

精神疾患に係る医療提供体制について（その2）

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. 入院医療について
2. 身体合併症について
3. かかりつけ精神科医機能
4. 初診待機
5. 情報通信機器を用いた診療
6. 「にも包括」の推進

目次

1. 入院医療について
2. 身体合併症について
3. かかりつけ精神科医機能
4. 初診待機
5. 情報通信機器を用いた診療
6. 「にも包括」の推進

前回の主な御意見：入院医療について（入院機能）

- 将来的には、救急と急性期が一つ、もう一つは、救急・急性期で退院できなかった方をケアミックス病棟のようところで地域移行を進めることが考えられる。入院以外では、看護小規模多機能型居宅介護などで、グループホームでの暮らしを支えるというのが一つではないか。
- どういう入院機能を残すかについては、一つは救急病棟、もう一つは精神地ケア病棟ではないか。精神地ケア病棟については、今の施設基準や人員配置では問題がある。
- 今後有すべき体制や機能として、地域で生活する精神障害者の方が短期入院や休息入院が必要時にできることが必要。これまで体制として議論できていない。安心して利用できる入院機能を設けていくことが必要。重症化を防ぎ、よく議論されるが長期入院の防止にもつながるため、看護小規模多機能型居宅介護も含め検討が必要。
- 地域と密着して地域の生活を支えるための病棟が必要。介護保険における小規模多機能型居宅介護のような運用で、昼間は病院又は病棟に通所される、あるいはちょっと疲れたときには数日間宿泊する、その病棟から慣れた看護師が在宅に訪問して、支援する形にすれば、ニューロングステイも予防できるのではないか。
- 地域移行を後押しし続ける病院として、精神科救急、処遇困難、災害支援、研修、人材育成、政策医療等の機能を持つような病院が必要になってくるのではないか。
- 精神科地域包括ケア病棟が新設されたが、算定した病院の大半が撤退又は撤退を考えている。今回実装してみて分かった課題に関してしっかり検証した上で、回復期の入院医療の在り方をもう一度考え直す必要がある。
- 精神科地域包括ケア病棟入院料というものが診療報酬で位置づけられたが、施設基準が厳しく、現在、手挙げが芳しくない状況。ただ、考え方としては、地域を支える病棟、特に在宅の障害福祉サービスや介護保険サービスとの密なる連携は非常に重要なので、今後そういった役割は期待されているものと考えている。
- 療養病棟については、生活の場という見方もあるが、仮に現状そのように機能していて、かつそこにいる患者さんたちが満足していたとしても、1か所に患者や障害者を集めることで、ほかの社会との交流を脆弱にしまうため、インクルーシブ社会という観点から見ると、やがては脱却すべき枠組みだと言わざるを得ない。
- 救急と精神地ケア病棟のほかに重度かつ慢性みtainな病棟がいつも問題になる。特に代表とされるのが強度行動障害の方々だが、地域との連携をつくろうとしてもできず、地域の強度行動障害の方などを見る力も弱いので、結局、疲れ果てて病院に戻り、病院に入れたらもう地域で受けてもらえなくなるといった実情がある。重度かつ慢性用の病棟をつくるということではなく、地域の障害者サービスや精神科のサービスを充実させるべき。
- 医療計画の指標例に、非自発的入院件数を新たに入れるべきではないか。

前回の主な御意見：入院医療について（人員体制）

- 質の高い入院医療や地域移行を考える際、十分な人材の確保は欠かせない。人員配置基準の見直しは課題。
- 精神科病院における身体疾患の治療や身体ケアのための体制や人材を強化することは精神科看護職として重要。現在勤務している精神科看護職や看護補助者も身体ケアの対応力を高める教育体制を構築していくことが必要。
- 患者が視力低下について訴えられず、活動性の低下につながり、転倒リスクにもつながる。今の配置では業務だけで手いっぱい。手厚い配置が必要で、結果的に行動制限の最小化にもつながる。
- 他科と同質の人員体制するため、重症度、医療・看護必要度の判定基準が必要。例えば圧の強い家族と警察官とのやりとりで医師が渋々入院させることも起こり得ると思うが、それを避けるためにも基準があると効果的。
- 地域移行の取組が進み、入院期間も短くなり3か月以内に退院される方が増えているが、3か月を超えても退院できない方もいる。ニューロングステイにならないように、多職種でのケアを進めていく仕組みが必要。
- 人員配置については、特に精神保健福祉士の役割が重要で、最近では公認心理師や身体合併症を有する方に関しては理学療法士等、より多職種でのケアが必要な方が増えており、柔軟な運用ができるような人員配置が必要。
- 精神保健福祉士の存在なくして仕事は成り立たない。病床も減っているが、従事者の数も減っている。登録者が増えても、医療施設で働くのはその4分の1。医療機関を選んでもらえず、色々な面で工夫が必要。
- 精神保健福祉士の仕事は本当に多岐にわたり、入院前から退院後までの全てを引き受け、シームレスな患者支援を行う必要がある。地域によっては人材不足でチームがつかれない場合もある。限られた人でサービスや支援を行う場合、それぞれが限られた業務だけやるわけにはいかず、多職種を含めた柔軟な発想が必要。
- 精神保健福祉士が病院に就職しない問題がある。普通のサービス事業所であればクライアントとの交流も持てて楽しいが、病院に就職するとあまりにも書類仕事や会議などが多過ぎるので、これはどこかで食い止めないと、有能な人材はなかなか精神科には来ない。
- 精神保健福祉士のやりがいはあるが、会議調整や書類作成等の雑務に忙殺され見えにくい。医療機関のDX化等が進めば軽減されるのではないかと。付随する雑務を担う事務職員等の配置等、業務の切り出しも必要だが、職員配置が必要で、難しさはある。
- 口腔管理・口腔ケアをするためには歯科受診が必要だが、歯科医師からはなかなか指示が出ないこともある。精神科の入院患者にニーズがあるのであれば、リハビリテーションや栄養に対する対策、あるいは口腔管理・口腔ケア・口腔機能向上についても、しっかりと多職種協働で取り組めるような体制が求められるのではないかと。

前回の主な御意見：入院医療について（人員体制（病床削減に伴うもの））

- 病院では人手が足りないという話をよく聞く。病床削減をしても、例えば看護師等をそのまま配置できれば、病院等における看護師等の充足率が向上し、手厚い看護等を受けられることにつながる。人員を地域に放出するよりは、病棟内の充実に充ててほしい。
- 病床削減に伴い、手厚い看護が必要な精神医療・身体ケアの両方の病棟において看護の配置を充実することが必要。身体疾患の早期発見、必要なケアが提供できるだけでなく、高齢化に伴う身体機能の低下を防ぐためのケアも実践できる。
- 病床削減に伴う人員とお金は、入院が1年未満の病院であって手厚い支援が必要なところに持っていくということを進めていく必要があるのではないか。
- 病床削減に伴い病院内の人員配置を充実することも一つの選択肢だと考える。また、入院医療中心から地域生活中心へという現在目指している方向性を鑑みると、地域で活躍する人材の確保が重要課題となるため、訪問やアウトリーチによる医療支援の場で活躍していただくことも考えられる。
- 人員の活用に関しては、予算が必要ではあるものの、審査会活動、精神医療審査会、人権擁護等の地域支援に関わってもらうことも考えられるのではないか。

前回の主な御意見（地域移行）

- 退院後の生活を踏まえた多職種・多機関との事前の調整や密な連携が不可欠。入院初期からあらゆる機会を捉え、退院を見据えて、早期に地域移行のための支援を始めることが何より重要。
- 地域の受皿となる場所をつくるため、入所施設側の理解を進めたり、社会的包摂を推進するといったことを併せて進めていく必要がある。
- 入院中、地域ともに、やはり医療・介護連携の強化を考えることが必要ではないか。
- 地域移行とは、単純に退院できればいいというわけではなく、入院中と退院後の生活がきちんとつながり、御本人が安心して今後に希望を持って退院できるということが一番である。病院や地域によって違いがあるものの、病状のせいで退院できないと思われている方もいれば、実際にある地域では十分に地域で生活ができているという実態もあるので、地域の協議会できちんと議論していただき、それが医療機関とも共有されることが必要。
- 現在の障害者の福祉サービスについては、精神科領域の知見をあまり持っていない職員が配置されていて、いろいろな問題が地域の中では起こっており、精神障害者の受皿として考えていいものか。精神障害者の人たちにとって有効なサービスがどういうものかを人員配置も含めて議論を進めていく必要がある。
- 「障害者の地域生活支援も踏まえた障害者支援施設の在り方に係る検討会」では、施設に入られている方の意思決定支援をしっかりとやるという議論であった。同じことを精神科でもしっかりと取り組む必要があるのではないか。
- 医療従事者の中には、患者に対して無理して退院する必要はないとか、退院しても地域生活は難しいという意識の人も少なくない。なぜ地域移行支援が必要なのかを医療従事者自身が十分に理解するための研修会や患者さんへの地域移行支援に対する情報提供の機会も必要。ポスターなどの掲示、OTなどでの退院への動機づけ、実際の地域移行支援によって退院した方へのピアサポーターの活用など、入院している患者さん自身が退院したい、退院できるという気持ちが持てる院内環境の整備が全国的に展開される必要がある。一部の病院では取組がなされているが、医療機関によってかなりの格差が生じているのではないか。

前回の主な御意見：入院医療について（高齢の長期入院者への対応）①

- 70～80代の長期入院者の方とそれ以外の方で、抱える問題や地域移行や入院の状態が大きく違う。特に70歳以上の方については、介護保険制度があるので、その部分をどう生かすのかを併せて考えるほうが効率的。
- 在宅に行ける人もいれば、当然施設がふさわしい方もいる。特に介護ケアがかなり重要になり、一般医療においてもリハビリテーションと栄養と口腔管理の一体的な取組が医療や介護分野では推奨されている。
- 廃用症候群や認知機能の低下、身体合併症、経済的困窮、受皿となる家族機能の低下等があるため、自宅へ戻るだけでなく、それ以外の受皿を地域でいかにつくるかということが重要。福祉施設や移行の途中となるデイケア、ナイトケアのほか、看護小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の受皿が何より必要。
- 空き家対策に関連しグループホームの活用や精神科以外の医療機関のスタッフのサポートをするのはどうか。
- 精神科病院で亡くなる方がいるのが現実で、そこで亡くならざるを得ない方たちに対して、いい治療や看取りに向けたケアなどがなされていくことも必要ではないか。病室の構造や人員配置の問題で非常に難しいところがあり、身体合併症との兼ね合いでいえば緩和ケアのようなものがどこまでできるのかということも考えなければいけない。
- 個別性を大事にするのは前提だが、70～80代の方がどんな退院生活をしたいか研究等で聞くべきではないか。
- 高齢者の長期在院患者の地域移行は施設が狙い目。退院しても適応できず戻るパターンが多いため、例えば訪問看護であれば、入院していた病院のスタッフが行き、その方の支援をするアウトリーチ的な取組が考えられる。
- 現実的に何十年も入院されている方が相当数いる中で、地域移行をするのは非常に難しい。地域の資源を活用しながら介護医療院又は特養等の介護施設で受けていくのが一番妥当なやり方ではないか。
- 長期の高齢の方に関しては、ADLの低下や身体機能の低下により、在宅に移行することが厳しい方も多い。施設を探しても、例えば有料老人ホームは非常に高額で経済的に厳しいため、経済的に困窮をしている方が退院しても生活ができるような仕組みを介護医療院のような仕組みを含め現実的な側面から考えていく必要がある。
- すでに地域移行をされた方々も現在70歳ぐらいになり、かなりADLが落ち、施設に入らなければいけない等の状況が出ている。精神障害者の高齢者が、どうしても認知症のように介護施設では扱われてしまうのでなかなか適応できない。特に統合失調症圏よりも気分障害圏の方が安定せず、結局、病院に戻ってくることがしばしば経験される。現実的な話として、精神病床を介護施設に転用するのが、余剰の施設を建てる必要もなく、一番有効なやり方ではないか。

前回の主な御意見：入院医療について（高齢の長期入院者への対応）②

- 現在の介護保険制度の各施設については、精神科領域の要素があまり十分ではなく、慣れていない方もいるため、現在長期入院をされている方が介護保険系の施設で安心して療養できるような環境整備というビジョンを打ち出していくことが、全体としても、施設整備をするわけではなく、いろいろな意味で負担の公平という観点からも適切。医療保険、入院だけではなくて、介護保険も含めて検討することが重要。
- 地域の医療資源を活用することについてきちんと議論することは必要だと考えるが、それは周りが決めることだけではなく、医療機関の経営者の方々がどのように考えるのかもはっきり確認することが必要。
- 地域移行体制を進めて病床削減を行い、完全に地域移行ができない方たちをどのようなところが受けるのか、受皿はどういうものがあるのかという議論を進めていくことが必要。その中で、地域の医療資源の活用を行うことも一つの選択肢として考える必要があるのではないかと。
- 介護医療院等、いろいろな意見が出ているが、病床をそのまま削減するのか、あるいは病床を廃止した部分を他の施設等で有効活用するのか、そういった点は今後きめ細かい議論が必要ではないかと。
- 以前の検討会のとりまとめで、長期入院者については市町村がしっかり責任を持つということを書かれていたが、実際には位置づけられていない。つまり住民を精神科病院にお願いしたままになっている市町村があって、市町村が医療機関に行き、その人がどういう暮らしをしたいのかの意思決定支援をできていないことが課題である。入院患者本人が地域に戻ることを望んでいるとは限らないが、望んでいる方もいるので、医療機関に責任を投げてしまうのではなくて、住民への支援を考える必要がある。
- 市町村が精神障害者の方を住民としてどう責任持って受け止めていくのかは非常に大事なこと。その核となるのが自立支援協議会などの活動だと考えるが、市町村などの活動に医療機関の方たちが参画することは少ない。ただ市町村にやりなさいと言うだけでは動いていけないので、医療機関との連携の取り方とか、連携が取りやすいような制度設計も考えていく必要がある。

論点

(入院機能・地域移行)

- 将来的に必要とされる精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることは前提として、例えば①救急を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能（急性期機能）と②急性期からやむを得ず急性期を超えた方にも医療を提供し早期の退院を目指す機能（包括期機能）が考えられる。一方で、現在提供されている、治療抵抗性・強度行動障害等の中長期的治療や退院支援を行うものの受け入れ先の確保に難渋する者に対応している入院機能（慢性期機能）については、将来の医療需要等を踏まえた取り組みの中において、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めていくことにより、適正化していくことが考えられるが、これらの入院機能の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- また、将来的に包括期機能を有する病院については、地域と密着して地域の生活を支えるため、小規模な病院が多職種により外来、訪問診療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することも考えられるが、このような病院の機能の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 将来的な方向性を見据えながら、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を期待された精神科地域包括ケア病棟の活用が進んでいないと指摘されていることを踏まえ、入院医療の在り方についてどのように考えるか。

論点

(人員配置)

- 精神病床において、身体的ケアや身体疾患への対応、転倒予防等にもつながるようなケアの充実、地域移行に向けた取り組みの推進等を実現するためには、多職種による配置を含め手厚い体制や研修等による質の高い職員の確保が必要となることが考えられるが、病床削減に伴う人員の活用を含め、このような取り組みの在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 特に精神保健福祉士が入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待され、病棟や入退院支援部門等に専従で勤務することが評価されている一方、医療機関に勤務する人員の確保が困難であることやシームレスな患者支援を行う必要があることを踏まえ、医療機関における精神保健福祉士の業務の負担軽減に取り組みながら、病棟や入退院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェア等の柔軟な働き方やその他の職種の活用も必要になると考えられるが、そのための方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 精神科の入院医療においても、必要に応じてリハビリテーションや栄養管理、口腔管理・口腔ケア・口腔機能向上に向けた取り組みが必要であり、多職種協働で取り組めるような体制が求められると考えられるが、この取り組みの在り方や方向性についてどのように考えるか。

論点

(高齢の長期入院者への対応)

- 一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者については介護ニーズを有する場合には、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得る。このような地域移行の取り組みを進めるうえで、障害福祉サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めていく必要がある。介護ニーズを有する高齢の長期入院者の地域移行に関する方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- なお、入院患者の地域移行に当たっては、一律に介護保険サービス等を利用することにはならず、本人の状態に応じて、各利用者との契約に基づき、希望する介護保険サービス等を提供することになる。

目次

1. 入院医療について
2. **身体合併症について**
3. かかりつけ精神科医機能
4. 初診待機
5. 情報通信機器を用いた診療
6. 「にも包括」の推進

前回の主な御意見：身体合併症について（身体合併症に係る医療提供体制）

- 精神疾患の有無にかかわらず、必要なときには高度な身体疾患の治療が受けられるような体制というのは、欠かすことができない。
- 医療本来のあるべき姿としては、精神障害があったとしても、どこの医療機関でも対応可能な体制が求められる。そこにつながる方向性としては、総合病院に精神科の設置を進めること、特に精神科医療機関が不足している地域では、重点的に総合病院の精神科設置を進める必要があるのではないか。
- 身体合併症に係るケアを受けられる体制は地域特性に左右されてしまう。
- 医療提供体制の観点から、身体合併症患者への対応を平素からしっかりと都道府県において議論していくことが重要。都道府県においては、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議、医療計画の検討の場など、たくさん議論する場があるので、そういった中で、精神医療についても十分に議論を行っていくことが重要ではないか。
- 新たな地域医療構想等に関する検討会では、人口100万人以上の大都市部、人口50～60万人程度の地方都市部、人口30万人未満の人口の少ない都市部等に分けて、人口規模別にどのように高度急性期、急性期、包括期、あるいは慢性期、それぞれの医療提供体制をどう考えていくのかを議論している。精神医療の場合、県全域が精神医療圏の場合もあり、各地域において精神科医療の社会資源というのはかなり差異もあるため、まずは自らの地域においてこういった体制がいいのか、身体合併症患者への対応をどこでどうするのかをしっかりと議論していくことが必要。
- 地域医療構想の中で必要な病床を調整会議等で検討していただき、機能を維持していくことを考えていく必要がある。
- 理想を言えば、すべての医療圏域で身体合併症病棟があるといいが、そうもいかないのが、役割分担とトリアージを進めていくのがよいのではないか。
- 身体合併症については、精神科救急学会などでも取り上げられ、並列モデル、縦列モデルとある。並列モデルは精神病床を有する総合病院であり、縦列モデルは、とにかくピストンで受診を縦横無尽にできるようにする。今もやっているとは思いますが、よりできるようにする以外にはないと考える。

前回の主な御意見：身体合併症について（精神病床を有する総合病院）

- 精神科病床を持つ総合病院が減ってきていることを危惧しているが、多くの病院で収支が赤字に傾いていることもあって、不採算部門の精神科を縮小という流れが目立つ。国立病院機構のヘッドクォーターがある東京医療センターに精神病床がなくなったという、ちょっと信じ難い状況も発生している。そこまでの病床数が必要ではないと思うが、地域には総合病院の精神科病床が何床かは必要で、それを守っていかなければいけない。
- 診療報酬で急性期充実体制加算が設定されて以降、総合病院の精神病床が減ってきたという経緯もある。次回の診療報酬改定での議論になるかと思うが、総合病院の精神科病床を拡充していかないと、身体合併症にすぐさま対応がしづらいという状況もある。そういった観点で、医療計画の検討をする必要がある。
- 総合病院の精神科病床が減っているという状況であり、なくなったら大変なので危機感を持っている。各地域によって病院の社会資源が全く違うため、一概に決めることはできないが、例えばどのぐらいの数が必要かということはある程度計算できないか。例えば精神障害者が何人いるかは分かっているので、その人たちが身体合併症を発症する率は、もしかしたら一般人よりは高いかもしれないけれども、人口割合で何%と出るので、何人ぐらいの身体合併症が発生するとか、あるいは摂食障害、自損事故の重症者、脳炎等の器質性精神障害などが年間何件ぐらい発生しているというのは出せるのではないか。それによって県単位でいいと思うが、県でどのぐらいの総合病院の精神科がいるかというのは算出できるのではないか。
- 例えば精神科の症状が重篤で入院が必要である方が、高度な身体疾患の治療を受けなければいけない場合、どうしても身体合併症に対応できる病床が必要となる。その場合は総合病院の精神病床がなくなってしまっただけでは困るので、都道府県においてどのぐらいの精神・身体合併症の病床数が必要であるかということは、数値を出していただきたい。少なくとも何床はキープするという決まりが必要ではないか。
- 総合病院であれ、精神科病院であれ、医療機関の身体合併症のトリアージ機能をどうするかということに尽きる。患者の重症度や病期に加えて、本人の意向を十分に踏まえた上で、受血提示をする窓口が必要になってくるのではないか。患者は高齢化しており、急性の合併症だけではなくて、生活習慣病についても丁寧な処置や対応が求められる。慢性期の患者さんの合併症のケアに係る負担も年々変化して増えており、その評価についても検討をしないといけない。

前回の主な御意見：身体合併症について（身体合併症に対応する精神科病院）

- 1年以上入院が減り病床減少の一途だが、一方で高齢者が増え、併存する身体疾患のケアが求められている。
- 精神科入院者への身体合併症への対応としては、他科の医療機関との連携によって、地域にある医療機関同士で情報共有をしながら、ほかの病院からの往診も含めて、通院や転院の体制がスムーズに取れる体制づくりが必要ではないか。
- 近くにある一般病院と精神科病院の連携であれば、実際に行き来することができるかもしれないが、遠くにあるところとは難しいため、病院間でのオンライン診療やコンサルテーションもできるよう考えていく必要がある。
- 身体合併症に対応できる精神科病院の人員体制の見直しも必要ではないか。
- 精神科病院には、内科の非常勤の医師などに対応してもらうのがいいのではないか。
- 精神科病院で働く若手の精神科医は、初期研修で内科、外科を回ることが義務づけられ、以前に比べるとはるかに身体疾患の治療能力は高い。特に専門家を呼ばなくても、ある程度の治療はできるようになっている。ただ、それでも専門的な治療が必要なときには、専門家の治療が受けられるような体制というのは必要。
- 若手の精神科医は身体疾患も経験し診ることができるので、精神科病院においてもそれなりのことはできると思うが、それによって精神科病院が総合病院になるわけではないので、内科医や歯科医、非常勤のドクターが勤務することも大変重要。
- 内科医がいればいいのではなくて、全体を診られる総合診療医がいない。総合診療医の議論を聞いていると、僻地の病院等で働くタイプと、都会の家庭医として在宅診療をするタイプと、二つの方向性がある。そういう中で、精神科病院も僻地医療と同じように混ぜていただくのがよいはないか。
- 身体合併症への対応能力を高める必要があり、特定看護師という話も出ているが、精神科病院にも総合診療医が勤めやすくなるような仕組みをぜひ考えていただきたい。
- 現状では身体疾患を診られる精神科病院の需要が高い。透析ができ、精神科の入院医療ができる病院が数少ないという従来の枠組みに対して、例えば、身体科の方で入院医療を提供し、精神科医が身体科の病棟まで訪問すること、精神科に入院しながら身体科の外来を受診できること、これらが円滑に可能となるような仕組みの整備やこれらを困難としている仕組みの見直しが必要ではないか。身体疾患を診られる精神科病院が担ってきた医療機能は不要となり、病床のダウンサイジングにもつながるのではないか。
- 精神科病院と一般病院の外来で入院患者を診てもらったり精神科の医師が他の病院を訪問して診療をすることが自由にできればいいが、費用面での制約があるほか、施設基準において、例えばスーパー救急であれば常時3人の指定医がその病棟に配置されている必要があるなど、行きたくても行けないという実情がある。

前回の主な御意見：身体合併症について（身体合併症に対応する人材の確保）

- 精神科領域に関する専門性の高い看護師の活躍の場を増やしていくこと、専門性の高い看護師を増やしていくことが大切。
- 精神・身体合併症の患者の対応の中で、精神看護専門看護師はコンサルテーション機能を果たしていて、専門性の高い看護師とともに協働・連携することで患者の状態に応じた質の高い医療や看護が提供できるので、看護職間の看看連携をさらに進めることが重要。
- 一般病院と精神科病院がいかに連携していくかという方法論を整理していくことが重要であり、実際に連携しているところはあるけれど、医師が連携するだけではなく、専門看護師や公認心理師の方が病院間で連携するスキームが今後必要。また、身体科病棟で精神科の患者さんを診ていく、あるいはその逆の状況で、実は身体科の治療ができては精神科の治療ができては、看護がなかなか難しいという状況もしばしばある。そういうところは専門看護師の方の看看連携でカバーしていくことも必要。
- 高度な専門性を持った精神科の看護師の働きは重要であり、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、医師がチームになってリエゾンとして回り、身体科と精神科をつなぐという役割をもう少しうまくやっていけるという、人員の都合で難しいところはある。
- 精神科病院の中でも精神科のスタッフが身体科のほうをある程度勉強している看護師、糖尿病の慢性疾患の専門看護師、糖尿病療養指導士を持っている看護師のほか、栄養士などで資格を持っている方がいるので、多職種を活用しつつ、精神科病院の中での身体科医療の診る力を上げていくことや逆に身体科で精神科の対応を向上させる研修等の取組を相互交流としてできるのではないかと。
- 認知症においては、医療従事者向けの対応力向上研修をはじめ、かなり充実した研修がラインナップされているが、それと同様に、精神疾患、あるいは障害者の対応力向上研修を医療従事者向けに充実していくことが必要ではないか。
- 総合病院が精神科病床をもつことの意義として、医療提供体制だけではなく、教育体制としても非常に重要な役割を担っている。精神科医が総合病院で診療することによる教育的効果であるとか、看護師等が勤務することによる教育的効果を考えると、診療提供体制以外での人材育成という観点からも、総合病院の精神科を考えていく必要がある。

前回の主な御意見：身体合併症について（精神科医療を特別視しない取組）

- どのような病気であっても、命に関わるような局面を迎えたり、回復後の生活に大きな課題を残すような状況に直面した方にとっては、精神的ケアが必要になる。そのことを考えても、総合病院に精神科医が存在することは、他の診療科にとっても大変意味があるし、精神科医療が特別視されることを解消することにもつながるのではないかと。
- 身体合併症対応に際して課題になるのは、医療者による偏見の問題であり、全ての医療関係者に精神疾患の知識のみならず、人権意識を高め、精神疾患・精神障害への偏見を持たない医師・医療関係者の養成に力を入れることが必要。現状では精神障害のある人が地域で身体合併症等の治療を受ける際に、医療者によって対応に大きな違いがあるという体験する。ある医療者は統合失調症と聞いただけで、門前払いの対応をする場合がある。
- 医療者の偏見については、初期研修制度が始まり、医学部では精神医学がコアカリキュラムの一つに位置づけられ、かつてよりよくなっており、一般病床である程度の精神疾患を持たれた方を受け取ってもいいという流れは生まれてきている。しかしながら、精神疾患を持っている患者の治療をして大変だったという経験をしてしまうと、その先が続かない。だから、生涯教育の中で、持続的に精神疾患への偏見をなくす取り組みが必要。総合病院の精神病床がないところでもリエゾン精神医学において、身体科の先生方が困らない体制をつくり、患者が高度な身体疾患治療を受けられるようにしていく必要がある。
- 外来患者において身体合併症があるからといって、治療を断られたということはない。精神疾患があるイコール身体合併症をなかなか診てもらえないというイメージをつくるのは、偏見を助長することになるため注意が必要。
- 精神疾患があることに対する偏見を助長させないように、近隣の病院と良い関係を構築する、診てもらえるところとコンタクトを取ることもしていくべき。

論点

- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、都道府県は医療計画において地域の実情に応じた身体合併症に係る医療提供体制の整備を行うこととされ、診療報酬上の加算等の算定施設数等を参考に課題を検討し、目標を設定することとしている。他方で医療需要を踏まえた検討をするべきというご意見もあったことや、身体科の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場等を活用し、医療機関の役割分担を明確にすることが考えられるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を策定するにあたっては、精神病床を有する総合病院の役割が大変重要であり、精神病床を有する総合病院の確保を適切に実施する必要があると考えるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応や、身体ケアを要する慢性期の患者が多くなってきている実態があり、精神科病院において内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師を活用すること等が必要と考えるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を推進することが考えられるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 身体科病棟の入院患者に対応する精神科リエゾンについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されると考えるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。

目次

1. 入院医療について
2. 身体合併症について
3. **かかりつけ精神科医機能**
4. 初診待機
5. 情報通信機器を用いた診療
6. 「にも包括」の推進

前回の主な御意見：かかりつけ精神科医機能（名称の取り扱い）

- かかりつけ精神科医機能については、かかりつけ精神科医機能としての位置づけの部分と精神科医療機関として対応する機能があり、その両方をしっかりやることができる機能という位置づけとして議論してきたもので、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を名称として考えていくのが分かりやすいのではないかと。
- かかりつけ精神科医療機能については、名称問題で混乱をしているので、中身をそんなに変える必要はないと思うが、身体の方で議論されているかかりつけとは概念的に異なるので、名称変更がよろしいのではないかと。
- かかりつけ精神科医機能の名称変更として、例えば包括的保健福祉連携医など、違う名称をつけて、いわゆるかかりつけ医とは違う機能として位置づけていただきたい。
- かかりつけ精神科医機能の名称については見直しを行うことに賛成。にも包括検討会の際にすごく分かりやすいこの言葉が使われ、一言で言い表せてよかったと思っていたけれど、変更したほうが今後にとってはいいと思う。
- かかりつけというと、普通はかかりつけ医という医師のイメージなので、かかりつけ医機能を持っている精神科医療機関というのは複雑。患者側もかかりつけの先生はこの先生だと理解しており、心理的に特定の主治医にかかっているというイメージではないかと。
- 年明けには精神科病院でもかかりつけ医機能報告を実施するという状況の中で、別のかかりつけ医と言われても分かりづらい。地域包括ケアシステムの中でこういう医療機関が求められるという中で、かかりつけ精神科医という言葉が出てきたと思うが、あえて名前をつける必要はない。

前回の主な御意見：かかりつけ精神科医機能（かかりつけ医機能報告制度との関係）

- かかりつけ医機能は、診療科横断的に全ての診療科に共通の用語である。かかりつけ医報告制度においても、特定機能病院以外の全ての医療機関が報告することになっており、1号機能の40疾患には精神疾患も当然含まれている。
- 夜間休日の診療対応は手厚い人員のための予算確保をしていかないと難しい。かかりつけ医機能のうち精神科病院の特有な内容に関しては、精神科領域のほうが先行している地域包括ケアにおける関係機関との連携を今の延長線上でやっていくべきではないか。
- かかりつけ精神科医機能で示されている機能については、精神科医療以外のかかりつけ医機能と全く同様になっているため、かかりつけ精神科医機能という言葉については、今後、見直しが必要ではないか。
- かかりつけ医報告制度は、各医療機関の機能を報告することによって、地域における最適な医療提供体制、すなわち、地域の医療機関が役割分担と連携によって地域を面として支えることを目的としており、精神医療に特有な内容については、地域で医療提供が不足することのないように、地域に協議の場を設置し、しっかりと話し合う体制を構築することが重要だと考える。
- かかりつけ医機能報告については、特定機能病院以外の全ての医療機関が出すもので、40の診療についての診療実績の中で三つほど精神科領域の部分があり、全ての医療機関があらゆる機能をもつことはできないので、連携をして進めていくという観点で、在宅医療や介護連携など、市町村がもっと積極的に入るような単位でかかりつけ医機能を協議するという構成になっている。
- 精神科領域の診療所も協議の場に出て、市町村に対して診療領域で課題になっていることを伝えたり、診療所にもそういう情報を伝える場として活用いただくことで、地域全体で医療提供体制を確保していくものとなっている。精神科領域の医療機関の方にも積極的に参加していただき、取り組むことが包括の推進にもつながると考えている。

（地域で求められる役割への対応）

- 多機能型の診療所にはインセンティブがつくように配慮が必要であり、全て一つのところで行うのは無理がある。地域医療構想を進めていく中で地域においてうまく役割分担をしていけばいいのではないか。
- 小さな診療所でこんなフル装備は難しく、規模の小さい医療機関が非常に多いので、チームを組み、いろいろな機能を持っているところと連携していく必要があるのではないか。
- 医療機関単独でできないならば、グループをつくるという話にしたほうが分かりやすいのではないか。
- 救急に関して、例えば東京では、診療所の団体と病院の団体が協力をして夜間休日診療を行っているが、意外とそこに患者が来ないという問題もあるので、もっと広く周知して、初診で困っている方で、救急的なときに利用していただければと考えている。また、東京では診療所の団体において、医者が電話相談を受ける日にちも月に何回か設けている。
- 今後の精神科医療の在り方を考える際、地域責任制という考え方も必要になるのではないか。一定の地域内で情報連絡を密に行い、関係機関の信頼関係を醸成していく中で、各機関の役割分担を明確にし、連携協力体制を作っていく必要がある。精神科救急は地域責任制によるミクロ救急が提供し、これをマクロ救急である精神科救急医療体制整備事業が補完するという仕組みになるのではないか。ただし、精神科医療資源が少ない地域の精神医療提供体制については、別途検討する必要がある。
- 高齢等での介護などが必要な方には、在宅療養支援診療所・病院が対応され、24時間365日体制がある。精神科でも長期入院後に退院した方が、介護保険には該当しない高齢者という方も一定数いらっしゃる、その方たちにどのように対応していくかを考えると、身体のことも含めて医療機関が全般的に診てくれるという安心感は欠かせない。

（その他）

- かかりつけ精神科医機能を有する医療機関の中に精神保健福祉士が配置される場合も想定されるが、職場によって業務の内容がかなり違う。入院医療の論点でもあったように、精神保健福祉士に医療機関で働いてもらうために何が必要かを検討する必要がある。

論点

- これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用せず、これまで整理して医師や医療機関に求めてきた機能については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて求められる医療機能（仮称）」として、地域で複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこととしてはどうか。
- その上で、地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関がかかりつけ医機能報告制度を実施し、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であり、精神科領域においても、この取り組みを行うことが、結果として従前整理してきた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて求められる医療機能（仮称）」を地域で面として確保していくことにつながると考えられるが、この方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。

目次

1. 入院医療について
2. 身体合併症について
3. かかりつけ精神科医機能
- 4. 初診待機**
5. 情報通信機器を用いた診療
6. 「にも包括」の推進

前回の主な御意見：初診待機（相談支援体制・トリアージ機能等）①

- 受診しやすくなるような取組として、まずはメンタルヘルスの普及啓発の充実、精神保健に課題を抱えながら、医療機関受診が容易でない人たちへの地域支援体制の構築が必要ではないか。これは自治体内での体制整備をもっと進めていき、市町村、保健所、精神保健福祉センター等による包括的重層的支援体制をつくることが重要。
- 例えばひきこもり地域支援センターや発達障害者支援センター等の機能強化を行い、相談レベルできちんと対応できるように相談支援を充実させ、医療が必要な人、医療の役割が明確な人を受診につなげていくとともに、相談支援のところで、医療にかからずに済むような体制づくりを行うこととしてはどうか。
- こころの健康相談統一ダイヤルという自殺対策を主眼に置いた電話相談に協力しているが、家族間の問題、職場の人間関係、学校への不適応など、必ずしも医療や薬が必要ではない方が一定数いる。丁寧な傾聴や助言、情報提供で落ち着くこともある。初診ということでは医師の診察でなければいけないのかという点は検討が必要ではないか。
- ひきこもりなど、必ずしも医療につなぐことが最優先ではない場合もあり、そういった体制を取るには、まず市町村の精神保健相談体制の整備が必要。精神保健福祉法の努力義務ではなく、必置としなければ体制整備というのは進まないが、財源をどう確保するかという課題もある。若者のワンストップサービスについても、政令市や中核市が対象で一般の市町村で取り組もうとすると、一般財源からとなるのでなかなか進まない。また、市町村の体制整備には、保健所や都道府県のバックアップが欠かせない。
- 一般相談窓口の機能強化は努力義務だが、市町村に精神保健福祉センターを必須化していくべきではないか。
- 医療受診が難しい人々に対する行政機関と医療機関が連携したアウトリーチ事業も、市町村、保健所、精神保健福祉センターなどが相談支援を行い、受診が必要な場合は医療機関へのルートをつくることも大事ではないか。
- どこの相談支援事業所だと精神のことについて相談ができるのかといった情報を必要な人がアクセスしやすい形で集約していただきたい。自治体のホームページに出ている一覧に加えて、リアルタイムに使えるのはどこかということなどの情報発信の仕方については工夫の余地がある。
- 初診待機されている方、あるいは初診にかかる方全員が本当に医療が必要なのかというと、そうではないこともあり、現状だと精神科外来しか相談できるところがないため受診している方も一定数いるのではないか。スクールカウンセラーが充実してきて、企業でもメンタルケアに力を入れてきているが、医療未満の方が相談できるところが不足しているので、公的な支援としての相談支援を充実する必要があるのではないか。

前回の主な御意見：初診待機（相談支援体制・トリアージ機能等）②

- 精神保健福祉法の改正で、精神障害がある方だけではなくて、精神保健上の課題を抱える方に関しても支援の対象とされているので、より保健の充実が進むとよい。
- 初診待機中の支援のところで多職種のアウトリーチチームや市町村の精神保健の担当が受診前の調整や病気の重症度や緊急性のトリアージができる体制があれば、初診待機を減らす一助となるのではないか。
- 医療未満の相談機能の充実を進めるべきであり、そこに多職種を配置し、精神科が本当に必要なときには紹介してもらえようような、医療機関と行政の相談機関とのつなぎを地域の中でいかにつくっていくのかが課題ではないか。
- 相談窓口に出すのは抵抗がある方に関して、アバター相談という取り組みがあり、相談員も相談する人もキャラクターになりきって相談をする。でも、中身は心理士であったりする。質が担保されたものとしてアクセスしやすい工夫を考えるべきではないか。
- 若者のワンストップサービスを行政が主導で民間と官民連携で行っている事例もあり、医療にかかるまでもない、あるいは医療がかかることを迷っている方も含めてワンストップで相談できる。保健所でも精神保健相談などをやっていると思うが、役所や保健所、精神保健福祉センターは足を踏み入れにくいので、ユーザーフレンドリーな場所での相談を受けられる体制を充実していくことも必要。
- まずは相談できることが必要で、相談先については身近な内科等の開業医も考えられる。地域の開業医が基本的な知識を持ち、地域内の精神科医療機関や専門職との連携体制があれば、開業医である程度の治療を受けることができる。状態によっては精神科につなげて比較的早い段階でより適切な治療を受けることができる。重症化する前に対応できる体制をつくり、初診の混雑を軽減する取組も必要ではないか。
- 診療が必要な方もいると思うので、きちんと医療につなげることは大事であり、にも包括の体制の構築につながる話だと考えている。にも包括の協議会で、その地域の各医療機関の得意分野や診療体制を含めて、初診の予約の取りやすさ等の情報まで把握できる体制かどうかは様々ではないか。情報を一括して把握し、必要な方が直接アクセスできるとよいのではないか。
- 特定の病院やクリニックでは予約を取りづらいう一方、比較的容易に予約が取れる医療機関もある。比較的容易に予約が取れる医療機関の情報にアクセスしやすくなる取組を推進していくのは、有効な手だてではないか。

前回の主な御意見：初診待機（輪番等による初診対応・受診間隔の延長による初診対応の向上）

- 一般開業医への医師のアンケート調査で、自分は鬱病だと思ってすぐ診てほしいが、2か月待つ必要があると言われたらどうするのかを聞いたところ、すぐに診てくれる医療機関を各地域で当番制にして、例えば曜日・時間ごとの当番を広報すれば、すぐに診てもらえるという回答があった。自分の希望する病院でなくても、とにかくワンタッチして、重症、軽症と分かれば、安心もするので、地域でシステムをつくるのがよいのではないか。
- 初診待機問題にすぐに有効な処方箋があるわけではないが、一部の地域で診療所の医師がネットワークを組み、初診に対応する取組をされており、そのようなネットワークを活用する考え方もあるのではないか。
- 再診の間隔が23日と非常に短い。重症の方は毎週来る方もいるけれども、例えば気分障害などで安定していれば薬は56日処方、認知症の人なども84日処方等に行っている。ベンゾジアゼピン系の薬の使用が多く、28日以上延ばせないのかもしれない。ベンゾジアゼピンの使用は診療報酬で規制がかかっているが、それでも日本は諸外国に比べて非常に使いやすく、精神科医によってはベンゾジアゼピンのどこが悪いと言う。ベンゾジアゼピン系の薬は頓服薬だと思うので、そのあたりを抜本的に改善していかないといけない。
- みんなが1か月ごとに来なければいけないほど落ち着かない状態で毎日20人も30人も診ていたら、医者の方がもたない。世間話ぐらいで帰ることができる患者さんもあると思うが、そうであれば56日処方やリフィルを考えるべき。再来の患者が減れば、新患を診る余裕ができるので、診療報酬で何らかの誘導が可能ではないか。
- 長く精神科の外来を通院している患者がどうしても月に一度、2週間に一度は会いたいと言い、ニーズに応えていくとどうしても初診の問題が出てくる。両にらみで少し工夫していかなければいけない。
- 安定した方は投薬の間隔を長くという話があったが、医師に会うことで安定する方もいて、薬を長く出しても、結局その間に心配になり来てしまう方もいる。医師の負担を軽くするため、その合間に看護や心理、精神保健福祉士がうまく補完しながら話を聞き、緊急の場合はすぐに医師に相談するシステムが広まるといいのではないか。
- 医師がすぐ診なければいけない人以外の方もいるが、ほかに行き場がなく、精神科医療機関への受診を希望される場合がある。そうした場合に医師の診察予約がすぐ取れずとも、多職種が対応することも考えられる。
- 医師のみではなく、多職種で診療する方が適切な場合もあり、柔軟に対応できるとよいのではないか。
- 初診待機については、地域偏在があり、東京などは新しいタイプのクリニックが日曜や祝日、夜間もやる場所が増えているので、東京の辺りは初診に困らないのではないか。地方は医療機関が少なく、医者の高齢化もあるため、なかなか難しい問題だが、初診のインセンティブを診療報酬で評価することも初診の患者をたくさん診る励みになるのではないか。

論点

- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等の情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるようにするため、住民に広く周知を行うことが重要であると考えるが、その方策の在り方や体制及び機能について、どのように考えるか。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携が考えられるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
- 地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が今よりも初診を積極的に診療することを促していくことが必要と考えられるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。

目次

1. 入院医療について
2. 身体合併症について
3. かかりつけ精神科医機能
4. 初診待機
5. **情報通信機器を用いた診療**
6. 「にも包括」の推進

前回の主な御意見：情報通信機器を用いた診療（医療を受ける上での前提） （「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法）

（医療を受ける上での前提）

- 情報通信機器を用いた精神療法については、患者自身が自己選択できる形が望ましい。一方で、国策として情報通信機器を用いた精神療法を推奨したりするのは、控えてもらいたい。あくまで患者自身の自己選択の範疇において、メリット・デメリット等を勘案しながら、患者自身の選択肢として存在することが望ましい。

（「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法）

- 情報通信機器を用いた診療に関しては、研究等でエビデンスのある精神療法は認めていく方向にあると思うが、現実的には都会型のオンラインを活用する診療所と地方にあるかかりつけ医機能を持つ精神医療機関での診療について役割分担をして、機能分化をしていくべきではないか。軽症例に関してはオンラインを活用しつつ、重症化したときには、地域の精神科医療機関に結びつけるような仕組みをつくるとともに、地域に根ざした地域包括ケアシステムを実施する診療所をしっかりと評価していくことなどを検討いただきたい。

前回の主な御意見：情報通信機器を用いた診療（情報通信機器を用いた精神療法の安全性）

- オンライン診療で初診から診断書を発行している医療機関が例示されているが、この医療機関は対面診療でも初診で診断書を発行しており、精神保健指定医がやっている。患者のことをよく知りもしない医者が意見書を無造作に発行している印象を彷彿させているのではないか。オンライン診療特有の問題から論点出しがされるべきで、対面診療で行われていることをオンライン診療特有の問題であるかのように論点出しするべきではない。
- 対面でもすぐに診断書を出す医師もいるから、そこをオンライン診療の問題にしてはいけないというのも分かるが、モラルのよくない医療機関も患者もいるので、D to P with N、with D、with行政職員といった形から始めて、普及した時点で患者の希望で選べるような形に持っていくようにするべきではないか。
- オンライン診療は、医学的な有効性・必要性、特に安全性が最優先されるべきであり、これらが担保されたものは推進すべきであるが、利便性や効率性のみを重視した安易な拡大はすべきではない。
- オンライン診療の指針においては、最低限遵守すべき事項として、初診の場合には、麻薬及び向精神薬の処方を行わないとなっているにもかかわらず、初診から向精神薬が処方されている例が実態として示されている。
- 患者の急変時に対応するため、直接の対面診療を行う体制を整備することになっているが、患者と受診医療機関の所在が異なる実態も示され、この状況下では直接の対面診療の体制が担保されているのか危惧をしている。
- 精神科領域におけるオンライン診療、特に初診はまだ少数の検討しかされておらず、患者の状態や医療提供体制の状況は千差万別なので、まだ一般化する状況にはなく、今後しっかりとしたエビデンスを踏まえていくべき。
- 令和6年度診療報酬改定で導入された情報通信機器を用いた通院精神療法の算定状況も極めて少ないことを踏まえれば、引き続き十分な調査分析を行い、何が課題であるのかを分析し、今後の対応を検討すべき。
- 初診からオンライン診療を可能にするかどうかということについては、様々な論点が出されているからこそ、患者当事者の目線からの必要性や課題について、実態把握を行う必要があるのではないか。
- 例えば産後の精神不調や対人恐怖などが強い方のひきこもり状態、僻地の方など、医療が必要ではあるけれども、対面での診療が難しい人に届くのがいいが、便利で何でも誰でもというよりは、安全性を重視し必要な方へ届けるといった形が適切だと考える。また、対面と組み合わせるほうがより良質な医療が提供できるのではないか。
- 情報通信機器を用いた診療については、精神科医療においても必要な選択肢の一つになり得て、初診もオンラインであれば治療を受け入れる人もいるかもしれないが、薬の処方に関しては、かなり慎重な判断と対応が必要になるので、何かしらの手だてを構築する必要があるのではないか。

前回の主な御意見：情報通信機器を用いた診療（情報通信機器を用いた精神療法のイメージ）

- 精神疾患や精神障害を有する方は、医療を必要とする状態であっても、受診になかなかつなげていないような実態もあり、そのような場合に適切に医療につなげるためには、心身症状や病状の経過など対象者の主訴を正しく医師へ伝えるためのサポートや医師からの指示内容の認識を対象者に共有したり、理解を促進してもらう等、看護の果たす役割は非常に大きいと考えている。精神科領域においては、D to P with Nがオンライン診療の基本の形になるのではないかと考えている。
- 行政の保健師が医療を必要とする方を把握して、初動を担うこともあるため、D to P with PHNとしてオンライン診療での初診につなげられるような体制整備や仕組みがつけられるとよい。

論点

- 情報通信機器を用いた精神療法については、現状の情報通信機器を用いた診療の実情等を踏まえ、安全性を懸念する指摘もあり、慎重な対応が求められている。また、情報通信機器を用いた精神療法については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められている。
- その上で、安全性を踏まえた上で、有用性と必要性を念頭においた活用が期待されるところ、初診・再診における情報通信機器を用いた精神療法の在り方や方向性について、どのように考えるか。

目次

1. 入院医療について
2. 身体合併症について
3. かかりつけ精神科医機能
4. 初診待機
5. 情報通信機器を用いた診療
6. 「にも包括」の推進

前回の主な御意見：「にも包括」の推進（精神科訪問看護の前提）

- 何とか医療とつながって訪問看護を受けても、何も先に進まないと感じている家族が少なくない。にも包括で取り組むべき課題として、訪問看護のみならず、行政も含めたアウトリーチ支援やアウトリーチの医療として、家族全体を支援するという視点を持って取り組む必要がある。
- 診療が必要になった人に対する診療チームは診療であり、それは医師を中心とした診療チームの中で訪問看護あるいは家族支援を行い、行政の保健師も活躍するということを少し分かりやすく書いたほうがいい。
- 入院を望まない患者を地域で支える機関として専門性や役割を発揮していただきたいし、精神科訪問看護が担う役割を視覚化してもらいたい。
- 訪問看護を拡充していくのであれば、例えば精神科の医療機関ときちんと連携をする仕組みをつくるなど、地域に根ざしてもらったほうがいい。
- アウトリーチ機能の確保について、精神科訪問看護が行政機関や関係機関と連携した取組を進めることは本当に重要なので、24時間対応ができないとか、緊急対応ができておらず、十分な対応ができないというところは、解決していくことが必要。

（地域で拠点となる精神科訪問看護事業所の役割）

- 精神科病院の地域偏在にも対応できるように、精神科の地域ケアの拠点となるような役割を精神科訪問看護ステーションが持つことも今後必要になってくるのではないかと。そのためには今よりもさらに地域ケア力を高めることも必要なので、精神科ニーズに対応できる機能強化型訪問看護ステーションのような体制も必要ではないかと。
- 地域や患者の実態に応じてその専門性を発揮し、必要に応じて夜間休日の緊急対応などにも対応できるようにするためには、訪問看護事業所の規模の拡大や関係機関と連携した体制の構築も必要。
- 精神科訪問看護と身体ケアについて、身体と精神の訪問看護を提供しているところがいろいろな連携や情報交換を行っているが、精神科訪問看護と身体ケアの訪問看護との連携を進めるために、例えば身体ケアを主とする訪問看護ステーションへの地域コンサルテーションを精神科訪問看護ステーションが行うといったことも必要。

（身体合併症への対応）

- 精神科訪問看護を利用されている方で内科の受診などをされている方がいるが、自分の状態を医師にうまく伝えられない、内科医の指示が理解できず、それが精神科訪問看護にもなかなか共有できない状況もある。それを考えたときに、オンライン診療のD to P with Nが考えられるのではないかと。
- 関係者による支援の困難性を軽減し、支援の効率化やきめ細やかな支援を充実させる観点から、身体・精神合併症患者への訪問看護の際に、高い専門性を持つ看護師が同行し、看護を提供できる体制・仕組みづくりが今後さらに求められるのではないかと。
- 精神疾患を有する方や心精神身体合併症患者の代弁者となって患者を擁護できる精神科訪問看護事業所の看護師が、精神科以外の外来通院時に受診支援、同行訪問などをすることによって、地域移行後の疾患悪化を予防でき、対処方法などの正確な情報共有や円滑な生活療養環境の整備が可能となるのではないかと。
- にも包括を考えるに当たっては、精神・身体合併症を地域でみられる体制が当然必要で、訪問看護の連携と同様に、訪問診療に関しても、精神と身体が両方必要な方に対して、精神科在宅患者支援管理料等をどのようにしていくのかを今後整理する必要がある。
- かかりつけ医との連携になってくると思うが、例えばここでの連携指導料といった仕組み自体があるにもかかわらず、活用されていない状況がある。今ある仕組みをいかに活用していくかという観点も含めて、外来での精神・身体合併症の在り方や身体科との連携を考えていく必要がある。

（精神科訪問看護の長期利用者への対応）

- 精神科の訪問看護の長期利用者が多くなっており、外来の再来患者も同じ仕組みだと思うが、長期に利用される方の出口戦略についても今後議論しなければいけない。
- 精神科訪問看護の一つの特性として、利用が非常に長期になってしまうところがある。長期になった方については、訪問回数が非常に少ない状況の方もおり、地域で看護者となつながら地域生活を継続するための安心材料になっている状況もあるが、長期利用者の支援の在り方を考える時期に来ているのではないか。
- 訪問看護の件数も利用者も非常に増えており、指示書のほかに長期的な目標や評価の仕組みといった継続的なケアのマネジメントも考えていくことが必要。長期利用者の障害福祉サービスへの移行など、長期的な計画の中に盛り込んでいくことが必要。
- 地域の訪問看護連絡協議会など、障害福祉サービスへの移行についての連絡会が協議会の中で行われることもあるけれど、そういった連携だけではなく、制度の中で移行することを位置づけていくことも必要ではないか。
- 精神科訪問看護の利用者は年々増加し、ニーズも多様化しており、精神科訪問看護であっても身体合併症への対応も求められることから、精神科訪問看護を担う看護師には、心身社会面の包括的なアセスメントに基づく看護計画の立案や、他科の主治医との連携などを含むマネジメント機能を有し、多職種と連携・協働できる専門性の構築が重要。
- 長期的な利用者のことも検討した上で、本来の精神科訪問看護の専門性を生かしたケアとして、家族支援や精神科のケアニーズが高い方、措置入院を経て退院された方や医療観察法による訪問看護などに、専門性の高い看護師を活用していくことが必要。
- 精神科訪問看護については、専門性を発揮して支援しているのか疑問に思うケースもある。この方に本当に精神科訪問看護を利用してもらうことが適切なのだろうかと思うケースもある。本人が契約に基づいて精神科訪問看護を利用しているので、必要性を納得していると思うが、実は定期的な訪問によって支援者が安心する、支援者のために精神科訪問看護という資源が提供されるようなケースも地域の中にある。

（精神科訪問看護の適正化）

- 精神科訪問看護については、これまでも不適切な事例が指摘されているので、しっかりと質を担保していくことをお願いしたい。
- 訪問看護については、最近、不正が指摘されており、例えば高齢化を伴うニーズの増加、在宅型の医療を拡充する政策的なところもあるが、そういったところに乗じて、事業者が制度をうまく利用するという形で問題が出てきている。

前回の主な御意見：「にも包括」の推進（行政が行うアウトリーチの前提）

- アウトリーチ支援チームの必要性・重要性はとても強く感じ、特に医療にはまだつながっていないような未治療の方、そして、医療中断の方等に支援を行い、そのために本人の意思を尊重した形で介入できる多職種連携支援チームが地域に存在してくれることは大変心強い。アウトリーチ支援においては、精神科医療を拒否する相当の理由がある場合も少なくないので、最初の関わりの第一歩は、精神科医療を前面に出さないほうがよい。一定の時間をかけて適切な信頼関係を構築していき、本人が必要と思った際に、極力任意の形で精神科医療とつなぐことができるような形が本来的には望ましい。
- アウトリーチ訪問では、急な病状変化への対応や本人の自立生活の実現のための支援を求めたい。孤立した家庭の中では、急な病状変化があっても、家族だけで何とか対応しなければならず、常に家族が不安を抱え込んで生活をしているので、本人の自立生活はとても無理と考えるてしまう家族が多く存在する。
- アウトリーチ機能を確保していくことが重要。その一方で、訪問という性質を伴う業務・活動全てについて言えることだが、事故なくうまく機能する仕組みをどのように構築していくのかを考えていくことも必要。
- にも包括が目指す地域で安心して暮らすためには、長期入院者の退院支援とともに、現在、地域に埋もれてしまって孤立した本人も含めた家族への支援、8050問題から9060問題とも言われているが、この方々への対応は急務の課題。

前回の主な御意見：「にも包括」の推進（行政が行うアウトリーチの体制構築）

- アウトリーチの話について、市町村の相談レベルでのアウトリーチの必要性の話と、診療が必要で訪問看護等が必要な話が混ざって書かれているので、そこは分けていただきたい。医療にかかれない人たちのベースはどこがつくるかというと、行政機関であり、市町村に国民の精神保健に対応していただきたいことを位置づけたわけですから、そこを基盤として、初期集中支援チームの精神版みたいな形を考えるべきではないか。
- 精神障害者等の地域へのアウトリーチについて、認知症では、認知症初期集中支援チームが全国の市町村で活躍をしている。一方で、現在の認知症初期集中支援チームは、認知症でないという診断がついた時点で介入をストップするため、現場では難渋している。仕組み上は介入がストップしているけれど、関わった以上はそこで終了とはいかないので、ボランティア的に関わっているのが実態。認知症初期集中支援チームのような仕組みがせっかくできたので、それも活用しながら、アウトリーチで支えていくことが重要。
- アウトリーチに関しては行政の役割は非常に大きく、特に未受診の方に関して支援をできるだけ早く届けるという意味では、アウトリーチの充実が必要。認知症初期集中支援チームの枠組みを活用することや医療機関から精神保健福祉士の方が出向いて、保健師と一緒にアウトリーチをするスキームもあり、自治体側が様々な工夫をしている。自治体が単独でそういうアウトリーチ機能を発揮するというのは、マンパワー上難しいところがあるので、現実的には、彦根市の例や医療機関への委託などによって、アウトリーチができるような体制を考えていくことが必要。
- アウトリーチについて、自治体が医療機関等に丸投げにするのではなく、自治体できちんとグリップできることが非常に重要。精神保健福祉相談員の講習の要件なども変えているので、そのような講習も活用して、保健師や自治体の職員が精神保健福祉に関しての一定のスキルを身につけるための機会も確保して、医療機関等と連携した上でアウトリーチ、精神保健相談等を充実させることが必要。
- アウトリーチ機能を確保していく観点については、にも包括の推進をプロセスとして可視化していく必要がある。地域の実態に沿ったにも包括の検証を行い、そこから学ぶべきところがあるのではないかと。
- アウトリーチ支援が必要な対象者には、医療につながっていない方や医療中断の方もいて、その支援は対象者の個別性やリカバリーの視点を重視した柔軟な支援が必要。やはり精神科訪問看護師が動くときに診療報酬によるいろいろな制約等があって動きにくいところもあるため、支援の提供に縛りがないような制度の活用や創設を検討していただきたい。

前回の主な御意見：「にも包括」の推進（市町村が行う際の課題）

- 早期相談は、中核市等であると、推進事業の予算等も使って行いやすいのだが、一般市町村はそれができないので、もう少し身軽な形で保健師さんたちが支援をしている中で医師の介入が必要なときに精神科医の方が行けるようになるとうい。それが今まで議論していた、かかりつけ精神科医と連動していくといいのではないか。
- 市町村の精神保健福祉相談体制の整備について、精神保健福祉相談員の配置を必須とするか、もしくは体制整備をした市町村が評価される仕組みが必要。
- 都道府県や保健所のバックアップ体制についても、地域差がかなり大きいので、それらが均てん化される仕組みも必要ではないか。

論点

（地域で拠点となる精神科訪問看護事業所）

- 精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所を明確にするため、拠点となる訪問看護事業所には例えば下記のような役割を求めることが考えられるが、その方策の在り方や方向性についてどのように考えるか。
 - ・ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供できること
 - ・ 措置入院を経て退院した利用者や医療観察訪問看護などの利用者への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること
 - ・ 長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること
 - ・ 主として精神科訪問看護以外の訪問看護を提供する訪問看護事業所へのコンサルテーション機能を有すること
 - ・ 必要に応じて障害福祉サービスや介護保険サービスにおける短期入所等との連携をしていること
 - ・ 身体合併症を有する利用者に対する適切な受診支援が行えること
 - ・ 一定程度、精神科訪問看護以外の訪問看護の提供実績があること

- また、このような事業所において特に対応することが求められる利用者の状態について、措置入院を経て退院した利用者や医療観察訪問看護の利用者の他に、例えば複数の精神疾患を有する利用者や強度行動障害を有する利用者等が考えられるが、具体的にどのような利用者を受けられることが想定されるか。

論点

（行政が行うアウトリーチ支援との連携）

- 市町村における精神保健に係る相談支援体制については、アウトリーチ等も活用して住民ニーズに気づき、適切な支援につなげる体制整備を行っている。医療につなぐ必要があると考えられる未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対するアウトリーチ支援を充実する観点から、行政機関が行うアウトリーチ支援を医療機関につなげていくことが重要であるが、その方策についてどのように考えるか。

參考資料

(入院医療について)

近年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。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

(参考) これまでに開催されてきた精神保健医療福祉に関する検討会等

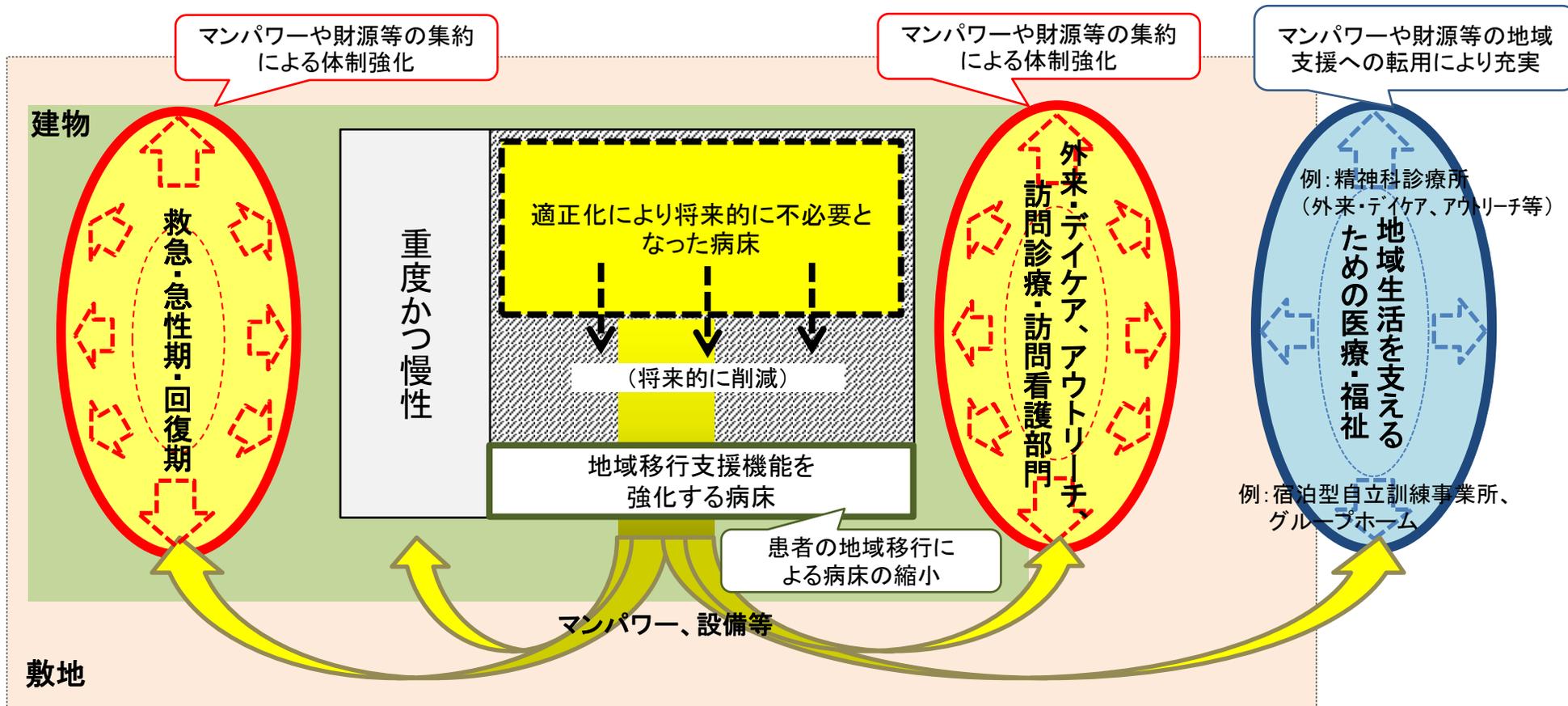
- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)の策定以降、それぞれの時期に検討会等において議論が重ねられてきた。これらの検討会等での議論を踏まえ、精神保健福祉法の改正、予算事業の創設や見直し、医療計画への反映など、施策の充実が図られてきた。

	検討会等の名称	設置時期	報告書 とりまとめ時期
1	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	平成20年4月	平成21年9月
2	新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム	平成22年5月	1R: 平成22年6月 2R: 平成23年11月 3R: 平成24年6月
3	精神科救急医療体制に関する検討会	平成23年5月	平成23年9月
4	精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	平成24年3月	平成24年6月
5	精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会	平成25年7月	平成25年12月
6	長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会	平成26年3月	平成26年7月
7	これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	平成28年1月	平成29年2月
8	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	令和2年3月	令和3年3月
9	精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ	令和2年8月	令和3年1月
10	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	令和3年10月	令和4年6月
11	市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム	令和5年2月	令和5年9月

近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「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26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、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方向性が示された。

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



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（概要）

平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用）

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種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。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

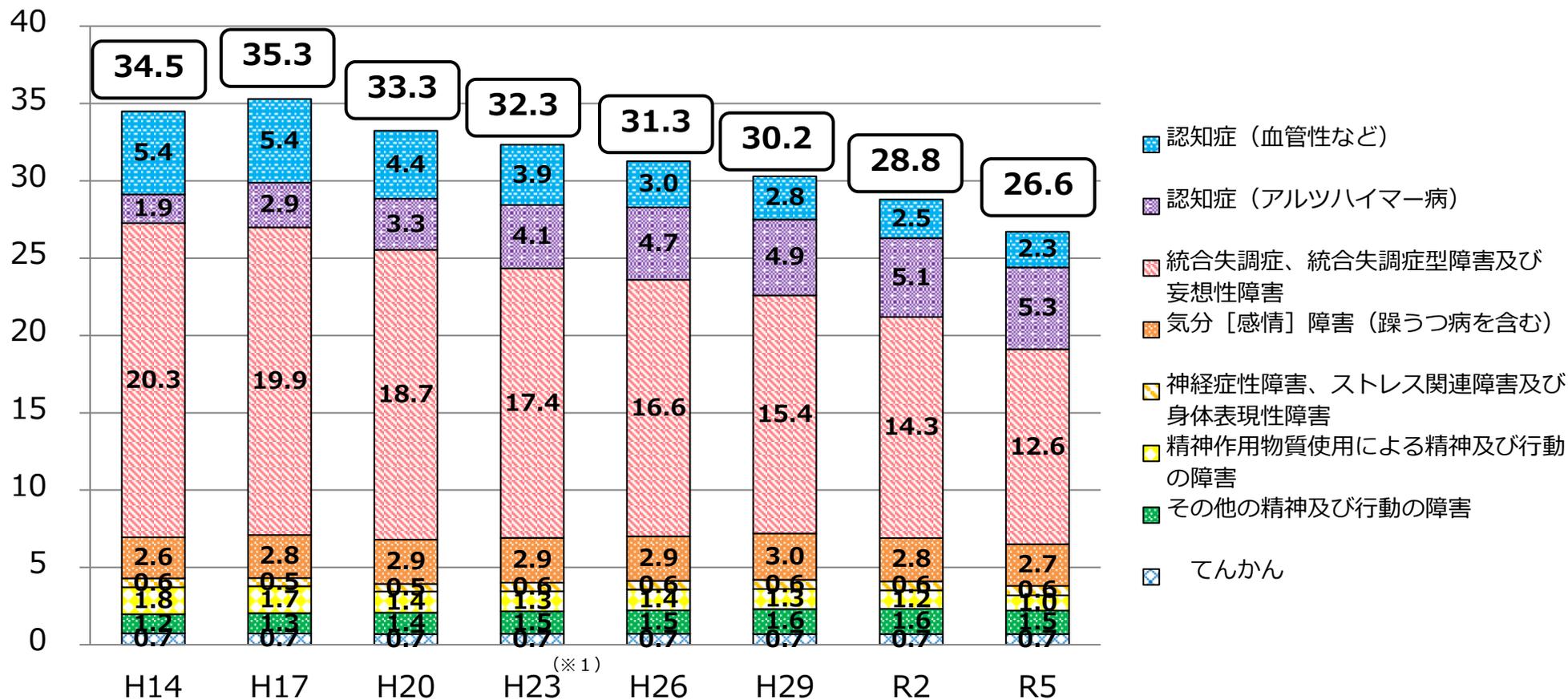
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

精神疾患を有する入院患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約26.6万人。
- 傷病分類別では、「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。

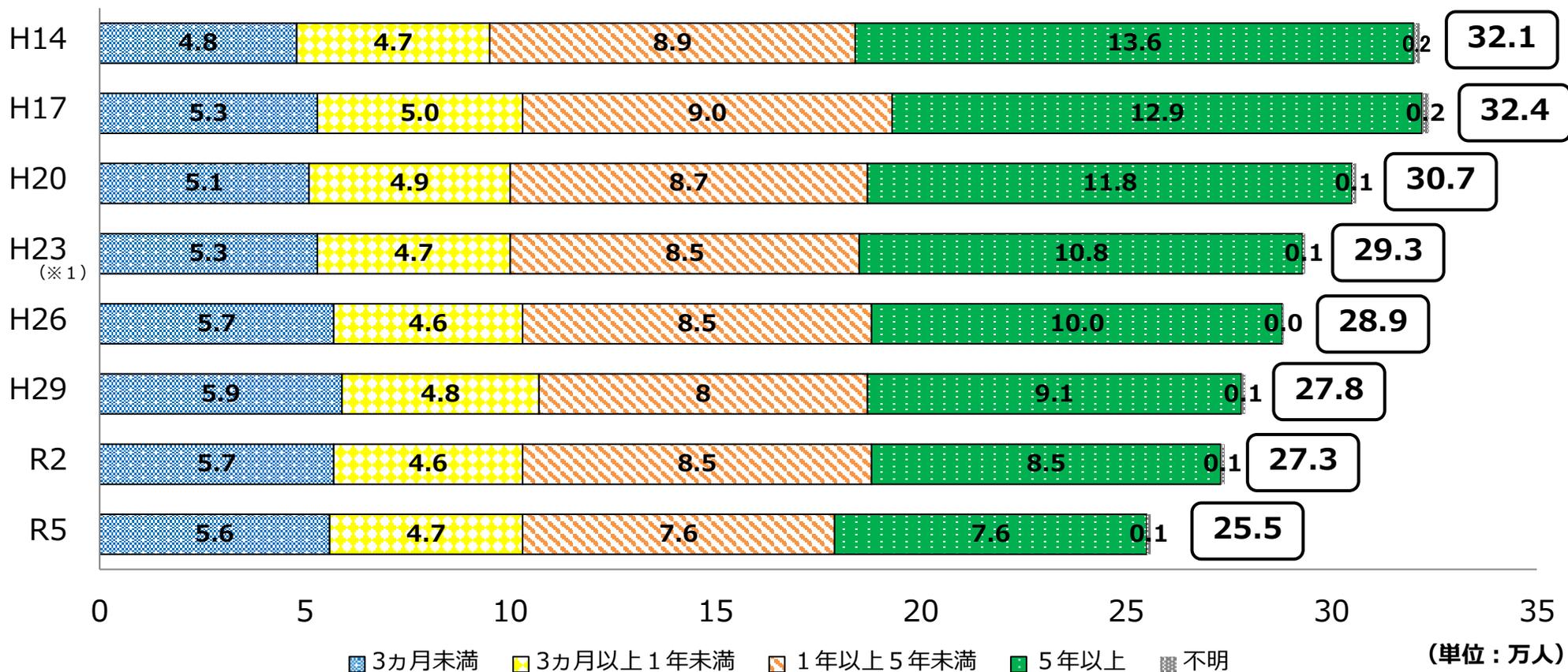
（単位：万人）



（※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）

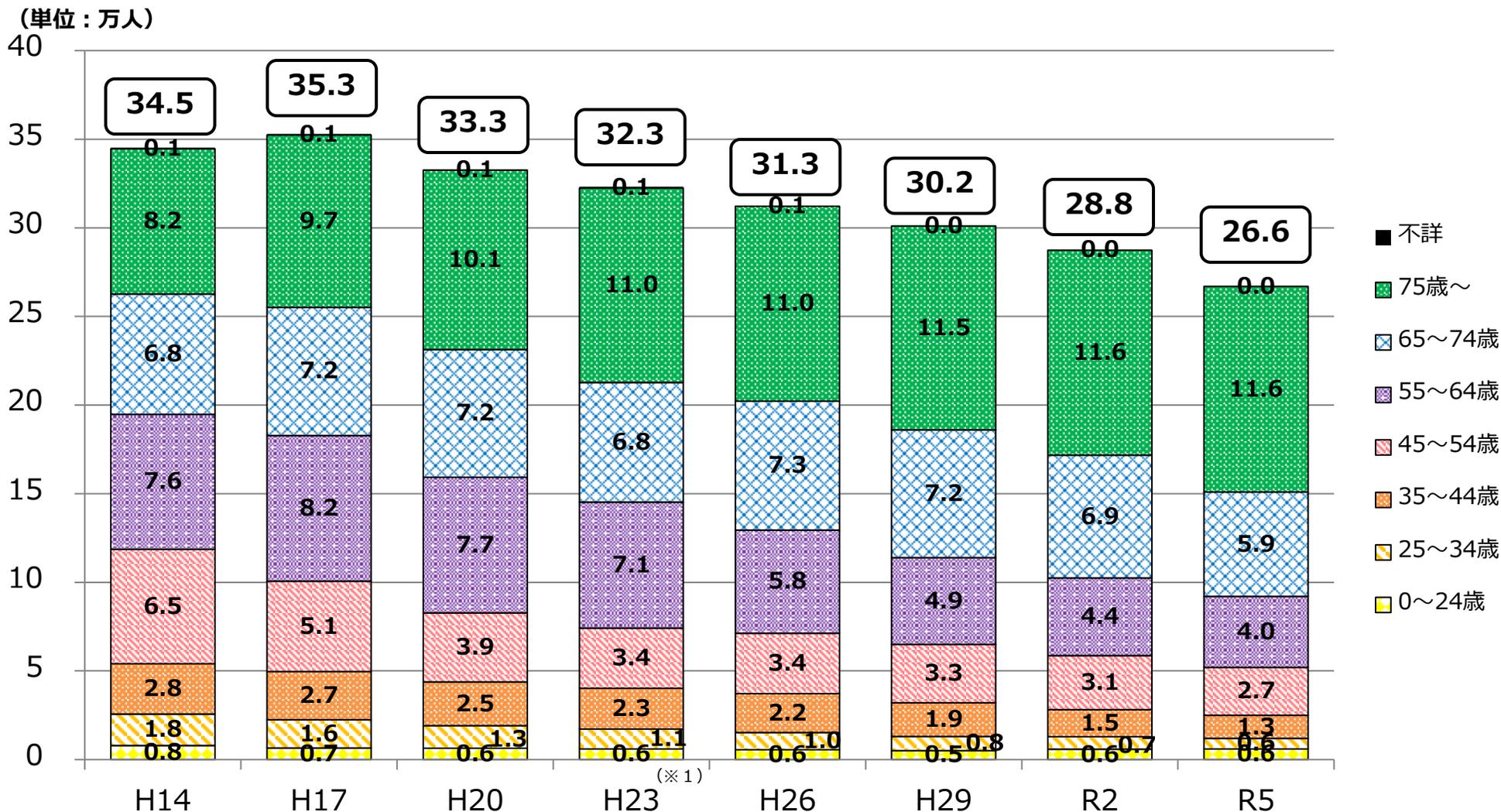
- 精神病床における入院患者数は、約25.5万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



(※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歳以上が約17.5万人（約66%）。



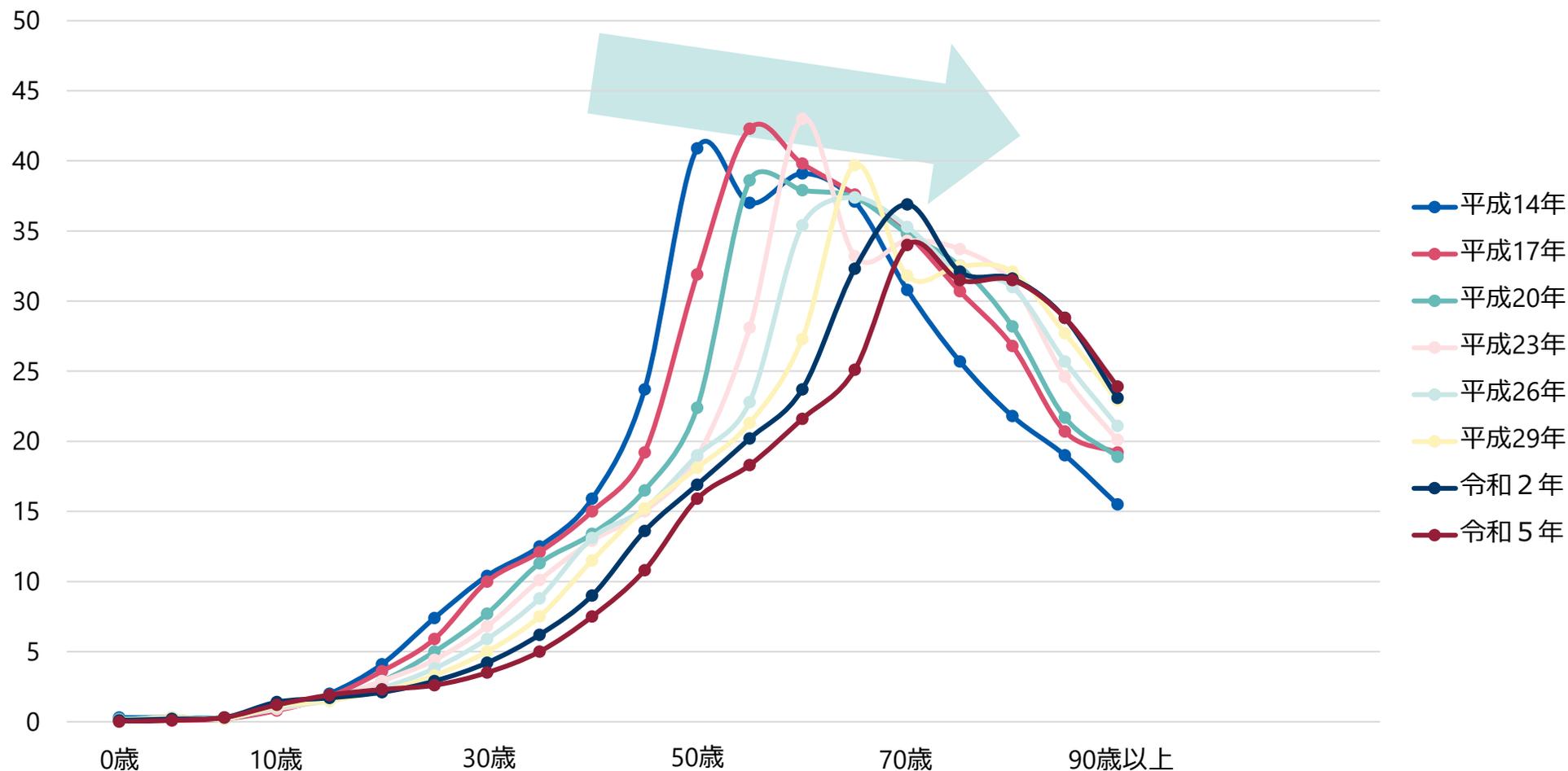
(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

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。

（単位：千人）



病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

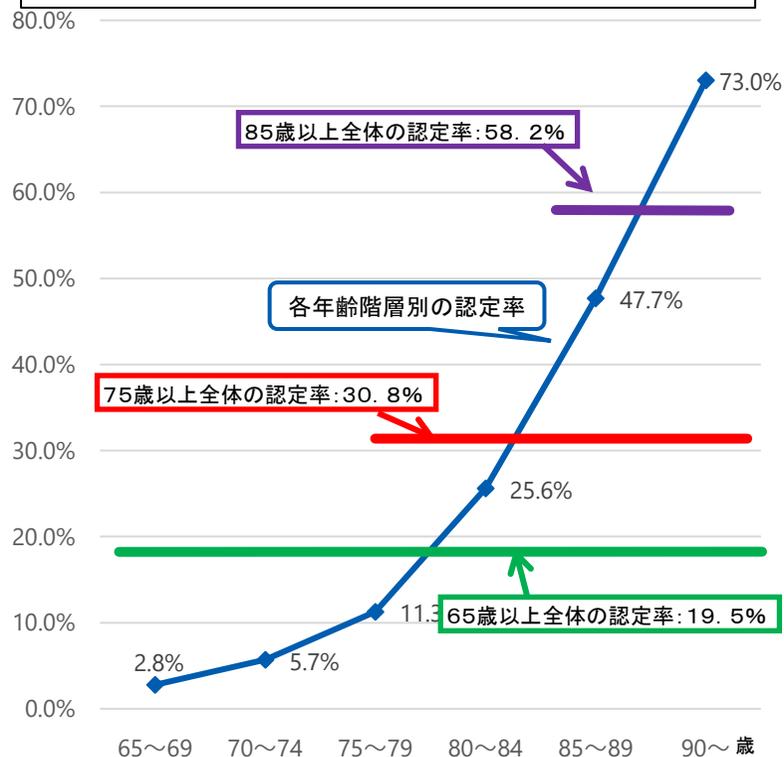
機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

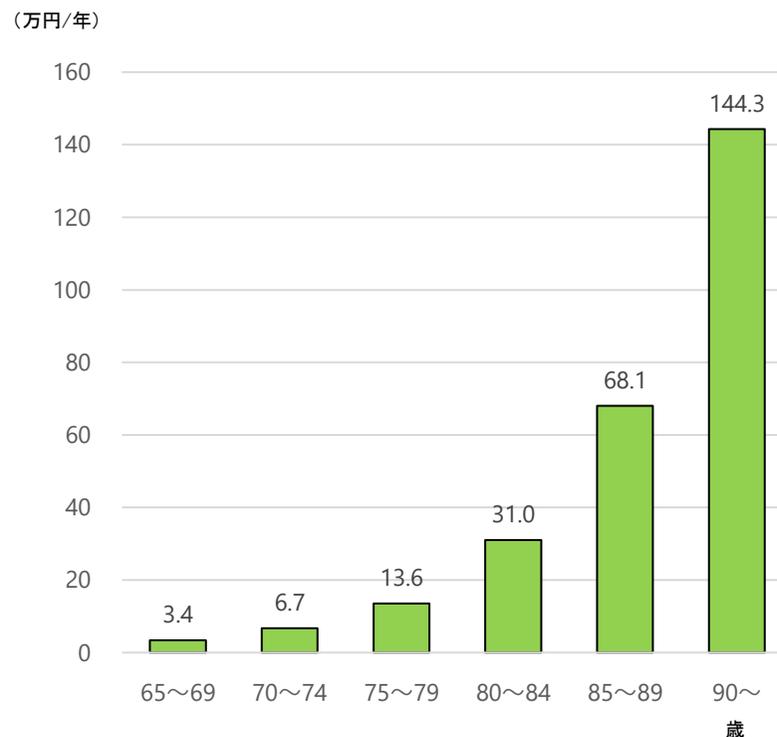
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2024年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2024年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

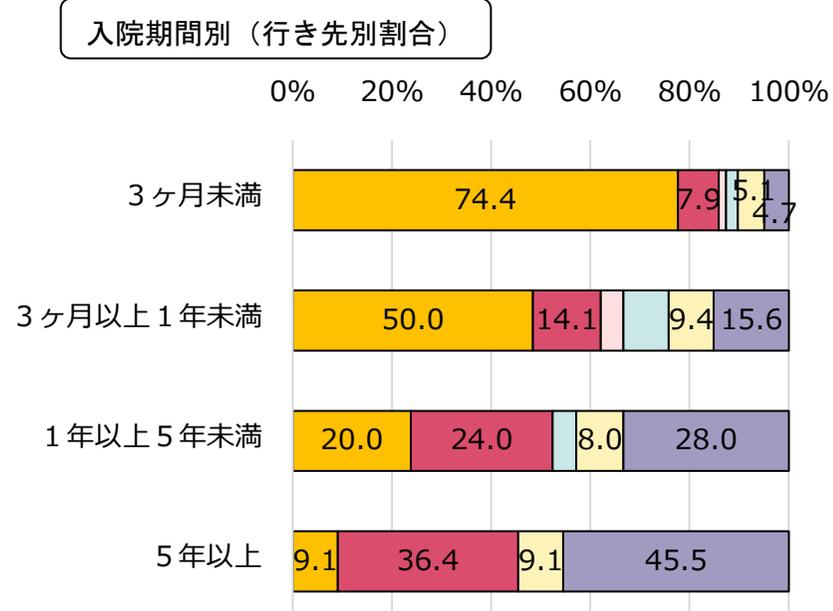
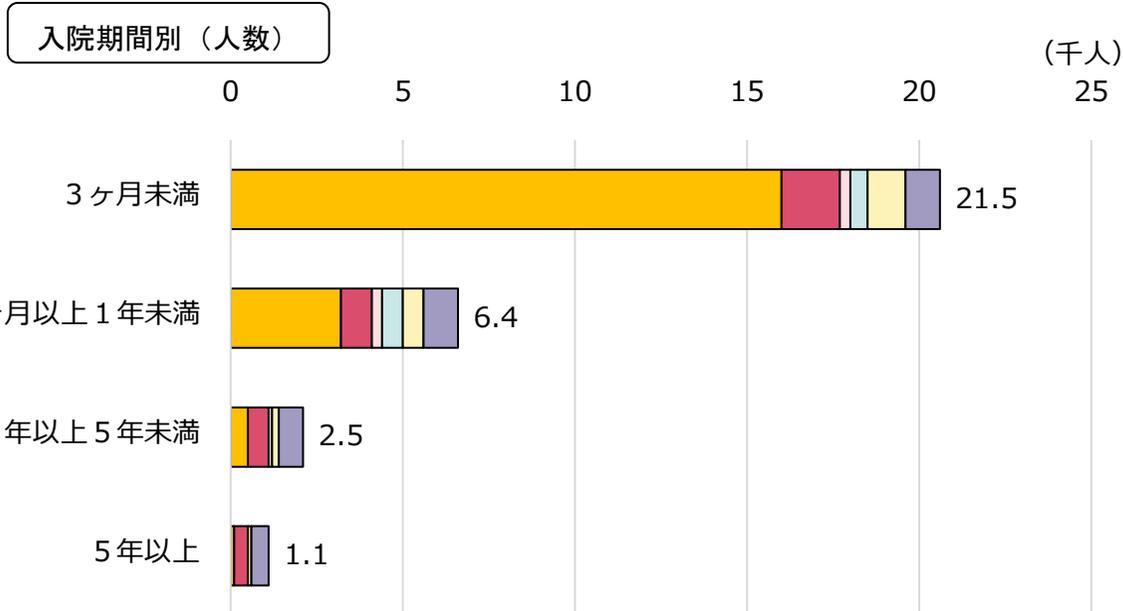
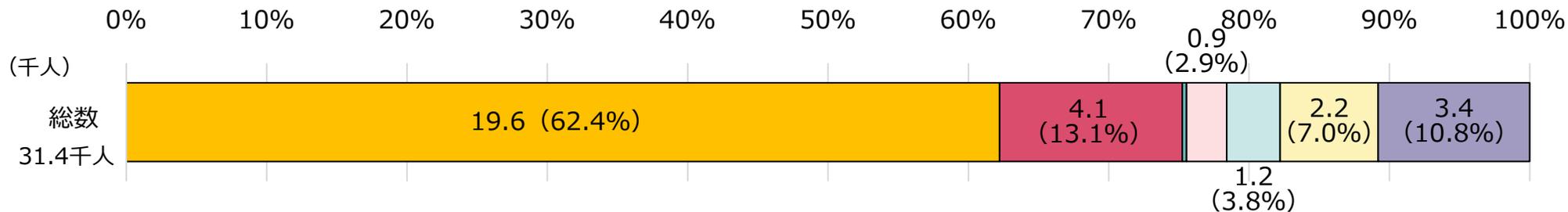


出典: 2023年度「介護給付費等実態統計」及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

令和5年 精神病床退院患者の退院後の行き先

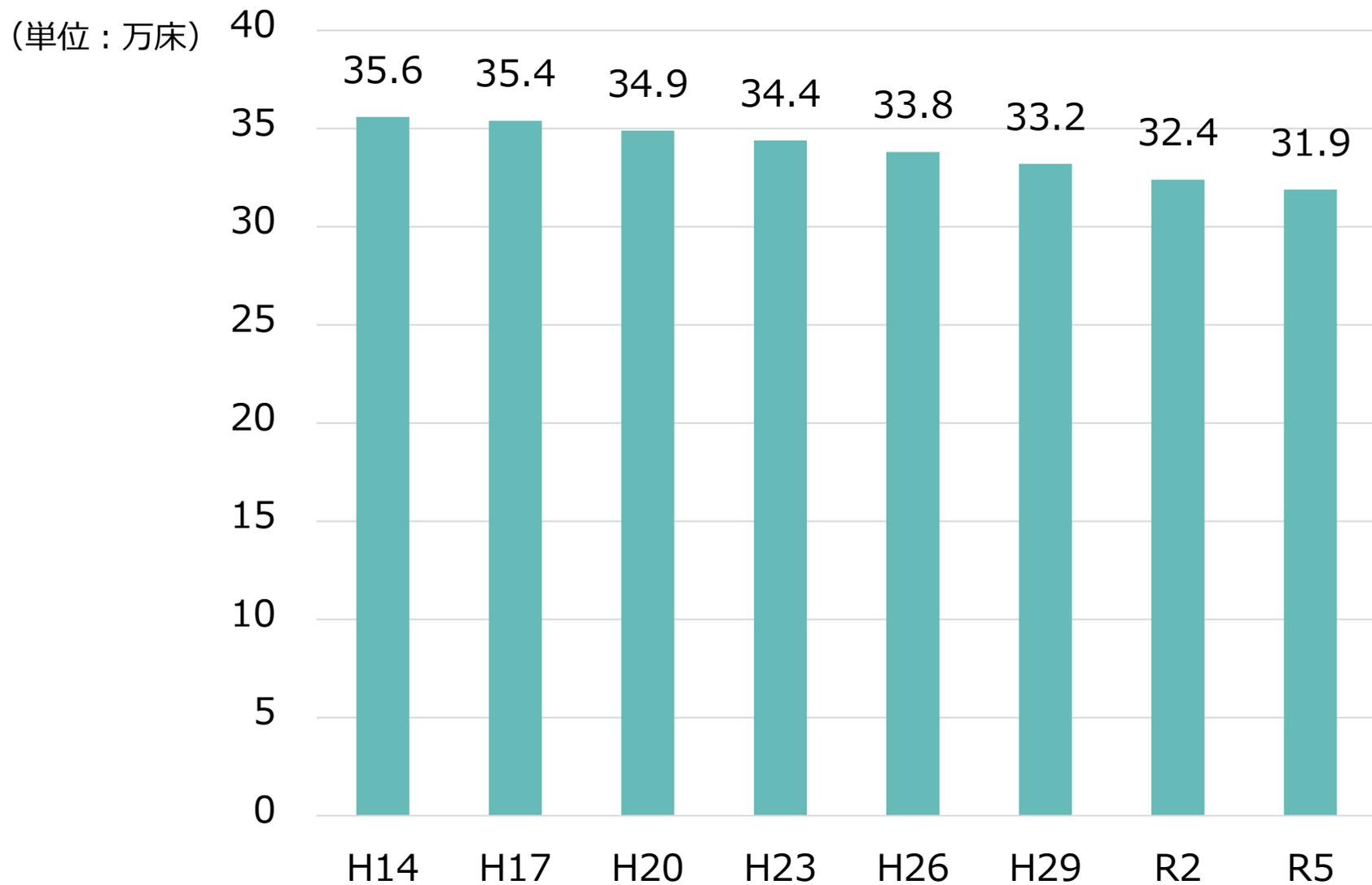
- 精神病床退院患者の退院後の行き先は以下のとおり。



※退院患者数は調査対象期間中 (9月1日~30日) に病院、一般診療所を退院した患者の推計。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

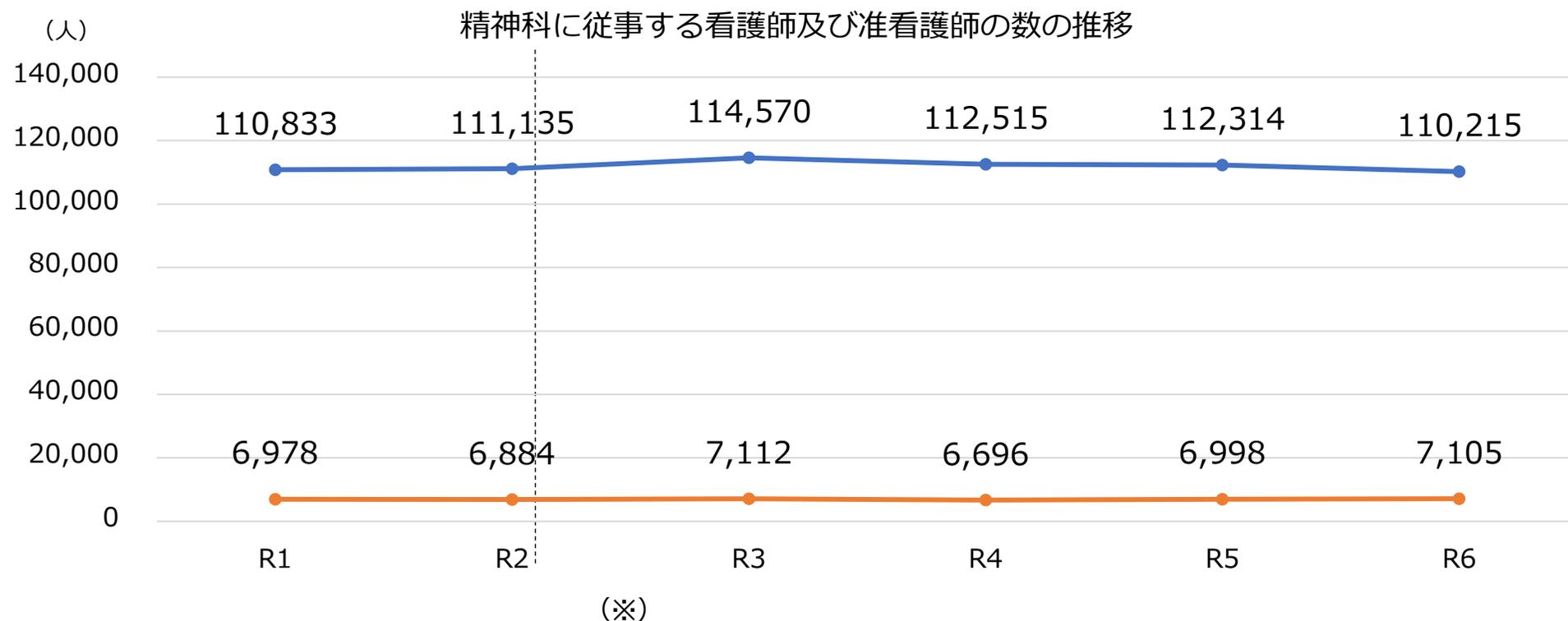
精神病床数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科に従事する看護師及び准看護師の数の推移

- 精神科に従事する看護師及び准看護師の数は横ばいである。
- 病院、診療所いずれにおいても、同様の傾向。



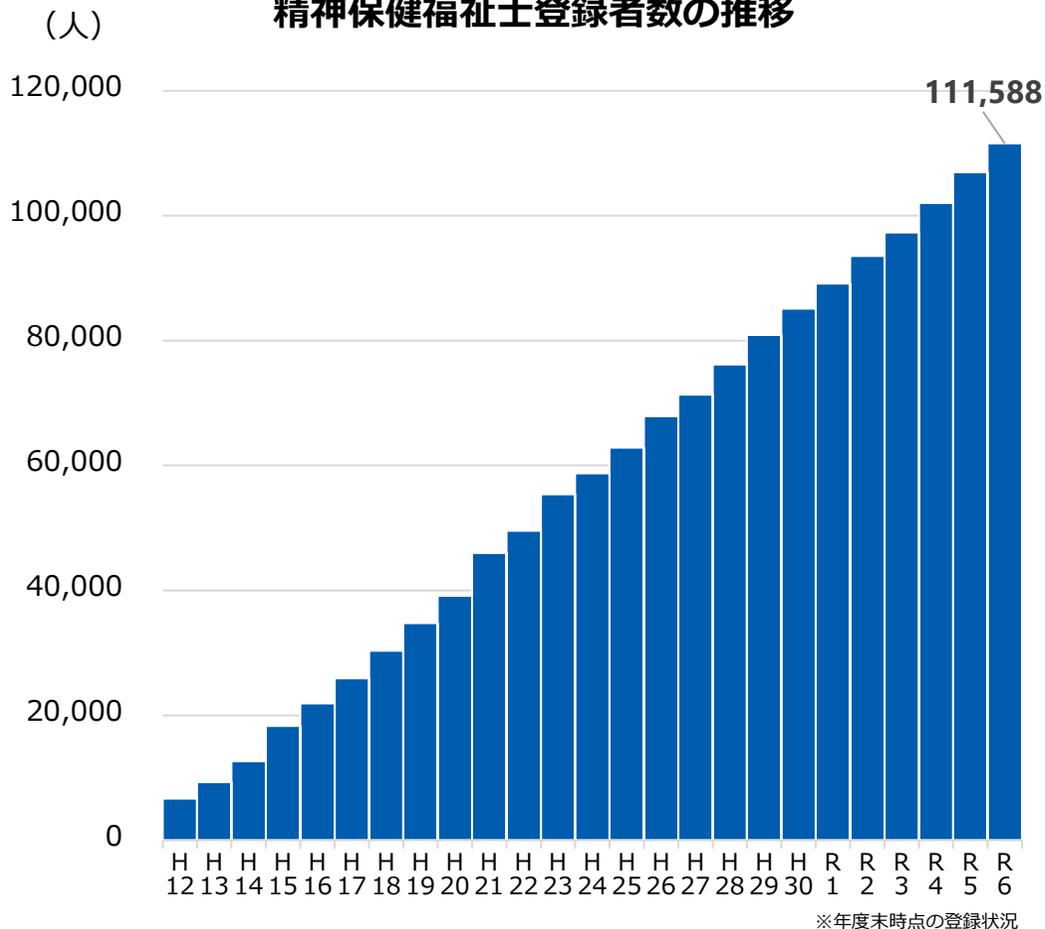
● 精神病床を有する医療機関に従事する看護師及び准看護師の数 ● 精神病床を有しない医療機関に従事する看護師及び准看護師の数

(※) 令和3年度以降は精神科における看護師及び准看護師の数、令和2年度以前は精神科を主科とする患者に関わる看護師及び准看護師の数を指す。

精神保健福祉士の登録者数の推移及び就業場所の内訳

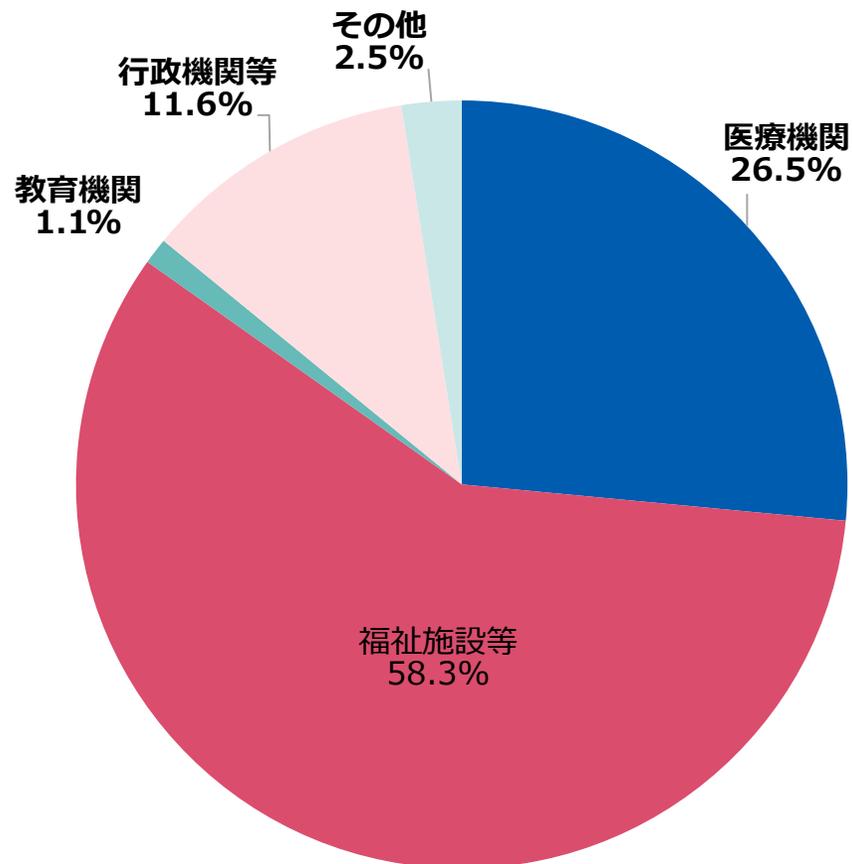
- 精神保健福祉士の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で111,588人。
- 就業場所としては、福祉施設等（58.3%）、医療機関（26.5%）、行政機関等（11.6%）の順に多い。

精神保健福祉士登録者数の推移



出典：公益財団法人社会福祉振興・試験センター

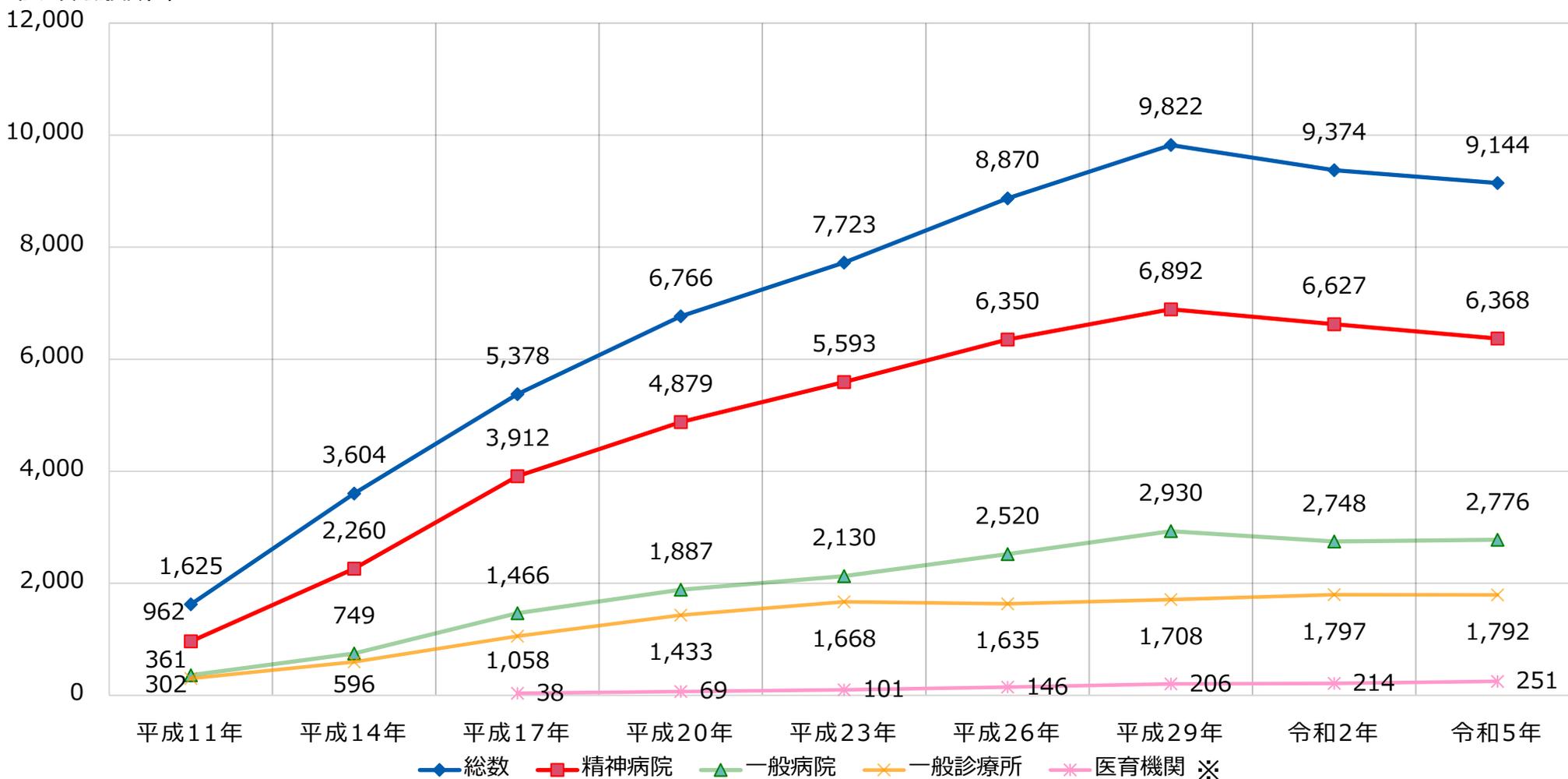
精神保健福祉士の就業場所の内訳



出典：令和2年度就労状況調査（社会福祉振興・試験センター）

医療機関等における精神保健福祉士の従事者数の推移

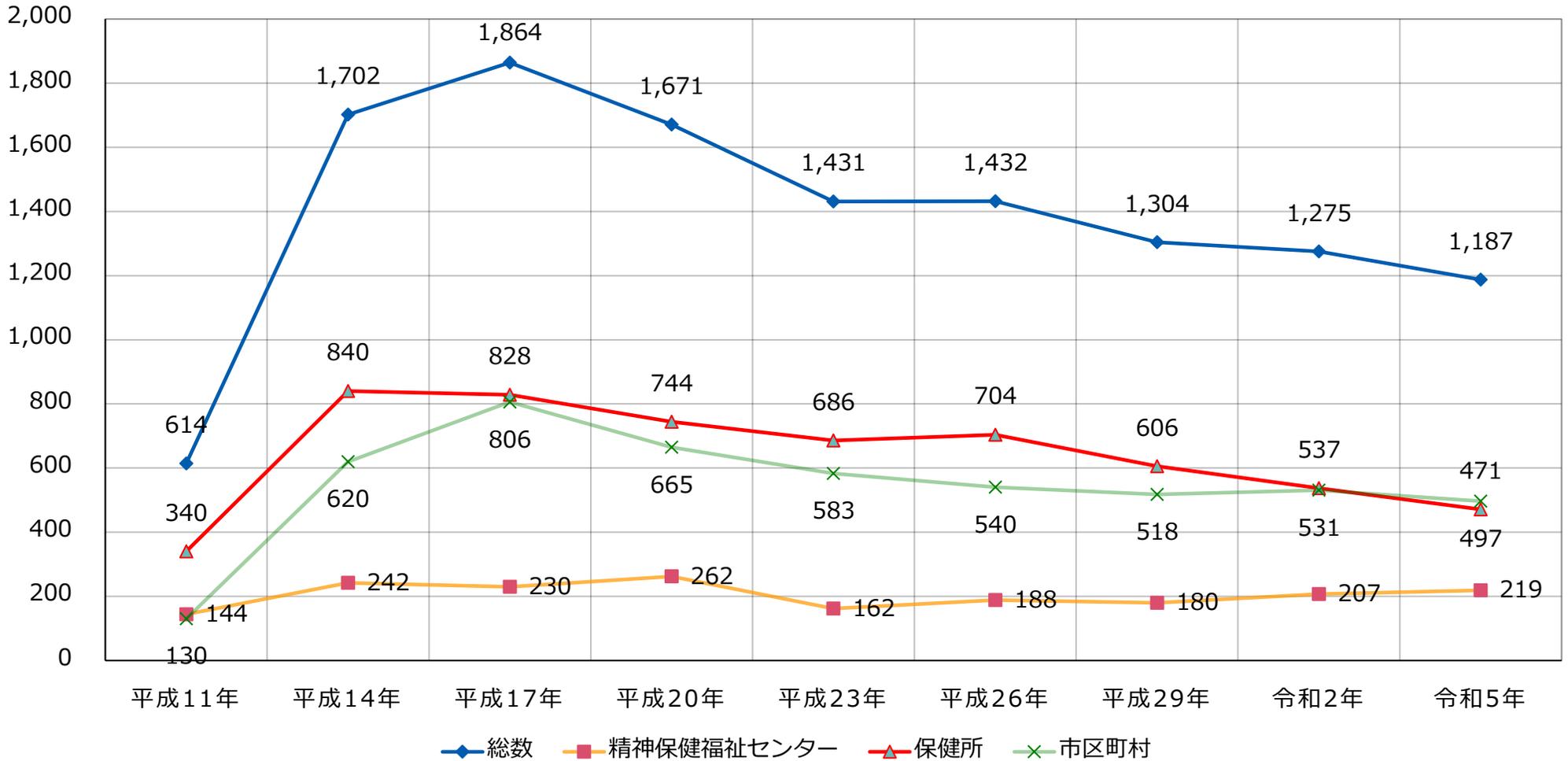
(人(常勤換算))



※医育機関とは「学校教育法」において、医学又は歯学の教育を行うことに付随して設けられた病院及び分院をいい、大学研究所付属病院も含む。

自治体における精神保健福祉士の配置状況の推移

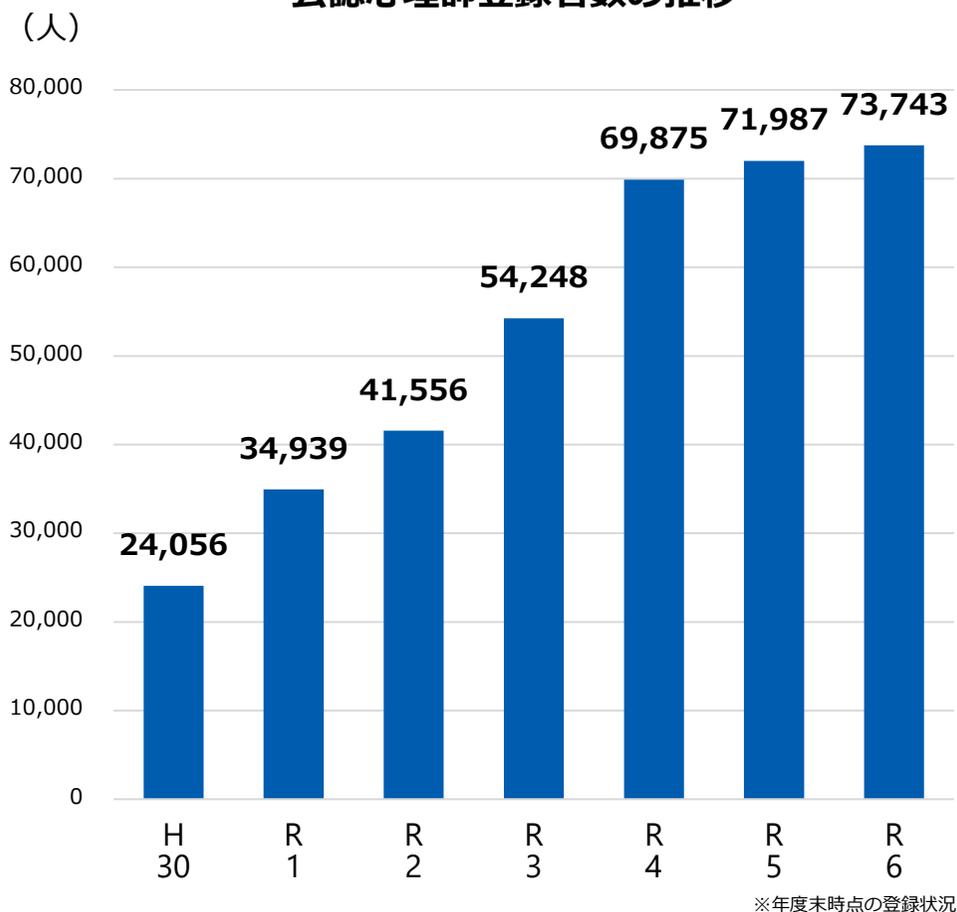
(人) 常勤の実数



公認心理師の登録者数の推移及び主たる勤務先（分野別）の内訳

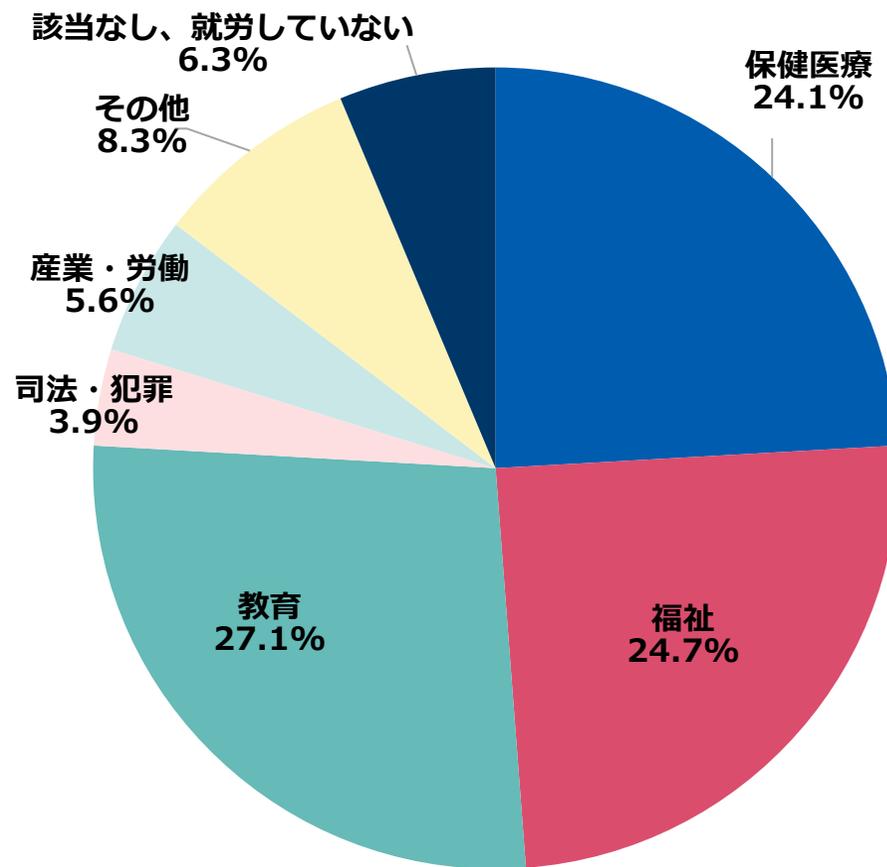
- 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で73,743人。
- 令和5年度調査によると、主たる勤務先としては、教育分野（27.1%）、福祉分野（24.7%）、保健医療分野（24.1%）の順に多い。

公認心理師登録者数の推移



出典：一般財団法人公認心理師試験研修センター

公認心理師の主たる勤務先（分野別）



出典：令和5年度公認心理師活動状況等調査（公認心理師試験研修センター）

精神科病院100床あたりの従事者数の推移

人数は常勤換算
単位：人

	平成14年 (2002年)	平成17年 (2005年)	平成20年 (2008年)	平成23年 (2011年)	平成26年 (2014年)	平成29年 (2017年)	令和2年 (2020年)	令和5年 (2023年)
医師	3	3.1	3.3	3.4	3.6	3.7	4.1	5
看護師	14.6	16.2	18	19.6	21	22.7	24	25
准看護師	15	14.2	13.9	12.9	11.8	10.6	9.2	7.7
看護業務補助者	10	10.8	11.3	12	11.7	10.5	9.2	8.6
理学療法士（PT）	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
作業療法士（OT）	1.1	1.3	1.8	2.2	2.5	2.8	2.9	3
言語聴覚士	0	0	0	0	0	0	0	0
精神保健福祉士	0.9	1.5	1.9	2.2	2.5	2.8	2.7	2.7
公認心理師	…	…	…	…	…	…	0.7	0.8

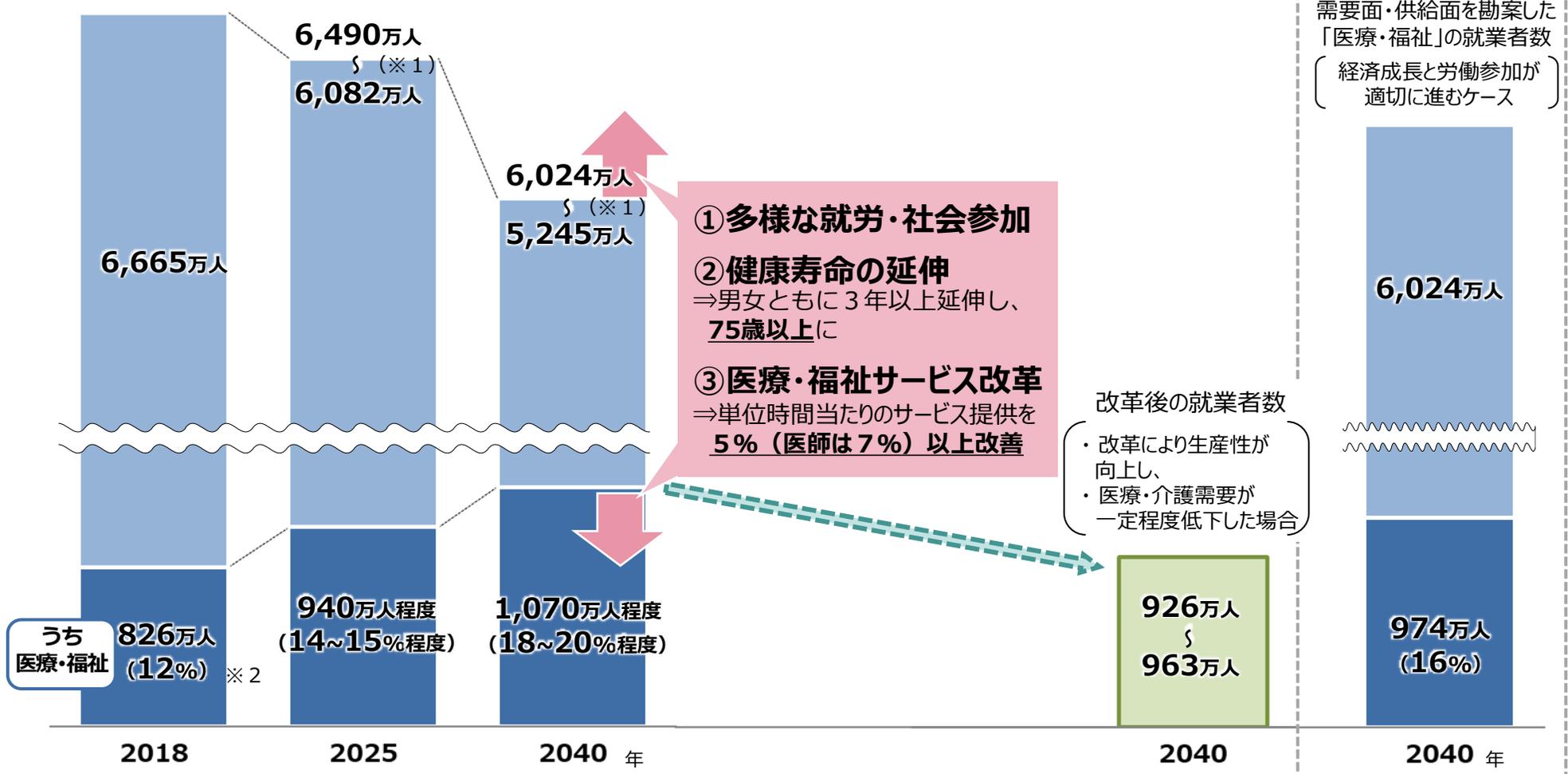
資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日第8次医療計画等に関する検討会資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
 ※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

精神科入院に係る診療報酬と主要要件②

中医協 総-3
5. 1. 1. 22改

	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	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	2,420点 (～30日) 2,120点 (31日～60日) 1,918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	3,624点 (～30日) 3,323点 (31日～60日) 3,123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	2,020点 (～30日) 1,719点 (31日～60日) 1,518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				1,903点 (～30日) 1,618点 (31日～60日) 1,466点 (60日～90日)

高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究

背景

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神科救急医療体制を整備することは、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤として位置づけられる。時代ごとに多様化するニーズに対応しつつ、持続可能な救急医療体制を整備・維持していくためには、緊急性の高い患者の特徴を把握してサービス対象となる患者の臨床像を同定し、医療体制の相応性を検証していくことが必要。

研究目的

- 高規格病棟（精神科救急急性期医療入院料病棟）の必要性が高い患者の臨床像の特徴を明らかにし、精度の高い必要度判定が学術根拠に基づいて可能となるような方策を整えることにより、今後の関連制度の設計や見直しに役立て、医療体制整備に資する成果を得ること等。

方法

- 全国に161ある精神科救急急性期医療入院料病棟を持つ医療機関のうち81医療機関から得られた2164名のデータにつき、昨年度までの研究（※）結果を基に作成したチェックリスト得点を算出し、ROC分析を用いて精神科救急急性期医療入院料病棟の必要性の判別能を評価した。必要性評価は、臨床判断で0-10でratingし、7以上を必要性ありとした。

（※）令和6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）分担班：精神科救急医療体制に関する研究（研究分担者：杉山直也）

結果

- N=2164のうち、3点以上の割合は73.1%、非自発入院（措置、緊急措置、応急、鑑定）は、74.9%
- 臨床判断で0-10でratingし、7以上を必要性ありとする場合、チェックリストで3点以上は、感度83.64%、特異度51.87%、AUC0.75

精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリスト

緊急に医療的介入を要する具体的な因子（該当する項目に☑、複数選択可）

		点数
<input type="checkbox"/>	他害の事実	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 不同意性交等 <input type="checkbox"/> 不同意わいせつ <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 恐喝 <input type="checkbox"/> 脅迫 <input type="checkbox"/> 窃盗 <input type="checkbox"/> 器物損壊 <input type="checkbox"/> 弄火又は失火 <input type="checkbox"/> 家宅侵入 <input type="checkbox"/> 詐欺等の経済的な問題行動 <input type="checkbox"/> 攻撃的・威圧的言動 <input type="checkbox"/> その他の迷惑行為（ ）	
<input type="checkbox"/>	自殺行動の事実・切迫した自殺念慮	3
<input type="checkbox"/>	昏迷状態	3
<input type="checkbox"/>	亜昏迷状態	2
<input type="checkbox"/>	意識障害	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 器質疾患による意識障害 <input type="checkbox"/> 頭部外傷による意識障害 <input type="checkbox"/> 薬物による意識障害 <input type="checkbox"/> てんかん発作後もうろう状態 <input type="checkbox"/> 離脱せん妄 <input type="checkbox"/> その他の原因による意識障害（ ）	
<input type="checkbox"/>	不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> 生命リスク等の危険回避困難	
<input type="checkbox"/>	特定の目的による入院	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 重篤な副作用の管理 <input type="checkbox"/> BMI16以下のりい瘦対応 <input type="checkbox"/> mECTの実施 <input type="checkbox"/> クロザピン導入・副作用対応	
<input type="checkbox"/>	社会生活機能不全	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 躁状態 <input type="checkbox"/> 混合状態 <input type="checkbox"/> 減裂状態 <input type="checkbox"/> 激越 <input type="checkbox"/> 摂食困難 <input type="checkbox"/> 排泄困難	

要配慮因子（該当項目があれば☑、複数選択可）

						点数
<input type="checkbox"/>	新興感染症等法定伝染病	<input type="checkbox"/>	2次以上身体合併症（※）	<input type="checkbox"/>	妊婦・産褥婦	3
<input type="checkbox"/>	日本語不可・滞在許可のない外国籍	<input type="checkbox"/>	深刻な履歴（※※）あり	<input type="checkbox"/>	医療観察法通院処遇者	2
<input type="checkbox"/>	警察介入	<input type="checkbox"/>	身元不明・住所不定・未保険	<input type="checkbox"/>	虐待・DV・犯罪等被害者	2
<input type="checkbox"/>	キーパーソン不在	<input type="checkbox"/>	保健所介入	<input type="checkbox"/>	遠隔地ケース・他院離院中	1
<input type="checkbox"/>	消防（救急隊）経由	<input type="checkbox"/>	身体障害者認定・指定難病認定	<input type="checkbox"/>	整備事業経由	1

※ 2次以上身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す身体疾患または外傷を指す。

※※ 履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動 を指す。

「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」について

1. 目的

平成4年度以降約5年ごとに、計6回にわたって、一般国民及び医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・ケアに対する意識やその変化を把握するための調査を実施し、我が国の人生の最終段階における医療・ケアを考える際の資料として広く活用してきた。平成29年度調査から5年を経て、社会的ニーズや医療・ケアの提供状況にも変化が生じており、令和4年度改めて、一般国民及び医療・介護従事者に対して意識調査を行い、その結果を、本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアのあり方の検討に活用する。

2. 調査時期

令和4年11月22日～令和5年1月21日（令和4年12月20日の締切以降に届いた調査票についても集計に含めた。）

3. 調査対象

一般国民、医師、看護師、介護支援専門員

- ・一般国民については、20歳以上の者から層化2段階無作為抽出をした。
- ・医師、看護師、介護支援専門員については施設を無作為抽出し、各施設を通じて対象者に配布した。
- ・病院の医師・看護師については、同施設よりそれぞれ2名（計4名）を選定することとし、各2名のうち1名は人生の最終段階における医療・ケアに特に携わっていると考えられる者を回答者とするよう依頼した。

4. 調査方法

郵送で調査票を配布し、郵送またはWebにより回答

（医療・介護従事者は、一般国民票に加え、医療・介護従事者票（医師票、看護師票、介護支援専門員票）に回答。）

5. 前回調査との変更点

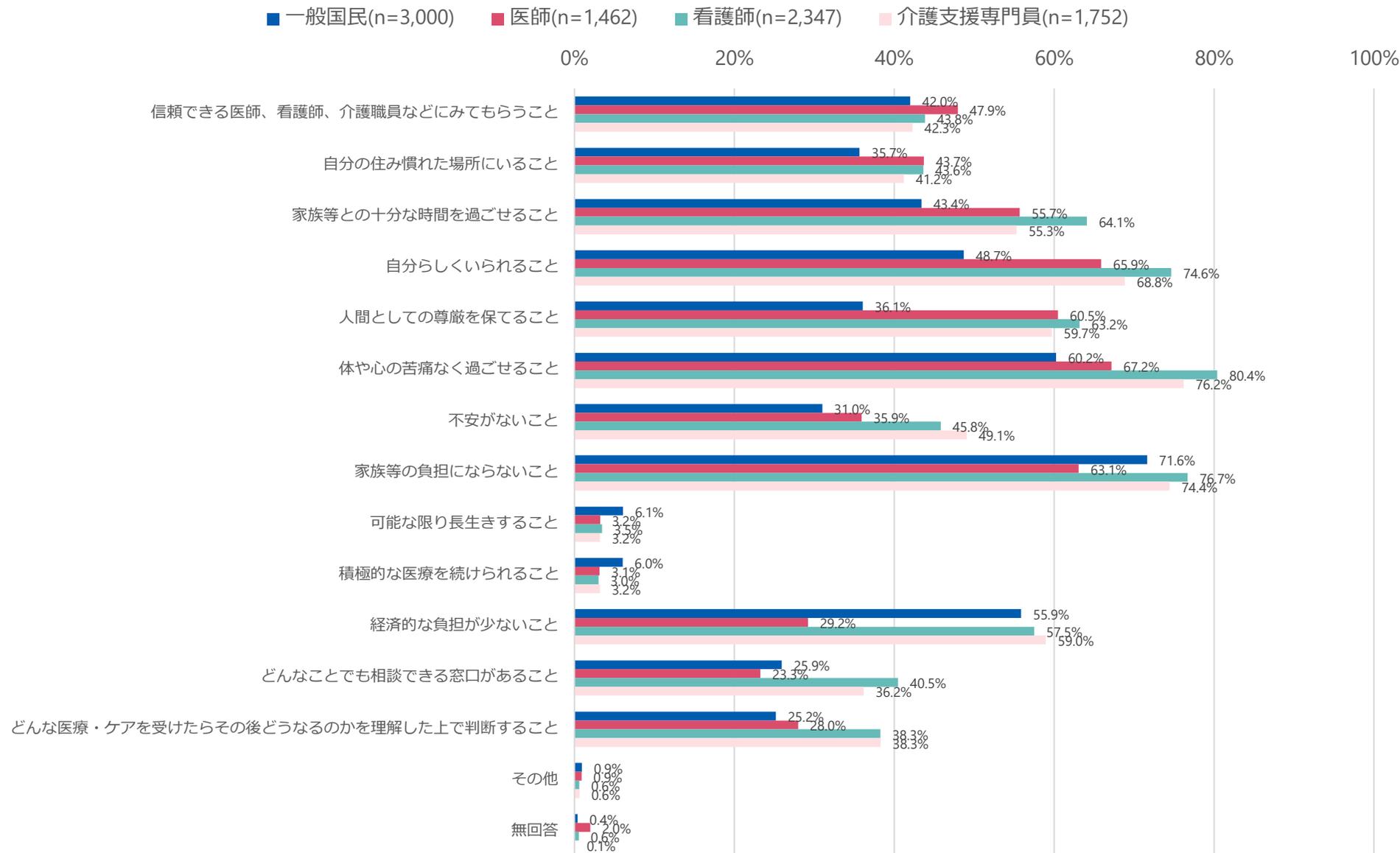
調査期間：平成29年度調査は12月5日～12月29日に行われており調査期間が異なる。

調査対象：介護従事者については「介護職員」から「介護支援専門員」へ変更した。居宅介護支援事業所を調査対象施設に追加した。施設長への調査を廃止した。

調査方法：平成29年度は郵送により回答、令和4年度は郵送に加えWebによる回答も可能とした。

自身の人生の最終段階における医療・ケアについて

問14：どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うことはなんですか。（複数回答可）



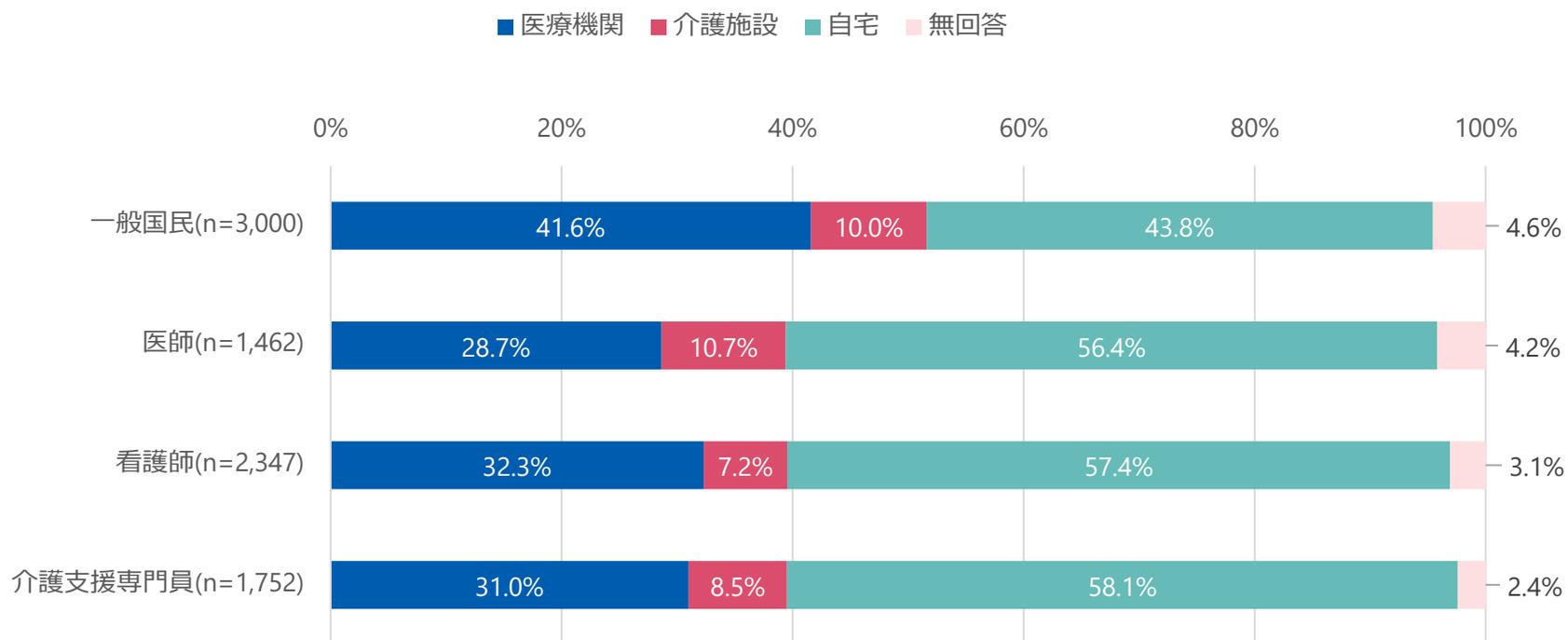
様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問15：もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・ケアを希望しますか。

－あなたの病状－

あなたが病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

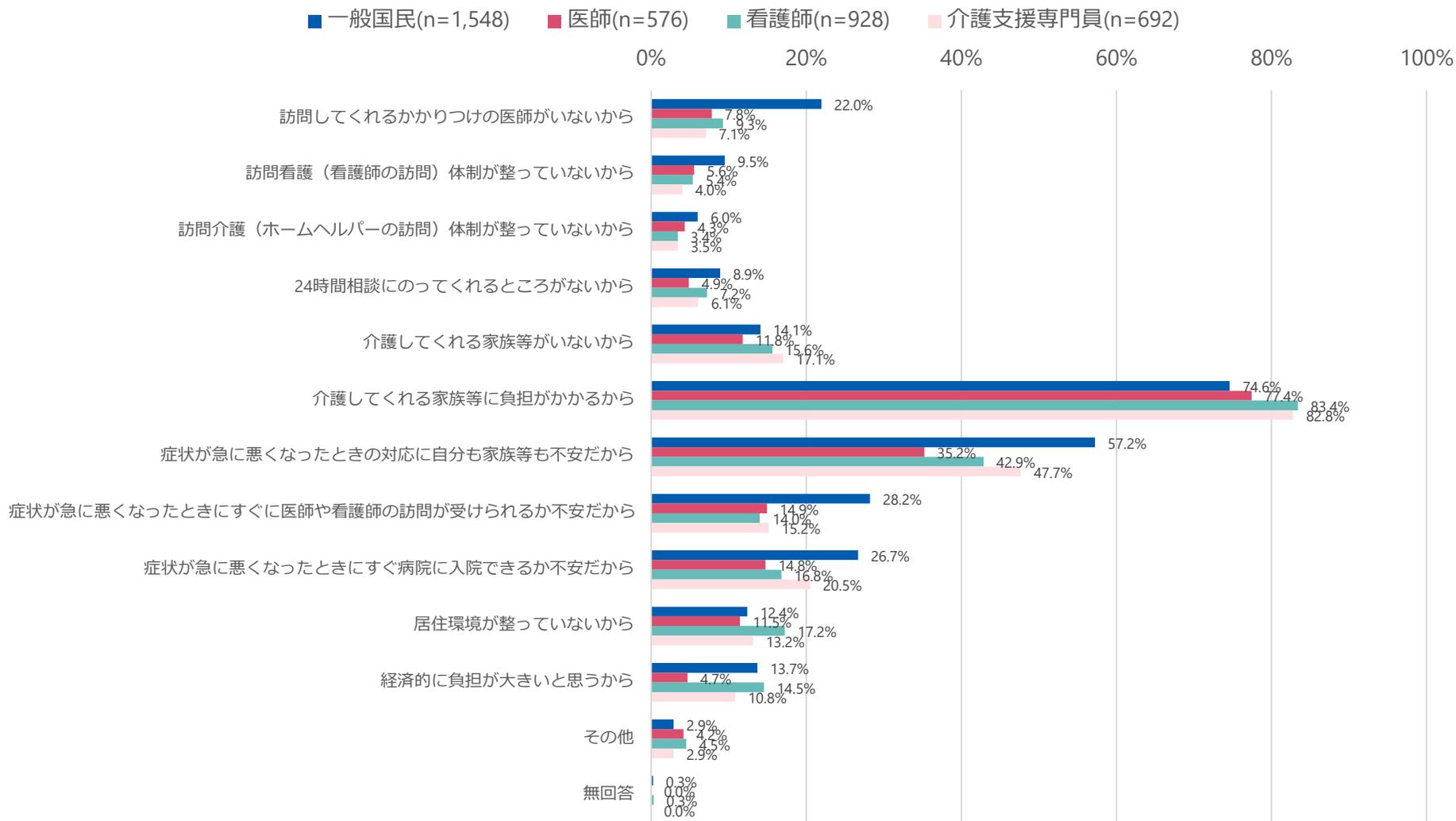
問15－1：最期をどこで迎えたいですか。（○は1つ）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

(問15-1で「1. 医療機関」「2. 介護施設」を選択した方)

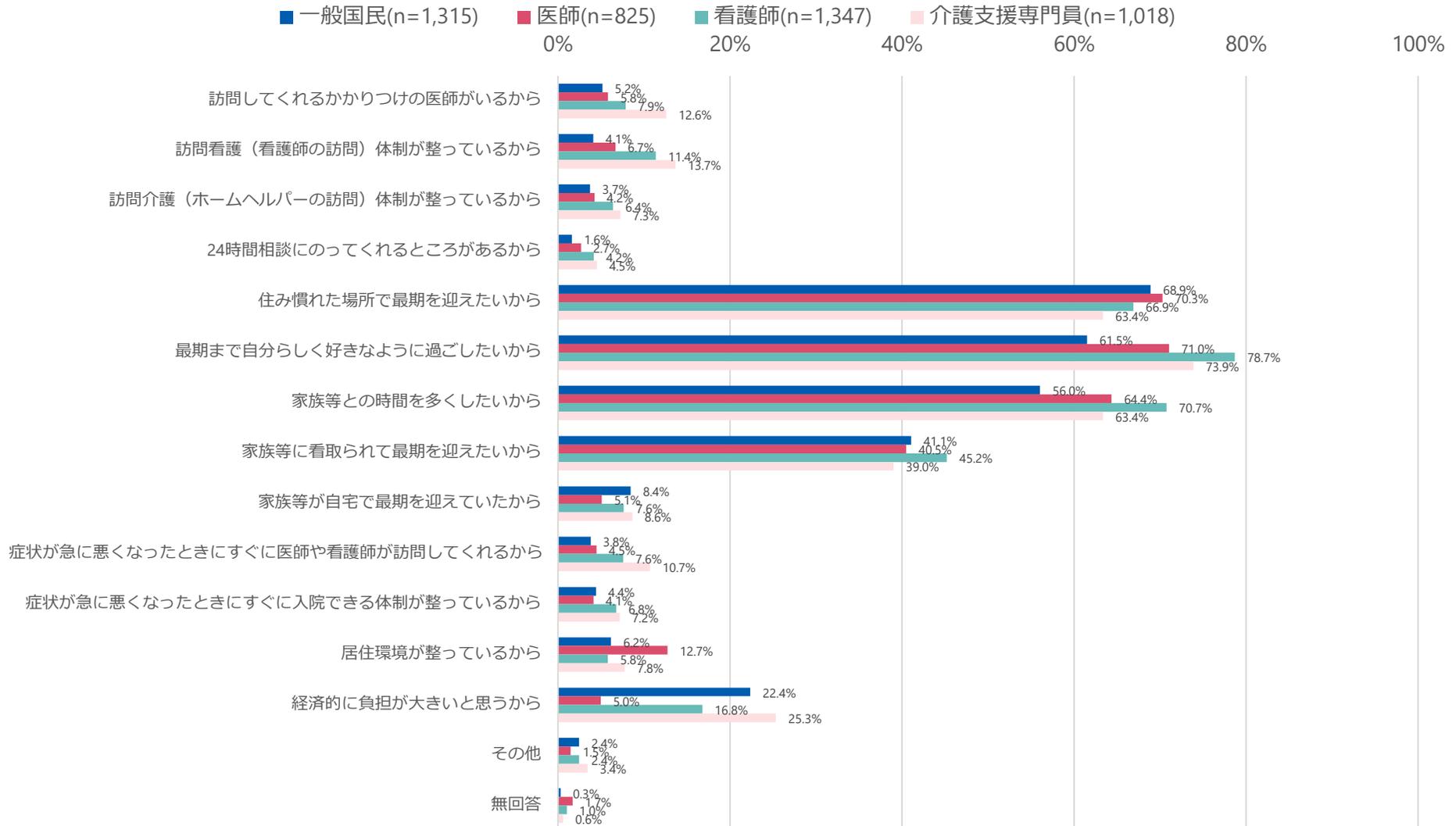
問15-1-1：なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

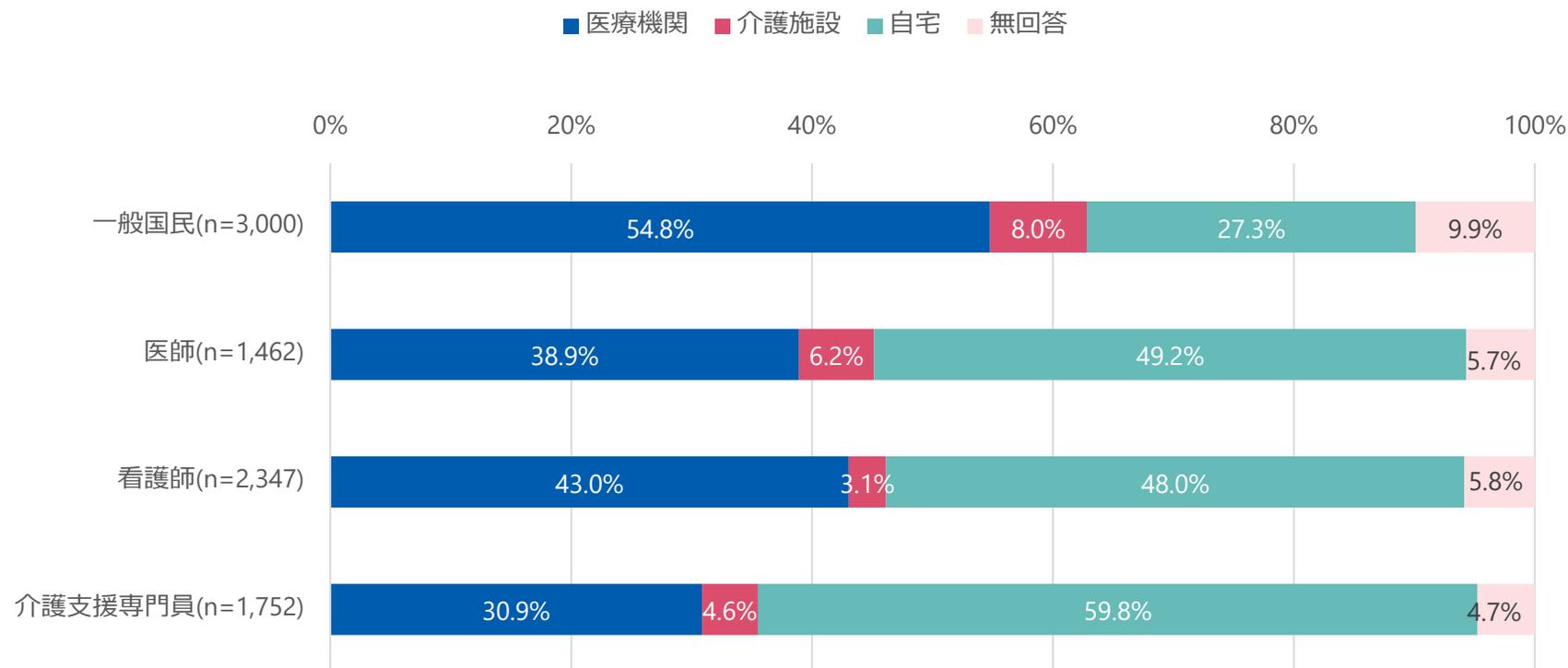
(問15-1で「3. 自宅」を選択した方)

問15-1-2：なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

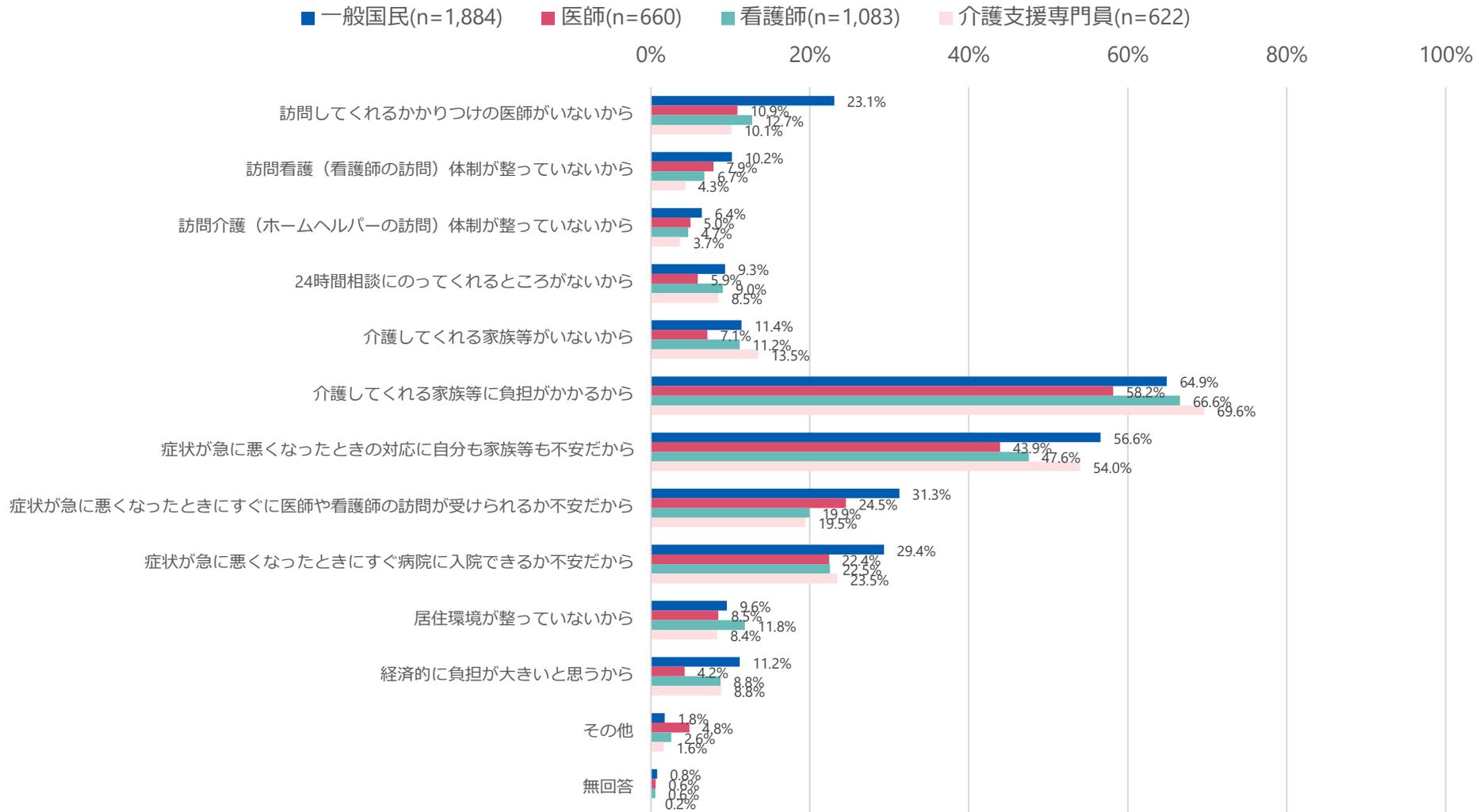
問15-2：それまでの医療・ケアはどこで受けてたいですか。（○は1つ）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

(問15-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」を選択した方)

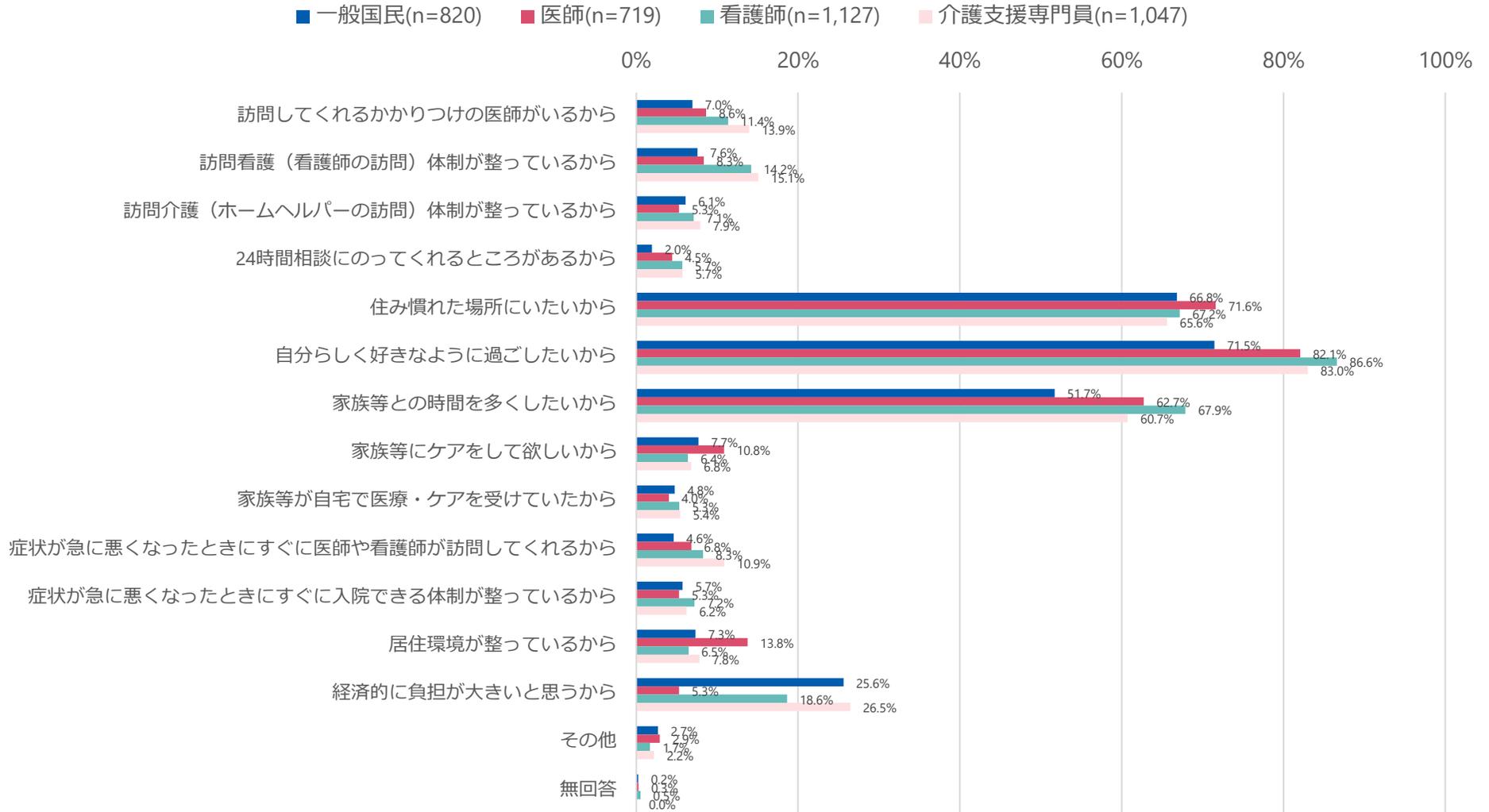
問15-2-1：なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

(問15-2で「3. 自宅」を選択した方)

問15-2-2：なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

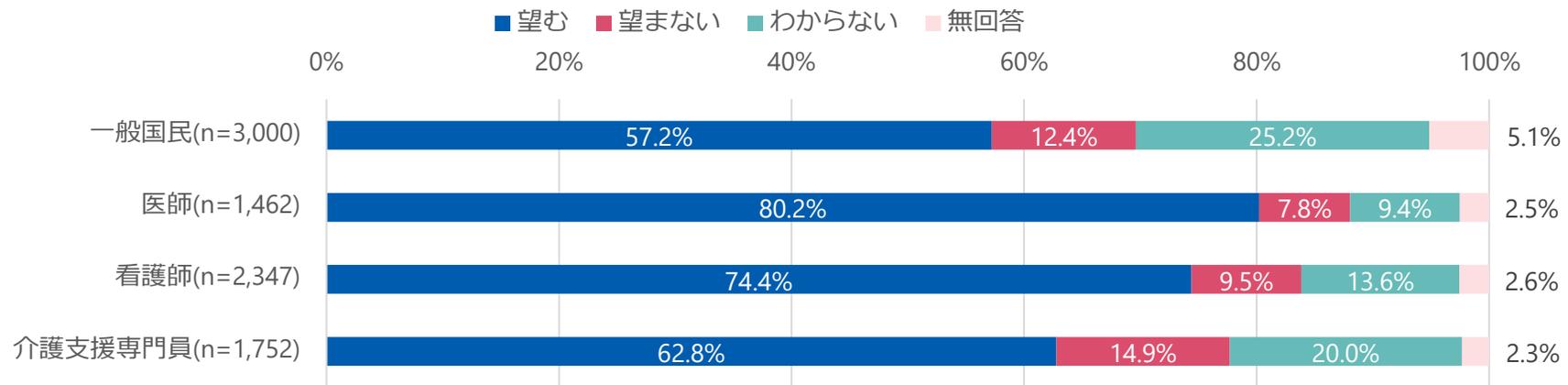


様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

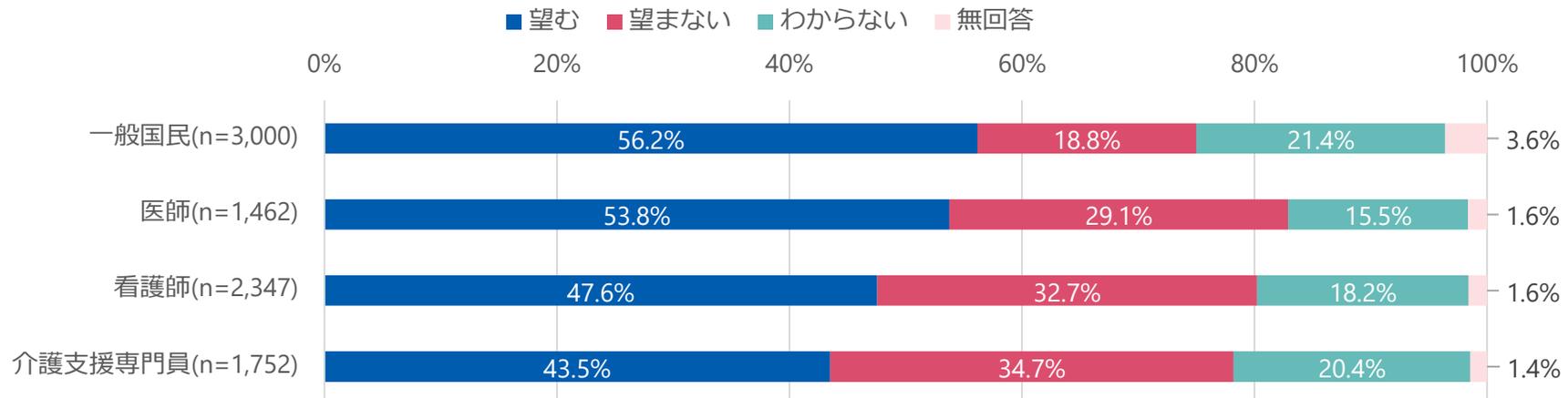
問15-3：下記のア～キの医療を望みますか。（○はそれぞれ1つ）

あなたが病気で治る見込みがなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

(ア) 他の病気にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること

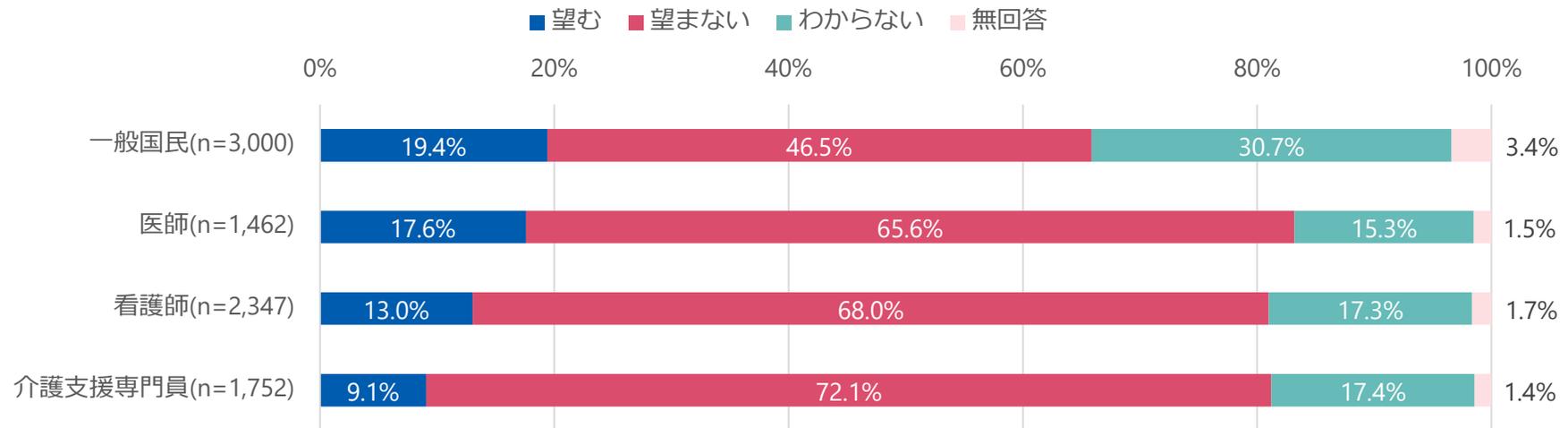


(イ) 口から水を飲めなくなった場合の点滴

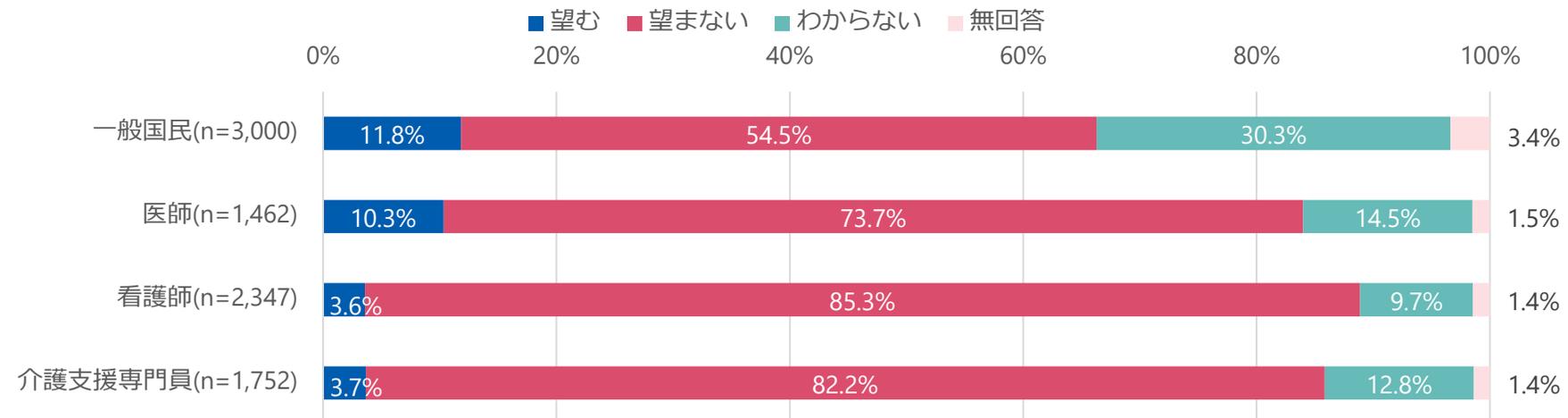


様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

(ウ) 口から十分な栄養をとれなくなった場合、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること（中心静脈栄養）

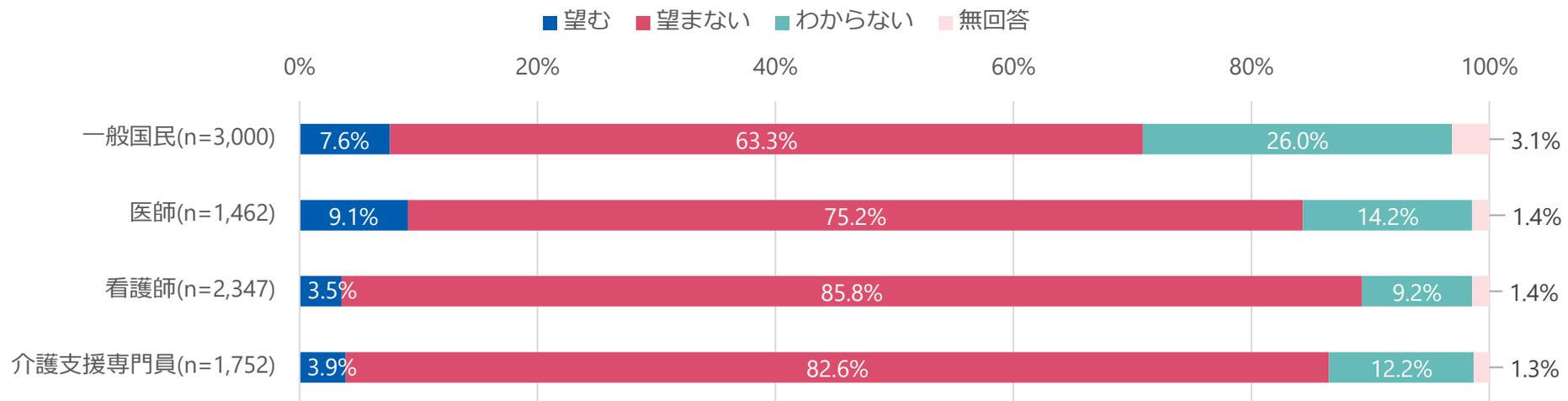


(エ) 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること（経鼻栄養）

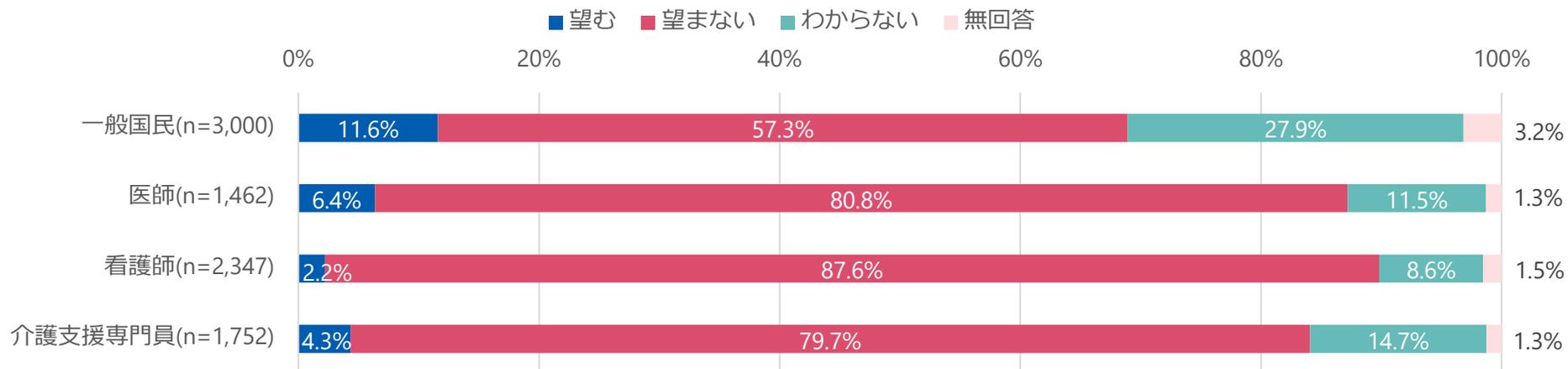


様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

(オ) 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること（胃ろう）

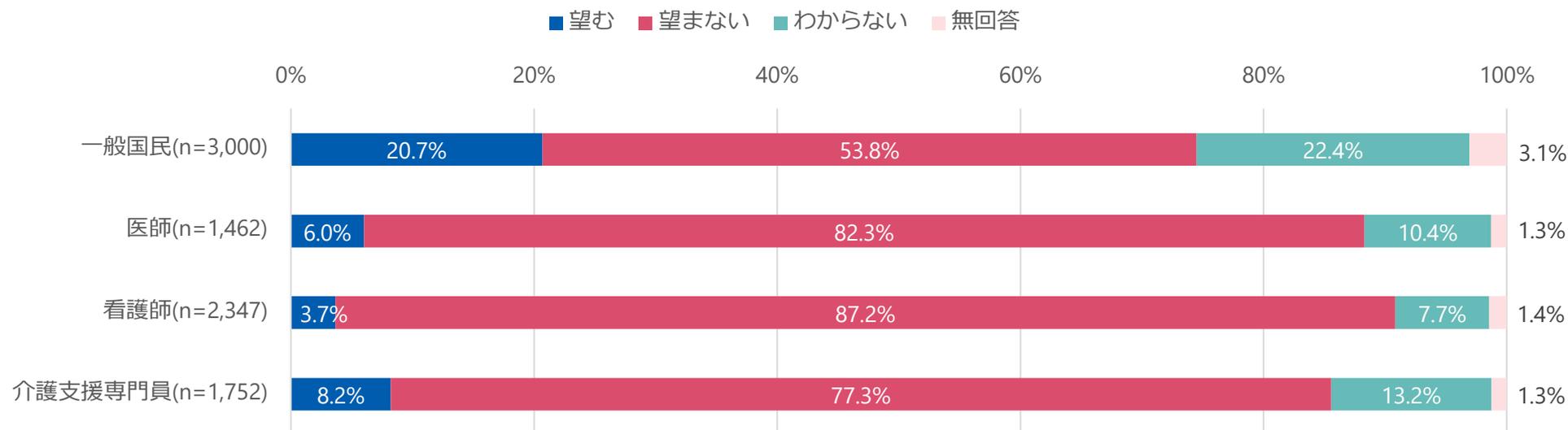


(カ) 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること（言葉を発声できなくなる場合もあります）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

(キ) 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置（心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問16：もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・ケアを希望しますか。

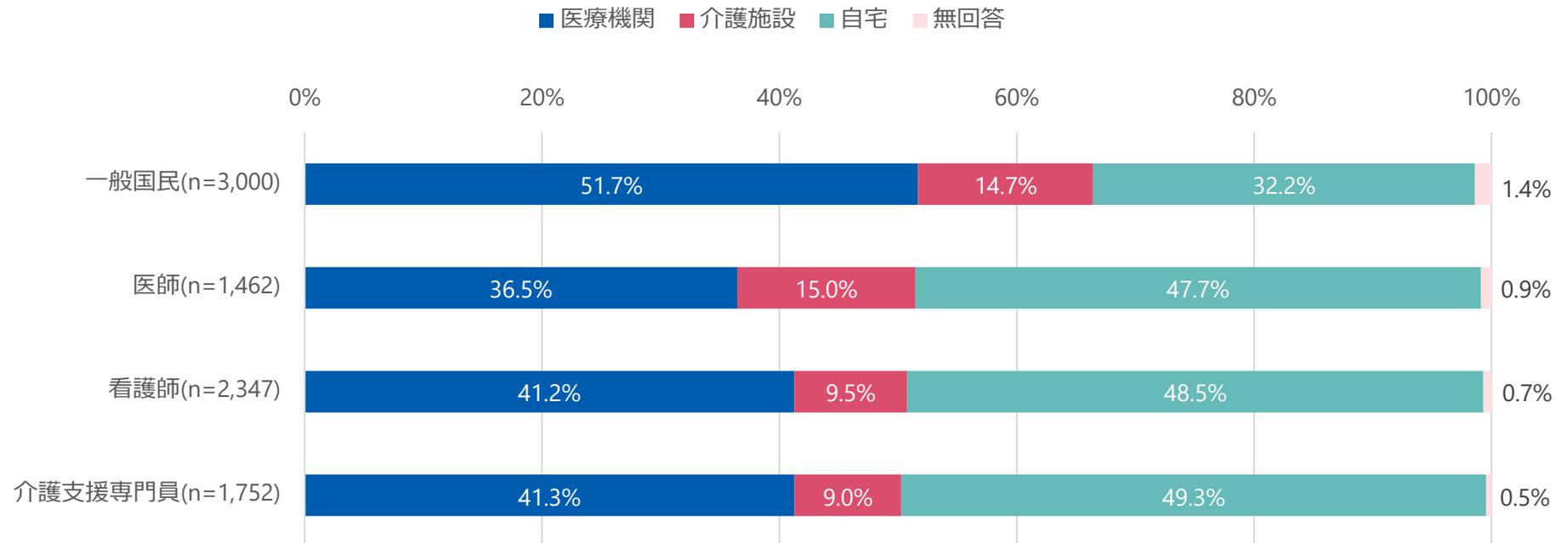
－あなたの病状－

末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。

今は食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。

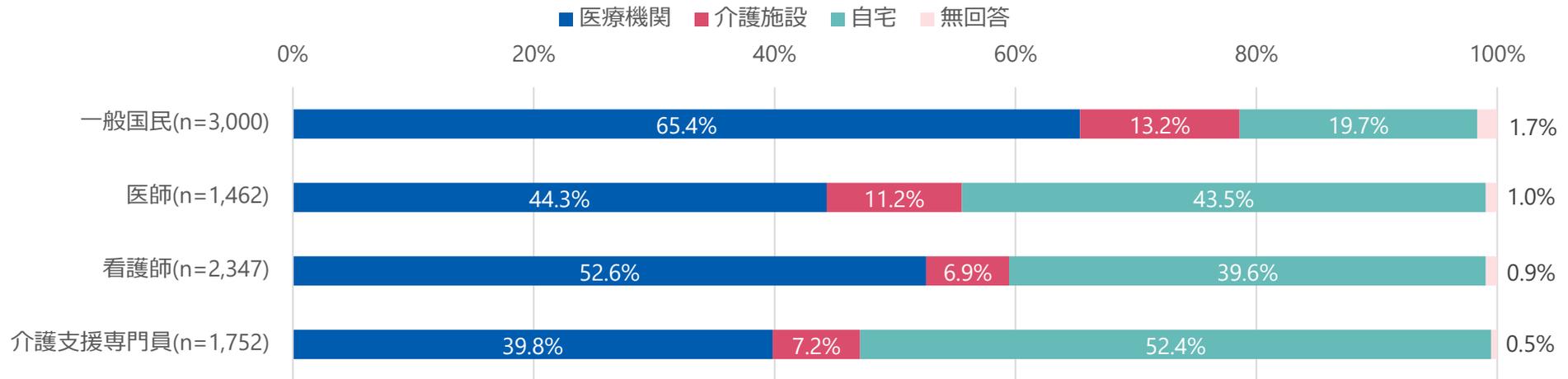
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

問16-1：最期をどこで迎えたいですか。（○は1つ）

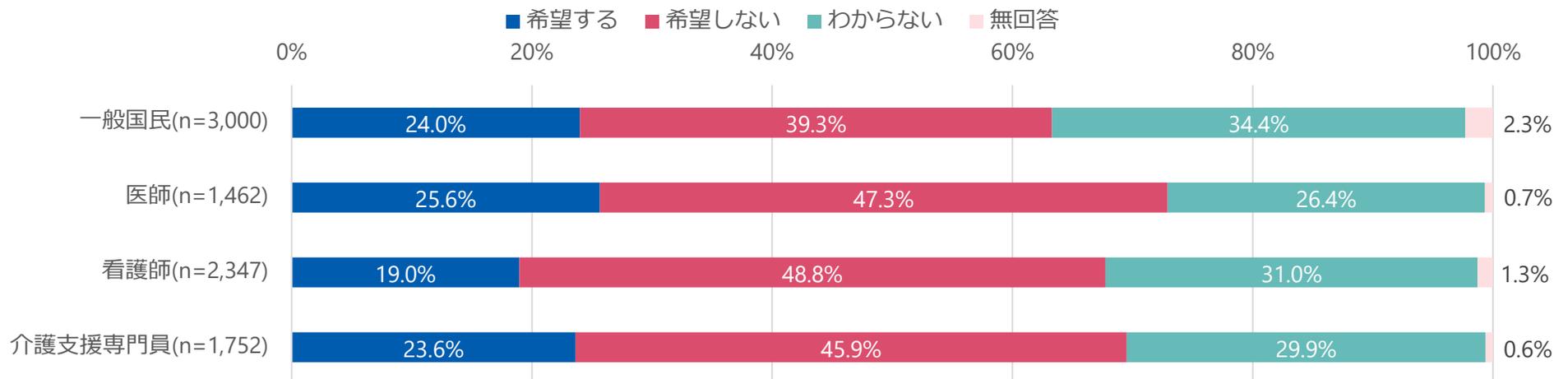


様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問16-2：それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか。（○は1つ）



問16-3：副作用はあるものの、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療を希望しますか。（○は1つ）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問17：もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・ケアを希望しますか。

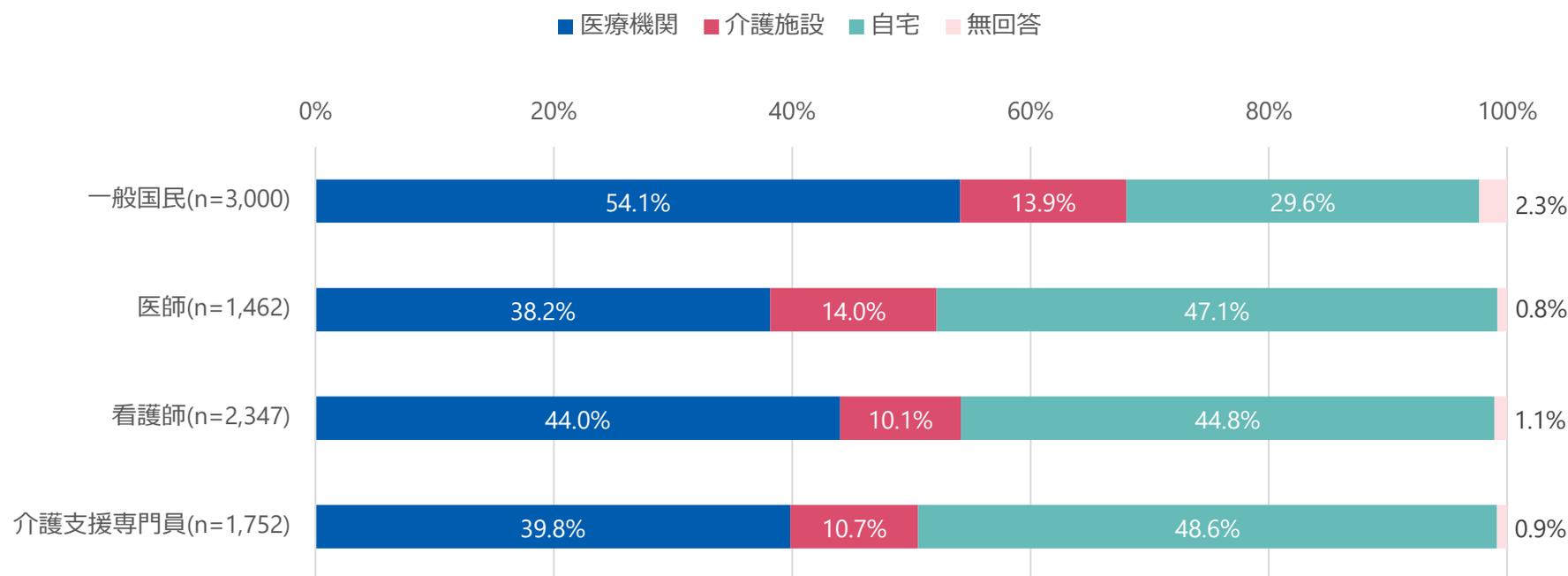
－あなたの病状－

慢性の重い心臓病と診断され、状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいといった状態です。

今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。

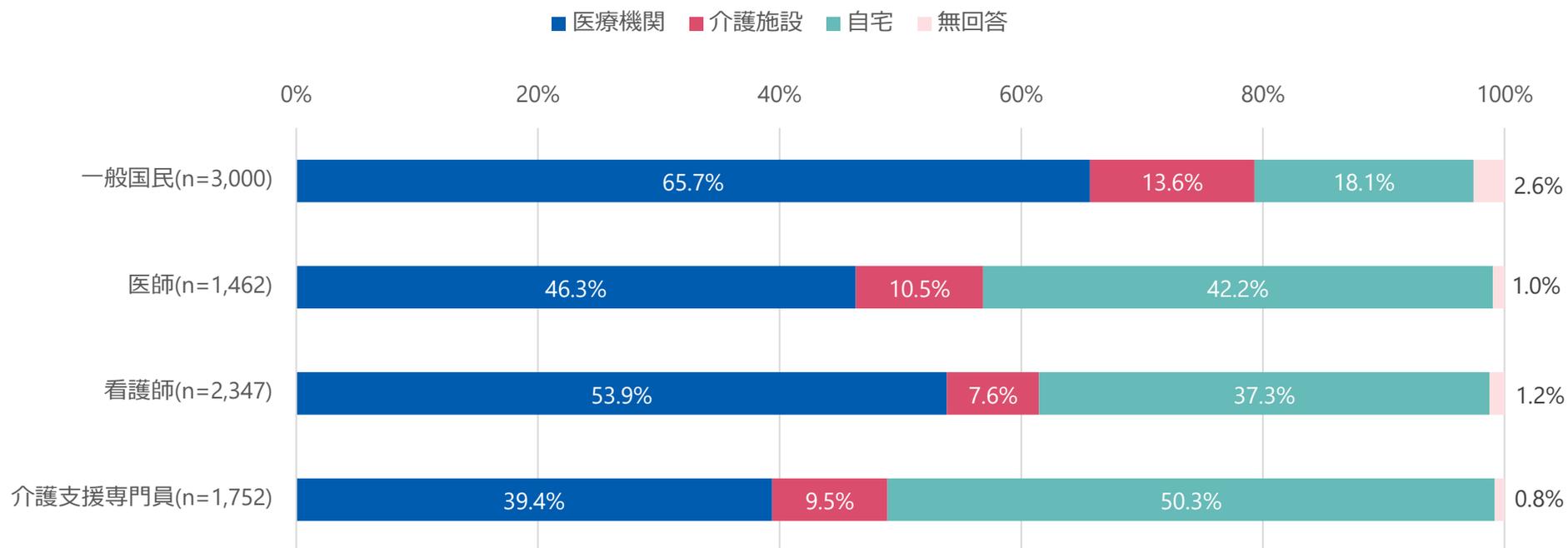
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

問17-1：最期をどこで迎えたいですか。（○は1つ）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問17-2：それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか。（○は1つ）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

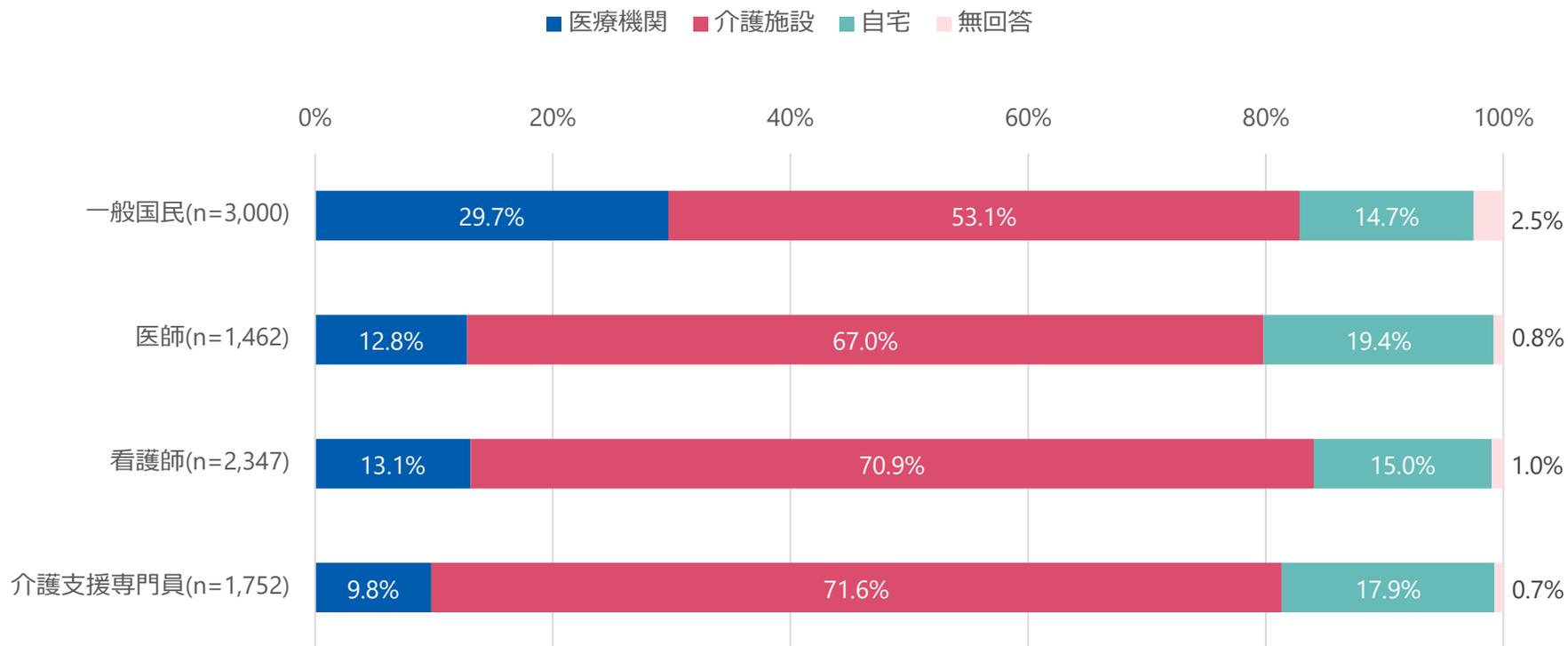
問18：もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・ケアを希望しますか。

－あなたの病状－

認知症と診断され、状態は悪化し、自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。

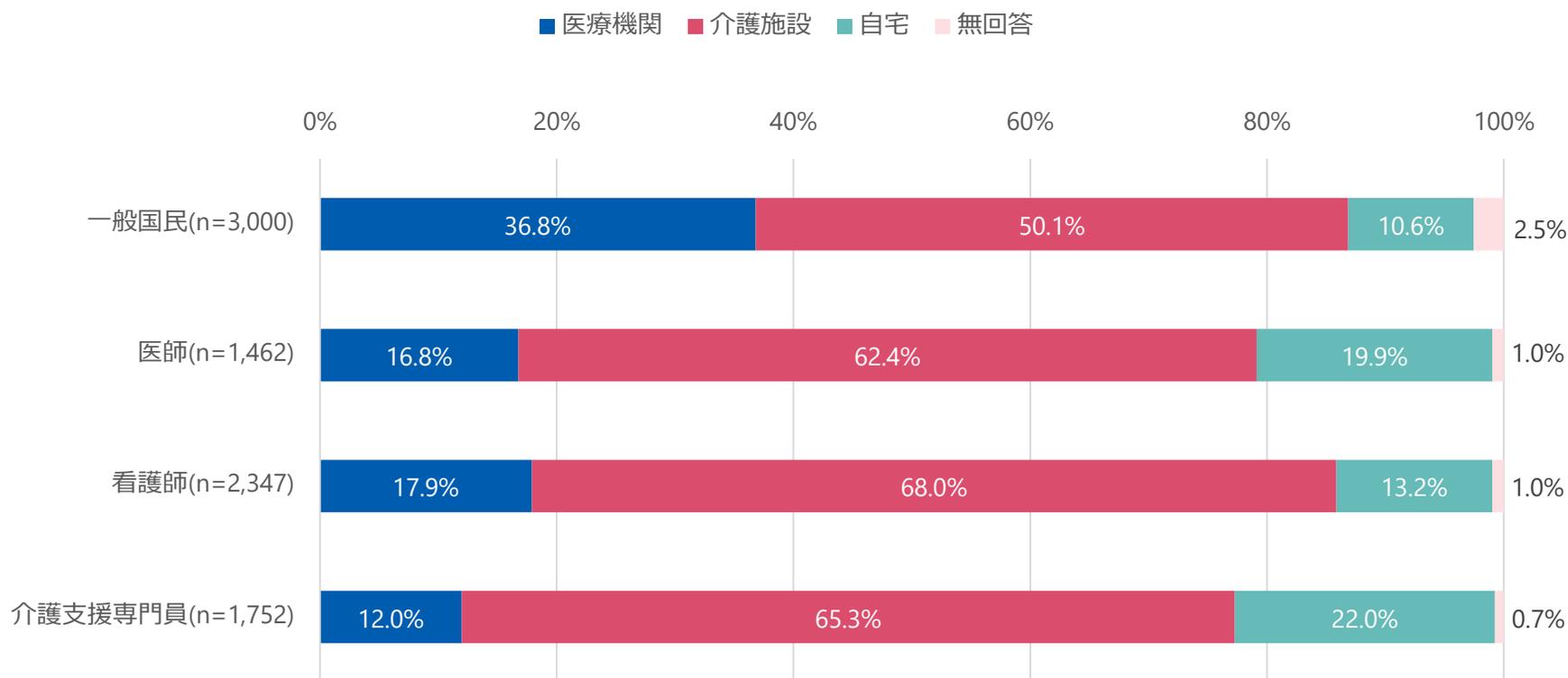
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。

問18-1：最期をどこで迎えたいですか。（○は1つ）



様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

問18-2：それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか。（○は1つ）



(身体合併症について)

外来・在宅医療

入院医療

- 通院
 - 精神科デイ・ケア/ナイト・ケア
- 訪問診療・看護
- 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

- 精神身体合併症

精神病床

- 病期
急性期/回復期/慢性期
- 入院形態

（医療観察法病床）

田中：精神科医療の多様な場、研修医のための精神科ハンドブック第2版、医学書院、2025 を基に作成

- 身体管理が必要な精神科専門治療
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理
- 精神疾患単独の症例

- 救急（一般救急・精神科救急）、災害
- 周産期、緩和、臓器不全・移植
- 倫理、医療安全、研修・教育

日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）を基に作成



総合病院においてリエゾン精神医学が担っている機能

1. 一般医療と連携した精神医療

- ① 身体疾患患者の精神心理的合併症・課題のマネジメント
 - ・ せん妄
 - ・ 身体疾患に併存するうつ病、その他の精神症状
 - ・ 身体疾患に影響する心理的要因（心身症を含む）
 - ・ 意思決定支援に関するコンサルテーション
- ② 精神疾患患者の身体合併症治療
 - ・ 精神疾患患者の一般身体疾患の罹患
 - ・ 事象、自殺企図などによる身体症状・身体疾患
 - ・ 精神科治療薬の副作用
 - ・ その他
- ③ 重点領域
 - ・ 救急医療
 - ・ 一般救急医療における精神科医の関与
 - ・ 精神科救急
 - ・ 自殺対策
 - ・ 周産期医療
 - ・ 緩和医療（がん、心不全など）
 - ・ 高齢者（認知症を含む）医療
 - ・ 臓器不全・移植医療
- ④ 一般医療と精神医療との連携が拡大している分野
 - ・ 臨床倫理コンサルテーション
 - ・ 災害医療
 - ・ 地域リエゾン医療

- ・ 小児医療

- ⑤ 他の診療科との連携が不可欠な精神科専門医療
 - ・ 電気けいれん療法を含むニューロモデュレーション
 - ・ クロザピン治療
 - ・ 摂食障害診療
 - ・ アルコール・依存症診療
 - ・ てんかん診療
 - ・ 高度の鑑別診断・治療が求められる精神科医療

2. 一般精神医療への総合病院精神科の関与

3. 病院機能への関与

- ① 職員のメンタルヘルス
 - ・ 法令に基づく活動
 - ・ 法令外の組織開発に関わる活動
- ② 医療安全
- ③ 医療経済

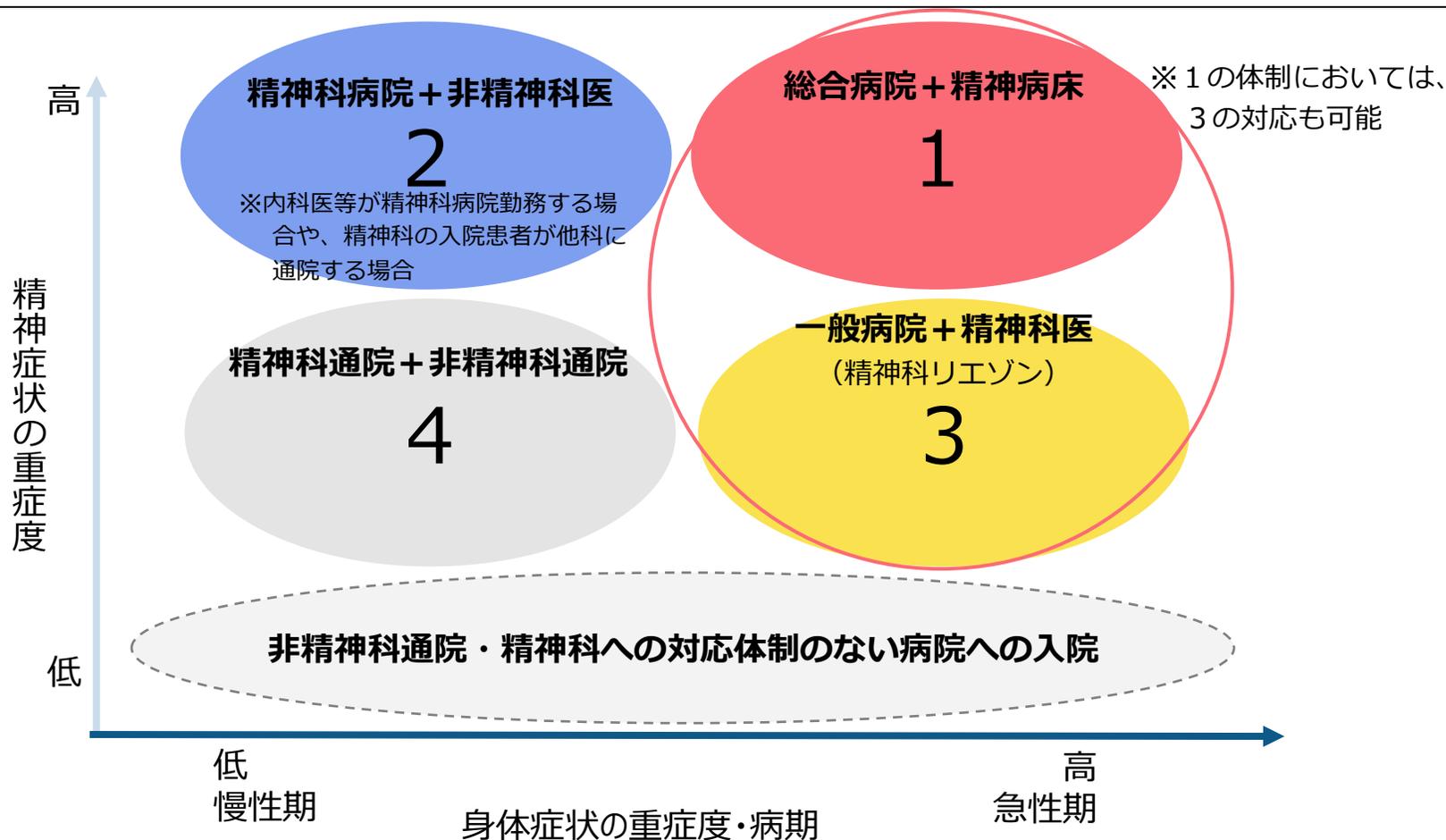
4. 医学教育、メディカルスタッフ教育

- ① 卒然教育（臨床実習）
- ② 初期研修
- ③ 精神科後期研修
- ④ 生涯教育
- ⑤ メディカルスタッフ教育

精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

診調組 入-1
7.7.17

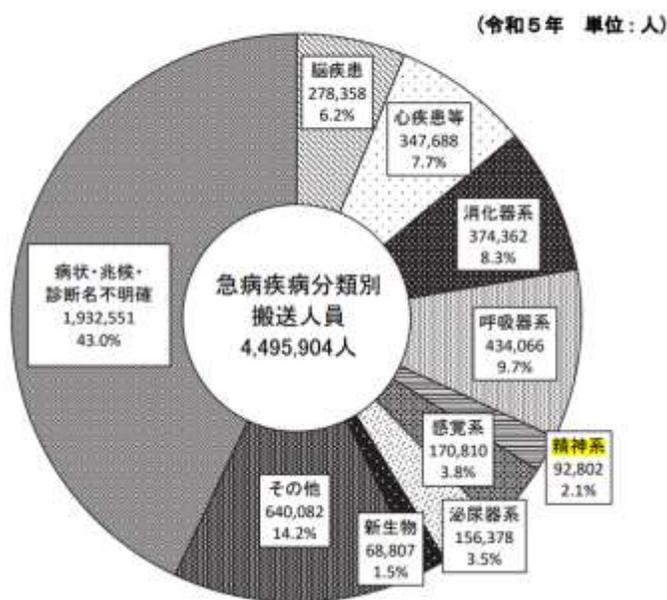
- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。



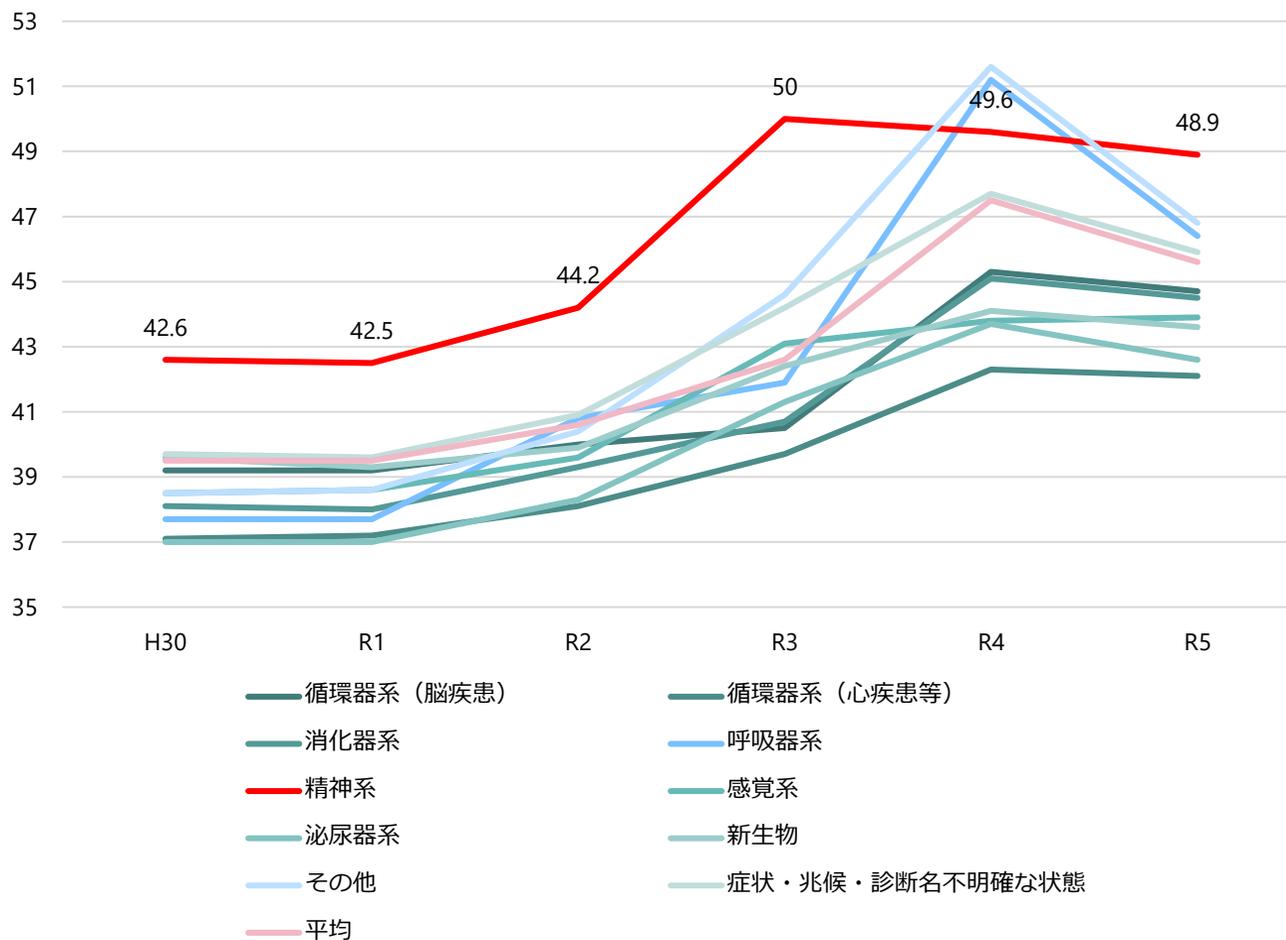
疾患別の病院収容平均所要時間

- 「精神系」による救急搬送人員数は92,802人であり、全搬送者数の2.1%であった。
- 救急搬送に係る時間を傷病別に見ると、「精神系」は他疾患と比較して長い傾向にある。

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員

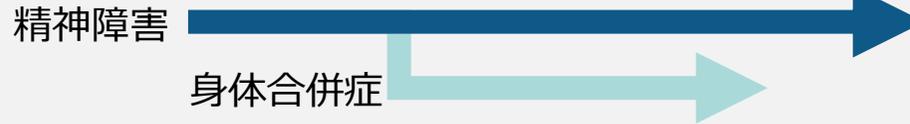


覚知から医師引継ぎまでに要した時間 (分)

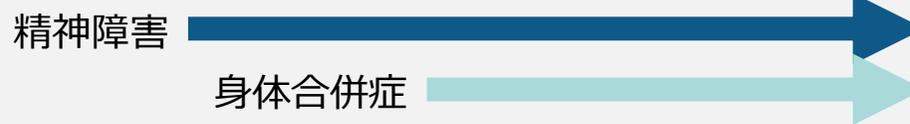


精神障害と身体合併症との関係性（時間軸での整理）

A) 精神障害に伴う身体合併症



B) 精神障害を有する者に持続する身体合併症が生じる



C) 精神障害を有する者に持続しない身体合併症が生じる



D) 持続する身体合併症を有する精神障害者に持続しない身体合併症が生じる



E) （精神の問題か身体の問題かの鑑別）

F) （身体疾患に伴う精神症状）



身体合併症の急性期と慢性期（維持期）

身体合併症急性期（含・慢性期の急性増悪）

- 精神科救急医療体制整備事業や医療計画などでの言及あり
- 「精神身体合併症」として一般的に想定される時期
- 慢性期身体合併症の急性増悪の場合もあり

身体合併症慢性期（維持期）

- 精神科救急医療体制整備事業や医療計画などでの言及なし
- 血液透析や緩和ケアなど専門性の高い治療を必要とする場合もあり
- 高血圧や糖尿病といったいわゆる生活習慣病のプライマリ・ケアを要する状態の場合もあり

※ いずれの期においても「何を身体合併症とするか」によって検討点が異なる



精神疾患を有する患者に対する腎代替療法等に関する調査研究_概要

背景

わが国では高齢化に伴い慢性腎臓病（CKD）およびRRTを必要とする患者の増加が見込まれており、精神疾患を有する患者においても例外ではない。しかし、精神疾患患者に対するRRTの提供実態や支援体制についての系統的な調査は限られており、現場では個別対応に頼らざるを得ない状況が続いている。

目的

精神疾患を有する患者に対する腎代替療法（Renal Replacement Therapy; RRT）、特に血液透析の提供体制と課題を明らかにし、今後の医療・福祉政策に資する提言を行う。

結果

- 精神科医療機関における透析導入や維持透析の実施
→主としていわゆる総合病院精神科
- 単科精神科病院での透析実施は極めて困難
 - 通院や身体科医療機関での入院が困難な精神疾患患者に対して継続的治療の提供体制が乏しい
 - それが故に透析そのものが断念される可能性
 - 診療報酬制度上の課題
 - 付き添い・送迎等に係る人員確保の困難さ
- 精神疾患を有する患者への透析導入の課題
 - 精神症状の影響等による意思決定能力の変動
 - 情報提供体制不足
 - 臨床倫理支援体制の未整備
→患者本人の意志を尊重した治療選択が困難となる可能性
- 維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先の確保困難
→維持透析可能な精神科病院への長期入院の可能性

慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数と慢性透析患者推計



課題と提言

実態把握

精神疾患患者の中で腎代替療法を必要とする者の数は正確に把握されておらず、今後の高齢化を踏まえれば、推計の精緻化が急務である。現行の統計調査では限界があることから、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）などを用いた**包括的な実態把握**が求められる。

医療提供体制

単科精神科病院では透析導入・維持ともに困難である状況が浮き彫りとなった。精神科医療機関と腎臓内科との連携体制を強化し、遠隔診療や往診を含む多様な診療形態の活用を促進することが必要である。また、透析を必要とする精神疾患患者が**地域生活を継続するためには**、透析医療機関への送迎体制や精神症状再燃時の診療・支援体制、居住・介護支援との**連携が不可欠**であることが示唆された。

国及び地方公共団体の役割

個別の医療機関の努力に委ねるだけでは限界がある。「**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**」において、**精神科と身体科の連携を支援・促進する制度的枠組みの構築**などについての指針を示すことが望ましいと考えられる。また、第8次医療計画の見直し、**地域医療構想**の検討の際にも、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応、**特に継続的に高度な医療が必要とされるような状況について議論を深めるとともに**、自治体主導による連携体制の確保や、透析受け入れ可能な精神病床の確保についても検討していくことが求められる。さらに、精神科病院における透析医療の実施が困難な要因の一つとして、診療報酬上の不利益が繰り返し指摘されていることを踏まえ、診療報酬の見直しについての検討も重要である。

意思決定支援

透析治療の開始・中止に関する判断は生命に直結し、かつ精神症状による意思能力の変動が生じうることを考慮すると、臨床倫理支援体制の整備や、**精神疾患患者の身体疾患治療に関する意思決定支援のあり方を学際的に検討することが必要**であると考えられた。加えて、精神科病院ではRRTに関する適切な情報提供を行うこと自体が困難であることから、**患者の自己決定を支える情報提供のあり方についても検討**することが望まれる。

多職種による支援

多職種による支援の必要性も明らかになった。身体疾患への対応力を持つ看護師の育成、精神保健福祉士・社会福祉士・薬剤師・公認心理師の活用、さらには介護・福祉職との協働が重要である。特に、**精神身体合併症に対応可能な人材育成は中長期的な課題**として検討を重ねていくことが求められる。

精神科救急医療体制整備事業に係る基礎的事項

○ 精神科救急医療体制整備事業に係る用語と定義は以下のとおり。

1. 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

- ・精神科救急医療体制の円滑な運営を図るために必ず設ける委員会。
- ・医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、精神科救急医療圏域毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、身体合併症を有する患者を含む精神障害者等への精神科救急医療体制機能の整備を図る。
- ・「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「圏域毎の検討部会」、「精神科救急医療体制研修事業」を実施する。



委員会

2. 精神科救急情報センター

- ・身体合併症患者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能等を、「精神科救急情報センター」として精神保健福祉センター、医療機関等、精神科救急医療体制の中核となる機関等に原則24時間365日対応できるよう整備する。
- ・搬送先医療機関の紹介、一般救急システム等との連絡調整、移送の実施のための連絡調整、精神科救急情報センターの周知を担う。



センター

3. 精神科救急医療確保事業

- ・緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等に対し医療の提供ができる体制を整えるものとし、入院による医療を必要とする場合には入院ができるよう空床を確保すること。圏域において外来診療による初期精神科救急患者への対応を行うための体制確保が必要な場合には、外来対応施設を設置することが望ましい。



対応施設

病院群輪番型 重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、各圏域で、複数病院の輪番制により、医師及び看護職員を常時配置（診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。

常時対応型施設 24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置（診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。

外来対応施設 初期精神科救急患者の外来診療対応のため、病院群輪番型施設、常時対応型施設及び身体合併症救急医療確保事業により指定されていない医療機関であって、当該医療機関において医師や看護職員等を配置し、入院要否の判断を含めた診療体制等を整備している場合に指定する。ただし、診療所（病床を有さないものに限る。）にあっては、精神病床を有する医療機関との連携により体制を確保する。

4. 身体合併症救急医療確保事業

- ・身体合併症を有した重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置（診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。2つの圏域に1施設以上整備するよう努めること。複数病院を指定し、輪番制で対応することもできる。

専門性の高い看護師の精神科領域での活躍・活用

精神科病院において

■ 身体面の専門性の高い看護師の活躍・活用の可能性

- 看護診断
- 専門性の高い手技や輸液などの調整により、精神身体合併症管理の可能性

総合病院精神科において

■ 精神科看護の専門性の高い看護師の活躍・活用の可能性

- 一般病棟での精神身体合併症診療の診療可能性の拡大
- 一般病棟において看護レベルでの「にも包括」の実現

（精神病床で精神科看護と身体看護の両面を経験した看護師が一般病棟で勤務することのメリット）



精神病床を有する病院における専門性の高い看護師の配置状況

	精神科における看護職員数（看護師） ※看護助手は除く		「精神看護専門看護師」「老人看護専門看護師」「認知症看護認定看護師」「精神科認定看護師」のいずれかをもつ人									
			「精神看護専門看護師」「老人看護専門看護師」のいずれかをもつ人		「認知症看護認定看護師」「精神科認定看護師」のいずれかをもつ人		「精神及び神経症状に係る薬剤投与」に関連する「特定行為研修修了者数」（※4）		「精神及び神経症状に係る薬剤投与」以外の「特定行為研修修了者数」（※5）			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
北海道	4,250	382	14	0	46	4	1	0	5	0		
青森県	1,016	61	4	0	17	0	0	0	1	0		
岩手県	1,216	56	1	0	16	0	0	0	2	0		
宮城県	1,430	80	2	0	23	0	1	1	6	0		
秋田県	891	54	6	0	12	0	0	0	0	2		
山形県	1,028	66	4	0	26	0	1	0	1	0		
福島県	1,206	78	1	0	14	3	9	8	5	3		
茨城県	1,338	152	9	0	16	0	4	0	1	0		
栃木県	1,061	89	0	0	19	0	3	0	3	0		
群馬県	1,210	38	3	0	10	0	20	0	0	0		
埼玉県	2,322	280	2	0	41	0	2	0	6	0		
千葉県	2,371	235	6	1	25	0	11	0	2	0		
東京都	6,116	959	110	3	77	4	12	1	18	0		
神奈川県	3,418	633	17	0	46	1	3	0	6	0		
新潟県	1,702	91	0	0	16	0	5	0	3	0		
富山県	761	117	0	0	7	0	1	0	2	0		
石川県	1,032	101	4	0	35	1	12	0	1	0		
福井県	495	64	3	0	10	0	3	0	5	0		
山梨県	577	59	7	0	17	0	0	0	0	0		
長野県	1,169	159	4	0	21	0	0	0	3	0		
岐阜県	938	130	7	0	15	0	0	0	0	0		
静岡県	1,383	284	2	0	17	2	1	0	3	0		
愛知県	3,082	334	6	0	45	1	0	0	6	0		
三重県	1,313	171	5	0	25	0	3	0	4	0		
滋賀県	674	69	4	0	6	0	0	0	0	0		
京都府	1,178	303	2	0	16	0	1	0	2	0		
大阪府	4,851	326	11	0	88	1	2	0	4	1		
兵庫県	2,794	387	16	2	26	2	0	0	1	1		
奈良県	777	136	0	0	13	0	2	0	3	0		
和歌山県	536	39	1	0	5	0	0	0	1	0		
鳥取県	473	23	0	0	13	2	0	0	0	0		
島根県	615	63	1	0	16	0	0	0	1	0		
岡山県	1,346	116	2	0	12	0	0	0	1	0		
広島県	2,274	197	4	0	25	0	5	0	1	0		
山口県	1,320	131	1	0	17	0	0	0	0	0		
徳島県	657	96	6	0	8	1	0	0	0	0		
香川県	847	61	2	0	10	1	1	0	0	0		
愛媛県	951	69	1	0	8	0	0	0	1	0		
高知県	823	53	0	0	9	0	0	0	0	0		
福岡県	5,068	411	23	0	52	1	4	1	2	1		
佐賀県	1,269	73	3	0	22	0	4	0	2	0		
長崎県	1,694	110	3	0	21	0	0	0	1	0		
熊本県	2,092	177	2	0	18	0	1	0	0	0		
大分県	1,131	81	1	0	9	0	3	0	2	0		
宮崎県	1,504	64	0	0	19	0	1	0	1	0		
鹿児島県	2,228	179	3	0	37	0	35	0	1	0		
沖縄県	1,662	131	5	0	16	0	3	0	1	0		
全国	78,089	7,968	308	6	1,062	24	154	11	108	8		

第1 精神疾患の現状 | 現状・課題

(1) 身体合併症

（基本情報）

身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。また、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者が発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計されており、救命救急センターの入院患者のうち、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとされる。

（政策動向）

厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業において、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を都道府県に求めている。また、令和3年1月に取りまとめられた「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書では、身体合併症対応の充実を図る観点から、一般の救急医療機関に搬送等された精神障害を有する方等及び地域住民の対応について、対診や訪問、電話等による助言等を行う取組が可能となるよう必要な体制整備を図る必要があるとともに、精神科救急医療体制整備に関わる関係団体、精神科病院や精神科診療所は、一般の救急医療体制における会議体へ参画し、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要があるとしている。

（医療提供体制に関する検討課題）

精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。

いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められる。

このような中で、第8次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

また、新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症について、定期的に外来を受診又は在宅医療を受けている精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合や、精神病床に入院した患者が新興感染症に罹患した場合等に対応が可能な医療機関を明確にする必要がある。

なお、都道府県で身体合併症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例のうち、(10)精神科救急で挙げた指標例に加え、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数」、「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数」、「精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数」、「精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数」、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数」、「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数」、「精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数」及び「精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(かかりつけ精神科医機能について)

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を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

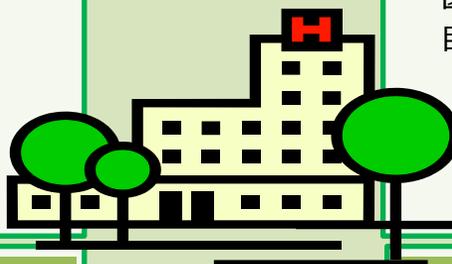
④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

○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

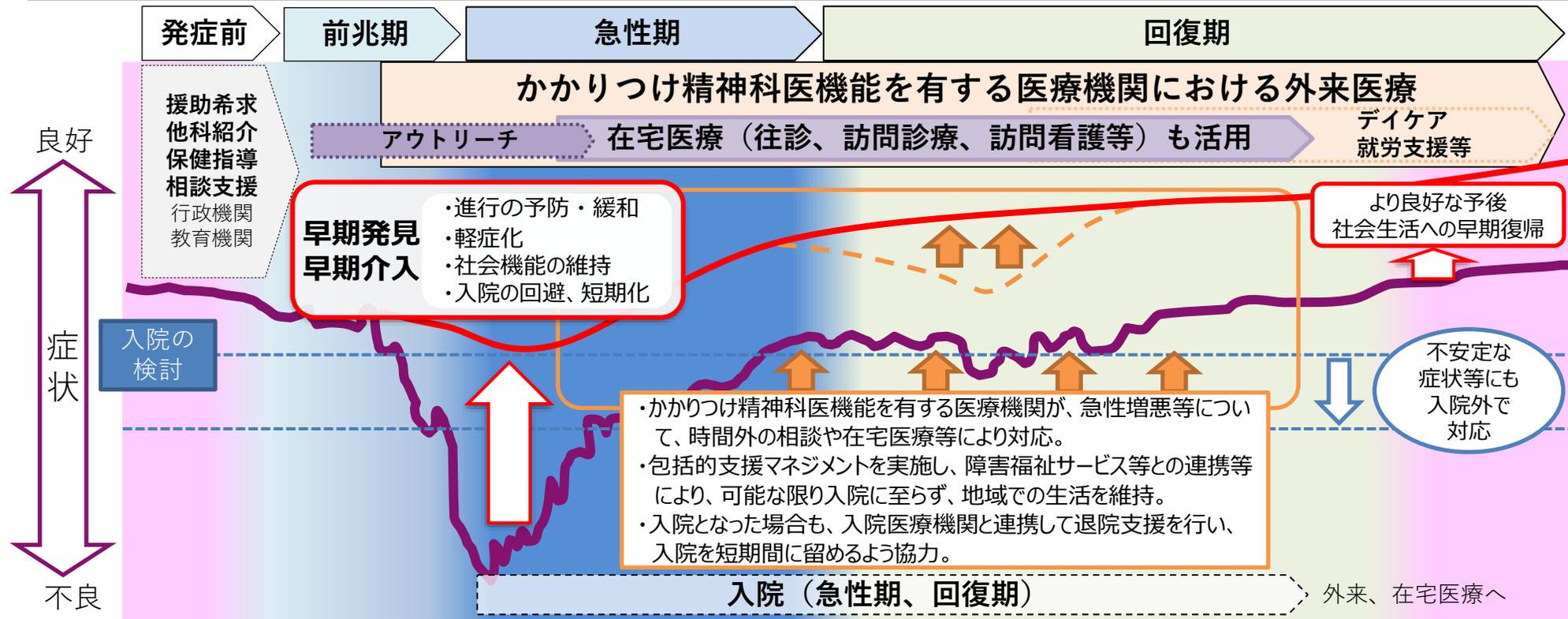
○社会的な機能の発揮

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） <small>※個々の状態等に 応じて治療・介入方法 を選択。</small>	非侵襲的治療	段階的に寛解に向けた戦略的治療へ	再発防止、安定維持
	心理支援	心理教育 トraumマケア	トラウマ治療
	看護ケア	認知行動療法的アプローチ	疾患別治療プログラム、依存症治療、併存症・二次障害治療
	作業療法	作業療法（個別、集団）	生活訓練 認知リハビリテーション 職業訓練リハビリテーション
	薬物療法	抗うつ薬 抗精神病薬 段階的増量	増強療法、mECT併用 クロザピン
ケースマネジメント	包括的支援マネジメントによる個別支援（多職種・多機関連携、クライシスプラン、障害福祉サービス導入 等）		

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供

- 地域に貢献する精神科医・医療機関におけるかかりつけ精神科医機能を評価
- **手厚い診療**に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した**質の高い診療・支援**を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた**地域生活支援**を充実

通院・在宅精神療法

（充実）60分以上・初診 （適正化）30分未満

外来通院
保険医療機関内

在宅
保険医療機関外

（新）【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供） 等

（新）【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月2回、2年を限度) 等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置（うち1名以上は適切な研修の修了を要件） 等

通院精神療法

（新）【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
 - 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

（対象患者の拡大）

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月1回）、多職種カンファレンス（3月1回）、精神保健福祉士の専任配置 等

精神科救急医療体制整備事業

令和6年度予算額
18億円

令和7年度予算額
18億円
※依存症医療連携事業分を含む

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

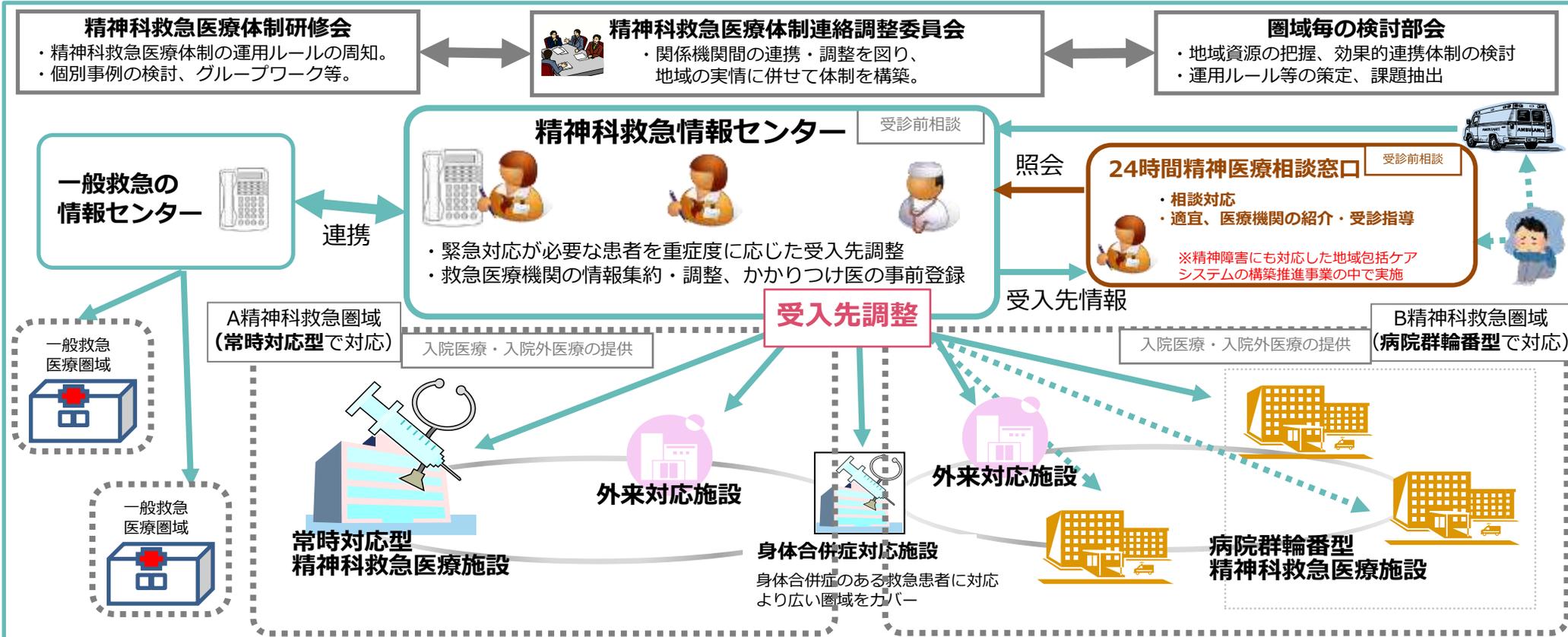
【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（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。



各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

外来・来院時の状況別の推計患者数（施設区分別）

(千人)

	傷病分類	救急の受診（総数）	救急の受診（救急車により搬送（診療時間内の受診））	救急の受診（救急車により搬送（診療時間外の受診））	救急の受診（徒歩や自家用車等による救急の受診（診療時間内の受診））	救急の受診（徒歩や自家用車等による救急の受診（診療時間外の受診））
病院	5 精神及び行動の障害	1.1	0.2	0.3	0.3	0.4
	5 精神及び行動の障害(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）)	0.4	0.1	0.1	0.1	0.2
	5 精神及び行動の障害(気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）)	0.2	0	0	0.1	0.1
	5 精神及び行動の障害(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）)	0.3	0.1	0.1	0	0.1
一般診療所	5 精神及び行動の障害	0-	-	-	0-	-
	5 精神及び行動の障害(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）)	-	-	-	-	-
	5 精神及び行動の障害(気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）)	0-	-	-	0-	-
	5 精神及び行動の障害(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）)	0-	-	-	0-	-

※推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数

資料：厚生労働省「患者調査」（令和5年）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）

附則（抄）

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 政府は、この法律の**施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律**（以下この項において「改正後の各法律」という。）**の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。**

参議院附帯決議（抜粋）

- ◆ 新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該**有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。**また、当該**有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。**
- ◆ 本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、**全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。**また、**同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。**
- ◆ かかりつけ医機能報告の対象となる**慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること。**

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等



制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入



かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。 107

イメージ図

かかりつけ医機能報告の創設

- **慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。**

- **慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。**（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な**病院又は診療所**として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
 - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の**日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**（厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ②：①を有する場合は、(1)**通常の診療時間外の診療**、(2)**入退院時の支援**、(3)**在宅医療の提供**、(4)**介護サービス等と連携した医療提供**、(5)**その他厚生労働省令で定める機能**（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした**医療機関がその機能の確保に係る体制**として厚生労働省令で定める要件に該当するものを**有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。**

- 都道府県知事は、**医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。**

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

- 都道府県は、医療関係者等との地域の協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議する。
- 協議の場の圏域及び参加者については、都道府県が市町村と調整の上、協議テーマに応じて決定することとする。

令和6年5月24日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料(一部改)

協議の場の圏域と参加者

「協議の場」の圏域

- 実施主体である都道府県が市町村と調整して決定する
- 例えば、以下のように、協議するテーマに応じて「協議の場」を重層的に設定することも
 - 時間外診療、在宅医療、介護等との連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議
 - 入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整

※地域医療構想調整会議を活用することも可能

「協議の場」の参加者

- 協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定する

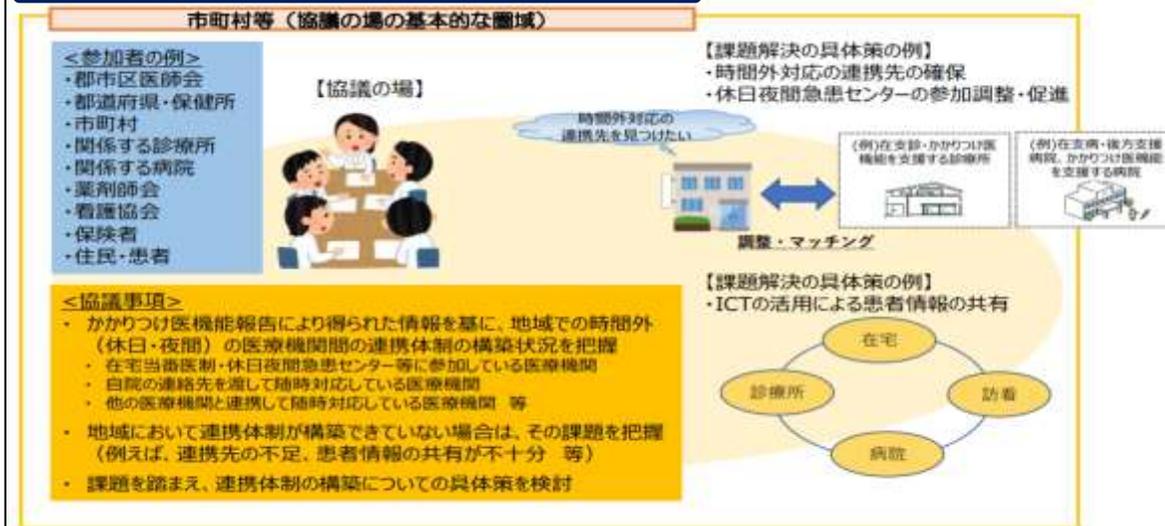
- 報告や地域の協議の際の参考として、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)を提示

＜かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)のイメージ例＞

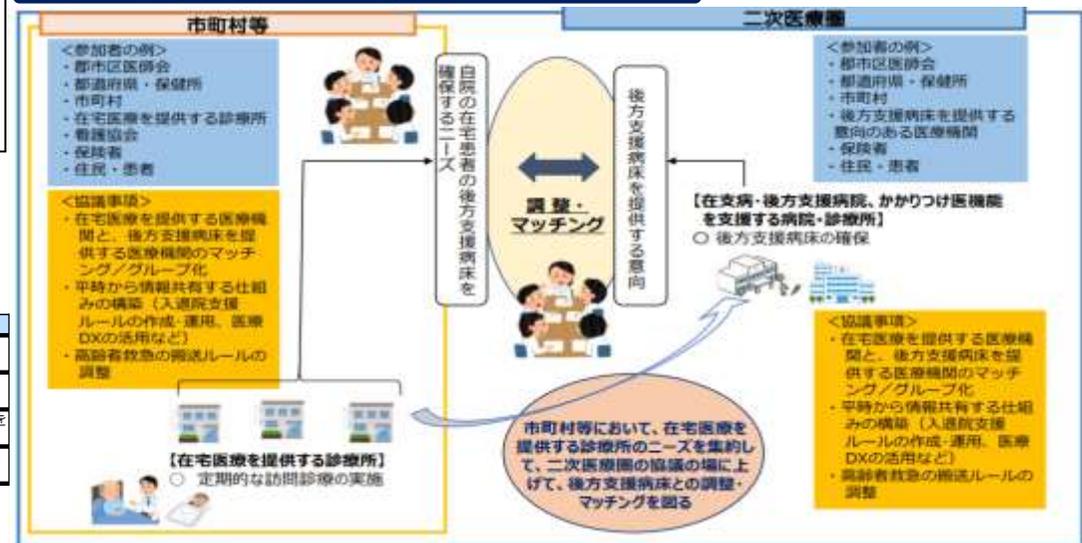
日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・在宅当番医制に参加	・未対応	・未対応	・未対応
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・休日夜間緊急センターに参加	・紹介状作成	・日中のみ実施	・主治医意見書を作成
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・準夜帯の患者の問合せに電話対応	・退院前カンファレンスに参加	・日中のみ実施	・介護保険の訪問看護指示書を作成
・幅広い領域のプライマリケアを実施	・時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・24時間体制で対応	・地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等

○ かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト・求められる主要な要素
 ・ 地域の医療機関がかかりつけ医機能を発揮するための包括的な支援を行い、地域で積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関の増加に資する。
 ・ 複数医師が常勤、休日・夜間対応を実施、24時間体制の在宅医療を実施、困難な在宅医療にも対応、地域の在宅医療をサポート、後方支援病床を確保、介護施設との連携、地域連携・多職種連携を日常的に実施、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等

協議の場のイメージ (①時間外診療)

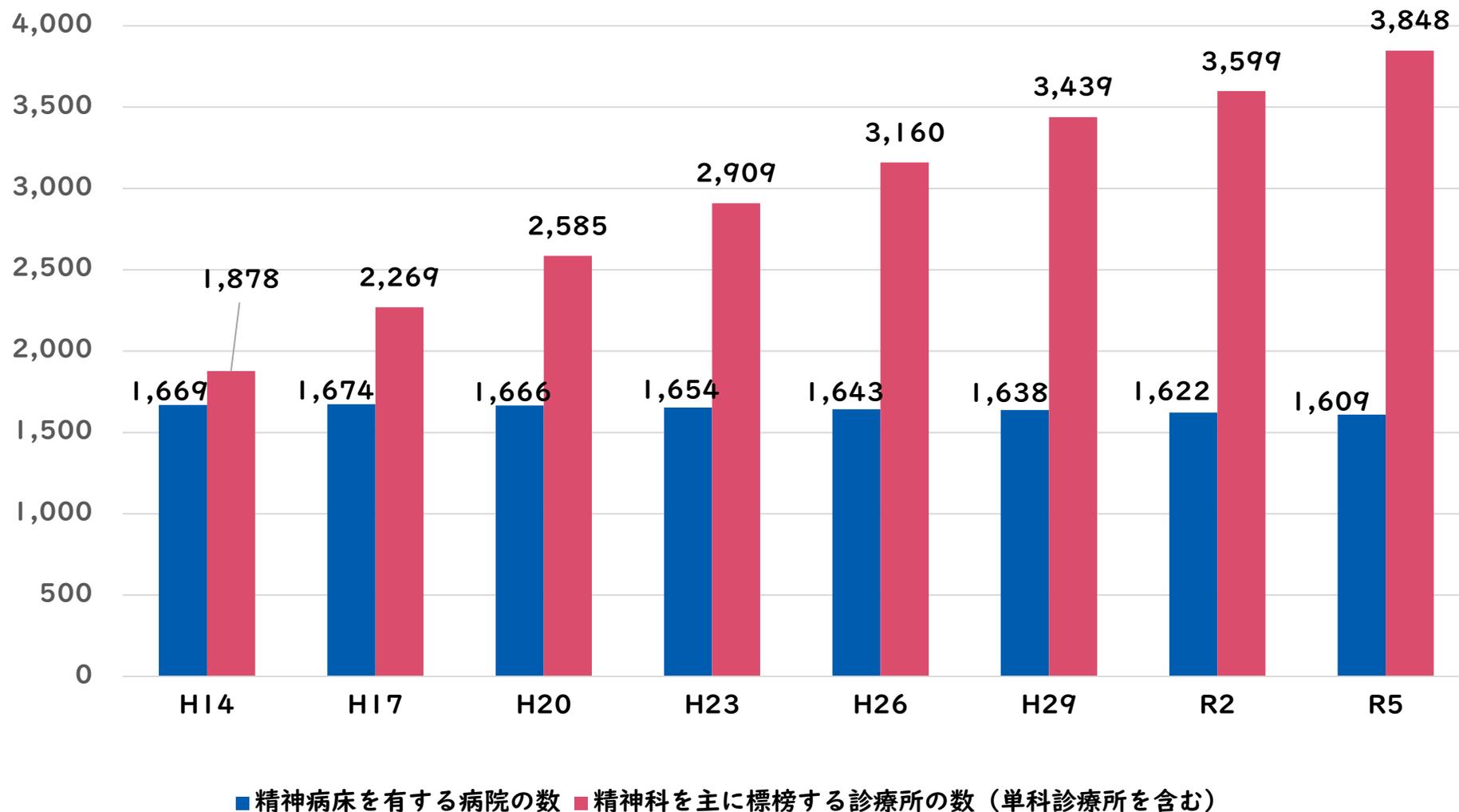


協議の場のイメージ (②入退院支援)



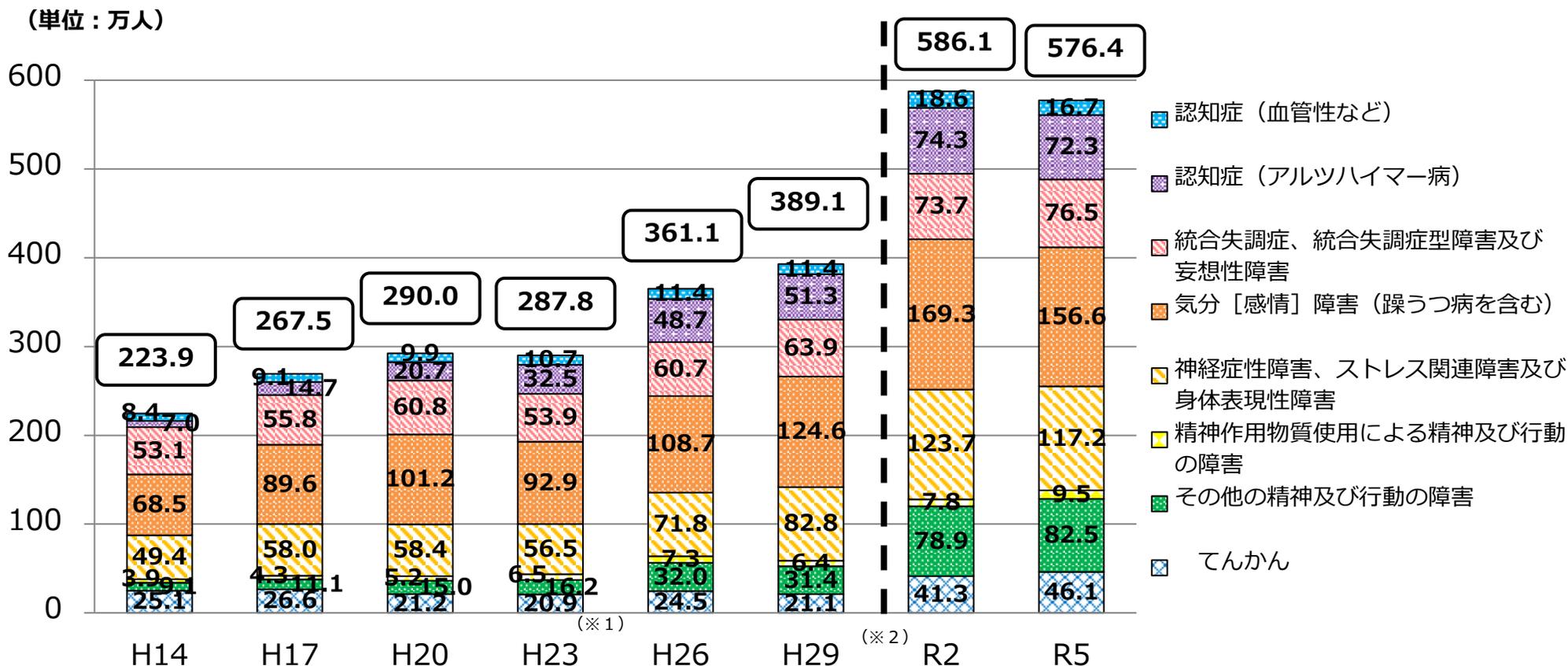
(初診待機について)

精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数



精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 傷病分類別では、「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。

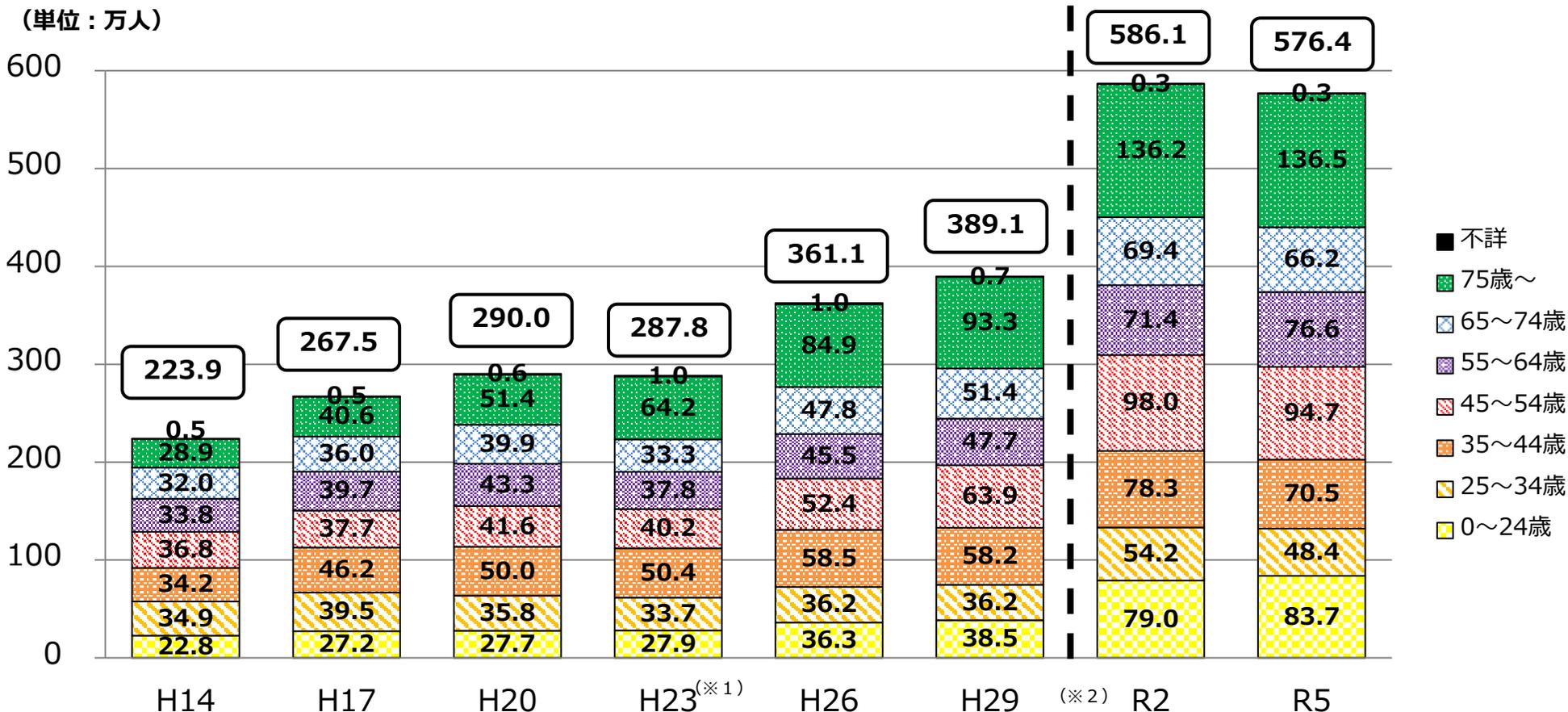


(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※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576.4万人。
- 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。

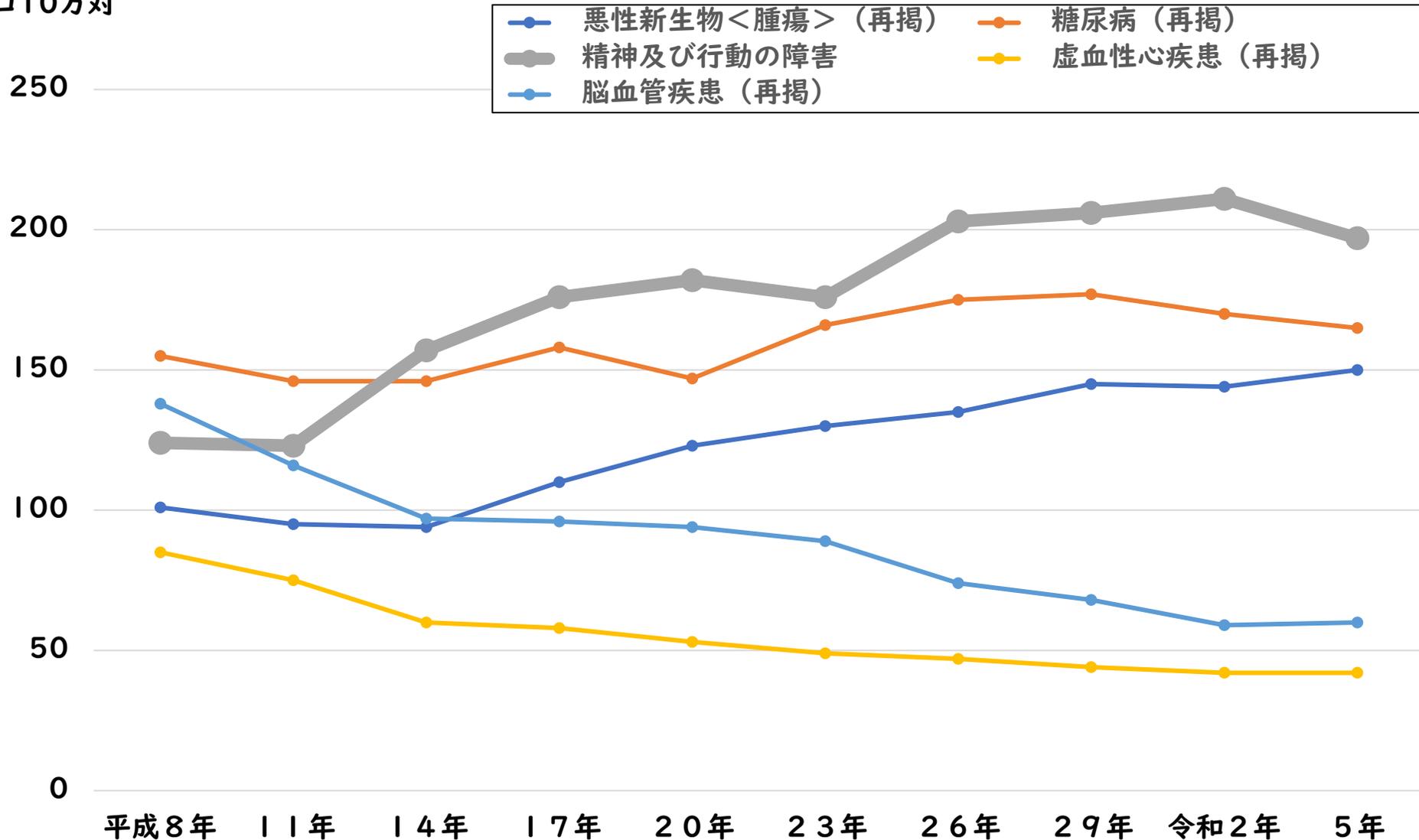


(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※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）。

(参考) 外来受療率の変化

人口10万対



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

推計外来患者数（初診再来別・施設区分別）＜令和5年＞

(千人)

	傷病分類	病院	一般診療所
初診	精神及び行動の障害	4.9	8.4
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	0.6	0.3
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	1	1.5
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	1.3	4.2
再来	精神及び行動の障害	97.2	134.1
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	32.1	16.4
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	24.8	49.5
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	14.7	32.8

(参考) 推計外来患者数 (初診再来別・施設区分別) <令和2年>

(千人)

	傷病分類	病院	一般診療所
初診	精神及び行動の障害	5.2	9
	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	0.7	0.2
	気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) (再掲)	0.9	2.7
	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (再掲)	1.5	4.2
再来	精神及び行動の障害	94.3	158
	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	34.2	14.9
	気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) (再掲)	23.3	64.5
	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (再掲)	13.1	43.7

推計患者数（紹介の有無別・疾病分類別）

(千人)

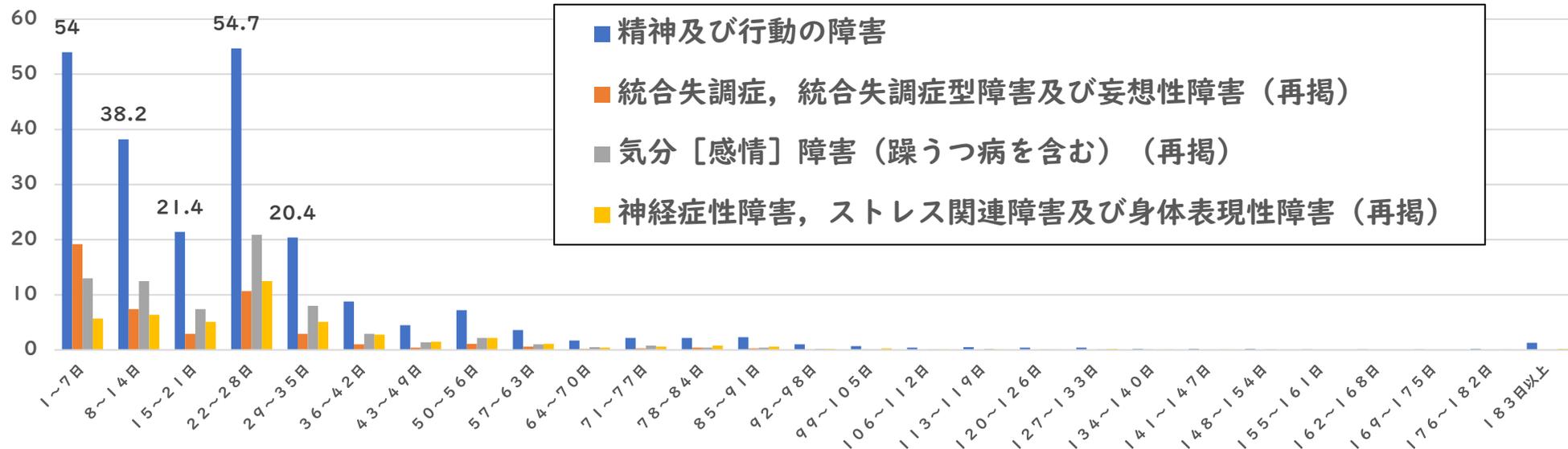
	傷病分類	総数	紹介あり (総数)	紹介あり (病院から)	紹介あり (一般診療所から)	紹介なし
病院	精神及び行動の障害	102.1	34.2	16.4	10.6	67.9
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	32.7	9.9	5.7	2.1	22.8
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	25.8	8.2	3.9	3.3	17.6
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現 性障害（再掲）	15.9	4.8	1.8	2.1	11.1
一般診療所	精神及び行動の障害	142.5	46.2	18.3	17.2	96.3
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	16.7	7	4.2	1.8	9.7
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	51	14.5	4	8	36.5
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現 性障害（再掲）	37	7.4	2.1	3.4	29.6

再来患者の平均診療間隔・診療間隔日数別の推計患者数（傷病分類別）

(日)

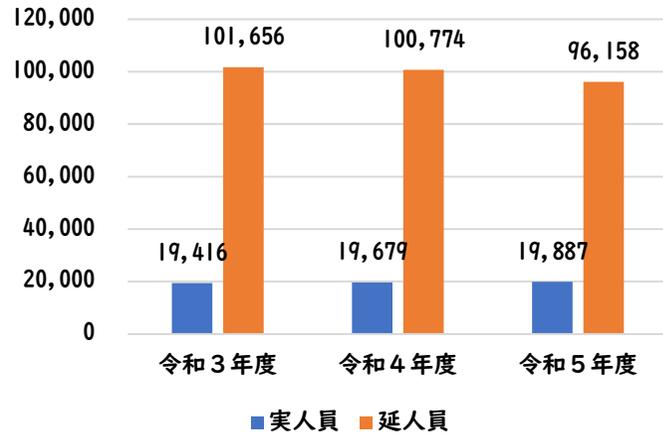
傷病分類	総数	病院	一般診療所
精神及び行動の障害	23.5	23.2	23.8
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	18.4	17.9	19.2
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	24.5	25.1	24.2
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	28.7	28.6	28.7

(千人)

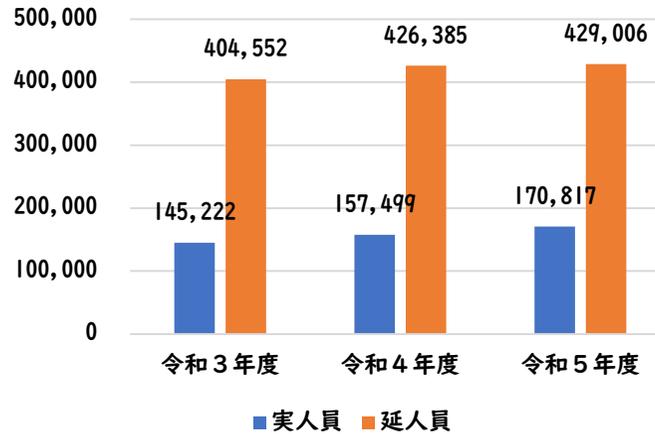


行政における精神保健福祉に関する相談・訪問指導

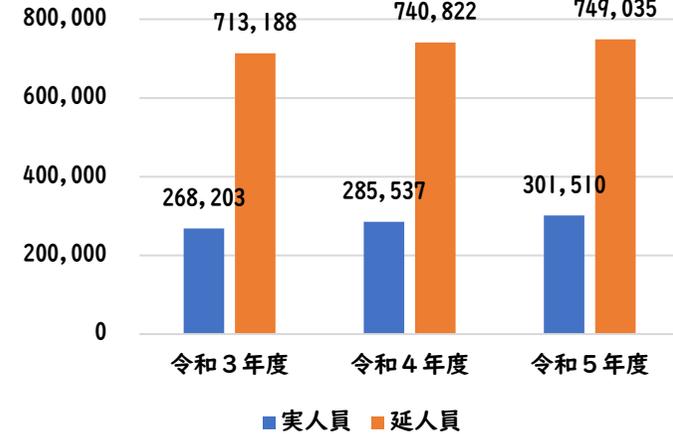
精神保健福祉センターにおける相談件数



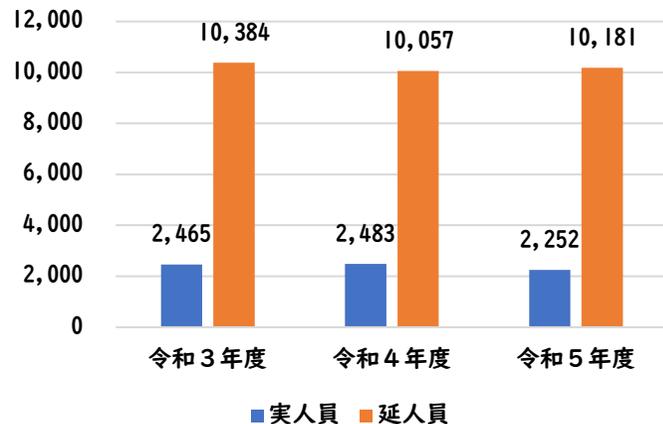
保健所における相談件数



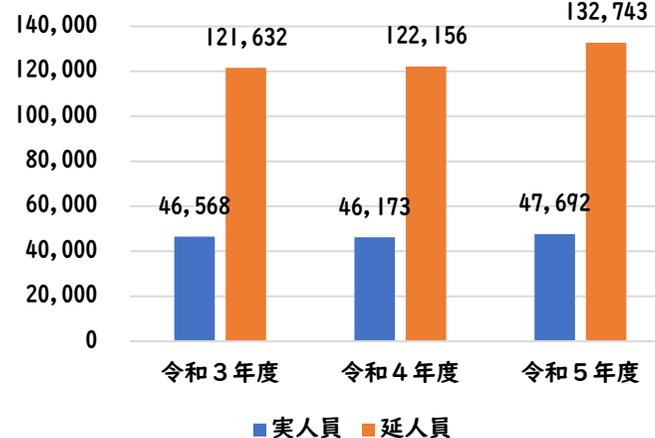
市区町村における相談件数



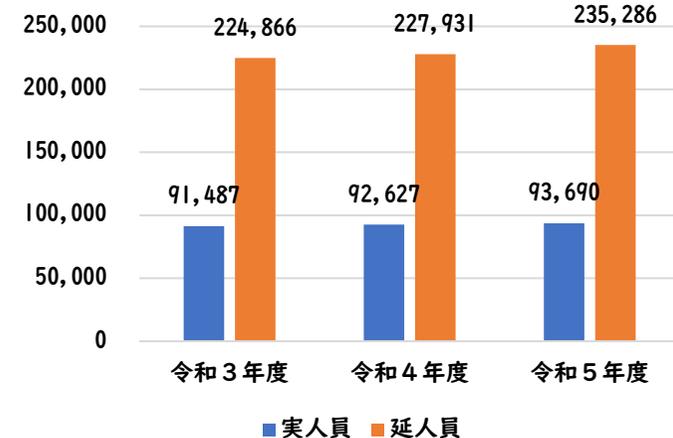
精神保健福祉センターにおける訪問指導件数



保健所における訪問指導件数



市区町村における訪問指導件数



資料：(※1) 厚生労働省「衛生行政報告例」(令和5年度)より厚生労働省障害保健福祉部で作成
 (※2) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

(情報通信機器を用いた精神療法について)

「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」事業（令和4年度障害者総合福祉推進事業）

事業主体：野村総合研究所

経緯

(※) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月、令和4年1月一部改定 厚生労働省）

- オンライン診療については、オンライン診療指針(※)の策定などにより段階的に利活用の環境が整備・推進されている。
- 診療報酬においては、
 - 平成30年度診療報酬改定において、「対面診療と組み合わせる」「再診において」行う情報通信機器を用いた場合の点数としてオンライン診療料が新設された。
 - 令和4年度診療報酬改定においては、オンライン診療指針の見直し(令和4年1月)を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、評価を新設するとともに、再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価が新設され、オンライン診療料は廃止された。
- こうした背景を踏まえつつ、新型コロナウイルスの感染拡大等を踏まえ、精神医療の現場においても情報通信機器を用いた診療について、一定のニーズが明らかになるとともに、一部においてすでに活用されている実態もある。

令和4年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法(以下、「オンライン精神療法」という。)を実施する場合に必要なと考えられる留意点等について、オンライン精神療法を安全かつ有効に実施しつつ精神医療の現場で活用することができるよう「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定。

指針の概要

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。
- 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合(精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。)に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方、厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（抄）

Ⅱ 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

（略）

また、近年、我が国の精神保健医療福祉施策については、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、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」の構築を目指すことが理念として掲げられている。令和3年3月に取りまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る検討会」報告書において、

- ・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、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ことが適当。」（同4ページ）
- ・「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は、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある。また、精神医療の提供体制の充実には、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神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観点が重要である。」（同16ページ）

とされていることを踏まえると、オンライン精神療法についても、地域における外来・在宅に類する精神医療の提供のあり方の一つとして位置づけた上で、**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に沿った提供体制を構築することが適当であると考えられる。したがって、オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。**なお、ここでいう地域とは、精神医療圏の設定にある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状況を考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に想定されるものである。

情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（抄）

Ⅲ 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

1 安全かつ有効に実施可能な医師及び医療機関について

（考え方）

（1）精神疾患に対する診療の特性を踏まえたオンライン精神療法の実施について

初診精神療法については、患者の背景情報が乏しく、かつ、十分な信頼関係が構築されていない状況下で、患者の全身の協調、微細な動作や言動等に注意を払いつつ精神症状等の評価を行い、必要に応じて身体疾患の除外や鑑別のために検査等も実施しながら、適切な診断や治療計画を組み立てることが求められる。**したがって、十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない初診精神療法について、医療提供者および患者双方から不安の声がある現状において、情報通信機器を用いることは難しいものと考えられる。**なお、オンライン診療による初診精神療法について、対面診療に心理的な負担を感じている患者や引きこもり状況にある患者との信頼関係を構築するために、対面診療の補完としてオンライン精神療法の活用を期待する声もある一方で、医療提供者からは安全性・有効性の確保が課題との指摘もある。**オンライン診療指針の基本理念において、アクセシビリティの向上や治療に対する患者の能動的参画による治療効果の最大化がオンライン診療の目的とされていることも踏まえ、上記課題の解消が進めば、オンライン診療において初診精神療法を有効に実施できるようになる可能性は十分にあるものと考えられる。**

（具体的に遵守すべき事項）

（2） **オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。**

（4） **患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。なお、例えば、オンライン精神療法を実施した医師が当該医療機関に不在であり対面診療を実施できない場合や、やむを得ない事情により当該医療機関において急変時の対応が難しい場合等においては、十分な情報提供を前提とした上で、近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介するなど、地域において対面診療の提供体制を確保することとしても差し支えない。**ただし、その場合においても、オンライン診療の診療計画を作成する際に、あらかじめ対応可能な医療機関について明示しておくことが求められる。

（5） 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 通院精神療法 八 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上 (精神保健指定医による場合) 357点

(2) 30分未満 (精神保健指定医による場合) 274点



[対象患者]

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に対面診療を行ったことがある患者

[算定要件] (概要)

- (1) 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(以下「オンライン精神療法指針」という。)に沿った診療及び処方を行うこと。
- (2) 当該患者に対して、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。

[施設基準] (概要)

- (1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- (2) オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (3) オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※ (イ) から (ハ) までのいずれかを満たすこと

(イ)	(ロ)	(ハ)
<ul style="list-style-type: none"> 常時対応型施設(★) 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 (★) 精神科救急医療体制整備事業における類型 	<ul style="list-style-type: none"> 病院群輪番型施設(★) 時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上 	<ul style="list-style-type: none"> 外来対応施設(★) 又は 時間外対応加算1の届出 精神科救急情報センター、保健所等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

(イ)	(ロ)
<ul style="list-style-type: none"> 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は 救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。 	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

情報通信機器を用いた通院精神療法の算定状況等

○ 届出医療機関数

情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数	病院数	47
	診療所数	39

出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点）

○ 算定回数

【情報通信機器を用いた通院精神療法の算定回数】

	算定回数
通院精神療法 30分以上 精神保健指定医による場合 情報通信機器を用いた場合	29
通院精神療法 30分未満 精神保健指定医による場合 情報通信機器を用いた場合	432

【(参考)対面による通院精神療法の算定回数】

	算定回数
通院精神療法 イ 入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師が行った場合	353
通院精神療法 □ 初診日に60分以上 精神保健指定医による場合	38,102
通院精神療法 □ 初診日に60分以上 精神保健指定医以外の場合	10,566
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分以上 精神保健指定医による場合	277,110
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分以上 精神保健指定医以外の場合	83,788
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分未満 精神保健指定医による場合	3,772,470
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分未満 精神保健指定医以外の場合	743,122

出典：令和6（2024）年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分

規制改革実施計画におけるオンライン診療に係るとりまとめ

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第2回（令和6年8月7日）

資料5

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

II 実施事項

3. 革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大

(6) 健康・医療・介護

(i) デジタルヘルスの推進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
1	身近な場所でのオンライン診療の更なる活用・普及	<p>a 厚生労働省は、通所介護事業所等についても、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合にはオンライン診療を受診できる場であることを明らかにする。あわせて、オンライン診療時に、医療補助行為や医療機器の使用等がされないこと及び自らが医療提供を行わないことを前提として、居宅同様に、通所介護事業所や職場などの療養生活を営む場においても、新たに診療所が開設されなくとも、患者がオンライン診療を受診できることを明示する。なお、医療補助行為や医療機器の具体については、明確化する。さらに、通所介護事業所、学校等が、医療法（昭和23年法律第205号）の各種規制（清潔保持、医療事故の報告、報告徴収等）の対象とならないこと等を明確にした上で、当該施設の利用者等に対し、当該施設内において、オンライン診療の受診が可能であることについて周知すること及び機器操作のサポートを当該施設の職員等が行うことが可能であることを明確化する。</p> <p>b 厚生労働省は、へき地等に限ってオンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能とする旨の医療法の運用（令和5年5月18日厚生労働省医政局総務課長通知）を改正し、①「へき地等」か否かを問わず、患者の必要に応じ、都市部を含めいずれの地域においても、オンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能であることとする。②その際、診療所の開設に関する要件を設ける場合には、オンライン診療の受診を当該診療所において希望する患者が存在することを示すなどの簡潔な説明で足りることとするよう検討する。さらに、事後的な検証の観点から、実施状況の報告を求め、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設状況及び具体的な事例を定期的に公表するなど、オンライン診療に関する情報発信・環境整備を行う。</p> <p>c 厚生労働省は、精神科や小児科などの診療において、オンライン診療が技術的には可能であっても診療報酬上算定が認められていない項目がある結果、医療機関がオンライン診療を行うインセンティブが必ずしも十分ではなく、オンライン診療の普及の弊害になっていることや、また、対面診療とオンライン診療の評価の在り方に関して指摘があること、これらの診療科においては対面診療に比してオンライン診療のアウトカムが同等である場合も存在することを踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、精神科・小児科などの診療におけるオンライン診療の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p> <p>d 厚生労働省は、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（令和5年3月株式会社野村総合研究所（厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業））において、初診精神療法をオンライン診療で実施することは「十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない」、「対面診療の補完としての活用を期待する声もある一方で、安全性・有効性の確保が課題との指摘もある」という理由で行わないこととされているが、患者団体や研究者からは初診精神療法のオンライン診療の必要性が求められていること、英米等においては初診精神療法をオンライン診療で実施されていること、精神疾患に対するオンライン診療が対面診療と同等の有用性を示すエビデンスが国内外において示されていること、当該指針は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省）と同様に、厚生労働省が公開の議論を経て策定する必要があるとの指摘があることなどを踏まえ、安全性・必要性・有効性の観点から、適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表する。なお、その際、オンライン診療は対面診療と大差ない診療効果がある場合も存在し得ることから、良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討する。</p> <p>e 厚生労働省は、dの新たに策定・公表する指針を踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、オンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p>	<p>a：措置済み</p> <p>b：（前段・中段）措置済み、（後段）令和6年開始、令和6年度まで継続的に措置</p> <p>c：措置済み</p> <p>d：令和6年検討開始、令和7年までに結論・措置</p> <p>e：令和7年度検討・結論・措置</p>	厚生労働省

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における情報通信機器を用いた精神療法の活用に向けた研究

令和6-7年度厚生労働科学研究（研究代表者：岸本泰士郎）

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第2回（令和6年8月7日）

資料5

背景

- 令和5年3月に取りまとめられた「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（以下、「指針」という。）において、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）は、「地域における外来・在宅に類する精神医療の提供のあり方の一つとして位置づけた上で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に沿った提供体制を構築することが適当である」とされている。

目的

- 情報通信機器を効果的に活用しながら、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ための、好事例を中心としたエビデンスの作成を行う。

内容

- 医療機関、患者、自治体等へのヒアリングを通じた好事例の収集
- 指針に沿った診療が行える体制を有する医療機関との協力によるオンライン精神療法の具体的な活用法の提示

期待される効果

- オンライン精神療法の実践を通じた、地域におけるオンライン精神療法の活用に係る課題の抽出、及び好事例を中心としたエビデンスの作成

神経発達障害児に対する遠隔評価

●小児ADHDにおいて対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。

JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH

Kurokawa et al

Original Paper

Reliability of Telepsychiatry Assessments Using the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV for Children With Neurodevelopmental Disorders and Their Caregivers: Randomized Feasibility Study

Shunya Kurokawa¹, MD, PhD; Kensuke Nomura^{1,2}, MD, PhD; Nana Hosogane³, MD; Takashi Nagasawa⁴, MD; Yuko Kawade^{2,5}, MD; Yu Matsumoto², MD; Shuichi Morinaga^{1,6}, MD; Yuriko Kaise¹, MA; Ayana Higuchi⁷, MA; Akiko Goto⁸, MD, PhD; Naoko Inada⁷, MA, PhD; Masaki Kodaira³, MD, PhD; Taishiro Kishimoto⁸, MD, PhD

¹Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan

²Department of Child Psychiatry, Shimada Hyoiku Medical Center for Challenged Children, Tokyo, Japan

³Department of Child and Adolescent Mental Health, Aikun Clinic, Tokyo, Japan

⁴Department of Child and Adolescent Psychiatry, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Tokyo, Japan

⁵Tsurugasaki Garden Hospital, Tokyo, Japan

⁶Hiratsuka City Hospital, Kanagawa, Japan

⁷Department of Clinical Psychology, Taisho University, Tokyo, Japan

⁸Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

Corresponding Author:

Taishiro Kishimoto, MD, PhD

Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness

Keio University School of Medicine

Mori JP Tower F7

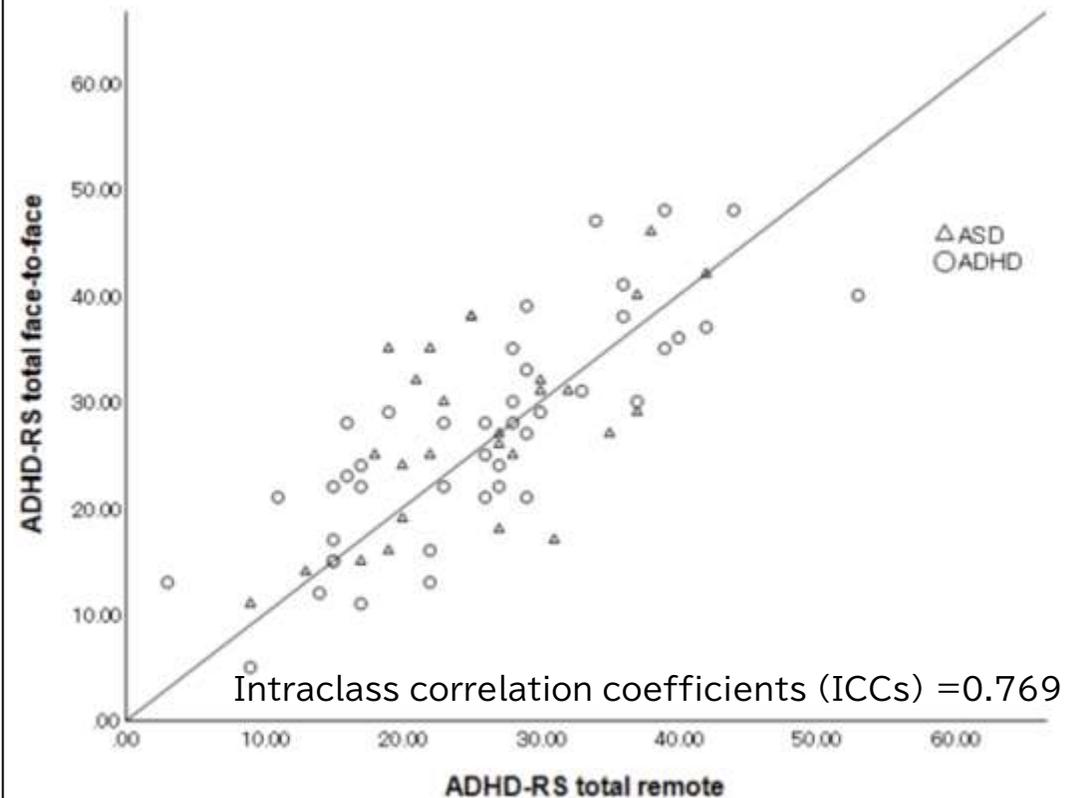
1-3-1, Azabudai, Minato-ku

Tokyo, 106-0041

Japan

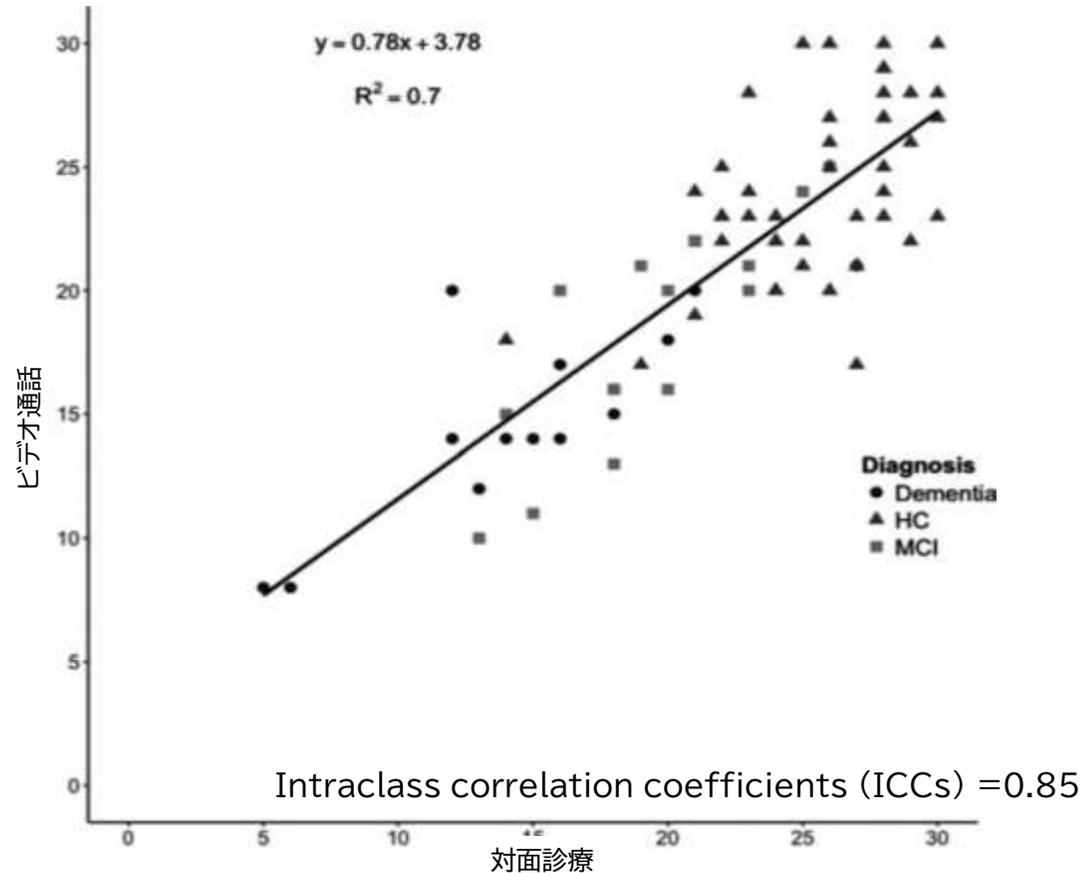
Phone: 81 3 5363 3219

Email: tkishimoto@keio.jp



高齢者に対する遠隔認知機能検査

●認知機能検査において対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。

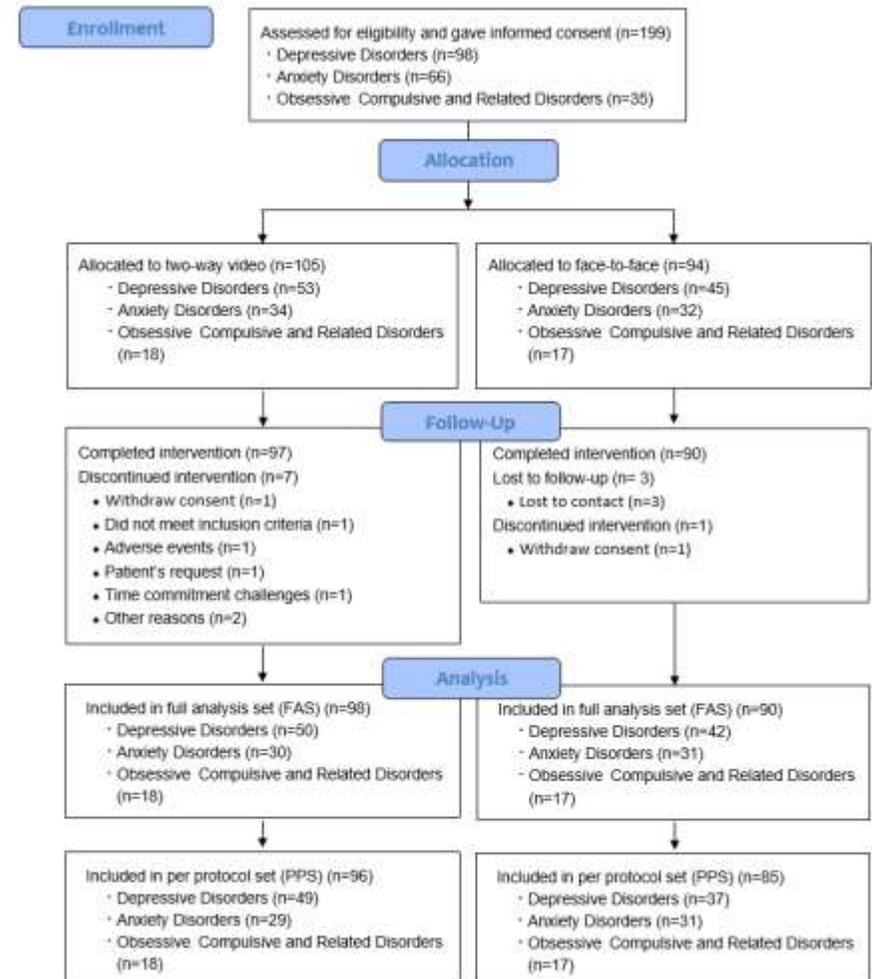


J-PROTECT 結果1

J-PROTECT

●試験には、うつ病、不安症、強迫症の患者さん
199名が参加

●オンライン診療併用群におけるオンライン診療
利用率は平均77.0%



J-PROTECT 結果2

J-PROTECT

●試験には、40歳前後の患者さんが主に参加

	オンライン診療併用群(n=98)	対面診療群(n=90)	P値
年齢(歳)	39.7±11.9	40.7±11.9	0.55
性別(女性割合%)	48(49.0%)	46(51.1%)	0.88
精神疾患の病歴			
罹病期間(月)	105.1±90.3	105.7±99.5	0.97
現在のエピソードの罹病期間(月)	82.7±78.5	72.2±83.2	0.38
総治療期間(月)	78.5±73.6	79.9±78.9	0.90
現在のエピソードの治療期間(月)	38.0±45.5	35.4±37.5	0.66
診断			
抑うつ障害群(うつ病)	50(51.0%)	42(46.7%)	..
不安症	30(30.6%)	31(34.4%)	..
強迫症および関連障害群	18(18.4%)	17(18.9%)	..
重症度尺度			
HAMD-17(うつ病のみ)	8.3±1.5	6.1±1.5	0.08
HAMA(不安症のみ)	10.2±1.9	11.5±2.1	0.42
YBOCS(強迫症および関連障害群のみ)	14.1±1.8	15.6±2.1	0.51

OCD, obsessive-compulsive disorder; SF36MCS: MOS36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary; EQ-5D: EuroQol 5 Dimension; HAMD: Hamilton Depression Rating Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

J-PROTECT 結果3

J-PROTECT

●主要評価項目[24週後のSF36MCS(精神的側面のQOLサマリースコア)]においてオンライン診療併用群は対面診療群に劣らなかった(数値の上ではオンライン診療併用群が高かった)。

	週	オンライン診療併用群	対面診療群	平均差(95%CI)	P値
		平均(SD)	平均(SD)		
非劣性の検証 (マージン:-5)					
SF-36MCS得点 (FAS)	24	48.50 (0.98) (N=96)	46.68 (1.14) (N=86)	1.82 (-1.12 to 4.77)	<.0001
SF-36MCS(PPS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.60 (10.62) (N=85)	1.90 (-1.06 to 4.86)	<.0001

SF-36MCS: MOS36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary; MMRM: mixed effect model for repeated measure;
FAS: full analysis set; PPS; per protocol set

J-PROTECT 結果4

●種々の副次アウトカム(治療同盟・満足度・疾患重症度等)において両群に有意差は認められなかった。

	週	オンライン診療併用群	対面診療群	平均差(95%CI)	P値
		平均(SD)	平均(SD)		
WAI(治療同盟)	12	71.7 (2.8) (N=98)	68.1 (2.9) (N=87)	3.6 (-0.1 to 7.4)	0.06
	24	71.6 (2.8) (N=96)	69.5 (2.9) (N=85)	2.1 (-1.9 to 6.0)	0.31
CSQ(患者満足度)	12	26.9 (0.9) (N=98)	26.2 (0.9) (N=87)	0.7 (-0.5 to 2.0)	0.24
	24	27.3 (0.9) (N=96)	26.5 (1.0) (N=85)	0.8 (-0.6 to 2.1)	0.25
EQ-5D(QOL)	0	0.811 (0.029) (N=98)	0.823 (0.030) (N=89)	-0.011 (-0.052 to 0.029)	0.58
	12	0.807 (0.030) (N=98)	0.822 (0.031) (N=88)	-0.014 (-0.062 to 0.033)	0.55
	24	0.828 (0.029) (N=96)	0.829 (0.030) (N=86)	-0.001 (-0.0045 to 0.043)	0.97
HAMD-17 (抑うつ障害群のみに実施)	0	8.3 (1.5) (N=50)	6.1 (1.5) (N=42)	2.2 (-0.3 to 4.6)	0.09
	12	8.8 (1.5) (N=50)	6.0 (1.6) (N=41)	2.8 (0.2 to 5.4)	0.03
	24	7.9 (1.6) (N=48)	5.9 (1.7) (N=39)	2.0 (-1.0 to 5.0)	0.18
HAMA (不安症のみのみに実施)	0	10.2 (1.9) (N=30)	11.5 (2.1) (N=31)	-1.3 (-4.7 to 2.0)	0.42
	12	9.7 (2.0) (N=29)	12.2 (2.1) (N=31)	-2.5 (-6.1 to 1.0)	0.15
	24	8.7 (1.8) (N=29)	9.0 (1.9) (N=30)	-0.3 (-2.8 to 2.2)	0.81
YBOCS (強迫症のみのみに実施)	0	14.1 (1.8) (N=18)	15.6 (2.1) (N=17)	-1.5 (-6.2 to 3.2)	0.52
	12	14.0 (1.8) (N=18)	15.0 (2.1) (N=16)	-1.0 (-5.8 to 3.8)	0.67
	24	12.9 (1.8) (N=18)	14.0 (2.1) (N=16)	-1.1 (-5.7 to 3.5)	0.62

WAI: Working Alliance Inventory; CSQ: Client Satisfaction Questionnaire; EQ-5D: EuroQol 5 Dimension; VAS: visual analogue scale; HAMD: Hamilton Depression Rating Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

J-PROTECT 結果5

J[®]PROTECT

●オンライン診療併用群で通院時間が短く、通院費用が安かった。

		オンライン診療併用群 (n=98)	対面診療群 (n=90)	P値
通院時間 (分)	平均 ± SD	42.9±40.8	79.2±61.6	<0.0001
	95%CI	34.7 to 51.1	66.3 to 92.1	
通院費用 (円)	中央値	168.9	500.0	0.0104
	IQR	0.0-793.3	140-1266.7	
通院のための欠勤(日)	平均 ± SD	1.5±2.5	2.6±7.1	0.15
	95% CI	1.1 to 2.0	1.2 to 4.1	

J-PROTECT 結果6

J[®]PROTECT

●有害事象に両群に有意差なし。有害事象はオンライン診療とは直接関係のないもののみ。

	オンライン診療併用群 (n=98)	対面診療群 (n=90)	P値
有害事象(件数)	4	5	0.7

有害事象は、腹痛、筋骨格系疾患等、オンライン診療との因果関係がないと考えられたもののみ

J-PROTECT 患者さんの声

●オンライン診療に対してポジティブなコメントが多い。

通院 負担減 ・ 治療 継続	病院への移動時間や病院での待ち時間がなくなり良かった。
	仕事を休まなくても診察を受けられ、大変便利と感じました。
	仕事の転勤等でかかりつけ医から遠く離れる場合においても診察できるため、これから浸透してほしいと感じた。
	妊娠、出産と時期が重なり、通院が大変な時期でもあったので、オンラインでの診療を受けることができてよかった。
	小さな子供がいるので、どこかに預けずに家で診療が受けられるのはとても良かった。
	病院の待合室にいる時間は緊張するので、オンラインだと無くて嬉しい。
安心感	外出が困難な人は診察が苦。外に出られないだけで治療を諦めてしまうより、画面越しでも継続できることに意味がある。
	仕事をしながらの通院の手間から通院をやめ、結果、再発しました。私と同じような患者のためにも、オンライン診療は非常に有効だと感じています。うつ病の診察の垣根が低くなることを機期待しています。
対面 との差	患者や患者家族にとって、とても安心して生活を送れるとともに、医療機関が身近な存在になると感じました。
	受ける前は不安がありましたが、実際に受けてみてこんなに簡単に先生とオンラインで繋がれるんだという安心感に変わりました。自宅でスマホ1台で先生とお話ができる事は身体的にも精神的にも楽だなと思いました。
ステイ グマ	対面での診療との差はほとんどないと感じました。
	先生の顔がちゃんと見れる状態でお話できるので、実際に通院しているかのようでした。
ステイ グマ	研究に参加したのは自分のためではありません。心の健康を崩していても、人目を気にし受診を拒み、悪化する場合がありますからです。足を運ばなくとも診療でき人の目を気にせず気軽に相談できる場が出来れば良いなど思い参加しました。変な目で見られたり差別のような態度を取られたりするの怖いものです。
	こころに負担を抱く方が、オンラインで気軽に診察を受けられる様になれば、精神科へ行くハードルも低くなり、助かる人も大勢いらっしゃると思います。

オンライン診療と対面診療を比較した32のRCTのメタ解析

●世界から集積したオンライン診療vs.対面診療比較試験のメタ解析で治療効果に有意差はなかった。

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2023)
223, 407–414. doi: 10.1192/bjp.2023.86

Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Katsuhiko Hagi, Shunya Kurokawa, Akhiro Takamiya, Mayu Fujikawa, Shotaro Kinoshita, Mari Iizuka, Shota Furukawa, Yoko Eguchi and Taishiro Kishimoto

Background

The COVID-19 pandemic has transformed healthcare significantly and telepsychiatry is now the primary means of treatment in some countries.

Aims

To compare the efficacy of telepsychiatry and face-to-face treatment.

Method

A comprehensive meta-analysis comparing telepsychiatry with face-to-face treatment for psychiatric disorders. The primary outcome was the mean change in the standard symptom scale scores used for each psychiatric disorder. Secondary outcomes included all meta-analytic outcomes, such as all-cause discontinuation and safety/tolerability.

Results

We identified 32 studies ($n = 3592$ participants) across 11 mental illnesses. Disease-specific analyses showed that telepsychiatry was superior to face-to-face treatment regarding symptom improvement for depressive disorders ($k = 6$ studies, $n = 561$, standardised mean difference s.m.d. = -0.325 , 95% CI -0.640 to -0.011 , $P = 0.043$), whereas face-to-face treatment was superior to telepsychiatry for eating disorder ($k = 1$, $n = 128$; s.m.d. = 0.368 , 95% CI 0.018 – 0.717 , $P = 0.039$). No significant difference was seen between telepsychiatry and face-to-face treatment when all the studies/diagnoses were combined ($k = 26$, $n = 2290$, $P = 0.248$). Telepsychiatry had significantly fewer all-cause discontinuations than face-to-face treatment for mild cognitive

impairment ($k = 1$, $n = 65$; risk ratio RR = 0.552 , 95% CI 0.312 – 0.975 , $P = 0.040$), whereas the opposite was seen for substance misuse ($k = 1$, $n = 85$; RR = 37.41 , 95% CI 2.356 – 594.1 , $P = 0.010$). No significant difference regarding all-cause discontinuation was seen between telepsychiatry and face-to-face treatment when all the studies/diagnoses were combined ($k = 27$, $n = 3341$, $P = 0.564$).

Conclusions

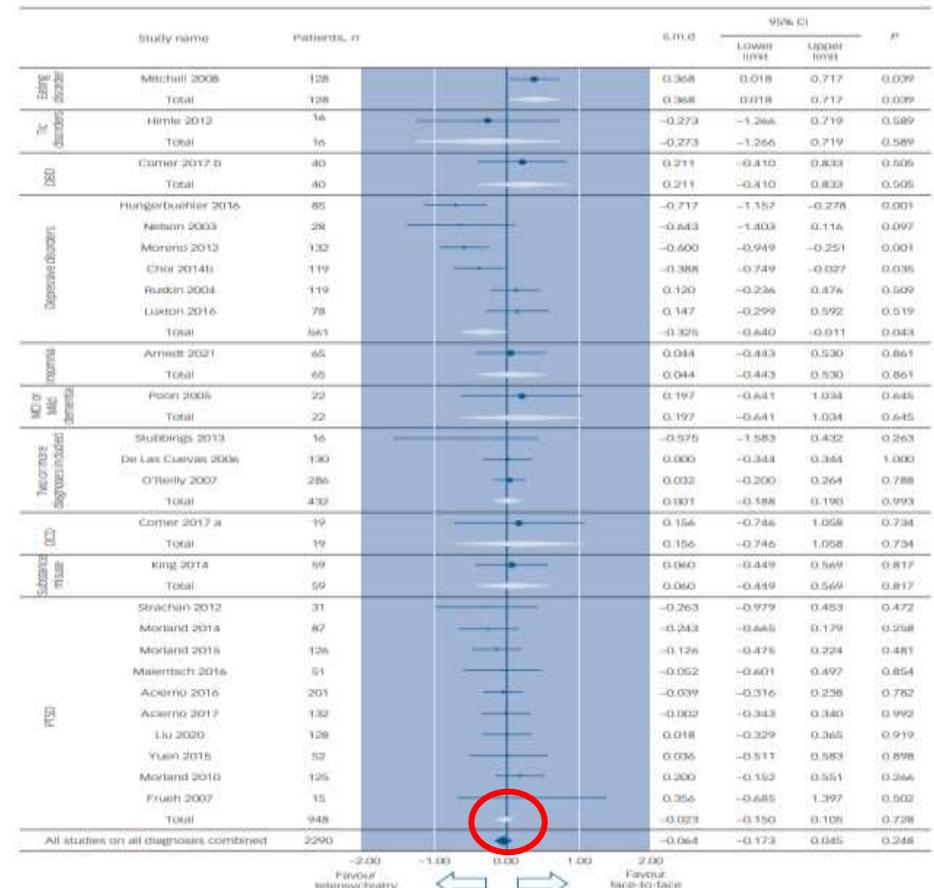
Telepsychiatry achieved a symptom improvement effect for various psychiatric disorders similar to that of face-to-face treatment. However, some superiorities/inferiorities were seen across a few specific psychiatric disorders, suggesting that its efficacy may vary according to disease type.

Keywords:

Telepsychiatry; meta-analysis; videoconferencing in psychiatry; telemedicine; teleconferencing.

Copyright and usage

© The Author(s), 2023. Published by Cambridge University Press on behalf of the Royal College of Psychiatrists. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial-NoDerivatives licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided that no alterations are made and the original article is properly cited. The written permission of Cambridge University Press must be obtained prior to any commercial use and/or adaptation of the article.



ケース1: 10代男性 社交不安障害

オンライン初診に至った経緯	小学校4年ごろからの不登校、身体化症状の持続。近医の受診も困難なほどの外出困難であり、オンラインでの初診に至った。 特に、こどもの精神症状を診療できる施設を探していた。
オンライン初診後の経過・転帰	(オンライン診療による)定期的な診療。
オンライン初診実施による成果	病状により対面診療が困難な中で、医療につながる事ができた。
オンライン初診に伴うデメリット	血液検査、心理検査等対面での実施が必要な場合には近隣からの訪問診療を依頼する必要があった。

ケース2: 30代女性 ADHD・2次的うつ状態

オンライン初診に至った経緯	<p>学生時代から自身の多動・不注意に気づいており、自身で「発達障害」であろうと考え近医を受診したが、信頼関係を構築することができず、中断していた。社会人生活を送る中で、顕著な多動・不注意により仕事上の支障をきたし、活動性低下・意欲低下、時に希死念慮を生じるようになり、専門医療機関の受診を考えた。</p> <p>近隣に成人の発達障害を診療可能な施設がなかった上、仕事の関係から、近隣の(精神科)医療機関への受診を避けたいと考えていたため、オンライン受診に至った。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	オンラインでの受診を継続中。
オンライン初診実施による成果	通院に伴うスティグマを回避しつつ、医療機関を受診できたこと。
オンライン初診に伴うデメリット	心理検査等対面での実施が必要な検査が実施できないこと。

ケース3: 40代男性 うつ病

オンライン初診に至った経緯	<p>家族との離別後独居となり、不眠・体調不良を来し退職。退職後も不眠・生活リズムの乱れが顕著で、公共料金の支払いも滞るようになり保健師が介入していた。</p> <p>保健師から再三医療機関受診を勧めるも受診に至っていなかった。オンラインであれば本人の同意が得られたため受診。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	<p>オンラインで対応した医師が勤務する医療機関を受診。以後、定期的な対面通院につながり通院継続できている。</p>
オンライン初診実施による成果	<p>保健活動から継続的な医療へ適切につながることができたこと。</p>
オンライン初診に伴うデメリット	<p>処方開始までタイムラグが生じたこと。</p>

ケース4: 10代男性 自閉症・ADHD・うつ病

オンライン初診に至った経緯	自閉症、ADHD、うつ病の診断で県の相談機関併設の診療所に通所・通院していたが、学校で自傷行為を繰り返すなどの状況が改善せず、かつ18歳になり転医が必要な状況であった。 本人が医療機関受診に否定的であるという背景もあり、今後の受診先について患者の親から相談を受けた保健師を介してオンライン受診となった。
オンライン初診後の経過・転帰	当面、現在の診療所での診療を継続しながら、成人対応が可能な近隣の医療機関への転医を検討中。
オンライン初診実施による成果	自治体保健師との連携によるオンライン診療を経て、対面診療の継続の契機となった。
オンライン初診に伴うデメリット	処方開始までタイムラグが生じたこと。

ケース5: 80代女性 うつ病

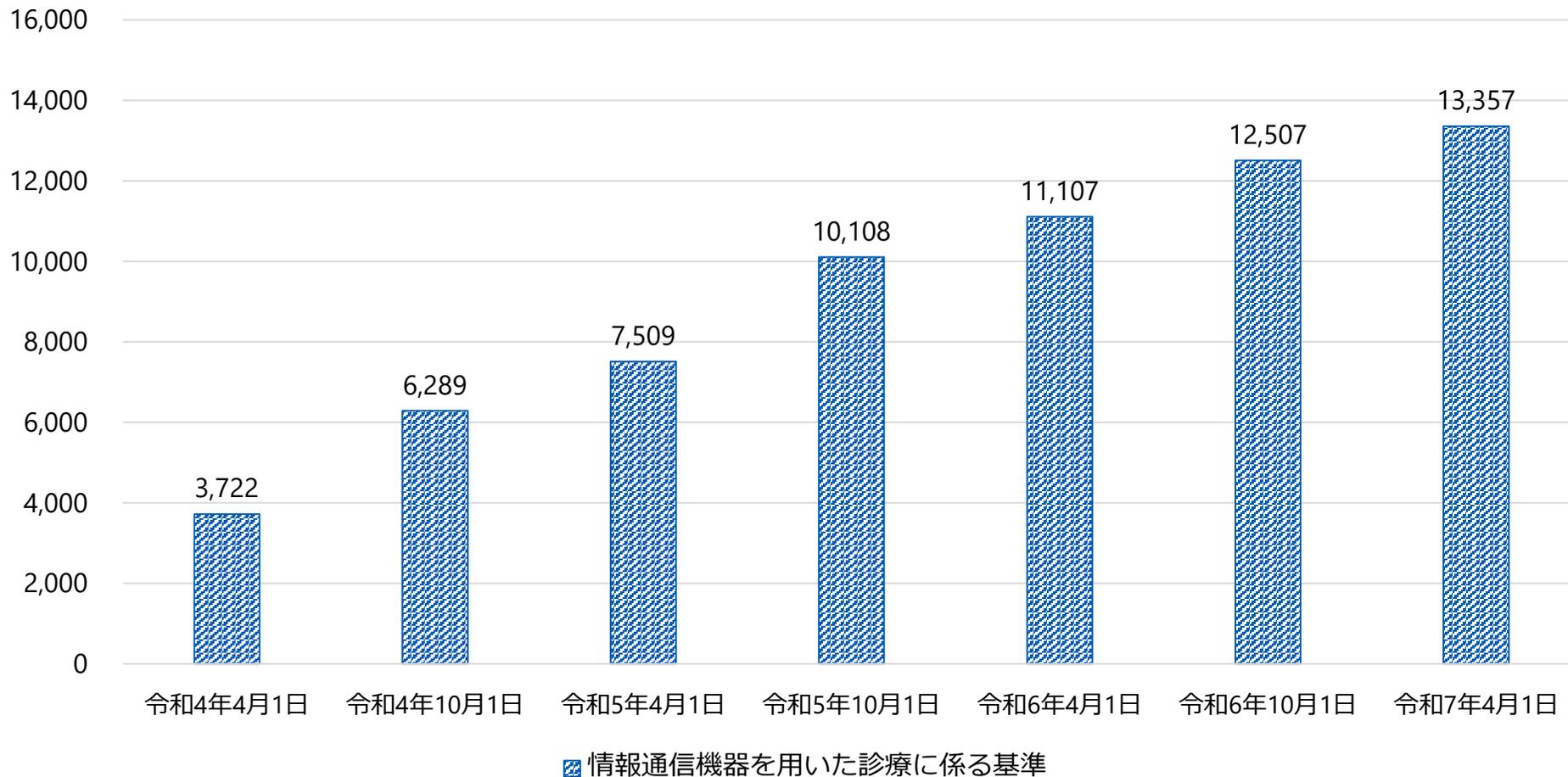
オンライン初診に至った経緯	<p>うつ病に長期罹患しており抗うつ薬の服薬を続けていた。近頃、眠気、ふらつきが顕著となり、薬剤調整が必要となった。</p> <p>離島で専門医が不在であること、また高齢のため、島外の医療機関を受診することが困難だった。そのため、島内の医療機関(内科・かかりつけ医)からオンラインで島外の精神科を受診した。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	薬剤調整を行うことができ、当該精神科受診は一旦終診となった。
オンライン初診実施による成果	高い専門性が必要な抗うつ薬の減量について精神科医による適切な診察が出来たこと。
オンライン初診に伴うデメリット	特になし

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和7年4月1日時点において約13,400医療機関となっている。

(届出医療機関数)



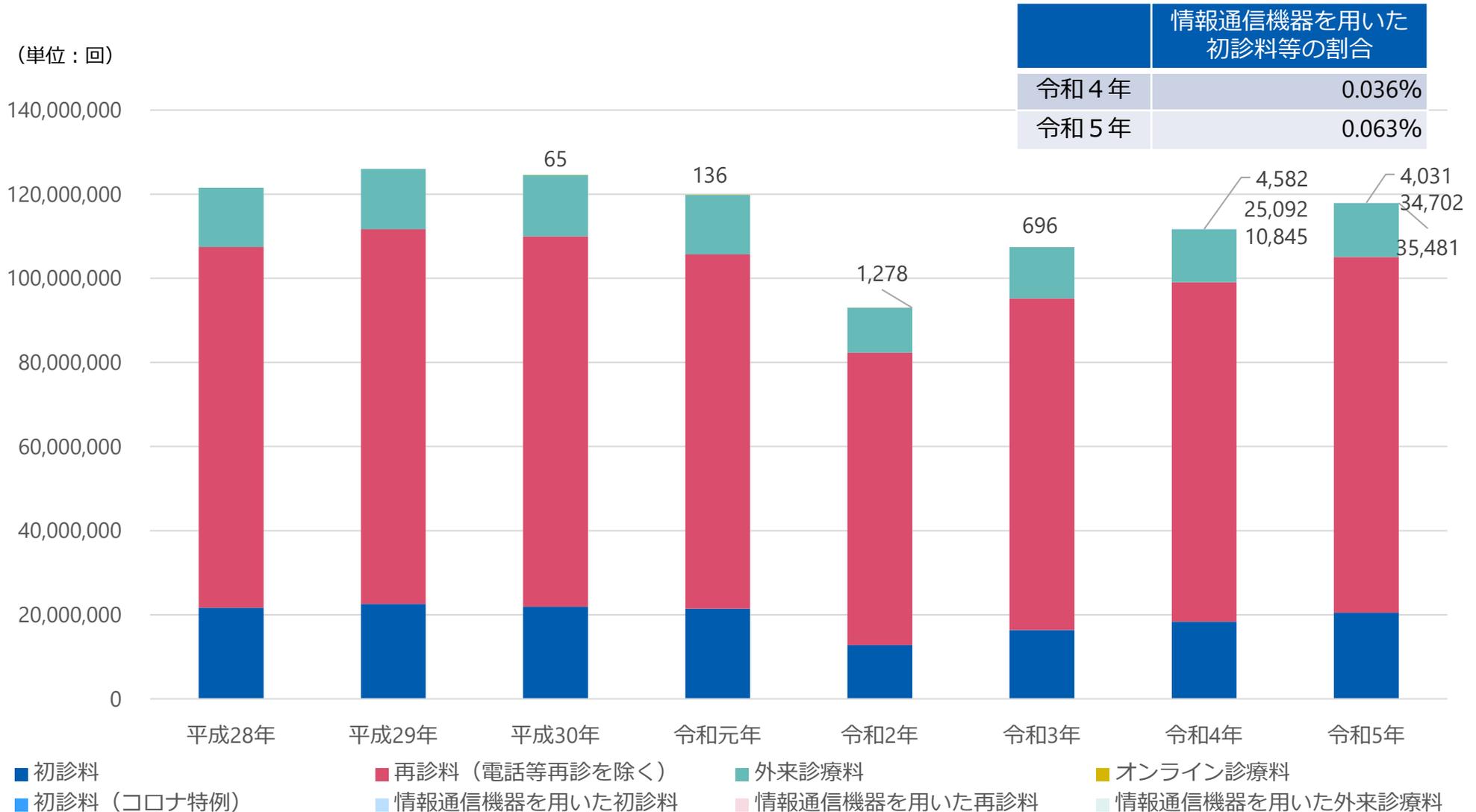
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※元となるデータベース及びデータ抽出タイミングにより他の公表データと一致しない場合がある

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

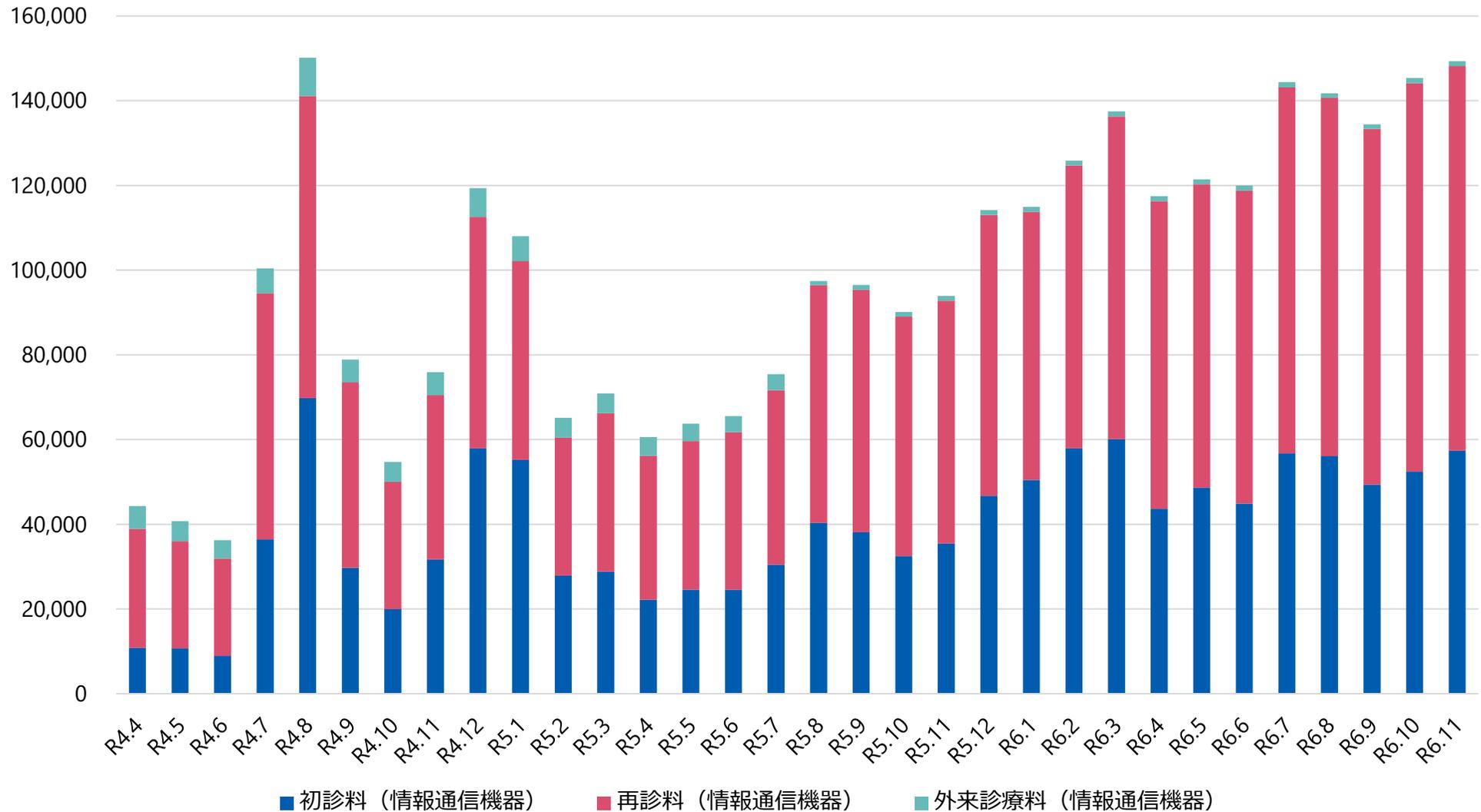
○ 令和5年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.063%を占める。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。

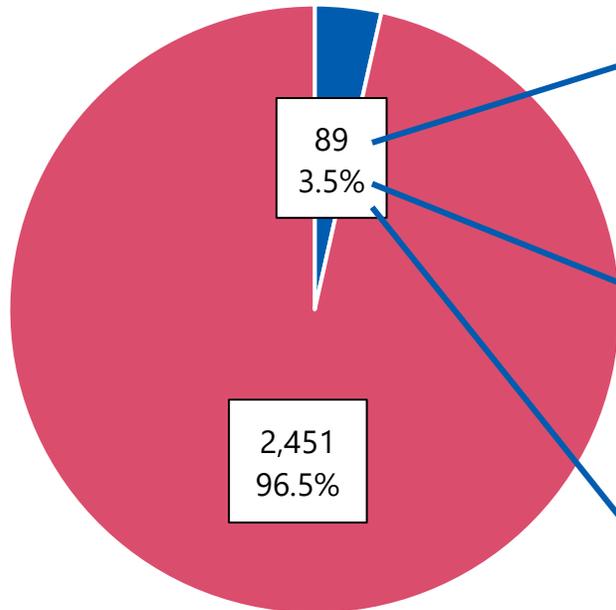


オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

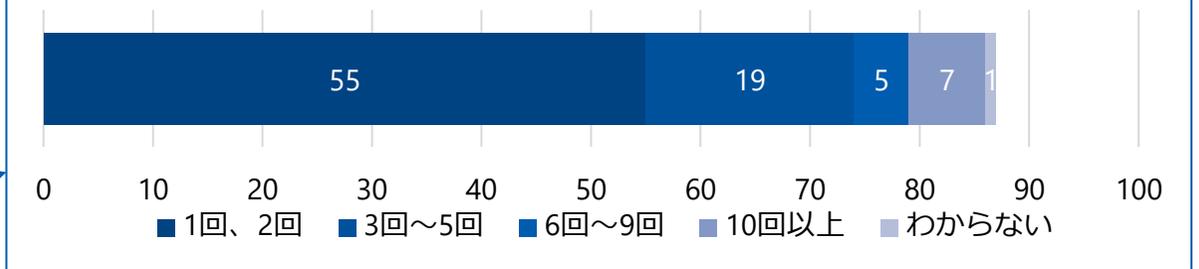
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)

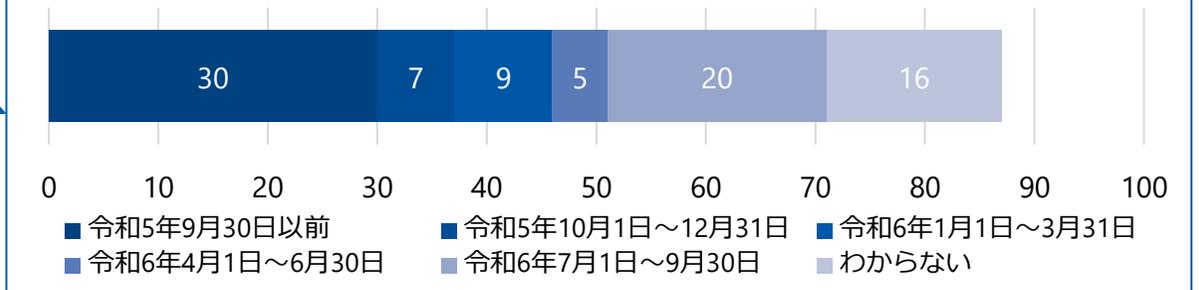


- 1_受けたことがある(n=89)
- 2_受けたことがない(n=2451)

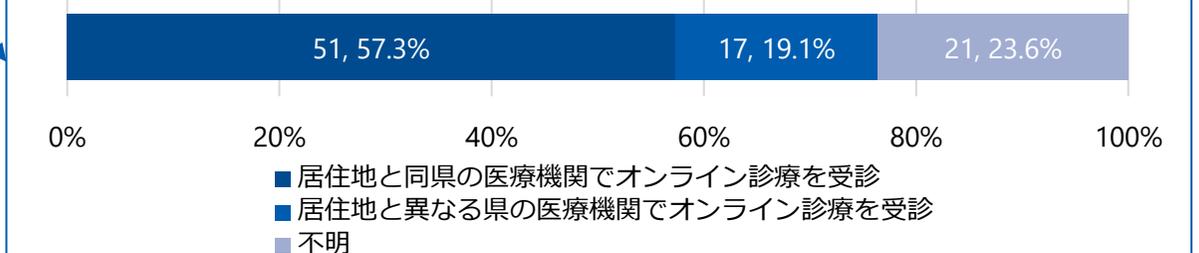
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)

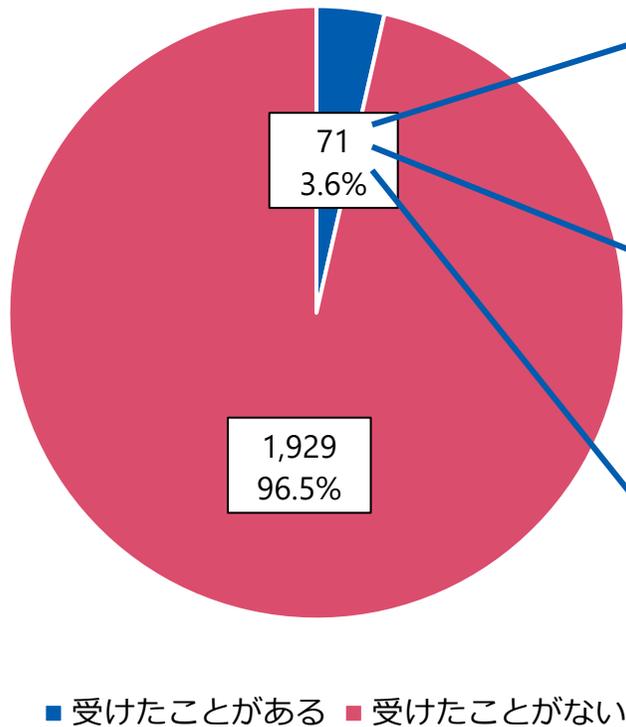


オンライン診療の受診状況（インターネット調査）

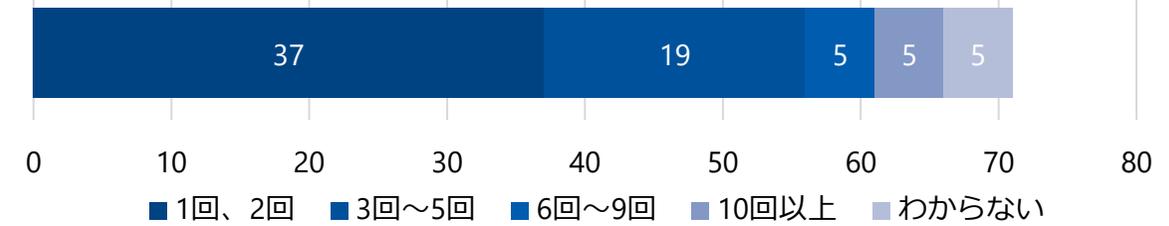
診調組 入-1
7.5.22

- 回答者の3.6%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は18.3%であった。

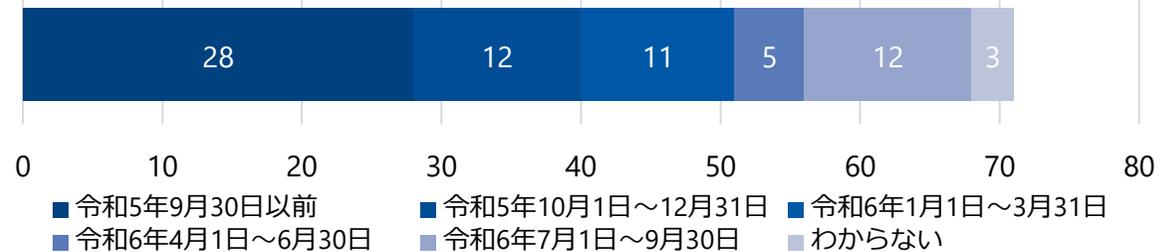
オンライン診療受診歴
(n=2,000)



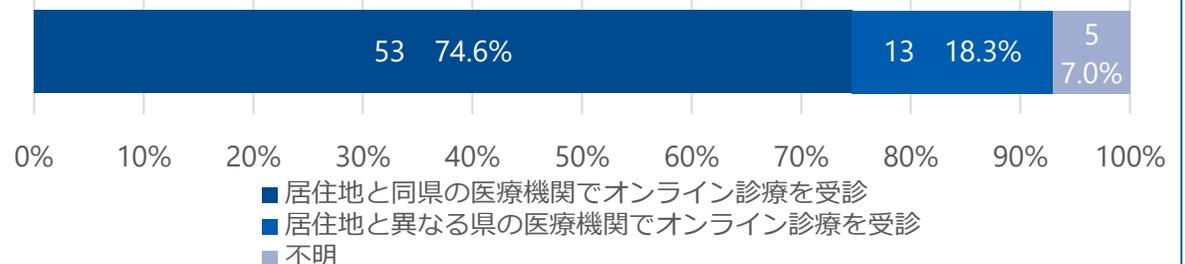
これまでにオンライン診療を受けた回数 (n=71)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=71)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=71)



情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた初診における傷病名としては急性上気道炎が21.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	12,214	21.5%
2	COVID-19	5,090	9.0%
3	適応障害	3,133	5.5%
4	手足口病	2,138	3.8%
5	急性気管支炎	1,935	3.4%
6	急性胃腸炎	1,344	2.4%
7	急性咽頭炎	1,212	2.1%
8	気管支喘息	1,181	2.1%
9	尋常性ざ瘡	1,053	1.9%
10	感冒	988	1.7%
11	多汗症	942	1.7%
12	じんま疹	895	1.6%
13	湿疹	883	1.6%
14	アレルギー性鼻炎	865	1.5%
15	アトピー性皮膚炎	847	1.5%
16	不眠症	794	1.4%
17	口唇ヘルペス	596	1.0%
18	うつ病	526	0.9%
19	うつ状態	525	0.9%
20	膀胱炎	515	0.9%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数		100.0%
1	COVID-19	1,537,680	6.9%
2	急性気管支炎	807,739	3.6%
3	急性上気道炎	747,594	3.3%
4	アレルギー性鼻炎	610,533	2.7%
5	近視性乱視	586,053	2.6%
6	急性咽頭喉頭炎	491,660	2.2%
7	湿疹	452,709	2.0%
8	急性咽頭炎	356,724	1.6%
9	気管支喘息	349,538	1.6%
10	急性副鼻腔炎	339,804	1.5%
11	アトピー性皮膚炎	310,623	1.4%
12	耳垢栓塞	195,555	0.9%
13	咽頭炎	193,892	0.9%
14	アレルギー性結膜炎	181,197	0.8%
15	皮脂欠乏性湿疹	174,503	0.8%
16	変形性膝関節症	167,690	0.7%
17	じんま疹	167,040	0.7%
18	遠視性乱視	166,920	0.7%
19	尋常性ざ瘡	158,923	0.7%
20	結膜炎	157,712	0.7%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面による再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としては適応障害が9.1%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、精神疾患に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	8,003	9.1%
2	高血圧症	4,833	5.5%
3	気管支喘息	3,660	4.2%
4	うつ病	3,257	3.7%
5	アレルギー性鼻炎	3,252	3.7%
6	不眠症	2,855	3.3%
7	月経困難症	2,496	2.9%
8	うつ状態	1,803	2.1%
9	アトピー性皮膚炎	1,761	2.0%
10	急性上気道炎	1,752	2.0%
11	睡眠時無呼吸症候群	1,635	1.9%
12	慢性胃炎	1,629	1.9%
13	湿疹	1,397	1.6%
14	片頭痛	1,299	1.5%
15	COVID-19	1,209	1.4%
16	尋常性ざ瘡	1,171	1.3%
17	スギ花粉症	1,055	1.2%
18	不安神経症	1,008	1.2%
19	急性気管支炎	948	1.1%
20	パニック障害	898	1.0%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	高血圧症	9,545,663	9.2%
2	変形性膝関節症	2,689,408	2.6%
3	気管支喘息	2,207,287	2.1%
4	2型糖尿病	1,953,540	1.9%
5	高コレステロール血症	1,832,608	1.8%
6	慢性胃炎	1,762,346	1.7%
7	糖尿病	1,675,078	1.6%
8	アレルギー性鼻炎	1,551,541	1.5%
9	腰部脊柱管狭窄症	1,442,194	1.4%
10	慢性腎不全	1,402,271	1.4%
11	うつ病	1,196,874	1.2%
12	肩関節周囲炎	1,153,572	1.1%
13	高脂血症	1,153,564	1.1%
14	狭心症	1,076,890	1.0%
15	脂質異常症	1,029,275	1.0%
16	変形性腰椎症	1,021,543	1.0%
17	アトピー性皮膚炎	937,661	0.9%
18	骨粗鬆症	934,318	0.9%
19	近視性乱視	896,805	0.9%
20	慢性心不全	821,488	0.8%

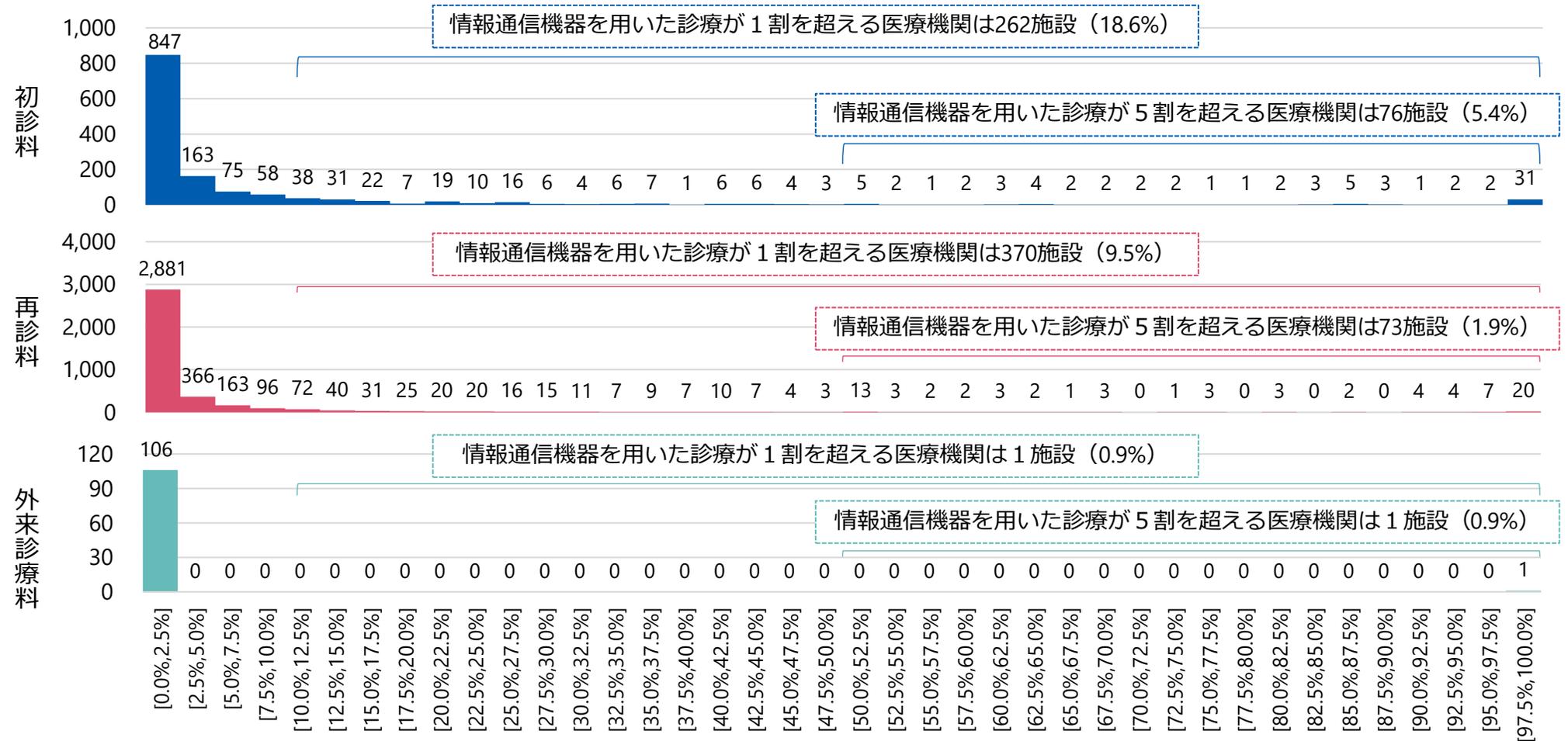
※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

- 初・再診料等に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の医療機関分布は、以下のとおり。
- 初診料のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は262施設（18.6%）であり、5割を超える医療機関は76施設（5.4%）であった。

（医療機関数）



※ 情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料（以下「初診料等」とする。）を算定した1,405施設、3,876施設、107施設を対象に、初診料等全体に占める情報通信機器を用いた診療の割合を算出。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合5割未満)

診調組 入-1
7.6.19

○対面診療の割合が5割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の5割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。傷病名としては初診では急性上気道炎が24.3%、再診料・外来診療料では適応障害が22.2%と最多であった。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	10,497	24.3%
2	COVID-19	3,117	7.2%
3	適応障害	2,965	6.9%
4	手足口病	1,921	4.5%
5	急性胃腸炎	1,220	2.8%
6	急性気管支炎	1,066	2.5%
7	急性咽頭炎	990	2.3%
8	尋常性ざ瘡	967	2.2%
9	感冒	869	2.0%
10	じんま疹	770	1.8%
11	気管支喘息	748	1.7%
12	多汗症	739	1.7%
13	湿疹	701	1.6%
14	アトピー性皮膚炎	628	1.5%
15	不眠症	596	1.4%
16	口唇ヘルペス	532	1.2%
17	うつ状態	488	1.1%
18	膀胱炎	476	1.1%
19	うつ病	469	1.1%
20	アレルギー性鼻炎	423	1.0%

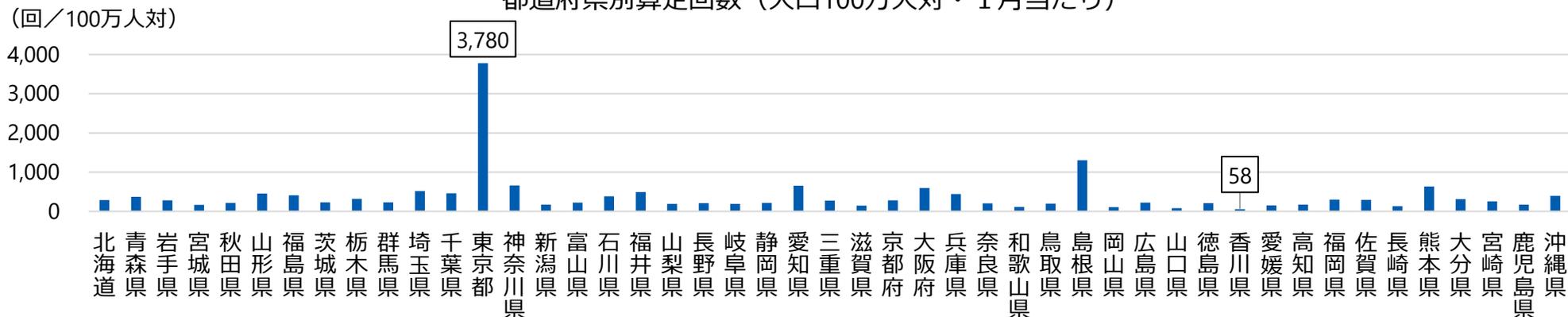
No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	7,496	22.2%
2	うつ病	2,083	6.2%
3	不眠症	1,952	5.8%
4	うつ状態	1,533	4.5%
5	急性上気道炎	1,197	3.6%
6	高血圧症	1,119	3.3%
7	尋常性ざ瘡	1,011	3.0%
8	湿疹	913	2.7%
9	アトピー性皮膚炎	815	2.4%
10	アレルギー性鼻炎	772	2.3%
11	気管支喘息	744	2.2%
12	パニック障害	705	2.1%
13	不安神経症	690	2.0%
14	片頭痛	604	1.8%
15	多汗症	568	1.7%
16	皮脂欠乏症	468	1.4%
17	じんま疹	467	1.4%
18	スギ花粉症	441	1.3%
19	不安障害	420	1.2%
20	注意欠陥多動障害	380	1.1%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

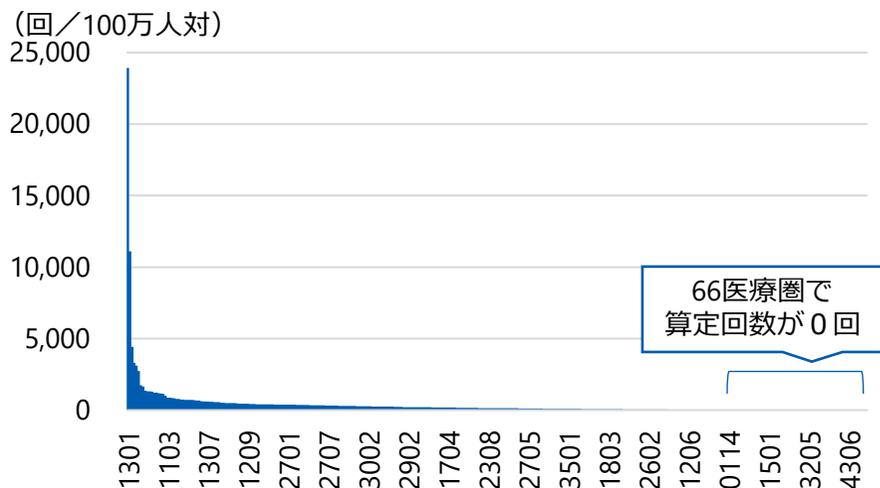
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。

都道府県別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



二次医療圏別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



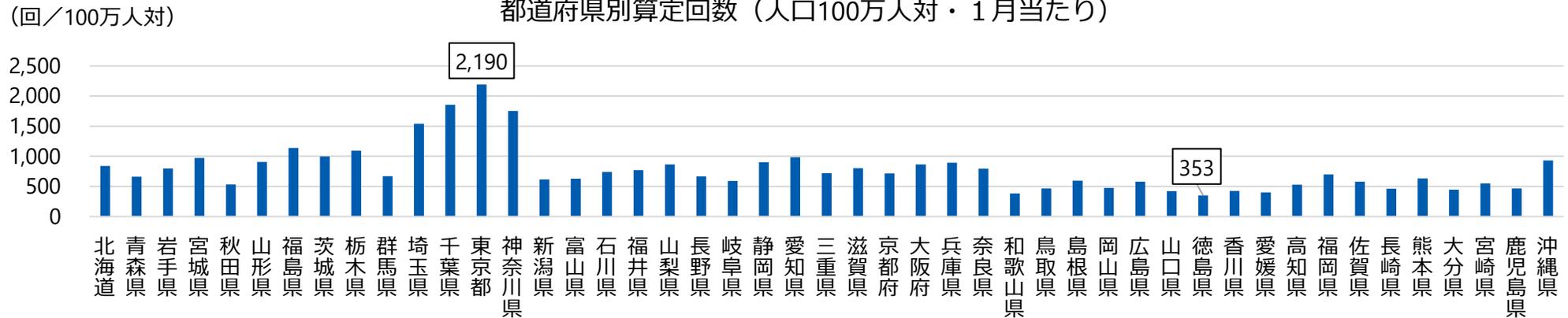
人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

医療圏	算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	算定回数	総算定回数に占める割合 (累積)
1301 区中央部	23,915	284,715	24.7%
1304 区西部	11,104	173,265	39.8%
3203 出雲	4,411	9,002	40.6%
1306 区東北部	3,309	54,592	45.3%
1303 区西南部	3,121	55,409	50.1%

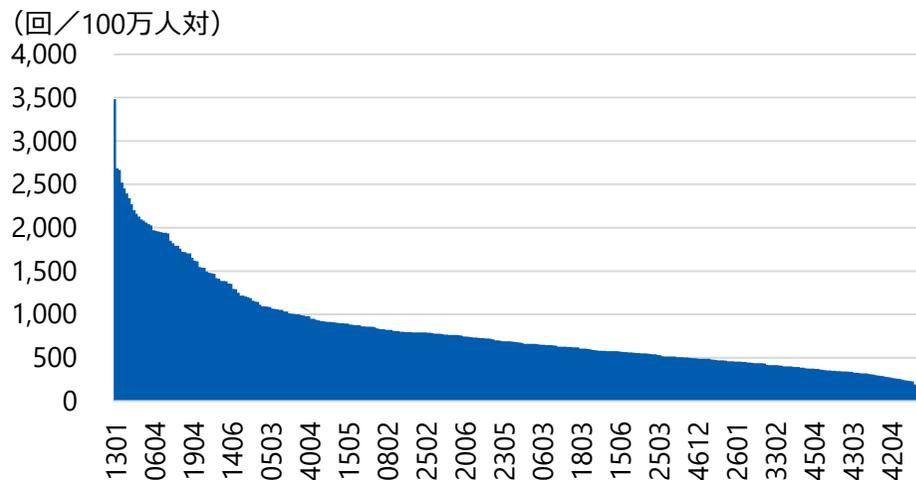
出典：令和5年度NDBオープンデータ初再診料（都道府県別算定回数、二次医療圏別算定回数）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和6年9～11月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で2,190回、最も少ない徳島県で353回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約3,500回で最も多く、有田（和歌山県）が190回で最も少なかった。また、算定回数が0回の医療圏は無かった。

都道府県別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



二次医療圏別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

		算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	
1301	区中央部	3,481	10,361
2201	賀茂	2,685	434
1303	区西南部	2,665	11,828
0121	根室	2,519	503
1313	島しよ	2,455	169

北海道から沖縄まで
全国どこでも
初診から
オンライン診療での対応！



プライバシーも安心！
オンラインでの診療

主に休職・復職相談に特化し、
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書
すべての書類の作成が可能！
また、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

LINE で診断書がもらえる

オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！診断書がもらえる
スマホで診療が受けられる
メンタルクリニック

心療内科 精神科

通院不要
スマホで完結

診断書の
即日発行可能

24時間 LINE
予約可能

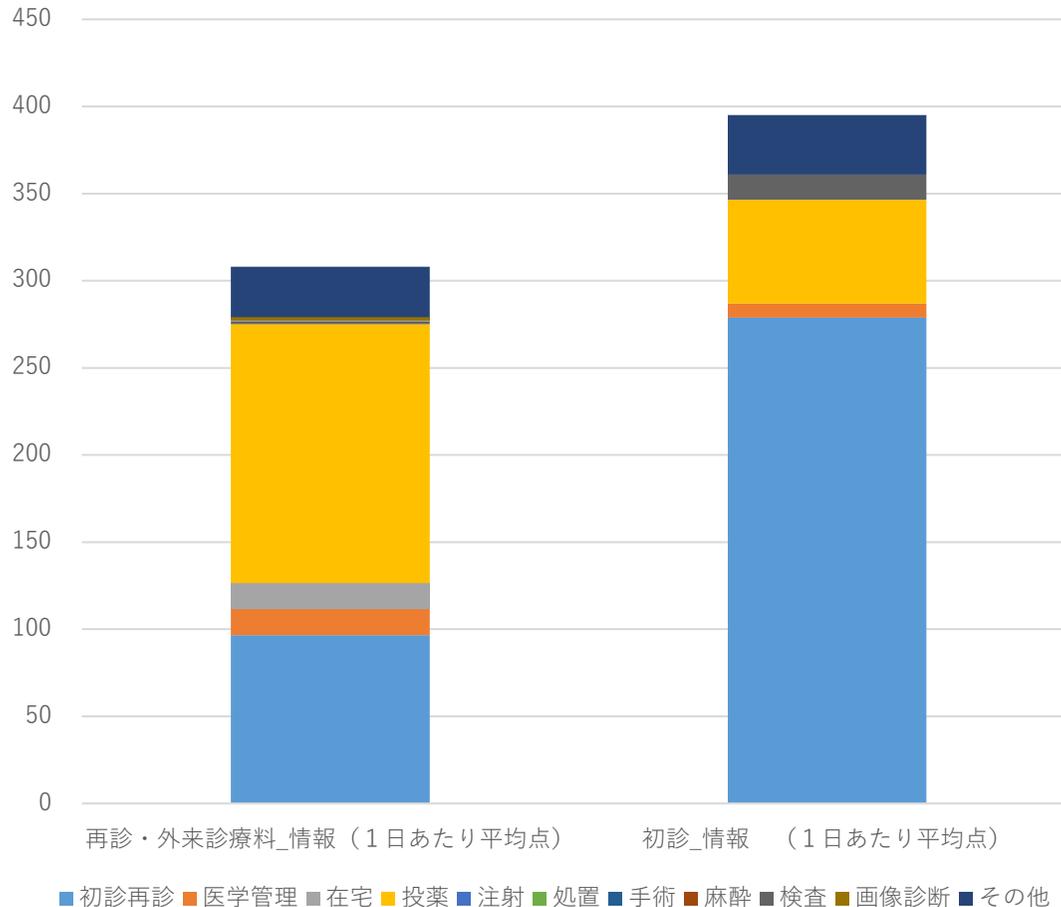
休職の
相談

※当院は、休職相談をメインとしたクリニックです。
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

不眠症に対する情報通信機器を用いた診療実態

- 不眠症を主傷病とする患者に対する情報通信機器を用いた診療のレセプト請求点数の内訳は以下のとおり。投薬が一定の割合を占めていた。
- 情報通信機器を用いた診療日において、初診から向精神薬が処方されている実態があった。

「不眠症」を主傷病とする患者に対し、「情報通信機器を用いた初診料」あるいは「情報通信機器を用いた再診料・外来診療料」を算定した日における、各診療区分毎の診療費の平均値(令和4年12月診療分)



「不眠症」を主傷病とする患者に対し、情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料を算定した日における向精神薬の処方回数(処方料のみ、令和4年10~12月診療分)

再診・外来診療料

成分名	算定回数
ブロチゾラム	68
ゾピクロン	30
ゾルピデム酒石酸塩	602
アルプラゾラム	120
トリアゾラム	37
フルニトラゼパム	86
エチゾラム	80

初診

成分名	算定回数
トリアゾラム	28

図2 精神保健福祉センターにおける
主な相談内容別延人員

令和5(2023)年度

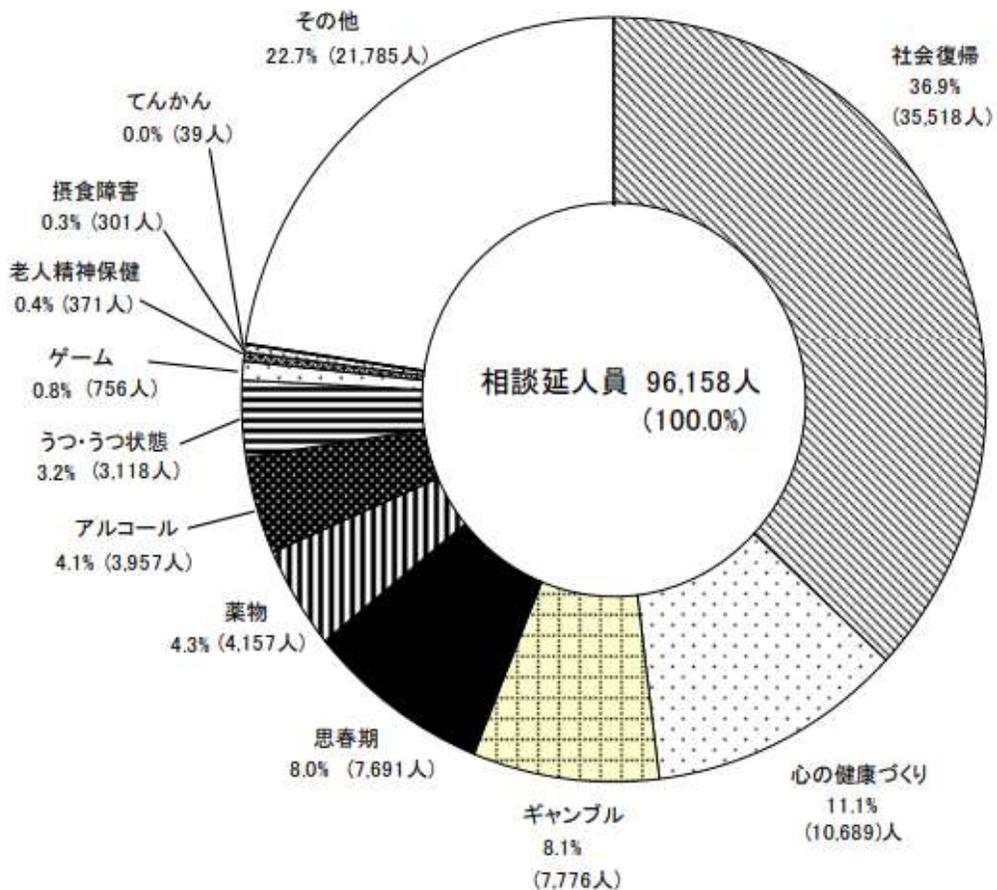
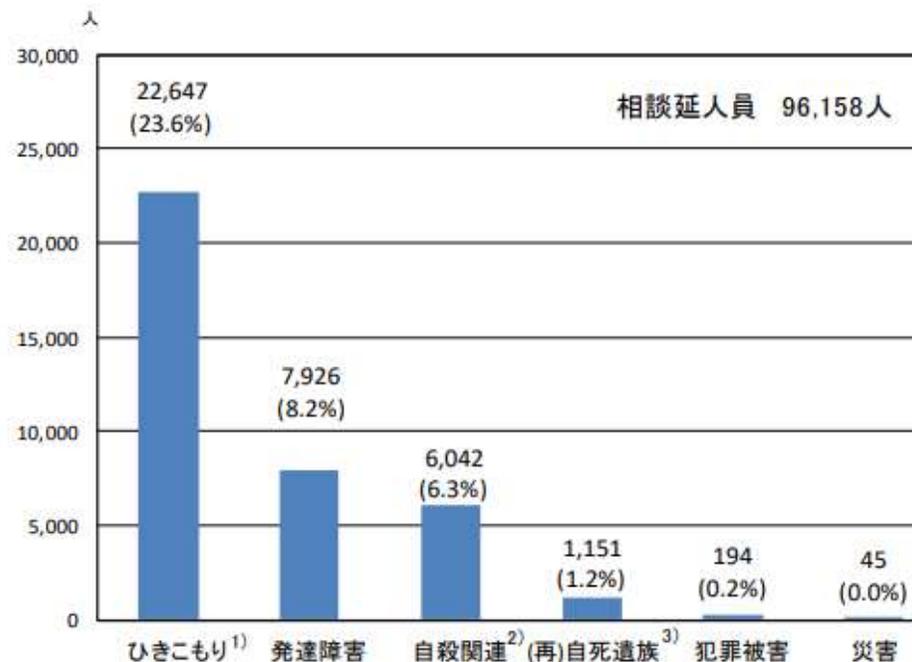


図3 精神保健福祉センターにおける
相談(要因)別延人員

令和5(2023)年度



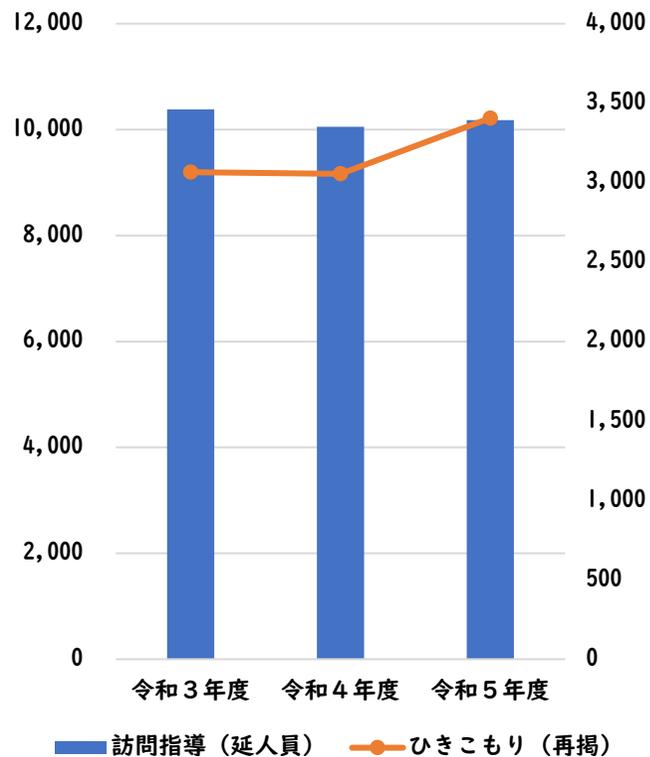
注：1)「ひきこもり」とは、仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態にある7歳から49歳までの者をいう。

2)「自殺関連」とは、相談内容が、自殺の危険、予告・通知、実行中、未遂、遺族等からの相談のいずれかに該当するものをいう。

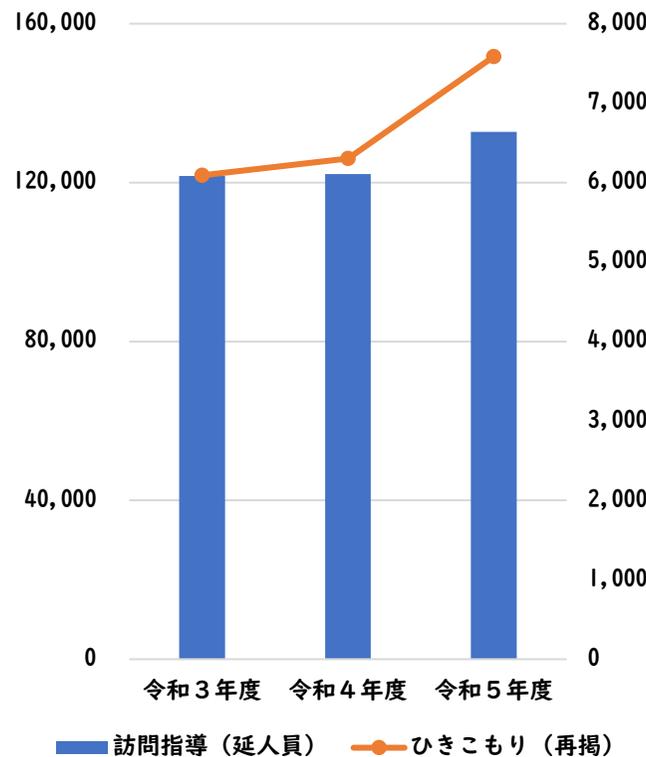
3)「(再)自死遺族」は「自殺関連」の再掲である。

行政における精神保健福祉（ひきこもり）に関する相談・訪問指導

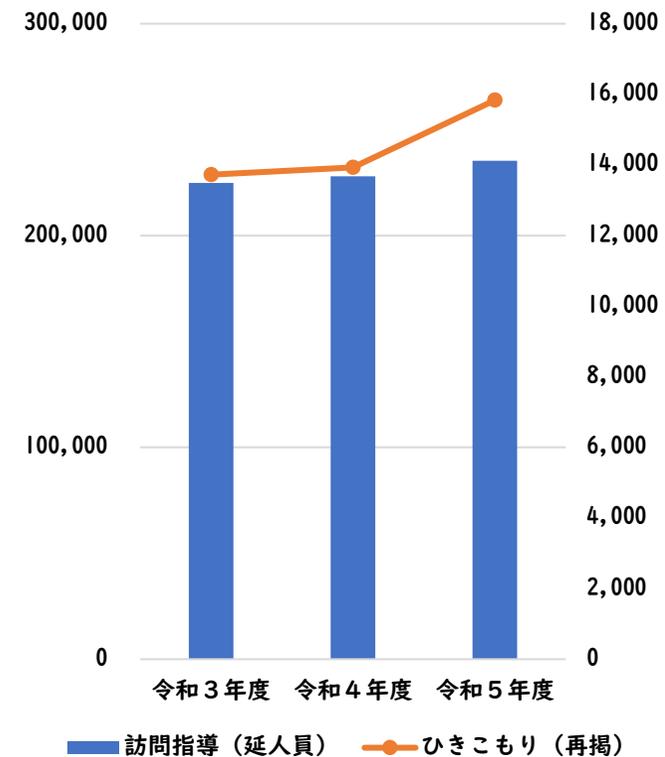
精神保健福祉センターにおける
訪問指導件数（延人員）（※1）



保健所における
訪問指導件数（延人員）（※2）



市区町村における
訪問指導件数（延人員）（※2）



資料：（※1）厚生労働省「衛生行政報告例」（令和5年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成
（※2）厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

(「にも包括」の推進について)

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事業の活用状況 (6) 障害者等の地域生活支援に係る事業 イ アウトリーチ支援

- 精神科医療機関と十分に連携を図りながら、多職種による訪問支援（アウトリーチ支援）を行える体制を整備する。また、個別の支援を通じて、保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図る。

(自治体数)



令和5年度実施自治体

令和5年度実施内容（一部抜粋）

【都道府県】

栃木県、埼玉県、神奈川県、新潟県、富山県、静岡県、京都府、和歌山県、高知県

【指定都市、保健所設置市、特別区】

仙台市、さいたま市、浜松市、名古屋市、岡山市、宇都宮市、川口市、八王子市、大津市、豊中市、明石市、西宮市、和歌山市、港区、新宿区、墨田区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、中野区、杉並区、豊島区、北区、練馬区、葛飾区、江戸川区

- 精神科医療機関に業務委託を行い、精神科医療の中断者、精神疾患が疑われる未受診者、長期入院後に退院した者、入退院を繰り返す者（病状が安定していない者）及び精神疾患が疑われるひきこもり状態の者等に対し、精神科医師、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師、作業療法士等が訪問、来所面接、電話等の支援を行う。
- 対象者の自宅等生活の場にて、精神科医師等及び保健所職員と対象者や家族が出席し訪問しケース会議を実施。ケース会議は、支援導入時と支援終了時または、6か月時経過時に行い評価する。
- 相談支援事業者、市町、保健所、精神科病院、訪問看護ステーション等を対象に、アウトリーチ支援の基本的理念と現在の取組状況、実践報告、グループワークを行った。

精神科訪問看護に対する施策上の求められる役割

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（令和3年3月18日）

- 精神科訪問看護は、精神障害を有する方等の「地域生活」を支える観点から、精神科医療機関において継続して治療を受けることへの支援や日常生活での困りごとの相談、身体合併症の早期発見・管理、精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じること・医療との連携を促進すること等の役割が期待され、実際にその役割を果たしている場合も多い。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において重要な医療に係る資源の一つであるため、更なる役割の発揮が期待される。

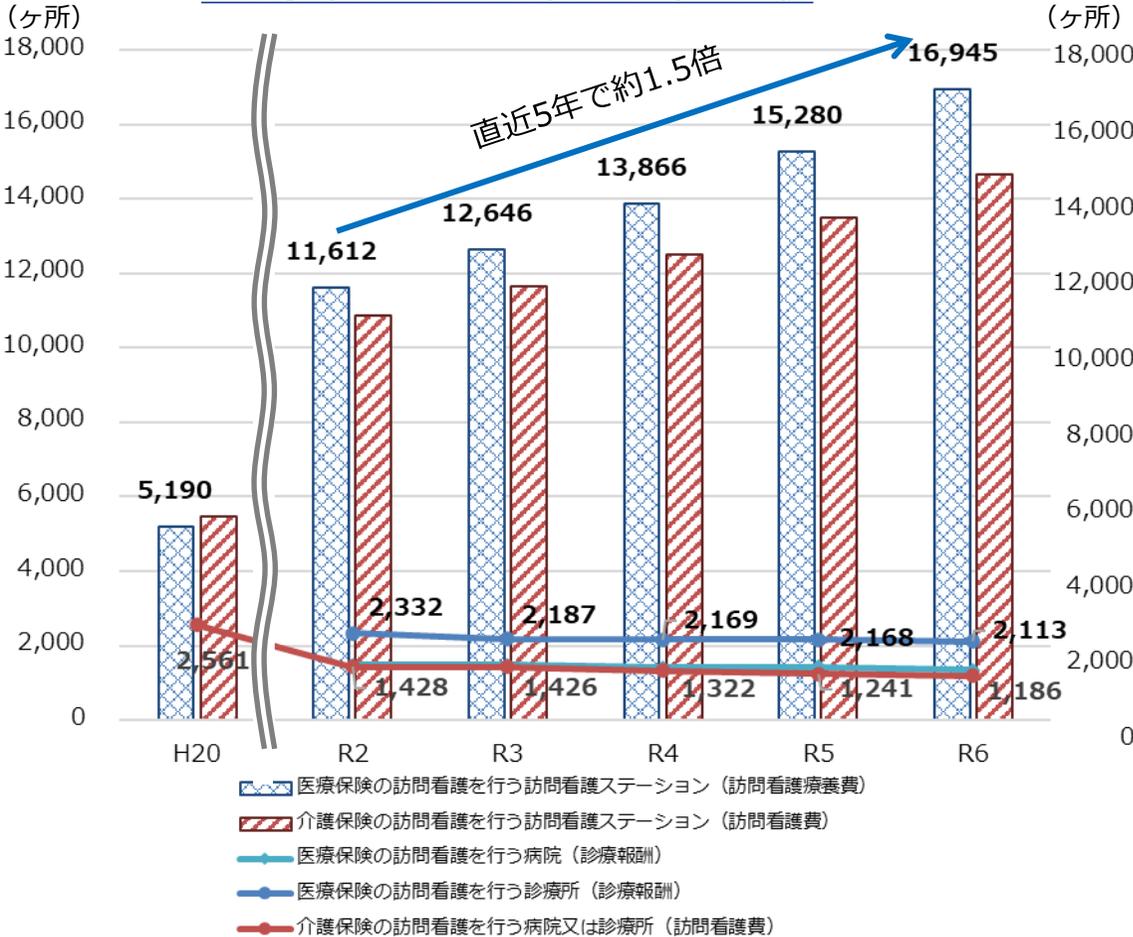
地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告書（令和4年6月9日）

- 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神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る患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
- 患者本人のニーズの実現に向けた「包括的支援マネジメント」の推進（訪問診療・訪問看護の充実、外来患者に対する相談体制の充実、医療・福祉等の地域の多職種・多機関連携の推進等）
- 昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応できるよう、今後、地域の実情に応じた受診前相談の体制整備、時間外診療への対応や入院の要否に関する判断の診察、在宅での診療、訪問看護等の入院外医療の更なる充実について、診療報酬等の評価を含めて検討を進めるべきである。

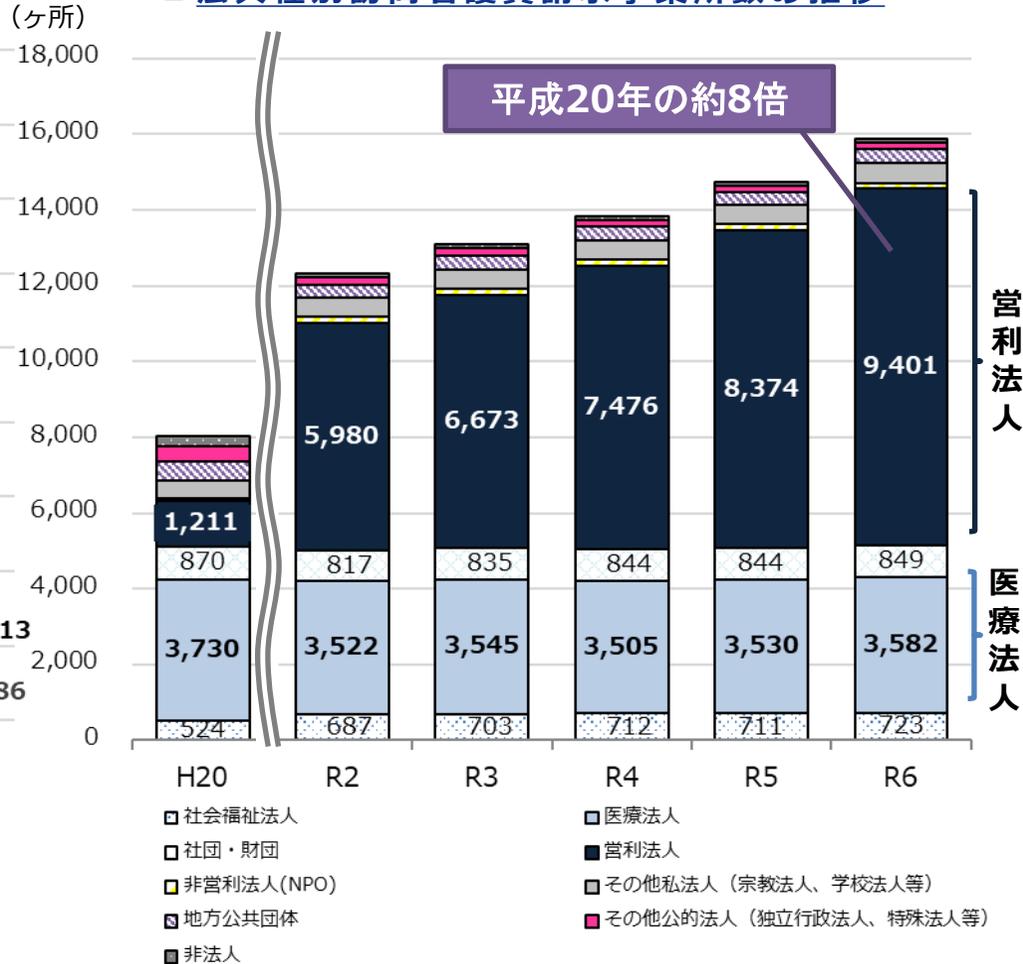
訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は約1万7千事業所となっている。一方、訪問看護を行う病院・診療所は減少傾向である。
- 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



■ 法人種別訪問看護費請求事業所数の推移



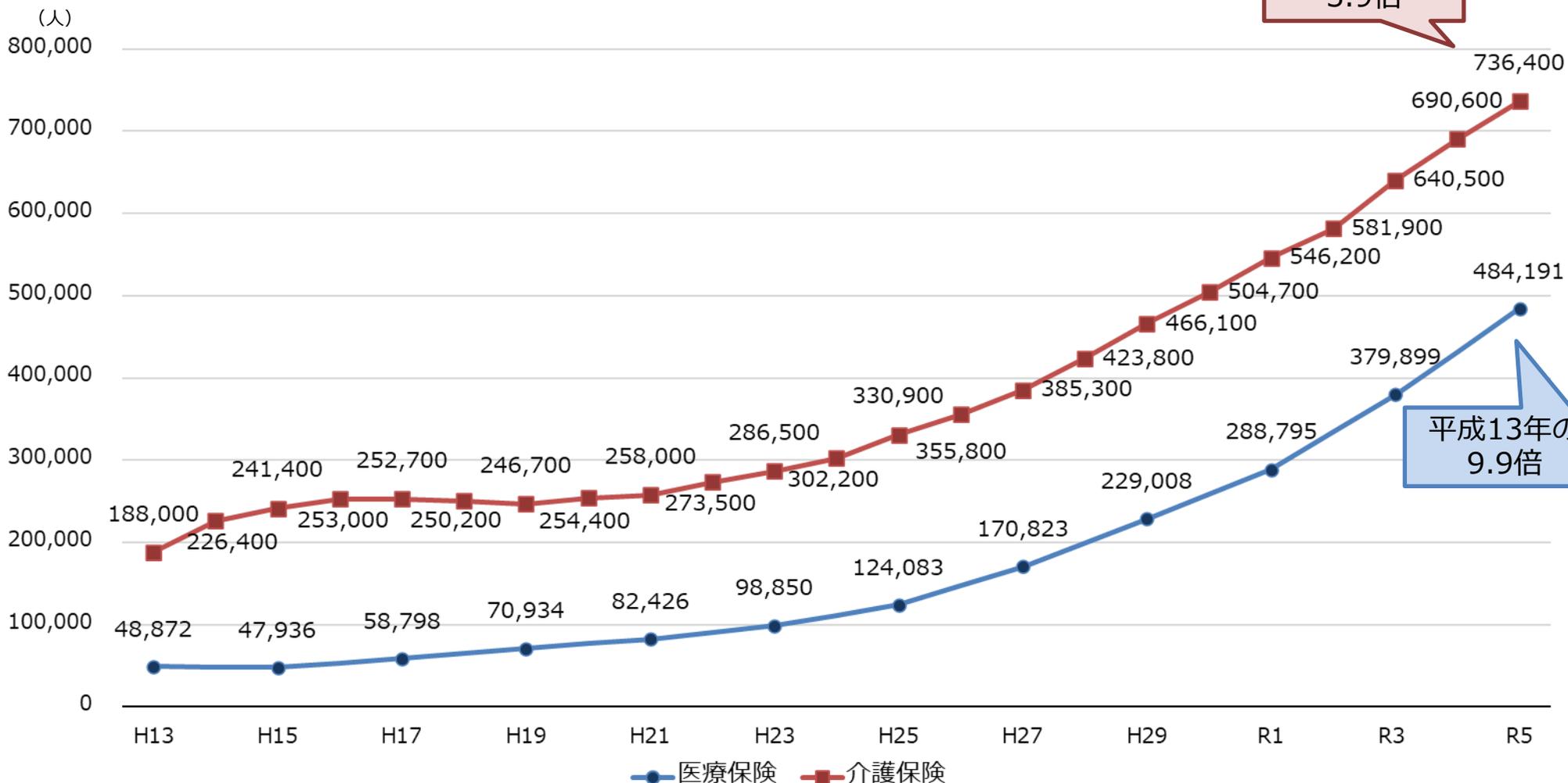
※ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所は、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

(左図) 医療費の動向調査の概算医療費データベース (各年5月審査分)、NDBデータより保険局医療課にて作成 (各年5月診療分)、介護給付費等実態統計 (各年4月審査分)
 (右図) 介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年4月審査分)

訪問看護の利用者数の推移

○ 訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

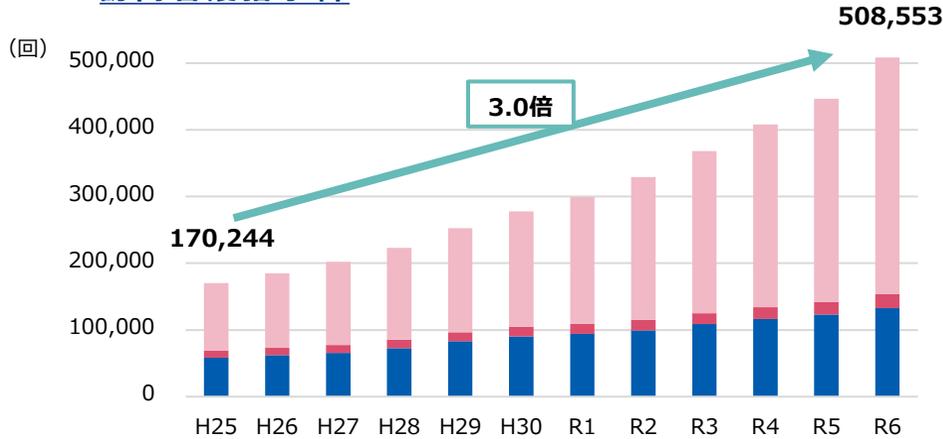
■ 訪問看護利用者数の推移



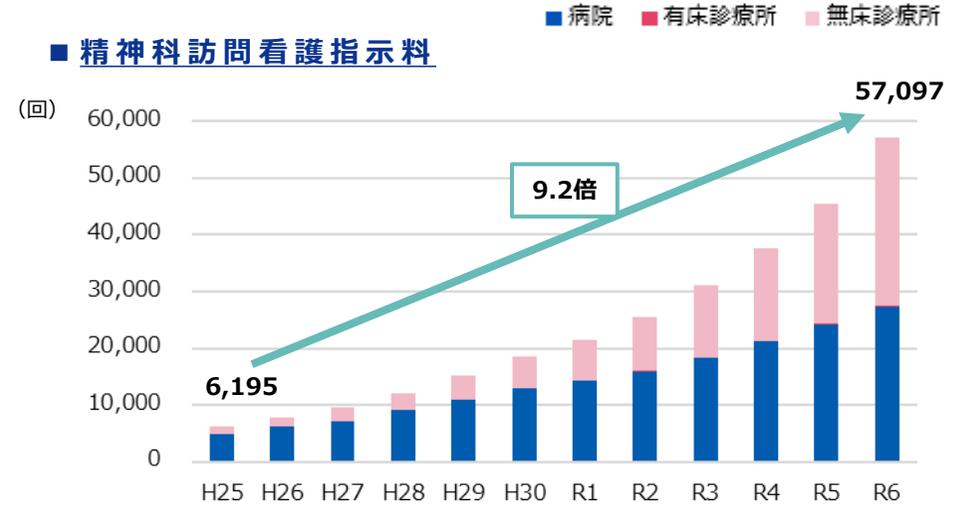
訪問看護指示料等の算定回数の推移

- 訪問看護の利用者数の増加と同様に、訪問看護指示料等の算定回数は増加傾向である。
- 令和6年の1月当たりの算定回数について、訪問看護指示料は平成25年の3.0倍であるところ、特別訪問看護指示加算（訪問看護指示料）は6.2倍であり、特別訪問看護指示のほうが増加の程度が大きい。
- 令和6年において、訪問看護指示料の算定のうち8.6%が特別訪問看護指示加算を算定している。

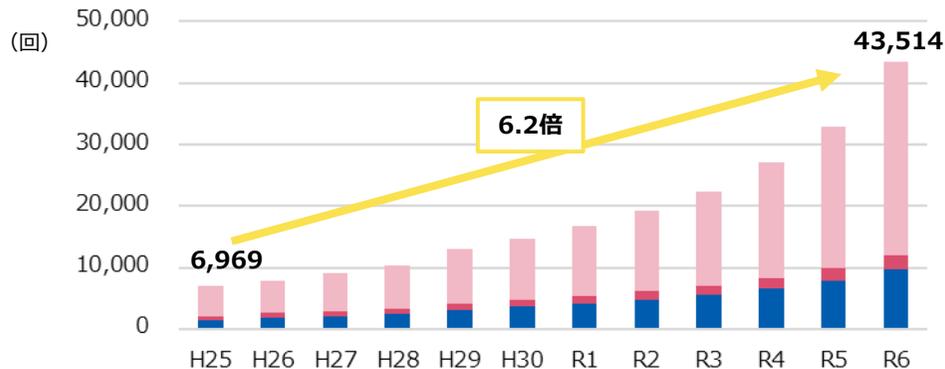
■ 訪問看護指示料



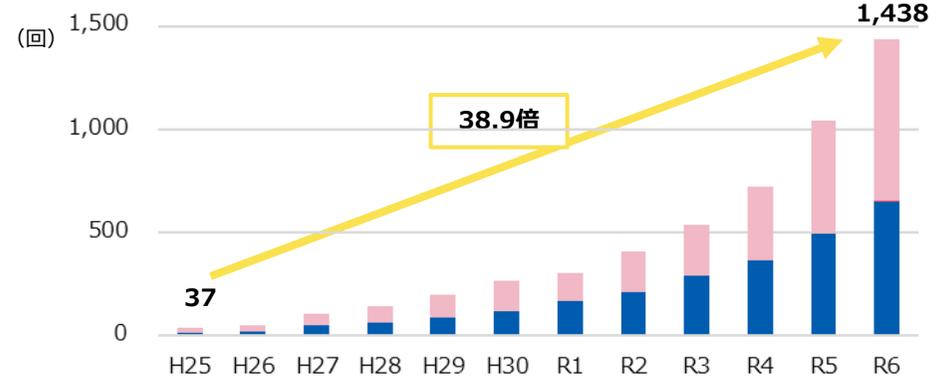
■ 精神科訪問看護指示料



■ 特別訪問看護指示加算（訪問看護指示料）



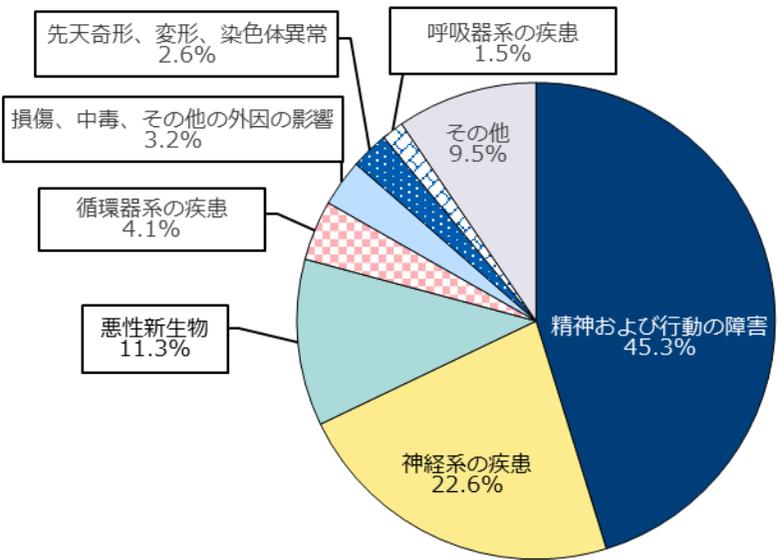
■ 精神科特別訪問看護指示加算（精神訪問看護指示料）



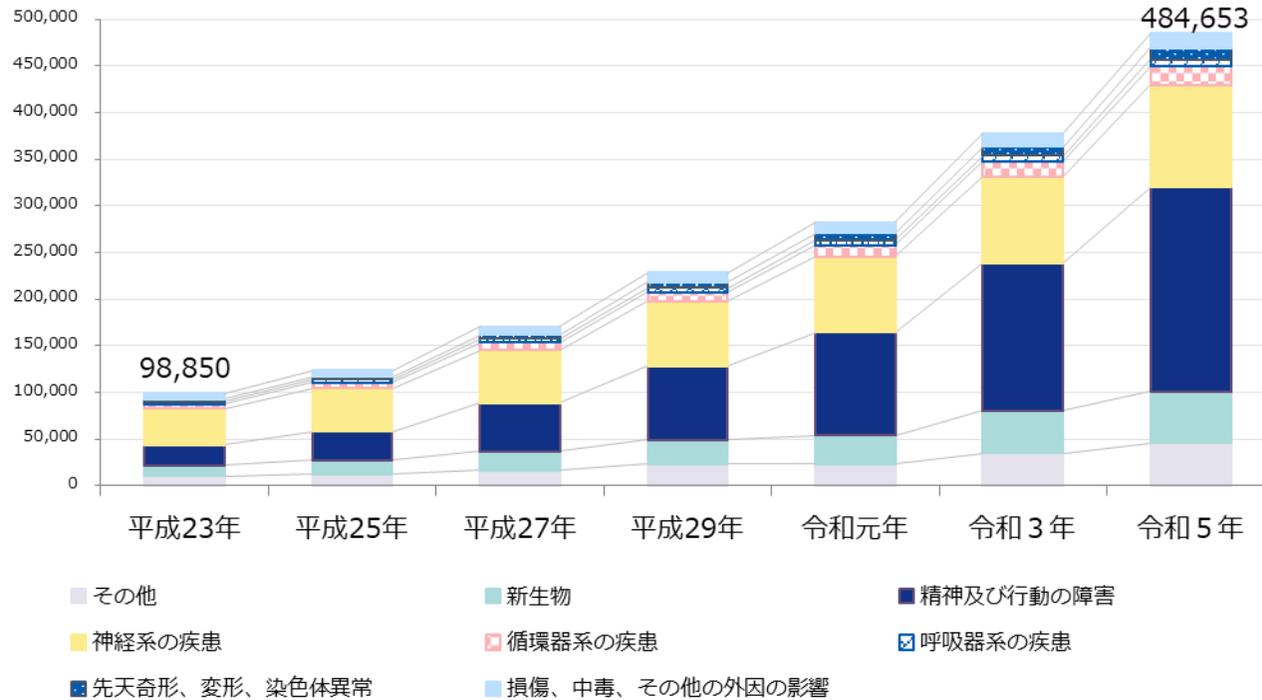
医療保険の訪問看護ステーションの利用者の状態

- 訪問看護ステーションの医療保険による利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が最も多く、「神経系の疾患」、「悪性新生物」を含めると、8割弱を占める。
- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、令和5年を平成23年及び令和3年と比較すると増加率も最も大きい。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移



■ 傷病分類（主傷病）別利用者数の推移

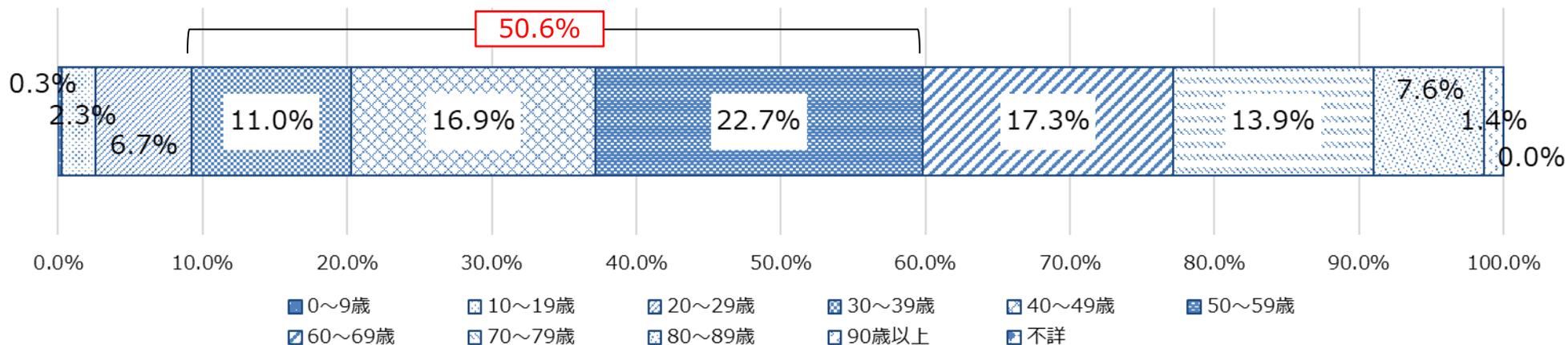
※傷病分類（主傷病）は、「社会医療行為別統計 傷病分類表」による。

	新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
R5/H23年比	4.59	10.01	2.84	3.91	2.55	5.82	2.42
R5/R3年比	1.20	1.39	1.17	1.25	1.08	1.31	1.12

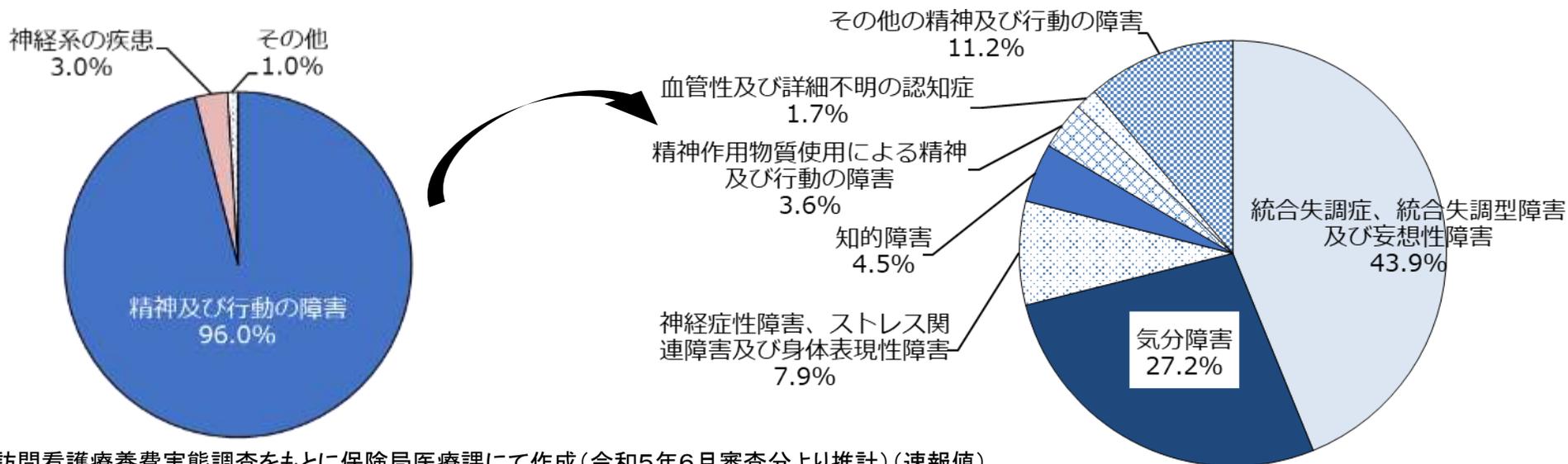
精神科訪問看護の利用者の状況

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者は、30～50歳代の利用者が約半数を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病のうち、最も多いのは統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害である。

■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の年齢階級別内訳



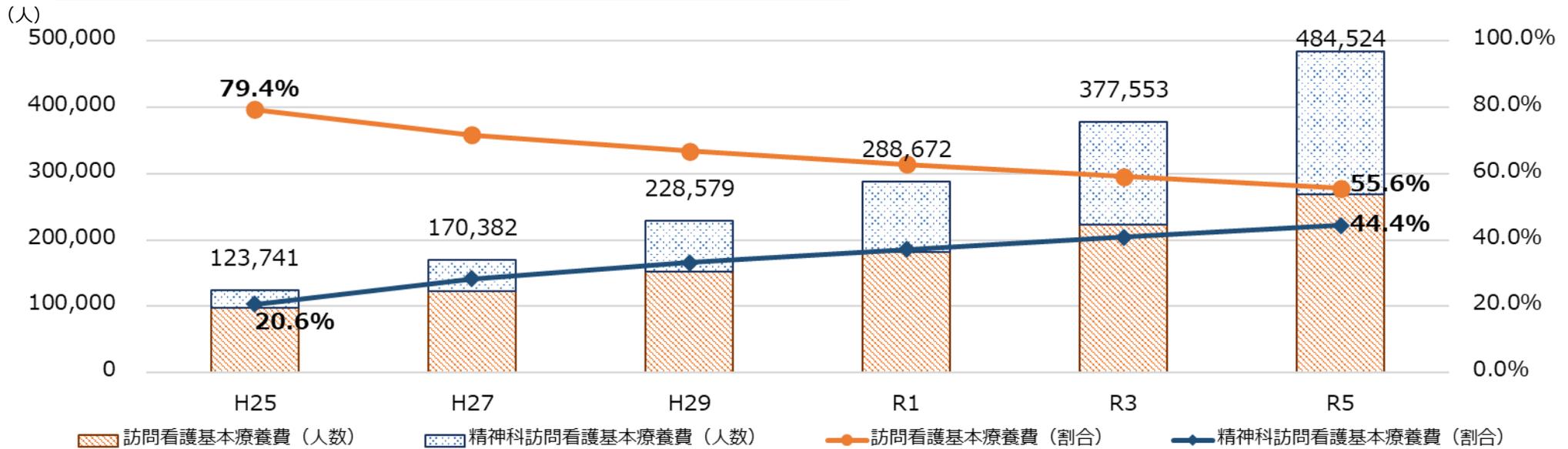
■ 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病別内訳



精神科訪問看護基本療養費の算定状況

- 訪問看護ステーションにおける医療保険の訪問看護の利用者のうち精神科訪問看護基本療養費を算定する者の割合が増加している。
- 医療保険の訪問看護利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合を見ると、機能強化型訪問看護ステーションの76.9%は20%未満であるのに対して、機能強化型以外の訪問看護ステーションにおいて11.3%が80%以上であった。

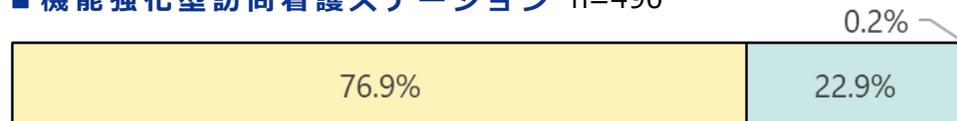
■ 全利用者に占める精神科訪問看護基本療養費の推移（※1）



■ 訪問看護ステーションの全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合（※2）

全利用者に占める精神科訪問看護利用者の割合

■ 機能強化型訪問看護ステーション n=490



■ 機能強化型訪問看護ステーション以外 n=488



出典：（※1）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（各年6月審査分より推計（令和5年6月審査分は速報値））

（※2）令和6年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の実施状況調査」（訪問看護票（施設・利用者票））をもとに保険局医療課にて作成