

精神疾患に係る第8次医療計画の見直しについて（報告）

厚生労働省 社会・援護局

障害保健福祉部 精神・障害保健課

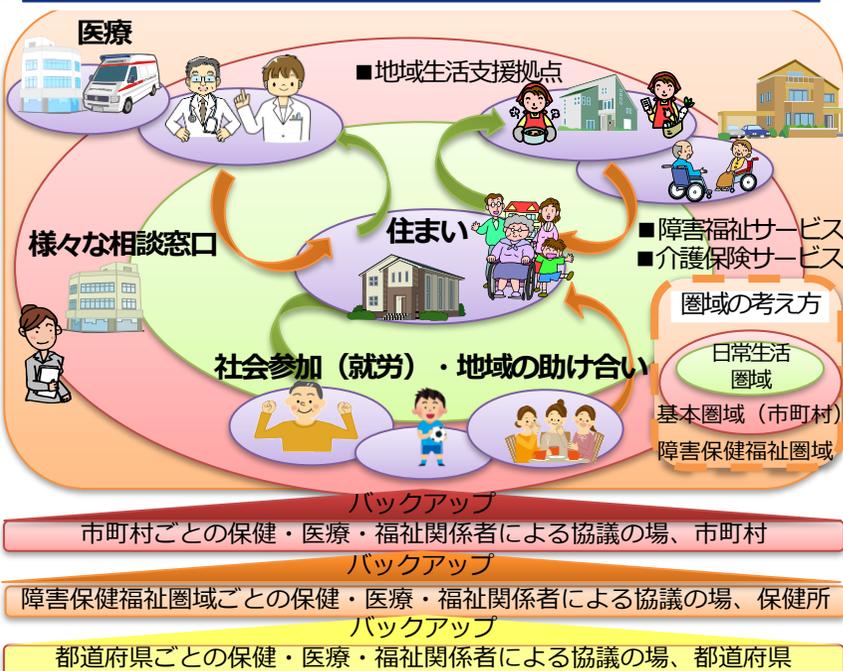
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

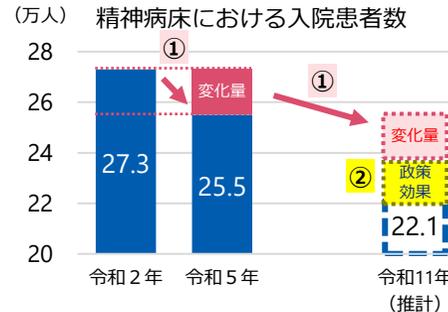
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点^①を踏まえた指針の見直しを行い、引き続き精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
 - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
 - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々^②の病状が障害の程度に大きく影響するため、**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

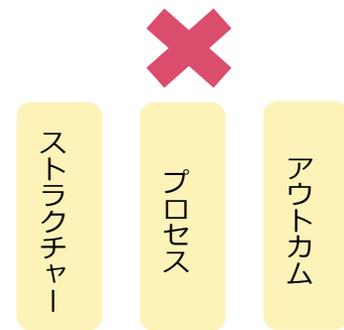


- ① R2 ⇒ R5の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する
 - 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
 - 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化
- ② ①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

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。

精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果（令和11年）

暫定値

	基準病床数 (令和8年)	基準病床数の計算結果 (令和11年)	注	
			注1	注2
全 国	265,903	233,008	(230,363 ~ 235,158)	
北 海 道	15,351	13,358	(13,196 ~ 13,522)	
青 森	3,498	3,018	(2,989 ~ 3,047)	
岩 手	3,261	2,723	(2,692 ~ 2,755)	
宮 城	4,618	4,293	(4,239 ~ 4,348)	
秋 田	2,969	2,716	(2,683 ~ 2,747)	
山 形	2,927	2,538	(2,509 ~ 2,565)	
福 島	4,240	3,666	(3,621 ~ 3,712)	
茨 城	5,551	4,788	(4,725 ~ 4,851)	
栃 木	3,881	3,356	(3,312 ~ 3,401)	
群 馬	4,366	3,887	(3,837 ~ 3,938)	
埼 玉	12,003	10,644	(10,533 ~ 10,678)	
千 葉	10,677	8,811	(8,705 ~ 8,916)	
東 京	19,396	16,836	(16,689 ~ 16,863)	
神 奈 川	12,080	10,701	(10,596 ~ 10,723)	
新 潟	5,114	4,599	(4,544 ~ 4,654)	
富 山	2,601	2,231	(2,201 ~ 2,260)	
石 川	2,846	2,581	(2,552 ~ 2,611)	
福 井	1,707	1,480	(1,466 ~ 1,495)	
山 梨	1,714	1,531	(1,513 ~ 1,548)	
長 野	3,766	3,293	(3,256 ~ 3,329)	
岐 阜	3,359	2,894	(2,854 ~ 2,934)	
静 岡	5,483	5,007	(4,956 ~ 5,020)	
愛 知	11,508	10,035	(9,925 ~ 10,114)	

	基準病床数 (令和8年)	基準病床数の計算結果 (令和11年)	注	
			注1	注2
三 重	3,748	3,423	(3,382 ~ 3,464)	
滋 賀	1,812	1,671	(1,655 ~ 1,675)	
京 都	4,212	3,703	(3,664 ~ 3,720)	
大 阪	15,992	13,504	(13,363 ~ 13,539)	
兵 庫	9,869	8,632	(8,541 ~ 8,721)	
奈 良	2,423	2,086	(2,064 ~ 2,108)	
和 歌 山	1,366	1,192	(1,177 ~ 1,205)	
鳥 取	1,345	1,176	(1,163 ~ 1,187)	
島 根	1,829	1,516	(1,501 ~ 1,533)	
岡 山	3,931	3,547	(3,513 ~ 3,581)	
広 島	7,045	6,426	(6,354 ~ 6,498)	
山 口	4,727	4,077	(4,023 ~ 4,132)	
徳 島	2,832	2,613	(2,578 ~ 2,647)	
香 川	2,628	2,432	(2,402 ~ 2,461)	
愛 媛	3,229	2,795	(2,759 ~ 2,829)	
高 知	2,747	2,362	(2,336 ~ 2,386)	
福 岡	17,040	14,808	(14,626 ~ 14,989)	
佐 賀	3,388	3,089	(3,052 ~ 3,126)	
長 崎	5,715	4,887	(4,822 ~ 4,953)	
熊 本	6,812	6,032	(5,961 ~ 6,101)	
大 分	4,114	3,601	(3,556 ~ 3,646)	
宮 崎	4,359	3,967	(3,916 ~ 4,017)	
鹿 児 島	7,313	6,639	(6,556 ~ 6,720)	
沖 縄	4,511	3,846	(3,807 ~ 3,887)	

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

第8次医療計画後期（令和9年～11年）における指標例のイメージ

	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	DPAT先遣隊登録機関数	● 精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	● 摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	● 指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	高次脳機能障害支援拠点機関数
		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	認知症疾患医療センターの指定医療機関数
		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	
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）	
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

参考資料

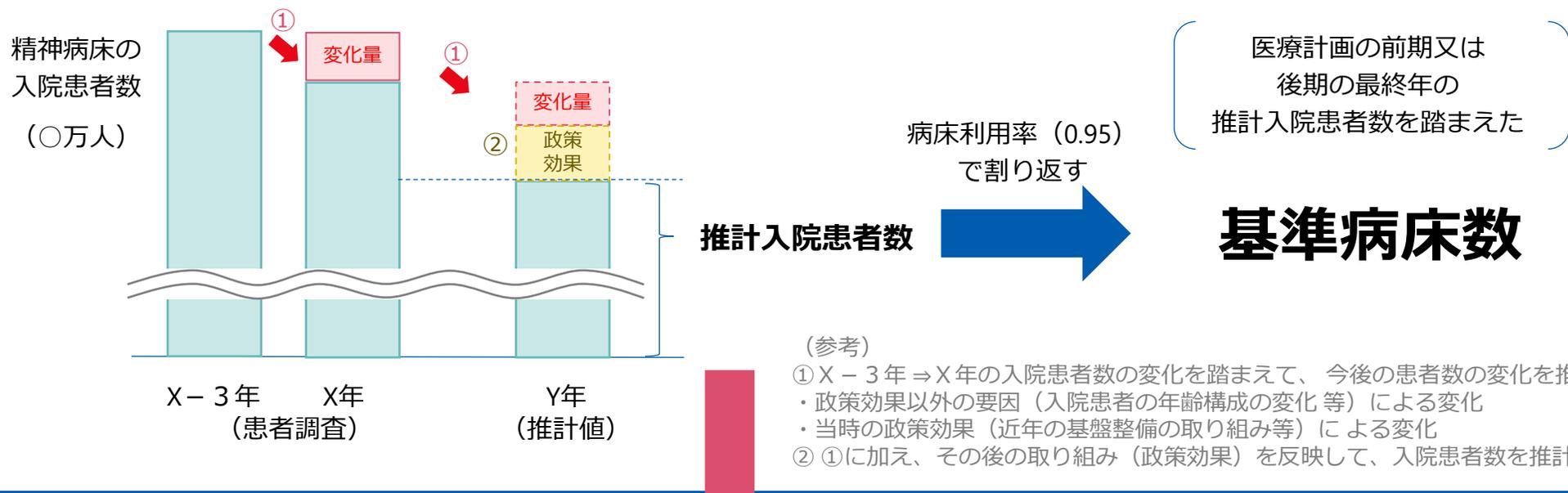
ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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。



医療計画と連動

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。

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で、その値に一定程度近づけるものとする。

算出方法

- 目標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。
 - ✓ $X \leq Y$ → 係数は0とする。
 - ✓ $X > Y$ → 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、 $(X - Y) / X$ 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。

都道府県毎の令和〇年における基準病床数算定式 =

$$\begin{aligned}
 & \left[\begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 & \quad \left. + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 & \quad \left. + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数}) \right] \\
 & \quad \times (1 / \text{病床利用率})
 \end{aligned}$$

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)

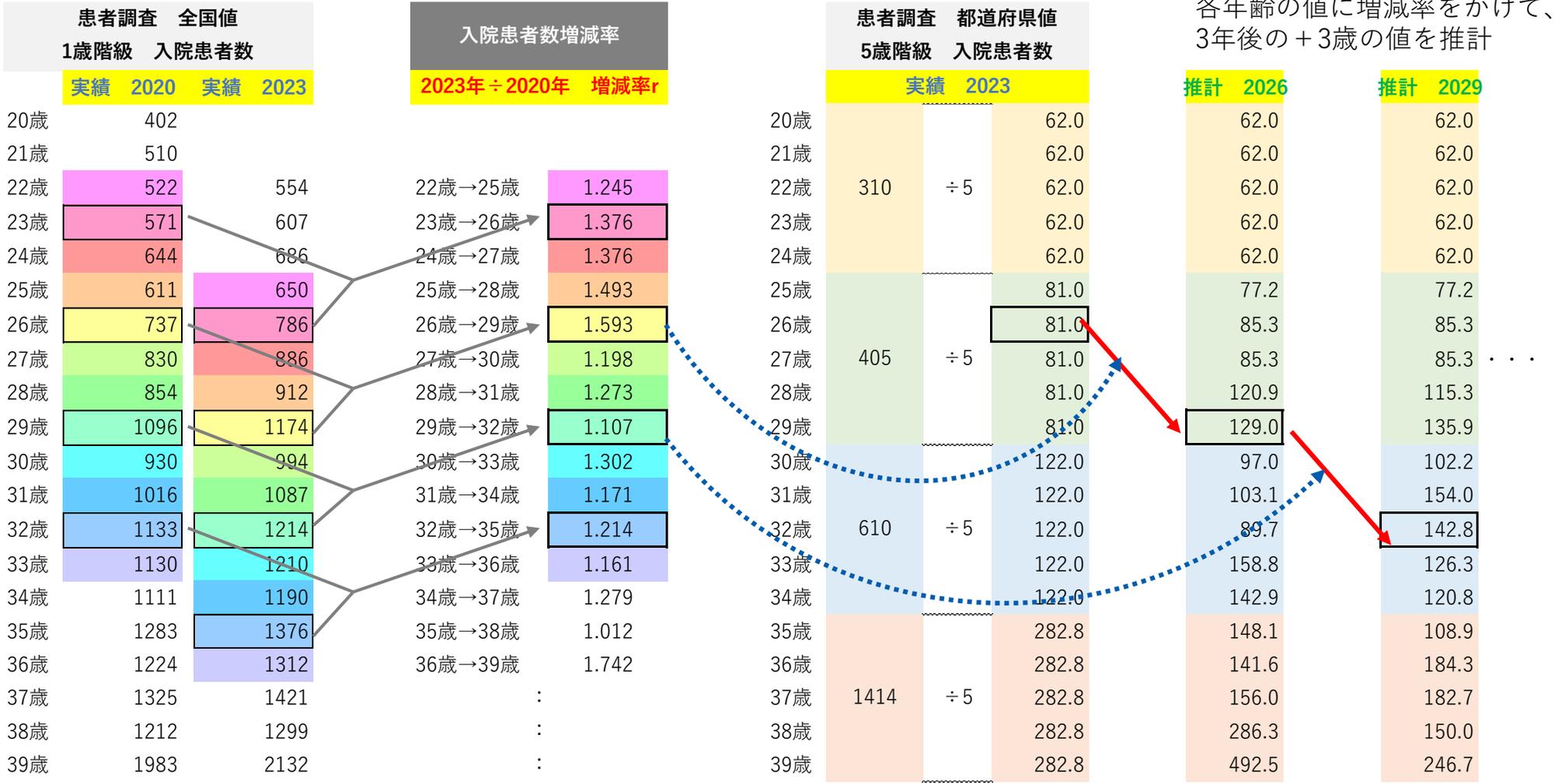
※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。

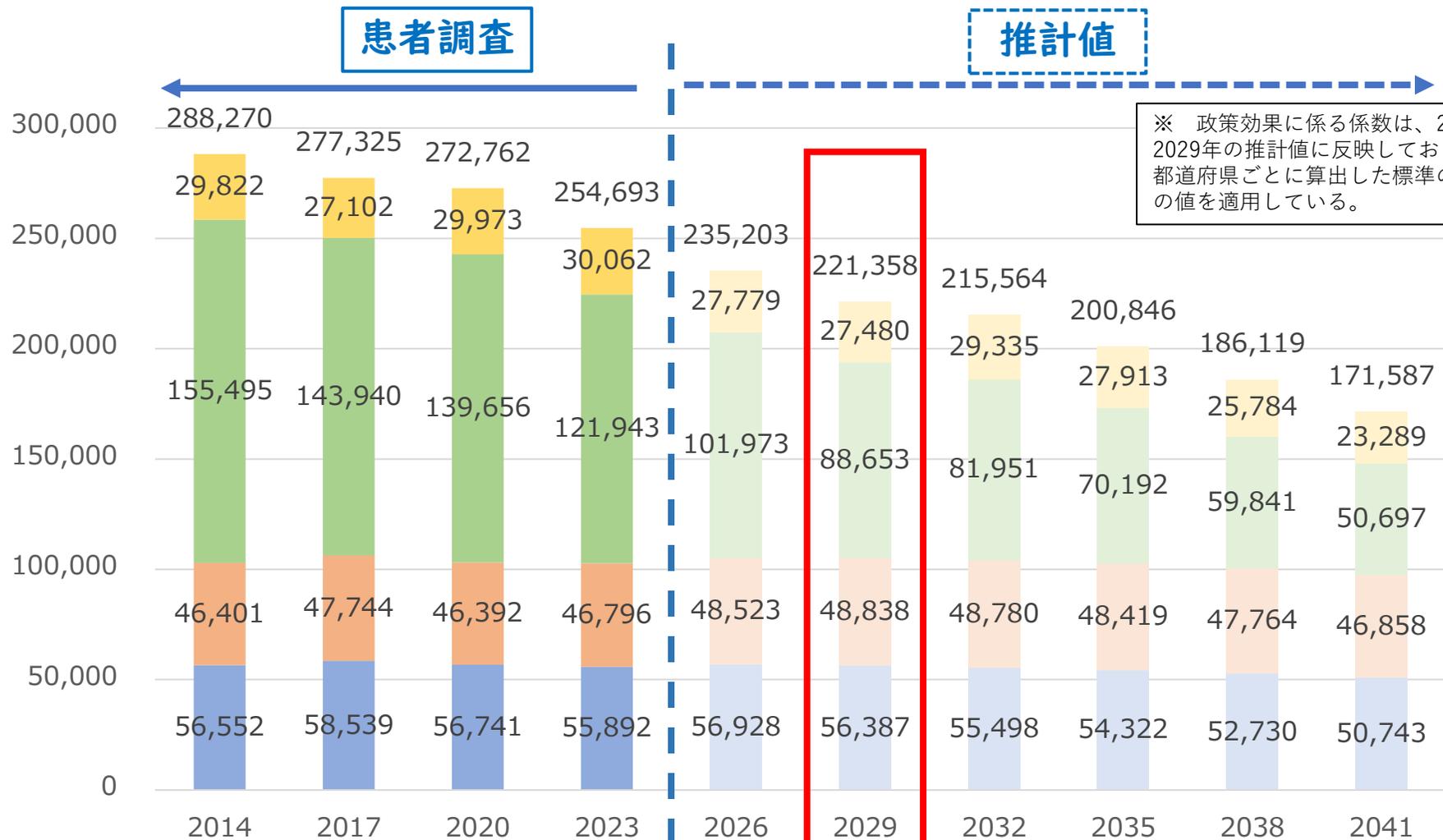
(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

令和11年（2029年）の入院患者数の推計方法



令和11年（2029年）の推計入院患者数

将来入院患者数の推計※



※ 政策効果に係る係数は、2026年、2029年の推計値に反映しており、各都道府県ごとに算出した標準の係数の値を適用している。

■ 急性期 ■ 回復期 ■ 認知症以外の慢性期 ■ 認知症の慢性期
 (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)

入院医療に関する方向性の整理

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

入院機能・地域移行

- ◆ 入院機能等については、以下の内容の御議論があった。
- 将来的に期待される精神科の主な入院機能については、地域と密着して環境面を整えながら地域での生活を後押しすることを前提として、救急※を含む急性期の時期を中心とした医療を提供し早期の退院を目指す機能や急性期からやむを得ず急性期を超えた患者にも医療を提供し早期の退院を目指す機能が基本と考えられること。
※ 単に入院形態ではなく、緊急的な医療的介入の必要性を踏まえたもの
- その上で、将来の医療需要等を踏まえた取り組みにおいて、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療により地域や施設等の対応能力を高めつつ、地域の実情を踏まえながら「にも包括」の構築を進め、地域ごとにあるべき姿を目指していくこと。
- また、小規模な病院において、地域と密着して患者の地域生活を支えるため、多職種により外来、在宅医療、障害福祉サービスを一体的に提供し、必要に応じて入院サービスを提供することが求められること。
- なお、高齢の長期入院者への退院支援に当たっては、当該患者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえでの対応が求められる点に留意しつつ、一般的な地域移行の取り組みを前提としたうえで、高齢の長期入院者の介護ニーズへの対応については、介護保険制度に基づく在宅や施設サービスが受け皿となり得ること。また、障害福祉サービス、介護保険サービスや精神科の入院外医療によって地域や施設等の対応能力を高めることで、地域移行の取り組みを後押ししていくこと。
注 精神医療における地域医療構想の取り組みについて、精神医療を位置付けることを含む医療法等改正法案の法律事項は法案成立後、然るべき場において改めて検討を行うことを想定。

人員配置

- ◆ 人員配置については、以下の内容の御議論があった。
- 精神病床においては、身体合併症対応を含めた身体的ケアや患者の高齢化や入院の長期化に伴う身体機能の低下防止の充実等を図るため、医師、看護職員をはじめ精神保健福祉士、作業療法士、公認心理師等を含めた多職種による手厚い医療を提供できる体制を確保し、地域移行に向けた取組を推進していくこと。また、一般病床と同様にリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組を推進していくこと。
- 精神科医療機関に従事する精神保健福祉士は、入院前から退院後までのあらゆる場面において活躍が期待されている一方で、精神科医療機関を選択する精神保健福祉士の減少に伴い人員の確保が困難であることや、制度改正に伴う事務的な作業の増加が指摘されていることを踏まえ、病棟や入院退院支援部門等における精神保健福祉士のタスクシェアや事務的な作業等への精神保健福祉士以外の活用等を推進していくこと。

身体合併症について

- ◆ 身体合併症については、以下の内容の御議論があった。
- 地域ごとに人口規模や医療資源の状況等が大きく異なることや身体合併症を有する患者の受け入れ体制が異なることを踏まえ、医療需要を踏まえた検討や精神科以外の医療との連携が重要であることから、一定の仮定に基づくデータ等を参考に、地域における議論の場※等を活用し、医療機関の役割分担を明確にしていくこと。
※地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。
- 都道府県が身体合併症に係る医療提供体制を構築するにあたって、精神病床を有する総合病院の確保が適切に実施されることが期待されること。
- 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専門性の高い看護師の活用を進めていくこと。
- また、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は、医療計画にお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こと。
- 精神科病棟以外の入院患者に対応する精神科リエゾンチームについては、多様な疾患に対して幅広く活躍することで、身体科による精神科疾患を有する患者の受け入れが進み、結果として精神科医療を特別視しない素地も期待されるため、より積極的な活用を進めていくこと。

入院外医療等に関する方向性の整理

第1回から第11回までの本検討会の御議論の内容を整理したものであり、引き続き必要な検討を行うこととする。

かかりつけ精神科医機能

- ◆ かかりつけ精神科医機能については、以下の内容の御議論があった。
- 地域において必要な入院外医療の機能を確保する取り組みの一環として、特定機能病院及び歯科医療機関以外の全ての医療機関が、かかりつけ医機能報告制度を実施することを踏まえ、これまで使用してきた「かかりつけ精神科医機能」は、名称の混乱もあることから使用しないこととし、「精神科におけるかかりつけ医機能」として、引き続き必要な機能を確保することとする。
- その際、かかりつけ医機能報告制度において、地域における協議の場で必要な対策を議論し、講じていくという取り組みが始まる予定であるため、精神科領域においても、この取り組みを行い、地域に必要な機能を、複数の医療機関が補完しあいながら面として確保していくこと。

初診待機

- ◆ 初診待機については、以下の内容の御議論があった。
- 初診にかかる前の相談支援体制を確保する観点から、都道府県や市町村等において実施している精神保健に関する相談支援や地域において医療機関等が実施している相談体制等を活用することが重要であるため、それらの情報を整理して、初診の前に当該相談を希望される方が利用できるように、住民に対して広く周知を行うことを進めていくこと。
- 初診の前に実施した相談によって受診が推奨される場合には、速やかに医療機関を受診できるようにする必要があり、医療機関の紹介や相談者本人の同意のもと相談内容を医療機関に提供する等の連携を行うことを推進すること。
- また、初診待機が課題であるとされていることを踏まえ、地域において医療機関が初診を優先的に受ける輪番体制を組むことや可能な患者については再診の受診間隔をあけることを含め、医療機関が初診をより積極的に診療することを促していくこと。

情報通信機器を用いた精神療法

- ◆ 情報通信機器を用いた精神療法については、以下の内容の御議論があった。
- 「にも包括」に資することを前提に、患者自身の希望を踏まえ、対面診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせることを引き続き基本とする。
- 情報通信機器を用いた精神療法については、初診を適切に実施できることを示す科学的知見が明らかではなく、科学的知見の集積が期待される。
- 他方で、情報通信機器を用いた精神療法に十分な経験がある医師が行うことを前提に、自治体が対応を行う未治療者、治療中断者や引きこもりの者等を対象に、医療機関と行政との連携体制が構築され、診察時に患者の側に保健師等がいる状況で、十分な情報収集や情報共有が可能であって、患者自身の希望がある場合には、初診による情報通信機器を用いた精神療法を活用して、継続した治療につなげることを可能とする。

精神科訪問看護

- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
 - 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所[※]が求められること。
- ※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め包括的なマネジメントを行い、訪問看護計画を立案するとともに、医療機関や障害福祉サービス事業所等と連携して定期的にカンファレンスを行っていること等の役割が期待される。

行政が行うアウトリーチ支援

- ◆ 行政が行うアウトリーチ支援については、以下の内容の御議論があった。
- 未治療者、治療中断者やひきこもり状態の者等に対する行政が行うアウトリーチ支援を充実する観点から、当事者の意向を尊重しつつ、病状等も十分に踏まえたうえで必要な方を医療機関につなぐ等の体制を推進すること。