



2021年4月1日

外来医療について（総論）

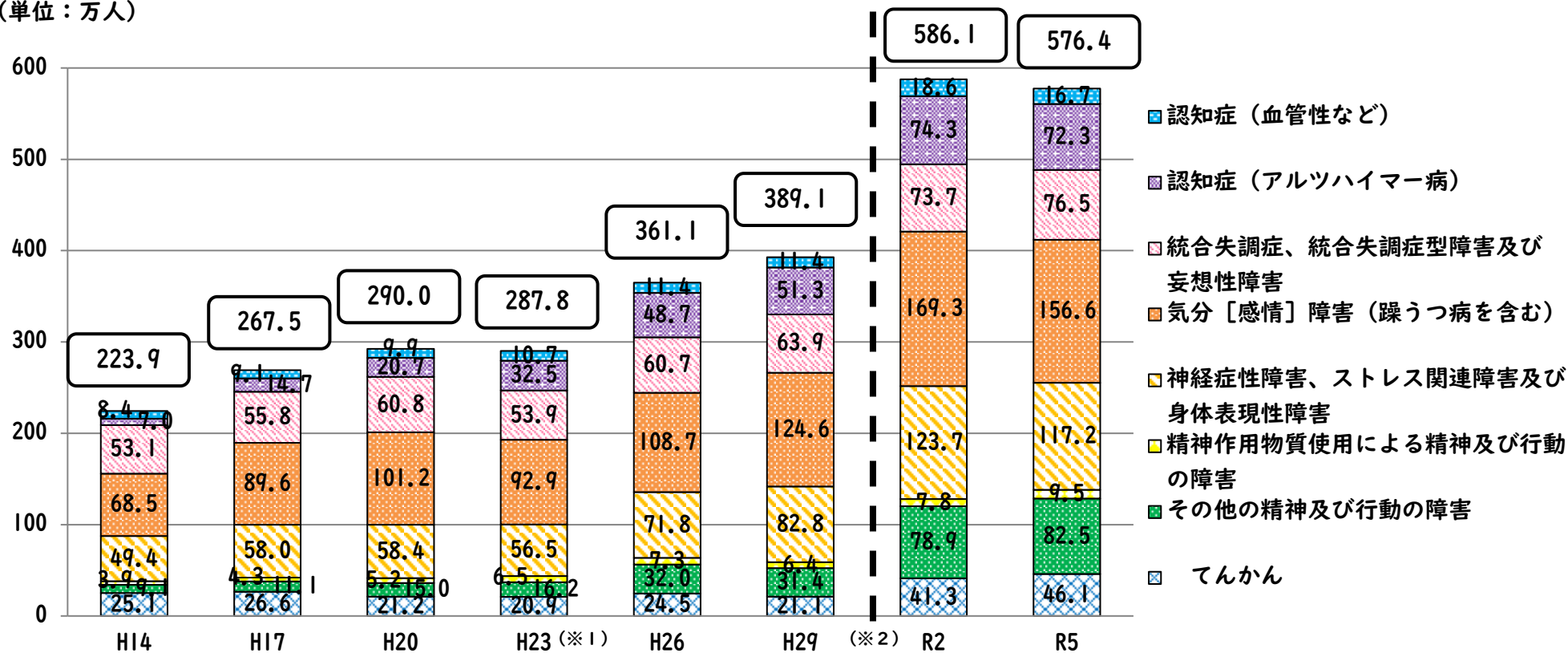
厚生労働省 社会援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人であり、傷病分類別では、「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。

（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。

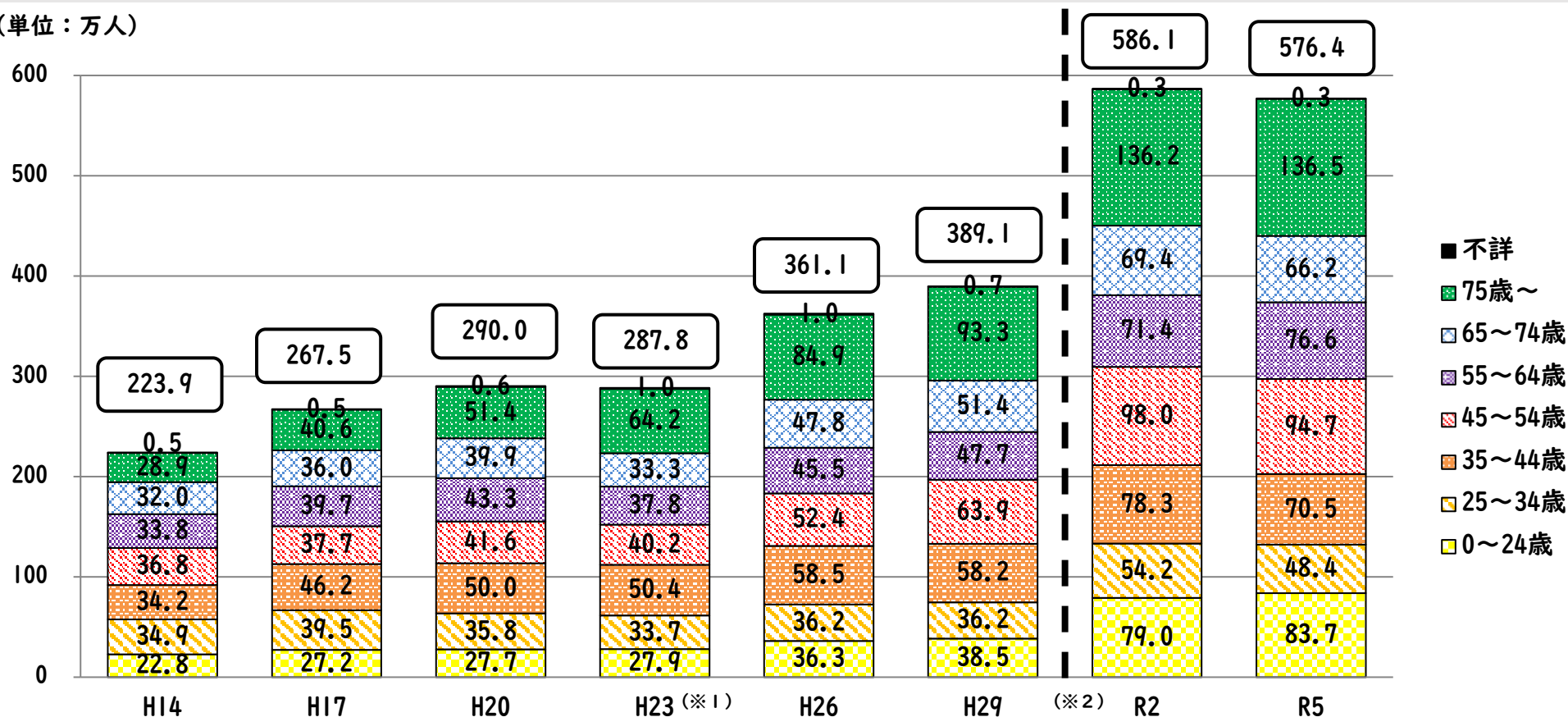
（※2） R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

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576.4万人。
- 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。

(単位：万人)



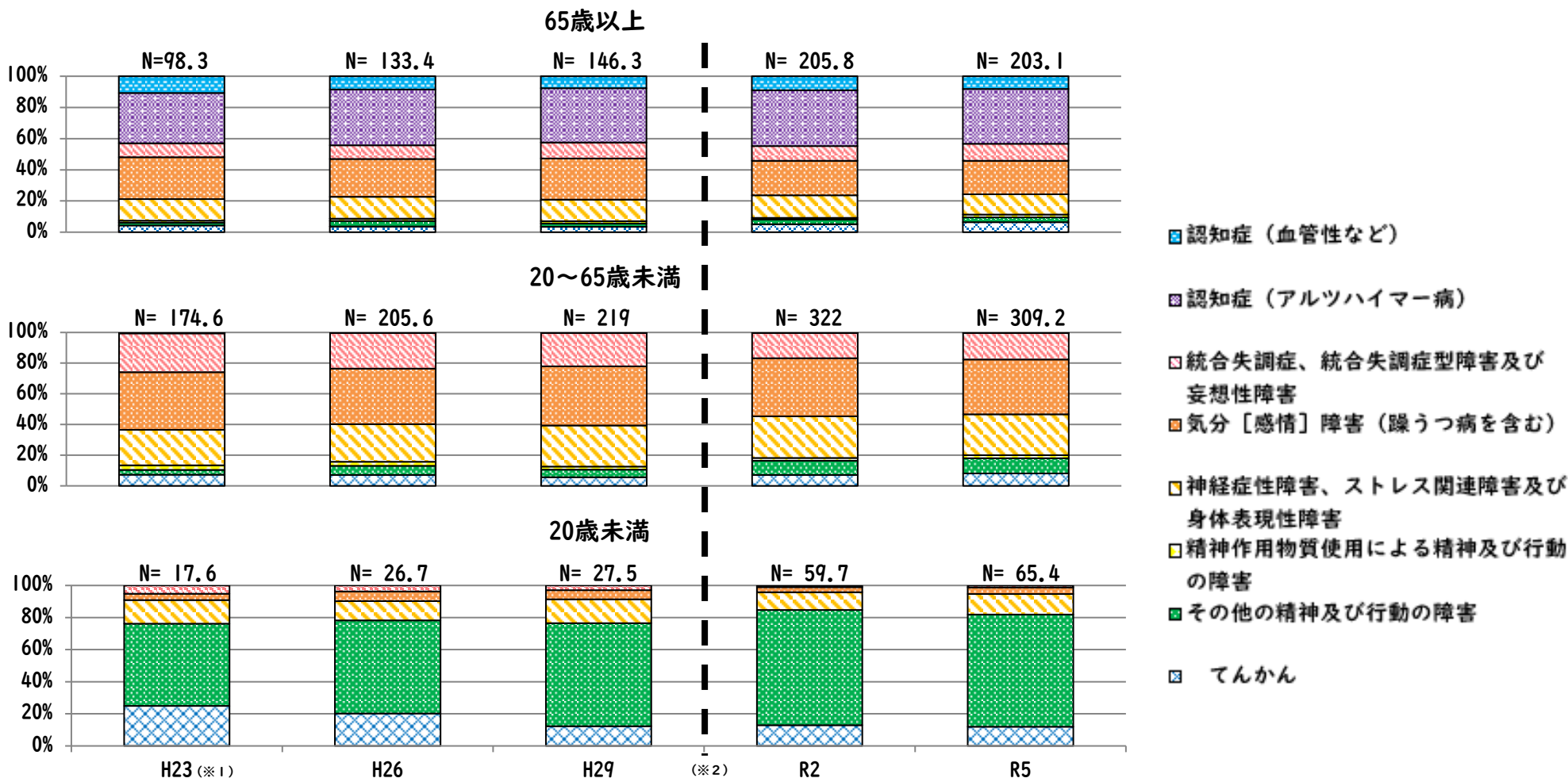
(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※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の傷病分類別の割合の推移（年齢層別）

- 65歳以上では「認知症（アルツハイマー型）」の割合が最も高く、20～65歳未満では「気分[感情]障害（躁うつ病を含む）」が最も高く、20歳未満では「その他の精神及び行動の障害」が最も高い。



(※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）。

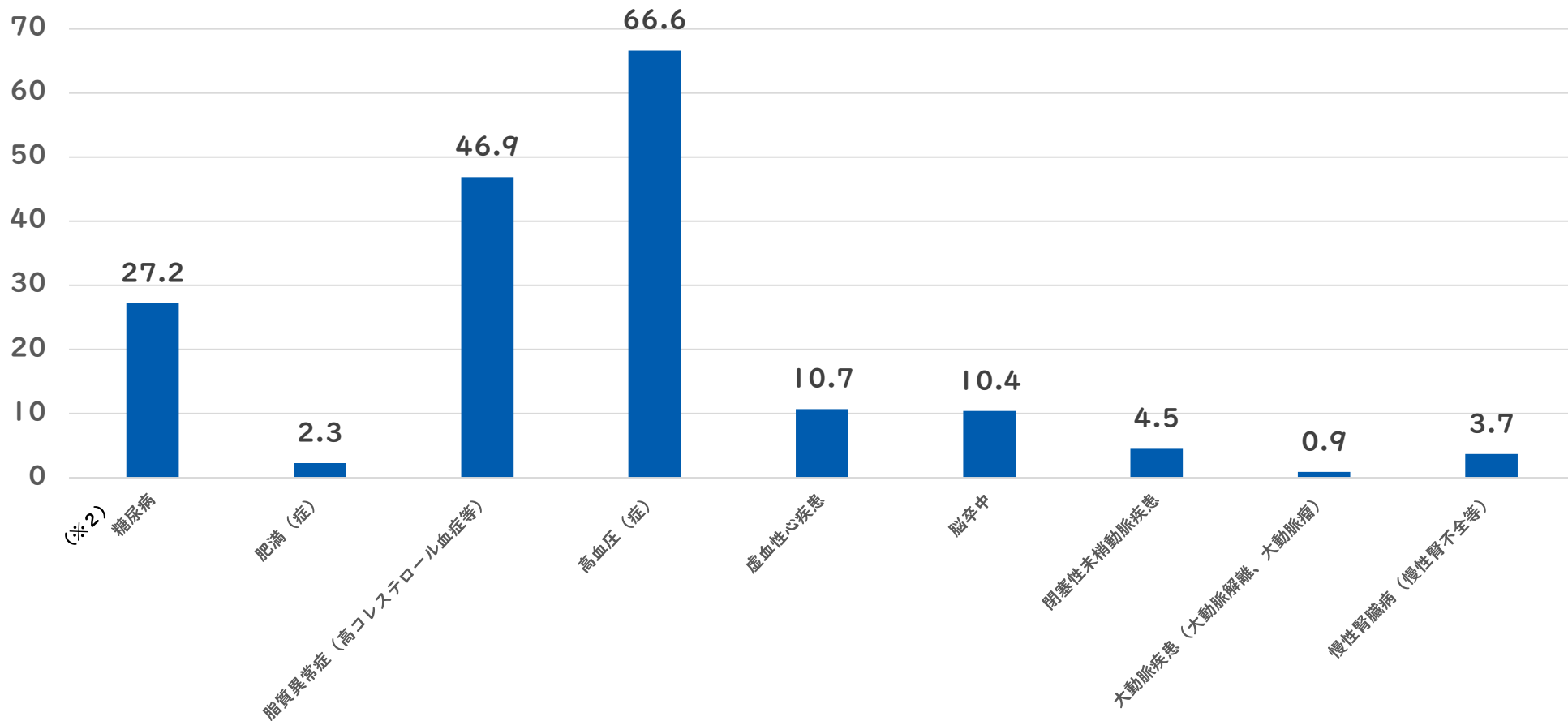
(注) グラフ上の数字は患者数（万人）

副傷病を併存する精神疾患患者数（外来）

- 精神疾患を有する外来患者の副傷病については、高血圧、脂質異常症、糖尿病等が見られる。

(単位：万人)

副傷病別患者数 (※1)



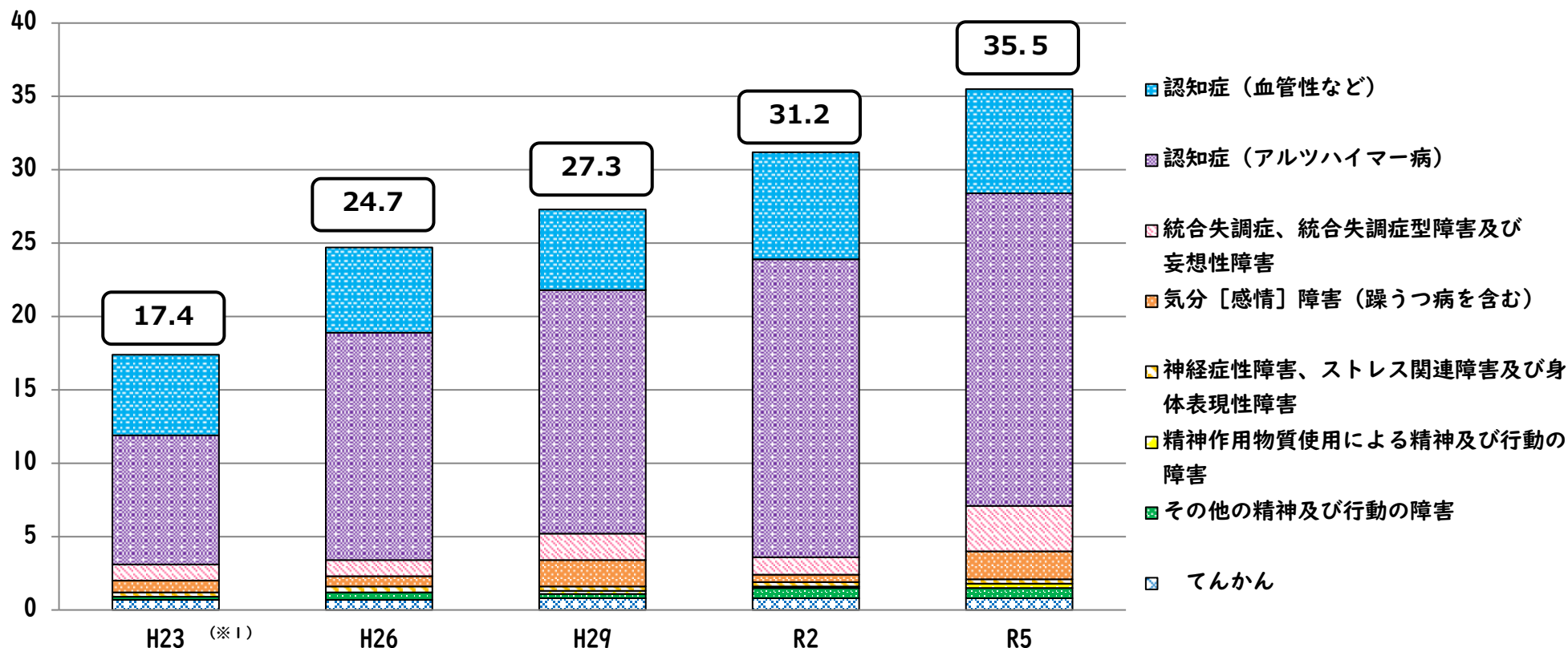
※1 複数の副傷病を併発している場合には、それぞれの副傷病に計上されている。「その他の疾患」以外の副傷病を示している。なお、「その他の疾患」は、264.6万人であった。

※2 「糖尿病 (合併症を伴わないもの)」「糖尿病 (性)腎症」「糖尿病 (性)眼合併症」「糖尿病 (性)神経障害」「上記以外の合併症を伴う糖尿病」が計上されている。

精神疾患を有する在宅医療を利用した推計外来患者数の推移（傷病分類別）

- 精神疾患を有する在宅医療を利用した患者数は増加しており、傷病分類別にみると、認知症の利用者数が多い。

（単位：千人）



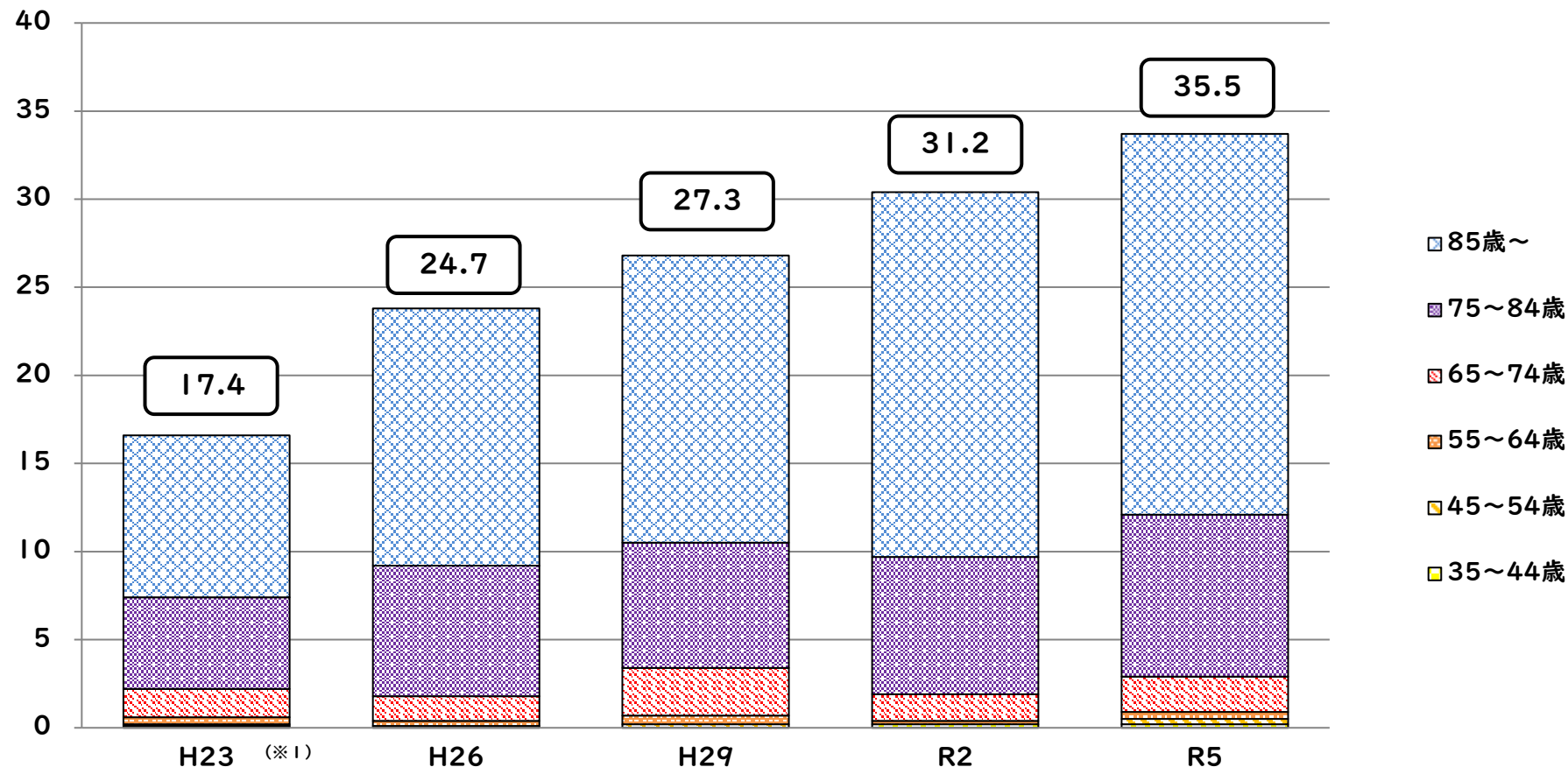
注) 推計外来患者数のうち、初診往診、初診訪問診療、再来往診、再来訪問診療の人数を集計した。

(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

精神疾患を有する在宅医療を利用した推計外来患者数の推移（年齢階級別）

- 精神疾患を有する在宅医療を利用した患者数は、約3.5万人。年齢別では、75歳以上が大半を占める。

(単位：千人)



注) 推計外来患者数のうち、初診往診、初診訪問診療、再来往診、再来訪問診療の人数を集計した。

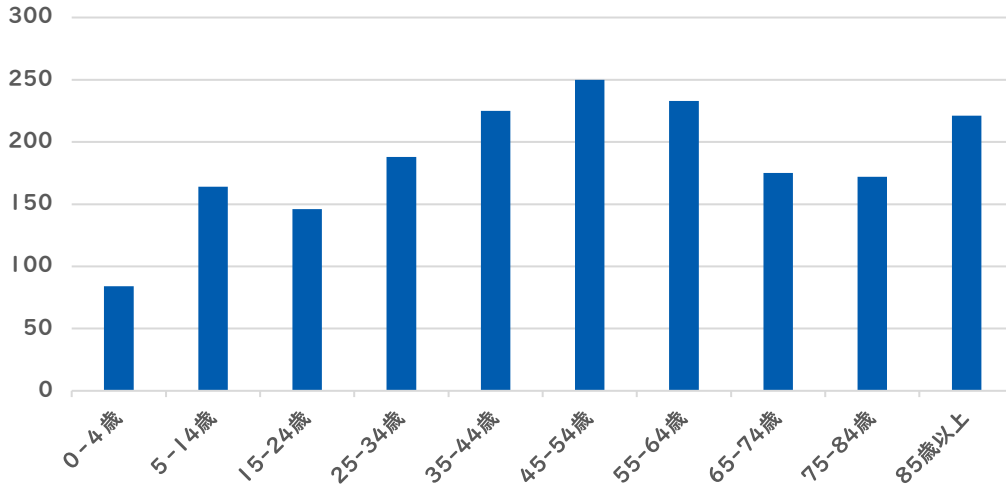
(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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

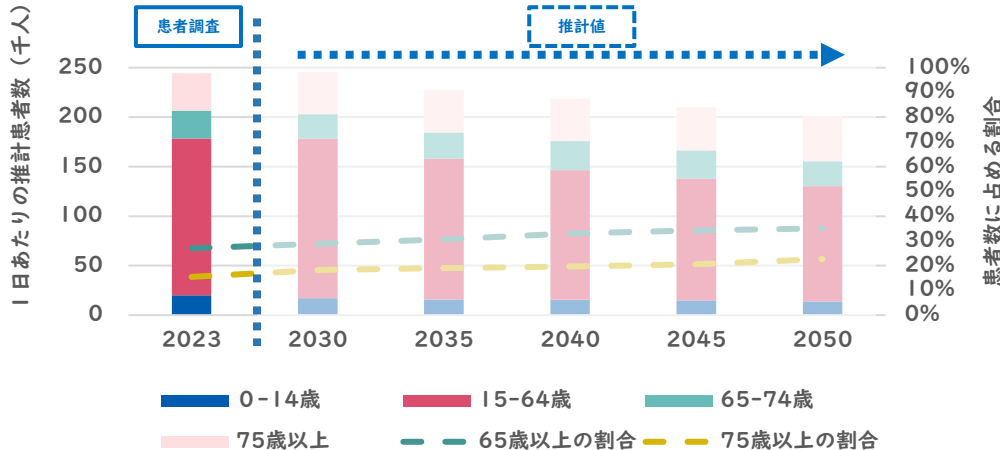
精神科の外来需要の変化

- 外来患者数は2023年以前に最大であり、緩徐に65歳以上の割合が上昇する。

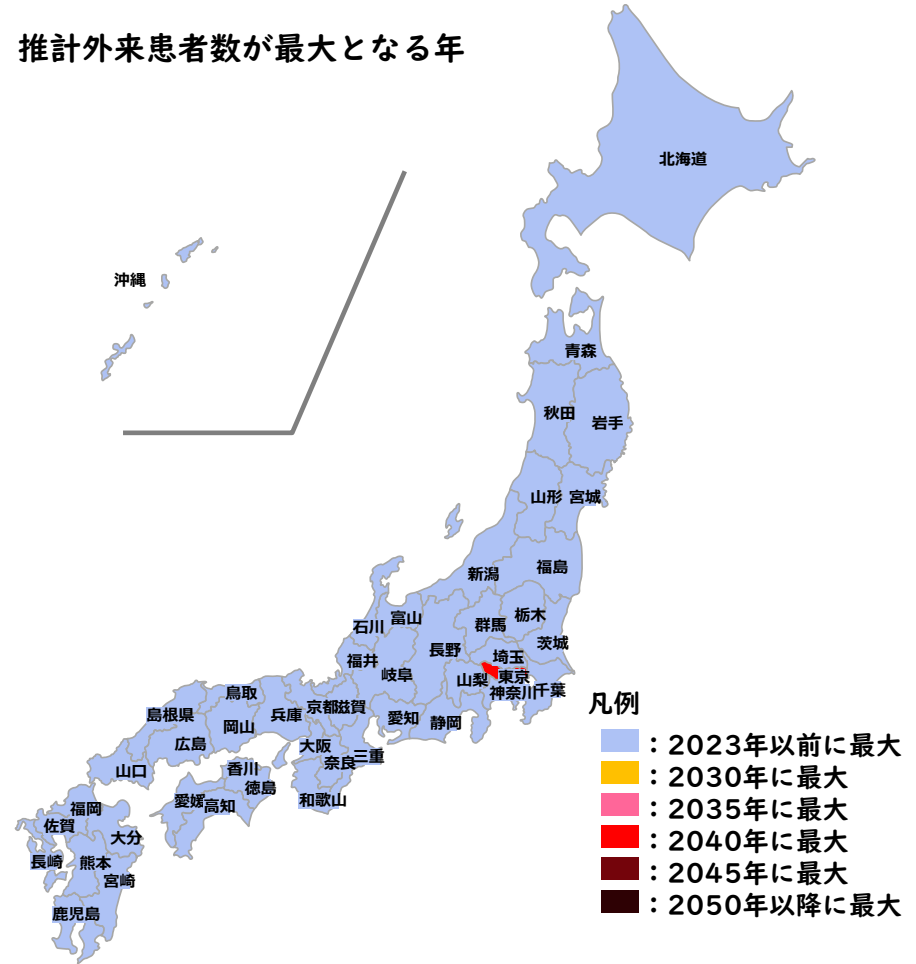
外来受療率（人口10万対）※1



推計外来患者数※2



推計外来患者数が最大となる年



※1 外来受療率は患者調査（令和5年）より作成

※2 2023年の値は、患者調査の推計外来患者数（患者所在地）より作成

2030年以降の値は将来推計人口×患者調査（令和5年）における外来受療率により算出

将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を使用

精神科を有する医療機関の状況①

	医療機関数	6月の外来受診患者数（実人数）	6月の外来受診患者数（実人数）の内訳			6月の実施件数		6月の訪問看護の実施状況（延べ件数）
			うち自立支援医療（精神通院医療）の患者数	うち通院・在宅精神療法を算定した患者数	うち療養生活継続支援加算を算定した患者数	訪問診療（延べ件数）	往診（延べ件数）	
精神病床を有する病院	1,535	1,362,575	637,270	1,032,050	2,403	12,457	4,495	116,433
特定機能病院	74	97,217	35,877	74,665	38	7	0	56
地域医療支援病院	103	79,436	32,807	61,666	22	71	1	1,636
精神病床を有する一般病院	330	261,090	107,313	185,560	374	2,378	1,364	21,225
精神科病院	1,028	924,832	461,273	710,159	1,969	10,001	3,130	93,516
国立・都道府県立病院等	141	159,628	71,037	127,379	169	474	51	9,604
精神病床を有さない病院	877	202,194	33,284	95,247	290	4,242	486	2,391
精神科診療所等	4,199	2,207,250	748,876	1,775,111	9,630	84,366	8,832	27,525

精神科を有する医療機関の状況②

	医療機関数	専門外来の設置状況					
		児童・思春期	依存症	認知症	うつ病	発達障害	摂食障害
精神病床を有する病院	1,535	255	188	506	159	126	54
特定機能病院	74	40	7	41	15	12	16
地域医療支援病院	103	20	5	24	7	9	5
精神病床を有する一般病院	330	41	36	141	27	23	6
精神科病院	1,028	154	140	300	110	82	27
国立・都道府県立病院等	141	61	32	49	12	19	13
精神病床を有さない病院	877	65	15	138	37	92	25
精神科診療所等	4,199	383	182	482	621	564	171

精神科を有する医療機関の状況③

	医療機関数	拠点機能				
		依存症専門医療拠点	依存症治療拠点	高次脳機能障害支援拠点	摂食障害治療支援センター	てんかん診療拠点
精神病床を有する病院	1,535	149	93	28	16	40
特定機能病院	74	6	3	7	6	17
地域医療支援病院	103	1	0	5	2	2
精神病床を有する一般病院	330	27	12	8	2	4
精神科病院	1,028	115	78	8	6	17
国立・都道府県立病院等	141	29	24	5	6	9
精神病床を有さない病院	877	4	2	16	5	20
精神科診療所等	4,199	25	38	32	20	55

精神科を有する医療機関の状況④

	医療機関数	届出状況						
		認知療法・認知行動療法	児童思春期精神専門管理加算	依存症集団療法	救急患者精神科継続支援料	治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	精神科在宅患者支援管理料	こころの連携指導料
精神病床を有する病院	1,535	234	128	79	61	508	83	475
特定機能病院	74	47	24	3	24	66	0	36
地域医療支援病院	103	21	13	1	21	49	2	48
精神病床を有する一般病院	330	43	20	17	2	96	19	92
精神科病院	1,028	123	71	58	14	297	62	299
国立・都道府県立病院等	141	44	37	21	20	98	9	68
精神病床を有さない病院	877	40	14	1	10	4	3	43
精神科診療所等	4,199	282	72	17	7	21	107	251

精神科病院数の推移

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万人あ たり病院数
全 国	1,067	1,057	-10	0.85
北 海 道	70	70	0	1.37
青 森	16	17	1	1.44
岩 手	15	15	0	1.29
宮 城	27	27	0	1.19
秋 田	16	16	0	1.75
山 形	13	14	1	1.36
福 島	23	23	0	1.30
茨 城	20	20	0	0.71
栃 木	18	19	1	1.00
群 馬	13	13	0	0.68
埼 玉	49	46	-3	0.63
千 葉	34	33	-1	0.53
東 京	50	49	-1	0.35
神 奈 川	48	45	-3	0.49
新 潟	20	19	-1	0.89
富 山	19	19	0	1.89
石 川	13	13	0	1.17
福 井	10	10	0	1.34
山 梨	8	8	0	1.01
長 野	15	15	0	0.75
岐 阜	12	12	0	0.62
静 岡	31	31	0	0.87
愛 知	38	36	-2	0.48

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万にあ たりの病院数
三 重	13	12	-1	0.69
滋 賀	7	7	0	0.50
京 都	12	11	-1	0.43
大 阪	39	39	0	0.45
兵 庫	32	32	0	0.60
奈 良	4	4	0	0.31
和 歌 山	8	8	0	0.90
鳥 取	5	4	-1	0.74
島 根	8	9	1	1.38
岡 山	17	16	-1	0.87
広 島	31	31	0	1.13
山 口	28	27	-1	2.08
徳 島	15	15	0	2.16
香 川	10	11	1	1.19
愛 媛	15	13	-2	1.01
高 知	11	11	0	1.65
福 岡	60	63	3	1.23
佐 賀	14	13	-1	1.64
長 崎	28	28	0	2.21
熊 本	38	39	1	2.28
大 分	25	25	0	2.28
宮 崎	17	17	0	1.63
鹿 児 島	39	39	0	2.52
沖 縄	13	13	0	0.89

精神科を主に標榜する診療所数（単科診療所を含む）の推移

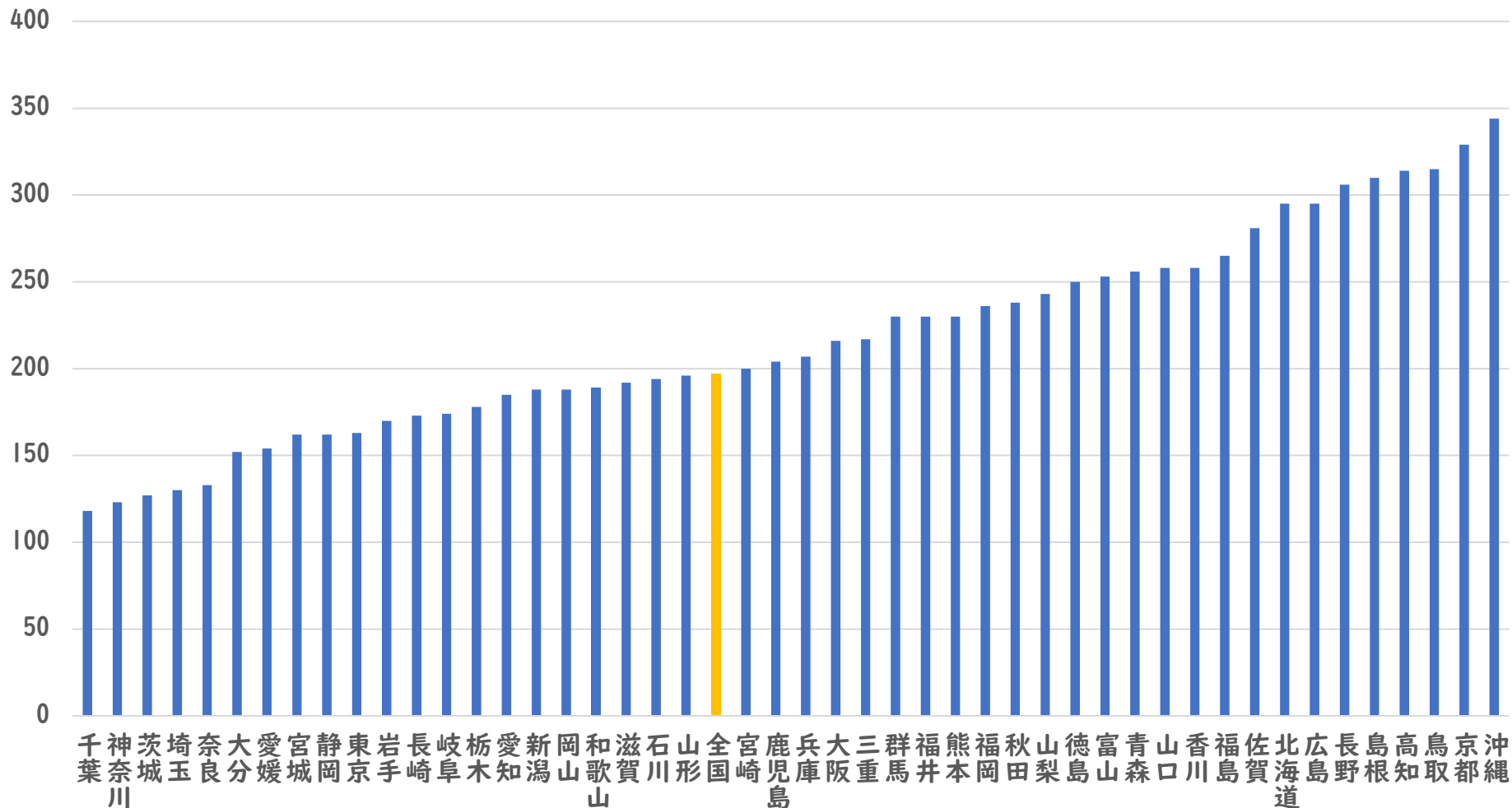
	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万人あ たりの診療所数
全 国	3,160	3,848	688	3.09
北 海 道	112	134	22	2.63
青 森	18	19	1	1.60
岩 手	16	26	10	2.24
宮 城	58	57	-1	2.52
秋 田	19	22	3	2.41
山 形	28	29	1	2.83
福 島	51	49	-2	2.77
茨 城	29	33	4	1.17
栃 木	25	27	2	1.42
群 馬	41	43	2	2.26
埼 玉	105	161	56	2.20
千 葉	109	131	22	2.09
東 京	597	786	189	5.58
神 奈 川	281	330	49	3.58
新 潟	36	40	4	1.88
富 山	15	19	4	1.89
石 川	15	22	7	1.98
福 井	10	13	3	1.75
山 梨	19	19	0	2.39
長 野	50	56	6	2.79
岐 阜	32	32	0	1.66
静 岡	70	84	14	2.36
愛 知	163	207	44	2.77

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万にあ たりの診療所数
三 重	36	40	4	2.32
滋 賀	25	33	8	2.35
京 都	79	99	20	3.91
大 阪	278	379	101	4.33
兵 庫	156	185	29	3.45
奈 良	33	40	7	3.09
和 歌 山	24	32	8	3.59
鳥 取	15	15	0	2.79
島 根	21	23	2	3.54
岡 山	58	60	2	3.25
広 島	72	83	11	3.03
山 口	43	41	-2	3.16
徳 島	20	17	-3	2.45
香 川	21	21	0	2.27
愛 媛	27	29	2	2.25
高 知	9	10	1	1.50
福 岡	159	180	21	3.53
佐 賀	14	18	4	2.26
長 崎	35	32	-3	2.53
熊 本	27	35	8	2.05
大 分	20	24	4	2.19
宮 崎	28	30	2	2.88
鹿 児 島	30	30	0	1.94
沖 縄	31	53	22	3.61

都道府県ごとの外来受療率（患者所在地）

- 外来受療率の一番低い都道府県と高い都道府県を比較すると、約3倍となっている。

(人口10万対)

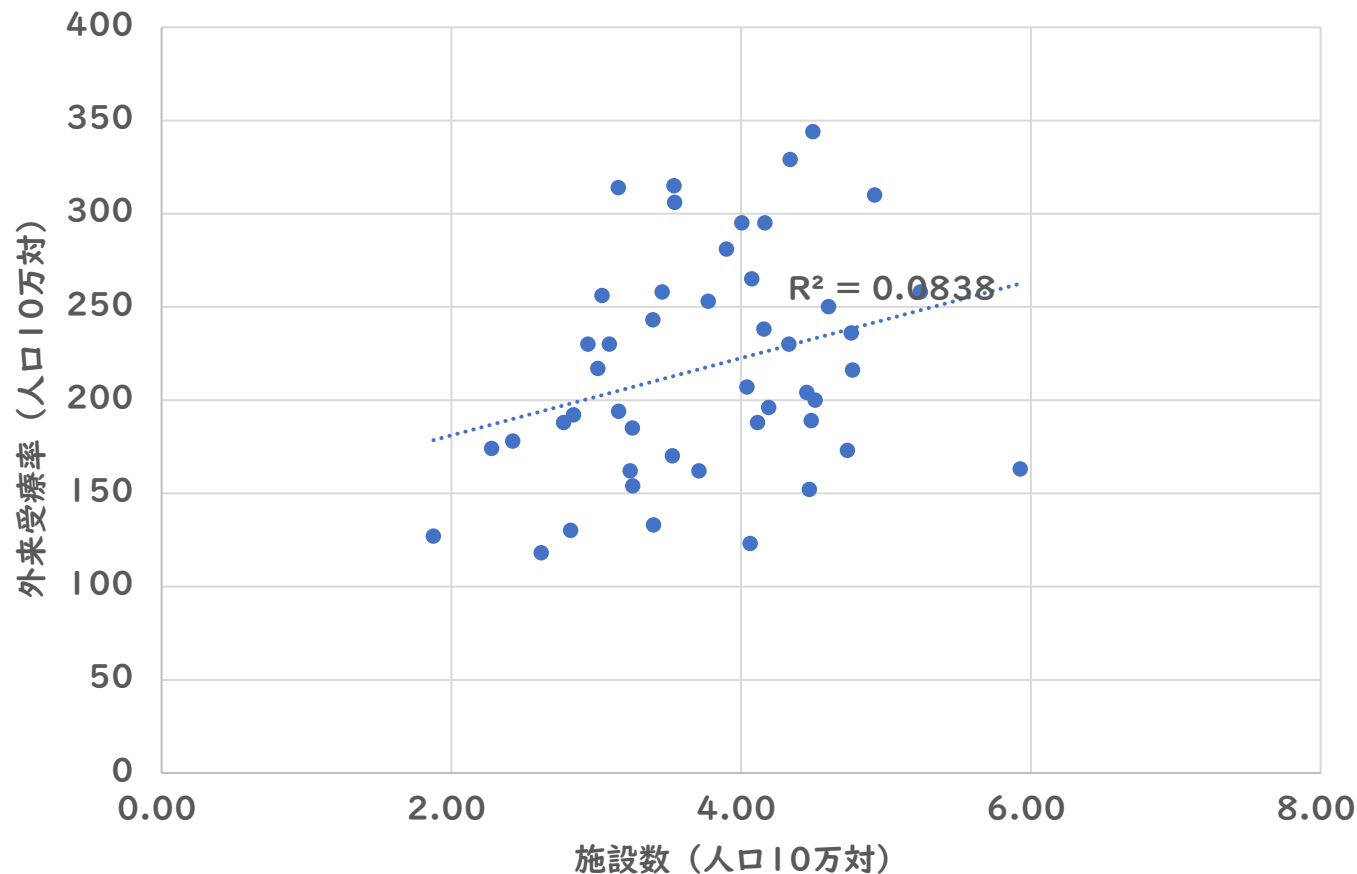


※疾病分類が「V精神及び行動の障害」である患者の外来受療率

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

都道府県ごとの人口あたり施設数※¹と外来受療率※²（患者所在地）の関係

- 人口あたりの施設数と外来受療率の散布図において、決定係数（ R^2 ）は0.0838と低く、両者の間に明確な線形関係は見られず、人口あたりの施設数が多いほど受療率が高いといった傾向は確認できない。



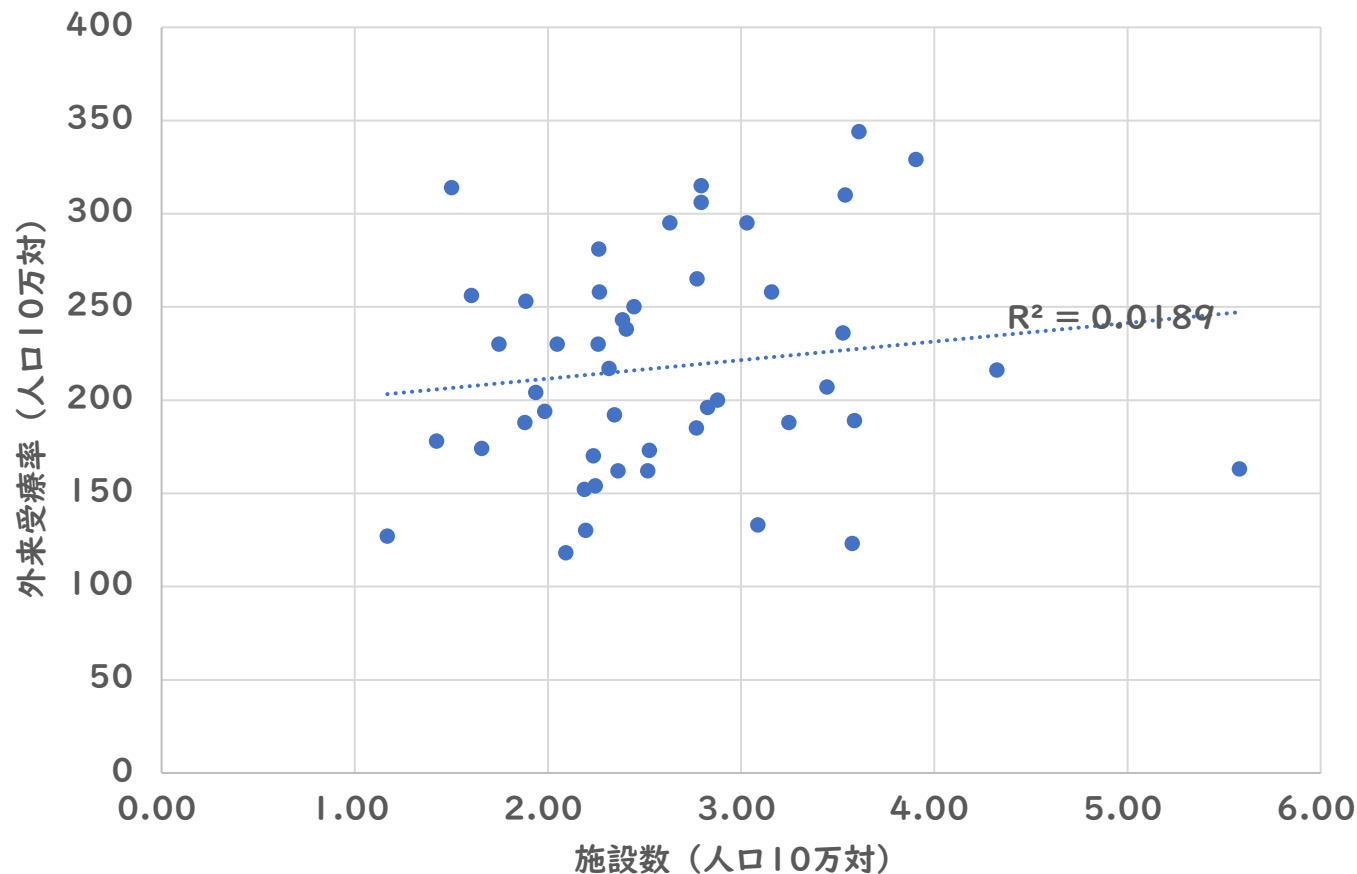
※¹ 精神科病院と精神科を主に標榜する診療所

※² 疾病分類が「V精神及び行動の障害」である患者の外来受療率

資料：厚生労働省「患者調査」、「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

都道府県ごとの人口あたり施設数※¹と外来受療率※²（患者所在地）の関係

- 人口あたりの施設数と外来受療率の散布図において、決定係数（ R^2 ）は0.0189と低く、両者の間に明確な線形関係は見られず、人口あたりの施設数が多いほど受療率が高いといった傾向は確認できない。

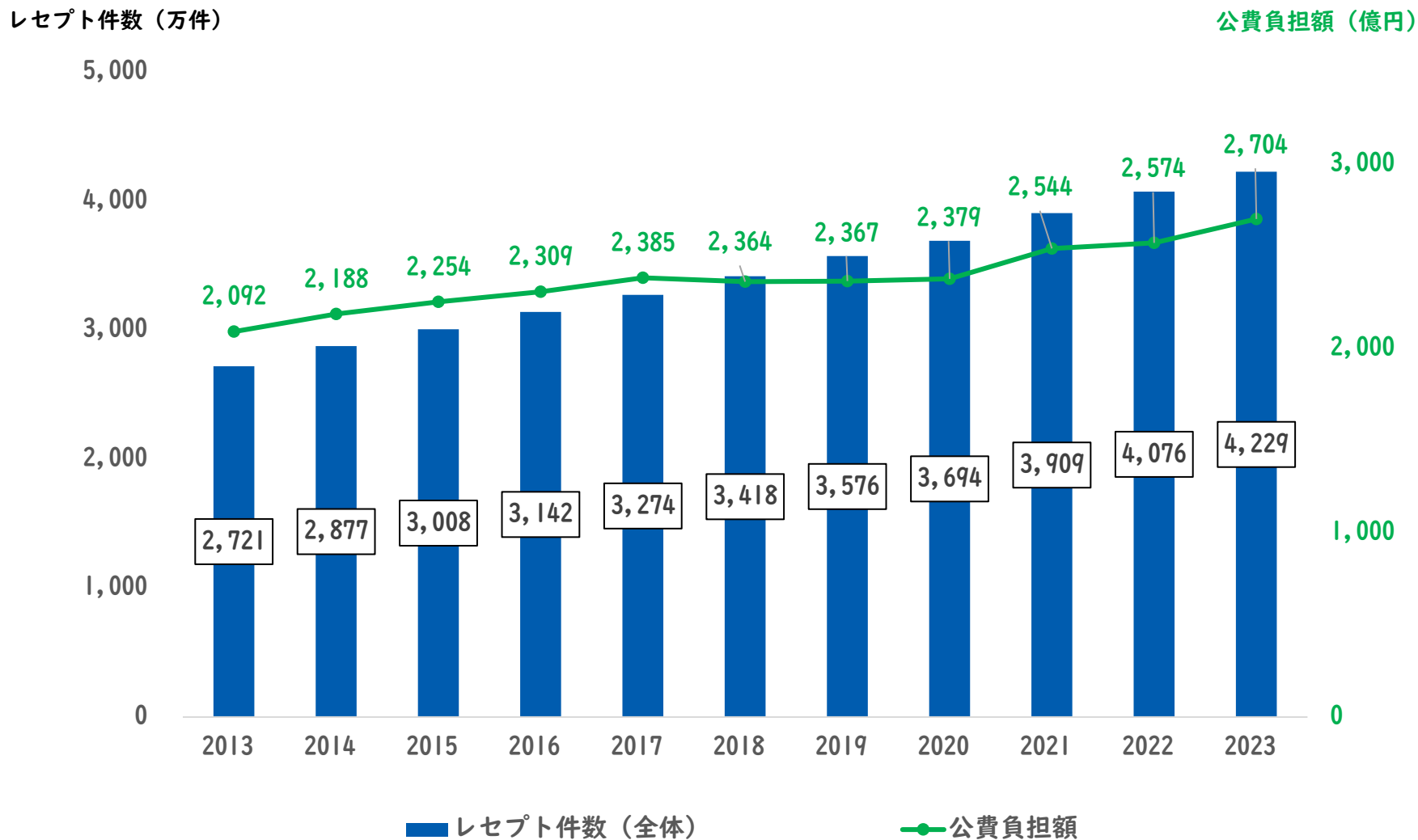


※¹ 精神科を主に標榜する診療所

※² 疾病分類が「V精神及び行動の障害」である患者の外来受療率

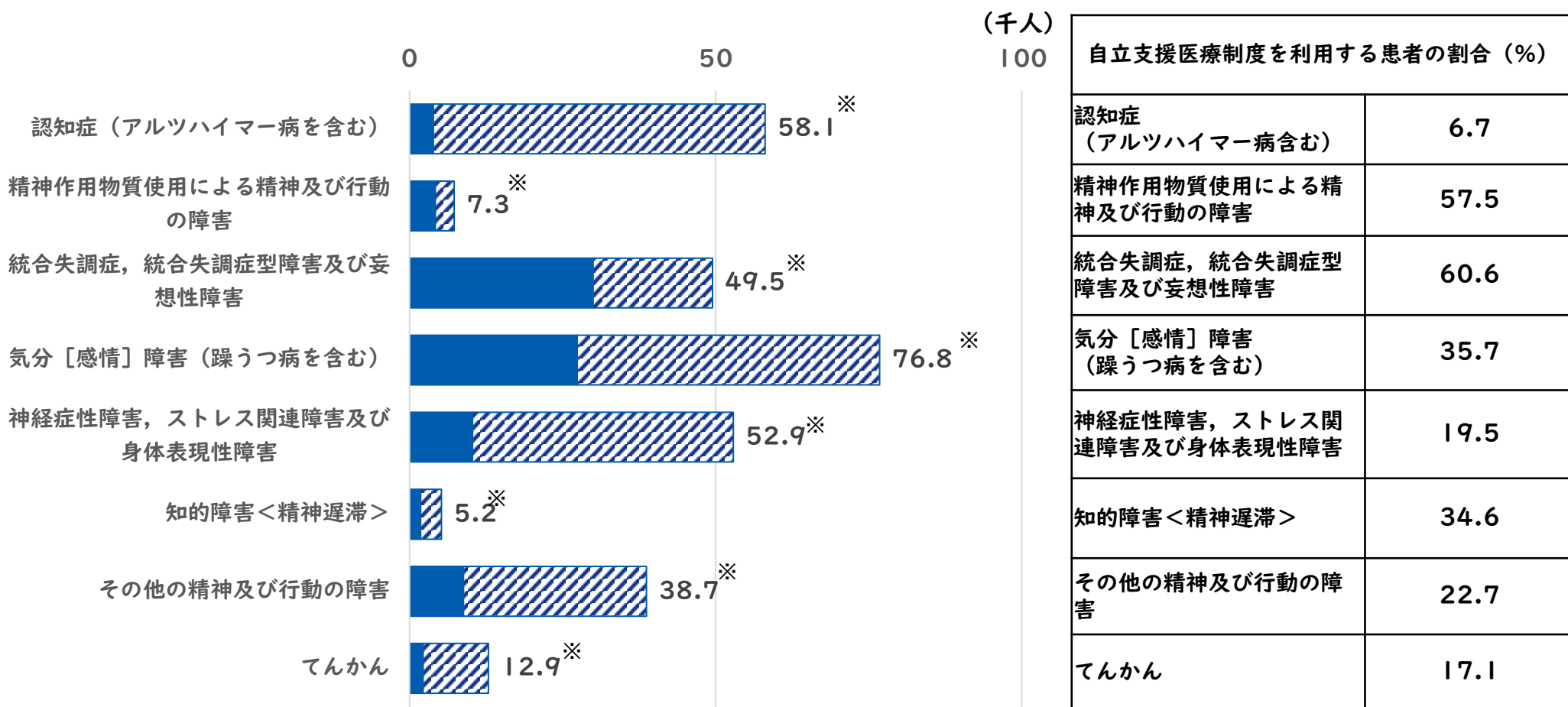
精神通院医療（自立支援医療）のレセプト件数と公費負担額の年次推移

- レセプト件数・公費負担額はともに増加傾向である。



傷病分類ごとの自立支援医療制度を利用する推計外来患者数

- 自立支援医療制度の利用割合が高いのは、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」であり、最も低いのは認知症（アルツハイマー病を含む）であった。

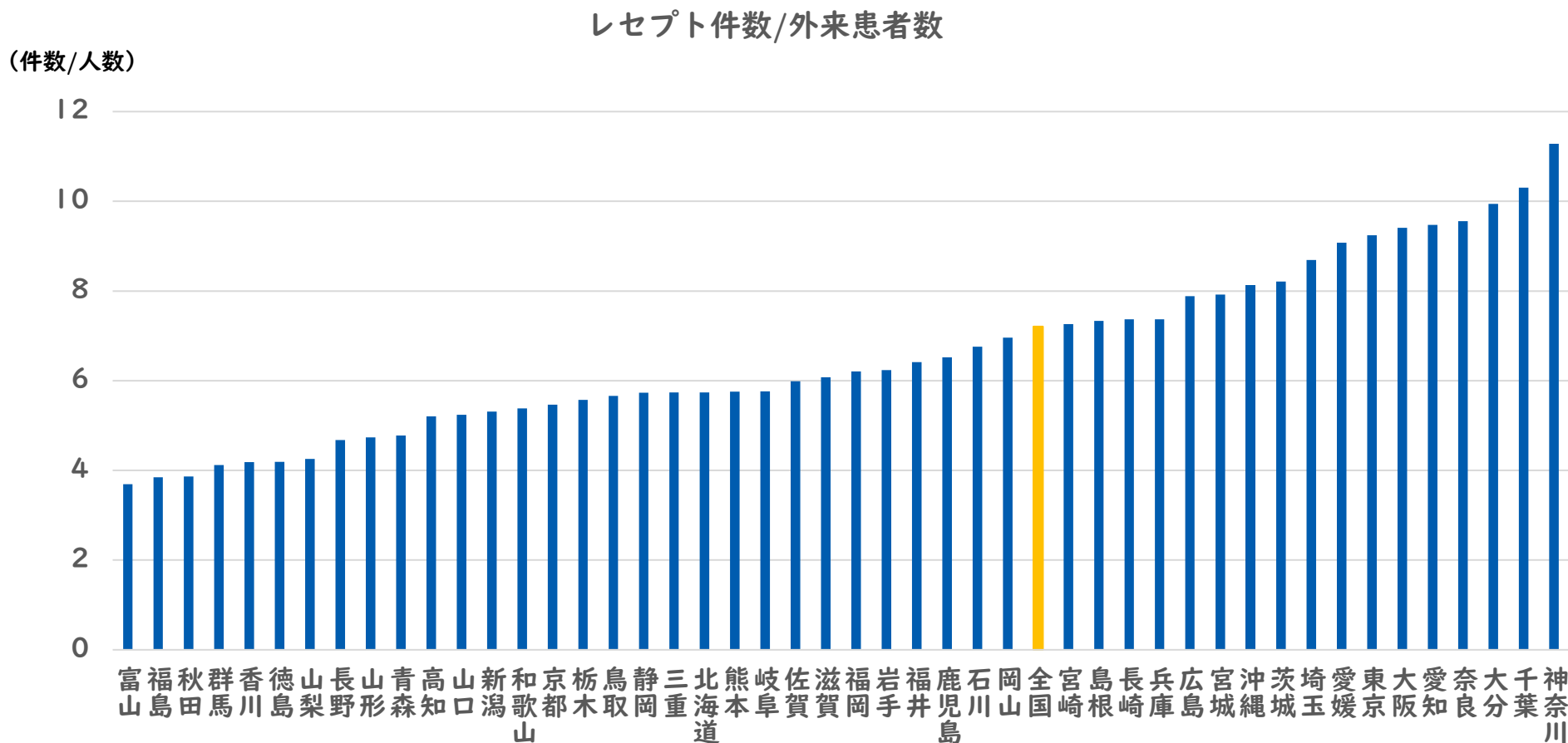


■ 自立支援医療制度を利用している患者数 ▨ 自立支援医療制度を利用していない患者数

※各傷病分類ごとの推計外来患者数(患者調査より作成)

都道府県ごとの外来患者数あたりの精神通院医療のレセプト件数

- 都道府県ごとのレセプト件数と外来患者数の比については、ばらつきが見られ、その差は最大で3倍となっている。



※レセプト件数（精神通院医療）は福祉行政報告例より、令和5年度1年間のレセプト件数。

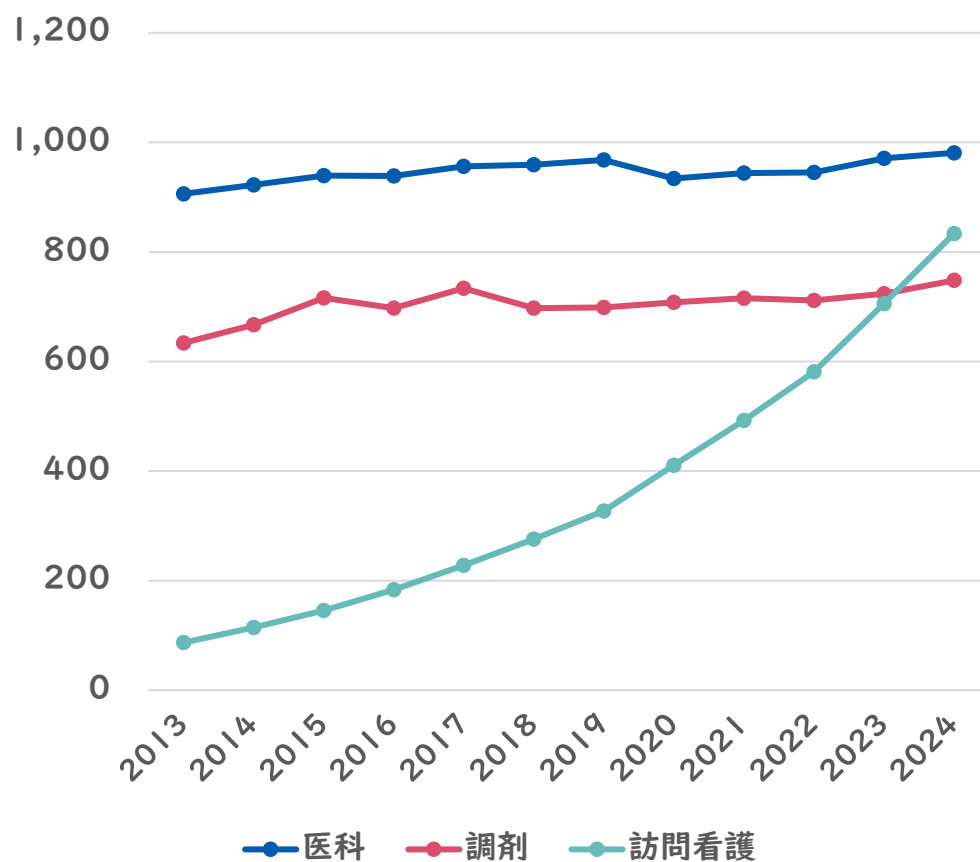
※外来患者数は、患者調査（令和5年）における総患者数から推計入院患者数を除いた数。精神及び行動の障害、アルツハイマー病、てんかんを対象としている。

精神通院医療における医科・調剤・訪問看護の公費負担額の年次推移

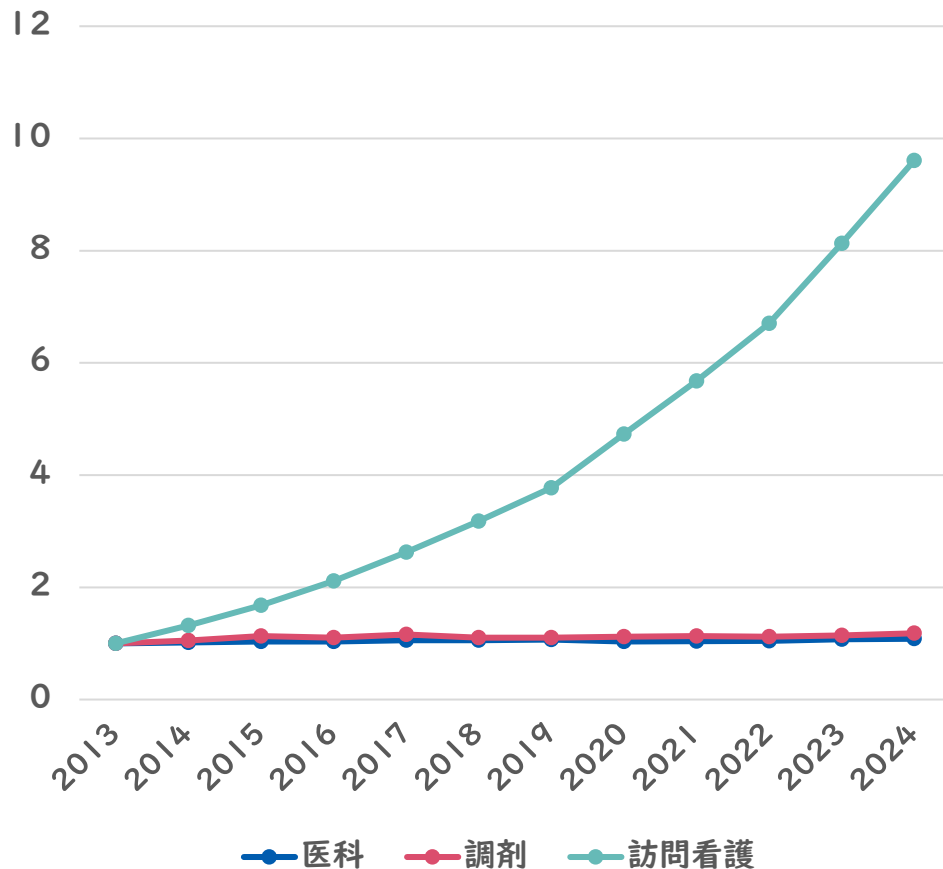
- 公費負担額については、医科・調剤は概ね横ばいで推移しているが、訪問看護は2013年以降増加し続け、2024年の額は、2013年と比べて約10倍となっている。

区別の総公費負担額

(億円)



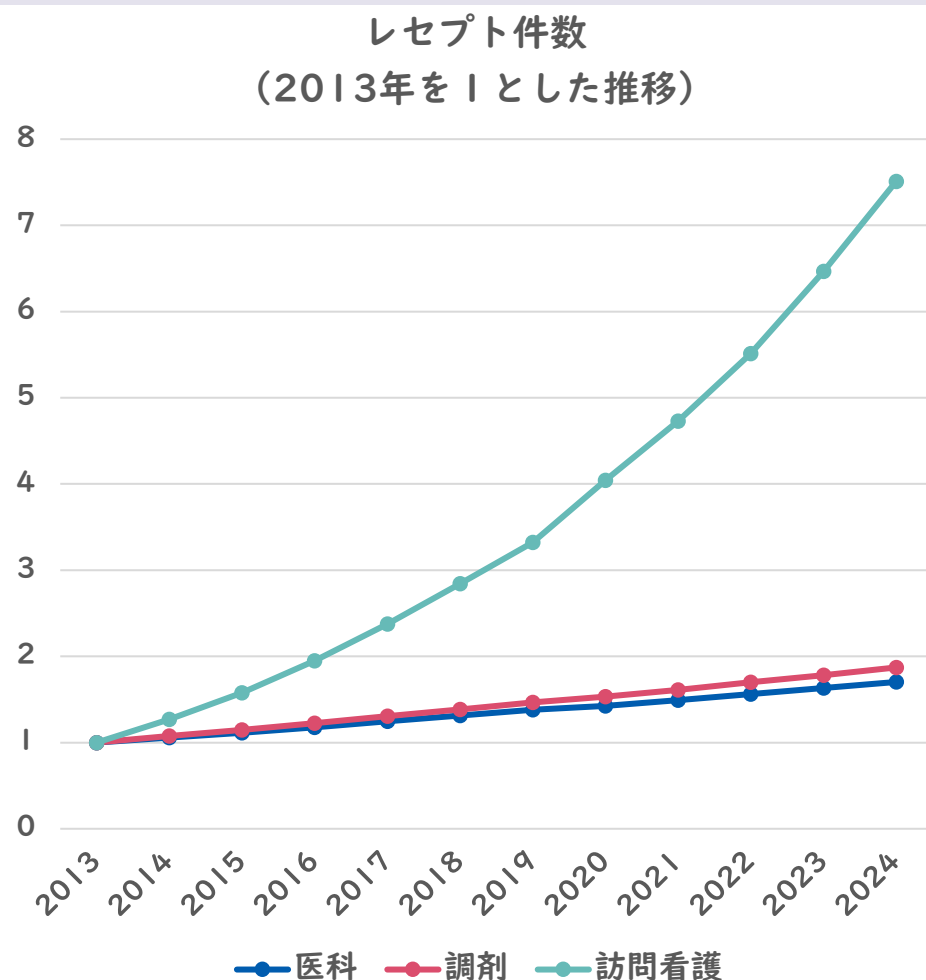
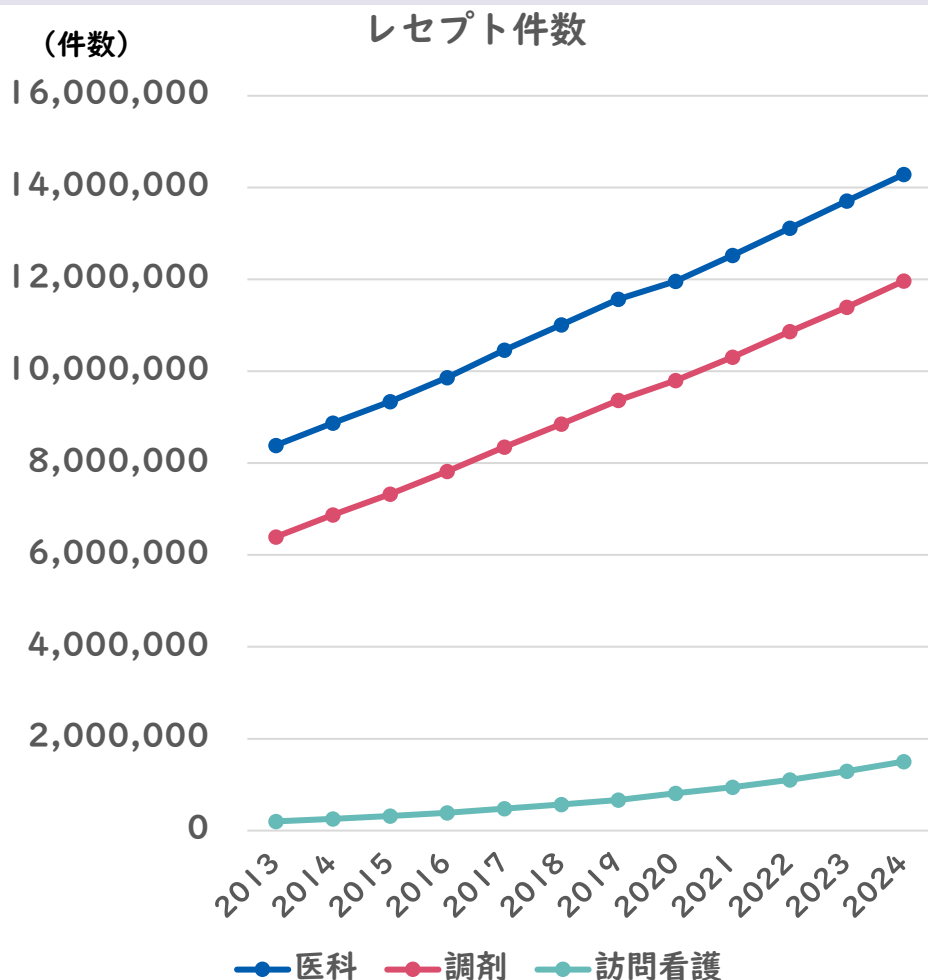
区別の総公費負担額
(2013年時を1とした推移)



※ 統計月報より作成。統計月報は、社会保険診療報酬支払基金の統計であり、国民健康保険等は含まれていない。

精神通院医療における医科・調剤・訪問看護のレセプト件数の年次推移

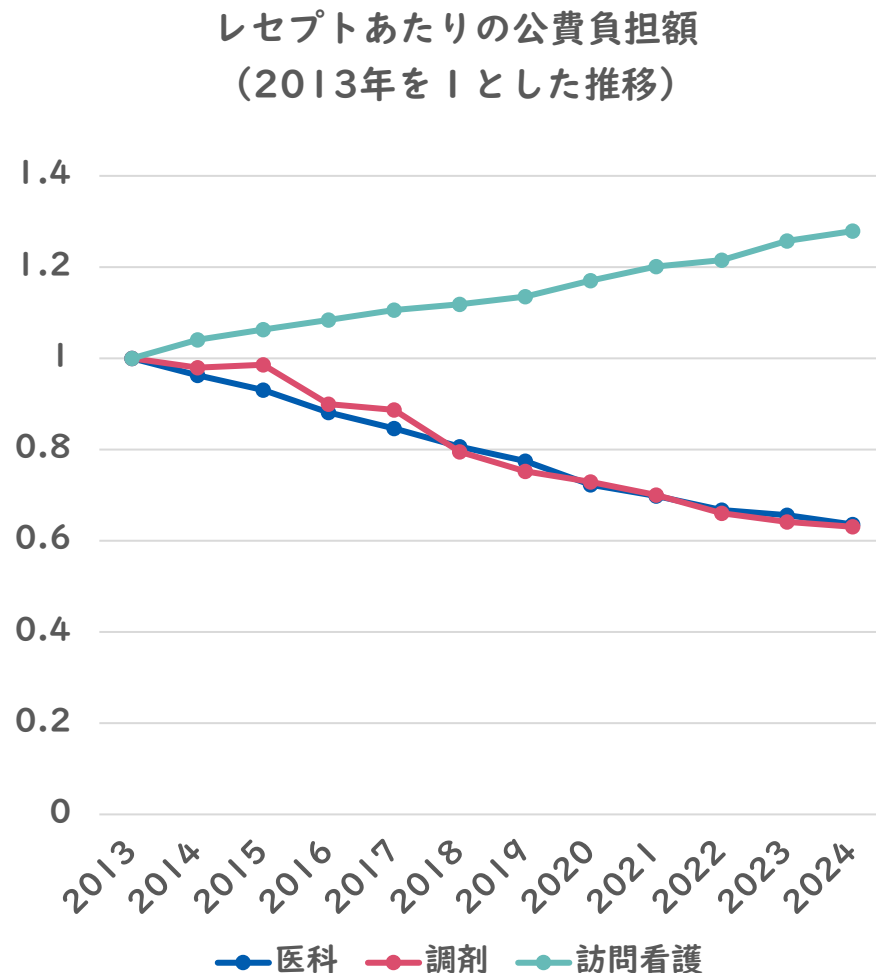
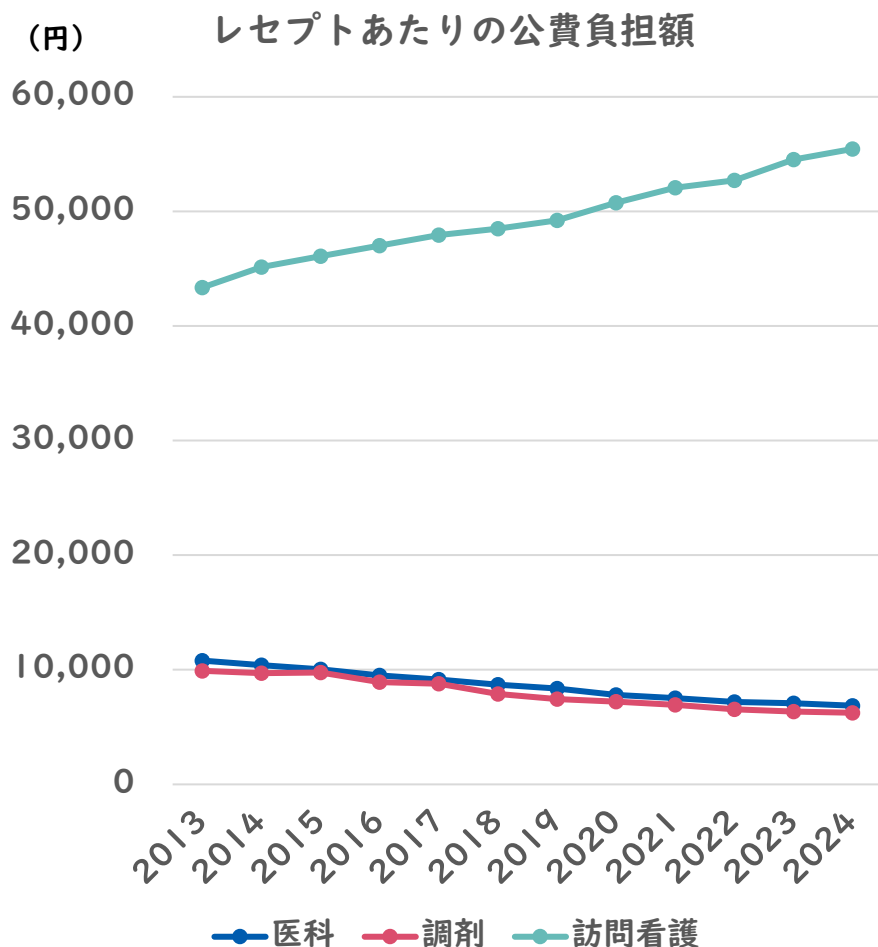
- レセプト件数については、医科、調剤、訪問看護のいずれも増加傾向であり、2013年と比較すると、医科、調剤は約2倍、訪問看護は約7.5倍となっている。



※ 統計月報より作成。統計月報は、社会保険診療報酬支払基金の統計であり、国民健康保険等は含まれていない。

精神通院医療における医科・調剤・訪問看護のレセプトあたりの公費負担額の年次推移

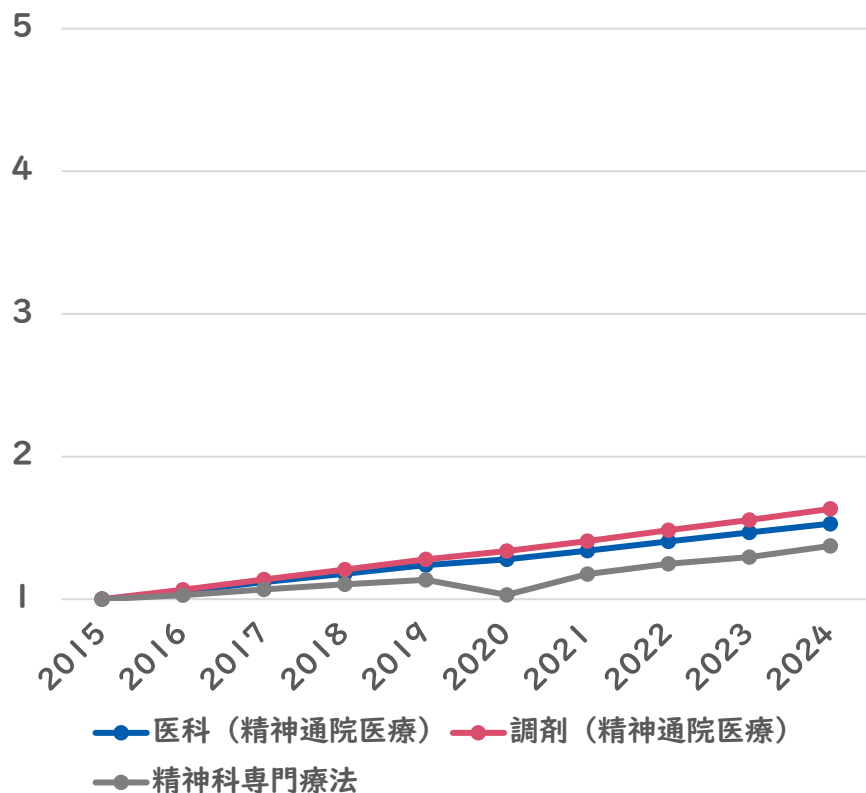
- レセプトあたりの公費負担額については、医科と調剤は減少傾向であり、2024年は2013年の約0.6倍となっている一方で、訪問看護は増加傾向であり、2024年は2013年の約1.3倍となっている。



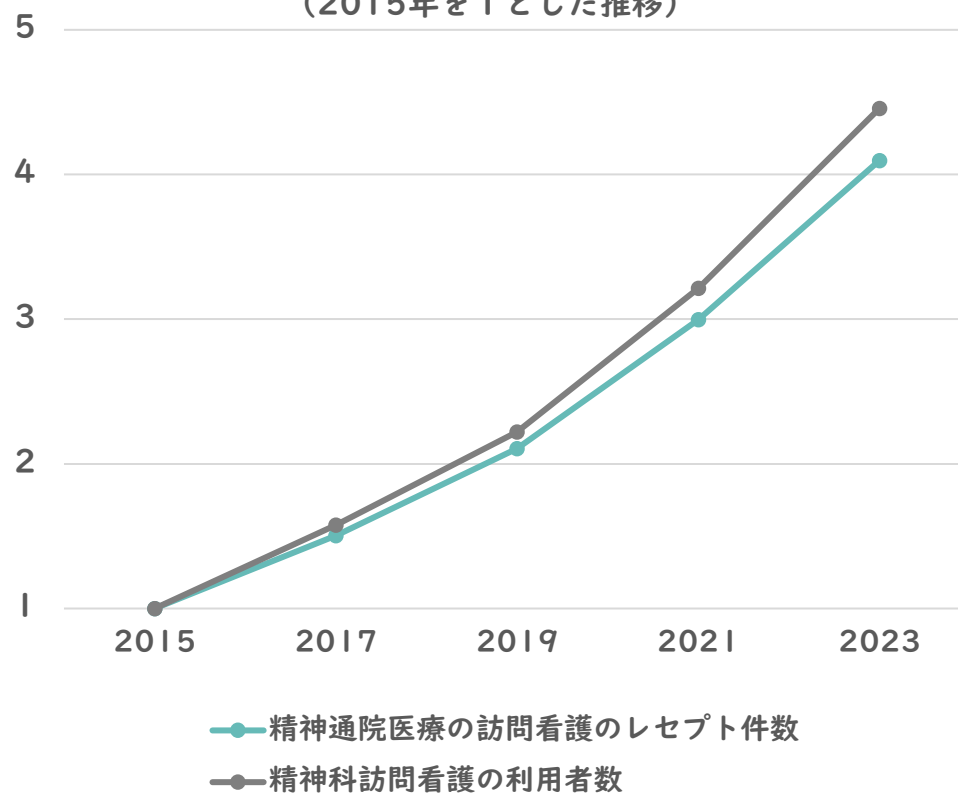
精神通院医療における医科・調剤・訪問看護のレセプト件数と精神科専門療法、精神科訪問看護の利用者の経年推移の比較

- 精神通院医療（医科・調剤）のレセプト件数の推移は、精神科専門療法のレセプト件数の推移と同様であり、精神通院医療（訪問看護）のレセプト件数の推移は、精神科訪問看護指示書の利用人数の推移と同様であった。

精神通院医療の医科・調剤のレセプト件数※¹と
精神科専門療法のレセプト件数※²の比較



精神通院医療の訪問看護のレセプト件数※¹と
精神科訪問看護の利用者数※³の年次推移
(2015年を1とした推移)



※¹ 統計月報より作成。統計月報は、社会保険診療報酬支払基金の統計であり、国民健康保険等は含まれていない。

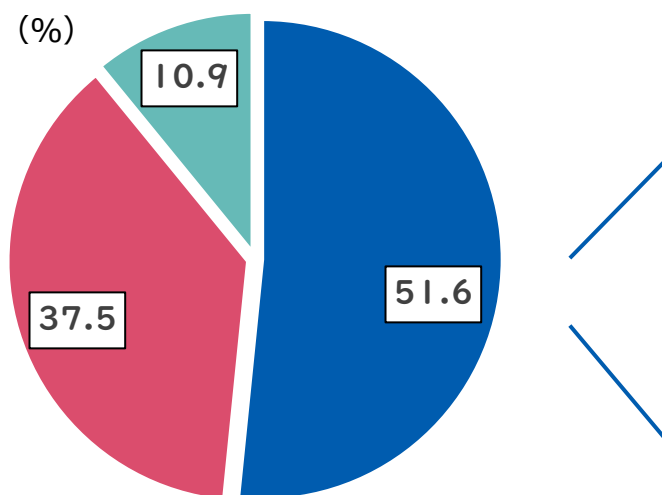
※² 社会診療行為別統計（各年8月審査分（令和5年以前は6月審査分））より作成。精神科専門療法（通院精神療法を含む医科診療報酬Iコード）を算定した入院外レセプト件数を集計した。

※³ 訪問看護療養費実態調査（各年6月審査分）より作成。訪問看護指示書と精神科訪問看護指示書両方の指示がある利用者は除いた精神科訪問看護の利用者数

精神保健福祉センターへの精神通院医療に関する調査結果※

- 精神通院医療の支給認定申請及び制度運用に関与している67の精神保健福祉センターのうち64センターから回答があり、疑義や違和感のある申請が「増加していると感じる」との回答が約52%と最も多く、「変わらない・減っているように感じる」との回答が約38%であった。

疑義や違和感のある申請の増減



- 増えていると感じる
- 変わらない・減っているように感じる
- わからない

※令和7年度障害者総合福祉推進事業「自立支援医療制度利用者における医療サービスの利用状況等の実態把握に向けた調査研究」（研究代表者：野田龍也）において実施

疑義や違和感のある申請の具体的なケース等

- 精神科以外の脳外科、小児科、神経内科からの申請が増えており、精神症状の記載方法を理解していない診断書が増えている
- 総合病院等で指定医療機関となっている場合、診断書作成科が精神科以外でも形式上は指定医療機関として取り扱われるため、医学的判断との整合性に疑義が生じることがある。
- 診断書から明らかに対象外と判断できる場合でも、不承認は行政処分であるため、十分な根拠が求められ、文書または電話による照会対応に多くの時間を要する。照会を重ねる中で、医療機関側が記載方法を学習し、形式的には制度の対象と読める診断書が提出されるようになる傾向がある。
- 身体治療が主体で精神科治療が行われていないにもかかわらず、認知症の診断により内科等から精神通院医療の申請がなされるケースがある。
- 投薬内容について、精神科外の処方、例えば高血圧等の身体合併症に対する薬剤のみが記載されている場合がある。
- 精神疾患以外の内科系治療薬を自立支援医療で処方している事例がある。
- 診断書にはデイ・ケアや訪問看護に対する主治医の指示の記載がないにもかかわらず、申請書でデイ・ケアや訪問看護を申請しているケースがある。
- 複数医療機関及び薬局の指定申請理由が、厚生労働省が定める理由と相違し、利便性のみを理由とする場合が比較的多い。

自立支援医療制度のサービス提供体制の実態把握に関する研究

研究代表者・研究期間

- 研究代表者：野田 龍也
- 研究期間：令和8年度～（3年間）

研究目的

- 精神通院医療を中心に、レセプトデータ等を用いて自立支援医療制度の利用者数、公費負担額を詳細に把握するとともに、医療費・調剤費・訪問看護費の経年的な増加の要因を解明する。
- 複数の都道府県や精神保健福祉センター長会等へのヒアリングを通じて、認定に係る判断基準や制度利用に係る医薬品の処方実態等を解明する。

方法

- 医療に関するレセプトデータ(NDB等)に匿名化されて格納されている、法別番号、受診者の傷病名、診療講師、都道府県などの地域情報、性、年齢階級などを用いて、疾患別・地域別の利用者数、公費負担額、医療費・調剤費・訪問看護費の基礎的な集計・可視化を行う。さらに、自立支援医療の専門家とデータベースの専門家にて、以降の詳細分析に向けた論点整理を行う。
- 医療費・調剤費・訪問看護費の経年的な増加要因について疾患構成、診療内容、医薬品処方、地域差の観点から分析する。
- 自立支援医療の審査実務に携わる自治体などの職員に対し、自立支援医療制度利用の状況を聴取するとともに、レセプトデータ分析の結果の解釈やその背景についての議論を行う。
- 複数の都道府県等を対象に、審査実務に関するヒアリング調査を実施し、認定判断基準や制度運用の実際、医薬品処方との関係について整理する。これらの質的情報を、レセプトデータ分析結果と突き合わせることで、数値の背後にある制度的・実務的要因の解釈を深める。

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

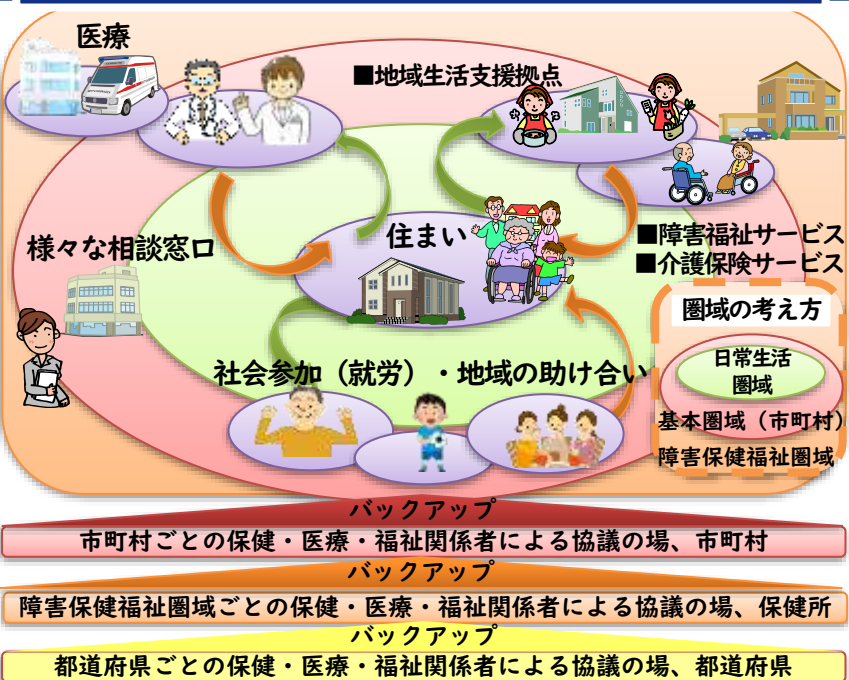
- 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
- 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
- 自殺対策（うつ病等）、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
- 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

精神疾患の医療体制（第8次医療計画後期（令和9年～11年）のポイント）

指針について

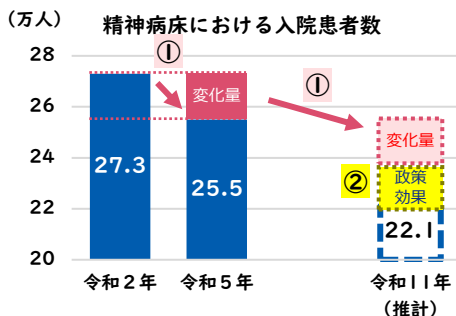
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点^①を踏まえた指針の見直しを行い、引き続き精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々^②の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・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 当初見直しの考え方を踏襲し、入院患者の年齢構成の変化等の要因と、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、引き続き4つの視点から、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とともに、指標例に非自発的入院の件数等を追加する。

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

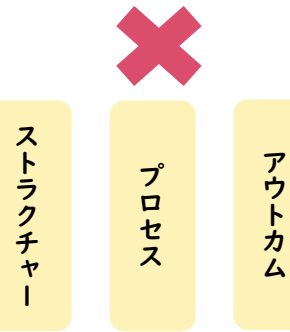
令和2年と令和5年の患者数から令和11年の患者数を推計し、基準病床数を設定する



- ① R2 ⇒ R5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。



指標例に、**非自発的入院の件数等を追加**する。

第8次医療計画後期（令和9年～11年）における指標例

	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
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科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	日本DPAT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
		早期診療体制充実加算を算定した医療機関数	● 認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	
		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	● 認知症ケア加算を算定した医療機関数	
	療養生活継続支援加算を算定した医療機関数	● 児童思春期支援指導加算を算定した医療機関数		
	精神科入院支援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		
		● 心理支援加算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		
		● 非自発的入院の件数（措置入院・緊急措置入院・応急入院・医療保護入院毎の件数）		
		● 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	●	精神科床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率		
	●	精神障害者の精神科床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)		
	●	精神科床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)		
	●	精神科床における新規入院患者の平均在院日数		

(●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

現状・課題

- 精神疾患を有する外来患者は、年齢層ごとに疾病構造が異なっている。また、在宅医療を利用している患者数は増加傾向であり、その多くは後期高齢の認知症患者である。
- 都道府県ごとの人口あたりの精神科を標榜する診療所数及び外来受療率は大きく異なっており、都道府県ごとに外来診療の状況が異なることが示唆される。
- 自立支援医療制度における精神通院医療については、近年、レセプト件数及び公費負担額が増加傾向であり、訪問看護の増加が顕著である。その上で、精神通院医療における訪問看護のレセプト件数等の推移は、精神科訪問看護指示書が出されている人数の推移と同様であるが、急増している訪問看護の要因については明らかではない。
- また、傷病別や年齢別等のレセプト分析等は十分にされておらず、精神科訪問看護を含む外来におけるサービス提供の実態も明らかではない。

論点

- 今後、精神科訪問看護を含む精神科の外来医療のレセプト分析等を行い、精神科訪問看護の急増の要因やサービス提供の実態にも着目しつつ、質の高い外来医療を目指すことについてどのように考えるか。

參考資料

精神科の外来需要の変化（推移）

東京都の推計外来患者数のピークは2040年である一方、それ以外の道府県の推計患者数は2023年以降減少し続ける。

	2023	2030	2035	2040	2045	2050
全国	243,800	234,748	227,347	219,334	210,892	202,326
北海道	15,000	14,135	13,459	12,742	12,000	11,269
青森県	3,000	2,757	2,549	2,341	2,133	1,932
岩手県	2,000	1,812	1,691	1,570	1,450	1,332
宮城県	3,700	3,519	3,398	3,263	3,117	2,964
秋田県	2,200	1,949	1,789	1,633	1,480	1,334
山形県	2,000	1,852	1,737	1,622	1,507	1,393
福島県	4,700	4,347	4,098	3,840	3,574	3,305
茨城県	3,600	3,414	3,282	3,141	2,996	2,851
栃木県	3,400	3,207	3,084	2,952	2,814	2,674
群馬県	4,400	4,174	4,016	3,848	3,673	3,497
埼玉県	9,500	9,392	9,231	9,039	8,832	8,624
千葉県	7,400	7,291	7,170	7,028	6,873	6,714
東京都	22,900	23,388	23,568	23,647	23,607	23,471
神奈川県	11,300	11,220	11,085	10,909	10,704	10,485
新潟県	4,000	3,712	3,503	3,291	3,078	2,867
富山県	2,500	2,384	2,271	2,155	2,039	1,927
石川県	2,200	2,051	1,978	1,899	1,818	1,740
福井県	1,700	1,616	1,545	1,470	1,394	1,318
山梨県	1,900	1,821	1,739	1,655	1,570	1,486
長野県	6,100	5,810	5,576	5,335	5,089	4,841
岐阜県	3,400	3,167	3,017	2,864	2,709	2,555
静岡県	5,700	5,485	5,271	5,048	4,817	4,583
愛知県	13,800	13,589	13,340	13,042	12,709	12,351

	2023	2030	2035	2040	2045	2050
三重県	3,700	3,553	3,403	3,246	3,085	2,923
滋賀県	2,700	2,642	2,585	2,514	2,434	2,348
京都府	8,300	8,045	7,768	7,458	7,141	6,830
大阪府	18,900	18,225	17,641	17,009	16,351	15,688
兵庫県	11,100	10,651	10,275	9,868	9,447	9,020
奈良県	1,700	1,615	1,530	1,440	1,350	1,264
和歌山県	1,700	1,563	1,470	1,376	1,283	1,194
鳥取県	1,700	1,583	1,508	1,432	1,354	1,277
島根県	2,000	1,891	1,803	1,715	1,626	1,541
岡山県	3,500	3,336	3,220	3,095	2,966	2,840
広島県	8,100	7,723	7,451	7,163	6,868	6,577
山口県	3,400	3,093	2,914	2,733	2,557	2,390
徳島県	1,700	1,600	1,502	1,401	1,300	1,202
香川県	2,400	2,257	2,162	2,064	1,965	1,868
愛媛県	2,000	1,853	1,754	1,654	1,553	1,455
高知県	2,100	1,909	1,783	1,658	1,534	1,416
福岡県	12,000	11,774	11,530	11,238	10,910	10,570
佐賀県	2,200	2,113	2,024	1,933	1,839	1,745
長崎県	2,200	2,004	1,878	1,751	1,625	1,503
熊本県	3,900	3,730	3,584	3,434	3,276	3,117
大分県	1,700	1,567	1,496	1,423	1,350	1,279
宮崎県	2,100	1,958	1,868	1,777	1,685	1,593
鹿児島県	3,200	2,953	2,811	2,671	2,529	2,388
沖縄県	5,100	5,018	4,990	4,947	4,881	4,785

※2 2023年の値は、患者調査の推計外来患者数（患者所在地）より作成
 2030年以降の値は将来推計人口×患者調査（令和5年）における外来受療率により算出
 将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を使用

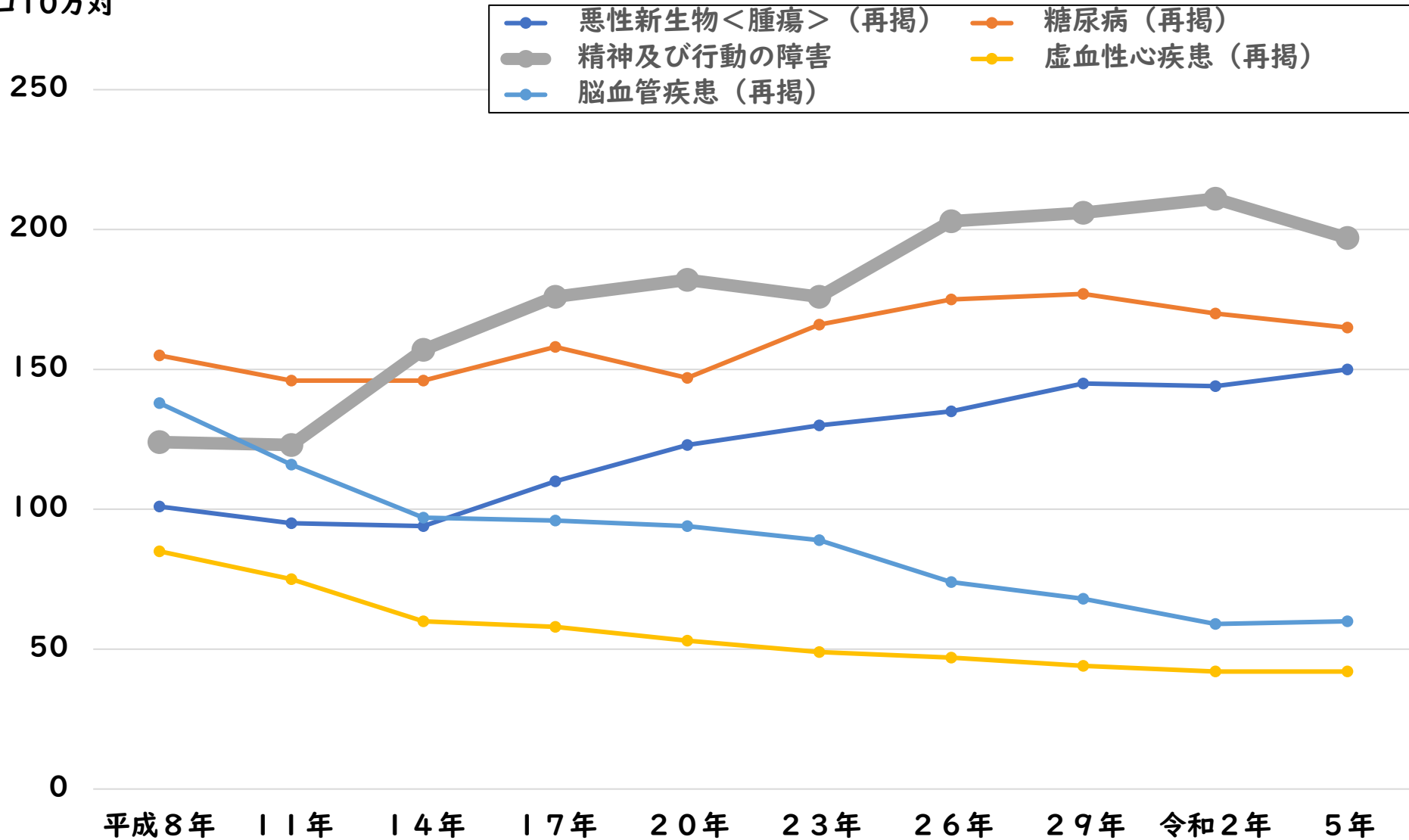
(参考) 外来受療率の変化

令和7年
8月20日

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

資料
2

人口10万対



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

精神科デイ・ケア等の概要

	届出病院数※1	届出診療所数※1	算定回数※2
<p>○精神科デイ・ケア</p> <p>精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。</p>	1,001	431	6,753,561
<p>○精神科ナイト・ケア</p> <p>精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき4時間を標準とする。</p>	121	112	158,963
<p>○精神科デイ・ナイト・ケア</p> <p>精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。</p>	292	123	1,898,507
<p>○精神科ショート・ケア</p> <p>精神疾患を有する者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき3時間を標準とする。</p>	892	460	1,529,651

※1 精神保健福祉資（令和6年度）参照。届出病院数は精神病床を有する全病院、届け出診療所数は精神科診療所のうち該当の届出有りの数を記載。

※2 第11回NDBオープンデータ参照。該当の診療行為の算定回数を足しあげたものを記載。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(1) 統合失調症

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受領している統合失調症の総患者数は約89万人(うち入院患者数は約13万人であり、その中で1年以上長期入院患者数は約9.2万人)である。長期入院患者(認知症を除く)を対象とした全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)を対象とした全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、治療法の普及や、精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域移行へのさらなる移行が期待されている。

【政策動向】

厚生労働省は、難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法(mECT等)等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、平成26年度から平成29年度にかけて、難治性精神疾患地域連携体制整備事業(モデル事業)を実施した。大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県などが参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数などの一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。また、令和3年度からは、治療抵抗性統合失調症の投与基準を緩和するなど、病状を軽快させる治療法の普及を推進している。さらに、主治医と相談しながら、症状に合わせ、必要な治療を地域で継続できる体制を整備していくため、令和4年度診療情報改定において、精神科外来への通院および重点的な支援を要する患者に対して、多職種による包括的支援マネジメントに基づいた相談・支援等を実施した場合についての評価として、療養生活継続支援加算を新設した。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連携・多施設連携を推進するために、地域連携拠点機能および都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法が必要なときに必要な場所で受けられるように、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築する必要がある。また、都道府県で統合失調症について検討するに当たっては、「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」、「統合失調症を入院治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」および「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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(2) うつ病・躁うつ病

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は約159万人(うち入院患者数は約2.7万人)である。

【政策動向】

厚生労働省は、平成23年度より「認知行動療法研修事業」として、認知行動療法の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。また、平成20年度より「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、一般内科医等かかりつけ医を対象に研修を実施している。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、うつ病・躁うつ病の患者に認知行動療法やmECTが実施できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病に対応できる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必要がある。この際、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。なお、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、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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状より抜粋 (「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)

(3) 認知症

【患者動態】

我が国における認知症高齢者の数は、調査研究による推計では、令和4(2022)年の認知症の高齢者数は約443万人、軽度認知障害(MCI)の高齢者数は約559万人と推計され、その合計は1,000万人を超え、高齢者の約3.6人に1人が認知症又はその予備群といえる状況にある。令和22(2040)年には、その人数が約1,200万人になると推計されている。なお、令和5年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は98.9万人であり、うち入院患者数は7.6万人である。

【政策動向】

共生社会の実現を推進するための認知症基本法(令和5年法律第65号。以下「認知症基本法」という。)に基づき認知症施策を推進するため、令和6年12月3日、認知症施策推進基本計画が閣議決定された。認知症施策推進基本計画においては、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になっても、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという「新しい認知症観」に基づき、本人とその家族等の参画を得て、意見を聴き、対話しながら、共に認知症施策の立案等を行っていくことを求めている。認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見、診断、治療、診断後支援のためには、地域の関係機関の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センター、地域支援体制づくりや認知症の人や家族等の相談対応等も行う認知症地域支援推進員及び認知症の人の日常診療・相談を担うかかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気づいて本人が安心して暮らしていけるように適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等を支援に繋げるように努めること。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重要である。さらに日常的に連携機能を有する歯科医療機関や薬局等も、認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導、高齢者のポリファーマシー対策を始めとした薬物療法の適正化のための取組を推進すること。医療従事者の認知症対応力の向上のために、平成18年度より、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担うかかりつけ医の認知症対応力向上研修を実施し、令和6年度末時点で85,216人が受講している。さらに専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として養成される認知症サポート医は、令和6年度末時点で15,237人が養成されている。認知症対応力向上研修については、徐々に受講対象職種を拡大し、令和6年度末時点で歯科医師31,943人、薬剤師61,709人、看護師等38,485人、病院勤務の医療従事者230,254人、病院勤務以外の看護師等11,586人が受講している。今後も、認知症の人に関わる医療従事者の研修を進めていくこと。

【医療提供体制に関する検討課題】

認知症医療・介護に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史などを持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要である。第8次医療計画においては、認知症は誰もがなりうるものであるという前提の下、本人主体の医療・介護の原則が、その提供に携わる全ての者にとって、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の類型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく必要がある。そのためには、認知症施策推進基本計画や介護保険事業(支援)計画との整合性を図りつつ、地域の実情に応じた医療提供体制の整備、具体的には、早期の診断・治療や行動・心理症状(BPSD)への対応等を含む更なる認知症対応力の向上、多職種連携・多施設連携の推進のための地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化等を図る必要がある。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は約66万人である。また、令和5年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法(平成16年法律第167号)に規定する発達障害(F80-F89, F90-F98)の総患者数は約66万人である。

【政策動向】

厚生労働省は、平成13年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師等を対象に「児童・思春期精神保健研修」を行っている。また、平成20年度より、様々なこどもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、「こどもの心の診療ネットワーク事業」を実施しており、令和6年度時点で、21自治体で実施されている。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定した医療機関、20歳未満の精神疾患を有する患者への入院・外来診療を行っている医療機関等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関や、発達障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患や発達障害に対応できる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必要がある。この際、「思春期精神保健研修」や「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を活用すること。なお、都道府県で児童・思春期精神疾患及び発達障害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、「児童思春期支援指導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」、「20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数」、「知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「知的障害を外来診療している医療機関数」、「発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「発達障害を外来診療している医療機関数」、「児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数」、「20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数」、「20歳未満の精神疾患外来患者数」、「知的障害の精神病床での入院患者数」、「知的障害外来患者数」、「発達障害の精神病床での入院患者数」及び「発達障害外来患者数」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(5) ① アルコール依存症

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症の総患者数は約7.5万人である。

【政策動向】

平成26年6月1日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）に基づき、令和8年3月27日にアルコール健康障害対策推進基本計画（第3期（令和8年度から令和12年度まで））が閣議決定された。本計画で取り組む施策として、都道府県等において、アルコール健康障害に対応できる専門医療機関の質的・量的拡充に向けて、取組を進めると明記されている。厚生労働省は、平成29年度より国立病院機構久里浜医療センターを全国拠点機関として指定し、地域において依存症の治療に当たる医療従事者や相談対応に当たる職員等を対象とした研修や、依存症に関する情報発信等を行う「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策地域支援事業」を実施している。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存症に対応できる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必要がある。この際、「アルコール健康障害対策推進基本計画」を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。なお、都道府県でアルコール依存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、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症入院医療管理加算（アルコール依存症）を算定した精神病床を持つ病院数」、「依存症集団療法（アルコール依存症）を外来で算定した医療機関数」、「アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「アルコール依存症を外来診療している医療機関数」、「依存症入院医療管理加算（アルコール依存症）を算定した患者数」、「依存症集団療法（アルコール依存症）を外来で実施した患者数」、「アルコール依存症の精神病床での入院患者数」、「アルコール依存症外来患者数」及び「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」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(5) ② 薬物依存症

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は約5千人である。

【政策動向】

平成28年12月14日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律(平成28年法律第104号)に基づき、令和5年3月17日に第二次再犯防止推進計画が閣議決定された。本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。厚生労働省は、平成29年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策地域支援事業」を実施している。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存症に対応できる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必要がある。この際、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。なお、都道府県で薬物依存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、「依存症専門医療等機関(依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関)数」、「依存症入院医療管理加算(薬物依存症)を算定した精神病床を持つ病院数」、「依存症集団療法(薬物依存症)を外来で算定した医療機関数」、「薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「薬物依存症を外来診療している医療機関数」、「依存症入院医療管理加算(薬物依存症)を算定した患者数」、「依存症集団療法(薬物依存症)を外来で実施した患者数」、「薬物依存症の精神病床での入院患者数」、「薬物依存症外来患者数」及び「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」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(5) ③ ギャンブル等依存症

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は約2千人である。

【政策動向】

平成30年10月に施行されたギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）に基づき、令和7年3月21日に閣議決定されたギャンブル等依存症対策推進基本計画（令和7年度から令和9年度まで）では、できるだけ早期に、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。厚生労働省は、平成29年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策地域支援事業」を実施している。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存症に対応できる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必要がある。この際、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。なお、都道府県でギャンブル等依存症について検討するに当たっては、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症集団療法（ギャンブル依存症）を外来で算定した医療機関数」、「ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関」、「依存症集団療法（ギャンブル依存症）を外来で実施した患者数」、「ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数」、「ギャンブル等依存症外来患者数」及び「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」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(6) 外傷後ストレス障害(PTSD)

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療しているPTSDの総患者数は約1.2万人である。

【政策動向】

厚生労働省は、平成8年より災害・事件・事故等によるPTSDへの心のケアの重要性に鑑みて、PTSDの専門家を養成するために「PTSD対策専門研修」を行っている。令和3年3月に策定された第5次犯罪被害者等基本計画（令和8年3月17日閣議決定）では、被害者へ心のケアを提供することの重要性が明記されている。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、PTSDに対応できる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必要がある。なお、都道府県でPTSDについて検討するに当たっては、「PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数」、「PTSDを外来診療している医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「心理支援加算を算定した医療機関数」、「PTSDの精神病床での入院患者数」、「PTSD外来患者数」及び「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(7) 高次機能障害

【患者動態】

「令和4年生活のしづらさなどに関する調査」では、高次脳機能障害者は、全国に約23万人いると推計されている。

【政策動向】

厚生労働省は、平成18年度より高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。支援拠点機関は、令和7年4月時点で、全国に126か所整備している。また、令和5年度より、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する地域支援ネットワーク構築促進事業」を地域生活支援促進事業として実施している。高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化する。さらに、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築し、切れ目のない充実した支援体制の促進を図る。なお、令和7年12月に高次脳機能障害者支援法（令和7年法律第96号）が成立し、令和8年4月1日に施行された。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる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必要がある。この際、「高次脳機能障害者支援事業」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害者支援センター」を活用すること。なお、都道府県で高次脳機能障害について検討するに当たっては、「高次脳機能障害者支援センター数」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(8) 摂食障害

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は約2.3万人である。

【政策動向】

厚生労働省は、平成26年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では令和7年度末において、宮城県、栃木県、千葉県、東京都、富山県、石川県、福井県、長野県、静岡県、福岡県の10県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害支援拠点病院」として指定し、摂食障害支援拠点病院と県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族等への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「摂食障害全国支援センター」として指定し、摂食障害支援拠点病院の指導・助言、摂食障害支援拠点病院で集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、摂食障害に対応できる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必要がある。この際、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」の取組を参考にしつつ、「摂食障害支援拠点病院」を活用すること。なお、都道府県で摂食障害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、「摂食障害支援拠点病院数」、「摂食障害入院医療管理加算を算定した病院数」、「摂食障害を外来診療している医療機関数」、「摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「摂食障害入院医療管理加算を算定した患者数」、「摂食障害の精神病床での入院患者数」、「摂食障害外来患者数」、「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」及び「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」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(9) てんかん

【患者動態】

令和5年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は約47万人である。

【政策動向】

厚生労働省は、てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、平成27年度よりてんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では、令和7年度末において、31都道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかん支援拠点病院と都道府県等との協働により、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、地域の医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関等との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催等の取組を行っている。また、それぞれのてんかん支援拠点病院に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん全国支援センター」として指定し、各支援拠点病院の指導・助言、てんかん支援拠点病院で集積されたデータの分析・評価等を行っている。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、てんかんに対応できる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必要がある。この際、「てんかん地域診療連携体制整備事業」の取組を参考にしつつ、「てんかん支援拠点病院」を活用すること。なお、都道府県でてんかんについて検討するに当たっては、「てんかん支援拠点病院数」、「てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数」、「てんかんを外来診療している医療機関数」、「てんかんの精神病床での入院患者数」、「てんかん外来患者数」及び「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」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(10) 精神科救急

【基本情報】

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく令和5年度の夜間・休日の受診件数は約3.3万件（人口100万人あたり1日0.74件）、入院件数は約1.8万件（同0.39件）となっている。また、消防庁の調査では、令和5年中の疾病分類別収容平均所要時間（覚知から医師引継ぎまでに要した時間）において、全体の平均が45.6分であったのに対して、精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は48.9分と長かった。

【政策動向】

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、身体疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。あわせて、厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業の実施要綱に基づき、精神科救急医療圏域単位で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の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に対応できる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必要がある。さらに、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必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」の精神科救急医療施設（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を活用すること。なお、都道府県で精神科救急について検討するに当たっては、別表5に示す指標に関連して、「精神科救急医療機関数」、「精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数」、「精神科救急医療体制整備事業における入院件数」、「精神科救急医療体制整備事業における受診件数」及び「精神疾患の救急車平均搬送時間」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(11) 身体合併症

【基本情報】

身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。

【政策動向】

厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業において、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を都道府県に求めている。また、令和3年1月に取りまとめられた「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書では、身体合併症対応の充実を図る観点から、一般の救急医療機関に搬送等された精神障害を有する方等及び地域住民の対応について、対診や訪問、電話等による助言等を行う取組が可能となるよう必要な体制整備を図る必要があるとともに、精神科救急医療体制整備に関わる関係団体、精神科病院や精神科診療所は、一般の救急医療体制における会議体へ参画し、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要があるとしている。加えて、精神科病院においては、入院患者の高齢化に伴って、生活習慣病等の身体合併症への対応を要する慢性期の患者が多くなってきている実態があるため、慢性期の身体合併症を中心に、より一層内科医等が関わりながら対応できる体制の構築や、慢性期の身体合併症では特に高い専門性が求められる透析、緩和ケア等について、対応する医療機関の明確化を図るとともに、精神科医療機関及び精神科以外の医療機関との連携体制の構築を進めていく必要がある。

【医療提供体制に関する検討課題】

精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が重要である。第8次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる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必要がある。このような内容を検討する際には、地域における議論の場等（地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。）を活用すること。また、新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症について、定期的に外来を受診又は在宅医療を受けている精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合や、精神病床に入院した患者が新興感染症に罹患した場合等に対応が可能な医療機関を明確にする必要がある。なお、都道府県で身体合併症について検討するに当たっては(10)精神科救急で挙げた指標例に加え、「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」、「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」、「精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数」、「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」、「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」及び「精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(12) 自殺対策

【基本情報】

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は平成10年から14年連続して年間3万人を超えて推移していたが、平成22年に減少に転じて以降10年連続で減少した。その後、新型コロナウイルス感染症の影響下にあった令和2年以降は一時、緩やかな増加傾向となったが、令和6年には前年を下回り、令和7年の自殺者数は19,188人と、対前年比では更に1,132人(約5.6%)の減少となった。男女別にみると、男性は2年連続の減少、女性は3年連続の減少となり、小中高生は538人と過去最多となった8。また、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、10～29歳の各年代の死因の第1位は自殺となっている。

【政策動向】

政府では、「自殺対策基本法」(平成18年法律第85号)及び「第4次自殺総合対策大綱」(令和4年10月14日閣議決定)に基づき、自殺総合対策を推進している。また、令和4年の小中高生の自殺者数が、当時、過去最多になったこと等を踏まえ、令和5年6月に、自殺リスクの早期発見からの確な対応に至る総合的な対応に関する「こどもの自殺対策緊急強化プラン」を策定した。さらに、こどもの自殺の状況に関する極めて深刻な状況に対処するため、令和7年6月に、基本理念にこどもに係る自殺対策を社会全体で取り組むことを明記するとともに、こどもに係る必要な情報交換や対応等の協議を行う協議会を置くことができる規定を追加するなどの、こどもに係る自殺対策を推進するための体制整備・措置等を定めた「自殺対策基本法の一部を改正する法律」(令和7年法律第64号)が成立し、令和8年4月1日に全面施行された。これらに基づき、関係省庁一丸となって、こどもを含む自殺対策を推進することとしている。厚生労働省は、平成20年度より「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施しており、さらに、平成30年度からは自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業を開始している。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、自殺対策に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、自殺対策に対応できる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必要がある。加えて、以下の2点について留意されたい。① 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ること。② 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進すること。なお、都道府県で自殺対策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、「救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数」、「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」、「救急患者精神科継続支援料を算定した患者数」及び「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」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。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針 第1 精神疾患の現状 より抜粋 (「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)

(14) 医療観察法における対象者への医療

【基本情報】

平成17年7月の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110号。以下「医療観察法」という。)施行から令和6年12月末までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は4,613件、通院処遇決定は747件となっている。令和8年4月1日時点における入院者数は749名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等(F2)が約83.2%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害(F1)及び気分障害(F3)が約12.1%である。

【政策動向】

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で800床程度、指定通院医療機関は各都道府県の人口100万人当たり2～3か所程度、全国で382か所を目標として整備を進めてきた。令和8年4月1日時点における指定入院医療機関は全国で35か所、予備病床を含めて856床と目標を達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。また、令和8年4月1日時点における指定通院医療機関は全国で750か所(644病院、106診療所)あり、必要数を満たしているが、引き続き、対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保していく必要がある。平成24年度より、指定入院医療機関の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ため、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、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「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」を実施している。

【医療提供体制に関する検討課題】

第8次医療計画においては、医療観察法に基づく通院医療に対応できる医療機関を明確にするとともに、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要がある。なお、都道府県で医療観察法における対象者への医療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、「指定通院医療機関数」及び「指定通院医療機関の患者数」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。

自立支援医療制度（精神通院医療）の概要

根拠法および概要

根拠法	： 障害者総合支援法
概要	： 障害者（児）が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な心身の障害の状態を軽減するための医療（保険診療に限る。）について、当該医療費の自己負担額を軽減するための公費負担医療制度 ※ 所得に応じ1月あたりの自己負担上限額を設定（月額総医療費の1割がこれに満たない場合は1割） ※ 保険優先のため、通常、医療保険の自己負担分（3割）と上記の自己負担上限額の差額分を自立支援医療費により支給
実施主体	： 都道府県・指定都市
負担割合	： 国1/2，都道府県・指定都市1/2
支給決定件数	： 2,666,159件 ※令和6年度

精神通院医療の対象となるもの

精神保健福祉法第5条に規定する精神疾患（てんかんを含む。）を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者

精神通院医療の対象医療範囲

精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して病院又は診療所に入院しないで行われる医療とする。ここで、当該精神障害に起因して生じた病態とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態とし、指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師（てんかんについては、てんかんの医療を担当する医師）によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態とする。ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。また、結核性疾患は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。また、症状が殆ど消失している患者であっても、障害の程度が軽減している状態を維持し、又は障害の再発を予防するために入院によらない治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

（対象となる医療の例）精神科専門療法、訪問看護

自立支援医療制度の対象疾患について

状態	診断	徴候	対象となる状態像
躁および抑うつ状態	気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、統合失調感情障害など	気分の高揚、多弁、多動、あるいは気分の沈み、意欲減退、妄想など	精神病、あるいはそれと同等の病態
幻覚妄想状態	統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害など	幻覚、妄想、させられた意見、思考形式の障害など	同上
精神運動興奮および昏迷の状態	統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害など	滅裂思考、拒絶、緘黙、あるいは運動性が著しく低下した昏迷状態など	同上
統合失調等残遺状態	統合失調症、統合失調型障害、精神作用物質による精神および行動の障害などの慢性期、あるいは寛解期など	感情の平坦化、自発語の減少、社会生活能力の著しい低下など	同上
情動および行動の障害	成人の人格および行動の障害、症状性を含む器質性精神障害、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、精神遅滞、心理的発達の障害など	易怒性、爆発性、あるいは暴力、衝動行為、食行動の異常など	同上
不安および不穏状態	統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害、症状性を含む器質性精神病、精神作用物質による精神および行動の障害、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害など	強度の不安・恐怖感、脅迫体験、不安の身体化など	同上
けいれんおよび意識障害（てんかん等）	てんかん、症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神および行動の障害、解離性障害など	てんかん発作、もうろう状態、意識障害など	症状が挿間性に発現
精神作用物質の乱用、依存等	精神作用物質による精神および行動の障害のうち、精神作用物質の有害な使用、依存症候群、精神病性障害など	アルコールや薬物の乱用・依存による幻覚、妄想、情動障害など	同上、あるいは通院治療を本人が希望
知能障害等	精神遅滞及び認知症	知的障害や認知症に伴う易怒性、気分変動、暴力、衝動行為など	特になし

精神通院医療における指定自立支援医療機関の審査について

第2 審査（確認）

審査（確認）については、次に掲げる事項を満たしているかどうかを判断するものとする。

1. 指定自立支援医療機関（精神通院医療）療養担当規程（平成18年厚生労働省告示第66号。以下「療担規程」という。）に基づき、懇切丁寧な自立支援医療が行える医療機関又は事業所であること。
2. 患者やその家族の要望に応じて、各種医療・福祉制度の紹介や説明、カウンセリングの実施等が行える体制が整備されていること。また、病院及び診療所にあつては、自立支援医療を行うため、担当しようとする精神医療について、その診断及び治療を行うに当たって、十分な体制を有しており、適切な標榜科が示されていること。
3. 病院及び診療所にあつては、指定自立支援医療を主として担当する医師が、次に掲げる要件を満たしている保険医療機関であること。ただし、当該保険医療機関における精神障害を有する者に対する医療の体制、当該保険医療機関の地域における役割等を勘案し、指定自立支援医療機関として指定することが適当であると認められる病院又は診療所については、（1）のみを満たしていればよいこととする。
 - （1）当該指定自立支援医療機関に勤務（非常勤を含む。）している医師であること。
 - （2）保険医療機関における精神医療についての診療従事年数が、医籍登録後通算して、3年以上あること。また、精神医療についての診療従事年数には、てんかんについての診療を含み、臨床研修期間中に精神医療に従事していた期間も含むものであること。
4. 薬局にあつては、複数の医療機関からの処方せんを受け付けている保険薬局であり、かつ、十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。なお、新規開局する保険薬局にあつては、当該薬局における管理者（管理薬剤師）が過去に他の指定自立支援医療機関において、管理者（管理薬剤師）としての経験を有している実績があり、かつ、当該薬局に十分な調剤実務経験のある薬剤師を有していること。
5. 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）にあつては、療担規程に基づき、適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために、必要な職員を配置していること。

精神通院医療の支給認定から請求までのフロー

- ・患者は指定医療機関より診断書を取得し、世帯の所得が確認できる資料を申請書に添付の上、市区町村長に提出する
- ・都道府県知事は市町村を通じて申請書を受理し、精神通院医療の要否について精神保健福祉センターにおいて判定する
- ・都道府県知事は審査および支払を社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に委託する。
- ・指定医療機関は自立支援医療費を請求し、審査を経て支払われる。

