

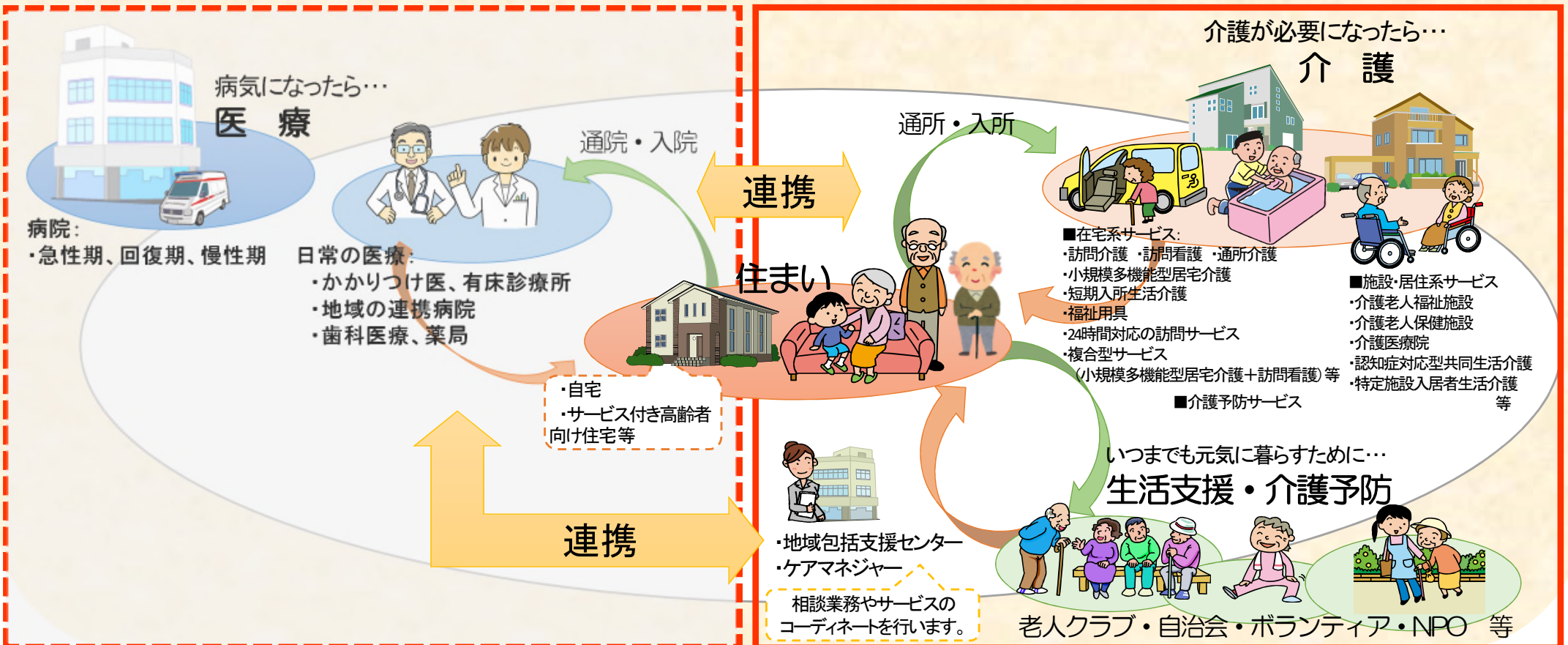
介護・障害福祉サービス等と医療との 連携の在り方について

介護・障害福祉サービス等と医療との連携の在り方について (地域包括ケアシステムにおける医療の役割)

地域包括ケアシステムの姿

地域づくり・まちづくりにおける医療の在り方 (7/10)

本日のテーマ (7/17)



※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について
 - 地域包括ケアシステムの推進について
 - 訪問看護の利用状況等について
- 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
 - 様々な依存症対策への対応について
- 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について
 - 障害児・者に係る施策・サービス等の概要について
 - 発達障害児・者への対応について
 - その他

地域包括ケアシステムの推進について

- 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう
- 平成30年度診療報酬改定において、医療と介護の連携を推進する観点から、介護報酬改定における対応を踏まえ、以下の対応等を実施
 - ・ 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化
 - ・ リハビリテーションにおける医療介護連携の推進
 - ・ 介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応
 - ・ 国民の希望に応じた看取りの推進
- 平成30年度介護報酬改定において、地域包括ケアシステムの構築を推進し、中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備するための対応等を実施

(社会保障制度改革国民会議報告書抜粋)

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

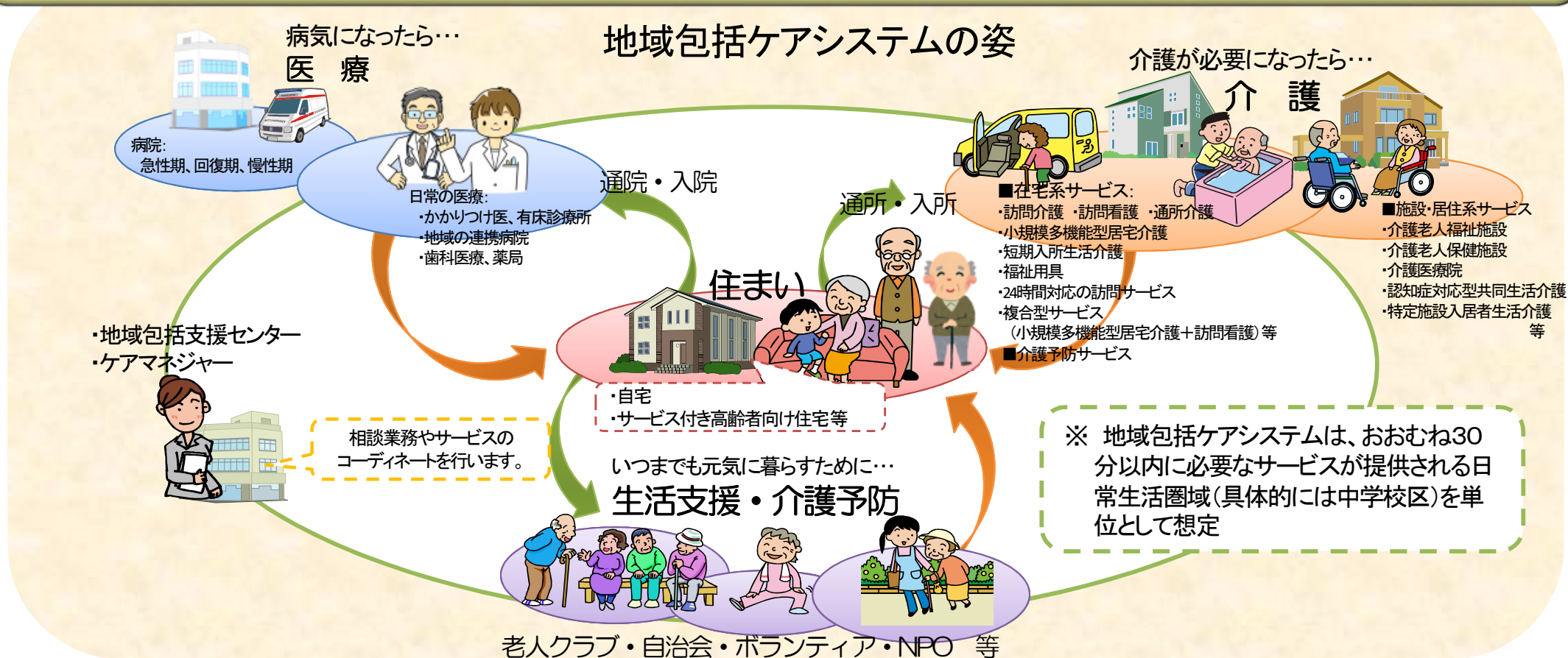
(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステム(抜粋)

■ 今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



医療と介護の連携の推進

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和



国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進（在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加）

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件（抜粋）

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

介護報酬改定における対応（居宅介護支援）

○ケアマネジメントプロセスの簡素化

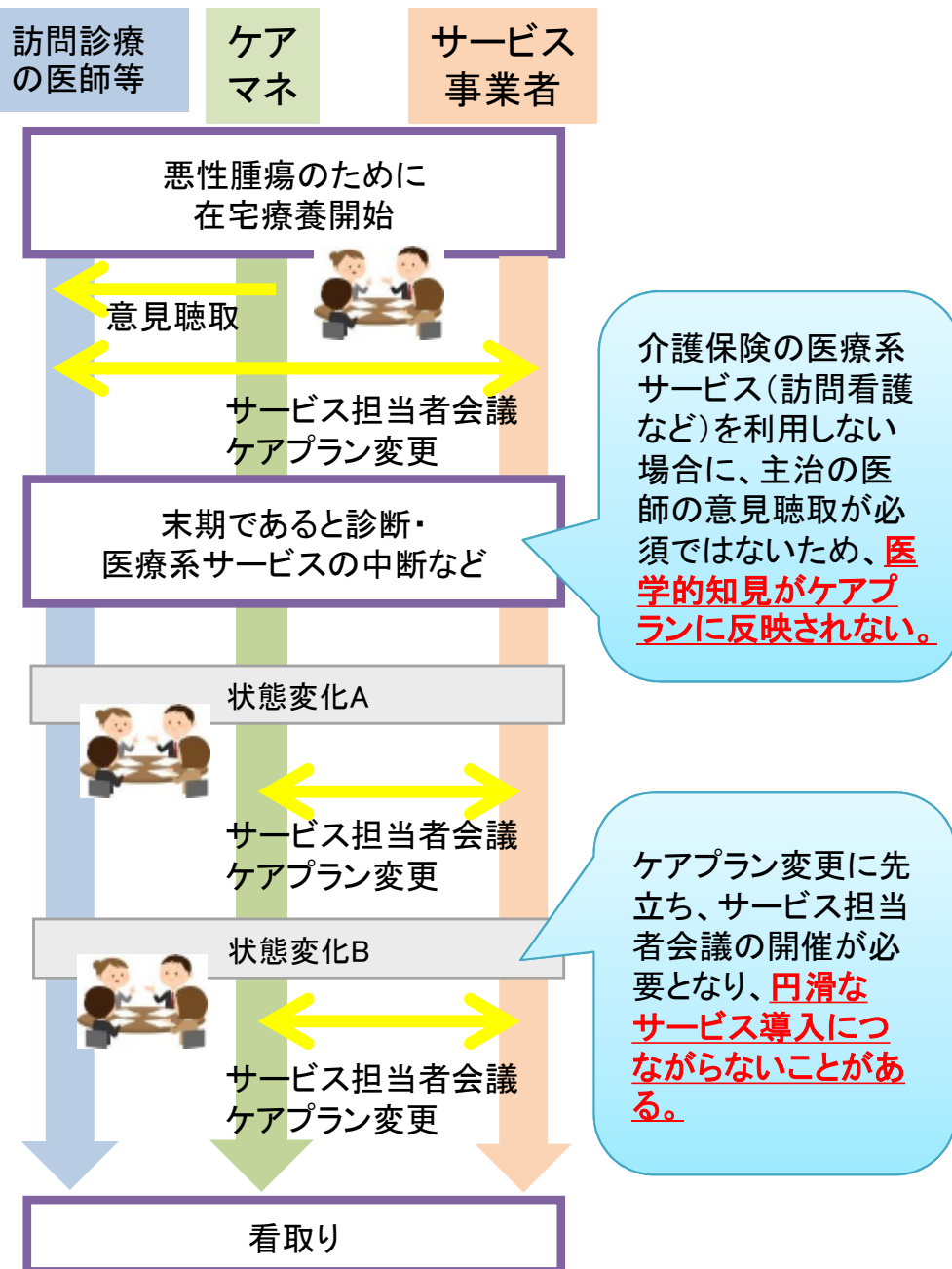
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

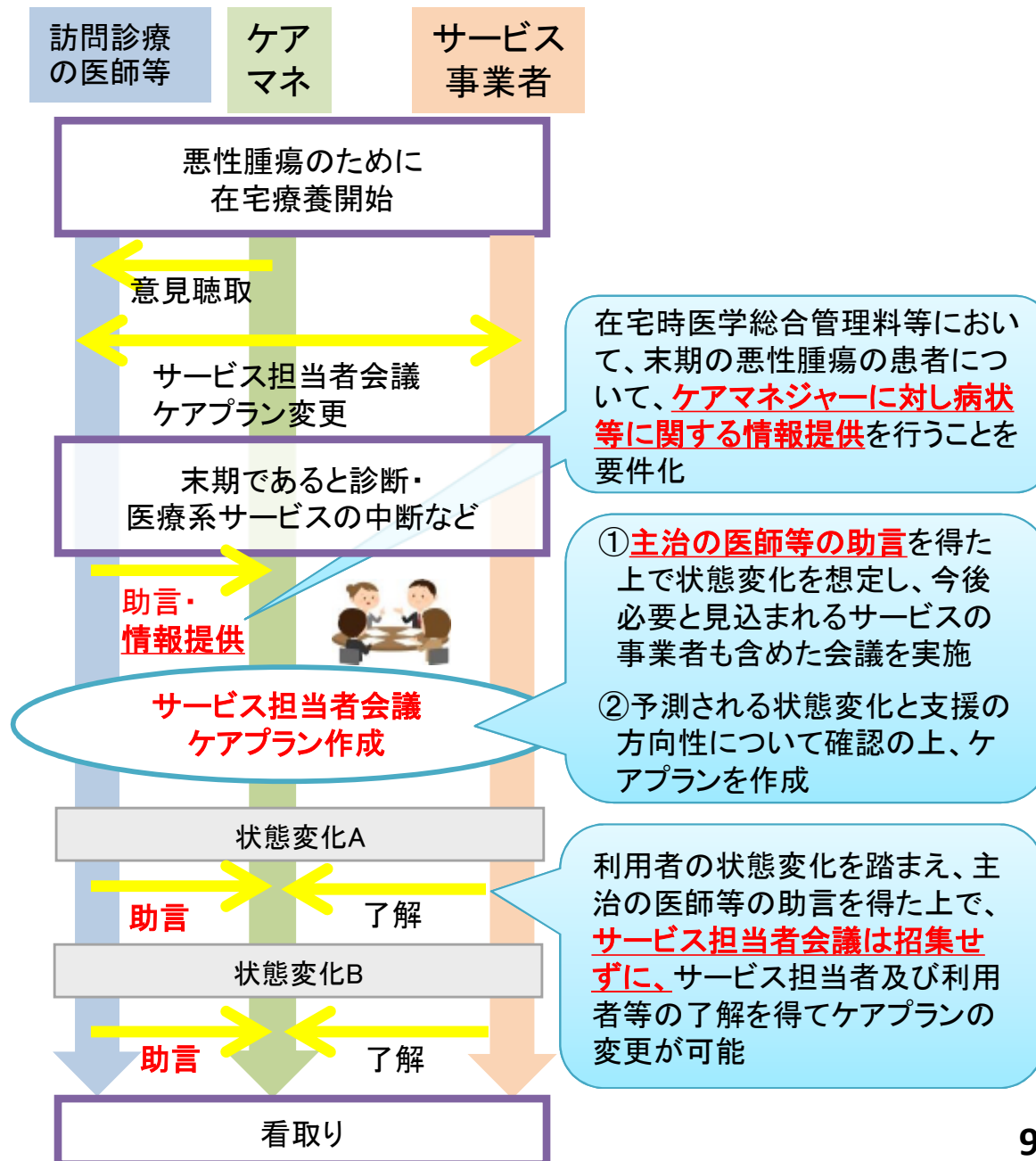
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化(イメージ)

改定前



改定後(以下の取扱いも可能となる。)



維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者※に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。
(平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等※に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする)
※入院中の患者以外の患者に限る。

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

(新) リハビリテーション計画提供料1 275点

(新) 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設する。

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】

300点

[対象患者]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者



改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】

リハビリテーション総合計画評価料1 300点

[対象患者]

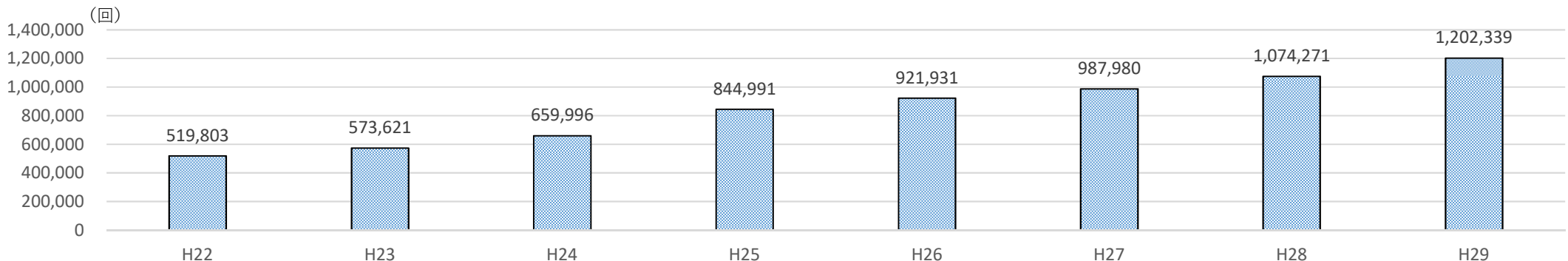
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者

○ リハビリテーション総合計画評価料の算定回数の推移



出典：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）（各年6月審査分）

介護医療院の創設への対応

- 介護療養型医療施設(介護療養病床)の転換先として介護医療院が創設されるに当たり、診療報酬における取扱いについて、介護医療院の特性を踏まえた、以下のような対応を行う。
1. 介護医療院は、医療提供が内包されている施設であるため、その内容に応じて給付調整を行う。具体的には、診療内容については介護療養型医療施設、体制の基準については介護老人保健施設に係る給付調整と同様に扱う。
 2. 在宅復帰・在宅移行に係る評価において、介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、居住系介護施設等を含め「退院先」として扱う。
 3. 介護医療院は住まいの機能を有するとの考え方から、入院料において、在宅からの受入れに対する評価について、介護医療院を「自宅」と同様の取扱いとする。
 4. 介護医療院は、医療を提供する機能を有することから、医療に係る情報提供や共同指導について、介護老人保健施設と同様の取扱いとする。
[対応する報酬] 診療情報提供料(I)、退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)
 5. 病院の機能分化の観点から、介護医療院等の介護保険施設を有する医療機関については、総合入院体制加算の評価対象から除外する。

介護報酬改定における対応

(医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設)

- 介護医療院については、介護療養病床(療養機能強化型)相当のサービスを提供するⅠ型と、老人保健施設相当以上のサービスを提供するⅡ型の2つの類型が創設される。
- 介護療養型医療施設等から介護医療院への転換について、各種の転換支援・促進策が設けられる。



慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

介護医療院

既存サービスの
組合せ医療機関
(医療療養病床
20対1)

医療機能を内包した施設系サービス

〔患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等
ができるよう、2つのパターンを提示。〕医療を外から提供する、
居住スペースと医療機関の併設

- 医療機能の集約化等により、20対1病床や診療所に転換。
- 残りスペースを居住スペースに。

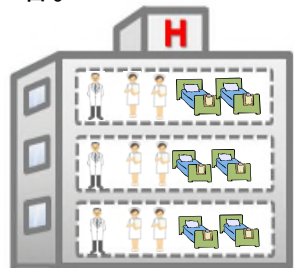
新(案1-1)

新(案1-2)

新(案2)

医療機関
に併設現行の
特定施設入居
者生活介護

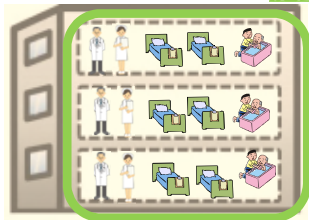
- 医療区分ⅡⅢを中心とする者。
- 医療の必要性が高い者。



- 人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)
- 介護ニーズは問わない

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者。

施設



- 喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理
- 24時間の看取り・ターミナルケア
- 当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制
- 高い介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。

施設

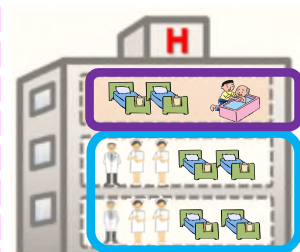


- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- オンコール体制による看取り・ターミナルケア

- 多様な介護ニーズに対応

▶実際に想定される
医療機関との
組み合わせ例

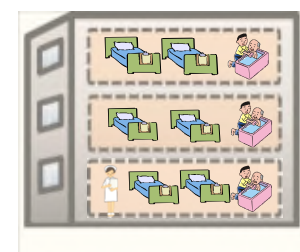
- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。

居住スペース
↑ 訪問診療
・医療療養病床
(20対1)
・診療所
(有床又は無床)今後の人口減少を見据え、病床を削減。
スタッフを居住スペースに配置換え等し、
病院又は診療所(有床、無床)として
経営を維持。

- 多様なニーズに対応する日常的な医学管理
- 併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア
- 多様な介護ニーズに対応

(注) 新案1-1、1-2及び2において、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

- 医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。
- 医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



+ 診療所等

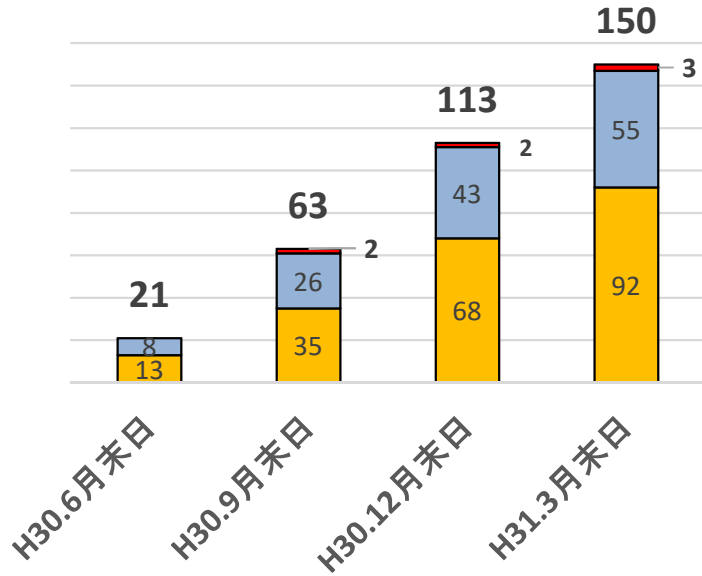
- 医療は外部の病院・診療所から提供

- 多様な介護ニーズに対応

介護医療院の開設状況

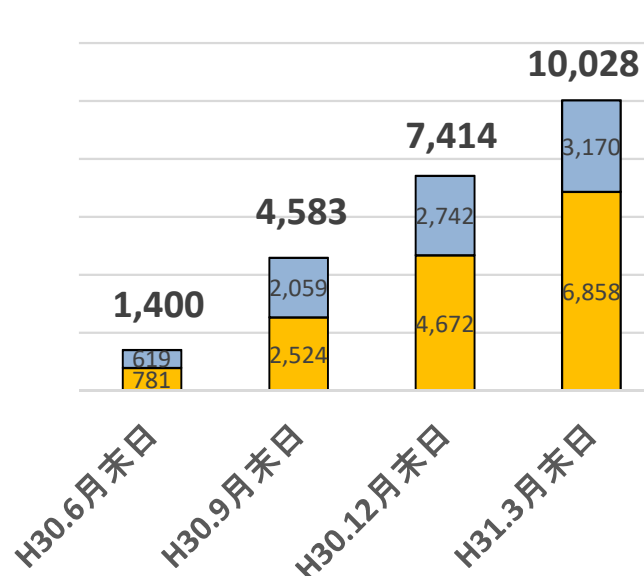
○平成31年3月末日時点での介護医療院開設数は、150施設・10,028療養床であった。

施設数の推移



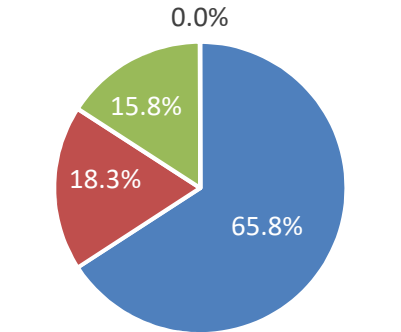
■ I 型みの施設 ■ II 型みの施設
■ I 型 II 型混合の施設

療養床数の推移



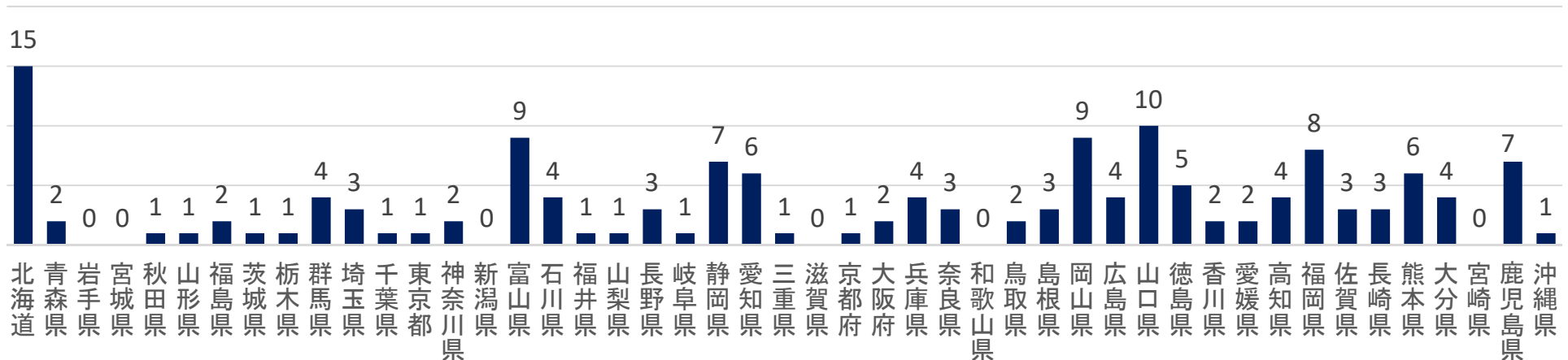
■ I 型療養床 ■ II 型療養床

転換元の病床割合
(平成31年3月末日時点)



■ 介護療養病床
■ 介護療養型老人保健施設
■ 医療療養病床
■ 療養病床以外の病床

H31.3月末日時点での都道府県別の施設数



有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援(一部再掲)

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降 30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

- 介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。
- 介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

<参考> 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)の具体例

医療サービス

有床診療所

又は

無床診療所



介護サービス(例) (多様なサービスの組み合わせが可能)

短期入所療養介護※

- 施設の空床を利用し、主にかかりつけの患者を対象として、医療ニーズを有する利用者への宿泊サービスを提供する

※ 診療所における短期入所療養介護は、医療法上の病床により提供されるものであるため、有床診療所との組み合わせで提供される。

看護小規模多機能型居宅介護

- 施設の空床を一部宿泊室に転換し、通所・宿泊・訪問(看護・介護)を医療機関併設の介護サービスとして提供

介護医療院

- 医療機関併設の介護医療院として、長期療養が必要な重度の要介護者に対応

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関連する報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する。

診療報酬改定における対応（在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬）

現行

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】	
機能強化型在支診・在支病（病床あり）	6,000点
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	5,000点
在支診・在支病	4,000点
その他の医療機関	3,000点
【訪問看護ターミナルケア療養費】	20,000円



改定後

【在宅ターミナルケア加算（在宅患者訪問診療料）】 （ <u>有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分</u> ）	
機能強化型在支診・在支病（病床あり）	<u>6,500点</u>
機能強化型在支診・在支病（病床なし）	<u>5,500点</u>
在支診・在支病	<u>4,500点</u>
その他の医療機関	<u>3,500点</u>
【訪問看護ターミナルケア療養費】※	
訪問看護ターミナルケア療養費1	<u>25,000円</u>
（新）訪問看護ターミナルケア療養費2	<u>10,000円</u>

〔算定要件〕

ターミナルケアの実施については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様



「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等への対応を共通の要件とする。

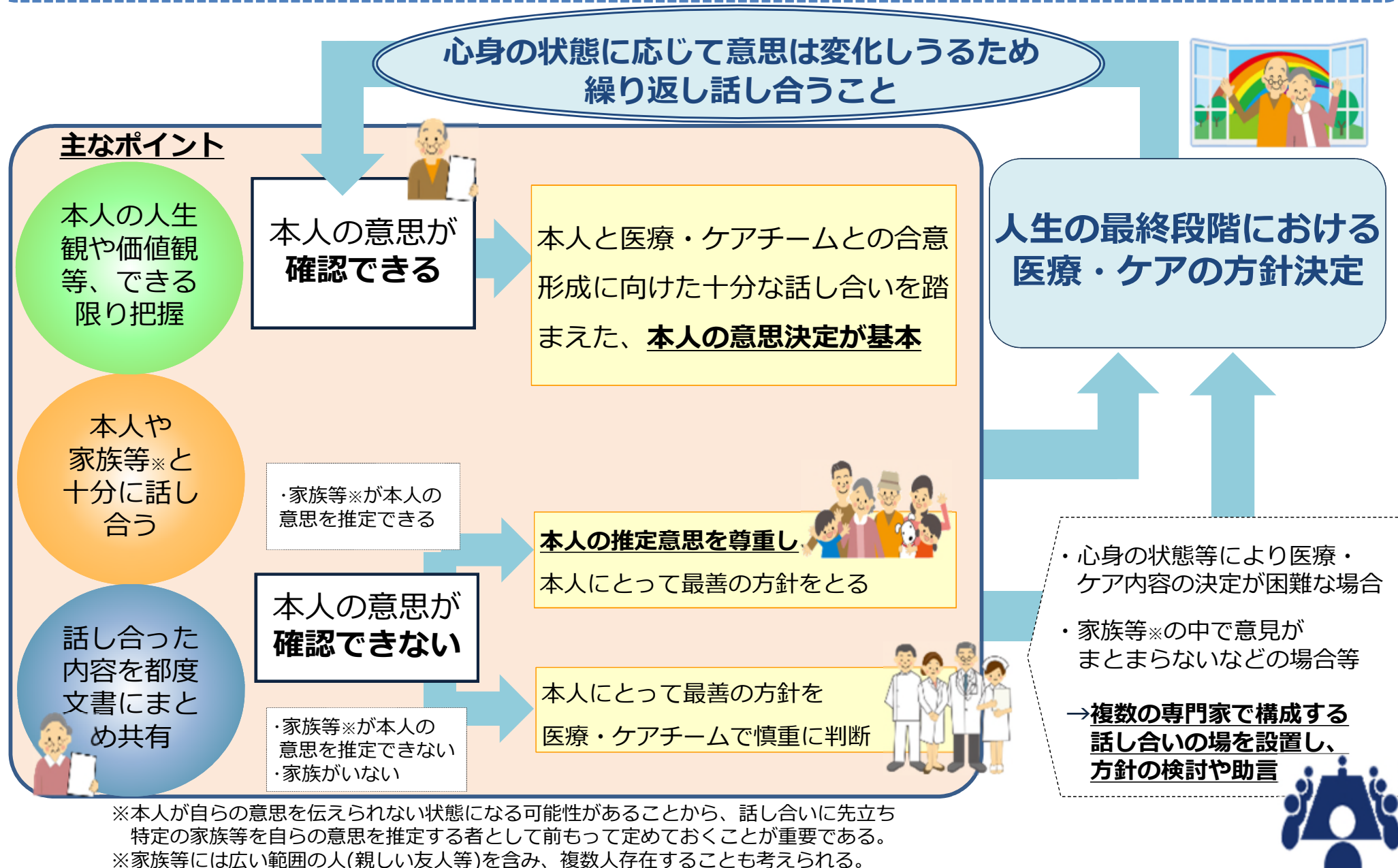
介護報酬改定における対応

（訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護）

- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上、対応すること。
 - ・ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

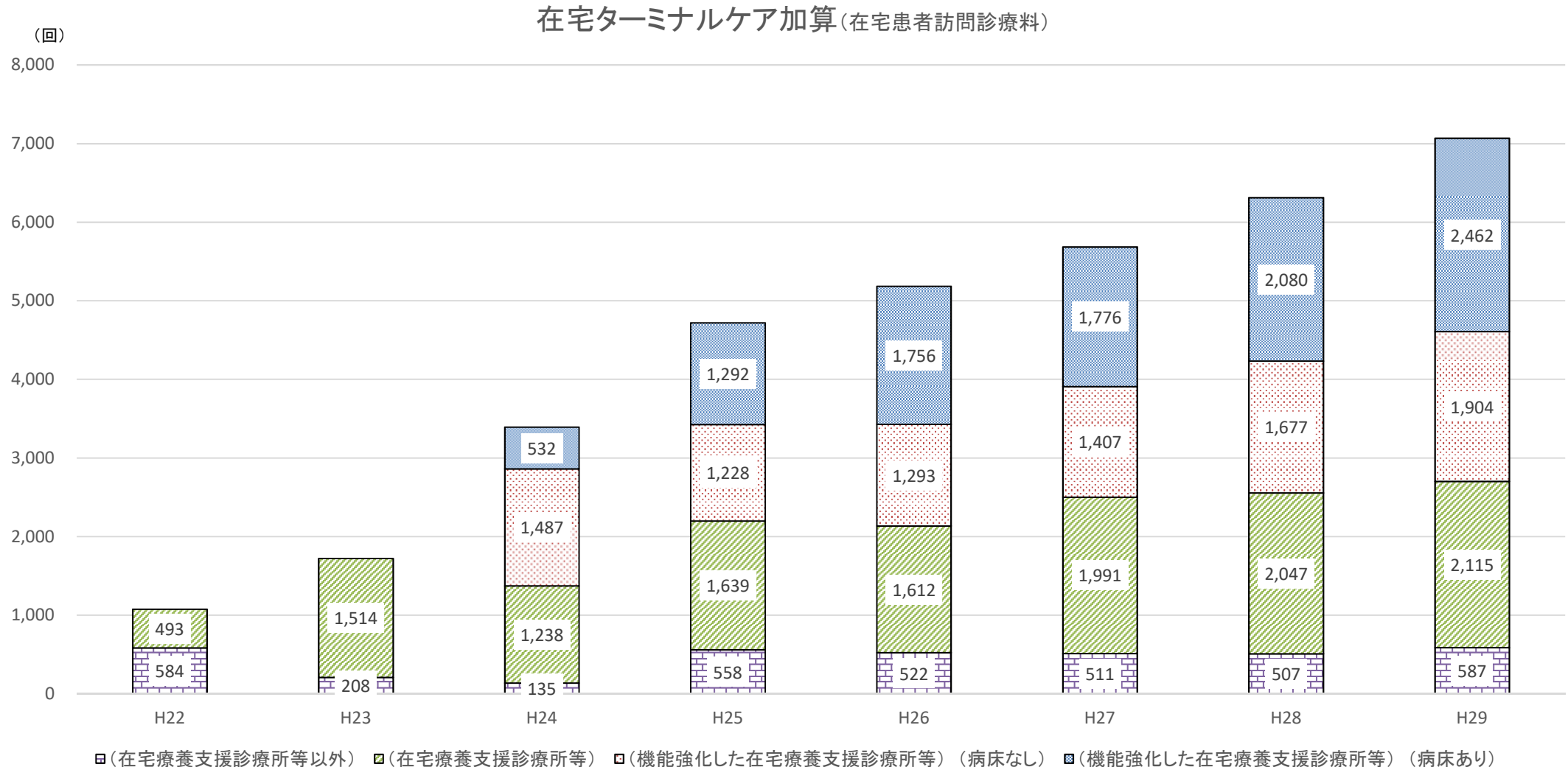
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)

○ 在宅ターミナルケア加算の算定回数は、増加傾向であり、特に、機能強化型在支診等における算定件数が増加傾向である。



出典：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）（各年6月審査分）

質の高い在宅医療の確保

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療(**裾野の拡大**)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

多様な在宅医療のニーズへの対応①

複数の医療機関が行う訪問診療の評価

- 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

同一建物居住者以外 830点

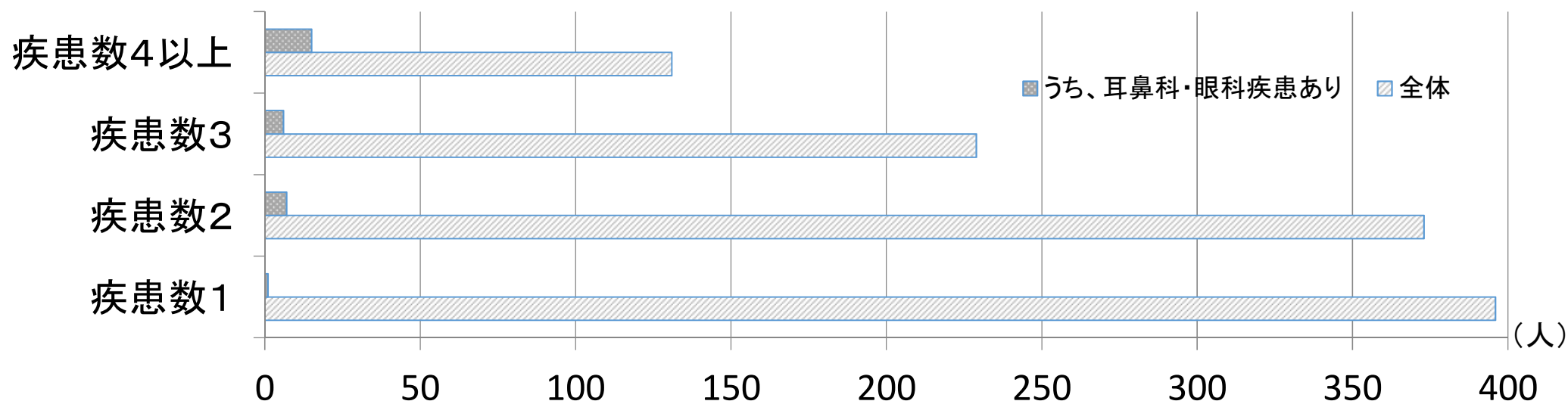
同一建物居住者 178点



[算定要件]

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

訪問診療を行っている患者の疾患数



(出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

多様な在宅医療のニーズへの対応②

併設する介護施設等への訪問診療の整理

- 在宅患者訪問診療料について、併設する介護施設等への訪問診療の場合、訪問と外来の中間的な診療形態となることを踏まえ、併設する介護施設等の入居者への訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

併設する介護施設等の入居者の場合 144点(1日につき)

患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

- 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
包括的支援加算 150点(月1回)

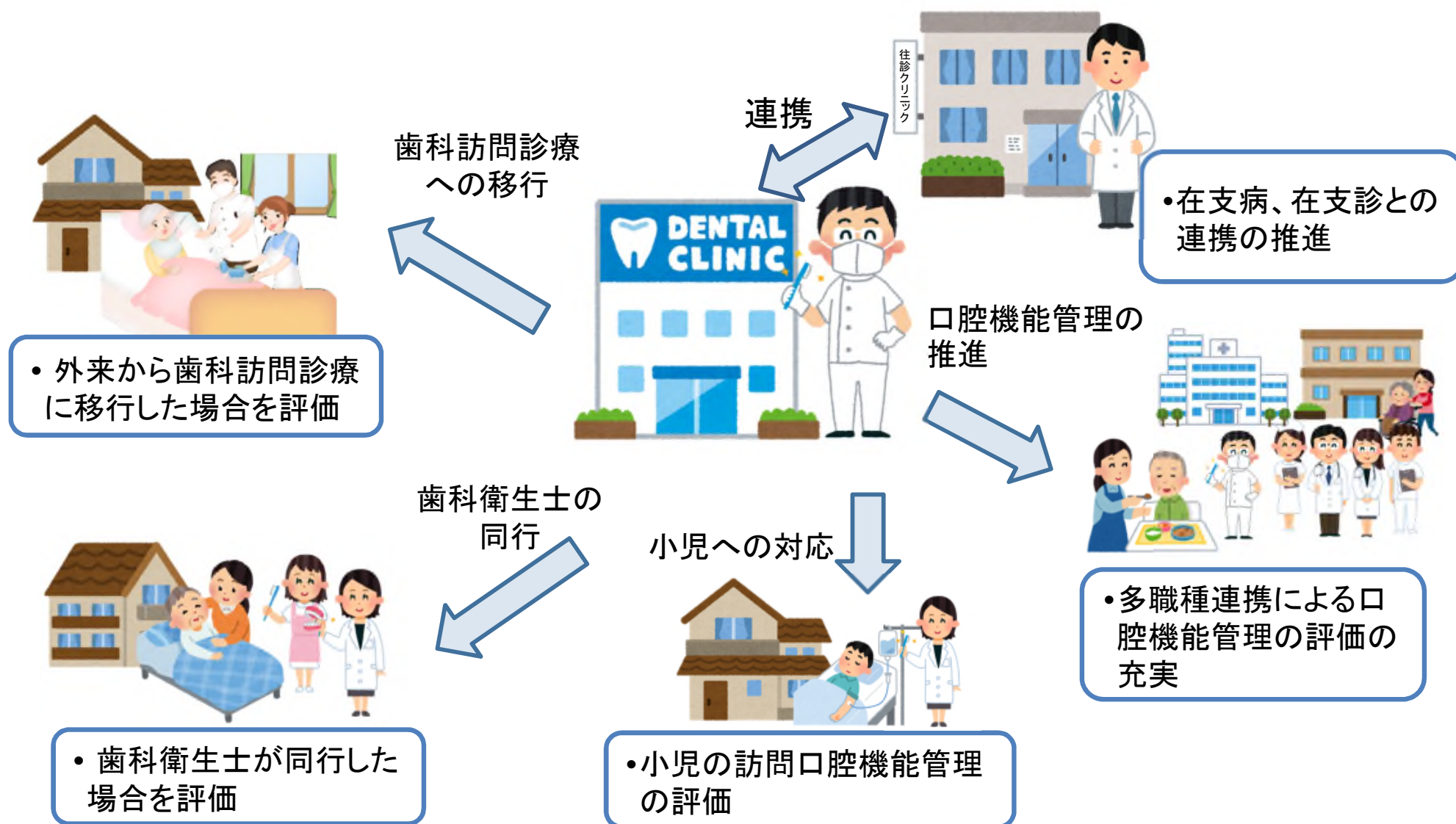
[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

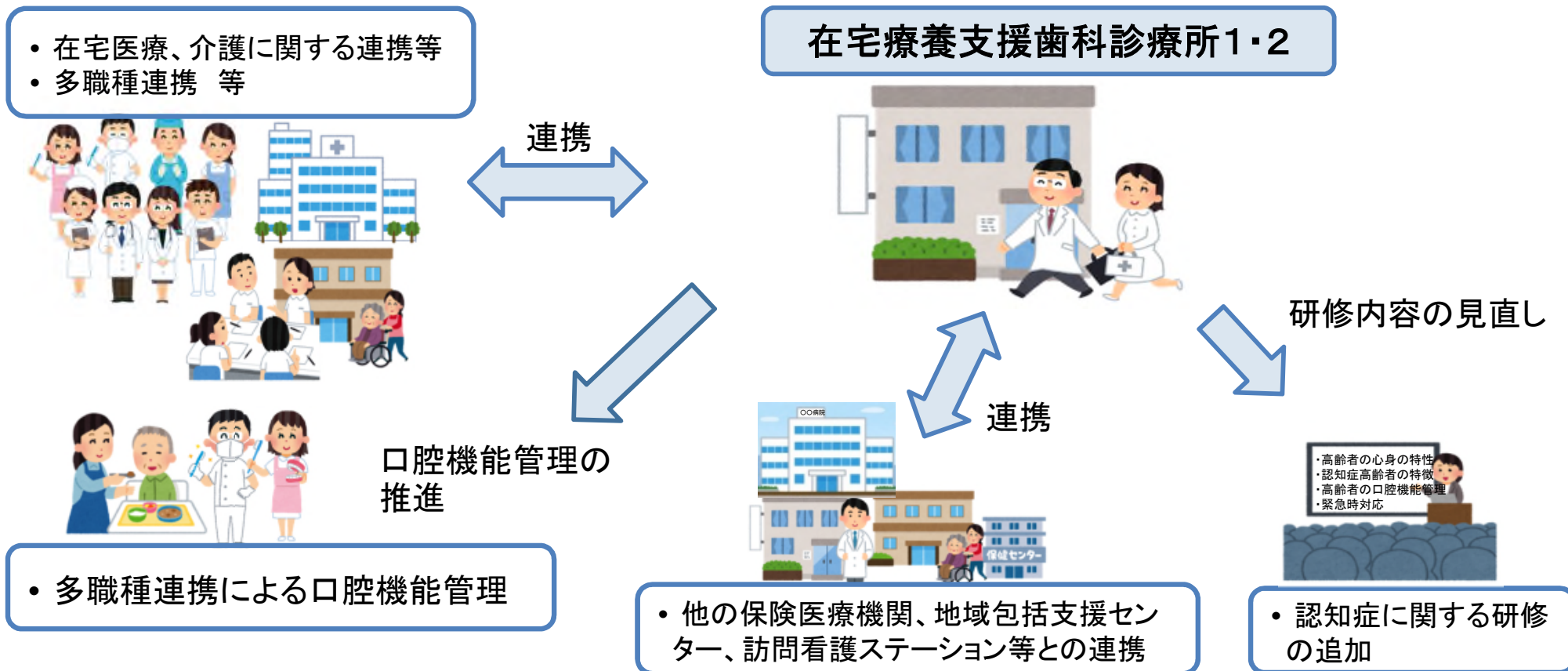
在宅歯科医療の推進(主な改定内容)

○ 在宅歯科医療を推進する観点から、歯科訪問診療料の見直しを行うとともに、口腔機能管理をさらに推進する。



在宅療養支援歯科診療所の見直し(主要内容)

- 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の要件として地域包括ケアシステムでの活動実績等を追加。



【参考】在宅療養支援歯科診療所の施設基準(抜粋)

- ・当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。
- ・当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上出席していること。
- ・過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力をを行っていること。

(参考)地域包括ケアシステムの構築における予算的対応

団塊の世代が75歳以上となり医療・介護等の需要の急増が予想される2025(平成37)年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取組を進める。

I 介護サービスの充実と人材確保

※金額は令和元年度所要額(公費)

(1) 地域医療介護総合確保基金(介護分) 824億円

- 医療介護総合確保推進法に基づき、各都道府県に設置した地域医療介護総合確保基金(介護分)を活用し、介護施設等の整備を進めるほか、介護人材の確保に向けて必要な事業を支援する。

① 介護施設等の整備に関する事業

地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービス施設の整備に必要な経費や、介護施設(広域型を含む)の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を図るための改修等に必要な経費の助成を行う。(701億円)

② 介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する。(124億円)

※基金の負担割合
国2/3 都道府県1/3

(2) 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) 1,196億円

- 平成27年度介護報酬改定による介護職員の処遇改善等を引き続き行う。

- ・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善
(893億円<改定率換算で+1.65%>)
- ・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実
(303億円<改定率換算で+0.56%>)

II 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実 534億円

- 全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応、社会参加活動の体制整備、認知症カフェの設置や認知症の本人が集う取組を推進

地域ケア会議

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、地域における生活支援の担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

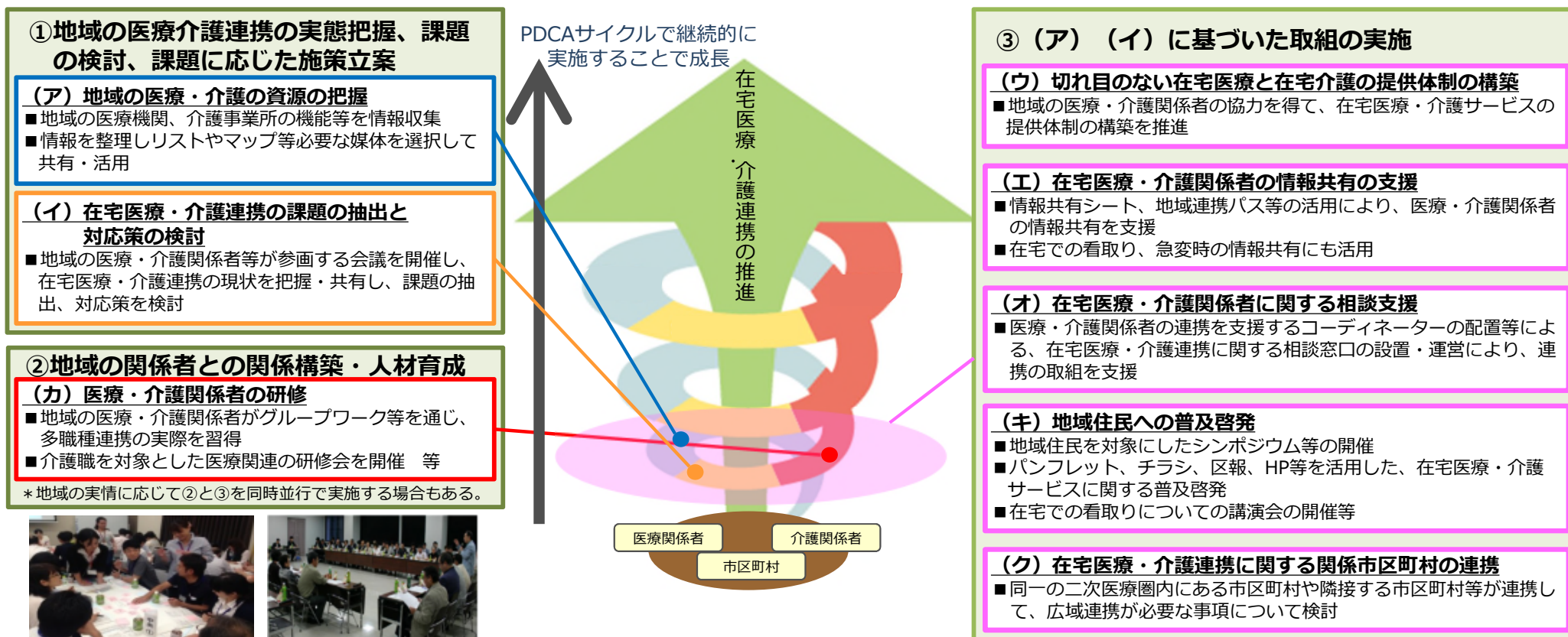
※1 上記の地域支援事業の負担割合は、国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、1号保険料23%(公費割合は77%)。

※2 併せて、介護予防・日常生活支援総合事業を推進する。

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



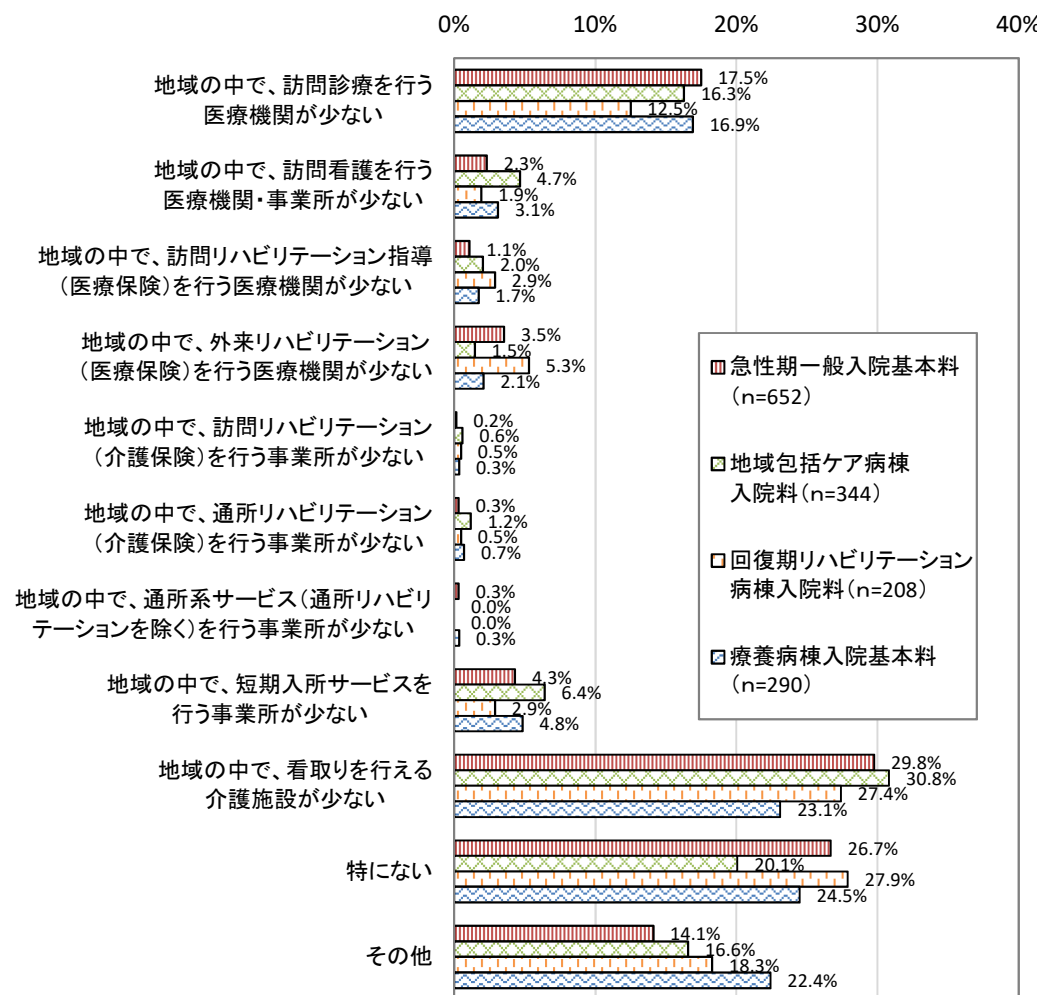
* 図の出力：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

施設において退院を困難にしている事項

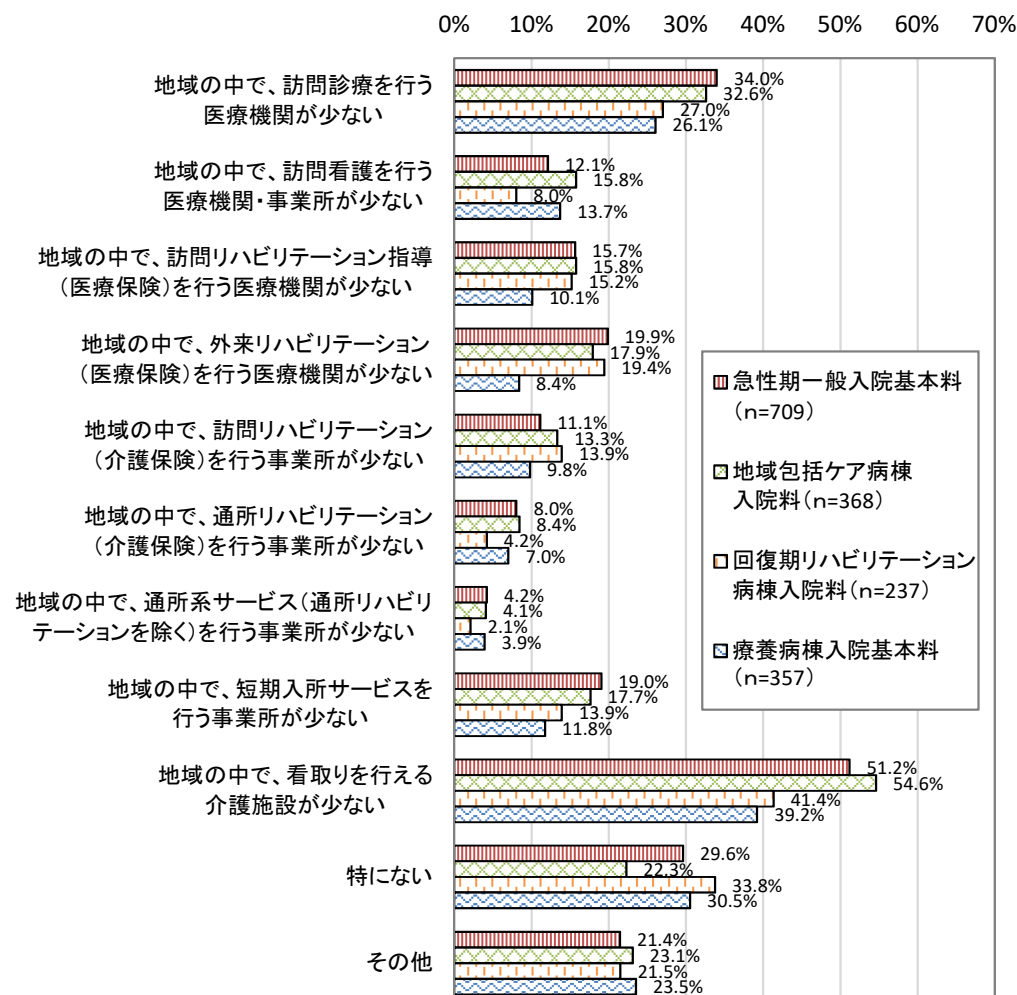
診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

○「退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項」の他に、施設において、患者の退院を困難にしている事項をみると、全体として、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」が多かった。

退院を困難にしている事項
(最も該当するもの)



退院を困難にしている事項
(複数回答)



平成30年度介護報酬改定の概要

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定

改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

- 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

- 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

- 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

I 地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

① 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応

- ・ターミナルケアの実施数が多い訪問看護事業所、看護職員を手厚く配置しているグループホーム、たんの吸引などを行う特定施設に対する評価を設ける。
- ・ターミナル期に頻回に利用者の状態変化の把握等を行い、主治の医師等や居宅サービス事業者へ情報提供するケアマネ事業所に対する評価を設ける。
- ・特養の配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行ったことに対する評価を設ける。
- ・特養内での看取りを進めるため、一定の医療提供体制を整えた特養内で、実際に利用者を看取った場合の評価を充実させる。

② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進

- ・医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- ・訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。
- ・リハに関し、医療から介護への円滑移行を図るため、面積・人員等の要件を緩和するほか、リハ計画書の様式を互換性を持ったものにする。

③ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設

- ・現行の「療養機能強化型」と「転換老健」に相当する2つの類型を設ける。
- ・床面積要件や、併設の場合の人員基準の緩和、転換した場合の加算など、各種の転換支援・促進策を設ける。

④ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保

- ・ケアマネ事業所の管理者要件を見直し、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。(一定の経過措置期間を設ける)
- ・利用者は複数の事業所の紹介を求めることができる旨説明することを、ケアマネ事業所の義務とし、これに違反した場合は報酬を減額する。

⑤ 認知症の人への対応の強化

- ・看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- ・どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

⑥ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

- ・障害福祉の指定を受けた事業所について、介護保険の訪問介護、通所介護、短期入所生活介護の指定を受ける場合の基準の特例を設ける。28

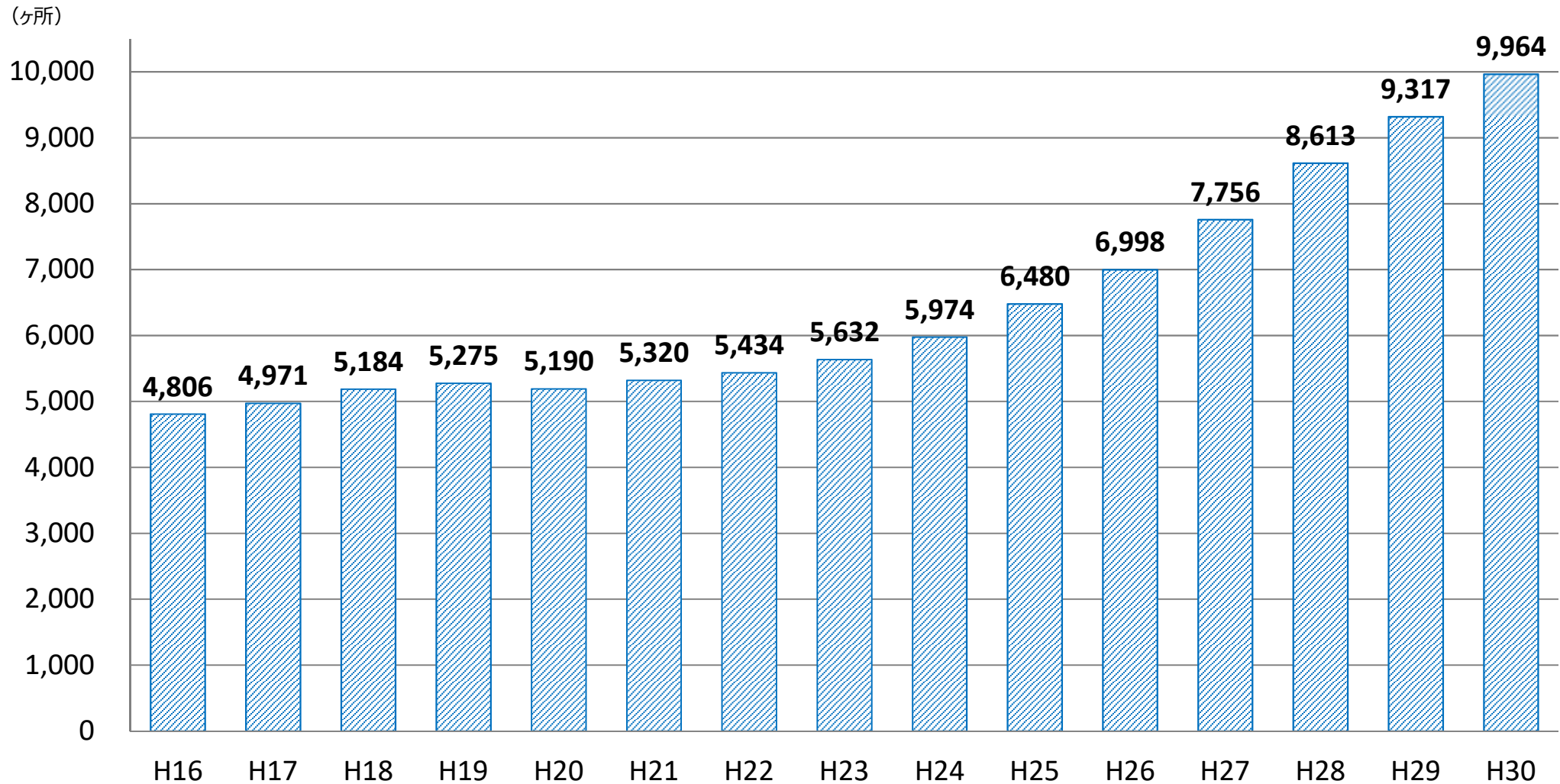
訪問看護の利用状況等について

- 訪問看護ステーションの数は徐々に増加しており、規模別に見ると、看護職員数の多いステーションが増加傾向
- 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加
- 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険とも増加傾向であり、特に医療保険の利用者数が増加
- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者のうち、要介護被保険者等の割合は横ばいであるが、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向
- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」が多い
- 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等
- 訪問看護を受ける小児の利用者数は増加傾向であり、15歳未満人口当たりの利用者数で見ても、増加傾向

訪問看護ステーション数の年次推移

中医協 総－４参考２
31.4.10(改)

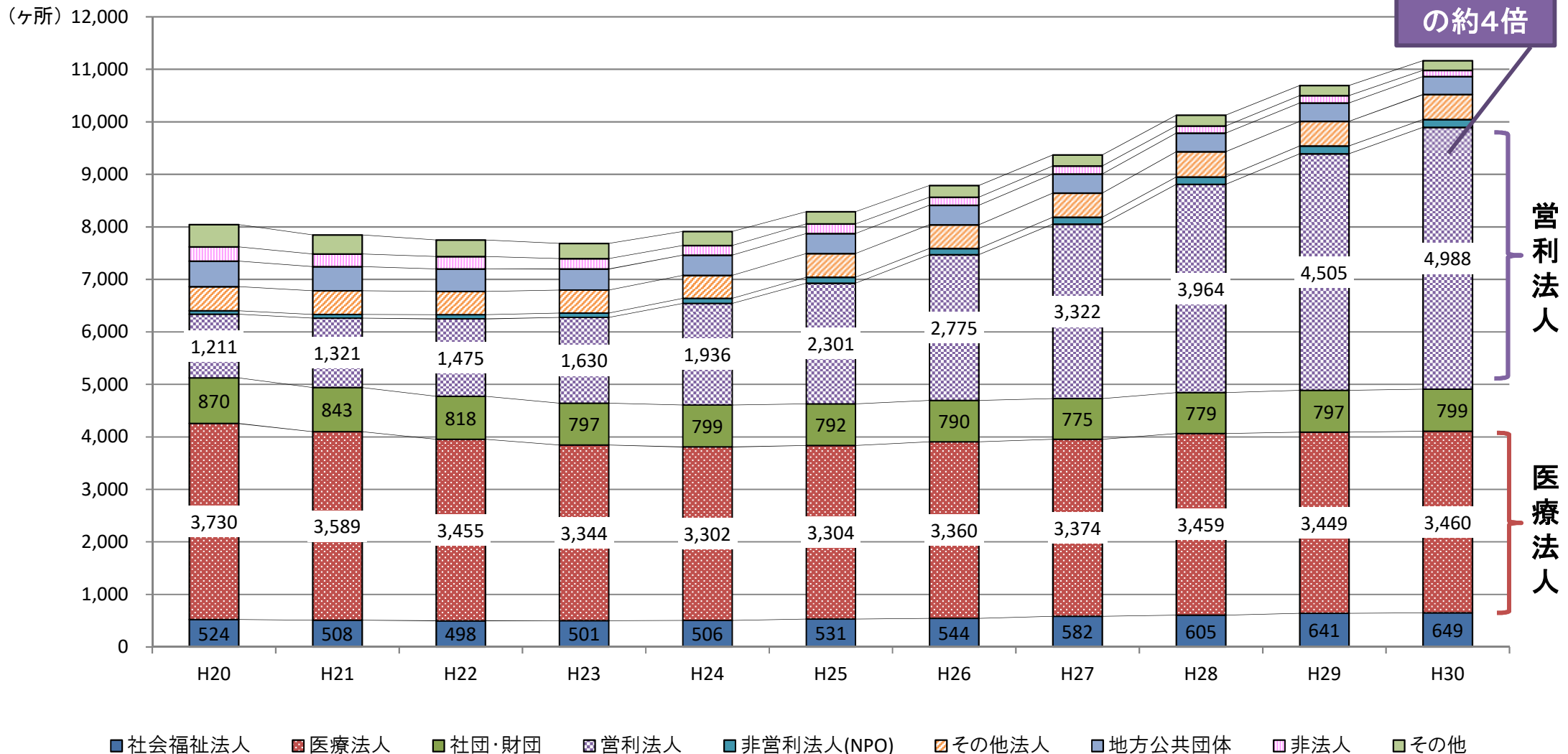
○ 訪問看護ステーションの数は徐々に増えており、特に平成24年以降の伸びが大きい。



法人種別訪問看護ステーションの推移

○ 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。

■ 法人種別訪問看護ステーション数の推移

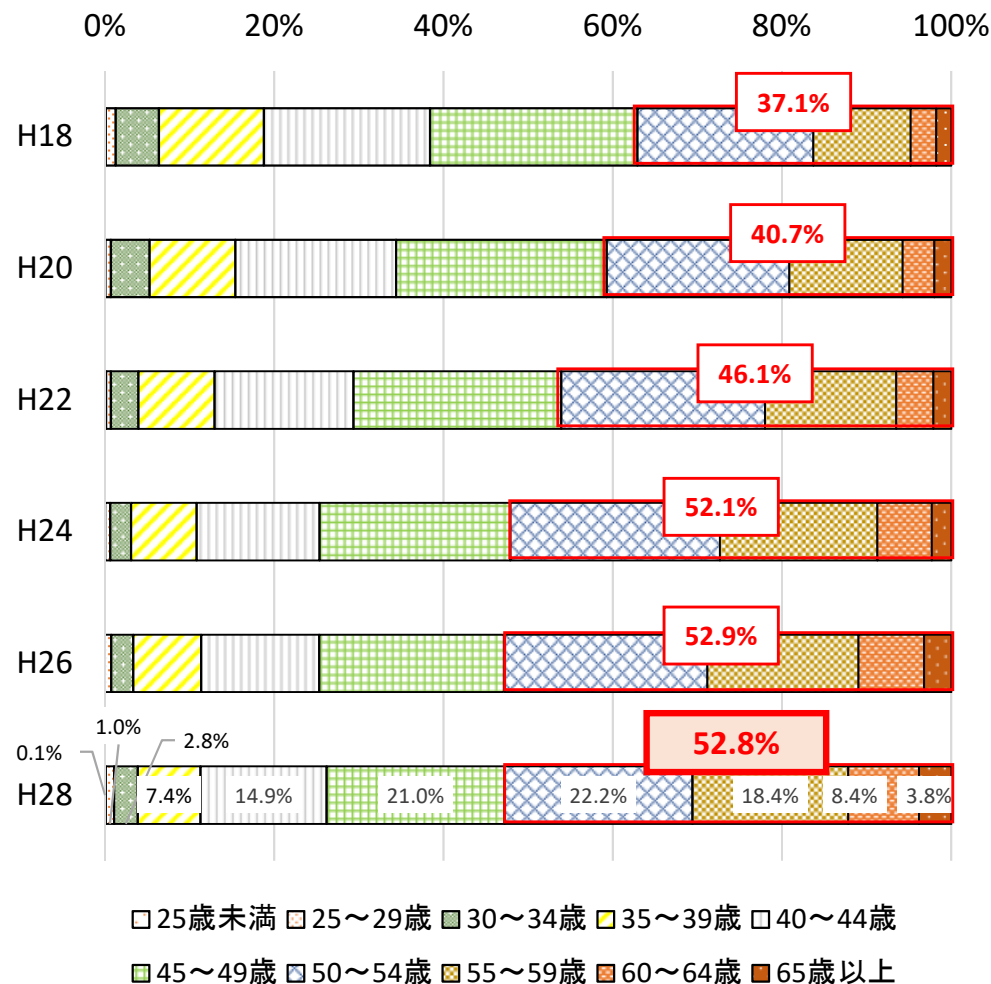


訪問看護ステーションにおける看護師の年齢階級別割合

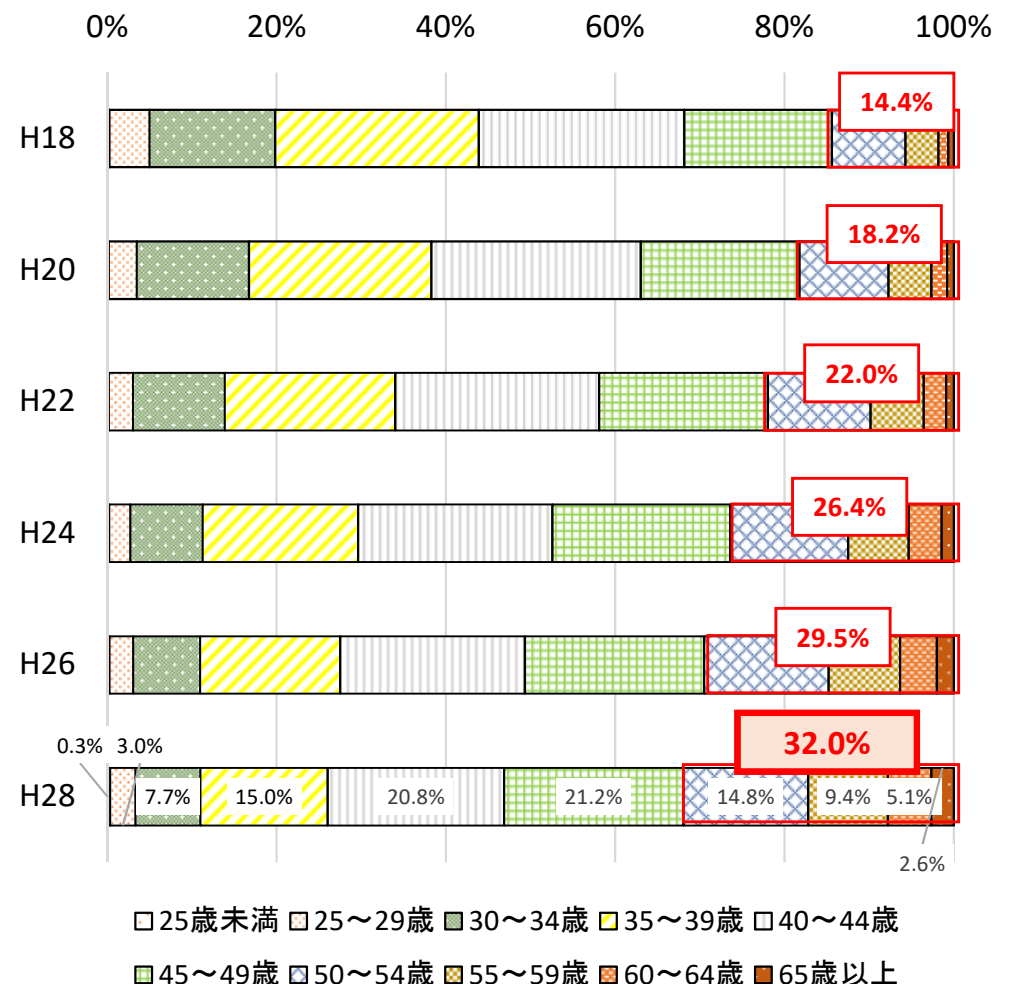
○ 訪問看護ステーションにおける看護師は、管理者では5割以上、従事者では3割以上が50歳代以上である。
特に従事者では50歳代以上の割合が増加傾向である。

■ 訪問看護ステーションにおける看護師数(実人員)の年齢階級別割合

<管理者>



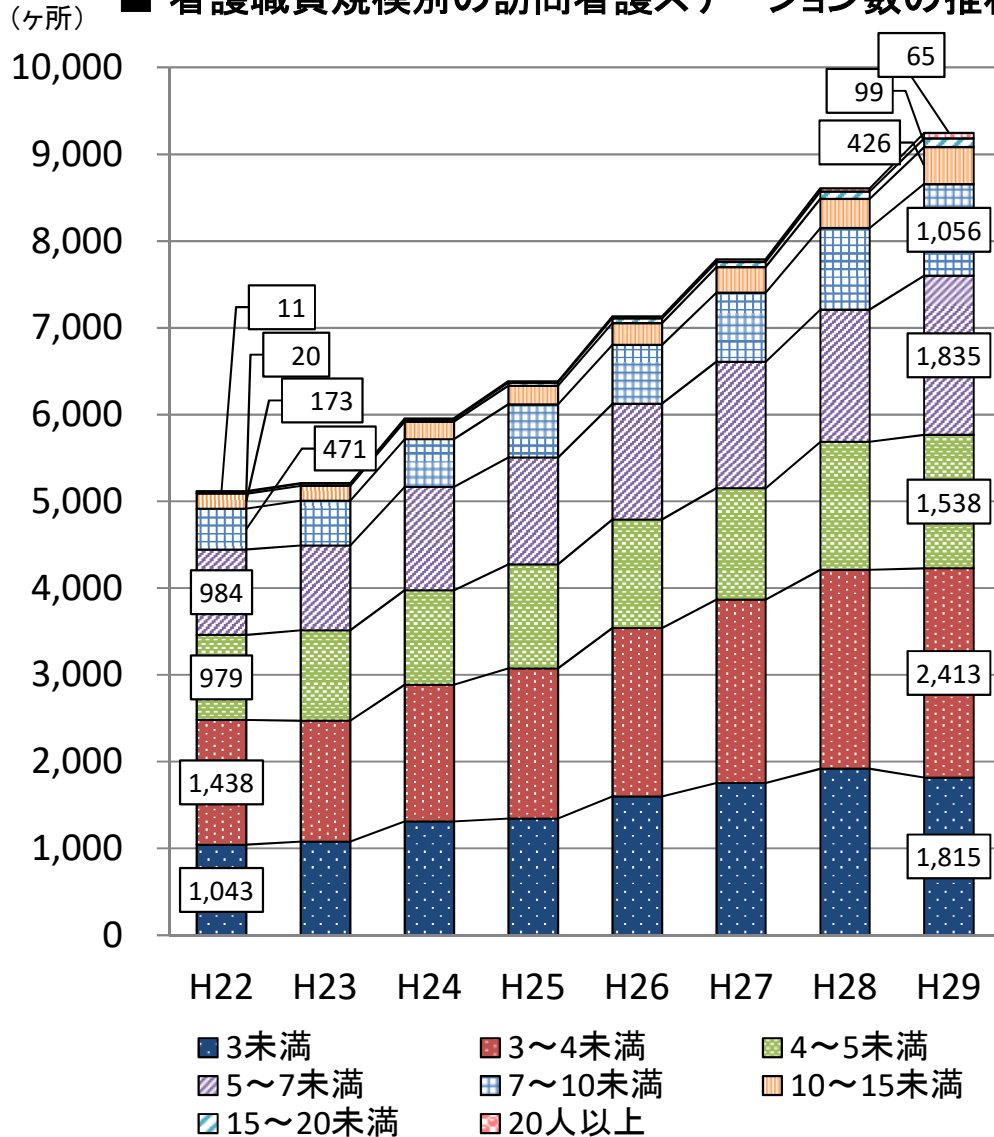
<従事者>



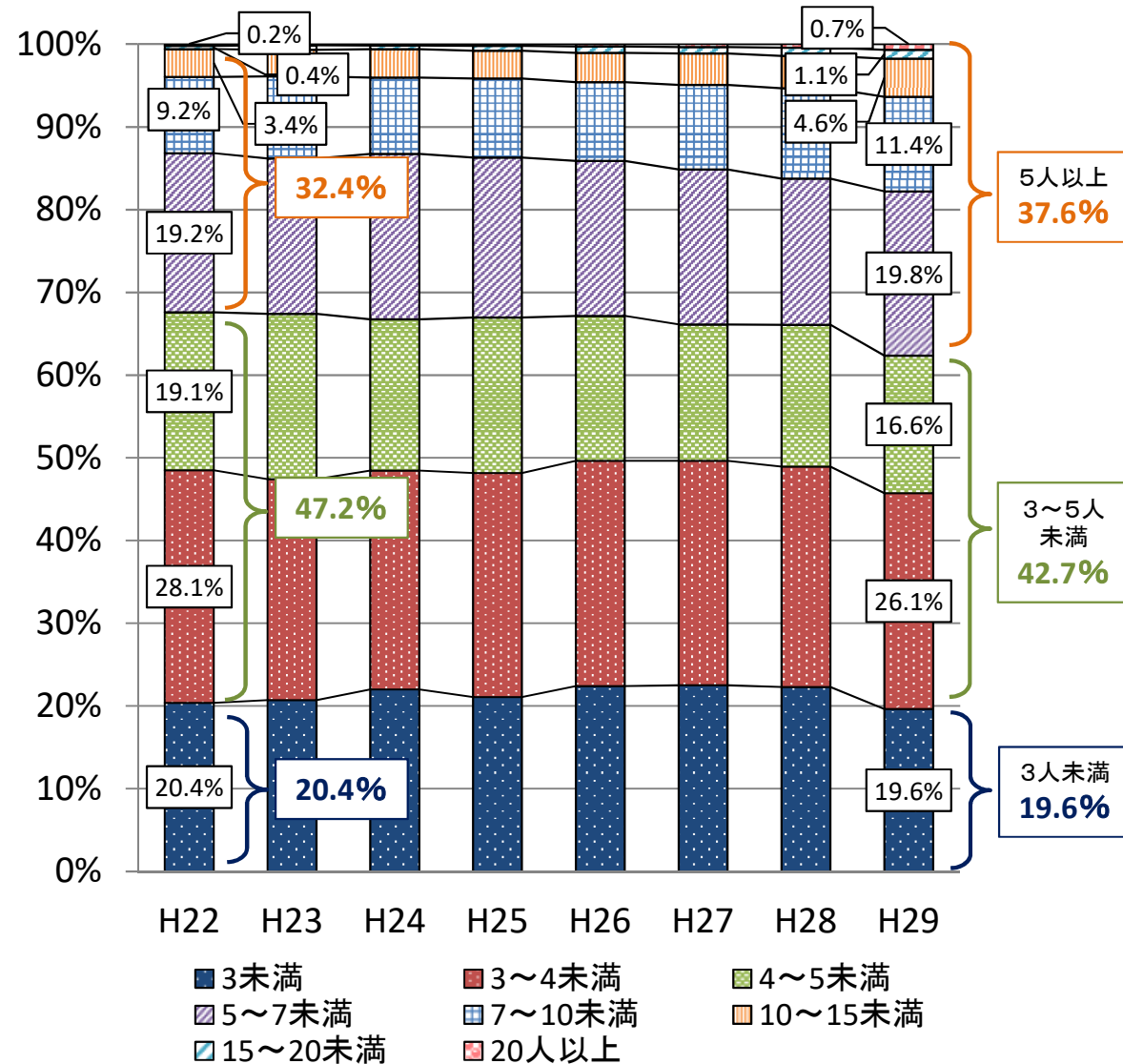
訪問看護ステーション数の看護職員規模別の推移

○ 看護職員規模(常勤換算)別の訪問看護ステーション数は、5人未満が約62%、5人以上が約38%であり、看護職員数の多いステーションが増加傾向にある。

■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模別の訪問看護ステーション数(割合)の推移



※いずれも、看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)数を常勤換算して区分。

【出典】介護サービス施設・事業所調査(各年10月)特別集計 **33**

質の高い訪問看護の確保⑤

地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価

- 地域の訪問看護に関わる人材育成等の一定の役割を担う訪問看護ステーションについての評価を新設する。

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費3 8,400円(月の初日の訪問の場合)



[施設基準]

- ア 常勤の看護職員が4人以上
- イ 24時間対応体制加算の届出及び休日・祝日の対応
 - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことができる。
- ウ 重症患者(難病等、精神疾患、医療機器の使用)の受け入れ、又は複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者が一定数以上

エ 地域の医療機関の看護職員の当該訪問看護ステーションでの一定期間の勤務実績

オ 地域の医療機関・訪問看護ステーションを対象とした研修の実績

カ 地域の訪問看護ステーションや住民等に対する訪問看護に関する情報提供や相談の実施

キ エの医療機関以外の医療機関との退院時共同の実績

ク 同一敷地内に医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上



福祉サービス事業との連携推進

- 地域で生活する障害児・者の支援を促進するため、福祉サービス事業所を併設する等の機能強化型訪問看護ステーションの要件を見直す。

現行

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。



改定後

【機能強化型訪問看護管理療養費1】

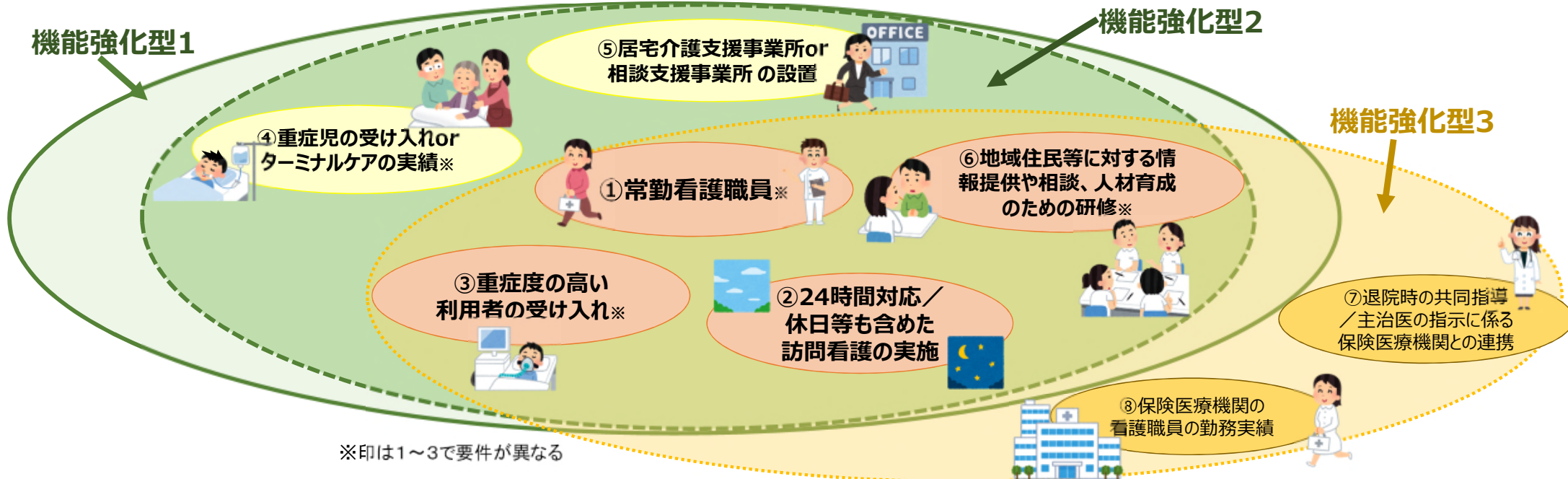
※ 機能強化型訪問看護管理療養費2も同様

[施設基準]

- 居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置されていること。
- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が7以上であること。ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、療養通所介護事業所、児童発達支援を行う事業所、放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1名まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

質の高い訪問看護の確保⑥

(参考)機能強化型訪問看護ステーションの評価



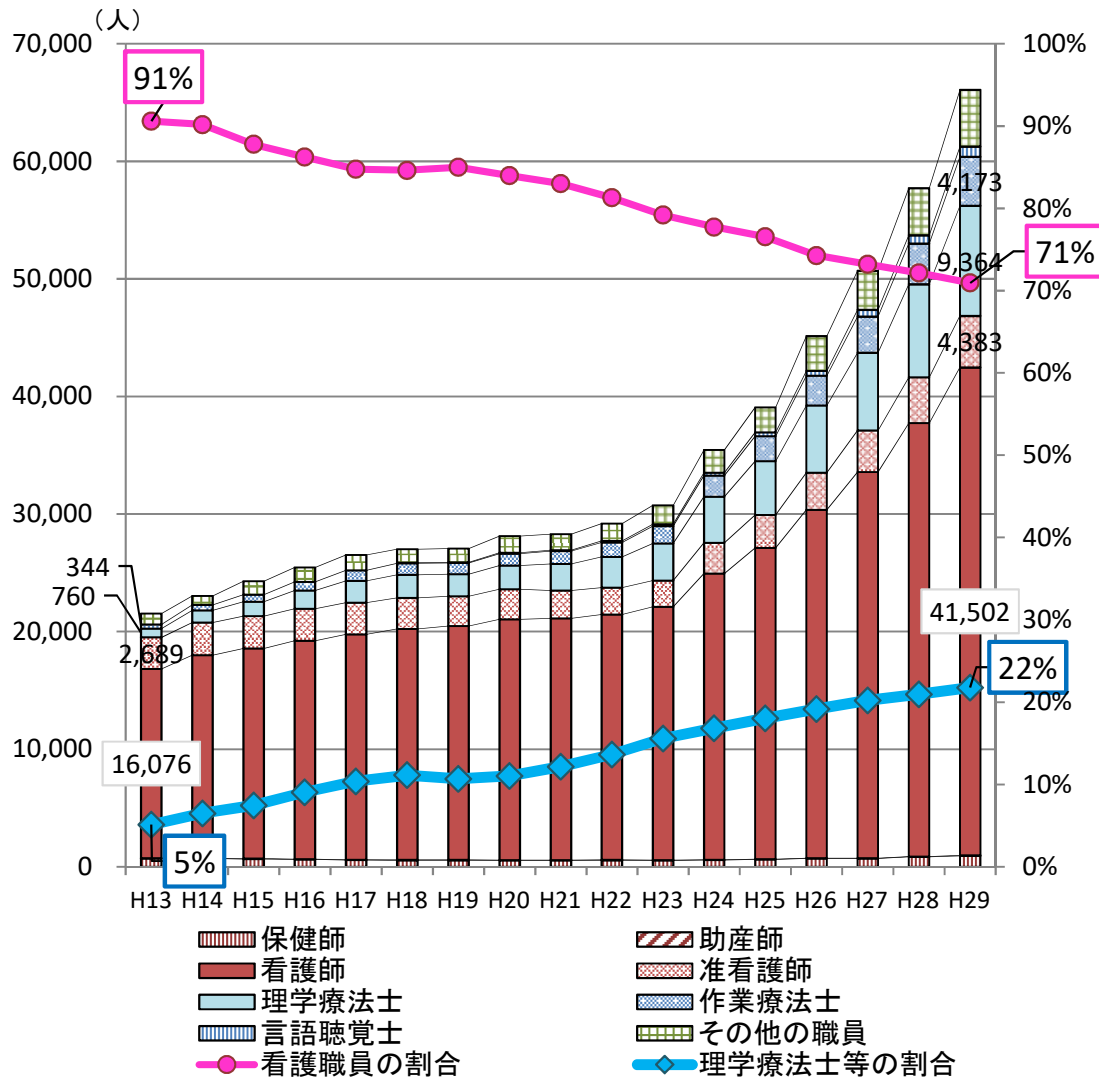
要件		機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
①	常勤看護職員の数	7人以上	5人以上	4人以上
②	24時間対応体制加算の届出を行っている／休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施			
③	重症度の高い利用者の受け入れ	別表第7に該当する利用者数 10人以上／月	別表第7に該当する利用者数 7人以上／月	別表7、別表8に該当する利用者、精神科重症患者or 複数の訪看STが共同している利用者が10人以上／月
④	ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^{注)} (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件／年 ②15件／年、4人 ③6人	①15件年 ②10件／年、3人 ③5人	
⑤	居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置(計画作成が必要な利用者の1割程度の計画を作成)			
⑥	情報提供・相談・人材育成等	地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施 (望ましい)		医療機関や他の訪問看護STを対象とした研修2回以上／年、地域住民・訪問看護STに対する情報提供や相談対応の実績
⑦				⑧の医療機関以外との退院時共同指導の実績 and 併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
⑧				医療機関の看護職員の訪問看護STでの勤務実績

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。

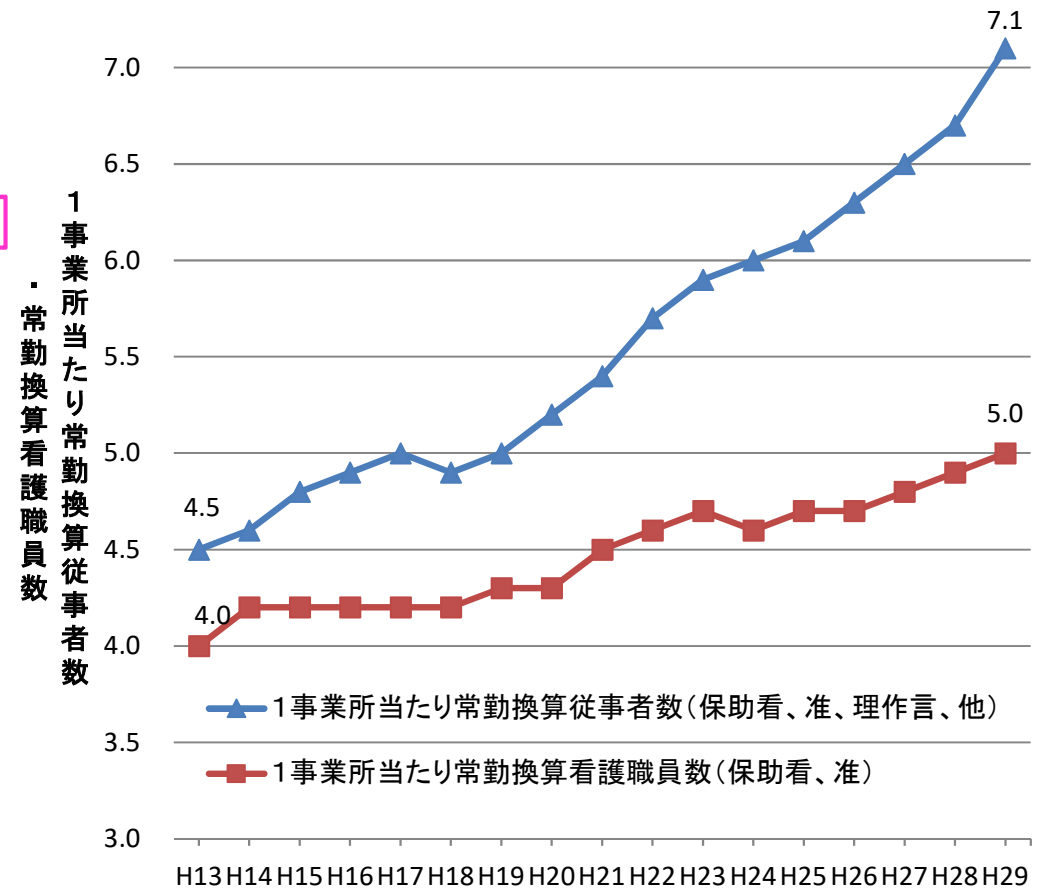
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況①

○ 訪問看護ステーションの従事者数のうち、理学療法士等が占める割合が増加している。

■ 訪問看護ステーションにおける職種別の従事者数の推移(常勤換算)



■ 訪問看護ステーションの1事業所当たり従事者数(常勤換算)

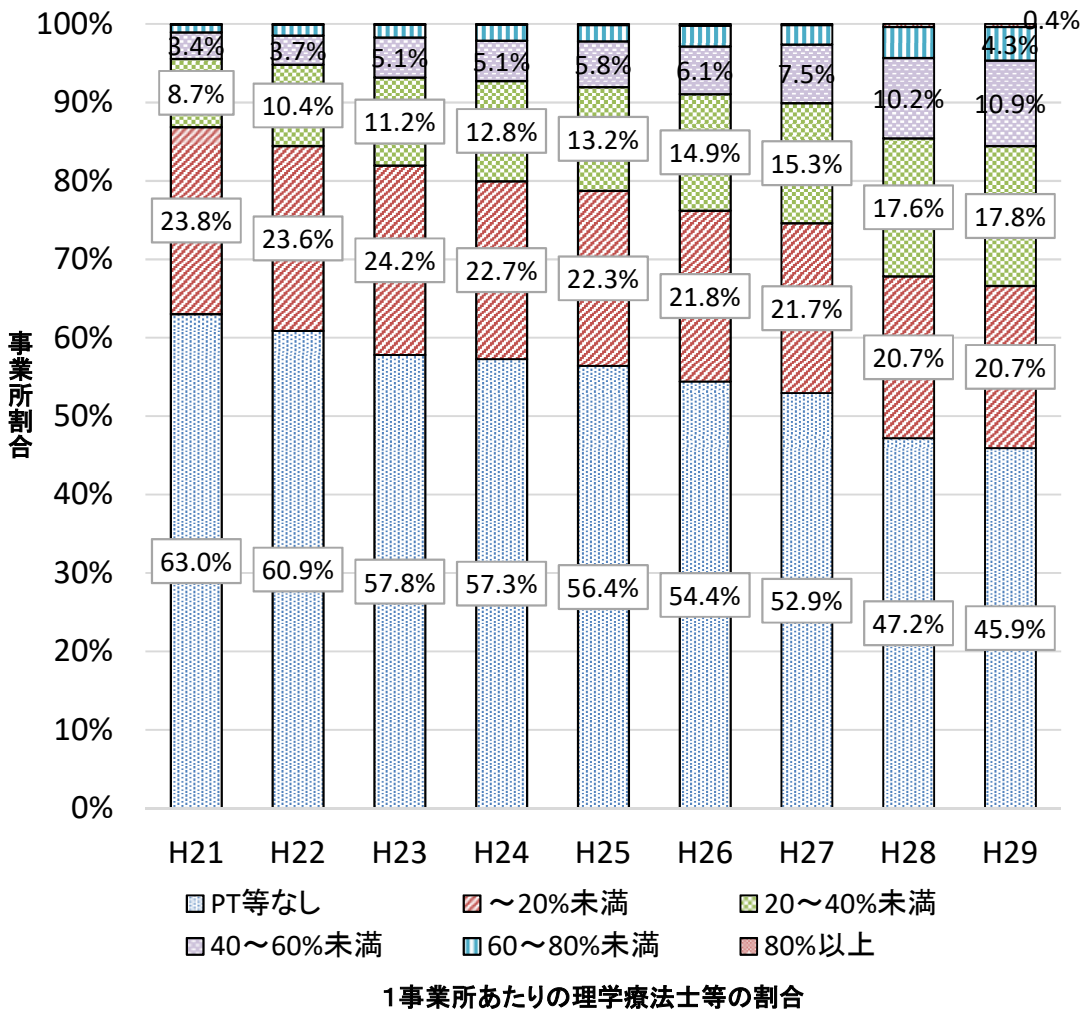


※ 理学療法士等: 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

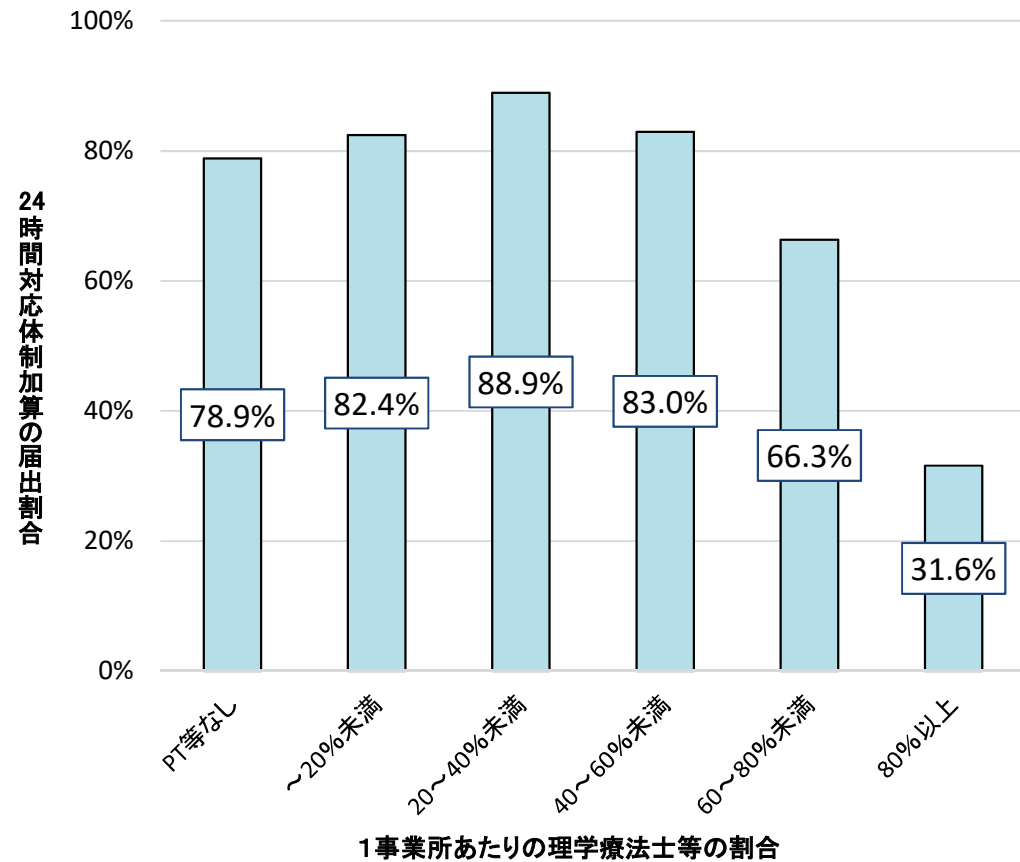
訪問看護ステーションにおける理学療法士等の状況②

- 理学療法士等の割合が多い訪問看護ステーションが増加している。
- 理学療法士等の割合が多い訪問看護ステーションでは、24時間対応体制加算の届出割合が少ない。

■ 理学療法士等の割合階級別※の事業所割合



■ 理学療法士等の割合階級別※の24時間対応体制加算の届出割合 (平成29年)

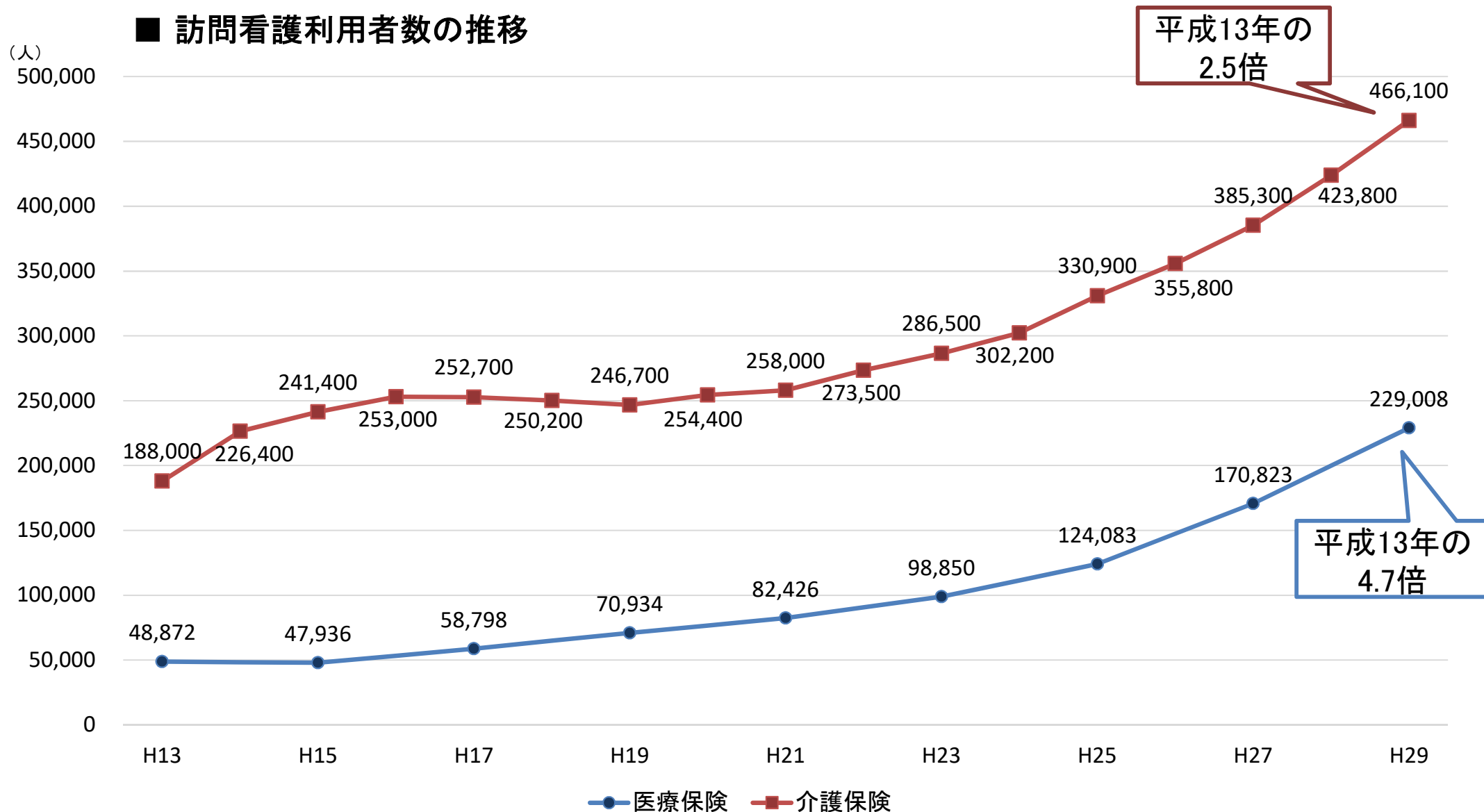


※ 理学療法士等: 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

※ 理学療法士等の割合階級は、常勤換算理学療法士等従事者数を常勤換算看護職員＋理学療法士等従事者数で除し、小数点第2位を四捨五入して求めた。

訪問看護利用者数の推移

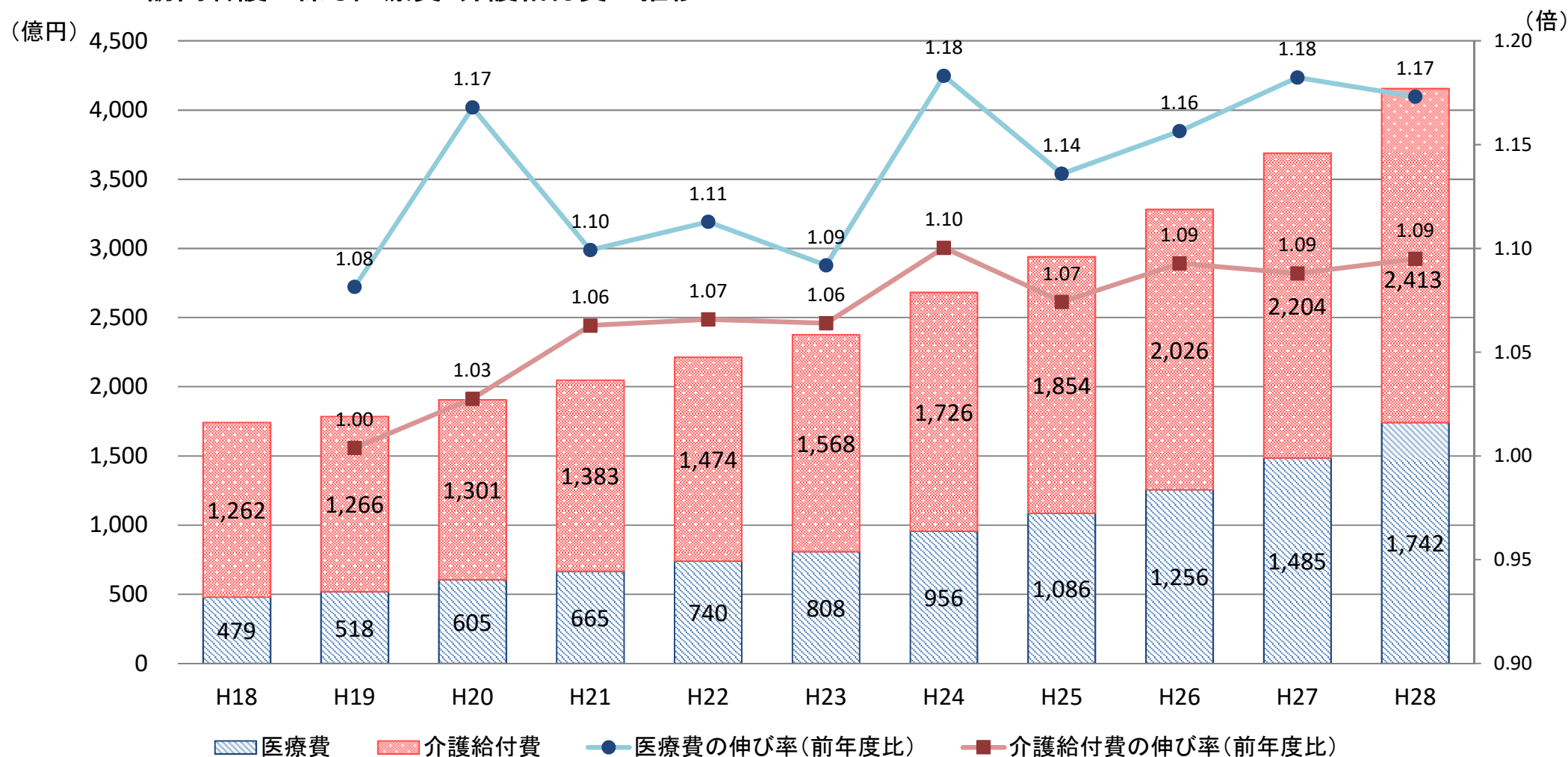
○ 訪問看護ステーションの利用者は、介護保険、医療保険ともに増加しており、特に医療保険の利用者数が伸びている。



訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

○ 訪問看護ステーション利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加しており、医療費の伸び率が大きい。

■ 訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移



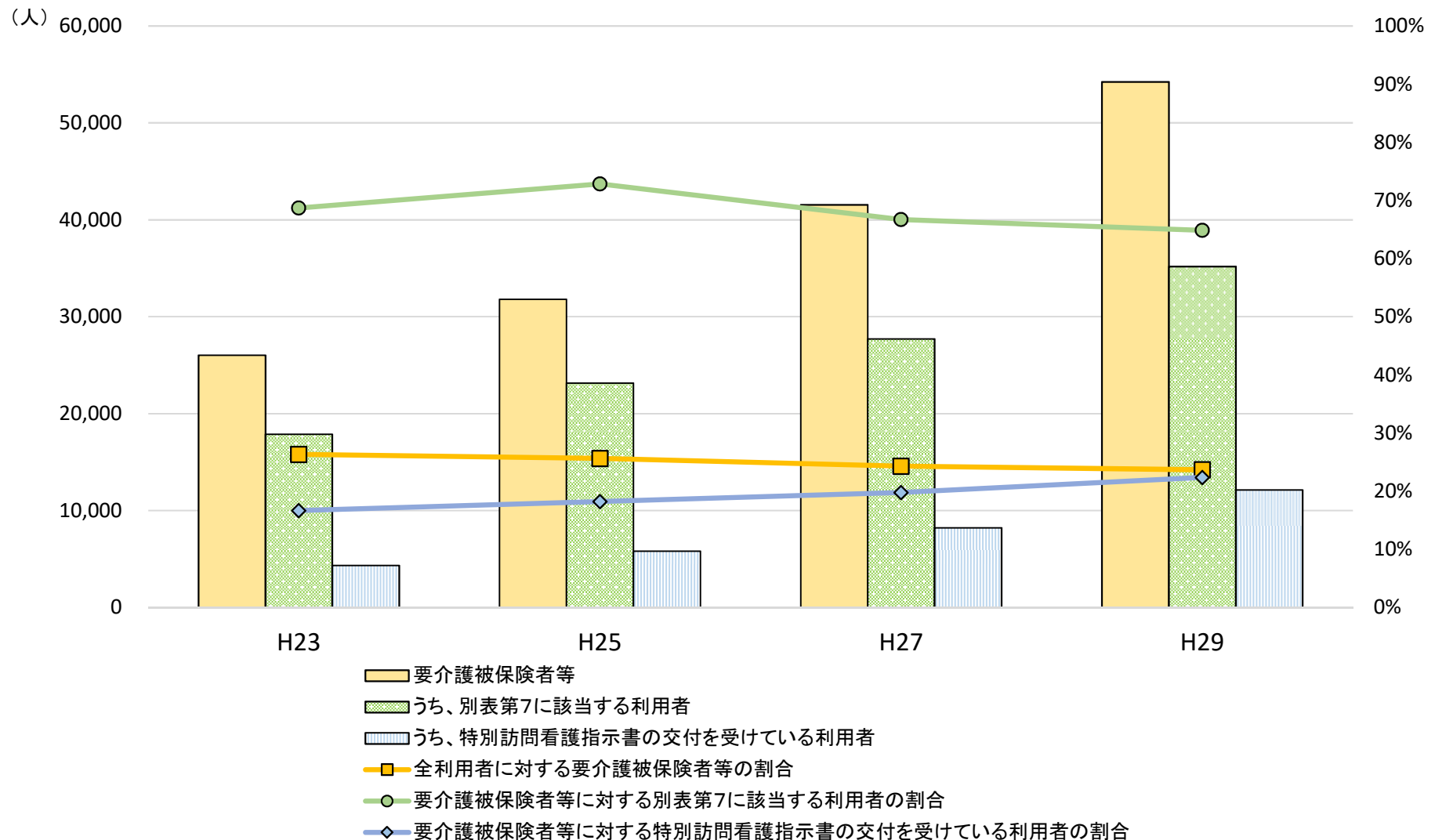
【出典】国民医療費の概況(平成18～28年度)、介護給付費実態調査(平成18～28年度)

※ 医療費…健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費
介護給付費…訪問看護費・介護予防訪問看護費

訪問看護利用者における要介護被保険者等の状況

- 医療保険における訪問看護ステーションの利用者のうち、要介護被保険者等の割合は横ばい。
- そのうち、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者の割合は増加傾向。

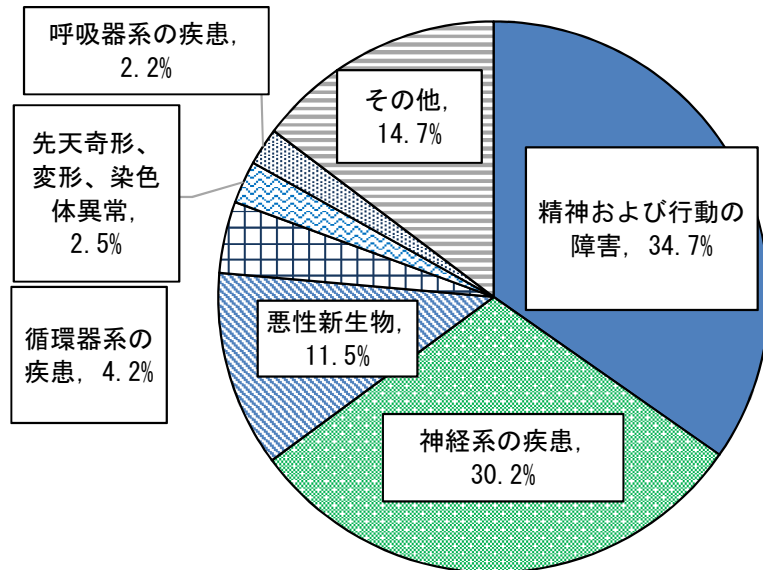
■ 訪問看護ステーションの利用者における、要介護被保険者等、別表第7該当者、特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者数及び割合の推移



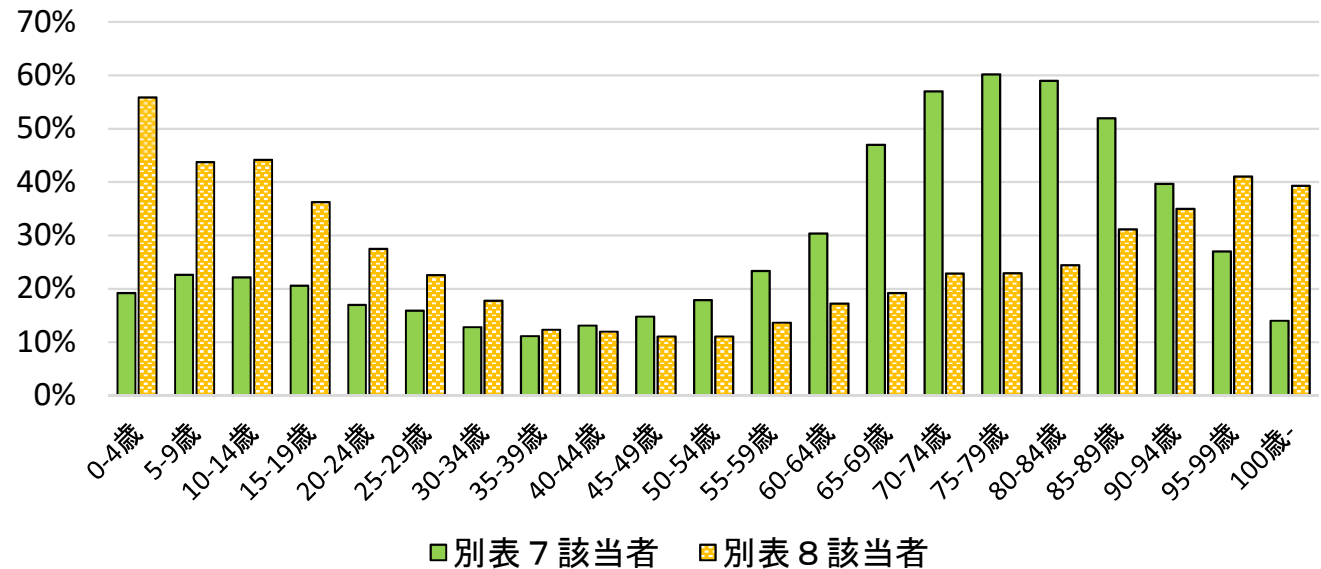
○ 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神および行動の障害」と「神経系の疾患」がそれぞれ3割以上を占め、次いで「悪性新生物」が約1割である。

○ 訪問看護利用者における別表7の該当者は70～80歳代、別表8の該当者は小児と高齢者において割合が高い。

■ 訪問看護利用者の主傷病



■ 訪問看護利用者における別表第7及び別表第8の該当者割合



<別表第7>

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※要介護被保険者等にかかわらず医療保険での訪問看護が可能。算定日数制限なし。

<別表第8>

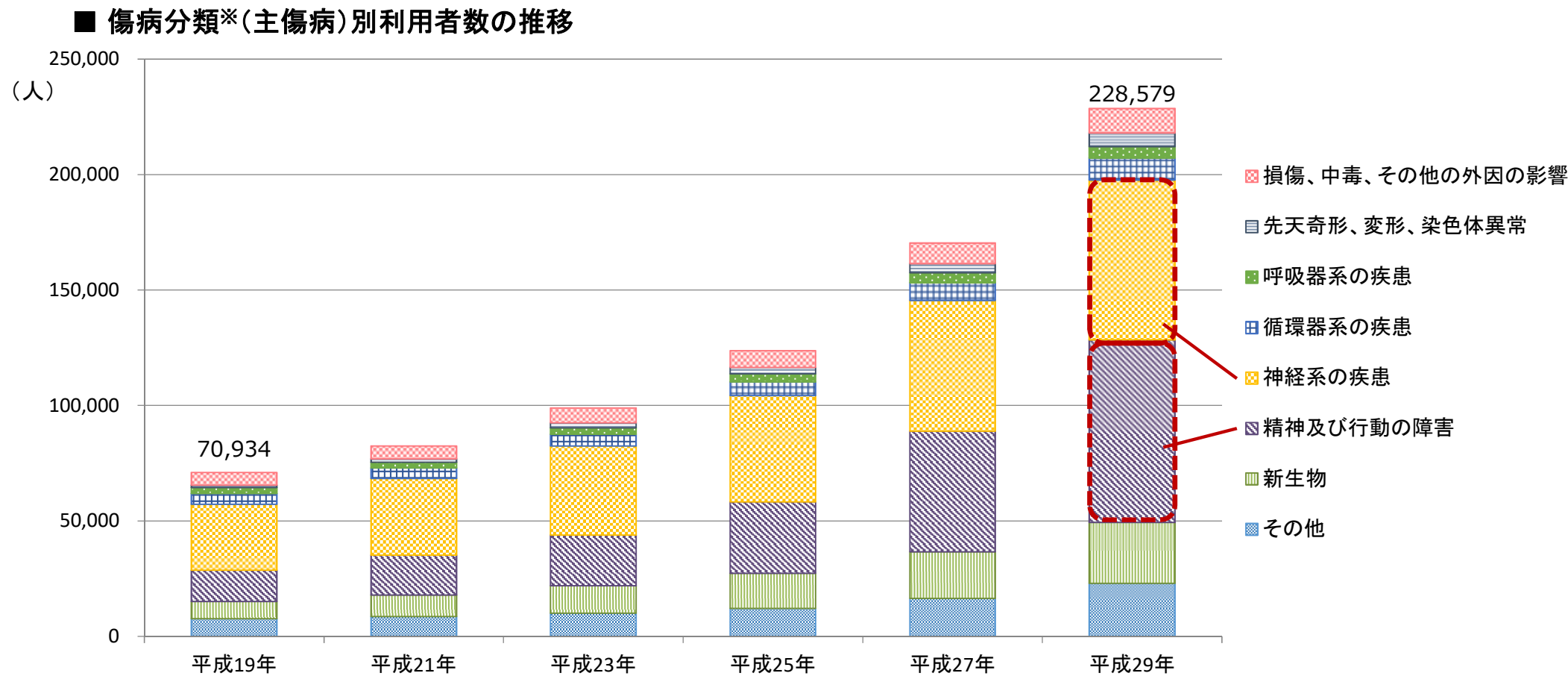
1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

※算定日数制限なし。

在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護ステーション利用者の主傷病

- 訪問看護ステーションの利用者の主傷病は、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで「神経系の疾患」である。
- 利用者の増加率(対平成19年比)をみると、「精神及び行動の障害」「先天性奇形、変形、染色体異常」の者が高い。



■ H29/H19年比

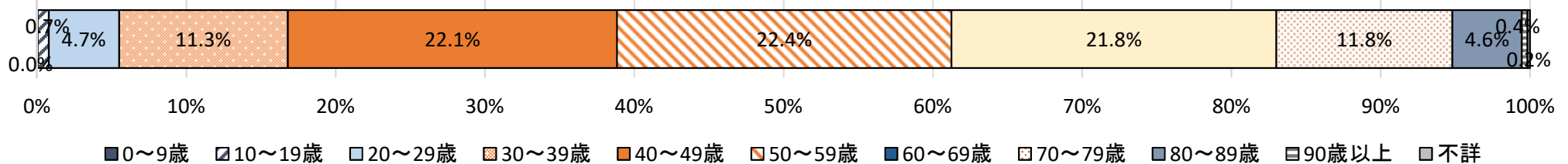
新生物	精神及び行動の障害	神経系の疾患	循環器系の疾患	呼吸器系の疾患	先天奇形、変形、染色体異常	損傷、中毒、その他の外因の影響
3.52	5.86	2.42	2.05	1.96	5.44	1.93

【出典】保険局医療課調べ(各年6月審査分より推計) ※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。

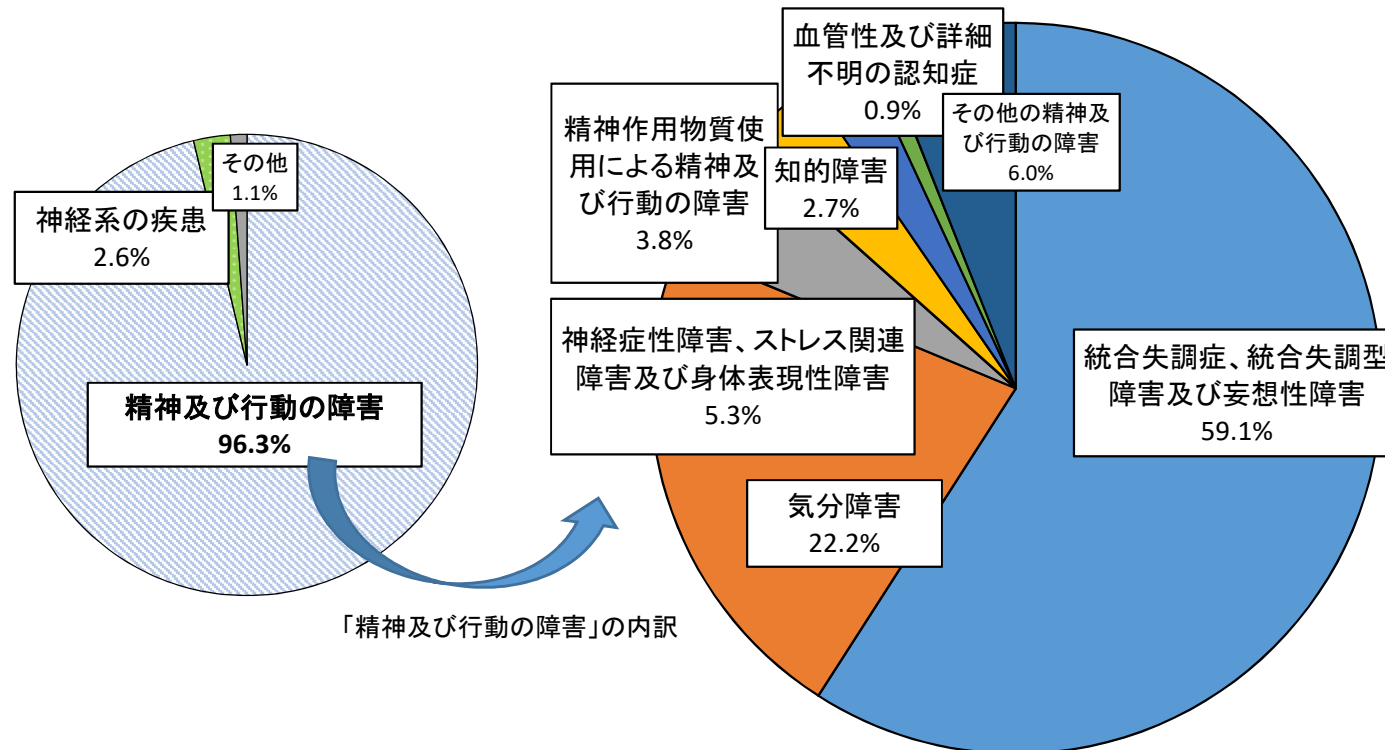
精神科訪問看護の利用者の状況

- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者のうち、30～50歳代の利用者が半数以上を占めている。
- 精神科訪問看護基本療養費を算定した利用者の主傷病うち、最も多いのは統合失調症等である。

■ 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 (n=25,238)



■ 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 (n=25,238)



精神科訪問看護基本療養費

〔対象者〕

精神障害を有する者又はその家族等

〔主治医〕

保険医療機関の保険医であって精神科を担当するもの

〔訪問看護の実施者〕

以下のいずれかに該当する保健師等

- ・精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験1年以上

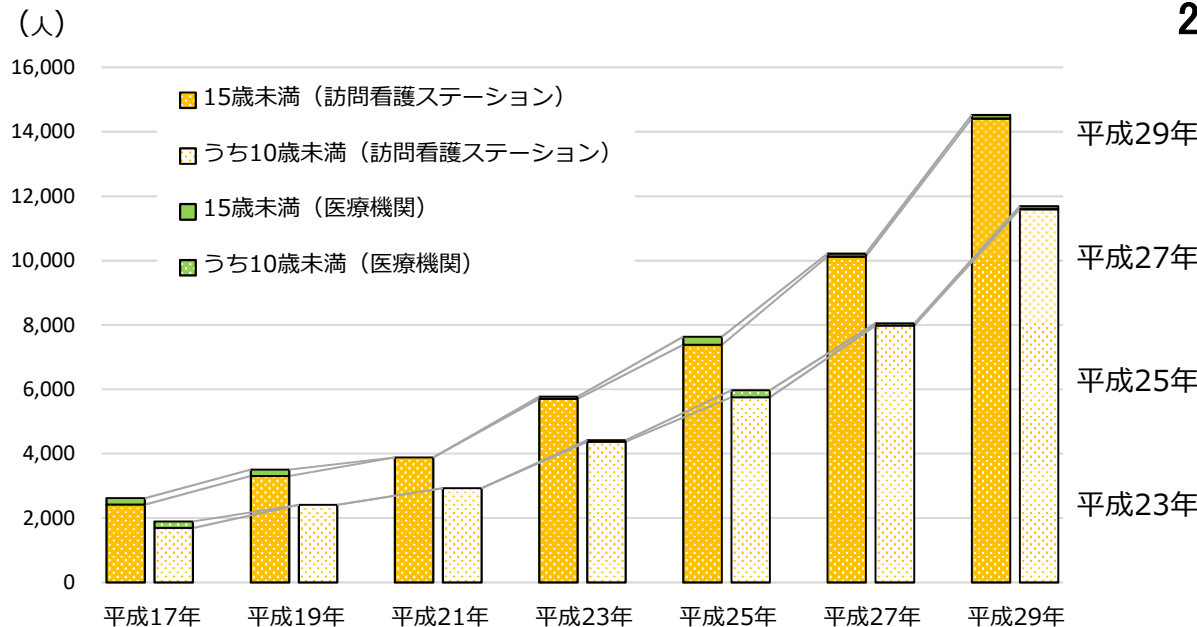
- ・精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験1年以上

- ・精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健の業務経験1年以上

- ・精神科訪問看護に関する20時間以上の研修修了者

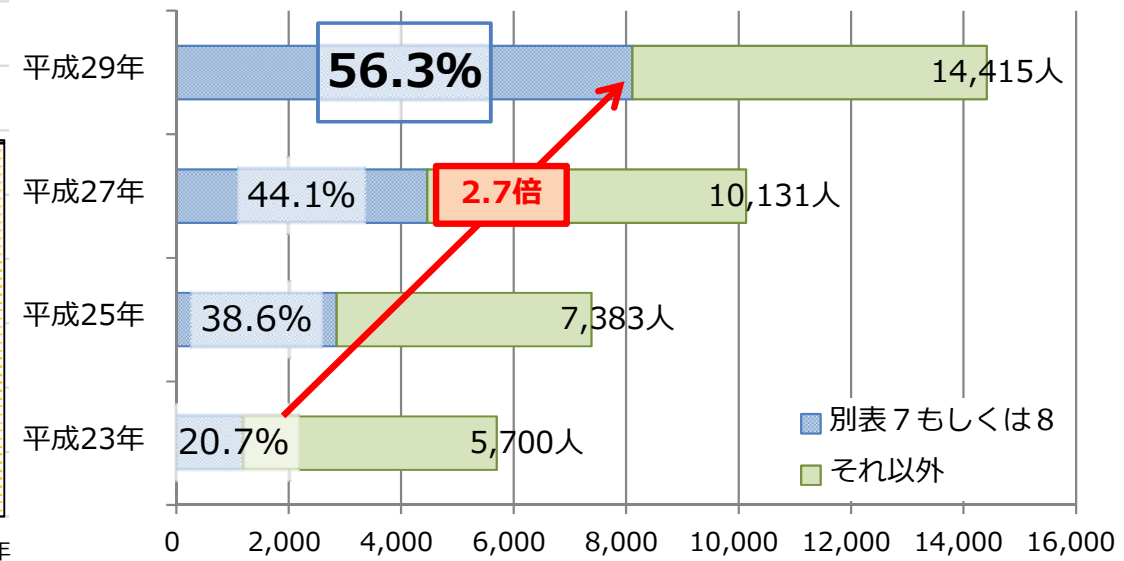
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて平成29年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】保険局医療課調べ (各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計 (調査) (各年6月審査分)

■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合 (訪問看護ステーションのみ)



【出典】保険局医療課調べ (各年6月審査分より推計) (人)

※1：別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

※2：別表第8

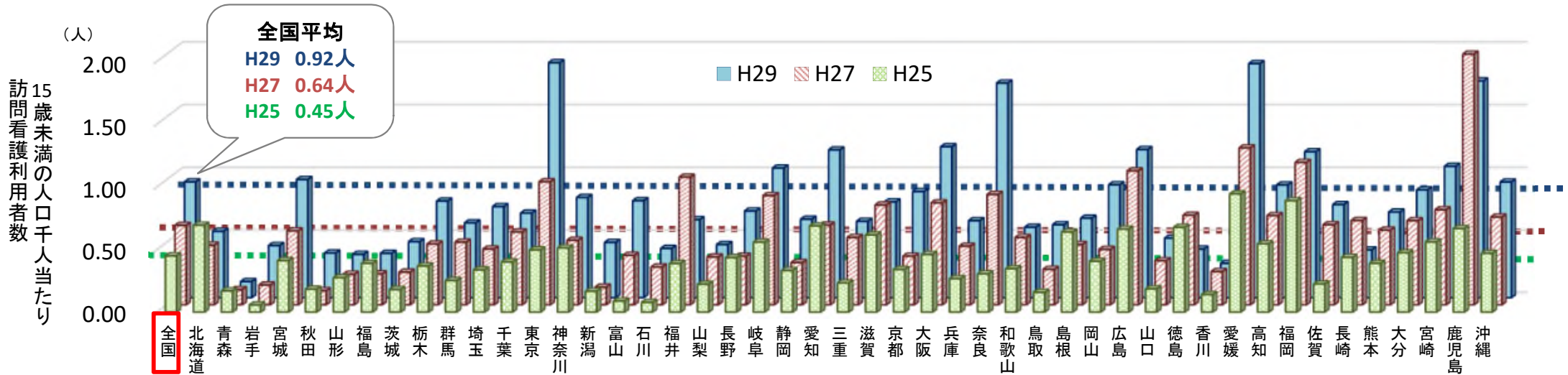
- 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理

- 在宅人工呼吸指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- 在宅自己疼痛管理指導管理
- 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

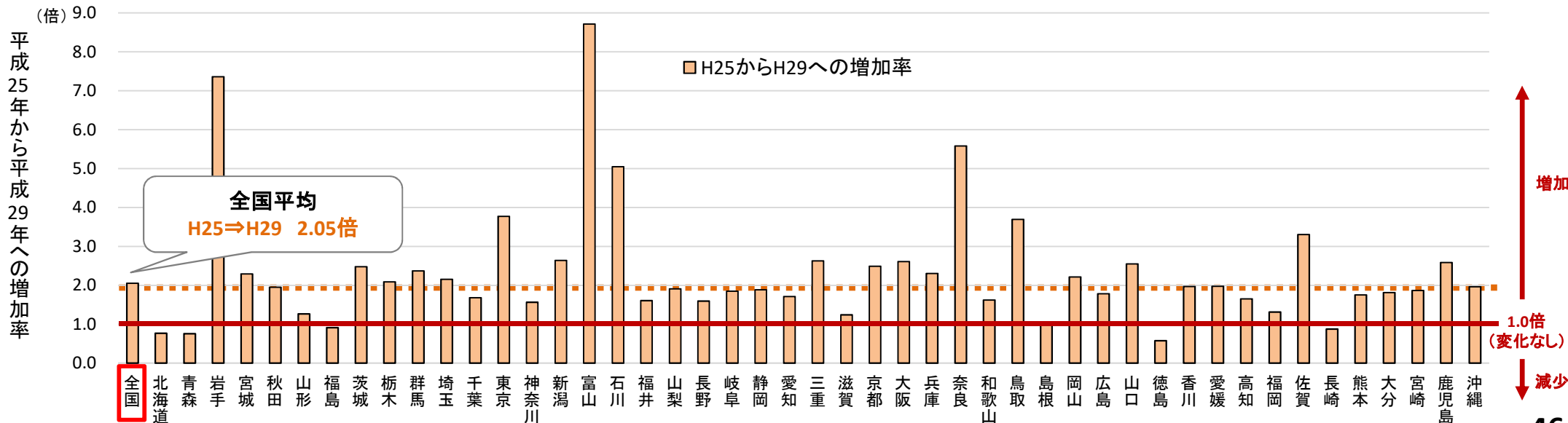
都道府県別の15歳未満の訪問看護利用者数

○ 15歳未満人口千人当たりの15歳未満訪問看護利用者数は増加している。

■15歳未満の人口千人当たり訪問看護利用者数（医療保険のみ）



■15歳未満の人口千人当たり訪問看護利用者数のH25からH29への増加率（医療保険のみ）



質の高い訪問看護の確保①

訪問看護の課題と改定内容

訪問看護の提供体制

- 利用者が地域で安心して在宅で療養するために、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や人材確保等の訪問看護の提供体制を確保する取組が必要

利用者のニーズへの対応

- 小児、精神疾患を有する者等、多様化する訪問看護の利用者のニーズへの、よりきめ細やかな対応が必要

関係機関との連携

- 利用者の療養生活の場が変わっても、切れ目なく支援が受けられるよう関係機関との連携の推進が必要



地域支援機能を有する
訪問看護ステーションの評価【⑤】

24時間対応体制の見直し【⑧】

複数の実施主体による
訪問看護の連携強化【⑦】

小児への対応【⑪】

精神障害を有する者への支援
【⑩】

訪問看護指示に係る医師
との連携【⑬】

学校への情報提供の評価【③】

自治体への情報提供の見直し
【③】

入院・入所時の連携の強化
【②】

理学療法士等の訪問看護の適正化【⑧】

複数名による訪問看護の見直し【⑨】

退院時の医療機関等との
連携の推進【②】

介護職員等との連携の推進
【④】

過疎地域等の訪問看護の見直し【⑫】

ターミナルケアの評価の見直し



訪問看護情報提供療養費の算定要件及び算定状況

○ 訪問看護情報提供療養費のうち、市町村等への情報提供に係る療養費を算定したステーションが最も多い。

	訪問看護情報提供療養費1	訪問看護情報提供療養費2	訪問看護情報提供療養費3
金額	1,500円(月1回)	1,500円(月1回)	1,500円(月1回)
情報提供先	・市町村 ・都道府県	・小学校 ・中学校 ・義務教育学校 ・中等教育学校(前期課程) ・特別支援学校(小学部、中学部)	・保険医療機関 ・介護老人保健施設 ・介護医療院
算定対象者	・別表第7該当者 ・別表第8該当者 ・精神障害を有する者、その家族等	・15歳未満の超重症児、準超重症児 ・15歳未満の別表第7該当者 ・15歳未満の別表第8該当者	・保険医療機関等に入院・入所する利用者
主な算定要件	・市町村等からの求めに応じて提供	・学校の求めに応じて提供 ・入学又は転学時等の当該学校に初めて在籍する月に必要な情報を提供	・利用者の診療を行っている保険医療機関が入院・入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うにあたり、指定訪問看護に係る情報を主治医に提供
算定状況※ (H30年9月分)	算定したステーション: 52.7% 平均人数: 18.6人 中央値: 13人 (最小:1人、最大:74人)	算定したステーション: 3.5% 平均人数: 10.7人 中央値: 6人 (最小:1人、最大:80人)	算定したステーション: 11.9% 平均人数: 2.3人 中央値: 1人 (最小:1人、最大:26人)

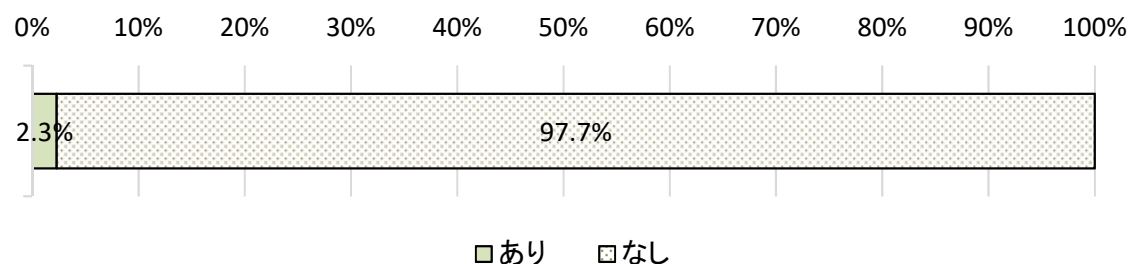
※ 出典: 平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」(訪問看護調査票・事業所票)

※ 各療養費を算定した利用者がある訪問看護ステーションの割合、算定した利用者があるステーションにおける算定利用者数の平均人数、中央値、最小人数、最大人数を記載

学校への情報提供による効果の認識

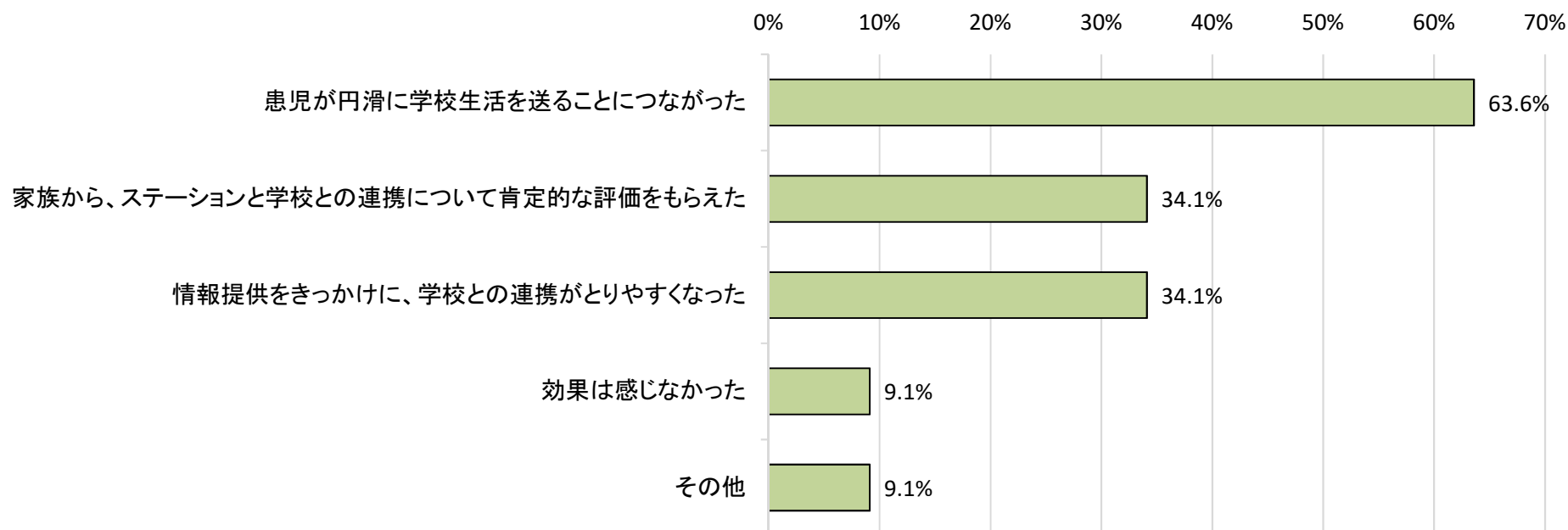
- 訪問看護情報提供療養費2を算定した利用者がいる訪問看護ステーションのうち約6割が、その効果について「患児が円滑に学校生活を送ることにつながった」と感じている。

■ 訪問看護情報提供療養費2を算定した利用者の有無 (n=1,901)



■ 学校への情報提供に係る効果の認識 (n=44)

(訪問看護情報提供療養費2を算定した利用者がいると回答した訪問看護ステーションのみ、複数回答)



地域包括ケアシステムの構築に向けた 介護サービスとの連携について

【論点】

- 地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する観点から、医療と介護の連携に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。
- 在宅医療及び訪問看護に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。

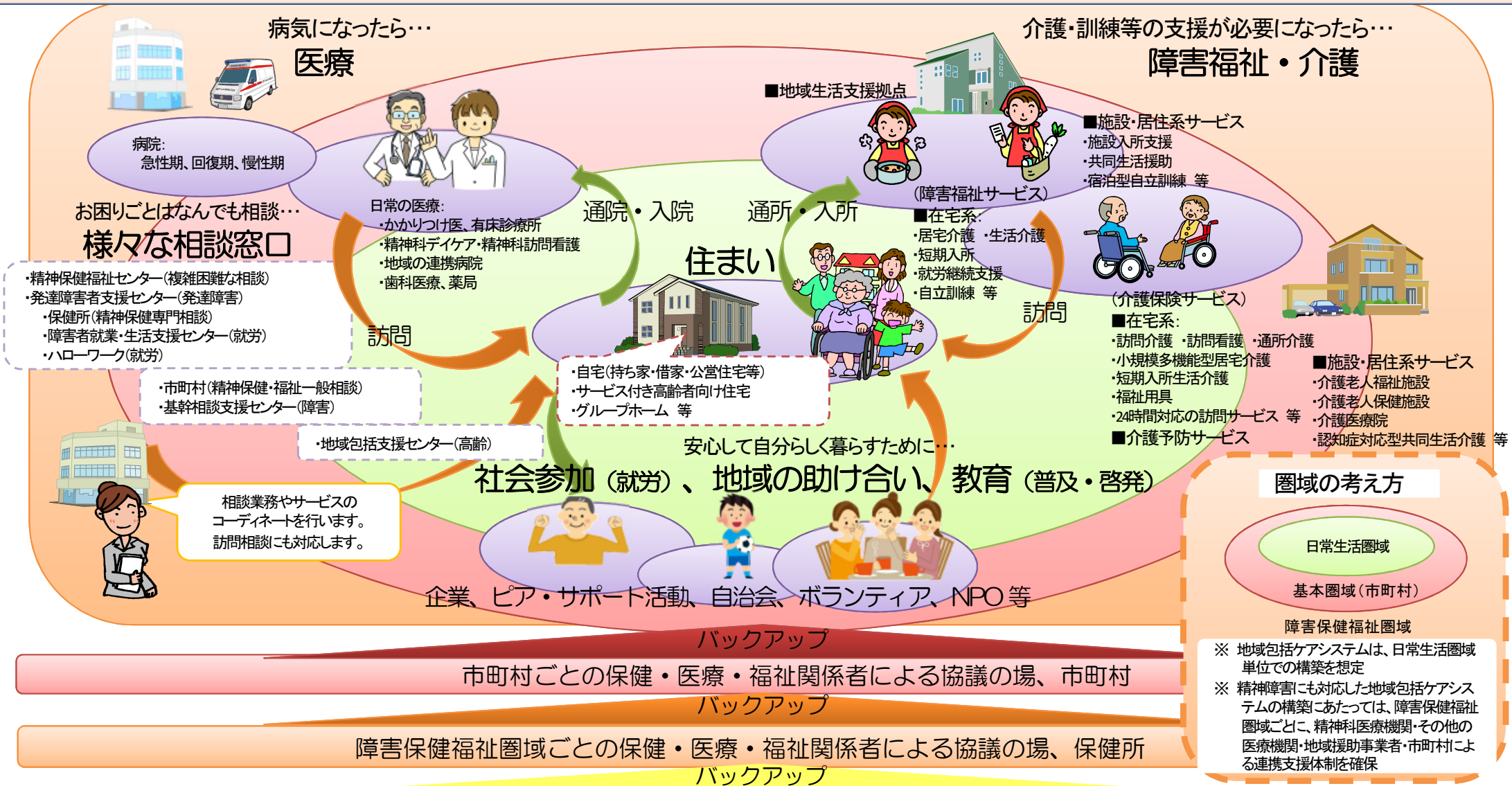
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について
 - 地域包括ケアシステムの推進について
 - 訪問看護の利用状況等について
- 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
 - 様々な依存症対策への対応について
- 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について
 - 障害児・者に係る施策・サービス等の概要について
 - 発達障害児・者への対応について
 - その他

精神障害にも対応した 地域包括ケアシステムの構築について

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、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地域包括ケアシステムの構築が必要
- 平成30年度診療報酬改定において、地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療を評価する観点から、以下の対応等を実施
 - ・ 専門的な精神医療の評価
 - ・ 措置入院患者や重症患者に対する医療の充実
 - ・ 長期入院患者の地域移行の推進

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

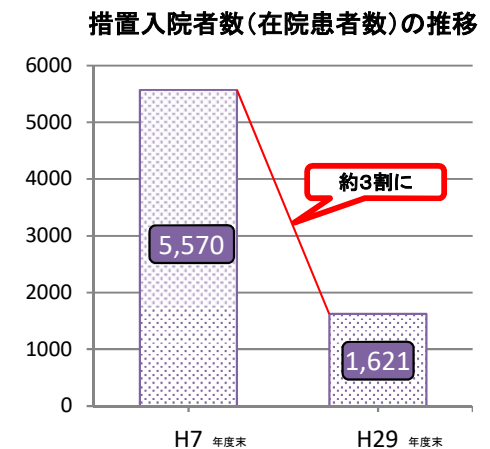
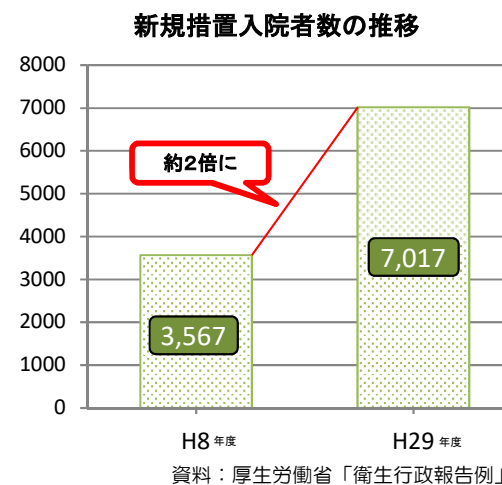
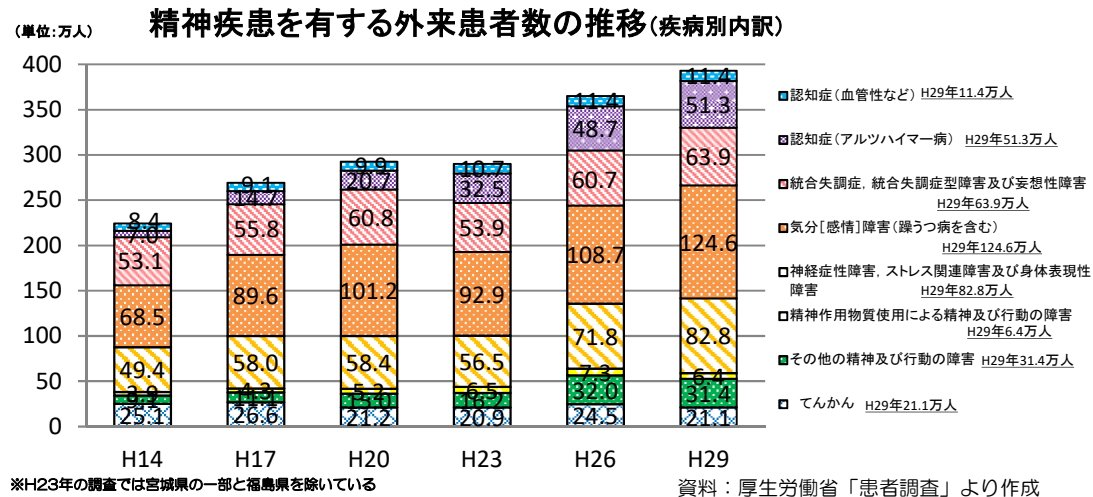
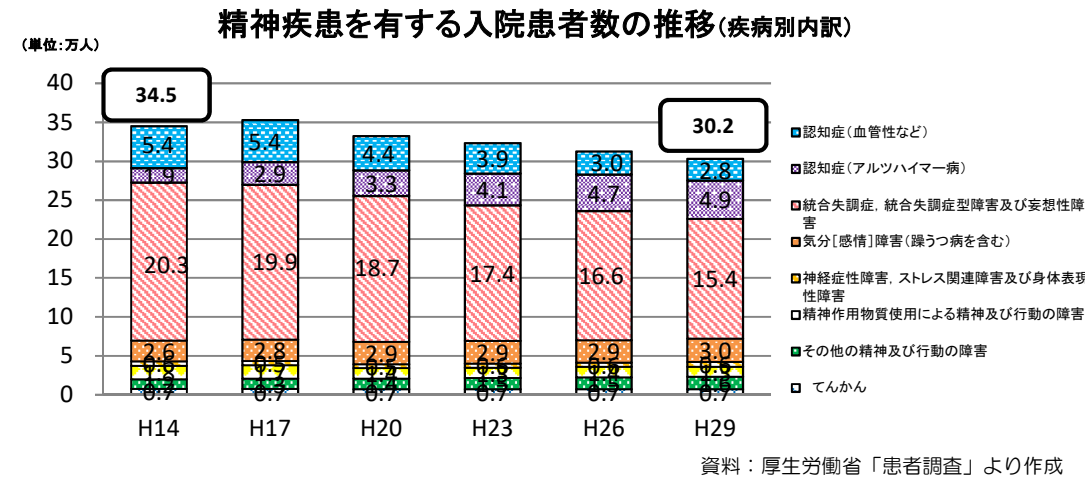
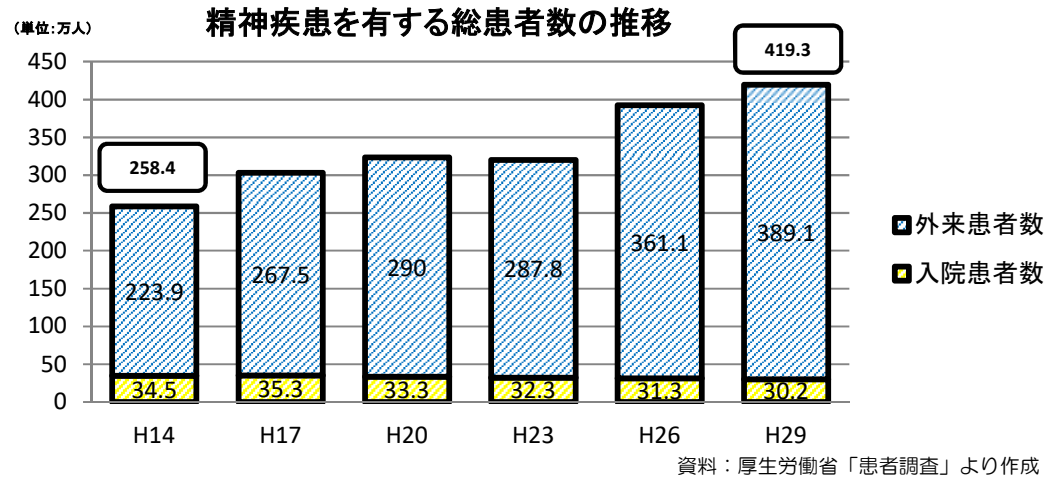
- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



精神科医療の現状について

1. 患者数、病床数、平均在院日数等

- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院:約30.2万人(※)、外来:約389.1万人】
※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 精神病床の入院患者数は過去15年間で減少傾向(約34.5万人→30.2万人【△約4万3千人】)
一方、外来患者数は増加傾向。(認知症や気分障害(うつ病など)が特に増加)
- 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおよそ9割に減少しているが、疾病別に見ると、認知症が15年前と比べ約2.6倍に増加している。



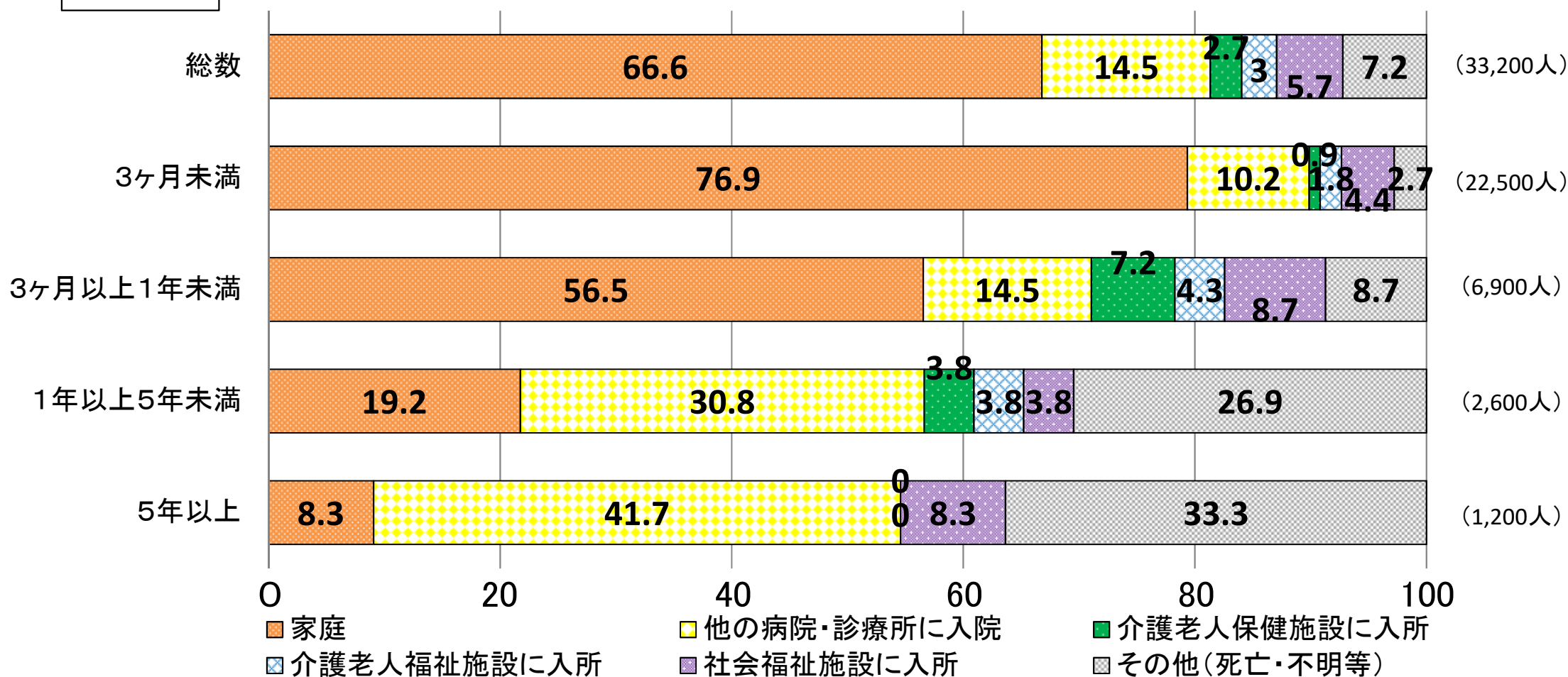
資料：厚生労働省「衛生行政報告例」および厚労科研「精神保健福祉資料」より作成

平成29年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 精神病床からの退院患者の退院後行き先としては、総数としては「家庭」が最も多く、次いで「他の病院・診療所入院」となっている。
- しかしながら、入院期間別にみると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院していた方は退院先として「家庭」が半数以上を占める一方、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院していた方は退院先として「他の病院・診療所入院」が最も高い割合を占めている。

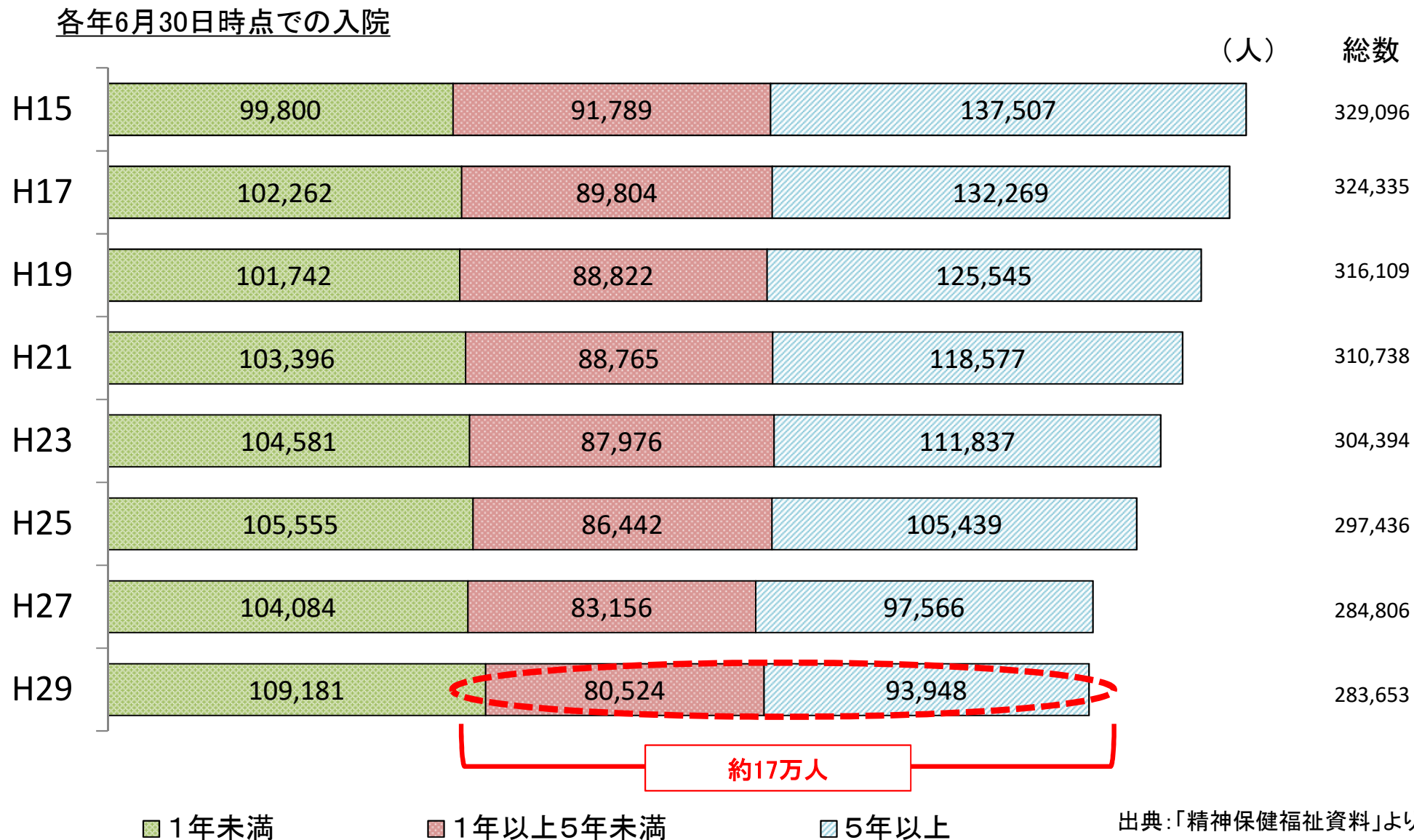
入院期間

(単位: %)



なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か①

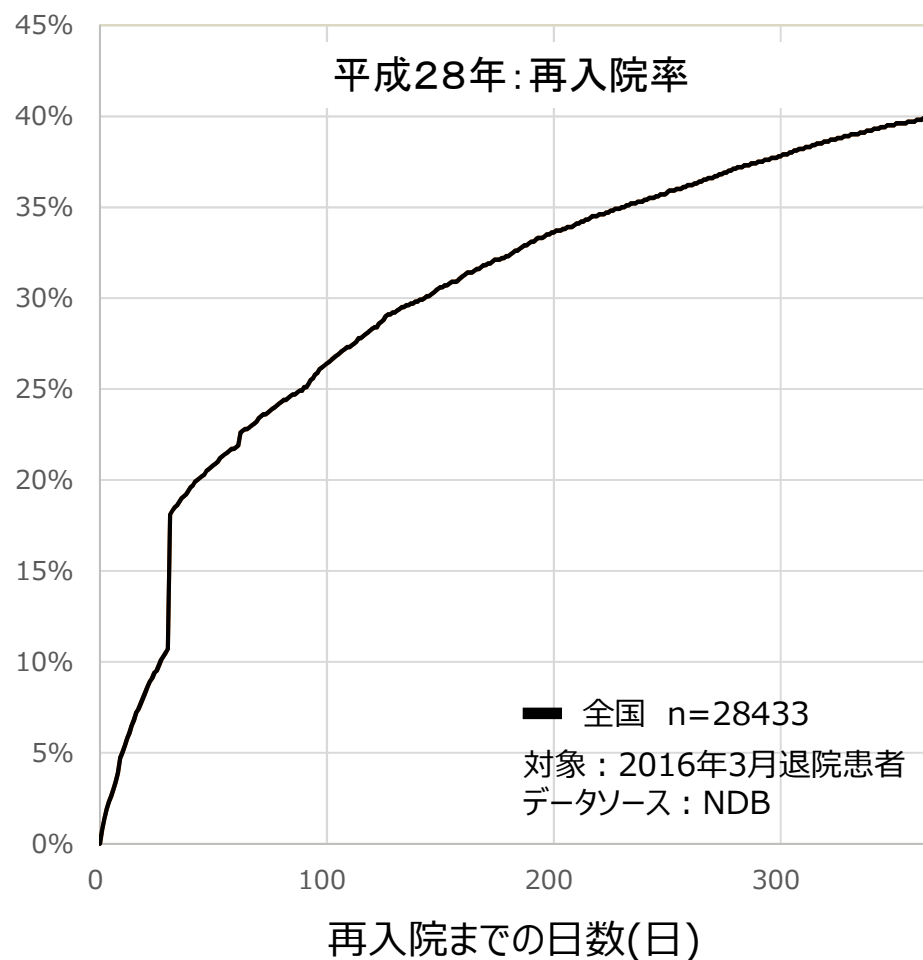
○ 精神病床における入院患者の在院期間は、1年以上が約17万人、うち5年以上が約9万人である。



なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か②

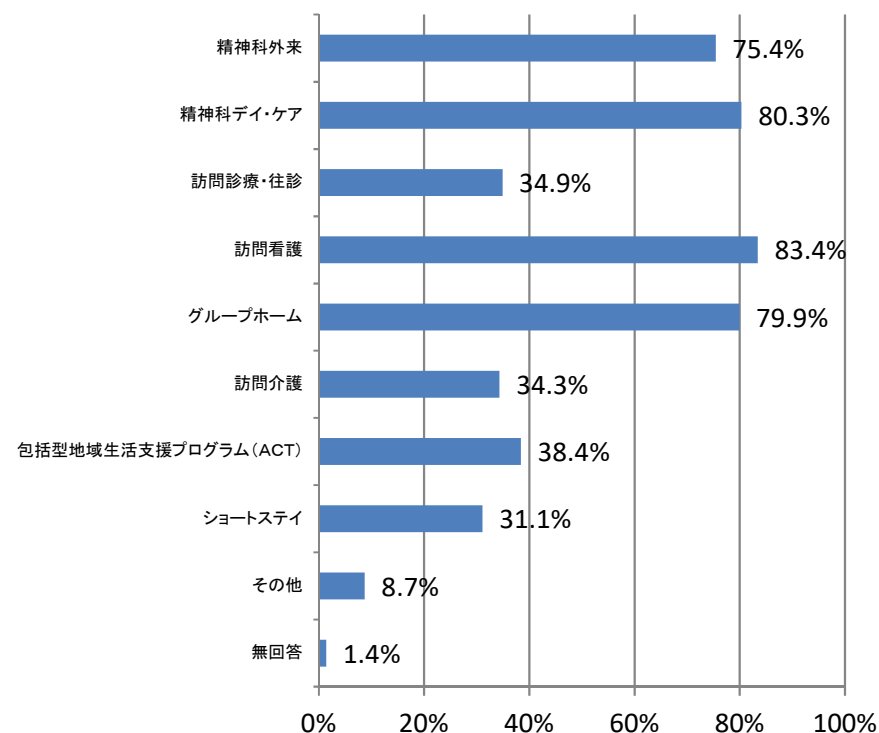
- 精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率

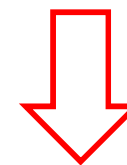


出典：平成29年新精神保健福祉資料(全国)

精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で
重要となる事業・サービス等
(精神療養病棟入院料算定病棟、複数回答、n=289)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査



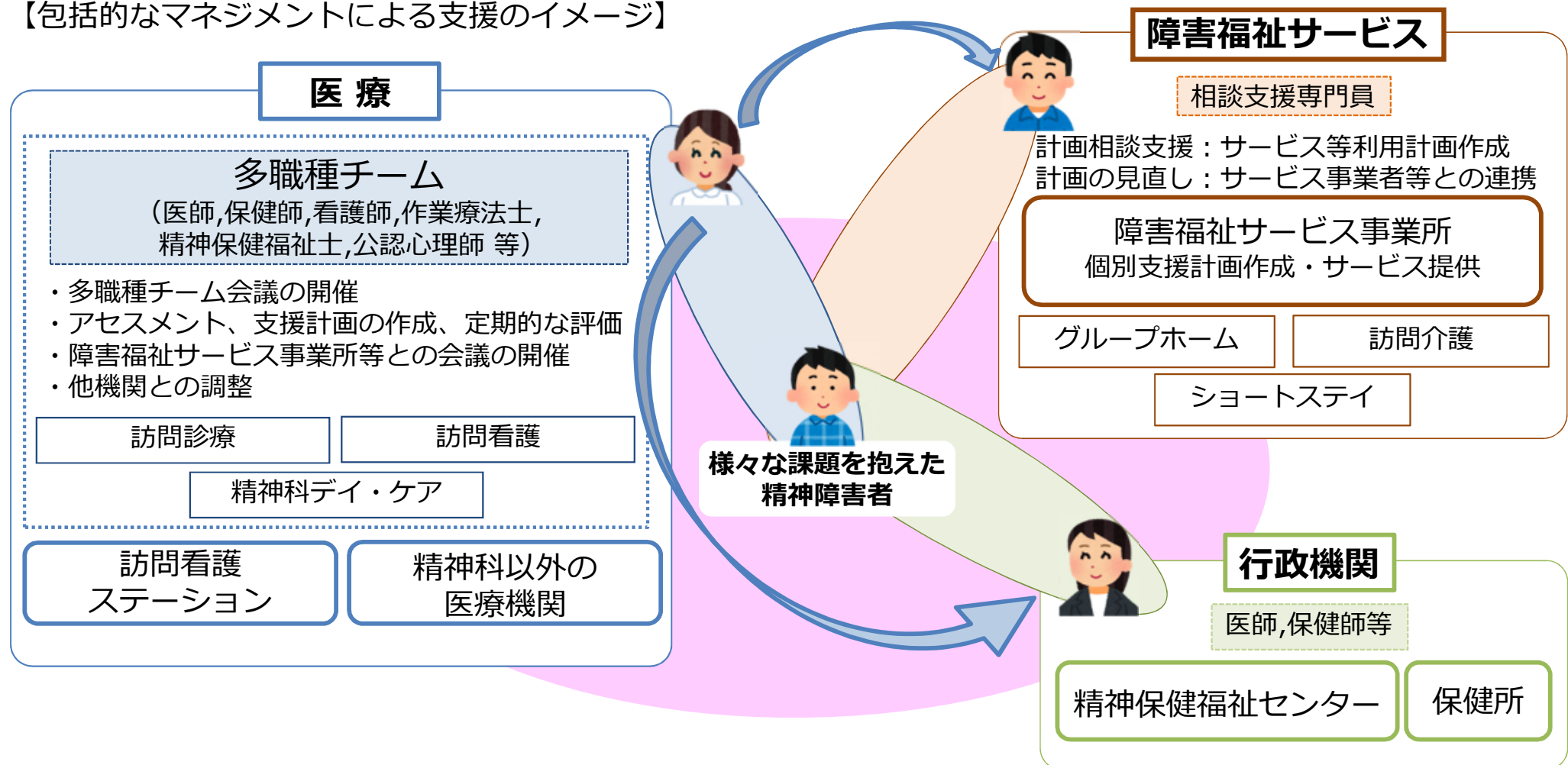
基盤整備が重要

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた基盤整備の取組例

- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた基盤整備が重要である。
- 地域生活を維持するためには、精神障害者が抱える様々な課題に応じたサービス（※）の調整（包括的なマネジメントによる支援）が必要である。

※ 外来診療、精神科デイ・ケア、訪問看護、障害福祉サービス等

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



第5期障害福祉計画に係る国の基本指針について

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～32年度

2. 基本指針の主なポイント

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・就労定着に向けた支援
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- ・発達障害者支援の一層の充実

3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数:H28年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数:H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数:14.6万人～15.7万人に
(H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
- ・退院率:入院後3ヵ月 69%、入院後6ヵ月84%、入院後1年90%
(H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者:H28年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所:5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率:80%以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

4. その他の見直し

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・難病患者への一層の周知
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(概要)

I 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨

- 各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的に退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。
- 精神障害者が退院後にどこの地域で生活することになっても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として実施(法第47条の相談支援業務の一環)

II 退院後支援に関する計画の作成

1 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画

- 作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者のうち、同意が得られた者。
※ 措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高い者から支援対象とすることも可。医療保護入院者等に作成することも可。
※ 同意が得られない場合や計画作成への意向の確認が困難な場合は、計画は作成しない。
- 本人と家族その他の支援者が支援内容を協議する会議(以下「会議」という。)への参加など計画作成に参画できるように十分働きかけ。

2 計画作成の時期

- 原則、入院中に作成。ただし、入院期間が短い場合等は退院後速やかに作成。
- 措置入院の場合、措置症状が消退しているにもかかわらず、本人が計画に基づく支援に同意しないことや、計画作成に時間を要していることを理由に措置入院を延長することは法律上認められない。

3 計画の内容

◆ 計画の記載事項(主要事項)

- ・ 退院後の生活に関する本人の希望 ・ 家族その他の支援者の意見
- ・ 退院後支援の担当機関、本人のニーズ・課題、支援内容、連絡先
- ・ 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 ・ 計画に基づく支援を行う期間 等

◆ 計画に基づく支援期間

- 本人が希望する地域生活に円滑に移行できるための期間として、地域への退院後半年以内を基本として設定。
- 延長は原則1回(本人同意が必要)。1年以内には本人が希望する地域生活への移行を図ることができるよう努力。

4 会議の開催

◆ 参加者

- ① 会議には、本人と家族その他の支援者の参加が原則。

※例外的に参加しない場合も、事前又は事後に、これらの者の意向を確認する機会を設けるなどの対応を行う。

- ② 本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として参加させることを希望する場合は、これらの者を参加させる。

Ⅱ 退院後支援に関する計画の作成(続き)

③ 支援関係者(＝支援対象者の退院後の医療等の支援の関係者)

- ・ 作成主体の自治体 ・ 帰住先の市町村(保健所設置自治体を除く)
- ・ 入院先病院 ・ 通院先医療機関 ・ 措置入院前の通院先医療機関 ・ 訪問看護ステーション
- ・ 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者 ・ NPOなどの支援者、民生委員 等

※ 防犯の観点からの警察の参加は認められず、原則警察は参加しない。例外的に支援を目的に参加を検討する場合も、本人が拒否した場合は参加は不可。

◆ 開催方法、開催場所

- 電話やインターネット回線等を活用して協議を行うことも可。本人の入院中は原則として入院先病院内で開催。

◆ 会議の事務に関して知り得た情報の管理

- 設置主体は、会議の事務に関して知り得た情報の適正な取扱いについて支援関係者にあらかじめ説明し、各支援関係者から当該取扱いを遵守する旨の同意を文書で得る。

5 入院先病院の役割(自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。)

- ①退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任(措置入院先病院)
- ②退院後支援のニーズに関するアセスメントの実施 ③計画に関する意見等の提出 ④会議への参加 等

Ⅲ 退院後支援に関する計画に基づく退院後支援の実施

1 帰住先保健所設置自治体の役割、各支援関係者の役割等

- 帰住先保健所設置自治体は、計画に基づく相談支援を行うとともに、支援全体の調整主体としての役割を担う。

2 計画の見直し

- 自治体は、本人・家族等が希望した場合や、本人の病状や生活環境の変化等に応じて支援内容等を見直す必要がある場合には、速やかに計画の見直しを検討。

3 支援対象者が居住地を移した場合の対応

- 自治体は、支援期間中に本人が居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先自治体に計画内容等を通知。移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得た上で計画を作成。

4 計画に基づく支援の終了及び延長

- 支援期間が満了する場合は原則支援を終了。支援終了後も、必要に応じて法第47条に基づく一般的な相談支援を実施。
- 例外的に延長する際は、会議を開催し、本人・家族等に丁寧の説明の上、本人の同意を得る。

5 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回した場合の対応

- 計画の交付後に、本人から支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合は、必要に応じて計画内容を見直す等、本人の意向を踏まえた計画となるよう対応。
- こうした対応を行っても計画に基づく支援に同意が得られない場合は、計画に基づく支援を終了。

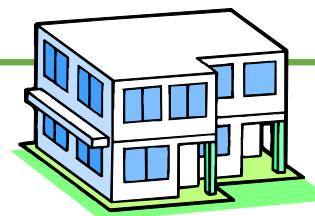
地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

退院後

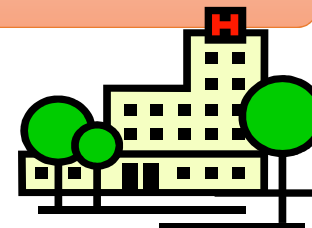
- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後



- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

措置入院患者への精神医療の評価

精神科措置入院退院支援加算の新設

➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

[算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

現行

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 30分以上行った場合 600点
- ロ イ以外の場合
- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点



改定後

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点
- ロ 初診の日において 60分以上行った場合 540点

ハ イ又はロ以外の場合

- (1) 30分以上の場合 400点
- (2) 30分未満の場合 330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

通院精神療法

(新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)

[算定要件]

- (1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。
- (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価②

精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)	1,800点	1,350点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)	1,480点	1,110点

[対象患者]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）
- イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態で、退院時におけるGAF尺度が40以下の者



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	<u>3,000点</u>	<u>2,520点</u>
ロ 重症患者等	<u>2,500点</u>	<u>1,875点</u>
ハ 重症患者等以外	<u>2,030点</u>	<u>1,248点</u>
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	<u>2,467点</u>	<u>1,850点</u>
ロ 重症患者等	<u>2,056点</u>	<u>1,542点</u>

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であること。(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)さらに、イを算定する場合には次の全て、ロを算定する場合には次のいずれかに該当する患者であること。

- (1) 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者 又は自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者
- (2) 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態で、退院時 又は算定時におけるGAF尺度が40以下の者

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価③

精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

〔算定要件〕

- 以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
- (1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
 - (2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
 - (3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

〔施設基準(抜粋)〕 以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

〔算定要件〕

- (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
 イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及びは精神科訪問看護・指導を行うこと。
 ウ上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (2) 「ロ」については、(1)のアに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。
ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

〔施設基準(抜粋)〕 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

医療と障害福祉との連携の推進

- 医療・介護・福祉事業者間での切れ目ない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。

現行

【介護支援連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は、別に算定できない。

【退院時共同指導料2 注3】〔算定要件〕

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

【診療情報提供料(Ⅰ)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る 保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。



改定後

【介護支援等連携指導料】〔算定要件〕

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)は、別に算定できない。

【退院時共同指導料2 注3】〔算定要件〕

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

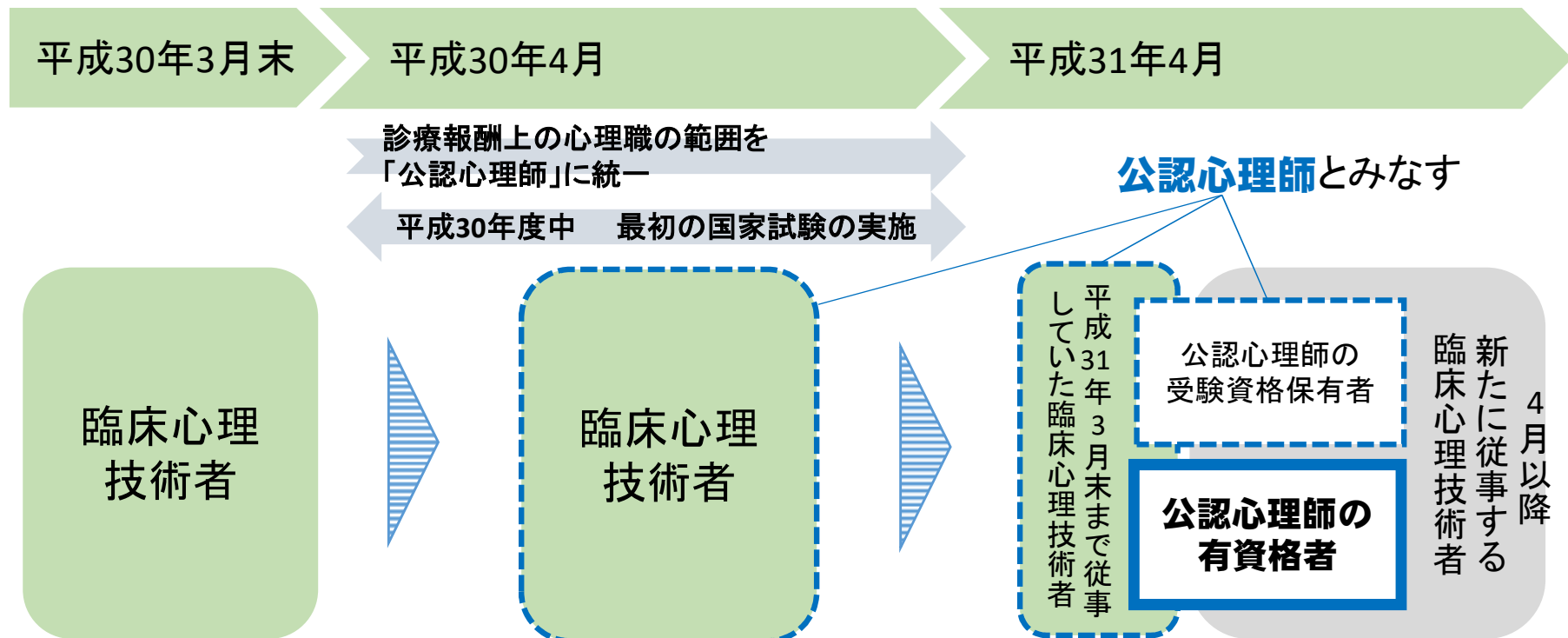
【診療情報提供料(Ⅰ)】〔算定要件〕

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、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(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定要件、退院支援加算1の施設基準についても、同様

公認心理師の評価

- 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理職については、経過措置を設けた上で、「公認心理師」に統一する。
- 最初の国家試験が行われる平成30年度については、従来の「臨床心理技術者」に該当する者を、公認心理師とみなす。
- 平成31年度以降、当面の間、以下のいずれかに該当する者を公認心理師とみなす。
 - (1) 平成31年3月末まで保険医療機関で従事していた臨床心理技術者
 - (2) 平成31年4月以降新たに臨床心理技術者として従事する者のうち公認心理師の受験資格を有する者



公認心理師の概要

1. 公認心理師制度創設の背景（公認心理師法案の提出理由）

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

※ 平成27年9月成立・公布（議員立法）、平成29年9月全面施行

2. 公認心理師とは

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

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

3. 公認心理師試験・登録

公認心理師試験：平成30年に第1回公認心理師試験を実施（毎年1回以上実施）

第2回試験は、令和元年8月4日（日）実施、令和元年9月13日（金）合格発表
合格後、公認心理師登録簿に登録されることで公認心理師となる。

資格登録者数：24,056人（平成31年3月末現在）

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

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

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

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

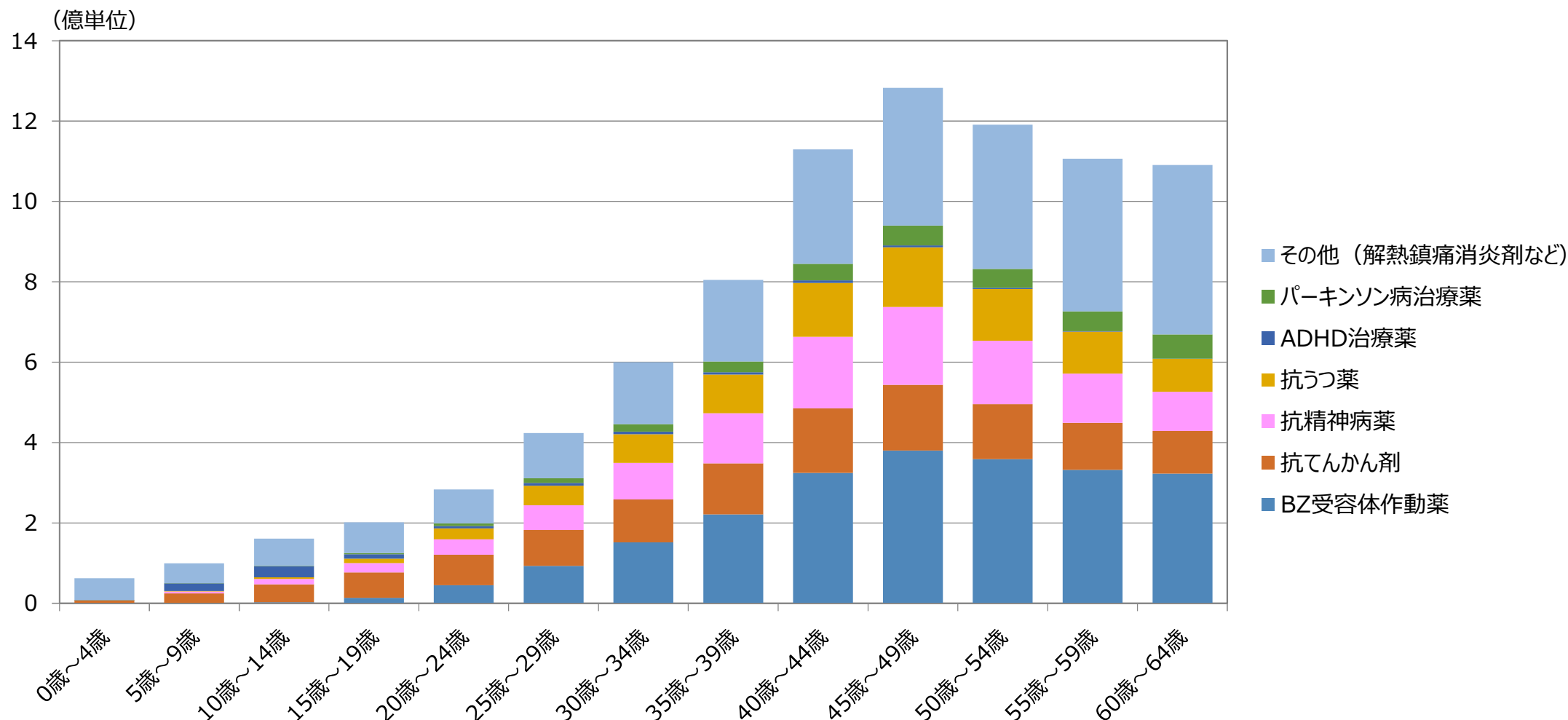
教育分野：学校（スクールカウンセラーの要件の一つとして記載）など

司法・犯罪分野：裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援 など

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

年齢階級別の中枢神経系用薬の使用量（数量ベース）

○ 中枢神経系用薬の使用量（数量ベース）は、小児ではADHD治療薬、抗てんかん剤の割合が大きく、成人期以降ではベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗精神病薬、抗うつ薬の割合が大きくなっている。



※ 年齢階級別に、薬効大分類11中枢神経系用薬に含まれる医薬品の種類ごとにその数量を示したものである。（2017年度調剤分）

※ 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※ 65歳以上のデータは省略している。

出典：調剤医療費の動向（保険局調査課特別集計）

年齢階級別の使用数量が多い中枢神経系用薬（数量ベース）

- 小児期では、抗てんかん剤であるバルプロ酸ナトリウム（先発品名：デパケン）やADHD治療薬である、アトモキセチン塩酸塩（先発品名：ストラテラ）、メチルフェニデート塩酸塩（先発品名：コンサータ）の使用量が多い。
 - 一方、成人においては、20～30歳代では抗てんかん剤であるバルプロ酸ナトリウムの使用量が多く、40～60歳代ではベンゾジアゼピン受容体作動薬であるエチゾラム（先発品名：デパス）の使用量が多い。
- ※その他の区分を除く。

No	0歳～4歳	5歳～9歳	10歳～14歳	15歳～19歳	20歳～24歳	25歳～29歳	30歳～34歳	35歳～39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳
1	アセトアミノフェン （カロナール）	アセトアミノフェン （カロナール）	アセトアミノフェン （カロナール）	アセトアミノフェン （カロナール）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）
2	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	アトモキセチン塩酸塩 （ストラテラ）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	エチゾラム （デパス）	エチゾラム （デパス）	エチゾラム （デパス）	エチゾラム （デパス）
3	トリクロホスナトリウム （トリクロール）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	アトモキセチン塩酸塩 （ストラテラ）	ロキソプロフェンナ トリウム水和物 （ロキソニン）	アセトアミノフェン （カロナール）	アセトアミノフェン （カロナール）	アセトアミノフェン （カロナール）	エチゾラム （デパス）	エチゾラム （デパス）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	プレガバリン （リリカ）	プレガバリン （リリカ）
4	ヒドロキシジンパモ酸塩 （アタラックス）	ラモトリギン （ラミクタール）	メチルフェニデート塩酸塩 （コンサータ）	レベチラセタム （イーケブラ）	レベチラセタム （イーケブラ）	エチゾラム （デパス）	エチゾラム （デパス）	アセトアミノフェン （カロナール）	アセトアミノフェン （カロナール）	アルプラゾラム （ソラナックス）	プレガバリン （リリカ）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）	アセトアミノフェン （カロナール）
5	フェノバルビタール （フェノバル）	メチルフェニデート塩酸塩 （コンサータ）	レベチラセタム （イーケブラ）	非ピリン系感冒剤 （ペレックス）	非ピリン系感冒剤 （ペレックス）	アリピプラゾール （エビリファイ）	アリピプラゾール （エビリファイ）	アルプラゾラム （ソラナックス）	アルプラゾラム （ソラナックス）	アセトアミノフェン （カロナール）	アルプラゾラム （ソラナックス）	アセトアミノフェン （カロナール）	バルプロ酸ナトリウム （デパケン）

■ ADHD治療薬 ■ 抗てんかん剤 ■ 抗うつ剤 ■ 抗精神病薬 ■ BZ受容体作動薬 ■ その他（解熱鎮痛消炎剤など）

※ 薬効大分類11中枢神経系用薬に含まれる医薬品を一般名毎（成分毎）に数量の大きな順に並べたものである。（2017年度調剤分）

※ 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

出典：調剤医療費の動向（保険局調査課特別集計）

様々な依存症対策への対応について

- 依存症対策については、保健医療分野から就労、生活支援分野まで広範な支援策が求められること等から、取組を総合的かつ計画的に推進することを目的として、依存症対策推進本部を設置

【アルコール依存症について】

- アルコール健康障害対策推進基本計画において、取り組むべき重点課題として、以下の事項が示されている
 - ・ 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防
 - ・ アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

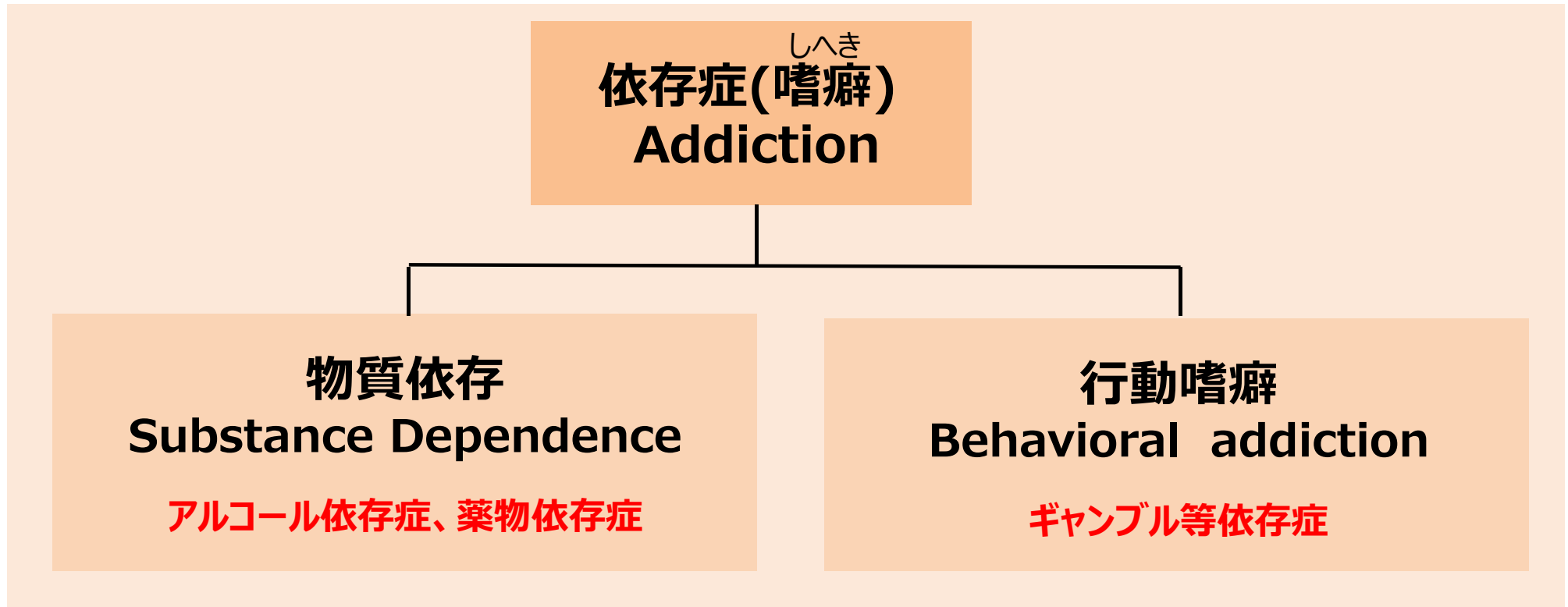
【ギャンブル等依存症について】

- ギャンブル等依存症対策推進基本計画において、取り組むべき具体的施策として、以下の事項等が示されている
 - ・ ギャンブル等依存症の標準的な治療プログラムの確立に向けたエビデンスの構築等、治療プログラムの全国的な普及

【薬物依存症について】

- 薬物依存症の患者に対する専門的な治療を評価する観点から、平成28年度診療報酬改定において、標準化された方法で実施する集団療法の評価として、依存症集団療法を新設

依存症の分類



○一般的に「嗜癖」という言葉は馴染みがなく、「依存症」が用いられている。

○依存症の特徴

- ・ 特定の物質や行動、関係性に心を奪われ、のめりこみ、制御できなくなる。
- ・ 「やめたくても、やめられない」習慣に陥る。
- ・ 依存行動に起因する健康・社会・家族問題が生じていても制御できない。
- ・ 依存症の中でも物質依存は、離脱（禁断症状）の症状が比較的生じやすい。

厚生労働省における依存症対策の推進体制について

依存症対策推進本部（平成28年12月設置）（厚生労働大臣伺い定め）

【設置目的】依存症対策については、保健医療分野から就労、生活支援分野まで広範な支援策が求められ、対象者も幅広い年齢層にわたり、部局横断的な対応が必要であることから、取組を総合的かつ計画的に推進することを目的とし、設置。

大臣
【本部長】

副大臣
政務官
【本部長代理】

事務次官
厚生労働審議官
医務技監
【副本部長】

官房、医政、健康、医薬、基準、
安定、子ども、社会、障害、老健、
保険、政策統括官等の関係部局長
【本部員】

本部に事務局を設置。
事務局長は、社会・援護局障害保健福祉部長。
庶務は障害保健福祉部精神・障害保健課依存
症対策推進室。
ただし、アルコール健康障害対策チームにつ
いては、障害保健福祉部企画課。

依存症対策本部に対策チームを設置

アルコール健康障害対策チーム

【座長：大臣官房審議官（健康、生活衛生、アルコール健康障害担当）、関係部局：健康 他】

- アルコール健康障害対策基本法（平成26年6月1日施行）に基づき、アルコール健康障害対策推進基本計画が策定（平成28年5月31日閣議決定）
⇒ アルコール健康障害対策推進基本計画の推進が必要

薬物依存症対策チーム

（座長：障害保健福祉部長、関係部局：医薬 他）

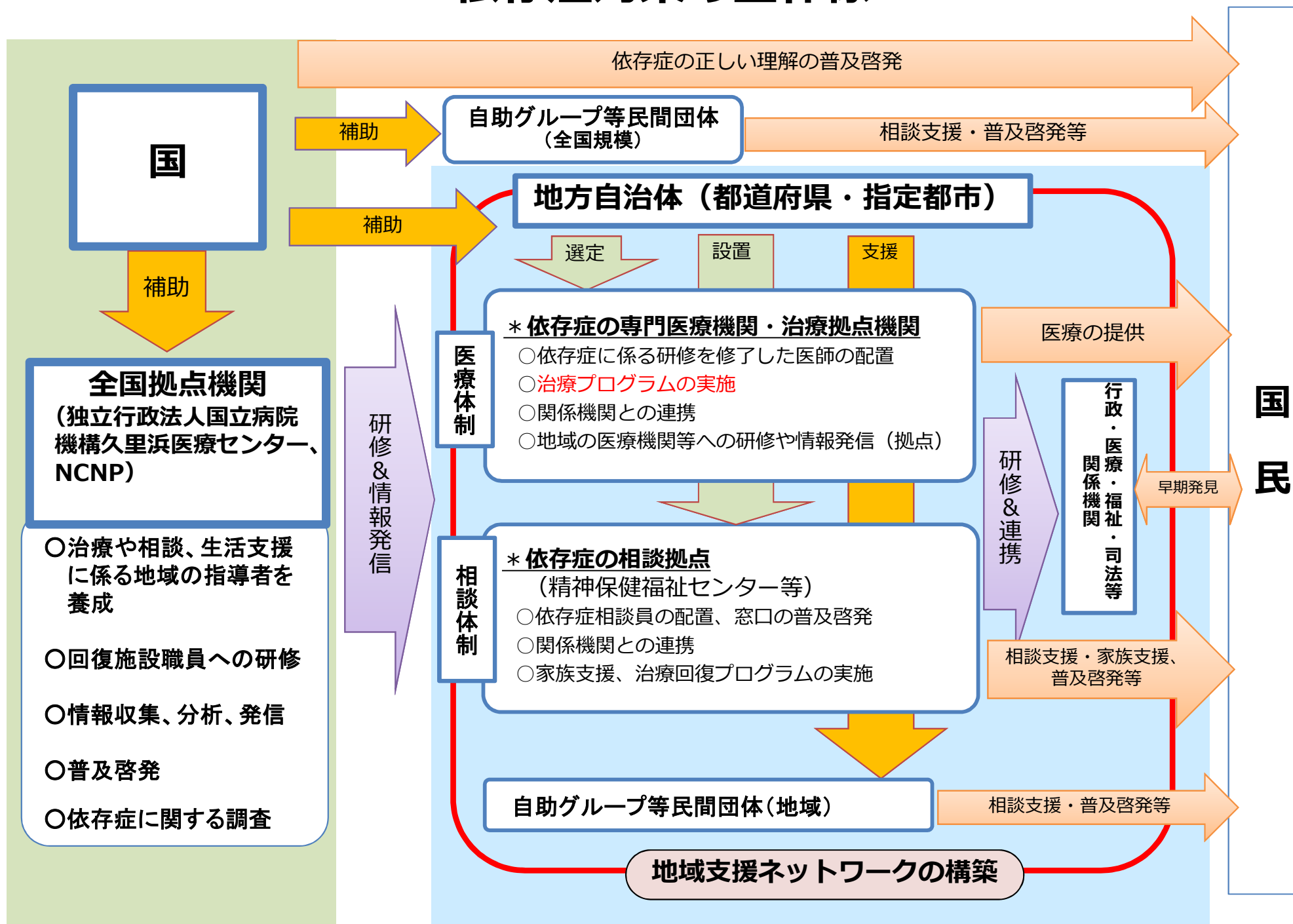
- 刑の一部の執行猶予制度の導入（平成28年6月1日）により、薬物依存のある保護観察対象者の増加が見込まれる。
⇒ 保護観察終了後も支援等を受けられる体制の整備が必要
- 再犯の防止等の推進に関する法律の施行（平成28年12月14日）及び再犯防止推進計画が策定（平成29年12月15日閣議決定）
⇒ 薬物依存症者の再犯防止対策（相談・治療体制の構築等）が必要

ギャンブル等依存症対策チーム

（座長：障害保健福祉部長、関係部局：社会、子ども 他）

- IR推進法の附帯決議及び、「ギャンブル等依存症対策の強化について（平成29年8月29日関係閣僚会議決定）」により、ギャンブル等依存症対策の強化が求められている。
- 「ギャンブル等依存症対策基本法案」の成立（平成30年7月13日公布）により、内閣官房長官を本部長とする対策推進本部に係関係者会議が設置され、「ギャンブル等依存症対策推進基本計画」が策定（平成31年4月19日閣議決定）

依存症対策の全体像



近年の依存症患者数の推移

		平成26年度	平成27年度	平成28年度
アルコール 依存症	外来患者数 (入院患者数)	92,054 (25,548)	94,217 (25,654)	95,579 (25,606)
薬物依存症	外来患者数 (入院患者数)	6,636 (1,689)	6,321 (1,437)	6,458 (1,431)
ギャンブル 等依存症	外来患者数 (入院患者数)	2,019 (205)	2,652 (243)	2,929 (261)

※外来：1回以上、精神科を受診した者の数

※入院：依存症を理由に精神病床に入院している者の数

※1年間に外来受診と精神病床入院の両方に該当した同一患者は、上記の外来と入院の両方の数に計上

※出典：精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

都道府県ごとのデータも把握可能。

依存症の推計値と患者数

○依存症の推計値

- ギャンブル等依存が疑われる者の推計値(過去1年間):約70万人
(生涯経験):約320万人

国立研究開発法人日本医療研究開発機構 障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査、
生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究 2016～2018年度」より

- アルコール依存症の推計値 (時点経験): 約57万人
(生涯経験): 約107万人

厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 2013～2015年度」より

○平成28年度 依存症の受診患者数(NDB)

- ギャンブル等依存症の患者数

外来 2,929人 入院 261人

- 薬物依存症の患者数

外来 6,458人 入院 1,431人

- アルコール依存症の患者数

外来 95,579人 入院 25,606人

※入院は依存症を理由に精神病床に入院している患者数。外来は1回以上精神科を受診した患者数。
「精神保健福祉資料」より

アルコール健康障害対策推進基本計画の概要

基本理念

- 発生・進行・再発の各段階での防止対策／当事者やその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むための支援
- アルコール健康障害に関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携への配慮

基本的な方向性

- 正しい知識の普及 及び 不適切な飲酒を防止する社会づくり
- 誰もが相談できる相談場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり
- 医療における質の向上と連携の促進
- アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり

基本計画で取り組むべき重点課題

(計画対象期間：平成28年度から平成32年度まで)

- 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防

- (1)特に配慮を要する者に対する教育・啓発
※未成年者、妊産婦、若い世代
- (2)アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発

- アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備**

- (1)アルコール健康障害への早期介入
- (2)地域における相談拠点の明確化
- (3)アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
- (4)アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

基本的施策

①教育の振興等

②不適切な飲酒の誘引の防止

③健康診断及び保健指導

④アルコール健康障害に係る医療の充実等

⑤アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

⑥相談支援等

⑦社会復帰の支援

⑧民間団体の活動に対する支援

⑨人材の確保等

⑩調査研究の推進等

その他推進体制等

関連施策との有機的な連携

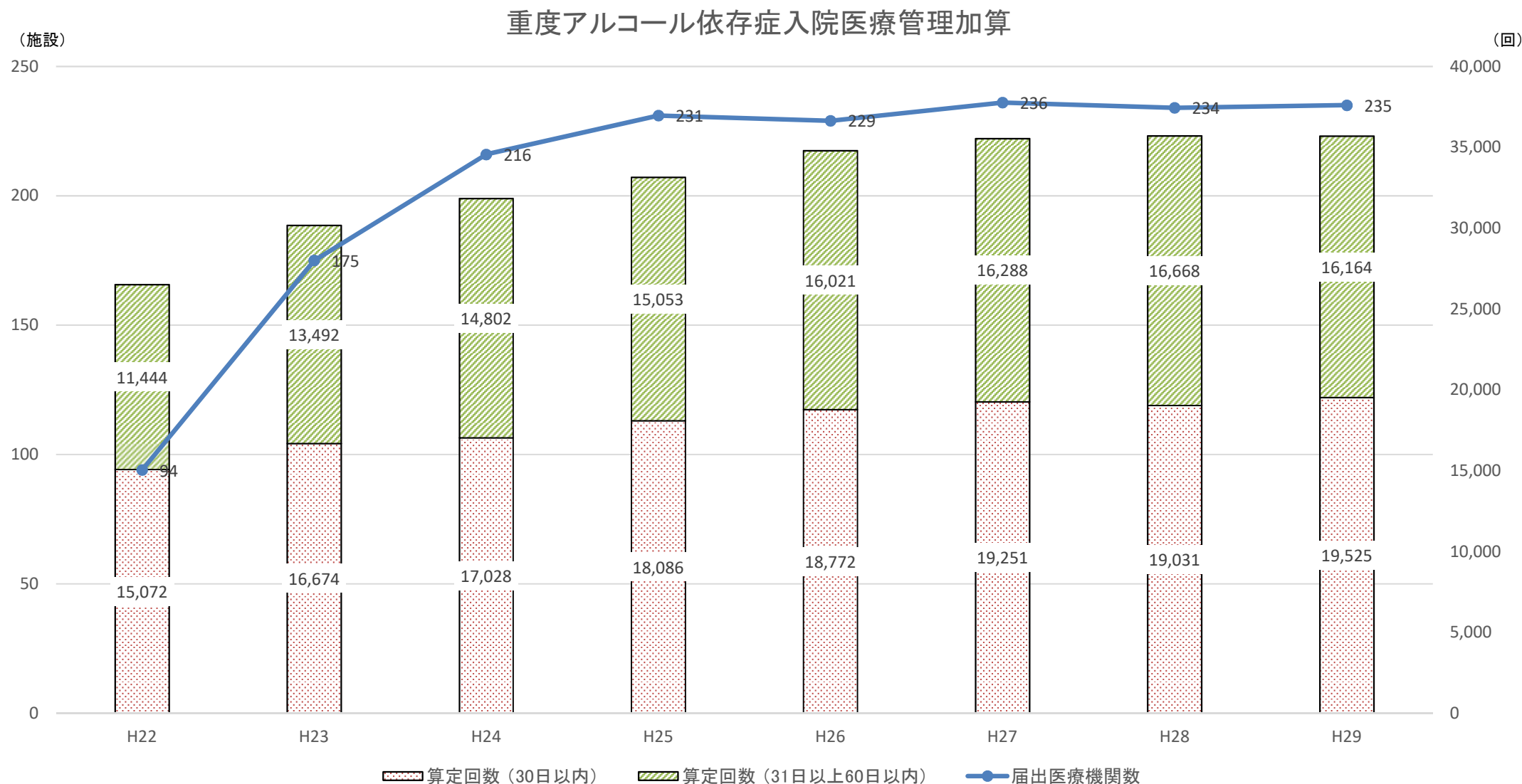
都道府県における都道府県推進計画の策定

基本計画策定後3年以内に、厚生労働省に移管

実態把握とともに次期に向け数値目標の設定について検討

重度アルコール依存症入院医療管理加算

○ 重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出医療機関数及び算定回数は、近年横ばい傾向である。



出典：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）（各年6月審査分）
 保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

ギャンブル等依存症対策基本法概要

1 目的

ギャンブル等依存症は、

- ① 本人・家族の日常生活・社会生活に支障を生じさせるものであり、
- ② 多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の重大な社会問題を生じさせているギャンブル等依存症対策を総合的かつ計画的に推進し、

→ もって①国民の健全な生活の確保を図るとともに、②国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与

2 定義

ギャンブル等依存症……ギャンブル等（法律の定めるところにより行われる公営競技、ぱちんこ屋に係る遊技その他の射幸行為）にのめり込むことにより日常生活又は社会生活に支障が生じている状態

3 基本理念

- ① ギャンブル等依存症の発症・進行・再発の各段階に応じた防止・回復のための対策を適切に講ずるとともに、本人・家族が日常生活・社会生活を円滑に営むことができるように支援
- ② 多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題に関する施策との有機的な連携を図られるよう、必要な配慮

4 アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携への配慮

アルコール・薬物等に対する依存に関する施策との有機的な連携を図られるよう、必要な配慮

5 責務

国・地方公共団体・関係事業者・国民・ギャンブル等依存症対策に関連する業務に従事する者の責務を規定

6 ギャンブル等依存症問題啓発週間

国民の間に広くギャンブル等依存症問題に関する関心と理解を深めるため、ギャンブル等依存症問題啓発週間（5月14日～20日）を設定

* ギャンブル等依存症問題：ギャンブル等依存症及びこれに関連して生ずる多重債務・貧困・虐待・自殺・犯罪等の問題

7 法制上の措置等

政府にギャンブル等依存症対策を実施するため必要な法制上・財政上の措置等の措置を講ずる義務

8 ギャンブル等依存症対策推進基本計画等

- ① **ギャンブル等依存症対策推進基本計画**：政府に策定義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
- ② **都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画**：都道府県に策定の努力義務（少なくとも3年ごとに見直しを検討）
* ②については、医療計画・都道府県健康増進計画・都道府県アルコール健康障害対策推進計画等との調和が必要

9 基本的施策

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| ① 教育の振興等 | ⑥ 民間団体の活動に対する支援 |
| ② ギャンブル等依存症の予防等に資する事業の実施 | ⑦ 連携協力体制の整備 |
| ③ 医療提供体制の整備 | ⑧ 人材の確保等 |
| ④ 相談支援等 | ⑨ 調査研究の推進等 |
| ⑤ 社会復帰の支援 | ⑩ 実態調査（3年ごと） |

10 ギャンブル等依存症対策推進本部

内閣に、内閣官房長官を本部長とする**ギャンブル等依存症対策推進本部**を設置
所掌事務：①基本計画の案の作成・実施の推進、②基本計画に基づく施策の総合調整・実施状況の評価等

11 ギャンブル等依存症対策推進関係者会議

本部に、**ギャンブル等依存症対策推進関係者会議**を設置
委員：ギャンブル等依存症である者等・その家族を代表する者・関係事業者・有識者のうちから内閣総理大臣が任命（20人以内）
所掌事務：本部による①基本計画の案の作成、②施策の実施状況の評価結果の取りまとめの際に、意見を述べる

※ 施行期日：公布の日から起算して3月を超えない範囲内（平成30年10月5日施行）

※ 検討：① 本部については、施行後5年を目途として総合的に検討

② ①のほか、本法の規定全般については、施行後3年を目途として検討

ギャンブル等依存症対策推進基本計画【概要】(第二章 取り組むべき具体的施策は、厚生労働省関係部分を抜粋)

第一章 ギャンブル等依存症対策の基本的考え方等

I ギャンブル等依存症問題の現状	国内の「ギャンブル等依存が疑われる者」の割合：成人の0.8%（平成29年度日本医療研究開発機構（AMED）調査結果）
II ギャンブル等依存症対策の基本理念等	- 発症、進行及び再発の各段階に応じた適切な措置と関係者の円滑な日常生活及び社会生活への支援 - 多重債務、貧困、虐待、自殺、犯罪等の関連問題に関する施策との有機的な連携への配慮 - アルコール、薬物等依存に関する施策との有機的な連携への配慮
III ギャンブル等依存症対策推進基本計画の基本的事項	- 推進体制：ギャンブル等依存症対策推進本部（本部長：内閣官房長官） 対象期間：平成31年度～平成33年度（3年間） - 基本的な考え方 PDCAサイクルによる 計画的な不断の取組の推進 多機関の連携・協力による 総合的な取組の推進 重層的かつ多段階的な 取組の推進
IV ギャンブル等依存症対策の推進に向けた施策について	- ギャンブル等依存症問題啓発週間（5月14日～20日）における積極的な広報活動の実施 - 政府においては、全都道府県が速やかに推進計画を策定するよう促進

第二章 取り組むべき具体的施策（主なもの）【厚生労働省関係部分を抜粋】

I 関係事業者の取組：基本法第15条関係	広告宣伝の在り方 アクセス制限・施設内の取組 相談・治療につなげる取組 依存症対策の体制整備 ※関係事業者等が実施
II 相談・治療・回復支援：基本法第16～19条関係	相談支援 治療支援 民間団体支援 社会復帰支援 - 全都道府県・政令指定都市への相談拠点の早期整備（平成32年度目途） - ギャンブル等依存症である者等の家族に対する支援の強化 - 婦人相談所相談員、母子・父子自立支援員、児童相談所職員、障害福祉サービス従事者・発達障害者支援センター職員等における支援（平成31年度～） - 全都道府県・政令指定都市への治療拠点の早期整備（平成32年度目途） - 専門的な医療の確立に向けた研究の推進、適切な診療報酬の在り方の検討（平成31年度～） - 自助グループをはじめとする民間団体が行うミーティング等の活動支援に係る施策の改善・活用促進（平成31年度～） - ギャンブル等依存症問題を有する生活困窮者の支援（平成31年度～）
III 予防教育・普及啓発：基本法第14条関係	- シンポジウム、普及啓発イベント等を通じ、依存症の正しい知識や相談窓口等を積極的かつ継続的に普及啓発（平成31年度～） - 産業保健総合支援センターを通じた職場における普及啓発の推進（平成31年度～）
IV 依存症対策の基盤整備：基本法第20・21条関係	連携協力体制の構築 人材の確保 - 各地域における包括的な連携協力体制の構築（専門医療機関その他の医療機関、精神保健福祉センター、保健所、財務局等・地公体多重債務相談担当課、消費生活センター、日本司法支援センター、司法書士会等、矯正施設、保護観察所、市区町村、教育委員会、生活困窮者自立相談支援事業実施機関、地域自殺対策推進センター、児童相談所、産業保健総合支援センター、福祉事務所、発達障害者支援センター、警察、健康保険関係団体、自助グループ・民間団体、関係事業者等が参画）（平成31年度～） - 医師臨床研修の見直し等 - 保健師、助産師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士の継続的な養成
V 調査研究：基本法第22条関係	ギャンブル等依存症の標準的な治療プログラムの確立に向けたエビデンスの構築等、治療プログラムの全国的な普及（平成31年度～）
VI 実態調査：基本法第23条関係	- 多重債務、貧困、虐待、自殺、犯罪等のギャンブル等依存症問題の実態把握（平成32年度） - ギャンブル等依存症が児童虐待に及ぼす影響の調査（平成31年度～）
VII 多重債務問題等への取組	※主に金融庁、警察庁が実施

再犯防止推進計画(薬物依存症関連抜粋)

概要

- 「再犯の防止等の推進に関する法律」(平成28年法律第104号)第7条第1項の規定に基づき平成29年12月に策定。
- 同法同条第6項において、「少なくとも5年ごとに、再犯防止推進計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなくてはならない」と規定されていることから、計画期間は、平成30年度から34年度末までの5年間とされている。

薬物依存症関連の主な施策	関係省庁
海外の事例を参考にしつつ、薬物事犯者の再犯防止に効果的な方策を検討。	法務省、厚生労働省
薬物依存症治療の専門医療機関の充実と一般の医療機関における薬物依存症者に対する適切な対応を促進。	厚生労働省
依存症相談員を配置するなど、保健行政機関における薬物依存症に関する相談支援窓口の充実。	厚生労働省
就労と住居の一体的支援活動を行う民間団体の活動の援助など、自助グループを含めた民間団体の活動支援の充実。	厚生労働省
一般国民への講習会の開催等を通じ、薬物依存症者やその親族等の意識・知識の向上を図る。	厚生労働省
薬物依存症者の治療・支援等を行う関係機関の職員等による連絡協議会等を開催し、地域における課題の共有と対応方法の検討など、連携強化を図る。	警察庁、法務省、厚生労働省
薬物依存症治療の診療報酬上の評価の在り方について検討。	厚生労働省
薬物依存症に関する知見を有する、「医師、看護師等の医療関係者」、「精神保健福祉士及び社会福祉士」、「公認心理師」、「地域において生活支援を担う者」の育成。	厚生労働省

質の高い精神医療の評価⑧

薬物依存症に対する集団療法の評価

➤ 薬物依存症の患者に対し、標準化された方法で実施する集団療法の評価を新設する。

(新) 依存症集団療法 340点(1回につき)

[算定要件]

医師又は医師の指示を受けた看護師・精神保健福祉士等で構成される2人以上の従事者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))が実施した場合に、6月以内に限り、週1回を限度として算定する。

参考

SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)
せりがやメタンフェタミン再乱用防止プログラム

○薬物依存症に対する、標準化された集団認知行動療法プログラム

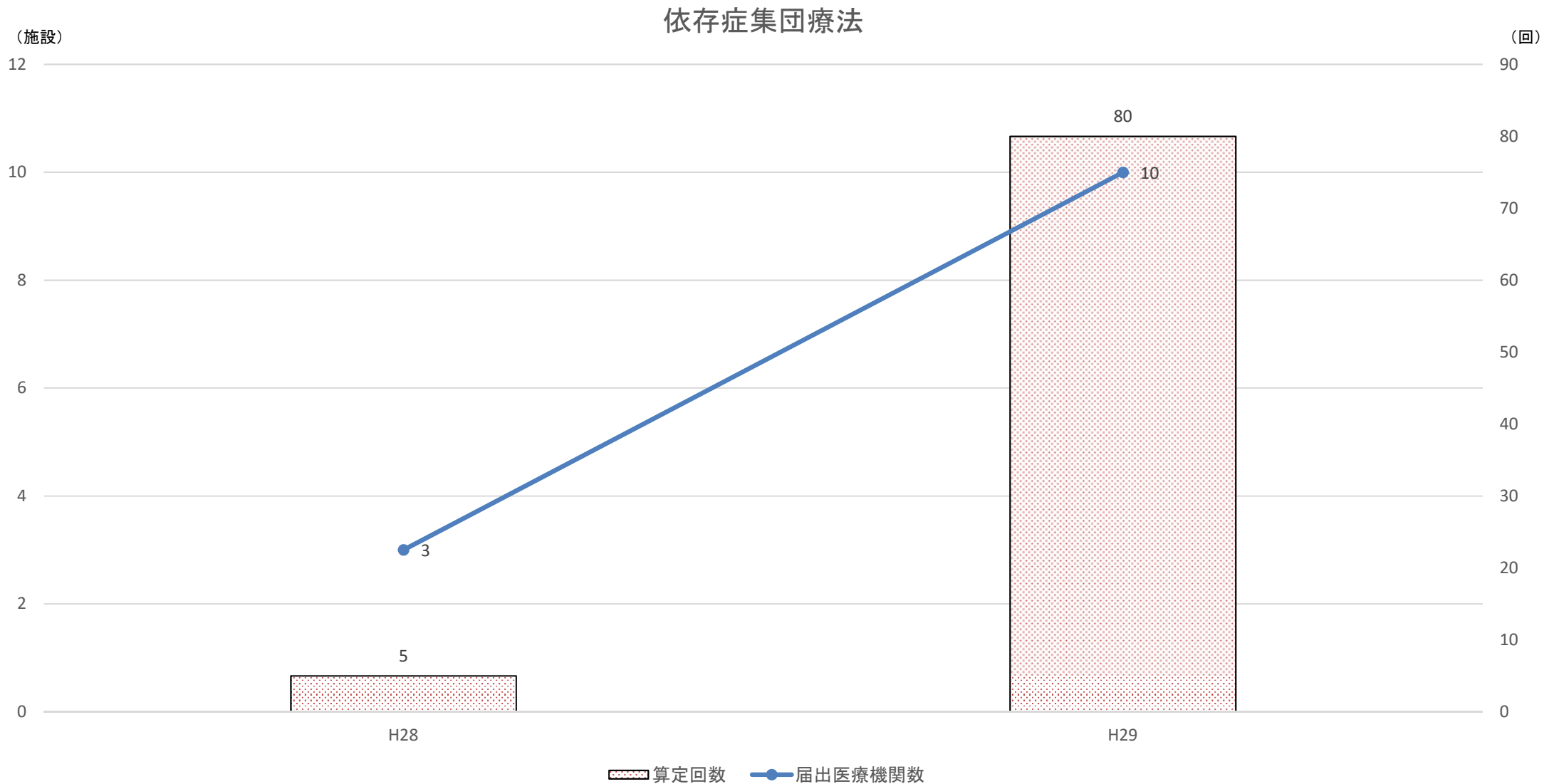
- * 認知行動療法とは、物事の受け取り方や考え方のバランスをとり、ストレス等にうまく対応できるようにする精神療法。
- * せりがや病院(現神奈川県立医療センター)にて開発され、平成18年より運用されている。

(方法)

- ・あらかじめ定められたワークブックや他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する誤った知識や考えを改めたり、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援する。
- ・10～20人の集団に対し、1回90分程度のプログラムを週1回行う。(1クール16回又は24回)

依存症集団療法

○ 依存症集団療法の届出医療機関数及び算定回数は、増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

精神疾患に係る施策・サービス等との連携について

【論点】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する観点から、地域移行・地域生活支援を含む精神医療に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。
- 依存症対策について、それぞれの施策やエビデンスの構築等の進捗状況等を踏まえ、専門的な治療等に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスとの連携について
 - 地域包括ケアシステムの推進について
 - 訪問看護の利用状況等について
- 精神疾患に係る施策・サービス等との連携について
 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
 - 様々な依存症対策への対応について
- 障害児・者に係る施策・サービス等との連携について
 - 障害児・者に係る施策・サービス等の概要について
 - 発達障害児・者への対応について
 - その他

障害児・者に係る施策・サービス等との連携について

【障害児・者に係る施策・サービス等の概要について】

- 地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等、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、障害者総合支援法等に基づき、給付や支援等を実施

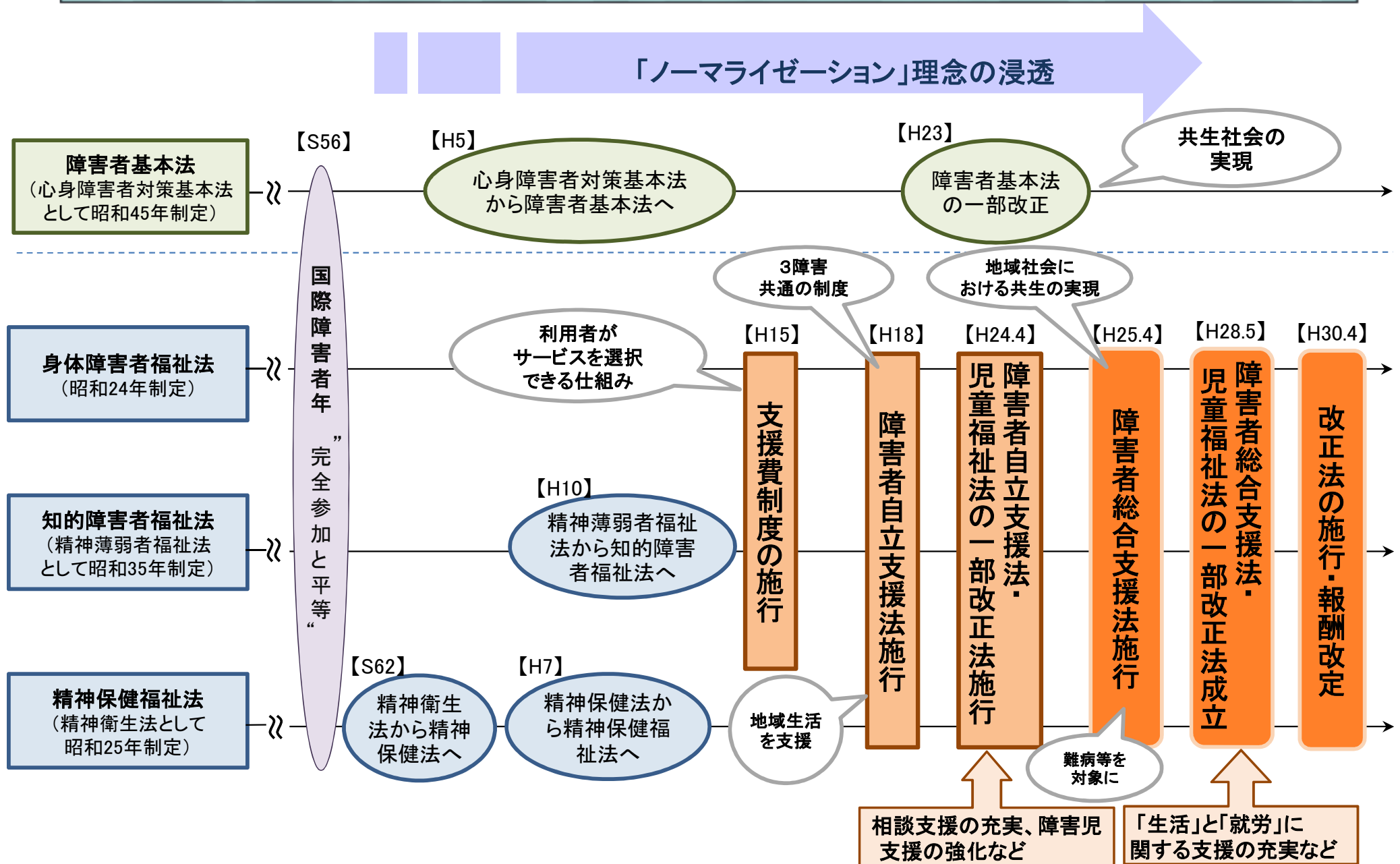
【発達障害児・者への対応について】

- 発達障害児・者に対して、各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関によるネットワーク構築や家族支援体制の整備を進めるとともに、初診待機解消に向けた事業等を実施し、対策を推進
- 平成30年度診療報酬改定において、発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、以下の対応等を実施
 - ・ 小児特定疾患カウンセリング料の算定要件の緩和
 - ・ 青年期の自閉症スペクトラムの患者等に実施される専門的な精神科ショート・ケアに係る評価の新設

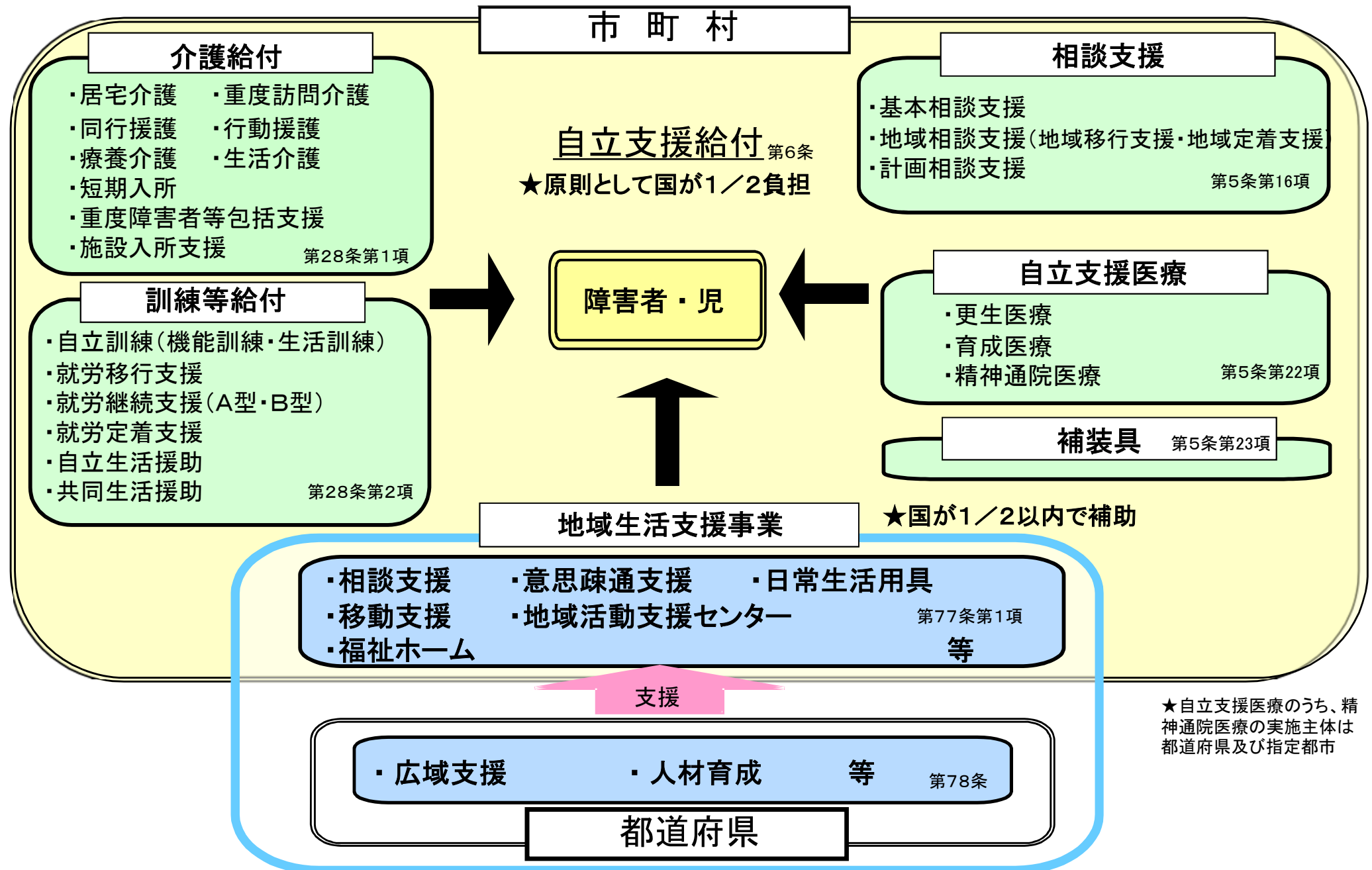
【その他】

- 「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」が公布されたところ（令和元年6月19日成立、6月26日公布）
- 平成30年度診療報酬改定において、入退院支援加算の対象として、小児における退院困難な場合を加える等の対応を実施

障害保健福祉施策の歴史



障害者総合支援法の給付・事業



障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

サービス内容			利用者数	施設・事業所数
訪問系	介護給付	居宅介護 者 児	180,369	20,049
		重度訪問介護 者	11,253	7,474
		同行援護 者 児	25,880	5,906
		行動援護 者 児	11,362	1,723
		重度障害者等包括支援 者 児	36	10
日中活動系	介護給付	短期入所 者 児	57,051	4,864
		療養介護 者	20,602	252
		生活介護 者	282,503	10,505
施設系		施設入所支援 者	128,585	2,580
居住支援系		自立生活援助 者	580	138
		共同生活援助 者	122,673	8,343
	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） 者	2,394	187
		自立訓練（生活訓練） 者	12,233	1,170
		就労移行支援 者	33,560	3,287
		就労継続支援（A型） 者	70,015	3,826
		就労継続支援（B型） 者	255,574	12,423
訓練系・就労系		就労定着支援 者	7,263	902

（注） 1.表中の「 者 」は「障害者」、「 児 」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、平成 31 年 3 月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

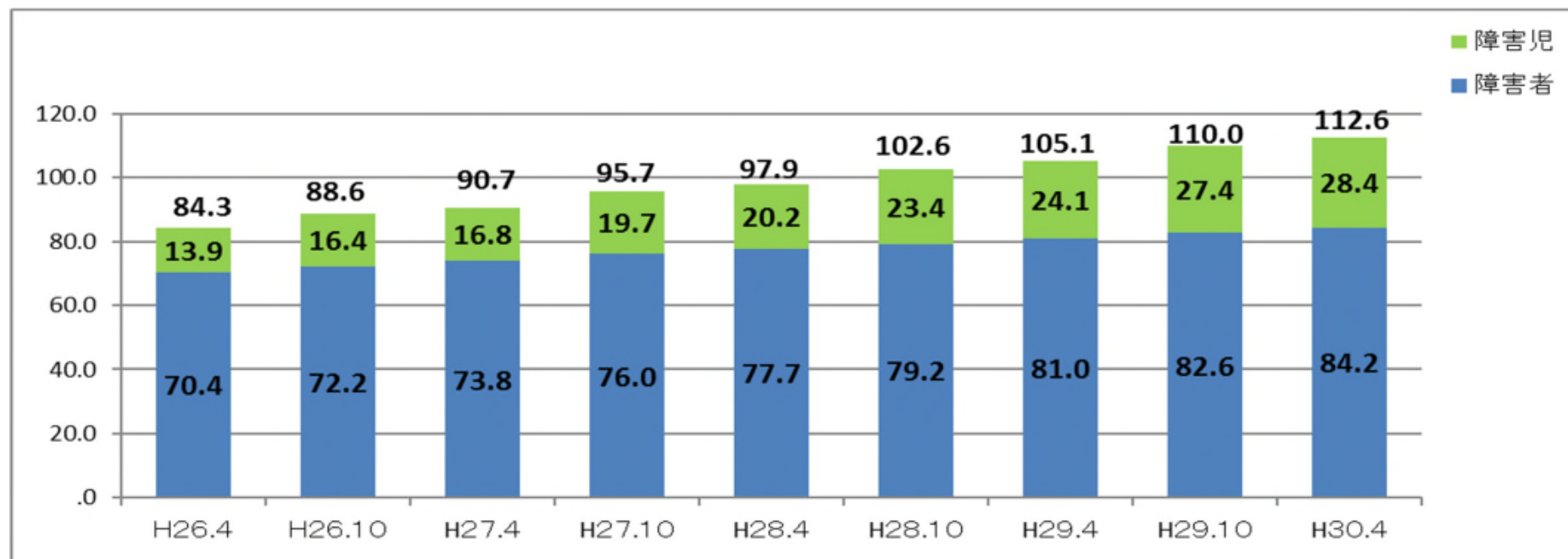
サービス内容			利用者数	施設・事業所数		
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援 児	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	116,679	6,615	
		医療型児童発達支援 児	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	2,342	96	
		放課後等デイサービス 児	授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	207,739	13,268	
居宅訪問型児童発達支援 児		重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	65	34		
保育所等訪問支援 児		保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	4,589	664		
福祉型障害児入所施設 児		施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,613	185		
医療型障害児入所施設 児		施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	2,051	192		
相談支援系		相談支援に係る給付	計画相談支援 者 児	【サービス利用支援】 ・ サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 ・ 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 ・ サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） ・ 事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨	178,744	8,334
			障害児相談支援 児	【障害児利用援助】 ・ 障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 ・ 給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	61,408	4,716
			地域移行支援 者	住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	729	403
	地域定着支援 者		常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	3,215	538	

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

（注） 1.表中の「 者 」は「障害者」、「 児 」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、平成 31年 3月サービス提供分（国保連データ）

障害福祉サービスと障害児サービスの利用者数推移(6ヶ月毎の利用者数推移)

(単位:万人)



○平成29年4月→平成30年4月の伸び率(年率)・・・ 7.2%

(30年4月の利用者数)

このうち 身体障害者の伸び率・・・ 1.5%
 知的障害者の伸び率・・・ 3.1%
 精神障害者の伸び率・・・ 8.6%
 障害児の伸び率・・・ 16.8%

身体障害者・・・ 21.7万人
 知的障害者・・・ 39.4万人
 精神障害者・・・ 21.3万人
 難病等対象者・・・ 0.3万人(2,727人)
 障害児・・・ 29.9万人(※)
 (※障害福祉サービスを利用する障害児を含む)

自立支援医療制度の概要

根拠法及び概要

根 拠 法 : 障害者総合支援法

概 要 : 障害者(児)が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な心身の障害の状態を軽減するための医療(保険診療に限る。)について、当該医療費の自己負担額を軽減するための公費負担医療制度

※ 所得に応じ1月あたりの自己負担上限額を設定(月額総医療費の1割がこれに満たない場合は1割)

※ 保険優先のため、通常、医療保険の自己負担分(3割)と上記の自己負担上限額の差額分を自立支援医療費により支給

実 施 主 体 : 【更生医療・育成医療】市町村 【精神通院医療】都道府県・指定都市

負 担 割 合 : 【更生医療・育成医療】国 1/2, 都道府県1/4, 市町村1/4 【精神通院医療】国1/2, 都道府県・指定都市1/2

支給決定件数 : 【更生医療】262,049件 【育成医療】26,012件 【精神通院医療】2,019,377件 ※平成29年度

対 象 者

更 生 医 療 : 身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者で、その障害の状態を軽減する手術等の治療により確実に効果が期待できる者(18歳以上)

育 成 医 療 : 児童福祉法第4条第2項に規定する障害児のうち、障害に係る医療を行わないときは将来において身体障害者福祉法別表に掲げる障害と同程度の障害を残すと認められ、手術等により確実な治療の効果が期待できる者(18歳未満)

精神通院医療 : 精神保健福祉法第5条に規定する精神疾患(てんかんを含む。)を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者

対象となる医療の例

(更生医療・育成医療)

肢体不自由 … 関節拘縮 → 人工関節置換術

視覚障害 … 白内障 → 水晶体摘出術

聴覚障害 … 高度難聴 → 人工内耳埋込術

内臓障害 … 心臓機能障害 → ペースメーカー埋込手術

腎臓機能障害 → 腎移植、人工透析

肝臓機能障害 → 肝移植

<先天性内臓障害> 鎖肛 → 人工肛門の造設 ※ 育成医療のみ

(精神通院医療)

精神科専門療法

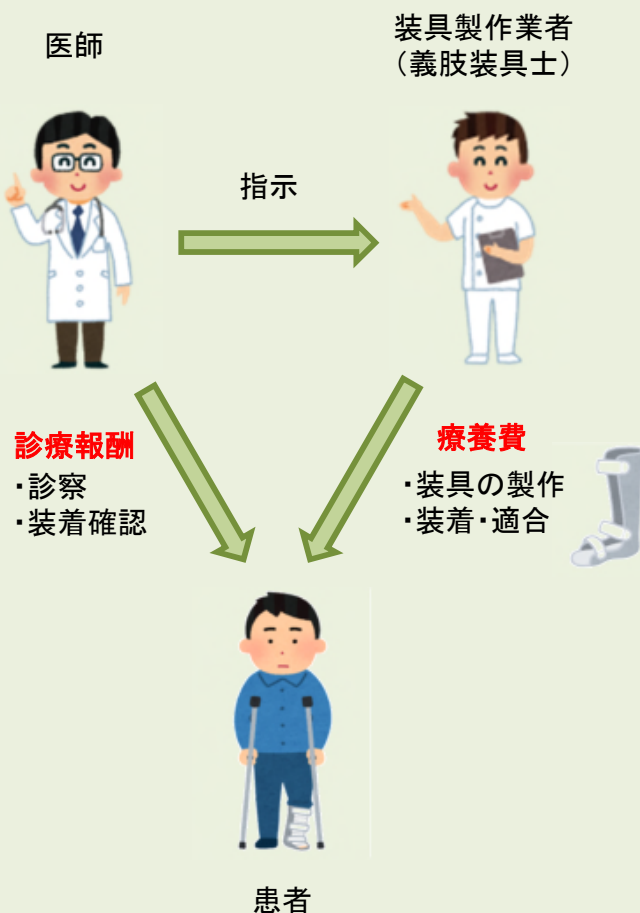
訪問看護

医療機関以外の事業者との連携について①

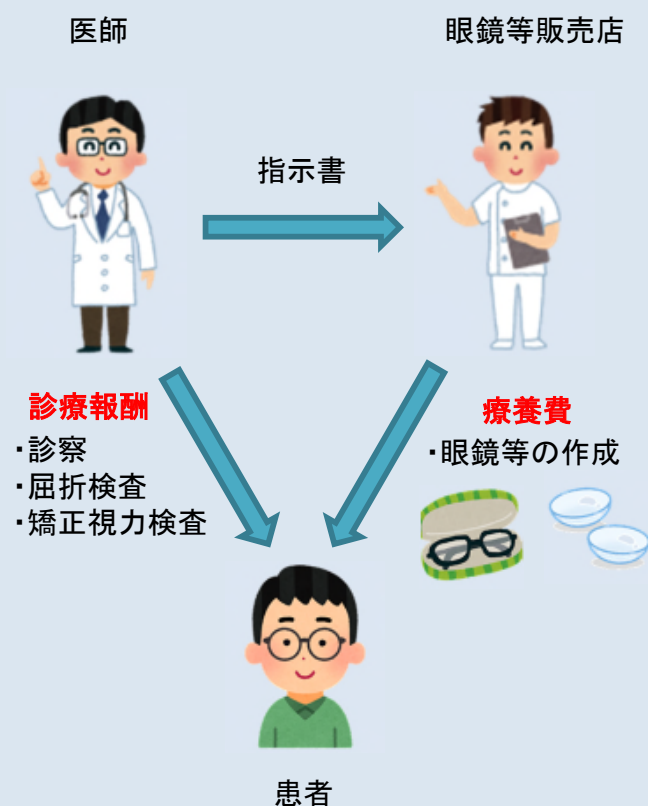
- 医師が疾病又は負傷の治療上、又は日常生活や職業上必要であると認めて患者に装具を装着させる場合、医師の指示や処方をもとに、医療機関以外の事業者と連携して、患者に装具を提供している。

疾病又は負傷の治療遂行上必要なもの

<義肢装具の場合>

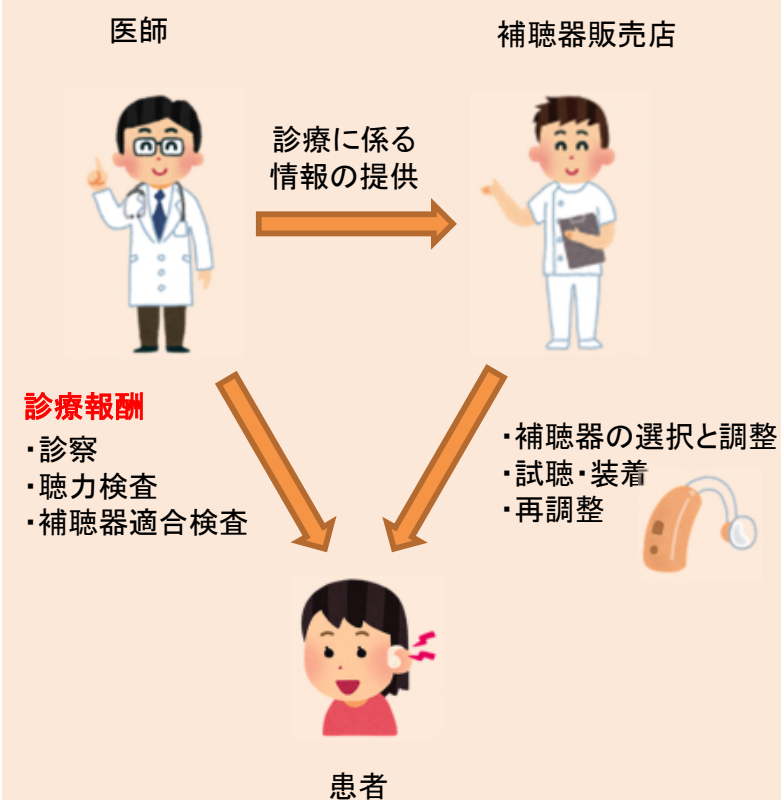


<小児弱視等の治療用眼鏡等の場合>



日常生活や職業上の必要性によるもの

<補聴器の場合>



医療機関以外の事業者との連携について②

<義肢装具の製作過程>



<診察・指示>

- ・ 医師の診察で疾病又は負傷の治療上、装具が必要であると認めた場合、医師の指示により義肢装具士が装具を製作する。

<採寸・採型／装着>

- ・ 医療機関で行われる採寸・採型、装着等については、診療報酬点数(処置料)として評価。
(診療報酬点数の例 J129-3 義肢装具採寸法 200点 J129-4 治療用装具採型法 700点)

<採寸・採型／製作／装着／適合>

- ・ 実際の製作過程では、義肢装具士が装具の製作、適合のみならず、医師の指示のもとに採寸・採型、装着等にも関与している。
- ・ 装具の価格には、義肢装具士の採寸・採型に係る技術料が含まれている(医師の技術料は含まれていない)。

<確認>

- ・ 装具製作後、医師は装具の装着(適合)を確認する。

地域生活支援事業等について

平成30年度予算額
493億円



令和元年度予算額
495億円

概要

障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、**地域の特性や利用者の状況に応じ、実施主体である市町村等が柔軟な形態により事業を計画的に実施。**

令和元年度予算額

地域生活支援事業費等補助金 495億円 (平成30年度予算額) (493億円)
○地域生活支援事業 441億円 (451億円) ○地域生活支援促進事業 54億円 (42億円)

事業内容

○ 地域生活支援事業 (障害者総合支援法第77条・第77条の2・第78条)

(1) 事業の実施主体である市町村等が、地域の特性や利用者の状況に応じて柔軟に実施することにより、効果的・効率的な事業実施が可能である事業

[地域の特性] 地理的条件や社会資源の状況

[柔軟な形態] ① 委託契約・広域連合等の活用 ② 突発的なニーズに臨機応変に対応可能
③ 個別給付では対応できない複数の利用者に対応可能

(2) 地方分権の観点から、地方が自主的に取り組む事業 (事業の実施内容は地方が決定)

(3) 生活ニーズに応じて個別給付と組み合わせて利用することも可能。

・ 補助率 ※**統合補助金**

市町村事業：国 1 / 2 以内・都道府県 1 / 4 以内で補助、都道府県事業：国 1 / 2 以内で補助

○ 地域生活支援促進事業 (平成29年度に創設)

発達障害者支援、障害者虐待防止対策、障害者就労支援、障害者の芸術文化活動の促進等、国として促進すべき事業について、特別枠に位置づけ、5割又は定額の補助を確保し、質の高い事業実施を図る。

・ 補助率 国 1 / 2 又は定額 (10 / 10相当)

代表的な発達障害

- 言葉の発達の遅れ
- コミュニケーションの障害
- 対人関係・社会性の障害
- パターン化した行動、こだわり

知的な遅れ
を伴うことも
ある

自閉症

広汎性発達障害 (PDD)

アスペルガー症候群

注意欠陥多動性障害 AD/HD

- 不注意(集中できない)
- 多動・多弁(じっとしてられない)
- 衝動的に行動する(考えるよりも先に動く)

学習障害 LD

- 「読む」、「書く」、「計算する」等の能力が、
全体的な知的発達に比べて極端に苦手

- 基本的に、言葉の発達の遅れはない
- コミュニケーションの障害
- 対人関係・社会性の障害
- パターン化した行動、興味・関心のかたより
- 不器用(言語発達に比べて)

※このほか、トゥレット症候群や吃音(症)なども
発達障害に含まれる。

(参考) 発達障害に関連して使われることのある用語

- ・強度行動障害: 激しい自傷や他害などがあり、特別な支援が必要な状態。
- ・高機能: 知的な遅れを伴わないこと。
- ・自閉症スペクトラム障害(ASD): 広汎性発達障害(PDD)とほぼ同義。
- ・発達凸凹(でこぼこ): 発達の状態や能力に差異はあるが社会的不適応を示していないケースについて、「障害」や「発達障害」という言葉を使わず、表現するもの。

発達障害者支援法の全体像

I これまでの主な経緯

昭和55年 知的障害児施設の種類として新たに医療型自閉症児施設及び福祉型自閉症児施設を位置づけ
平成5年 強度行動障害者特別処遇事業の創設(実施主体:都道府県等)
平成14年 自閉症・発達障害者支援センター運営事業の開始(広汎性発達障害者を対象とした地域支援の拠点の整備の推進)
平成16年12月 超党派の議員立法により発達障害者支援法が成立 → 平成17年 4月 施行
平成22年12月 発達障害が障害者に含まれるものであることを障害者自立支援法、児童福祉法において明確化
平成28年5月 超党派の議員立法により「発達障害者支援法の一部を改正する法律」が成立

II 主な趣旨

- 発達障害者に対する障害の定義と発達障害への理解の促進
- 発達生活全般にわたる支援の促進
- 発達障害者支援を担当する部局相互の緊密な連携の確保、関係機関との協力体制の整備 等

III 概要

定義：発達障害＝自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、
注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通常低年齢で発現する障害

就学前（乳幼児期）

- 乳幼児健診等による早期発見
- 早期の発達支援

就学中（学童期等）

- 就学時健康診断における発見
- 適切な教育的支援・支援体制の整備
- 放課後児童健全育成事業の利用
- 専門的発達支援

就学後（青壮年期）

- 発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保
- 地域での生活支援
- 発達障害者の権利擁護

【都道府県】 発達障害者支援センター(相談支援・情報提供・研修等)、専門的な医療機関の確保 等

【国】 専門的知識を有する人材確保（研修等）、調査研究 等

発達障害者の人数等

I 患者調査

診断やカウンセリング等を受けるために医療機関を受診した発達障害者数

平成14年度:3.5万人

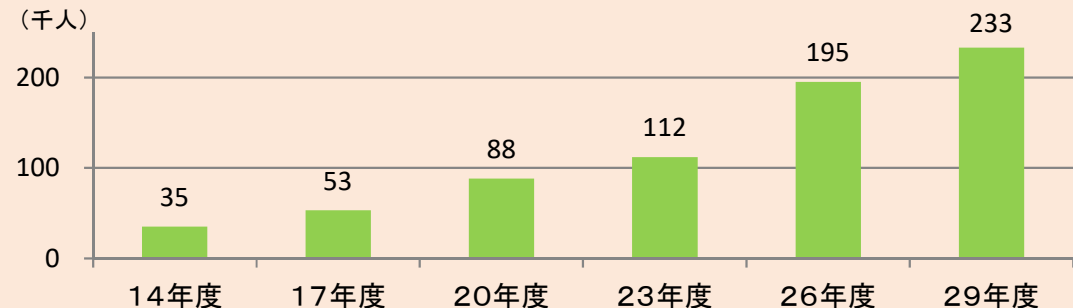
平成17年度:5.3万人

平成20年度:8.8万人

平成23年度:11.2万人

平成26年度:19.5万人

平成29年度:23.3万人



II 平成27年度障害福祉サービス等報酬改定検証調査(平成29年度調査)

児童発達支援、放課後等デイサービス、障害児入所施設の発達障害児の利用割合

児童発達支援:46.6%

放課後等デイサービス:42.1%

(参考) 通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査(平成24年度文部科学省調査)

小・中学校の通常の学級において、学習面又は行動面において著しい困難を示す児童生徒の割合

平成24年度:6.5%(推定値)

※担任教員が記入し、特別支援教育コーディネーター又は教頭による確認を経て提出した回答に基づくもので、発達障害の専門家チームによる診断や、医師による診断によるものではない。従って、本調査の結果は、発達障害のある児童生徒の割合を示すものではなく、発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒の割合を示すことに留意。

発達障害者支援体制整備

乳幼児期から成人期における各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、関係機関等によるネットワークを構築するとともに、ペアレント・メンター・ペアレントトレーニング・ソーシャルスキルトレーニングの導入による家族支援体制の整備や、発達障害特有のアセスメントツールの導入を促進するための研修会を実施する。

また、市町村・事業所等支援、医療機関との連携や困難ケースへの対応を行うための「発達障害者地域支援マネジャー」を配置し、地域の中核である発達障害者支援センターの地域支援機能の強化を図る。

都道府県・指定都市

相談、コンサルテーションの実施

- 発達障害者支援センター
 - ・発達障害者及びその家族からの相談に応じ、適切な指導又は助言を行う。(直接支援)
 - ・関係機関との連携強化や各種研修の実施により、発達障害者に対する地域における総合的な支援体制の整備を推進(間接支援)
- 発達障害者地域支援マネジャー
 - ・市町村・事業所等支援、医療機関との連携及び困難ケースへの対応等により地域支援の機能強化を推進
 - ※原則として、発達障害者支援センターに配置

発達障害者支援地域協議会

- 1) 自治体内の支援ニーズや支援体制の現状等を把握。市町村又は障害福祉圏域ごとの支援体制の整備の状況や発達障害者支援センターの活動状況について検証
- 2) センターの拡充やマネジャーの配置、その役割の見直し等を検討
- 3) 家族支援やアセスメントツールの普及を計画
※年2～3回程度開催

連携

研修会等の実施

- 家族支援のための人材育成(家族の対応力向上)
 - ・ペアレントトレーニング
 - ・ペアレントプログラム(当事者による助言)
 - ・ペアレントメンター 等
- 当事者の適応力向上のための人材育成
 - ・ソーシャルスキルトレーニング 等
- アセスメントツールの導入促進
 - ・M-CHAT、PARS-TR 等

派遣・サポート

連携

展開・普及

市町村

- 1) 住民にわかりやすい窓口の設置や連絡先の周知
- 2) 関係部署との連携体制の構築(例: 個別支援ファイルの活用・普及)



- 3) 早期発見、早期支援等(ペアレントトレーニング、ペアレントプログラム、ペアレントメンター、ソーシャルスキルトレーニング)の推進
 - ・人材確保／人材養成
 - ・専門的な機関との連携
 - ・保健センター等でアセスメントツールを活用



発達障害の早期発見に関する市町村及び都道府県の体制整備について

■発達障害者支援法 第5条

- 1 市町村は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第12条及び第13条に規定する健康診査を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならない。
- 5 都道府県は、市町村の求めに応じ、児童の発達障害の早期発見に関する技術的事項についての指導、助言その他の市町村に対する必要な技術的援助を行うものとする。



■障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業

・市町村事業(任意)「巡回支援専門員整備」

発達障害者支援に関するアセスメント手法についての知識と技術を持った専門員が、保育所等の子どもやその親が集まる施設・場に巡回支援を実施し、障害が“気になる”段階から支援を行うための体制の整備を図る。

・都道府県事業(任意)「発達障害者支援体制整備」

- ①発達障害地域支援マネジャーは、アセスメントツールの導入など市町村の支援体制の整備に必要な相談、助言等を行う。
- ②発達障害の支援の尺度となるアセスメントツールの導入を促進するための研修を実施する。

先進的なアセスメントツールの例

M-CHAT(1歳6か月健診で使用可能)

Modified - Checklist for Autism in Toddlers
(乳幼児期自閉症チェックリスト修正版)

- ・対象: 16～30か月の幼児
- ・方法: 養育者が質問紙に記入する
- ・目的: 社会性の発達状況の確認、自閉症スペクトラムの可能性について把握する
- ・研修: 発達障害早期総合支援研修(国立精神・神経医療研究センターにおいて実施)

PARS-TR(3歳児健診以降で使用可能)

Parent-interview ASD Rating Scales - Text Revision
(親面接式自閉スペクトラム症評価尺度テキスト改訂版)

- ・対象: 3歳以上の児者
- ・方法: 専門家が養育者へのインタビューを行う
- ・目的: 幼児期から成人期まで、自閉症スペクトラムの行動特徴の有無を継続的に把握する
- ・研修: 発達障害者支援者研修会(国立障害者リハビリテーションセンターにおいて実施)

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業

かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業は、発達障害における早期発見・早期支援の重要性に鑑み、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する国の研修内容を踏まえた対応力向上研修を実施し、どの地域においても一定水準の発達障害の診療、対応を可能とし、早期発見・早期支援の推進を図る。

国

国立精神・神経医療研究センター

【指導者養成研修】(国の研修)

- ・発達障害地域包括支援研修:早期支援
- ・発達障害地域包括支援研修:精神保健・精神医療
- ・発達障害支援医学研修



指導者養成研修

都道府県・政令市

- ・専門的な診療
- ・症状が落ち着いた場合
かかりつけ医の紹介

専門医等がいる病院

専門医等の医療従事者



連携

発達障害児者と家族



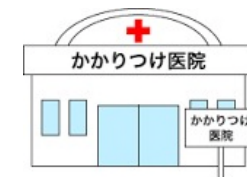
- ・初診の対応
- ・重篤な症状の場合
専門機関の紹介

【本事業の補助対象】

かかりつけ医等発達障害対応
力向上研修

地域の医療機関、診療所

かかりつけ医等の医療従事者



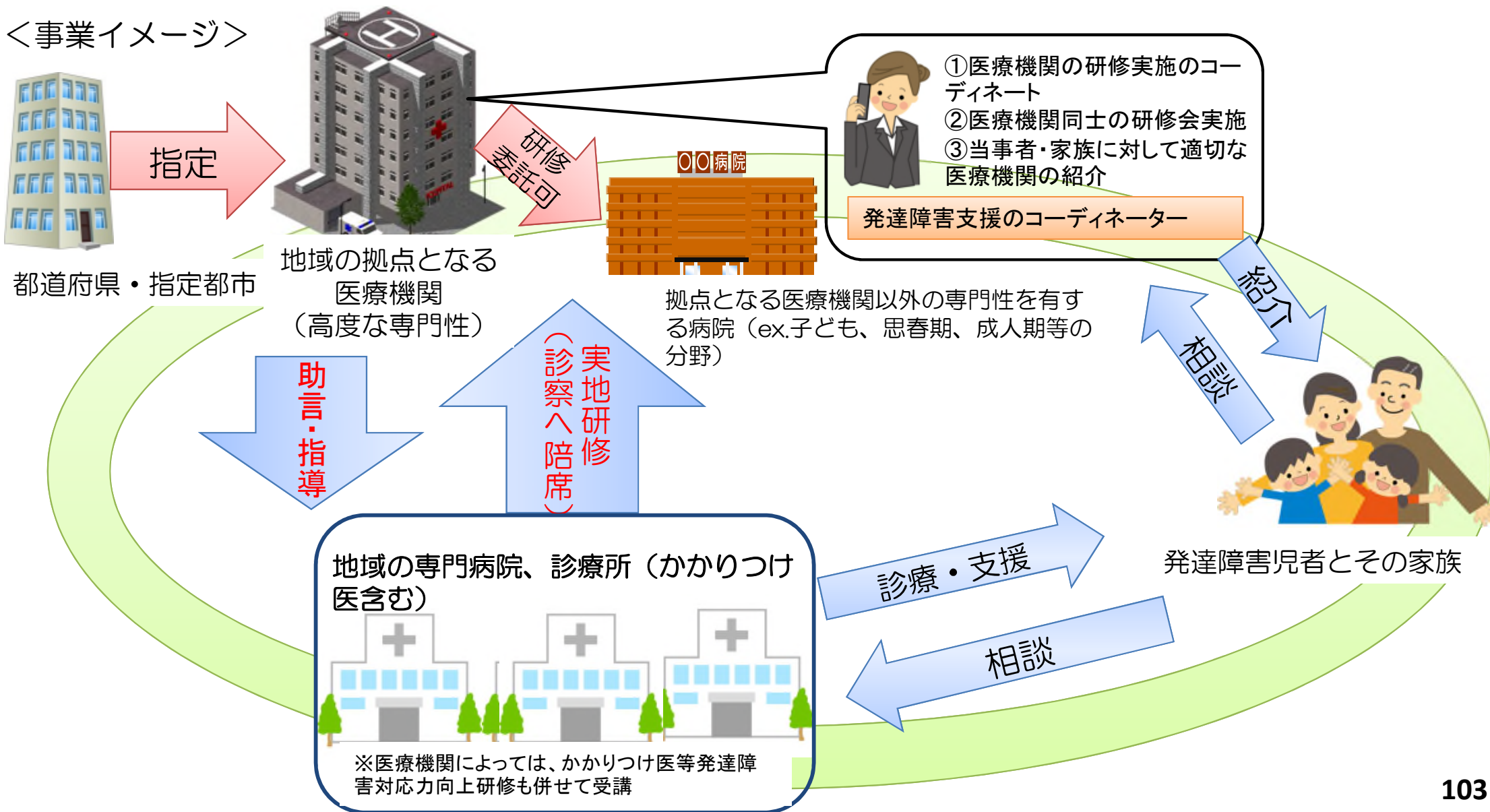
地方

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

平成29年1月に総務省から「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」がなされたが、発達障害の専門的医療機関が少ないという指摘があり、専門的医療機関の確保が急務となっている。

これを踏まえ、平成30年度予算において発達障害の診療・支援ができる医師の養成を行うための実地研修等を実施し、専門的医療機関の確保を図る。

<事業イメージ>



発達障害専門医療機関初診待機解消事業（新規）

平成29年1月の総務省「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」によると、発達障害の診断にかかる初診待機が長期化しているとの指摘があった。これに対し、平成30年度予算で地域の医師が発達障害の診療・支援を行うための「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を新設した。平成31年予算では、初診待機解消を更に加速させるため、診断に至るまでの過程を見直し、その効果測定を行う事業を実施する。

現在



受診申込



医療機関

医療機関において
①患者のアセスメント
②患者の診断
③保護者への
カウンセリング
を実施。

時間がかかるため、
待機が長期化！

待機
解消
事業



相談
申込

発達障害児者
とその家族

地域の実情に
より選択可能



医療機関にアセスメント・カウンセリング
対応職員を配置

医療機関内でアセスメント、カウンセリングを実施する職員または地域の関係機関から聞き取りを行うケースワーカーを増やすことにより、待機の解消を図る。



①患者のアセスメント
②保護者へのカウンセリングを実施。

①患者の診断のみ実施

アセスメント・カウンセリング対応職員・機関（児童発達支援センターや発達障害者支援センターに委託）

実施内容を医療
機関に予め伝達



医療機関

医療機関
での対応
時間が短
くなり待
機短縮！

小児医療の充実②

発達障害に対する診療の充実

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の診療の機会を確保する観点から、心療内科の医療機関において小児特定疾患カウンセリング料を算定可能とする等の要件の緩和を行う。

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

[対象患者]

15歳未満の心理的発達の障害等の患者

改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】

[主な算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科 **又は心療内科** を標榜する保険医療機関において、小児科 **又は心療内科** を担当する医師が、療養上必要なカウンセリングを行うこと。

[対象患者]

18歳未満の心理的発達の障害等の患者

- 青年期の自閉症スペクトラムの患者等に対し、一定期間、計画的に実施される専門的な精神科ショート・ケアについて、評価を新設する。

精神科ショート・ケア

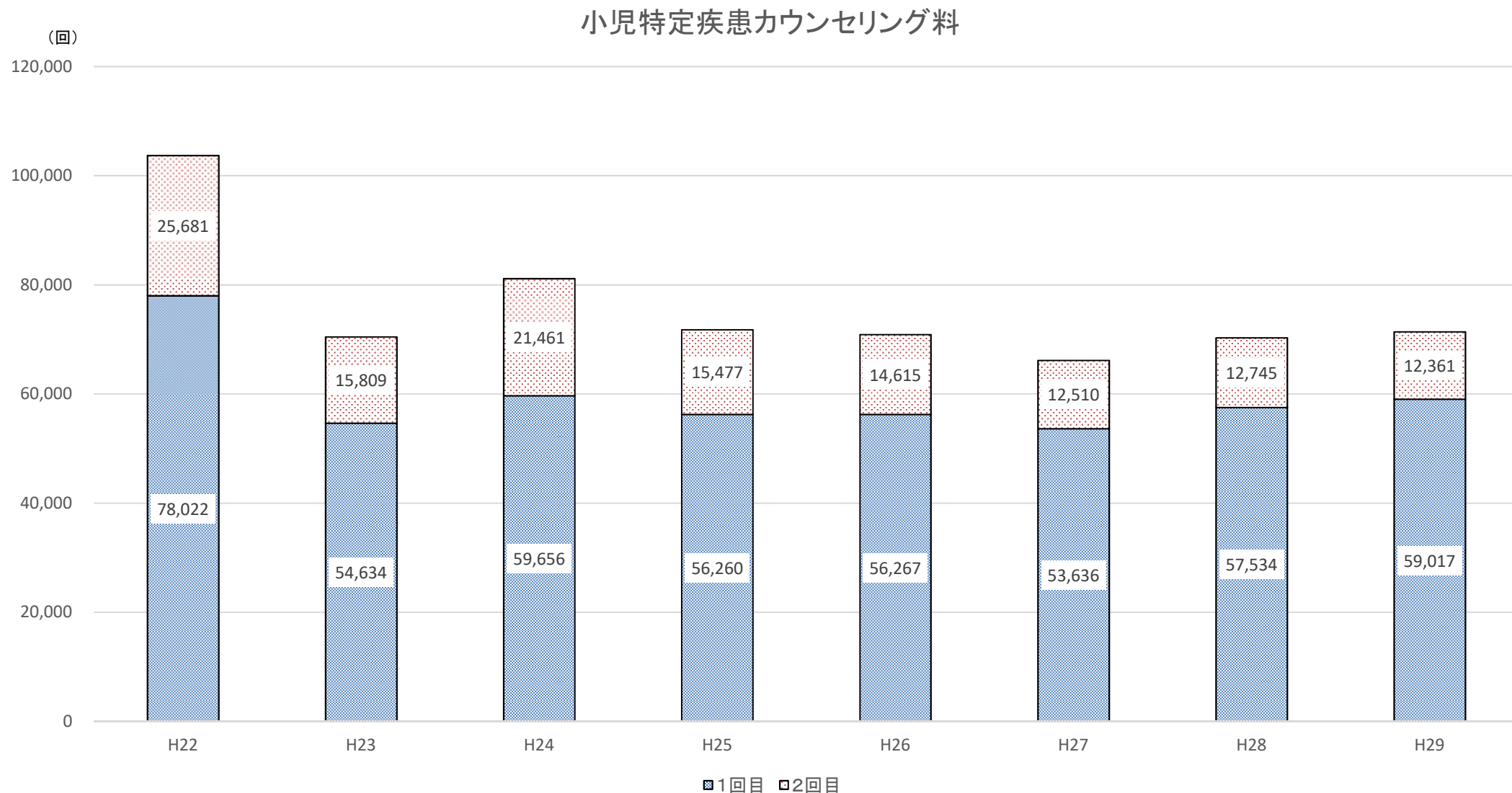
(新) 疾患別等専門プログラム加算 200点

[算定要件]

青年期の患者に対し、当該患者と類似の症状を有する複数の患者とともに、目的、目標、スケジュール、実施内容等を定めた治療計画に基づき、精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始から起算して5月以内に限り、週に1回を限度として算定(精神科医が必要と認めた場合、治療開始から2年以内に限り、さらに週1回かつ計20回を限度として算定可能)

小児特定疾患カウンセリング料

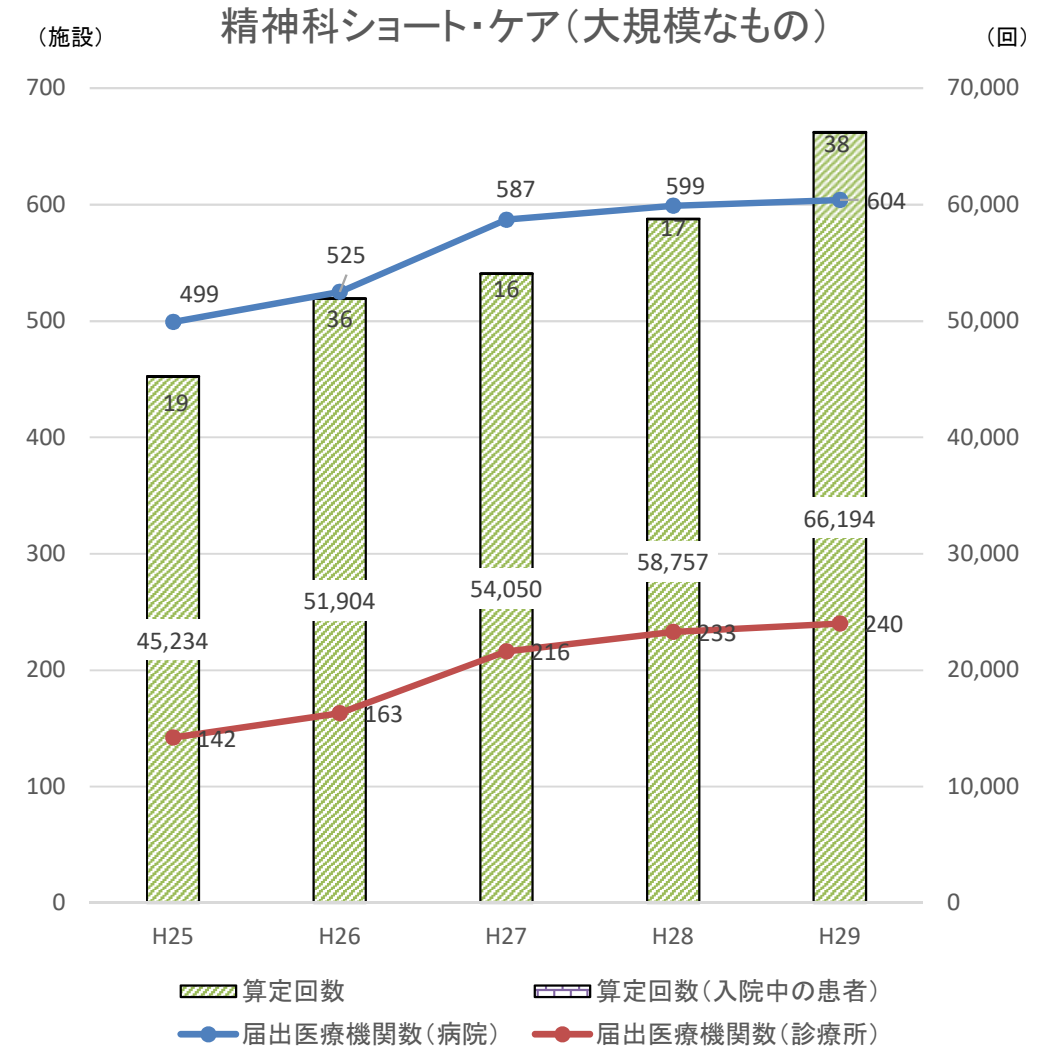
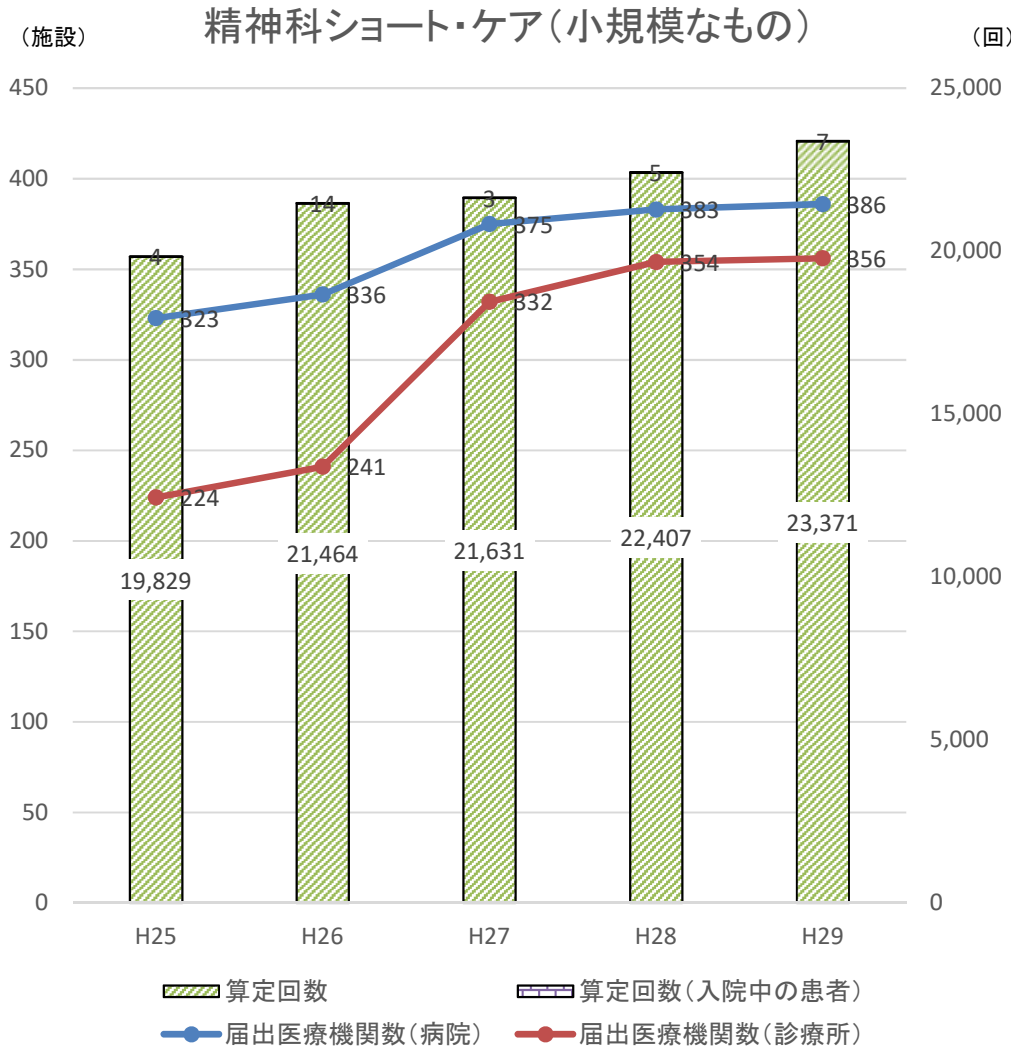
○ 小児特定疾患カウンセリング料の算定回数は、近年横ばい傾向である。



出典：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）（各年6月審査分）

精神科ショート・ケア

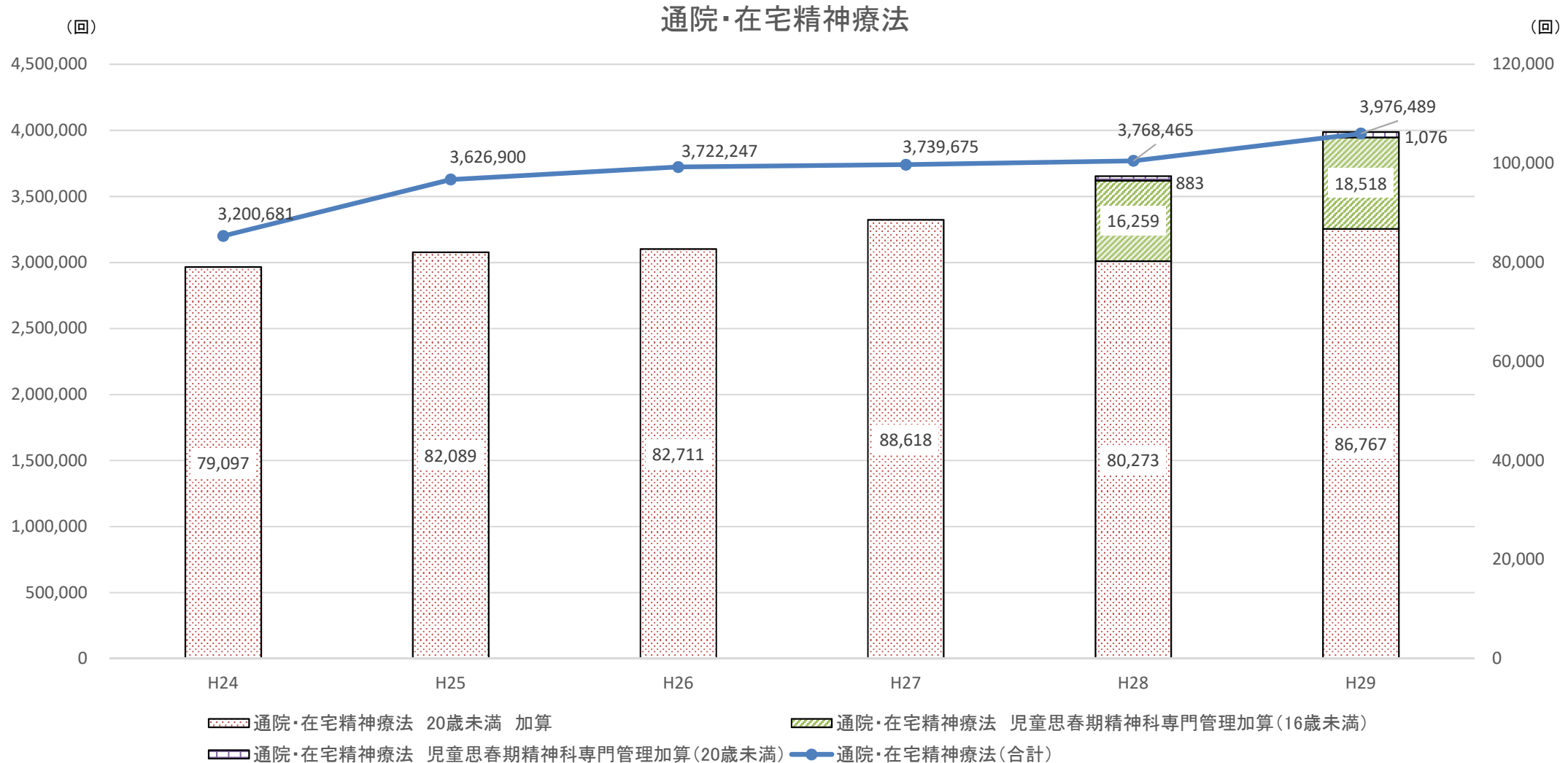
○ 精神科ショート・ケアの届出医療機関数及び算定回数について、近年、ほぼ横ばい傾向であるが、大規模なものについては、算定回数が増加傾向である。



出典：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）（各年6月審査分）
 保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算等）

○ 通院・在宅精神療法の「20歳未満加算」及び「児童思春期精神科専門管理加算（16歳未満、20歳未満）」の算定回数の合計は、徐々に増加傾向である。



出典：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）（各年6月審査分）

児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律(令和元年法律第46号)の概要

(令和元年6月19日成立・6月26日公布)

改正の趣旨

児童虐待防止対策の強化を図るため、児童の権利擁護、児童相談所の体制強化及び関係機関間の連携強化等の所要の措置を講ずる。

改正の概要

※下線部は衆議院による修正部分

1. 児童の権利擁護【①の一部は児童虐待の防止等に関する法律、それ以外は児童福祉法】

- ① 親権者は、児童のしつけに際して体罰を加えてはならないこととする。児童福祉施設の長等についても同様とする。
- ② 都道府県（児童相談所）の業務として、児童の安全確保を明文化する。
- ③ 児童福祉審議会において児童に意見聴取する場合においては、その児童の状況・環境等に配慮するものとする。

2. 児童相談所の体制強化及び関係機関間の連携強化等

(1) 児童相談所の体制強化等【①・⑥・⑦は児童虐待の防止等に関する法律、それ以外は児童福祉法】

- ① 都道府県は、一時保護等の介入的対応を行う職員と保護者支援を行う職員を分ける等の措置を講ずるものとする。
- ② 都道府県は、児童相談所が措置決定その他の法律関連業務について、常時弁護士による助言・指導の下で適切かつ円滑に行うため、弁護士の配置又はこれに準ずる措置を行うものとするとともに、児童相談所に医師及び保健師を配置する。
- ③ 都道府県は、児童相談所の行う業務の質の評価を行うことにより、その業務の質の向上に努めるものとする。
- ④ 児童福祉司の数は、人口、児童虐待相談対応件数等を総合的に勘案して政令で定める基準を標準として都道府県が定めるものとする。
- ⑤ 児童福祉司及びスーパーバイザーの任用要件の見直し、児童心理司の配置基準の法定化により、職員の資質の向上を図る。
- ⑥ 児童虐待を行った保護者について指導措置を行う場合は、児童虐待の再発を防止するため、医学的又は心理学的知見に基づく指導を行うよう努めるものとする。
- ⑦ 都道府県知事が施設入所等の措置を解除しようとするときの勘案要素として、児童の家庭環境を明文化する。

(2) 児童相談所の設置促進【①は児童福祉法、②・③は改正法附則】

- ① 児童相談所の管轄区域は、人口その他の社会的条件について政令で定める基準を参酌して都道府県が定めるものとする。
- ② 政府は、施行後5年間を目途に、中核市及び特別区が児童相談所を設置できるよう、施設整備、人材確保・育成の支援等の措置を講ずるものとする。
その支援を講ずるに当たっては、関係地方公共団体その他の関係団体との連携を図るものとする。
- ③ 政府は、施行後5年間を目途に、支援等の実施状況、児童相談所の設置状況及び児童虐待を巡る状況等を勘案し、施設整備、人材確保・育成の支援の在り方について検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。

(3) 関係機関間の連携強化

【①は児童福祉法、②～④・⑤の前段は児童虐待の防止等に関する法律、⑤の後段は配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律】

- ① 要保護児童対策地域協議会から情報提供等の求めがあった関係機関等は、これに応ずるよう努めなければならないものとする。
- ② 国及び地方公共団体は、関係地方公共団体相互間並びに市町村、児童相談所、福祉事務所、配偶者暴力相談支援センター、学校及び医療機関の間の連携強化のための体制の整備に努めなければならないものとする。
- ③ 児童虐待を受けた児童が住所等に移転する場合に、移転前の住所等を管轄する児童相談所長は移転先の児童相談所長に速やかに情報提供を行うとともに、情報提供を受けた児童相談所長は要保護児童対策地域協議会が速やかに情報交換を行うことができるための措置等を講ずるものとする。
- ④ 学校、教育委員会、児童福祉施設等の職員は、正当な理由なく、その職務上知り得た児童に関する秘密を漏らしてはならないこととする。
- ⑤ DV対策との連携強化のため、婦人相談所及び配偶者暴力相談支援センターの職員については、児童虐待の早期発見に努めることとし、児童相談所はDV被害者の保護のために、配偶者暴力相談支援センターと連携協力するよう努めるものとする。

3. 検討規定その他所要の規定の整備

- ① 児童福祉司の数の基準については、児童福祉司の数に対する児童虐待相談対応件数が過重なものとならないよう、必要な見直しが行われるものとする。
- ② 児童相談所職員の処遇改善、一時保護所等の量的拡充・一時保護の質的向上に係る方策等に対する国の支援等の在り方について、速やかに検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ③ 民法上の懲戒権の在り方について、施行後2年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ④ 一時保護その他の措置に係る手続の在り方について、施行後1年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑤ 児童の意見表明権を保障する仕組みとして、児童の意見を聴く機会の確保、児童が自ら意見を述べる機会の確保、その機会に児童を支援する仕組みの構築、児童の権利を擁護する仕組みの構築その他の児童の権利擁護の在り方について、施行後2年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑥ 児童福祉の専門知識・技術を必要とする支援を行う者の資格の在り方その他資質の向上策について、施行後1年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑦ 児童虐待の防止等に関する施策の在り方について、施行後5年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑧ 通報の対象となるDVの形態及び保護命令の申立をすることができるDV被害者の範囲の拡大、DV加害者の地域社会における更生のための指導等の在り方について、公布後3年を目途に検討を加え、必要な措置を講ずるものとする。
- ⑨ その他所要の規定の整備を行う。

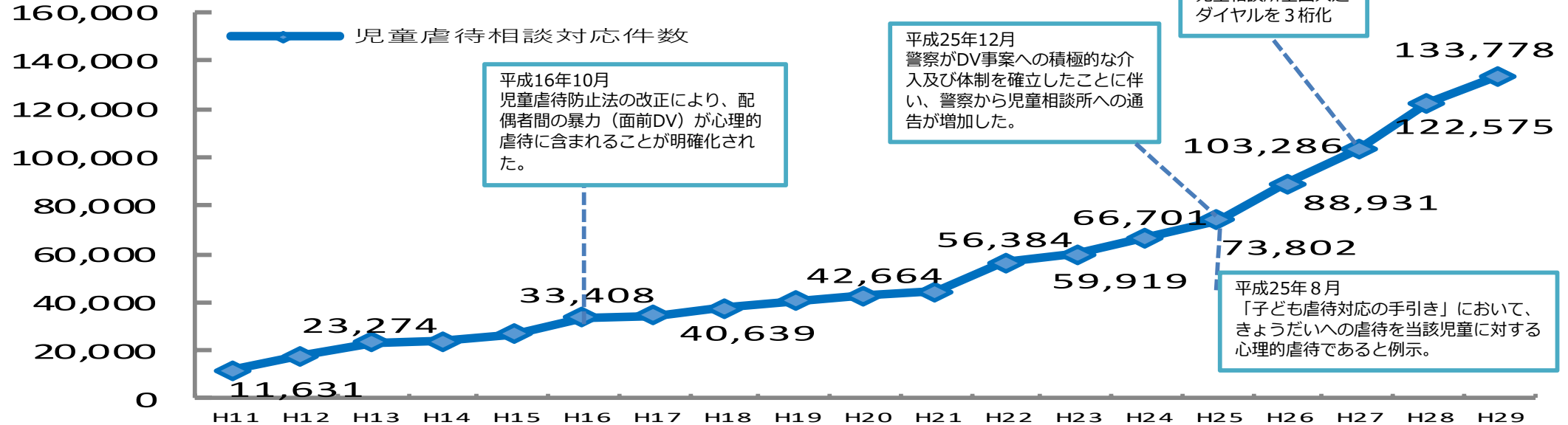
施行期日

令和2年4月1日(3②及び⑧については公布日、2(1)②及び⑤の一部については令和4年4月1日、2(2)①は令和5年4月1日。)

児童虐待相談の対応件数推移及び虐待相談の内容・相談経路

- 平成29年度における児童相談所の児童虐待相談対応件数は、133,778件。平成11年度に比べて約11.5倍。
- 心理的虐待の割合が最も多く（54.0%）、次いで身体的虐待の割合が多い（24.8%）。
- 相談経路は、警察等（49%）、近隣知人（13%）、家族（7%）、学校等（7%）からの通告が多くなっている。

児童虐待相談対応件数の推移



○ 虐待相談の内容別割合

	身体的虐待	ネグレクト	性的虐待	心理的虐待	総 数
平成29年度	33,223 (24.8%) (+1,298)	26,821 (20.0%) (+979)	1,537 (1.1%) (-85)	72,197 (54.0%) (+9,011)	133,778 (100.0%) (+11,203)

○ 虐待相談の相談経路

	家族	親戚	近隣知人	児童本人	福祉事務所	児童委員	保健所	医療機関	児童福祉施設	警察等	学校等	その他	総 数
29年度	9,664 (7%) (+126)	2,171 (2%) (+174)	16,982 (13%) (-446)	1,118 (1%) (+10)	7,626 (6%) (-47)	218 (0%) (-17)	168 (0%) (-35)	3,199 (2%) (+90)	2,046 (2%) (+274)	66,055 (49%) (+11,243)	9,281 (7%) (+431)	15,250 (11%) (-600)	133,778 (100%) (+11,203)

3 児童虐待発生時の迅速・的確な対応

（1）児童相談所の体制強化

- 法** ① 介入的な対応等を的確に行うことができるようにするための体制整備
- ・一時保護等の介入的対応を行う職員と支援を行う職員を分ける等の児童相談所における機能分化を行う。
- ② 児童相談所において常時弁護士による指導又は助言の下で対応するための体制整備
- 法** ・児童相談所が措置決定その他の法律関連業務について、常時弁護士による助言・指導の下で適切かつ円滑に行うため、弁護士の配置又はこれに準ずる措置を行うものとする。
- ・関係団体の協力も得た採用活動、研修の充実、必要な支援等の拡充。
- ③ 児童相談所における医師・保健師の配置の義務化
- 法** ・児童相談所における医師・保健師の配置の義務化。
- ・関係団体の協力も得た採用活動、研修の充実、必要な支援等の拡充。
- 法** ④ 第三者評価など児童相談所の業務に関する評価の実施
- ⑤ 新プランに基づく児童福祉司の2000人増等に向けた支援の拡充
- ・新プランに基づく人材確保が進むよう、採用活動に関する支援等の実施。
 - ・専門性確保のため、児童相談所OBの活用や人事ローテーションへの配慮の要請。
- ⑥ 児童福祉司等への処遇改善
- ・手当などによる児童福祉司等の処遇改善を図る。

3 児童虐待発生時の迅速・的確な対応

(6)DV対応と児童虐待対応との連携強化等

法 ① DV対応と児童虐待対応との連携強化

② 婦人相談所・一時保護所の体制強化

(7)関係機関間の連携強化等

法 ① 学校・福祉施設等の職員に関する守秘義務の法定化

② 児童相談所・市町村における情報共有の推進

・全都道府県で、児童相談所と市町村の情報共有システムを推進。全国的な情報共有に向けた検討を進める。

③ 保護者支援プログラムの推進

・専門医療機関、民間団体と連携した実施、重大事例の検証を踏まえた活用方法の検討。

④ 児童相談所と警察の連携強化

⑤ 児童相談所・市町村、学校・教育委員会と警察との連携強化

・児童虐待に係る情報の管理、関係機関と連携した対応について周知徹底。

4 社会的養育の充実・強化

① 里親の開拓及び里親養育への支援の拡充

・里親の負担軽減（一時的に子どもを預かるサービスの利用促進）や手当の充実等。

② 特別養子縁組制度等の利用促進

・特別養子縁組の成立要件を緩和する（養子となる者の年齢の上限を引き上げる）等の見直しを行う。

③ 児童養護施設等の小規模かつ地域分散化の推進

④ 自立に向けた支援の強化

・18歳到達後の者を含め、児童養護施設を退所した子ども等に対し、住まいの確保や進学・就職を支援する措置の拡充を図る。**113**

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ、オ（略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ（略）

改定後

【入退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること

カ、キ（略）
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】〔施設基準〕

過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数

改定後

【入退院支援加算1】〔施設基準〕

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。

- ①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
- ②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数
- ③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る）に0.05を乗じた数

（新） 小児加算 200点（退院時1回）

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。 114

小児の診療・療養に係る評価について

B001・4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 月の1回目 500点

ロ 月の2回目 400点

- 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
- 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。
 - ア 気分障害の患者
 - イ 神経症性障害の患者
 - ウ ストレス関連障害の患者
 - エ 身体表現性障害(小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。)の患者
 - オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害を含む。)の患者
 - カ 心理的発達の障害(自閉症を含む。)の患者
 - キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(多動性障害を含む。)の患者
- 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものである。

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点

- 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

児童虐待防止対策の主なこれまでの取り組み

【施策の方向性】

児童虐待の発生予防・早期発見

妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援等を通じて、妊娠や子育ての不安、孤立等に対応し、児童虐待のリスクを早期に発見・遡減する。

児童虐待発生時の迅速・的確な対応

児童の安全を確保するための初期対応等が迅速・的確に行われるよう、児童相談所や市町村の体制や権限の強化等を行う。

被虐待児童への自立支援

被虐待児童の家庭への復帰支援を強化するとともに、個々の児童の状況に応じた支援を実施し、将来の自立に結びつける。

【主な取組・対応】

児童虐待防止対策については、H28年及びH29年改正、緊急総合対策、児童虐待防止対策体制総合強化プラン（新プラン）等により累次の総合的な対策を講じてきた。

○子育て世代包括支援センターの全国展開

- ・市町村への子育て世代包括支援センター設置促進（2020年度までに全市町村で設置）〔761市町村・1436カ所（H30.4現在）〕

○乳幼児健診未受診者、未就園児等の緊急把握の実施

○相談窓口等の周知・啓発の推進

- ・全国共通ダイヤル（189）の無料化

等

○児童相談所の体制強化等新プランによる体制強化

- ・児童福祉司の約2000人増などの大幅増員
- ・児童福祉司に加え、児童心理司、保健師など専門職の増員

○中核市・特別区における児童相談所の設置促進

- ・現在は都道府県・政令指定都市は児童相談所必置
- ・中核市・特別区は任意設置
- ・中核市・特別区に対する児童相談所の設置支援

○市町村における相談体制の強化

- ・市区町村子ども家庭総合支援拠点（市町村における虐待相談の拠点）の設置促進（新プランに基づき、2022年度末までに全市町村で設置）

等

○家庭への復帰支援

- ・一時保護等の措置解除時の保護者等への相談支援

○家庭養育の推進

- ・里親委託の推進（里親を育成・支援する機関への補助の拡大）
- ・児童養護施設等の小規模かつ地域分散化などの推進（職員配置の拡充）

○自立支援

- ・施設等の高校生の進学のための支援の充実（補習費の引上げ）
- ・児童養護施設を退所した後の生活支援のための貸付事業の実施

等

最近の児童虐待防止対策の経緯

参考

2016年
5月成立

H28児童福祉法等の一部改正(2017.4施行等)

全ての児童が健全に育成されるよう、発生予防から自立支援まで一連の対策の強化等を図るため、児童福祉法の理念の明確化(子どもが権利の主体であること、家庭養育優先等)・母子健康包括支援センターの全国展開・市町村及び児童相談所の体制強化・里親委託の推進等の所要の措置を講ずる。

2017年
6月成立

H29児童福祉法及び児童虐待防止法の一部改正(2018.4施行)

虐待を受けている児童等の保護を図るため、里親委託・施設入所の措置の承認の申立てがあった場合に家庭裁判所が都道府県に対して保護者指導を勧告することができることとする等、児童等の保護についての司法関与を強化する等の措置を講ずる。

2018年
7月20日

児童虐待防止対策の強化に向けた緊急総合対策(関係閣僚会議決定)

増加する児童虐待に対応し、子どもの命が失われることがないよう、国・自治体・関係機関が一体となって、対策に取り組む。緊急的に講ずる対策と合わせ、必要な児童虐待防止対策に対する課題に取り組む。

2018.3 目黒区で5歳女児の死亡事案が発生

2018年
12月18日

児童虐待防止対策体制総合強化プラン(新プラン)(関係府省庁連絡会議決定)

緊急総合対策に基づき、児童相談所及び市町村の体制と専門性の強化を図るため、専門職の大幅な増員等について、2019年度から2022年度までを対象とした計画を策定。

2019.1 千葉県野田市で10歳女児の死亡事案が発生

2019年
2月8日

緊急総合対策の更なる徹底・強化について(関係閣僚会議決定)

児童相談所及び学校における子どもの緊急安全確認の実施、要保護児童等の情報の取扱い・関係機関の連携に関する新ルールの設定及び児童相談所等の抜本的な体制強化を図る。

2019年
3月19日

児童虐待防止対策の抜本的強化について(関係閣僚会議決定)

昨今の児童虐待相談件数の急増、昨年を目黒区の事案、今年の野田市の事案等を踏まえ、児童虐待防止対策の抜本的強化を図る。児童虐待を防止するための児童福祉法等の改正法案を提出するとともに、2020年度予算に向け、さらにその具体化を図る。

2019年
6月19日
成立

R1児童福祉法等の一部改正(2020.4施行等)

児童虐待防止対策の強化を図るため、児童の権利擁護(体罰の禁止の法定化等)、児童相談所の体制強化、児童相談所の設置促進、関係機関間の連携強化など、所要の措置を講ずる。

2019.6 北海道札幌市で2歳女児の死亡事案が発生

障害児・者に係る施策・サービス等との連携について

【論点】

- 地域で生活する障害児・者が、それぞれの有する疾患や障害等の状態等に応じて、必要な支援を早期に受けられる体制を整備する観点から、専門的治療や入退院支援、関係機関との連携等に係る評価の在り方について、平成30年度診療報酬改定における対応等を踏まえ、どのように考えるか。