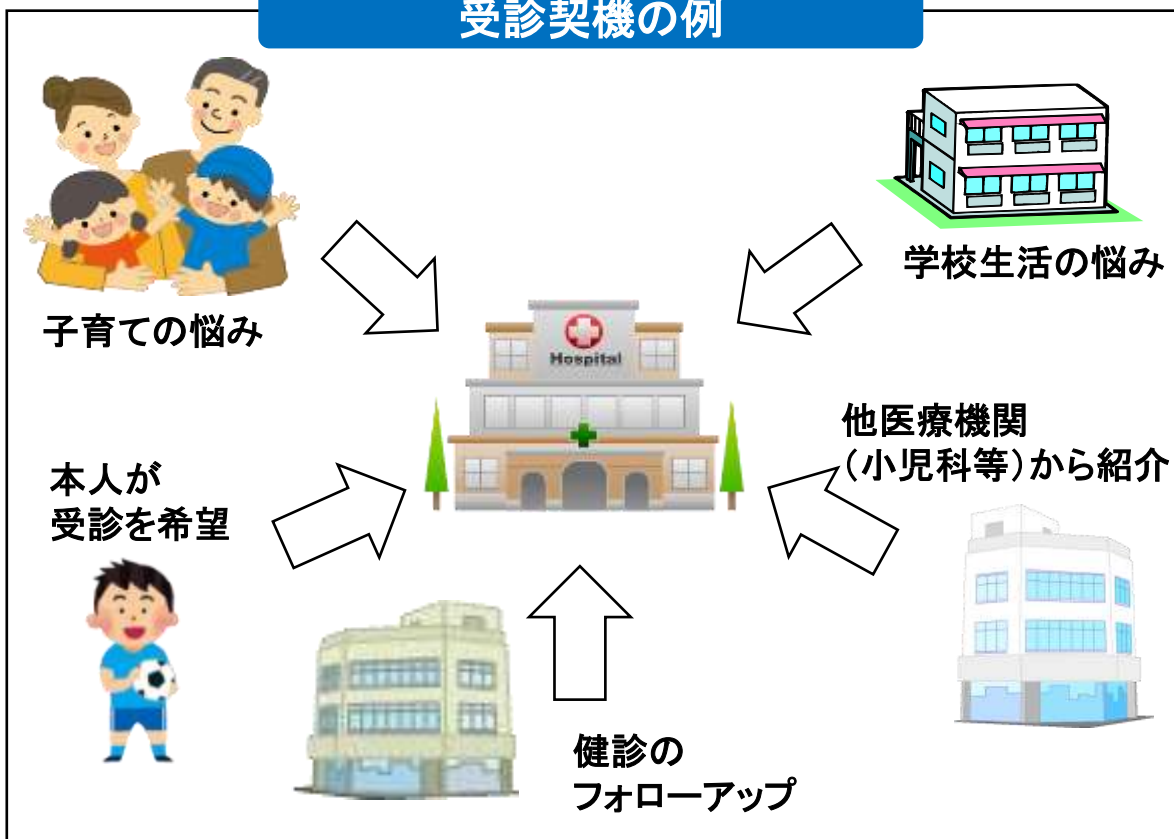
- 20歳未満の、精神疾患を有する総患者数は、約59.9万人。
- 疾患別では、「その他の精神及び行動の障害」が最も多い。
- 「その他の精神及び行動の障害」には、「心理的発達の障害(F80-F89)」や「小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」等が含まれる。

(単位：万人)



- 児童・思春期精神医療は、主に20歳未満のこころの問題を対象としている。
- 発達障害やうつ病等の精神疾患以外に、「不登校」「3歳になっても話さない」等の理由で受診する場合もある。
- 学校や児童相談所など、他機関との連携が求められ、実践されていることが多い。

受診契機の例



主な疾患名／受診理由

- ・発達障害
- ・知的障害
- ・うつ病／不安障害
- ・心身症
- ・統合失調症
- ・ゲーム・ネット関連の問題
- ・不登校
- ・被虐待
- ・摂食障害
- 等

発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告（概要）

〔勧告日：平成29年1月20日
勧告先：文部科学省、厚生労働省〕

背景

- ◆ 自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）などの「発達障害」を持つ児童生徒が乳幼児期から切れ目なく適切な支援が受けられるよう、国、都道府県及び市町村の責務や求められる取組を定めた発達障害者支援法（平成16年法律第167号）が平成17年4月に施行
 - ※ 固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていないが、推計値としては、文部科学省の調査では、公立の小・中学校の通常学級で学習面又は行動面で著しい困難を示す児童生徒の割合は、平成23年度6.5%（30人学級では1～2人。13年度6.3%）厚生労働省の調査では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群等の患者の総数は、平成14年度の3.5万人から26年度の19.5万人に増加
 - ◆ 法の施行後、発達障害に対する理解や支援の取組が進展したとの評価がある一方、乳幼児期から在学時、成人期までの各ライフステージを通じた継続的な支援に課題（発見の遅れ、進学過程での支援の途切れなど）があるとの指摘あり
- ⇒ 今回、法の施行から約10年を迎えた機会を捉え、保育所・学校現場を含む都道府県・市町村における発達障害者支援の実態を初めて調査。今後の取組に当たっての課題を整理し、関係省に改善を勧告（平28.8の改正法の運用において本勧告を踏まえた対応が期待）

調査結果（ポイント）

① 発達障害の早期発見

主な調査結果

- 乳幼児健診時や在学中の行動観察において、発達障害が疑われる児童を見逃しているおそれ
- 支援の遅れとなり、二次障害（不登校、暴力行為等）が発生する場合あり

主な勧告

- 乳幼児健診における発達障害が疑われる児童の早期発見に資する有効な措置
- 在学中の行動観察における着眼点等を共通化した標準的なチェックリストの提示

② 適切な支援と情報の引継ぎ

主な調査結果

- 支援計画等の作成対象が限定され、未作成のものあり
- 進学先に情報が引き継がれていないものあり

主な勧告

- 支援計画等の作成対象とすべき児童生徒の考え方の提示
- 支援計画など情報の適切な引継ぎ

③ 専門的医療機関の確保

主な調査結果

- 専門的医療機関が不足（初診待ちが長期化）

主な勧告

- 専門的医療機関確保のための一層の取組

発達障害診断待機解消事業

【事業概要】

地域における発達障害の診断待機を解消するため、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」及び「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を実施し、発達障害を早期に診断する体制を確保する。

【実施主体】 都道府県、指定都市（事業の一部について委託可）

【令和4年度予算額】 92,909千円（92,909千円）

発達障害専門医療機関初診待機解消事業

発達障害の診断をする医療機関の行うアセスメント等に関して、次の内容に取り組む。

○アセスメント強化（以下の全部又は一部を実施）

- ・発達障害にかかるアセスメント対応職員の医療機関への配置
- ・地域の児童発達支援センターや発達障害者支援センター等でのアセスメントの実施

（実施内容は診断する医療機関に引き継ぐ）

- ・医療機関にケースワーカー等を配置し、子どもが通う施設（例：市町村の保健センターや保育所等）に出向いて情報提供や行動観察を依頼

○効果測定

アセスメント強化の方法や実施した上での診断待機の改善状況、発見された課題等について有識者を加えて検討し、報告書を作成

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

発達障害に関して高度な専門性を有する地域の拠点医療機関を選定し、次の内容に取り組む。

○人材育成・実地研修

地域の医療従事者への専門技術に関する研修や診療等への陪席の実施 など

○情報収集・提供

受診希望の当事者や家族に対する診療可能な医療機関の情報提供 など

○ネットワーク構築・運営

地域の医療機関同士の会議体を構成し、意見交換等を実施

○発達障害医療コーディネーターの配置

医療機関やその他関係機関、当事者及びその家族との連絡・調整

両事業を併せて実施することで効率的な事業実施を図る

児童思春期精神医療に係る診療報酬上の評価（外来）

- 通院・在宅精神療法を実施する医療機関における児童思春期精神医療に係る診療報酬上の主な評価については、以下のとおり。
- 児童思春期精神医療における専門性の高い医療提供を評価する観点から、専門的治療に従事した経験を持つ医師の配置や、低年齢の患者に対する診療実績を重視した加算が設けられている。

区分		診療科	実施者	対象患者	算定可能な期間	職員配置	その他の主な要件	点数	
I002 通院・在宅 精神療法	注3 20歳未満 加算	精神科	医師	20歳未満 の患者 (※3)	当該保険医療機 関の精神科を最 初に受診した日 から1年以内	—	—	350点	
	注4 児童思 春期精 神科専 門管理 加算			イ (1)	16歳未満 の患者 (※3)	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	○指定医に指定されてから5 年以上にわたって主として 20歳未満の患者に対する 精神医療に従事した経験 を有する専任の常勤指定 医1名以上 ○精神科の経験3年以上(主 として20歳未満の患者に対 する精神医療に従事した 経験1年以上を含む)の専 任常勤精神科医1名以上 ○専任のPSW又は公認心理 師1名以上	○当該保険医療機関が過 去6か月間に当該療法を 実施した16歳未満の患 者の数が、月平均40人 以上であること。 ○診療所の場合は、加えて、 当該保険医療機関が過 去6か月間に当該療法を 実施した患者のうち、 50%以上が16歳未満の 者であること。	500点
				イ (2)		—			300点
				□	20歳未満 の患者 (※3)	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	1,200点 (1回限り)		

※1: 18歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者(登校拒否の者及び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者を含む)及びその家族

※2: 精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師

※3: 患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族も含む

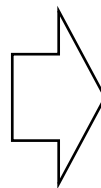
児童思春期精神科専門管理加算の見直し

- 児童・思春期精神医療の外来診療について、2年以上診療が継続している場合についても算定できるよう見直す。

現行

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）】

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
 (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年以内の期間に行った場合 500点



改定後

【児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療）】

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合
 (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年以内の期間に行った場合 500点
(新) (2) (1)以外の場合 300点

■通院・在宅精神療法 注4（児童思春期精神科専門管理加算）の算定件数・算定回数（令和4年6月審査分）

			点数	算定件数	算定回数
児童思春期精神科専門管理加算	イ(1)	(16歳未満) 2年以内	500	21,407	23,837
	イ(2)	(16歳未満) 2年超	300	17,318	18,791
	□	(20歳未満・60分以上・1回限り)	1,200	1,377	1,377

児童・思春期精神医療を実施している医療機関

- 精神科を標榜する医療機関のうち、概ね6～7%の医療機関が児童思春期の専門的な精神医療を行っている。

■精神科を標榜する医療機関数

	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
医療機関数	8,247	8,417	9,229	9,663	10,045
(うち) 病院	2,618	2,687	2,748	2,799	2,822
(うち) 診療所	5,629	5,730	6,481	6,864	7,223

出典: 医療施設調査

■児童思春期精神科外来を有する医療機関数

	令和3年	令和4年
医療機関数	635	653
(うち) 病院	288	305
(うち) 診療所	347	348

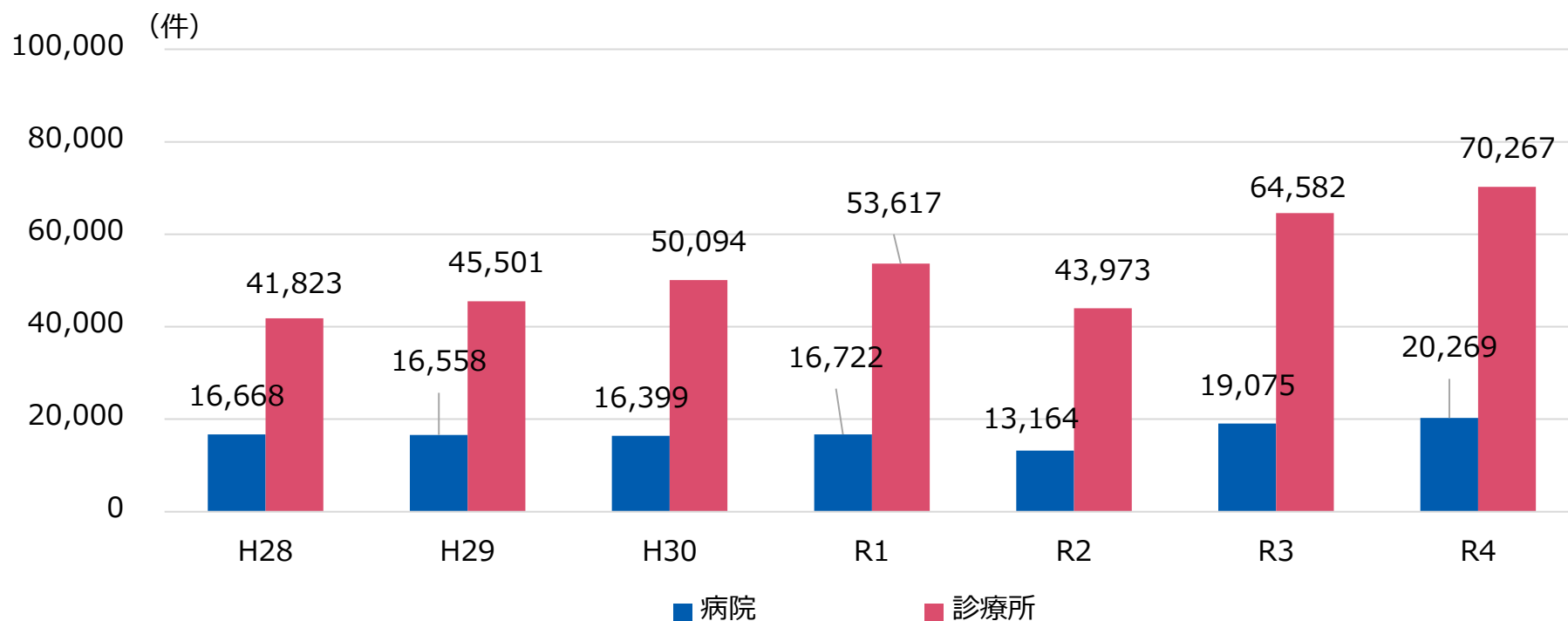
※回答に当たって、児童思春期精神科専門管理加算の届出等は不要。

出典: 精神保健福祉資料

20歳未満加算の算定状況等

- 通院・在宅精神療法の20歳未満加算の算定件数は、増加傾向。
- 特に診療所における算定件数が増加している。

■ 通院・在宅精神療法 注3（20歳未満加算）の算定件数（病院・診療所別）

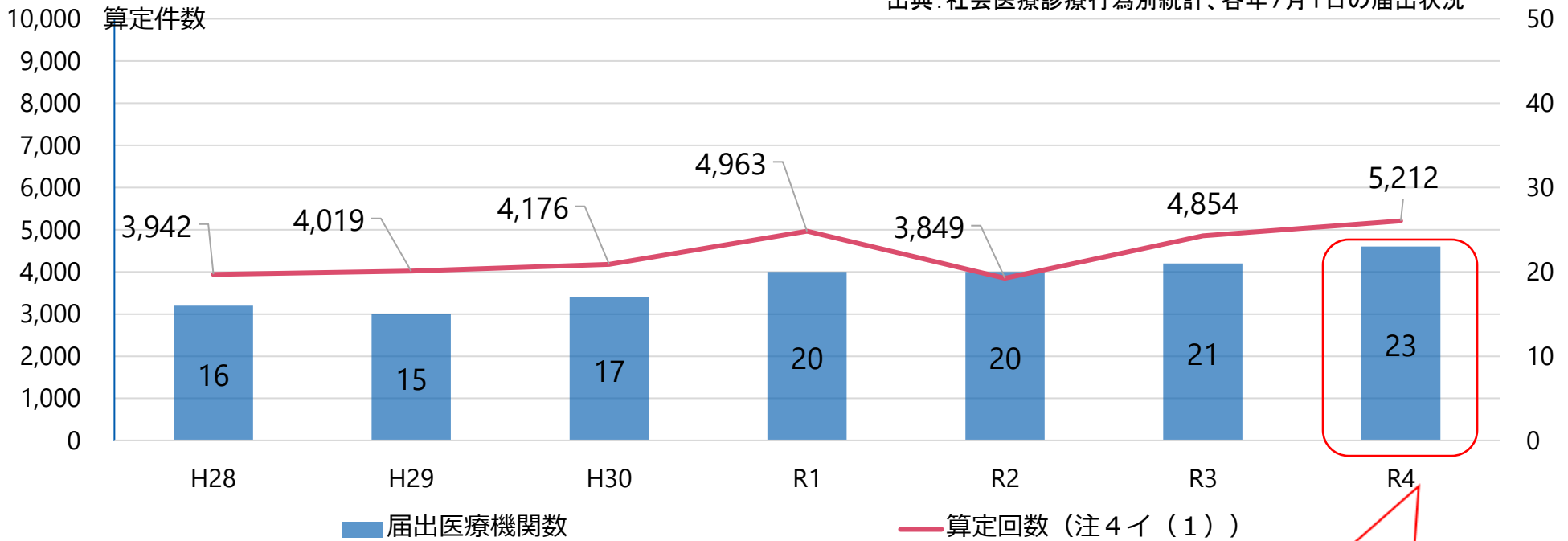


児童思春期精神科専門管理加算の算定状況等

- 専門外来を有する診療所数に比べて、児童思春期精神科専門管理加算を届け出ている診療所数は少ない。
- 実態として専門的治療を実施している医療機関であっても、専門的治療に従事した経験を持つ医師をさらに確保することが難しいという現場の声がある。

■通院・在宅精神療法 注4（児童思春期精神科専門管理加算）の届出医療機関数及び算定件数（病院を除く。）

出典：社会医療診療行為別統計、各年7月1日の届出状況



<16歳未満の初診を増やせない理由>

- ・ 児童精神科医の不足
- ・ 20歳未満の診療に対応できるスタッフのマンパワー不足
- ・ 初診には1時間半の枠を設けており、そのほかに再診も受けるので、1日に一人診るのが限度。
- ・ 経営的にも人材的にも、地域の発達障害診療において医師を二人以上配置する体制は構築し得ない。

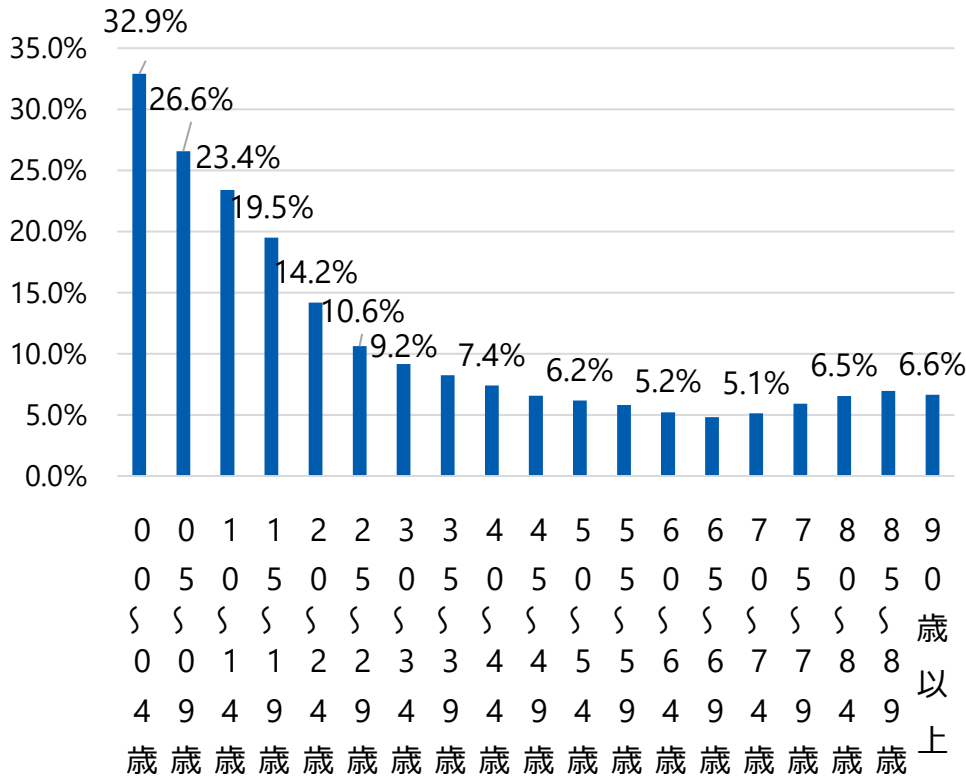
児童思春期精神科外来を有する診療所数：348

児童精神科における診療時間

- 患者の年齢が低くなるほど、通院精神療法のうち30分以上の割合が増える。
- 児童精神科診療を行っている診療所を対象としたアンケートによれば、16歳未満の初診を増やせない理由として、時間がかかる(61.1%)、手間がかかる(36.1%)という意見がある。

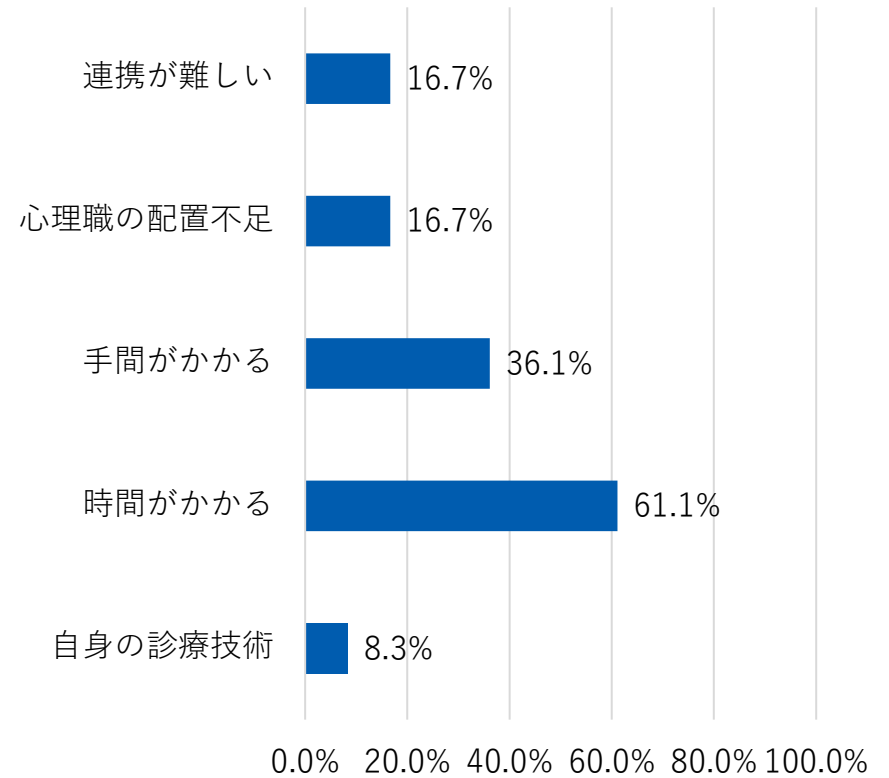
■ 通院精神療法の算定回数

※ □ (初診60分以上) + 八 (30分以上) / □ (初診60分以上) + 八 (30分以上 + 30分未満) の割合



■ 16歳未満の初診を増やせない理由

(n=49)



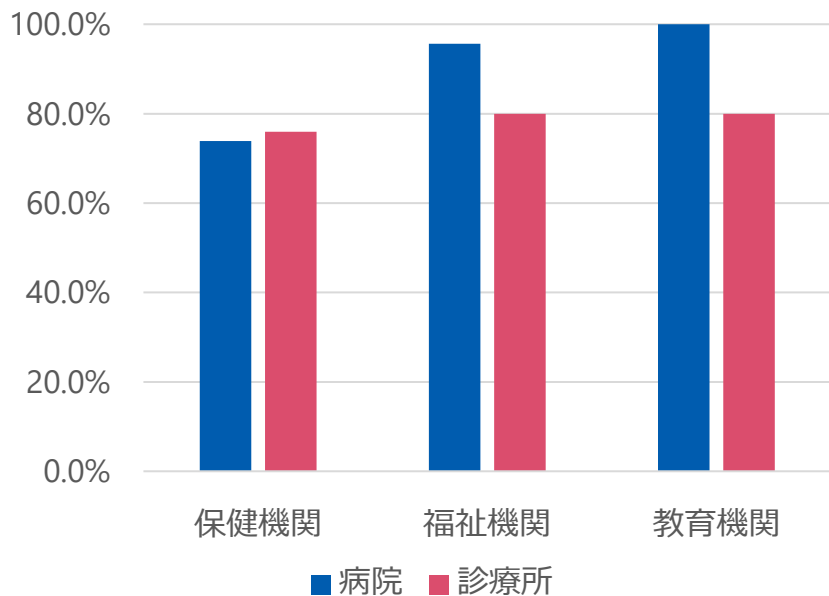
出典: (左図) 令和4年度社会医療診療行為別統計より作成

(右図) 日本児童青年精神科・診療所連絡協議会調べ(児童精神科診療を行っている診療所を対象としたアンケート結果)

児童精神科における医師の業務負担

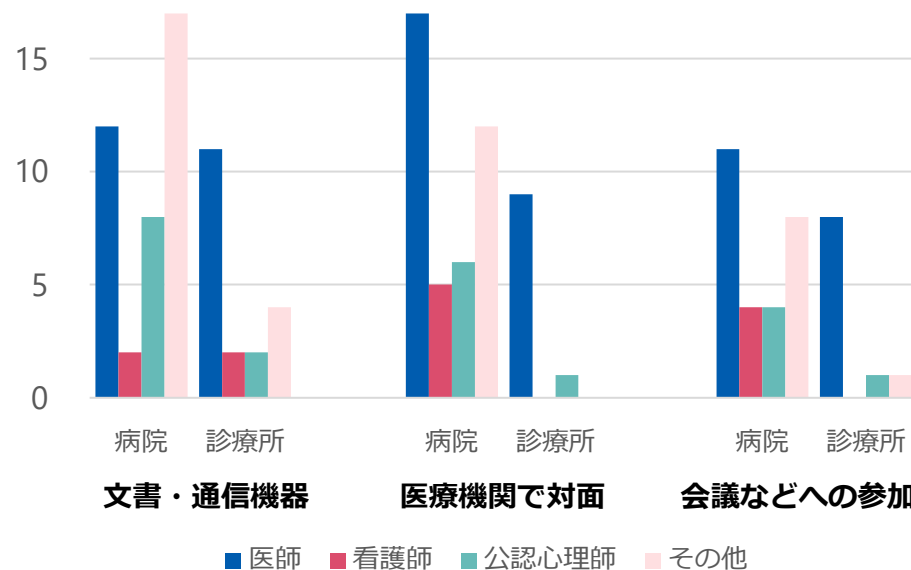
- 児童精神科診療を実施している医療機関の多くで、児や家族に対する診療以外に、保健・福祉・教育機関との連携業務が行われている。
- 病院に比べて、スタッフ数が少ない診療所において、医師に業務負担が偏る傾向が指摘されている。

■ 他機関との連携の有無と連携先



※児童精神科診療を行っている医療機関を対象

■ 教育機関との連携の方法及び対応職種（複数回答）



※保健機関、福祉機関においても同様の傾向

出典：日本児童青年精神医学会調べ（児童精神科診療を行っている23病院、25診療所に対するアンケート調査）

- **連携の課題として、多くの時間をかける必要があり**、診察時間中に行っている場合は、診察時間が多くかかるが、その点についての診療報酬上の評価がなく、他の患者の診察時間への影響がある。診察時間外に行っている場合や、医師以外が行う場合には、診療報酬上の手当てが全くない。また医療機関側では、公認心理師や精神保健福祉士などがかわることもあるが、主に、**医師が担当している事例が多く医師の業務上の負担となっている**。
- 教育機関との連携事例も含め、児の発達障害や精神疾患だけでなく、家庭や周囲の状況が病状に関与している事例では、機関間の連携は、児の治療や支援のために必要不可欠のものであり、実際に医療機関において、広範に行われている。しかし、その手間と診療報酬上の評価のなさ、**医療機関内での多職種の共同の不足、医師への負担の大きさ**など課題も多い。

出典：令和2年度厚生労働科学研究費補助金「児童・思春期精神疾患の診療実態把握と連携推進のための研究」（研究代表者：五十嵐隆）

医療機関における発達障害の初診待機の状況

- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月(0~54か月)であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

【方法】関連学会の会員8,466名にWebアンケートへの回答を依頼。有効回答798件(回答率:9.4%)。

■ 発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■ 各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

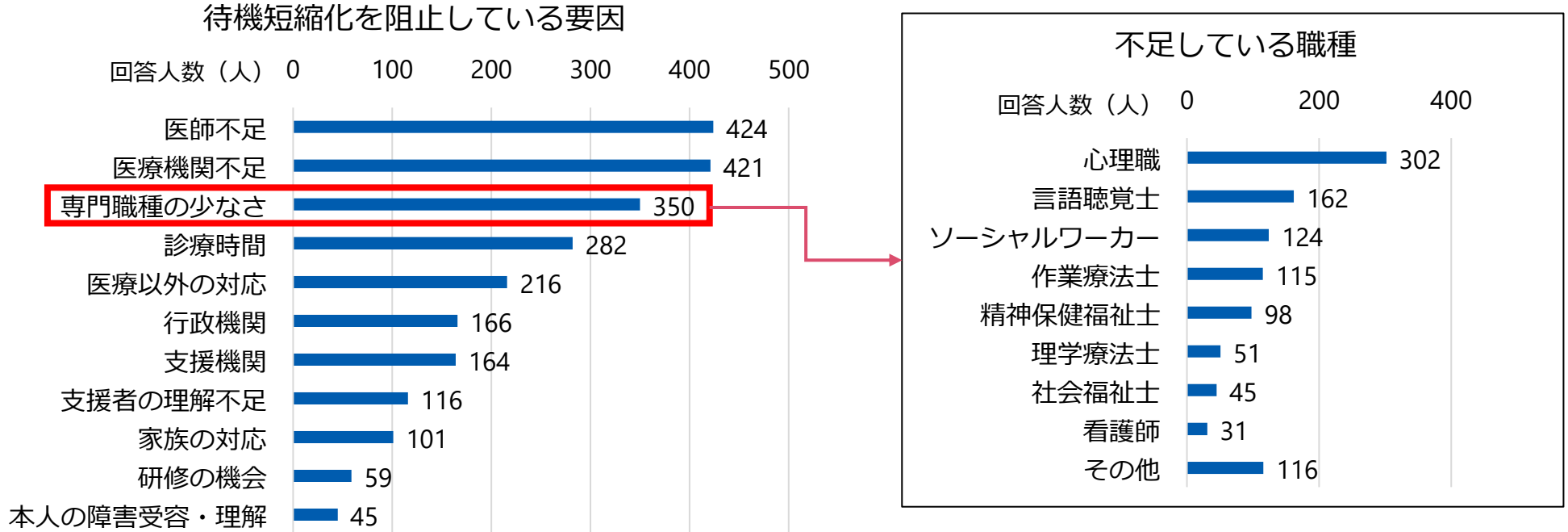
- ① 初診対象者の選択 (緊急枠設定、トリアージ対応)
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

医療機関において初診待機解消が進まない理由

- 待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足のほか、児童思春期精神医療に知見を有する専門職種の少なさがあげられた。
- 特に不足している職種は、心理職であると考えている医師が多かった。

【方法】関連学会の会員8,466名にWebアンケートへの回答を依頼。有効回答798件(回答率:9.4%)。

■ 初診待機期間が短縮されない理由



児童精神科における診療時間と職員配置

- 一人あたりの診療には、児及び養育者との面接、2時間以上の検査、医師の診察、他機関との調整など、多くの手間と時間を要している。
- 医師一人当たりの初診人数が多い医療機関では、多職種がそれぞれの専門性を発揮しつつ、協力して、可能な限り多くの診療に繋げている実態がある。
- 常勤医師が1人であっても、16歳未満の患者を多く診療している医療機関においては、外来に、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が多く配置されている。

■ 医療機関における初診及び再診の流れ

※医師数あたりの初診人数が多い医療機関に対するヒアリング結果

初診		
予診	児と養育者から各約30分ずつ聴取 ※児に対しては、一緒に遊びつつ、徐々に聞き取りを行う	看護師 PSW 公認心理師
心理検査	各1～2時間程度の検査（2種類以上） 検査結果についてレポート作成 方針のカンファレンス（約30分）	公認心理師
診察	全体のフィードバック	医師
診察後の対応	教育機関や行政機関等にフィードバック ※診療時間外に対面や電話で説明 ※必要に応じて会議を開催	医師 看護師 PSW 公認心理師

再診	
医師の診察（約5～30分） 公認心理師のプレイセラピー及びカウンセリング（約40分） 保護者のみに対する面接（児の診察とは別に月1回程度）	全職員

■ 常勤医師が1人の医療機関における

多職種の配置状況

	多職種（常勤）配置状況			1ヶ月間に診療した16歳未満の患者数
	看護師	PSW	公認心理師	
総医療機関（n=19）	0.94人	1.05人	1.21人	236.3人
平均値以上の患者数を診療した医療機関（n=9）	1.53人	1.22人	1.89人	419.1人

※非常勤職員についても、常勤に対する調査と同様に、診療数が平均値以上の医療機関で多く配置されていた

児童思春期精神医療の質向上に係る取組

○ 児童思春期精神医療に携わる多職種を育成し、診療の質を向上させるための各取組が進められている。

令和4年度予算額 20,400千円 → 令和5年度予算額 17,076千円

こころの健康づくり対策事業

目的

自然災害、犯罪などの被害により生ずるPTSD（心的外傷後ストレス障害）や、ひきこもり、家庭内暴力、不登校、児童虐待など思春期にある児童に関連する問題及び自然災害、犯罪被害、事故や感染症（新型コロナウイルス感染症等）等に起因した心のケアなどの精神保健医療福祉活動を充実していくため、保健・医療・福祉・教育などの業務従事者に対し、養成研修等を実施し、もって、こころの健康づくり対策に携わる専門性の高い人材の資質の向上を図ることを目的とする。

思春期精神保健研修

※他に、PTSD対策専門研修、心のケア相談研修も実施

【目的】

ひきこもり、家庭内暴力、不登校、児童虐待等、児童思春期における様々な精神保健に関わる問題に対応できる人材を確保するため、必須の知識の全体像を系統的かつ網羅的に習得するための研修を実施し、地域において児童思春期精神保健医療福祉業務に専門的に携わる者を養成する。

【研修内容】

○思春期精神保健対策医療従事者専門研修

基本的知識及び臨床活動に関する講義とグループディスカッションを交えた実践的研修を行う。

○思春期精神保健対策専門研修（応用コース）

応用的な講義及びケース検討を内容とする双方向的な討論を中心とする研修を行う。

○ひきこもり対策研修

ひきこもり支援の従事者が必要とするひきこもり対策及び「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」についての全般的研修を行う。

【実施主体】

国による公募（民間団体） ※補助率：定額

対象	医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師、社会福祉士、児童指導員等
----	---------------------------------------

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	累計 (令和4年度末まで)
受講者数 (人)	390	834	892	8,988

児童・思春期精神医学対策講習会

※ 精神医療関係団体
による開催

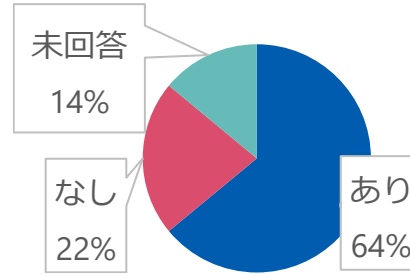
- 多職種チームの連携を促進するよう、同一医療機関に勤務する医師及び多職種が、原則としてチームで受講
- 発達障害を含む児童思春期診療の基礎知識を獲得するとともに、多職種・多機関連携の実践方法等を習得

スタンダード研修プログラム（総研修時間：17.5時間）

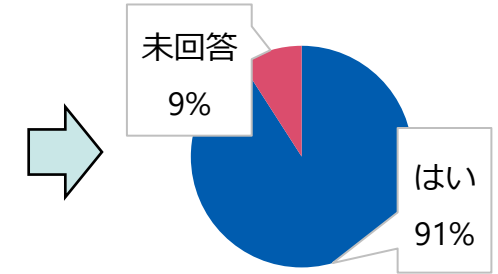
1日目	テーマ：子どもの見方・出会い方
	児童青年精神科医療の基本
	子どもの面接の基本とコツ
	初回面接
	子どもの治療総論
2日目	テーマ：子どもの精神科治療・多職種連携・基本的関連法
	多職種連携（公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、看護師ほか）
	子どもの精神療法概論・特殊療法概論
	子どもの薬物療法概論
	親面接（家族を含む）の基本とコツ
	関連する法律①（精神保健福祉法、児童福祉法、虐待防止法）
3日目	テーマ：神経発達症
	神経発達症とは、自閉スペクトラム症①
	自閉スペクトラム症②
	注意欠如・多動症
	限局性学習症、知的発達症
	チック症・トゥレット症

受講者に対するアンケート結果（n=50）

○受講者の所属する医療機関における児童思春期の診療の有無



○研修を受けて、今後児童思春期の診療を検討しているか



○研修を受けて良かった点（複数回答可）

- ・今まで児童を診ていなかったが、新たに診られるようになった。
- ・今後、児童の診療を行う方向となり前向きな検討につながった。
- ・多職種での診療に取り組むようになった。
- ・各職種の連携がスムーズになった。
- ・他機関との連携がスムーズになった。
- ・それぞれが何に気をつけて診療すべきかが分かった。
- ・各職種の役割が理解できた。
- ・自分の知識や見立ての一般化ができた

精神医療についての課題①

(精神医療の現状等について)

- 精神疾患を有する総患者数は、増加しているが、精神病床数及び精神疾患を有する入院患者数は、ともに減少傾向であり、入院患者数は、今後、更に減少する見込み。
- 精神病床全体の平均在院日数は減少している一方、長期入院患者の高齢化とともに、5年以上の長期入院患者数が顕著に減少している。
- 今後、精神病床において、入院期間1年以上の慢性期患者の病床ニーズは縮小する見込みであるが、1年未満の患者の病床ニーズは増加することが推計されている。
- 新規に入院する患者について、約1割が新たに1年を超える長期入院となるとともに、1年以内に退院した患者であっても、退院後1年以内に約3割が再入院している。
- 精神病床において、非自発的入院のうち、医療保護入院による入院患者が約半数を占める。
- 精神疾患を有する外来患者数は、増加傾向であり、気分障害等の患者や低年齢の受診患者等が特に増加。
- 令和6年度同時改定に向けた意見交換会において、障害特性に応じた医療・介護・障害福祉サービスの提供や、各サービスの連携が求められており、障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいても、精神障害者の地域移行等について、医療と障害福祉サービス等の連携を一層進める方針が示されている。

(地域移行・地域定着の推進のための入院患者への入退院支援について)

- 精神病床からの地域移行・地域定着を目指し、様々な施策が行われてきたところ、近年は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すこととされ、同システムにおける医療機関の役割として、ケースマネジメントの実施等が求められている。
- 今般の改正精神保健福祉法でも、医療保護入院の期間の法定化や、退院促進措置の充実等、精神病床における入院期間短縮とケースマネジメントの更なる促進が位置付けられた。
- ①PSW等マネジメント担当者の選定、②多職種チームによるアセスメントとケア会議の開催、③障害福祉サービスや行政機関等の多機関との連携調整が、包括的支援マネジメントの重要な要素とされている。
- 入院患者に対する包括的支援マネジメントは、平均入院日数の短縮や、再入院の予防に関連する。
- 現在8割以上の医療機関において退院支援部署が設置されており、入院早期から退院後の生活を見据えた包括的支援マネジメントを実施している医療機関も存在する。
- これまで、地域移行や退院調整に関する評価が充実されてきたが、精神病床において、入院早期から多職種が介入して入退院支援を実施することに係る評価はない。

精神医療についての課題②

(地域移行機能強化病棟入院料について)

- 平成26年3月に取りまとめられた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、新たな長期入院を防ぐために、多職種を活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指すこととされたこと等を踏まえ、平成28年度改定において、地域移行機能強化病棟入院料を創設した経緯がある。
- 令和6年度から開始される第8次医療計画及び第7期障害福祉計画においては、入院期間が1年以上の長期入院患者数について、精神病床における入院患者数が近年減少傾向であることに加え、今後の新たな取組み(政策効果)による減少も加味して、将来の入院患者数を推計し、医療計画上の基準病床数及び障害福祉計画上の長期入院患者の減少に係る成果目標が設定されることとなる。
- 当該入院料が新設された平成28年4月以降、当該入院料の届出に伴い、精神病棟15対1入院基本料又は精神療養病棟入院料を届け出していた病棟の病床を中心に、約3,200床が削減されてきているところ、当該入院料の届出医療機関数は減少傾向。
- 当該入院料の新規届出の期限は令和6年3月31日までとされている。
- 当該入院料を届け出していた医療機関における届出期間の平均は、約30か月であり、届出を取り下げる理由については、「計画していた削減数に達した」等が多かったが、長期間届出を続けている医療機関も一部存在している。
- 当該入院料を届け出していない理由として、精神保健福祉士等の有資格者の確保が難しいために、施設基準の要件を満たせないという意見がある。

(児童思春期精神医療について)

- 児童・思春期診療を実施する医療機関における初診待機が課題とされているところ、初診待機の要因として、専門性の高い精神科医が、患児の診療に加えて、治療以外の事務的調整や親への支援まで負担していること等により、子ども一人に対して長時間の診療を行っているという指摘がある。
- 一方で、より多くの児童思春期患者を受け入れている医療機関においては、多職種へのタスクシフトを進め、チームで連携しながら、受診前から受診後まで患者を支援している実態がある。
- また、児童思春期の診療を行う精神科医療機関において、児童思春期精神医療について、専門性を有する多職種を配置することにより、診療の質が向上し、多職種による支援が効率的に行えるという調査結果も得られている。
- 国や関係団体において、児童思春期精神医療に関わる多職種を養成するための取組が進められている。

精神医療についての論点

(地域移行・地域定着の推進のための入院患者への入退院支援について)

- 精神病床における退院調整等について、これまでも様々な評価が設けられてきているところ、新たにエビデンスが確認された早期から実施する退院調整の効果や、精神病床における入院の短期化、地域での支援体制が整備されつつあること等を踏まえ、より現場の実情に合わせた評価体系に整理することとしてはどうか。
- 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うことで、より早期に退院が可能になるとともに、退院後の地域における生活を安定させ、再入院予防にも寄与するとされていることを踏まえ、精神病床における入退院支援の取組を評価することについて、どのように考えるか。

(地域移行機能強化病棟入院料について)

- 第8次医療計画や第7期障害福祉計画において、長期入院患者数が減少傾向にあることに加えて、政策効果による長期入院患者数の更なる減少を見込んだ基準病床数・入院患者数の目標値が設定されていることを踏まえ、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の新規届出の期限を延長することとしてはどうか。
- 当該入院料について、精神病床の削減に一定の効果をもたらした一方で、精神病床における長期入院患者の減少と精神病床数の減少ペースにかい離がある現状において、病床規模やこれまでの退院実績に鑑みて、退院支援に係る高い機能を有するにもかかわらず、現行の施設基準に規定される削減割合の要件等と見合わない医療機関も存在する実態を踏まえ、当該入院料の要件の見直しについて、どのように考えるか。
- 当該入院料を届け出られない理由として、精神保健福祉士等の配置が難しいと指摘されているところ、専従の精神保健福祉士以外の配置について、精神保健福祉法において、退院後生活環境相談員として退院支援業務を担う資格を有する職種を配置することによっても、要件を満たせることとしてはどうか。

(児童思春期精神医療について)

- 地域における精神疾患を有する児童思春期の患者への診療体制について、初診待機等の課題が指摘されているところであるが、児童思春期精神医療に従事する多職種に対する研修の整備が進んでいることに加えて、より効率的かつ質の高い診療を実施している外来医療機関において、多職種の加配やタスクシフトが進んでいる実態を踏まえ、児童思春期精神医療を積極的に実施する医療機関において提供される外来診療への評価のあり方について、どのように考えるか。