

精神医療に関する地域医療構想について

厚生労働省
医政局 地域医療計画課
障害保健福祉部 精神・障害保健課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- **2040年に向けた地域医療構想の概要**
- これまでの精神保健医療福祉の経緯
- 本ワーキンググループの進め方

地域医療構想について

- 地域医療構想は、都道府県が、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制を確保するため、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて策定するもの。
- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取組を進める。

具体的な取組

- 医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ、**構想区域を設定**。
- **医療機関機能報告等**に基づき、都道府県及び各構想区域に設置する**地域医療構想調整会議**において、地域ごとの**医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能、専門等機能）**の確保や医療機関機能を踏まえた**医療機関間の役割分担等**について、**地域の関係者による協議を実施**。
- 地域医療構想の取組による効果等を踏まえた、構想区域ごとに、機能区分（高度急性期・急性期・**包括期**・慢性期）別の**2040年の病床の必要量（必要病床数）を推計**。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**を活用し、**病床の機能分化・連携**に加え、**医療機関の連携・再編・集約化**に向けた取組を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、**医療法に定められている権限の行使を含めた役割**を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

地域医療構想及び医療計画の策定の枠組み

【医療法第30条の3第1項】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

即して
定める

国（厚生労働大臣）

都道府県

地域医療構想

【医療法第30条の3の3第12項】

厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法
その他地域医療構想の作成上重要な技術的事
項について、必要な助言をすることができる。

【地域医療構想策定ガイドライン】

【医療法第30条の3の3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、地域医療構想を定める。

【地域医療構想】

- 将来の医療提供体制の基本的な方向
- 構想区域
- 将来の医療機関機能の見通し
- 将来の病床数の必要量
- 医療機関機能・病床の機能の分化及び連携の推進
- 外来医療及び在宅医療に係る医療提供体制の確保、
医療と介護の連携、医療従事者確保
- 医療機関機能・病床の機能に関する情報提供の推進

即して定める

医療計画

【医療法第30条の8第1項】

厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その
他医療計画の作成上重要な技術的事項につい
て、必要な助言をすることができる。

【医療計画作成指針】

【疾病・事業及び在宅医療に係る 医療体制構築に係る指針】

【医療法第30条の4第1項】

都道府県は、基本方針及び地域医療構想に即して、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
 - ・ 新興感染症等の感染拡大時における医療
 - ・ その他特に必要と認める医療
- 外来医療の提供体制の確保
（外来医療計画）
- かかりつけ医機能の確保
- 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

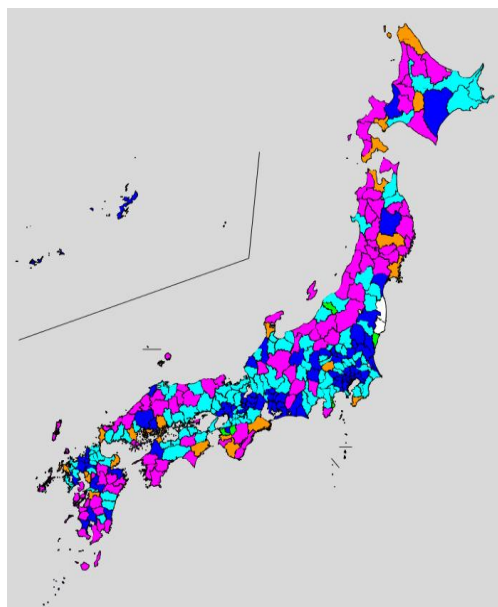
2040年頃に向けた医療の課題

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要

○ 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

○ こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

＜入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）＞



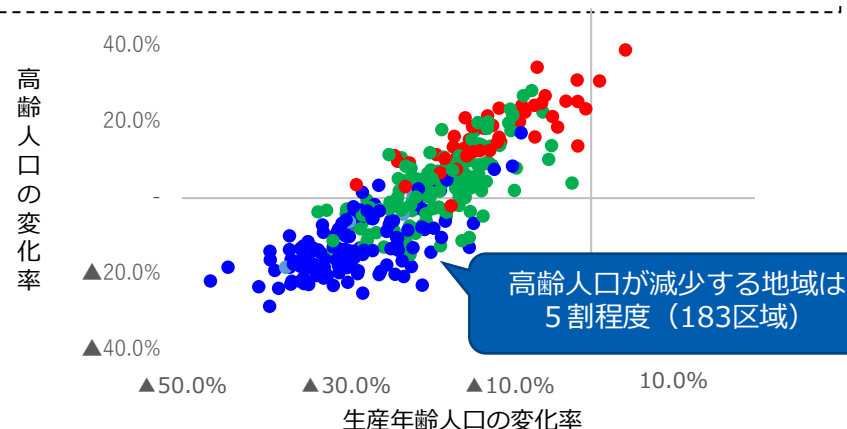
- ：2020年以前に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

＜＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）＞＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

○ 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。

○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。

○ 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

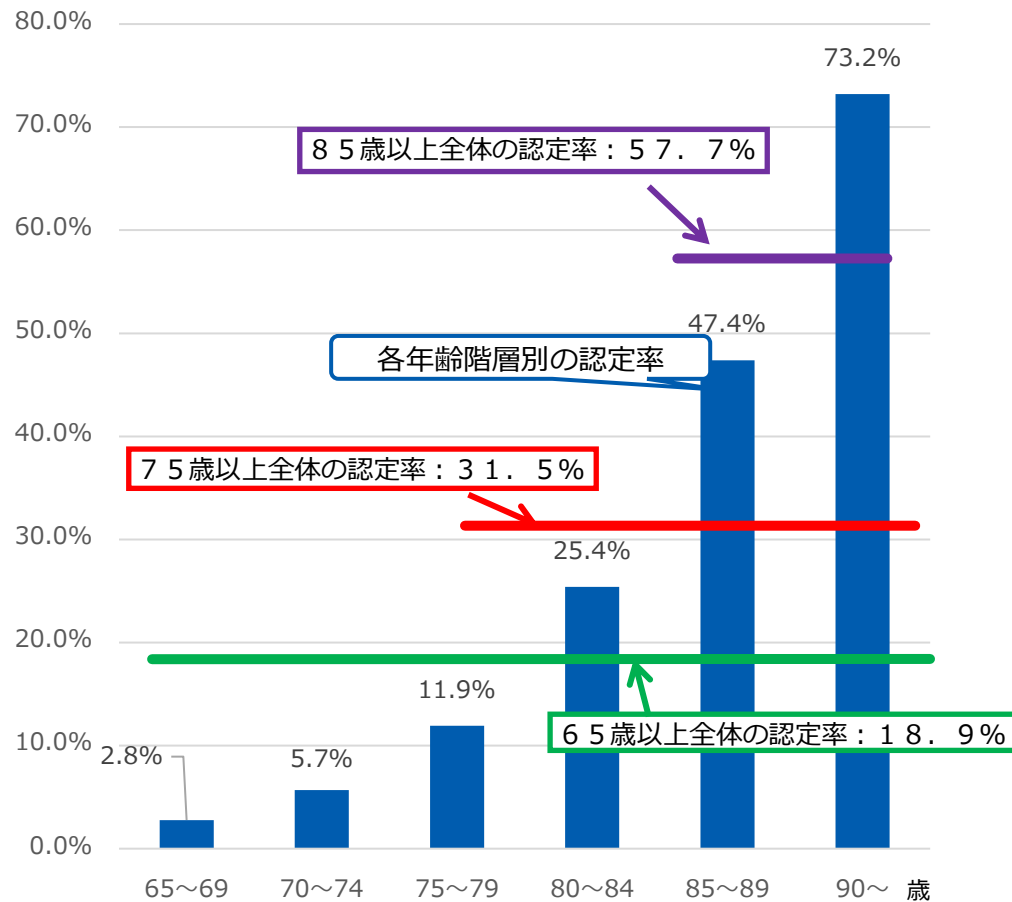
○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

2040年の医療需要について①

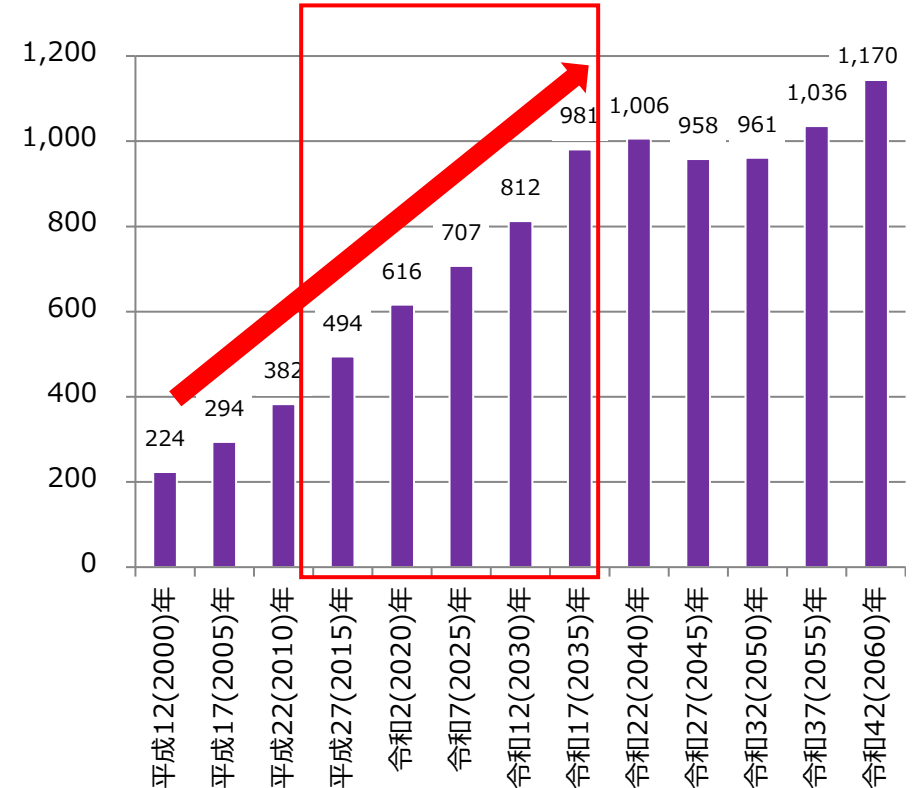
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



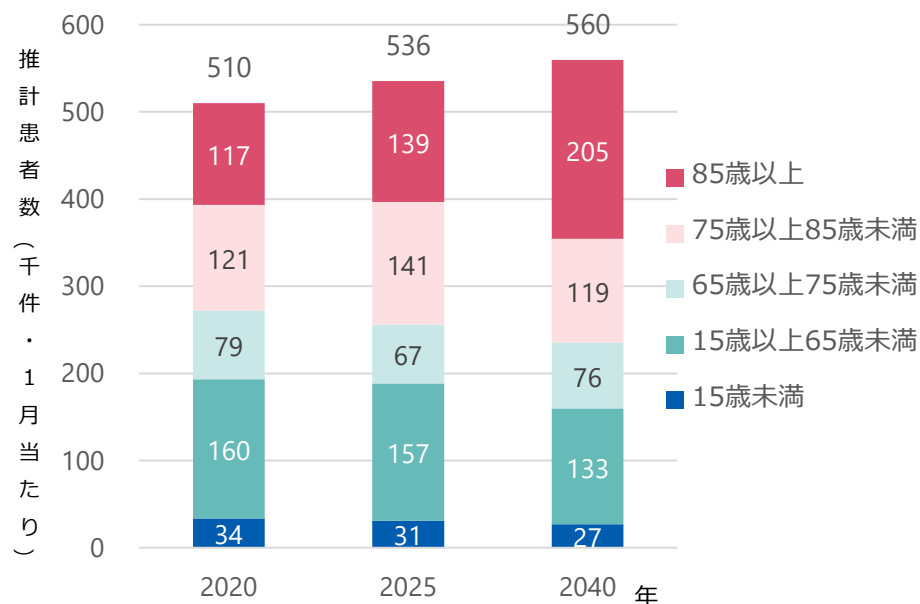
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

2040年の医療需要について②

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

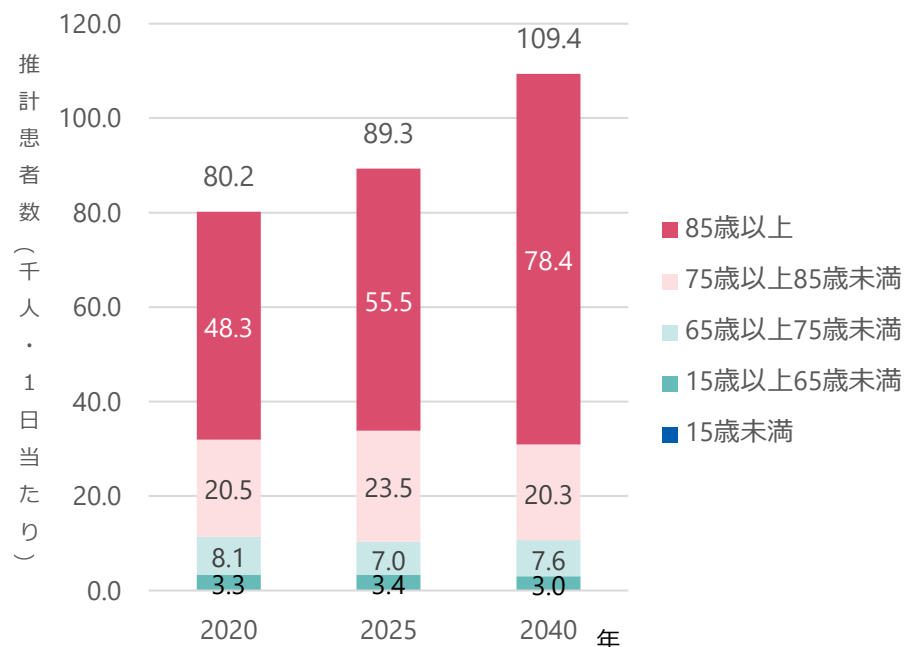
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）

総務省「人口推計」（2017年）

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（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

2040年に向けた地域医療構想について

背景

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。

- ・ 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- ・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- ・ 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- ・ 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送の受入
- ・ 入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

急性期拠点機能

- ・ 人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

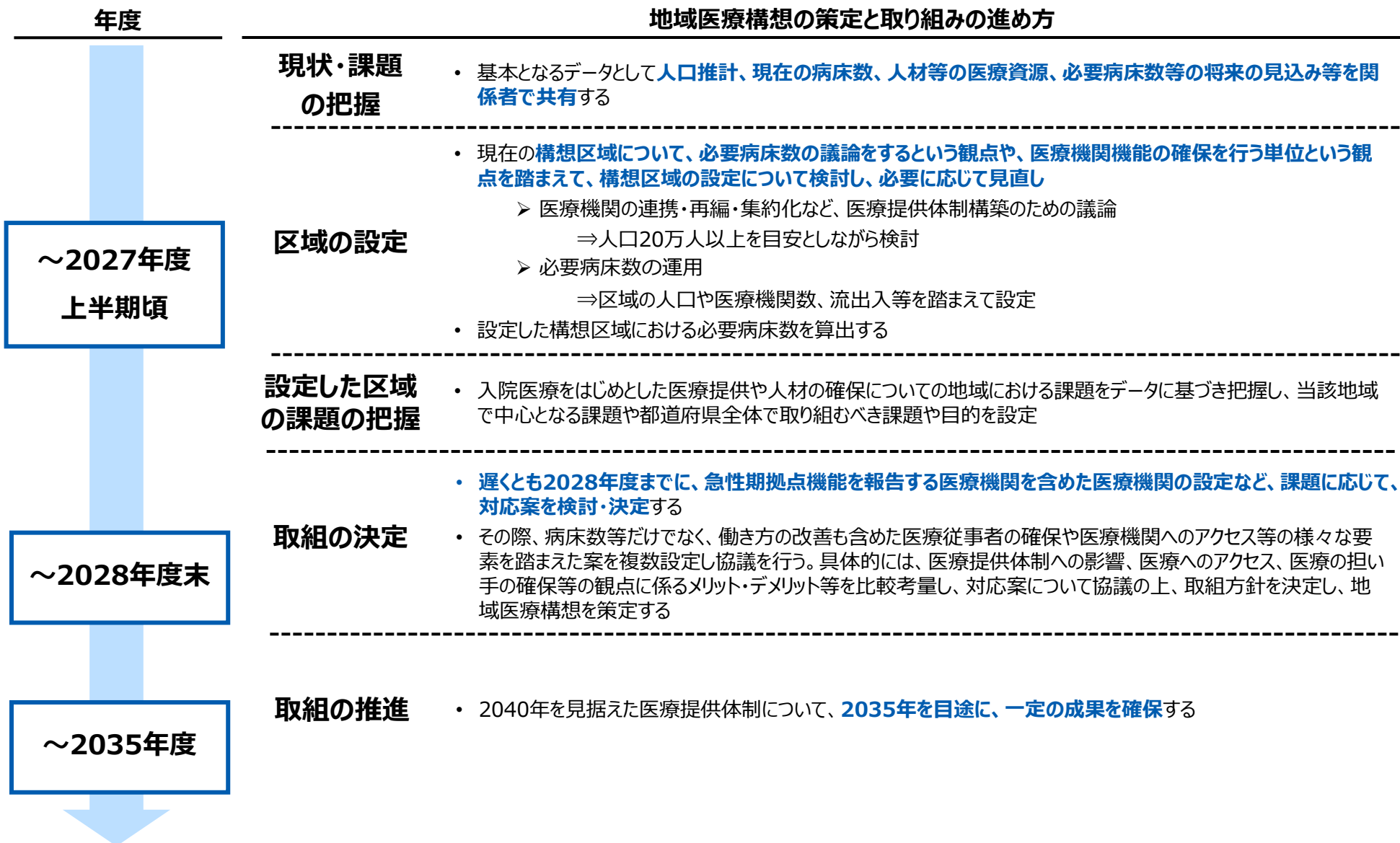
医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力 ・ 広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

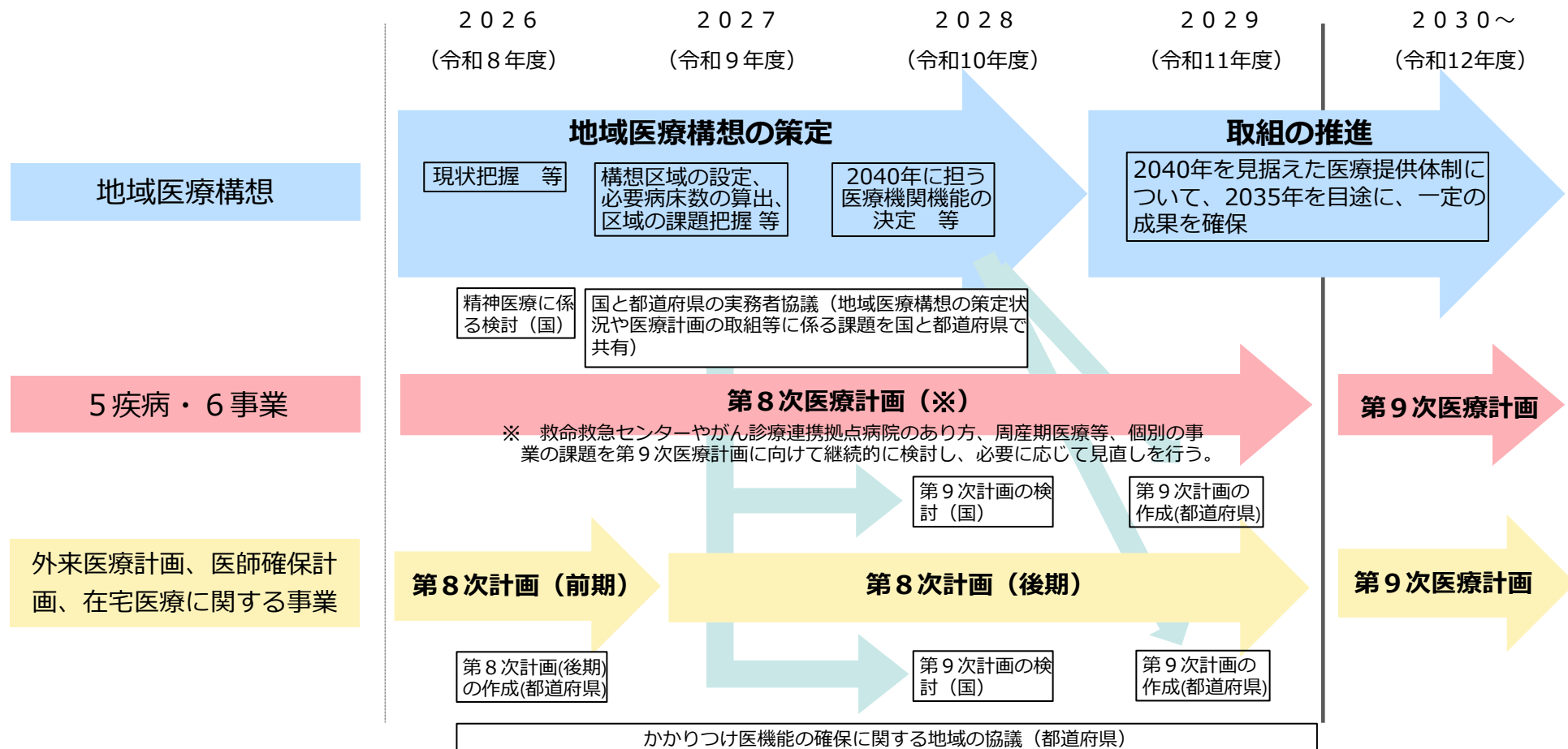
地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要のあるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

2040年に向けた地域医療構想と医療計画の進め方

- 人口構造の変化、医療需要の見通し、医療資源の状況等を踏まえ、地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、2028年度末までに地域医療構想を策定する。
- 医療需要の変化や医療提供体制の状況など、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体的実行計画として、2029年度頃に第9次医療計画を策定する。



医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「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、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

具体的な内容

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 人口20～30万人に1つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
※ 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

医療機関機能報告について

医療機関機能報告制度の概要

- 医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。
- 医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

- **2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告し**、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。
- **在宅医療等連携機能**については、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのもの**であり、**両機能を併せて報告しない**。

<留意点>

- ・ 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- ・ 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- ・ 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

- 病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

- 病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、「回復期機能」について、「**包括期機能**」として位置づけを見直している。
- 報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 等
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	- 急性期病院A、B一般入院料 - 急性期一般入院料 1～6 - 小児入院医療管理料 1～3 等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ※新たに追加 ・ 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	- 地域一般入院料 1～3 - 地域包括医療病棟入院料 - 回復期リハビリテーション病棟入院料 - 地域包括ケア病棟入院料 等
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	- 療養病棟入院料 1～2 - 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） - 特殊疾患病棟入院料 等

病床整備の考え方について

病床整備の方向性

- **入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要である。**
- 構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と2040年の必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、**背景にある医療需要の動向や病床の利用実態等を把握した上で、医療機関機能の確保の方向性を踏まえ、各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める。**

病床整備の留意点

①病床機能報告と必要病床数の比較について

- 病床機能報告に基づく病床数と必要病床数については、それぞれ算出方法が異なり、両者の数値を比較し、マククの病床規模を把握していくことは引き続き重要であるものの、入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、**両者に差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。**

②既存の病床の活用について

- ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、**既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討することも重要である。**

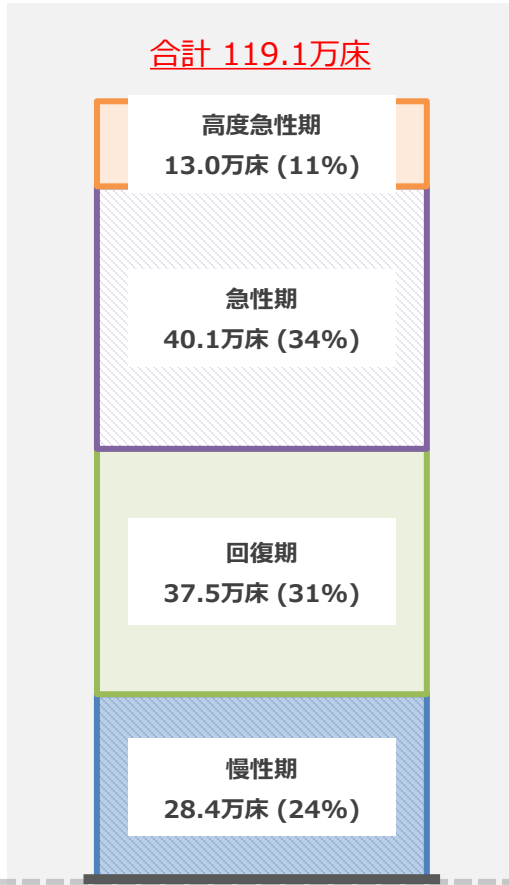
③構想区域内の地域差を踏まえた病床整備について

- 構想区域の広域化を行った場合等、構想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、**増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく、市区町村単位等の一定の地域ごとに、機能区分別の病床数や各医療機関の医療機関機能、病床稼働率等を把握・整理した上で、特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討することが重要である。**

2025年度病床機能報告について

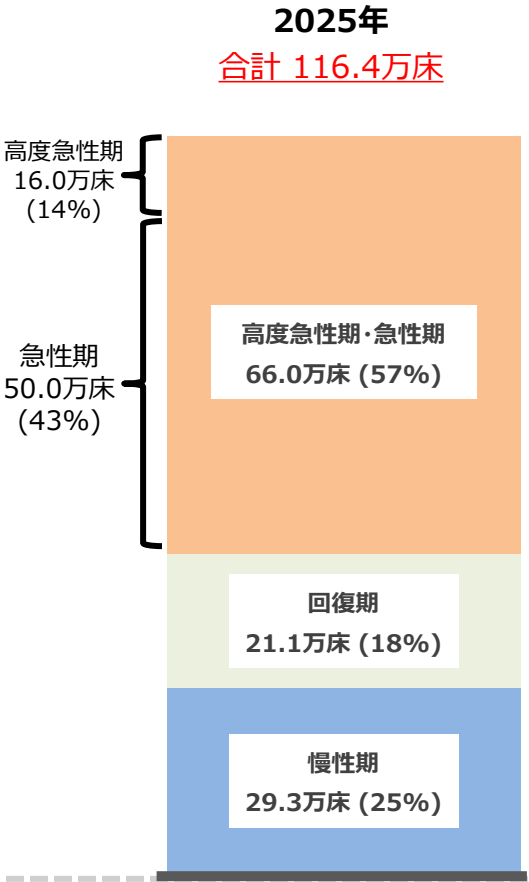
2025年の病床数の必要量

(入院受療率や推計人口から算出した2025年の
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



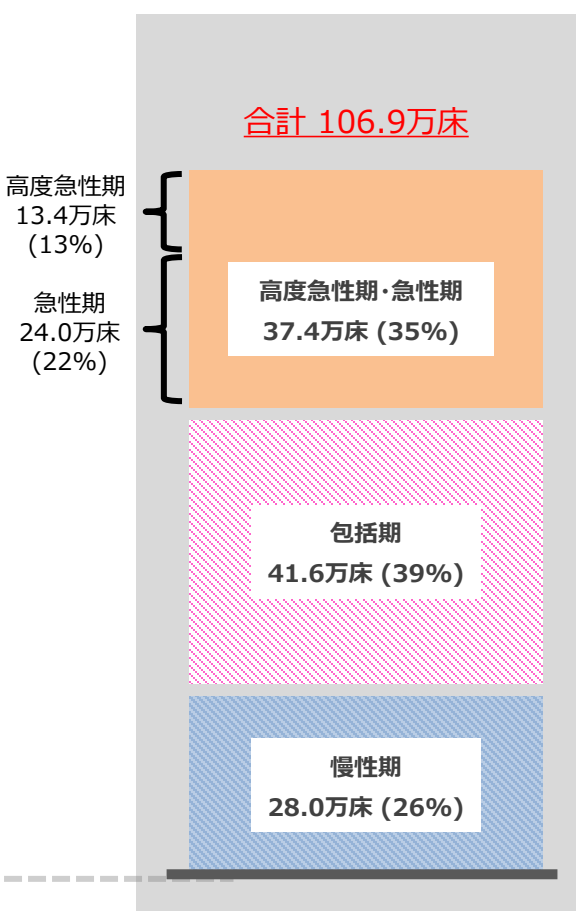
2025年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※4
2025年7月時点



2040年の病床数の必要量の機械的試算

(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の实情(構想区域の
見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、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(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

医療機関の連携・再編・集約化について

- 医療需要の減少や質的变化、医療従事者の減少や地域偏在に対応し、**持続的に医療の質や医療従事者の働き方の確保**をしていくよう、**地域ごとに効率的な医療提供体制の構築が必要**。急性期拠点機能や急性期病床の集約化をはじめとして、地域の実情に応じて救急車の受入、手術、休日・夜間の対応等について、連携・再編・集約化の取組を進めていく。

連携・再編・集約化の必要性

- 医療の質や医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は、急性期機能を担う医療機関に集約していき、高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面に対応するといった**連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、都道府県全体で共有**することが重要。
- 医療需要の変化や医療の担い手の減少に対応した効率的な医療提供体制の構築が必要。大都市部等において、医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方や、結果として医師の偏在を助長する懸念などがあり、人口の少ない地域に限らず、それぞれの地域ごとに状況に応じた、連携・再編・集約化の取組が重要。
- 手術については、医療の質や医療安全の確保のため、**がんの手術、高度な手術等**は症例数や人材の集約が必要であり、地域の医療資源に応じて、構想区域内や、構想区域よりも広域な単位での集約を検討する。また、**胆嚢炎の手術等、頻度が高い全身麻酔を要する手術**については、構想区域内での提供が求められるが、医療資源が潤沢でない地域で、小規模に同じ診療科の手術を実施する複数の医療機関がある場合等は、体制の検討が必要。
- 救急については、上り搬送や下り搬送を活用しながら、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等により救急対応を確保することが必要。**上り搬送や下り搬送等の連携の取組や、地域医療構想の方向性を踏まえた「実施基準」の検討が必要**。
- 連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要なときに**必要な医療へ適切にアクセスできる体制**の維持・確保が重要。

構想区域と医療機関機能の一体的な検討

- ・ 構想区域及び医療機関機能に係る協議はいずれも、2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制を地域ごとに確保していくために行うもの。
- ・ いずれも、形式的な決定自体を目的とするのではなく、構想区域については、2040年に向けた医療提供体制を協議・構築していくための地域単位を、医療機関機能については、基本的な役割分担の方向性を見据えた上で、入院医療提供体制の確保に向けた取組を実効的に行うことができるよう、一体的に協議を行う。

目的

2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制の確保

取組

医療機関間の役割分担、連携・再編・集約化の取組

実効的な取組が可能となるよう一体的に検討

協議事項

医療機関機能の決定

基本的な役割分担の方向性の決定

- ・ 急性期拠点機能について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度を目安に確保すべき数を設定した上で、2040年に担う医療機関機能を決定。

(※) 人口規模が限られるものの、広域化等の見直しを行わないこととした構想区域については、連携・再編・集約化による急性期拠点機能の確保に取り組むことは考えられるが、区域内で一定の医療の完結を見込むことは困難な場合が多いと考えられ、区域内での急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを重点的に検討する。

構想区域の設定

医療提供体制の協議・構築のための地域単位の設定

- ・ 急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として、2040年の人口推計に基づき人口20万人以上を目安に区域の広域化等を検討。

構想区域の役割について

- ・ 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のための、2つの役割がある。
- ・ 2040年とその先を見据え、人口規模や患者の流出入割合等のデータや、地域ごとの実情を踏まえ、区域ごとの現状と課題を認識し、適切な区域設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

構想区域 の 役割

① 医療提供体制の構築

- ・ 医療機関機能の確保や医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位
- ・ 将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要

⇒**2040年時点の人口規模として20万人以上を目安としながら検討する必要**

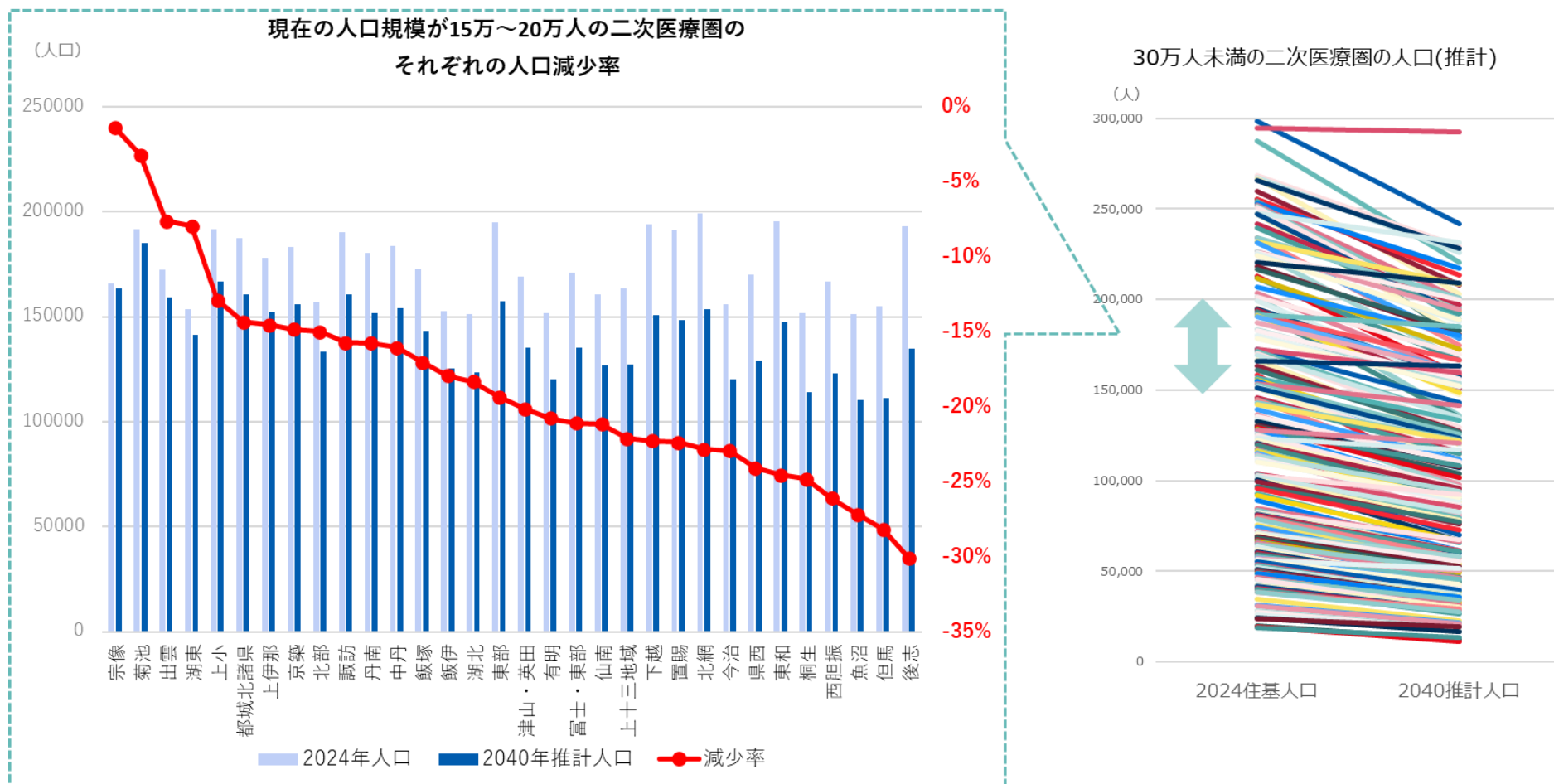
② 必要病床数の運用

- ・ 今後入院医療の需要が減少することも踏まえ、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- ・ 特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、地域医療構想調整会議等での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位として設定する必要

⇒**都道府県が人口規模や医療機関の配置、患者の流出入等を踏まえて設定**

人口減少の度合いの地域差

- 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。
- 地域医療構想は、2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであり、協議の前提とする構想区域の人口規模は、2040年時点における推計人口を用いることが基本となる。



構想区域と二次医療圏について

- 構想区域は、二次医療圏と原則一致するものとして設定してきており、2040年に向けた医療提供体制の構築の単位として、構想区域の見直しを検討するとともに、第9次医療計画に向け、二次医療圏も構想区域と原則として一致させていく必要がある。また、5疾病6事業等の圏域設定についても、各分野の特性を踏まえた検討が必要となる。

構想区域と二次医療圏について

	構想区域	二次医療圏
圏域数	339 構想区域 (令和7年5月現在)	330 医療圏 (令和7年5月現在)
定義	人口構造の変化の見通し(中略)その他の事情を考慮して、一体の区域として地域における医療機関機能の分化及び連携並びに病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定。	地理的条件等の自然的条件及び(中略)社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定。
設定する病床数	必要病床数	基準病床数
区域の設定	二次医療圏と原則一致するものとして設定	人口規模が20万人未満で、特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合に、設定の見直しを検討



- 2040年に向けた医療提供体制の構築の単位として、構想区域の見直しを検討
- 第9次医療計画に向け、二次医療圏も、構想区域と原則として一致させる

5疾病6事業等での圏域設定

これまで5疾病6事業については、必ずしも二次医療圏設定を基本とせず、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。

例) 周産期医療 263区域 (令和6年4月時点)

- 周産期医療については、二次医療圏にこだわらず、地域の分娩取扱施設の状況等を踏まえて、周産期医療圏を設定し、周産期医療の提供体制を構築している。

例) がん医療 336区域 (令和6年8月時点)

- がん医療については、二次医療圏を超えて、効率的ながん医療の提供のため、集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。

地域医療構想の検討体制

- 地域医療構想の策定に当たっては、**都道府県が主体**となり、地域医療構想調整会議等における関係者との協議を通じて、課題や対応等の検討が必要となる。**医療提供体制の構築だけでなく、介護との連携やまちづくり等の様々な観点**が重要であり、**県庁内の他部局等との連携体制の構築等**、協議に必要な体制を整備することが求められる。

地域医療構想調整会議

- 都道府県は、**都道府県単位（都道府県調整会議）**及び**各構想区域単位（区域調整会議）**で地域医療構想調整会議を設置。
- 参加者については、全般的事項については関係者全員が参加し、個別医療機関が関係する協議については特に関係する者に限って参加する等、**議題に応じて柔軟に設定する**。

（主な参加者）

医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係者、関係医療機関、大学病院本院、保険者、市町村、介護関係団体、住民、地域医療構想アドバイザー等

- 構想区域よりも狭い単位で検討することが適当な場合等、協議内容や課題の性質に応じて、**既存の協議体の活用やワーキンググループの設置等により協議を進める**。

他部局等との連携

- 新たな地域医療構想は、医療提供体制全体の課題解決を図るものであることを踏まえ、都道府県は、例えば、以下のように**他部局等と連携を図ることが重要**。

介護担当部局、市町村

- ・ 介護保険事業（支援）計画の担当部局として、慢性期の医療需要への対応や退院後の生活支援の観点から、介護保険施設や居宅サービスの整備状況、高齢者施設等の協力医療機関の確保状況、療養病床の整備状況等を共有するなど、情報共有を検討。

薬務担当部局、市町村等

- ・ 在宅医療における訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等を含む多職種連携の取組について具体的に検討。

地域交通担当部局、都市計画担当部局、市町村等

- ・ 医療機関への通院手段等に係る課題の共有や、立地適正化計画等のまちづくり計画との連動を検討。

協議の運営

- **住民参加の推進**に加え、**対応案の公表**や**説明会の実施**、**パブリックコメント**等により、住民からの意見を把握することが重要。
- 地域医療構想調整会議については、介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった事項や、診療報酬上要件とされている事項等について、**地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用することも可能**。

協議体の運営の例（入院医療）

- 入院医療については、都道府県調整会議で、患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、大学病院本院による人的協力のあり方、広域的な医療の確保等について協議し、区域調整会議において、区域ごとの医療機関機能の確保や、医療機関間の役割分担等について協議を行う等の対応が考えられる。
- また、必要に応じて、複数の区域で合同で調整会議を実施する、病院間の意見交換の場を設ける、都道府県間で連携して協議を行う等が考えられ、柔軟な体制で協議を進める。

考えられる運営の例

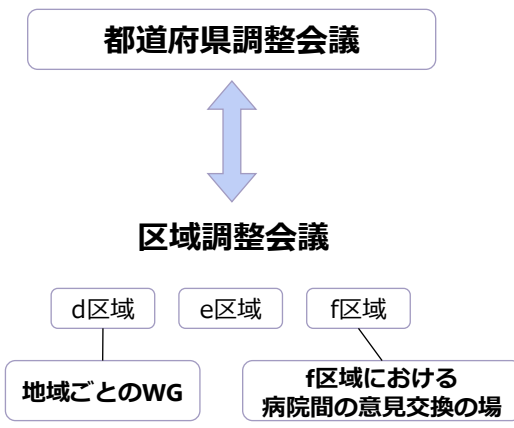
隣接した区域が合同で協議

- a区域内では急性期医療の完結が難しく、a区域と隣接し、急性期拠点機能を有するb区域と一体的に、入院医療に係る提供体制の構築を図る。
- 両区域で合同で協議を開催することとし、a区域で確保した高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の役割や、b区域の急性期拠点機能を担う医療機関への搬送のあり方等について協議を行う。



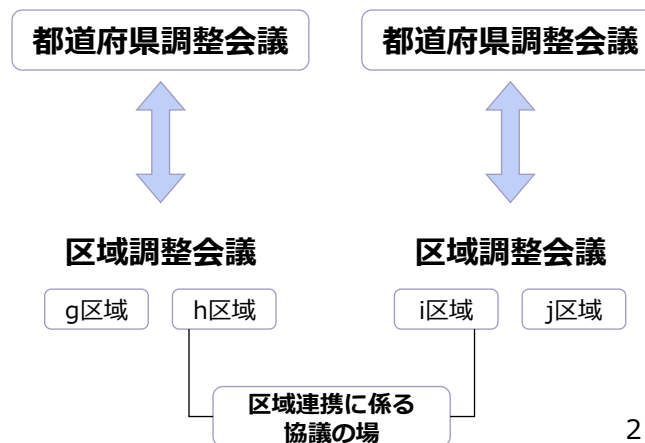
議題に応じた協議の場の設置

- d区域は大都市型で人口規模が非常に大きいため、一定の地域単位でワーキンググループを設置し協議を行う。
- f区域では、急性期医療を担う医療機関が多数存在し、地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議の円滑化のため、医療機関からの求めに応じ、都道府県が病院間の意見交換の場を設置する。



都道府県をまたいだ協議

- h区域内では一定の医療を完結することが困難であり、他県のi区域に所在する医療機関に患者が流出していることから、都道府県間で調整し、県境を挟んで隣接しているh区域とi区域の連携に関係する主な関係者等で協議する場を設置する。



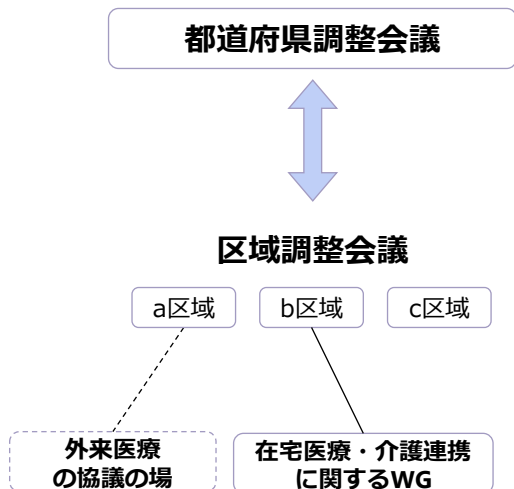
協議体の運営の例（外来・在宅医療、介護との連携）

- 2040年に向けた地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、議題や都道府県の体制に応じてあらかじめ決定した構成員で協議を行うほか、議題に応じたワーキンググループごとに参加者を設定することや、ワーキンググループを新たに設置せず既存の他の協議体の議論をもって代えること等、柔軟に体制を設定し、効率的に協議を進める柔軟な会議運営を行う。

考えられる運営の例

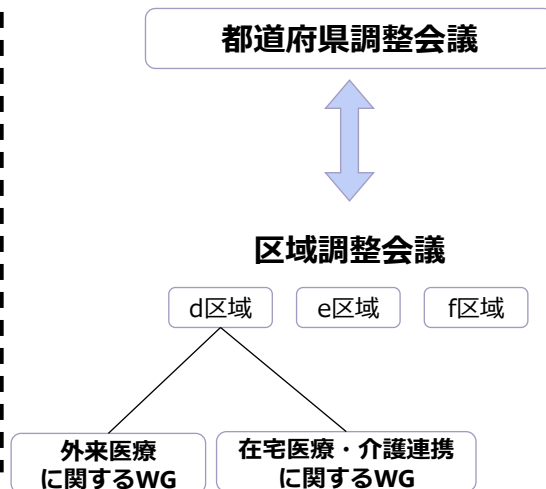
区域ごとの課題に応じた協議

- 区域ごとの現状・課題等に応じ、a区域では、外来医療提供体制の維持について課題となっていることから、外来医療の協議の場を活用して協議を行う。
- b区域においては、在宅医療・介護連携の個別課題については、市町村単位で在宅医療・介護連携に係るワーキンググループを設置し協議を行う。
- いずれも区域調整会議へ報告をもって、調整会議における協議に代えることとした。



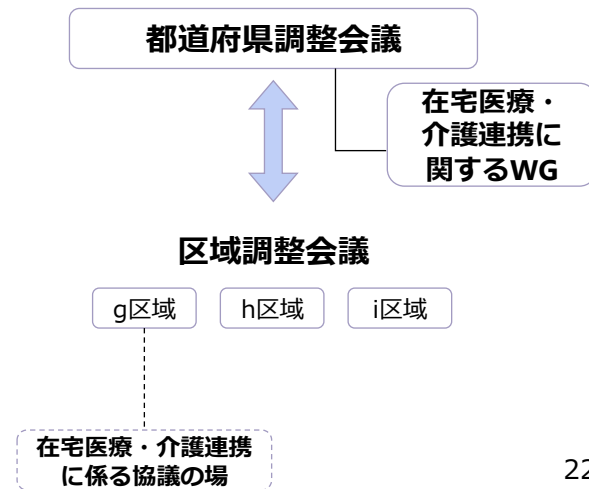
同区域内でテーマ別のWG設置

- d区域は県庁所在地を含んでおり、人口規模が大きく関係者も多いことから、テーマ別のワーキンググループを設置する。
- 外来医療、在宅医療・介護連携に関するワーキンググループそれぞれにおいて、テーマに関係する参加者を設定し、柔軟に協議を進める。



都道府県単位で個別のテーマを取扱う

- 都道府県調整会議の下に設置した在宅医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、慢性期の医療需要の見込みの把握や在宅医療の提供の方向性等を協議することとした。
- g区域では、上記方向性を踏まえ、在宅医療・介護連携の個別課題について、既存の在宅医療・介護連携に係る協議の場で協議を行い、調整会議での議論に代えることとした。



(参考) 地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

都道府県

圏域

医療計画

都道府県医療審議会

- ・ 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

【医療法第72条】

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・ 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

【医療法第30条の23】

作業部会（医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置）

- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

【医療計画作成指針】

連携

圏域連携会議（必要に応じて設置）

- ・ 必要に応じ圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

【医療計画作成指針】

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

（二次医療圏単位での設置が原則）

- ・ 医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議
- ・ 地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能

【総合確保方針】

地域医療構想

地域医療構想調整会議（都道府県単位）

- ・ 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・ 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

地域医療構想調整会議（構想区域単位）

- ・ 将来の医療機関機能の見通しを踏まえた医療機関機能の分化及び連携を推進するための方策、その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議

【医療法第30条の14】

在宅医療・介護連携推進事業に係る協議の場

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業において、在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策について協議

【地域支援事業実施要綱】

医療計画

外来医療計画

（外来・かかりつけ医機能）

外来医療の協議の場

（二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置）

- ・ 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・ 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

かかりつけ医機能の協議の場

- ・ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

【医療法第30条の18の5】

関係者に期待される役割等

関係者に期待される役割等

都道府県	・ 地域医療構想の策定及び推進の主体として、地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援を実施 ・ 介護担当部局との連携による介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、市町村職員に対する必要な支援の実施 ・ 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村との連携等） ・ 患者の流出入等に対する、都道府県間での連携による取組の推進
市町村	・ 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力 ・ 市町村立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力 ・ 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、都道府県との連携による介護に係る課題の共有、医療と介護の連携の推進 ・ 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携による取組の推進
大学病院本院	・ 診療の他、都道府県との連携による、人的協力や人材育成の取組の推進
医療関係者	・ 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進へ積極的に関与 ・ 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画
公立・公的病院等	・ 市町村と同様、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力
医療保険者	・ 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加 ・ 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定 ・ 都道府県及び市町村は、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進
介護関係者	・ 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力 ・ 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担う ・ 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制を整備
地域医療構想 アドバイザー	・ データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化 ・ 医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、医療計画の策定・推進にも一貫して助言

- 2040年に向けた地域医療構想の概要
- **これまでの精神保健医療福祉の経緯**
- 本ワーキンググループの進め方

精神医療の歴史的経緯

- 我が国の精神保健医療福祉は、明治期以降、精神障害者に対する医療及び保護に関する制度整備が進められ、医制（明治7年）において、精神科病院（当時の癲狂院）に関する規定が設けられたものの、精神障害者の監護は主として家族が担っており、精神病者監護法（明治33年法律第38号）においても私宅監置が認められるなど、適切な医療を受けられる体制の整備が課題となっていた。
- こうした中、精神病院法（大正8年法律第25号）により、公的精神病院を整備する考え方が初めて示された。しかしながら、公立精神病院の整備は十分には進まず、精神科医療の提供を補完するため、民間の代用精神病院制度が設けられた。
- その後、精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づく国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか、民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある。

法制度の改正経緯①

		背景	制度改正の概要
精神衛生法	S25年 成立	○精神病患者監護法と精神病院法の廃止・引継ぎ	◎措置入院制度の創設 ◎保護義務者の同意による入院制度の創設 ◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等
	S29年 改正		◎非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等
	S36年 改正		
	S40年 改正	○ライシャワー事件(S39年)	◎入院医療費の国庫負担基準の引上げ(2分の1→10分の8) 等
	S62年 改正	○宇都宮病院事件(S58年)	◎措置入院手続きの改正 (緊急措置入院制度の創設など) 等
精神保健法	H5年 改正		◎精神保健指定医制度の創設 ◎精神医療審査会制度の創設 ◎応急入院制度、任意入院制度の創設 ◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等
	H7年 改正	○5年後見直し ・障害者基本法の成立(H5年) ・地域保健法の成立(H6年)	◎精神障害者社会復帰促進センターの創設 ◎精神障害者の定義規定の見直し 等

法制度の改正経緯②

精神保健福祉法	背景		制度改正の概要	
	H7年改正		◎精神障害者保健福祉手帳制度の創設 ◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等	
	H11年改正	○池田小事件(H13年)	◎医療保護入院の要件の明確化(任意入院の状態にない旨を明記) ◎保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等	
	H15年	- 医療観察法の成立(H15年) ○精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定(H16年)	◎心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等	
	H17年改正	○障害者自立支援法の成立(H17年)	◎精神医療審査会の委員構成の見直し ◎特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等	
	H22年改正		◎都道府県による精神科救急医療体制の確保に関する規定 ◎精神保健指定医の公務員としての職務に係る義務規定 等	
	H25年改正	○相模原市「津久井やまゆり園」事件(H28年) ○指定医不正申請	◎保護者制度の廃止、家族等同意の創設 ◎精神科病院管理者に、退院後生活環境相談員の設置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備を義務付け 等	
	R4年改正		◎医療保護入院の期間の法定化、家族等が意思表示を行わない場合の市町村長同意、入院者訪問支援事業の創設、精神科病院における虐待防止措置の実施 等	

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

第5次医療計画（平成20年～）

- ・ 4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・ 5 事業を位置づけ
- ・ 上記の医療提供体制を推進するための P D C A サイクルを導入

第6次医療計画（平成25年～）

- ・ **精神疾患及び在宅医療を追加し、5 疾病 5 事業及び在宅医療を位置づけ**

患者数：平成20年の患者調査において精神疾患の患者数は323万人と医療計画に記載すべき4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）の患者数よりも多い。
（悪性新生物：152万人、脳血管疾患：143万人、虚血性心疾患81万人、糖尿病237万人）

死亡数：平成21年人口動態統計において、精神疾患による死亡数が1.1万人。

医療連携の必要性：地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーション等が個々の機能に応じた連携を推進することが必要。

⇒ 求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進。

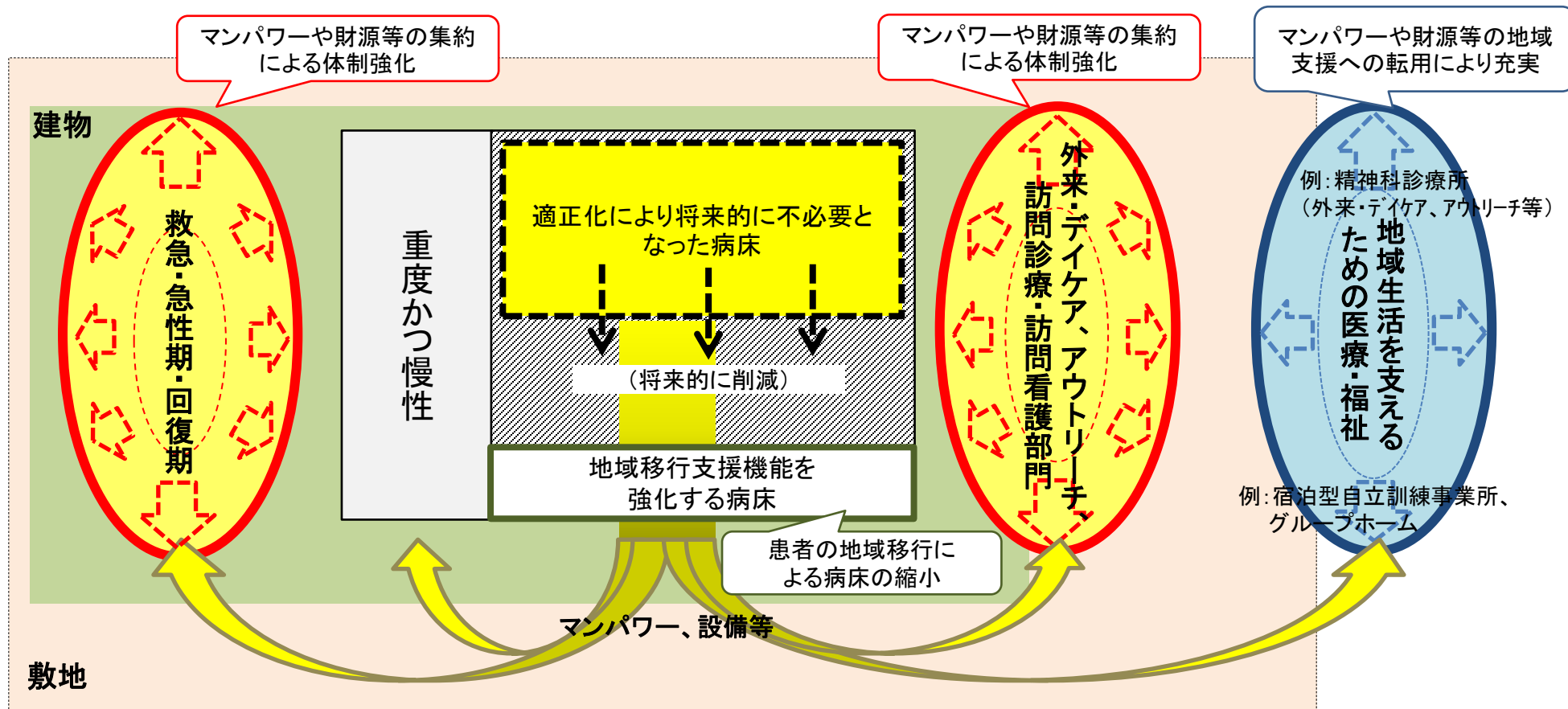
第7次医療計画（平成30年～）

- ・ 引き続き、5 疾病 5 事業及び在宅医療を位置づけ
（「急性心筋梗塞」は「心筋梗塞等の心血管疾患」に名称変更）

近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「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）



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。

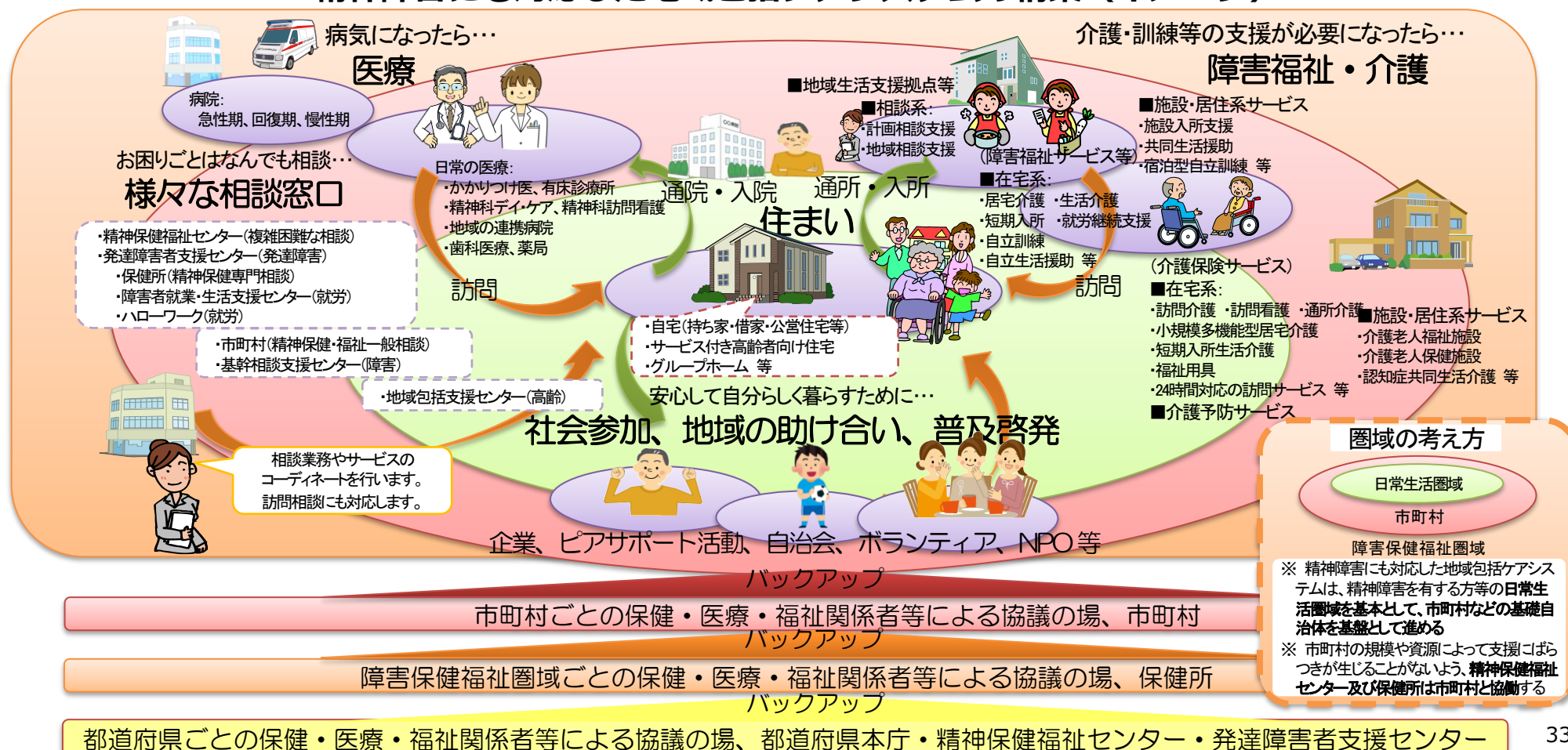
4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項

- 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。

近年の精神保健医療福祉の経緯④

- 「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）

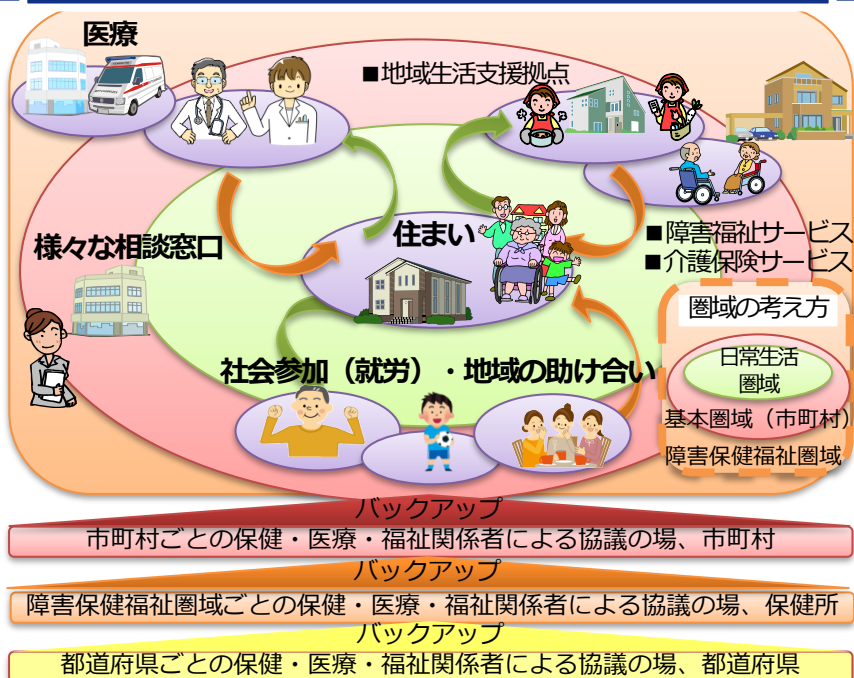


精神疾患の医療体制（第8次医療計画のポイント）

指針について

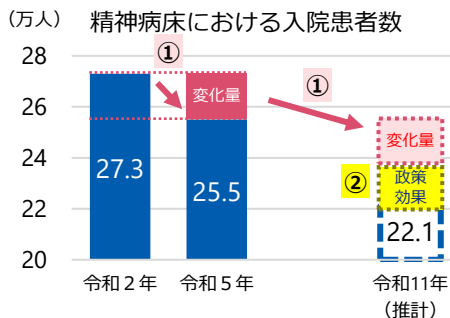
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点で踏まえた指針の見直しを行い、引き続き精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々々の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、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

ストラクチャー

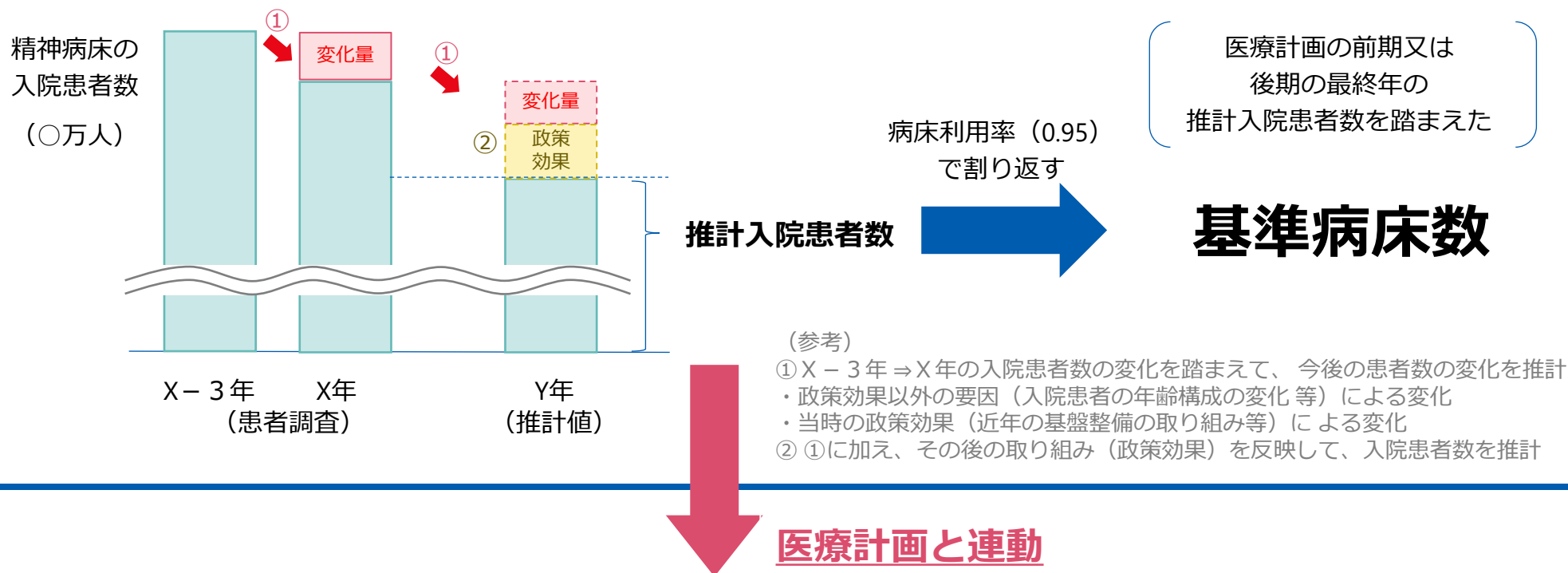
プロセス

アウトカム

指標例に、**非自発的入院の件数等を追加**する。

精神病床の基準病床数と障害福祉計画における基盤整備量の考え方について (現状)

- これまで、障害福祉計画において、地域の基盤整備を進めるにあたっては、各都道府県の医療計画と連動する形で医療計画における入院患者数の推移等を踏まえることとされてきた。



障害福祉計画において、入院患者数の推移等を踏まえ、地域の基盤整備量を設定することを求めている。

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 令和6年11月6日
第2回 令和6年11月25日

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
◎座長 （五十音順、敬称略）	

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 取りまとめ概要

※令和6年12月3日「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」報告書より作成

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 以下の観点から、**新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当。**
 - 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、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する方向で検討を進めている。
 - **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適当**
 - 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、以下の意義が考えられる。
 - ・ 2040年頃の**精神病床数の必要量を推計** → **中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進**
 - ・ **病床機能報告の対象に精神病床を追加** → **データに基づく協議・検討が可能**
 - ・ **精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画**
 - 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする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
 - ・ **地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使** → 精神病床等の適正化・機能分化の推進
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、**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。**

※ 病床数の必要量の推計方法、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

精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和9年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進めることとしてはどうか。

<精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ>

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法 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

○検討スケジュール

2026年（令和8年）WGにおいて議論

年度内を目途にとりまとめ

※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会における精神医療に関するご発言

- 精神医療に関する地域医療構想については、改正医療法の成立後に、ゼロベースで議論していくべき。
- 我が国の精神医療の特徴として、民間の医療が多くを占めていることと精神病床の数が諸外国と比較して非常に多いという点が挙げられるが、この2つを結びつけるべきではなく、精神病床が不足していたという事情があるなかで、量的な確保のため、民間の医療機関が措置入院等の公的機能を担ってきた歴史を踏まえ、公民の役割分担についても、新たな地域医療構想に位置づけるべき。
- 精神疾患の医療提供体制について、独自の医療圏域において検討されているが、身体合併症について等、領域を横断する課題について、一般科と議論を行うことは少ない。
- 精神病床について、一般・療養病床と同様の考え方でデータに基づいて必要病床数を推計していただきたい。
- 医療機関機能について、精神科医療は入院、外来を含め多様な機能を持つため、精神科独自の医療機関機能を整理すべきではないか。
- 精神保健指定医不足によって、精神科救急体制が維持できない地域がある。
- 精神科では、夜間・休日医療に加え、措置入院の診察や精神医療審査会委員など、一般科とは異なる機能が必要になる。

- 2040年に向けた地域医療構想の概要
- これまでの精神保健医療福祉の経緯
- **本ワーキンググループの進め方**

精神医療に関する地域医療構想に係る今後のスケジュール（見込み）

	精神医療に関する地域医療構想	医療計画
令和8年度	- 精神医療を含む地域医療構想策定ガイドラインの作成に向けて国で議論 - ガイドラインの作成（令和8年度末を目途）	第8次医療計画（後期）に向け、都道府県において見直しの議論
令和9年度	医療機関機能等報告制度 への報告開始 （令和9年10月施行） 都道府県において 精神医療を含む地 域医療構想の策定 （令和11年3月 末までに策定）	第8次医療計画（後期）施行
令和10年度 地域医療構想に 精神医療が追加 令和10年4月施行※ ※令和11年3月末までの間 既存の地域医療構想につい て、精神医療を含む地域医 療構想とみなす		地域医療構想を踏まえ、第9次医療計画見直しに向けて国において議論
令和11年度	都道府県が策定した地域医療構想 に基づく取組を進める。	地域医療構想を踏まえ、第9次医療計画策定に向け、都道府県において見直しの議論
令和12年度		第9次医療計画施行

2040年頃を見据えた精神医療提供体制の視点

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定され、医療全体の取組として、増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められており、2040年に向けた地域医療構想の議論が進められている。こうした中、新たな地域医療構想において精神医療が位置付けられたことを受け、医療全体の取組について精神医療も含めて考えることとなる。併せて、これまでの精神保健医療福祉の歩みや実情に鑑みながら精神医療を取り巻く課題にも対応していくことが重要である。
- 例えば、2040年を見据えると、医療全体における課題に加えて、精神病床における長期入院患者数は大きく減少していくものの、早期に精神症状の安定等を目指す医療や地域生活に向けた包括的な支援を提供する医療等については、今後も必要になることが見込まれる。また、高齢化の進展等に伴い、精神疾患と身体疾患を同時に有する患者の増加も見込まれ、精神科医療機関における受け入れ体制及び精神科以外の医療との連携体制の構築を行っていく必要がある。そのため、これまで精神疾患に係る医療提供体制について、独自の医療圏域に基づき整備が行われることが多かったが、精神科及び精神科以外の診療科が協力して地域ごとの課題を共有し、必要な取り組みを進めていくことが重要である。
- さらに、精神疾患を有する患者については、日常生活を継続するための様々な支援が必要なことが多く、これまでも「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築等を進めてきた。今後、より一層、支援の必要性が増していくことから、これまで以上に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取組の推進及び連携体制の構築を加速していくことが求められる。
- こうした課題等に対応するため、精神医療における病床機能・医療機関機能の明確化や医療需要の推計を通じて、将来にわたって誰もが安心して信頼できる、良質かつ適切な精神医療の提供体制の確保を目指していくことが重要。

具体的な議論の視点（イメージ）

- 今後、2040年を見据えると、精神病床における高齢化の進展等に伴い、身体合併症等を有する患者の増加や、入院患者数の減少や病床利用率の低下が見込まれる。また、入院患者の状態や疾病構造の変化等が見込まれている。
- こうした中でも、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制の構築を目指す地域医療構想全体の方向性を踏まえながら、将来にわたって誰もが安心して信頼できる、良質かつ適切な精神医療の提供体制を確保していく。

中長期的な医療ニーズの変化を見据えた良質かつ適切な精神医療の提供体制の確保

身体合併症を有する患者の増加、入院患者の年齢構成や疾病構造の変化等、中長期的な医療ニーズの変化が見込まれる中でも、心身の状態に応じた適切な医療を受けることができる医療提供体制を構築する。

病床及び医療機関の役割の明確化を通じた地域での連携・機能強化

早期に精神症状の安定等を目指す医療体制の維持、一般医療と連携して円滑に診療できる体制の構築、地域生活を支える支援体制の充実を図るため、病床及び医療機関の役割の明確化を通じた地域での連携・機能強化を図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の加速

精神疾患を有する患者については、日常生活を継続するための様々な支援が必要なことが多く、今後の高齢化の進展等に伴い、より一層、保健・福祉・介護等の支援の必要性が増していくことから、これまで以上に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の取組の推進及び連携体制の構築を加速する。

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループの進め方について（案）

○ 本ワーキンググループにおいては、主に、

- ・ 2040年に向けた精神医療提供体制の基本的な方向性
- ・ 構想区域、必要病床数、医療機関機能・病床機能等の制度枠組み
- ・ 一般医療との連携をはじめとする個別の課題や取組についての協議の場の設定や方向性の確認

を検討の対象とし、一般医療における地域医療構想の内容を踏まえながら議論を進めることとする。

その上で、策定された地域医療構想の実現に向けた具体的な施策や、外来医療・在宅医療、介護・福祉との連携等については、これまでの医療計画等における取組も踏まえながら、実行計画である第9次医療計画を見据えながら検討を行い、上記の構想全体の枠組みを踏まえた課題認識や基本的な方向性を位置付ける。

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ

〈主として取り扱う議題〉

- ・ 構想全体の枠組み
- ・ 精神医療に係る総論的事項
- ・ 構想区域
- ・ 地域医療構想調整会議
- ・ 各関係者に期待される役割
- ・ 病床機能区分、必要病床数の推計方法
- ・ 医療機関機能・報告制度 等

連携



関係する審議会・検討会等

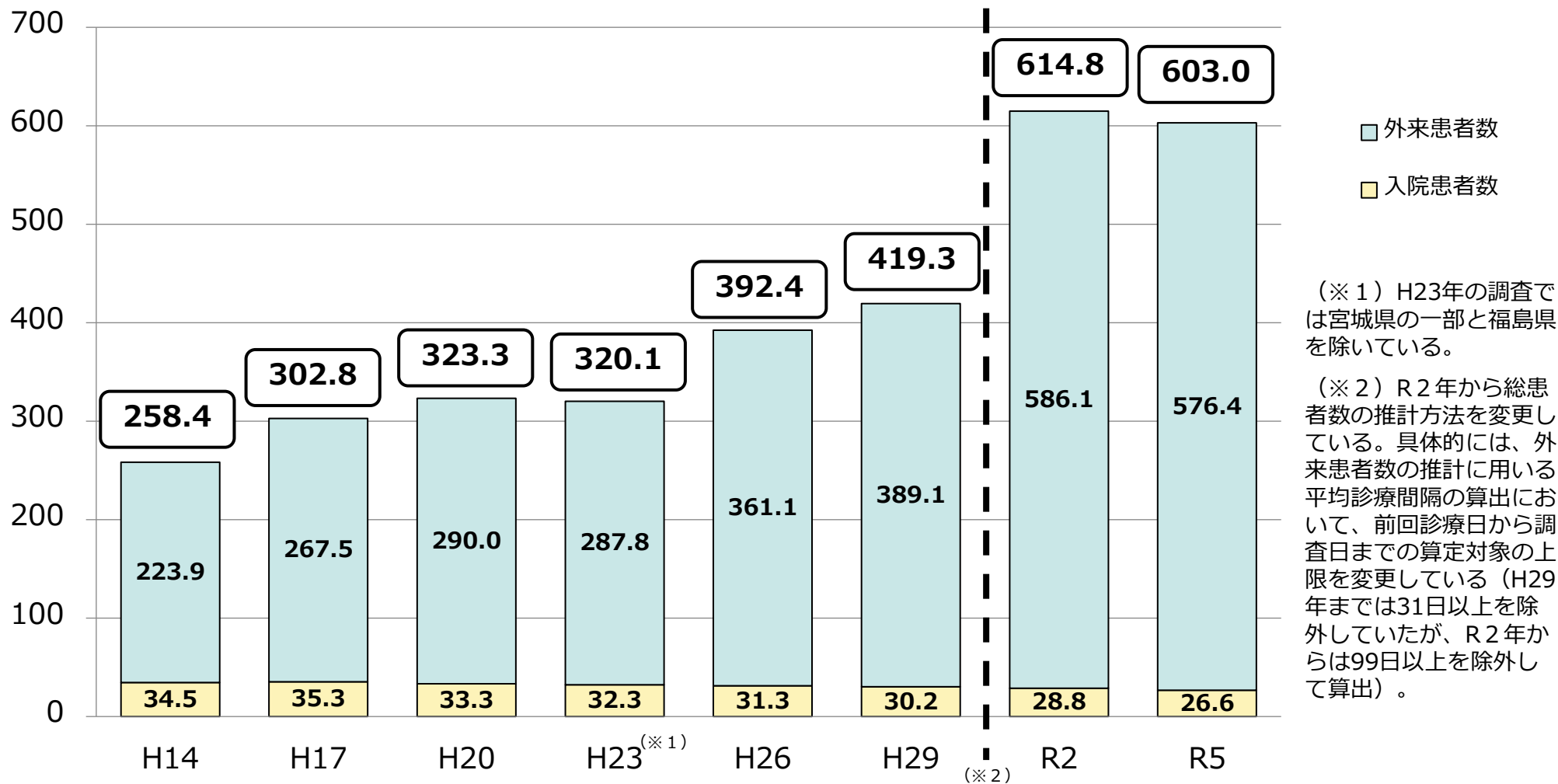
- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 精神保健福祉法における入院医療による支援
- ・ 気分障害、依存症、ストレス関連障害等の対策
- ・ 精神保健指定医の資質等の確保に向けた取組 等

- ・ 参考資料

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603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

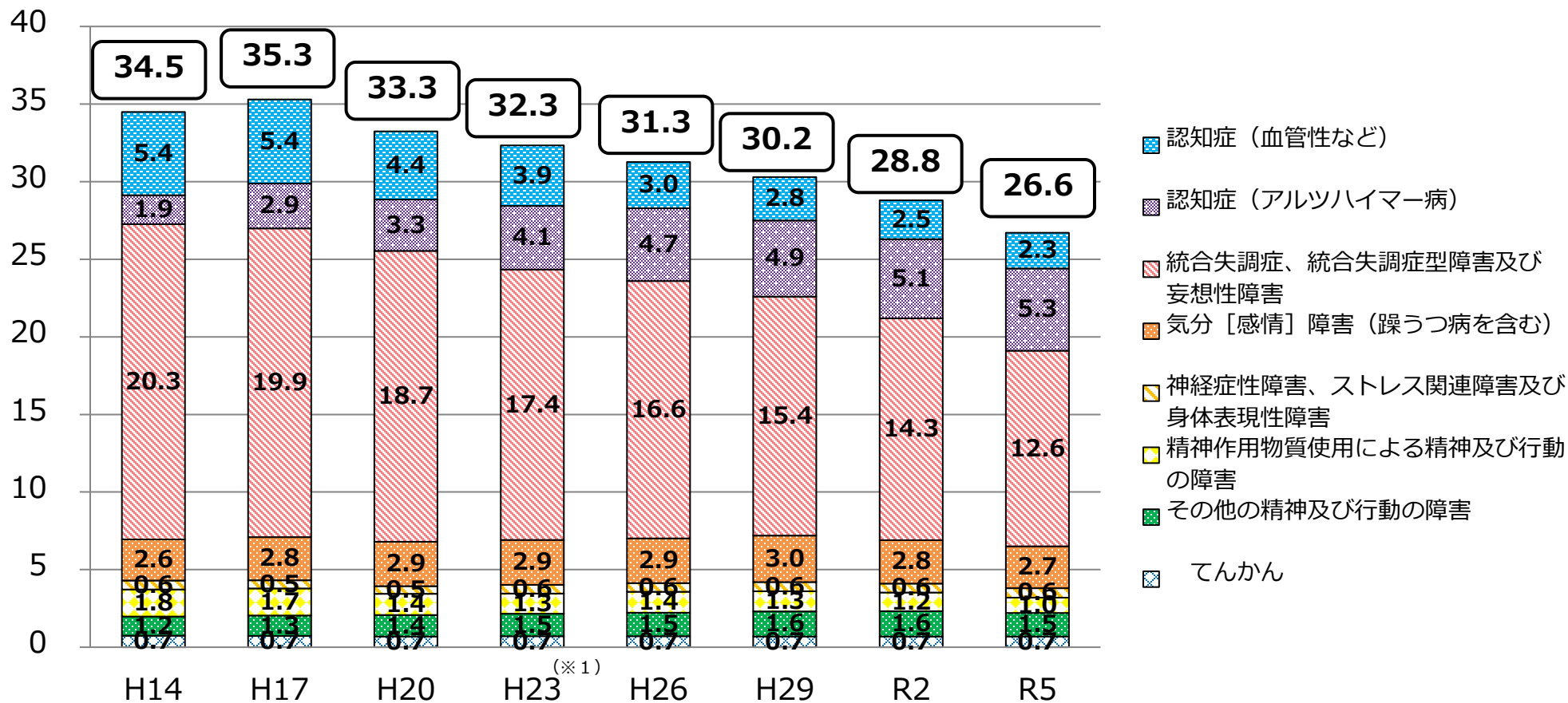
（単位：万人）



精神疾患を有する入院患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約26.6万人。
- 傷病分類別では、「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。

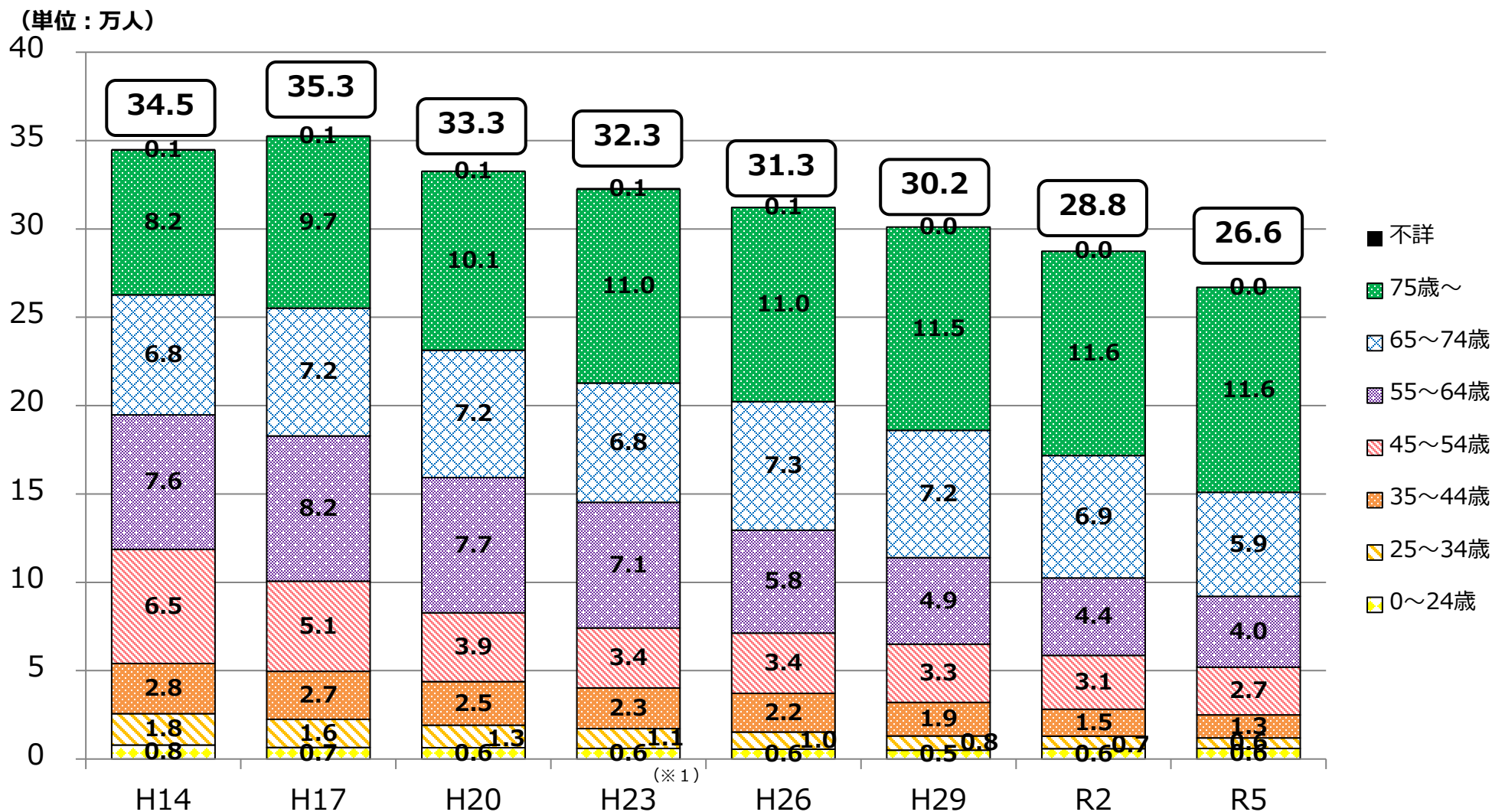
（単位：万人）



（※ 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17.5万人（約66%）。

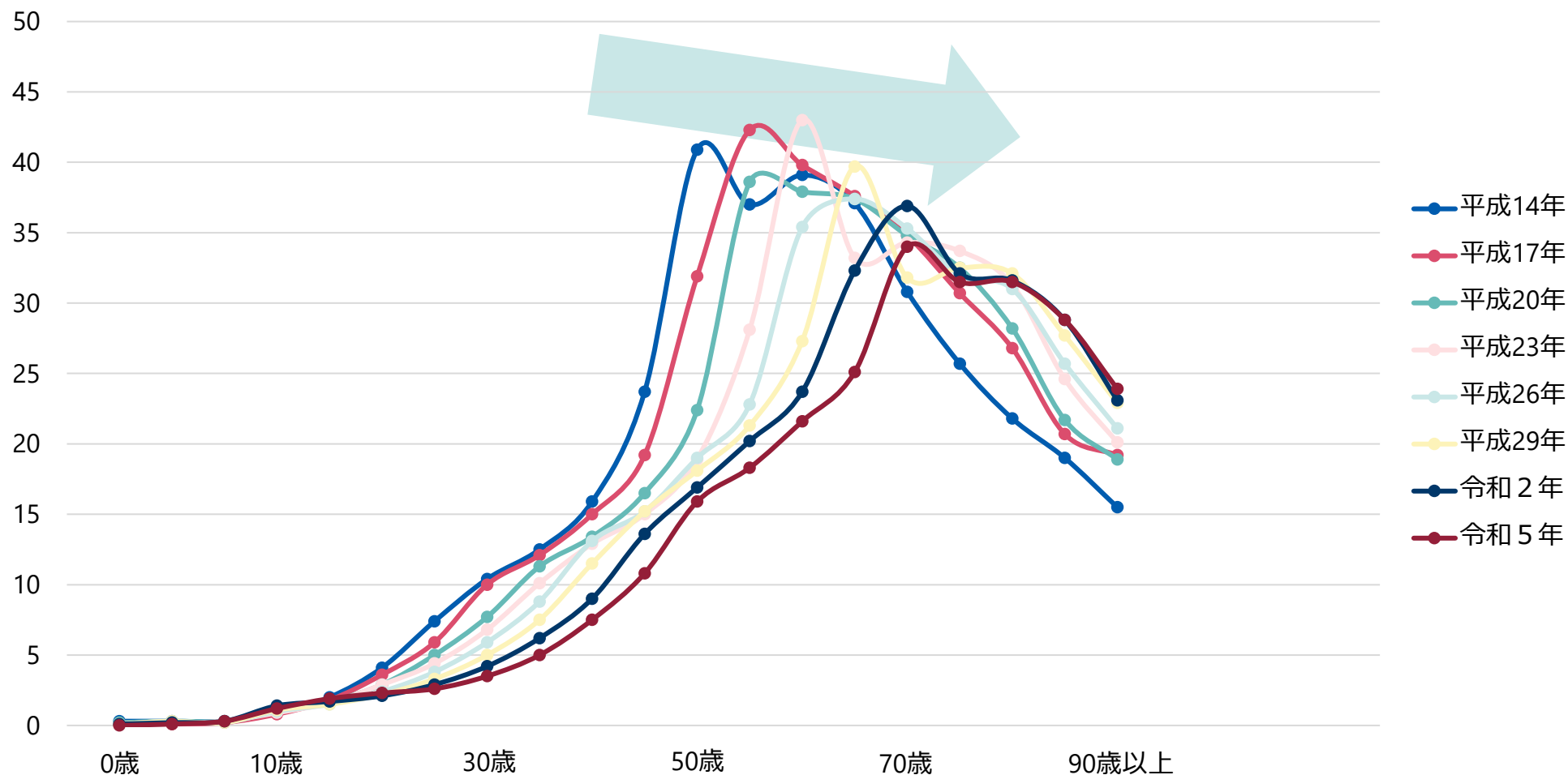


資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

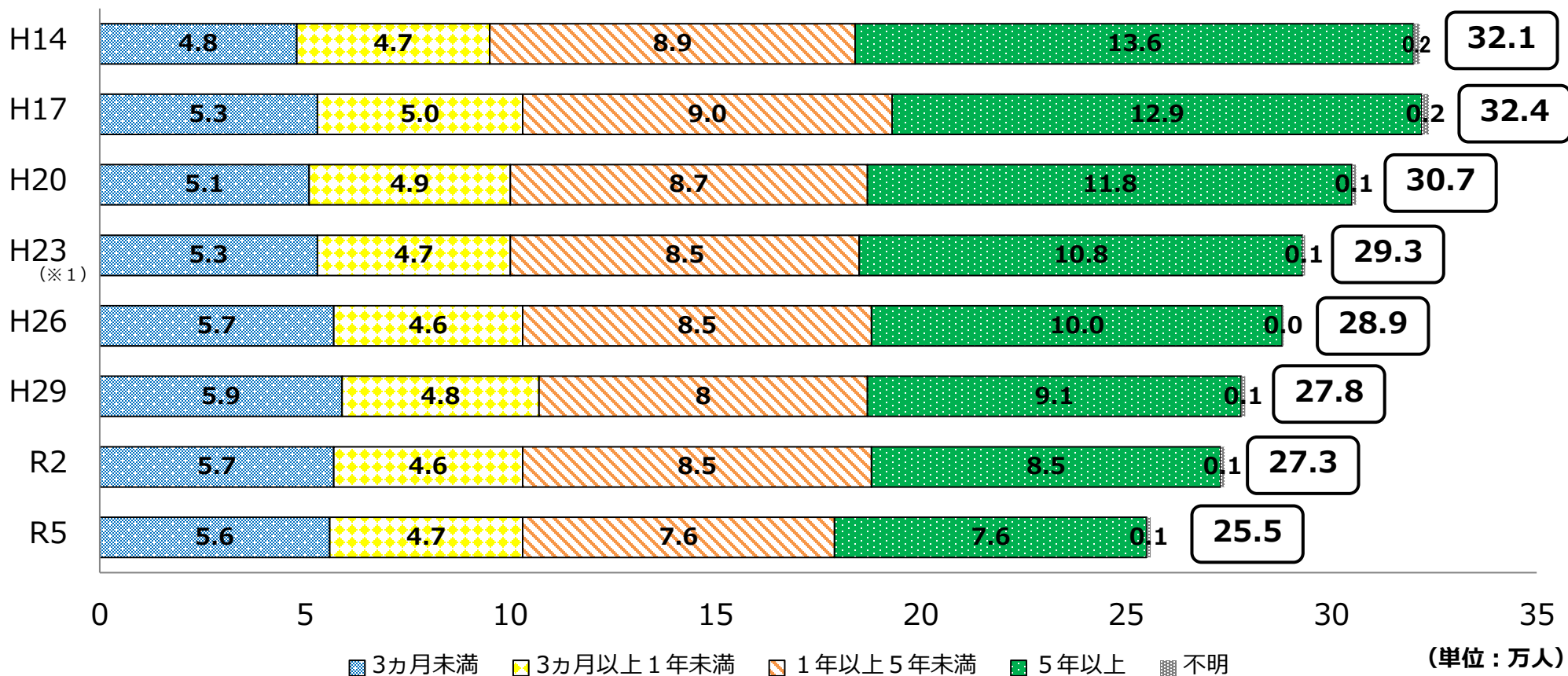
- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

（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）

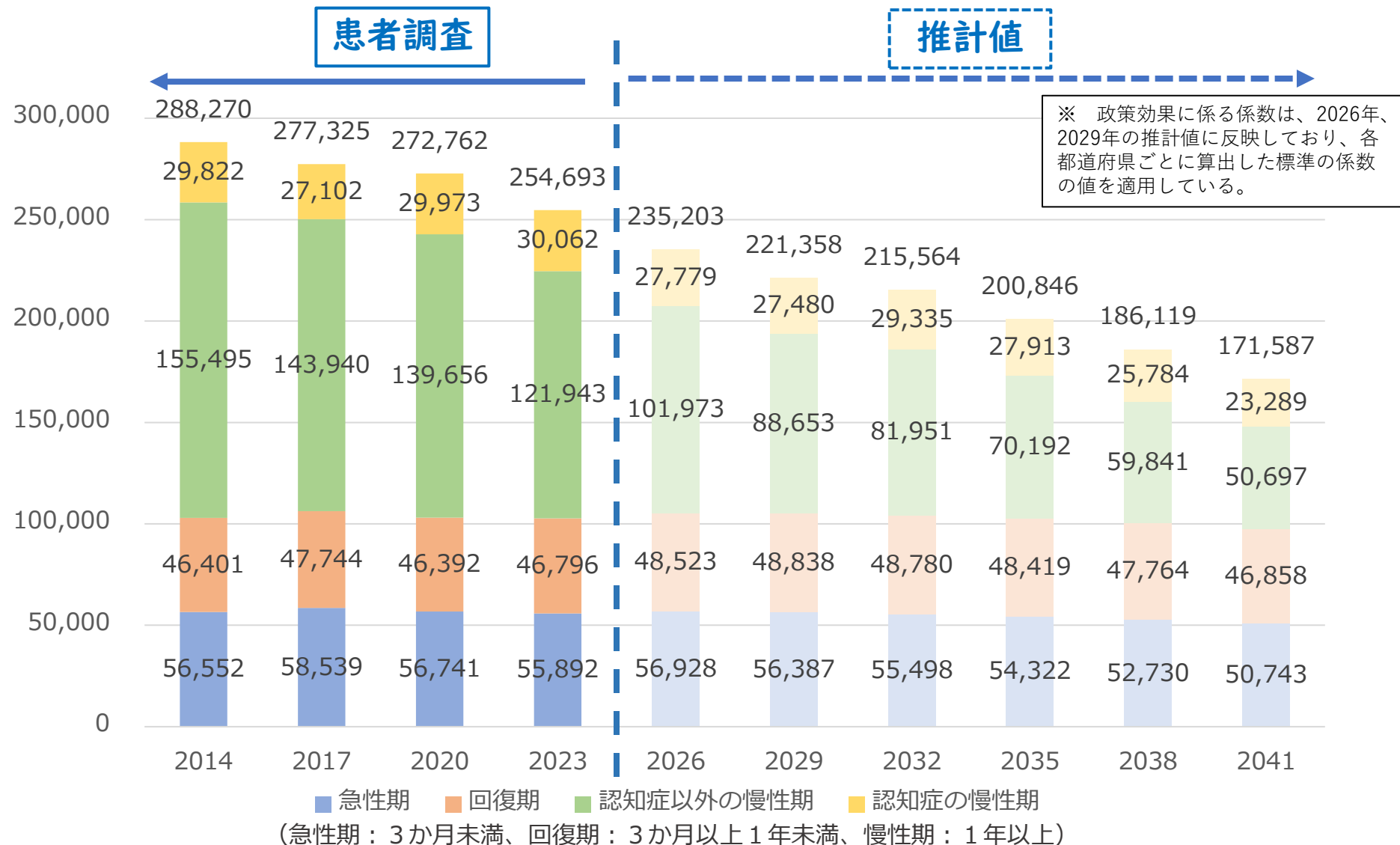
- 精神病床における入院患者数は、約25.5万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約15.2万人（約60%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

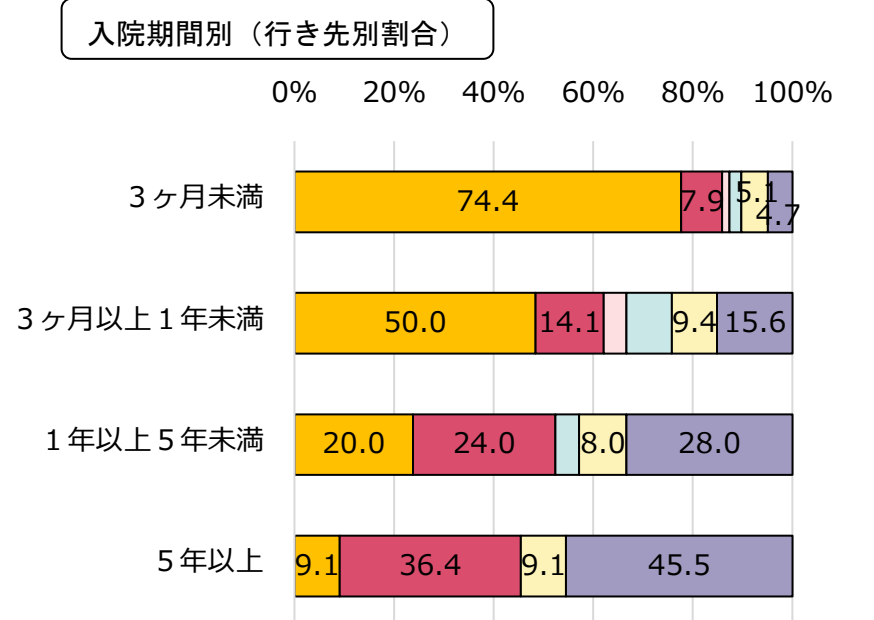
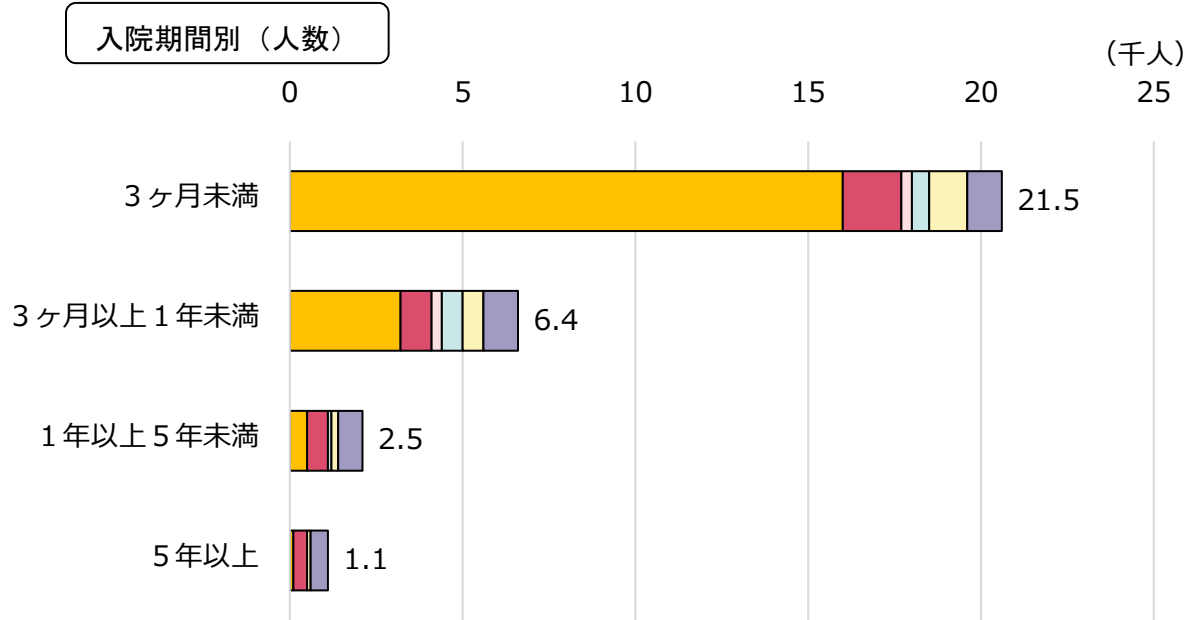
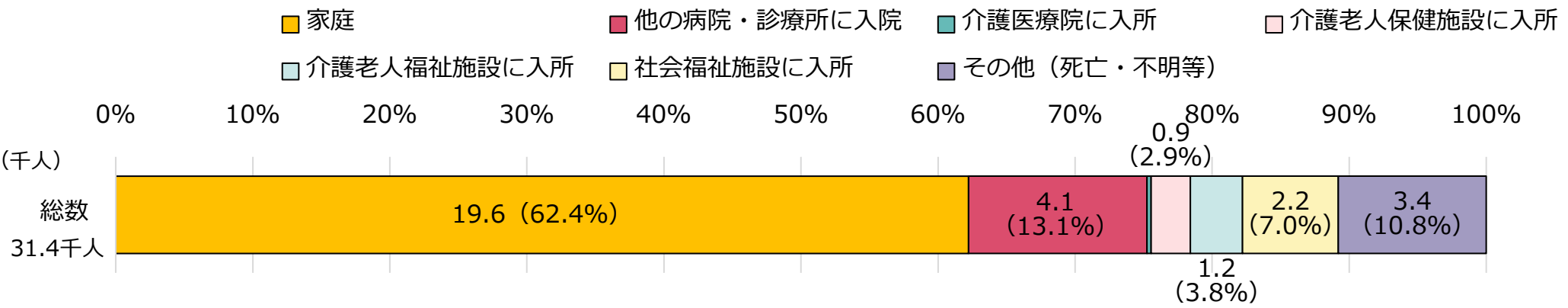
精神疾患を有する将来推計入院患者数の推移

将来入院患者数の推計※



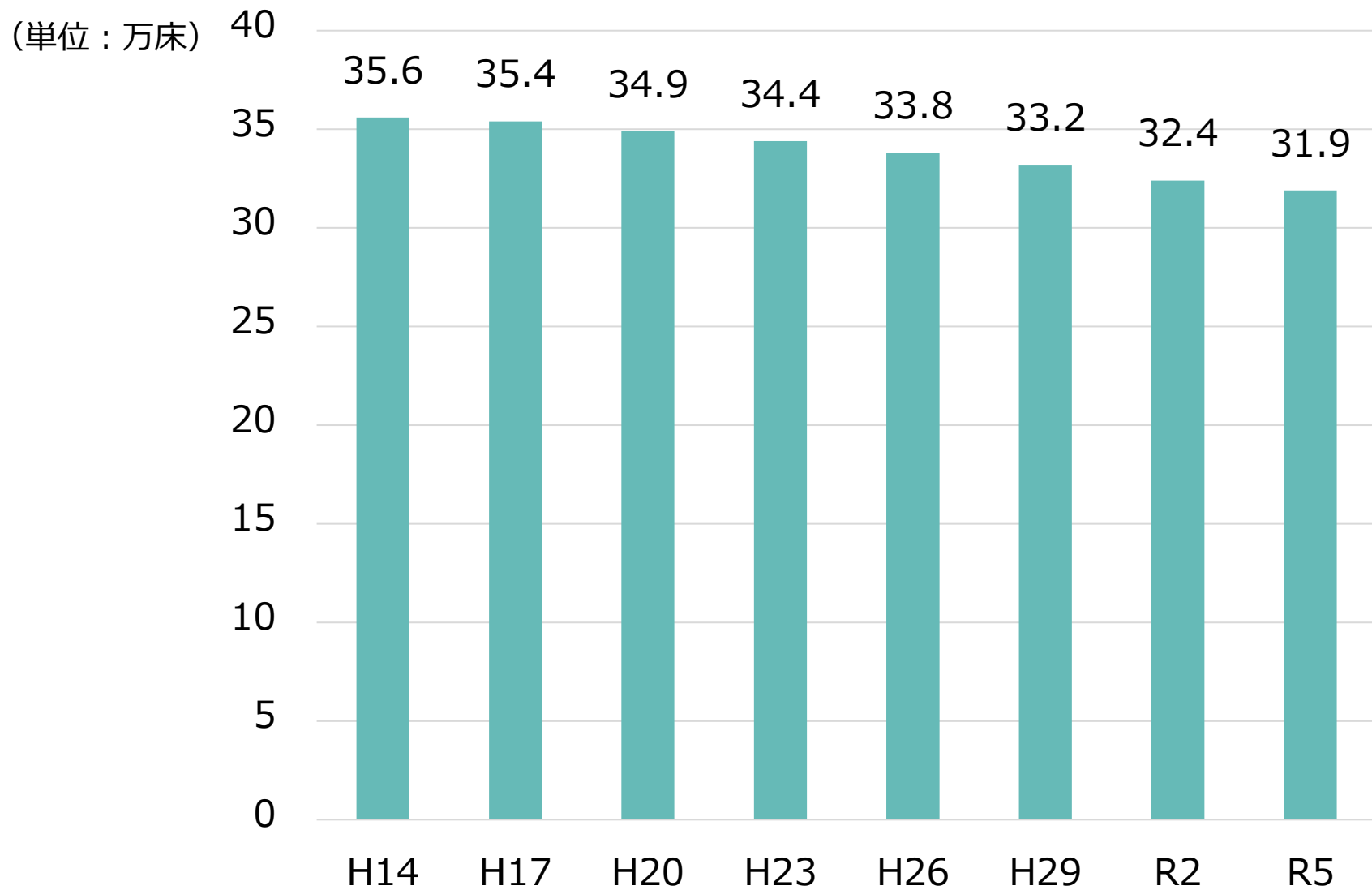
令和 5 年 精神病床退院患者の退院後の行き先

● 精神病床退院患者の退院後の行き先は以下のとおり。



※退院患者数は調査対象期間中（9月1日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計。
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

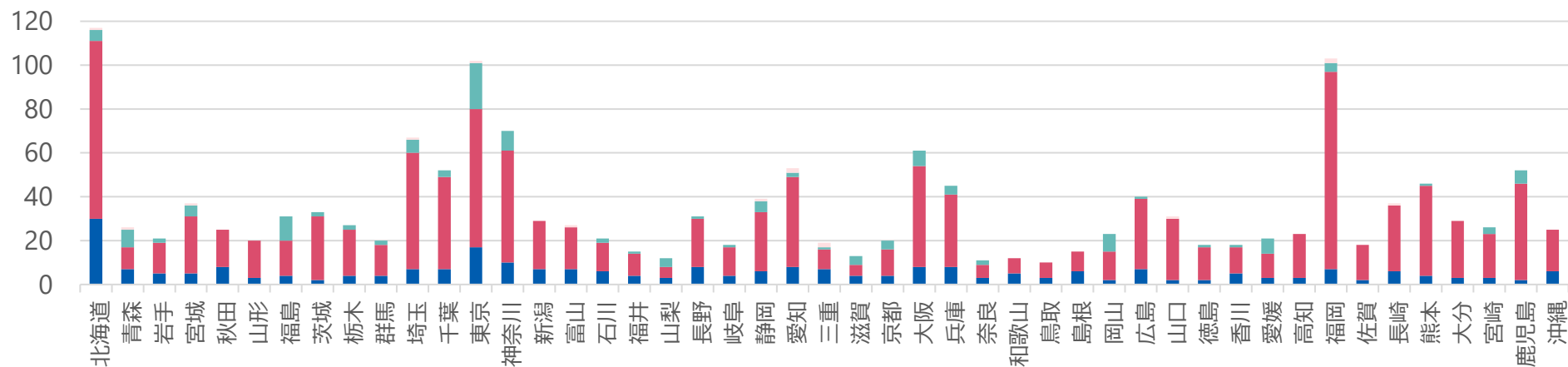
精神病床数の推移



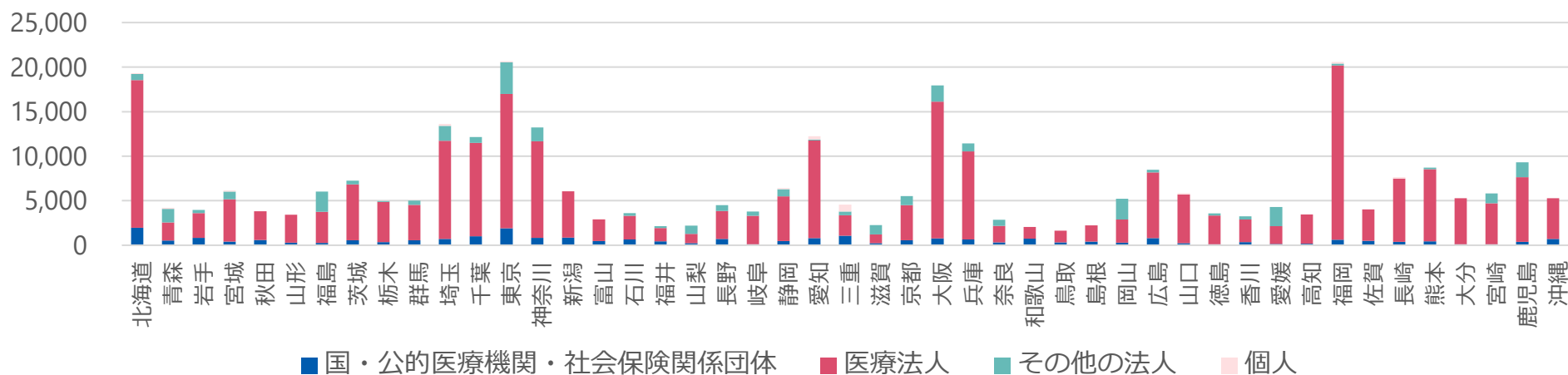
資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

開設者別の精神病床を有する病院数および精神病床数

開設者別の精神病床を有する病院数



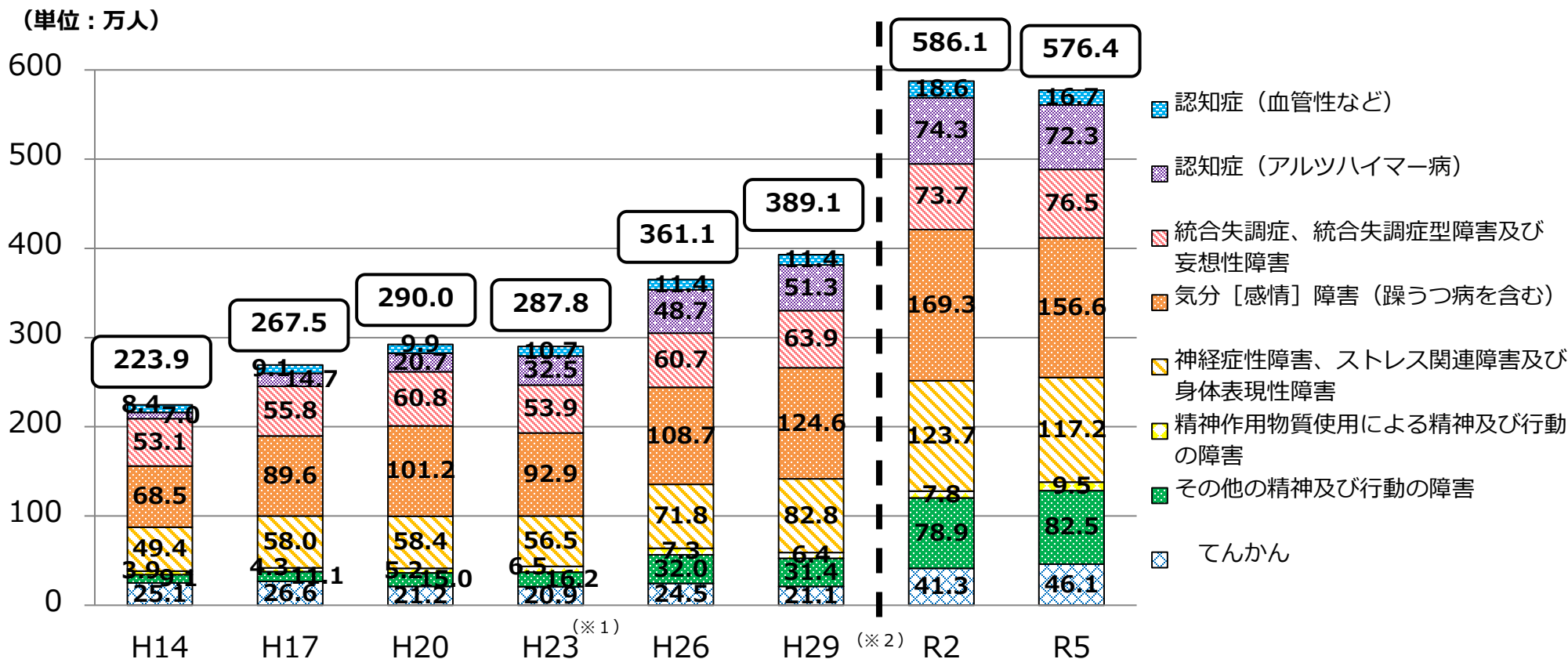
開設者別の精神病床数



■ 国・公的医療機関・社会保険関係団体 ■ 医療法人 ■ その他の法人 ■ 個人

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。
- 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。

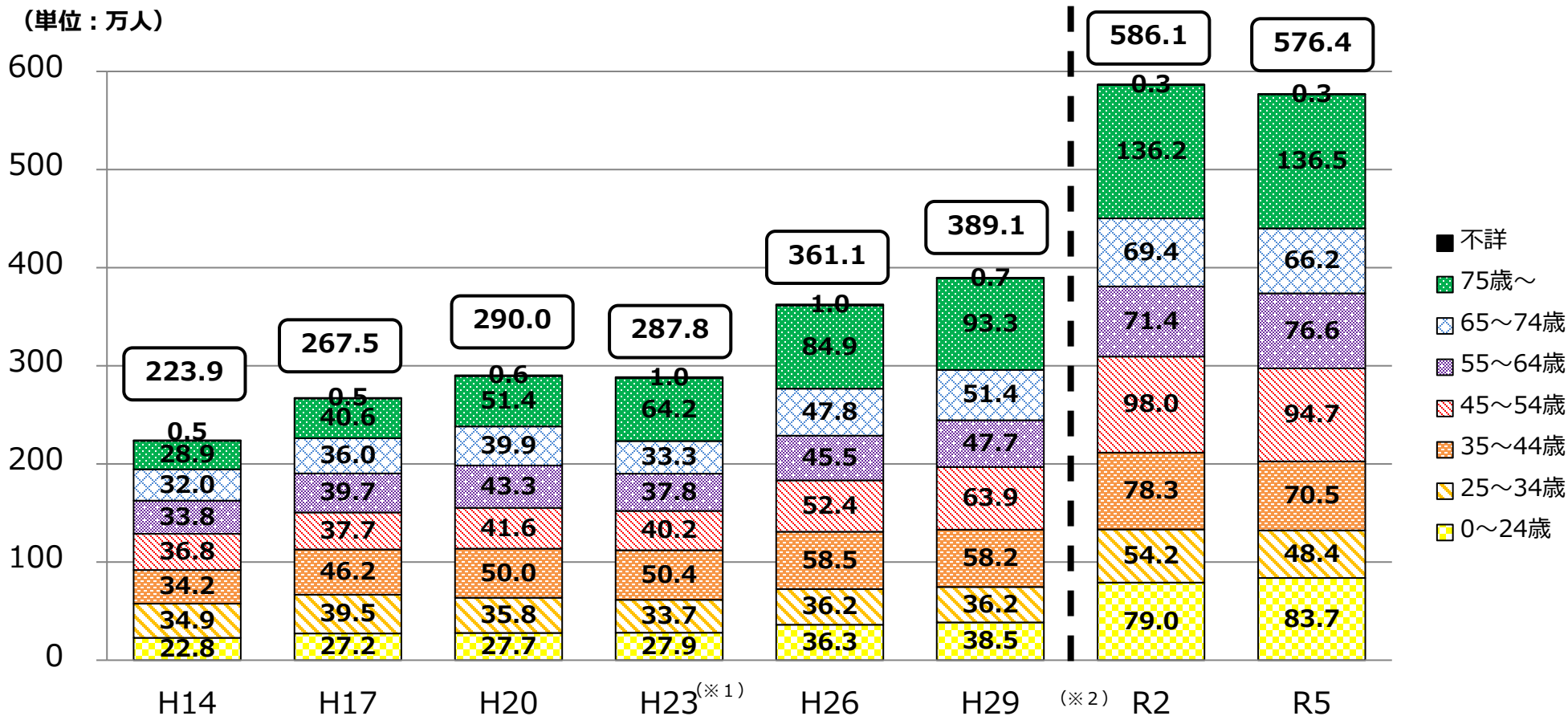


（※ 1） H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※ 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。

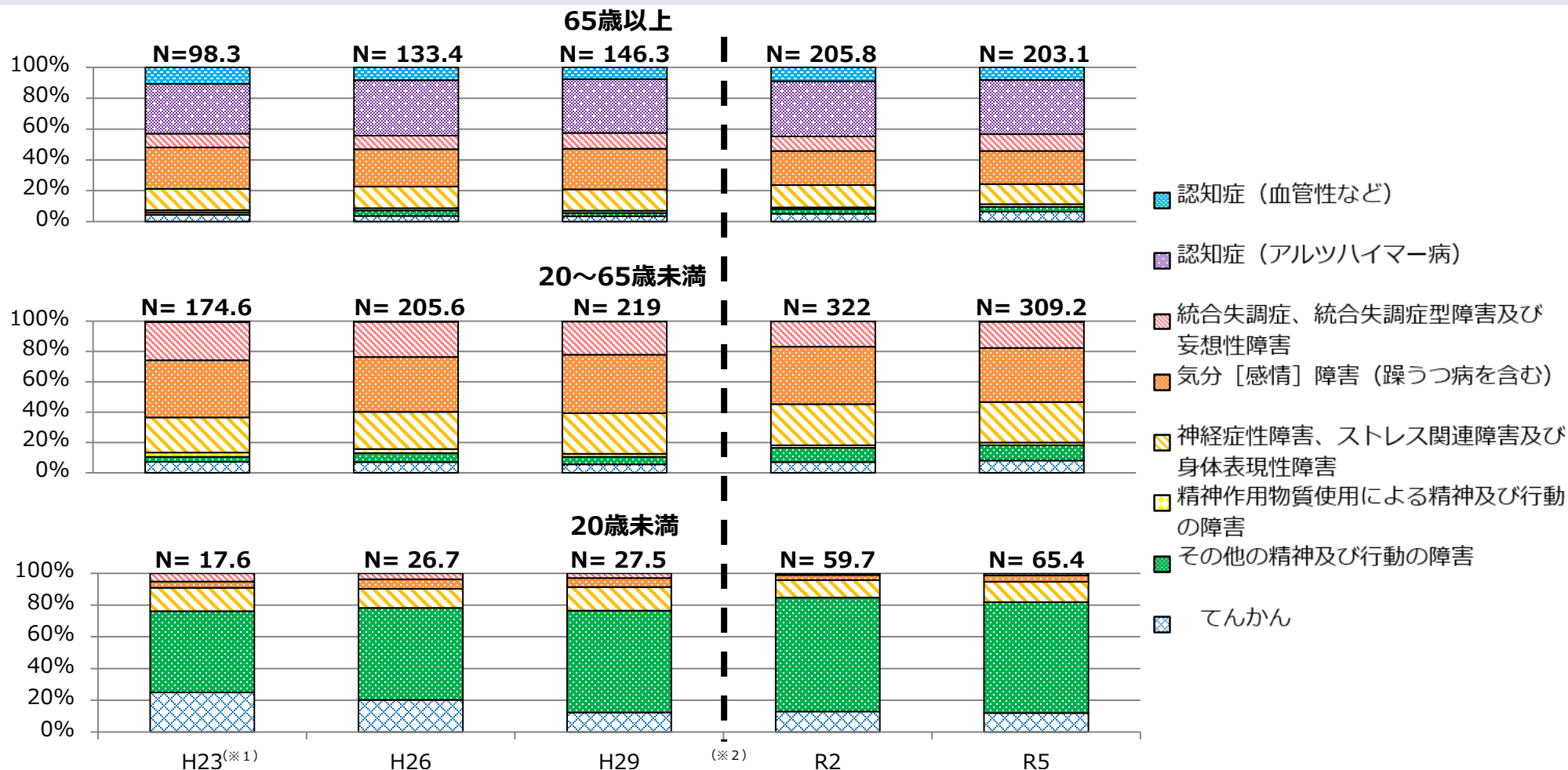


（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※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)。

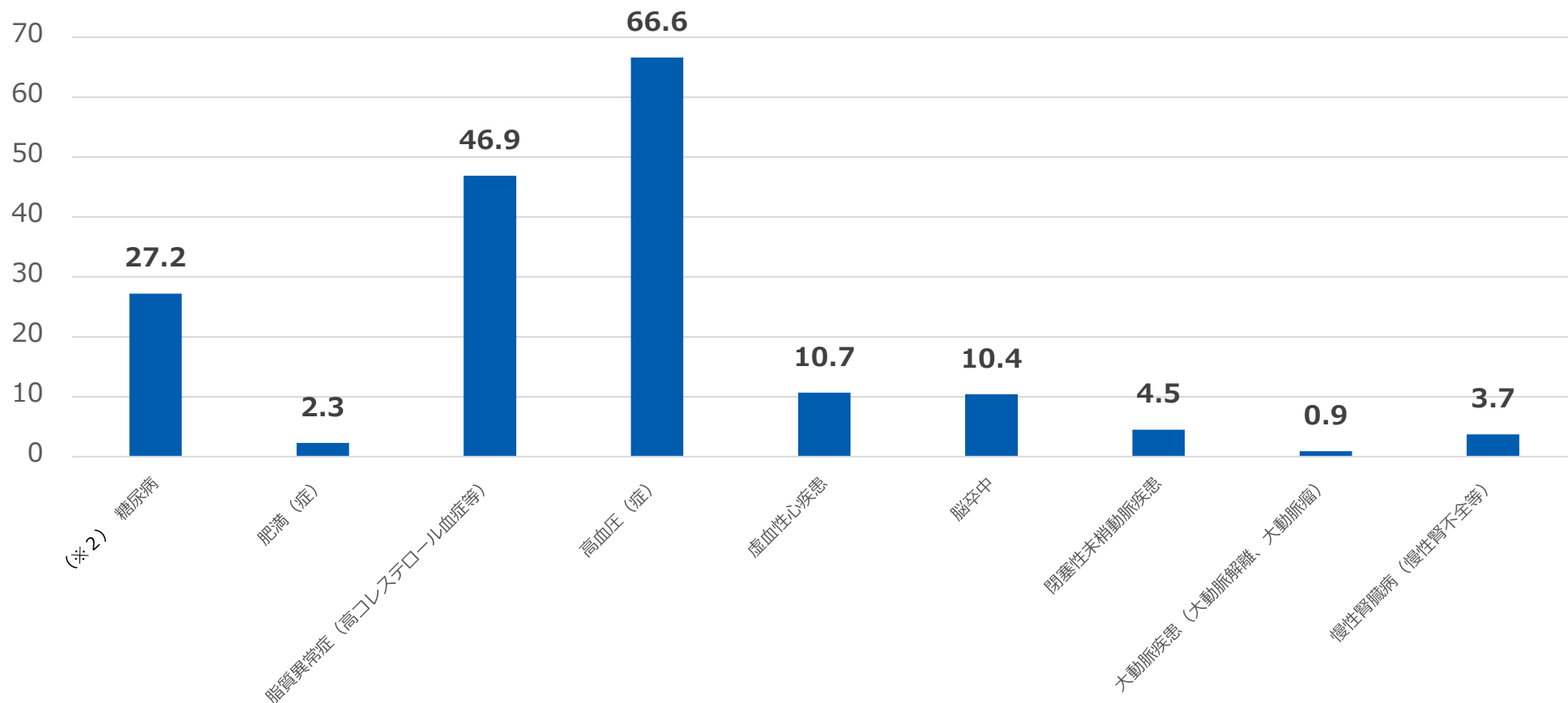
(注) グラフ上の数字は患者数 (万人)

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）}



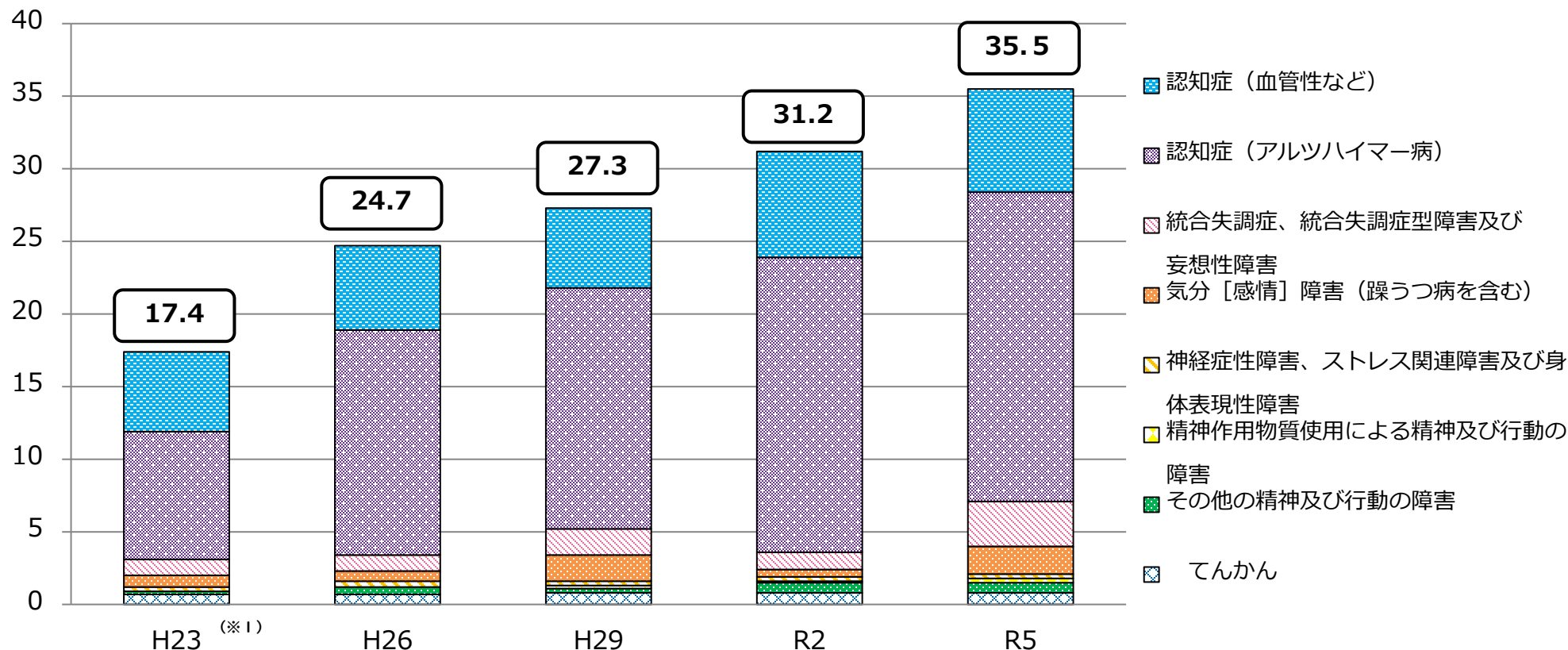
※1 複数の副傷病を併発している場合には、それぞれの副傷病に計上されている。「その他の疾患」以外の副傷病を示している。なお、「その他の疾患」は、264.6万人であった。

※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）



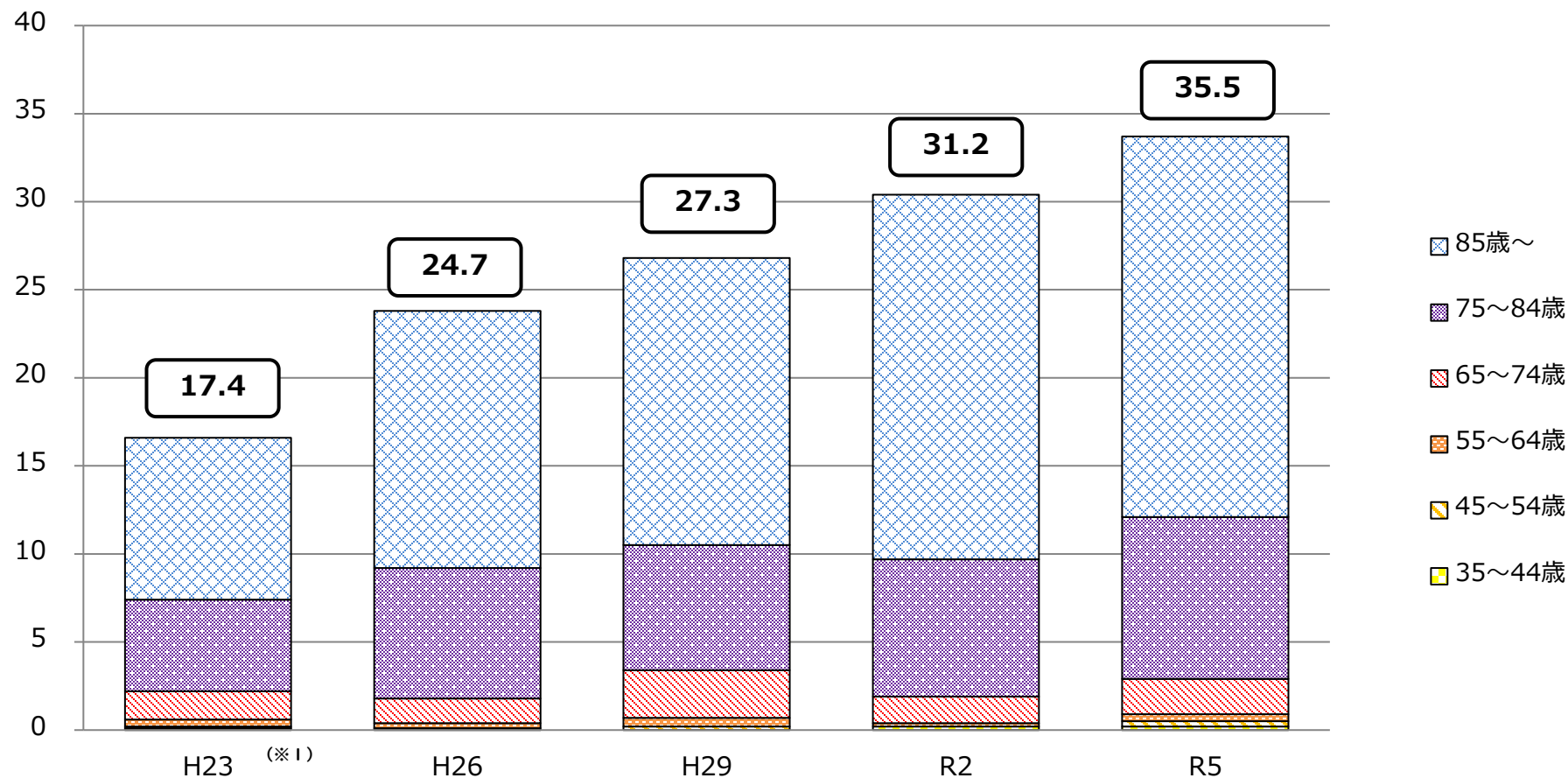
注）推計外来患者数のうち、初診往診、初診訪問診療、再来往診、再来訪問診療の人数を集計した。

（※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）



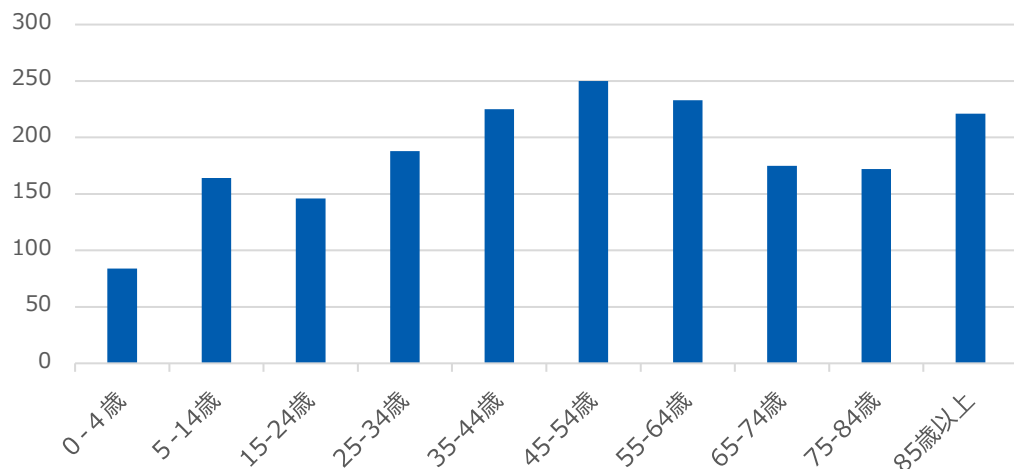
注）推計外来患者数のうち、初診往診、初診訪問診療、再来往診、再来訪問診療の人数を集計した。

（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

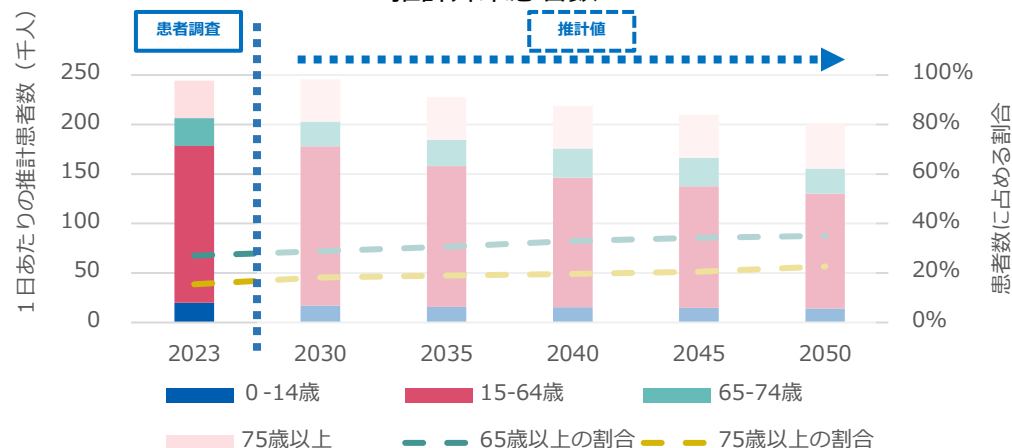
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科の外来需要の変化（都道府県別）

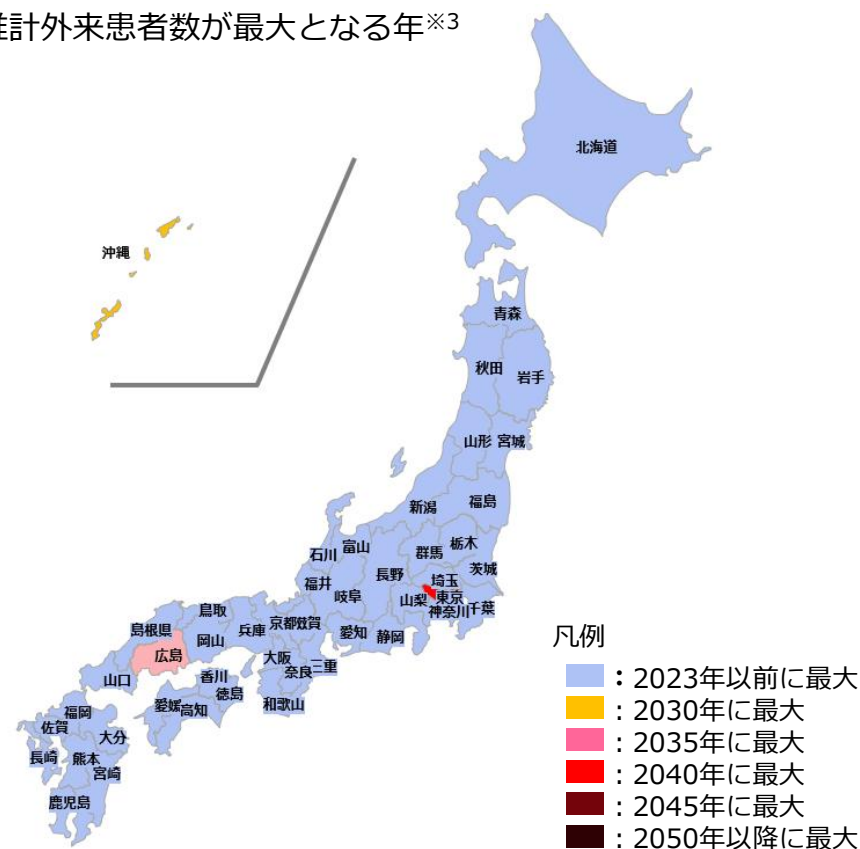
外来受療率（人口10万対）※1



推計外来患者数※2



推計外来患者数が最大となる年※3



※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年以降の値は全国の将来推計人口と外来受療率（患者所在地）を掛け合わせて算出

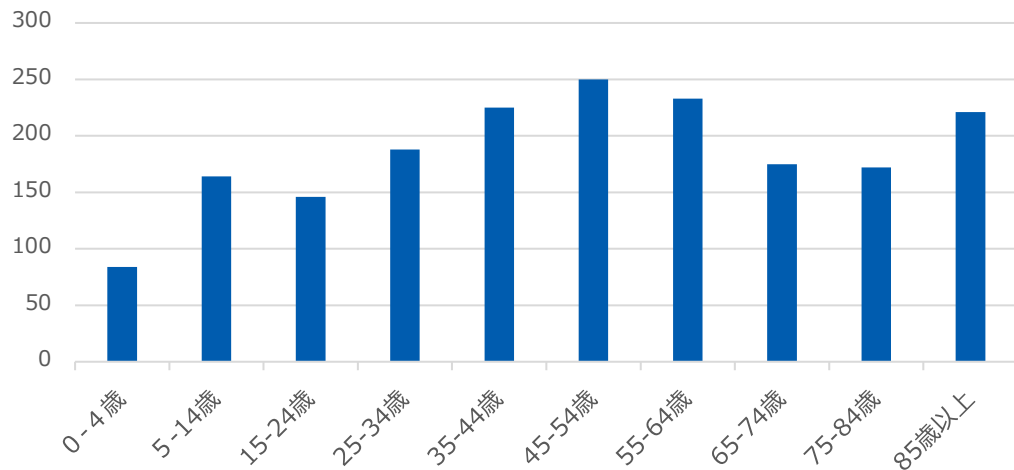
将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を使用

※3 年齢区分別に当該都道府県の将来推計人口と患者調査（令和5年）における外来受療率を掛け合わせることで年齢別推計外来人口を求め、合算することで算出

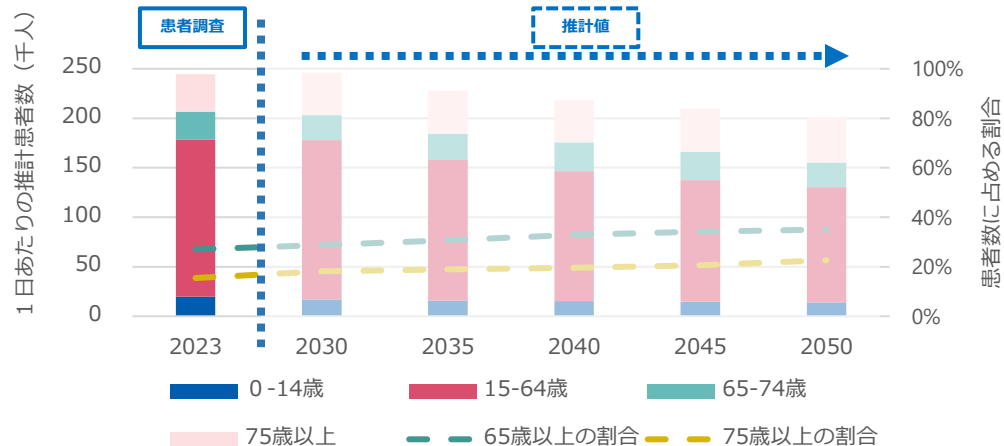
将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を使用

精神科の外来需要の変化（二次医療圏別）

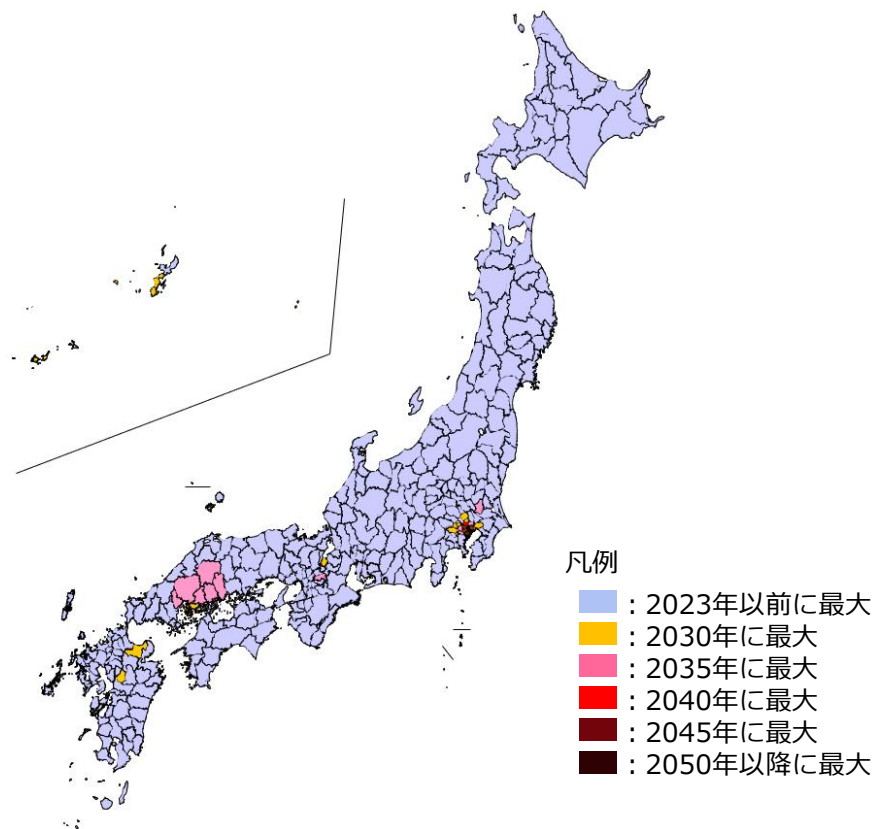
外来受療率（人口10万対）※1



推計外来患者数※2



二次医療圏における推計外来患者数が最大となる年※3



※1 外来受療率は患者調査（令和5年）より算出

※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と患者調査（令和5年）における外来受療率を掛け合わせて算出

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

※3 当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、年齢区分別に当該二次医療圏の将来推計人口と患者調査（令和5年）における外来受療率を掛け合わせることで年齢別推計外来人口を求め、合算することで算出
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

精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数

