

医療と福祉の連携と「にも包括」

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

地域精神保健・法制度研究部

藤井 千代

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

改正精神保健福祉法第46条

(精神障害者等に対する包括的支援の確保)

精神障害者
＋
日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱える者
(厚生労働省令で定める)

保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として、相談・援助を行う

令和6年版厚生労働白書(概要版)より

—こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に—

- こころの健康と向き合う視点が、ライフステージの全般を通じて重要であることを確認。
- 各ステージにおけるこころの不調を抱える人に関する取組みに共通する理念として「**当事者の意思の尊重と参加**」を提示。
- 地域や職場におけるこころの健康づくり、社会の意識変容、こころの健康と向き合う一人ひとりの取組みについて方向性を示し、最後に「**隣人のこころの健康にも留意する**」「**自己決定の幅を広げる**」ことの必要性に言及。

こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会への方向性

<当事者の意思の尊重と参加>

- ・ こころの不調を抱える当事者を含め、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、相互に助け合う一員として地域に参加することの実現を目指す。
- ・ 当事者の参加が、ピアサポートや地域の理解促進、スティグマ（差別や偏見）の解消に向けた取組み等において重要な役割を果たす可能性。

・ 地域や職場におけるこころの健康づくり

- | | |
|---------------------------|---|
| ➢ 市町村等の精神保健支援体制の整備 | 改正精神保健福祉法の施行による多様なニーズへの支援体制の整備、対象拡大 |
| ➢ 精神医療提供体制の整備 | 外来機能の強化、オンライン精神療法の適正かつ幅広い活用、長期入院者の地域移行等 |
| ➢ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 | 計画的な地域の基盤整備、協議の場を通じた関係機関・関係者との重層的な連携 |
| ➢ 孤独・孤立対策の推進 | 官民連携プラットフォームの設置の推進による対象者の早期把握と参加アプローチ |
| ➢ 職場のメンタルヘルス対策と両立支援 | 「健康経営」など経営戦略への浸透、中小事業場への支援 等 |

・ 社会の意識変容

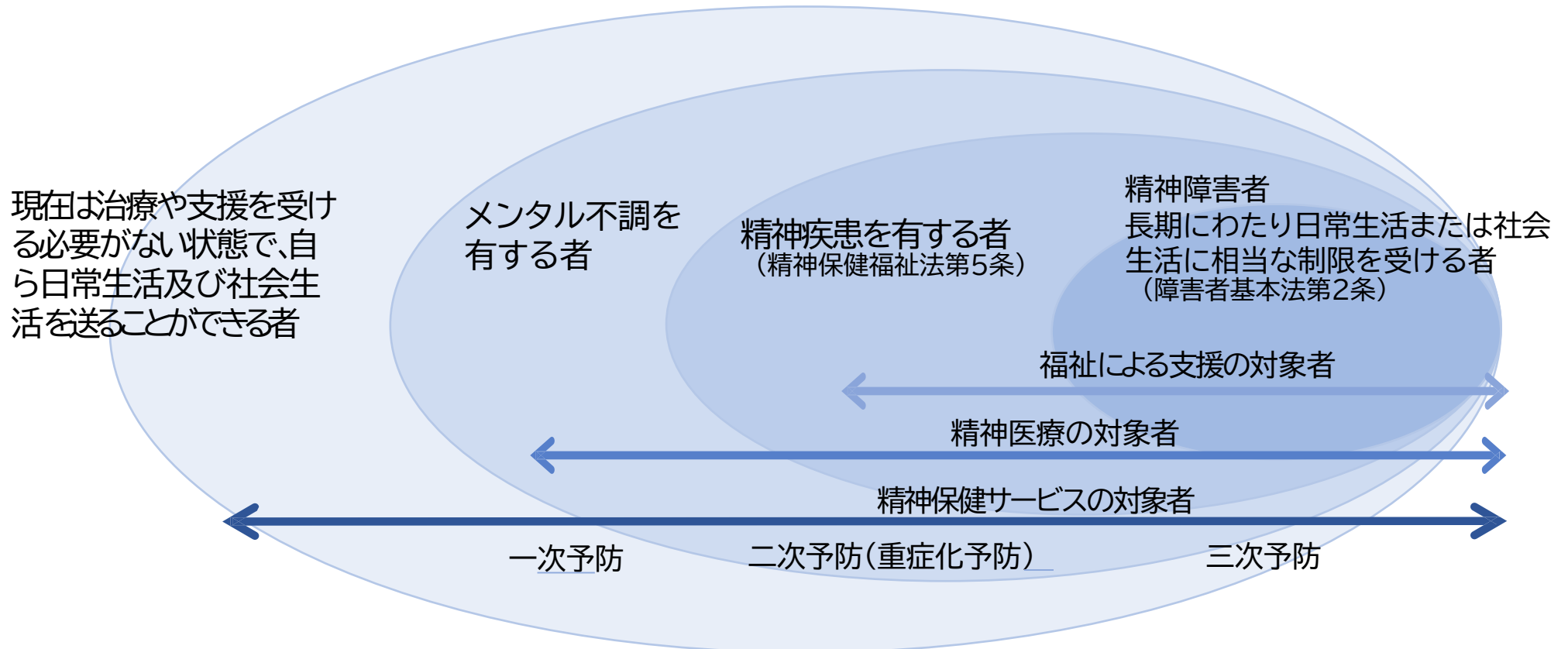
- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| ➢ 心のサポーター養成 | 令和6年度からの10年間で100万人のサポーター養成 |
| ➢ 若い世代の新たな人生観の実現 | 家事や育児の協働意識が根づきつつある若い世代の人生観を実現できる社会へ |

・ こころの健康と向き合う一人ひとりの取組み

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| ➢ 「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」 | 睡眠ガイド2023の活用による睡眠の質の向上支援 |
| ➢ 認知行動療法 | 認知行動療法の手法による日常的なストレス対処、セルフケアのすすめ |
| ➢ 身近な相談窓口の利用 | 若者向けサイト「こころもメンテしよう」や地域の身近な相談窓口の把握と利用 |

支援の対象

精神科医療と福祉・行政との連携ニーズ ↑

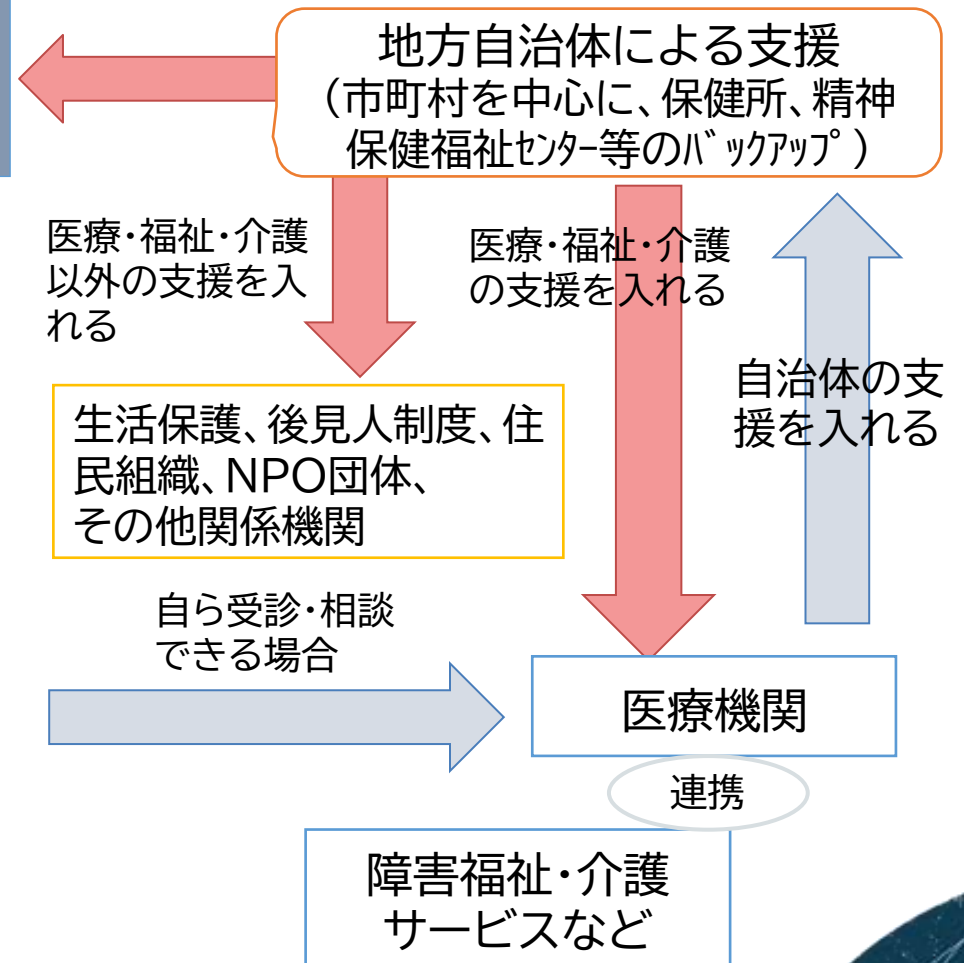


出典:埼玉県立精神保健福祉センター(地域支援担当)提供資料 一部改変

地域におけるさまざまな課題・支援ニーズへの対応

支援が必要だがニーズが不明確な人
複雑・多重な問題を抱えた人
治療導入が困難な人

自殺未遂者、自死遺族
虐待・DV被害者、加害者
生活困窮者
長期入院者
様々な依存・行動嗜癖
不登校・ひきこもり
8050問題
ごみ屋敷問題
近隣苦情
老老介護、ヤングケアラー
未治療・治療中断者
医療観察法処遇経験者、矯正施設退所者
長期入院者
措置入院者



自治体において特に対応が困難な個別相談(複数回答)

	1	2	3	4	5	中核
医療機関受診を拒否している事例 (未治療、治療中断など)	227	404	149	111	50	42
ひきこもりの事例	212	368	132	89	30	26
虐待問題	135	286	104	86	27	23
大声や威嚇行為など近隣での迷惑行為 や 他害行為を伴う事例	107	234	98	87	47	41
アルコール・薬物関連等の事例	129	198	65	44	11	12
発達障害の事例	78	168	64	55	28	26
自傷行為・自殺未遂の事例	75	151	57	54	25	22
家庭内暴力がある事例	52	131	58	41	20	16
認知症などの老年期精神障害関連問題 の事例	112	118	25	14	5	4
知的障害の事例	52	92	40	40	11	13
児童・思春期の事例	68	79	30	23	7	10
高次脳機能障害の事例	35	51	20	19	5	5
ギャンブル等依存症の事例	28	31	12	12	1	2
ゲーム依存症の事例	23	18	4	7	2	4
その他	17	25	13	12	5	5

1:人口1万人未満 N=363

2:人口1-5万人 N=530

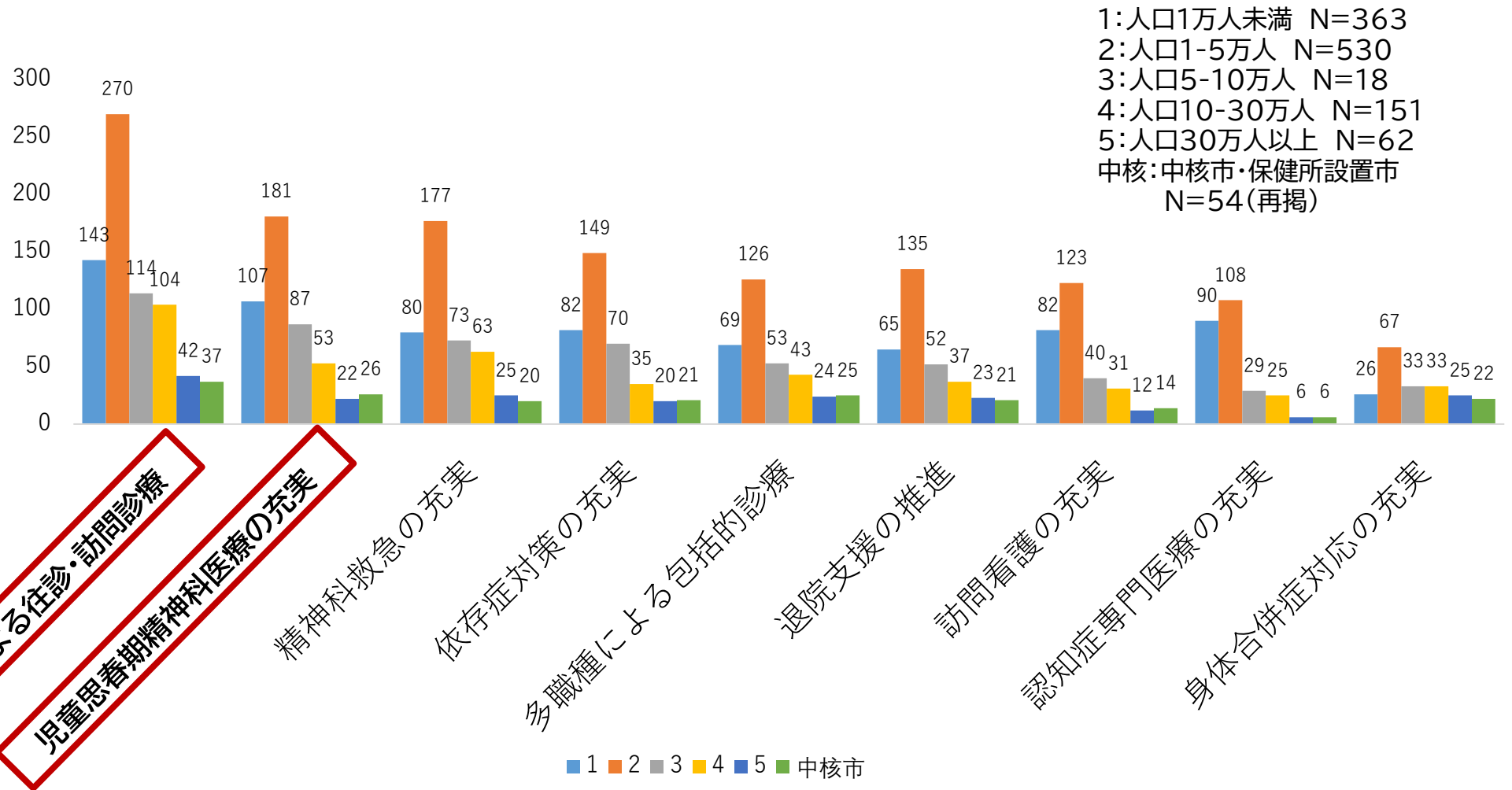
3:人口5-10万人 N=188

4:人口10-30万人 N=151

5:人口30万人以上 N=62

中核:中核市・保健所設置市 N=54(再掲)

自治体が精神保健相談業務を実施するにあたり 精神科医療の充実が望まれる事項(複数回答可)



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

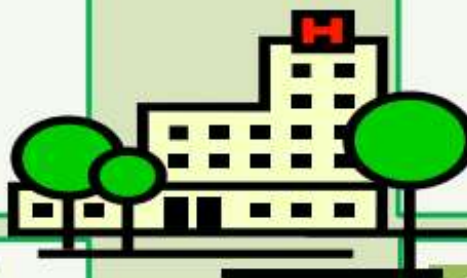
- 地域における連携拠点機能
- 政策医療への関与
災害対応
医療観察法医療の提供
自殺対策 等

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



精神科在宅患者支援管理料の見直し

➤ 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直し、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を算定患者に追加する。

現行

- 【「1」「2」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等
- 以下のア及びイに該当する患者
 - ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者
 - イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時のG A F尺度が40以下の者
- 【「1」「2」のロ】重症患者等
- 上記のア又はイに該当する患者
 - 以下のアからウまでの全てに該当する患者
 - ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
 - イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者
 - ウ 当該管理料を算定する日においてG A F尺度が40以下の者

改定後

- ア及びイ **又はウ**に該当する患者
ア、イ （略）
- ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者**
- （略）
 - 以下のアからウまでの全て **又はエ**に該当する患者
ア～ウ （略）
- エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者**

（参考）精神科在宅患者支援管理料

管理料1（当該保険医療機関が訪問看護を提供）※6月を限度	
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等
ロ	重症患者等

管理料2（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）※6月を限度	
イ	集中的な支援を必要とする重症患者等
ロ	重症患者等

管理料3 ※「1」又は「2」の開始日から2年を限度	
管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合	

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**の算定患者数は**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

心理支援加算の新設

➤ 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 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、心理学に関する専門的知識及び技術等を用いて、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	心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害(基準B、C、DおよびE)の持続が1ヵ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質(例：医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者

A 外傷体験

+

BからEまでのいずれか
又は解離症状

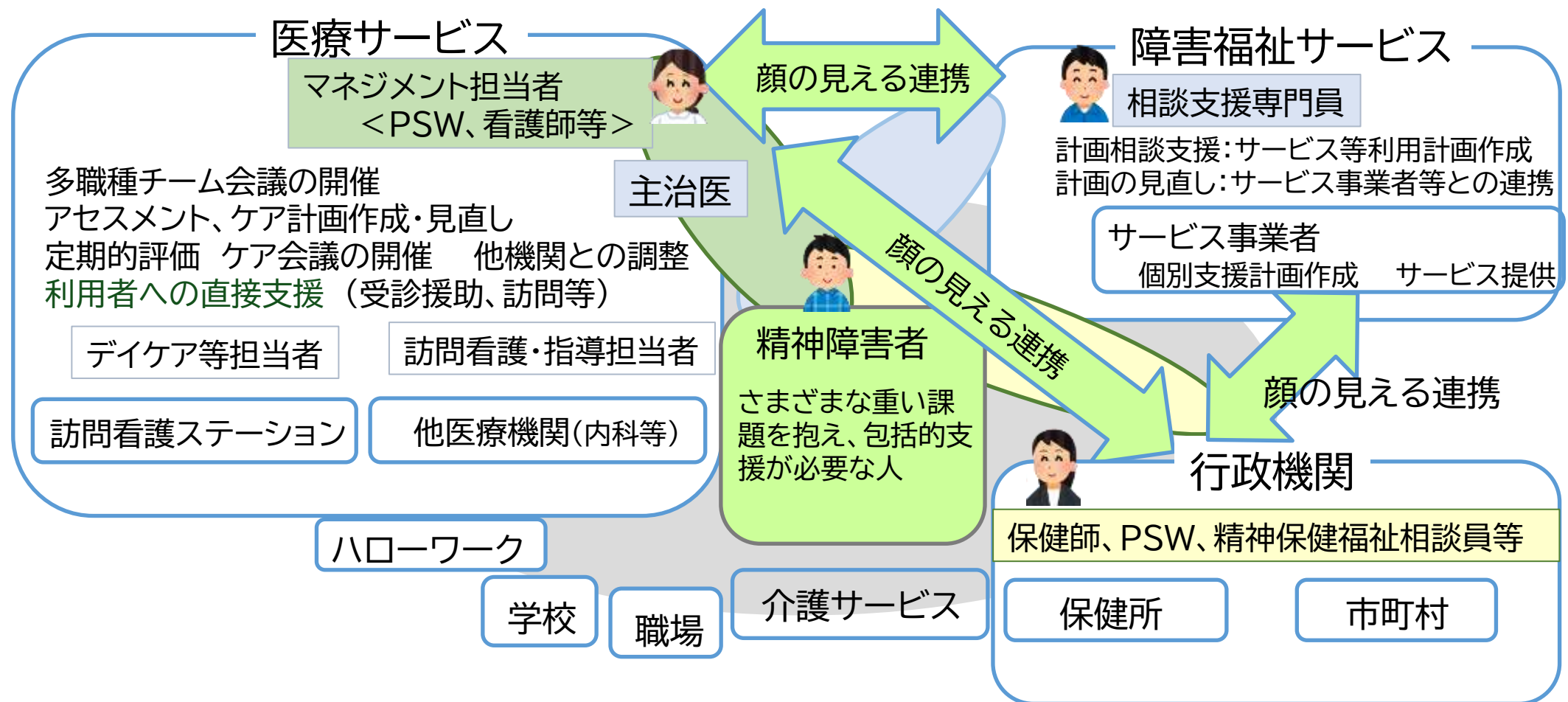
を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの



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

精神障害者に対する包括的支援マネジメントのイメージ

多職種チームによるアセスメントと支援計画に基づく必要なサービスの提供、支援機関間の調整を行い、個人のニーズに合った包括的ケアを提供する



療養生活継続支援加算 350点(月1回)

重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合について評価する。

■主な内容:

- 精神保健福祉士、看護師、保健師が、
 - ・患者・家族等に対し、対面による20分以上の面接を含む支援
 - ・保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者等の関係機関と連絡調整
- 初回の支援から2週間以内に、「療養生活環境の整備に関する支援計画書」(支援計画書)を作成し、療養生活継続のための支援を行う
- 3ヶ月に1回の多職種カンファレンス

■対象者:通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する者

■実施できる医療機関: 専任の精神保健福祉士が1名以上勤務

■その他:同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき30人以下

面接は医療機関外でもOK
「関係機関」には、学校や職場等も含まれる

療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

➤ 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

現行

【通院・在宅精神療法】

〔算定要件〕（概要）

注 8 （療養生活環境整備指導加算）

注 9 （療養生活継続支援加算）

通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、1 年を限度として、月 1 回に限り 350 点を所定点数に加算する。ただし、注 8 に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

〔施設基準〕（概要）

- （1）当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が 1 名以上勤務していること。
- （2）当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は 1 人につき 80 人以下であること。
- （3）当該看護師については、精神科等の経験を 3 年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。

改定後

【通院・在宅精神療法】

〔算定要件〕（概要）

旧注 8 （削除）

注 8 （療養生活継続支援加算）

通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な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の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として、月 1 回に限り、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 直近の入院において精神科退院時共同指導料 1 を算定した患者の場合 **500 点**
- ロ イ以外の患者の場合 **350 点**

〔施設基準〕（概要）

- （1）当該支援に専任の精神保健福祉士が 1 名以上勤務していること。
- （2）当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は 1 人につき **30 人**以下であること。

（削除）

- 旧注 8（療養生活環境整備指導加算）について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。
- 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。



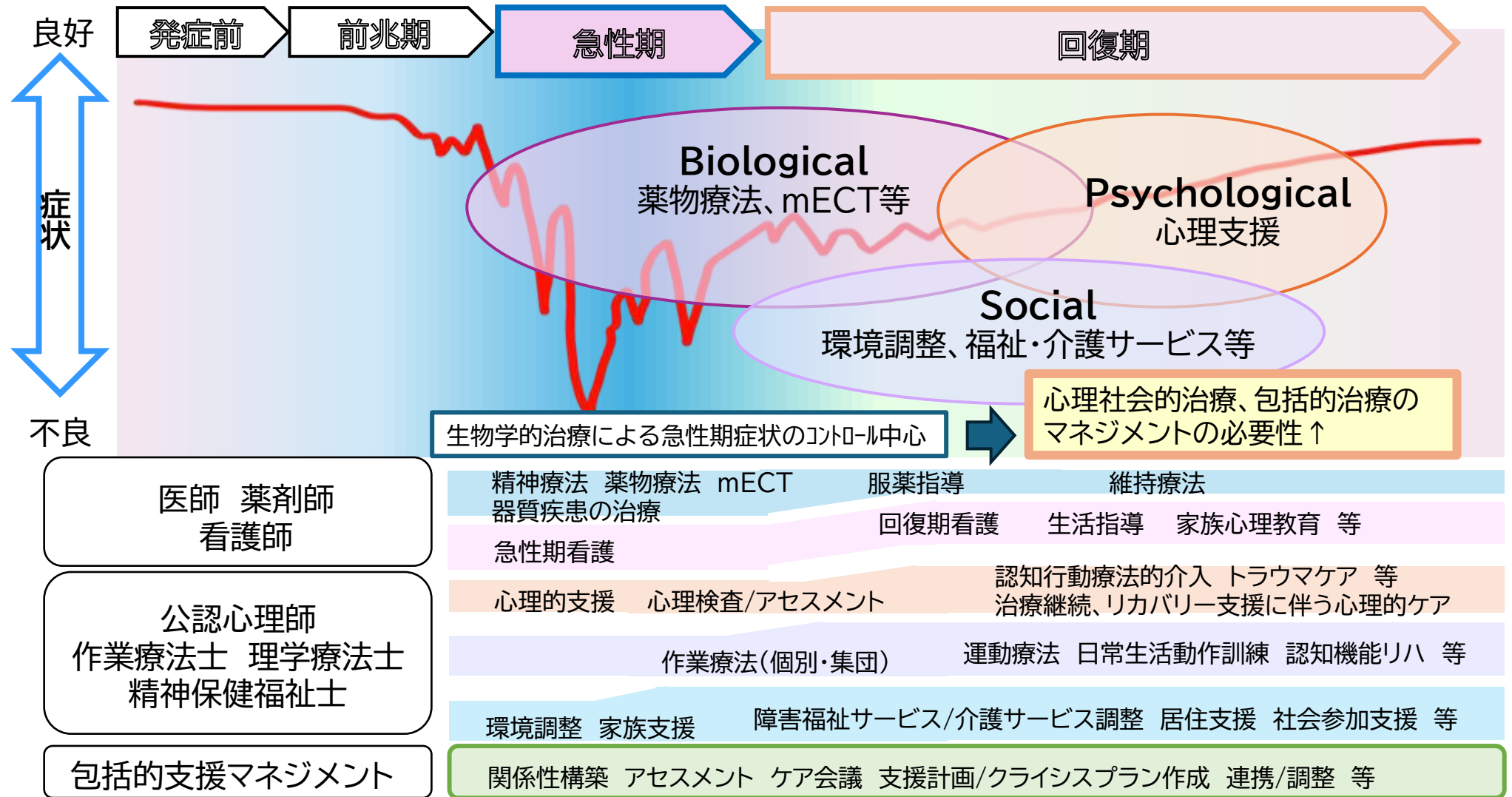
改正精神保健福祉法

非自発的入院者の退院に向けた支援の充実

- 退院後生活環境相談員を選任(医療保護入院に加えて措置入院も)
- 本人や家族等から求めがあった場合、退院促進のため必要な場合は、退院促進のための地域援助事業者(地域の福祉・介護等の関係機関)を紹介しなければならぬ

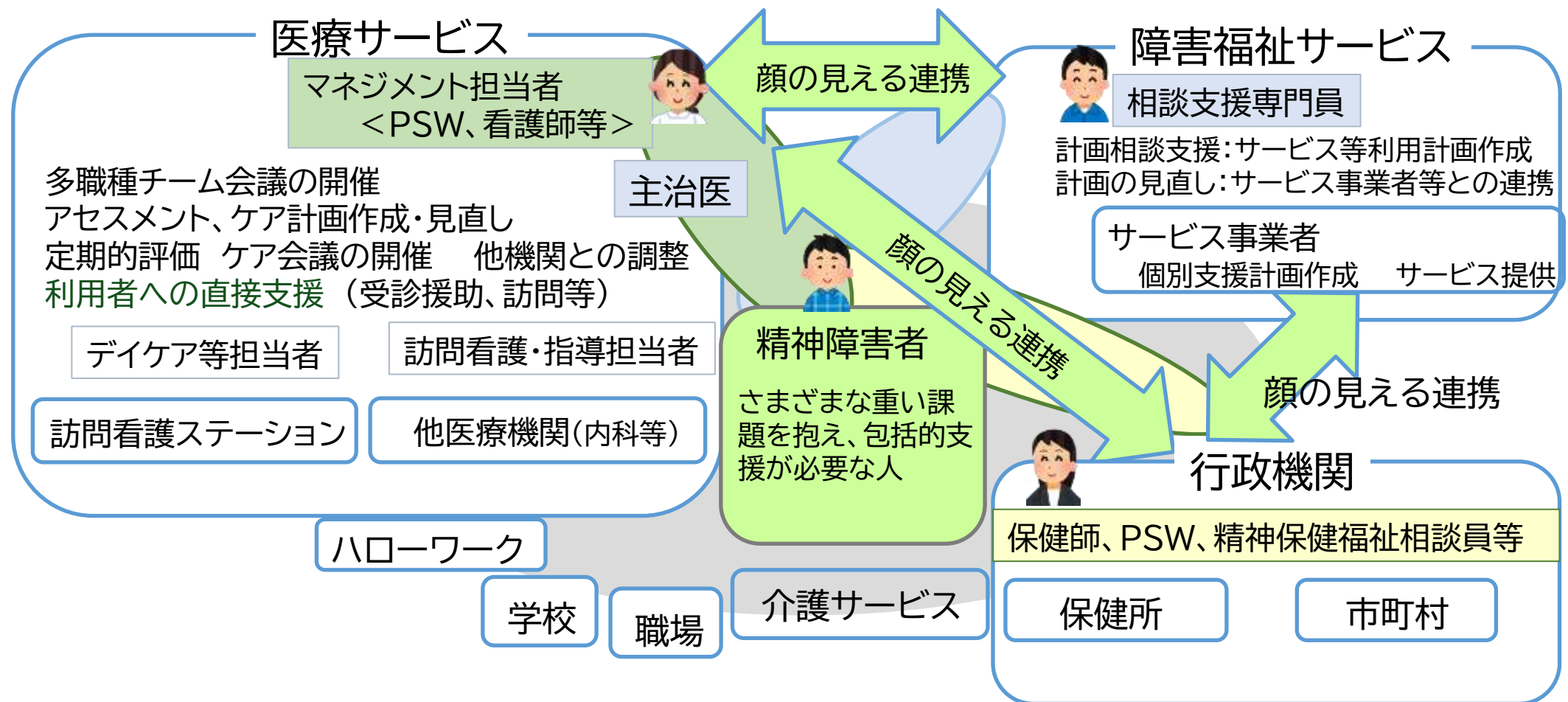
退院に向けた取組みの充実
医療-福祉(介護)連携の促進

精神疾患の経過と入院による治療内容(イメージ)



精神障害者に対する包括的支援マネジメントのイメージ

多職種チームによるアセスメントと支援計画に基づく必要なサービスの提供、支援機関間の調整を行い、個人のニーズに合った包括的ケアを提供する



入院医療に関する課題

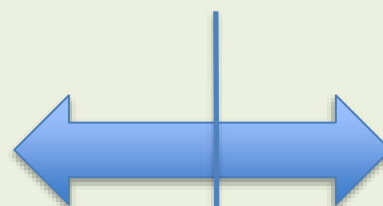
救急・急性期

精神科救急急性期医療入院料
精神科急性期治療病棟入院料
精神科救急・合併症入院料

【課題】

3ヶ月を過ぎた後は人員配置の低い病棟に転棟するか、十分に回復していない/退院後の支援体制が整っていない状況で退院となる

回復期(?)に
対応する病棟なし



(現状)
ギャップが大きい

対象患者のイメージ

- ・ 3か月では退院困難であった患者
- ・ 入院による包括ケアは必要だが、救急急性期病棟の適応ではない者
- ・ 短期間で入退院を繰り返す患者

など

慢性期

精神療養病棟入院料
地域移行機能強化病棟入院料

【課題】

人員配置が低いため、退院に向けた手厚い取り組みが困難
地域移行機能強化病棟は期間が限定されている

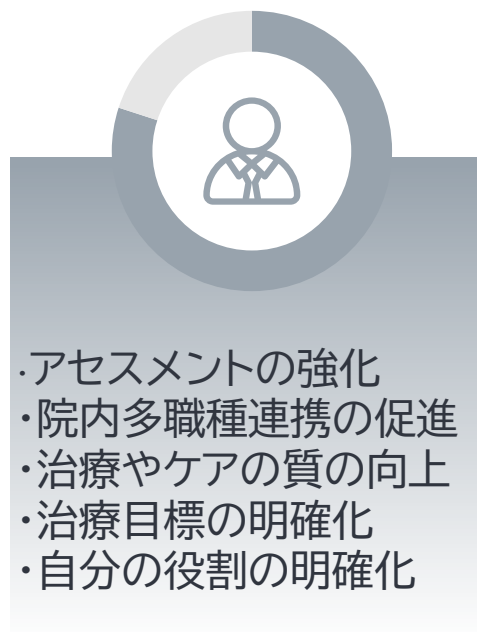
包括的支援マネジメントの効果

(石川県立こころの病院における実践から)

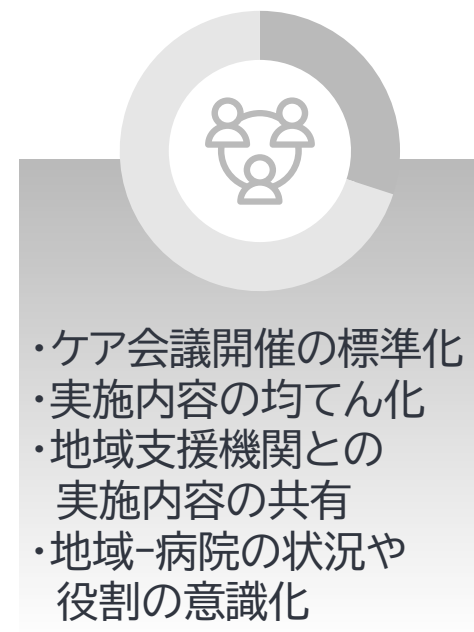
臨床指標の変化



専門職への貢献



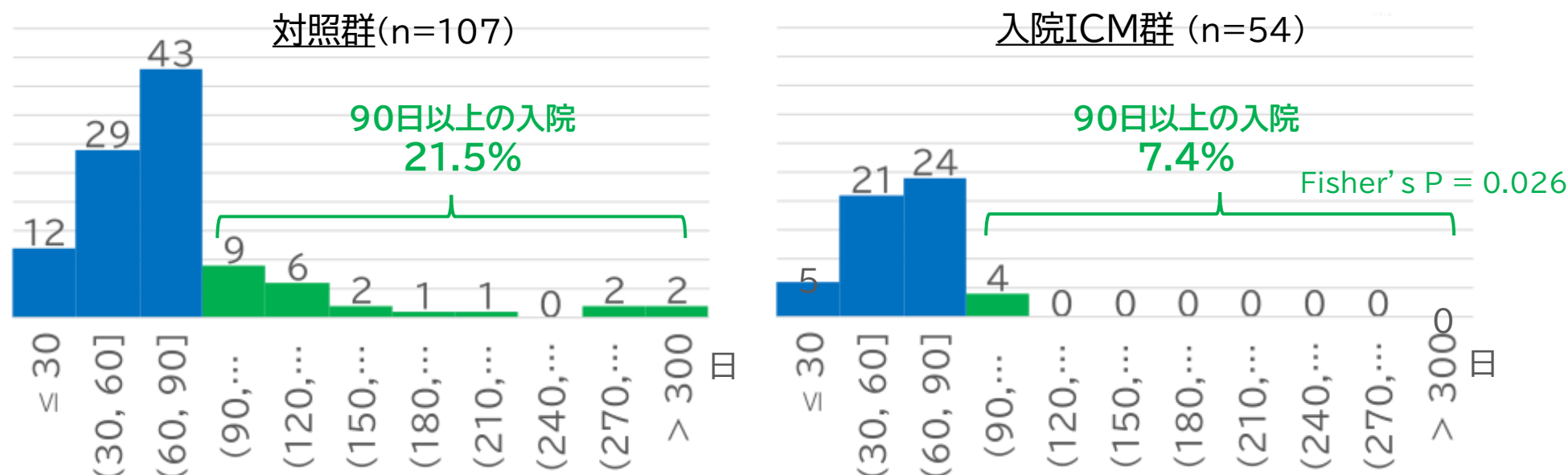
連携への貢献



多職種連携を促進し、効果的かつ戦略的な患者支援につながるもの

出典: 令和3年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」
分担研究(研究分担者: 川副泰成)報告書

入院早期からの包括的支援マネジメントの効果 (石川県立こころの病院)



入院日数の群間比較(全ケース・状態別)

	対照群			入院ICM群			t	p
	n	Mean	sd	n	Mean	sd		
全ケース	107	79.7	58.6	54	63.1	23.7	1.994	0.048
統合失調症圏	41	93.4	71.6	23	72.0	24.4	1.386	0.171
PSP ≤ 50	64	77.8	49.3	24	63.2	23.0	1.396	0.166
PSP ≤ 40	67	74.9	50.1	24	63.2	23.0	1.103	0.273
PSP ≤ 30	46	79.5	54.4	16	62.3	23.4	1.224	0.226
BPRS ≥ 45	33	88.3	67.3	20	66.6	25.0	1.385	0.172
BPRS ≥ 45+6点有	50	80.2	57.4	27	65.4	24.6	1.268	0.209
ICMSS調整 ≥ 4	102	80.4	59.5	50	65.7	22.5	1.687	0.094

診断や機能・症状・生活障害の尺度得点を調整した解析でも同様の結果
B = -17.990, p = 0.032

生活障害の重い患者におけるICMと短い入院日数との関連する傾向

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

(新)

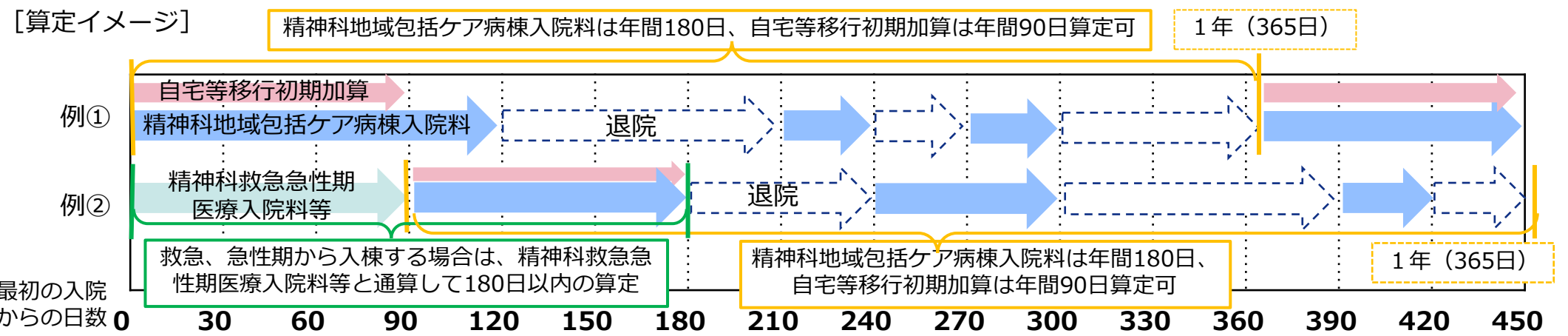
精神科地域包括ケア病棟入院料

1,535点（1日につき）

自宅等移行初期加算

100点（1日につき）

- [算定要件]（概要）
- (1) **精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料**及び**精神科救急・合併症入院料**を算定した期間と通算して**180日**を限度として、所定点数を算定する。
 - (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して**90日間**に限り、**自宅等移行初期加算**として、100点を加算する。
 - (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、**直近1年間の算定期間（算定した日数）を180日又は90日に通算**する。
 - (4) 精神病棟入院基本料（15対1、18対1、20対1）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、**患者1人につき1回**に限る。
 - (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、**医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同**して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
 - (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、**療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上**提供していることが望ましい。
 - (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあっては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。



精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

[施設基準] (概要)

自宅等への移行実績	● 当該病棟の入院患者のうち7割以上が入院日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。(②) ただし、(★)を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。
-----------	---

かかりつけ精神科医機能

【精神科回復期医療の提供】

多職種の重点的な配置	地域定着も含めた退院支援
● 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1 (日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上) ● 看員職員で15:1以上(必要最小数の4割以上が看護師) ● 夜勤の看護職員数2以上	● 精神科入退院支援加算の届出(①) ● 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等(※2)との連携 (※2) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関 (都道府県、保健所、市町村)等

【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績

● ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ア 精神科訪問看護・指導料(I)及び(Ⅲ)60回以上 イ 精神科退院時共同指導料3回以上 ウ 在宅精神療法20回以上 エ 精神科在宅患者支援管理料10回以上(★)	※いずれも直近3か月間の算定回数 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費300回以上
---	--

地域の精神科医療提供体制への貢献

● 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務(※)等を年1回以上行っていること。(①) (※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等
--

精神科救急医療、時間外診療の提供

● ア又はイを満たしていること(①) ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 イ 病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上

その他

● データ提出加算に係る届出(②)	● クロザピンを処方する体制
● 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下 ● 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下	

[経過措置] (①) 令和7年5月31日まで (②) 令和7年9月30日まで

精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新) 精神科入退院支援加算

1,000点（退院時1回）

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算

300点（退院時1回）



〔算定要件〕（概要）

- (1) 原則として**入院後7日以内**に患者の状況を把握するとともに**退院困難な要因を有している患者を抽出**する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として**7日以内**に**患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合い**を行うとともに、関係職種と連携し、**入院後7日以内**に**退院支援計画の作成に着手**する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、**入院後7日以内**に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同して**カンファレンスを実施**する。
- (4) 当該患者について、**概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施**し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

〔施設基準〕（概要）

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に**専従の看護師及び専任の精神保健福祉士**又は**専従の精神保健福祉士及び専任の看護師**が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い**連携する機関の数の合計が10以上**であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち**少なくとも3つ以上との連携**を有していること。
 - (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ **直近1年間に、地域移行支援**を利用し退院した患者又は**自立生活援助**若しくは**地域定着支援**の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が**5人以上**であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

障害者権利条約第19条

〈自立した生活及び地域社会への包容〉

地域社会で生活することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。

- 障害者が、居住地を選択し、どこで誰と生活するかを選択できるような支援
- 地域社会における生活及び地域社会への包容への支援
- 地域社会からの孤立や隔離を防止するための支援
- 一般住民向けのサービスや施設が、障害者に利用可能であり、障害者のニーズに対応していること

まとめ

- 「にも包括」においては地域の支援ニーズへの対応が期待されており、精神科医療機関の協力が不可欠
- 地域生活を重視した医療・ケアを提供するうえでは、医療と保健・福祉・介護等の連携が求められており、診療報酬上の評価もされつつある
- 連携できていないこと、連携してもできないことは「地域課題」として対応策を一緒に考える