



2021年4月1日

精神疾患に係る医療提供体制について

厚生労働省 社会援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの検討会における議論の状況

回数	開催日	議題等
第1回	令和6年5月20日	(1) 検討会の開催、座長の選任等について (2) 精神保健医療福祉の現状等について (3) その他
第2回	令和6年8月7日	(1) 精神保健医療福祉に関する施策について (2) その他
第3回	令和6年10月3日	(1) 行動制限に係る関係者からのヒアリング (2) かかりつけ精神科医機能について (3) その他
第4回	令和7年1月15日	(1) 行動制限に係る関係者からのヒアリング (2) その他
第5回	令和7年3月10日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他
第6回	令和7年5月12日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他
第7回	令和7年6月9日	(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療提供体制について (2) その他

これまでの検討会における議論の状況

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回
医療提供体制					○	○	○
入院医療	○						
地域移行	○				○		
一般医療との連携	○		○		○		○
外来医療	○		○		○	○	
かかりつけ精神科医機能	○		○		○	○	
在宅医療					○		
地域包括ケアの推進	○				○	○	
相談支援体制	○						○
早期介入					○		
精神保健福祉センター							○
人材の養成・確保	○				○	○	○
精神保健指定医	○						
専門的分野への対応			○		○		
関係機関での連携	○		○		○	○	○
普及啓発	○			○	○	○	
ピアサポート	○			○	○		○
家族の視点	○				○		
入院制度	○	○				○	
行動制限	○	○	○	○			
災害医療	○						
その他	○				○	○	○

目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し等
- 3 入院医療
- 4 入院外医療
- 5 医療提供体制（身体合併症）
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課することとする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

等

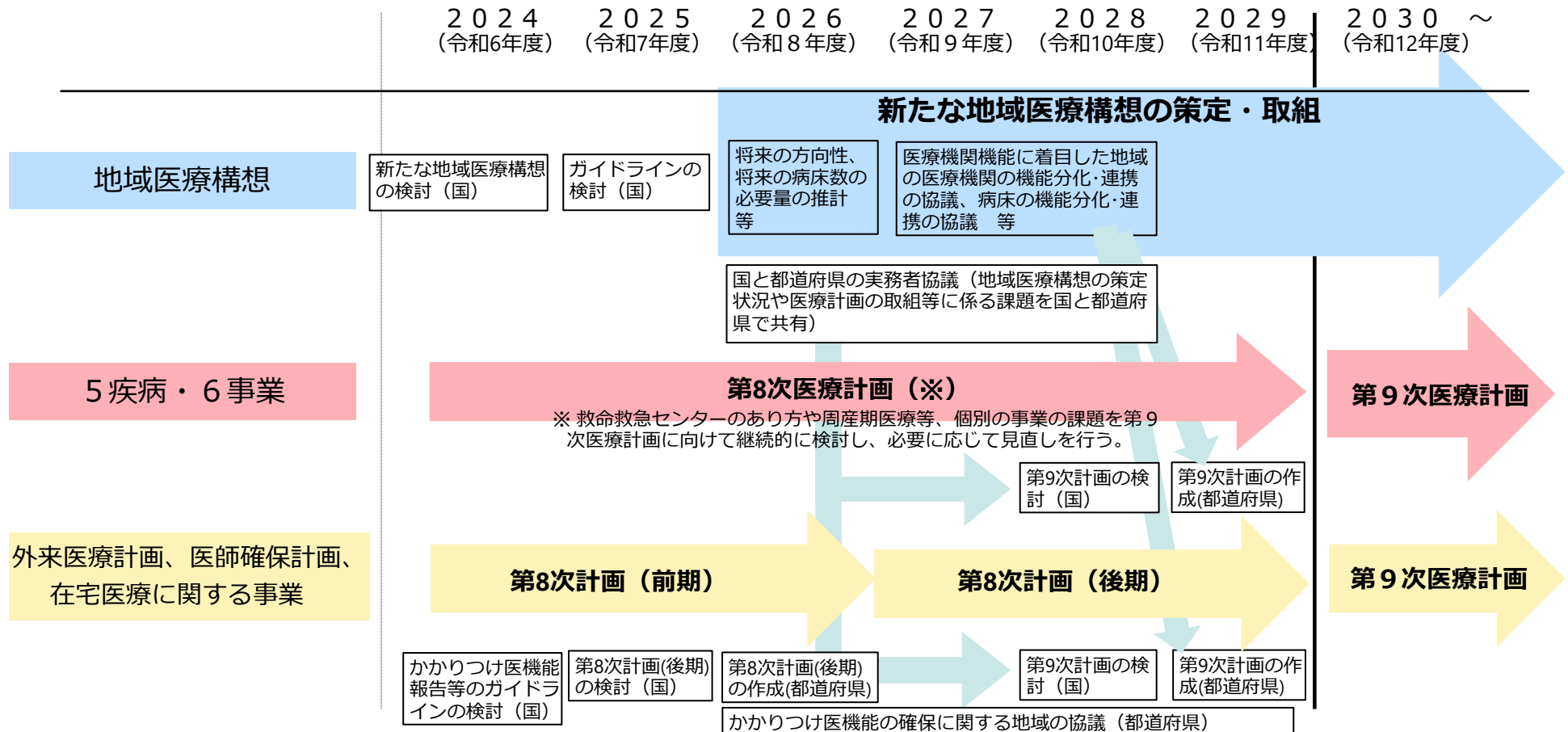
このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は令和8年4月1日（1②並びに2①の一部、②及び③）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～

議論の開始

秋頃

中間とりまとめ

12月～3月

とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

医療計画の策定に係る指針等の全体像

令和3年6月18日 第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

【医療法第30条の3】

厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制の確保に関する基本方針

【医療法第30条の8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- 留意事項
- 内容、手順 等

疾病・事業及び在宅医療に係る 医療体制構築に係る指針【課長通知】

疾病・事業別の医療体制

- 求められる医療機能
- 構築の手順 等

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○疾病・事業ごとの医療体制（※）

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ 新興感染症発生・まん延時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療(小児救急含む)
- ・ 在宅医療
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想（※）

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)（※）
- 医師の確保(医師確保計画)（※）
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

精神疾患について都道府県において検討すべき事項

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○疾病・事業ごとの医療体制（※）

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ **精神疾患**
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療（小児救急含む）
- ・ 在宅医療
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想（※）

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保（外来医療計画）（※）
- 医師の確保（医師確保計画）（※）
- 医療従事者（医師を除く）の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数** 等

（※）令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

●指標例については、

- ストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された**指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握**

●基本指針を踏まえ、

- 患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握
- 現状を踏まえ精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載
- 課題に対して、**地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別添を踏まえて設定**

※ 第7次医療計画においては「多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）の名称を記載」することとしており、第8次医療計画においても同様とする予定。

●国において示す算定式を踏まえ、

- 係数を都道府県毎に設定し、
- 令和11年の推計患者数を計算
- その上で、**必要となる基準病床数を設定する**

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」内）

同指針の構成は次のとおり

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

- (1) 統合失調症
- (2) うつ病・躁うつ病
- (3) 認知症
- (4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害
- (5) 依存症
 - ① アルコール依存症
 - ② 薬物依存症
 - ③ ギャンブル等依存症
- (6) 外傷後ストレス障害（PTSD）
- (7) 高次脳機能障害
- (8) 摂食障害
- (9) てんかん
- (10) 精神科救急
- (11) 身体合併症
- (12) 自殺対策
- (13) 災害精神医療
- (14) 医療観察法における対象者への医療

2 精神疾患の医療体制

多様な精神疾患等ごとの
現状・課題の概観

第2 医療体制の構築に必要な事項

- 1 目指すべき方向
- 2 各医療機能と連携
 - (1) 地域精神科医療提供機能
 - (2) 地域連携拠点機能
 - (3) 都道府県連携拠点機能

どのような医療体制を
構築すべきか

第3 構築の具体的な手順

- 1 現状の把握
 - (1) 患者動向に関する情報
 - (2) 医療資源・連携等に関する情報
 - (3) 指標による現状把握
- 2 圏域の設定
- 3 連携の検討
- 4 課題の抽出
- 5 数値目標
- 6 施策
- 7 計画
- 8 公表

都道府県は、これらを踏まえて、「第3 構築の具体的な手順」に即して、**地域の現状を把握・分析**したうえで、地域の実情に応じて**圏域（精神医療域）を設定し、その圏域ごとに不足している医療機能又は調整・整理が必要な医療機能を明確にして、医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。**

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

- 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、**患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。**
- さらに、(3)に示す、ストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された**指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。**
- なお、(1)及び(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ ころの状態（国民生活基礎調査）
- ・ 精神疾患を有する総患者数の推移（入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料※）
- ・ 精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料）
- ・ 3か月以内再入院率（精神保健福祉資料）
- ・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師統計、精神保健福祉資料）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）
- ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
- ・ 認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）
- ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）

(3) 指標による現状把握

別表5に掲げるような、ストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。

第3 構築の具体的な手順 1 (3) 指標による現状把握

別表5に示す指標例に関しては、「第1 精神疾患の現状」及び「第2 医療体制の構築に必要な事項」において、精神疾患等ごとに、関連するものを列挙している。

例1) 第1の1 現状・課題 (1) 統合失調症(抜粋)

(中略) 都道府県で統合失調症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「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」、「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」、「統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「統合失調症を外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数」、「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)」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数」、「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」、「統合失調症の精神病床での入院患者数」、「統合失調症外来患者数」及び「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

例2) 第1の1 現状・課題 (2) うつ病・躁うつ病(抜粋)

(中略) 都道府県でうつ病・躁うつ病について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「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」、「うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」、「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」、「うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数」及び「うつ・躁うつ病外来患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

注) 第7次医療計画における指標例についても、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する上では引き続き参考になり得ることから、関連する指標例として記載している。

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定すること。**
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定すること。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮すること。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努めること。

さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めること。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。

- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日付け健医発第57号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

- (3) 医療計画には、原則として、**多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護事業所等）の名称を記載すること。**ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。可能な限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。15

第3 構築の具体的な手順

4 課題の抽出

- 都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載すること。
- その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出すること。

5 数値目標

- 都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別表5を踏まえて設定し、医療計画に記載すること。
- 目標時期については、基準病床数の算定において令和8年を設定時期としていることに留意すること。
- また、数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとし、特に、別表5にアウトカムとして示す項目のうち、「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数」、「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」については、障害福祉計画においても成果目標として設定されていることから、当該数値との整合に留意すること。
- なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に精神医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

第3 構築の具体的な手順

6 施策

- 数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した**目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載すること**。

7 評価

- 計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。**都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する**。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更すること。

8 公表

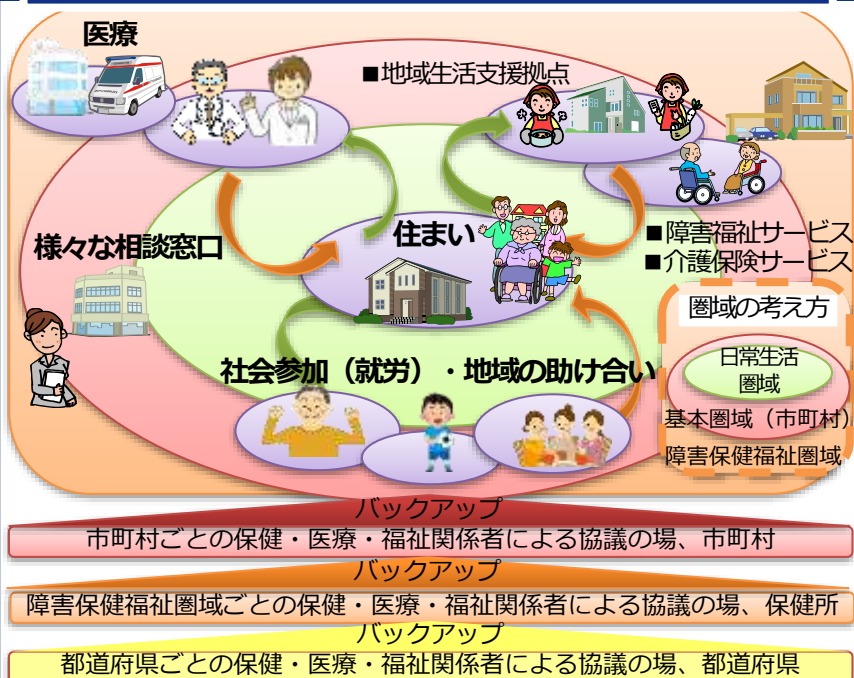
- 都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表すること。その際、広く住民に周知を図るよう努めること。

精神疾患の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

指針について

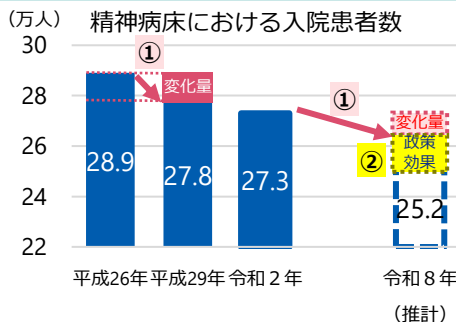
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点で踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。
- ② 入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする。
- ③ 患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、以下のように、**4つの視点から、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定**する。

①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



②基準病床数の算定式

平成26年と29年の患者数から令和8年の患者数を推計し、基準病床数を設定する



- ① H26 ⇒ H29の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する
 - 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
 - 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化
- ② ①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

③現状把握のための指標例

普及啓発、相談支援

地域における支援
危機介入

診療機能(※)

拠点機能(※)

(※)：疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。



ストラクチャー

プロセス

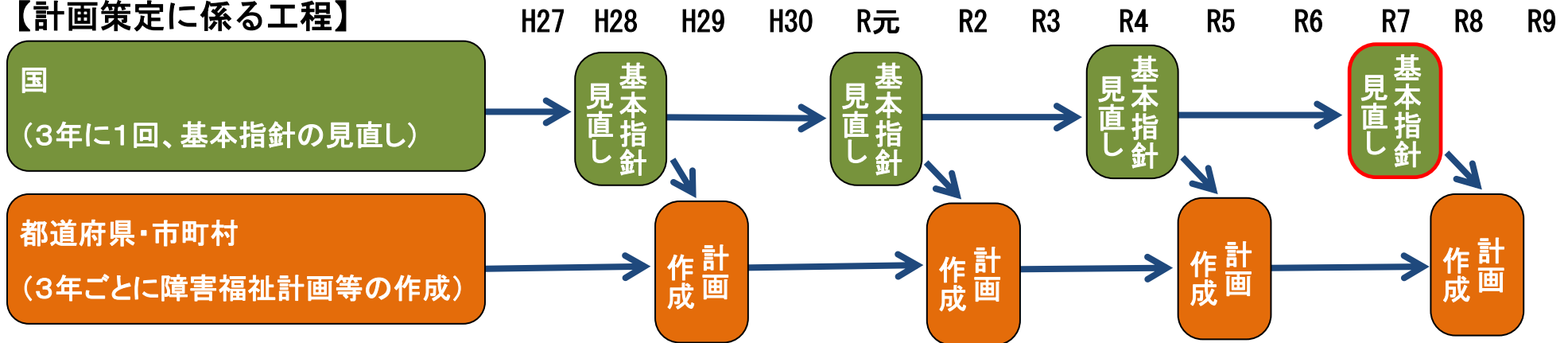
アウトカム

障害福祉計画及び障害児福祉計画について(概要)

基本指針について

- ・基本指針は、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(障害者総合支援法)第87条第1項の規定に基づき、障害福祉サービス等の提供体制及び自立支援給付等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。
- ・また、平成28年6月に公布した改正児童福祉法第33条19第1項の規定に基づき、障害児通所支援等の提供体制及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。
- ・障害福祉計画及び障害児福祉計画は、この基本指針に即して市町村・都道府県が作成
- ・第8期障害福祉計画及び第4期障害児福祉計画(令和9～11年度)を作成するための基本指針は令和7年度内の告示を想定。

【計画策定に係る工程】



※ 障害福祉計画等は、3年を一期として作成することを基本としつつ、都道府県及び市町村が地域の実情や報酬改定・制度改正の影響の有無を考慮して、柔軟な期間設定が可能。

第7期障害福祉計画及び第3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。R5年5月に告示。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して原則3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。計画期間はR6～8年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・ 入所等から地域生活への移行、地域生活の継続の支援
- ・ 障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・ 障害者等に対する虐待の防止
- ・ 障害福祉人材の確保・定着
- ・ 障害者による情報の取得利用・意思疎通の推進
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 発達障害者等支援の一層の充実
- ・ 「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・ よりきめ細かい地域ニーズを踏まえた障害(児)福祉計画の策定
- ・ 障害者総合支援法に基づく難病患者等への支援の明確化
- ・ 福祉施設から一般就労への移行等
- ・ 地域における相談支援体制の充実強化
- ・ 障害福祉サービスの質の確保
- ・ その他(地方分権提案に対する対応)

3. 成果目標(計画期間が終了するR8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: R4年度末施設入所者の6%以上
- ・ 施設入所者数: R4年度末の5%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1年以内の地域における平均生活日数: 325.3日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)
- ・ 精神病床の1年以上入院患者数: 13.8万人
(R2年度の17.1万人と比べて3.3万人減)
- ・ 退院率: 3ヵ月後 68.9%以上、6ヵ月後 84.5%以上、1年後 91.0%以上
(H30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

- ・ 市町村地域生活支援拠点等の整備、コーディネーターの配置などによる効果的な支援体制及び緊急時の連絡体制の構築を進め、年1回以上、支援の実績等を踏まえ運用状況の検証・検討を行う
- ・ 強度行動障害を有する者に関し、市町村又は圏域において支援ニーズを把握し、支援体制の整備を進める(新)

④ 福祉施設から一般就労への移行等

- ・ 一般就労への移行者数: R3年度の1.28倍以上
- ・ 就労移行支援事業利用終了者に占める一般就労へ移行した者の割合が5割以上の事業所: 就労移行支援事業所の5割以上(新)

④ 福祉施設から一般就労への移行等(続き)

- ・ 都道府県は地域の就労支援ネットワークの強化、関係機関の連携した支援体制を構築するため、協議会を活用して推進(新)
- ・ 就労定着支援事業の利用者数: 令和3年度末実績の1.41倍以上
- ・ 就労定着支援事業利用終了後一定期間の就労定着率が7割以上となる就労定着支援事業所の割合: 2割5分以上

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の設置: 市町村又は圏域に1か所以上
- ・ 全市町村において、障害児の地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進体制の構築
- ・ 都道府県による難聴児支援を総合的に推進するための計画の策定。都道府県及び必要に応じて政令市は、難聴児支援の中核的機能を果たす体制を構築。
- ・ 重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所等: 市町村又は圏域に1か所以上
- ・ 都道府県は医療的ケア児支援センターを設置(新)
- ・ 都道府県及び政令市において、障害児入所施設からの移行調整に係る協議の場を設置(新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化等

- ・ 市町村において、基幹相談支援センターを設置等
- ・ 協議会における個別事例の検討を通じた地域サービス基盤の開発・改善等(新)

⑦ 障害福祉サービス等の質の向上

- ・ 都道府県や市町村において、サービスの質向上のための体制を構築

第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 第8次医療計画において、精神病床に係る基準病床数の算定式については、**将来の精神病床における推計入院患者数**をもとに基準病床数を設定することとされている。
- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数を推計すると、入院患者数は減少傾向となる。
- 加えて、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計している。
- 第7期障害福祉計画における、1年以上の長期入院患者数に係る成果目標も、この推計患者数をもとに設定されている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式

令和8年における
当該都道府県の
急性期
患者数推計値

+

令和8年における
当該都道府県の
回復期
患者数推計値

+

令和8年における
当該都道府県の
慢性期
患者数推計値
(認知症を除く)

×

政策効果
(1-A)

+

令和8年における
当該都道府県の
慢性期
患者数推計値
(認知症)

×

政策効果
(1-B)

×

1
病床利用率

+ (他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数) - (当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数)

精神病床における入院患者数推移と将来の推計（政策効果を加味した場合）



目次

- 1 これまでの議論
- 2 近年の精神保健医療福祉の経緯
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの主な御意見

- 地域生活を支えていくためには、それぞれの医療機関が地域への志向を持つとともに、一つの医療機関で完結できない場合は、地域で面的に整備していく必要がある。
- 短期入院の増加、当事者の病態や年齢群の多様化により、身体合併症があるなど病気の個別性に対応する柔軟性が求められる傾向にある。その結果、一つの病院では対応できず、他の病院や地域にいる専門性の高い看護師などの専門職との連携・役割分担なども含めて、検討していくことが必要ではないか。
- 高齢者施設と医療機関の連携の仕組みは、精神科の医療機関と障害福祉サービス事業所との連携や、精神科の医療機関と一般の医療機関の連携にも応用できる部分があるのではないか。
- 特に認知症の施設について、パーソン・センタード・ケアが普及してきたが、最近は介護者不足で変わってきている。介護施設と精神科病院の連携も考えて行く必要があるのではないか。
- 入院期間の是正、再入院の問題、地域定着の課題など、診療報酬改定の動向を踏まえながら、動向をみていくことが必要。
- 精神科病院では、入院機能だけでなく外来・在宅診療についても、多職種で支援する体制も含めて取り組んできた。にも包括を推進するための精神科医療機関として、様々な機能をもっていけないと難しい。一次医療と二次医療を受皿として連動できないと、拠点としての機能を果たせないのではないか。

近年の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

(参考) これまでに開催されてきた精神保健医療福祉に関する検討会等

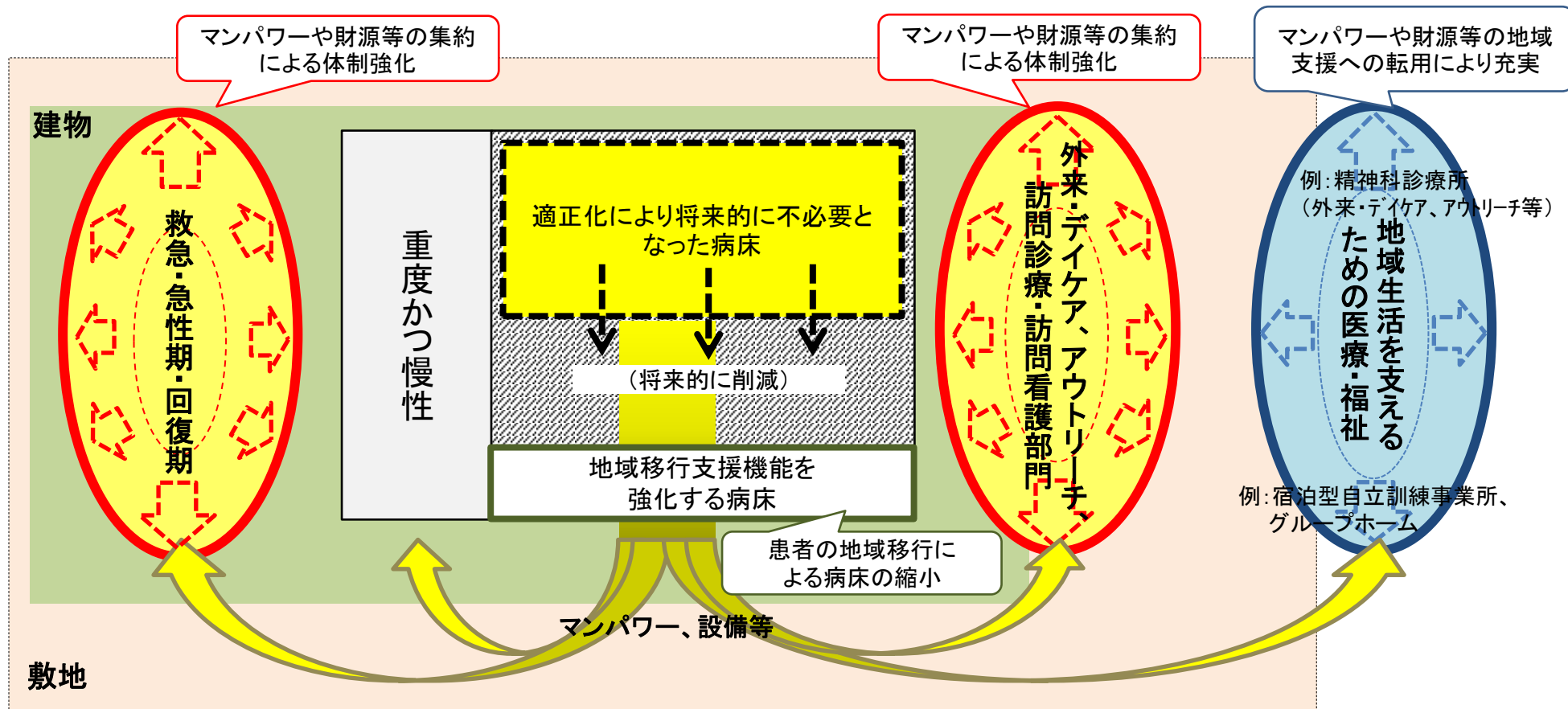
- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)の策定以降、それぞれの時期に検討会等において議論が重ねられてきた。これらの検討会等での議論を踏まえ、精神保健福祉法の改正、予算事業の創設や見直し、医療計画への反映など、施策の充実が図られてきた。

	検討会等の名称	設置時期	報告書 とりまとめ時期
1	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会	平成20年4月	平成21年9月
2	新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム	平成22年5月	1R: 平成22年6月 2R: 平成23年11月 3R: 平成24年6月
3	精神科救急医療体制に関する検討会	平成23年5月	平成23年9月
4	精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会	平成24年3月	平成24年6月
5	精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会	平成25年7月	平成25年12月
6	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3月	平成26年7月
7	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28年1月	平成29年2月
8	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	令和2年3月	令和3年3月
9	精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ	令和2年8月	令和3年1月
10	地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会	令和3年10月	令和4年6月
11	市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム	令和5年2月	令和5年9月

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）



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（概要）

平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用）

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

1. 精神病床の機能分化に関する事項

- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
- 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
- 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
- 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種のチームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
- 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。

2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

- 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
- アウトリーチ（多職種のチームによる訪問支援）を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
- 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
- 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
- 医療機関及び障害福祉サービス事業を行う者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。

3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項

- 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
- チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。

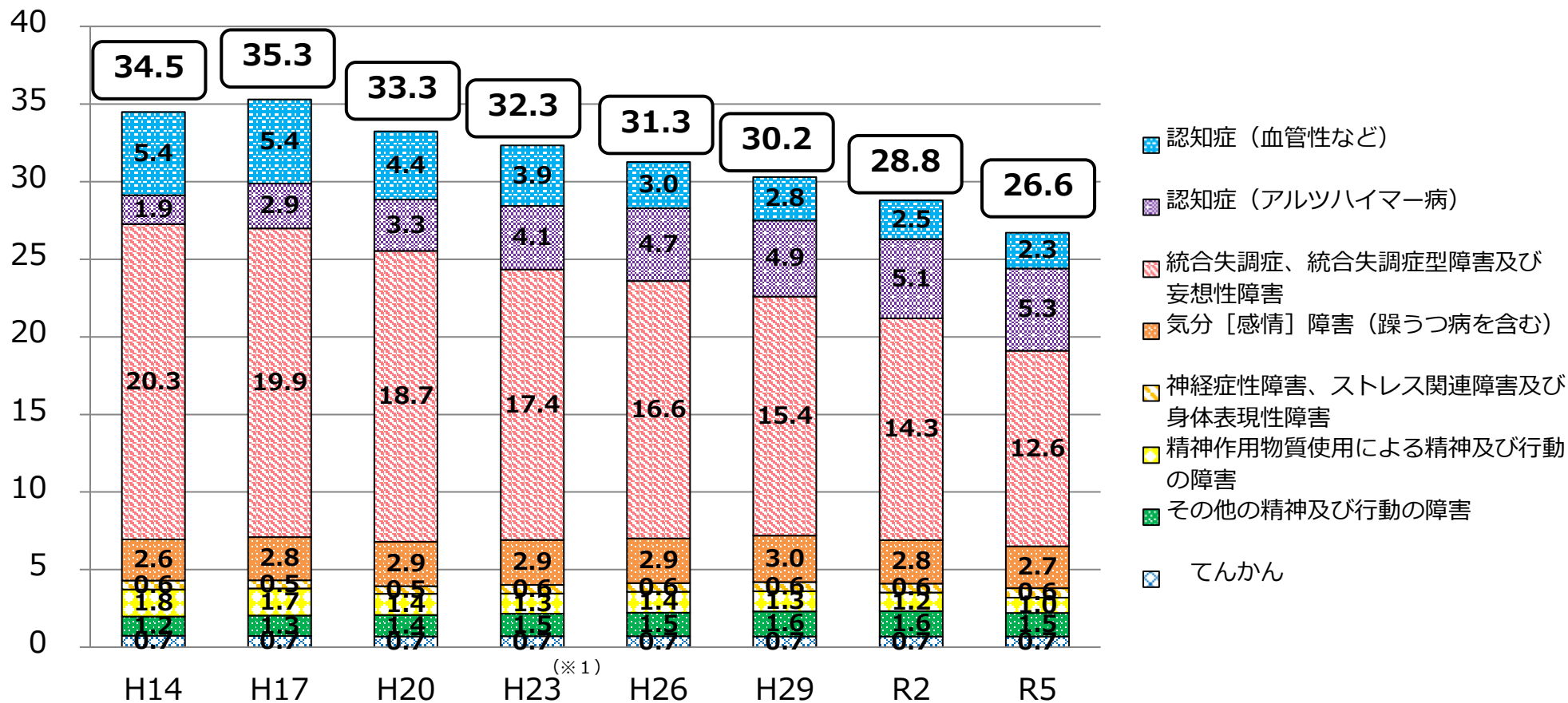
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

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。

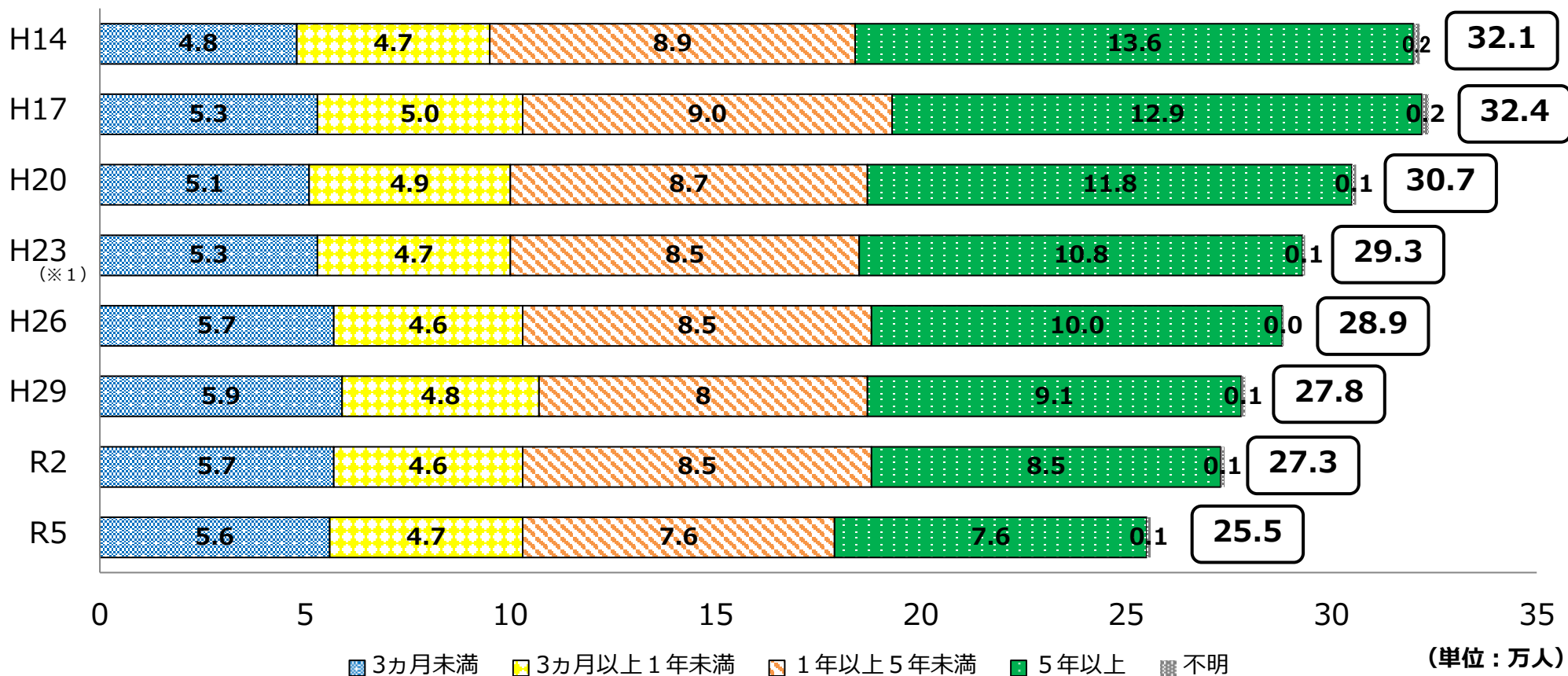
（単位：万人）



（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

- 精神病床における入院患者数は、約25.5万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。

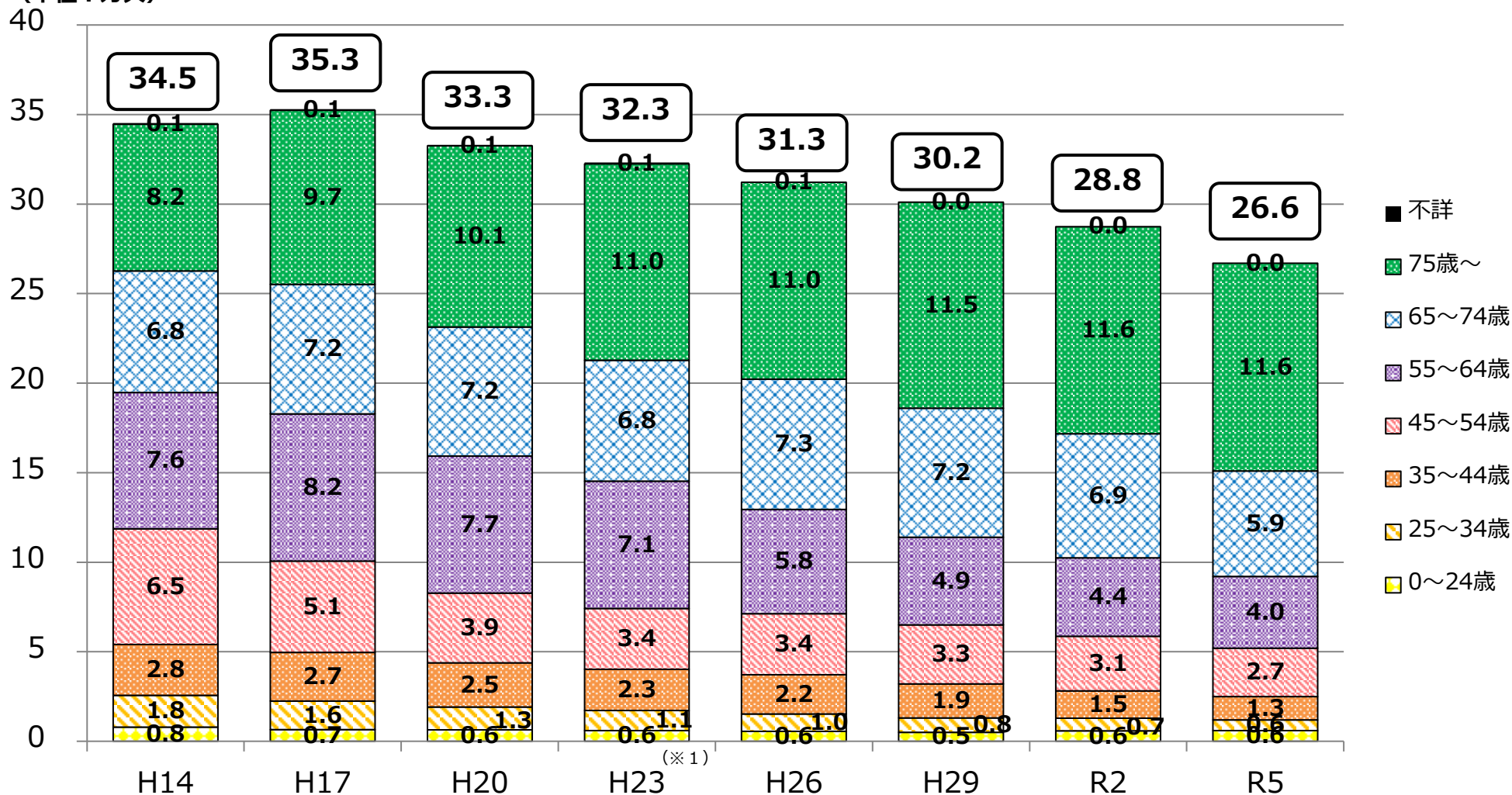


(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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うち、65歳以上が約17.5万人（約66%）。

（単位：万人）



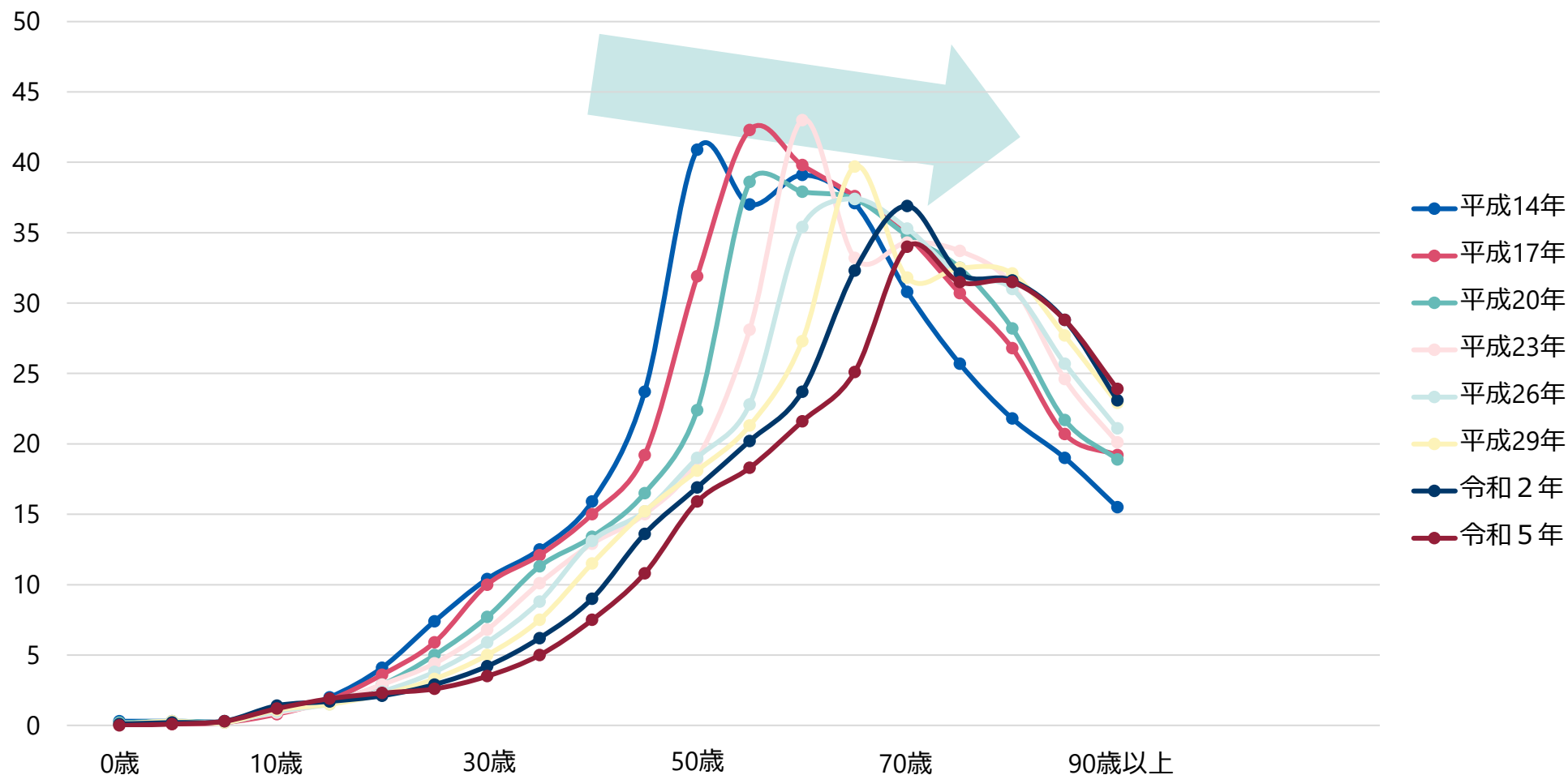
（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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（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。

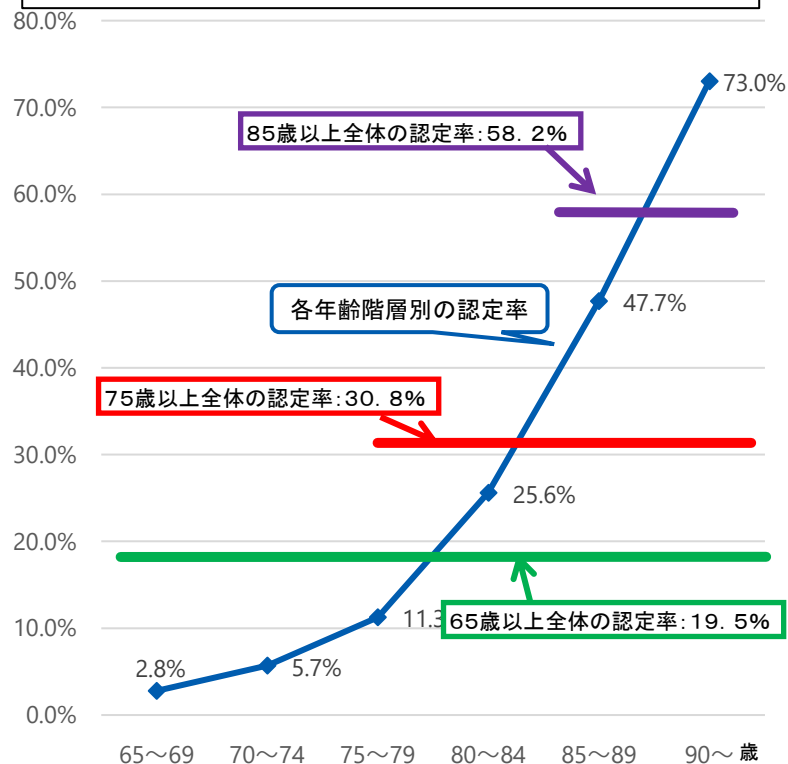
（単位：千人）



今後の介護保険をとりまく状況(3)

年齢階級別の要介護認定率

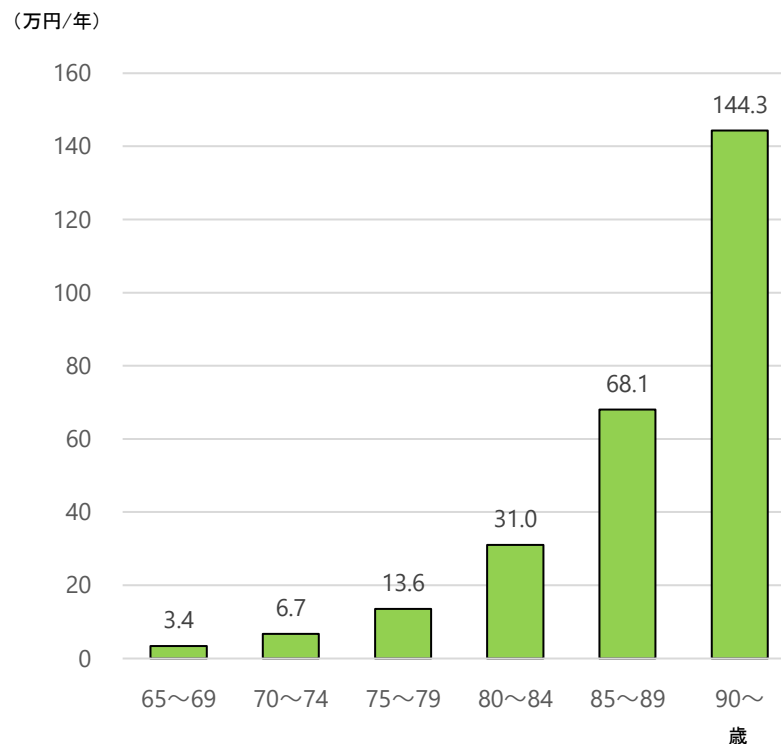
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2024年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2024年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

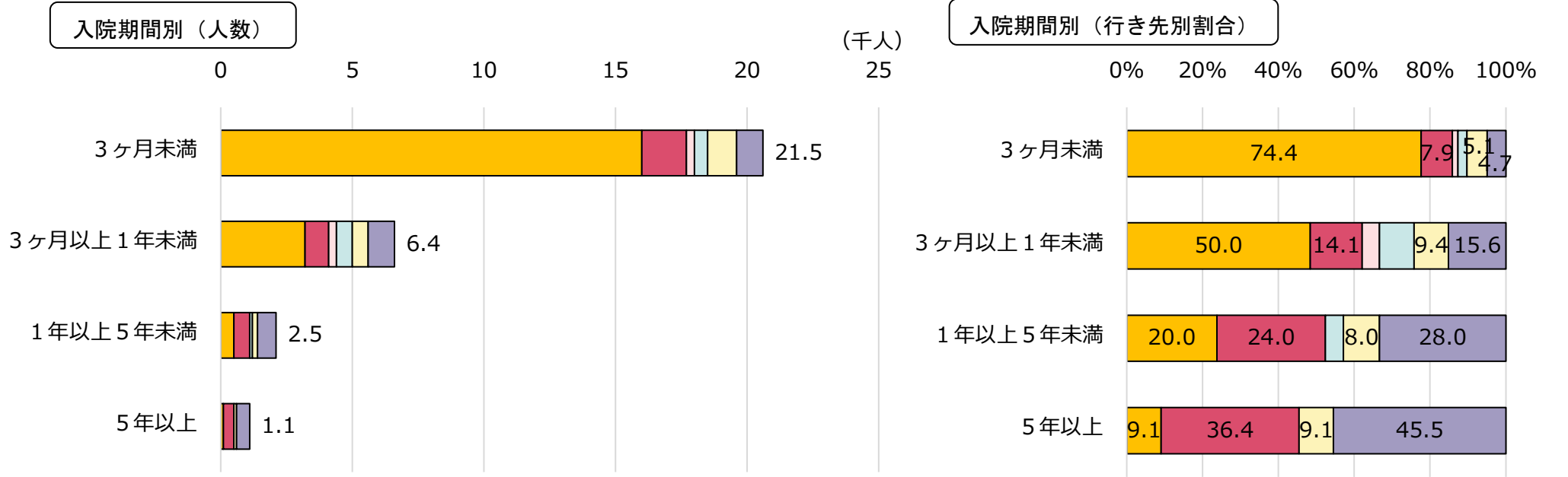
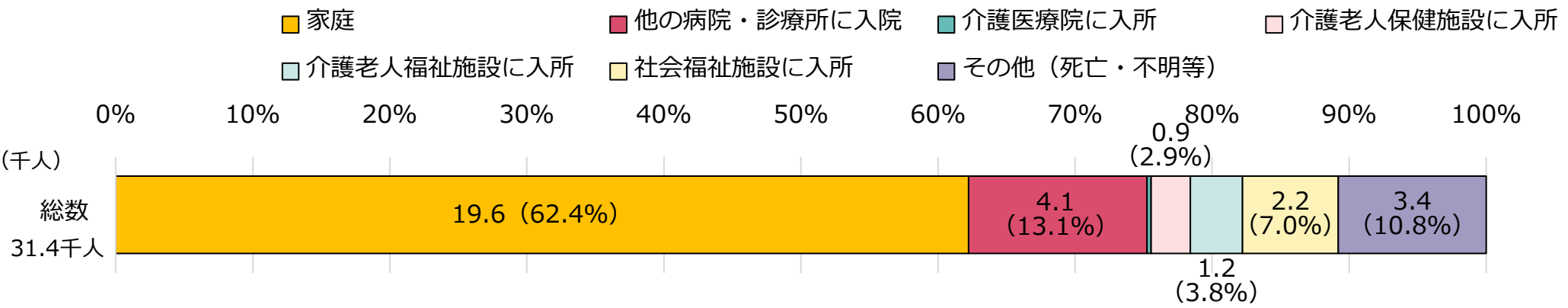


出典: 2023年度「介護給付費等実態統計」及び2023年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注)高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

令和 5 年 精神病床退院患者の退院後の行き先

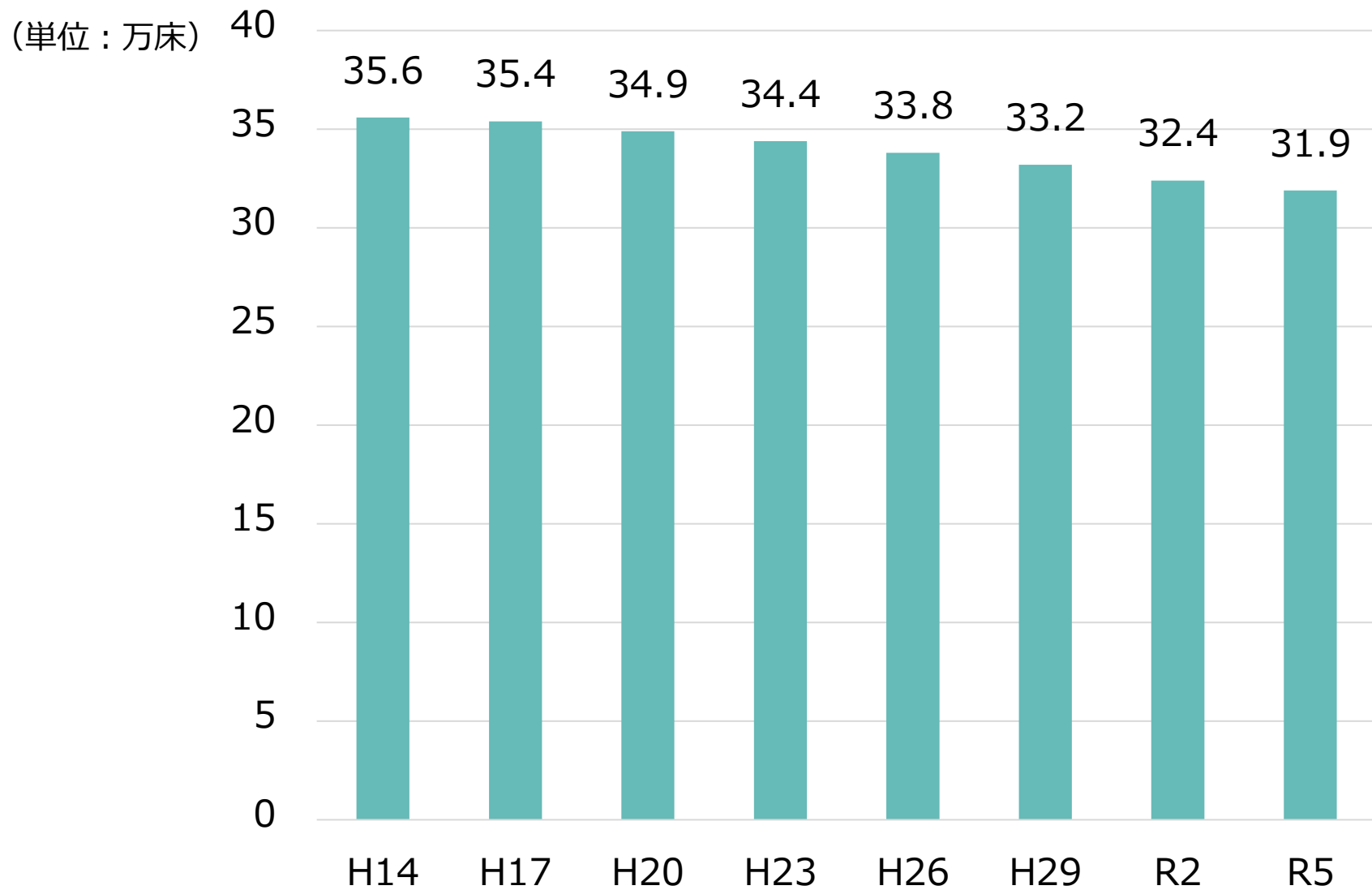
● 精神病床退院患者の退院後の行き先は以下のとおり。



※退院患者数は調査対象期間中（9月1日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計。
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

33

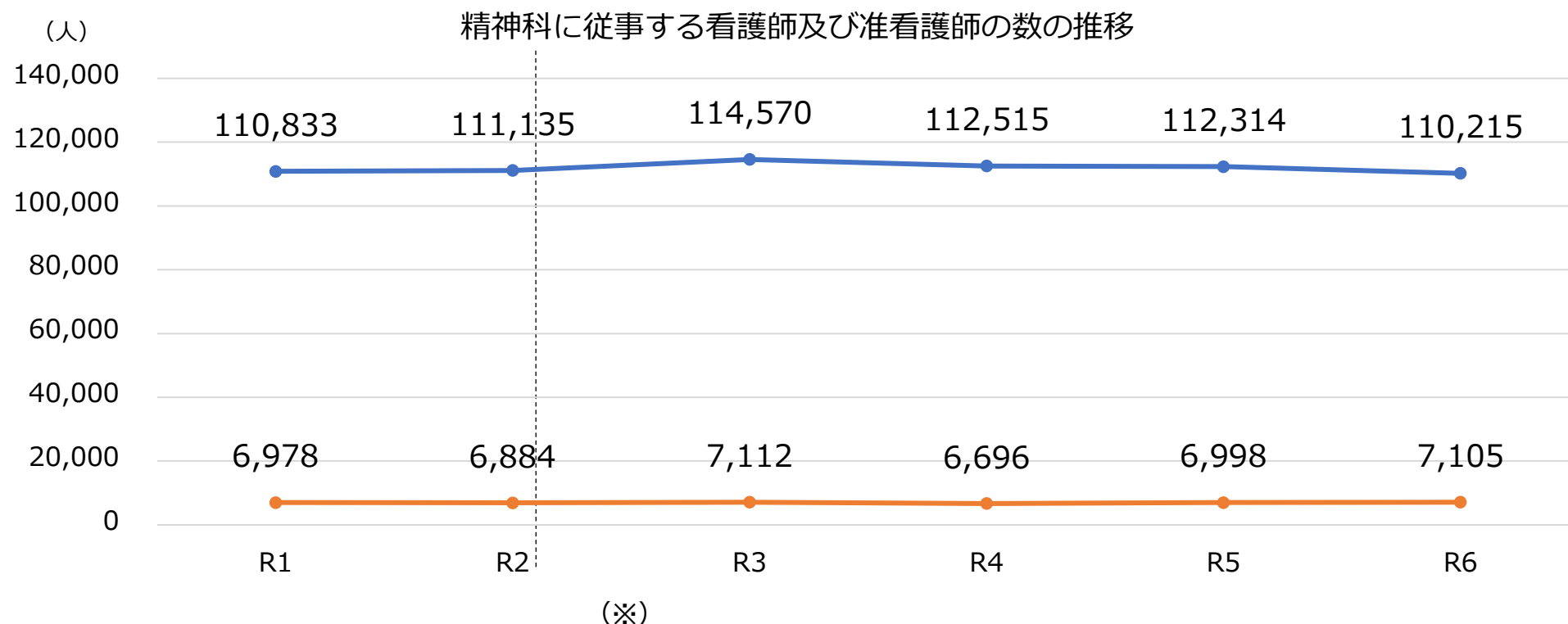
精神病床数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科に従事する看護師及び准看護師の数の推移

- 精神科に従事する看護師及び准看護師の数は横ばいである。
- 病院、診療所いずれにおいても、同様の傾向。



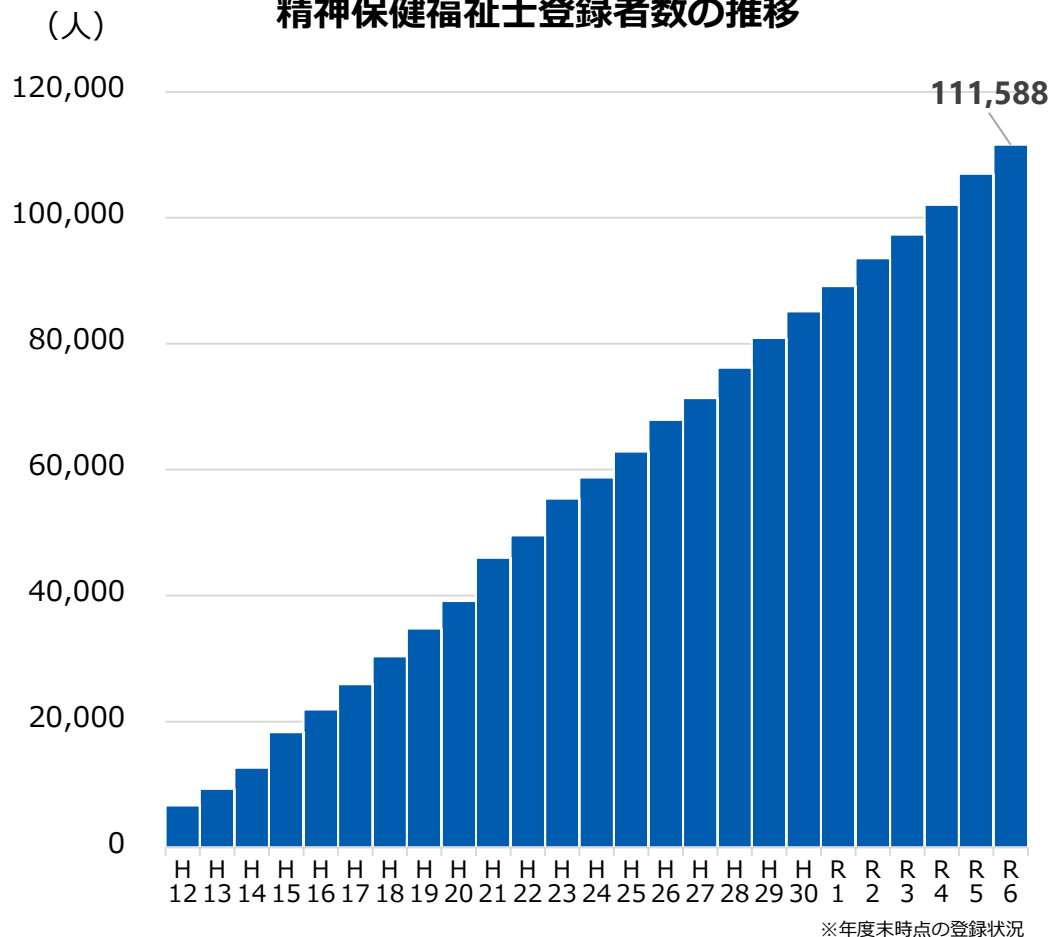
● 精神病床を有する医療機関に従事する看護師及び准看護師の数 ● 精神病床を有しない医療機関に従事する看護師及び准看護師の数

(※) 令和3年度以降は精神科における看護師及び准看護師の数、令和2年度以前は精神科を主科とする患者に関わる看護師及び准看護師の数を指す。

精神保健福祉士の登録者数の推移及び就業場所の内訳

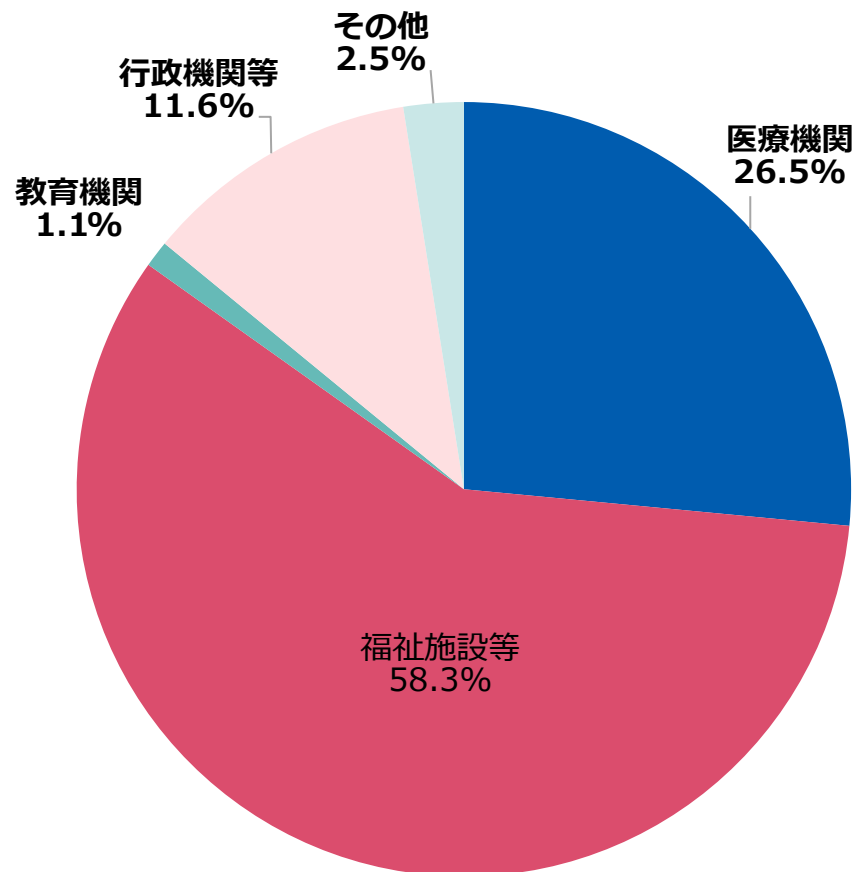
- 精神保健福祉士の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で111,588人。
- 就業場所としては、福祉施設等（58.3%）、医療機関（26.5%）、行政機関等（11.6%）の順に多い。

精神保健福祉士登録者数の推移



出典：公益財団法人社会福祉振興・試験センター

精神保健福祉士の就業場所の内訳

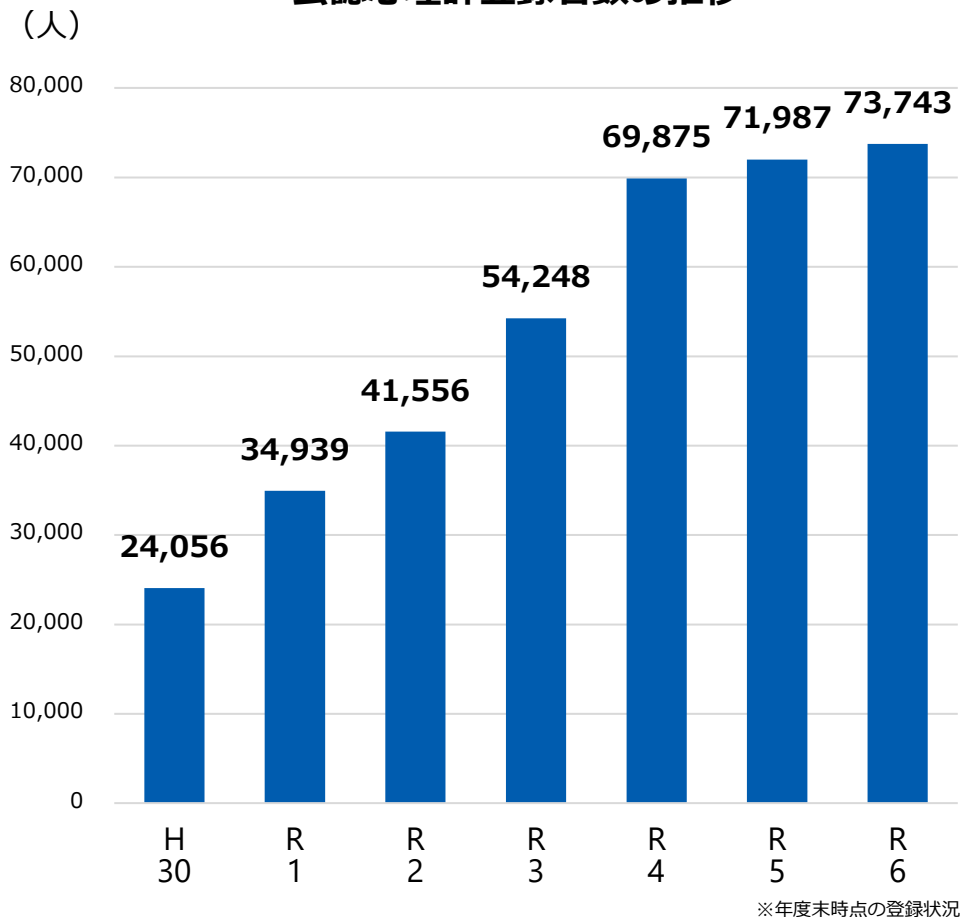


出典：令和2年度就労状況調査（社会福祉振興・試験センター）

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

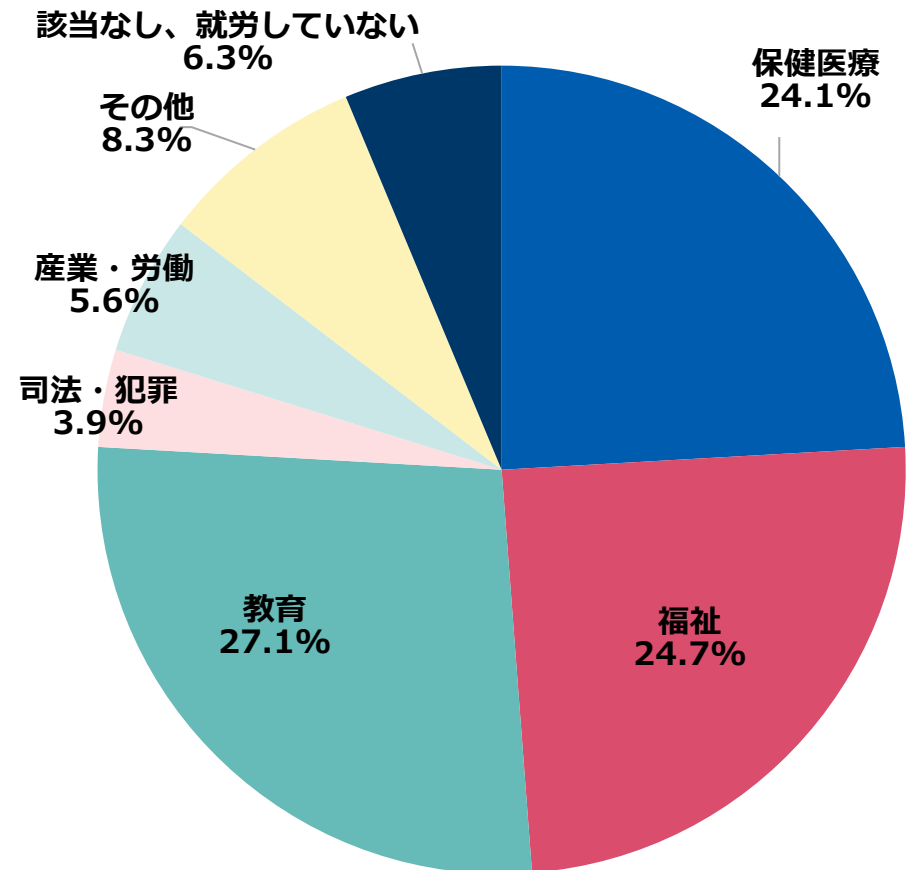
- 公認心理師の登録者数は増加傾向にあり、令和6年度末時点で73,743人。
- 令和5年度調査によると、主たる勤務先としては、教育分野（27.1%）、福祉分野（24.7%）、保健医療分野（24.1%）の順に多い。

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）

精神科病院100床あたりの従事者数の推移

人数は常勤換算

単位：人

	平成14年 (2002年)	平成17年 (2005年)	平成20年 (2008年)	平成23年 (2011年)	平成26年 (2014年)	平成29年 (2017年)	令和2年 (2020年)	令和5年 (2023年)
医師	3	3.1	3.3	3.4	3.6	3.7	4.1	5
看護師	14.6	16.2	18	19.6	21	22.7	24	25
准看護師	15	14.2	13.9	12.9	11.8	10.6	9.2	7.7
看護業務補助者	10	10.8	11.3	12	11.7	10.5	9.2	8.6
理学療法士（PT）	0.1	0.1	0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
作業療法士（OT）	1.1	1.3	1.8	2.2	2.5	2.8	2.9	3
言語聴覚士	0	0	0	0	0	0	0	0
精神保健福祉士	0.9	1.5	1.9	2.2	2.5	2.8	2.7	2.7
公認心理師	0.7	0.8

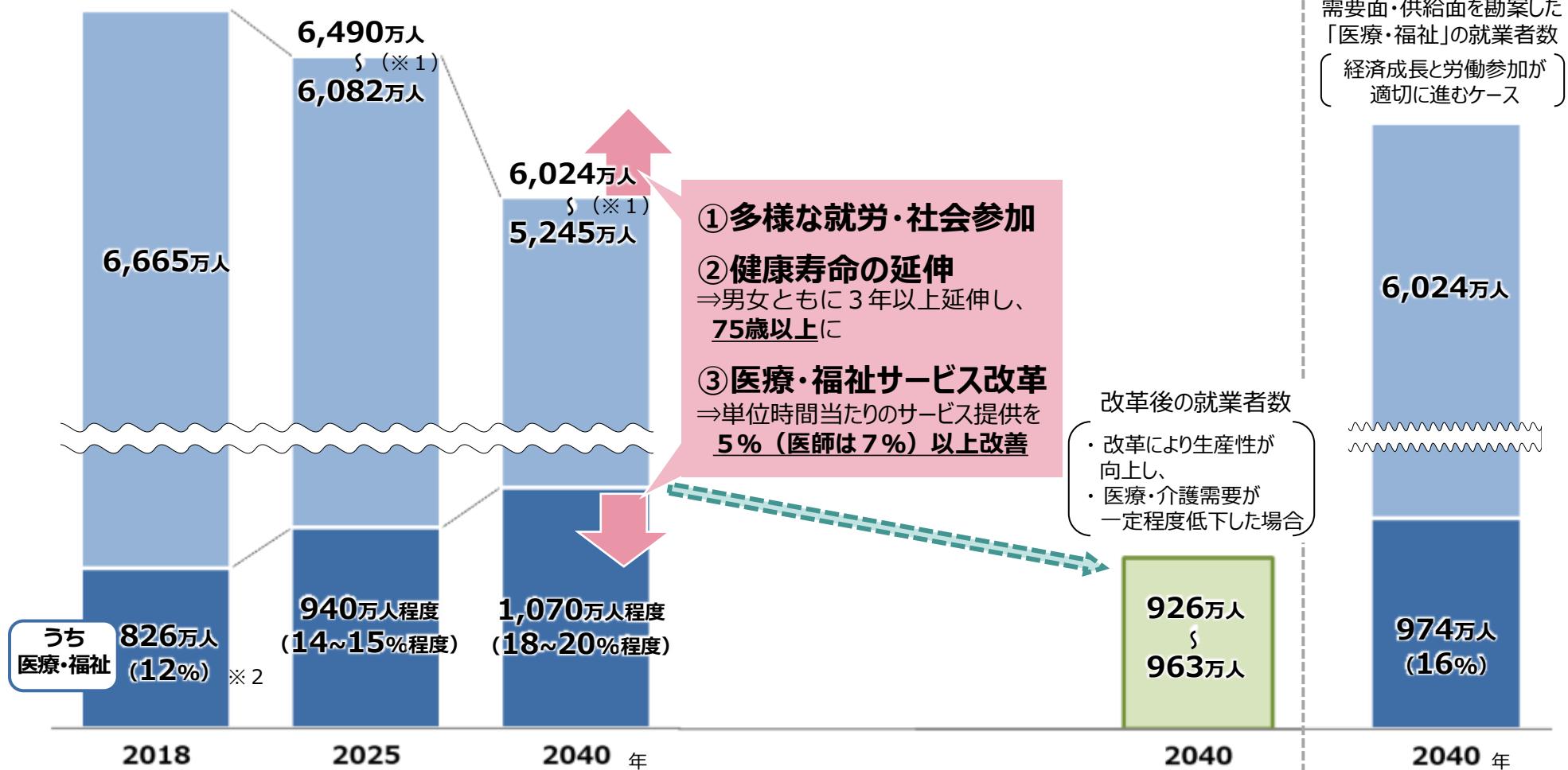
資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日第8次医療計画等に関する検討会資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

現状・課題

- 平成16年に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念が示されて以降、様々な議論が重ねられ、平成26年には「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」を示して、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等を進めることとし、その後、様々な制度の見直しを行いながらも、地域移行に向けた取り組みは現在も続いている。
- その結果として、精神病床数及び入院患者数は減少し、1年以上の長期入院の数は減少するとともに現在60代以下の入院受療率は着実に減っている一方で、精神疾患を有する入院患者のピークは経年的に高齢化し続け、70～80代の入院患者については、入院が長期化し続け、地域移行に至っていないことが示唆される。

論点

- これまでの精神保健医療福祉の取り組みの経緯、入院患者や医療・福祉従事者等の状況を踏まえ、今後期待される質の高い入院医療や地域移行のあり方について、どのように考えるか。
- 70～80代の長期在院患者の地域移行のあり方について、どのように考えるか。また、地域移行が進まない場合の入院中におけるサービスのあり方について、どのように考えるか。
- 引き続きこれまでの地域移行の取り組みを進め、不必要となった精神病床を削減していった先に、最終的に地域において地域移行を後押しし続ける病院が必要になると考えられるが、そのような病院が有すべき体制や機能のあり方について、どのように考えるか。また、病床削減に伴う人員等の活用方法について、どのように考えるか。

目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの主な御意見

- 身体合併症については、精神障害に伴うものや、精神障害を有する者に持続する身体合併症が生じ、精神科病棟での精神科看護の観点で治療やケアが必要となるものなどがある。身体合併症が重いときや、身体管理が必要な精神科の治療を行うときには、一般病棟では難しく、有床の総合病院精神科が機能として必要となってくる。また、身体合併症慢性期で、血液透析や緩和ケアなど、専門性の高い治療を必要とするような場合もあるが、単科精神科病院での透析実施は困難であり、維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先の確保困難となる。
- リエゾン・コンサルテーションの機能も重要であり、精神科臨床、特に精神科リエゾンチームなどが充実してくると、一般病棟で精神身体合併症を診る幅が広がってくる。
- 全国的に身体合併症に対応できる有床の総合病院精神科が均てん化されているわけではない中で、都道府県が医療計画や地域医療構想を策定するときに、拠点はどうするかや、総合病院精神科のような機能をどのぐらいのボリューム感で担ってもらうかについて、各地域で話し合っていくべきではないか。
- 精神科病院での入院患者の高齢化に伴って、身体合併症の対応や、身体ケアを要する方が非常に多くなってきていて、看護職にとっても課題。専門性の高い看護師のための研修や認定制度に引き続き取り組んでいくことが必要。
- 精神科医療とそれ以外の医療が別扱いみたいな形で行われていることが、精神障害がある人とその家族にとっては社会的なストレスになっているので、根本的なところからきちんと考え直して、そこに向けて進めていく必要がある。

外来・在宅医療

入院医療

- 通院
 - 精神科デイ・ケア/ナイト・ケア
- 訪問診療・看護
- 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

精神病床

- ・ 精神身体合併症
- ・ 病期
急性期/回復期/慢性期
- ・ 入院形態

（医療観察法病床）

田中：精神科医療の多様な場、研修医のための精神科ハンドブック第2版、医学書院、2025 を基に作成

- 身体管理が必要な精神科専門治療
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理
- 精神疾患単独の症例

- ・ 救急（一般救急・精神科救急）、災害
- ・ 周産期、緩和、臓器不全・移植
- ・ 倫理、医療安全、研修・教育

日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）を基に作成



総合病院においてリエゾン精神医学が担っている機能

1. 一般医療と連携した精神医療

① 身体疾患患者の精神心理的合併症・課題のマネジメント

- ・ せん妄
- ・ 身体疾患に併存するうつ病、その他の精神症状
- ・ 身体疾患に影響する心理的要因（心身症を含む）
- ・ 意思決定支援に関するコンサルテーション

② 精神疾患患者の身体合併症治療

- ・ 精神疾患患者の一般身体疾患の罹患
- ・ 事象、自殺企図などによる身体症状・身体疾患
- ・ 精神科治療薬の副作用
- ・ その他

③ 重点領域

- ・ 救急医療
 - ・ 一般救急医療における精神科医の関与
 - ・ 精神科救急
- ・ 自殺対策
- ・ 周産期医療
- ・ 緩和医療（がん、心不全など）
- ・ 高齢者（認知症を含む）医療
- ・ 臓器不全・移植医療

④ 一般医療と精神医療との連携が拡大している分野

- ・ 臨床倫理コンサルテーション
- ・ 災害医療
- ・ 地域リエゾン医療

- ・ 小児医療

⑤ 他の診療科との連携が不可欠な精神科専門医療

- ・ 電気けいれん療法を含むニューロモデュレーション
- ・ クロザピン治療
- ・ 摂食障害診療
- ・ アルコール・依存症診療
- ・ てんかん診療
- ・ 高度の鑑別診断・治療が求められる精神科医療

2. 一般精神医療への総合病院精神科の関与

3. 病院機能への関与

① 職員のメンタルヘルス

- ・ 法令に基づく活動
- ・ 法令外の組織開発に関わる活動

② 医療安全

③ 医療経済

4. 医学教育、メディカルスタッフ教育

① 卒然教育（臨床実習）

② 初期研修

③ 精神科後期研修

④ 生涯教育

⑤ メディカルスタッフ教育

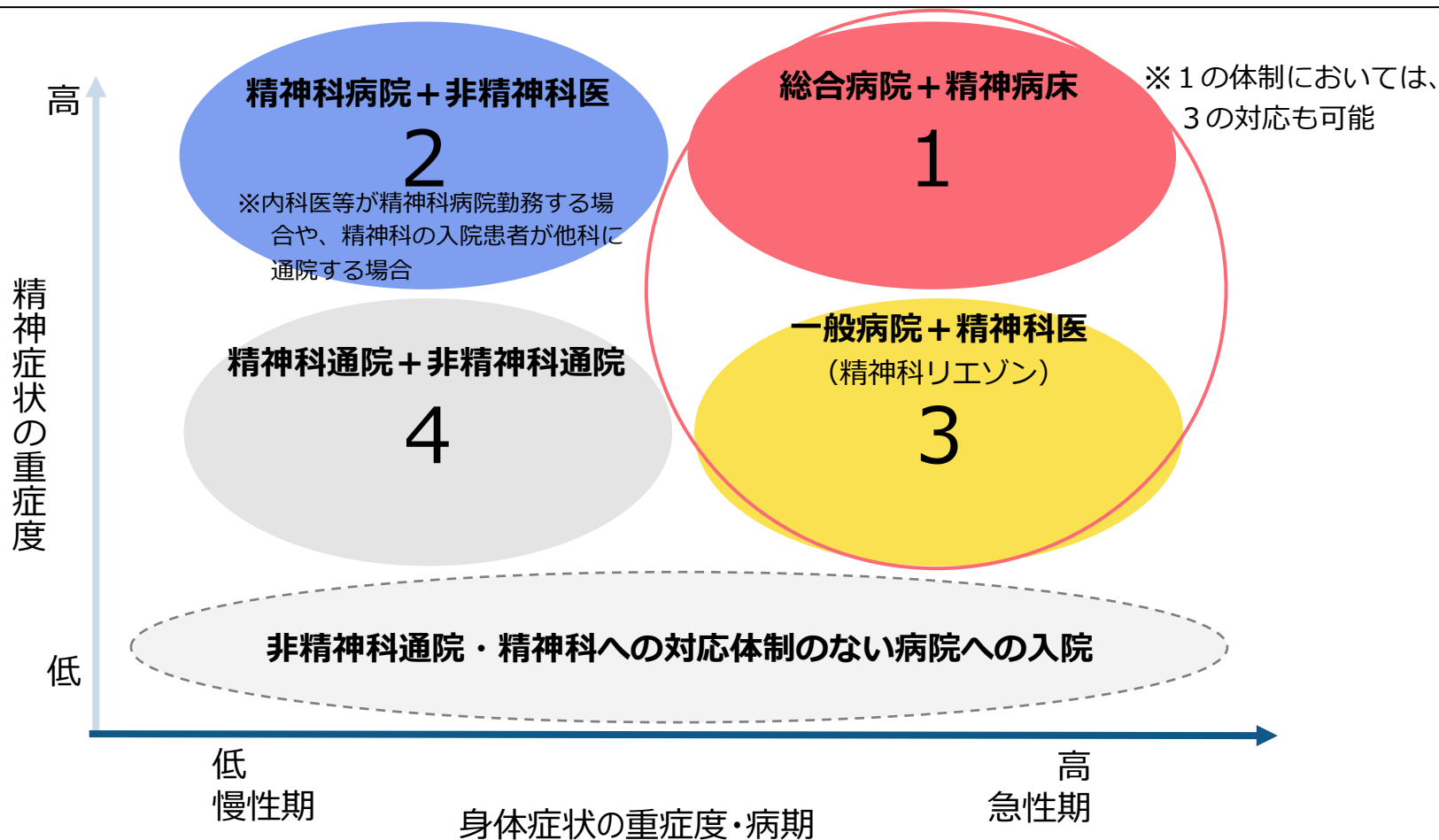
西村：高度急性期医療を支えるコンサルテーション・リエゾン精神医学 現状と課題、精神医学66-9、2024 を基に作成



精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

診調組 入-1
7 . 7 . 1 7

- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。

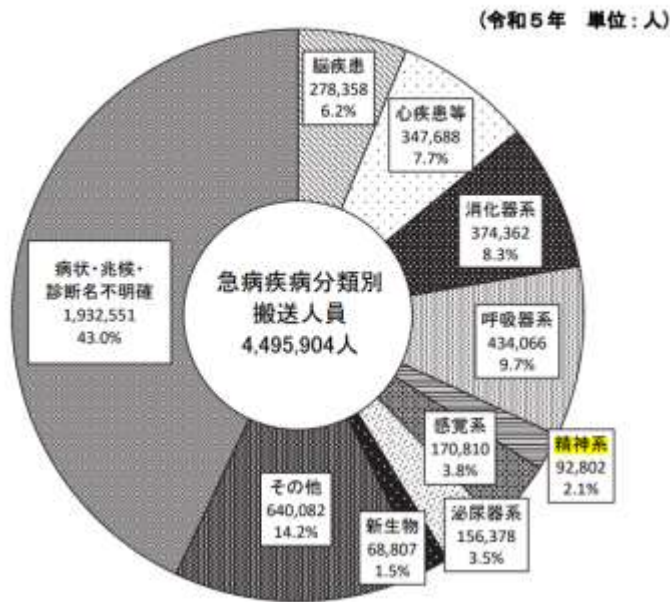


疾患別の病院収容平均所要時間

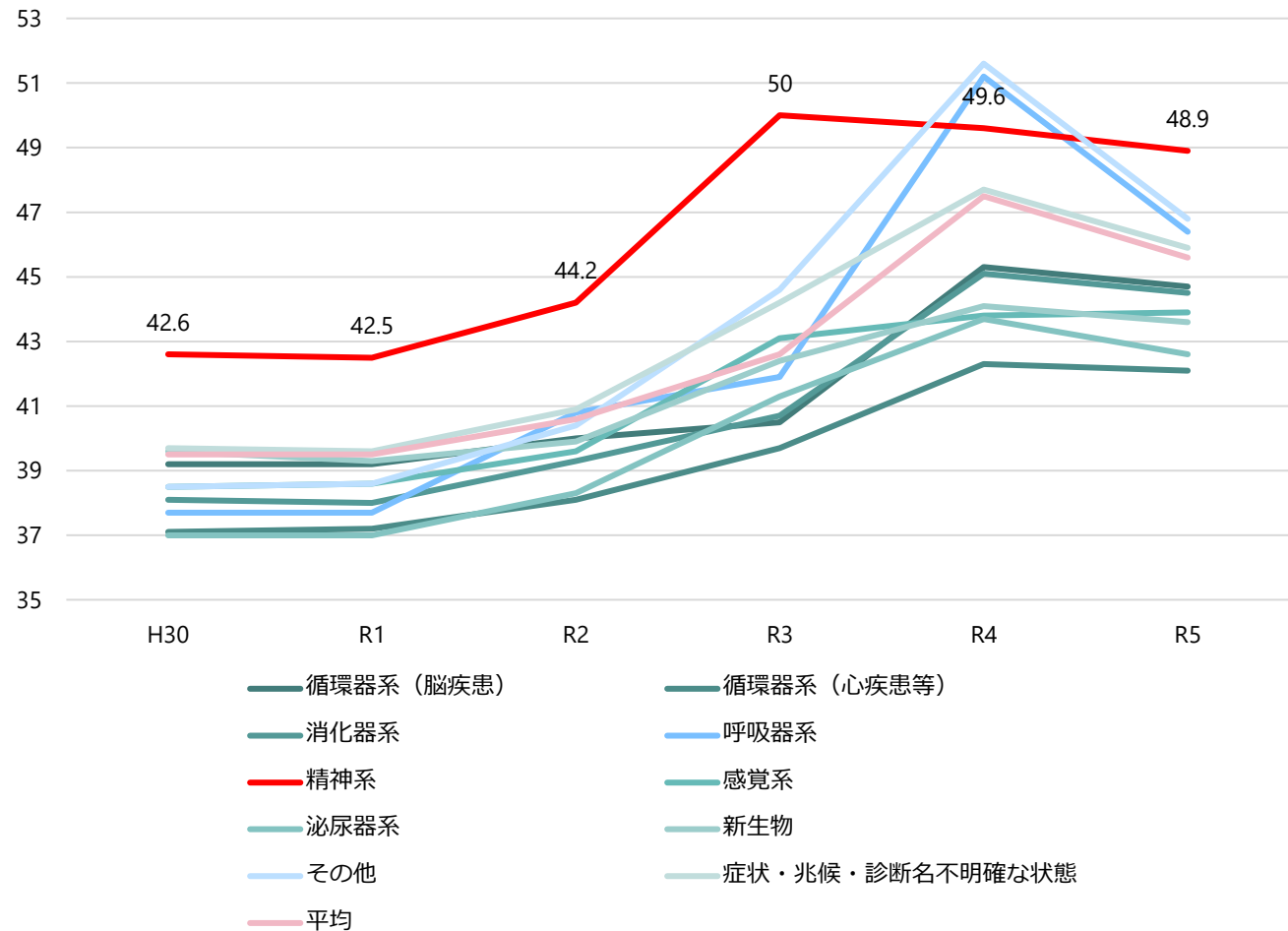
診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 「精神系」による救急搬送人員数は92,802人であり、全搬送者数の2.1%であった。
- 救急搬送に係る時間を傷病別に見ると、「精神系」は他疾患と比較して長い傾向にある。

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員

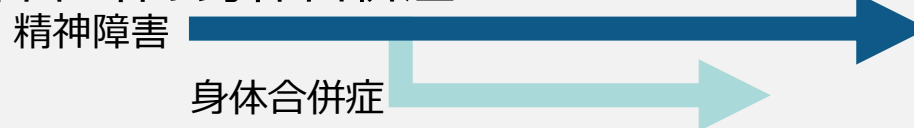


覚知から医師引継ぎまでに要した時間（分）

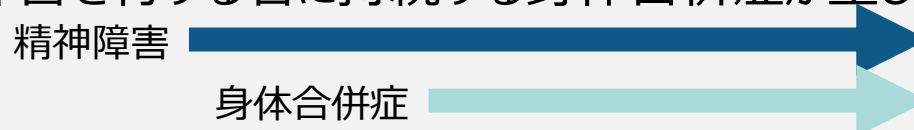


精神障害と身体合併症との関係性（時間軸での整理）

A) 精神障害に伴う身体合併症



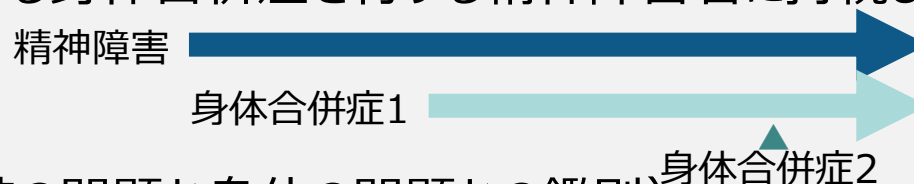
B) 精神障害を有する者に持続する身体合併症が生じる



C) 精神障害を有する者に持続しない身体合併症が生じる



D) 持続する身体合併症を有する精神障害者に持続しない身体合併症が生じる



E) （精神の問題か身体の問題かの鑑別）

F) （身体疾患に伴う精神症状）



身体合併症の急性期と慢性期（維持期）

身体合併症急性期（含・慢性期の急性増悪）

- 精神科救急医療体制整備事業や医療計画などでの言及あり
- 「精神身体合併症」として一般的に想定される時期
- 慢性期身体合併症の急性増悪の場合もあり

身体合併症慢性期（維持期）

- 精神科救急医療体制整備事業や医療計画などでの言及なし
- 血液透析や緩和ケアなど専門性の高い治療を必要とする場合もあり
- 高血圧や糖尿病といったいわゆる生活習慣病のプライマリ・ケアを要する状態の場合もあり

※ いずれの期においても「何を身体合併症とするか」によって検討点が異なる



精神疾患を有する患者に対する腎代替療法等に関する調査研究_概要

背景

わが国では高齢化に伴い慢性腎臓病（CKD）およびRRTを必要とする患者の増加が見込まれており、精神疾患を有する患者においても例外ではない。しかし、精神疾患患者に対するRRTの提供実態や支援体制についての系統的な調査は限られており、現場では個別対応に頼らざるを得ない状況が続いている。

目的

精神疾患を有する患者に対する腎代替療法（Renal Replacement Therapy: RRT）、特に血液透析の提供体制と課題を明らかにし、今後の医療・福祉政策に資する提言を行う。

結果

- 精神科医療機関における透析導入や維持透析の実施
→主としていわゆる総合病院精神科
- 単科精神科病院での透析実施は極めて困難
 - 通院や身体科医療機関での入院が困難な精神疾患患者に対して継続的治療の提供体制が乏しい
 - それが故に透析そのものが断念される可能性
 - 診療報酬制度上の課題
 - 付き添い・送迎等に係る人員確保の困難さ
- 精神疾患を有する患者への透析導入の課題
 - 精神症状の影響等による意思決定能力の変動
 - 情報提供体制不足
 - 臨床倫理支援体制の未整備
→患者本人の意志を尊重した治療選択が困難となる可能性
- 維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先の確保困難
→維持透析可能な精神科病院への長期入院の可能性

慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数と慢性透析患者推計



課題と提言

実態把握

精神疾患患者の中で腎代替療法を必要とする者の数は正確に把握されておらず、今後の高齢化を踏まえれば、推計の精緻化が急務である。現行の統計調査では限界があることから、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）などを用いた**包括的な実態把握**が求められる。

医療提供体制

単科精神科病院では透析導入・維持ともに困難である状況が浮き彫りとなった。精神科医療機関と腎臓内科との連携体制を強化し、遠隔診療や往診を含む多様な診療形態の活用を促進することが必要である。また、透析を必要とする精神疾患患者が**地域生活を継続するためには**、透析医療機関への送迎体制や精神症状再燃時の診療・支援体制、居住・介護支援との**連携が不可欠**であることが示唆された。

国及び地方公共団体の役割

個別の医療機関の努力に委ねるだけでは限界がある。「**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**」において、**精神科と身体科の連携を支援・促進する制度的枠組みの構築**などについての指針を示すことが望ましいと考えられる。また、第8次医療計画の見直し、**地域医療構想**の検討の際にも、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応、**特に継続的に高度な医療が必要とされるような状況について議論を深めるとともに**、自治体主導による連携体制の確保や、透析受け入れ可能な精神病床の確保についても検討していくことが求められる。さらに、精神科病院における透析医療の実施が困難な要因の一つとして、診療報酬上の不利益が繰り返し指摘されていることを踏まえ、診療報酬の見直しについての検討も重要である。

意思決定支援

透析治療の開始・中止に関する判断は生命に直結し、かつ精神症状による意思能力の変動が生じうることを考慮すると、臨床倫理支援体制の整備や、**精神疾患患者の身体疾患治療に関する意思決定支援のあり方を学際的に検討することが必要**であると考えられた。加えて、精神科病院ではRRTに関する適切な情報提供を行うこと自体が困難であることから、**患者の自己決定を支える情報提供のあり方についても検討**することが望まれる。

多職種による支援

多職種による支援の必要性も明らかになった。身体疾患への対応力を持つ看護師の育成、精神保健福祉士・社会福祉士・薬剤師・公認心理師の活用、さらには介護・福祉職との協働が重要である。特に、**精神身体合併症に対応可能な人材育成は中長期的な課題**として検討を重ねていくことが求められる。

精神科救急医療体制整備事業に係る基礎的事項

○ 精神科救急医療体制整備事業に係る用語と定義は以下のとおり。

1. 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

- ・精神科救急医療体制の円滑な運営を図るために必ず設ける委員会。
- ・医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、精神科救急医療圏域毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、身体合併症を有する患者を含む精神障害者等への精神科救急医療体制機能の整備を図る。
- ・「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「圏域毎の検討部会」、「精神科救急医療体制研修事業」を実施する。



委員会

2. 精神科救急情報センター

- ・身体合併症患者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能等を、「精神科救急情報センター」として精神保健福祉センター、医療機関等、精神科救急医療体制の中核となる機関等に原則24時間365日対応できるよう整備する。
- ・搬送先医療機関の紹介、一般救急システム等との連絡調整、移送の実施のための連絡調整、精神科救急情報センターの周知を担う。



センター

3. 精神科救急医療確保事業

- ・緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等に対し医療の提供ができる体制を整えるものとし、入院による医療を必要とする場合には入院ができるよう空床を確保すること。圏域において外来診療による初期精神科救急患者への対応を行うための体制確保が必要な場合には、外来対応施設を設置することが望ましい。



対応施設

病院群輪番型	重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、各圏域で、複数病院の輪番制により、医師及び看護職員を常時配置（診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。
常時対応型施設	24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置（診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。
外来対応施設	初期精神科救急患者の外来診療対応のため、病院群輪番型施設、常時対応型施設及び身体合併症救急医療確保事業により指定されていない医療機関であって、当該医療機関において医師や看護職員等を配置し、入院要否の判断を含めた診療体制等を整備している場合に指定する。ただし、診療所（病床を有さないものに限る。）にあっては、精神病床を有する医療機関との連携により体制を確保する。

4. 身体合併症救急医療確保事業

- ・身体合併症を有した重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置（診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。）し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。2つの圏域に1施設以上整備するよう努めること。複数病院を指定し、輪番制で対応することもできる。

専門性の高い看護師の精神科領域での活躍・活用

精神科病院において

■ 身体面の専門性の高い看護師の活躍・活用の可能性

- 看護診断
- 専門性の高い手技や輸液などの調整により、精神身体合併症管理の可能性

総合病院精神科において

■ 精神科看護の専門性の高い看護師の活躍・活用の可能性

- 一般病棟での精神身体合併症診療の診療可能性の拡大
- 一般病棟において看護レベルでの「にも包括」の実現

（精神病床で精神科看護と身体看護の両面を経験した看護師が一般病棟で勤務することのメリット）



精神病床を有する病院における専門性の高い看護師の配置状況

	精神科における看護職員数（看護師） ※看護助手は除く		「精神看護専門看護師」「老人看護専門看護師」のいずれかをもつ人		「認知症看護認定看護師」「精神科認定看護師」のいずれかをもつ人		「精神及び神経症状に係る薬剤投与」に関連する「特定行為研修修了者数」（※4）		「精神及び神経症状に係る薬剤投与」以外の「特定行為研修修了者数」（※5）	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
北海道	4,250	382	14	0	46	4	1	0	5	0
青森県	1,016	61	4	0	17	0	0	0	1	0
岩手県	1,216	56	1	0	16	0	0	0	2	0
宮城県	1,430	80	2	0	23	0	1	1	6	0
秋田県	891	54	6	0	12	0	0	0	0	2
山形県	1,028	66	4	0	26	0	1	0	1	0
福島県	1,206	78	1	0	14	3	9	8	5	3
茨城県	1,338	152	9	0	16	0	4	0	1	0
栃木県	1,061	89	0	0	19	0	3	0	3	0
群馬県	1,210	38	3	0	10	0	20	0	0	0
埼玉県	2,322	280	2	0	41	0	2	0	6	0
千葉県	2,371	235	6	1	25	0	11	0	2	0
東京都	6,116	959	110	3	77	4	12	1	18	0
神奈川県	3,418	633	17	0	46	1	3	0	6	0
新潟県	1,702	91	0	0	16	0	5	0	3	0
富山県	761	117	0	0	7	0	1	0	2	0
石川県	1,032	101	4	0	35	1	12	0	1	0
福井県	495	64	3	0	10	0	3	0	5	0
山梨県	577	59	7	0	17	0	0	0	0	0
長野県	1,169	159	4	0	21	0	0	0	3	0
岐阜県	938	130	7	0	15	0	0	0	0	0
静岡県	1,383	284	2	0	17	2	1	0	3	0
愛知県	3,082	334	6	0	45	1	0	0	6	0
三重県	1,313	171	5	0	25	0	3	0	4	0
滋賀県	674	69	4	0	6	0	0	0	0	0
京都府	1,178	303	2	0	16	0	1	0	2	0
大阪府	4,851	326	11	0	88	1	2	0	4	1
兵庫県	2,794	387	16	2	26	2	0	0	1	1
奈良県	777	136	0	0	13	0	2	0	3	0
和歌山県	536	39	1	0	5	0	0	0	1	0
鳥取県	473	23	0	0	13	2	0	0	0	0
島根県	615	63	1	0	16	0	0	0	1	0
岡山県	1,346	116	2	0	12	0	0	0	1	0
広島県	2,274	197	4	0	25	0	5	0	1	0
山口県	1,320	131	1	0	17	0	0	0	0	0
徳島県	657	96	6	0	8	1	0	0	0	0
香川県	847	61	2	0	10	1	1	0	0	0
愛媛県	951	69	1	0	8	0	0	0	1	0
高知県	823	53	0	0	9	0	0	0	0	0
福岡県	5,068	411	23	0	52	1	4	1	2	1
佐賀県	1,269	73	3	0	22	0	4	0	2	0
長崎県	1,694	110	3	0	21	0	0	0	1	0
熊本県	2,092	177	2	0	18	0	1	0	0	0
大分県	1,131	81	1	0	9	0	3	0	2	0
宮崎県	1,504	64	0	0	19	0	1	0	1	0
鹿児島県	2,228	179	3	0	37	0	35	0	1	0
沖縄県	1,662	131	5	0	16	0	3	0	1	0
全国	78,089	7,968	308	6	1,062	24	154	11	108	8

現状・課題

- 精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、身体合併症患者の受入れが困難である場合も少なくない一方で、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。
- また、精神科病院での入院患者の高齢化に伴って、身体合併症の対応や、身体ケアを要する方が非常に多くなってきている。
- 身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なることが指摘されており、身体症状の重症度が高く精神症状もある患者については、精神病床を有する総合病院での対応が必要と考えられる。また、一般病床においても、精神科リエゾンの提供によって、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待されている。
- 他方で、身体合併症に対応できる精神病床を有する総合病院が地域において限られている中で、それぞれの地域の実情に応じて、精神病床を有する総合病院、精神病床がないものの精神科リエゾンで対応が可能な総合病院、精神科を持たない総合病院、精神科病院での役割分担を考える必要がある。

論点

- 身体合併症患者への対応が求められていることを踏まえ、精神病床を有する総合病院、精神病床がないものの精神科リエゾンで対応が可能な総合病院、精神科を持たない総合病院、精神科病院において、それぞれの医療機関の役割や医療機関間連携について、どのように考えるか。
- 精神科病院における身体合併症対応に必要な体制について、どのように考えるか。
- 地域における身体合併症患者の受け入れ体制の確保にあたり、どのような方策が考えられるか。

目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
 - (1) かかりつけ精神科医機能について
 - (2) 初診待機
 - (3) 情報通信機器を用いた診療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの主な御意見

- かかりつけ精神科医機能では、医療でのソーシャルワーカー的な機能を精神科病院に期待しているが、精神科の診療所でこういう機能を位置付けることにより、精神科の診療所の差別化もできるのではないか。
- 診療所でもかかりつけ精神科医機能はあるものの、外来患者が増えて外来機能が足りない中、1人の精神科医では無理なレベルまで求められている。新患を診ることにに対してインセンティブを与えることや救急医療に協力することなど、質の高い精神科外来診療を維持するためにどうしたらよいかを検討していくべきではないか。
- 外来の精神医療の機能は、多機能型診療所で拠点かかりつけ機能を有する「拠点連携外来」と、小規模診療所で外来診察・訪問診療に限定特化する「通常外来」に役割を分けて整理すると良いのではないか。
- かかりつけ精神科医機能を一つの医療機関で完結することは難しく、地域全体でどのような機能を持っていくかを考えたときに、新たな地域医療構想の中で体制を考えることが必要になるし、拠点機能をどこの医療機関が担うのかということも含めて考えていくことが必要ではないか。
- かかりつけ医機能は、精神科を含めた全ての診療科で合致するものとして制度化されているので、かかりつけ医機能を念頭に置いた議論を前提にしないと混乱を招く。その際に、精神科医療特有の、精神医療機関同士の連携や精神科の患者の身体合併症などの論点について、議論に含めていくべき。
- かかりつけ医機能とかかりつけ精神科医機能の用語の混乱を防ぐために、名称等を見直していくべきではないか。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能を取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能

①かかりつけ精神科医機能

○ケースマネジメント

主治医（かかりつけ精神科医）が、多職種、障害福祉サービス、行政機関等と連携し、チームを総括しながらケースマネジメントを実施

○急性増悪時等の対応

日常的なクライシスプランの確認
緊急時の相談対応、医療提供

○訪問診療、訪問看護の提供

○他科連携、身体合併症等への対応

②地域の精神科医療への貢献

○地域における連携拠点機能

○政策医療への関与

災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等

③精神科救急医療体制への参画

○入院外医療の提供

夜間・休日診療
電話対応
往診、訪問看護 等

○精神科救急医療体制整備事業への参画

病院群輪番型精神科救急医療施設
常時対応型精神科救急医療施設 等の指定

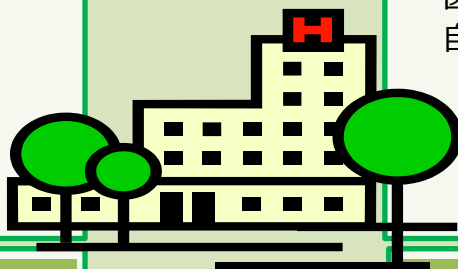
④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

○協議の場への参画

○地域住民に対する普及啓発への参画及び協力

○社会的な機能の発揮

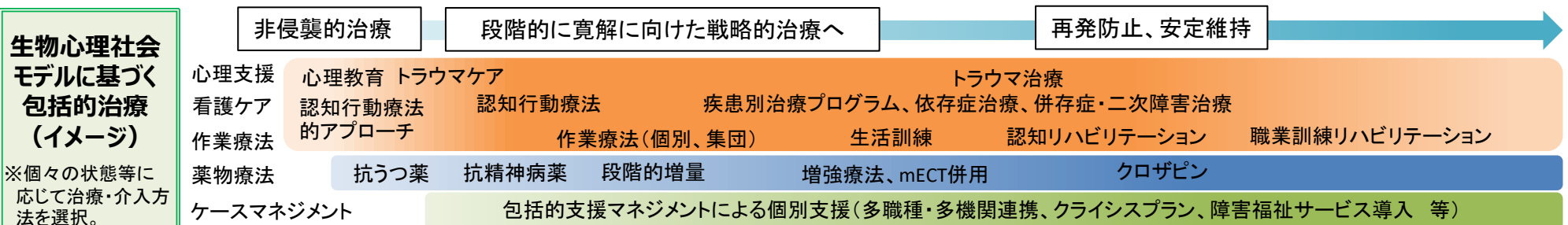
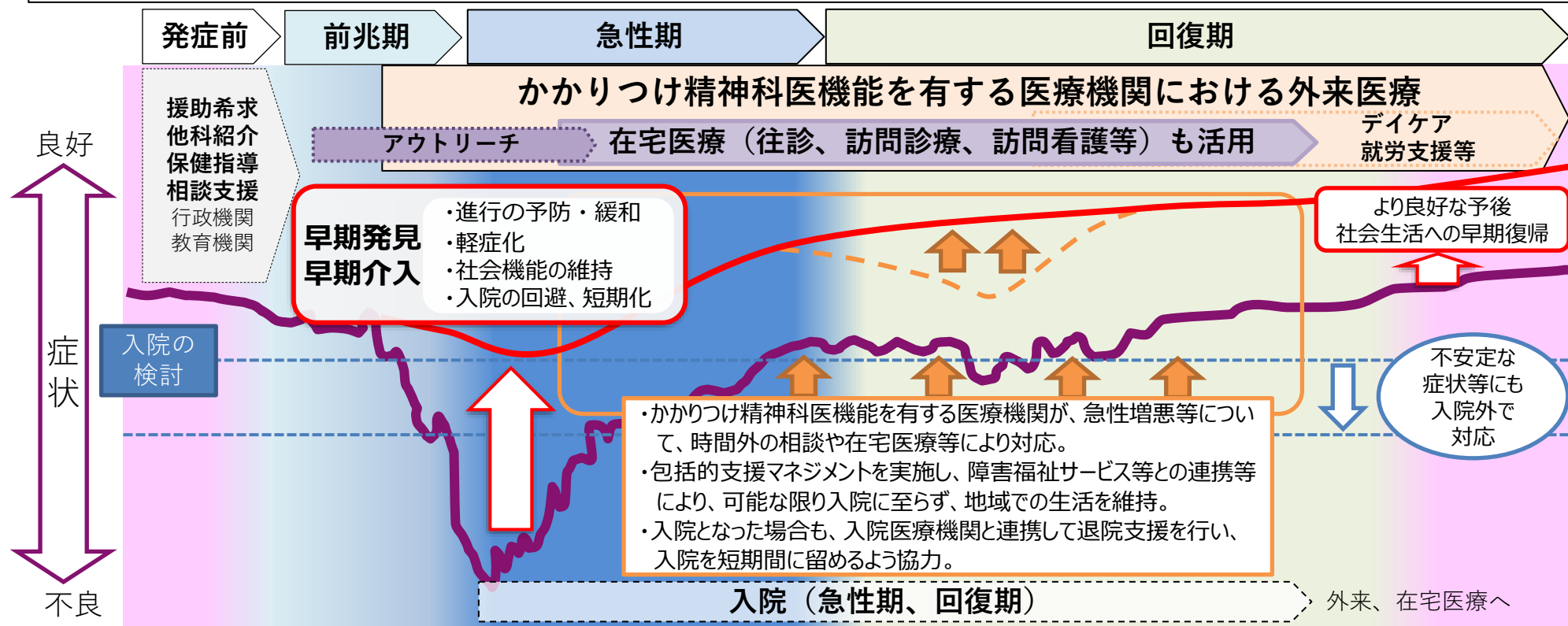
同システムの関係機関への情報発信
研修への関与
精神保健相談への協力 等



精神疾患の経過と外来、在宅医療による治療内容（イメージ）

中医協 総-2
5. 12. 22

- 精神疾患を有する方が地域で安心して暮らせるよう、地域のかかりつけ精神科医機能を有する医療機関を中心に、外来診療、在宅医療、障害福祉サービス、行政機関等の連携調整を行いながら、病状や生活機能の改善、安定を図り、支援することが重要。
- 早期介入により、侵襲的治療の低減、疾病の進行の緩和や軽症化を図る取組を進めることも重要。



出典：令和5年度厚生労働科学研究費補助金「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

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供

- 地域に貢献する精神科医・医療機関における**かかりつけ精神科医機能**を評価
- **手厚い診療**に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した**質の高い診療・支援**を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた**地域生活支援**を充実



外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

在宅
保険医療機関外



（充実）60分以上・初診 （適正化）30分未満

（新）【早期診療体制充実加算】

【**かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価**】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供） 等

（新）【心理支援加算】

【**心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価**】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月2回、2年を限度) 等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【**児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価**】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置（うち1名以上は適切な研修の修了を要件） 等

通院精神療法

（新）【情報通信機器を用いた場合】

【**「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進**】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
 - 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

（対象患者の拡大）

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【**外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進**】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月1回）、多職種カンファレンス（3月1回）、精神保健福祉士の専任配置 等

精神科救急医療体制整備事業

令和6年度予算額
18億円

令和7年度予算額
18億円
※依存症医療連携事業分を含む

緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする（平成20年度開始）

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

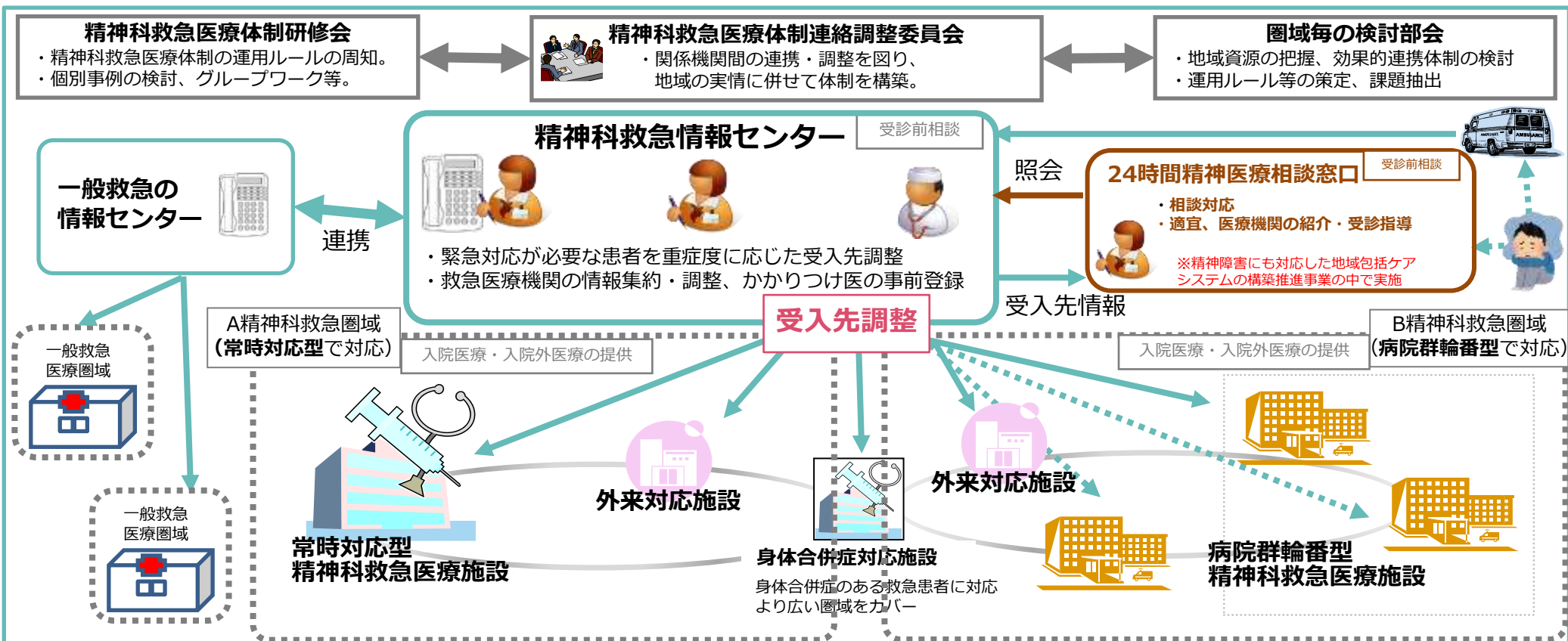
【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（H24年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正）

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

外来・来院時の状況別の推計患者数（施設区分別）

（千人）

	傷病分類	救急の受診（総数）	救急の受診（救急車により搬送（診療時間内の受診））	救急の受診（救急車により搬送（診療時間外の受診））	救急の受診（徒歩や自家用車等による救急の受診（診療時間内の受診））	救急の受診（徒歩や自家用車等による救急の受診（診療時間外の受診））
病院	5 精神及び行動の障害	1.1	0.2	0.3	0.3	0.4
	5 精神及び行動の障害(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲））	0.4	0.1	0.1	0.1	0.2
	5 精神及び行動の障害(気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲））	0.2	0	0	0.1	0.1
	5 精神及び行動の障害(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲））	0.3	0.1	0.1	0	0.1
一般診療所	5 精神及び行動の障害	0-	-	-	0-	-
	5 精神及び行動の障害(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲））	-	-	-	-	-
	5 精神及び行動の障害(気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲））	0-	-	-	0-	-
	5 精神及び行動の障害(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲））	0-	-	-	0-	-

※推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数

資料：厚生労働省「患者調査」（令和5年）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための 健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法等】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための 健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）

附則（抄）

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るための更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

2 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後のそれぞれの法律（以下この項において「改正後の各法律」という。）の施行の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、改正後の法律の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

参議院附帯決議（抜粋）

- ◆ 新たに刷新・創設される医療機能情報提供制度及びかかりつけ医機能報告制度について、医療機関に報告を求める項目等の詳細が厚生労働省令に委任され、本法の審査過程において当該厚生労働省令の具体的内容が明らかとならず、その詳細が本法成立後の有識者等による検討に委ねられたこと等を踏まえ、当該有識者等による検討結果や検討過程における議論の内容について、本法施行に先立ち、明らかにすること。また、当該有識者等による検討の場やその構成員について、決定次第、明らかにすること。
- ◆ 本法のかかりつけ医機能に関する制度改正については、同機能が発揮される第一歩と位置付け、全ての国民・患者がそのニーズに応じて同機能を有する医療機関を選択して利用できるよう、速やかに検討し、制度整備を進めること。また、同機能を有する医療機関に勤務しようとする者への教育及び研修の充実に加え、処遇改善やキャリアパスの構築支援等、これらの者が増加するような取組を推進すること。
- ◆ かかりつけ医機能報告の対象となる慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者については、障害児・者、医療的ケア児、難病患者を含めるなど適切に定め、将来は、継続的な医療を要しない者を含め、かかりつけ医機能報告の対象について検討すること。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和 6 年 4 月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和 7 年 4 月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和 7 年 4 月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

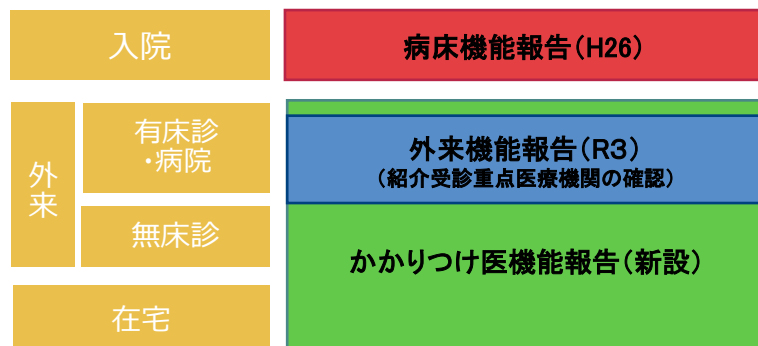
かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度（H18）



制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- ・ 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表（※）**。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

かかりつけ医機能報告の創設

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
 - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る）
 - ②：①を有する場合は、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供、(5)その他厚生労働省令で定める機能（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容
- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。
- 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型（モデル）の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
 - ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

- 都道府県は、医療関係者等との地域の協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議する。
- 協議の場の圏域及び参加者については、都道府県が市町村と調整の上、協議テーマに応じて決定することとする。

令和6年5月24日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料（一部改）

■ 協議の場の圏域と参加者

● 「協議の場」の圏域

- ・実施主体である都道府県が市町村と調整して決定する
- ・例えば、以下のように、協議するテーマに応じて「協議の場」を重層的に設定することも可
 - 時間外診療、在宅医療、介護等との連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議
 - 入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整

※地域医療構想調整会議を活用することも可能

● 「協議の場」の参加者

- ・協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定する

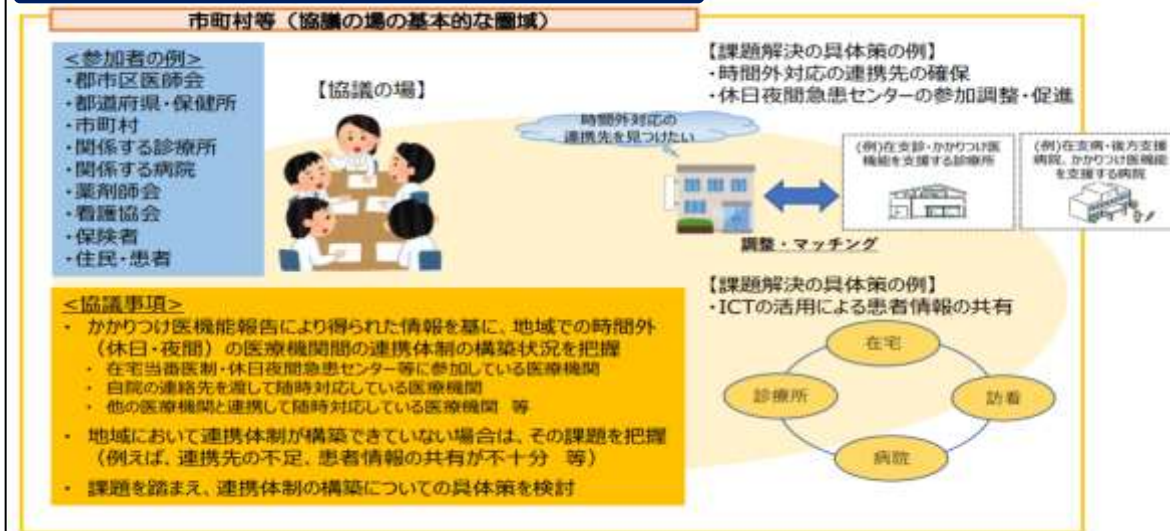
- 報告や地域の協議の際の参考として、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)を提示

＜かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)のイメージ例＞

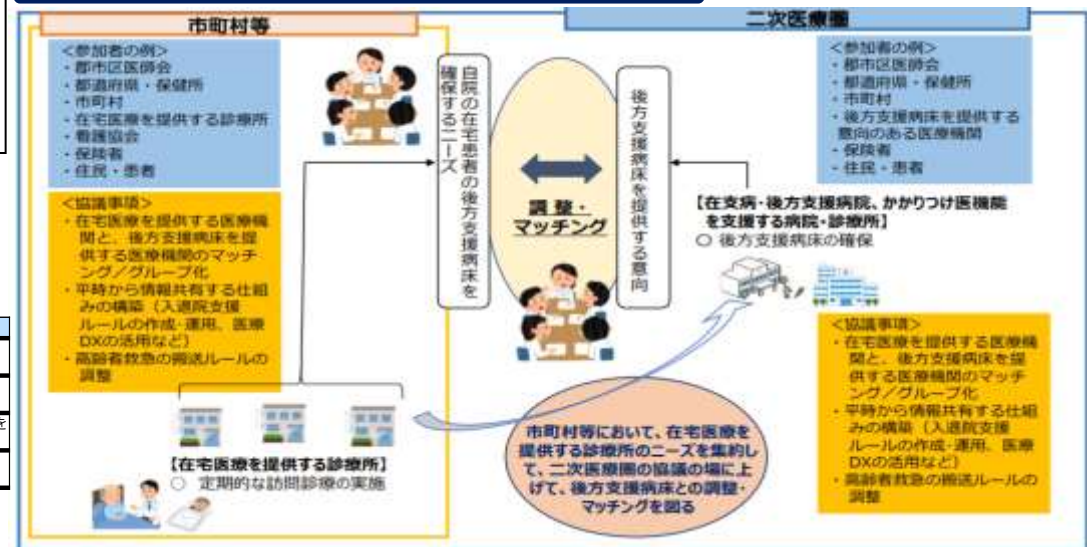
日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・在宅当番医制に参加	・未対応	・未対応	・未対応
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・休日夜間緊急センターに参加	・紹介状作成	・日中のみ実施	・主治医意見書を作成
・専門を中心に総合的・継続的に実施	・準夜帯の患者の問合せに電話対応	・退院前カンファレンスに参加等	・日中のみ実施	・介護保険の訪問看護指示書を作成等
・幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・24時間体制で対応	・地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等

- かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト：求められる主要素
 - ・地域の医療機関がかかりつけ医機能を発揮するための包括的な支援を行い、地域で積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関の増加に資する。
 - ・複数医師が常勤、休日・夜間対応を実施、24時間体制の在宅医療を実施、困難な在宅医療にも対応、地域の在宅医療をサポート、後方支援病棟を確保、介護施設との連携、地域連携・多職種連携を日常的に実施、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等

協議の場のイメージ（①時間外診療）



協議の場のイメージ（②入退院支援）



入院外医療：かかりつけ精神科医機能について

現状・課題

- 令和6年度診療報酬改定において、かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制が評価される等、今後さらにかかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関が整備されることが期待されている。
- しかしながら、診療所においては、1人の精神科医では対応が困難なことが想定され、かかりつけ精神科医機能を一つの医療機関で完結することは容易ではない。そのため、地域全体でどのような機能が必要かを考え、拠点機能を有する医療機関、それを支える医療機関など、地域における医療機関の役割を明確化する必要がある。
- 他方で、「かかりつけ医機能」は、特定の診療科に制限されることなく、特定機能病院及び歯科医療機関を除く全ての医療機関が「かかりつけ医機能報告」を行うこととして制度化されたものであり、それを前提とした議論が必要。
- その際、「かかりつけ医機能」にはない精神科医療に特有な内容については、引き続き確保されるべきと考えられるが、その内容を明確化する必要がある。

論点

- 夜間休日の診療対応を含め、かかりつけ精神科医機能を地域全体で確保する方策について、どのように考えるか。
- かかりつけ精神科医機能のうち「かかりつけ医機能」にはない精神科医療に特有な内容について、どのように位置づけていくことが考えられるか。また、「かかりつけ医機能」との用語の混乱を防ぐ観点から、どのような対応が考えられるか。

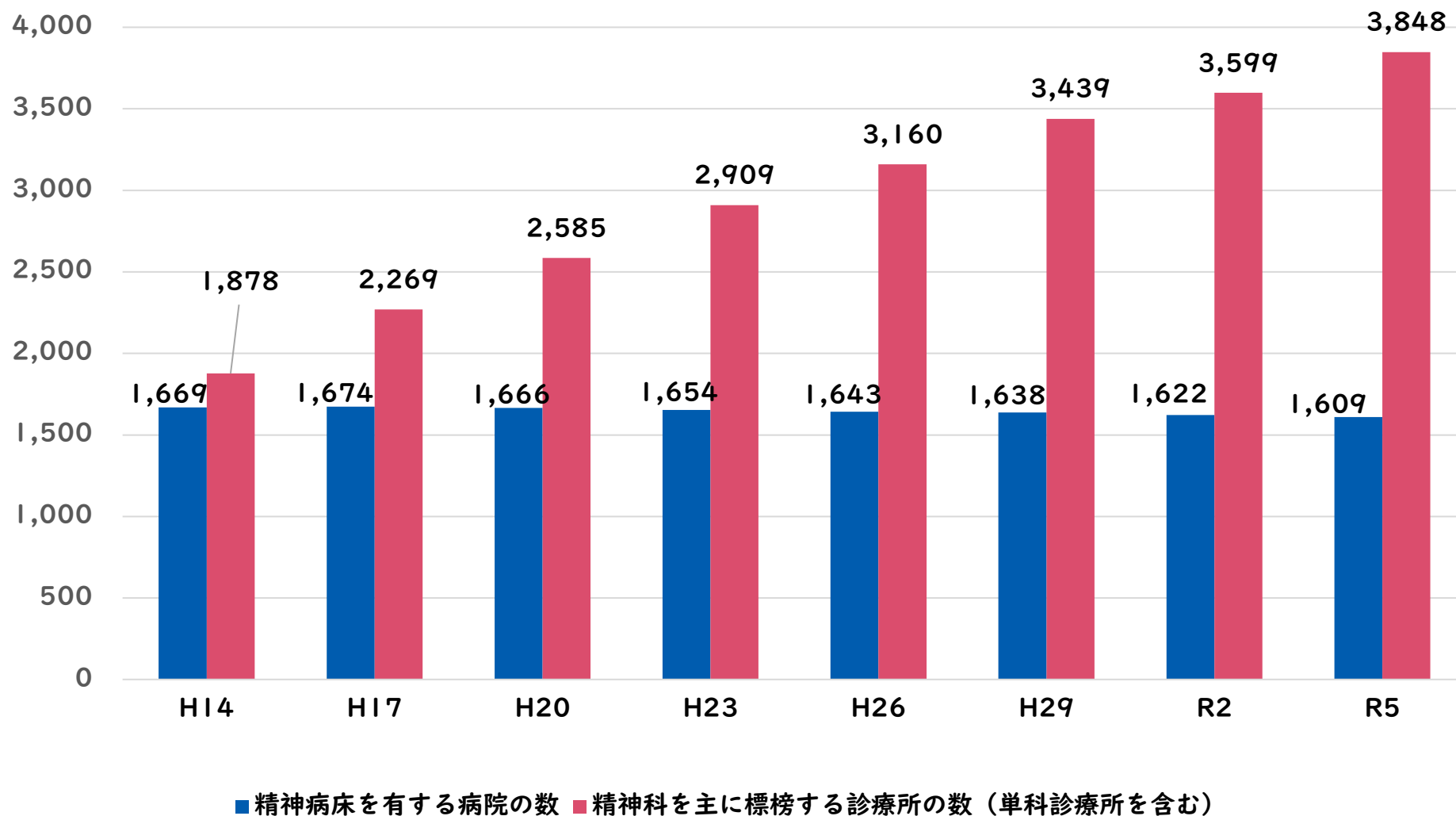
目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
 - (1) かかりつけ精神科医機能について
 - (2) 初診待機
 - (3) 情報通信機器を用いた診療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの主な御意見

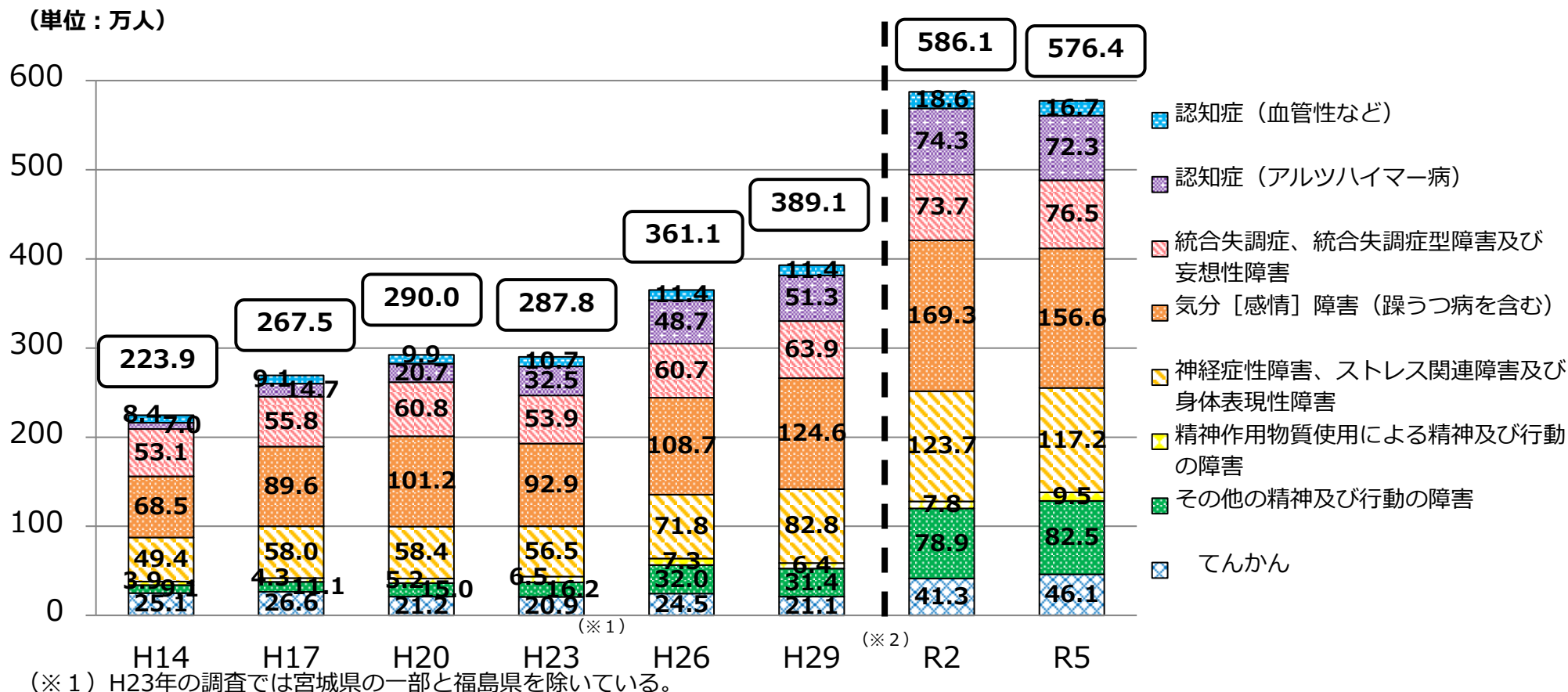
- 診療所の初診の予約が取りづらく、特に児童思春期や依存症などに対応できる医療機関は少なく受診の調整に苦慮する場合がある。
- 初診待機の問題は、精神保健福祉士や精神科の看護師、心理士など医師以外の職種と連携し、精神科医が治療に専念できる体制も必要。適切なタスクシェアや他の職種にタスクシフトしていくというような観点で制度を設計していくことが必要。
- 待機時間については、ソフト救急システムをつくって、輪番制・当番制で病院・診療所が対応することができるのではないか。
- 精神科診療所への調査によると、診療の所要時間は、初診は30分以上60分未満が7割強で最多、再診は5分以上10分未満が約8割。初診の診療時間が60分未満であっても差し支えないと考えられる状況としては、「紹介元から十分な情報が得られている」、「病状等の影響により長時間の診察が御本人の負担となる」、「本人が長時間の診療を望まない」が多い。
- 精神科医が1人の診療所が多い中、外来精神科では、限られた時間の中で臨機応変に対応をしている。例えば、希死念慮や自殺企図があった場合は、ほかの患者を待たせることになったとしても、時間をかけて対応している。限られた時間の中で効率的に適切で良質な診察を心がけることが何よりも大事である。
- 他の患者を待たせることになるのである程度時間を区切らざるを得ない状況が生じてくるが、他の職種と一緒に診察することで医師の診察を補完する形で診療の質を担保することが行われている。多職種での診療が評価されるようになるとういのではないかな。

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



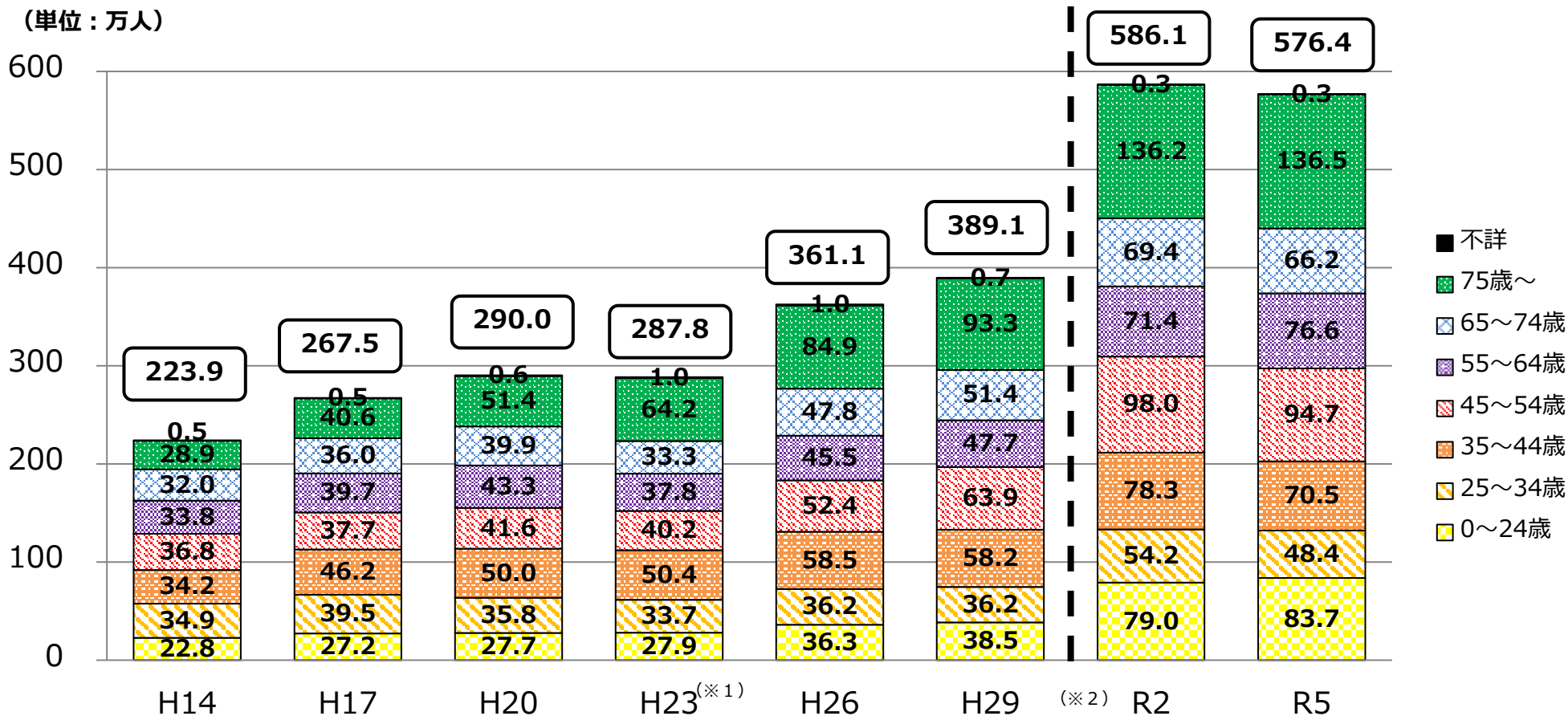
精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 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。



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。

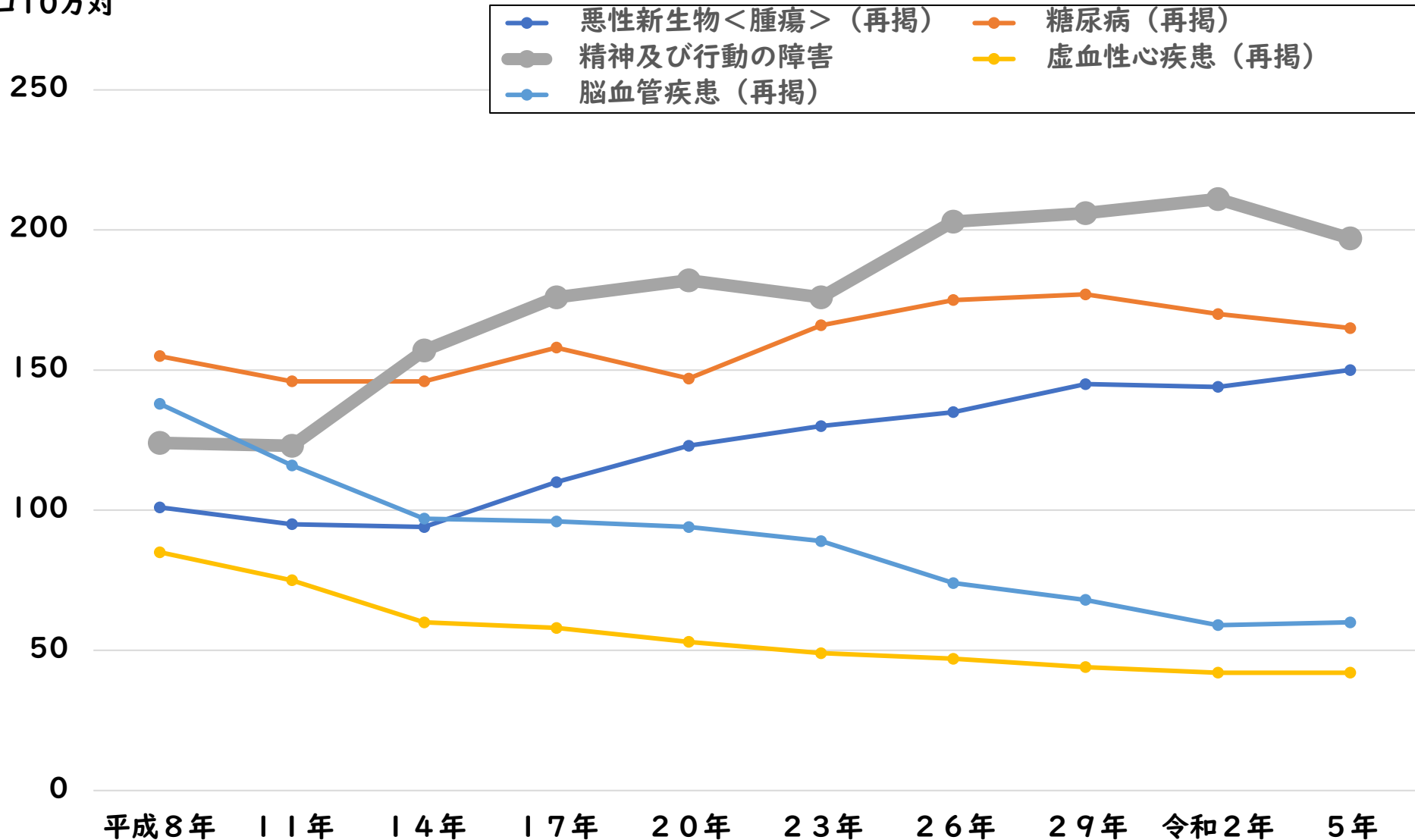


(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※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）。

(参考) 外来受療率の変化

人口10万対



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

推計外来患者数（初診再来別・施設区分別）＜令和5年＞

（千人）

	傷病分類	病院	一般診療所
初診	精神及び行動の障害	4.9	8.4
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	0.6	0.3
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	1	1.5
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	1.3	4.2
再来	精神及び行動の障害	97.2	134.1
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	32.1	16.4
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	24.8	49.5
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	14.7	32.8

(参考) 推計外来患者数 (初診再来別・施設区分別) <令和2年>

(千人)

	傷病分類	病院	一般診療所
初診	精神及び行動の障害	5.2	9
	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	0.7	0.2
	気分〔感情〕障害 (躁うつ病を含む) (再掲)	0.9	2.7
	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (再掲)	1.5	4.2
再来	精神及び行動の障害	94.3	158
	統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害 (再掲)	34.2	14.9
	気分〔感情〕障害 (躁うつ病を含む) (再掲)	23.3	64.5
	神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害 (再掲)	13.1	43.7

推計患者数（紹介の有無別・疾病分類別）

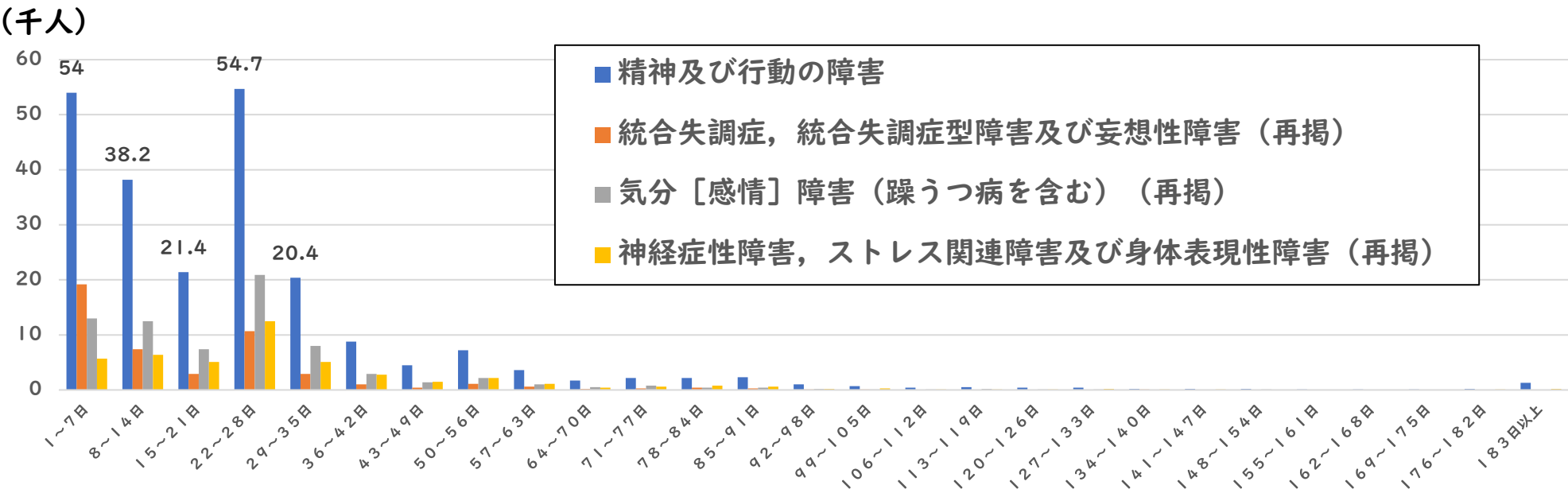
（千人）

	傷病分類	総数	紹介あり （総数）	紹介あり （病院から）	紹介あり （一般診療所から）	紹介なし
病院	精神及び行動の障害	102.1	34.2	16.4	10.6	67.9
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	32.7	9.9	5.7	2.1	22.8
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	25.8	8.2	3.9	3.3	17.6
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	15.9	4.8	1.8	2.1	11.1
一般診療所	精神及び行動の障害	142.5	46.2	18.3	17.2	96.3
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	16.7	7	4.2	1.8	9.7
	気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	51	14.5	4	8	36.5
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	37	7.4	2.1	3.4	29.6

再来患者の平均診療間隔・診療間隔日数別の推計患者数（傷病分類別）

(日)

傷病分類	総数	病院	一般診療所
精神及び行動の障害	23.5	23.2	23.8
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（再掲）	18.4	17.9	19.2
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）（再掲）	24.5	25.1	24.2
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害（再掲）	28.7	28.6	28.7



資料：厚生労働省「患者調査」（令和5年）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

現状・課題

- 精神科の医療機関数は全体としては増加傾向である中、精神科を主に標榜する医療機関1施設あたりの「精神及び行動の障害」の推計外来患者数を粗く計算すると、令和5年の調査によると、病院は初診が3.0人/日、再来が60.4人/日であり、一般診療所は初診が2.2人/日、再来が34.8人/日であり、初診割合は、病院が4.8%、一般診療所が5.9%であった。
- また、初回の精神科医療機関の受診までに一定の時間を要するといった意見もあるが、医療機関数が増加することのみで対応していくことには限界があり、既存の医療機関による初診の対応能力を向上させる取り組みも必要になると考えられる。
- しかしながら、診療時間については、初診が30分以上60分未満、再診が5分以上10分未満が多いとされており、現状のまま診療時間内に初診の対応件数のみを増加させることは容易ではないと考えられる。
- 他方で、精神科の初診時には、電話又はインターネットによる予約等を求められることが一般的であり、受診を希望する者が即座に受診をしづらいことも初診待機の要因と考えられる。

論点

- 医療機関における初診の対応能力（受診件数）を向上させる取り組みとして、どのような方策が考えられるか。
- 精神科への初回の受診を希望する者が、精神科の医療機関を受診しやすくするための取り組みとして、どのような方策が考えられるか。

目次

- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
 - (1) かかりつけ精神科医機能について
 - (2) 初診待機
 - (3) 情報通信機器を用いた診療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの主な御意見

- オンライン精神療法については、鬱病、不安症、強迫症の患者を対象とした研究において、対面診療に劣らないことを示す研究報告があり、患者へのアンケート結果でも通院負担軽減、治療継続、安心感、精神科へのハードルを低くすること等にも効果がみられる。また、好事例から、離島・へき地患者、病状に伴う通院困難・引きこもり例、近隣の医療機関への早期受診が困難なケースなどで有効性が認められる。一方で、薬の処方などにおいて不適切事例は散見されるが、医療提供側の問題と考えられる。患者・医療機関双方にとってオンライン診療を活用しやすい措置を取っていくべき。
- オンライン精神療法は、過疎地における救急対応や、移動の負担を負うことなく定期的な診療がしやすくなるなどの利点がある。当事者としては、初診待ちが生じていることがあることから、初診の対面診療の推奨はすべきではなく、精神保健指定医であることをオンライン診療の要件にするようなことはあってはならないと考えている。
- オンライン診療に対する基本姿勢として、医学的な有効性・必要性、特に安全性が最優先されるべきであり、これらが担保されたものは推進すべきであるが、利便性や効率性のみを重視した安易な拡大はすべきではない。仮に精神科領域におけるオンライン診療の対象を初診にも拡大する場合は、まずは慎重に試行的に行うべきである。
- 圏域外のオンライン診療受療者が、状態を崩して救急受診するときに、何の情報もなかったり、主治医と連絡が取れなかったりする状況が見られることがある。
- 対象となる患者は、地域包括ケアシステムの仕組みの中で自治体やその地域の医療機関、多職種の密接な連携がしっかりできている方が妥当と考えるし、医療機関や医師には十分な経験や実績が求められる。
- 保健師や訪問看護の訪問時に、オンライン診療を融合するとよいのではないかと。

「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」事業（令和4年度障害者総合福祉推進事業）

事業主体：野村総合研究所

経緯

（※）「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、令和4年1月一部改定 厚生労働省）

- ・ オンライン診療については、オンライン診療指針（※）の策定などにより段階的に利活用の環境が整備・推進されている。
- ・ 診療報酬においては、
 - ・ 平成30年度診療報酬改定において、「対面診療と組み合わせる」「再診において」行う情報通信機器を用いた場合の点数としてオンライン診療料が新設された。
 - ・ 令和4年度診療報酬改定においては、オンライン診療指針の見直し（令和4年1月）を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、評価を新設するとともに、再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価が新設され、オンライン診療料は廃止された。
- ・ こうした背景を踏まえつつ、新型コロナウイルスの感染拡大等を踏まえ、精神医療の現場においても情報通信機器を用いた診療について、一定のニーズが明らかになるとともに、一部においてすでに活用されている実態もある。

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、オンライン精神療法を安全かつ有効に実施しつつ精神医療の現場で活用することができるよう「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定。

指針の概要

- ・ 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。
- ・ 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、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。
- ・ 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。
- ・ 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。

Ⅱ 適正かつ幅広い活用に向けた基本的な考え方

（略）

また、近年、我が国の精神保健医療福祉施策については、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「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理念として掲げられている。令和3年3月に取りまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る検討会」報告書において、

- ・「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ことが適当。」（同4ページ）
- ・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療の提供体制は、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある。また、精神医療の提供体制の充実には、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、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観点が重要である。」（同16ページ）

とされていることを踏まえると、オンライン精神療法についても、地域における外来・在宅に類する精神医療の提供のあり方の一つとして位置づけた上で、**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に沿った提供体制を構築することが適当であると考えられる。したがって、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。**なお、ここでいう地域とは、精神医療圏の設定にある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状況を考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に想定されるものである。

情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（抄）

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

1 安全かつ有効に実施可能な医師及び医療機関について

（考え方）

（1）精神疾患に対する診療の特性を踏まえたオンライン精神療法の実施について

初診精神療法については、患者の背景情報が乏しく、かつ、十分な信頼関係が構築されていない状況下で、患者の全身の協調、微細な動作や言動等に注意を払いつつ精神症状等の評価を行い、必要に応じて身体疾患の除外や鑑別のために検査等も実施しながら、適切な診断や治療計画を組み立てることが求められる。したがって、十分な情報が得られず、信頼関係が前提とされない初診精神療法について、医療提供者および患者双方から不安の声がある現状において、情報通信機器を用いることは難しいものと考えられる。なお、オンライン診療による初診精神療法について、対面診療に心理的な負担を感じている患者や引きこもり状況にある患者との信頼関係を構築するために、対面診療の補完としてオンライン精神療法の活用を期待する声もある一方で、医療提供者からは安全性・有効性の確保が課題との指摘もある。オンライン診療指針の基本理念において、アクセシビリティの向上や治療に対する患者の能動的参画による治療効果の最大化がオンライン診療の目的とされていることも踏まえ、上記課題の解消が進めば、オンライン診療において初診精神療法を有効に実施できるようになる可能性は十分にあるものと考えられる。

（具体的に遵守すべき事項）

（2） 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、初診精神療法をオンライン診療で実施することは行わないこと。

（4） 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。なお、例えば、オンライン精神療法を実施した医師が当該医療機関に不在であり対面診療を実施できない場合や、やむを得ない事情により当該医療機関において急変時の対応が難しい場合等においては、十分な情報提供を前提とした上で、近隣の対面診療が可能な医療機関に紹介するなど、地域において対面診療の提供体制を確保することとしても差し支えない。ただし、その場合においても、オンライン診療の診療計画を作成する際に、あらかじめ対応可能な医療機関について明示しておくことが求められる。

（5） 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。

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

○ 届出医療機関数

情報通信機器を用いた通院精神療法の届出医療機関数	病院数	47
	診療所数	39

出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点）

○ 算定回数

【情報通信機器を用いた通院精神療法の算定回数】

	算定回数
通院精神療法 30分以上 精神保健指定医による場合 情報通信機器を用いた場合	29
通院精神療法 30分未満 精神保健指定医による場合 情報通信機器を用いた場合	432

【(参考)対面による通院精神療法の算定回数】

	算定回数
通院精神療法 イ 入院措置後退院患者・支援計画の療養担当精神科医師が行った場合	353
通院精神療法 □ 初診日に60分以上 精神保健指定医による場合	38,102
通院精神療法 □ 初診日に60分以上 精神保健指定医以外の場合	10,566
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分以上 精神保健指定医による場合	277,110
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分以上 精神保健指定医以外の場合	83,788
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分未満 精神保健指定医による場合	3,772,470
通院精神療法 ハ イ及び□以外の場合 30分未満 精神保健指定医以外の場合	743,122

出典：令和6（2024）年 社会医療診療行為別統計 令和6年8月審査分

規制改革実施計画におけるオンライン診療に係るとりまとめ

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第2回（令和6年8月7日）

資料5

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」か否かを問わず、患者の必要に応じ、都市部を含めいず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</p> <p>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</p> <p>c：措置済み</p> <p>d：令和6年検討開始、令和7年までに結論・措置</p> <p>e：令和7年度検討・結論・措置</p>	厚生労働省

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ける情報通信機器を用いた精神療法の活用に向けた研究

令和6-7年度厚生労働科学研究（研究代表者：岸本泰士郎）

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第2回（令和6年8月7日）

資料5

背景

- 令和5年3月に取りまとめられた「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（以下、「指針」という。）において、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。）は、「地域における外来・在宅に類する精神医療の提供のあり方の一つとして位置づけた上で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの考え方に沿った提供体制を構築することが適当である」とされている。

目的

- 情報通信機器を効果的に活用しながら、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ための、好事例を中心としたエビデンスの作成を行う。

内容

- 医療機関、患者、自治体等へのヒアリングを通じた好事例の収集
- 指針に沿った診療が行える体制を有する医療機関との協力によるオンライン精神療法の具体的な活用法の提示

期待される効果

- オンライン精神療法の実践を通じた、地域におけるオンライン精神療法の活用に係る課題の抽出、及び好事例を中心としたエビデンスの作成

神経発達障害児に対する遠隔評価

●小児ADHDにおいて対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。

JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH

Kurokawa et al

Original Paper

Reliability of Telepsychiatry Assessments Using the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale-IV for Children With Neurodevelopmental Disorders and Their Caregivers: Randomized Feasibility Study

Shunya Kurokawa¹, MD, PhD; Kensuke Nomura^{1,2}, MD, PhD; Nana Hosogane³, MD; Takashi Nagasawa⁴, MD; Yuko Kawade^{2,5}, MD; Yu Matsumoto², MD; Shuichi Morinaga^{1,6}, MD; Yuriko Kaise¹, MA; Ayana Higuchi¹, MA; Akiko Goto⁵, MD, PhD; Naoko Inada¹, MA, PhD; Masaki Kodaira³, MD, PhD; Taishiro Kishimoto⁸, MD, PhD

¹Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan

²Department of Child Psychiatry, Shimada Hyoiku Medical Center for Challenged Children, Tokyo, Japan

³Department of Child and Adolescent Mental Health, Aikou Clinic, Tokyo, Japan

⁴Department of Child and Adolescent Psychiatry, Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Tokyo, Japan

⁵Tsurugisaka Garden Hospital, Tokyo, Japan

⁶Hiratsuka City Hospital, Kanagawa, Japan

⁷Department of Clinical Psychology, Taisho University, Tokyo, Japan

⁸Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan

Corresponding Author:

Taishiro Kishimoto, MD, PhD

Hills Joint Research Laboratory for Future Preventive Medicine and Wellness

Keio University School of Medicine

Mori JP Tower F7

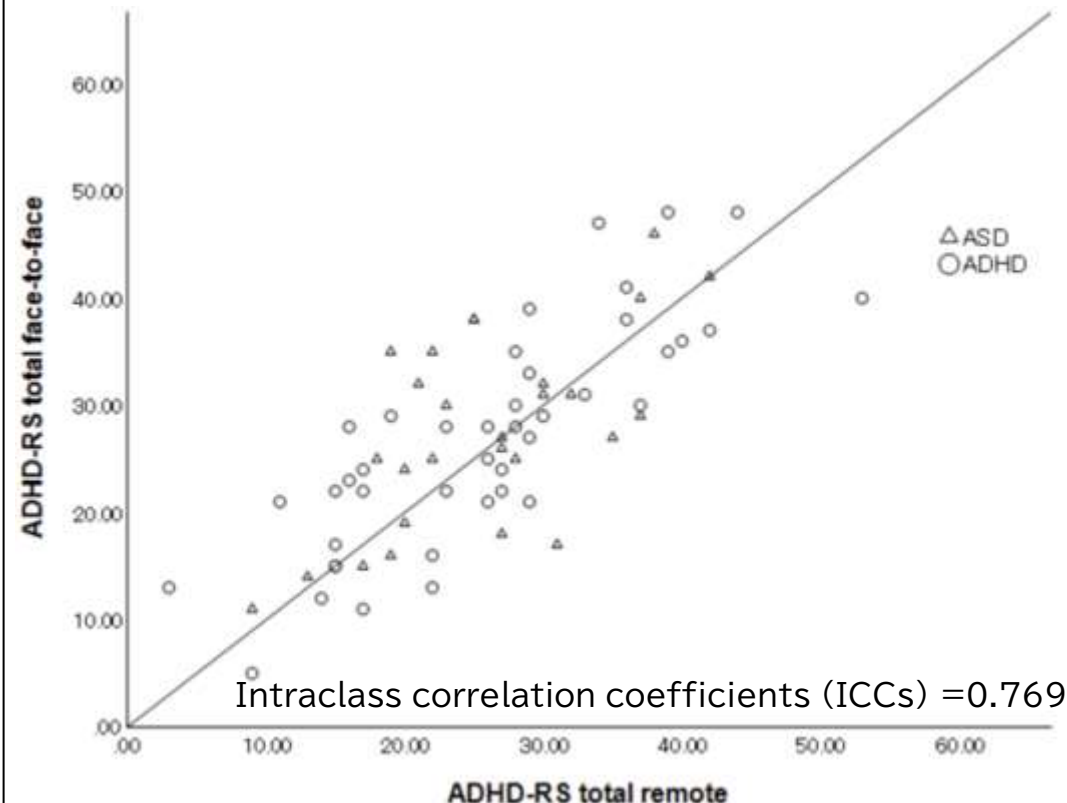
1-3-1, Azabudai, Minato-ku

Tokyo, 106-0041

Japan

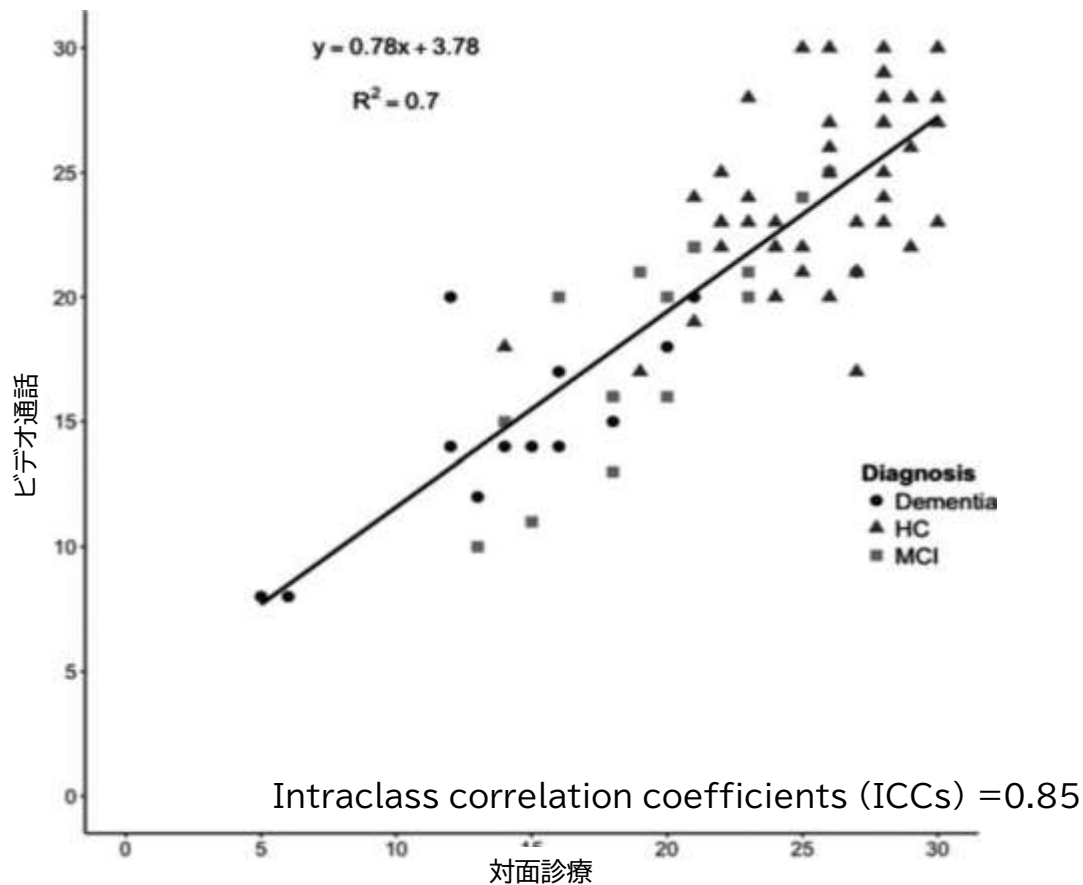
Phone: 81 3 5363 3219

Email: tkishimoto@keio.jp



高齢者に対する遠隔認知機能検査

●認知機能検査において対面とオンライン診療の高い評価一致度を証明。

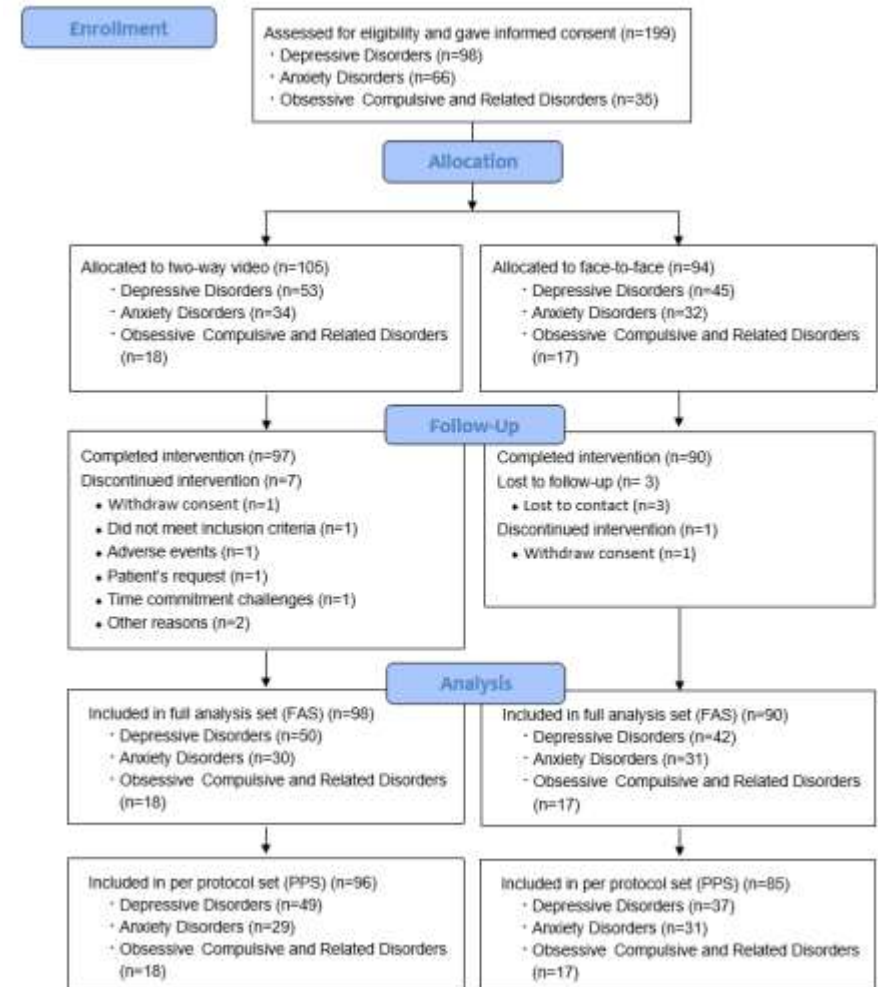


J-PROTECT 結果1

J-PROTECT

●試験には、うつ病、不安症、強迫症の患者さん
199名が参加

●オンライン診療併用群におけるオンライン診療
利用率は平均77.0%



J-PROTECT 結果2

J-PROTECT

●試験には、40歳前後の患者さんが主に参加

	オンライン診療併用群(n=98)	対面診療群(n=90)	P値
年齢（歳）	39.7±11.9	40.7±11.9	0.55
性別（女性割合%）	48 (49.0%)	46 (51.1%)	0.88
精神疾患の病歴			
罹病期間(月)	105.1±90.3	105.7±99.5	0.97
現在のエピソードの罹病期間(月)	82.7±78.5	72.2±83.2	0.38
総治療期間(月)	78.5±73.6	79.9±78.9	0.90
現在のエピソードの治療期間(月)	38.0±45.5	35.4±37.5	0.66
診断			
抑うつ障害群(うつ病)	50 (51.0%)	42 (46.7%)	..
不安症	30 (30.6%)	31 (34.4%)	..
強迫症および関連障害群	18 (18.4%)	17 (18.9%)	..
重症度尺度			
HAMD-17（うつ病のみ）	8.3±1.5	6.1±1.5	0.08
HAMA（不安症のみ）	10.2±1.9	11.5±2.1	0.42
YBOCS（強迫症および関連障害群のみ）	14.1±1.8	15.6±2.1	0.51

OCD, obsessive-compulsive disorder; SF36MCS: MOS36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary; EQ-5D: EuroQol 5 Dimension; HAMD: Hamilton Depression Rating Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

J-PROTECT 結果3

J[®]PROTECT

●主要評価項目[24週後のSF36MCS(精神的側面のQOLサマリースコア)]においてオンライン診療併用群は対面診療群に劣らなかった(数値の上ではオンライン診療併用群が高かった)。

	週	オンライン診療併用群	対面診療群	平均差(95%CI)	P値
		平均(SD)	平均(SD)		
非劣性の検証 (マージン:-5)					
SF-36MCS得点 (FAS)	24	48.50 (0.98) (N=96)	46.68 (1.14) (N=86)	1.82 (-1.12 to 4.77)	<.0001
SF-36MCS(PPS)	24	48.50 (9.57) (N=96)	46.60 (10.62) (N=85)	1.90 (-1.06 to 4.86)	<.0001

SF-36MCS: MOS36-Item Short-Form Health Survey Mental Component Summary; MMRM: mixed effect model for repeated measure;
FAS: full analysis set; PPS; per protocol set

J-PROTECT 結果4

J[®]PROTECT

●種々の副次アウトカム(治療同盟・満足度・疾患重症度等)において両群に有意差は認められなかった。

	週	オンライン診療併用群	対面診療群	平均差(95%CI)	P値
		平均(SD)	平均(SD)		
WAI(治療同盟)	12	71.7 (2.8) (N=98)	68.1 (2.9) (N=87)	3.6 (-0.1 to 7.4)	0.06
	24	71.6 (2.8) (N=96)	69.5 (2.9) (N=85)	2.1 (-1.9 to 6.0)	0.31
CSQ(患者満足度)	12	26.9 (0.9) (N=98)	26.2 (0.9) (N=87)	0.7 (-0.5 to 2.0)	0.24
	24	27.3 (0.9) (N=96)	26.5 (1.0) (N=85)	0.8 (-0.6 to 2.1)	0.25
EQ-5D(QOL)	0	0.811 (0.029) (N=98)	0.823 (0.030) (N=89)	-0.011 (-0.052 to 0.029)	0.58
	12	0.807 (0.030) (N=98)	0.822 (0.031) (N=88)	-0.014 (-0.062 to 0.033)	0.55
	24	0.828 (0.029) (N=96)	0.829 (0.030) (N=86)	-0.001 (-0.0045 to 0.043)	0.97
HAMD-17 (抑うつ障害群のみに実施)	0	8.3 (1.5) (N=50)	6.1 (1.5) (N=42)	2.2 (-0.3 to 4.6)	0.09
	12	8.8 (1.5) (N=50)	6.0 (1.6) (N=41)	2.8 (0.2 to 5.4)	0.03
	24	7.9 (1.6) (N=48)	5.9 (1.7) (N=39)	2.0 (-1.0 to 5.0)	0.18
HAMA (不安症のみのみに実施)	0	10.2 (1.9) (N=30)	11.5 (2.1) (N=31)	-1.3 (-4.7 to 2.0)	0.42
	12	9.7 (2.0) (N=29)	12.2 (2.1) (N=31)	-2.5 (-6.1 to 1.0)	0.15
	24	8.7 (1.8) (N=29)	9.0 (1.9) (N=30)	-0.3 (-2.8 to 2.2)	0.81
YBOCS (強迫症のみのみに実施)	0	14.1 (1.8) (N=18)	15.6 (2.1) (N=17)	-1.5 (-6.2 to 3.2)	0.52
	12	14.0 (1.8) (N=18)	15.0 (2.1) (N=16)	-1.0 (-5.8 to 3.8)	0.67
	24	12.9 (1.8) (N=18)	14.0 (2.1) (N=16)	-1.1 (-5.7 to 3.5)	0.62

WAI: Working Alliance Inventory; CSQ: Client Satisfaction Questionnaire; EQ-5D: EuroQol 5 Dimension; VAS: visual analogue scale; HAMD: Hamilton Depression Rating Scale; HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale; YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

J-PROTECT 結果5

J₊PROTECT

●オンライン診療併用群で通院時間が短く、通院費用が安かった。

		オンライン診療併用群 (n=98)	対面診療群 (n=90)	P値
通院時間（分）	平均 ± SD	42.9±40.8	79.2±61.6	<0.0001
	95%CI	34.7 to 51.1	66.3 to 92.1	
通院費用（円）	中央値	168.9	500.0	0.0104
	IQR	0.0-793.3	140-1266.7	
通院のための欠勤（日）	平均 ± SD	1.5±2.5	2.6±7.1	0.15
	95% CI	1.1 to 2.0	1.2 to 4.1	

J-PROTECT 結果6

J[®]PROTECT

●有害事象に両群に有意差なし。有害事象はオンライン診療とは直接関係のないもののみ。

	オンライン診療併用群 (n=98)	対面診療群 (n=90)	P値
有害事象(件数)	4	5	0.7
有害事象は、腹痛、筋骨格系疾患等、オンライン診療との因果関係がないと考えられたもののみ			

J-PROTECT 患者さんの声

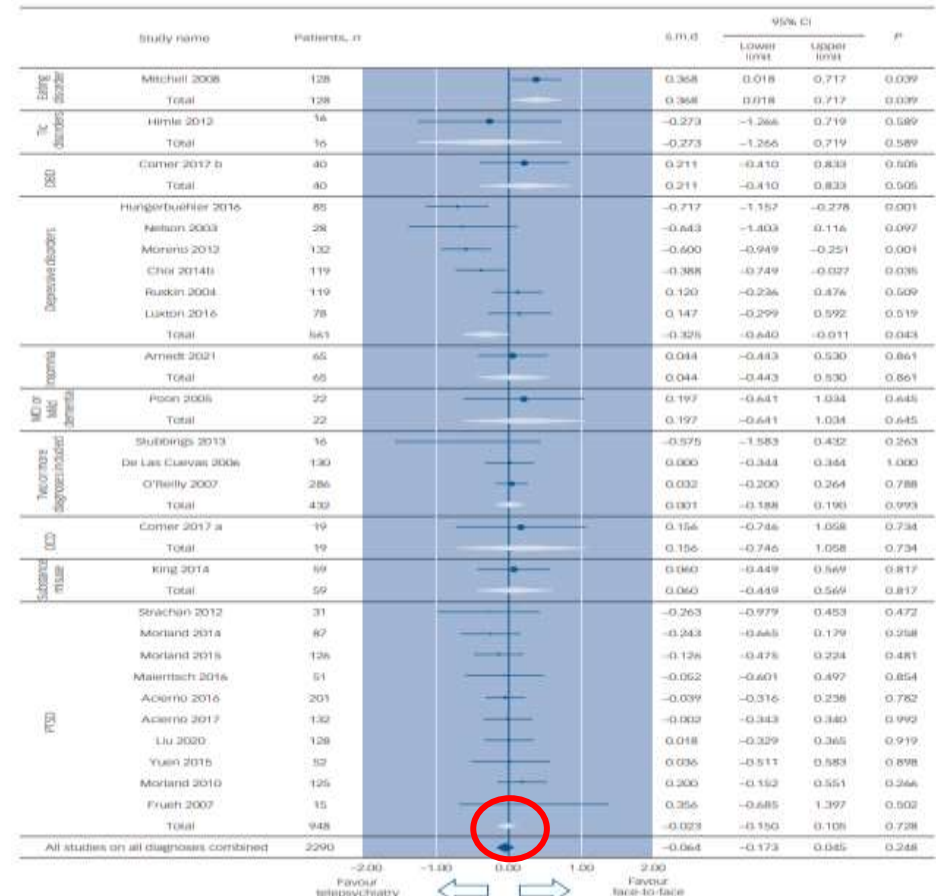
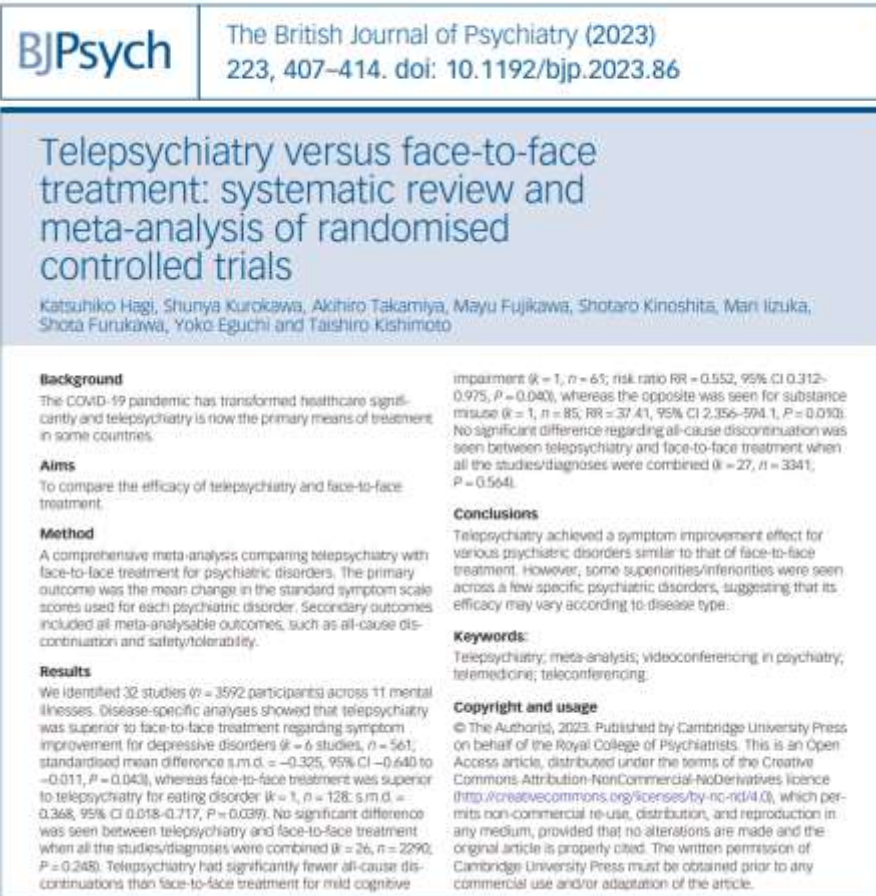
J-PROTECT

●オンライン診療に対してポジティブなコメントが多い。

通院負担減・治療継続	病院への移動時間や病院での待ち時間がなくなり良かった。
	仕事を休まなくても診察を受けられ、大変便利と感じました。
	仕事の転勤等でかかりつけ医から遠く離れる場合においても診察できるため、これから浸透してほしいと感じた。
	妊娠、出産と時期が重なり、通院が大変な時期でもあったので、オンラインでの診療を受けることができてよかった。
	小さな子供がいるので、どこかに預けずに家で診療が受けられるのはとても良かった。
	病院の待合室にいる時間は緊張するので、オンラインだと無くて嬉しい。
安心感	外出が困難な人は診察が苦。外に出られないだけで治療を諦めてしまうより、画面越しでも継続できることに意味がある。
	仕事をしながらの通院の手間から通院をやめ、結果、再発しました。私と同じような患者のためにも、オンライン診療は非常に有効だと感じています。うつ診療の垣根が低くなることを機期待しています。
対面との差	患者や患者家族にとって、とても安心して生活を送れるとともに、医療機関が身近な存在になると感じました。
	受ける前は不安がありましたが、実際に受けてみてこんなに簡単に先生とオンラインで繋がれるんだという安心感に変わりました。自宅でスマホ1台で先生とお話ができる事は身体的にも精神的にも楽だなと思いました。
ステイグマ	対面での診療との差はほとんどないと感じました。
	先生の顔がちゃんと見れる状態でお話しできるので、実際に通院しているかのようなようでした。
ステイグマ	研究に参加したのは自分のためではありません。心の健康を崩していても、人目を気にし受診を拒み、悪化する場合があるからです。足を運ばなくとも診療でき人の目を気にせず気軽に相談できる場が出来れば良いなど思い参加しました。変な目で見られたり差別のような態度を取られたりするの怖いものです。
	こころに負担を抱く方が、オンラインで気軽に診察を受けられる様になれば、精神科へ行くハードルも低くなり、助かる人も大勢いらっしゃると思います。

オンライン診療と対面診療を比較した32のRCTのメタ解析

●世界から集積したオンライン診療vs.対面診療比較試験のメタ解析で治療効果に有意差はなかった。



ケース1: 10代男性 社交不安障害

オンライン初診に至った経緯	小学校4年ごろからの不登校、身体化症状の持続。近医の受診も困難なほどの外出困難であり、オンラインでの初診に至った。 特に、こどもの精神症状を診療できる施設を探していた。
オンライン初診後の経過・転帰	(オンライン診療による)定期的な診療。
オンライン初診実施による成果	病状により対面診療が困難な中で、医療につながることができた。
オンライン初診に伴うデメリット	血液検査、心理検査等対面での実施が必要な場合には近隣からの訪問診療を依頼する必要があった。

ケース2: 30代女性 ADHD・2次的うつ状態

オンライン初診に至った経緯	<p>学生時代から自身の多動・不注意に気づいており、自身で「発達障害」であろうと考え近医を受診したが、信頼関係を構築することができず、中断していた。社会人生活を送る中で、顕著な多動・不注意により仕事上の支障をきたし、活動性低下・意欲低下、時に希死念慮を生じるようになり、専門医療機関の受診を考えた。</p> <p>近隣に成人の発達障害を診療可能な施設がなかった上、仕事の関係から、近隣の(精神科)医療機関への受診を避けたいと考えていたため、オンライン受診に至った。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	オンラインでの受診を継続中。
オンライン初診実施による成果	通院に伴うスティグマを回避しつつ、医療機関を受診できたこと。
オンライン初診に伴うデメリット	心理検査等対面での実施が必要な検査が実施できないこと。

ケース3: 40代男性 うつ病

オンライン初診に至った経緯	<p>家族との離別後独居となり、不眠・体調不良を来し退職。退職後も不眠・生活リズムの乱れが顕著で、公共料金の支払いも滞るようになり保健師が介入していた。</p> <p>保健師から再三医療機関受診を勧めるも受診に至っていなかった。オンラインであれば本人の同意が得られたため受診。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	<p>オンラインで対応した医師が勤務する医療機関を受診。以後、定期的な対面通院につながり通院継続できている。</p>
オンライン初診実施による成果	<p>保健活動から継続的な医療へ適切につながることができたこと。</p>
オンライン初診に伴うデメリット	<p>処方開始までタイムラグが生じたこと。</p>

ケース4: 10代男性 自閉症・ADHD・うつ病

オンライン初診に至った経緯	<p>自閉症、ADHD、うつ病の診断で県の相談機関併設の診療所に通所・通院していたが、学校で自傷行為を繰り返すなどの状況が改善せず、かつ18歳になり転医が必要な状況であった。</p> <p>本人が医療機関受診に否定的であるという背景もあり、今後の受診先について患者の親から相談を受けた保健師を介してオンライン受診となった。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	<p>当面、現在の診療所での診療を継続しながら、成人対応が可能な近隣の医療機関への転医を検討中。</p>
オンライン初診実施による成果	<p>自治体保健師との連携によるオンライン診療を経て、対面診療の継続の契機となった。</p>
オンライン初診に伴うデメリット	<p>処方開始までタイムラグが生じたこと。</p>

ケース5: 80代女性 うつ病

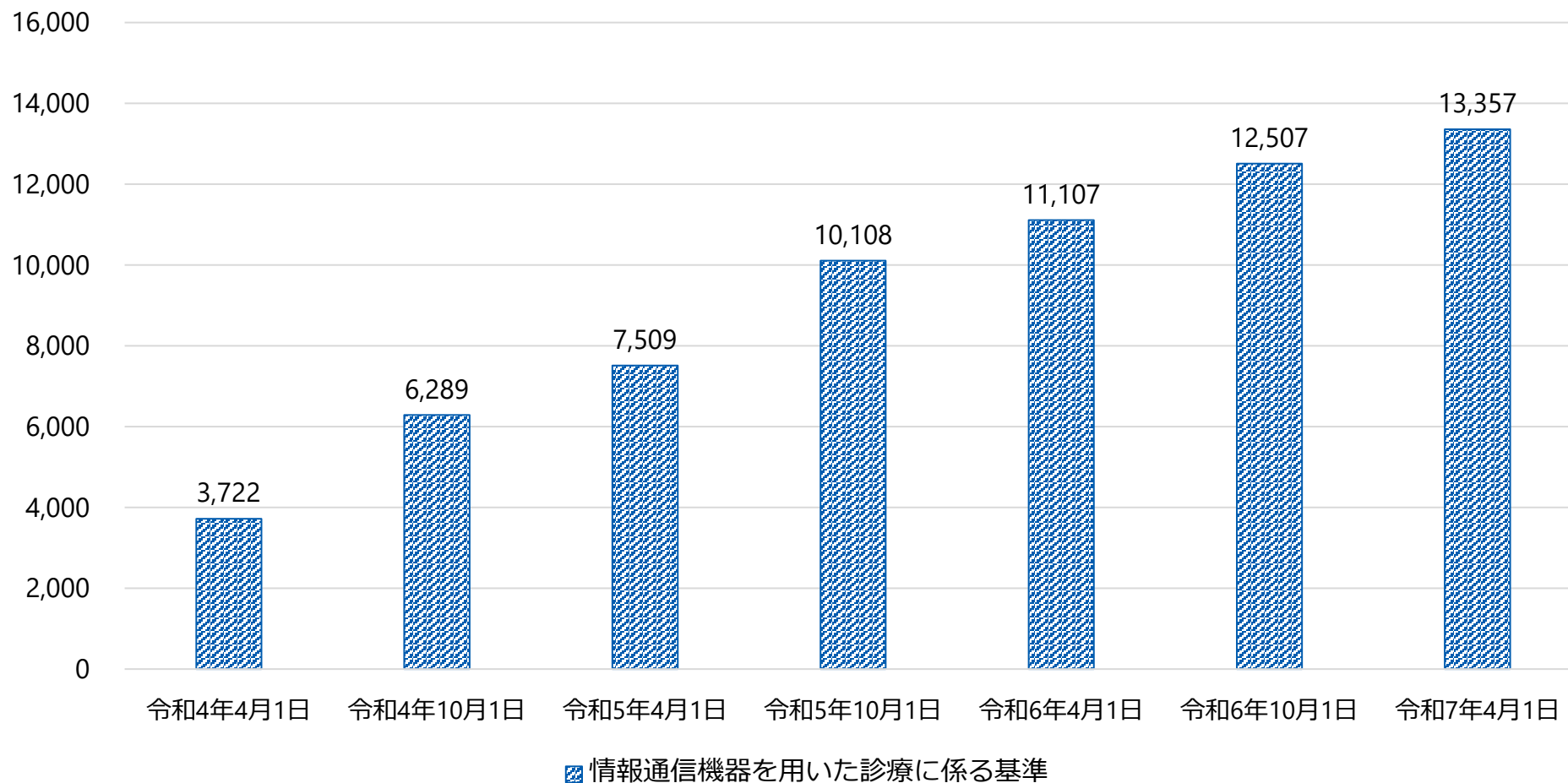
オンライン初診に至った経緯	<p>うつ病に長期罹患しており抗うつ薬の服薬を続けていた。近頃、眠気、ふらつきが顕著となり、薬剤調整が必要となった。</p> <p>離島で専門医が不在であること、また高齢のため、島外の医療機関を受診することが困難だった。そのため、島内の医療機関(内科・かかりつけ医)からオンラインで島外の精神科を受診した。</p>
オンライン初診後の経過・転帰	薬剤調整を行うことができ、当該精神科受診は一旦終診となった。
オンライン初診実施による成果	高い専門性が必要な抗うつ薬の減量について精神科医による適切な診察が出来たこと。
オンライン初診に伴うデメリット	特になし

情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和7年4月1日時点において約13,400医療機関となっている。

(届出医療機関数)



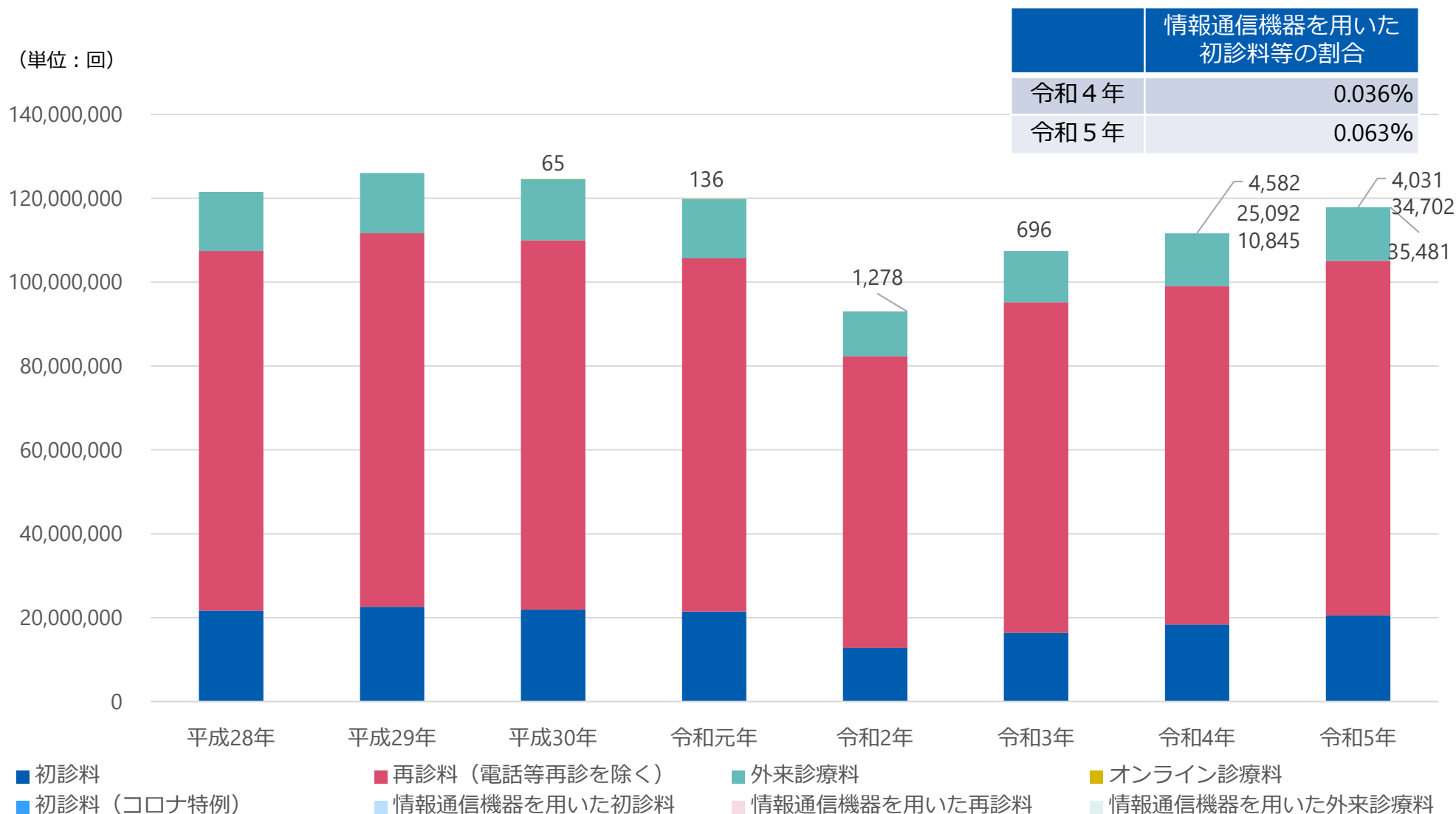
出典：保険局医療課調べ（「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出」状況の抽出結果）

※元となるデータベース及びデータ抽出タイミングにより他の公表データと一致しない場合がある

情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

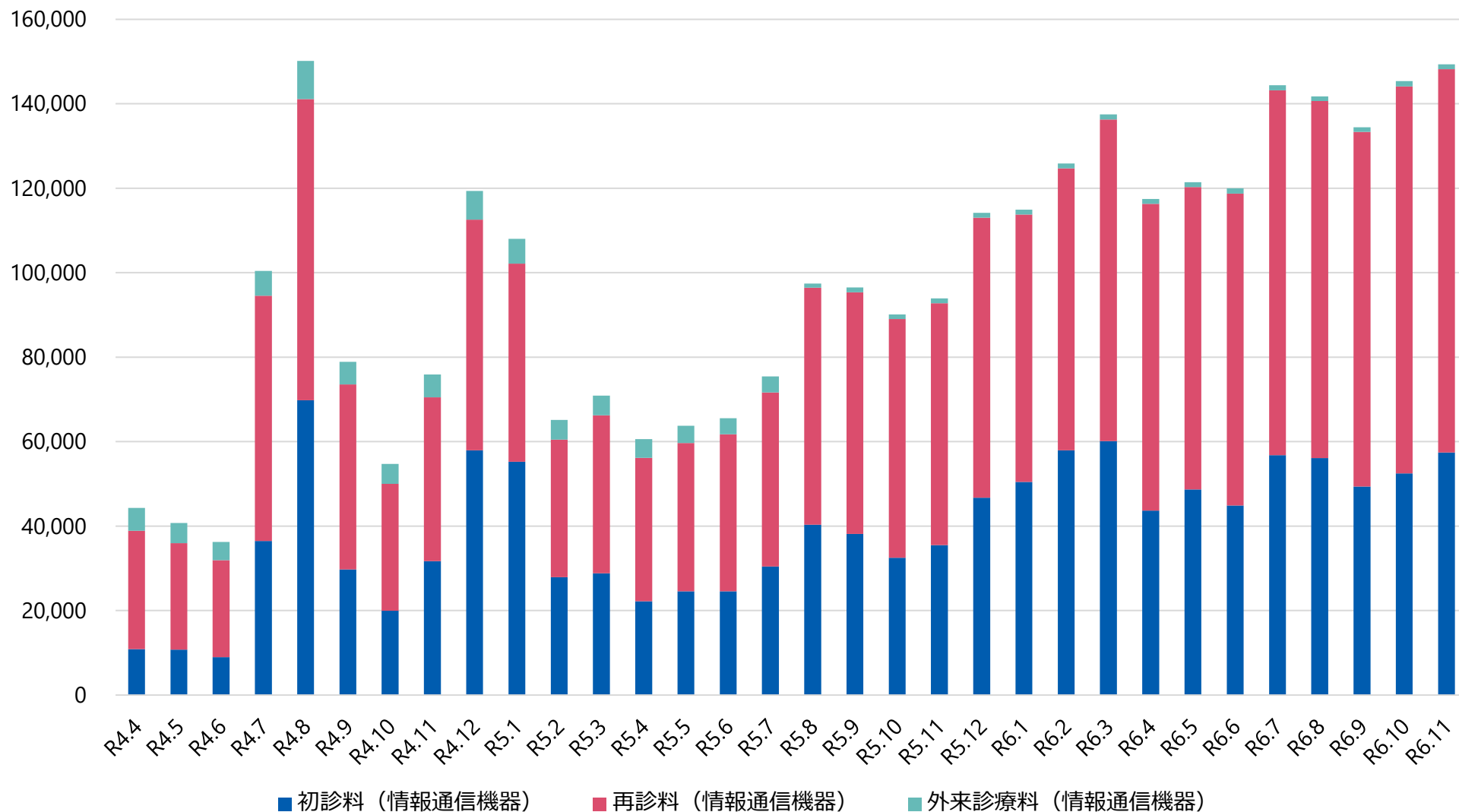
○ 令和5年における情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は初・再診料等全体の0.063%を占める。



情報通信機器を用いた初診料等の算定回数

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

○ 情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は、令和5年4月以降は増加傾向。

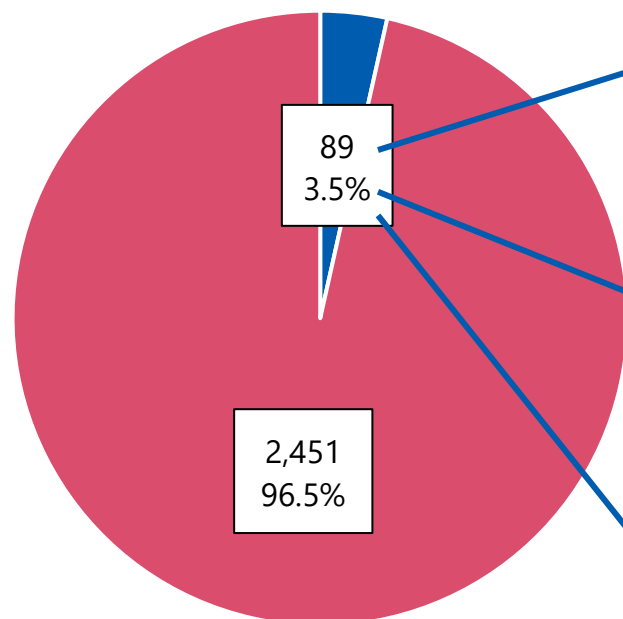


オンライン診療の受診状況（患者調査）

診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

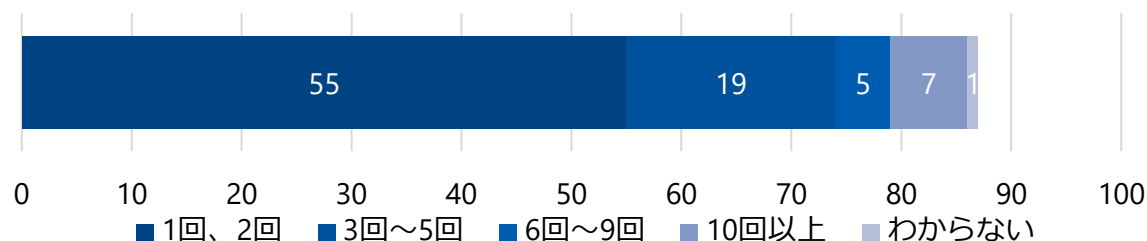
- 回答者の3.5%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は19.1%であった。

オンライン診療受診歴
(n=2,540)

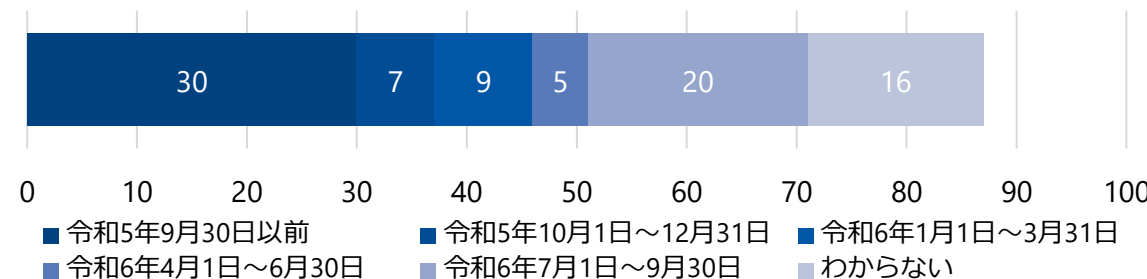


- 1_受けたことがある(n=89)
- 2_受けたことがない(n=2451)

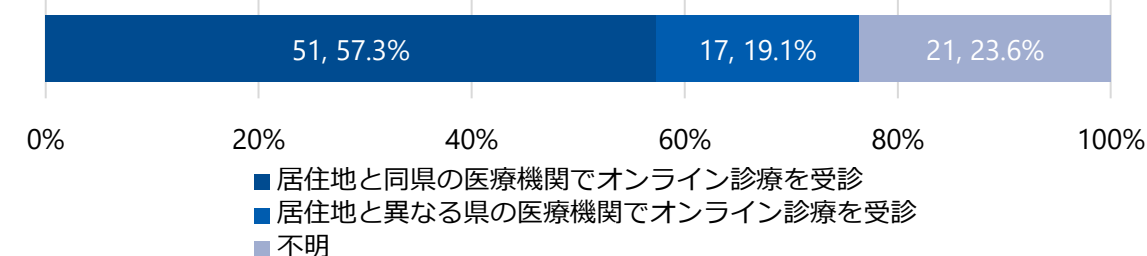
オンライン診療の受診回数 (n=87)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=87)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=89)

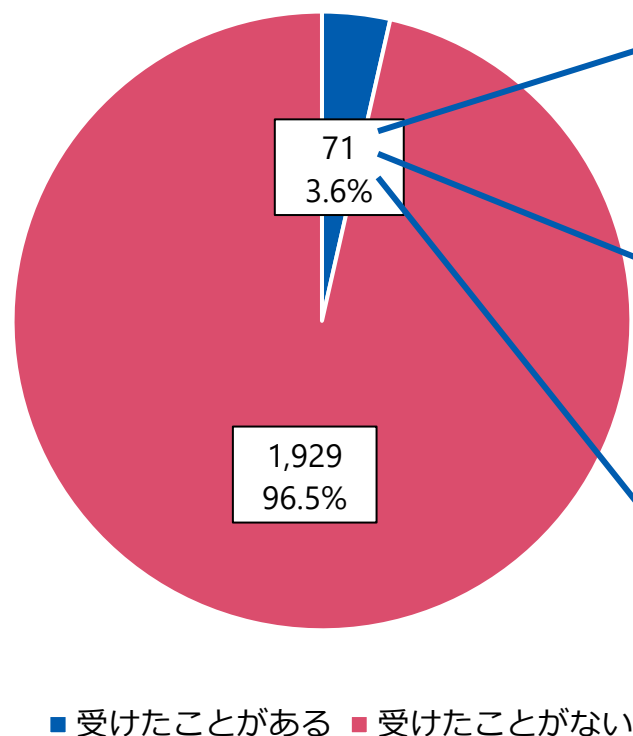


オンライン診療の受診状況（インターネット調査）

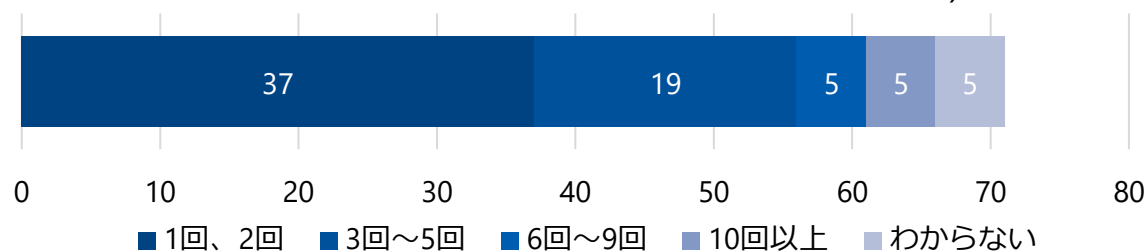
診調組 入-1
7 . 5 . 2 2

- 回答者の3.6%にオンライン診療の受診歴があった。
- 受診者のうち、受診医療機関の所在都道府県が居住地と異なる割合は18.3%であった。

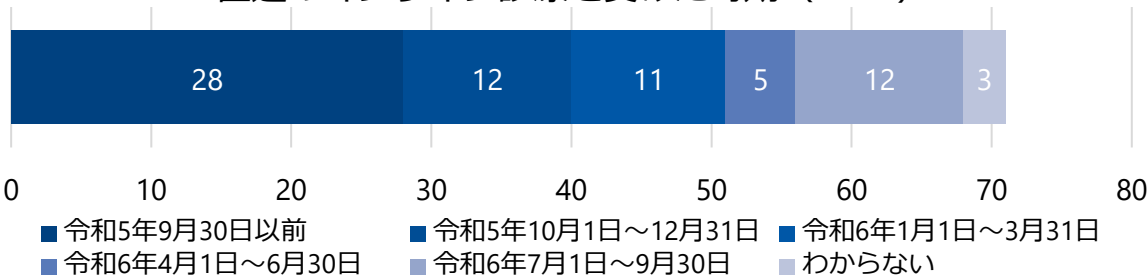
オンライン診療受診歴
(n=2,000)



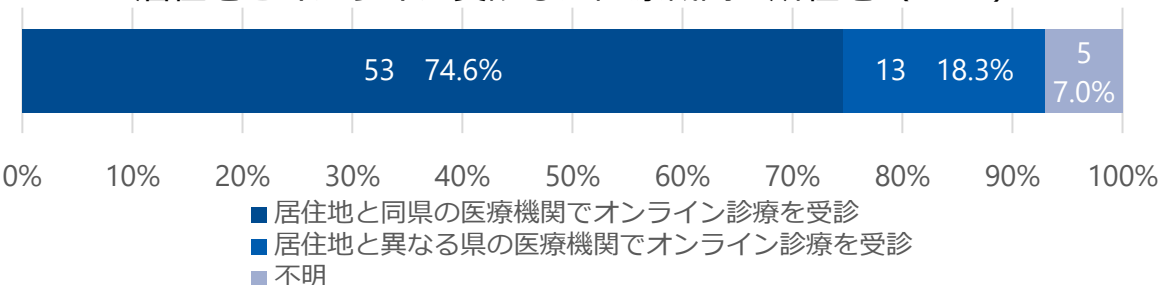
これまでにオンライン診療を受けた回数 (n=71)



直近のオンライン診療を受けた時期 (n=71)



居住地とオンライン受診した医療機関の所在地 (n=71)



情報通信機器を用いた初診に係る傷病名

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた初診と対面診療における初診に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。
情報通信機器を用いた初診における傷病名としては急性上気道炎が21.5%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名が占める割合が多い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	12,214	21.5%
2	COVID-19	5,090	9.0%
3	適応障害	3,133	5.5%
4	手足口病	2,138	3.8%
5	急性気管支炎	1,935	3.4%
6	急性胃腸炎	1,344	2.4%
7	急性咽頭炎	1,212	2.1%
8	気管支喘息	1,181	2.1%
9	尋常性ざ瘡	1,053	1.9%
10	感冒	988	1.7%
11	多汗症	942	1.7%
12	じんま疹	895	1.6%
13	湿疹	883	1.6%
14	アレルギー性鼻炎	865	1.5%
15	アトピー性皮膚炎	847	1.5%
16	不眠症	794	1.4%
17	口唇ヘルペス	596	1.0%
18	うつ病	526	0.9%
19	うつ状態	525	0.9%
20	膀胱炎	515	0.9%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による初診の算定回数		100.0%
1	COVID-19	1,537,680	6.9%
2	急性気管支炎	807,739	3.6%
3	急性上気道炎	747,594	3.3%
4	アレルギー性鼻炎	610,533	2.7%
5	近視性乱視	586,053	2.6%
6	急性咽頭喉頭炎	491,660	2.2%
7	湿疹	452,709	2.0%
8	急性咽頭炎	356,724	1.6%
9	気管支喘息	349,538	1.6%
10	急性副鼻腔炎	339,804	1.5%
11	アトピー性皮膚炎	310,623	1.4%
12	耳垢栓塞	195,555	0.9%
13	咽頭炎	193,892	0.9%
14	アレルギー性結膜炎	181,197	0.8%
15	皮脂欠乏性湿疹	174,503	0.8%
16	変形性膝関節症	167,690	0.7%
17	じんま疹	167,040	0.7%
18	遠視性乱視	166,920	0.7%
19	尋常性ざ瘡	158,923	0.7%
20	結膜炎	157,712	0.7%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた再診・外来診療料に係る傷病名

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

- 情報通信機器を用いた再診料・外来診療料と対面による再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。情報通信機器を用いた再診料・外来診療料における傷病名としては適応障害が9.1%と最多であった。
- 対面診療における傷病名と比較すると、精神疾患に類する傷病名が占める割合が高い。

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	8,003	9.1%
2	高血圧症	4,833	5.5%
3	気管支喘息	3,660	4.2%
4	うつ病	3,257	3.7%
5	アレルギー性鼻炎	3,252	3.7%
6	不眠症	2,855	3.3%
7	月経困難症	2,496	2.9%
8	うつ状態	1,803	2.1%
9	アトピー性皮膚炎	1,761	2.0%
10	急性上気道炎	1,752	2.0%
11	睡眠時無呼吸症候群	1,635	1.9%
12	慢性胃炎	1,629	1.9%
13	湿疹	1,397	1.6%
14	片頭痛	1,299	1.5%
15	COVID-19	1,209	1.4%
16	尋常性ざ瘡	1,171	1.3%
17	スギ花粉症	1,055	1.2%
18	不安神経症	1,008	1.2%
19	急性気管支炎	948	1.1%
20	パニック障害	898	1.0%

No.	傷病名	令和6年度	
		7月診療月	
		回数	構成比%
計	対面による再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	高血圧症	9,545,663	9.2%
2	変形性膝関節症	2,689,408	2.6%
3	気管支喘息	2,207,287	2.1%
4	2型糖尿病	1,953,540	1.9%
5	高コレステロール血症	1,832,608	1.8%
6	慢性胃炎	1,762,346	1.7%
7	糖尿病	1,675,078	1.6%
8	アレルギー性鼻炎	1,551,541	1.5%
9	腰部脊柱管狭窄症	1,442,194	1.4%
10	慢性腎不全	1,402,271	1.4%
11	うつ病	1,196,874	1.2%
12	肩関節周囲炎	1,153,572	1.1%
13	高脂血症	1,153,564	1.1%
14	狭心症	1,076,890	1.0%
15	脂質異常症	1,029,275	1.0%
16	変形性腰椎症	1,021,543	1.0%
17	アトピー性皮膚炎	937,661	0.9%
18	骨粗鬆症	934,318	0.9%
19	近視性乱視	896,805	0.9%
20	慢性心不全	821,488	0.8%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。対面診療にない傷病名のうち、令和4年5月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

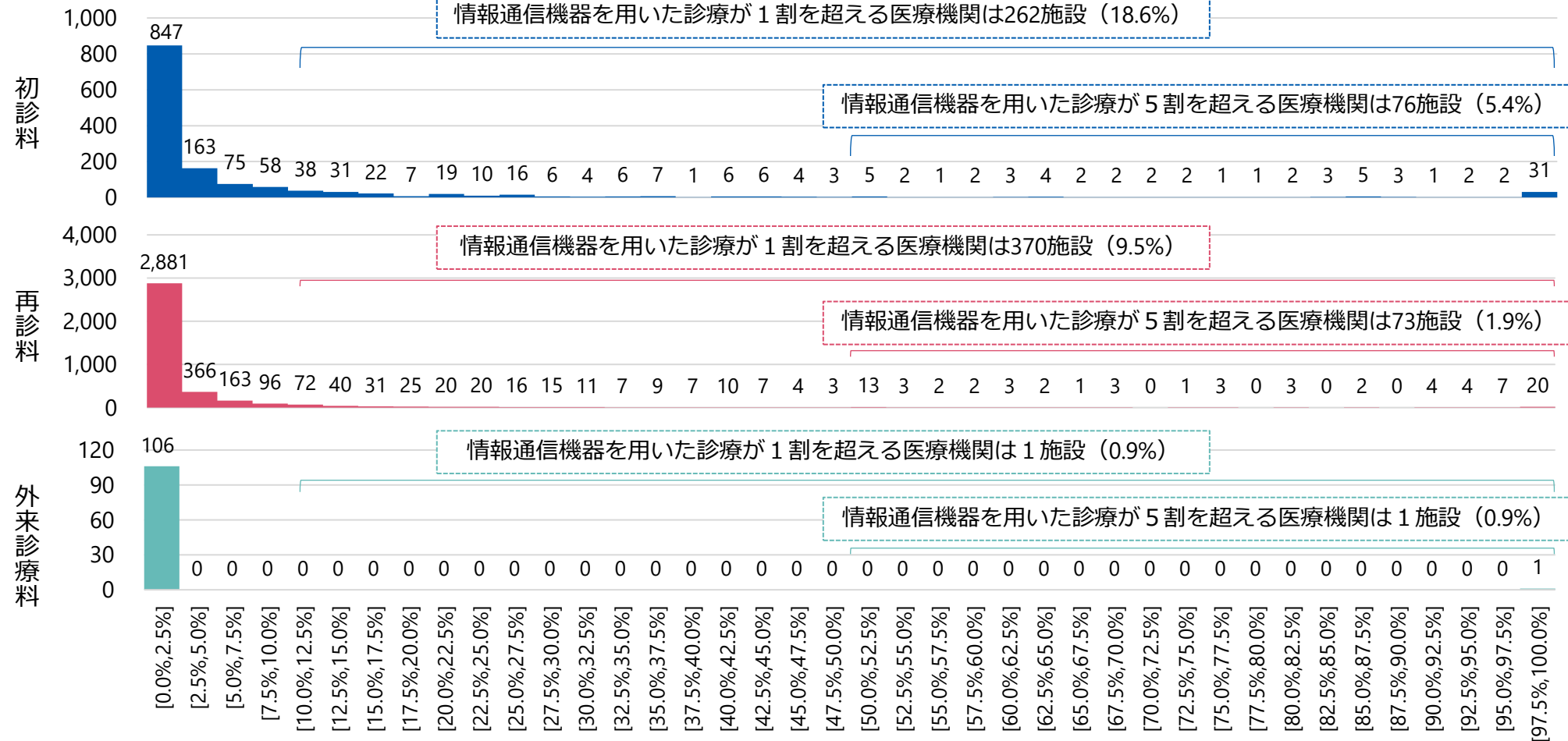
出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療の算定割合（NDBデータ）

診調組 入-1
7. 6. 19

- 初・再診料等に占める情報通信機器を用いた診療の割合毎の医療機関分布は、以下のとおり。
- 初診料のうち、情報通信機器を用いた診療が1割を超える医療機関は262施設（18.6%）であり、5割を超える医療機関は76施設（5.4%）であった。

（医療機関数）



※ 情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料（以下「初診料等」とする。）を算定した1,405施設、3,876施設、107施設を対象に、初診料等全体に占める情報通信機器を用いた診療の割合を算出。

出典：NDBデータ（令和6年7月診療分）

情報通信機器を用いた診療に係る傷病名(対面診療の割合 5 割未満)

診調組 入 - 1
7 . 6 . 1 9

○対面診療の割合が 5 割未満（情報通信機器を用いた診療が全診療の 5 割を超える）の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名の上位20位は以下のとおり。傷病名としては初診では急性上気道炎が24.3%、再診料・外来診療料では適応障害が22.2%と最多であった。

No.	傷病名	令和 6 年度	
		7 月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた初診の算定回数		100.0%
1	急性上気道炎	10,497	24.3%
2	COVID-19	3,117	7.2%
3	適応障害	2,965	6.9%
4	手足口病	1,921	4.5%
5	急性胃腸炎	1,220	2.8%
6	急性気管支炎	1,066	2.5%
7	急性咽頭炎	990	2.3%
8	尋常性ざ瘡	967	2.2%
9	感冒	869	2.0%
10	じんま疹	770	1.8%
11	気管支喘息	748	1.7%
12	多汗症	739	1.7%
13	湿疹	701	1.6%
14	アトピー性皮膚炎	628	1.5%
15	不眠症	596	1.4%
16	口唇ヘルペス	532	1.2%
17	うつ状態	488	1.1%
18	膀胱炎	476	1.1%
19	うつ病	469	1.1%
20	アレルギー性鼻炎	423	1.0%

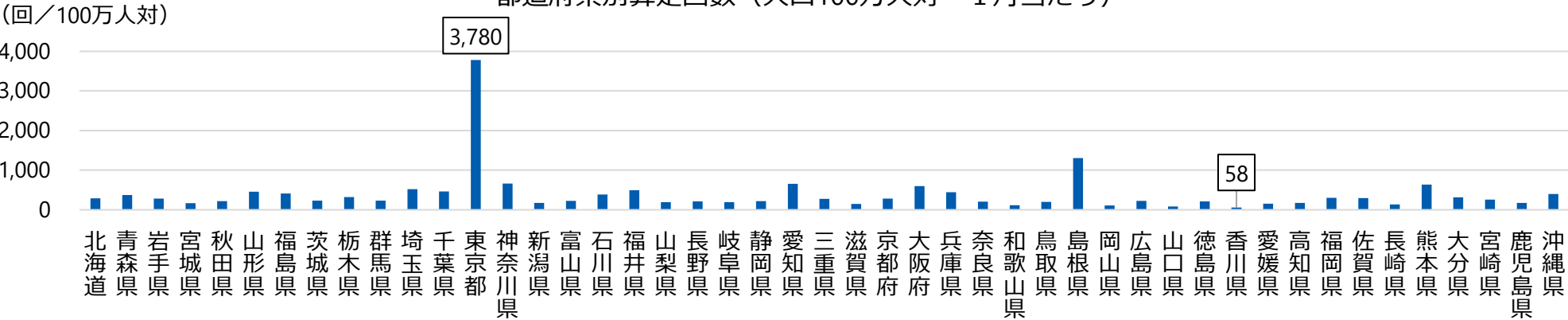
No.	傷病名	令和 6 年度	
		7 月診療月	
		回数	構成比%
計	情報通信機器を用いた再診料・外来診療料の算定回数		100.0%
1	適応障害	7,496	22.2%
2	うつ病	2,083	6.2%
3	不眠症	1,952	5.8%
4	うつ状態	1,533	4.5%
5	急性上気道炎	1,197	3.6%
6	高血圧症	1,119	3.3%
7	尋常性ざ瘡	1,011	3.0%
8	湿疹	913	2.7%
9	アトピー性皮膚炎	815	2.4%
10	アレルギー性鼻炎	772	2.3%
11	気管支喘息	744	2.2%
12	パニック障害	705	2.1%
13	不安神経症	690	2.0%
14	片頭痛	604	1.8%
15	多汗症	568	1.7%
16	皮脂欠乏症	468	1.4%
17	じんま疹	467	1.4%
18	スギ花粉症	441	1.3%
19	不安障害	420	1.2%
20	注意欠陥多動障害	380	1.1%

※複数の主傷病名が記載されている場合はそれぞれカウントしている。令和 4 年 5 月診療分にもない傷病名は黄色で示している。

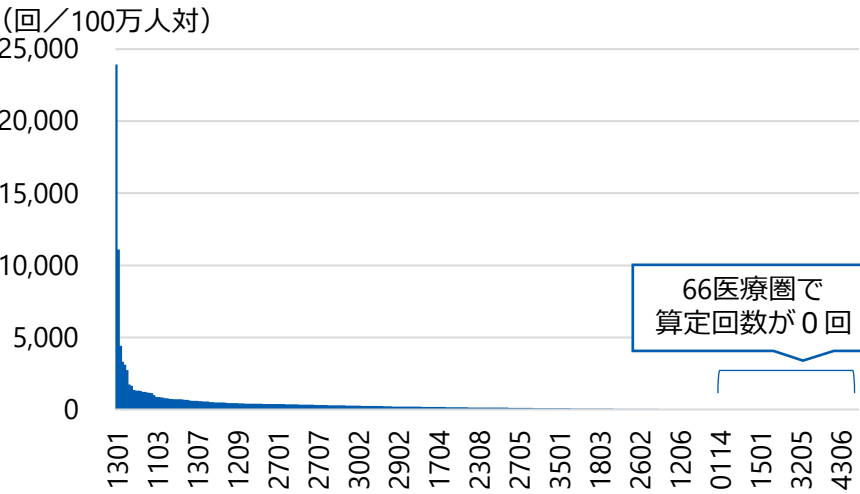
出典：NDBデータ（令和 6 年 7 月診療分）

- 医療機関住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和5年4月～令和6年3月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で3,780回、最も少ない香川県で58回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約29,000回で最も多く、人口当たりの算定回数が上位5医療圏で総算定回数の5割を占めている。また、66医療圏で算定回数が0回であった。

都道府県別算定回数（人口100万人対・1月当たり）



二次医療圏別算定回数（人口100万人対・1月当たり）

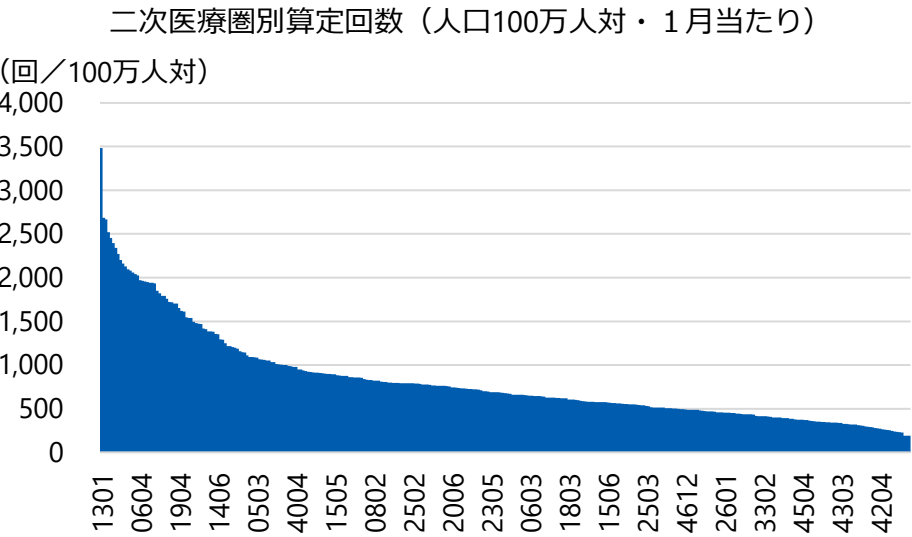
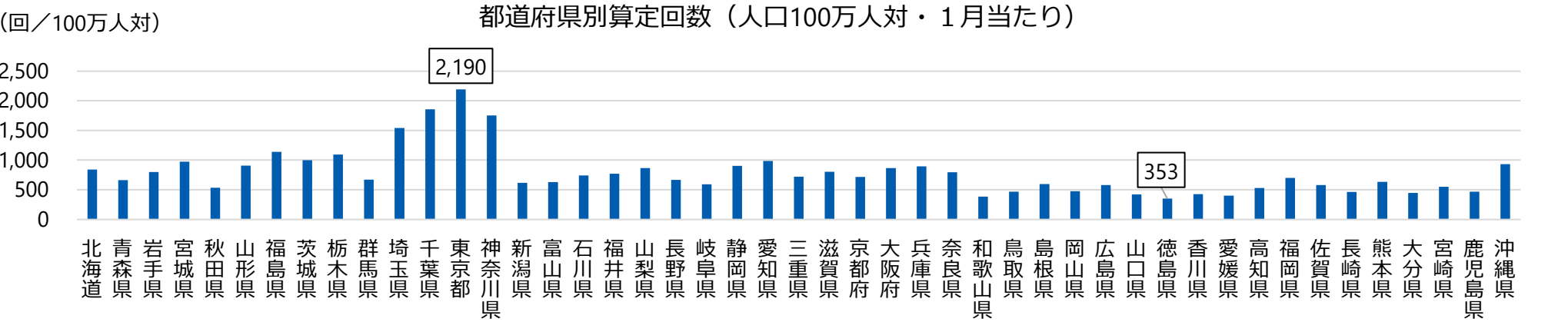


人口100万人対・1月当たりの
算定回数上位5医療圏

		算定回数 (人口100万人 対・1月当たり)	算定回数	総算定回数に 占める割合（累積）
1301	区中央部	23,915	284,715	24.7%
1304	区西部	11,104	173,265	39.8%
3203	出雲	4,411	9,002	40.6%
1306	区東北部	3,309	54,592	45.3%
1303	区西南部	3,121	55,409	50.1%

出典：令和5年度NDBオープンデータ初再診料（都道府県別算定回数、二次医療圏別算定回数）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和6年9～11月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で2,190回、最も少ない徳島県で353回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約3,500回で最も多く、有田（和歌山県）が190回で最も少なかった。また、算定回数が0回の医療圏は無かった。



人口100万人対・1月当たりの 算定回数上位5 医療圏			
		算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	算定回数
1301	区中央部	3,481	10,361
2201	賀茂	2,685	434
1303	区西南部	2,665	11,828
0121	根室	2,519	503
1313	島しよ	2,455	169

出典：NDBデータ（令和6年9～11月診療分）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

北海道 から 沖縄 まで
全国どこでも
初診から
オンライン診療での対応！



プライバシーも安心！
オンラインでの診療

主に休職・復職相談に特化し、
全国からオンラインで受診できる初めてのクリニックです。
診断書、傷病手当金申請書、就労可否証明書
すべての書類の作成が可能！
また、休職の診断書はPDFデータで即日受取可能です。

LINE で診断書がもらえる

オンライン診療対応のメンタルクリニック

スマホでかんたん！ 診断書がもらえる
スマホ で診療が受けられる
メンタルクリニック

心療内科 精神科

通院不要
スマホで完結

診断書の
即日発行可能

24時間 LINE
予約可能

休職の
相談

※当院は、休職相談をメインとしたクリニックです。
※医師の診察により、診断書の発行ができない場合もあります。

現状・課題

- 情報通信機器を用いた精神療法については、適正かつ幅広い普及に資するように障害者総合福祉推進事業において「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を策定している。当該指針では、情報通信機器を用いた診療が、対面診療と比べて得られる情報が限定されることから、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とし、初診においては情報通信機器を用いた精神療法を実施しないこととしている。
- 他方で、規制改革実施計画（令和6年6月21日閣議決定）において、「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」等を踏まえ、新たな指針を策定・公表することが求められている。
- 現在、厚生労働科学研究による国内外の知見や事例の収集等を進めているところ、情報通信機器を用いた精神療法の治療効果や有害事象については、対面と差が見られなかったという意見も見られた一方で、血液検査や心理検査等の対面での実施が必要な検査等が実施できない等のデメリットもあげられており、対面と組み合わせることの必要性が見られた。
- また、情報通信機器を用いた診療は増加傾向にあるところ、対面診療の割合が5割未満の医療機関にて適応障害等の診療が行われている。
- なお、情報通信機器を用いた初回の診療で休職等の診断書を即日発行している医療機関もある。

論点

- 初診・再診における情報通信機器を用いた精神療法のあり方について、どのように考えるか。

目次

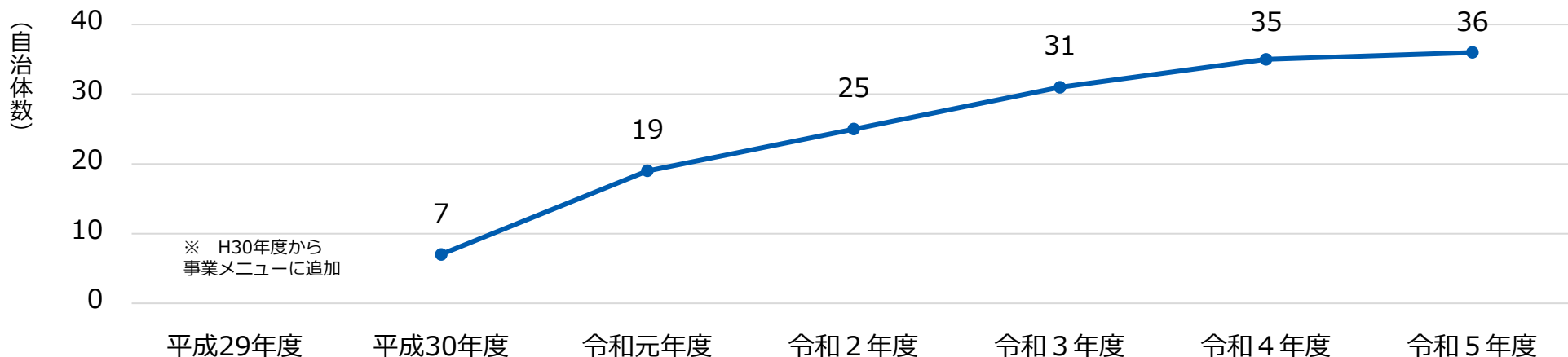
- 1 これまでの議論
- 2 第8次医療計画の中間見直し
- 3 入院医療
- 4 医療提供体制(身体合併症)
- 5 入院外医療
- 6 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

これまでの主な御意見

- アウトリーチは、外出困難な場合の治療継続、未治療・治療中断・ひきこもり・依存症などの受診につながりにくいケース、自殺企図がある場合や症状の悪化で生活に大きな支障を来している場合などの早期介入などに求められるのではないかな。
- どこともつながれずに地域で孤立している当事者や家族の方がいるという現状から、医療も含めたアウトリーチ支援の体制の充実が重要ではないかな。
- 行政の専門職・医療機関の精神保健福祉士や看護師・精神科医の3人でチームを作り、医師の訪問は時々で実働はコメディカルが担うという方法は、実行可能性があるのではないかな。
- アウトリーチを医療機関だけで対応するのは困難であり、市町村が訪問による精神保健に係る相談をしつつ、医者・病院が支援する形が良いのではないかな。
- 医療機関、行政、精神科訪問看護の事業所等と連携しながら支援を行っている地域もあり、にも包括に必要な訪問看護の機能として多機関との連携機能は欠かせないのではないかな。
- 夜間・休日の緊急時に電話や緊急訪問で対応している事業所もある。一方で、24時間対応が可能な事業所が少ない地域や、予定している訪問日以外に緊急の訪問等の実施、身体疾患を合併している利用者への対応が難しい場合もある。
- 課題として、主治医への「報告、情報共有、相談」のタイミングが診察日とズレが生じる場合や、保健所に対して、訪問看護が中断されているにもかかわらず情報共有がされないことがある。
- 精神科の在宅医療は、外来・在宅、障害者福祉サービスや介護保険サービスとの連携を視野に入れながら議論していくことになるため、こういった患者がどういうサービスを受けながらどういう状況になっているのかというのは見える化して議論した方がよいのではないかな。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の活用状況 (6) 障害者等の地域生活支援に係る事業 イ アウトリーチ支援

- 精神科医療機関と十分に連携を図りながら、多職種による訪問支援（アウトリーチ支援）を行える体制を整備する。また、個別の支援を通じて、保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図る。



令和5年度実施自治体

令和5年度実施内容（一部抜粋）

【都道府県】

栃木県、埼玉県、神奈川県、新潟県、富山県、静岡県、京都府、和歌山県、高知県

【指定都市、保健所設置市、特別区】

仙台市、さいたま市、浜松市、名古屋市、岡山市、宇都宮市、川口市、八王子市、大津市、豊中市、明石市、西宮市、和歌山市、港区、新宿区、墨田区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、中野区、杉並区、豊島区、北区、練馬区、葛飾区、江戸川区

- 精神科医療機関に業務委託を行い、精神科医療の中断者、精神疾患が疑われる未受診者、長期入院後に退院した者、入退院を繰り返す者（病状が安定していない者）及び精神疾患が疑われるひきこもり状態の者等に対し、精神科医師、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師、作業療法士等が訪問、来所面接、電話等の支援を行う。
- 対象者の自宅等生活の場にて、精神科医師等及び保健所職員と対象者や家族が出席し訪問しケース会議を実施。ケース会議は、支援導入時と支援終了時または、6か月時経過時に行い評価する。
- 相談支援事業者、市町、保健所、精神科病院、訪問看護ステーション等を対象に、アウトリーチ支援の基本的理念と現在の取組状況、実践報告、グループワークを行った。

精神科訪問看護に対する施策上の求められる役割

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（令和3年3月18日）

- 精神科訪問看護は、精神障害を有する方等の「地域生活」を支える観点から、精神科医療機関において継続して治療を受けることへの支援や日常生活での困りごとの相談、身体合併症の早期発見・管理、精神科医療機関以外の関係機関からの相談に応じること・医療との連携を促進すること等の役割が期待され、実際にその役割を果たしている場合も多い。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重要な医療に係る資源の一つであるため、更なる役割の発揮が期待される。

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告書（令和4年6月9日）

- 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、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る患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
- 患者本人のニーズの実現に向けた「包括的支援マネジメント」の推進（訪問診療・訪問看護の充実、外来患者に対する相談体制の充実、医療・福祉等の地域の多職種・多機関連携の推進等）
- 昼夜を問わず、患者の緊急のニーズに対応できるよう、今後、地域の実情に応じた受診前相談の体制整備、時間外診療への対応や入院の要否に関する判断の診察、在宅での診療、訪問看護等の入院外医療の更なる充実について、診療報酬等の評価を含めて検討を進めるべきである。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

現状・課題

- 「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」では
 - ・ アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を行うことのできる体制を整備し、受療中断者や長期間入院した後に退院したが、病状が不安定である者等の地域生活に必要な医療へのアクセスの確保
 - ・ 通院が困難な精神障害者等に対する往診や訪問診療の充実の推進
 - ・ 精神科訪問看護による地域生活支援を強化するため、病院、診療所及び訪問看護ステーションにおいては、多職種連携を図るとともに、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを担う職種の者との連携を図ることが求められている。
- このアウトリーチについて、医療機関だけで対応するのは困難であり、行政が訪問を行い、精神保健に係る相談を受けながら、医療機関が支援する形が良いのではないかといった意見もある。
- また、精神科訪問看護では、「にも包括」に必要な訪問看護の機能として多機関との連携機能は欠かせないとの意見がある一方で、24時間対応や緊急対応等をしていない場合や身体合併症を有する利用者への対応が難しい事業所があるとの指摘もある。

論点

- 地域で暮らす精神障害者等へのアウトリーチ機能を確保していく観点から、医療機関、行政、精神科訪問看護の事業所等が連携する取り組みとして、どのような方策が考えられるか。
- 「にも包括」を構築していく上で必要となる精神科訪問看護の役割を念頭に、この精神科訪問看護を提供する訪問看護事業所に求められる機能や体制について、どのように考えるか。