

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

2026年診療報酬改定と精神医療



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 ＜稼働病床194床＞
- 病院診療科 ＜○は常勤医勤務＞

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、
○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）在宅医療センター 訪問看護ステーション
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



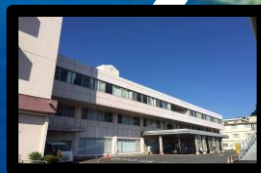
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



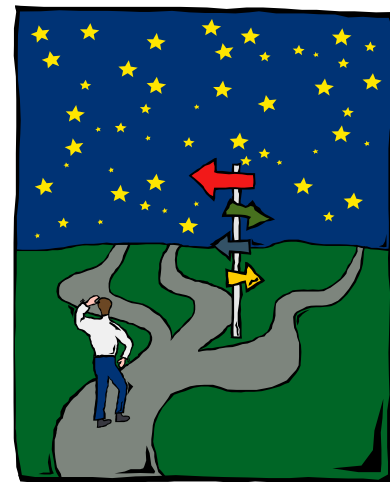
長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - 精神医療の経緯と現状
- パート2
 - 多職種による質の高い医療
- パート3
 - 入院医療
- パート4
 - 精神身体合併症
- パート5
 - 外来医療



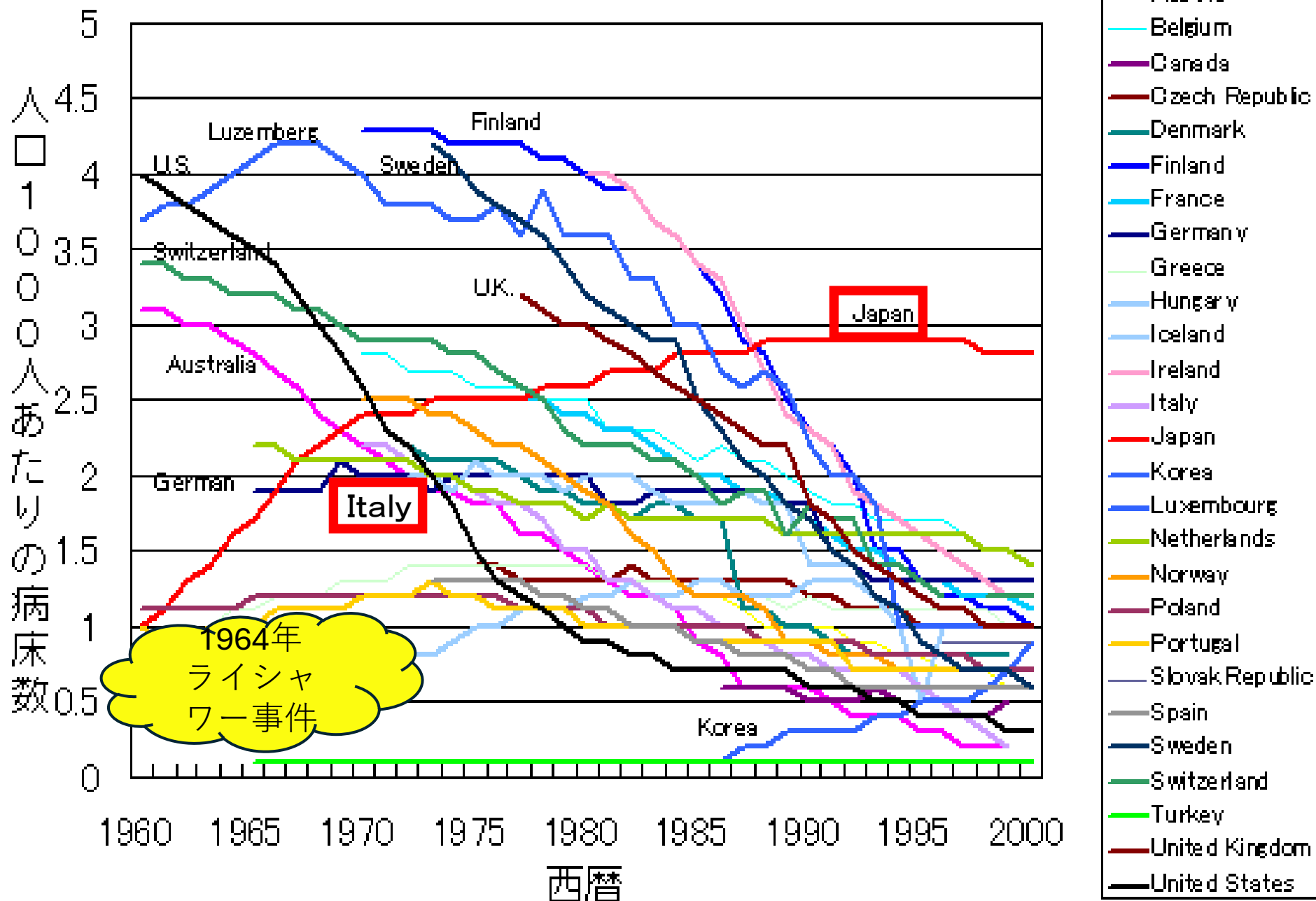
パート1 精神医療の経緯と現状



日本の人口当たりの
精神科病床数は世界一

平均在院日数も世界一

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



ライシャワー事件（1964年）

- ライシャワー事件
 - 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
 - ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となった。
- その結果、1965年（昭和40年）に「精神衛生法」が一部改正された
 - 精神疾患患者の施設隔離が始まった
- 精神科特例（1958年）
 - 少ない職員でも精神科病院を開設できる特例

- ライシャワー駐日大使



減る精神科病床

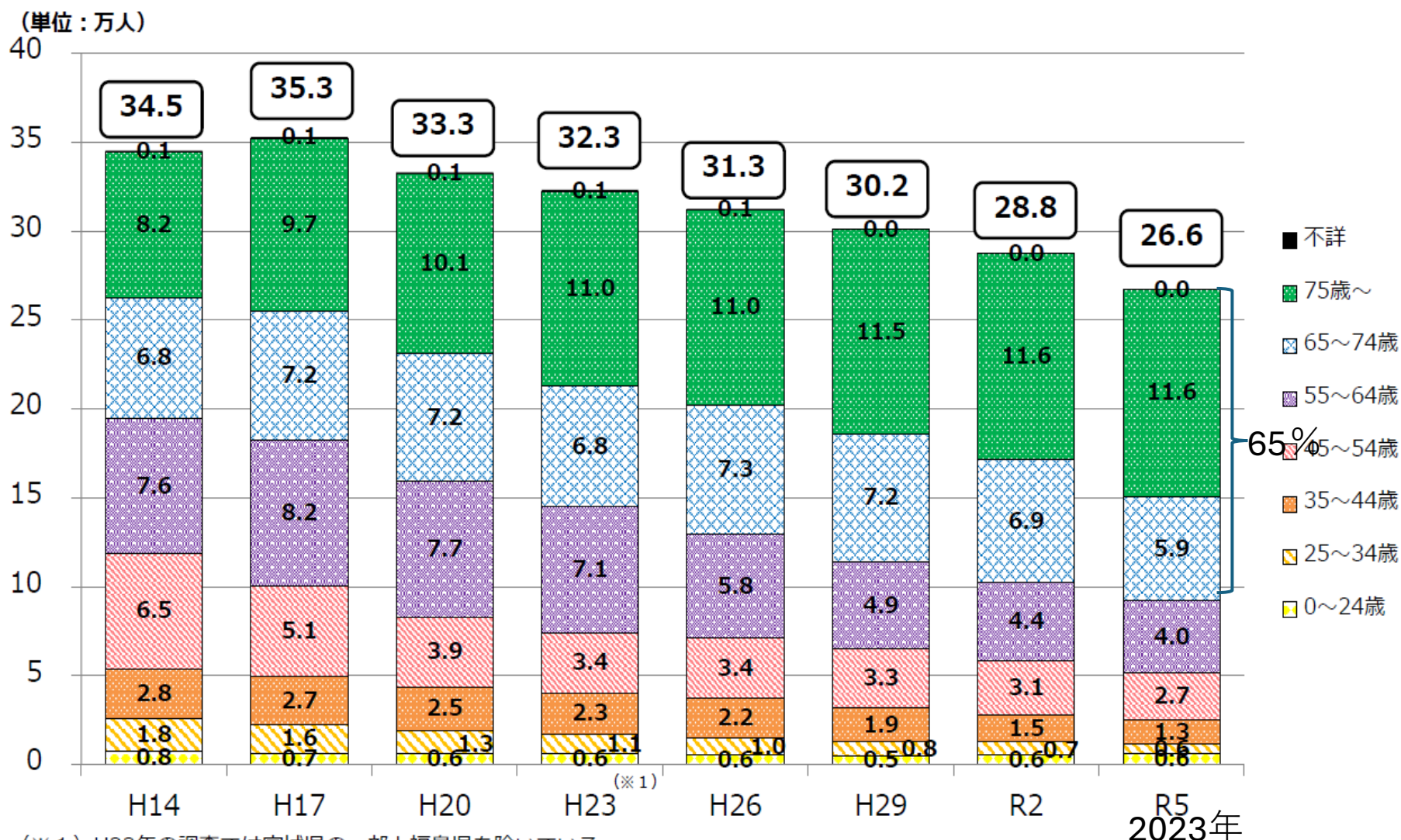
精神病床数の推移

(単位：万床)



精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約17.5万人（約66%）。



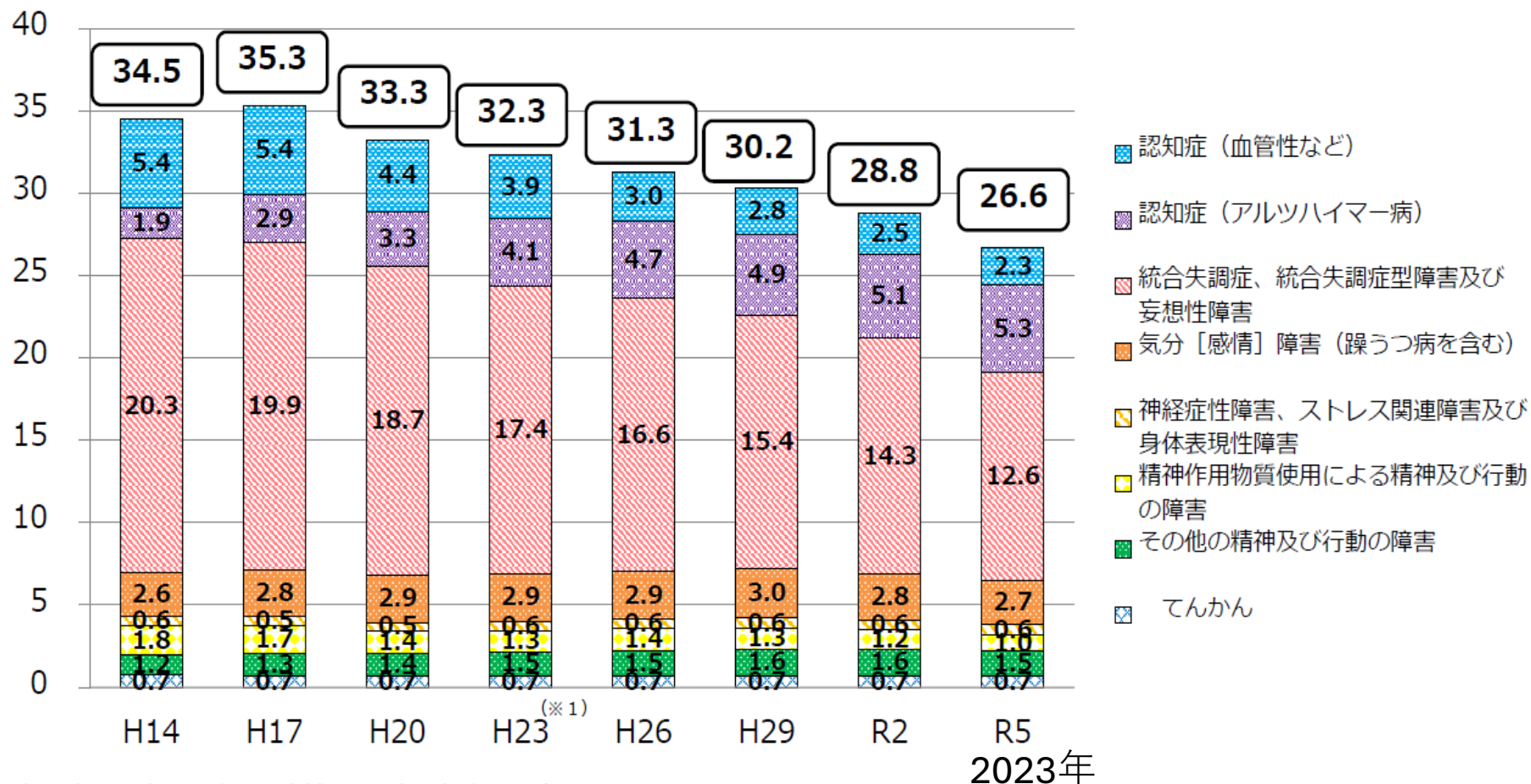
(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約26.6万人。
- 傷病分類別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）

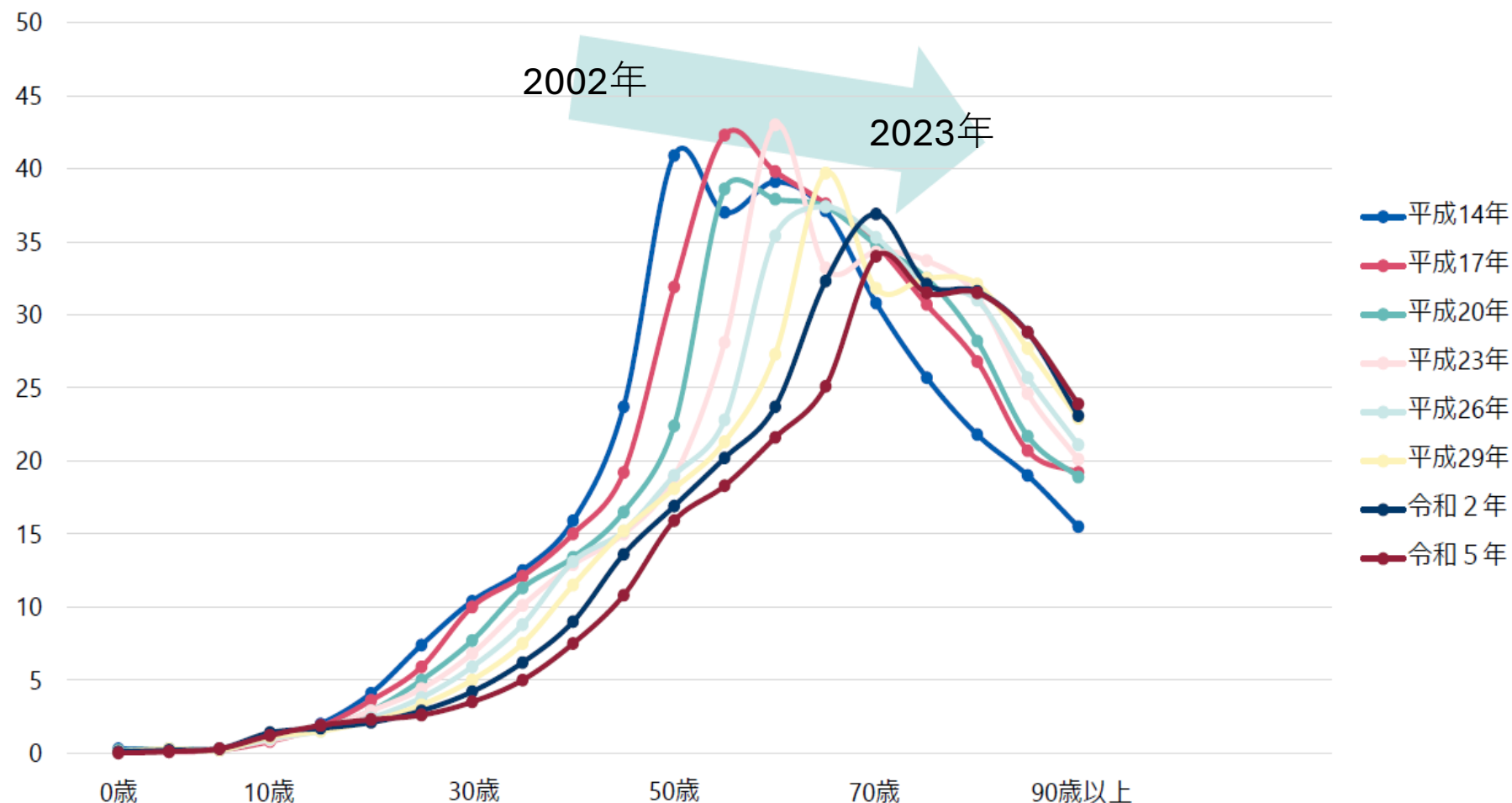


（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

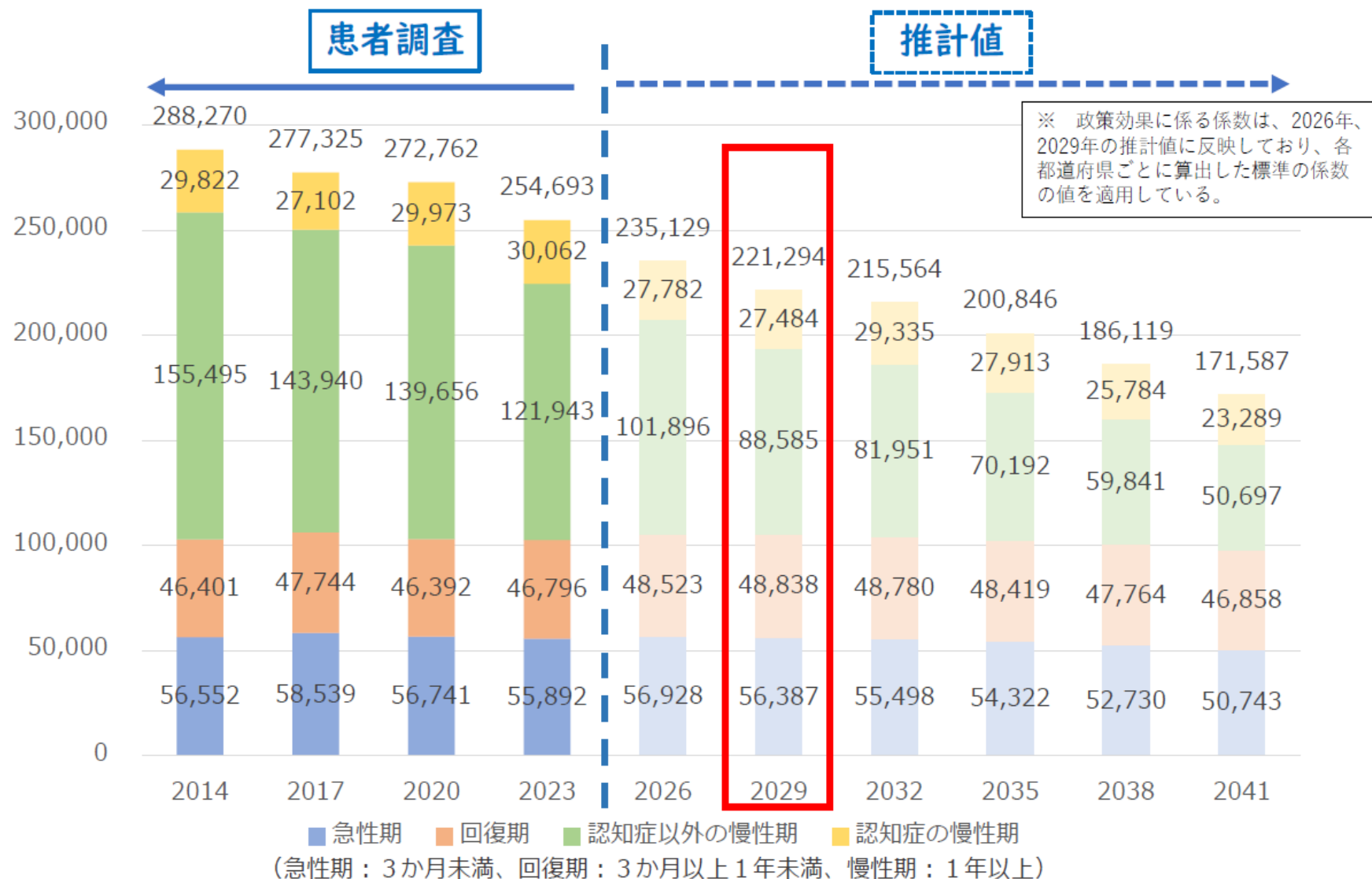
精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

（単位：千人）



将来入院患者数の推計※



進む精神科病棟の機能分化と 地域移行

精神科入院に係る診療報酬の届出状況

特定入院料 (約15.7万床)

救急 精神科救急急性期医療入院料
179医療機関、11,504床

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

精神科救急・合併症入院料
13医療機関、528床

児童・思春期精神科入院医療管理料
53医療機関、1,777床

回復期 精神科地域包括ケア病棟入院料
24医療機関、1,072床

精神療養病棟入院料
800医療機関、85,180床

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

地域移行機能強化病棟入院料
16医療機関、567床

精神病棟入院基本料 (約13.2万床)

10対1
45医療機関、1,549床

13対1
68医療機関、4,029床

15対1
969医療機関、120,142床

18対1※
21医療機関、3,538床

20対1※
10医療機関、1,446床

特別入院基本料
8医療機関、1,084床

特定機能病院 入院基本料 (約0.3万床)

7対1入院基本料
21医療機関、764床

10対1入院基本料
10医療機関、356床

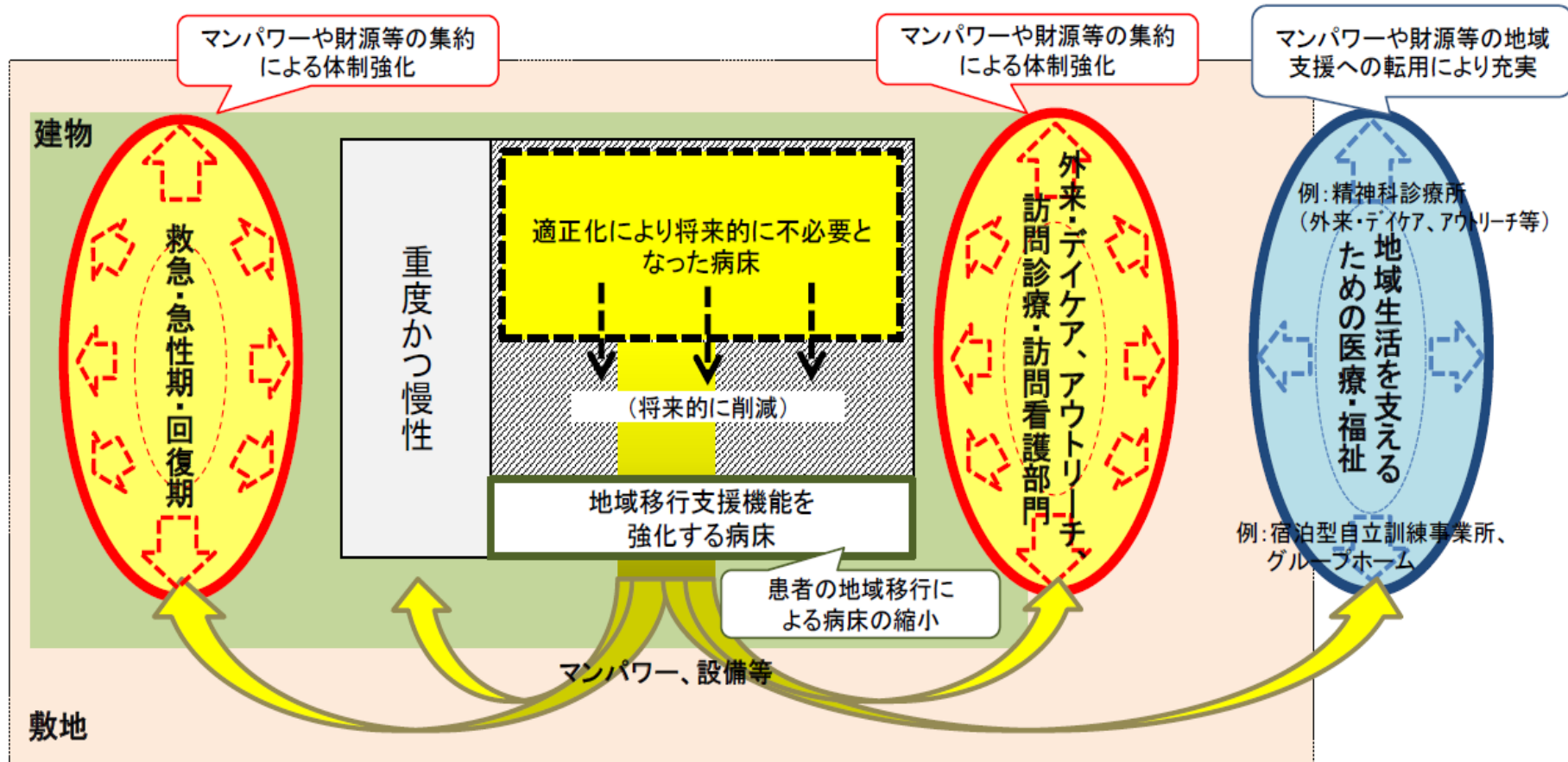
13対1入院基本料
36医療機関、1,381床

15対1入院基本料
1医療機関、31床

近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

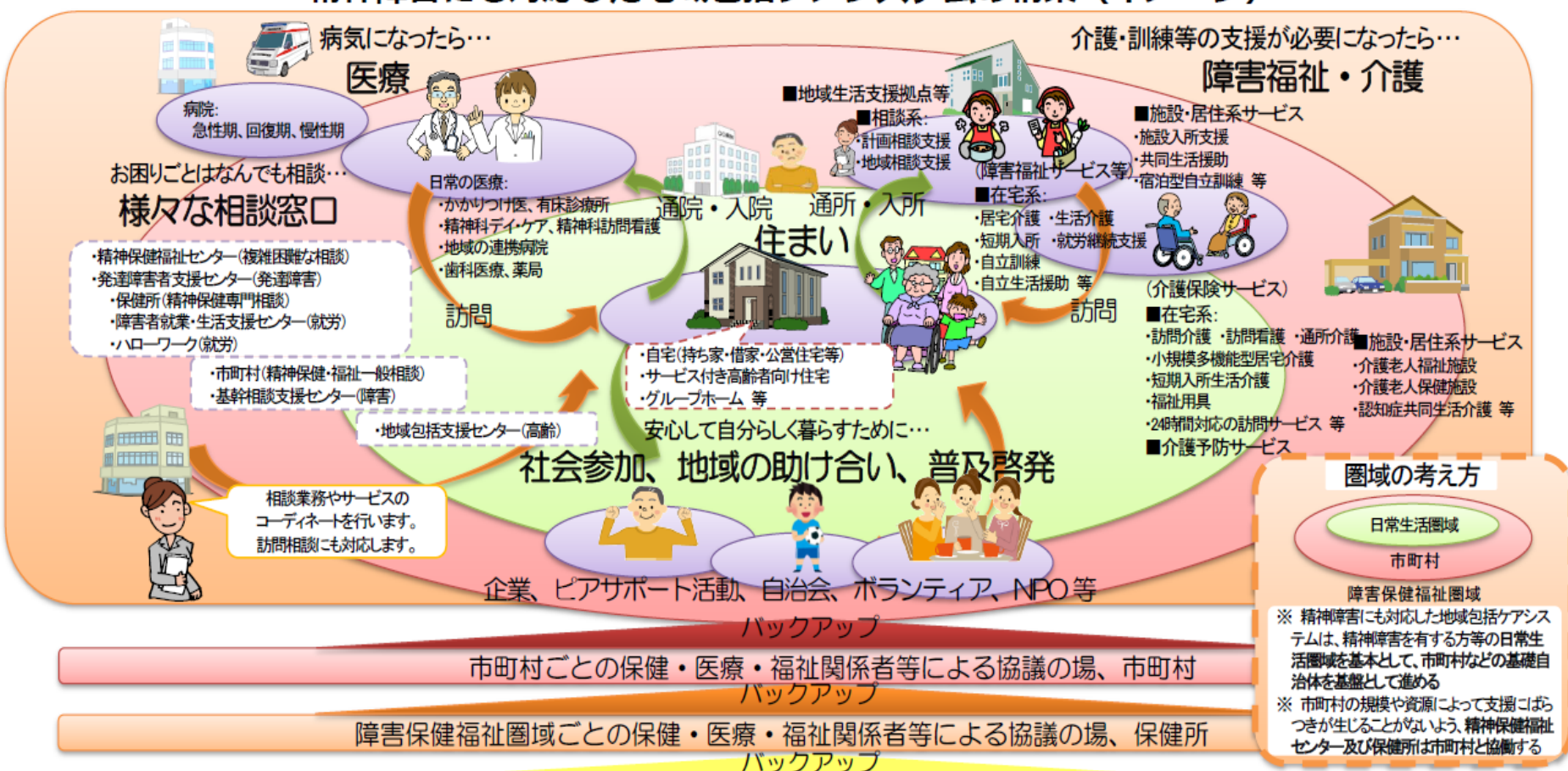
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯③

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



パート2

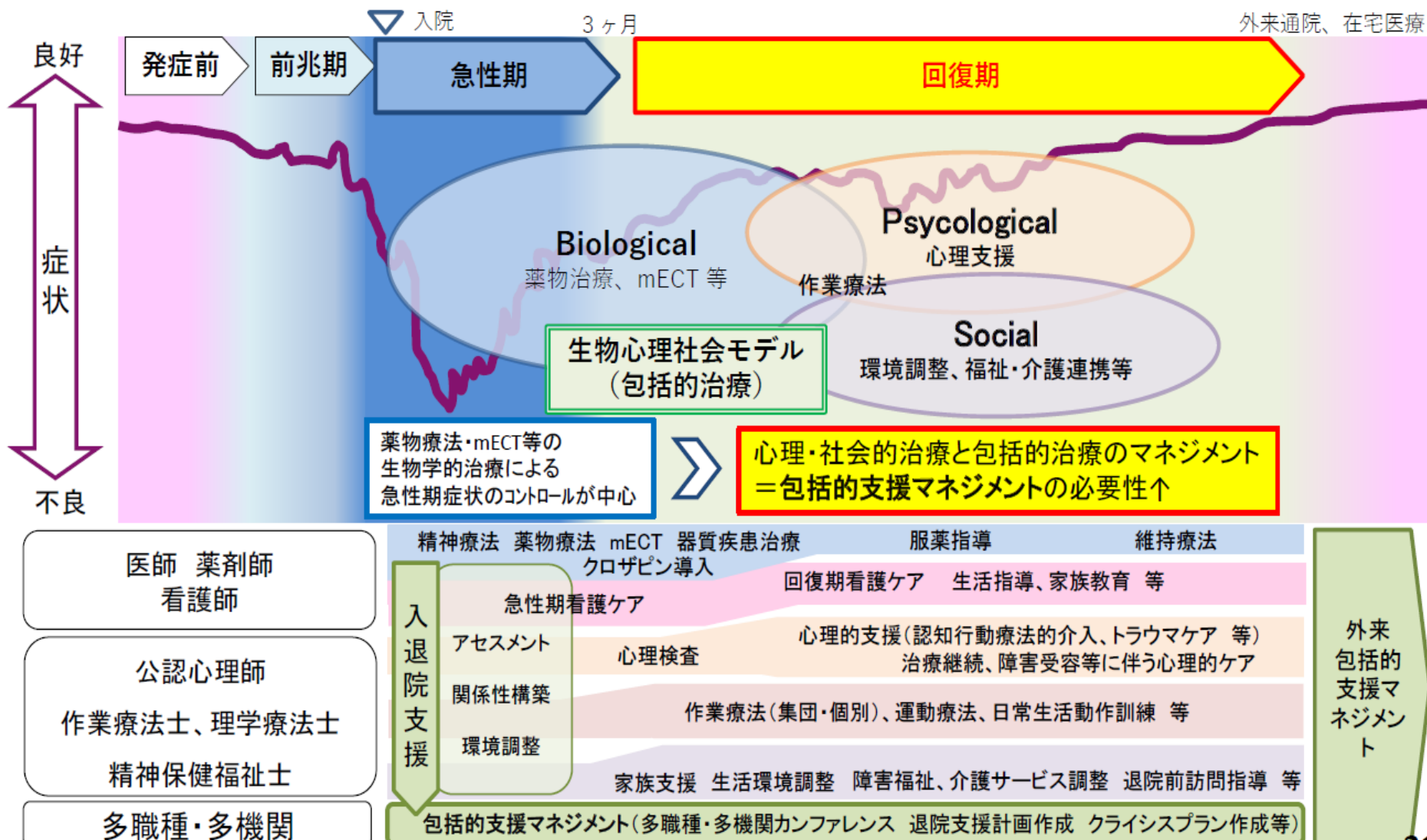
多職種による質の高い医療



精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

中医協 総-3
5. 11. 22

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



多職種配置の効果（平均在院日数、在宅復帰率への影響）

中医協 総-2
5. 12. 22

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

■ 精神病棟における多職種の配置状況による平均在院日数、在宅復帰率の比較

<調査方法>

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

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

早期退院と地域移行に資する取組事例 ―取組内容―

中医協 総-2
5.12.22

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

A病院X病棟の取組と成果

X病棟の基礎情報

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

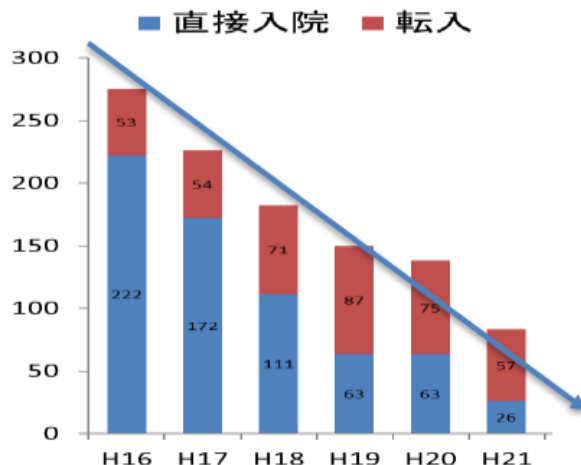
X病棟に受け入れる患者の特徴

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

2009(H21)年時点の課題

長期入院者の蓄積
新規入院受入減
平均在院日数の増加

2010(平成22)年以降



包括的ケアの提供

多職種会議

入院・転入4週目、12週目に実施



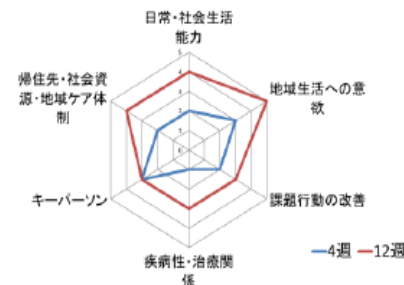
専門職同伴での外出

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

人員配置

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

評価システム



その他

地域連携の重視
自助グループ活動

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

多職種の柔軟な配置を要件としている入院料の例

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

精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

【施設基準】（関連部分要約）

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

地域移行機能強化病棟入院料 1,557点

【施設基準】（関連部分要約）

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

精神病床における多職種協働の推進

- 多職種の協働による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、精神病棟入院基本料等の入院料における看護職員、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の協働について評価を行う。

【精神病棟入院料】

(新) 精神病棟看護・多職種協働加算

<u>13対1入院基本料の場合</u>	<u>357点</u>
<u>15対1入院基本料の場合</u>	<u>196点</u>



【施設基準】

- 精神病棟看護・多職種協働加算（13対1入院基本料の場合）の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ② ①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、1以上であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が60日以内であること。

- 精神病棟看護・多職種協働加算（15対1入院基本料の場合）の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。
- ② ①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、1以上であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が100日以内であること。

※ 急性期病院精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）、精神科急性期治療病棟入院料2においても同様の評価を設ける。

精神科地域密着多機能体制加算の新設②

〔施設基準〕（概要）

	加算1	加算2	加算3
精神病床の入院患者の平均在院日数	≤150日	≤150日	≤250日
令和8年1月1日以降に新たに精神病床に入院となった患者のうち <u>6割以上</u> が、当該保険医療機関に入院した日から起算して <u>6月以内</u> に退院し、自宅等へ移行すること。	○	○	—
ア又はイ及びウからカまでのいずれかを満たしていること。※いずれも直近3か月間の算定回数 ア 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）：60回以上 イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費：300回以上 ウ 精神科退院時共同指導料：3回以上 エ 在宅精神療法：20回以上 オ 精神科在宅患者支援管理料：10回以上 カ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料：10回以上	○	○	いずれか
当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10km以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。※障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていることでも可	○	○	
過去6か月間の「Ⅰ002」通院・在宅精神療法、「Ⅰ003-2」認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、当該保険医療機関の精神病床の許可病床数で除した数	≥36	≥36	≥27
常勤の精神保健福祉士	≥2名	≥2名	計 2名以上
常勤の作業療法士	≥1名	≥1名	
常勤の公認心理師	≥1名	≥1名	

○病床数に係る要件

加算1	加算2	加算3
・精神病床≤100床	・101床≤精神病床≤150床 又は以下を全て満たすこと。 ・151床≤精神病床≤250床 ・届出前月及び届け出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下であること。 精神病床の許可病床数/その3年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者	・精神病床≤250床 ・届出前月末日時点での精神病床の許可病床数/その3年前の日の属する年度の1日当たりの精神病床における入院料算定患者数≤0.97 ・届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと ・当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から3年前精神病床の許可病床数≤0.95(届け出から1年ごと)
精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数/精神病床数≤0.3		精神療養病棟入院料を算定する病床数/精神病床数≤0.3

入退院支援に係る評価の見直し等

入退支援部門に配置が求められる専従職員の業務について

- 入退院支援加算と精神科入退院支援加算双方を届出するにあたっては、保険医療機関において同一の入退院支援部門である場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が双方の業務を兼ねられることを明記する。

現行

- 1 精神科入退院支援加算に関する施設基準
(2) イ (略) なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

改定後

- 1 精神科入退院支援加算に関する施設基準
(2) イ (略) なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。
- 入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を持つ場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。

多職種による退院支援を行った場合の評価

- 医療保護入院等診療料について、多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設する。

現行

医療保護入院等診療料 300点

改定後

医療保護入院等診療料 1 医療保護入院等診療料 1 300点
(新) 2 医療保護入院等診療料 2 400点

【算定要件(医療保護入院等診療料2に係る部分)】 (抜粋)

注2 2については、1を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して6月までの間は3月に1回に限り、6月以降は6月に1回に限り算定する。

- (2) 医療保護入院等診療料2は、多職種による退院支援を評価したものであり、多職種による退院支援に係るカンファレンスを行った際に算定する。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

パート3 入院医療

自発入院と 非自発入院 (本人以外の同意入院)



精神保健福祉法に基づく入院形態について

自発入院と 非自発入院

1 任意入院（法第20条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者

【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院（法第29条／法第29条の2）

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者

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

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

3 医療保護入院（法第33条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

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

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

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

※ 3 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

4 応急入院（法第33条の6）

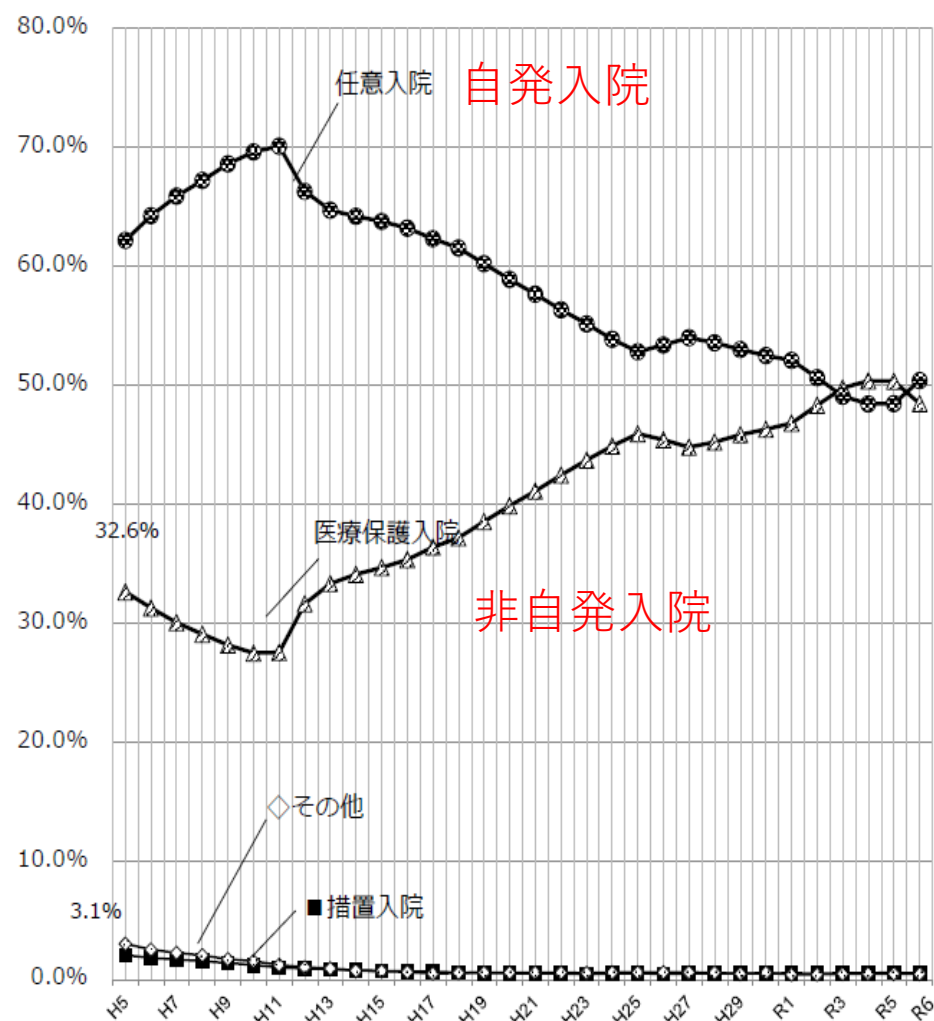
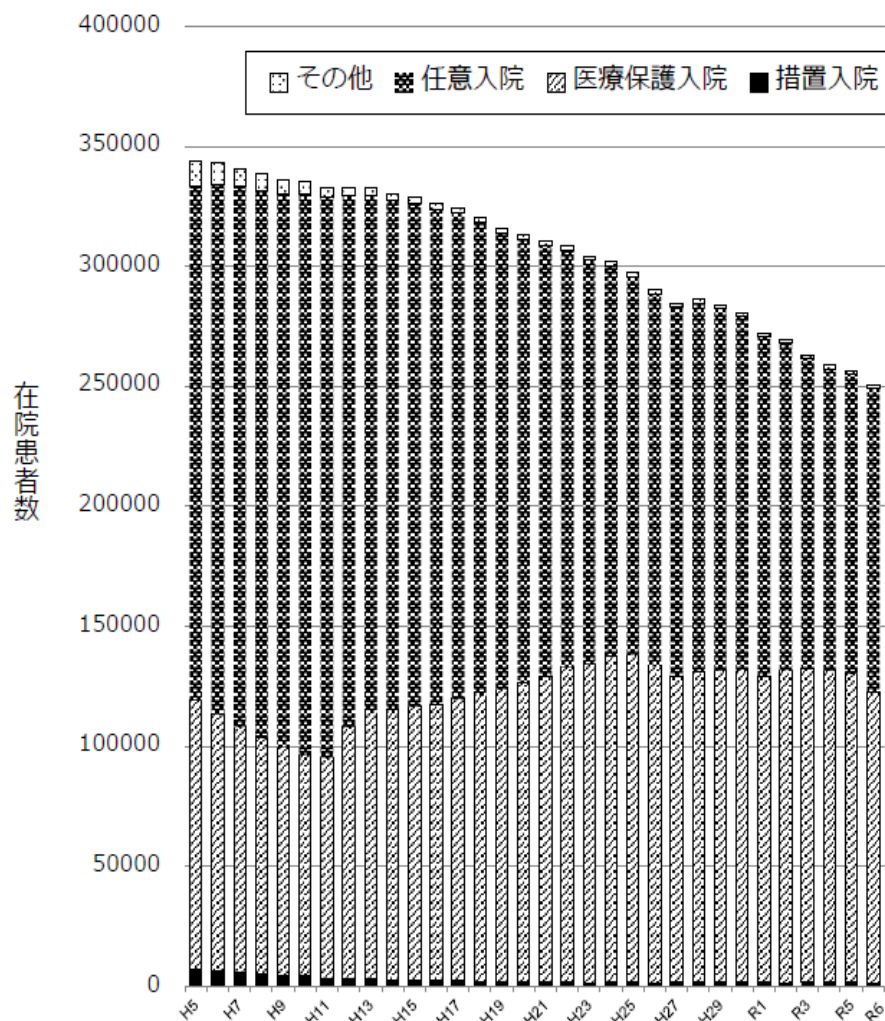
【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者

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

※ 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

入院形態別在院患者数の推移

- 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。



資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

入院形態による新規入院患者割合を定めている入院料

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

精神科救急急性期医療入院料 2,420点

【施設基準】（抜粋）

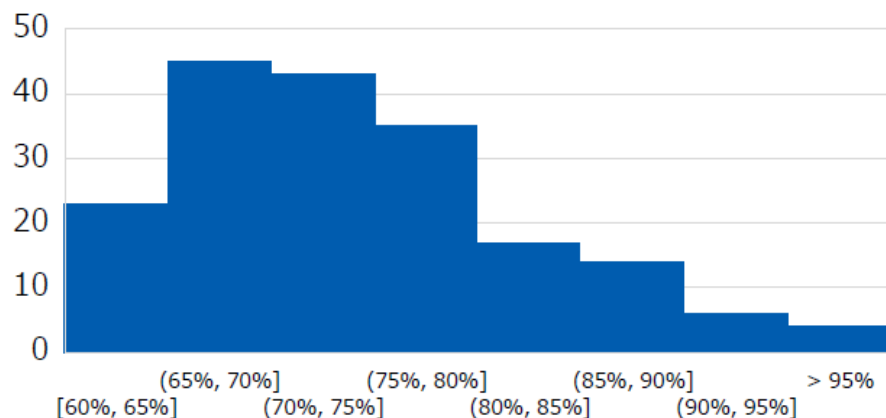
当該病棟の年間の新規患者のうち **6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。**

精神科救急・合併症入院料 3,624～3,123点

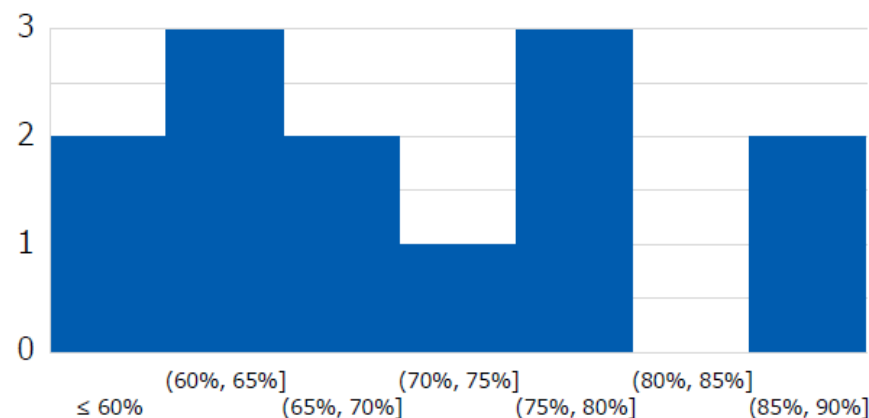
【施設基準】（抜粋）

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

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



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



高規格病棟を必要とする臨床像に関する研究

背景

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

研究目的

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

方法

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

（※）令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担班：精神科救急医療体制に関する研究（研究分担者：杉山直也）

結果

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

精神科救急急性期医療入院料病棟必要性チェックリスト

緊急に医療的介入を要する具体的な因子（該当する項目に☑、複数選択可）						点数
☐	他害の事実					3
☐	☐ 殺人 ☐ 放火 ☐ 強盗 ☐ 不同意性交等 ☐ 不同意わいせつ ☐ 傷害 ☐ 暴行 ☐ 恐喝 ☐ 脅迫 ☐ 窃盗 ☐ 器物損壊 ☐ 弄火又は失火 ☐ 家宅侵入 ☐ 詐欺等の経済的な問題行動 ☐ 攻撃的・威圧的言動 ☐ その他の迷惑行為（ ）					
☐	自殺行動の事実・切迫した自殺念慮					3
☐	昏迷状態					3
☐	亜昏迷状態					2
☐	意識障害					2
☐	☐ 器質疾患による意識障害 ☐ 頭部外傷による意識障害 ☐ 薬物による意識障害 ☐ てんかん発作後もうろう状態 ☐ 離脱せん妄 ☐ その他の原因による意識障害（ ）					
☐	不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全					2
☐	☐ 摂食困難 ☐ 生命リスク等の危険回避困難					
☐	特定の目的による入院					2
☐	☐ 重篤な副作用の管理 ☐ BMI16以下のい痩対応 ☐ mECTの実施 ☐ クロザピン導入・副作用対応					
☐	社会生活機能不全					1
☐	☐ 躁状態 ☐ 混合状態 ☐ 減裂状態 ☐ 激越 ☐ 摂食困難 ☐ 排泄困難					
要配慮因子（該当項目があれば☑、複数選択可）						点数
☐	新興感染症等法定伝染病	☐	2次以上身体合併症（※）	☐	妊婦・産褥婦	3
☐	日本語不可・滞在許可のない外国籍	☐	深刻な履歴（※※）あり	☐	医療観察法通院処遇者	2
☐	警察介入	☐	身元不明・住所不定・未保険	☐	虐待・DV・犯罪等被害者	2
☐	キーパーソン不在	☐	保健所介入	☐	遠隔地ケース・他院離院中	1
☐	消防（救急隊）経由	☐	身体障害者認定・指定難病認定	☐	整備事業経由	1
※ 2次以上身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す身体疾患または外傷を指す。 ※※ 履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動 を指す。						

チェックリストを用いても
3点以上は73%

非自発入院74%と同じ程度だった

精神科救急急性期医療入院料等の見直し①

新規入院患者割合要件の見直し

- 精神科救急急性期医療入院料等の施設基準である、措置入院等による新規入院患者割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

現行

【精神科救急急性期医療入院料】
〔施設基準〕
当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。

【精神科救急等病棟必要性チェックリスト】

改定後

【精神科救急急性期医療入院料】
〔施設基準〕
当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が「[精神科救急等病棟必要性チェックリスト](#)」において、**3点以上**のものであること。
※ 精神科救急・合併症入院料についても同様に見直す。
(経過措置)
令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上であることとする。

緊急に医療的介入を要する具体的な因子	点数
他害の事実□殺人 □放火 □強盗 □不同意性交等 □不同意わいせつ □傷害 □暴行 □恐喝 □脅迫 □窃盗 □器物損壊 □弄火又は失火 □家宅侵入 □詐欺等の経済的な問題行動 □攻撃的・威圧的言動 □これらに準ずる他害行為（ ）	3
自殺行動の事実・切迫した自殺念慮	3
昏迷状態	3
亜昏迷状態（その日の出来事など簡単な意思疎通も困難な状態のものに限る）	2
意識障害（器質疾患によるものを除く） □薬物による意識障害 □てんかん発作後もうろう状態 □離脱せん妄	2
不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による自立不全□摂食困難 □生命リスク等の危険回避困難	2
特定の目的による入院 □薬物の副作用により生じた重篤な精神症状の管理 □BMI16以下のBMI低体重対応 □mECTの実施 □クロザピン導入・副作用対応	2
社会生活機能不全	1
要配慮因子	点数
医療観察法通院処遇者	1
警察、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の介入により受診し入院となった者	1

クロザピン



1. クロザピンの効果

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

治療抵抗性統合失調症の57～67%に精神症状の改善が見られている。

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

2. クロザピンの副作用

重篤な副作用は、無顆粒球症(※2)で、本邦での頻度は約1%。

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

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

重篤な副作用：()内は頻度

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

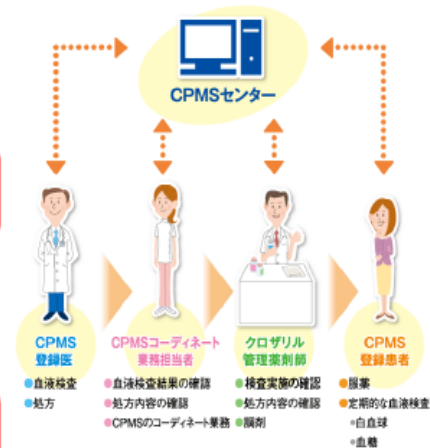
3. CPMS(クロザピン患者モニタリングサービス)について

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

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

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

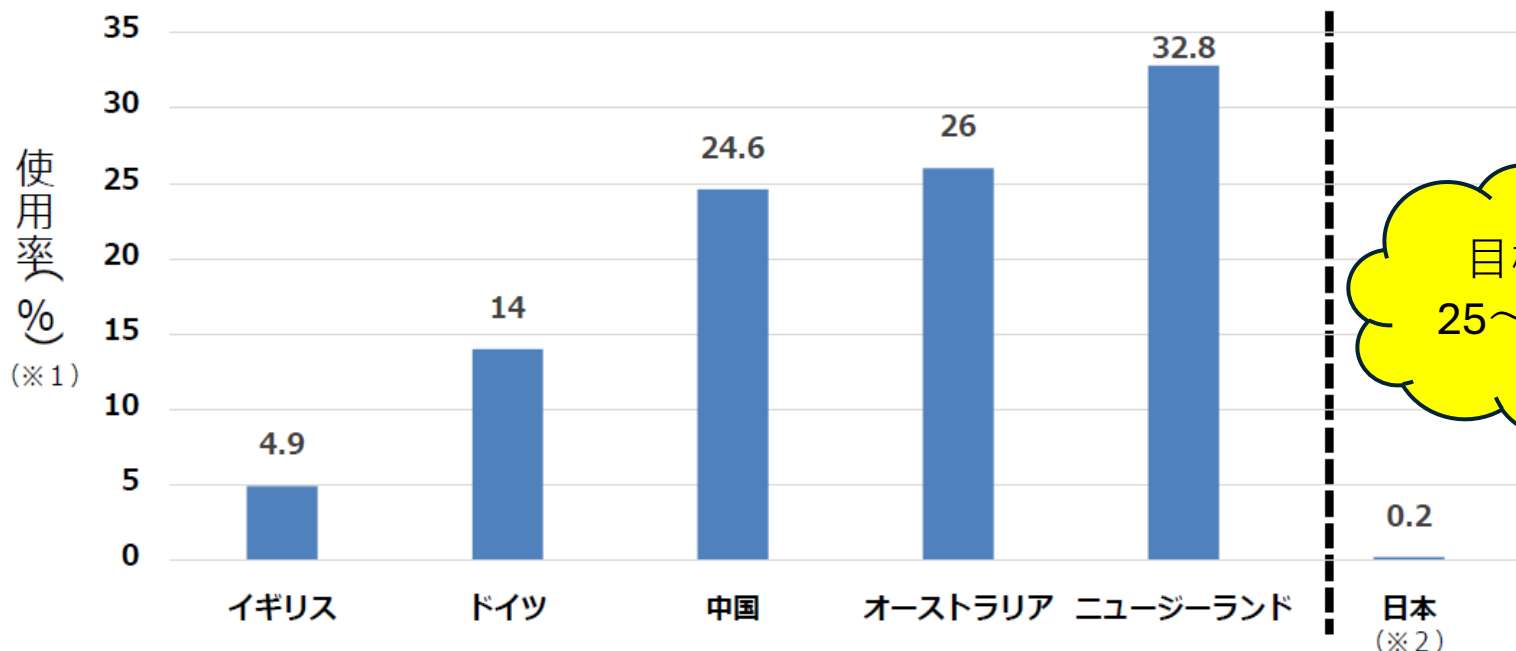
○クロザピンは、精神保健指定医かつ日本精神神経学会または日本臨床精神神経薬理学会の専門医等で、講習を受けテストに合格した登録医師のみ処方できる。クロザピンを提供できる医療機関は、診察当日に血液検査等の結果がわかること、無顆粒球症や糖尿病への対処が可能なこと、CPMS登録医、CPMSコーディネーター業務担当者、クロザピン管理薬剤師が各2名以上勤務している体制を整える必要がある。



統合失調症患者におけるクロザピンの普及の状況

中医協 総-2
元. 11. 20

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



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

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

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

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

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

精神科急性期医師配置加算 1・3について

A249 精神科急性期医師配置加算（1日につき）

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

1 精神科急性期医師配置加算 1 600点

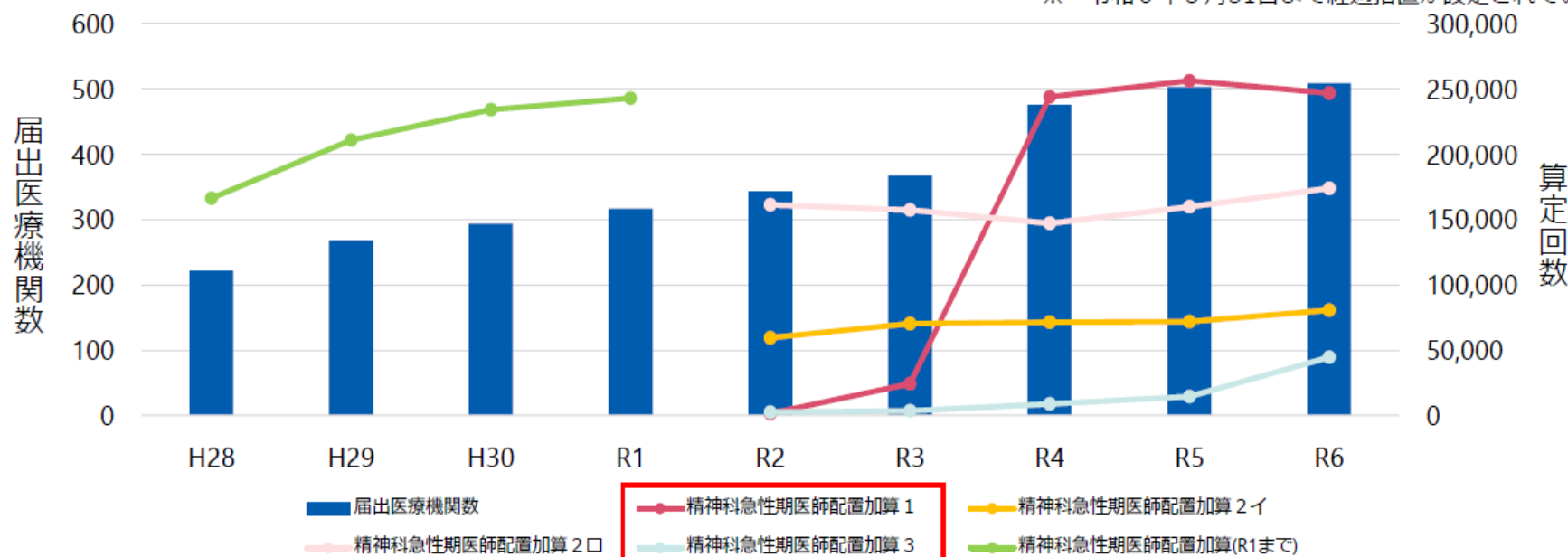
3 精神科急性期医師配置加算 3 400点

（算定対象となる入院料）

- ・精神科救急急性期医療入院料
- ・精神科急性期治療病棟入院料 1

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

※ 令和6年3月31日まで経過措置が設定されていた。



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

精神科急性期医師配置加算の見直し

- 精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置の要件を見直す。

1. 精神科急性期医師配置加算1及び3について、クロザピンの新規導入件数を、当該加算を算定する病棟における実績から、医療機関全体における実績に見直す。

現行		改定後
【精神科急性期医師配置加算】 【施設基準】（クロザピン実績に係る部分） ○ 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。 ○ 精神科急性期医師配置加算3の施設基準 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間3件以上であること。		【精神科急性期医師配置加算】 【施設基準】（クロザピン実績に係る部分） ○ 精神科急性期医師配置加算1の施設基準 当該保険医療機関においてクロザピンを新規に導入した実績が過去5年間に15件又は過去1年間に3件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する患者数が年間に6人以上であること。 ○ 精神科急性期医師配置加算3の施設基準 当該保険医療機関においてクロザピンを新規に導入した実績が過去5年間に10件又は過去1年間に2件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する実患者数が年間に4人以上であること。

2. 精神科急性期医師配置加算2のイの算定対象となる入院料に、精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の精神病棟の15：1入院基本料を追加する。

現行		改定後
【精神科急性期医師配置加算2のイ】 【施設基準】（抜粋） ○ 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。		【精神科急性期医師配置加算2のイ】 【施設基準】（抜粋） ○ 精神病棟入院基本料（十対一入院基本料、十三対一入院基本料又は十五対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟であること。

※上記の要件に加え、内科、外科等を標榜していること、精神病床数が保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ精神病棟が2病棟以下であること、24時間の救急医療を提供していること等の要件がある。

パート4

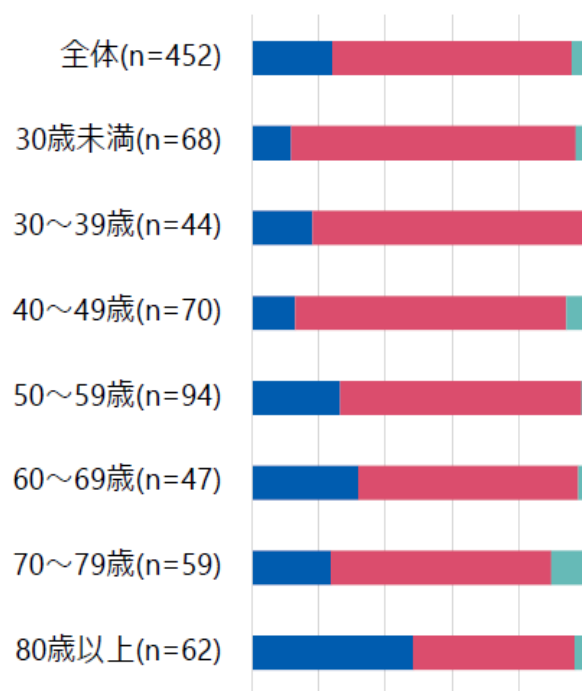
精神身体合併症

精神病床に入院する患者が抱える身体合併症の種類等

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

身体合併症の有無（年齢区分別）

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



■ あり（治療の有無を問わない）

■ なし

■ 無回答

身体合併症の種類ごとの患者割合（n=109）

(%)

0 10 20 30 40



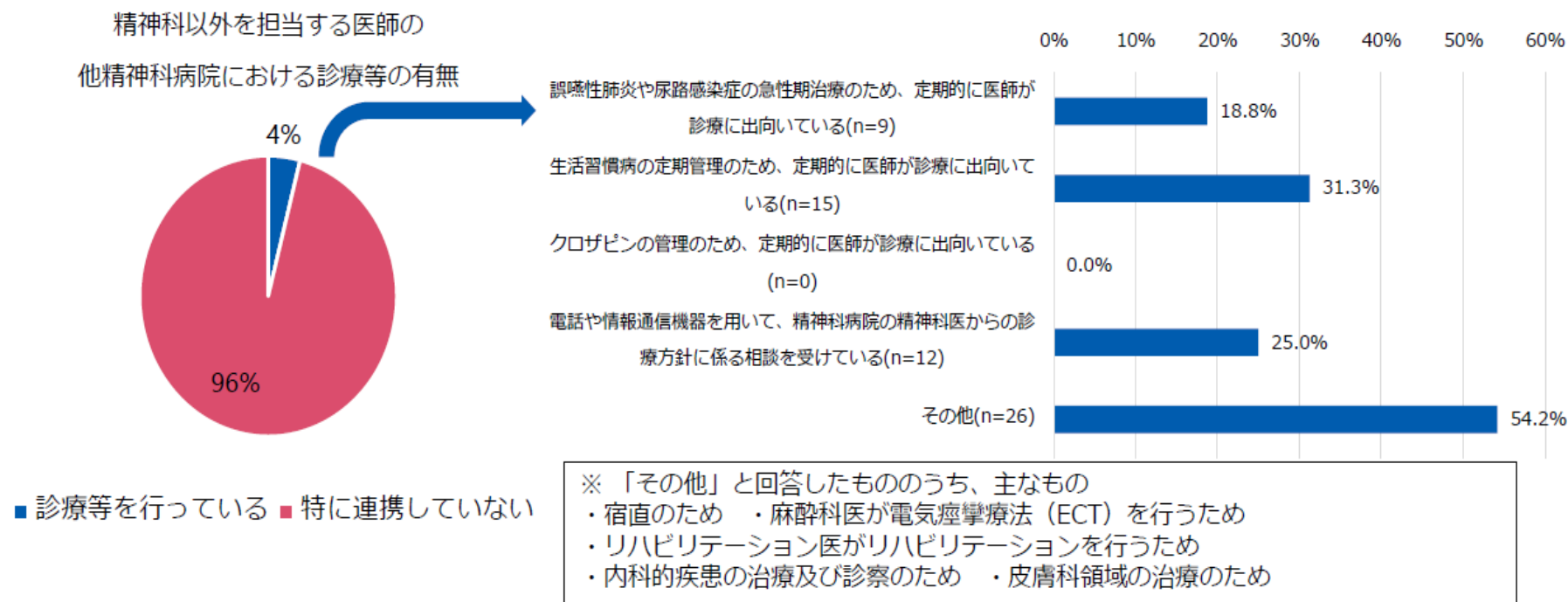
急性期病院の精神科以外を担当する医師が他精神科病院で行う診療

診療組 入 - 1
7. 8. 28 改

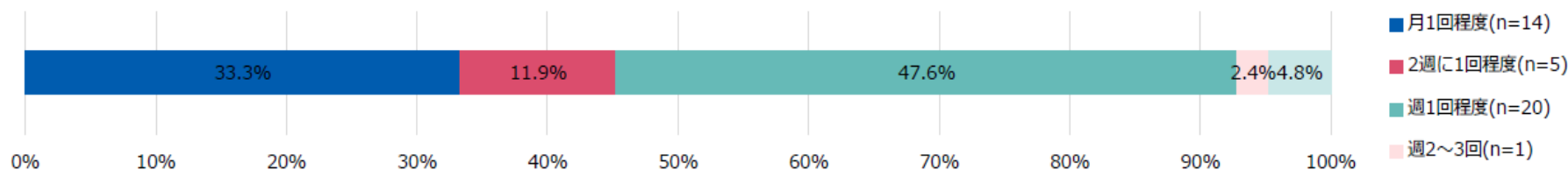
- 精神科病院における身体合併症への対応が求められる中で、一般の急性期病棟を有する病院において精神科以外を担当する医師が、他の精神科病院（精神病床のみを有する病院）で診療等を行っている病院が4%程度存在した。
- 診療等の内容は、生活習慣病の定期管理が31%程と最も多かった。
- 診療の頻度は「週1回程度」が48%程と最も多かった。

一般の急性期病棟を有する病院において

精神科以外を担当する医師の他精神科病院における診療等(n=48)



他院への診療等の頻度(n=42)



精神科慢性身体合併症管理加算の新設

- 精神病床に入院する患者の高齢化が進む中で、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への精神科以外の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、継続的な管理が必要な身体合併症に対応した場合について、新たな評価を行う。

（新）精神科慢性身体合併症管理加算 700点

〔対象患者〕

糖尿病の患者

特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）の患者

〔特定疾患療養管理料の対象患者〕

悪性新生物

甲状腺障害

虚血性心疾患

不整脈

心不全

脳血管疾患

喘息

肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 等

〔算定要件〕

- （1）精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科慢性身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、**1月に1回に限り**、所定点数に加算する。この場合において、区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。
- （2）内科を担当する当該医師が、当該保険医療機関において、1回以上「I001」入院精神療法又は「I002」通院・在宅精神療法を行った場合は、当該加算は別に算定できない。

〔施設基準〕

- （1）精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
- （2）当該病棟に内科の医師が配置されていること。
- （3）精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療を行うにつき十分な体制を有していること。

パート5 外来医療



中医協総会 2025年12月5日

①通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法

- 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定することとされており、診察時間や実施者が精神保健指定医であるかによって、評価が分かれている。

第8部 精神科専門療法

通則

- 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、**精神科を標榜する保険医療機関において算定**する。

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

1 通院精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合				660点
ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合		600点
		精神保健指定医以外の場合		550点
ハ イ及びロ以外の場合		30分以上	精神保健指定医による場合	410点
			精神保健指定医以外の場合	390点
		30分未満	精神保健指定医による場合	315点
			精神保健指定医以外の場合	290点
2 在宅精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合				660点
ロ 初診日に60分以上		精神保健指定医による場合		640点
		精神保健指定医以外の場合		600点
ハ イ及びロ以外の場合		60分以上	精神保健指定医による場合	590点
			精神保健指定医以外の場合	540点
		30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点
			精神保健指定医以外の場合	390点
		30分未満	精神保健指定医による場合	315点
			精神保健指定医以外の場合	290点

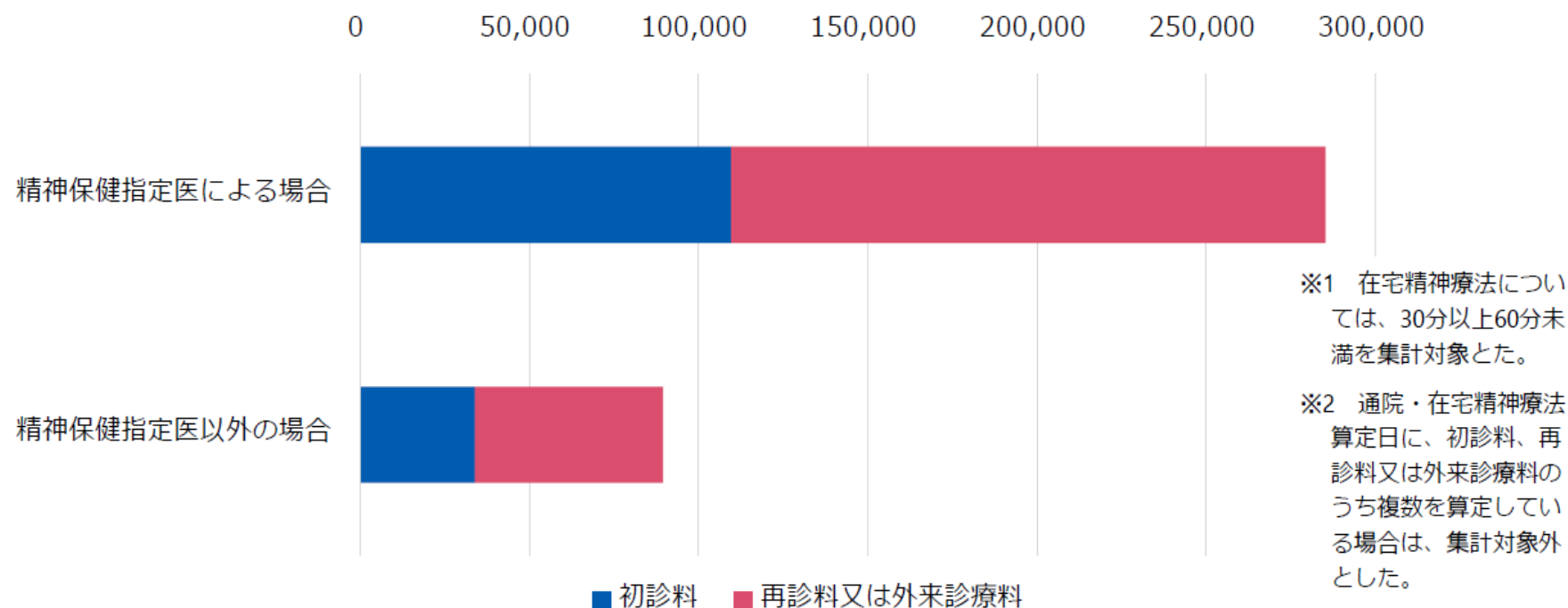
【留意事項】（一部抜粋）

- 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると思われる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。
- 通院・在宅精神療法は、**精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定**する。
- 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

通院・在宅精神療法算定時における初診、再診の割合

- 通院・在宅精神療法が30分以上実施された場合、そのうち一定程度は初診患者に対する精神療法であった。

30分以上の通院・在宅精神療法（※1）を算定した場合の、
初診料又は再診料及び外来診療料（※2）との併算定の状況（回）



精神科の診療について（うつ病）

- 精神科の診察において、例えばうつ病では把握すべき情報等が多岐に渡っており、このような情報等は初診時に把握することが望ましいと考えられる。

把握すべき情報のリスト

（治療者・患者関係の形成を勘案しながら確認）

- 1) 言い間違い・迂遠さの有無を観察
- 2) 身長・体重・バイタルサイン（栄養状態を含む）
- 3) 一般神経学的所見（パーキンソン症状、不随意運動を含む）
- 4) 既往歴：糖尿病・閉塞隅角緑内障の有無を確認
- 5) 家族歴：精神疾患・自殺者の有無を含めて
- 6) 現病歴：初発時期、再発時期、病相の機関、「きっかけ」、「悪化要因」、生活上の不都合（人間関係、仕事、家計など）
- 7) 生活歴：発達歴・学歴・職歴・結婚歴・飲酒歴・薬物使用歴を含めて
- 8) 病前のパーソナリティ傾向：他者配慮性・対人過敏性・発揚性・循環性・気分反応性の有無を含めて
- 9) 病前の適応状態：家庭・学校、職場などにおいて
- 10) 睡眠の状態：夜間日中を含めた睡眠時間、いびき・日中の眠気の有無の聴取
- 11) 意識障害・認知機能障害・知能の低下の有無
- 12) 女性患者の場合：妊娠の有無、月経周期に伴う気分変動、出産や閉経に伴う気分変動

注意すべき情報のリスト

- 1) 自殺念慮・自殺企図の有無と程度
- 2) 自傷行為・過量服薬の有無と状況
- 3) 他の医学的疾患による抑うつ障害の除外
- 4) 身体合併症・併用薬物の有無と状況
- 5) 併存症：不安症、強迫症、心的外傷後ストレス障害、神経発達症（自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症）、パーソナリティ障害、アルコール・薬物などの使用障害、原発性睡眠障害他
- 6) 不安性の苦痛を伴うもの
- 7) 混合性の特徴を伴うもの（躁/軽躁病の症状の一部の混入）
- 8) 混合性抑うつ状態（焦燥感の強いうつ状態）
- 9) 双極性うつ病（例：若年発症、抑うつ病相の多さ、双極性障害の家族歴）
- 10) 過去の（軽）躁状態
 - ・活動性の変化（例：「いつもより活動的で調子良いと感じた時期」「普段より仕事がはかどった時期」「よりたくさんアイデアが浮かんだ時期」）
 - ・生活歴の確認（例：職歴などの変化）
- 11) 精神病症状（例：気分不一致する微小妄想、気分不一致しない被害妄想・幻聴。若年者では統合失調症との鑑別）

通院・在宅精神療法の見直し

通院・在宅精神療法の見直し

- 精神保健指定医が実施する、初診における 30 分以上の通院・在宅精神療法について、新たに評価を行うとともに、初診における 60 分以上の通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

現行

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
- (1) 精神保健指定医による場合 600点
 - (2) (1) 以外の場合 550点
- ハ イ及びロ以外の場合 (略)



改定後

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- 初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合
- (1) 60分以上の場合
 - ① 精神保健指定医による場合 **650点**
 - ② ① 以外の場合 550点
 - (2) 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 550点**
- ハ イ及びロ以外の場合 (略)
- ※在宅精神療法についても同様の見直しを行う

- 非精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

改定後

【通院・在宅精神療法】

注13 (概要) 非精神保健指定医による通院・在宅精神療法において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注9に規定する心理支援加算は別に算定できない。

【施設基準】

いずれかを満たすこと

- (1) 以下のいずれかを満たす医療機関において実施されていること。
 - 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている
 - 常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている
 - 精神病床を有する特定機能病院
 - 急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院
- (2) 以下を全て満たす医師により行われていること。
 - 令和8年5月31日時点において、精神医療に20年以上従事していること。
 - 過去1年間に医療観察法対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っていること。

②早期診療体制充実加算

早期診療体制充実加算

- 早期診療体制充実加算は、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患を有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するものであり、精神科救急医療の提供や時間外診療体制の確保等を求めている。

早期診療体制充実加算

【趣旨】

- 地域において、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施するとともに、精神疾患を有する患者に対し、質の高い診療を継続的に行う体制を評価するもの。

	(1) 最初に受診した日から 3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

【主な施設基準】

初診、30分以上の診療等の診療実績

過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／通院・在宅精神療法の算定回数 $\geq$ 5%

【診療所】過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数（合計）／勤務する医師数 $\geq$ 60

地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療の提供等）

アからウまでのいずれかを満たすこと。

- ア 常時対応型施設（精神科救急医療確保事業）又は身体合併症救急医療確保事業において指定
イ 病院群輪番型施設（精神科救急医療確保事業）であって、
時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上
ウ 外来対応施設（精神科救急医療確保事業）又は時間外対応加算1の届出
かつ 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を1名以上配置し、常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

多職種の活用、専門的な診療等に係る加算（療養生活継続支援加算等）のうちいずれかを届出

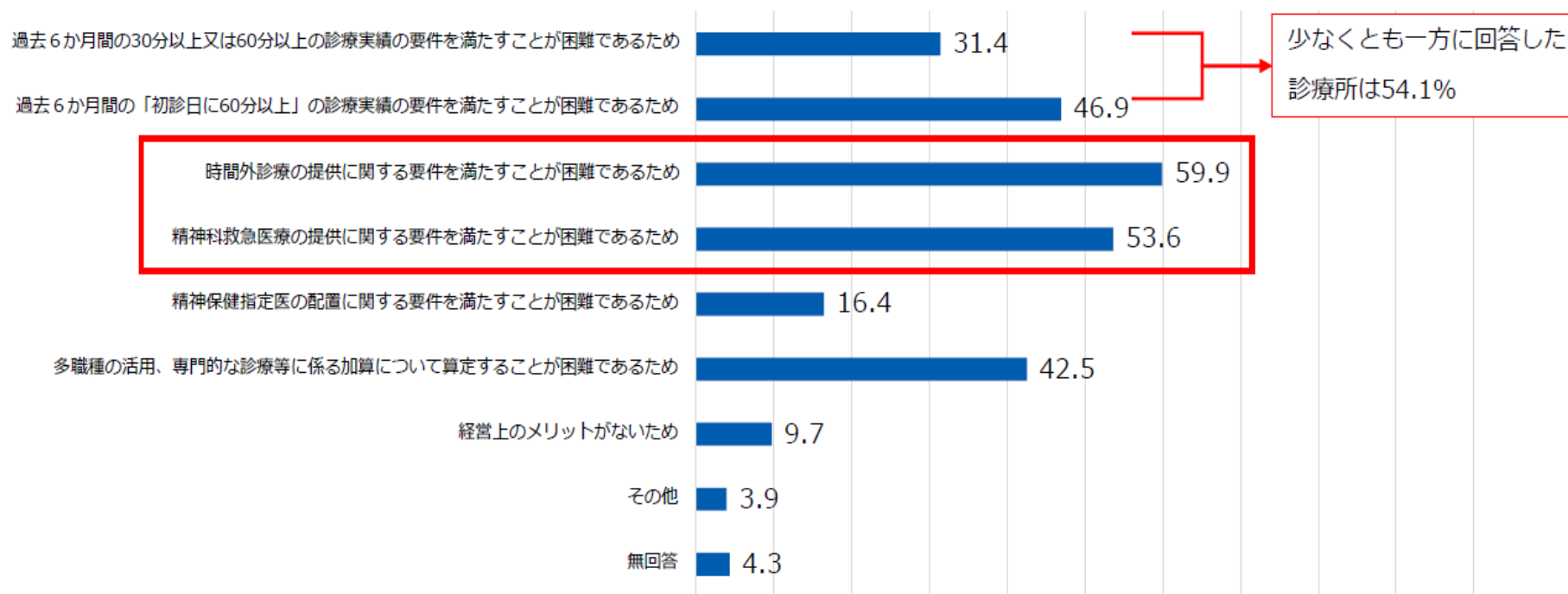
【届出医療機関数】（各年8月時点）

	令和6年	令和7年
病院	185	185
診療所	32	76

診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由

- 診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由は、「時間外診療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が 59.9%と最も多く、次いで「精神科救急医療の提供に関する要件を満たすことが困難であるため」が多かった。
- 「過去6か月間の30分以上又は60分以上の診療実績の要件を満たすことが困難であるため」又は「過去6か月間の「初診日に60分以上」の診察実績の要件を満たすことが困難であるため」のいずれかを選択した施設は 54.1%であった。

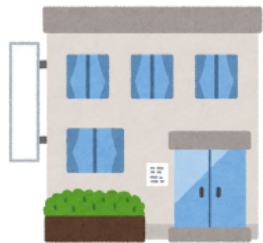
診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由（複数回答） (n=207) (%)



病院との連携によって時間外対応体制を構築する診療所の例

- 自院の診療時間は平日日中のみであるものの、救急患者の受け入れ等を行う病院と平時から情報共有等を行う診療所においては、時間外もかかりつけ患者の対応が十分可能と考えられる体制を構築している。

自院のみで24時間診療体制を確保している診療所
(現在評価済)



定期的な受診だけでなく、
時間外の対応が可能



自院では平日日中のみ診療を行うが、
他院と連携して時間外対応体制を確保
している診療所



平日日中の定期的な受診



救急患者の受け入れ等を行う、
時間外も対応可能な病院



夜間休日には、
連携している病院で緊急受診等が可能

必要に応じた情報共有

平時からの連携

※精神科退院時共同指導料等による連携

早期診療体制充実加算の見直し

早期診療体制充実加算の見直し

- 精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、早期診療体制充実加算の要件及び評価を見直す。

改定後

	加算1(病院・診療所)	加算2(病院)	加算3(診療所)
(1) 精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	50点	20点	15点
(2) (1) 以外の場合	15点	15点	10点

[施設基準] (一部抜粋)

- 初診、30分以上の診療等の診療実績

	加算1	加算2	加算3
過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／通院・在宅精神療法の算定回数	≥ 5 %	≥ 5 %	≥ 2 %
(過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数＋ 「初診日に30分以上60分未満」の通院・在宅精神療法の算定回数／2)／勤務する医師数	≥ 60	—	≥ 24

- 時間外診療、精神科救急医療の提供等

- (1) 加算1及び2の施設基準 アからウまでのいずれかを満たすこと。

ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定

イ 病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上

ウ 外来対応施設) 又は時間外対応加算1の届出かつ精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

- (2) 加算3の施設基準 以下のいずれかを満たすこと

(イ) 常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院(以下この項において連携病院という。))と連携し、以下の①から③を満たしていること。

① 1年に1回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料1又は精神科退院時共同指導料1を算定している。

② 通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れる等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文書を取り交わしていること。

③ 連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。なお、当該診療所は必要に応じて、連携病院からの問い合わせ等に対応すること。

- (ロ) (1) を満たすこと。

③情報通信機器を用いた精神医療

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

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

(新) 通院精神療法 Ⅷ 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上（精神保健指定医による場合） 357点

(2) 30分未満（精神保健指定医による場合） 274点



[対象患者]

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

[算定要件]（概要）

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

[施設基準]（概要）

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

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

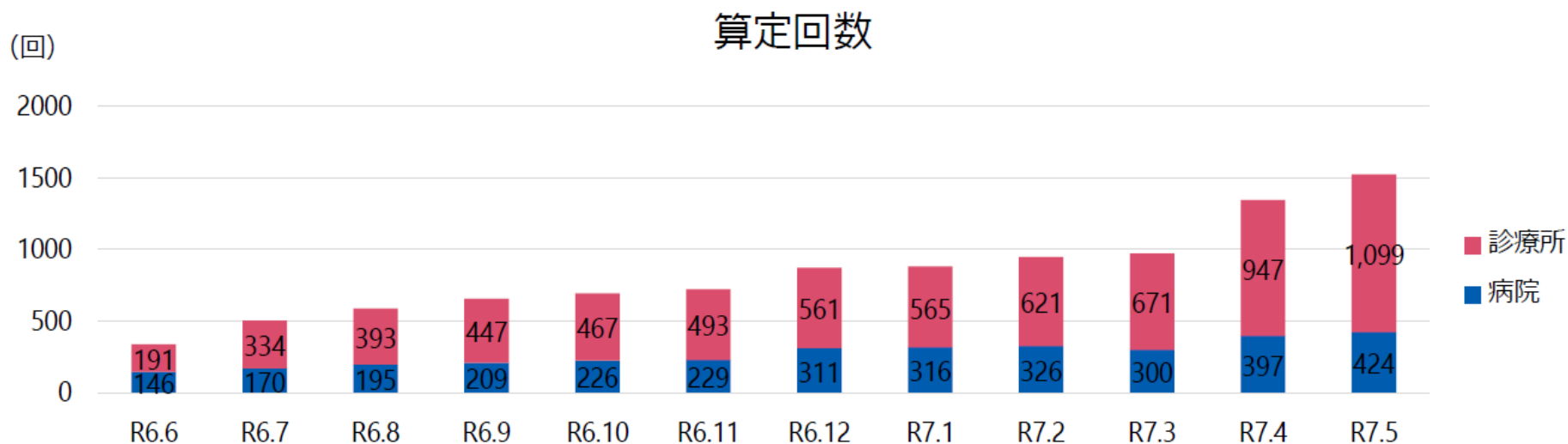
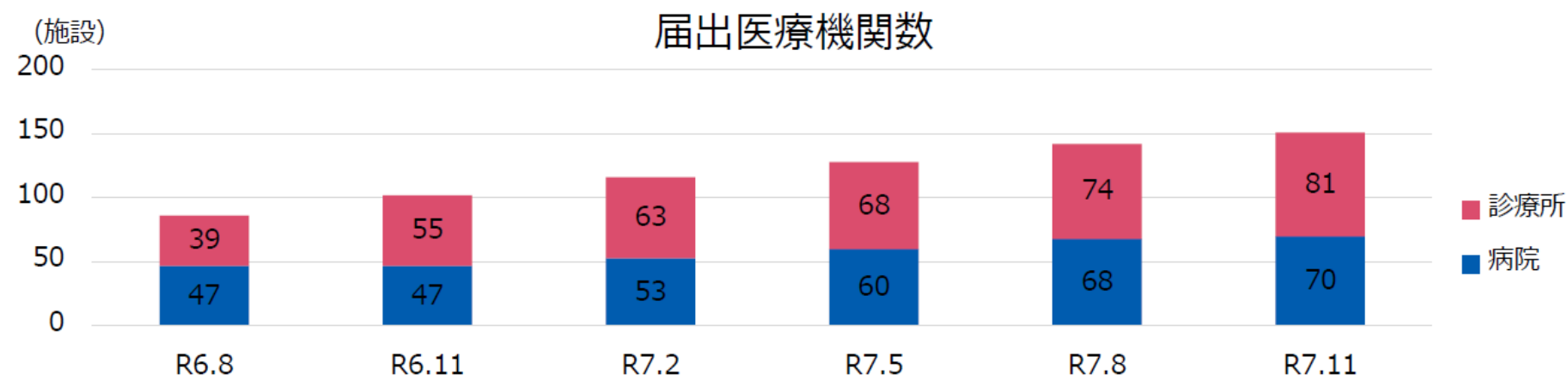
(イ)	(ロ)	(ハ)
- 常時対応型施設（★）又は身体合併症救急医療確保事業において指定 （★）精神科救急医療体制整備事業における類型	- 病院群輪番型施設（★） - 時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上	- 外来対応施設（★）又は時間外対応加算1の届出 - 精神科救急情報センター、保健所等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

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

(イ)	(ロ)
時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療又は救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

情報通信機器を用いた通院精神療法の算定状況等

○ 情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数及び算定回数は、限定的である。



情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針（案）

I 策定の経緯等

- 令和4年度障害者総合福祉推進事業において、これまで明確に示されていなかった、情報通信機器を用いた精神療法（以下、「オンライン精神療法」という。）を実施する場合に必要なと考えられる留意点等について、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定した。
- その後、規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）において、安全性・必要性・有効性の観点から、令和7年末までに適切なオンライン精神療法の普及を推進するために、新たな指針を策定・公表することのほか、良質かつ適切な精神医療の提供の確保に向け、初診・再診ともにオンライン精神療法がより活用される方向で検討することが求められたことを踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会において、情報通信機器を用いた診療についての議論が行われた。その見直しの方向性を踏まえ、「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（以下、「本指針」という。）を策定した。

II 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

- オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる。
- その上で、医師不足や有事になって急にはオンライン診療を活用することが難しいという指摘もあることから、平時からオンライン診療を活用できることが望ましく、オンライン再診精神療法を適切に実施できる医療機関をしっかりと拡充していくことが期待される。

III 情報通信機器を用いた精神療法を実施するに当たっての具体的な指針

- オンライン精神療法を実施する場合は、オンライン診療指針及び本指針を遵守すること。
- オンライン精神療法は、日常的に対面診療を実施している患者に対して、継続的・計画的に診療を行いながら、対面診療と組み合わせつつ必要に応じて活用すること。なお、オンライン初診精神療法については、オンライン再診精神療法に十分な経験がある医師が診察を行うことを前提として、行政が対応を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して、診察を担当する医療機関と訪問指導等を担当する行政との連携体制が構築されており、診察時に患者の側に保健師等がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合に行うこと。
- オンライン精神療法を実施する医師は、精神科における診療の一定の経験や資質を有すること。
- 患者の急病・急変時に適切に対応する観点から、患者が希望した場合や緊急時等の対面での診療が必要である際に、オンライン精神療法を実施した医師自らが速やかに対面で診療を行うことができる体制を整えていること、時間外や休日にも医療を提供できる体制において実施されることが望ましい。ただし、自らの医療機関において時間外や休日の対応が難しい場合には、患者の居住する地域の医療提供体制を踏まえ、平時から地域の精神科病院との十分な連携体制を確保することにより、当該精神科病院が時間外や休日の対応を担う場合には、当該体制が確保されているものとみなす。
- 精神科救急対応や時間外の対応、緊急時の入院受け入れ等を行っている医療機関等と連携するなどしながら、入院や身体合併症の対応が必要となった場合（精神病床に限るものではなく、身体疾患等で入院医療が必要となり一般病床に入院する場合も含む。）に対応可能な体制を確保しておくことが望ましい。
- 向精神薬等の不適切な多剤・大量・長期処方、厳に慎むと同時に、オンライン診療を実施している患者に乱用や依存の傾向が認められないか、細心の注意を払う必要がある。乱用や依存の傾向が認められる場合には、安全性の観点から、速やかに適切な対面診療につなげた上で、詳細に精神症状を把握すると共に、治療内容について再考することが適当である。

情報通信機器を用いた精神療法の見直し

情報通信機器を用いた精神療法の見直し

- 「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診からの精神療法について新たに評価を行うとともに、要件を見直す。

現行

【通院精神療法】

イ (略)

□ 初診料を算定する初診の日に行った場合

ハ イ及び□以外の場合

(1) 30分以上(精神保健指定医による場合) 357点

(2) 30分未満(精神保健指定医による場合) 274点

改定後

【通院精神療法】

イ (略)

□ 初診料を算定する初診の日に行った場合

(1) 60分以上(精神保健指定医による場合) 566点

(2) 30分以上(精神保健指定医による場合) 479点

ハ イ及び□以外の場合

(1) 30分以上(精神保健指定医による場合) 357点

(2) 30分未満(精神保健指定医による場合) 274点

【算定要件】(初診において行う場合)

- 当該保険医療機関と連携体制を構築する精神保健福祉センター、保健所及び市区町村機関等が訪問指導等を行っている未治療者、治療中断者又はひきこもりの者等に対して行うこと。
- 患者自身に受診希望があること。
- オンライン精神療法を10症例以上の経験を有する医師が診察を行うこと。
- 診察時に患者の側に精神保健福祉センター、保健所及び市区町村の当該患者に対して訪問指導等を行っている医師、保健師、精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等の精神保健福祉に携わる専門職がいる状況であり、十分な情報収集や情報共有が可能であること。

【施設基準】(一部抜粋)

診療所においては、精神科救急医療確保事業において常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院(以下この項において連携病院という。)と連携し、以下を満たすことでも時間外対応に係る要件を満たすこととする。

- 1年に1回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料1又は精神科退院時共同指導料1を算定していること。
- 当該診療所に通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れること等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。こうした内容を含め、明確に連携していることを示す文章を取り交わしていること。
- 連携している病院名及び連絡先を診療所内に掲示していること。

④児童思春期指導 支援加算

児童思春期支援指導加算の新設

➤ 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

(新) 児童思春期支援指導加算

イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合 **1,000点**
(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に1回限り)

ロ イ以外の場合

(1) 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 **450点**
(2) (1)以外の場合 **250点**



[算定要件] (概要)

- (1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、**児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師**が、当該患者に対して、対面による**療養上必要な指導管理を30分以上実施**した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
- (2) **多職種が共同して支援計画を作成すること。**
- (3) 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や面接相談を適宜行うこと。
- (4) 患者の支援方針等について、**概ね3月に1回**以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。
- (5) **1週間当たり**の担当患者数は**30人以内**とする。
- (6) 20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準] (概要)

- (1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る**適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上**配置されていること。
- (2) 児童思春期の患者に対する当該支援に**専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置**されており、そのうち**1名以上**は児童思春期の患者に対する精神医療に係る**適切な研修を修了した者**であること。
- (3) 当該保険医療機関が過去6か月間に**初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均8人以上**であること。

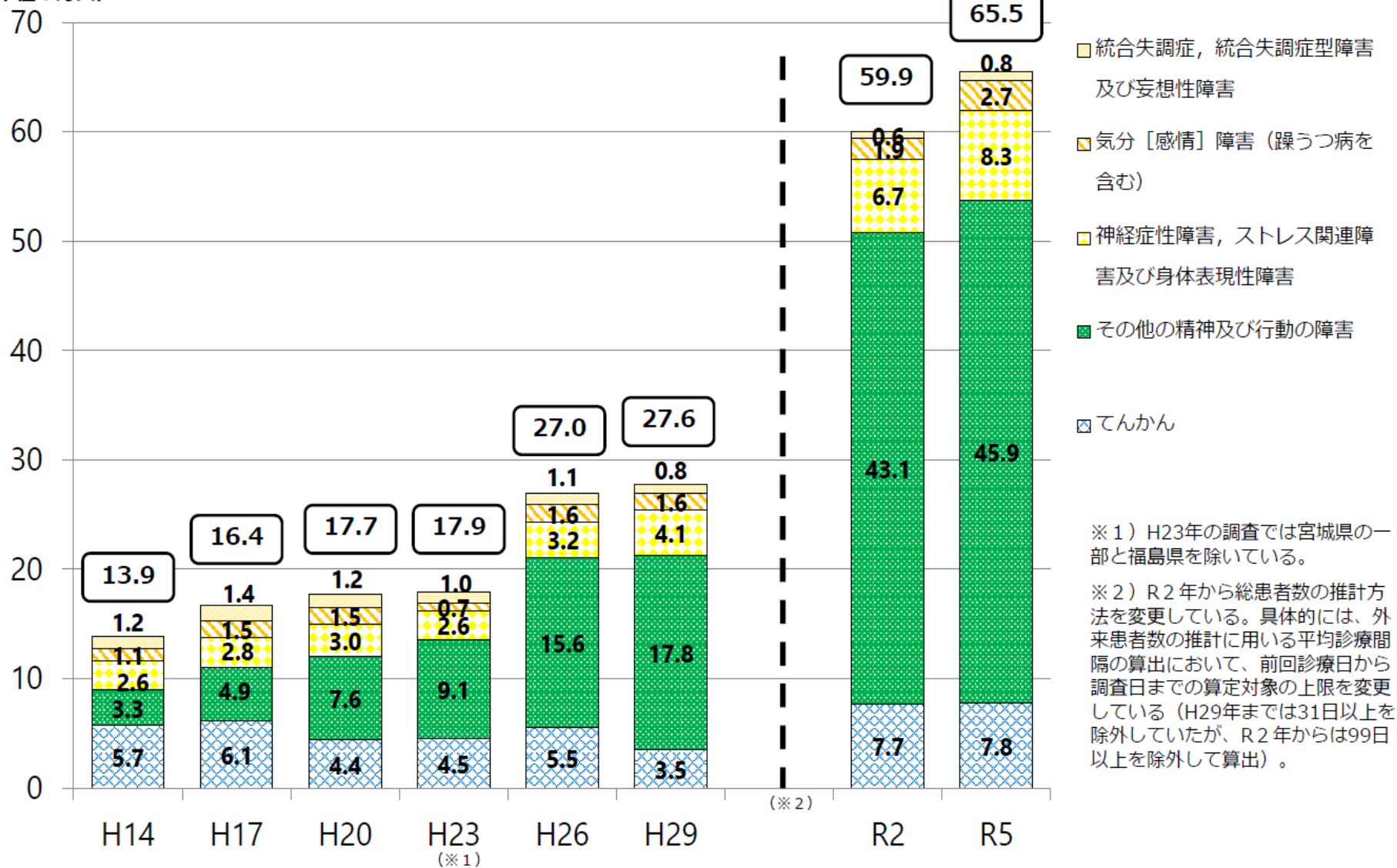
➤ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】 350点	【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】 320点



20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

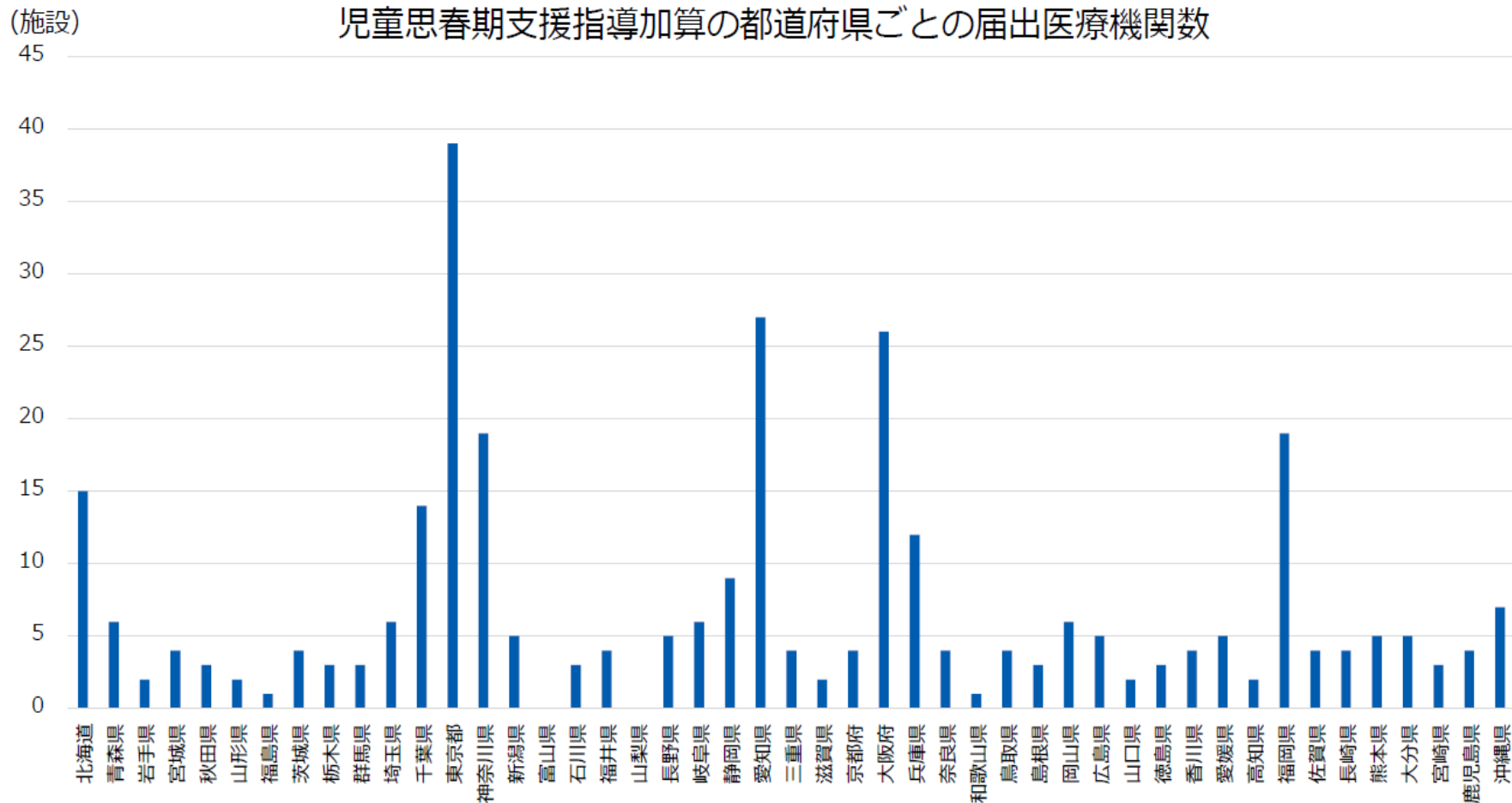
（単位：万人）



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

児童思春期支援指導加算の届出状況

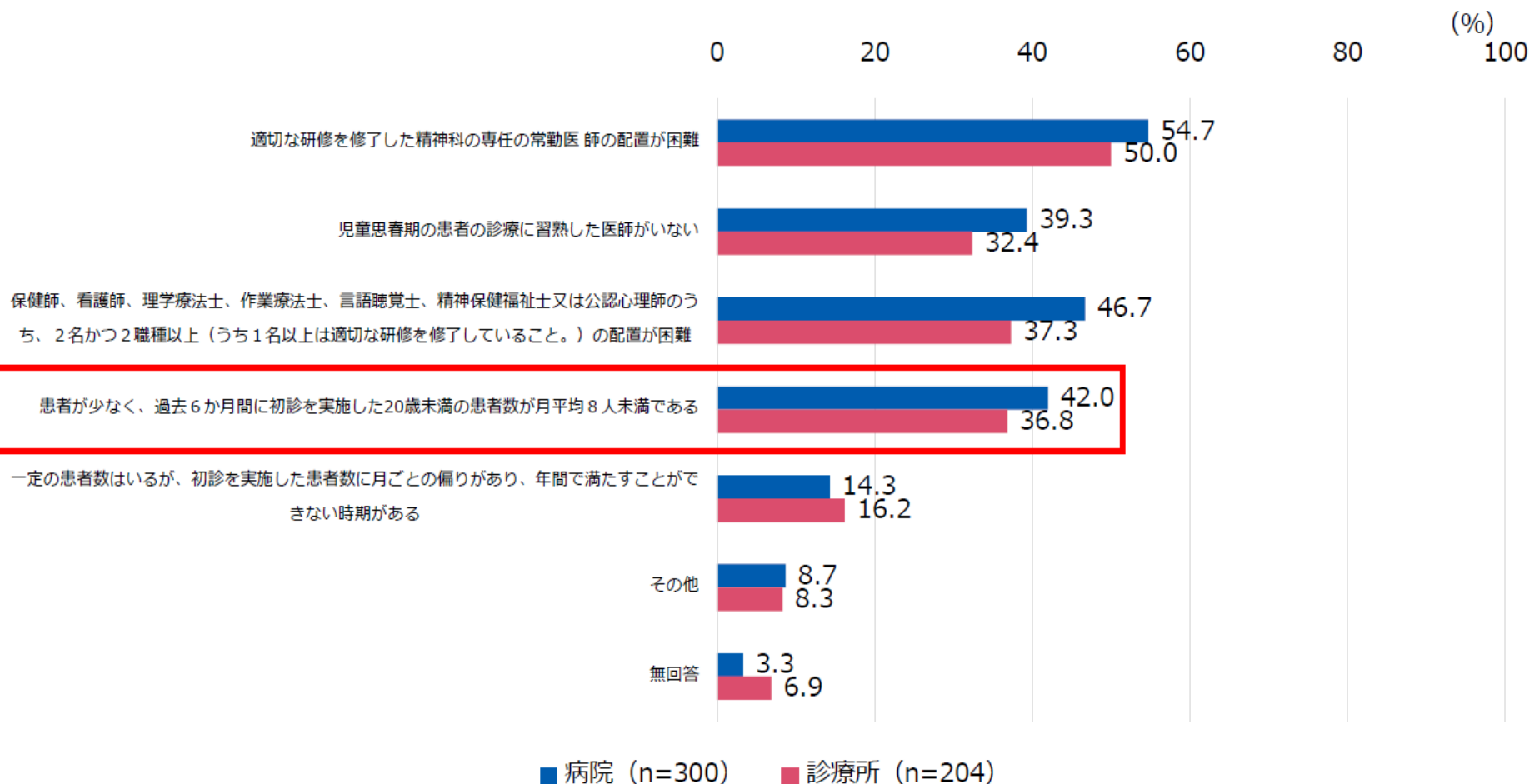
- 児童思春期支援指導加算の都道府県ごとの届出状況を見ると、16県において、届出医療機関が3施設以下であった。



児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由

- 児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由は、「患者が少なく、過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者数が月平均8人未満である」と回答した病院が42.0%、診療所が36.8%であった。

児童思春期支援指導加算の届出を行っていない理由（複数回答）



- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月（0～54か月）であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

【方法】関連学会の会員8,466名にWebアンケートへの回答を依頼。有効回答798件（回答率：9.4％）。

■ 発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

■ 各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

- ① 初診対象者の選択（緊急枠設定、トリアージ対応）
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

質の高い精神医療の評価

児童思春期支援指導加算の見直し

- 児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、児童思春期支援指導加算の要件及び評価を見直す。

現行

【児童思春期支援指導加算】

- イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（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に限る。）
1,000点
- イ以外の場合
(1) 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 450点
(2) (1)以外の場合 250点



改定後

【児童思春期支援指導加算】

- イ 児童思春期支援指導加算 1
(1) 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（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に限る。） 1,100点
(2) (1)以外の場合
① 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 490点
② ①以外の場合 290点
- 児童思春期支援指導加算 2
(1) 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（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に限る。） 500点
(2) (1)以外の場合
① 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 400点
② ①以外の場合 100点
- 〔施設基準〕（抜粋）
○ 児童思春期支援指導加算 2の施設基準
・ 当該保険医療機関が過去3か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均4人以上であること。

臨床心理技術者に係る経過措置の見直し

- 臨床心理技術者等を公認心理師とみなす経過措置について、令和10年5月31日をもって終了する。

⑤公認心理士 及び心理支援等

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9日成立・9月16日公布（議員立法）、平成29年9月15日全面施行

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

- ・試験事務・登録事務については、法に基づく指定試験機関及び指定登録機関である「一般財団法人公認心理師試験研修センター」が実施。
- ・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8回試験は、令和7年3月2日（日）実施
- ・登録者数：73,743人（令和7年3月末日現在）
※合格者が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。

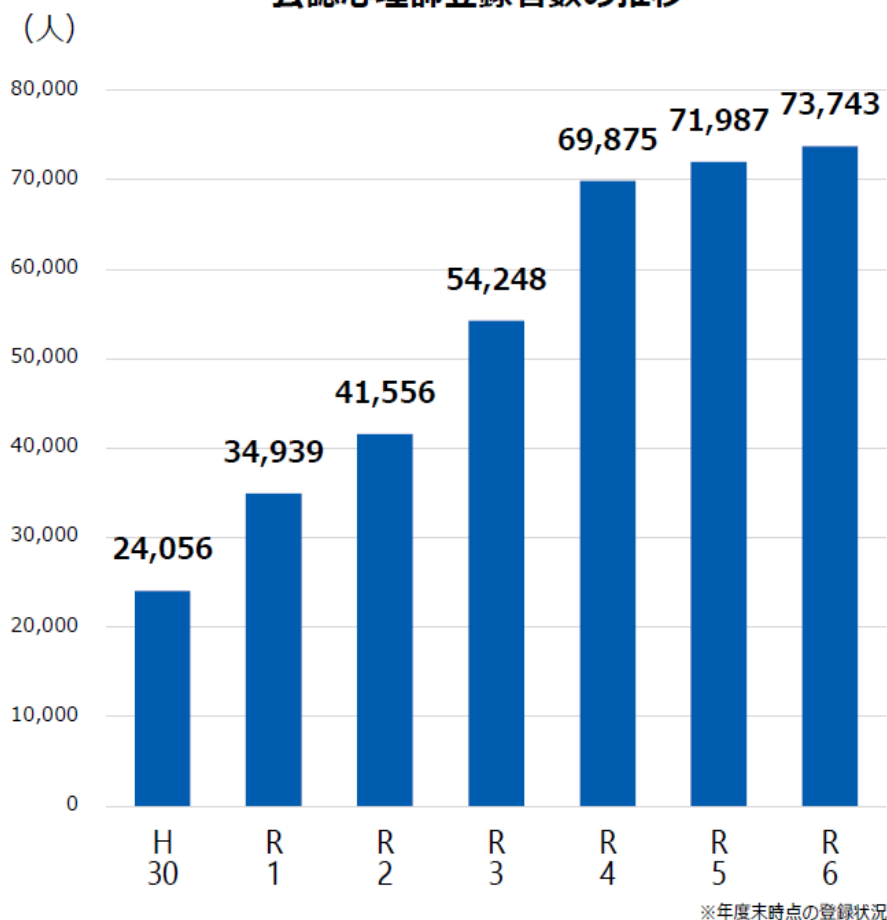
4. 公認心理師の配置状況

保健医療分野：病院、診療所、保健所など
福祉分野：障害者支援施設、児童福祉施設、児童相談所など
教育分野：学校、教育相談機関、学生相談室など
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：各事業所など

公認心理師の登録者数の推移及び主たる勤務先（分野別）の内訳

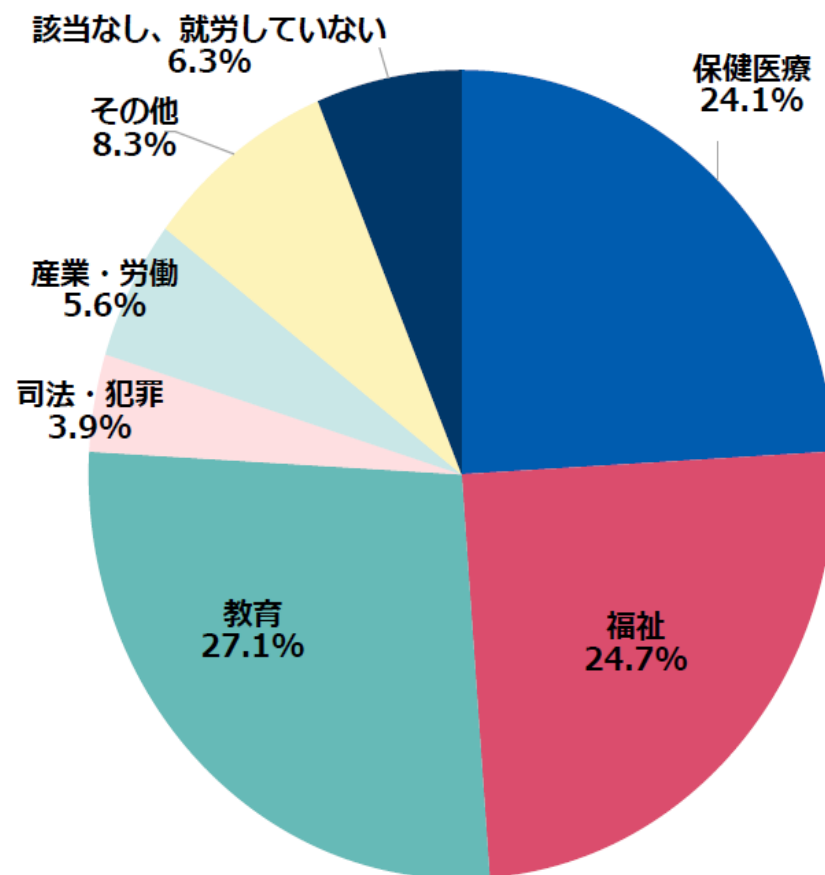
- 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で73,743人。
- 令和5年度調査によると、主たる勤務先としては、教育分野（27.1%）、福祉分野（24.7%）、保健医療分野（24.1%）の順に多い。

公認心理師登録者数の推移



出典：一般財団法人公認心理師試験研修センター

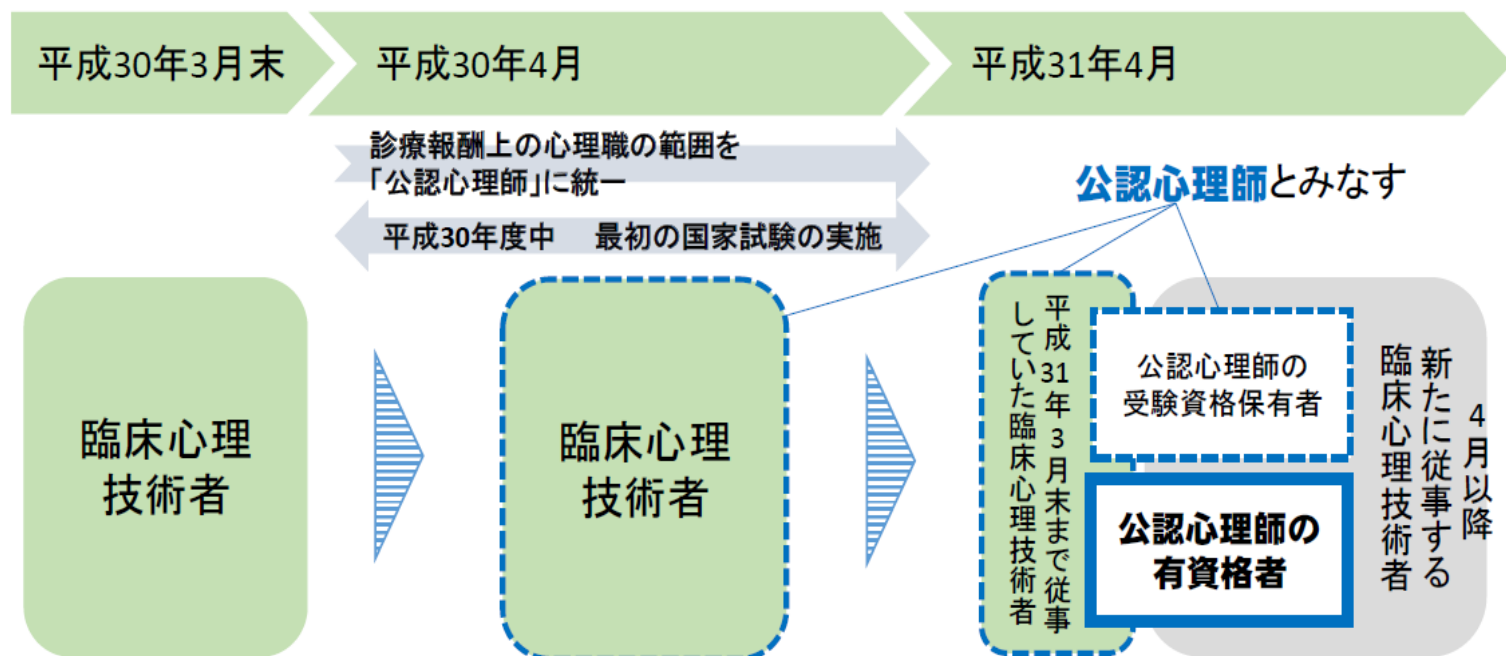
公認心理師の主たる勤務先（分野別）



出典：令和5年度公認心理師活動状況等調査（公認心理師試験研修センター）

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



心理支援加算

- 心理支援加算の対象患者は、外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する者となっている。

心理支援加算

250点（月2回）

〔算定要件〕（概要）

（1）**心理に関する支援を要する患者**に対して、**精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師**が、対面による**心理支援を30分以上実施**した場合に、初回算定日の属する月から起算して**2年を限度**として、月2回に限り算定できる。（通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。）

（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 対象患者：**外傷体験（※1）を有し、心的外傷に起因する症状（※2）を有する者**として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの

（※1）**身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等**

（※2）**侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状**

イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-5 PTSDの診断基準（抄） 成人、青年、6歳を超える子供の場合

- | | |
|---|--|
| A | 実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。（※1） |
| B | 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。 |
| C | 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。 |
| D | 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。 |
| E | 心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。 |
| F | 障害（基準B、C、DおよびE）の持続が1ヵ月以上。 |
| G | その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。 |
| H | その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。 |

心理支援加算の対象患者

A 外傷体験

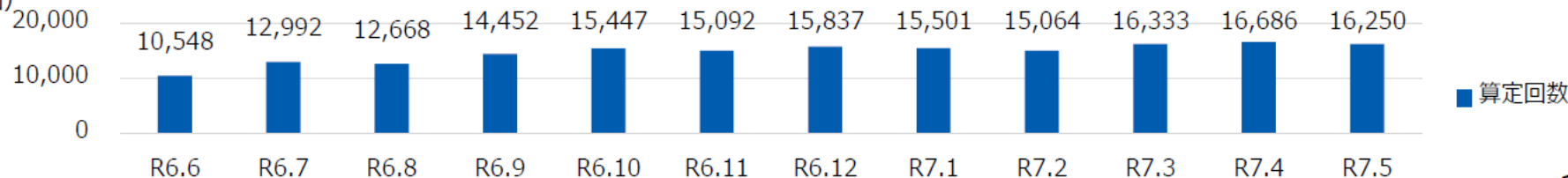
+

BからEまでのいずれか
又は解離症状

を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの

（※1）について、直接体験したもの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

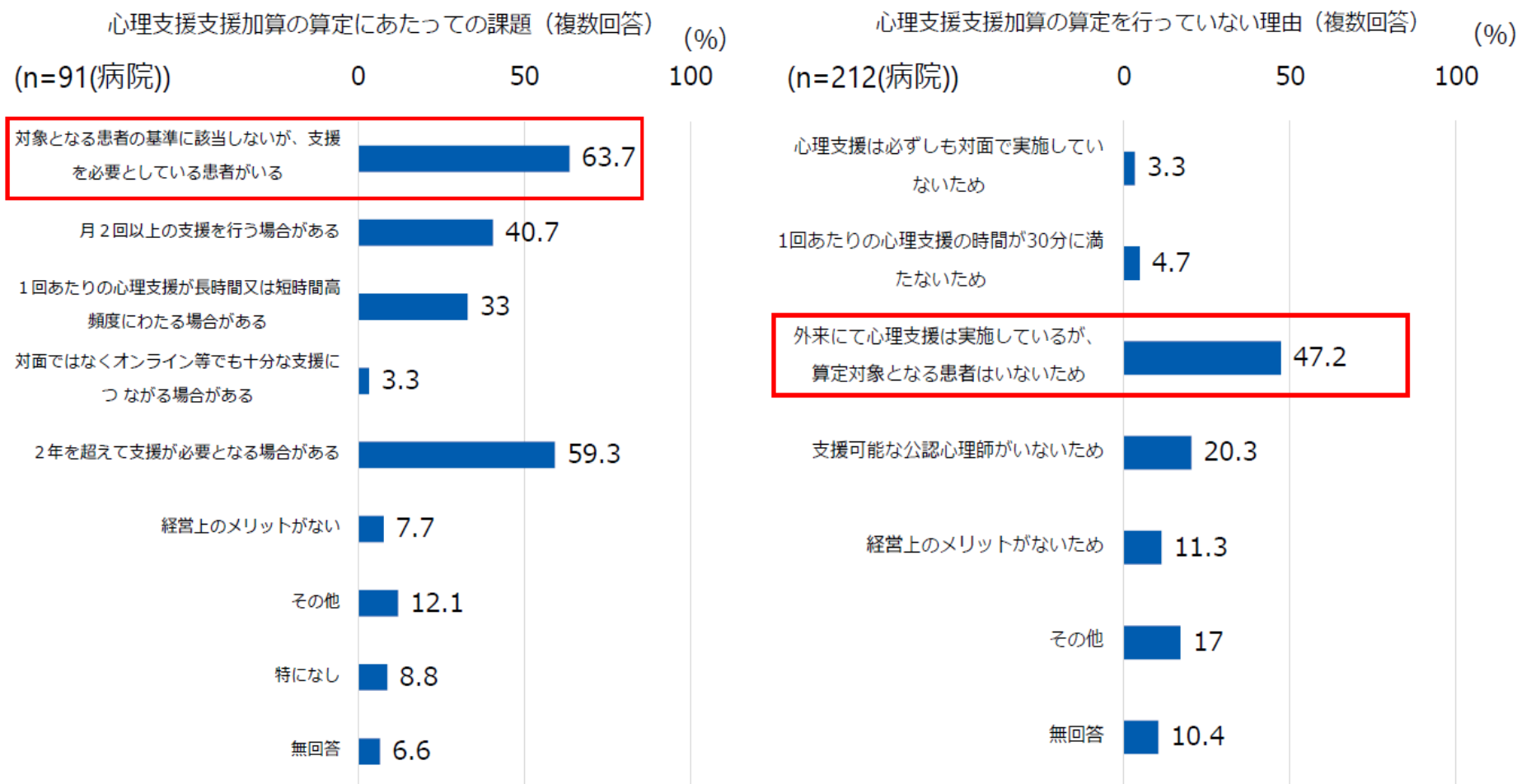
（回）



出典：NDBデータ

心理支援加算の算定を行っていない理由等

- 心理支援加算の算定にあたっての課題について、「対象となる患者の基準に該当しないが、支援を必要としている患者がいる」という回答が63.7%と最多であった。
- 心理支援加算の算定を行っていない理由について、「外来にて心理支援は実施しているが、算定対象となる患者はいないため」という回答が47.2%と最多であった。



公認心理師による心理支援の効果に関する研究

- 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（ICD-10におけるF40-F48）等の患者に対し、通院精神療法に加えて公認心理師による心理支援を導入した場合、患者の状態のさらなる改善が認められ、より効果的な通院精神療法の実施に寄与した。

公認心理師による心理支援の効果に関する研究

方 法

- 精神科外来に通院中の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（F40-F48）等の患者で、公認心理師による心理的支援が必要と医師が判断し、通院精神療法に加えて心理的支援が実施された群（心理的介入群：59例）と、心理支援が必要と医師が判断したが患者の都合により通院精神療法のみ実施された群（通常治療群：38）について、支援の前後のCGI-S（臨床全般重症度）と、支援実施後のCGI-I（臨床全般改善度）を比較した。
- 公認心理師による心理支援：精神疾患を持つ患者に対し、不安の軽減・解消、自己・疾患理解の促進、症状等の緩和・軽減、対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要に応じて心理療法の理論や技法に基づくアプローチ等を組み合わせて実施
- 平均診察回数：心理的介入群19.86±4.32回、通常治療群17.05±6.79回

CGI-S（臨床全般重症度）

1.	症状なし、正常
2.	正常と病的状態の境界の状態
3.	軽度の病的状態
4.	中等度の病的状態
5.	やや重度の病的状態
6.	重度な病的状態
7.	最も重度な病的状態

CGI-I（臨床全般改善度）

1.	著明改善
2.	中等度改善
3.	軽度改善
4.	不変
5.	やや悪化
6.	悪化
7.	重症に悪化

○ CGI-S の分析結果

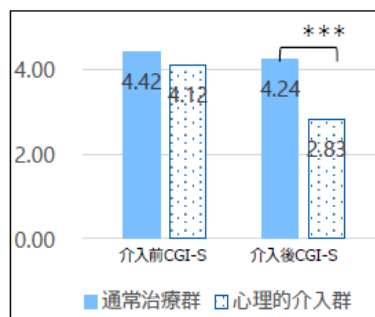
CGI-Sについて、心理的介入群と通常治療群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、心理的介入群*通常治療群の交互作用が有意であった（ $F(1,95)=27.9, p<.001$ ）（表1）。

	平方和SS	自由度1	自由度2	2乗平均	F値	p値
治療群	33.7	1	95	33.74	16	<.001***
介入前後	25.1	1	95	25.05	49.7	<.001***
治療群*介入前後	14.1	1	95	14.08	27.9	<.001***

▲表1 2要因分散分析の結果

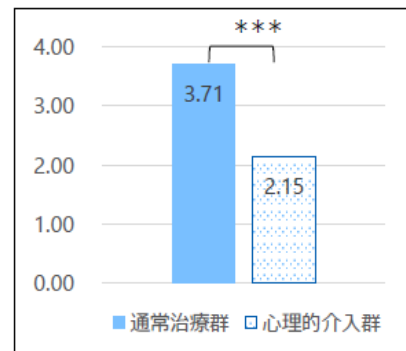
下位検定を行った結果、介入前の心理的介入群と通常治療群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理的介入群と通常治療群の間に有意差が得られた（ $t(95)=5.48, p<.001$ ）。さらに効果量は1.22であり、大きいと言える。

図1 介入前後における2群間のCGI-Sの差▶



○ CGI-I の分析結果

t検定を行ったところ、心理的介入群と通常治療群に.05水準で有意差が認められた（ $t(95)=8.64, p<.001$ ）（図2）。効果量は1.80であり、非常に大きな効果が認められた。



▲図2 2群間の介入後のCGI-Iの差

心理支援加算の見直し

- 対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

現行

【通院・在宅精神療法】

心理支援加算 250点（月2回まで）
初回算定日の属する月から起算して2年を限度

○対象患者

心的外傷に起因する症状を有する患者

○実施する公認心理師

精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師

○実施内容等

- ・対面による心理支援を30分以上実施
- ・精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
- ・実施に当たっては、医師は心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載すること。



改定後

【通院・在宅精神療法】

心理支援加算 **280点**（月2回まで）
初回算定日の属する月から起算して2年を限度

○対象患者

心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者

○実施する公認心理師

精神科を担当する医師の指示を受けた、精神科を標榜する保険医療機関において、週1日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を1年以上行った経験のある公認心理師（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）

○実施内容等

- ・対面による心理支援を30分以上実施
- ・精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
- ・実施に当たっては、医師は心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載すること。

【施設基準】

当該保険医療機関内に専任の常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

まとめと提言

- 日本の人口当たりの精神病床数は世界一、
- 平均在院日数の長さも世界一
- 精神医療においても急性期・回復期の機能分化が進んでいる。
- 精神入院医療においても多職種配置
多職種連携が重視される
- 地域における精神地域包括ケアがポイント

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

- 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！
- 地域医療構想、医療DX
- 働き方改革、かかりつけ医
- 医師偏在対策、少子化対策など
- ポスト2040年も予想
- 医学通信社より、
7月発刊予定
- 2色刷240頁、2600円



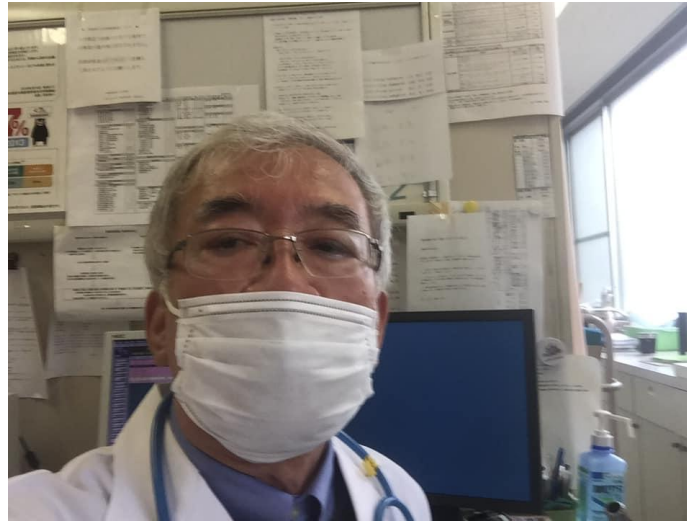
2025年から2040年の15年で、医療と介護はどう変わるか、医療機関はいかに対応するか——その難路の行程を的確に指し示す、新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——のアウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp