厚生労働行政推進調査事業費補助金（疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究）

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
分担研究報告書

包括的なデータ利用による精神保健医療福祉のニーズと提供状況の実態把握に関する研究
－基準病床算定式－

研究分担者：黒田直明 1)

研究協力者：臼田謙太郎 1)，北村真紀子 1)，中下綾子 1)

研究代表者：黒田直明 1)

1） 国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所　公共精神健康医療研究部

研究要旨

【目的】令和 8 年度（2026 年度）中に各都道府県でおこなわれる第 8 次医療計画の中間見直しに向けて，基準病床算定式の見直しおよび最新データに基づく必要な病床数の推計をおこなう。

【方法】第 8 次医療計画策定時における基準病床数の算出方法を踏襲した。分子となる患者数の推計は急性期，回復期，慢性期それぞれにおこない，慢性期の患者数の推計値については，認知症以外・認知症のそれぞれについて政策効果に係る係数を反映させるものとした。また，基準病床数の算定では，患者数推計値に病床利用率を考慮している。今回の見直しでは，患者数推計値の算出過程で用いる各データソースの最新年のデータを用いた。病床利用率は前回医療計画時の設定を踏襲して 0.95 とした。

【結果】新算定式では，2029 年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数（X）と一定の水準（Y）を比較して係数を算出した。最終的に係数（政策効果 A および B）は 0 から 0.1 の間の値をとり，各都道府県の値は「X ≦ Y → 係数は 0」「X >Y かつ(X -YA) / X が 0.2 未満 → (X - Y) / X を更に半分した値を係数に設定」「X > AY かつ(X -YA) / X が 0.2 以上→ 0.1 を係数」として，達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。基準病床数の計算結果は最小で 1,176 床（鳥取県），最大で 16,836 床（東京都）であった。また，各都道府県が基準病床数を調整することができる範囲は，20 床（滋賀県）～363 床（福岡県）で平均 102 床であった。第 8 次医療計画策定時の基準病床数と比較するとすべての都道府県で減少していた。減少幅が最も大きかったのは東京都（2,479 床減）であり，以下大阪府（2,488 床減），福岡県（2,232 床減）であった。また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数に対して平均 11.5%過小になっており，最も過小になっていたのは島根県（17.1%）であった。

【考察】前回から 3 年経過した 2023 年の値を足元値とし，入院患者数の増減率は 2020 年から 2023 年の増減率を使用して推計患者数を算出した。第 8 次医療計画策定時は新型コロナウィルス感染拡大の影響を避けるために 2014 年から 2017 年の変化率を 2020 年の値に乗じていたが、今回の算定では最新の 3 年間（2020 年から 2023 年）の変化率を最新の値（2023 年）に乗じることでより直近の各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮した推計が可能となったと考える。また最新の都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）を係数で調整することが可能となった。

A. 研究目的

令和 8 年度（2026 年度）中に各都道府県でおこなわれる第 8 次医療計画の中間見直しに向けて，基準病床算定式の見直しおよび最新データに基づく必要な病床数の推計をおこなった。基準病床算定式は全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的とし，全国統一の算定式により各都道府県における在院期間，年齢階級別人口，病床利用率等を用いて将来的に地域に必要な病床数を算出するために設定される（厚生労働省， 2016）。本研究では，基準病床算定式の見直しおよびを最新データに基づく必要な病床数の推計をおこなうことを目的とした。

B. 研究方法

1. 基準病床算定式の見直し

現行の第 8 次医療計画の中間見直しに向けては，「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」にて，『当初見直しの考え方を踏襲し，入院患者の年齢構成の変化等の要因と，政策効果の要因を勘案して，将来の推計をおこなうこととする。』（令和 7 年 12 月 1 日資料第 12 回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会　資料より）という方針が示されている。そのため，第 8 次医療計画策定時における基準病床数の算出方法を踏襲し算出をおこなう。基準病床算定式の分子となる患者数の推計を急性期，回復期，慢性期ごとにおこない，慢性期の患者数の推計値については，認知症以外・認知症のそれぞれについて政策効果に係る係数を反映させるものとした。また，基準病床数の算定では，患者数推計値に病床利用率を考慮している。今回の見直しでは，患者数推計値の算出過程で用いる各データソースの更新をおこなった。

1）基準病床算定式の見直しに用いたデータソース

（1）患者調査　特別抽出データ

第 8 次医療計画策定時の推計では，2014 年，2017 年，2020 年の 3 時点の患者調査の特別抽出データを用いて，2014 年から 2017 年の変化率を 2020 年の値に乗じている。これは新型コロナウィルス感染拡大の影響を避けるためにそれ以前の変化率を 2020 年の値に乗じていた。今回の見直しでは直近の 2 時点である 2020 年と 2023 年の患者調査の特別抽出データを用いて，2020 年から 2023 年の変化率を 2023 年の値に乗じて推計をおこなった。

なお，使用した患者調査の特別抽出データは下記の通りである。施設所在地ベースのデータを用いた。

①2020 年および 2023 年　精神病床の推計入院患者数：全国値

傷病別（F00-F03：各種認知症，G30：アルツハイマー病，F20-29：統合失調症等，その他），入院期間別（3 月未満，3 月以上 1 年未満，1 年以上 2 年未満，2 年以上 5 年未満，5 年以上），各歳階級別

②2020 年および 2023 年　精神病床の推計入院患者数：都道府県値，全国値

傷病別（F00-F03：各種認知症，G30：アルツハイマー病，F20-29：統合失調症等，その他），入院期間別（3 月未満，3 月以上 1 年未満，1 年以上 2 年未満，2 年以上 5 年未満，5 年以上），5 歳階級別

（2）病院報告

「患者調査」が標本調査であることを勘案し，前回と同様に対象抽出に伴う誤差を「病院報告」の精神病床における「1 日平均在院患者数」で補正した。2020 年（令和 2 年）と 2023 年（令和 5 年）の病院報告より，都道府県ごとの 1 日平均在院患者数から「精神科病院」と「その他一般病院」のうち「精神病床」の値を合算した値を使用した。

（3）人口・将来推計人口

慢性期の推計患者数についての政策効果に係る係数の設定に際し，2023 年（令和 5 年）の総務省統計局の「推計人口」（都道府県別，年齢 5 歳階級別，2023 年 10 月 1 日）と，国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」（令和 5（2023）年推計）の 2030 年時点の推計人口を用いた。

2）患者数推計値の算出までのプロセス

（1）推計の区分の設定

基準病床算定式の分子となる入院患者数は，入院期間により急性期（3 か月未満），回復期（3 か月以上 1 年未満），慢性期（1 年以上）に分け，慢性期の入院患者数は認知症と認知症以外に区分して算出した。

なお，「認知症」は「患者調査」における傷病分類のうち，F00-F03（各種認知症）および G30（アルツハイマー病）を対象とし，「認知症以外」はそれ以外の傷病とした。

（2）患者調査の補正

「患者調査」は標本調査であることから，対象抽出に伴う誤差を補正するために「病院報告」の 1 日平均在院患者数を用いた補正をおこなった。具体的には，都道府県ごとに 2020 年「病院報告」の精神

病床における 1 日平均在院患者数を，「患者調査」の患者数で除して補正率を算出した。当該都道府県の患者調査の値については，傷病や入院期間，年齢でクロスしたすべての項目に対し，この補正率を一律に乗じた。同様に 2023 年についても補正をおこなった。以降の推計プロセスでは，補正済みの患者調査の値を用いるものとする。

（3）年齢別の増減率の算出

患者数推計においては，X 年から X＋3 年にかけての入院患者数の変化にはこの期間における入院患者の年齢構成の変化や政策効果等，入院患者数に影響する要素が含まれているものと考えられる。また，これらの影響は年齢ごとに異なる可能性があることから，増減率を年齢ごとに算出した。具体的には，2020 年から 2023 年までの 3 年間における年齢別の入院患者数の増減率を求め，今後も年齢ごとの変化が一定であり，これらの増減率は将来にわたって変わらないと仮定した。なお，年齢階級ごとの入院患者数が少ない都道府県では，推定値が不安定となるため，増減率は都道府県ごとに算出せずに，すべての都道府県で共通して全国値を用いた。

2020 年 Y 歳であった患者は，3 年後の 2023 年に Y＋3 歳になることから，この入院患者数の比（＝［2023 年 Y＋3 歳の患者数］÷［2020 年 Y 歳の患者数］）をとり，足元値が［Y 歳の入院患者数の増減率］とする。なお，患者調査の都道府県値（データソース（1）②）では年齢区分の上限が「90 歳以上」となっていることから，［2023 年 90 歳以上の患者数］を［2020 年 87 歳以上の患者数］で除して，足元値が［87 歳以上の入院患者数の増減率］として設定した。

（4）増減率を用いた患者数推計

患者数推計は各都道府県の 2026 年および 2029 年の値について，急性期，回復期，慢性期認知症，慢性期認知症以外のそれぞれについておこなった。推計の起点は 2023 年の患者調査の都道府県値（データソース（1）②）を病院報告で補正した値を用いている。当該データは 5 歳階級の値であるため，案分して各年齢の値とする。都道府県ごとに各年齢の患者数に，［各年齢の入院患者数の増減率］を乗じて，2026 年における各年齢＋3 歳の患者数推計値を求めた。次に 2026 年の各年齢の患者数推計値を起点にして，［各年齢の入院患者数の増減率］を乗じて，2029 年における各年齢＋3 歳の患者数推計値を求めた。なお，年齢ごとの入院患者数が少なく増減率が不安定になる年齢階級（急性期，回復期，認知症以外の慢性期は 25 歳未満，認知症の慢性期は 60 歳未満）については，増減率を用いた推計をおこなわず，2023 年時点の患者数が将来も変わらないと仮定し，2023 年時点の各年齢の入院患者数を 2026 年および 2029 年時点の推計患者数とした。

また，最高齢の階級について，2023 年［87 歳以上の患者数］に［87 歳以上の入院患者数の増減率］を乗じて，2026 年時点の［90 歳以上の患者数］を推計した。次の時点の推計では，2026 年時点の［87 歳以上の患者数］が足元値になるため，2026 年時点の 87 歳，88 歳，89 歳，90 歳以上を合計して［87 歳以上の患者数］を算出し，［87 歳以上の入院患者数の増減率］を乗じて，2029 年時点の［90 歳以上］を求めた。

3）基準病床数の算定プロセス

（1）概要

都道府県ごとの基準病床数は，第 8 次医療計画における算出方法を踏襲して求めた（図 1）。前述の方法で 2029 年における患者数推計値（急性期・回復期・慢性期認知症以外・慢性期認知症）をそれぞれ求め，病床利用率を考慮して基準病床数を算定した。さらに慢性期の患者数については政策効果に係る係数を反映させた。

（2）政策効果に係る係数の設定

入院期間が 1 年以上の慢性期入院患者について，今後の新たな取り組みによる現象も加味するために「政策効果に係る係数（政策効果 A：認知症以外，政策効果 B：認知症）」を前回と同様のプロセスを経て都道府県ごとに設定した。政策効果に係る係数は「慢性期の入院患者数については，地域移行を一層推進する観点から，今後の政策効果に係る係数を設定した。今後の政策効果に係る係数は，各都道府県の慢性期の入院患者数が，人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県に近づく方向で設定した。なお，ここでの政策効果とは，慢性期の入院患者について，医療の向上や基盤整備等による受け皿の充実，認知症施策の推進等により，地域移行を推進し入院患者数を減少させる効果のことをいう。」（令和 7 年 12 月 1 日資料第 12 回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会[1]　資料より）とされている。

[1] https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_66485.html

「人口当たりの入院患者数が十分に少ない県」の水準については，2023 年時点の患者調査（病院報告で補正済み）と推計人口を用いて，47 都道府県の上位 10%の値を参考とした。

このうち，認知症以外の患者については，総人口当たりの慢性期認知症以外の患者数を採用し，上位 10%の値は 0.60（京都府）であった。また，認知症患者については 65 歳以上人口あたりの慢性期認知症患者数を採用し，47 都道府県の上位 10%の値は 0.33（静岡県）であった。

各都道府県の政策効果に係る係数（政策効果 A：認知症以外，政策効果 B：認知症）はいずれも 0 から 0.1 の間をとるように設定した。目標年である 2029 年の人口当たりの慢性期の推計入院患者数（X）と「人口当たりの入院患者数が十分に少ない県」の水準（Y）を比較し，「X が Y 以下の場合⇒係数は 0」，「X が Y を上回っているが，X と Y の差が X の 2 割未満の場合⇒係数は(X - Y) / X を更に半分にした値」，「X が Y を上回っているが，X と Y の差が X の 2 割以上の場合⇒係数は 0.1」と設定した。これは，現状で既にその水準を達成している都道府県があることから，その基準を他の都道府県が達成することは可能だが，その水準と乖離が大きい都道府県がこの数年でその水準に達成することを目標とすると，目標が非現実的で意味を成さない懸念があったためである。加えて，急激に減少させることでその地域の精神科医療供給体制に影響が生じることが想定されることから，一定緩やかにすることが必要と考えた。これらの懸念に対応するため，達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならないように設定したものである。なお，分母となる人口は 2030 年時点の推計人口を用い，認知症以外の患者については全人口，認知症の患者については 65 歳以上人口を使用した。

都道府県ごとに設定した政策効果に係る係数を用いて，1 から当該係数を差し引いた値を慢性期の推計入院患者数に乗じ，基準病床数の算出に用いるものとした。各都道府県は前述の係数を±0.02 の範囲（最小は 0）で調整することができる。

（3）病床利用率の設定

病床利用率については，基準病床数に基づいて病床を整備した際に病床が不足することでその県の精神科医療の提供体制に問題が生じないための役割を持つ数値であるとの考えから，前回の設定を踏襲して 0.95 として採用した。

C. 研究結果

今回算出した患者数の推計値について，都道府県の各値を合計した全国値を表 1 および図 2 に示す。また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数算定に用いた前回の患者数の推計値との比較を図 3 に示す。

患者数推計値の総数は，2026 年が 235,203 人，2029 年が 221,358 人であり，2014 年から 2023 年までの実績値の推移と同様に減少傾向であった。

また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数の算定では 2023 年の値が推計値であったが，今回の推計では患者調査の実績値となっている。今回の推計では，2023 年の値を推計の足元値として用いており，区分別にみると，急性期 6 千人，回復期 3 千人，慢性期認知症以外 4 千人少なく，一方で慢性期認知症は 4 千人多い状態からの推計をおこなっており，その影響は以降の推計値にも見て取れる。

各区分の推計患者数の傾向をみると，急性期の患者数推計値は 2026 年が 56,928 人，2029 年が 56,387 人であり，減少傾向となっている。前回の推計では 2014 年から 2017 年にかけて患者数が増加していた影響を受け，推計値も増加傾向であったため，今回の推計値と比較して 2029 年時点で 8 千人の差異が生じた。

回復期の患者数推計値は 2026 年が 48,523 人，2029 年が 48,838 人であり，前回と同様に微増傾向であった。

慢性期認知症以外の患者数推計値は 2026 年が 101,973 人，2029 年が 88,653 人と減少傾向であった。また，2029 年時点で前回の推計値に比べて 1 万 4 千人少なくなっているが，2014 年⇒2017 年よりも 2020 年⇒2023 年の方が減少幅が大きかったことも一因と考えられる。

慢性期認知症は，2026 年が 27,779 人，2029 年が 27,480 人であり，微減傾向であった。前回の推計と比べると，減少傾向は緩やかになっていることがうかがえる。

表 2 に患者数推計値をもとに算出した，都道府県別の基準病床数算定式の計算結果を示す。基準病床数は図 1 に示す通り，各都道府県の急性期，回復期，慢性期認知症以外，慢性期認知症の患者数推計値を合計し，病床利用率で除して算出した。なお，慢性期認知症以外および慢性期認知症の患者数推計値については，政策効果に係る係数を考慮した値を用いている。

基準病床数の計算結果は最小で 1,176 床（鳥取県），最大で 16,836 床（東京都）であった。また，各都道府県が基準病床数を調整することができ

る範囲は，20 床（滋賀県）～363 床（福岡県）で平均 102 床であった。
　第 8 次医療計画策定時の基準病床数と比較するとすべての都道府県で減少していた。減少幅が最も大きかったのは東京都（2,479 床減）であり，以下大阪府（2,488 床減），福岡県（2,232 床減）であった。また，第 8 次医療計画策定時の基準病床数に対して平均 11.5%過小になっており，最も過小になっていたのは島根県（17.1%）であった。

D.　考察
　今回，第 8 次医療計画策定時における基準病床数の算出方法を踏襲し，算出の時点およびデータソースを更新して，改めて基準病床数の提案をおこなった。算出では前回から 3 年経過した 2023 年の値を足元値とし，入院患者数の増減率は 2020 年から 2023 年の増減率を使うこととした。第 8 次医療計画策定時は新型コロナウィルス感染拡大の影響を避けるために 2014 年から 2017 年の変化率を 2020 年の値に乗じていたが、今回の算定では最新の 3 年間（2020 年から 2023 年）の変化率を最新の値（2023 年）に乗じることでより直近の各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮した推計が可能となったと考える。
　基準病床数の算定式で分子となる患者数の推計は，前回と同様に急性期，回復期，慢性期それぞれ算出し，慢性期については，認知症以外・認知症のそれぞれについて政策効果に係る係数を反映させるものとした。算定式での係数 A および B は，人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が，現時点（2023 年）で「人口あたりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県」の水準に満たない県は，よりその水準に近づける方向で将来推計値の調整（A が認知症以外，B が認知症に対応）をおこなった。これは人口あたりの病床が少なくなりすぎることでその地域の精神科医療に不都合が生じることを避ける観点から，現状でその水準を達成している県の値を基準にするのは合理性があると考えた設定である。

E.　結論
　最新時点のデータを用いた今回の算定により，各区分の患者の年齢構成の変化等を考慮し，また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）を係数で調整した推計が可能となる。

F.　健康危険情報
　該当なし

G.　研究発表

1. 論文発表
　該当なし

2. 学会発表
　該当なし

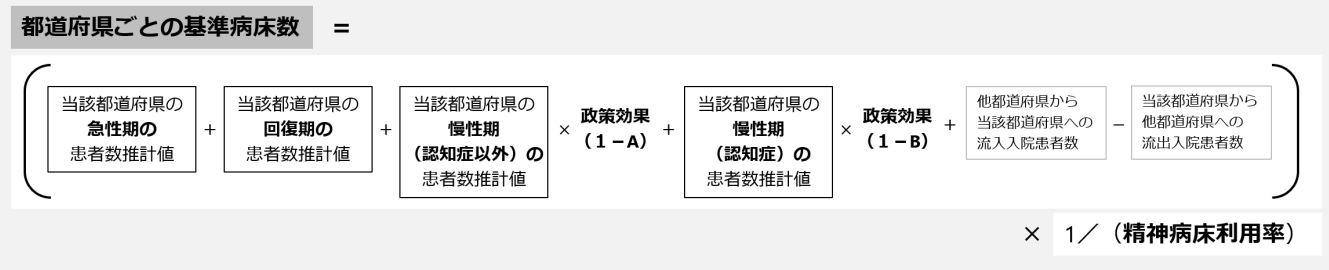
H.　知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）
1. 特許取得
　該当なし

2. 実用新案登録
　該当なし

3. その他
　該当なし

I.　引用文献

厚生労働省　2016 第 3 回医療計画の見直し等に関する検討会．資料 1. 基準病床数について．
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000130335.pdf
(Accessed: 2026/5/5)



■入院期間

急性期：３か月未満、回復期：３か月以上１年未満、慢性期：１年以上

■政策効果

①政策効果A：認知症以外の慢性期入院患者に係る係数

（地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果 ）

②政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数（認知症施策の推進等に関する政策効果）

■精神病床利用率

現行の算定式と同様に、0.95を用いる

図１　基準病床算定式と各値の定義

表１　患者数推計値

	2014（実績）	2017（実績）	2020（実績）	2023（実績）	2026（推計）	2029（推計）
急性期	56,552	58,539	56,741	55,892	56,928	56,387
回復期	46,401	47,744	46,392	46,796	48,523	48,838
慢性期認知症以外	155,495	143,940	139,656	121,943	101,973	88,653
慢性期認知症	29,822	27,102	29,973	30,062	27,779	27,480
合計	288,270	277,325	272,762	254,693	235,203	221,358

※2014～2023 は患者調査の実績値

（参考）第８次医療計画における精神病床に係る基準病床算定式に用いた患者推計値

	2014（実績）	2017（実績）	2020（実績）	2023（推計）	2026（推計）	2029（推計）
急性期	56,552	58,539	56,741	62,018	63,557	64,736
回復期	46,401	47,744	46,392	50,245	50,880	50,985
慢性期認知症以外	155,495	143,940	139,656	126,400	114,167	102,610
慢性期認知症	29,822	27,102	29,973	25,697	22,648	19,912
合計	288,270	277,325	272,762	264,360	251,252	238,243

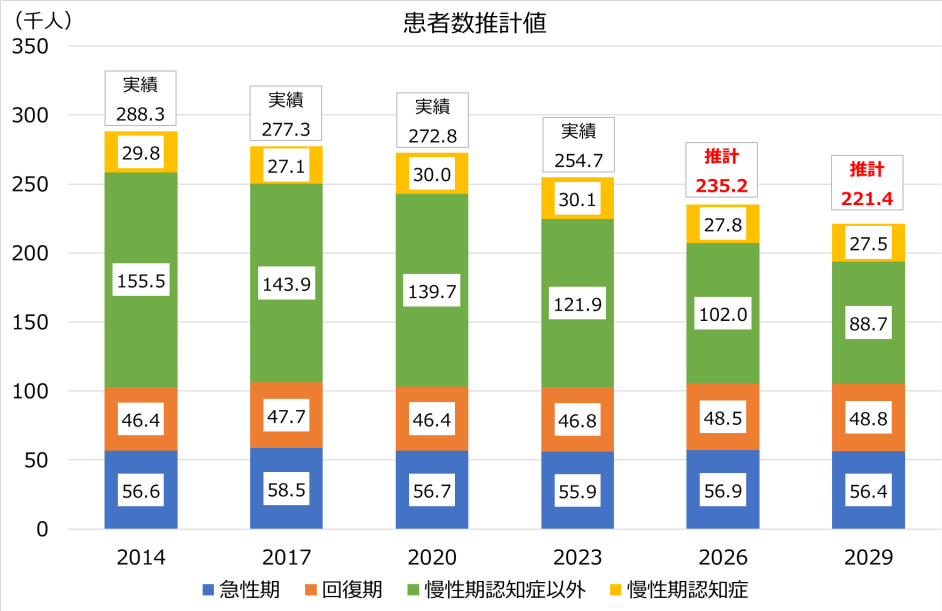


図 2　患者数推計値

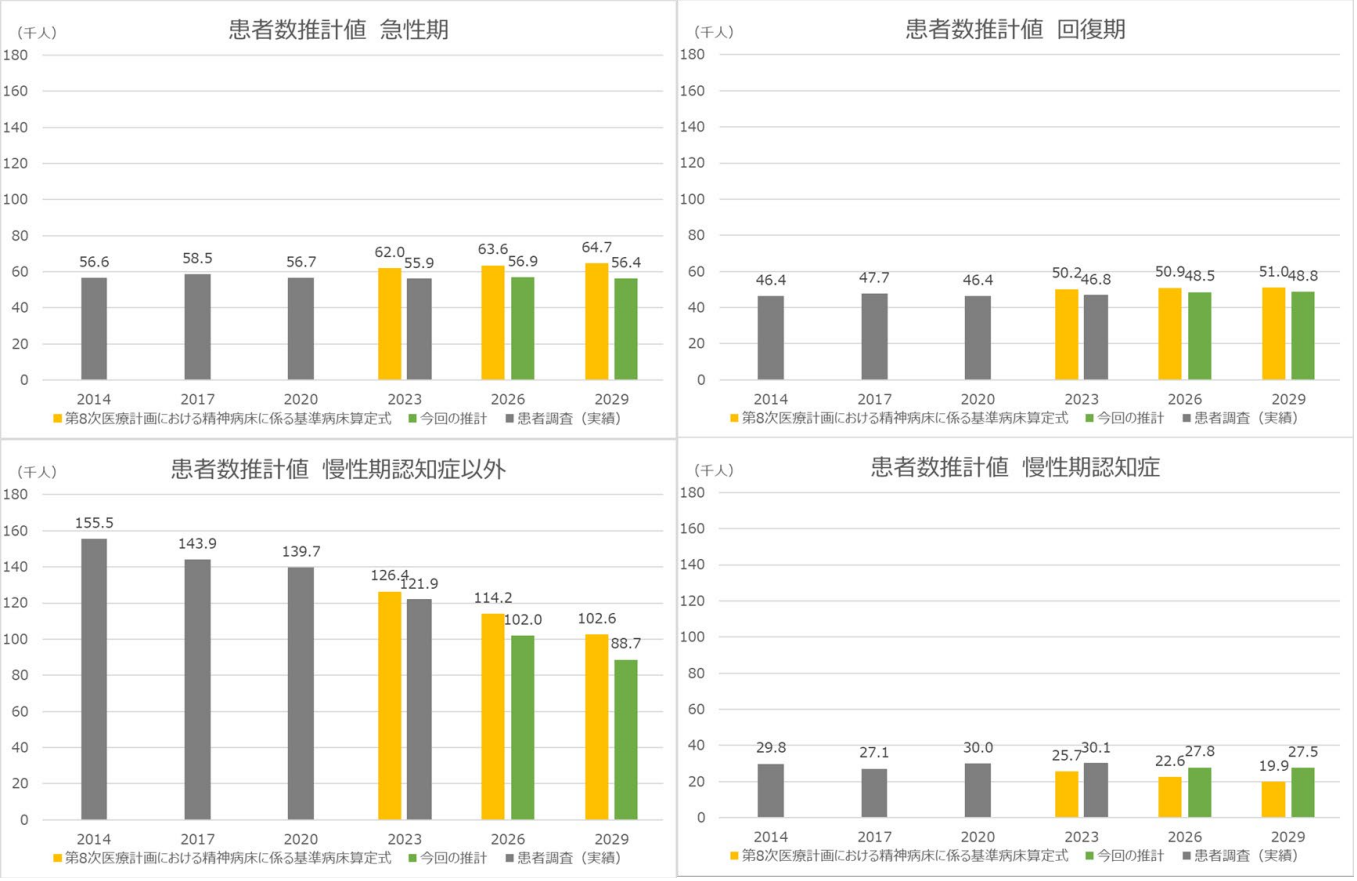


図 3　患者数推計値（第 8 次医療計画における精神病床に係る基準病床算定式と今回の推計の比較）

表２　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（2029 年）

都道府県名	基準病床数算定式の計算結果 (注１) (注２)	都道府県名	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)	滋賀県	1,671 (1,655 ～ 1,675)
青森県	3,018 (2,989 ～ 3,047)	京都府	3,703 (3,664 ～ 3,720)
岩手県	2,723 (2,692 ～ 2,755)	大阪府	13,504 (13,363 ～ 13,539)
宮城県	4,293 (4,239 ～ 4,348)	兵庫県	8,632 (8,541 ～ 8,721)
秋田県	2,716 (2,683 ～ 2,747)	奈良県	2,086 (2,064 ～ 2,108)
山形県	2,538 (2,509 ～ 2,565)	和歌山	1,192 (1,177 ～ 1,205)
福島県	3,666 (3,621 ～ 3,712)	鳥取県	1,176 (1,163 ～ 1,187)
茨城県	4,788 (4,725 ～ 4,851)	島根県	1,516 (1,501 ～ 1,533)
栃木県	3,356 (3,312 ～ 3,401)	岡山県	3,547 (3,513 ～ 3,581)
群馬県	3,887 (3,837 ～ 3,938)	広島県	6,426 (6,354 ～ 6,498)
埼玉県	10,644 (10,533 ～ 10,678)	山口県	4,077 (4,023 ～ 4,132)
千葉県	8,811 (8,705 ～ 8,916)	徳島県	2,613 (2,578 ～ 2,647)
東京都	16,836 (16,689 ～ 16,863)	香川県	2,432 (2,402 ～ 2,461)
神奈川	10,701 (10,596 ～ 10,723)	愛媛県	2,795 (2,759 ～ 2,829)
新潟県	4,599 (4,544 ～ 4,654)	高知県	2,362 (2,336 ～ 2,386)
富山県	2,231 (2,201 ～ 2,260)	福岡県	14,808 (14,626 ～ 14,989)
石川県	2,581 (2,552 ～ 2,611)	佐賀県	3,089 (3,052 ～ 3,126)
福井県	1,480 (1,466 ～ 1,495)	長崎県	4,887 (4,822 ～ 4,953)
山梨県	1,531 (1,513 ～ 1,548)	熊本県	6,032 (5,961 ～ 6,101)
長野県	3,293 (3,256 ～ 3,329)	大分県	3,601 (3,556 ～ 3,646)
岐阜県	2,894 (2,854 ～ 2,934)	宮崎県	3,967 (3,916 ～ 4,017)
静岡県	5,007 (4,956 ～ 5,020)	鹿児島	6,639 (6,556 ～ 6,720)
愛知県	10,035 (9,925 ～ 10,114)	沖縄県	3,846 (3,807 ～ 3,887)
三重県	3,423 (3,382 ～ 3,464)		

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」および「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