

第3回 独立行政法人国立病院機構（NHO）ビジョン検討委員会

議事次第

令和6年11月18日（月）
15:00～17:00
国立病院機構本部大会議室

議 題

1. 精神医療について
2. 有識者ヒアリングについて
3. 院長との意見交換会の概要について
4. 国立病院機構（NHO）ビジョン骨子案について

資料1 精神保健医療福祉の現状等について
（厚生労働省提出資料）

資料2 国立病院機構が提供している精神医療について

資料3 NHO精神科中心病院の概要等

資料4 ヒアリング出席者一覧

資料5 国立病院機構病院長との意見交換会の概要

資料6 国立病院機構（NHO）ビジョン骨子案

2024/11/18 第3回 NHOビジョン検討会

精神保健医療福祉の現状等について

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

医療観察法医療体制整備推進室長

戸部 美起

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

病院・診療所病床に関する主な人員の標準

	病院					診療所		
	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
定義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員 4:1 看護補助者 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	1)大学病院等 ※1 医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	1)以外の病院 医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員 ※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1	医師 1人 薬剤師 ※2 — 看護職員 ※4 4:1 看護補助者 ※4 4:1	(基準無し) ※2
<p>(各病床共通)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士又は管理栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数 <p>(外来患者関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1 								

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 (病院及び)医師が常時3人以上いる診療所については、専属薬剤師を置かなければならない。

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1。

※4 当分の間、看護職員及び看護補助者2:1、ただしそのうち1人は看護職員とする。

病院・診療所病床に関する主な構造設備の標準

	病院				診療所	
	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床 結核病床	療養病床	一般病床
必置施設	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設 ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設 ・分べん室及び新生児の入浴施設※2 ・消毒施設 ・洗濯施設 ・消火用の機械又は器具 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設 	一般病床(病院)の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ・他の部分へ流入しないような機械換気設備 ・感染予防のためのシャ断その他必要な施設 ・一般病床(病院)に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備 	<ul style="list-style-type: none"> ・消火用の機械又は器具 ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	<ul style="list-style-type: none"> ・消火用の機械又は器具
病床面積	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(2人以上)	一般病床(病院)と同じ 〈既設〉※3 6.0㎡/床 以上	一般病床(病院)と同じ	一般病床(病院)と同じ	一般病床(病院)と同じ 〈既設〉※3 6.0㎡/床 以上	6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(2人以上)
廊下幅	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	療養病床(病院)と同じ (大学病院等※1)については一般病床(病院)と同じ)	一般病床(病院)と同じ	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上 (定員9人以下の診療所は適用外)

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

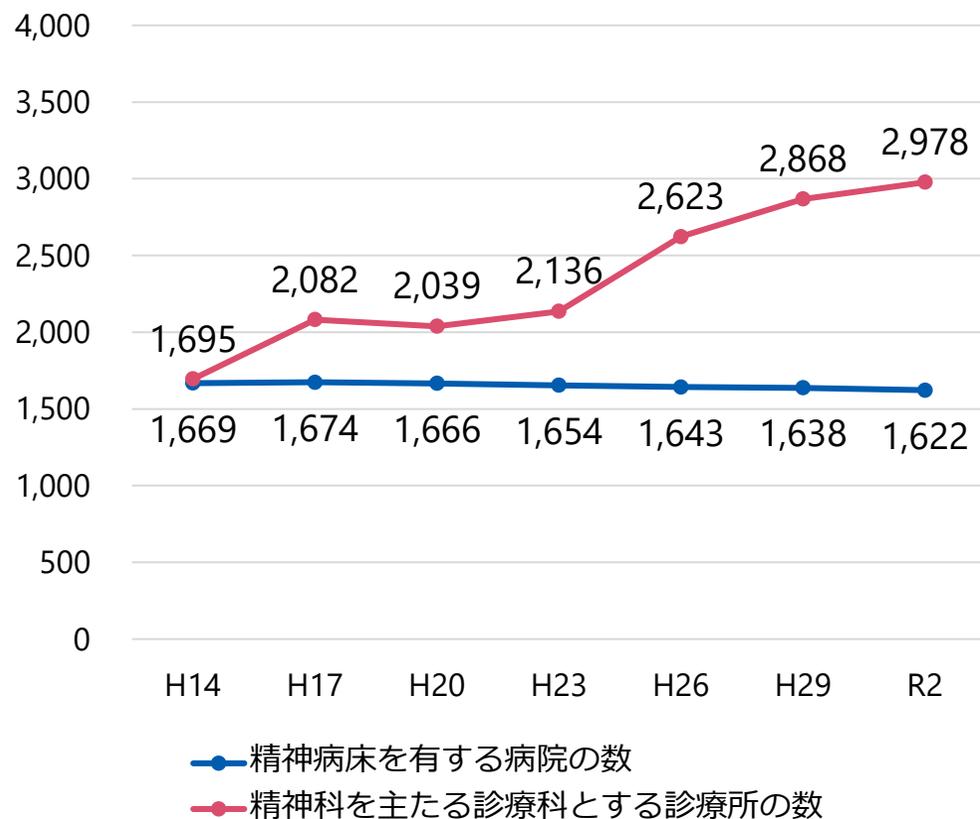
※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

医療機関数及び精神病床数の推移

- 精神病床を有する病院の数、精神科を主たる診療科とする診療所の数及び精神病床数の推移は、それぞれ以下のとおり。

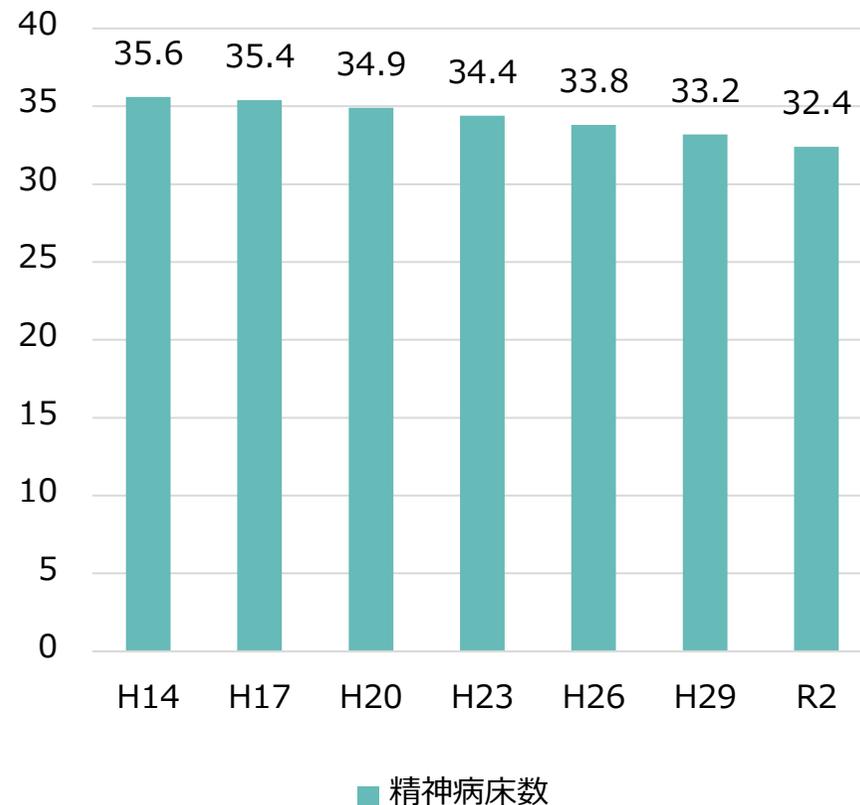
精神病床を有する病院の数及び

精神科を主たる診療科とする診療所数の推移



精神病床数の推移

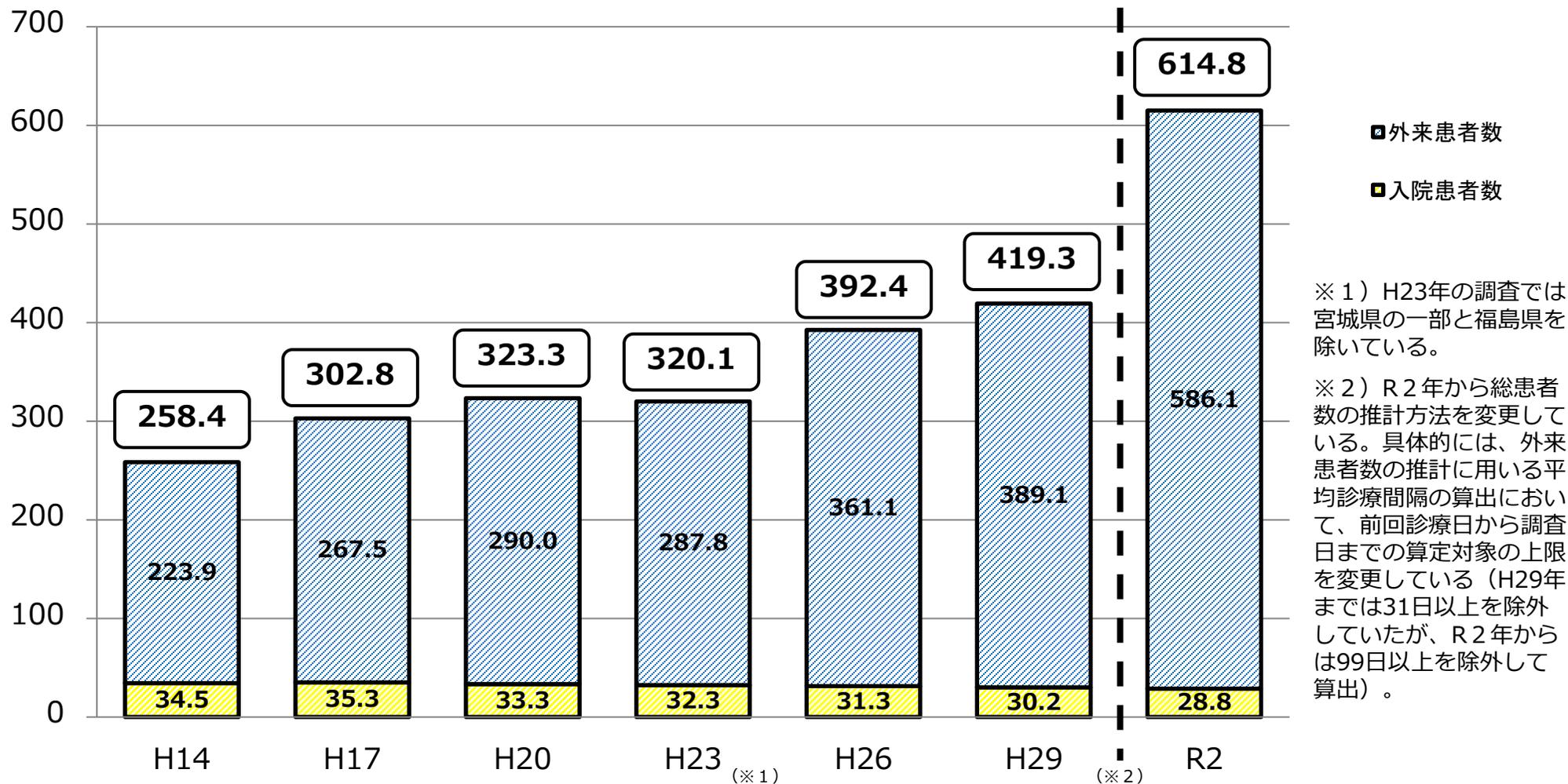
(単位：万床)



精神疾患を有する総患者数の推移

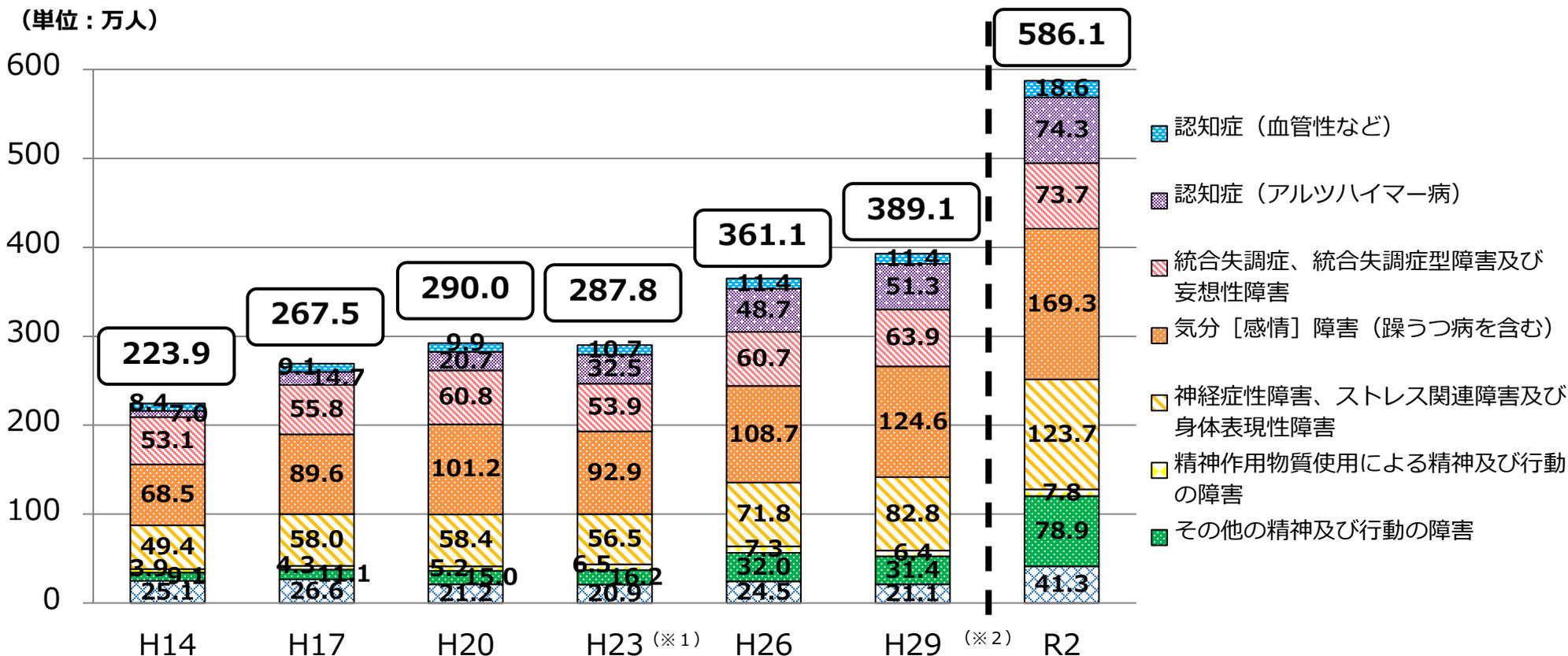
- 精神疾患を有する総患者数は、約614.8万人（入院：約28.8万人、外来：約586.1万人）。

(単位：万人)



精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「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。



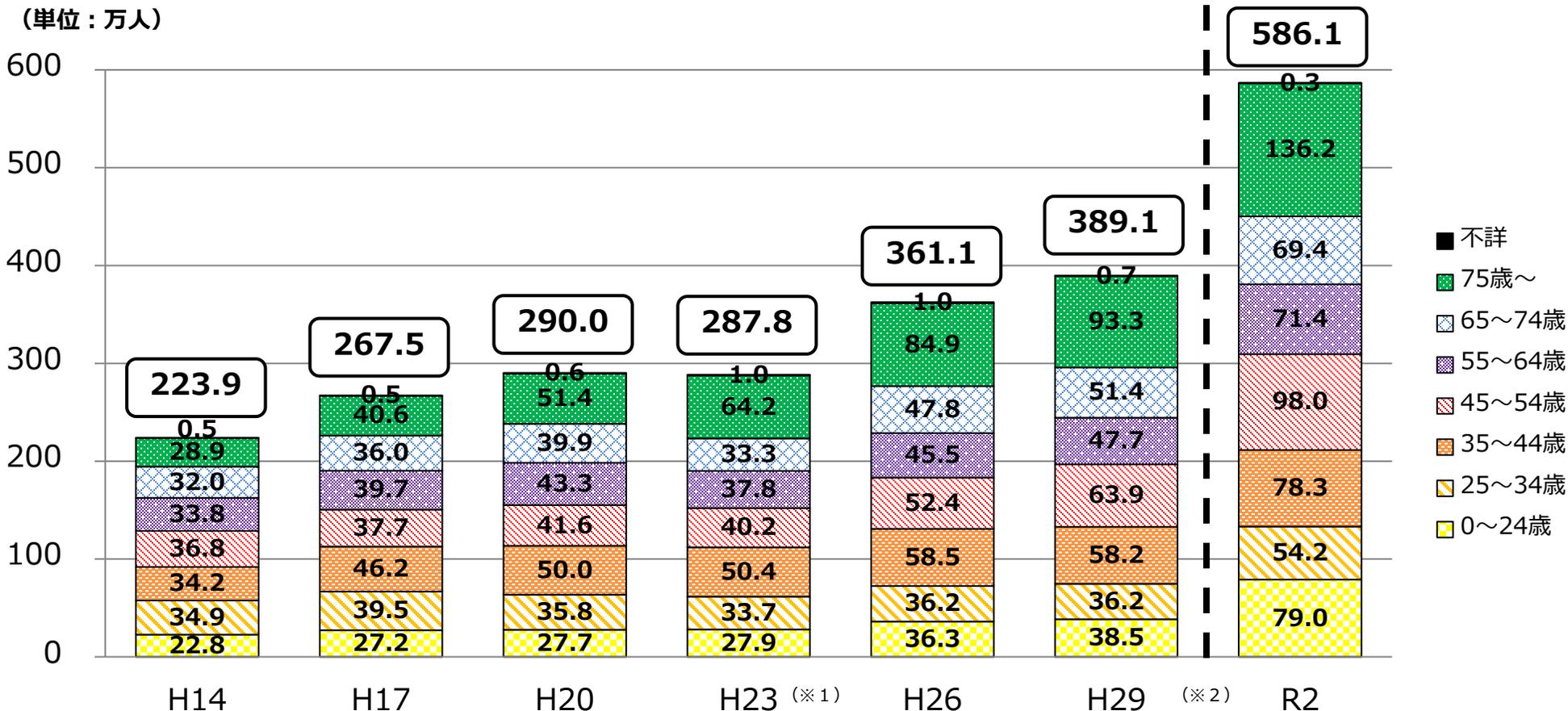
※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※ 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）。

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586.1万人。
- 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。



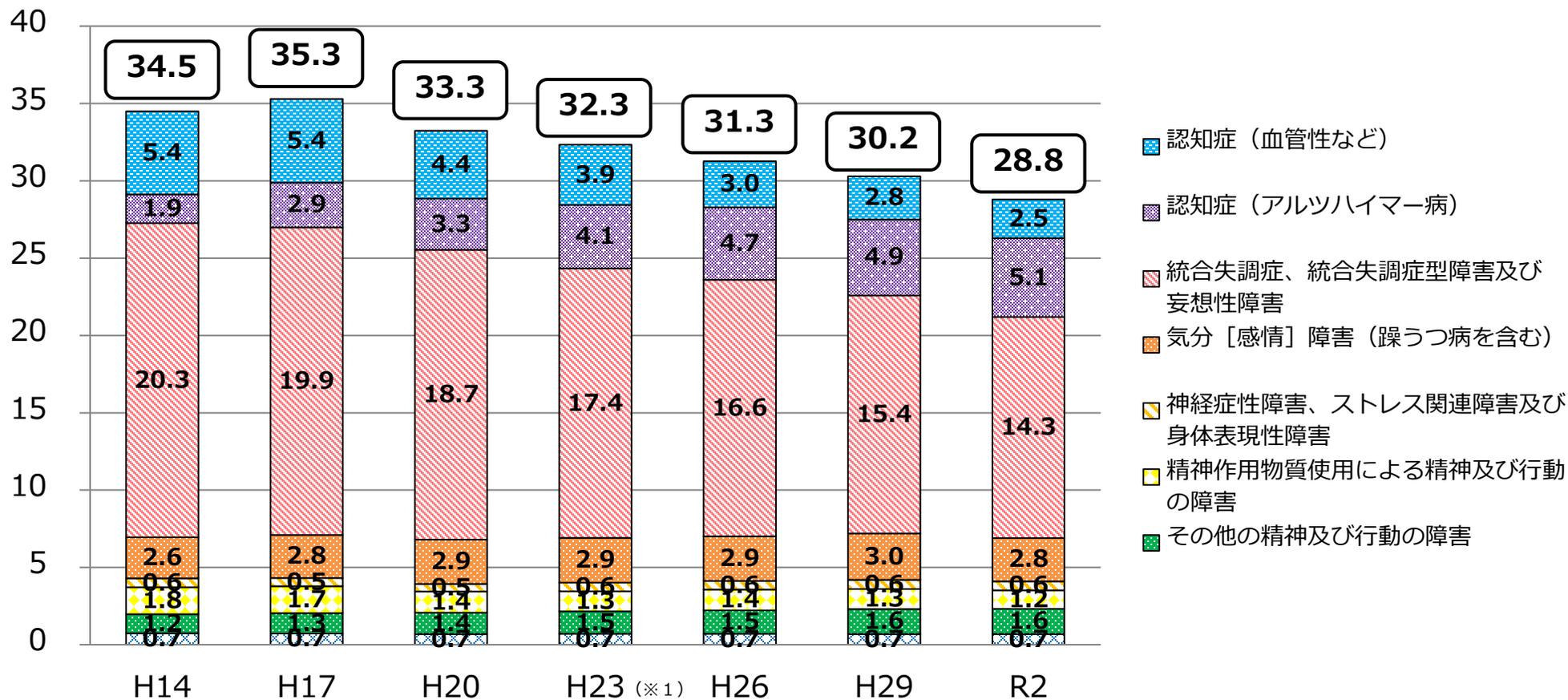
※ 1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※ 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）。

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「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）

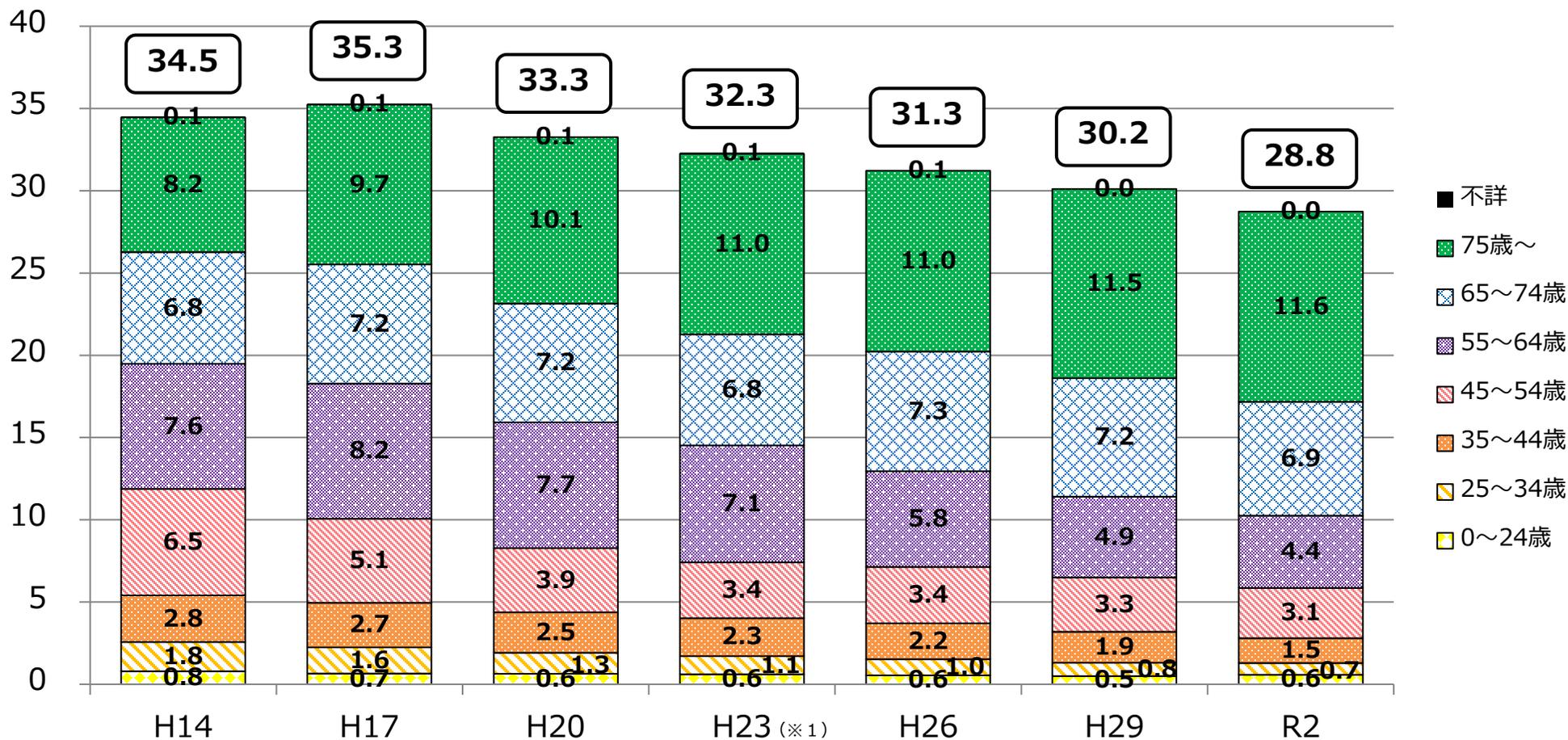


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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18.5万人（約64%）。

（単位：万人）

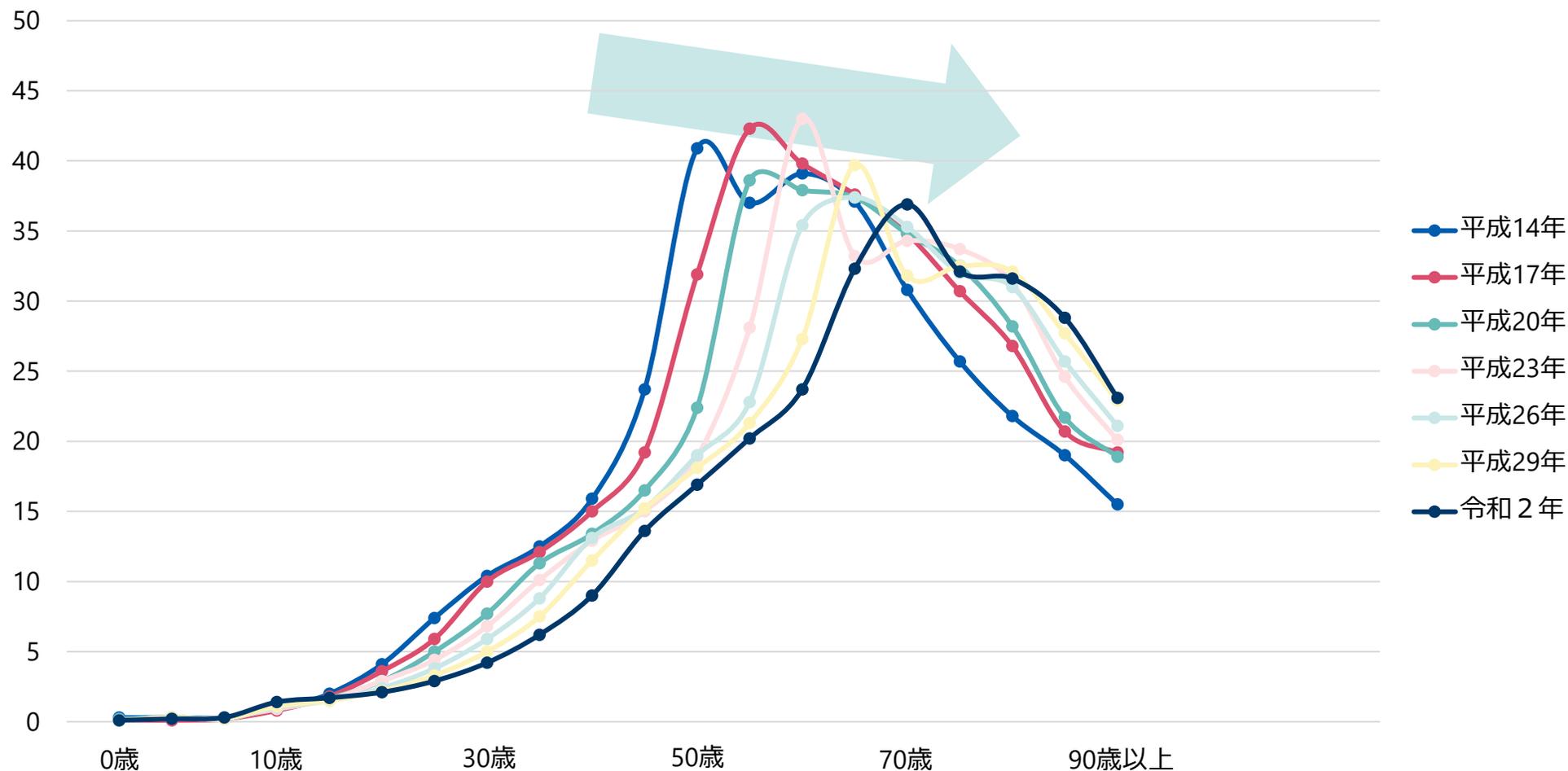


*1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

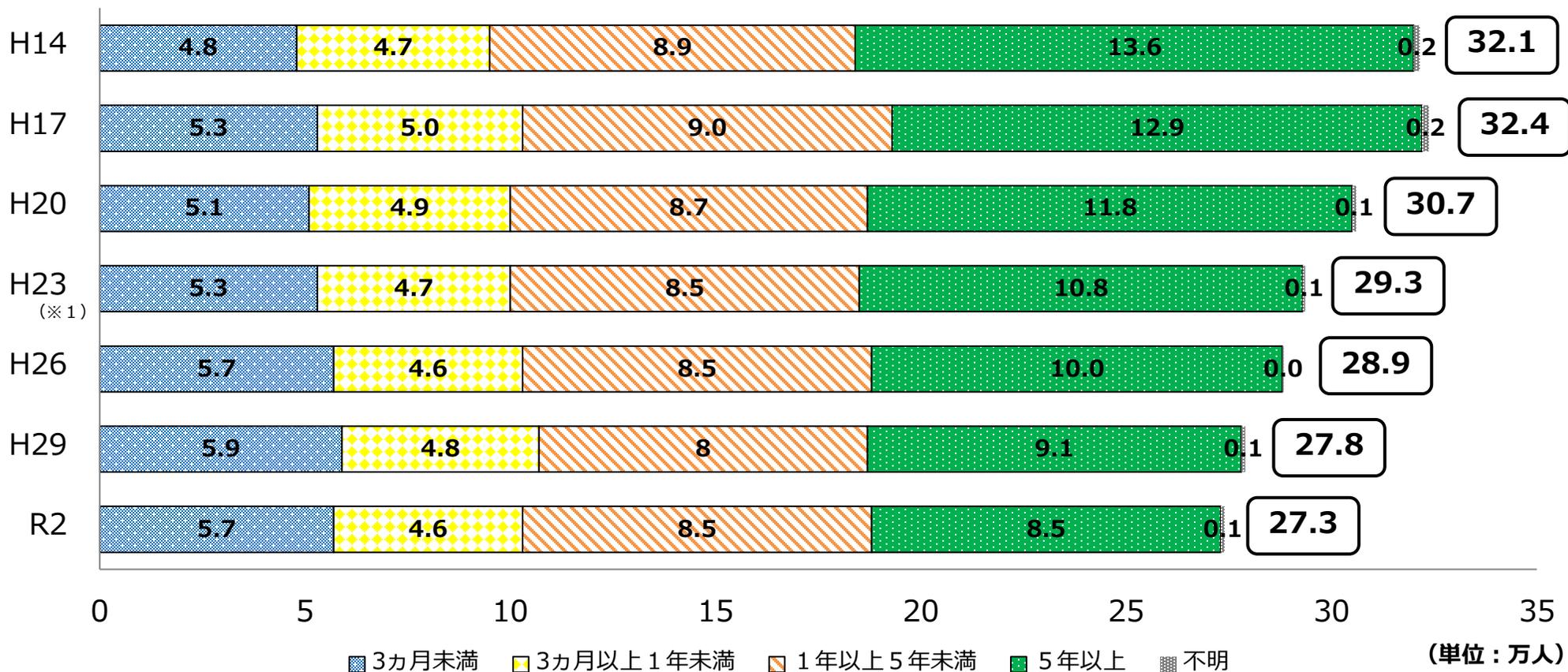
- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

（単位：千人）



精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

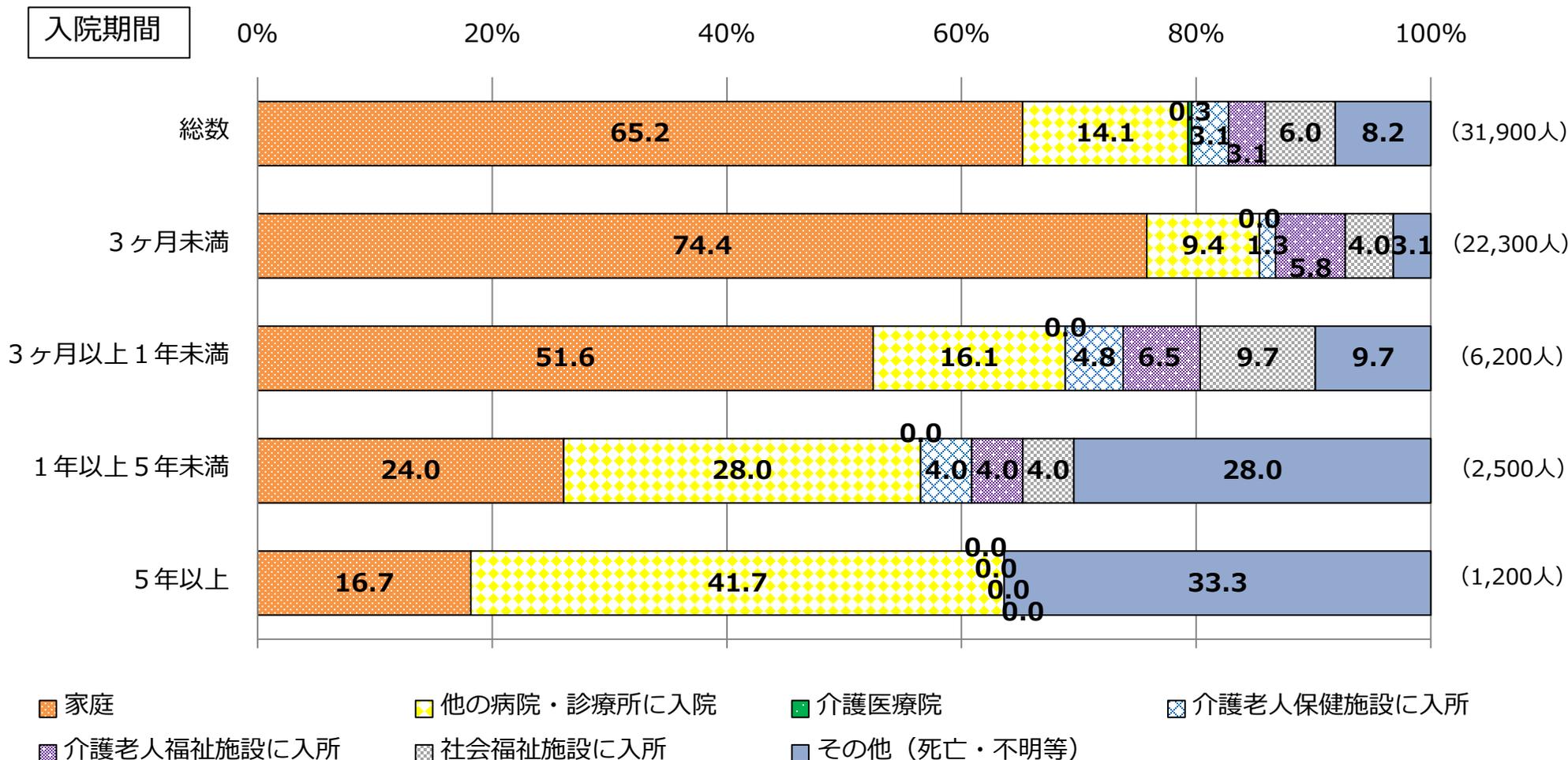
- 精神病床における入院患者数は、約27.3万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約17.0万人（約62%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

令和2年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所入院」や「その他（死亡・不明等）」の割合が高い。



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

精神保健福祉法に基づく入院形態について

1 任意入院（法第20条）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、入院について、本人の同意がある者
【要件等】 精神保健指定医の診察は不要

2 措置入院／緊急措置入院（法第29条／法第29条の2）

【対象】 入院させなければ精神障害のために自傷他害のおそれのある精神障害者
【要件等】 精神保健指定医2名の診断の結果が一致した場合に都道府県知事が措置することができる。
※ 緊急措置入院は、急速な入院の必要性があることが条件で、指定医の診察は1名で足りるが、入院期間は72時間以内に限られる。

3 医療保護入院（法第33条）

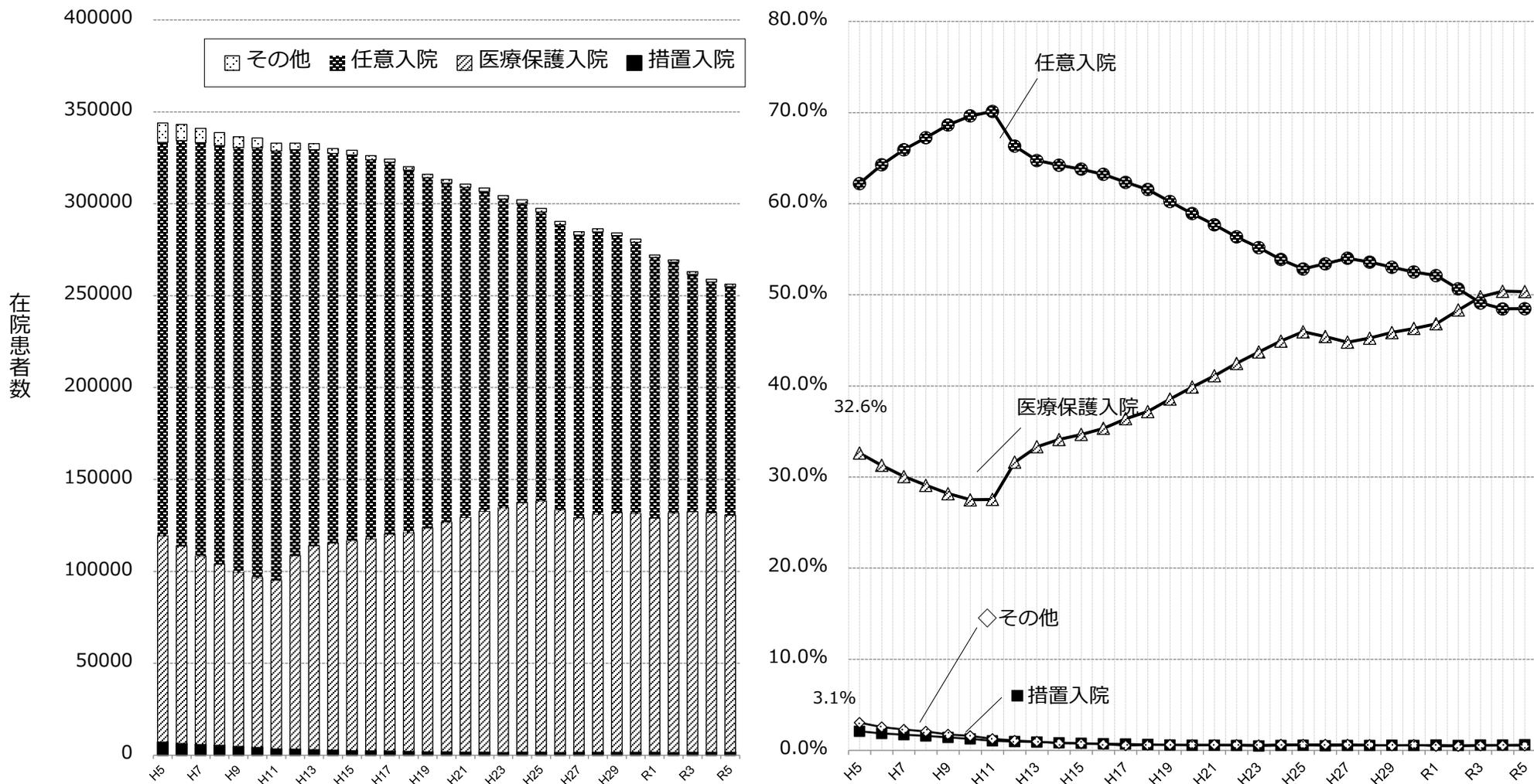
【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者
【要件等】 精神保健指定医（又は特定医師）の診察及び家族等のうちいずれかの者の同意が必要
※ 1 病院管理者は、その家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができず、若しくは同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合、市町村長の同意により入院させることができる。
※ 2 入院期間については、当該医療保護入院から6月を経過するまでの間は3月以内、6月を経過した後は6月以内となる。
※ 3 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

4 応急入院（法第33条の6）

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、任意入院を行う状態にない者
【要件等】 急速を要し、家族等の同意が得られない者が対象。精神保健指定医（又は特定医師）の診察が必要であり、応急入院指定病院のみに入院させることができ、入院期間は72時間以内に限られる。
※ 特定医師による診察の場合、入院期間は12時間以内に限られる。

入院形態別在院患者数の推移

- 入院形態別では、医療保護入院患者が約半数を占める。



資料：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

精神保健指定医制度について

1 精神保健指定医とは

- 精神保健指定医は、5年以上の診断・治療経験、3年以上の精神障害の診断・治療経験と一定の症例経験を有し、必要な研修を修了した医師のうち、指定医の職務を行うに必要な知識及び技能を有すると認められる者を厚生労働大臣が指定する。
- 令和5年4月1日時点で、16,506人が精神保健指定医として登録されている。
- 精神保健指定医は、患者の意思によらない入院や行動制限の必要性について判定を行う医師であり、精神障害について厚生労働大臣が定める各分野にわたる実務経験など、患者の人権に十分に配慮した医療を行うに当たって必要な資質を備えていることが求められている。こうした資質を備えるに必要な実務経験の有無を確認するために、指定申請に当たってケースレポートとの提出を求めている。

2 口頭試問の導入等

- 平成27年及び平成28年に、不適正なケースレポートの申請事案について指定取消処分が行われた。
- 平成28年より開催された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、精神保健指定医資格の不正取得の再発防止と資質確保の観点からの制度見直しについて検討され、令和元年7月から以下の対応を実施。

<口頭試問の導入>

- ・ 口頭試問を実施することで、担当医としての十分な関わりに加えて、法制度や臨床医学の知識について問う

<ケースレポートの見直し>

- ・ 措置入院症例を含む5分野5症例の提出、実務的な観点から要件を整理

<指導医の要件等の見直し>

- ・ 指導医の役割を明確化
- ・ 更新研修を受けていることを指導医の要件に追加（令和7年7月～）

精神保健指定医の職務について

【入院時】	○ 1. 措置入院、緊急措置入院時の判定	法第29条第1項 法第29条の2第1項
	2. 医療保護入院時の判定	法第33条第1項
	3. 応急入院時の判定	法第33条の6第1項
【入院中】	4. 措置入院者の定期病状報告に係る診察	法第38条の2第1項
	5. 医療保護入院者の入院期間の更新時の診察	法第33条第6項第1号
	6. 任意入院者の退院制限時の診察	法第21条第3項
	7. 入院者の隔離・身体的拘束の判定	法第36条第3項 告示第129号
【退院時】	8. 措置入院者の措置症状消失の判定	法第29条の5
	9. 措置入院者の仮退院の判定	法第40条
	○ 10. 措置入院の解除の判定 (※都道府県知事等が指定する指定医による診察の結果に基づく解除)	法第29条の4第2項
	○ 11. 任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者、応急入院者の退院命令の判定	法第38条の7第2項
【移送】	○ 12. 措置入院者・医療保護入院者の移送に係る行動制限の判定	法第29条の2の2第3項 法第34条第4項 告示第96号
	○ 13. 医療保護入院、応急入院のための移送を必要とするかどうかの判定	法第34条第1項、第3項
【その他】	○ 14. 精神医療審査会委員としての診察	法第38条の3第3項、第6項 法第38条の5第4項
	○ 15. 精神病院に対する立入検査、質問及び診察	法第38条の6第1項 法第40条の5第1項
	○ 16. 精神障害者保健福祉手帳の返還に係る診察	法第45条の2第4項
	17. 上記2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9の職務を行った際の診療録記載義務	法第19条の4の2

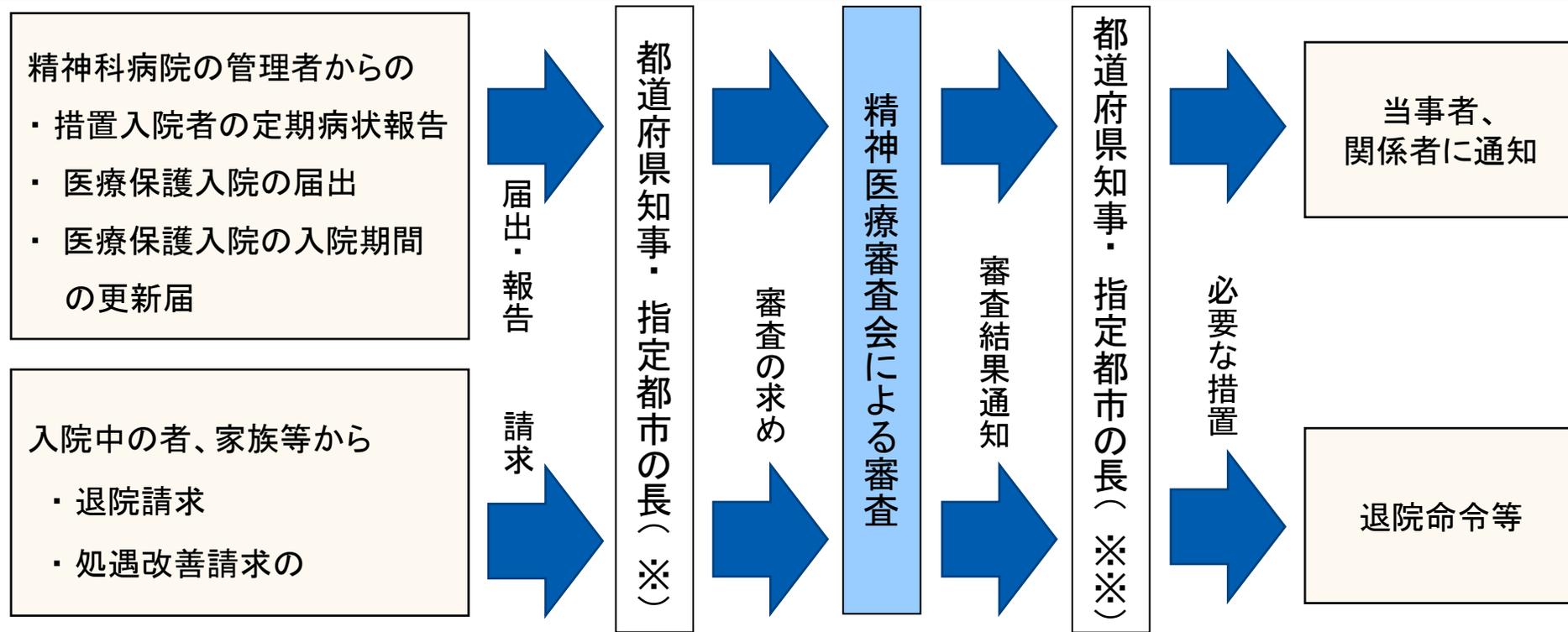
○印：公務員として行う精神保健指定医の職務（都道府県知事等が地方公務員等として委嘱）

精神医療審査会について

- 精神保健福祉法第12条において、入院措置時及び定期の入院の必要性並びに退院等の請求による入院の必要性等に関する審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置くことが規定されている。

委員構成員（1合議体あたり5名）は、その学識経験に基づき独立して職務を遂行。
都道府県知事が下記の者を任命（任期は原則2年）。

- 精神科医療の学識経験者 2名以上（精神保健指定医に限る）
- 精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1名以上
- 法律に関する学識経験者 1名以上（弁護士、検察官等）



※ 都道府県知事・指定都市の長は、措置入院を決定した時に、精神医療審査会による審査を求めるとされている。

※※ 審査会の審査結果に基づいて都道府県知事は退院命令等の措置を採らなければならない。（審査会決定の知事への拘束性）

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

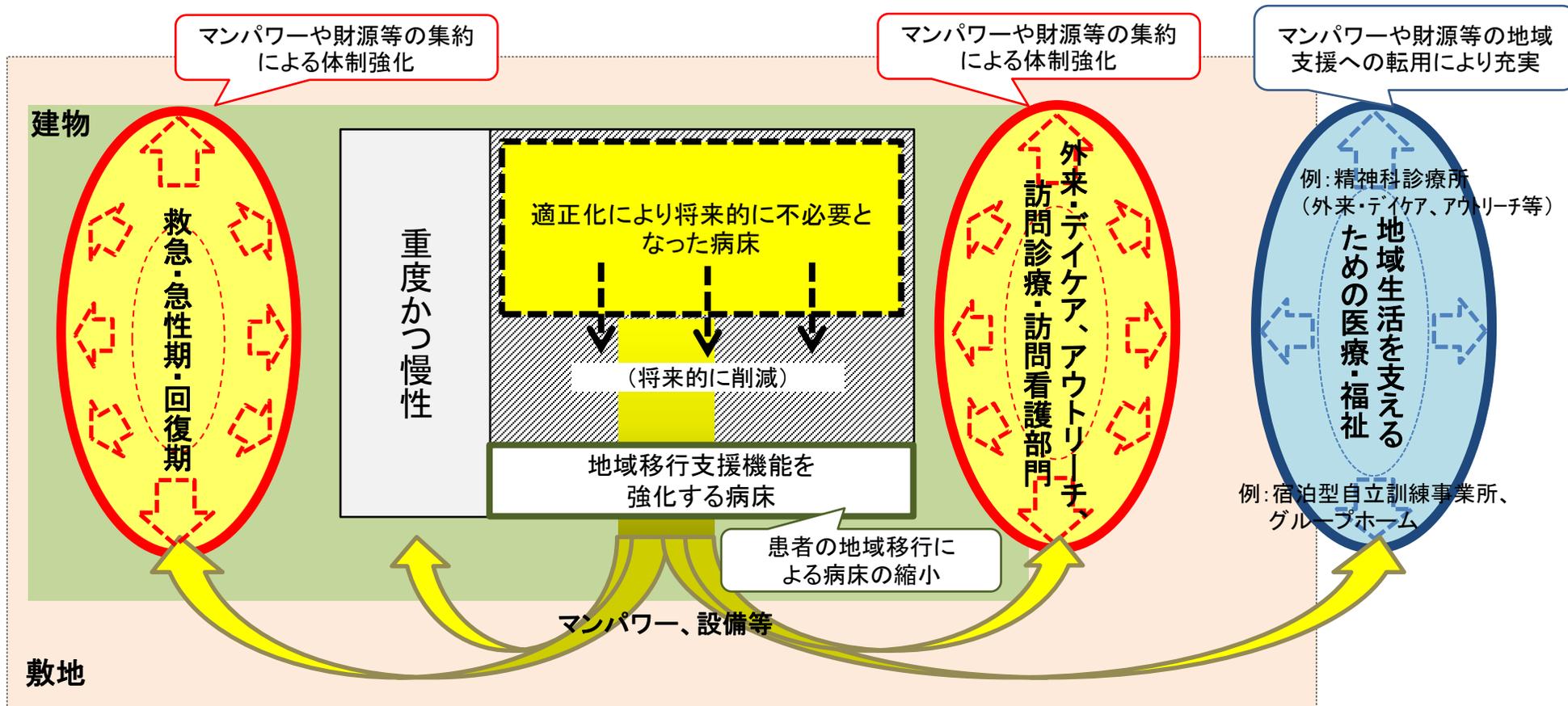
「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※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。

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。

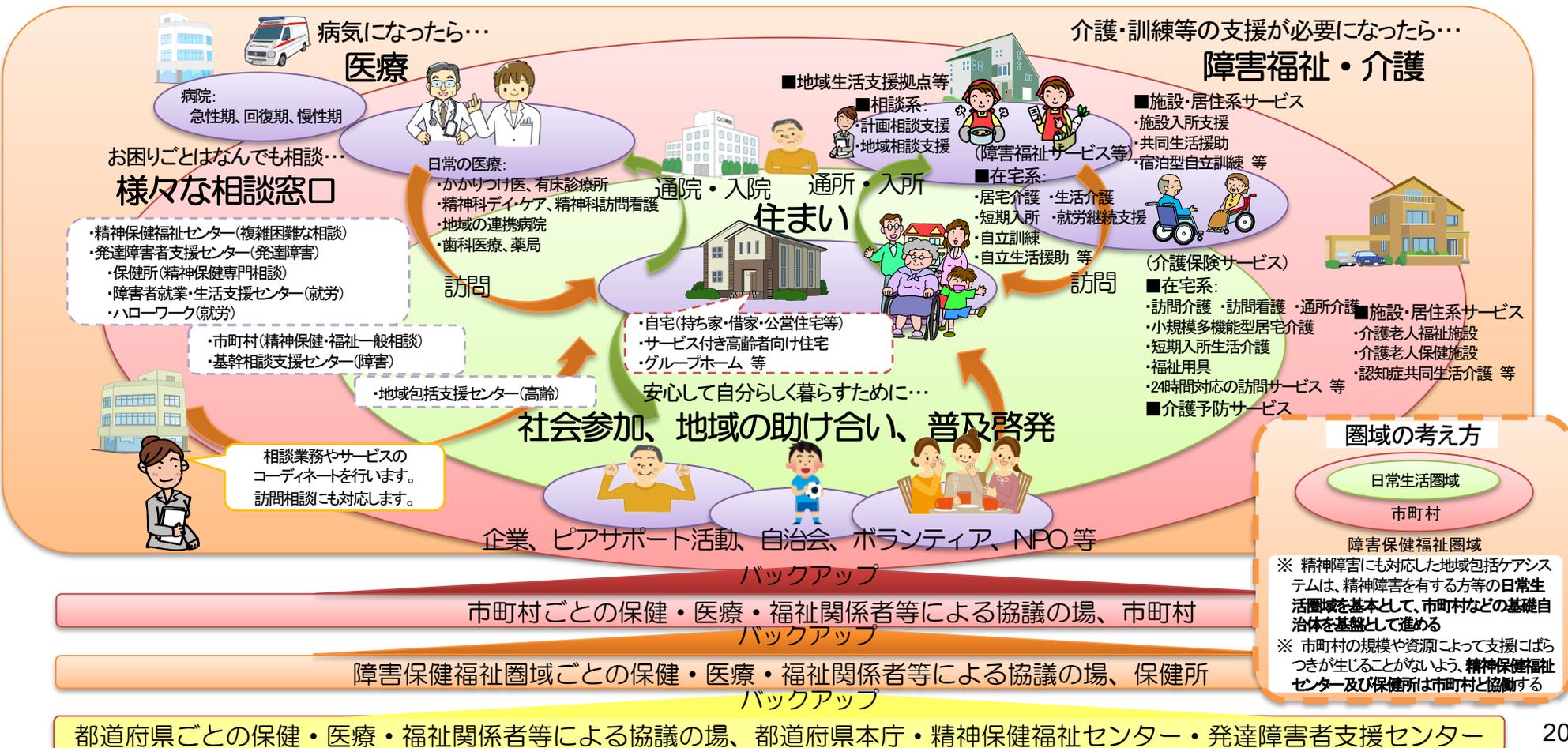
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「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29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「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新たな理念として示された。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（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。

「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) について

1. 趣旨

令和3年3月の「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」報告書において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた基本的な考え方や構成する要素等について整理された。

これを踏まえ、今般、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築のより一層の推進に向けた具体的かつ実効的な仕組み、体制について検討するとともに、令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた地域精神保健医療福祉体制のあり方や、精神障害者の入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援及び患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等について検討を行う場として、「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」を開催する。

2. 検討事項

- (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) 地域精神保健医療福祉体制
- (3) 入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組

3. 構成員

岩上洋一 一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク代表理事
上ノ山一寛 公益社団法人日本精神神経科診療所協会副会長
江澤和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
太田匡彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授
岡田久美子 公益社団法人全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)理事長
岡部正文 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事
鎌田久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事
神庭重信 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野名誉教授
北村立 公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事
吉川隆博 一般社団法人日本精神科看護協会会長
桐原尚之 全国「精神病」者集団運営委員
柑本美和 東海大学法学部法律学科教授
小阪和誠 一般社団法人日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構理事
櫻木章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
櫻田なつみ 株式会社MARSピアサポーター

田辺国昭 国立社会保障・人口問題研究所所長
田村綾子 公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
辻本 哲士 全国精神保健福祉センター長会会長
中原由美 全国保健所長会(福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所保健監(保健所長))
永松悟 全国市長会(杵築市長)
野澤和弘 植草学園大学副学長／一般社団法人スローコミュニケーション理事長
野原勝 岩手県保健福祉部長
藤井千代 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域・司法精神医療研究部部長
森敏幸 全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク代表／精神保健福祉事業団体連絡会副代表

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

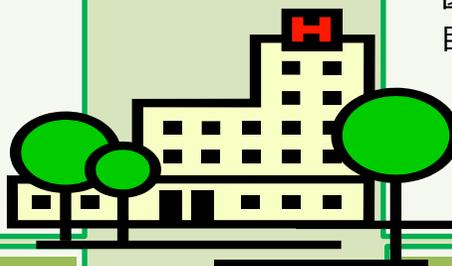
④精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する拠点機能

○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



「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（概要） （令和4年6月9日）

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制を実現するため、市町村等における相談支援体制、第8次医療計画の策定に向けた基本的な考え方、精神科病院に入院する患者への訪問相談、医療保護入院、患者の意思に基づいた退院後支援、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組、精神病床における人員配置の充実、虐待の防止に係る取組について検討し、今後の取組について取りまとめた。

関係法令等の改正や令和6年度からの次期医療計画・障害福祉計画・介護保険事業(支援)計画の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害福祉サービス等報酬改定・介護報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を可能な限り早期に図るべき。

基本的な考え方

- 精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、病状の変化に応じ、保健、医療、障害福祉・介護、居住、就労等の多様なサービスを、身近な地域で切れ目なく受けられるようにすることが必要。

対応の方向性

精神保健に関する市町村等における相談支援体制

- 身近な市町村で精神保健に関する相談支援を受けられる体制を整備することが重要。

第8次医療計画の策定に向けて

- 地域における多職種・多機関の有機的な連携体制の構築が重要。
- 各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の検討が必要。

精神科病院に入院する患者への訪問相談

- 人権擁護の観点から、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要。

医療保護入院

- 安心して信頼できる入院医療が実現されるよう、以下の視点を基本とすべき。
 - ・ 入院医療を必要最小限にするための予防的取組の充実
 - ・ 医療保護入院から任意入院への移行、退院促進に向けた制度・支援の充実
 - ・ より一層の権利擁護策の充実
- 家族等同意の意義、市町村の体制整備のあり方等を勘案しながら、適切な制度のあり方を検討していくことが必要。

患者の意思に基づいた退院後支援

- 退院後支援については、津久井やまゆり園事件の再発防止策を契機とした取組ではないことを明文で規定した上で、推進に向けた方策を整理していくことが求められている。

不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組

- 安心して信頼できる入院医療を実現するには、患者の権利擁護に関する取組がより一層推進されるよう、医療現場において、精神保健福祉法に基づく適正な運用が確保されることが必要。

精神病床における人員配置の充実

- より手厚い人員配置のもとで良質な精神科医療を提供できるよう、個々の病院の規模や機能に応じた適切な職員配置の実現が求められる。

虐待の防止に係る取組

- より良質な精神科医療を提供することができるよう、虐待を起こさないことを組織風土、組織のスタンダードとして醸成していくための不断の取組が重要。

令和4年障害者総合支援法等の一部改正による精神保健福祉法の改正概要

(令和4年12月16日公布)

【公布日(令和4年12月16日)施行】

- ・ 目的規定における権利擁護の明確化

【令和5年4月1日施行】

- ・ 患者に対し身体に対する暴力等を行った者等を「家族等」の範囲から除外。
- ・ 医療保護入院等の患者及びその家族等に対し、書面での入院理由等の告知を義務化。

【令和6年4月1日施行】

(医療保護入院の入院手続等に関する事項)

- ・ 入院期間を法定化し、一定の要件を満たす場合は、入院期間を更新できる。
- ・ 家族等が同意又は不同意の意思表示を行わない場合は、市町村長同意の依頼ができる。
- ・ 地域援助事業者の紹介を義務化。

(措置入院者の退院促進措置等に関する事項)

- ・ 退院後生活環境相談員の選任及び地域援助事業者の紹介を義務化。
- ・ 措置入院時の精神医療審査会での審査の実施。

(入院者訪問支援事業に関する事項)

- ・ 都道府県等は、市町村同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。

(虐待の防止に関する事項)

- ・ 精神科病院における虐待防止措置の義務化。
- ・ 精神科病院の業務従事者による虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化。

(精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項)

- ・ 都道府県等が実施する相談支援について、日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象に加える。
- ・ 都道府県は、市町村の精神保健に関する相談支援に関し、必要な援助を行うよう努める。

入院者訪問支援事業（令和6年度以降）

- 精神科病院で入院治療を受けている者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、入院者のうち、家族等がない市町村長同意による医療保護入院者等を中心として、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる者に対して、希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣するもの。
- 実施主体は都道府県、政令指定都市（以下、「都道府県等」という。）

精神科病院



【支援対象者】

- (1) 市町村長同意による医療保護入院者であって、本事業による支援を希望する者
- (2) 地域の実態等を踏まえ、(1)と同等に支援が必要として都道府県知事が認め、本事業による支援を希望する者

第三者である訪問支援員が、医療機関外から入院中の患者を訪問し支援

※入院者の求めに応じて、都道府県等が派遣を調整



面会交流、支援
傾聴、生活に関する
相談、情報提供 等



※2人一組で精神科
病院を訪問

都道府県等による選任・派遣



【訪問支援員】

- 都道府県知事が認めた研修を修了した者のうち、都道府県知事が選任した者
- 支援対象者からの求めに応じて、入院中の精神科病院を訪問し、支援対象者の話を誠実かつ熱心に聞く（傾聴）ほか、入院中の生活に関する相談や、支援対象者が困りごとを解消したり、希望する支援を受けるためにはどうすれば良いのかを対象者に情報提供する。



孤独感、
自尊心
の低下

誰かに相談し
たい、話を聞
いてほしい



【精神科病院に入院する方々の状況】

医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすく、

- ・ 孤独感や自尊心の低下
- ・ 日常的な困りごとを誰かに相談することが難しい、支援を受けたいが誰に相談してよいかわからないといった悩みを抱えることがある。

第三者による支援が必要

【入院者訪問支援事業のねらい】

医療機関外の第三者が、支援対象者と会話を交わし、支援対象者の話を傾聴することにより、様々な思いを受け止め、対象者が自らの力を発揮できるよう、対象者の立場に立って寄り添うもの。

（留意点）

- ・ 令和6年度より法定事業として位置づけ。（守秘義務等）
- ・ 訪問支援員について、特段の資格等は不要。※研修修了は義務
- ・ 訪問支援員が対象者に代わって対象者の困りごとを解決することや、訪問支援員が医療・介護・障害福祉サービスの利用を調整したりサービスを自ら提供することは、本事業の支援として意図するものではない。

精神科病院に入院している支援対象者の自尊心低下、孤独感、日常の困りごと等の解消が期待される。

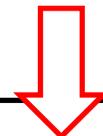
精神科病院における虐待防止に向けた取組の一層の推進

現状・課題

- 精神科病院における虐待防止の取組を進めるため、**管理者のリーダーシップのもと、組織全体で推進**すること等が必要。
- 現在、職員等への研修、マニュアルの作成等、精神科病院の虐待防止に向けた取組事例を都道府県等を通じて周知し、虐待防止、早期発見、再発防止に向けた**組織風土**の醸成を推進しているが、虐待防止に向けた取り組みを更に進めるため、精神保健福祉法上、精神科病院に対する虐待防止等のための措置を義務づける等の規定を設けることが適切。

令和4年の法改正による見直し内容

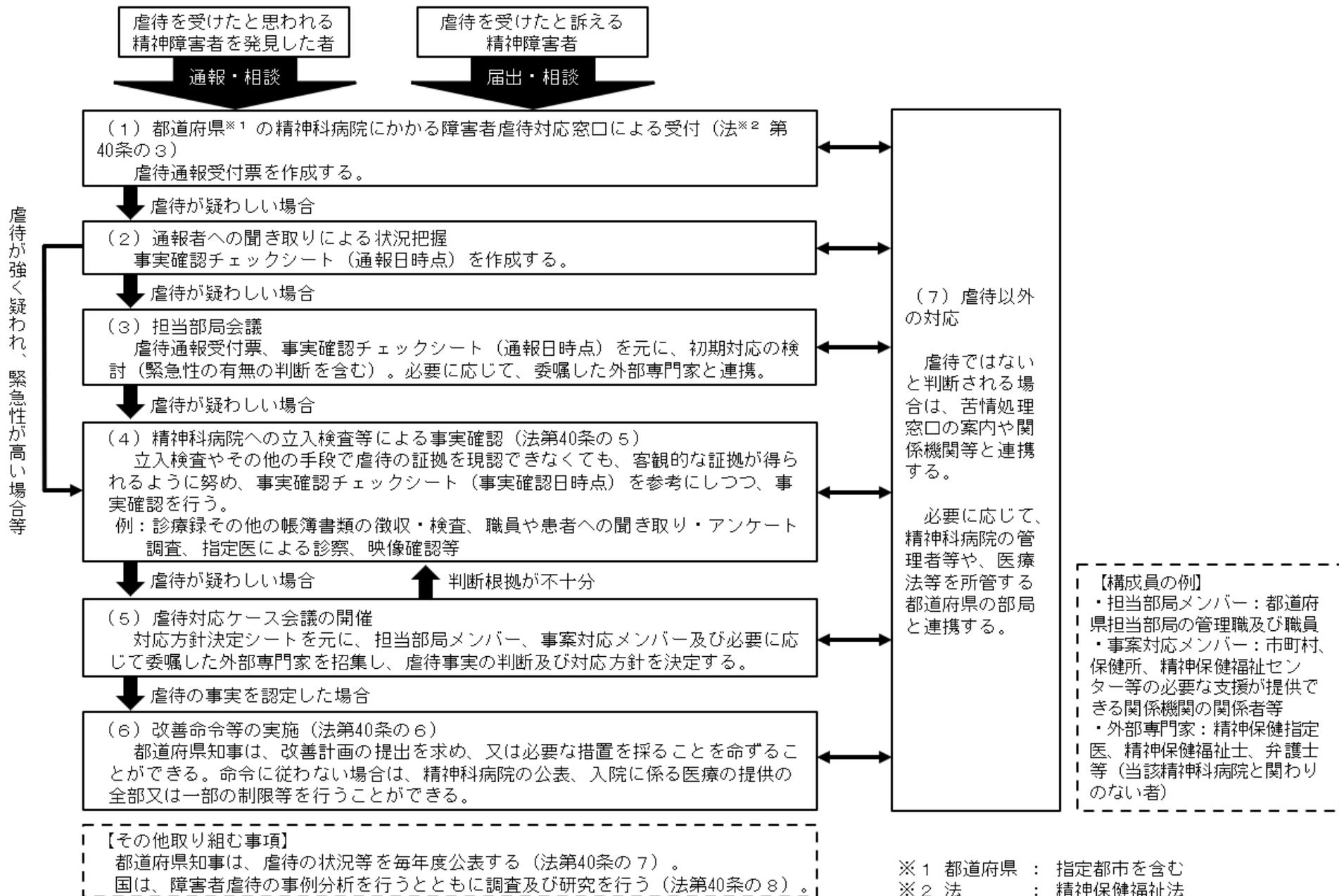
- 令和4年の精神保健福祉法改正により、以下のとおり、精神科病院の虐待の防止に関する規定を新設（施行は令和6年4月）。
 - 精神科病院の患者に対する虐待への対応について、**従事者への研修や患者への相談体制の整備等の虐待防止等のための措置の実施を、精神科病院の管理者に義務付ける。**
 - **精神科病院の業務従事者による虐待を受けたと思われる患者を発見した者に、速やかに都道府県等に通報することを義務付ける。あわせて、精神科病院の業務従事者は、都道府県等に伝えたことを理由として解雇等の不利益な取扱いを受けないことを明確化する。**
 - 都道府県等は、毎年度、精神科病院の業務従事者による虐待状況等を公表するものとする。
 - 国は、精神科病院の業務従事者による虐待に係る調査及び研究を行うものとする。



都道府県における対応

- 精神科病院における障害者虐待の通報等を受けた場合、適切に事務が実施されるよう、**都道府県等における通報者等からの聞き取りや事実確認等に関する以下のような対応手順を事務取扱要領としてお示しする。** 具体的な手順は別添のとおり。
 - ① 通報等を受けた都道府県等において、通報内容等に基づき「虐待通報受付票」や「事実確認チェックシート」を作成。
 - ② 上記資料を活用し適切に状況把握を行い、担当部局の管理職及び職員で構成される「担当部局会議」にて初期対応の検討を行う。
 - ③ 事案に応じ、精神科病院への立入検査等により、**虐待の事実確認**を行う。
 - ④ 立入検査による事実確認等に基づき「対応方針決定シート」を作成。
 - ⑤ 当該資料を活用し、担当部局の職員と外部有識者等で構成される「虐待対応ケース会議」を開催し、**虐待事実の判断及び対応方針を決定。**
 - ⑥ 虐待の事実を認定した場合には改善命令等を実施する。

精神科病院の業務従事者による障害者虐待に対する都道府県における対応の流れ



「精神科病院における虐待防止対策に係る事務取扱要領について」（令和5年11月27日障発1127第11号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（抄）

第2 都道府県の虐待対応窓口の設置、運用について

(4) 精神障害者虐待事実確認チェックシート(通報時評価)の作成 (略)

特に、様式2「精神障害者虐待事実確認チェックシート」の太字・下線で示している項目に該当する場合等、通報時点において虐待が強く疑われ、緊急性が高い場合等は緊急保護等の検討が必要となるため、「精神科病院に対する指導監督の徹底について」(平成10年3月3日障第113号・健政発第232号・医薬発第176号・社援第491号厚生省大臣官房障害保健福祉部長・厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省社会・援護局長通知)に基づき、第3の担当部局会議の招集を行わず、予告期間なしに実地指導を行うこと(第4を参照)を検討すること。

(参考) 様式2の「各虐待事項の例示」の太字・下線で示している項目

身体的虐待: 身体のいずれかの部位に外傷、骨折、火傷、あざ等がある
殴る、ける、つねるなどの暴力行為が行われている

放置・放棄: 食事や水分を十分に提供しない等により、著しい体重の増減、やせすぎが見られるにもかかわらず、適切な介入が行われていない

皮膚の潰瘍や褥瘡が悪化しているにもかかわらず、適切なケアが行われていない

性的虐待: 性行為・わいせつな行為を強要されている

性的な嫌がらせ(裸にされる、キスをされる等)や、はずかしめを受けている

(参考) 「「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の一部改正について」（令和5年11月27日障発1127第12号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）（抄）

3 実地指導等の実施方法について

(2) 実地指導の方法について

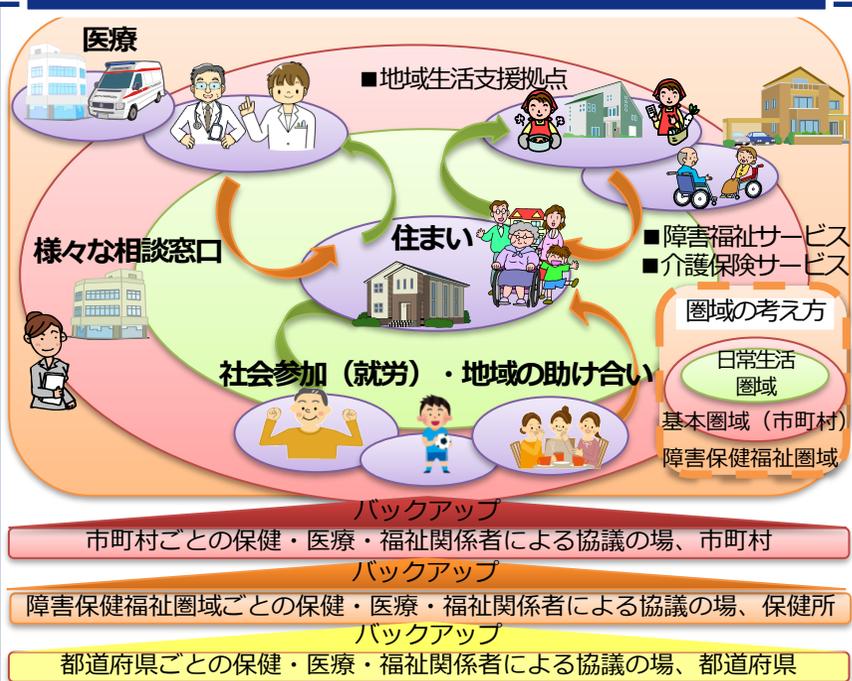
イ 法律上適正を欠く等の疑いのある精神科病院に対して実地指導を行う場合には、最長でも1週間から10日間の予告期間をもって行うこととするが、虐待防止対策事務取扱要領第2の(4)後段に該当する場合など、入院中の者に対する虐待が強く疑われ、緊急性が高い場合等については予告期間なしに実施できること。

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

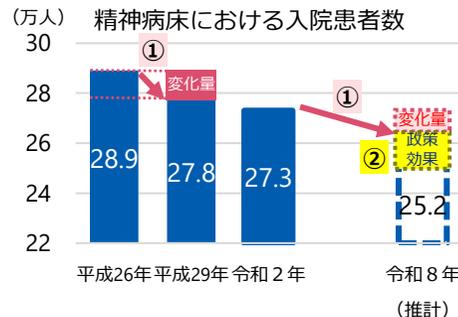
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点^①を踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々^②の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、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

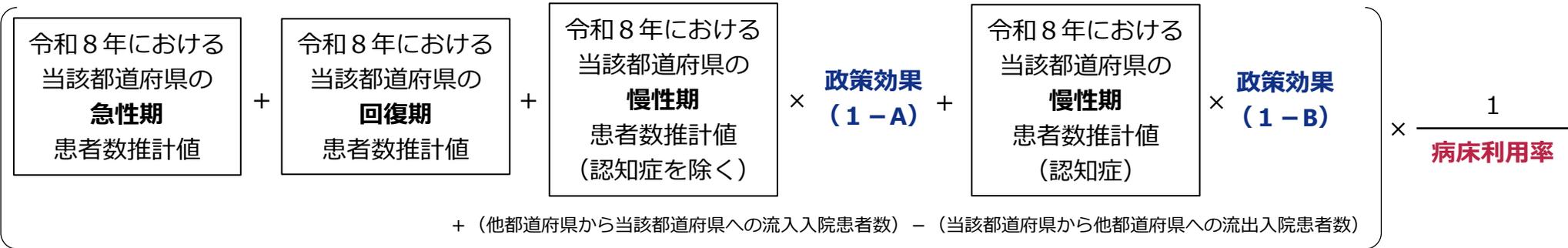
プロセス

アウトカム

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



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）

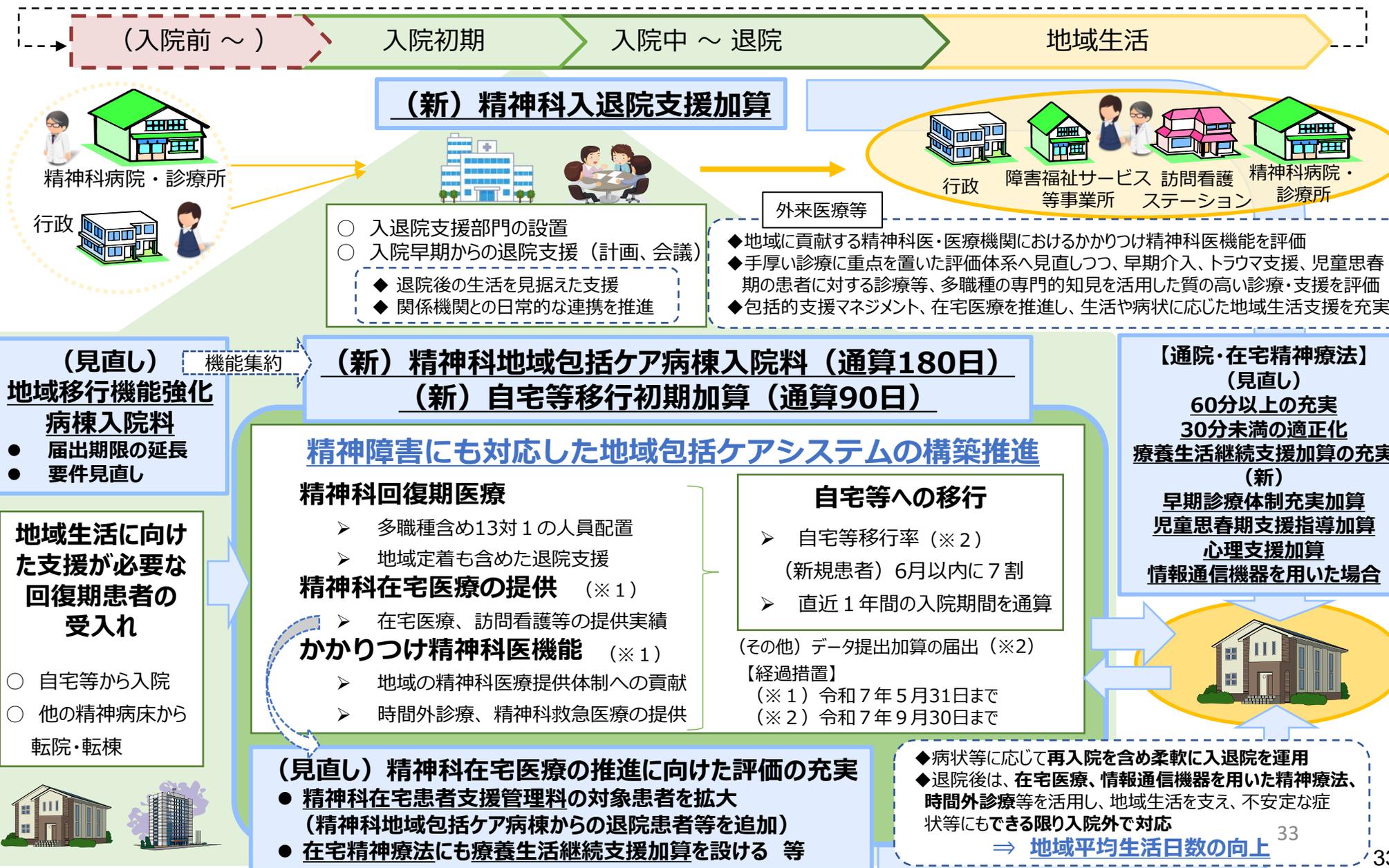


現状把握のための指標例（第8次医療計画）

	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
ストラクチャー	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数	てんかん支援拠点病院数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	● 精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
	心のサポーター養成研修の実施回数	DPAT先遣隊登録機関数	● 精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	● 摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	● 指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	● 高次脳機能障害支援拠点機関数
	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	● 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	● 認知症疾患医療センターの指定医療機関数	
	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	● 認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数		
		● 認知症ケア加算を算定した医療機関数		
		● 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数		
プロセス	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	指定通院医療機関の患者数
	心のサポーター養成研修の修了者数	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		● 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	● 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	
	精神疾患の救急車平均搬送時間	● 認知療法・認知行動療法を算定した患者数		
		● 隔離指示件数		
		● 身体的拘束指示件数		
		● 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数		
		● 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		
アウトカム	●	精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率		
	●	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(地域平均生活日数)		
	●	精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)		
	●	精神病床における新規入院患者の平均在院日数		

【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん
令和4年度厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」研究報告書からの引用

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（イメージ）



- 精神障害者等が地域社会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、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発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」の構築を一層推進する観点から、入院から退院後の地域生活まで医療と福祉等による切れ目のない支援を行えるよう、医療と障害福祉サービス等との連携を一層進めるための仕組みに対する評価を行う。

地域生活支援拠点等の整備について（情報連携等のコーディネート機能の評価）

- 情報連携等を担う拠点コーディネーターの配置を評価。

【新設】地域生活支援拠点等機能強化加算 500単位/月

* 拠点コーディネーター1名につき合計100回/月を上限
(地域移行支援、自立生活援助、地域定着支援、計画相談支援、障害児相談支援)



市町村が
地域生活
支援拠点等
に位置づけ

拠点コーディネーター の役割 (例)

- 市町村との連絡体制、基幹相談支援センターや相談支援事業所との連携体制、市町村（自立支援）協議会との連携体制等、地域における連携体制の構築。
- 緊急時に備えたニーズ把握や相談、地域移行に関するニーズの把握や動機付け支援等。

相談支援の質の向上や提供体制を整備するための方策

<医療等の多機関連携のための加算の拡充等>

- 医療等の多機関連携のための各種加算について、加算の対象となる場面や業務、連携対象の追加（訪問看護事業所）、算定回数などの評価の見直しを行う。



加算名	算定場面	現行	改正後
医療・保育・教育機関等連携加算	面談・会議	100単位	計画作成月：200単位 モニタリング月：300単位
	(新) 通院同行	-	300単位
	(新) 情報提供	-	150単位
集中支援加算	訪問、会議開催、参加	各300単位	同左
	(新) 通院同行	-	300単位
	(新) 情報提供	-	150単位
その他加算	訪問	200・300単位	300単位
	情報提供	100単位	150単位

* 通院同行は各病院1回最大3回、情報提供は病院それ以外で各1回算定可

<相談支援人材の確保について>

- 機能強化型事業所で主任相談支援専門員の指導助言を受ける体制が確保されている場合、常勤専従の社会福祉士・精神保健福祉士を「相談支援員」として配置可。

地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援の充実

人員配置基準の弾力化と実施主体の拡充（自立生活援助）

- 併設する相談支援事業所において、地域相談支援の業務に従事する相談支援専門員を配置した場合に、自立生活援助事業所のサービス管理責任者とみなすことができるよう、人員基準の見直し。
- サービス管理責任者を常勤専従で自立生活援助事業所に配置する場合には、配置基準を60：1とする。
- 多様な事業主体の参入を促す観点から、現行、一定の要件を満たす障害福祉サービス事業者等に限定されている実施主体に係る要件を廃止。

地域移行の推進のための基本報酬の見直し（自立生活援助・地域移行支援・地域定着支援）

自立生活援助	【拡充】	自立生活援助サービス費 (I) 1,566単位/月 (30人未満)	*一部抜粋
		自立生活援助サービス費 (II) 1,172単位/月 (30人未満)	
	【新設】	自立生活援助サービス費 (III) 700単位/月	
地域移行支援	【拡充】	地域移行支援サービス費 (I) 3,613単位/月	
地域定着支援	【拡充】	体制確保費 315単位/月 緊急時支援費 (I) 734単位/日	

対象の明確化（自立生活援助・地域定着支援）

- 同居する家族に疾病、障害等のない場合でも、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等、サービスが利用できる対象者を明確化。

ピアサポートの専門性の評価

- ピアサポートの専門性について、利用者と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに資する観点から、研修等の一定の要件を設けた上で評価。

- ・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）* 宿泊型自立訓練を除く
- ・ 共同生活援助 * 自立支援加算 (III) に加算
- ・ 退居後共同生活援助サービス費

【拡充】ピアサポート実施加算 100単位/月

【R3より対象】

- ピアサポート実施加算 ・ 就労継続支援B型
- ピアサポート体制加算 ・ 計画相談支援、障害児相談支援、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援



精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

1. 趣旨

- 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療保護入院の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
- こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1) 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
- (2) 課題への対応について
- (3) その他

3. 開催状況

- 第1回 令和6年5月20日
- 第2回 令和6年8月7日
- 第3回 令和6年10月3日

4. 構成員

- | | | |
|-----|-----|---------------------------------|
| 家保 | 英隆 | 高知県理事（保健医療担当） |
| 池原 | 毅和 | 東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士 |
| 岩上 | 洋一 | （一社）全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事 |
| 上田 | 容子 | （公社）日本精神神経科診療所協会事務局長 常任理事 |
| 江澤 | 和彦 | （公社）日本医師会 常任理事 |
| 岡田 | 久実子 | （公社）全国精神保健福祉会連合会理事長 |
| 岡部 | 正文 | 日本相談支援専門員協会理事 |
| 柄澤 | 尚江 | 北広島市保健福祉部 理事 |
| 神庭 | 重信 | 九州大学 名誉教授 |
| 北村 | 立 | （公社）全国自治体病院協議会 常務理事 |
| 吉川 | 隆博 | （一社）日本精神科看護協会 会長 |
| 桐原 | 尚之 | 全国「精神病」者集団運営委員 |
| 柑本 | 美和 | 東海大学法学部法律学科 教授 |
| 小阪 | 和誠 | （一社）日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構 代表理事 |
| ◎小嶋 | 修一 | TBSテレビ報道局 特別解説委員 |
| 田辺 | 国昭 | 東京大学大学院法学政治学研究所 教授 |
| 田村 | 綾子 | （公社）日本精神保健福祉士協会 代表理事 |
| 辻本 | 哲士 | 滋賀県立精神保健福祉センター 所長 |
| 長瀬 | 幸弘 | （公社）日本精神科病院協会 理事 |
| 長谷川 | 花 | 静岡赤十字病院精神神経科 部長 |
| 花村 | 温子 | （公社）日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長 |
| 藤井 | 千代 | NCNP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長 |
| 松本 | 珠実 | （公社）日本看護協会 常任理事 |
| 水野 | 紀子 | 東北大学名誉教授 兼 白鷗大学教授 |
| 森 | 敏幸 | 精神保健福祉事業団体連絡会 共同代表 |
| 山口 | 文佳 | 鹿児島県始良保健所長 兼 鹿児島県大口保健所長 |

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する 検討プロジェクトチームの開催について（案）

令和6年9月30日第9回新たな地域医療
構想等に関する検討会資料

- 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。
- 特に、精神入院医療のあり方については、「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」（平成26年3月告示）等により、精神障害者の退院促進及び地域移行・地域生活支援、精神科病院における病床の適正化及び機能分化等を重要な方向性と位置づけ施策を進めてきている。
- また、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し重層的な支援体制を整備していくこととしている。
- このような中、新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に、新たな地域医療構想等に関する検討会で検討を進めている。
- 精神医療については現行の地域医療構想では精神病床の病床機能報告や将来の必要量の推計等が行われていないところ、これまでの精神医療に関する施策等を踏まえ、精神医療の専門家をはじめとする有識者が参画して専門的な検討を行うプロジェクトチームを開催して、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討を行い、本検討会に検討結果を報告いただくこととしてはどうか。

＜新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム＞

- 検討事項
 - ・ 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等
- 構成員
 - ・ 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者等
- スケジュール
 - ・ 10～11月に議論を行い、11～12月に本検討会に検討結果を報告

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する 検討プロジェクトチームの概要

1. 趣旨

- 新たな地域医療構想について、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に対応できるよう、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討することを目的に、新たな地域医療構想等に関する検討会を開催している。
- 精神医療については「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」等により、精神障害者の退院促進及び地域移行・地域生活支援、精神科病院における病床の適正化及び機能分化等の施策を推進してきた。
- 現行の地域医療構想において精神病床に関する将来の病床数の必要量の推計や病床機能報告は行われていないところ、これまでの精神医療に関する施策を踏まえ、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について具体的な検討を行うべく、有識者の参集を得て本プロジェクトチームを開催する。

2. 検討事項

- (1) 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題について
- (2) その他

3. 開催状況

第1回はR6年11月6日に開催

4. 構成員

- | | |
|--------|---------------------------------|
| 家保 英隆 | 全国衛生部長会長／高知県理事（保健医療担当） |
| 岩上 洋一 | （一社）全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事 |
| 江澤 和彦 | （公社）日本医師会 常任理事 |
| ◎尾形 裕也 | 九州大学 名誉教授 |
| 北村 立 | （一社）日本公的病院精神科協会 会長 |
| 吉川 隆博 | （一社）日本精神科看護協会 会長 |
| 小阪 和誠 | （一社）日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構 代表理事 |
| 櫻木 章司 | （公社）日本精神科病院協会 常務理事 |
| 藤井 千代 | NCNP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長 |

精神医療を取り巻く環境と2040年頃を見据えた課題

精神医療を取り巻く環境

- 精神病床は医療施設調査（令和2年）において32.4万床、総入院患者数は患者調査（令和2年）において約28.8万人となっている。入院患者の疾患別では、「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、減少傾向である。また、平均在院日数は減少し、病床利用率も低下してきている。
- 1年以上の長期入院患者については、約17万人（総入院患者数の約6割）であり、1年以上入院する新たな長期入院患者は毎年約3.5万人である。また、長期入院患者では、精神病床における高齢化が進展している。
- 精神疾患を有する外来患者数は、患者調査（令和2年）において約586.1万人となっており、疾患別では「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」の順に多くなっている。また、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。
- 精神疾患を有する患者について、気分障害、発達障害、認知症、身体合併症を有する患者の増加等、精神疾患を有する者の疾病構造が変化している。

2040年頃を見据えた課題

- 今後、2040年頃を見据えると、精神病床における高齢化の進展等に伴い、入院患者数の減少や病床利用率の低下が更に見込まれるところ、精神病床の適正化を進め、効率的な精神医療提供体制を確保する必要がある。
- また、入院患者像や疾病構造の変化が見込まれており、急性期、回復期といった精神入院医療の機能を強化するため、精神病床の機能分化・連携、精神医療以外の一般医療との連携体制の強化及び精神科病院の構造改革を進める必要がある。
- さらに、精神医療全体における疾病構造の変化等により、精神科外来患者が増加傾向にあることを踏まえ、一般医療との連携体制の強化、外来・在宅医療提供体制の整備がこれまで以上に重視される。
- このほか、これまで精神疾患の医療提供体制については、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げ、保健医療福祉に関わる多職種・多機関の有機的な連携体制の構築を重要なものとして進めてきているところ、将来を見据えた更なる地域移行に向けた取組を推進するため、精神医療と一般医療を合わせた医療提供体制全体の議論を進めていく必要がある。

検討事項①

1. 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想として、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築するよう検討を進めている。具体的には、地域の医療提供体制全体の新たな地域医療構想として、病床機能だけでなく医療機関機能に着目した医療提供体制の構築を進める、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議の在り方を見直す等の検討を行っており、地域の医療提供体制全体の中には精神医療も含めて考えることが自然ではないか。
- また、精神保健医療福祉において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念に基づき取組を進める中で、精神医療を取り巻く環境と2040年頃を見据えた課題を踏まえると、新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下のような意義が考えられるのではないか。
 - ・ 医療法の地域医療構想の対象に精神医療を追加することにより、精神医療以外の一般医療を含めた地域の関係者が入った協議において、精神病床等の適正化・機能分化の方向性が明確化されるとともに、具体的かつ実効的な取組の推進が期待されるのではないか。
 - ・ 2040年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療需要に基づき、計画的かつ効率的に精神病床等の適正化・機能分化を進めることができるのではないか。また、病床機能報告の対象に精神病床を追加し、毎年度、地域単位で現在と将来の病床機能、診療実績等が見える化することにより、精神病床等の適正化・機能分化に向けたデータに基づく協議・検討が可能となるのではないか。
 - ・ 精神医療に関する地域医療構想調整会議の開催や、一般医療に関する地域医療構想調整会議への精神医療関係者の参画により、精神病床等の適正化・機能分化や、時間外診療を担う診療所等における精神科に係る外来医療提供体制の確保、精神科の在宅医療提供体制の確保、身体合併症患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等の推進が期待されるのではないか。
 - ・ 医療機関の自主的な取組に加えて、地域医療構想の実現に向けた財政支援や都道府県知事の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進することが可能となるのではないか。

検討事項②

2. 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題

- 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合に法律改正を要する以下の内容について、どのように考えるか。
 - ・ 精神病床も、中長期的な精神医療需要に基づき、計画的かつ効率的に適正化・機能分化を進めるため、2040年頃を見据えた機能区分ごとの将来の病床数の必要量を定めること。
 - ・ 精神病床も、現在と将来の病床機能・診療実績等を見える化し、データに基づく協議・検討を可能とするため、病床機能報告として病床機能の現状や今後の方向等の報告を求めること。
 - ・ 精神医療も、精神医療体制の確保に向けた協議を推進するため、構想区域・協議の場を設定すること。
 - ・ 精神医療も、計画的かつ効率的に精神病床の適正化・機能分化を進めるため、一般病床等に係る知事権限の対象とすること。
 - ・ 新たな地域医療構想において検討中の医療機関機能や外来・在宅医療等の対象化等について、精神科医療機関や精神医療も対象とすること。
- 上記の具体的な内容（必要病床数の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等）については、法律改正後に施行に向けて、精神医療を取り巻く環境やこれまでの取組、2040年を見据えた課題やあるべき姿等を踏まえ、必要な関係者でより具体的に議論した上で定めることが必要であり、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要ではないか。

(参考) 地域医療構想に関する現行の取組等について

〔将来の病床数の必要量の推計〕

- 現行の地域医療構想においては、都道府県が、一般病床・療養病床に関して、二次医療圏を基本とする各構想区域の2025年における病床の必要量について、病床機能ごと（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に推計し、地域医療構想を策定している。
- 新たな地域医療構想においては、構想区域における2040年頃を見据えた機能区分ごとの将来の病床数の必要量を定めること等が検討されている。

〔病床機能報告〕

- 現行の地域医療構想においては、各医療機関が、一般病床・療養病床について、毎年度、病棟単位で、病床機能の現状や今後の方向等を、複数の機能区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）から1つ選択し、都道府県に報告している。
- 新たな地域医療構想においては、これまでの取組の連続性等を踏まえ、回復期の名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方について検討が行われている。

〔構想区域・協議の場〕

- 現行の地域医療構想においては、都道府県が構想区域を定め、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」（協議の場）において、病床の機能分化・連携に向けた協議を行っている。
- 新たな地域医療構想においては、構想区域の範囲について2040年頃を見据えた範囲の拡大とともに、在宅医療は二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要であるといった観点から検討が行われている。

〔知事権限〕

- 現行の地域医療構想においては、医療機関の自主的な取組に加えて、必要に応じて知事権限（必要病床数に既に達している場合等における病院の開設許可等）を行使しながら、病床の機能分化・連携を進めている。
- 新たな地域医療構想においては、知事権限について、権限行使の状況やニーズ等を踏まえた見直しが論点となっている。

（参考）精神病床については、医療計画において、急性期・回復期・慢性期ごとの患者数の推計値を算出した上で、政策効果に係る係数、病床利用率を考慮し、都道府県別の基準病床数（原則6年間）を設定している。また、地域の実情に応じて精神医療圏を設定し、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等を行っている。

医療観察法の施行状況等について

厚生労働省厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課
医療観察法医療体制整備推進室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

地方裁判所の審判の終局処理人員

(H17.7.15からR4.12.31まで)

項目	H17年	H18年	H19年	H20年	H21年	H22年	H23年	H24年	H25年	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R元年	R2年	R3年	R4年	計
◇ 終局処理人員総数	80	351	422	404	319	369	394	385	383	355	338	340	353	322	282	309	308	313	6,027
入院決定	49	191	250	257	204	242	269	257	267	262	253	237	268	240	212	236	237	248	4,179
通院決定	19	80	75	62	51	61	38	39	39	31	33	36	32	26	23	33	24	24	726
医療を行わない旨の決定	7	68	75	68	54	46	72	74	59	53	46	50	48	41	37	31	37	37	903
却下																			
対象行為を行ったとは認められない	2	2	2	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	15
心神喪失者等ではない	3	7	14	13	8	17	13	11	14	8	6	13	5	11	7	7	9	3	169
取下げ	0	3	6	3	1	3	1	2	4	0	0	3	0	3	1	1	1	0	32
申立て不適法による却下	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3

(法務省出典「犯罪白書」の各年ごとのデータを医療観察法医療体制整備推進室で集計)

指定医療機関の指定状況等

- 1 指定入院医療機関の指定数（R6.4.1現在）
 - ・ 指定数：35か所（856床）
- 2 指定通院医療機関の指定数（R6.4.1現在）
 - ・ 指定数：4,174か所（病院622か所、診療所96か所、薬局等3,456か所）
- 3 鑑定入院医療機関の推薦数（R6.4.1現在）
 - ・ 推薦数：301か所
- 4 精神保健判定医等の推薦数（R6.1.1現在）
 - ・ 精神保健判定医の推薦数：1,017名
 - ・ 精神保健参与員候補の推薦数：727名

* 精神保健判定医：精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師

* 精神保健参与員：精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者であり、審判において意見を述べる者

医療観察法の入院対象者の状況

令和6年4月1日現在

■ステージ別、男女別内訳	男性	女性	合計
急性期	88名	25名	113名
回復期	334名	96名	430名
社会復帰期	165名	62名	227名
合計	587名	183名	770名

■疾病別(主)、男女別内訳	男性	女性	合計
F0 症状性を含む器質性精神障害	6名	1名	7名
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	38名	4名	42名
F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	493名	158名	651名
F3 気分(感情)障害	26名	16名	42名
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	1名	2名	3名
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0名	0名	0名
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	1名	1名	2名
F7 精神遅滞[知的障害]	3名	1名	4名
F8 心理的発達の障害	17名	0名	17名
F9 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	2名	0名	2名
F99 詳細不明の精神障害	0名	0名	0名
合計	587名	183名	770名

※疾病名は指定入院医療機関による診断(主病名)

※国際疾病分類第10改訂版(WHO作成)に基づいて分類

(医療観察法医療体制整備推進室調べ)

指定入院医療機関の整備状況

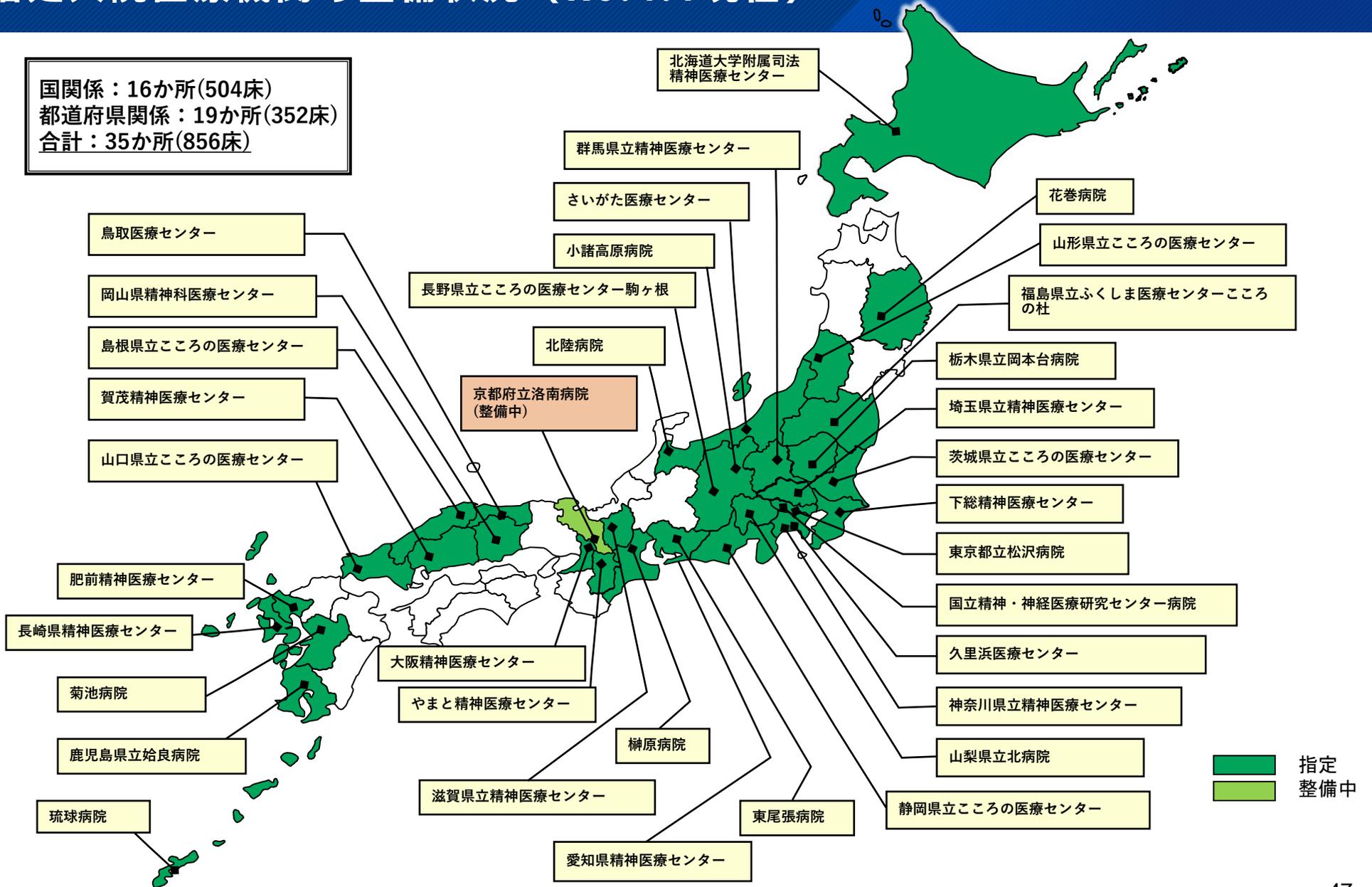
令和6年4月1日現在

①国立精神・神経医療研究センター病院（東京都）	66床
②国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床
③国立病院機構東尾張病院（愛知県）	33床
④国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県）	33床
⑤国立病院機構北陸病院（富山県）	33床
⑥国立病院機構久里浜医療センター（神奈川県）	50床
⑦国立病院機構さいがた医療センター（新潟県）	33床
⑧国立病院機構小諸高原病院（長野県）	17床
⑨国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床
⑩国立病院機構琉球病院（沖縄県）	33床
⑪国立病院機構菊池病院（熊本県）	17床
⑫大阪精神医療センター	33床
⑬岡山県精神科医療センター	33床
⑭国立病院機構榊原病院（三重県）	17床
⑮長崎県精神医療センター	17床
⑯国立病院機構賀茂精神医療センター（広島県）	33床
⑰静岡県立こころの医療センター	12床

⑱群馬県立精神医療センター	16床
⑲神奈川県立精神医療センター	33床
⑳東京都立松沢病院	33床
㉑長野県立こころの医療センター駒ヶ根	6床
㉒国立病院機構鳥取医療センター（鳥取県）	17床
㉓山梨県立北病院	5床
㉔鹿児島県立始良病院	17床
㉕国立病院機構やまと精神医療センター（奈良県）	33床
㉖山口県立こころの医療センター	8床
㉗茨城県立こころの医療センター	17床
㉘埼玉県立精神医療センター	33床
㉙栃木県立岡本台病院	18床
㉚滋賀県立精神医療センター	23床
㉛山形県立こころの医療センター	17床
㉜愛知県精神医療センター	17床
㉝島根県立こころの医療センター	8床
㉞北海道大学病院附属司法精神医療センター	23床
㉟福島県立ふくしま医療センター こころの杜	6床

※病床整備の現状：856床（病床数は予備病床を含む）

指定入院医療機関の整備状況（R6.4.1現在）



指定通院医療機関の指定状況

令和6年4月1日現在

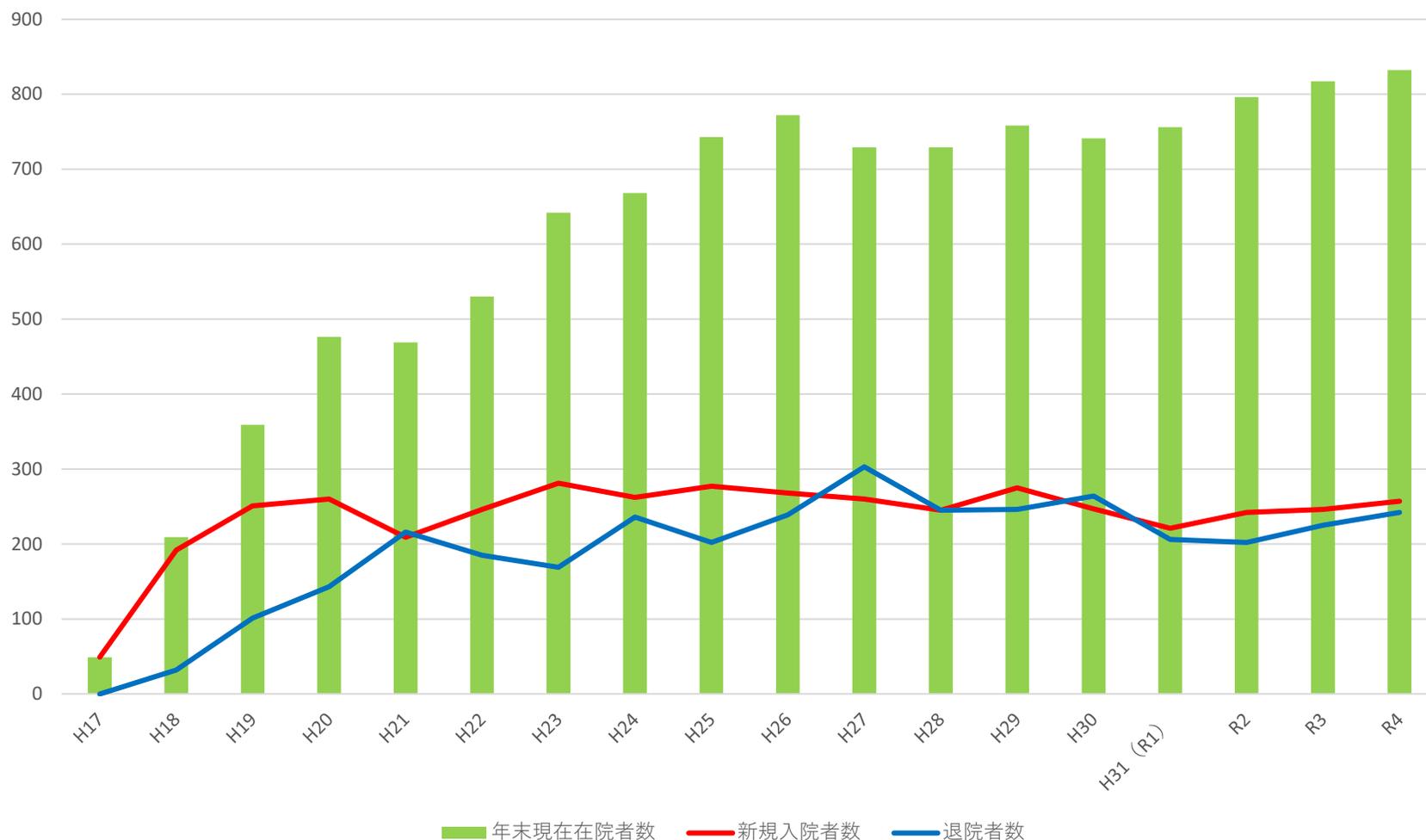
都道府県	必要数	病院	診療所	薬局	訪問看護	合計
北海道	17	56	5	40	16	117
青森県	4	10	1	148	6	165
岩手県	4	9	1	15	6	31
宮城県	7	14	3	21	13	51
秋田県	4	7	0	325	3	335
山形県	4	8	2	11	6	27
福島県	6	11	2	173	8	194
茨城県	9	19	2	362	23	406
栃木県	6	12	0	14	11	37
群馬県	6	6	1	152	6	165
埼玉県	21	24	10	117	54	205
千葉県	18	22	0	100	33	155
東京都	37	26	17	59	118	220
神奈川県	26	23	12	37	42	114
新潟県	7	13	2	451	13	479
山梨県	3	3	0	3	5	11
長野県	7	15	2	49	12	78
富山県	3	7	0	10	5	22
石川県	4	5	2	9	5	21
岐阜県	6	11	1	39	7	58
静岡県	11	19	0	19	11	49
愛知県	21	20	0	24	32	76
三重県	6	11	0	3	10	24
福井県	2	8	0	42	3	53

都道府県	必要数	病院	診療所	薬局	訪問看護	合計
滋賀県	4	9	2	12	13	36
京都府	8	6	3	43	19	71
大阪府	26	33	7	58	98	196
兵庫県	17	22	2	13	36	73
奈良県	4	5	0	13	12	30
和歌山県	3	10	2	8	10	30
鳥取県	2	7	0	102	1	110
島根県	2	7	2	12	3	24
岡山県	6	9	1	7	12	29
広島県	9	9	1	9	11	30
山口県	5	9	1	13	6	29
徳島県	2	7	3	5	5	20
香川県	3	4	0	8	3	15
愛媛県	4	11	0	5	5	21
高知県	2	10	1	82	7	100
福岡県	15	29	3	23	27	82
佐賀県	3	9	1	9	7	26
長崎県	5	10	0	8	10	28
熊本県	6	10	0	7	10	27
大分県	4	6	1	8	7	22
宮崎県	4	10	0	3	4	17
鹿児島県	5	18	1	5	5	29
沖縄県	4	13	2	10	11	36
合計	382	622	96	2,686	770	4,174

※「必要数」は、地域の基幹医療機関として、人口100万人あたり3か所(各都道府県最低2か所)の確保を目標に機械的に集計した数字

※「必要数」には病院、診療所を含み、薬局、訪問看護ステーションは含まない。

入院者数の動向



	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31(R1)	R2	R3	R4
新規入院者数	49	192	251	260	209	246	281	262	277	268	260	245	275	247	221	242	246	257
退院者数	0	32	101	143	216	185	169	236	202	239	303	245	246	264	206	202	225	242
年末現在在院者数	49	209	359	476	469	530	642	668	743	772	729	729	758	741	756	796	817	832

(医療観察法医療体制整備推進室調べ)

主な予算事業

- 重度精神疾患標準的治療法確立事業(データベースシステム)※指定入院医療機関運営費負担金のメニュー事業
 - ・指定入院医療機関が実施する医療について、その医療情報を専ら統計の作成に使用するため収集分析し情報提供を行うことにより、指定入院医療機関の医療水準の向上に寄与し、もって法対象者の社会復帰の促進を図る。

- 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業費補助金（ピアレビュー）
 - ・医療観察法に基づく指定入院医療機関に従事する多職種チーム（医師、看護師、コメディカル）が、他の指定入院医療機関を訪問し、医療体制等についての評価、課題等への助言等技術交流（ピアレビュー）を行い、指定入院医療機関における医療の質の向上を図り、法対象者の早期の社会復帰の実現を図る。

- 判定事例研究会
 - ・審判の際に判断に苦慮する事例について、診断や処遇に関する事項を精神保健審判員、鑑定入院担当医師等がグループ討議を行うことで共通理解を進め、医療観察制度の円滑な運営を図る。

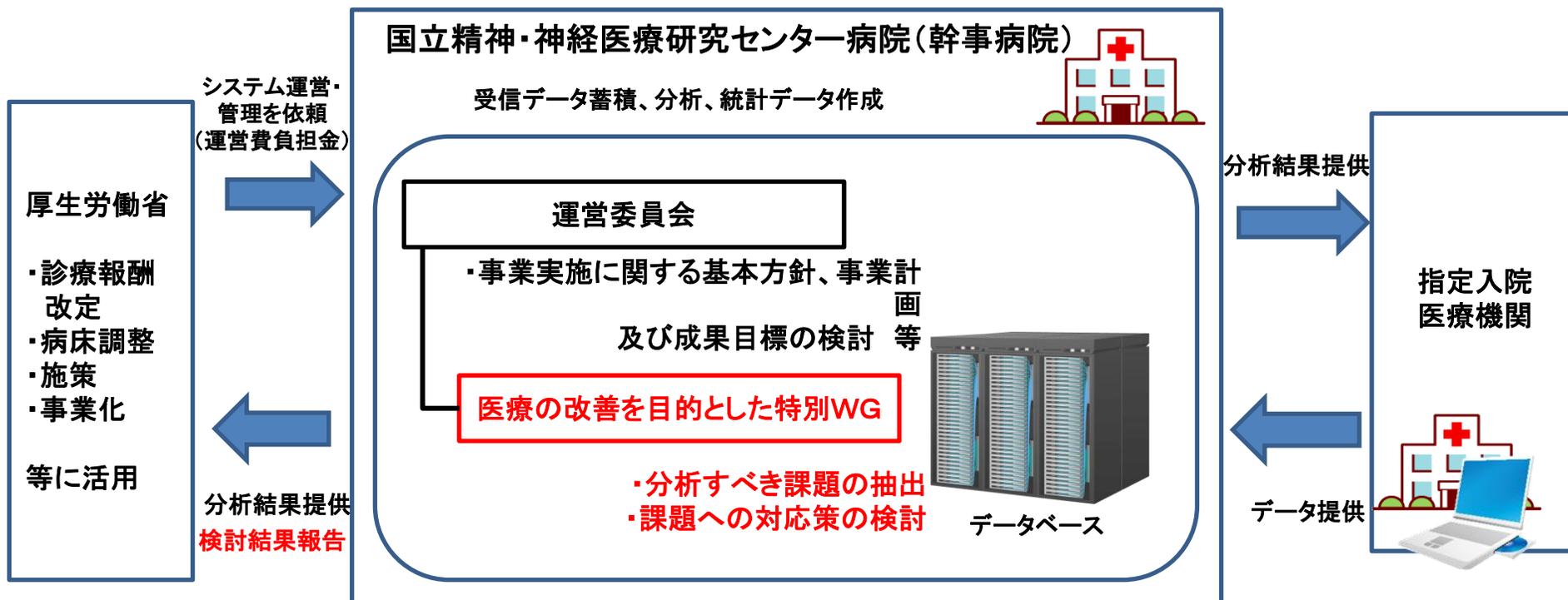
- 指定医療機関地域連携体制強化意見交換会
 - ・医療観察に係る関係機関がそれぞれの視点から課題について協議し、具体的に行動するための方針の決定と今後の協力体制のあり方について意見交換を行う。

重度精神疾患標準的治療法確立事業の活用について

心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関運営費負担金で実施している重度精神疾患標準的治療法確立事業（平成26年4月～）の運営委員会のもとに、令和3年12月より**医療の改善を目的とした特別WG**を新たに設置し、指定入院医療機関における治療や対象者の処遇等について状況把握を行い、分析すべき課題を明確にした上で対応策を検討する。

【重度精神疾患標準的治療法確立事業】

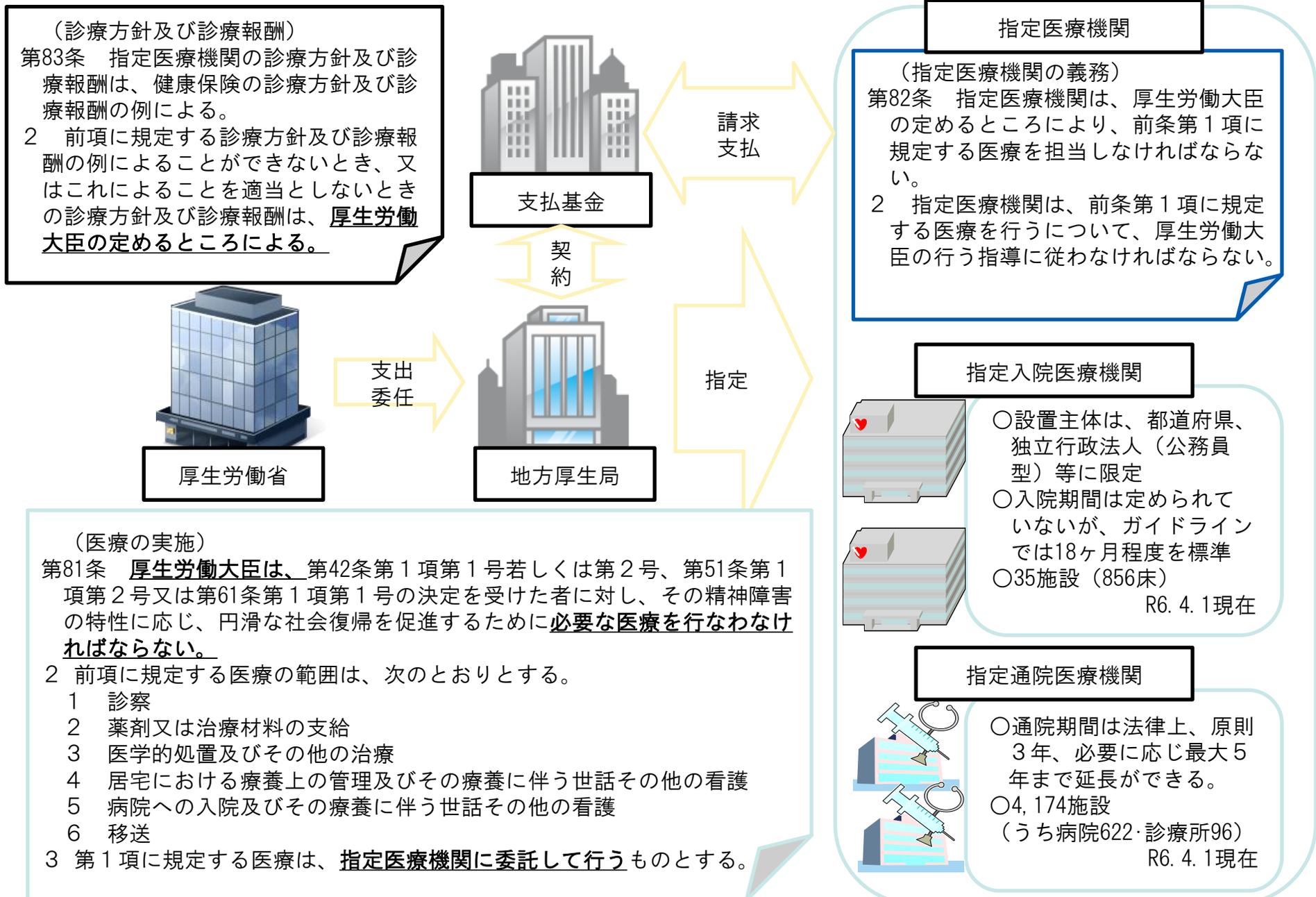
事業目的： 医療観察法附則第3条に規定する医療の水準の向上に寄与し、法対象者の社会復帰の促進を図る。



◎医療の改善を目的とした特別ワーキンググループは、指定入院医療機関（フル規格、小規模、大学病院）代表者、医師、看護師、心理師、作業療法士、精神保健福祉士など医療観察法病棟従事者のほか、法学、研究、統計の専門家などの委員約15名で構成。

心神喪失者等医療観察法入院等決定者医療費

令和6年度予算額 184億円 → 令和7年度概算要求額 185億円



(診療方針及び診療報酬)
 第83条 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。
 2 前項に規定する診療方針及び診療報酬の例によることができないとき、又はこれによることを相当としないときの診療方針及び診療報酬は、**厚生労働大臣の定めるところによる。**



指定医療機関

(指定医療機関の義務)
 第82条 指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、前条第1項に規定する医療を担当しなければならない。
 2 指定医療機関は、前条第1項に規定する医療を行うについて、厚生労働大臣の行う指導に従わなければならない。

指定入院医療機関

- 設置主体は、都道府県、独立行政法人（公務員型）等に限定
- 入院期間は定められていないが、ガイドラインでは18ヶ月程度を標準
- 35施設（856床）
R6. 4. 1現在

指定通院医療機関

- 通院期間は法律上、原則3年、必要に応じ最大5年まで延長ができる。
- 4, 174施設（うち病院622・診療所96）
R6. 4. 1現在

(医療の実施)
 第81条 **厚生労働大臣は、第42条第1項第1号若しくは第2号、第51条第1項第2号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対し、その精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を行わなければならない。**
 2 前項に規定する医療の範囲は、次のとおりとする。
 1 診察
 2 薬剤又は治療材料の支給
 3 医学的処置及びその他の治療
 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
 5 病院への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
 6 移送
 3 第1項に規定する医療は、**指定医療機関に委託して行うものとする。**

心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関運営費負担金

令和6年度予算額
2.6億円

→ 令和7年度概算要求額
2.6億円



(国の負担)
第102条 国は、指定入院医療機関の設置者に対し、政令で定めるところにより、指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担する。

(病院の運営に必要な経費)
病棟運営経費、病棟開設準備経費（開設後病棟運営に必要な経費）、研修経費、物件費、地域活動費、司法精神科専門研修運営経費、通訳雇上費、土地借料

<指定入院医療機関運営ガイドライン(平成17年7月14日 精神保健福祉課長通知)より抜粋>

事項	運営・管理等	人員の配置	施設及び設備
	<ul style="list-style-type: none"> ○医療の質の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・外部評価会議、倫理会議、治療評価会議、運営会議の設置 ・研修等による医療従事者の質の向上 ○適正な医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> ・合併症等の際の連携病院の確保 ・医療安全管理体制の確保 ○入院処遇の改善に向けた取組みへの参画 	<ul style="list-style-type: none"> ○当該病棟の人員配置 <ul style="list-style-type: none"> ・常勤医師概ね 8:1 <ul style="list-style-type: none"> 指定医1人以上 1/2以上は専従 ・常勤看護師概ね <ul style="list-style-type: none"> 日中1.5:1 夜間6:1(最低3人以上) ・臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士は常勤で概ね5:1 ○病院全体の人員配置 <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健指定医2人 ・薬剤師は医療法標準数を越えていること 	<ul style="list-style-type: none"> ○病床数は医療法上33床(運営病床30床、予備病床3床)とし、病床は全て個室(10㎡以上) ○必要とする診療部門、共用部門の設置 <ul style="list-style-type: none"> ・診察室(最低2カ所) ・処置室(酸素吸入装置・吸引装置等設置) ・保護室(10㎡以上) ・集団精神療法室 ・作業療法室 ・食堂・デイルーム(一定面積以上あれば共用可) ・面会室(診察室3カ所以上は兼用可)
			<ul style="list-style-type: none"> <小規模病床> ○病床は医療法上16床(運営病床15床、予備病床1床)とし、病床は全て個室(10㎡以上) ○必要とする診療部門、共用部門の設置 <ul style="list-style-type: none"> ・人員配置は非小規模病床と同様のものにする。 ・既存病棟で改修の場合 <ul style="list-style-type: none"> 作業療法室、集団療法室等については、安全管理体制確保ができれば同一病棟内で設置でなくとも可能
情報管理等	<ul style="list-style-type: none"> ○診療等記録の適切な記録と保存管理 ○診療情報の適切な提供 ○医療情報の共有体制 ・指定通院医療機関への情報提供と連携 	○病棟専従の事務職員の配置(非常勤含む)	
地域連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ○地域との連携体制 <ul style="list-style-type: none"> ・地域連絡会議の設置 ・無断退去時等の連絡体制の確保 ・周辺住民等の意見等を聴く恒常的な窓口の設置 ○保護観察所等との連携 		
危機管理体制	<ul style="list-style-type: none"> ○緊急時の対応体制 <ul style="list-style-type: none"> ・事故、火災発生時等の対応マニュアルの整備 ・無断退去時等の対応マニュアルの整備 	○夜間の警備員の配置	<ul style="list-style-type: none"> ○無断退去を防止する構造設備 <ul style="list-style-type: none"> ・玄関の二重構造 ・窓設備の適切な構造、材質 ・病棟内外の安全管理体制の整備

心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関施設整備費

令和6年度予算額
4.4億円

令和7年度概算要求額
7.6億円

事業概要・目的

【事業の目的】

医療観察法第102条の規定に基づき、入院決定を受けた者に対する医療を行う指定入院医療機関の病棟等を整備するための費用。

【事業の概要】

- ・新たな指定入院医療機関の整備
- ・医療観察病棟の大規模修繕

課題

（整備について）

遠方の医療機関に入院せざるを得ない対象者は、状態が改善しても退院調整に時間を要し、入院期間長期化の原因となっている。

そのため、地理的な要因を考慮して、京都府の新規病棟整備を行う必要がある。

また、老朽化した施設・設備を整備するために大規模修繕を行う必要がある。

対応

- ・整備計画がある京都府に新たな指定入院医療機関の整備を行う。



厚生労働省

施設・設備整備費を負担

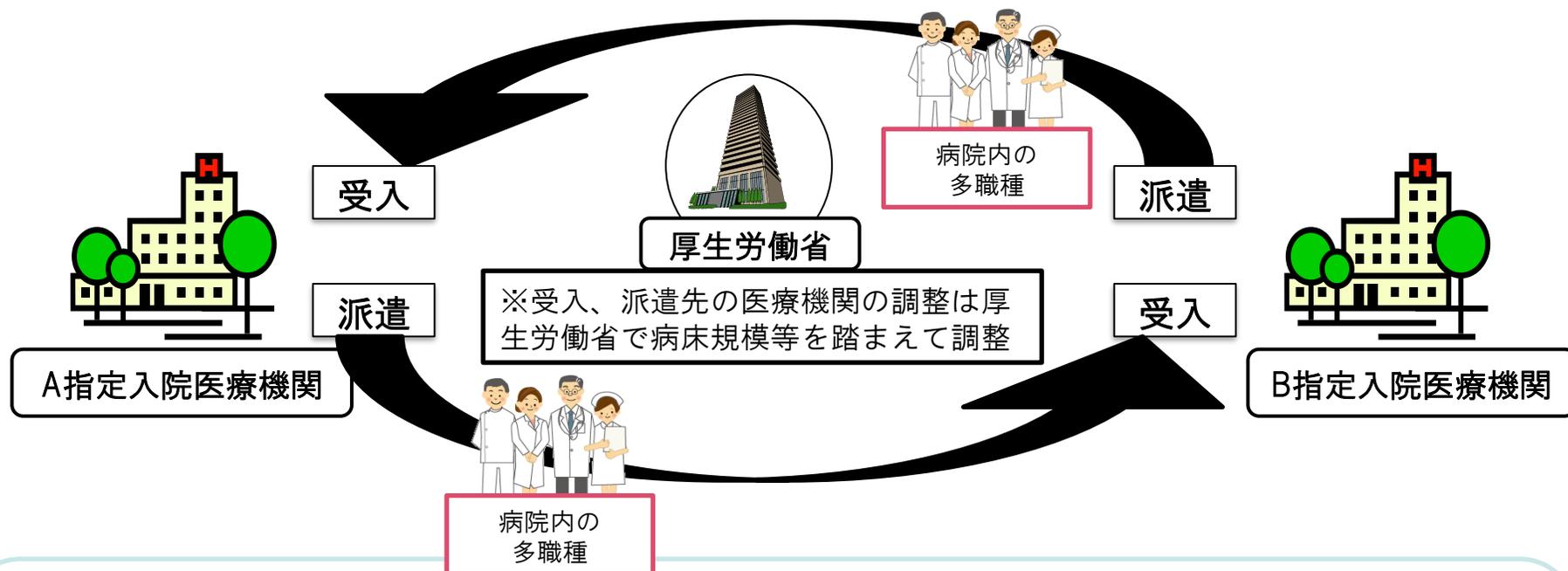
（国の負担）

第102条 国は、指定入院医療機関の設置者に対し、政令で定めるところにより、指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担する。

- 病棟整備費（工事費、外溝設備等）
- 工事事務費
- 調査費（設計、土質調査、測量等）
- 附帯整備費（伐採、造成、解体、移設等）
- 設備整備費（病棟に必要な医療機器等）

【事業目的】

医療観察法指定入院医療機関に従事する多職種チームが、相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等についての評価、課題等への助言等の技術交流を行い、もって医療観察法に基づく医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現する。



【事業内容】

実施主体：医療観察法に基づき指定された、全指定入院医療機関

実施内容：指定入院医療機関が他の指定入院医療機関の多職種チーム（医師・看護師・コメディカル）を受入れ、医療体制等の評価、課題等への助言等の技術交流を行う。（病床規模等に応じて、受入又は遣先を決定。）

実施期間：1週間程度

補助率：国10/10で多職種チームの受入にかかる旅費等を補助

令和6年度 医療観察診療報酬改定①

1. 入院料・通院料について

改定前

◆入院対象者入院医学管理料（1日につき）

イ 急性期入院対象者入院医学管理料	6,737点
ロ 回復期入院対象者入院医学管理料	4,962点
ハ 社会復帰期入院対象者入院医学管理料	5,870点

◆通院対象者通院医学管理料（1月につき）

イ 前期通院対象者通院医学管理料	8,336点
ロ 中期通院対象者通院医学管理料	7,326点
ハ 後期通院対象者通院医学管理料	6,315点

改定後

◆入院対象者入院医学管理料（1日につき）

イ 急性期入院対象者入院医学管理料	6,798点
ロ 回復期入院対象者入院医学管理料	5,012点
ハ 社会復帰期入院対象者入院医学管理料	5,926点

◆通院対象者通院医学管理料（1月につき）

イ 前期通院対象者通院医学管理料	8,402点
ロ 中期通院対象者通院医学管理料	7,386点
ハ 後期通院対象者通院医学管理料	6,370点

2. 医療観察精神科専門療法について

改定前

◆医療観察通院精神療法（1回につき）

イ (略)	
ロ イ以外の場合で、法第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号による決定を受けた後初めて指定通院医療機関において診療を行った日において、60分以上行った場合	
(1) 精神保健指定医による場合	560点
(2) (1)以外の場合	540点
ハ (略)	

改定後

◆医療観察通院精神療法（1回につき）

イ (略)	
ロ イ以外の場合で、法第42条第1項第2号又は第51条第1項第2号による決定を受けた後初めて指定通院医療機関において診療を行った日において、60分以上行った場合	
(1) 精神保健指定医による場合	600点
(2) (1)以外の場合	550点
ハ (略)	

+医療観察心理支援加算【新設】

注6 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、指定通院医療機関の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に、医療観察心理支援加算として、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250点を所定点数に加算する。

令和6年度 医療観察診療報酬改定②

3. 医療観察訪問看護について

改定前

◆医療観察訪問看護管理料

- イ 月の初日の訪問の場合 744点
- (略)

◆医療観察24時間対応体制加算

注2 訪問看護事業型指定通院医療機関が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長に届け出た場合であって、通院対象者又はその家族等に対して24時間の対応体制にある場合（医療観察訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、医療観察24時間対応体制加算として、月1回に限り、所定点数に640点を加算する。ただし、当該月において、当該通院対象者について他の訪問看護事業型指定通院医療機関が医療観察24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

(新設)

(新設)

改定後

◆医療観察訪問看護管理料

- イ 月の初日の訪問の場合 767点
- (略)

◆医療観察24時間対応体制加算 イ・□【新設】

注2 訪問看護事業型指定通院医療機関が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長に届け出た場合であって、通院対象者又はその家族等に対して24時間の対応体制にある場合（医療観察訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、次に掲げる場合に応じ、医療観察24時間対応体制加算として、月1回に限り、所定点数にそれぞれ次に定める点数を加算する。ただし、当該月において、当該通院対象者について他の訪問看護事業型指定通院医療機関が医療観察24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

- イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 680点
- イ以外の場合 652点

4. 改定時期について

改定の施行時期は、健康保険にならい令和6年6月とする。

5. 請求事務の負担軽減について

改定後

◆指定医療機関が提出する書類の削減

入院対象者入院医学管理料

「入院処遇ガイドライン」Ⅱの4の3) 記録等の標準化による関係するシートの写しを、毎月、診療録に添付すること。

+ 遠隔地加算

退院促進治療計画書は毎月末診療録に添付する。

通院対象者通院医学管理料

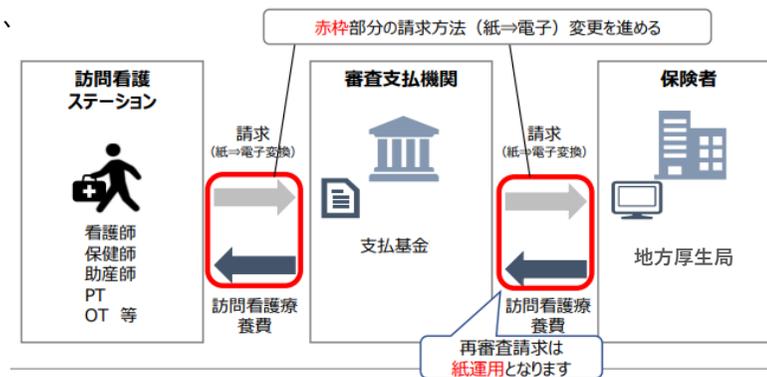
「通院処遇ガイドライン」Ⅱの3の3) 記録等の標準化による「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」のうち当該月に係る部分の写しを診療録に添付すること。

◆訪問看護レセプトの電子化

令和6年7月請求分（6月訪問看護実施分）より、訪問看護ステーションから審査支払機関への医療保険訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されるのに併せて、医療観察訪問看護レセプトの取扱いについても同様とする。

(参考) 訪問看護レセプト電子化の目的

- ・全国の訪問看護ステーションにおけるレセプト請求事務や、審査支払機関・保険者におけるレセプト処理事務の効率化。
- ・より質の高い医療・看護の実現に向けた、レセプト情報の利活用（介護保険分野と合わせた訪問看護全体のデータ分析、地域医療や在宅医療の実態把握等）の推進。



国立病院機構が提供している 精神医療について

1. N H Oが提供している精神医療
2. N H Oが担うべき精神医療の方向性

精神疾患、心神喪失者等医療観察法

※ 医療法病床数は令和6年4月1日現在

NHOでは、令和6年4月現在、30病院が精神病床を有している。

このうち、精神病床が中心となっている14病院においては、平成17年7月の心神喪失者等医療観察法の施行により医療観察法病棟を整備し実施するとともに、同法に関わる全国の各職種を対象とした研修会を当機構の病院が幹事施設として毎年実施するなど、医療観察法に基づく医療の中心的な役割を果たしてきた。

精神病床を有する病院	医療法病床数	
	精神	医療観察法
北海道医療	40	0
帯広	100	0
花巻	144	36
仙台医療	32	0
下総精神医療	425	34
横浜医療	20	0
久里浜医療	232	52
さいがた医療	248	34
小諸高原	225	17
北陸	172	34
金沢医療	42	0
天竜	50	0
名古屋医療	38	0
東尾張	233	33
榊原	175	18
舞鶴医療	120	0
やまと精神医療	183	35
鳥取医療	195	17
呉医療	50	0

精神病床を有する病院	医療法病床数	
	精神	医療観察法
賀茂精神医療	312	33
四国こどもとおとなの医療	22	0
小倉医療	50	0
九州医療	50	0
肥前精神医療	464	34
長崎医療	33	0
熊本医療	50	0
菊池	139	19
別府医療	40	0
宮崎東	30	0
琉球	326	37
全国	4,240	433

※ 精神病床を有する病院数は30病院であり、このうち、医療観察法病床を有する病院数は14病院

NHOの精神医療の高度・専門性

NHOは、精神医療では、自傷他害のおそれのある患者に対する精神科措置入院や内科系等の複数の診療科との連携が必要な精神科身体合併症などの高度・専門的な医療を提供してきた。

例えば、NHOの精神科病床は国全体の1.2%であるが、全国精神科措置入院件数のうち約13%を対応している。

精神病床の数（医療法病床数）

国全体 32.4万床
(患者調査 令和2年10月時点)

NHO 0.4万床 **NHO/国全体**
【1.2%】
(NHO調べ 令和2年4月時点)

精神科措置入院患者の数

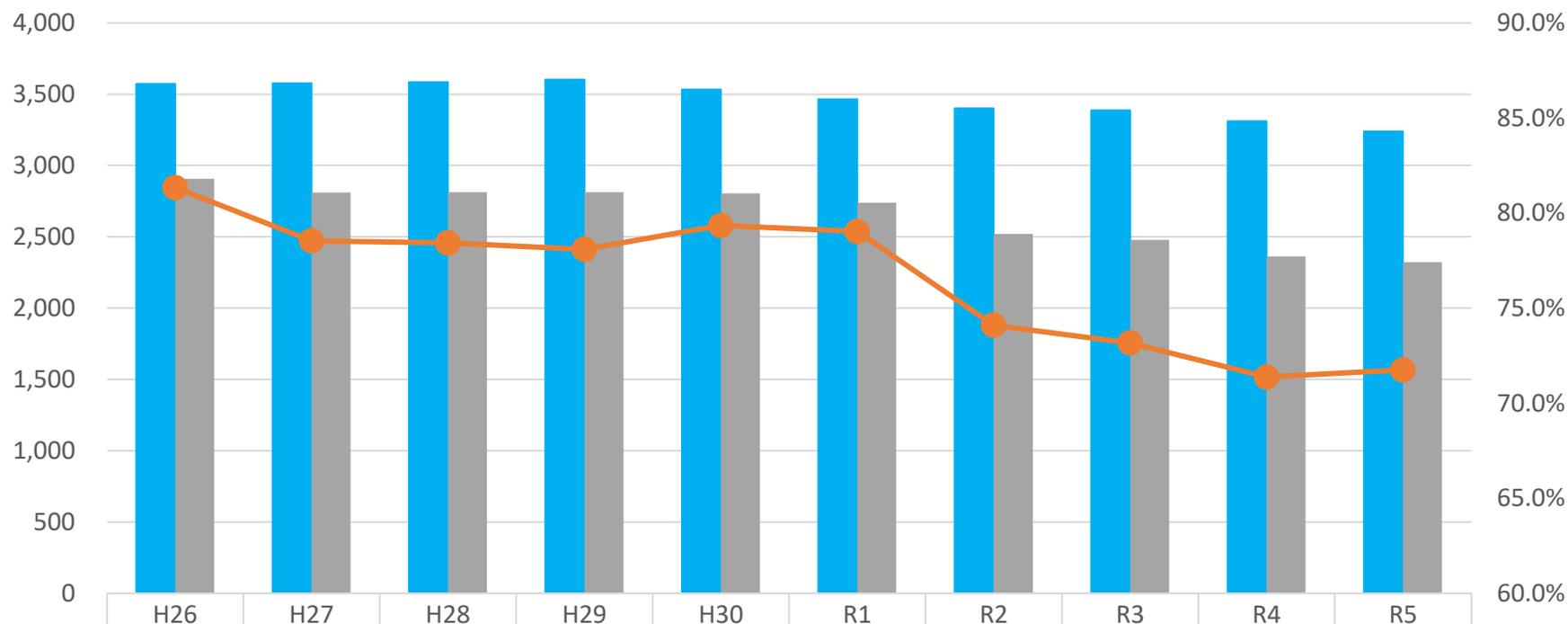
措置入院 入院させなければ自傷他害のおそれのある精神障害者であると精神保健指定医2名（緊急の場合は1名）の診断の結果が一致した場合に、都道府県知事が入院を決定（措置解除についても都道府県知事が決定）



NHO病院における精神病棟（心神喪失者等医療観察法除く）の状況

- 令和2年度以降、入院患者数が減少傾向。
- それに伴い、病床利用率が低下傾向。

【運営病床数、一日平均入院患者数、病床利用率】

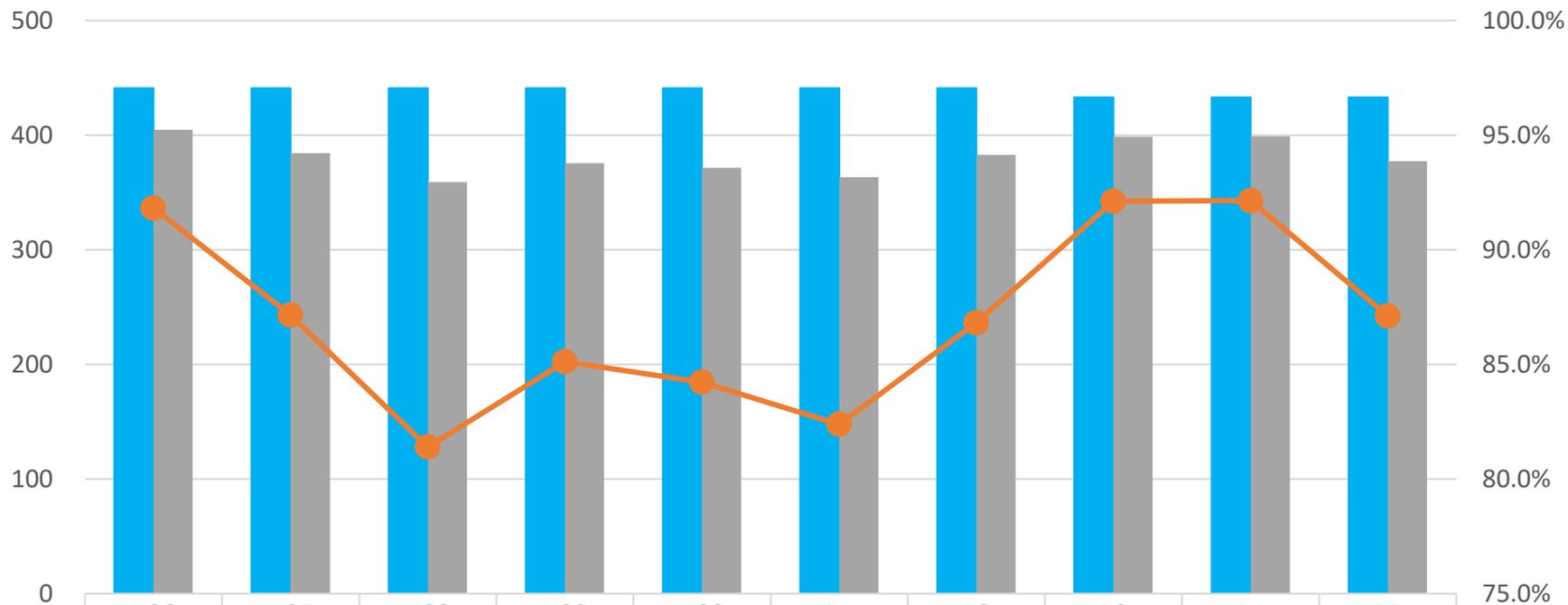


運営病床数	3,574	3,578	3,586	3,603	3,534	3,465	3,401	3,387	3,310	3,238
一日平均入院患者数	2,907.1	2,810.2	2,812.5	2,813.6	2,804.0	2,738.3	2,520.1	2,478.2	2,362.7	2,323.3
病床利用率	81.3%	78.5%	78.4%	78.1%	79.3%	79.0%	74.1%	73.2%	71.4%	71.8%

NHO病院における心神喪失者等医療観察法病棟の状況

- 年度によって入院患者数の増減がある。
- 病床利用率は比較的高い。

【運営病床数、一日平均入院患者数、病床利用率】



運営病床数	441	441	441	441	441	441	441	433	433	433
一日平均入院患者数	404.9	384.3	359.0	375.4	371.4	363.3	382.8	398.9	399.0	377.2
病床利用率	91.8%	87.1%	81.4%	85.1%	84.2%	82.4%	86.8%	92.1%	92.1%	87.1%

(参考) 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関への支援

● 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関施設整備費

目的：指定入院医療機関の病棟等を整備するための費用を負担

対象：新たな指定入院医療機関の整備、医療観察病棟の大規模修繕

R5補助実績（NHO）：208,596千円

● 心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関運営費負担金

目的：指定入院医療機関の運営費を負担

対象：病棟運営経費、病棟開設準備経費（開設後病棟運営に必要な経費）、研修経費、物件費、地域活動費、司法精神科専門研修運営経費、通訳雇上費、土地借料

R5補助実績（NHO）：92,910千円（NHOから厚生労働省への実績報告額）

● 心神喪失者等医療観察法医療評価・向上事業費補助金

目的：医療観察法指定入院医療機関に従事する多職種チームが、相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等についての評価、課題等への助言等の技術交流を行い、もって医療観察法に基づく医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現する

対象：多職種チームの受入にかかる旅費等

R5補助実績（NHO）：2,385千円

<参考>

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第100号）

（国の負担）

第102条 国は、指定入院医療機関の設置者に対し、政令で定めるところにより、指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担する。

1. N H Oが提供している医療
2. N H Oが担うべき精神医療の方向性

NHOが担うべき精神医療の方向性

- 我が国における精神科病床の実情を踏まえつつ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域移行に向けた機能を強化していくとともに、病院の規模・機能の見直し、財務基盤の強化を行う。
- その際、これまでNHO病院が担ってきたNHO病院でしか提供することができない専門的な医療の提供や、それに伴う臨床研究・教育について、各病院において必要な医師確保を含め総合的に実施する。
- 心神喪失者等医療観察法に基づく医療については、国の制度開始以降整備が進んできたことやNHOを取り巻く状況の変化を踏まえ、他の公立病院等との役割分担や集約化を含め、NHOとして担うべき精神医療の在り方について、検討する。

NHO精神科中心病院の概要

第3回NHOビジョン検討委員会
(令和6年11月18日) 資料3

施設名	病床数	医師数	規模・機能	急性期	観察法	重心	研究	R5措置入院件数	R5鑑定入院件数
花巻	192	5	小規模・中機能		○	○	精神鑑定	1(輪番なし)	5(本鑑定3、観察法2)
下総	280	15	中規模・高機能	救急	○		薬物依存	46(輪番月6)	25(本鑑定14、観察法11)
久里浜	277	16	中規模・中機能		○	○	WHO研究	8(輪番月4)	2(観察法)
さいがた	296	11	中規模・中機能	急性期1	○	○	依存症	9(輪番月4.3)	2(本鑑定1、観察法1)
小諸高原	297	10	中規模・高機能	急性期1	○ハーフ	○	医療観察法	36(輪番月10)	3(本鑑定2、観察法1)
東尾張	183	8	小規模・中機能		○			0(輪番月2)	1(本鑑定)
北陸	272		中規模・中機能		○	○	脳神経内科	8(輪番月4)	1(医療観察法)
榊原	175	7	小規模・中機能	急性期1	○		医療観察法	29(輪番なし)	19(本鑑定12、観察法7)
やまと	283		中規模・中機能	急性期1	○	○		1(輪番月4)	1(医療観察法)
賀茂	355	7	中規模・中機能		○	○		5(後方支援)	11(本鑑定10、観察法1)
鳥取	463	19	大規模・中機能		○ハーフ	○	脳神経内科	3(輪番月8)	0
肥前	524		大規模・高機能	救急	○	○			
菊池	239	6	中規模・中機能		○ハーフ	○	認知症	3(輪番月2)	0
琉球	341	12	中規模・高機能	救急	○	○		20(輪番月4)	2(観察法)

大規模・高機能

大規模・中機能

中規模・高機能

中規模・中機能

小規模・高機能

小規模・中機能

長野県内各精神科医療機関の措置入院件数（県精神保健福祉センターのデータを改変）

全30病院

代表的な精神科 医療機関	地域	R3年度	R4年度	R5年度
小諸高原病院 NHO・急性期1	東信	21	25	36
大学病院精神科	中信	1	1	0
A病院 自治体立・救急	南信	22	23	31
B病院 厚生連・総合病院	東信	1	1	0
C病院 民間・救急	東信	23	30	37
D病院 民間・救急	中信	24	27	28
E病院 民間・救急	北信	20	32	33
F病院 日赤・総合病院	北信	5	3	12
G病院 民間・総合病院	南信	8	9	10

R5年度 長野県内各精神科医療機関の医療保護入院件数 (長野県精神保健福祉センター提供)

代表的な 精神科医療機関	R5年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	R6年 1月	2月	3月	計
小諸高原病院 NHO・急性期1	29	27	20	26	17	24	27	24	8	8	31	9	250
大学病院精神科	7	9	5	5	3	5	8	9	6	3	11	2	73
A病院 自治体立・救急	27	27	14	27	26	24	26	19	12	18	35	7	262
B病院 厚生連・総合病院	3	2	1	3	3	5	1	2	2	4	1	1	28
C病院 民間・救急	32	13	18	25	27	26	20	19	17	9	27	10	253
D病院 民間・救急	16	22	9	11	13	19	15	19	9	8	22	10	173
E病院 民間・救急	17	18	20	22	19	19	22	10	25	8	35	8	223
F病院 日赤・総合病院	3	8	5	8	9	10	7	5	4	4	15	5	83
G病院 民間・総合病院	11	2	9	16	12	12	17	11	7	9	14	8	128

沖縄県内各精神科医療機関の措置入院件数 (琉球病院・福治先生データを改変)

全21病院

県南

県北

代表的な精神科医療機関	R3	R4	R5
琉球病院(NHO・救急)	9	13	20
大学病院	1	0	3
A病院(民間・救急)	21	14	29
B病院(民間・急性期1)	2	1	1
C病院(民間・救急)	9	6	6
D病院(民間・急性期1)	3	5	6
E病院(民間・急性期1)	3	6	5
F病院(県立・急性期1)	9	12	22
G病院(民間・救急)	10	11	12
H病院(民間・救急)	17	15	19

第3回独立行政法人国立病院機構（NH0）ビジョン検討委員会

ヒアリング出席者一覧

	氏名	所属
①	竹田 保	一般社団法人日本筋ジストロフィー協会 代表理事
②	山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センター COML理事長
③	本田 麻由美	株式会社読売新聞東京本社医療部編集委員

国立病院機構病院長との意見交換会の概要

- 国立病院機構（NHO）ビジョンに現場の意見を反映させるため、令和6年9月～10月に、理事長又は副理事長と全病院長との意見交換会を以下のとおり実施。

グループ	日時	場所	出席病院
北海道東北①	10月23日（水）13：30～15：30	北海道がんセンター	7病院
北海道東北②	10月31日（木）13：30～15：30	仙台医療センター	14病院
関東信越①	10月23日（水）13：00～14：50	NHO本部	13病院
関東信越②	10月23日（水）15：20～17：10	NHO本部	12病院
関東信越③	10月29日（火）13：00～14：00	NHO本部	6病院
東海北陸①	10月2日（水）15：00～17：00	名古屋医療センター	12病院
東海北陸②	10月28日（月）14：00～16：00	金沢医療センター	6病院
近畿	9月20日（金）14：30～17：00	大阪医療センター	19病院
中国四国①	9月27日（金）14：00～16：00	広島駅前貸会議室	11病院
中国四国②	10月9日（水）14：00～16：00	岡山医療センター	10病院
九州①	10月4日（金）10：00～12：00	九州グループ	15病院
九州②	10月4日（金）13：30～15：30	九州グループ	13病院

病院長との意見交換会における主な意見

○診療事業

<共通>

- ・地域のニーズ等を見極めた上で、病院の規模・機能の見直しや再編・統合を進める必要
- ・地域で必要とされる医療を安定的かつ継続的に提供する体制を構築する必要
- ・地域医療構想調整会議等の地域での役割分担の議論に積極的に参加する必要
- ・自院を分析し、強み、特殊性、専門性を強化する必要
- ・NHO内の近隣の急性期病院と慢性期病院が強い連携を持つことで、医療機能の向上等に大きく寄与するのではないか

<セーフティネット系医療>

- ・NHOが担うべき分野
- ・不採算であり、財政支援が必要
- ・財政支援がなければ、縮小していくことも必要

<重症心身障害、神経・筋疾患>

- ・常時90%以上の病床利用率を確保できないと、安定的な経営は困難であり、財政支援等が必要
- ・重要な役割を果たしていることを、国や国民に向けて発信する必要
- ・在宅医療を強化する必要
- ・小児科志望が減少しており、働き方を工夫することで、シニア世代を活用する必要

<結核>

- ・結核医療に対する機構内の支え合いの仕組み（助成金）はあるものの、従来の制度のままでは、結核病床の運営を継続することは厳しい
- ・結核の病床はほとんど使われていない状況であり、一般病床との併用など弾力的に運用できる仕組みが必要
- ・地域における適正な病床数を議論していく必要

<精神、心身喪失等医療観察法>

- ・慢性的に精神科医師が不足
- ・NHO病院と他の設置主体病院との役割上の差異を明確に打ち出す必要
- ・民間では対応困難なものの受け皿としての役割を、NHO病院が果たしていく必要
- ・NHO病院は、地方交付税措置を受けられておらず、財政支援なしで運営することは非常に困難

<災害、新興感染症>

- ・全国的なネットワークを活かし、NHOが引き続き積極的に対応すべき
- ・平時からの準備には人的、経済的な余裕や、財政支援が必要
- ・NHOの活動が国民や他の医療機関等から評価されているか不明であり、積極的なアピールが必要
- ・NHO病院と日本赤十字社等の他の医療機関との役割分担を明確にすべき
- ・地域において、各NHO病院が自院の担うべき役割を明らかにしておく必要
- ・NHO病院の中で機能等に応じた役割分担を整理する必要

<虐待防止対策>

- ・現場は職員が足りていないことも要因の一つ
- ・重症心身障害や筋ジスの患者はかなり重症化していることも要因の一つであり、体制の強化が必要
- ・虐待の一番の防止法は、職員1人で対応すると誤解が生じかねないため、職員2人以上で対応すること

<医療DXの推進等>

- ・臨床研究のデータ分析やNHO内の人材交流等にも資するため、電子カルテの統一化、クラウド化を進める必要
- ・人材不足への対応として、業務の省力化につながる医療DXへの投資を積極的に行う必要
- ・個々の病院で医療DXを推進するのではなく、NHO全体で推進する必要
- ・医療DXを推進するため、専門人材の育成や配置が必要
- ・院内PHSの後継等として、スマートフォンを早急に導入してほしい

○臨床研究事業

- ・NHOのネットワークやスケールメリットを活用した臨床研究や治験を推進する必要
- ・臨床研究や治験を推進するための人員等の体制整備が必要
- ・臨床研究に対する財政支援が必要
- ・臨床研究を推進することで、臨床研究に意欲のある医師の確保につながるのではないか

○教育研修事業

<研修>

- ・NHOの強みであり、人材確保・離職防止に生かしていくべき
- ・研修実施病院や研修受講者への経済的支援が必要
- ・特定行為研修の推進のため、特定行為研修修了看護師へのインセンティブの付与等が必要

- ・ ナショナルセンター等への短期の研修を行えば、特に若手医師の確保に資する
- ・ 魅力ある研修の受講対象を外部にも広げることで、人材の確保につながるのではないか

<附属看護師養成所>

- ・ 看護師不足が深刻化しており、経営的にはマイナス面もあるが、存続、支援強化が必要
- ・ 長期的には四年制大学へのシフトを計画する必要
- ・ 大学等が増加する中、看護師養成所のニーズはないのではないか。継続が困難であれば、他への移管や縮小等を行い、浮いた費用により派遣会社へに依頼する方が効率的

○人材確保

- ・ 人材の確保が病院運営上の最大の課題
- ・ 人材確保、離職防止につながるよう、給与や転勤、常勤等に関する制度の見直しが必要
- ・ 大学医局を通じた医師確保とは別に、NHOのネットワーク等を活用した医師確保の仕組みが必要
- ・ NHO内の専門研修の基幹施設としてプログラムを立ち上げている病院を可視化することで、初期研修医の雇用につなげられるのではないか
- ・ 看護師の奨学金制度におけるNHO病院への就労義務年限について、地域の実情等に合わせて設定できるようにする必要

○業務効率化

- ・ 各NHO病院に共通する事務業務等の集約化を検討してはどうか

○働きやすい職場づくり

- ・ カスタマーハラスメントへの対応についても検討が必要

○経営改善

- ・ 諸物価の高騰等は経営改善等で乗り越えられるレベルを超えており、現行の診療報酬では自収自弁の経営は困難
- ・ 本部やグループの支援強化や、病院への経営の専門家の配置、コンサルの活用等により、病院の経営支援が必要
- ・ NHOのネットワークを活用した、医療機器や医療材料、電子カルテ等の共同調達品目の拡大が必要
- ・ 医療材料の購入において、県単位等での入札実施、精度の高い納入価格情報の共有等の取組が必要
- ・ 電子カルテのコストが大きいため、NHO内で統一化やクラウド化をすれば、かなりのコスト削減が可能

- ・介護や土地の有効活用など、新たな事業を実施してはどうか
- ・クラウドファンディング等により、寄附を推進してはどうか

○投資

- ・現状の投資ルールでは、費用対効果が見込めない投資は困難であり、一律の判断を行うのではなく、地域の医療環境や病院の特性、災害対応、医療DX、医療の質の向上、病院のブランディング、優秀な人材の確保等を踏まえた総合的かつ融通性のある投資判断を行う必要
- ・老朽化が非常に進み、修繕だけでかなりの費用がかかっており、新築した方が結果的に安価となりかねない状況
- ・急性期医療の分野で、質を確保しながら継続的に地域に貢献していくには、最先端の医療機器等を迅速に導入する必要

○行政への要望

- ・診療報酬の大幅な引上げに向けて、国に働きかける必要
- ・災害や新興感染症への対応や、セーフティネット系医療の提供を継続的に行うためには、運営費や医療従事者の確保・育成に向けた財政支援が必要
- ・NHO病院が特別交付税措置を受けられるよう、働きかける必要
- ・積立金の国庫納付がある中で健全な経営を維持することは困難であり、制度の改正を国に働きかける必要

○その他

- ・希望の持てる明るいビジョンにする必要
- ・ビジョンは大きな目的・目標を記載することとし、経営改善・業務改善等の細かい問題は切り離した方がよいのではないか
- ・NHO病院は国から財政支援を受けていると誤解されているため、病院、本部ともに、その誤解を解くよう働きかける必要
- ・NHOの存在意義、貢献度、必要性を国民に広く認知してもらうため、ことあるごとに記者会見を行う等、広報の強化が必要

国立病院機構（NHO）ビジョン骨子案

～今後のNHO運営の基本的な考え方と目指すべき方向～

はじめに

- ・ 高齢者人口がピークを迎える 2040 年に向けて、法人全体としてどのような方向で運営を行っていくかを示すための指針「国立病院機構（NHO）ビジョン」を策定することとしました。

1. NHO運営の基本的考え方について

(1) NHO を取り巻く環境変化等

- ・ 日本の医療を取り巻く環境はさらに厳しい状況となっており、2040 年頃には高齢者人口がピークを迎え、患者数や医療従事者数が現在からさらに減少するとともに、今後の医療技術の進歩、医療DXの進展等によって、診療の内容や医療機関のあり方も大きく変化することが見込まれます。
- ・ 近年、日本の医療を脅かすような感染症や災害対応において、NHOがスケールメリットを発揮して積極的に対応することにより、公的医療機関としてNHOが果たすべき役割が改めて行政や国民の皆様にも認識されてきており、今後もその重責をしっかりと果たすことが求められています。
- ・ 国や自治体の行政に協力し、医療制度の改善等に貢献することも、NHOが引き続き果たしていかなければならない役割の一つです。
- ・ 新型コロナウイルス感染症で激減した患者数は、その後も回復しておらず、令和2年度以降、毎年度の医業収支は 300 億円を超える赤字となっており、数年後には積立金が枯渇するような危機的な財政状況です。
- ・ 患者虐待事案などが発生しましたが、法令等を遵守する意識を全職員に徹底するなど、コンプライアンスの強化に不断に取り組みます。

(2) NHOの目的・理念等

- ・ NHOは、発足当初より理念を定めていたとともに、令和元年にとりまとめた「SUREプロジェクト」においても理念を掲げて、法人運営に取り組んできました。

(3) ビジョン策定に当たっての基本的考え方

- ・ NHOの強みであるスケールメリットや、様々な機能、役割、規模等の病院から構成される多様性を活かして、それぞれの病院の個性を発揮しつつ互いに連携しながら、地域のニーズに応じた、質の高い医療を提供していくこと

- ・ 人口減少に伴う人材不足等が進む中で、安定して医療を提供していくため、病院・グループ・本部が一体となって、全職員が安心して、誇りをもって働くことができる職場をつくっていくこと
 - ・ NHOが国や国民から求められる役割を果たし、法人全体として持続可能な運営を維持していくため、着実に経営改善を進めていくこと
- との3つの観点に立って、NHOが直面する課題を整理し、それらにどのように取り組んでいくのかという改革の方向性を示しています。

2. 患者の視点に立った質の高い医療の提供等

- ・ NHO病院は、急性期病棟中心の病院や、いわゆるセーフティネット系の病院など、その機能・役割は病院ごとに様々であり、それぞれの病院を取り巻く地域の医療提供体制によって医療ニーズも異なります。
- ・ このような中で、NHO病院は公的医療機関としてそれぞれの地域において求められる役割を果たすとともに、患者の視点に立った質の高い医療を提供していきます。

(1) 地域医療への貢献

- ・ 都市部と地方部など、それぞれの都道府県、医療圏、地域において状況は様々ですが、地域における医療提供体制の状況や医療ニーズ等を踏まえ、5疾病6事業をはじめとする、質の高い医療を提供し続けることはNHO病院の重要な使命です。
- ・ 地域における活動に丁寧に取り組み、行政や他の医療機関を含めた地域との信頼関係を構築していくことも必要です。

(2) 重症心身障害、神経・筋疾患

- ・ NHOは長年、重症心身障害、筋ジストロフィー等神経・筋疾患の医療を提供し続けてきた歴史があります。
- ・ 患者の高齢化、重症患者の増加、医療の高度化等も踏まえつつ、療養環境の充実を図り、引き続き確実に入院医療を提供していきます。

(3) 結核・エイズ

- ・ 結核については、一般病床としても使用できる「モデル病床」の活用を含め効率的な病床運用の検討とともに、地域におけるニーズを踏まえつつ、病床削減を含め結核病床の在り方の地方自治体との調整が必要です。
- ・ エイズについては、今後も引き続きブロック拠点病院等として、その役割を果たしていきます。

(4) 精神・心身喪失等医療観察法医療

- ・ 精神医療については、高度で専門的な医療を提供するなど、重要な役割を果たしてき

ましたが、我が国における精神科病床の実情を踏まえつつ、地域移行に向けた機能を強化するとともに、病院の規模・機能を見直します。

- ・ 専門的な医療の提供やそれに伴う臨床研究・教育について、各病院において必要な医師確保を含め総合的に実施します。
- ・ 心身喪失者等医療観察法に基づく医療については、他の公立病院等との役割分担や集約化を含め、NHOの今後の役割について検討します。

(5) 災害・新興感染症

- ・ 災害医療や新興感染症など、広域的な対応が求められる医療の提供については、全国に病院を有するNHOのネットワークを活かし、引き続き積極的に取り組みます。
- ・ 災害医療については、平時からの災害時等に備えた準備や国民への訴求力の向上に取り組むとともに、他の公的病院等と役割分担や連携を図ります。

(6) 虐待防止対策

- ・ 虐待事案に対し、第三者委員会から再発防止策として、研修内容の充実・強化、人員体制の見直し、虐待が発生しない職場環境づくりなどの取組が求められています。
- ・ 本部においても検討体制を組み、NHO全体で、コンプライアンスやガバナンスの強化を含めた虐待防止対策に取り組んでいきます。

(7) 医療DXの推進

- ・ 電子カルテの標準規格化を踏まえた電子カルテの導入検討や、政府の工程表に沿って取り組み、政府の医療DXを推進します。
- ・ 将来に向けて、政府が目指している統一的な電子カルテの導入などを検討します。

3. 医療の発展等に向けた臨床研究の推進

(1) NHOにおける臨床研究の特徴・メリット

- ・ 臨床研究事業は、大学や研究所などと比べると、研究に割ける人材や時間などの資源が限られているものの、医師等にとって魅力ある職場となり、人材確保につながる観点からも、NHOの重要なミッションの一つです。
- ・ NHOにおける臨床研究については、スケールメリットを生かした研究を重点的に進めていること、NCDAによるデータベースや、ARO機能が設置されていることなどの特徴やメリットがあります。

(2) 臨床研究の今後の方向性

- ・ NHOのネットワークやスケールメリットを活用した研究の推進、NCDA等のデータベースの利活用の推進、ARO機能の活用や、国が進める高度で実践的な医療提供のための研究や疫学研究に取り組むとともに、人材の活用、研究成果の情報発信など

により、総合的に取り組んでいきます。

(3) 治験の推進

- ・ 治験の実施も重要なミッションであり、引き続き、NHOCRBの活用を推進するとともに、より一層の治験事務の合理化、透明性の向上を目指します。

4. 職員が働きやすく働きがいのある職場づくり

- ・ 今後、生産年齢人口の減少が見込まれる中で、「人事制度や雇用制度の見直し」「勤務環境等の整備と業務効率化」「教育研修の充実と人材確保の強化」に取り組めます。

(1) 人事制度や雇用制度の見直し

- ・ 多様な人材を確保するため、即戦力となる経験者の採用を進めます。
- ・ ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務形態の促進や、雇用形態の多様化・柔軟化を図るなど、職員が働きやすい環境整備を進めます。
- ・ 各職種の業務を見直し、タスクシフトを進めていく中で、医師事務作業補助者の常勤雇用化や、職員のモチベーションが一層高まるような給与の仕組みを検討します。

(2) 勤務環境の整備

- ・ これまでも福利厚生制度の充実などの勤務環境の改善に努めてきましたが、今後さらに、職員が安心・安定して働くことができる職場を確保するため、ハラスメント対策を強化します。

(3) IT化等による業務の効率化の推進

- ・ NHOの全職員にスマートフォンを支給し、医療に係る様々な業務の効率化を進めるためのツールの一つとして活用を図ります。
- ・ ペーパーレス化や定型業務の自動化などに速やかに取り組むとともに、共通業務の集約化など、スケールメリットを生かした業務効率化を進めます。
- ・ 各病院において実施している会議や、本部から病院に依頼している調査をはじめとする様々な業務について、必要性の見直しを行い、業務の削減を進めます。

(4) 教育研修の充実と人材確保の強化

① 教育研修の充実

- ・ 教育研修については、生産年齢人口が減少する中で安定的に人材を確保するため、職員がやりがいと成長を感じ、選ばれる職場となるための重要な要素です。
- ・ NHOのネットワークやスケールメリットを生かした研修を実施してきており、特に看護師の研修については、各方面から高い評価を受けています。
- ・ 今後も、幅広い職種やキャリアに応じた教育・研修プログラムの充実・体系化を検討します。

② 質の高い医師の安定的な確保

- ・ 大学の各医局からの派遣が厳しい状況となっている中で、医師が不足する病院における確保を図るため、緊急医師確保支援の仕組みを構築を検討するとともに、NHO内で連携することによる医師派遣策を検討し、必要な医師の確保に努めます。
- ・ 特に、医師不足が深刻なセーフティネット分野等の医師確保のため、リカレント教育の充実など、新たな仕組みの導入を目指します。

③ NHOのブランドバリューの向上による優秀な看護師の確保

- ・ 18歳人口の更なる低下など今後ますます看護学生の確保が困難になることが見込まれる中、看護師を組織的に確保していく体制や仕組みを構築していきます。
- ・ 附属看護師等養成所については、地域における看護師等養成の状況を踏まえつつ、引き続きその役割を果たすとともに、各養成所ごとに実施している教育について、本部から養成所へのハード面やソフト面での支援を行っていきます。
- ・ 学生の実習指導等を担当する看護師が受講する「実習指導者講習」について、より多くの者が講習を受けることができるようにしていきます。
- ・ 看護師の確保が困難な病院に対して期間限定で派遣する仕組みを導入するなど、看護師採用における病院同士の連携を強化します。

④ 病院運営・経営のスペシャリストの養成

- ・ IT関連業務、医事業務など、専門性の高い分野でスペシャリストとなれる仕組みの構築を目指します。
- ・ 事務部門の職員の目指すべき職員像や職場像などの将来像を示した「NHO事務部門人材育成ビジョン」を策定・公表し、具体的な人材育成・研修プログラムを検討していきます。

5. 健全な経営と効率的・計画的な投資による持続可能な病院経営

- ・ 令和3年度に運営費交付金が皆減となるなど、国からの財政支援も乏しく、法人全体として支え合いながら自収自弁の経営を行っていかねばなりません。
- ・ 一方で、病院建物の老朽化が進んでおり、十分な建て替え資金が確保できていない中で、非常に厳しい状況に置かれている病院が少なくありません。さらには、医療の質を確保するために、医療機器・IT機器への投資も求められています。
- ・ より一層の経営改善を進め、必要な投資を進められる経営体力をつけていく必要があることから、今後は、本部が積極的に各病院への経営支援を行い、効率的かつ迅速に成果を上げるよう努力することが重要です。

(1) 更なる経営改善に向けた取組

- ・ 一般病床中心病院の経営改善を図るためのKPIの活用、指定した重点支援病院に対する本部からの病院訪問支援などの経営改善策を進め、一定の成果はありましたが、収支状況の十分な改善には至っておらず更なる取組が必要です。

① 経営改善に向けた意識・手法等の共有

- ・ 病院・グループ・本部において経営に責任を有する管理職全員が、厳しい財政状況であるという問題意識を共有し、組織全体で危機感をもって取り組んでいくことが重要です。
- ・ 経営改善のためのマニュアルの作成、各病院の経営改善に有用なデータの提供などを行い、NHO内での意識や知見の共有を図っていきます。

② 各病院の自律的な経営改善推進

- ・ 経営状況が良好な病院には人員配置等に関するインセンティブを持たせるなど、各病院の自律的な経営改善を促す仕組みの導入を検討します。
- ・ 経営状況が厳しい病院には本部・グループが重点的に助言や支援を実施することで、NHO全体として効率的な経営支援体制を構築します。

③ 本部主導によるスケールメリットを生かした経営改善策の実施

- ・ 各病院の経営改善に有用なデータの整理・提供や分析など本部・グループから病院に対する支援を更に充実します。
- ・ NHOのスケールメリットを生かした経営改善策として、医薬品や電子カルテ等の共同調達の拡大や仕様の統一化等の経費節減策などを本部が主導して検討していきます。

(2) 効率的・計画的な投資の推進

① 今後の投資方針

- ・ これまでは、厳しい財務状況の改善に重きを置いて、建物・医療機器等の整備を抑制的に行ってきました。今後は、建物・医療機器等への投資も効率的・重点的に行っていく必要があります。
- ・ 全国各地の相当数のNHO病院が老朽化しており、建物の建替・大規模改修については、優先順位を考慮しながら順次、計画的に進めていくこととします。

② 手続の簡素化を含む投資ルールの柔軟化

- ・ 大規模な施設の改修や大型の医療機器の購入といった投資に際しては、本部の承認を受けて投資を行う仕組みとなっており、タイムリーな投資ができないなど、非効率な面がありました。
- ・ 今後は、各病院が柔軟に投資できるよう手続の簡素化を含めて見直すとともに、本部・

病院が一体となって投資判断できる体制を構築していきます。

③ 投資効果の検証

- ・ 従来、本部における投資判断においては、結果的に費用対効果が十分でない投資が発生することがあったことから、投資効果の検証を「事前チェック」から「導入後の効果検証」に重点を移します。

(3) 法人全体としての経営改善の実現

① 法人全体としての視点

- ・ NHOの経営改善に当たっては、地域の状況や病院の医療内容等により、採算がとれない場合もあると考えられることから、NHO全体としてバランスの取れた経営を目指していくことが大切です。
- ・ このためには、経営改善効果が高い病院が、経営改善策に速やかに取り組み、着実に成果を上げることが必須と考えられます。そして、「採算がとれない場合であっても、NHOとして担うべき医療」を担う病院であっても、可能な範囲で赤字の縮減を目指すべきと考えられます。
- ・ また、NHO全体として持続可能な法人運営を図るとともに、NHO病院や地域の医療機関がいたずらに競争することにより、医師、看護師等の人材の確保に支障を生じたり、経営が悪化することのないよう、病棟集約といったダウンサイジングや機能転換、さらには、周辺の他の医療機関との再編・統合や病院の廃止も含めて検討しなければなりません。
- ・ ダウンサイジングや機能転換、再編・統合等の検討に当たっては、地域における医療ニーズや地域においてNHO病院の果たしている役割、他の医療機関の状況等を十分に踏まえつつ、地域の地方自治体とも連携を図り、地域医療構想との整合性を図りながら、地域医療、また病院の患者や職員に悪影響がないように計画的・段階的に進めていく必要があります。

② NHOの体制のあり方

- ・ NHOは、職員数約7万8千人の大きな組織であり、これを本部職員とグループ事務所職員で管理運営する体制になっています。
- ・ 今後、NHOが一体的に取り組むべき経営改善や人材確保、広報活動などの重要課題に効率的に取り組んでいくため、病院・グループ・本部の業務分担や体制のあり方を見直していきます。

6. おわりに

- ・ このビジョンをベースとして、具体的な取組を進めていくため、本部においては、そ

それぞれの項目について、必要に応じて更に具体的な計画を作成し、計画的・段階的に取組を進めていきます。特に、経営改善や虐待対策などの喫緊の課題については、速やかに具体的な対策を講じていきます。