

個別事項(その18)

精神医療について(その2)

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

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

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、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が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

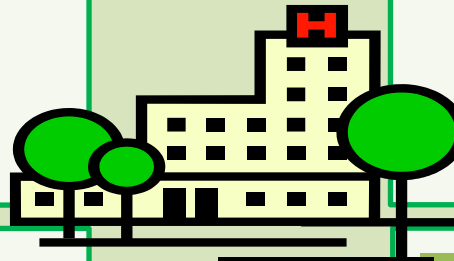
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 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
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

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
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

【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

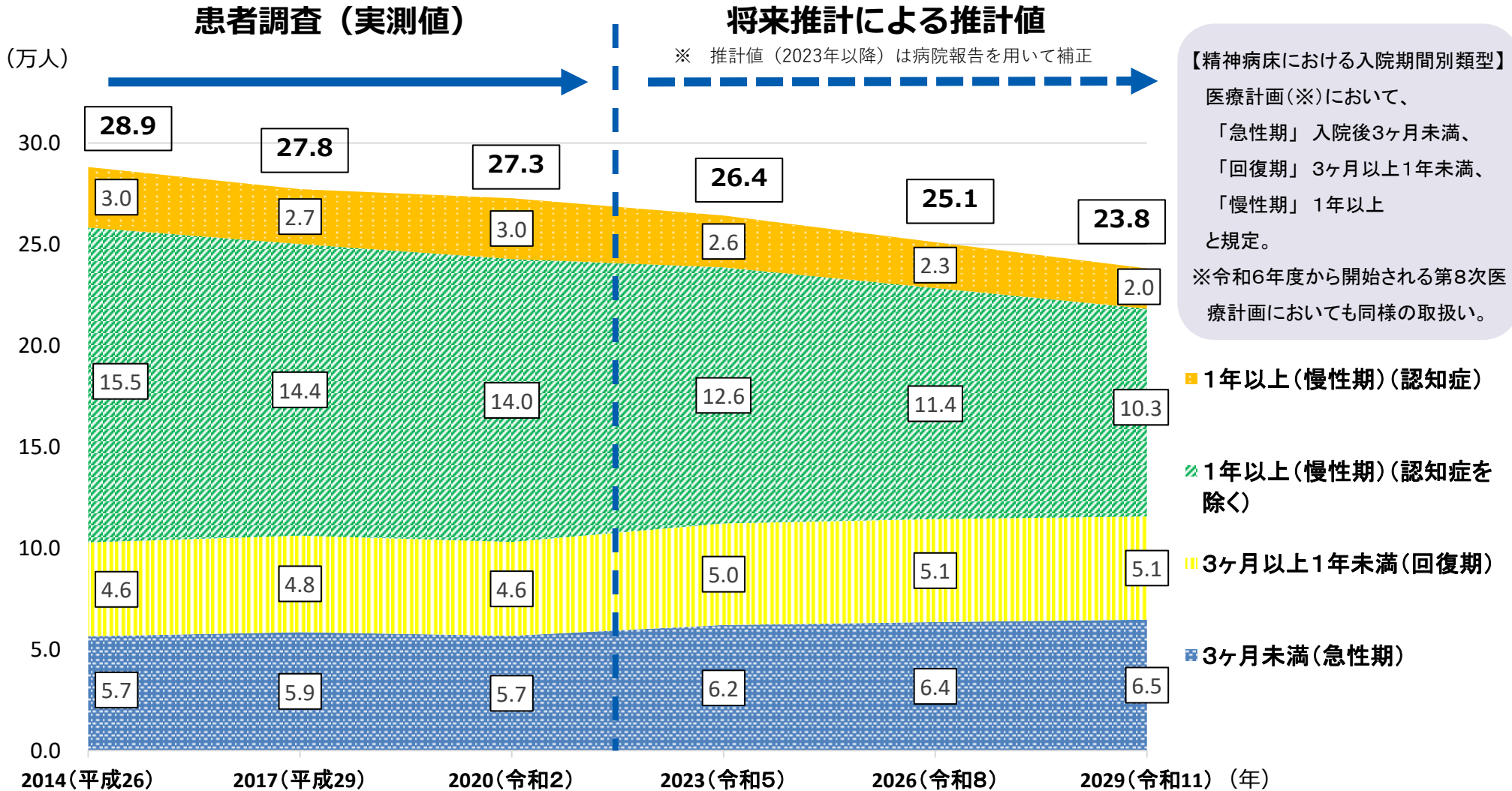
- 精神障害者の地域移行及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を一層進めるため、医療機関における入院時・入院中から、患者の希望や状態に応じて、退院後の地域における環境や生活を想定し、障害福祉サービス等の連携調整を行うこと等により、入院から退院後の地域生活まで、医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、
 - 医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価
 - 自立生活援助・地域定着支援の対象者に、家族と同居する場合であっても、地域移行支援を利用して退院した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等が含まれることを明確化
 - 入院・入所から地域移行など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。
- 入院期間が3ヶ月未満の急性期、3ヶ月以上1年未満の回復期の各患者数は、増加する見込み。



精神科入院に係る診療報酬の届出状況等

- 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。
- 精神病棟における入院料は、一部の特定入院料を除き、急性期又は慢性期に大別される。

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

救急
急性期

慢性期
又は
個別疾患等

平均在院日数
又は
算定期間に上限

平均在院日数等の定めなし

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

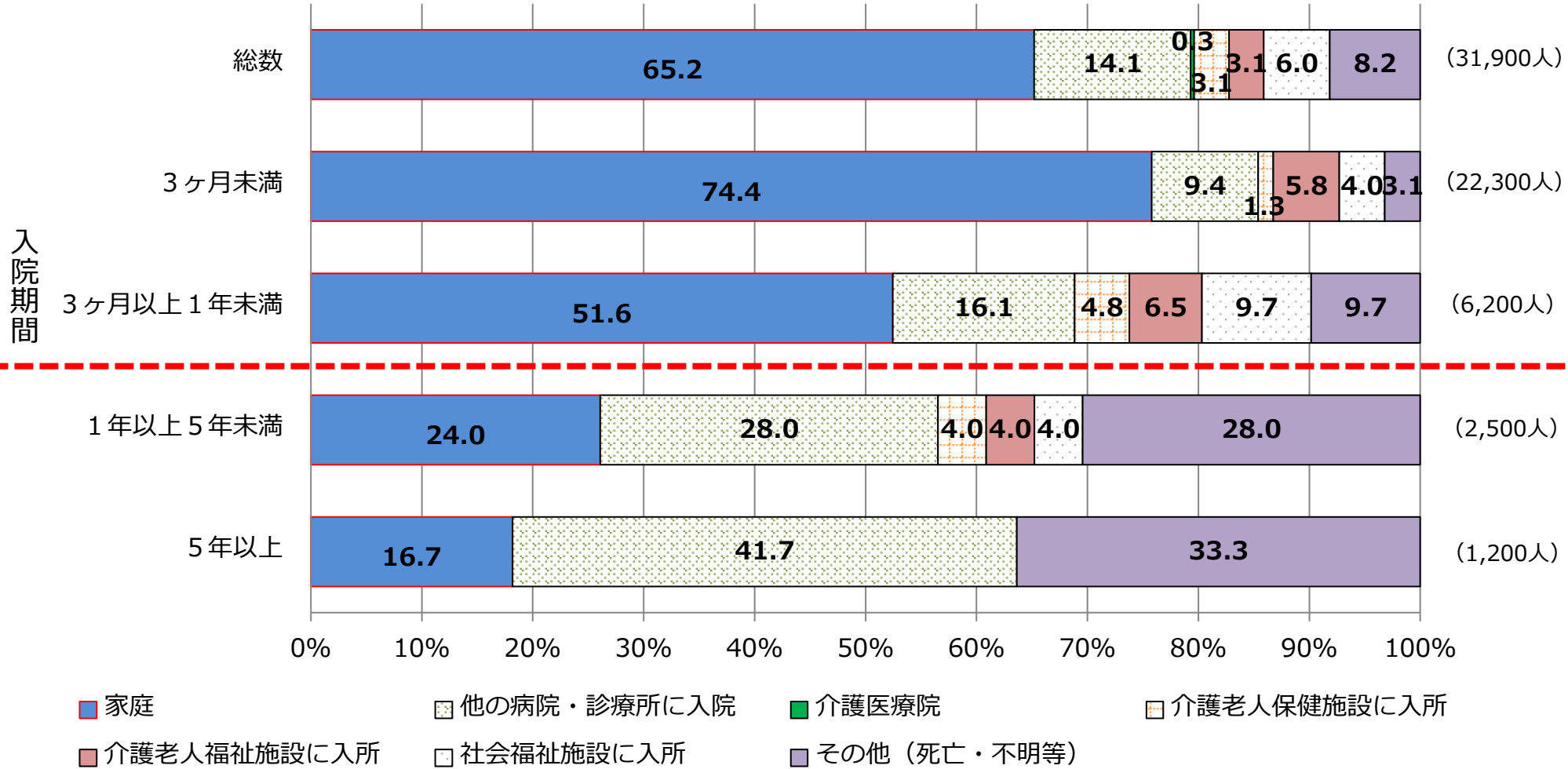
15対1 入院基本料
1医療機関、36床

【経過措置】
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。

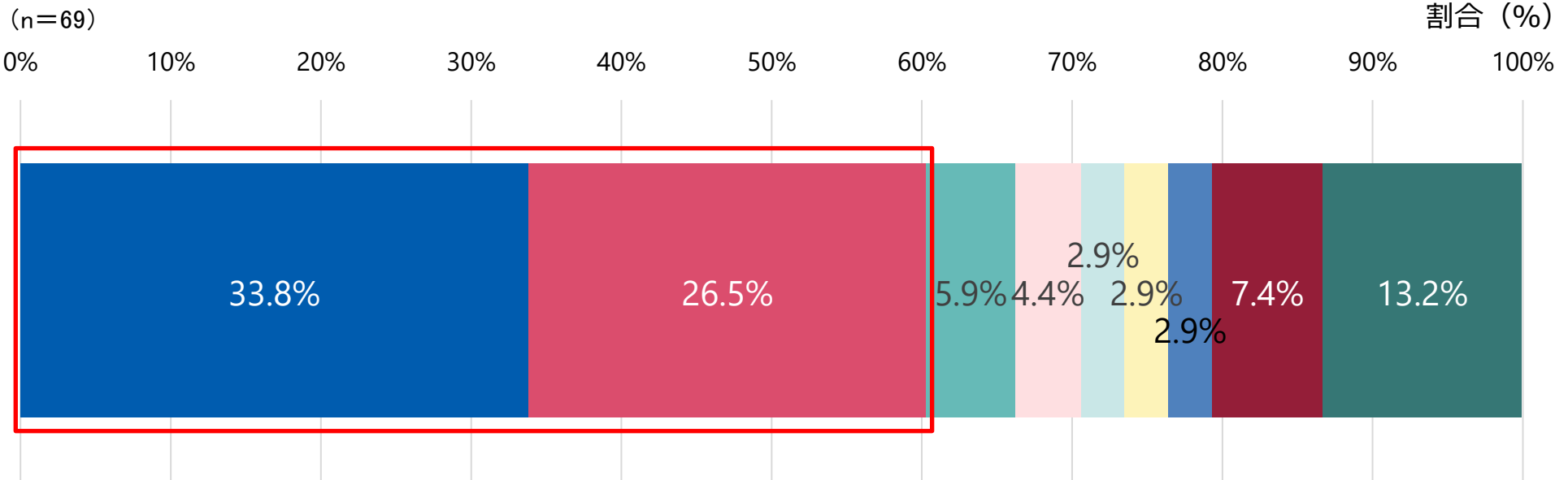
■ 精神病床退院患者の入院期間別の退院後の行き先



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。

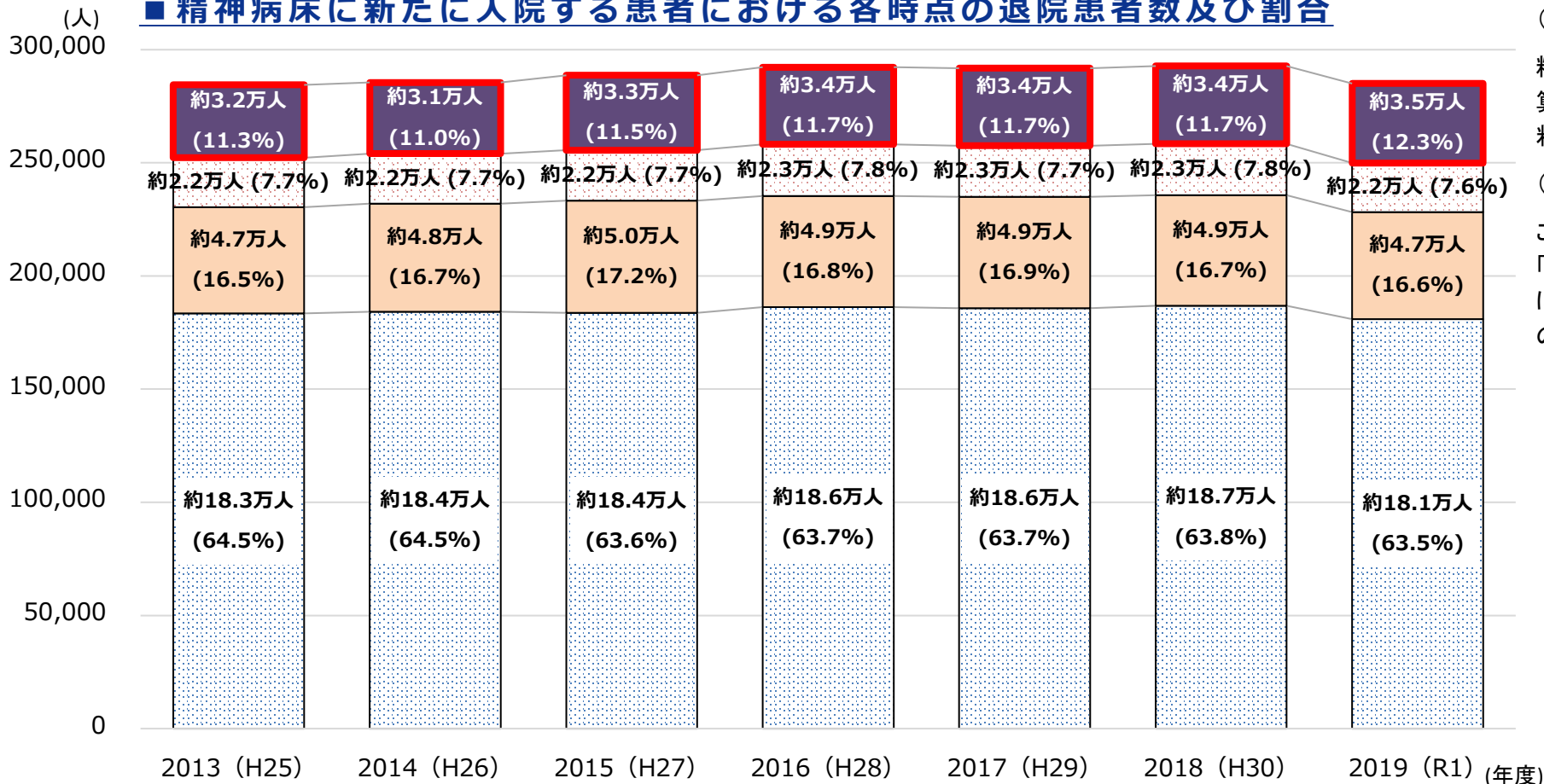
■ 精神病床に新たに入院する患者における各時点の退院患者数及び割合

(※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

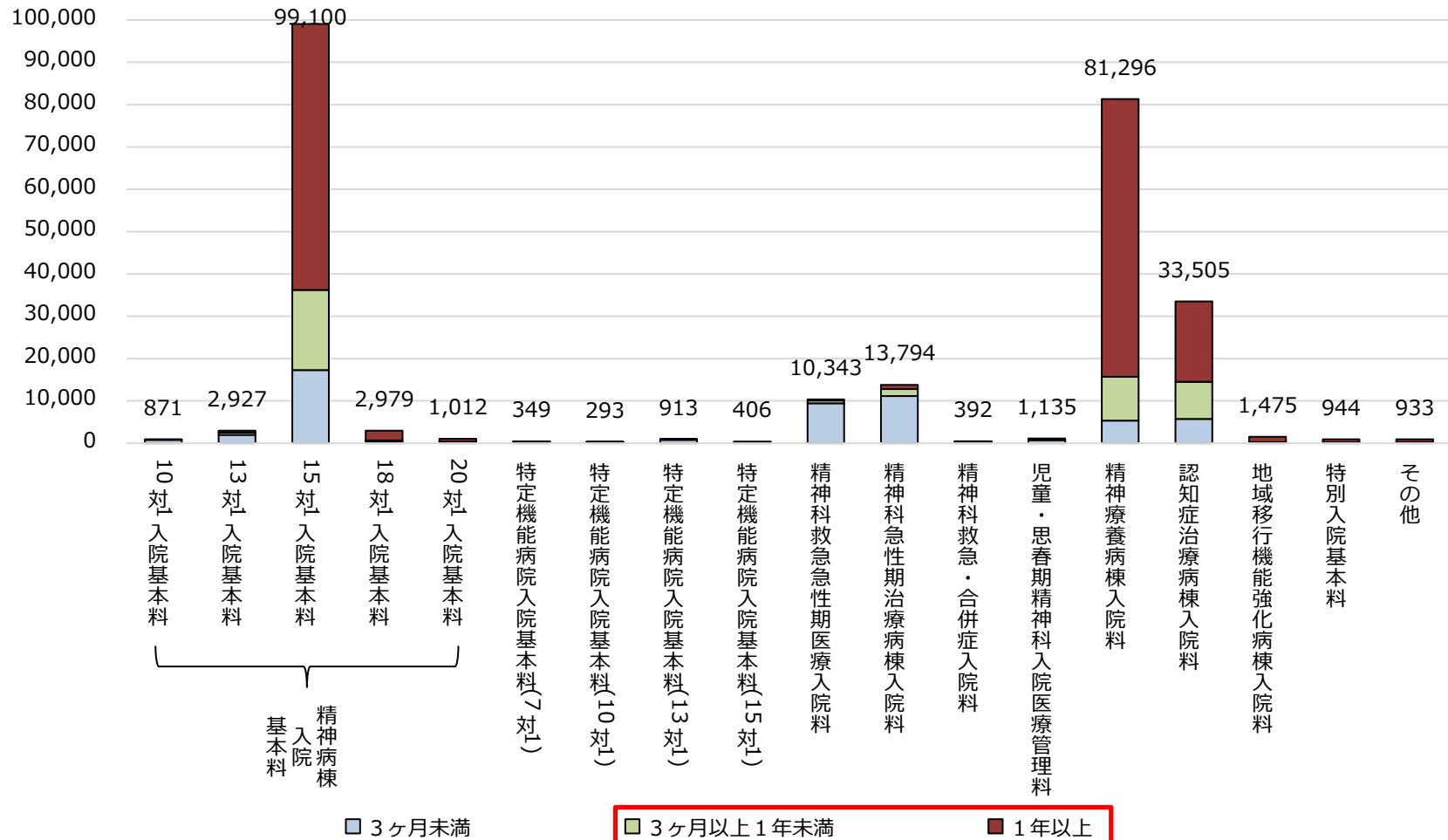
■ 入院後181~365日に退院した患者数

■ 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



精神病床において急性期を担う入院料の算定期間の上限

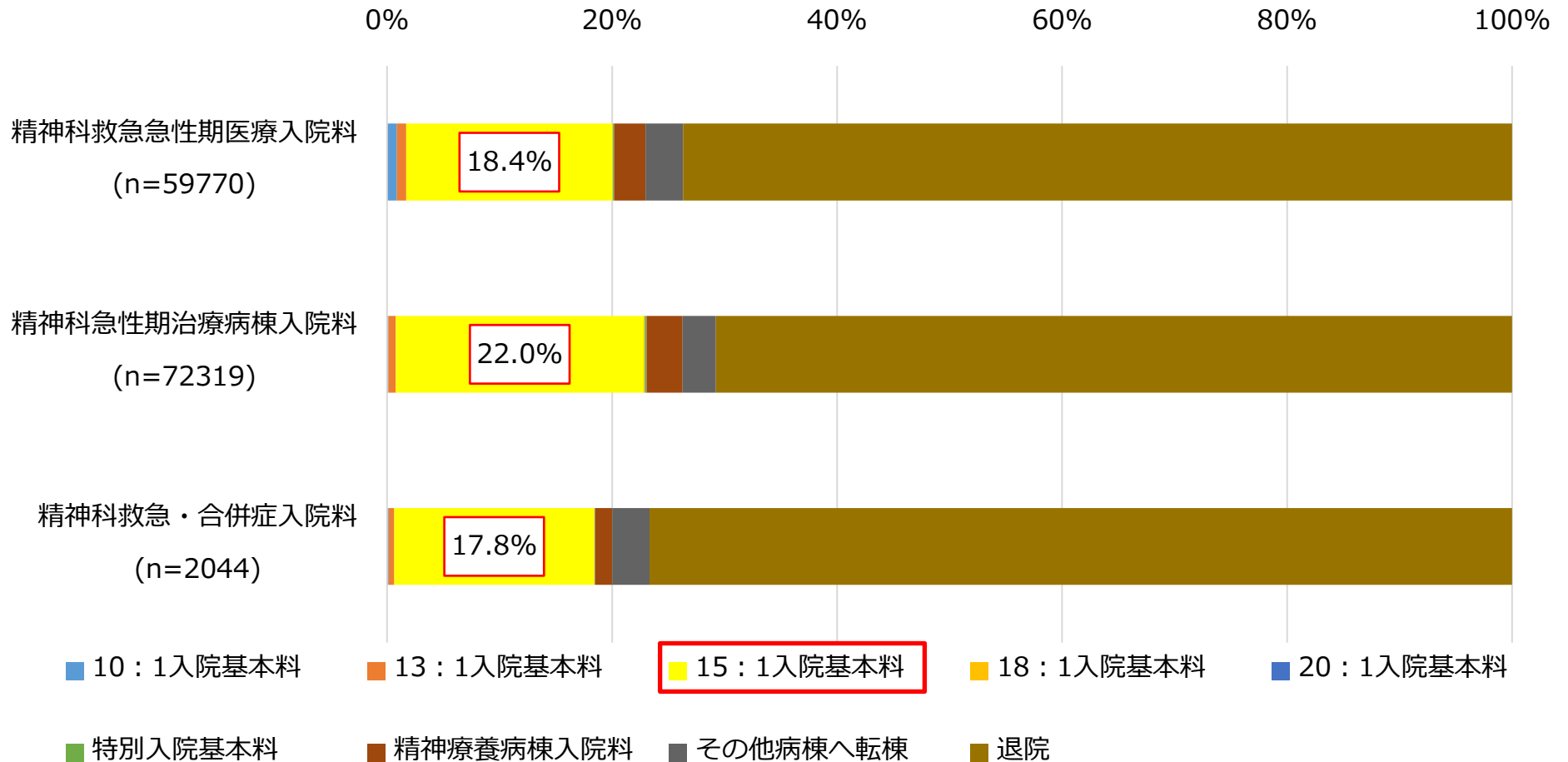
○ 精神病床において急性期を担う入院料は、算定可能な期間が、入院日から起算して3ヶ月に限られる。

	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)

入院期間が3か月を超える患者の転棟先

○ 令和4年1年間に、精神科救急急性期医療入院料等を届け出ている病棟から、精神病棟15対1入院基本料を届け出ている病棟に転棟した患者の割合は、それぞれ約20%であった。

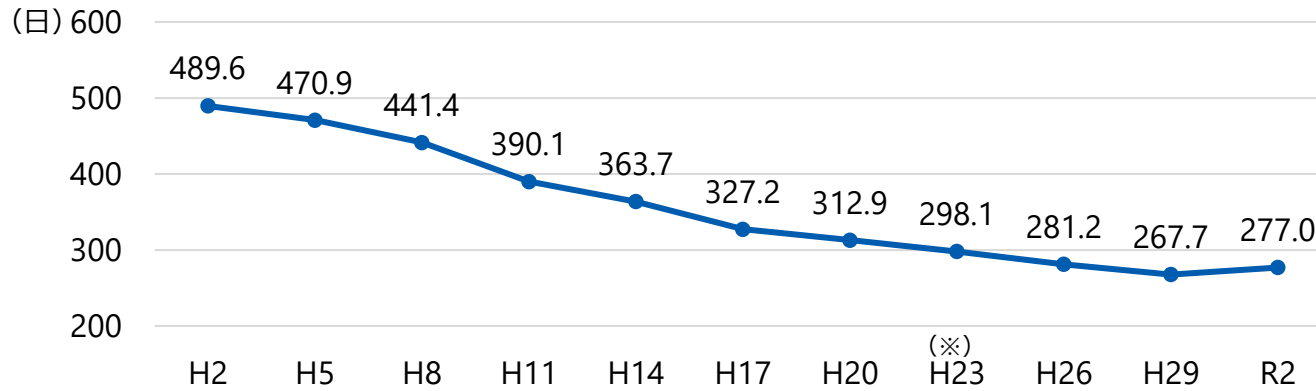
■ 精神科救急急性期医療入院料病棟等からの退棟先（令和4年1～12月）



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

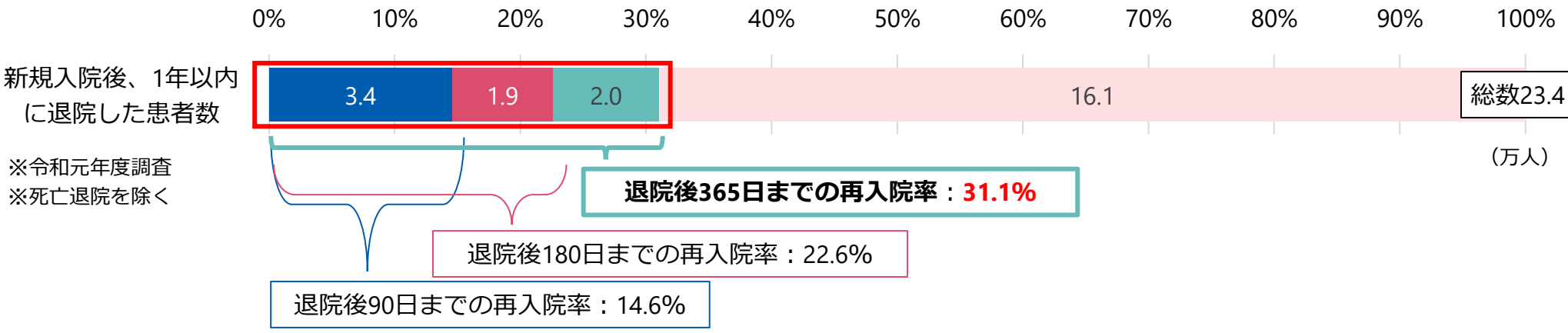


平均在院日数の算出方法

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

※ 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

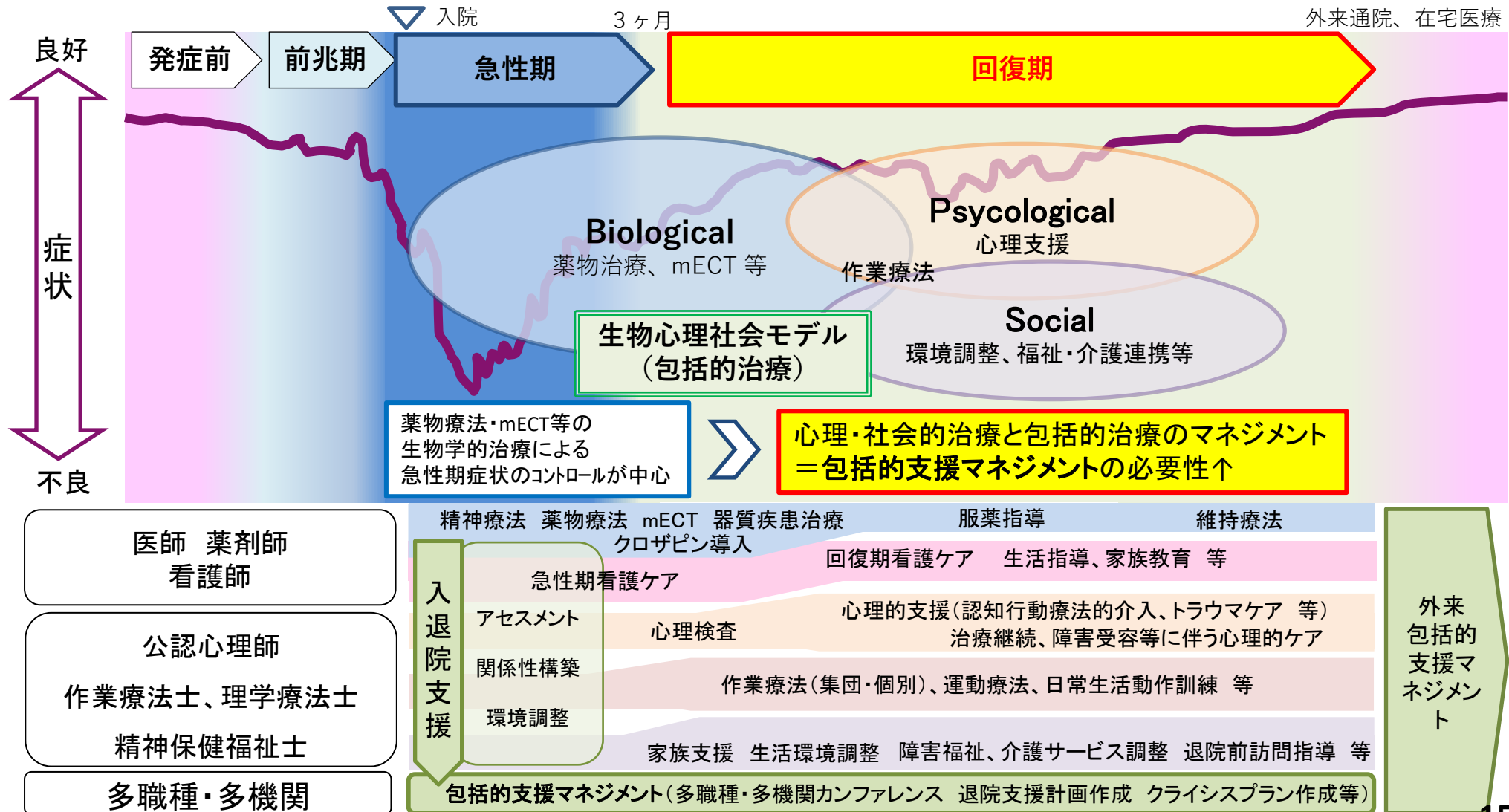


新規入院後、1年以内に退院した患者数
※令和元年度調査
※死亡退院を除く

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。



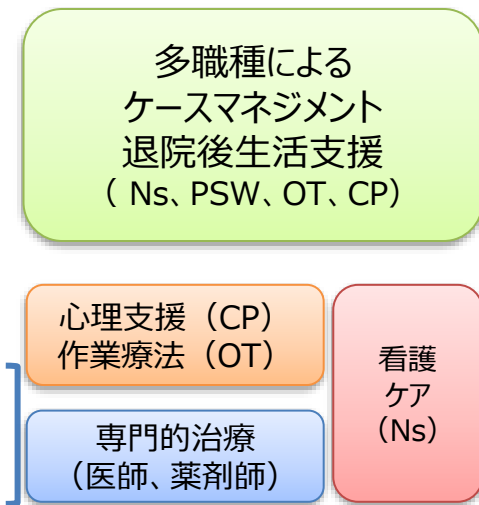
入院期間別の支援内容の比較

- 精神科救急・急性期医療病棟入院料を算定する病棟に入院した患者であって、1年未満で退院した患者に対して、入院中に実施された治療や支援の内容について、国内の21施設において前向き調査を行った。
- 入院期間が3ヶ月未満の患者群と比べて、3ヶ月以上の患者群において、ケースマネジメントや退院後生活に関する支援、心理社会的介入、個別の専門的治療が多く実施されていた。

<調査方法>

国内の21精神科医療機関における前向き縦断研究。救急・急性期病棟に入院し、かつ1年未満で退院した入院患者を対象として、入院時から追跡を開始し、入院中に実施された多職種ケアの内容を入院期間別（3ヵ月未満／3ヵ月以上）で比較。

	3ヶ月未満 (n=486)		3ヶ月以上 (n=103)		X ²	P値
	n	%	n	%		
退院後の支援計画表	117	24.1	35	34.0	4.356	0.037
ケア会議	117	24.1	42	40.8	12.031	0.001
住居支援	38	7.8	23	22.3	19.277	<0.001
外泊訓練または退院前訪問指導	309	63.6	81	78.6	8.617	0.003
個別心理教育	27	5.6	12	11.7	5.106	0.024
認知行動療法 ※認知行動療法的 アプローチを含む	5	1	5	4.9	7.453	0.006
クロザピン ※統合失調症患者 に限る	11	4	13	19.4	19.589	<0.001



精神病棟における多職種配置の必要性

- 入院医療から地域生活への移行の推進にあたって、多職種の配置による質の高い医療を提供することの必要性が繰り返し指摘されている。

■ 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（平成二十六年三月七日厚生労働省告示第六十五号）

第一 精神病床の機能分化に関する事項

（中略）

二 入院医療から地域生活への移行の推進

- 1 精神病床の機能分化に当たっては、それぞれの病床の機能に応じて、精神障害者が早期に退院するための体制を確保し、精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供すること等により精神障害者の退院の促進に取り組む。

（中略）

四 入院期間が一年未満の精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保

- 1 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が一年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する。
- 2 当該体制の確保のため、入院期間が一年未満の精神障害者に対して医療を提供する場合には、当該精神障害者の状況に応じた医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。

■ 「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（令和4年6月9日）

第8 精神病床における人員配置の充実について

（中略）

- 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」における平成24年の意見の整理でも、今後の方向性として、病床の機能に応じ、看護職員に加え、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士等の多職種の従事者による人員配置とする旨が示されている。
- 入院患者数に応じて、精神病床について医療計画に基づき適正化を図っていくとともに、入院患者に対して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、医師・看護職員の適正配置や精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含む適切な職員配置を実現していくことが求められる。

多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）

- 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を届け出ている病棟において、精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師が、それぞれ1名以上配置されている場合、配置がない場合に比べて、平均在院日数が短く、在宅復帰率が高い傾向がみられた。
- この傾向は、精神保健福祉士のみが配置されている場合と比べて、多職種が配置されている場合に、より高かった。

■ 精神病棟における多職種の配置状況による平均在院日数、在宅復帰率の比較

<調査方法>

「令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査」において、精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を算定する病棟（n=131）のうち、平均在院日数、在宅復帰率、精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）・公認心理師（CP）の配置人数についていずれも回答した病棟（n=77）について集計。

	全体	病棟にPSWが常勤換算で1名以上	病棟にPSW・OT・CPが常勤換算で各1名以上
病棟数	77	38	17
平均在院日数 (平均値)	429.2	391.5	353.9
在宅復帰率 (平均値)	63.8%	67.3%	70.2%

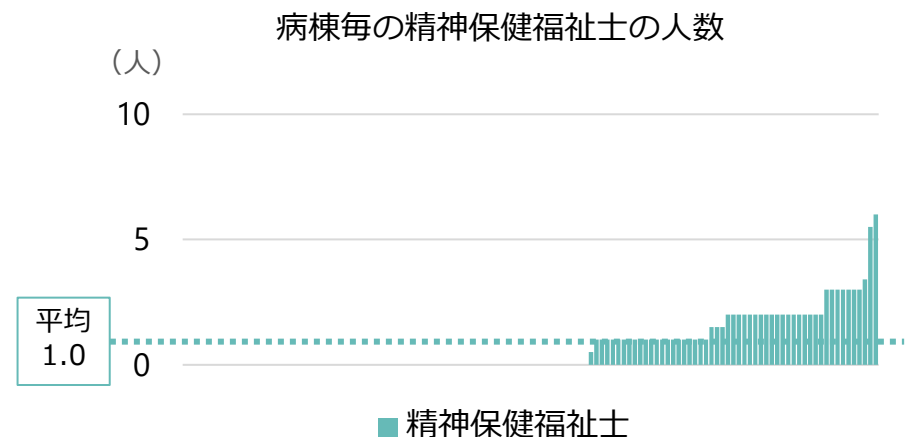
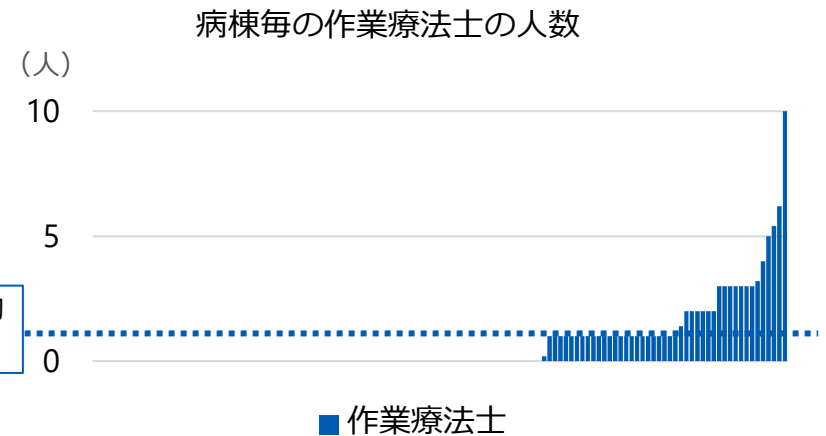
精神病棟入院基本料における多職種の配置状況

- 精神病棟入院基本料について、看護職員等の配置基準が設けられているところ、他の職種について配置に係る要件は設けられていない。
- 一部の医療機関では、精神病棟入院基本料を算定する病棟において、看護職員等に加えて、作業療法士、公認心理師、精神保健福祉士等を配置している実態がある。

■ 精神病棟入院基本料を算定する病棟における職員数（常勤換算、n=127）

※「令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）精神医療等の実施状況調査」において、精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）を算定する病棟（n=131）のうち、いずれの職員数についても回答のなかった病棟を除いた127病棟の集計結果

	平均値	標準偏差	中央値
医師	4.4	4.7	3.0
うち精神保健指定医	2.6	2.6	2.0
看護師	18.8	9.3	18.0
准看護師	3.4	5.3	2.0
看護補助者	4.9	5.1	3.1
作業療法士	1.0	1.6	0.0
公認心理師	0.5	1.1	0.0
精神保健福祉士	1.0	1.2	1.0



入院患者の早期退院・長期入院患者の地域移行に資する取組

○ 新規入院患者が1年以内に退院する割合が高く、かつ、長期入院患者の地域移行を進めている医療機関について、実施されている支援内容を調査したところ、退院後の地域生活を支援するための様々な取組や体制整備が共通して行われていた。

【調査方法】

アンケートに協力した52病院のうち、次のAを満たし、かつBまたはCのいずれか(または両方)を満たす病院(n=20)について、(1)地域連携体制、(2)地域生活支援の内容、(3)地域生活支援の制度・手法、(4)病状悪化時の支援、に係る取り組みの実施／利用率を調査。

A: 新規入院患者の1年後までの退院率が高い(全国中央値89.3%以上)

B: すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系(自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設)への退院率が高い(参考値8.4%以上)

C: 在院患者のうち、入院期間が1年を超える患者の割合が低い(全国中央値61.4%以下)

制度・手法	実施率	地域生活支援の内容	実施率	地域連携体制	実施率	病状悪化時の支援	実施率
精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整	95%	服薬や通院など医療継続に向けた支援	100%	医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築	90%	精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応	95%
精神科訪問看護等による服薬管理・指導	95%	当事者の不安や困りごとなどへの、窓口(担当者)を設けた相談対応	95%	地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築	85%	精神科病院への早期入院による治療	90%
精神科病院における電話相談体制	95%	居住の場における、日中の日常生活支援	90%	対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築	85%	再入院時における地域支援者の継続的な関わり・支援	90%
家族関係の調整や家族サポート	90%	対象者の家族の相談やサポート	90%	地域においてキーパーソンとなる支援者の設定	85%		
居住施設の職員等による服薬の声かけや確認	85%	居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応	85%	対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築	80%		
精神科病院における短期入院の利用(必要時に判断)	80%						

早期退院と地域移行に資する取組事例 —取組内容—

○ 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、地域平均生活日数が増加した。

A病院X病棟の取組と成果

X病棟の基礎情報

2004(H16)年開設
男女混合閉鎖病棟56床
15:1看護基準
医師3名(指定医1名)

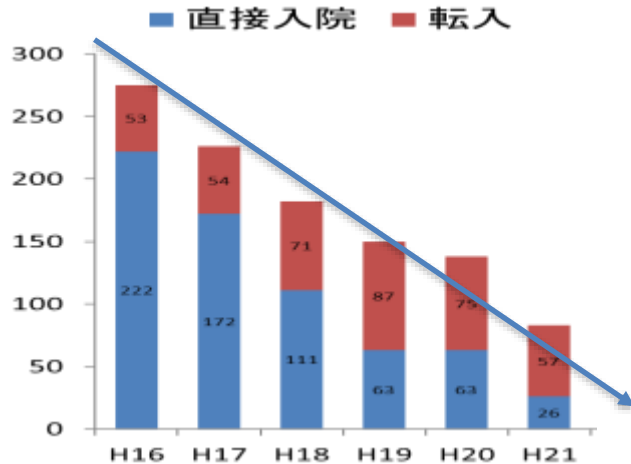
X病棟に受け入れる患者の特徴

多職種による包括的ケア・地域連携を必要とする症例
退院3ヶ月以内の再入院症例
入院3ヶ月を超える症例
クロザピン導入、mECT

2009(H21)年時点の課題

長期入院者の蓄積
新規入院受入減
平均在院日数の増加

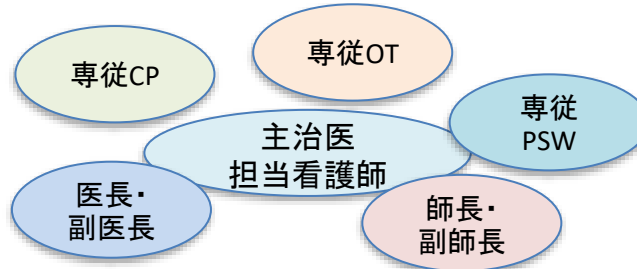
2010(平成22)年以降



包括的ケアの提供

多職種会議

入院・転入4週目、12週目に実施



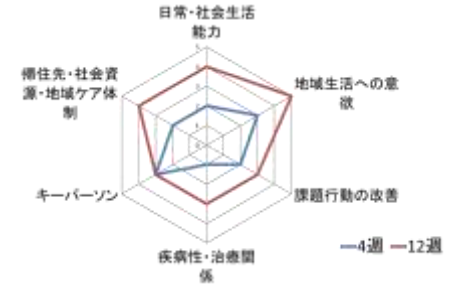
専門職同伴での外出

自宅訪問	9%	買い物	12%
院外レク	9%	施設見学	12%
福祉サービス手続き	1%	他科受診	3%
家族の葬儀や墓参り		免許更新	

人員配置

看護師 18名→29名
(看護基準は15:1)
精神保健福祉士 0名→2名
作業療法士 0名→2名
臨床心理士 0名→1名

評価システム



その他

地域連携の重視
自助グループ活動

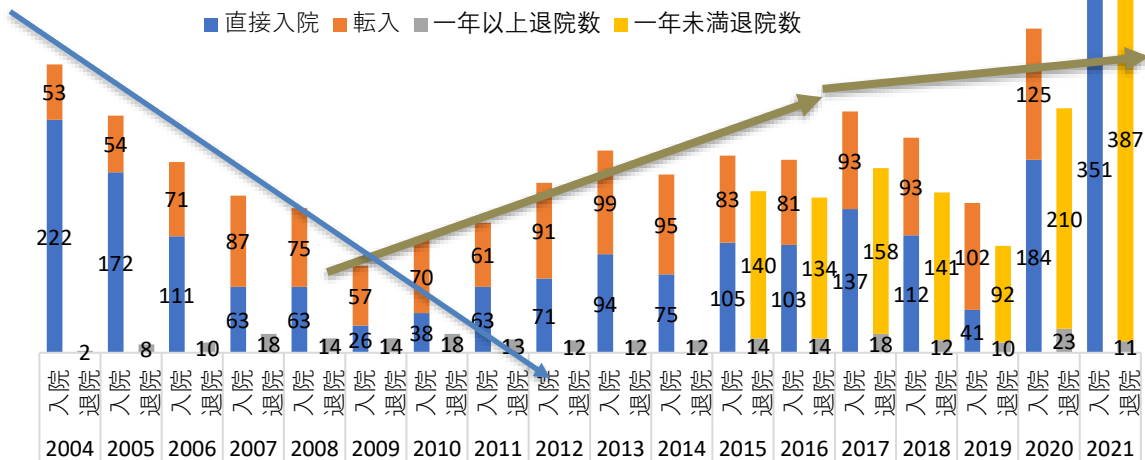
出典: 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」(研究代表者: 藤井千代) 提出資料より改変

早期退院と地域移行に資する取組事例 —結果（平均在院日数等）—

○ 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、平均在院日数が減少し、機能障害の程度によらない地域定着が可能となった。

結果

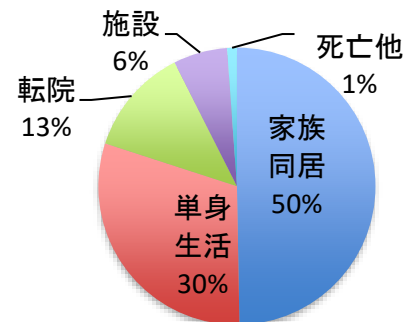
入退院数の推移



平均在院日数の推移

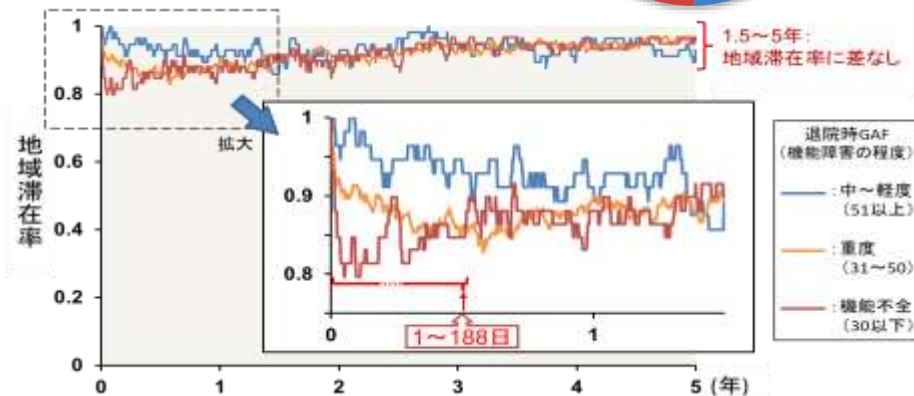
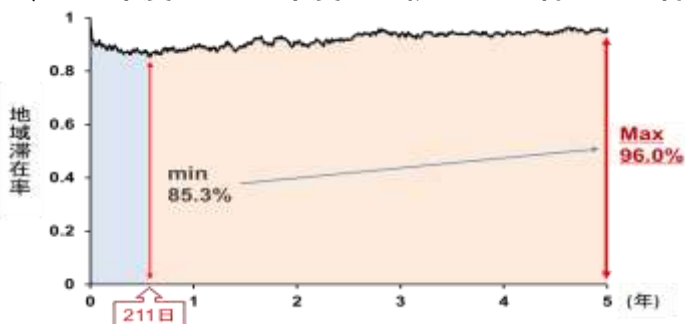
年	平均在院日数(日)
2009(平成21)	387
2012(平成24)	212
2015(平成27)	151
2018(平成30)	149
2021(令和3)	41

退院先



地域滞在率の推移

(2012年度～2015年度に退院した患者：347名)



- ・ 退院後5年間の追跡で、再入院を経ながらも96.0%が地域移行している
- ・ 機能障害が重度であっても、医福連携による地域ケアにより地域定着が可能

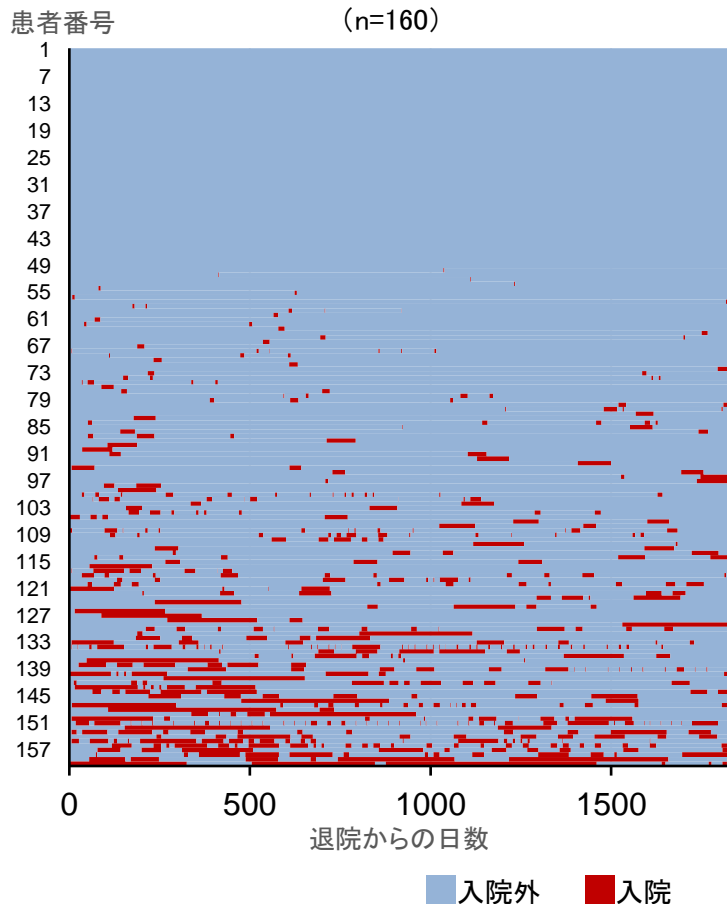
早期退院と地域移行に資する取組事例 —結果（再入院について）—

○ 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、再入院を経ながらも、患者の地域平均生活日数が増加した。

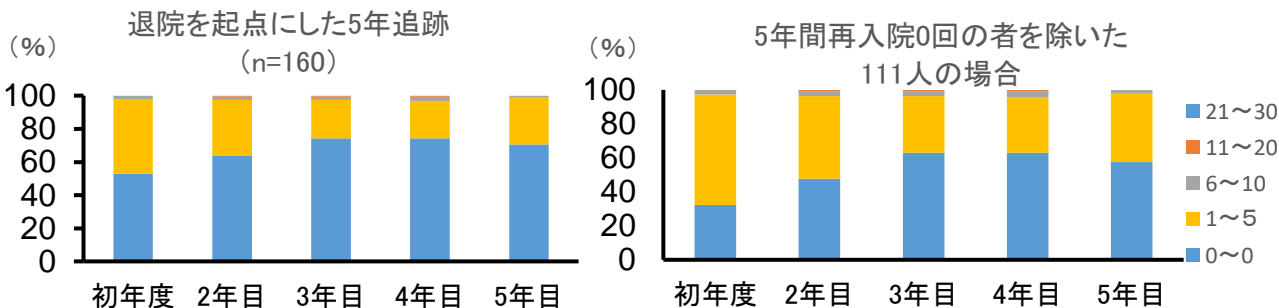
結果

再入院の推移

2012年度～2016年度に退院し5年追跡可能な者 (n=160)



再入院回数の推移



地域生活日数の推移

n=160 退院を起点にした5年追跡		初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
地域生活日数 (n=160)	平均	320.1	333.6	338.0	343.5	344.7
	標準偏差	77.9	65.6	65.2	50.5	45.7
	中央値	365.0	365.0	365.0	365.0	365.0

5年間再入院0回の者を除いた 111人の場合		初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
地域生活日数 (n=111)	平均	300.3	319.7	326.1	334.0	335.8
	標準偏差	86.5	74.7	75.3	58.1	52.5
	中央値	342.0	355.0	365.0	365.0	365.0

111人のうち地域平均 生活日数全国平均値※ を上回っている人		初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
	人数	68	81	83	82	86
	割合	61.3	73.0	74.8	73.9	77.5

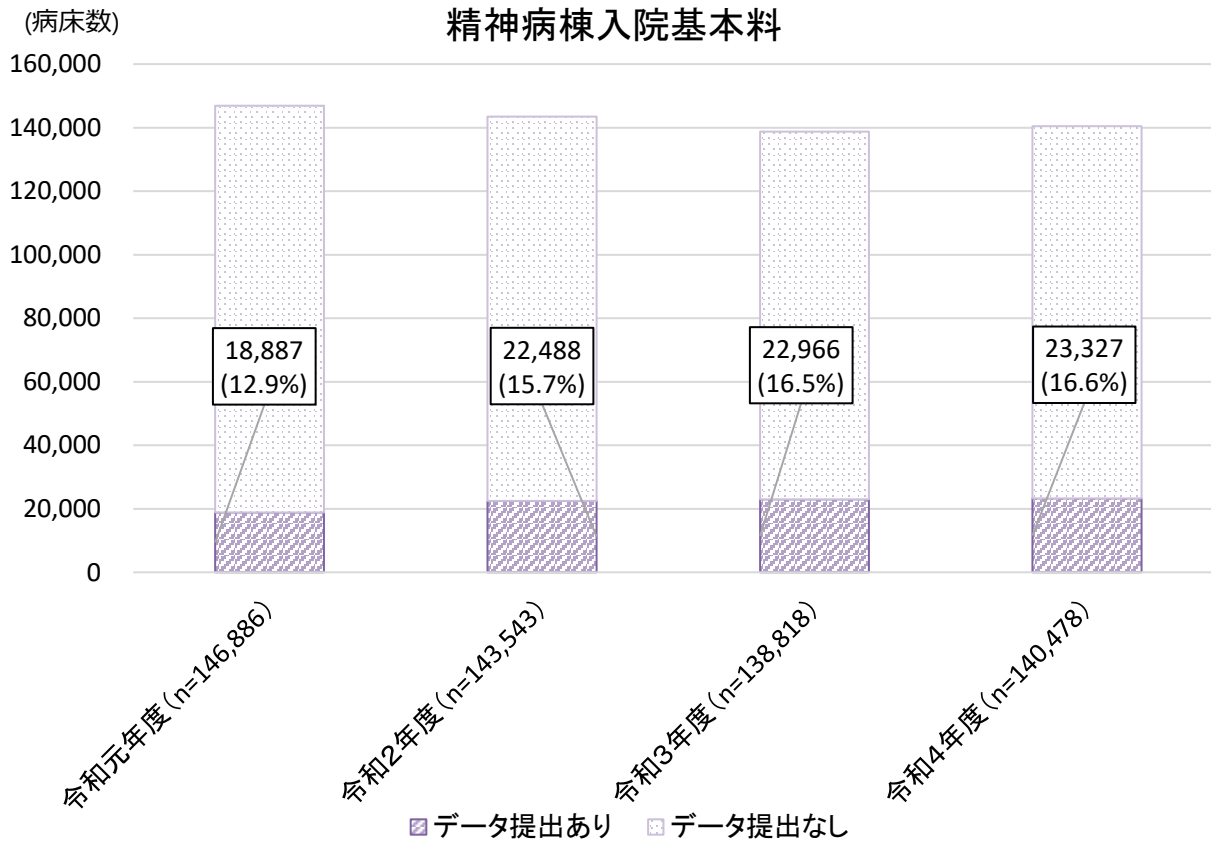
※320.2日(2016年度に退院した患者の値)

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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政策研究」(研究代表者：藤井千代)提出資料より改変

DPCデータを提出している病床：精神病棟入院基本料

中医協 総 - 6
5 . 1 2 . 2 0

○ 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。
令和4年度においては、16.6%を占めていた。

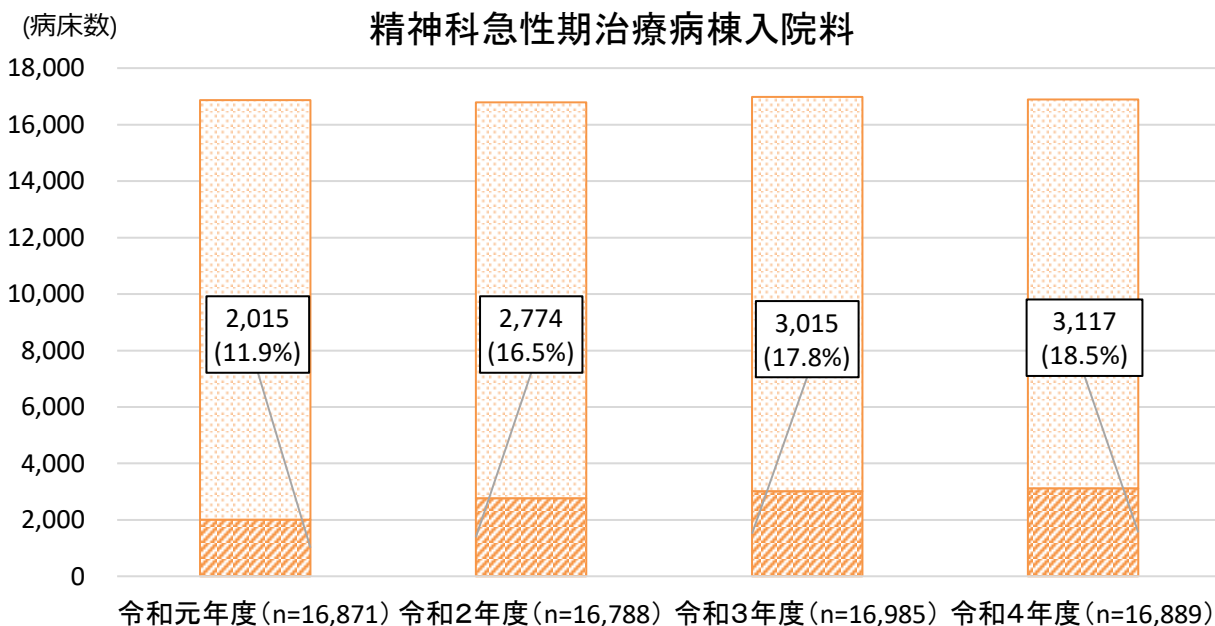


入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神病棟	23,327/ 140,478	16.6%

DPCデータを提出している病床：精神科急性期治療病棟入院料

中医協 総 - 6
5 . 1 2 . 2 0

○ 精神科急性期治療病棟入院料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床数の推移は以下のとおりであった。令和4年度においては、18.5%を占めていた。



■ データ提出あり ■ データ提出なし

入院料	データを提出する病床数/当該基本料の総病床数	データを提出する割合
精神科急性期1	3,031 / 16,560	18.3%
精神科急性期2	86 / 329	26.1%

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進 について

1－1. 入院医療

1－2. 在宅医療

1－3. 外来医療

2. 心的外傷等に対する心理支援について

3. 不適切な養育への対応に係る体制について

4. 精神障害者に対する就労支援について

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、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が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

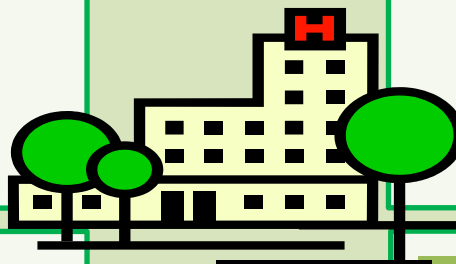
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 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
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

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
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

精神疾患の経過と精神科の在宅医療（イメージ）

- 精神疾患を有する患者について、精神症状が不安定等の理由によって通院が困難な場合、往診、訪問診療等が行われている。
- 精神疾患を有する方が地域で安心して暮らせるよう、地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関を中心に、外来診療、在宅医療、障害福祉サービス、行政機関等の連携調整を行いながら、病状や生活機能の改善、安定を図り、支援することが重要。



通院・在宅精神療法（令和4年度）

I002 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 ○ 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 ○ 同一日の算定不可 精神科継続外来支援・指導料 標準型精神分析療法、認知療法・認知行動療法、心身医学療法 通院集団精神療法、依存症集団精神療法等	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） 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）	
		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		
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)30分以上	390点	410点	
			(2)30分未満(※)	315点	330点	注5 特定薬剤副作用評価加算 25点(月1回)
2 在宅精神療法	○ 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 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 ハ イ及びロ以外の場合	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 注7 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)	
		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8 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回、～1年)	
		ハ イ及びロ以外の場合	(1)60分以上	530点	560点	注9 療養生活継続支援加算 350点(月1回、～1年)
			(2)30分以上60分未満	390点	410点	
	(3)30分未満(※)	315点	330点	※注8及び注9は、通院精神療法のみ		
I002-2 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 ○ 患者1人につき1日に1回に限り算定		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 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	

※「通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する」こととされている。

精神科において在宅医療が必要な患者の状態像

- 精神科の診療所に対する調査において、新たに往診または訪問診療を行った患者について、訪問が開始された理由は、「病状悪化等により通院が困難なため」、「ひきこもりで外出が難しいため」が最多であった。
- 高齢化や身体機能の低下よりも、精神症状の増悪、不安定さや社会機能低下によるものが多かった。

■ 訪問開始の理由（複数回答可）

<調査方法>

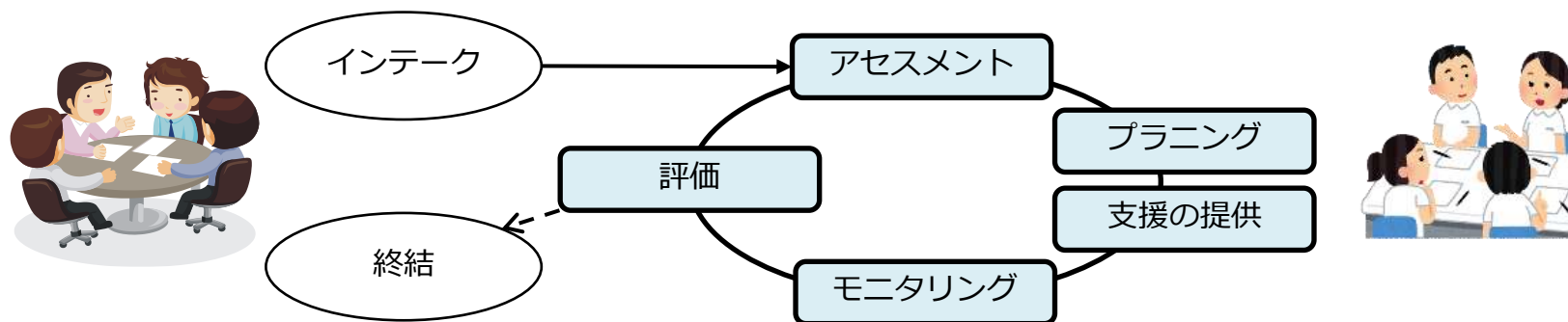
診療所において、新規に通院を開始し、かつ医師による往診もしくは訪問診療を受けた患者（n=174）について、悉皆調査を実施し、調査票を用いて、患者属性、過去の治療／支援歴等を確認。

理由	該当
病状悪化等により通院が困難なため	53
ひきこもりで外出が難しいため	53
精神科治療の必要性について合意できず（病識がない）通院が困難なため	44
本人／家族からの希望	43
歩行困難や身体合併症のケアが必要、など身体的機能の低下のため	29
長期入院や慢性化した重度精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため	6
当事者や家族の高齢化によってこれまで可能だった通院が困難になったため	3
その他	11

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。

- 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)

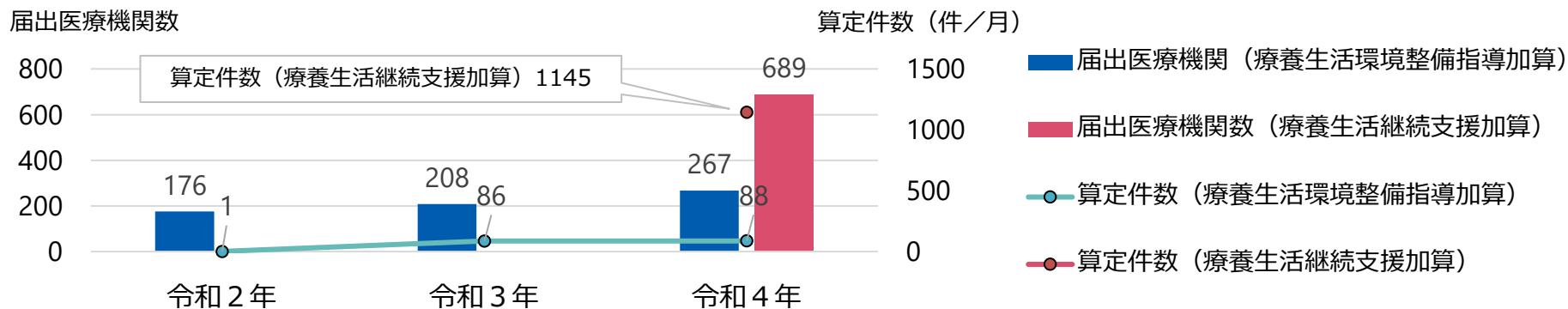
※導入基準を1つ以上満たす場合、包括的支援マネジメントの対象

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）

包括的支援マネジメントに係る評価

- 精神科の外来通院患者に対して、包括的支援マネジメントを実施した場合の評価が設けられている。
- 精神科在宅医療の患者について、包括的支援マネジメント導入基準に該当する患者が含まれる一方、支援を実施した場合の評価は設けられていない。

名称	点数	対象者	実施者	施設基準	概要
療養生活環境整備指導加算	250点	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	看護師等 又は 精神保健福祉士	○専任の精神保健福祉士が1名以上 ○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	○療養生活環境を整備するための指導を行った場合に加算する。 ○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。 イ 多職種が共同して支援計画を作成すること。支援計画の作成に当たっては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。
療養生活継続支援加算	350点	通院精神療法を算定する患者で、重点的な支援を要する患者(※) ※「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	専門の研修を受けた看護師 又は 精神保健福祉士	○専任の精神保健福祉士が1名以上 ○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	○当該患者又はその家族等に対し、対面による20分以上の面接を含む支援 ○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算定可。



継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実

精神科在宅患者支援管理料の見直し

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

現行

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

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



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

「1」「2」の対象患者

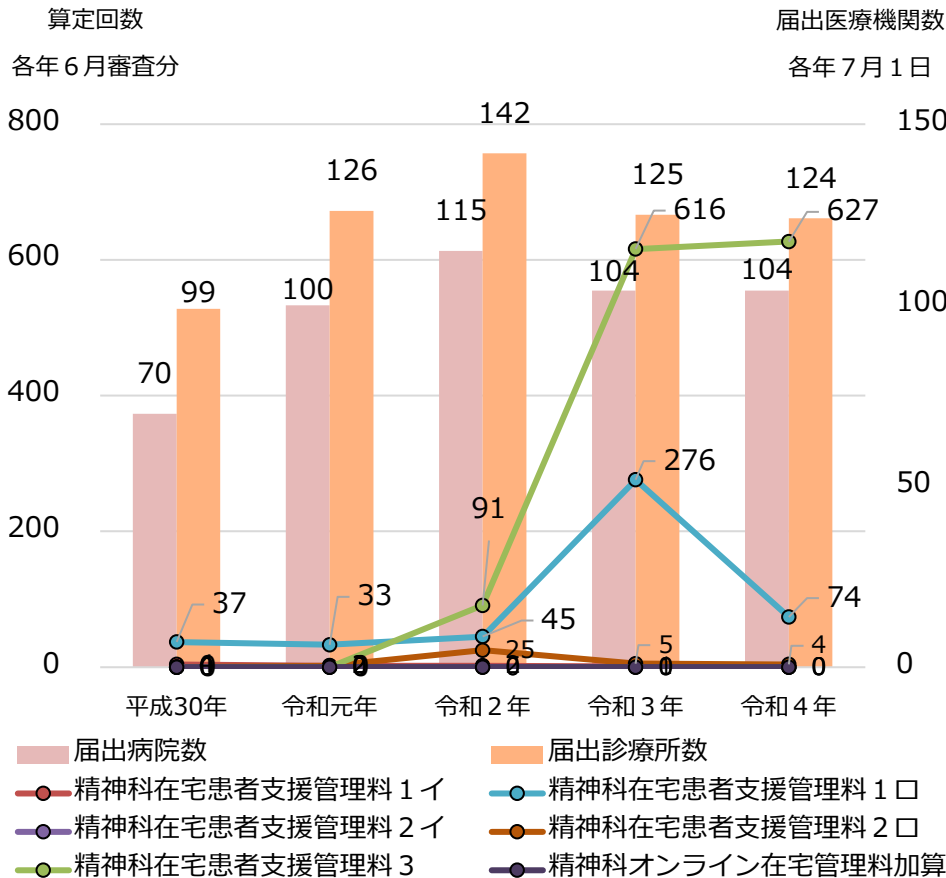
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	(略)
□ 重症患者等	○ (略) ○以下の全てに該当する患者（初回の算定日から6月以内に限る） ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者

精神科在宅患者支援管理料の届出医療機関数・算定回数

- 精神科在宅患者支援管理料1及び2のイについては、令和4年6月審査分において、算定がなかった。
- 精神科在宅患者支援管理料の届出を行わない理由として、「施設基準を満たすことが難しいため」、「対象となる患者がいないため」が挙げられている。

■精神科在宅患者支援管理料の届出状況・算定回数

※算定回数については、(1)単一建物診療患者1人以上 と (2)単一建物診療患者2人以上 の合計



■精神科在宅患者支援管理料の届出を行わない理由

	病院 n=252	診療所 n=213
対象となる患者がいないため	25.4%	32.4%
施設基準を満たすことが難しいため	66.7%	62.4%
その他	8.7%	11.3%

■満たすことが難しい対象要件

	病院 n=64	診療所 n=69
ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者	43.8%	29.0%
機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者	43.8%	18.8%
当該管理料を算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の者	23.4%	11.6%

■満たすことが難しい施設基準

	病院 n=168	診療所 n=133
当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること	69.6%	49.6%
当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること	37.5%	25.6%
患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること	23.2%	22.6%

出典：(左図)社会医療診療行為別統計、各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

(右図)令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和4年度調査)精神医療等の実施状況調査

在宅医療の提供による効果

- 多職種チームによる包括的な訪問支援プログラムを実施した患者43名について、フォローアップ調査を行ったところ、導入前と比べて、導入後の平均入院期間が有意に短縮していた。
- プログラム導入前に5回以上の入院歴がある患者について、プログラム導入前と比べて、導入後の1年間の平均入院回数が減少傾向にあった。

【支援体制】

原則としてスタッフ1-2名の訪問で支援を行い、リカバリープランを作成し、生活・療養支援を実施。また、クライシスプランを作成し、危機介入、再入院の予防に努め、必要な際には病院と連携しつつ継続的な支援を行う。

スタッフ: 精神保健指定医、看護師、作業療法士、公認心理師

【支援対象者】※令和4年4月1日から令和5年3月31日まで

利用患者数: 43名(男性27名、女性16名)

平均年齢: 49.4(28-76)歳

導入前入院歴:

なし: 3名、1-4回: 23名、5-9回: 12名、10回以上: 5名

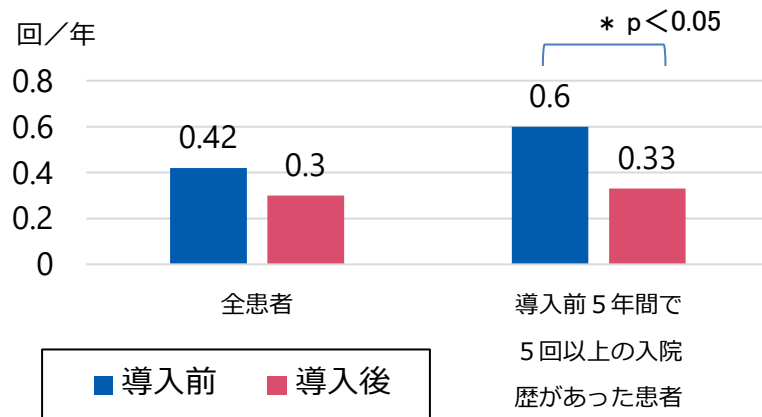
導入前5年間の平均入院回数(1年当たり): 0.42回

導入前5年間の平均入院期間(1年当たり): 13.8週

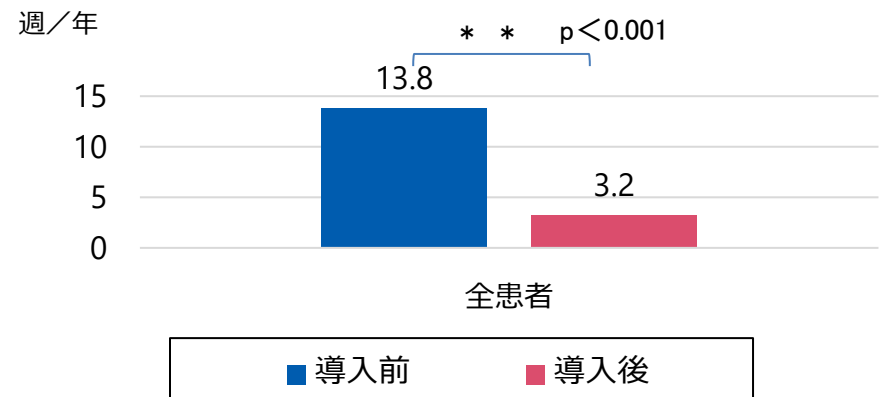
【支援内容】

- 精神科治療を継続するため、診療や処方、自宅への薬の持参などの支援
- 病気に関すること、服薬に関することなど、病気を自己管理するための支援
- 危機状況時の介入や一時的な入院の間の支援
- カウンセリング
- 身体的健康に関する支援
- 住居を探したり、家主との調整を図るなどの住居に関する支援
- 買い物、料理、交通機関の利用、近隣関係など日常生活に関する支援
- 就労について、利用者の希望を実現するための支援
- 年金や生活保護の利用や金銭管理のアドバイスなどの経済的サービスに関する支援
- 公共施設などの社会資源の利用やグループ活動への参加など、利用者を取り巻く周囲の社会ネットワークのかかわりの回復と維持のための支援
- 利用者と家族のための支援
- リカバリープラン、クライシスプランの作成と実践

1年当たりの平均入院回数



1年当たりの平均入院期間



多職種による訪問支援も含めた支援回数・時間の分析結果

○ 多職種による訪問支援も含めた包括的支援マネジメントが多く提供された患者を分析した結果、以下の包括的支援マネジメント導入基準が5点以上の患者において、支援の回数及び時間が有意に多かった。

【調査方法】

調査対象の医療機関において、多職種による訪問支援も含めた包括的支援マネジメントが提供された患者(n=233)について、以下の包括的支援マネジメント導入基準による点数で2群に分けたときの、支援回数及び支援時間を比較(※包括的支援マネジメントの必要性の判断に強く関連する要因で、かつ客観的な情報が比較的容易に入手可能な4項目は「コア項目」とし、それらを除いた11項目を用いて分析を実施)

■ 包括的支援マネジメント導入基準 (重み付けを行った場合)

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	1点
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点
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	コア項目※
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	3点
5	自傷や自殺を企てたことがある	2点
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある	コア項目
7	警察・保健所介入歴がある	コア項目
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」)	2点
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」)	1点
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	1点
11	直近の入院は措置入院である	コア項目
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	3点
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	1点
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)	2点
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)	1点

■ 包括的支援マネジメント導入基準 (重み付けを行った場合) の点数による、支援の回数及び時間に関する比較

	ICMSS 4点以下					ICMSS 5点以上					t検定		Log_GLM	
	n	Mean	SD	Median	IQR	n	Mean	SD	Median	IQR	t	p	B	p
支援回数	71	9.2	14.1	4.0	7.0	162	34.6	54.8	13.0	29.0	-3.850	<0.001	0.767	<0.001
支援時間	71	195.6	307.2	80.0	165.0	162	681.0	1144.7	272.5	610.0	-3.515	0.001	0.839	<0.001
1on1支援時間	71	231.3	368.8	115.0	185.0	162	1112.9	2152.6	310.0	906.0	-3.425	0.001	0.973	<0.001

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進 について

1－1. 入院医療

1－2. 在宅医療

1－3. 外来医療

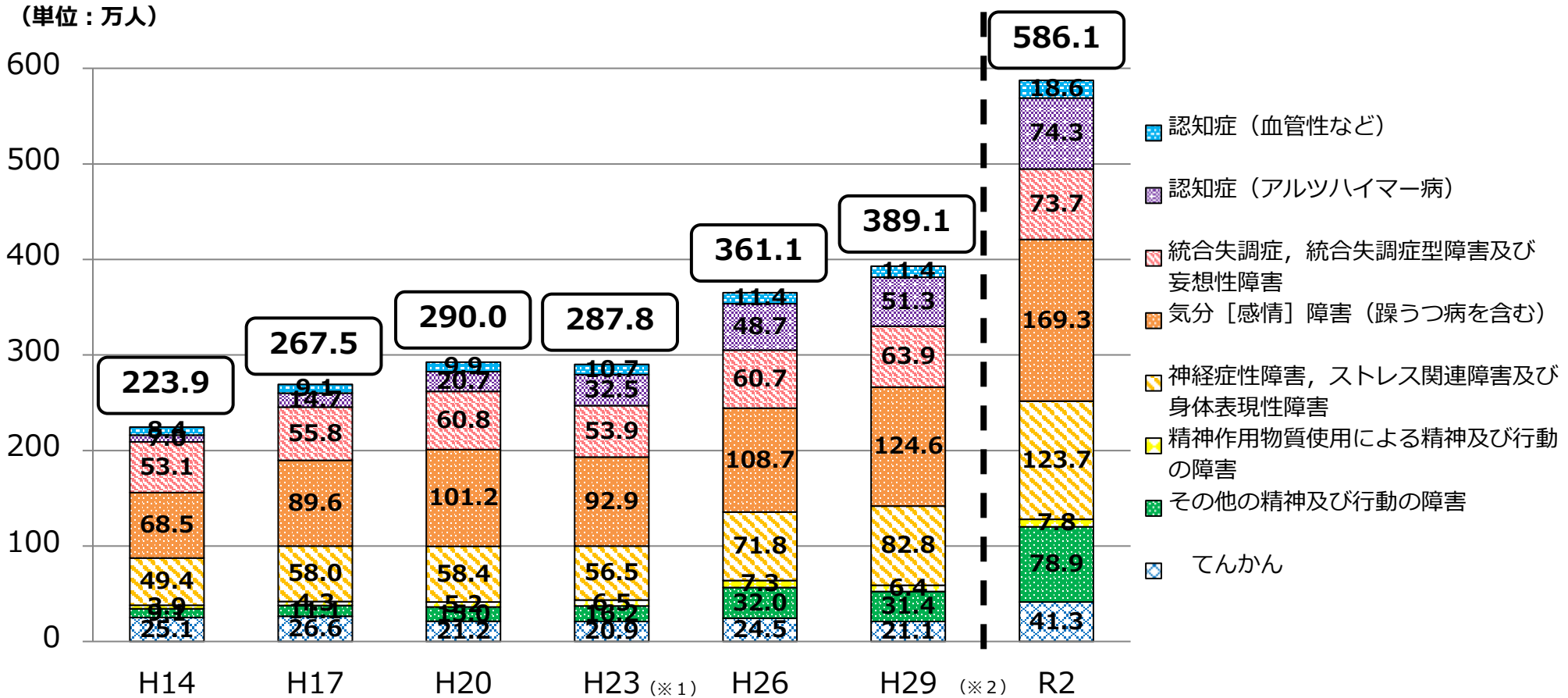
2. 心的外傷等に対する心理支援について

3. 不適切な養育への対応に係る体制について

4. 精神障害者に対する就労支援について

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。



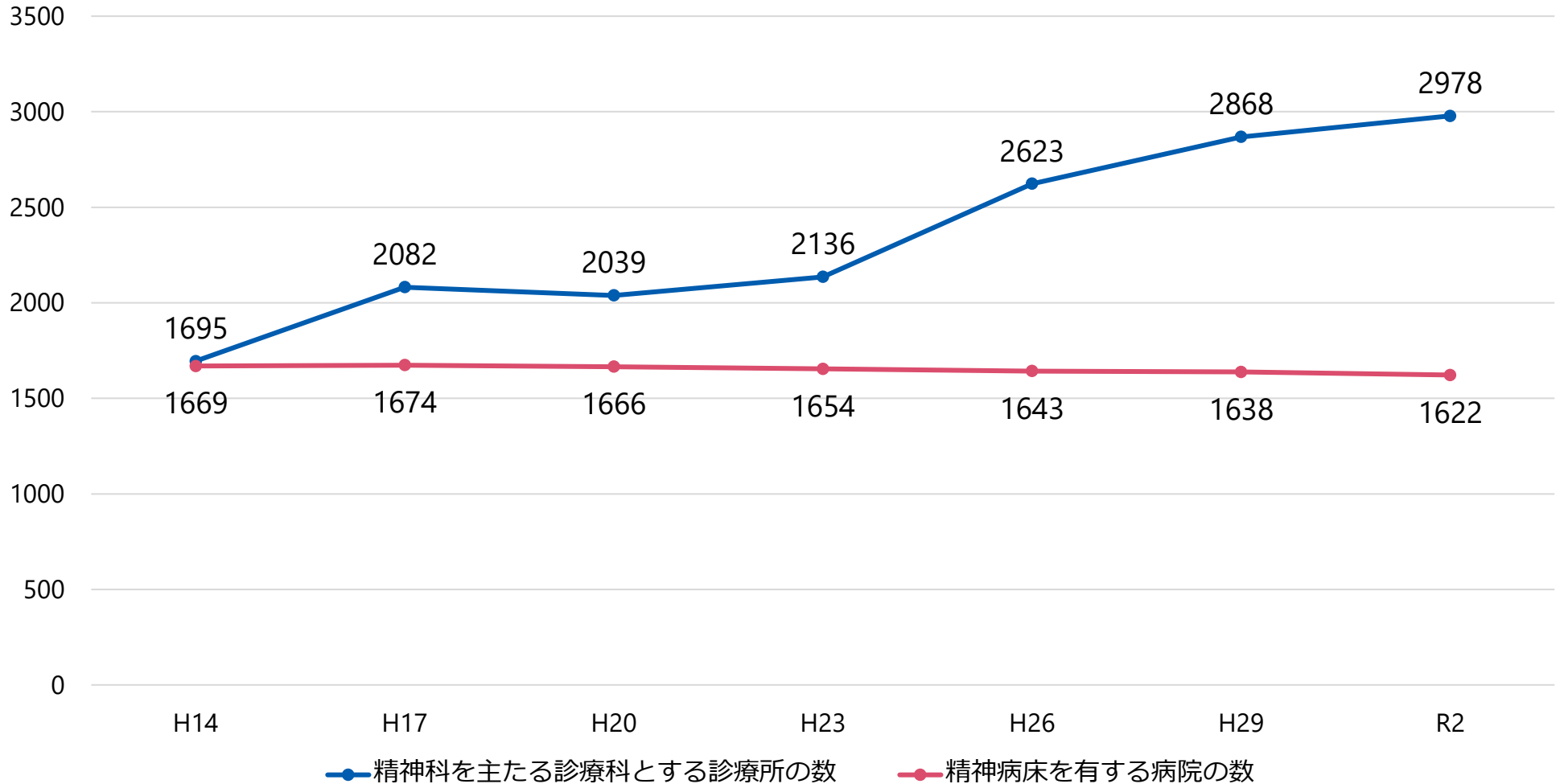
※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※ 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）。

精神科を主たる診療科とする診療所及び精神病床を有する病院の数の推移

- 精神科を主たる診療科とする診療所の数は増加傾向である。
- 精神病床を有する病院の数は減少傾向である。

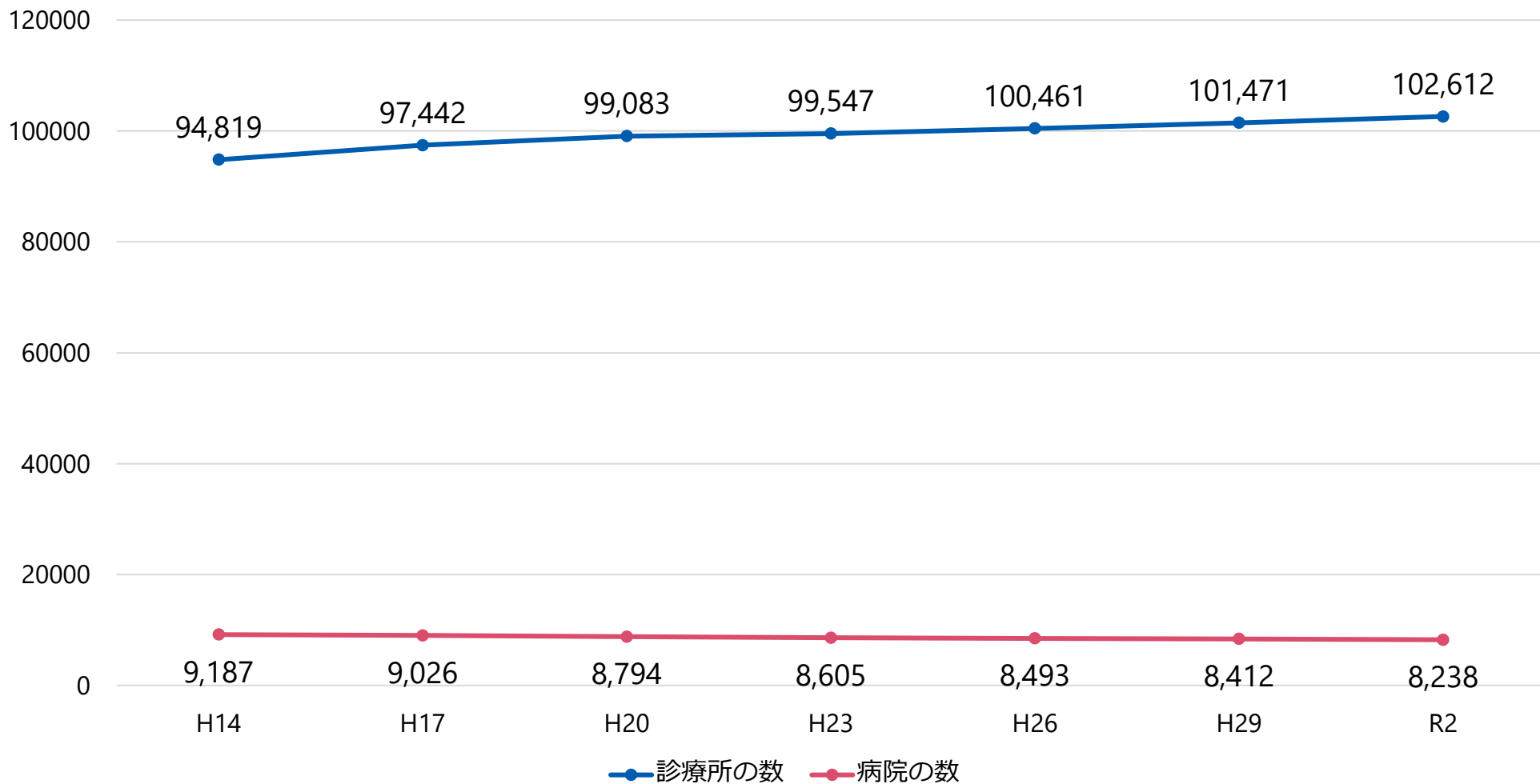
精神科を主たる診療科とする診療所及び精神病床を有する病院の数の推移



(参考) 診療所及び病院の数の推移 (全診療科)

- 診療所の数は増加傾向である。
- 病院の数は減少傾向である。

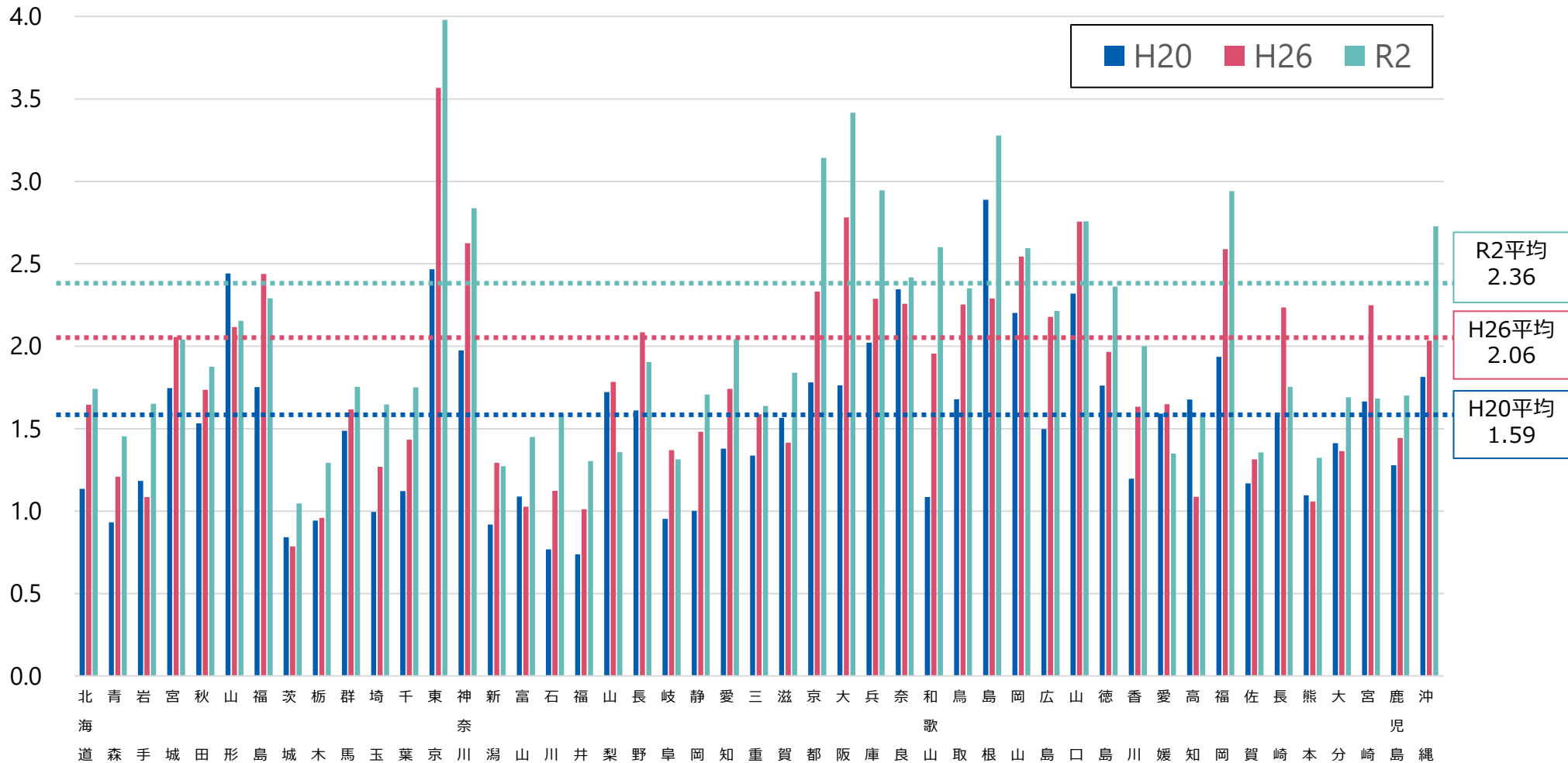
診療所及び病院の数の推移



人口当たりの精神科診療所数の推移（都道府県別）

○ 都道府県別の人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数は、以下のとおり。

精神科を主たる診療科とする診療所の数（人口10万人あたり）



R2平均
2.36

H26平均
2.06

H20平均
1.59

出典：医療施設調査、人口推計より保険局医療課で作成

人口当たりの精神科診療所数の推移（上位10都道府県）

- 人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数は、増加傾向である。
- 大都市圏において、増加の割合が大きい。

■人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所の数が多い都道府県（上位10都道府県）

平成20年			令和2年			
順位	都道府県名	人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数	順位 (平成20年)	都道府県名	人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数	平成20年からの増加率
1	島根県	2.89	1 (2)	東京都	3.98	161%
2	東京都	2.47	2 (12)	大阪府	3.42	194%
3	山形県	2.44	3 (1)	島根県	3.28	114%
4	奈良県	2.35	4 (11)	京都府	3.14	176%
5	山口県	2.32	5 (7)	兵庫県	2.95	146%
6	岡山県	2.20	6 (9)	福岡県	2.94	152%
7	兵庫県	2.02	7 (8)	神奈川県	2.84	144%
8	神奈川県	1.97	8 (5)	山口県	2.76	119%
9	福岡県	1.94	9 (10)	沖縄県	2.73	150%
10	沖縄県	1.81	10 (38)	和歌山県	2.60	240%
	(全国平均)	1.59		(全国平均)	2.36	148%

※赤字は政令指定都市、特別区を有する都道府県

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、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が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

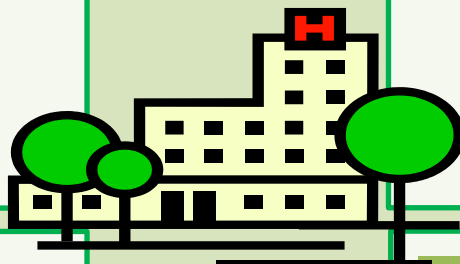
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

- ケースマネジメント
主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施
- 急性増悪時等の対応
日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供
- 訪問診療、訪問看護の提供
- 他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等



③精神科救急医療体制への参画

- 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
- 精神科救急医療体制整備事業への参画
病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

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
- 社会的な機能の発揮
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等

通院・在宅精神療法

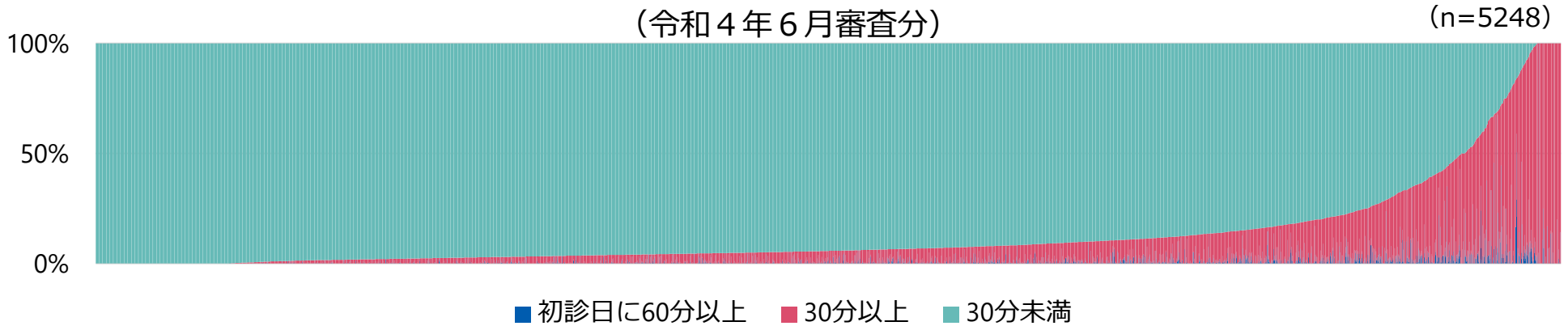
- 精神科の医師が実施する精神療法に係る基本的な評価として、通院・在宅精神療法が設けられている。
- 通院・在宅精神療法は、主として、実施者と実施時間の区分による評価体系とされており、30分未満の場合は、「診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する」とこととされている。
- 通院・在宅精神療法の算定回数は以下のとおり。

算定項目		点数	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	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	31,330
		精神保健指定医以外の場合	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	248,065
		精神保健指定医以外の場合	71,931
	30分未満(※)	精神保健指定医による場合	3,250,159
		精神保健指定医以外の場合	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
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	116
		精神保健指定医以外の場合	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	177
		精神保健指定医以外の場合	115
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	2,370
		精神保健指定医以外の場合	1,221
	30分未満(※)	精神保健指定医による場合	41,616
		精神保健指定医以外の場合	23,831
精神科継続外来支援・指導料		55	97,419

診療所における通院精神療法の内訳

- 精神科を標榜する診療所であって、通院精神療法を算定している医療機関について、調査月に算定された通院精神療法の算定回数に占める各項目の割合は、以下のとおり。
- 6割を超える医療機関において、初診時に60分以上精神療法を実施した場合の算定が無かった。
- 30分以上精神療法を実施した場合についても、約2割の医療機関において算定回数が5回未満であった。

精神科を標榜する診療所における通院精神療法の算定回数（項目別）



(n=5,248)	平均値	中央値	最大値	最小値
初診日に60分以上 (回)	3.6	0	179	0
30分以上 (回)	41.6	19	1610	0
30分未満 (回)	474.0	356.5	9501	0
通院精神療法に占める 30分以上又は初診日に60分 以上の割合	13.2%	4.6%	100.0%	0.0%

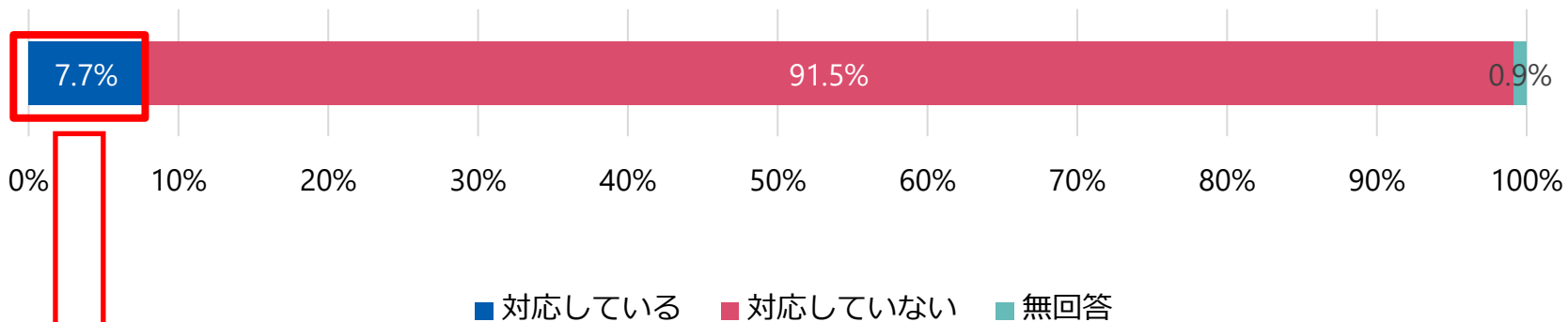
■ 調査月において60分以上（初診）の精神療法を算定していない医療機関数 3,272医療機関／5,248医療機関

■ 調査月において30分以上の精神療法の算定が5回未満であった医療機関数 1,023医療機関／5,248医療機関

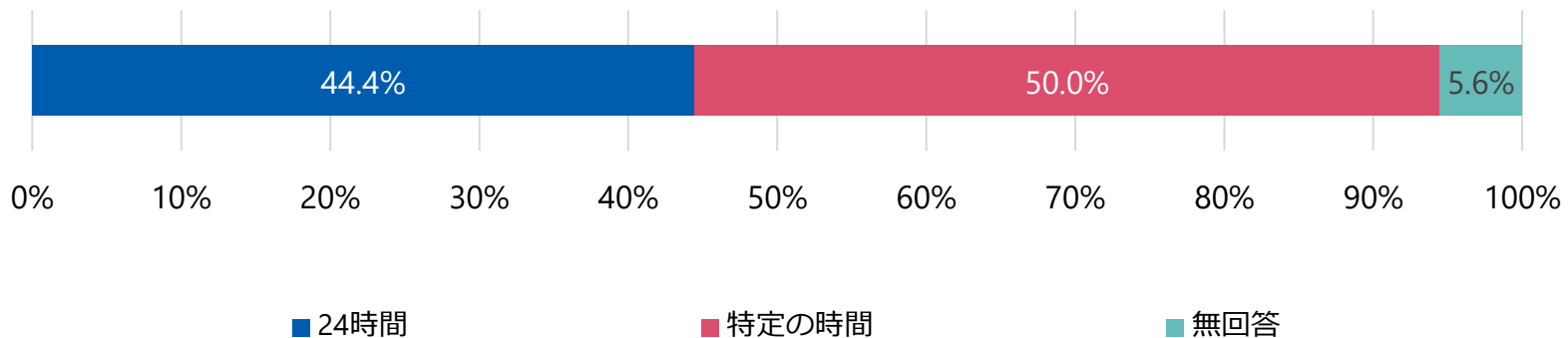
精神科診療所における時間外診療の実態

- 精神科診療所のうち、時間外診療を行っているという回答した医療機関は1割未満であった。
- 時間外診療を行っている診療所のうち、24時間の対応を行っている医療機関はさらに限られている。

時間外、休日または深夜の救急外来（精神疾患にかかるもの）への対応（n=234）



時間外、休日または深夜の救急外来の対応時間（n=18）



精神科救急医療体制整備事業への参画状況

- 精神科救急医療体制整備事業における医療施設分類ごとの医療機関数は以下のとおり。
- 精神科救急医療体制整備事業に参画している診療所の数は、精神科を精神科を主たる診療科とする診療所のうち約3%である。

精神科救急医療施設分類	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型
医療機関数	61	1,024	41	102

医療施設分類	大学病院	総合病院	精神科専門病院	診療所
医療機関数	20	107	969	81

参考：精神科を主たる診療科とする診療所の数 2,978（令和2年）

精神科救急医療体制整備事業

緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする（平成20年度開始）

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1 / 2

【主な事業内容】

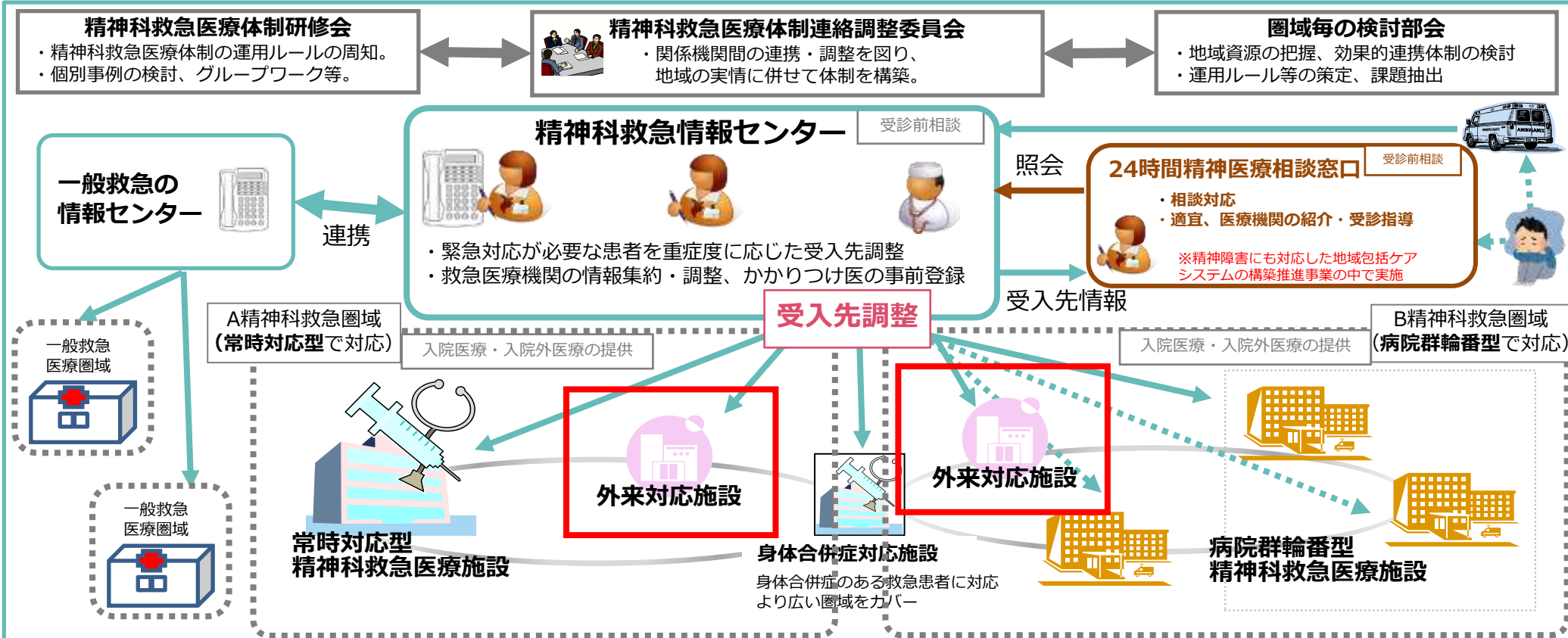
- ・精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- ・精神科救急情報センターの設置
- ・精神科救急医療確保事業

【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（H24年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正）

第4節 精神科救急医療の確保

- 第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は 休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。
- 2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



【制度の趣旨】

- 人権上適切な配慮を要する精神科医療に当たる医師について、患者の人権にも十分に配慮した医療を行う必要な資質を備えていることが求められることから、昭和62年の改正で、一定の精神科実務経験を有し法律等に関する研修を終了した医師のうちから、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として、厚労大臣が「精神保健指定医」を指定する制度を創設。

【精神保健福祉法】

第十八条

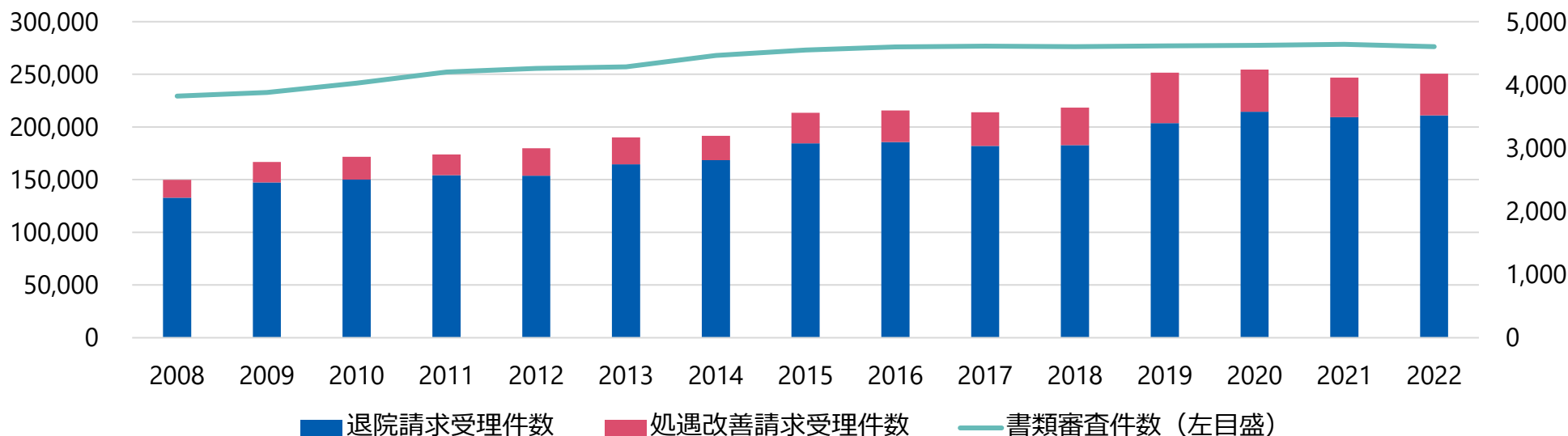
厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に指定する。

- 一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前一年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

精神医療審査会の書類審査件数及び退院等請求受理件数の推移

- 精神保健指定医の公務員としての職務の1つに、精神医療審査会への参画がある。
- 精神医療審査会における書類審査件数及び退院等請求受理件数は増加傾向。
- 精神医療審査会における退院等請求及び処遇改善請求について、受理から審査会結果が通知されるまでの平均日数は増加傾向。

精神医療審査会の書類審査件数及び退院等請求受理件数の推移



出典: 衛生行政報告例

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
退院請求の請求受理から審査結果通知までの平均日数 (日)	33.2	33.6	33.9	36.1	36.8
処遇改善請求の請求受理から審査結果通知までの平均日数 (日)	27.2	37.2	35.5	39.7	39.1

出典: 精神保健福祉資料

公務員として行う精神保健指定医の職務

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項 法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の7第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第2項
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の隔離・身体的拘束の判定	法第36条第3項、 告示第129号
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	○ 10. 措置入院の解除の判定 (※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
【移送】	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項、 告示第96号
	○ 13. 医療保護入院等の移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項、第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載義務	法第19条の4の2

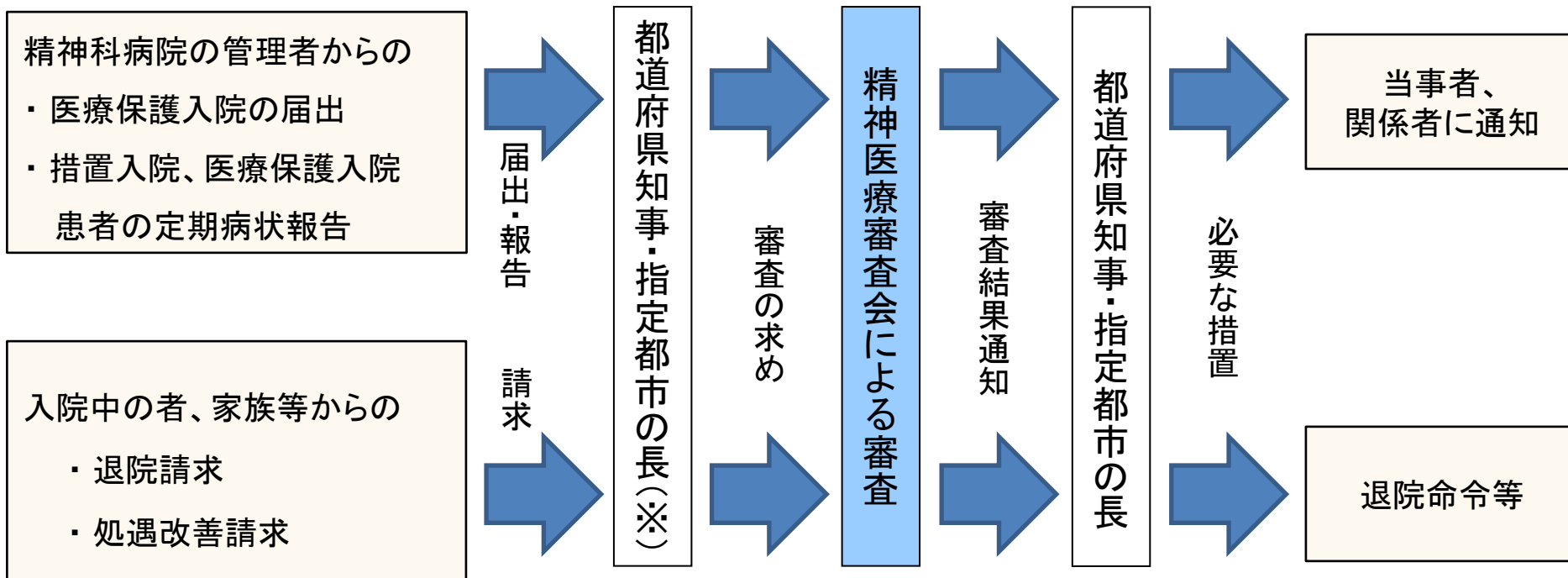
精神医療審査会

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

第12条 第38条の3第2項(同条第6項において準用する場合を含む。)及び第38条の5第2項による審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置く。

委員構成員(1合議体あたり5名)は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行。
都道府県知事が下記の者を任命(任期は原則2年)。

- 精神科医療の学識経験者 2名以上(精神保健指定医に限る)
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上
- 法律に関する学識経験者 1名以上(弁護士、検察官等)

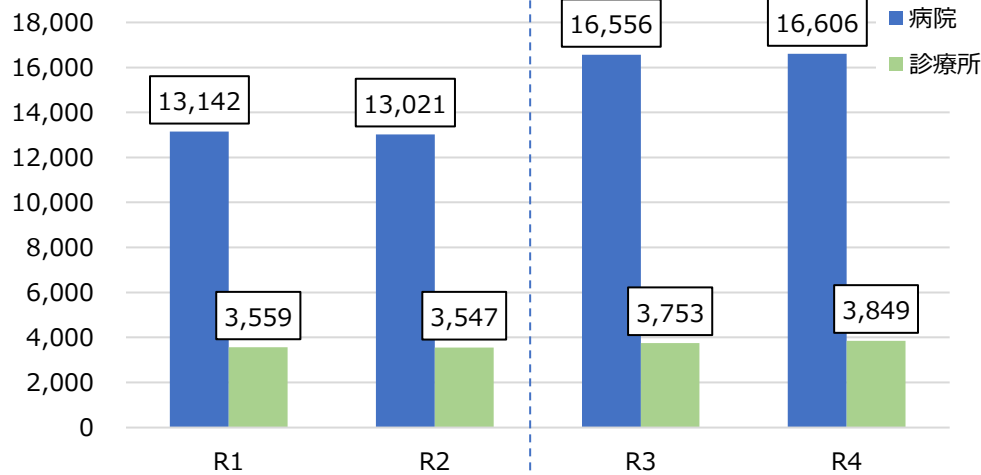


※ 都道府県知事・指定都市の長は、措置入院を決定した時に、精神医療審査会による審査を求めることとされる(令和6年4月1日施行)。

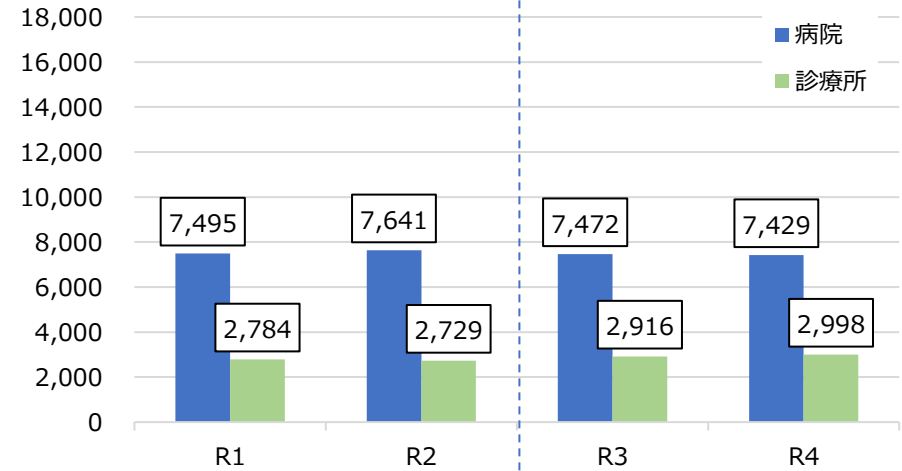
医療機関における精神保健指定医の勤務状況等

- 精神科病院と診療所における精神保健指定医の勤務状況等は、以下のとおり。
- 精神保健指定医のうち、約3割が診療所に常時勤務している。

医療機関における常勤精神科医数の推移



医療機関における常勤精神保健指定医数の推移



出典：精神保健福祉資料 ※令和3年調査以降、集計項目（常勤）の定義に修正があるため、一律の比較は困難。

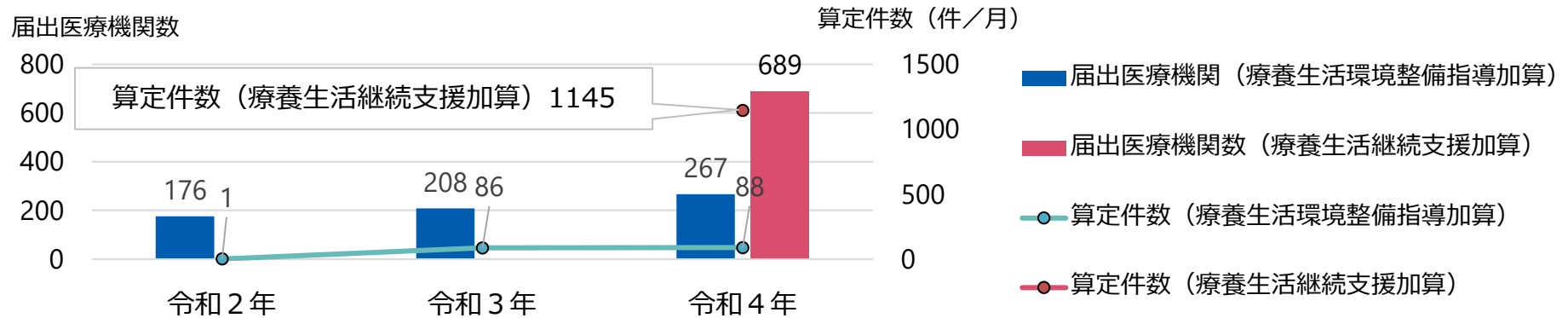
(令和2年)	病院	診療所
医療機関数	1,622	2,978
精神科の常勤医師数（人）	10,183（人）	3,547（人）
（うち）指定医数（人）・割合（％）	7,641（人）・75（％）	2,729（人）・76（％）
（うち）非指定医数（人）・割合（％）	2,543（人）・25（％）	818（人）・23（％）
1医療機関あたり常勤指定医数（人）	5.6（人）	1.2（人）
（うち）1医療機関あたり常勤指定医数（人）・割合（％）	4.7（人）・84（％）	0.9（人）・75（％）

出典：医療施設調査（医療機関数）、精神保健福祉資料（精神保健指定医数等）

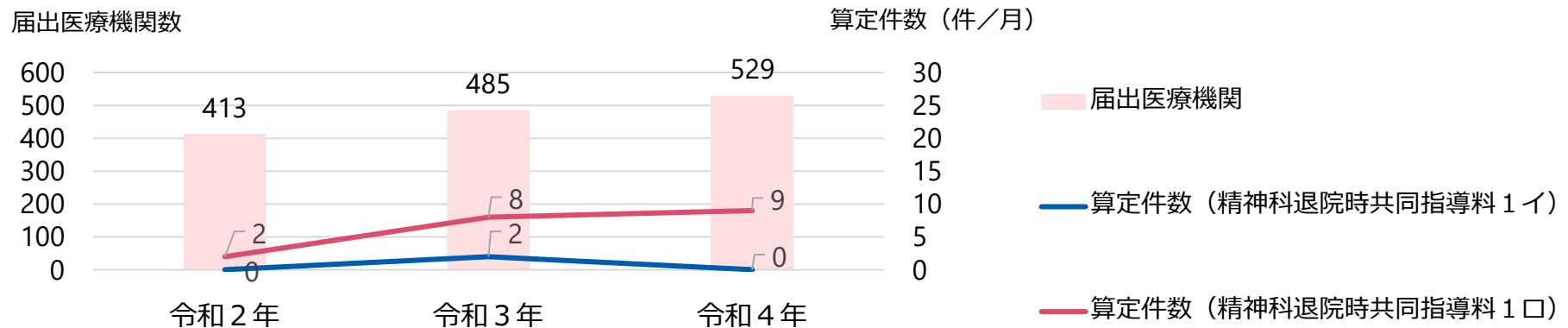
地域移行・地域定着に係る評価の算定状況等

○ 精神科の外来における地域移行・地域定着に係る加算等について、届出医療機関数、算定件数は以下のとおり。

療養生活環境整備指導加算、療養生活継続支援加算の算定状況等（再掲）

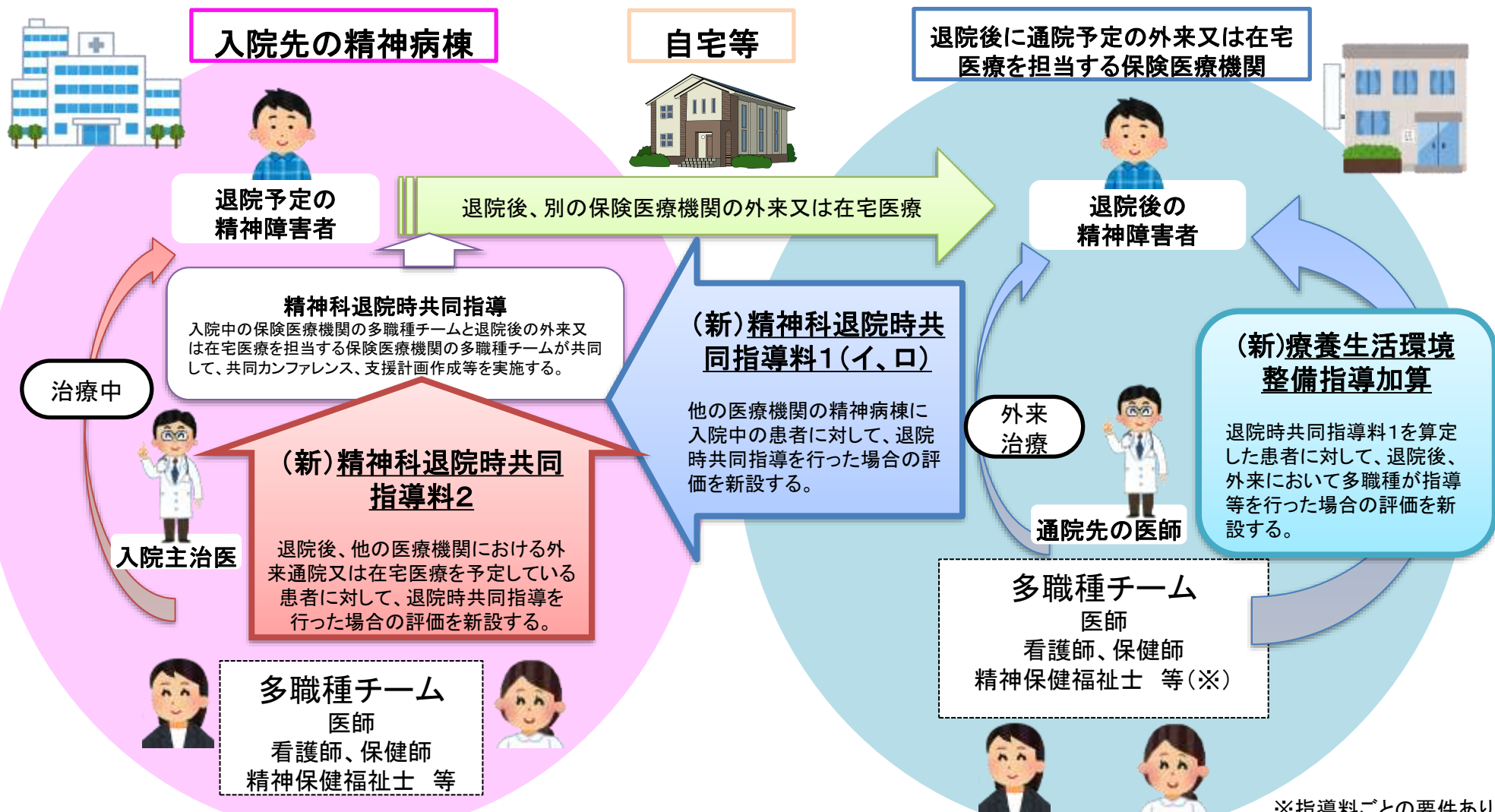


精神科退院時共同指導料の算定状況等



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)

精神科診療所における初診待機状況

- 精神科診療所の診療において、初診待機が生じている地域がある。
- 行政機関から早めの診療を依頼する場合であっても、調整が難しい場合があるといった声もある。
- ト라우マへの対応や児童思春期など、多職種による介入や、一定の専門性が求められる場合は、さらに待機時間が長期化している実態もある。

○埼玉県 A 市周辺

成人の場合、相談窓口から医療機関への紹介は、早くても2～3週間、平均1～2ヶ月かかる。児童思春期の場合、専門外来への紹介は3～5ヶ月待ち。依存症、トラウマケアなど、専門性が高いクリニックへの紹介は更に待つことになる。

○埼玉県 B 市周辺

約1ヶ月待ち。緊急以外は毎月1日に翌月の予約をとるシステムのところもある。

○茨城県 A 市周辺

1ヶ月待ちが標準。急ぐ人は遠方の自由診療のクリニック等に行く場合がある。

○埼玉県 C 市周辺

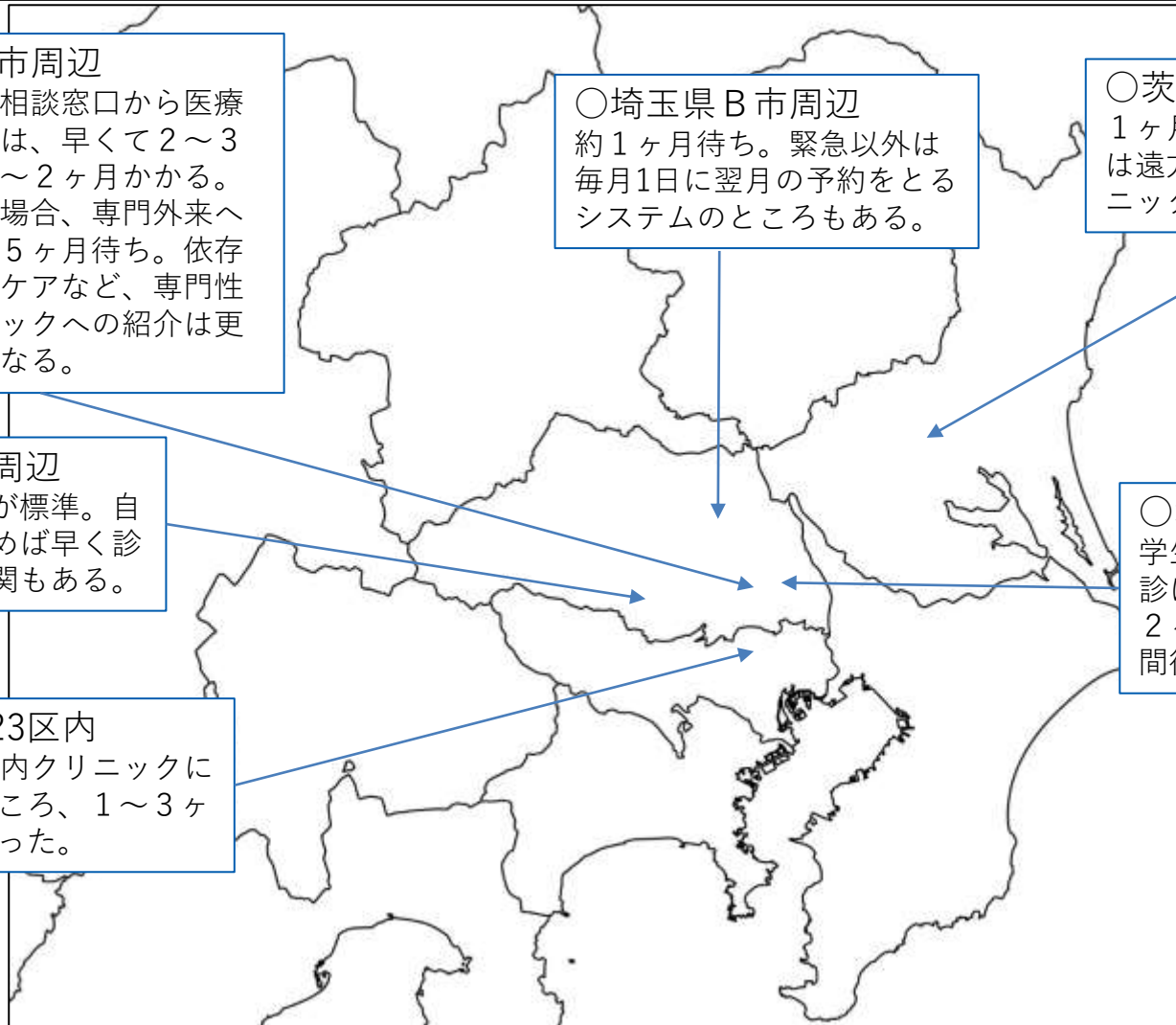
1～2ヶ月待ちが標準。自治体から頼み込めば早く診てくれる医療機関もある。

○埼玉県 D 市周辺

学生（大学生）相談から受診につながる際、約1～2ヶ月待ち、早くても2～3週間待ち。

○東京都23区内

複数の23区内クリニックに確認したところ、1～3ヶ月待ちであった。



- 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

診療所における初診と再診の割合

- 精神科を標榜する診療所において、調査月に算定された基本料に占める初診料及び再診料の割合は以下の通り。
- 初診料の割合の平均値は9.2%、中央値は4.7%であった。

精神科を標榜する診療所における、調査月に算定された基本料に占める初診料及び再診料の割合
(令和4年6月審査分)



(n=6,202)	平均値	中央値	最大値	最小値
初診料 (回)	62.4	28	4250	0
再診料 (回)	807.0	616	31688	0
基本料に占める初診料の割合	9.2%	4.7%	100.0%	0.0%

- 調査月において初診料の算定が0回であった医療機関数 131医療機関/6,202医療機関
- 調査月において初診料の算定が5回未満であった医療機関数 550医療機関/6,202医療機関

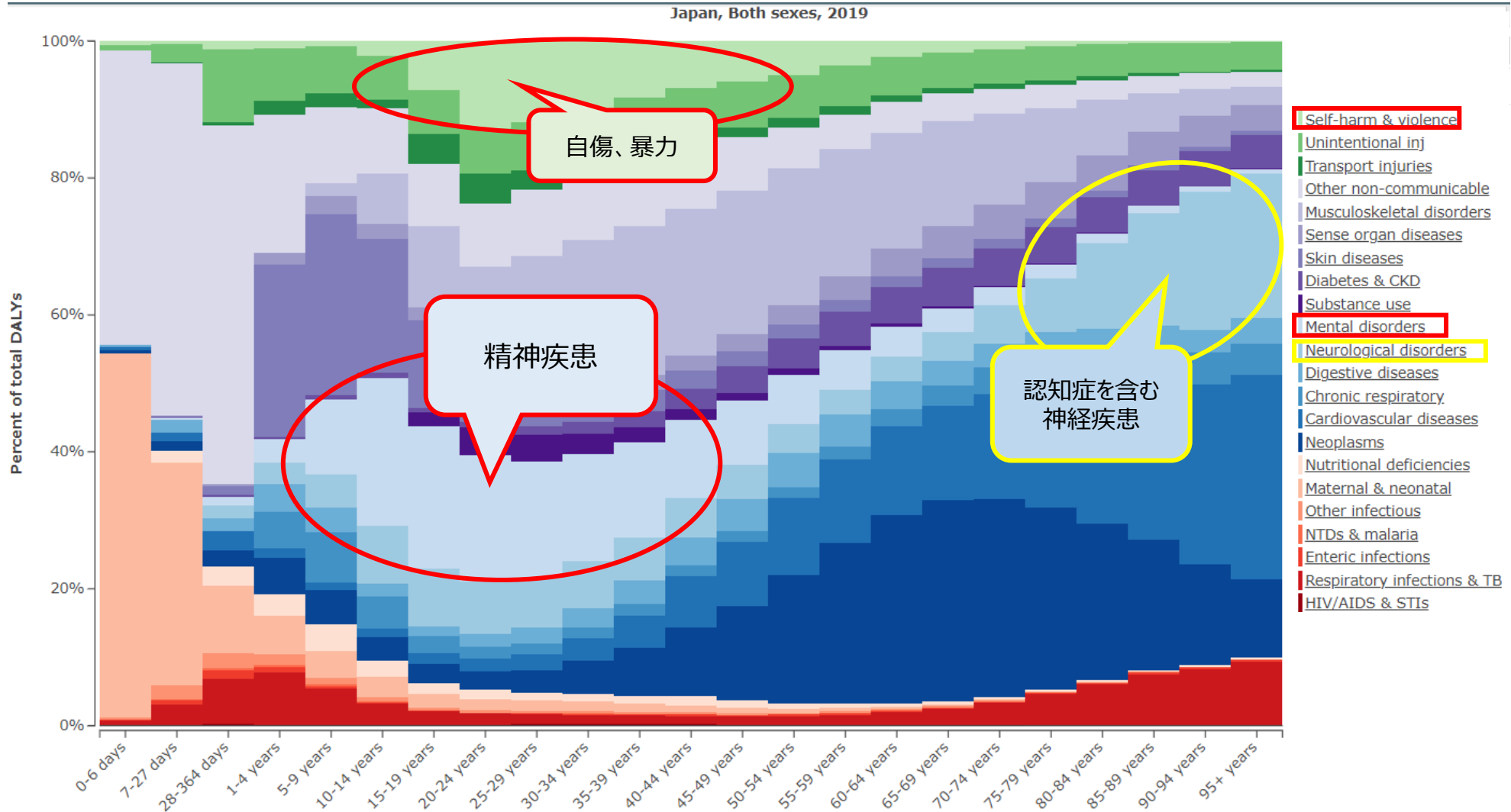
初診料の算定回数とその他の算定回数の関係

- 初診料の算定回数が月5回以上の診療所と、月5回未満の診療所について、在宅医療の提供に関する項目や心理検査等の項目に係る算定状況は以下のとおり。
- 月5回未満の診療所において、各項目の算定回数が少ない。

		往診料	訪問診療料（1）	通院・在宅精神療法 （20歳未満）加算	療養生活環境整備指導加算 通院精神療法	療養生活継続支援加算 通院精神療法	認知療法・認知行動療法	臨床心理・神経心理検査 （複雑・極複雑）	発達及び知能検査	人格検査	その他の心理検査 認知機能検査
初診料の算定回数が 5回／月未満 （n=550）	平均値	2.2	24.3	1.5	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.1
	中央値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
初診料の算定回数が 5回／月以上 （n=5,652）	平均値	9.58	77.55	16.86	0.02	0.24	0.31	7.19	2.20	3.45	1.54
	中央値	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0

我が国の障害調整生命年（DALYs）

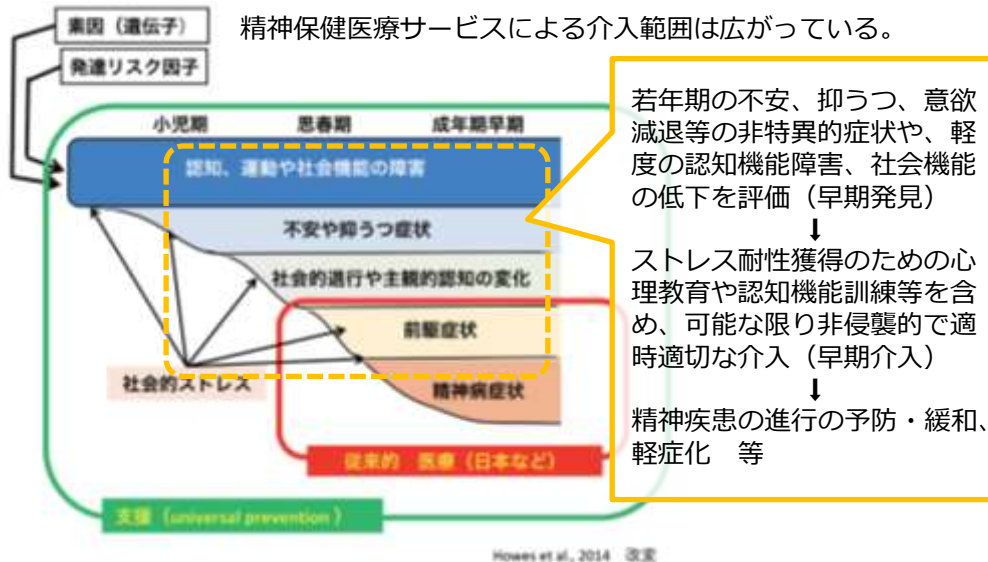
- 国際的な保健指標のひとつに、死亡と障害を包括的に数値化した障害調整生命年（DALYs: Disability-Adjusted Life Years）がある。
- DALYsを年齢階級別にみると、我が国の若年層においては、精神疾患や自傷等の疾病負荷が高い。



精神疾患に対する早期介入

- 様々な精神疾患が思春期や成年早期に発症することが知られている。
- 精神疾患の早期や前駆期においては、不安や抑うつ、意欲減退、不眠等の非特異的な症候や、閾値以下の精神病症状等を認めることが明らかにされており、比較的若年の有症状者、受診者への重点的な早期介入がより重要とされている。

■ 精神病症状の発現モデルと早期介入の範囲



■ 精神病性障害における早期発見・早期介入の目的

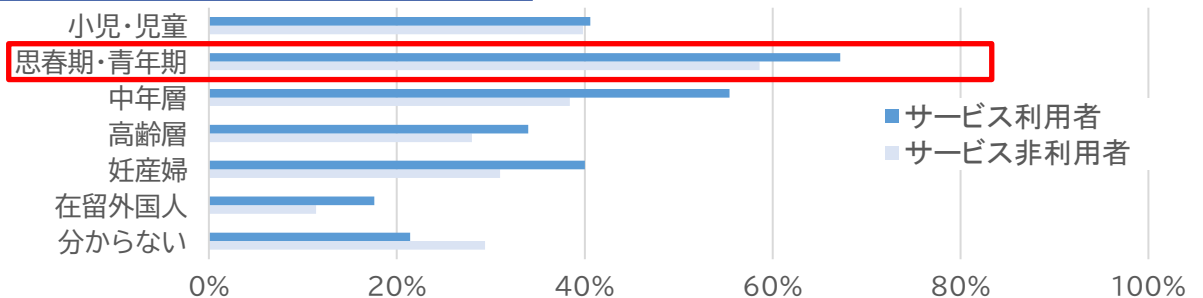
- 疾患の進行あるいは症状の悪化を予防・緩和する。
- 関連する神経生物学的変化や神経病理学上の悪化あるいは進行を予防・緩和する。
- 抑うつ、不安、自殺、物質使用などの二次的な精神症状・精神状態の出現を防止・軽減する。
- 役割機能の明らかな低下や達成不全を予防・軽減する。
- 深刻な精神病性の経過や非自発的な入院にしばしば伴う当事者あるいは家族のストレスやトラウマ的体験を防止・軽減する。
- スティグマを軽減し、心理教育を早期に提供する。
- 本来の正常な発達過程が阻害されるのを軽減、あるいは最小化する。
- 地域や政府にかかるコストを縮減する。

出典：早期精神病の診断と治療（医学書院、2010）

■ 精神保健医療サービスが重点的に支援すべき対象（支援先カテゴリー別）

◇ 国勢調査結果に基づき年齢性別を統制した健常対照者500名、うつ病患者500名に対してアンケート調査を実施。

◇ 「メンタルヘルス・精神疾患に対する施策として、重点的に取り組むべき対象」について、精神医療サービスの利用があった者と無かった者の回答を集計したところ、利用者、非利用者とも、「思春期・青年期」が最多であり、特にサービス利用者においてその割合が高い。

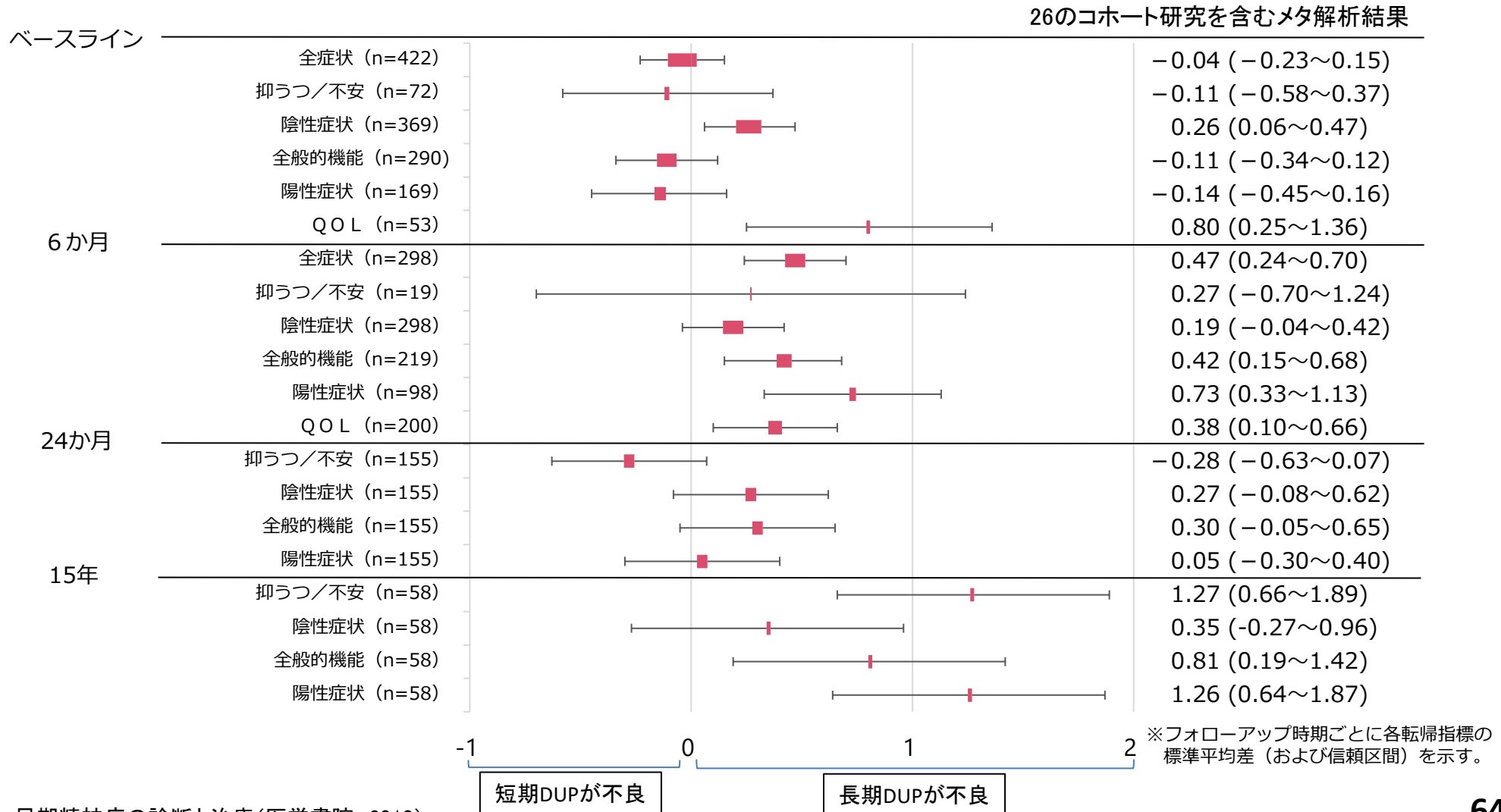


出典：Uchino T, Fukui E, Nemoto T et al., Perceptions and attitudes of users and non-users of mental health services concerning mental illness and services in Japan. Front Psychiatry, 2023

未治療期間短縮の必要性

○ メタ解析の結果、精神病未治療期間(DUP)について、短期DUPに比べて、長期DUPの方が転帰が不良となることが示され、専門家へのアクセスを改善し早期発見と早期介入につなげ、治療の遅延を防ぐことが重要とされている。

■ 短期DUPと長期DUPの比較



- 我が国の初回エピソード精神病患者について、未治療期間の平均値は、1999年が約14ヶ月、2009年が約16ヶ月であった。

■ 我が国におけるDUPの経年比較調査

1999年と2009年の精神科病院におけるDUP比較調査

		1999年 精神科病院群	2009年 精神科病院群	P値
新規患者総数(人)		1,336	1,541	
初回エピソード精神病	患者数(人)	29	42	
	受診時年齢(歳)<SD>	28.6<8.4>	32.5<9.1>	0.48
DUP平均値(月)<SD>		14.3<17.9>	16.0<18.7>	0.54
DUP中央値(月)[最大値-最小値]		5[0.1-60]	11[0-84]	

精神疾患に対する早期介入の方法

- 前駆期や早期、急性期の初期評価には、詳細な病歴、生活史、発育発達歴、物質使用、社会的状況等の聴取が必要であり、その上で、身体疾患の精査や神経心理検査等、様々なプロセスを必要とする。
- 統合失調症や気分障害等の前駆期や早期に適切な介入ができるよう、臨床病期による診断と治療手法の開発が進められている。
- 偽陽性の可能性もある初期段階の治療には、より低侵襲的手段を用いることが原則であり、心理教育や認知行動療法的アプローチ、精神科リハビリテーション等の多職種による個別的な心理社会的治療が重要とされている一方、向精神薬は使用する場合であっても低容量から段階的に用いることとされている。

■ 精神科における早期介入時の診療イメージ

よくみられる前駆症状

精神科の外来等でたびたび診療する一般的、非特異的な症状が前駆段階で見られる。

- ・集中力および注意力の低下
- ・欲動および動因の低下
- ・抑うつ
- ・睡眠障害
- ・不安
- ・人付き合いからのひきこもり
- ・猜疑心
- ・役割機能の悪化
- ・刺激性

初診～初回エピソードの診療

非特異的な症候等のある患者に対して、偽陽性に配慮しつつ、丁寧かつ手厚い診察と検査を行った上で診断と治療計画を立てる必要。

- ・精神症状の精緻な評価
- ・病歴の詳細な聴取
発育発達歴、家族歴、児童期や青年期トラウマ体験、心理社会的ストレス因等
- ・生活歴、社会環境
就労就学、人間関係、経済面
- ・リスク評価
自殺リスク、薬物療法への拒否、サービス利用への意向等
- ・神経心理検査
- ・精神医学的合併症の検索
物質依存、知的発達、神経症 等
- ・身体疾患の鑑別
神経学的検査、採血、脳波、CT、MRI

病期、状態に応じた適切な介入

前駆期

心理教育（本人、家族）
物質依存等への介入
認知機能訓練 等

ウルトラハイリスク、初回エピソード

上記に加え、
認知行動療法的アプローチ
低容量の薬物療法
リハビリテーション 等

寛解しない場合

上記に加え、
薬物療法
再燃防止策（クライシスプラン） 等

低侵襲的介入から段階的に増強

未治療期間の短縮 + 病期に応じた非侵襲的、個別的、包括的な早期介入 ⇒ 転帰、予後の改善

精神病性障害における病期モデルと介入方法等

臨床病期	定義	ターゲットとなりうる対象	可能な介入
0	精神病性障害の発症リスクが元々高い群 現在は無症状	10代の第1親等家族	補足的なメンタルヘルス・リテラシー（※） 家族教育 薬物に関する教育 短時間の認知機能訓練
1a	認知機能障害を含む軽度あるいは非特異的な精神病性障害の症状 機能低下は軽度	10代を対象とするスクリーニングの陽性者 プライマリケア医やスクールカウンセラーから紹介されたケース	構造化されたメンタルヘルス・リテラシー（※） 家族心理教育 構造化された認知行動療法（CBT） 積極局的な物質依存への介入
1b	ウルトラハイリスク（UHR） 中等度であるが閾値を超えない程度の症状 中等度の認知機能障害 GAF ※ <70程度 ※Global Assessment of Functioning Scale	教育機関、プライマリケア医、救急医療機関、福祉機関から紹介されたケース	家族心理教育 構造化された認知行動療法（CBT） 積極的な物質依存への介入 エピソードに対する低容量の抗精神病薬治療 併発する気分症状に対する抗うつ剤等による治療
2	初回エピソード精神病 精神病状態の閾値を満たす中等度から重度の症状 認知機能障害 GAF 30~50	プライマリケア医、救急医療機関、福祉機関、専門医療機関、薬物・アルコール依存に対するサービスなどから紹介されたケース	家族心理教育 構造化された認知行動療法（CBT） 積極局的な物質依存への介入 エピソードに対する低容量の抗精神病薬治療 併発する気分症状に対する抗うつ剤等による治療 職業リハビリテーション
3a	初回エピソードに対する治療後も残る不完全な寛解（そのまま4期に移行するケースもある）	プライマリケア医、専門医療機関から紹介されたケース	2期の介入に加えて、完全な寛解を目指す医学的/心理的な戦略により重点が置かれる
3b	精神病症状の再燃 GAFレベルは固定 残遺症状の持続 認知機能は初回エピソードからの寛解後も元のレベルには達しない	プライマリケア医、専門医療機関から紹介されたケース	3a期の介入に加えて、再発防止のための戦略や「早期警告サイン」の確認などにより重点が置かれる
3c	繰り返される再発 臨床上的悪化、疾患が与える影響が外からも明瞭となる	専門医療機関から紹介されたケース	3b期の介入に加えて、長期の安定が維持されることにより重点が置かれる
4	重度活持続的な症状あるいは症状や認知機能、障害の標準から判断しても未寛解のレベル	専門医療機関から紹介されたケース	3c期の介入に加えて、クロザピンや他の治療選択肢の検討、持続する障害を乗り越えての社会参加の促進などにより重点が置かれる

早期介入に関する各国の取組

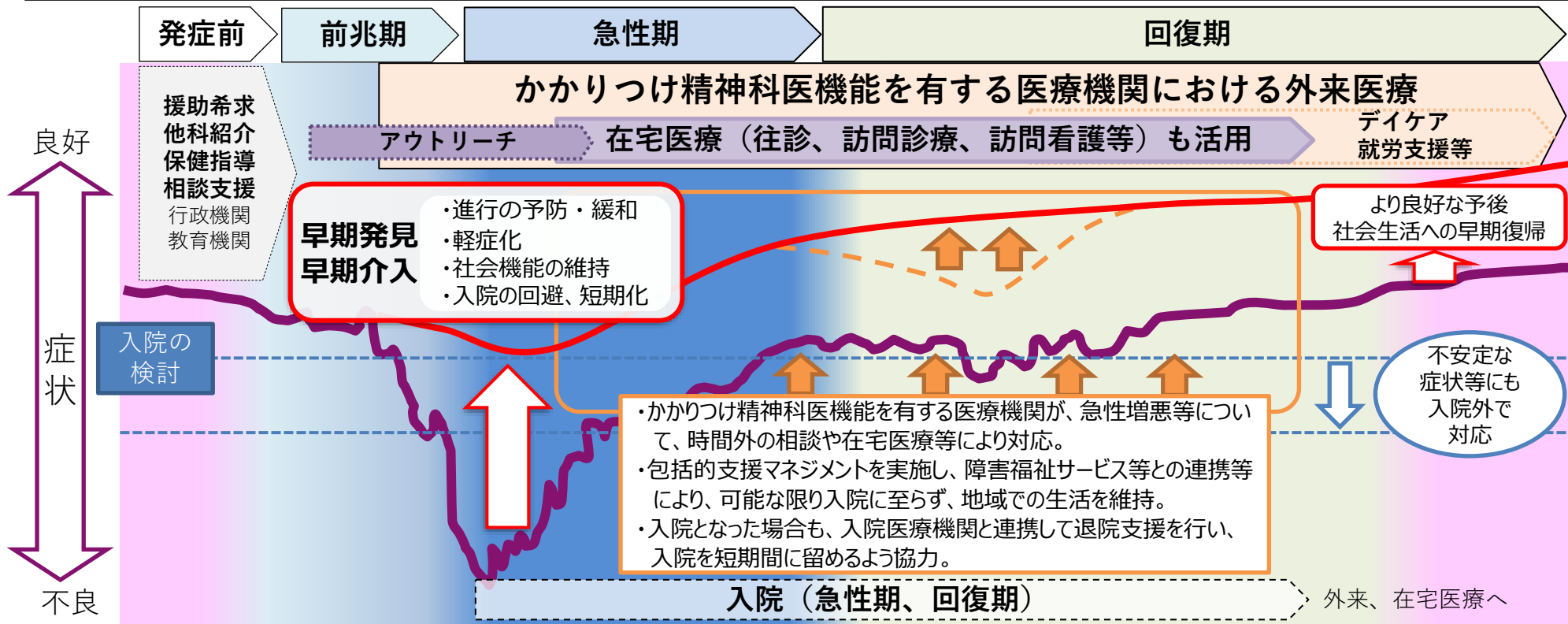
- 近年、精神疾患について、予防的取組や早期発見・早期介入の重要性が広く認識され、各国の精神保健サービスや外来医療等において、早期介入の取組が位置づけられている。

■ 各国における早期介入の取組の例

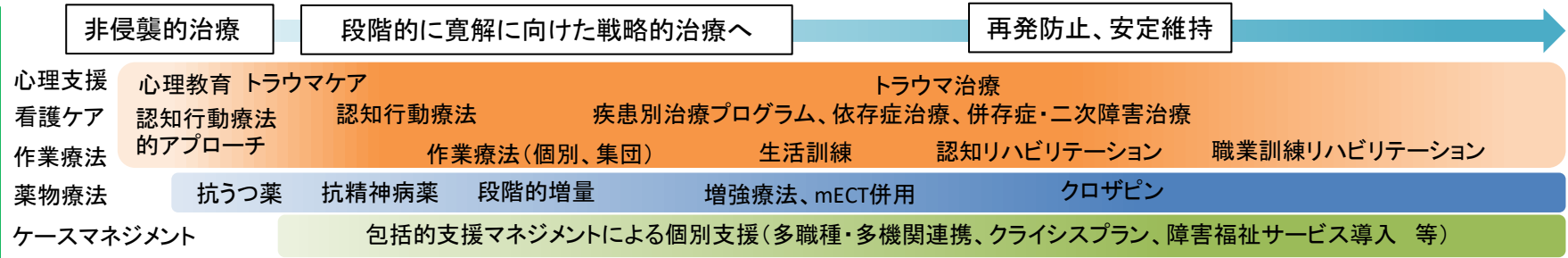
国、都市	プロジェクト	内容
オーストラリア（メルボルン）	Personal assessment and Crisis Intervention (PACE), Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)	ウルトラハイリスク群（UHR）に特化した外来（PACE外来）を立ち上げ、早期介入の基準の基礎を確立。初回エピソードに対して介入プログラム（EPPIC）を提供。
カナダ（トロント） アメリカ（エール大学）	Prevention through Risk Identification, Management and Education (PRIME)	UHRに対する構造化面接を開発し、精神病への移行率、介入効果を検証。アセスメント、観察、ケースマネジメント、心理学的介入、精神医学的管理が包括的に提供され、精神病発症時は各疾患の初回エピソード介入プログラムへ移行できる。
イギリス（サルフォード）	Early Detection and Intervention Team (EDIT)	UHR基準を満たす対象に対して、認知行動療法、家族介入等の様々な多職種によるサービスを提供。
イギリス（バッキンガム）	Buckingham Project	州内のプライマリケア医に「統合失調症の前駆症」が疑われる患者を治療のために精神保健サービスに紹介するよう促したプロジェクト。初回エピソード統合失調症の発生率低下が確認された。
シンガポール	Early Psychosis Intervention Programme (EPIP), Support for Wellness Achievement Programme (SWAP), Community Health Assessment Team (CHAT)	精神科専門医療機関によるハイリスク群に対する多職種チームによる包括的な早期支援プログラム(EPIP)の提供、心理社会的治療を中心としたサービス (SWAP) の提供、若者の一般的な心理的問題に対応する保健サービス (CHAT) の提供。
日本国内	SODA (Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults)	多職種チームによる早期相談・支援アセスメントを地域の独立した窓口で実施。臨床型ケースマネジメントにより、地域における包括的支援体制を構築し、ワンストップ・ケアを実施。

精神疾患の経過と外来、在宅医療による治療内容（イメージ）

- 精神疾患を有する方が地域で安心して暮らせるよう、地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関を中心に、外来診療、在宅医療、障害福祉サービス、行政機関等の連携調整を行いながら、病状や生活機能の改善、安定を図り、支援することが重要。
- 早期介入により、侵襲的治療の低減、疾病の進行の緩和や軽症化を図る取組を進めることも重要。



生物心理社会モデルに基づく包括的治療（イメージ）
 ※個々の状態等に
 応じて治療・介入方
 法を選択。



出典：令和5年度厚生労働科学研究費補助金「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政策研究」（研究代表者：藤井千代）提出資料より改変

早期介入のパフォーマンス指標等

- 医療機関や精神保健サービスにおいて、早期介入を実施する場合の、ケアの質を担保するために必要な要素が有識者によって取りまとめられている。
- 早期介入の手法や実施機関を評価する主要なパフォーマンス指標等は以下のとおり。

■ 複数の「初回エピソード精神病への治療介入プログラム」に共通する項目

紹介患者の適時対応
患者と家族も含むアセスメント
包括的な臨床評価
ケアプランに基づく心理社会的ニーズ
初回アセスメント後の個別の臨床治療方針
患者向け心理教育
家族向け心理教育と支援
毎年の正式な包括的アセスメントとその記載
専任精神科医
ケースマネージャーの関与
併存する物質使用障害についての動機付け治療
認知行動療法（CBT）
主体的な参与と残留
危機介入サービス

■ フィデリティ尺度の共通項目

利用者／提供者割合
精神科医の役割
多職種チーム
初回エピソード精神病治療プログラムの継続期間

■ 初回エピソード精神病サービスに関する主要なパフォーマンス測定値

2週間以内の受診割合
DUP中央値
人口基準のプログラム登録割合（15～55歳）、 年間発症率に基づくプログラム登録割合あるいは入院割合
初回入院患者サービスにおける新患紹介の割合

出典：国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)の障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）（研究開発代表者：水野 雅文）
「早期精神病の診療プランと実践例」

早期精神病の診療プランと実践例—予備的ガイダンス 2017— Treatment Plans and Implementation for Early Psychosis: Preliminary Guidance 2017.
研究開発代表者 水野 雅文 東北大学・医学部後学科精神神経医学講座・教授
研究開発分担者 鈴木 達雄 岡山大学・大学院医学系研究部・教授
鈴木 和広 東北大学・大学院医学研究科・准教授
下寺 優文 高知大学・医学部神経精神科学教室・准教授
岸本 幸史 奈良県立医科大学・精神医学・教授
川崎 康弘 金沢医科大学・医学部精神神経科学・教授
中込 和寿 国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所・所長
目次
第一部 エビデンス編
1. 早期精神病の概念整理
2. アセスメントと臨床診断（症状）
3. アセスメントと臨床診断（画像・生理）
4. 心理社会的介入
5. CBT 認知行動療法
6. CRT 認知矯正療法
7. ARMSと心理教育
8. デイケア
9. 初回エピソード統合失調症および初回エピソード精神病に対する薬物療法
10. ARMSに対する薬物療法
第二部 実践編
1. 地域における早期介入
2. 地域における早期介入—大都市モデル
3. 地域における早期介入—小都市モデル
4. 地域包括ケアシステムの中での早期支援
5. 早期介入の医療経済効果
6. 学校教育への取り組み
7. 海外におけるモデル
8. フィデリティ測定とその意義
9. NICE 診療ガイドライン 翻訳解説

認知療法・認知行動療法

- 入院中以外の気分障害や不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法が診療報酬上評価されている。

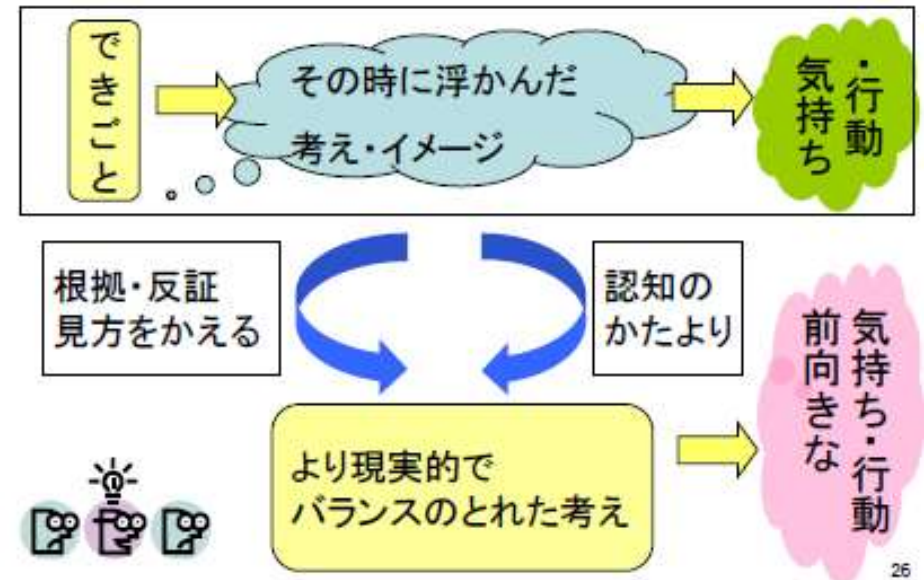
認知療法・認知行動療法（1日につき500点／420点／350点）

施設基準を適合する保険医療機関において、入院中以外の患者について、認知療法・認知行動療法（※）に習熟した医師等が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で実施した場合、一連の治療について16回に限り算定する。

認知療法・認知行動療法の内容

- 精神療法（心理療法）の一種で、認知（ものの受け取り方や考え方）に働きかけて気持ちを楽にするもの。
- 人はストレスを感じると悲観的に考えがちになり、自らの心を問題を解決できない状態に追い込むことがあるが、認知療法・認知行動療法では、そうした考え方のバランスを取って、ストレスに上手に対応できる心の状態を作る。
- 気持ちが大きく動揺したりつらくなったりしたときに患者の頭に浮かんでいた考え（自動思考）に目を向け、それがどの程度現実と食い違っているかを検証し、思考のバランスを取っていく。

（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センターウェブサイトの記載を一部要約）



出典：うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）

認知療法・認知行動療法の届出状況等

○ 認知療法・認知行動療法の届出医療機関数、算定状況については以下のとおり。

1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき、16回まで）

1 医師による場合 480点

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

[施設基準]

1 当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。

2 2に関する施設基準

当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

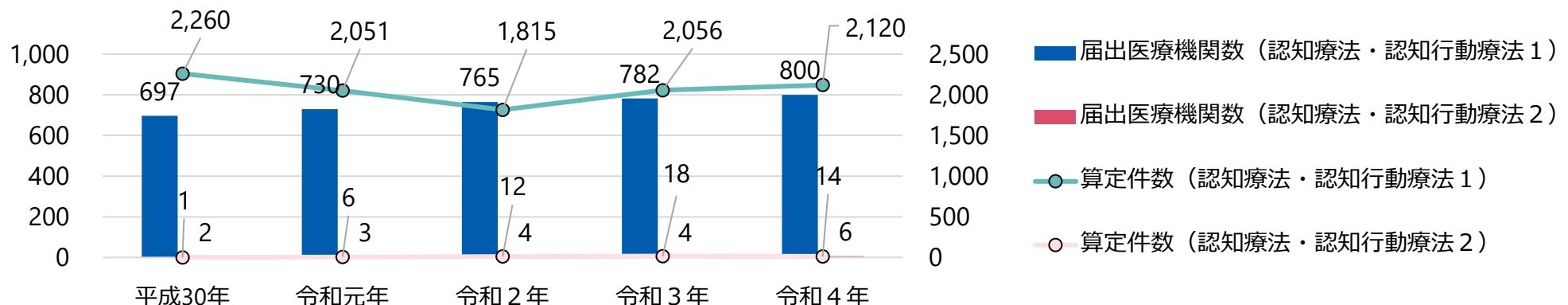
(イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。

(ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。

(ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

届出医療機関数

算定件数（件／月）



出典：社会医療診療行為別統計(令和4年6月審査分)、各年7月1日時点の届出状況

依存症集団療法の届出状況等

○ 依存症集団療法の届出医療機関数、算定状況については以下のとおり。

- 1006-2 依存症集団療法(1回につき)**
- 1 薬物依存症の場合 340点(週1回、6月を限度)**
 - 2 ギャンブル依存症の場合 300点(2週に1回、3月を限度)**
 - 3 アルコール依存症の場合 300点(週1回、10回を限度)**

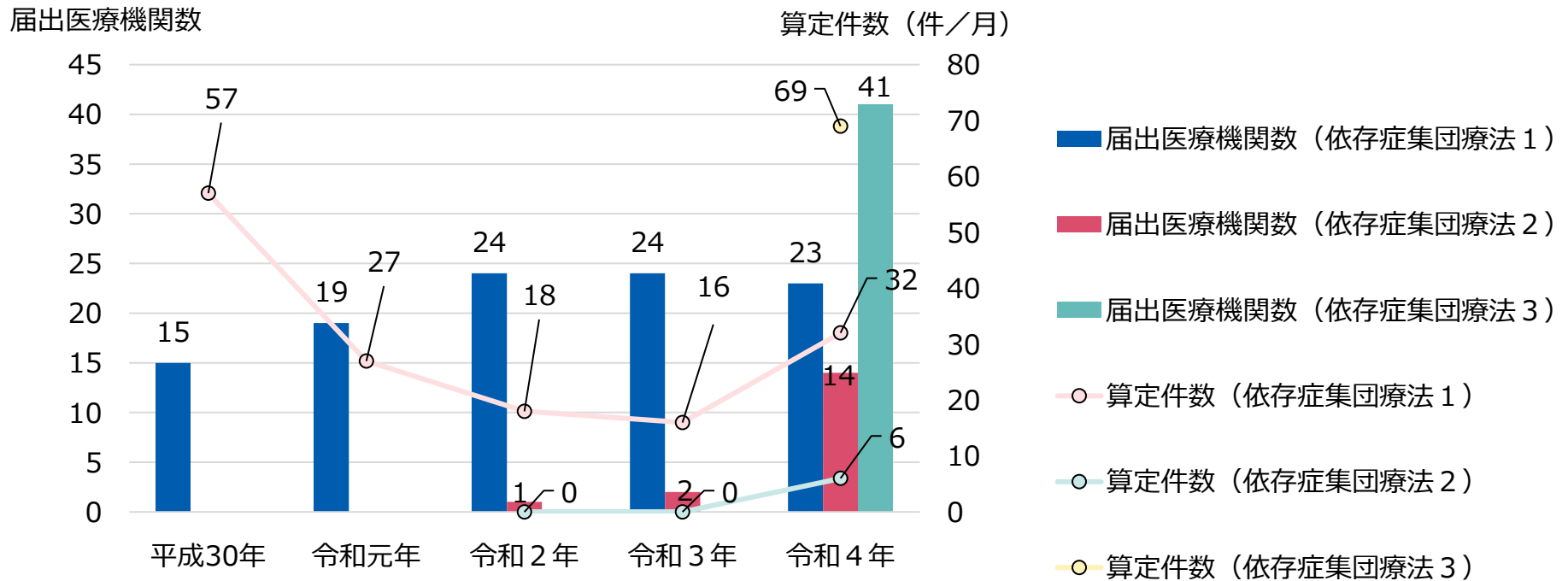
[施設基準]

(1) 依存症集団療法の施設基準

当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。

(2) ギャンブル依存症の場合の施設基準

(1)を満たし、かつギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。



1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

「犯罪被害者等施策の一層の推進について」

(令和5年6月6日犯罪被害者等施策推進会議決定)

- 犯罪被害者等施策の一層の拡充を求める犯罪被害者等からの意見・要望
- 自由民主党司法制度調査会「犯罪被害者等保護・支援体制の一層の推進を図るPT」からの提言

上記を受けて、以下の各取組について決定

1 犯罪被害給付制度の抜本的強化に関する検討

警察庁において、関係府省庁の協力を得つつ、1年以内をめどに、民事損害賠償額も見据えて、**犯罪被害給付制度に関する以下の項目**について検討を行って結論を出し、これらを踏まえて必要な施策を実施

- 算定方法見直しによる給付水準の大幅引上げ
- 仮給付制度の運用改善

2 犯罪被害者等支援弁護士制度の創設

法務省において、犯罪被害者等が弁護士による継続的かつ包括的な支援及びこれに対する経済的援助を受けることができるよう、1年以内をめどに、**犯罪被害者等支援弁護士制度の導入**に向けた具体的検討・関係機関等との調整を行って結論を出し、これらを踏まえて所要の法整備を含めた必要な施策を実施

3 国における司令塔機能の強化

犯罪被害者等施策の一層の推進のため、国家公安委員会・警察庁において、以下の取組を実施を通じて、**司令塔としての総合的な調整を十分実施**

- 警察庁の体制強化
- 犯罪被害者等施策の進捗状況の点検・検証・評価を行うための**関係府省庁連絡会議の開催**

4 地方における途切れない支援の提供体制の強化

警察庁において、関係府省庁の協力を得つつ、1年以内をめどに、ワンストップサービスの実現に向け、以下の項目について（国による人材面・財政面での支援、DXの活用も含め）検討を行って結論を出し、これらを踏まえて必要な施策を実施

- 地方公共団体における総合的対応窓口等の機能強化
- 関係機関・団体との連携・協力の一層の充実

5 犯罪被害者等のための制度の拡充等

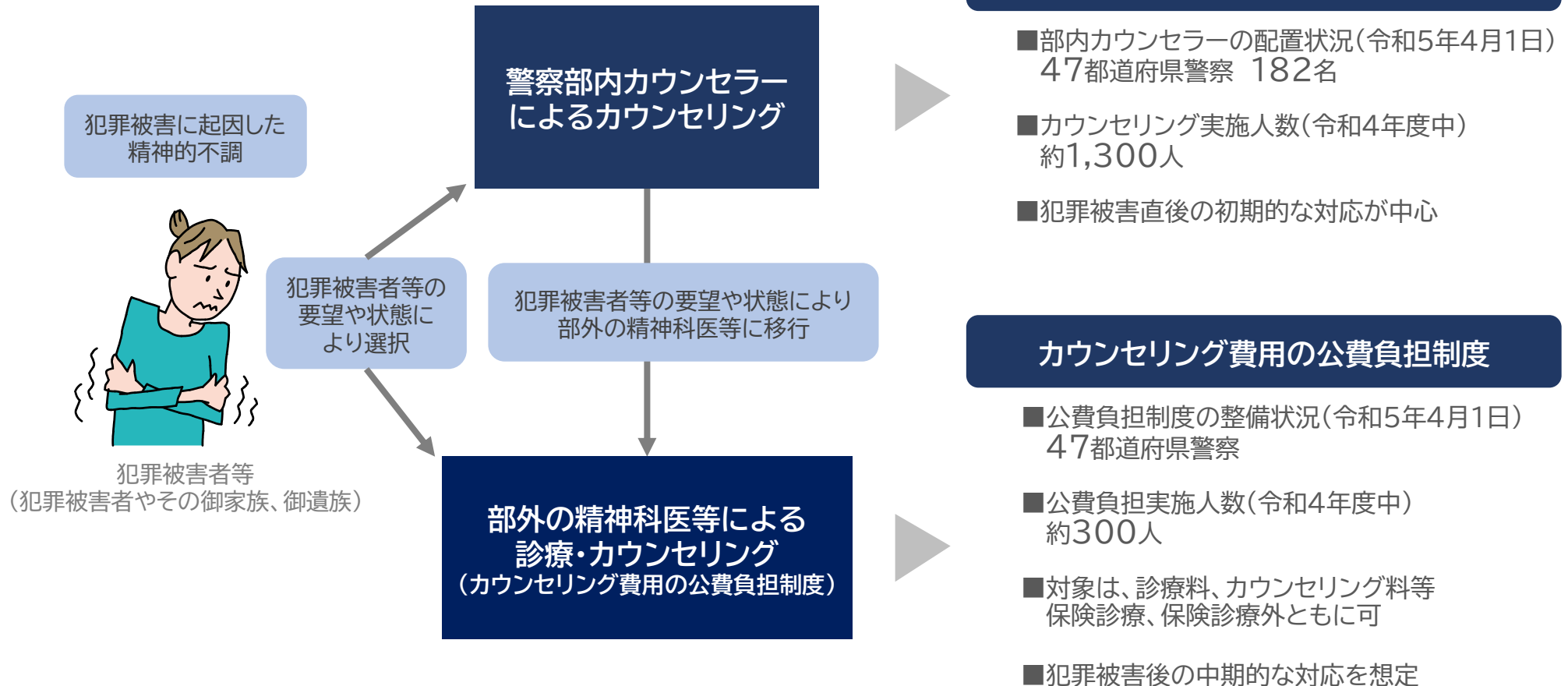
関係府省庁において、**医療・生活・教育・納税の各分野にわたる制度**について、関係機関・団体に対し速やかに通知を発出するなどし、**犯罪被害者等に配慮した取扱いを要請、又は犯罪被害者等も利用し得ることを周知**

また、**犯罪被害者等に対する質の担保された治療としてのカウンセリングの保険適用の改善**については、中央社会保険医療協議会において、令和6年度診療報酬改定に向けた議論を行って結論を出し、これらを踏まえて必要な施策を実施

警察庁によるカウンセリング費用の公費負担制度について

- 犯罪被害者やその御家族、御遺族(以下、「犯罪被害者等」という。)の要望や状態に応じて、警察部内カウンセラーによるカウンセリングの提供や、警察部外の精神科医療機関等での診療及びカウンセリングに係る費用の公費負担制度がある。

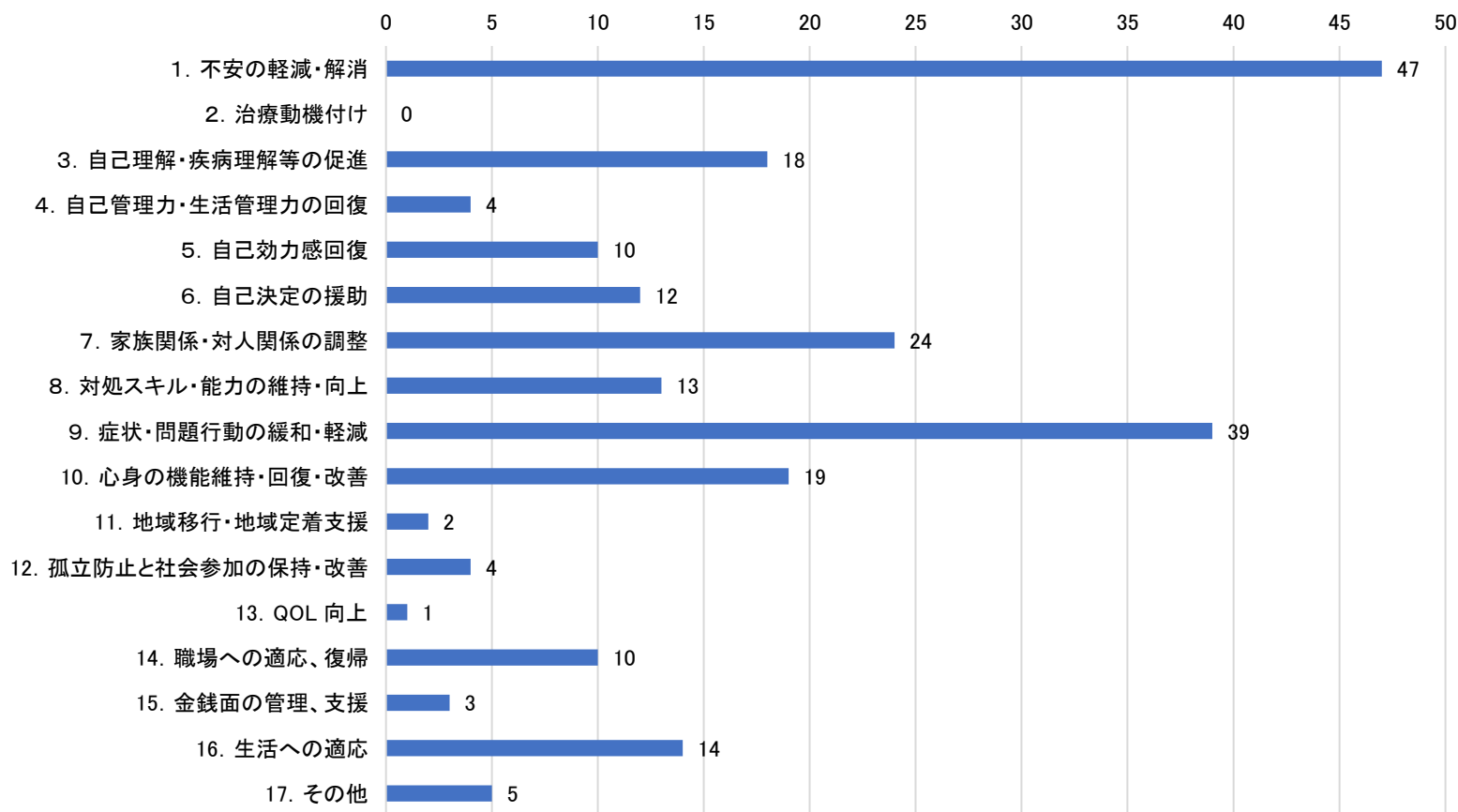
警察における犯罪被害者等に対するカウンセリング



犯罪被害にあった場合等に必要とされる心理的支援の内容

○ 都道府県警察に対して、犯罪被害者等がカウンセリングに求める心理的支援の内容についてアンケートをしたところ、犯罪被害者等について、「カウンセリングに対し、「不安の軽減・解消」や「症状・問題行動の緩和・軽減」を求めていることが多い。」と回答があった。

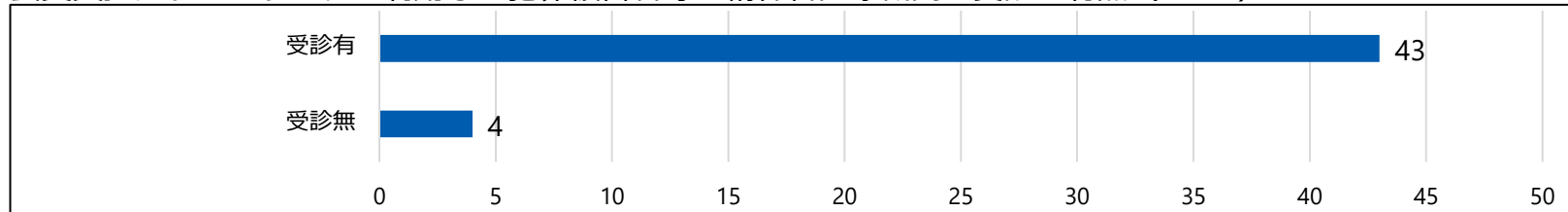
犯罪被害者等がカウンセリングに対して、どのような心理的支援を求めているか
(N=47 最大5つまで選択可)



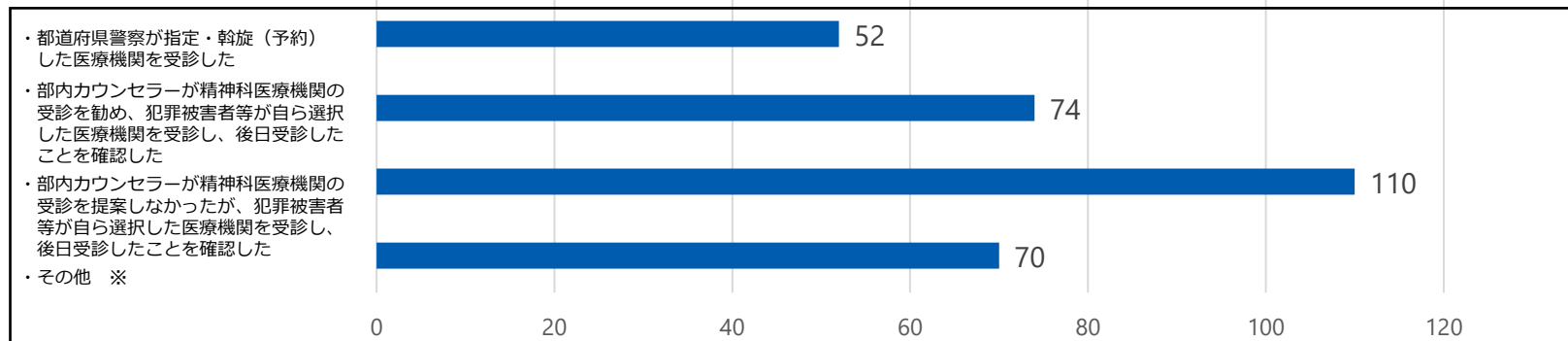
精神科医療機関の受診状況

- 公費負担によるカウンセリングについては、精神科を標榜する医療機関以外の場所でも実施可能とされているところ。
- 47都道府県警察のうち、43の都道府県警察において、令和4年度に公費負担カウンセリングを受けた犯罪被害者等について、精神科医療機関を受診した者がいると回答があった。
- 犯罪被害者等が精神科医療機関を受診する場合、部内カウンセラーが勧めた医療機関を受診するケースもあるが、犯罪被害者等が自ら医療機関を選択して受診するケースが最も多い。

■ 公費負担カウンセリングを利用した犯罪被害者等の精神科医療機関の受診の有無 (N=47)



■ 犯罪被害者等の精神科医療機関の選択方法



※その他詳細

- ・ 犯罪被害者支援センター等が勧めた病院を受診
- ・ 事件前からの主治医に継続受診
- ・ 犯罪被害による怪我の治療のために受診した病院において、治療の一環として精神科を受診した

等

公認心理師の概要

1.公認心理師制度創設の背景（公認心理師法案の提出理由）

近時の国民が抱える心の健康の問題等をめぐる状況に鑑み、心理に関する支援を要する者等の心理に関する相談、援助等の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図るため、公認心理師の資格を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

※ 平成27年9月9日成立・9月16日公布（議員立法）、平成29年9月15日全面施行

2.公認心理師とは

公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう。【名称独占】

- ① 心理に関する支援を要する者の心理状態の観察、その結果の分析
- ② 心理に関する支援を要する者に対する、その心理に関する相談及び助言、指導その他の援助
- ③ 心理に関する支援を要する者の関係者に対する相談及び助言、指導その他の援助
- ④ 心の健康に関する知識の普及を図るための教育及び情報の提供

3.公認心理師試験・登録

公認心理師試験：平成30年に第1回公認心理師試験を実施（毎年1回以上実施）

第6回試験は、令和5年5月14日（日）実施、令和5年6月9日（金）合格発表

（第7回は令和6年3月頃実施予定）合格後、公認心理師登録簿に登録されることで公認心理師となる。

資格登録者数：69,875人（令和5年3月末現在）

※ 試験事務・登録事務については、指定試験機関及び指定登録機関である「一般財団法人日本心理研修センター」が行う。

参考：公認心理師の活躍が想定される分野と公認心理師が位置付けられている主なもの等

保健医療分野：病院（診療報酬（施設基準）、がん診療連携拠点病院・小児がん拠点病院の要件に記載）など

福祉分野：児童相談所（児童相談所に設置する児童心理司の要件の一つとして記載）など

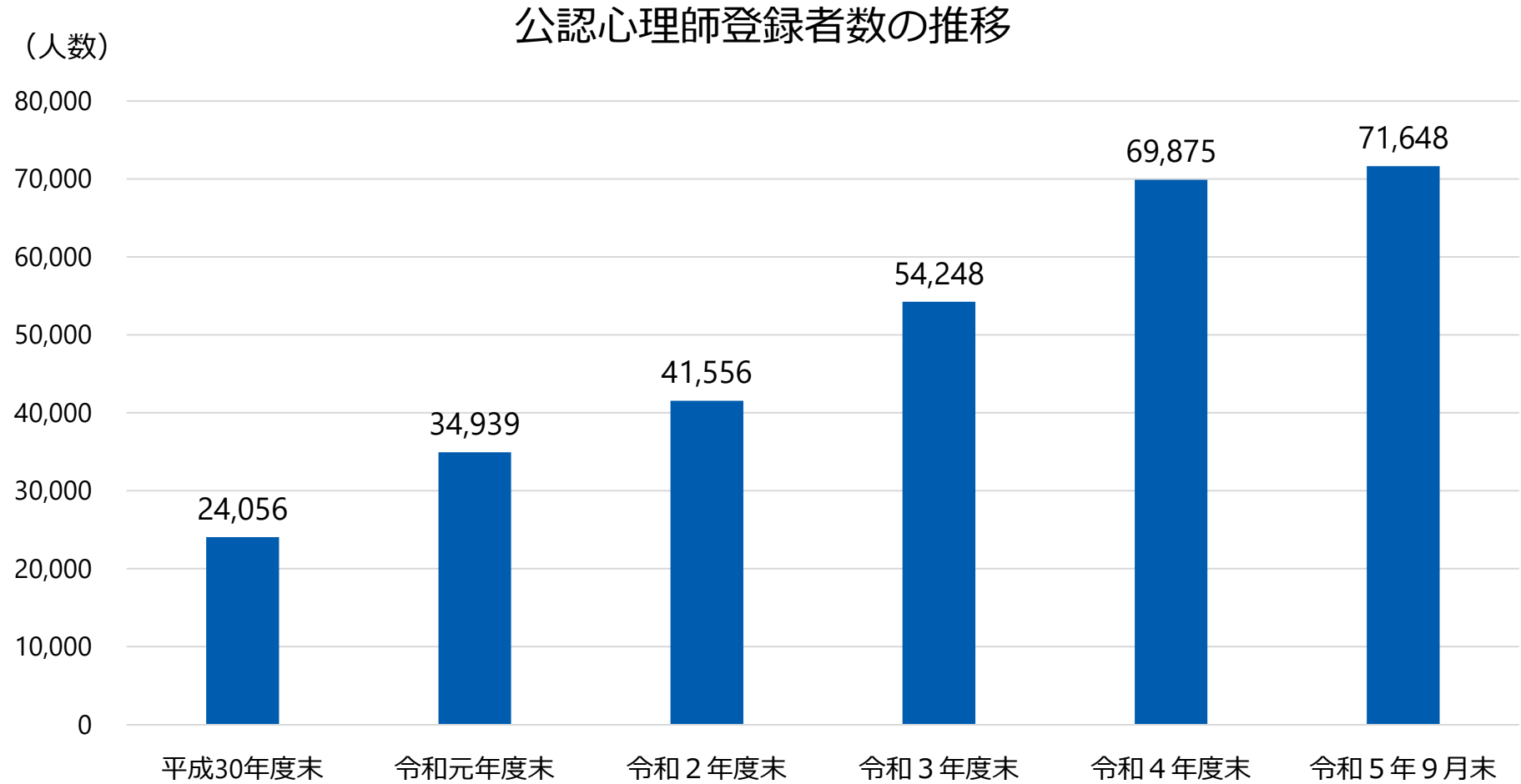
教育分野：学校（スクールカウンセラーの要件の一つとして記載）など

司法・犯罪分野：裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援 など

産業・労働分野：各事業所（事業者が行うストレスチェックの実施者の要件の一つとして記載）など

公認心理師登録者数の推移

○ 公認心理師の登録者数は増加しており、令和5年9月末時点で71,648人である。



公認心理師の配置状況について

- 令和2年に行われた、公認心理師を対象としたアンケートの結果によれば、公認心理師の約30%が保健医療分野で活動していた。
- 保健医療分野で活動する公認心理師のうち、精神科病院に勤務する者の割合は約30%、精神科が主体の診療所に勤務する者の割合は約23%であった。

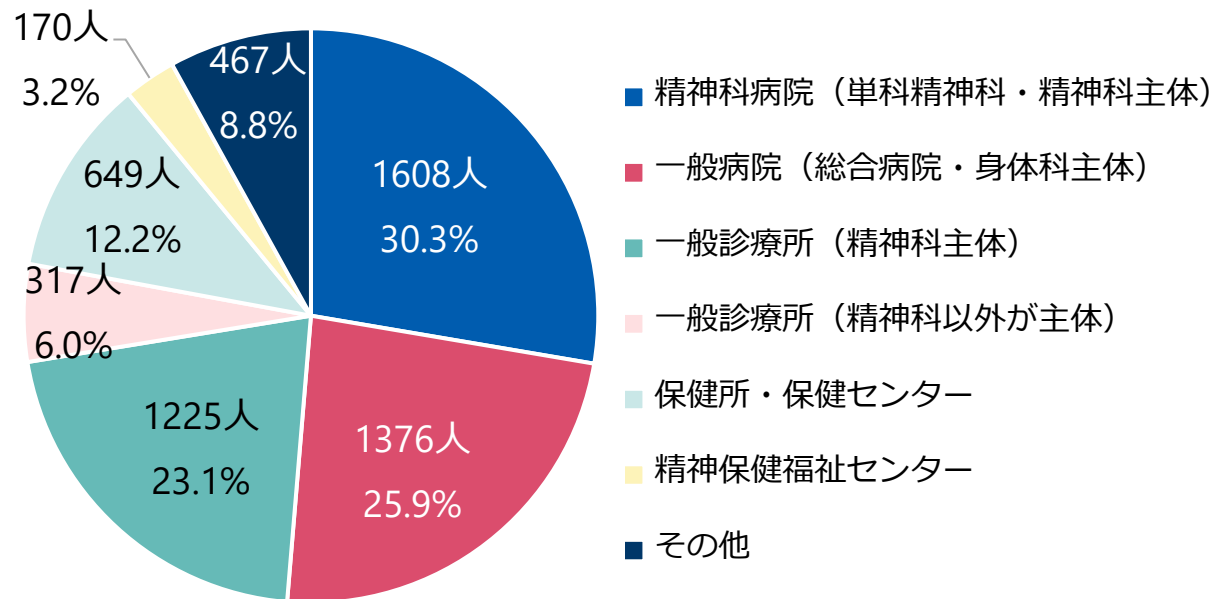
【調査概要】

調査方法：令和2年8月31日時点で、公認心理師として指定登録機関（一般社団法人日本心理研修センター）に資格登録されている35,400人に調査依頼状を送付し、同年9月1日時点での状況についてWeb回答を依頼（有効回答者数：13,688人）。

■ 主たる活動分野（n=13,000）

	人	%
保健医療分野	3,927	30.2
教育分野	3,760	28.9
福祉分野	2,775	21.3
産業・労働分野	779	6.0
司法・犯罪分野	495	3.8
その他の分野（私設心理相談機関、大学等附属心理相談施設、大学・研究所等）	1,112	8.6

■ 保健医療分野における勤務先（n=5,305）



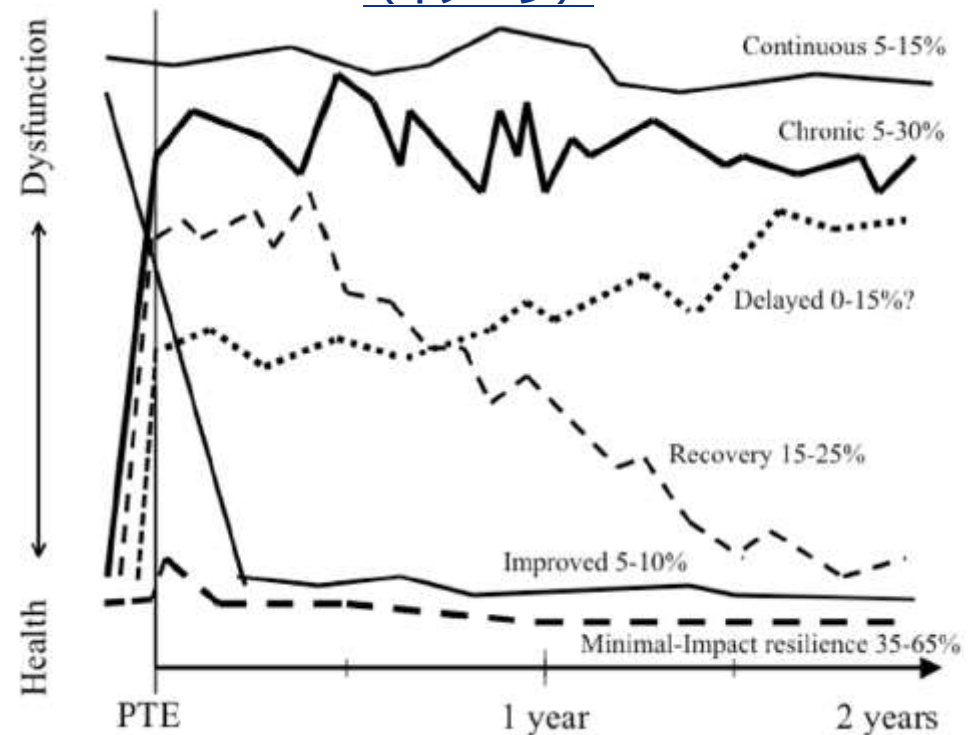
トラウマ体験について

- 2002年から2006年にかけて実施された世界精神保健日本調査のデータによれば、国民の約60%が、生涯に1回以上、生死に関わる体験、暴力被害、性的被害等の、トラウマとなり得る体験を有している。
- トラウマとなり得る体験による精神的健康への影響をみると、影響が少なく適応できるケースもある一方、機能低下が慢性化したり長期化するケース、時間が経過してから顕在化するケース等もある。

■ 世界精神保健日本調査データに基づく、トラウマとなり得る体験を有する割合 (n=1,682)

トラウマとなり得る体験	割合 (%)	標準誤差
体験なし	39.3	1.66
体験あり	60.7	1.66
戦争体験	8.7	0.9
暴力被害 (養育者、配偶者等に殴られた等)	16.5	1.15
性的被害	4.3	0.64
事故 (自動車事故、自然災害、命に関わるような病気等)	22.8	1.53
死に関わる出来事 (大切な人の不慮の死、他人の死や受傷の目撃等)	23.7	1.43
その他	13.7	1.26

■ トラウマとなり得る体験をした後の精神的健康への影響 (イメージ)



※PTE : potentially traumatic life event
トラウマとなり得る人生体験

出典: Norito Kawakami, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. J Psychiatr Res. 2014 Jun;53:157-65.

出典: George A Bonnano, Erica D Diminich. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity—trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. J Child Psychol Psychiatry. 2013 Apr;54(4):378-401

外傷後ストレス障害（PTSD）の診断等について

- 外傷後ストレス障害(PTSD)の診断には、診断基準の種類にもよるが、共通して、複数の主要症状が、一定期間持続することとされている。
- ト라우マ体験後、早期にPTSD症状を呈す場合、一部の症状が持続する場合、解離症等の他症状を認める場合等もあるため、PTSDの診断に至らない場合にも、トラウマ症状等に対する介入が行われる。

PTSDの診断基準（抄）

※成人、青年、6歳を超える子供の場合

A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E	心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害（基準B、C、DおよびE）の持続が1カ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

PTSDの症状

侵入 (再体験)	<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマ体験を今体験しているかのようにありありと思いつたり、感じたりする ・トラウマ体験に関連した悪夢を見る ・トラウマ体験を思い出したときに、気持ちが動揺する／動悸がする／汗をかく
回避	<ul style="list-style-type: none"> ・トラウマ体験に関して、思い出したり、考えたりすることを避ける 例) 思い出したくないので、お酒を飲んで忘れる ・トラウマ体験を思い出させるものを避ける 例) 過去の体験を思い出させる場所を避けて買い物に行く
認知と気分の陰性変化	<ul style="list-style-type: none"> ・持続的で過剰に否定的な予想 例) 二度と誰も信じられない、虐待されたのは私のせいだ ・関心や興味を持てなくなる 例) 前は楽しめたことが楽しめない ・他者から孤立している感覚 例) 自分と世の中との間に薄い膜があるように感じる ・幸福感や優しさなどの感情が持てない
過覚醒	<ul style="list-style-type: none"> ・イライラ感 ・過剰な警戒心 例) 現実の危険はないのに過度に警戒する ・不意に襲ってくる刺激に極端に驚く 例) 電話が鳴る音に驚き、飛び上がる ・睡眠障害 ・無謀な行動 例) 危険運転、アルコールや薬物の過剰使用、自傷や自殺行為 ・集中困難 例) 長時間の会話についていけない

トラウマ体験を有する者に対する心理的介入法について

- トラウマ体験があり、PTSD症状が認められる成人に対しては、PTSDの診断に至らない場合であっても、PTSD症状の程度等に応じて、段階的な介入や、複数の介入方法を組み合わせた協働的介入（段階的／協働ケアモデル）が推奨されている。
- 段階的／協働ケアモデルに基づく介入においては、状態に応じて、心理教育、認知行動療法的アプローチ、動機付け面接等、心理に関する専門的技法を用いた心理支援が行われる。

■ストレス関連症への予防、治療介入に関するガイドライン

(Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSDより)

	ユニバーサル介入 トラウマを体験した成人全員 が対象	二次予防的介入 PTSD症状が認められる成人が 対象
強く推奨する		・ 段階的／協働ケアモデル
場合によって推奨する		・ トラウマ重点化CBT (持続エクスポージャー療法、 認知処理療法、認知療法) ・ 短期EMDR
場合によって推奨しない	・ 個別／集団心理的デブリー フィング	
強く推奨しない		

心理的苦痛や適応の状態をアセスメントしながら、その程度等に応じて、心理支援の方法や強度、組み合わせを選択して介入する。

より焦点化された治療的介入手法。CBTは診療報酬上の評価が設けられている。

PTSDに対する治療について

- PTSDと診断された患者に対する治療方法として、トラウマに焦点を当てた認知行動療法や、持続エクスポージャー療法が強く推奨されている。
- 診療報酬上、認知療法・認知行動療法の対象患者にPTSDの患者が含まれている。

■ 推奨される治療方法

国際トラウマティックストレス学会
“Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations (International Society for Traumatic Stress Studies)”より

強い推奨—成人のPTSDの治療には、認知処理療法、認知療法、EMDR、トラウマに焦点を当てた個人認知行動療法、及び**持続エクスポージャー療法**が推奨される。

標準的推奨—成人のPTSDの治療には、トラウマに焦点を当てない認知行動療法、トラウマに焦点を当てた集団認知行動療法、トラウマに焦点を当てたインターネットベースのガイド付き認知駆動療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー、現在中心療法が推奨される。

1003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき、16回まで）

1 医師による場合 480点

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

[算定要件]

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、**心的外傷後ストレス障害**又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回に限り算定する。
(中略)
- (9) **心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法**の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔**持続エクスポージャー療法**／**PE療法**〕（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

公認心理師の心理的支援の実態

- 令和3年に実施された公認心理師による心理的支援に関するアンケート調査では、公認心理師は医療機関において、ストレス関連症の患者に対して、基本的な心理面接のスキルを活用しつつ、必要に応じて心理教育や、心理療法の理論や技法等に基づいたアプローチを実施していた。
- ストレス関連症について、心理面接にかけている時間は、50分以上1時間未満が最も多かった。

【調査概要】

調査方法：令和3年8月1日時点で、精神科医療機関で公認心理師等の所属がある部門(部署)を対象としたWebアンケート調査(依頼状送付数5,953件、有効回答1,586件)

■ ストレス関連症における心理面接の目的 (n=868、複数回答、上位抜粋)

	%
不安の軽減、解消	81.2
自己理解・疾病理解等の促進	65.1
症状・問題行動の緩和・軽減	59.7
対処スキル・能力の維持・向上	59.0
自己効力感回復	51.8

■ ストレス関連症におけるアプローチ法 (n=868、複数回答、上位抜粋)

	全体 (%) (n=868)	単独 (%) (n=65)	併用 (%) (n=759)
傾聴・支持的アプローチ	77.9	63.1	83.7
心理教育	67.5	4.6	76.8
認知療法・認知行動療法・行動療法的アプローチ	61.4	13.8	69.0
力動的・精神分析的アプローチ	30.8	12.3	34.1
認知リハビリテーション的アプローチ	1.3	0.0	1.4
その他のカテゴリーのアプローチ	7.9	6.2	8.6

■ ストレス関連症における心理面接の時間 (n=868)

時間	%
20分未満	0.7
20分以上30分未満	5.1
30分以上40分未満	13.0
40分以上50分未満	26.7
50分以上1時間未満	42.9
1時間以上1時間半未満	3.7
1時間半以上2時間未満	0.5
2時間以上	0.1
それ以外	2.3
回答なし	5.1

公認心理師による心理的支援の効果

- 通院精神療法に加えて公認心理師による心理的支援を導入した場合、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与した。

方法

- 方法：精神科外来に通院中の患者で、公認心理師による心理的支援が必要と医師が判断し、通院精神療法に加えて心理的支援が実施された群（心理的介入群：41例）と、心理的支援が必要と医師が判断したが患者の都合により通院精神療法のみ実施された群（通常治療群：31例）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較。
 ※公認心理師による心理的支援：精神疾患を持つ患者に対し、不安の軽減・解消、自己・疾病理解の促進、症状等の緩和・軽減、対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要に応じて心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせて実施
- 診察回数：（通常治療群—平均20±7回）、（心理的介入群—平均21±5回）

CGI-S（臨床全般重症度）

1.	症状なし、正常
2.	正常と病的状態の境界の状態
3.	軽度の病的状態
4.	中等度の病的状態
5.	やや重度の病的状態
6.	重度な病的状態
7.	最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）

1.	著明改善
2.	中等度改善
3.	軽度改善
4.	不変
5.	やや悪化
6.	悪化
7.	重篤に悪化

○CGI-Sの分析結果

CGI-Sについて、通常治療群と心理的介入群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、通常治療群*心理的介入群の交互作用が有意であった（ $F(1,70) = 6.388, p = .003$ ）（表1）。

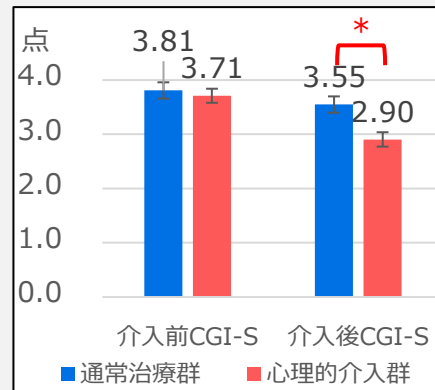
変数名	平方和SS	自由度1	自由度2	平方平均MS	F値	p値
治療群	4.900	1	70	4.900	4.318	.041*
介入前後	9.972	1	70	9.972	36.382	.000**
治療群*介入前後	2.639	1	70	2.639	9.628	.003**

▲表1 2要因分散分析の結果

下位検定を行った結果、介入前の通常治療群と心理的介入群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sにおいて、通常治療群と心理的介入群の間に有意差が得られた（ $t(140) = 3.234, p = .002$ ）（図1）。

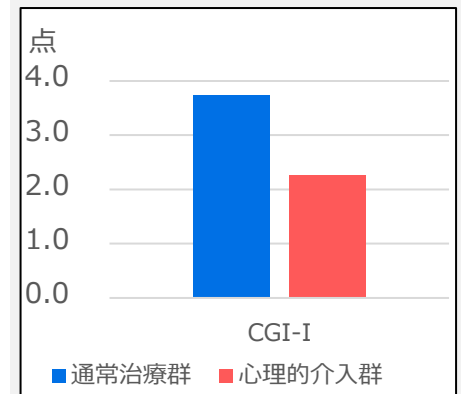
さらに効果量は1.084であり、中～大であった。

図1 介入前後における通常治療群と心理的介入群のCGI-Sの差▲



○CGI-Iの分析結果

t検定を行ったところ、通常治療群と心理的介入群の間に.05%水準で有意差が認められた（ $t(69) = 8.38, p = .000$ ）（図2）。効果量は1.929であり、中～大であった。



▲図2 両群の介入後CGI-Iの差

出典：国立精神・神経医療研究センター

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

児童虐待対応件数の現状

○ 児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。

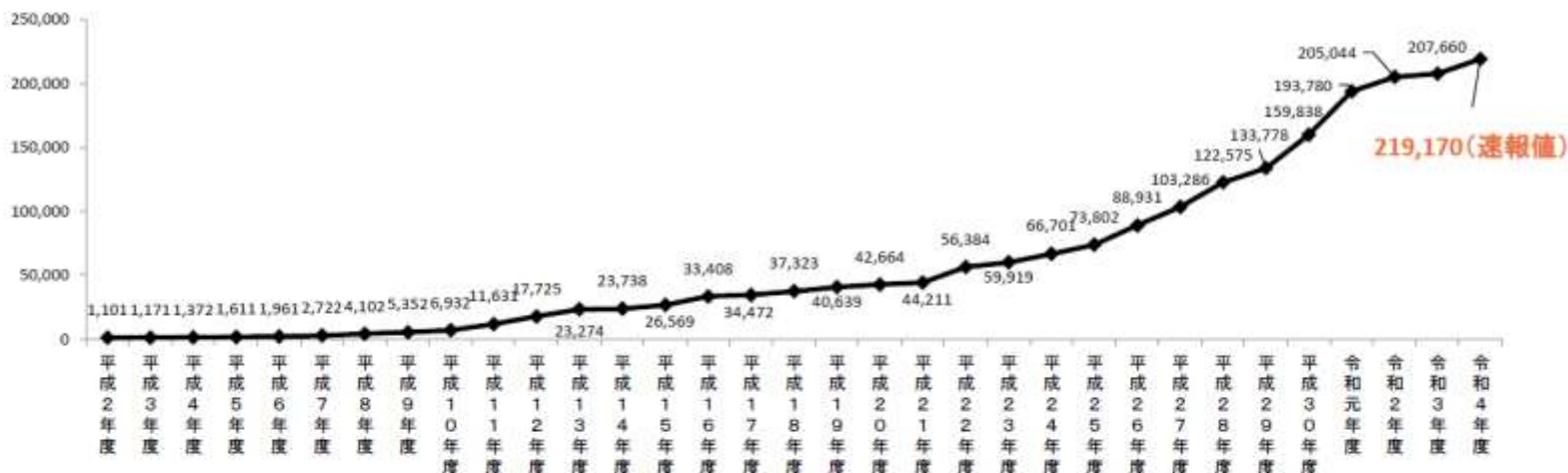
児童相談所における虐待相談対応件数とその推移

○令和4年度中に、全国232か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は
219,170件(速報値)で、過去最多。

※ 対前年度比+5.5%(11,510件の増加)(令和3年度:対前年度比+1.3%(2,616件の増加))
 ※ 相談対応件数とは、令和4年度中に児童相談所が相談を受け、援助方針会議の結果により指導や措置等を行った件数。

【主な傾向】

- ・心理的虐待に係る相談対応件数の増加(令和3年度:124,724件→令和4年度:129,484件(+4,760件))
 - ・警察等からの通告の増加(令和3年度:103,104件→令和4年度:112,965(+9,861件))
- 〈令和3年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体への聞き取り〉
- ・関係機関の児童虐待防止に対する意識や感度が高まり、関係機関からの通告が増えている。



(注) 平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度 (速報値)
件数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

- 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 養育支援体制加算 300点 (入院初日)

[対象患者]

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う

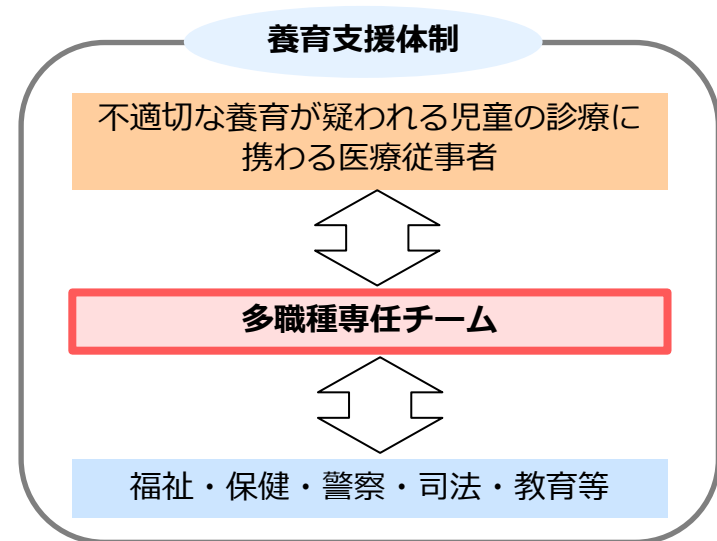
養育支援チームが設置されていること

- ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
- イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
- ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

- (2) 養育支援チームの業務

- ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
- イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
- ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
- エ 虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
- オ 養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。

- (3) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。



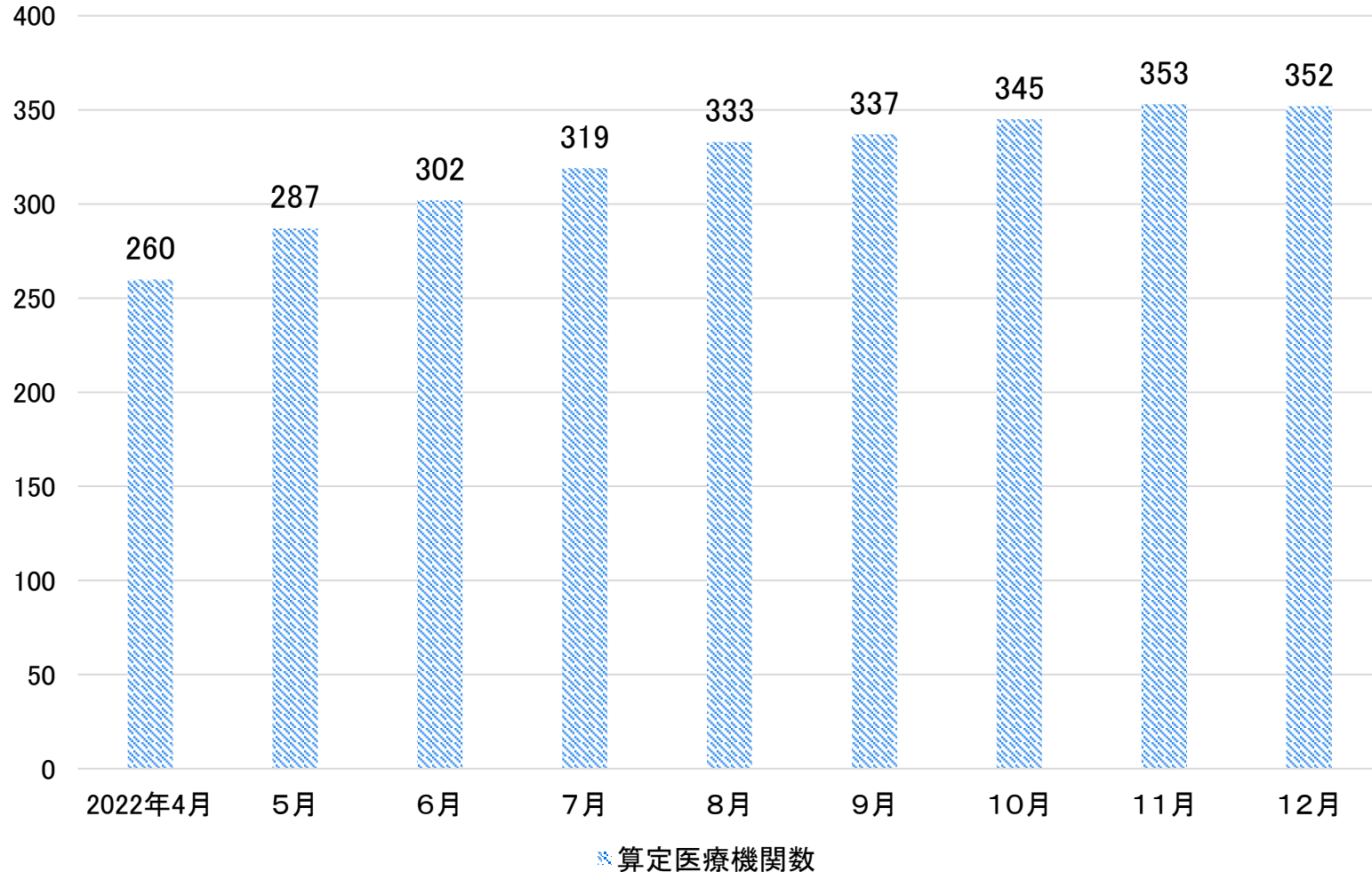
養育支援体制加算の算定状況

中医協 総-2

5. 8. 2

- 養育支援体制加算の算定状況は以下のとおり。
- 算定医療機関は増加している。

養育支援体制加算の算定医療機関



児童・思春期精神科入院医療管理料の概要

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料(1日につき) 2,995点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者について、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注2 診療に係る費用(第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

- (1) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。
- (2) 当該入院料の対象は、20歳未満の精神疾患を有する患者(精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。)である。
- (3) 当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式4又は別紙様式4の2若しくはこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。
- (4) 当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。
- (5) 児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- (6) (5)により、A103の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、「(小児入院医療管理料について)」の(8)と同様であること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

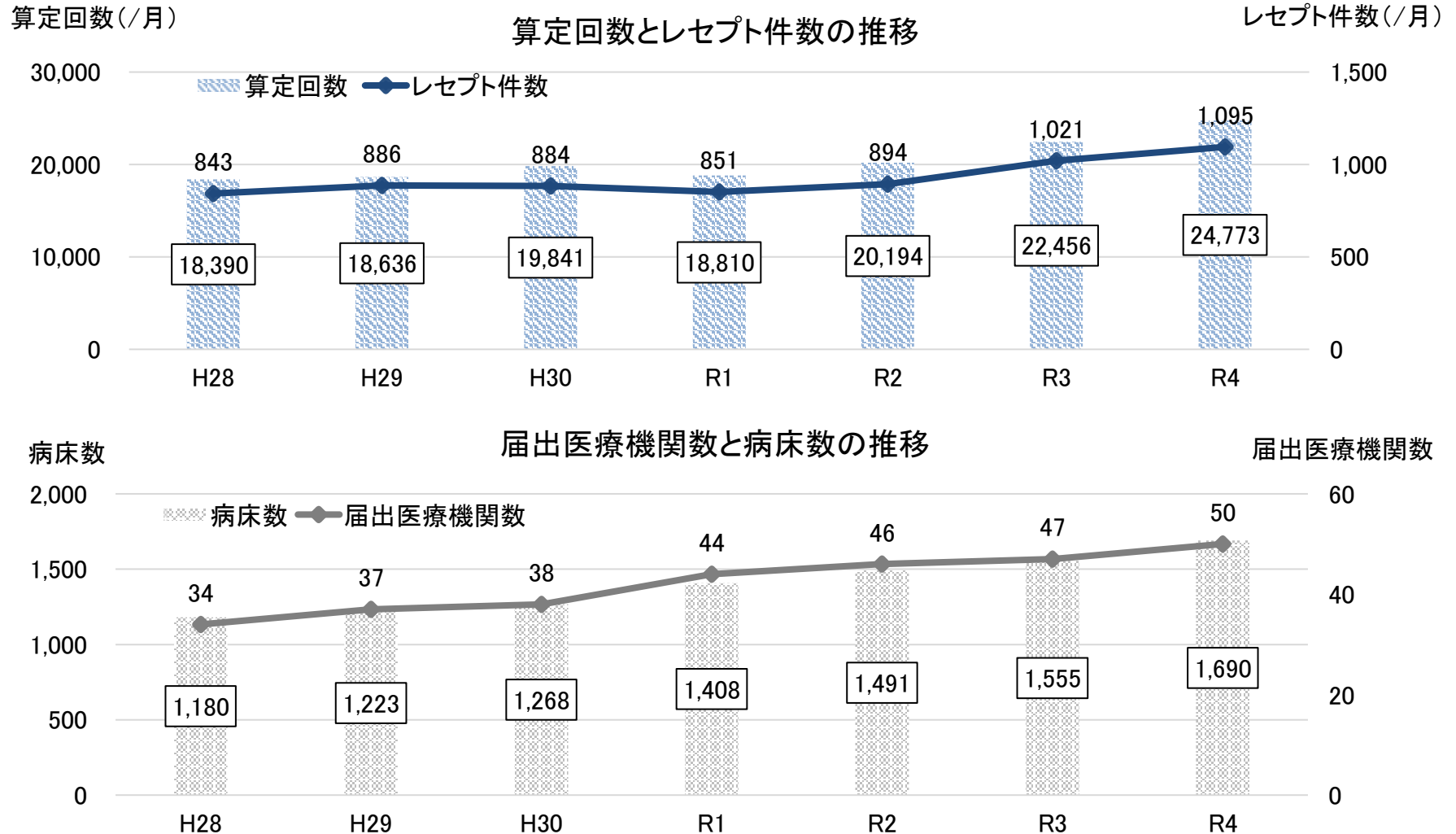
〈施設基準〉

- (1) 精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者(精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。)であること。
- (3) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、うち1名は精神保健指定医であること。
- (4) 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関内に学習室が設けられていること。
- (6) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

児童・思春期精神科入院医療管理料の算定状況等

- 児童・思春期精神科入院医療管理料の算定状況等は以下のとおり。
- 算定回数、届出医療機関数ともに増加傾向である。

児童・思春期精神科入院医療管理料の算定状況と届出医療機関数等



児童・思春期精神科病棟※¹において、虐待対策チームを設置している医療機関の一例

- 児童・思春期の疾患に対応する精神科病棟において、虐待対策チームを設置し、不適切な養育を受けている患者に介入している医療機関がある。

虐待対策チームについて

- 医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理士、事務職員で構成される
- 虐待等が疑われる患者、児童相談所やこども家庭センター等から虐待の情報が共有されている患者を個別に把握する。
- 定期的に会議を開催し、把握しているケースの情報共有とリスク判定を行う。
- 入院中に明らかとなった虐待に係る情報を把握した際は、随時臨時会議を招集し、必要に応じて児童相談所等への虐待通告を行う。

精神疾患により入院し、入院後に不適切な養育を受けていることが明らかとなった症例

【症例】 中学生女子

【入院時の診断】 摂食障害

【入院後経過】

- 「吐くのが怖い」と食事を摂らなくなり、4か月で13kgの体重減少。外来治療で改善なく、入院となった。一度改善し、自宅へ退院するも、数ヶ月の間に再度摂食量減少し、再入院となった。
- 再入院3か月目、両親から身体的虐待、暴言を受けていることを告白。

【対応】

- 院内に設置している虐待対策チームによる検討会を開催した。慎重な検討を行った上で、外部機関への情報提供等を行った。

※¹ 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出ている病棟

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進について
 - 1－1. 入院医療
 - 1－2. 在宅医療
 - 1－3. 外来医療
2. 心的外傷等に対する心理支援について
3. 不適切な養育への対応に係る体制について
4. 精神障害者に対する就労支援について

就労支援施策の対象となる障害者数／地域の流れ

障害者総数約1,160万人(※1) 中、**18歳～64歳の在宅者数約480万人**(※2)

(内訳: 身体436.0万人、知的 109.4万人、精神614.8万人)

(内訳: 身体101.3万人、知的 58.0万人、精神320.7万人)

※1 身体障害者数及び知的障害者数は、生活のしづらさなどに関する調査及び社会福祉施設等調査等による身体障害者手帳及び療育手帳の所持者数等を元に算出した推計値、精神障害者数は、患者調査を元に算出した推計値。このほか、就労支援施策については、難病患者等が対象になる。

※2 身体障害者数及び知的障害者数については18歳～65歳未満、精神障害者数については20歳～65歳未満。

一般就労への
移行の現状

- ① 特別支援学校から一般企業への就職が**約 30.2%** 就労系障害福祉サービスの利用が**約 33.0%**
- ② 就労系障害福祉サービスから一般企業への就職は、年々増加し、**令和3年は約2.1万人**が一般就労への移行を実現

大学・専修学校への進学等

障害福祉サービス

- ・就労移行支援 約 3.5万人
 - ・就労継続支援A型 約 8.0万人
 - ・就労継続支援B型 約30.5万人
- (令和4年3月)

就労系障害福祉サービス
から一般就労への移行

1,288人/H15	1.0
2,460人/H18	1.9倍
3,293人/H21	2.6倍
4,403人/H22	3.4倍
5,675人/H23	4.4倍
7,717人/H24	6.0倍
10,001人/H25	7.8倍
10,920人/H26	8.5倍
11,928人/H27	9.3倍
13,517人/H28	10.5倍
14,845人/H29	11.5倍
19,963人/H30	15.5倍
21,919人/R1	17.0倍
18,599人/R2	14.4倍

21,380人/R3 16.6倍

就職

企業等

雇用者数

約61.4万人
(令和4年6月1日)

※43.5人以上企業
※身体、知的、精神の
手帳所持者

ハローワークからの
紹介就職件数

96,180件
※A型: 21,554件
(令和3年度)

12,693人/年
(うち就労系障害福祉サービス **6,999人**)

特別支援学校

卒業生**21,191人**(令和4年3月卒)

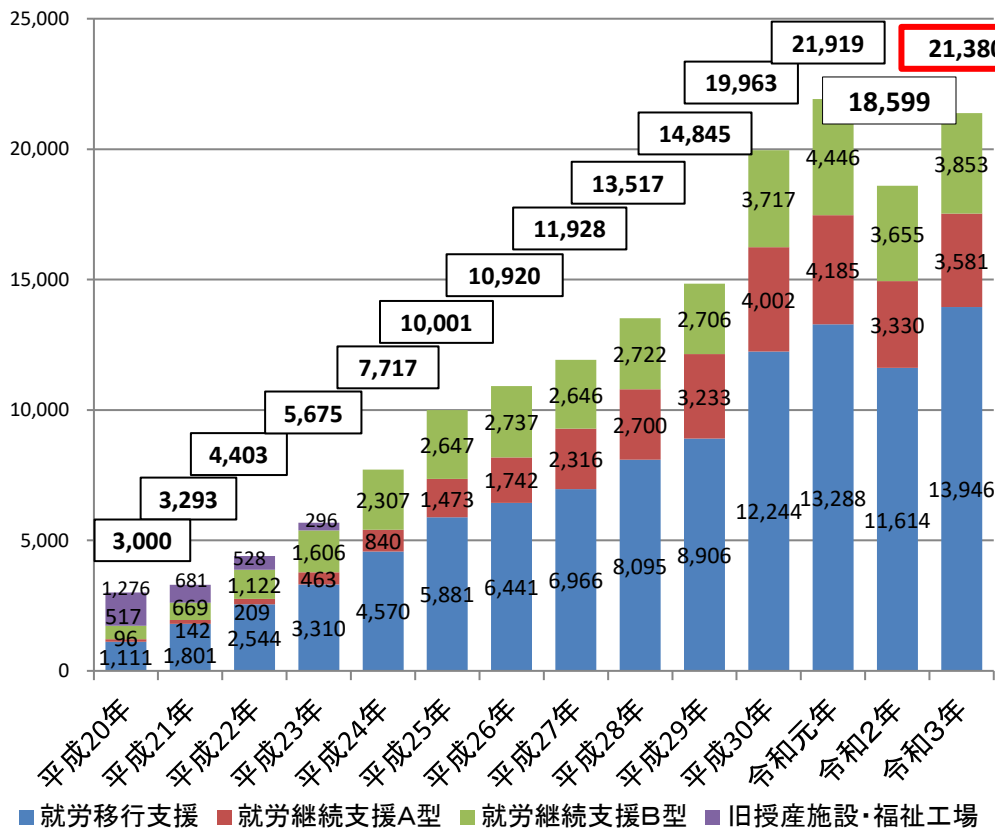
736人/年

就職 **6,390人/年**

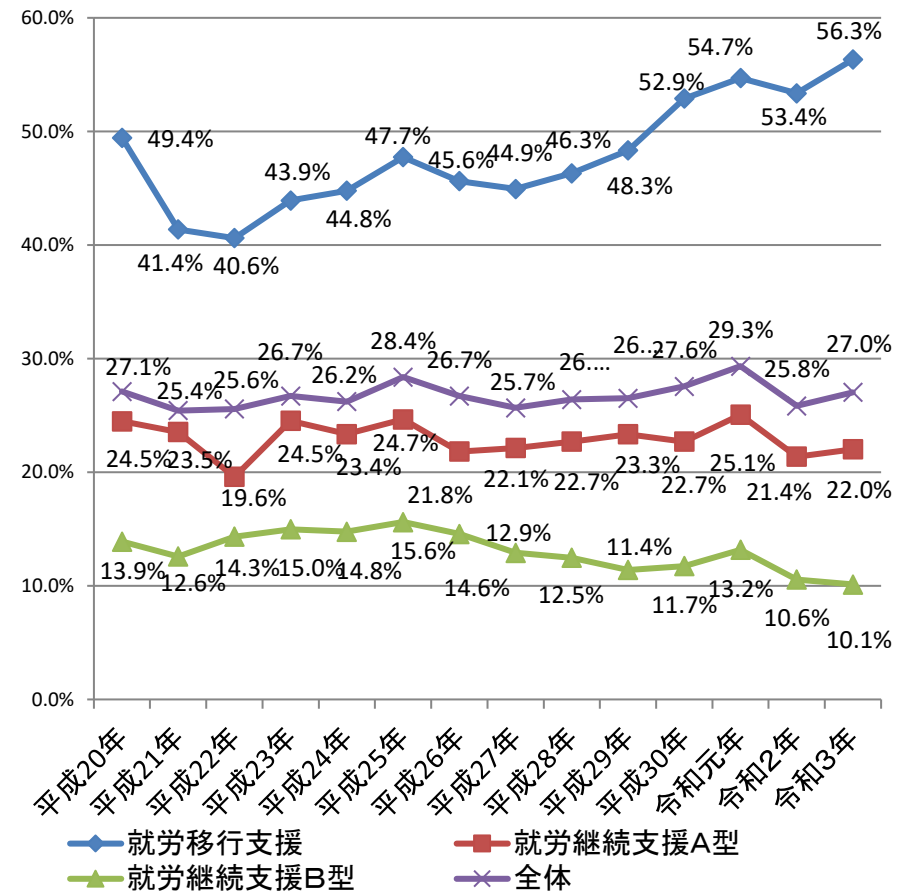
一般就労への移行者数・移行率の推移(事業種別)

- 就労系障害福祉サービスから一般就労への移行者数は、令和3年においては前年比約15%増となり、約2.1万人であった。
- 就労系障害福祉サービスの利用終了者の一般就労移行者数は、増加傾向にある。

＜一般就労への移行者数の推移＞



＜サービス利用終了者に占める一般就労への移行者割合の推移＞



【出典】社会福祉施設等調査(各年の移行者数は、当該年の10月1日時点における前年1年間の実績)

障害者総合支援法における就労系障害福祉サービス

	就労移行支援事業 (規則第6条の9)	就労継続支援A型事業 (規則第6条の10第1項)	就労継続支援B型事業 (規則第6条の10第2項)	就労定着支援事業 (規則第6条の10の4)
事業概要	<p>通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して、①生産活動、職場体験等の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、②求職活動に関する支援、③その適性に応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行う。</p> <p>(標準利用期間: 2年)</p> <p>※ 必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新可能</p>	<p>通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。</p> <p>(利用期間: 制限なし)</p>	<p>通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。</p> <p>(利用期間: 制限なし)</p>	<p>就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て、通常の事業所に新たに雇用され、就労移行支援等の職場定着の義務・努力義務である6月を経過した者に対して、就労の継続を図るために、障害者を雇用した事業所、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整、障害者が雇用されることに伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言その他の必要な支援を行う。</p> <p>(利用期間: 3年)</p>
対象者	<p>① 企業等への就労を希望する者</p> <p>② 通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者 (R4障害者総合支援法改正法により新設)</p> <p>※平成30年4月から、65歳以上の者も要件を満たせば利用可能。</p>	<p>① 移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者</p> <p>② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者</p> <p>③ 就労経験のある者で、現に雇用関係の状態にない者</p> <p>④ 通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者 (R4障害者総合支援法改正法により新設)</p> <p>※平成30年4月から、65歳以上の者も要件を満たせば利用可能。</p>	<p>① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者</p> <p>② 50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者</p> <p>③ ①及び②に該当しない者で、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている者</p> <p>④ 通常の事業所に雇用されている障害者であって主務省令で定める事由により当該事業所での就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者 (R4障害者総合支援法改正法により新設)</p>	<p>① 就労移行支援、就労継続支援、生活介護、自立訓練の利用を経て一般就労へ移行した障害者で、就労に伴う環境変化により日常生活又は社会生活上の課題が生じている者であって、一般就労後6月を経過した者</p>
事業所数	2,934事業所 (国保連データ令和5年4月)	4,415事業所 (国保連データ令和5年4月)	16,295事業所 (国保連データ令和5年4月)	1,538事業所 (国保連データ令和5年4月)
利用者数	35,315人 (国保連データ令和5年4月)	85,421人 (国保連データ令和5年4月)	333,690人 (国保連データ令和5年4月)	15,332人 (国保連データ令和5年4月)

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）

概要

障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援する新たなサービス（就労選択支援）※を創設する。

※ 障害者部会報告書（令和4年6月）を踏まえ、サービスの利用期間は、概ね2週間（最大でも2か月）程度とする

法の条文

第五条（略）

※ 第13項を新設

13 この法律において「就労選択支援」とは、就労を希望する障害者又は就労の継続を希望する障害者であつて、就労移行支援若しくは就労継続支援を受けること又は通常の事業所に雇用されることについて、当該者による適切な選択のための支援を必要とするものとして①**主務省令で定める者**につき、短期間の生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に関する適性、知識及び能力の評価並びに就労に関する意向及び就労するために必要な配慮その他の②**主務省令で定める事項**の整理を行い、又はこれに併せて、当該評価及び当該整理の結果に基づき、適切な支援の提供のために必要な障害福祉サービス事業を行う者等との連絡調整その他の③**主務省令で定める便宜**を供与することをいう。

※施行期日は、公布の日から起算して三年を超えない範囲内において**政令で定める日**

施行期日（案）

令和7年10月1日

省令の具体的内容（案）①

就労移行支援又は就労継続支援を利用する意向を有する者及び現に就労移行支援又は就労継続支援を利用している者

省令の具体的内容（案）②

①本人と協同して確認した就労選択支援を利用する障害者の

- ・ 障害の種類及び程度
- ・ 就労に関する意向
- ・ 就労に関する経験
- ・ 就労するために必要な配慮及び支援
- ・ 就労するための適切な作業の環境

②その他適切な選択のために必要な事項

省令の具体的内容（案）③

- ・ 障害福祉サービス事業を行う者、特定相談支援事業を行う者、公共職業安定所、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、教育機関、医療機関その他の関係者との適切な支援の提供のために必要な連絡調整
- ・ 地域における障害者の就労に係る社会資源、障害者の雇用に関する事例等に関する情報の提供及び助言
- ・ その他の必要な支援

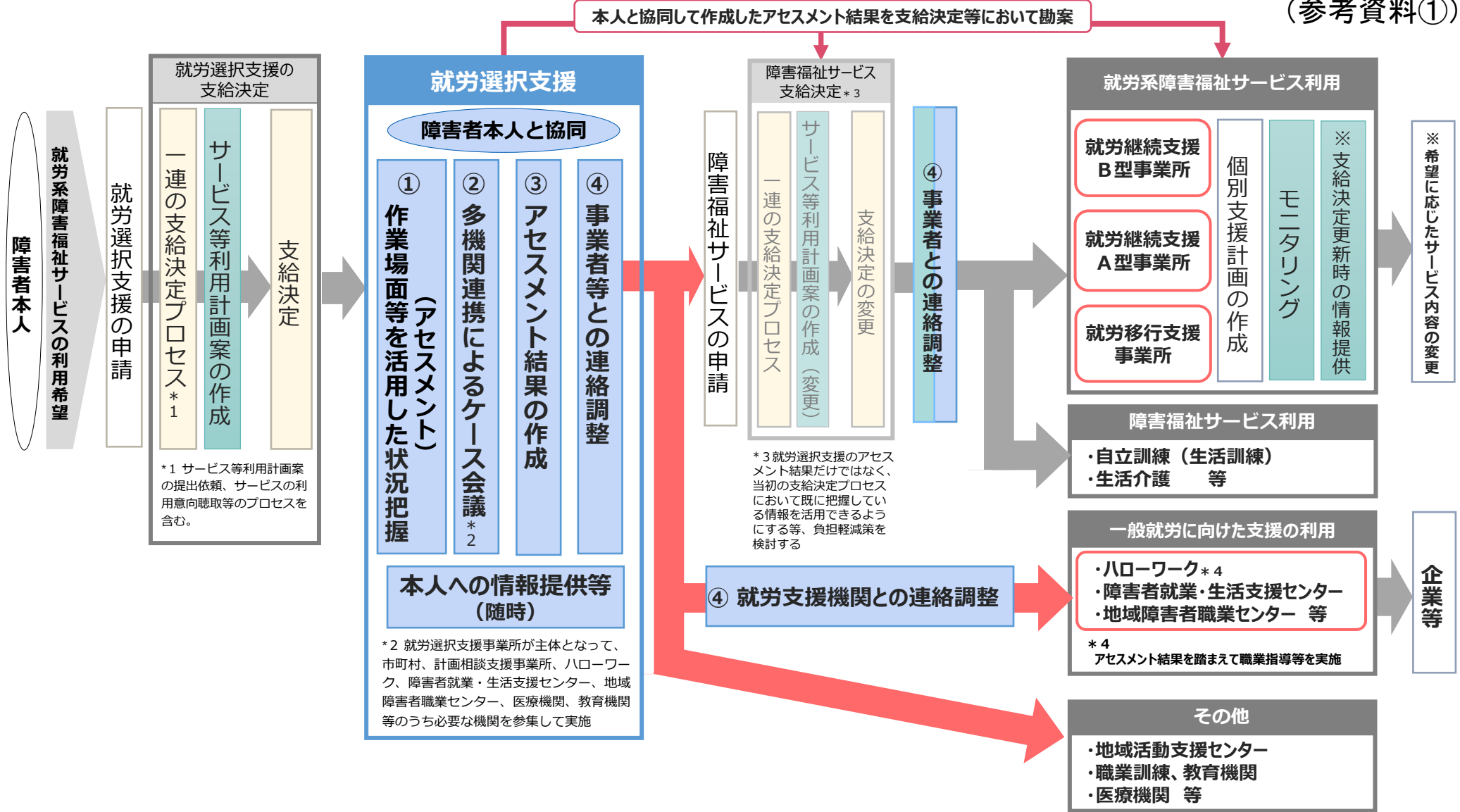
※ 支給決定期間は1か月又は2か月で市町村が定める期間とする

※ 市町村は、支給要否の決定に当たり、当該申請に係る障害者が就労選択支援を利用している場合には、その評価及び整理の結果について、勘案する。

※ 就労継続支援B型を利用する意向を有する者は、令和7年10月以降、利用申請前に、原則として、就労選択支援を利用することとする。ただし、同様のアセスメントが実施されて100いる場合や本人の事情（障害特性や病状など）等により就労選択支援の利用に困難を伴う場合を考慮する。

就労選択支援の基本プロセスについて

(参考資料①)



各プロセスの実施主体

- 市町村**
* 支給決定を担う
- 計画相談支援事業所**
* 利用者のためのケアマネジメント全体を担う
- 就労選択支援事業所**
* アセスメント結果及び地域の企業等に関する情報提供を通じて、障害者本人の選択を支援する役割を担う

就労選択支援における各機関の役割

(参考資料②)

就労選択支援事業所

- 必要な情報提供等
- 作業場面等を活用した状況把握（アセスメント）
- 多機関連携によるケース会議の開催
- アセスメント結果の作成



多機関連携による ケース会議

- 就労選択支援事業所以外の地域の関係機関とアセスメント結果を共有し、その後の適切な支援につなげていくための会議
- 複数の機関が関わることで、アセスメントの質と中立性の担保を図る
- ケース会議を通じて、本人や家族にアセスメント結果を共有することで、自己理解を促進するとともに、的確に本人の選択を支援する



ケース会議への参加
情報連携

地域若者サポート
ステーション

発達障害者支援
センター

医療機関・教育機関

その他の行政機関
その他の関係機関

地域障害者職業センター

- 職業リハビリテーション計画を策定するための職業評価の実施（より専門的なアセスメント）

ハローワーク

- 新たなサービスでのアセスメント結果を踏まえて職業指導等を実施
- 職場実習、職業紹介、職業訓練のあっせん等の支援の実施
- 就職後のモニタリング

障害者就業・生活支援センター

- 就業に関する相談支援、就職に向けた準備支援、職場定着に向けた支援
- 就業に伴う日常生活・地域生活に関する助言
- 関係機関との連絡調整

⑦事業者等との連絡調整

就労を希望する障害者 (就労継続支援事業等の利用希望者等)

(就労継続支援事業等の利用希望者等)

⑥サービスの提供

⑤サービス利用

①・⑧相談・申請

②・⑨サービス等利用計画書の提出依頼

④・⑪支給決定

③・⑩サービス等利用計画書の作成

⑫サービス利用

⑧'その他の進路相談

⑧'一般就労に
向けた相談等

⑨'就職

市町村

- 心身の状況等に関する調査
- サービスの利用意向聴取
- 計画書の受領後、支給決定

計画相談支援事業所

- サービス等利用計画書の作成
- 支給決定後、計画の作成、定期的に利用状況のモニタリング

企業等

就労移行支援事業所
就労継続支援事業所 (A型・B型)

その他の進路

【注】図中の①～④は、就労選択支援の支給決定に係る手続、⑧～⑪は、就労系障害福祉サービスの支給決定に係る手続

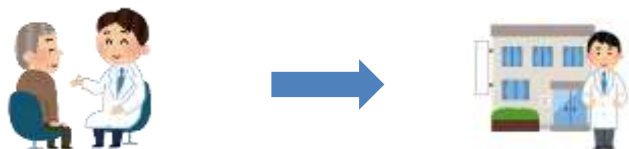
診療情報提供料（Ⅰ）概要

中医協 総-8
5. 6. 21

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

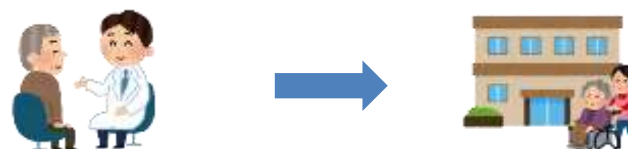
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



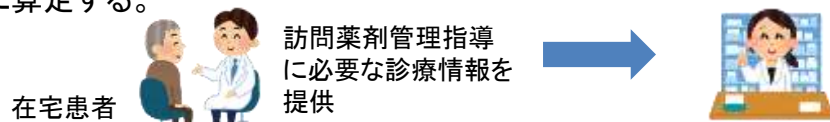
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



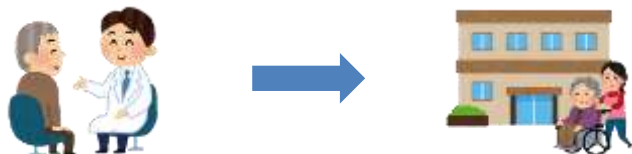
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



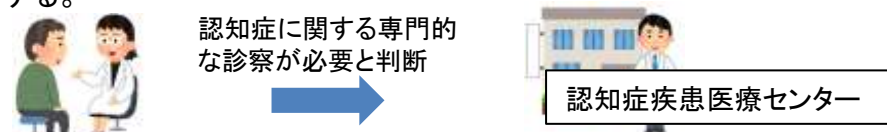
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



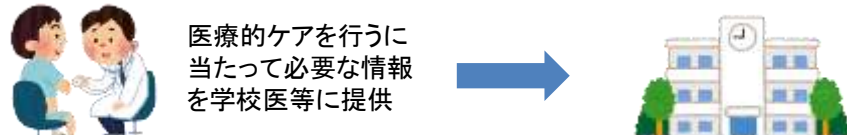
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

診療情報提供料（Ⅰ） 精神障害者施設等に提供する場合

B009 診療情報提供料（Ⅰ） 250点（月1回）

【算定告示】

4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、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に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の**社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【留意事項通知】

(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ 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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ 障害者総合支援法第5条第13項に規定する**就労移行支援**を行う事業所

オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する**就労継続支援**を行う事業所

カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム



社会復帰の促進に
必要な情報を提供



グループホーム、就労
支援を行う事務所等

就労支援に係る医療と福祉の連携の推進

障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて

～社会保障審議会 障害者部会 報告書～（令和4年6月13日）

Ⅱ 基本的な考え方

(3) 医療と福祉の連携の推進

- 障害児・者の地域生活と健康を支えていくためには、本人の希望に応じた暮らしを 実現する観点から、福祉と医療の両面からの支援・マネジメントが重要である。障害者の高齢化や障害の重度化、医療的ケア児や医療的ケアが必要な障害者、精神障害者、難病患者などへの支援の必要性を踏まえ、多様な障害特性にも配慮しつつ、保健・医療、福祉及びその他の施策の連携を推進することが必要である。
- このため、**障害福祉サービスの利用や計画相談支援をはじめとする相談支援など、地域生活や就労等の様々な場面において医療と連携した支援が適切な形で行われることが重要**であり、医療と福祉双方の従事者の相互理解の促進に基づく有機的な多職種連携の在り方について、引き続き検討が必要である。

(4) 精神障害者の地域生活に向けた包括的な支援

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰も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、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発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」の構築をさらに推進する必要がある。
- **精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々病状が障害の程度に大きく影響することから、医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保しながら、住まい、就労等に関する支援を含め、病状の変化に応じた多様なサービスを地域で切れ目なく受けられるようにし、「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、相互に助け合えるようにすることが求められている。**
- こうした取組は、地域共生社会の実現に向けても欠かせないものである。

Ⅲ 各論点について

3. 障害者の就労支援について

(2) 今後の取組

(就労を希望する障害者への就労アセスメントの手法を活用した支援の制度化)

- 具体的には、就労アセスメントの手法を活用して整理した情報に係る書面の作成・提供、関係機関（ハローワーク等の雇用支援機関、計画相談支援事業所、教育や**医療などの関係機関**等）との意見交換等を行うことにより、障害者本人が一般就労や就労系障害福祉サービス事業所などを自ら選択することや、就労開始後の配慮事項の整理等を通じて本人の能力や適性、地域社会や地域の事業所の状況に合った選択ができることを目指して、必要な支援を行う新たなサービス（就労選択支援（仮称））を創設すべきである。

精神障害者に対する医療機関と就労支援機関の連携

○ 精神障害者に対する医療機関と就労支援機関の連携の重要性や役割が以下のとおり示されている。

○ 精神障害者は、多くの場合、就労支援機関(以下「支援機関」)が実施する支援の前後を通じて精神科医療機関(以下「医療機関」)を利用このため、支援機関は、医療機関が行う継続的な治療と無関係に支援を行うより、医療機関と情報交換しながら支援することが望まれる。

相澤欽一、職業リハビリテーション(0915-0870)31巻2号 Page26-29(2018.03)

○ 多職種が医療と地域の枠をこえ患者に多面的に関わることで、患者の悩みや課題が整理され、目標が明確化するため、個々の患者に合う就労支援の提供が可能になる。主治医は、就労支援員や職場と連携を図る際には、医学的な情報を具体的に分かりやすく伝える工夫が必要である。

藤川真由、日本臨床(0047-1852)76巻6号 Page1033-1038(2018.06)

○ 医療機関の役割として、「機能評価(障害特性の的確な分析)・障害受容の促進・代償手段の獲得」、「障害特性と生活上の問題点との関連を医療機関において正確に評価し本人や家族・職場へフィードバックすること」(略)が必要とされている

池田絵美他 職業リハビリテーション(0915-0870)30巻2号 Page38-46(2017.03)

精神医療についての課題①

(精神病棟における入院医療について)

- 地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関において、提供すべき医療機能等が取りまとめられている。
- 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推進の観点から、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等を含めた医療提供体制の評価が重要とされている。
- 入院期間が3か月以上1年未満の回復期入院患者数は増加することが推計されている。
- 精神病棟における入院料は、平均在院日数又は算定期間に上限のある急性期の入院料と、それらの定めのない慢性期の入院料に大別される。
- 精神病床への入院期間が1年以上の患者について、転院や死亡退院の割合が高い。
- 入院期間が3か月を超える理由として、精神疾患の治療に時間を要する場合や、転院先、入所先又は居住先が見つからない場合が多い。
- 急性期を担う入院料について、入院日から起算して3か月が算定の上限とされているところ、3か月を超えた場合は、精神病棟15対1入院基本料や精神療養病棟入院料を算定する病棟へ転棟している。
- 精神病床において、入院後1年以内に退院する患者であっても、退院後1年以内に約3割が再入院している。
- 回復期の患者に対しては、多職種による心理・社会的治療と包括的なマネジメントの必要性が増えることが示されている。
- 入院医療から地域生活への移行の推進にあたっては、多職種の配置による質の高い医療を提供することの必要性が繰り返し指摘されているところ、精神病棟入院基本料を届け出ている病棟に多職種を配置することで、平均在院日数が短縮し、在宅復帰率が上昇する傾向がみられた。
- 入院日数の短縮及び長期入院患者の地域移行を実践している病院においては、地域生活を支援するための取組が共通して実施されている。
- 精神病棟において、看護職員等に加えて、多職種を配置している実態や、多職種による包括的ケアを実践することで、実際に平均在院日数の短縮や地域平均生活日数の増加を実現している事例がある。
- 精神病棟入院基本料を届け出ている病床のうち、DPCデータを提出している病床の数は増加傾向である。

精神医療についての課題②

(精神科在宅医療について)

- 「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として、入院外医療の提供が求められている。
- 精神疾患を有する患者について、精神症状が不安定等の理由によって通院が困難な場合、往診、訪問診療等が行われている。
- 精神科の外来通院患者に対しては、地域生活を支援するに当たって包括的支援マネジメントを実施した場合の評価が設けられている。一方で、在宅医療の患者については、包括的支援マネジメント導入基準に該当する患者が含まれる一方、支援を実施した場合の評価は設けられていない。
- 在宅において継続的な精神医療の提供が必要な者に対して適切な医療を提供する観点から、令和4年度診療報酬改定において、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者の追加が行われた。しかしながら、精神科在宅患者支援管理料1及び2のイについては、令和4年6月審査分において算定がなく、また、精神科在宅患者支援管理料の届出を行わない理由として、「対象となる患者がいらないため」等が挙げられている。
- 在宅医療の提供によって、提供前と比較して、平均入院回数や平均入院期間が減少する傾向がみられた。また、多職種による訪問支援も含めた包括的支援マネジメントが多く提供された患者を分析した結果、包括的支援マネジメント導入基準の点数が一定以上の患者において、支援の回数及び時間が有意に多かった。

精神医療についての課題③

(精神科外来医療について)

- 精神疾患を有する外来患者数は増加傾向であり、また、精神科を主たる診療科とする診療所の数についても、大都市圏を中心に増加傾向にある。
- 「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として、夜間・休日診療の提供や、在宅医療の提供、政策医療への協力、精神科救急医療体制整備事業への参画等が求められている。
- 時間外診療を行っている診療所や、精神科救急医療体制整備事業に参画している診療所の数は限られている。
- 精神保健指定医の公務員としての職務の一つである精神医療審査会について、書類審査件数等は増加傾向にある。
- 精神科診療所において、初診待機が生じている地域があり、児童・思春期等の一定の専門性が求められる場合には、さらに待機時間が長期化している実態もある。一方で、精神科診療所の中には、初診料の算定回数が少ない医療機関が存在する。
- 様々な精神疾患が思春期や成年早期に発症することが知られており、早期発見・早期介入が重要とされている。また、各国の精神保健サービスや外来医療等においても、早期介入の取組が位置づけられている。

(心的外傷等に対する心理支援について)

- 犯罪被害者やその御家族、御遺族に対して、警察部外の精神科医療機関等での診療及びカウンセリングに係る公費負担制度があり、精神科医療機関以外の場所でも実施可能とされているところ、多くの都道府県警察において、公費負担カウンセリングを受けた犯罪被害者等について、精神科医療機関を受診した者がいると回答している。また、犯罪被害者等のための制度の拡充として、犯罪被害者等に対する質の担保された治療としてのカウンセリングの保険適用の改善について指摘がされている。
- トラウマ体験があり、PTSD症状が認められる成人に対しては、PTSDの診断に至らない場合であっても、PTSD症状の程度等に応じて、段階的な介入や、複数の介入方法を組み合わせた協働的介入(段階的／協働ケアモデル)が推奨されている。段階的／協働ケアモデルに基づく介入においては、状態に応じて、心理教育、認知行動療法的アプローチ、動機付け面接等、心理に関する専門的技法を用いた心理支援が行われる。
- 公認心理師が医療機関において、ストレス関連症の患者に対して、基本的なカウンセリングスキルを活用しつつ、必要に応じて心理教育や、心理療法の理論や技法等に基づいたアプローチを実践している実態がある。

精神医療についての課題④

(不適切な養育に係る体制について)

- 児童相談所における虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。
- 令和4年度診療報酬改定において、小児入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる小児患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設した。
- 児童・思春期精神科入院医療管理料を届け出る病棟において、虐待対策チームを設置し、不適切な養育を受けていることが明らかとなった児等に介入している医療機関がある。

(精神障害者に対する就労支援について)

- 就労系障害福祉サービスの利用終了者の一般就労移行者数は、増加傾向にある。
- 令和4年12月に成立した改正障害者総合支援法において、障害者本人が就労先・働き方についてより良い選択ができるよう、就労アセスメントの手法を活用して、本人の希望、就労能力や適性等に合った選択を支援する新たなサービス（就労選択支援）を創設することとされている。
- 精神障害者施設等に提供する場合の診療情報提供料（I）の情報提供先には、就労移行支援・就労継続支援事業所が含まれている。
- 障害福祉サービスの利用や計画相談支援をはじめとする相談支援など、地域生活や就労等の様々な場面において医療と連携した支援が適切な形で行われることが重要である。
- 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に大きく影響することから、医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保することが求められている。
- 精神障害者に対する医療機関と就労支援機関の連携の重要性や役割が示されている。

精神医療についての論点

(精神病棟における入院医療について)

- 精神病床において、今後、病状の不安定さや生活機能の低下によって退院が困難となりやすい傾向にある回復期の患者数の増加が見込まれ、疾病と障害が併存する精神疾患の特性に鑑みた治療や支援を充実させることにより、新たな長期入院に至らず退院につなげることが重要とされているところ、多職種の利用による治療や支援の拡充に加えて、退院後の地域生活を見据えた在宅医療や障害福祉サービスとの連携等を包括的に行うことにより、地域移行を積極的に進める取組が進んでいる実態等を踏まえ、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入院医療のあり方についてどのように考えるか。

(精神科在宅医療について)

- 精神科の通院患者に対して、包括的支援マネジメントを実施した場合について、療養生活継続支援加算等の評価が設けられている一方で、在宅医療の患者は対象とされていないところ、精神科の在宅医療の対象患者について、精神症状の増悪や社会機能の低下により通院が困難な者であって、包括的支援マネジメント導入基準に該当する者も含まれている実態を踏まえ、在宅医療の患者に対して包括的支援マネジメントを実施した場合についても、評価の対象とすることとしてはどうか。
- 精神疾患の病状悪化等により通院が困難な場合であっても、可能な限り入院によらず地域で生活できるよう、精神科在宅医療が推進されるとともに、回復期患者の退院支援や地域生活支援においても、在宅医療を活用することが重要とされている一方で、精神科在宅患者支援管理料について、対象患者が限定的であり算定できないといった指摘があるところ、多職種チームが、入退院を繰り返す患者に対して、包括的な訪問診療を行うことで、入院期間の短縮や入院回数の減少等が可能とされていること等を踏まえ、対象患者の要件の見直しについて、どのように考えるか。

精神医療についての論点

(精神科外来医療について)

- 診療所数は増加している一方で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進に向けて求められている時間外診療や在宅医療の提供、政策医療への協力、精神科救急医療への参画等を行っている医療機関数は少なく、また、短時間の通院精神療法の提供割合が大きい医療機関が多数を占める現状を踏まえ、通院・在宅精神療法等の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 精神疾患について、未治療期間を短縮し、早期発見・早期介入を行う重要性が明らかにされている中で、精神科の診療所について、初診待機が生じていることを踏まえ、診療早期に手厚い支援を行う外来医療機関の体制について、評価することとしてはどうか。

(心的外傷等に対する心理支援について)

- 犯罪被害等のトラウマ体験後にPTSD症状を有する患者等に対して、心理面接や心理に関する専門的技法を用いた介入が推奨されていることを踏まえ、医療機関において、トラウマ体験後のPTSD症状を有する患者等に対して、精神科の医師の指示のもと、公認心理師が行う心理支援について評価を設けることとしてはどうか。

(不適切な養育に係る体制について)

- 児童思春期精神科の入院医療を実施する病棟において、虐待対策等に係る院内の協力体制等を整備した上で、多職種による虐待対策チームが、不適切な養育等が疑われる児童に対して、適切な支援を実施した場合の評価のあり方について、どのように考えるか。

(精神障害者に対する就労支援について)

- 精神障害の特性から医療機関と福祉サービスとの連携を十分に確保することが求められていることを踏まえ、診療情報提供料(Ⅰ)の情報提供先として就労選択支援事業所を追加することについてどのように考えるか。