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

令和８年11月26日	第３回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	資料１

第２回ワーキンググループにおける主な御意見について

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

第２回ワーキンググループにおける主な御意見①

※　構成員提出資料に基づく日本精神科病院協会御意見（櫻木構成員・長瀬構成員より説明）

（構想区域の設定）
・都道府県を一つの区というところを基本としつつ、それぞれの課題や地域の実態に応じて柔軟に運用すべきである。
・一般医療の二次医療圏と精神医療圏・精神科救急医療圏の範囲は必ずしも一致しておらず、患者の流出入も一般医療より大きい。また、措置入院・緊急措置入院・応急入院といった精神科救急や、依存症、児童・思春期などの専門医療も二次医療圏をまたいで行われているのが実態であるため、全国一律に二次医療圏とするのではなく、地域の医療資源や患者の流出入を踏まえた裁量を残すべきである。

（地域医療構想調整会議 ・協議の進め方）
・テーマごとに重層型・テーマ別で設定し、地域で不足する機能を補強・補充する体制整備を中心に議論する。
・介護や在宅などの議論においては、二次医療圏より小さな区域も考慮する。
・措置入院をはじめとする救急関連、専門的な医療、政策医療、医療観察法に関する事項、災害関連などのテーマについては、都道府県単位で協議の場を設定する。

（病床機能区分）
・一般医療（高度急性期、急性期、包括期、慢性期）と共通の箱として、精神に関する病床機能区分も４つに分けて設定する。
・一般医療のような「入院期間」と「医療資源の投入量」の２軸だけでは限界がある。精神科では長期入院であっても、精神症状が重い患者やADL・行動上の問題がある患者、継続的に多くの人的支援を必要とする患者が存在するため、入院期間が長くなっても医療の必要性や治療密度が低くなるとは限らない。
・緊急性、精神症状の重さ、入院形態、在院期間、必要な人的資源の投入量、治療や支援の内容を踏まえ、精神科独自に各区分の定義を行う必要がある。

第２回ワーキンググループにおける主な御意見②

※「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」における意見を事務局において整理

（構想区域の設定）
・都道府県を一つの区域とすることを基本とし、課題や地域の実情に応じて柔軟に運用すべき。
・一般医療と同様に二次医療圏を単位とする構想区域を基本とし、地域の実情やテーマに応じて柔軟に調整するという考え方が適切と考える。
・精神医療と一般医療の構想区域を一致させることで、身体合併症に対応しやすい医療提供体制の構築が可能となるのではないか。また、各構想区域において、身体合併症に対応できる医療機関を確保しやすくなるものと考える。
・一般医療と同じ圏域、生活に近い圏域で精神医療を考えられるようになると良い。全県単位で見るよりも、自分たちの圏域における入院患者数が見えることは、住民参画を進める上でも重要。
・福祉においては市町村を基盤としていることを踏まえると、二次医療圏を基本とするのが良い。
・二次医療圏を基本として、一般医療と同一の構想区域において医療提供体制を築くことが望ましい。

（構想区域の運用）
・それぞれの地域の医療資源や患者の流出入を踏まえ、都道府県の裁量を残していただきたい。
・一般医療と同様に、精神医療においても構想区域を越えた連携を位置づける必要がある。
・一般医療と精神医療が同一の構想区域を基に地域の課題を共有し、身体面と精神面の双方を診られる退院後の支援体制を見据えて、他施設や他職種の連携をより強化していくことが必要。
・身体合併症に対応するため、基本的な構想区域を二次医療圏とし、精神医療の構想区域は、地域の実情に応じ都道府県単位も含めて複数の合同区域で設定する等、２段構えでいくことも一つの方策ではないか。
・二次医療圏をベースに、在宅に近い分野はサブ圏域を設定したり、議論を分けたりといった裁量を都道府県に与えることが望ましい。
・都道府県境を超えた患者の流出入については、財政的な課題も大きいため、検討する必要がある。
・構想区域を柔軟に運用するためには、NDB等を使った分析が大切である。

（地域医療構想調整会議 ・協議の進め方）
・協議の場、調整会議については、重層型・テーマ別に行う必要がある。
・構想区域に限らず幅広い関係者で柔軟に議論を重ねていかれると良い。
・精神科救急医療体制整備事業における連絡調整会議等、他の会議体と実効性を持って連動・連携するようなワーキンググループの設置や課題設定を示していく必要がある。
・都道府県単位の調整会議とも連携し、新たな構想の構築に資するような体制を作っていくことが望ましい。

第２回ワーキンググループにおける主な御意見③

※「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」における意見を事務局において整理

（病床機能区分）
・精神医療に関する病床機能区分についても、一般医療と同様に高度急性期・急性期・包括期・慢性期を設定すると良いのではないか。各区分の定義については、精神医療独自に検討する必要がある。
・医療資源投入量や在院日数で機能を正確に表現することは、一般医療に比べても限界は大きい。630調査等から全国的な傾向を見ると、地域生活への移行を支援する機能は入院後おおむね1年程度までは発揮されるものの、それ以降は効果が徐々に小さくなることが示唆されている。
・包括期という考え方は精神医療にフィットしている。精神医療では、ソーシャルワーカーが中心となって地域移行を進めるという機能が非常に優れている。
・精神医療では、入院期間の長短に関わらず人的資源を要することがあるため、精神科高度急性期を定義するに当たっては、入院期間以外の要因も検討する必要があるのではないか。
・総合病院の精神病床に関して、病床機能区分の考え方を当てはめることは難しい。一方で、身体合併症を有する患者に対する医療が停滞することがないよう、急性期の文脈においてしっかり検討していく必要がある。
・身体合併症を有する患者に関しては、外来や精神病床を有さない総合病院のリエゾン機能も包含されている。そのため、病床機能区分での議論に落とし込むことが難しい。
・身体合併症に関しては、医療機関機能として整理した方が議論しやすいのではないか。
・精神症状が中等症ぐらいで身体症状が重症な患者は一般病床で診ていることが多い。そのため、医療機関機能として検討する方が望ましいのではないか。
・精神科高度急性期の必要病床数が算出されたときに、本当に確保できるのかということを懸念している。
・精神医療と一般医療の間に必然的に生じる違いが、結果として精神障害者の地域生活を阻む要因にならないか危惧している。「精神は一般医療とは違う」という認識が、精神障害者の医療を受ける権利を損ねることがないよう留意し、病床機能を設定していただきたい。
・包括期病床を整備する際には、多職種の配置が担保されるよう制度設計をしていただきたい。

（その他）
・在宅移行、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとの連携、認知症対策等を考える上で、市町村の役割は大きいため、法律上の位置づけを明確にしていただきたい。