

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）

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、身体疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。あわせて、厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業の実施要綱に基づき、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

（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、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急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。さらに、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来と精神科救急入院を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。

なお、都道府県で精神科救急について検討するに当たっては、別表5に示す指標に関連して、「精神科救急医療機関数」、「精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数」、「精神科救急医療体制整備事業における入院件数」、「精神科救急医療体制整備事業における受診件数」及び「精神疾患の救急車平均搬送時間」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。

（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）

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）

厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業において、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を都道府県に求めている。また、令和3年1月に取りまとめられた「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書では、身体合併症対応の充実を図る観点から、一般の救急医療機関に搬送等された精神障害を有する方等及び地域住民の対応について、対診や訪問、電話等による助言等を行う取組が可能となるよう必要な体制整備を図る必要があるとともに、精神科救急医療体制整備に関わる関係団体、精神科病院や精神科診療所は、一般の救急医療体制における会議体へ参画し、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要があるとしている。

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)

精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。

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。

また、新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症について、定期的に外来を受診又は在宅医療を受けている精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合や、精神病床に入院した患者が新興感染症に罹患した場合等に対応が可能な医療機関を明確にする必要がある。

なお、都道府県で身体合併症について検討するに当たっては、別表5に示す指標例のうち、(10) 精神科救急で挙げた指標例に加え、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数」、「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数」、「精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数」、「精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数」、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数」、「精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数」、「精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数」及び「精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数」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。

(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⁸。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の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処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。

厚生労働省は、平成20年度より「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施しており、さらに、平成30年度からは自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業を開始している。

(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、自殺対策に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、自殺対策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。加えて、以下の2点について留意されたい。

- ① 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ること。
- ② 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進すること。

なお、都道府県で自殺対策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、「救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数」、「救命救

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「令和7年中における自殺の状況」(令和8年3月27日)

⁹ 厚生労働省「自殺対策白書」(令和7年版)

急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数」、「救急患者精神科継続支援料を算定した患者数」及び「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数」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。

(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。

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)

「災害拠点精神科病院の整備について」（令和元年6月20日付け医政発0620第8号厚生労働省医政局長・障発0620第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福

社部長通知）により、災害拠点精神科病院につ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、都道府県ごとに必要な数の整備を行っている。

（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。

平成 24 年度より、指定入院医療機関の医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関に従事する多職種チームが相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業」を実施している。

（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、医療観察制度に基づく通院医療に対応できる医療機関を明確にするとともに、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要がある。

なお、都道府県で医療観察法における対象者への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、「指定通院医療機関数」及び「指定通院医療機関の患者数」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。

¹⁰ 法務省「犯罪白書」（令和 7 年度版）

¹¹ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

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。

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 精神疾患の現状」を踏まえ、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制の構築を進める必要がある。具体的には、以下のとおりである。

- ① 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
- ② また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らす全ての方が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。

¹² 厚生労働省「医療施設調査」（令和5年）

¹³ 厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）

¹⁴ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和6年）

¹⁵ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計調査」（令和2年）

¹⁶ 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」（研究代表者 西大輔）（令和53年）

¹⁷ 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」（研究代表者 竹島正）（令和2年）

なお、精神病床における隔離・身体的拘束は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律上、精神科実務経験を有し法律等に関する研修を修了した精神保健指定医の専門的知見に基づき、代替方法によることは困難であり、医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われるものであるが、隔離・身体的拘束の最小化に対する取組が求められていることから、医療計画においても、こうした観点を踏まえることは重要であり、別表5に示す指標例のうち、「隔離指示件数」、「身体的拘束指示件数」を参考にすることが望ましい。

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、多様な精神疾患等ごとに各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 地域精神科医療提供機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICF（国際生活機能分類 WHO2001 年：International Classification of Functioning, Disability and Health）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

(2) 地域連携拠点機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- ・ 地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること

- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 地域連携会議の運営支援を行うこと
- ・ 積極的な情報発信を行うこと
- ・ 多職種による研修を企画・実施すること
- ・ 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

(3) 都道府県連携拠点機能

① 目標

- ・ 患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・ 医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

② 医療機関に求められる事項（例）

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 地域連携会議を運営すること
- ・ 積極的な情報発信を行うこと
- ・ 専門職に対する研修プログラムを提供すること
- ・ 地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、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、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。

なお、(1) 及び(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ こころの状態（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¹⁸）
 - ・ 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) 医療資源・連携等に関する情報
- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師統計、精神保健福祉資料）
 - ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
 - ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
 - ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
 - ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
 - ・ 医療観察法指定通院医療機関数
 - ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）
 - ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
 - ・ 認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）
 - ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）
- (3) 指標による現状把握
- 別表5に掲げるような、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。

2 圏域の設定

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

3 連携の検討

¹⁸ 国立精神・神経医療研究センターが公開している、厚生労働科学研究に基づくデータ

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮すること。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努めること。

さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るように努めること。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。

- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（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) 医療計画には、原則として、多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護事業所等）の名称を記載すること。ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。可能な限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、精神疾患に係る地域の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載すること。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出すること。

5 数値目標

都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な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、目標時期について別表5を踏まえて設定し、医療計画に記載すること。

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。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に精神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。

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。

7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更すること。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表すること。その際、広く住民に周知を図るよう努めること。