



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

第8次医療計画の見直しについて

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. 基準病床数について

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. 基準病床数について

医療計画の策定に係る指針等の全体像

令和3年6月18日 第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

【医療法第30条の3】

厚生労働大臣は基本方針を定める。

基本方針【大臣告示】

医療提供体制の確保に関する基本方針

【医療法第30条の8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針【局長通知】

医療計画の作成

- 留意事項
- 内容、手順 等

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針【課長通知】

疾病・事業別の医療体制

- 求められる医療機能
- 構築の手順 等

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○疾病・事業ごとの医療体制（※）

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ 新興感染症発生・まん延時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療(小児救急含む)
- ・ 在宅医療
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想（※）

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)（※）
- 医師の確保(医師確保計画)（※）
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

精神疾患について都道府県において検討すべき事項

【法第30条の4第1項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医 療 計 画

○疾病・事業ごとの医療体制（※）

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ **精神疾患**
- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療（小児救急含む）
- ・ 在宅医療
- ・ その他特に必要と認める医療

○地域医療構想（※）

- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保（外来医療計画）（※）
- 医師の確保（医師確保計画）（※）
- 医療従事者（医師を除く）の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数** 等

（※）令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

● 指標例については、

- ストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された **指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握**

● 基本指針を踏まえ、

- 患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握
- 現状を踏まえ精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載
- 課題に対して、**地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別添を踏まえて設定**

※ 第7次医療計画においては「多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）の名称を記載」することとしており、第8次医療計画においても同様とする予定。

● 国において示す算定式を踏まえ、

- 係数を都道府県毎に設定し、
- 令和11年の推計患者数を計算
- その上で、**必要となる基準病床数を設定する**

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」内）

同指針の構成は次のとおり

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

- (1) 統合失調症
- (2) うつ病・躁うつ病
- (3) 認知症
- (4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害
- (5) 依存症
 - ① アルコール依存症
 - ② 薬物依存症
 - ③ ギャンブル等依存症
- (6) 外傷後ストレス障害（PTSD）
- (7) 高次脳機能障害
- (8) 摂食障害
- (9) てんかん
- (10) 精神科救急
- (11) 身体合併症
- (12) 自殺対策
- (13) 災害精神医療
- (14) 医療観察法における対象者への医療

2 精神疾患の医療体制

多様な精神疾患等ごとの
現状・課題の概観

第2 医療体制の構築に必要な事項

- 1 目指すべき方向
- 2 各医療機能と連携
 - (1) 地域精神科医療提供機能
 - (2) 地域連携拠点機能
 - (3) 都道府県連携拠点機能

どのような医療体制を
構築すべきか

第3 構築の具体的な手順

- 1 現状の把握
 - (1) 患者動向に関する情報
 - (2) 医療資源・連携等に関する情報
 - (3) 指標による現状把握
- 2 圏域の設定
- 3 連携の検討
- 4 課題の抽出
- 5 数値目標
- 6 施策
- 7 計画
- 8 公表

都道府県は、これらを踏まえて、「第3 構築の具体的な手順」に即して、**地域の現状を把握・分析**したうえで、地域の実情に応じて**圏域（精神医療域）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を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。**

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

- 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、**患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。**
- さらに、(3)に示す、ストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された**指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。**
- なお、(1)及び(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ ころの状態（国民生活基礎調査）
- ・ 精神疾患を有する総患者数の推移（入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料※）
- ・ 精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料）
- ・ 3か月以内再入院率（精神保健福祉資料）
- ・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師統計、精神保健福祉資料）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）
- ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
- ・ 認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）
- ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）

(3) 指標による現状把握

別表5に掲げるような、ストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。

第3 構築の具体的な手順 1 (3) 指標による現状把握

別表5に示す指標例に関しては、「第1 精神疾患の現状」及び「第2 医療体制の構築に必要な事項」において、精神疾患等ごとに、関連するものを列挙している。

例1) 第1の1 現状・課題 (1) 統合失調症(抜粋)

(中略) 都道府県で統合失調症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数」、「統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「統合失調症を外来診療している医療機関数」、「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」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床)」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数」、「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」、「統合失調症の精神病床での入院患者数」、「統合失調症外来患者数」及び「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」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

例2) 第1の1 現状・課題 (2) うつ病・躁うつ病(抜粋)

(中略) 都道府県でうつ病・躁うつ病について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「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」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」、「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」、「うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数」及び「うつ・躁うつ病外来患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

注) 第7次医療計画における指標例についても、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する上では引き続き参考になり得ることから、関連する指標例として記載している。

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定すること。**
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定すること。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮すること。
また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努めること。
さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努めること。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。
- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日付け健医発第57号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、**多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護事業所等）の名称を記載すること。**ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。可能な限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

第3 構築の具体的な手順

4 課題の抽出

- 都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載すること。
- その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出すること。

5 数値目標

- 都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別表5を踏まえて設定し、医療計画に記載すること。
- 目標時期については、基準病床数の算定において令和8年を設定時期としていることに留意すること。
- また、数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとし、特に、別表5にアウトカムとして示す項目のうち、「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「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」、「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」については、障害福祉計画においても成果目標として設定されていることから、当該数値との整合に留意すること。
- なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に精神医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

第3 構築の具体的な手順

6 施策

- 数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した**目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載すること。**

7 評価

- 計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。**都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。**この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更すること。

8 公表

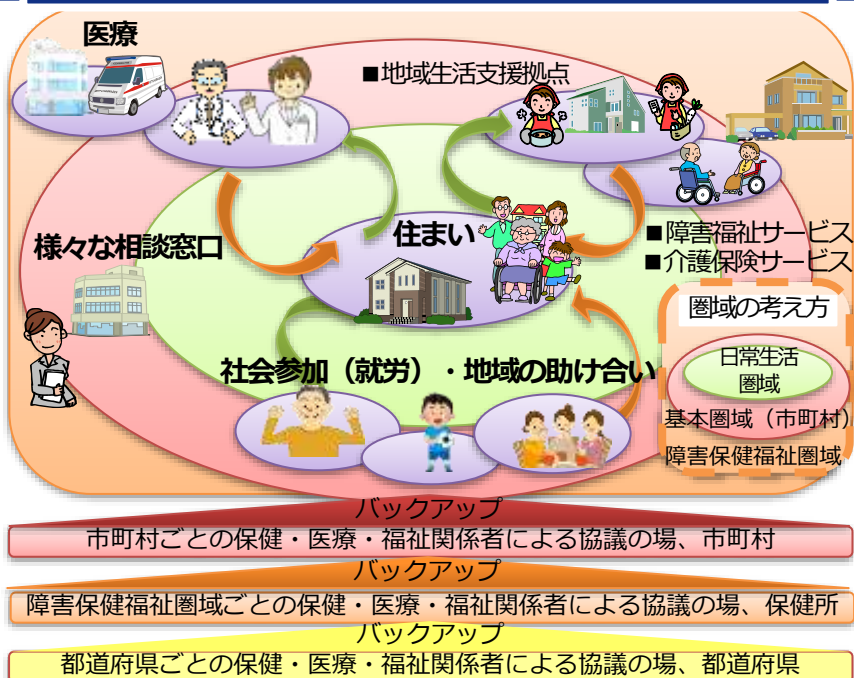
- 都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表すること。その際、広く住民に周知を図るよう努めること。

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

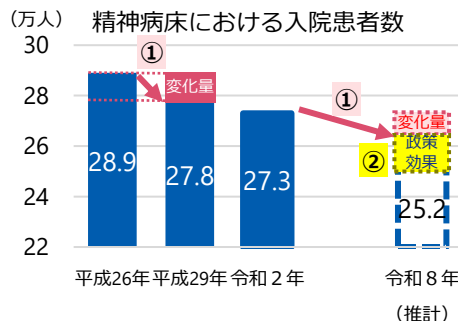
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点で踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福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

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. 基準病床数について

第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定すること。**
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定すること。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮すること。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努めること。

さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るように努めること。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。

- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日付け健医発第57号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

- (3) 医療計画には、原則として、**多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護事業所等）の名称を記載すること。**ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。可能な限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。14

精神科救急医療体制整備事業

令和6年度予算額
18億円

令和7年度予算額
18億円
※依存症医療連携事業分を含む

緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする（平成20年度開始）

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

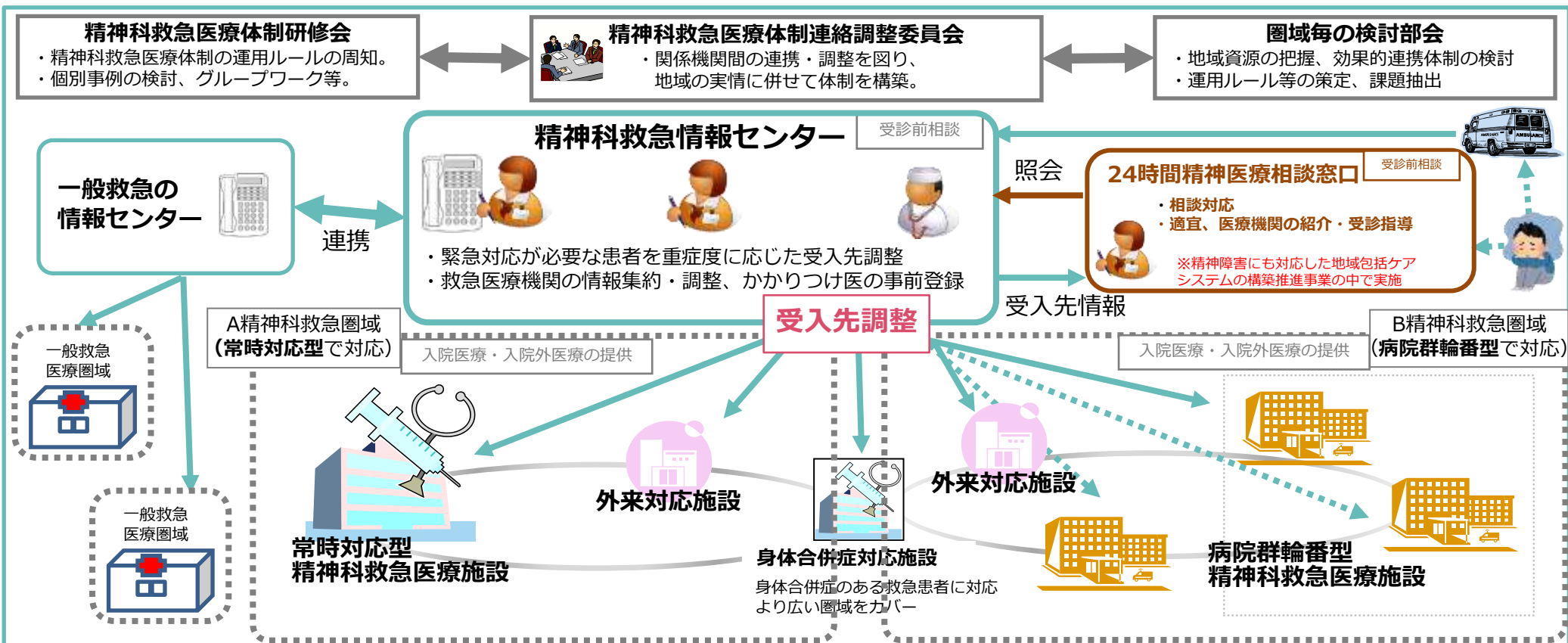
【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（H24年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正）

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

精神科救急医療体制整備事業実施要項（抄）

第3 事業の内容

本事業は、一般の救急医療体制の中で実施することを原則とするが、精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとし、概ね以下の内容を有する精神科救急医療体制を構築するものとする。また、医療計画等における救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制として、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図るものとする。なお、新興感染症等への対応を含めた医療体制の整備が求められていることに留意すること。

Ⅰ 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会等（以下「委員会等」という。）を必ず設けるとともに、精神科救急医療体制連絡調整委員会については少なくとも年1回以上開催すること。この委員会等は、都道府県、指定都市、医師会、精神科医療機関、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、警察、消防機関、救急医療対策事業に基づく救急医療情報センター並びに救急医療体制及び各センター等（以下「一般救急システム等」という。）、公的医療機関等の関係者によって構成されるものであり、医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、次の取組を通じて精神科救急医療圏域（以下「圏域」という。）毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、精神疾患を有しながら新興感染症等を含む身体合併症を有する患者（以下「身体合併症患者」という。）を含む精神障害者等への精神科救急医療体制機能の整備を図るとともに、圏域毎の精神科救急医療体制について関係者間の相互理解を深めること。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来と精神科救急入院を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討すること。

（1）精神科救急医療体制連絡調整委員会

都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価することとし、圏域の設定や圏域毎の救急医療提供体制の検討及び見直しにつなげること。

（2）圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会

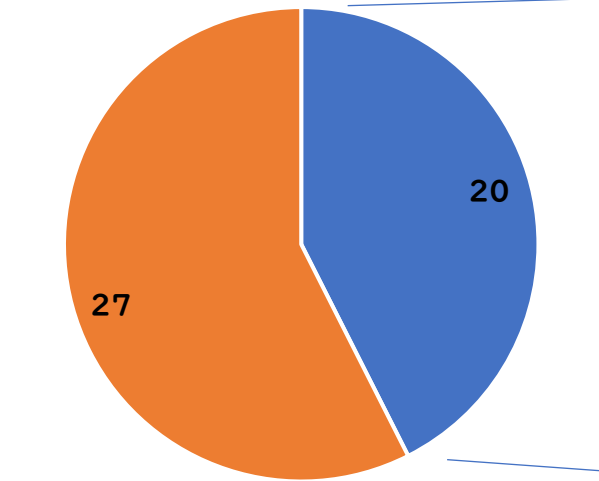
（1）で設定した圏域毎に、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、都道府県等内における精神病床を有する医療機関、身体合併症患者に関する地域資源や夜間・休日の対応を行っている精神科を標榜する診療所等を十分把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと。なお、地域の実情に応じて、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、公的医療機関等と綿密な連携を図ること。

（3）略

精神医療圏等設定状況①

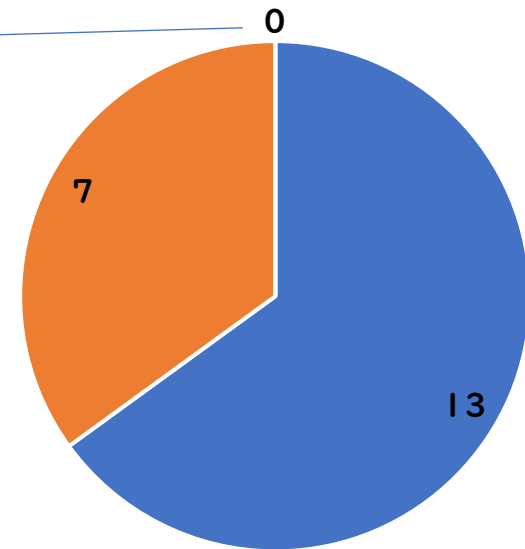
- 精神医療圏と二次医療圏の数が一致していない都道府県は20あり、一致していない都道府県はその全てで、二次医療圏と比べ精神医療圏の数が少なく、うち13の都道府県は精神医療圏が1つであった。

都道府県別の精神医療圏の設定状況



■ 二次医療圏と異なる ■ 二次医療圏と同じ

精神医療圏が二次医療圏と異なる都道府県の設定状況

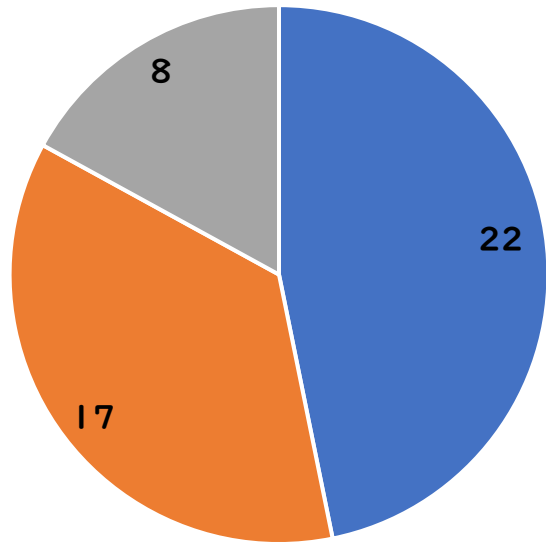


■ 精神医療圏が1つ
■ 精神医療圏が2以上であり、二次医療圏数より少ない
■ 精神医療圏数が二次医療圏より多い

精神医療圏等設定状況②

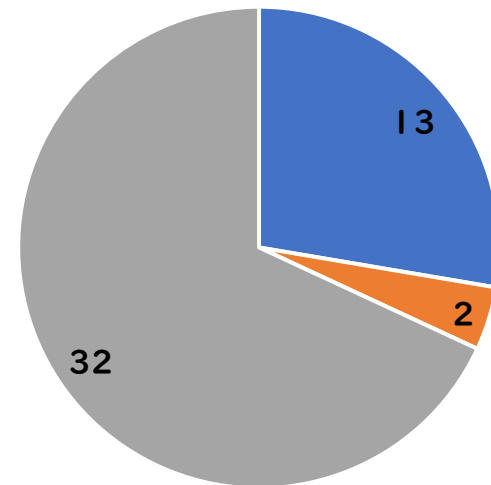
- 精神医療圏と精神科救急医療圏の数が一致している都道府県数は22、精神科救急医療圏と救急医療圏が一致している都道府県数は13であり、圏域の設定状況は、都道府県により様々であった。

精神医療圏と精神科救急医療圏



- 精神医療圏と精神科救急医療圏が一致している
- 精神医療圏の数が精神科救急医療圏数より多い
- 精神医療圏の数が精神科救急医療圏数より少ない

精神科救急医療圏と救急医療圏



- 精神科救急医療圏と救急医療圏が一致している
- 精神科救急医療圏の数が救急医療圏より多い
- 精神科救急医療圏の数が救急医療圏より少ない

都道府県別の精神医療圏等設定状況

都道府県	二次医療圏数	精神医療圏数	精神科救急医療圏数	救急医療圏数
北海道	21	21	21	21
青森県	6	4	6	6
岩手県	9	9	4	9
宮城県	4	4	1	4
秋田県	3	3	3	3
山形県	4	4	3	4
福島県	6	4	4	4
茨城県	9	3	2	13
栃木県	6	6	1	10
群馬県	10	1	1	10
埼玉県	10	1	2	14
千葉県	9	9	12	9
東京都	13	4	2	1
神奈川県	9	1	1	9
新潟県	7	7	7	7
富山県	4	4	1	4
石川県	4	1	1	4
福井県	4	1	1	2
山梨県	4	1	1	4
長野県	10	4	4	10
岐阜県	5	5	2	5
静岡県	8	8	6	12
愛知県	11	1	3	11
三重県	4	4	2	9

都道府県別の精神医療圏等設定状況

都道府県	二次医療圏数	精神医療圏数	精神科救急医療圏数	救急医療圏数
滋賀県	7	3	3	4
京都府	6	6	2	6
大阪府	8	8	8	8
兵庫県	8	8	7	13
奈良県	5	1	1	7
和歌山県	7	7	7	7
鳥取県	3	3	3	3
島根県	7	7	7	7
岡山県	5	5	2	5
広島県	7	7	2	7
山口県	8	1	3	9
徳島県	3	1	3	7
香川県	3	1	2	5
愛媛県	6	6	6	6
高知県	4	4	4	4
福岡県	13	1	4	13
佐賀県	5	5	5	5
長崎県	8	8	8	8
熊本県	10	10	3	10
大分県	6	1	1	10
宮崎県	7	3	3	7
鹿児島県	9	9	4	9
沖縄県	5	5	4	5

精神医療に係る医療圏について

現状

- 精神医療に関する医療圏については、医療計画における精神医療圏と、精神科救急体制整備事業における精神科救急医療圏がある。精神医療圏は、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定することとしており、精神科救急医療圏は、都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定することとしている。
- 都道府県ごとに精神医療圏と二次医療圏の関係は様々であり、両医療圏の数が一致する都道府県の場合は27、両医療圏の数が異なり精神医療圏が県単位となっている場合は13県であった。
そのうち精神医療圏と精神科救急医療圏が県単位となっているのは7県であり、残る6県は精神科救急医療圏が複数存在していた。

対応の方向性

- 精神医療に関する医療圏は、都道府県の実情に応じて設定されているなか、現在が第8次医療計画の期間中であることを踏まえ、基本的には現在の医療圏を継続することとしてはどうか。その上で、次期医療計画の見直しに向けて、二次医療圏の状況やそれぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を丁寧に把握することを促すこととしてはどうか。

目次

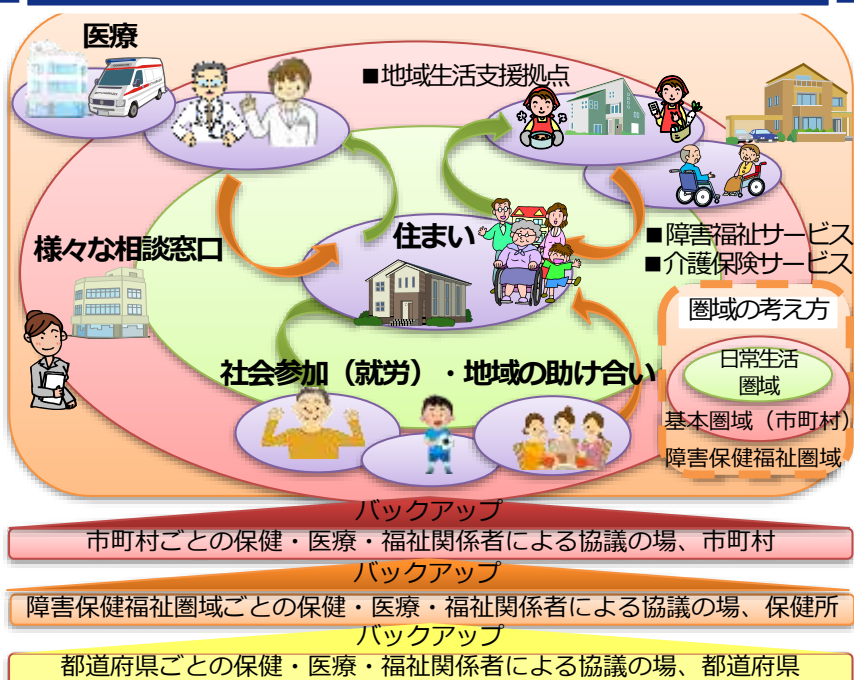
1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. 基準病床数について

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）

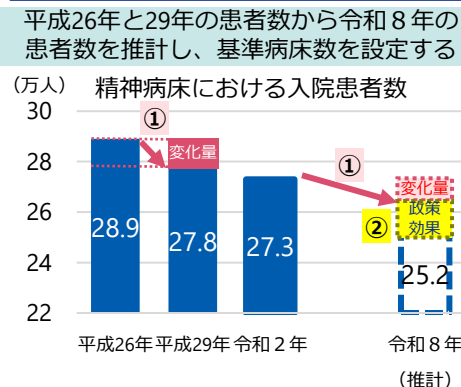
指針について

- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点で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、その時々々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

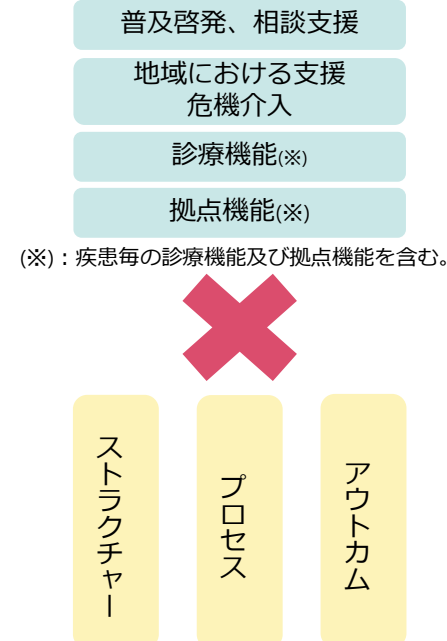


②基準病床数の算定式



- 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



各都道府県における指標例の活用状況

	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 4	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 6	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 11	てんかん支援拠点病院数 11
	● 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 5	● 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） 22	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 11	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数 14
	心のサポーター養成研修の実施回数 5	DPAT先遣隊登録機関数 13	● 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 12	● 摂食障害支援拠点病院数 10
	認知症サポート医養成研修修了者数 24	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 8	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 7	● 指定通院医療機関数 8
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 6	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 8	高次脳機能障害支援拠点機関数 15
		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 6	● 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 8	認知症疾患医療センターの指定医療機関数 23
プロセス		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 12	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 7	
			認知症ケア加算を算定した医療機関数 6	
			● 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 12	
	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 4	精神科救急医療体制整備事業における入院件数 10	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数 13	認知症疾患医療センターの鑑別診断数 12
	● 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 19	精神科救急医療体制整備事業における受診件数 8	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数 10	指定通院医療機関の患者数 3
	心のサポーター養成研修の修了者数 11	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数 4	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 7	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 3
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数 9	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 4	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 6	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 1
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数 20	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 7	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 6	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 3
		● 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 11	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 7	
		精神疾患の救急車平均搬送時間 4	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 4	
アウトカム			隔離指示件数 10	
			身体的拘束指示件数 9	
			児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数 6	
			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 13	
	●	精神病床における入院後3, 6, 12ヶ月時点の退院率 46		
	●	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) 43		
	●	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） 36		
	●	精神病床における新規入院患者の平均在院日数 24		

(●は重点指標)

【※】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

数字は指標例を活用している都道府県の合計数

指標例以外に使用されている指標の概要：普及啓発、相談支援 地域における支援、危機介入

	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入
ストラクチャー	【相談支援窓口の設置】 ・精神医療相談窓口の設置状況 ・発達障害について専門相談窓口を設置している市町村数 【認知症】 ・認知症カフェの設置 ・チームオレンジの設置	【地域における支援】 ・保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置数 ・精神科訪問看護研修修了者数 ・精神障害者が利用できるグループホーム数 ・認知症初期集中支援チームの訪問実績がある市町村数 ・認知症ケアパスを作成している市町村数 ・初診待ち1か月以内の医療機関の割合 【危機介入】 ・精神科救急体制についての協議の場の設置 ・救命救急センターで精神科を有する施設数、入院を要する救急医療体制で精神科を有する施設数
プロセス	【普及啓発】 ・住民を対象とした普及啓発事業の開催回数 ・人権擁護にかかる独自の取組を行っている精神科病院数及びその取組数 【相談支援】 ・地域移行支援利用者数、地域定着支援利用者数 ・アウトリーチ事業における支援対象者数 ・市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数 ・ピアサポートの実施回数 【その他：研修関係】 ・精神保健福祉センター・保健所の研修実施回数等 ・精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修修了者数 ・入院者訪問支援員養成研修の実施回数、修了者数、訪問支援員の支援数 ・ピアサポーター養成者数・登録者数 ・高次脳機能障害の知識と支援についての研修受講者数 ・ゲートキーパー養成研修受講者数 【認知症】 ・もの忘れ相談医研修の新規受講者数 ・若年性認知症研修受講者 ・認知症対応力向上研修受講者数 ・認知症疾患医療センターにおける本人・家族教室の開催 ・認知症介護指導者・実践リーダー・実践者研修修了者等 ・認知症初期集中支援チームの活動・派遣件数等	【地域における支援】 ・保健、医療、福祉関係者による協議の場の開催回数 【危機介入】 ・精神科救急受診者のうち入院を要しなかった者の割合 ・精神科救急情報センターへの通報件数・相談件数 ・精神科一般救急（入院）対応時間（輪番制当番病院）

指標例以外に使用されている指標の概要：診療機能 拠点機能

	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	・精神科医師数 ・精神保健指定医数 ・身体合併症対応施設数 ・精神科病床を有する一般病院数 ・重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定実績のある病院数 ・アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症の専門医療機関の選定 ・摂食障害入院医療管理加算の算定実績のある病院数 ・依存症集団療法の外来での算定実績のある医療機関数 ・依存症相談支援に携わる従事者向け研修の参加人数 ・児童・思春期精神科専門管理加算を届け出ている医療機関数 ・発達障害の診療を行っている医療機関数・医師数 ・子どもの心の診療を行える専門医の養成数 ・かかりつけ医等の心の健康対応力向上研修の受講者数 ・療養生活継続支援加算算定医療機関数 ・治療抵抗性統合失調症治療薬の処方可能医療機関数 ・精神科地域移行実施加算届出施設数 ・アルコール依存症治療の連携体制が構築されている障害保健福祉圏域数 ・難治性精神疾患に関する専門的治療の導入に向けた協議の場の開催数 ・てんかん診療連携関係者研修修了者数	・依存症専門医療機関数 ・高次脳機能障害支援拠点病院数 ・多様な精神疾患等ごとの県連携拠点、地域連携拠点機能を整備する圏域数 ・医療観察法指定通院医療機関数 ・災害拠点精神科病院整備件数
プロセス	・措置入院患者数 ・医療保護入院患者数 ・薬物依存症総患者数 ・ギャンブル依存症推計患者数・新規外来患者数 ・かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数 ・かかりつけ医からの紹介件数（うつ病及びその他の疾患、認知症） ・摂食障害入院医療管理加算を算定している患者数 ・身体科と精神科の連携会議の開催数 ・高次脳機能障害相談・支援センターにおける相談件数	・てんかん支援拠点病院における相談件数 ・摂食障害支援拠点病院における相談件数 ・DPAT隊員登録数・DPAT要請研修修了者数（累計） ・認知症疾患医療センター相談件数 ・認知症疾患医療センターにおける軽度認知障害の鑑別診断数 ・認知症疾患医療センター・認知症サポート医等の実施する鑑別診断に占めるMCI診断の割合 ・認知症疾患医療センター・認知症サポート医等における地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数 ・認知症専門診断管理料・認知症療養指導料の算定機関数・算定回数 ・認知症疾患医療センターにおけるかかりつけ医・地域包括支援センター等との連携数

指標例以外に使用されている指標の概要：アウトカム指標

アウトカム

- ・精神病床における新規入院患者の平均在院日数
- ・医療保護入院患者１年以上入院率
- ・地域移行人数（入院期間１年以上で「転院・転科」「死亡」を除く）
- ・再入院患者割合
- ・精神科病床における認知症者の退院後在宅転帰割合
- ・精神科病床における認知症者の退院後施設等への転帰割合
- ・自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）
- ・自殺による死亡者数
- ・こころの健康が保たれている人の割合
- ・睡眠による休養を十分にとれていない者の割合
- ・日常生活における悩みやストレスを感じたものの割合
- ・悩みを抱えたときやストレスを感じたとき、誰かに相談したり、助けを求めたりすることにためらいを感じる人の割合
- ・精神科病院における虐待通報件数
- ・虐待防止研修の参加医療機関数
- ・精神障害者保健福祉手帳所持者数

令和4年障害者総合支援法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (精神保健福祉法関係部分)

衆議院

(令和4年11月18日)

- 十三 医療保護入院の入院期間の上限については、厚生労働省令において六月を下回る可能な限り短い期間を設定するとともに、医療保護入院者退院支援委員会には、入院者本人及び本人の地域移行を支援する者を参加させることとし、入院期間の更新やみなし同意によって事実上の長期入院とならないような措置を講ずること。
- 十四 家族等が同意又は不同意の意思表示をしない場合において市町村長の同意が安易に行われ、医療保護入院が増加することがないよう、必要な措置を講ずること。
- 十五 国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見における、精神保健福祉法及び心神喪失者等医療観察法の規定に基づく精神障害者への非自発的入院の廃止等の勧告を踏まえ、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、精神医療に関する法制度の見直しについて、精神疾患の特性も踏まえながら、精神障害者等の意見を聴きつつ検討を行い、必要な措置を講ずること。
- 十六 入院者訪問支援事業が、精神科病院に入院している精神障害者の権利擁護のためのアドボケイトとして機能するよう、入院者訪問支援員の研修など事業の実施体制の整備に万全を期すこと。
- 十七 本法施行後の精神科病院の業務従事者による虐待についての通報の仕組みの実施状況を踏まえ、障害者虐待防止法における、病院での虐待の防止と報告を確保するための更なる取組について検討すること。
- 十八 隔離・身体的拘束に関する切迫性、非代替性、一時性の要件を明確にするため、厚生労働大臣告示の改正を速やかに進めること。また、同告示に、患者に対する治療が困難という文言を用いることが適切であるかについて関係団体との意見交換の場を設け、当該文言やそれに類似する文言の使用によらない方策を検討し、必要な措置を講ずること。
- 十九 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについては、原則として警察又は警察関係者を参加させるべきではないとの観点から必要な措置を講ずるとともに、措置入院の運用に関するガイドラインについては、関係者による協議の場が、自立支援協議会等とは異なる役割を有することを踏まえて適切に運用されるよう、必要な措置を講ずることについて検討すること。
- 二十 第八次医療計画の中間指標では、精神科病院の非自発的入院の縮減を把握する指標例とともに、精神病床の削減のための目標値の設定について検討すること。

令和4年障害者総合支援法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (精神保健福祉法関係部分)

参議院

(令和4年12月8日)

- 十四 医療保護入院の入院期間の上限については、厚生労働省令において六月を下回る可能な限り短い期間を設定するとともに、医療保護入院者退院支援委員会には、入院者本人及び本人の地域移行を支援する者を参加させることとし、入院期間の更新やみなし同意によって事実上の長期入院とならないよう、安易に更新が繰り返されないようにするための措置を講ずること。
- 十五 家族等が同意又は不同意の意思表示をしない場合において市町村長の同意が安易に行われ、医療保護入院が増加することがないよう、必要な措置を講ずること。また、医療保護入院には、家族等の負担過重や患者の権利擁護の観点から廃止されるべきとの指摘があることを踏まえ、その在り方について、精神疾患の特性も踏まえながら速やかに検討を行うこと。
- 十六 国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見における、精神保健福祉法及び心神喪失者等医療観察法の規定に基づく精神障害者への非自発的入院及び強制的な治療等の廃止、精神医療を一般医療から分離する制度の解消等の勧告を踏まえ、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、精神医療に関する法制度の見直しについて、精神疾患の特性も踏まえながら、精神障害者団体の参画による検討によって、必要な措置を講ずること。
- 十七 入院者訪問支援事業が、市町村長同意の医療保護入院者に限らず精神科病院に入院している全ての精神障害者の権利擁護のためのアドボケイトとして機能するよう、入院者訪問支援員の研修など事業の実施体制の整備に万全を期すこと。
- 十八 本法施行後の精神科病院の業務従事者による虐待についての通報の仕組みの実施状況を踏まえ、障害者虐待防止法における、病院での虐待の防止と報告を確保するための更なる取組について検討すること。
- 十九 隔離・身体的拘束に関する切迫性、非代替性、一時性の要件を明確にするため、厚生労働大臣告示の改正を進めるに当たっては、関係団体との意見交換の場を設け、患者に対する治療が困難という文言やそれに類似する文言の使用によらない方策を検討し、隔離・身体的拘束の対象が実質的にも限定されるよう必要な措置を講ずること。
- 二十 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについては、原則として警察又は警察関係者を参加させるべきではないとの観点から必要な措置を講ずるとともに、措置入院の運用に関するガイドラインについては、自立支援協議会等が関係者による協議の場として活用されることのないよう、適切に運用されるために、必要な措置を講ずることについて検討すること。
- 二十一 精神科病院の入院患者のより一層の地域移行を促進し、精神病床数の削減を図っていく必要があることから、第八次医療計画の中間指標では、精神科病院の非自発的入院の縮減を把握する指標例とともに、精神病床の削減のための目標値の設定について検討すること。

指標例の見直しについて

現状

- 第8次医療計画の見直しの際は、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、「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」の視点で、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している。
- 指標例の採用状況では、アウトカム指標の採用の割合が高く、地域の実情に応じてストラクチャー指標及びプロセス指標も採用されているが、重点指標も含め採用状況にはばらつきがある。
- 指標例以外では、精神科と精神科以外の医療機関の連携に関する指標や精神保健指定医数などが設定されている。また、医療機関以外の地域の相談支援体制の構築や医療機関と地域の連携に関する指標、普及啓発や研修に関する指標が設定されている。
- 令和4年の「障害者総合支援法等の一部を改正する法律案」に対する附帯決議では、第8次医療計画の中間見直しにおいて、精神科病院の非自発的入院の縮減を把握する指標例とともに、精神病床の削減のための目標値の設定について検討することとされており、これまでの検討会においても、非自発的入院に関する指標を追加すべきといった意見があった。
- このほか、指標には診療報酬に関する事項も設定されているところ、第8次医療計画の策定後に令和6年度診療報酬改定が実施されている。

対応の方向性

- 非自発的入院に関する指標例については、非自発的入院の件数を追加することが考えられるが、その方向性についてどのように考えるか。
- また、病床数の状況については、これまでも経時的に基準病床数が減少するなか必要な対応を行っているところであり、引き続き基準病床数の見直しを適切に行うこととしてはどうか。
- なお、令和6年度診療報酬改定を踏まえ、必要に応じて指標を見直しはどうか。

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. 基準病床数について
 - (1) 現在の基準病床の算定式について
 - (2) 病床数等の現状
 - (3) RIIの基準病床数について（研究班資料）

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. **基準病床数について**
 - (1) **現在の基準病床の算定式について**
 - (2) 病床数等の現状
 - (3) 基準病床数の見直しについて

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 (急性期：3 か月未満、回復期：3 か月以上 1 年未満、慢性期：1 年以上)

令和 8 年における
当該都道府県の
急性期
患者数推計値

+

令和 8 年における
当該都道府県の
回復期
患者数推計値

+

令和 8 年における
当該都道府県の
慢性期
患者数推計値
(認知症を除く)

×

政策効果
(1 - A)

+

令和 8 年における
当該都道府県の
慢性期
患者数推計値
(認知症)

×

政策効果
(1 - B)

×

$\frac{1}{\text{病床利用率}}$

+ (他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数) - (当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数)

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）



政策効果に係る係数について

- 慢性期の入院患者数については、地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果に係る係数を設定する。
- 今後の政策効果に係る係数は、各都道府県の慢性期の入院患者数が、人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県に近づく方向で設定する。
- なお、ここでの政策効果とは、慢性期の入院患者について、医療の向上や基盤整備等による受け皿の充実、認知症施策の推進等により、地域移行を推進し入院患者数を減少させる効果のことをいう。

係数について

- 人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）での人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準を上回る県は、その水準に近づける方向で、将来推計値を調整する係数を設定。
 - 地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果についての目標として機能するものとする。
 - 優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、実際にその水準を達成している県（47都道府県の上位10%）の値を参考としたうえ、その値に一定程度近づけるものとする。

算出方法

- 2029年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（X）と、現時点で人口当たりの慢性期の入院患者数が少ない県の水準（Y）*を比較。
 - ✓ $X \leq Y \rightarrow$ 係数は0とする。
 - ✓ $X > Y \rightarrow$ 慢性期の入院患者数が少ない県の水準に一定程度近づくよう、以下の方法で設定する。
 - 差がXの2割未満【 $(X - Y) / X$ が0.2未満】の場合、差の半分を標準の係数として設定する。
 - 差がXの2割以上【 $(X - Y) / X$ が0.2以上】の場合、0.1を標準の係数に設定する。
- なお、都道府県は、上記の手法で算出した標準の係数から、 ± 0.02 の範囲で係数を調整することができる
- 1からこの係数を差し引いた値を、慢性期の患者数の推定値に乗じて、基準病床数の算出に用いることとする。

(参考) 精神病床における基準病床数の算定式

- 患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。
- 基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和○年における基準病床数算定式＝

$$\begin{aligned}
 & \left[\begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 & \quad \left. \times (1 - A) + \begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 & \quad \left. \times (1 - B) \right] + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数}) \\
 & \quad \times (1 / \text{病床利用率})
 \end{aligned}$$

政策効果に関する係数

- ・ **政策効果A**：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数
(地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果)
- ・ **政策効果B**：認知症の慢性期入院患者に係る係数
(認知症施策の推進等に関する政策効果)

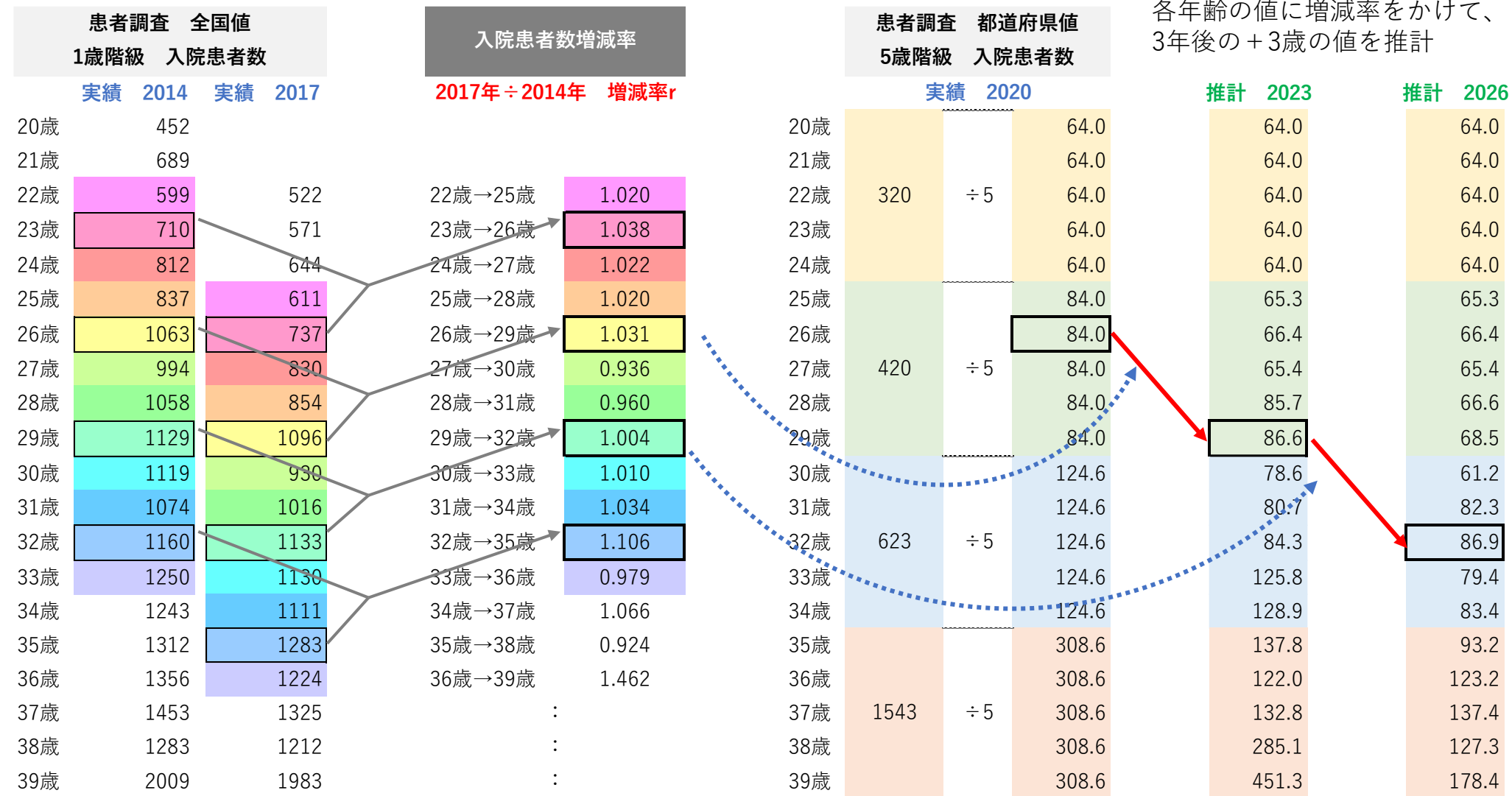
※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

病床利用率

- ・ 現行の算定式においては0.95を用いている。

(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

入院患者の将来推計（前回）



各年齢の値に増減率をかけて、3年後の+3歳の値を推計

前回医療計画策定時の算定式の計算結果と各都道府県が定めた基準病床数

○ 基準病床数については、算定式の計算結果を基にした上限値を採用している都道府県が多い。

	基準病床数算定式の 計算結果	注1	注2	第8次医療計画 における基準病床数
全 国	264,519	(261,441 ~ 266,819)		
北 海 道	15,171	(14,993 ~ 15,351)		15,351
青 森	3,498	(3,460 ~ 3,537)		3,498
岩 手	3,228	(3,192 ~ 3,261)		3,261
宮 城	4,602	(4,551 ~ 4,618)		4,618
秋 田	2,969	(2,934 ~ 3,003)		2,969
山 形	2,927	(2,896 ~ 2,958)		2,927
福 島	4,185	(4,131 ~ 4,240)		4,240
茨 城	5,483	(5,411 ~ 5,551)		5,551
栃 木	3,826	(3,772 ~ 3,881)		3,881
群 馬	4,307	(4,248 ~ 4,366)		4,366
埼 玉	12,003	(11,868 ~ 12,029)		12,003
千 葉	10,046	(9,928 ~ 10,122)		10,677
東 京	19,585	(19,396 ~ 19,585)		19,396
神 奈 川	12,080	(11,952 ~ 12,080)		12,080
新 潟	5,049	(4,985 ~ 5,114)		5,114
富 山	2,564	(2,529 ~ 2,601)		2,601
石 川	2,811	(2,775 ~ 2,846)		2,846
福 井	1,687	(1,667 ~ 1,707)		1,707
山 梨	1,696	(1,676 ~ 1,714)		1,714
長 野	3,729	(3,686 ~ 3,766)		3,766
岐 阜	3,320	(3,277 ~ 3,359)		3,359
静 岡	5,542	(5,483 ~ 5,542)		5,483
愛 知	11,508	(11,375 ~ 11,508)		11,508

	基準病床数算定式の 計算結果	注1	注2	第8次医療計画 における基準病床数
三 重	3,699	(3,652 ~ 3,748)		3,748
滋 賀	1,814	(1,795 ~ 1,819)		1,812
京 都	4,198	(4,156 ~ 4,212)		4,212
大 阪	15,992	(15,820 ~ 16,135)		15,992
兵 庫	9,869	(9,758 ~ 9,983)		9,869
奈 良	2,398	(2,372 ~ 2,423)		2,423
和 歌 山	1,368	(1,349 ~ 1,385)		1,366
鳥 取	1,345	(1,331 ~ 1,360)		1,345
島 根	1,829	(1,807 ~ 1,851)		1,829
岡 山	3,931	(3,885 ~ 3,976)		3,931
広 島	7,045	(6,962 ~ 7,128)		7,045
山 口	4,727	(4,665 ~ 4,788)		4,727
徳 島	2,832	(2,793 ~ 2,871)		2,832
香 川	2,628	(2,596 ~ 2,662)		2,628
愛 媛	3,229	(3,191 ~ 3,267)		3,229
高 知	2,717	(2,685 ~ 2,747)		2,747
福 岡	17,040	(16,844 ~ 17,237)		17,040
佐 賀	3,414	(3,373 ~ 3,455)		3,388
長 崎	5,643	(5,571 ~ 5,715)		5,715
熊 本	6,839	(6,760 ~ 6,918)		6,812
大 分	4,059	(4,005 ~ 4,114)		4,114
宮 崎	4,359	(4,304 ~ 4,412)		4,359
鹿 児 島	7,217	(7,122 ~ 7,313)		7,313
沖 縄	4,511	(4,460 ~ 4,561)		4,511

注) 基準病床数算定式の計算結果については、「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」及び「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」を、それぞれ最大または最小に設定した時の幅を含めて記載している。

注1：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ 0.02 を加えた場合

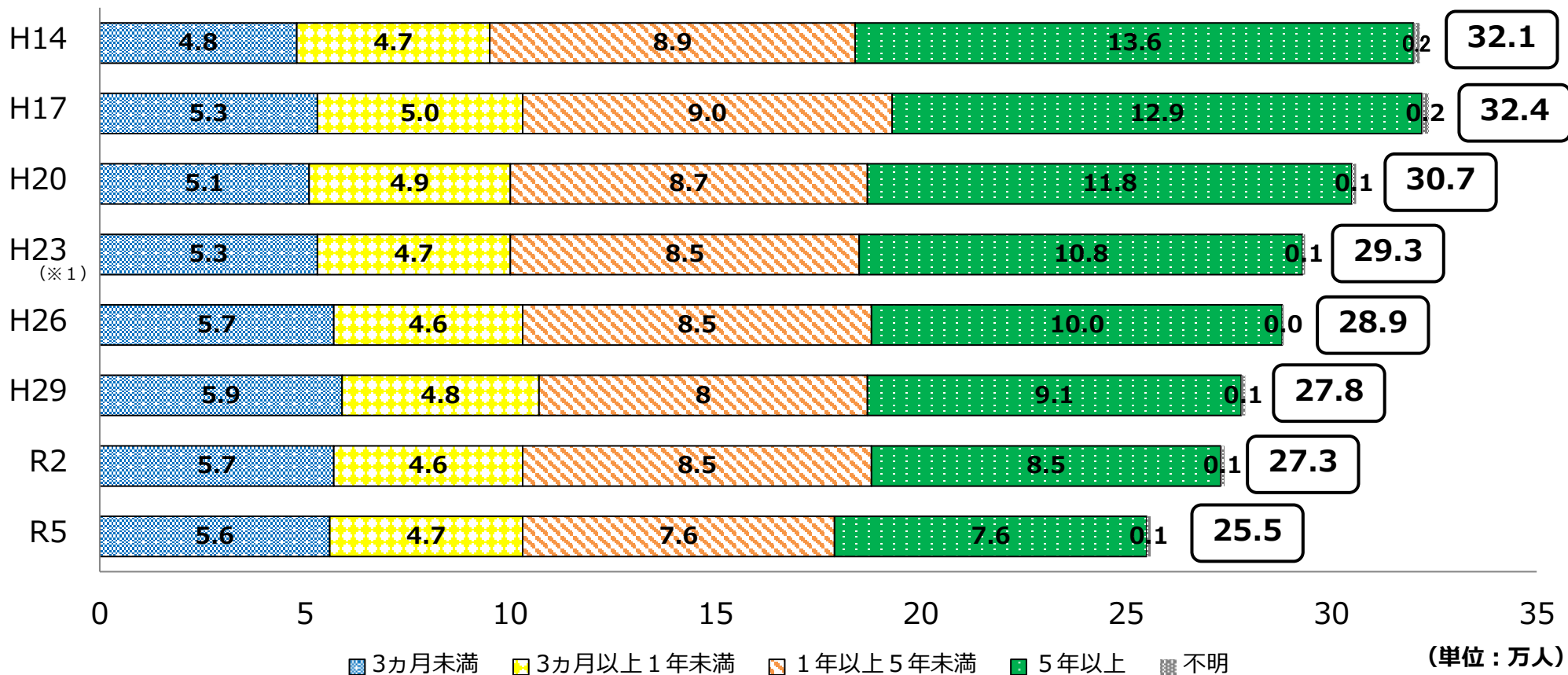
注2：慢性期／認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合に、それぞれ、当該割合が0を下回らない範囲で最も小さくなるよう、0 以上 0.02 以下の値を減じた場合

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. **基準病床数について**
 - (1) 現在の基準病床の算定式について
 - (2) **病床数等の現状**
 - (3) 基準病床数の見直しについて

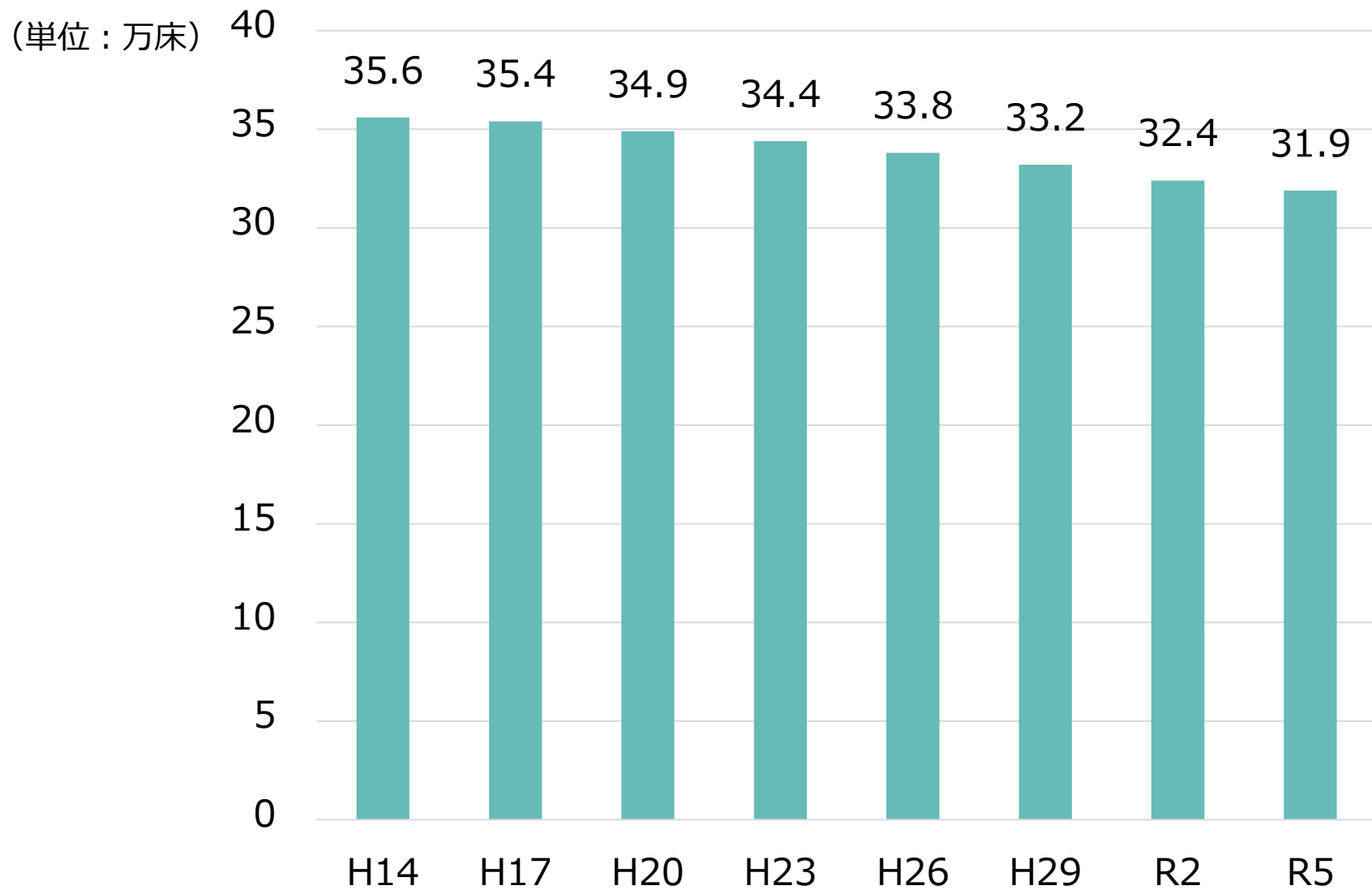
精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

- 精神病床における入院患者数は、約25.5万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。
- 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。

精神病床数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

令和2年と令和5年の既存の精神病床数の変化

○ 各都道府県の精神病床の数は概ね減少傾向であり、3年間における精神病床の変化率は全国平均で1.7%。

	令和2年 (A)	令和5年 (B)	差分 (C=A-B)	変化率 (C/A×100)
全 国	324,481	318,921	5,560	1.7%
北 海 道	19,534	19,331	203	1.0%
青 森	4,317	4,199	118	2.7%
岩 手	4,111	3,961	150	3.6%
宮 城	6,139	6,139	0	0.0%
秋 田	3,882	3,819	63	1.6%
山 形	3,491	3,420	71	2.0%
福 島	6,229	6,025	204	3.3%
茨 城	7,243	7,243	0	0.0%
栃 木	4,819	4,959	-140	-2.9%
群 馬	4,993	4,995	-2	0.0%
埼 玉	13,769	13,599	170	1.2%
千 葉	12,302	12,161	141	1.1%
東 京	21,673	20,665	1,008	4.7%
神 奈 川	13,643	13,229	414	3.0%
新 潟	6,242	6,060	182	2.9%
富 山	3,094	2,974	120	3.9%
石 川	3,691	3,598	93	2.5%
福 井	2,179	2,144	35	1.6%
山 梨	2,273	2,215	58	2.6%
長 野	4,630	4,501	129	2.8%
岐 阜	3,863	3,799	64	1.7%
静 岡	6,553	6,412	141	2.2%
愛 知	12,392	12,224	168	1.4%

	令和2年 (A)	令和5年 (B)	差分 (C=A-B)	変化率 (C/A×100)
三 重	4,608	4,570	38	0.8%
滋 賀	2,280	2,261	19	0.8%
京 都	5,925	5,511	414	7.0%
大 阪	18,160	17,952	208	1.1%
兵 庫	11,542	11,434	108	0.9%
奈 良	2,887	2,866	21	0.7%
和 歌 山	2,048	2,038	10	0.5%
鳥 取	1,774	1,628	146	8.2%
島 根	2,259	2,231	28	1.2%
岡 山	5,272	5,215	57	1.1%
広 島	8,670	8,485	185	2.1%
山 口	5,845	5,839	6	0.1%
徳 島	3,575	3,575	0	0.0%
香 川	3,279	3,250	29	0.9%
愛 媛	4,401	4,303	98	2.2%
高 知	3,563	3,466	97	2.7%
福 岡	20,900	20,581	319	1.5%
佐 賀	4,161	4,009	152	3.7%
長 崎	7,807	7,640	167	2.1%
熊 本	8,739	8,706	33	0.4%
大 分	5,238	5,274	-36	-0.7%
宮 崎	5,835	5,828	7	0.1%
鹿 児 島	9,362	9,302	60	0.6%
沖 縄	5,289	5,285	4	0.1%

精神病床における既存病床数（令和5年）と基準病床数の差

- 全ての都道府県において、既存病床数が基準病床数を上回っている。
- 基準病床数を超える既存病床数の割合が10%未満の自治体は3都県であるのに対して、同割合が20%以上の自治体が20道府県であり、そのうち同割合が25%以上の自治体は5県である。

	既存病床数※ (A)	基準病床数 (B)	既存病床と 基準病床の差 (C=A-B)	既存病床数に対 する差の割合 (C/A×100)
北海道	19,331	15,351	3,980	20.6%
青森県	4,199	3,498	701	16.7%
岩手県	3,961	3,261	700	17.7%
宮城県	6,139	4,618	1,521	24.8%
秋田県	3,819	2,969	850	22.3%
山形県	3,420	2,927	493	14.4%
福島県	6,025	4,240	1,785	29.6%
茨城県	7,243	5,551	1,692	23.4%
栃木県	4,959	3,881	1,078	21.7%
群馬県	4,995	4,366	629	12.6%
埼玉県	13,599	12,003	1,596	11.7%
千葉県	12,161	10,677	1,484	12.2%
東京都	20,665	19,396	1,269	6.1%
神奈川県	13,229	12,080	1,149	8.7%
新潟県	6,060	5,114	946	15.6%
富山県	2,974	2,601	373	12.5%
石川県	3,598	2,846	752	20.9%
福井県	2,144	1,707	437	20.4%
山梨県	2,215	1,714	501	22.6%
長野県	4,501	3,766	735	16.3%
岐阜県	3,799	3,359	440	11.6%
静岡県	6,412	5,483	929	14.5%
愛知県	12,224	11,508	716	5.9%
三重県	4,570	3,748	822	18.0%

	既存病床数※ (A)	基準病床数 (B)	既存病床と 基準病床の差 (C=A-B)	既存病床数に対 する差の割合 (C/A×100)
滋賀県	2,261	1,812	449	19.9%
京都府	5,511	4,212	1,299	23.6%
大阪府	17,952	15,992	1,960	10.9%
兵庫県	11,434	9,869	1,565	13.7%
奈良県	2,866	2,423	443	15.5%
和歌山県	2,038	1,366	672	33.0%
鳥取県	1,628	1,345	283	17.4%
島根県	2,231	1,829	402	18.0%
岡山県	5,215	3,931	1,284	24.6%
広島県	8,485	7,045	1,440	17.0%
山口県	5,839	4,727	1,112	19.0%
徳島県	3,575	2,832	743	20.8%
香川県	3,250	2,628	622	19.1%
愛媛県	4,303	3,229	1,074	25.0%
高知県	3,466	2,747	719	20.7%
福岡県	20,581	17,040	3,541	17.2%
佐賀県	4,009	3,388	621	15.5%
長崎県	7,640	5,715	1,925	25.2%
熊本県	8,706	6,812	1,894	21.8%
大分県	5,274	4,114	1,160	22.0%
宮崎県	5,828	4,359	1,469	25.2%
鹿児島県	9,302	7,313	1,989	21.4%
沖縄県	5,285	4,511	774	14.6%

※令和5年時点

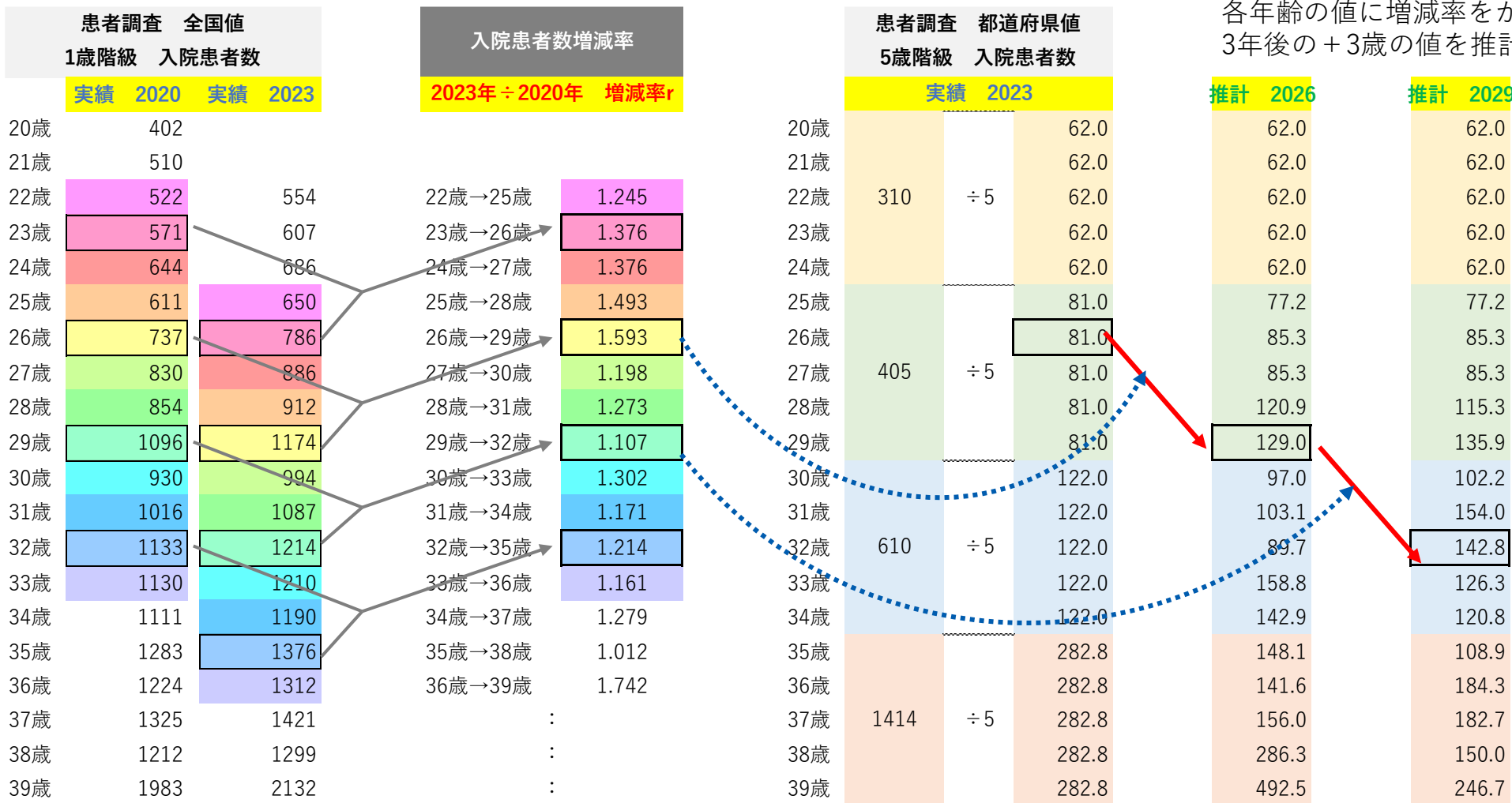
出典：令和5年医療施設調査、各都道府県の医療計画を基に障害保健福祉部精神・障害保健課にて作成

目次

1. 医療計画について
2. 医療圏について
3. 指標について
4. **基準病床数について**
 - (1) 現在の基準病床の算定式について
 - (2) 病床数等の現状
 - (3) **基準病床数の見直しについて**

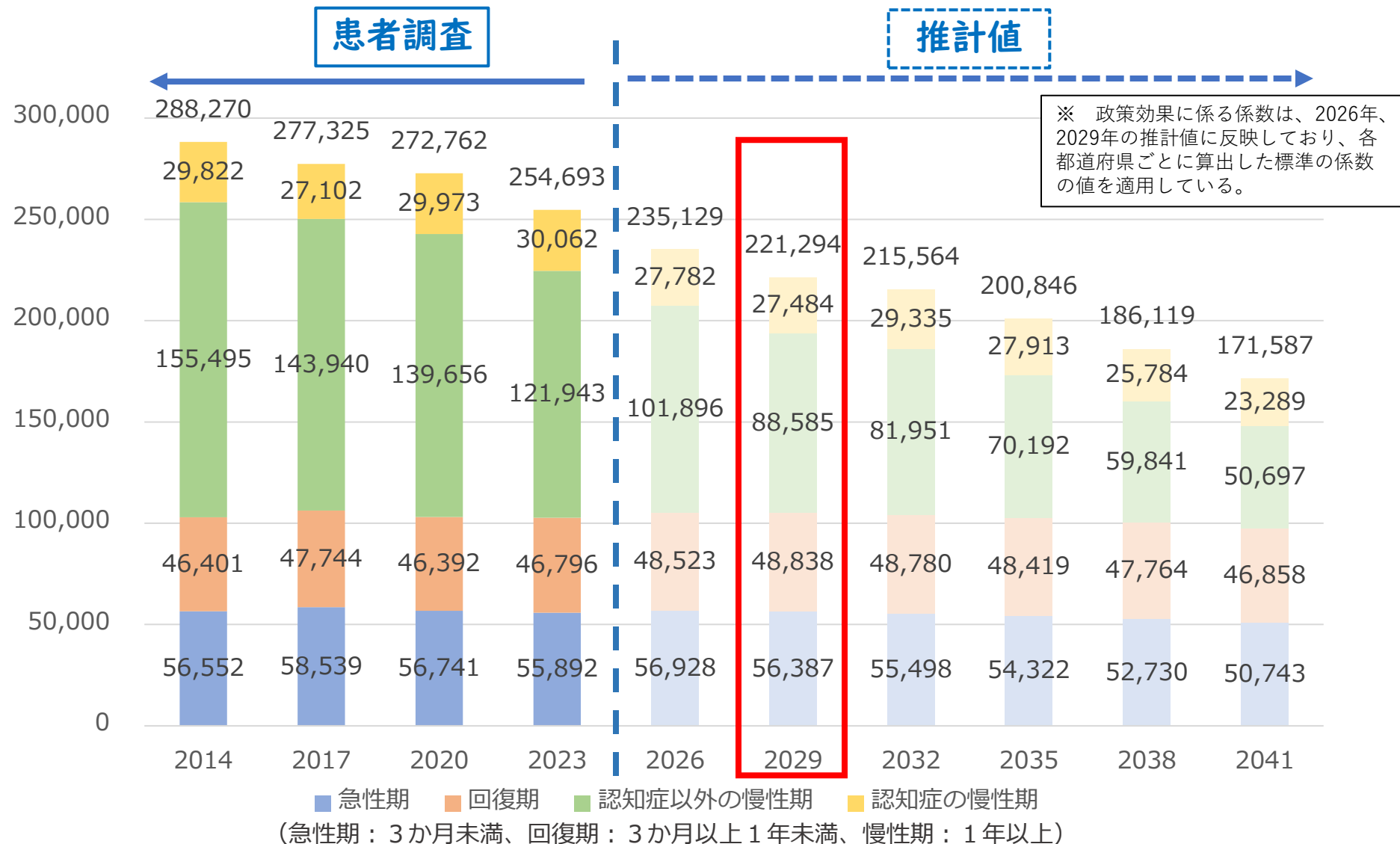
令和11年（2029年）の入院患者数の推計方法

各年齢の値に増減率をかけて、
3年後の+3歳の値を推計



令和11年（2029年）の推計入院患者数

将来入院患者数の推計※



精神病床における基準病床数の見直しについて

現状

- 現行の医療計画では令和8年の患者推計値を元に基準病床を定めており、令和5年時点において、全ての都道府県で既存病床数が基準病床数を上回っており、患者数と病床数は減少傾向である。
- 第8次医療計画における基準病床数の算定式については、近年、精神病床における入院患者数が減少傾向であることを勘案したものとするとともに、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案している。
- その上で、患者調査における令和2年の患者数を元に、平成26年から平成29年の入院患者数の変化率を用い、政策効果、病床利用率を加味し、令和8年の患者数を推計するとともに、病床利用率0.95を用いて必要となる病床数を算出している。
- 政策効果に係る係数については、「優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、実際にその水準を達成している県（47都道府県の上位10%）の値を参考としたうえ、その値に一定程度近づけるものとする」としており、それを踏まえ、都道府県は地域の実情を踏まえて係数を調整して設定することとしている。
- これらの基準病床数の計算については、前回も厚生労働科学研究班において試算し、実装しており、令和11年の基準病床数についても、現在、厚生労働科学研究班が試算を行っている。

対応の方向性

- 第8次医療計画の期間中であること等から、基本的には前回の基準病床数の算定式の考え方を踏襲することとしてはどうか。
- その上で、算定式に用いる患者数の時点は、前回から3年経過した令和5年の値を用いることとし、入院患者数の変化率は、令和2年から令和5年の変化率を用いることとしてはどうか。