

中央社会保険医療協議会 総会（第 494 回） 議事次第

令和3年11月5日(金) 9:00～

於 オンライン開催

議 題

○部会・小委員会に属する委員の指名等について

○個別事項（その3）について

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 間 宮 清 眞 田 享 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合総務局長 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城 守 国 斗 長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	秋 山 美 紀 飯 塚 敏 晃 ◎ 小 塩 隆 士 関 ふ 佐 子 永 瀬 伸 子 中 村 洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専 門 委 員	羽 田 健一郎 吉 川 久美子 中 村 春 基 田 村 文 誉 赤 名 正 臣 石牟禮 武 志 村 井 泰 介 堀之内 晴 美 林 利 史 青 木 幸 生	長野県長和町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授 エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社医薬開発本部渉外部長 株式会社ビタルケエスケー・ホールディングス代表取締役社長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 丸木医科器械株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 間 宮 清 眞 田 享 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 <u>全日本海員組合総務局長</u> 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城 守 国 斗 長 島 公 之 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 <u>日本医師会常任理事</u> 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	秋 山 美 紀 飯 塚 敏 晃 ◎ 小 塩 隆 士 関 ふ 佐 子 永 瀬 伸 子 中 村 洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専 門 委 員	羽 田 健 一 郎 吉 川 久 美 子 中 村 春 基 田 村 文 誉	<u>長野県長和町長</u> 日本看護協会常任理事 <u>チーム医療推進協議会代表</u> 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック口腔リハビリテーション科教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿（案）

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 鈴 木 順 三	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合総務局長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城 守 国 斗 江 澤 和 彦 池 端 幸 彦 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	◎ 秋 山 美 紀 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 永 瀬 伸 子	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 子 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 <u>健康保険組合連合会理事</u> 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城 守 国 斗 <u>長 島 公 之</u> 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 <u>日本医師会常任理事</u> 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	秋 山 美 紀 飯 塚 敏 晃 ◎ 小 塩 隆 士 関 ふ 佐 子 永 瀬 伸 子 中 村 洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専 門 委 員	吉 川 久美子	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 公益を代表する委員	秋 山 美 紀	慶應義塾大学環境情報学部教授
	飯 塚 敏 晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小 塩 隆 士	一橋大学経済研究所教授
	○ 関 ふ 佐 子	横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授
	◎ 永 瀬 伸 子	お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授
	中 村 洋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿（案）

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城 守 国 斗 江 澤 和 彦 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	○ 秋 山 美 紀 小 塩 隆 士 関 ふ 佐 子 ◎ 中 村 洋	慶應義塾大学環境情報学部教授 一橋大学経済研究所教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専 門 委 員	赤 名 正 臣 石牟禮 武 志 村 井 泰 介	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社医薬開発本部渉外部長 株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス代表取締役社長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿（案）

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松 本 真 人 佐 保 昌 一 眞 田 享 末 松 則 子	<u>健康保険組合連合会理事</u> 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長 島 公 之 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	飯 塚 敏 晃 ◎ 関 ふ 佐 子 ○ 永 瀬 伸 子 中 村 洋	東京大学大学院経済学研究科教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専 門 委 員	堀之内 晴 美 林 利 史 <u>青 木 幸 生</u>	東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長 <u>丸木医科器機株式会社参与</u>

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿（案）

令和3年11月5日現在

代 表 区 分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	安 藤 伸 樹 松 本 真 人 間 宮 清 眞 田 享 鈴 木 順 三 末 松 則 子	全国健康保険協会理事長 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合総務局長 三重県鈴鹿市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	城 守 国 斗 長 島 公 之 池 端 幸 彦 島 弘 志 林 正 純 有 澤 賢 二	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本病院会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会常務理事
3. 公益を代表する委員	◎ 飯 塚 敏 晃 小 塩 隆 士 関 ふ 佐 子 ○ 中 村 洋	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所教授 横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
4. 専 門 委 員	赤 名 正 臣 石 牟 禮 武 志 堀之内 晴 美 林 利 史	エーザイ株式会社常務執行役 塩野義製薬株式会社医薬開発本部渉外部長 東レ株式会社常任理事 エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

<参考人>

- ・ 福 田 敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）
- ・ 池 田 俊 也（国際医療福祉大学教授）

個別事項(その3)

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
4. 論点

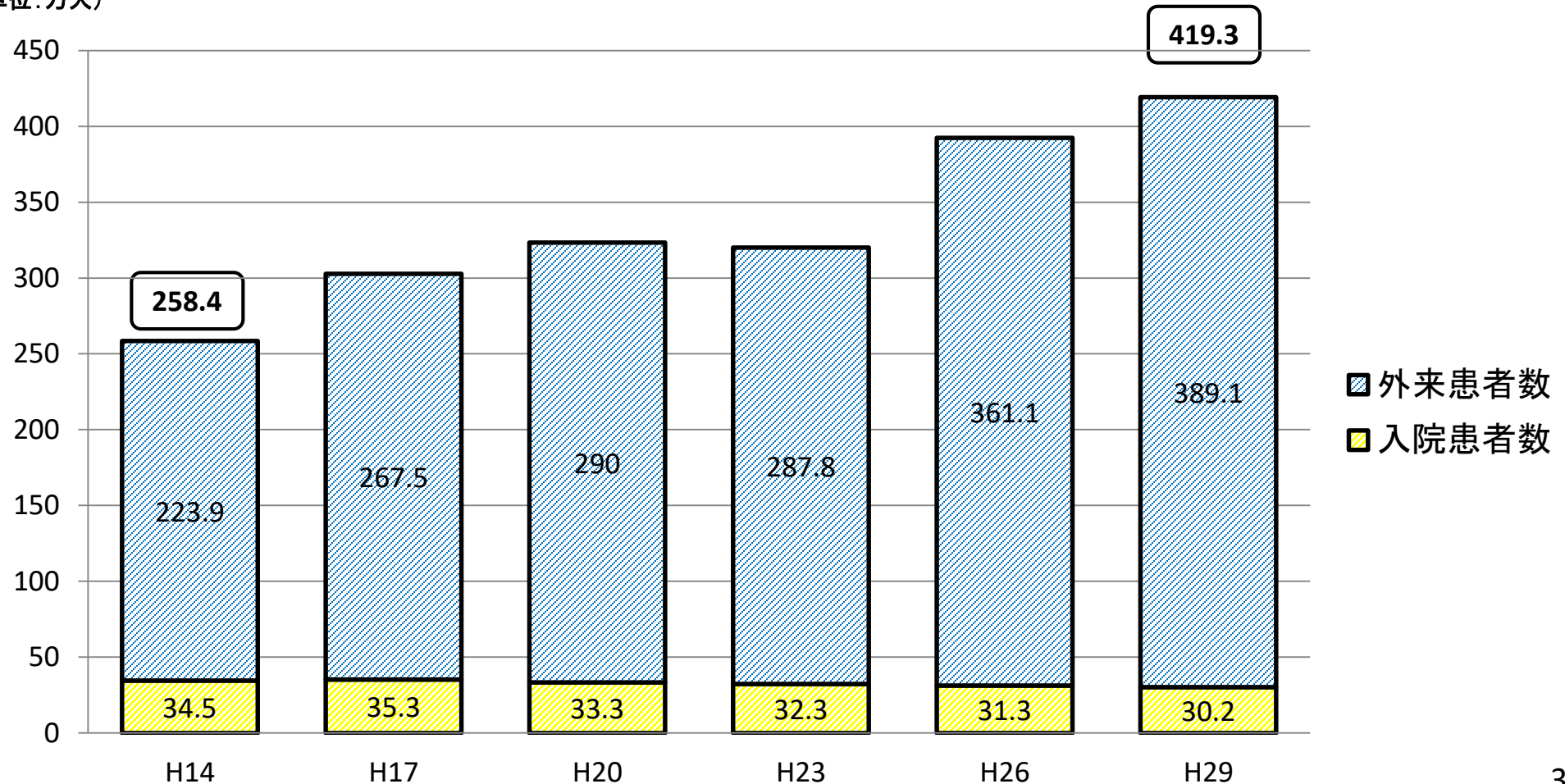
療養・就労両立支援等について

1. 療養・就労両立支援について
2. がん患者に対する心理的支援について
3. 論点

精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人おり、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。

(単位:万人)



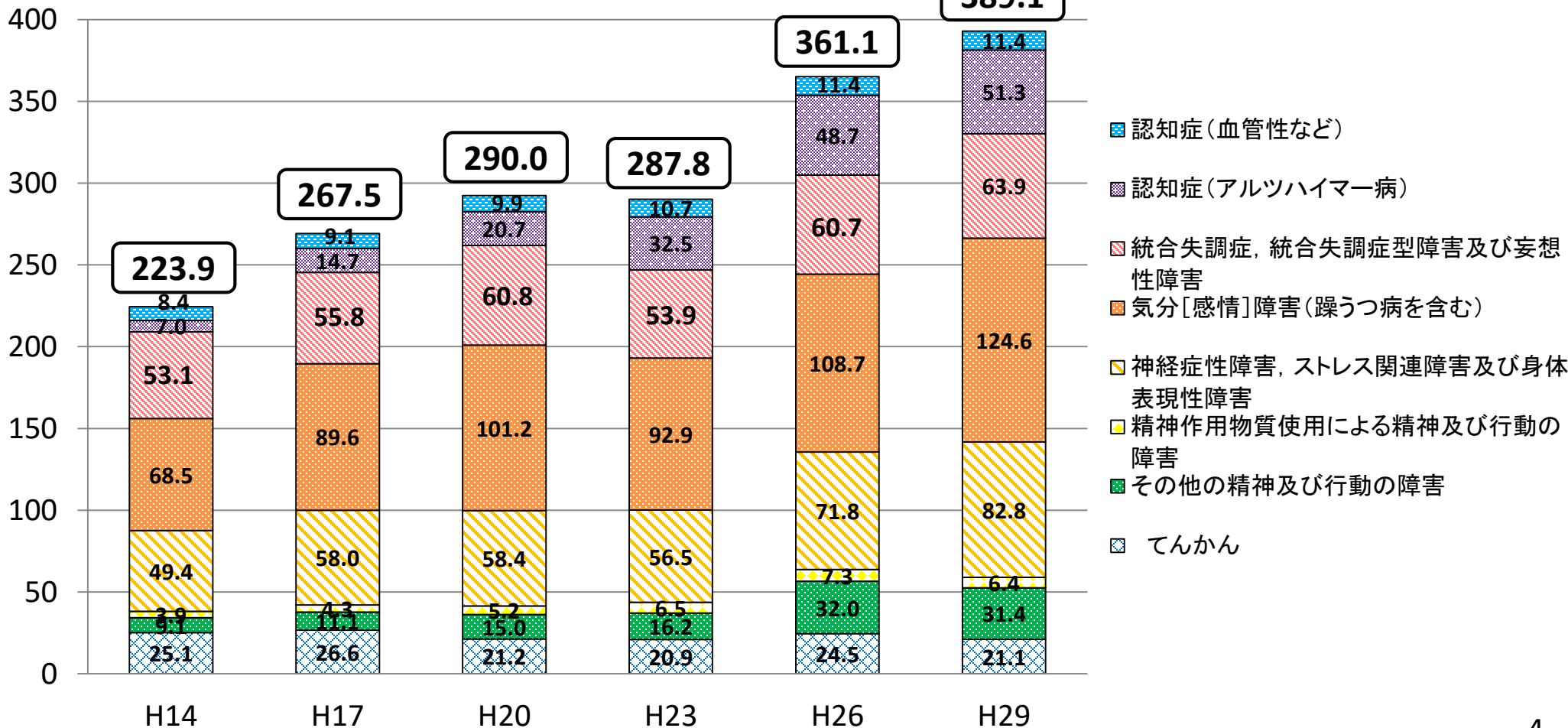
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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の総数は、増加している。
- 疾病別にみると統合失調症が最多であるが、近年は認知症と気分障害の伸びが大きい。

(単位:万人)



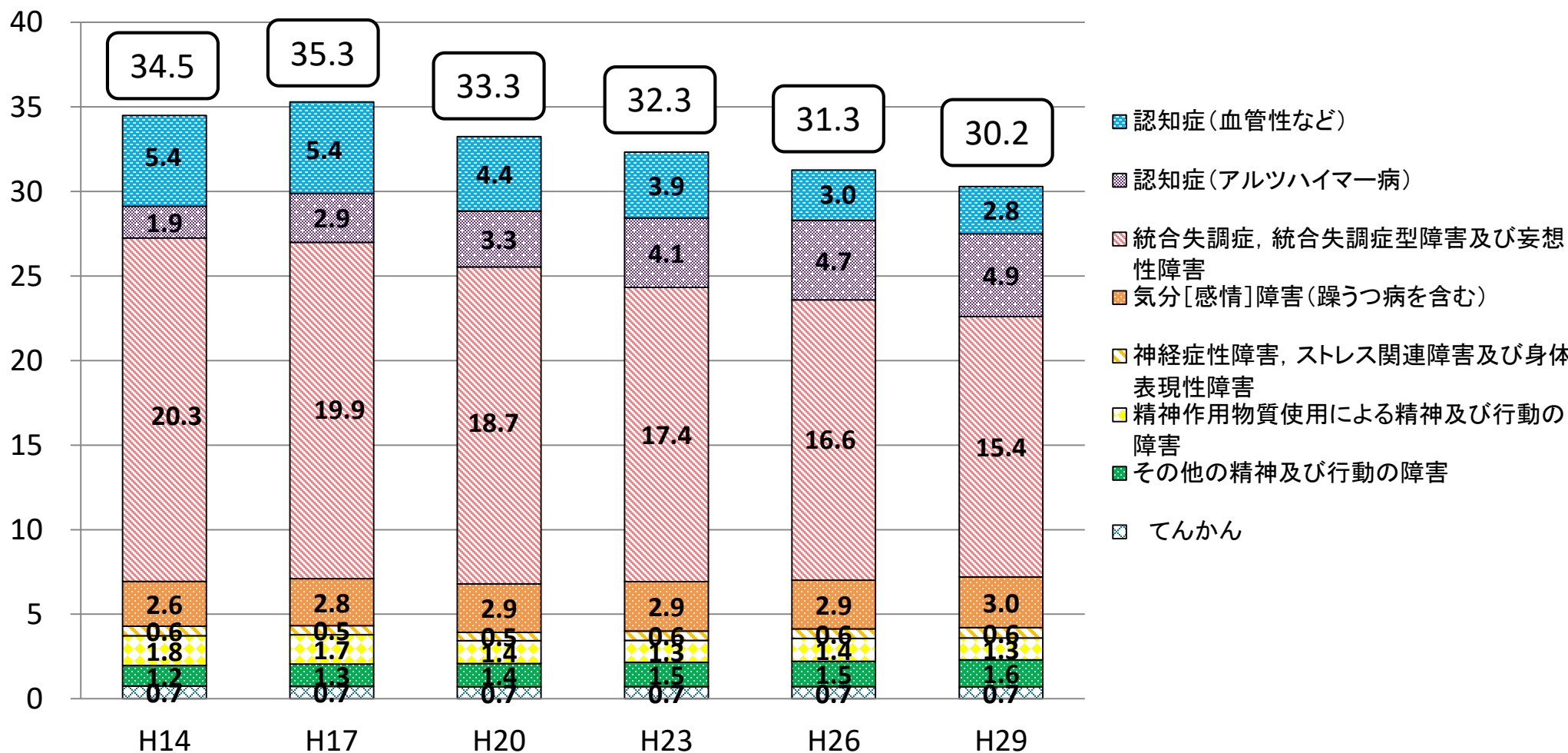
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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。
- 多くの割合を占める統合失調症が減少傾向である一方、認知症(アルツハイマー病)と気分障害は増加している。

(単位:万人)

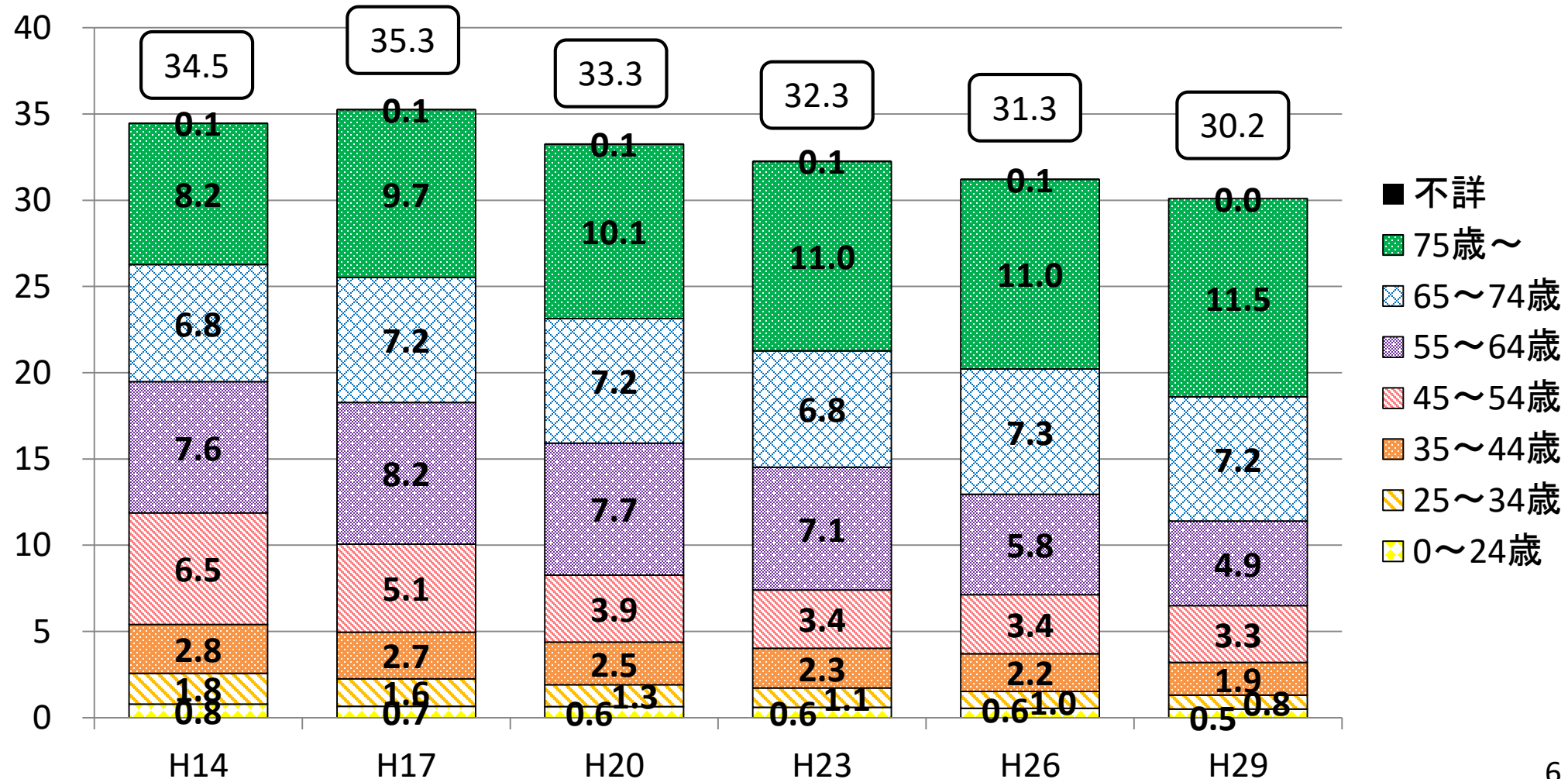


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

精神疾患を有する入院患者数の推移(年齢階級別内訳)

- 精神疾患を有する入院患者数は、65 歳未満は減少傾向である一方、65 歳以上は増加している。
- 特に75 歳以上の入院患者数は15 年前と比べて約1.4 倍に増加している。

(単位:万人)

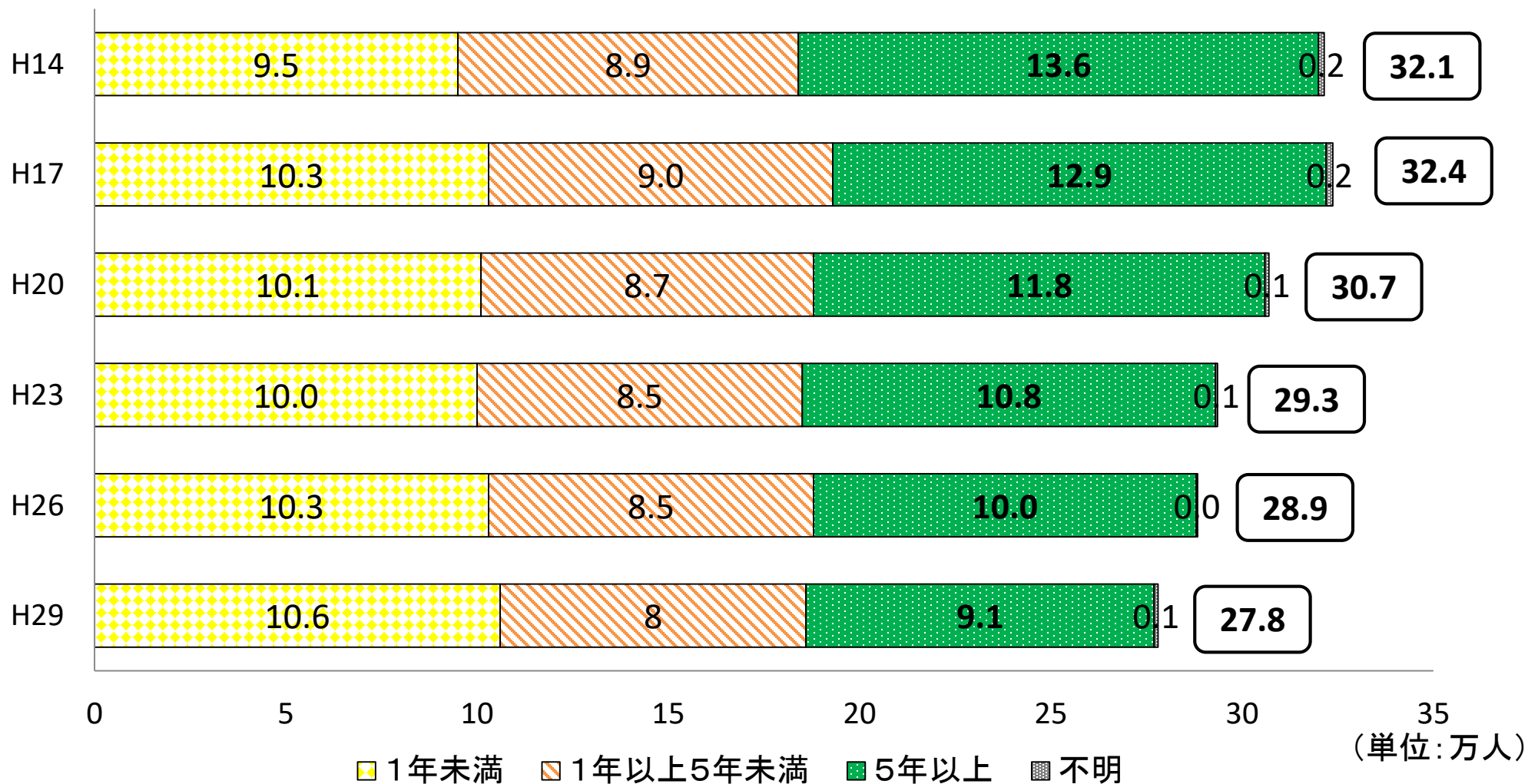


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

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(入院期間別内訳)

- 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。

措置入院の流れ(第29条)

- ・一般人(第22条)、
- ・警察官(第23条)、
- ・検察官(第24条)、
- ・保護観察所の長(第25条、第26条の3)、
- ・矯正施設の長(第26条の6)、
- ・精神科病院の管理者(第26条の2)等

通報

自傷他害のおそれのある者

②④移送(適宜、指定医による行動制限の判断)

①③指定医による診察

※二名以上

都道府県知事 = 措置入院の決定

実地審査

(第38条の6)

指定医による診察

(第29条の4)
自傷他害のおそれの消失

症状消退届の提出

(第29条の5)

指定医による診察

定期報告

(第38条の2第1項)
→半年までは3ヶ月ごと
→半年以降は6ヶ月ごと

退院請求
又は
処遇改善請求

(第38条の4)

・都道府県知事に対し、本人又は
家族等が請求可能

精神医療審査会における審査

都道府県知事の決定(措置解除⇨退院)

通院

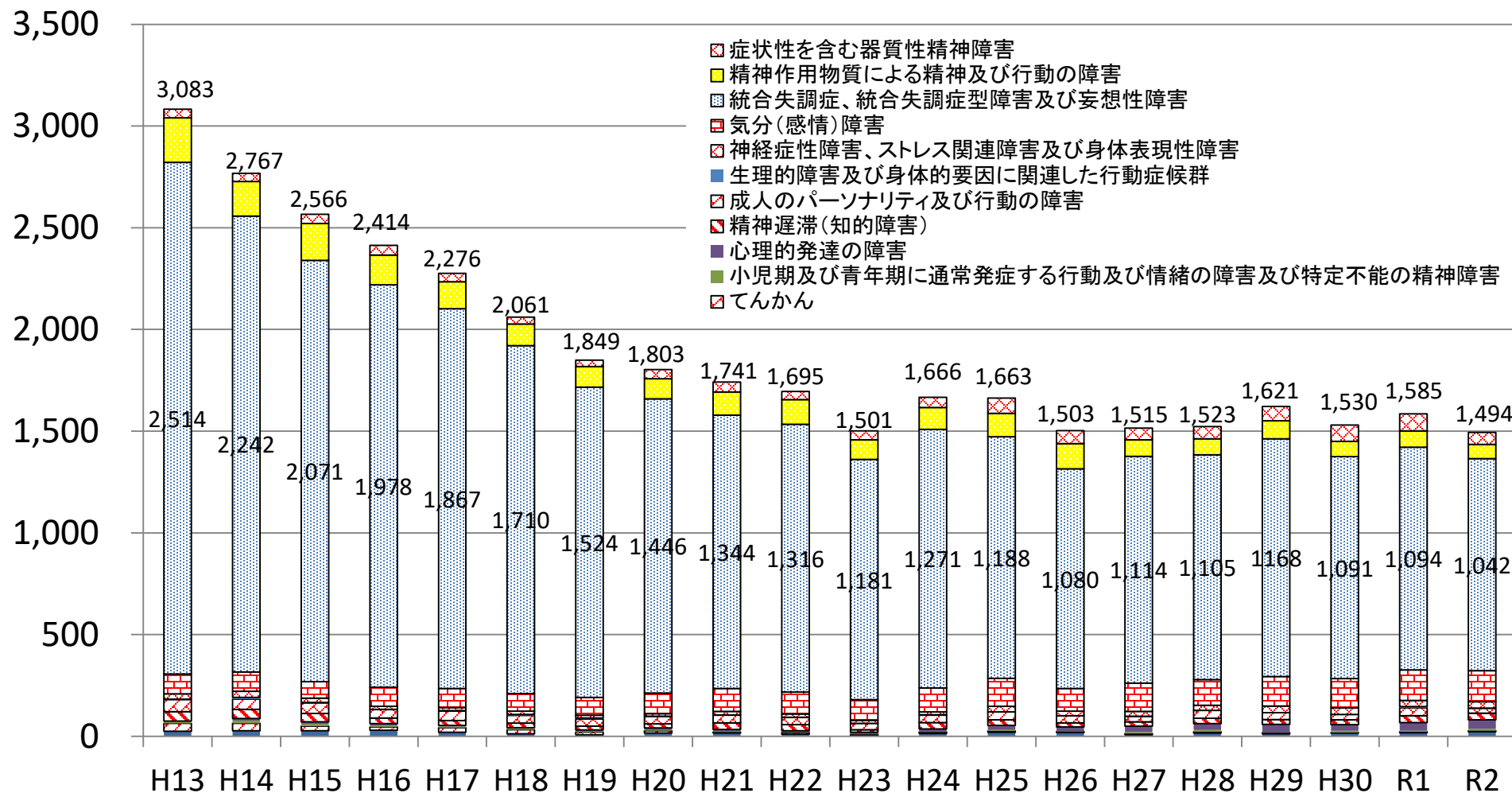
任意入院

医療保護入院

措置入院
継続

※入院中も適宜、指定医による行動制限の可否を判断

措置入院患者数の推移(疾患別内訳)

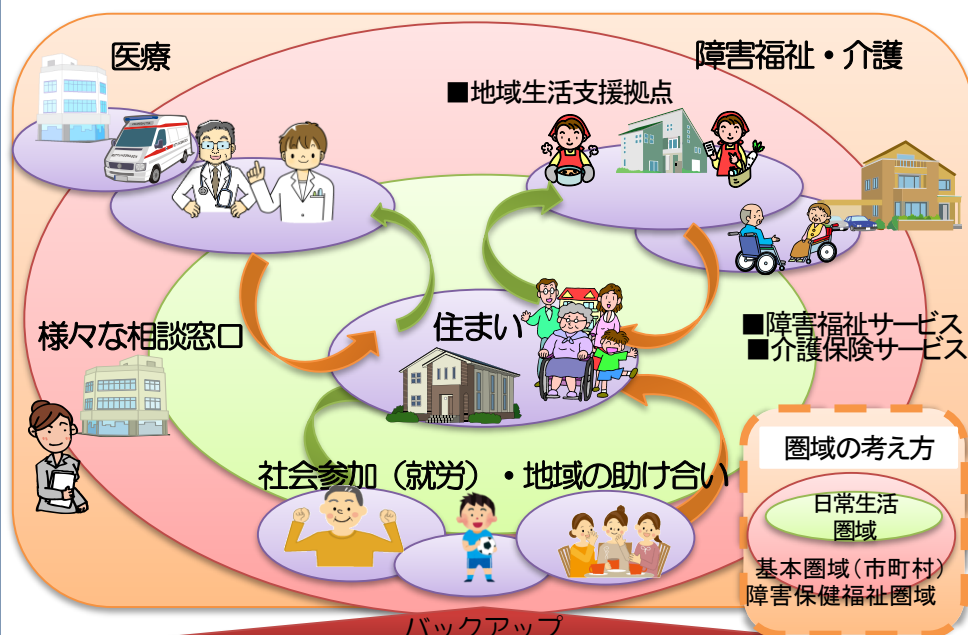


資料：「精神保健福祉資料」より作成

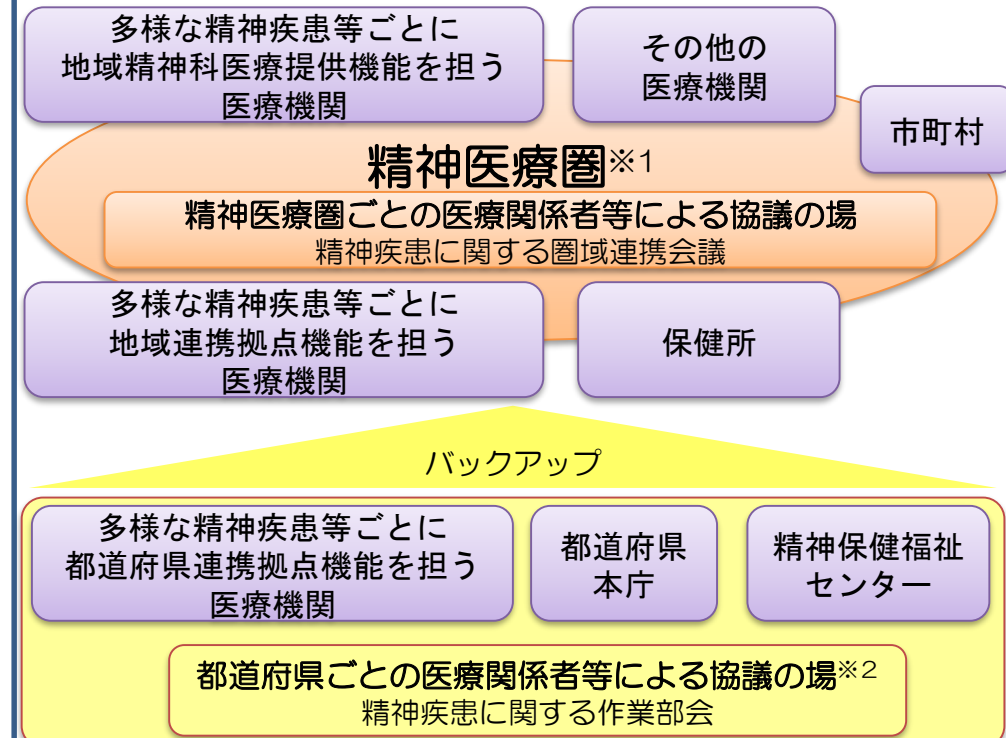
精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 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年度末、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



多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※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

	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	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	● 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	● 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 併症入院科・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
	● 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		● 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 続支援科をとる一般 病院数		
	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 酔の精神科電気症 療療法を実施する病 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		重症アルコール依 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				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			
	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 入院医療管理科を 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		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 科・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		
	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		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	精神科身体合併症 患者受入加算)	救急患者精神科継 続支援を受けた患者 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 酔の精神科電気症 療療法を受けた患者 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		重症アルコール依 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				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			
	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 入院医療管理科を 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)															

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

精神障害を有する方等の家族

- 精神障害を有する方等の家族にとつて、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

第6期障害福祉計画及び第2期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

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。今年度中に新たな指針を示す。
- 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」及び「障害児福祉計画」を策定。次期計画期間はR3～5年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 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
- ・ 相談支援体制の充実・強化等
- ・ 障害福祉人材の確保
- ・ 福祉施設から一般就労への移行
- ・ 発達障害者支援の一層の充実
- ・ 障害者による文化芸術活動の推進
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備
- ・ 障害福祉サービス等の質の向上

3. 成果目標(計画期間が終了するR5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: R元年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R元年度末の1.6%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・ 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数 316日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)(新)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 10.6万人～12.3万人に
(H30年度の17.2万人と比べて6.6万人～4.9万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 69%、6ヵ月後 86%、1年後 92%
(H28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が有する機能の充実

- ・ 各市町村又は各圏域に少なくとも1つ以上確保しつつ年1回以上運用状況を検証、検討

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: R元年度の1.27倍
うち移行支援事業: 1.30倍、就労A型: 1.26倍、就労B型: 1.23倍(新)
- ・ 就労定着支援事業利用者: 一般就労移行者のうち、7割以上の利用(新)
- ・ 就労定着率8割以上の就労定着支援事業所: 7割以上(新)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・ 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
- ・ 難聴児支援のための中核機能を果たす体制の確保(新)
- ・ 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(都道府県、圏域、市町村ごと)の設置及び医療的ケア児等に関するコーディネータの配置(一部新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化【新たな項目】

- ・ 各市町村又は各圏域で、相談支援体制の充実・強化に向けた体制を確保

⑦ 障害福祉サービス等の質の向上【新たな項目】

- ・ 各都道府県や各市町村において、サービスの質の向上を図るための体制構築

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

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)

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

精神科入院に係る診療報酬と主要要件①（令和２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 (1,022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		看護+看護補助者 15:1 (うち、看護5割)	

精神科入院に係る診療報酬と主要要件②（令和２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 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,579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 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,579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 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	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） 300点 （8～15日）

精神科入院に係る診療報酬と主要要件③（令和２年度）

区分		入院料	新規入院患者の自宅等への移行率	クロザピン新規導入患者実績要件	診療報酬点数
精神科急性期 医師配置加算１		精神科急性期治療病棟入院料１	６割	クロザピン新規導入患者 ６件/年	６００点
精神科急性期 医師配置加算２	イ	精神病棟入院基本料等	—	—	５００点
	ロ	精神科急性期治療病棟入院料	６割	—	５００点
精神科急性期 医師配置加算３		精神科急性期治療病棟入院料１	４割	クロザピン新規導入患者 ３件/年	４５０点

精神科入院に係る診療報酬と主要要件④（令和2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また公認心理師常勤	・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 専従1名以上かつ専任1名以上	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2.4%以上(月平均) ・届出病床数の30%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（令和２年度）

1001-1 通院・在宅精神療法	点数 (1回につき)	加算等
1 通院精神療法	<p>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</p> <p>660点</p> <p>ロ 初診料を算定する日に60分以上行った場合</p> <p>540点</p> <p>ハ イ及びロ以外</p> <p>(1)30分以上</p> <p>400点</p> <p>(2)30分未満</p> <p>330点</p>	<p>注3 20歳未満の患者に行った場合 350点加算（1年に限る）</p> <p>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）</p> <p>注5 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回）</p>
2 在宅精神療法	<p>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</p> <p>660点</p> <p>ロ 初診料を算定する日に60分以上行った場合</p> <p>600点</p> <p>ハ イ及びロ以外</p> <p>(1)60分以上</p> <p>540点</p> <p>(2)30分以上60分未満</p> <p>400点</p> <p>(3)30分未満</p> <p>330点</p>	<p>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</p> <p>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）</p>
1002-2 精神科継続外来支援・指導料	<p>○ 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</p> <p>○ 患者1人につき1日に1回に限り算定</p> <p>55点</p>	<p>注2 1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には算定しない</p> <p>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</p> <p>注4 特定薬剤副作用評価加算 25点（月1回）</p> <p>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</p> <p>20</p>

精神科デイ・ケア等に係る診療報酬と主要要件（令和２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情評価 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回以上デイ・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

精神医療について

1. 精神医療の現状等について

2. 地域精神保健医療体制に係る評価について

2－1 地域移行の推進について

2－2 在宅患者支援について

2－3 通院・在宅精神療法について

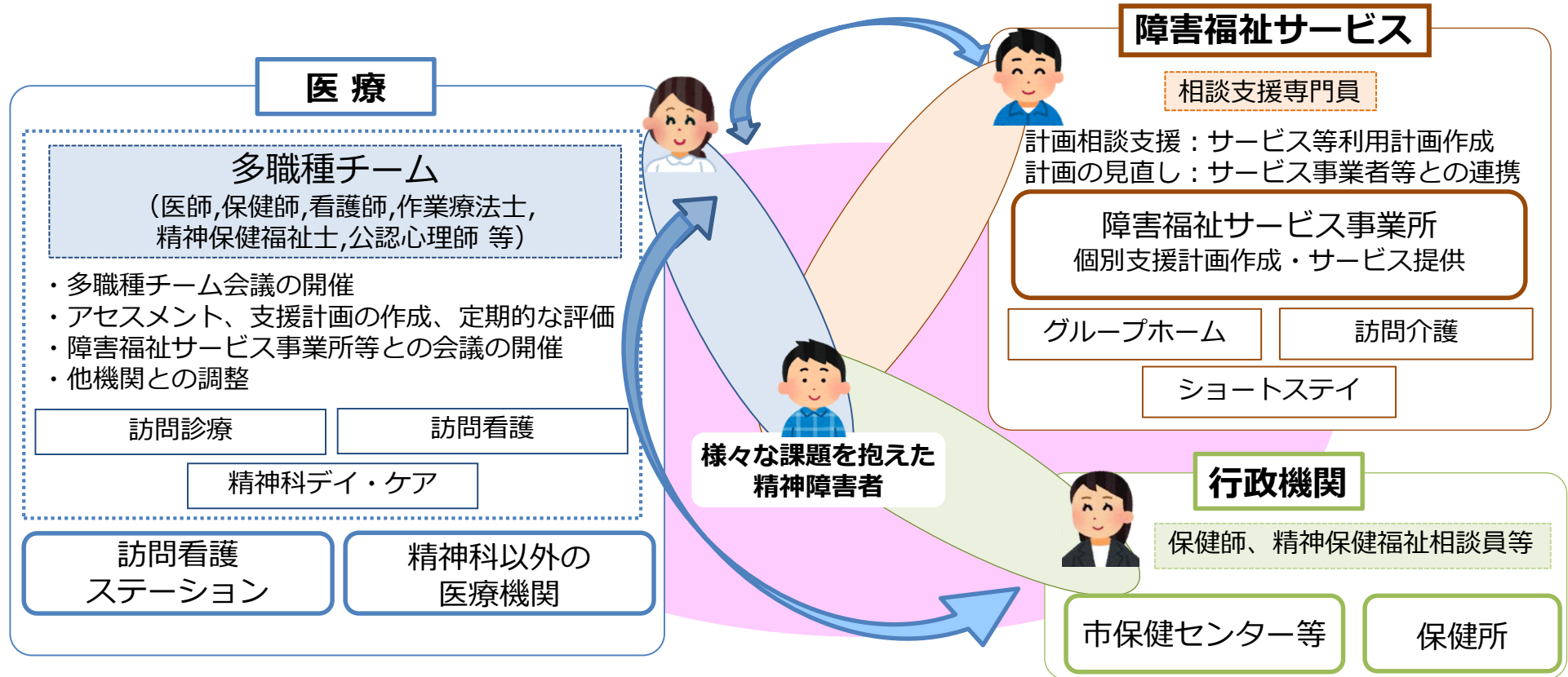
3. 精神科個別事項について

4. 論点

包括的支援マネジメントとは

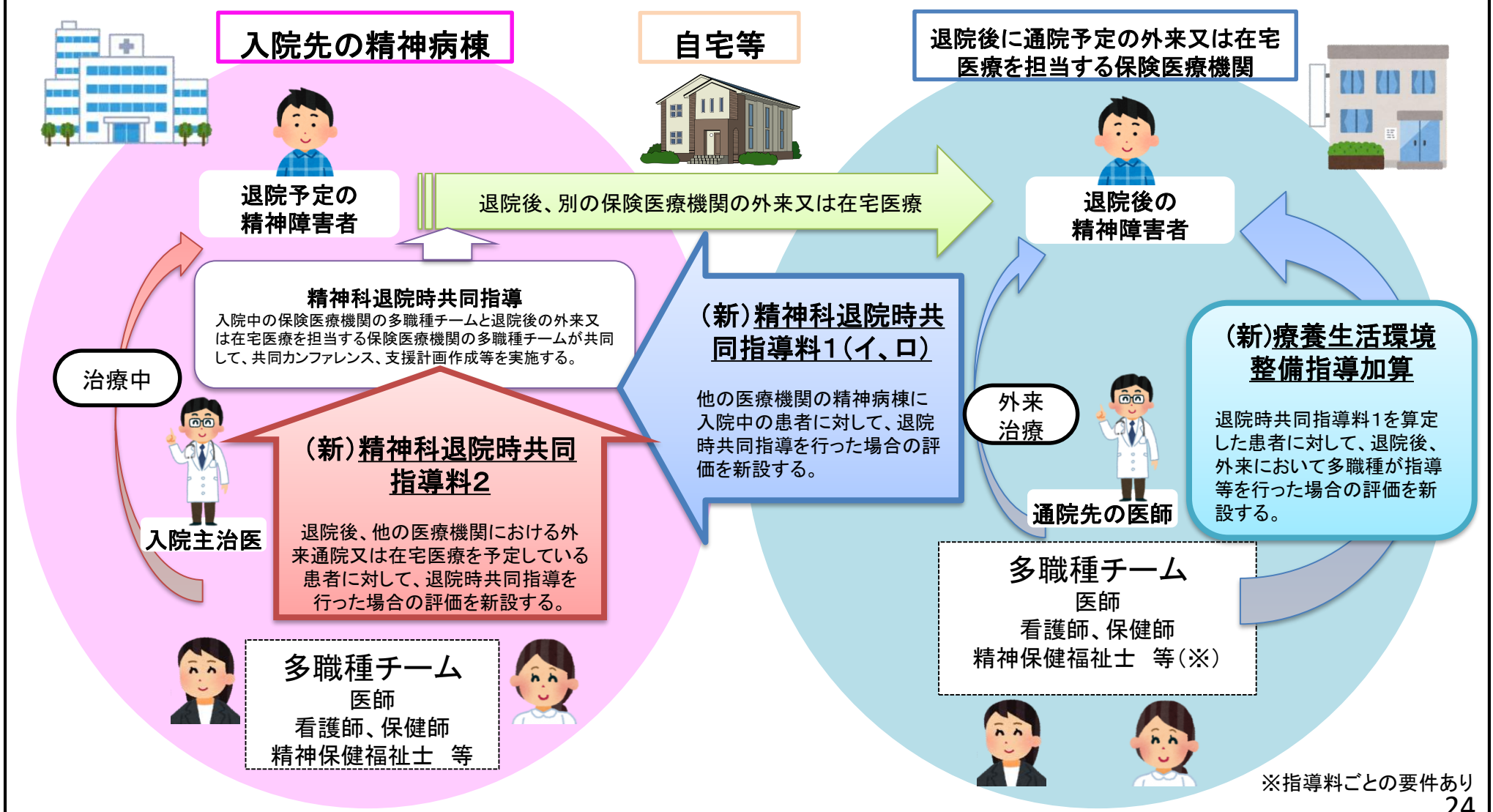
- 包括的支援マネジメントは複数のサービスを適切に結びつけ、継続的に包括的なサービス提供を可能にする援助方法である。

【包括的支援マネジメントのイメージ】



地域移行・地域定着に資する継続的・包括的な支援のイメージ

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、「精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導」及び「精神科外来における多職種による相談指導」について、評価を新設。



精神病棟における退院時共同指導の評価

➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神病棟における退院時の多職種・多機関による共同指導等について新たな評価を行う。

(新) **精神科退院時共同指導料**

1 精神科退院時共同指導料1(外来又は在宅療養を担う保険医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(Ⅰ) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(Ⅱ) 900点

2 精神科退院時共同指導料2(入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点



	対象患者	共同指導を実施する多職種チーム(必要に応じて他の職種も参加)
1のイ	<ul style="list-style-type: none">○ 措置入院又は緊急措置入院の患者○ 医療観察法による入院又は通院をしたことがある患者○ 1年以上の長期入院患者	<ul style="list-style-type: none">○ 精神科医○ 保健師又は看護師(以下、看護師等)○ 精神保健福祉士
1のロ	<ul style="list-style-type: none">○ 重点的な支援が必要な患者※「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす患者	<ul style="list-style-type: none">○ 精神科医又は医師の指示を受けた看護師等○ 精神保健福祉士
2	<ul style="list-style-type: none">○ 1のイ又は1のロの患者	<ul style="list-style-type: none">○ 精神科医○ 看護師等○ 精神保健福祉士

[算定要件]

- 外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームと入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った場合に算定する。
- 共同指導に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「**包括的支援マネジメント実践ガイド**」を参考にすること。
- 外来を担当する医療機関の関係者のいずれかが、入院中の医療機関に赴くことができない場合には、**ビデオ通話**を用いて共同指導を実施した場合でも算定可能とする。

[施設基準]

- 当該保険医療機関内に、**専任の精神保健福祉士が1名以上**配置されていること。



精神科外来における多職種による相談支援・指導への評価

- 精神病棟に入院中に精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科外来において多職種による支援及び指導等を行った場合について、通院精神療法に加算を設ける。

(新) 療養生活環境整備指導加算 250点(月1回)



[算定要件]

- (1) 通院精神療法を算定する患者のうち、精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師(以下、「看護師等」という。)又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
 - ア 多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスについては、当該患者の診療を担当する精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村若しくは都道府県の担当者等の多職種が参加すること。
 - イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して支援計画を作成すること。なお、支援計画の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。



[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (2) 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は、1人につき30人以下であること。

地域精神医療におけるIntensive Case Managementの効果

- 包括的支援マネジメントは、標準的ケアと比較し、有効性が示されている。

Intensive case managementとは(レビューの共通項)

- 即時の入院を必要としない精神障害者に対して、継続的に提供される包括的な地域ケアのこと。
- 患者の精神症状のコントロールやリハビリテーション等、患者のニーズに応じて多職種連携アプローチ等によるサービスを提供。

Intensive case managementの効果

- システマティックレビューにより対象となった 研究数
及び対象参加者数

組入研究数: 40件(ランダム化比較試験)

研究参加人数合計: 7524人

※地域ケアを受けている精神障害者

- Intensive case management と標準ケアの比較(主要項目)

アウトカム項目	結果
入院日数	減少
ケアからの離脱	減少
社会機能全般	向上
自殺による死亡	同程度
就労・精神状態・生活の質	不明確

〔ICMの方法・内容〕

- ・ 患者1名につきケースマネジメント担当者1名を配置する
- ・ ケースマネジメント担当者は
 - 患者のニーズアセスメントとケア計画の作成
 - 患者のニーズに応じた多職種連携アプローチ等によるサービス調整
 - 患者と継続的にコンタクトをとる

〔結論〕

- Intensive case management(ICM)は標準的ケアと比較して、入院期間を減らし、ケアをより継続させる可能性がある。
- ICMは全体的に社会的機能を向上させたが、ICMの精神状態や生活の質への影響は不明。
- ICMの導入は、入院が多い地域において特に価値が高い。

(引用文献)

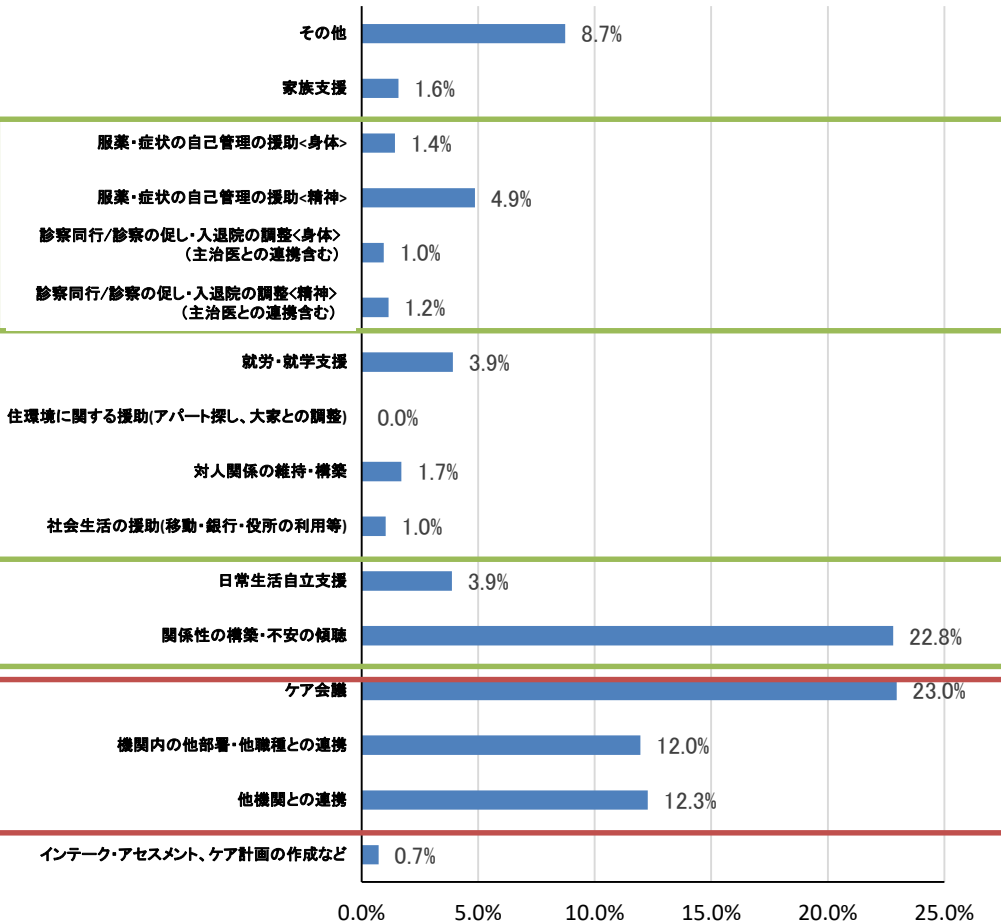
Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

精神科外来における包括的支援マネジメント

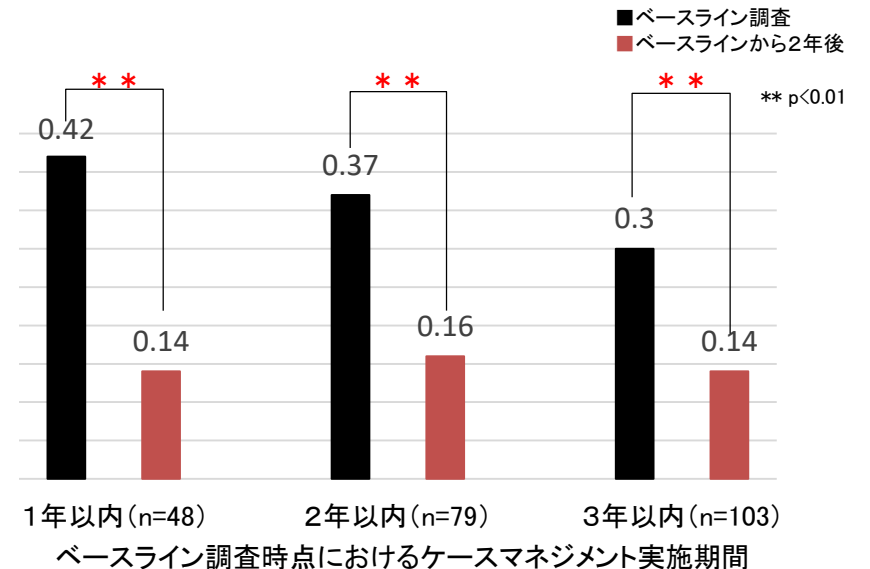
○ 外来における精神保健福祉士等による包括的支援マネジメントの導入により、平均入院回数の減少に寄与した。

○ 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で、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。



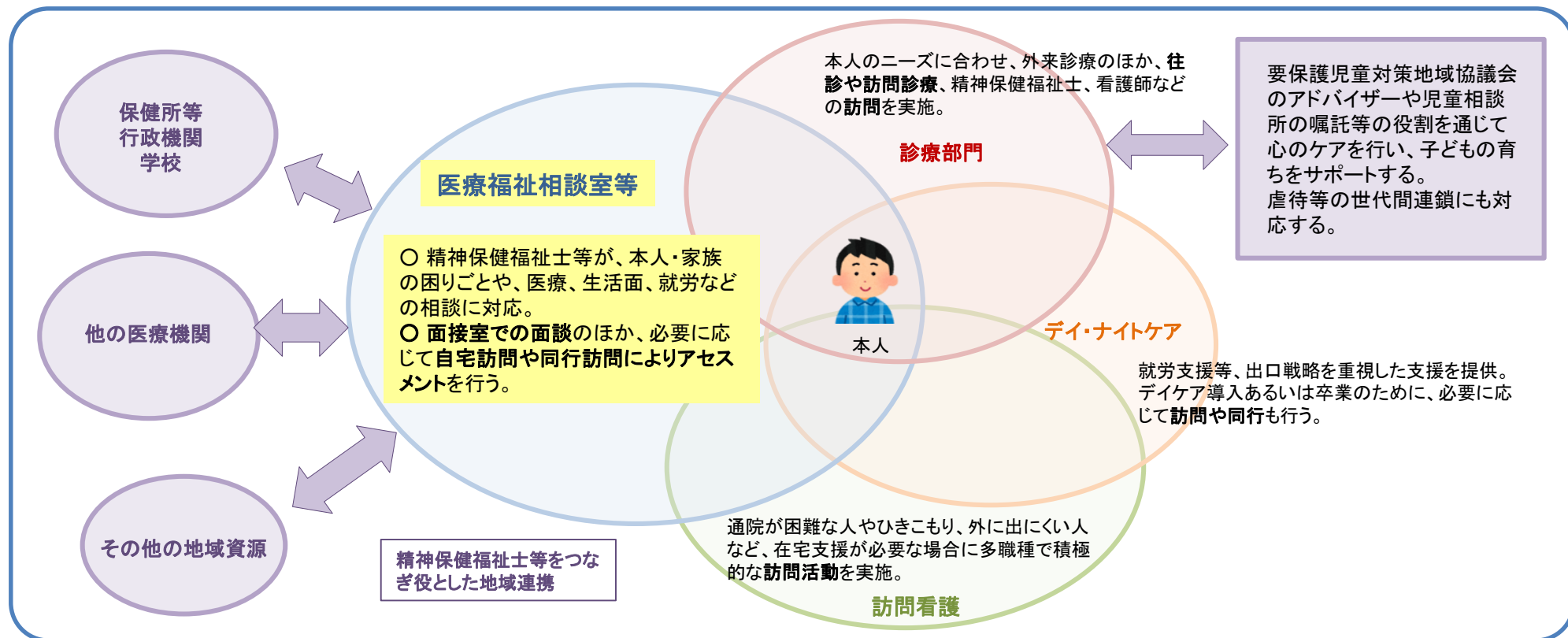
平均入院回数の変化



(※1) ベースラインは、各群の過去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、各群の入院回数を2で割った値

外来における包括的支援マネジメントの実践

- 外来に配置された精神保健福祉士等が包括的支援マネジメントを提供し、地域とのつなぎ役を担うことにより精神障害を有する方等の支援が充実する。



【外来における具体的な支援】

- 医療機関における相談窓口を明らかにし、ひきこもりをはじめとする、困難な事態にも声を上げられず、支援の届かない人たちの存在を認識し時間をかけた丁寧なかかわり、社会との関係の修復を行い、その人たちの主体的で希望のある生活に向けた支援を提供する。
- 通院が困難な人、ひきこもりなど、在宅での支援が必要な地域住民のために、医師や看護師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師などによるさまざまな訪問活動を実施し、本人のニーズに沿った医療・支援を提供する。

地域移行の推進についての課題（小括）

- ・ 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、外来における包括的支援マネジメントの提供が重要である。
- ・ 療養環境整備指導加算は退院時共同指導料を算定した入院を起点とした患者に限られているが、外来に配置された精神保健福祉士等が包括的支援マネジメントを提供し、地域とのつなぎ役を担うことにより精神障害を有する方等の支援が充実する。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について

2. 地域精神保健医療体制に係る評価について

2－1 地域移行の推進について

2－2 在宅患者支援について

2－3 通院・在宅精神療法について

3. 精神科個別事項について

4. 論点

訪問診療等のニーズがある者の状態像

- 現在の精神科在宅支援管理料における対象者は重症患者等に限定されている。
- ひきこもり事例の8割は精神障害の診断が可能であり、3割弱に発達障害の診断がついたという報告もある

平成30年度診療報酬改定資料
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より抜粋

集中的な支援を必要とする重症患者等

(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を受ける機
関にある措置入院後の患者

(2) 統合失調症、統合失調症型妄
想性障害若しくは妄想性障害、気分
(感情)障害又は重症認知症の状態
で、退院時又は算定時におけるGAF
尺度が40以下の者

ひきこもりの状態像

「統合失調症」や重度の「うつ病」といった
「精神病圏」まではいかないが、「ひきこもり」
の8割は社会不安障害、強迫性障害、発達
障害、人格障害等の精神障害を持ってい
る。

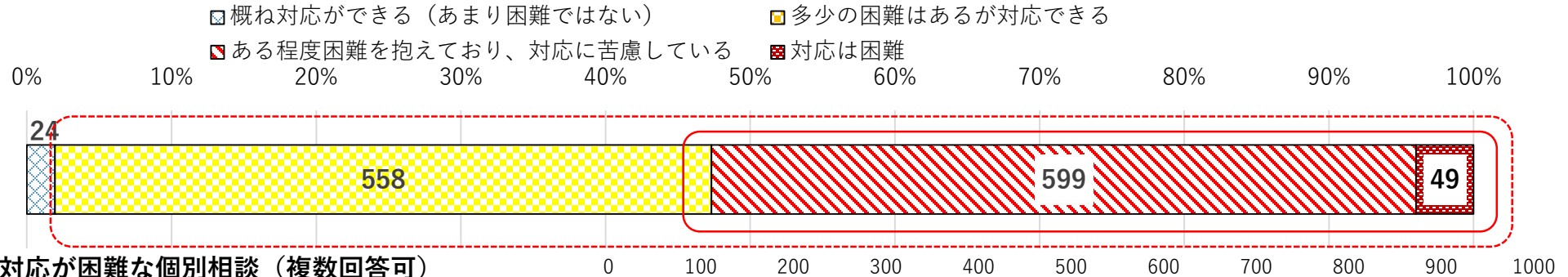
※2010年厚労省ひきこもり支援ガイドラインより

精神保健相談における困難さ

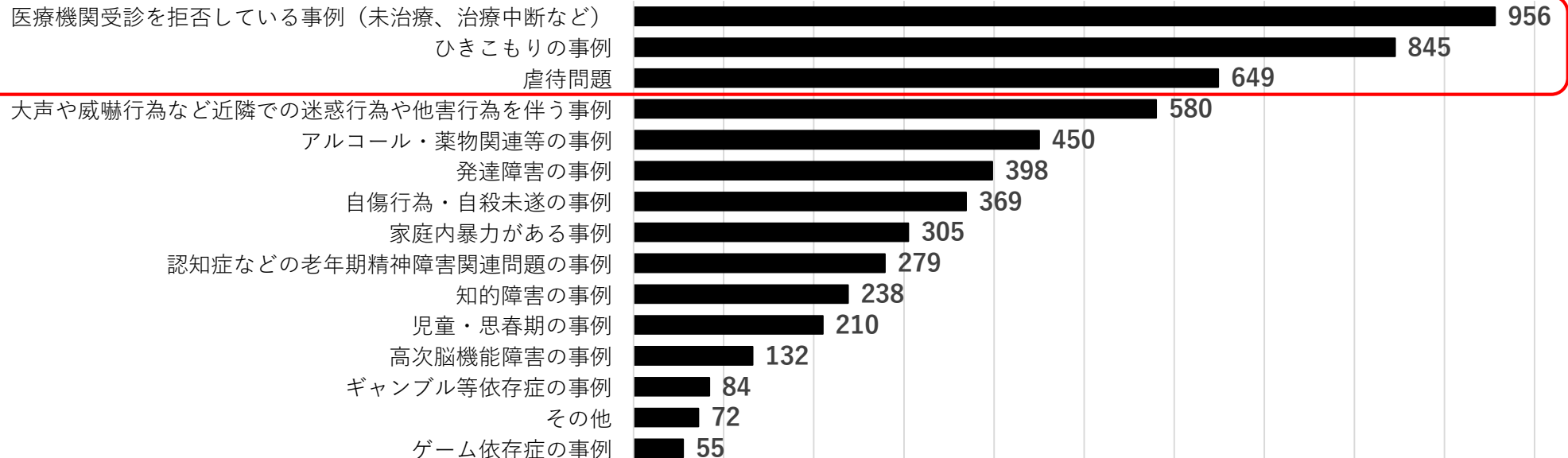
○ 市区町村における精神保健相談について何らかの困難さを認識している市区町村は98%にのぼっている。

第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料（一部改変）

精神保健相談における対応の困難さ



特に対応が困難な個別相談（複数回答可）



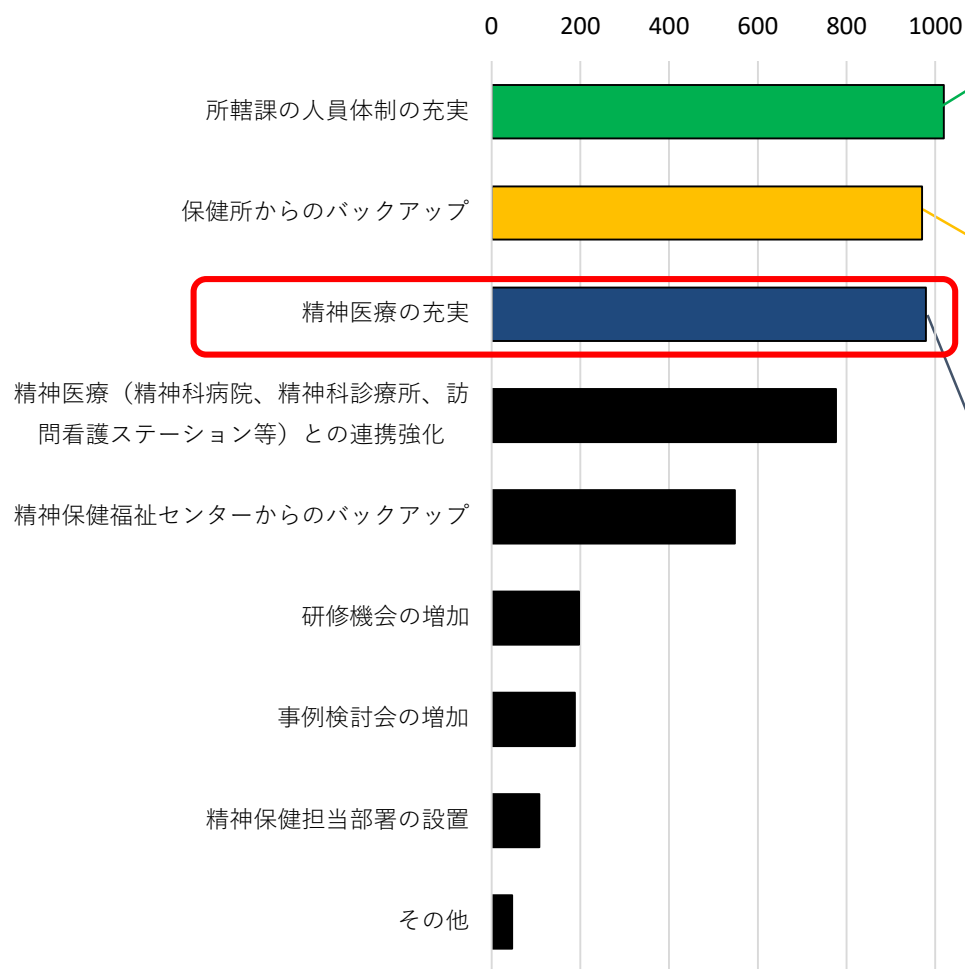
※ 特に対応が困難な個別相談については、「医療機関受診を拒否している事例（未治療、治療中断など）」、「ひきこもりの事例」、「虐待問題」の順で回答数が多かった。

精神保健相談における困難さの軽減策

- 市区町村における精神保健相談の困難さを軽減するための対策として「精神医療の充実」が求められている。
- なかでも、「精神科医による往診・訪問診療等」を望む声が多い。

第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料（一部改変）

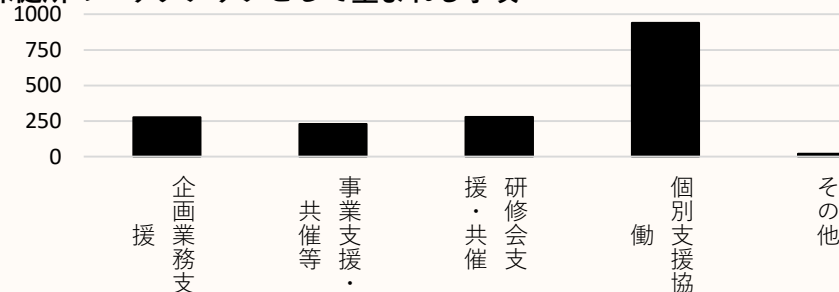
困難さを軽減するための対策（複数回答可）



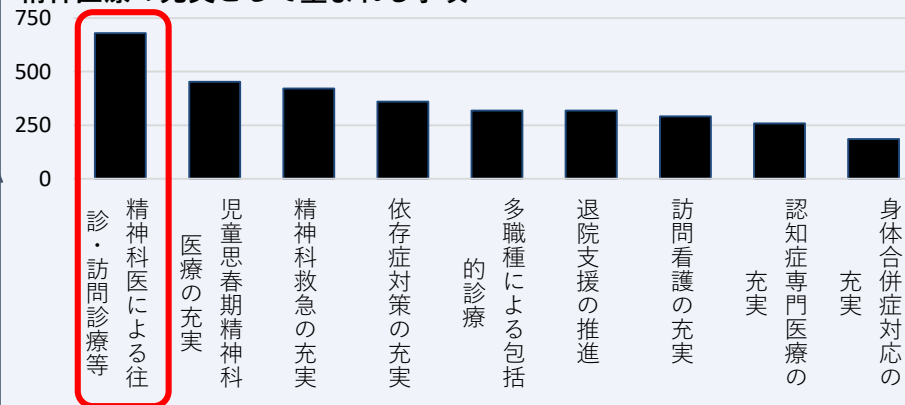
充実が望まれる人員体制（上位3職種等）

1 精神保健福祉相談員 2 精神保健福祉士 3 心理職

保健所のバックアップとして望まれる事項



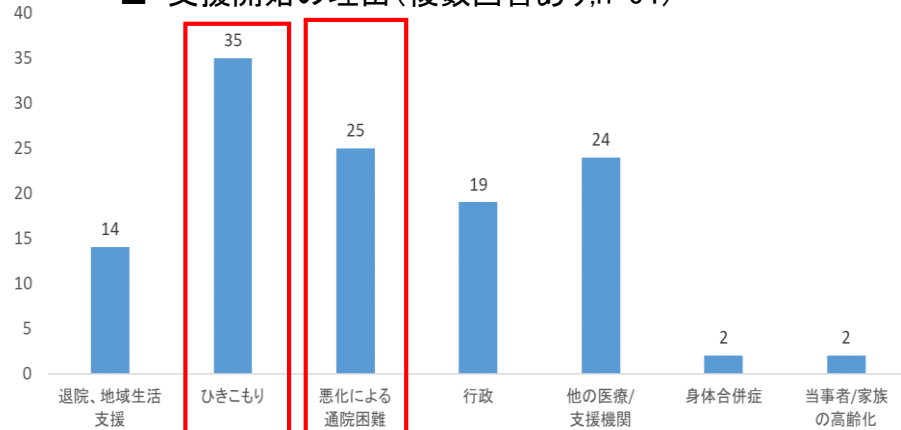
精神医療の充実として望まれる事項



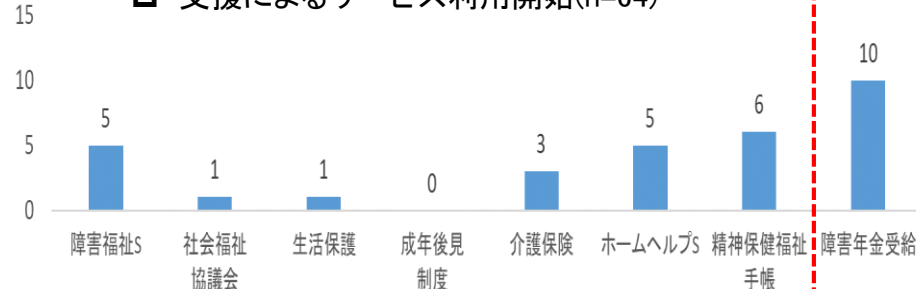
精神科における往診・訪問診療・訪問支援に関する実態調査

- 往診、訪問診療、訪問支援開始の理由は、ひきこもりや病状悪化による通院困難があり、医療機関の他、役所や地域包括支援センター基幹相談支援センター等からの紹介が一定数ある。
- 訪問によって利用が開始されたサービスの利用は障害年金受給が最多であり、医療を含めた包括的支援のニーズが大きい。

□ 支援開始の理由(複数回答あり;n=64)



□ 支援によるサービス利用開始(n=64)



□ 紹介元

(複数回答不可：主たる機関1つを選択；n=173)

他の医療機関（在宅支援診療所、精神科病院精神科、診療所他）	82
障害者総合支援法下の事業所（地域活動支援センター、就労継続支援A型、B型、生活訓練事業所他）	4
保健所	3
精神保健福祉センター	0
役所（生活保護、障害者支援、こども家庭支援担当部署）	20
基幹相談支援センター等	19
児童相談所	0
学校	0
高齢者支援センター/地域包括支援センター	20
家族・本人	17
その他	7

(参考) GAF(機能の全体的評定)の概要

○ 「機能の全体的評定(GAF)尺度」とは、被評価者の全般的機能レベルについての臨床家の判断を記録するための指標であり、精神疾患に対する治療の計画を立て、治療の効果を評価し、また転帰を予測するなどの目的で活用される。

○ GAF尺度は、心理的、社会的及び職業的機能について点数を付ける。

※ 身体的(又は環境的)制約による機能の障害を含めない。

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)。すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的、または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:一時的に学業に遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)。または社会的、職業的、または学校の機能にいくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もある。
60-51	中程度の症状(例:感情が平板で、会話がまわりくどい、時にパニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中程度の困難(例:友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50-41	重大な症状(例:自殺念慮、強迫的儀式が重症、しよっちゅう万引する)、または社会的、職業的、または学校の機能におけるなんらかの深刻な障害(例:友達がいない、仕事が続かない)
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥(例:会話は時々非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)。または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子供がしばしば年下の子供をなぐり、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。またはコミュニケーションか判断に重要な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例:1日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるが(例:死をはっきりと予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便をぬりたくる)、またはコミュニケーションに重大な欠陥(例:大部分滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者を傷つける危険が続いている(例:暴力の繰り返し)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為
0	情報不十分

➤ GAFは、被評価者の全般的機能レベルを最もよく反映する、0～100の値により評価する。

➤ GAF尺度の10点ごとの各範囲(左記)の記述は、症状の重症度に関するものと、機能に関するものの2つの部分から成り、得点を決定する際には、2つのうちのどちらか悪い方に最もよく適合する範囲を選択する。

➤ 選択された10点ごとの範囲の中で1つのGAF得点を決めるために、被評価者の機能がその10点の範囲のどの値に該当するかを評価する。

参考:DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き

精神科在宅患者に対する適切な支援の評価

精神科在宅患者支援管理料の見直し ①

➤ 精神疾患の患者に対して多職種が実施する計画的な訪問診療及び訪問看護を評価する精神科在宅患者支援管理料について、現行の管理料「1」又は「2」に引き続き訪問診療を行う場合の評価として、「3」を新設する。

現行			
		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

改定後			
		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
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
（新）管理料3			
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合		2,030点	1,248点

（新）精神科在宅患者支援管理料3（月1回）

イ 単一建物診療患者1人	2,030点
ロ 単一建物診療患者2人以上	1,248点

[算定要件]

精神科在宅患者支援管理料「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。

ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者

イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者

[施設基準] 精神科在宅支援管理料「1」又は「2」を届け出ている保険医療機関であること。

（※ 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準）

イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。

ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。

➤ 精神科在宅患者支援管理料「1」の「ハ」については、廃止する。

[経過措置] 令和2年3月31日時点で、現に「1」の「ハ」を算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定出来る。

在宅患者支援についての課題（小括）

- ・ 現在の精神科在宅患者支援管理料の対象者は、退院後の患者や特定の精神疾患で重症度の高い者に限られている。
- ・ 市区町村における精神保健相談については、未治療・治療中断やひきこもりの事例等への対応が困難との認識がある。
- ・ 困難さの軽減策として精神医療の充実が求められており、なかでも精神科医による往診・訪問診療を望む声が多い。
- ・ 在宅において継続的な精神医療の提供が必要である者に対し、訪問診療等の提供体制が十分でない実情がある。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について

2. 地域精神保健医療体制に係る評価について

2－1 地域移行の推進について

2－2 在宅患者支援について

2－3 通院・在宅精神療法について

3. 精神科個別事項について

4. 論点

精神保健指定医とは

- 精神保健指定医制度は昭和62年の精神衛生法改正（精神保健法の成立）により、創設された。
- 精神科医療においては、本人の意思によらない入院や、一定の行動制限を行う事があるため、これらの業務を行う医師は、患者の人権にも十分に配慮した医療を行うに必要な資質を備えている必要がある。そのため、一定の精神科実務経験を有し、法律等に関する研修を終了した医師のうちから、厚生労働大臣が「精神保健指定医」を指定し、これらの業務を行わせることとしたものである。

【精神保健指定医 精神保健福祉法（以下「法」という。）第18条】

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

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

精神保健指定医について

- 患者本人が病識を欠き、入院の同意が得られない状況において、治療のため、入院の必要性を判定する等、最新の臨床精神医学に基づき、人権に配慮して法令を遵守し行う必要があるものが含まれる。
- これらの職務を行うには、精神症状の適切な評価、法制度の理解を含む豊富な知識と経験が求められる。

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」における精神保健指定医の職務

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

精神保健指定医とは

- 精神保健指定医の資格の資質確保等の観点から、経験すべき症例や研修等の要件が定められており、要件の見直しが行われている。

平成29年2月8日 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(概要より抜粋)

- 研修内容について、現行の座学中心による受動的な研修から、グループワーク等の能動的な研修へと見直しを検討。
- 指定医としての業務を適切に行うことができるように、経験すべき症例要件の見直しを検討。
- 指定医としての実務の経験(指定医業務、精神医療審査会や精神科救急等への参画など)の更新要件への追加を検討。
- 指導医の役割及び一定の要件について、法令上の位置づけを明確化することが適当。
- ケースレポートの記載内容を実践的に確認する観点から、口頭試問を導入することを検討。
- 指定医の取消処分等を受けた医師の再指定を認める場合における再教育研修に関する制度を導入することを検討。

精神保健指定医の資格の資質確保等の観点から、令和元年7月1日以降の申請から適用となった見直し

- ・ケースレポートの審査に加えて**口頭試問**を実施
- ・申請時に提出するレポート(※)について、3年以上の精神科実務経験期間中の**偏りない症例経験**を求める
- ・症例経験やレポート作成を指導する**指導医の要件**の見直し 等

※担当した精神科入院患者のケースレポート(5分野5症例)を提出し、その内容について書面審査を受ける。

第1症例:「症状性を含む器質性精神障害」(F0)

第2症例:「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」(F1)(依存症に係るものに限る。)

第3症例:「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」(F2)

第4症例:「気分(感情)障害」(F3)

第5症例:「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」(F4)、「生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」(F5)、「成人の人格及び行動の障害」(F6)、「知的障害(精神遅滞)」(F7)、「心理的発達の障害」(F8)又は「小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」(F90-98)のいずれか

(疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回改定版(ICD10)における「精神および行動の障害」の規定に基づく)

精神保健指定医の研修

- 精神保健指定医は、適正かつ十分な精神科医療の知識と患者の人権に対する配慮を十分に備えていることが求められる。
- このため、精神保健指定医は、新規申請に当たり、法令に基づき実施される研修(新規研修)を申請前1年以内に修了している必要がある。また、指定後も5年に1度、同様の研修(更新研修)の受講が義務づけられている。

(研修課程)

科目	講師(教授する者)	新規研修の 時間数	更新研修の 時間数
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律並びに精神保健福祉行政概論	この法律及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律並びに精神保健福祉行政に関し学識経験を有する者であること。	8時間	3時間
精神障害者の医療に関する法令及び実務	精神障害者の医療に関し学識経験を有する者として精神医療審査会の委員に任命されている者若しくはその職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者であること。		
精神障害者の人権に関する法律	法律に関し学識経験を有する者として精神医療審査会の委員に任命されている者若しくはその職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者であること。		
精神医学	学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において精神医学の教授若しくは准教授の職にある者若しくはこれらの職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者であること。	4時間	—
精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉	精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉に関し学識経験を有する者であること。	2時間	1時間
精神障害者の医療に関する事例研究	次に掲げる者が共同して教授すること。 一 指定医として10年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する者 二 法律に関し学識経験を有する者として精神医療審査会の委員に任命されている者若しくはその職にあつた者又はこれらの者と同等以上の学識経験を有する者 三 この法律及び精神保健福祉行政に関し学識経験を有する者	4時間	3時間

※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律別表を基に作成

通院・在宅精神療法の概要

- 現在の通院・在宅精神療法の評価は以下のとおり。

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

2 在宅精神療法

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

通院・在宅精神療法についての課題（小括）

- ・ 精神保健指定医の職務を行うには、精神症状の適切な評価、法制度の理解を含む豊富な知識と経験が求められる。
- ・ 精神保健指定医制度の見直し以降、資格の不正取得の防止と資質確保の観点から、厳正な評価が行われている。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
 - 3－1 依存症診療について
 - 3－2 児童・思春期精神医療について
 - 3－3 認知症について
4. 論点

依存症について

○ 依存症は誰でもなり得る、器質的な変化をもたらす精神疾患であり、現時点では、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症の3依存が該当している。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年5月1日法律123号)

第5条(定義)この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその**依存症**、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

※現時点ではICD-10に定められている**3つの依存症(アルコール、薬物、ギャンブル)**が該当。

※令和元年5月にWHO総会の本会議で、ICD-11が正式決定

依存症は、ある物質や行為をしている人であれば、誰でもなり得る精神疾患
⇒適切な支援や治療により回復可能

人はなぜ依存症になるのか

・ 物質や行為に頼らないといられない心の状態⇒「生きづらさ」の解消のため

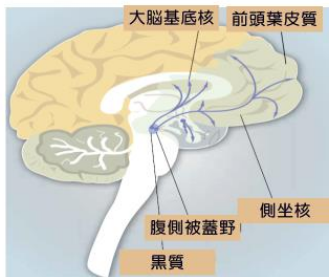
・ 依存の問題が重いほど陥りやすい心理状態¹⁾

1. 他者への不信任感
2. 拒絶されている感覚
3. 自分への信頼の低さ

- ・ 自己治療仮説²⁾
- ・ 信頼障害仮説³⁾

- 1) 長徹二: 平成27年度 厚生労働科研費報告書. 2016.
- 2) Khanzian JE et al: Understanding Addiction as Self Medication Finding Hope Behind Pain. 2008. [松本俊彦訳: 人はなぜ依存症になるのか 自己治療としてのアディクション]
- 3) 小林桜児: 信頼障害としてのアディクション. 2016.

脳内報酬系の図

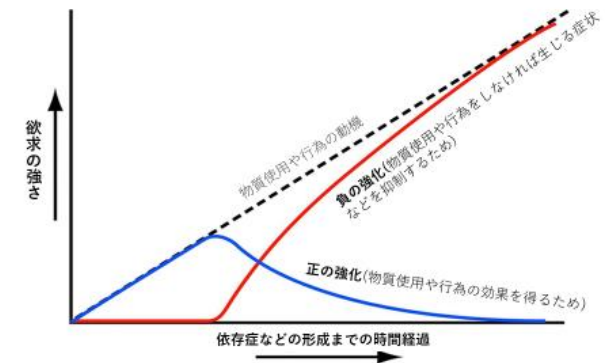


中脳皮質ドーパミン系 ≡ 快楽の源
National Institute of Drug Abuse (NIDA) HPより

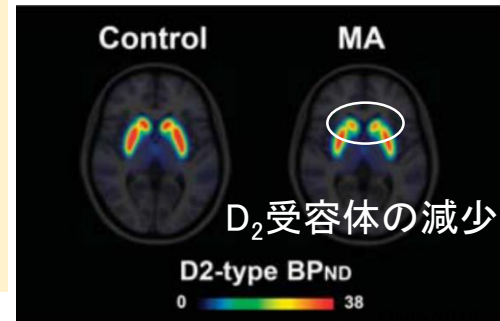
依存症の脳内変化仮説

- ・ 依存性物質が脳内でドーパミンを過剰放出 (Kishi2008)
- ・ 過剰なドーパミンによりD2受容体が減少 (Okita2018)
- ・ D2受容体減少により衝動性の高まりや、薬物希求傾向が強まる (Moellaer2018)

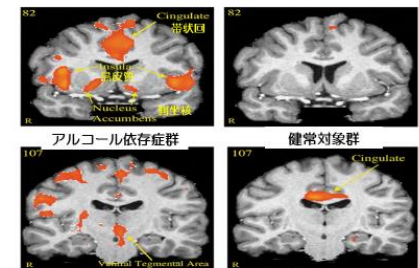
依存症の進行の模式図



1) Koob GF: Addiction is a Reward Deficit and Stress Suffer Disorder. Front Psychiatry. 4: 72. 2013.



視覚: ビールを見た時の脳の反応



Myrick H et al: Neuropsychopharmacology 2004

依存症について

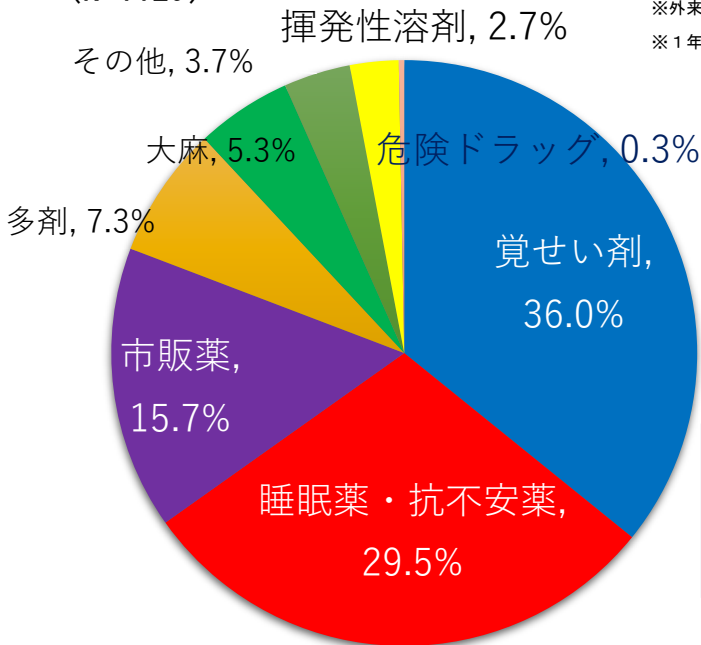
- 依存症の患者数は増加傾向にある。
- 全年齢層で処方薬、市販薬による問題の割合が増加傾向。特に、若年では市販薬、高齢者では処方薬が多い。

近年の依存症患者数の推移

		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
アルコール 依存症	外来患者数	92,054	94,217	95,579	102,148
	(入院患者数)	(25,548)	(25,654)	(25,606)	(27,802)
薬物依存症	外来患者数	6,636	6,321	6,458	10,746
	(入院患者数)	(1,689)	(1,437)	(1,431)	(2,416)
ギャンブル等依存症	外来患者数	2,019	2,652	2,929	3,499
	(入院患者数)	(205)	(243)	(261)	(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：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>

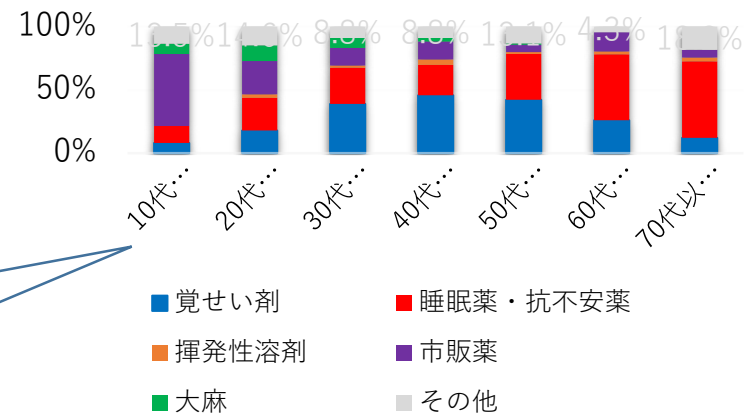
薬物依存症のうち
1年以内に使用あり症例主たる薬物
(N=1129)



全年齢層で
処方薬・市販薬に
よる問題の割合が
増加傾向

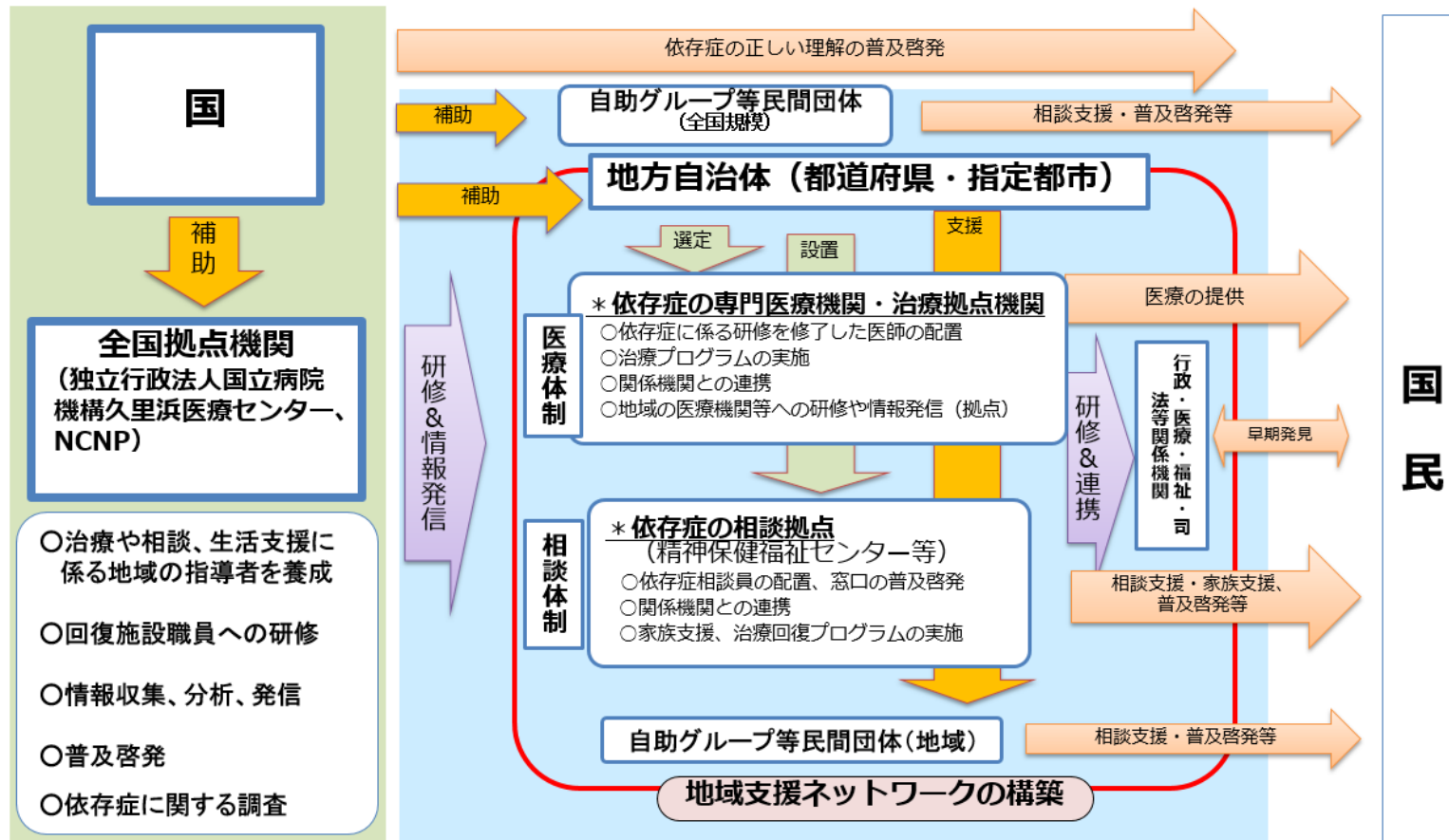
若年者の市販薬の過量
服薬による自殺企図が
増加

「1年以内に薬物使用あり」症例1129例における年代別「主たる薬物」の割合



依存症対策について（全体像）

- 依存症患者の支援には、相談・医療・自助グループ等が重要である。



依存症に関する診療報酬上の評価

- 薬物依存症・ギャンブル依存症は、外来における集団精神療法として、評価が設けられている。
- 入院においては、アルコール依存症のみ入院医療管理加算が評価されている。

	薬物・ギャンブル依存症		アルコール依存症
外来 集団療法	<div>I006-2 依存症集団療法(1回につき)</div> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬物依存症の場合 340点 2. ギャンブル依存症の場合 300点 <p>(主な算定要件) 別に定める、施設基準に適合している医療機関において、薬物依存症の患者若しくはギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、 1.治療開始日から起算して6月を限度として、週1回に限り 2.治療開始日から起算して3月を限度として、2週間に1回に限り算定する。</p> <p>算定状況： (令和2年 社会医療診療行為別統計)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 18件36回 2. コロナ禍の影響により研修未実施のため未算定 	入院 入院診療等加算	<div>A231-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算(1日につき)</div> <ol style="list-style-type: none"> 1. 30日以内 200点 2. 31日以上60日以内 100点 <p>(主な算定要件) 別に定める、施設基準に適合している医療機関に入院している、入院治療が必要なアルコール依存症の患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>算定状況： (令和2年 社会医療診療行為別統計)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1097件14853回、 2. 304件13148回

依存症の相談・医療体制の整備

- 相談・専門医療機関・治療拠点機関等の設置を推進し相談・医療体制整備を行っている。
- 薬物依存症の患者は増加傾向にあるが、薬物依存症の診療を行う医療機関及び専門医療機関数はやや頭打ち。

アルコール依存症及び薬物依存症
相談拠点・専門医療機関・拠点医療機関設置状況(R3.3月末時点)

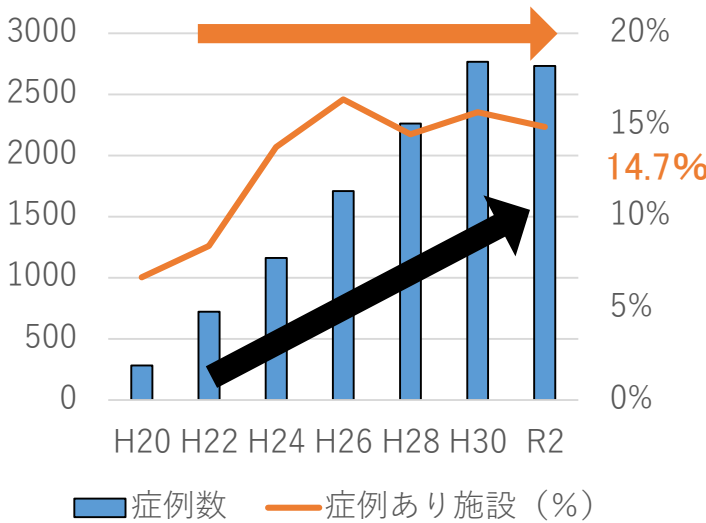
計	相談拠点	専門医療機関	拠点医療機関
アルコール依存症・薬物依存症	63	49	37
アルコール依存症のみ	5	11	9
薬物依存症のみ	0	0	0

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点	都道府県	相談拠点	医療機関	拠点	政令市	相談拠点	医療機関	拠点
北海道	○	○	○	京都府	○	○		札幌市	○	○	○
青森県	○	○		大阪府	○、	○	○	仙台市	○	○	○
岩手県	○			兵庫県	○	○	○	さいたま市	○	○	○
宮城県	○	○	○	奈良県	○	○		千葉市	○		
秋田県	○	○		和歌山県	○	○	○	横浜市	○	○	○
山形県	○	○		鳥取県	○	○	○	川崎市	○		
福島県	○	○		島根県	○	○	○	相模原市	○	○	○
茨城県	○	○	○	岡山県	○	○		新潟市	○	○	○
栃木県	○	○		広島県	○	○	○	静岡市	○		
群馬県	○			山口県	○	○	○	浜松市			
埼玉県	○	○	○	徳島県	○	○	○	名古屋市	○	○	○
千葉県	○	○	○	香川県	○	○	○	京都市	○	○	
東京都	○			愛媛県	○	○	○	大阪市	○	○	○
神奈川県	○	○	○	高知県	○	○		堺市	○	○	○
新潟県	○	○	○	福岡県	○	○	○	神戸市	○	○	○
富山県	○	○	○	佐賀県	○	○	○	岡山市	○	○	○
石川県	○	○	○	長崎県	○	○		広島市	○	○	○
福井県	○	○		熊本県	○	○	○	北九州市	○	○	
山梨県	○	○	○	大分県	○	○	○	福岡市	○	○	○
長野県	○	○	○	宮崎県	○	○	○	熊本市	○	○	
岐阜県	○	○	○	鹿児島県	○	○	○				
静岡県	○	○	○	沖縄県	○	○					
愛知県	○	○	○								
三重県	○	○	○								
滋賀県	○	○	○								

※アルコール健康障害・薬物依存症ともに設置○
※アルコール健康障害のみ○
※薬物依存症のみ●

計	相談拠点	医療機関	拠点
アルコール・薬物設置	62	49	37
アルコールのみ設置	5	11	9
薬物のみ設置	0	0	0

薬物依存症の症例数と医療機関数の状況



※R2は全国の子精神科病床を有する医療施設1,558施設に
対する調査結果(回答1,217施設)

薬物依存症の患者数は増加しているものの、
診療する医療機関の増加は緩徐な状況

薬物依存症に係る入院治療プログラムについて

- 薬物依存症に対する入院中から実施する効果のある治療プログラムが開発されている。
- FARPPによる介入によりうつ病評価尺度の点数が有意に改善した。



FARPP(First aid relapse prevention program)

薬物依存症に対する認知行動療法の考え方をういたSMARPP (Serigaya methamphetamine relapse prevention program)をベースに4セッションの簡易版SMARPPとして開発。

1か月間程度の入院期間中に週1回、多職種によりグループ療法ないしは個人療法として実施されることを想定。

FARPP介入前後で尺度得点を比較した研究

N=23 NCNPで入院治療を受けた物質使用患者

Primary outcome: BDIの変化

Secondary outcome: SOCRATES-8Dの変化

FARPPによる介入前後の尺度得点変化

		介入前	介入後	t	p 値
BDI得点		27.30	21.52	2.356	0.028
SOCRATES-8D	総得点	71.26	72.52	0.563	0.579
	病識	27.91	27.43	0.407	0.688
	迷い	14.74	14.39	0.477	0.638
	実行	28.57	30.87	2.004	0.058

BDI: Beck Depression Inventory うつ病の精神症状評価尺度

SOCRATES-8D: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence

平成30年度厚労科研、精神科救急及び急性期医療における薬物乱用及び依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究、松本俊彦 (NCNP)

介入後に
BDI得点は**有意に低下**

SOCRATES-8D

[実行]は**上昇する傾向**
総得点, [病識][迷い]有意差なし

【参考】SMARPP

せりがやメタンフェタミン再乱用防止プログラム

- ・SMARPPとは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラム「マトリックス・モデル」を参考に作成された、薬物依存症に対する標準化された集団認知行動療法プログラムの一つである。
- ・SMARPPは予め定められたワークブック及びマニュアルを用いて、他の参加者との意見交換を通じ、薬物等に対する偏った知識や考えを見直し改善することや、薬物等の使用に替わるストレス克服等の手段を見つけることを支援するものである。

SMARPPの構造

- ・週1回90分程度、参加者数人から20人程度のグループセッションとして実施する。1クール24回。
- ・毎回、セッション開始前に、参加者はカレンダーに1週間の薬物使用状況を示すシールを貼る。セッション終了後には簡易薬物検査キットで覚せい剤反応を確認する。
- ・参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施

アルコール依存症への介入

- 重度アルコール依存症の治療については施設基準に定められた研修を受講している。
- 久里浜医療センターで開発されたGTMAKを参考に各施設の実情に合わせた治療が実施されている。

重度アルコール依存症入院管理加算 施設基準

- 1) 精神科を標榜する保険医療機関であること
- 2) 常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること
- 3) アルコール依存症に係る適切な研修を終了した医師1名以上、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師について1名以上

医師コース

1. アルコール精神医学
2. アルコールの公衆衛生学
3. アルコール依存症と家族
4. 再飲酒防止プログラム
5. アルコール関連問題の予防
6. アルコール内科学及び生化学
7. 病棟実習

を含む20時間以上の研修

看護師コース

1. アルコール依存症の概念と治療
2. アルコール依存症の心理
3. アルコール依存症の看護・事例検討
4. アルコール依存症と家族
5. アルコールの内科学
6. 病棟実習

を含む25時間以上の研修

精神保健福祉士・公認心理師等コース

1. アルコール依存症の概念と治療
2. アルコール依存症のインテーク面接
3. アルコール依存症と家族
4. アルコールの内科学
5. アルコール依存症のケースワーク・事例検討
6. 病棟実習

を含む25時間以上の研修



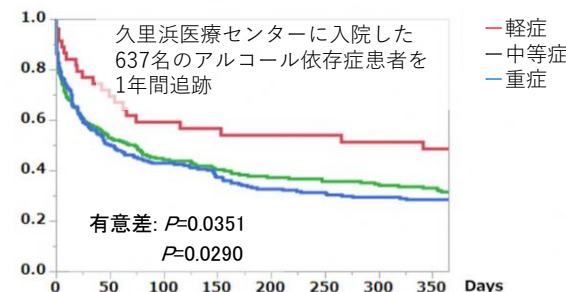
GTMAK : Group Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive-therapy, Kurihama version

基礎編（5回）：アルコール依存症の治療の動機付け

実践編（4回）；再飲酒の予測防止、具体的な対処方法、飲酒へのプレッシャーへの対処、再飲酒時の対処等、様々な対処方法を学ぶ

社会生活編（3回）：ストレスに気付き減らす方法、退院後の生活に予定を立てる等

アルコール依存症の重症度と退院後の断酒率の推移



上記研修終了者が、GTMAKを参考に、各施設の実情に合わせてプログラムを作成し治療を実施

ギャンブル依存症に対する標準的治療プログラム

- ギャンブル依存症に対する外来での集団療法として効果のある治療プログラムが開発されている。
- 標準的治療プログラムによる介入により断ギャンブルの継続率、ギャンブルの頻度、使用した金額の頻度が有意に改善した。

対象者 ギャンブルに対する行動依存の状態にある者

実施者 医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師

標準的治療プログラムの構造

- 2週に1回、60分以上、参加者数人から10人程度のグループセッションとして実施する。計6回。
 - 参加者はワークブックに出てくる「クエスチョン」に対して自分なりの答えを書き込み発表する。
- ※ プログラム実施者はファシリテーション及び板書等を実施



標準的治療プログラムの効果

第1回 あなたにとってのギャンブルとは？

第2回 ギャンブルの「引き金」について

第3回 引き金への対処とギャンブルへの渴望

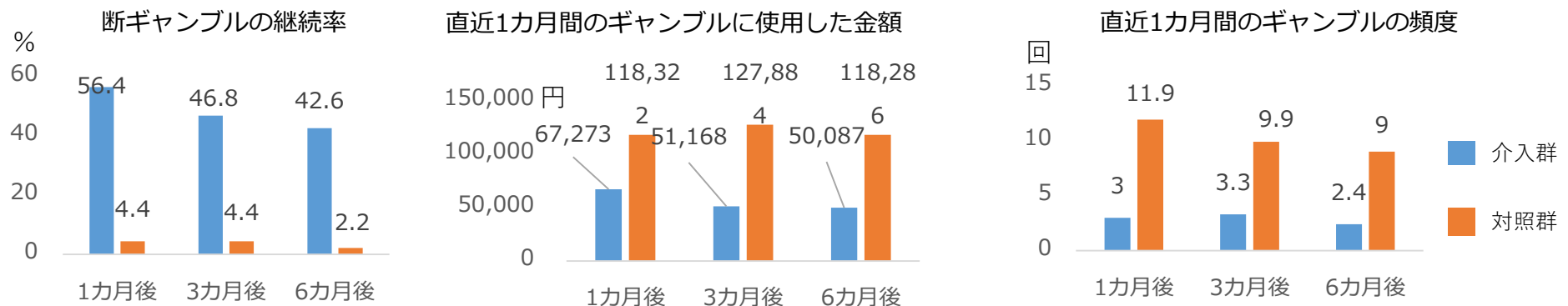
第4回 生活の再建・代替行動
(ギャンブルの代わりにする行動)

第5回 考え方のクセ

第6回 まとめ

【参考1】標準的治療プログラムのトピック

DSM-5でギャンブル障害の者 187名を対象に
標準的治療プログラム実施群vs対照群のRCT実施



依存症診療についての課題（小括）

- ・ アルコール依存症・薬物依存症共に患者数は増加傾向にあるが、特に、薬物依存症の診療を行う医療機関数は増えていない。
- ・ 外来治療では薬物依存症・ギャンブル依存症に対する集団精神療法が評価されており、入院治療ではアルコール依存症の入院医療のみが評価されている。
- ・ 近年、効果のあるプログラムが開発され、実践されている。

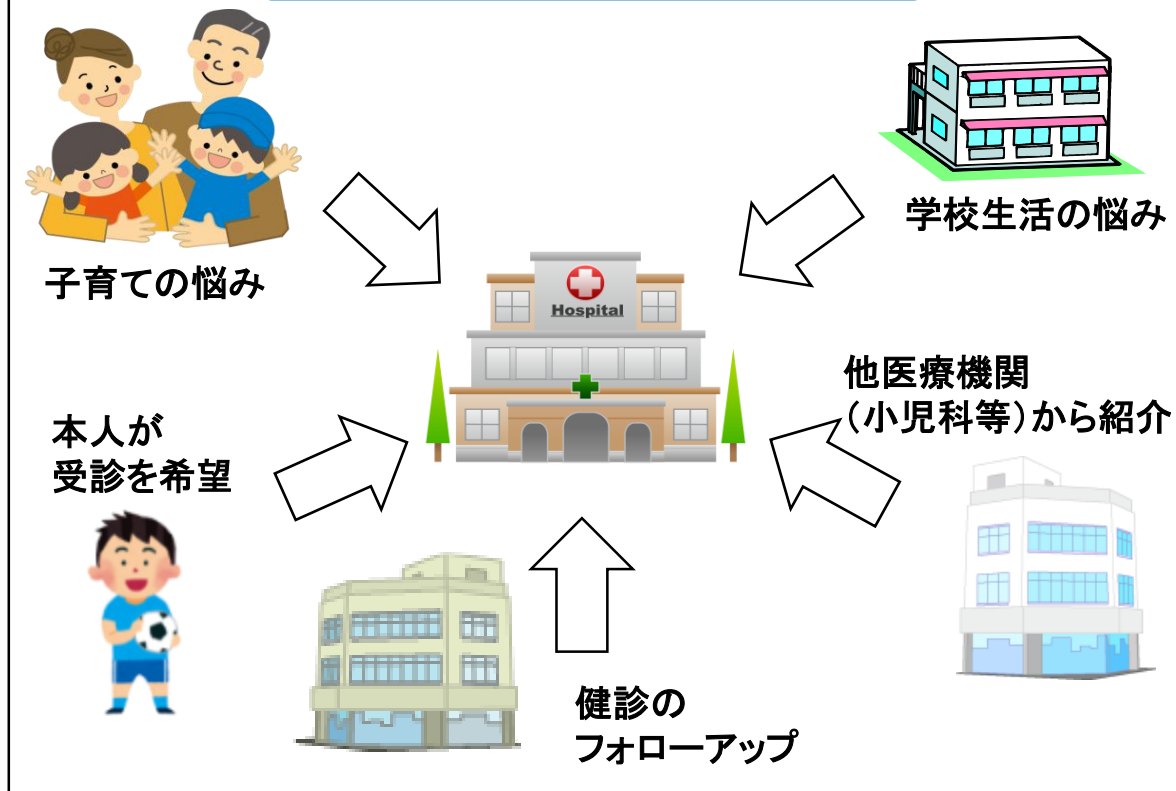
精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
 - 3－1 依存症診療について
 - 3－2 児童・思春期精神医療について
 - 3－3 認知症について
4. 論点

児童・思春期精神医療について

- 児童・思春期精神医療は、主に20歳未満のこころの問題を対象としている。
- 発達障害やうつ病等の精神疾患以外に、「不登校」「3歳になっても話さない」等の理由で受診する場合もある。
- 学校や児童相談所など、他機関との連携が求められ、実践されていることが多い。

受診契機（きっかけ）の例

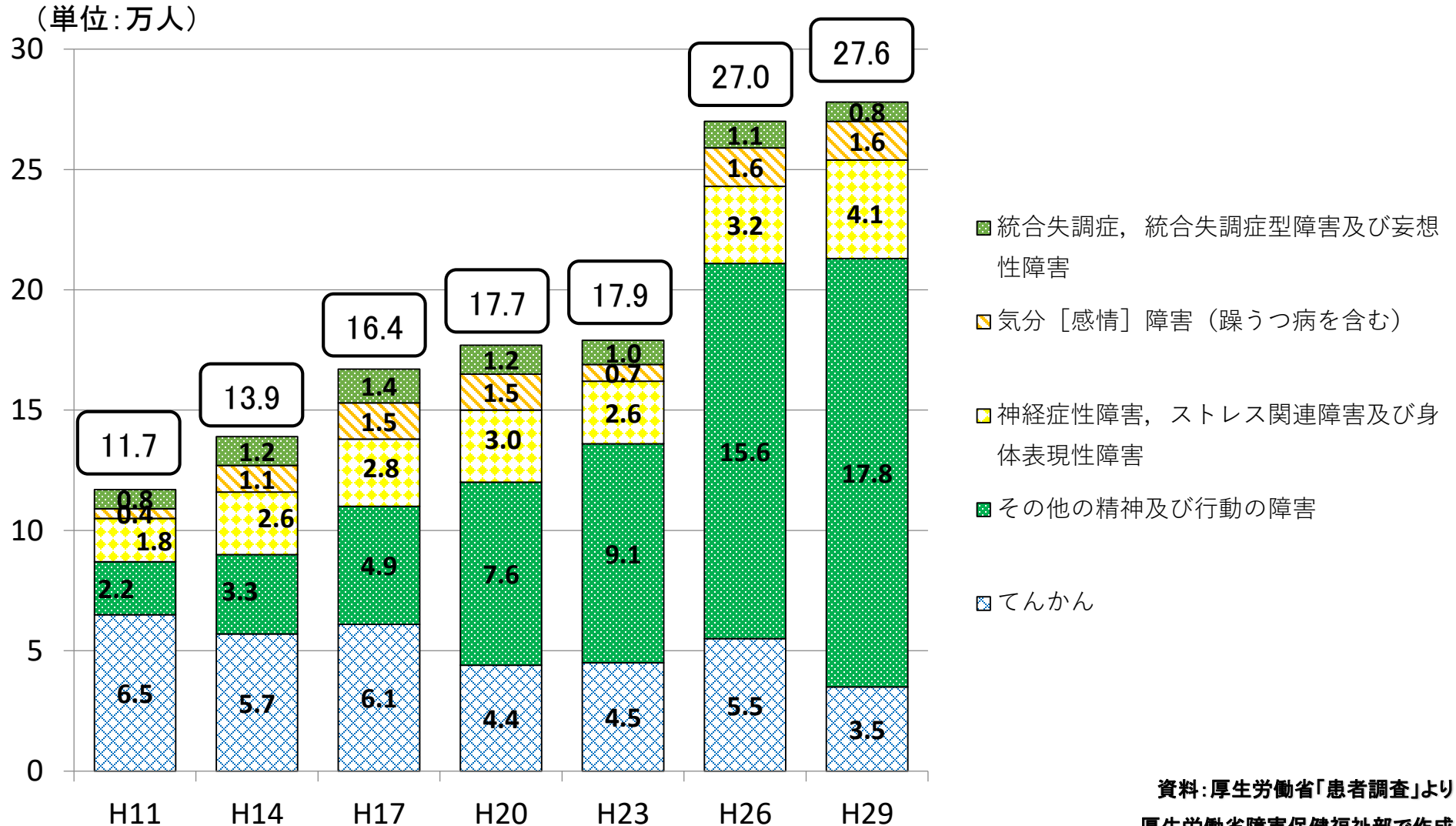


主な疾患名／受診理由

- ・発達障害
- ・知的障害
- ・うつ病／不安障害
- ・心身症
- ・統合失調症
- ・ゲーム・ネット関連の問題
- ・不登校
- ・被虐待
- ・摂食障害
- 等

20歳未満の精神疾患総患者数(疾病別内訳)

○ 平成29年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は27.6万人であり、平成11年の総患者数の11.7万人から増加傾向にある。

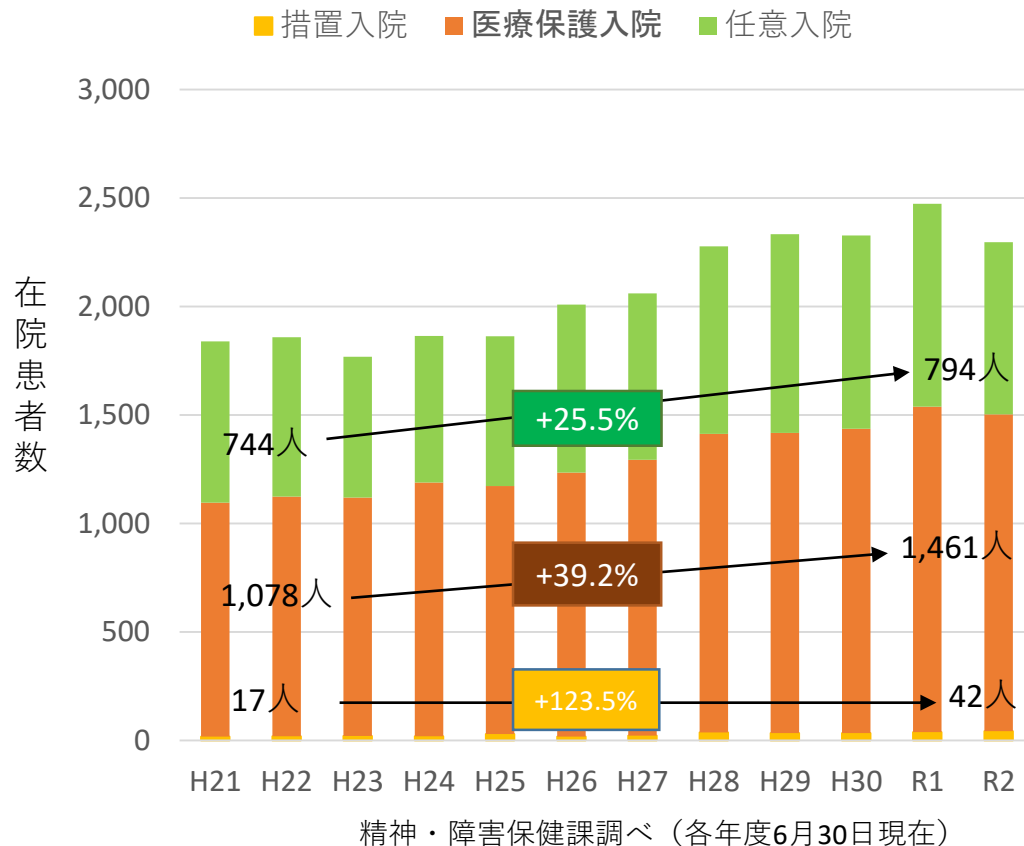


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

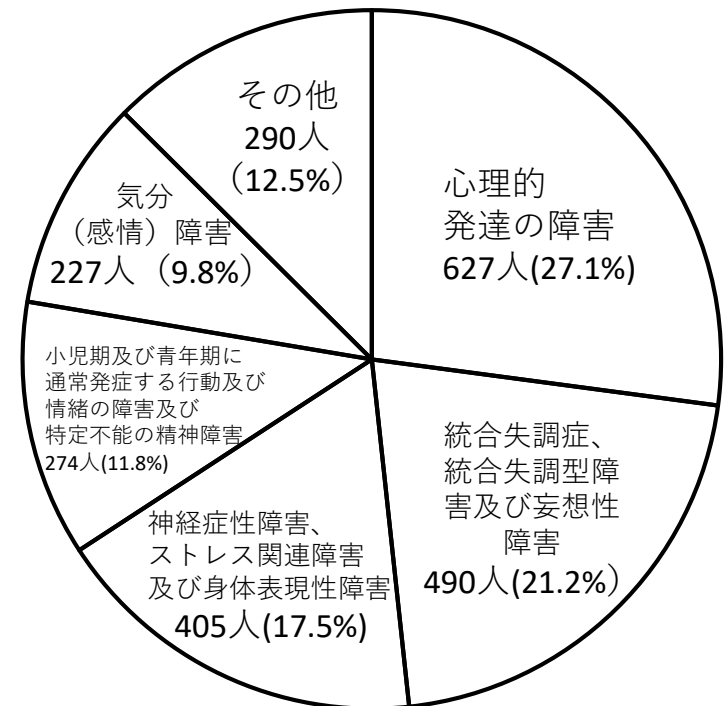
資料: 厚生労働省「患者調査」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

20歳未満の精神疾患在院患者数(入院形態別／疾患分類別)

○ 20歳未満の精神疾患在院患者(調査日時点で精神病床に入院していた患者)においては、心理的発達の障害(発達障害等)、統合失調症、神経症性障害など、疾患分類が多様である。



令和2年6月30日時点の
20歳未満の精神科在院患者数
(疾患分類別)



※成人の精神科在院患者では、統合失調症と認知症等の2つの疾患群が在院患者の7割以上を占める

精神疾患等を有する児童・思春期の患者に対する 外来診療に係る診療報酬上の評価

※赤字は平成26年度改定以降の見直し

B001-4 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又は公認心理師が、18歳未満の心理的発達の障害等の患者に対して、療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する

【直近の改定における対応】

- ・心療内科を標榜する医療機関においても算定可能となるよう見直し(平成30年度)
- ・対象患者を15歳未満から18歳未満に見直し(平成30年度)
- ・公認心理師が実施する場合の評価を新設(令和2年度)

I 002 通院・在宅精神療法 20歳未満加算

〔主な算定要件〕

20歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師が、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

【直近の改定における対応】

- ・必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、評価を充実(平成26年度)

I 002 児童思春期精神科専門管理加算

〔主な算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、精神科を担当する医師が、16歳未満の患者に対して、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

【直近の改定における対応】

- ・専門的な精神医療を提供している保険医療機関や特定機能病院が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の評価を新設(平成28年度)

児童思春期専門管理加算の概要

1002 通院・在宅精神療法 注4 児童思春期専門管理加算

イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合 500点（最初の受診日から2年以内に限る。）

ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合

1, 200点（最初の受診日から3ヶ月以内に1回に限り算定。）

[算定要件]

特定機能病院若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、区分に従い、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。

[施設基準]（抜粋）

- (1) 精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (2) (1)の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。
- (3) 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は公認心理師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (5) 診療所である保険医療機関の場合は、(1)から(4)までに加え、当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

(※)施設基準に適合しない保険医療機関において、20歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合は、最初に受診した日から1年以内に限り、350点を加算できるとされている。

届出医療機関:121施設(令和2年7月1日保険局医療課調べ)

算定状況:16歳未満の患者に実施した場合

264,303件

20歳未満の患者の病状の評価等を60分以上実施した場合

14,985件

(平成31年4月～令和2年3月 NDBオープンデータ)

発達障害の診断に係る初診時の待機期間について

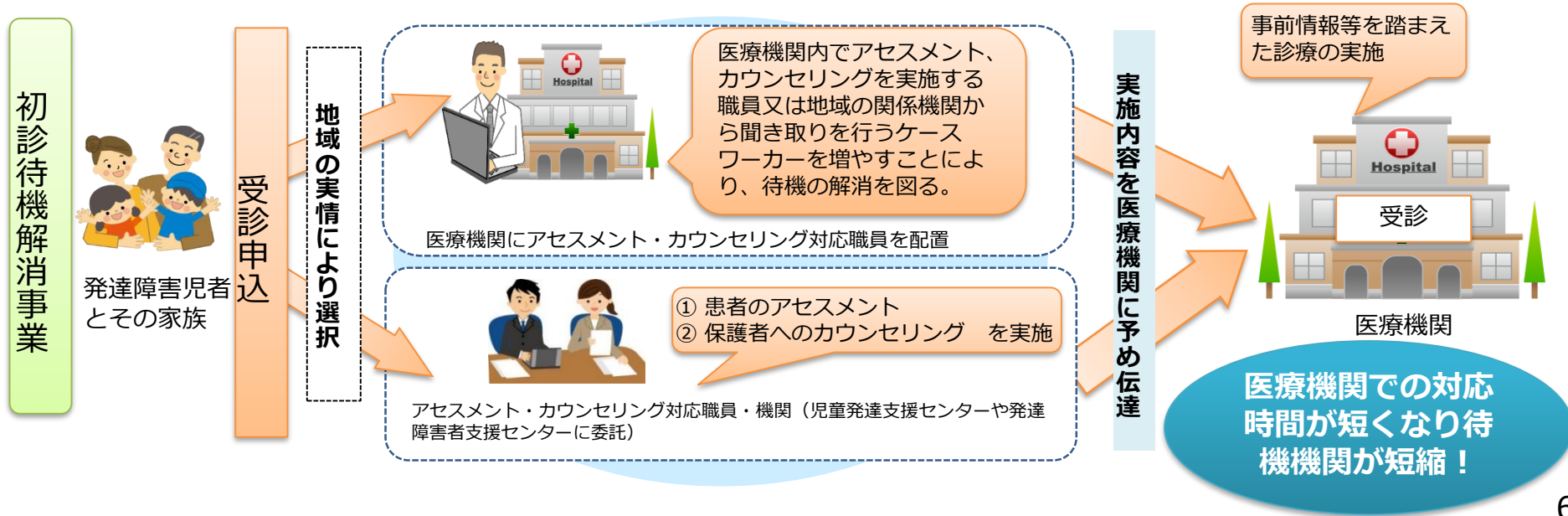
- 平成29年1月の総務省「発達障害者支援に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」では、発達障害の診断にかかる初診時の待機期間が長期化しているという指摘がなされている。
- 発達障害を有する患者の診療を実施している医療機関について、初診待機の早期解消が求められている。

【発達障害診断待機解消事業】

事業概要：地域における発達障害の診断待機を解消するため、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」及び「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を実施し、発達障害を早期に診断する体制を確保する。

実施主体：都道府県、指定都市（事業の一部について委託可）

令和3年度予算：92,909千円（82,187千円）



児童・思春期の精神医療に係る地域の連携体制構築について

- 児童・思春期の精神医療について、子どもと家族の心の問題に対して、地域の関係機関と連携し、包括的な支援が行われている。

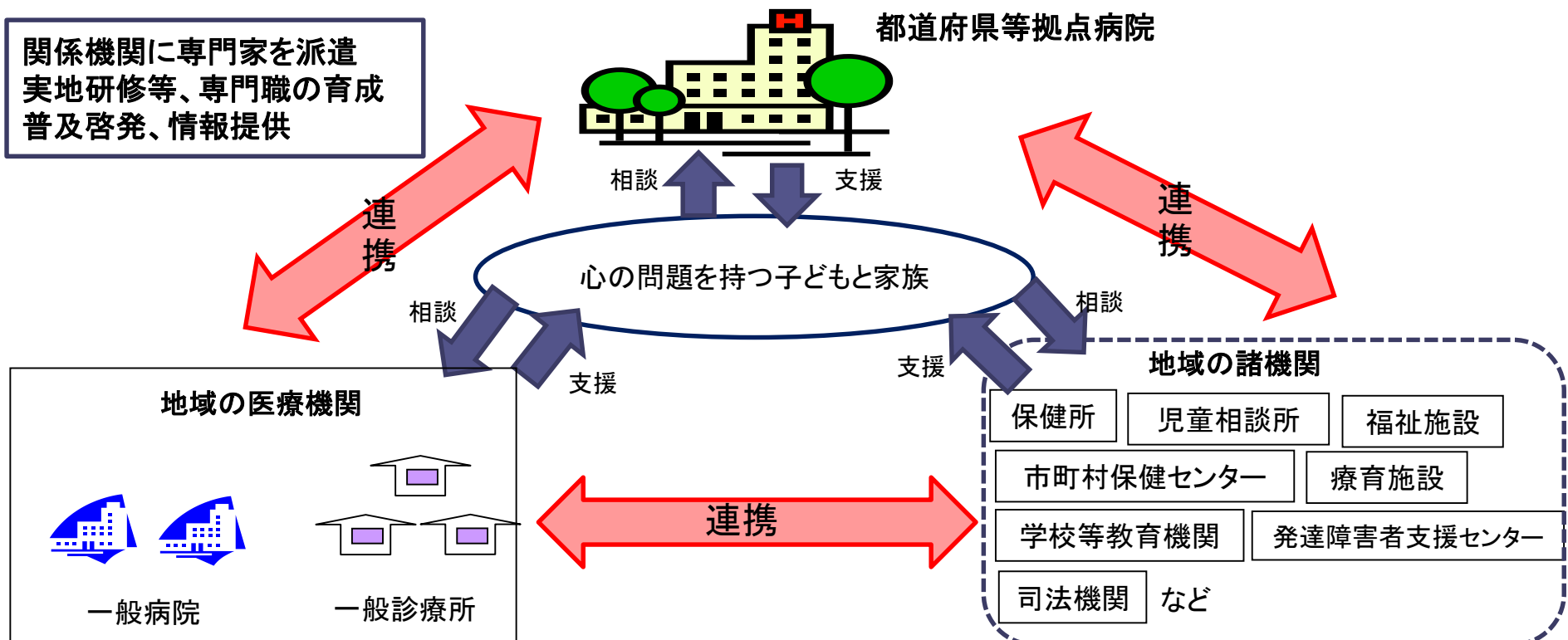
【子どもの心の診療ネットワーク事業】

事業概要：様々な子どもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、都道府県及び指定都市における拠点病院を中核とし、地域の諸機関と連携した支援体制の構築を図る。

実施主体：都道府県、指定都市（令和2年度の実施自治体数：21自治体）

令和3年度予算：1都道府県市1,458千円（月額）

関係機関に専門家を派遣
実地研修等、専門職の育成
普及啓発、情報提供



児童・思春期精神医療の専門医療機関における診療期間について

- 児童・思春期精神医療の専門医療機関におけるカルテ調査では、初診から2年以上継続して診療している患者は47%、5年以上については26%であった。
- 初診後2年以上の患者の約2割で、学校や児童相談所との連携が半年に1回以上行われていた。
- 初診後5年の時点でも、同様に受診患者の約2割に連携が行われていた。

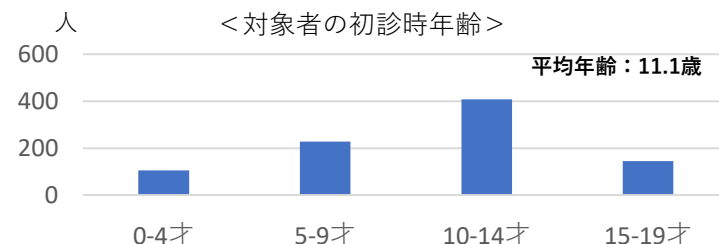
【調査概要】

調査方法：平成27年4月の全新規患者のカルテ情報より、半年ごと10期間に区切って、各期間の受診・連携の有無を5年間追跡調査

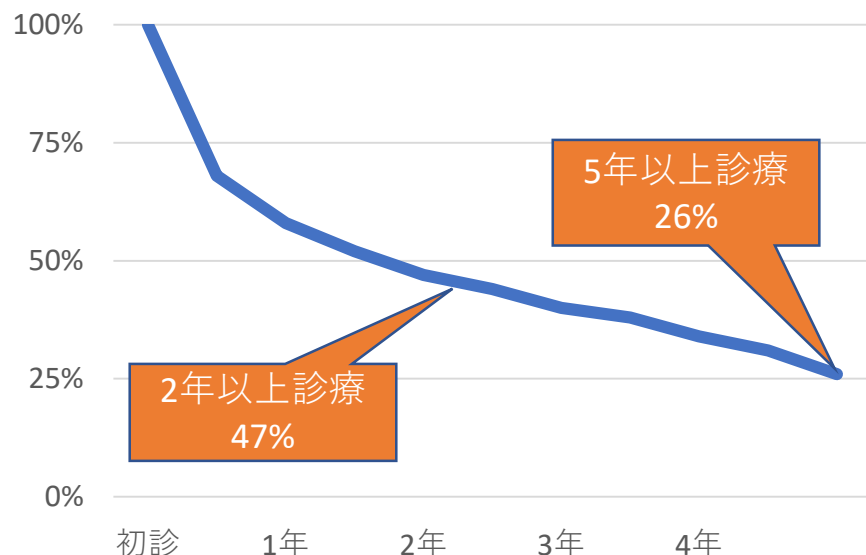
調査数：42施設・44診療科（児童・思春期精神医療の専門機関）

調査項目：患者内訳、初診後の診療継続期間

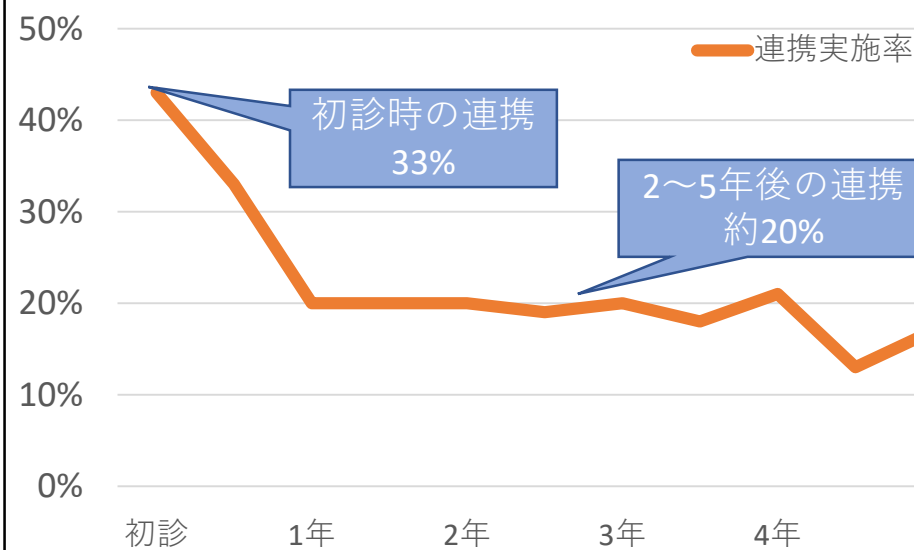
他機関連携（文書・電話による情報交換や会議への参加等）



診療継続率

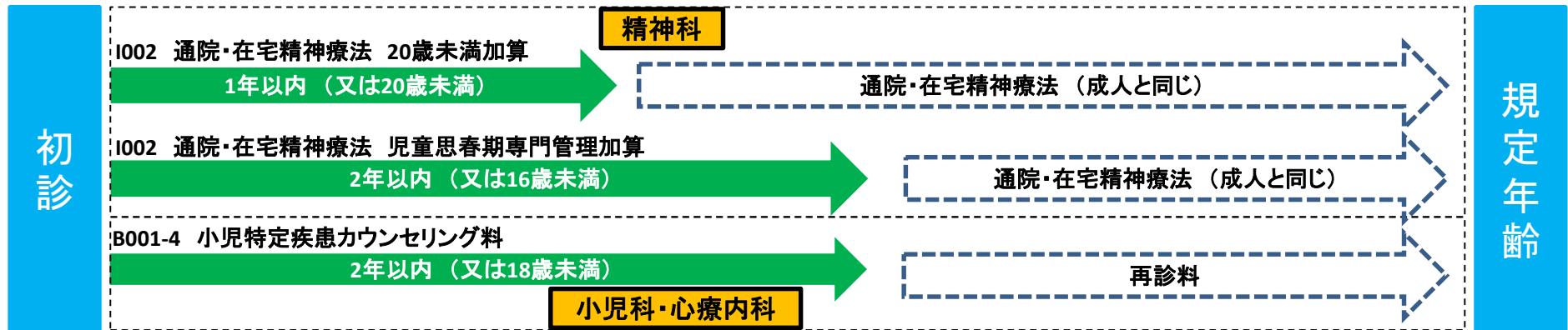


連携実施率



児童・思春期精神医療に係る診療報酬の算定期間

- 20歳未満の精神疾患の患者は、診断、治療のために一定期間の診療が行われており、また包括的な支援を要するが、現行の診療報酬の評価は、規定の年齢に加えて、初診から一定の年数までの間に限られる。



- I 002 通院・在宅精神療法 20歳未満加算
20歳未満の患者に対して、当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合
- I 002 児童思春期精神科専門管理加算
イ 16歳未満の患者に対し、当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合
ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法（発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等を含む）
当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合
- B001-4 小児特定疾患カウンセリング料
小児科又は心療内科を標榜する医療機関において、小児科医、心療内科医又は公認心理師がカウンセリングを
18歳未満の患者に行った場合、2年を限度として月2回に限り算定できる

児童・思春期精神医療についての課題（小括）

- ・ 児童・思春期精神医療を担う医療機関が少なく、初診待機時間が長いなどの課題が生じている。
- ・ 児童・思春期精神医療の外来診療については、2年以上の診療が約5割の患者で行われており、約2割の事例では初診後5年の時点でも他機関との連携を要しているが、通院・在宅精神療法 児童思春期専門管理加算等による評価は、初診から一定年数の間に限られている。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
 - 3－1 依存症診療について
 - 3－2 児童・思春期精神医療について
 - 3－3 認知症について
4. 論点

精神疾患の医療体制の構築に係る指針(抜粋)

(平成24年3月30日医政指発0330第9号厚生労働省医政局指導課長通知)

第2 医療機関とその連携

2 各医療機能と連携

(5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

① 目標

- ・ 認知症の人が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるために、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること
- ・ 認知症疾患医療センター※¹を整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関※²を含めて、**少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度(特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。)**を確保すること
- ・ 認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人(認知症治療病棟に入院した患者)のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2ヶ月(現在は6ヶ月)とできるよう体制を整備すること

※1 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県(指定都市)が指定した医療機関

※2 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者(兼務可)が配置されている医療機関

認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に**488カ所**（令和3年10月現在）（令和元年度実績457カ所、平成29年度実績422カ所）
【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

		基幹型	地域型	連携型
主な医療機関		総合病院、大学病院等	精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数の推移 上段 令和3年10月現在 中断 令和元年度実績 下段 平成29年度実績		17カ所 16カ所 16カ所	384カ所 368カ所 355カ所	87カ所 73カ所 51カ所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）	・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上）	・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 （※他の医療機関との連携で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）	・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保 ※急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	
	医療相談室の設置	必須		－
地域連携機能		・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等		
診断後等支援機能		・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催		
事業の着実な実施に向けた取組の推進		都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与	※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

<認知症疾患医療センターについて>

【目的】

地域の認知症医療の拠点として、認知症疾患に関する鑑別診断、行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談の実施及び地域の保健・医療・介護関係者等への研修やネットワークづくりを行うことにより、認知症の人に対する必要な医療を提供体制の構築を図るもの。

※ 介護保険事業費補助金により、その運営を補助（国庫補助 1/2）

【センターの機能】

- 1 認知症に対する専門的医療（医療相談、鑑別診断・治療方針の選定、認知症の症状の急性増悪に対する治療・入院医療、身体合併症に対する救急医療（基幹型））
- 2 地域連携の推進（認知症疾患医療連携協議会、地域での普及啓発、一般相談、地域の医療・介護関係者等への研修の開催等
- 3 診断後の相談支援（専門職による鑑別診断後の相談支援、ピアカウンセリングや交流会等の実施）

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

3. 医療・ケア・介護サービス

（1）早期発見・早期対応、医療体制の整備

（認知症疾患医療センター）

- 都道府県は、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り、**認知症疾患医療センターを計画的に整備**する。
- 地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の介護・医療資源等を有効活用するためのネットワークづくりを進めるとともに、認知症の速やかな鑑別診断、診断後の本人・家族へのフォロー、**症状増悪期の対応、BPSDや身体合併症に対する急性期医療**、BPSD・せん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備を行う。

【参考】 認知症疾患医療センター整備にかかるこれまでの経緯

- 平成20年度 認知症疾患医療センター運営事業開始
- 平成22年度 基幹型、地域型の創設
- 平成24年度 医療計画の精神疾患の指針に設置基準を明記。
- 平成26年度 診療所型（現連携型）の創設
- 平成29年度 設置拡大のため診療所型の要件に病院を追加し、名称を現在の連携型に変更

認知症疾患医療センターの診療報酬について（現状）

認知症外来医療における専門医療機関としての評価（平成22年度改定にて新設）

➤ 認知症専門診断管理料 1（患者1人につき1回限り）

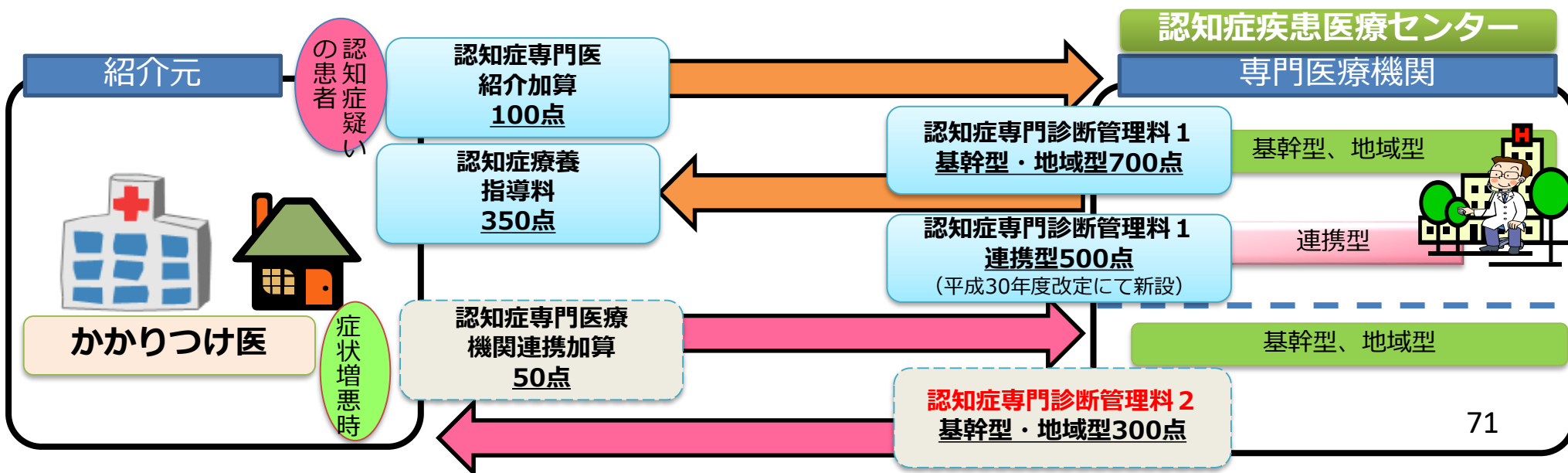
他の医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者に対して、鑑別診断を行った上で、療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画書を作成）し、紹介を受けた医療機関に文書にて報告した場合に算定可能。

➤ 「基幹型・地域型」に加え、「連携型」に対する評価を平成30年度改定において新設。

➤ 認知症専門診断管理料 2（患者1人につき3月に1回限り）

他の医療機関から紹介された患者で、認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で、今後の療養計画等を説明し、紹介を受けた医療機関に文書にて報告した場合に算定可能。

➤ 「基幹型・地域型」に対し評価を実施。



(参考) 身体合併症やBPSDに対する対応状況等について

連携型における対応状況

令和元年度認知症疾患医療センター実績報告書より

医療施設類型	医療機関数	身体合併症の 通院対応	身体合併症の 入院治療	BPSDの 通院対応	BPSDの 入院対応
一般病院	18	18(100%)	18(100%)	17(94.4%)	12(66.7%)
精神科病院	18	15(83.3%)	14(77.8%)	18(100%)	18(100%)
診療所	37	35(94.6%)	4(10.8%)	37(100%)	3(8.1%)
合計	73	68(93.2%)	36(49.3%)	72(98.6%)	33(45.2%)

人員体制 ※1医療機関当たりの平均

令和元年度認知症疾患医療センター実績報告書より

	医師	臨床心理技術職	精神保健福祉士	保健師	その他
基幹型	3.9	1.4	1.7	0.2	1.2
地域型	3.3	1.4	2.3	0.1	1.4
連携型	2.3	0.9	1.1	0.1	2.4
合計	3.2	1.3	2.1	0.1	1.6

認知症専門ケア加算の取得状況

令和元年度認知症疾患医療センター実績報告書より

	医療機関数	鑑別診断数 (正常・MCI・診断保留除く)	認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)	認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)
基幹型	16	1,915	779	47
地域型	367	90,846	21,816	4,341
連携型	73	9,749	919	—
合計	456	102,510	23,514	4,388

認知症について課題（小括）

- ・ 認知症疾患医療センターを計画的に整備することが定められており、認知症の早期の鑑別診断や専門医療の支援体制を確保するため、認知症疾患医療センターや、センターと連携するかかりつけ医について、認知症専門診断管理料等で評価されている。
- ・ 認知症の鑑別診断や専門医療相談、身体合併症を有する認知症患者の受け入れ等を行う専門医療施設として、認知症疾患医療センターが令和3年10月現在で488か所指定されている。
- ・ 認知症疾患医療センターについては、約500か所の指定を目標としており、平成29年度からは、従前の診療所型に、病院を対象に追加することになったため「連携型」と改称されたところであるが、「連携型」の施設においても、身体合併症やBPSDに対する対応が行われている。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
4. 論点

療養・就労両立支援等について

1. 療養・就労両立支援について
2. がん患者に対する心理的支援について
3. 論点

精神医療に係る論点

【地域移行の推進について】

- 外来における包括的支援マネジメントに基づいた相談体制の構築を促進する観点から、療養生活環境整備指導加算の評価の在り方について、どのように考えるか。

【在宅患者支援について】

- ひきこもり状態等の方を含めた精神疾患患者の治療・支援を確保する観点から、精神科在宅支援管理料の対象患者について、どのように考えるか。

【通院・在宅精神療法について】

- 通院・在宅精神療法に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

【依存症診療について】

- 依存症の診療体制確保を図る観点から、依存症に対する入院・外来医療に係る診療報酬上の評価の在り方について、どのように考えるか。

【児童・思春期精神医療について】

- 専門的な児童・思春期精神医療の提供体制を確保する観点から、長期に継続して外来診療を要する事例に対する診療報酬上の評価について、どう考えるか。

【認知症について】

- 認知症疾患医療センターの整備事業における「連携型」についても身体合併症やBPSDに対する対応が行われていることを踏まえ、認知症専門診断管理料の評価について、どのように考えるか。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
4. 論点

療養・就労両立支援等について

1. 療養・就労両立支援について
2. がん患者に対する心理的支援について
3. 論点

治療と仕事の両立支援の促進

- 労働人口の3人に1人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
- 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
- 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
- 「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の2つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
* 両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
- 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

➤ ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発

- ・ 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」
事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン ※ 平成28年2月公表

・ 「企業・医療機関連携マニュアル」

企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病）

※ 平成30年：がん、平成31年：脳卒中・肝疾患、令和2年：難病、令和3年：心疾患・糖尿病を公表

➤ 地域両立支援推進チームの設置と運営

各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➤ 広報活動

シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➤ 労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援

- ・ 両立支援コーディネーターの養成
- ・ 治療と仕事の両立支援助成金（環境の整備と両立支援を行った事業主に対して助成）
- ・ 相談支援等

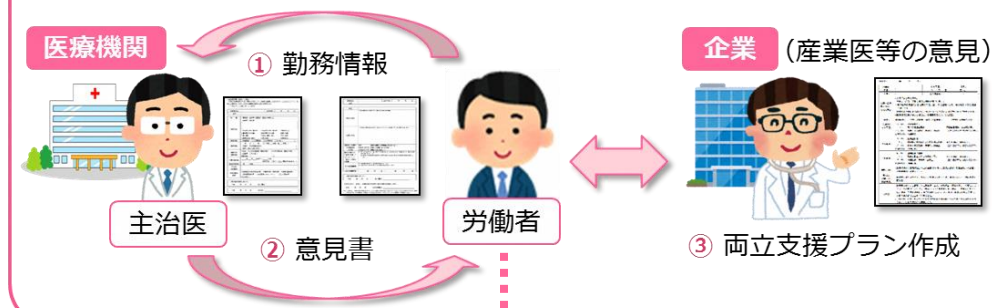
➤ 診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）

平成30年新設 対象疾患：がん

令和2年 対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病

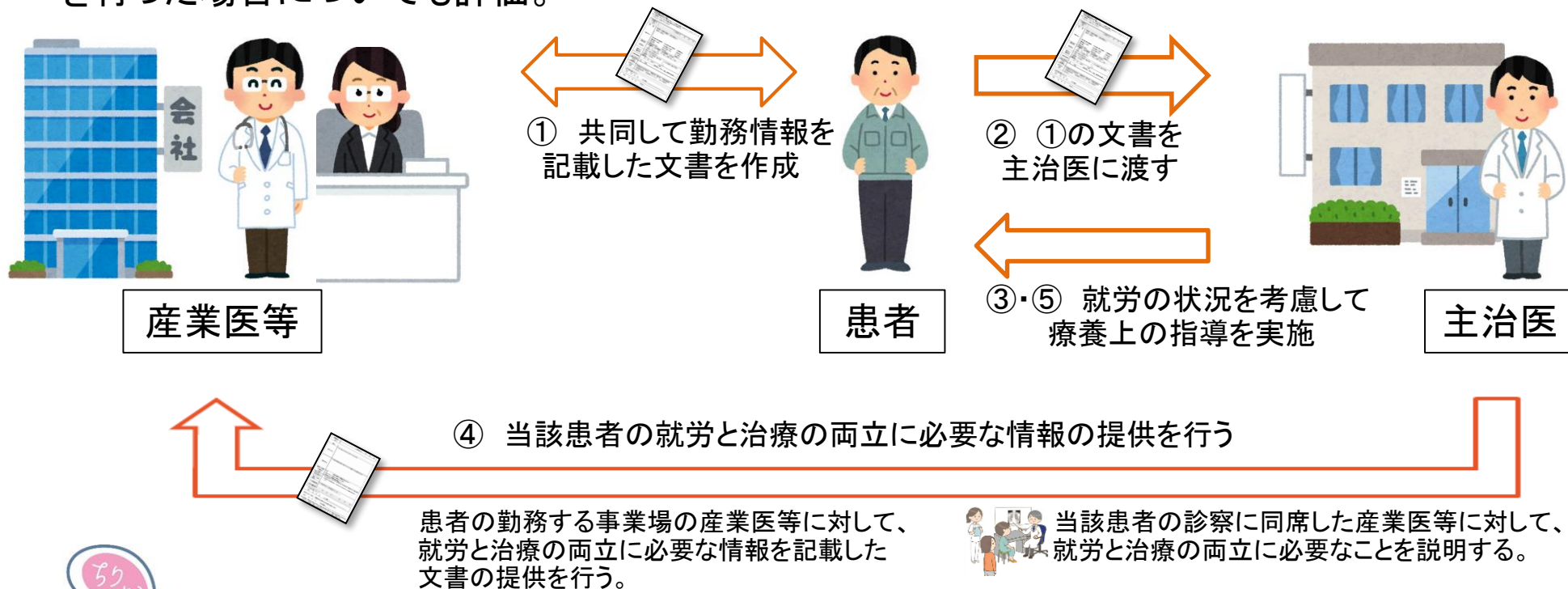
両立支援の進め方

* 両立支援の検討は、労働者の申出から始まる。



療養・就労両立支援指導料

- 療養・就労両立支援指導料について、企業と患者が共同で作成した勤務情報を記載した文書に基づき、患者に療養上必要な指導を実施するとともに、企業に対して診療情報を提供した場合について評価。また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合についても評価。



療養・就労両立支援指導料(3月に限る)

1 初回	800点
2 2回目以降	400点
相談支援加算	50点

療養・就労両立支援指導料

対象患者及び連携先

- 療養・就労両立支援指導料について、両立支援をより充実させるよう、令和2年度改定において以下の見直しを行った。
 - ◆ 対象となる疾患に脳血管疾患、肝疾患、指定難病を追加
 - ◆ 対象となる企業側の連携先に、患者が勤務する事業場において、選任されている総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者及び労働者の健康管理等を行う保健師を追加

相談支援加算の創設

- 令和2年度改定において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合の評価を新設した。

療養・就労両立支援指導料

(新) 相談支援加算 50点

[相談支援加算の算定要件]

当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

[相談支援加算の施設基準]

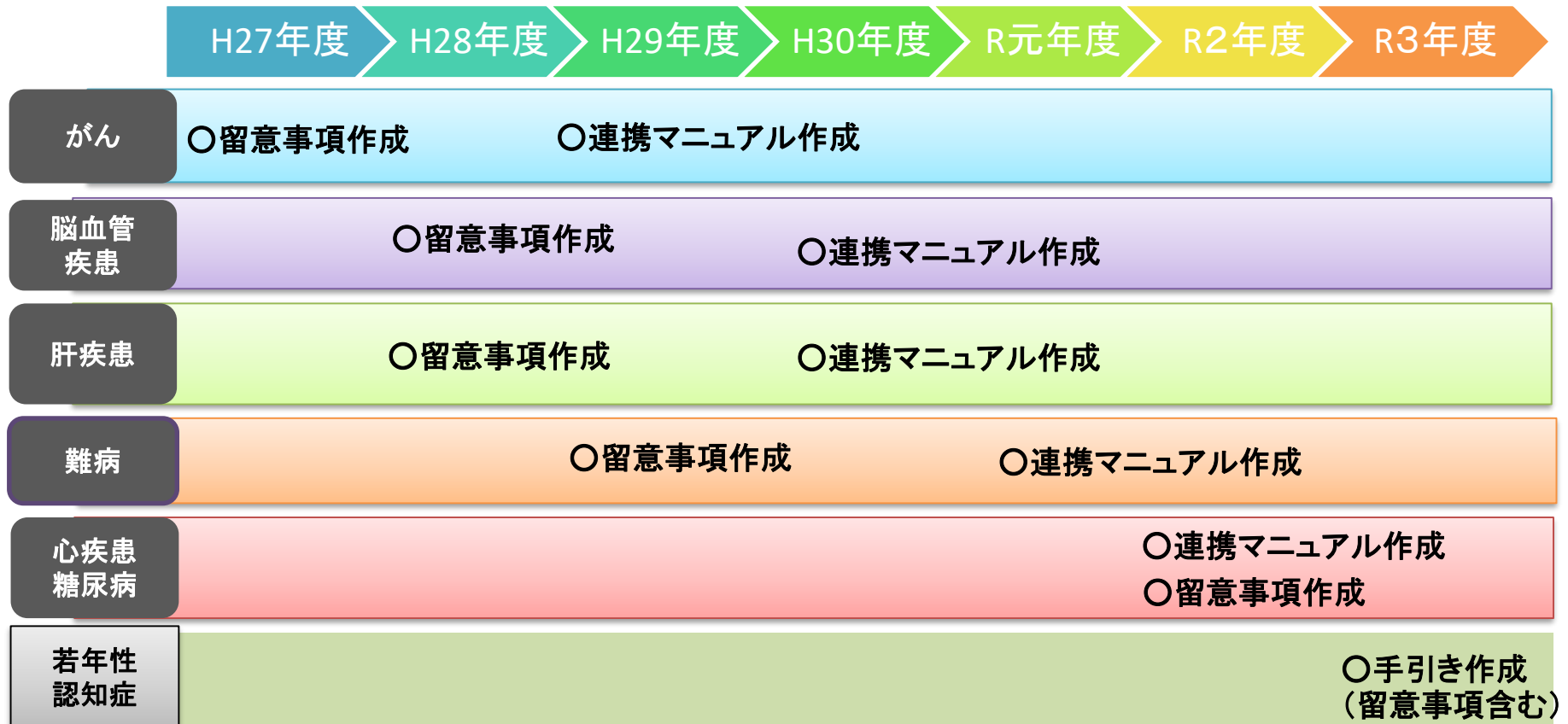
専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。



両立支援ガイドライン・手引きについて

- 令和2年度改定以後、企業・医療機関連携マニュアルに心疾患、糖尿病の事例が追加された。
- 両立支援ガイドラインの参考資料にも、心疾患、糖尿病の治療と仕事の両立支援に当たり特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)が示されている。
- 若年性認知症については、令和3年度中に若年性認知症の治療と仕事の両立に当たり特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)等を示した手引きが策定される予定である。

両立支援ガイドライン・手引き 疾患別留意事項等作成(イメージ)



労働者の健康に係る業務を担当する者

- 産業医が選任されていない事業場においても、労働者の健康に係る業務を担当する者が選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援に関与する産業医以外の者が診療情報の提供先となり得る。
- 令和2年度改定において、産業医以外に保健師、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者が診療情報の提供先として認められた。

労働安全衛生法に位置づけられている労働者の健康に係る業務を担当する者

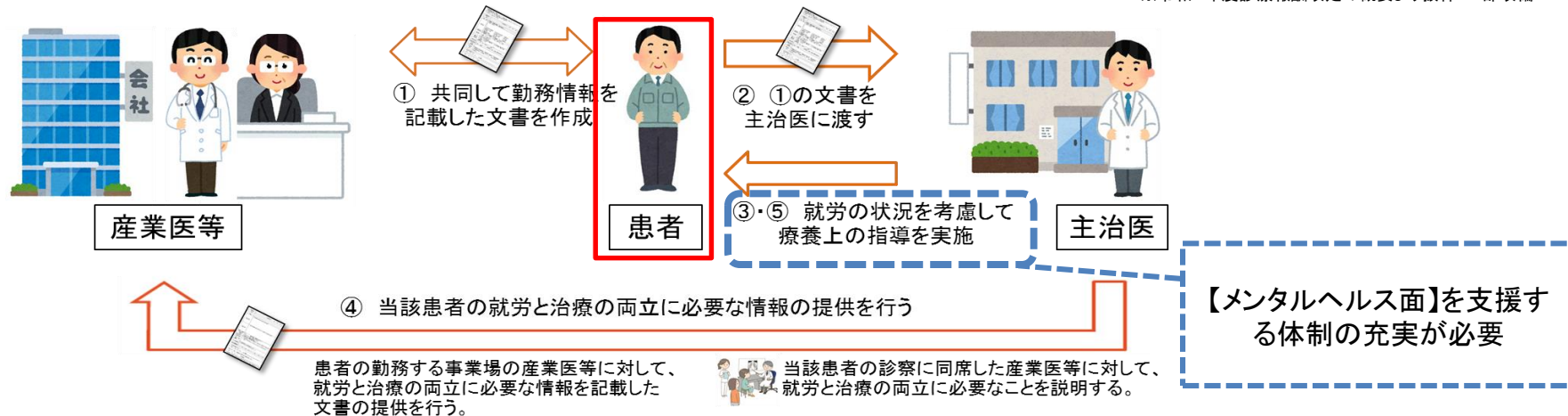
職種	選任すべき事業場/主な業務内容
産業医 (労働安全衛生法第13条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置 等
保健師 (労働安全衛生法第13条の2)	選任に特段の定めはない
	労働者の健康管理、保健指導 等
総括安全衛生管理者 (労働安全衛生法第10条)	常時100人～1000人以上の労働者を使用する事業場 (業種により選任すべき事業場の規模が異なる)
	以下の業務を統括管理すること <ul style="list-style-type: none"> ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等
衛生管理者 (労働安全衛生法第12条)	常時50人以上の労働者を使用する事業場
	総括安全管理者の統括管理する業務のうち衛生に係る技術的事項を管理すること
安全衛生推進者 (労働安全衛生法第12条の2)	常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場
	総括安全衛生管理者の統括管理する以下の業務を担当すること <ul style="list-style-type: none"> ・ 労働者の危険または健康障害を防止するための措置に関すること ・ 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること 等
衛生推進者 (労働安全衛生法第12条の2)	常時10人以上50人未満の労働者を使用する事業場のうち、安全衛生推進者を選任する必要がない業種(金融・広告業、映画・演劇業、教育・研究業、保健衛生業等)
	安全衛生推進者の業務のうち、衛生に係る業務を担当すること

療養・就労両立支援指導料における企業側の連携先

治療と仕事の両立支援の充実

- 治療と仕事の両立のための支援には、心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響などのメンタルヘルス面を支援する更なる体制の充実を図ることが重要であり、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」においても位置づけられている。

※令和2年度診療報酬改定の概要より抜粋・一部改編



事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン(抄)

事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン

このガイドラインは、事業場が、がん、脳卒中などの疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにするため、事業場における取組などをまとめたものです。



- 治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指すため、働き方改革実行計画に基づき、会社の意識改革と受け入れ態勢の整備などの取り組みが行われている。
- 事業場における治療と仕事の両立支援については、事業場向けのガイドラインが作成されている(令和3年3月最終改訂)
- ガイドラインには、「メンタルヘルス面への配慮」「両立支援にかかわる関係者間の連携の重要性」が明記されている。

<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780068.pdf>

「両立支援コーディネーター」の養成

働き方改革実行計画目標：両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成

※2021年3月31日時点で7,531人養成を達成

両立支援コーディネーター

担い手： 企業の人事労務担当者や産業保健スタッフ・医療機関の医療従事者・支援機関等

機能： 支援対象者に寄り添いながら継続的な相談支援等を行うこと

役割： それぞれの立場における支援の実施 及び 関係者との連携・調整

支援対象者の同意を前提として、治療に関する情報や業務に関する情報等を得て、支援対象者の治療や業務の状況に応じた必要な配慮等の情報を整理して本人に提供する 等

平成30年3月30日付け基安発0303第1号働き方改革実行計画を踏まえた両立支援コーディネーターの養成について



※関係者との調整を行うに当たっては、両立支援コーディネーターは、事業場に対して支援対象者の代理で交渉行為を行うものではない

「両立支援コーディネーター養成研修カリキュラム」

対 象 者：医療機関、事業場、支援機関等において両立支援に携わる者
(医療従事者、人事労務担当者、産業保健スタッフ等)

形 式：集合形式又はオンライン形式（令和2年度よりオンライン開催）

実施主体：独立行政法人労働者健康安全機構

「働き方改革実行計画を踏まえた両立支援コーディネーターの養成について
(平成30年3月30日付け基安発0330第1号(改正 令和2年9月1日付け基安発0901第1号))」に基づいて実施

科 目	範 囲	時 間
両立支援コーディネーターの役割等	<ul style="list-style-type: none">・ ガイドラインに基づく両立支援における、両立支援コーディネーターの役割、支援内容・ 支援に当たっての留意点・ 個人情報の適正な取扱い	45分
医療に関する基本的知識	<ul style="list-style-type: none">・ 典型的な疾病や治療の特徴、経過及び就業に当たっての影響・ 医療機関における両立支援の対応	1 時間
産業保健に関する基本的知識	<ul style="list-style-type: none">・ 事業場における労働者の健康管理の基本的考え方・ 産業保健体制及び産業保健活動	1 時間
労務管理に関する基本的知識	<ul style="list-style-type: none">・ 労働関係法令・ 事業場における就業継続可否の基本的考え方・ 就業上の措置・配慮等の対応	1 時間
社会資源に関する知識	<ul style="list-style-type: none">・ 両立支援に利用可能な支援機関、支援制度等の社会資源	1 時間
コミュニケーションスキル	<ul style="list-style-type: none">・ コミュニケーションスキル・ 支援対象者の疾病や治療に伴う心理的ストレスへの対応	45分
両立支援の演習	<ul style="list-style-type: none">・ 支援方法のシミュレーション	1 時間

すべてのカリキュラムを受講した者には、独立行政法人労働者健康安全機構より「修了証書」を発行

両立支援コーディネーター基礎研修受講修了者について

- 両立支援コーディネーター基礎研修の受講修了者は、医師、看護師、社会福祉士に加え、公認心理師や精神保健福祉士も含まれてきている。

平成27年度～令和2年度両立支援コーディネーター基礎研修受講修了者の人数（一部職種）

職種	H27～R2 計
医師	144人
看護師	1240人
社会福祉士	1493人
公認心理師 (臨床心理士含む)	90人
精神保健福祉士	50人

治療と仕事の両立支援の充実

- 治療と仕事の両立支援においては、メンタルヘルスの不調を抱えた労働者の回復の程度等を考慮した支援が求められている。

闘病と心理ストレス

- 長期間の受療にともなう心理ストレスは、だれでも経験する
- 心理的ストレス反応として、不安・抑うつ等が生じる
- 不安・抑うつが高まると、以下のような望ましくない影響が生じる
 - 全般的QOLの低下
 - 治療意欲の低下
 - 希望が保てず、自己効力感などの低下
(仕事どころではなくなる)
 - 入院・治療期間の長期化(経過の動揺)
 - 家族や周囲にもストレス状態が波及する
 - 抑うつが重症化すると、希死念慮につながる場合もある

治療(患者)、生活(個人)、
就労(労働者)のいずれにも
影響が大きくなる

受容と共感

- まずは、じっと患者(労働者)の言葉に耳を傾ける
- 批判したり、価値判断したりせずに、受容的に接することが基本である
- 相手の気持ちや気がかりを探り、それを受け止める
- 相手の話した言葉を言い換えて、理解したことを伝える

【受容的な例】

「〇〇というふうに感じられたのですね。無理もないですね。」

【非受容的な例】

「そんなことは心配しなくていいですから、もっとがんばりましょう。」

メンタルヘルス 不調をかかえた労働者に対する

治療と就労の
両立支援マニュアル

メンタルヘルスの不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル（抄）

- 闘病する者にとって、長い間、予期的不安を伴う治療行程において少なからず生じる心理ストレスが高度な不安や抑うつ気分を発展した場合、全般的QOLの低下や希望のなさや治療意欲の低下等につながり、治療(患者)・生活(個人)・就労(労働者)のいずれにも望ましくない影響が大きくなってしまう場合がある。
- いわば通常誰にでも起こりうる不安が増大しないためには、内在したストレスが自覚され、言語化され、表出された時点での「吐露」の取り扱いが重要となる。ここに、クライアント(闘病する者)を中心とした傾聴による受容と共感が求められる。

https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/kinrosyashien/pdf/bwt-manual_mentalheath.pdf

治療と仕事の両立支援の充実

○ 公認心理師(臨床心理士)や精神保健福祉士による両立支援における関わりには利点が指摘されている。

職 種	利 点	課 題
精神保健福祉士 (PSW)	<ul style="list-style-type: none"> ○傾聴や説明に根気よく時間をかけて行えたこと。 ○疾病性の理解を有するため、事例性についての判断が可能 ○主治医(治療者)-患者関係を客観的に観察しながらの支援が行えること。 	<ul style="list-style-type: none"> △自己裁量の限界等。 △特定のPSWが特定の事業所を担当することになるため、その担当者が不在の場合などのバックアップ体制に不安(ほかの職種も同様)。
臨床心理士 (CP)	<ul style="list-style-type: none"> ○カウンセリングと心理アセスメントの技術が病状説明や連絡調整等における説明能力に活かされる。 	<ul style="list-style-type: none"> △(産業領域主体のCPを除き)医療機関のCPは、患者・家族以外の事業場側との面談の機会は従来少ない。
看護師 (事業場外)	<ul style="list-style-type: none"> ○日常業務で、担当医と接しているため、連携が図りやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> △(コーディネーターへの)専従率を高く保有することは困難。
保健師 (事業場内)	<ul style="list-style-type: none"> ○日常的に職場の安全・衛生に関わり、メンタルヘルス不調に精通している場合や、事業場内外の連携の際に、傾聴や説明能力を伴うほどコーディネーターの役割が期待される。 	<ul style="list-style-type: none"> △疾病の知識、傾聴や連絡・調整の技術の研鑽(両立・職場復帰支援に特化した研修等が必要か)。 △(コーディネーターへの)専従率を高く保有することは困難。

※ 復職(両立支援)コーディネータとして、公認心理師(臨床心理士)(15例中4例)、精神保健福祉士(15例中8例)、等による、主治医と不調者・家族や事業場側との連絡調整を行った場合の職種別の課題と利点(平成24年厚生労働委託事業 独立行政法人 労働者健康安全機構)※ メンタルヘルスの不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル(抄) https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/kinrosyashien/pdf/bwt-manual_mentalheath.pdf

公認心理師の役割と配置状況

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. 資格登録数

資格登録者数：**42,435**人（令和3年6月末時点）

公認心理師のうち約3割が病院に配置されている

4. 主な活動分野と配置先

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

精神保健福祉士の役割と就業状況

- 精神保健福祉士は、専門的知識及び技術をもって、メンタルヘルスの課題が明らかになっていないが支援を必要とする可能性のある者を含めた相談支援、多機関との連携調整等の援助を行っている。

※精神保健福祉士：精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）に基づく名称独占の資格
資格者の登録状況 **94,696人**（令和3年8月末現在）

医療

- 就業場所は、「医療関係」の施設が多い



○病院 9,822人

精神科病院 6,892人（1施設あたり6.9人）

一般病院 2,930人（1施設あたり0.4人）

○一般診療所 1,708人

出典：平成29年医療施設調査（平成29年10月1日現在）※常勤換算

精神保健福祉士の他資格の保有状況

- 精神保健福祉士の他の資格の保有状況では、「社会福祉士」の割合が60.9%と最も高い



	回答数（人）	割合（%）
介護福祉士	6,180	17.4
社会福祉士	21,658	60.9
公認心理師	1,207	3.4
精神保健福祉士実習指導者	6,431	18.1
介護支援専門員（ケアマネージャー）	9,949	28.0
訪問介護員（ホームヘルパー）	5,371	15.1
看護師、准看護師	3,568	10.0
相談支援専門員	5,548	15.6

療養・就労両立支援に係る課題(小括)

- ・ 日本の労働人口のうち、約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いており、厚生労働省では、事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン等を作成し、普及促進を行っている。
- ・ 令和2年度改定以後に、企業・医療機関連携マニュアルに心疾患、糖尿病の事例が追加された。
- ・ 両立支援ガイドラインの参考資料にも、心疾患、糖尿病の治療と仕事の両立支援に当たり特に留意すべき事項(治療や症状に応じた配慮事項等)が示されており、さらに、令和3年度中には、若年性認知症における治療と仕事の両立に関する手引きが策定される予定である。
- ・ 衛生推進者(労働安全衛生法第12条の2)が労働者の健康に係る業務を担当する者として選任されている場合があり、治療と仕事の両立支援において診療情報の提供先となり得るが、療養・就労両立支援指導料の評価の対象となっていない。
- ・ 治療と仕事の両立のための支援には、心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響などのメンタルヘルス面のサポートや、両立支援にかかわる関係者間の連携が含まれている。
- ・ 現行の療養・就労両立支援指導料の相談支援加算の対象となる職種は看護師又は社会福祉士となっているが、両立支援コーディネーター基礎研修の受講を修了している公認心理師や精神保健福祉士も出てきている。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
4. 論点

療養・就労両立支援等について

1. 療養・就労両立支援について
2. がん患者に対する心理的支援について
3. 論点

がん患者の緩和ケア

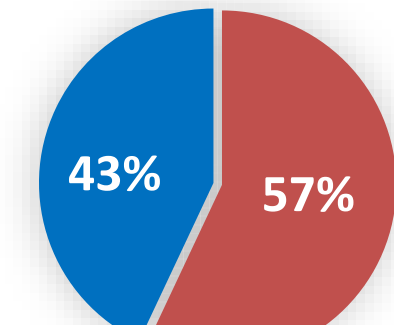
- がん患者が増加するなか、第1期がん対策推進基本計画(H19年)で重点的に取り組むべき課題として「緩和ケアの推進」が掲げられた。
- 他方、第3期基本計画(H30年)では、「がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況」が課題として挙げられている。

がん対策推進基本計画(第1期)

重点的に取り組むべき課題<治療の初期段階からの緩和ケア>

○がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備すると共に、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

Q: 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分である



- どちらとも言えない、あまりそう思わない
- そう思う、ややそう思う

出典: 平成30年度患者体験調査

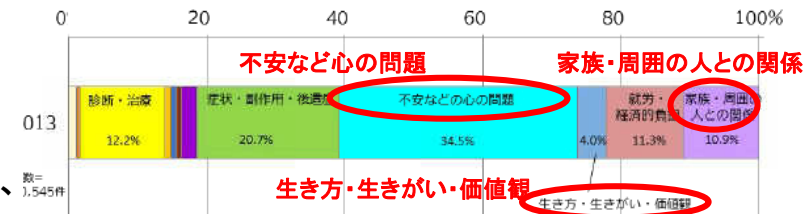
がん対策推進基本計画(第3期)

緩和ケアの提供について

○身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3~4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

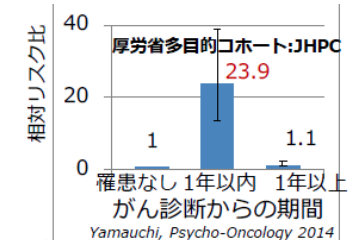
○がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。国は、患者等とのコミュニケーションの充実など、患者とその家族が痛みやつらさを訴えやすくするための環境を整備する。

▼悩みや負担の比較: 静岡分類



出典: がんと向き合った4,054人の声第2次調査, 2013

▼がん診断後自殺リスク24倍



出典: がん対策推進協議会(2016(H28)1221)

がん患者指導管理料について

- がん患者指導管理料について、がん患者に対して、医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合の評価が設けられている。

B001・23 がん患者指導管理料

□ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

[算定要件]

- (1) 施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- (2) 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。
- (3) がん患者指導管理料□の算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。
- (4) 看護師が実施した場合は、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

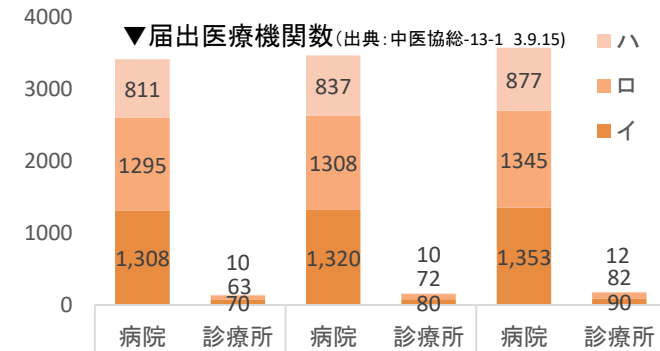
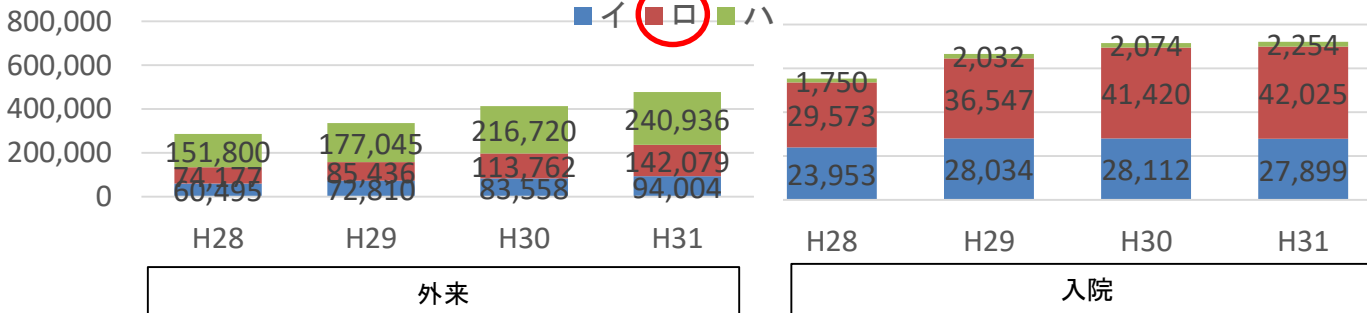
[施設基準]

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

がん患者指導管理料の算定回数の推移

▼がん指導管理料の診療状況(出典:NDB)

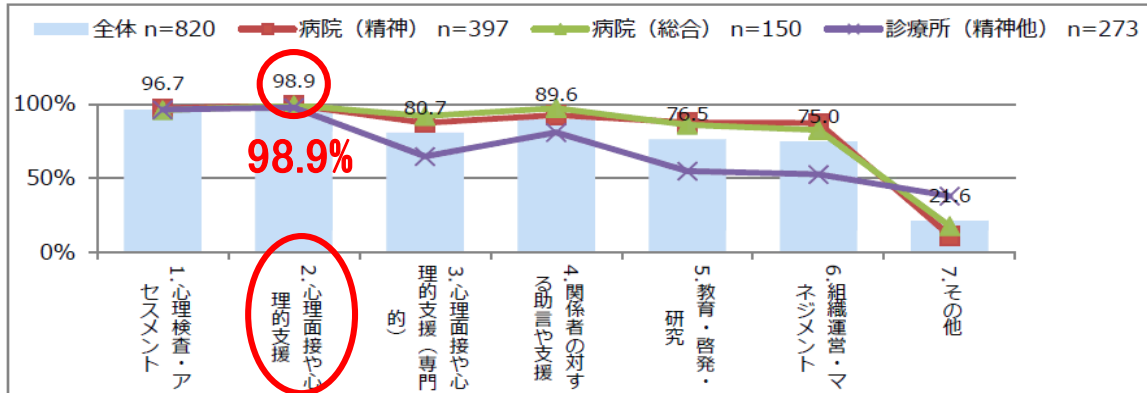
■イ ■□ ■ハ



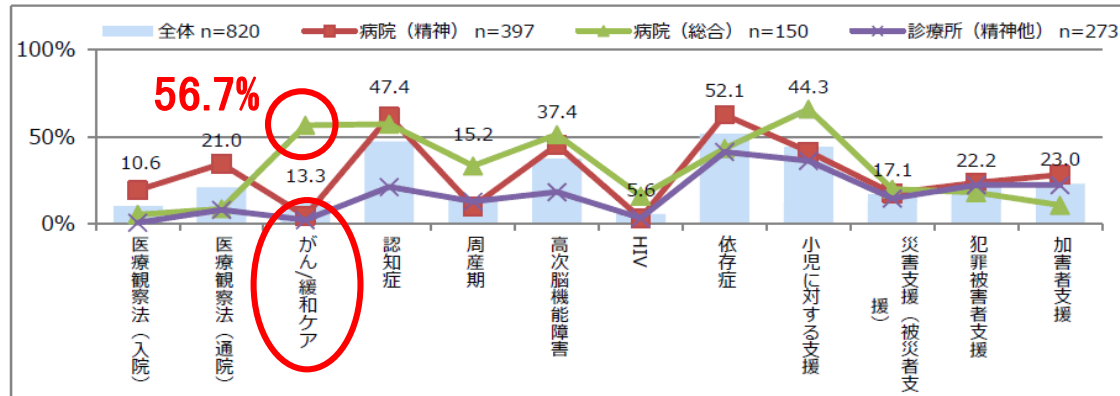
公認心理師が実施するがん患者に対する心理的支援について

- 公認心理師について、がんや緩和ケアを対象に心理面接・心理的支援を実施している実態がある。
- がん診療連携拠点病院では、「緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者の配置が望ましい」とされている。

▼心理職の業務内容(概要)

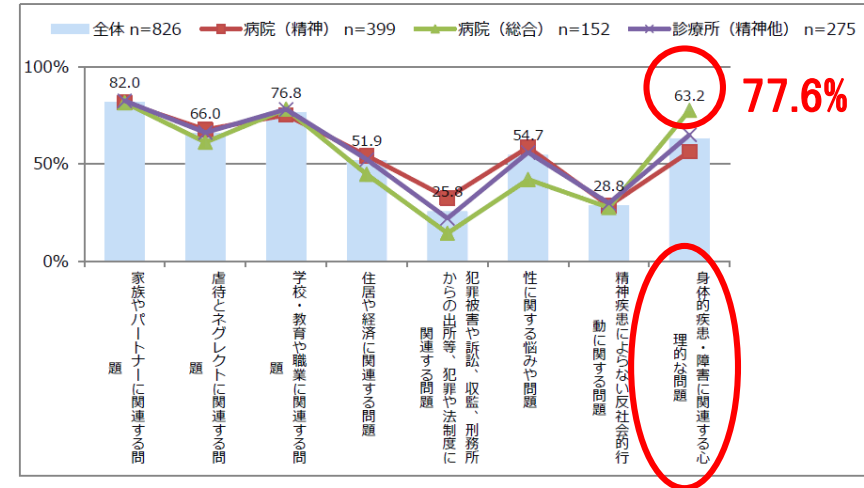


▼心理職の業務内容(心理面接・心理的支援)

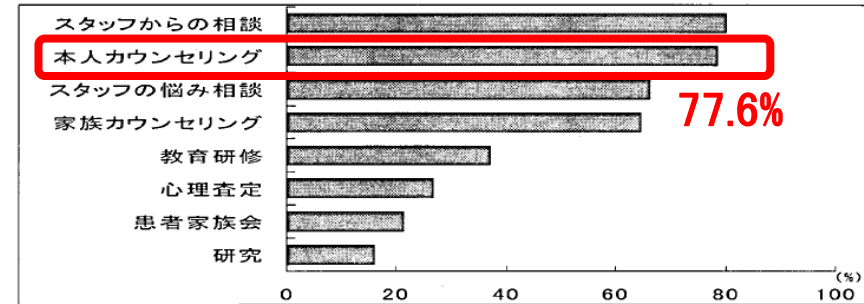


出典: 令和元年度推進事業、公認心理師の養成や資質向上に向けた実習に関する調査

▼心理職が心理的支援でかかわる心理的問題



▼がん医療現場の心理職の業務割合



出典: がん医療現場の心理士の業務と研修に関する調査

地域がん診療連携拠点病院の指定要件(抜粋)

(2) 診療従事者 ②専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者及び相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置することが望ましい。

がん患者に対する心理的支援に係る課題（小括）

- ・ がん患者のこころのケアは重点的に取り組むべき課題とされているが、十分な支援の提供に至っていない。
- ・ 公認心理師はがん患者を対象に心理的支援を実施している実態があるが、現行のがん患者管理指導料の対象となる職種に公認心理師は含まれていない。

精神医療について

1. 精神医療の現状等について
2. 地域精神保健医療体制に係る評価について
3. 精神科個別事項について
4. 論点

療養・就労両立支援等について

1. 療養・就労両立支援について
2. がん患者に対する心理的支援について
3. 論点

療養・就労両立支援等に係る論点

【療養・就労両立支援について】

- 療養・就労両立支援指導料について、治療と仕事の両立支援を適切に実施していく観点から、現行の算定要件を踏まえ、評価の在り方や対象疾患について、どのように考えるか。
- 心理的不安や病状の経過に伴う心理的影響などのメンタルヘルス面を支援する観点から、療養・就労両立支援指導料の相談支援加算の評価について、どう考えるか。

【がん患者に対する心理的支援について】

- がん患者の心理的苦痛の緩和の充実をより一層促進する観点から、がん患者指導管理料の評価の在り方について、どのように考えるか。