

個別事項について（その2） 精神医療①

1．精神医療の現状等について

2．入院医療について

2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

3．精神身体合併症について

1. 精神医療の現状等について

2. 入院医療について

2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

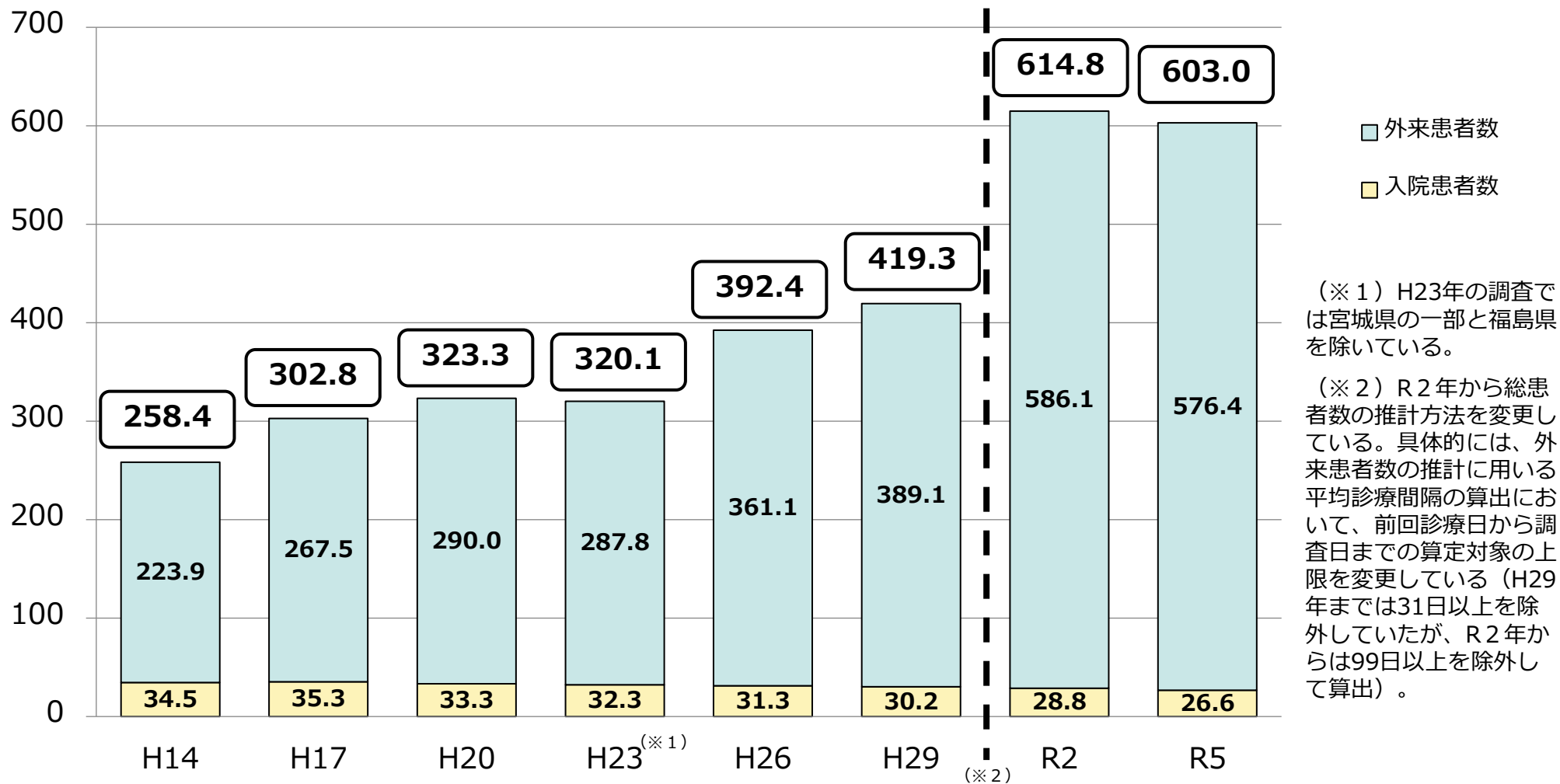
2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

3. 精神身体合併症について

精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は、約603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

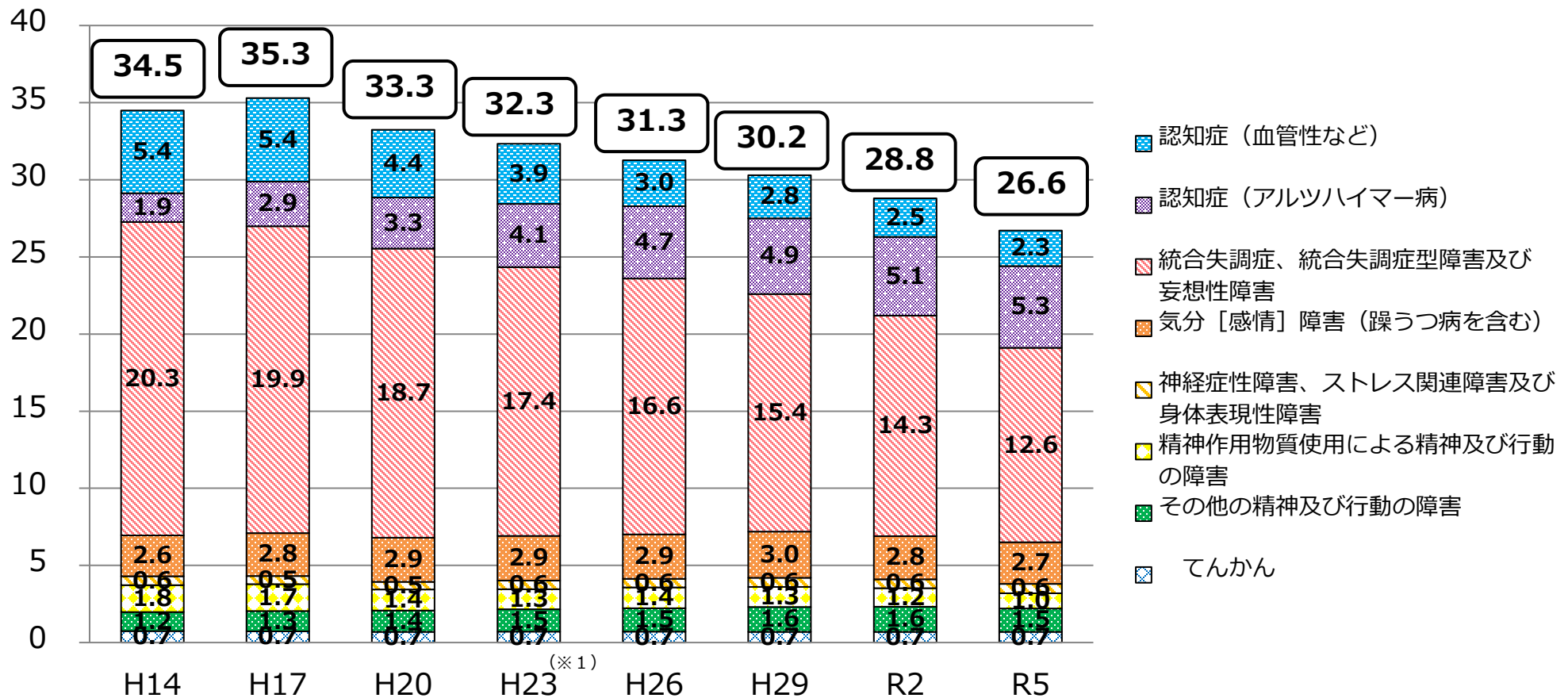
（単位：万人）



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。

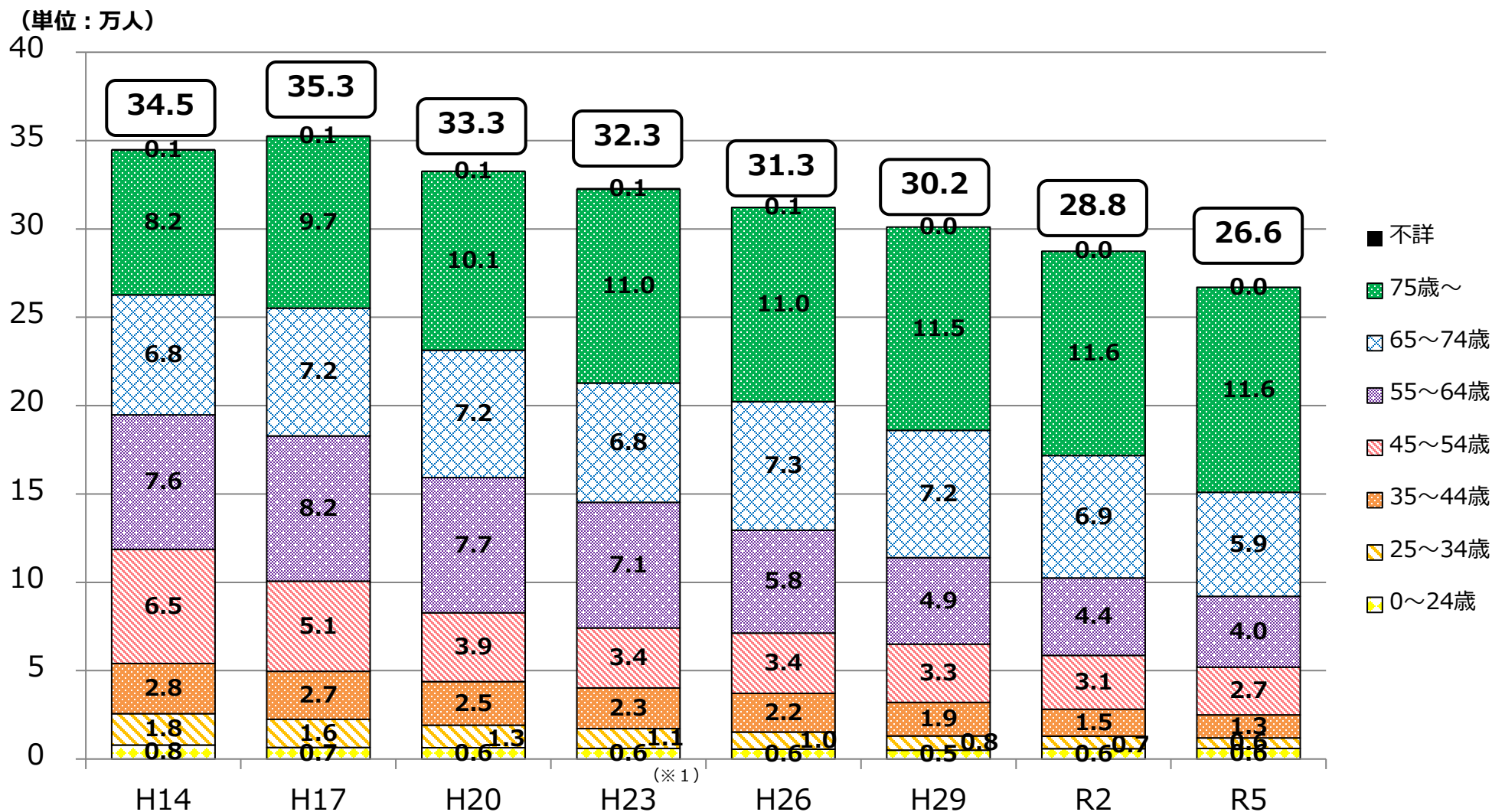
（単位：万人）



（※ 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%）。



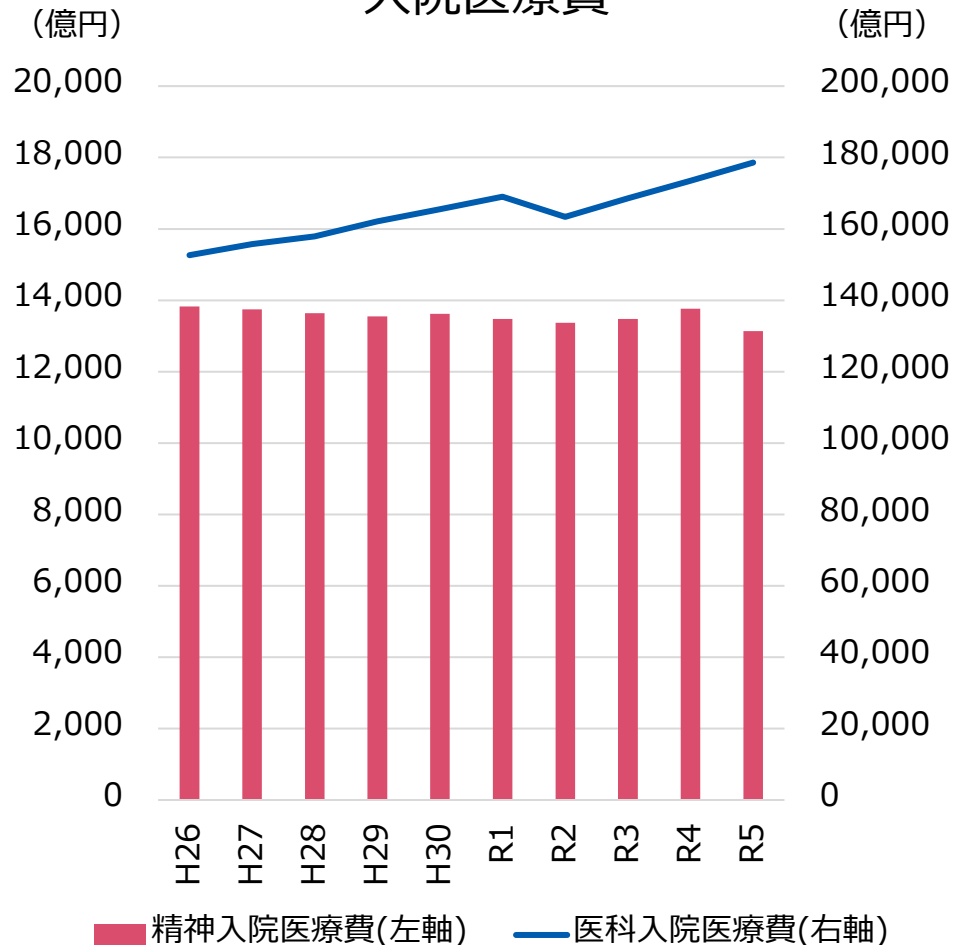
(※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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

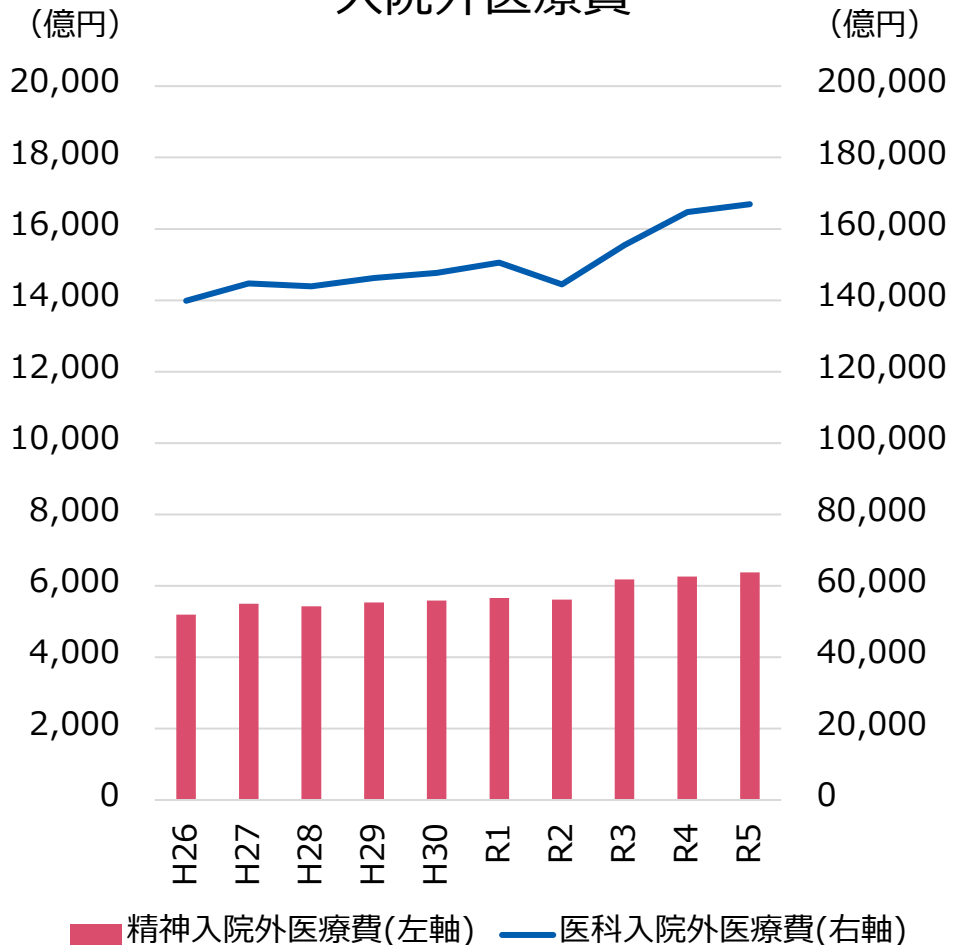
精神医療に係る医療費の推移

○ 精神医療に係る医療費は、入院医療費については横ばい、入院外医療費については近年増加傾向である。

入院医療費

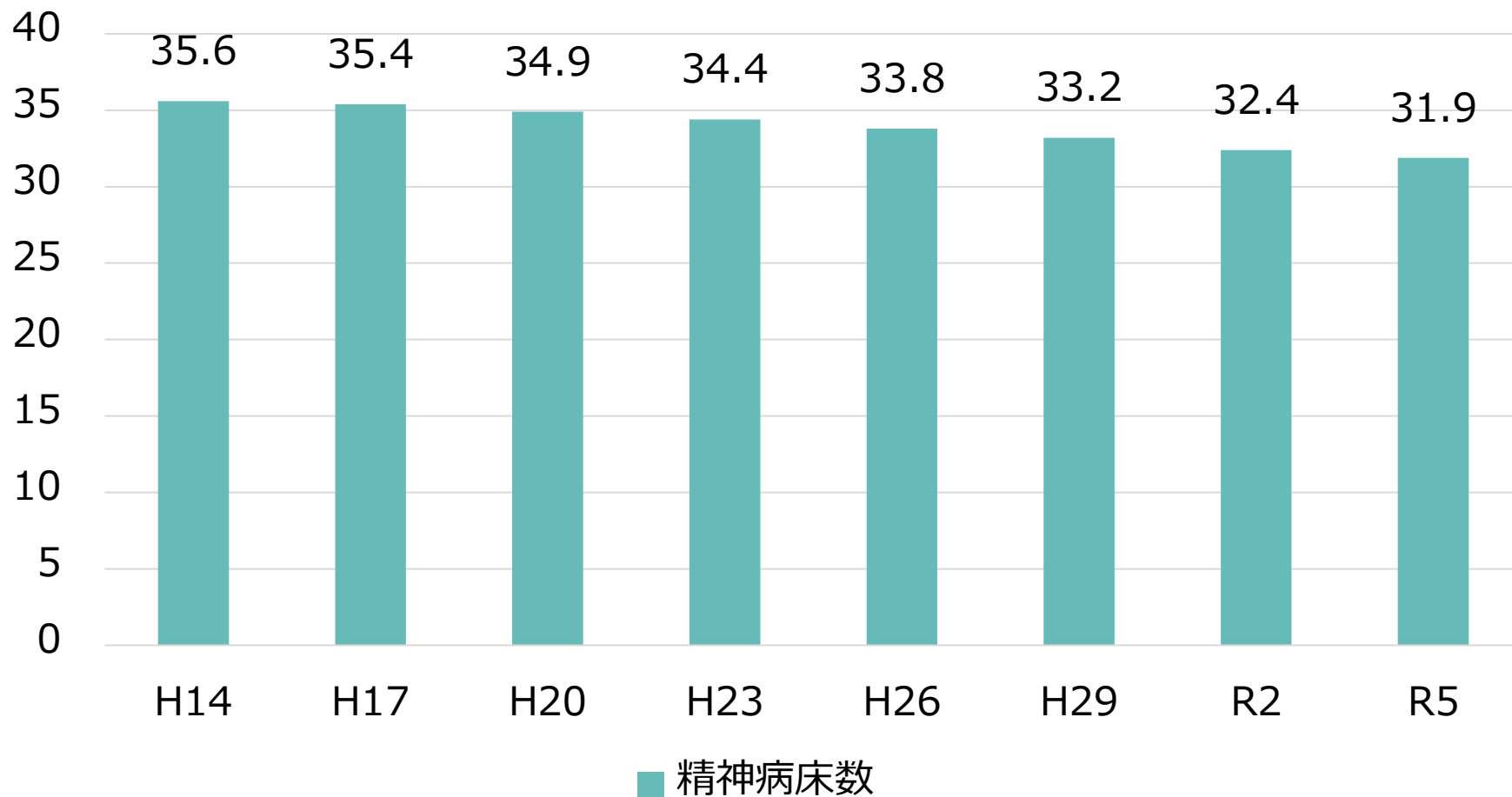


入院外医療費



精神病床数の推移

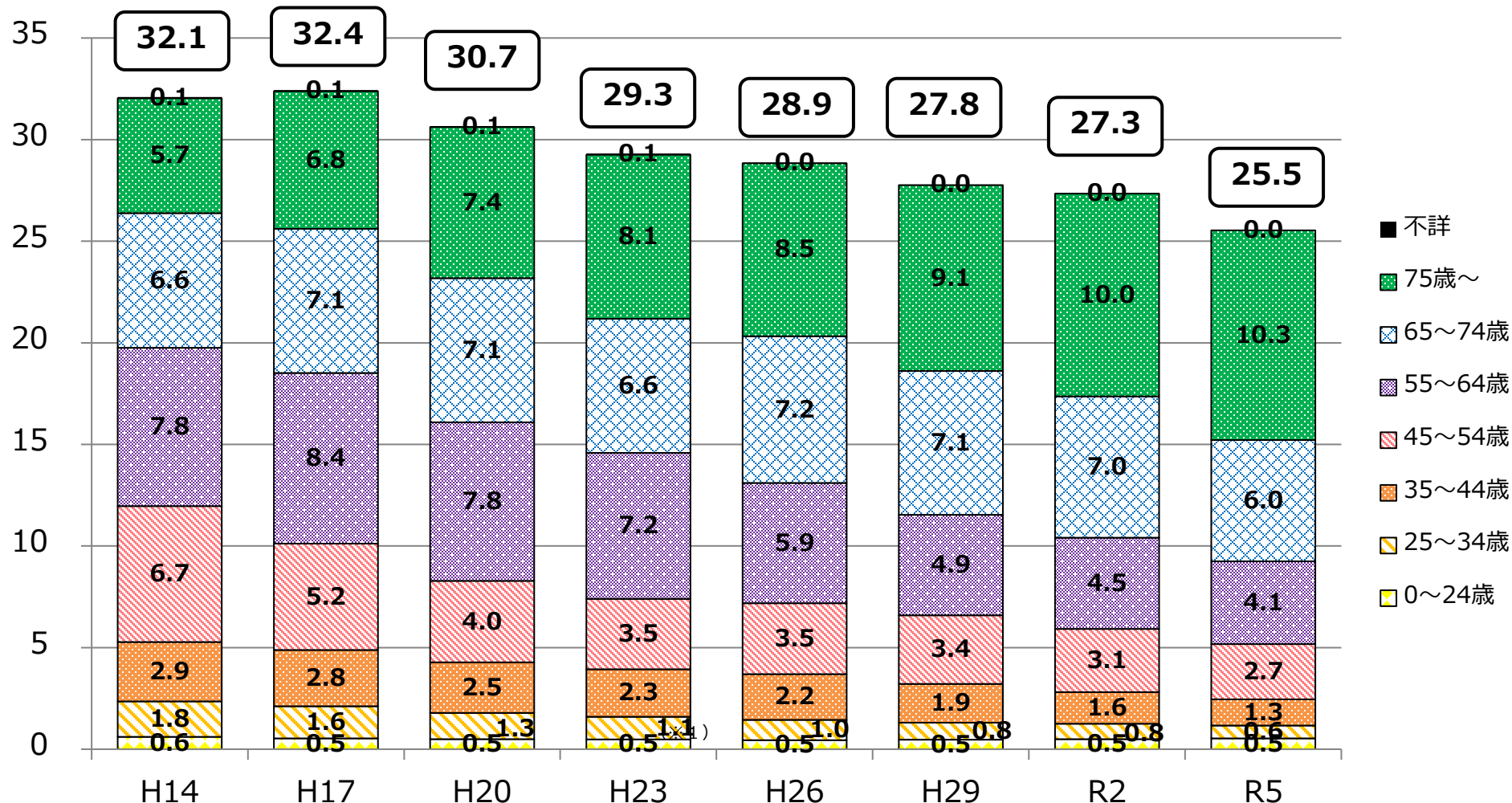
(単位：万床)



精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神病床に入院する入院患者数の推移は以下のとおり。

（単位：万人）



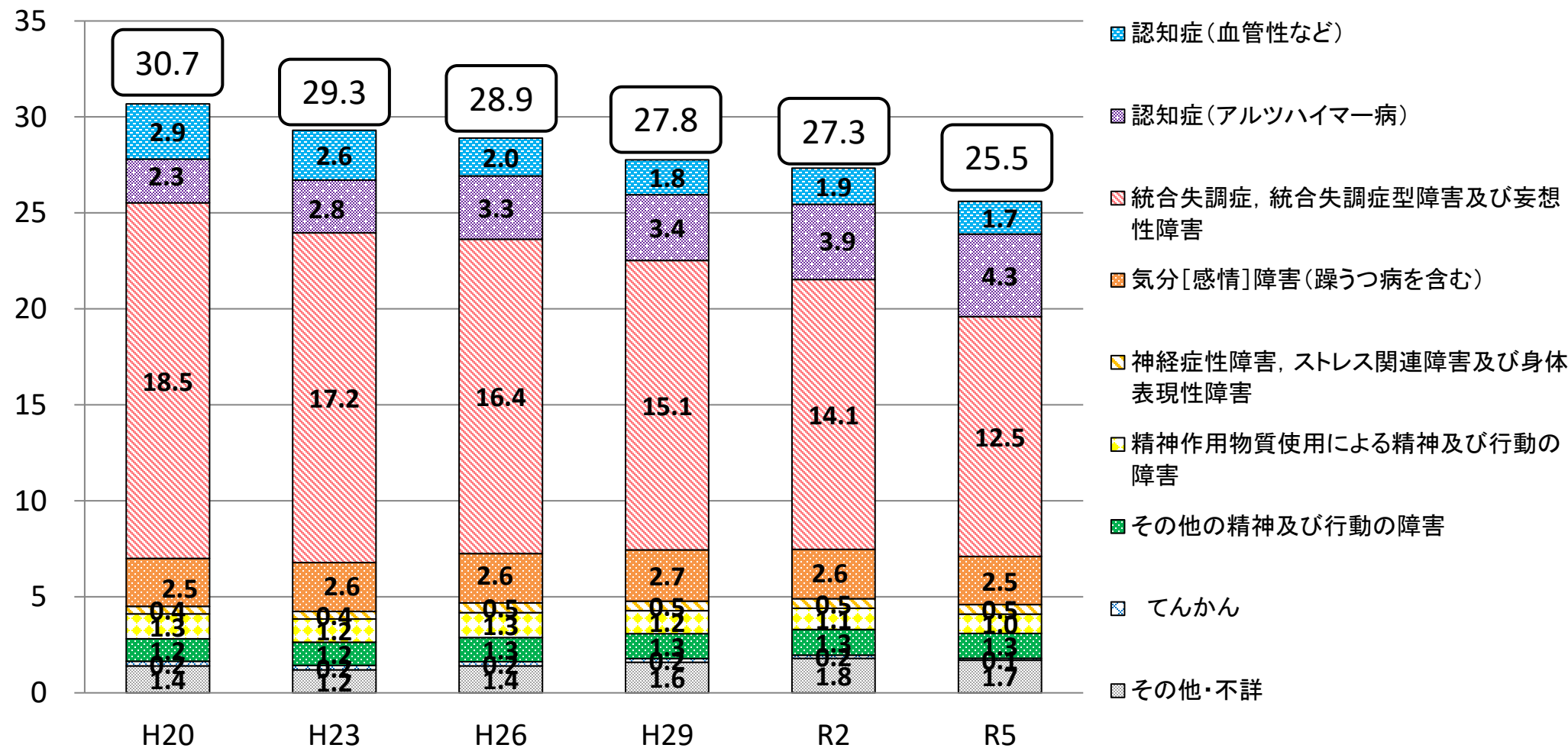
（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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（精神病床・傷病分類別内訳）

○ 精神病床に入院する入院患者数の推移は以下のとおり。

（単位：万人）



※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」より精神・障害保健課において作成 10

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

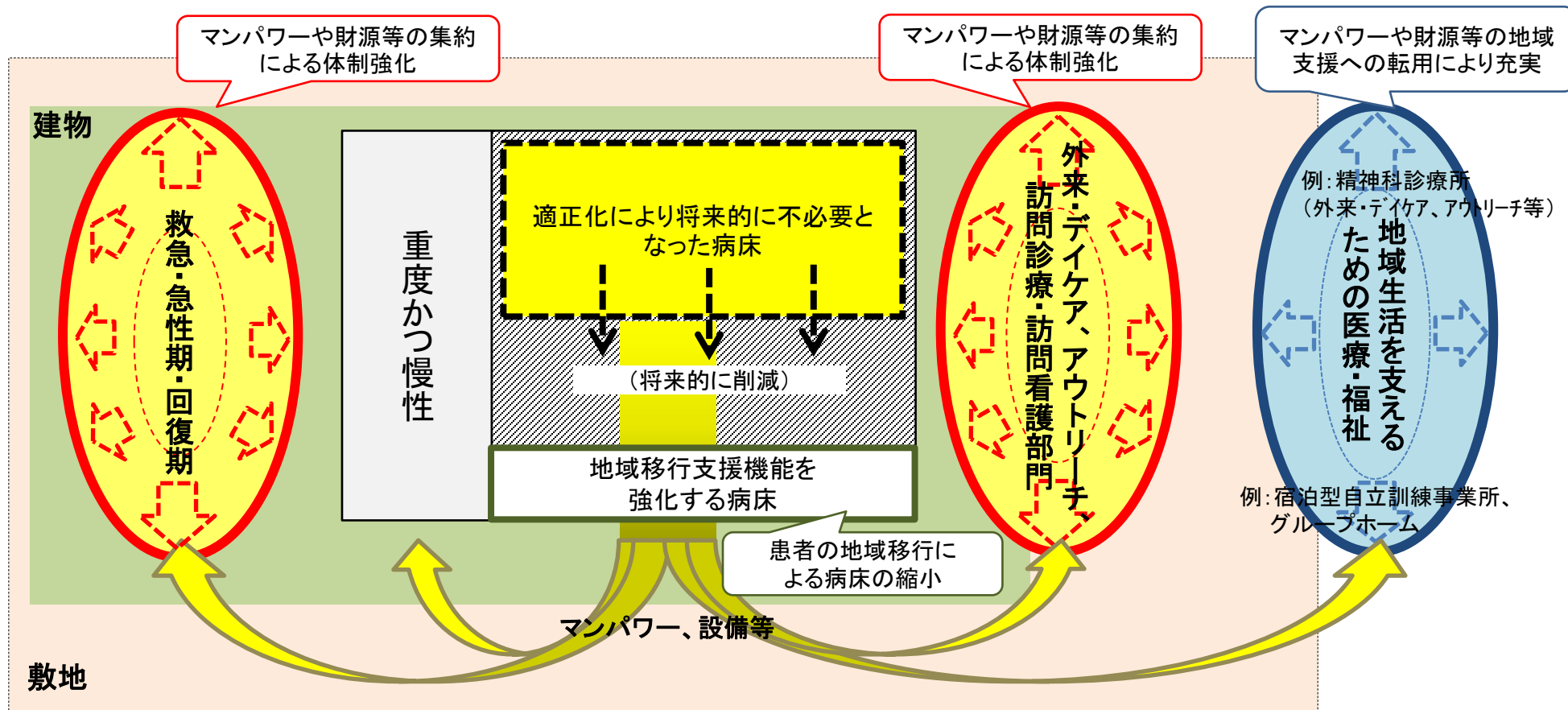
「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※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。

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。

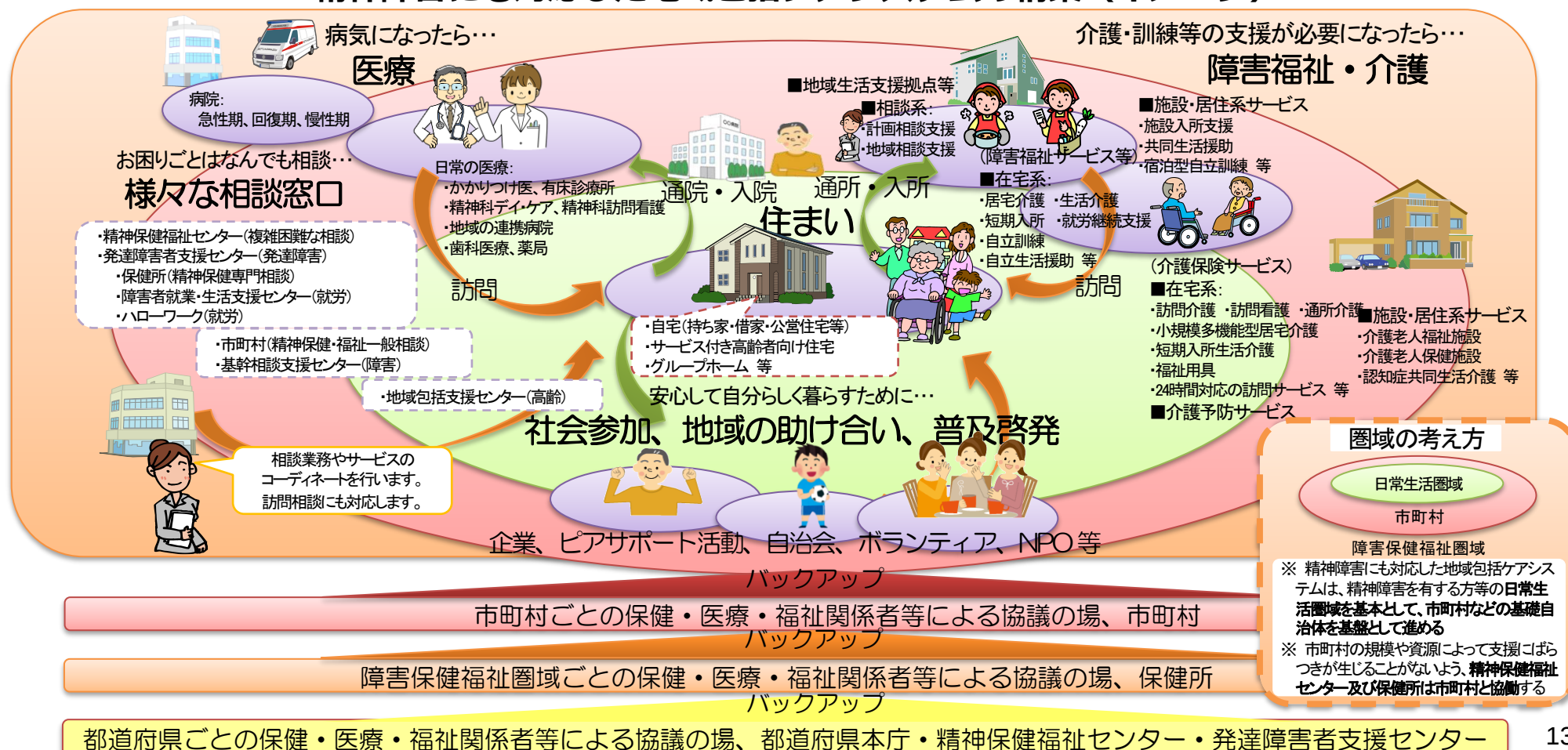
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「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29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



入院医療に関する方向性の整理

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。

- 将来的に期待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を前提として、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や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、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り地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、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が求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、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と。また、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ることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。 注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。

- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、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ている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院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や事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

身体合併症について

◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。

- 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、医療需要を踏まえた検討や精神科以外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していくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 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を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層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の活用を進めていくこと。
- また、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進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、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ため、より積極的な活用を進めていくこと。

- 精神疾患の医療体制構築に係る指針において、「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」であること等が示されている。

精神疾患の医療体制構築に係る指針（抄）

（１１）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。

（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。

- 総合病院精神科において、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治療、先行する精神疾患に身体疾患が合併した患者の治療等の役割を果たすことが期待されている。

総合病院精神科の機能

外来・在宅医療

- 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

精神科入院に係る診療報酬の届出状況

特定入院料 (約15.7万床)

精神科救急急性期医療入院料
179医療機関、11,504床

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1：370医療機関、16,557床
入院料2：8医療機関、346床

精神科救急・合併症入院料
13医療機関、528床

児童・思春期精神科入院医療管理料
53医療機関、1,777床

精神科地域包括ケア病棟入院料
24医療機関、1,072床

精神療養病棟入院料
800医療機関、85,180床

認知症治療病棟入院料
入院料1：562医療機関、39,755床
入院料2：3医療機関、200床

地域移行機能強化病棟入院料
16医療機関、567床

精神病棟入院基本料 (約13.2万床)

10対1
45医療機関、1,549床

13対1
68医療機関、4,029床

15対1
969医療機関、120,142床

18対1※
21医療機関、3,538床

20対1※
10医療機関、1,446床

特別入院基本料
8医療機関、1,084床

特定機能病院 入院基本料 (約0.3万床)

7対1入院基本料
21医療機関、764床

10対1入院基本料
10医療機関、356床

13対1入院基本料
36医療機関、1,381床

15対1入院基本料
1医療機関、31床

1. 精神医療の現状等について

2. 入院医療について

2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

3. 精神身体合併症について

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

■ 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成二十六年三月七日厚生労働省告示第六十五号）

第一 精神病床の機能分化に関する事項

（中略）

二 入院医療から地域生活への移行の推進

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

（中略）

四 入院期間が一年未満の精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保

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

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

第8 精神病床における人員配置の充実について

（中略）

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

入院医療に関する方向性の整理

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待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を前提として、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や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、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り地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、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が求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、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と。また、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ることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。 注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

- ◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。
- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、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ている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院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や事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

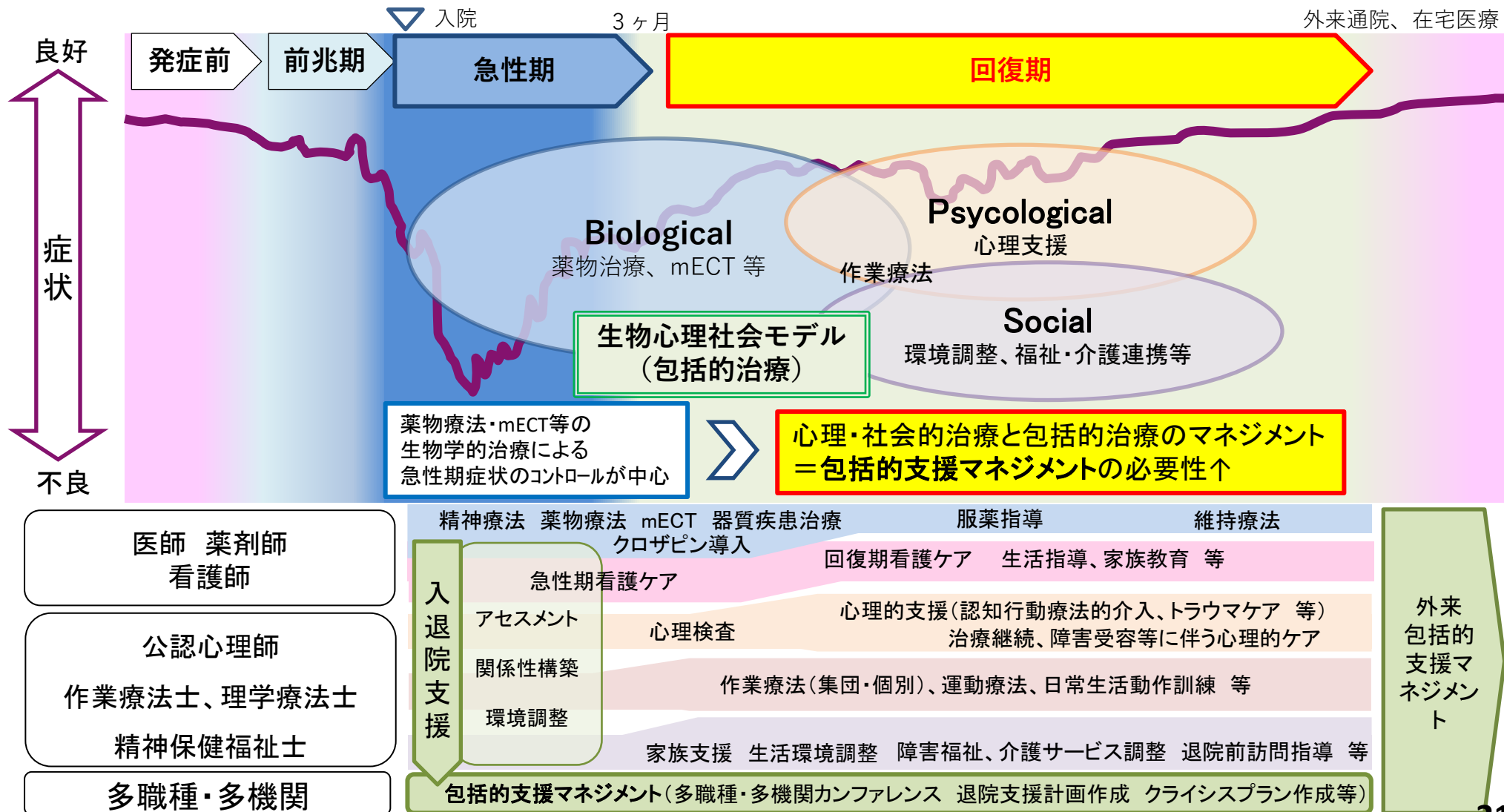
身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 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、医療需要を踏まえた検討や精神科以外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していくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 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を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層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の活用を進めていくこと。
- また、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進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、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ため、より積極的な活用を進めていくこと。

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

中医協 総-3
5. 11. 22

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



多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）

中医協 総-2
5. 1 2. 2 2

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

■ 精神病棟における多職種の配置状況による平均在院日数、在宅復帰率の比較

＜調査方法＞

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

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

早期退院と地域移行に資する取組事例 —取組内容—

中医協 総-2
5. 1 2. 2 2

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

A病院X病棟の取組と成果

X病棟の基礎情報

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

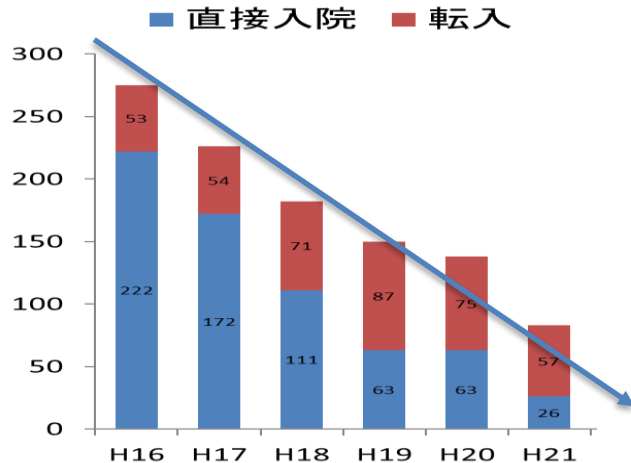
X病棟に受け入れる患者の特徴

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

2009(H21)年時点の課題

長期入院者の蓄積
新規入院受入減
平均在院日数の増加

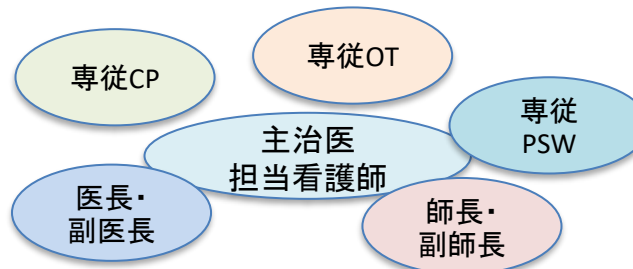
2010(平成22)年以降



包括的ケアの提供

多職種会議

入院・転入4週目、12週目に実施



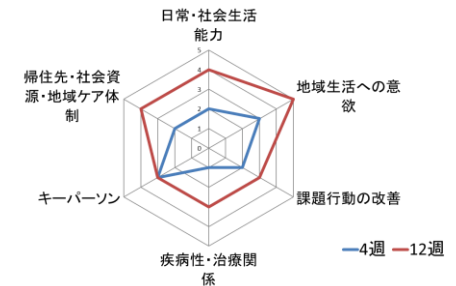
専門職同伴での外出

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

人員配置

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

評価システム



その他

地域連携の重視
自助グループ活動

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

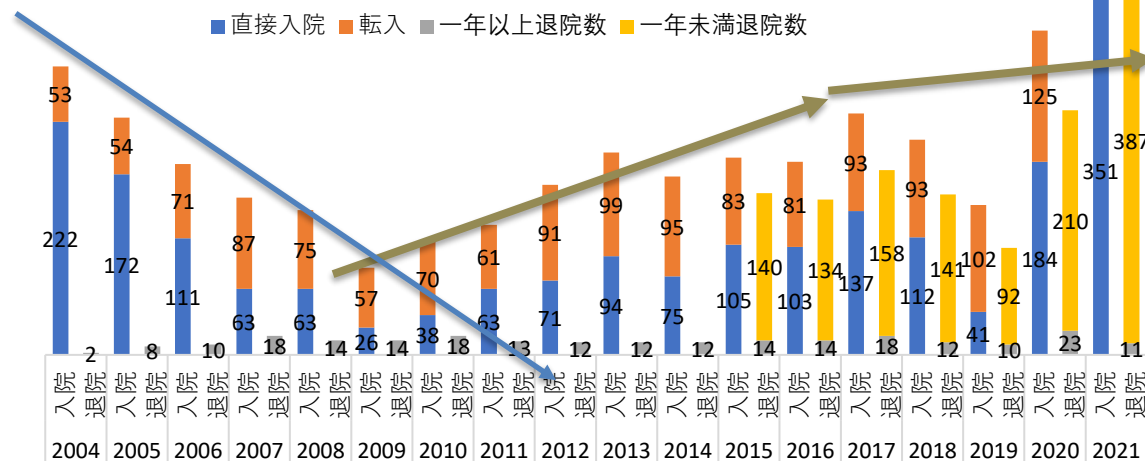
早期退院と地域移行に資する取組事例 ―結果（平均在院日数等）―

中医協 総-2
5. 1 2. 2 2

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

結果

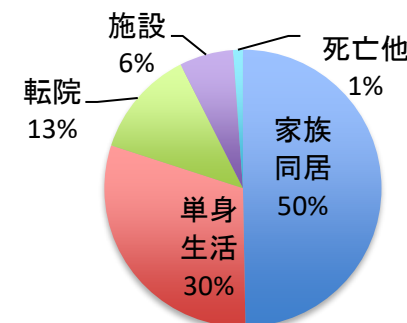
入退院数の推移



平均在院日数の推移

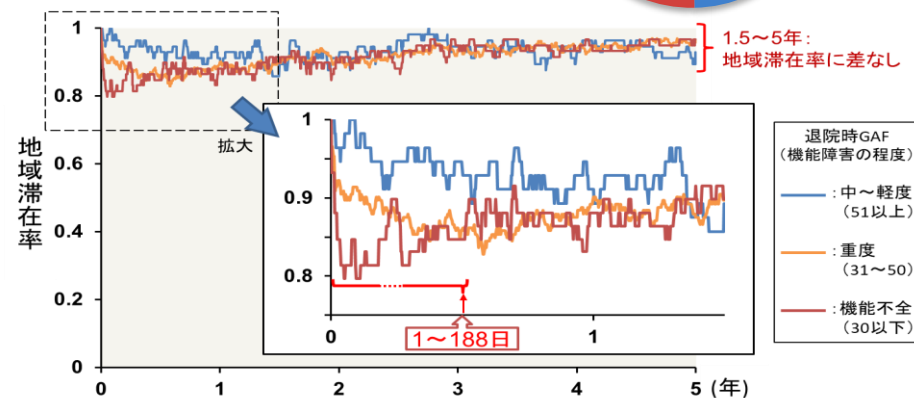
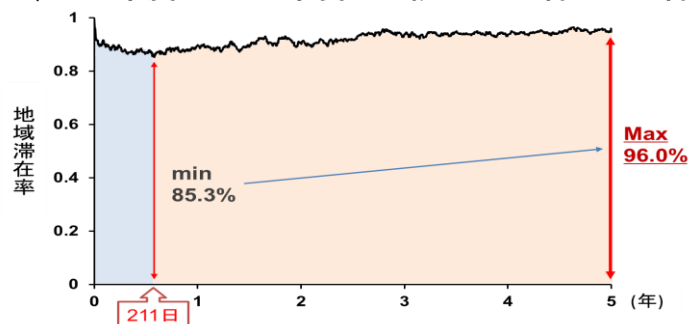
年	平均在院日数(日)
2009(平成21)	387
2012(平成24)	212
2015(平成27)	151
2018(平成30)	149
2021(令和3)	41

退院先



地域滞在率の推移

(2012年度～2015年度に退院した患者：347名)

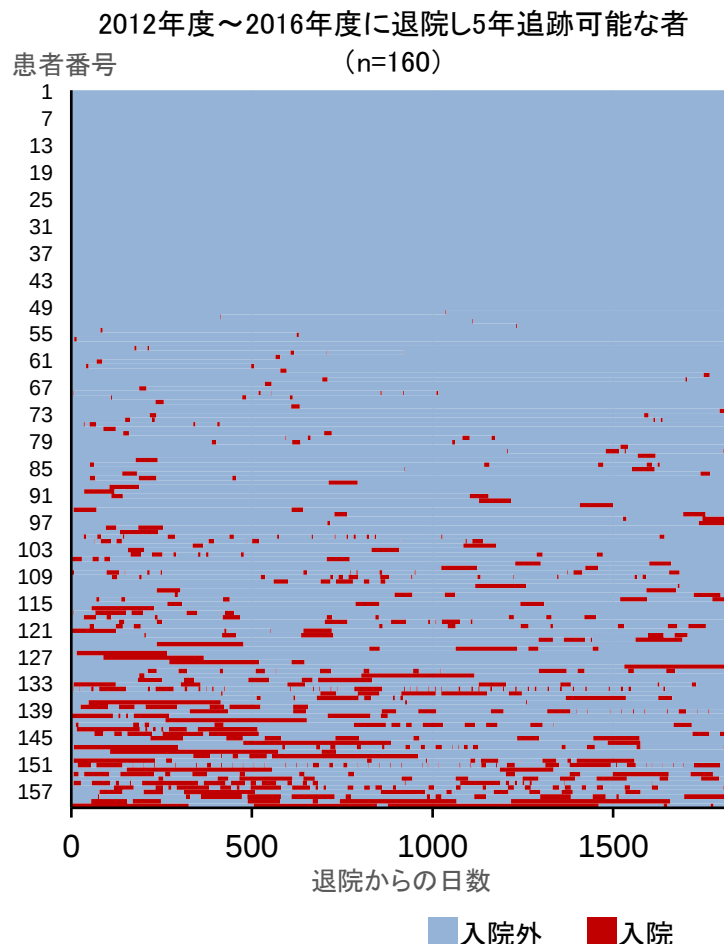


- ・ 退院後5年間の追跡で、再入院を経ながらも96.0%が地域移行している
- ・ 機能障害が重度であっても、医福連携による地域ケアにより地域定着が可能

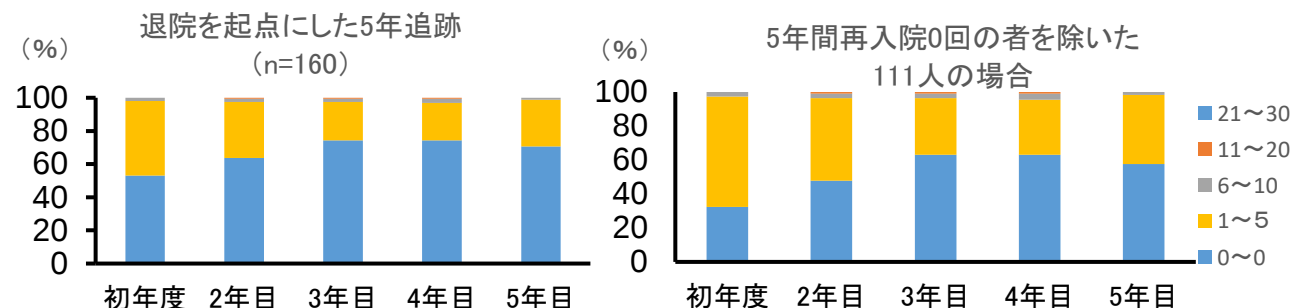
- 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことで、再入院を経ながらも、患者の地域平均生活日数が増加した。

結果

再入院の推移



再入院回数の推移



地域生活日数の推移

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

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

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

※320.2日(2016年度に退院した患者の値)

多職種の柔軟な配置を要件としている入院料の例

- 精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料においては、医療機関の裁量で多職種の柔軟な配置が可能となるような職員配置要件を設定している。

精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

【施設基準】（関連部分要約）

- 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が、13:1以上であること。
- 看護職員の数が15:1以上であること。
- 看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。
- 作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が、1人以上配置されていること。
- 夜勤については、看護職員の数が2人以上であること。

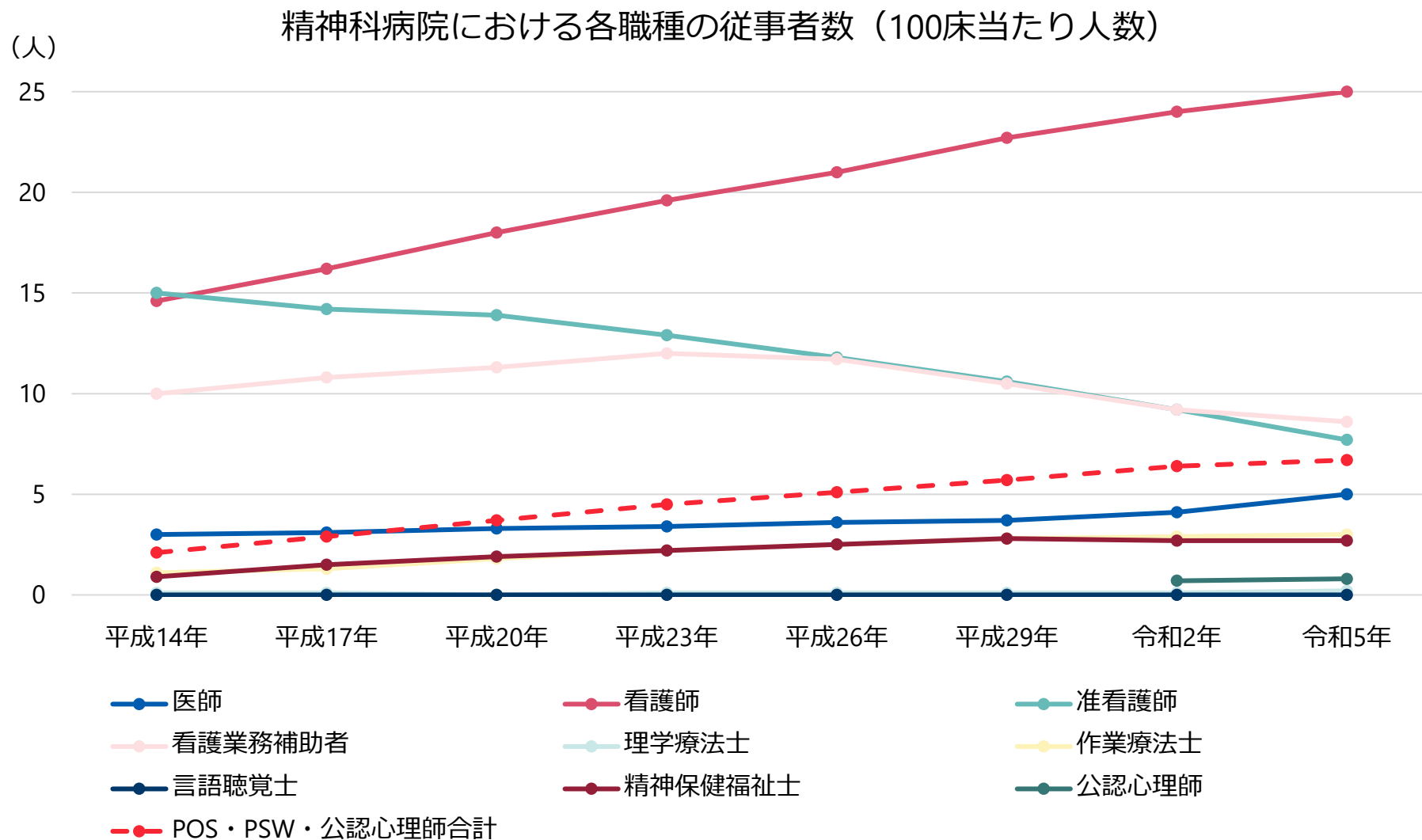
地域移行機能強化病棟入院料 1,557点

【施設基準】（関連部分要約）

- 看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数が、15:1以上であること。
- 看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の6割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士であること。
- 看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の2割以上が看護師であること。
- 専従の常勤の精神保健福祉士が、1人以上配置されていること。
- 退院調整を担当する者が1人以上（入院患者数が40を超える場合は2人以上）配置されていること。
- 夜勤を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数が、看護職員1人を含む2人以上であること。

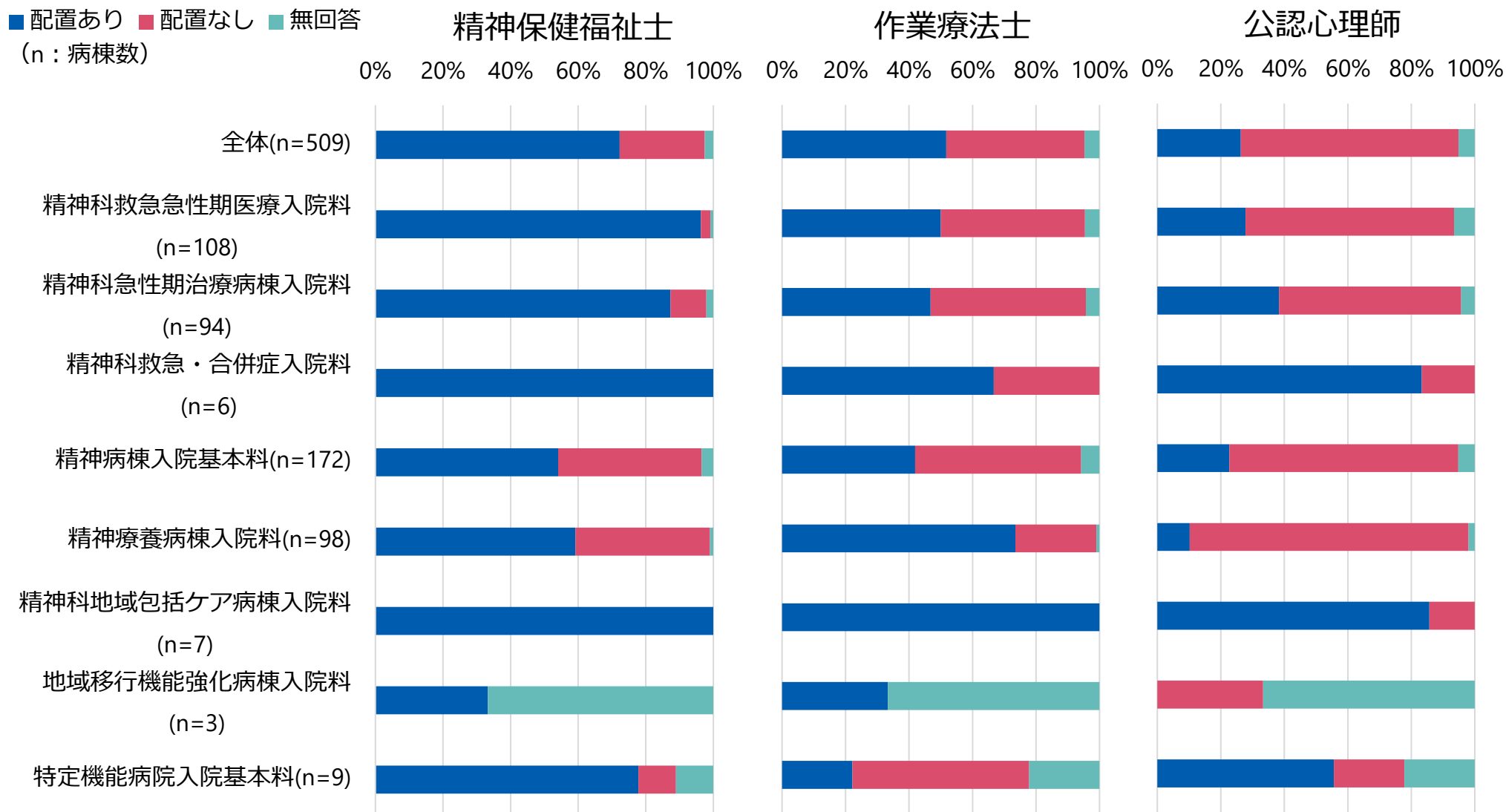
精神科病院における職種ごとの従事者数の推移

○ 精神科病院において従事している多職種（特に精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）の数は増加傾向である。



入院料ごとの多職種配置状況について

○ 多職種配置が要件になっていない精神病棟入院基本料等においても、多職種（精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師）を病棟配置している医療機関が一定程度みられた。



入院医療に関する方向性の整理

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。

- 将来的に期待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を前提として、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や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。

※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの

- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、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り地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、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が求められること。

- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、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と。また、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ることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。

注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。

- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、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ている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院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や事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

身体合併症について

◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。

- 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、医療需要を踏まえた検討や精神科以外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していくこと。

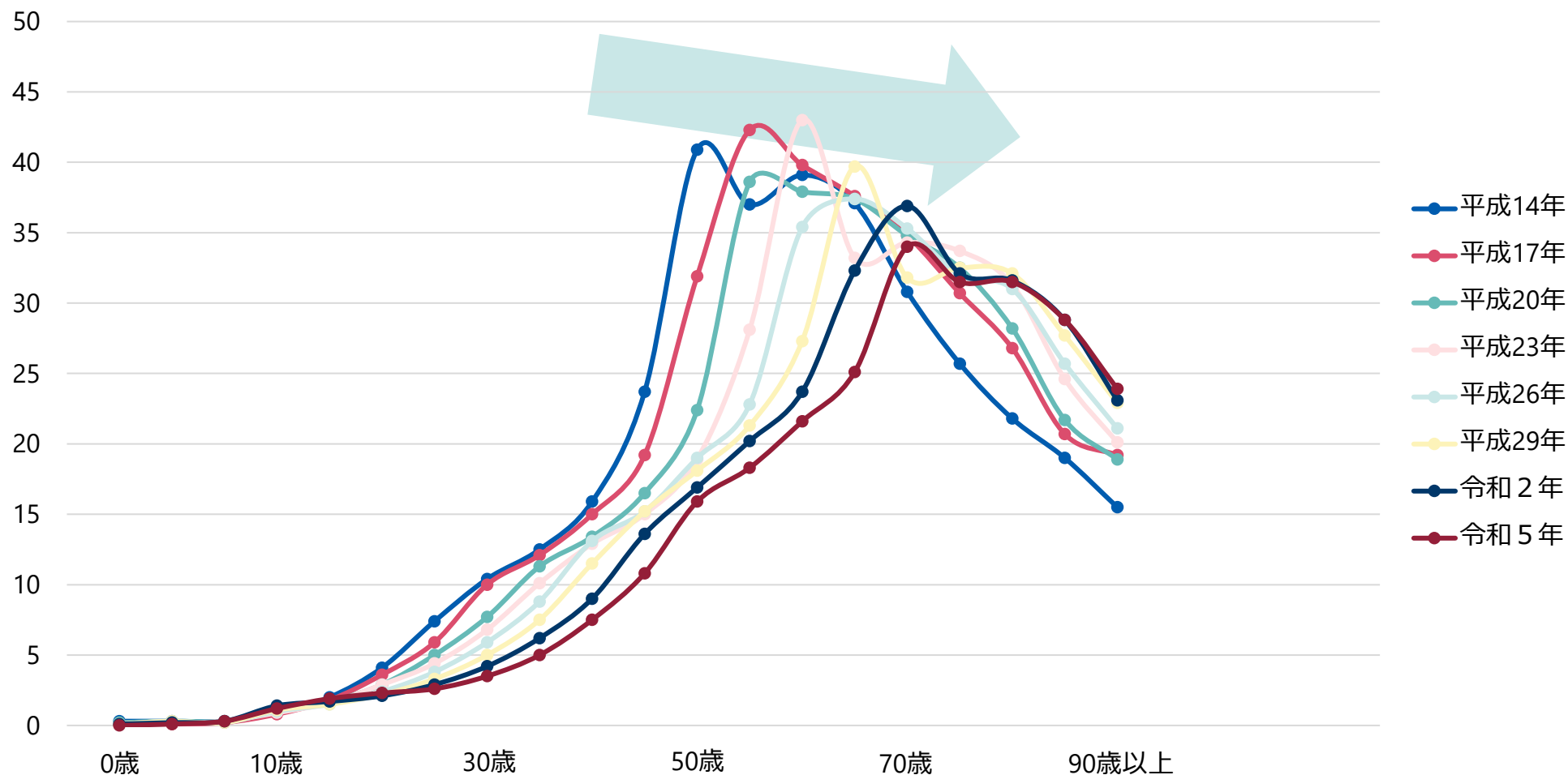
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。

- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 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を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層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の活用を進めていくこと。
- また、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進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、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ため、より積極的な活用を進めていくこと。

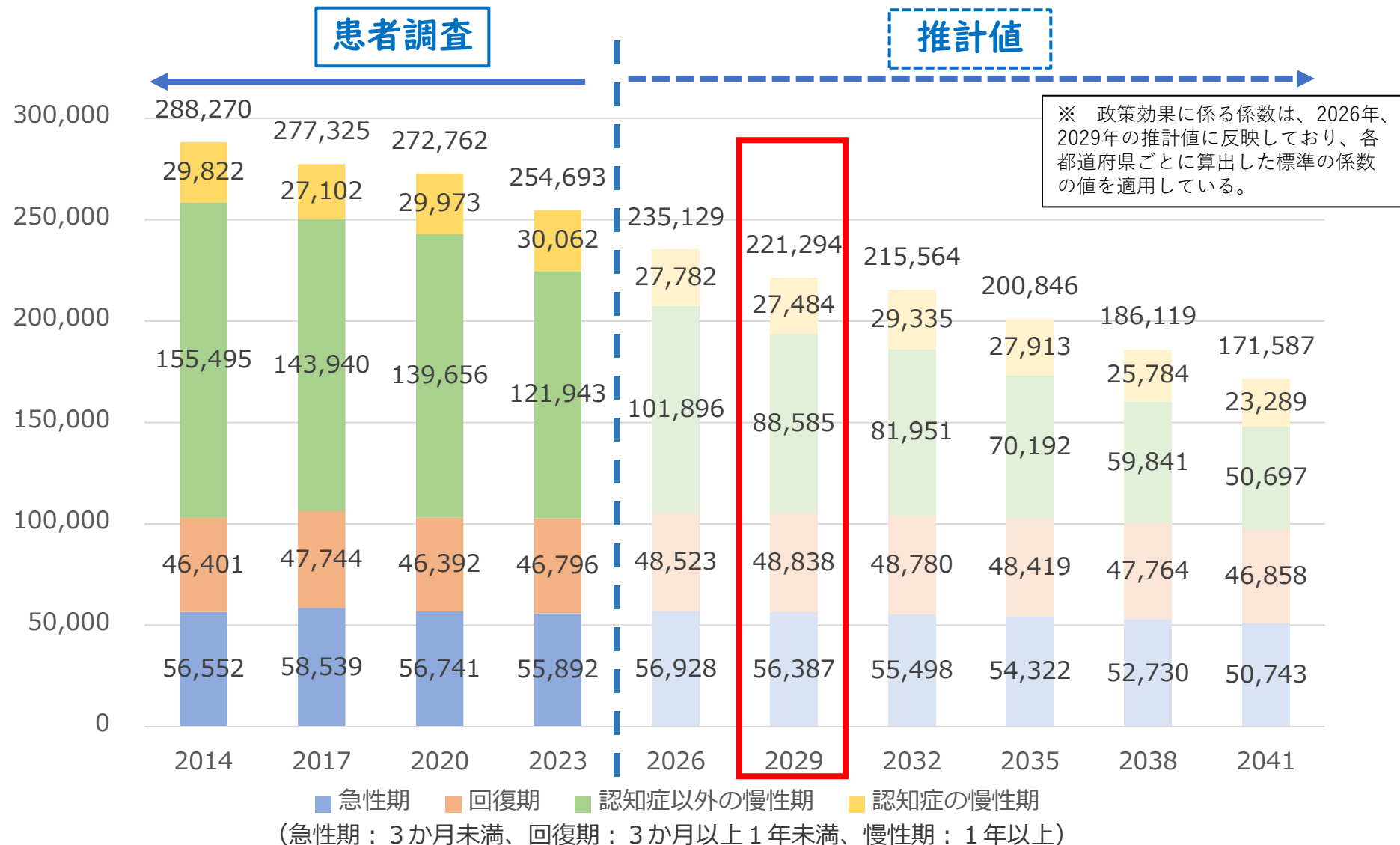
精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 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）



将来入院患者数の推計※



第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 第8次医療計画において、精神病床に係る基準病床数の算定式については、将来の精神病床における推計入院患者数をもとに基準病床数を設定することとされている。
- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数を推計すると、入院患者数は減少傾向となる。
- 加えて、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計している。
- 第7期障害福祉計画における、1年以上の長期入院患者数に係る成果目標も、この推計患者数をもとに設定されている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式

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

精神病床における入院患者数推移と将来の推計（政策効果を加味した場合）



都道府県ごとの精神科病院数及び精神病床数（人口10万人あたり）

- 人口10万人あたりの精神科病院数及び精神病床数を都道府県ごとに見ると、精神科病院は概ね1つ存在し、精神病床数は250床前後存在する。

人口10万人当たり	精神科病院数	精神病床数
全国	0.9	256.5
北海道	1.4	379.6
青森県	1.4	354.6
岩手県	1.3	340.6
宮城県	1.2	271.2
秋田県	1.8	417.8
山形県	1.4	333.3
福島県	1.3	341.0
茨城県	0.7	256.4
栃木県	1.0	261.4
群馬県	0.7	262.6
埼玉県	0.6	185.5
千葉県	0.5	194.4
東京都	0.3	146.7
神奈川県	0.5	143.3
新潟県	0.9	285.0
富山県	1.9	295.3
石川県	1.2	324.4
福井県	1.3	288.2
山梨県	1.0	278.3
長野県	0.7	224.6
岐阜県	0.6	196.7
静岡県	0.9	180.4
愛知県	0.5	163.5

人口10万人当たり	精神科病院数	精神病床数
三重県	0.7	264.6
滋賀県	0.5	160.7
京都府	0.4	217.4
大阪府	0.4	204.9
兵庫県	0.6	212.9
奈良県	0.3	221.1
和歌山県	0.9	228.5
鳥取県	0.7	303.2
島根県	1.4	343.2
岡山県	0.9	282.3
広島県	1.1	309.9
山口県	2.1	449.8
徳島県	2.2	514.4
香川県	1.2	351.0
愛媛県	1.0	333.3
高知県	1.7	520.4
福岡県	1.2	403.3
佐賀県	1.6	504.3
長崎県	2.2	603.0
熊本県	2.3	509.4
大分県	2.3	481.2
宮崎県	1.6	559.3
鹿児島県	2.5	600.5
沖縄県	0.9	360.0

精神病床における既存病床数（令和5年）と基準病床数の差

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の
今後の施策推進に関する検討会

資料
4

- 全ての都道府県において、既存病床数が基準病床数を上回っている。
- 基準病床数を超える既存病床数の割合が10%未満の自治体は3都県であるのに対して、同割合が20%以上の自治体が20道府県であり、そのうち同割合が25%以上の自治体は5県である。

	既存病床数※ (A)	基準病床数 (B)	既存病床と 基準病床の差 (C=A-B)	既存病床数に対 する差の割合 (C/A×100)
北海道	19,331	15,351	3,980	20.6%
青森県	4,199	3,498	701	16.7%
岩手県	3,961	3,261	700	17.7%
宮城県	6,139	4,618	1,521	24.8%
秋田県	3,819	2,969	850	22.3%
山形県	3,420	2,927	493	14.4%
福島県	6,025	4,240	1,785	29.6%
茨城県	7,243	5,551	1,692	23.4%
栃木県	4,959	3,881	1,078	21.7%
群馬県	4,995	4,366	629	12.6%
埼玉県	13,599	12,003	1,596	11.7%
千葉県	12,161	10,677	1,484	12.2%
東京都	20,665	19,396	1,269	6.1%
神奈川県	13,229	12,080	1,149	8.7%
新潟県	6,060	5,114	946	15.6%
富山県	2,974	2,601	373	12.5%
石川県	3,598	2,846	752	20.9%
福井県	2,144	1,707	437	20.4%
山梨県	2,215	1,714	501	22.6%
長野県	4,501	3,766	735	16.3%
岐阜県	3,799	3,359	440	11.6%
静岡県	6,412	5,483	929	14.5%
愛知県	12,224	11,508	716	5.9%
三重県	4,570	3,748	822	18.0%

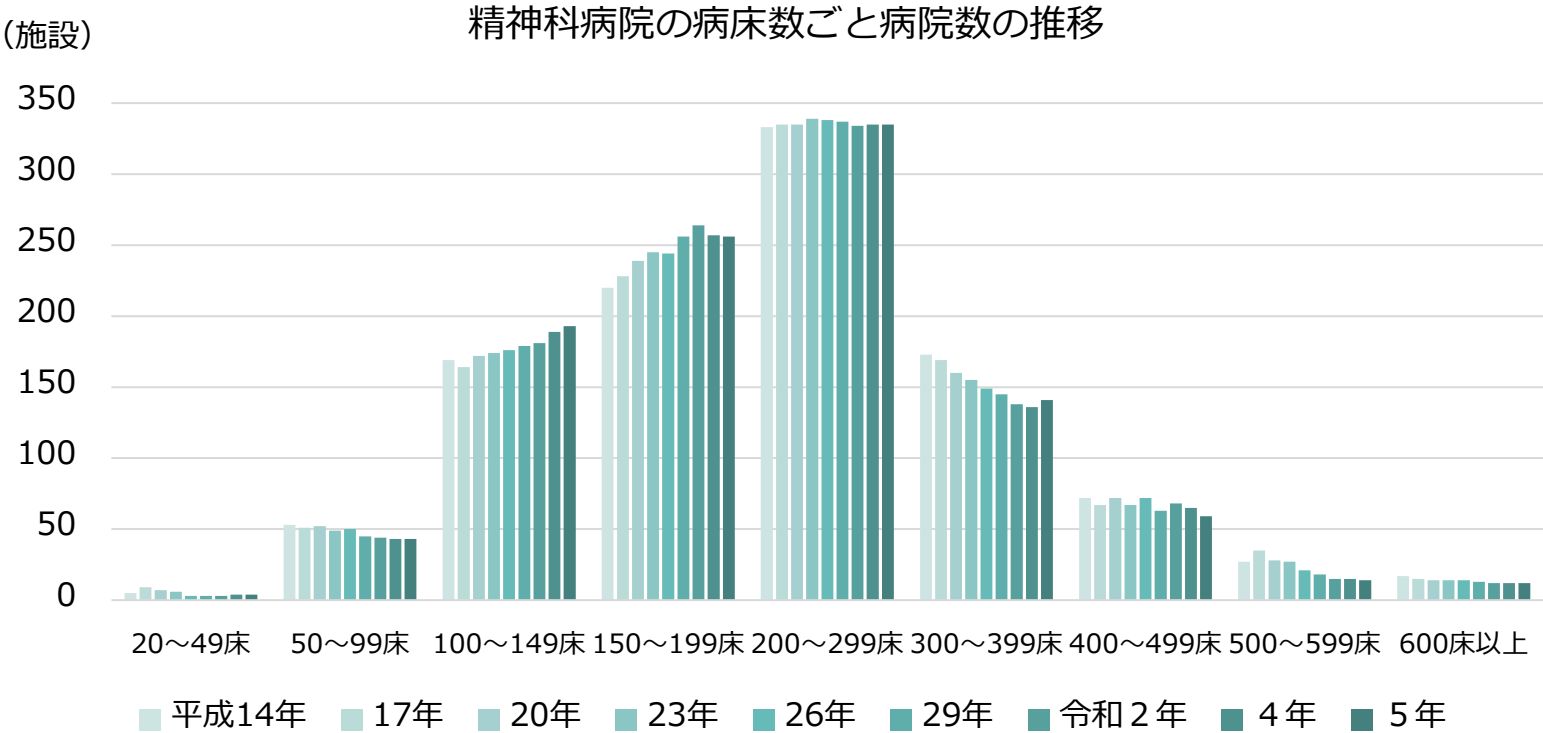
	既存病床数※ (A)	基準病床数 (B)	既存病床と 基準病床の差 (C=A-B)	既存病床数に対 する差の割合 (C/A×100)
滋賀県	2,261	1,812	449	19.9%
京都府	5,511	4,212	1,299	23.6%
大阪府	17,952	15,992	1,960	10.9%
兵庫県	11,434	9,869	1,565	13.7%
奈良県	2,866	2,423	443	15.5%
和歌山県	2,038	1,366	672	33.0%
鳥取県	1,628	1,345	283	17.4%
島根県	2,231	1,829	402	18.0%
岡山県	5,215	3,931	1,284	24.6%
広島県	8,485	7,045	1,440	17.0%
山口県	5,839	4,727	1,112	19.0%
徳島県	3,575	2,832	743	20.8%
香川県	3,250	2,628	622	19.1%
愛媛県	4,303	3,229	1,074	25.0%
高知県	3,466	2,747	719	20.7%
福岡県	20,581	17,040	3,541	17.2%
佐賀県	4,009	3,388	621	15.5%
長崎県	7,640	5,715	1,925	25.2%
熊本県	8,706	6,812	1,894	21.8%
大分県	5,274	4,114	1,160	22.0%
宮崎県	5,828	4,359	1,469	25.2%
鹿児島県	9,302	7,313	1,989	21.4%
沖縄県	5,285	4,511	774	14.6%

※令和5年時点

出典：令和5年医療施設調査、各都道府県の医療計画を基に障害保健福祉部精神・障害保健課にて作成

精神科病院の病床数ごと施設数の推移と利益率について

- 精神科病院の病床数ごと施設数について、200床台の医療機関数は横ばいである。
- 精神科病院の利益率について、病床数が少ないほど利益率が低下しており、200床以上の医療機関が病床削減を躊躇する一因となっていることが考えられる。



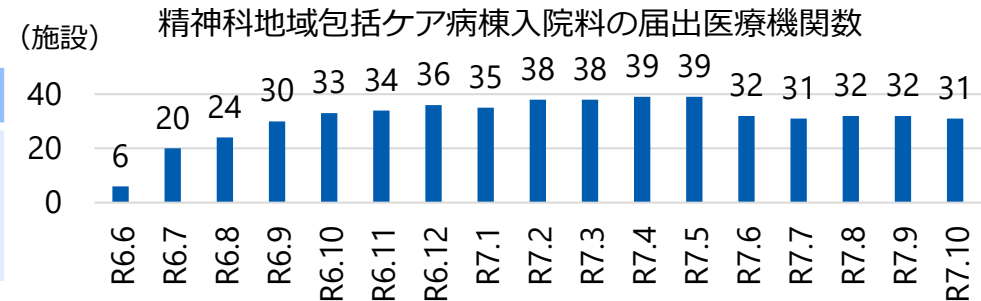
精神科病院		20床以上99床以下	100床以上199床以下	200床以上299床以下	300床以上499床以下	500床以上
施設数		24	235	200	119	14
医業利益率	平均値	△1.6%	△0.6%	0.3%	0.2%	△2.6%
	中央値	△3.1%	△1.0%	△0.3%	△0.5%	△3.0%
経常利益率	平均値	0.6%	1.8%	2.7%	2.9%	4.4%
	中央値	0.7%	1.3%	1.7%	2.3%	2.7%

精神科地域包括ケア病棟入院料の病院要件等について

- 令和6年度診療報酬改定において新設した、精神科地域包括ケア病棟入院料は、精神科入退院支援加算の届出、精神保健指定医の公務員業務実績、精神科救急医療に参画することなど、届出病棟に限らず院内全体で満たす必要がある施設基準が設定されている。
- 令和7年10月時点の届出医療機関数は、31施設に限られている。

地域定着も含めた退院支援

- **精神科入退院支援加算の届出** (①)
- 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等 (※) との連携
(※) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関 (都道府県、保健所、市町村) 等



【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績

- ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ※いずれも直近3か月間の算定回数
ア 精神科訪問看護・指導料 (Ⅰ) 及び (Ⅲ) **60回以上** イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 **300回以上**
ウ 精神科退院時共同指導料 **3回以上** エ 在宅精神療法 **20回以上** オ 精神科在宅患者支援管理料 **10回以上**

地域の精神科医療提供体制への貢献

- 当該保険医療機関の**常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務** (※) **等を年1回以上** 行っていること。(①)
(※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等

精神科救急医療、時間外診療の提供

- ア又はイを満たしていること (①)
ア **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を受けている医療機関**
イ **病院群輪番型施設** であって、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**

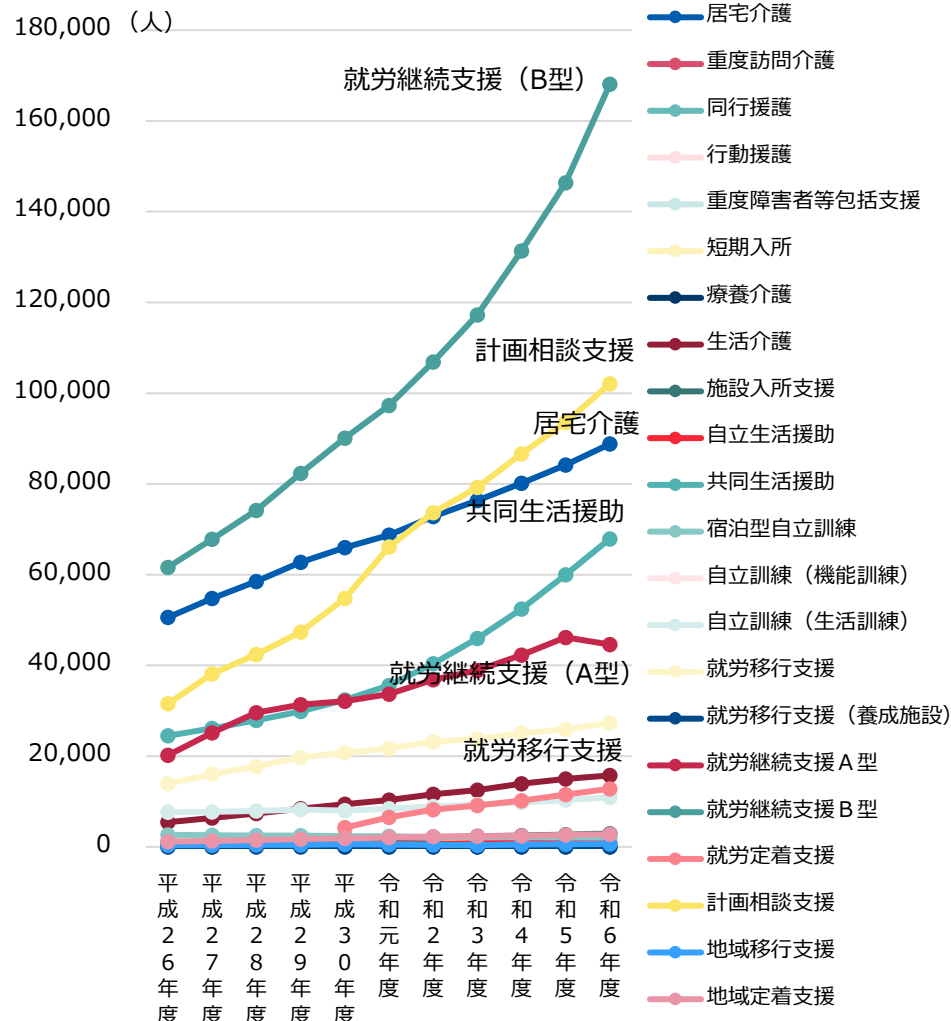
その他

- **データ提出加算に係る届出** (②)
- **クロザピンを処方する体制**
- 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下
- 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下

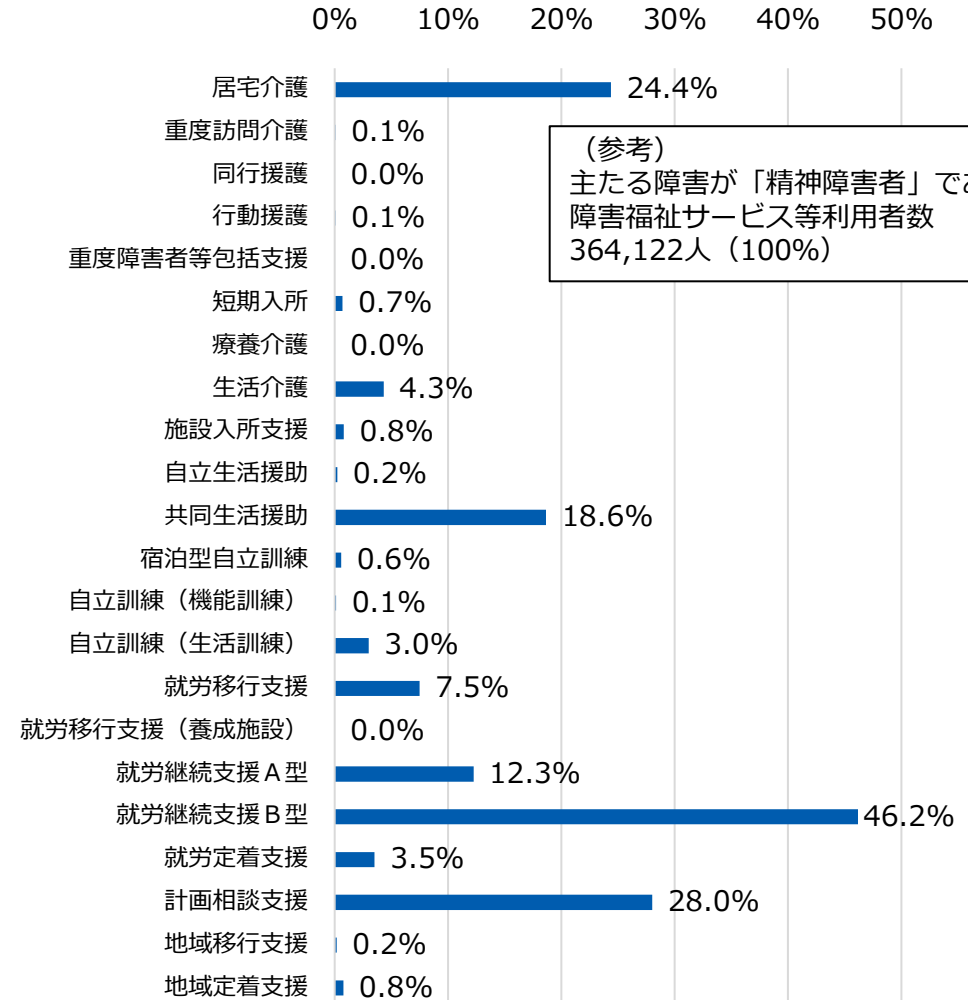
精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

- 障害福祉サービス等は年々充実が進んでおり、例えば居住系支援である共同生活援助の利用者は増加傾向である。

各障害福祉サービス等を利用する精神障害者数の推移
(各年度3月の利用者数)



障害福祉サービス等を利用する精神障害者における
各障害福祉サービス等の利用割合
(令和7年3月の利用者数より)

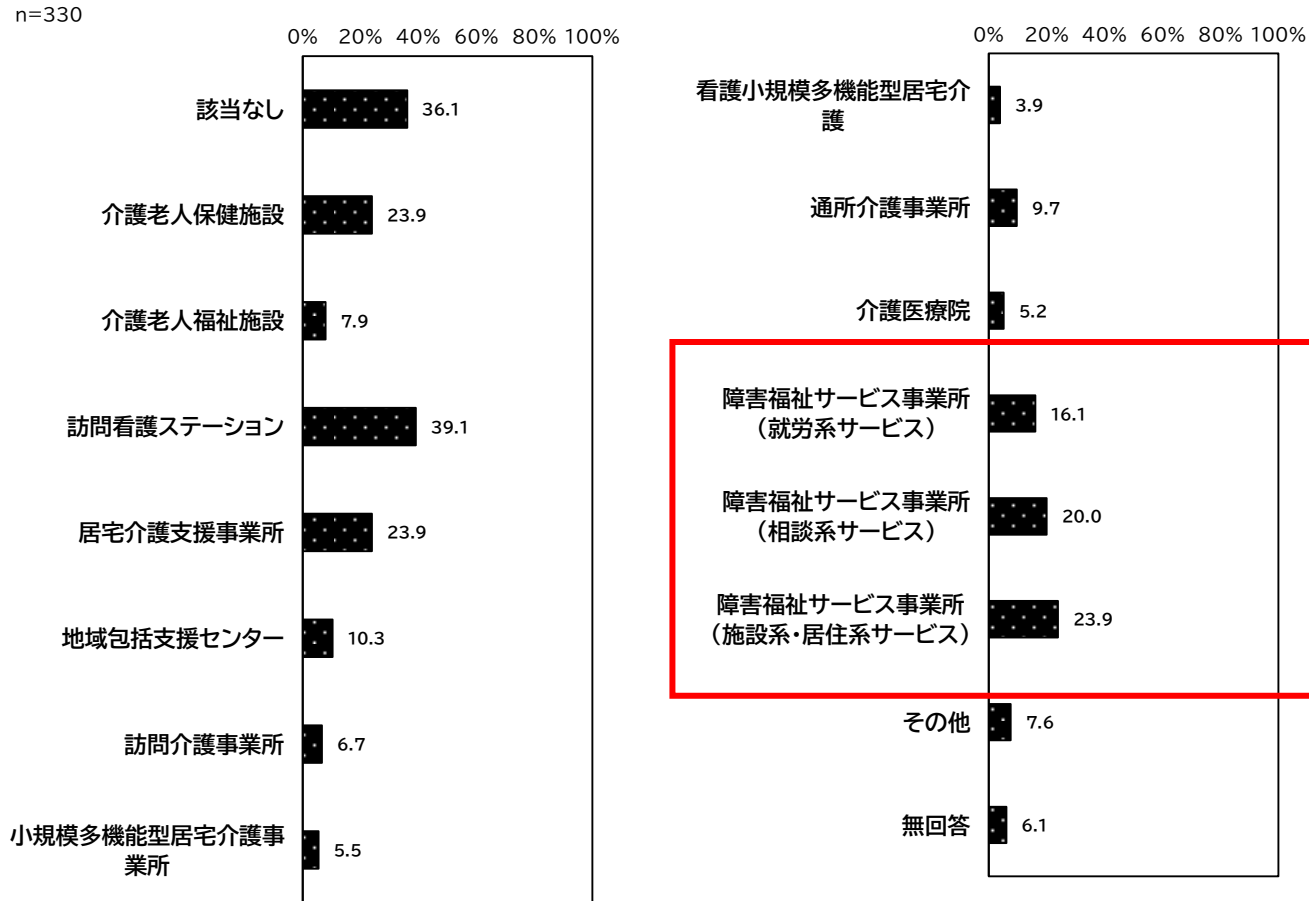


(参考)
主たる障害が「精神障害者」である
障害福祉サービス等利用者数
364,122人 (100%)

医療機関と障害福祉サービスの一体的な提供状況

- 精神医療を提供する保険医療機関のうち、同一法人又は関連法人が障害福祉サービスを提供している保険医療機関が、一定程度存在した。

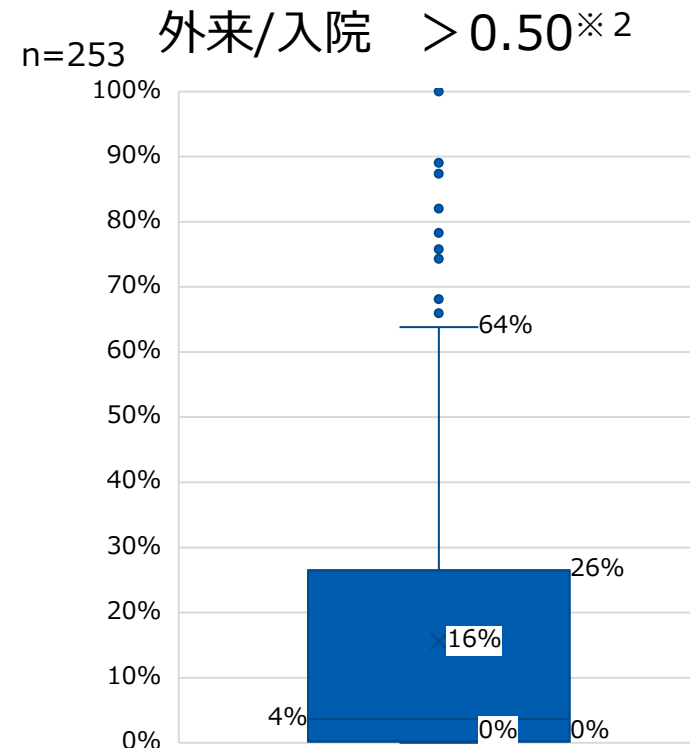
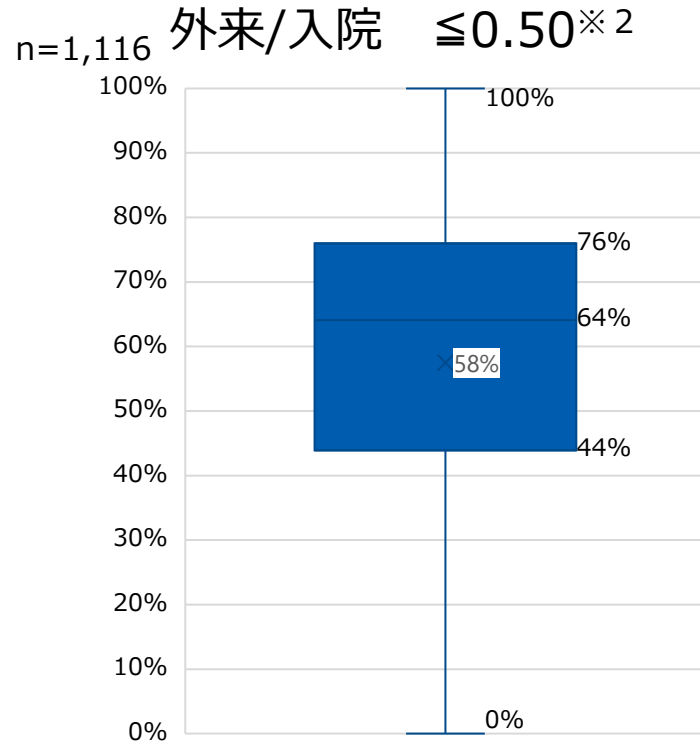
図表 2-3 同一法人または関連法人が運営する施設・事業所（複数回答）



精神科外来医療の取組み状況と1年以上入院患者割合の関係

- 入院医療に比して外来医療の規模が大きい病院の方が、入院患者に占める1年以上の長期入院患者の割合が少ない傾向がある。

入院医療に比した外来医療の規模別の、1年以上の入院患者数の割合※1



※1 (精神病棟入院基本料の算定回数－入院期間が1年以内の場合に算定出来る加算の算定回数) / 精神病棟入院基本料の算定回数
(通院・在宅精神療法又は精神病棟入院基本料の算定回数が0回の医療機関は除外。)

値が大きいほど、精神病棟入院基本料において1年以上の入院者数が多いことを示してる。

※2 外来：通院・在宅精神療法等の算定回数（認知療法・認知行動療法等同日に通院・在宅精神療法を算定できないものを含む）

入院：精神病床で算定出来る主な入院料の合計算定回数（特定入院料を含む）

地域定着への取組状況と精神病床の在宅復帰率等

- 地域定着への取組を評価した精神科入退院支援加算及び療養生活継続支援加算の算定や、公認心理師の外来配置の有無別に、精神病床における在宅復帰率や平均在院日数をみると、いずれも取り組みを行っている医療機関の方が在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。

	精神科入退院支援加算		療養生活継続支援加算		公認心理師の外来勤務	
	算定あり	算定なし	算定あり	算定なし	あり	なし
精神病床における 在宅復帰率（平均値）	75.2% (n=37)	72.5% (n=157)	74.8% (n=37)	72.4% (n=156)	74.8% (n=135)	70.7% (n=52)
精神病床における 平均在院日数（平均値）	193日 (n=48)	251日 (n=191)	200日 (n=47)	249日 (n=192)	213日 (n=163)	306日 (n=68)

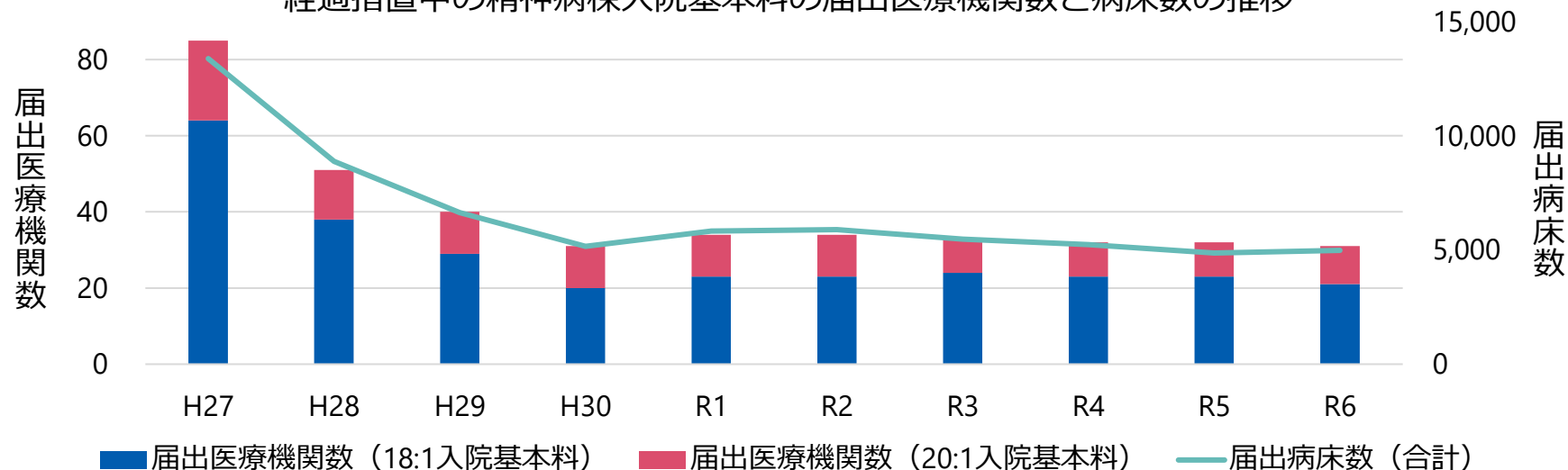
「平均在院日数」＝（令和6年9月～11月の在院患者延べ日数）÷〔（令和6年9月～11月の新入棟患者数＋令和6年9月～11月の新退棟患者数）／2〕

「在宅復帰率」＝A÷B：A. 該当する病棟から、自宅、居住系介護施設等（介護医療院を含む）、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、療養病棟、有床診療所、介護老人保健施設へ退院した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）×100、B. 該当する病棟から退棟した患者（死亡退院・転棟患者（自院）・再入院患者を除く）。

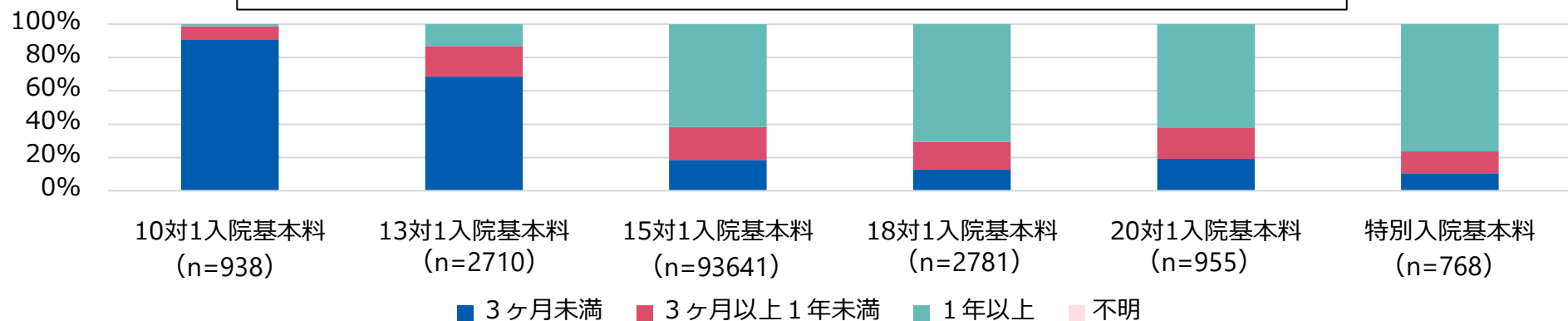
精神病棟入院基本料の入院患者数と割合（在院期間別）

- 平成16年度改定以降現在まで、現行の18:1、20:1入院基本料は経過措置として「当分の間、算定できるものとする」とされているところ、届出医療機関数及び病床数は近年横ばいである。
- 人員配置が少なく、平均在院日数の要件設定がない入院料を届け出る病棟においては、1年以上の長期入院患者の割合が高い傾向にある。

経過措置中の精神病棟入院基本料の届出医療機関数と病床数の推移



精神病棟入院基本料の入院患者の在院期間別割合（令和6年6月30日時点）



1．精神医療の現状等について

2．入院医療について

2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

3．精神身体合併症について

精神保健福祉法に基づく入院形態について

1 任意入院（法第20条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院（法第29条／法第29条の2）

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

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

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

3 医療保護入院（法第33条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

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

※ 1 病院管理者は、その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができず、若しくは同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合、市町村長の同意により入院させることができる。

※ 2 入院期間については、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月以内、6月を経過した後は6月以内となる。

※ 3 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

4 応急入院（法第33条の6）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

【要件等】 急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、応急入院指定病院のみに入院させることができ、入院期間は72時間以内に限られる。

※ 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

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

（令和4年6月9日）

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

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

基本的な考え方

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

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

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

第8次医療計画の策定に向けて

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

精神科病院に入院する患者への訪問相談

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

医療保護入院

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

患者の意思に基づいた退院後支援

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

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

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

精神病床における人員配置の充実

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

虐待の防止に係る取組

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

令和4年障害者総合支援法等の一部改正による精神保健福祉法の改正概要

(令和4年12月16日公布)

【公布日(令和4年12月16日)施行】

- ・ 目的規定における権利擁護の明確化

【令和5年4月1日施行】

- ・ 患者に対し身体に対する暴力等を行った者等を「家族等」の範囲から除外。
- ・ 医療保護入院等の患者及びその家族等に対し、書面での入院理由等の告知を義務化。

【令和6年4月1日施行】

(医療保護入院の入院手続等に関する事項)

- ・ 入院期間を法定化し、一定の要件を満たす場合は、入院期間を更新できる。
- ・ 家族等が同意又は不同意の意思表示を行わない場合は、市町村長同意の依頼ができる。
- ・ 地域援助事業者の紹介を義務化。

(措置入院者の退院促進措置等に関する事項)

- ・ 退院後生活環境相談員の選任及び地域援助事業者の紹介を義務化。
- ・ 措置入院時の精神医療審査会での審査の実施。

(入院者訪問支援事業に関する事項)

- ・ 都道府県等は、市町村同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。

(虐待の防止に関する事項)

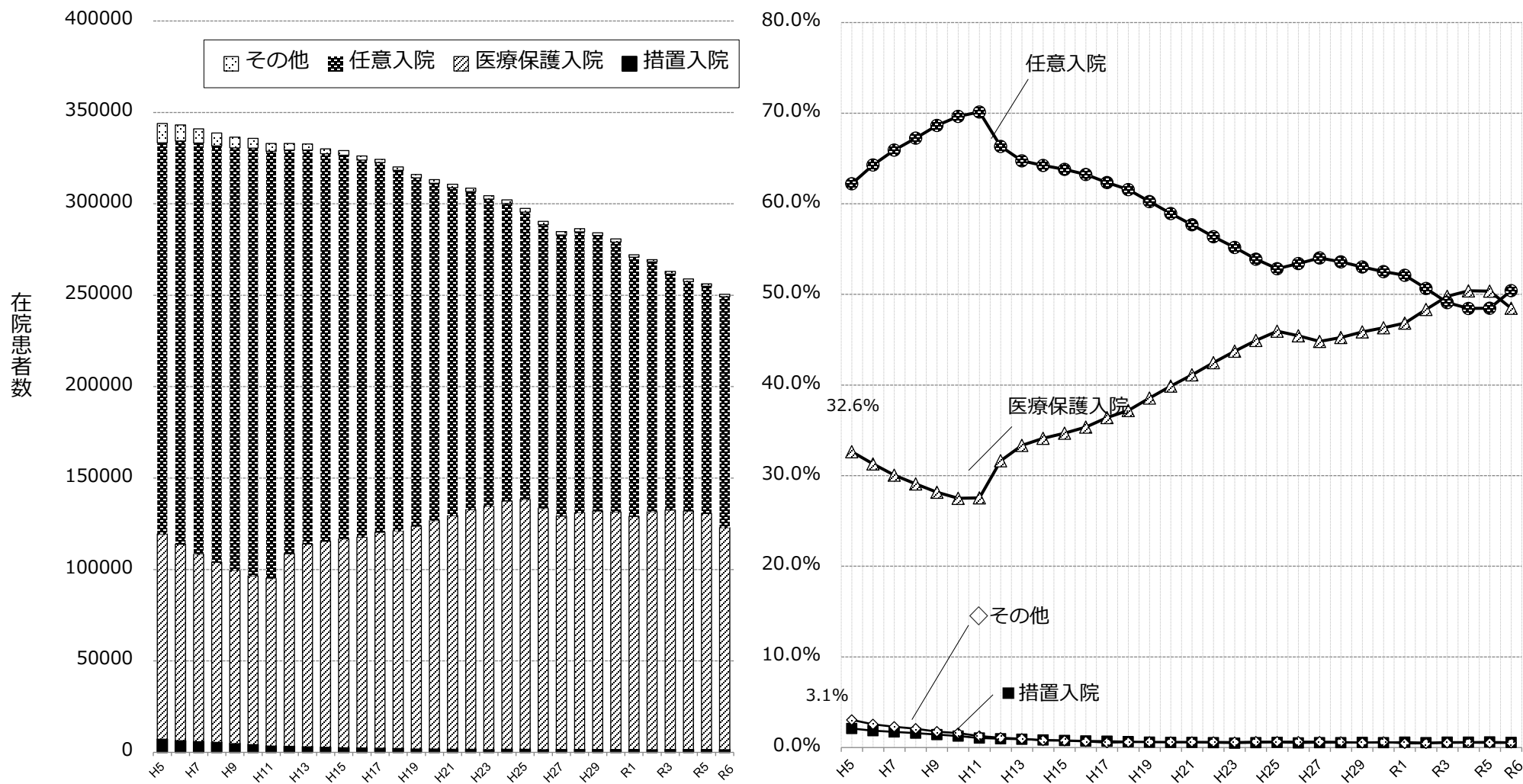
- ・ 精神科病院における虐待防止措置の義務化。
- ・ 精神科病院の業務従事者による虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化。

(精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項)

- ・ 都道府県等が実施する相談支援について、日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象に加える。
- ・ 都道府県は、市町村の精神保健に関する相談支援に関し、必要な援助を行うよう努める。

入院形態別在院患者数の推移

- 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。



資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

令和4年障害者総合支援法等の一部改正の検討規定について

附則

第二条 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障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、児童福祉法、精神保健福祉法、障害者雇用促進法及び難病の患者に対する医療等に関する法律の規定について、その施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第三条 政府は、精神保健福祉法の規定による本人の同意がない場合の入院の制度の在り方等に関し、精神疾患の特性及び精神障害者の実情等を勘案するとともに、障害者の権利に関する条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする。

入院形態による新規入院患者割合を定めている入院料

- 精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料においては、医療保護入院等の非同意入院による新規入院患者割合を要件としている。

精神科救急急性期医療入院料 2,420点

【施設基準】（抜粋）

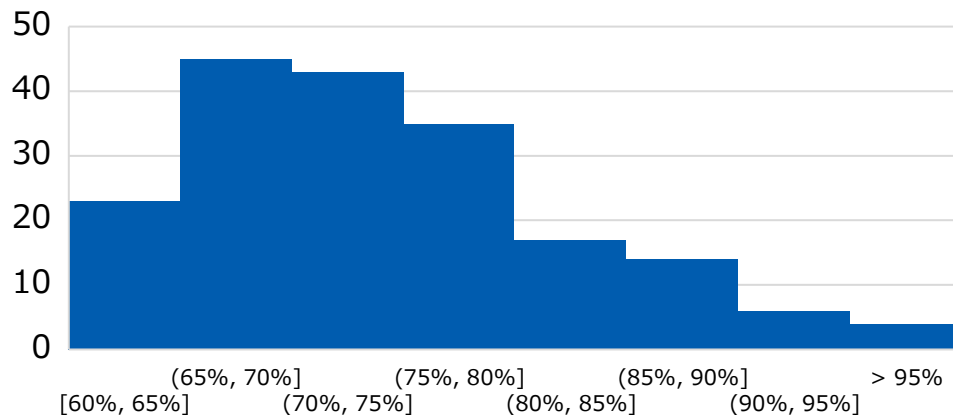
当該病棟の年間の新規患者のうち **6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれか**に係るものであること。

精神科救急・合併症入院料 3,624～3,123点

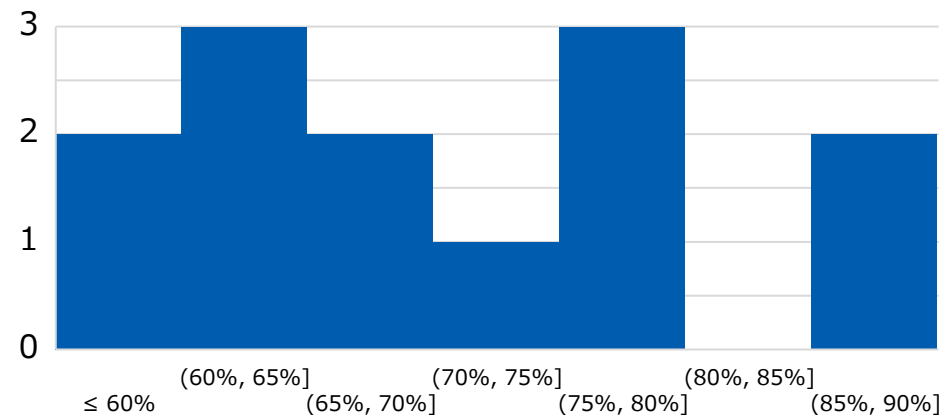
【施設基準】（抜粋）

当該病棟の年間の新規患者のうち **6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれか**に係るものであること。

精神科救急急性期医療入院料の算定病棟における
(施設) 新規入院患者数に占める非同意入院割合の分布



精神科救急・合併症医療入院料の算定病棟における
(施設) 新規入院患者数に占める非同意入院割合の分布



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

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

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

要配慮因子（該当項目があれば☑、複数選択可）

点数

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

※※ 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。

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

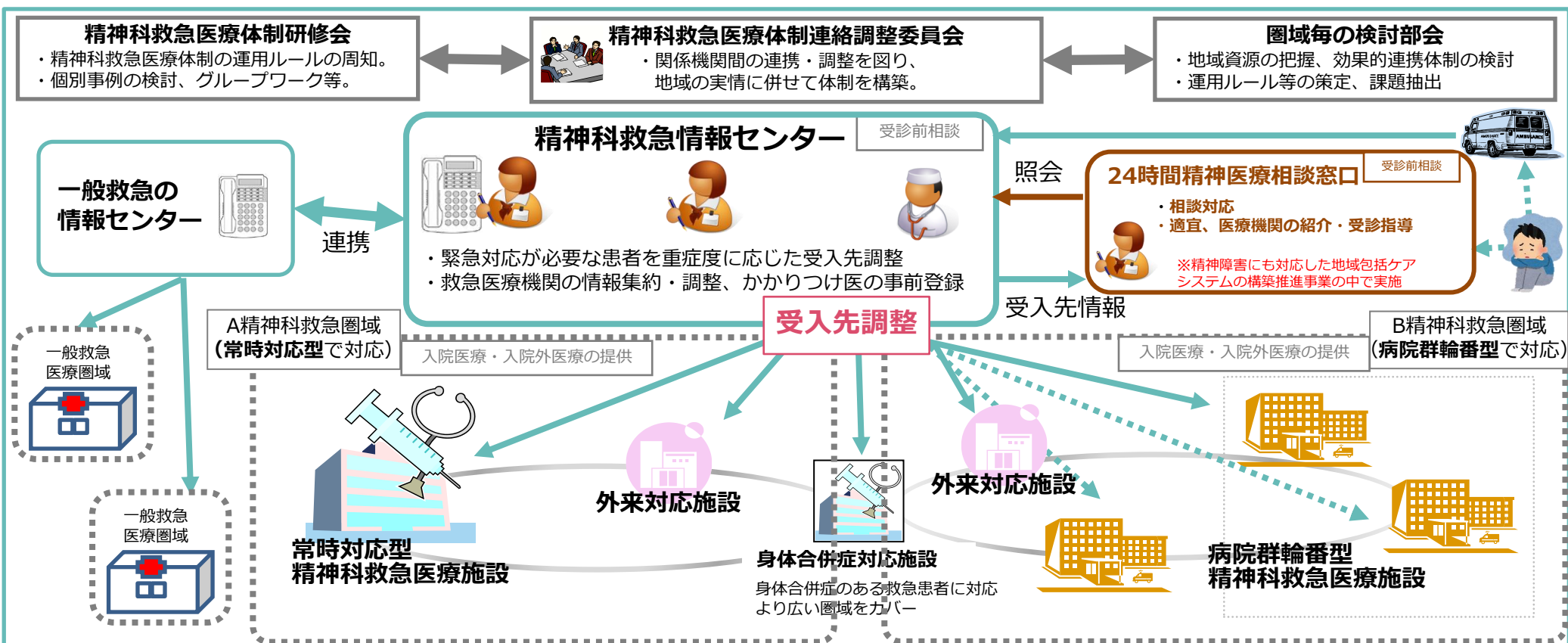
【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（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

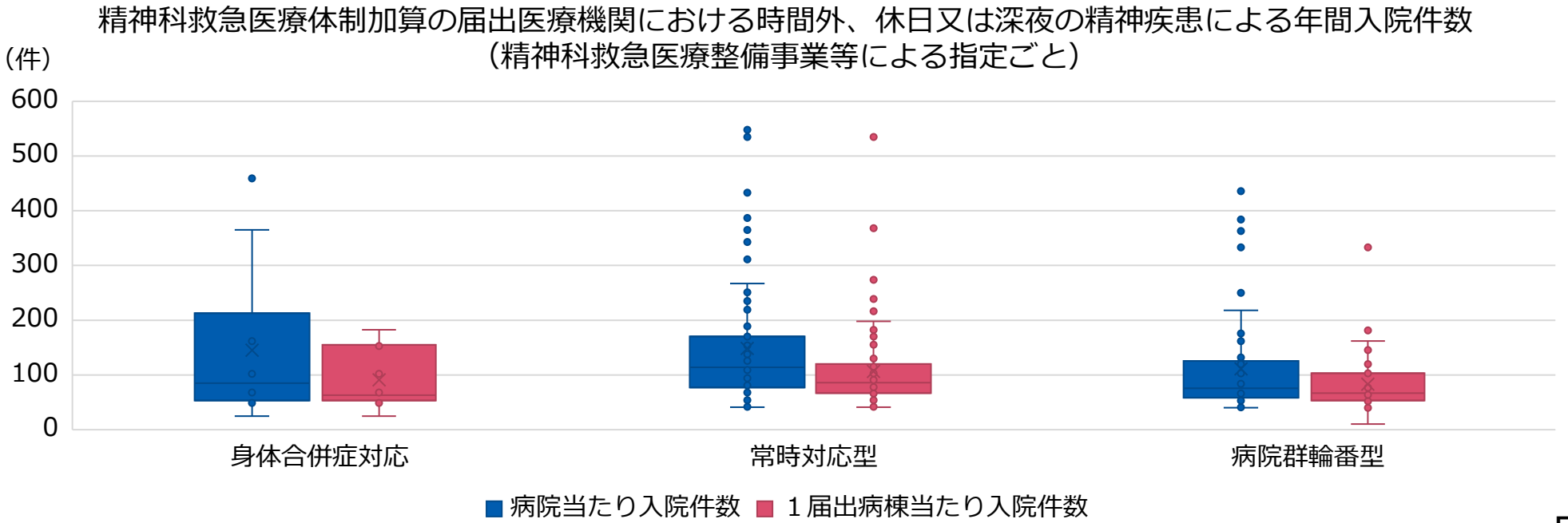
精神科救急医療体制加算の届出医療機関における時間外、休日又は深夜の入院件数

○ 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における、時間外、休日又は深夜の精神疾患による入院件数は、医療機関ごとにばらつきがみられ、精神科救急医療整備事業等による指定状況によらなかった。

A311精神科救急急性期医療入院料 注5 精神科救急医療体制加算
1(身体合併症対応) : 600点 2(常時対応型) : 590点 3(病院群輪番型) : 500点

○ 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保を評価したものであり、精神科救急急性期医療入院料の算定病棟に入院した日から起算して 90 日を限度として算定する。

- ・精神科救急医療体制整備事業による指定
- ・病院常勤の精神保健指定医が 5 名以上
- ・**時間外、休日・深夜の入院件数が年間40件以上又は人口 1 万人当たり0.5件以上**であり、うち 8 件以上又は 2 割以上は、精神科救急情報センター等からの依頼



精神科救急医療体制加算における病床要件の特例の活用状況

- 精神科救急医療体制加算は、地域の医療提供体制等の事情により特例的に120床以上でも算定可能としているところ、当該要件を用いて算定している医療機関は、1施設のみであった。

A311精神科救急急性期医療入院料 注5 精神科救急医療体制加算

1(身体合併症対応) : 600点 2(常時対応型) : 590点 3(病院群輪番型) : 500点

- 地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保を評価したものであり、当該病棟に入院した日から起算して90日を限度として算定する。
- **精神科救急医療体制加算を算定する病棟の病床数（精神病床に限る。）は120床までとする。**ただし、令和4年3月31日時点で、現に旧医科点数表の精神科救急入院料を算定している病棟において、**都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に対し、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合に限り、同時点で精神科救急入院料を算定する病棟の病床数を上限として算定することができる。**ただし、この場合にあっては、120床を超えていない病床数も含め、それぞれの所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

	算定医療機関数		算定医療機関数
精神科救急医療体制加算 1	12	120床を超えて算定する場合	0
精神科救急医療体制加算 2	104	120床を超えて算定する場合	1
精神科救急医療体制加算 3	61	120床を超えて算定する場合	0

1. クロザピンの効果

治療抵抗性統合失調症(※1)の治療薬として世界100カ国以上で使用されている内服薬。

治療抵抗性統合失調症の57～67%に精神症状の改善が見られている。

(※1) 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても症状改善が見られない患者をいう。

2. クロザピンの副作用

重篤な副作用は、**無顆粒球症(※2)**で、本邦での頻度は約**1%**。

(※2)無顆粒球症は、体に入った細菌を殺すはたらきをする白血球(顆粒球)が著しく減り、ほとんどなくなった状態をいう。無顆粒球症は、適切な医学的管理が実施されないと細菌感染により重症になりやすく、死に至る危険性がある。

2009年7月から2017年5月末までに、クロザピンを服用している患者の1.02%に無顆粒球症がみられた。

重篤な副作用：()内は頻度

1. 無顆粒球症 (1.02 %)
2. 高血糖 (0.32%)、糖尿病性ケトアシドーシス (不明)
糖尿病性昏睡 (不明)
3. 心筋炎 (0.11%)、心筋症 (0.05%)、心膜炎 (0.05%)
心嚢液貯留 (0.11%)
4. てんかん発作 (不明)、痙攣 (0.91%)

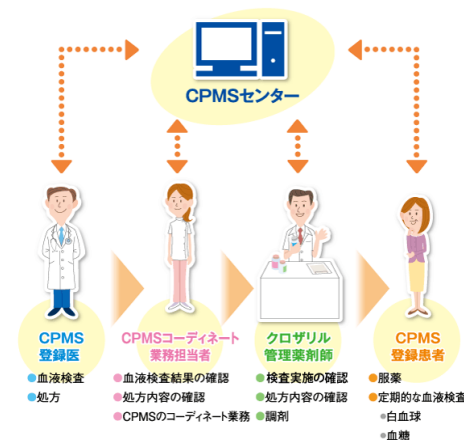
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

○CPMSは、無顆粒球症等の重大な副作用を早期発見し早期治療につなげるため、クロザピンの投与前と投与中に定期的な血液検査を行う仕組みである。

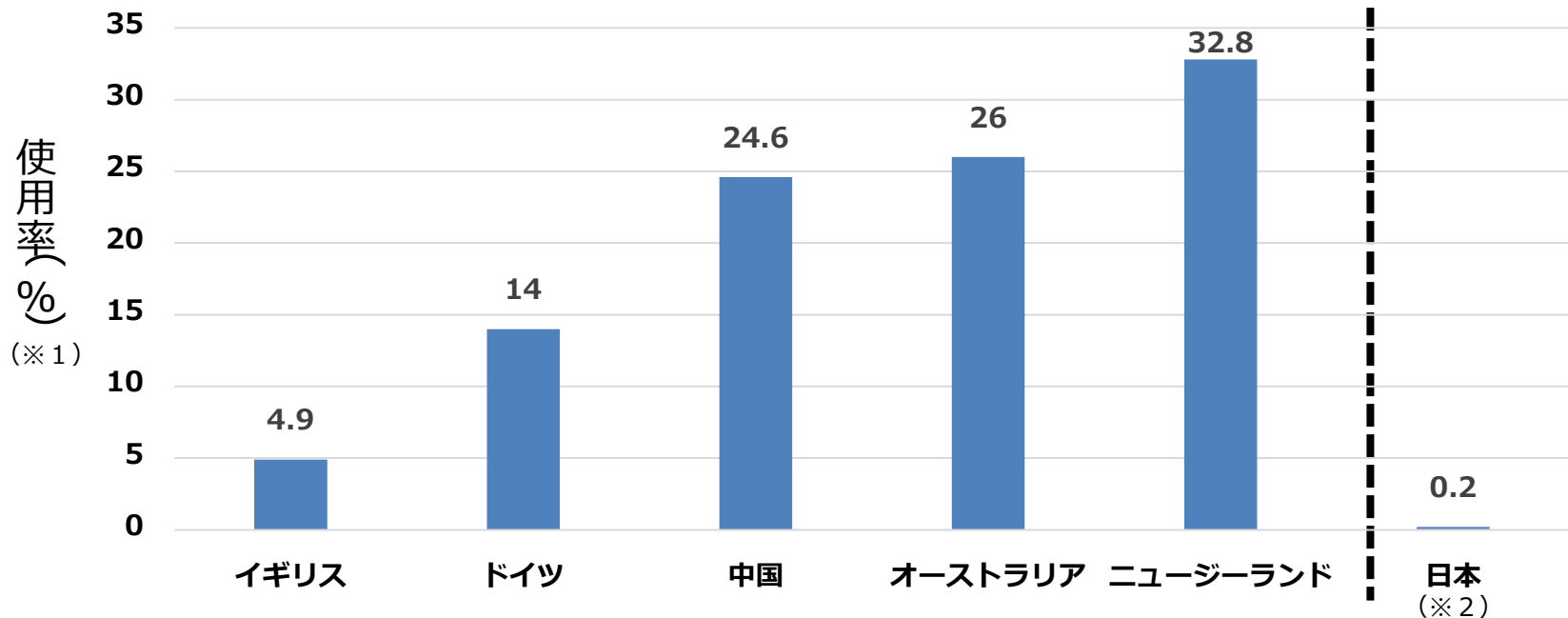
○クロザピンは、入院して投与を開始すること(18週間までは原則として入院が必要)、投与開始後26週間は毎週採血して白血球等の数を確認することが必要である。

○クロザピンは、HbA1cが6.0%(NGSP)未満では、投与開始後から4週、12週、以降12週間毎に、6.0%(NGSP)以上では、投与開始後から4週毎に採血をしてHbA1cを確認することが必要である。

○クロザピンは、精神保健指定医かつ日本精神神経学会または日本臨床精神神経薬理学会の専門医等で、講習を受けテストに合格した登録医師のみ処方できる。クロザピンを提供できる医療機関は、診察当日に血液検査等の結果がわかること、無顆粒球症や糖尿病への対処が可能なこと、CPMS登録医、CPMSコーディネーター業務担当者、クロザピン管理薬剤師が各2名以上勤務している体制を整える必要がある。



- 治療抵抗性統合失調症を有する患者は、退院が困難となり、入院が長期化しやすいが、クロザピンによる専門的治療により地域生活へ移行する例も少なくないとされている一方、重大な副作用が報告されていることから、クロザピンの使用にあたっては、精神科病院と血液内科等を有する医療機関とのネットワークの構築等により、地域連携体制を構築する必要がある。
- 第7次医療計画及び第5期障害福祉計画においては、精神病床における入院需要及び地域移行に伴う基盤整備量の目標設定を行っており、当該目標はクロザピンの普及等による効果を勘案している。
- そのため、治療抵抗性統合失調症を有する患者がどこに入院しても、当該治療を受けることができるよう、クロザピンを使用可能な医療機関の確保及び地域連携体制を構築するとともに、クロザピンの処方率を、先行している諸外国の実績と国内で先行している医療機関の実績を踏まえ、治療抵抗性統合失調症患者の25～30%に普及することを目指している。
- なお、クロザピンの使用率を単純に比較することは難しいが、イギリス（4.9%）、ドイツ（14%）、中国（24.6%）、オーストラリア（26%）、ニュージーランド（32.8%）に対して、日本は0.2%となっている。



(※1) 個々の調査・研究の背景・条件が異なるため、使用率の単純比較はできない。

統合失調症患者のうち、イギリスは外来患者（2000年～2001年）、ドイツは外来患者（2004年）、中国は入院患者（2004年）、オーストラリアは外来患者（2007年）、ニュージーランドは外来患者（2004年）、日本は外来及び入院患者（2017年）を用いたもの。

(※2) 日本は、医療計画の指標例「統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」を用いた。

出典（日本を除く）：厚生労働省平成25年度 障害者総合福祉推進事業「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」（平成26年3月公益社団法人全国自治体病院協議会）

出典（日本）：令和元年度 厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」（研究代表者：山之内芳雄）」

精神科急性期医師配置加算 1・3 について

A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

1 精神科急性期医師配置加算 1 600点

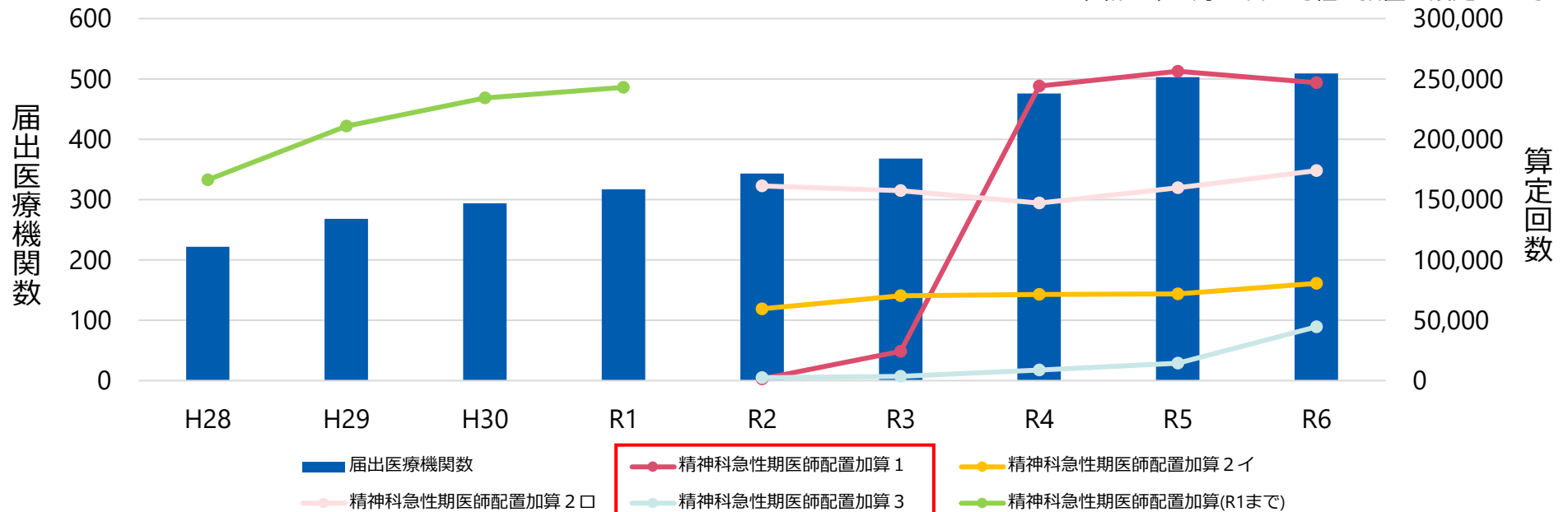
3 精神科急性期医師配置加算 3 400点

（算定対象となる入院料）

- ・精神科救急急性期医療入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料 1

	加算 1	加算 3
新規入院患者の 自宅等への3か月以内の移行率	6割以上	4割以上
当該病棟における クロザピン新規導入患者数（※）	6件／年以上	3件／年以上
時間外 外来診療	20件／年以上	20件／年以上
時間外 入院	6件／年以上	6件／年以上

※ 令和6年3月31日まで経過措置が設定されていた。

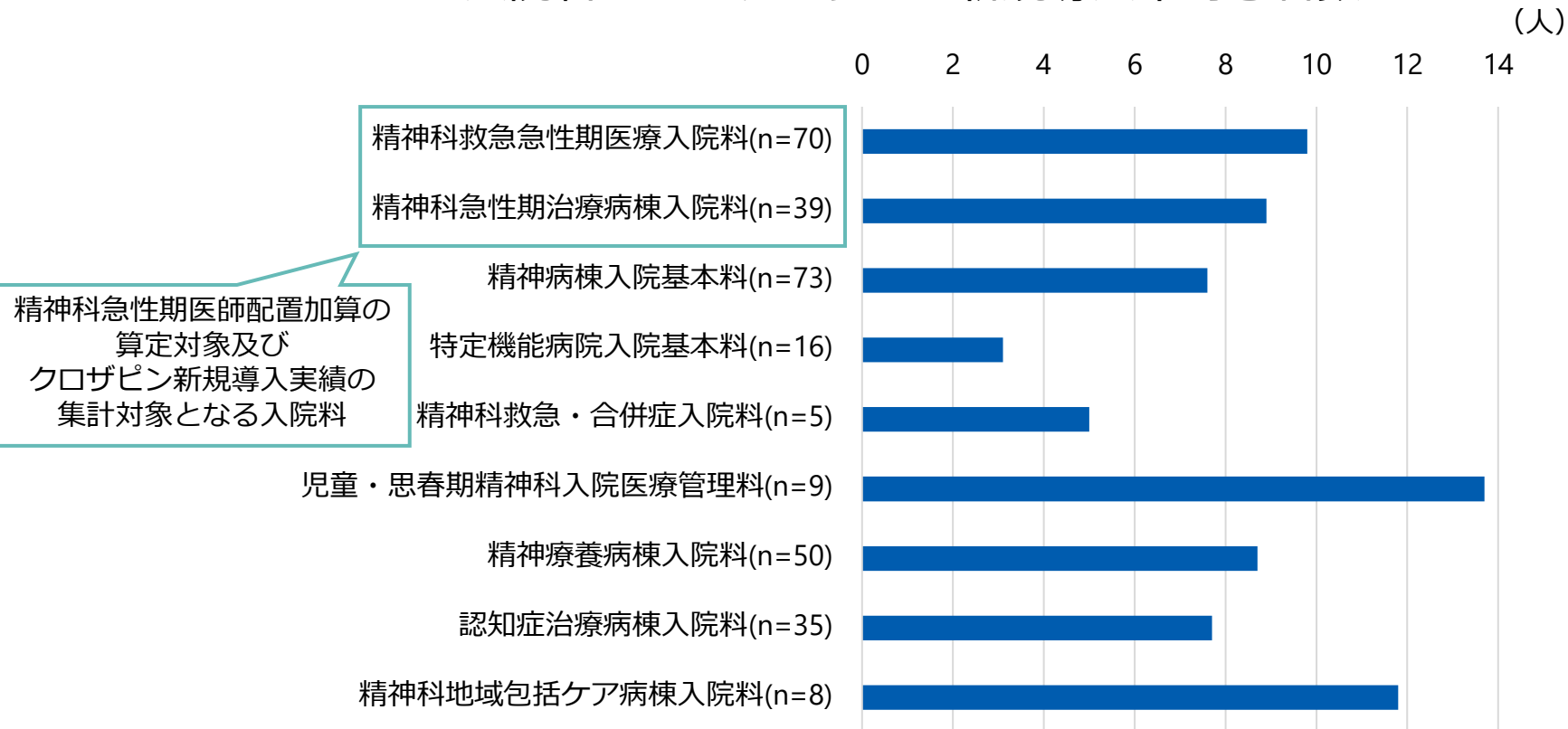


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

クロザピンの新規導入病棟

- クロザピンの新規導入は、精神科急性期医師配置加算の対象に限らず、多様な病棟において実施されていた。

入院料ごとのクロザピン新規導入平均患者数



※ 令和5年12月～令和6年11月において1件以上の回答があった施設のみ集計。

1．精神医療の現状等について

2．入院医療について

2-1 多職種による質の高い医療の提供等について

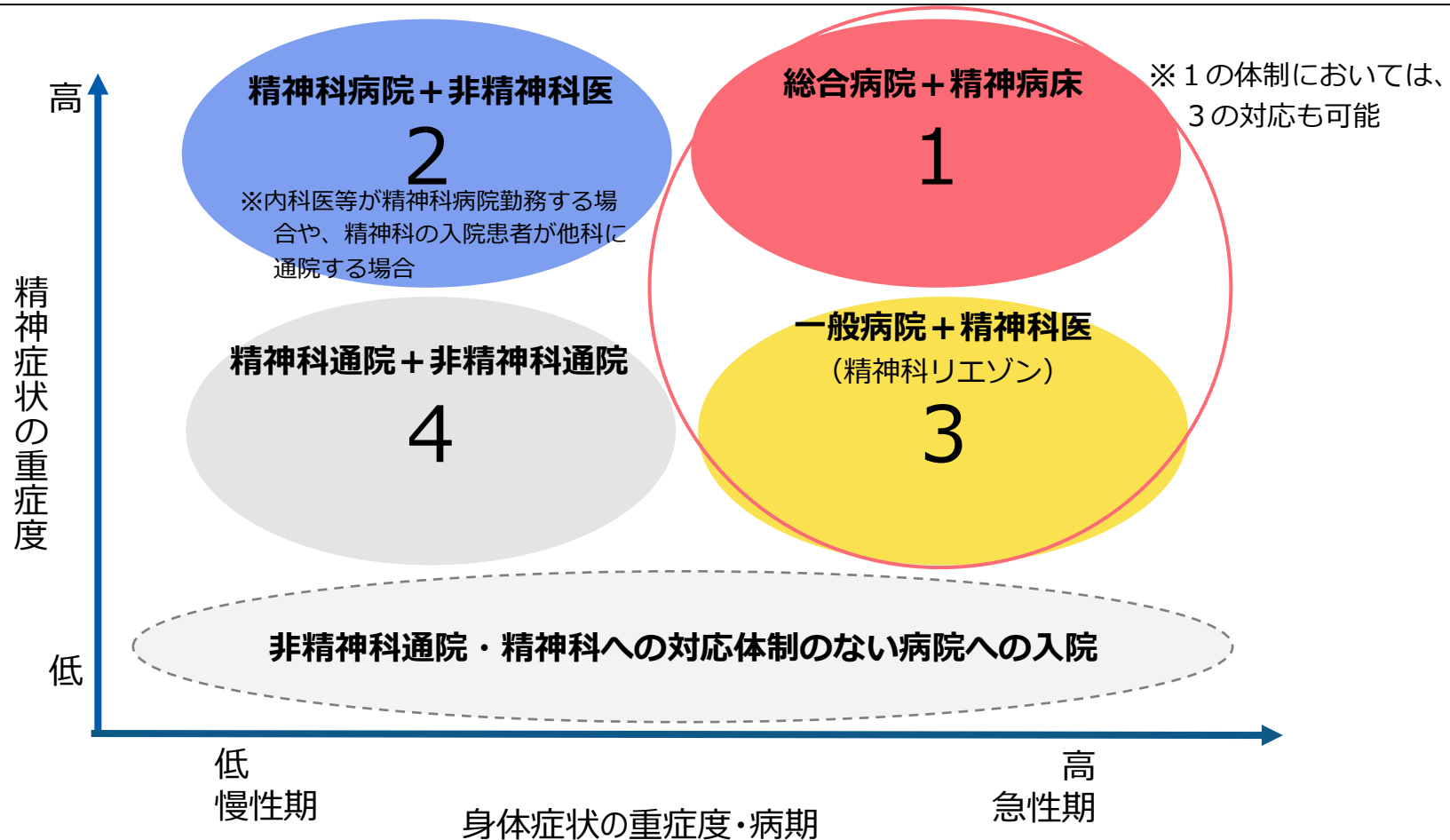
2-2 患者の特性に応じた治療・ケアの推進について

3．精神身体合併症について

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 . 1 7

- 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。



入院医療に関する方向性の整理

令和7年10月20日

第11回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料2

第1回から第10回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待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を前提として、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や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、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り地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、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が求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、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と。また、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ることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。 注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

- ◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。
- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、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ている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院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や事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

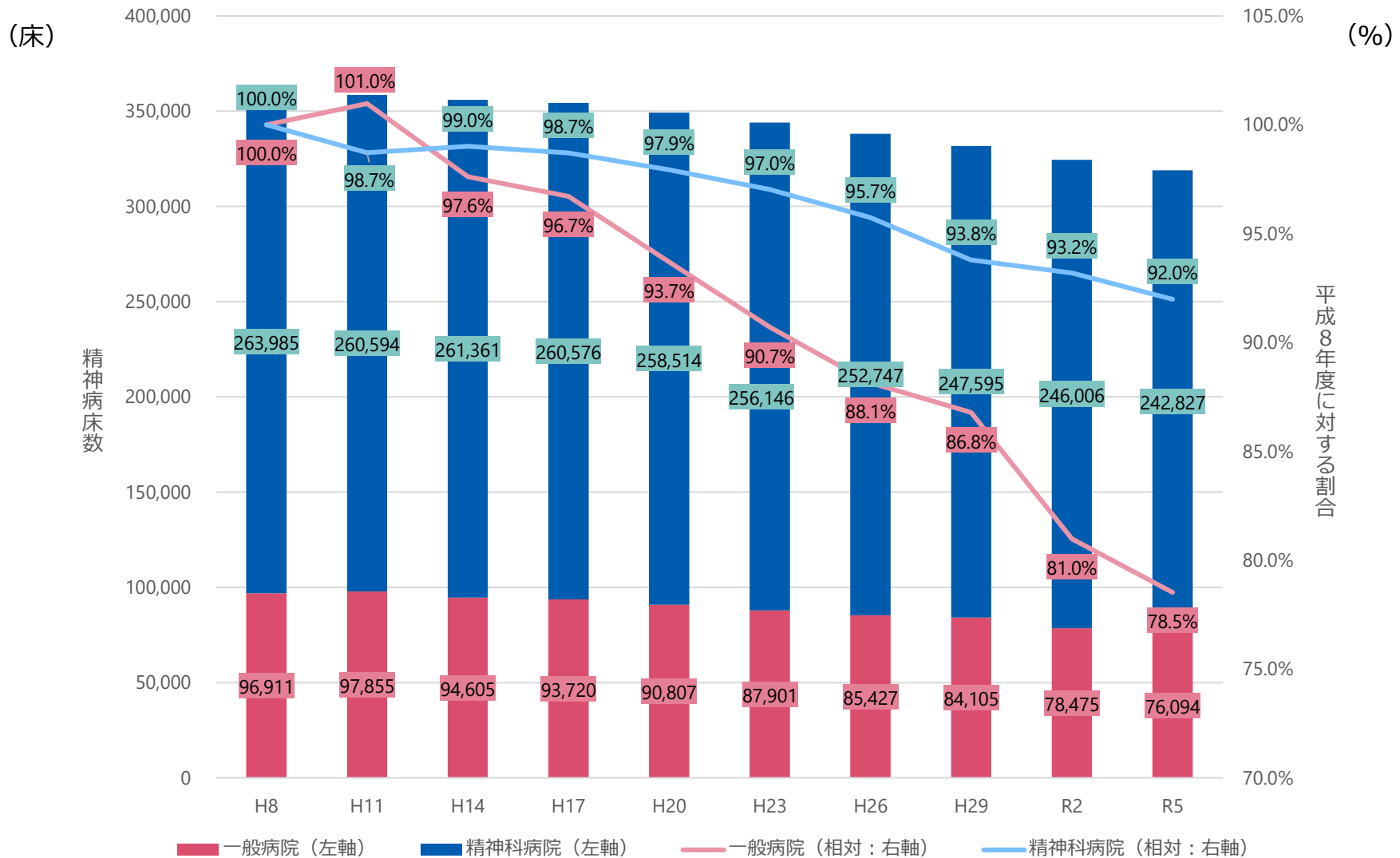
身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 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、医療需要を踏まえた検討や精神科以外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していくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 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を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層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の活用を進めていくこと。
- また、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進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、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ため、より積極的な活用を進めていくこと。

精神科病院と一般病院の精神病床数の推移

診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。



- 精神病床を有する急性期病院において、患者の入院経路及び入院理由ごとに、精神科領域患者が精神病床に入院した経験のある医療機関の割合を示した。
- 自殺企図のために救急外来から直接精神病床に入棟した経験のある医療機関と、一般病床からの転棟で受け入れた経験のある医療機関はいずれも半数程度存在した。
- また、85%程度の医療機関において、「他院の精神病床からの転院」患者を受け入れており、その理由として最も多いのは「精神疾患の増悪のため」、次いで「内科的理由で入院した精神科領域患者」であった。

経路×理由	01_クロザピンなどの薬剤導入のため	02_摂食障害や依存症の治療のため	03_精神疾患（統合失調症、気分障害など）の増悪のため	04_自殺企図のため	05_認知症の症状（BPSDなど）増悪のため	06_せん妄の管理のため	07_退院調整のため	08_01～07以外の理由（内科的理由など）で入院した精神科領域患者	09_1か月間に01～08のどれも受け入れ実績がなかった
予定入院(n=104)	18.3%	43.3%	76.0%	35.6%	47.1%	12.5%	12.5%	44.2%	7.7%
救急外来からの直接入棟(n=84)	2.4%	23.8%	69.0%	48.8%	23.8%	9.5%	7.1%	23.8%	9.5%
自院の一般病床からの転棟(n=88)	1.1%	21.6%	43.2%	50.0%	28.4%	30.7%	19.3%	21.6%	9.1%
他院の一般病床からの転院(n=53)	0.0%	20.8%	35.8%	26.4%	32.1%	11.3%	11.3%	28.3%	15.1%
他院の精神病床からの転院(n=61)	11.5%	11.5%	52.5%	18.0%	21.3%	3.3%	6.6%	34.4%	13.1%

精神科領域患者を、ここでは以下のように定義した。

- ・ 過去3年以内に3カ月以上精神病床（自院/他院問わず）に入院した経験がある患者
- ・ 1年以上継続して精神科に通院している患者（認知症を除く）

A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

2 精神科急性期医師配置加算 2

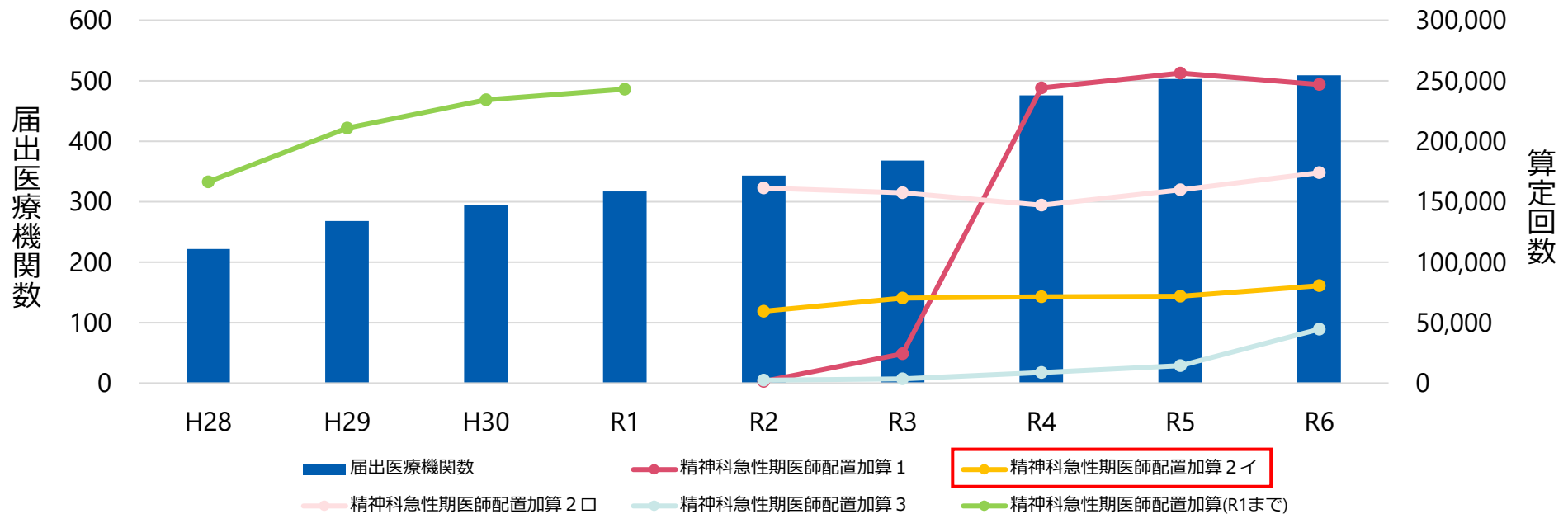
イ 精神病棟入院基本料等の場合 500点

（算定対象となる入院料）

- 精神病棟入院基本料 **(10 : 1 又は 13 : 1 に限る)**
- 特定機能病院入院基本料 **(7 : 1、10 : 1 又は 13 : 1 に限る)**

主な施設基準

- 当該病棟の常勤医師配置が16:1以上
- 内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜
- 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている
- 直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者
- 精神科医が救急車等で搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を12時間以内に毎月5人以上診察

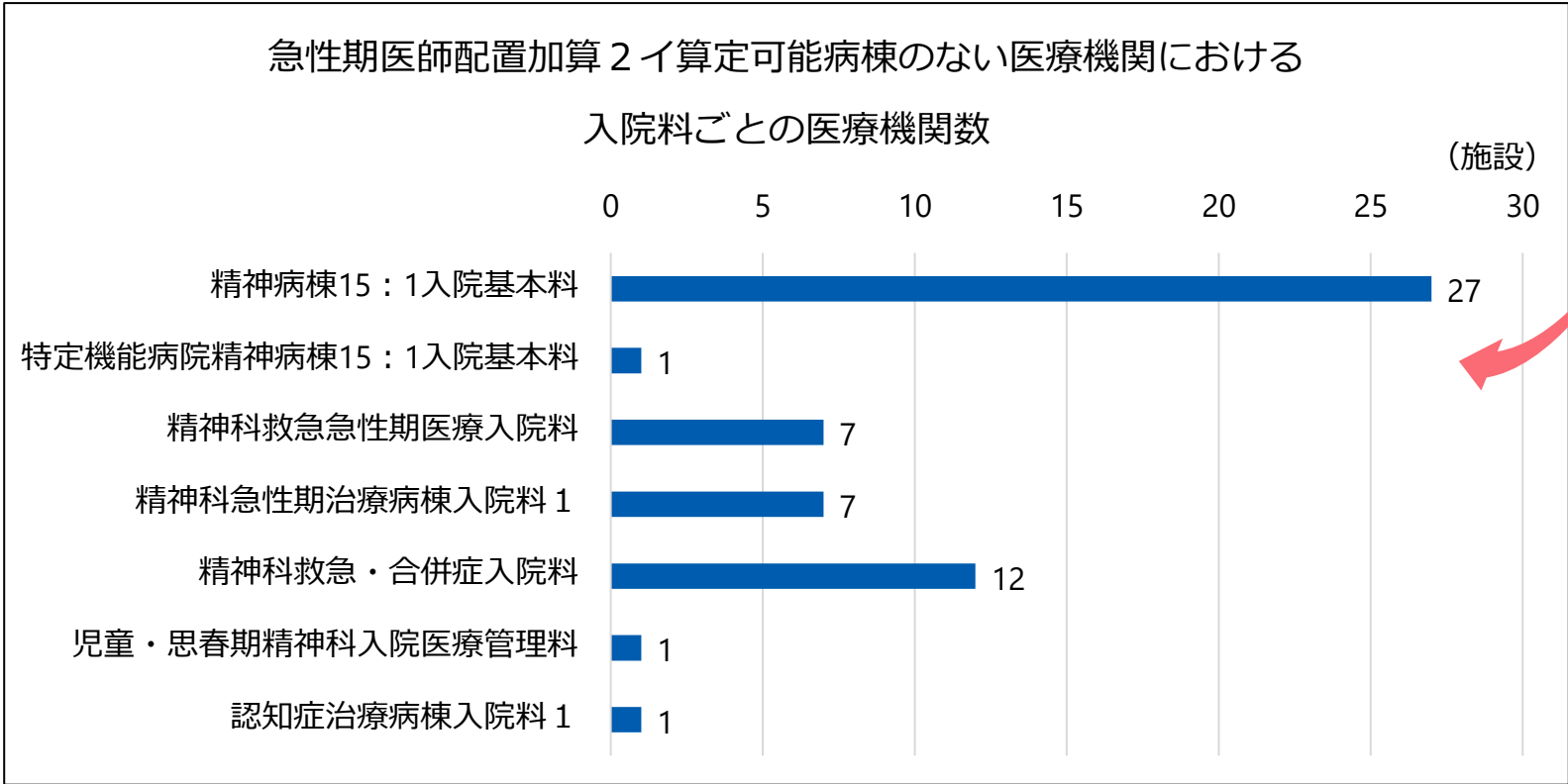
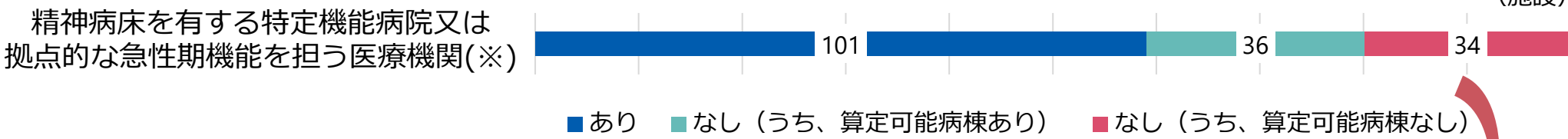


出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

拠点的な急性期機能を担う医療機関における精神病床の算定入院料

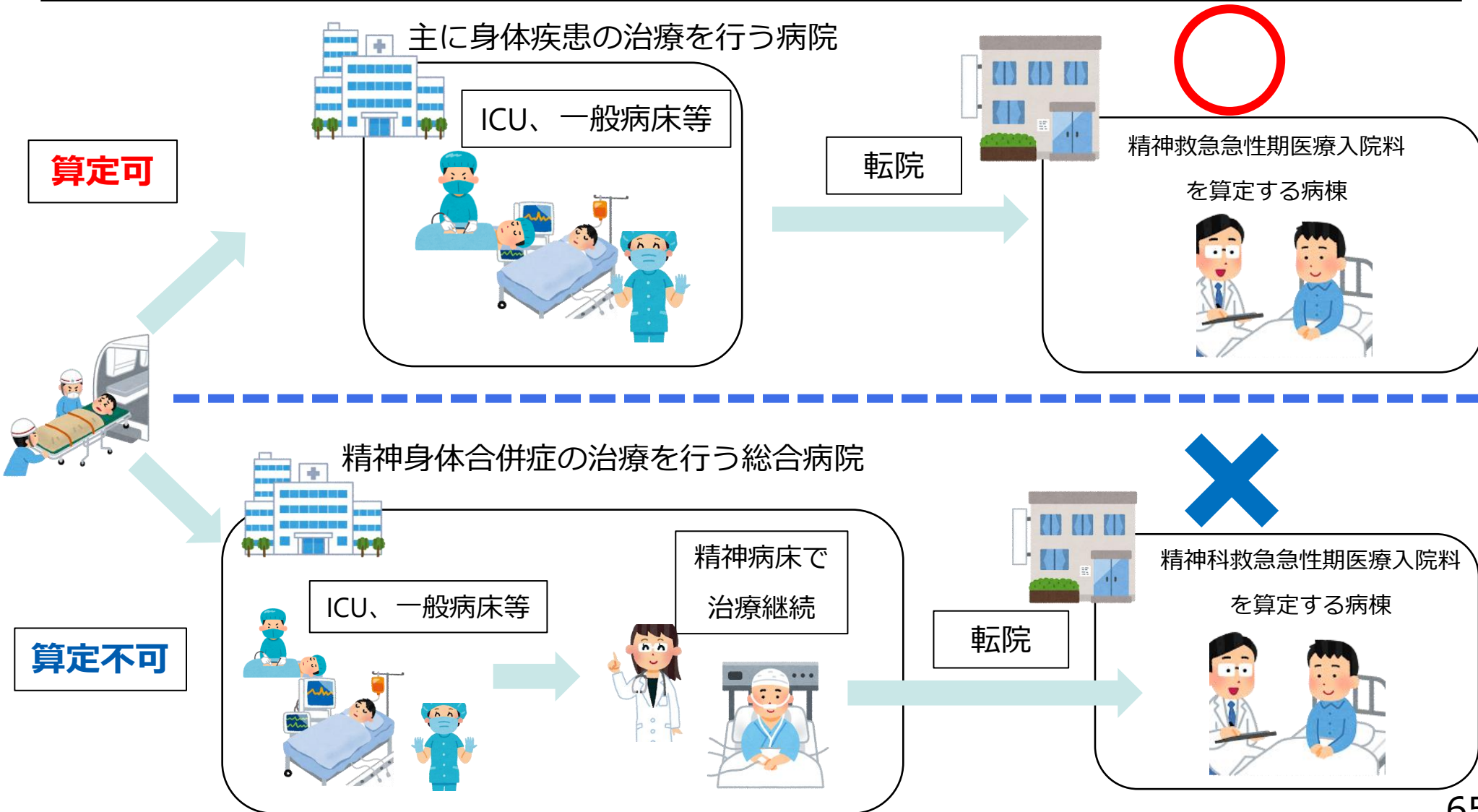
○ 精神病床を有する特定機能病院又は拠点的な急性期機能を担う医療機関（※）において、急性期医師配置加算 2 イ算定可能病棟を有しない医療機関の多くが、精神病棟入院基本料の15:1入院基本料を算定していた。

※ 特定機能病院又は、急性期充実体制加算、総合入院体制加算の算定医療機関のうち、精神病床を有する医療機関（施設）



転院患者における精神科救急急性期医療入院料等の取扱い

- いわゆる総合病院の精神病床に入院していた患者が転院する場合には、精神科救急急性期医療入院料等の算定が認められていない。



精神科身体合併症管理加算について

A230-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

1 7日以内 450点

2 8日以上15日以内 300点

（趣旨）

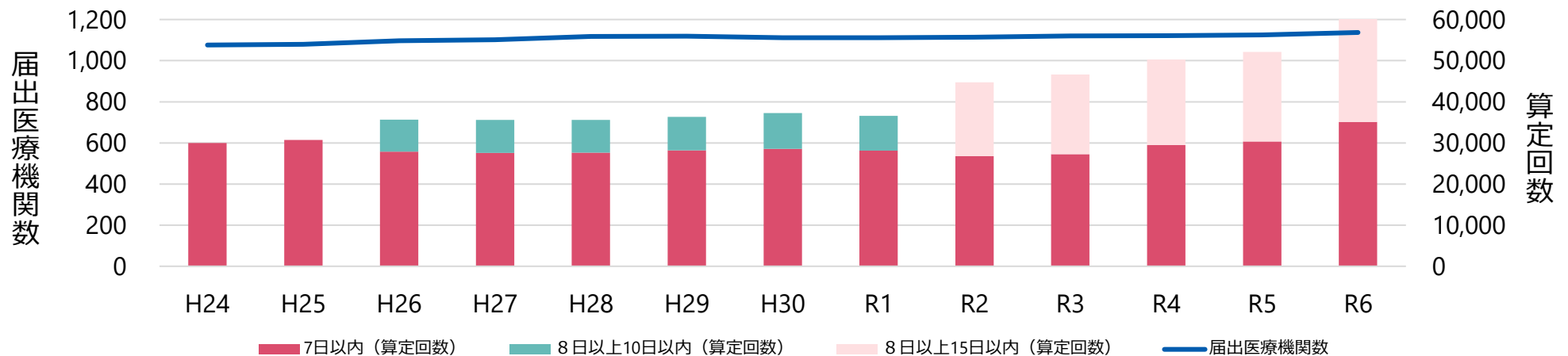
- 精神科身体合併症管理加算は、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。

（対象患者）

- 呼吸器系疾患（肺炎等）、心疾患、手術又は直達・介達牽けん引を要する骨折、脊髄損傷、重篤な内分泌・代謝性疾患、重篤な栄養障害、意識障害、全身感染症、中枢神経系の感染症、急性腹症、劇症肝炎又は重症急性膵炎、悪性症候群又は横紋筋融解症、広範囲（半肢以上）熱傷の患者。

（主な施設基準）

- 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。



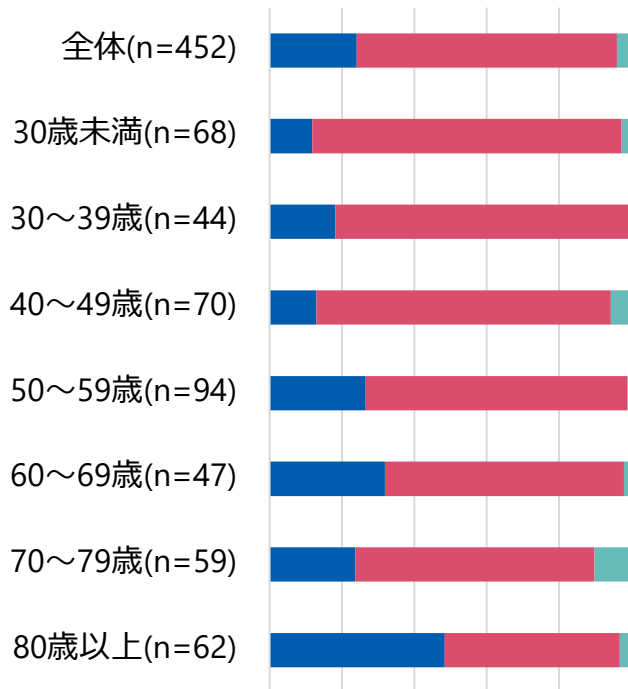
出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）
算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

精神病床に入院する患者が抱える身体合併症の種類等

- 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。
- 患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。

身体合併症の有無（年齢区分別）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ あり（治療の有無を問わない）

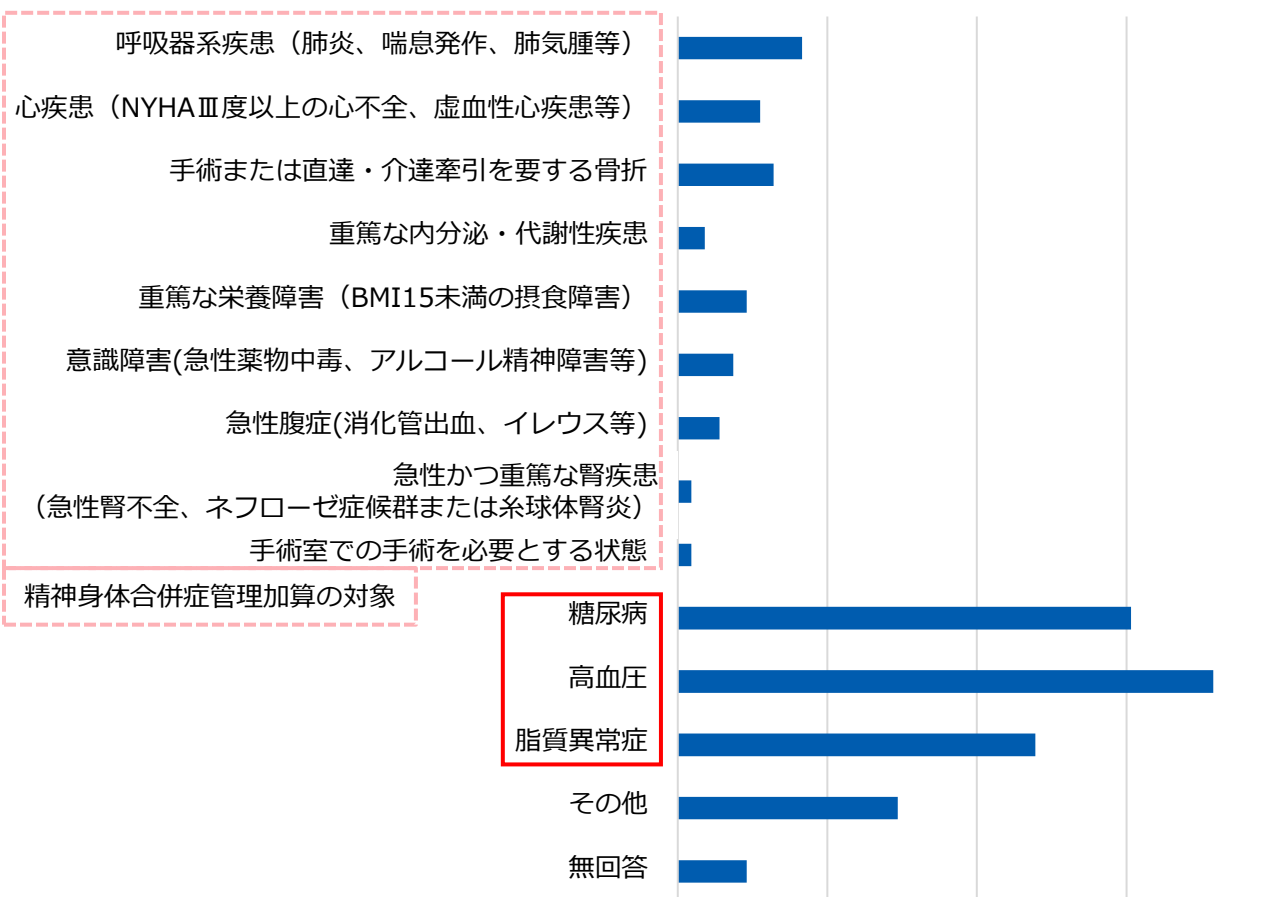
■ なし

■ 無回答

身体合併症の種類ごとの患者割合（n=109）

(%)

0 10 20 30 40



精神疾患を有する患者に対する腎代替療法等に関する課題

- 単科精神科病院での透析実施は極めて困難であることや、維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先が困難であることが指摘されている。

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。

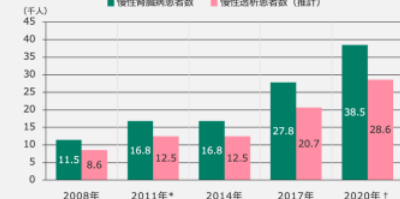
目的

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。

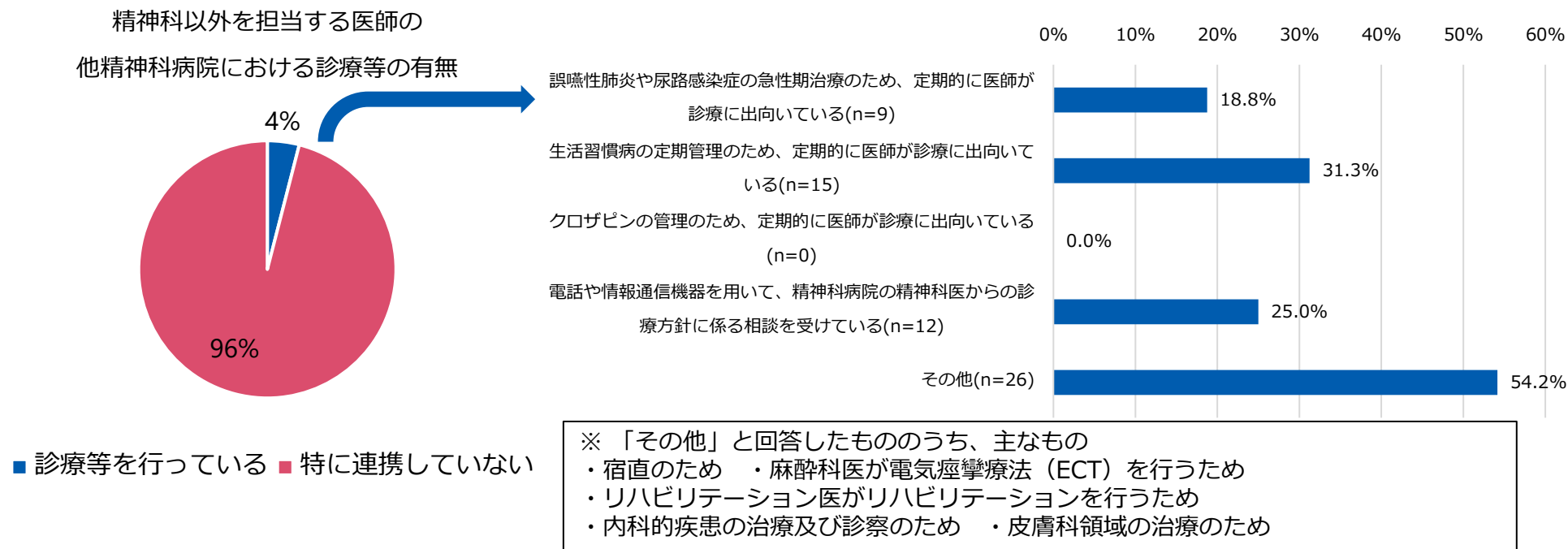
急性期病院の精神科以外を担当する医師が他精神科病院で行う診療

診調組 入 - 1
7. 8. 2 8 改

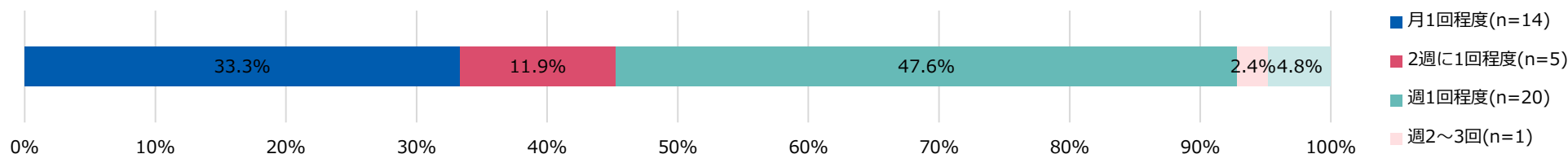
- 精神科病院における身体合併症への対応が求められる中で、一般の急性期病棟を有する病院において精神科以外を担当する医師が、他の精神科病院（精神病床のみを有する病院）で診療等を行っている病院が4%程度存在した。
- 診療等の内容は、生活習慣病の定期管理が31%程と最も多かった。
- 診療の頻度は「週1回程度」が48%程と最も多かった。

一般の急性期病棟を有する病院において

精神科以外を担当する医師の他精神科病院における診療等(n=48)



他院への診療等の頻度(n=42)



A230-4 精神科リエゾンチーム加算

300点（週1回）

（趣旨）

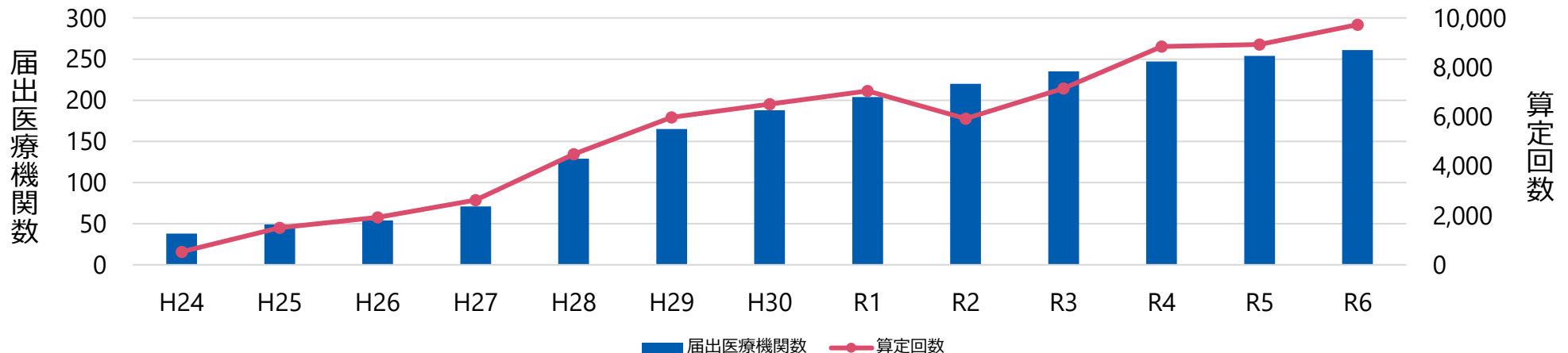
- 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科リエゾンチームが診療することを評価したものである。

（主な留意事項）

- 算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者。
- 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- 認知症ケア加算1は別に算定できない。

（主な施設基準）

- 精神科リエゾンチームの構成員は以下のとおり。
 - ・ 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師の対診等でも可。）
 - ・ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師（精神科等の経験は入院患者の看護の経験1年以上を含むこと。）
 - ・ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人。



出典：届出医療機関数は保険局医療課調べ（各年7月1日時点、令和6年は8月1日時点）

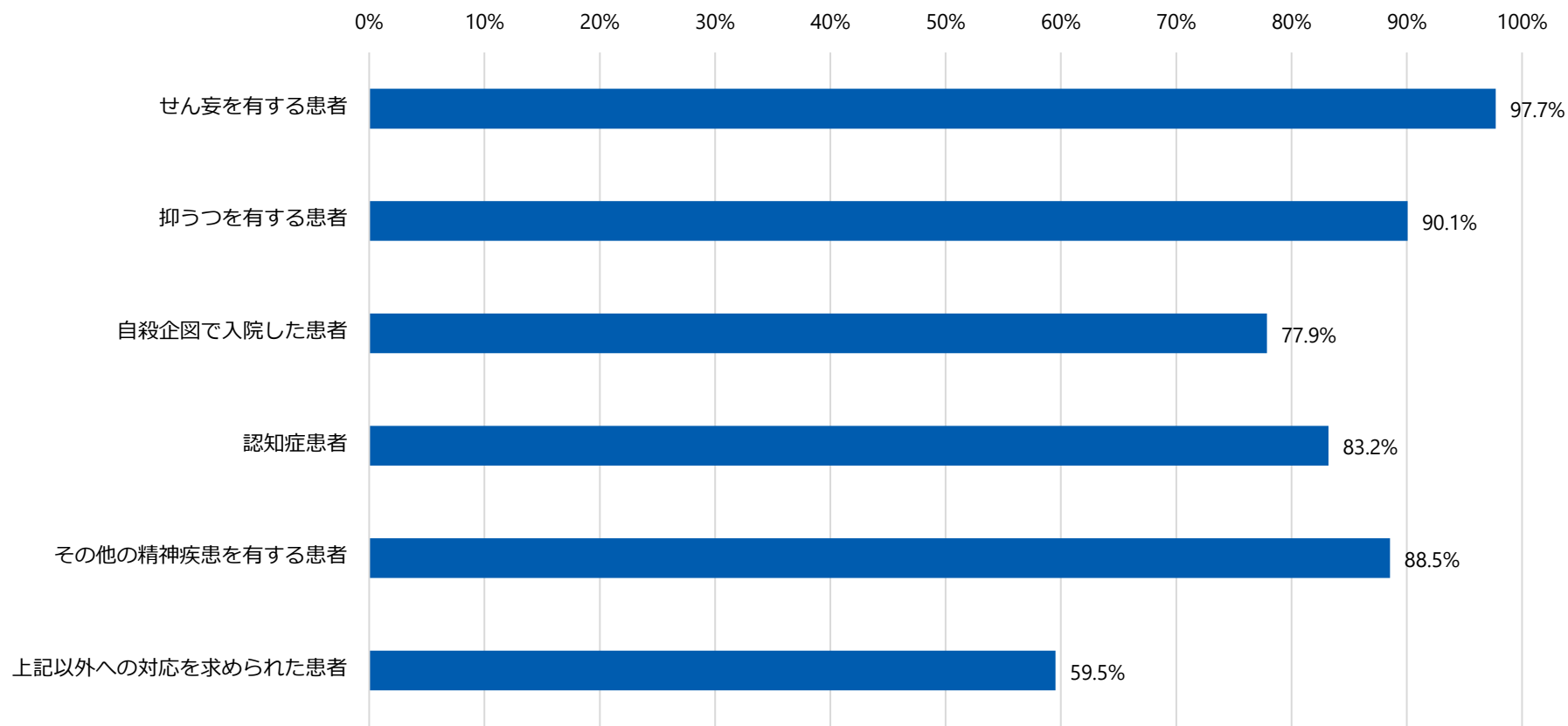
算定回数は社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（令和5年まで6月審査分、令和6年は8月審査分）

精神科リエゾンチームが介入したことがある患者像

診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 急性期の一般病床において、精神科リエゾンチームは、せん妄や抑うつを有する患者、自殺企図で入院した患者、認知症患者等、多様な精神疾患に介入している。

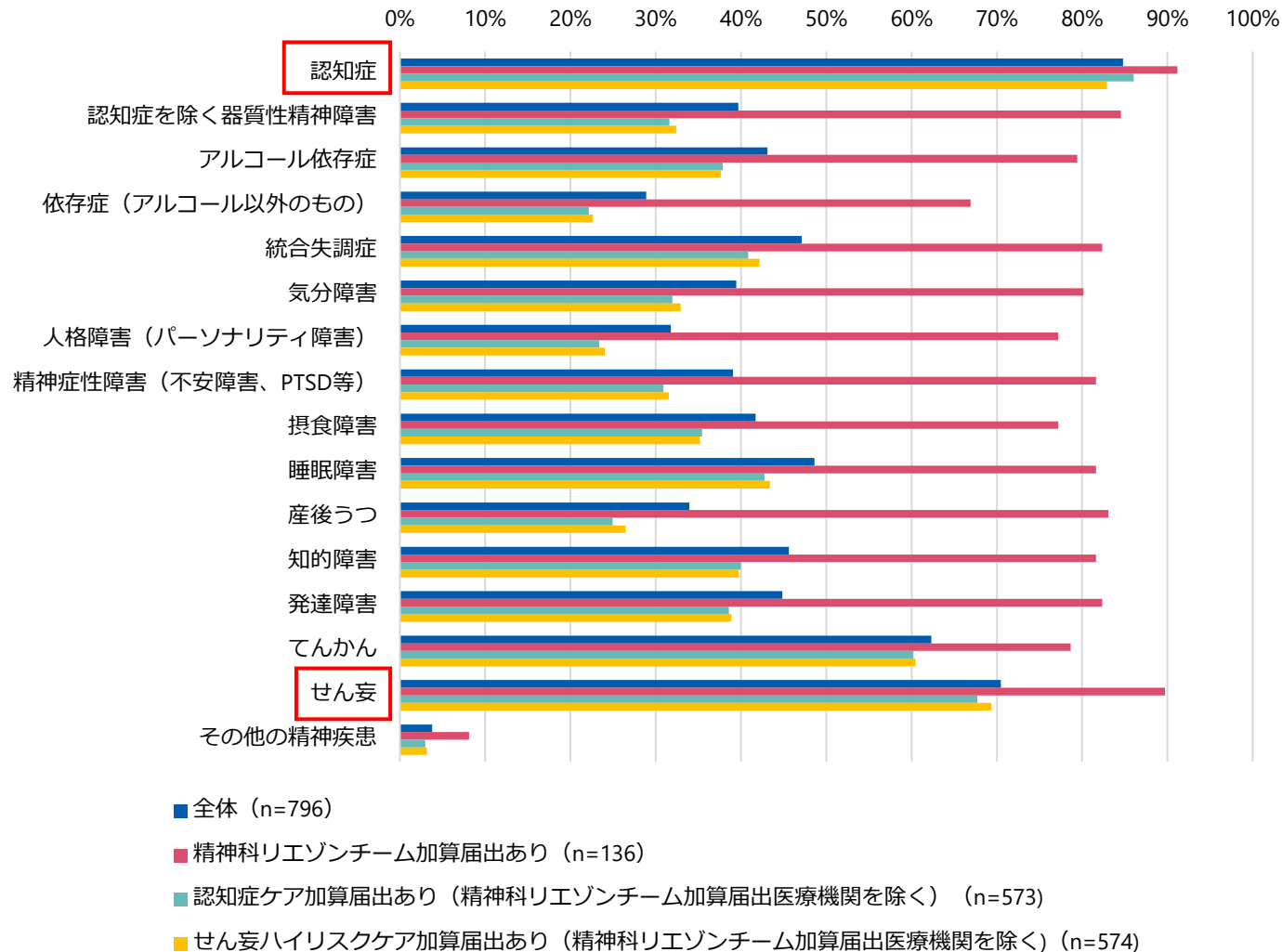
精神科リエゾンチームが介入した患者（n=131）



精神科リエゾンチーム等の設置有無ごとの対応可能な疾患

診調組 入 - 1
7 . 7 . 17 改

- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。



精神医療に係る現状と課題

(多職種による質の高い医療の提供等について)

- 入院医療から地域生活への移行の推進にあたって、多職種の配置による質の高い医療を提供することの必要性が繰り返し指摘されている。
- 長期入院患者の蓄積が課題であった病棟において、多職種による包括的ケアを実践したことによる、平均在院日数の減少及び地域平均生活日数の増加等の効果が報告されている。
- 精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料においては、医療機関の裁量で多職種の柔軟な配置が可能となるような職員配置要件を設定している。
- 精神科病院において従事している多職種(特に精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師)の数は増加傾向であり、多職種配置が要件になっていない精神科病棟入院基本料等においても、多職種(精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師)を病棟配置している医療機関が一定程度みられた。
- 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。
- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数の推計については、現状の取組等を維持しても減少傾向となることが示されている。
- 人口10万人あたりの精神科病院数及び精神病床数を都道府県ごとに見ると、精神科病院は概ね1つ存在し、精神病床数は250床前後存在する。
- 全ての都道府県において、既存病床数が基準病床数を上回っており、基準病床数を超える既存病床数の割合が10%未満の自治体は3都県であるのに対して、同割合が20%以上の自治体が20道府県であり、そのうち同割合が25%以上の自治体は5県である。
- 精神科病院の病床数ごと施設数について、200床台の医療機関数は横ばいであり、精神科病院の利益率について、病床数が少ないほど利益率が低下しており、200床以上の医療機関が病床削減を躊躇する一因となっていることが考えられる。
- 精神科地域包括ケア病棟入院料は、精神科入退院支援加算の届出、精神保健指定医の公務員業務実績、精神科救急医療に参画することなど、届出病棟に限らず院内全体で満たす必要がある施設基準が設定されている。令和7年10月時点の届出医療機関数は、31施設に限られている。
- 障害福祉サービス等は年々充実が進んでおり、例えば居住系支援である共同生活援助の利用者は増加傾向である。さらに、精神医療を提供する保険医療機関のうち、同一法人又は関連法人が障害福祉サービスを提供している保険医療機関が、一定程度存在した。

精神医療に係る現状と課題

(多職種による質の高い医療の提供等について)

- 入院医療に比して外来医療の規模が大きい病院の方が、入院患者に占める1年以上の長期入院患者の割合が少ない傾向がある。
- 地域定着への取組を評価した精神科入退院支援加算及び療養生活継続支援加算の算定や、公認心理師の外来配置の有無別に、精神病床における在宅復帰率や平均在院日数をみると、いずれも取り組みを行っている医療機関の方が在宅復帰率が高く、平均在院日数が短かった。
- 平成16年度改定以降現在まで、現行の18:1、20:1入院基本料は経過措置として「当分の間、算定できるものとする」とされているところ、届出医療機関数及び病床数は近年横ばいである。また、人員配置が少なく、平均在院日数の要件設定がない入院料を届け出る病棟においては、1年以上の長期入院患者の割合が高い傾向にある。

(患者の特性に応じた治療・ケアの推進について)

- 精神病床の入院患者について、医療保護入院患者が約半数を占める。
- 精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料においては、医療保護入院等の非同意入院による新規入院患者割合を要件としている。
- 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する研究が行われた。
- 精神科救急医療体制加算の届出医療機関における、時間外、休日又は深夜の精神疾患による入院件数は、医療機関ごとにばらつきがみられ、精神科救急医療整備事業等による指定状況によらなかった。
- 精神科救急医療体制加算は、地域の医療提供体制等の事情により特例的に120床以上でも算定可能としているところ、当該要件を用いて算定している医療機関は、1施設のみであった。
- 精神科急性期医師配置加算1及び3において、当該加算算定病棟におけるクロザピンの新規導入実績を要件としているところ、クロザピンの新規導入は、精神科急性期医師配置加算の対象に限らず、多様な病棟において実施されていた。

精神医療に係る現状と課題

(精神身体合併症について)

- 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。また、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。
- 精神病床数は減少傾向にあるが、精神科病院よりも一般病院で、その減少傾向が大きい。
- 精神病床を有する急性期病院において、自殺企図のために救急外来から直接精神病床に入棟した経験のある医療機関と、一般病床からの転棟で受け入れた経験のある医療機関はいずれも半数程度存在した。また、85%程度の医療機関において、「他院の精神病床からの転院」患者を受け入れており、その理由として最も多いのは「精神疾患の増悪のため」、次いで「内科的理由で入院した精神科領域患者」であった。
- 精神病床を有する特定機能病院又は拠点的な急性期機能を担う医療機関において、急性期医師配置加算2イ算定可能病棟を有しない医療機関の多くが、精神病棟入院基本料の15:1入院基本料を算定していた。
- いわゆる総合病院の精神病床に入院していた患者が転院する場合には、精神科救急急性期医療入院料等の算定が認められていない。
- 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。
- 単科精神科病院での透析実施は極めて困難であることや、維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先が困難であることが指摘されている。
- 精神科病院における身体合併症への対応が求められる中で、急性期病院において精神科以外を担当する医師が、他の精神科病院で診療等を行っている病院が4%程度存在し、診療等の内容は、生活習慣病の定期管理が31%程と最も多く、診療の頻度は「週1回程度」が48%程と最も多かった。
- 急性期の一般病床において、精神科リエゾンチームは、せん妄や抑うつを有する患者、自殺企図で入院した患者、認知症患者等、多様な精神疾患に介入している。
- 精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関はそれ以外の医療機関と比べ、多様な精神疾患に対応可能であった。また、精神科リエゾンチーム加算を届け出ている医療機関のほか、認知症ケア加算やせん妄ハイリスクケア加算を届け出ている医療機関においても、認知症やせん妄に対応できるとした医療機関が多かった。

精神医療に係る論点

【論点】

(多職種による質の高い医療の提供等について)

- 質の高い精神医療の提供のために、急性期の入院料においても、各医療機関・病棟の入院患者のニーズに応じ、看護職員だけでなく、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師をより柔軟に配置できるようにすることについてどう考えるか。
- 精神病床に入院する患者数は減少傾向であり、病床の削減が進む一方で、小規模の精神科病院は運営が困難であること等を踏まえ、病床数を削減する取り組みを行っている等の小規模医療機関が、質の高い入院医療、地域生活に係る外来医療の提供や障害福祉サービスの提供等を行うことの評価についてどのように考えるか。
- 長期入院患者に対する地域移行に係る取組をさらに推進する必要があること等を踏まえ、人員配置基準の低い精神病棟入院基本料等の評価をどのように考えるか。

(患者の特性に応じた治療・ケアの推進について)

- 精神科救急急性期医療入院料等について、医療保護入院等の割合が高いことが要件となっているが、強制的な入院を促進しないような配慮を踏まえた、緊急的な入院医療の必要性に関する指標のあり方について、どのように考えるか。
- 「精神科救急医療体制加算」について、精神科救急医療体制整備事業において都道府県が指定した類型に基づく評価となっているが、実際の救急や地域医療における機能を踏まえた評価のあり方について、どのように考えるか。また、当該加算を120床を超えて届出を行う場合の特例的な規定については、利用が少ないことを踏まえ、その扱いをどのように考えるか。
- クロザピンの新規導入に関する医療機関の体制整備のあり方を踏まえ、現在病棟ごとの評価となっている、精神科急性期医師配置加算のクロザピン新規導入実績の要件についてどのように考えるか。

(精神身体合併症について)

- 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の治療提供体制の普及を図る確保する観点から、こうした体制を評価する精神科急性期医師配置加算2イの対象となる入院料のあり方について、どのように考えるか。また、重症の身体合併症で急性期の治療を行った患者が、精神科救急急性期医療入院料等を算定する病床に転棟・転院した場合の取り扱いについてどう考えるか。
- 精神病床入院患者の高齢化が進む中で、生活習慣病や維持透析等の慢性的な身体合併症への対応を要する患者への、内科等の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、精神科身体合併症管理加算の要件や対象疾患の範囲についてどう考えるか。
- 様々な精神疾患に対応できる精神科リエゾンチームの専門性を評価する観点から、精神科リエゾンチーム加算における、認知症及びせん妄以外の精神疾患を抱える患者への介入の更なる評価について、どのように考えるか。