

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

総括研究報告書

研究代表者

根本隆洋（東邦大学医学部 精神神経医学講座 教授）

研究要旨

【目的と方法】

わが国の精神保健医療福祉において、現在「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が推進されており、精神科医療機関からの地域移行・地域定着のみならず、精神障害を有する者等が安心して暮らせるための支援が求められている。精神疾患の治療目標として近年は「リカバリー」が重視され、リハビリテーションを通じた機能障害の改善や社会参加の促進が欠かせない。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。本研究は、1. 国内・海外の文献等に基づく精神科リハビリテーションに関する詳細なシステムティックレビュー、2. 精神科医療機関などを対象とした実施状況に関する調査と好事例収集を行い、3. 既存の制度・内容の整理と関連職種の専門性を活かした機能分化の検討を行い、精神科リハビリテーションの目指すべき方向性について検討する。

【進捗と結果】

1. 精神科リハビリテーションの有効性に関するシステムティックレビュー

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。令和7年度は、現代の地域精神保健システムにおける精神科デイケアの対象者、支援内容、および期待される効果を明らかにすることを目的として、2000年以降の国内外の量的研究をレビューした。4つのデータベースを用いて検索を実施し、1次スクリーニングにより得られた文献リストに対し、2名の独立したレビューワーによるスクリーニングを実施した。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。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。

2. 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

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、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。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

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。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、制度面や経済面、人材面での課題も抽出された。

3. 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

①リハビリテーションの定義や制度・内容

リハビリテーションの概念や定義は歴史的に変遷し、近年、WHOは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」と定義した。これに加え、精神科領域におけるリハビリテーションでは、（1）エビデンスに基づくこと、（2）当事者中心であること、（3）リカバリー志向であることなどが強調されてきた。わが国の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、医療制度では、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。障害福祉制度におけるサービスは、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。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、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。

②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（令和5年度／2023年度）の解析結果からは、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、が課題として示唆された。

【結論】

令和7年度の進捗と結果を考慮し、令和8年度引き続き研究を進める。これらを取りまとめることで、平成26年厚生労働省告示「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」におけるリハビリテーションの位置づけの見直し等、精神科リハビリテーションに関連する政策提言に資する基礎資料を作成する。

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 部長）
- ・池田望（北海道公立大学法人札幌医科大学保健医療学部作業療学科 教授）
- ・内野敬（東邦大学医学部 社会実装精神医学講座 助教（社会連携講座））

A. 研究目的

・精神科医療の現状とリハビリテーション
わが国の精神保健医療福祉において、現在「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が推進されており、精神科医療機関からの地域移行・地域定着のみならず、精神障害を有する者等が安心して暮らせるための支援が求められている。精神疾患の治療目標として近年は「リカバリー」が重視されている。リカバリーとは症状から機能、日常・社会生活、自己実現に渡る幅広い概念であり、それらの改善や達成が重要となる。そのためには、薬物療法などによる精神症状の改善だけではなく、リハビリテーションを通じた機能障害の改善や社会参加の促進が欠かせない。平成26年厚生労働省告示「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」においては、「精神障害者が地域で安心して生活し続けることができるよう、生活能力等の向上に向けた専門的かつ効果的なリハビリテーションを外来・デイケア等で行うことができる体制の確保を推進する」ことが示されている。

- ・リハビリテーションにおける課題

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)。

・本研究の目的

本研究は、国内・海外の文献等に基づく精神科リハビリテーションに関する詳細なシステマティックレビューや、精神科医療機関などを対象とした実施状況に関する調査を行い、精神科リハビリテーションの目指すべき方向性について検討することにより、「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」におけるリハビリテーションの位置づけの見直し等、精神科リハビリテーションに関連する政策提言に資する基礎資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

本研究においては、

1. 精神科リハビリテーションの有効性に関するシステマティックレビュー
2. 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
3. 精神科リハビリテーションの制度・内容の整理と関連職種の専門性を活かした機能分化の検討

4. 研究全体の結果の取りまとめと政策提言の作成を行う。

1. 精神科リハビリテーションの有効性に関するシステマティックレビュー

精神疾患の予後を改善し回復を促進するために、リハビリテーションの手法が各国で様々に開発され、作業療法、心理教育、認知行動療法、SST、認知機能リハビリテーションなどがそれに該当する。これらの用語や精神疾患名を組み合わせて、電子データベースで文献を検索した後、主要な精神科リハビリテーションの有効性に関する系統的レビューを実施する。

2. 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

全国の精神科医療機関等における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）の現況の詳細（人員配置、方法、内容等）を調査するための質問紙票を作成する。調査依頼と質問紙票の作成・配布等に当たっては、関係団体への協力の依頼をする。調査結果を基に、記述統計および多変量解析を行い、資料を作成する。

3. 精神科リハビリテーションの制度・内容の整理と関連職種の専門性を活かした機能分化の検討

精神疾患の区分、病期、集団・個別対応を含めた方法論等、ニーズの多様化に合わせた、かつ専門職種の強みを活かしたリハビリテーションの内容や方法を検討することが、良質かつ適切な医療の提供に不可欠である。しかし、それらの検討は世界的にもあまり進んでいない。

そこで、システマティックレビューや現況調査・好事例収集と連携しながら、精神科リハビリテーション実施における制度やその内容を整理するとともに、関わる職種の専門性をより活かしたリハビリテーシ

ョンの在り方と機能分化について検討する。

4. 研究全体の結果の取りまとめと政策提言の作成

上記の1から3の結果を取りまとめ、「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」におけるリハビリテーションの位置づけの見直し等、精神科リハビリテーションに関連する施策提言に資する基礎資料を作成する。

本研究報告書では、令和7年度の実施状況と結果を報告する。なお、令和7年度行った研究は、文献や公表された資料の調査や施設の調査のみであり、特定の個人を対象とした研究は実施していない。また、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。そのため、倫理面の問題はないと判断した。

C. 進捗および結果

1. 精神科リハビリテーションの有効性に関するシステマティックレビュー

本研究のデザインにはスコوپングレビューを採用した。令和7年度は、現代の地域精神保健システムにおける精神科デイケアの対象者、支援内容、および期待される効果を明らかにすることを目的として、2000年以降の国内外の量的研究をレビューした。

選択基準は、PCCフレームワークを用いて策定した。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。③文脈（Context）では、2000年以降に発表された文献のみを対象とした。15歳未満・高齢者・認知症または知的障害が主対象であるもの、精神科デイケア・プログラムが主対象ではないある

いは入院治療との比較であるもの、量的研究以外、比較対照・コントロール群がないもの等は除外した。

令和7年度は、MEDLINE、PsycINF O、CINAHL、および医中誌の4つのデータベースを用いて検索を実施し、1次スクリーニングにより得られた文献リストに対し、2名の独立したレビューワーによるスクリーニングを実施した。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。

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。

2. 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

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オンラインアンケートを作成し、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、アンケート調査会社に業務の一部を委託し、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。

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

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。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。

3. 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

・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、1

968年の専門家会議3)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、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめること」と定義した。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) 4)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統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5)、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、Anthony6)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Drake7)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8)。Deegan9)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。

・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」10)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」11)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」12)、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) 13)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。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的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。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。

・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。

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、ストレングスモデル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。Rössler¹⁴⁾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15)。

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發揮しつつある。

なお、ストレングスモデルやリカバリー志向の支援は職種を問わず取り組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。

・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16)（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。

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）といった入退院・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7

0～74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。

D. 考察と今後の予定

1. 精神科リハビリテーションの有効性に関するシステマティックレビュー

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。

2. 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

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高年など)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、システマ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。

3. 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

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EBP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。

令和8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。

E. 結論

令和7年度の進捗と結果を考慮し、令和8年度引き続き研究を進める。これらを取りまとめることで、「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」におけるリハビリテーションの位置づけの見直し等、精神科リハビリテーションに関連する政策提言に資する基礎資料を作成する。

F. 健康危険情報

なし

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 acceptability 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) World Health Organization: WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation [meeting held in Geneva from 12 to 18 November 1968]: second report. WHO, Geneva, 1969.
- 4) World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO, Geneva, 2001.
- 5) World Health Organization: Rehabilitation 2030: A Call for Action. WHO, Geneva, 2017.
- 6) Anthony WA, Liberman RP: The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophr Bull* 12: 542-559, 1986.
- 7) Rössler W, Drake RE: Psychiatric rehabilitation in Europe. *Epidemiol Psychiatr Sci* 26: 216-222, 2017.
- 8) Corrigan PW: Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2016.
- 9) Deegan PE: Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 11: 11-19, 1988.
- 10) 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。
- 11) 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。

12) 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。

13) 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。

14) Rössler W: Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry* 5 (3): 151-157, 2006.

15) 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）

16) 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。

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）

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）

森元隆文（札幌医科大学保健医療学部作業療法学科）

澁谷卓（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）

【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(総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