

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築支援研修

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

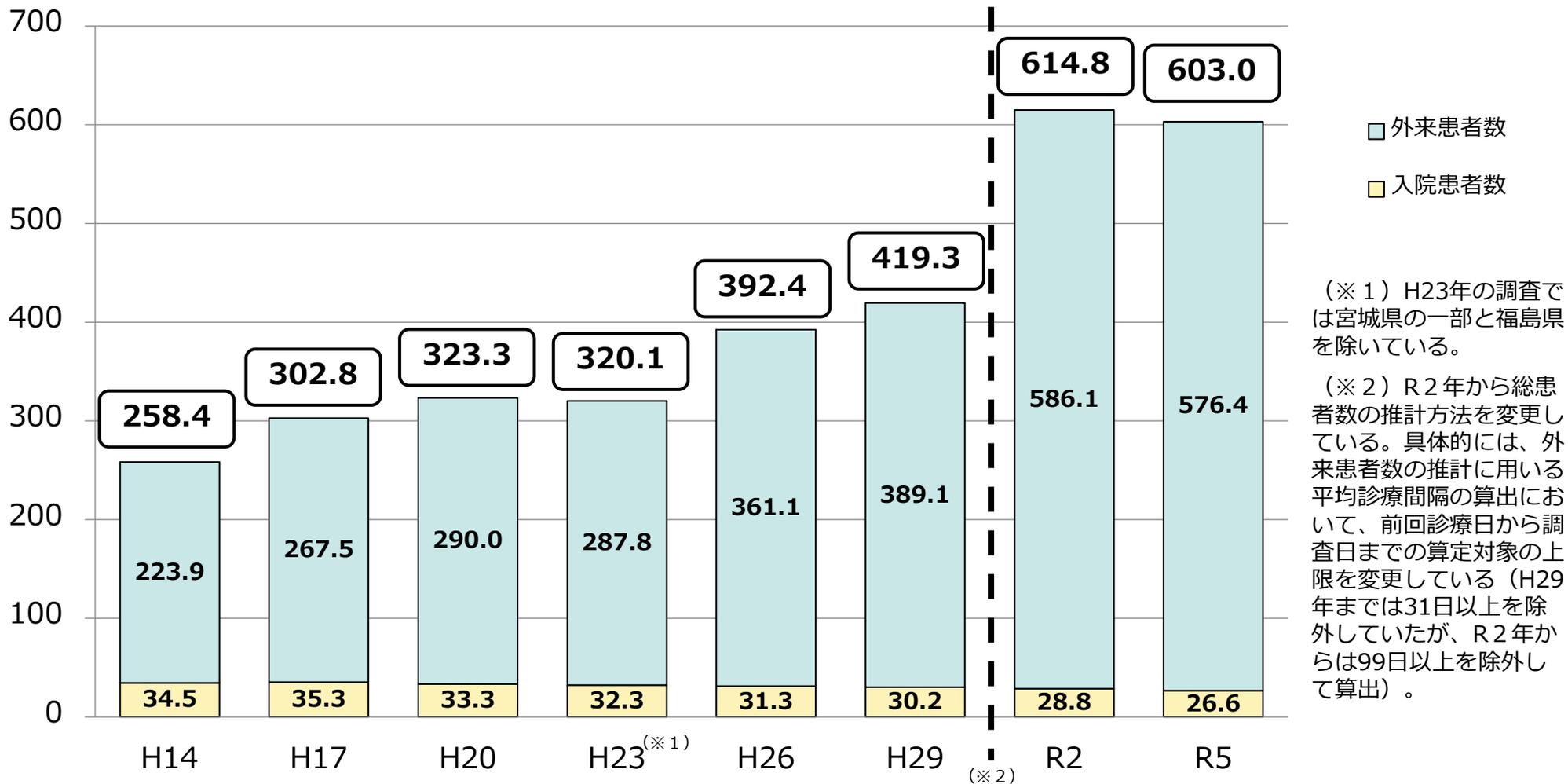
1

- **1 . 精神保健医療福祉の現状**
- 2 . 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと計画等

精神疾患を有する総患者数の推移

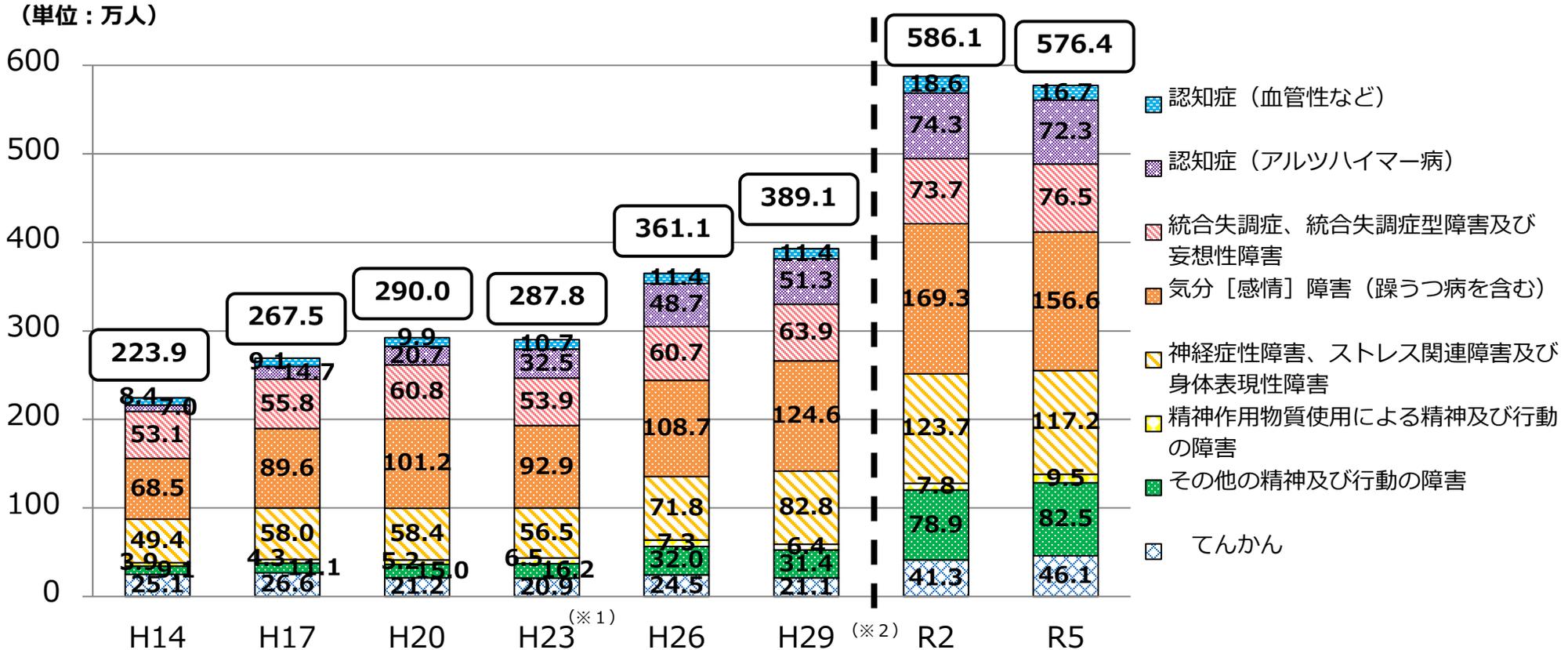
- 精神疾患を有する総患者数は、約603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

(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。

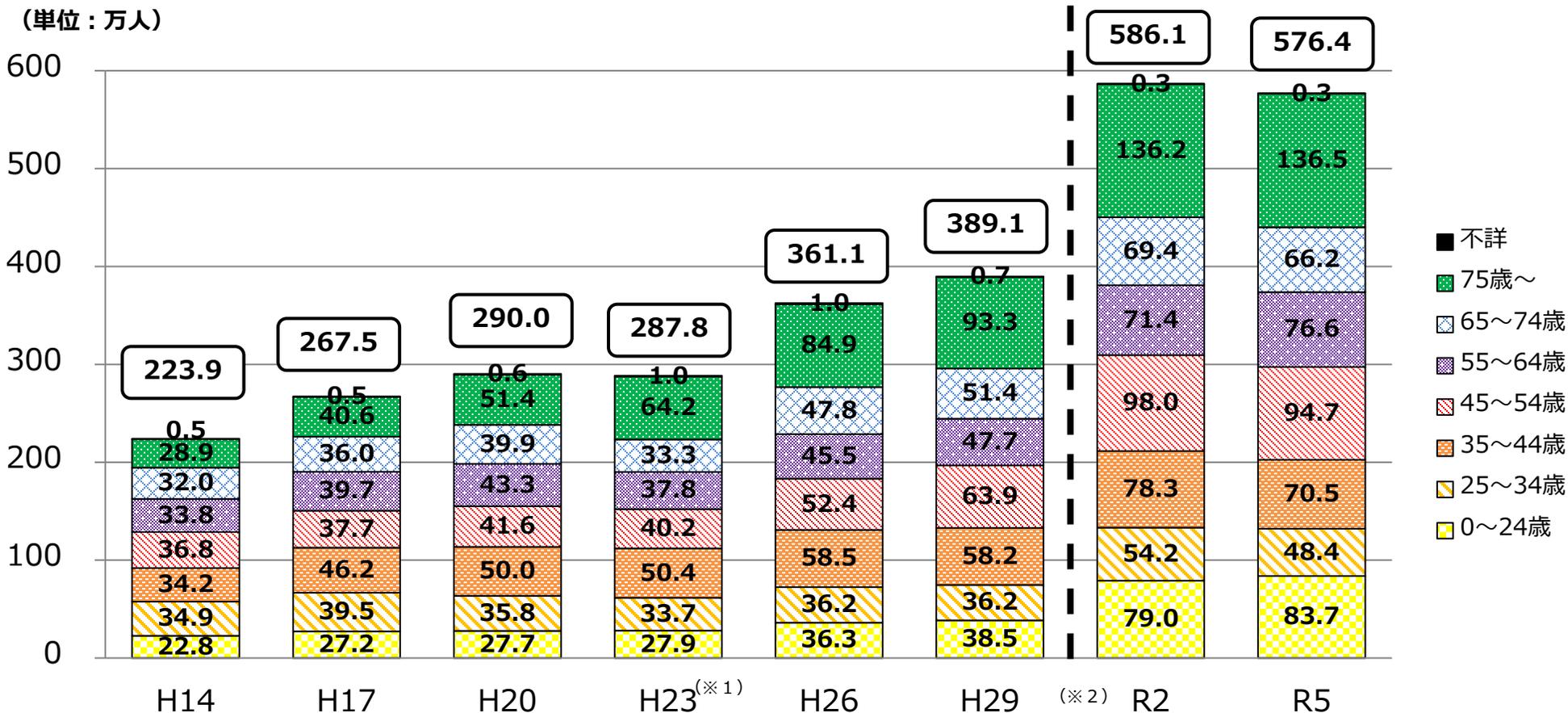


(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※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。



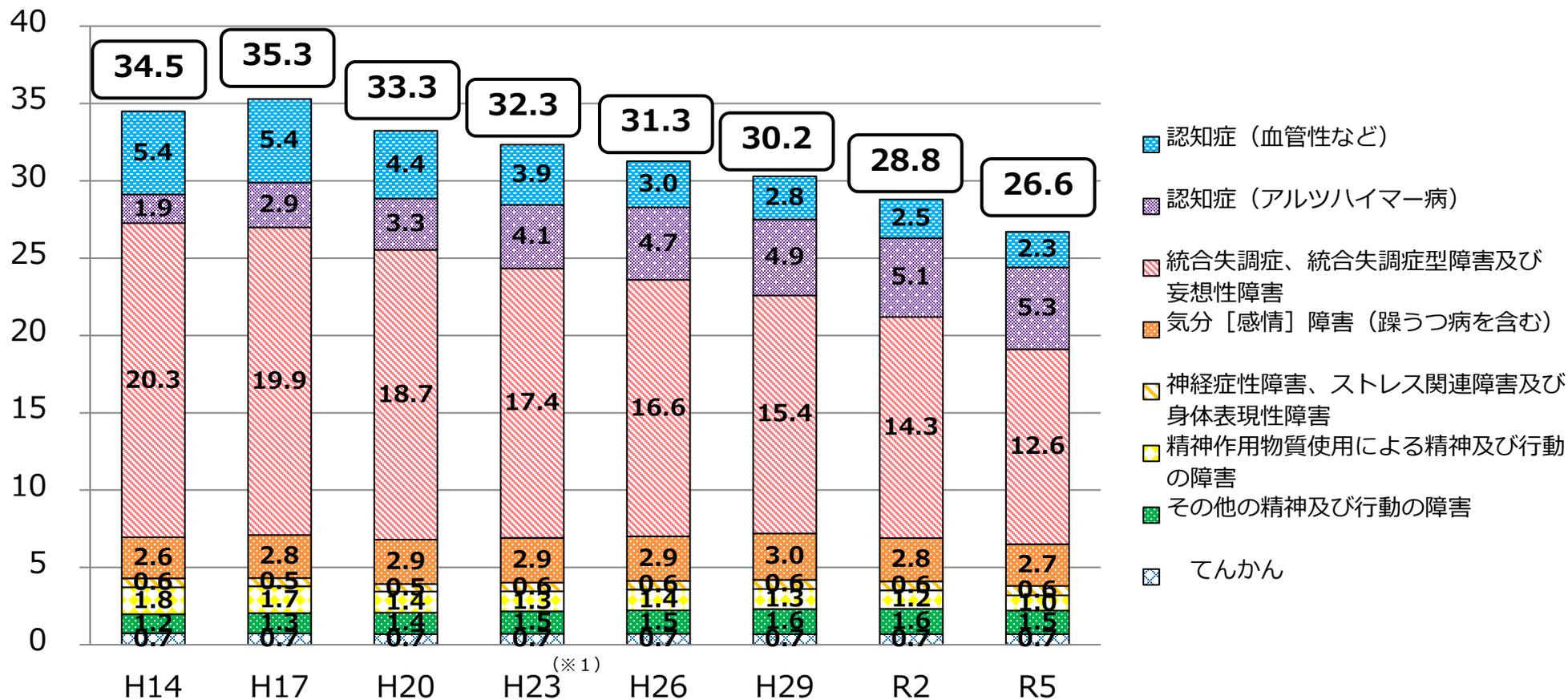
(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(※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。

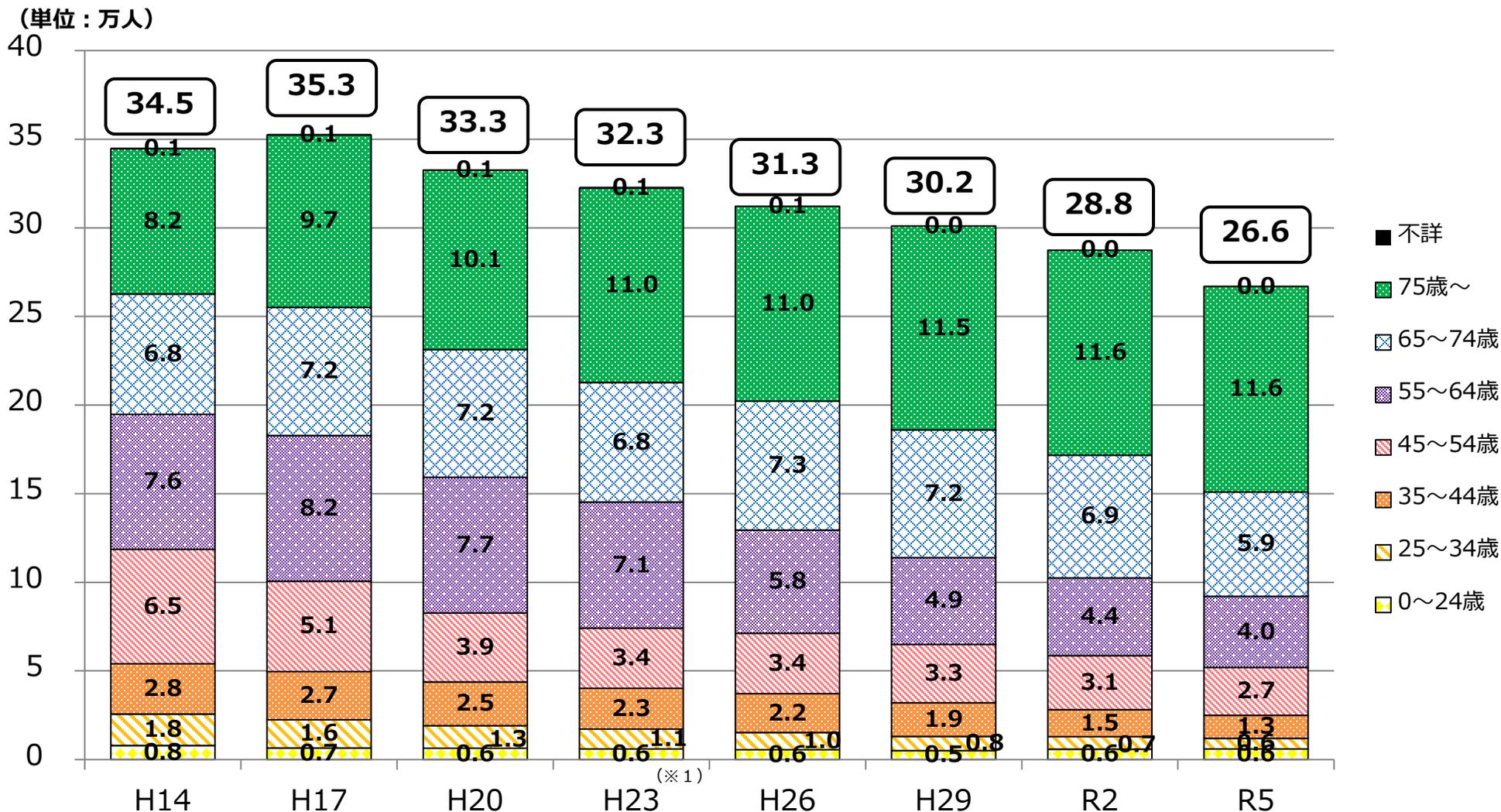
（単位：万人）



（※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%）。



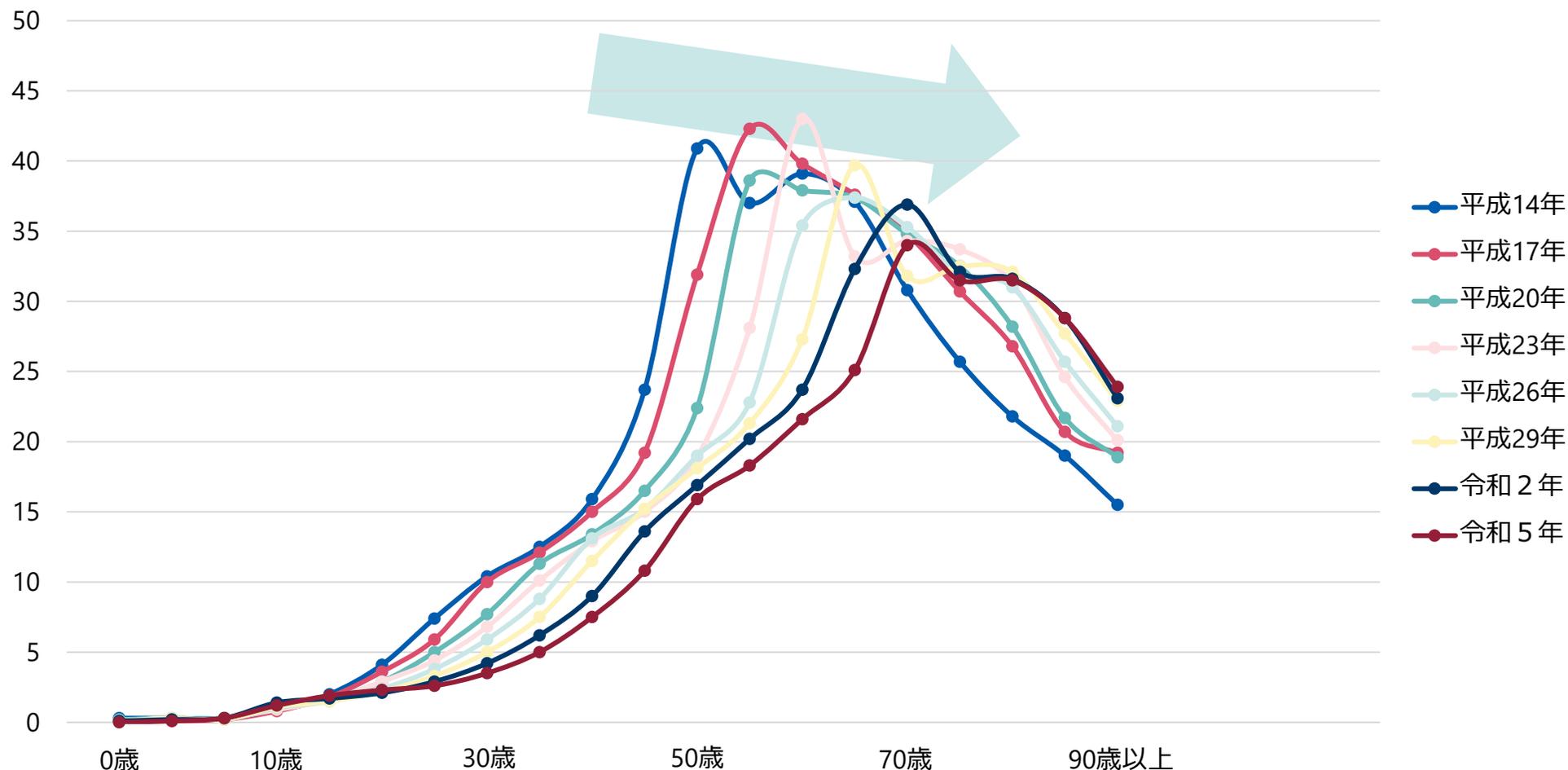
(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

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）

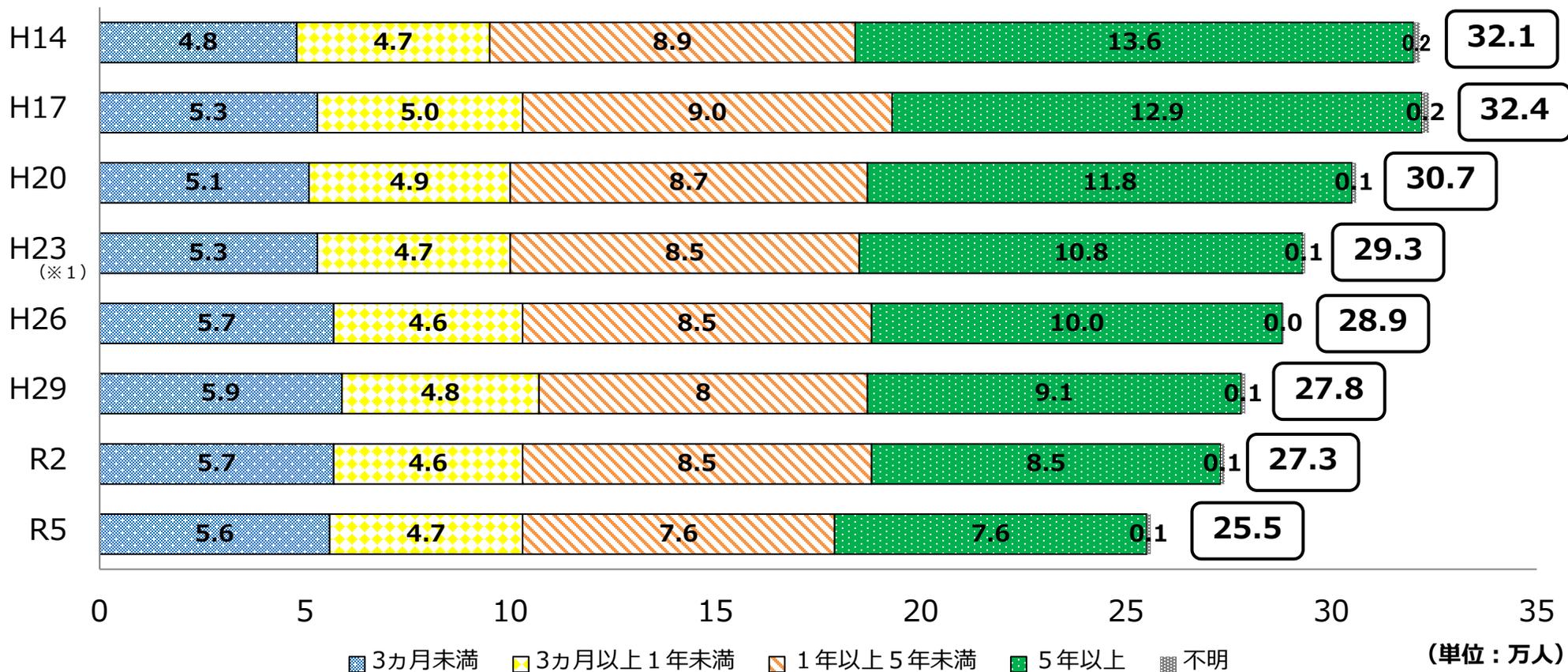
- 精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

（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。

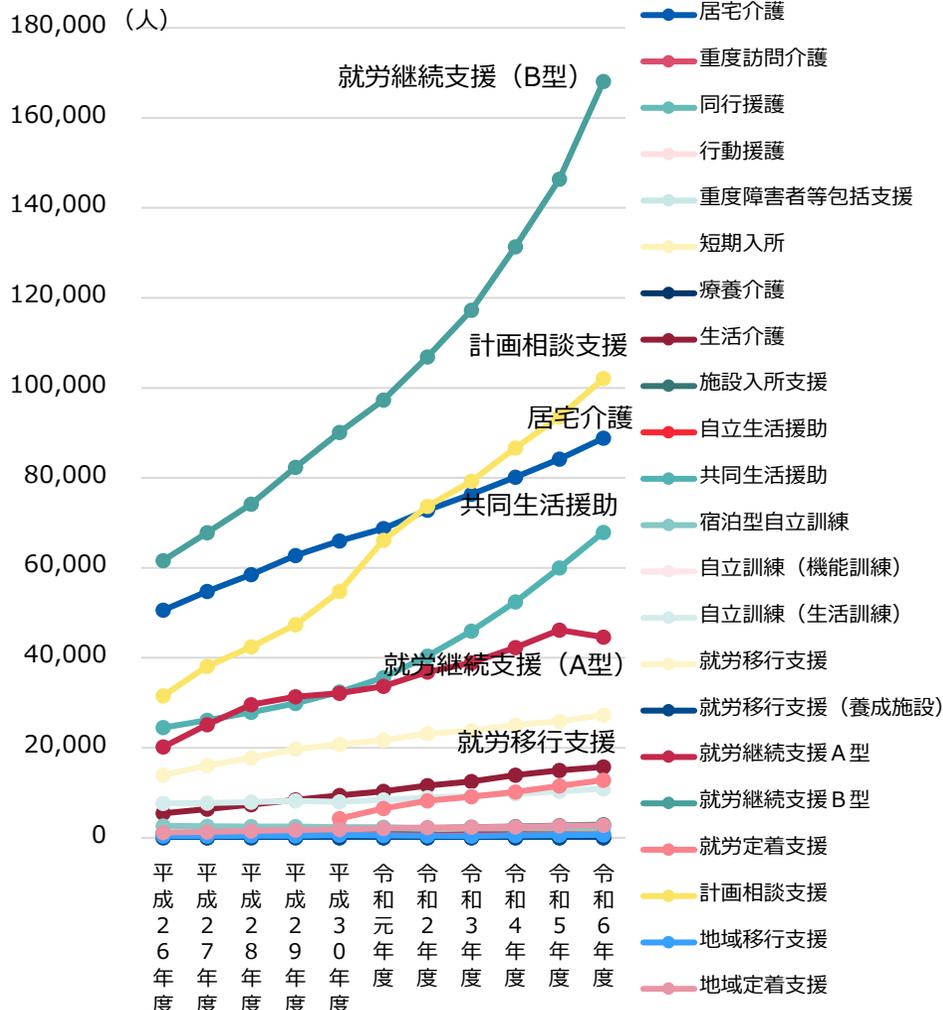


(※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

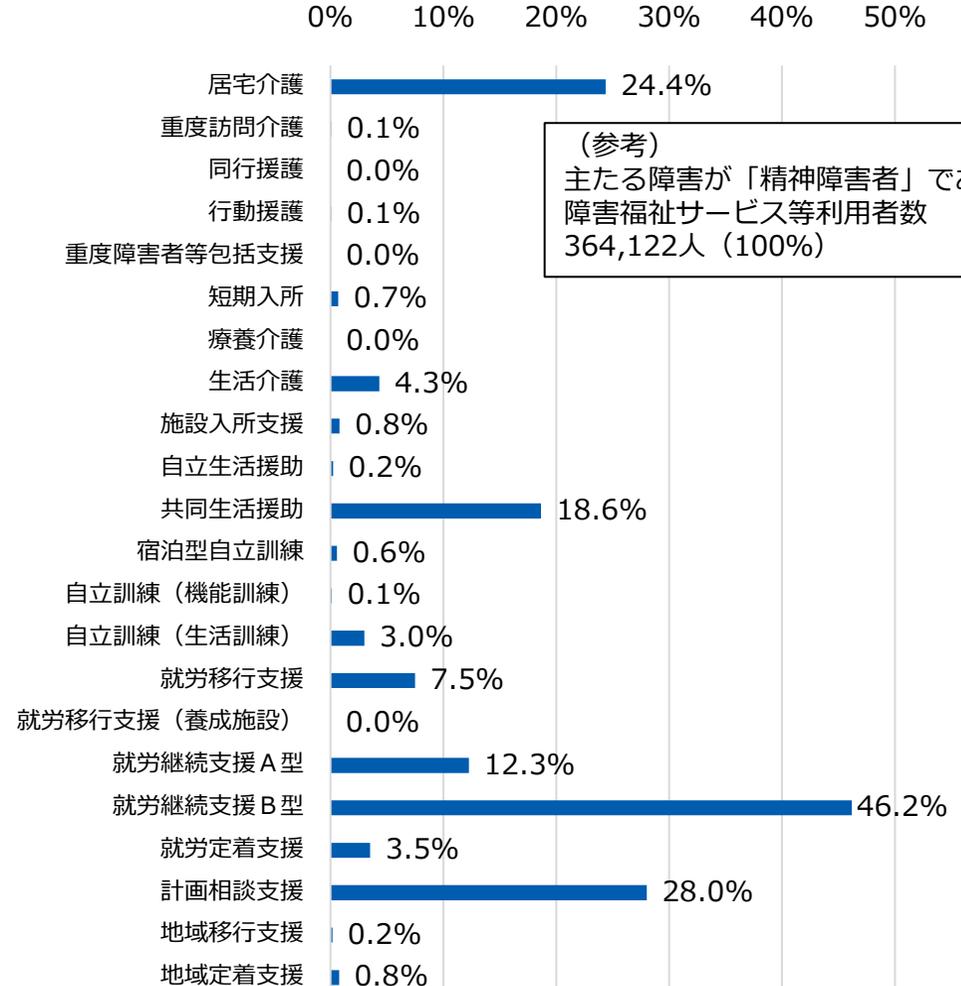
精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

○ 障害福祉サービス等は年々充実が進んでおり、例えば居住系支援である共同生活援助の利用者は増加傾向である。

各障害福祉サービス等を利用する精神障害者数の推移
(各年度3月の利用者数)



障害福祉サービス等を利用する精神障害者における
各障害福祉サービス等の利用割合
(令和7年3月の利用者数より)



(参考)
主たる障害が「精神障害者」である
障害福祉サービス等利用者数
364,122人 (100%)

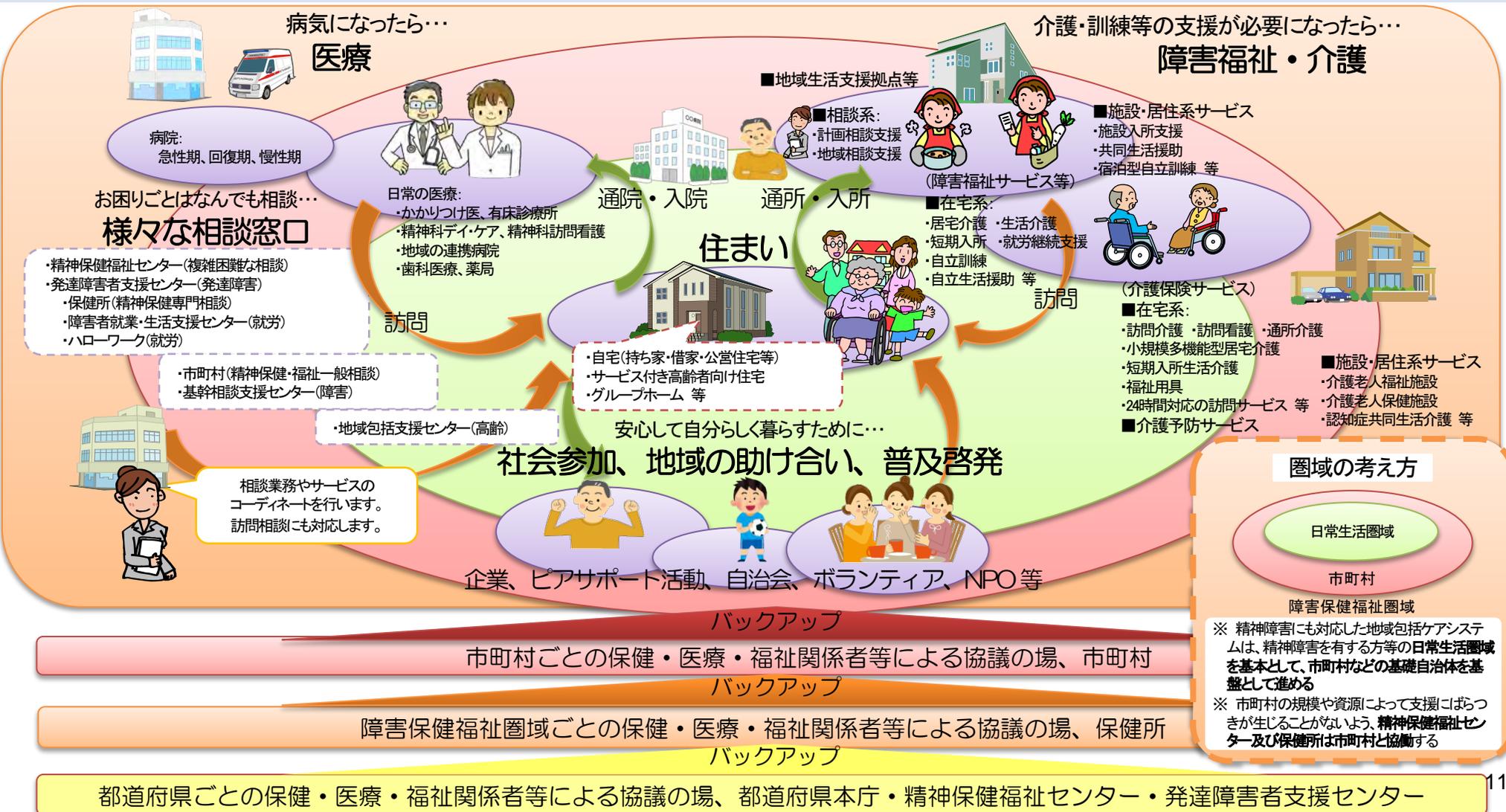
出典：国保連データ（令和7年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

2

- 1. 精神保健医療福祉の現状
- 2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと計画

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）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保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を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



地域の障害者・精神保健に関する課題を抱える者の支援体制の整備

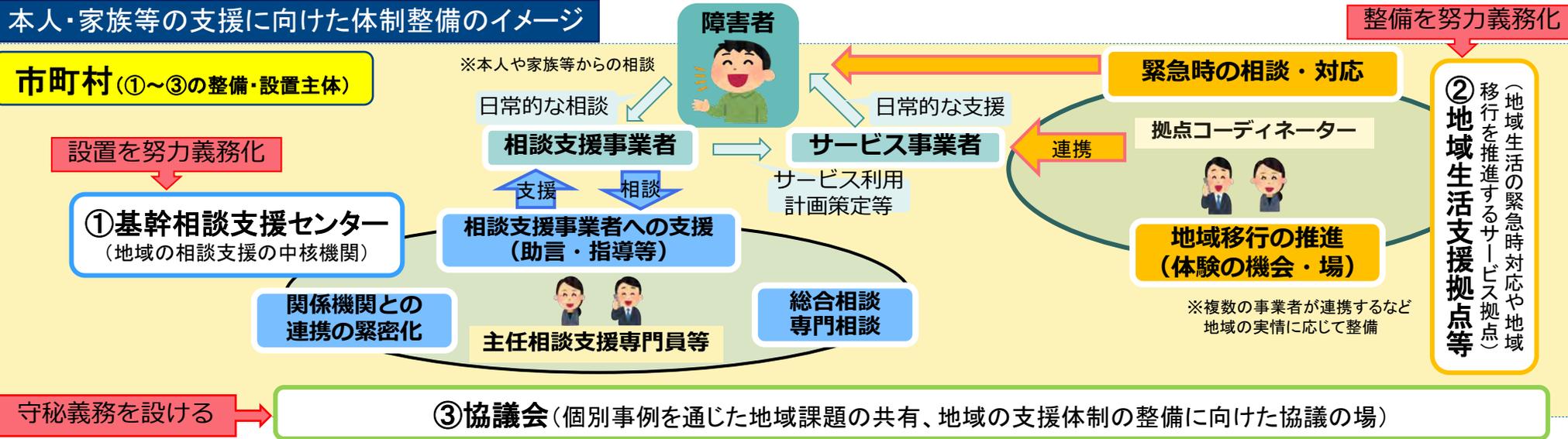
現状・課題

- 基幹相談支援センターは、相談支援に関する業務を総合的に行うことを目的とする施設として、平成24年から法律で位置づけられたが、設置市町村は半数程度にとどまっている。
- 障害者の重度化・高齢化や親亡き後を見据え、緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を平成27年から推進してきたが、約5割の市町村での整備に留まっている。 ※令和3年4月時点整備状況(全1741市町村) 地域生活支援拠点等:921市町村(53%),基幹相談支援センター:873市町村(50%)
- 市町村では、精神保健に関する課題が、子育て、介護、困窮者支援等、分野を超えて顕在化している状況。また、精神保健に関する課題は、複雑多様化しており、対応に困難を抱えている事例もある。 ※自殺、ひきこもり、虐待等

見直し内容

- 基幹相談支援センターについて、地域の相談支援の中核的機関としての役割・機能の強化を図るとともに、その設置に関する市町村の努力義務等を設ける。
- 地域生活支援拠点等を障害者総合支援法に位置付けるとともに、その整備に関する市町村の努力義務等を設ける。
- 地域の協議会で障害者の個々の事例について情報共有することを障害者総合支援法上明記するとともに、協議会の参加者に対する守秘義務及び関係機関による協議会への情報提供に関する努力義務を設ける。
- 市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者(※)も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化する。また、精神保健福祉士の業務として、精神保健に課題を抱える者等に対する精神保健に関する相談援助を追加する。 ※ 具体的には厚生労働省令で定める予定。

本人・家族等の支援に向けた体制整備のイメージ



都道府県(管内市町村における整備や機能の充実に向けた広域的な支援)

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と令和4年改正について

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されることを目指すこと理念としたもの。
- この理念の実現に向けては、精神保健福祉法のみならず、医療法、社会福祉法、障害者総合支援法、介護保険法、母子保健法、児童福祉法等の多くの法律が関連し、これらの法律に基づくサービスや支援等が精神障害者等に適切に提供される必要がある。
- これらのサービス・支援等を、精神障害者等の置かれた状態を踏まえ適切につなげるためには、自治体や保健所等による相談支援が包括的に実施されることが重要である。
- 令和4年の精神保健福祉法の一部改正では、こうした理念の実現を図るため、第6章「保健及び福祉」第2節「相談及び援助」において、以下の規定が定められた。

■ 包括的支援の確保、支援対象の見直し（法第46条）

精神保健福祉法に基づき自治体を実施する相談及び援助は、精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域の実情に応じ、精神障害者及び精神保健に関する課題を抱えるものの心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行われなければならないことが規定された。

※ 都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も対象とされた。

■ 市町村への支援に関する都道府県の責務（法第48条の3）

都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うよう努めなければならない。

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

330医療圏 (令和6年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏 (令和6年4月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、**精神疾患**)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

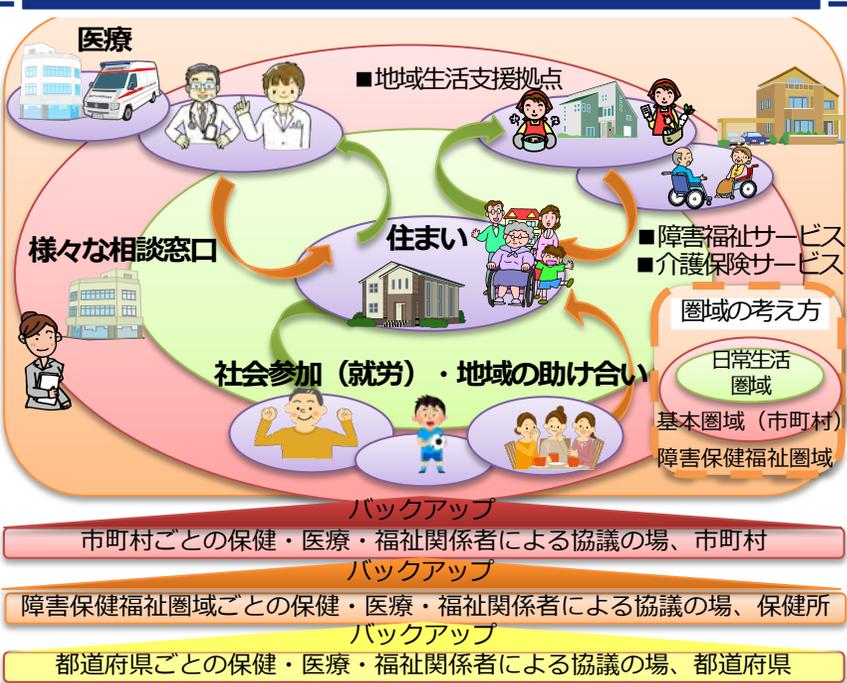
- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

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）

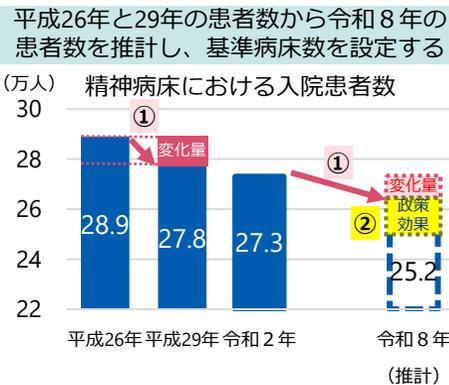
指針について

- 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、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 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



- 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。



ストラクチャー

プロセス

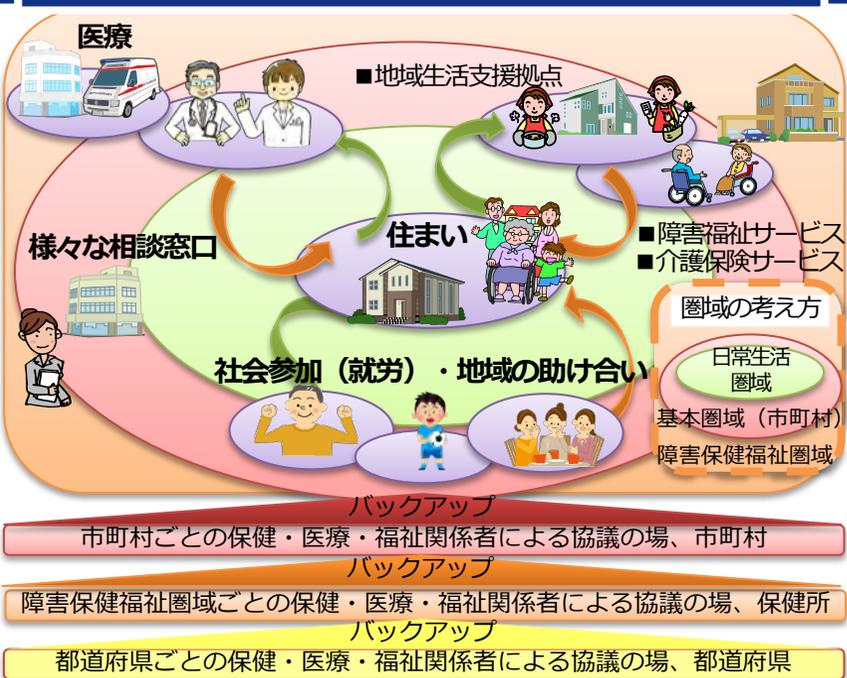
アウトカム

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

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



見直し予定

- 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。



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

(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 =

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

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)

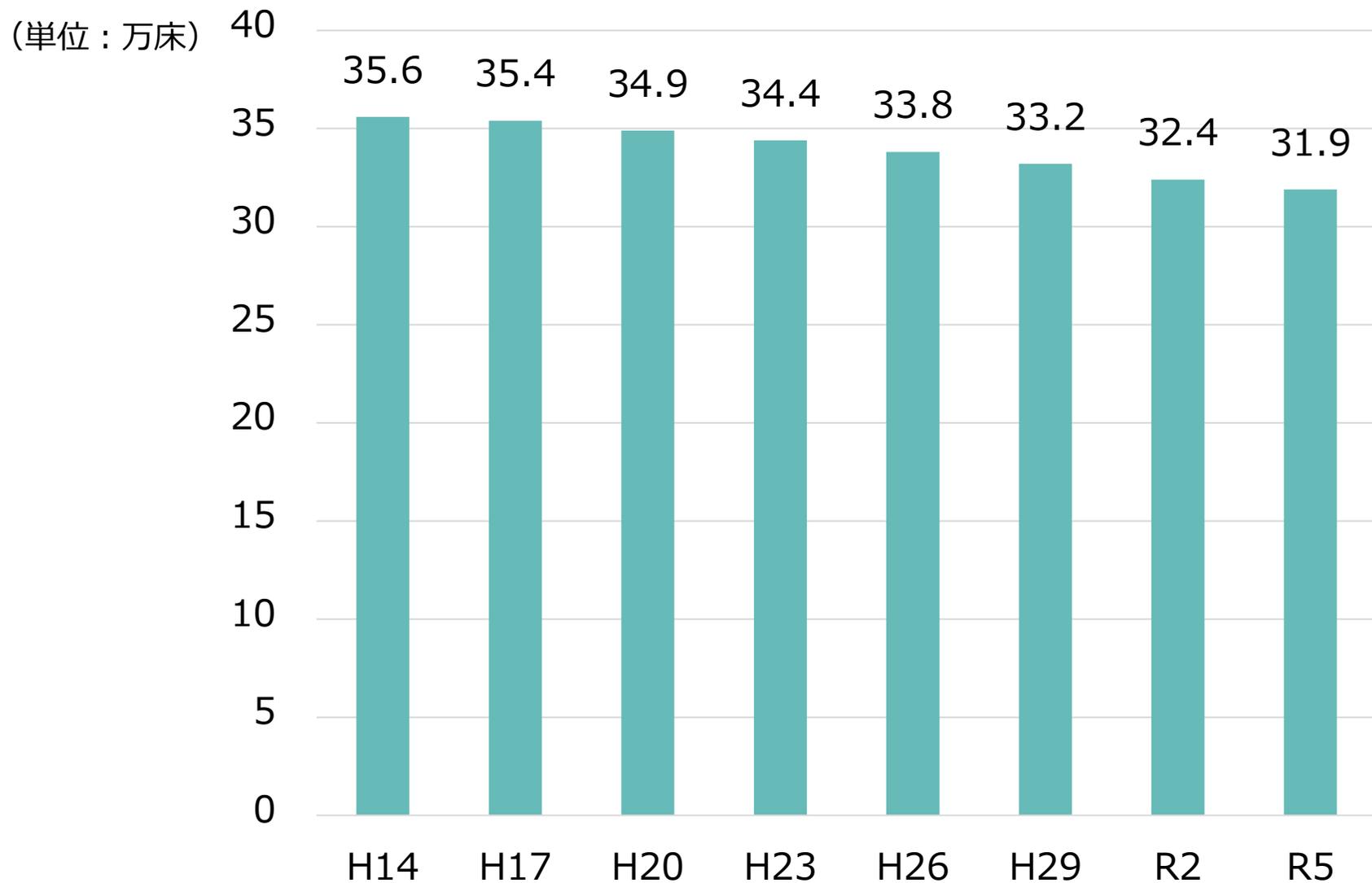
※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。

(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)

精神病床数の推移



令和2年と令和5年の既存の精神病床数の変化

○ 各都道府県の精神病床の数は概ね減少傾向であり、3年間における精神病床の変化率は全国平均で1.7%。

	令和2年 (A)	令和5年 (B)	差分 (C=A-B)	変化率 (C/A×100)
全 国	324,481	318,921	5,560	1.7%
北 海 道	19,534	19,331	203	1.0%
青 森	4,317	4,199	118	2.7%
岩 手	4,111	3,961	150	3.6%
宮 城	6,139	6,139	0	0.0%
秋 田	3,882	3,819	63	1.6%
山 形	3,491	3,420	71	2.0%
福 島	6,229	6,025	204	3.3%
茨 城	7,243	7,243	0	0.0%
栃 木	4,819	4,959	-140	-2.9%
群 馬	4,993	4,995	-2	0.0%
埼 玉	13,769	13,599	170	1.2%
千 葉	12,302	12,161	141	1.1%
東 京	21,673	20,665	1,008	4.7%
神 奈 川	13,643	13,229	414	3.0%
新 潟	6,242	6,060	182	2.9%
富 山	3,094	2,974	120	3.9%
石 川	3,691	3,598	93	2.5%
福 井	2,179	2,144	35	1.6%
山 梨	2,273	2,215	58	2.6%
長 野	4,630	4,501	129	2.8%
岐 阜	3,863	3,799	64	1.7%
静 岡	6,553	6,412	141	2.2%
愛 知	12,392	12,224	168	1.4%

	令和2年 (A)	令和5年 (B)	差分 (C=A-B)	変化率 (C/A×100)
三 重	4,608	4,570	38	0.8%
滋 賀	2,280	2,261	19	0.8%
京 都	5,925	5,511	414	7.0%
大 阪	18,160	17,952	208	1.1%
兵 庫	11,542	11,434	108	0.9%
奈 良	2,887	2,866	21	0.7%
和 歌 山	2,048	2,038	10	0.5%
鳥 取	1,774	1,628	146	8.2%
島 根	2,259	2,231	28	1.2%
岡 山	5,272	5,215	57	1.1%
広 島	8,670	8,485	185	2.1%
山 口	5,845	5,839	6	0.1%
徳 島	3,575	3,575	0	0.0%
香 川	3,279	3,250	29	0.9%
愛 媛	4,401	4,303	98	2.2%
高 知	3,563	3,466	97	2.7%
福 岡	20,900	20,581	319	1.5%
佐 賀	4,161	4,009	152	3.7%
長 崎	7,807	7,640	167	2.1%
熊 本	8,739	8,706	33	0.4%
大 分	5,238	5,274	-36	-0.7%
宮 崎	5,835	5,828	7	0.1%
鹿 児 島	9,362	9,302	60	0.6%
沖 縄	5,289	5,285	4	0.1%

精神病床における既存病床数（令和5年）と基準病床数の差

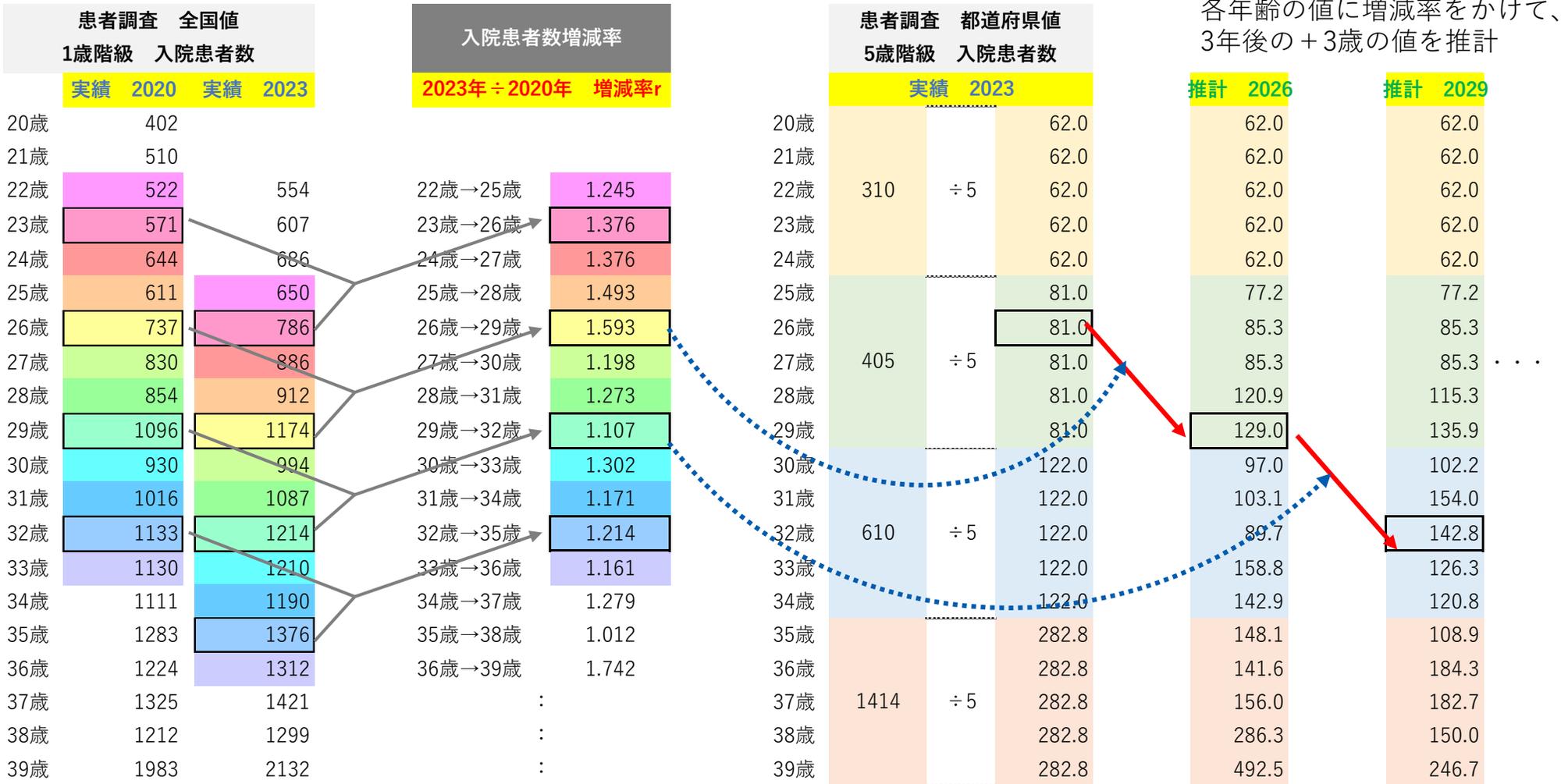
- 全ての都道府県において、既存病床数が基準病床数を上回っている。
- 基準病床数を超える既存病床数の割合が10%未満の自治体は3都県であるのに対して、同割合が20%以上の自治体が20道府県であり、そのうち同割合が25%以上の自治体は5県である。

	既存病床数※ (A)	基準病床数 (B)	既存病床と 基準病床の差 (C=A-B)	既存病床数に対 する差の割合 (C/A×100)
北海道	19,331	15,351	3,980	20.6%
青森県	4,199	3,498	701	16.7%
岩手県	3,961	3,261	700	17.7%
宮城県	6,139	4,618	1,521	24.8%
秋田県	3,819	2,969	850	22.3%
山形県	3,420	2,927	493	14.4%
福島県	6,025	4,240	1,785	29.6%
茨城県	7,243	5,551	1,692	23.4%
栃木県	4,959	3,881	1,078	21.7%
群馬県	4,995	4,366	629	12.6%
埼玉県	13,599	12,003	1,596	11.7%
千葉県	12,161	10,677	1,484	12.2%
東京都	20,665	19,396	1,269	6.1%
神奈川県	13,229	12,080	1,149	8.7%
新潟県	6,060	5,114	946	15.6%
富山県	2,974	2,601	373	12.5%
石川県	3,598	2,846	752	20.9%
福井県	2,144	1,707	437	20.4%
山梨県	2,215	1,714	501	22.6%
長野県	4,501	3,766	735	16.3%
岐阜県	3,799	3,359	440	11.6%
静岡県	6,412	5,483	929	14.5%
愛知県	12,224	11,508	716	5.9%
三重県	4,570	3,748	822	18.0%

	既存病床数※ (A)	基準病床数 (B)	既存病床と 基準病床の差 (C=A-B)	既存病床数に対 する差の割合 (C/A×100)
滋賀県	2,261	1,812	449	19.9%
京都府	5,511	4,212	1,299	23.6%
大阪府	17,952	15,992	1,960	10.9%
兵庫県	11,434	9,869	1,565	13.7%
奈良県	2,866	2,423	443	15.5%
和歌山県	2,038	1,366	672	33.0%
鳥取県	1,628	1,345	283	17.4%
島根県	2,231	1,829	402	18.0%
岡山県	5,215	3,931	1,284	24.6%
広島県	8,485	7,045	1,440	17.0%
山口県	5,839	4,727	1,112	19.0%
徳島県	3,575	2,832	743	20.8%
香川県	3,250	2,628	622	19.1%
愛媛県	4,303	3,229	1,074	25.0%
高知県	3,466	2,747	719	20.7%
福岡県	20,581	17,040	3,541	17.2%
佐賀県	4,009	3,388	621	15.5%
長崎県	7,640	5,715	1,925	25.2%
熊本県	8,706	6,812	1,894	21.8%
大分県	5,274	4,114	1,160	22.0%
宮崎県	5,828	4,359	1,469	25.2%
鹿児島県	9,302	7,313	1,989	21.4%
沖縄県	5,285	4,511	774	14.6%

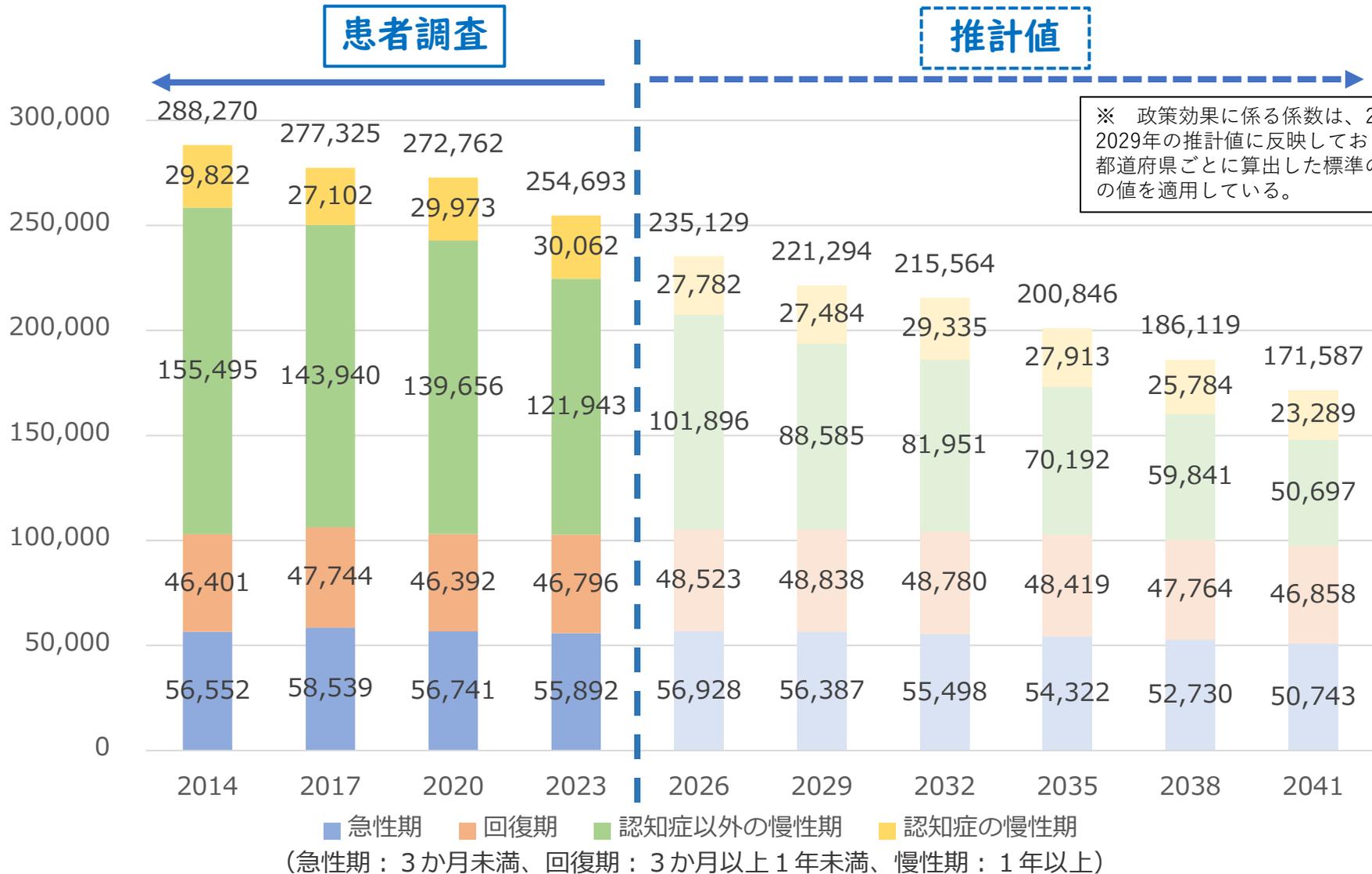
※令和5年時点

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※



第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、**多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定すること。**
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
- (3) **圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定すること。**
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮すること。
また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努めること。
さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、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よう努めること。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。
- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日付け健医発第57号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、**多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護事業所等）の名称を記載すること。**ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。可能な限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

精神科救急医療体制整備事業実施要項（抄）

第3 事業の内容

本事業は、一般の救急医療体制の中で実施することを原則とするが、精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとし、概ね以下の内容を有する精神科救急医療体制を構築するものとする。また、医療計画等における救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制として、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図るものとする。なお、新興感染症等への対応を含めた医療体制の整備が求められていることに留意すること。

1 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会等（以下「委員会等」という。）を必ず設けるとともに、精神科救急医療体制連絡調整委員会については少なくとも年1回以上開催すること。この委員会等は、都道府県、指定都市、医師会、精神科医療機関、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、警察、消防機関、救急医療対策事業に基づく救急医療情報センター並びに救急医療体制及び各センター等（以下「一般救急システム等」という。）、公的医療機関等の関係者によって構成されるものであり、医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、次の取組を通じて精神科救急医療圏域（以下「圏域」という。）毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、精神疾患を有しながら新興感染症等を含む身体合併症を有する患者（以下「身体合併症患者」という。）を含む精神障害者等への精神科救急医療体制機能の整備を図るとともに、圏域毎の精神科救急医療体制について関係者間の相互理解を深めること。また、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こと。

(1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会

都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価することとし、圏域の設定や圏域毎の救急医療提供体制の検討及び見直しにつなげること。

(2) 圏域毎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に係る検討部会

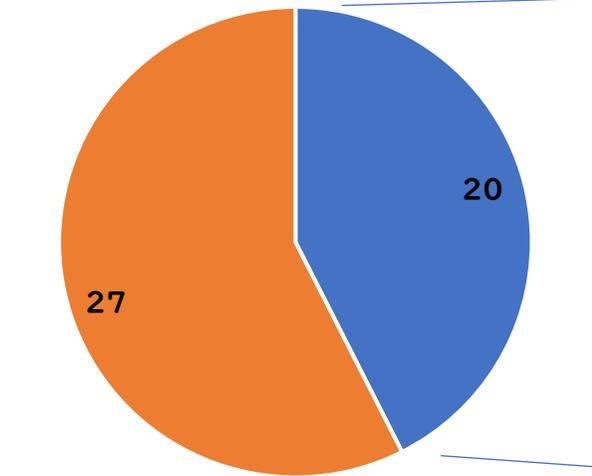
(1)で設定した圏域毎に、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、都道府県等内における精神病床を有する医療機関、身体合併症患者に関する地域資源や夜間・休日の対応を行っている精神科を標榜する診療所等を十分把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと。なお、地域の実情に応じて、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、公的医療機関等と綿密な連携を図ること。

(3) 略

精神医療圏等設定状況①

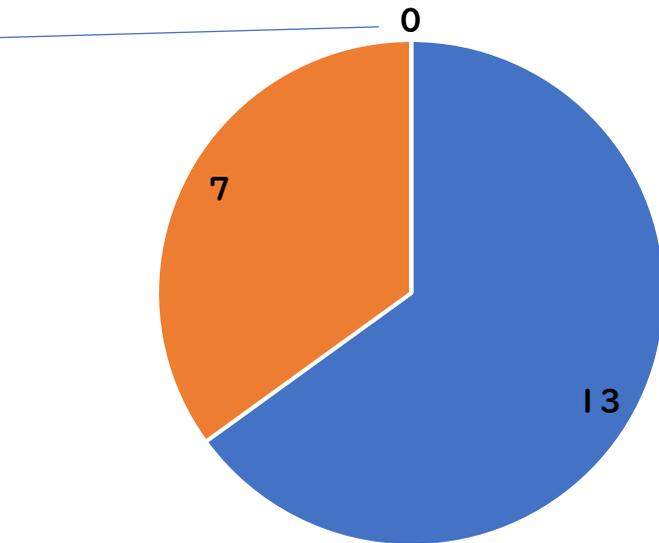
○ 精神医療圏と二次医療圏の数が一致していない都道府県は20あり、一致していない都道府県はその全てで、二次医療圏と比べ精神医療圏の数が少なく、うち13の都道府県は精神医療圏が1つであった。

都道府県別の精神医療圏の設定状況



■ 二次医療圏と異なる ■ 二次医療圏と同じ

精神医療圏が二次医療圏と異なる都道府県の設定状況

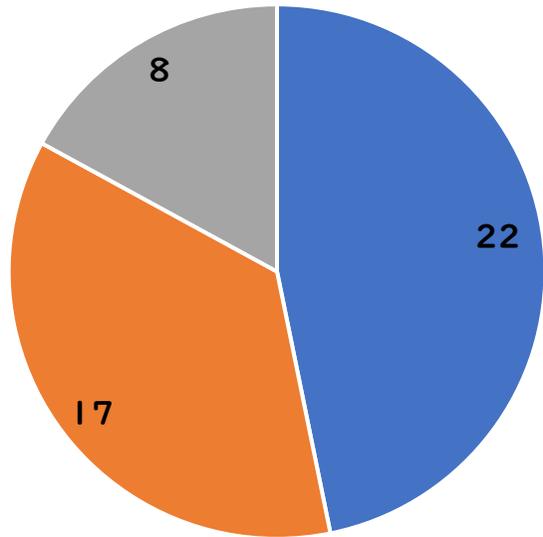


■ 精神医療圏が1つ
 ■ 精神医療圏が2以上であり、二次医療圏数より少ない
 ■ 精神医療圏数が二次医療圏より多い

精神医療圏等設定状況②

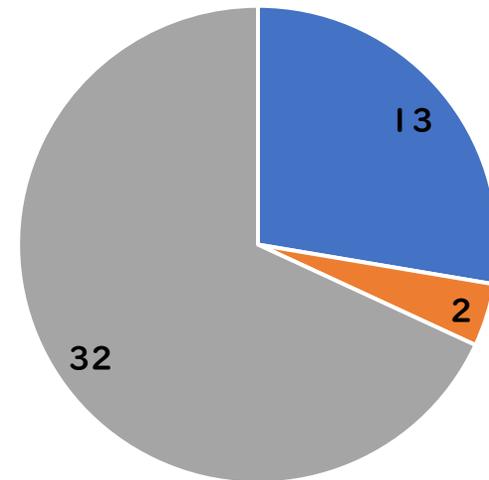
- 精神医療圏と精神科救急医療圏の数が一致している都道府県数は22、精神科救急医療圏と救急医療圏が一致している都道府県数は13であり、圏域の設定状況は、都道府県により様々であった。

精神医療圏と精神科救急医療圏



- 精神医療圏と精神科救急医療圏が一致している
- 精神医療圏の数が精神科救急医療圏数より多い
- 精神医療圏の数が精神科救急医療圏数より少ない

精神科救急医療圏と救急医療圏



- 精神科救急医療圏と救急医療圏が一致している
- 精神科救急医療圏の数が救急医療圏より多い
- 精神科救急医療圏の数が救急医療圏より少ない

都道府県別の精神医療圏等設定状況

都道府県	二次医療圏数	精神医療圏数	精神科救急医療圏数	救急医療圏数
北海道	21	21	21	21
青森県	6	4	6	6
岩手県	9	9	4	9
宮城県	4	4	1	4
秋田県	3	3	3	3
山形県	4	4	3	4
福島県	6	4	4	4
茨城県	9	3	2	13
栃木県	6	6	1	10
群馬県	10	1	1	10
埼玉県	10	1	2	14
千葉県	9	9	12	9
東京都	13	4	2	1
神奈川県	9	1	1	9
新潟県	7	7	7	7
富山県	4	4	1	4
石川県	4	1	1	4
福井県	4	1	1	2
山梨県	4	1	1	4
長野県	10	4	4	10
岐阜県	5	5	2	5
静岡県	8	8	6	12
愛知県	11	1	3	11
三重県	4	4	2	9

都道府県別の精神医療圏等設定状況

都道府県	二次医療圏数	精神医療圏数	精神科救急医療圏数	救急医療圏数
滋賀県	7	3	3	4
京都府	6	6	2	6
大阪府	8	8	8	8
兵庫県	8	8	7	13
奈良県	5	1	1	7
和歌山県	7	7	7	7
鳥取県	3	3	3	3
島根県	7	7	7	7
岡山県	5	5	2	5
広島県	7	7	2	7
山口県	8	1	3	9
徳島県	3	1	3	7
香川県	3	1	2	5
愛媛県	6	6	6	6
高知県	4	4	4	4
福岡県	13	1	4	13
佐賀県	5	5	5	5
長崎県	8	8	8	8
熊本県	10	10	3	10
大分県	6	1	1	10
宮崎県	7	3	3	7
鹿児島県	9	9	4	9
沖縄県	5	5	4	5

各都道府県における指標例の活用状況

	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 4	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 6	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 11	てんかん支援拠点病院数 11
	● 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 5	● 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） 22	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 11	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数 14
	心のサポーター養成研修の実施回数 5	DPAT先遣隊登録機関数 13	● 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 12	● 摂食障害支援拠点病院数 10
	認知症サポート医養成研修修了者数 24	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 8	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 7	● 指定通院医療機関数 8
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数 6	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 8	高次脳機能障害支援拠点機関数 15
		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 6	● 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 8	認知症疾患医療センターの指定医療機関数 23
		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 12	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数 7	
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 4	精神科救急医療体制整備事業における入院件数 10	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数 13	認知症疾患医療センターの鑑別診断数 12
	● 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 19	精神科救急医療体制整備事業における受診件数 8	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数 10	指定通院医療機関の患者数 3
	心のサポーター養成研修の修了者数 11	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数 4	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 7	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 3
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数 9	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 4	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 6	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 1
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数 20	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 7	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数 6	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 3
		● 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 11	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 7	
		精神疾患の救急車平均搬送時間 4	認知療法・認知行動療法を算定した患者数 4	
			隔離指示件数 10	
			身体的拘束指示件数 9	
			児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数 6	
		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 13		
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 46		
	●	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) 43		
	●	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) 36		
	●	精神科床における新規入院患者の平均在院日数 24		

(●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

数字は指標例を活用している都道府県の合計数

指標例以外に使用されている指標の例

地域における支援、危機介入

	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入
ストラクチャー	<p>【相談支援窓口の設置】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神医療相談窓口の設置状況 発達障害について専門相談窓口を設置している市町村数 <p>【認知症】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症カフェの設置 チームオレンジの設置 	<p>【地域における支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置数 精神科訪問看護研修修了者数 精神障害者が利用できるグループホーム数 認知症初期集中支援チームの訪問実績がある市町村数 認知症ケアパスを作成している市町村数 初診待ち1か月以内の医療機関の割合 <p>【危機介入】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科救急体制についての協議の場の設置 救命救急センターで精神科を有する施設数、入院を要する救急医療体制で精神科を有する施設数
プロセス	<p>【普及啓発】</p> <ul style="list-style-type: none"> 住民を対象とした普及啓発事業の開催回数 人権擁護にかかる独自の取組を行っている精神科病院数及びその取組数 <p>【相談支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域移行支援利用者数、地域定着支援利用者数 アウトリーチ事業における支援対象者数 市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数 ピアサポートの実施回数 <p>【その他：研修関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉センター・保健所の研修実施回数等 精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修修了者数 入院者訪問支援員養成研修の実施回数、修了者数、訪問支援員の支援数 ピアサポーター養成者数・登録者数 高次脳機能障害の知識と支援についての研修受講者数 ゲートキーパー養成研修受講者数 <p>【認知症】</p> <ul style="list-style-type: none"> もの忘れ相談医研修の新規受講者数 若年性認知症研修受講者 ・ 認知症対応力向上研修受講者数 認知症疾患医療センターにおける本人・家族教室の開催 認知症介護指導者・実践リーダー・実践者研修修了者等 認知症初期集中支援チームの活動・派遣件数等 	<p>【地域における支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健、医療、福祉関係者による協議の場の開催回数 <p>【危機介入】</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神科救急受診者のうち入院を要しなかった者の割合 精神科救急情報センターへの通報件数・相談件数 精神科一般救急（入院）対応時間（輪番制当番病院）

指標例以外に使用されている指標の概要

拠点機能

	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> 精神科医師数 ・精神保健指定医数 身体合併症対応施設数 ・精神科病床を有する一般病院数 重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定実績のある病院数 アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症の専門医療機関の選定 摂食障害入院医療管理加算の算定実績のある病院数 依存症集団療法の外来での算定実績のある医療機関数 依存症相談支援に携わる従事者向け研修の参加人数 児童・思春期精神科専門管理加算を届け出ている医療機関数 発達障害の診療を行っている医療機関数・医師数 子どもの心の診療を行える専門医の養成数 かかりつけ医等の心の健康対応力向上研修の受講者数 療養生活継続支援加算算定医療機関数 治療抵抗性統合失調症治療薬の処方可能医療機関数 精神科地域移行実施加算届出施設数 アルコール依存症治療の連携体制が構築されている障害保健福祉圏域数 難治性精神疾患に関する専門的治療の導入に向けた協議の場の開催数 てんかん診療連携関係者研修修了者数 	<ul style="list-style-type: none"> 依存症専門医療機関数 高次脳機能障害支援拠点病院数 多様な精神疾患等ごとの県連携拠点、地域連携拠点機能を整備する圏域数 医療観察法指定通院医療機関数 災害拠点精神科病院整備件数
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> 措置入院患者数 医療保護入院患者数 薬物依存症総患者数 ギャンブル依存症推計患者数・新規外来患者数 かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数 かかりつけ医からの紹介件数（うつ病及びその他の疾患、認知症） 摂食障害入院医療管理加算を算定している患者数 身体科と精神科の連携会議の開催数 高次脳機能障害相談・支援センターにおける相談件数 	<ul style="list-style-type: none"> てんかん支援拠点病院における相談件数 摂食障害支援拠点病院における相談件数 DPAT隊員登録数・DPAT要請研修修了者数（累計） 認知症疾患医療センター相談件数 認知症疾患医療センターにおける軽度認知障害の鑑別診断数 認知症疾患医療センター・認知症サポート医等の実施する鑑別診断に占めるMCI診断の割合 認知症疾患医療センター・認知症サポート医等における地域包括支援センターへのMCIの人の情報提供数 認知症専門診断管理料・認知症療養指導料の算定機関数・算定回数 認知症疾患医療センターにおけるかかりつけ医・地域包括支援センター等との連携数

指標例以外に使用されている指標の概要：アウトカム指標

- ・精神病床における新規入院患者の平均在院日数
- ・医療保護入院患者1年以上入院率
- ・地域移行人数（入院期間1年以上で「転院・転科」「死亡」を除く）
- ・再入院患者割合
- ・精神科病床における認知症者の退院後在宅転帰割合
- ・精神科病床における認知症者の退院後施設等への転帰割合

アウトカム

- ・自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）
- ・自殺による死亡者数
- ・こころの健康が保たれている人の割合
- ・睡眠による休養を十分にとれていない者の割合
- ・日常生活における悩みやストレスを感じたものの割合
- ・悩みを抱えたときやストレスを感じたとき、誰かに相談したり、助けを求めたりすることにためらいを感じる人の割合
- ・精神科病院における虐待通報件数
- ・虐待防止研修の参加医療機関数
- ・精神障害者保健福祉手帳所持者数

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）	
		● 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

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

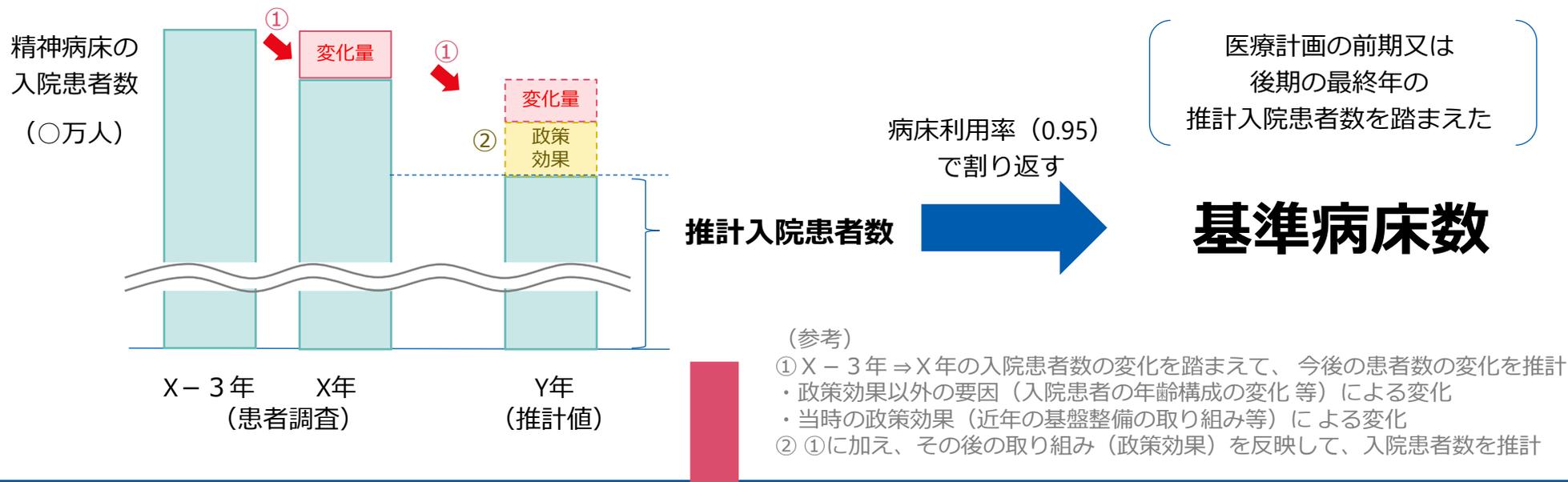
- ◆ 精神科訪問看護については、以下の内容の御議論があった。
 - 精神科訪問看護については、一部の事業所において利用者の意向とは異なる過剰なサービスを提供しているのではないかとの指摘があることに留意して体制整備を行うとともに、地域包括ケアシステムの推進のため、精神障害者や精神保健に課題を抱える者に対する地域における看護・ケアの拠点となる訪問看護事業所[※]が求められること。
- ※ 24時間対応できる体制を構築しており、必要に応じて利用者又は家族などの求めに応じ緊急に訪問看護を提供すること、措置入院を経て退院した利用者等への精神科訪問看護の提供体制が確保されていること、長期間の利用者を含め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、治療中断者や引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。

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。

第7期障害福祉計画及び第3期障害児福祉計画に係る基本指針の見直しについて

1. 基本指針について

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。R5年5月に告示。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して原則3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。計画期間はR6～8年度

2. 基本指針見直しの主なポイント

- ・入所等から地域生活への移行、地域生活の継続の支援
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・障害者等に対する虐待の防止
- ・障害福祉人材の確保・定着
- ・障害者による情報の取得利用・意思疎通の推進
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・発達障害者等支援の一層の充実
- ・「地域共生社会」の実現に向けた取組
- ・よりきめ細かい地域ニーズを踏まえた障害(児)福祉計画の策定
- ・障害者総合支援法に基づく難病患者等への支援の明確化
- ・福祉施設から一般就労への移行等
- ・地域における相談支援体制の充実強化
- ・障害福祉サービスの質の確保
- ・その他(地方分権提案に対する対応)

3. 成果目標(計画期間が終了するR8年度末の目標)

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数: R4年度末施設入所者の6%以上
- ・施設入所者数: R4年度末の5%以上削減

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数: 325.3日以上(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)
- ・精神病床の1年以上入院患者数: 13.8万人
(R2年度の17.1万人と比べて3.3万人減)
- ・退院率: 3ヵ月後 68.9%以上、6ヵ月後 84.5%以上、1年後 91.0%以上
(H30年時点の上位10%の都道府県の水準)

③ 地域生活支援拠点等が有する機能の充実

- ・市町村地域生活支援拠点等の整備、コーディネーターの配置などによる効果的な支援体制及び緊急時の連絡体制の構築を進め、年1回以上、支援の実績等を踏まえ運用状況の検証・検討を行う
- ・強度行動障害を有する者に関し、市町村又は圏域において支援ニーズを把握し、支援体制の整備を進める(新)

④ 福祉施設から一般就労への移行等

- ・一般就労への移行者数: R3年度の1.28倍以上
- ・就労移行支援事業利用終了者に占める一般就労へ移行した者の割合が5割以上の事業所: 就労移行支援事業所の5割以上(新)

④ 福祉施設から一般就労への移行等(続き)

- ・都道府県は地域の就労支援ネットワークの強化、関係機関の連携した支援体制を構築するため、協議会を活用して推進(新)
- ・就労定着支援事業の利用者数: 令和3年度末実績の1.41倍以上
- ・就労定着支援事業利用終了後一定期間の就労定着率が7割以上となる就労定着支援事業所の割合: 2割5分以上

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等

- ・児童発達支援センターの設置: 市町村又は圏域に1か所以上
- ・全市町村において、障害児の地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進体制の構築
- ・都道府県による難聴児支援を総合的に推進するための計画の策定。都道府県及び必要に応じて政令市は、難聴児支援の中核的機能を果たす体制を構築。
- ・重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所等: 市町村又は圏域に1か所以上
- ・都道府県は医療的ケア児支援センターを設置(新)
- ・都道府県及び政令市において、障害児入所施設からの移行調整に係る協議の場を設置(新)

⑥ 相談支援体制の充実・強化等

- ・市町村において、基幹相談支援センターを設置等
- ・協議会における個別事例の検討を通じた地域サービス基盤の開発・改善等(新)

⑦ 障害福祉サービス等の質の向上

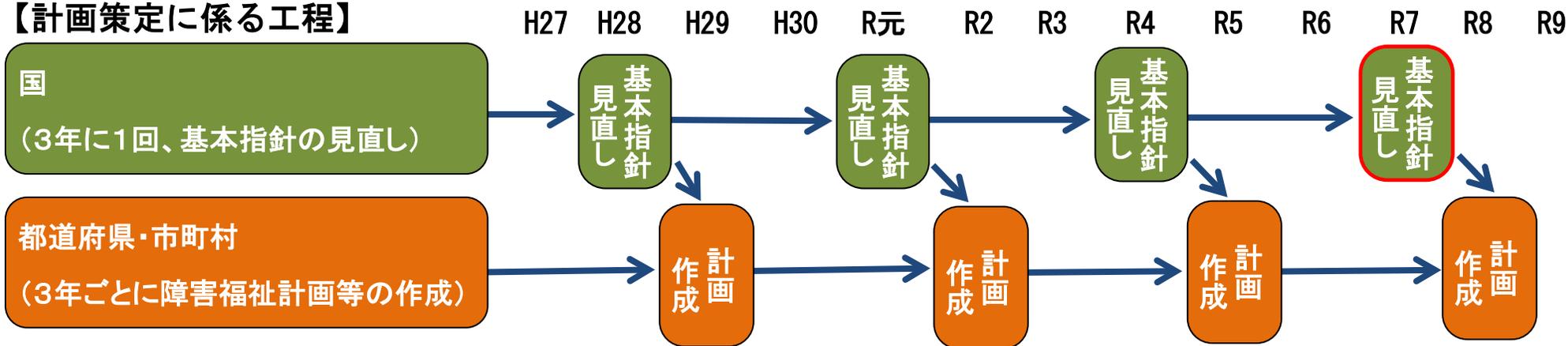
- ・都道府県や市町村において、サービスの質向上のための体制を構築

障害福祉計画及び障害児福祉計画について(概要)

基本指針について

- ・基本指針は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)第87条第1項の規定に基づき、障害福祉サービス等の提供体制及び自立支援給付等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。
- ・また、平成28年6月に公布した改正児童福祉法第33条19第1項の規定に基づき、障害児通所支援等の提供体制及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保することを目的として、作成されるもの。
- ・障害福祉計画及び障害児福祉計画は、この基本指針に即して市町村・都道府県が作成
- ・第8期障害福祉計画及び第4期障害児福祉計画(令和9~11年度)を作成するための基本指針は令和7年度内の告示を想定。

【計画策定に係る工程】

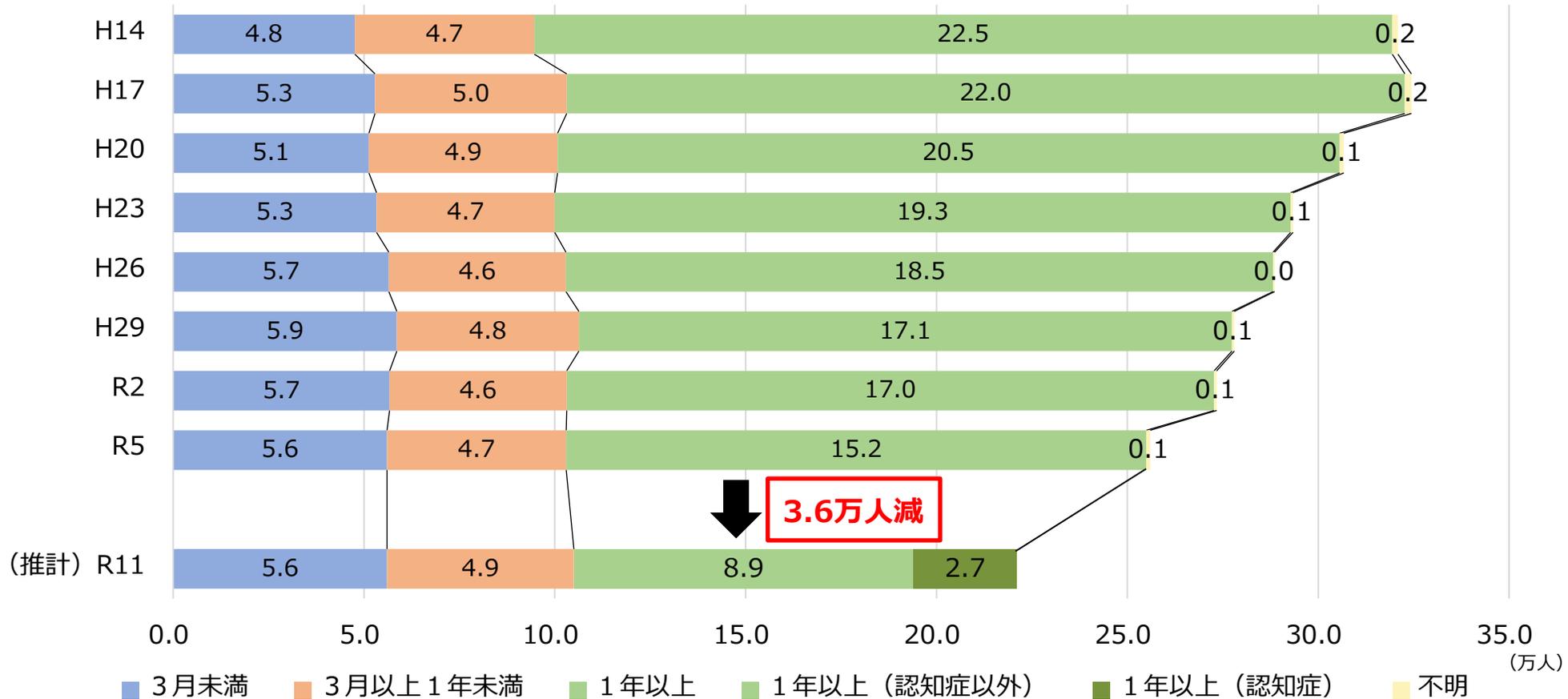


※ 障害福祉計画等は、3年を一期として作成することを基本としつつ、都道府県及び市町村が地域の実情や報酬改定・制度改正の影響の有無を考慮して、柔軟な期間設定が可能。

精神病床における1年以上長期入院患者数

- 令和2年から令和5年の入院患者数の変化と入院期間が1年以上の長期入院患者に対する、今後の新たな取り組み（政策効果）を加味し、令和5年の入院患者数から令和11年の入院患者数を推計している。
- 精神病床における1年以上長期入院患者数は、令和5年と比べて約3.6万人の減少を目指すこととする。

精神病床における入院患者数推移と将来の推計（政策効果を加味した場合）



新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・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を構築

- 「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
 厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。
 都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとする。医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
 保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、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等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
 政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
 政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
 また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べるができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

1. 趣旨

- 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療保護入院の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
- こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1) 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
- (2) 課題への対応について
- (3) その他

3. 開催状況

第1回：R6年5月20日	第5回：R7年3月10日
第2回：R6年8月7日	第6回：R7年5月12日
第3回：R6年10月3日	第7回：R7年6月10日
第4回：R7年1月15日	

4. 構成員

- | | |
|---------|---------------------------------|
| 家保 英隆 | 高知県理事（保健医療担当） |
| 池原 毅和 | 東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士 |
| 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 |
| 上田 容子 | (公社)日本精神神経科診療所協会事務局長 常任理事 |
| 江澤 和彦 | (公社)日本医師会 常任理事 |
| 岡田 久実子 | (公社)全国精神保健福祉会連合会理事長 |
| 岡部 正文 | 日本相談支援専門員協会理事 |
| 柄澤 尚江 | 北広島市保健福祉部 理事 |
| ○ 神庭 重信 | 九州大学 名誉教授 |
| 北村 立 | (公社)全国自治体病院協議会 常務理事 |
| 吉川 隆博 | (一社)日本精神科看護協会 会長 |
| 桐原 尚之 | 全国「精神病」者集団運営委員 |
| 柑本 美和 | 東海大学法学部法律学科 教授 |
| 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 |
| 小嶋 修一 | TBSテレビ報道局 特別解説委員 |
| ◎ 田辺 国昭 | 東京大学大学院法学政治学研究所 教授 |
| 田村 綾子 | (公社)日本精神保健福祉士協会 会長 兼 聖学院大学 副学長 |
| 辻本 哲士 | 滋賀県立精神保健福祉センター 所長 |
| 長瀬 幸弘 | (公社)日本精神科病院協会 理事 |
| 長谷川 花 | 静岡赤十字病院精神神経科 部長 |
| 花村 温子 | (公社)日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長 |
| 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 |
| 松本 珠実 | (公社)日本看護協会 常任理事 |
| 水野 紀子 | 東北大学 名誉教授 兼 白鷗大学 教授 |
| 森 敏幸 | 精神保健福祉事業団体連絡会 共同代表 |
| 山口 文佳 | 鹿児島県始良保健所長 兼 鹿児島県大口保健所長 |

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り、**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（案）

- 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）春 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。