

個別事項について（その13）

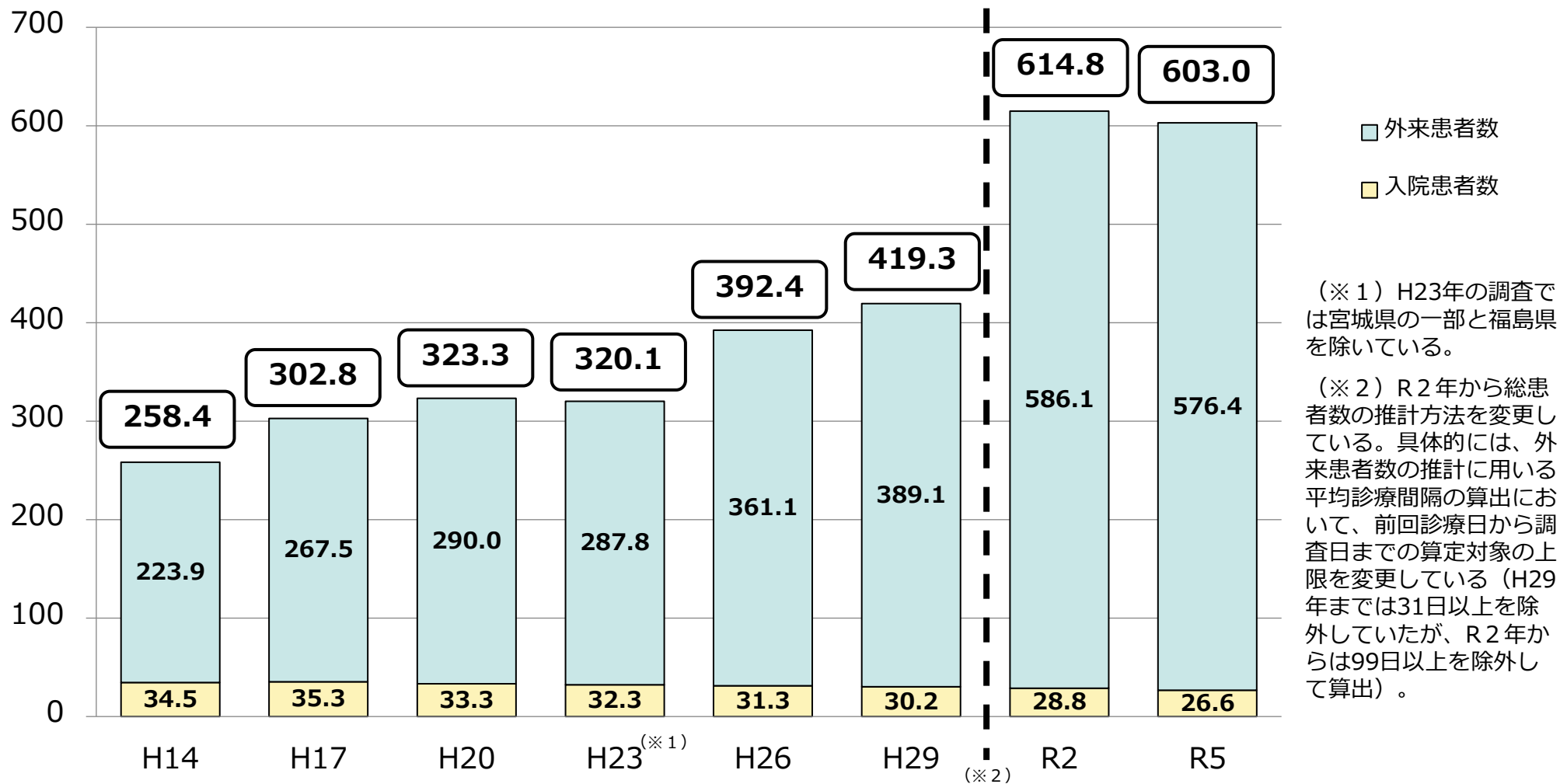
精神医療②

1. 精神医療の現状等について
2. 外来医療について
3. 個別事項について

精神疾患を有する総患者数の推移

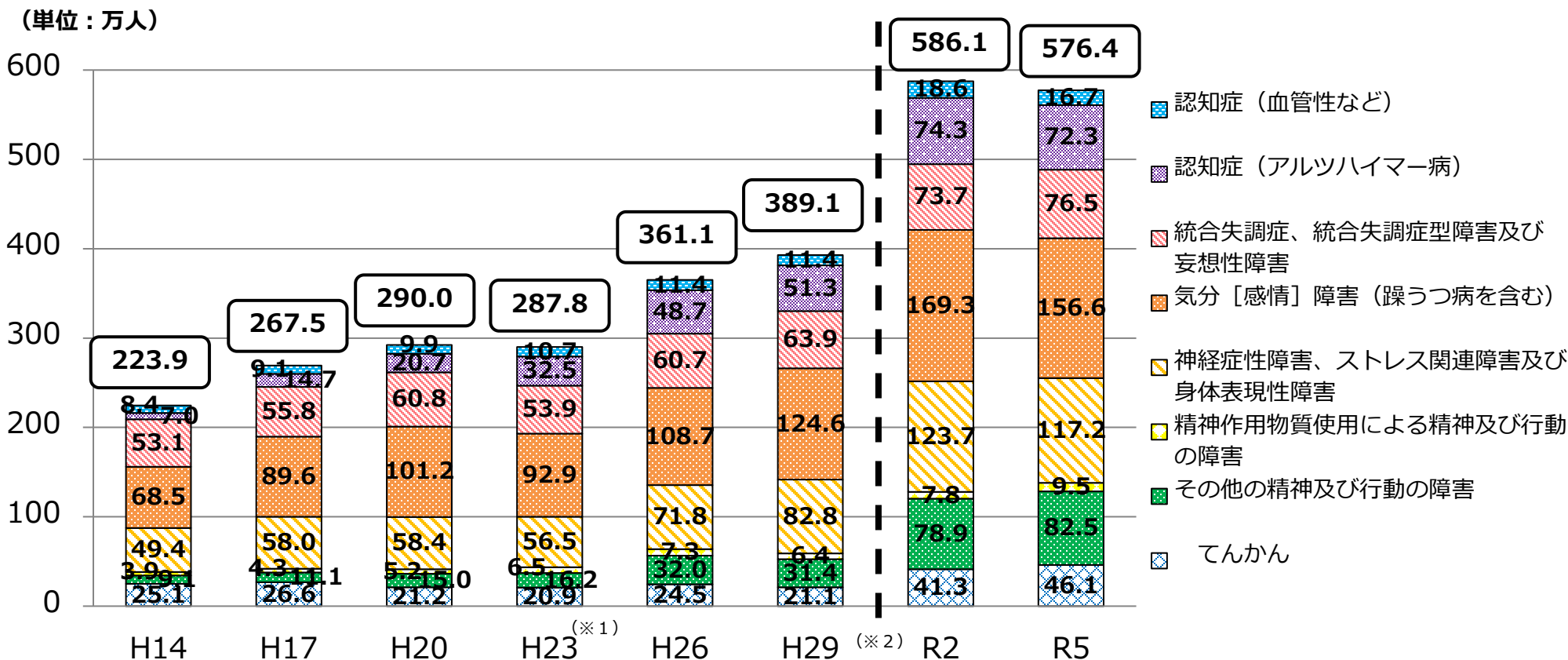
- 精神疾患を有する総患者数は、約603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

（単位：万人）



精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 傷病分類別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。

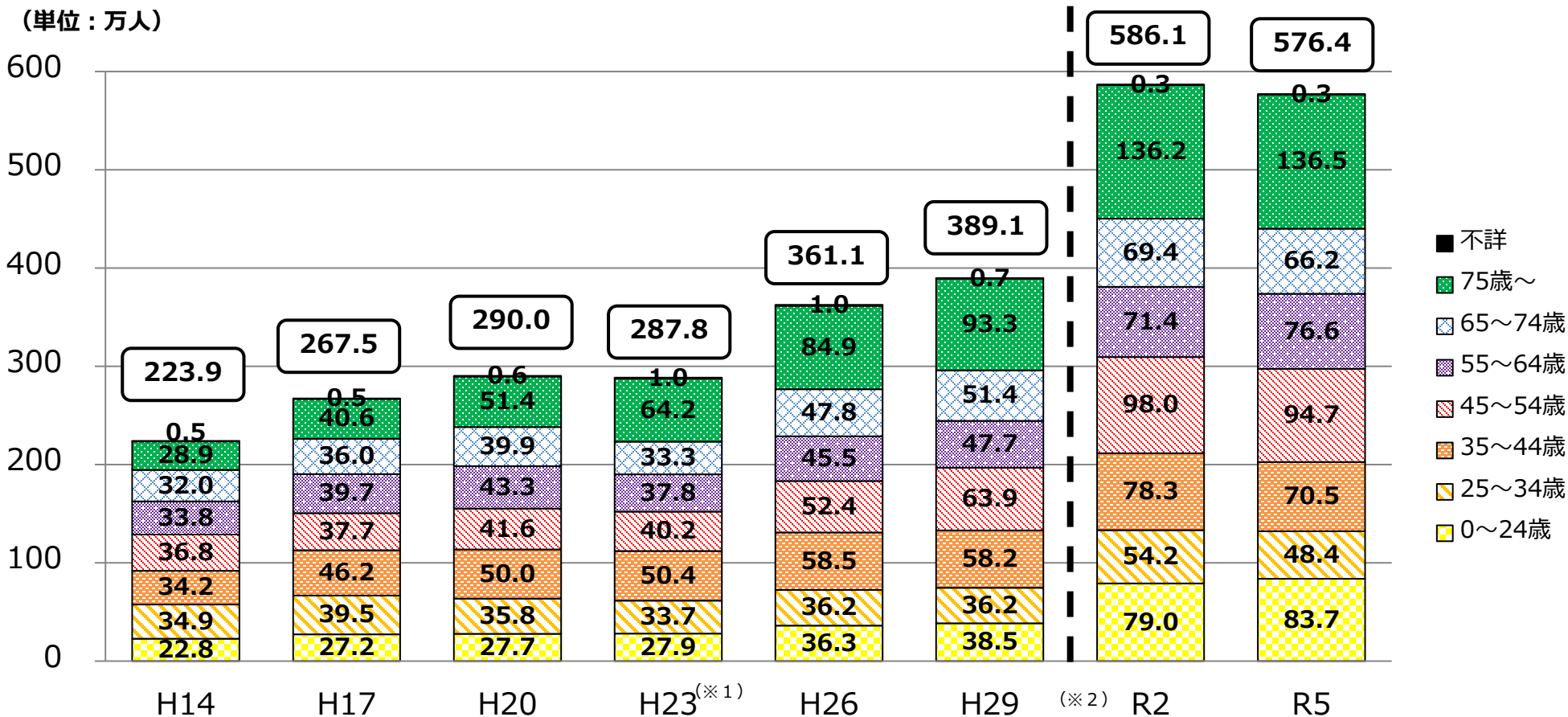


（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※ 2） R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

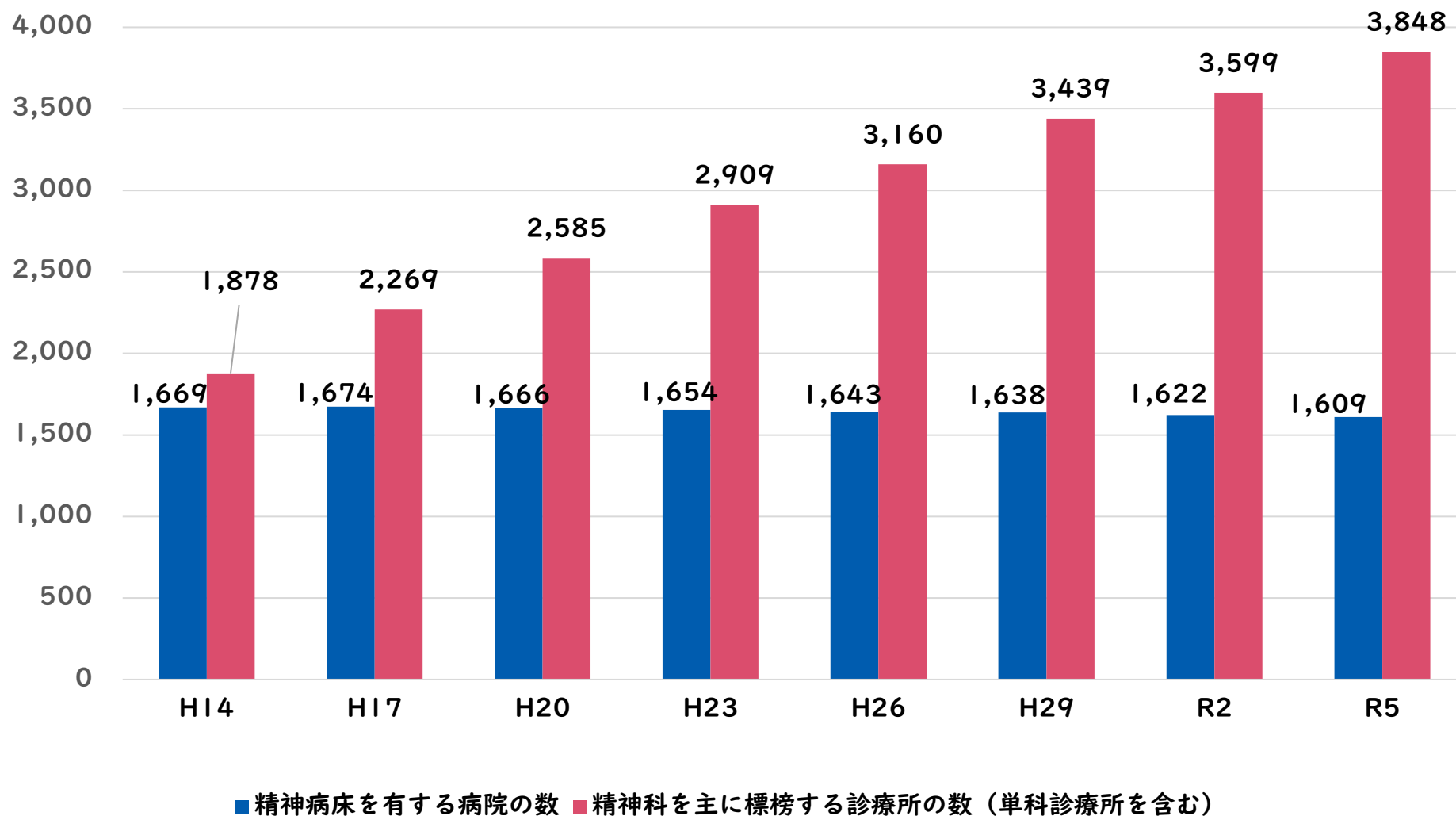
- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 年齢別では、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。



（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※2）R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数

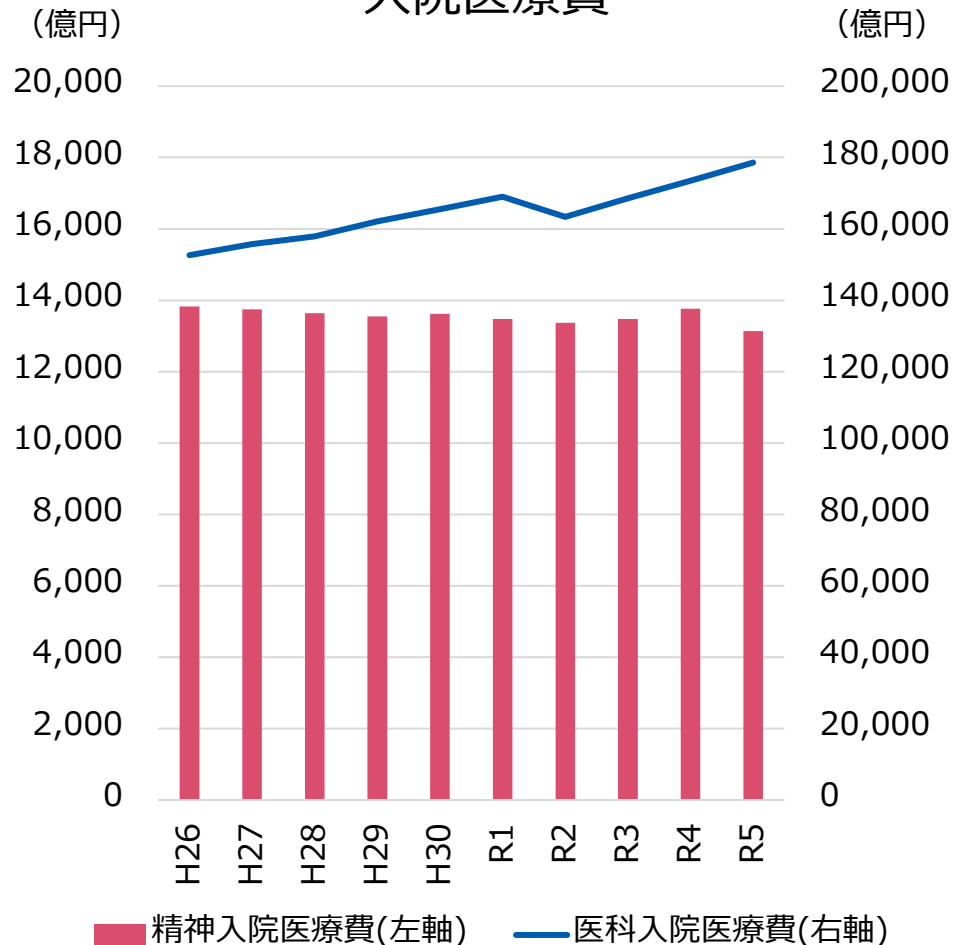


精神医療に係る医療費の推移

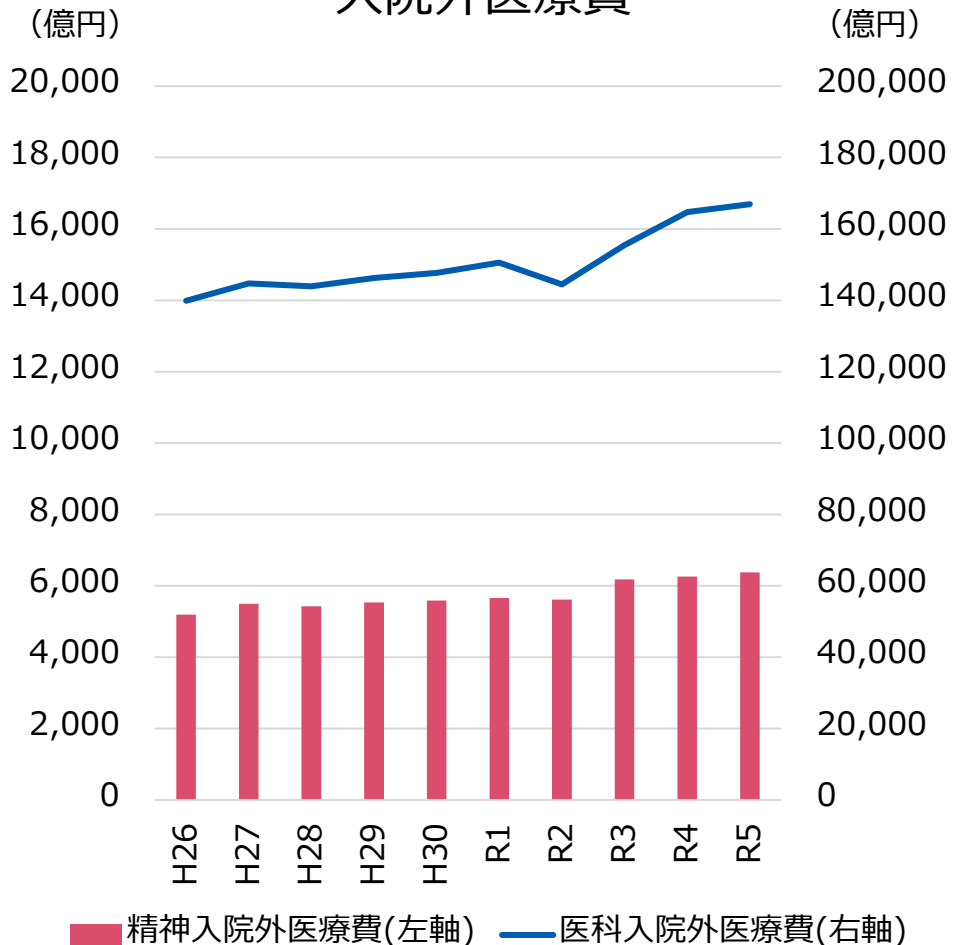
中医協 総-1
7. 10. 24

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

入院医療費



入院外医療費



※ 精神医療費：疾病分類が「V 精神及び行動の障害」である医療費

1. 精神医療の現状等について

2. 外来医療について

2-1 通院・在宅精神療法について

2-2 早期診療体制充実加算について

2-3 情報通信機器を用いた精神療法について

2-4 児童思春期支援指導加算について

3. 個別事項について

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

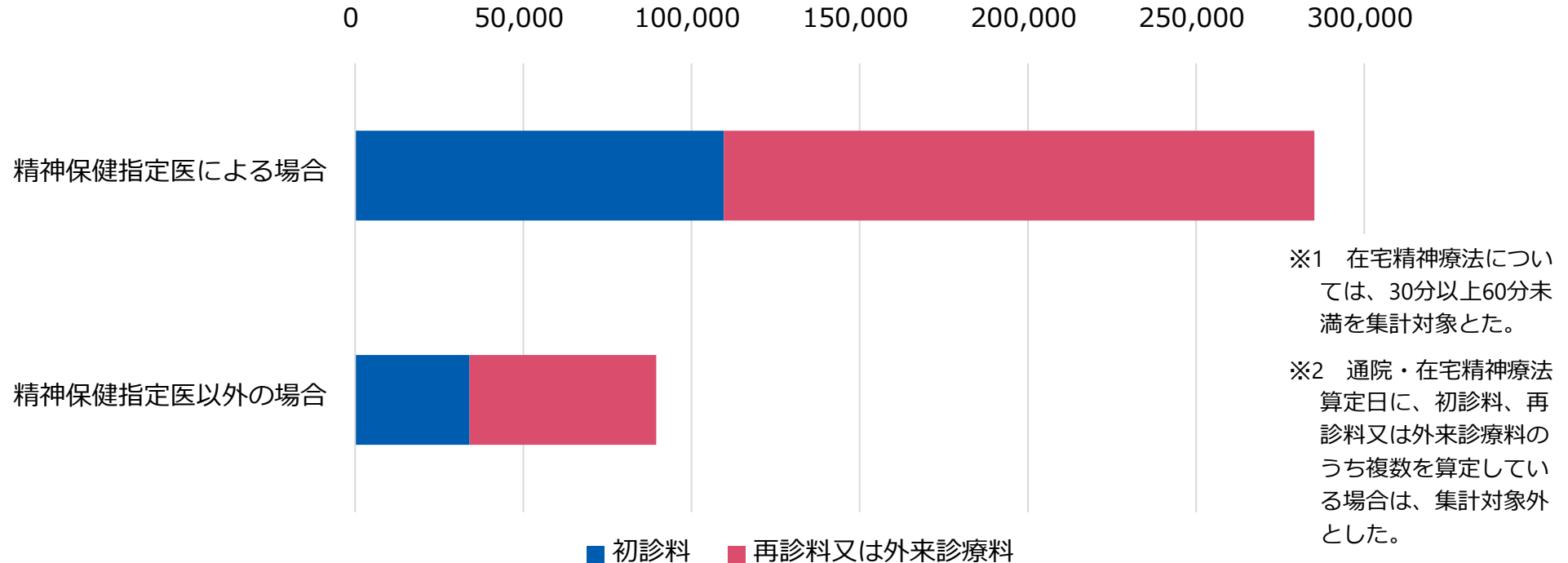
【留意事項】（一部抜粋）

- 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考えら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）

入院外医療等に関する方向性の整理

令和7年12月1日

第12回精神保健医療福祉の今後の
施策推進に関する検討会

資料
2

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

かかりつけ精神科医機能

- ◆ かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。
- 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとする。
- その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

初診待機

- ◆ 初診待機については、以下の内容の御議論があった。
- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。
- また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

情報通信機器を用いた精神療法

- ◆ 情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。
- 「にも包括」に資することを前提に、患者自身の希望を踏まえ、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることを引き続き基本とする。
- 情報通信機器を用いた精神療法については、初診を適切に実施できることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の集積が期待される。
- 他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提に、自治体が対応を行う未治療者、治療中断者や引きこもりの者等を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師等がいる状況で、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は、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることを可能とする。

精神科訪問看護

- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
 - 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所※が求められること。
- ※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

行政が行うアウトリーチ支援

- ◆ 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。
- 未治療者、治療中断者や引きこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。

1. 精神医療の現状等について

2. 外来医療について

2-1 通院・在宅精神療法について

2-2 早期診療体制充実加算について

2-3 情報通信機器を用いた精神療法について

2-4 児童思春期支援指導加算について

3. 個別事項について

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 ≥ 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

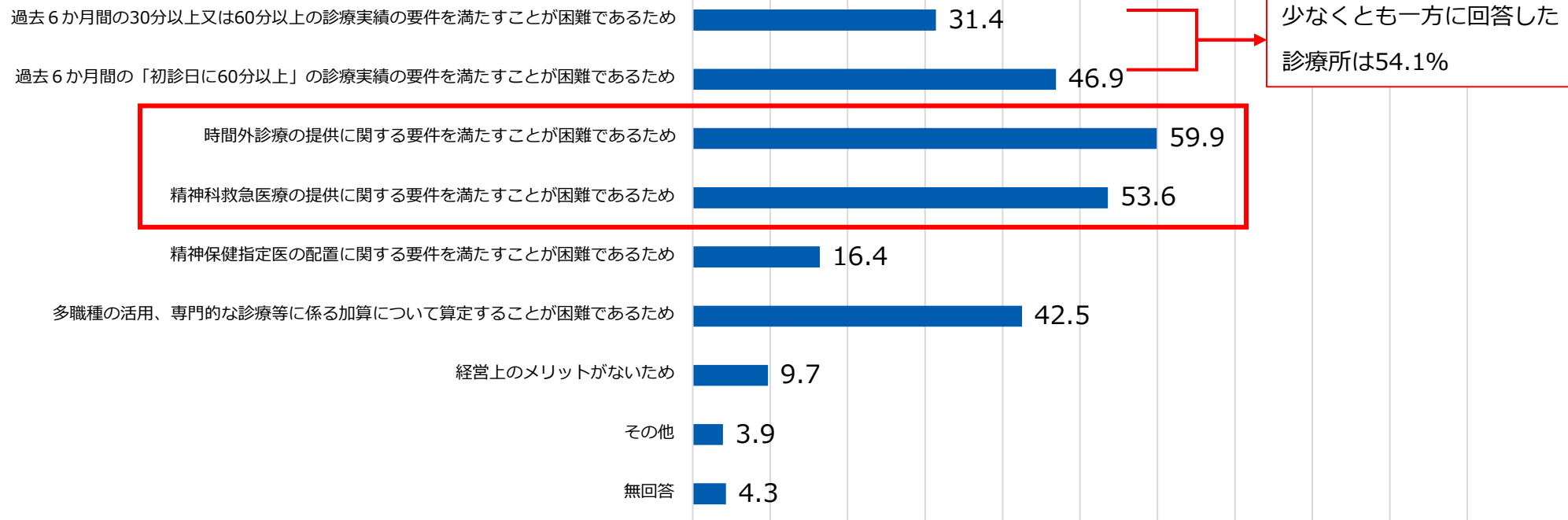
【届出医療機関数】（各年8月時点）

	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。

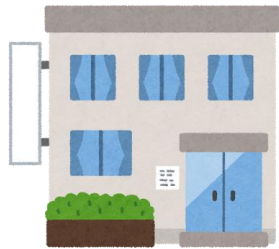
診療所において早期診療体制充実加算の届出を行っていない理由（複数回答） (n=207) (%)



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。

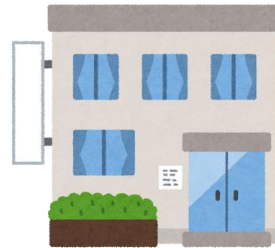
自院のみで24時間診療体制を確保している診療所
(現在評価済)



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



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

平日日中の定期的な受診

夜間休日には、
連携している病院で緊急受診等が可能



救急患者の受け入れ等を行う、
時間外も対応可能な病院



1. 精神医療の現状等について

2. 外来医療について

2-1 通院・在宅精神療法について

2-2 早期診療体制充実加算について

2-3 情報通信機器を用いた精神療法について

2-4 児童思春期支援指導加算について

3. 個別事項について

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 ハ 情報通信機器を用いて行った場合

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| <u>(1) 30分以上（精神保健指定医による場合）</u> | <u>357点</u> |
| <u>(2) 30分未満（精神保健指定医による場合）</u> | <u>274点</u> |

〔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

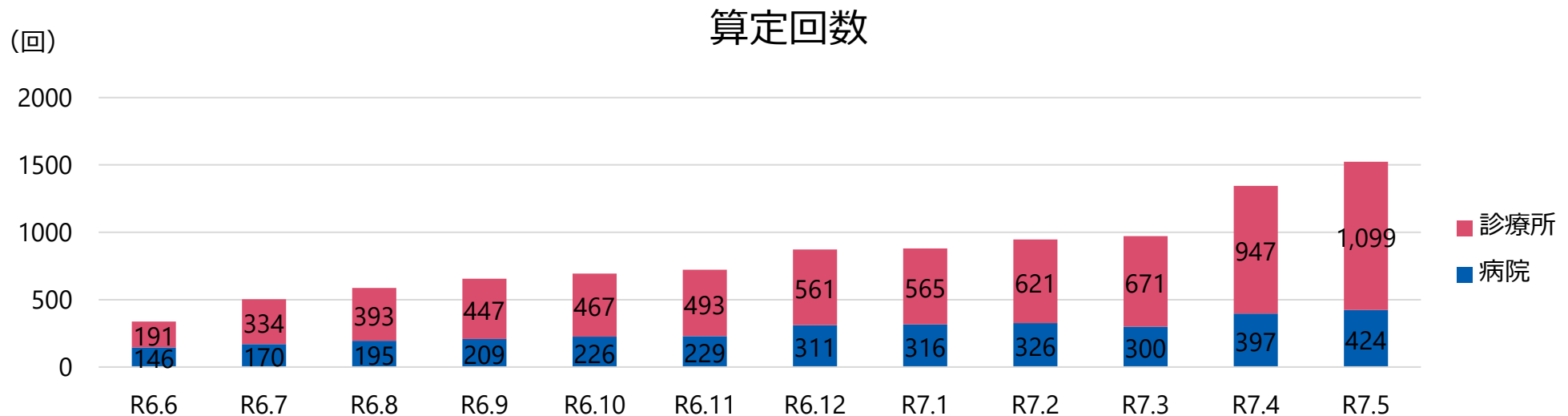
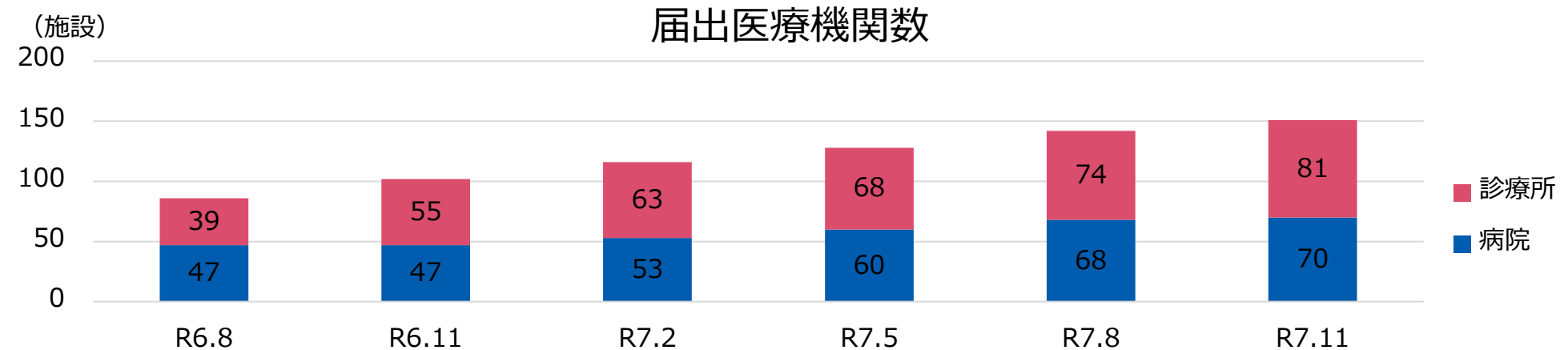
(イ)	(ロ)	(ハ)
・ 常時対応型施設（★） 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 （★）精神科救急医療体制整備事業における類型	・ 病院群輪番型施設（★） ・ 時間外、休日又は深夜において、 入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上	・ 外来対応施設（★） 又は 時間外対応加算1の届出 ・ 精神科救急情報センター、保健所等からの 問い合わせ等に原則常時対応できる体制

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。

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）

- 規制改革実施計画において、新たな指針を踏まえたオンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずることが閣議決定されている。

規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）（抄）

Ⅱ 実施事項

3. 革新的サービスの社会実装・国内投資の拡大

（6）健康・医療・介護 （i）デジタルヘルスの推進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管府省
1	身近な場所でのオンライン診療の更なる活用・普及	<p>a 厚生労働省は、通所介護事業所等についても、居宅と同様、療養生活を営む場所として、患者が長時間にわたり滞在する場合にはオンライン診療を受診できる場であることを明らかにする。あわせて、オンライン診療時に、医療補助行為や医療機器の使用等がされないこと及び自らが医療提供を行わないことを前提として、居宅同様に、通所介護事業所や職場などの療養生活を営む場においても、新たに診療所が開設されなくとも、患者がオンライン診療を受診できることを明示する。なお、医療補助行為や医療機器の具体については、明確化する。さらに、通所介護事業所、学校等が、医療法（昭和23年法律第205号）の各種規制（清潔保持、医療事故の報告、報告徴収等）の対象とならないこと等を明確にした上で、当該施設の利用者等に対し、当該施設内において、オンライン診療の受診が可能であることについて周知すること及び機器操作のサポートを当該施設の職員等が行うことが可能であることを明確化する。</p> <p>b 厚生労働省は、へき地等に限ってオンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能とする旨の医療法の運用（令和5年5月18日厚生労働省医政局総務課長通知）を改正し、①「へき地等」が否かを問わず、患者の必要に応じ、都市部を含めいづれの地域においても、オンライン診療のための医師非常駐の診療所を開設可能であることとする。②その際、診療所の開設に関する要件を設ける場合には、オンライン診療の受診を当該診療所において希望する患者が存在することを示すなどの簡潔な説明で足りることとするよう検討する。さらに、事後的な検証の観点から、実施状況の報告を求め、オンライン診療のための医師非常駐の診療所の開設状況及び具体的な事例を定期的に公表するなど、オンライン診療に関する情報発信・環境整備を行う。</p> <p>c 厚生労働省は、精神科や小児科などの診療において、オンライン診療が技術的には可能であっても診療報酬上算定が認められていない項目がある結果、医療機関がオンライン診療を行うインセンティブが必ずしも十分ではなく、オンライン診療の普及の弊害になっていることや、また、対面診療とオンライン診療の評価の在り方に関して指摘があること、これらの診療科においては対面診療に比してオンライン診療のアウトカムが同等である場合も存在することを踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、精神科・小児科などの診療におけるオンライン診療の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p> <p>d 厚生労働省は、「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（令和5年3月株式会社野村総合研究所（厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業））において、初診精神療法をオンライン診療で実施することは「十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない」、「対面診療の補完としての活用を期待する声もある一方で、安全性・有効性の確保が課題との指摘もある」という理由で行わないこととされているが、患者団体や研究者からは初診精神療法のオンライン診療の必要性が求められていること、英米等においては初診精神療法をオンライン診療で実施されていること、精神疾患に対するオンライン診療が対面診療と同等の有用性を示すエビデンスが国内外において示されていること、当該指針は「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年3月厚生労働省）と同様に、厚生労働省が公開の議論を経て策定する必要があるとの指摘があることなどを踏まえ、安全性・必要性・有効性の観点から、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。なお、その際、オンライン診療は対面診療と大差ない診療効果がある場合も存在し得ることから、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。</p> <p>e 厚生労働省は、dの新たに策定・公表する指針を踏まえ、オンライン診療の更なる普及・促進を通じた患者本位の医療を実現するため、オンライン診療における精神療法の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずる。</p>	<p>a：措置済み b：（前段・中段）措置済み、（後段）令和6年開始、令和6年度まで継続的に措置 c：措置済み d：令和6年検討開始、令和7年までに結論・措置 e：令和7年度検討・結論・措置</p>	厚生労働省

1. 精神医療の現状等について

2. 外来医療について

2-1 通院・在宅精神療法について

2-2 早期診療体制充実加算について

2-3 情報通信機器を用いた精神療法について

2-4 児童思春期支援指導加算について

3. 個別事項について

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)

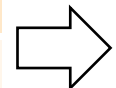
- (1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、**児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師**が、当該患者に対して、対面による**療養上必要な指導管理を30分以上実施**した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
- (2) **多職種が共同して支援計画を作成すること。**
- (3) 指導管理及び支援計画の内容に関して、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。

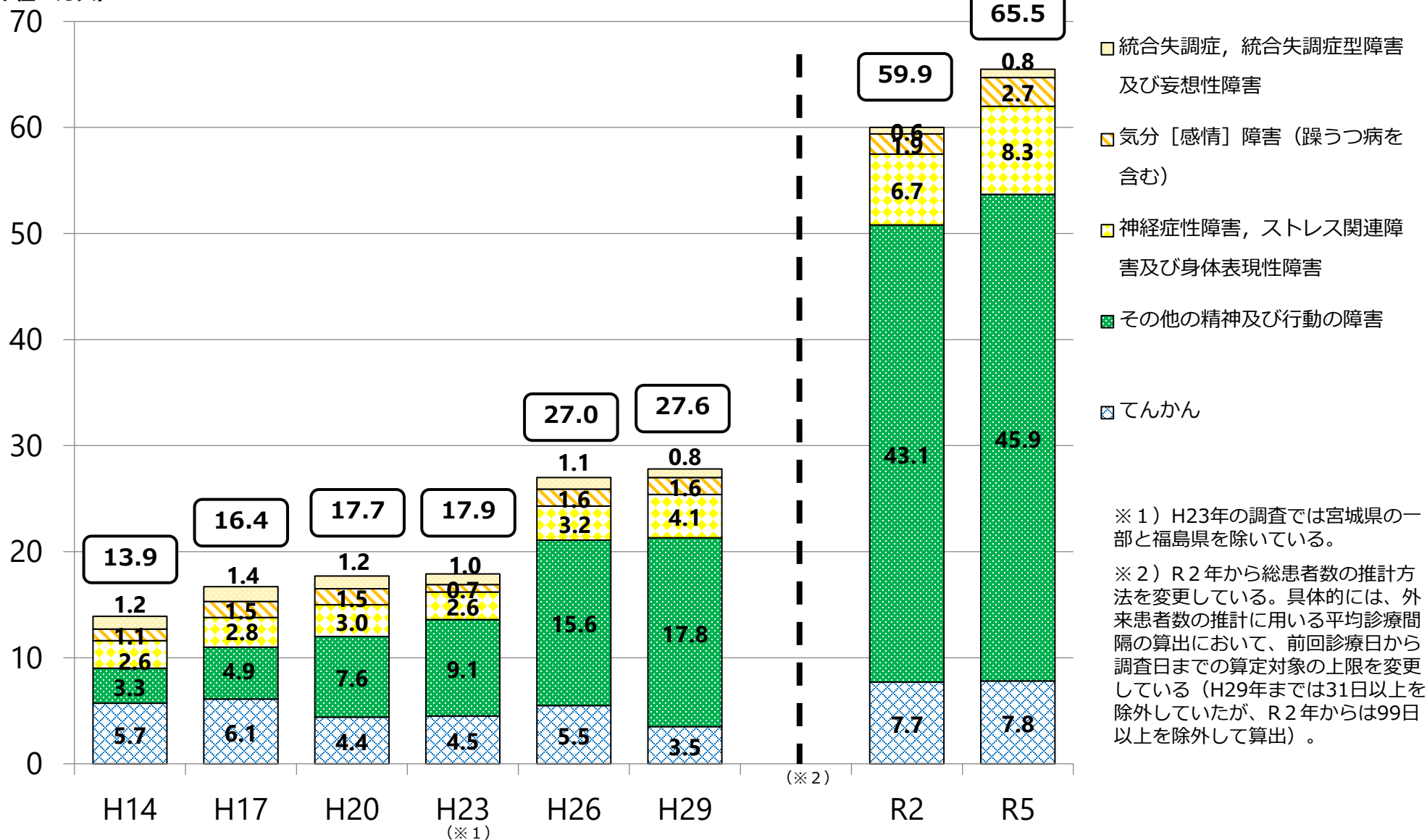
➤ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

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）

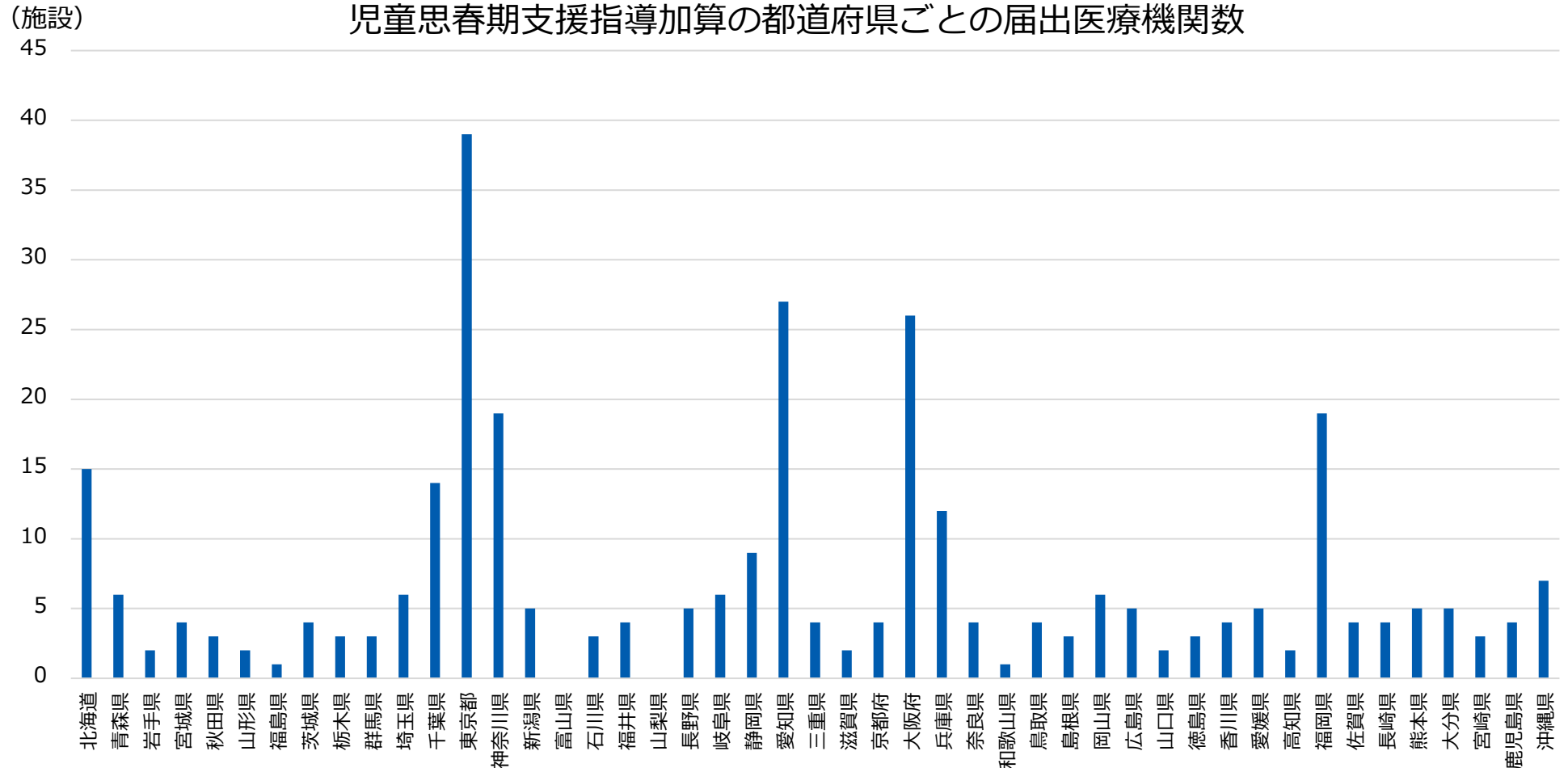
（単位：万人）



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

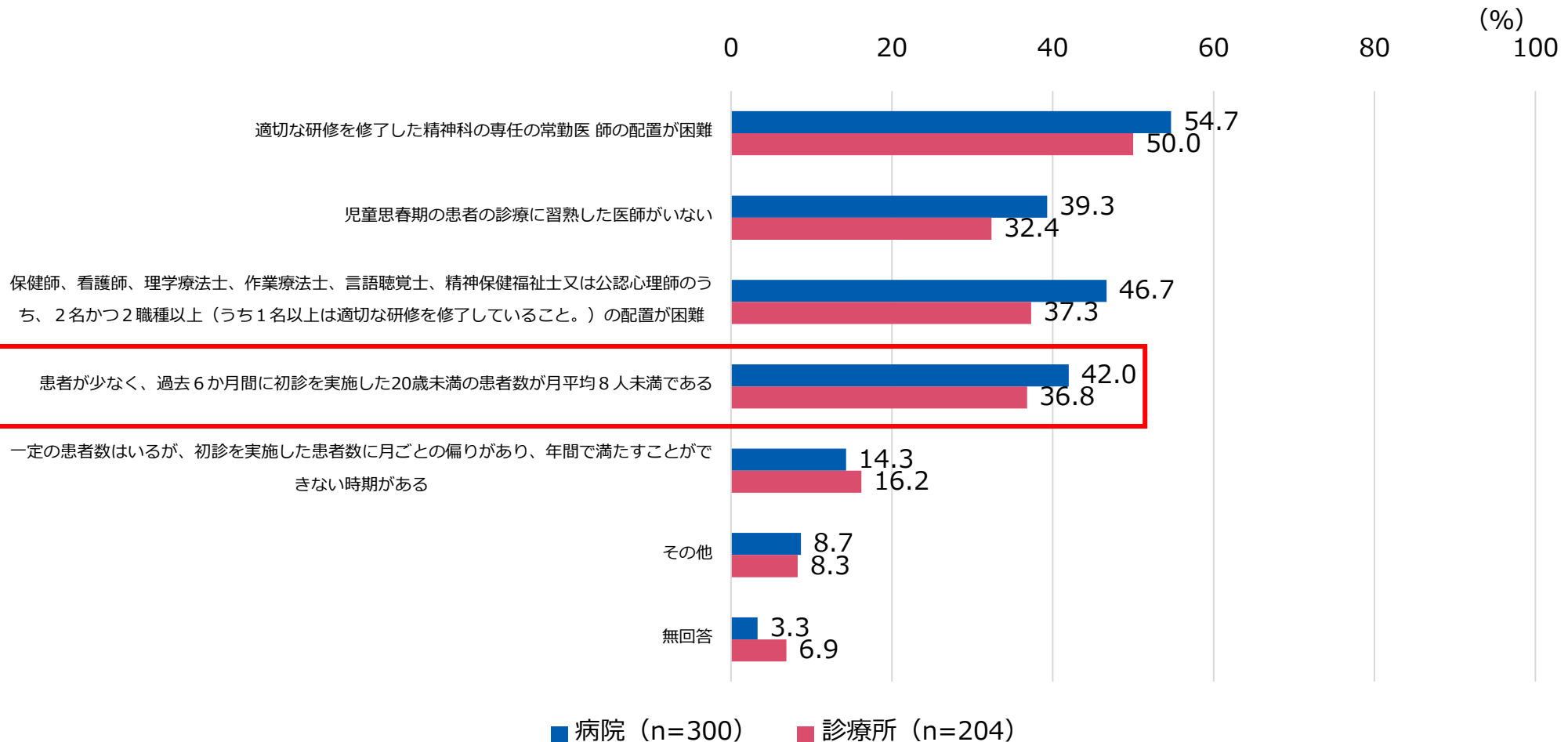
- 児童思春期支援指導加算の都道府県ごとの届出状況を見ると、16県において、届出医療機関が3施設以下であった。



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

1. 精神医療の現状等について

2. 外来医療について

3. 個別事項について

3-1 公認心理師及び心理支援等について

3-2 精神保健福祉士による継続的な支援について

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。

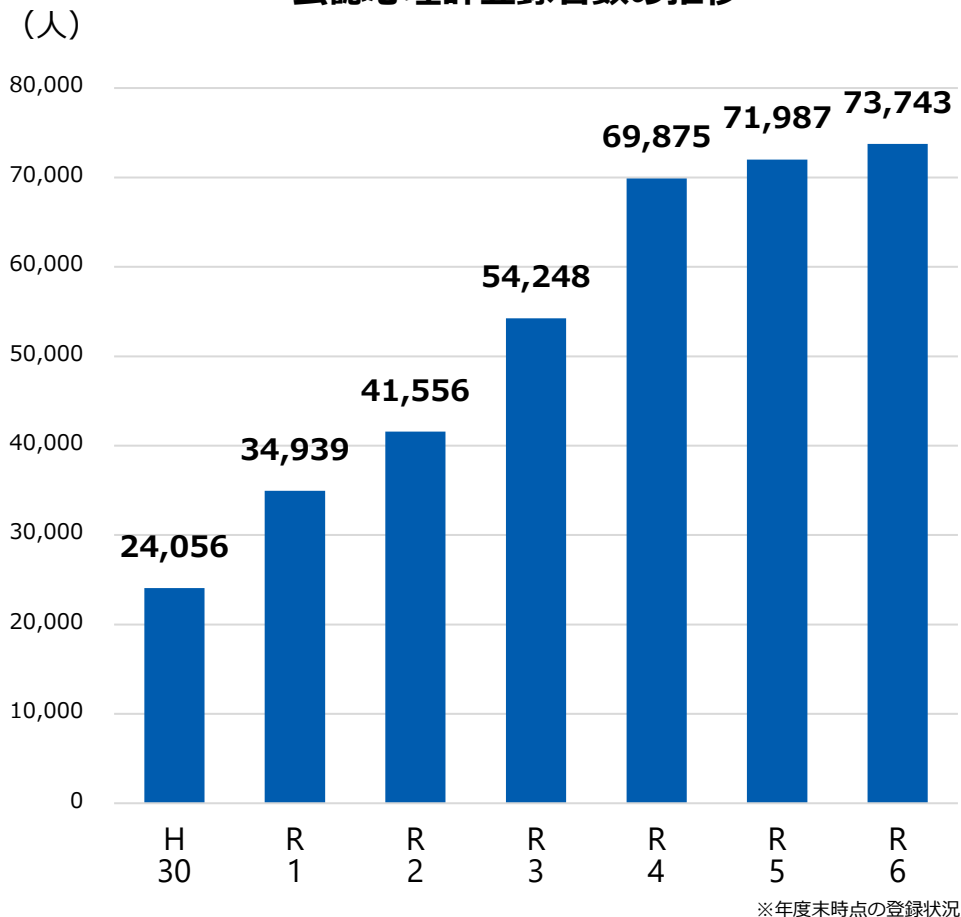
4. 公認心理師の配置状況

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

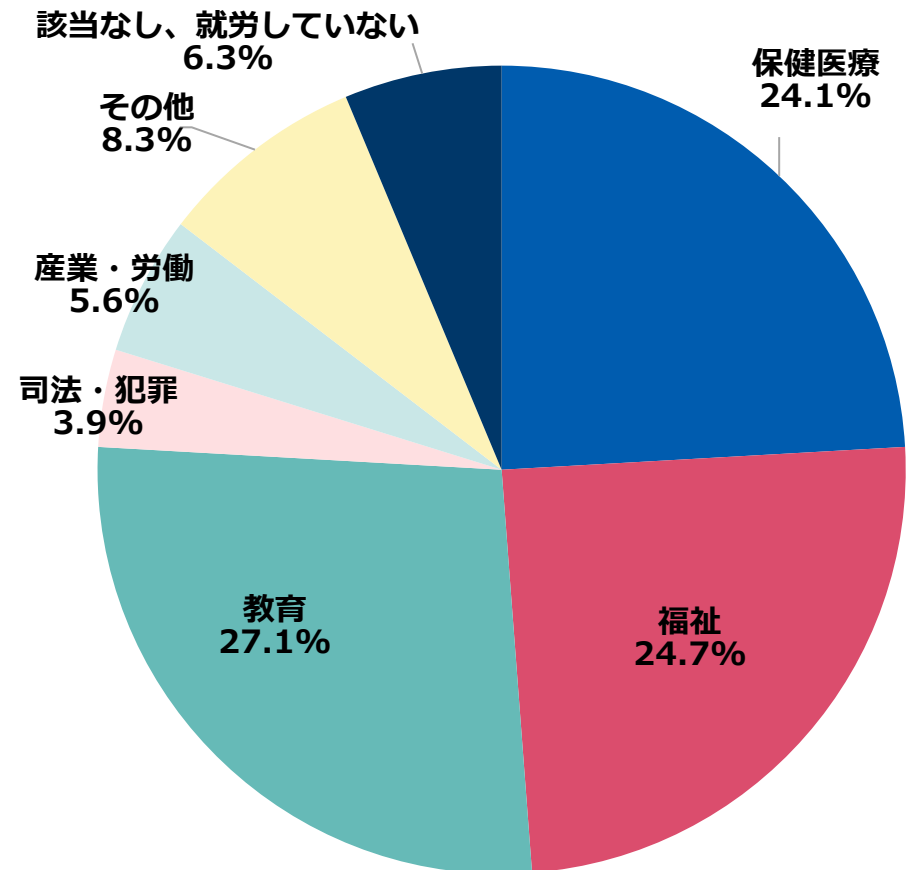
- 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で73,743人。
- 令和5年度調査によると、主たる勤務先としては、教育分野（27.1%）、福祉分野（24.7%）、保健医療分野（24.1%）の順に多い。

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

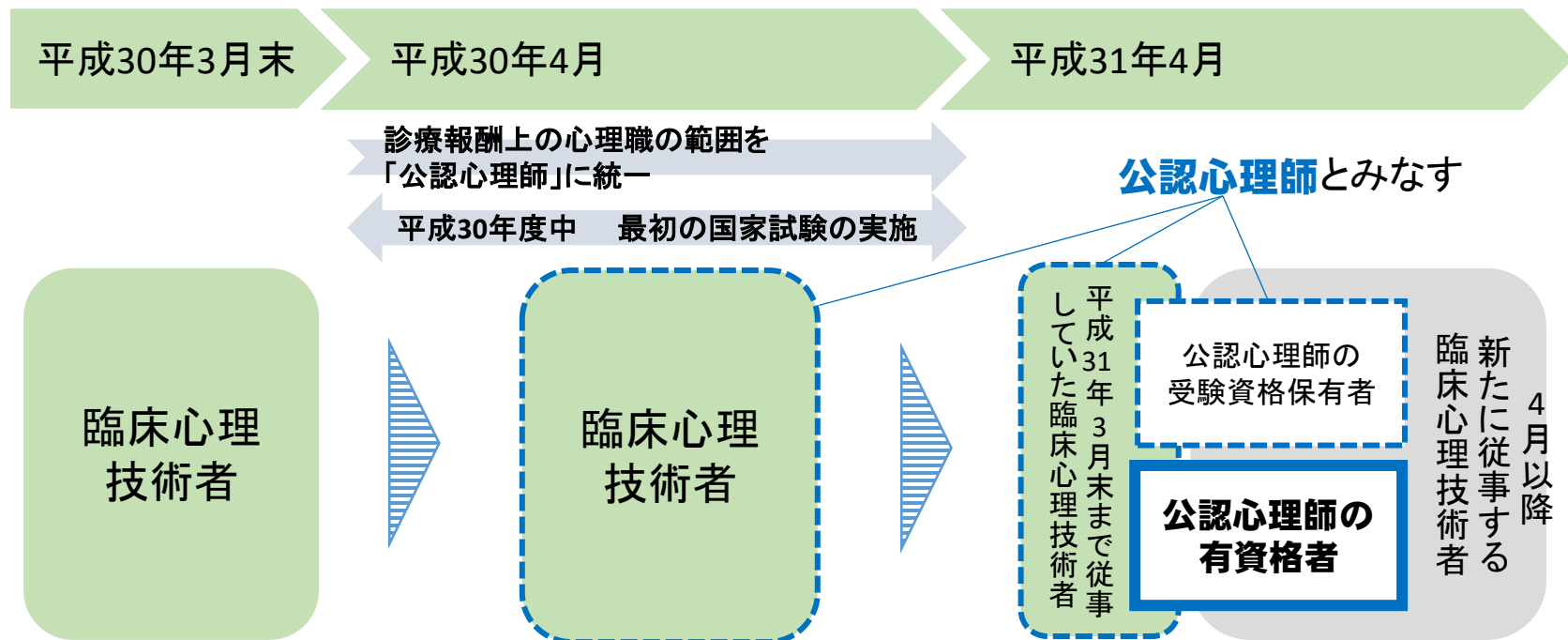
公認心理師の主たる勤務先（分野別）



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カ月以上。
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

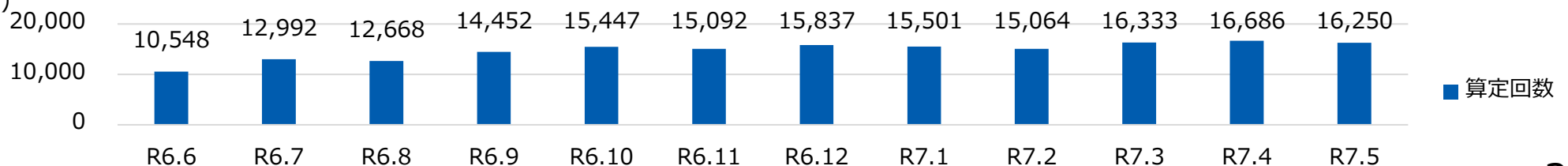
+

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

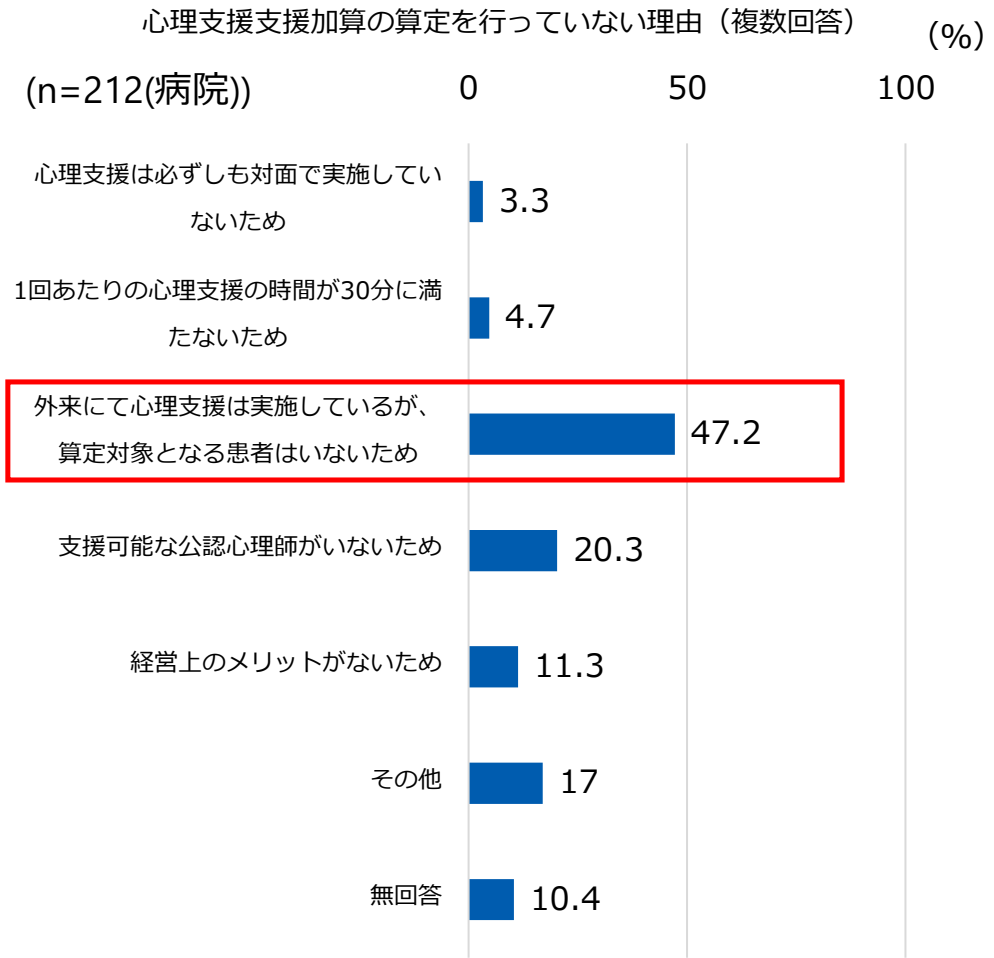
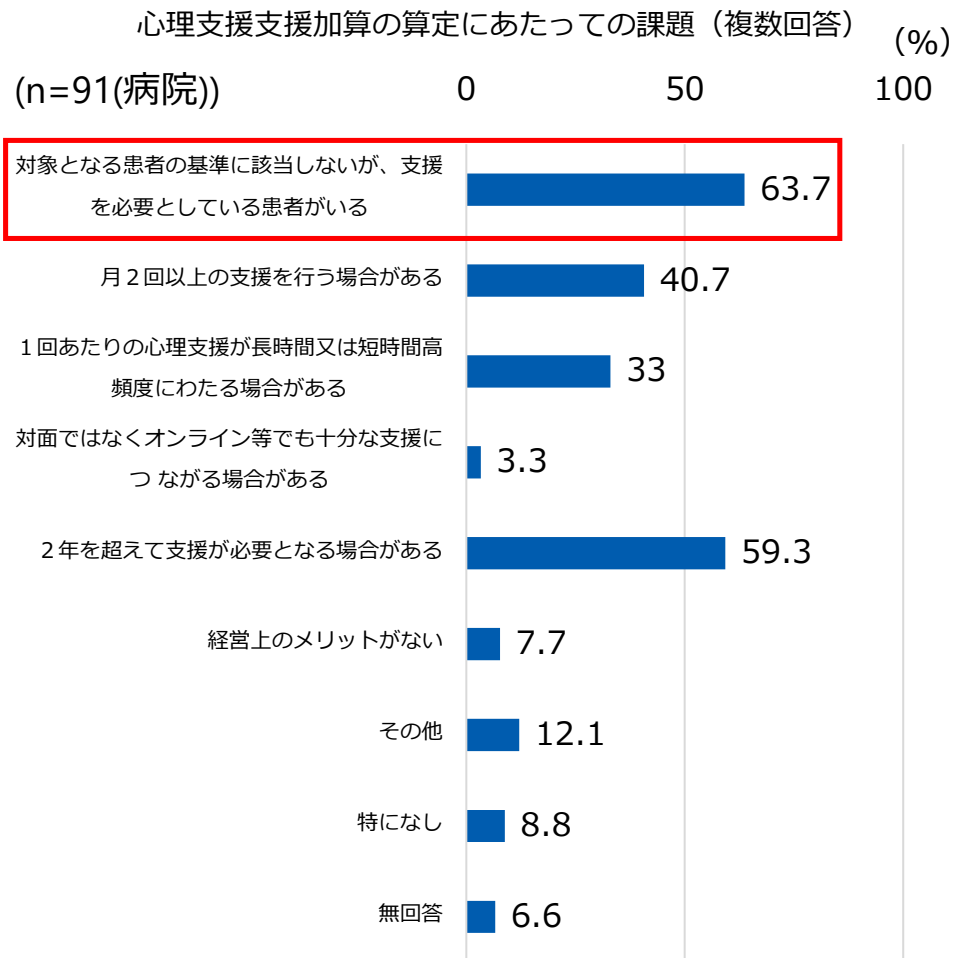
（※１）について、直接体験したもの、他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

（回）

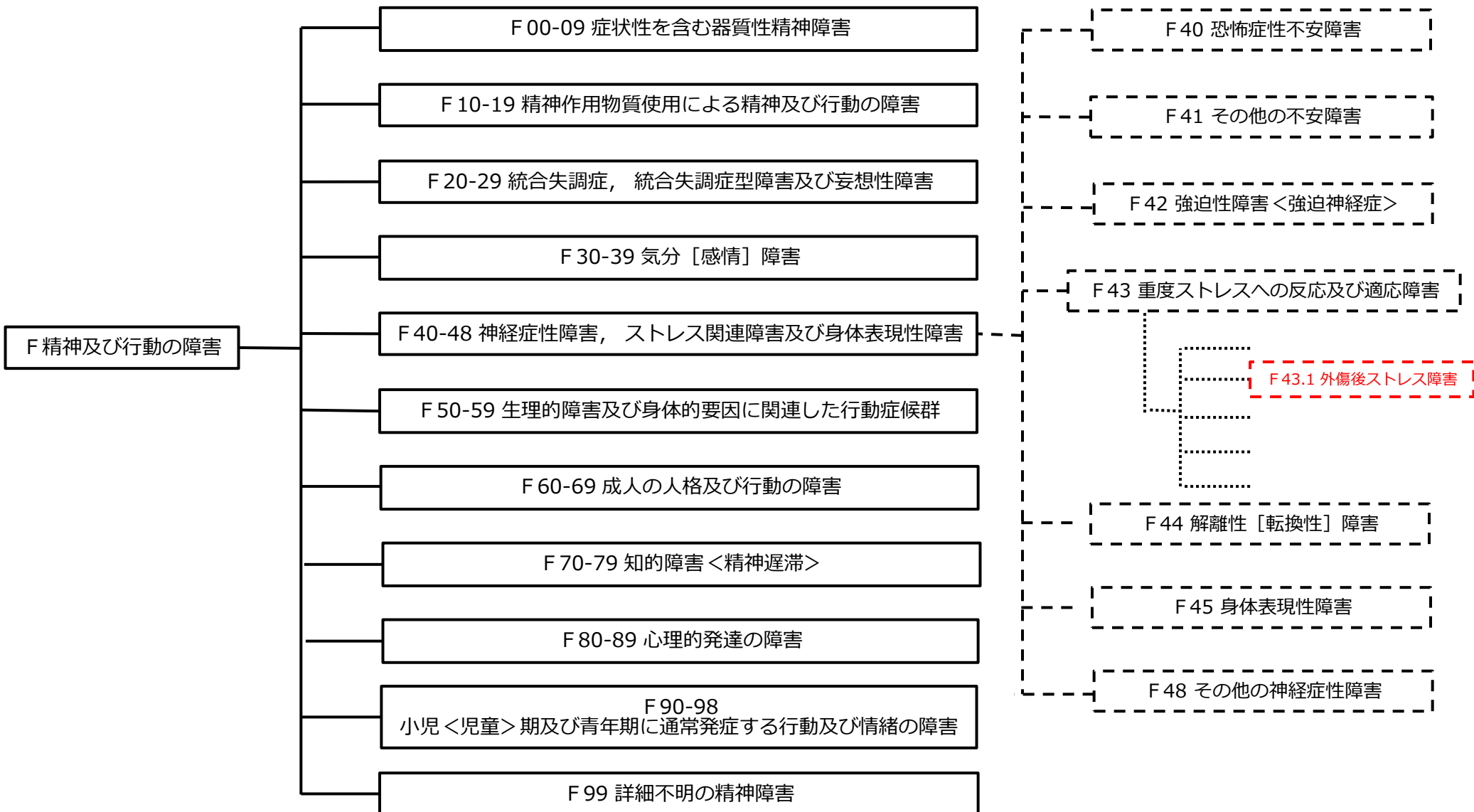


心理支援加算の算定を行っていない理由等

- 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。



I C D - 10における「F 精神及び行動の障害」の分類



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.	重篤に悪化

○ CGI-S の分析結果

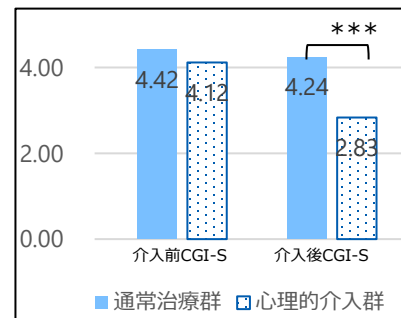
CGI-Sについて、心理的介入群と通常治療群（実験参加者間要因）、治療介入前後（実験参加者内要因）の2要因混合分散分析を行った結果、心理的介入群*通常治療群の交互作用が有意であった（ $F(1,95)=27.9, p<.001$ ）（表1）。

	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

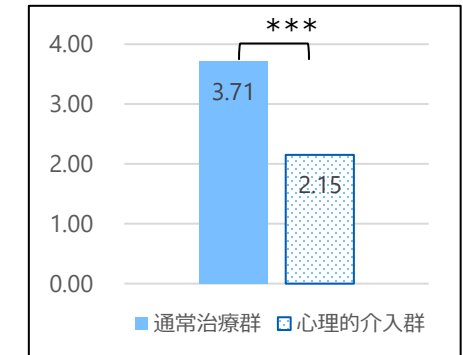
下位検定を行った結果、介入前の心理的介入群と通常治療群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理的介入群と通常治療群の間に有意差が得られた（ $t(95)=5.48, p<.001$ ）。さらに効果量は1.22であり、大きいと言える。

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。



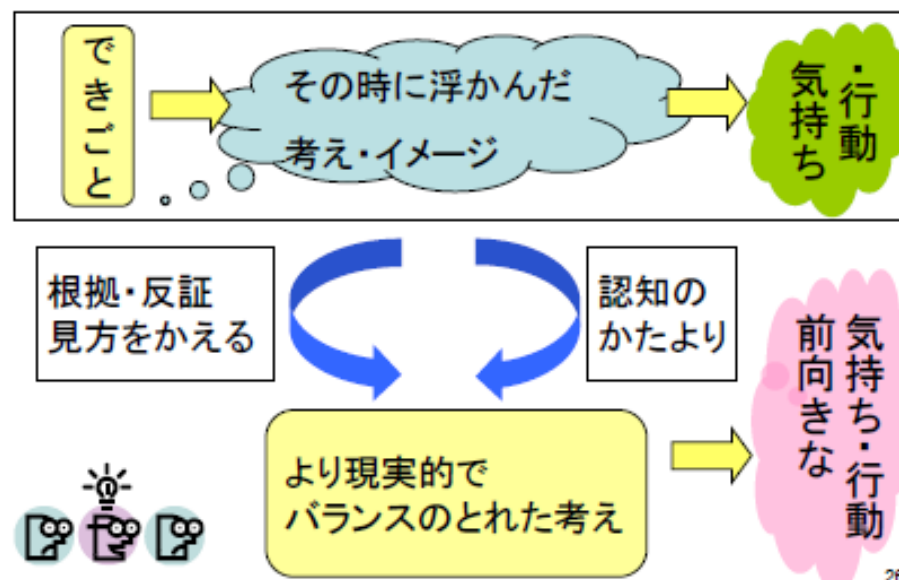
▲図2 2群間の介入後のCGI-Iの差

認知療法・認知行動療法

- 入院中以外の気分障害や不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法が診療報酬上評価されている。

認知療法・認知行動療法の内容

- ・ 精神療法(心理療法)の一種で、認知(ものの受け取り方や考え方)に働きかけて気持ちを楽しにするもの。
 - ・ 人はストレスを感じると悲観的に考えがちになり、自らの心を問題を解決できない状態に追い込むことがあるが、認知療法・認知行動療法では、そうした考え方のバランスを取って、ストレスに上手に対応できる心の状態を作る。
 - ・ 気持ちが大きく動揺したりつらくなったりしたときに患者の頭に浮かんでいた考え(自動思考)に目を向け、それがどの程度現実と食い違っているかを検証し、思考のバランスを取っていく。
- (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センターウェブサイトの記載を一部要約)



出典: うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)

認知療法・認知行動療法（医師及び看護師が共同して行う場合）

- 認知療法・認知行動療法について、医師及び看護師が共同して行う場合、毎回の看護師による面接後に、専任の医師による面接を要件としており、届出医療機関数及び算定件数は限定的である。

1003-2 認知療法・認知行動療法（一連の治療につき16回まで算定可能）

2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点

【留意事項通知】

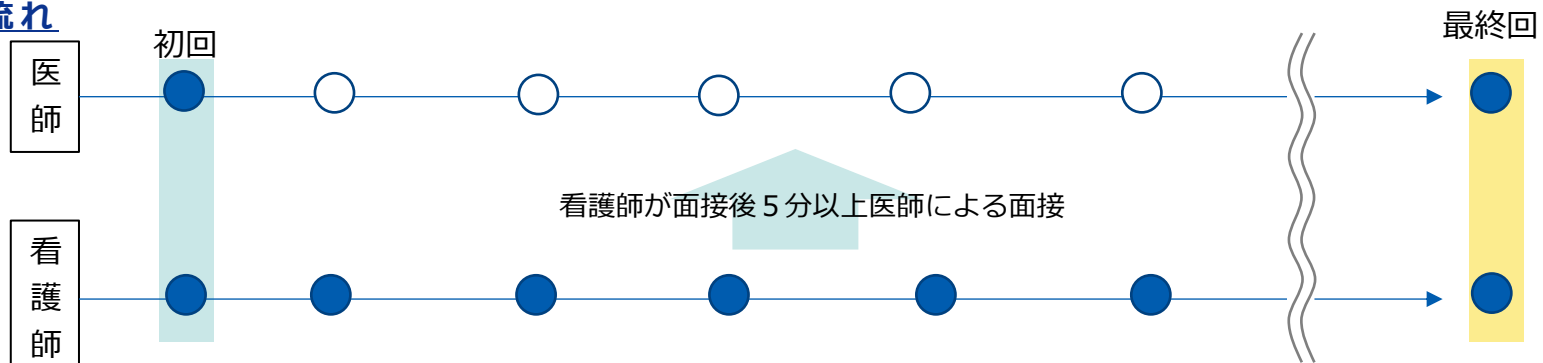
(12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。

ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。

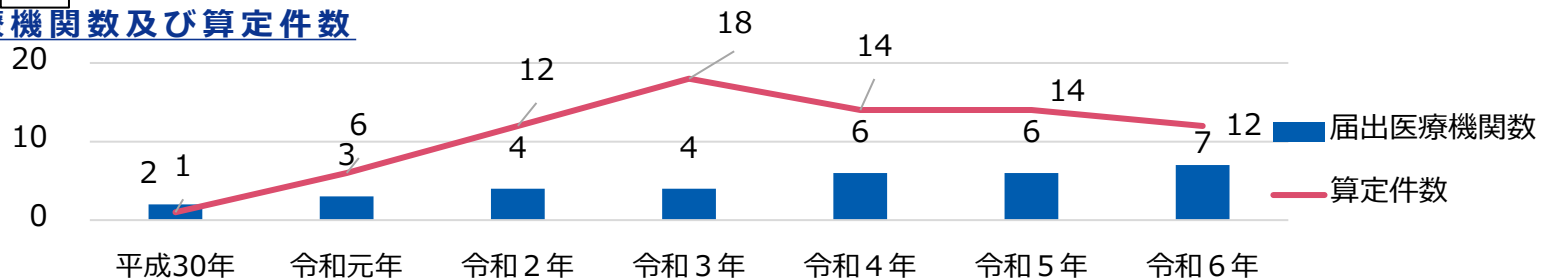
イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。

ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。

■ 実施の流れ



■ 届出医療機関数及び算定件数



公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援の効果

- 現行の心理支援加算の枠組みを用いて基本的な心理支援を実施した群と、医師が必要性及適性を判断した上で、認知行動療法的アプローチ等を用いることで、より専門性の高い心理支援を実施した群を比較したところ、後者の方がより短期間で、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する結果となった。

公認心理師の専門的心理支援による効果

方 法

- 精神科外来に通院中のPTSDの患者であって、現行の心理支援加算の枠組みにおいて基本的な心理支援が実施された群（心理支援群：12例）と、医師が必要性を判断し、通院精神療法に加えて専門的心理的支援が実施された群（専門的心理支援実施群：29例）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。

※心理支援（心理支援加算）：支援期間平均8.56か月、回数平均17.1回、月2回、1回30分以上実施。不安の軽減・解消、日常生活上の課題への対処スキルの向上、自己効力感回復等を目的とし、必要な支援を実施。

※専門的心理支援：支援期間平均6.09か月、支援回数平均24.39回、週1回、1回45分実施。カウンセリング、心理教育、認知再構成や曝露療法といった認知行動療法に基づく技法、リラクセーション、患者による主体的な課題設定及び実施等、PTSD症状に焦点化した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。

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.	重篤に悪化

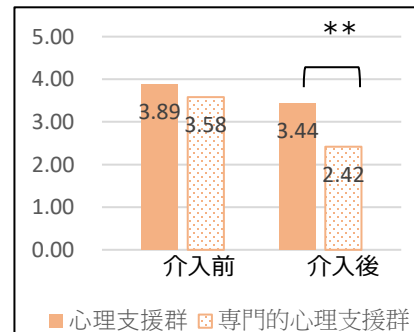
○CGI-Sの分析結果

CGI-Sについて、心理支援群と専門的心理支援群（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、心理支援群*専門的心理支援群の交互作用が有意であった（ $F(1,39) = 7.47, p = .009$ ）。

	平方和SS	自由度1	自由度2	2乗平均	F値	p値
治療群	5.22	1	39	5.22	2.69	.109
介入前後	12.95	1	39	12.95	19.54	<.001***
治療群*介入前後	4.95	1	39	4.95	7.47	.009**

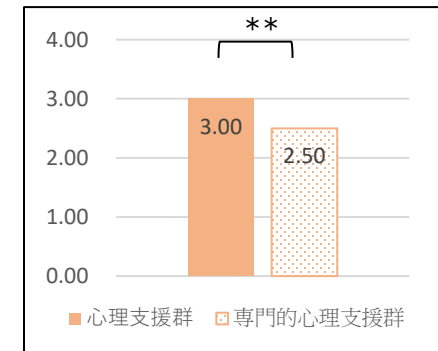
下位検定を行った結果、介入前の心理支援群と専門的心理支援群のCGI-Sに有意差はなかった。介入後のCGI-Sは、心理支援群と専門的心理支援群の間に有意差が得られた（ $t(39) = 2.98, p = .005$ ）。効果量は1.02であり、非常に大きな効果がみられた。

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、心理支援群と専門的心理支援群に.05水準で有意差が認められた（ $t(39) = 2.81, p = .008$ ）。効果量は1.03であり、非常に大きな効果が認められた。



▲2群間の介入後のCGI-Iの差

1. 精神医療の現状等について

2. 外来医療について

3. 個別事項について

3-1 公認心理師及び心理支援等について

3-2 精神保健福祉士による継続的な支援について

精神保健福祉士に病棟専従配置等を求めている入院料

- 精神科救急急性期医療入院料等の手厚い配置を求めている入院料を中心に、精神保健福祉士の病棟専従配置等を求めている入院料がある。

入院料	施設基準等
精神科救急急性期医療入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・（看護職員夜間配置加算の施設基準）当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置 ・ 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置
精神科急性期治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該各病棟に精神保健指定医及び精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。
精神科救急・合併症入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・（看護職員夜間配置加算の施設基準）当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置 ・ 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置
児童・思春期精神科入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置 ・（精神科養育支援体制加算の施設基準）当該保険医療機関内に、以下（ア～エ）から構成される虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者への支援（以下「精神科養育支援」という。）に係るチーム（以下「精神科養育支援チーム」という。）が設置 <ul style="list-style-type: none"> ウ 20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤精神保健福祉士 <p>（当該専任の医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師については、週3日以上勤務、かつ、週22時間以上勤務の専任の非常勤2名以上の組み合わせにより、常勤と同時時間帯に非常勤配置の場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。）</p>
認知症治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・（認知症夜間対応加算の施設基準）当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置 ・ （認知症治療病棟入院料1の施設基準）当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか1人以上勤務 ・ 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
地域移行機能強化病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、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は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上 ・ 当該病棟において、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六割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士 ・ 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数（当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数）の二割以上が看護師 ・ 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員 ・ 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置 ・ 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名）が配置 ・ 退院支援相談員を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち1名以上（入院患者数が40を超える場合は2名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）

その他の専従要件について

中医協 総-3
7. 1 2. 3

- その他、以下のような専従要件についても、専従の趣旨や医療の質を担保することに配慮しつつ、行える業務の範囲や分担の在り方、従事する場所等について、更に明確化することができるのではないかな。

算定区分

専従要件と主な業務規定や緩和要件

課題

【チームで診療を提供する項目に係る専従要件】

A234 医療安全対策加算	適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。	<ul style="list-style-type: none"> 専従の職員が、加算に係る業務を行わない時間に行うことのできる業務が示されていない。 病床数によって、業務の量に差があると考えられるが、例えば規模の大きい病院で複数名の要件を満たす担当者がある場合、加算に係る業務を分担しうるのではないかな。その場合、加算に従事しない一定の時間は他の業務を行うことが考えられるのではないかな。
A234-2 感染対策向上加算 注3に規定する抗菌薬適正使用支援加算	要件を満たす医師又は看護師のうち1名は専従。 <ul style="list-style-type: none"> 抗菌薬適正使用支援チームの業務、他の保険医療機関等に関する助言の業務を行っても専従とみなす（赴いて助言する時間は月10時間以下） 医療安全対策加算に定める医療安全管理者との兼任不可 	

【入院料に係る専従要件】

A304 地域包括医療病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が2名以上 常勤の管理栄養士が1名以上	病棟に専従であっても、病棟の患者に係る院外における指導等を行うのではないかな。
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	専従の常勤理学療法士等が1名以上	

【精神医療に係る専従要件】

A103 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	従事できる業務の範囲や、業務を行う場所について、今後、議論予定。
A230-2 精神科地域移行実施加算	地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上 <ul style="list-style-type: none"> 当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従していることが必要 	
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料 A314 認知症治療病棟入院料 等	専従の常勤精神保健福祉士が1名以上	

精神科病院における精神保健福祉士の役割と専門性

- 精神保健福祉士は入院前から退院後までのあらゆる場面において、院内で多職種と連携した相談援助の実践や、行政や地域の支援機関との連携等をとおした、シームレスな患者支援を行うことが求められている。

入院前

- ・ 病状や生活状況、福祉サービス等の利用状況の確認
- ・ 入院や通院の受け入れ調整

入院初期

- ・ 行政、障害福祉サービス事業所等との状況共有
- ・ 安心して治療を受けるための療養支援
- ・ 退院後の居住地や必要な支援の検討
- ・ 院内多職種チームとの情報共有やカンファレンスの開催調整

入院中期

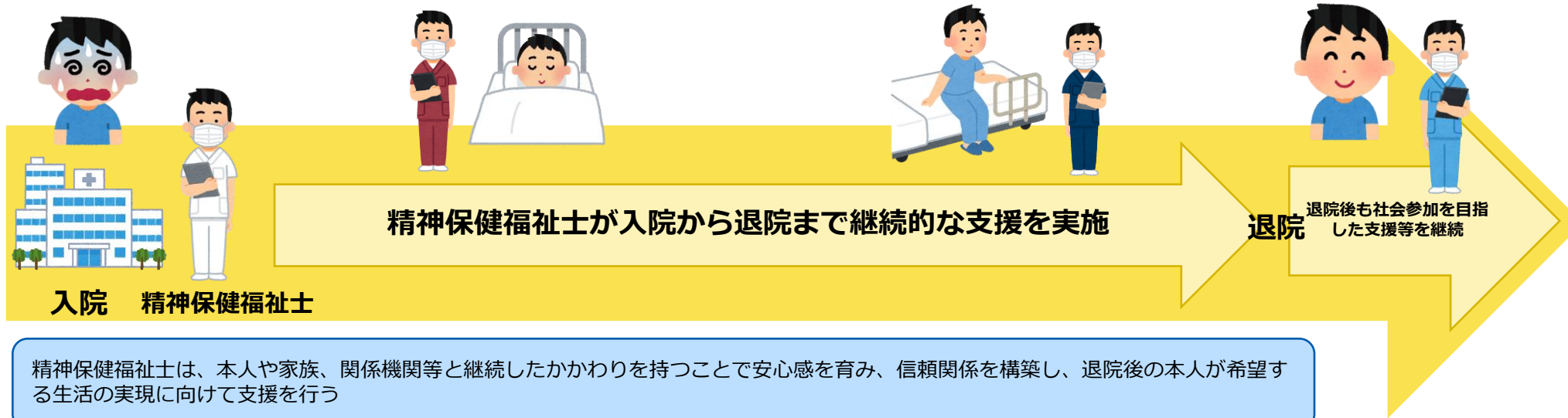
- ・ 退院に向けた支援計画の作成
- ・ 居住支援や障害福祉サービス等の調整
- ・ 通院先や訪問看護等の医療継続の支援
- ・ 同行訪問等による生活環境調整

入院後期

外来移行後

- ・ 通院状況や障害福祉サービス等の利用状況等の確認本人、家族等の相談支援の継続
- ・ 支援計画の見直しやカンファレンスの開催調整

精神科病院・診療所・行政・障害福祉サービス事業所等と共同カンファレンスの開催等、継続的な連携



入院医療に関する方向性の整理

令和7年12月1日

第12回精神保健医療福祉の今後の
施策推進に関する検討会

資料
2

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。 注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

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

身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等については、医療計画において対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていくこと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

精神医療に係る現状と課題

(外来医療について)

- 通院・在宅精神療養は、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。
- 通院・在宅精神療養が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。
- 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。
- 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。
- 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。また、「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。
- 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。
- 情報通信機器を用いた通院精神療養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養の適切な実施に関する指針は、一定の条件のもと初診を行うことができることとする等、見直しが行われる予定である。
- 規制改革実施計画において、新たな指針を踏まえたオンライン診療における精神療養の診療報酬上の評価の見直しを検討し、所要の措置を講ずることが閣議決定されている。
- 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。届出を行っていない理由については、「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」が病院42.0%、診療所36.8%であった。

精神医療に係る現状と課題

(個別的事項について)

- 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人となっている。
- 平成30年診療報酬改定において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」に統一することとされ、当面の間、経過措置が置かれている。
- 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%と最多であり、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。
- 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。
- 認知療法・認知行動療法について、医師及び看護師が共同して行う場合、毎回の看護師による面接後に、専任の医師による面接を要件としており、届出医療機関数及び算定件数は限定的である。
- 現行の心理支援加算の枠組みを用いて基本的な心理支援を実施した群と、医師が必要性及適性を判断した上で、認知行動療法的アプローチ等を用いることで、より専門性の高い心理支援を実施した群を比較したところ、後者の方がより短期間で、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する結果となった。
- 精神科救急急性期医療入院料等の手厚い配置を求めている入院料を中心に、精神保健福祉士の病棟専従配置等を求めている入院料がある。
- 精神保健福祉士は入院前から退院後までのあらゆる場面において、院内で多職種と連携した相談援助の実践や、行政や地域の支援機関との連携等をとおした、シームレスな患者支援を行うことが求められている。

精神医療に係る論点

【論点】

（外来医療について）

- 精神科外来において初診をより積極的に診療する体制を確保することや、精神保健指定医が地域で果たす役割をさらに評価する観点から、通院・在宅精神療法における初診・再診の評価のあり方について、どのように考えるか。
- 早期診療体制充実加算に関して、地域の精神科救急医療提供体制を担う病院との連携体制を構築した上で、入院患者の地域移行・地域定着等に積極的に取り組む診療所についても評価の対象とすることについて、どのように考えるか。
- 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」の見直しの状況を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診精神療法についても評価を行うことについて、どのように考えるか。またその際、再診精神療法と同様に質の高い精神医療の提供に資する施設基準を設定することについて、どのように考えるか。
- 児童思春期の精神疾患患者の受入体制をさらに確保する観点から、児童思春期支援指導加算の評価のあり方について、どのように考えるか。

（個別的事項について）

- 公認心理師の養成状況を踏まえ、診療報酬上の臨床心理技術者に係る経過措置を終了することについて、どのように考えるか。
- 公認心理師による心理支援の提供実態や効果をふまえ、心理支援加算の対象疾患の拡大や、認知行動療法的アプローチに基づく心理支援への評価を新たに行うことについて、どのように考えるか。また、認知療法・認知行動療法の実施に際して毎回医師の介入を求める要件等を緩和することについて、どのように考えるか。
- 同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士が、当該病棟からの転棟後の患者等の継続的な支援を行えるようにするなど、専従となっている職務の範囲を柔軟化することについて、どのように考えるか。