

都道府県医師会会長 殿

公益社団法人日本医師会
会長 松本 吉郎
(公印省略)

「医療計画について」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正並びに第 8 次医療計画における精神病床に係る基準病床数について

今般、医療法に基づき各都道府県が定める医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）に関して、厚生労働省より各都道府県等に対し、標題に示す 3 件の通達が発出され、本会に対しても情報提供がありました。

これらの通達の概要は下記のとおりです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴都道府県行政との協議、また郡市区医師会及び関係医療機関への周知方につきご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

記

「医療計画について」の一部改正について

- 医療計画作成指針における精神病床に係る基準病床数の算定方法において、別添新旧対照表のとおり、算定に使用する患者数等の推計時期が令和 8 年から令和 11 年に改正されたこと。（改正前通知に関しては、令和 5 年 6 月 21 日日医発第 593 号（地域）参照）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

- 精神疾患の医療体制の構築に係る指針、小児医療の体制構築に係る指針及び在宅医療の体制構築に係る指針について、直近の動向を踏まえ、別添新旧対照表のとおり改正されたこと。（改正前通知に関しては、令和 5 年 6 月 2 日付日医発第 474 号（地域）（健Ⅱ）参照）

第 8 次医療計画における精神病床に係る基準病床数について

- 上述の「医療計画について」の一部改正に関連して、令和 7 年度より実施されていた「効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究」において、令和 11 年を設定時期とする都道府県別の精神病床に係る基準病床数の計算結果が示されたこと。

厚生労働省 医療計画 ホームページ：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html

※「医療計画について」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の改正後全文はこちらの Web ページよりご参照ください。

医政発0610第5号
令和8年6月10日

公益社団法人日本医師会 会長 殿

厚生労働省医政局長

「医療計画について」の一部改正について

標記について、別添のとおり各都道府県知事あてに通知しましたので、ご了知方よろしくお願いいたします。

医 政 発 0610 第 4 号
令 和 8 年 6 月 10 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

「医療計画について」の一部改正について

医療計画（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）の作成に当たって参考とすべき指針については、「医療計画について」（令和 5 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）によりお示しているところであるが、局長通知の一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、本日から適用することとしたため通知する。

貴職におかれては、これを御了知の上、医療計画の作成と推進に遺憾なきを期されたい。

○ 「医療計画について」（令和5年6月15日付け医政発0615第21号厚生労働省医政局長通知）新旧対照表

(下線部は改正部分)

改正後	改正前
<p>(別紙)</p> <p>医療計画作成指針</p> <p>目次</p> <p>はじめに</p> <p>第1・第2 (略)</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>1～8 (略)</p> <p>9 基準病床数</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床 (略)</p> <p>なお、法第30条の4第2項第15号に規定する区域（以下「三次医療圏」という。）が1都道府県において2以上設定された場合においても、基準病床数については当該都道府県全体について定めること。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>10～12 (略)</p> <p>第4 医療計画作成の手順等 (略)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 基準病床数の算定方法</p> <p>(1) 基準病床数の算定方法 (略)</p> <p>① (略)</p> <p>② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により</p>	<p>(別紙)</p> <p>医療計画作成指針</p> <p>目次</p> <p>はじめに</p> <p>第1・第2 (略)</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>1～8 (略)</p> <p>9 基準病床数</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床 (略)</p> <p>なお、法第30条の4第2項第15号に規定する区域（以下「三次医療圏」という。）が1都道府県において2以上設定された場合においても、基準病床数については当該都道府県全体について定めること<u>と</u>。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>10～12 (略)</p> <p>第4 医療計画作成の手順等 (略)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 基準病床数の算定方法</p> <p>(1) 基準病床数の算定方法 (略)</p> <p>① (略)</p> <p>② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により</p>

算出した数を標準とする。

[(令和11年における当該都道府県の年齢別の急性期入院患者数の総和) + (令和11年における当該都道府県の年齢別の回復期入院患者数の総和) + (令和11年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数の総和) × { 1 - (慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合) } + (令和11年における当該都道府県の年齢別の認知症慢性期入院患者数の総和) × { 1 - (認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合) } + (精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数) - (精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数)] × (1 / 精神病床利用率)

(注1) (略)

(注2) 注2から注7までにおいて、「X歳(以上)の変化率」とは、「令和2年におけるX歳(以上)の全国の急性期/回復期/慢性期/認知症慢性期入院患者の数に対する令和5年におけるX+3歳(以上)の全国の急性期/回復期/慢性期/認知症慢性期入院患者の数の割合」をいう。

(注3) 「令和11年における当該都道府県の年齢別の急性期入院患者数」とは、「令和11年における急性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数」をいい、次の1)～4)により算定される数とする。

※ 令和5年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数については、当該年齢が含まれる5歳階級の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者数を5で除した数とする。

1) 0歳から24歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和5年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。

2) 25歳から27歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和5年における、当該年齢から3年を減じた年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数

算出した数を標準とする。

[(令和8年における当該都道府県の年齢別の急性期入院患者数の総和) + (令和8年における当該都道府県の年齢別の回復期入院患者数の総和) + (令和8年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数の総和) × { 1 - (慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合) } + (令和8年における当該都道府県の年齢別の認知症慢性期入院患者数の総和) × { 1 - (認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合) } + (精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数) - (精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数)] × (1 / 精神病床利用率)

(注1) (略)

(注2) 注2から注7までにおいて、「X歳(以上)の変化率」とは、「平成26年におけるX歳(以上)の全国の急性期/回復期/慢性期/認知症慢性期入院患者の数に対する平成29年におけるX+3歳(以上)の全国の急性期/回復期/慢性期/認知症慢性期入院患者の数の割合」をいう。

(注3) 「令和8年における当該都道府県の年齢別の急性期入院患者数」とは、「令和8年における急性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数」をいい、次の1)～4)により算定される数とする。

※ 令和2年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数については、当該年齢が含まれる5歳階級の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者数を5で除した数とする。

1) 0歳から24歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和2年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。

2) 25歳から27歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和2年における、当該年齢から3年を減じた年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数

とする。

※ 令和11年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和8年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。また、令和8年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数については、1)の考えに基づき、それぞれ、令和5年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。これらのことから、令和11年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ令和5年における22歳から24歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。

3) 28歳から89歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和5年における、当該年齢から6年を減じた年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数

ロ （略）

ハ 基準年齢に3年を加えた年齢の変化率

※ 令和11年における28歳から89歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和8年における25歳から86歳までの各年齢の推計患者数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。また、令和8年における25歳から86歳までの各年齢の推計患者数についても同様に、令和5年における22歳から83歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。

4) 90歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次のaからcまでを合計した数

a 令和5年における84歳の当該都道府県に住所を有する急性期

とする。

※ 令和8年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和5年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。また、令和5年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数については、1)の考えに基づき、それぞれ、令和2年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。これらのことから、令和8年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ令和2年における22歳から24歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。

3) 28歳から89歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和2年における、当該年齢から6年を減じた年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数

ロ （略）

ハ 基準年齢に3年を加えた年齢の変化率

※ 令和8年における28歳から89歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和5年における25歳から86歳までの各年齢の推計患者数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。また、令和5年における25歳から86歳までの各年齢の推計患者数についても同様に、令和2年における22歳から83歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。

4) 90歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次のaからcまでを合計した数

a 令和2年における84歳の当該都道府県に住所を有する急性期

入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数

- b 令和5年における85歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数
- c 令和5年における86歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数
- ロ 令和5年における87歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、87歳以上の変化率を乗じて得た数
- ハ 87歳以上の変化率

※ 令和11年における90歳以上の推計患者数については、令和8年における87歳以上の推計患者数に87歳以上の変化率を乗ずることで求める。

ここで、令和8年における87歳以上の推計患者数は、令和8年における87歳から89歳までの推計患者数と、令和8年における90歳以上の推計患者数の和によって求めるところ、令和8年における87歳から89歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和5年における84歳から86歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に当該年齢の変化率を乗ずることで求め、令和8年における90歳以上の推計患者数については、令和5年における87歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に87歳以上の変化率を乗ずることで求める。

(注4) 「令和11年における当該都道府県の年齢別の回復期入院患者数」及び「令和11年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数」に関しては、それぞれ、注3において「急性期」とあるのは「回復期」又は「慢性期」と読み替えるものとして求めた数とする。

(注5) 「令和11年における当該都道府県の年齢別の認知症慢性期入院患者数」に関しては、注3において「急性期」とあるのは「認知症慢性期」と、「0歳から24歳まで」とあるのは「0歳から59歳まで」と、「25歳から27歳まで」あるのは「60歳から62歳まで」と、「22歳から24

入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数

- b 令和2年における85歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数
- c 令和2年における86歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数
- ロ 令和2年における87歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、87歳以上の変化率を乗じて得た数
- ハ 87歳以上の変化率

※ 令和8年における90歳以上の推計患者数については、令和5年における87歳以上の推計患者数に87歳以上の変化率を乗ずることで求める。

ここで、令和5年における87歳以上の推計患者数は、令和5年における87歳から89歳までの推計患者数と、令和5年における90歳以上の推計患者数の和によって求めるところ、令和5年における87歳から89歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和2年における84歳から86歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に当該年齢の変化率を乗ずることで求め、令和5年における90歳以上の推計患者数については、令和2年における87歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に87歳以上の変化率を乗ずることで求める。

(注4) 「令和8年における当該都道府県の年齢別の回復期入院患者数」及び「令和8年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数」に関しては、それぞれ、注3において「急性期」とあるのは「回復期」又は「慢性期」と読み替えるものとして求めた数とする。

(注5) 「令和8年における当該都道府県の年齢別の認知症慢性期入院患者数」に関しては、注3において「急性期」とあるのは「認知症慢性期」と、「0歳から24歳まで」とあるのは「0歳から59歳まで」と、「25歳から27歳まで」あるのは「60歳から62歳まで」と、「22歳から24

歳まで」とあるのは「57歳から59歳まで」と、「28歳から89歳まで」とあるのは「63歳から89歳まで」と、「25歳から86歳まで」とあるのは「60歳から86歳まで」と、「22歳から83歳まで」とあるのは「57歳から83歳まで」と読み替えるものとして求めた数とする。

(注6) 「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」は、「令和11年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数」を都道府県別の推計人口で除して得た値に1000を乗じて得た値（以下注6において「推計患者率」という。）が0.60以下である場合は0とし、又は0.60を上回る場合であって、推計患者率と0.60の差分が推計患者率の2割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の5割とし、若しくは当該差分が推計患者率の2割以上であるときは0.1とする。ただし、都道府県知事は、この算定した割合に対して、当該割合が0を下回らない範囲で、0以上0.02以下の値を加えること又は減じることができる。

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

※ 慢性期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している。具体的には、第8次医療計画の最終年である令和11年における人口あたりの慢性期入院患者数の将来推計値が、令和5年における人口あたりの慢性期入院患者数が十分に少ない都道府県の水準を上回る都道府県

歳まで」とあるのは「57歳から59歳まで」と、「28歳から89歳まで」とあるのは「63歳から89歳まで」と、「25歳から86歳まで」とあるのは「60歳から86歳まで」と、「22歳から83歳まで」とあるのは「57歳から83歳まで」と読み替えるものとして求めた数とする。

(注6) 「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」は、次の1)～4)により算定される数を合計した数を都道府県別の推計人口で除して得た値に1000を乗じて得た値（以下注6において「推計患者率」という。）が0.69以下である場合は0とし、又は0.69を上回る場合であって、推計患者率と0.69の差分が推計患者率の2割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の5割とし、若しくは当該差分が推計患者率の2割以上であるときは0.1とする。ただし、都道府県知事は、この算定した割合に対して、当該割合が0を下回らない範囲で、0以上0.02以下の値を加えること又は減じることができる。

1) 令和8年における0歳から21歳までの各推計患者数に関しては、それぞれこれに対応する数とする。

2) 令和8年における22歳から24歳までの各推計患者数に関しては、それぞれこれに対応する数と、当該数に当該年齢の変化率を乗じて得た数を合計した数とする。

3) 令和8年における25歳から86歳までの各推計患者数に関しては、それぞれこれに対応する数に当該年齢の変化率を乗じて得た数とする。

4) 令和8年における87歳以上の推計患者数に関しては、これらに対応する数を合計した数に、87歳以上の変化率を乗じて得た数とする。

※ 慢性期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している。具体的には、第8次医療計画の最終年である令和11年における人口あたりの慢性期入院患者数の将来推計値が、令和2年における人口あたりの慢性期入院患者数が十分に少ない都道府県の水準を上回る都道府県

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している。

「令和11年における人口あたりの慢性期入院患者数の将来推計値」を求めるにあたって、「都道府県別の推計人口」としては、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（2023）年推計）」において公表されている、令和12年の地域別将来推計人口を用いることとする。

「令和5年における人口あたりの慢性期入院患者数が十分に少ない都道府県の水準」については、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、47都道府県の上位10%が実際に達成している値を参考として、0.60に設定している。

（削る）

（注7）「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」に関して、注6について次の1）～3）のとおり読み替えるものとして求めた割合とする。

- 1）「慢性期」は「認知症慢性期」とする。
- 2）「0.60」は「0.33」とする。

（削る）

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している。

「令和11年における人口あたりの慢性期入院患者数の将来推計値」を求めるにあたって、「都道府県別の推計人口」としては、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（平成30（2018）年推計）」において公表されている、令和12年の地域別将来推計人口を用いることとする。

「令和2年における人口あたりの慢性期入院患者数が十分に少ない都道府県の水準」については、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、47都道府県の上位10%が実際に達成している値を参考として、0.69に設定している。

※ 令和11年における0歳から24歳までの各年齢の推計患者数については、注3の1）の考えに基づき、それぞれ令和8年における当該年齢の推計患者数とする。また、令和11年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、注3の2）及び3）の考えに基づき、それぞれ、令和8年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数に当該年齢の変化率を乗ずることで求める。したがって、令和11年における推計患者数を求めるにあたっては、令和8年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数について、それぞれその数と、その数に当該年齢の変化率を乗じて得た値を合計する必要がある。

（注7）「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」に関して、注6について次の1）～4）のとおり読み替えるものとして求めた割合とする。

- 1）「慢性期」は「認知症慢性期」とする。
- 2）「0.69」は「0.34」とする。
- 3）「0歳から21歳まで」は「0歳から56歳まで」と、「22歳から24歳まで」は「57歳から59歳まで」と、「25歳から86歳まで」は「60

3) 「都道府県別の推計人口」、「人口あたりの」及び「令和12年の地域別将来推計人口」は、それぞれ「都道府県別の65歳以上の推計人口」、「65歳以上の人口あたりの」及び「令和12年における65歳以上の地域別将来推計人口」とする。

(注8)・(注9) (略)

③・④ (略)

(2) (略)

4・5 (略)

第5・第6 (略)

歳から86歳まで」とする。

4) 「都道府県別の推計人口」、「人口あたりの」及び「令和12年の地域別将来推計人口」は、それぞれ「都道府県別の65歳以上の推計人口」、「65歳以上の人口あたりの」及び「令和12年における65歳以上の地域別将来推計人口」とする。

(注8)・(注9) (略)

③・④ (略)

(2) (略)

4・5 (略)

第5・第6 (略)

医政地発0610第2号
令和8年6月10日

公益社団法人日本医師会 会長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について

標記について、別添のとおり各都道府県衛生主管部（局）長あてに通知しましたので、ご了知方よろしくお願いいたします。

医政地発0610第1号
令和8年6月10日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公 印 省 略）

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について

医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）に5疾病・6事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項等を定めるに当たって参考とすべき指針については、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知。以下「課長通知」という。）によりお示ししているところであるが、課長通知の一部を別紙のとおり改正し、本日から適用することとしたため通知する。

貴職におかれては、これを御了知の上、医療計画作成のための参考にしていただきたい。

(別添)

○ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」 (令和5年3月31日医政地発 0331 第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長) 新旧対照表

(下線は改正部分)

改 正 後	現 行
<p>(別紙)</p> <p style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期間入院している精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力のみでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会（地域共生社会）を構築していく必要がある。このため、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をすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、</p> <p>① (略)</p> <p>② 長期間入院している精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、精神病床における入院需要（患者数）を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき地域移行に伴う基盤整備を押し進める必要がある。また、<u>第8期障害福祉計画（令和9～令和11年度）</u>においても<u>第7期障害福祉計画と同様に、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）や、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（地域平均生活日数）等が成果目標として掲げることとしている。</u></p> <p>(略)</p>	<p>(別紙)</p> <p style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期間入院している精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力のみでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会（地域共生社会）を構築していく必要がある。このため、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をすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、</p> <p>① (略)</p> <p>② 長期間入院している精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、精神病床における入院需要（患者数）を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき地域移行に伴う基盤整備を押し進める必要がある。また、<u>第7期障害福祉計画（令和6～令和8年度）</u>においても<u>第6期障害福祉計画と同様に、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）や、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（地域平均生活日数）等が成果目標として検討されている。</u></p> <p>(略)</p>

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

精神疾患は、令和5年には推定患者数約603万人となっている¹。そのうち、入院患者数は約27万人、外来患者数は約576万人であり、1年以上の長期入院患者数は約15万人である¹。我が国での調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている²。

（略）

(1) 統合失調症

（患者動態）

令和5年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は約89万人（うち入院患者数は約13万人であり、その中で1年以上長期入院患者数は約9.2万人）である¹。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、治療法の普及や、精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待されている⁴。

（政策動向）

（略）

（医療提供体制に関する検討課題）

（略）

(2) うつ病・躁うつ病

（患者動態）

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

精神疾患は、近年その患者数が増加しており、令和2年には推定患者数約615万人となっている¹。そのうち、入院患者数は約29万人、外来患者数は約586万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17万人である¹。我が国での調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている²。

（略）

(1) 統合失調症

（患者動態）

令和2年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は約88万人（うち入院患者数は約14万人であり、その中で1年以上長期入院患者数は約11万人）である¹。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、治療法の普及や、精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待されている⁴。

（政策動向）

（略）

（医療提供体制に関する検討課題）

（略）

(2) うつ病・躁うつ病

（患者動態）

令和5年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は約159万人（うち入院患者数は約2.7万人）である¹。

(政策動向)

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(3) 認知症

(患者動態)

我が国における認知症高齢者の数は、調査研究による推計では、令和4（2022）年の認知症の高齢者数は約443万人、軽度認知障害（MCI）の高齢者数は約559万人と推計され、その合計は1,000万人を超え、高齢者の約3.6人に1人が認知症又はその予備群といえる状況にある。令和22（2040）年には、その人数が約1,200万人になると推計されている⁵。なお、令和5年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は98.9万人であり、うち入院患者数は7.6万人である¹。

(政策動向)

共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和5年法律第65号。以下「認知症基本法」という。）に基づき認知症施策を推進するため、令和6年12月3日、認知症施策推進基本計画が閣議決定された。

認知症施策推進基本計画においては、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという「新しい認知症観」に基づき、本人とその家族等の参画を得て、意見を聴き、対話しながら、共に認知症施策の立案等を行っていくことを求めている。

令和2年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は約172万人（うち入院患者数は約3万人）である¹。

(政策動向)

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(3) 認知症

(患者動態)

我が国における認知症高齢者の数は、調査研究による推計では、平成24（2012）年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI））と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い令和7（2025）年には、675万人～730万人、すなわち約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている⁵。なお、令和2年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は100.5万人であり、うち入院患者数は7.6万人である¹。

(政策動向)

認知症施策を政府全体で強力に推進するため、令和元年6月18日、認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱（以下「大綱」という。）」がとりまとめられた。

大綱では、認知症の人や家族等の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくという基本的な考え方の下、5つの柱に沿ってKPIを設定し、施策を推進している。大綱においても、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現していくこととしている。

大綱は、令和7年までを対象期間としており、令和4年は策定後3年

認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見、診断、治療、診断後支援のためには、地域の関係機関の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センター、地域支援体制づくりや認知症の人や家族等の相談対応等も行う認知症地域支援推進員及び認知症の人の日常診療・相談を担うかかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気づいて本人が安心して暮らしていけるように適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等を支援に繋げるように努めること。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重要である。さらに日常的に連携機能を有する歯科医療機関や薬局等も、認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導、高齢者のポリファーマシー対策を始めとした薬物療法の適正化のための取組を推進すること。

医療従事者の認知症対応力の向上のために、平成18年度より、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担うかかりつけ医の認知症対応力向上研修を実施し、令和6年度末時点で85,216人が受講している。さらに専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として養成される認知症サポート医は、令和6年度末時点で15,237人が養成されている。認知症対応力向上研修については、徐々に受講対象職種を拡大し、令和6年度末時点で歯科医師31,943人、薬剤師61,709人、看護師等38,485人、病院勤務の医療従事者230,254人、病院勤務以外の看護師等11,586人が受講している。今後も、認知症の人に関わる医療従事者の研修を進めていくこと。

(地域における医療介護体制の構築)

の中間年であることから、各種施策の進捗状況について確認し、一部のKPIを新たに設定するなど必要な対応を行った。

認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センター、地域支援体制づくりや認知症の人や家族等の相談対応等も行う認知症地域支援推進員及び認知症の人の日常診療・相談を担うかかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気づいて本人が安心して暮らしていけるように適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等を支援に繋げるように努めること。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重要である。さらに日常的に連携機能を有する歯科医療機関や薬局等も、認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導、高齢者のポリファーマシー対策を始めとした薬物療法の適正化のための取組を推進すること。

医療従事者の認知症対応力の向上のために、平成18年度より、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担うかかりつけ医の認知症対応力向上研修を実施し、令和3年度末時点で受講者数は72,299人が受講した。さらに専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として養成される認知症サポート医は、令和3年度末時点で12,370人が養成されている。認知症対応力向上研修については、徐々に受講対象職種を拡大し、令和3年度末時点で歯科医師21,824人、薬剤師42,564人、看護師等25,892人が受講し、看護師については病院勤務以外を対象に拡大したところであり、今後、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修などにおけるその他の医療職も含め、さらに、認知症の人に関わる医療従事者の研修を進めていくこと。

(地域における医療介護体制の構築)

平成 20 年度より、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、令和 7 年 11 月末時点において全国で 514 か所の認知症疾患医療センター（基幹型 22 か所、地域型 387 か所、連携型 105 か所）が都道府県及び指定都市により設置されている。

また、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族等を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを平成 30 年 4 月までに全市町村に設置した。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

そのためには、認知症施策推進基本計画や介護保険事業（支援）計画との整合性を図りつつ、地域の実情に応じた医療提供体制の整備、具体的には、早期の診断・治療や行動・心理症状（BPSD）への対応等を含む更なる認知症対応力の向上、多職種連携・多施設連携の推進のための地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化等を図る必要がある。その際には、以下について留意されたい。

① 早期発見、診断、治療、診断後支援のための体制整備

(かかりつけ医、歯科医師、薬剤師及び看護師等の認知症対応力向上と認知症サポート医養成)

認知症の症状や認知症の早期発見、診断、治療、診断後支援、軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族等が小さな異変を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにすること。

(認知症初期集中支援チームの取組の推進)

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと。

(認知症疾患医療センターの整備)

都道府県は、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り、

平成 20 年度より、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、令和 4 年 10 月末時点において全国で 499 か所の認知症疾患医療センター（基幹型 21 か所、地域型 382 か所、連携型 96 か所）が都道府県及び指定都市により設置されている。

また、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族等を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを平成 30 年 4 月までに全市町村に設置した。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

そのためには、認知症施策推進大綱や介護保険事業（支援）計画との整合性を図りつつ、地域の実情に応じた医療提供体制の整備、具体的には、早期の診断・治療や行動・心理症状（BPSD）への対応等を含む更なる認知症対応力の向上、多職種連携・多施設連携の推進のための地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化等を図る必要がある。その際には、以下について留意されたい。

① 早期診断・早期対応のための体制整備

(かかりつけ医、歯科医師、薬剤師及び看護師等の認知症値対応力向上と認知症サポート医養成)

認知症の症状や認知症の早期発見・早期対応、軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族等が小さな異変を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにすること。

(認知症初期集中支援チームの取組の推進)

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと。

(認知症疾患医療センターの整備)

都道府県は、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り、

認知症疾患医療センターを計画的に整備すること。また、地域における認知症疾患医療センターの役割を踏まえた上で、専門的医療機能や診断後等支援機能などの機能の充実を図るとともに、さらに事業の評価を実施して事業の質の向上・維持を図っていくこと。

認知症疾患医療センターは、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりを進めるとともに、認知症の速やかな鑑別診断、連携病院での対応を含めた抗アミロイドβ抗体薬による治療、非薬物療法、診断後の本人・家族等のフォロー、BPSD や身体合併症に対する急性期医療、BPSD・せん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備などを行うこと。

② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

認知症の疑いがある人への早期の気づき、BPSD への対応等、さらに尊厳あるケアと適切な医療を提供するために、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（第2版）を活用した認知症の適切な対応力の向上を図る必要がある。また、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成のための養成研修をさらに行うこと。

(略)

③ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備

(略)

(認知症地域支援推進員の取組の推進)

(略)

(認知症ケアパスの活用)

認知症疾患医療センターを計画的に整備すること。また、基幹型、地域型、連携型の類型毎の認知症疾患医療センターの役割を踏まえた上で、相談及び診断後支援等の体制を含めた事業内容の充実を図るとともに、さらに事業の評価を実施して事業の質の向上・維持を図っていくこと。

認知症疾患医療センターは、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりを進めるとともに、認知症の速やかな鑑別診断、診断後の本人・家族等のフォロー、連携病院での対応を含めた症状増悪期への対応、BPSD や身体合併症に対する急性期医療、BPSD・せん妄予防等のための継続した医療・ケア体制の整備などを行うこと。

② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

認知症の疑いがある人への早期の気づき、BPSD への対応等、さらに本人の意思を尊重するために、意思決定支援ガイドラインを活用した認知症の適切な対応力の向上を図る必要があり、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成のための養成研修をさらに行うこと。

(略)

③ 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備

(略)

(認知症地域支援推進員の取組の推進)

(略)

(認知症ケアパスの活用)

認知症基本法及び認知症施策推進基本計画の趣旨を踏まえ、認知症ケアパスの作成・更新を行い、認知症の人やその家族等、医療・介護関係者等と共有し、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること。

(若年性認知症の人やその家族等の支援)
(略)

(4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害
(患者動態)

令和5年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は約66万人である¹。

また、令和5年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法(平成16年法律第167号)に規定する発達障害(F80-F89, F90-F98)の総患者数は約66万人である¹。

(政策動向)

厚生労働省は、平成13年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師等を対象に「児童・思春期精神保健研修」を行っている。また、平成20年度より、様々なこどもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、「こどもの心の診療ネットワーク事業」^{*}を実施しており、令和6年度時点で、21自治体で実施されている。

※ 本事業は、平成20年度から3年間モデル事業として実施した上で、その後継事業として実施している。

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

なお、都道府県で児童・思春期精神疾患及び発達障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「児童思春期支援指導加算を算定した医療機関数」、「児童・思春期精神科入院医療管理料

地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族等、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること。

(若年性認知症の人やその家族等の支援)
(略)

(4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害
(患者動態)

令和2年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は約60万人である¹。

また、令和2年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法(平成16年法律第167号)に規定する発達障害(F80-F89, F90-F98)の総患者数は約59万人¹である。

(政策動向)

厚生労働省は、平成13年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、公認心理師等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。また、平成24年度より、様々な子どもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、子どもの心の診療ネットワーク事業を実施しており、令和3年3月末時点で、21自治体で実施されている。

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

なお、都道府県で児童・思春期精神疾患及び発達障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数」、「20歳未満の精神疾患を入

を算定した医療機関数」、「20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数」、「知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「知的障害を外来診療している医療機関数」、「発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「発達障害を外来診療している医療機関数」、「児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数」、「20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数」、「20歳未満の精神疾患外来患者数」、「知的障害の精神病床での入院患者数」、「知的障害外来患者数」、「発達障害の精神病床での入院患者数」及び「発達障害外来患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(5) 依存症

① アルコール依存症

(患者動態)

令和5年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症の総患者数は約7.5万人である¹。

(政策動向)

平成26年6月1日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）に基づき、令和8年3月27日にアルコール健康障害対策推進基本計画（第3期（令和8年度から令和12年度まで））が閣議決定された。本計画で取り組む施策として、都道府県等において、アルコール健康障害に対応できる専門医療機関の質的・量的拡充に向けて、取組を進めると明記されている。

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

② 薬物依存症

院診療している精神病床を持つ病院数」、「20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数」、「知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「知的障害を外来診療している医療機関数」、「発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「発達障害を外来診療している医療機関数」、「児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数」、「20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数」、「20歳未満の精神疾患外来患者数」、「知的障害の精神病床での入院患者数」、「知的障害外来患者数」、「発達障害の精神病床での入院患者数」及び「発達障害外来患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(5) 依存症

① アルコール依存症

(患者動態)

令和2年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症の総患者数は約5万人である¹。

(政策動向)

平成26年6月1日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）に基づき、令和3年3月26日にアルコール健康障害対策推進基本計画（第2期（令和3年度から令和7年度まで））が閣議決定された。本計画で取り組む施策として、都道府県等において、アルコール健康障害に対応できる専門医療機関の質的・量的拡充に向けて、取組を進めると明記されている。

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

② 薬物依存症

<p>(患者動態) <u>令和5年</u>に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は約5千人である¹。</p> <p>(政策動向) (略)</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) (略)</p> <p>③ ギャンブル等依存症</p> <p>(患者動態) <u>令和5年</u>に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は約2千人である¹。</p> <p>(政策動向) 平成30年10月に施行されたギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）に基づき、<u>令和7年3月21日</u>に閣議決定されたギャンブル等依存症対策推進基本計画（<u>令和7年度から令和9年度まで</u>）では、<u>できるだけ早期に</u>、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。</p> <p>(略)</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) (略)</p> <p>(6) 外傷後ストレス障害（PTSD）</p> <p>(患者動態) <u>令和5年</u>に医療機関を継続的に受療しているPTSDの総患者数は約1.2万人である¹。</p> <p>(政策動向) 厚生労働省は、平成8年より災害・事件・事故等によるPTSDへの心のケアの重要性に鑑みて、PTSDの専門家を養成するために「PTSD対策専門研修」を行っている。</p>	<p>(患者動態) <u>令和2年</u>に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は約5千人である¹。</p> <p>(政策動向) (略)</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) (略)</p> <p>③ ギャンブル等依存症</p> <p>(患者動態) <u>令和2年</u>に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は約3千人である¹。</p> <p>(政策動向) 平成30年10月に施行されたギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）に基づき、<u>令和4年3月25日</u>に閣議決定されたギャンブル等依存症対策推進基本計画（<u>令和4年度から令和6年度まで</u>）では、<u>令和5年度までを目途に</u>、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。</p> <p>(略)</p> <p>(医療提供体制に関する検討課題) (略)</p> <p>(6) 外傷後ストレス障害（PTSD）</p> <p>(患者動態) <u>令和2年</u>に医療機関を継続的に受療しているPTSDの総患者数は約7千人である¹。</p> <p>(政策動向) 厚生労働省は、平成8年より災害・事件・事故等によるPTSDへの心のケアの重要性を鑑みて、PTSDの専門家を養成するために「PTSD対策専門研修」を行っている。</p>
--	---

令和3年3月に策定された第5次犯罪被害者等基本計画（令和8年3月17日閣議決定）では、被害者へ心のケアを提供することの重要性が明記されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

（略）

なお、都道府県でPTSDについて検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数」、「PTSDを外来診療している医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「心理支援加算を算定した医療機関数」、「PTSDの精神病床での入院患者数」、「PTSD外来患者数」及び「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(7) 高次脳機能障害

（患者動態）

「令和4年生活のしづらさなどに関する調査」では、高次脳機能障害者は、全国に約23万人いると推計されている。

（政策動向）

厚生労働省は、平成18年度より高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。支援拠点機関は、令和7年4月時点で、全国に126か所整備している。また、令和5年度より、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する地域支援ネットワーク構築促進事業」を地域生活支援促進事業として実施している。高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と

令和3年3月に策定された第4次犯罪被害者等基本計画（令和3年3月30日閣議決定）では、被害者へ心のケアを提供することの重要性が明記されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

（略）

なお、都道府県でPTSDについて検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数」、「PTSDを外来診療している医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「PTSDの精神病床での入院患者数」、「PTSD外来患者数」及び「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(7) 高次脳機能障害

（患者動態）

平成13～平成17年度の高次脳機能障害支援モデル事業における調査では、高次脳機能障害者は、全国に約27万人いると推計されている⁹。

（政策動向）

厚生労働省は、平成18年度より高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。支援拠点機関は、令和4年4月時点で、全国に120か所整備している。また、令和5年度より、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する地域支援ネットワーク構築促進事業」を地域生活支援促進事業として実施する。高次脳機能障害の当事者への専門的相談支援及び医療と福祉

福祉の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化する。さらに、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築し、切れ目のない充実した支援体制の促進を図る。

なお、令和7年12月に高次脳機能障害者支援法（令和7年法律第96号）が成立し、令和8年4月1日に施行された。

（医療提供体制に関する検討課題）

第8次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる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必要がある。この際、「高次脳機能障害者支援事業」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害者支援センター」を活用すること。

なお、都道府県で高次脳機能障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「高次脳機能障害者支援センター数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(8) 摂食障害

（患者動態）

令和5年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は約2.3万人である¹。

（政策動向）

厚生労働省は、平成26年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では令和7年度末において、宮城県、栃木県、千葉県、東京都、富山県、石川県、福井県、長野県、静岡県、福岡県の10県が、地

の一体的な支援を普及・定着させるため、高次脳機能障害の診断及びその特性に応じた支援サービスの提供を行う協力医療機関（医療機関、リハビリ機関等）及び専門支援機関（就労支援機関、教育機関等）を確保・明確化する。さらに、地域の関係機関が相互に連携・調整を図り、当事者やその家族等の支援に資する情報提供を行う地域支援ネットワークを構築し、切れ目のない充実した支援体制の促進を図る。

（医療提供体制に関する検討課題）

第8次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる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必要がある。この際、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」の取組を参考にしつつ、「高次脳機能障害支援拠点機関」を活用すること。

なお、都道府県で高次脳機能障害について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「高次脳機能障害支援拠点機関数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

(8) 摂食障害

（患者動態）

令和2年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は約4万人である¹。

（政策動向）

厚生労働省は、平成26年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では令和4年度末において、宮城県、千葉県、石川県、静岡県、福岡県の5県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害

域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害支援拠点病院」として指定し、摂食障害支援拠点病院と県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族等への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「摂食障害全国支援センター」として指定し、摂食障害支援拠点病院の指導・助言、摂食障害支援拠点病院で集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(9) てんかん

(患者動態)

令和5年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は約47万人である¹。

(政策動向)

厚生労働省は、てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、平成27年度よりてんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では、令和7年度末において、31都道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかん支援拠点病院と都道府県等との協働により、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、地域の医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関等との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催等の取組を行っている。また、それぞれのてんかん支援拠点病院に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん全国支援センター」として指定し、各支援拠点病院の指導・助言、てんかん支援拠点病院で集積さ

支援拠点病院」として指定し、摂食障害支援拠点病院と県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族等への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「摂食障害全国支援センター」として指定し、摂食障害支援拠点病院の指導・助言、摂食障害支援拠点病院で集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(9) てんかん

(患者動態)

令和2年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は約42万人である¹。

(政策動向)

厚生労働省は、てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、平成27年度よりてんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では、令和4年度末において、25都道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん支援拠点病院」として指定し、てんかん支援拠点病院と都道府県等との協働により、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、地域の医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関等との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催等の取組を行っている。また、それぞれのてんかん支援拠点病院に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん全国支援センター」として指定し、各支援拠点病院の指導・助言、てんかん支援拠点病院で集積さ

れたデータの分析・評価等を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(10) 精神科救急

(基本情報)

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく令和5年度の夜間・休日の受診件数は約3.3万件（人口100万人あたり1日0.74件）、入院件数は約1.8万件（同0.39件）となっている⁶。また、消防庁の調査では、令和5年中の疾病分類別収容平均所要時間（覚知から医師引継ぎまでに要した時間）において、全体の平均が45.6分であったのに対して、精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は48.9分と長かった⁷。

(政策動向)

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(11) 身体合併症

(基本情報)

身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。

(政策動向)

れたデータの分析・評価等を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(10) 精神科救急

(基本情報)

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく令和2年度の夜間・休日の受診件数は約3.5万件（人口100万人あたり1日0.79件）、入院件数は約1.7万件（同0.38件）となっている¹。また、消防庁の調査では、令和2年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が40.6分であったのに対して、精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は44.2分と長かった⁸。

(政策動向)

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(11) 身体合併症

(基本情報)

身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。また、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者が発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計されており⁹、救命救急センターの入院患者のうち、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とされるとされる¹⁰。

(政策動向)

(略)

加えて、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、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、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必要がある。

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が重要である。

第8次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる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必要がある。

このような内容を検討する際には、地域における議論の場等（地域医療構想調整会議に資する協議の場を想定。）を活用すること。

(略)

(12) 自殺対策

(基本情報)

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は平成10年から14年連続して年間3万人を超えて推移していたが、平成22年に減少に転じて以降10年連続で減少した。その後、新型コロナウイルス感染症の影響下にあった令和2年以降は一時、緩やかな増加傾向となったが、令和6年には前年を下回り、令和7年の自殺者数は19,188人と、対前年比では更に1,132人（約5.6%）の減少となった⁸。男女別

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められる。

このような中で、第8次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる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必要がある。

(略)

(12) 自殺対策

(基本情報)

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は平成22年以降は10年連続で減少していたが、新型コロナウイルス感染症の流行下で自殺の要因となる様々な状況等が悪化したことなどにより、令和2年に増加に転じた。令和4年の自殺者数は21,881人となり、対前年比では874人（約4.2%）の増加となった⁴。男女別にみると、男性は13年ぶりの増加、女性は3年連続の増加となり、小中高生は514

にみると、男性は2年連続の減少、女性は3年連続の減少となり、小中高生は538人と過去最多となった⁹。また、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、10～29歳の各年代の死因の第1位は自殺となっている⁹。

(政策動向)

政府では、「自殺対策基本法」(平成18年法律第85号)及び「第4次自殺総合対策大綱」(令和4年10月14日閣議決定)に基づき、自殺総合対策を推進している。

また、令和4年の小中高生の自殺者数が、当時、過去最多になったこと等を踏まえ、令和5年6月に、自殺リスクの早期発見から的確な対応に至る総合的な対応に関する「こどもの自殺対策緊急強化プラン」を策定した。さらに、こどもの自殺の状況に関する極めて深刻な状況に対処するため、令和7年6月に、基本理念にこどもに係る自殺対策を社会全体で取り組むことを明記するとともに、こどもに係る必要な情報交換や対応等の協議を行う協議会を置くことができる規定を追加するなどの、こどもに係る自殺対策を推進するための体制整備・措置等を定めた「自殺対策基本法の一部を改正する法律」(令和7年法律第64号)が成立し、令和8年4月1日に全面施行された。これらに基づき、関係省庁一丸となって、こどもを含む自殺対策を推進することとしている。

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(13) 災害精神医療

- ① 災害派遣精神医療チーム (DPAT : Disaster Psychiatric Assistance Team)

(基本情報)

災害派遣精神医療チーム (DPAT) とは、災害時に被災地域の精神保健

人と過去最多となった¹¹。また、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、10～39歳の各年代の死因の第1位は自殺となっている¹²。

(政策動向)

平成18年6月に自殺対策基本法(平成18年法律第85号)が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱(平成19年6月8日閣議決定)を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成28年3月に「自殺対策基本法の一部を改正する法律」(平成28年法律第11号。以下「改正法」という。)が成立し、同年4月1日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推進等が新たに規定された。更に、自殺を巡る実態を踏まえ、第4次「自殺総合対策大綱」(令和4年10月14日閣議決定)が策定され、子ども・若者、女性の自殺対策の強化など総合的な自殺対策のさらなる推進等が新たに規定された。

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

(略)

(13) 災害精神医療

- ① 災害派遣精神医療チーム (DPAT : Disaster Psychiatric Assistance Team)

(基本情報)

医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援活動を行うために、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームのこと。精神科医師、看護師、業務調整員の3から4名程度で構成される。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「日本DPAT」として位置付けている。

令和7年3月時点で、全都道府県に日本DPATが整備されている。

(政策動向)

災害対策基本法に基づく防災基本計画（最終改正：令和7年7月1日）には、国（厚生労働省）、都道府県の役割として、DPATの整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT体制整備事業を通じて、平常時においては、日本DPAT隊員養成のための研修の実施や大規模災害に備えた実地訓練の企画・実施、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第8次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に対応できる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必要がある。その際、「DPAT体制整備事業」を参考にしつつ、「日本DPAT登録機関」を活用すること。なお、検討に当たっては、DPATの業務として、令和4年12月に成立した「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」（令和4年法律第96号。以下「令和4年改正法」という。）におけるDPATの法定化を踏まえ、新興感染症の対応もできるようにすること。

また、都道府県で災害精神医療について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「日本DPAT登録機関数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

令和5年1月時点で、全国46都道府県において災害派遣精神医療チーム（DPAT）先遣隊が整備されている。

(政策動向)

平成27年7月の防災基本計画の一部修正において、厚生労働省及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT体制整備事業を通じて、DPATの平時の訓練と、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第8次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に対応できる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必要がある。その際、「DPAT体制整備事業」を参考にしつつ、「DPAT先遣隊登録機関」を活用すること。なお、検討に当たっては、DPATの業務として、令和4年12月に成立した「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」（令和4年法律第96号。以下「令和4年改正法」という。）におけるDPATの法定化の施行に向け、新興感染症への対応が明確にされることも踏まえること。

また、都道府県で災害精神医療について検討するに当たっては、別表5に示す指標例に関連して、「DPAT先遣隊登録機関数」について現状を把握した上で課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

② 災害拠点精神科病院

(基本情報)

災害拠点精神科病院とは、災害時において、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を行う医療機関として、都道府県が指定する精神科病院である。

令和7年11月時点で、全国31都府県において災害拠点精神科病院が整備されている。

(政策動向)

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

令和7年11月時点で、16道県において災害拠点精神科病院が未整備であるため、第8次医療計画においては、人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮しながら、各都道府県内において少なくとも1箇所以上の指定を行うこと。

(14) 医療観察法における対象者への医療

(基本情報)

平成17年7月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）施行から令和6年12月末までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は4,613件、通院処遇決定は747件となっている¹⁰。令和8年4月1日時点における入院者数は749名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約83.2%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約12.1%である¹¹。

(政策動向)

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で800床程度、指定通院医療機関は各都道府県の人口100万人当たり2～3か所程度、全国で382か所を目標として整備を進めてきた。令和8年4月1日時点における指定入院医療機関は全国で35か所、予備病床を含めて856床と目標を

② 災害拠点精神科病院

(基本情報)

令和5年1月時点で、全国22都府県において災害拠点精神科病院が整備されている。

(政策動向)

(略)

(医療提供体制に関する検討課題)

令和5年1月時点で、25道府県において災害拠点精神科病院が未整備の状況であるため、第8次医療計画においては、人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮しながら、県内において少なくとも1医療機関の指定を行うこと。

(14) 医療観察法における対象者への医療

(基本情報)

平成17年7月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）施行から令和2年12月末までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は3,695件、通院処遇決定は678件となっている¹³。令和4年4月1日時点における入院者数は818名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約83.4%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約10.6%である¹⁴。

(政策動向)

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で800床程度、指定通院医療機関は各都道府県の人口100万人当たり2～3か所程度、全国で382か所を目標として整備を進めてきた。令和4年4月1日時点における指定入院医療機関は全国で34か所、予備病床を含めて850床と目標を

達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。
また、令和8年4月1日時点における指定通院医療機関は全国で750か所（644病院、106診療所）あり、必要数を満たしているが、引き続き、対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保していく必要がある。

（略）

（医療提供体制に関する検討課題）

（略）

2 精神疾患の医療体制

令和5年における精神病床を有する病院数は1,609病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は1,057病院である¹²。令和5年における精神病床数は31万8,921床¹²であり、令和2年の32万4,481床¹³から減少している。

令和5年における精神科を主たる診療科目とする診療所数（単科診療所を含む）は3,848診療所¹²であり、令和2年の3,599診療所¹³から増加している。

令和6年における精神科を主たる診療科とする医師数は1万7,259人¹⁴であり、令和2年の1万6,490人¹⁵から増加している。令和2年と令和6年とを比較すると、病院に勤務する医師数の増加割合は約1.02倍であるのに対し、診療所で勤務する医師数の増加割合は約1.13倍と、診療所に勤務する医師数の方が増加している。

令和5年における精神科訪問看護を実施した施設は7,822施設¹⁶であり、令和2年の5,719施設¹⁷から増加している。令和5年における精神科訪問看護を実施した訪問看護ステーションの割合は41.3%¹⁶であり、令和2年の35.6%¹⁷から増加している。

達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。
また、令和4年4月1日時点における指定通院医療機関は全国で689か所（597病院、92診療所）あり、必要数を満たしているが、引き続き、対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保していく必要がある。

（略）

（医療提供体制に関する検討課題）

（略）

2 精神疾患の医療体制

令和2年における精神病床を有する病院数は1,622病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は1,059病院である¹⁵。令和2年における精神病床数は32万4,481床¹⁵であり、平成26年の33万8,174床¹⁶から減少している。

令和2年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は4,399診療所¹⁵であり、平成26年の3,890診療所¹⁶から増加している。

令和2年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は1万7,375人¹⁷であり、平成26年の1万6,090人¹⁸から増加している。平成26年と令和2年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.06倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.13倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。

令和3年における精神科訪問看護を実施した施設は6,449施設¹⁹であり、平成29年の4,060施設²⁰から増加している。令和3年における精神科訪問看護を実施した訪問看護ステーションの割合は38.6%¹⁹であり、平成29年の32.5%²⁰から増加している。

第2 (略)

第3 構築の具体的な手順

1 (略)

(1) 患者動向に関する情報

- ・ ころの状態 (国民生活基礎調査)
- ・ 精神疾患を有する総患者数の推移 (入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳) (患者調査、精神保健福祉資料)
- ・ 精神病床における入院患者数の推移 (年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳) (患者調査、精神保健福祉資料)
- ・ 精神病床における早期退院率 (精神保健福祉資料)
- ・ 3か月以内再入院率 (精神保健福祉資料)
- ・ 自殺死亡率 (人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率 (業務・加工統計))
- ・ 身体合併症を有する患者数 (精神保健福祉資料)

(2)・(3) (略)

2 (略)

3 連携の検討

(1) (略)

(2) (略)

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」(令和5年11月27日付け障発1127第8号厚生労働省障害保健福祉部長通知)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) (略)

第2 (略)

第3 構築の具体的な手順

1 (略)

(1) 患者動向に関する情報

- ・ ころの状態 (国民生活基礎調査)
- ・ 精神疾患を有する総患者数の推移 (入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳) (患者調査、精神保健福祉資料)
- ・ 精神病床における入院患者数の推移 (年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳) (患者調査、精神保健福祉資料)
- ・ 精神病床における早期退院率 (精神保健福祉資料)
- ・ 3か月以内再入院率 (精神保健福祉資料)
- ・ 自殺死亡率 (人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率 (業務・加工統計))

(2)・(3) (略)

2 (略)

3 連携の検討

(1) (略)

(2) (略)

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) (略)

4 (略)

5 数値目標
(略)

目標時期については、基準病床数の算定において令和11年を設定時期としていることに留意すること。

また、数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとし、特に、別表5にアウトカムとして示す項目のうち、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数」、「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」については、障害福祉計画においても成果目標として設定されていることから、当該数値との整合に留意すること。

(略)

6～8 (略)

¹ 厚生労働省「患者調査」（令和5年）

^{2～4} (略)

⁵ 老人保健事業推進費等補助金「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（国立大学法人九州大学 二宮利治）（令和5年度）

(削除)

⁶ 厚生労働科学研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者 藤井千代）（令和6年度）

⁷ 総務省消防庁「令和6年版 救急・救助の現況」（令和6年）

4 (略)

5 数値目標
(略)

目標時期については、基準病床数の算定において令和8年を設定時期としていることに留意すること。

また、数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を反映するものとし、特に、別表5にアウトカムとして示す項目のうち、「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数」、「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」については、障害福祉計画においても成果目標として設定されていることから、当該数値との整合に留意すること。

(略)

6～8 (略)

¹ 厚生労働省「患者調査」（令和2年）

^{2～4} (略)

⁵ 厚生労働科学研究「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者 二宮利治）（平成26年度）

⁶ 「高次脳機能障害ハンドブック—診断・評価から自立支援まで」（編集 中嶋八十一、寺島彰）医学書院

⁷ 厚生労働科学研究「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」（研究代表者 杉山直也）（令和3年度）

⁸ 総務省消防庁「令和3年版 救急・救助の現況」（令和3年）

<p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>⁸ 厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課「<u>令和7年中における自殺の状況</u>」(令和8年3月27日)</p> <p>⁹ 厚生労働省「自殺対策白書」(令和7年版)</p> <p>¹⁰ 法務省「犯罪白書」(令和7年度版)</p> <p>¹¹ (略)</p> <p>¹² 厚生労働省「医療施設調査」(令和5年)</p> <p>¹³ 厚生労働省「医療施設調査」(令和2年)</p> <p>¹⁴ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和6年)</p> <p>¹⁵ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和2年)</p> <p>¹⁶ <u>厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」</u>(研究代表者 西大輔)(令和5年)</p> <p>¹⁷ <u>厚生労働科学研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」</u>(研究代表者 竹島正)(令和2年)</p> <p>¹⁸ (略)</p>	<p>⁹ <u>厚生労働科学研究「精神科医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」</u>(研究代表者 黒澤尚)(平成19年度)</p> <p>¹⁰ <u>厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」</u>(研究代表者 保坂隆)(平成18年度)</p> <p>¹¹ 厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課「<u>令和4年中における自殺の状況</u>」(令和5年3月14日)</p> <p>¹² 厚生労働省「自殺対策白書」(令和4年版)</p> <p>¹³ 法務省「犯罪白書」(令和3年度版)</p> <p>¹⁴ (略)</p> <p>¹⁵ 厚生労働省「医療施設調査」(令和2年)</p> <p>¹⁶ 厚生労働省「医療施設調査」(平成26年)</p> <p>¹⁷ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和2年)</p> <p>¹⁸ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(平成26年)</p> <p>¹⁹ <u>厚生労働科学研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」</u>(研究代表者 竹島正)(令和3年)</p> <p>²⁰ <u>厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」</u>(研究代表者 山之内芳雄)(平成29年)</p> <p>²¹ (略)</p>
---	---

小児医療の体制構築に係る指針

(略)

第1 (略)

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における小児医療体制の整備

(1) 小児医療に関する協議会

① (略)

② 協議事項

(略)

ア～キ (略)

ク こどもの心の問題や児童虐待に係る、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制（こどもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業等）の構築に関する事項

ケ～サ (略)

③ (略)

(2)・(3) (略)

2 (略)

3 各医療機能と連携

(略)

(1) 地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能

① 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

ア (略)

イ 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

(略)

小児医療の体制構築に係る指針

(略)

第1 (略)

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における小児医療体制の整備

(1) 小児医療に関する協議会

① (略)

② 協議事項

(略)

ア～キ (略)

ク 子どもの心の問題や児童虐待に係る、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制（子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業等）の構築に関する事項

ケ～サ (略)

③ (略)

(2)・(3) (略)

2 (略)

3 各医療機能と連携

(略)

(1) 地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能

① 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

ア (略)

イ 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

(略)

<p>(消防機関等) (略) (行政機関) (略)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 地域において、<u>こども</u>の心の問題や児童虐待に対応するため、<u>こどもの心の診療ネットワーク事業</u>や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施等により、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制を構築すること <p>(2)～(5) (略)</p> <p>第3 (略)</p>	<p>(消防機関等) (略) (行政機関) (略)</p> <ul style="list-style-type: none">・ 地域において、<u>子ども</u>の心の問題や児童虐待に対応するため、<u>子どもの心の診療ネットワーク事業</u>や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施等により、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制を構築すること <p>(2)～(5) (略)</p> <p>第3 (略)</p>
--	--

在宅医療の体制構築に係る指針

(略)

第1 在宅医療の現状

1 在宅医療の現状

(1) 疾病構造の変化

1930～1940年代において、我が国の死因の第1位であった結核に代わり、1958年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになり、2018年に第1位悪性新生物（がん）、第2位心疾患、第3位老衰となっている¹。こうした疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

2020年における65歳以上の高齢者人口は3,603万人²であるが、2043年には3,953万人³となりピークを迎え、75歳以上の人口割合は、2020年の14.7%から2043年は20.3%に増加すると見込まれている³。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約6割⁴が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は2040年には約167万件³でピークを迎える。在宅医療を受ける患者数は2042年以降に最も多くなる見込みとされており、今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供の在り方を検討することが重要である。

在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、2024年は20,947人/月⁵であり、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している1か月あたりの小児（0～14歳）の数は、2020年の

在宅医療の体制構築に係る指針

(略)

第1 在宅医療の現状

1 在宅医療の現状

(1) 疾病構造の変化

昭和10～20年代において、我が国の死因の第1位であった結核に代わり、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになった¹。こうした疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

令和2年における65歳以上の高齢者人口は、3,534万人であるが¹、令和24年には3,935万人となりピークを迎え²、同年の75歳以上の人口割合は、現在の14%から20%に増加する。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約6割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約136万人から約167万人に増える²。在宅医療を受ける患者数は令和22年以降に最も多くなる見込みとされており、今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供の在り方を検討することが重要である。

在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成30年の18,257人/月から、令和3年には19,536人/月と、推移している³。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している1か月あ

2,935人/月²から2024年の4,785人/月⁵へと増加し、また訪問看護基本療養費・精神科訪問看護基本療養費を算定している小児（0～14歳）の数は、2025年に約3万9千人/月⁷と増加している。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や、在宅において何らかの医療処置を必要とする者が増加しており、医療の継続性の確保や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

具体的には、病院における組織的な取組（退院調整支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族等のQOL向上等の効果が報告されている⁸。

退院調整支援担当者を配置している病院は、2023年に4,559か所（総病院数の56.1%）となっている⁹。また病床規模別にみると、300床未満の病院で51.8%、300床以上の病院で76.9%となっており⁹、病床規模が大きい病院ほど退院調整支援担当者を配置している傾向がみられる。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、2023年時点で239,000人/日であり、1996年以降増加傾向である¹⁰。

たりの小児（0～14歳）の数は、平成30年の2,085人/月から、令和2年の2,935人/月へと増加し³、また訪問看護を受ける小児（0～14歳）の数は、平成29年の約1万4千人/月から、令和3年の約2万3千人/月へと増加している⁴。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族等のQOL向上等の効果が報告されている⁵。

退院支援担当者を配置している病院は、平成20年の2,450か所（28%）から、令和2年の4,147か所（50%）へと増加している⁶。病床規模別にみると、300床以上の病院では74%の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる⁶。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、平成29年の160,600人/日から、令和2年の158,400人/日で推移している⁷。

2023年に訪問診療を提供している医療機関は、全病院8,122か所のうち2,904か所(35.8%)、全診療所104,894か所のうち18,906か所(18.0%)である⁹。また、2024年時点で、在宅療養支援病院は1,307か所¹¹(うち、機能強化型在宅療養支援病院は868か所)、在宅療養支援診療所は10,874か所(うち、機能強化型在宅療養支援診療所は4,714か所)である¹¹。

今後多くの地域において、訪問診療の需要が増加することが見込まれている一方で、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所がない地域も存在している。地域における今後の訪問診療の需要と在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所をはじめとする医療機関における診療実態を把握し、訪問診療における医療機関間の連携による対応力の強化、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、ICT(情報通信機器)・AI等の活用による生産性向上に資する取組等を実施しながら、訪問診療の提供体制を構築する必要がある。

② 訪問看護

訪問看護利用者は、2025年の医療保険による利用者は約57.2万人/月⁷、2025年の介護保険による利用者(介護予防訪問看護利用者含む)が約87.0万人/月¹²である。また、医療保険及び公費負担医療における請求事業所数でみると、2025年6月診療分における訪問看護ステーションは18,667か所¹³、介護保険における請求事業所数でみると、2025年の訪問看護ステーションは15,912か所¹²、訪問看護を実施する病院・診療所は1,055か所¹²である。市町村の人口規模別にみた訪問看護ステーションの設置状況をみると、人口規模の小さな市町村では、訪問看護ステーションがない地域が一定数存在する。

訪問看護ステーションの半数以上は、看護職員(常勤換算)が5人未満の小規模な事業所であるが、規模の大きな訪問看護ステーションほど、緊急時の訪問、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間対応等が

今後も需要の増加が見込まれる在宅医療の体制整備に向け、訪問診療における医療機関間の連携やICT化等による対応力強化、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進等を行っていく必要がある。

令和2年に訪問診療を提供している医療機関は、全病院8,238か所のうち2,973か所(36.1%)、全診療所102,612か所のうち、20,187か所(19.7%)である⁶。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は令和2年3月現在、それぞれ1,493か所、14,401か所の届出があり⁸、増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が0.4から5.4(全国値1.2)、後者が5.5から21.4(全国値11.6)とばらつきが見られる⁷。

病院、診療所を対象とした調査では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が24時間対応の困難さを挙げた⁹。在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための医療機関間の連携の構築や情報通信機器の活用等による対応力強化の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者については、医療保険による利用者は約38.0万人/月¹⁰、介護保険による訪問看護利用者が約66.9万人/月¹¹である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは11,084か所¹²、訪問看護を実施する病院・診療所は1,411か所である¹²。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数(訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計)をみると、6.3から17.7とばらつきがみられる(全国値10.5)¹³。

訪問看護ステーションの半数以上は、看護職員(常勤換算)が5人未満の小規模な事業所であるが、規模の大きな訪問看護ステーションほど、緊急時の訪問、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間対応等が

可能な体制をとれている事業所が多い実態がある。

今後は、上記を踏まえ、退院に向けた医療機関との共同指導や住み慣れた地域で人生の最終段階が迎えられるような看取り体制、医療ニーズの高い利用者へ対応できるような訪問看護事業所間や関係機関との連携強化、専門性の高い看護師の活用が求められる。さらに、D to P with Nによるオンライン診療を含め、在宅医療を支えるため、病院からの訪問看護の実施や地域医療連携推進法人の活用も含めた訪問看護の提供体制の確保、訪問看護事業所の規模の拡大等による機能強化、ICT等の活用による業務効率化を行い、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

③ 訪問歯科診療

2023年の在宅歯科医療を受けた患者は、約95,700人/日（歯科外来患者総数の7.6%）であり、そのうち91.8%が65歳以上である¹⁰。

また、全歯科診療所66,818か所²のうち、医療保険等による在宅サービスを実施している歯科診療所は22,674施設（歯科診療所総数の33.9%）、介護保険による在宅サービスを実施している歯科診療所は11,698施設（同17.5%）である⁹。歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導を提供している歯科診療所は5,102か所（同7.6%）である⁹。居宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は2023年に8,817か所¹⁴（在宅療養支援歯科診療所1が1,942か所¹⁴、在宅療養支援歯科診療所2が6,875か所¹⁴）であり、全歯科診療所の約13.2%^{9,14}にとどまっている。歯科系の診療科を標榜する病院は2023年に1,815か所¹⁵となっており、訪問歯科診療を実施する病院は177か所⁹となっている。

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。また、歯科衛生士も訪問歯科診療における業務の一端を担っており、歯科医師だけでなく、歯科衛生士の口腔管理へのより一層の関わりが期待されている。高齢者の口腔機能の管理や心身の特性を踏まえた

可能な体制をとれている事業所が多い実態がある¹⁴。

今後は、上記に加え、退院に向けた医療機関との共同指導、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護事業所間や関係機関との連携強化、訪問看護事業所の事業者規模の拡大等の機能強化や、情報通信機器の活用等による業務効率化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約40,900人/日（歯科外来患者総数の3.1%）であり、そのうち、92.9%が65歳以上である⁷。

全歯科診療所67,874か所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、15,236か所（22.4%）である⁶。歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導を提供している歯科診療所は4,707か所（6.9%）である⁶。

在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は8,468か所、全歯科診療所の約12.5%にとどまっている⁸。

近年、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、口腔の管理の重要性が高まっている。こうした観点から、歯科医師だけでなく、歯科衛生士の口腔の管理へのより一層の関わりが期待されている。今後は地域の実情を踏まえ、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯

歯科医療については、歯科系の診療科を標榜する病院により提供されている場合もあることから、今後は地域の実情を踏まえ、歯科診療所と歯科系の診療科を標榜する病院との間などの歯科医療機関間の連携や、医科歯科連携を更に推進していくことが求められている。

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局 63,203 か所¹⁶のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では 36,932 か所で算定回数は約 210 万回/年、介護保険では 38,180 か所（重複あり）で算定回数は約 919 万回/年である¹⁴。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険では約 442 回/月¹⁷、介護保険では約 5,300 回/月¹⁸となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、地域連携薬局を含む薬局間の連携体制の整備、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。また、ICT等の活用により、病院薬剤師と薬局薬剤師等の連携による患者の療養環境の移行時も含めた在宅療養患者の状態や服薬状況等に係る情報の収集、残薬や複数診療科からの医薬品の処方による重複投薬、ポリファーマシー、薬物相互作用の発見及び関係職種への情報提供等につなげることが必要である。そのため、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局、地域における夜間・休日の輪番体制や薬剤情報連携体制等の整

科連携を更に推進していくことが求められている。

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局 61,791 か所¹⁵のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では 9,207 か所で算定回数は約 75 万回/年、介護保険では 30,021 か所（重複あり）で算定回数は約 1,591 万回/年である¹⁶。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約 340 回/月¹⁷、介護保険約 6,000 回/月¹⁸となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

⑤ 訪問リハビリテーション

2024年度の訪問リハビリテーション実施件数は、医療保険では58,055件/年¹⁷、介護保険では約182万件/年¹⁸であり、介護保険による請求事業所数は5,680か所¹⁸である。

今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備が求められる。

なお、医療計画においては医療機関（病院・診療所）、介護老人保健施設、介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）の算定回数は652回/月¹⁷であり、実施している医療機関数は475か所¹⁷である。管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）の算定回数は12,065回/月¹⁷であり、実施している事業所数は1,113か所¹⁷である。また、管理栄養士による居宅療養管理指導を行っている事業所数について、65歳以上人口10万人あたりの事業所数は0.3から7.5（全国平均2.7）¹¹と都道府県によってばらつきがみられる。

今後、訪問栄養食事指導を充実させ、在宅療養移行において切れ目のない介入を実現させるためには、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション^{*}等の管理栄養士の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションとは、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点であり、（公社）日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、

⑤ 訪問リハビリテーション

医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者のうち、医療保険による患者数は2,326人/月であり、提供している医療機関（病院・診療所）数は1,472か所である⁸。介護保険による患者数は135,700人/月であり、提供している医療機関等（病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院）数は4,950か所である¹¹。

今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備が求められる。

なお、医療計画においては病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院から提供される訪問リハビリテーションについて検討することとする。

⑥ 訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）を受けた患者数は142.5人/月であり、実施している医療機関（病院・診療所）数は114.7か所である⁸。管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）を受けた患者数は4,960人/月であり、実施している事業所（病院・診療所）数は1,116か所である⁸。また、管理栄養士による居宅療養管理指導について、65歳以上人口10万人あたりの事業所数は全国平均で31.4か所であり、都道府県によってばらつきがみられた⁸。

今後、訪問栄養食事指導を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション^{*}等の活用も含めた体制整備を行うことが求められる。

※ 栄養ケア・ステーションには、（公社）日本栄養士会又は都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と（公社）

運営する「栄養ケア・ステーション」と（公社）日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

(3) 急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族等の負担への懸念が挙げられる。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

このため、地域において訪問診療を実施している病院や診療所のそれぞれの診療実態や、在宅医療を支える歯科医療機関、薬局、訪問看護ステーション等が有する機能や診療との連携状況を踏まえ、在宅医療の24時間の提供体制等について特に課題がある地域を把握することが必要である。また、医療資源等が限られ、在宅医療を24時間の対応体制で提供することが困難な地域においては、当該地域における在宅医療の需要等も踏まえながら、夜間・休日における輪番制による対応や在宅療養支援病院以外も含めた病院による往診・訪問診療の提供、地域における急変時の受入病床の明確化等の取組や、在宅医療を支える歯科医療機関、訪問看護事業所、地域連携薬局を含む薬局、高齢者施設等の関係機関等とともに、地域で面として在宅医療の提供を支える体制の整備を進めることが求められている。

(4) 在宅での看取り

人生の最期を迎えたい場所について、国民の43.8%が自宅、41.6%が医療機関、10.0%が介護施設を希望している¹⁹が、場所別の死亡率をみると、医療機関（病院・診療所）での死亡率が65.6%となっている¹。患者や家族等のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護提供体制の構築が求められている。

なお、訪問看護ステーションにおいて、医療保険の訪問看護ターミナルケア療養費を算定している利用者数は約8,200人/月⁷であり、介護保険の

日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養ケア・ステーション」がある。

(3) 急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族等の負担への懸念が挙げられる。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

そのため、24時間いつでも往診や訪問看護等の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められている。

(4) 在宅での看取り

人生の最期を迎えるとき、どのような場所で生活したいかについて、国民の30.9%が在宅での生活を希望し、25.2%が病院などの医療機関で過ごすことを望んでいるが¹⁹、場所別の死亡率をみると、医療機関での死亡率が68%となっている¹。患者や家族等のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数は介護保険で平成29年の1,446人から令和3年の2,086人²⁰、医療保険で平成29年の約

ターミナルケア加算を算定している利用者数は1,900人/月¹²ある。

高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えている。介護施設等においては、平時からの医師等との連携に基づき、入所者への医療処置の提供、疾患に対する一定の治療介入や住み慣れた場所でのターミナルケアや看取り等が行われていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築すること。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① (略)

② 多職種カンファレンスへの参画の推進

(2) 日常の療養支援が可能な体制

①～③ (略)

④ 在宅医療を提供する医療従事者の養成及び既に在宅医療を行っている医療従事者の育成を通じた提供する在宅医療の質の担保・向上

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 患者の病状急変時における往診や訪問看護、訪問薬剤管理指導等の提供体制の確保

② 夜間・休日における輪番制の構築

③ 地域における急変時の受入病床の明確化及び確保

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

① (略)

3,400人から令和3年の約7,100人²¹へと年々増加している。

高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築すること。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① (略)

(新設)

(2) 日常の療養支援が可能な体制

①～③ (略)

(新設)

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 患者の病状急変時における往診や訪問看護等の体制及び入院病床の確保

(新設)

(新設)

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

① (略)

② アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の普及・啓発

また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、在宅医療提供体制を整備することが重要である。その際、小児や医療的ケア児等に対する在宅医療についても、地域において、高齢者等に対する在宅医療の提供体制と併せて検討する必要がある。

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を以下の(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容（目標、関係機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定すること。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① (略)

② 入院医療機関に求められる事項

- ・ 退院調整支援担当者を配置すること
- ・ 退院調整支援担当者に対して、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
- ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
- ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
- ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行

(新設)

また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付けることが必要である。

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容（目標、関係機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定すること。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① (略)

② 入院医療機関に求められる事項

- ・ 退院支援担当者を配置すること
- ・ 退院支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
- ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
- ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
- ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行

われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- ・ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）調整支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① （略）

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること

われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- ・ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① （略）

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること

- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携、家族支援）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること※
- ・ 災害時にも適切な医療を提供するための業務継続計画（Business Continuity Plan：BCP）（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
- ・ 医薬品や医療機器等の円滑な提供及び薬学的管理・指導を行うための体制を整備すること
- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
- ・ 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- ・ 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある

※ がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照のこと。

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所

- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること※
- ・ 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
- ・ 医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備すること
- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
- ・ 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- ・ 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある

※ がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照のこと。

（関係機関の例）

- ・ 病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 居宅介護支援事業所

- ・ 訪問介護事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院
- ・ 短期入所サービス提供施設
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

(3) (略)

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

①～② (略)

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

3 在宅医療の提供体制の整備について

(1) 在宅医療の圏域

都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、施策の実効性を確保する観点から、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となる圏域を設定すること。その際、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にしながら、地域における医療資源を把握・分析し、圏域を設定すること。

(2) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記「2 各医療機能と連携」の(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支

(新設)

- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院
- ・ 短期入所サービス提供施設
- ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

(3) (略)

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

①～② (略)

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(医療機関の例)

- ・ 病院・診療所

(新設)

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在

援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① (略)

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための業務継続計画（BCP）（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

③ 都道府県に求められる事項

- ・ 位置付けた在宅医療において積極的役割を担う医療機関が地域で担っている役割について、在宅医療の圏域ごとに定期的に把握すると

宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。

また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

① (略)

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

(新設)

ともに、必要に応じて位置付けの見直しを行うこと

(3) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記「2 各医療機能と連携」の(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及・啓発を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや基幹相談支援センター・相

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

① 目標

- ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と

談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと

- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及・啓発を実施すること
(関係機関の例)
 - ・ 病院・診療所
 - ・ 薬局
 - ・ 訪問看護事業所
 - ・ 居宅介護支援事業所
 - ・ 訪問介護事業所
 - ・ 介護保険施設
 - ・ その他の介護施設・事業所
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
 - ・ 消防機関

③ 都道府県に求められる事項

- ・ 位置付けた在宅医療に必要な連携を担う拠点が地域で担っている役割について、在宅医療の圏域ごとに定期的に把握するとともに、必要に応じて位置付けの見直しを行うこと
- ・ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック」等を活用した、地域の医療資源等の把握、連携上の課題の抽出等の実施状況の確認及び課題解決に向けた検討を進めること

連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと

- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること
(関係機関の例)
 - ・ 病院・診療所
 - ・ 薬局
 - ・ 訪問看護事業所
 - ・ 居宅介護支援事業所
 - ・ 訪問介護事業所
 - ・ 介護保険施設
 - ・ その他の介護施設・事業所
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
 - ・ 消防機関

(新設)

4 災害の発生に備えた在宅医療提供体制の整備について

(新設)

災害時も、在宅医療を受ける患者に対する医療・ケアの継続と早期復旧が求められることから、災害の発生に備えた在宅医療提供体制の充実・強化を平時から行うことが重要である。このため、発災後においても可能な限り継続して在宅医療を提供できる体制の整備を進めることや、継続した在宅医療の提供が困難な場合に必要となる対応を予め検討しておくことが必要である。

① 目標

- ・ 災害の発生に備え、都道府県、市町村と在宅療養患者に関わる関係機関（医療・介護提供機関等）の連携の強化及び在宅医療提供体制の充実に平時から行うこと

② 在宅医療を提供する機関に求められる事項

- ・ 発災後においても可能な限り在宅医療を引き続き提供できる体制の整備を進めること*
- ・ 在宅療養患者の被災状況等の把握・共有について自治体と連携する方策を検討すること

③ 都道府県に求められる事項

- ・ 既存のシステムの活用等により、在宅医療を提供する医療機関等や事業所等の被災状況を災害時に迅速に把握できるよう、体制の整備に努めること
- ・ 在宅療養患者の受入先を予め検討するため、災害拠点病院を中心とした医療機関等における受入れの可否や受入れ可能人数等について、地域の医師会、病院団体等の関係団体と協力しながら予め把握すること*
- ・ 隣接する他の都道府県との間で、都道府県境をまたぐ受入れ体制が必要に応じてとれるよう検討すること

※ 介護保険施設等での受入れも含め、地域で活用可能な資源を広く検討することが望ましい

第3 構築の具体的な手順

1 地域の現状の把握

第3 構築の具体的な手順

1 地域の現状の把握

都道府県は、在宅医療の体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す主な項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。また、24時間の在宅医療の提供体制について特に課題がある地域や、各地域における小児の在宅療養への対応が可能な医療機関、薬局及び訪問看護ステーションといった、地域において求められる在宅医療提供体制の整備に向けた各地域の実態を把握すること。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 人口動態
- ・ 退院支援を受けた患者数
- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数（人口動態を元にした将来推計を含む。）
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数

- ・ 訪問看護利用者数（人口動態を元にした将来推計を含む。）
- ・ 訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 医療機関等から提供される訪問リハビリテーションの患者数
- ・ 訪問栄養食事指導を受けた患者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を受けた患者数
- ・ 小児の訪問診療を受けた患者数
- ・ 小児の訪問看護利用者数
- ・ 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置（訪問診療等を実施する診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、地域連携薬局、訪問薬剤管理指導を実施する薬局、訪問看護事業所等）

都道府県は、在宅医療の体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す主な項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 人口動態
- ・ 退院支援を受けた患者数
- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数（人口動態を元にした将来推計を含む。）
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数 （人口動態を元にした将来推計を含む。）
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 医療機関等から提供される訪問リハビリテーションの患者数
- ・ 訪問栄養食事指導を受けた患者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導を受けた患者数
- ・ 小児の訪問診療を受けた患者数
- ・ 小児の訪問看護利用者数
- ・ 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置（訪問診療等を実施する診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局、訪問看護事業所等）

- ・ 在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーションの看護師数、地域連携薬局や24時間対応が可能な薬局の薬剤師数等）
- ・ 連携の状況（ICT等の活用も含めた関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3) 指標による現状把握

別表 12 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入所可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供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 地域の現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。

なお、医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等により一つの施設が複数の機能を担うこともあり得る。

(削除)

- (2) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介

- ・ 在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーションの看護師数、24時間対応が可能な薬局等）
- ・ 連携の状況（情報通信機器等の活用も含めた関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3) 指標による現状把握

別表 11 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入所可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、在宅医療提供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、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。

圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。

- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等により一つの施設が複数の機能を担うこともあり得る。

- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介

護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の位置付け状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。

- (3) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、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、各在宅医療の圏域において、在宅医療の提供状況等も踏まえつつ、必要に応じて地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の協力も得ながら、在宅医療の提供状況や在宅医療に関わる多職種の連携状況、課題の把握に努め、多職種の連携も含めた効率的な在宅医療提供体制の整備を進めること。在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から日常の療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮すること。この際、必要に応じ、在宅医療に係る機関間の円滑な相互連携やICTの活用等の取組を支援すること。

また、医療機関、在宅医療及び介護、障害福祉の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護、障害福祉の関係機関等との情報の共有に努めること。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の

護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。

- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、在宅医療に関わる病院・診療所関係者、住民・患者、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、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮すること。この際、必要に応じ、在宅医療に係る機関間の円滑な相互連携や情報通信機器の活用等の取組を支援すること。

また、医療機関、在宅医療及び介護、障害福祉の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護、障害福祉の関係機関等との情報の共有に努めること。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の

<p>実施等により人材育成に努めること。</p> <p>(2)～(4) (略)</p> <p>4 (略)</p> <p>5 数値目標</p> <p>都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載すること。</p> <p>数値目標の設定に当たっては、<u>2040</u>年までの訪問診療・訪問看護等の需要推計データや小児の在宅医療の実態を把握するための訪問診療・訪問看護等のデータ、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。</p> <p>なお、参考とする訪問診療・訪問看護の将来推計については、<u>2019</u>年の実績値と将来の人口推計を基にしたデータであるため、実際の需要を全て反映しているものではないこと、及び今後の医療提供体制の変化により変わらうるものであることに留意が必要である。</p> <p>また、これに加え、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標 ・ 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」、「医療機関等から提供される訪問リハビリテーション」、「訪問栄養食事指導」といった主要な職種についての目標について、別表 12 を参照し、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載す 	<p>実施等により人材育成に努めること。</p> <p>(2)～(4) (略)</p> <p>4 (略)</p> <p>5 数値目標</p> <p>都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載すること。</p> <p>数値目標の設定に当たっては、<u>令和 22</u>年までの訪問診療・訪問看護等の需要推計データや小児の在宅医療の実態を把握するための訪問診療・訪問看護等のデータ、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。</p> <p>なお、参考とする訪問診療・訪問看護の将来推計については、<u>令和元年</u>の実績値と将来の人口推計を基にしたデータであるため、実際の需要を全て反映しているものではないこと、及び今後の医療提供体制の変化により変わらうるものであることに留意が必要である。</p> <p>また、これに加え、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標 ・ 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」、「医療機関等から提供される訪問リハビリテーション」、「訪問栄養食事指導」といった主要な職種についての目標について、別表 12 を参照し、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載す
--	--

るよう努めること。

なお、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、第8次医療計画（後期）における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第10期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、介護サービスの提供量や提供状況を十分考慮し、国保データベースのデータ等も参考にしながら、2026年度末までの在宅医療の整備状況を評価した上で、2029年度末における目標を設定すること。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載すること。

その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策及びICTの活用を含めた在宅医療に係る機関の持続可能な連携体制の整備に向けた施策については、原則記載することとし、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載するよう努めること。

また、施策の検討に当たっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

（施策の例）

- ・ 新規に開業する医師及び医療機関やこれまで訪問診療を担っていない医師及び医療機関に対する訪問診療への参入促進・支援
- ・ 医療ニーズの高い利用者への対応ができる訪問看護事業所間や関係機関間との連携強化及び、24時間体制の確保、ターミナルケア等の機能や役割に着目した訪問看護に係る体制整備、訪問看護事業所の規模の拡大

るよう努めること。

なお、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、第8次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第9期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、介護サービスの提供量や提供状況を十分考慮し、国保データベースのデータ等も参考にしながら、令和5年度末までの在宅医療の整備状況を評価した上で、令和8年度末における目標を設定すること。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載すること。

その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策及び情報通信機器の活用を含めた在宅医療に係る機関の持続可能な連携体制の整備に向けた施策については、原則記載することとし、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載するよう努めること。

また、施策の検討に当たっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

（施策の例）

- ・ 新規に開業する医療機関やこれまで訪問診療を担っていない医療機関に対する訪問診療への参入促進
- ・ 退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した訪問看護に係る体制整備、訪問看護事業所間の連携、訪問看護事業者規模の拡大等

<p>等による機能の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>専門性の高い看護師の活用や訪問看護に従事する看護師等を対象とした人材育成の推進</u> ・ <u>病院からの訪問看護の実施や地域医療連携推進法人への参加による、各地域において訪問看護事業を継続するための体制の構築</u> ・ <u>在宅医療における医療機関等や患者からの時間外も含めた調剤の求めへの対応に関する地域連携薬局を含む薬局間の連携による輪番体制の構築</u> ・ <u>在宅医療に必要な医薬品等の提供に関する体制の整備、相談応需・協議体制の整備</u> ・ <u>リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の連携による、関係する職種間での在宅療養患者の日常生活動作や栄養状態、治療内容等の情報の共有及び適切な評価と必要な介入につなげる体制の整備</u> ・ <u>持続可能性も考慮した ICT・AI 等の活用による業務の効率化及び在宅医療を提供する機関間の情報連携の強化、地域における ICT・AI 等の利活用促進のための運用方法やセキュリティ等の環境整備</u> ・ <u>退院時カンファレンスへの多職種参画の推進</u> ・ 災害時等の支援体制構築に向けて、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等における平時からの医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、都道府県や市町村との連携の推進 ・ 地域住民に対する在宅医療に関する普及・啓発 ・ <u>地域住民に対する ACP の普及・啓発</u> ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 ・ 医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じた、在宅医療に関わる医療従事者の資質向上 等 <p>さらに、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と在宅医療に必要な連携</p>	<p>による機能強化、<u>情報通信機器の活用等による業務効率化</u> (新設)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害時等の支援体制構築に向けて、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等における平時からの医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、都道府県や市町村との連携の推進 ・ 地域住民に対する普及啓発 ・ <u>入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修</u> ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 ・ <u>地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じた、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上 等</u> <p>さらに、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と在宅医療に必要な連携</p>
---	---

を担う拠点が、同一となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める必要がある。

市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療の圏域ごとの課題に鑑みて、在宅医療に必要な連携を担う拠点の機能も踏まえ、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

7 (略)

8 (略)

¹ 厚生労働省「人口動態統計」(2024年)

² 総務省「国勢調査」(2020年)

³ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2023年推計)

⁴ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」(2024年推計)

⁵ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計 診療行為の状況 医科診療」(2024年8月審査分)

⁶ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計 診療行為の状況 医科診療」(2020年6月審査分)

⁷ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」2025年度(6月審査分より推計)

⁸ 医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり

を担う拠点が、同一となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める必要がある。

市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、在宅医療に必要な連携を担う拠点の機能も踏まえ、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

7 (略)

8 (略)

¹ 厚生労働省「国勢調査」(令和2年)

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(1月推計)」(平成29年)

³ 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」

⁴ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」(平成29年6月審査分、令和3年6月審査分より推計)

⁵ 医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究」(平成19年)

⁶ 厚生労働省「医療施設調査(静態)」(平成20,令和2年)

⁷ 厚生労働省「患者調査」(平成29,令和2年)

⁸ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ(令和元・2年)

<p><u>方に関する研究」(2007年)</u></p> <p>⁹ <u>厚生労働省「医療施設調査(静態)」(2023年)</u></p> <p>¹⁰ <u>厚生労働省「患者調査」(2023年)</u></p> <p>¹¹ <u>厚生労働省医政局地域医療計画課調べ(2024年度)</u></p> <p>¹² <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(2025年6月審査分)</u></p> <p>¹³ <u>厚生労働省「概算医療費データベース」</u></p> <p>¹⁴ <u>厚生労働省保険局医療課調べ<u>主な施設基準の届け出状況等</u>(2023年)</u></p> <p>¹⁵ <u>厚生労働省「医療施設調査(静態)」(2023年)をもとに医政局歯科保健課において特別集計</u></p> <p>¹⁶ <u>厚生労働省「衛生行政報告例」(2024年度)</u></p> <p>¹⁷ <u>厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2024年)</u></p> <p>¹⁸ <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(2024年度)</u></p> <p>¹⁹ <u>厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」(2022年度)</u> (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>⁹ <u>日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」(平成29年)</u></p> <p>¹⁰ <u>厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」(令和3年6月審査分より推計)</u></p> <p>¹¹ <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(令和3年6月)</u></p> <p>¹² <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(令和2年6月)</u></p> <p>¹³ <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(令和2年度)より算出</u></p> <p>¹⁴ <u>厚生労働省保険局医療課調べ(令和3年)</u></p> <p>¹⁵ <u>厚生労働省「衛生行政報告例」(令和3年)</u></p> <p>¹⁶ <u>厚生労働省保険局、老健局調べ(令和3年)</u></p> <p>¹⁷ <u>厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(令和3年)</u></p> <p>¹⁸ <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(令和3年度)より算出</u></p> <p>¹⁹ <u>厚生労働省「高齢期における社会保障に関する意識調査」内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成30年)</u></p> <p>²⁰ <u>厚生労働省「介護給付費等実態統計(旧:介護給付費等実態調査)」(各年4月審査分 特別集計)</u></p> <p>²¹ <u>厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」(平成29年6月審査分、令和3年6月審査分より推計)</u></p>
---	---

事務連絡
令和8年6月10日

都道府県
各 障害保健福祉・衛生主管部（局）
指定都市

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課
厚生労働省医政局地域医療計画課

第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について

平素より、精神保健福祉行政の推進に御尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項の規定に基づき都道府県が定める医療計画において、同条第2項第17号の規定に基づき、精神病床に係る基準病床数に関する事項を定めることとされています。

第8次医療計画における、精神病床に係る基準病床数については、その算定方法や考え方が、

- ・ 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）別表第7（第30条の30関係）
- ・ 医療法第三十条の四第二項第十七号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（平成18年厚生労働省告示第161号）
- ・ 医療計画について（令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知）

において、それぞれ示されているところです。

その上で、「第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について」（令和5年5月11日事務連絡）において、令和8年を設定時期とした基準病床数の計算結果を示していましたが、今般、令和7年度から実施している「効率的かつ効果的な精神保健医療福祉システム構築とそのモニタリングのための研究」において、令和11年を設定時期とする都道府県別の精神病床に係る基準病床数を計算し、別表においてその結果を示しておりますので、内容について御了知の上、今後の各都道府県における精神病床に係る基準病床数の見直しの御参考としていただきますようお願いいたします。

【照会先】

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部
精神・障害保健課 渡邊・安藤

(E-mail) : chiikiseishin@mhlw.go.jp

別表：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

都道府県	基準病床数算定式の計算結果	
	(注1)	(注2)
北海道	13,358	(13,196 ~ 13,522)
青森県	3,018	(2,989 ~ 3,047)
岩手県	2,723	(2,692 ~ 2,755)
宮城県	4,293	(4,239 ~ 4,348)
秋田県	2,716	(2,683 ~ 2,747)
山形県	2,538	(2,509 ~ 2,565)
福島県	3,666	(3,621 ~ 3,712)
茨城県	4,788	(4,725 ~ 4,851)
栃木県	3,356	(3,312 ~ 3,401)
群馬県	3,887	(3,837 ~ 3,938)
埼玉県	10,644	(10,533 ~ 10,678)
千葉県	8,811	(8,705 ~ 8,916)
東京都	16,836	(16,689 ~ 16,863)
神奈川県	10,701	(10,596 ~ 10,723)
新潟県	4,599	(4,544 ~ 4,654)
富山県	2,231	(2,201 ~ 2,260)
石川県	2,581	(2,552 ~ 2,611)
福井県	1,480	(1,466 ~ 1,495)
山梨県	1,531	(1,513 ~ 1,548)
長野県	3,293	(3,256 ~ 3,329)
岐阜県	2,894	(2,854 ~ 2,934)
静岡県	5,007	(4,956 ~ 5,020)
愛知県	10,035	(9,925 ~ 10,114)
三重県	3,423	(3,382 ~ 3,464)

都道府県	基準病床数算定式の計算結果	
	(注1)	(注2)
滋賀県	1,671	(1,655 ~ 1,675)
京都府	3,703	(3,664 ~ 3,720)
大阪府	13,504	(13,363 ~ 13,539)
兵庫県	8,632	(8,541 ~ 8,721)
奈良県	2,086	(2,064 ~ 2,108)
和歌山県	1,192	(1,177 ~ 1,205)
鳥取県	1,176	(1,163 ~ 1,187)
島根県	1,516	(1,501 ~ 1,533)
岡山県	3,547	(3,513 ~ 3,581)
広島県	6,426	(6,354 ~ 6,498)
山口県	4,077	(4,023 ~ 4,132)
徳島県	2,613	(2,578 ~ 2,647)
香川県	2,432	(2,402 ~ 2,461)
愛媛県	2,795	(2,759 ~ 2,829)
高知県	2,362	(2,336 ~ 2,386)
福岡県	14,808	(14,626 ~ 14,989)
佐賀県	3,089	(3,052 ~ 3,126)
長崎県	4,887	(4,822 ~ 4,953)
熊本県	6,032	(5,961 ~ 6,101)
大分県	3,601	(3,556 ~ 3,646)
宮崎県	3,967	(3,916 ~ 4,017)
鹿児島県	6,639	(6,556 ~ 6,720)
沖縄県	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

参考 1 : 令和 5 年における都道府県別の精神病床における入院患者数

都道府県	入院患者数	都道府県	入院患者数
北海道	15,900	滋賀県	1,786
青森県	3,330	京都府	4,267
岩手県	3,038	大阪府	14,518
宮城県	4,913	兵庫県	9,043
秋田県	3,232	奈良県	2,288
山形県	2,934	和歌山県	1,408
福島県	4,092	鳥取県	1,284
茨城県	5,429	島根県	1,752
栃木県	3,875	岡山県	3,957
群馬県	4,376	広島県	7,305
埼玉県	11,583	山口県	4,965
千葉県	9,473	徳島県	2,993
東京都	17,426	香川県	2,802
神奈川県	10,899	愛媛県	3,243
新潟県	5,121	高知県	2,782
富山県	2,682	福岡県	17,387
石川県	2,982	佐賀県	3,442
福井県	1,676	長崎県	6,059
山梨県	1,763	熊本県	7,165
長野県	3,701	大分県	4,425
岐阜県	3,326	宮崎県	4,920
静岡県	5,171	鹿児島県	7,885
愛知県	10,408	沖縄県	4,337
三重県	3,838		

出典：令和 5 年病院報告

参考 2：令和 11 年における都道府県別の精神病床における急性期／回復期／慢性期／認知症慢性期推計入院患者数
及び政策効果に関する割合（注 1）

都道府県	急性期 推計入院 患者数	回復期 推計入院 患者数	慢性期 推計入院 患者数 (認知症を除く)	うち 65 歳 以上	X_1 (注 2)	(慢性期推計入院患者 数(認知症を除く)) $\times (1 - X_1)$ (注 3) A (注 3) B	うち 65 歳 以上 (注 3) A (注 3) B	認知症 慢性期 推計入院 患者数	うち 65 歳 以上	X_2 (注 2)	(認知症慢性期入院 患者数) $\times (1 - X_2)$ (注 3) A (注 3) B	うち 65 歳 以上 (注 3) A (注 3) B
北海道	2,909	2,797	5,671	3,687	0.100	5,103 (4,990 ~ 5,217)	3,318 (3,244 ~ 3,392)	2,091	2,028	0.100	1,881 (1,840 ~ 1,923)	1,825 (1,784 ~ 1,865)
青森県	963	653	1,008	582	0.100	907 (887 ~ 927)	523 (512 ~ 535)	383	383	0.100	344 (337 ~ 352)	344 (337 ~ 352)
岩手県	646	571	1,266	716	0.100	1,139 (1,114 ~ 1,164)	644 (630 ~ 658)	257	248	0.100	231 (226 ~ 236)	223 (218 ~ 228)
宮城県	858	879	1,691	1,088	0.100	1,521 (1,488 ~ 1,555)	979 (957 ~ 1,000)	912	881	0.100	820 (802 ~ 839)	792 (775 ~ 810)
秋田県	597	604	1,070	696	0.100	963 (941 ~ 984)	626 (612 ~ 640)	463	442	0.100	416 (407 ~ 425)	397 (388 ~ 406)
山形県	638	563	889	526	0.100	800 (782 ~ 817)	473 (462 ~ 483)	456	434	0.100	410 (401 ~ 419)	390 (381 ~ 399)
福島県	817	741	1,678	1,037	0.100	1,510 (1,476 ~ 1,543)	933 (912 ~ 954)	462	433	0.100	415 (406 ~ 425)	389 (381 ~ 398)
茨城県	879	926	2,724	1,585	0.100	2,451 (2,397 ~ 2,506)	1,426 (1,394 ~ 1,458)	297	290	0.011	293 (287 ~ 297)	286 (280 ~ 290)
栃木県	638	639	1,799	1,118	0.100	1,619 (1,583 ~ 1,655)	1,006 (983 ~ 1,028)	325	302	0.100	292 (286 ~ 299)	271 (265 ~ 277)
群馬県	836	707	1,948	1,145	0.100	1,753 (1,714 ~ 1,792)	1,030 (1,007 ~ 1,053)	442	429	0.100	397 (388 ~ 406)	386 (377 ~ 394)
埼玉県	2,588	2,434	3,614	2,026	0.000	3,614 (3,541 ~ 3,614)	2,026 (1,985 ~ 2,026)	1,640	1,608	0.100	1,476 (1,443 ~ 1,508)	1,447 (1,415 ~ 1,479)
千葉県	1,988	1,659	4,097	2,436	0.048	3,902 (3,820 ~ 3,984)	2,320 (2,271 ~ 2,368)	913	864	0.100	821 (803 ~ 839)	777 (760 ~ 794)
東京都	5,482	3,673	5,635	3,241	0.000	5,635 (5,522 ~ 5,635)	3,241 (3,176 ~ 3,241)	1,292	1,248	0.068	1,204 (1,178 ~ 1,230)	1,163 (1,138 ~ 1,188)
神奈川県	2,888	2,395	3,951	2,054	0.000	3,951 (3,871 ~ 3,951)	2,054 (2,012 ~ 2,054)	1,025	984	0.090	932 (912 ~ 953)	895 (875 ~ 915)
新潟県	1,040	970	1,816	1,053	0.100	1,634 (1,598 ~ 1,670)	947 (926 ~ 968)	806	791	0.100	725 (709 ~ 741)	711 (696 ~ 727)
富山県	395	471	943	572	0.100	848 (829 ~ 867)	514 (503 ~ 526)	451	451	0.100	405 (396 ~ 414)	405 (396 ~ 414)
石川県	681	524	1,111	676	0.100	999 (977 ~ 1,022)	608 (594 ~ 621)	276	276	0.100	248 (242 ~ 253)	248 (242 ~ 253)

都道府県	急性期 推計入院 患者数	回復期 推計入院 患者数	慢性期 推計入院 患者数 (認知症を除く)	うち 65歳 以上	X ₁ (注2)	(慢性期推計入院患者 数(認知症を除く)) ×(1-X ₁) (注3) A (注3) B	うち 65歳 以上 (注3) A (注3) B	認知症 慢性期 推計入院 患者数	うち 65歳 以上	X ₂ (注2)	(認知症慢性期入院 患者数)×(1-X ₂) (注3) A (注3) B	うち 65歳 以上 (注3) A (注3) B
福井県	439	334	503	363	0.081	462 (452 ~ 472)	333 (326 ~ 340)	191	178	0.100	171 (168 ~ 175)	160 (156 ~ 163)
山梨県	395	300	701	474	0.100	630 (616 ~ 644)	426 (417 ~ 436)	144	129	0.100	129 (126 ~ 132)	116 (113 ~ 118)
長野県	772	770	1,498	890	0.100	1,348 (1,318 ~ 1,378)	801 (783 ~ 818)	260	242	0.083	238 (233 ~ 243)	221 (217 ~ 226)
岐阜県	525	528	1,643	932	0.100	1,478 (1,445 ~ 1,511)	838 (820 ~ 857)	237	223	0.077	218 (213 ~ 223)	205 (201 ~ 210)
静岡県	1,273	1,056	2,037	1,206	0.001	2,034 (1,993 ~ 2,037)	1,204 (1,180 ~ 1,206)	422	400	0.064	394 (386 ~ 403)	374 (366 ~ 382)
愛知県	2,425	1,966	4,552	2,366	0.016	4,479 (4,388 ~ 4,552)	2,328 (2,281 ~ 2,366)	665	654	0.002	663 (650 ~ 665)	653 (639 ~ 654)
三重県	831	656	1,496	811	0.100	1,346 (1,316 ~ 1,376)	729 (713 ~ 746)	466	466	0.100	419 (410 ~ 428)	419 (410 ~ 428)
滋賀県	553	359	471	271	0.000	471 (461 ~ 471)	271 (265 ~ 271)	227	225	0.100	204 (199 ~ 208)	202 (198 ~ 207)
京都府	974	797	1,030	687	0.000	1,030 (1,009 ~ 1,030)	687 (673 ~ 687)	797	738	0.100	717 (701 ~ 733)	664 (649 ~ 678)
大阪府	3,531	2,816	4,988	2,872	0.000	4,988 (4,888 ~ 4,988)	2,872 (2,814 ~ 2,872)	1,660	1,608	0.100	1,494 (1,460 ~ 1,527)	1,447 (1,415 ~ 1,479)
兵庫県	2,456	1,686	3,319	1,781	0.035	3,203 (3,136 ~ 3,269)	1,718 (1,683 ~ 1,754)	950	903	0.100	855 (836 ~ 874)	812 (794 ~ 830)
奈良県	556	475	867	460	0.080	797 (780 ~ 815)	423 (414 ~ 432)	167	165	0.076	154 (150 ~ 157)	152 (149 ~ 155)
和歌山県	261	246	665	459	0.100	598 (585 ~ 611)	413 (403 ~ 422)	27	27	0.000	27 (26 ~ 27)	27 (26 ~ 27)
鳥取県	288	337	410	242	0.100	369 (360 ~ 377)	217 (212 ~ 222)	137	130	0.100	123 (120 ~ 126)	117 (114 ~ 119)
島根県	399	363	583	357	0.100	524 (513 ~ 536)	321 (314 ~ 328)	172	172	0.100	154 (151 ~ 158)	154 (151 ~ 158)
岡山県	1,111	706	1,164	727	0.043	1,114 (1,091 ~ 1,137)	695 (681 ~ 710)	488	479	0.100	439 (429 ~ 448)	431 (421 ~ 440)
広島県	1,573	1,435	2,503	1,518	0.100	2,252 (2,202 ~ 2,302)	1,366 (1,335 ~ 1,396)	939	896	0.100	845 (826 ~ 863)	806 (788 ~ 824)
山口県	673	871	1,824	1,247	0.100	1,641 (1,605 ~ 1,678)	1,122 (1,097 ~ 1,147)	765	761	0.100	688 (673 ~ 703)	684 (669 ~ 700)
徳島県	526	485	1,394	852	0.100	1,254 (1,226 ~ 1,282)	766 (749 ~ 783)	242	242	0.100	217 (212 ~ 222)	217 (212 ~ 222)

都道府県	急性期 推計入院 患者数	回復期 推計入院 患者数	慢性期 推計入院 患者数 (認知症を除く)	うち 65歳 以上	X ₁ (注2)	(慢性期推計入院患者 数(認知症を除く)) ×(1-X ₁) (注3) A (注3) B	うち 65歳 以上 (注3) A (注3) B	認知症 慢性期 推計入院 患者数	うち 65歳 以上	X ₂ (注2)	(認知症慢性期入院 患者数)×(1-X ₂) (注3) A (注3) B	うち 65歳 以上 (注3) A (注3) B
香川県	548	521	1,096	687	0.100	986 (964 ~ 1,008)	618 (604 ~ 632)	284	284	0.100	255 (249 ~ 261)	255 (249 ~ 261)
愛媛県	634	490	1,364	812	0.100	1,227 (1,200 ~ 1,254)	730 (714 ~ 747)	338	332	0.100	304 (297 ~ 310)	298 (292 ~ 305)
高知県	547	611	878	611	0.100	790 (772 ~ 807)	549 (537 ~ 562)	329	321	0.100	296 (289 ~ 302)	288 (282 ~ 295)
福岡県	3,362	2,930	6,090	3,954	0.100	5,481 (5,359 ~ 5,602)	3,558 (3,479 ~ 3,637)	2,551	2,514	0.100	2,295 (2,244 ~ 2,346)	2,262 (2,212 ~ 2,312)
佐賀県	686	637	1,188	745	0.100	1,069 (1,045 ~ 1,092)	670 (655 ~ 685)	604	568	0.100	543 (531 ~ 555)	511 (499 ~ 522)
長崎県	931	923	2,355	1,674	0.100	2,119 (2,072 ~ 2,166)	1,506 (1,473 ~ 1,540)	745	728	0.100	670 (655 ~ 685)	655 (640 ~ 669)
熊本県	1,526	1,232	2,218	1,542	0.100	1,996 (1,951 ~ 2,040)	1,387 (1,356 ~ 1,418)	1,085	1,081	0.100	976 (954 ~ 998)	972 (951 ~ 994)
大分県	667	799	1,490	1,002	0.100	1,341 (1,311 ~ 1,370)	901 (881 ~ 921)	683	678	0.100	614 (601 ~ 628)	610 (596 ~ 623)
宮崎県	789	832	1,619	1,128	0.100	1,457 (1,424 ~ 1,489)	1,015 (992 ~ 1,037)	768	761	0.100	691 (675 ~ 706)	684 (669 ~ 700)
鹿児島県	1,265	1,550	2,820	1,909	0.100	2,538 (2,481 ~ 2,594)	1,718 (1,679 ~ 1,756)	1,060	1,011	0.100	954 (932 ~ 975)	909 (889 ~ 930)
沖縄県	1,028	921	1,425	966	0.100	1,282 (1,254 ~ 1,311)	869 (850 ~ 888)	471	464	0.100	423 (414 ~ 433)	417 (408 ~ 426)

注1) ここでは入院期間ごとに、都道府県の流出入院患者数を加味している。

注2) 参考における各記号の意味は以下のとおりである。

X₁ : 慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合

X₂ : 認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合

注3) 「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。

A : 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

B : 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

○厚生労働省告示第二百四十一号
 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第三十条の三十第二号及び別表第七の規定に基づき、医療法第三十条の四第二項第十七号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（平成十八年厚生労働省告示第六十一号）の一部を次の表のように改正し、令和九年四月一日から適用する。
 令和八年六月十日
 厚生労働大臣 上野賢一郎
 （傍線部分は改正部分）

改 正 後

改 正 前

（厚生労働大臣が定める時点）

第一条 医療法施行規則（以下「規則」という。）別表第七に規定する厚生労働大臣が定める時点は、令和十一年とする。

（入院期間が三月未満である入院患者に係る推計患者数）

第二条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月未満である入院患者（以下この条において「急性期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。

二 二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、令和二年における基準年齢の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和五年における、当該年齢から六年を減じた年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数

ロ 令和二年における基準年齢の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 令和二年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和五年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、令和二年における八十四歳の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における八十七歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和五年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、令和二年における八十五歳の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における八十八歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和五年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、令和二年における八十六歳の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における八十九歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

（厚生労働大臣が定める時点）

第一条 医療法施行規則（以下「規則」という。）別表第七に規定する厚生労働大臣が定める時点は、令和八年とする。

（入院期間が三月未満である入院患者に係る推計患者数）

第二条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月未満である入院患者（以下この条において「急性期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。

二 二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数

ロ 平成二十六年における基準年齢の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和五年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、令和二年における八十七歳以上の全国の急性期入院患者の数に対する令和五年における九十歳以上の全国の急性期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が三月以上一年未満である入院患者に係る推計患者数)

第三条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者（以下この条において「回復期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数とする。

二 二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、令和二年における基準年齢の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和五年における、当該年齢から六年を減じた年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数

ロ 令和二年における基準年齢の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 令和二年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和五年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、令和二年における八十四歳の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における八十七歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和五年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、令和二年における八十五歳の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における八十八歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和五年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、令和二年における八十六歳の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における八十九歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和五年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、令和二年における八十七歳以上の全国の回復期入院患者の数に対する令和五年における九十歳以上の全国の回復期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ (略)

ロ 令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の急性期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が三月以上一年未満である入院患者に係る推計患者数)

第三条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者（以下この条において「回復期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数とする。

二 二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数

ロ 平成二十六年における基準年齢の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の回復期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症でない入院患者に係る推計患者数)

第四条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上であつて認知症でない入院患者(以下この条及び第七条において「慢性期入院患者」という。)のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数とする。

二 二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における、当該年齢から三年を減じた年齢(以下この号において「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、令和二年における基準年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和五年における、当該年齢から六年を減じた年齢(ロ及びハにおいて「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数

ロ 令和二年における基準年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 令和二年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和五年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十四歳の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における八十七歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和五年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十五歳の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における八十八歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和五年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十六歳の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における八十九歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和五年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十七歳以上の全国の慢性期入院患者の数に対する令和五年における九十歳以上の全国の慢性期入院患者の数の割合(ハにおいて「変化率」という。)を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症でない入院患者に係る推計患者数)

第四条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上であつて認知症でない入院患者(以下この条及び第七条において「慢性期入院患者」という。)のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数とする。

二 二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢(以下この号において「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢(ロ及びハにおいて「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数

ロ 平成二十六年における基準年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の慢性期入院患者の数の割合(ハにおいて「変化率」という。)を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症である入院患者に係る推計患者数)

第五条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上であつて認知症である入院患者(以下この条及び第八条において「認知症慢性期入院患者」という。)のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から五十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数とする。

二 六十歳から六十二歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和五年における、当該年齢から三年を減じた年齢(以下この号において「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、令和二年における基準年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 六十三歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和五年における、当該年齢から六年を減じた年齢(ロ及びハにおいて「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数

ロ 令和二年における基準年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 令和二年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する令和五年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和五年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十四歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する令和五年における八十七歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和五年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十五歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する令和五年における八十八歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和五年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十六歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和五年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、令和二年における八十七歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する令和五年における九十歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合(ハにおいて「変換率」という。)を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症である入院患者に係る推計患者数)

第五条 規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上であつて認知症である入院患者(以下この条及び第八条において「認知症慢性期入院患者」という。)のうち、厚生労働大臣が定める時点における当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数は、次の各号により算定される数とする。

一 〇歳から五十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数とする。

二 六十歳から六十二歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢(以下この号において「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 六十三歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢(ロ及びハにおいて「基準年齢」という。)の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数

ロ 平成二十六年における基準年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ 平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四 九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ 次の(1)から(3)までを合計した数

(1) 令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2) 令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3) 令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ 令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合(ハにおいて「変換率」という。)を乗じて得た数

ハ (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症でない入院患者に係る政策効果の割合)

第七条 規則別表第七に規定する慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合は、第四条の規定により算定される年齢別の推計患者数を合計した数を都道府県別の推計人口で除して得た値に千を乗じて得た値(以下この条において「推計患者率」という。)が〇・六〇以下である場合は〇とし、又は〇・六〇を上回る場合であつて、推計患者率と〇・六〇の差分が推計患者率の二割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の五割とし、若しくは当該差分が推計患者率の二割以上であるときは〇・一とする。

(削る)

(削る)

(削る)

2 (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症である入院患者に係る政策効果の割合)

第八条 規則別表第七に規定する認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合は、第五条の規定により算定される年齢別の推計患者数を合計した数を都道府県別の六十五歳以上の推計人口で除して得た値に千を乗じて得た値(以下この条において「推計患者率」という。)が〇・三三以下である場合は〇とし、又は〇・三三を上回る場合であつて、推計患者率と〇・三三の差分が推計患者率の二割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の五割とし、若しくは当該差分が推計患者率の二割以上であるときは〇・一とする。

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

2 (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症でない入院患者に係る政策効果の割合)

第七条 規則別表第七に規定する慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合は、次の各号により算定される数を合計した数を都道府県別の推計人口で除して得た値に千を乗じて得た値(以下この条において「推計患者率」という。)が〇・六九以下である場合は〇とし、又は〇・六九を上回る場合であつて、推計患者率と〇・六九の差分が推計患者率の二割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の五割とし、若しくは当該差分が推計患者率の二割以上であるときは〇・一とする。

一 第四条第一号の規定により算定する〇歳から二十一歳までの各推計患者数に關しては、それぞれこれに対応する数とする。

二 第四条第一号の規定により算定する二十二歳から二十四歳までの各推計患者数に關しては、それぞれこれに対応する数とし、当該数に平成二十六年における当該年齢の慢性期入院患者の数の数に對する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 第四条第二号及び第三号の規定により算定する二十五歳から八十六歳までの各推計患者数に關しては、それぞれこれに対応する数に平成二十六年における当該年齢の慢性期入院患者の数の数に對する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

四 第四条第三号及び第四号の規定により算定する八十七歳以上の推計患者数に關しては、これらに対応する数を合計した数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の慢性期入院患者の数の数に對する平成二十九年における九十歳以上の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

2 (略)

(入院期間が一年以上であつて認知症である入院患者に係る政策効果の割合)

第八条 規則別表第七に規定する認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合は、次の各号により算定される数を合計した数を都道府県別の六十五歳以上の推計人口で除して得た値に千を乗じて得た値(以下この条において「推計患者率」という。)が〇・三四以下である場合は〇とし、又は〇・三四を上回る場合であつて、推計患者率と〇・三四の差分が推計患者率の二割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の五割とし、若しくは当該差分が推計患者率の二割以上であるときは〇・一とする。

一 第五条第一号の規定により算定する〇歳から五十六歳までの各推計患者数に關しては、それぞれこれに対応する数とする。

二 第五条第一号の規定により算定する五十七歳から五十九歳までの各推計患者数に關しては、それぞれこれに対応する数とし、当該数に平成二十六年における当該年齢の全国的認知症慢性期入院患者の数の数に對する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の全国的認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三 第五条第二号及び第三号の規定により算定する六十歳から八十六歳までの各推計患者数に關しては、それぞれこれに対応する数に平成二十六年における当該年齢の全国的認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

四 第五条第三号及び第四号の規定により算定する八十七歳以上の推計患者数に關しては、これらに対応する数を合計した数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国的認知症慢性期入院患者の数の数に對する平成二十九年における九十歳以上の全国的認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

2 (略)