個別事項（その10）

個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

２．認知症等について

３．明細書無料発行について

個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

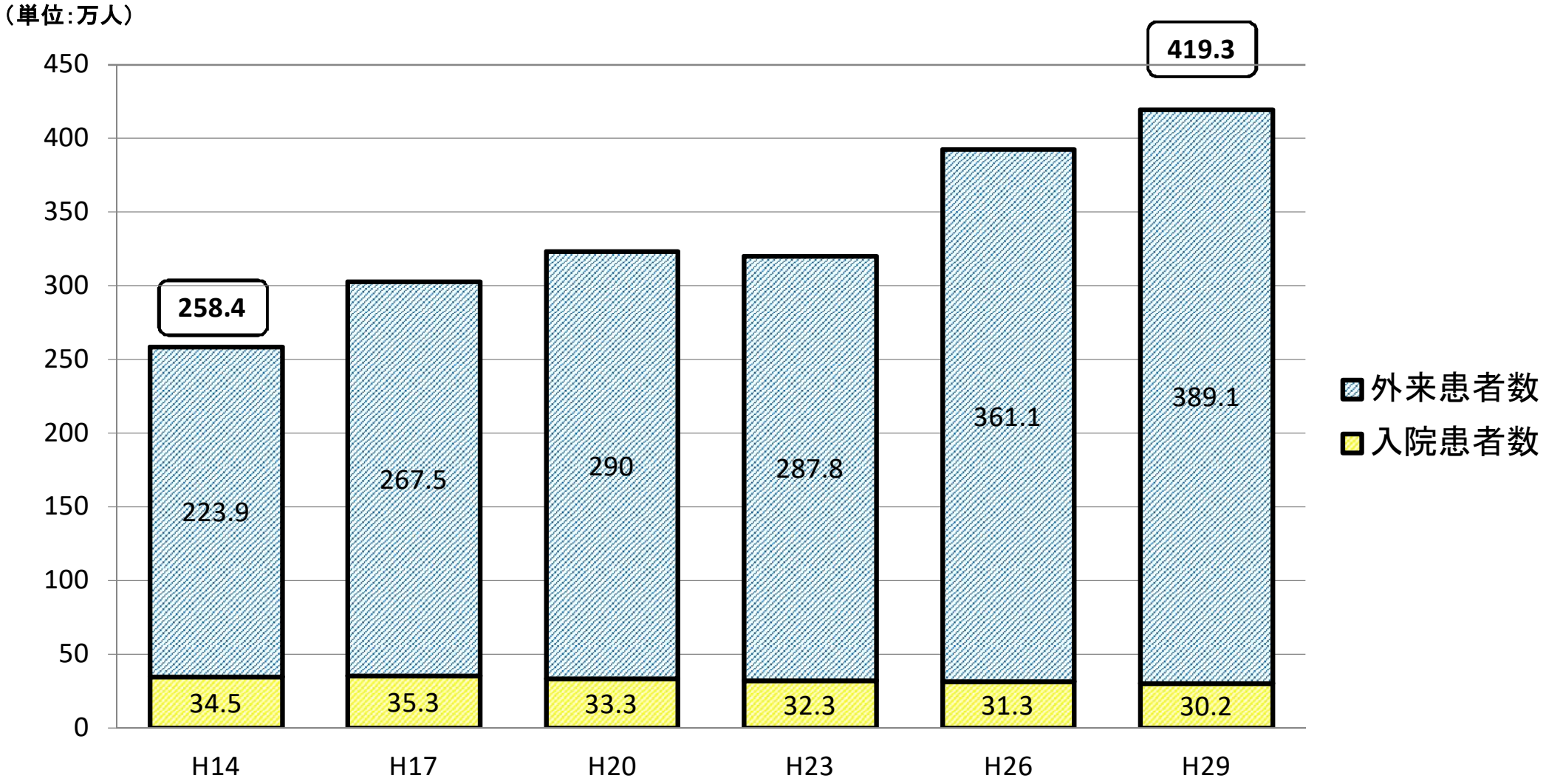
２．認知症等について

３．明細書無料発行について

精神疾患を有する患者数の推移

○ 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人であり、増加傾向である。

○ 入院患者数は過去15年間で減少傾向である一方、外来患者数は増加傾向である。



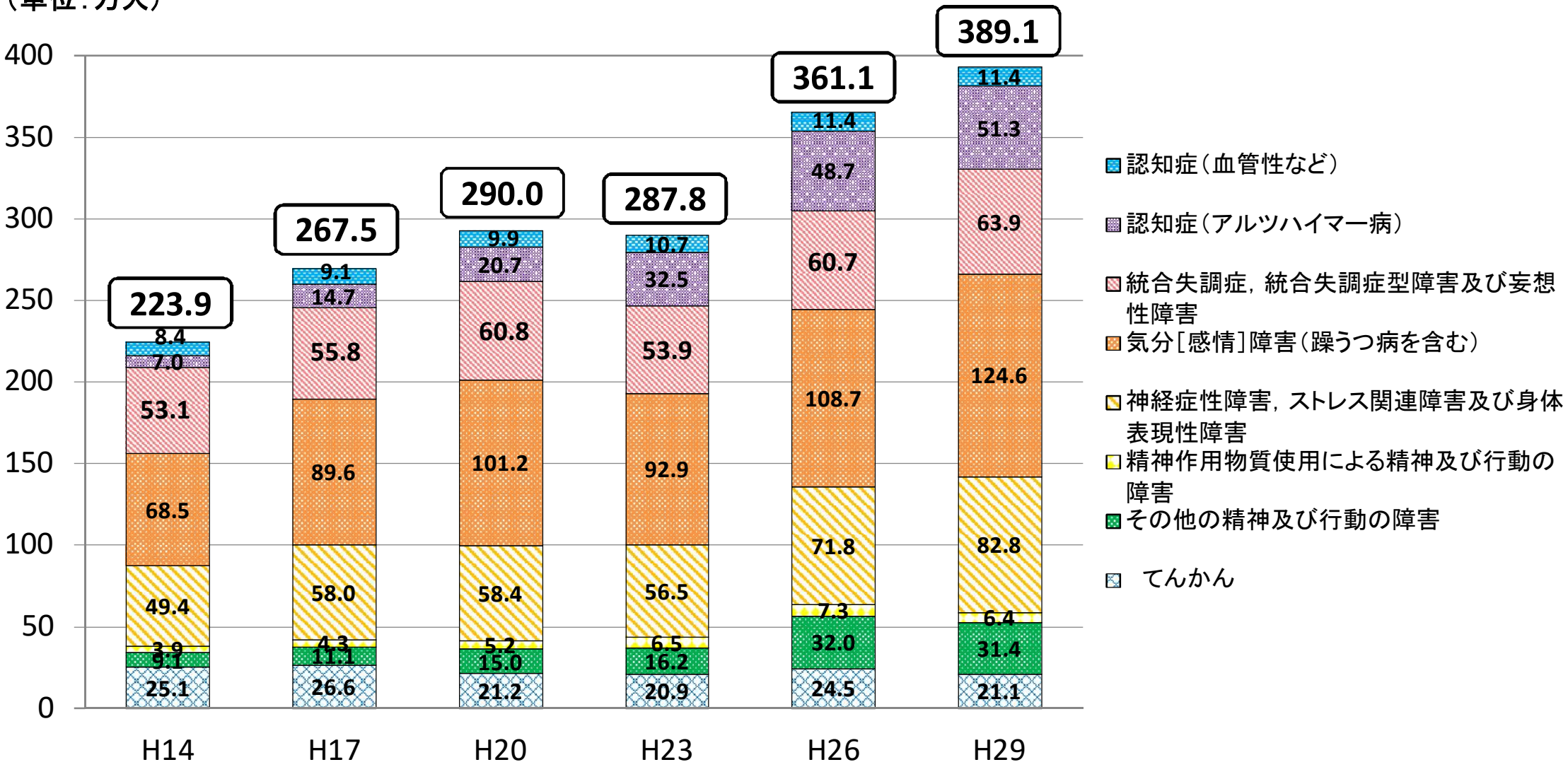
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）

○ 精神疾患を有する外来患者総数は増加している。
○ 疾病別にみると統合失調症が最も多く、約64万人。
○ 認知症（アルツハイマー病）と気分［感情］障害の伸びが大きい。

（単位：万人）



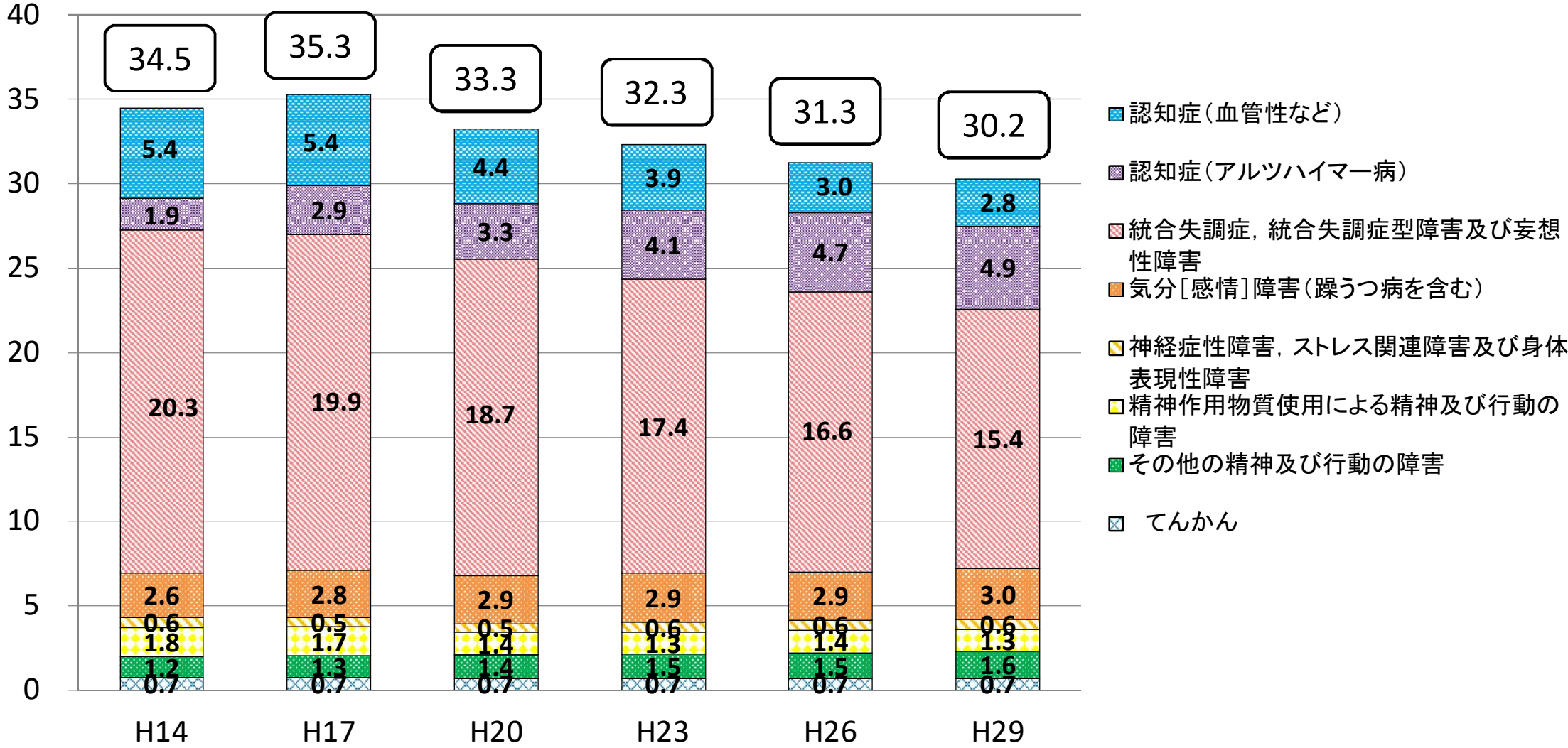
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾患別内訳）

○ 精神疾患を有する入院患者の総数は減少している。
○ 疾病別にみると割合として最多の疾病は統合失調症であるが、統合失調症の患者数は減少傾向である。
○ 認知症（アルツハイマー病）と気分［感情］障害の患者数は増加している。

（単位：万人）

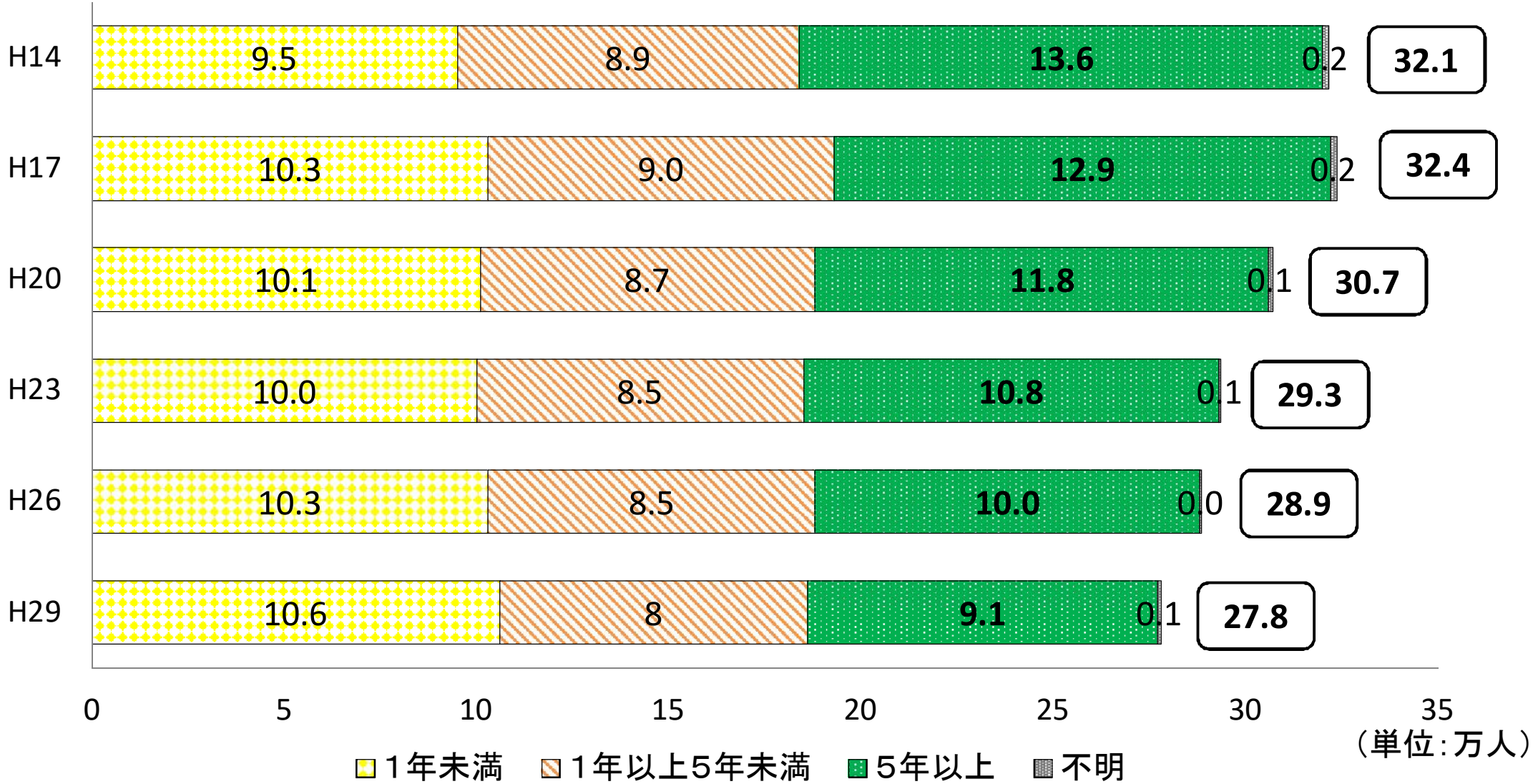


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

○ 精神病床における入院患者数は減少傾向である。
○ 精神病床に入院する約28万人のうち、約17万人が1 年以上の長期入院患者であり、うち約9万人は入院期間が5年以上の患者である。



※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」より作成

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく入院形態について

１　任意入院（法第２０条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者
【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

２　措置入院／緊急措置入院（法第２９条／法第２９条の２）

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者
【要件等】 精神保健指定医２名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。
※　緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は１名で足りるが、入院期間は７２時間以内に限られる。

３　医療保護入院／応急入院（法第３３条／法第３３条の７）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者
【要件等】 精神保健指定医（又は特定医師）の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要
※１　病院管理者は、家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合、市町村長の同意により入院させることができる。
※２　応急入院は、入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態になく、急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、入院期間は７２時間以内に限られる。
※３　いずれも特定医師による診察の場合、入院期間は１２時間以内に限られる。

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、自治体が中心となっ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、自治体が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。

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）

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・家族等に丁寧に説明の上、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。

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（概要）

（平成29年２月８日）

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害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、その実現を図るべき。（通常国会に関係法律の改正案を提出）

１．新たな地域精神保健医療体制のあり方について

（１）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○ 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・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することが適当。

（２）多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

○ 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

（３）精神病床のさらなる機能分化

○ 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成37（2025）年の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

２．医療保護入院制度について

○ 医療保護入院にあたり、医師が入院が必要となる理由を本人や家族等に文書等により丁寧に説明することが必要。

○ 本人との関係が疎遠であること等を理由に、家族等から意思表示が行われないような場合について、市町村長同意を行えるよう検討することが適当。

○ 家族等がどのような観点から同意することを求められているかを明確にし、同意を行う際に医療機関側からその旨を伝えることとすることが適当。

○ 現在、退院支援委員会を開催する対象となっている患者であって、1年以上の入院となった者についても、一定の期間ごとに定期的に開催されるよう検討することが適当。

○ 医療保護入院制度等の特性を踏まえ、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業に位置づけることが適当。

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

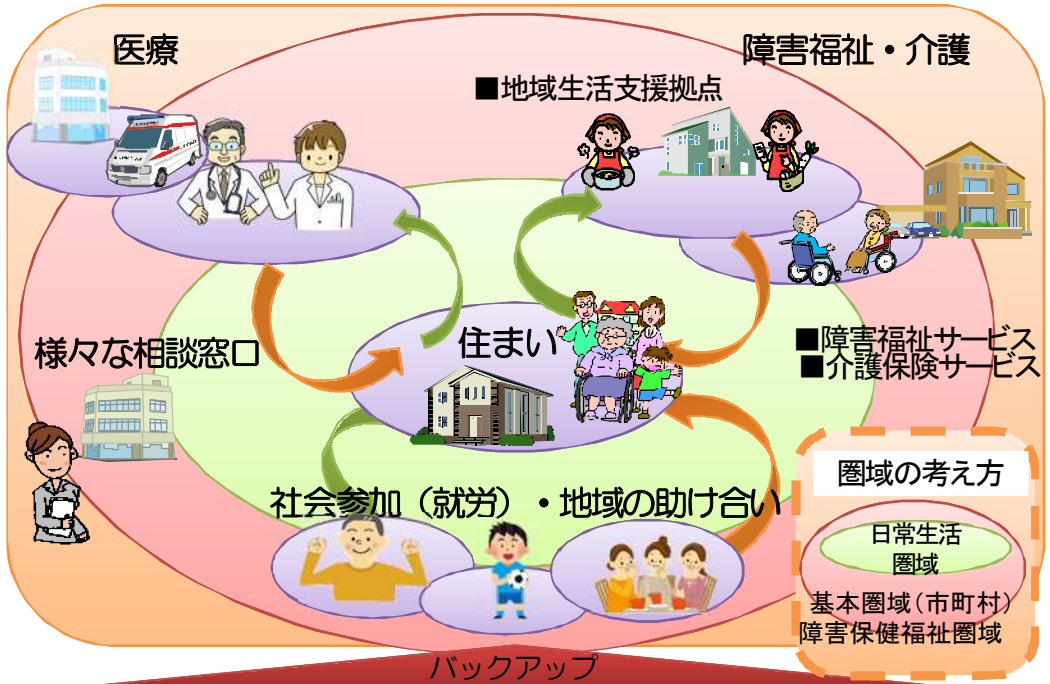
・難病患者への一層の周知

・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

精神疾患の医療体制について（第7次医療計画）

○ 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
○ 2020度末、2024年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
○ 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



バックアップ

市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに地域精神科医療提供機能を担う医療機関

その他の医療機関

市町村

精神医療圏※1

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに地域連携拠点機能を担う医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を担う医療機関

都道府県本庁

精神保健福祉センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場※2
精神疾患に関する作業部会

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

精神医療の体制構築に係る現状把握のための指標例①

		統合失調症		うつ・躁うつ病		認知症		児童・思春期精神疾患		発達障害		アルコール依存症		薬物依存症		ギャンブル等依存症		PTSD
ストラクチャー	●	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	●	PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数
	●	統合失調症を外来診療している医療機関数	●	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	●	認知症を外来診療している医療機関数	●	20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	●	発達障害を外来診療している医療機関数	●	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	●	薬物依存症を外来診療している医療機関数	●	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	●	PTSDを外来診療している医療機関数
		治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数		閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数		認知症疾患医療センターの指定数		知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数				重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数		依存症集団療法を外来で算定された医療機関数				
		治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数		認知行動療法を外来で実施した医療機関数		認知症サポート医養成研修修了者数		知的障害を外来診療している医療機関数										
						かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数		児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数										
プロセス		統合失調症の精神病床での入院患者数		うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数		認知症の精神病床での入院患者数		20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数		発達障害の精神病床での入院患者数		アルコール依存症の精神病床での入院患者数		薬物依存症の精神病床での入院患者数		ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数		PTSDの精神病床での入院患者数
		統合失調症外来患者数		うつ・躁うつ病外来患者数		認知症外来患者数		20歳未満の精神疾患外来患者数		発達障害外来患者数		アルコール依存症外来患者数		薬物依存症外来患者数		ギャンブル等依存症外来患者数		PTSD外来患者数
		治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床)		閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数		認知症疾患医療センターの鑑別診断数		知的障害の精神病床での入院患者数				重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数		依存症集団療法を外来で実施した患者数				
		治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数		認知行動療法を外来で実施した患者数				知的障害外来患者数										
		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						児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数										
アウトカム	●	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率																
		精神病床における新規入院患者の平均在院日数																
	●	精神病床における退院後3,6,12ヶ月時点の再入院率（1年未満入院患者・1年以上入院患者別）																
	●	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）																

※「●」は第7次医療計画における重点指標を示している。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表5（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）より

精神医療の体制構築に係る現状把握のための指標例②

	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
ストラクチャー	● 高次脳機能障害支援拠点機関数	● 摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	● てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	● 深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数	● 身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	● 救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数	● DPAT先遣隊登録医療機関数	● 指定通院医療機関数
		● 摂食障害を外来診療している医療機関数	● てんかんを外来診療している医療機関数		● 精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	● 救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数		
		摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数			● 精神科リエゾンチームを持つ病院数			
プロセス		摂食障害の精神病床での入院患者数	てんかんの精神病床での入院患者数	深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	救命救急入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数		
		摂食障害外来患者数	てんかん外来患者数	精神疾患の救急車平均搬送時間	体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	救急患者精神科継続支援を受けた患者数		
		摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数			精神科リエゾンチームを算定された患者数			
アウトカム	● 精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率							
	精神病床における新規入院患者の平均在院日数							
	● 精神病床における退院後3,6,12ヶ月時点の再入院率（1年未満入院患者・1年以上入院患者別）							
	● 精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）							

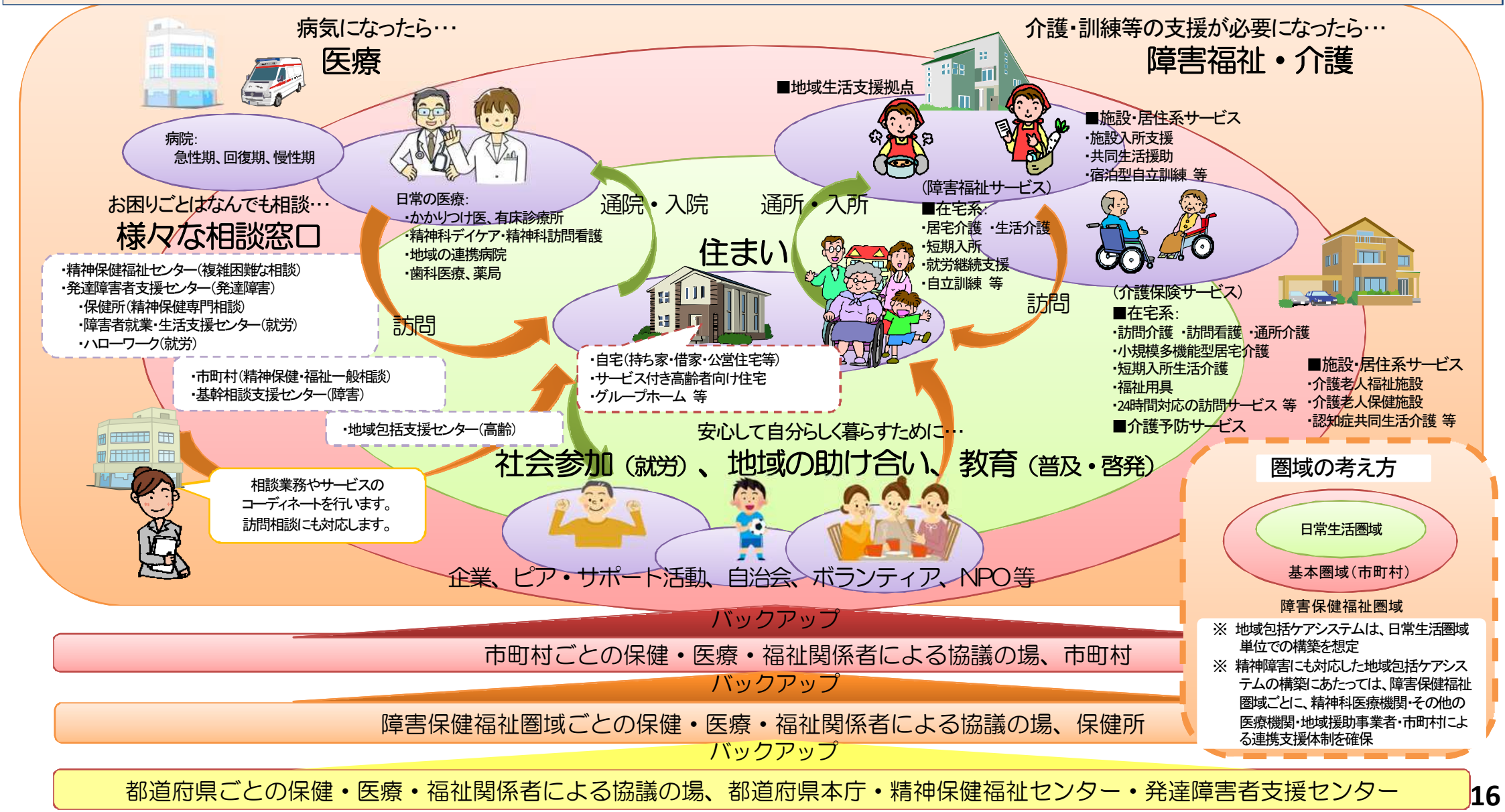
※「●」は第7次医療計画における重点指標を示している。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表５（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）より

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。



個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

２．認知症等について

３．明細書無料発行について

病院に関する主な人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定　義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士　病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
	（各病床共通） ・歯科医師　歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士　病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者　病院の実情に応じた適当数 （外来患者関係） ・医師 40:1 ・歯科医師　病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師　外来患者に係る取扱処方せん75：1 ・看護職員 30:1					

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

※2　平成30年３月31日までは、6:1でも可

※3　当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

平成22年12月2日社会保障審議会医療部会資料より
（一部時点修正あり）

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①（平成30年度）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神病棟入院基本料	医師　48:1	看護　7:1 （特定機能病院のみ）	・特記事項なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	(1,450点)	○　初期加算 465点　（～14日） 250点　（15～30日） 125点　（31～90日） 10点　（91～180日） 3点　（181日～1年） ○　重度認知症加算 300点　（～1月） ○　救急支援精神病棟初期加算 100点　（～14日）
		看護　10:1 （特定機能病院）		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下		1,287点 (1,373点)	
		看護　13:1 （特定機能病院）		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		958点 (933点)	
		看護　15:1 （特定機能病院）		・特記事項なし		830点 （933点）	
		看護　18:1				740点	
		看護　20:1				685点	
		特別入院基本料 （看護　25:1）				561点	
精神療養病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名（専任） 医師　48:1※1	看護+看護補助者15:1 （うち、看護5割） OT又は経験看護師1名	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下	・病院にPSWまたは公認心理師常勤 ・病院にOT室または生活技能訓練室 ・病棟に退院支援相談員を選任※2	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,091点（GAFスコア41以上） 1,120点（GAFスコア40以下） 1,150点（GAFスコア30以下かつ精神科救急へ協力）	

※1：当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上で有る場合（平成30年度3月31日までは、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上である場合）は除く

※2：PSWもしくは、保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②（平成30年度）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師　16:1	看護師　10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,579点（～30日） 3,145点（31日～）
精神科救急入院料2				・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行		3,372点（～30日） 2,938点（31日～）
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師　16:1	看護師　10:1 PSW 病棟常勤2名	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに 実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,579点（～30日） 3,145点（31日～）
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師　48:1	看護　13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・ 隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,997点（～30日） 1,665点（31日～）
精神科急性期治療病棟入院料2		看護　15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名				1,883点（～30日） 1,554点（31日～）

精神科身体合併症管理加算	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置	精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料（10:1、13:1又は15:1）、特定機能病院入院基本料（精神病棟）　を算定する患者	450点（～7日） 225点（8～10日）
精神科急性期医師配置加算	・常勤医師　16:1 ・病床数100床以上※ ・内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜※ ※精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料を算定している場合	精神科急性期治療病棟入院料1、精神病棟入院基本料（10:1又は13:1）、特定機能病院入院基本料（精神病棟7:1、10:1又は13:1）を算定する患者 ※　精神科急性期治療病棟入院料1における要件 ・新規入院患者のうち6割以上が3月以内に自宅等へ移行。 ・時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上。 ・時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上。 ※　精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料における要件 ・精神科リエゾンチーム加算の届出 ・新規入院患者の5%以上が精神科身体合併症管理加算の算定対象であること。	500点

精神科入院に係る診療報酬と主な要件③（平成30年度）

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
認知症治療病棟入院料1	病院常勤1名 医師　48:1	看護　20:1 看護補助者　25:1 OT1名	・病棟18㎡／床以 上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまた公認心理士常勤	・集中的な治療を要する認知症患者	1,811点（～30日） 1,503点（31～60日） 1,204点（61日～）	※夜間対応加算 84点 （～30日） 40点 （31日～）
認知症治療病棟入院料2		看護　30:1 看護補助者　25:1 OT又は経験看護師1名	・病棟18㎡／床以 上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,318点（～30日） 1,112点（31～60日） 988点（61日～）	
児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名（1名は指定医） 医師　48：1	看護師　10：1 PSW及び公認心理師 病棟常勤それぞれ1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・ 20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は病室	・20歳未満の精神疾患を有する患者	2,995点	
地域移行機能強化病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名（専任） 医師　48:1	看護＋看護補助者＋OT＋PSW　15:1 （うち6割以上が看護、OT又はPSW） PSW　病棟専従2名 公認心理師 病院常勤1名	1看護単位60床以下	・自宅等に退院した長期入院患者の数が届出病床数の1.5%以上（月平均） ・届出病床数の5分の1以上の精神病床を削減（年平均）	1年以上の長期入院患者等	1,539点	

通院・在宅精神療法 （平成30年度）

<table>
<tr><th colspan="4">I001-1 通院・在宅精神療法</th><th>点数
（1回につき）</th><th>加算等</th></tr>
<tr><td rowspan="5">1 通院精神療法</td><td rowspan="10">○ 対象
入院中の患者以外の者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの

○ 回数
退院後4週間以内は週2回までそれ以外 週1回

○ 同一日の算定不可
精神科継続外来支援・指導料
心身医学療法、
標準型精神分析療法、
認知療法・認知行動療法、
通院集団精神療法、
依存症集団精神療法 等</td><td colspan="2">イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者に対し、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援機関にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科医が行った場合</td><td>660点</td><td rowspan="10">注3 20歳未満の患者に行った場合
350点加算 （1年に限る）

注4 児童思春期専門管理加算
イ 16歳未満の場合 500点 （2年に限る）
ロ 20歳未満 60分以上行った場合
1200点 （初診3ヶ月以内、1回）

注5 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回）

注6 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって所定の要件を満たさない場合 50／100で算定

注7 措置入院後継続支援加算
1のイを算定する患者に対し医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合
275点（3月に1回）</td></tr>
<tr><td colspan="2">ロ 初診料を算定する日に60分以上行った場合</td><td>540点</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ハ イ及びロ以外</td><td>（1）30分以上</td><td>400点</td></tr>
<tr><td>（2）30分未満</td><td>330点</td></tr>
<tr><td rowspan="5">2 在宅精神療法</td><td colspan="2">イ 精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者に対し、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援機関にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科医が行った場合</td><td>660点</td></tr>
<tr><td colspan="2">ロ 初診料を算定する日に60分以上行った場合</td><td>600点</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ハ イ及びロ以外</td><td>（1）60分以上</td><td>540点</td></tr>
<tr><td>（2）30分以上60分未満</td><td>400点</td></tr>
<tr><td>（3）30分未満</td><td>330点</td></tr>
<tr><td>I001-2
精神科継続外来支援・指導料</td><td colspan="3">○ 精神疾患のものに対して、精神科医が、患者又はその家族等に対して、病状服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に評価

○ 患者1人につき1日に1回に限り算定</td><td>55点</td><td>注2 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって所定の要件を満たさない場合 50／100で算定

注3 療養生活環境整備支援加算
医師による支援と合わせて、医師の指示のもと、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族に対して療養生活環境を整備するための支援を行った場合 40点

注4 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回）

注5 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって所定の要件を満たさない場合 50／100で算定</td></tr>
</table>

精神科デイ･ケア等に係る診療報酬と主な要件 （平成30年度）

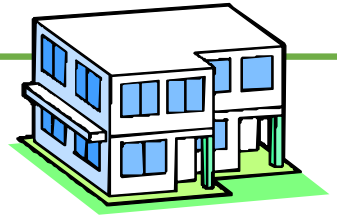
		I008-2		I009		I010	I010-2	要件等
		ショート・ケア		デイ・ケア		ナイト・ケア	デイナイト・ケア	
		小規模	大規模	小規模	大規模			
実施時間		3時間	3時間	6時間	6時間	4時間 （午後4時以降）	10時間	
点数（1日）		275	330	590	700	540	1000	
加算等	早期加算（1日）	20	20	50	50	50	50	・デイ･ケア等の初の算定日から1年以内の期間に限り算定 初の算定日から1年以内の患者　又は 精神病床を退院して1年以内の患者
	3年を超えて算定する場合	―	―	週3日を超えて算定する場合には90/100				・長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

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

○向精神薬処方の適正化
○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

退院後

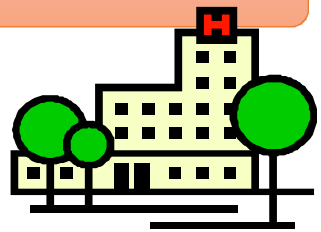
○自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

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

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

○精神疾患患者に対する訪問支援（アウトリーチ）の充実

平成30年度改定項目に係る直近の算定状況①

○ 精神科救急入院料の算定状況は以下の通り。

	点数（1日につき）	算定回数/月
精神科救急入院料１（30日以内）	3,557 点	95,867 回
精神科救急入院料１（31日以上）	3,125 点	103,508 回
精神科救急入院料２（30日以内）	3,351 点	1,090 回
精神科救急入院料２（31日以上）	2,920 点	1,155 回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－１－４）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②

➢ 精神科救急入院料について、地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し。

① 時間外等における外来の初診患者の件数及び行政等からの入院受入件数を要件とする。

② 時間外等における入院件数について、地域の人口規模を考慮した要件の設定を可能とする。

平成28年度（施設基準（抜粋）） ※件数は「入院料1（入院料2）」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域（※）における人口万対 2.5件以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

※（イ）当該医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含む。）
（ロ）１精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は、当該圏域

新規入院患者のうち6（4）割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

平成30年度（施設基準（抜粋）） ※件数は「入院料1（入院料2）」と記載

ア 精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間150（120）件以上、又は地域（※）における人口万対 1.87（1.5）件以上。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者）の件数が 30（25）件以上又は2割以上。

イ 精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間40（30）件以上又は地域（※）における人口万対0.5（0.37）件以上。そのうち8（6）件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

③ 複数病棟の届出を行う場合は、病棟ごとに基準を満たすことを要件とする。

新規入院患者のうち6（4）割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

［経過措置］ 平成 30年3月 31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成 31年3月 31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

平成30年度改定項目に係る直近の算定状況②

○ 入院精神療法（Ⅰ）の算定回数は以下の通り。

	点（1回につき）	回数/月
入院精神療法（Ⅰ）	400 点	186,589 回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－4）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③

➢ 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

平成28年度

入院精神療法（Ⅰ）　360点
入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。

平成30年度

入院精神療法（Ⅰ）　400点
入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

○ 精神科電気けいれん療法の算定回数は以下の通り。

	点（1回につき）	回数/月
精神科電気痙攣療法　1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	2,800 点	6,670 回
精神科電気痙攣療法　1　麻酔医師　加算	900 点	3,916 回
精神科電気痙攣療法　2　1以外の場合	150 点	743 回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－4）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③

➢ 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設する。

平成28年度

1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　3,000点
2　1以外の場合　150点

平成30年度

1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　2,800点
2　1以外の場合　150点
注　麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。

平成30年度改定項目に係る直近の算定状況③

○ 精神科措置入院退院支援加算の算定状況は以下の通り。

	点（退院時1回）	回数/月
精神科措置入院退院支援加算	600 点	18 回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－4）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⑤

➢ 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。

○ 通院精神療法　措置入院後継続支援加算の算定状況は以下の通り。

	点（1回につき）（3月に1回）	回数/月
精神科措置入院後継続支援加算	275 点	4 回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－4）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⑥

➢ 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。

平成30年度改定項目に係る直近の算定状況④

○ 通院・在宅精神療法の算定状況は以下の通り。

	点（1回につき）	回数/月
通院精神療法　イ　入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師が行った場合	660　点	62　回
通院精神療法　ロ　初診日に60分以上	540　点	35,146　回
通院精神療法　ハ　イ及びロ以外の場合　30分以上	400　点	309,016　回
通院精神療法　ハ　イ及びロ以外の場合　30分未満	330　点	3,683,977　回
在宅精神療法　イ　入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師が行った場合	660　点	–
在宅精神療法　ロ　初診日に60分以上	600　点	127　回
在宅精神療法　ハ　イ及びロ以外の場合　60分以上	540　点	285　回
在宅精神療法　ハ　イ及びロ以外の場合　30分以上60分未満	400　点	1,986　回
在宅精神療法　ハ　イ及びロ以外の場合　30分未満	330　点	43,576　回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－4）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⑥

- 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。

平成30年度

【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

平成30年度

【通院・在宅精神療法】
1　通院精神療法
イ　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

平成30年度改定項目に係る直近の算定状況⑤

○ 精神科在宅患者支援管理料の算定状況は以下の通り。

	点数	算定回数/月
精神科在宅患者支援管理料1　イ　集中的支援必要者　単一建物診療患者1人　（月1回、6月に限り）	3,000　点	4 回
精神科在宅患者支援管理料1　イ　集中的支援必要者　単一建物診療患者2人以上　（月1回、6月に限り）	2,250　点	－
精神科在宅患者支援管理料1　ロ　重度精神障害者　単一建物診療患者1人　（月1回）	2,500　点	37　回
精神科在宅患者支援管理料1　ロ　重度精神障害者　単一建物診療患者2人以上　（月1回）	1,875　点	－
精神科在宅患者支援管理料1　ハ　イ及びロ以外　単一建物診療患者1人　（月1回）	2,030　点	513　回
精神科在宅患者支援管理料1　ハ　イ及びロ以外　単一建物診療患者2人以上　（月1回）	1,248　点	742　回

※　精神科在宅支援管理料2（イ～ハ）はいずれも算定回数（－）
出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－4）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⑦

➢ 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。

平成28年度

【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

平成30年度

【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	3,000点	2,520点
ロ　重症患者等	2,500点	1,875点
ハ　重症患者等以外	2,030点	1,248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）		
イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ　重症患者等	2,056点	1,542点

［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

平成30年度改定項目に係る直近の算定状況⑥

○　認知療法・認知行動療法の算定状況は以下の通り。

	点数（1回につき）	算定回数/月
認知療法・認知行動療法　1　医師による場合	480　点	3,263　回
認知療法・認知行動療法　2　医師及び看護師が共同して行う場合	350　点	3　回

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－１－４）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⑨

➢　認知療法・認知行動療法をより一層推進する観点から、精神保健指定医が行った場合の評価を廃止するとともに、看護師が一部を担う形式のもの等について、施設基準を緩和する。

平成28年度

【認知療法・認知行動療法】
1　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による場合　500点
2　1以外の医師による場合　420点
3　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と看護師が共同して行う場合　350点

［認知療法・認知行動療法3の施設基準］
(1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
ア　認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に 120回以上同席した経験があること。
（中略）
ウ　認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
（イ）～（ロ）（略）
（ハ）認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。
（ニ）講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

平成30年度

【認知療法・認知行動療法】
（削除）

1　医師による場合　480点
2　医師と看護師が共同して行う場合　350点

［認知療法・認知行動療法2の施設基準］
(1) 認知療法・認知行動療法1の要件を満たしていること。
(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
ア　認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行う治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。
（中略）
ウ　認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。
（イ）～（ロ）（略）
（削除）

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

個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

２．認知症等について

３．明細書無料発行について

精神科救急入院料の算定要件の見直し

➢ 精神科救急入院料について、地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し。

① 時間外等における外来の初診患者の件数及び行政等からの入院受入件数を要件とする。

② 時間外等における入院件数について、地域の人口規模を考慮した要件の設定を可能とする。

平成30年度（施設基準（抜粋））　※件数は「入院料1（入院料2）」と記載

ア　精神疾患に係る時間外等における診療件数が年間200件以上、又は地域（※）における人口万対 2.5件以上。

イ　精神疾患に係る時間外等における入院件数が年間20件以上。

※（イ）当該医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含む。）
（ロ）1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合は、当該圏域

③ 複数病棟の届出を行う場合は、病棟ごとに基準を満たすことを要件とする。

新規入院患者のうち6（4）割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

平成30年度（施設基準（抜粋））　※件数は「入院料1（入院料2）」と記載

ア　精神疾患に係る時間外等における診療件数の実績が年間150（120）件以上、又は地域（※）における人口万対 1.87（1.5）件以上。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該医療機関に受診していない患者）の件数が 30（25）件以上又は2割以上。

イ　精神疾患に係る時間外等における入院件数の実績が年間40（30）件以上又は地域（※）における人口万対0.5（0.37）件以上。そのうち8（6）件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター、他の医療機関、都道府県、保健所、警察等からの依頼。

ウ　複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たす。

新規入院患者のうち6（4）割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

④ 再入院の患者についても自宅等へ移行した者として計上できることとする。

［経過措置］ 平成 30年3月 31日に当該入院料の届出を行っている場合、平成 31年3月 31日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

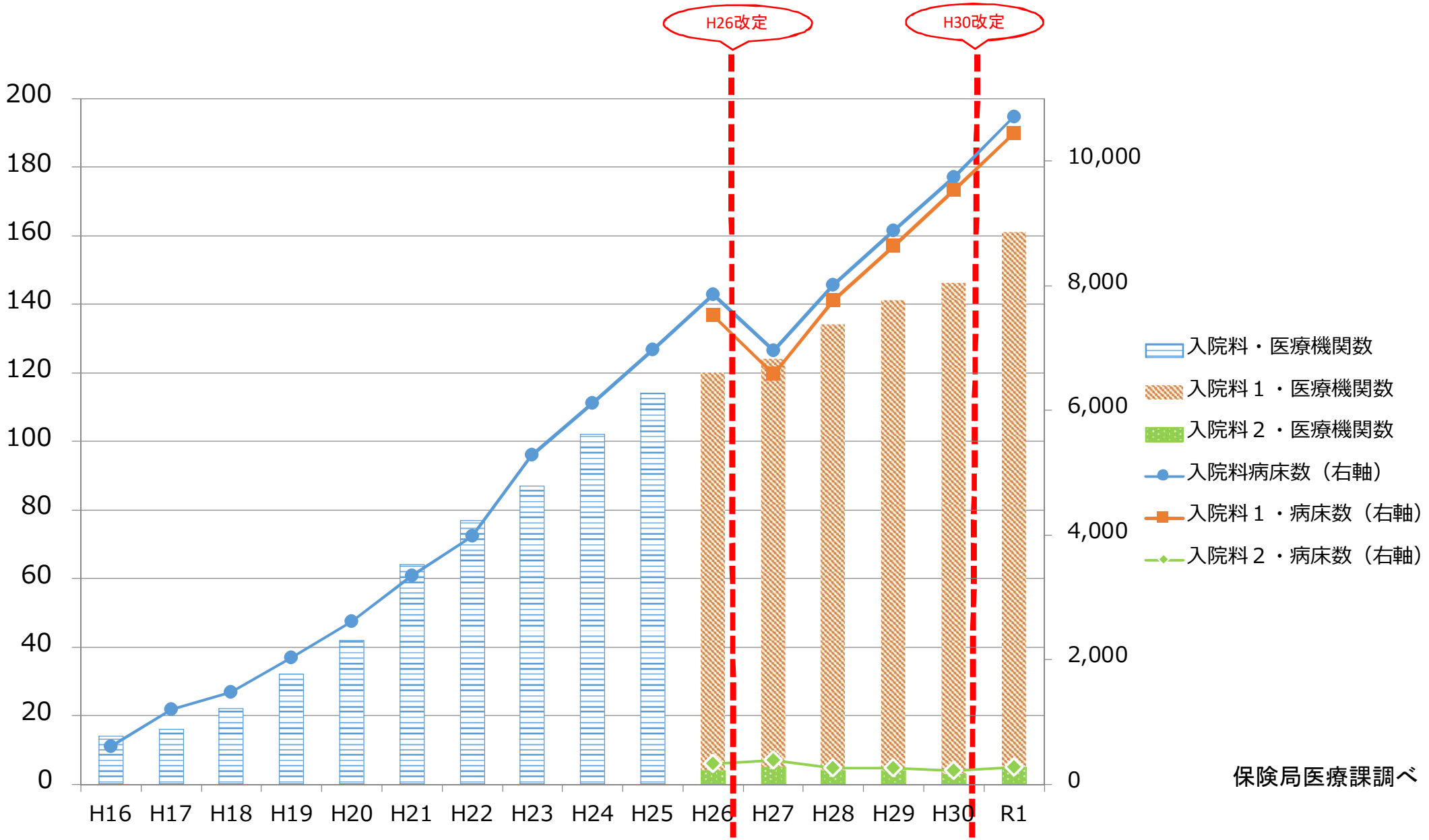
➢ 保険医療機関における精神科救急入院料の病床数に上限（当該病院の精神病床数が300床以下の場合には 60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下）を設ける。

［経過措置］ 平成 30年3月 31日に現に当該基準を超えて病床を有する場合、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

精神科救急入院料の届出医療機関数等の推移

○　これまで、精神科救急入院料については算定要件の見直しを行ってきたところ。

○　平成30年度改定以降も、精神科救急入院料病棟の届出医療機関数及び総病床数は増加している。

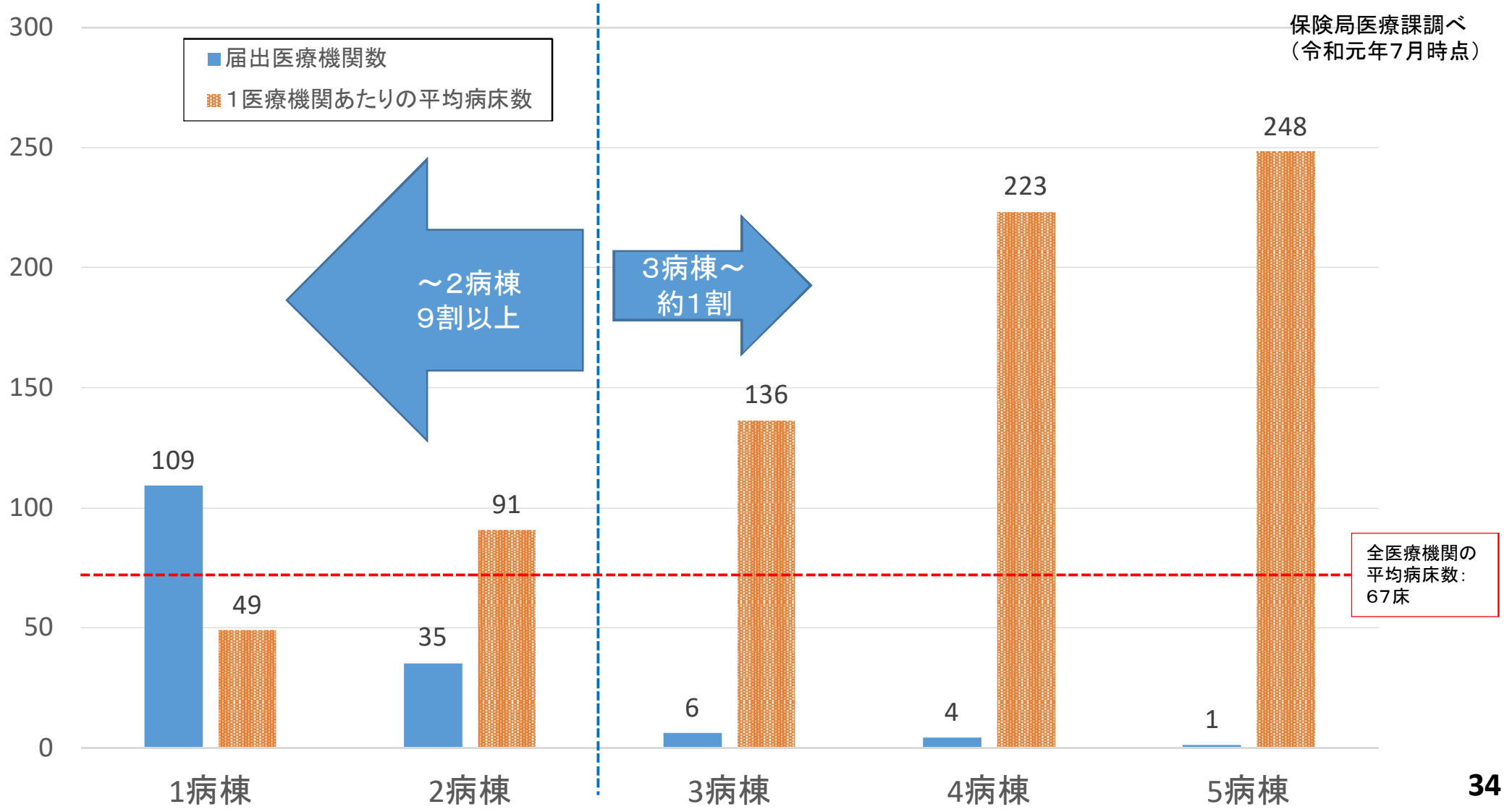


保険局医療課調べ

精神科救急入院料1の届出医療機関数等の状況

○　精神科救急入院料1を届け出ている9割以上の医療機関において、当該入院料病棟数は2病棟以下である一方、当該入院料を3病棟以上届け出ている医療機関が約1割あり、1医療機関あたりの最多の届出病棟数は5病棟であった。

○　精神科救急入院料1を届け出ている全医療機関の平均病床数は67床である一方、当該入院料を3病棟以上届け出ている医療機関の、1医療機関当たりの平均病床数は136～248床であった。



精神科急性期医師配置加算について:これまでの変遷

平成26年度診療報酬改定

➢ 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

（新）　精神科急性期医師配置加算　500点（1日につき）

［施設基準］

① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。

② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。

③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

平成28年度診療報酬改定

➢ 精神疾患患者の身体合併症治療の体制等を整備する精神病棟を新たに評価する。

(新)　精神科急性期医師配置加算　500点（1日につき）

[施設基準]

(1) 入院患者数が16又はその端数を増すごとに1以上の医師が配置されていること。

(2) 病床数が100床以上の病院であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜していること。

(3) 精神病床の数が病床数の50%未満かつ2病棟以下であること。

(4) 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。

(5) 第2次救急医療体制を有していること。又は、救命救急センター、高度救命救急センター若しくは総合周産期母子医療センターを設置していること。

(6) 精神科医が、身体の傷病と精神症状を併せ持つ救急搬送患者を、毎月5名以上、到着後12時間以内に診察していること。

(7) 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であること。

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

入院精神療法の評価の充実

➢ 精神保健指定医による入院患者への質の高い入院精神療法の評価を充実する。

平成28年度	平成30年度
入院精神療法（Ⅰ）　360点 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。	入院精神療法（Ⅰ）　400点 入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。

精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価

➢ 精神科電気痙攣療法において、麻酔科標榜医による質の高い麻酔を実施した場合の評価を新設する。

平成28年度	平成30年度
1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　3,000点 2　1以外の場合　150点	1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　2,800点 2　1以外の場合　150点 注　麻酔科標榜医が麻酔を行った場合は、900点を加算する。

精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し

➢ 精神科入院患者の高齢化が進んでいることを踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等※における在宅移行に係る要件について、移行先に介護老人保健施設及び介護医療院を追加する。

※　精神科急性期治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期医師配置加算、精神病棟入院基本料　精神保健福祉士配置加算、精神療養病棟入院料　精神保健福祉士配置加算

➢ あわせて、精神療養病棟入院料　精神保健福祉士配置加算の移行率の基準を、平成30年度の7割から7割5分に引き上げる。

精神病棟入院料と急性期医師配置加算に係る報酬体系①（平成30年度）

○ 精神病棟入院基本料等及び急性期医師配置加算、在宅移行率等の要件は以下の通り。

	医師の配置	看護職員等の配置	その他の主な要件	診療報酬点数		
A103 精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1（特定機能病院のみ）	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	(1,450点)	**A249 急性期医師配置加算 イ（16:1） 500点/日** ＜要件＞ ア 許可病床数100床以上の総合病院 イ 精神病床が許可病床数の50%未満かつ精神病棟2病棟以下 ウ 24時間の救急医療提供体制 エ A230-4 リエゾンチーム加算の届出 オ 直近3ヶ月感の新規入院患者の5%以上がA230-3 精神科身体合併症管理加算の対象患者 カ 精神科医が、以下の者（※）を速やかに診察できる体制を有し、到着後12時間以内に毎月5人以上診察 (※)救急車又は救急ヘリによる搬送患者であって、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	・初期加算 505点 （～14日） 250点 （15～30日） 125点 （31～90日） 10点 （91～180日） 3点 （181日～1年） ・重度認知症加算 300点 （～1月） ・救急支援精神病棟 初期加算 100点 （～14日）
		看護 10:1（特定機能病院）	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	1,287点 (1,373点)		
		看護 13:1（特定機能病院）	・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保	958点 (995点)		
		看護 15:1（特定機能病院）	・特記事項なし	830点 (933点)		
		看護 18:1		740点		
		看護 20:1		685点		
		特別入院基本料（看護 25:1）		561点		

（A104）
特定機能病院入院基本料（精神病棟）

特定機能病院の法定人員
医師 8:1
薬剤師 30:1
看護師及び准看護師 2:1

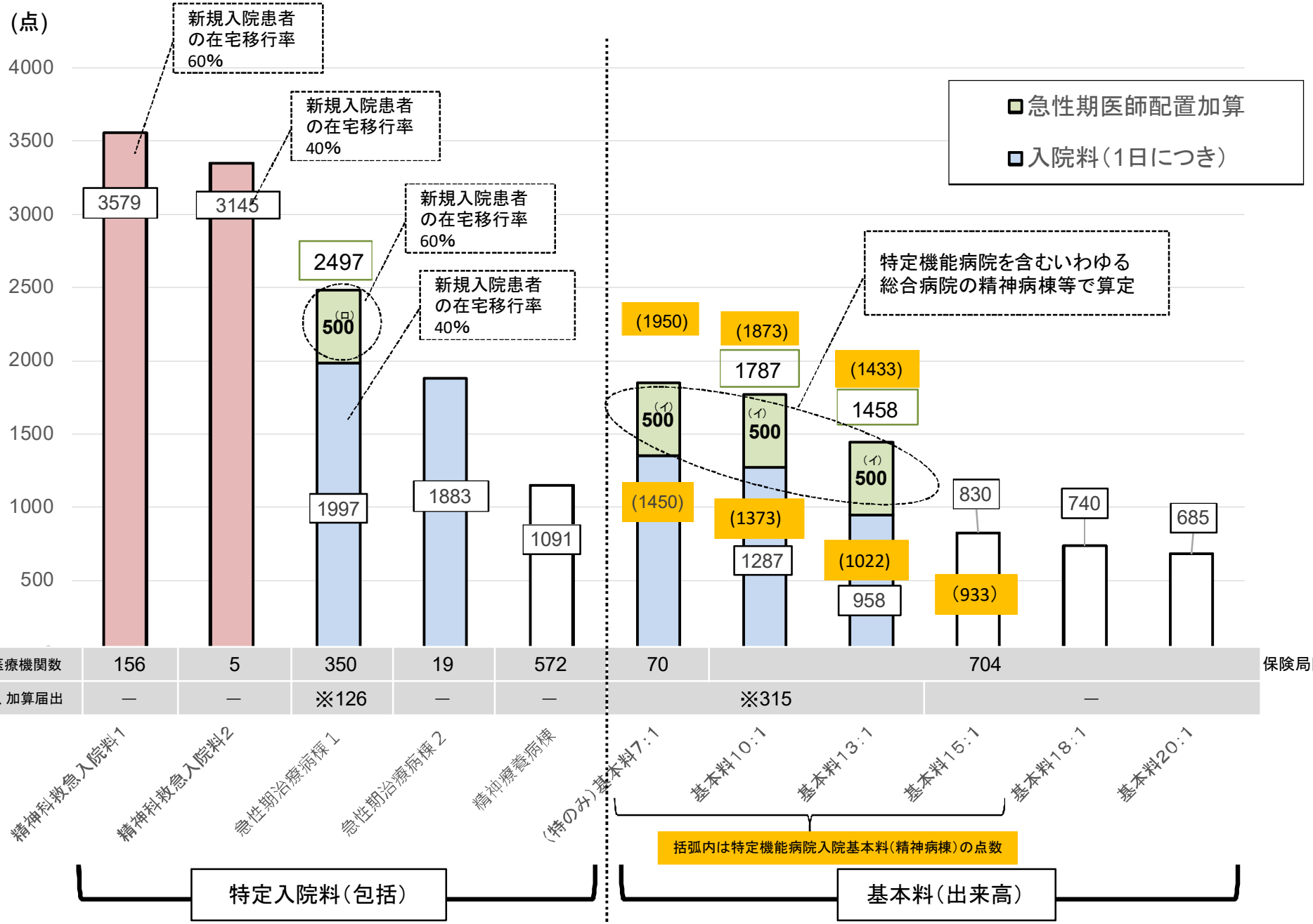
精神病棟入院料と急性期医師配置加算に係る報酬体系②（平成30年度）

○ 特定入院料及び急性期医師配置加算、在宅移行率等の要件は以下の通り。

	医師の配置	看護職員等の配置	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
A311 精神科救急入院料1	医師　16:1 指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名	看護師　10:1 PSW　病棟常勤2名	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の**6割以上**が3月以内に在宅移行※1	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,579点（～30日） 3,145点（31日～）
A311 精神科救急入院料2			・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の**4割以上**が3月以内に在宅移行※1 ※1 再入院患者も含む		3,372点（～30日） 2,920点（31日～）
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料1	医師　48:1 指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名	看護　13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・新規入院患者の**4割以上**が3月以内に在宅移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,997点（～30日） 1,665点（31日～）
			A249 急性期医師配置加算 ロ （16:1） ＜要件＞ ア　新規入院患者のうち**6割以上**が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。 イ　時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であり、かつ、時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。		**急性期医師配置加算（16:1）** **500点／日**
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料2		看護　15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・新規入院患者の**4割以上**が3月以内に在宅移行		1,883点（～30日） 1,554点（31日～）
A312 精神療養病棟入院料	医師　48:1 指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名（専任）	看護+看護補助者15:1 （うち、看護5割） OT又は経験看護師 1名	・病院にPSWまたは公認心理師が常勤 ・病棟に退院支援相談員を選任 ・病院に作業療法室または生活技能訓練室	・長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,091点（GAFスコア41以上） 1,120点（GAFスコア40以下） 1,150点（GAFスコア30以下かつ精神科救急へ協力）

精神病棟入院料と急性期医師配置加算の構造（イメージ）等

○ 精神病棟入院料と急性期医師配置加算の構造（イメージ）及び届出医療機関数等の状況は以下の通り。



急性期医師配置加算に係る直近の算定状況

○ 急性期医師配置加算及び当該加算に係る入院料の直近の算定状況は以下の通り。

	点数（1日につき）	算定回数/月
精神科急性期医師配置加算（イ、ロ）	500	234,238
精神科急性期治療病棟入院料1（30日以内）	1,997	127,859
精神科急性期治療病棟入院料1（31日以上）	1,665	147,916
精神科急性期治療病棟入院料2（30日以内）	1,883	3,481
精神科急性期治療病棟入院料2（31日以上）	1,554	4,186
精神病棟　10対1　入院基本料	1,278	18,647
精神病棟　13対1　入院基本料	958	91,697
精神病棟　15対1　入院基本料	830	2,962,099
精神病棟　18対1　入院基本料	740	84,646
精神病棟　20対1　入院基本料	685	30,334
特定機能病院精神病棟7対1入院基本料	1,450	7,826
特定機能病院精神病棟10対1入院基本料	1,373	10,134
特定機能病院精神病棟13対1入院基本料	1,022	33,344
特定機能病院精神病棟15対1入院基本料	933	3,128

施設基準を満たせば急性期医師配置加算ロを算定可

施設基準を満たせば急性期医師配置加算イを算定可

施設基準を満たせば急性期医師配置加算イを算定可

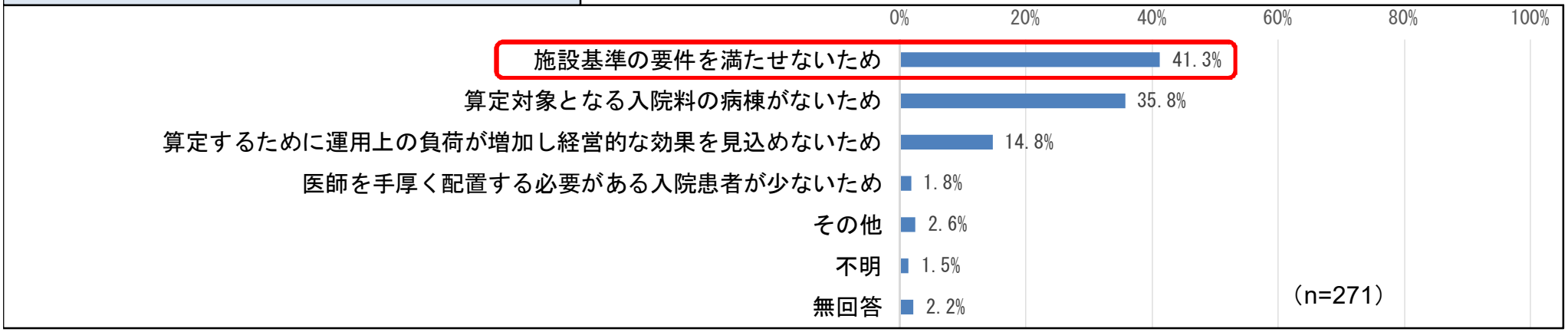
出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

精神病床を有する医療機関に対する調査結果：急性期医師配置加算について

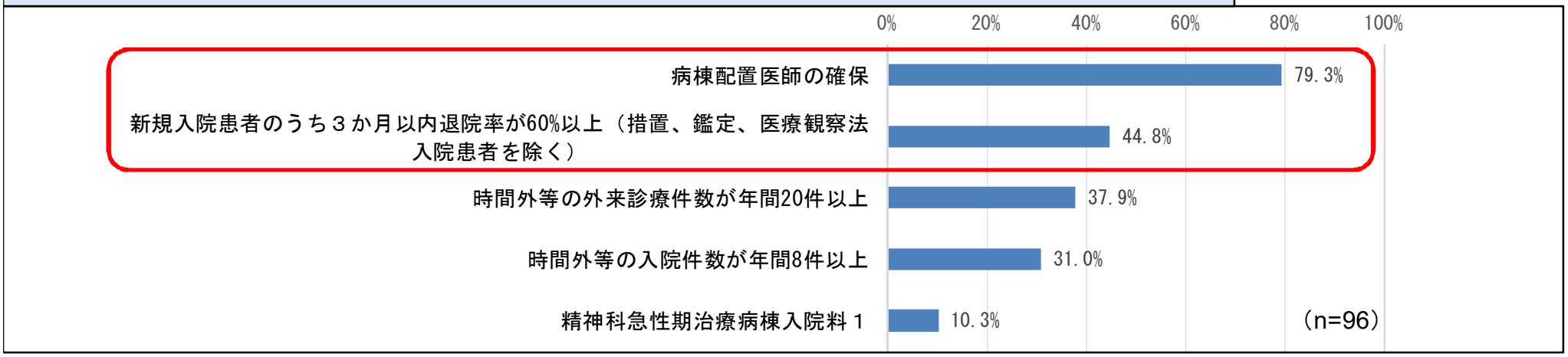
○　精神病床を有する医療機関への調査結果によると、急性期医師配置加算の届出を行っていない理由は、「施設基準の要件を満たせないため」との回答が最多であった。

○　急性期治療病棟入院料1を届け出ている医療機関において、施設基準を満たせない理由となる急性期医師配置加算の要件は、「病棟配置医師の確保」「新規患者の3ヶ月以内退院率が60%以上」等が多い。

急性期医師配置加算の届出を行っていない理由



上記のうち、急性期治療病棟入院料1を届け出ている医療機関において施設基準の要件を満たせない理由



抗精神病薬の変遷

	抗精神病薬	治療抵抗性抗精神病薬（クロザピン）	持効性抗精神病薬注射製剤（LAI）
1950年代	統合失調症への薬物療法のはじまり **第１世代（定型抗精神病薬）** ・クロルプロマジンの開発 ・ハロペリドールの開発	**第２世代（非定型抗精神病薬）** クロザピンの合成	
1960年代	（追加併用の時代） 鎮静作用と抗幻覚・妄想作用の強い薬剤の組合せ	臨床試験開始	**第１世代（非定型抗精神病薬）** エナント酸フルフェナジンの開発 デカン酸フルフェナジンの開発
1970年代		オーストリアで承認 日本での承認申請 フィンランドにて無顆粒球症のため８例死亡、主要国で販売停止・臨床試験中止措置、日本での申請取下げ	日本でエナント酸フルフェナジンの承認
1980年代		治療抵抗性統合失調症に対する有効性報告	日本でハロペリドールデカン酸エステル
1990年代	（多剤併用大量投与の時代） **第２世代（非定型精神病薬）** ’94年 米国にてリスペリドンの発売 ‘96年 日本にてリスペリドンの発売	米国、英国で血液モニタリング下での使用承認 ’95年 日本での再開発開始	日本でフルフェナジンデカン酸エステルの承認 **第２世代（非定型抗精神病薬）** ’93年 リスペリドンの開発
2000年代	’01年 クチアピン、オランザピン、ペロスピロンの発売 ’05年 アリピプラゾール発売 ’08年 ブロナンセリン発売	’07年 日本で承認申請 ’09年 日本で承認、発売	’02年 アリピプラゾールの開発 ’09年 日本でリスペリドンの承認 パリペリドンの開発
2010年代		’12年 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の新設	’13年 日本でパリペリドンの承認 ‘14年 パリペリドン 安全性速報発出 ’15年 日本でアリピプラゾールの承認

※障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

クロザピンについて

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%）

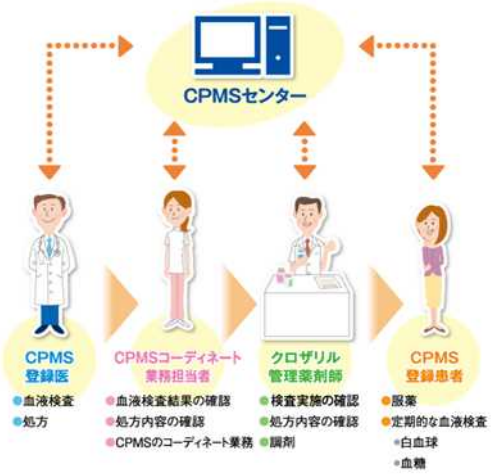
3．CPMS（クロザピン患者モニタリングサービス）について

〇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。

〇クロザピンは、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。

〇クロザピンは、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。

〇クロザピンは、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コーディネート業務担当者、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。



出典；クロザピン添付文書、クロザピン臨床試験結果、CPMS運営主体のホームページより作成

※障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

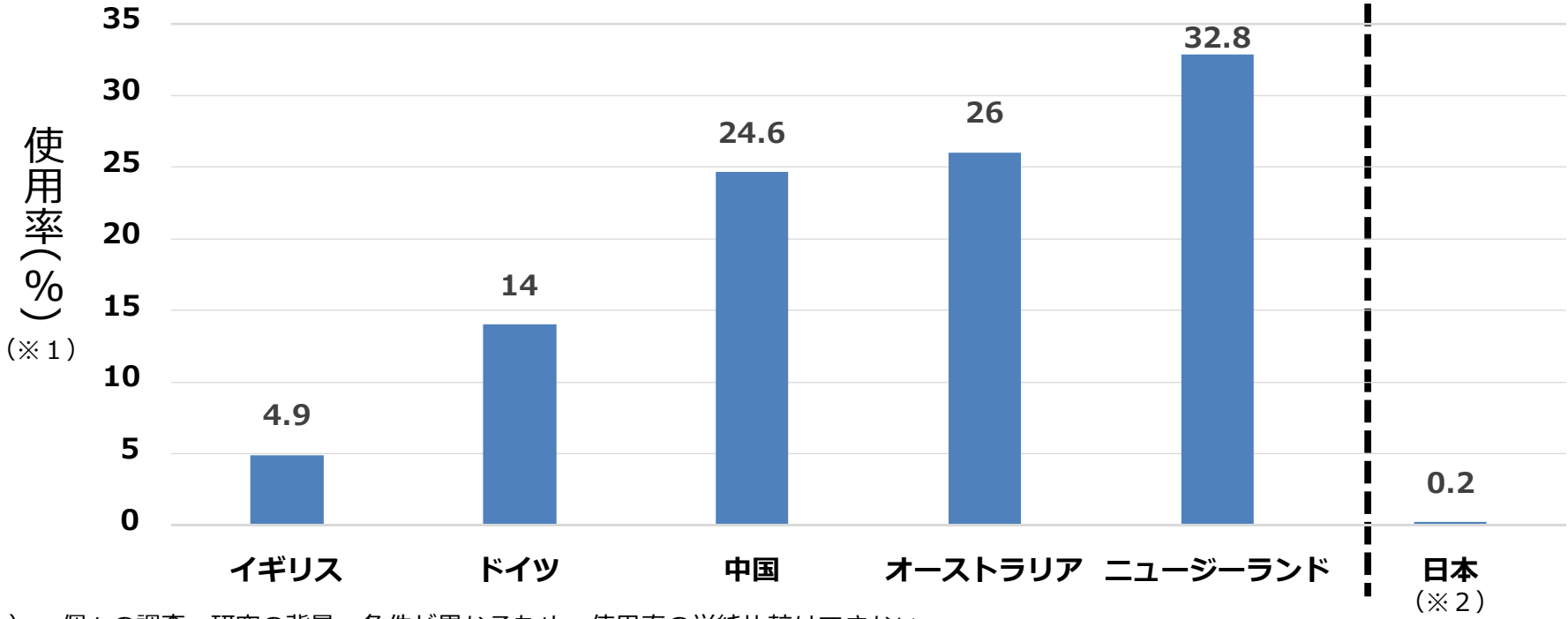
統合失調症患者におけるクロザピンの普及の状況

○　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）」

※障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

抗精神病特定薬剤治療指導管理料2について

○　クロザピン投与の際の指導管理を評価した治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の算定回数は、増加傾向にある。

➢ **I013　抗精神病特定薬剤治療指導管理料**

２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点（月１回）

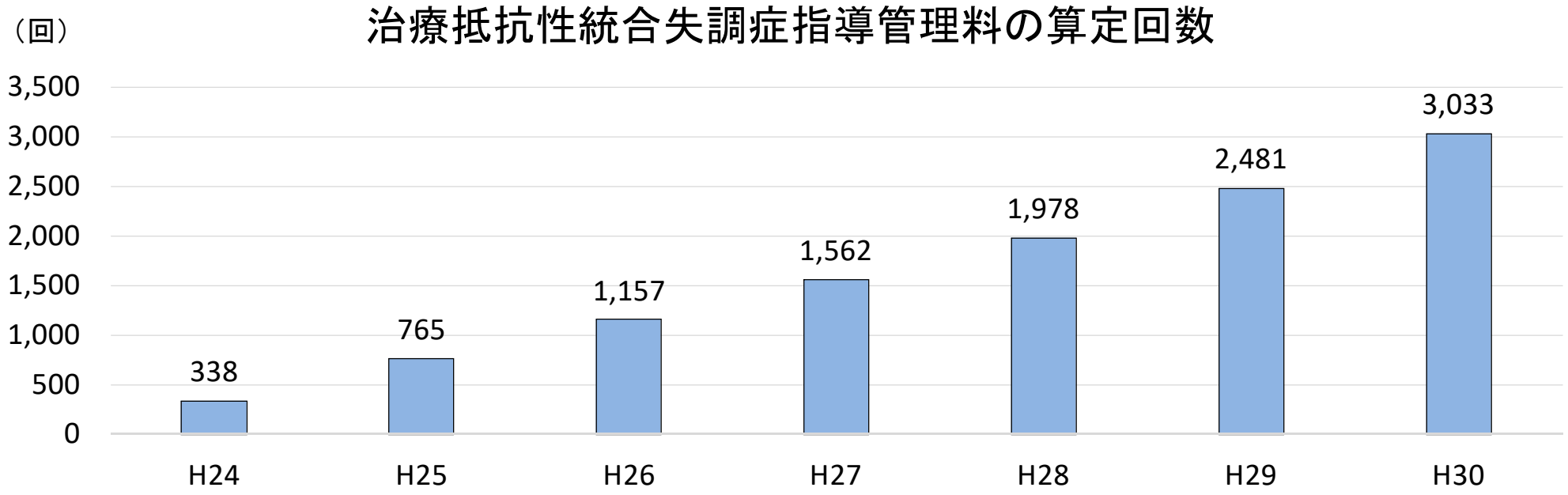
＜算定要件＞

クロザピンを投与している統合失調症の患者に対し、計画的な治療管理を継続して行い、薬剤の効果や副作用に関する説明等、療養上必要な指導を行った場合

＜施設基準＞

①統合失調症の診断・治療について十分な経験を有する、常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上

②副作用に対応できる体制の整備



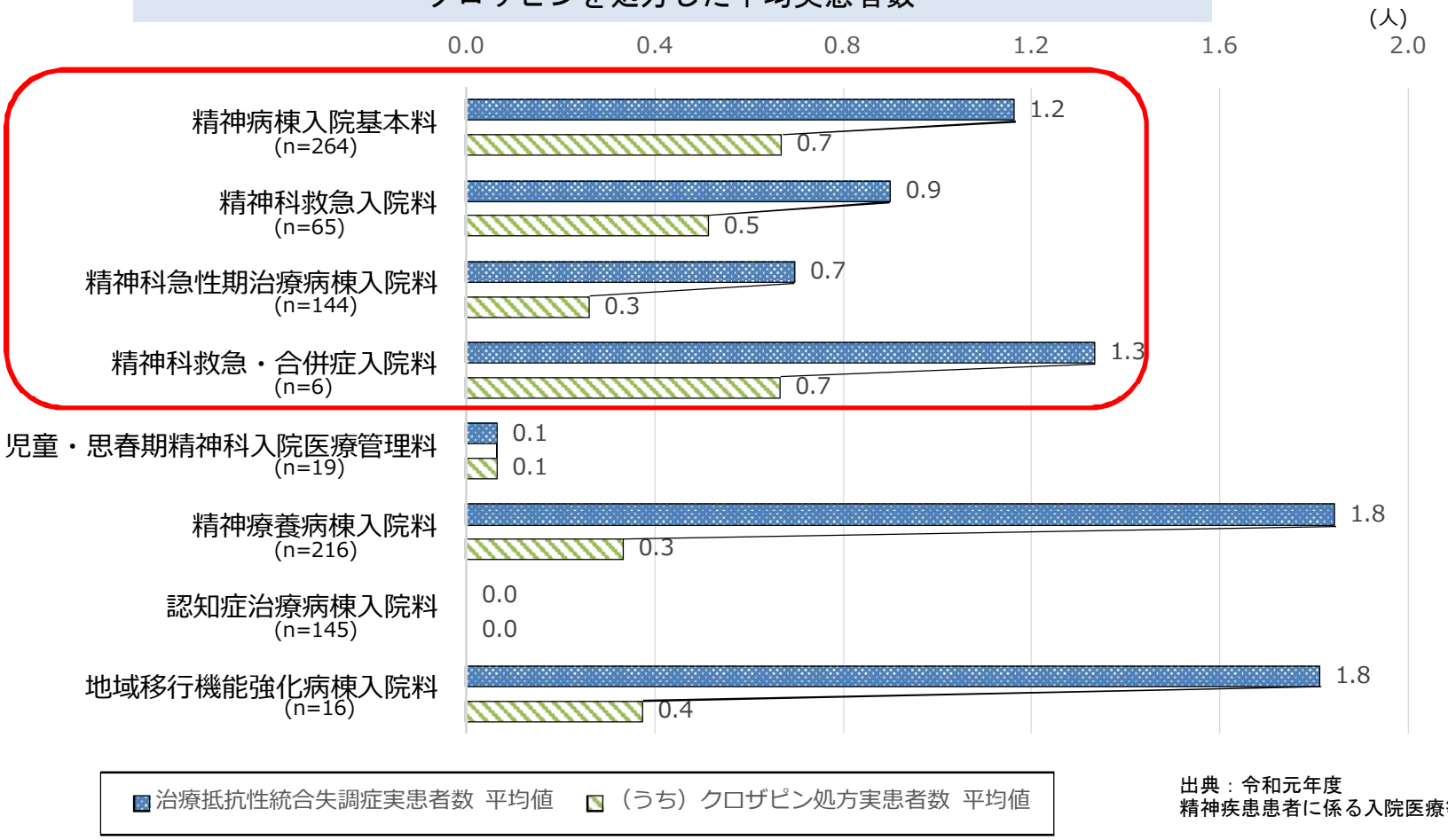
出典：社会医療診療行為別統計　各年6月審査分

精神病床を有する医療機関への調査結果：治療抵抗性統合失調症治療指導管理料について

○　治療抵抗性統合失調症患者の平均実人数は、精神療養病棟入院料や地域移行機能強化病棟入院料を算定する病棟に多い傾向（いずれも1.8人）である。

○　クロザピンの処方の割合をみると、精神病棟入院基本料、精神科急性期治療病等入院料や精神科救急・合併症入院料を算定する病棟に多い傾向（いずれも0.7人）であることから、治療抵抗性統合失調症患者の平均実人数に対するクロザピンの処方の割合は人員配置が手厚い病棟において高い傾向にある。

入院基本料別の治療抵抗性統合失調症患者の平均実人数と
クロザピンを処方した平均実患者数



出典：令和元年度
精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査

児童･思春期精神科入院医療管理料病棟におけるクロザピン処方状況について

○ 平成３０年度改定において、他の特定入院料からはクロザピンの薬剤料が包括範囲から除外されたが、児童･思春期精神科入院医療管理料においては、クロザピンに係る薬剤料が包括されている。

○ 精神科医療機関に対する調査結果によれば、児童･思春期精神科入院医療管理料病棟でクロザピンが処方されている実態がある。

児童・思春期精神科入院医療管理料病棟届出数	19
うちクロザピンを処方した施設数	**2**

出典：令和元年度　精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－１－４）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④

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

- 精神科入院患者の地域移行を推進するため、次の入院料について、クロザピンの薬剤料を包括範囲から除外する。
- また、当該入院料における非定型抗精神病薬加算※の対象からクロザピンによる治療を行っている患者を除外する。

［対象］

○ 精神療養病棟入院料　○ 地域移行機能強化病棟入院料

○ 精神科救急入院料　○ 精神科急性期治療病棟入院料　○ 精神科救急･合併症入院料

※ 非定型抗精神病薬加算

入院中の統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、1日につき15点を加算。

持続性抗精神病薬注射製剤（LAI）について

○ 維持期の服薬アドヒアランスが低い再発統合失調症患者に対しLAIの使用が推奨される一方、 日本ではLAIの処方率が低いとの報告がある。

○ 海外の大規模コホート調査の結果、LAI単剤投与による治療は再入院の低下につながることが示されている。

○ LAIは導入時に慎重な管理が必要であり、また、至適用量決定に数週間を要する。

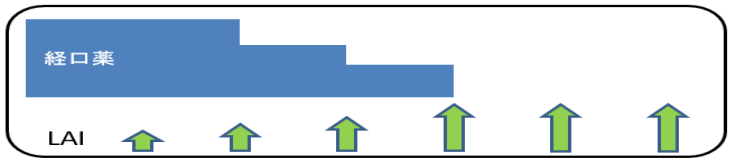
日本神経精神薬理学会
「統合失調症薬物治療ガイドライン」第3章：維持期治療より抜粋

1. 維持期統合失調症において、抗精神病薬の服薬継続が勧められる。
2. SGAsは再発予防、治療継続、副作用の観点においてFGAsより優れているので、SGAsが勧められる。しかし、SGAs間の比較に関して十分なエビデンスはなく特定の薬剤は勧められない。
3. アドヒアランスの低下による再発患者や、患者が希望する場合にはLAIの使用が勧められる。
4. 維持期統合失調症における抗精神病薬の減量は結果が一致しない。
5. 毎日規則的に服薬する継続投与法が勧められる。

LAI投与開始時の一般的な投与手順

出典：「持続性注射製剤治療のすべて」（星和書店）より改変

- 経口薬で効果・副作用について確認後、LAIへ移行。
- 投与間隔は2～4週間に1回、初回は少量投与することが多い。（薬剤の種類による）
- 投与間隔を保ちつつ至適用量まで漸増する。（薬剤の種類による）



リスパダールコンスタ筋注用製剤投与時の重要な基本的注意（添付文書より抜粋）

1. 本剤は持効性製剤であり、直ちに薬物を体外に排除する方法がないため、本剤を投与する場合は、予めその必要性について十分に検討し、副作用の予防、副作用発現時の処置、過量投与等について十分留意すること。
2. 過去にリスペリドンでの治療経験がない場合には、まず、経口リスペリドン製剤を投与し、任用性があることを確認した後、本剤を投与すること。
3. 肝障害若しくは腎障害のある患者へ投与する場合には、本剤を投与する前に、少なくとも1日2mgまでの経口リスペリドン製剤により忍容性があることを確認した上で、本剤を投与すること。
4. 本剤投与後の血中濃度は個体間変動が大きく、原因が特定されていない本剤の放出プロファイルから予測できない血中濃度推移を示す用例が認められたとの報告があるため、特に本剤の投与初期及び増量時には、患者の症状を十分観察すること。

LAI使用比率の国際比較

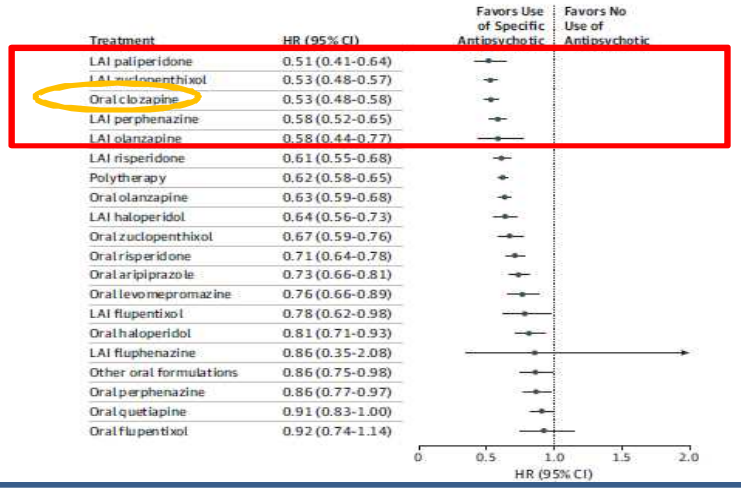
出典：「持続性注射製剤治療のすべて」（星和書店）より改変

国	対象	使用比率（%）	調査年
日本	山梨県立北病院通院統合失調症患者(n=1233)	14%	2009
米国	コネチカット州における外来統合失調症患者(n=366)	28%	1996－98
オーストラリア	精神病相当患者(n=960)	25．6%	1997
ベルギー	統合失調症、統合失調感情障害外来患者(n=1000)	21．5%	2003
英国	急性期病棟入院統合失調症患者(n=2032)	35%	2005－06
香港	安定した統合失調症外来患者(n=1502)	37%	2005－06

北欧における約3万人を対象としたコホート調査

◆ LAI単剤投与による治療において、抗精神病薬の経口投与に比して再入院率が低い薬剤がある。
◆ クロザピンの経口投与と同等またはそれ以上に再入院率が低いLAIも認められた。
◆ LAI単剤投与はクロザピン経口投与に次いで治療脱落率が低いことが示された。

Figure 2. Adjusted Hazard Ratios (HRs) and 95% CIs for Psychiatric Rehospitalization During Monotherapy Compared With No Use of Antipsychotic in Within-Individual Analyses in the Prevalent Population



出典：Real-world Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29823 Patients With Schizophrenia.

Tihonen et al, 2017, JAMA Psychiatry

抗精神病特定薬剤治療指導管理料1について

○　持続性抗精神病注射薬剤投与の際の指導管理を評価した持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の算定回数は、近年は増加傾向にある。

➢ **I013　抗精神病特定薬剤治療指導管理料**

1　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点（月１回）

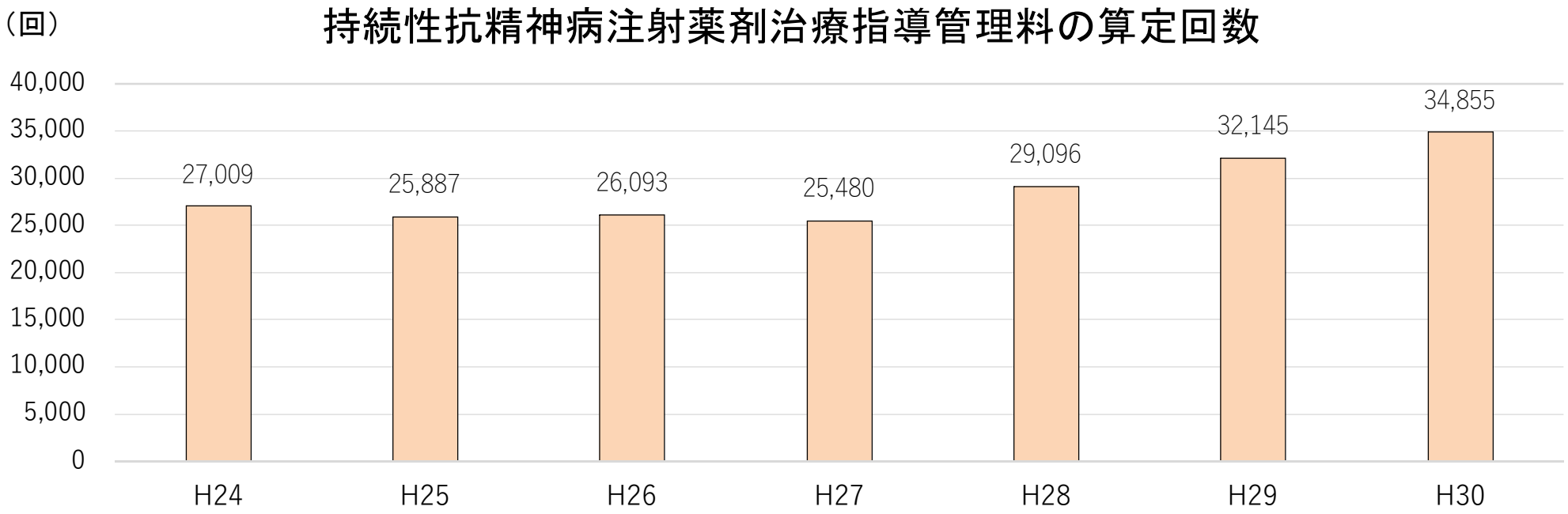
＜算定要件＞

持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

＜施設基準＞

①統合失調症の診断・治療について十分な経験を有する、常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上

②副作用に対応できる体制の整備



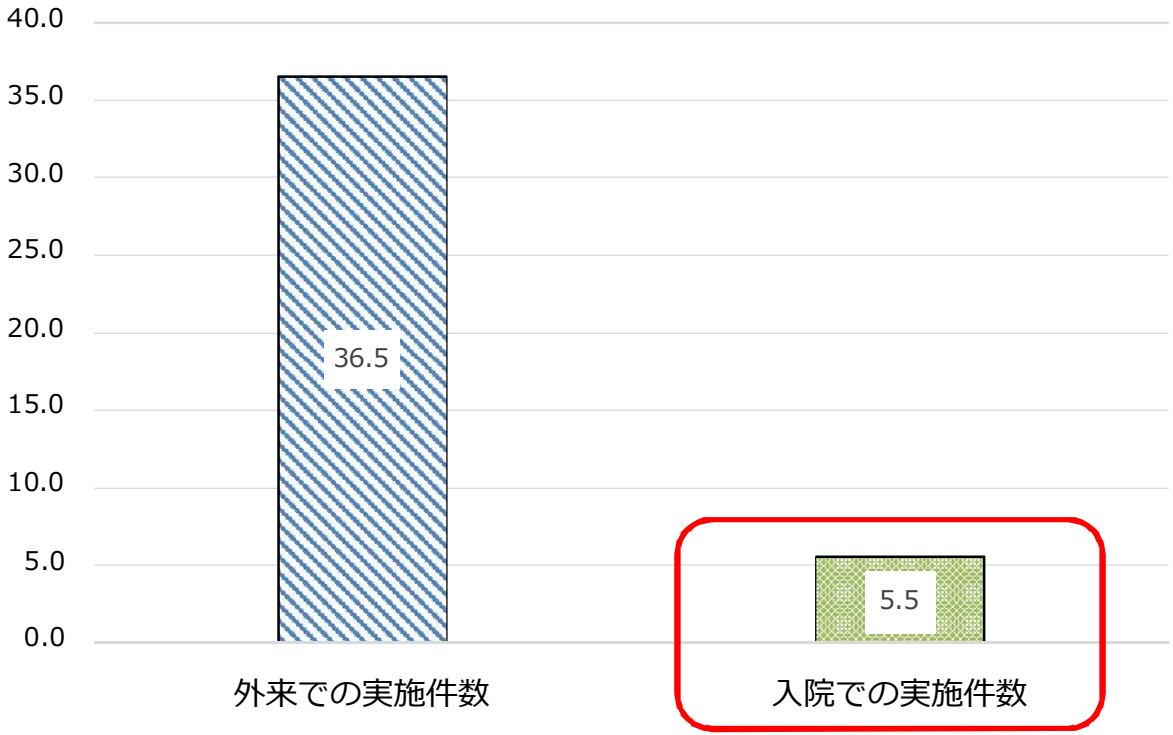
出典：社会医療診療行為別統計　各年6月審査分

精神病床を有する医療機関への調査結果：持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料について

○　持続性抗精神病注射薬剤治療の１月間の平均実施件数は、外来が36.5件、入院が5.5件であり、外来での実施が多い一方、入院治療においても一定数LAIによる治療が行われている。

○　アンケート調査において、地域移行、地域定着を推進するために必要な取組としてLAIの活用が挙げられている。

持続性抗精神病注射薬剤に係る診療実績（実施場所による）



出典：令和元年度　精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査

地域移行・地域定着を推進するために必要と考える取組

○　特定入院料において持続性注射剤を出来高による算定にすることで、入院治療での使用の推進する。

○　クロザピンによる治療後の治療の選択として、持続性注射剤を導入することで、地域で治療が可能となる患者が増える。

※令和元年度　精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査における回答より、持続性抗精神病注射薬剤に関する回答を抜粋

地域移行機能強化病棟について

平成28年度診療報酬改定

集中的な退院支援と病床数の適正化に取り組む精神病棟の評価

➢ A318 地域移行機能強化病棟入院料　1,527点

[施設基準]

① 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。

② 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数（当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数）の2割以上が看護師であること。

③ 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。

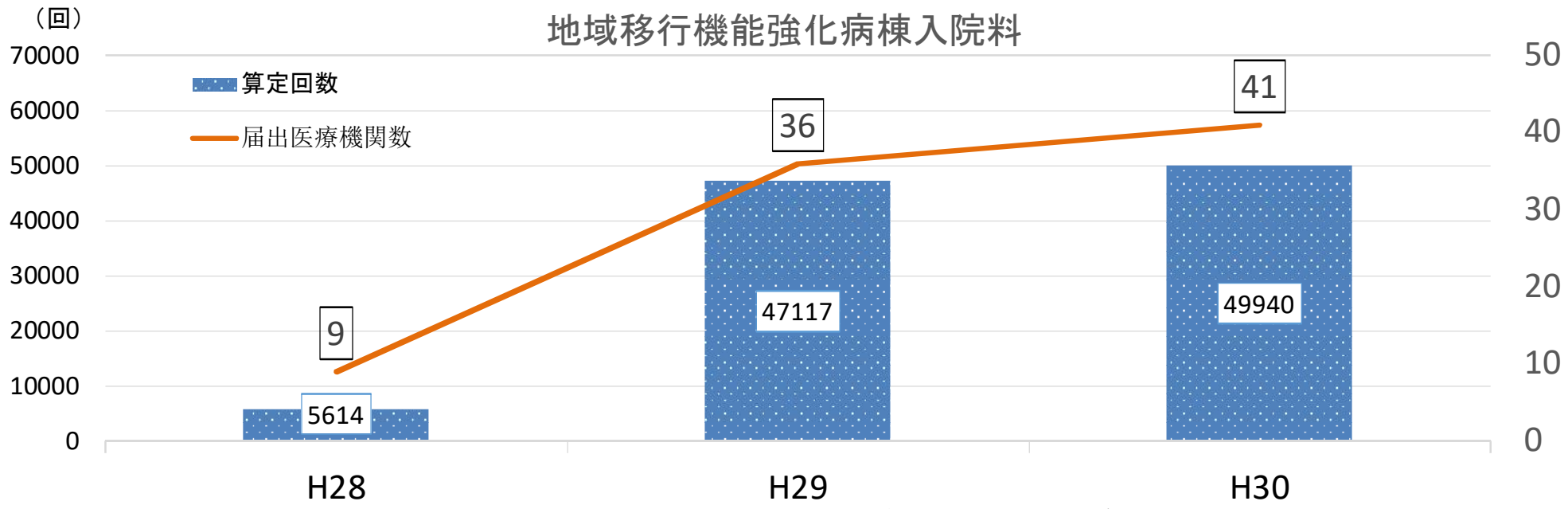
④ 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること。(下回る場合は許可病床数の変更届を提出)

⑤ 1年以上の長期入院患者が当該病棟から退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。

⑥ 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。

⑦ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。

⑧ 平成31年度までに新規の届出を行うこと。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）、社会医療診療行為別統計

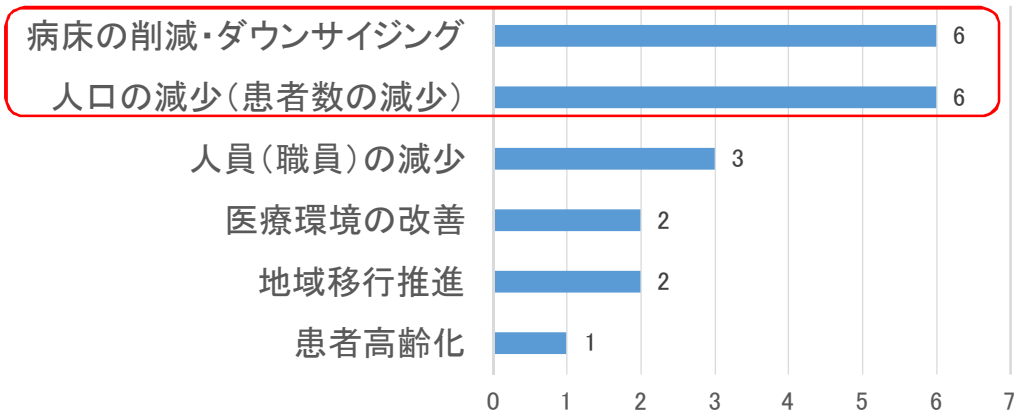
地域移行機能強化病棟入院料を届け出たことのある医療機関へのヒアリング調査結果

○　地域移行機能強化病棟入院料を届け出たことのある医療機関に対するヒアリング調査において、当該入院料を届け出た理由として、病床削減への意向や人口の減少等が挙げられた。

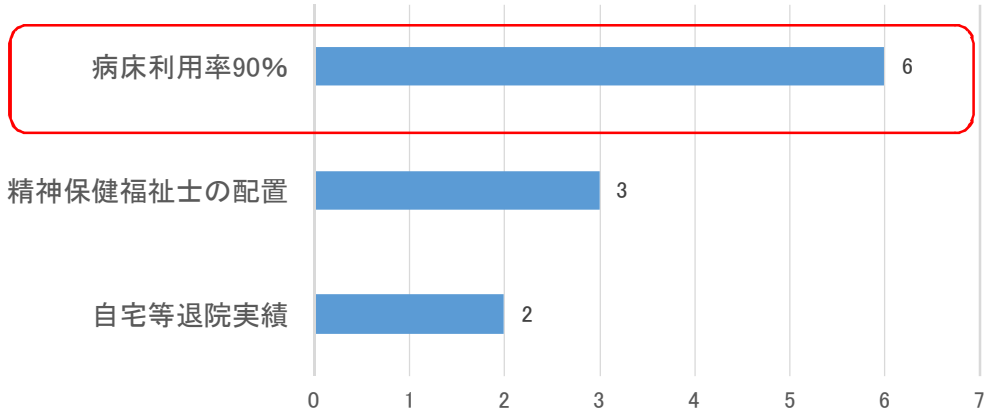
○　当該入院料を届け出たことで、「多職種の連携、地域の施設との連携が深まり、積極的な退院支援が実施出来た」「保健所やピアサポーターの協力による入院患者の退院意欲の増進」等の効果を得られたとの意見があった。

○　当該入院料を届け出るにあたり、障害となった要件は「病床利用率90%」との回答が多かった。

地域移行機能強化病棟入院料の届け出を行った理由



地域移行機能強化病棟入院料の届け出の障害となった要件



出典：令和元年度
精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査

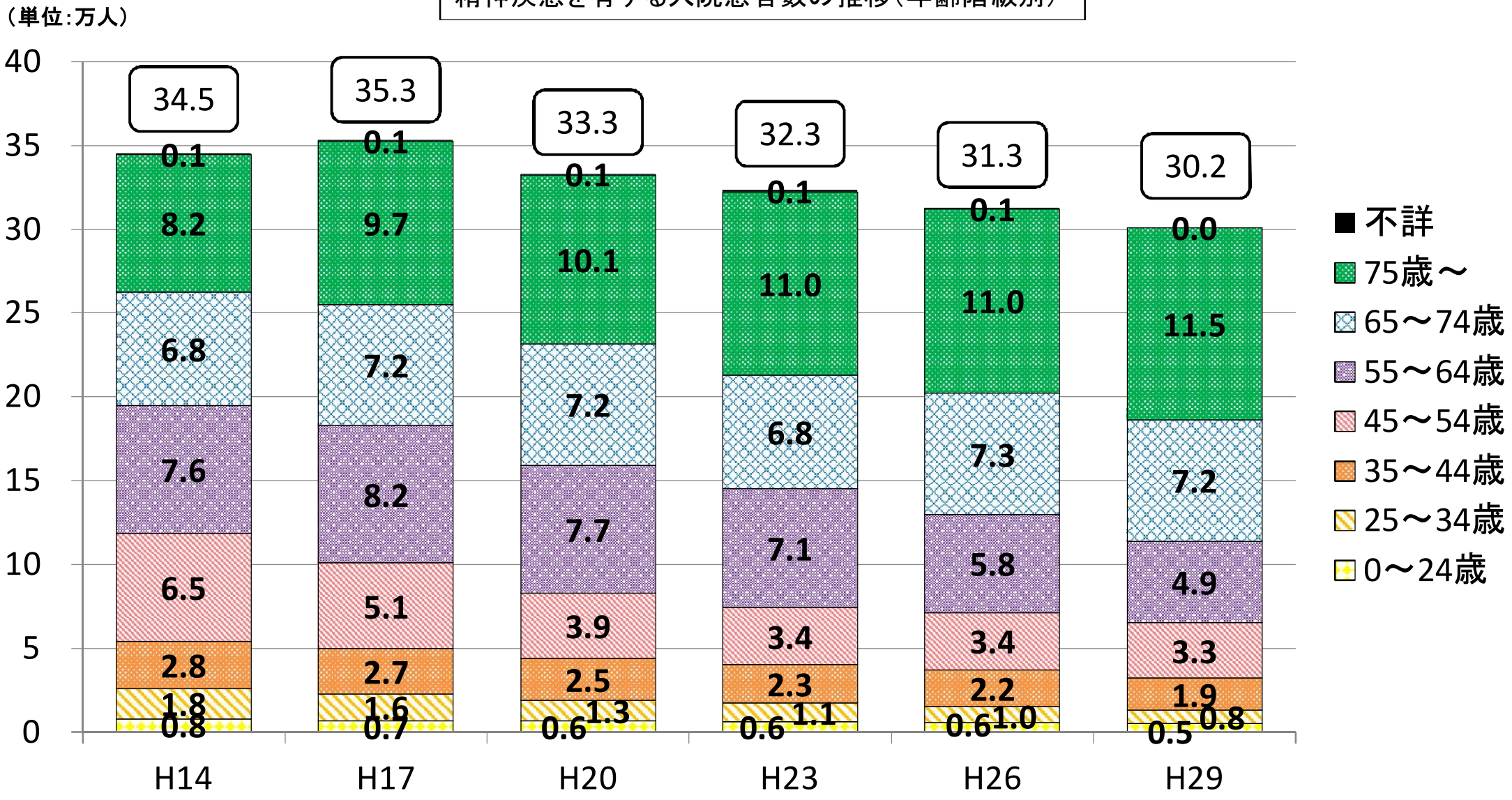
（問）地域移行機能強化病棟の効果として実感したことはありますか。

- **多職種の連携、地域の施設との連携が深まり積極的な退院支援を実施できた。**
- 新規の連携先（引き受け施設）が増加した。
- 精神保健福祉士がケアに参加することにより、看護師の考え方（視野）が拡大した。
- **保健所やピアサポーターの協力による入院患者の退院意欲が増進した。**
- 入院患者の当該病棟に対する退院に向けた期待が増大した。

精神病棟における身体合併症治療、リハビリテーションについて

○ 精神疾患を有する入院患者の総数は減少している一方、75歳以上が増加している。
○ 精神疾患を有する入院患者のうち5割以上が65歳以上である。

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別）



※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」より作成

高齢者の健康状態の特性等について

平成30年11月22日	第5回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議	参考資料

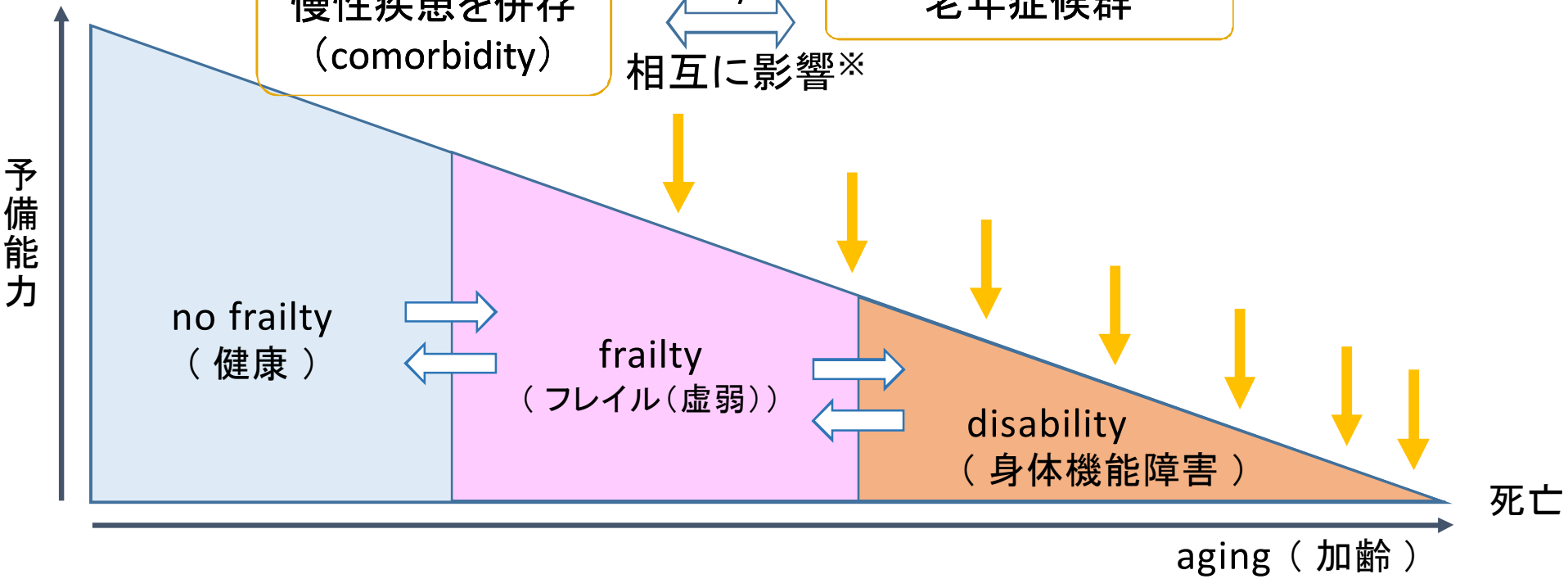
●高血圧　●心疾患　●脳血管疾患
●糖尿病　●慢性腎疾患(CKD)
●呼吸器疾患　●悪性腫瘍
●骨粗鬆症　●変形性関節症等
●生活習慣や加齢に伴う疾患

●認知機能障害　●めまい　●摂食・嚥下障害
●視力障害　●うつ　●貧血
●難聴　●せん妄　●易感染性
●体重減少　●サルコペニア（筋量低下）

慢性疾患を併存（comorbidity）

and/or
相互に影響※

老年症候群



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

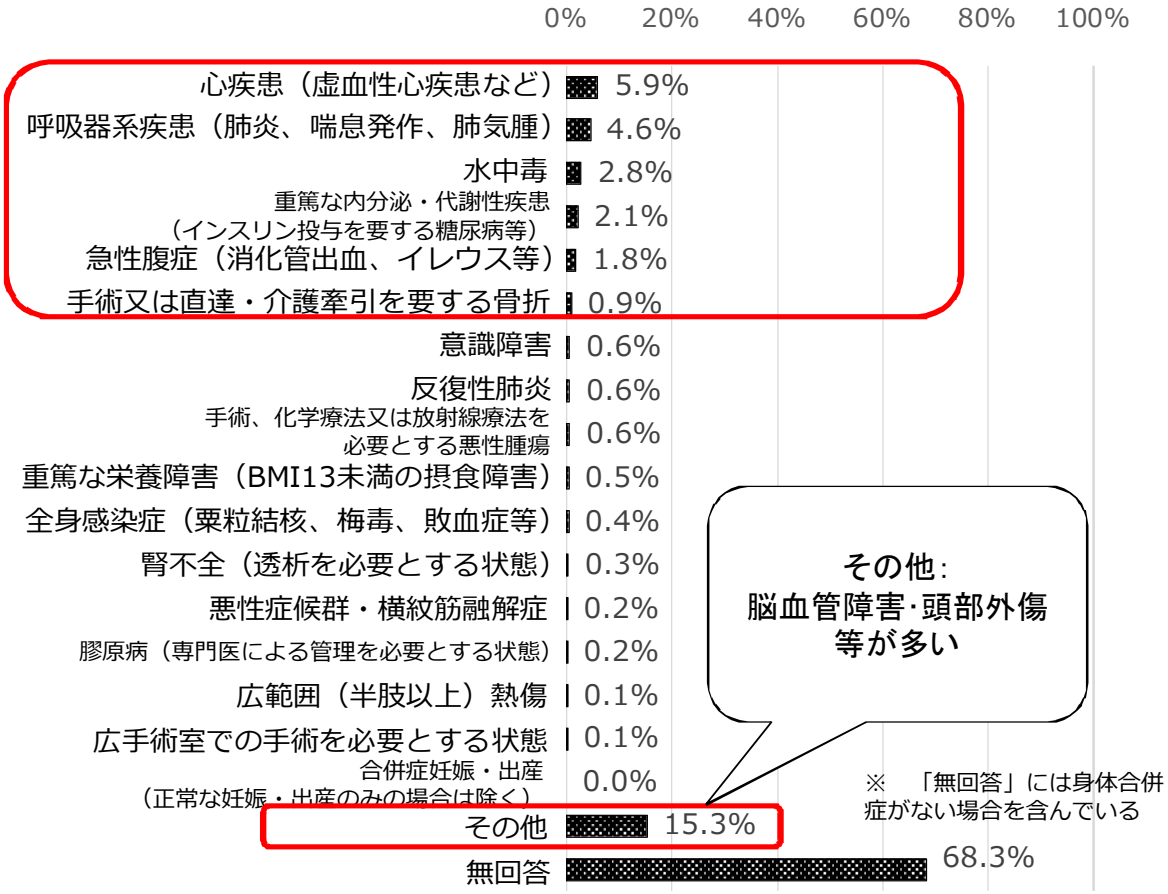
※　現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

精神病棟長期入院患者の身体合併症とリハビリテーションについて

○　精神病棟を有する医療機関への調査の結果、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟に１年以上継続して入院している患者（平均年齢63.5歳）の身体合併症は、心疾患、呼吸器系疾患、水中毒、重篤な内分泌・代謝性疾患、急性腹症が多かった。

○　精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果によると、一部の患者については脳血管疾患等を合併し、その中にはリハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

１年以上長期入院患者の身体合併症の状況



※出典：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業
「精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査」

精神病棟に入院する患者の状態についての調査結果

○　精神病棟に入院する患者の状態についての調査の結果、精神病棟において以下の合併症を有する患者が認められた。

パーキンソン関連疾患	19.0%
脳血管疾患	6.0%
（うち　後遺症あり）	（3.7%）
骨折	4.6%
廃用症候群	3.8%

○　これらの患者には、リハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数含まれることが想定される。

※出典：H26年度厚生労働省　障害者総合福祉推進事業
「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査

精神身体合併症治管理加算の算定状況等について

○ 身体合併症管理加算についてはこれまで算定要件の見直し等が行われてきたところ。
○ 身体合併症管理加算の直近の算定状況は以下の通り。

	点数（1日につき）	算定回数/月
精神科身体合併症管理加算（7日以内）	450　点	28,568　回
精神科身体合併症管理加算（8日以上10日以内）	225　点	8,675　回

平成26年度診療報酬改定

➢ 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する。

精神科身体合併症管理加算（1日につき）
450点

⇒

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10日以内　225点（新）

平成28年度診療報酬改定

➢ 精神科救急・合併症入院料合併症ユニット及び精神科身体合併症管理加算の対象疾患に、特に重篤な急性疾患等を追加

［追加する疾患・病態］
間質性肺炎の急性増悪、劇症肝炎、末期の悪性腫瘍、重篤な血液疾患、急性かつ重篤な腎疾患　等

精神病床からの地域移行・地域定着支援に係る現状及び課題（1）
地域移行の推進に資する入院医療について

【現状及び課題】

○ 精神科救急入院料については、これまで地域における精神科救急医療体制への貢献等を踏まえた要件の見直しが行われてきたところであるが、約1割の届出医療機関においては3病棟以上の精神科救急入院料病棟を運用している実態がある。

○ 精神科急性期治療病棟における急性期医師配置加算について、3ヶ月以内の在宅移行率60%とされている要件が満たせないために、届出が困難であるとの意見がある。

○ 治療抵抗性統合失調症治療薬であるクロザピンは、実態として急性期医療を行う精神病棟で使用される傾向にある一方、CPMSにおいてクロザピンの新規導入時は18週間以上の入院が望ましいとされている。また、児童･思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において薬剤料が包括除外とされていない。

○ LAIは統合失調症の維持治療に有効であり、再入院率の低下につながるというエビデンスが示されている。LAIは導入時に慎重な管理が必要であり至適用量決定に数週間を要する。入院患者へのLAI投与に係る薬剤料等の包括診療料からの除外を望む現場の意見がある。

○ 地域移行機能強化病棟入院料は、積極的な退院実施等に効果がある一方、病床利用率等の要件により届出が困難であるとの声がある。

○ 精神病棟に入院する患者についての調査の結果によると、精神病棟に入院する患者は高齢化しており、脳血管障害等の合併症を有する患者について、リハビリテーションが必要と考えられる患者が一定数存在することが想定される。

【論点】

○ 精神科救急入院料について、地域において担う役割や、実際に提供されている医療の内容等を踏まえ、病棟ごとに基準を満たすことを明確化するとともに、その病床数の上限等の施設基準等について必要な見直しを行うこととしてはどうか。

○ 抗精神病薬の多様化により、LAIやクロザピン等の地域移行・地域定着の促進に資する薬剤が広がりつつある。これらの薬剤は専門的管理を必要とし、また、入院医療における標準治療としても活用されている実態があることを踏まえ、急性期治療病棟入院料における在宅移行率、児童･思春期精神科入院医療管理料におけるクロザピンの薬剤料、LAIの薬剤料の取り扱い等について必要な見直しを行うこととしてはどうか。

○ 精神病床からの地域移行・地域定着支援を推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、継続的に評価するとともに、その施設基準等について必要な見直しを行うこととしてはどうか。

○ 精神病床の医療ニーズの変化を踏まえ、身体合併症管理加算の対象の見直しや、高齢化に伴い脳血管疾患等を合併する患者へのリハビリテーションに係る評価のあり方についてどのように考えるか。

個別事項（その10）

1．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

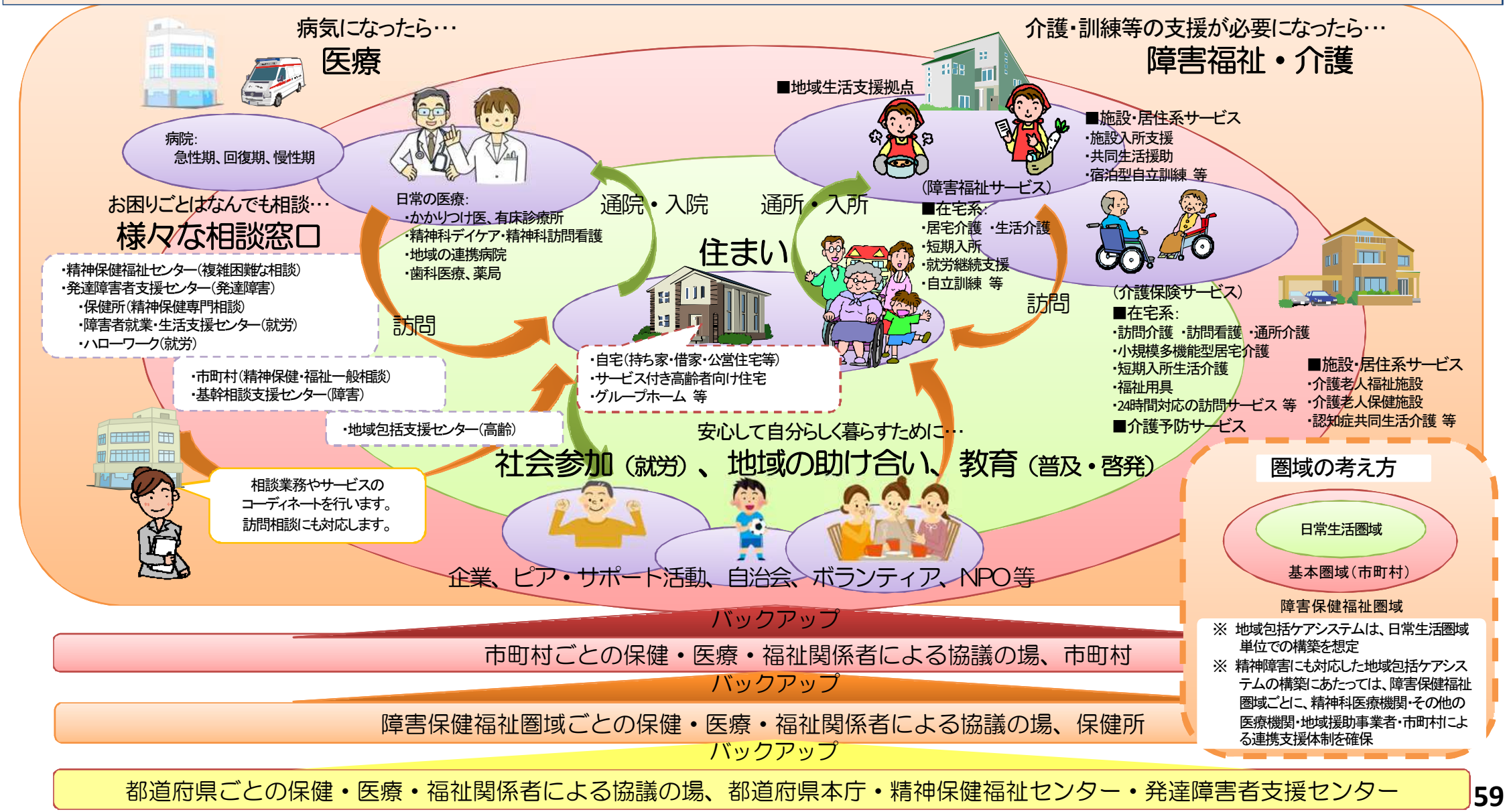
2．認知症等について

3．明細書無料発行について

再掲　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。



精神病棟における入退院支援、退院時共同支援等について
地域との連携等により可能な限り早期の地域移行･地域定着を行っている医療機関の取組事例

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

入院初期

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

入院中期

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

退院前

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

退院後

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

※ 障害保健福祉部　精神･障害保健課作成
令和元年10月25日障害者部会資料より改変

地域との関係性構築のために日頃から行っていること

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

その他の工夫

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

※協力頂いた医療機関：旭中央病院、有馬高原病院、大口病院、桶狭間病院藤田こころケアセンター、久喜すずのき病院、草津病院、さわ病院、新阿武山病院、積善病院、千曲荘病院、竹田綜合病院、沼津中央病院、阪南病院、前沢病院

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

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

精神科病院・診療所等との退院後を見据えた共同の取組（旭中央病院）

※ 障害保健福祉部 精神･障害保健課作成 令和元年10月25日障害者部会資料より改変

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

- 精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等との情報共有
- 利用しているサービスの利用状況及び療養状況の確認
- 退院後に必要な支援の検討、連携体制の構築

- 院内多職種チーム会議（医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師）の開催、定期的な評価
- 精神科病院・診療所、行政、障害福祉サービス事業所等と共同カンファレンスの開催
- 退院後の療養に係る診療計画策定、クライシスプラン作成

- 外来診療の継続、患者の病状により入院の連携
- 医師、看護師、精神保健福祉士等による包括的支援マネジメント
- 患者の病状に応じて、地域の連携体制の見直し・構築
- 地域の関係機関（行政、障害福祉サービス事業所、訪問看護ステーション等）のフォロー、情報共有

入退院支援の評価（イメージ）

➢ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅 → 入院 → 外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

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

病棟

≪入退院支援の対象となる患者≫
- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院　／　・要介護認定が未申請
- **虐待を受けている又はその疑いがある**
- **生活困窮者**
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な**養育又は**介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要
- 入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】
- 医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は
【情報提供】
- 療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

精神病棟における入退院支援、退院時共同支援に対する診療報酬上の評価について

○　精神病棟からの退院支援については、これまでに一定の評価がされているが、退院先の医療機関等と共同で支援等を実施した場合の評価は無い。

精神病棟における多職種による退院支援等に係る現行の評価

注）これらの加算等は、互いに併算定不可の場合がある。

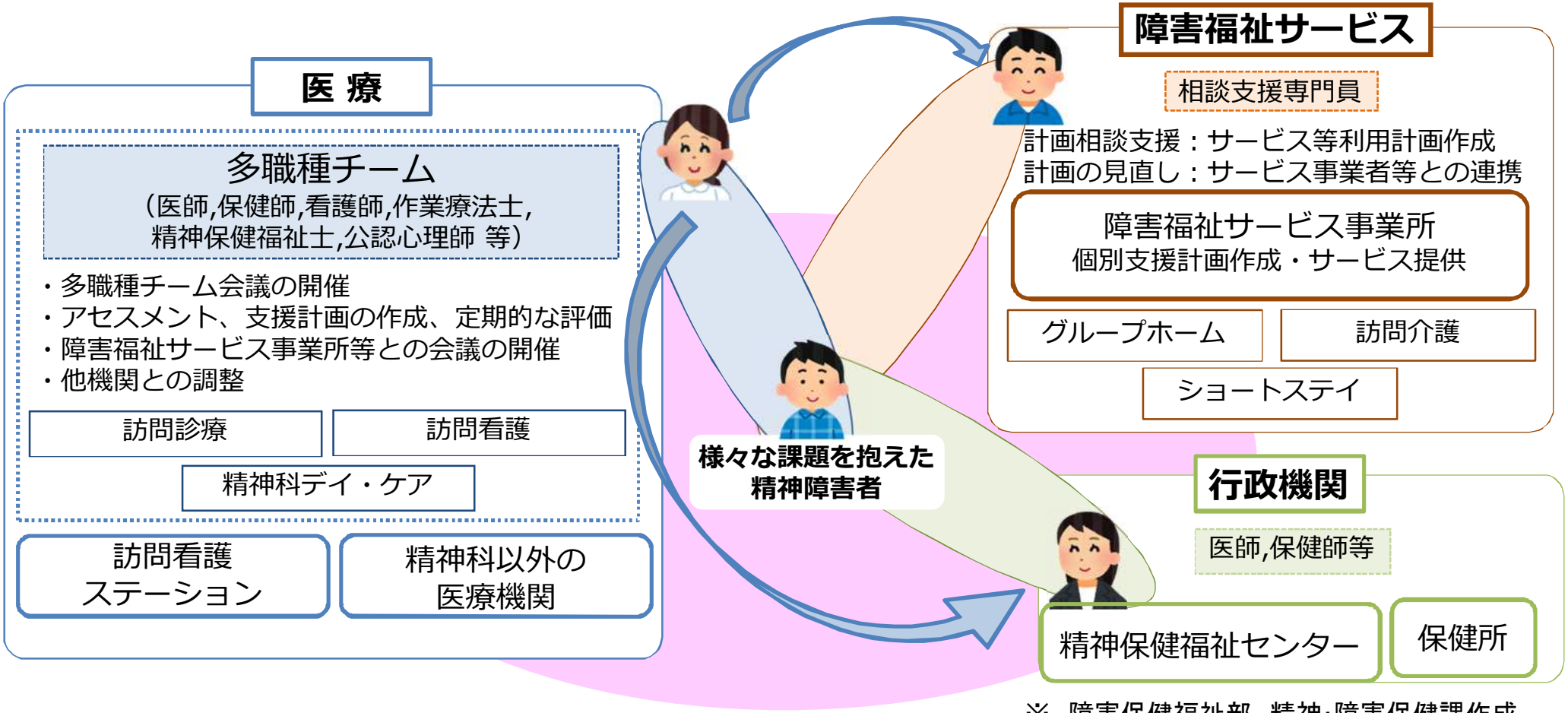
		精神病棟入院基本料	精神療養病棟入院料	認知症治療病棟入院料
退院調整加算 専従するPSW等を配置した退院支援部署において、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。		－	500点／退院時	300点／退院時
精神保健福祉士配置加算 ・病棟専任の精神保健福祉士が1名以上配置していること。 ・専従のPSWを配置した退院支援部署を設置していること。 ・措置入院患者等を除いた入院患者のうち7割以上が、入院日から起算して1年以内に退院し、患家または精神障害者施設へ移行すること。		30点／日		－
精神科地域移行実施加算 入院期間5年以上の患者が1年間で5%以上減少していること。		20点／日		－
精神科退院指導料	1　入院期間1月以上の患者等に対し、多職種協働で退院後に必要な保健医療福祉サービスに関する計画を作成し、指導を行った場合	320点／入院中1回		
	2　精神科地域移行支援加算　入院期間1年以上の患者等に対し、多職種協働で退院後に必要な保健医療福祉サービスに関する計画を作成し、指導を行った場合	200点／退院時		
精神科退院前訪問指導料 患家等を訪問し、退院後の療養上の指導を行った場合に算定。）		380点／入院中3回／入院期間が6月を超えると見込まれる場合は6回 （保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉が共同した場合は320点加算）		
精神科措置入院退院支援加算 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に評価。 （施設基準） 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。）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の体制をとっていること。		600点（退院時1回）		

精神科外来における多職種による相談・支援等について
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

○ これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書（平成29年2月）において、地域生活支援において、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）が重要とされている。

○ 包括的支援マネジメントは、国際的に有効性が示されており（ Cochrane review ）、中重度の精神障害者に必要に応じて包括的支援マネジメントを行い、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げていることが広く知られている。

【包括的なマネジメントによる支援のイメージ】



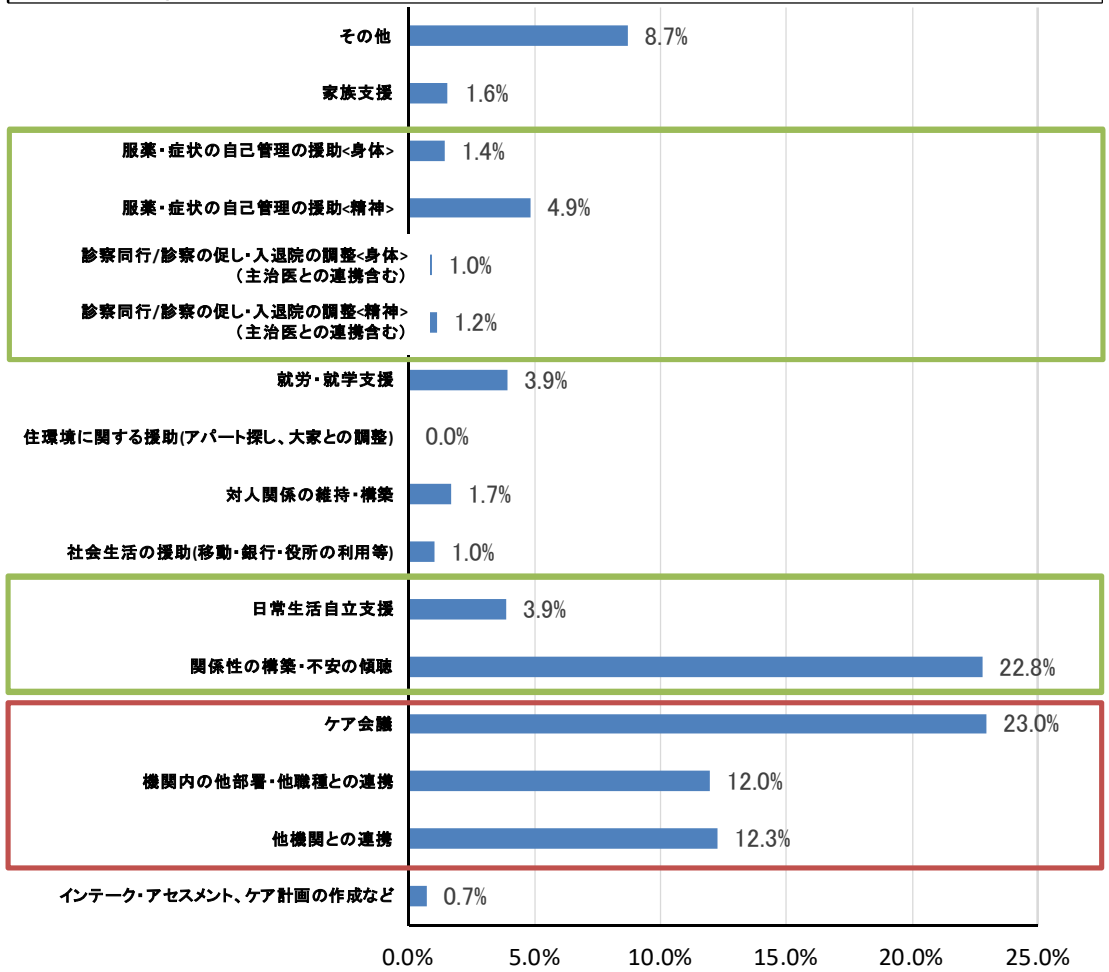
※ 障害保健福祉部 精神･障害保健課作成

出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究より一部改編

精神科外来における多職種による相談・支援等について
包括的な支援マネジメントによる支援の内容と効果

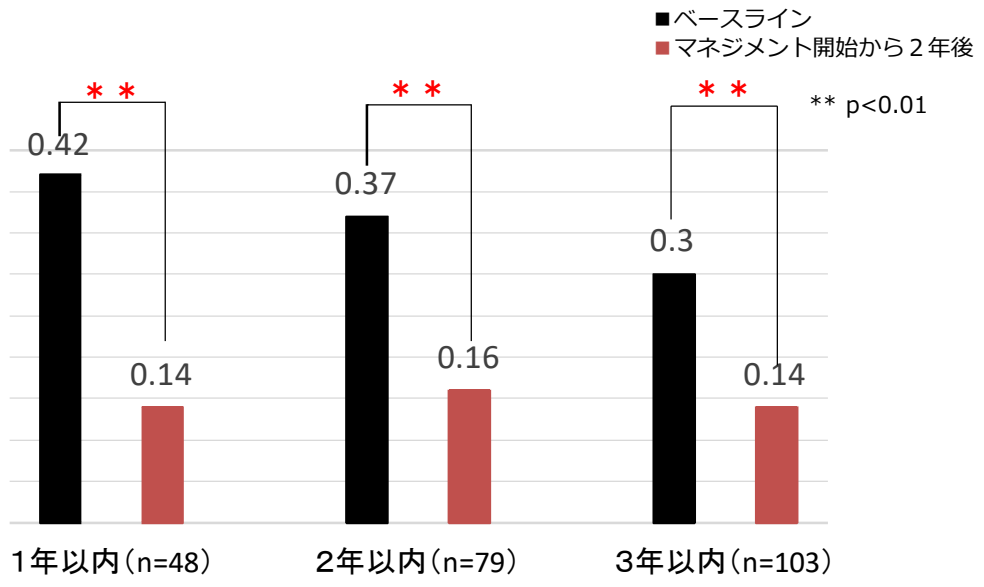
○ 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（平成29年2月）においては「包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進める」とされた。
○ 「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（平成30年度厚生労働行政推進調査事業補助金）では包括的支援マネジメントの支援内容を明らかにし、「包括的支援マネジメント　実践ガイド」を作成。
○ 当該実践ガイドの支援内容から、外来又は精神科デイ・ケアにおける精神保健福祉士等は組織内外の多職種連携・他機関連携に関する業務や患者との面談を行っている割合が高く、包括的な支援マネジメントの導入により、平均入院日数が減少し、地域での生活を維持できることが示唆された。

○ 外来又は精神科デイ・ケアにおいて行われる具体的なマネジメントの内容は、連携業務（他機関連携、ケア会議等）が47.3%であり、患者との面談（関係性の構築、日常生活自立支援等）が35.2%が多い。



○ 各群においてマネジメント前後で平均入院回数に有意な差があり、包括的支援マネジメントは平均入院回数の減少に寄与することが示唆された。
○ マネジメントを開始してからの年数が少ない群ほど、アウトカムである平均入院回数はより減少する傾向を示した。

平均入院回数の変化



（※1）ベースラインは、群の過去1年間の平均入院回数
（※2）マネジメント開始から2年後は、ベースラインと比較するため、群の入院回数を2で割った値

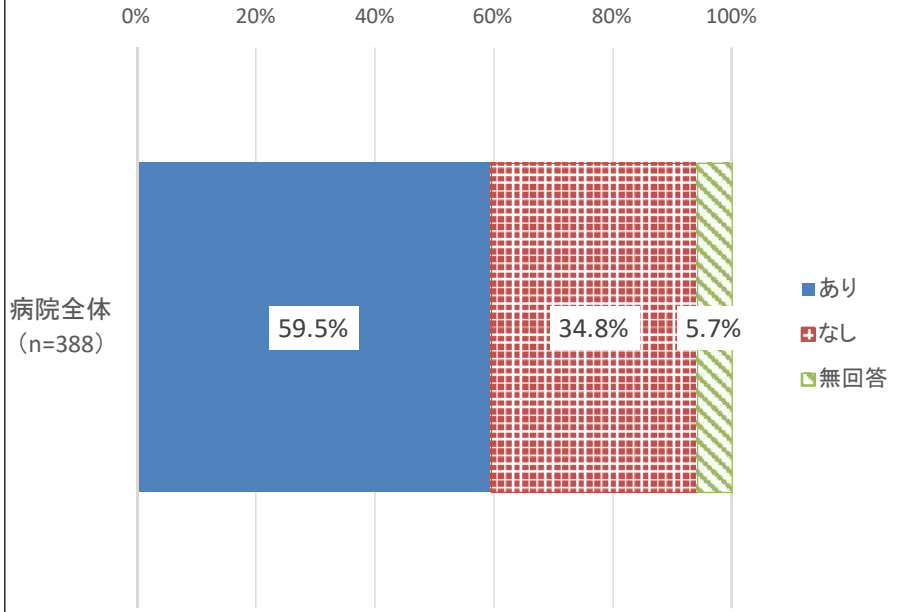
出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

※　障害保健福祉部　精神・障害保健課作成

精神科外来における多職種による相談・支援等について
精神病床を有する医療機関へのアンケート調査結果（1）

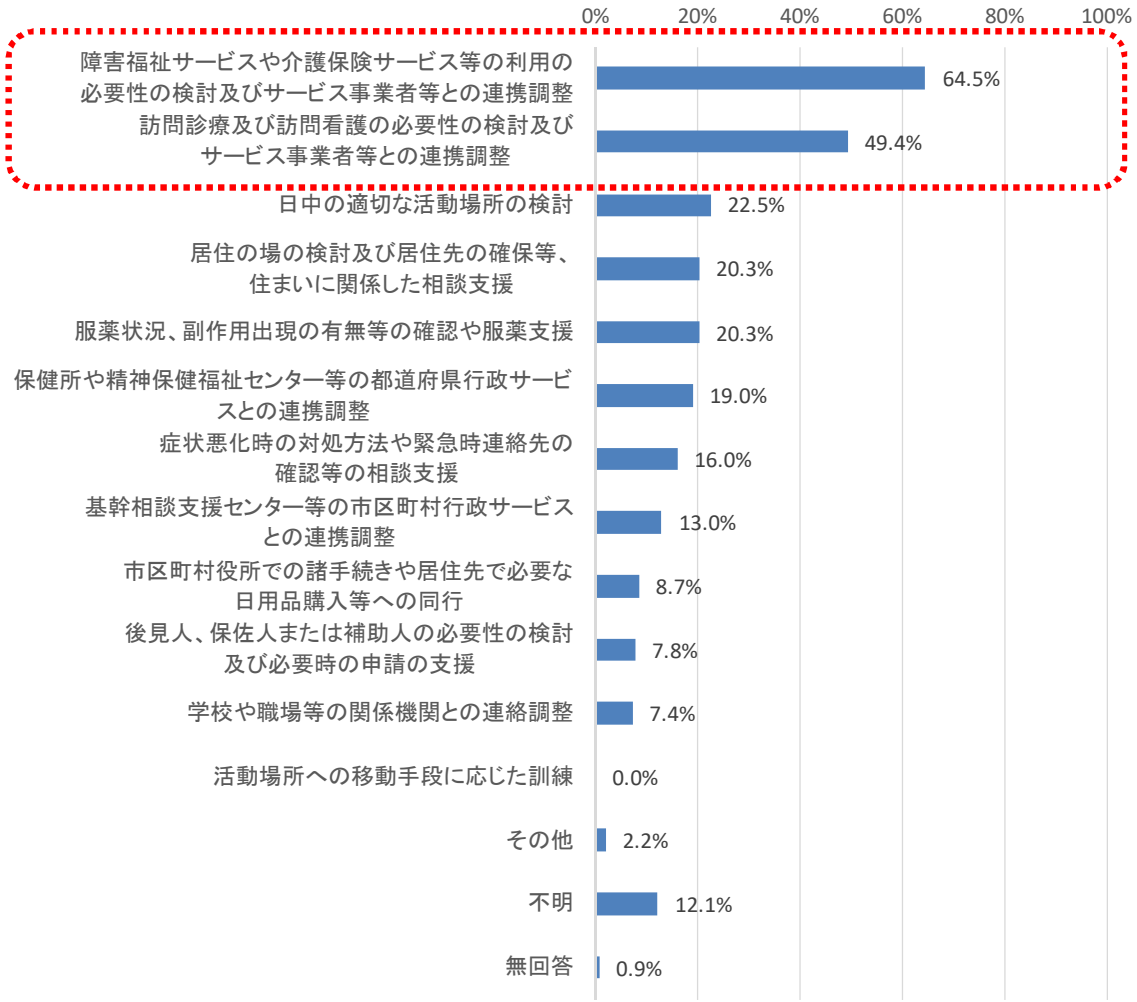
○　約６割の医療機関において、精神科外来に通院中の患者に対して、通院・在宅精神療法を算定する際、医師による診察以外に、医師以外の職種が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための相談等の支援を行っている。
○　それらの医療機関で行われている相談支援の内容は、障害福祉サービス、介護保険サービス、訪問診療、訪問看護等の必要性の検討及び事業者との連絡調整が多かった。

① 精神科外来に通院中の患者に対して、通院・在宅精神療法を算定する際、医師による診察以外に、医師以外の職種が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための相談等の支援を行うことはありますか。



出典：令和元年度
精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査

② （①で「あり」と回答した場合）医師以外の職種が、具体的にどのような支援を行っていますか。主なもの3つまで選択してください。

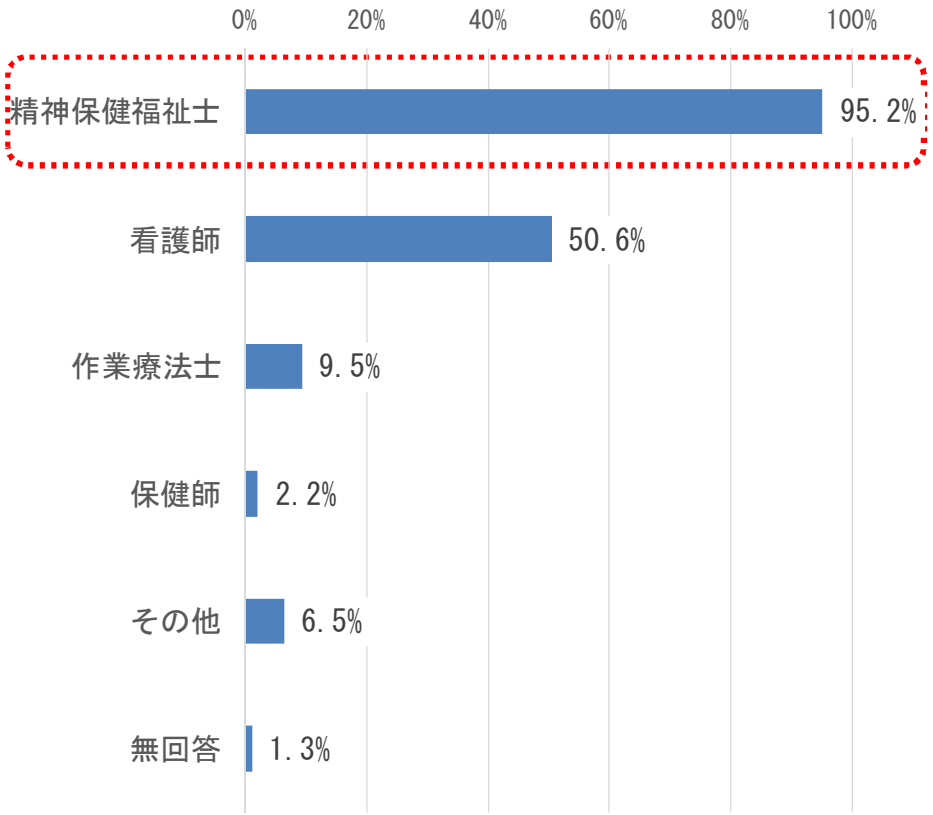


精神科外来における多職種による相談・支援等について
精神病床を有する医療機関へのアンケート調査結果（2）

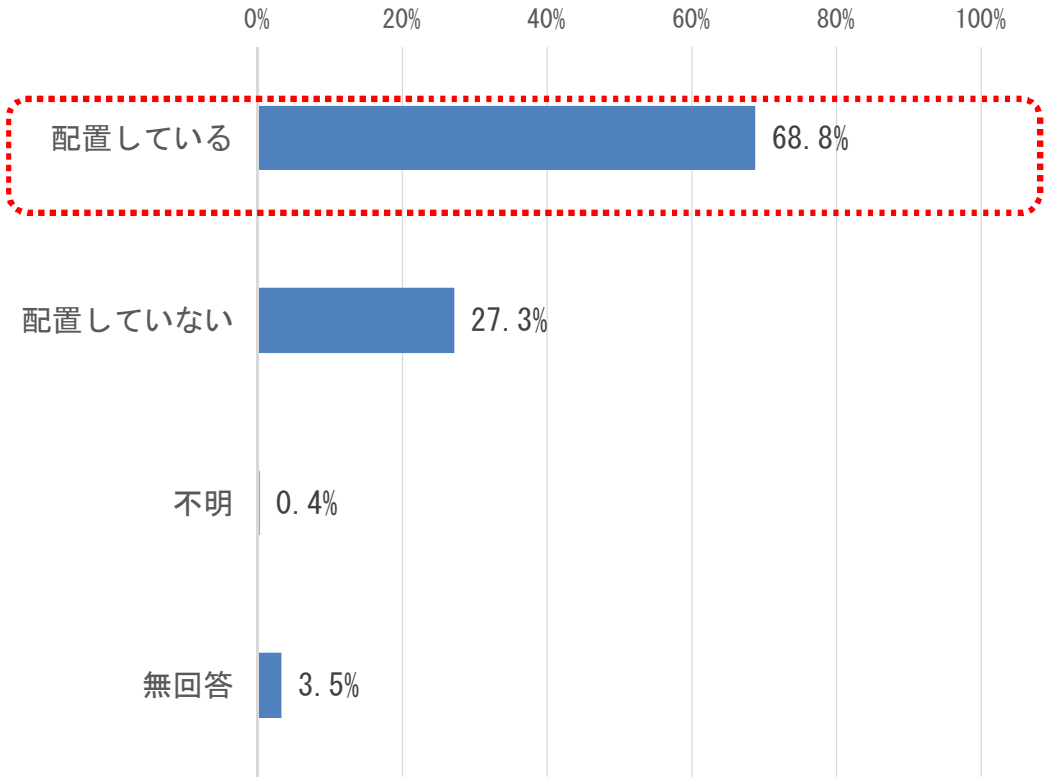
○ 精神科外来に通院中の患者に対して通院・在宅精神療法を算定する際、医師による診察以外に、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための相談等の支援を行っている職種は、精神保健福祉士が最多であった。

○ 約7割の精神科医療機関で、病棟専従の他に外来に相談業務を行う精神保健福祉士を配置している。

③ （①で「あり」と回答した場合）主にどの職種が支援を行っていますか。（あてはまる番号すべてに○）



④ 病棟専従の精神保健福祉士の他に、外来で相談業務を行う精神保健福祉士を配置していますか。



出典：令和元年度　精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査

精神科外来における多職種による相談・支援等について
精神科外来における相談・指導等の支援業務に対する診療報酬上の評価

○　措置入院退院後の患者に対し自治体と協力して支援計画を策定する場合の評価の他は、通院・在宅精神療法を算定する精神科外来通院患者に対して、医師以外の多職種により行われる支援・指導等への評価がなされていない。

精神科外来で行われる多職種による相談・支援等に対する現行の評価		算定要件等	点数
I002-1 通院・在宅精神療法イ	注7 措置入院後継続支援加算	○　精神保健福祉法第29条又は第29条の2の規定による入院措置を経て退院した患者に対し、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援機関にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科医が行った場合に評価 （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。	275点 （3月に1回）
I002-2 精神科継続外来支援・指導料	注3 療養生活環境整備支援加算	○　医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための支援を行った場合に評価。 ※精神科継続外来支援・指導料と通院・在宅精神療法は同一日に算定できない	40点 （1回につき）

精神医療における在宅医療について
精神科重症患者早期集中支援管理料（平成26年度）

○　平成26年度改定において、精神科重症者早期集中支援管理料が創設された。

平成26年度診療報酬改定

➢　長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

（新）　精神科重症患者早期集中支援管理料（月１回６月以内）

１　保険医療機関が単独で実施する場合	２　訪問看護ステーションと連携する場合
イ　同一建物居住者以外の場合　　1800点	イ　同一建物居住者以外の場合　　1480点
ロ　同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合　900点 (2)　(1)以外の場合　450点	ロ　同一建物居住者の場合 (1)特定施設等に入院する者の場合　740点 (2)　(1)以外の場合　370点

［算定要件］
訪問診療を月１回以上及び精神科訪問看護を週2回以上（うち月１回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が 訪問）実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

［対象患者］
以下①～④のすべてを満たす者。
①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
④障害福祉サービスを利用していない者。

［施設基準］
①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること（いずれか1人は専従）。
②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催（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）すること。
③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

精神科在宅支援管理料の算定要件等について

○　平成30年度報酬改定において、精神科重症者早期集中支援管理料が廃止され、精神科在宅患者支援管理料が新設された。管理料1にイ～ハの区分が設けられた。

平成30年度診療報酬改定

- 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。

	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

	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	3,000点	2,520点
ロ　重症患者等	2,500点	1,875点
ハ　重症患者等以外	2,030点	1,248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）		
イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	2,467点	1,850点
ロ　重症患者等	2,056点	1,542点

- 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。

平成28年度

【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。

平成30年度

【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。

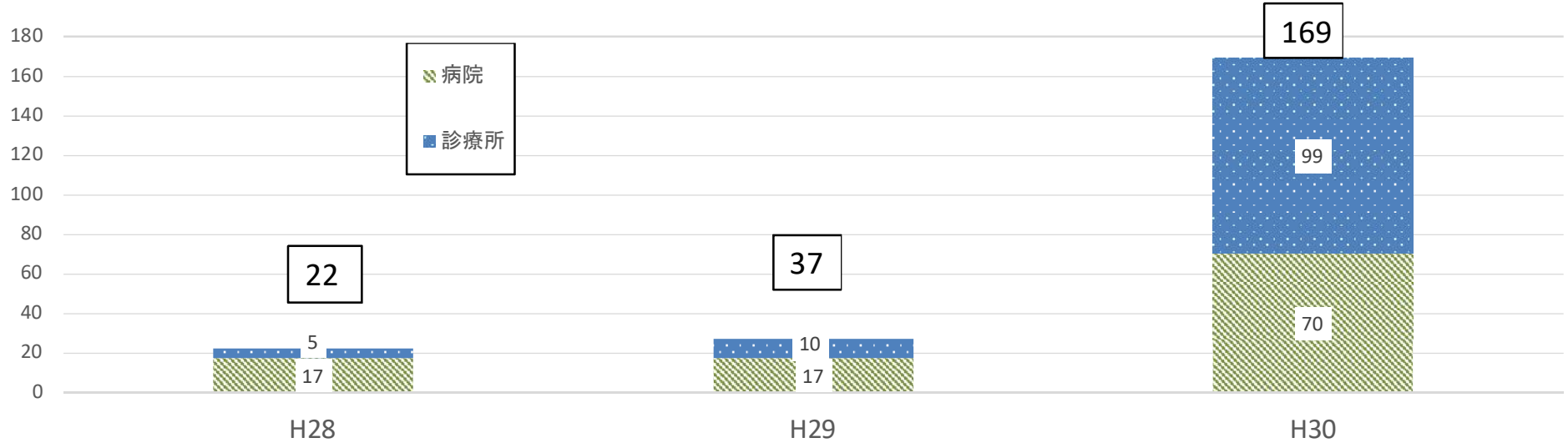
精神科在宅患者支援管理料の算定状況等について

○ 精神科在宅患者支援管理料の算定回数は、イ、ロに比べ、ハが多い。
○ 平成30年度改定以降、精神科在宅患者支援管理料の届出医療機関数は病院、診療所とも増加している。
○ 精神科在宅患者支援管理料イ、ロについては「施設基準の要件が厳しいために届出が困難である」という意見がある一方、精神科在宅患者支援管理料ハについては「施設基準等の要件が現場の実態と見合わない」との意見がある。

	点数	算定回数/月
精神科在宅患者支援管理料1 イ 集中的支援必要者 単一建物診療患者1人（月1回、6月に限り）	3,000 点	4 回
精神科在宅患者支援管理料1 イ 集中的支援必要者 単一建物診療患者2人以上（月1回、6月に限り）	2,250 点	–
精神科在宅患者支援管理料1 ロ 重度精神障害者 単一建物診療患者1人（月1回）	2,500 点	37 回
精神科在宅患者支援管理料1 ロ 重度精神障害者 単一建物診療患者2人以上（月1回）	1,875 点	–
精神科在宅患者支援管理料1 ハ イ及びロ以外 単一建物診療患者1人（月1回）	2,030 点	513 回
精神科在宅患者支援管理料1 ハ イ及びロ以外 単一建物診療患者2人以上（月1回）	1,248 点	742 回

出典：社会医療診療行為別統計 H30年6月審査分，保険局医療課調べ

I016 精神科在宅患者支援管理料の届出医療機関数の推移



精神病床からの地域移行・地域定着支援に係る現状及び課題（2）
入院医療から外来医療への円滑な移行及び外来医療について

【現状及び課題】

○　精神医療において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するにあたり、入院前からの退院時、退院後まで切れ目のない支援の重要性が示されており、入院医療機関と退院後の外来医療を行う医療機関等の関連する機関間で、多職種が共同で退院支援を行う取組等がなされている実態がある。これらの取組は地域移行・地域定着支援に資するとされているが、現行では見合った報酬上の評価がなされていない。

○　精神科外来通院患者の地域定着支援において、精神保健福祉士等の多職種による包括的支援マネジメントが効果的であるとの知見が示されており、実際に外来へ多職種を配置し相談支援業務を行っている医療機関は多い。一方、外来において精神保健福祉士等が行う相談支援等の援助についての評価は限定的な場面に限られている。

○　平成30年度改定において、精神科在宅医療の充実のため精神科在宅患者支援管理料が創設されたところ。重症患者等への手厚い在宅医療への評価を目的とした精神科在宅患者支援管理料イとロの算定回数は少ない一方、重症患者等以外の患者を対象としたハについては、施設基準等の要件が実態に見合わないという意見がある。

【論点】

○　入院医療から外来医療への円滑な移行を進め、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における入院前から退院時までの多職種・多機関による共同指導等への評価のあり方についてどのように考えるか。また、このような患者について、精神科外来医療において包括的支援マネジメントが重要であるとの観点を踏まえ、精神科外来における多職種による相談・支援等に対しての評価のあり方について、どのように考えるか。

○　精神医療における在宅医療を適切に推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について、現在の算定状況やその本来の趣旨等を踏まえ、対象患者や施設基準を見直すこととしてはどうか。

個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

２．認知症等について

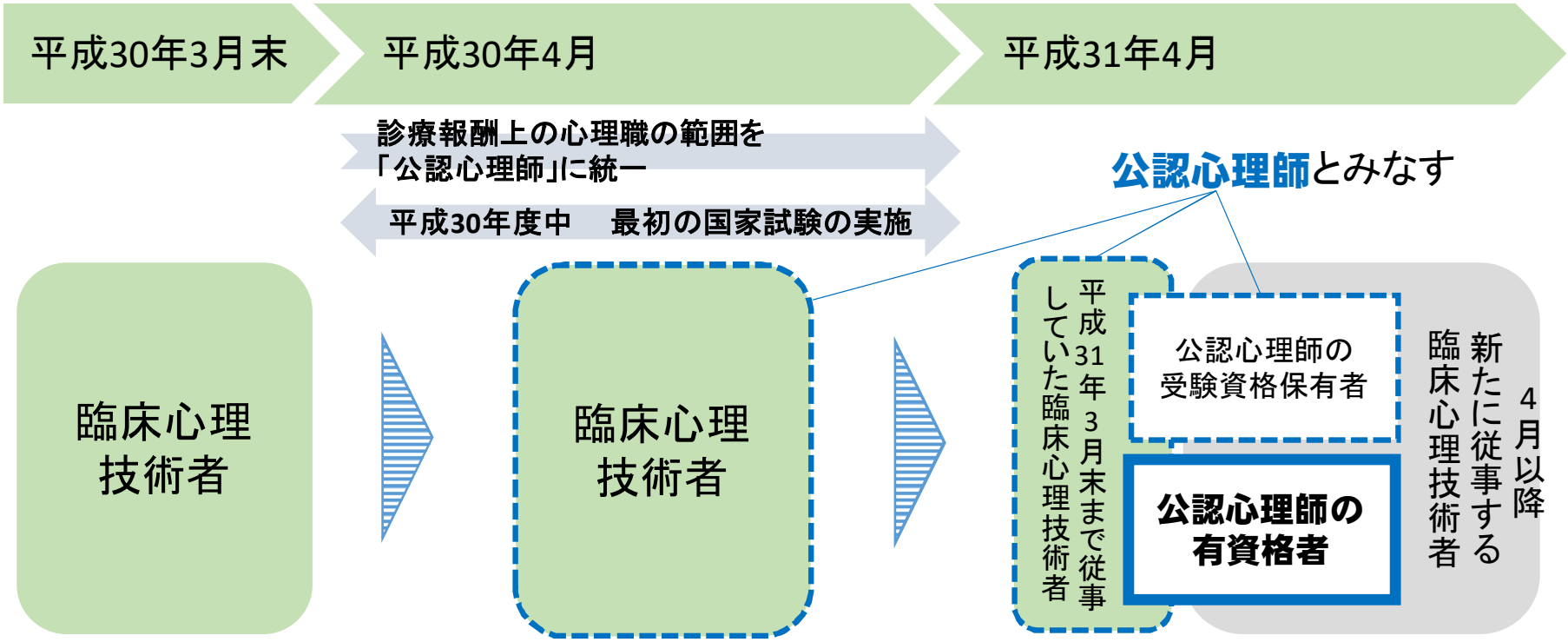
３．明細書無料発行について

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：27,344人（令和元年９月末現在）　（第１回及び第２回試験合格者数　36,438人）

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

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

保健医療分野：病院（診療報酬（施設基準）、がん診療連携拠点病院・小児がん拠点病院の要件に記載）など
福祉分野：児童相談所（児童相談所に設置する児童心理司の要件の一つとして記載）など
教育分野：学校（スクールカウンセラーの要件の一つとして記載）など
司法・犯罪分野：裁判所、刑務所、少年鑑別所、犯罪被害者支援　など
産業・労働分野：各事業所（事業者が行うストレスチェックの実施者の要件の一つとして記載）など

公認心理師の活動について

（公認心理師法第二条で規定している業）

一　心理に関する支援を要する者の心理状態を観察し、その結果を分析すること。

二　心理に関する支援を要する者に対し、その心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。

三　心理に関する支援を要する者の関係者に対し、その相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うこと。

四　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を行うこと。

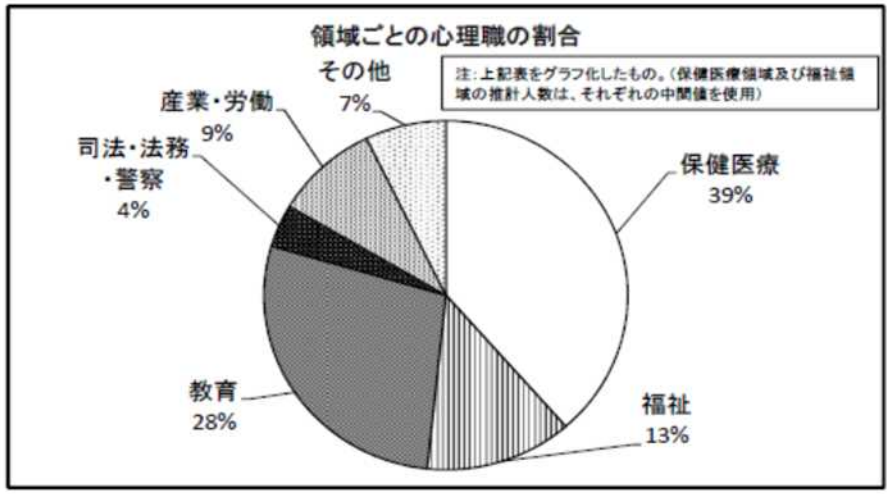
第一回公認心理師カリキュラム等検討会　参考資料4より

参考資料4

心理職としての現状の勤務者数

領域	施設等	推計人数（※）
保健医療	精神科病院、精神科診療所、一般病院、介護老人保健施設、保健所・保健センター、精神保健福祉センター	22,926　～　24,506
福祉	老人福祉施設、障害者施設、女性福祉施設、児童福祉施設等	5,500　～　10,600
教育	スクールカウンセラー（公立学校、私立学校）、教育相談（教育センター、市町村機関等）、学生相談（大学、短期大学等）等	17,170
司法・法務・警察	少年鑑別所、刑事施設、少年院、裁判所（家庭裁判所調査官）、警察等	2,428
産業・労働	企業等	5,723
その他	私設心理相談室	4,420
計		58,167　～　64,847

（※）推計人数は非常勤職として複数の領域で勤務している心理職も含めて計算しているため、実際の全領域の心理職者数は38,000～40,000名と推計される。



平成26年度　厚生労働科学特別研究事業　心理職の役割の明確化と育成に関する研究（主任研究者：村瀬嘉代子）を踏まえ、厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課で整理。

※　障害保健福祉部　精神・障害保健課作成

医療機関における心理職の配置状況及び支援内容

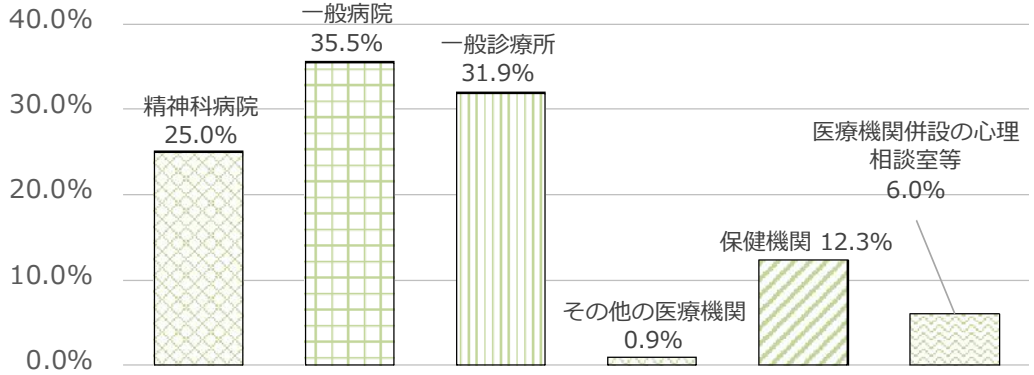
○　医療保健領域における臨床心理士の多くは医療機関に所属している。診療科目別にみると精神科や心療内科、小児科に所属している割合が高く、また、一つの診療科に所属せず心理相談部門として必要に応じて様々な診療科で心理的支援を行っている。

○　医療保健領域における心理職の業務としては、「個人面接,親子・夫婦・家族面接」や「心理検査」を行っている割合が高い。

〔医療保健領域における臨床心理士の配置状況〕

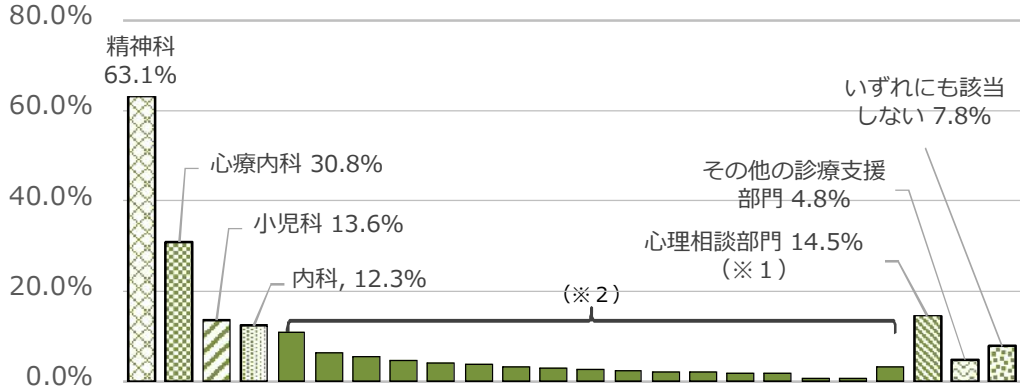
○　医療保健領域における臨床心理士は、医療機関に勤務している割合が多い。

○　診療科別の所属をみると、精神科（63.1%）、心療内科（30.8%）、小児科（13.6%）の順で多く、必要に応じて心理相談に対応する心理相談部門（14.5%）としての配置も多い。



※　精神科単科の病院を精神科病院とし、精神科単科の病院以外の病院を一般病院、診療所を一般診療所と定義。

（診療科別の配置状況）

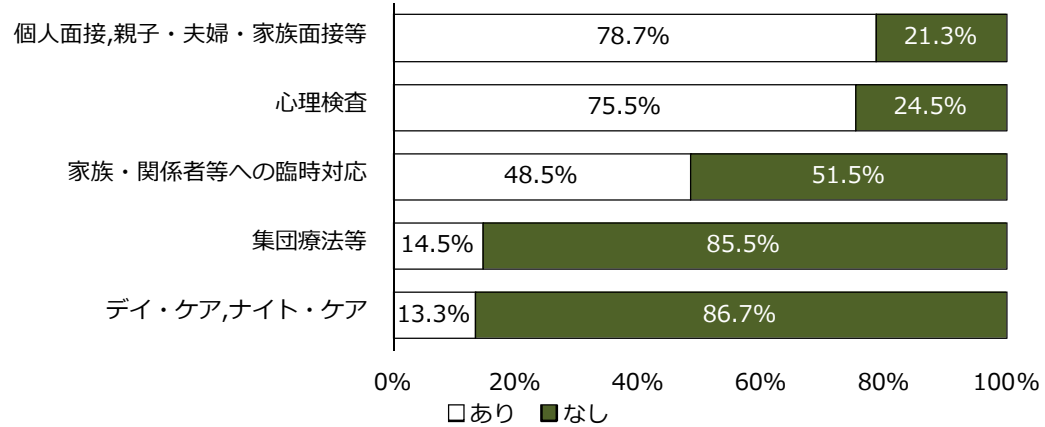


（※１）必要に応じて各診療科において心理相談等を実施
（※２）緩和ケア科、産科・婦人科、麻酔科・ペイン科、整形外科、耳鼻咽喉科、遺伝科等

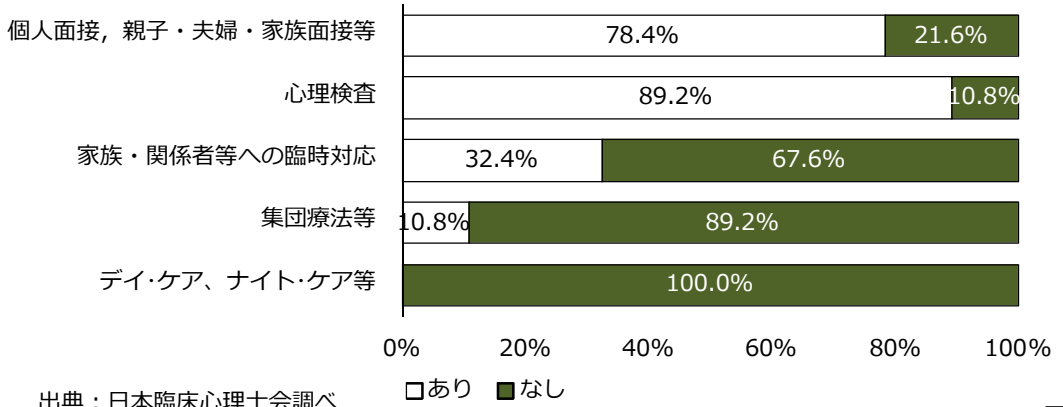
〔医療保健領域における臨床心理士の業務内容〕

○　医療保健領域における臨床心理士の業務内容は、心理カウンセリング等の面接が78.7%と最も多く、次いで心理検査が75.5%で多い。

○　小児科において、心理カウンセリング等の面接を業務として行っている臨床心理士は78.4%であり、心理検査等の心理アセスメントを業務としているのは89.2%である。



（小児科における臨床心理士の業務内容）



出典：日本臨床心理士会調べ（2018年度）

※　障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

0～19歳における年齢ごとの受診理由

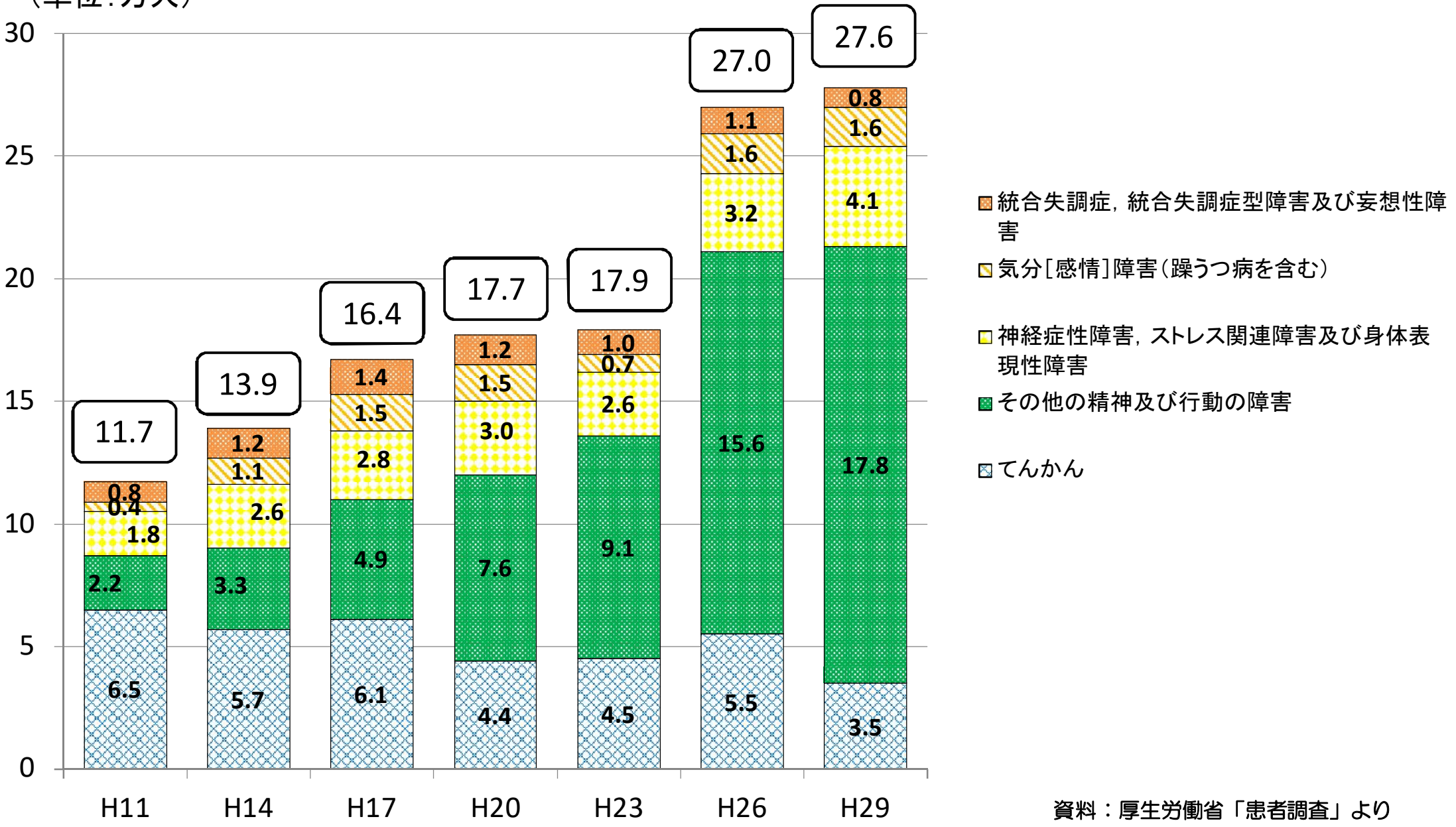
○　0歳では予防接種等の保健サービスの利用が多い。全ての年齢で喘息等の呼吸器系の疾患やアトピー性皮膚炎等の皮膚の疾患が多く見られる。また、5歳以降になると精神及び行動の障害が見られる。

年齢	0歳	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳
最多 人数（万人）	予防接種 12.4	喘息 20.7	喘息 15.0	アレルギー性鼻炎 8.1	ざ瘡（アクネ） 4.8
2番目	乳幼児の 検査・健診・管理 4.0	予防接種 14.3	アレルギー性鼻炎 10.6	その他の保健サービス 8.0	その他の保健サービス 4.7
3番目	その他の皮膚炎及び 湿疹 2.2	急性気管支炎 11.3	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 6.8	喘息 5.5	屈折及び調節の障害 （眼） 3.7
4番目	アトピー性皮膚炎 2.1	その他の 急性上気道感染症 7.2	その他の精神及び 行動の障害 6.6	その他の精神及び 行動の障害 5.4	その他の精神及び 行動の障害 3.4
5番目	急性気管支炎 2.1	アトピー性皮膚炎 6.8	その他の保健サービス 6.5	皮膚及び粘膜の病変を 伴うその他の ウイルス性疾患 4.4	アレルギー性鼻炎 3.2
6番目	その他の 急性上気道感染症 2.0	急性咽頭炎及び 急性扁桃炎 5.6	アトピー性皮膚炎 4.9	その他の四肢の骨折 4.0	アトピー性皮膚炎 2.8
7番目	その他の皮膚及び 皮下組織の疾患 1.9	アレルギー性鼻炎 5.5	予防接種 4.8	屈折及び調節の障害 （眼） 3.3	神経症性障害、 ストレス関連障害及び 身体表現性障害 2.5

出典：平成29年患者調査　　傷病小分類の内、上位の傷病等を抜粋（歯科の傷病は除く）

20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別）

（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

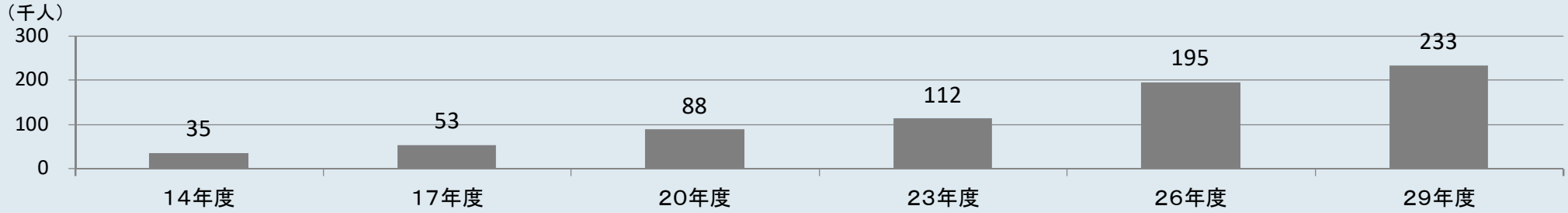
資料：厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

（参考）

発達障害者の人数等

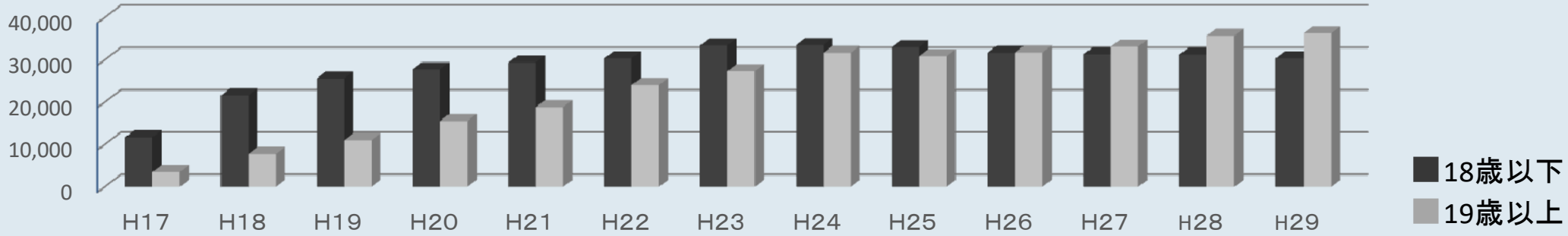
患者調査

・医療機関を受診している発達障害者数が、年々増加している



発達障害者支援センターにおける支援実績

・発達障害者支援センターにおいて支援を受けている対象者のうち、青年期/成人期の割合が、増加している



（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　：　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

小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価及び算定状況等について

○小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価の算定回数は増加傾向である。

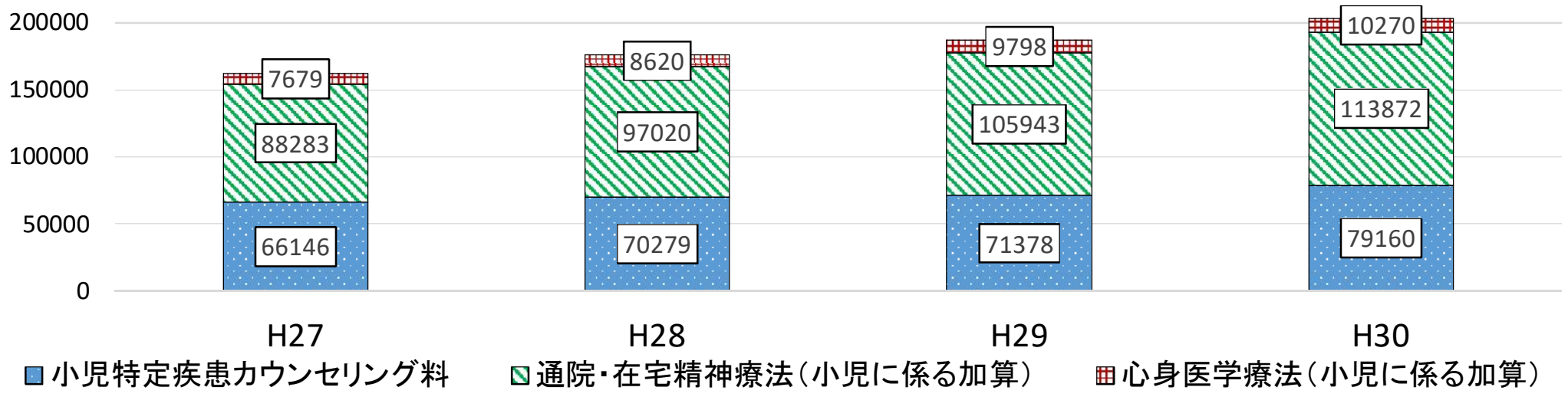
平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実②

➢ 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。

平成28年度	平成30年度
【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	【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

出典：社会医療診療行為別統計　H30年6月審査分

小児の精神疾患等に係る診療報酬上の評価の算定回数の推移



リスクの高い妊娠管理に関する診療報酬上の評価の変遷

H20

【平成20年度改定】
・ハイリスク妊娠管理加算の創設
　趣旨；合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価
　対象患者；妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患等
・ハイリスク分娩管理加算の対象拡大及び評価の引き上げ
　追加した対象疾患；前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患等

H22

【平成22年度改定】
・ハイリスク妊娠管理加算等の対象を拡大
　追加した対象疾患；多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延
・ハイリスク分娩管理加算の評価の引き上げ

H24

【平成24年度改定】
・ハイリスク妊娠管理加算等の評価の引き上げ
・ハイリスク妊産婦共同管理料の対象拡大及び評価の引き上げ
　追加した対象疾患；多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延

H28

【平成28年度改定】
・ハイリスク妊産婦共同管理料、ハイリスク妊娠管理加算等の対象を拡大
　追加した対象疾患；精神疾患の患者

精神疾患を有する妊産婦に対する精神医療の評価の変遷②

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実⑥

入院

これまでの取組

〇ハイリスク妊娠管理加算
　合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価

〇ハイリスク分娩管理加算
　合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理評価

〇ハイリスク妊産婦共同管理料
　合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価

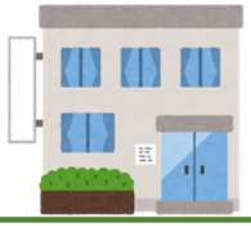
外来

新たな取組

〇妊婦の外来診療について、初診料等において、妊婦に対して診療を行った場合に算定する**妊婦加算を新設**する

〇精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、**産科、精神科及び自治体の多職種が連携**して患者の外来診療を行う場合の評価を新設

〇乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、**乳腺炎の重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導**を行った場合の評価を新設



精神疾患を有する妊産婦に対する精神医療の評価の充実①
ハイリスク分娩管理加算の算定状況等

○ ハイリスク分娩管理加算の算定状況は以下の通り。

○ 当該加算は現行では精神病棟において算定出来ないが、精神疾患が重症であるために、精神病棟における産褥期管理が望ましいハイリスク産褥婦の事例があるとの意見がある。

	点数（1日につき）	算定回数/月
ハイリスク分娩管理加算	3,200　点	23,987　回

精神病棟に入院した精神疾患を有するハイリスク産褥婦の事例

① 統合失調症で通院治療中、妊娠を契機に服薬を自己中断していた患者が、予定帝王切開のため産科に入院したところ幻覚妄想状態となり、産前は院内リエゾンチームが対応していた。
　帝王切開後、急激に精神症状が悪化した為、精神病棟に医療保護入院となり、保護室への隔離を余儀なくされた。精神病棟入院中は産婦人科が精神病棟へ往訪する形で連携し対応した。

② 双極性障害で再発を繰り返していた外来患者が妊娠したが、精神症状が急激に悪化し、自宅から飛び出し、救急搬送された。搬送当日に精神病棟へ医療保護入院となったが、数日後に帝王切開のため産婦人科病棟へ転棟した。
　産後も精神症状が落ち着かず、精神病棟へ再度転棟し医療保護入院となった。精神病棟入院中は、産婦人科と精神科で連携して対応し、精神病棟から退院した。

※令和元年度　精神疾患患者に係る入院医療等における実態調査におけるヒアリングへの回答として得た事例について、個人情報に配慮して改変
※いずれも特定機能病院における精神病棟の事例

精神疾患を有する妊産婦に対する精神医療の評価の充実②
ハイリスク妊産婦連携指導料の算定状況等

○　ハイリスク妊産婦連携指導料の算定状況は以下の通り。

○　算定要件のうち、特に、市町村等との連携実績等が求められているために施設基準を満たせないとの意見がある。

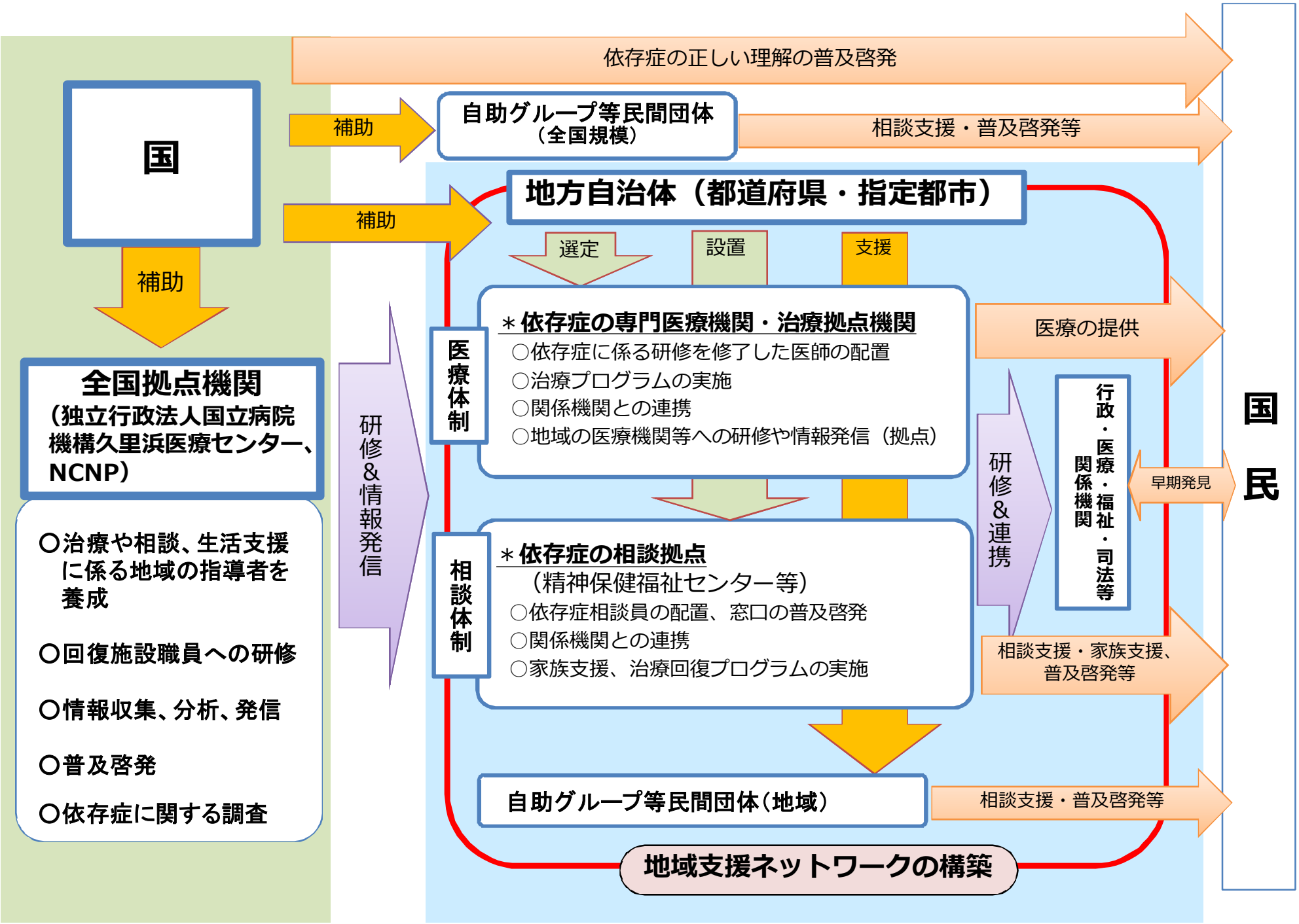
	点数（月1回）	算定回数/月
ハイリスク妊産婦連携指導料1	1000　点	108　回
ハイリスク妊産婦連携指導料2	750　点	72　回

平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実⑦

➢　精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、産科、精神科及び自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価を新設する。

（新）ハイリスク妊産婦連携指導料1　1,000点（月1回）	（新）ハイリスク妊産婦連携指導料2　750点（月1回）
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者※	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者※
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している	
産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師及び当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師及び市町村等の担当者による多職種カンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催	
出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う	
精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上。原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	精神疾患の妊産婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上

依存症対策の全体像


依存症の正しい理解の普及啓発
国
補助
自助グループ等民間団体
（全国規模）
相談支援・普及啓発等
補助
地方自治体（都道府県・指定都市）
選定
設置
支援
補助
全国拠点機関
（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター、NCNP）
○治療や相談、生活支援に係る地域の指導者を養成
○回復施設職員への研修
○情報収集、分析、発信
○普及啓発
○依存症に関する調査
研修＆情報発信
医療体制
＊依存症の専門医療機関・治療拠点機関
○依存症に係る研修を修了した医師の配置
○治療プログラムの実施
○関係機関との連携
○地域の医療機関等への研修や情報発信（拠点）
医療の提供
研修＆連携
行政・医療・福祉・司法等関係機関
早期発見
国民
相談体制
＊依存症の相談拠点
（精神保健福祉センター等）
○依存症相談員の配置、窓口の普及啓発
○関係機関との連携
○家族支援、治療回復プログラムの実施
相談支援・家族支援、普及啓発等
自助グループ等民間団体（地域）
相談支援・普及啓発等
地域支援ネットワークの構築

近年の依存症患者数の推移

○　近年の依存症患者数の推移は以下の通り。

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29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）	102,148 （27,802）
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）	10,746 （2,416）
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）	3,499 （280）

※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

※　障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

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が図られるよう、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が図られるよう、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
② ギャンブル等依存症の予防等に資する事業の実施
③ 医療提供体制の整備
④ 相談支援等
⑤ 社会復帰の支援
⑥ 民間団体の活動に対する支援
⑦ 連携協力体制の整備
⑧ 人材の確保等
⑨ 調査研究の推進等
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

※　障害保健福祉部　精神・障害保健課作成

ギャンブル等依存症に係る診療実績

○　ギャンブル等依存症の患者数、治療実績のある医療機関数等は増加傾向である。

疾患区分	項目	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
アルコール依存症	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数		1,486	1,470	1,515
	アルコール依存症を外来診療している医療機関数		5,362	5,429	5,690
	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数		201	203	217
	アルコール依存症の精神病床での入院患者数	25,548	25,654	25,606	27,802
	アルコール依存症外来患者数(1回以上)	92,054	94,217	95,579	102,148
	アルコール依存症外来患者数(継続)	78,681	81,649	83,417	89,295
	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数		9,127	8,133	9,043
薬物依存症	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数		503	487	709～711
	薬物依存症を外来診療している医療機関数		1,721	1,745	2,486
	依存症集団療法を外来で算定された医療機関数		-	5	11
	薬物依存症の精神病床での入院患者数	1,689	1,437	1,431	2,416
	薬物依存症外来患者数(1回以上)	6,636	6,321	6,458	10,746
	薬物依存症外来患者数(継続)	5,197	5,166	5,373	9,112
	依存症集団療法を受けた外来患者数		-	57	142
ギャンブル等依存症	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数		90	88	97
	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数		432	474	539
	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数	205	243	261	280
	ギャンブル等依存症外来患者数(1回以上)	2,019	2,652	2,929	3,499
	ギャンブル等依存症外来患者数(継続)	1,241	1,683	1,963	2,445

※　障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

ギャンブル等依存症に係る相談拠点・専門医療機関

・相談拠点は４２自治体、専門医療機関は２４自治体（拠点医療機関１８自治体）で設置（R1.８.30時点）
・令和元年度内に、相談拠点５０自治体、専門医療機関４２自治体（拠点３５自治体）の予定

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点
北海道	R1	3	○
青森県			
岩手県			
宮城県	R1	R1	R1
秋田県			
山形県	R2	R1	
福島県			
茨城県	R2	R1	R1
栃木県		R1	R1
群馬県	○	R1	R1
埼玉県	○	2	○
千葉県	○	R1	
東京都	○		
神奈川県	○	4	○
新潟県		R1	R1
富山県	○	R1	R1
石川県	○	R1	R1
福井県	R2		
山梨県	○		
長野県	○		R2
岐阜県	R1	2	○
静岡県	○	2	○
愛知県	○	1	
三重県	○保		
滋賀県	R2	R2	R2

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点
京都府	○	2	
大阪府	○保	3	○
兵庫県	○	1	○
奈良県			
和歌山県	○	R1	R1
鳥取県	○保	R2	R2
島根県	○	3	○
岡山県	○	1	○
広島県	○	2	○
山口県	○	1	R1
徳島県	○	1	R1
香川県	○	R1	R1
愛媛県	○	R1	R1
高知県	○		
福岡県	○	R1	R1
佐賀県	○医	1	○
長崎県	○	R1	R1
熊本県	○		
大分県			
宮崎県	○	R2	R2
鹿児島県	○		
沖縄県	R2	1	
設置都道府県数	**31**	**16**	**11**
R１内	＋3	＋14	＋14

政令市	相談拠点	医療機関	拠点
札幌市	R1	2	○
仙台市		R1	R1
さいたま市	○	2	○
千葉市	R1	R1	R1
横浜市	R1	※神奈川県が、県全域を対象	
川崎市			
相模原市	○		
新潟市		※新潟県が、県全域を対象	
静岡市	○		
浜松市	○		
名古屋市	○	1	○
京都市	○	2	
大阪市	○	2	○
堺市	○	1	○
神戸市	○	1	○
岡山市	○	1	○
広島市			
北九州市	○	R1	
福岡市	R1	R1	R1
熊本市	R1		
設置政令市数	**11**	**8**	**7**
R１内	＋5	＋4	＋3

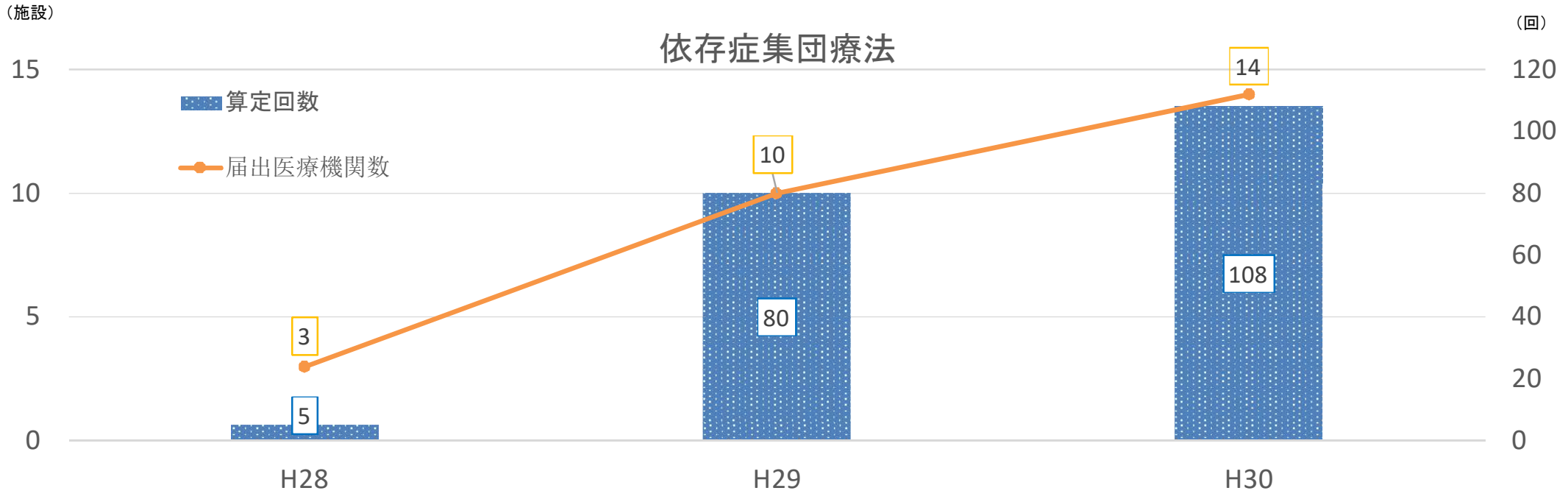
	相談拠点	医療機関	拠点
合計	**42**	**24**	**18**
(R1内)	(50)	(42)	(35)

※相談拠点の○は精神保健福祉センター、保は保健所、医は医療機関　※医療機関の数字は、機関数　※R１は令和元年度内予定

※　障害保健福祉部　精神･障害保健課作成

依存症集団療法の算定状況等

○ 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）

薬物依存症に対する集団療法の評価　平成28年度診療報酬改定

➢ 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。）であること。）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。

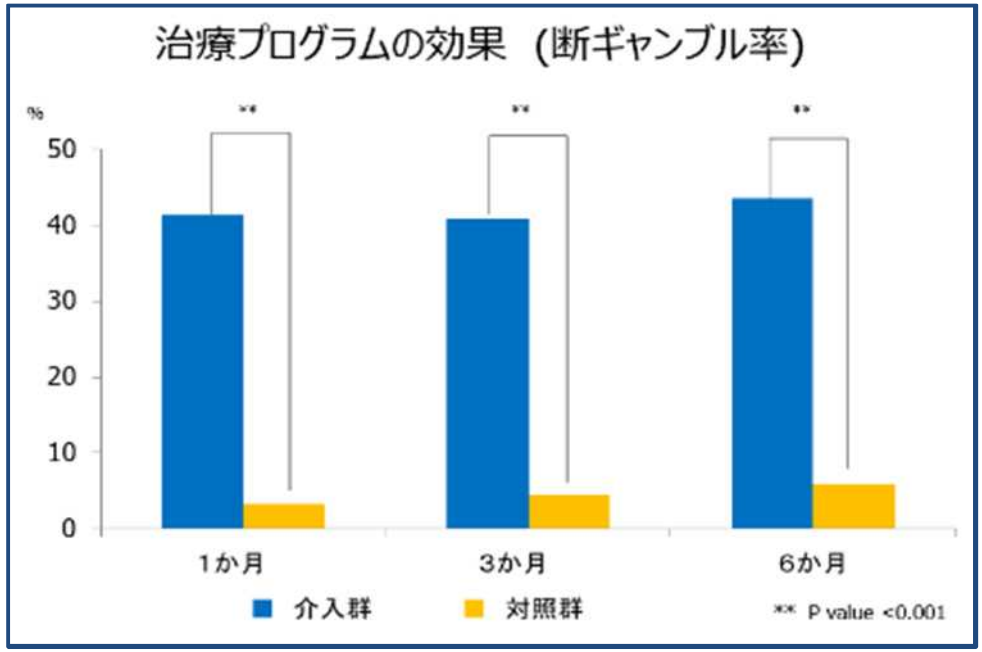
ギャンブル依存症に対する集団療法プログラムの効果について

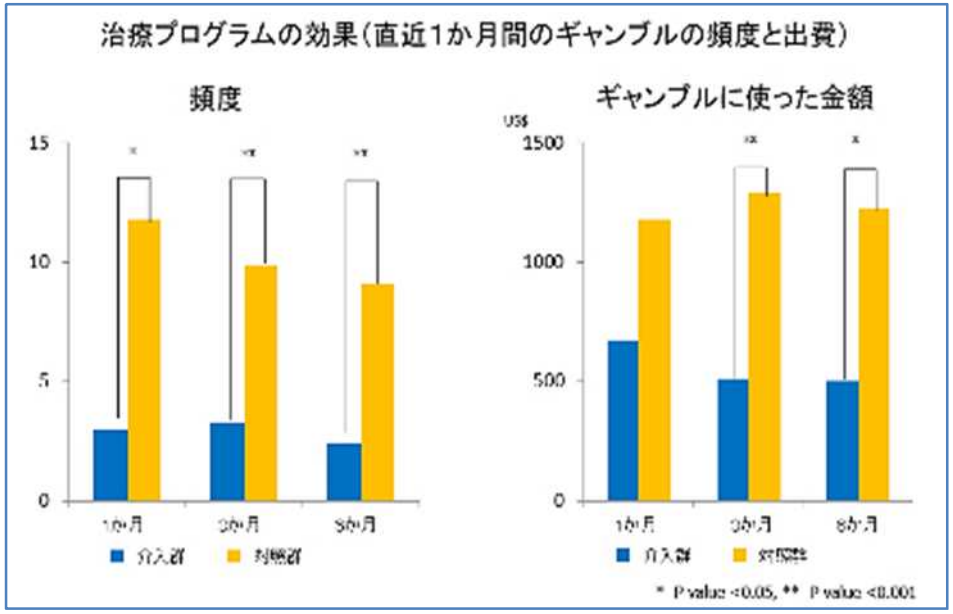
○　平成28−30年度AMED「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」において、ギャンブル依存症に対する認知行動療法を主体とした全6回の標準的治療プログラムを開発。

○　全国35の治療施設で比較試験を実施したところ、断ギャンブル率の改善が見られた。

【研究方法・対象】
- 20～65歳で医療機関を受診していない者を対象にSOGS（ギャンブル依存症のスクリーニングテスト）陽性となった者に診断面接を実施し、DSM-5（アメリカ精神医学会による診断基準）ギャンブル障害の診断基準を満たした男女187名を対象とした。
- 介入群95例、対照群92例に無作為割付した。
- 介入群には全6回の治療プログラムを施行し、治療終了後1か月、3か月、6か月の時点に電話による追跡調査を実施。
- 対照群は、6か月待機とし、1か月、3か月、6か月の時点で電話調査を行った。

【結果】
- 1か月、3か月、6か月時点の直近1か月間の断ギャンブル率は、介入群は40%超、対照群は10%未満。
- 断ギャンブルに至らなかった者でも、ギャンブルの頻度と出費に有意な改善がみられた。





※　障害保健福祉部　精神・障害保健課作成

質の高い精神医療の充実に係る現状及び課題

【現状及び課題】

○　児童･思春期の精神疾患を有する患者数は増加しており、これまでも診療報酬上の対応を行ってきているところ。公認心理師制度が開始され、小児科等において、公認心理師が児童・思春期の患者を対象とした心理カウンセリング等の心理的支援業務を行っている実態がある。

○　精神疾患を有する妊産婦への対応について、特定機能病院における精神病棟等の重篤な精神症状を有するハイリスク妊産婦に対して産科と精神科が連携して診療を行っている実態のある精神病棟であっても、ハイリスク分娩管理加算が算定できない。

○　ハイリスク妊産婦連携指導料１，２について、自治体職員との連携が困難であるために算定要件を満たせないとの現場の意見がある。

○　これまで薬物依存症に対する依存症集団療法について、診療報酬上の評価がなされてきているが、ギャンブル依存症にする効果的な依存症集団療法のプログラムが開発され、効果が確認されたところ。

【論点】

○　児童・思春期の患者に対して、公認心理師がカウンセリングを行った場合の評価のあり方について、どのように考えるか。

○　ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦連携指導料について、ハイリスク妊産婦に対する診療の実態等を踏まえ、算定要件等の見直しを行うこととしてはどうか。

○　ギャンブル依存症に対する効果的な治療法に係る評価について、どのように考えるか。

個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

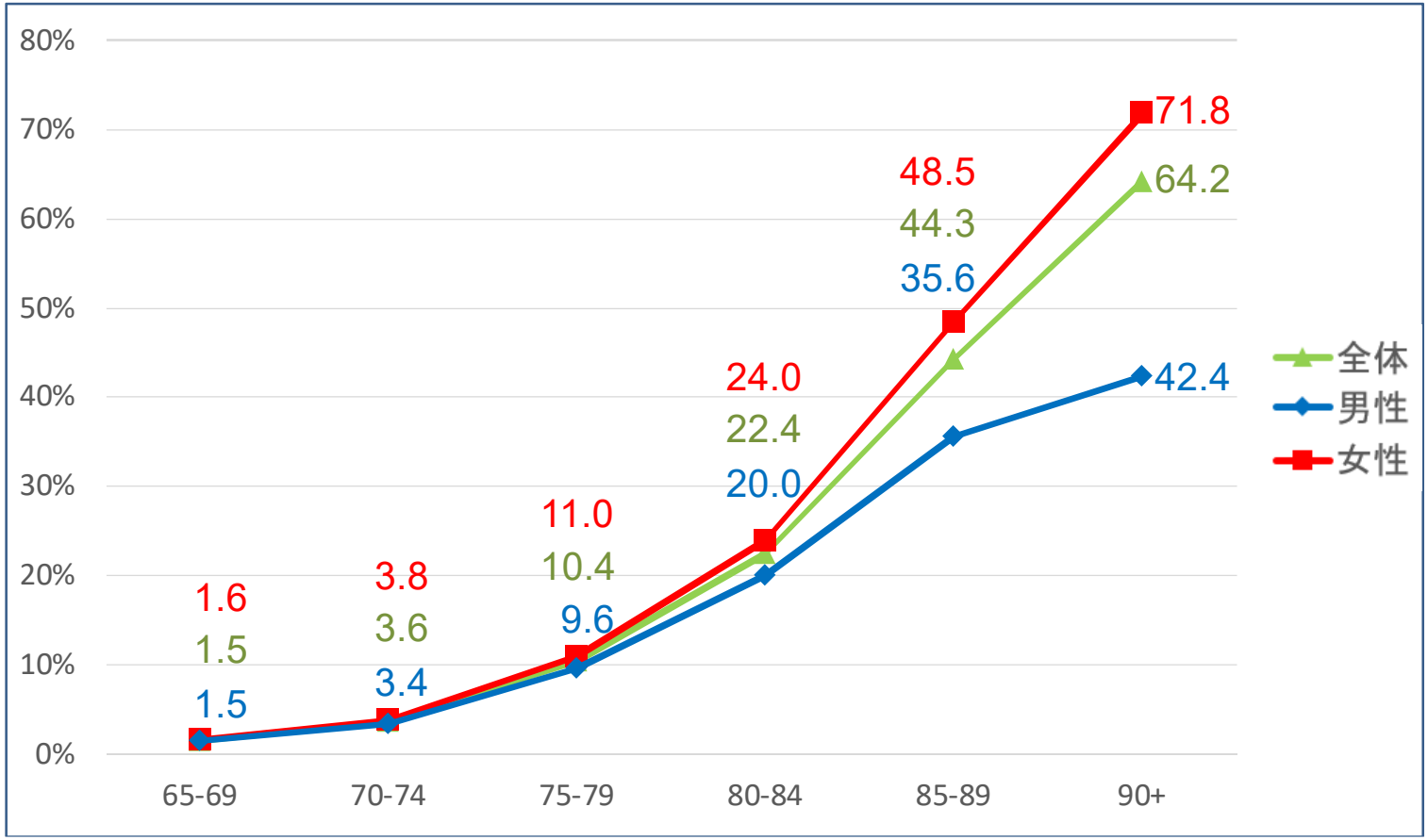
○　質の高い精神医療の充実について

２．認知症等について

３．明細書無料発行について

65歳以上の認知症有病率

○　65歳以上では、高齢になるほど認知症の有病率が増加。



日本医療研究開発機構　認知症研究開発事業
「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果
（解析対象 5,073人）

研究代表者　二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作図

認知症施策の総合的な推進について

○　平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）を策定し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。

○　平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、本年６月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱（概要）（令和元年6月１８日認知症施策推進関係閣僚会議決定）

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら**「共生」**※1と**「予防」**※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、**認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる**、また、**認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる**という意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「**認知症になるのを遅らせる**」「**認知症になっても進行を緩やかにする**」という意味

コンセプト

○　**認知症は誰もがなりうるものであり**、家族や身近な人が認知症になることなども含め、**多くの人にとって身近なものとなっている。**

○　生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、**住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。**

○　運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

対象期間：2025（令和７）年まで

具体的な施策の５つの柱

①　普及啓発・本人発信支援

・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開　　等

②　予防

・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
・エビデンスの収集・普及　　等

③　医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
・家族教室や家族同士のピア活動等の推進　等

④　認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
・企業認証・表彰の仕組みの検討
・社会参加活動等の推進　　等

⑤　研究開発・産業促進・国際展開

・薬剤治験に即応できるコホートの構築　　等

認知症の人や家族の視点の重視

認知症施策推進大綱

3　医療･ケア･介護サービス･介護者への支援

(1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備
(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進　＜かかりつけ医・認知症サポート医＞

● 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。

かかりつけ医

- 早期段階での**発見・気づき**
- 専門医療機関への**受診誘導**
- 一般患者として日常的な身体疾患対応
- 家族の介護負担、不安への理解

相談 →
← 助言

認知症サポート医

- かかりつけ医研修の**企画立案・講師**
- かかりつけ医の認知症診断等に関する**相談役・アドバイザー**
- 地域医師会や地域包括支援センターとの**連携づくりへの協力**
- **認知症医療に係る正しい知識の普及**を推進

【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業
【目標値】 かかりつけ医：2025（令和7）年までに　９．０万人
　　認知症サポート医：2025（令和7）年までに　１．６万人

認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における身近な相談役に対する評価

○認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設

指導・助言　紹介

かかりつけ医による日常的な医学管理に対する評価

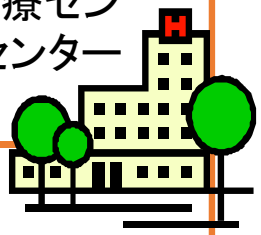
○認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設

診断等　紹介

専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

○新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける



認知症治療病棟

○認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化

○認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長

○病棟における摂食機能療法の算定を可能に

○入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

○重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

○認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

（新）　認知症サポート指導料　450点（6月に1回）

［算定要件］
地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

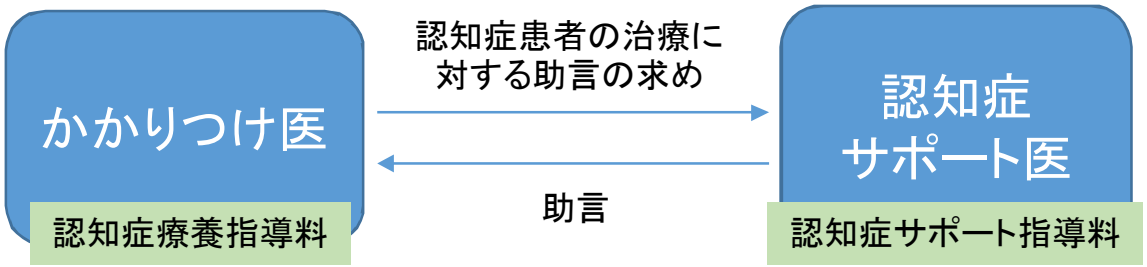
- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

（新）　認知症療養指導料2　300点（月1回）（6月に限る）

（新）　認知症療養指導料3　300点（月1回）（6月に限る）

［認知症療養指導料2の算定要件］
かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

［認知症療養指導料3の算定要件］
認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



⇒　療養計画に基づく治療を提供

- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

認知症治療病棟に係る評価の見直し

- 認知症治療病棟の入院期間の現状を踏まえ、認知症夜間対応加算（※）の算定できる期間を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を算定の要件とする。

※　現行では、病棟において夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定可能。

平成28年度	平成30年度
入院した日から起算して 30日を限度として、1日につき 84点を所定点数に加算	当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ　30日以内の期間　84点 ロ　31日以上の期間　40点

- 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を、入院後1ヶ月から入院後１年に延長する。

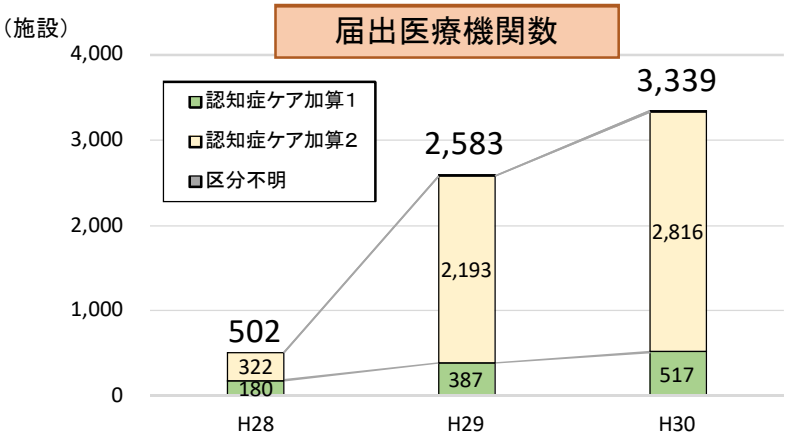
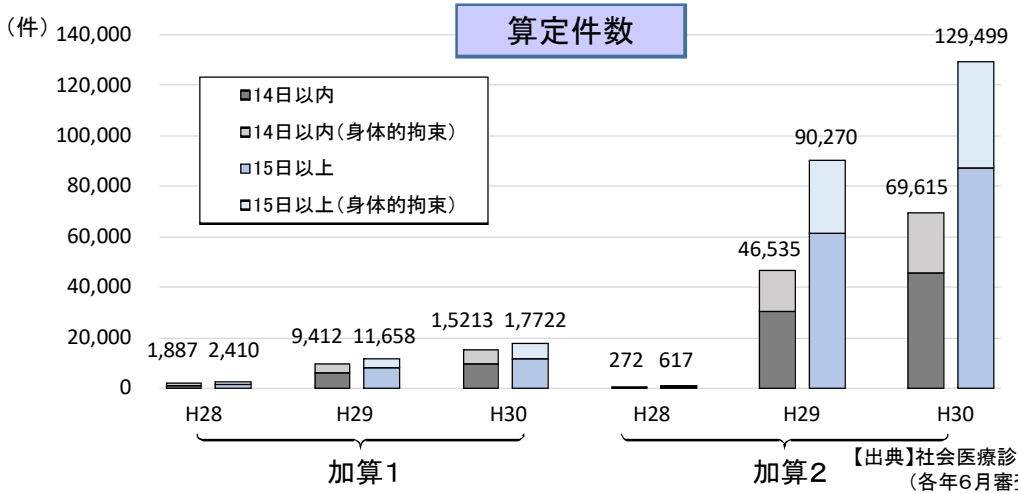
- 認知症治療病棟入院料において、「摂食機能療法」の算定を可能とする。

- 認知症治療病棟入院料の生活機能回復のための訓練及び指導に係る要件について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう、取扱いを見直す。

平成28年度	平成30年度
生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者１人当たり１日４時間、週5回行う。	生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者１人当たり１日４時間、週5回行う。ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。

認知症ケア加算の算定状況

診調組　入－1
元．10．3（改）

		認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
点数（1日につき）		イ　14日以内の期間　150点　　ロ　15日以上の期間　30点 （身体的拘束を実施した日は60%）	イ　14日以内の期間　30点　　ロ　15日以上の期間　10点 （身体的拘束を実施した日は60%）
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）	
主な算定要件・施設基準	身体的拘束	・日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。 ・やむを得ず身体的拘束をする場合であっても、できる限り早期に解除するよう努める。 ・身体的拘束をするかどうかは、当該患者に関わる医師、看護師等、複数の職員で検討する。 ・身体的拘束を避けるために家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならない。 ・身体的拘束をするに当たっては、必要性のアセスメント、患者家族への説明と同意、記録、二次的な身体障害の予防、解除に向けた検討を行う。	
	病棟職員の対応	・認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む。 ① 入院前の情報収集、アセスメント、看護計画の作成。 行動、心理症状がみられる場合には、適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討。 ② 計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施、定期的に評価。 身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。 ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について患者家族を含めて検討。　④ ①～③を診療録等に記載。	・当該患者が入院する病棟の看護師等は、 行動・心理症状等が出現し治療への影響が見込まれる場合に、適切な環境調整や患者とのコミュニケーション方法等を踏まえた看護計画を作成。 ・計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、評価。 ・身体的拘束をした場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度実施。
	職員の配置等	・以下から構成される認知症ケアチームを設置。 ア　認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師（精神科5年以上、神経内科5年以上、認知症治療に係る適切な研修の修了のいずれか） イ　認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有し、認知症看護に係る適切な研修（600時間以上）を修了した専任の常勤看護師 ウ　認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士 ・認知症ケアチームは、以下の取組を通じて認知症ケアの質の向上を図る。 ① カンファレンスを週1回程度開催。　② 各病棟を週1回以上巡回、認知症ケアの実施状況を把握。 ③ 医師、看護師等からの相談に速やかに対応、助言。　④ 認知症患者に関わる職員を対象に研修を定期的に実施。	・原則として、全ての病棟に認知症患者のアセスメントアセスメントや看護方法等に係る適切な研修（9時間以上）を受けた看護師を複数名配置。
	マニュアル	・認知症ケアチームが身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。	・身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだマニュアルを作成し、医療機関内に配布・活用。
	院内研修等	・認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、原則として年に1回、認知症ケアチームによる研修又は院外研修を受講。	・適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対して、研修や事例検討会等を少なくとも年に1回実施。
届出医療機関数及び算定件数			

【出典】保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
※区分不明のものは除く。

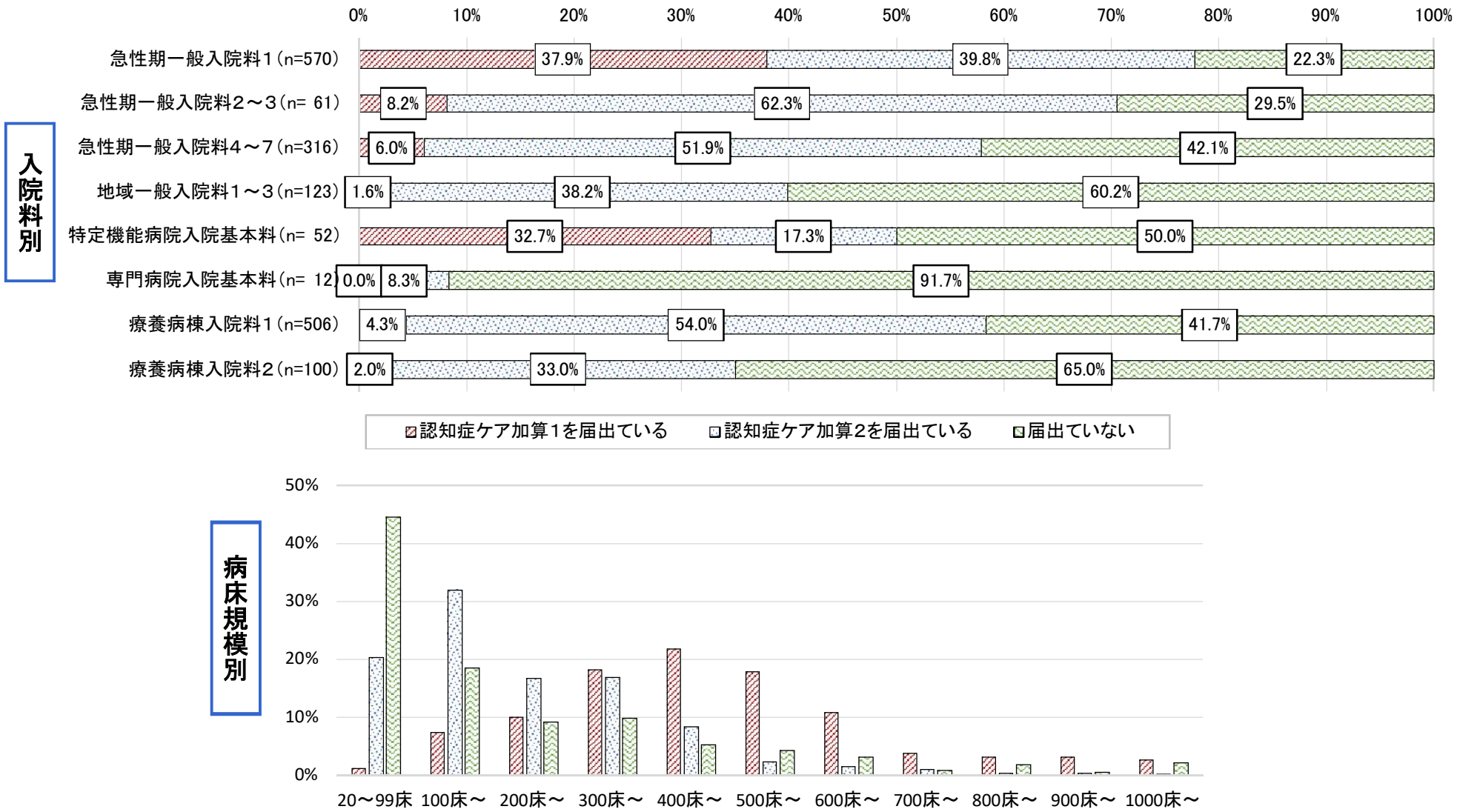
【出典】社会医療診療行為別統計
（各年6月審査分）

認知症ケア加算の届出状況

診調組　入－1
元．10．3（改）

○　認知症ケア加算１は、急性期一般入院料１及び特定機能病院での届出が多かった。
○　病床規模別にみると、加算１は加算２に比べて病床規模の大きな施設での届出が多い。

認知症ケア加算の届出状況



出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）　※無回答は除く

認知症ケア加算１を届出ていない理由（入院料別）

診調組　入－１
元．１０．３（改）

○　認知症ケア加算１を届出ていない理由を入院基本料別にみると、最も該当するものは、「認知症ケアチームの要件である精神科又は神経内科の経験を５年以上有する専任の常勤医師を確保できないため」であった。

認知症ケア加算１を届出ていない理由（最も該当するもの）

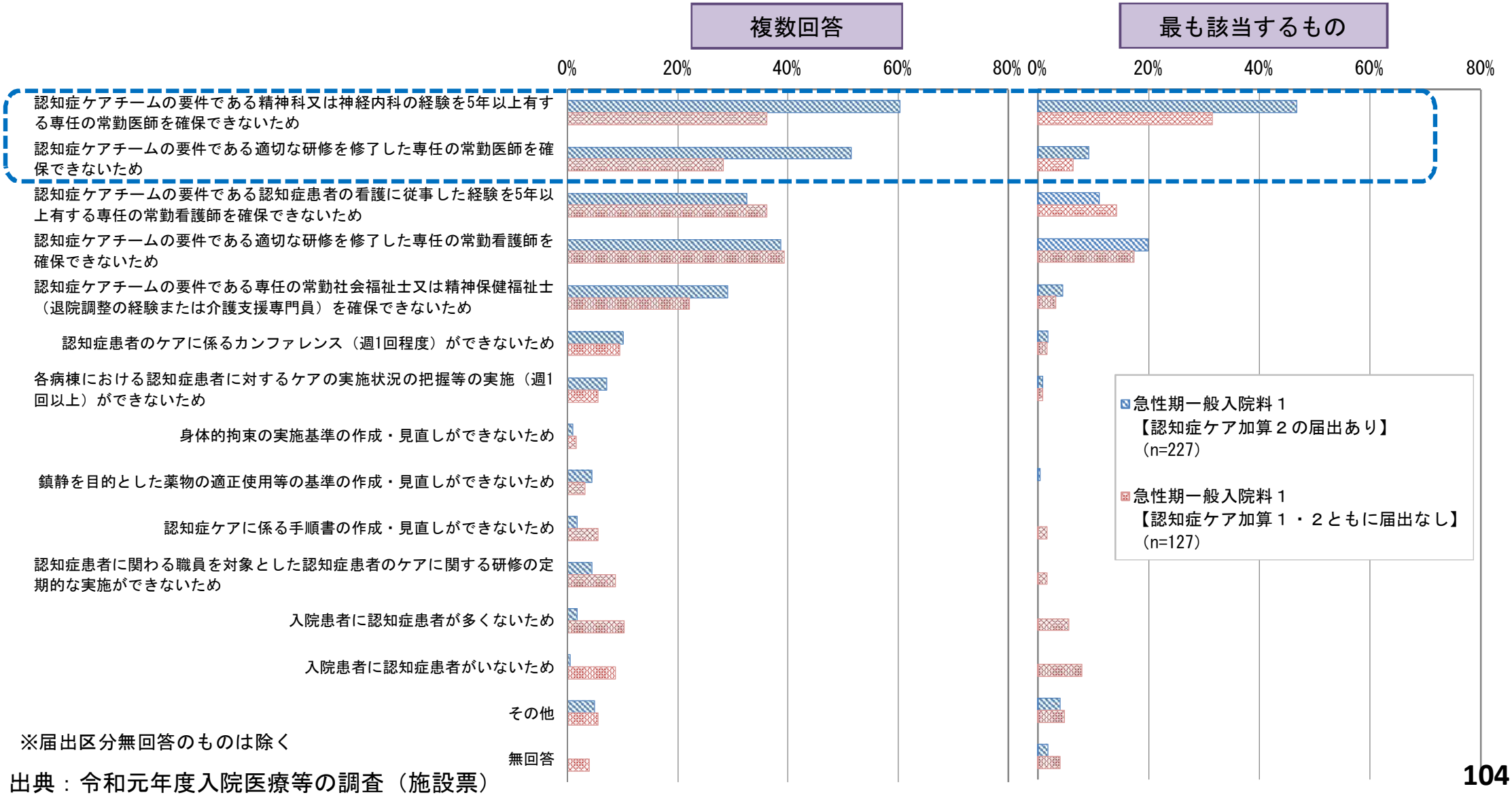
※届出区分無回答のものは除く

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

認知症ケア加算１を届出ていない理由（加算の届出別）

○　急性期一般入院料１において、認知症ケア加算１を届出ていない理由を認知症ケア加算の届出別にみると、認知症ケア加算１・２ともに届出ていない施設よりも、認知症ケア加算２を届出ている施設の方が、医師に関する要件を理由に挙げた割合が多かった。

認知症ケア加算１を届出ていない理由



※届出区分無回答のものは除く

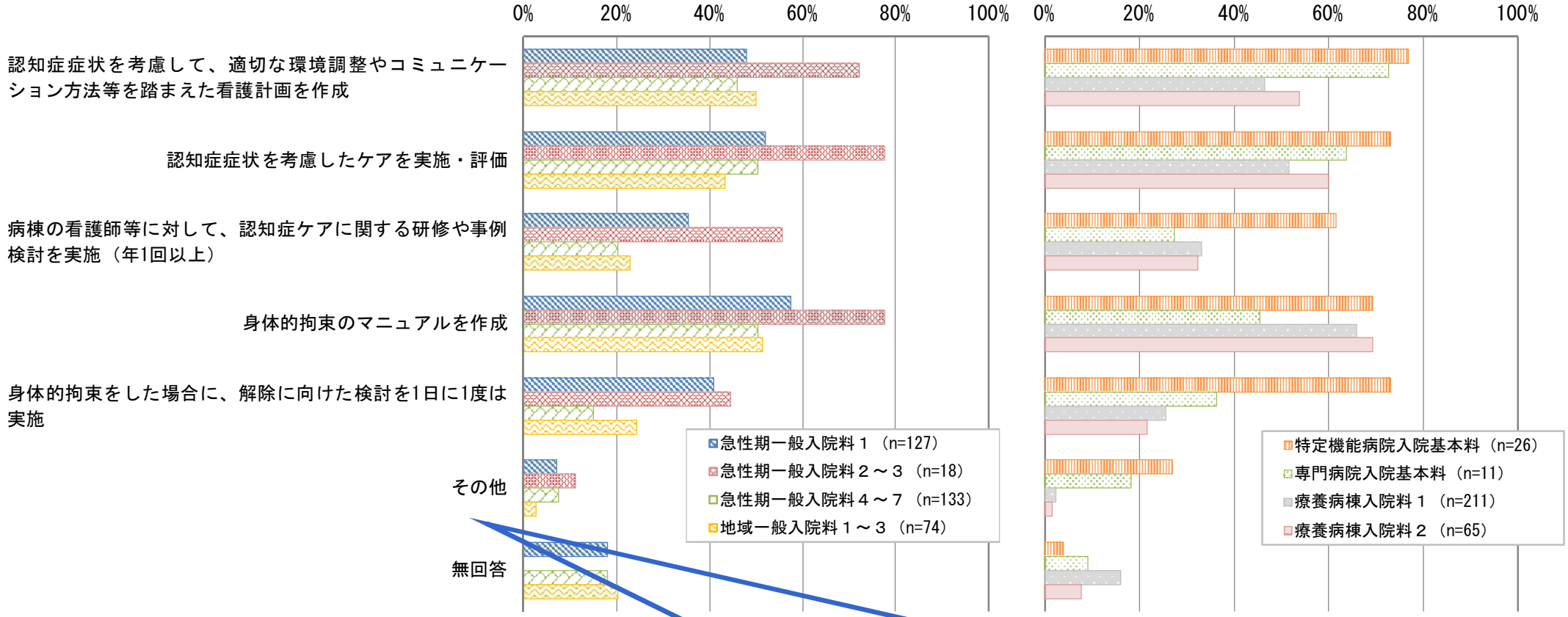
出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

認知症ケア加算を届出ていない施設における認知症患者に対する取組

○　認知症ケア加算１・２ともに届出ていない施設における取組としては、選択肢の他に、チームによるラウンドや専門性の高い看護師への相談などが挙げられた。

認知症患者に対して実施している取組

（認知症ケア加算１・２ともに届出ていない施設のみ、複数回答）



その他の自由記載：

- リエゾンチームによるラウンドや介入
- 入院環境の調整
- 認知症患者対応マニュアルの作成
- eラーニングによる研修　　等
- 認定看護師への相談
- 入院時の認知症に関する評価
- 認知症カンファレンス

※届出区分無回答のものは除く

出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）

認知症に関する専門性の高い看護師の配置による影響

○　認知症ケア加算2について、認知症に関する専門性の高い看護師の配置は要件とされていないが、急性期一般入院料1もしくは特定機能病院においては、3割以上の施設において専門性の高い看護師が配置されていた。

○　これらの施設は、認知症に関する専門性の高い看護師を配置していない施設と比べ、身体的拘束を実施した患者や日数の割合が低かった。

■ 身体的拘束を実施した患者の割合※1

	加算１の算定施設	加算２の算定施設	
	専門性の高い看護師の配置**あり**（n=436）	専門性の高い看護師の配置**あり**（n=132）	専門性の高い看護師の配置**なし**（n=247）
中央値 (%)	4.2	**4.9**	**5.5**
四分位範囲 (%)	1.2 - 8.7	1.8 - 8.0	2.1 - 11.4

■ 入院日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合※2

	加算１の算定施設	加算２の算定施設	
	専門性の高い看護師の配置**あり**（n=436）	専門性の高い看護師の配置**あり**（n=132）	専門性の高い看護師の配置**なし**（n=247）
中央値 (%)	3.9	**4.7**	**5.0**
四分位範囲 (%)	1.0 - 8.9	1.3 - 9.7	2.0 - 11.4

認知症ケア加算２を算定している施設のうち、
34.8%（132／379施設）において
「認知症に関する専門性の高い看護師」を配置

※ 左記の「認知症に関する専門性の高い看護師」とは、「認知症看護」の認定看護師（下記参考１の①）、「老人看護」又は「精神看護」の専門看護師（下記参考１の②）を指す。

【参考１】認知症ケア加算１における認知症ケアチームの「認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有し、認知症看護に係る適切な研修（600時間以上）を修了した専任の常勤看護師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」として認められている研修は以下のとおり。（疑義解釈より）
① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」　ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

【出典】労働と看護の質向上のためのデータベース（DiNQL）事業（日本看護協会）

○2018年10月にDiNQLデータが入力された「急性期一般入院料１」もしくは「特定機能病棟入院基本料一般７対１」のみを算定していた324病院2,306病棟のうち、「認知症ケア加算の算定状況」および「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がランクⅢ以上の患者割合」の両方のデータが入力され、かつ、認知症ケア加算算定の対象となる「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクⅢ以上の患者が１名以上入院していた231施設1,067病棟を対象として集計

○上記の施設の認知症ケア加算の算定状況は以下のとおり。
認知症ケア加算１：93施設（40.3%、472病棟）
認知症ケア加算２：81施設（35.1%、401病棟）
認知症ケア加算の算定なし：57施設（24.7%、194病棟）

○表中のデータの算出方法は以下のとおり。
※１「１ヶ月間に身体的拘束を実施した患者数（実人数）」÷「１ヶ月間の病棟の入院実患者数」×100
※２「１ヶ月間に身体的拘束を実施した延べ患者日数」÷「１ヶ月間の病棟の在院患者延べ人数」×100

【参考２】認知症ケア加算における「身体的拘束」に関する要件

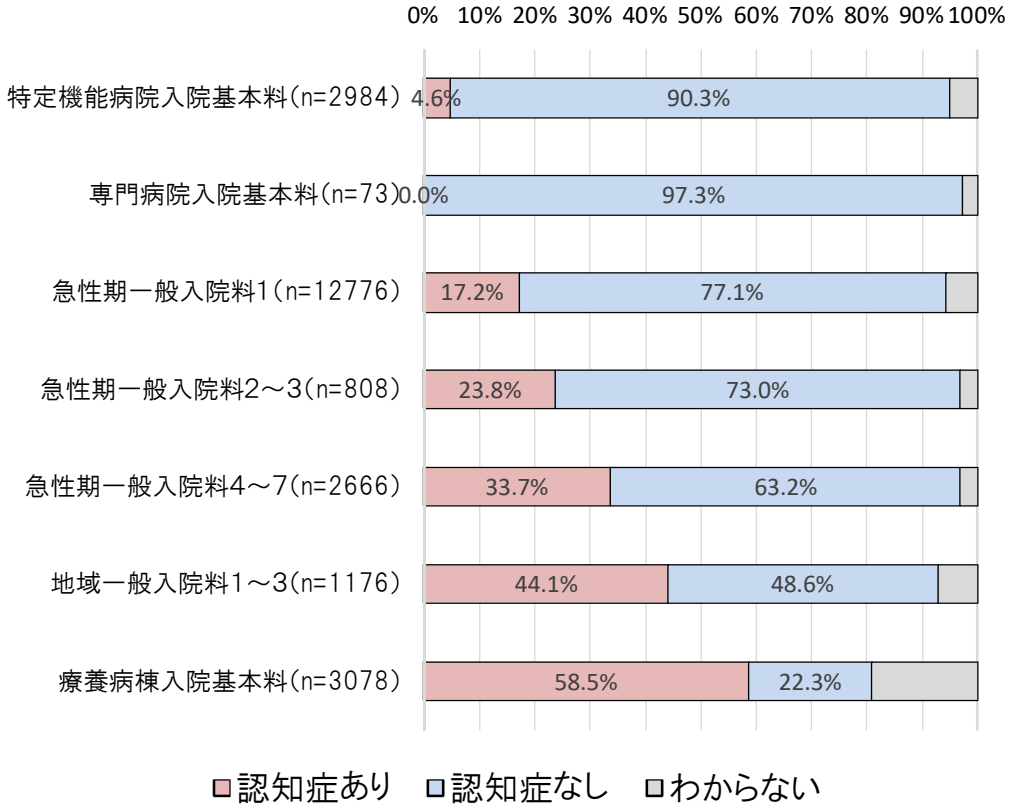
○ 身体的拘束について
ア　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
イ　入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
ウ　やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
エ　身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
(イ) 実施の必要性等のアセスメント
(ロ) 患者家族への説明と同意
(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
(ニ) 二次的な身体障害の予防
(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
オ　身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

○ 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。

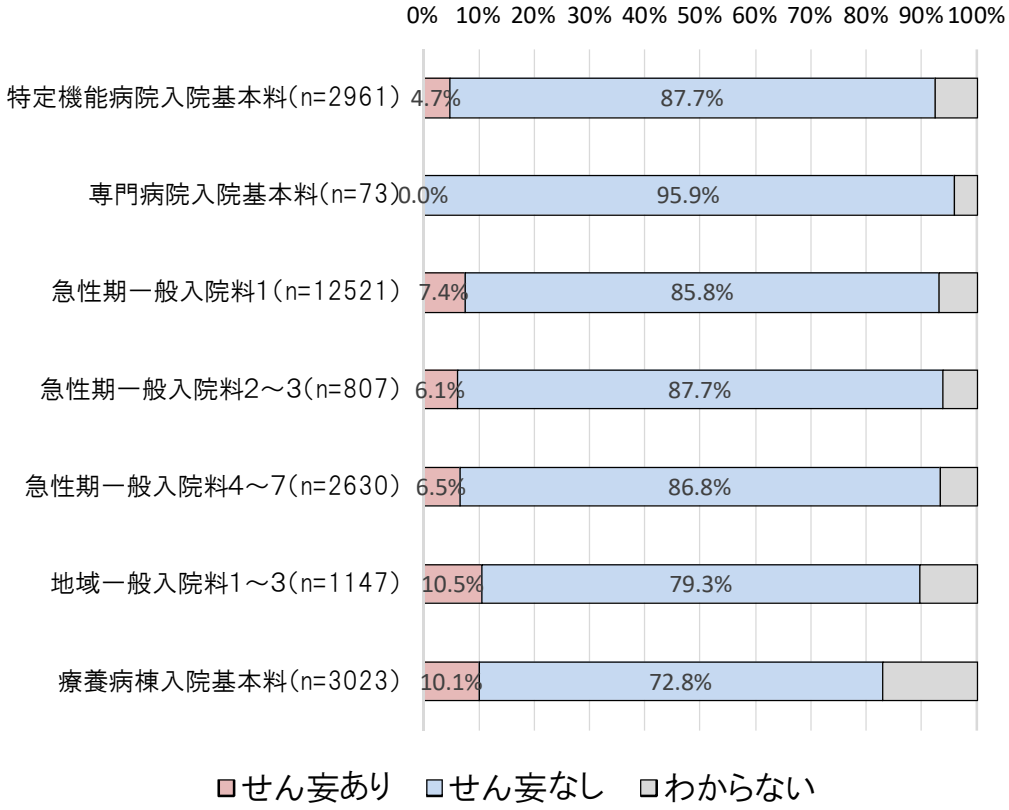
認知症・せん妄の患者の割合

○　認知症の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟よりも療養病棟で割合が高く、入院料によって差が大きい。
○　他方、せん妄の患者の割合を入院料別にみると、一般病棟と療養病棟で差が少なく、いずれの入院料においても概ね１割程度であった。

認知症の患者の割合



せん妄の患者の割合



出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

※無回答は除く

せん妄の概要

○　せん妄は、疾病の状態や医療処置など、様々な要因が危険因子となって発症する。
○　せん妄は、死亡率の上昇など、多くの有害事象と関連する。

高齢者ではせん妄の頻度が高い

○　侵襲を伴う大きな術後：15-25%
○　高リスク手術（大腿骨骨折手術や心臓手術）：50%
○　ICUで人工呼吸器による管理を要した場合：>75%
○　救急外来：10-15%
○　緩和ケアを受けている終末期患者：85%

せん妄は多くの有害事象と関連する

○　死亡率の上昇（OR 2.0, 95%信頼区間1.5-2.5）
○　退院後施設への入所（OR 2.5, 95%CI 1.8-3.3）
○　認知症の発症リスク上昇（OR 12.5, 95%CI 11.9-84.2）
○　入院中の合併症、入院期間の長期化との関連も報告あり

せん妄による様々な問題

○　危険行動による事故等
○　意思決定ができない
○　医療スタッフの疲弊
○　入院期間の長期化

Marcantonio et al. NEJM 2017
Litaker et al.,Gen Hosp Psychiatry,2001
Lawlor et al.,Arch Intern Med,2000
Inouye et al.,NEJM,1999

Table 2. Predisposing Factors for Delirium.

Demographic characteristics
Age of 65 years or older
Male sex
Cognitive status
Dementia
Cognitive impairment
History of delirium
Depression
Functional status
Functional dependence
Immobility
Low level of activity
History of falls
Sensory impairment
Visual impairment
Hearing impairment
Decreased oral intake
Dehydration
Malnutrition
Drugs
Treatment with multiple psychoactive drugs
Treatment with many drugs
Alcohol abuse
Coexisting medical conditions
Severe illness
Multiple coexisting conditions
Chronic renal or hepatic disease
History of stroke
Neurologic disease
Metabolic derangements
Fracture or trauma
Terminal illness
Infection with human immunodeficiency virus

Inouye et al. NEJM 2015

リスク因子

・年齢
・男性
・認知症
・せん妄の既往
・抑うつ
・活動低下
・視聴力低下
・脱水
・低栄養
・多剤投与
・向精神薬の一部
・アルコール多飲
・重篤な状態
・脳卒中既往
・腎障害/肝障害
・電解質異常
等

せん妄の治療について

○　せん妄を発症した場合の治療は、通常、非薬物療法が推奨されており、薬物療法は激しい行動症状の管理などに限って用いることとされている。

＜非薬物療法＞（右表）

○　原因疾患（感染、電解質異常など）の治療、危険因子（薬物など）の除去
○　合併症（転棟、褥瘡など）の予防
○　患者安全の保持
○　機能維持

＜薬物療法＞

○　不穏などの行動症状には薬物療法が用いられるが、ベンゾジアゼピン系の向精神薬は症状を悪化させることがあるため、通常抗精神病薬が用いられる。

○　しかし、抗精神病薬の使用はせん妄の期間、重症度、入院期間、死亡率のいずれも改善しないことが報告されており、行動症状の緩和と抗精神病薬による副作用のリスク（鎮静、錐体外路症状、死亡率の上昇等）を考慮して使用することとされている。

Marcantonio et al. NEJM 2017
Neufeld et al. JAGS 2016
Inouye et al. NEJM 2015

Table 3. Evaluation and Management of Delirium.

Step and Key Issues	Proposed Evaluation and Treatment
Evaluate and treat common modifiable contributors to delirium*	
Drugs	Consider the etiologic role of newly initiated drugs, increased doses, interactions, over-the-counter drugs, and alcohol; consider especially the role of high-risk drugs: lower the dose, discontinue the drug, or substitute a less psychoactive medication
Electrolyte disturbances	Assess for and treat, especially dehydration, sodium imbalance, and thyroid abnormalities
Lack of drugs	Assess possible symptoms of withdrawal from long-term use of sedatives, including alcohol and sleeping pills; assess for and treat poorly controlled pain (lack of analgesia): use local measures and scheduled treatment regimens that minimize the use of opioids (avoid meperidine)
Infection	Evaluate and treat, especially urinary tract, respiratory tract, and soft-tissue infections
Reduced sensory input	Address issues involving vision (e.g., encourage use of eyeglasses) and hearing (e.g., encourage use of hearing aids or a portable amplifier)
Intracranial disorders	Consider such disorders (e.g., infection, hemorrhage, stroke, or tumor) if there are new focal neurologic findings or a suggestive history or if diagnostic evaluation for causes outside the central nervous system is unrevealing
Urinary and fecal disorders	Assess for and treat urinary retention (so-called cystocerebral syndrome) and fecal impaction
Myocardial and pulmonary disorders	Assess for and treat myocardial infarction, arrhythmia, heart failure, hypotension, severe anemia, exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, hypoxia, and hypercarbia
Prevent or manage complications	
Urinary incontinence	Implement a scheduled toileting program
Immobility and falls	Avoid physical restraints; mobilize the patient with assistance; use physical therapy
Pressure ulcers	Mobilize the patient; reposition an immobilized patient frequently and monitor pressure points
Sleep disturbance	Implement a nonpharmacologic sleep-hygiene program, including a nighttime sleep protocol; avoid sedatives; minimize unnecessary awakenings (e.g., for measuring vital signs)
Feeding disorders	Monitor dietary intake; provide feeding assistance if needed, aspiration precautions, and supplementation as necessary
Maintain patient comfort and safety	
Behavioral interventions	Teach hospital staff de-escalation techniques for patients who have hyperactive or agitated delirium; encourage family visitation
Pharmacologic interventions	Use low doses of high-potency antipsychotic agents only if necessary
Restore function	
Hospital environment	Reduce clutter and noise; provide adequate lighting; encourage family to bring in familiar objects from home
Cognitive reconditioning	Staff should reorient patient to time, place, and person at least three times daily
Ability to perform activities of daily living	Use physical and occupational therapy; as delirium clears, match performance to ability
Family education, support, and participation	Provide education about delirium, its causes and reversibility, the best ways to interact with affected patients, and the role of the family in restoring function
Discharge planning and education	Provide increased support for activities of daily living as needed at discharge; teach family members to follow mental status as a barometer of recovery

せん妄の予防について

○　せん妄の頻度減少と合併症予防のためには、せん妄予防が最も効果的とされており、特にスクリーニングと多要素介入を入院後早期に行うことが有効とされている。

＜せん妄予防について＞

○　せん妄予防を目的とした薬物療法としてコリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬の予防的投与、ガバペンチン、ラメルテオン、鎮痛薬などが研究されているが十分なエビデンスを示したものはない。

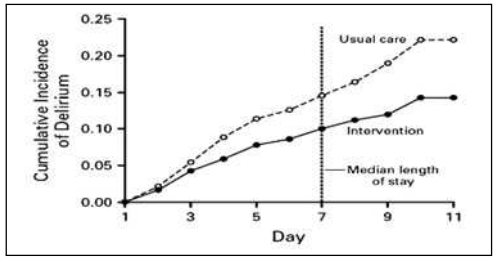
○　訓練された医師、看護師、その他職種による非薬物的多要素介入が効果的とされている。

Inouye et al. NEJM 2015
Martinez et al. Age Ageing 2015

＜せん妄予防プログラム＞

Yale Delirium Prevention Trial

○　多要素介入（認知機能に対する見当識維持等の介入、早期離床、向精神薬削減、睡眠への介入、聴力視力低下の補正、脱水に対する介入）を行うことでせん妄の予防（OR 0.60）およびせん妄の期間短縮（161日vs.105日）が可能と示した。



Inouye et al. NEJM 1999

DELirium Team Approach（DELTA）program

○　癌入院患者に対し専門の教育と研修を受けた医療スタッフが、せん妄リスクスクリーニングと予防を行うことにより、せん妄発生率を7.1%から4.3%に減少させた。

Ogawa et al. Support Care Cancer 2018

英国NICEガイドライン

○　入院後24時間以内に評価を行い個別介入する

○　多要素介入はせん妄予防の教育を受けた多職種チームが実施

介入内容

- 認知機能低下に対する介入（光調整、見当識維持等）
- 脱水及び便秘の治療
- 低酸素の評価及び必要なら治療
- 感染予防及び治療
- 早期離床（歩行不能ならROM訓練）
- 疼痛治療
- 薬剤レビュー
- 栄養管理
- 感覚低下に対する介入（眼鏡や補聴器等）
- 睡眠に対する介入

具体的な取組内容

○　せん妄対策の取組として「発症前の予防」と「発症後の対応」があり、どちらもチェックリストを活用した取組の例がある。

＜せん妄予防プログラムの例＞

※アセスメント及び対応は、医師、看護師、薬剤師等のチームで対応することとされている。

患者入院

発症前の予防

リスク評価（フローシート）

持参薬確認（リスク薬剤確認）

予防的対応
（リスク薬剤を外す、脱水予防、疼痛）

定期的なせん妄モニタリング実施

発症後の対応

せん妄早期発見
原因に応じた早期対応開始（フローシート）

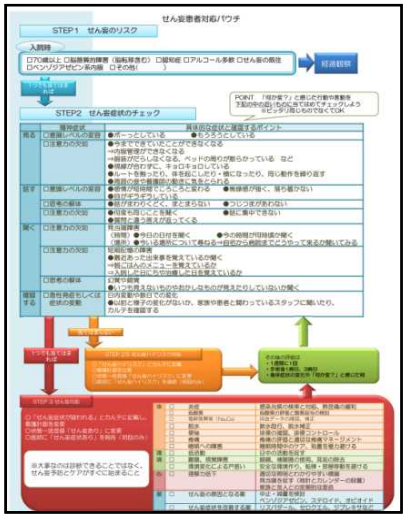
せん妄の原因治療開始

せん妄改善

※DELTA programより

＜アセスメントする項目＞

アセスメントシート（例）



【スクリーニング】
リスク因子の
チェックリスト

【早期発見】
せん妄症状の
チェックリスト

【発症後対応】
せん妄の対応の
チェックリスト

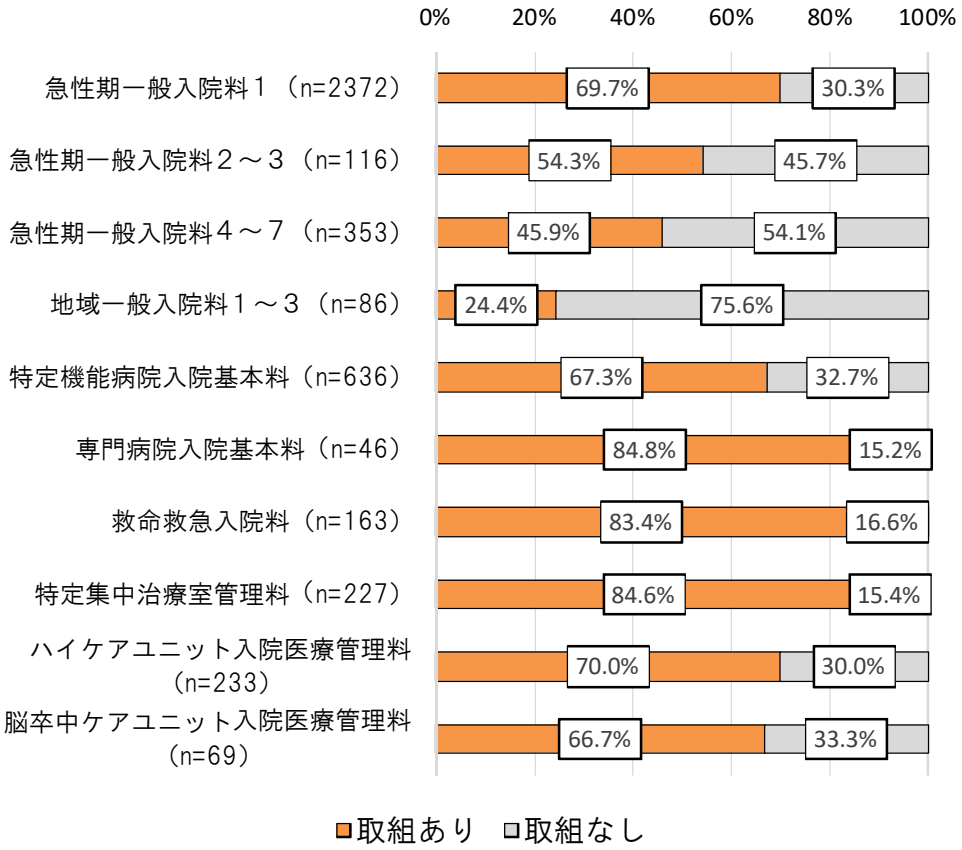
＜リスク因子＞	＜せん妄の対応＞
・70歳以上	・疾病の治療
・脳器質障害	・脱水の補正
・認知症	・身体拘束を避ける
・アルコール多飲	・見当識を付ける
・せん妄の既往	・家族との面会
・ベンゾジアゼピン系薬剤	・リスク薬剤の中止　等

せん妄予防の取組の状況

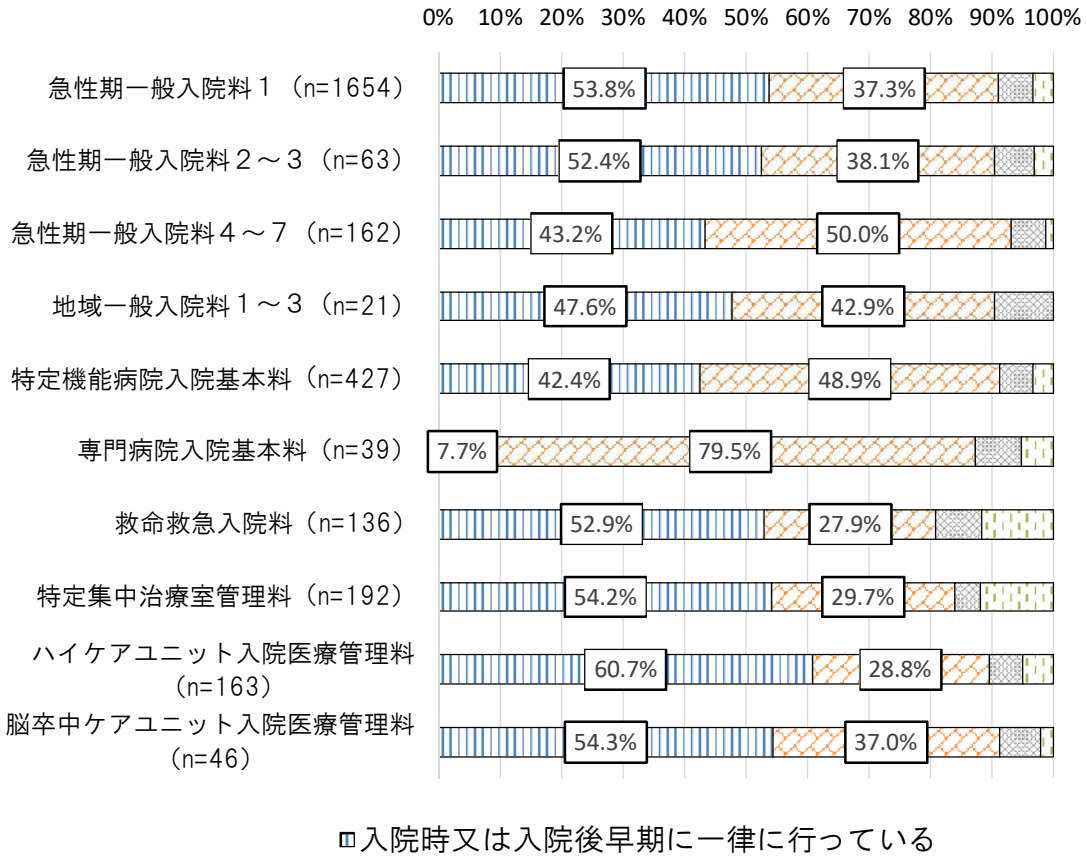
診調組　入－1
元．１０．３

○　せん妄予防の取組の状況をみると、急性期一般入院料１や集中治療室等の約７～８割で取組が行われていた。
○　取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

せん妄予防の取組の状況



取組を行っているタイミング

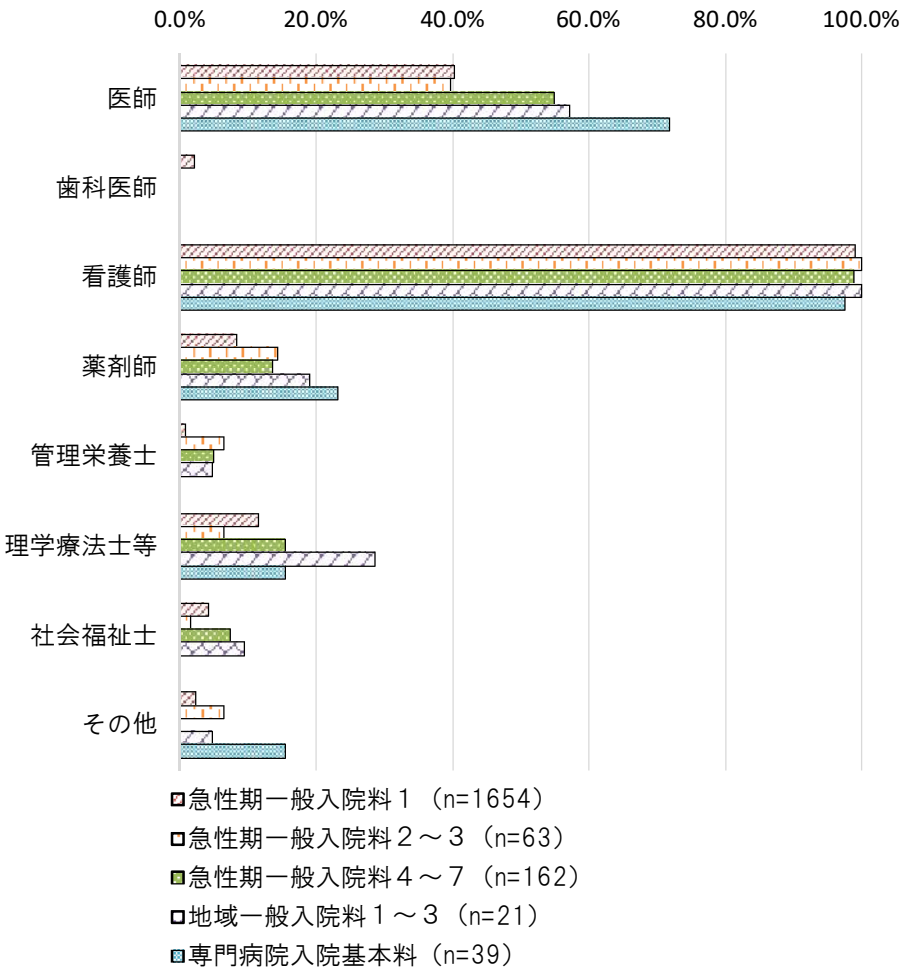


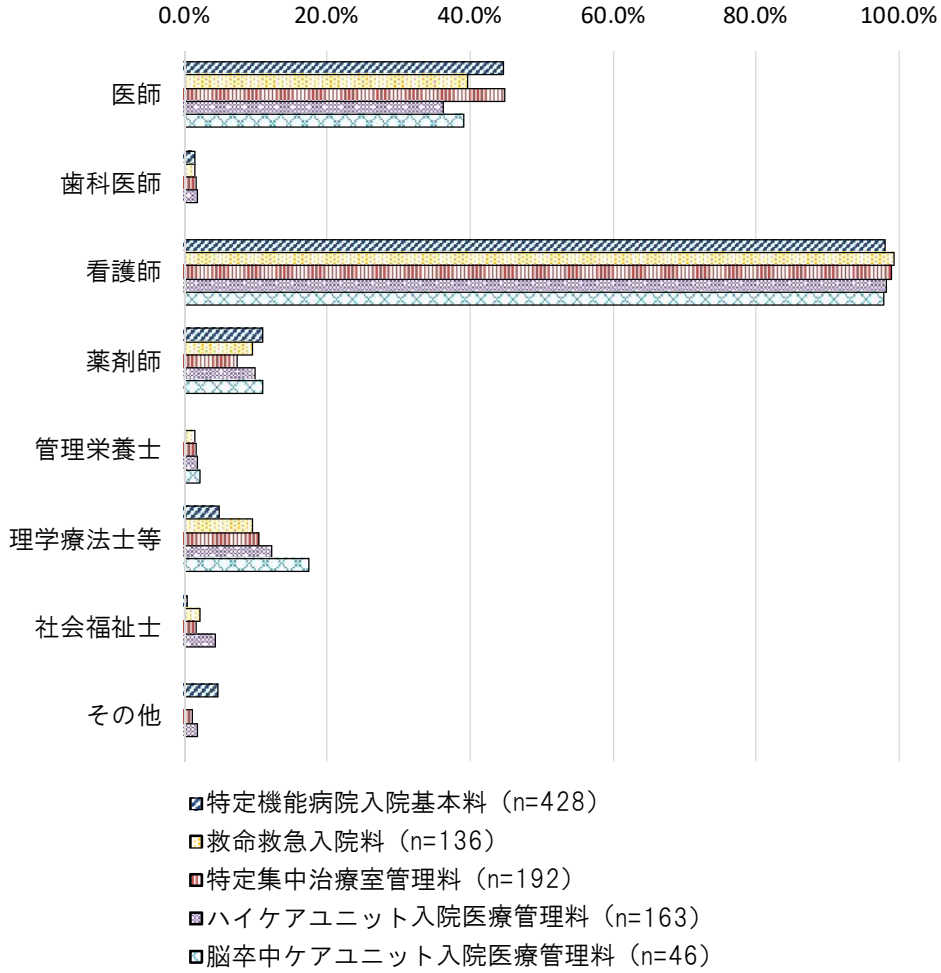
出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）　※無回答は除く

せん妄予防の取組を実施している職種

○　せん妄予防の取組を実施している職種をみると、いずれの入院料等においても看護師の割合が最も高く、次いで医師の割合が高かった。

取組を行っている職種



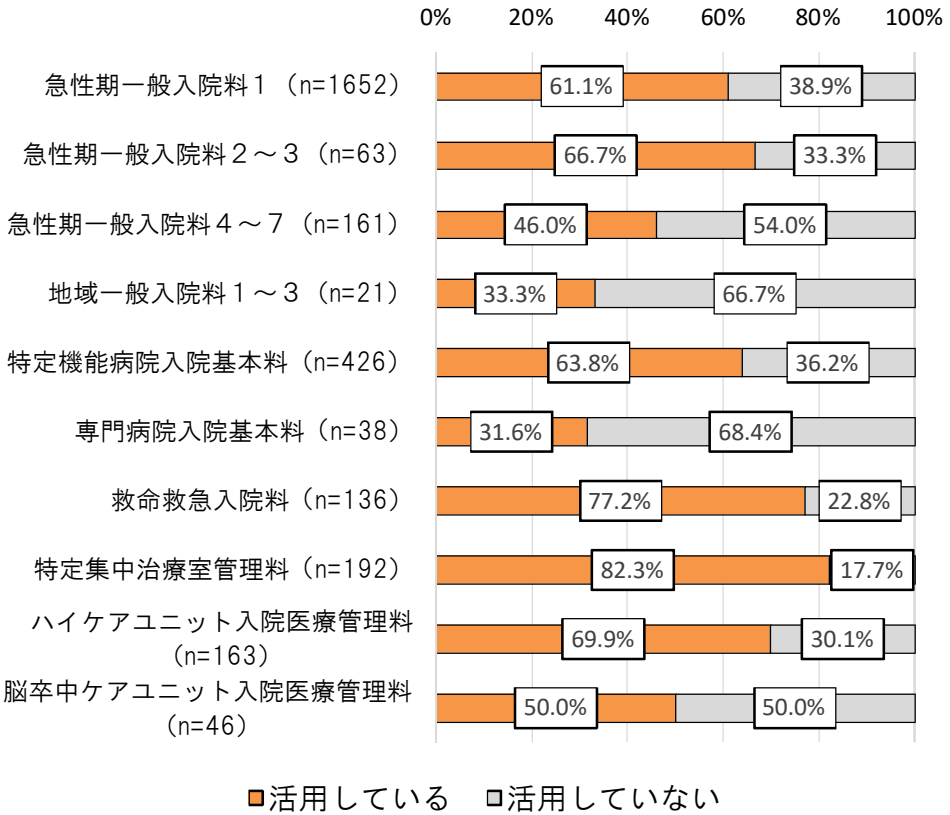


出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）　※無回答は除く

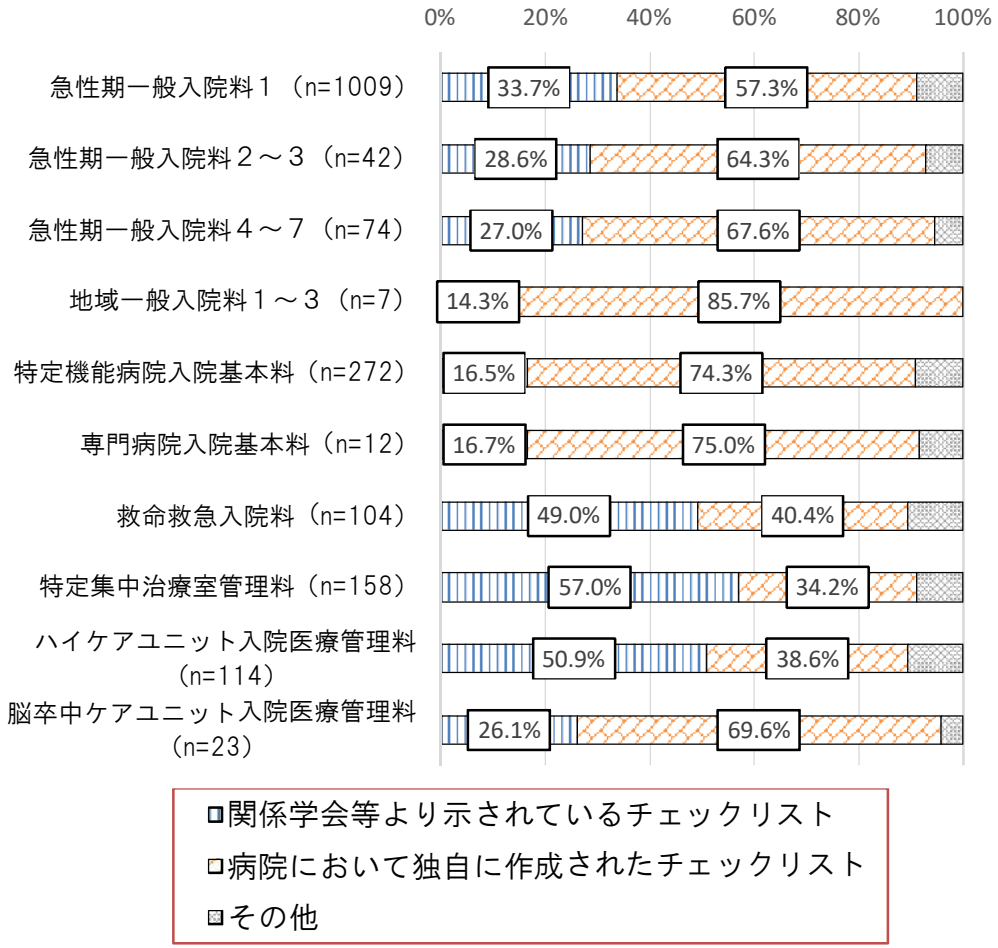
チェックリストの活用状況

○　せん妄予防の取組において、チェックリストの活用状況をみたところ、集中治療室等では約７～８割が活用していた。
○　活用しているチェックリストの種類をみると、「関係学会等により示されているチェックリスト」と「病院において独自に作成されたチェックリスト」が多く、特に集中治療室等においては前者の割合が多かった。

チェックリストを活用しているか



活用しているチェックリストの種類



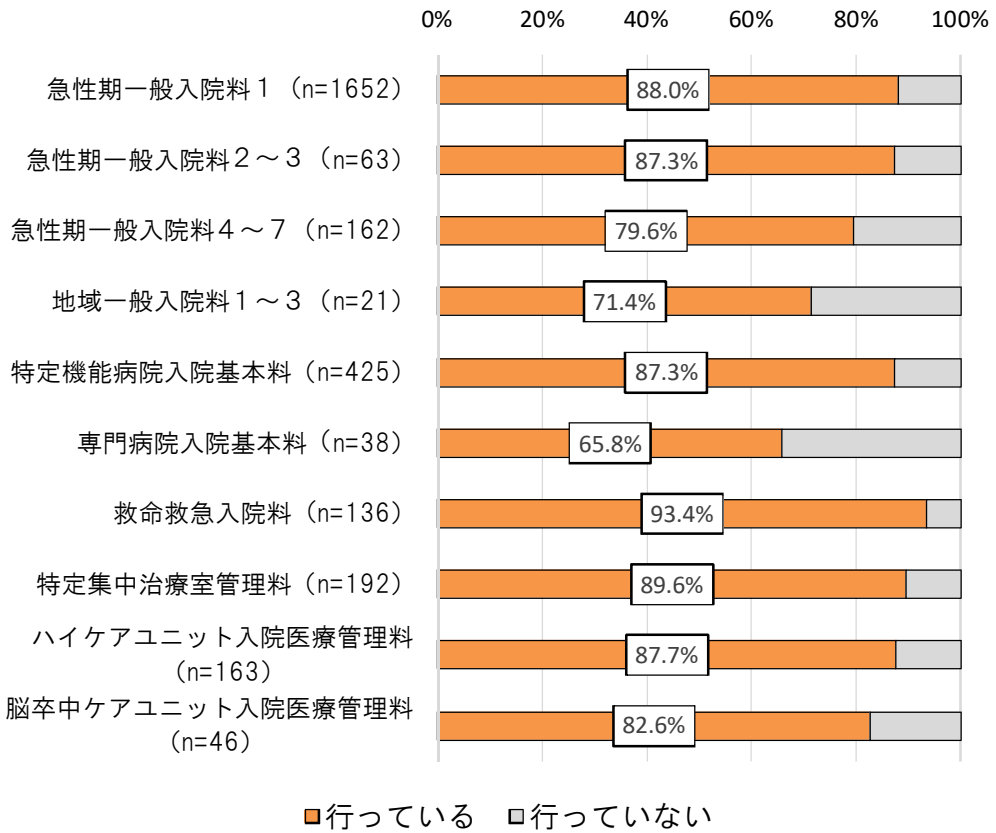
出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）　※無回答は除く

リスクのある患者への予防的介入の有無

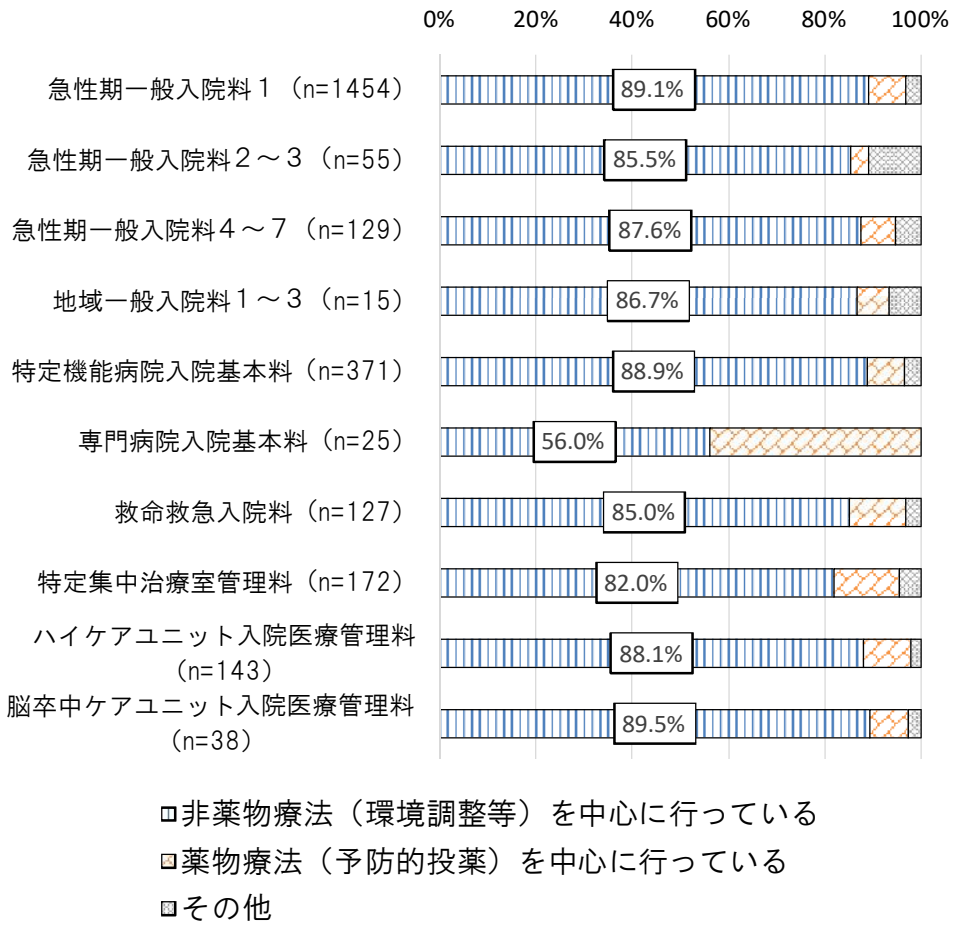
診調組　入－1
元．１０．３

○　せん妄のリスクがある患者への予防的介入の有無をみると、いずれの入院料等においても予防的介入を行っている割合が多く、その内容は非薬物療法（環境調整等）を中心に行われていた。

予防的介入を行っているか



予防的介入の種類

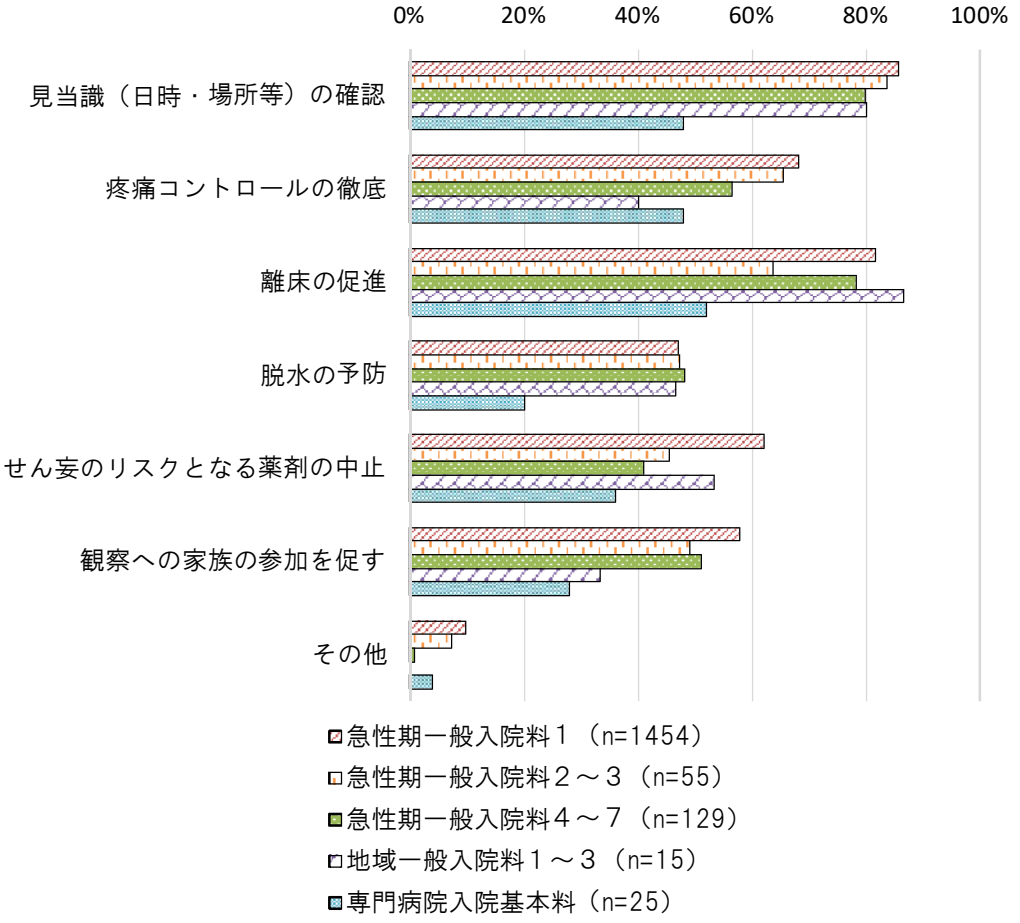


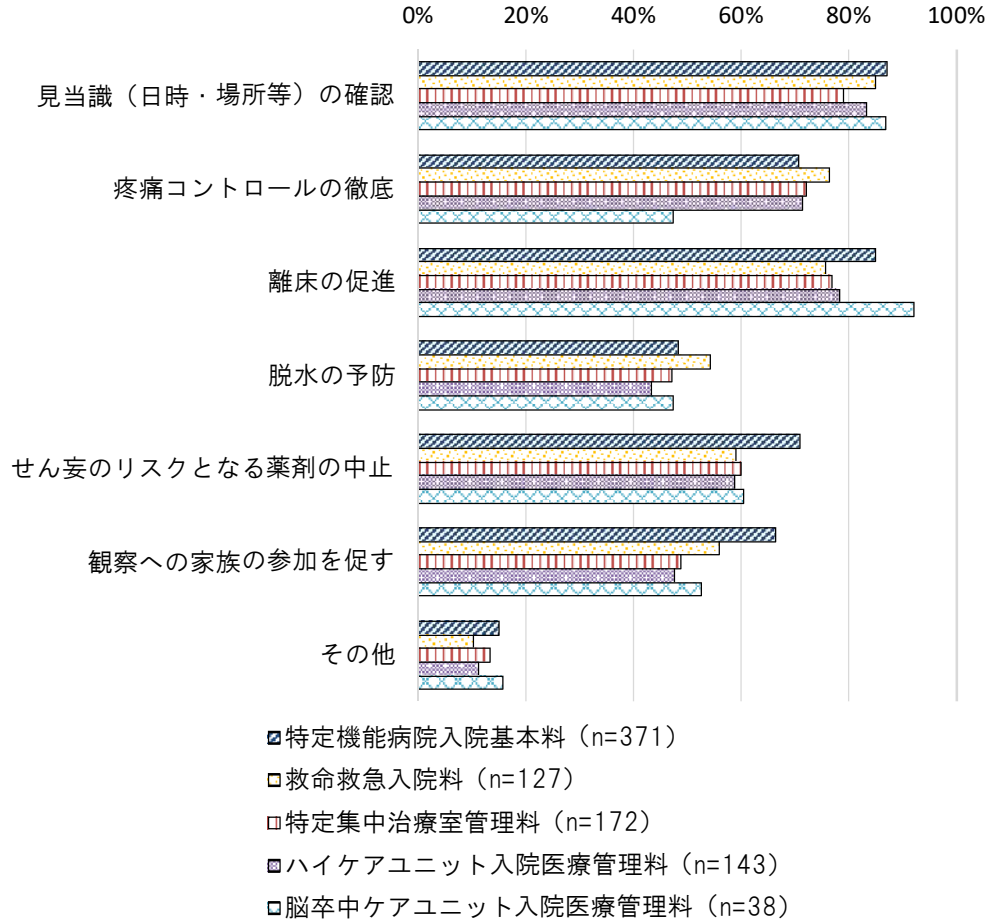
出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）　※無回答は除く

非薬物療法の具体的な内容

○　非薬物療法の具体的な内容をみると、いずれの入院料等においても「見当識の確認」や「離床の促進」の実施が多かったが、「脱水の予防」の実施は少なく、他の項目の実施状況にはばらつきが見られた。

取組の具体的内容（非薬物療法）



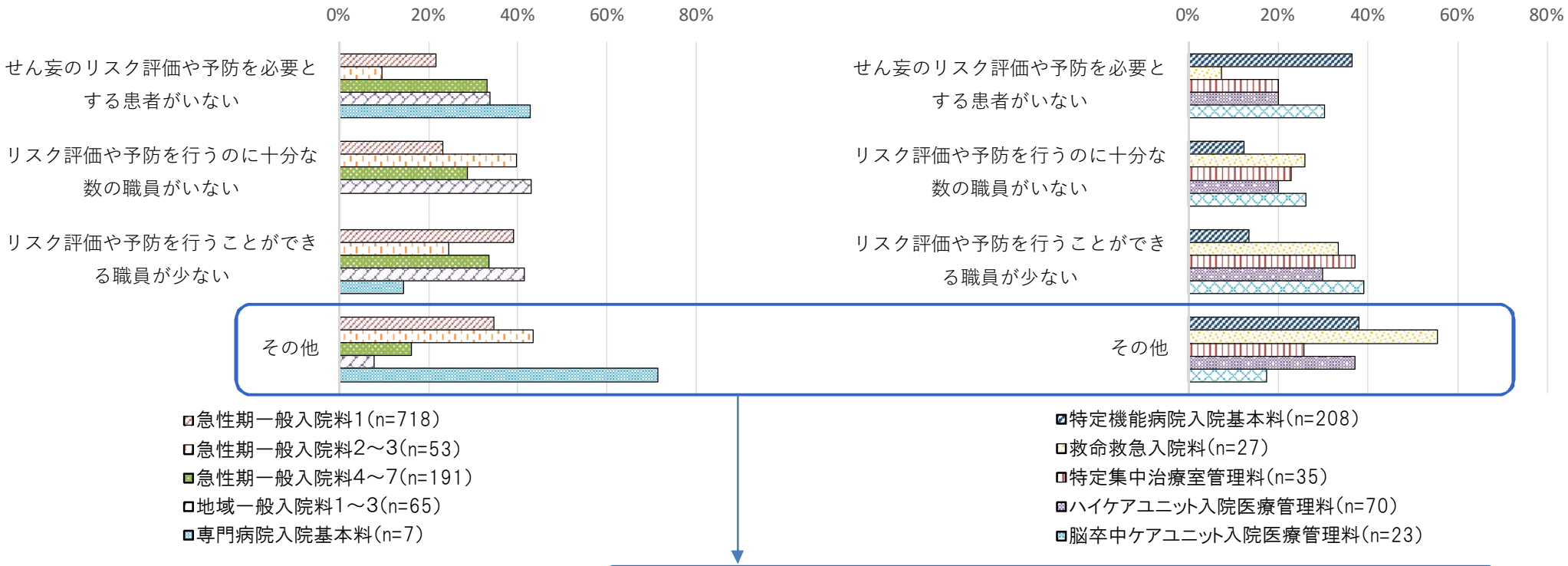


出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）　※無回答は除く

せん妄予防の取組を行っていない理由

○　せん妄予防の取組を行っていない理由は、入院料等によってばらついていた。
○　その他の理由として、せん妄予防の取組に対する様々な考え方がみられた。

取組を行っていない理由



【その他の自由記載】
・必要性は感じているが、取組を行う体制やマニュアルが整っていない
・予防が大切という教育が十分行われておらず風土がない
・リスク評価はしていないが一律に環境調整のみ行っている
・せん妄が発生してから対応している　等

出典：令和元年度入院医療等の調査（病棟票・治療室票）　※無回答は除く

認知症対策等に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

【認知症ケア加算について】

○ 認知症ケア加算1は急性期一般入院料1や特定機能病院での届出が多い。

○ 加算1を届出ていない理由で最も多いのは「認知症ケアチームの要件である専任の常勤医師を確保できない」ことであり、特に加算2を届出ている施設において、当該理由を挙げていた割合がより高かった。

○ 加算1・2ともに届出ていない施設においても、認知症患者に対して様々な取組がなされていた。

○ 加算2において、加算1の認知症ケアチームの要件である専門性の高い看護師を配置している病棟では、配置していない病棟よりも、身体的拘束を実施した患者や日数の割合が低い。

【せん妄予防の取組について】

○ せん妄は、疾病の状態や医療処置など、様々な要因が危険因子となって発症し、死亡率の上昇など、多くの有害事象と関連する。

○ せん妄の頻度減少と合併症予防のためには、せん妄予防が最も効果的とされており、特にスクリーニングと多要素介入を入院後早期に行うことの効果が示されている。

○ せん妄予防の取組の実施状況をみると、急性期一般入院料1や集中治療室等の約7～8割で取組が行われていたが、取組を行っているタイミングをみると、「入院時又は入院後早期に一律に行っている」と「せん妄を疑う際に行っている」が多かった。

○ リスクがある患者への予防的介入は非薬物療法を中心に行われていたが、項目ごとの実施状況にはばらつきが見られた。

【論点】

○ 認知症ケア加算について、要件を満たす専任の常勤医師の配置が困難である現状を踏まえ、加算1の医師に係る要件を緩和してはどうか。また、認知症に関する専門性の高い看護師の配置による効果の実態を踏まえ、より質の高い認知症ケアを提供する観点から、現行の加算2の要件に、専門性の高い看護師の配置に係る要件の追加を検討してはどうか。この場合、現行の加算2のあり方についてどのように考えるか。

○ せん妄の発症は様々な有害事象と関連することから、適切な予防の取組を推進することは重要と考えられる。現状、医療機関におけるせん妄予防の取組は一定程度実施されているが、介入のタイミングや取組内容は医療機関によって差があることを踏まえ、標準的な取組を行う体制を評価することについてどのように考えるか。

個別事項（その10）

１．精神医療について

○　精神医療の概況

○　精神医療の報酬体系、直近の算定状況

○　地域移行・地域生活支援の推進について

（1）　地域移行の推進に資する入院医療について

（2）　入院から外来への円滑な移行と外来医療について

○　質の高い精神医療の充実について

２．認知症等について

３．明細書無料発行について

明細書の無料発行の経緯①

【平成20年度診療報酬改定時】
（療担則）
○　厚生労働大臣の定める保険医療機関(※1)は、患者から求められたときは、明細書を交付しなければならない取扱いとする。

【平成22年度診療報酬改定時】
（療担則）
○　厚生労働大臣の定める保険医療機関(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
○　なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

（薬担則）
○　厚生労働大臣の定める保険薬局(※1)は、患者の求めにかかわらず、明細書を交付しなければならない取扱いとする。また、明細書を交付する際は、正当な理由(※2)がある場合を除き、無償で行わなければならない旨明記。
○　なお、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由(※2)がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りることとする。

【平成24年度診療報酬改定時】
（療担則）【平成26年４月１日施行】
○　病床数が400床以上の保険医療機関においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
○　病床数が400床未満の保険医療機関において、正当な理由(※2)がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りることとし、有償で行うことができることとする。

（薬担則）【平成26年４月１日施行】
○　厚生労働大臣の定める保険薬局(※1)において、正当な理由(※2)がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りることとし、有償で行うことができることとする。

（※1）　電子レセプト請求を行っている施設
（※2）　正当な理由：①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、②自動入金機の改修が必要な場合

明細書の無料発行の経緯②

【平成26年度診療報酬改定時】
（療担則）
○　病院においては、正当な理由の有無にかかわらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
【平成28年4月1日施行】

【平成28年度診療報酬改定時】
（療担則・薬担則）
○　厚生労働大臣の定める保険医療機関及び保険薬局（※1）においては、公費負担医療により自己負担のない患者に対して、患者から求めがあったときは、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとする。
○　正当な理由（※2）がある場合は、平成30年３月31日までの間（診療所については当分の間）、明細書を交付することを要さず、有償で行うことができることとする。

【平成30年度診療報酬改定時】
（療担則・薬担則）
○　公費負担医療により自己負担のない患者について、厚生労働大臣の定める保険医療機関及び保険薬局（※1）は、患者から求めによらず、明細書を無償で交付しなければならない取扱いとし、診療所は、正当な理由（※2）がある場合、明細書を交付することを要さず、有償で行うことができることとする。

（※1）　電子レセプト請求を行っている施設
（※2）　正当な理由：①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合、②自動入金機の改修が必要な場合

明細書の無料発行の現状（平成30年4月～）

	自己負担のある患者	自己負担のない患者
病院 （電子レセプト請求を行っているものに限る）	無料発行義務あり	無料発行義務あり
診療所（医科・歯科） （電子レセプト請求を行っているものに限る）	無料発行義務あり （正当な理由※1がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りる） （正当な理由※1がある場合、当分の間、交付を有償で行うことができる）	無料発行義務あり （正当な理由※2がある場合、当分の間、交付を要さない） （正当な理由※2がある場合、当分の間、交付を有償で行うことができる）
保険薬局 （電子レセプト請求を行っているものに限る）	無料発行義務あり	無料発行義務あり
訪問看護ST	患者から求めがあれば発行に努める	
電子レセプト請求免除（未対応）の施設※3	特に規定なし	

※1　明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のある患者）
①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合。

H24改正省令附則第２条

※2　明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）
①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合

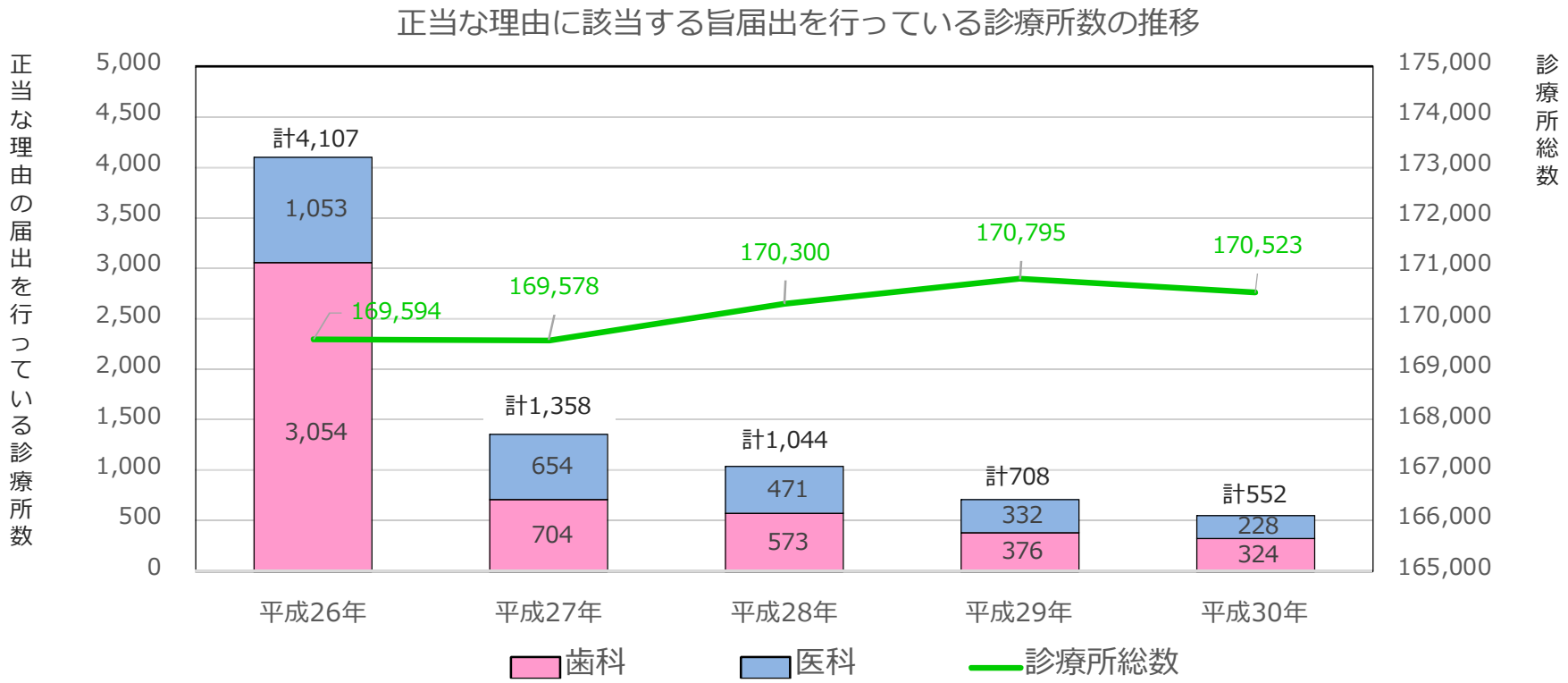
H28改正省令附則第３条

※3　電子レセプト請求免除（未対応）の施設
①レセコンを使用しておらず紙レセプト請求の保険医療機関、保険薬局
②常勤の医師、歯科医師、薬剤師が以下の時点で65歳以上であった診療所、保険薬局
・　医科診療所：H22.7.1（レセコン使用の場合）、H23.4.1（紙レセプトの場合）
・　歯科診療所：H23.4.1
・　保険薬局：H21.4.1（レセコン使用の場合）、H23.4.1.（紙レセプトの場合）
未対応施設の割合（医療機関数・薬局数ベース）
【平成31年1月診療分】
総計：6.1%（医科：5.0%　歯科：11.0%　調剤：2.2%）
（社会保険診療報酬支払基金ホームページより）

「正当な理由」に該当し明細書の無料発行をしていない施設の状況

中医協　総－6
元．5．15

①全ての患者に明細書を発行していない診療所



②自己負担のある患者には明細書を発行しているが、自己負担のない患者には発行していない施設

正当な理由に該当する旨届出を行っている診療所数【平成30年時点数】

医科	歯科
3	5

出典：保険局医療課調べ（毎年７月現在の届出状況報告及び医療施設動態調査より）
※①及び②について、届出状況の報告書において、「明細書を無料で交付していない患者」が「全ての患者」又は「公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者」のいずれに該当するかの記載がなかった施設の数を算入していない。

明細書の発行状況（医科・歯科）

医科診療所に対し、明細書の発行について尋ねたところ、自己負担のある患者、自己負担のない患者ともに、「原則として全患者に無料で発行している」が最も多く、それぞれ88.2%と82.5%であった。

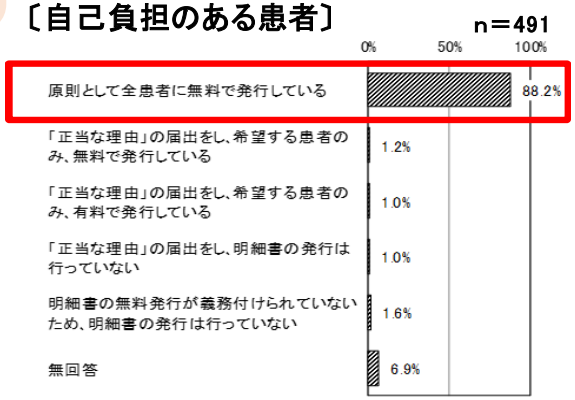
歯科診療所に対し、自己負担のある患者に対する明細書の発行について尋ねたところ、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所ともに、「原則として全患者に無料で発行している」が最も多く、それぞれ88.4%と79.9%であった。

また、自己負担のない患者においても、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所以外の歯科診療所ともに、「原則として全患者に無料で発行している」が最も多く、それぞれ77.0%と71.3%であった。

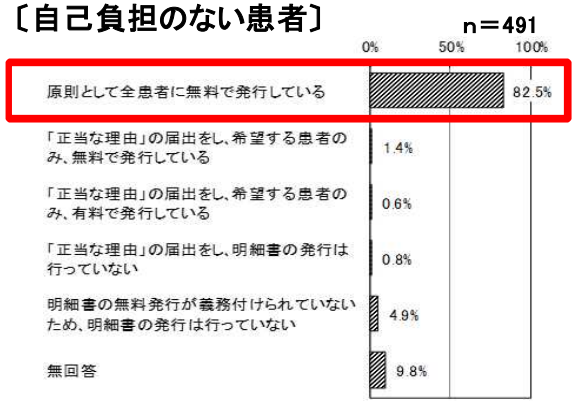
【施設調査】明細書の発行状況

医 科

〔自己負担のある患者〕

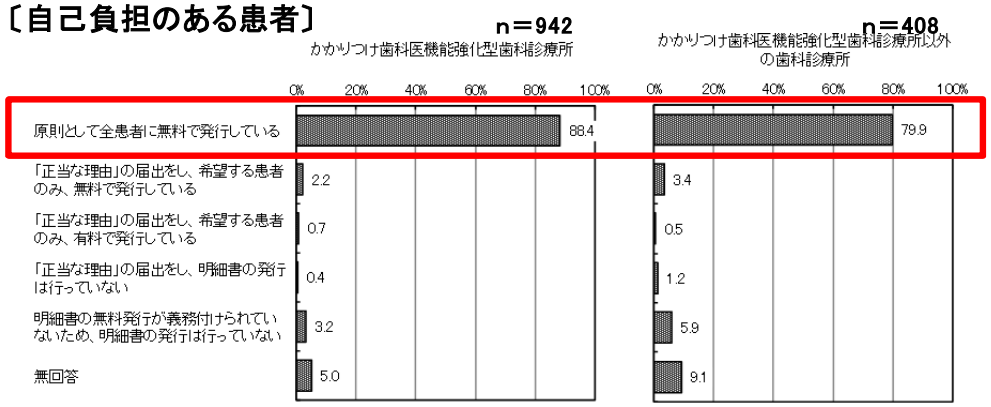


〔自己負担のない患者〕

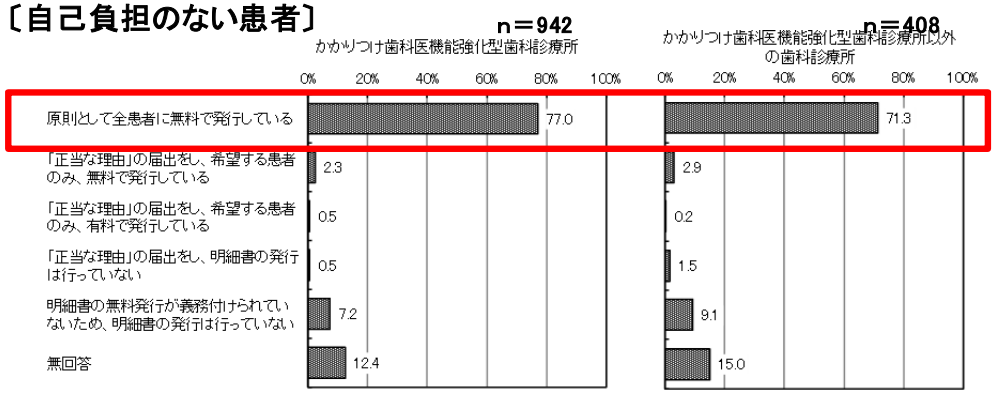


歯 科

〔自己負担のある患者〕



〔自己負担のない患者〕



〔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（平成30年度調査）「かかりつけ医・かかりつけ小児科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査」
平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」

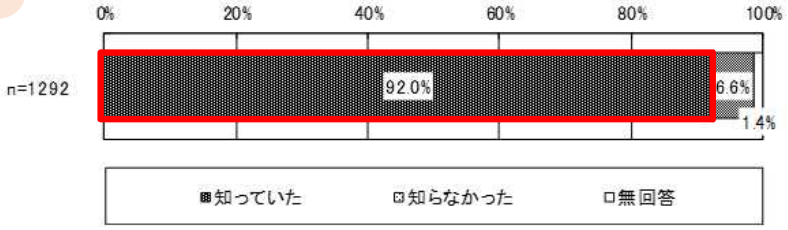
明細書の認知度・明細書に対する考え（医科・歯科）

医療機関において、患者に対し医療機関で明細書を受け取れることを知っていたかについて尋ねたところ、92.0%が知っていた。歯科診療所では、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所で80.1%、その他の歯科診療所で81.7%が知っていた。

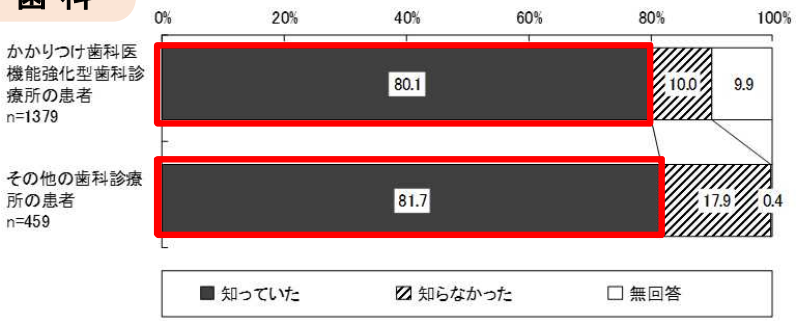
医療機関において、明細書の原則無料発行に対する考えについて尋ねたところ、「必要だと思う」または「どちらかというと必要だと思う」を選択した患者は、病院で83.9%、診療所で81.5%であった。歯科診療所で、「必要だと思う」または「どちらかというと必要だと思う」を選択した患者は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所で68.7%、その他の歯科診療所で68.2%であった。

【患者調査】明細書を受け取れることの認知度

医 科

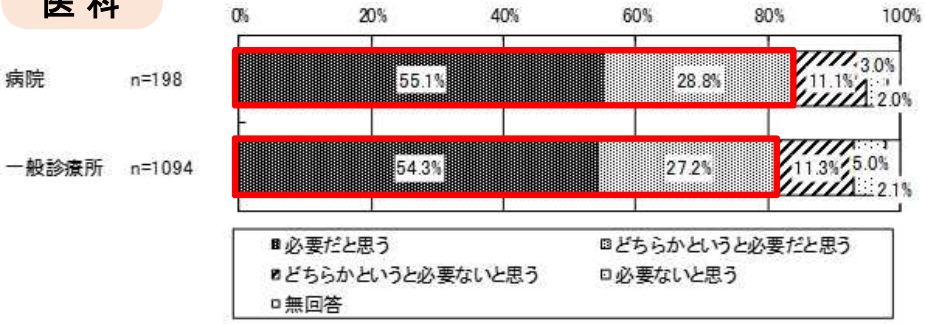


歯 科

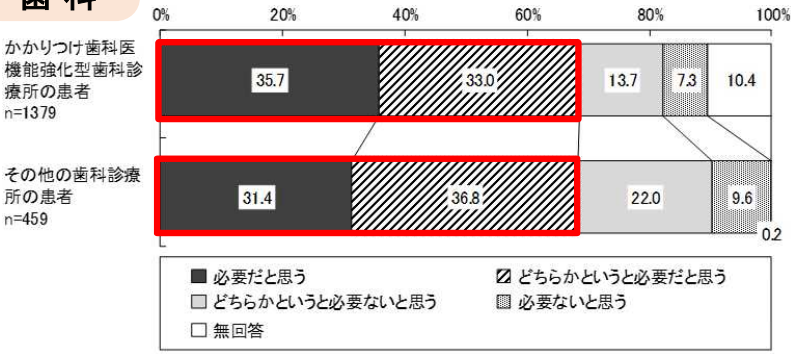


【患者調査】明細書の原則無料発行に対する考え

医 科



歯 科



〔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（平成30年度調査）「かかりつけ医・かかりつけ小児科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査」
平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）「かかりつけ歯科医機能の評価や歯科疾患管理料の評価の見直しの影響及び歯科疾患の継続的管理等の実施状況調査」

患者サポート体制の評価

中医協　総－1
元．９．１１

患者サポート体制の評価

➢　患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。

（新）　患者サポート体制充実加算　　70点　（入院初日）

［施設基準］

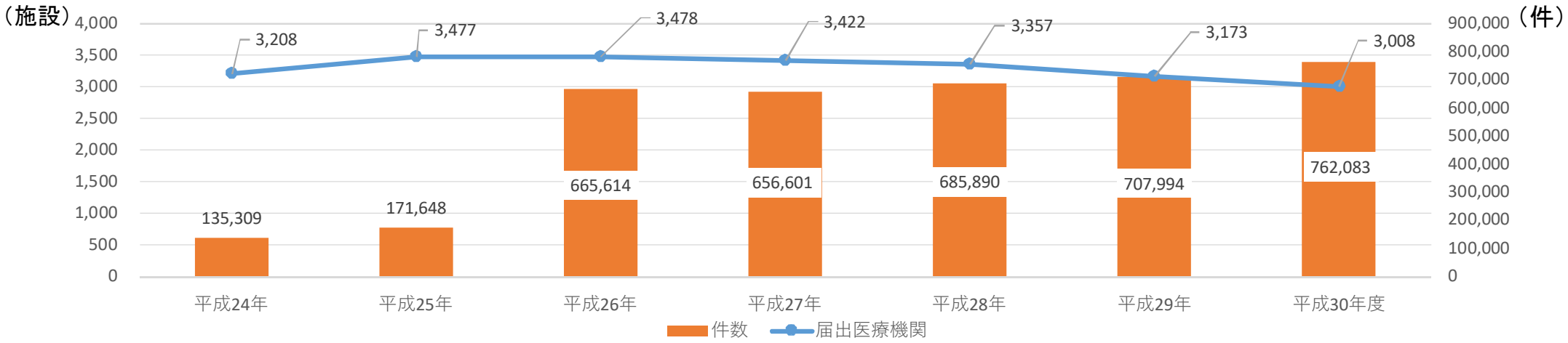
医療安全対策加算に規定する窓口と兼用可

①　患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。

②　患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

（参考）　患者サポート体制充実加算※の届出医療機関数と算定件数の推移

※「がん拠点病院加算」を算定している場合は算定不可



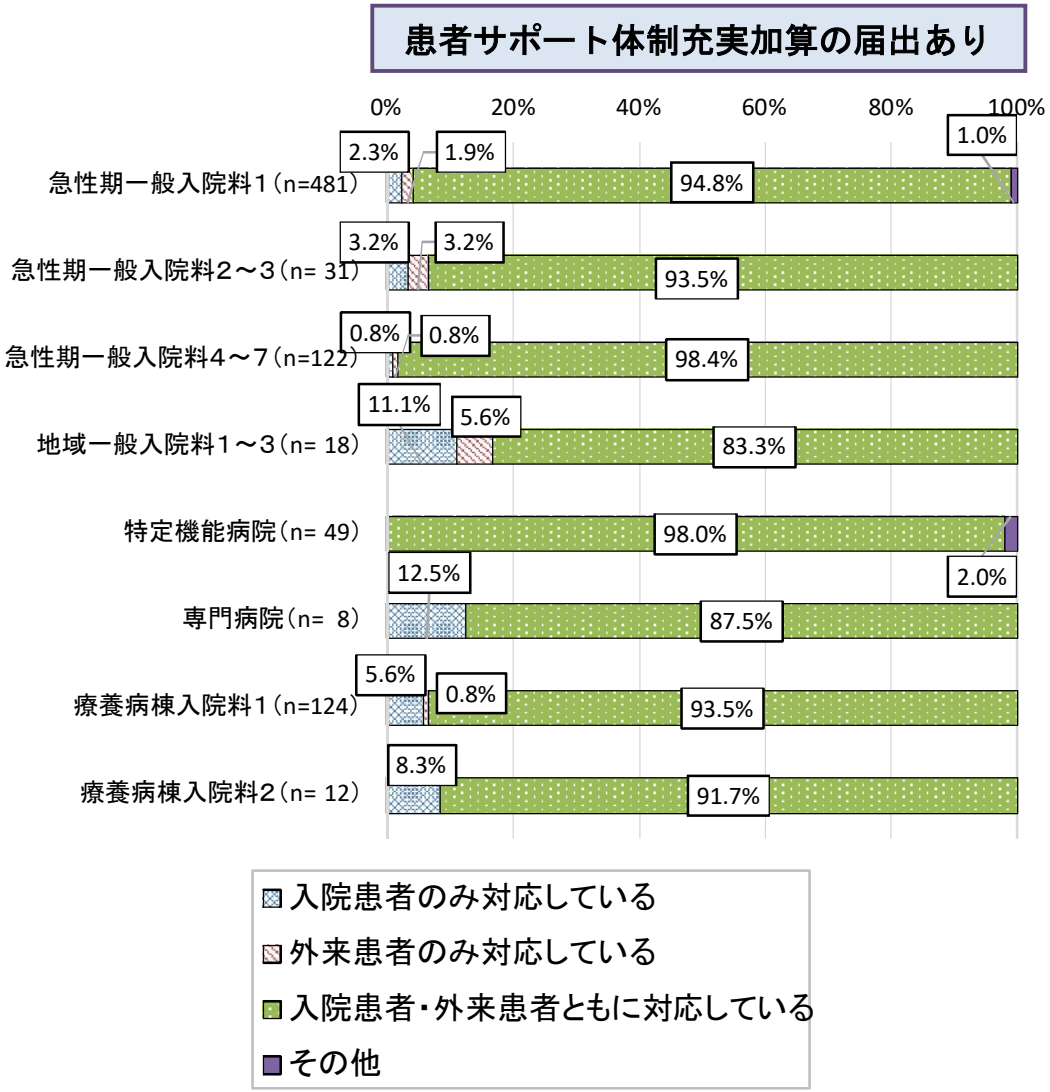
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年６月審査分）
保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

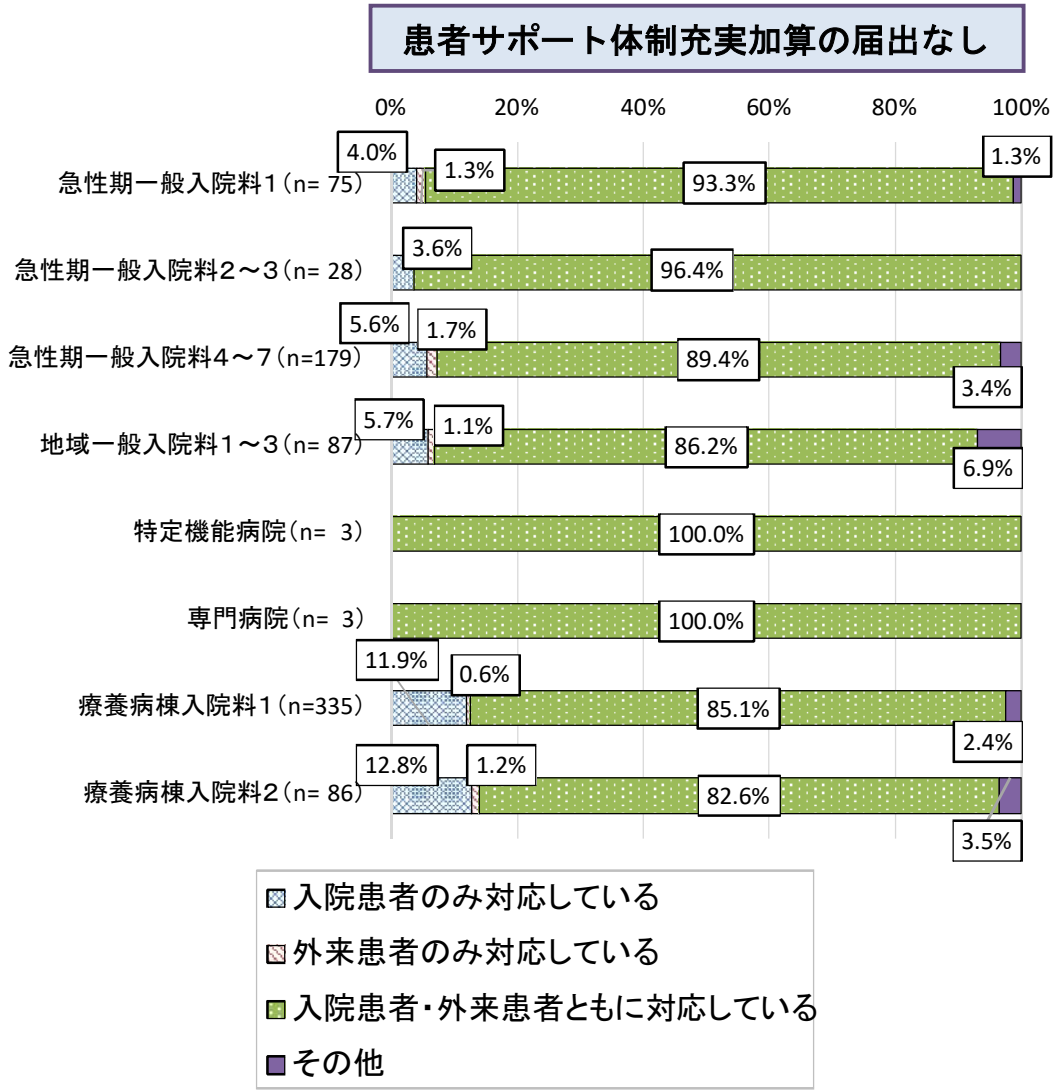
患者対応窓口の対応状況

診調組　入－１
元．１０．３

○　患者対応窓口の対応状況をみると、患者サポート体制充実加算の届出の有無に関わらず、「入院患者・外来患者ともに対応している」と回答した施設が多かった。

患者対応窓口の対応状況





出典：令和元年度入院医療等の調査（施設票）　※無回答は除く

明細書無料発行に係る現状と論点

【現状】

○ 平成20年度以降、累次の診療報酬において、明細書の発行にかかる取組を進めている。

○ 平成22年度以降、厚生労働大臣の定める保険医療機関（電子レセプト請求を行っている施設）については、明細書を無料で発行しなければならない取扱いとしており、対象等を順次拡大している。

〔現在の取扱い〕

- 診療所（医科・歯科）については、正当な理由に該当する場合、地方厚生（支）局長に届出を行うこととしており、明細書の無料発行が免除されている。
- 正当な理由に該当する場合、患者の自己負担の有無で取扱いが異なっている。
  （ 自己負担あり：患者から求められたときに交付することで足りる　自己負担なし：交付を要さない ）

○ 全ての患者に明細書を発行していない診療所数は減少傾向であり、平成26年時点において届出施設が4107施設であったが、平成30年度時点では、552施設となっている。

○ 患者の自己負担の有無で明細書の発行状況が異なる施設は医科で3施設、歯科で5施設であった。

○ 入院医療等の調査の結果によると、患者サポート体制充実加算の届出の有無に関わらず、「入院患者・外来患者ともに対応している」と回答した施設が多かった。

○ 平成30年度診療報酬改定検証調査結果（電子レセプト請求を行っていない診療所も調査対象）によると

- 原則として全患者に無料で発行している診療所は、医科で8割以上、歯科で7割以上であり、自己負担の有無で傾向に差異は見られなかった。
- 明細書の原則無料発行に対して、「必要だと思う」または「どちらかというと必要だと思う」を選択した患者は、医科で8割以上、歯科で7割弱であった。

【論点】

○ 患者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、明細書の無料発行をしていない施設が、数少なくなっている現状を踏まえ、診療所（医科・歯科）における、明細書無料発行の免除規定について、どのように考えるか

○ 自己負担の有無で明細書発行の取扱いが異なっていることについて、どのように考えるか

○ 患者に分かりやすく診療内容を伝えるため、明細書以外にもどのような方策が考えられるか