

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「良質かつ適切な精神科医療の推進に向けて精神科リハビリテーションの現況と有効性を調査しその機能分化について検討する研究（25GC1001）」
（研究代表者 根本隆洋）

分担研究報告書

「精神科デイケアの支援内容と効果：量的研究のスコーピングレビュー」

研究分担者

藤井千代（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）

研究協力者

山口創生※（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）

河野稔明（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）

荒井 悠（東邦大学医学部精神神経医学講座）

鎌田雅之（東邦大学医学部精神神経医学講座）

竹内一真（東邦大学医学部精神神経医学講座）

増田陽夏（東邦大学医学部精神神経医学講座）

澁谷 卓（札幌医科大学保健医療学部作業療法学科）

森元隆文（札幌医科大学保健医療学部作業療法学科）

佐藤さやか（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）

※ 執筆者

研究要旨【目的】 地域精神科医療の変化に伴い、各国における精神科デイケア（以下デイケア）の役割は変遷してきた。そこで、本研究班は、国内外の研究を概観し、対象者像、支援内容、期待される効果を明らかにすることを目的としたスコーピングレビューを実施中である。**【方法】** 本レビューは、①15歳以上のデイケア利用者を対象とし、②デイケア全体の有効性を評価する研究やデイケア内の個別の介入を検討した研究で、かつ③2000年以降に査読付き雑誌で発表された、対照群を設け、2時点以上の評価を行った前向き介入・観察研究であることを導入基準とした。4つの主要データベース（MEDLINE等）と関連レビュー等の文献リストから、文献情報を集めた。**【結果】** データベース検索からは8,344レコードが検出され、文献リストからは44レコードが検出された。最終的に、導入基準に合致する76論文を本レビューの対象として組み入れた。出版国は米国（13本）、オランダ（12本）、日本（7本）の順に多く、2016年以降も継続的に報告されていた。**【結論】** 今後は、組み入れ論文から情報を抽出し、エビデンスの統合作業を実施する予定である。

A. 研究目的

精神科デイケア（以下、デイケア）は、

日本の地域精神科医療において中心的な役割を担ってきたが、近年の障害福祉サービ

スや関連支援制度の充実とともに、その役割の明確化が望まれている。国際的にもデイケアに求められる役割は多様であると考えられ、国内外のデイケアに関する状況を把握することは、今後の政策立案にも有用であろう。なお、デイケアの呼称には、国や地域によって「デイトリートメントセンター (day treatment center)」「デイケアセンター (day-care center)」「デイホスピタル (day hospital)」などがあり、文脈によって異なる。本稿では、これらの呼称を「デイケア」に統一して記述する。

デイケアに固定的な定義はないが、例えば、米国のタスクフォースの中では、「外来診療の枠組みでは提供されない、調整された集中的かつ包括的な多職種連携による治療を必要とする重度の精神疾患患者を対象に、主要な診断、医学的、精神医学的、心理社会的、および就労準備支援の治療手法を含む通院型治療プログラムである。これは、入院治療に代わる選択肢を提供することで、より柔軟で制限の少ない治療プログラムを可能にするものである」とされている¹⁾。国内においては、厚生労働省の資料の中で、デイケアは「精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき6時間を標準とする」と表現されている²⁾。このように、デイケアの定義や位置付け、支援内容は、各国の制度や文脈によって異なる。

デイケアに関する欧米の動向を振り返ると、約100年の歴史のなかで、求められる機能に変化してきたことが見てとれる。デイケアは、もともとは入院の代替サービスとしてデイホスピタル機能（あるいは部分的入院）が主流であったが、欧米では1960年頃から地域の居場所としての機能やリハビリテーション機能を持つようになった³⁾。米国や英国では、1980年代から1990年代にかけてデイケアの費用対効果が疑問視され、閉鎖される事業所が徐々に増加し

ていった^{4, 5)}。実際、2000年代に発表された2つのコクラン・レビュー (Cochrane reviews) は、統合失調症当事者におけるデイケアの効果を認めておらず⁶⁾、また重度精神疾患 (Severe mental illness : SMI) の当事者を対象としたデイケアに関する厳密な研究が非常に乏しいことを指摘している⁷⁾。特に米国や英国では、同時期に多職種アウトリーチ支援が地域ケアの中心となったこともあり、地域におけるデイケアの役割は縮小していった。

デイケアの地域における位置付けが変化しても、デイケアに求められる機能や役割が消失したわけではない。例えば、英国でデイケアに関するレビュー研究を主導したMarshallは、地域に住む当事者の緊急避難場所としてのニーズや、外来で長期のリハビリテーション等が必要な人へのケアニーズに対応するという点で、デイケアの役割を認めている⁴⁾。また、地域精神科医療の対象がSMIから多様な精神疾患に広がる中、デイケアの対象者も摂食障害やパーソナリティ障害などをはじめ、多様な診断の当事者へと拡大してきた^{8, 9)}。このような文脈から、現在でもデイケアは各国で運営されており、地域の多様な社会資源のなかで一つの選択肢となっていることは珍しくない¹⁰⁾。

デイケアが地域資源の一つとして位置づけられる一方で、その独自性については未だ課題として残されている。実際、デイケアがどのような当事者を対象とし、どのような支援を提供しているのか、またどのようなアウトカムの改善が期待できるのかについては、十分に明らかにされていない点が多い。これらの課題を検討するため、本研究では、国内外のデイケアに関する先行研究を包括的に把握するスコーピングレビューを計画した。本研究の目的は、デイケアに関する量的研究を精査し、対象者像、支援内容、および期待される効果を整理・検討することにある。なお、本分担研究報告書では、スクリーニング段階までの経過を報告する。

B. 研究方法

1. デザイン

本研究のデザインにはスコーピングレビューを採用した。なお、本研究のプロトコルは、Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/RT4ED>) に登録済みである。研究計画の詳細は、同プロトコルを参照されたい。

2. 適格基準

選択基準は、Participants (対象者)、Concept (概念)、Context (文脈) からなるPCCフレームワークを用いて策定した。まず、①対象者 (Participants) は15歳以上のデイケア利用者とした。次に、②概念 (Concept) については、デイケア全体の有効性を評価する研究、またはデイケアにおいて実施される個別の介入を検討した研究とした。なお、デイケア利用者に加えて入院患者や他の地域プログラム利用者が含まれる研究については、デイケア利用者が研究参加者の50%以上を占める場合に限り、本レビューの対象とした。③文脈 (Context) では、1990年代に精神科デイケアサービスが段階的に廃止 (フェーズアウト) された背景を考慮し、2000年以降に発表された文献のみを対象とした。さらに、方法論的な厳密さを確保するため、採用する研究は、a) 前向き介入研究または観察研究であること、b) 対照群あるいは比較群が設定されていること、c) 2時点以上のアウトカム評価が実施されていること、d) 査読付き学術誌に掲載されていること、の4条件をすべて満たす研究とした。

除外基準については、対象、セッティング、研究方法、および論文種別に基づき、4つの基準を設けた。具体的には、①15歳未満の小児、高齢者、または認知症や知的障害を有する集団に焦点を当てた研究、②デイケア治療と入院治療を比較した研究、③対照群の設定がない、または複数時点での評価が行われていない研究、および④質的研究、症例報告、学会抄録、エディトリアル (社説)、レビュー論文を、それぞれ

除外の対象とした。

3. 文献検索

本レビューでは、3つの国際データベース (PsycINFO、MEDLINE、CINAHL) および国内データベース (医中誌Web) を用いた。検索キーワードは、研究班内での協議や予備検索を経て決定した (Box 1)。最終的には、選択基準に基づき、対象者、概念 (セッティング)、および文脈を反映したキーワード構成とした。さらに、データベース検索に加え、採用した文献や関連レビューの引用文献リストを精査し、関連文献を網羅的に探索した。

Box. 1 キーワード

(Mental Disorders [Mesh+] OR mental OR Psychiat*) AND ("day treatment center*" OR "day treatment centre*" OR "day care center*" OR "day care centre*" "day center*" OR "day centre" OR "day hospital*") AND (effect* OR efficacy OR impact* OR benefit* OR random* OR trial* OR cohort OR comparative OR control* OR longitudinal OR follow-up OR experimental*)
Publication year: Since 2000

4. スクリーニング

データベース検索および引用文献リストのハンドサーチを通じて特定されたすべての文献情報は、文献管理ソフト (EndNote) に集約された。重複を削除した後のレコードについては、独立した2名のレビュアーによってスクリーニングを実施した。第1段階では、各レビュアーがタイトルおよび抄録に基づき、すべてのレコードを独立してスクリーニングした。いずれかのレビュアーによって関連の可能性があると判断された文献は、全文スクリーニングの対象とした。第2段階では、第1段階で採択候補となった文献の全文を入手した。次いで、2名の独立したレビュアーが選択基準に照らして各論文を精査し、最終的な組み入れ論文を決定した。なお、第2段階で除

外した論文については、その理由を記録した。

5. データ抽出と統合

以下の手順は、本報告の時点では未着手の内容である。スクリーニングにより採択が決定した各論文からは、著者名、実施国、出版年、研究デザイン、提供された介入内容の記述、特定の構成要素（グループセラピー、個別サービス、アウトリーチ、ケースマネジメント等）の有無、解析対象者数、対象者の診断および主要な特性、主要評価項目（primary outcome）とその結果、ならびに副次評価項目（secondary outcome）とその結果、などの情報を抽出する予定である。データ抽出はレビュアー1名が実施し、独立した別の1名がその正確性を確認するダブルチェック方式で行う。抽出した情報の統合には、記述的統合（narrative synthesis）を用いる予定である。

6. 研究の質の評価

本研究はスコوپングレビューであるため、組み入れ論文の質評価は必ずしも必須ではないが、実施を検討している。実施に際しては、独立した2名のレビュアーがJBI (Joanna Briggs Institute) のツール (critical appraisal tool) を用いて11, 12)、各研究を評価する予定である。

(倫理面への配慮)

本研究は既報告のレビューであり、倫理面の問題はないと判断した。

C. 研究結果

1. 検索・スクリーニング

データベース検索を通じて、8,344件のレコードが特定された。重複削除後、7,187件のレコードをタイトルおよび抄録による第一次スクリーニングの対象とした。その結果、509件が全文を入手・精査する第二次スクリーニングの対象となった。また、組み入れ論文や関連レビューの引用文献リストの検索（ハンドサーチ）により、

計44件をスクリーニング対象に加えた。最終的に、選択基準を満たす76報の論文を本レビューに組み入れた。

2. 論文出版年と国

76報の出版年別の内訳は、2000～2005年が15報、2006～2010年が10報、2011～2015年が15報であり、2016～2020年および2021～2025年はそれぞれ18報であった。また、国別の報告数（最多出版国）については、米国が13報と最も多く、次いでオランダ（12報）、日本（7報）の順であった。

D. 考察と今後の予定

本研究は、デイケアの対象者像、支援内容、および期待される効果を明らかにするため、スコوپングレビューを実施している。今後もレビュー作業を継続し、データ抽出、質評価、ならびにデータ統合を順次行う予定である。なお、日本国内のデータに限定した知見の整理を可能にするため、データ抽出に用いるデータセットは、出版国と各項目を紐付け可能な形式で構築する。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

3. その他
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

引用文献

- 1) Casarino JP, Wilner M, Maxey JT: American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *Int J Partial Hosp* 1(1):5-21, 1982.
- 2) 厚生労働省: 精神科デイ・ケア等について (第18回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会), 厚生労働省, 東京, 2009.
- 3) Marshall M, Crowther R, Almaraz - Serano AM, et al: Day hospital versus outpatient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(2), 2001.
- 4) Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serano A, et al: Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 5(21):1-75, 2001.
- 5) Becker DR, Drake RE: A working life: the Individual Placement and Support (IPS) program, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, 1993.
- 6) Shek E, Stein AT, Shansis FM, et al: Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD003240, 2009.
- 7) Catty JS, Burns T, Comas A, et al: Day centres for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*(1):CD001710, 2007.
- 8) Zipfel S, Reas DL, Thornton C, et al: Day hospitalization programs for eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 31(2):105-117, 2002.
- 9) Ogrodniczuk JS, Piper WE: Day treatment for personality disorders: A review of research findings. *Harv Rev Psychiatry* 9(3):105-117, 2001.
- 10) Sathiaseelan RG, Kumar RP: Assessment of day care centers under public mental health program in a district of kerala: An observational study. *Indian J Soc Psychiatry* 41(1), 2025.
- 11) Barker TH, Stone JC, Sears K, et al: The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBIC Evidence Synthesis* 21(3), 2023.
- 12) Barker TH, Habibi N, Aromataris E, et al: The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. *JBIC Evidence Synthesis* 22(3), 2024.

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「良質かつ適切な精神科医療の推進に向けて精神科リハビリテーションの現況と有効性を調査しその機能分化について検討する研究（25GC1001）」
（研究代表者 根本隆洋）

分担研究報告書

「わが国における精神科リハビリテーションの現況調査と好事例の収集」

研究分担者

内野 敬（東邦大学医学部社会実装精神医学講座）

研究協力者

山口創生（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）

森元隆文（札幌医科大学保健医療学部作業療法学科）

柴崎聡子（川崎市総合リハビリテーション推進センター）

今村晴彦（長野県立大学大学院健康栄養科学研究科）

荒井 悠（東邦大学医学部精神神経医学講座）

鎌田雅之（東邦大学医学部精神神経医学講座）

竹内一真（東邦大学医学部精神神経医学講座）

増田陽夏（東邦大学医学部精神神経医学講座）

研究要旨 精神科リハビリテーションは、その患者数や機能障害の重症度ゆえに統合失調症を主な対象として実施され、精神科作業療法など多職種協働とともに発展してきた経緯がある。しかし、近年はその対象となる疾患や病期は多様となりつつある。しかし、これまで精神科リハビリテーションに関して、疾患や病期の違い、さらには多職種連携の方法などを考慮に入れた詳細な検討は不十分である。わが国における精神科リハビリテーションの現況について、近年構築が推進されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における地域精神保健医療福祉サービスの役割とニーズの変化や、新型コロナウイルス感染症の流行後の社会情勢等を踏まえた最新の状況は明らかではない。また、医療機関において行われる精神科リハビリテーション医療について、他の障害福祉サービス等で代替できない機能等、その特徴に関する検討を行う必要がある。本分担研究では、わが国における精神科リハビリテーションの現況調査として、全国の精神科医療機関へアンケート調査を実施する。また、今後のわが国の精神科リハビリテーションの方向性に示唆を有する施設を視察し、その概要をまとめる。本分担研究報告書では、令和7年度の実施状況を報告する。

A. 研究目的

精神科リハビリテーションは、その患者数や機能障害の重症度ゆえに統合失調症を主な対象として実施され、精神科作業療法など多職種協働とともに発展してきた経緯

がある。しかし、近年はその対象となる疾患や病期は多様となりつつある1)。しかし、これまで精神科リハビリテーションに関して、疾患や病期の違い、さらには多職種連携の方法などを考慮に入れた詳細な検

討は不十分である2)。わが国における精神科リハビリテーションの現況について、過去の調査はあるものの3,4)、近年構築が推進されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における地域精神保健医療福祉サービスの役割とニーズの変化や、新型コロナウイルス感染症の流行後の社会情勢等を踏まえた最新の状況は明らかではない。また、医療機関において行われる精神科リハビリテーション医療について、他の障害福祉サービス等で代替できない機能等、その特徴に関する検討を行う必要がある。

本分担研究では、①わが国における精神科リハビリテーションの現況調査として、全国の精神科医療機関等へアンケート調査を実施する。各種精神科リハビリテーション（精神科デイケア、外来作業療法、他の形態等による集団・個別の精神科リハビリテーション等）について、人員配置、方法、内容、特色、ニーズ等を明らかにする。並行して、②わが国の精神科リハビリテーションが目指す方向性に示唆を有すると考えられる好事例を収集する。全国の施設を視察し、その概要についてまとめる。

B. 研究方法

①精神科リハビリテーションに関する現況調査

本調査の対象は、全国の医療機関のうち、精神科リハビリテーションとして、精神科デイケア等、外来における精神科作業療法、通院集団精神療法を実施している施設とした。

調査内容については、本研究のために新たにアンケートを作成した。はじめに、施設に関する基本情報を確認（図1）し、対象となる上記の精神科リハビリテーションを算定している施設について回答を依頼した。回答は令和8年1月1日時点のものとした。質問項目は、実施するプログラムの対象基準、人員配置、リハビリテーションの目的や特色、個別のケースマネジメントの実施有無等とした。

実施に際しては、オンラインによる回答が可能なアンケートフォームを構築した。複数の関連団体に協力を依頼し、精神科・心療内科を標榜する計2,952施設（精神科リハビリテーションを実施していない施設も含む）へ、郵送にて回答依頼を行った。

②精神科リハビリテーションの好事例収集

研究班全体での質的検討により、わが国の精神科リハビリテーションが目指す方向性に示唆を有すると考えられる施設の候補を抽出した。当該施設に直接依頼を行い、許可を得られた施設へ、視察を行った。現地において、施設におけるリハビリテーションの実施状況や工夫、人員配置等について調査した。

（倫理面への配慮）

①および②の研究は、施設を対象とした調査であり、施設の利用者や職員等の特定の個人を対象とする調査は実施しなかった。視察に基づく好事例の整理にあたっては、医療機関および当該機関の関係者の同意のもと情報収集を行い、個人情報および施設の機微情報が特定されないよう一般化した記述にとどめた。

C. 研究結果

①精神科リハビリテーションに関する現況調査

令和8年3月9日から令和8年3月31日までに、390施設（13.2%）からの回答を得た。このうち、精神科デイケア等、外来における精神科作業療法、通院集団精神療法のいずれも実施していないと回答した117施設を除き、273施設（9.2%）を有効な回答とした。

273施設の区分については、精神科病院159施設（58.2%）、精神科診療所72施設（26.4%）、大学附属病院23施設（8.4%）、総合病院14施設（5.1%）、その他5施設（1.8%）であった。開設主体が国公立は251施設（91.9%）、私立は22施設（8.1%）であった。

所在地については、北海道地方19施設

(7.0%)、東北地方17施設(6.2%)、関東地方86施設(31.5%)、中部地方37施設(13.6%)、近畿地方42施設(15.4%)、中国地方24施設(8.8%)、四国地方8施設(2.9%)、九州・沖縄地方40施設(14.7%)であった。

回答のあった273施設のうち、実施していた精神科リハビリテーションの内容は、精神科デイケア253施設、外来における精神科作業療法92施設、通院集団精神療法38施設であった。なお、同一施設内で、目的や機能の異なる精神科デイケアを複数単位実施している場合は1単位毎の回答とし、計343単位のデイケアから回答を得た。

②精神科リハビリテーションの好事例収集

精神科リハビリテーションを実施する施設の視察を行い、好事例と考えられた施設の概要について、資料1にまとめた。本調査は、研究分担者である池田望らとともに実施しており、結果および考察の詳細については、分担研究報告書「精神科リハビリテーションの制度・内容と関連職種の専門性を活かした機能分化の検討」に記載した。

D. 考察

①精神科リハビリテーションに関する現況調査

本調査では、令和8年1月1日時点での現況について回答を依頼した。回答率は13.2%であり、オンラインによる施設調査としては一般的な回答数であった。ただし、本調査において依頼を行った施設には、今回対象とした精神科リハビリテーション(精神科デイケア、外来における精神科作業療法、通院集団精神療法)を実施していない施設も含まれており、対象施設の正確な母数は不明であるものの、有効な回答は273施設(9.2%)であり、十分とは言えない結果であった。そのため、結果の一般化可能性を向上させるためには、追加の調査を要すると考えられた。令和8年度は、各施設への調査依頼を再び行い、今回の調査

依頼で回答が得られなかった施設からの回答を促すこととする。

②精神科リハビリテーションの好事例収集

好事例に共通する要素として、(1)施設基準を超えた多職種配置と職種間連携の強化、(2)通過型といつでも「寄れる場」の二層設計、(3)就労支援・若者支援・学校連携・高齢者対応など地域ニーズに応じた機能分化、(4)定期的個別面談を軸としたケースマネジメント、(5)当事者中心・リカバリー志向の組織文化の醸成、が抽出された。

他方、課題としては、急性期や状態の混在する集団でのプログラム運営の困難、身体合併症リハビリテーションが単科病院では収益につながりにくい構造的課題、医療と福祉の財源分立による中間的支援の制度化の難しさ、潜在的なリハビリテーション対象者(外来投薬のみの利用者や独居中老年など)に対するアウトリーチ不足、集団参加が苦手な層への支援設計と評価の難しさ、小規模運営では多対象同時運用の非効率と人員制約が生じる、などが指摘された。

令和8年度は、多角的な視点での情報収集を継続する。さらに、精神科リハビリテーションに関する現況調査の結果、システムティックレビューの結果、現行の制度や内容整理の結果等と連動した考察を行う予定である。

E. 結論

精神科リハビリテーションに関する現況調査および好事例収集を継続し、現在のわが国における精神科リハビリテーションの現況を示す基礎資料を作成する。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

3. その他
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

引用文献

1) Nemoto T, et al: Feasibility and accept

ability of cognitive rehabilitation during the acute phase of schizophrenia. *Early Interv Psychiatry* 15: 457-462, 2021.

2) Morin L, et al: Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry* 8: 100, 2017.

3) 厚生労働省: 精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究, 2009

4) 厚生労働省: 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究, 2019

精神科リハビリテーションに関する現況調査

日々益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。このたび、精神科リハビリテーションを行う医療機関の現況等を把握するためのアンケート調査を実施することとなりました。本調査は、厚生労働科学研究（※）の一環として実施され、調査結果は今後のわが国の精神科リハビリテーションのあり方を検討する際の基礎資料とすることを想定しております。つきましては、ご多忙のところ誠に申し訳ございませんが、ご理解とご協力を賜ることができますと幸甚に存じます。何卒よろしくお願い申し上げます。

【調査名】精神科リハビリテーションに関する現況調査

【調査対象】精神科リハビリテーション（精神科デイ・ケア等、外来における精神科作業療法、通院集団精神療法）を実施している日本全国の医療機関

【調査時点】令和8年1月1日時点

本調査にご協力いただける場合は、以下のアンケートへの回答をお願いいたします。なお、ご回答の有無や内容によって不利益を被ることは一切ありません。本アンケートを既にご回答いただいた施設の方には、重複のご案内となり申し訳ございません。また、本アンケートは精神科リハビリテーションを行う医療機関を対象としております。大変恐れ入りますが、それ以外の方は、お捨て置きますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の区分についてご回答ください①

精神科病院 総合病院 大学附属病院 精神科診療所 その他（_____）

2. 貴施設の区分についてご回答ください②

国公立 私立 その他（_____）

3. 貴施設の所在する都道府県についてご回答ください

4. 貴施設で実施（算定）している精神科リハビリテーションの区分について、すべてご選択ください

精神科デイ・ケア等（ショート・ケア/ナイト・ケア/デイ・ナイト・ケアを含む）

※機能や目的の異なる精神科デイ・ケア等を複数実施している場合は、その数をご入力ください（施設としては一つのデイ・ケアでも、目的等で対象者を分けた運用をしている場合は、複数としてカウント）

→ _____ つのデイ・ケア等を実施

外来における精神科作業療法（入院患者を対象としたものは除く）

通院集団精神療法

図1 アンケート調査における施設基本情報の設問

資料1 精神科リハビリテーションに関する好事例集

【事例1】 政令指定都市・公立病院・精神科単科

－ 専門医療機関における当事者中心の視点を重視しつつ出口戦略を伴うデイケア実践

<施設全体の概要>

救急から慢性期まで幅広い入院病棟に加え、依存症や医療観察法、児童思春期の対応など専門医療を提供する地域の中核的病院(約250床)

<精神科リハビリテーションの場>

デイケア・利用者数約50名/日

人員配置:OTR3名、Ns2名、CPP3名、MHSW1名、Dr(専任)2名 ※**現行の施設基準を超えた**配置

<リハビリテーションの特色のまとめ>

項目	詳細
当事者中心/パーソナルリカバリーの視点	利用者主導の意思決定、自己肯定感の向上に重きを置いた治療方針
地域のニーズへの対応	専門医療機関として、地域の福祉サービスやクリニックなどからの依頼への対応や地域資源との協業による支援を展開し、 リハビリテーションに関する地域ネットワーク を構築
ケースマネジメントの実施	基準以上の配置をしたメディカルスタッフによる 多職種協働 、職種毎の専門性に加えて 柔軟性を重視した個別のケースマネジメント を実施(例:作業療法士も個別の同行支援)
出口戦略	過度な「卒業促進」は行わないものの、 不必要な滞留防止 のために、3ヶ月毎の個別面談による評価、ロールモデルとなる卒業者の提示、地域の外部講師を招いた社会資源紹介など

【事例2】 一般市(人口15万人)・民間病院・精神科単科

－ 医療専門職による密な地域連携に基づく就労支援とこころの拠り所の機能を両立したデイケア実践

<施設全体の概要>

救急病棟や認知症疾患医療センターに加え、訪問看護、地域活動支援センター、就労継続型等の幅広い福祉サービスを提供し、「にも包括」構築を推進する地域の中核的な病院(約50床)

<精神科リハビリテーションの場>

デイケア・利用者人数約35名/日

人員配置:OTR3名、Ns1名、MHSW1名、Dr(専任)1名、非資格スタッフ1名 ※**現行の施設基準を超えた**配置

<リハビリテーションの特色のまとめ>

項目	詳細
出口戦略	長期利用が可能な一般コースと 短期集中の就労支援コース (1クール3ヶ月で週3日以上参加、 職場開拓 や 同行支援 を含む就労支援に加えて認知行動療法やメタ認知トレーニング等の 専門療法)を同一空間内で運用
当事者中心/パーソナルリカバリーの視点	ピアスタッフ の参加や、外来受診時などにいつでも戻ってこられる 安心感 、 こころの拠りどころ の役割
地域のニーズへの対応	ハローワークや障害者就業・生活支援センター、企業と密に地域連携をし、障害者の就労に向けた リハビリ の依頼を積極的に対応
ケースマネジメントの実施	就労コースでは、 2週間毎の個別面談 を含む ケースマネジメント
医療との密な連携	外来診療との柔軟な連携を実施 病状の悪化や困難例の対応が可能な医療専門職が行うリハビリテーションについて、 地域からの信頼感

【事例3】 町(人口1万人)・民間クリニック・精神科単科

－ 密な地域連携に基づき地域ニーズ(若年者対応・症状再燃時の早期介入等)に沿ったデイケア実践

<施設全体の概要>

町内に2つある精神科医療機関のうちの1つ(現在、町内に精神病床なし)であり、デイケア、相談支援事業所、グループホームなどを併設する多機能型診療所

<精神科リハビリテーションの場>

デイケア・利用者人数約25名/日

人員配置:Ns1名、MHSW1名、Dr(専任)1名 ※専従者は概ね現行の施設基準の配置だが、+αの非常勤あり

<リハビリテーションの特色のまとめ>

項目	詳細
当事者中心/パーソナルリカバリーの視点	地域全体で当事者中心の文化の醸成、地域密着型の医療を実践
地域のニーズへの対応	福祉サービスの充実等により慢性期型のデイケアは利用者が減少のため、地域のニーズを積極的に開拓し、リワーク、学生、若者、介護サービスになじまない高齢者などの利用が増加 外来診療しか受けていない潜在的なリハビリテーション対象者への積極的な声かけ 職員が非常勤のスクールカウンセラーとして勤務することで学校との連携を強化
医療との密な連携	地域の福祉サービスを利用中に症状悪化した際、早期の段階にデイケアでの治療的介入を受けることで入院を抑止

【事例・番外編】 一般市(人口5万人)・民間病院・精神科単科

－ 医師を含む多職種チームによる手厚い個別就労支援のデイケア実践 ※算定要件の課題から中断

<施設全体の概要>

市内唯一の精神病床を有する病院(約400床)として救急から認知症まで幅広く対応し、基幹相談支援センター、地域活動支援センター、就労継続支援A/B型等の幅広い福祉サービスを提供

<精神科リハビリテーションの場>

デイケア・利用者人数約40名/日

人員配置:OTR1名、Ns1名、MHSW2名、Dr(専任)1名、就労支援員2-3名 ※現行の施設基準を超えた配置

<リハビリテーションの特色のまとめ>

項目	詳細
出口戦略 ケースマネジメントの実施	デイケアにおいて多様な心理社会的治療プログラムに加えて、専門的就労支援員を配置したIPS(Individual Placement and Support)による手厚い就労支援を導入 ※同行・訪問支援が算定要件上困難であり継続断念
当事者中心/パーソナルリカバリーの視点	法人全体の方針として「リカバリー」を掲げ、当事者中心の保健医療福祉を地域で実践
地域のニーズへの対応	自立支援協議会就労支援部会との共同や職場開拓による就労先に関する地域連携
医療との密な連携	IPSの方針決定には精神科医師が参加、外来診療との柔軟な連携を実施

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「良質かつ適切な精神科医療の推進に向けて精神科リハビリテーションの現況と
有効性を調査しその機能分化について検討する研究（25GC1001）」
（研究代表者 根本隆洋）

分担研究報告書

「精神科リハビリテーションの制度・内容と
関連職種の専門性を活かした機能分化の検討」

研究分担者

池田 望（札幌医科大学保健医療学部）

研究協力者

森元隆文（札幌医科大学保健医療学部作業療学科）

研究要旨 本研究は、わが国で行われている精神科リハビリテーション医療の全体像と位置付けを把握するための基礎資料を作成することを目的とし、関連資料の収集と通過型のリハビリテーションを実践している好事例医療機関の視察に基づき、制度・内容の整理と関連職種の機能分化のあり方を検討した。結果として、（1）精神科リハビリテーションは、エビデンスに基づくこと（EBP）、当事者中心であること、リカバリー志向であることが国際的に提唱されていること、（2）わが国では精神保健医療福祉の改革ビジョン以降「入院から地域へ」という方向性が示され、医療制度・障害福祉制度・就労支援制度の三制度を縦断する精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が政策目標とされていること、（3）医療機関で提供される精神科リハビリテーションは、精神科作業療法、精神科デイ・ケア等の通所支援、精神科訪問看護・指導料を中心とする訪問支援に大別され、第10回NDBオープンデータからは、依然として入院中心の作業療法の比重が大きい一方で、訪問支援の規模拡大と職種間の役割分担の課題が示されること、（4）好事例の視察からは、施設基準を超える多職種配置、通過型と「寄れる場」の二層設計、地域ニーズに応じた機能分化、定期的個別面談を軸としたケースマネジメント、リカバリー志向の組織文化の醸成といった共通要素と、診療報酬体系上の制約による課題が抽出されたこと、を整理した。これらの知見は、当事者中心・リカバリー志向のもとで、精神科リハビリテーション医療を進めるための基礎資料となる。

A. 研究目的

本研究は、わが国で行われている精神科リハビリテーション医療の全体像と位置付けを把握するための基礎資料を作成することを目的とする。具体的には、精神科リハビリテーションの制度・内容を整理するとともに、関連職種の専門性を活かした機能分化や連携の状況について検討を行う。令

和7年度はこれらの概要と要点を把握することに主眼を置いた。

B. 研究方法

関連資料の収集と、通過型のリハビリテーションを実践している医療機関（好事例）の視察による情報収集、およびそれを踏まえての整理と考察を行った。具体的に

は、(1) 関連する学術文献、(2) 関連する公的資料(精神保健医療福祉の改革ビジョン、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、当事者が望む生活を実現するための精神科の作業療法のあり方検討委員会報告書等)、(3) 第10回NDBオープンデータに基づく医科診療行為算定回数等のデータ、(4) 政令指定都市の公立病院、地方都市の民間病院、町の民間クリニックなど、通過型のリハビリテーションを実践している医療機関に対する視察情報などを組み合わせて検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は公表されている公的資料・文献および統計データの整理・分析を中心とする文献研究であり、特定の個人を対象とした介入研究は実施していない。視察に基づく好事例の整理にあたっては、医療機関および当該機関の関係者の同意のもと情報収集を行い、個人情報および施設の機微情報が特定されないよう一般化した記述にとどめた。

C. 研究結果

1. 精神科リハビリテーションの概念整理

リハビリテーションの概念は歴史的に変遷してきた。世界保健機関(WHO)は、1968年の専門家会議¹⁾において、リハビリテーションを「医学的、社会的、教育的、職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的な能力を可能な最高レベルに達せしめること」と定義した。当初の定義は、医学・教育・職業・社会の4領域に区分され、個人の機能や訓練に焦点を当てた障害の個人モデル・伝統的医学モデルが基盤であった。

その後、2001年に提唱された国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)²⁾により、障害を生活機能の中に位置づけ、さらに背景因子に環境因子と個人因子を加えた、いわば医学モデルと社会モデル

を総合した統合モデルが広く認知されるようになった。これを踏まえ、WHOは2017年に、リハビリテーションを「ある健康状態にある個人が、その環境との相互作用において障害を低減し、生活機能を最適化するように設計された一連の介入」と再定義し³⁾、医療セクターと教育・労働等の他のセクターを横断する学際的な実践であり、医療制度がリハビリテーションサービスの強化において中心的な役割を果たすべきことを示した。

精神科領域においては、Anthony⁴⁾が、「精神科リハビリテーションの使命は、長期精神障害をかかえる人々の機能回復を助け、専門家による最小限の介入で、彼ら自身が選択する環境において落ち着き、満足できる生活を送れるようにすること」と表現した。RösslerとDrake⁵⁾は、地域ケアにおける精神科リハビリテーションは、

(1) エビデンスに基づくこと(evidence-based practice: EBP)、(2) 当事者中心であること(person-centered care)、(3) リカバリー志向であること、を指すべき方向性として提唱している。基本原則としては、自律性の尊重、治療的関係性の構築、共同意思決定、スキルの向上、機会の拡大、支援の提供、差別やスティグマを最小限に抑えるための環境改善などが挙げられる⁶⁾。Deegan⁷⁾は、リハビリテーションが「世界の極(個人の外側にある支援・サービス)」を、リカバリーが「自己の極(内的な体験)」をそれぞれ指すと述べ、リカバリーのプロセスを基盤としてはじめてリハビリテーション支援が意味を持つと位置づけている。

2. 日本における精神科リハビリテーションの制度的位置付け

わが国の精神保健医療福祉施策は、平成16年(2004年)に厚生労働省が策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」⁸⁾において「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性が明示されて以降、入院中心の医療から地域包括的な支援への移行

を志向してきた。平成29年（2017年）の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」9)を経て、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の構築が政策目標に掲げられ、令和3年（2021年）「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」10)、令和4年（2022年）の精神保健福祉法改正（令和6年4月1日施行）11)へと展開している。

精神科リハビリテーションを規定する関連法規・制度は、（1）医療制度、（2）障害福祉制度、（3）就労支援制度の三つに大別される。医療制度では、精神保健福祉法および医療法に基づく医療提供体制の下で、医療保険制度による診療報酬体系として、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科訪問看護・指導料、精神科退院前訪問指導料、精神科退院指導料、精神科在宅患者支援管理料などが位置付けられる。なお、第6次医療計画12)以降、精神疾患は5疾病に位置付けられ、医療計画のなかで精神科医療提供体制を確保することが求められている。障害福祉制度では、障害者総合支援法に基づき、自立訓練（生活訓練・機能訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型・B型、地域活動支援センター、共同生活援助（グループホーム）等のサービスが、地域での生活訓練、社会参加、就労支援を担っている。これらの障害福祉サービスは、医療機関で提供されるリハビリテーションと役割が一部重複する側面があり、機能分化と連携のあり方が継続的な課題となっている。一般就労における就労支援制度では、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センター等が、医療・福祉と連携して個別の就労支援を担っている。これら三制度を縦断する形で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが「保健・医療・福祉・住まい・社会参加・教育」を横断的に統合することが目指されている。

また、令和6年（2024年）4月施行の改正精神保健福祉法11)では、医療保護入院の見直し、入院者訪問支援事業の創設、虐待防止のための通報義務の整備等が盛り込まれ、当事者の権利擁護と地域生活への移行を一層促進する基盤が整えられつつある。こうした制度動向のもと、精神科リハビリテーションは、入院から地域への切れ目のない支援を保障する具体的手段として、医療政策上の重要性を増している。

3. 医療における精神科リハビリテーションサービス

①サービスの概要（デイ・ケア・作業療法・訪問支援）

医療機関で提供される精神科リハビリテーションは、大きく、（a）入院・外来における精神科作業療法、（b）通所による精神科デイ・ケア、ショート・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、（c）訪問支援（精神科訪問看護・指導料、精神科退院前訪問指導料、精神科在宅患者支援管理料等）に分けられる。

精神科作業療法は、入院医療を中心として作業療法士の配置のもとで集団的に実施されることが多く、急性期から回復期にかけて、生活リズムの形成、対人関係の練習、作業活動を通じた認知・運動機能の評価と賦活が行われる。精神科デイ・ケアは、外来通院患者を対象として、社会生活機能の回復を目指したプログラムを6時間／日を標準として実施する集団的方法であり、規模により大規模・小規模に区分される。ショート・ケア（3時間）、ナイト・ケア（夕方～夜間4時間）、デイ・ナイト・ケア（10時間）は、利用者の生活リズムや病状段階、社会参加目標に応じた選択肢を提供する。訪問支援は、精神科訪問看護・指導料が中心であり、看護師、保健師、作業療法士、精神保健福祉士など複数職種が、利用者の生活の場における服薬管理、症状観察、生活支援、家族支援等を行う。

その他、多職種連携に関しては退院支援

にかかわる医学管理料として精神科退院時共同指導料が設けられており、令和8年（2026年）度診療報酬改定では入院医療についても精神病棟入院基本料等に精神病棟看護・多職種協働加算が新設され、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士または公認心理師による多職種連携について評価されることになった。

②リハビリテーションの方法論（個別と集団、各種技法）

精神科リハビリテーションは、個別療法と集団療法の双方が用いられる。個別療法は、当事者固有のニーズ、認知特性、目標に沿って柔軟に提供され、心理教育、認知機能リハビリテーション、ケースマネジメント等の技法が含まれる。集団療法は、ピアサポート、社会的スキルの相互学習機会としての価値を持ち、SST（Social Skills Training：社会生活技能トレーニング）、IMR（Illness Management and Recovery：疾病管理とリカバリー）、NEAR（Neuropsychological Educational Approach to cognitive Remediation：認知矯正療法）、心理教育、WRAP（Wellness Recovery Action Plan：元気回復行動プラン）等が活用される。

地域における先進的なEBPには、ACT（包括型地域生活支援プログラム）、IPS（伴走型個別就労支援：Individual Placement and Support）、家族心理教育、ストレングスマodelに基づくケースマネジメント、支援付き住居（Supported Housing）等が含まれる。これらの実践に共通するのは、多職種チームによるケア、アウトリーチを基本とする地域支援、当事者個人のみならず周囲の環境をも支援対象とする点である。Rössler¹³⁾は、精神障害におけるリハビリテーションを、（1）ストレスの多い環境のなかで患者がうまく対処できるようスキルを高める個人中心の戦略と、（2）潜在的なストレス要因を減らすために環境側の資源を整備する生態学的アプローチの二つの介入戦略の組み合わせとして

整理しており、多くの障害を持つ人々には両方のアプローチを組み合わせることが必要であるとした。

③リハビリテーションサービスにおける各専門職種の役割

精神科リハビリテーションは多職種協働を前提とする実践であり、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理職（公認心理師、臨床心理士）、ピアサポーターなどが連携して支援を提供する。各職種に重複する取り組みもあるが、以下に主要な役割を述べる¹⁴⁾。

医師は、診断・治療方針の決定、薬物療法の調整、リハビリテーション計画の指示、多職種チームの統括的役割を担う。看護師は、症状観察、服薬管理、生活援助、訪問看護による地域生活支援を主な役割とし、特に訪問看護領域における算定の中心的職種である。作業療法士は、作業活動を媒介とした評価と介入、社会生活技能のトレーニング、感覚特性や認知特性に応じた個別支援、退院前訪問等を担う。精神保健福祉士は、社会資源の活用、地域移行・定着支援、家族支援、権利擁護、就労支援、関係機関との連絡調整など、ソーシャルワーク機能を担う。心理職（公認心理師、臨床心理士）は、心理アセスメント、各種心理療法、心理教育、認知機能リハビリテーション等の心理的介入を行う。ピアサポーターは、当事者の経験に基づく支援、リカバリーストーリーの共有、ピアグループのファシリテーション、スティグマ対策等で独自の役割を発揮しつつある。

なお、ストレングスマodelやリカバリー志向の支援は職種を問わず取り込まれるジェネラリスト的な方法論としての側面もあり、職種固有の専門性と多職種に共通する基盤の双方が、現代の精神科リハビリテーションには求められる。とりわけ、外来・デイ・ケア・訪問サービスや地域における生活・就労支援を横断するケースマネジメントの担い手として、職種間の壁を低くした横断的連携体制が重要である。

4. 精神科リハビリテーション医療の内容と実態

①第10回医科診療行為算定数とその分析

第10回NDBオープンデータ15) (令和5年度/2023年度) に基づき、性年齢別の算定回数を分析すると、精神科リハビリテーション項目(精神科専門療法関係)の利用実態には以下の特徴が認められる(実数の一覧は本報告書末尾の「第10回NDBオープンデータ分析結果」の表を参照)。

実数の比較から、以下の所見が得られる。第一に、精神科作業療法(30,591,549回)が圧倒的多数を占め、その大部分(約99%)が入院中の算定であり、わが国の精神科リハビリテーションが依然として入院医療を起点としている実態が示される。第二に、外来通所型のデイ・ケア(6,454,224回)はショート・ケア(1,541,527回)の約4倍、デイ・ナイト・ケア(1,962,151回)の約3倍であり、6時間/日の標準型デイ・ケアが通所支援の主軸となっている。一方、ショート・ケアやナイト・ケアは利用回数が限定的で、生活リズムや就労準備に応じた多様な選択肢の提供は今後の課題である。第三に、精神科デイ・ケアのうち3年超・週3日超利用(347,556回)が全体の約5.4%あり、長期滞在型ニーズへの対応と通過型運用の両立が制度設計上の論点となる。第四に、訪問支援(精神科訪問看護・指導料全職種計1,937,942回)は外来通所型と並ぶ規模に達しているが、その内訳をみると看護職が約83%を占め、精神保健福祉士は約12%、作業療法士は約4.7%にとどまり、職種間の役割分担と多様化が課題である。第五に、精神科退院前訪問指導料(31,105回)、精神科退院指導料(151,262回)、精神科在宅患者支援管理料(9,707回)といった入院・在宅支援を直接評価する項目の算定は相対的に小規模であり、入院から地域への移行支援、地域定着支援を制度的に後押しする評価のあり方が引き続き検討課題である。なお、医学管理料となるが、多職種チームによる退院支援である精神科退院時共同指導料につい

てはわずか198件にとどまっていた。

年齢別の分布をみると、精神科作業療法は70~74歳とそれ以上、精神科デイ・ケアは50~54歳とそれ以上、ショート・ケアは50~54歳とそれ以下、ナイト・ケアは50~54歳とその前後、デイ・ナイト・ケアは65~69歳とその前後にピークと集中があり、利用者層が機能ごとに分化している。特徴は精神科作業療法の対象が入院中の高齢層中心であること、ショート・ケアは若年層を含む割合が多いことである。訪問看護指導料は55~59歳をピークに50~74歳に集中し、退院指導料は50~54歳および70~74歳をピークとする二峰性、在宅患者支援管理料は75~79歳とそれ以上で多く算定されるなど、加齢に伴う在宅・退院支援ニーズの存在も読み取れる。

これらのデータは、現行の精神科リハビリテーション医療において、(a)入院作業療法と通所型(デイ・ケア等)の比重が依然として大きいこと、(b)訪問・アウトリーチ型支援は拡大しつつも職種間に偏りがあり、要件上の制約も残ること、(c)長期利用者の存在と新規利用者の流入のバランス、退院・在宅支援の制度的評価の不足、が課題であることを映し出している。

②好事例の特徴および課題

通過型(個別性の高い)リハビリテーションを実践している4件の好事例の視察からは、以下の特徴と課題が抽出された。

事例1 (政令指定都市・公立病院・精神科単科) では、約250床の地域中核病院のデイ・ケアにおいて、現行施設基準を超える多職種配置(OTR3名、Ns2名、CPP3名、MHSW1名、Dr専任2名)のもと、利用者主導の意思決定、3か月毎の個別面談による評価、卒業ロールモデルの提示、地域の外部講師による社会資源紹介などが組み合わせられ、過度な「卒業促進」を避けつつ不必要な滞留を防ぐ工夫がなされていた。リハビリテーション部はOT・PSW・

心理等の職種間の壁を低くした横断的連携が可能になっている。急性期では入院中のみで効果を完結させることが困難なため、退院前訪問、プレデイ・ケア、外来作業療法、訪問看護等を組み合わせ、地域生活への移行・定着を連続的に支援している点も特徴的である。

事例2（一般市・人口15万人・民間病院・精神科単科）では、約250床の病院のデイ・ケアにおいて、長期利用が可能な一般コースと、短期集中の就労支援コース（1クール3か月、週3日以上参加、職場開拓・同行支援を含む）を同一空間内で運用している。ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、企業との密な地域連携、ピアスタッフの参加、外来受診時にいつでも戻れる「こころの拠りどころ」機能、就労コースでの2週間毎の個別面談を含むケースマネジメントなどが特徴である。

事例3（町・人口1万人・民間クリニック・精神科単科）では、デイ・ケア、相談支援事業所、グループホーム等を併設する多機能型診療所として、福祉サービスの充実等による慢性期型デイ・ケアの利用減少を踏まえ、リワーク、学生、若者、介護サービスになじまない高齢者など地域ニーズに合致した利用者層を積極的に開拓している。職員が非常勤のスクールカウンセラーとして勤務することによる学校との連携強化、外来診療しか受けていない潜在的なりハビリテーション対象者への積極的な声かけ、福祉サービス利用中の症状悪化時のデイ・ケアでの早期治療的介入による入院抑止などが特徴である。

事例4（一般市・人口5万人・民間病院・精神科単科）では、法人全体の方針として「リカバリー」を掲げ、当事者中心の保健医療福祉を地域で実践し、デイ・ケア内でIPS（Individual Placement and Support）に取り組んでいた。専門の就労支援員を配置し、医師を含む多職種チームによる手厚い個別就労支援を実施したものの、同行・訪問支援が現行の算定要件上困難であり継続を断念したことが報告された。事

業所外での支援に対する診療報酬の不在が、エビデンスに基づく実践の実装を阻害する制度的課題として浮き彫りになった事例である。

これら好事例に共通する要素として、（1）施設基準を超えた多職種配置と職種間連携の強化、（2）通過型といつでも「寄れる場」の二層設計、（3）就労支援・若者支援・学校連携・高齢者対応など地域ニーズに応じた機能分化、（4）定期的個別面談を軸としたケースマネジメント、（5）当事者中心・リカバリー志向の組織文化の醸成、が抽出された。

他方、課題としては、急性期や状態の混在する集団でのプログラム運営の困難、身体合併症リハビリテーションが単科病院では収益につながりにくい構造的課題、医療と福祉の財源分立による中間的支援の制度化の難しさ、潜在的なりハビリテーション対象者（外来投薬のみの利用者や独居中老年など）に対するアウトリーチ不足、集団参加が苦手な層への支援設計と評価の難しさ、小規模運営では多対象同時運用の非効率と人員制約が生じる、などが指摘された。その他、医師依存・管理志向の組織文化が自己開示や地域協働を阻害しうる側面も指摘されている。これらは、制度的整備のみならず、組織文化や多職種連携のあり方そのものを問い直すべき課題群である。

D. 考察：精神科リハビリテーションの意義と課題

欧米における精神科リハビリテーションは、EBP・当事者中心・リカバリー志向を3本柱として、脱施設化と地域ケアへの移行を支える基盤的な実践へと進化してきた。わが国においても、平成16年の精神保健医療福祉の改革ビジョン以降、地域生活中心の方向性は明確に示されており、目指すべき方向性はそれと大きく乖離していない。

一方で、現実の制度設計と運用には、（1）通所・集団支援を前提とした診療報酬体系がアウトリーチ型・個別支援型のE

BP実装の阻害要因となっていること、
(2) 医療機関の作業療法・デイ・ケアと、障害福祉サービス（自立訓練、就労移行、地域活動支援センター、就労継続支援B型等）との役割重複と機能分化が不明瞭であること、(3) 多職種協働そのものを評価する診療報酬上の仕組みが依然として限定的であること、(4) 集団参加が苦手な層や、外来投薬のみで生活介入の導線が未整備な未接続層に対するアウトリーチ手段が乏しいこと、などの課題が認められる。

他方、好事例の検討からは、医療専門職にしかできない精神科リハビリテーションの存在意義も明確に示された。すなわち、病状悪化や困難例への対応、症状再燃時の早期介入、薬物調整・環境調整・地域移行支援の同時並行的実施、地域における信頼と顔の見える関係に基づく連携、急性期から地域定着までの連続的支援は、医療機関に位置づけられる作業療法・デイ・ケア・訪問支援の固有の機能である。これは、福祉サービスとの単純な代替関係ではなく、機能分化と連携を前提としたグラデーションのある役割分担として整理されるべきである。

精神科リハビリテーションの今後の課題として、第一に、通過型リハビリテーションの典型像と「寄れる場」としての滞在型機能の両立を可能にする評価指標と診療報酬上の評価のあり方の検討、第二に、医療と障害福祉の役割分担の再整理と共有、地域資源の状況に応じたグラデーションのある運用の設計、第三に、IPS等のアウトリーチを伴うEBPを医療現場で実装可能にする算定要件の見直し、第四に、多職種チームの専門性と共通基盤の双方を評価できる制度の検討、第五に、未接続層への系統的アウトリーチと早期介入による入院回避を志向した制度設計、が挙げられる。

また、好事例に通底する組織文化として、職種間の壁を低くする組織運営、合同カンファレンスや事例検討会等を通じた情報共有と人と人とのつながりづくり、当事者・

家族・地域関係者を交えた開かれた議論の場づくりが認められた。これらは、診療報酬や法令といった制度的枠組みだけでは規定されない「実践の質」を支える要素であり、人材育成と組織開発の両面から精神科リハビリテーション医療の質を底上げするための重要な視点である。

E. 結論

本研究で言及した制度・内容と好事例の知見は、わが国の精神科リハビリテーション医療を、当事者中心・リカバリー志向のもとで進めるための基礎資料として活用されることが期待される。次年度以降は、各関係職種の機能や具体的な支援に関する資料を検索・追加して情報の充実を図るとともに、好事例情報についても多様な視点から収集を継続し、医療と障害福祉サービス・地域資源のそれぞれがもつ機能の整理を行う予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし
3. その他
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

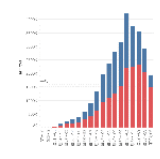
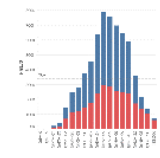
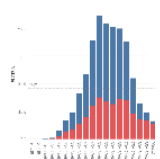
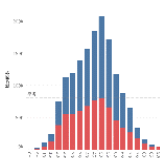
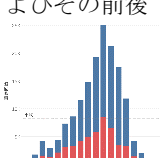
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

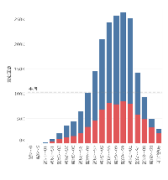
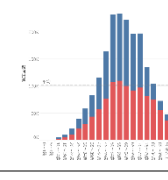
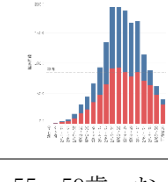
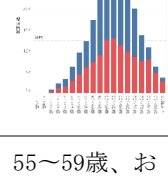
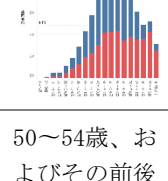
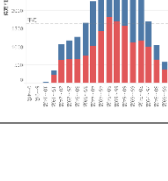
引用文献

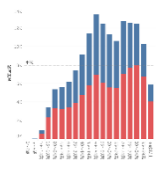
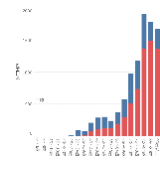
- 1) World Health Organization: WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation [meeting held in Geneva from 12 to 18 November 1968]: second report. WHO, Geneva, 1969.

- 2) World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva, 2001.
- 3) World Health Organization: Rehabilitation 2030: A Call for Action. WHO, Geneva, 2017.
- 4) Anthony WA, Liberman RP: The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. Schizophrenia Bulletin 12(4): 542-559, 1986.
- 5) Rössler W, Drake RE: Psychiatric rehabilitation in Europe. Epidemiology and Psychiatric Sciences 26(3): 216-222, 2017.
- 6) Corrigan PW: Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2016.
- 7) Deegan PE: Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal 11(4): 11-19, 1988.
- 8) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン。厚生労働省，2004年9月。
- 9) 厚生労働省：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書。厚生労働省，2017年2月。
- 10) 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係る検討会報告書。厚生労働省，2021年3月18日。
- 11) 厚生労働省：精神保健福祉法の改正について（令和4年法律第104号、令和6年4月1日施行）の概要。厚生労働省，2022年。
- 12) 厚生労働省：医療計画について（第6次医療計画における精神疾患の医療体制構築に係る指針）。厚生労働省，2013年。
- 13) Rössler W: Psychiatric rehabilitation today: an overview. World Psychiatry 5(3): 151-157, 2006.
- 14) 東邦大学医療センターホームページ (https://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth/mental/team_approach/role.html)（2026年5月26日に利用）
- 15) 厚生労働省：第10回NDBオープンデータ（医科診療行為 性年齢別算定回数）。厚生労働省，2025年公表。

表 第10回NDBオープンデータ精神科リハビリテーション項目（精神科専門療法関係）
集計

診療行為項目	コード	算定回数 (回/年)	外来/入院	ピーク年齢と 集中層	内訳・所見
精神科作業療法（1日につき）	I007	30,591,549	入院中心	70～74歳、およびそれ以上 	入院30,252,477/外来339,072 算定回数は精神科専門療法のなかで最多 高齢層に特に分布
精神科デイ・ケア（大・小、1日につき）	I009	6,454,224	外来	50～54歳、およびそれ以上 	大規模5,418,258/小規模1,035,966 中年層に集中
精神科デイ・ケア（3年超・週3日超、1日につき）	I009	347,556	外来	50～54歳、およびそれ以上 	大規模298,905/小規模48,651 デイ・ケア全体の約5% 長期利用層の存在を反映
精神科ショート・ケア（大・小、1日につき）	I008-2	1,541,527	外来	50～54歳、およびそれ以下 	大規模1,133,972/小規模407,555 若年～中年層に幅広く分布
精神科ナイト・ケア（外来3年超含む、1日につき）	I010	157,307	外来	50～54歳、およびその前後 	通常145,045/3年超週3日超12,262 利用は相対的に少数

診療行為項目	コード	算定回数 (回/年)	外来/入院	ピーク年齢と 集中層	内訳・所見
精神科デイ・ナイト・ ケア（外来3年超含む、 1日につき）	I010-2	1,962,151	外来	65～69歳、お よびその前後 	通常1,804,723/3年超週3日 超157,428 高齢層に分布
精神科訪問看護・指導 料（全職種計）	I012	1,937,942	在宅訪問	55～59歳、お よびそれ以上 	看護職1,611,090/PSW235,62 4/OT91,228
うち 看護職員（保 健師・看護師等）	I012	1,611,090	在宅訪問	55～59歳、お よびそれ以上 	全職種計の約83% 訪問看護 の主たる担い手
うち 精神保健福祉 士	I012	235,624	在宅訪問	55～59歳、お よびその前後 	全職種計の約12% ソーシャ ルワーク機能による訪問
うち 作業療法士	I012	91,228	在宅訪問	55～59歳、お よびその前後 	全職種計の約4.7%にとどま る 社会生活技能への支援は 限定的
精神科退院前訪問指導 料	I011-2	31,105	入院	50～54歳、お よびその前後 	退院前の環境調整 算定回数 は限定的

診療行為項目	コード	算定回数 (回/年)	外来/入院	ピーク年齢と 集中層	内訳・所見
精神科退院指導料	I011	151,262	入院	50～54/70～74歳の二峰性 	高齢入院層での算定が顕著
精神科在宅患者支援管理料	I016	9,707	外来（在宅）	75～79歳とそれ以上 	算定回数は極めて少数 高齢者が顕著 在宅生活継続支援の対象範囲・要件が課題

注：算定回数は第10回NDBオープンデータ（令和5年度/2023年度）医科診療行為 性年齢別 算定回数より集計。診療行為別算定回数の合計値を採用した。「ピーク年齢層」は性年齢ヒストグラムから読み取った最頻層を示す（ヒストグラムは範囲0歳～90歳以上、5歳刻み、青は男性、赤は女性を示す）。なお、本表のヒストグラムは算定回数の性年齢分布イメージを示すことを目的としており、詳細は第10回NDBオープンデータを参照されたい。