

精神保健医療福祉の改革ビジョン 進捗状況

報告書概要

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中間点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

地域生活支援体制の強化

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

普及啓発の重点的実施

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

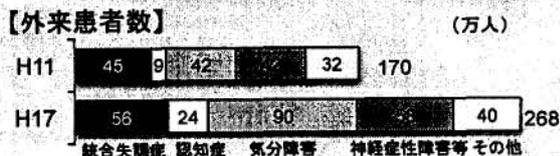
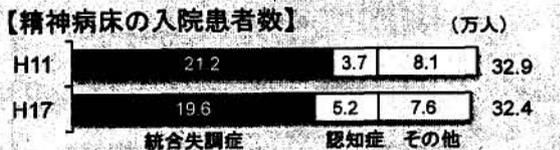
- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

現状

精神疾患患者の概況

- 精神疾患患者数 303万人 (H17)



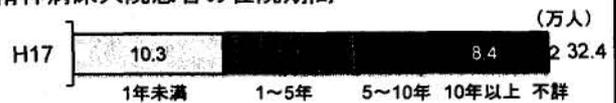
近年の主な課題

- 統合失調症
 - 歴史的な長期入院患者が存在
 - 地域移行と地域生活の支援が課題
- 認知症
 - 高齢化に伴い急速に増加
 - 精神科病院への入院が長期化する傾向
- 気分障害(うつ病等)
 - 患者数が大きく増加 自殺対策とも関連
- 精神・身体合併症
 - 精神疾患患者の高齢化に伴って増加

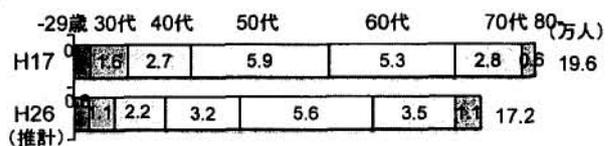
等

精神病床への長期入院の現状

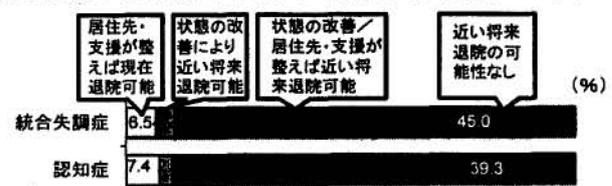
- 精神病床入院患者の在院期間



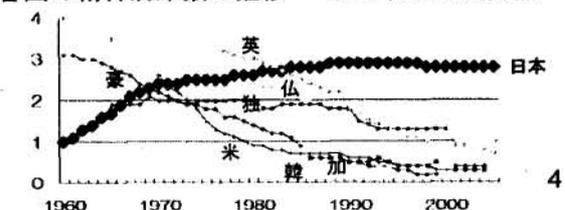
- 統合失調症による年齢別入院患者数 (現状と将来推計)



- 精神病床入院患者の退院の可能性 (医療機関による評価)



- 各国の精神病床数の推移 (人口千人あたり病床数)



1 精神保健医療体系の再構築

基本的考え方

- ◆精神保健医療の水準の向上
- ◆医療機関の地域医療の機能充実を促進
- ◆ニーズの高まっている領域への重点化

外来・
在宅医療

- ◆地域生活を支える医療の充実

- ◆医療機関の機能の改革の円滑化

急性期
入院医療
長期の療養

- ◆入院医療の再編・重点化
- ◆医療機能の充実と適切な評価

生活支援体制の整備
移行の促進
医療の適正化

改革の具体像

- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
- 精神科デイ・ケアの重点化
- ケアマネジメント機能の充実
- 未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化（危機介入）
- 重症者の在宅での包括的支援の確保
- 疾患等に応じた医療の充実
 - ・気分障害
 - ・依存症
 - ・児童思春期
- 早期支援体制の充実

- 地域医療体制・高次の医療体制の確保
- 「4疾病5事業」への位置づけの検討
- 医療従事者の確保
- 保健所・精神保健福祉センターの機能強化

- 人員基準の充実
- 救急・急性期医療の確保
- 重症度に応じた評価体系
- 認知症への専門医療の確保
- 身体合併症への対応の強化、「総合病院精神科」の機能強化

- 統合失調症入院患者数の目標値 ●平均残存率・退院率
19.6万人<H17>→15万人<H26>の目標により精神病床（認知症はH23年度までに設定）約7万床の減少を促進

- 障害福祉サービス・介護保険サービスの充実
- 高齢精神障害者の生活の場の確保

5

2 精神医療の質の向上

基本的考え方

- ◆薬物療法等について、標準的な治療を促進
- ◆医療従事者の資質向上
- ◆実態解明、治療法開発等の研究の推進

改革の具体像

1 精神保健医療体系の再構築に 掲げた取り組み

- 入院医療における人員基準の充実、急性期医療への重点化
- 精神科救急医療の確保・質の向上
- 在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及
- 疾患・病状に応じた専門医療の確保（認知症、身体合併症、気分障害等）

等

精神科における診療の質の向上

- 診療ガイドラインの作成・普及
- 患者等への分かりやすい情報提供
- 抗精神病薬の多剤・大量投与の改善
- 精神医療に関する臨床指標の開発・情報公開

医療従事者の資質向上

- 精神科医の専門医制度の定着
- 精神療法・児童思春期精神医療を含めた医師の研修体制の確保
- 医師以外の医療従事者の生涯教育・研修の推進
- 心理職の一層の活用の検討

研究開発の推進

- 研究費の確保
- 病態解明、診断・治療法に関する研究の推進
- 臨床研究の積極的推進
- 施策の企画立案・検証等に関する研究の実施

6

3 地域生活支援体制の強化

基本的考え方

- ◆相談支援・ケアマネジメントの充実強化
- ◆地域における支援体制づくり
- ◆居住系の福祉サービスの確保
- ◆精神障害者の地域生活を支える医療体制の充実

改革の具体像

障害福祉サービス等

相談支援・ケアマネジメントの充実

- 相談支援の充実
 - ー退院時の支援、24時間の支援
- 自立支援協議会の活性化
- ケアマネジメント機能の充実
 - ー対象者の拡大、支給決定前の計画作成、モニタリングの充実
- ケアマネジメントにおける医療・福祉の連携強化
- 重症者への重点的・包括的支援の実施
- 相談支援の質の向上
- 精神保健福祉士の資質向上

サービス等の充実

- 訪問による生活支援の充実
- ショートステイの充実
- 就労支援の強化
- 家族に対する支援の推進

住まいの場の確保

- グループホーム・ケアホームの整備促進、サービスの質の向上
- 公営住宅への入居促進
- 公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進
- 民間賃貸住宅への入居促進

地域生活移行の支援

- 地域生活移行の個別支援
- 福祉サービスの入院中からの体験利用

本人・家族の視点に立った支援の充実

- 政策検討への精神障害者の参画
- ピアサポートの推進
- 家族支援の推進

医療サービス

- 精神科救急医療体制の確保
 - ー精神科救急医療システムの機能強化
 - ー精神・身体合併症を有する救急搬送患者の受け入れ体制の確保
 - ー精神科救急医療を担う医療機関の機能の向上
- 精神保健指定医の確保
- 未治療者・治療中断者等に対する支援体制の強化
 - ー訪問による多職種チームでの支援体制の構築
- 精神科訪問看護・訪問診療の充実
 - ー訪問看護の普及促進
 - ー重症者・多様なニーズへの訪問看護等による対応の強化
- 精神科デイ・ケア等の重点化

7

4 普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施

これまでの取り組みと成果

- 精神保健医療福祉の改革ビジョンの目標（誰もがかけがえのないことへの理解）には一定の進捗がみられる
- 一方、統合失調症に対する理解が大きく遅れている

基本的考え方

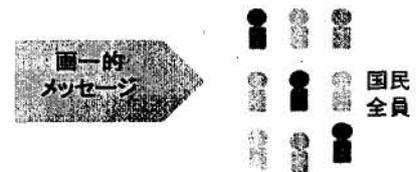
- ◆ 国民一般への啓発から、ターゲットを明確化した普及啓発へ
- ◆ 「だれに」「何を」「どのように」伝えるかを明確に

改革の具体像

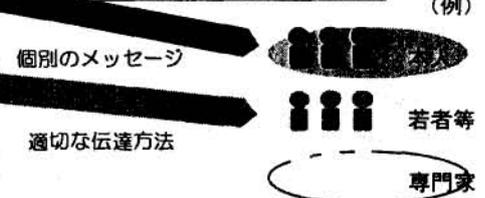
- ピアサポートの推進等による精神障害者自身への啓発を推進
- 地域移行を着実に進めること等により、地域住民に対して精神障害者と触れ合う機会や精神障害者から学ぶ機会を充実
- 学齢期等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、早期発見・早期対応による重症化防止を図るために、適切なメッセージと媒体による普及啓発を実施
- 医療関係者、報道関係者など対象に応じた普及啓発の基礎資料として、統合失調症をはじめとする精神疾患の正しい理解を促すためにインターネット等の情報源を整備し、治療法・支援策、研究成果等の情報発信を充実

- ◆ ターゲット毎に適切なメッセージ・方法で普及啓発を実施し効果を検証
- ※目標値については別途設定

国民一般を対象とした啓発



ターゲットを明確化した啓発 (例)

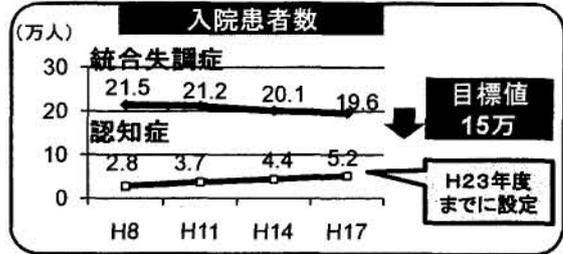


8

5 目標値の設定

I 新たな目標値

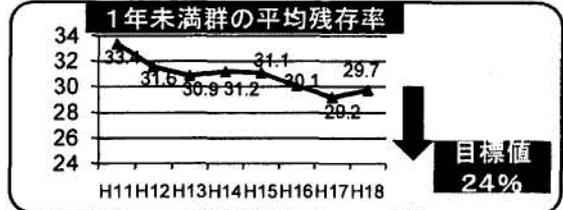
- 統合失調症による入院患者数：約15万人
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

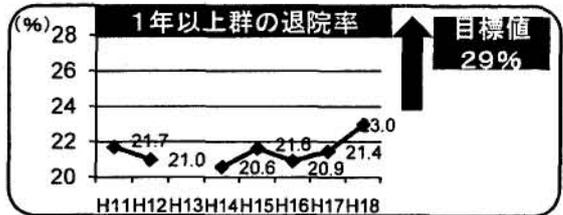
精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群)
24%以下
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群)
29%以上



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床



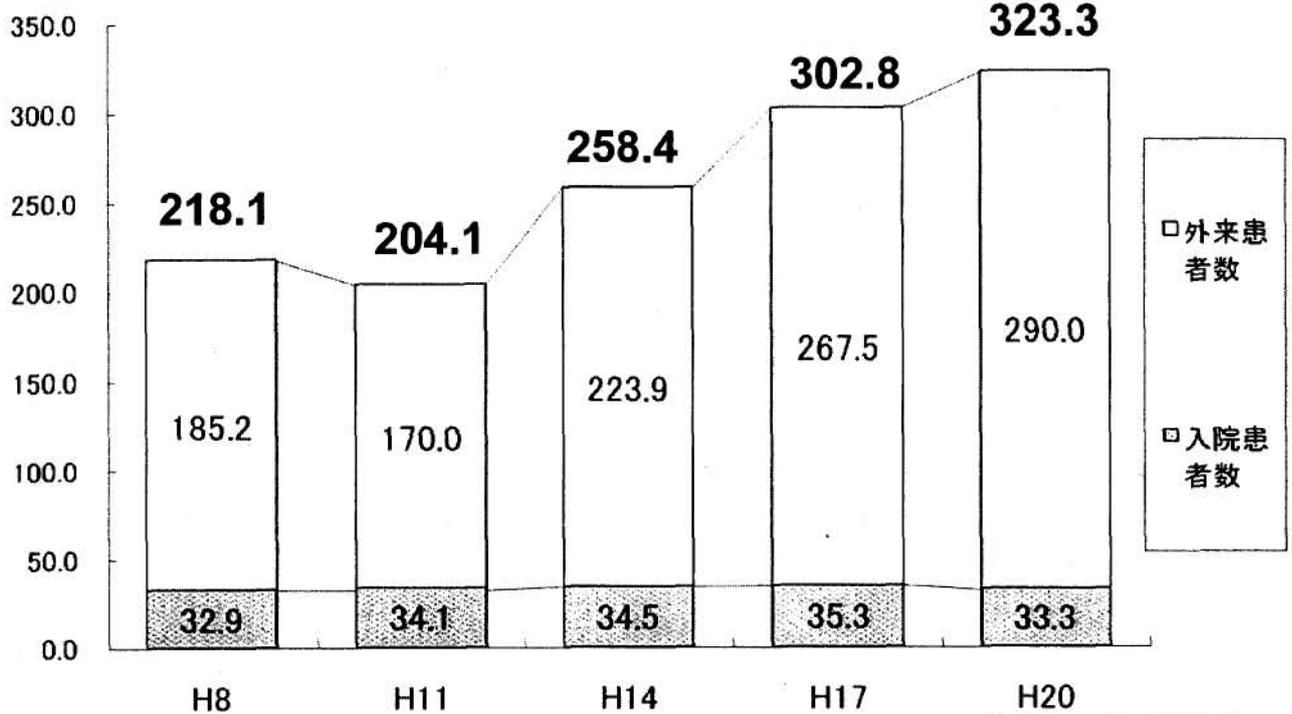
※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例：認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

基本データ

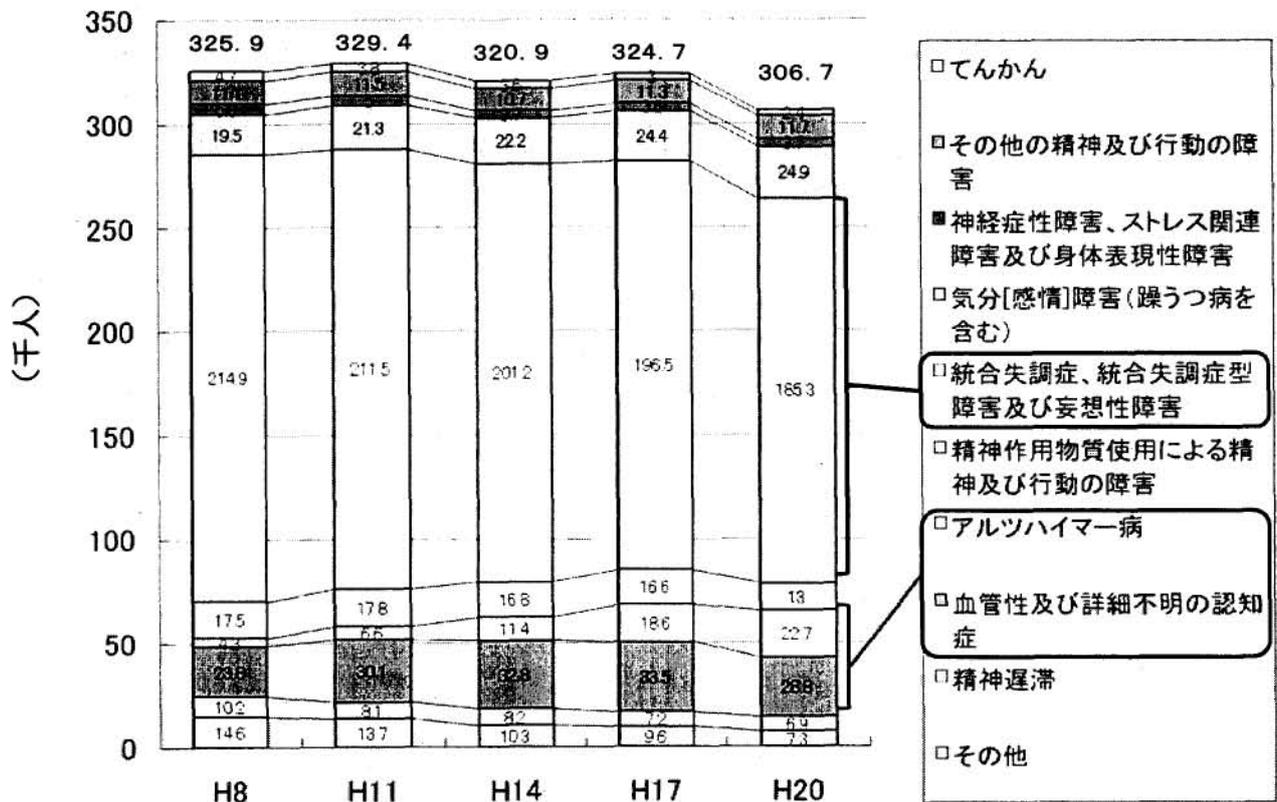
精神疾患の患者数 (医療機関にかかっている患者)

(万人)



資料：患者調査

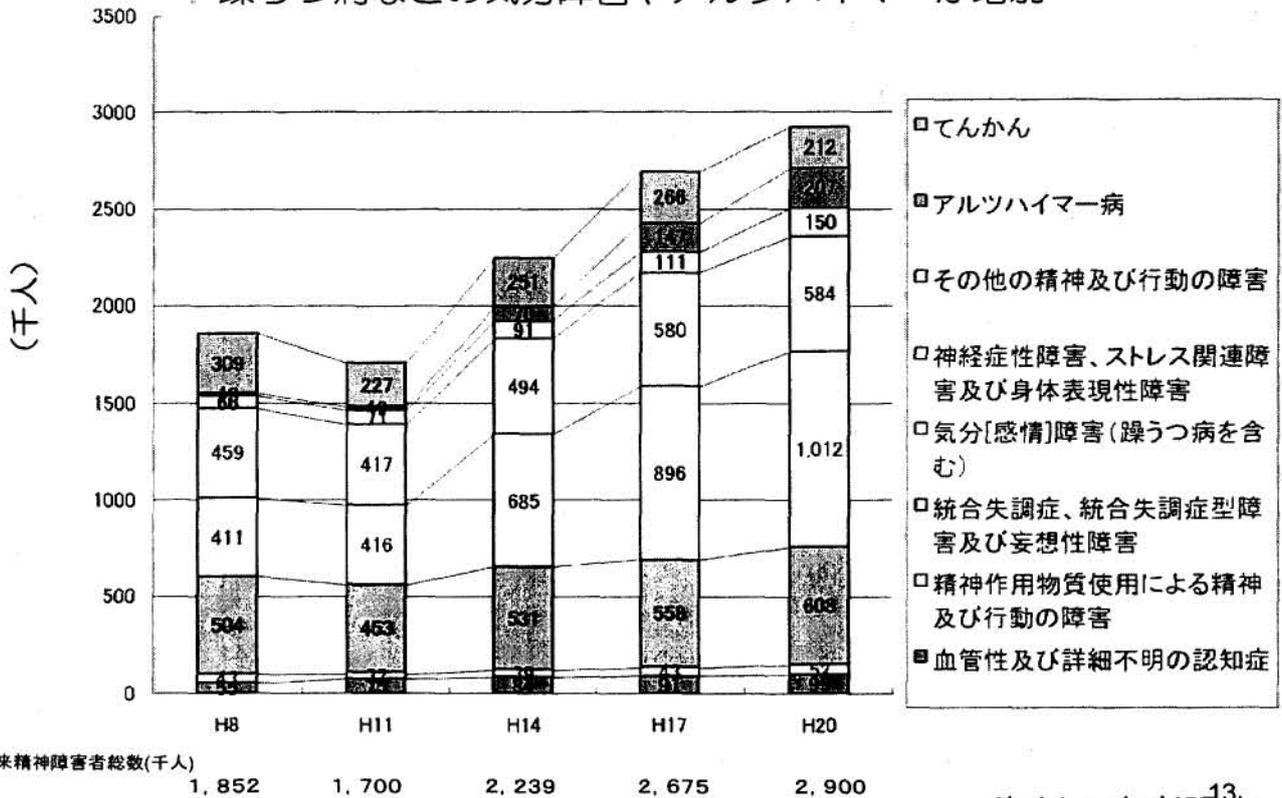
精神病床入院患者の疾病別内訳



資料：患者調査

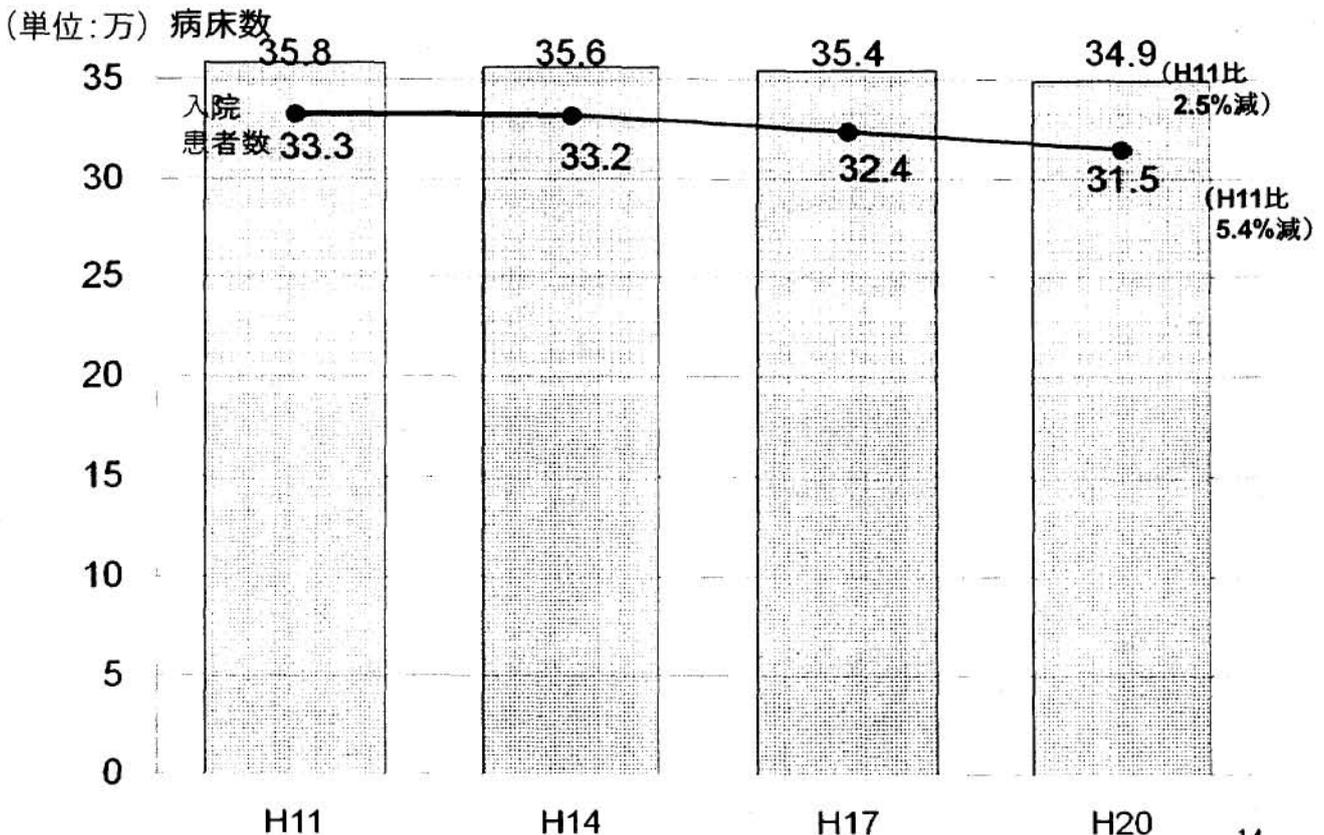
精神疾患外来患者の疾病別内訳

躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査¹³

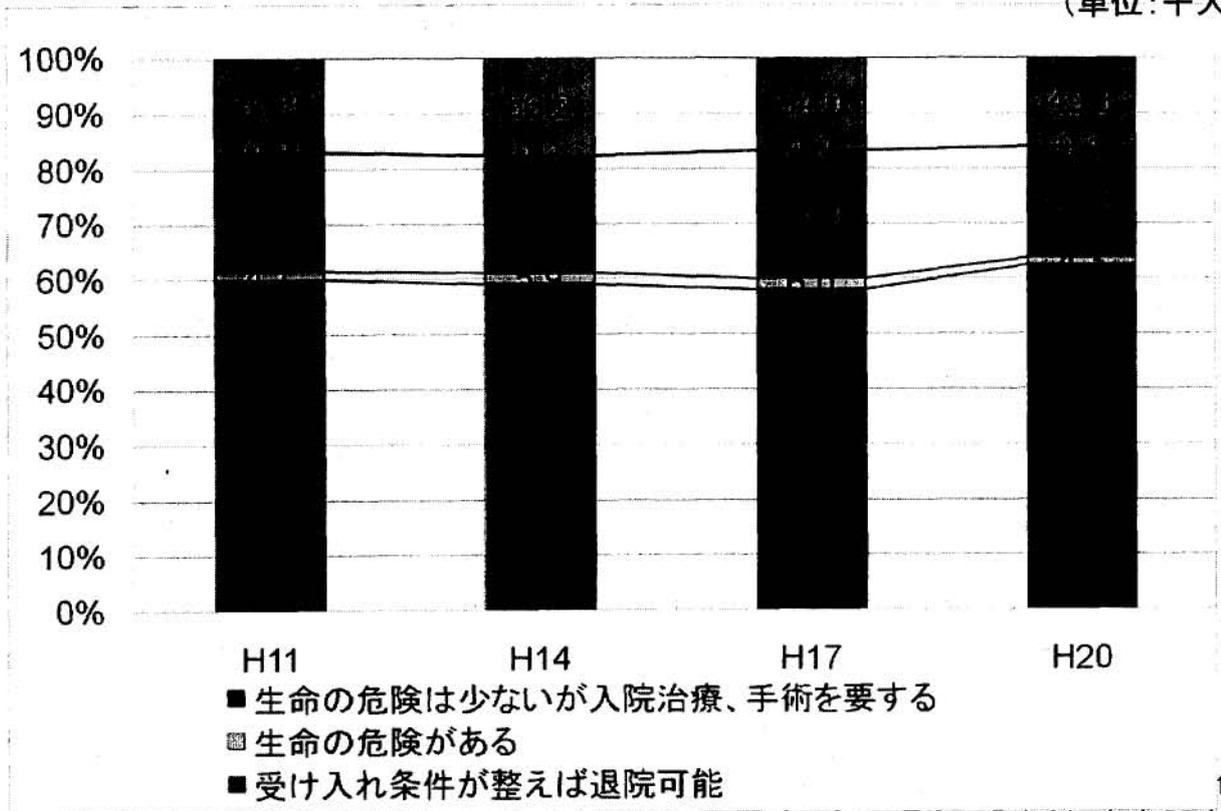
精神病床数および入院患者数の変化



資料：病床数－医療施設調査（10月1日）、入院患者数－病院報告（10月の平均）

精神病床入院患者の状況

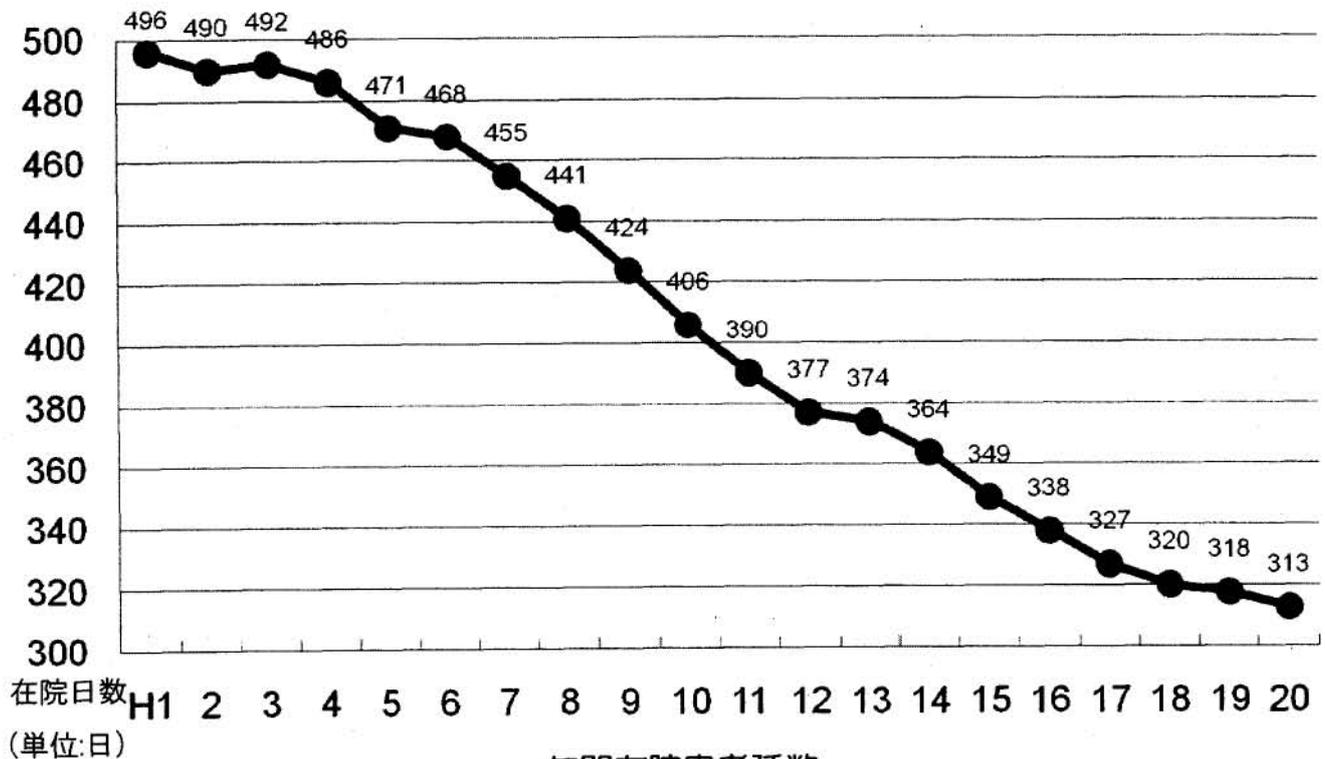
(単位:千人)



15

資料:患者調査

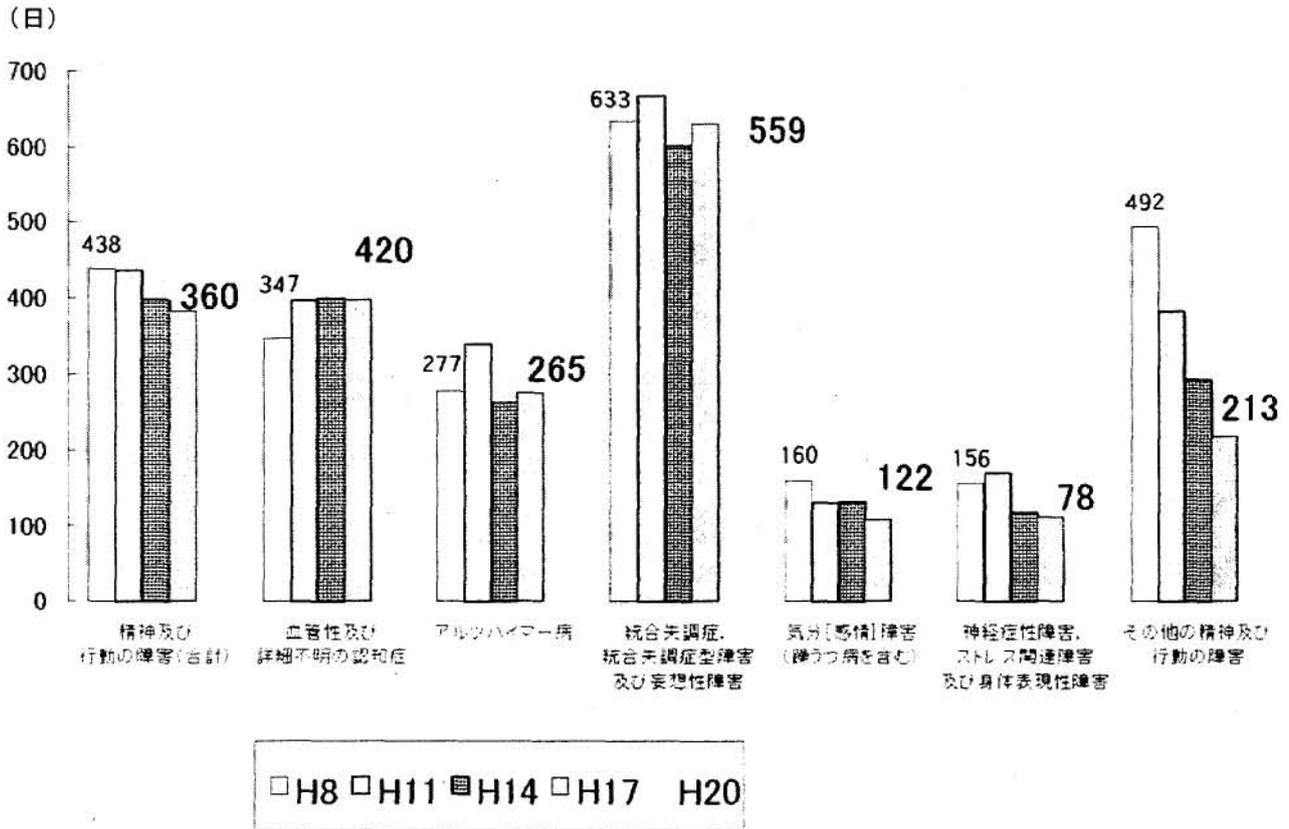
精神病床の平均在院日数の推移



※平均在院日数= $\frac{\text{年間在院患者延数}}{\frac{1}{2} \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})}$

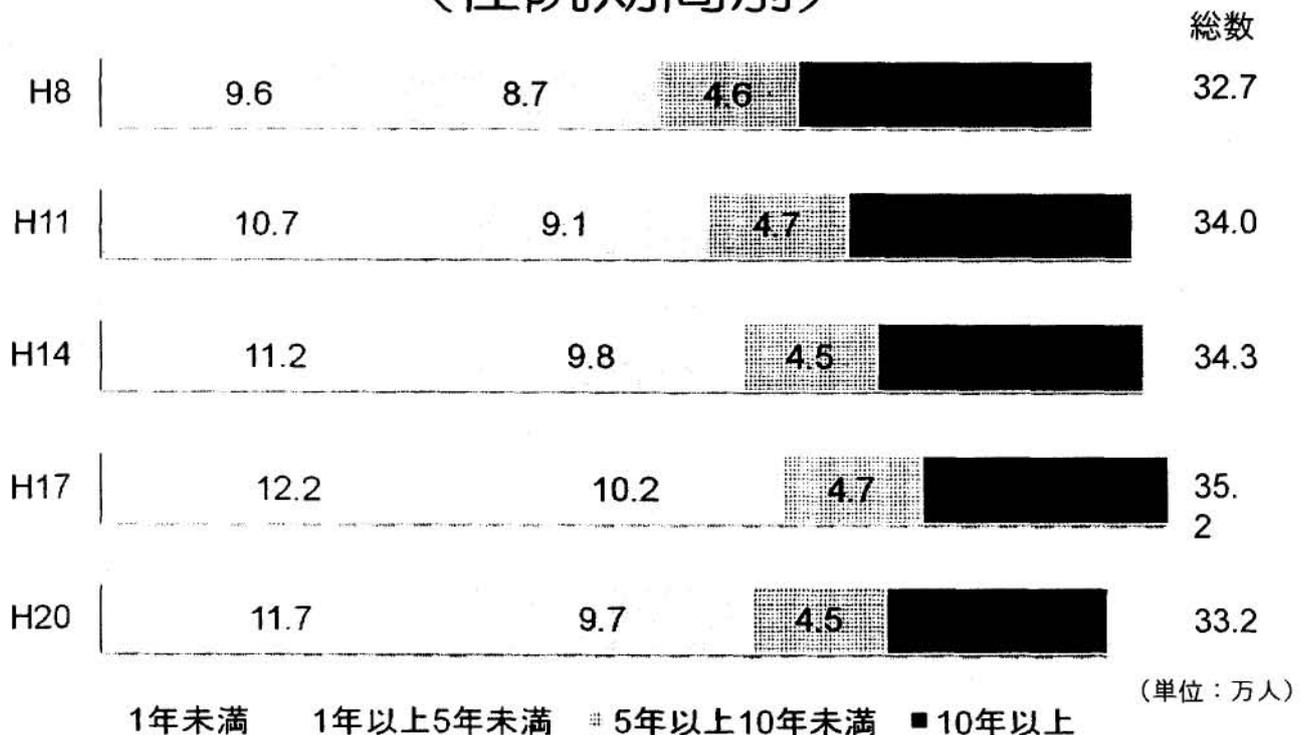
資料:病院報告

疾患別の退院患者平均在院日数の推移(精神病床)



資料: 患者調査

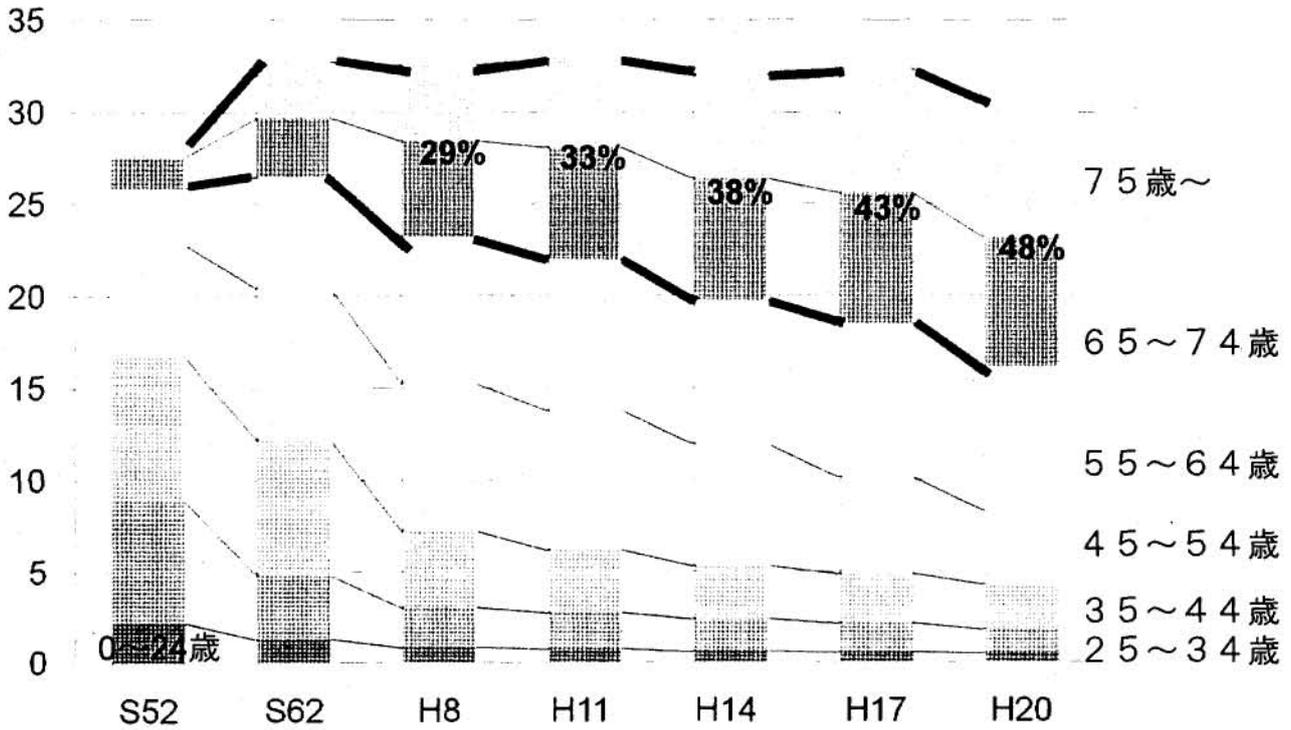
精神疾患による推計入院患者数(在院期間別)



資料: 患者調査

精神病床入院患者の年齢分布

(単位:万人)

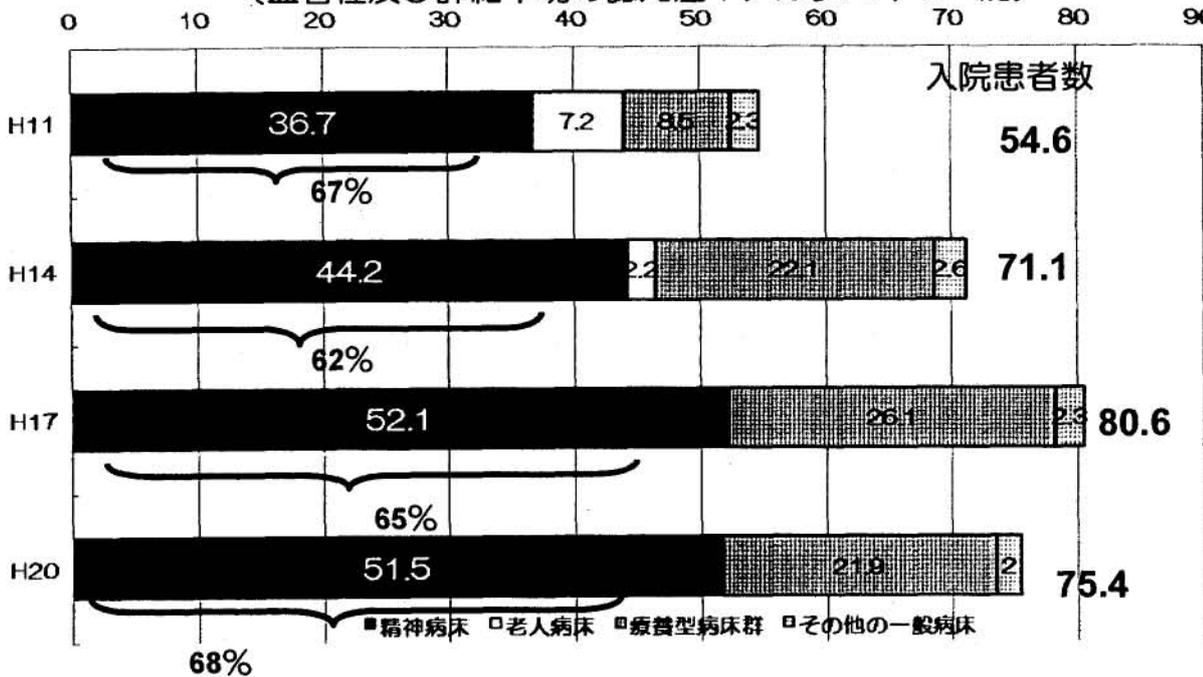


資料：患者調査¹⁹

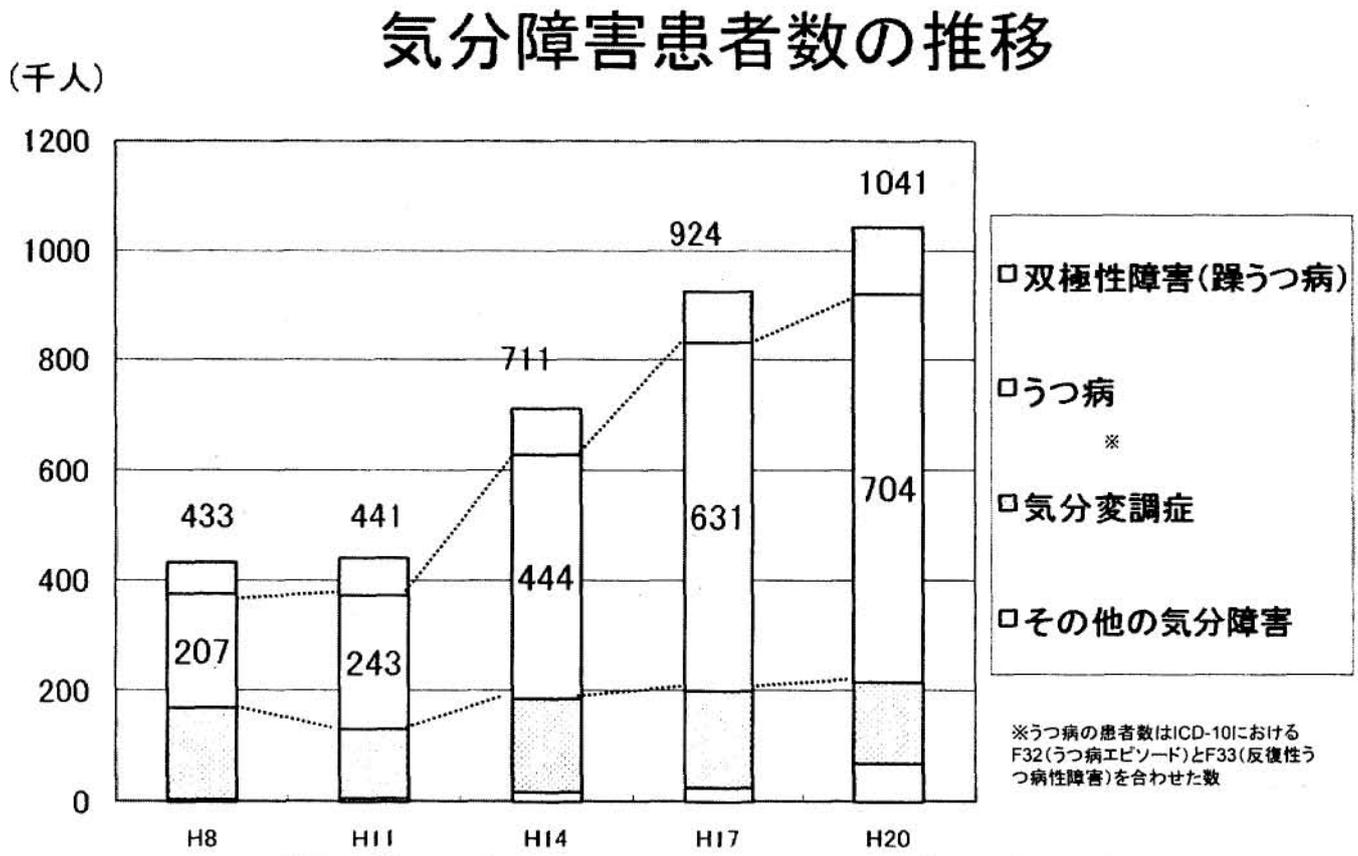
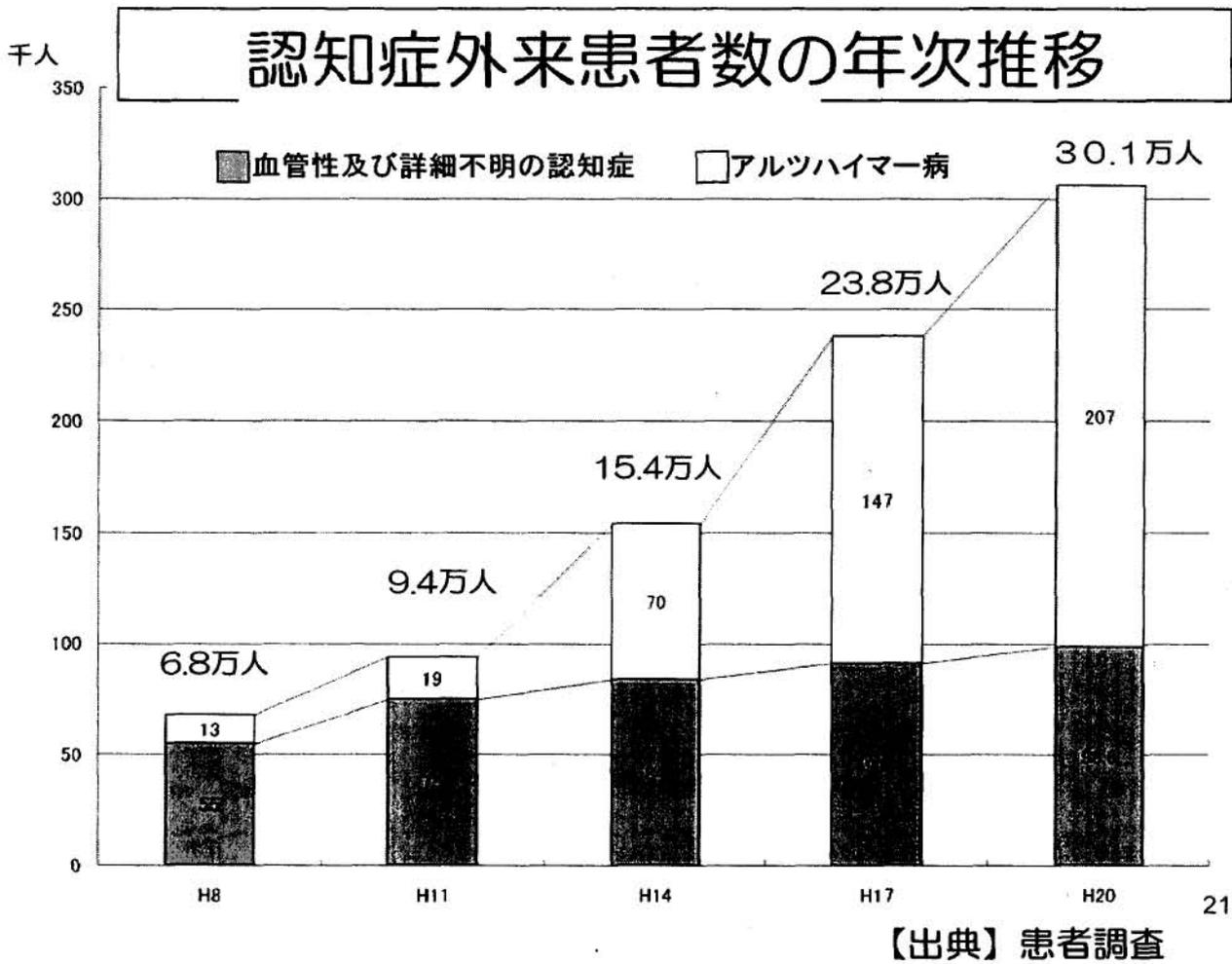
認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)

(千人)



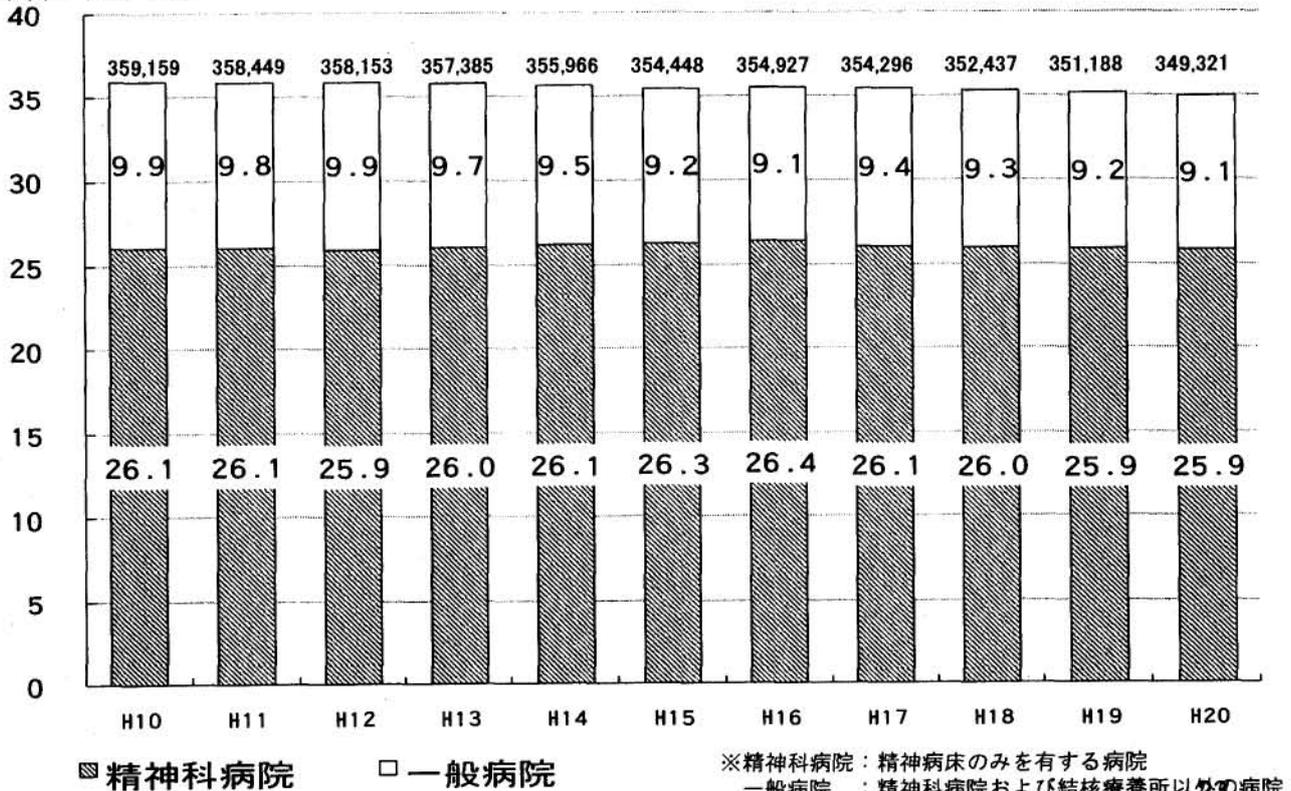
出典：患者調査
※一般診療所を除く



うつ病患者数は平成8年からの12年間で約3.5倍となっている

精神病床数の変化

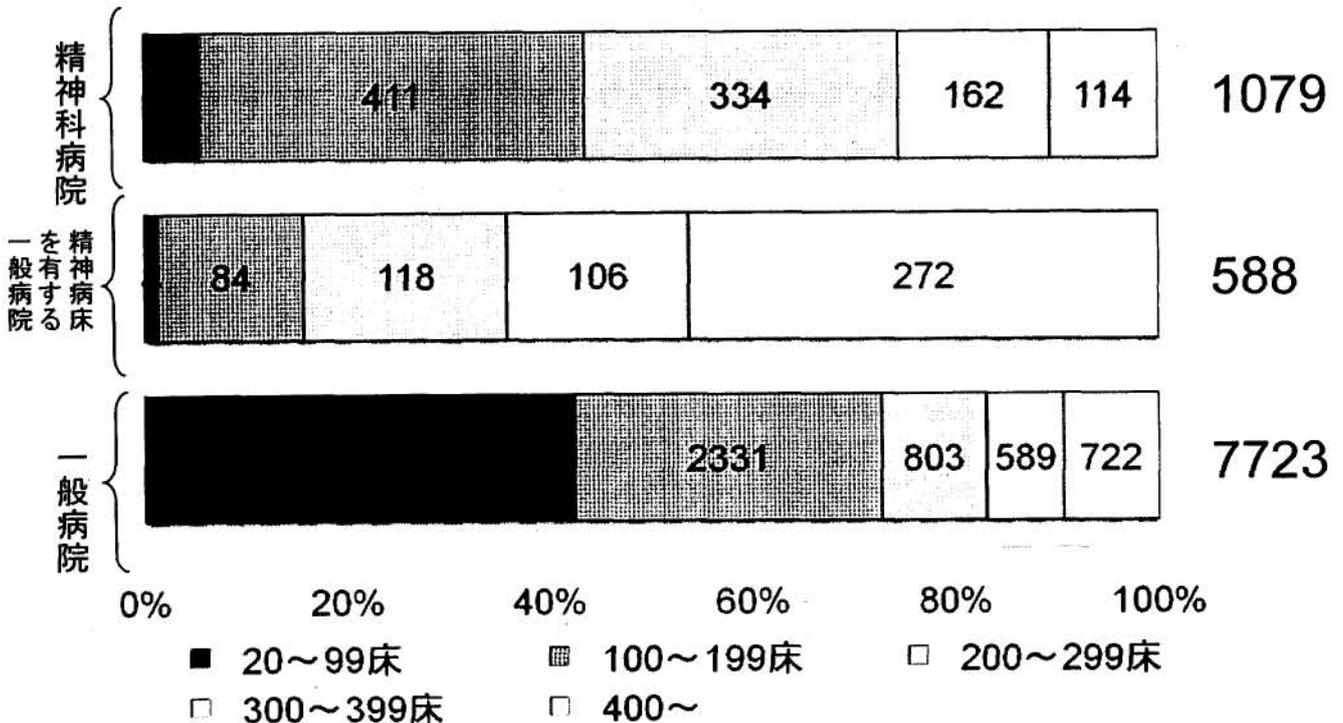
(床) 単位：万



資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

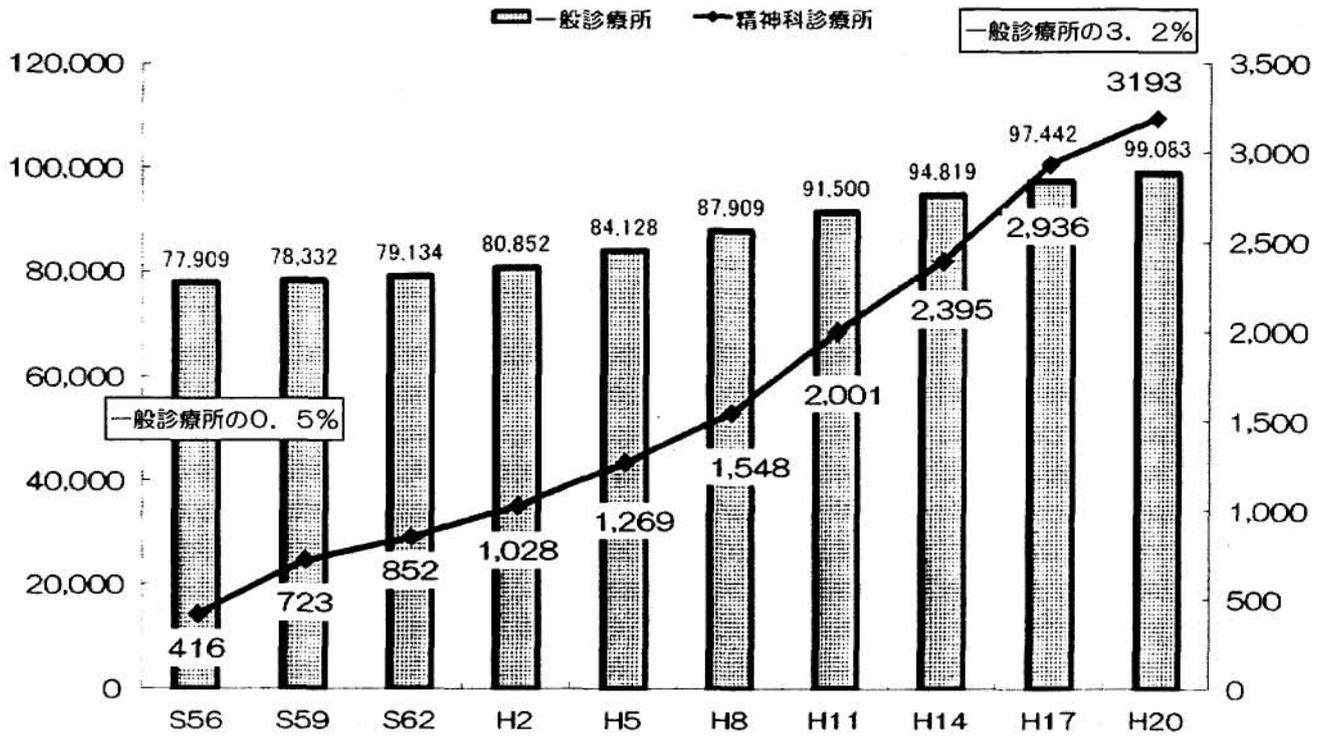
病床規模別の病院数

総数



※ 精神病床を有する一般病院は、一般病院の再掲。 資料：病院報告（平成20年6月時点）

一般診療所数及び精神科診療所数の推移 (精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とするもの及び単科のもの)



資料：医療施設調査

予算事業について

認知症疾患医療センターの整備について

従前からの機能

- ① 鑑別診断、問題行動、身体合併症への対応を行う専門医療機関
- ② 地域の医療機関や介護施設等との連携を行う中核的機関
- ③ 普及啓発、相談など情報センターとしての機能

機能の拡充

- ④ 連携担当者の配置により、地域包括支援センターとの連携機能を強化した、連携の拠点としての機能（平成21年度より）
- ⑤ 認知症の周辺症状や身体合併症に対する双方の医療を担う、総合病院型センターとしての機能（基幹型）（平成22年度より）

- 運営費5.8億円を計上。
- 各自治体最低1か所の整備に向け、積極的に取り組んでいただきたい。

認知症疾患医療センター運営事業

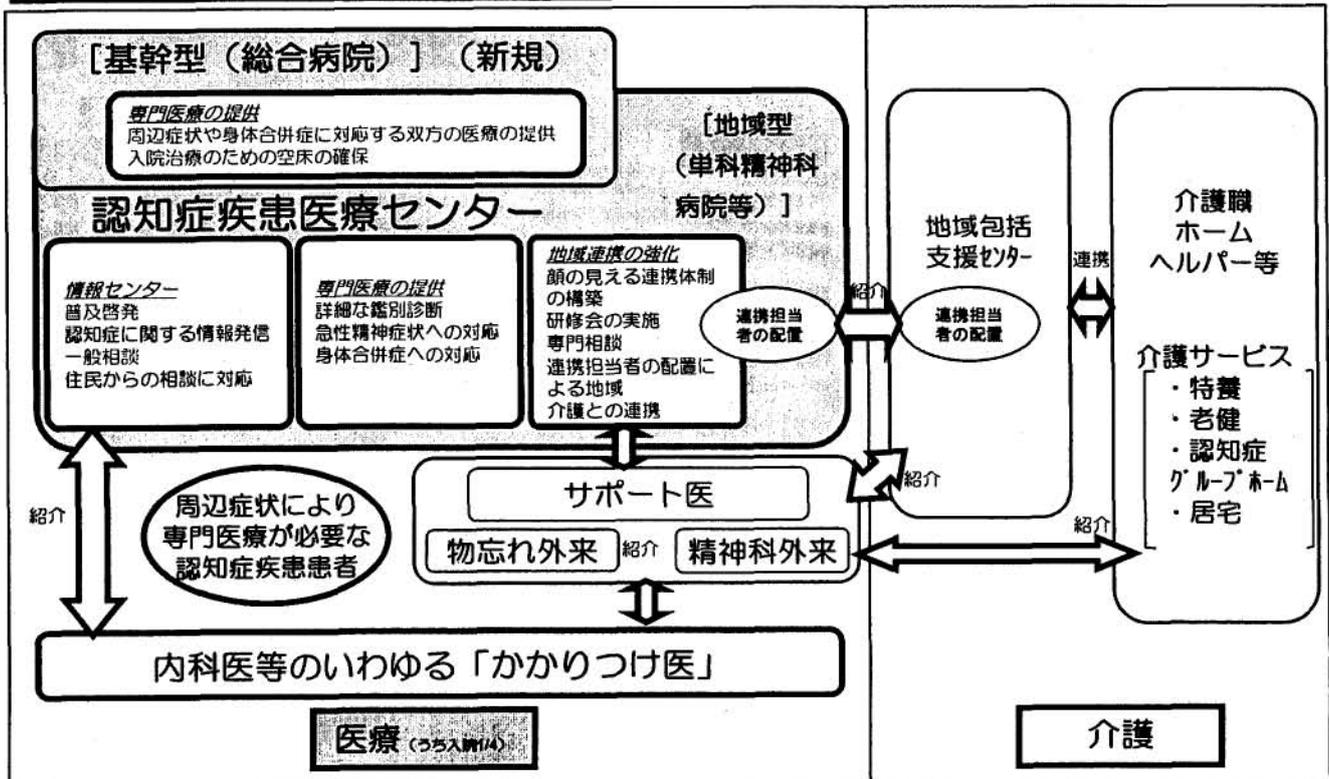
平成22年度予算 577,671千円

認知症疾患医療センター

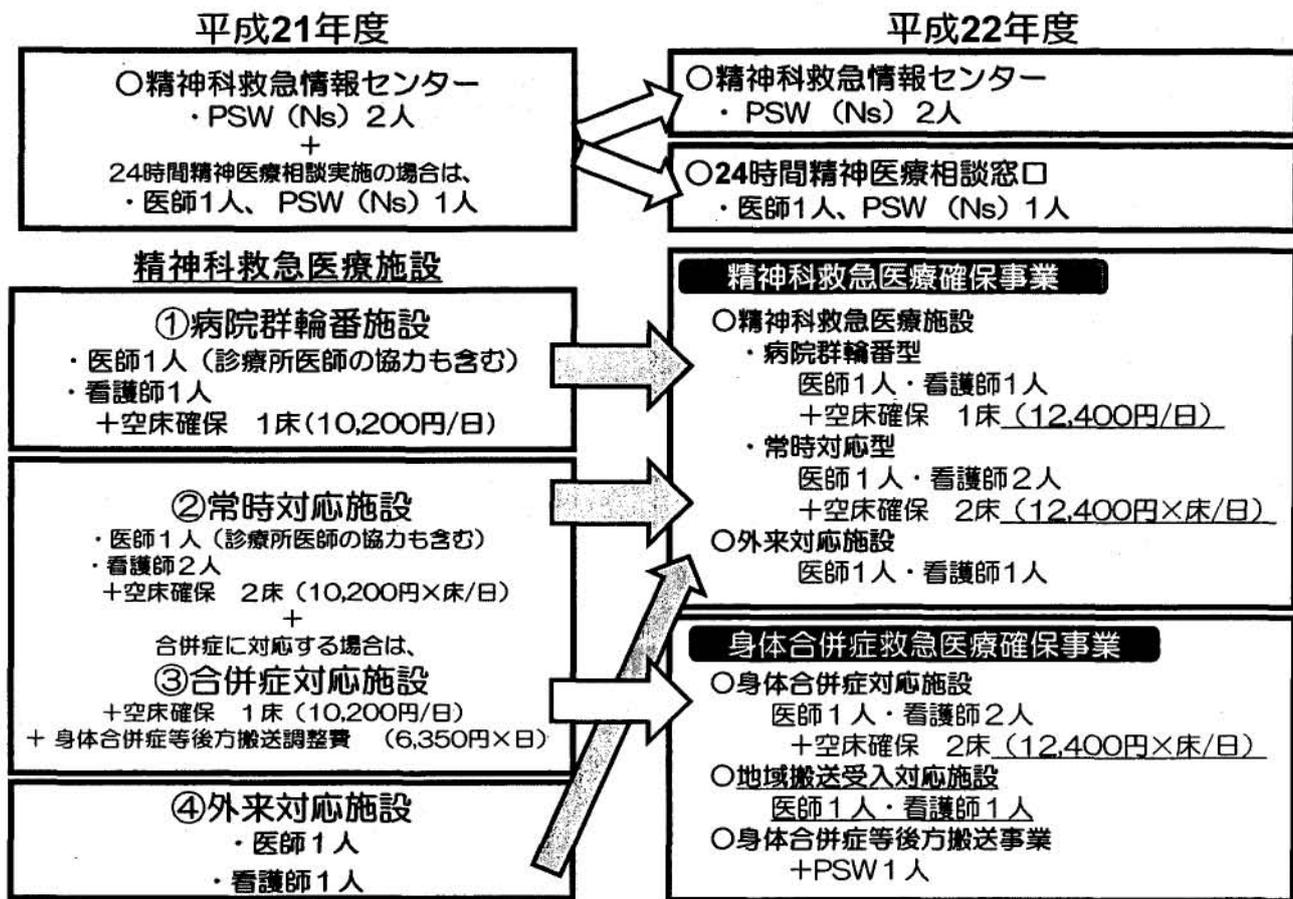
設置場所：身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数：全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員：専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

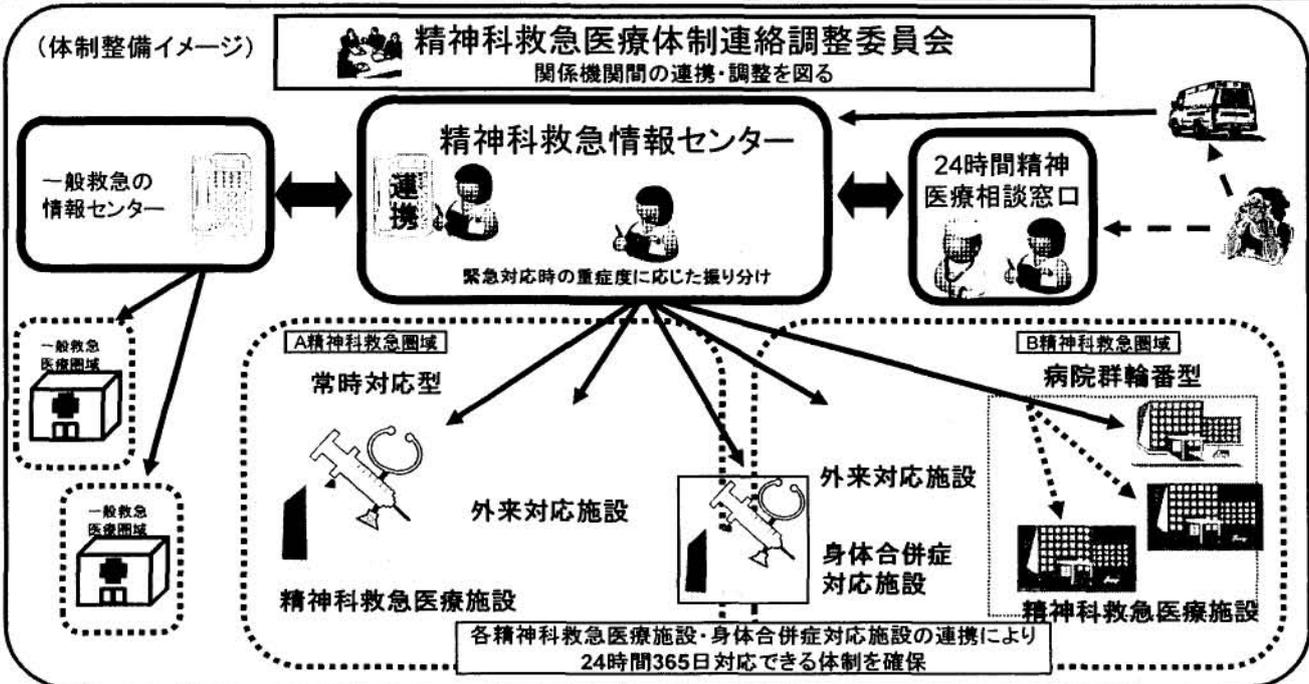


精神科救急医療体制整備事業（補助イメージ）



精神科救急医療体制整備事業

<p>【目的】 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</p> <p>【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2</p> <p>【事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○精神科救急医療体制連絡調整委員会 ○精神科救急情報センターの設置、24時間精神医療相談 ○精神科救急医療確保事業、身体合併症救急医療確保事業 	<p>平成22年度予算 23億円</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域の救急搬送・受入れに関するルールに基づき、身体合併症の患者の受け入れを断らない対応施設への加算 →救急搬送、身体合併症患者への対応強化 ○空床確保料の引き上げによる空床確保促進
---	---



精神障害者地域移行・地域定着支援事業

- 平成22年度予算：1,670,446千円
- 実施主体：都道府県、指定都市
- 補助率：1/2

＜理念＞「地域を拠点とする共生社会の実現」

精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることができるよう関係機関の連携の下で医療、福祉等の支援を行う。

＜支援内容＞

従来の「地域移行支援特別対策事業」について、地域生活への移行支援にとどまらず、地域生活への移行後の地域への定着支援も行う事業へ見直し。

- 地域移行支援（従来の「地域移行支援特別対策事業」を踏襲）
受入条件が整えば退院可能な精神障害者の退院支援や地域生活支援を行う地域移行推進員を配置するとともに、地域生活に必要な体制整備を促進する地域体制整備コーディネーターを配置することにより、精神障害者の地域生活への移行を着実に推進する。

【新規事項】 ピアサポーターの同行活動経費を本事業の予算に計上

- 地域定着支援（新規事項） ※保健所、精神保健福祉センター等の関係機関の連携

・ 地域生活を維持するための支援体制の構築

①受療中断者や自らの意思では受診できない者等に対し、医師・保健師等の多職種チームの訪問による治療開始、治療継続等の支援等を行う体制の強化

例) 精神保健センター又は委託先医療機関に「多職種チーム」を設置し、医師の往診を含む訪問による支援

②精神的不調や疾病を抱えた若年者（10～20歳代）に対し、より早い段階で適切な支援を行い、必要に応じ精神科医療機関への紹介、治療導入が行えるような包括的支援体制の検討

例) 地域において、若年者やその家族等が心理的にもアクセスしやすい相談体制の構築

（精神保健福祉士、看護師等からなる相談支援体制チームによる相談・紹介業務等の実施）

・ 精神障害者の参加による地域住民との交流の促進

地域において精神障害者と住民等が直接交流する機会を増やすことにより、精神障害に対する周囲の正しい理解や行動を促し、更なる普及啓発を図る取組 等

（下線は新規事項）

診療報酬について

平成22年診療報酬改定の考え方

精神科医療の質の一層の向上を図るとともに、「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本理念を推進する。

急性期入院医療

身体合併症

専門医療

認知症

慢性期入院医療

外来医療

精神療法

精神科デイ・ケア等

在宅医療

平成22年診療報酬改定の概要<精神科関係>

急性期入院医療・身体合併症対応の充実

- 入院基本料13:1 の創設
- 入院基本料10:1 の在院日数要件の緩和等
- 入院基本料加算、精神科救急入院料、救急-合併症入院料、急性期治療病棟入院料の入院早期の引上げ
- 精神科急性期治療病棟の対象病院の拡大
- 身体合併症管理加算の引上げ

専門医療

- 児童・思春期精神科 ……加算の引上げ
 - 強度行動障害
 - 重度アルコール依存症
 - 摂食障害
- 加算の創設

認知症

- 認知症治療病棟の急性期への重点化
- 認知症治療病棟退院調整加算 の新設

慢性期入院医療

- 精神療養病棟入院料の重症度別評価の導入
- 精神科地域移行実施加算の引上げ
- 抗精神病薬の投与が2種類以上の場合の非定型抗精神病薬加算の引上げ

外来医療

精神療法

- 通院・在宅精神療法
病院・診療所の点数を統一
30分以上のものを引上げ
- 認知療法・認知行動療法
診療報酬上の評価を新設
- 入院心身医学療法 の点数引上げ

精神科デイ・ケア等

- 早期(1年以内)の加算の導入
- 食事提供加算の包括化

認知症

- 認知症専門診断管理料 の新設
- 認知症患者地域連携加算 の新設

在宅医療

- 訪問看護ステーションにおける、重症患者への「複数名訪問看護加算」の新設
- 往診料の引上げ

平成22年 診療報酬改定の概要 ～精神科入院～

急性期・身体合併症・手厚いマンパワーへの評価、重症度に応じた評価

入院基本料

- 平均在院日数緩和
・25→40日以内
- 重症者 5割以上

- 類型を新設
・平均在院日数 80日以内
・重症者・身体合併症患者 4割以上
・身体合併症の治療体制

10:1

13:1(新)

15:1

18:1

20:1

- 身体合併症管理加算 引上げ
- 入院基本料加算 入院早期への重点化
・入院30日以内を引上げ 91日以上を引下げ
- 専門的医療への加算
・児童思春期、アルコール依存症、摂食障害 等

特定入院料

救急入院料
救急・合併症入院料

- 入院30日以内 引上げ
- 身体合併症管理加算 引上げ

急性期
治療病棟

- 入院30日以内 引上げ
- 算定要件緩和
・「総合病院」も算定可能
- 身体合併症管理加算 引上げ

認知症
治療病棟

- 名称の変更
(旧:認知症病棟)
- 入院60日以内への重点化
- 退院調整加算の新設
- 身体合併症管理加算 引上げ

精神療養
病棟

- 重症度に応じた報酬体系
・GAF40以下の場合に加算

- 精神科地域移行実施加算 引上げ
- 非定型抗精神病薬加算
・抗精神病薬の適正使用への評価を導入

平成22年 診療報酬改定の概要 ～精神科外来・在宅～

医療の質の向上、地域移行の推進

精神療法

- 30分以上の点数引上げ
- 診療所・病院の点数統一
- 認知療法・認知行動療法
の評価の創設
- 入院心身医学療法の
点数引上げ

認知症

- 認知症専門診断管理料
の創設
・認知症疾患医療センター等
での、鑑別診断や、療養方針
の決定・説明
- 認知症患者地域連携加算
の創設

デイケア等

- 早期加算の創設
・利用開始から1年以内
- 食事提供加算の包括化

一次救急

- 地域医療貢献加算 (再診料)
・診療所が夜間・休日に問い合わせや受診
に対応できる体制を評価
- 地域連携夜間・休日診療料の創設
・近隣の診療所等との連携により夜間・休日
に救急患者を受け入れる体制を評価

在宅医療

- 訪問看護ステーション
- 複数名訪問看護加算の創設
・重症者に看護師等が複数名で訪問
 - 訪問看護管理療養費の引上げ
- 医療機関
- 往診料の引上げ

急性期入院医療

急性期に重点化した手厚いマンパワー、手厚い評価

精神病棟入院基本料

●10:1

重症者を中心、平均在院日数を緩和

- ・平均在院日数 25→40日以内に緩和
- ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下

●13:1 (新)

920点

重症者・身体合併症患者を中心

- ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者
- ・身体疾患への治療体制を確保
- ・平均在院日数 80日以内

- 入院基本料加算：急性期への重点化（入院30日以内を引き上げ、91日以上を引き下げ）

精神科救急入院料、救急・合併症入院料

- 急性期（入院30日以内）の引き上げ

救急入院料1 : 3431→3451点、

救急入院料2: 3231→3251点

救急・合併症入院料: 3431→3451点

精神科急性期治療病棟

- 急性期（入院30日以内）の引き上げ

入院料1 : 1900→1920点、

入院料2: 1800→1820点

- 算定要件の緩和：「総合病院」でも算定可能に

身体合併症への対応

身体合併症対応への手厚いマンパワー、手厚い評価

精神科身体合併症管理加算

- 加算の引き上げ

救急入院料、急性期治療病棟、認知症病棟: 300点
入院基本料10:1、15:1算定病棟 : 200点

1日あたり
350点

※算定期間:7日間（複数の疾患を発症した場合は7日×2回まで）

※対象疾患:肺炎、虚血性心疾患、手術・介達牽引を要する骨折

インスリン投与を要する糖尿病、

手術・化学療法・放射線療法を要する悪性腫瘍 等

※入院基本料13:1

算定病棟でも算定可能

(再掲)

- 精神病棟入院基本料13:1の新設

- ・身体合併症患者、重症者(GAF30以下)を中心とした病棟(新規入院患者の4割以上)
- ・身体疾患への治療体制を確保
- ・平均在院日数 80日以内

- 精神科救急・合併症入院料

- ・入院早期(30日以内)の報酬引き上げ

専門的入院医療

専門的で密度の高い治療への手厚い評価

児童・思春期精神科入院医療管理加算

- 専門病棟の加算の引き上げ

1日あたり 650点 → 800点

強度行動障害入院医療管理加算

- 強度行動障害児の入院医療への加算の新設
強度行動障害児の医療度判定基準スコア24点以上
行動障害に対する専門的な医療体制

1日あたり 300点

重度アルコール依存症入院医療管理加算

- アルコール依存症の入院医療への加算の新設
研修を修了した専従の医師、専従のOT/PSW/臨床心理技術者
アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療

1日あたり 200点(30日以内)
100点(31~60日)

摂食障害入院医療管理加算

- 摂食障害の入院医療への加算の新設
重度の摂食障害による著しい体重減少のある患者
専門的治療を行う医師・臨床心理技術者等の配置、治療の実績

1日あたり 200点(30日以内)
100点(31~60日)

認知症への対応

認知症に関わる精神医療の役割の強化 専門医療とかかりつけ医との連携の促進

認知症治療病棟入院料

【認知症病棟入院料から名称変更】

- 入院早期に、より手厚い加算の設定

入院料1:	1330点	1180点	→	1450点	1180点
入院料2:	1070点	1020点		1070点	970点
	90日以内	91日以上		60日以内	61日以上

- 認知症治療病棟退院調整加算（退院時1回）

- ・入院6か月以上の患者に退院支援計画に基づく指導を実施
- ・医療機関に専従のPSW又は臨床心理技術者を配置

100点

認知症専門診断管理料

- 認知症疾患医療センター等での認知症の鑑別診断
・療養方針の決定・患者・家族への詳細な説明

500点

認知症患者地域連携加算

- かかりつけ医から専門医療機関への紹介時の診療情報提供料への加算
・症状の増悪や定期的な評価が必要な場合、月1回まで

50点

慢性期入院医療等

患者の状態に応じた医療の質の向上、地域移行の促進

精神療養病棟入院料

- 患者の状態像による評価の導入

重症者加算: 患者のGAFスコアが40以下の場合

1090点 <1日あたり>



1090点 (GAF40以下の場合)
1050点 (GAF41以上の場合)

精神科地域移行実施加算

- 地域移行実施加算の点数引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を1年間で5%以上減少させた場合に算定

1日あたり 5点 ➡ 10点

非定型抗精神病薬加算

- 使用する抗精神病薬が2種類以下の場合の点数引き上げ

副作用を軽減し患者のQOLを向上できるように、国際的な標準的治療の実施を評価

10点 <1日あたり>



10点 (3種類以上の場合)
15点 (2種類以下の場合)

精神療法

長時間の精神療法・エビデンスの明らかな精神療法の評価

通院・外来精神療法

- 30分以上の場合の点数の引き上げ
- 病院と診療所の点数の統一

30分以上の場合	360点	➡	400点
30分未満の場合	〔病院 330点〕 〔診療所 350点〕	➡	330点

認知療法・認知行動療法

- うつ病に対する認知療法・認知行動療法の評価の新設

- ・ 1回30分以上、16回を限度
- ・ 気分障害の患者に対して一連の治療計画を作成し患者に詳細に説明
- ・ 「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準じて実施

1日あたり 420点

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html>

心身医学療法

- 入院心身医学療法の点数の引き上げ

1日あたり 70点 → 150点

精神科デイ・ケア

入院からの地域移行・発症早期の手厚いケアの促進

早期加算

- 算定開始から1年以内の場合の加算を創設
精神障害者の地域移行や早期支援を推進

1日あたり 20点 (ショートケア)
50点 (その他)

※入院の場合は再度算定可能

食事提供加算

- 食事提供加算を本体報酬に包括化
療養の一環としての食事提供については報酬の範囲内

点数 (1日につき)

	ショート・ケア	デイ・ケア	ナイト・ケア	デイ・ナイト・ケア 重症認知症患者 デイケア
小規模	(変更なし)	550→590点	500→540点	1000→1040点
大規模		660→700点		
(早期加算)	20点	50点	50点	50点

在宅医療

重症の精神疾患患者への在宅医療の促進

訪問看護療養費 (訪問看護入プラン)

- 複数名訪問看護加算の創設
 - ・ 看護師、准看護師、PT、OT、STが複数名で訪問した場合
 - ・ 対象患者
 - 暴力行為・著しい迷惑行為・器物破損行為等が認められる者
 - 特別訪問看護指示期間中

看護師等 4300円
准看護師 3800円
(週1回の算定)

- 訪問看護管理療養費の引き上げ

月の初日 7050円 → 7300円
月の2日目以降 2900円 → 2950円

往診料

- 往診料の引き上げ
 - ・ 計画的に行われる「訪問診療」とは異なり、症状が増悪した際の緊急時の対応への評価

1日あたり 650点 → 720点