

第2回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

資料2

令和6年11月25日

# 参考資料

# 第1回検討プロジェクトチームにおける主なご意見

## 病院・診療所における役割分担について

- 地域医療構想を考えるに当たっては、総合病院や単科の精神科病院、精神科クリニックの役割を明確にした上で、各地域において議論することが重要である。

## 精神医療を含め医療提供体制を包括的に検討することについて

- 地域医療構想の作成に当たっては、都道府県と精神科領域の関係者が連携・連動できる仕組みを検討することが重要である。
- 身体合併症のことを考えても、一般医療と同様に精神医療も地域医療構想に位置付けて検討していくべき。精神医療の需要が満たされているのかということも医療計画や地域医療構想の中で考えていくことは、これから必要なのではないか。
- 地域の受け皿との連携が極めて重要。複合的ニーズのある患者をどこでどのように支えていくのかという視点が重要である。

## 精神保健医療福祉として重要な事項について

- 精神医療に関しては、障害福祉サービスの当事者や行政、保健分野との連携が非常に重要になることから、そうした連携も併せて考えていく必要がある。医療の質をどう評価するかというのは、地域医療構想の中で行うかどうかはともかくとして、考えていく必要がある。
- 単純に精神科病床の需要と供給だけを見て、構想区域ごとにコントロールを図るのではなく、おのおのの精神科病院の質を考慮した設計とすべき。
- トップランナーの精神科医療と、もっとよくなりたと思っている精神科医療、そして、まだ静観しているところがある。地域医療構想に入ってしっかり国民の期待に応える精神科医療体制をつくっていただきたい。

## 地域医療構想について

- 地域医療構想は、**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、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
  - ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**について、**医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。**
  - ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を**「病床機能報告」**により報告。
  - ③ 各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、**病床の機能分化・連携に向けた協議**を実施。
  - ④ 都道府県は**「地域医療介護総合確保基金」**を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。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。

# 2023年度病床機能報告について

速報値

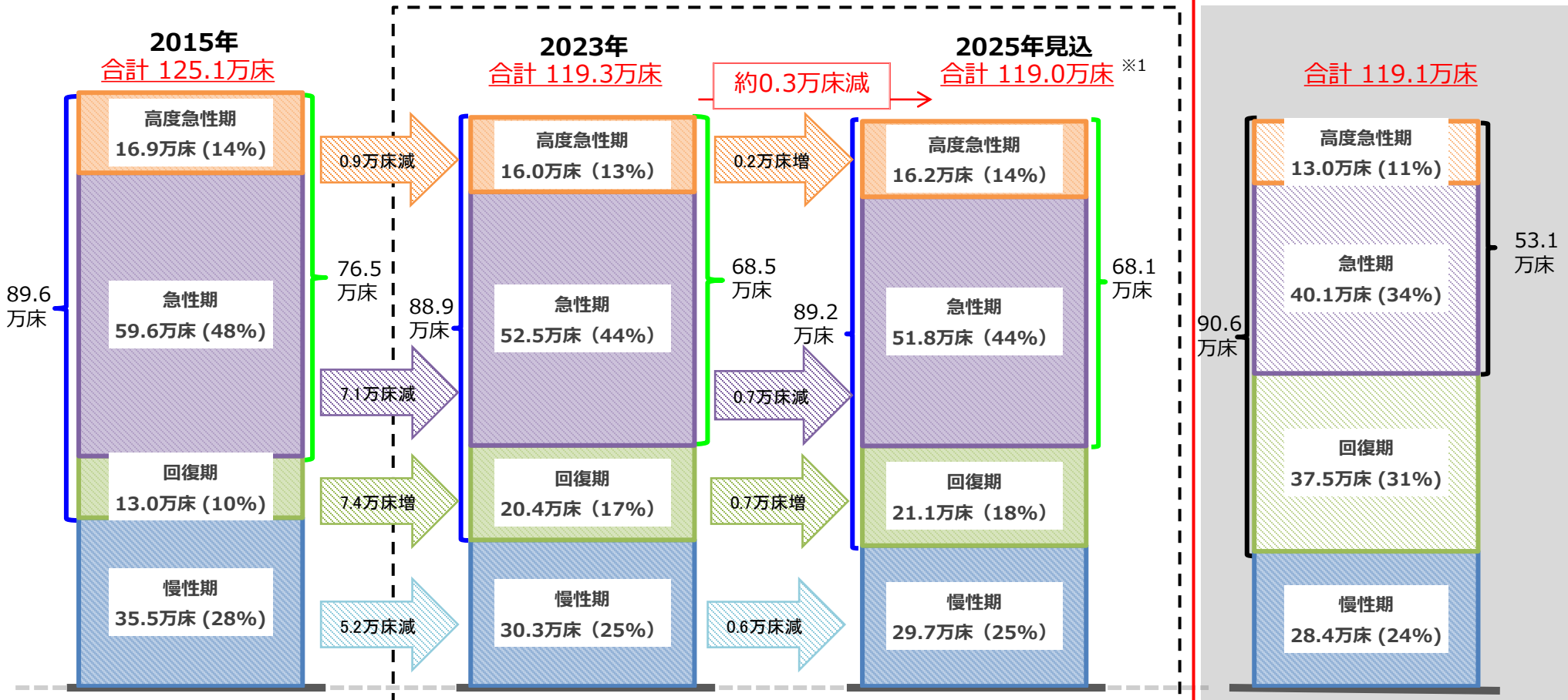
## 2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

## 2023年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(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) ) ※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,203/12,402 (98.4%)

※3: 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

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPC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

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*) : 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 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。

## 新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**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予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

### 【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

### 【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保する必要。

など

### 【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
  - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
  - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
  - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
  - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
  - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
  - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
  - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限
  - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など

## 新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、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を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

### 現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

### 新たな地域医療構想

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課題解決を図るための地域医療構想へ

### 地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

### 今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

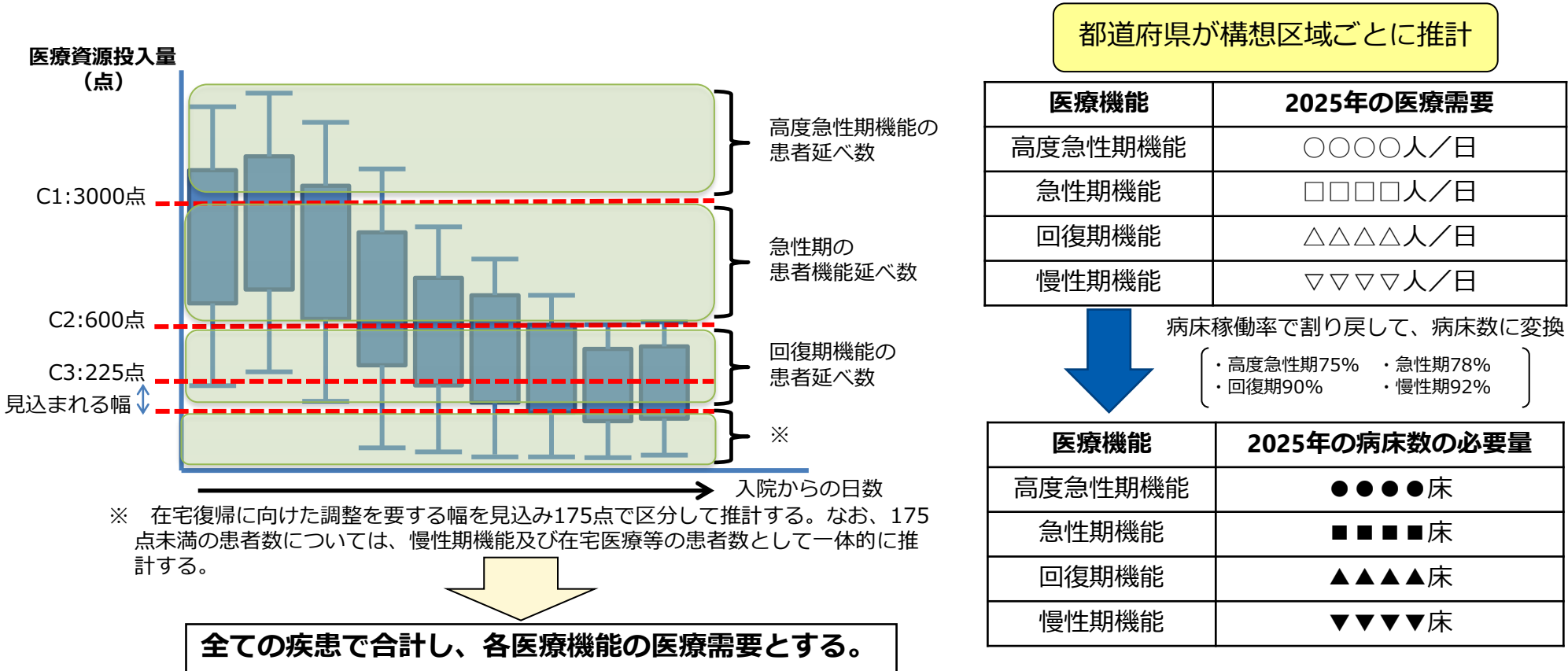
病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

### 限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

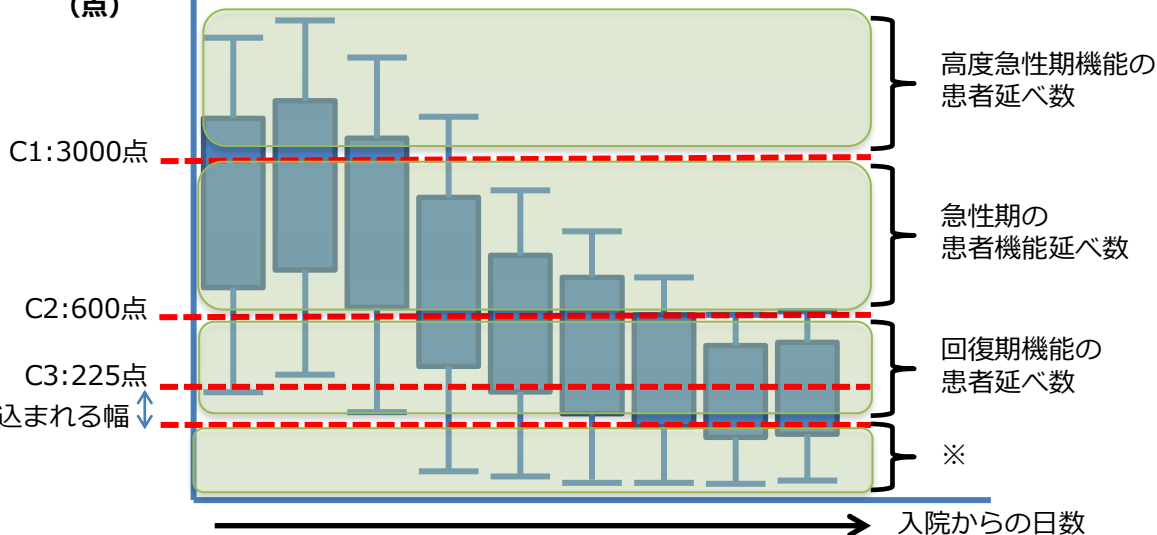
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

# 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



医療資源投入量  
(点)



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	○○○○人/日
急性期機能	□□□□人/日
回復期機能	△△△△人/日
慢性期機能	▽▽▽▽人/日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

・高度急性期75% ・急性期78%  
・回復期90% ・慢性期92%

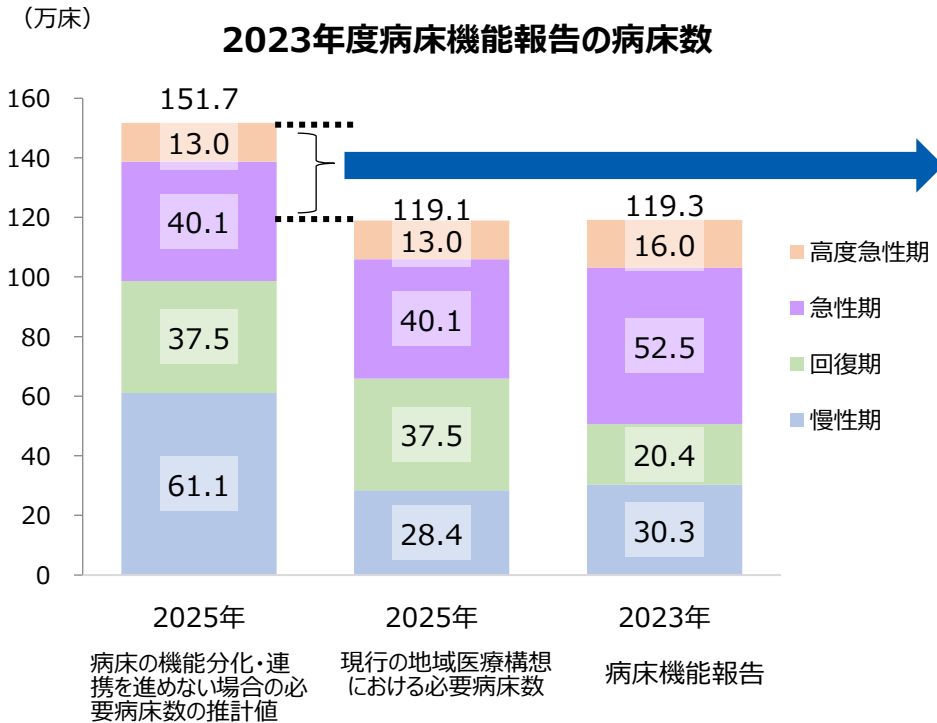
医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲▲▲▲床
慢性期機能	▼▼▼▼床

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

# 現行の地域医療構想の評価について

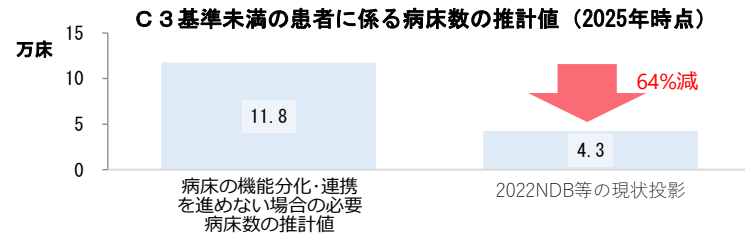
- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

現行の地域医療構想の病床の推計値と  
2023年度病床機能報告の病床数

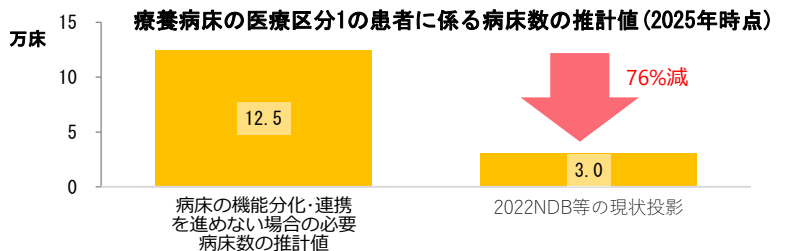


※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

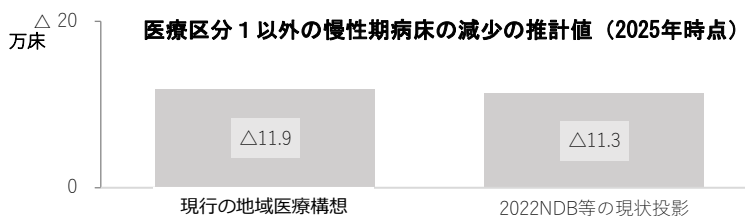
## ① C3基準未満の患者に係る病床



## ② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



## ③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少





# 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 =

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

## 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。
- 新算定式においても0.95を用いる。

(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)

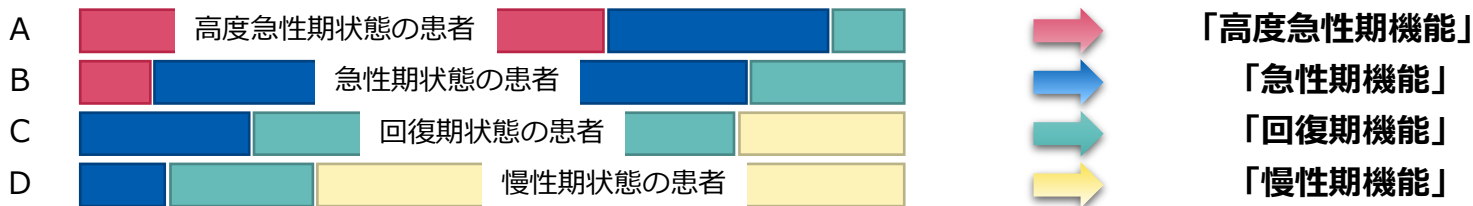
# 病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
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、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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
回復期機能	○急性期を経過した患者への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を集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
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 ○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。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供してなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

## （病棟の患者構成イメージ）



# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

## 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、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例  
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

## 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

## 回復期機能

- 急性期を経過した患者への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を集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

## 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
- 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）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 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
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料
- 地域包括ケア病棟入院料（※）
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

## 現行の地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における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することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

### 構想区域

#### 339 構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し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

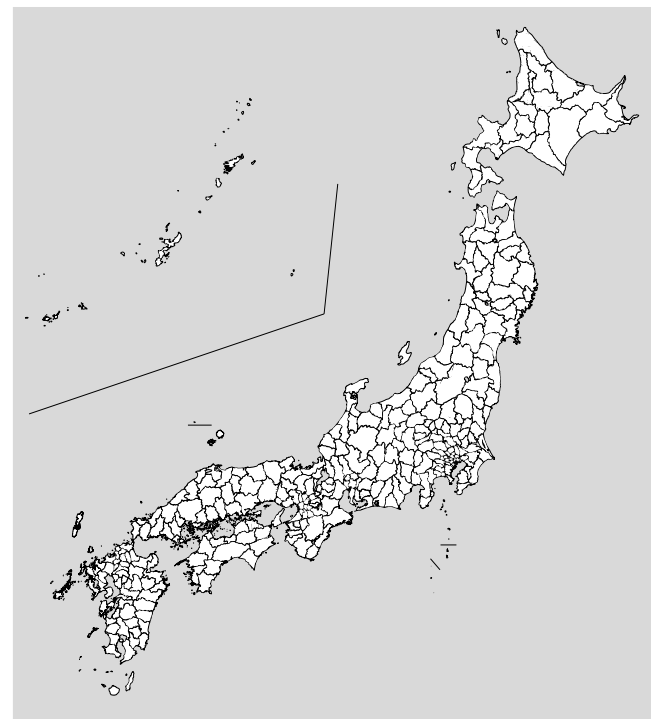
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月31日）抜粋

- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

### 二次医療圏

#### 330 医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し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病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の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



※令和4年9月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

# 地域医療構想調整会議の役割と議論する内容について

第9回医療計画の見直し等に関する検討会

資料1

平成29年2月17日

## 地域医療構想調整会議の役割

### 医療法(抄)

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成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を行うものとする。

2・3(略)

## 議論する内容(地域医療構想策定ガイドラインより抜粋・一部改変)

調整会議の議事について、病床機能報告の内容と病床の必要量を比較し、地域において優先して取り組むべき事項に関して協議するとしている他、在宅医療を含む地域包括ケアシステムの構築や、医療従事者確保及び診療科ごとの連携などを検討するとしている。

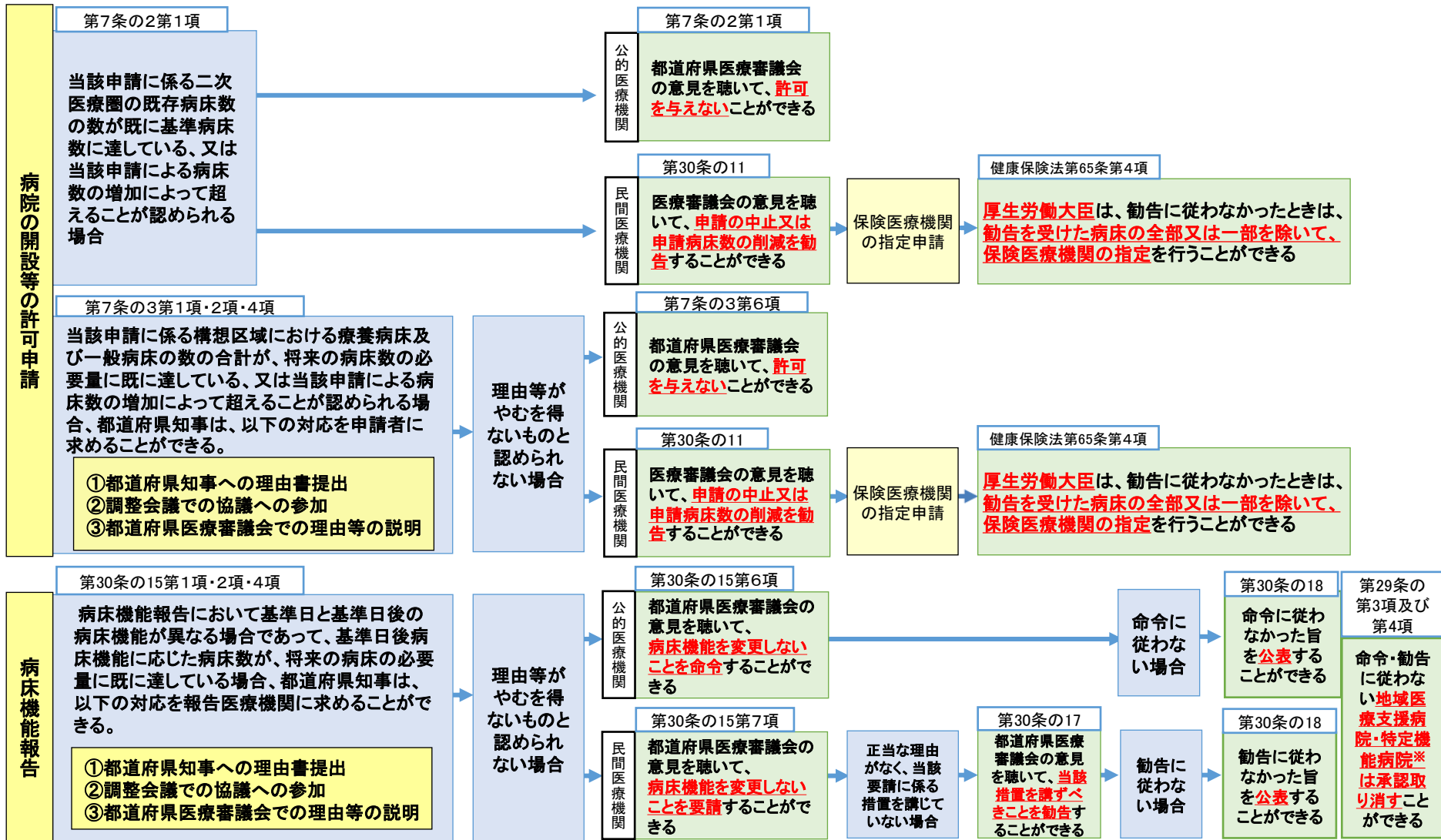
また、これらを踏まえ以下の議事の設定が想定されるとしている。

- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

# 病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ①

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

## ■ 過剰な医療機能への転換の中止等



※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

# 病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ②

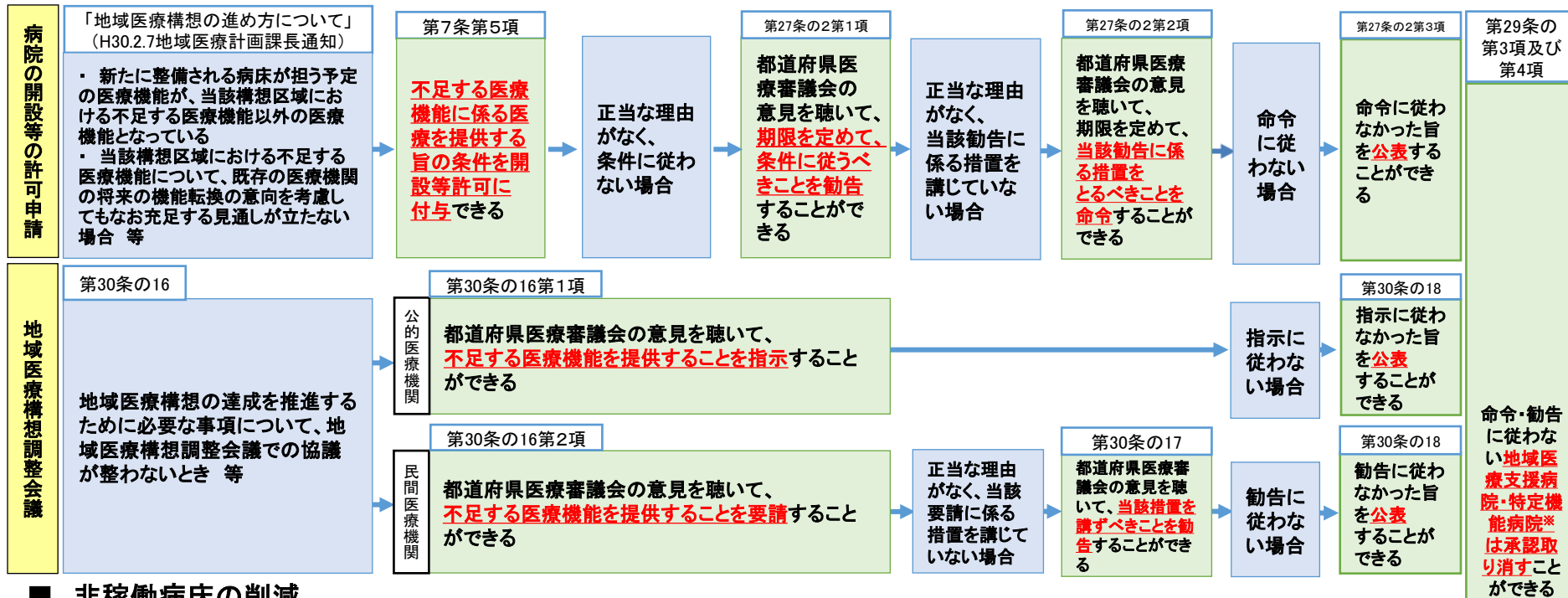
令和4年11月28日

第93回社会保障審議会医療部会

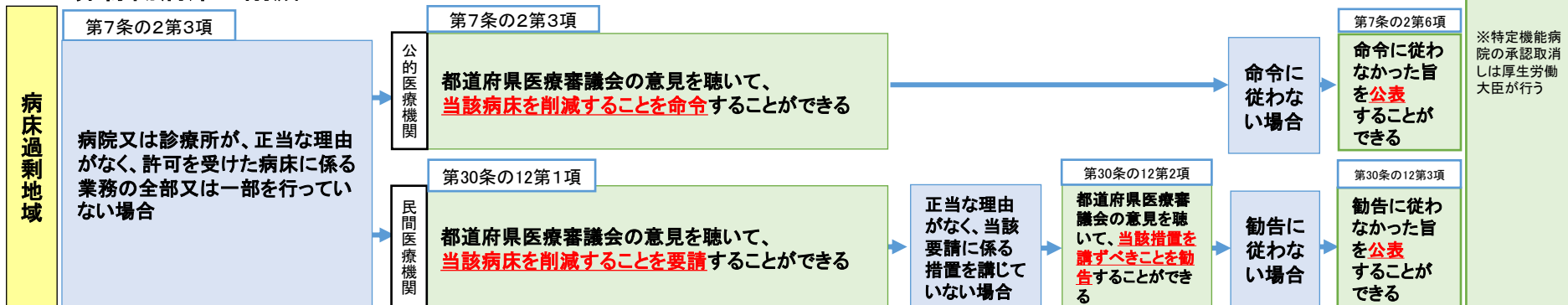
資料3-3

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

## ■ 不足する医療機能への転換等の促進



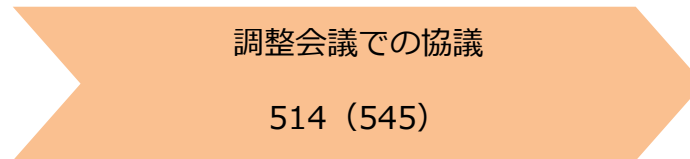
## ■ 非稼働病床の削減



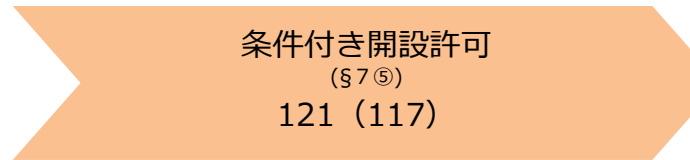
※特定機能病院の承認取り消しは厚生労働大臣が行う

# 都道府県知事の権限行使の状況

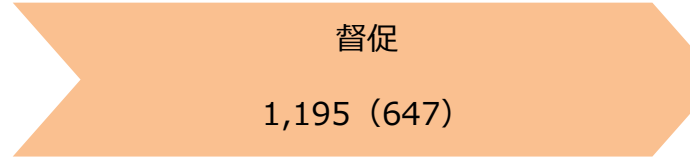
①非稼働病床への対応  
※令和4年度病床機能報告



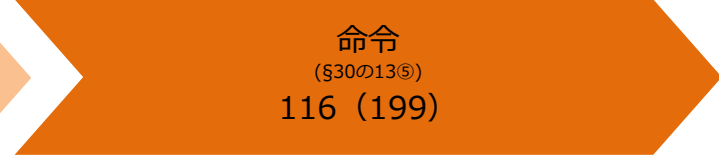
②不足する医療機能への転換の促進の対応(病院の開設等の許可申請)



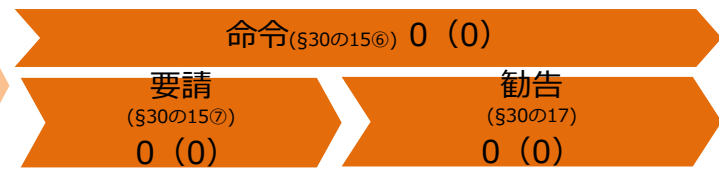
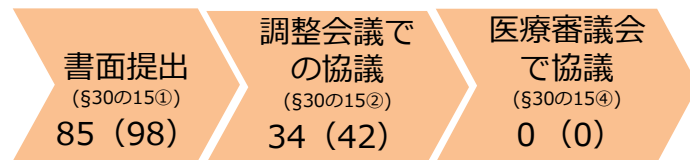
③未報告医療機関への対応  
※令和4年度病床機能報告



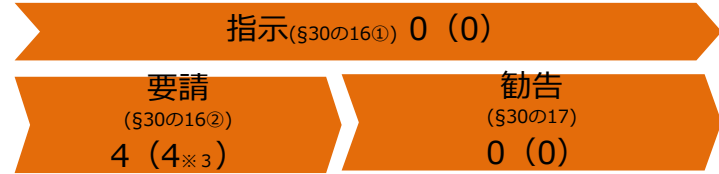
④未報告医療機関への対応  
※令和5年度病床機能報告



⑤必要病床数を超える医療機能への転換が予定されている場合の対応  
※令和4年度病床機能報告



⑥不足する医療機能への転換の促進の対応(地域医療構想調整会議)



(括弧書きは令和5年3月末調査)

※1 令和6年3月末時点 ①③⑤については、令和4年度病床機能報告後から調査日までの累計。④については、令和5年度病床機能報告後から調査日までの累計。

②及び⑥については、制度施行から調査日までの累計。

※2 ③の命令に従わなかった際の公表は0件実施、過料は0件。①②④⑤⑥の命令等に従わなかった際の公表・過料等は0件。

※3 いずれも過剰となっていた急性期の増床の申し出に対し回復期の増床を要請。うち3件は要請に従い回復期を増床、1件は増床の申し出を撤回。



## 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

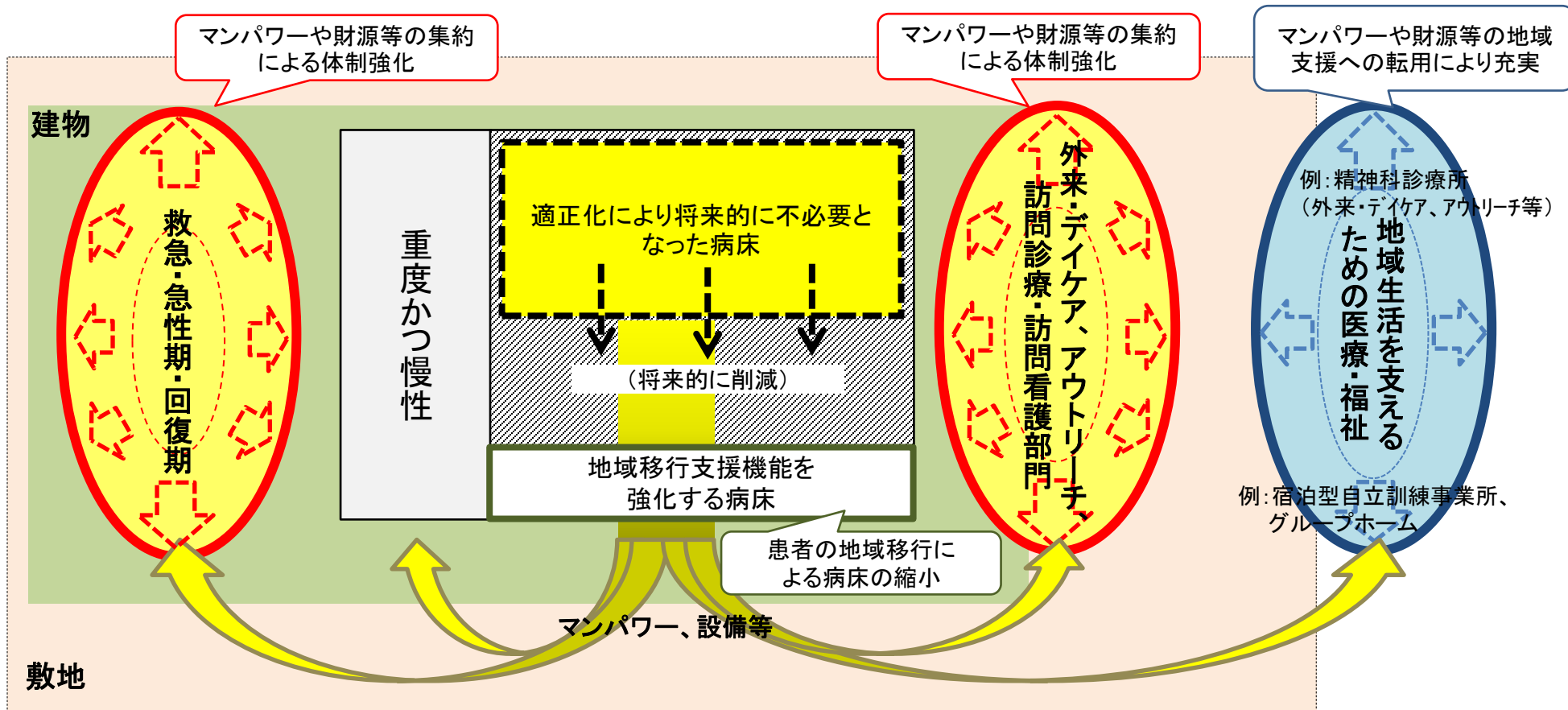
「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※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

- 「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。

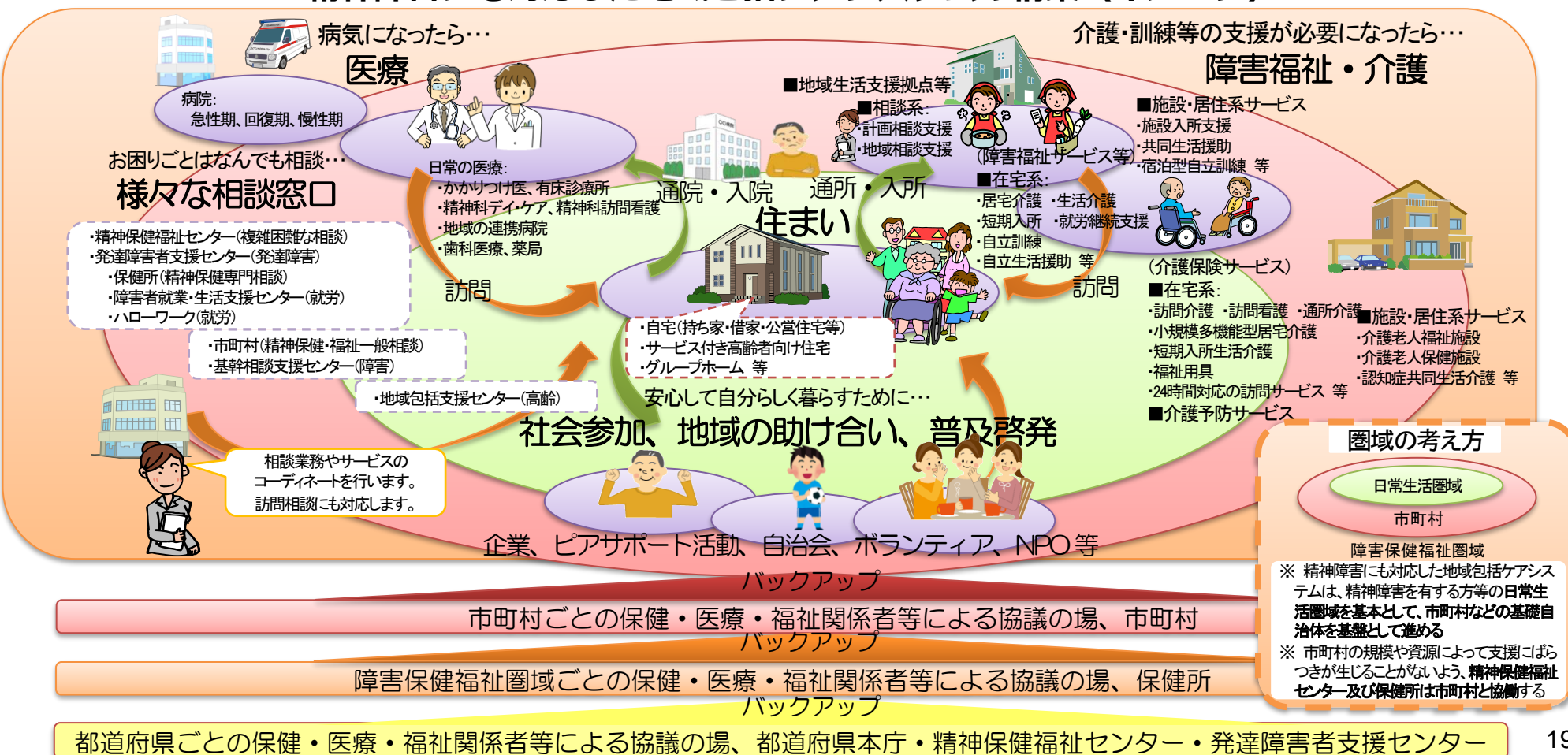
### 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



# 近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「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次医療計画の見直しのポイント）

令和6年9月30日第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

## 指針について

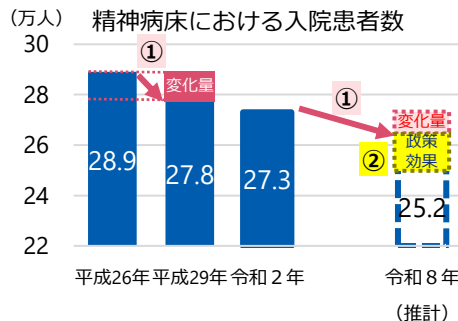
- ① 以下のような体制の整備等を一層推進する観点<sup>①</sup>を踏まえた指針の見直しを行い、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。
  - 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、**安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築**する。
  - 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々<sup>②</sup>の病状が障害の程度に大きく影響するため、**医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備**する。
- ② **入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案**して、将来の推計を行うこととする。
- ③ **患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から**、以下のように、**4つの視点から**、それぞれについてストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標例を設定する。

### ①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



### ②基準病床数の算定式

平成26年と29年の患者数から令和8年の患者数を推計し、基準病床数を設定する

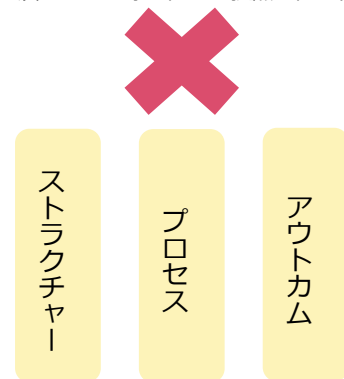


- ① H26 ⇒ H29の入院患者数の変化を踏まえて、今後の患者数の変化を推計する
  - 政策効果以外の要因（入院患者の年齢構成の変化等）による変化
  - 当時の政策効果（近年の基盤整備の取り組み等）による変化
- ② ①に加え、その後の新たな取り組み（政策効果）を反映して、将来の入院患者数の推計を行う

### ③現状把握のための指標例

- 普及啓発、相談支援
- 地域における支援危機介入
- 診療機能(※)
- 拠点機能(※)

(※)：疾患毎の診療機能及び拠点機能を含む。



# 精神科救急医療体制整備事業

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

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1 / 2

【主な事業内容】

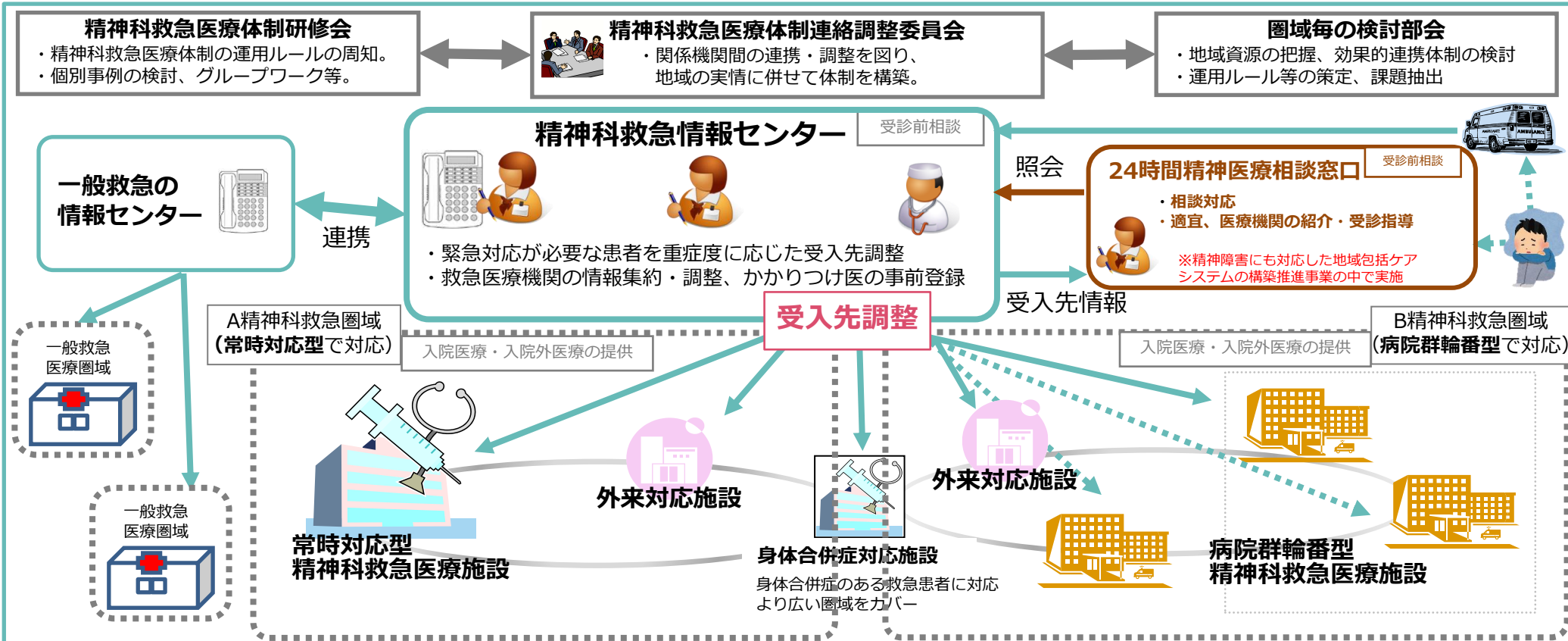
- ・精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- ・精神科救急情報センターの設置
- ・精神科救急医療確保事業

【都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け】

（H24年 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正）

第4節 精神科救急医療の確保

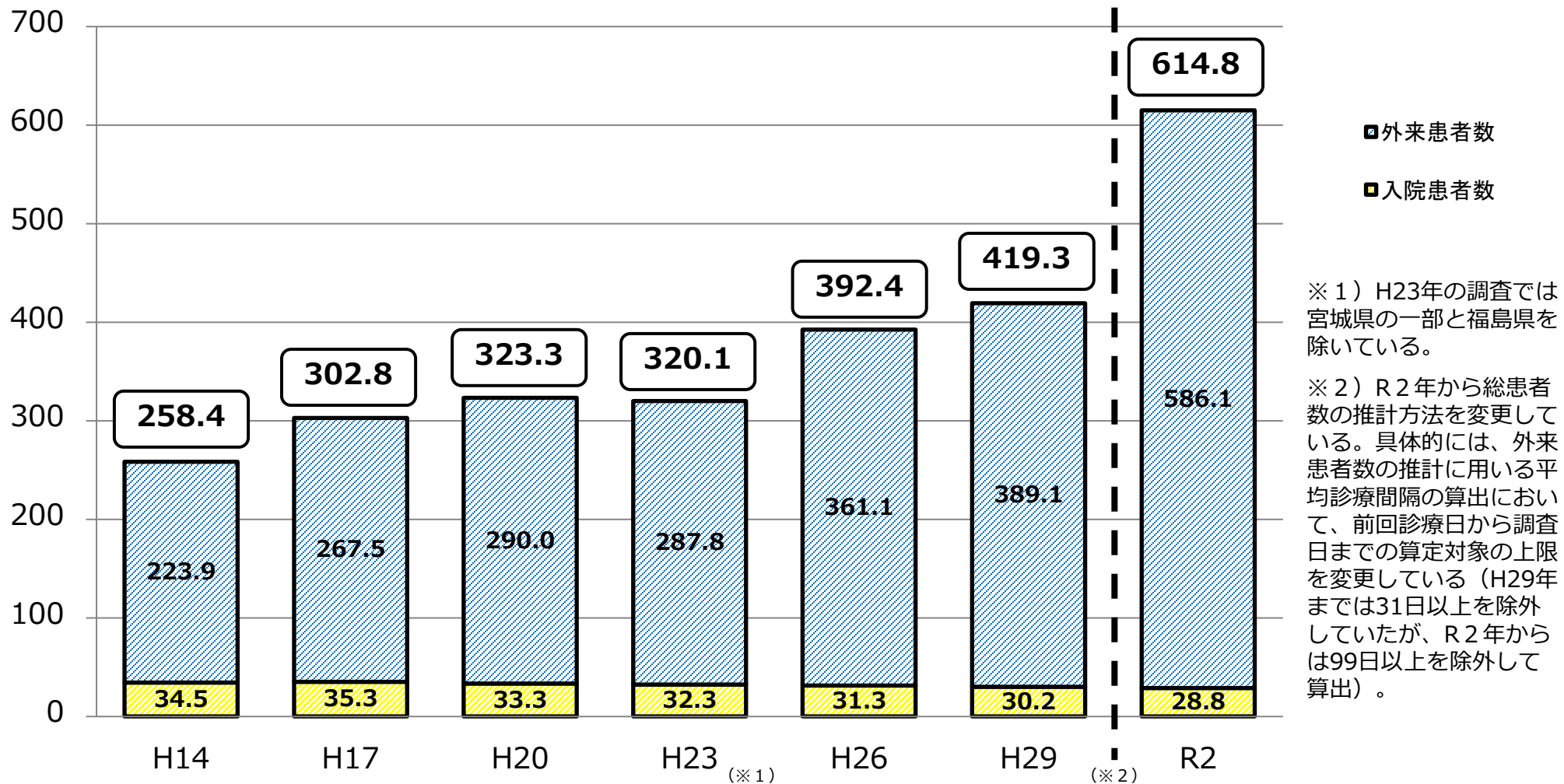
- 第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は 休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。
- 2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



## 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614.8万人（入院：約28.8万人、外来：約586.1万人）。

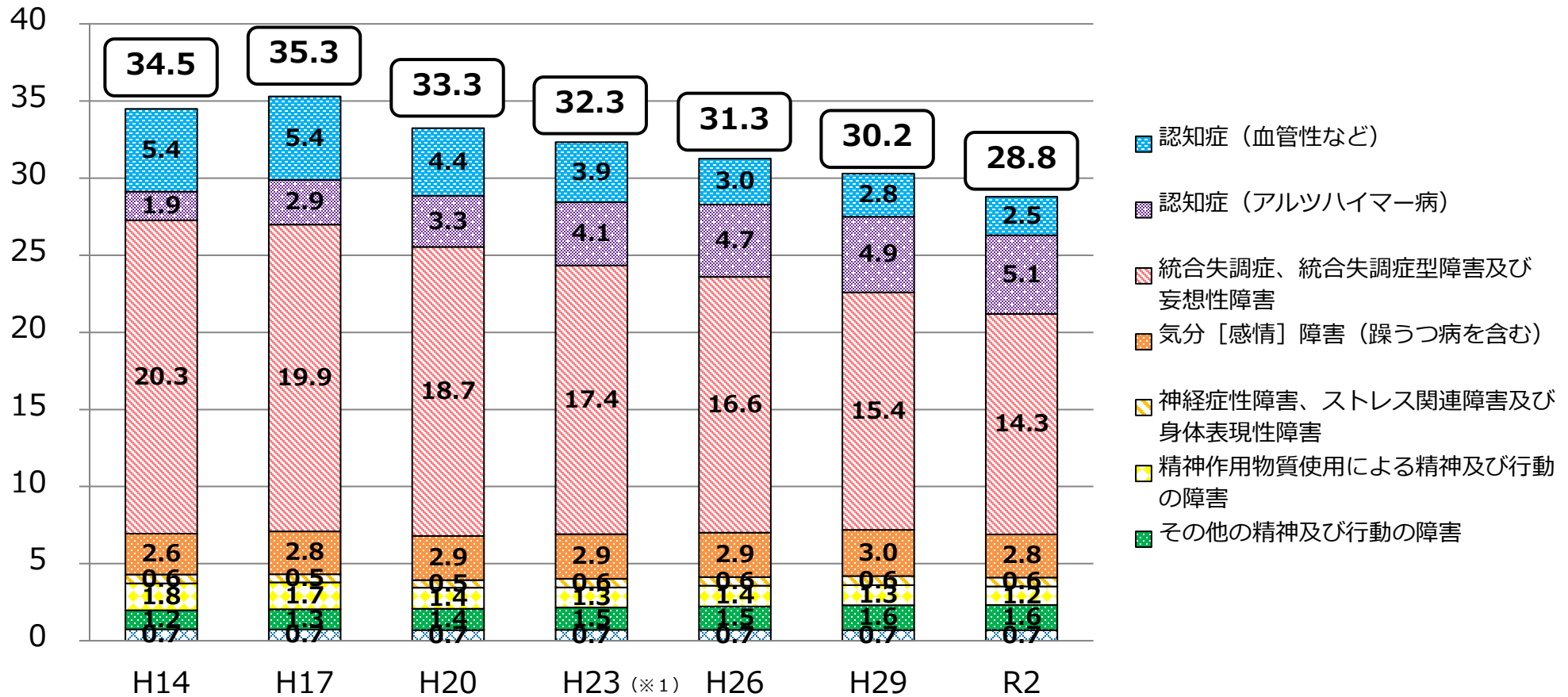
(単位：万人)



# 精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「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）

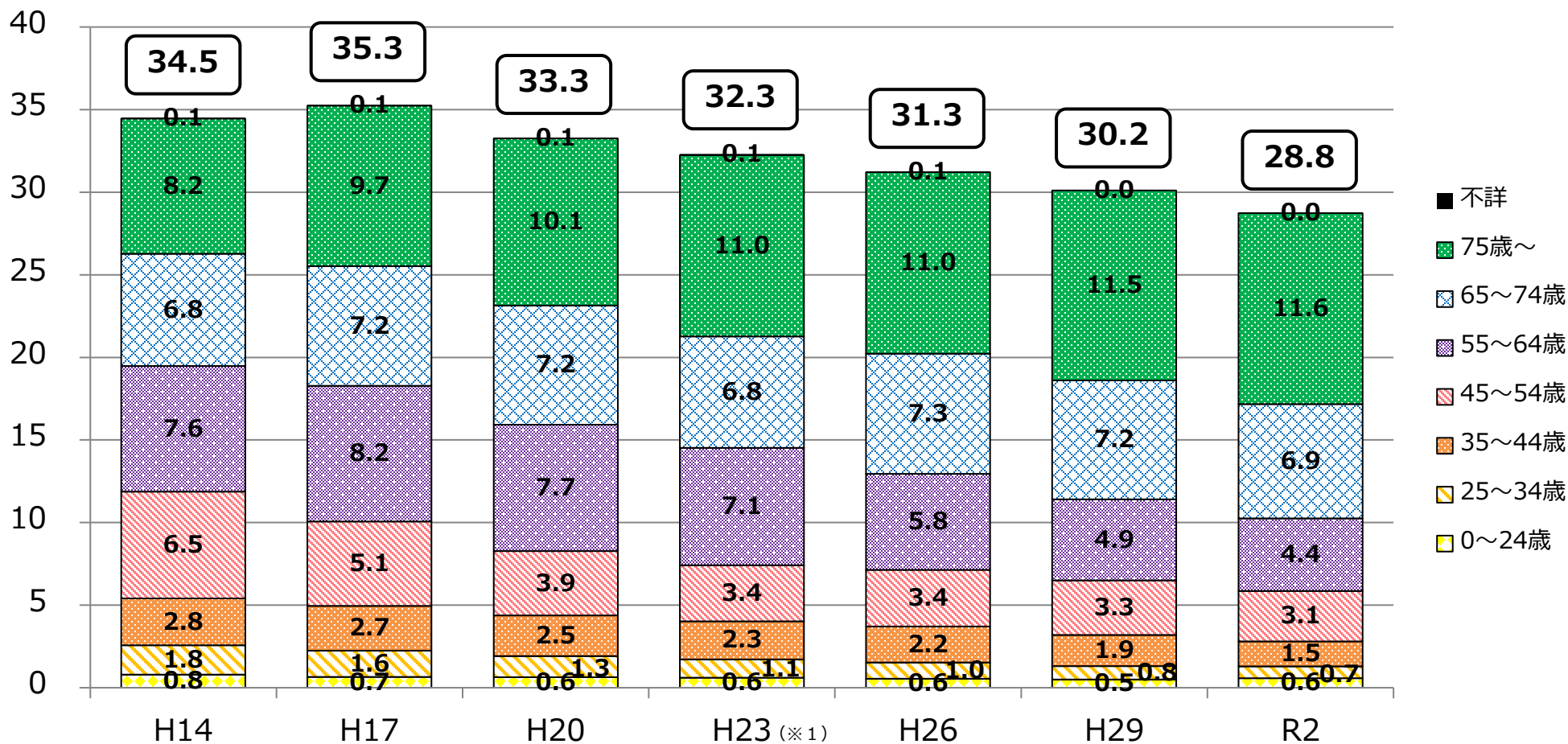


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

# 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18.5万人（約64%）。

（単位：万人）

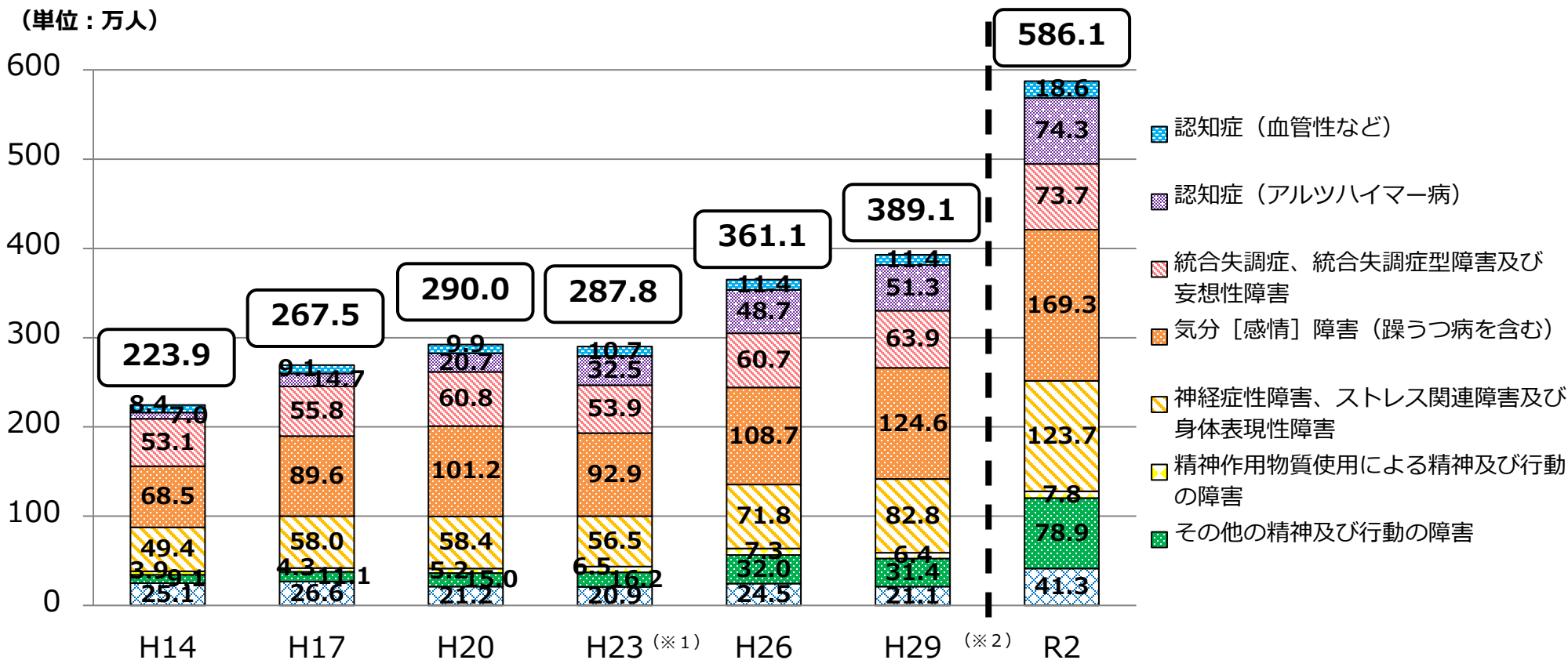


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。



## 精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「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。



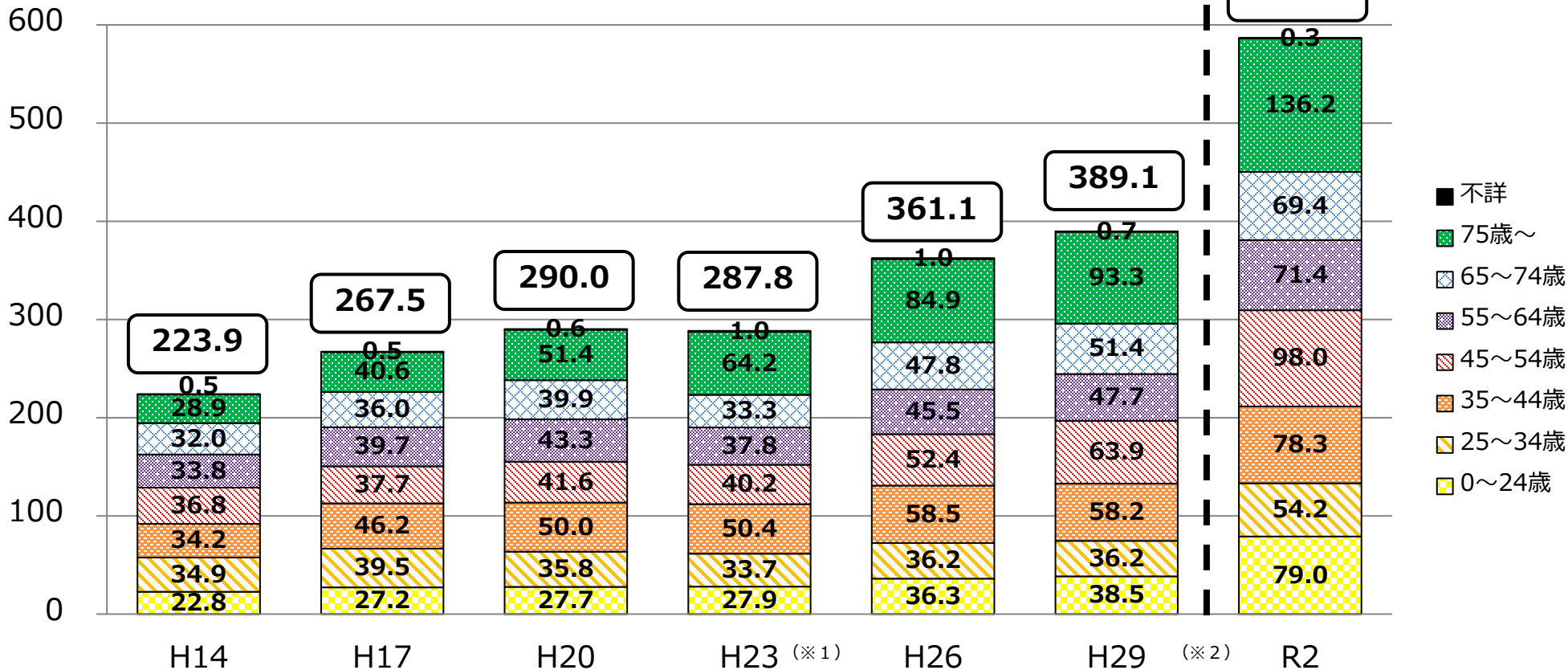
※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※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586.1万人。
- 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。

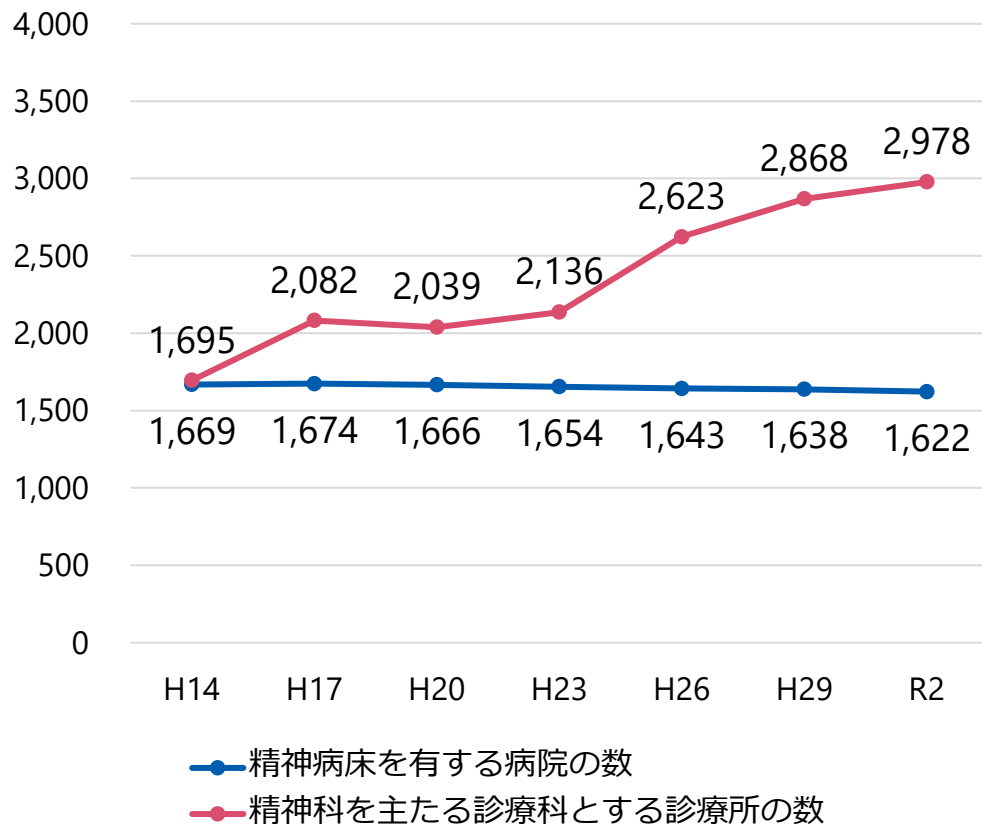
※ 2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

# 医療機関数及び精神病床数の推移

- 精神病床を有する病院の数、精神科を主たる診療科とする診療所の数及び精神病床数の推移は、それぞれ以下のとおり。

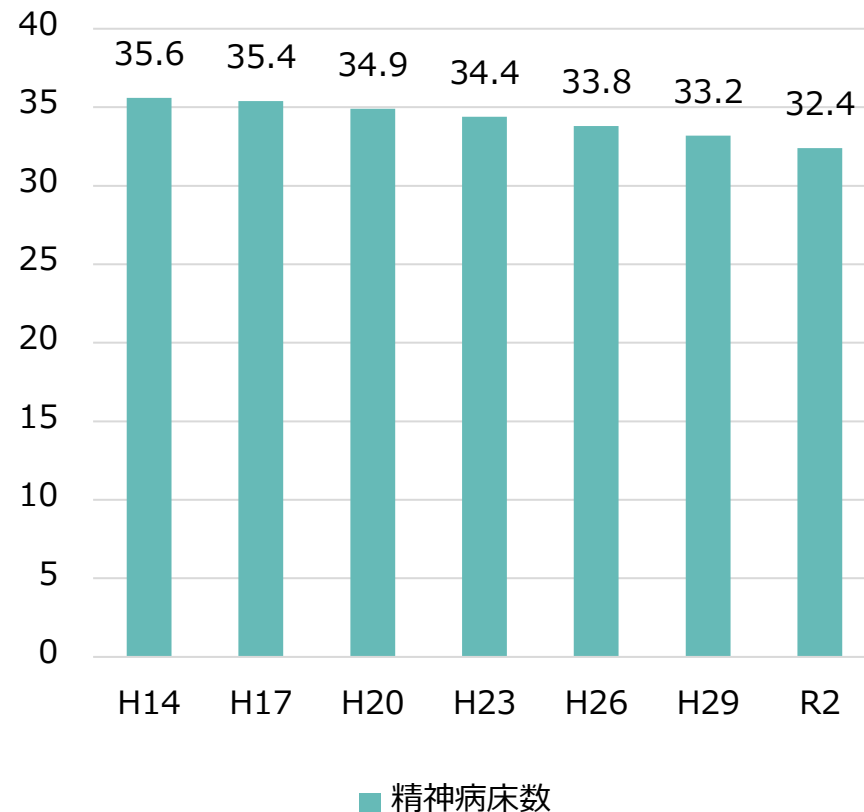
### 精神病床を有する病院の数及び

### 精神科を主たる診療科とする診療所数の推移



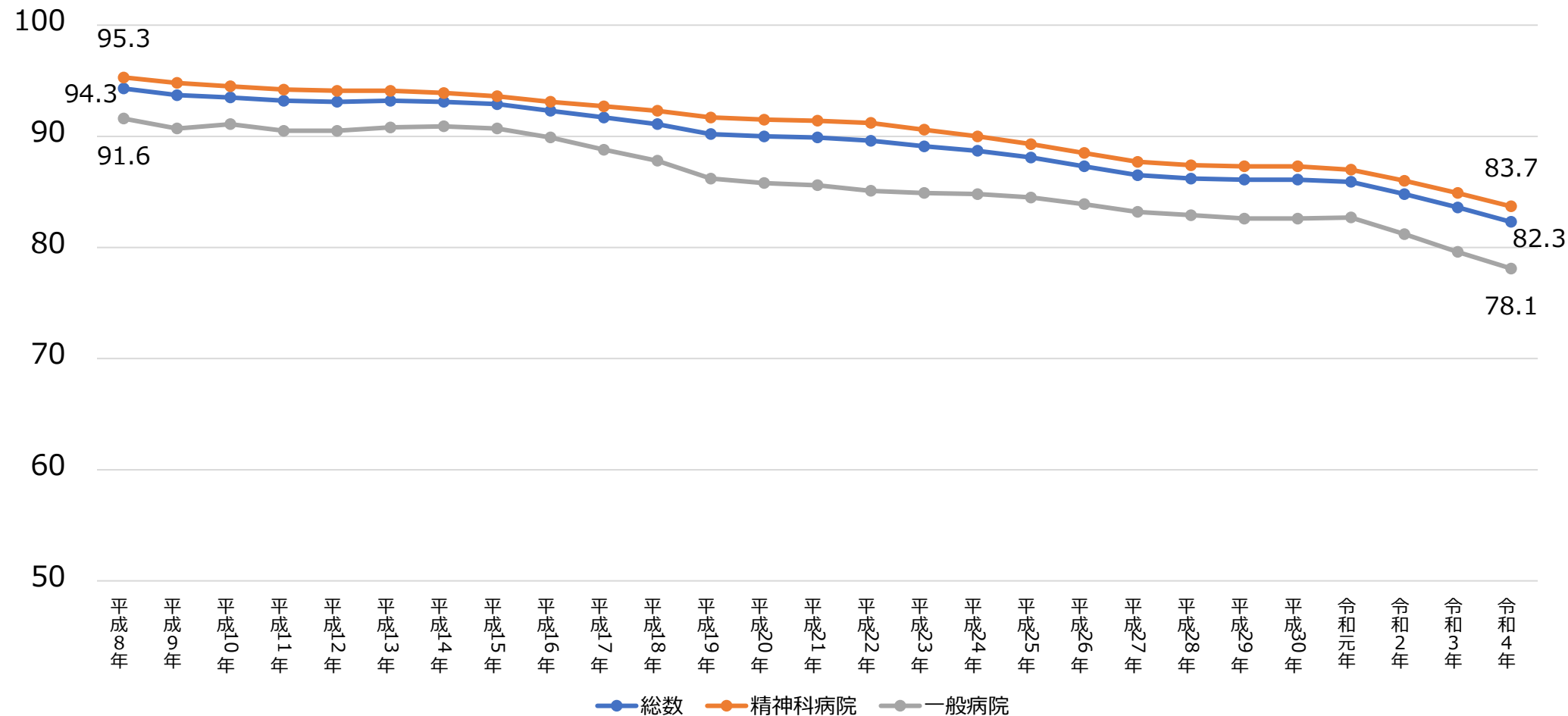
### 精神病床数の推移

(単位：万床)



# 精神病床における病床利用率の推移

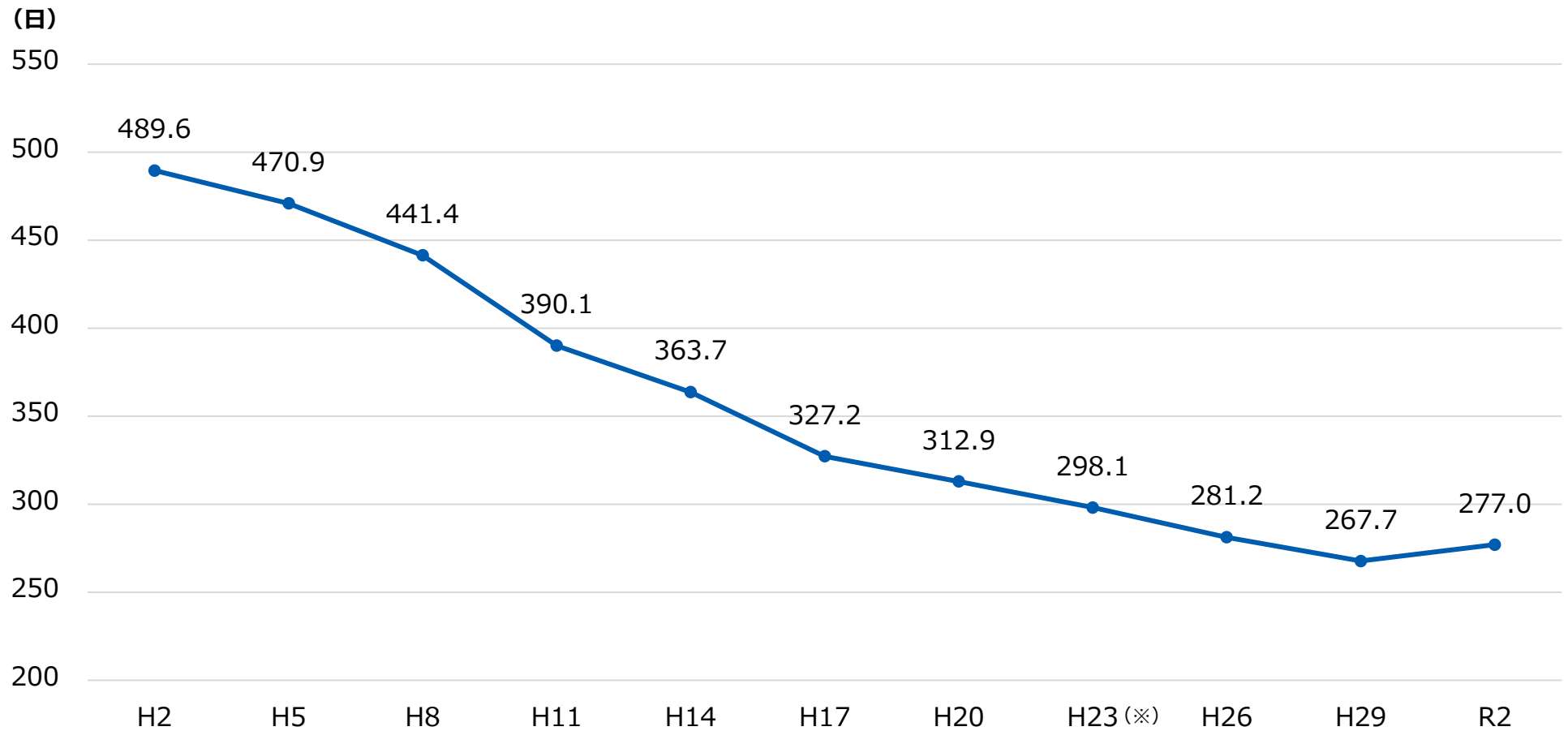
(単位：%)



$$\left[ \text{病床利用率} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{(\text{月間日数} \times \text{月末病床数}) \text{の1月} \sim \text{12月の合計}} \times 100 \right]$$

出典：厚生労働省「病院報告」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

## 精神病床における平均在院日数の推移

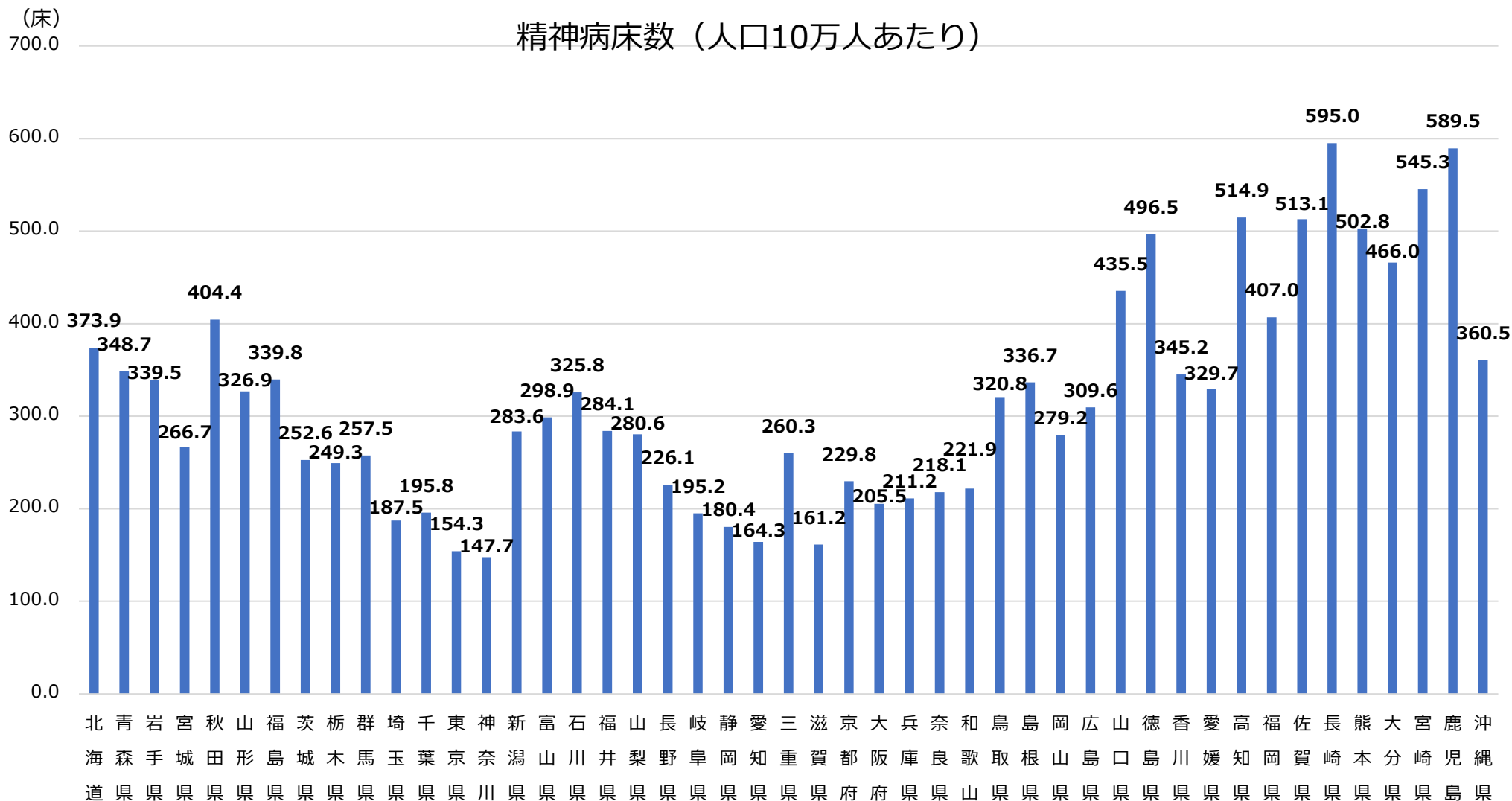


$$\left[ \begin{array}{l} \text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延べ数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \end{array} \right]$$

※ 平成23年では岩手県と宮城県、福島県の一部、平成28年では熊本県の一部、平成30年では広島県の一部を除いている。

# 人口当たりの精神病床数（令和2年・都道府県別）

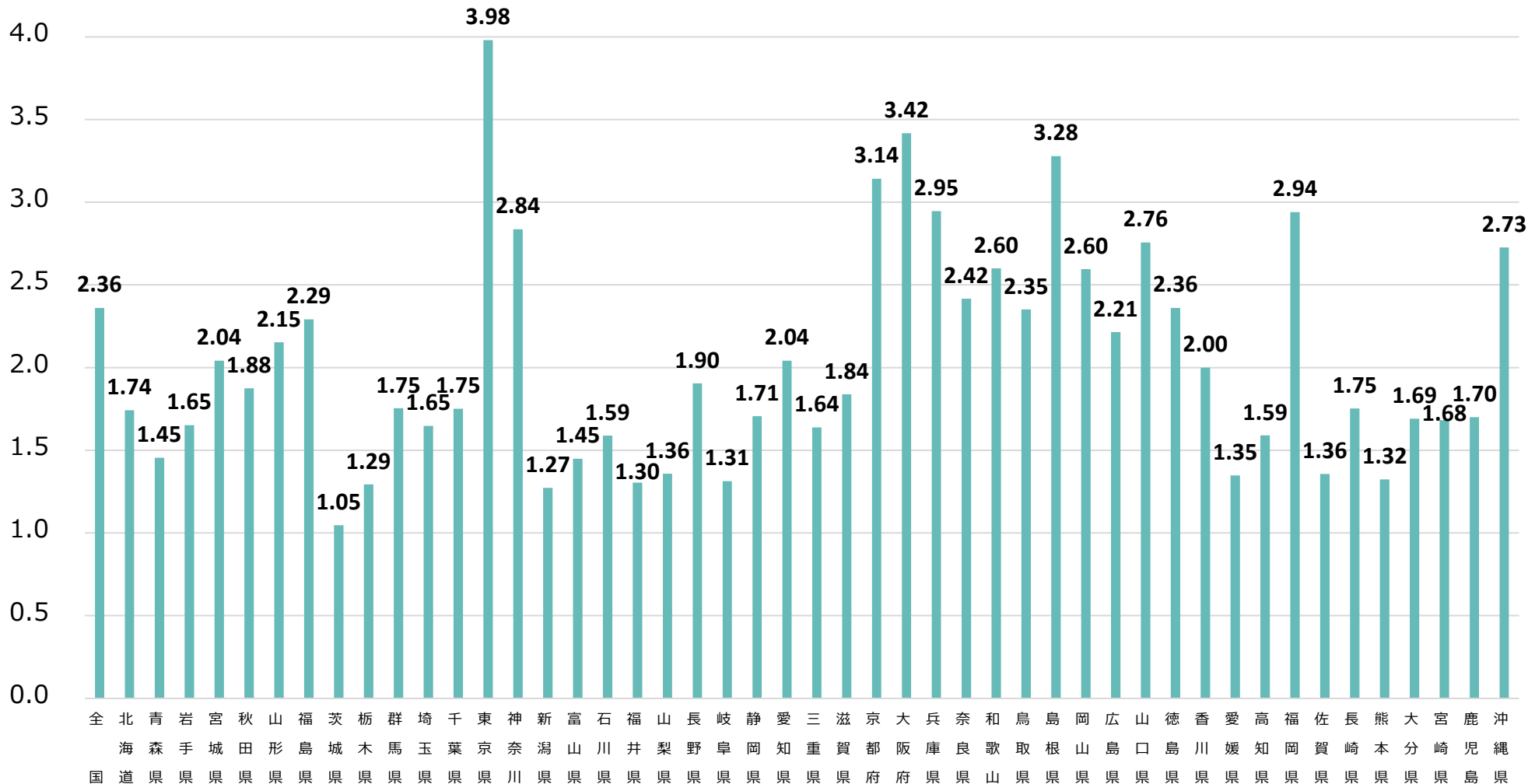
○ 都道府県別の人口当たりの精神病床数は、以下のとおり。



# 人口当たりの精神科診療所数（令和2年・都道府県別）

○ 都道府県別の人口当たりの精神科を主たる診療科とする診療所数は、以下のとおり。

精神科を主たる診療科とする診療所の数（人口10万人あたり）



出典：医療施設調査、人口推計より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成