

精神医療に関する地域医療構想について (構想区域・地域医療構想調整会議、病床機能)

厚生労働省
医政局 地域医療計画課
障害保健福祉部 精神・障害保健課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1. 構想区域・地域医療構想調整会議等について**
2. 病床機能について

構想区域に係る法制度

医療法（抄）※令和10年4月1日施行

第二節 地域医療構想及び医療計画

第三十条の三の三 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）を定めるものとする。

2 地域医療構想においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一 将来の医療提供体制の基本的な方向に関する事項

二 地域における医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）

三 構想区域における第三十条の十三第一項に規定する医療機関機能に応じ厚生労働省令で定める区分ごとの将来の医療機関機能の見通し（第三十条の十四第一項において単に「将来の医療機関機能の見通し」という。）

四 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）

五 地域医療構想の達成に向けた医療機関機能の分化及び連携の推進に関する事項

六 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

七 前各号に掲げるもののほか、医療機関機能又は病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

八 医療機関機能に関する情報の提供の推進に関する事項

九 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項

3～12 （略）

医療法施行規則（抄）※令和9年4月1日施行

（法第三十条の三の三第二項第二号に規定する厚生労働省令で定める基準）

第三十条の二十七の三 法第三十条の三の三第二項第二号に規定する厚生労働省令で定める基準は、法第三十条の四第二項第十二号に規定する区域を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における法第三十条の三の三第二項第五号に規定する医療機関機能の分化及び連携並びに同項第六号に規定する病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとする。

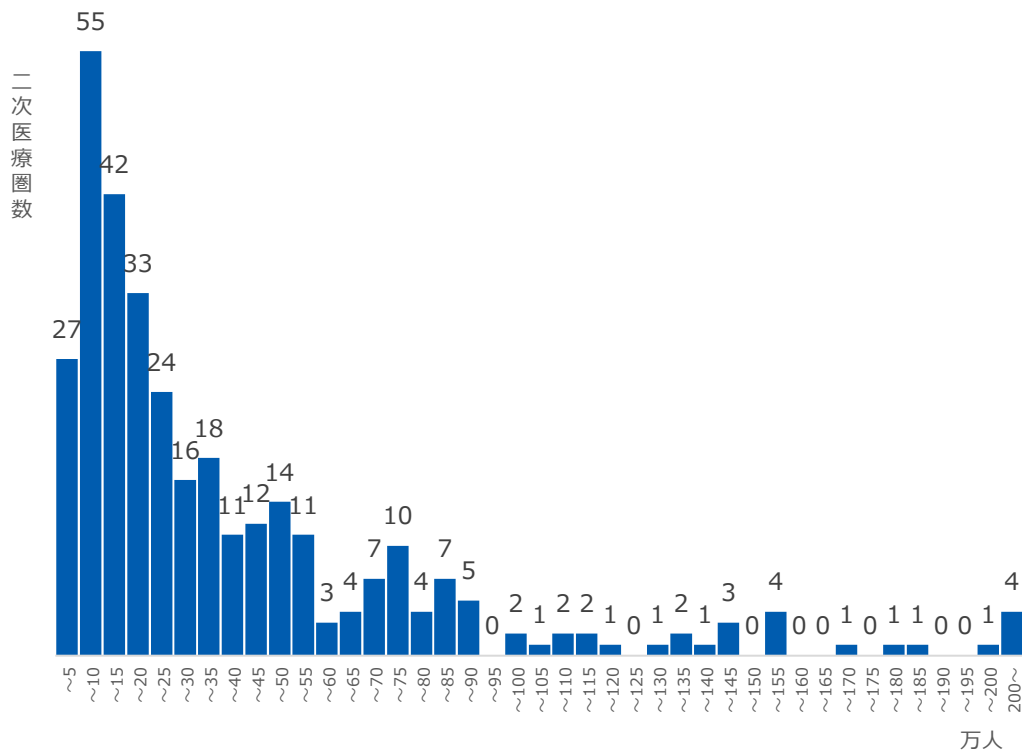
（将来の病床数の必要量の算定）

第三十条の二十七の四 構想区域における将来の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに別表第六の一の項に掲げる式により算定した数とする。この場合において、同一都道府県における当該数の合計数は、病床の機能区分ごとに同表の二の項に掲げる式により算定した数の当該同一都道府県における合計数をそれぞれ超えないものとする。

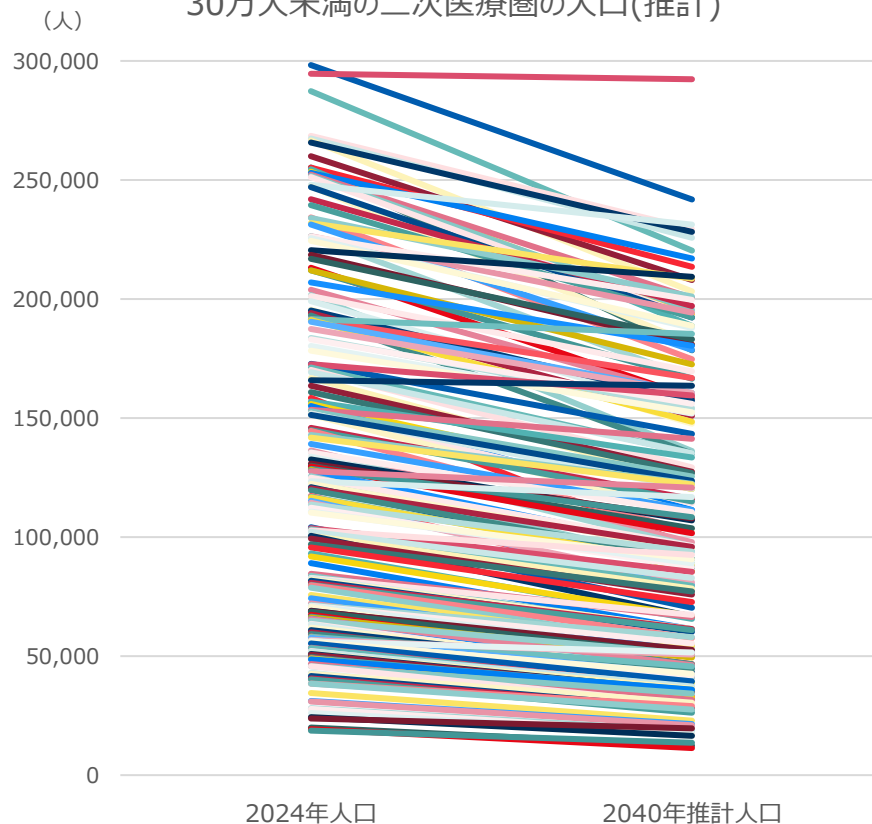
二次医療圏ごとの人口規模

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度。人口規模が20万人未満の二次医療圏は157、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 二次医療圏を構成する市町村が変化しないと仮定すると、2040年には、人口規模が20万人未満の二次医療圏は182、10万人未満の二次医療圏は109となると推計される。

人口規模別二次医療圏数

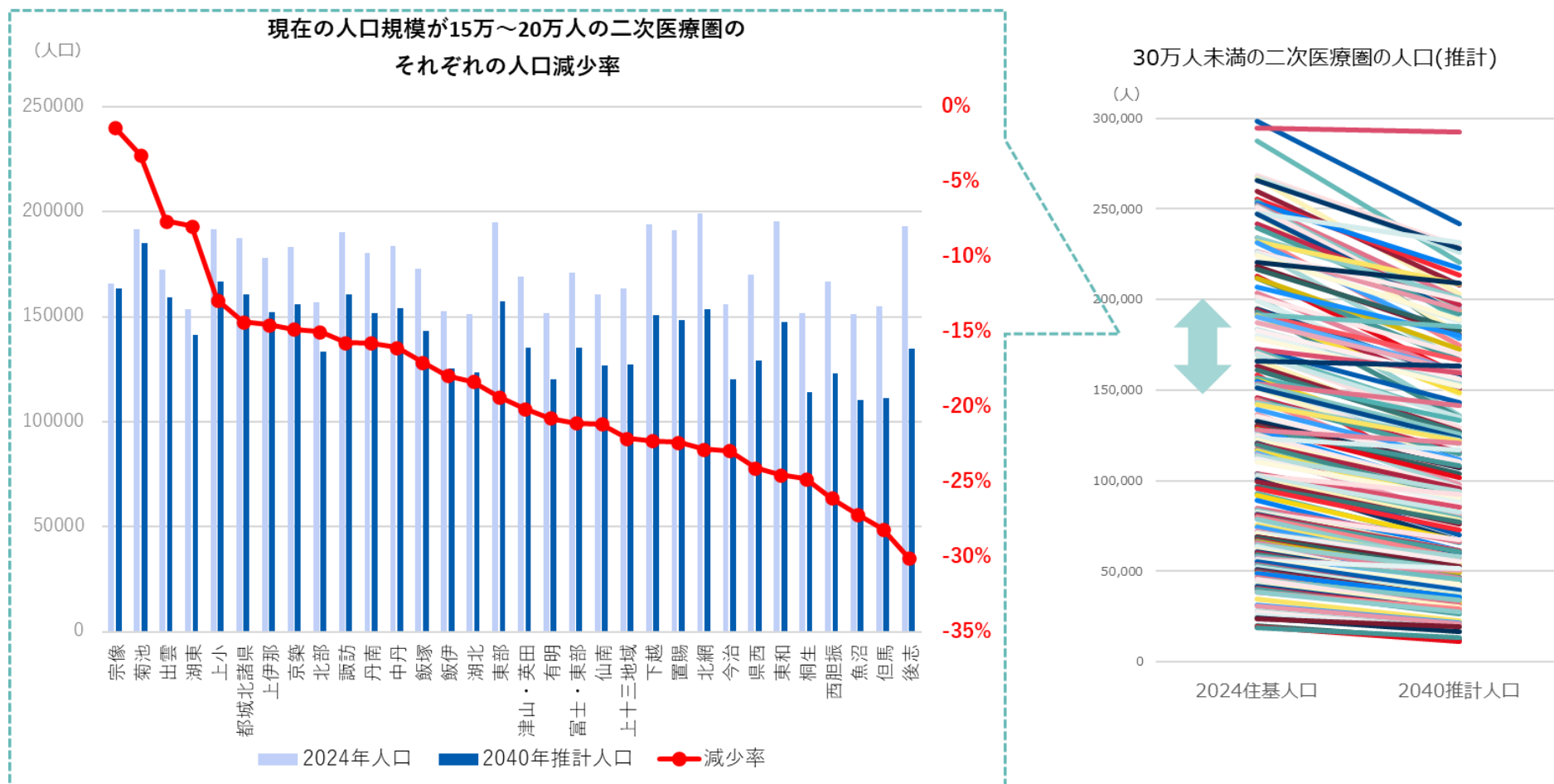


30万人未満の二次医療圏の人口(推計)



人口減少の度合いの地域差

- 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。
- 地域医療構想は、2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであり、協議の前提とする構想区域の人口規模は、2040年時点における推計人口を用いることが基本となる。



構想区域の役割について

- ・ 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のための、2つの役割がある。
- ・ 2040年とその先を見据え、人口規模や患者の流出入割合等のデータや、地域ごとの実情を踏まえ、区域ごとの現状と課題を認識し、適切な区域設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

構想区域 の 役割

① 医療提供体制の構築

- ・ 医療機関機能の確保や医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位
- ・ 将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要

⇒2040年時点の人口規模として20万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- ・ 今後入院医療の需要が減少することも踏まえ、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- ・ 特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、地域医療構想調整会議等での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位として設定する必要

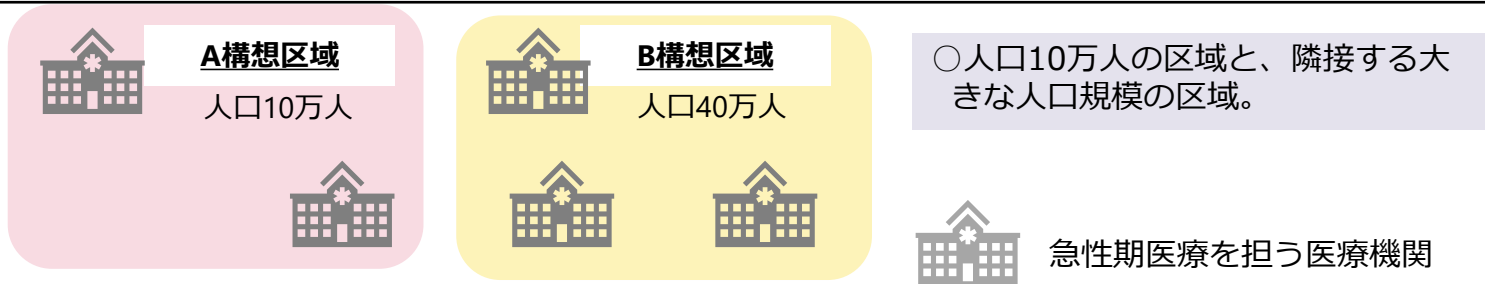
⇒都道府県が人口規模や医療機関の配置、患者の流出入等を踏まえて設定

構想区域の見直しの例①（構想区域の統合）

- 人口20万人未満の構想区域等、人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合については、構想区域を統合する案が検討される。

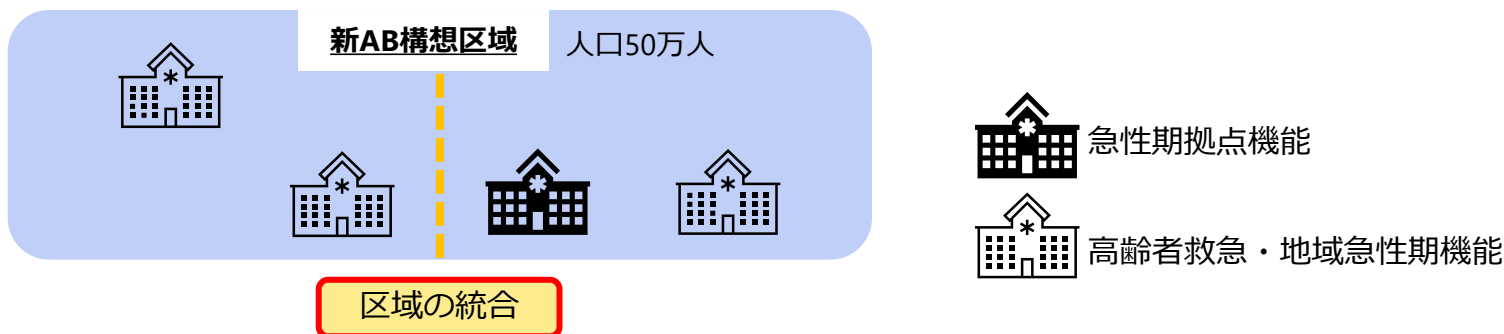
構想区域の統合による見直しのイメージ

現状



見直し後

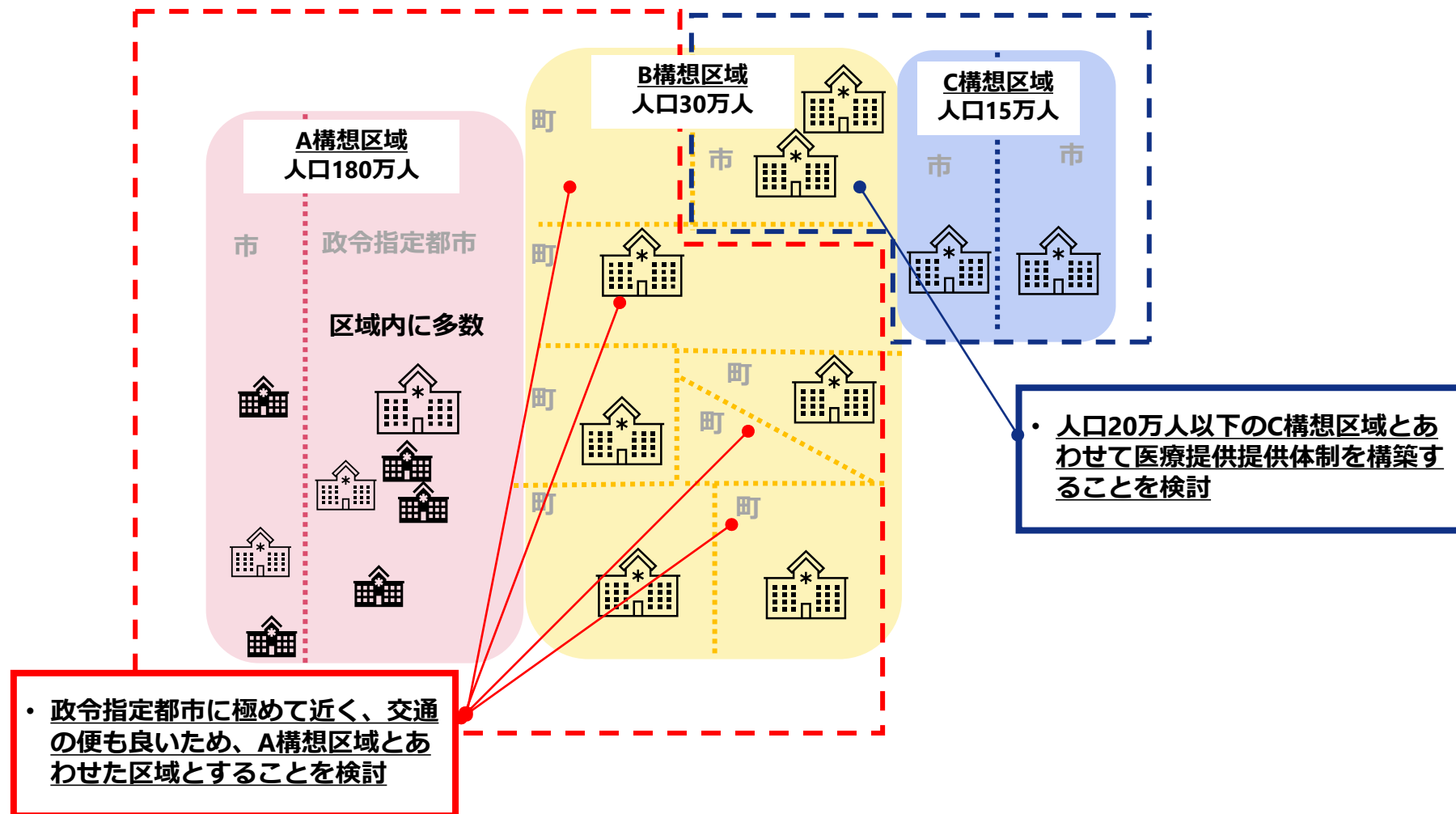
- A構想区域単独では、急性期医療の一定の完結が困難と考えられることから、B構想区域と統合し、統合した区域全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期拠点機能を担う医療機関へ集約化するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保。



構想区域の見直しの例②（構想区域の再編）

- 構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合には、当該市区町村を当該隣接区域に含める等、構想区域を再編する案が検討される。

構想区域の再編による見直しのイメージ



地域医療構想の検討体制

- 地域医療構想の策定に当たっては、**都道府県が主体**となり、地域医療構想調整会議等における関係者との協議を通じて、課題や対応等の検討が必要となる。**医療提供体制の構築だけでなく、介護との連携やまちづくり等の様々な観点が重要**であり、**県庁内の他部局等との連携体制の構築等**、協議に必要な体制を整備することが求められる。

地域医療構想調整会議

- 都道府県は、**都道府県単位（都道府県調整会議）**及び**各構想区域単位（区域調整会議）**で地域医療構想調整会議を設置。
- 参加者については、全般的事項については関係者全員が参加し、個別医療機関が関係する協議については特に関係する者に限って参加する等、**議題に応じて柔軟に設定する**。

（主な参加者）

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体等の医療関係者、関係医療機関、大学病院本院、保険者、市町村、介護関係団体、住民、地域医療構想アドバイザー等

- 構想区域よりも狭い単位で検討することが適当な場合等、協議内容や課題の性質に応じて、**既存の協議体の活用やワーキンググループの設置等により協議を進める**。

他部局等との連携

- 新たな地域医療構想は、医療提供体制全体の課題解決を図るものであることを踏まえ、都道府県は、例えば、以下のように**他部局等と連携を図ることが重要**。

介護担当部局、市町村

- ・ 介護保険事業（支援）計画の担当部局として、慢性期の医療需要への対応や退院後の生活支援の観点から、介護保険施設や居宅サービスの整備状況、高齢者施設等の協力医療機関の確保状況、療養病床の整備状況等を共有するなど、情報共有を検討。

薬務担当部局、市町村等

- ・ 在宅医療における訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等を含む多職種連携の取組について具体的に検討。

地域交通担当部局、都市計画担当部局、市町村等

- ・ 医療機関への通院手段等に係る課題の共有や、立地適正化計画等のまちづくり計画との連動を検討。

協議の運営

- **住民参加の推進**に加え、**対応案の公表**や**説明会の実施**、**パブリックコメント**等により、住民からの意見を把握することが重要。
- 地域医療構想調整会議については、介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった事項や、診療報酬上要件とされている事項等について、**地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用することも可能**。

地域医療構想調整会議の進め方

- 2040年に向けた地域医療構想においては、入院だけでなく、外来、在宅、介護との連携等、取り扱う議題が多岐にわたる。これまでの地域医療構想調整会議は構想区域ごとに年2～4回程度開催されていたが、今後、多くの議題について、効率的かつ実効的に協議が進められるよう、議題に応じた参加者や地域の範囲の設定や、既存の会議体の活用等を行いながら運営を行う。

(参考) これまでの地域医療構想調整会議の開催実績

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	4.1回

	議題に関係する主な医療・介護関係者の例	地域の範囲
全体的な事項	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体	構想区域 都道府県
入院医療/医療機関機能	医師会、病院団体、有床診療所団体	構想区域 都道府県
外来医療	医師会、病院団体	構想区域 市町村
在宅医療	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、介護関係団体	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、介護関係団体	構想区域 市町村
大学病院本院による人的協力	医師会、大学病院本院、病院団体	都道府県

※議題に応じて、住民代表や医療保険者を含めて参加者を選定

協議体の運営の例（入院医療）

- 入院医療については、都道府県調整会議で、患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、大学病院本院による人的協力のあり方、広域的な医療の確保等について協議し、区域調整会議において、区域ごとの医療機関機能の確保や、医療機関間の役割分担等について協議を行う等の対応が考えられる。
- また、必要に応じて、複数の区域で合同で調整会議を実施する、病院間の意見交換の場を設ける、都道府県間で連携して協議を行う等が考えられ、柔軟な体制で協議を進める。

考えられる運営の例

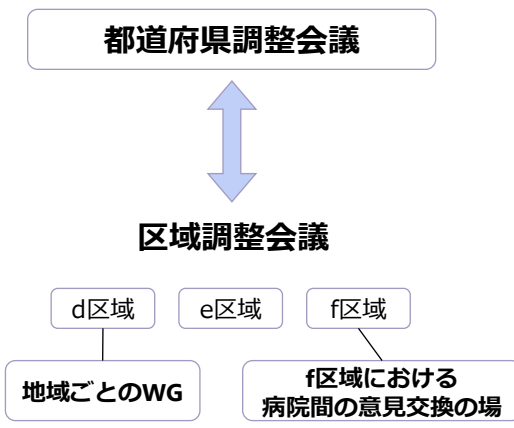
隣接した区域が合同で協議

- a区域内では急性期医療の完結が難しく、a区域と隣接し、急性期拠点機能を有するb区域と一体的に、入院医療に係る提供体制の構築を図る。
- 両区域で合同で協議を開催することとし、a区域で確保した高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の役割や、b区域の急性期拠点機能を担う医療機関への搬送のあり方等について協議を行う。



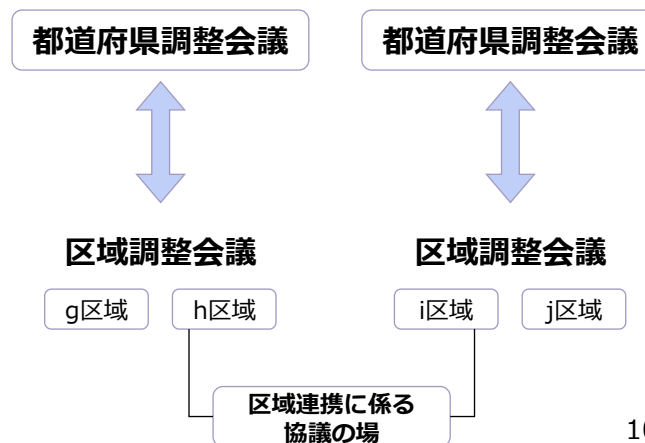
議題に応じた協議の場の設置

- d区域は大都市型で人口規模が非常に大きいため、一定の地域単位でワーキンググループを設置し協議を行う。
- f区域では、急性期医療を担う医療機関が多数存在し、地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議の円滑化のため、医療機関からの求めに応じ、都道府県が病院間の意見交換の場を設置する。



都道府県をまたいだ協議

- h区域内では一定の医療を完結することが困難であり、他県のi区域に所在する医療機関に患者が流出していることから、都道府県間で調整し、県境を挟んで隣接しているh区域とi区域の連携に関係する主な関係者等で協議する場を設置する。



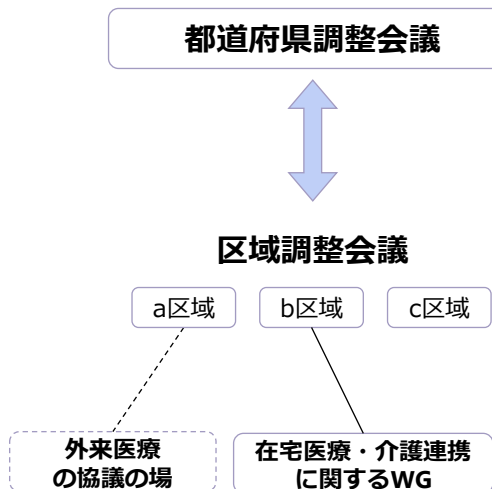
協議体の運営の例（外来・在宅医療、介護との連携）

- 2040年に向けた地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、議題や都道府県の体制に応じてあらかじめ決定した構成員で協議を行うほか、議題に応じたワーキンググループごとに参加者を設定することや、ワーキンググループを新たに設置せず既存の他の協議体の議論をもって代えること等、柔軟に体制を設定し、効率的に協議を進める柔軟な会議運営を行う。

考えられる運営の例

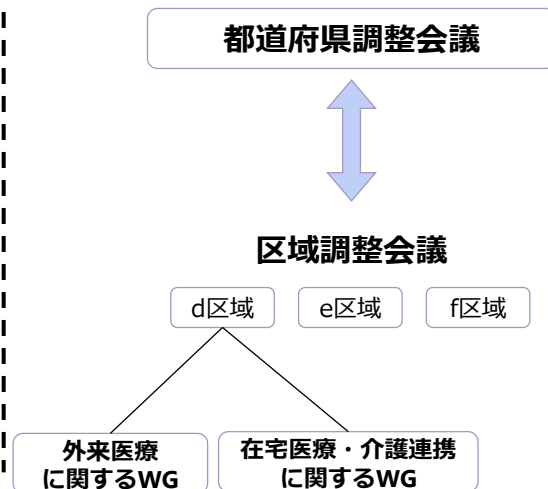
区域ごとの課題に応じた協議

- 区域ごとの現状・課題等に応じ、a区域では、外来医療提供体制の維持について課題となっていることから、外来医療の協議の場を活用して協議を行う。
- b区域においては、在宅医療・介護連携の個別課題については、市町村単位で在宅医療・介護連携に係るワーキンググループを設置し協議を行う。
- いずれも区域調整会議へ報告をもって、調整会議における協議に代えることとした。



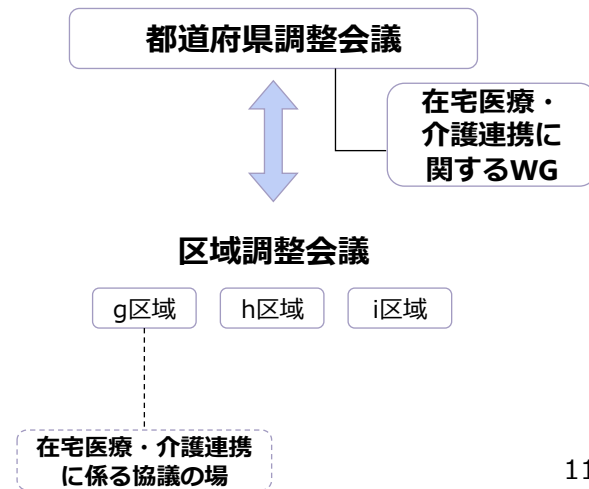
同区域内でテーマ別のWG設置

- d区域は県庁所在地を含んでおり、人口規模が大きく関係者も多いことから、テーマ別のワーキンググループを設置する。
- 外来医療、在宅医療・介護連携に関するワーキンググループそれぞれにおいて、テーマに関係する参加者を設定し、柔軟に協議を進める。



都道府県単位で個別のテーマを取扱う

- 都道府県調整会議の下に設置した在宅医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、慢性期の医療需要の見込みの把握や在宅医療の提供の方向性等を協議することとした。
- g区域では、上記方向性を踏まえ、在宅医療・介護連携の個別課題について、既存の在宅医療・介護連携に係る協議の場で協議を行い、調整会議での議論に代えることとした。



(参考) 地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

都道府県

圏域

医療計画

都道府県医療審議会

- ・ 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

【医療法第72条】

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・ 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

【医療法第30条の23】

作業部会（医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置）

- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

【医療計画作成指針】

連携

圏域連携会議（必要に応じて設置）

- ・ 必要に応じ圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

【医療計画作成指針】

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

（二次医療圏単位での設置が原則）

- ・ 医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議
- ・ 地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能

【総合確保方針】

地域医療構想

地域医療構想調整会議 （都道府県単位）

- ・ 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・ 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

地域医療構想調整会議 （構想区域単位）

- ・ 将来の医療機関機能の見通しを踏まえた医療機関機能の分化及び連携を推進するための方策、その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議

【医療法第30条の14】

在宅医療・介護連携推進事業に係る協議の場

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業において、在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策について協議

【地域支援事業実施要綱】

医療計画

外来医療計画

（外来・かかりつけ医機能）

外来医療の協議の場

（二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置）

- ・ 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・ 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

かかりつけ医機能の協議の場

- ・ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

【医療法第30条の18の5】

関係者に期待される役割等

関係者に期待される役割等

都道府県

- ・ 地域医療構想の策定及び推進の主体として、地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援を実施
- ・ 介護担当部局との連携による介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、市町村職員に対する必要な支援の実施
- ・ 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村との連携等）
- ・ 患者の流入等に対する、都道府県間での連携による取組の推進

市町村

- ・ 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力
- ・ 市町村立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力
- ・ 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、都道府県との連携による介護に係る課題の共有、医療と介護の連携の推進
- ・ 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携による取組の推進

大学病院本院

- ・ 診療の他、都道府県との連携による、人的協力や人材育成の取組の推進

医療関係者

- ・ 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進へ積極的に関与
- ・ 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画

公立・公的病院等

- ・ 市町村と同様、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力

医療保険者

- ・ 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加
- ・ 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定
- ・ 都道府県及び市町村は、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進

介護関係者

- ・ 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力
- ・ 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担う
- ・ 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制を整備

地域医療構想 アドバイザー

- ・ データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化
- ・ 医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、医療計画の策定・推進にも一貫して助言

住民の参加について

- 地域医療構想について、地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や住民参加を進めるとともに、進捗状況や取組内容を適切に公表し、理解を得ながら取組を推進することが重要。

地域医療構想調整会議等への住民参加の推進

- 地域医療構想について、地域住民の理解を深めるため、地域医療構想調整会議への地域住民代表者の参画等を推進することが重要。

地域医療構想の策定に向けた積極的な情報公開

- 地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の整理、対応案の検討・決定といった各段階において、検討内容や方向性を整理した案を公表することが求められる。
- その際、例えば、都道府県等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民の意見を十分に把握できるよう努めることが重要。

地域医療構想の取組の進捗の共有

- PDCAサイクルに基づき、地域医療構想の取組の進捗を継続的に把握し、必要に応じて見直しを行う際、進捗状況や取組の内容について、都道府県や関係する医療関係者だけでなく、地域住民とも共有できるよう、適切に公表し、理解を得ながら進めていくことが重要。

調整会議への住民参加の例

つくば地域医療構想調整会議 委員名簿

区分	委員名		備考
	氏名	役職名	
医療関係団体	医師会	つくば市医師会長	
		茨城県きぬ医師会長	
	歯科医師会	つくば地区歯科医師会長	
	薬剤師会	つくば薬剤師会会長	
	看護協会	看護協会つくば地区理事	
	病院協会	水海道さくら病院長	
保険者		カスミ健康保険組合	
福祉関係団体		つくば市社会福祉協議会 副会長	
介護事業者		つくば特別養護老人ホーム連絡会 会長	
住民代表		つくば市区会連合会 副会長	
市町村		つくば市長	
		つくばみらい市長	
		常総市長	
基幹病院等		筑波大学附属病院長	
		筑波メディカルセンター病院長	
		筑波学園病院院長	
		水海道西部病院院長	
		つくば双愛病院院長	
		いちはら病院院長	
		医療法人社団筑波記念会理事長（筑波記念病院）	
		医療法人社団恵仁会理事長（筑波中央病院）	
学識経験者	消防	つくば市消防本部消防長	
保健所		つくば保健所長	

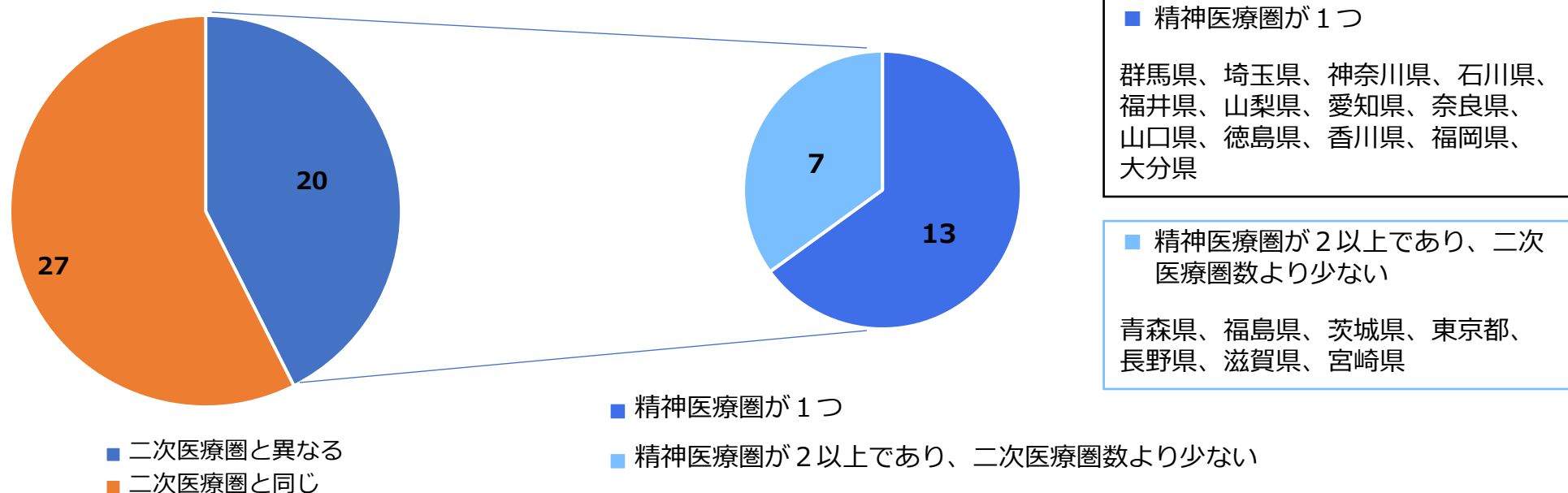
精神医療圏について

圏域の設定

出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和8年6月10日付け医政地発0610第1号）

- (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。

都道府県別の精神医療圏の設定状況 精神医療圏が二次医療圏と異なる都道府県の設定状況



(参考) 都道府県における精神医療圏等の設定状況

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

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

精神医療圏（二次医療圏）に精神病床が存在する場合と存在しない場合の例

精神病床が精神医療圏（二次医療圏）ごとに存在する例（佐賀県）

【県内の精神病床を有する病院、診療所の設置状況】



- 県内の医療提供体制は、精神病床を有する病院が18病院あり、医療圏に複数箇所存在する。
- 一般的な精神疾患等に対応する医療については主に診療所で対応し、高い専門医療については肥前精神医療センターや佐賀大学附属病院が中核医療機関として対応するなど幅広い医療を提供できる体制が整っている。

出所：「第8次佐賀県保健医療計画」より抜粋

精神病床が精神医療圏（二次医療圏）に存在しない例（京都府）

- 昭和63年策定の「京都保健医療計画」の中で設定した6つの二次医療圏に着いて病床の誘導や規制を行ってきた経過を踏まえる必要がある。
- 福祉サービスを含めた包括的なサービス提供を行うため、広域行政区域や高齢者保健福祉圏域、地域包括ケア構想における構想区域との整合性を図る必要がある。



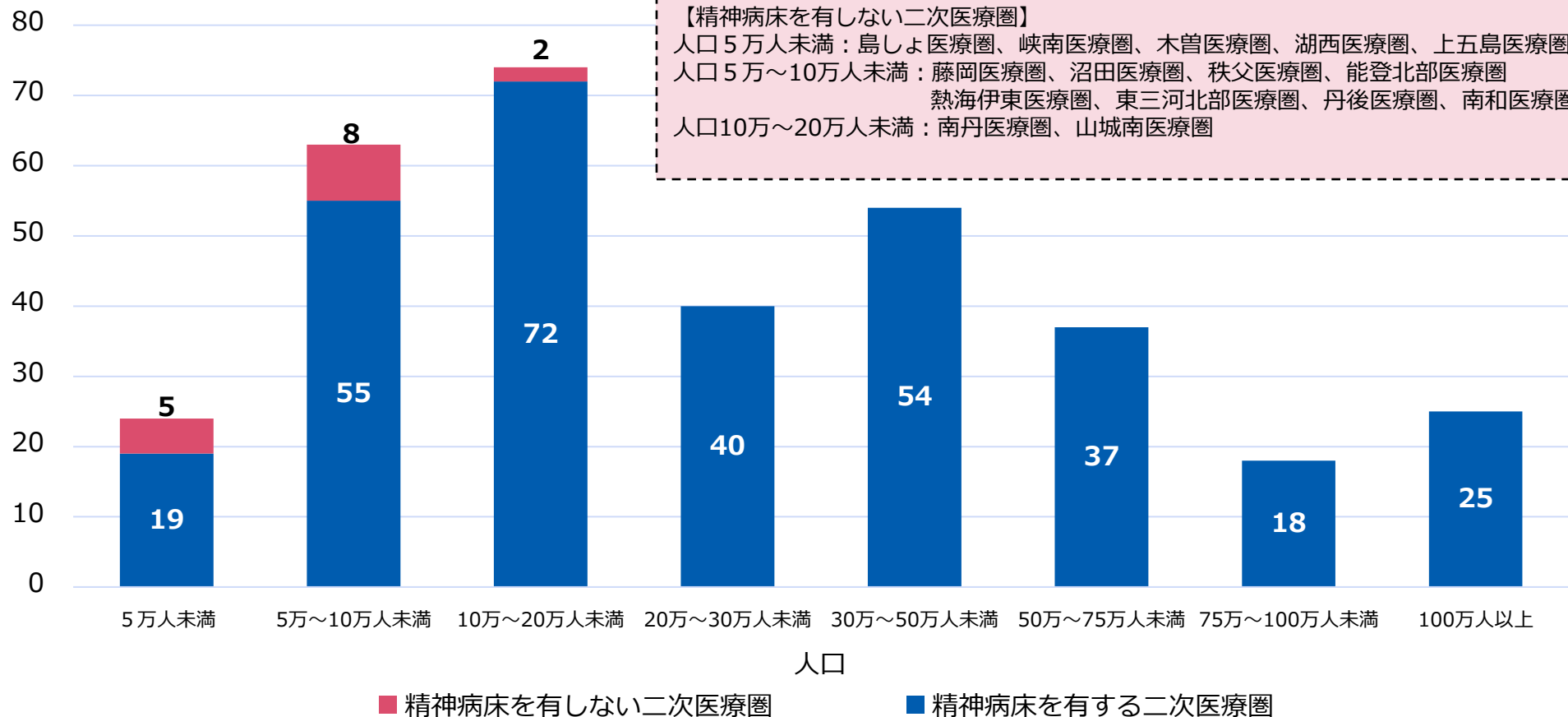
出所：「京都府保健医療計画」より抜粋

人口別の二次医療圏における精神病床の有無

- ・ 二次医療圏内の精神病床数について、病床数が0である医療圏は15存在する。
- ・ 2040年時点において人口20万人未満の二次医療圏については、区域設定の見直しが検討されている。また、精神病床を有しない二次医療圏は、いずれも人口20万人未満となっている。

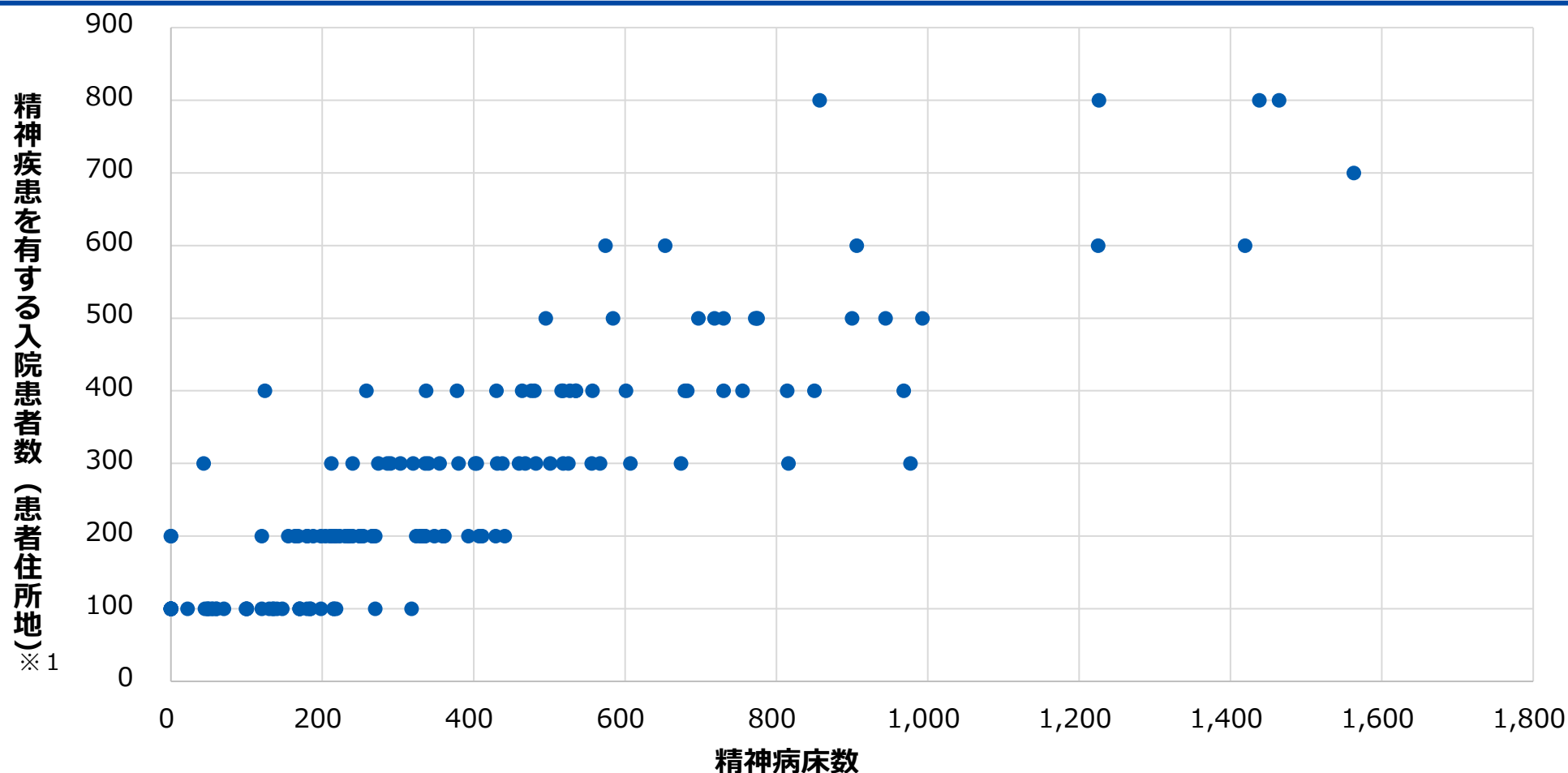
二次医療圏数

人口別の二次医療圏



二次医療圏（20万人未満）における精神病床数と精神疾患を有する入院患者数

- 人口が20万人未満の二次医療圏に居住する精神疾患を有する入院患者数と当該医療圏に所在する精神病床数をみると、精神病床数が増えると入院患者数も増える傾向にある。他方で、精神病床がない医療圏であっても、精神疾患を有する入院患者数は一定程度存在する。

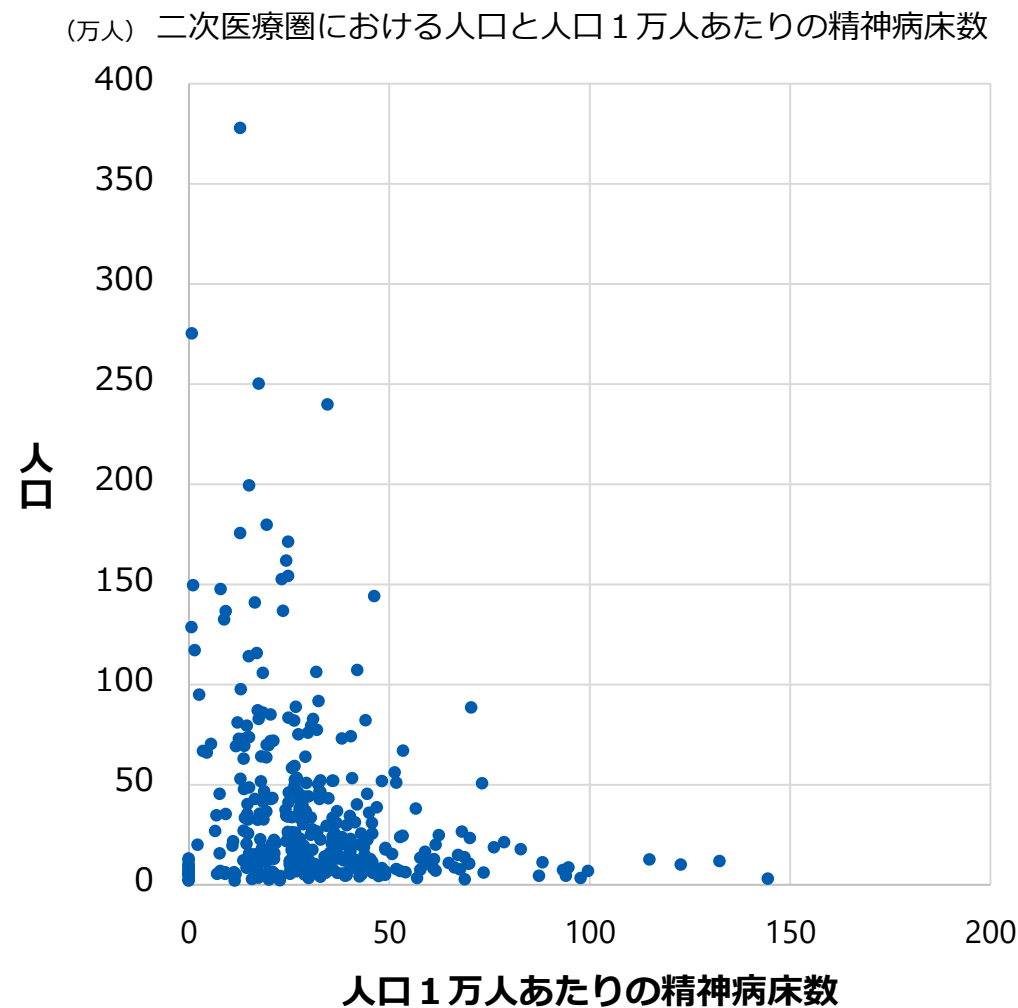
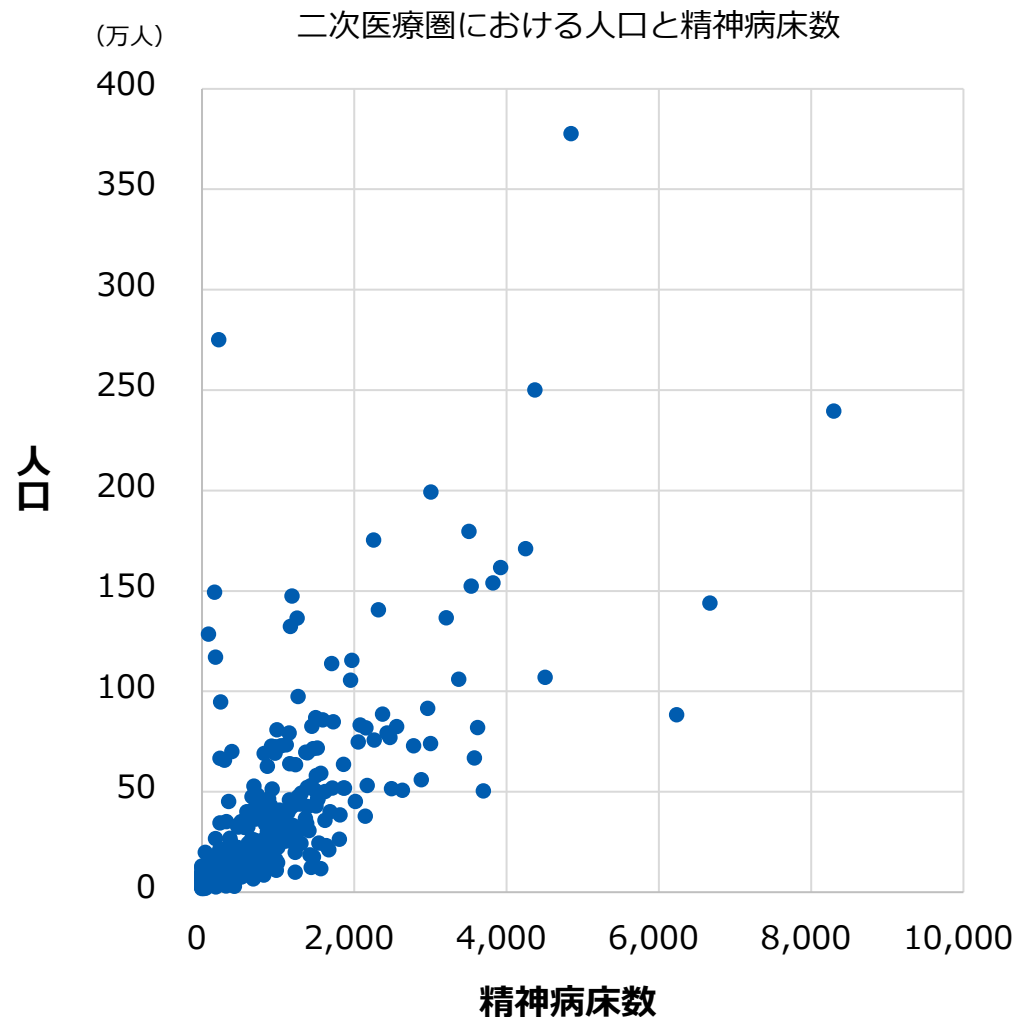


（注） 患者数が49人以下の医療圏は本散布図からは除外。

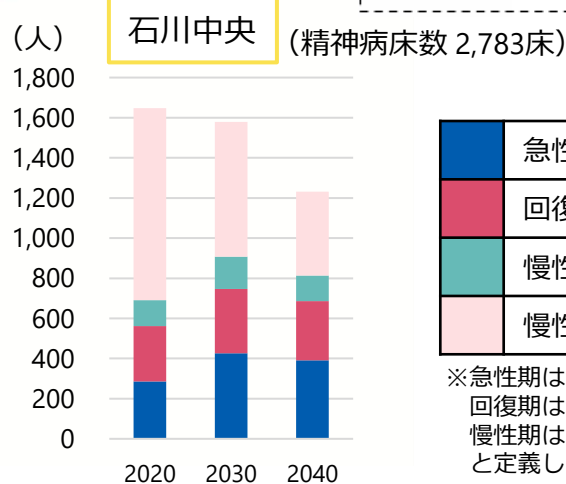
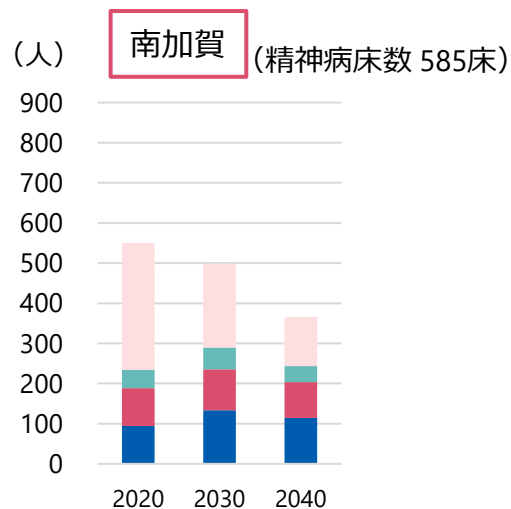
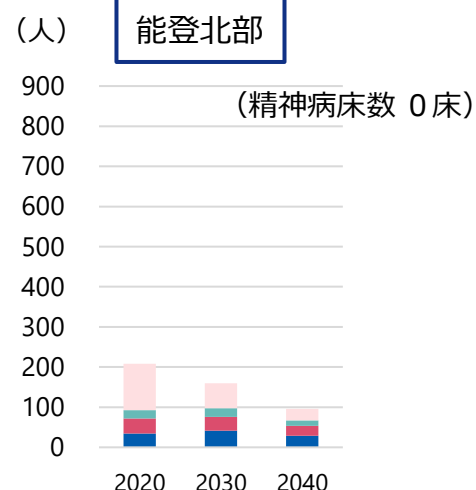
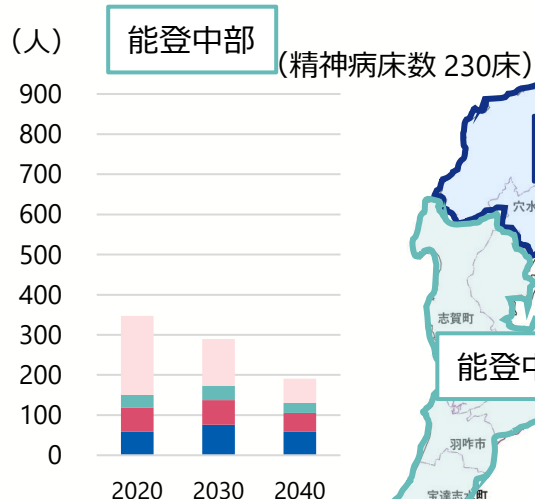
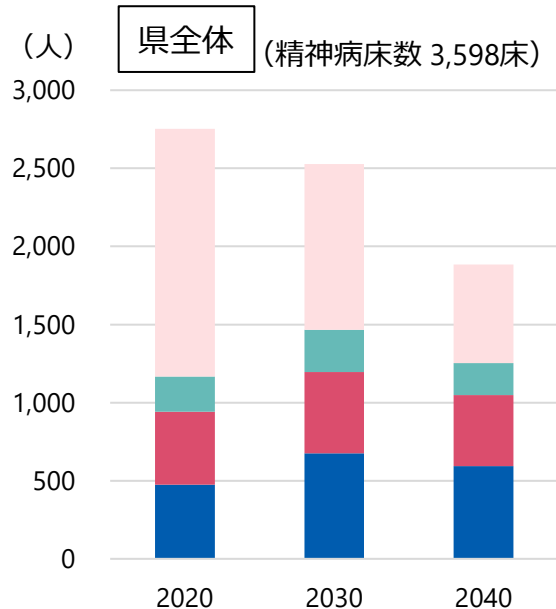
（※1） 精神疾患を有する患者数は、患者調査における「精神及び行動の障害」の入院患者数である。

二次医療圏における人口と精神病床数

- 二次医療圏の人口と当該医療圏に所在する精神病床数をみると、人口が増えると精神病床数も増える傾向にある。
- 他方で、二次医療圏の人口と当該医療圏に所在する人口1万人あたりの精神病床数をみると、人口が多い一部の医療圏において人口あたりの精神病床数が少ない等、人口あたりの精神病床数に差がみられる。



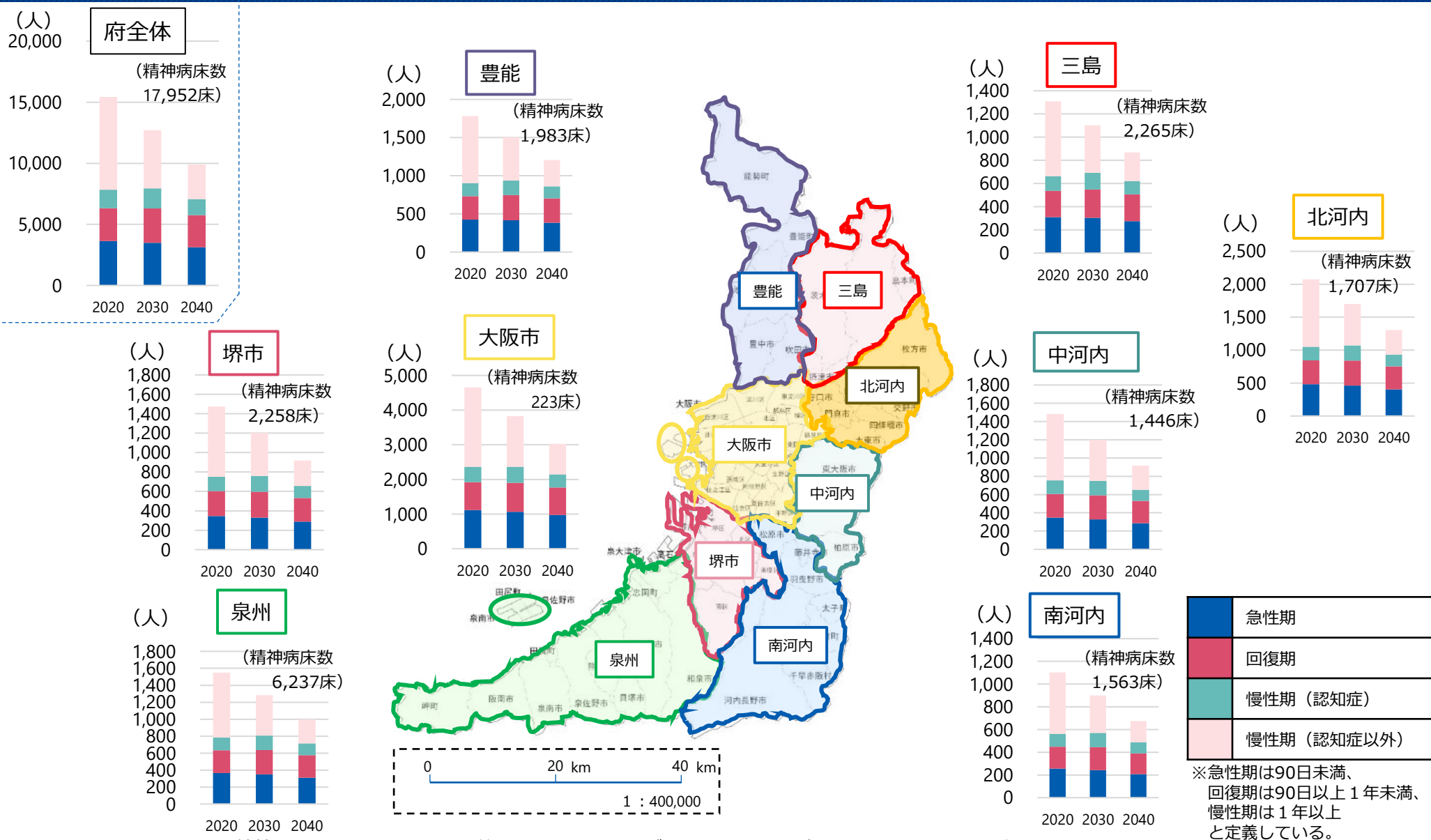
都道府県と二次医療圏別の推計入院患者数推移の例（石川県）



	急性期
	回復期
	慢性期（認知症）
	慢性期（認知症以外）

※急性期は90日未満、
回復期は90日以上1年未満、
慢性期は1年以上
と定義している。

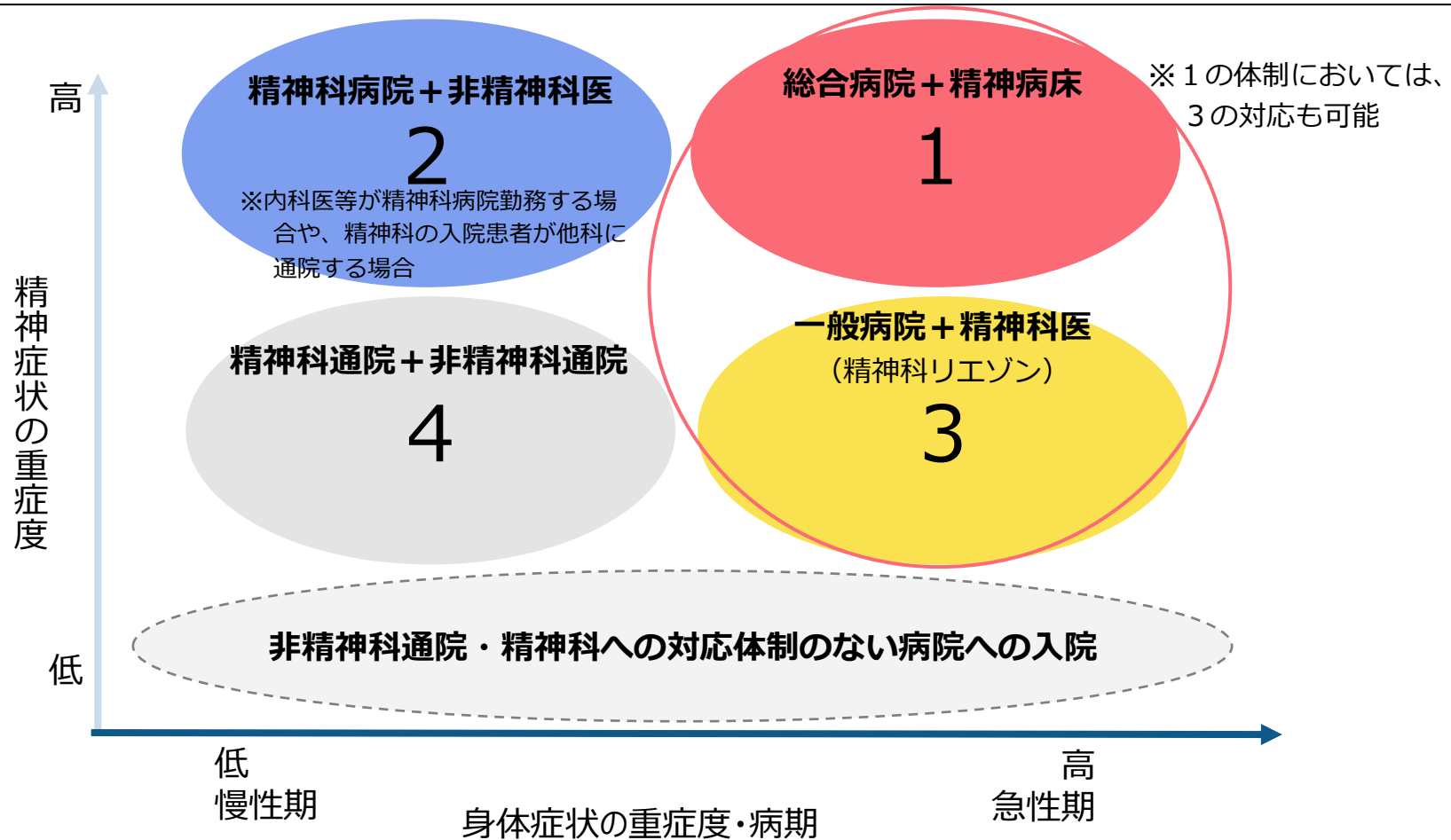
都道府県と二次医療圏別の推計入院患者数推移の例（大阪府）



出典：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班（研究代表者：黒田 直明）により作成
精神病床数については、厚生労働省「医療施設調査」（令和5年）を使用

精神身体合併症の重症度別の診療場所について（イメージ）

- 精神身体合併症への対応は、精神症状の重症度と身体症状の重症度・病期に応じて、対応する医療機関が異なるとの指摘がある。
- 身体症状の重症度が高く精神症状もある患者への対応については、精神病床を有する総合病院や、精神科医が対応可能な総合病院が必要である。また、精神科リエゾンを提供可能な一般病床においては、幅広い身体症状に精神症状を併存した患者への対応が期待される。

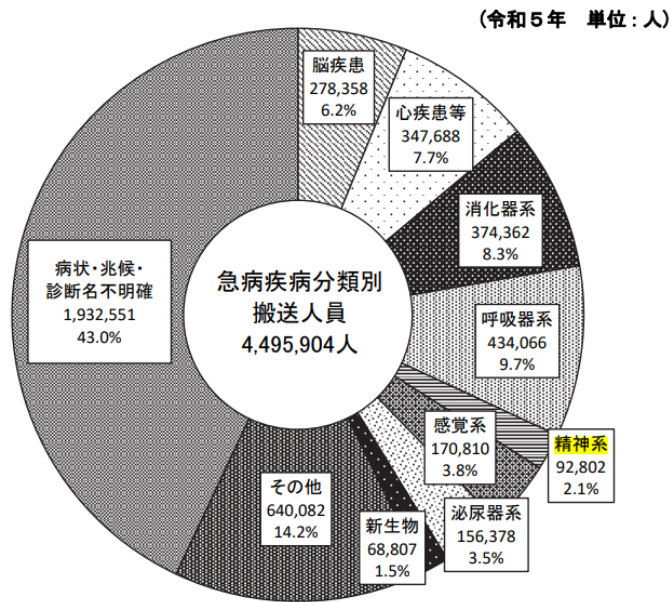


疾患別の病院収容平均所要時間

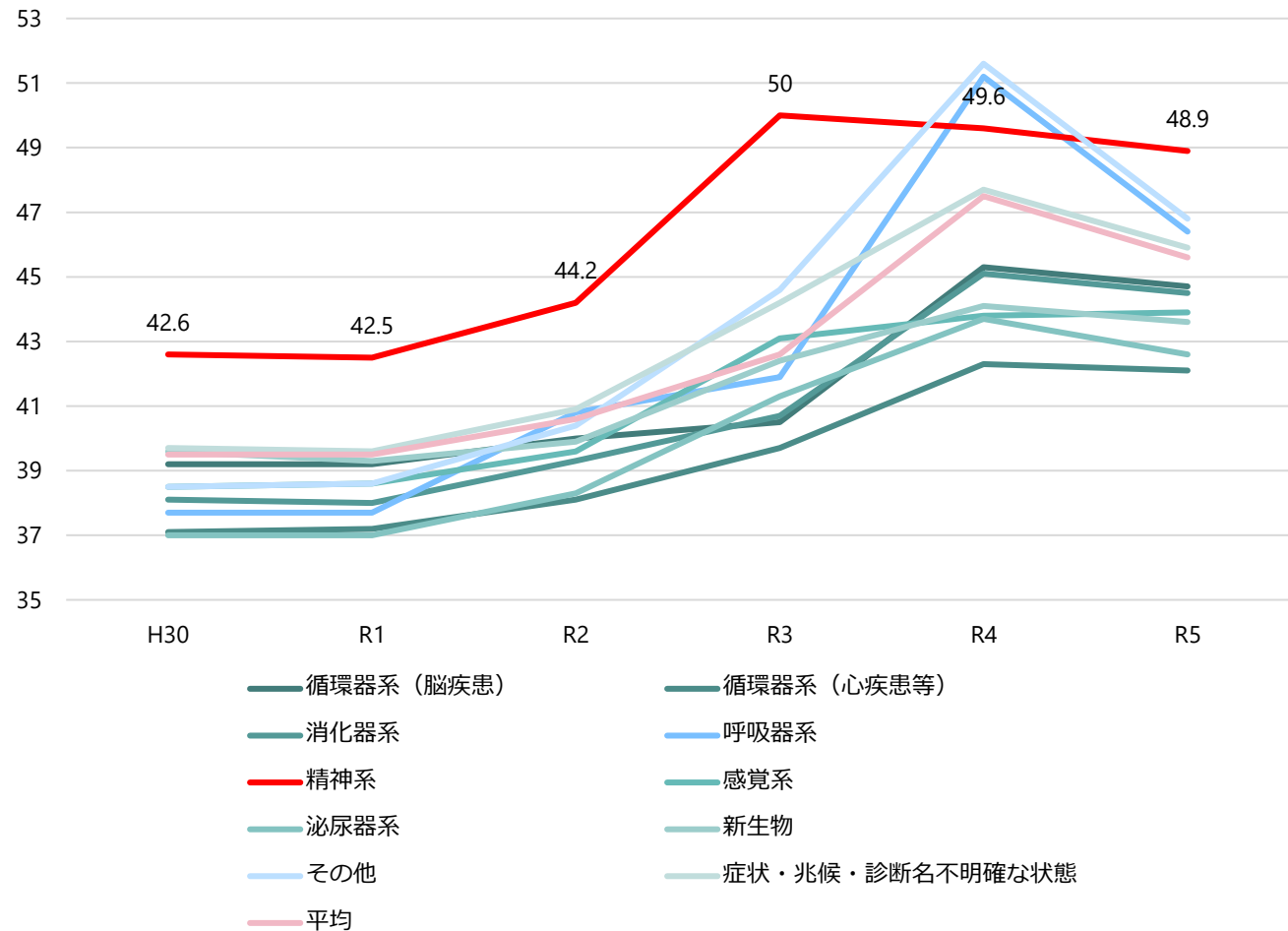
診調組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

- 「精神系」による救急搬送人員数は92,802人であり、全搬送者数の2.1%であった。
- 救急搬送に係る時間を傷病別に見ると、「精神系」は他疾患と比較して長い傾向にある。

第22図 急病の疾病分類別の搬送人員



覚知から医師引継ぎまでに要した時間 (分)



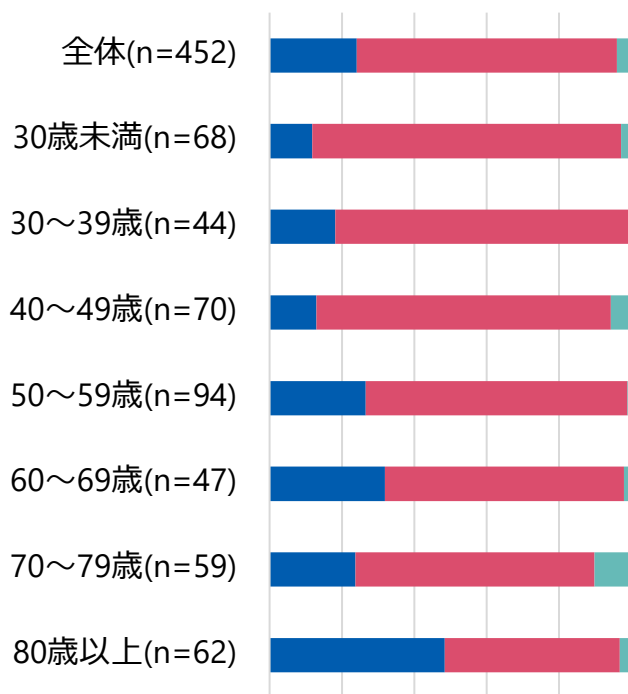
精神病床に入院する患者が抱える身体合併症の種類等

中医協 総-1
7.10.24

- 精神疾患を有する入院患者は高齢化しているところ、身体合併症を抱えながら精神病床に入院する患者の割合は、高齢患者において多い傾向にあった。
- 患者が抱える身体合併症の種類は、精神身体合併症管理加算の対象疾患である急性疾患以外に、生活習慣病が多くを占めていた。

身体合併症の有無（年齢区分別）

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ あり（治療の有無を問わない）

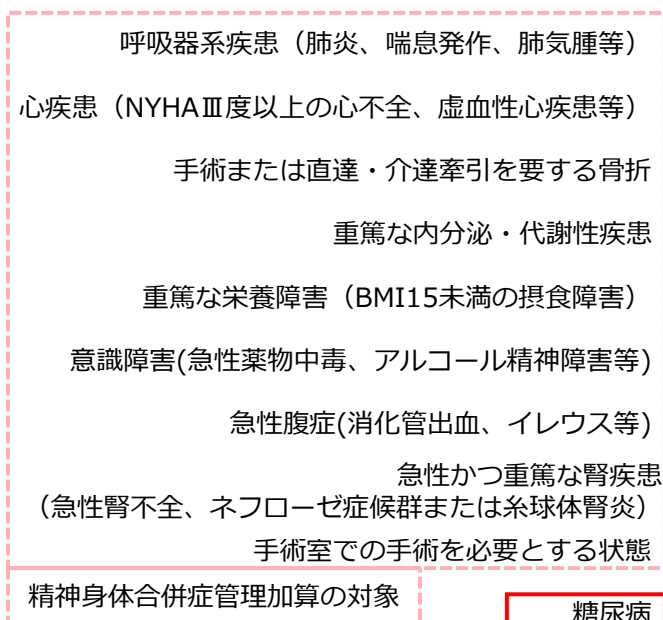
■ なし

■ 無回答

身体合併症の種類ごとの患者割合（n=109）

(%)

0 10 20 30 40



糖尿病

高血圧

脂質異常症

その他

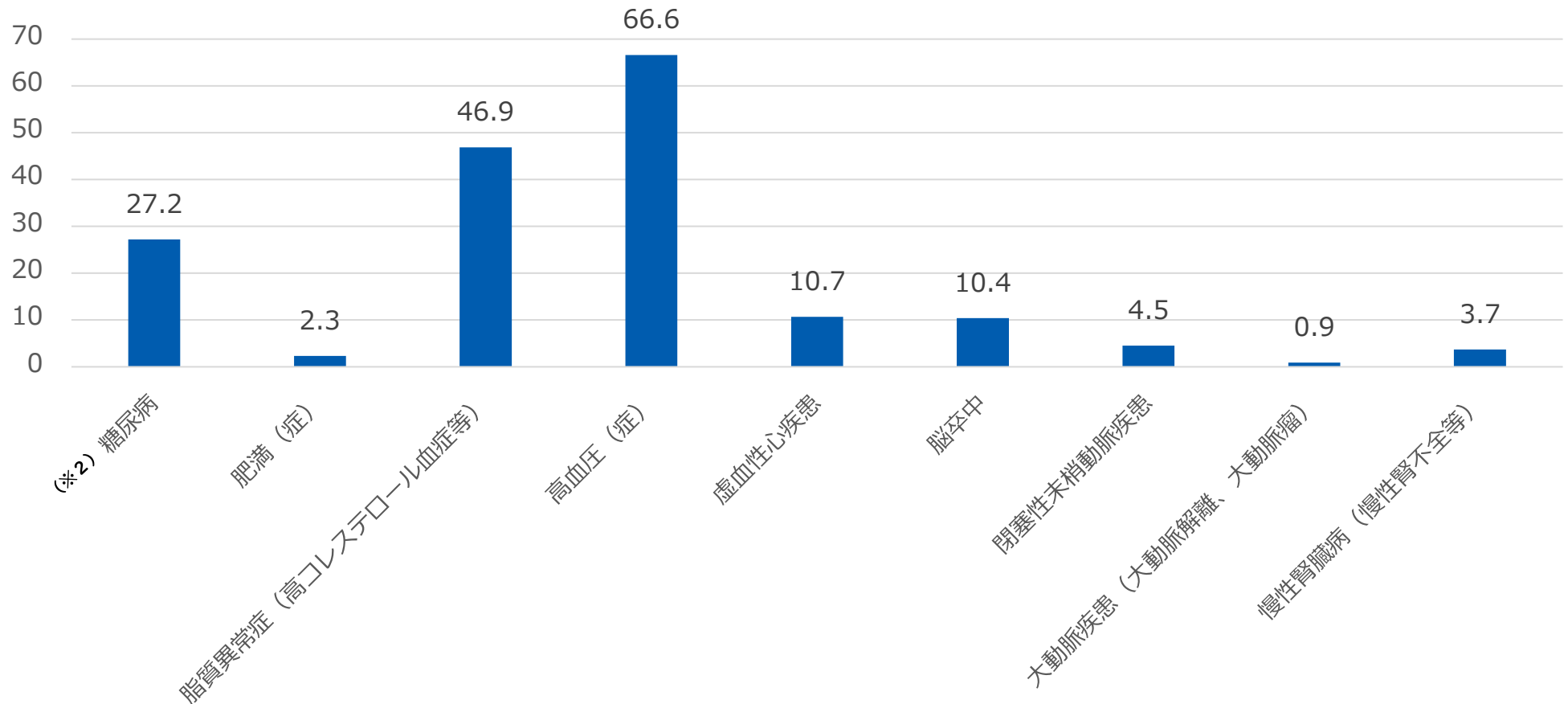
無回答

副傷病を併存する精神疾患患者数（外来）

- 精神疾患を有する外来患者の副傷病については、高血圧、脂質異常症、糖尿病等が見られる。

（単位：万人）

副傷病別患者数^{（※1）}



※1 複数の副傷病を併発している場合には、それぞれの副傷病に計上されている。「その他の疾患」以外の副傷病を示している。なお、「その他の疾患」は、264.6万人であった。

※2 「糖尿病（合併症を伴わないもの）」「糖尿病（性）腎症」「糖尿病（性）眼合併症」「糖尿病（性）神経障害」「上記以外の合併症を伴う糖尿病」が計上されている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

【実施主体】都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する。また、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから、都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化した上で、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

※構築推進事業と構築支援事業はそれぞれ単独で実施することが可能

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

【実施主体】国

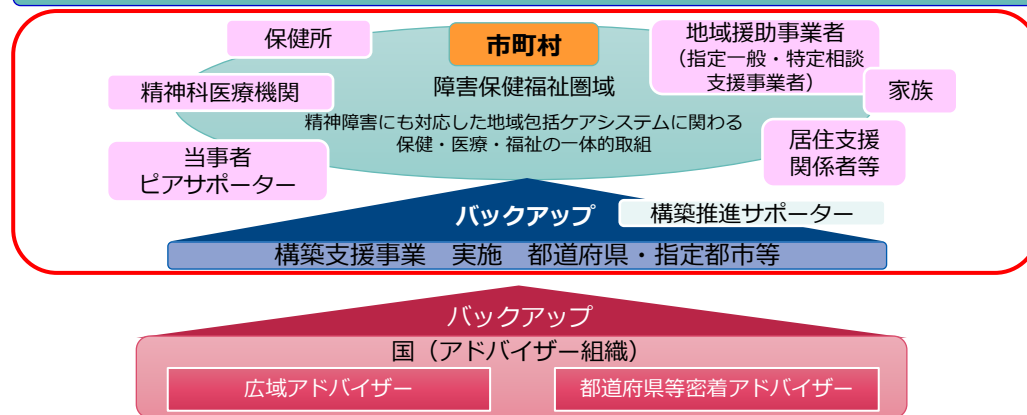
- 国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。
- 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等と連携し、障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）及び市町村における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。
- 関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

【事業内容】（1のうち協議の場の設置は必須）

1. 精神保健医療福祉体制の整備に係る事業
2. 普及啓発に係る事業
3. 住まいの確保と居住支援に係る事業
4. 当事者、家族等の活動支援及びピアサポートの活用に係る事業
5. 精神医療相談・医療連携体制の構築に係る事業
6. 精神障害を有する方等の地域生活支援に係る事業
7. 地域生活支援関係者等に対する研修に係る事業
8. 市町村等における相談支援体制の構築に係る事業
9. その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業



◆ 個別相談・支援（オンライン、電話、メール）、現地での技術的助言、都道府県等研修への協力 等

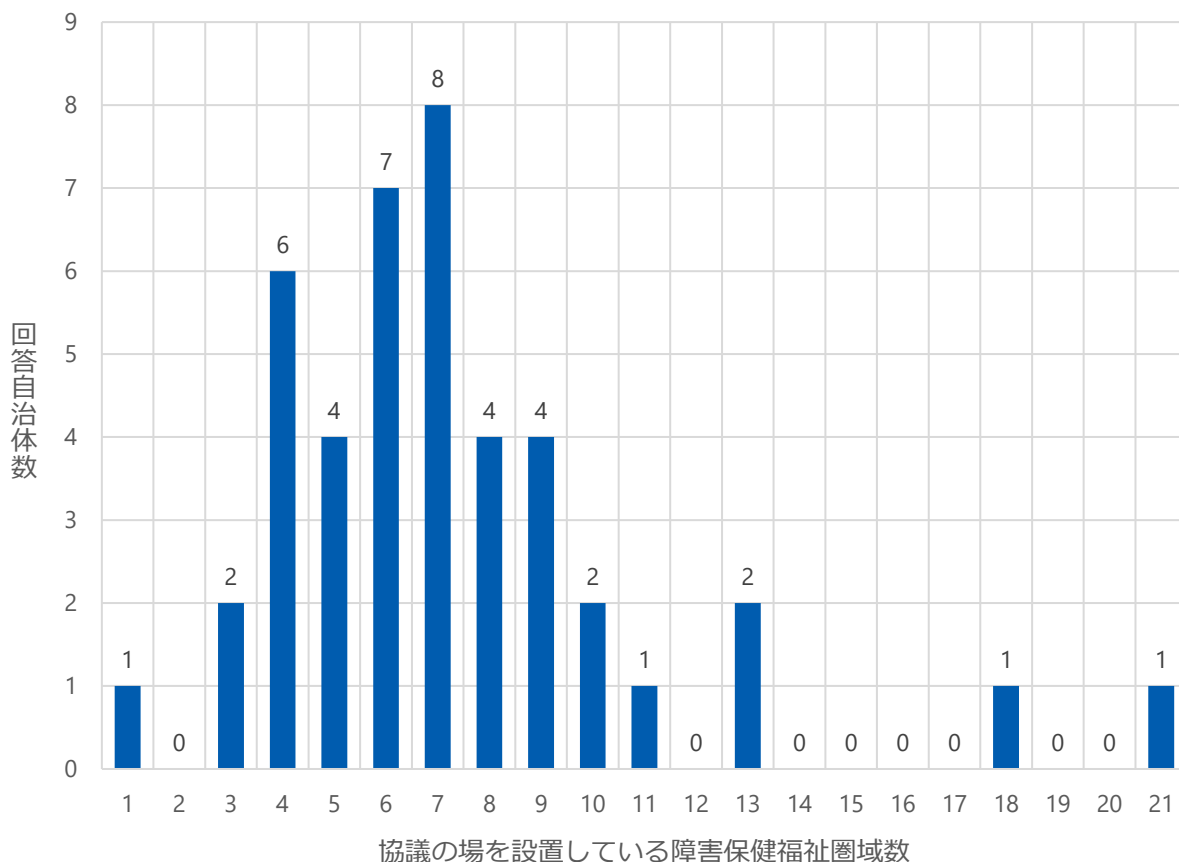
国（構築支援事業事務局）

全国会議の企画・実施、普及啓発イベントの開催、アドバイザー（広域・密着AD）等の合同研修会の開催、地域包括ケアシステム構築に向けた取組に資する事例集の作成、地域包括ケアシステム構築状況の評価、市町村における相談支援業務に係る指導員育成のための研修開催 等

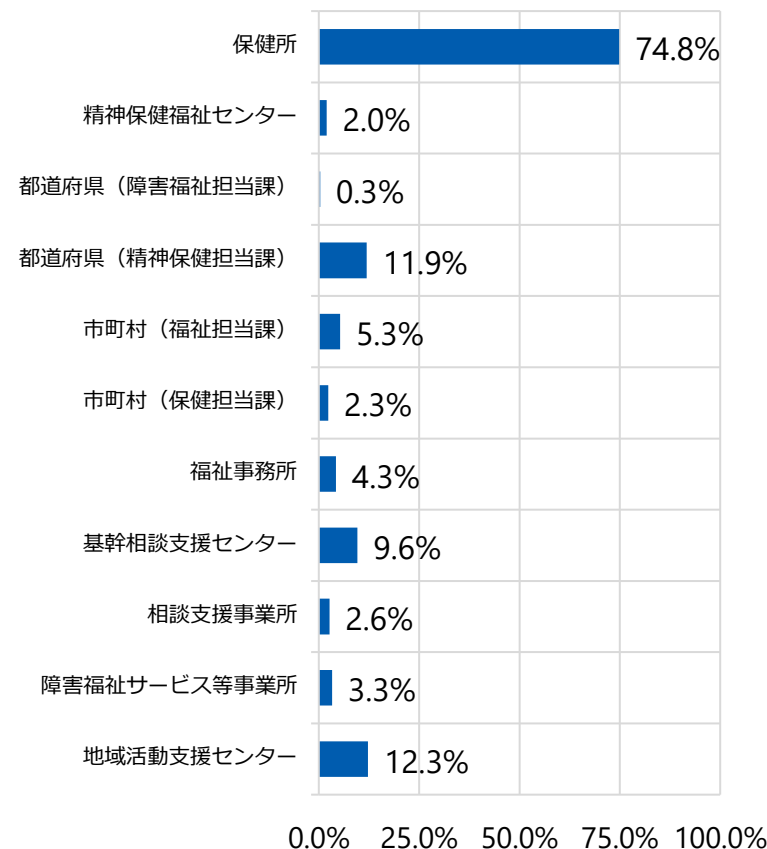
保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置状況等

- 都道府県への調査によると、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る保健・医療・福祉関係者による協議の場を障害保健福祉圏域において一定程度設置しており、保健所が事務局を実施していることが多い。

障害保健福祉圏域の協議の場の設置状況 (n=43) ※1



協議の場の事務局を担う機関 (n=43) ※1

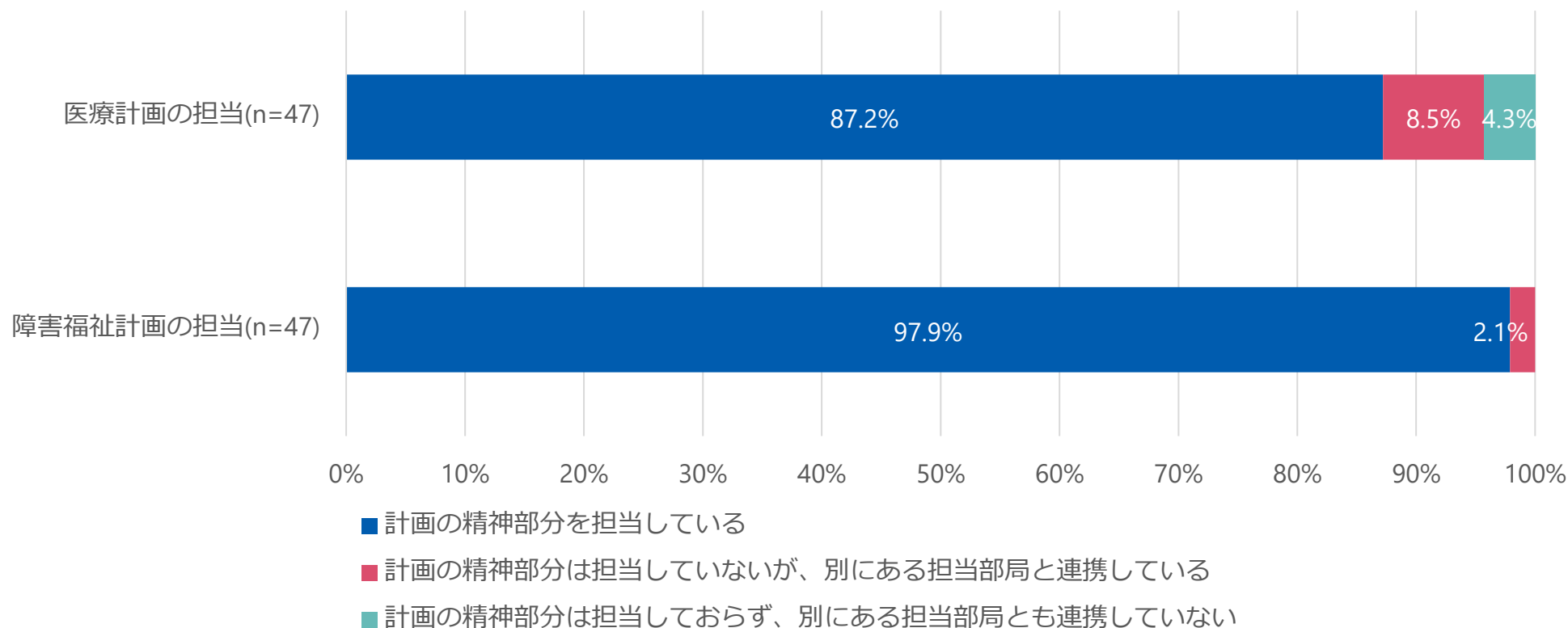


※1 障害福祉圏域単位の協議の場を設置している43箇所の都道府県のうち全数が回答

「にも包括」事業の担当部局と医療計画の担当部局との連携状況

- 都道府県を対象とした調査によると、「にも包括」の担当部局の87.2%が、医療計画の精神部分を担当しており、残るうちの8.5%が医療計画の担当部局と連携をしている。

「にも包括」事業担当部局における医療計画・障害福祉計画の担当
および担当部局との連携状況



構想区域・地域医療構想調整会議等に係る現状と論点

現状

【構想区域】

- 構想区域は、二次医療圏と原則一致するものとして設定してきており、2040年に向けた医療提供体制の構築の単位としてされて、構想区域の見直しを検討するとともに、第9次医療計画に向け、二次医療圏も構想区域と原則として一致させていく必要がある旨を示している。また、将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、2040年時点の人口規模として20万人以上を目安に検討することとしている。
- 医療計画における精神医療圏については、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としているなか、現状、約6割の都道府県は精神医療圏と二次医療圏が一致している。また、二次医療圏内の精神病床数が0である医療圏は全国に15圏域（330圏域中）存在しているが、精神疾患を有する入院患者が一定数発生している。

【地域医療構想調整会議・各関係者に期待される役割】

- 地域医療構想に係る協議の場として、都道府県は、都道府県単位（都道府県調整会議）及び各構想区域単位（区域調整会議）で地域医療構想調整会議を設置することとしている。
- 2040年に向けた地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、議題や都道府県の体制に応じてあらかじめ決定した構成員で協議を行うほか、議題に応じたワーキンググループごとに参加者を設定することや、ワーキンググループを新たに設置せず既存の他の協議体の議論をもって代えること等、柔軟に体制を設定し、効率的に協議を進める柔軟な会議運営を行うこととしている。
- 精神医療提供体制においては機能分化、精神科以外の診療科との連携が進められており、特に身体合併症の対応については医療機関の役割分担を明確化していくこととしている。また、精神保健・福祉に関しては、障害福祉計画において障害福祉圏域等に協議会の設置を求めており、同様に精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る協議体も障害福祉圏域を基本とし、重層的な連携による支援体制を構築することとしている。

論点

- 地域医療構想の構想区域における精神病床の実情や身体合併症を有する患者の状況を踏まえ、当該区域の住民に対する医療提供体制や外来・在宅医療、介護・福祉との連携体制や精神保健との関わりをどのように確保するかといった観点から、一般医療・精神医療が同一の構想区域をもとに関係者が協力して地域ごとの課題を共有し、必要な取り組みを進めていくことを前提としてはどうか。
- また、医療提供体制の構築にあたっては、構想区域ごとの医療需要を踏まえつつ議論を行うことが基本となるが、精神医療については、これまでの精神医療圏を踏まえた取組等があることも踏まえ、地域医療構想調整会議の運営を構想区域ごとで行うだけでなく、一般医療と同様に、議題に応じて例えば隣接する構想区域が合同で開催する（都道府県単位を含む。）など、柔軟に行うこととしてはどうか。

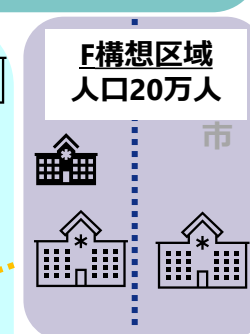
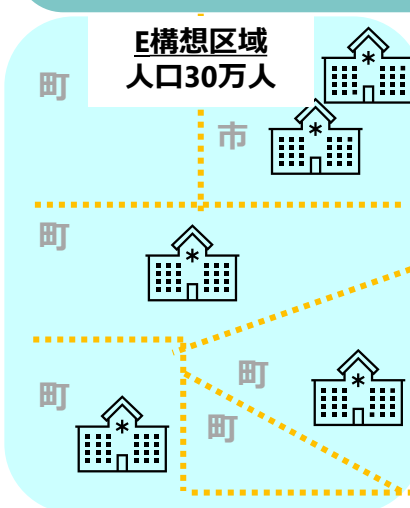
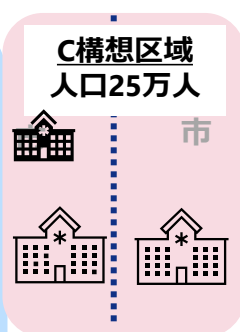
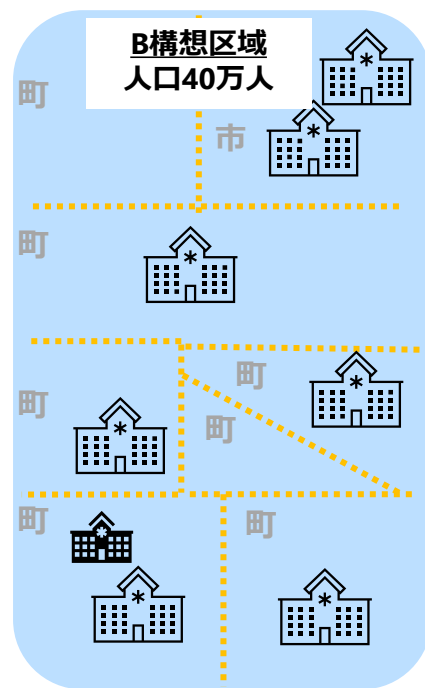
構想区域の状況を踏まえた調整会議の開催方法の例（イメージ）

- 精神科病院の設置状況は構想区域ごとに様々であり、精神科の入院医療の対応方針によって、例えば、単独の構想区域における調整会議（WGや部会を含む。）で議論する方法や精神科の入院医療を一体的に対応する圏域の調整会議等を合同で開催する方法等が考えられる。

- 構想区域単位の調整会議又はWG等で精神の入院医療について議論。

- B構想区域とC構想区域で精神科の入院患者を一体的に対応する場合、両区域で調整会議等を合同開催。精神の入院医療について議論。

- 全県（D・E・F構想区域）で精神科の入院患者を一体的に対応する場合、全区域の調整会議等を合同開催。精神の入院医療について議論。



一般病院



精神科病院

※県を3圏域としている場合

1. 構想区域・地域医療構想調整会議等について
2. 病床機能について

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

- 病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

- 病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、「回復期機能」について、「**包括期機能**」として位置づけを見直している。
- 報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	・ 救命救急入院料 ・ 特定集中治療室管理料 ・ 小児特定集中治療室管理料 ・ 新生児特定集中治療室管理料 等
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	・ 急性期病院A、B一般入院料 ・ 急性期一般入院料 1～6 ・ 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） ・ 小児入院医療管理料 1～3 等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ※新たに追加 ・ 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	・ 地域一般入院料 1～3 ・ 地域包括医療病棟入院料 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ・ 地域包括ケア病棟入院料 等
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・ 療養病棟入院料 1～2 ・ 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・ 特殊疾患病棟入院料 等

病床機能報告における報告の目安

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - ハイケアユニット入院医療管理料 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 - 総合周産期特定集中治療室管理料 - 新生児治療回復室入院医療管理料 - 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	- 急性期病院A、B一般入院料 - 急性期一般入院料 1 ～ 6 - 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） - 専門病院入院基本料（7:1、10:1） - 小児入院医療管理料 1 ～ 3
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	・地域一般入院料 1 ～ 3 ・専門病院入院基本料（13:1） ・有床診療所入院基本料 1、4 ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料 4、5 ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・療養病棟入院料 1 ～ 2 ・障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・有床診療所入院基本料 2、3、5、6 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

(参考) 病床機能に係る法制度

医療法(抄) ※令和10年4月1日施行

第三節 地域における医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携の推進

第三十条の十三 病院であつて感染症病床及び結核病床以外の病床を有するもの又は診療所であつて療養病床若しくは一般病床を有するものの管理者は、地域における医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病院又は診療所の医療機関機能に応じ厚生労働省令で定める区分及び病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（以下「病床の機能区分」という。）に従い、次に掲げる事項を当該病院又は診療所の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

医療法施行規則(抄) ※令和9年4月1日施行

第四章の二の三 地域における医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携の推進

(医療機関機能及び病床の機能の区分)

第三十条の三十三の二の五

2 法第三十条の十三第一項の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げるとおりとし、その定義は当該各号に定めるとおりとする。

- 一 高度急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
- 二 急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの（前号に該当するものを除く。）
- 三 包括期機能 高齢者その他の者に対し、治療並びに入院早期からのリハビリテーションその他の早期の在宅復帰に向けた療養上必要な管理及び支援を一体的に行うもの又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療若しくはリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、A D L（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）
- 四 慢性期機能 長期にわたり療養が必要な患者（長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。）を入院させるもの

(将来の病床数の必要量の算定)

第三十条の二十七の四 構想区域における将来の病床数の必要量は、病床の機能区分ごとに別表第六の一の項に掲げる式により算定した数とする。この場合において、同一都道府県における当該数の合計数は、病床の機能区分ごとに同表の二の項に掲げる式により算定した数の当該同一都道府県における合計数をそれぞれ超えないものとする。

病床整備の考え方について

病床整備の方向性

- **入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要である。**
- 構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と2040年の必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、**背景にある医療需要の動向や病床の利用実態等を把握した上で、医療機関機能の確保の方向性を踏まえ、各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める。**

病床整備の留意点

①病床機能報告と必要病床数の比較について

- 病床機能報告に基づく病床数と必要病床数については、それぞれ算出方法が異なり、両者の数値を比較し、マククの病床規模を把握していくことは引き続き重要であるものの、入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、**両者に差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。**

②既存の病床の活用について

- ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、**既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討することも重要である。**

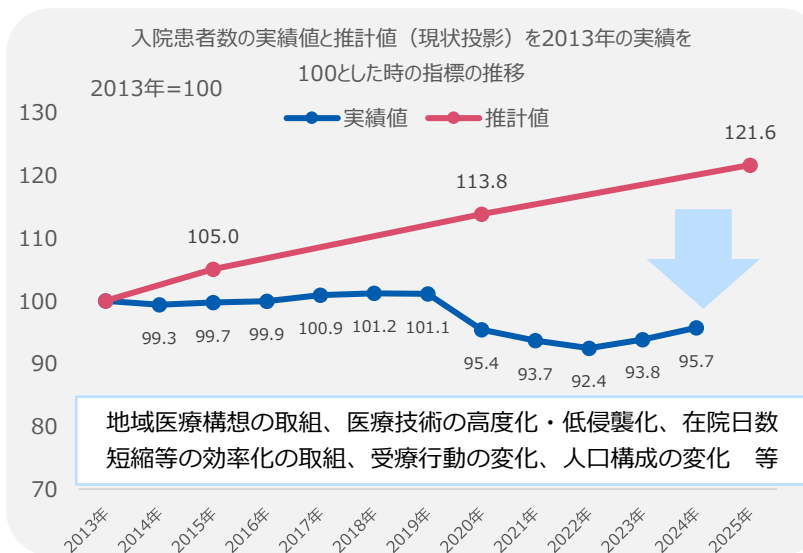
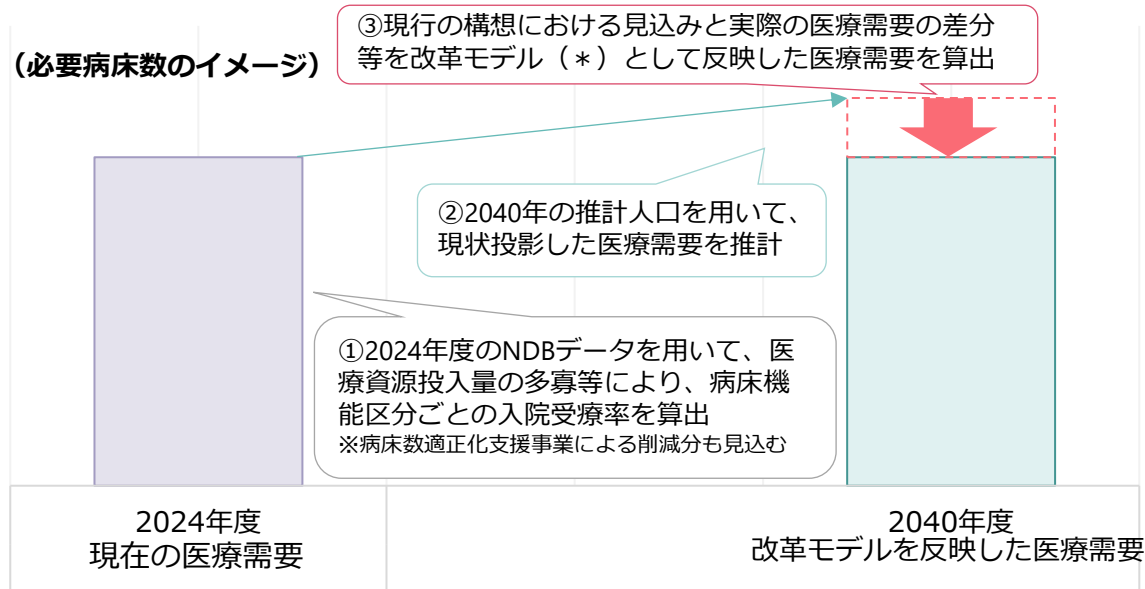
③構想区域内の地域差を踏まえた病床整備について

- 構想区域の広域化を行った場合等、構想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、**増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく、市区町村単位等の一定の地域ごとに、機能区分別の病床数や各医療機関の医療機関機能、病床稼働率等を把握・整理した上で、特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討することが重要である。**

2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

- 2040年の病床機能区分別の必要病床数については、①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出し、②2040年度の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計、③その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデル（*）として反映した医療需要を算出、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。



* 改革モデル

- 入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院受入時からのリハビリ等の提供による、早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映する。
- 75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていること等に鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の5割を引き続き急性期として、残り5割を包括期の需要として見込む。
- 回リハ病棟入院料を算定する整形外科患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を見込む。
- 病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう算出し、さらに、今後の医療DX等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

必要病床数の留意点

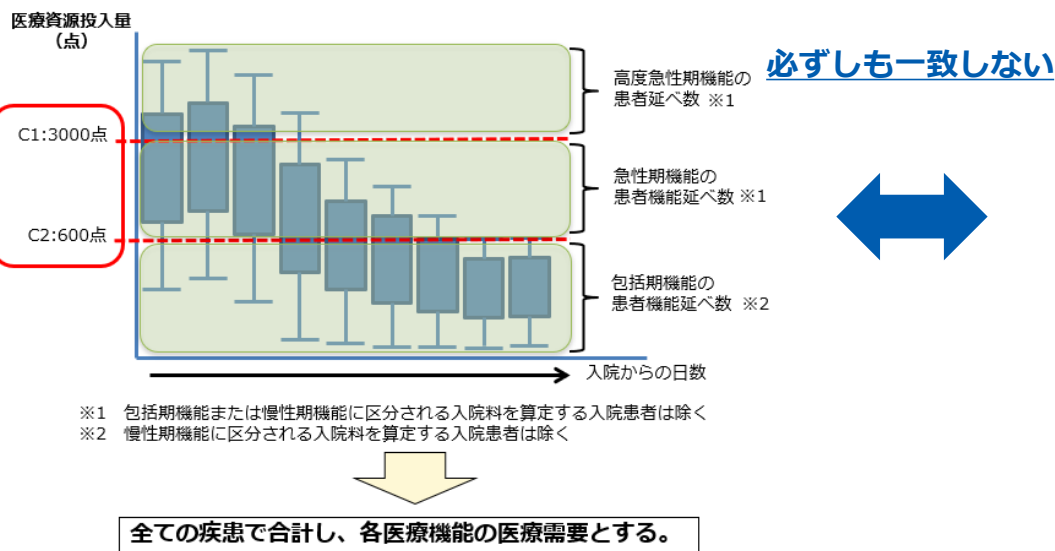
- 地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
- 人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年と2036年で見直しを行う。

必要病床数と病床機能報告について

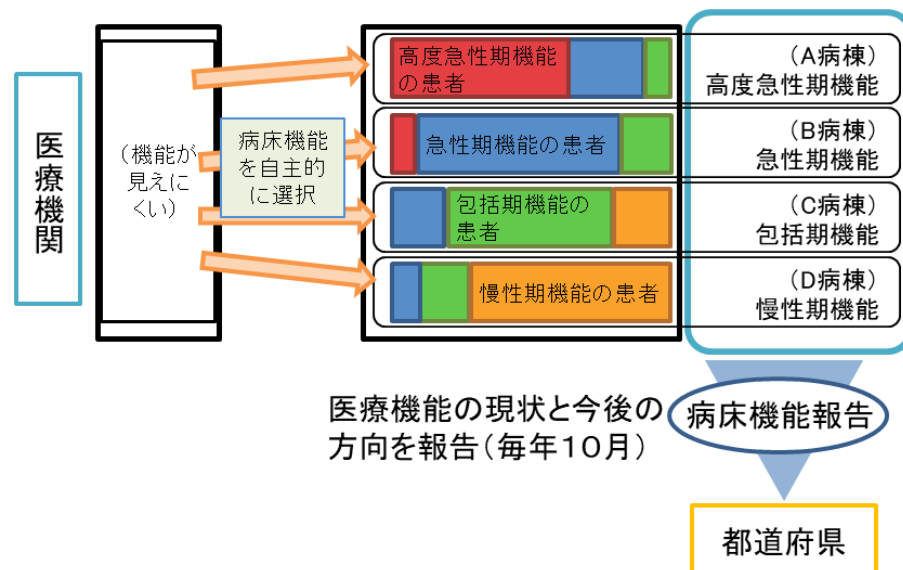
必要病床数と病床機能報告の比較

- 必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計するものであり、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、**医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる（下記①）。**
- 一方、病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化するためのものであり、病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在することから、**病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている（下記②）。**
- このため、**医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致しない。**

① 必要病床数の算出のイメージ



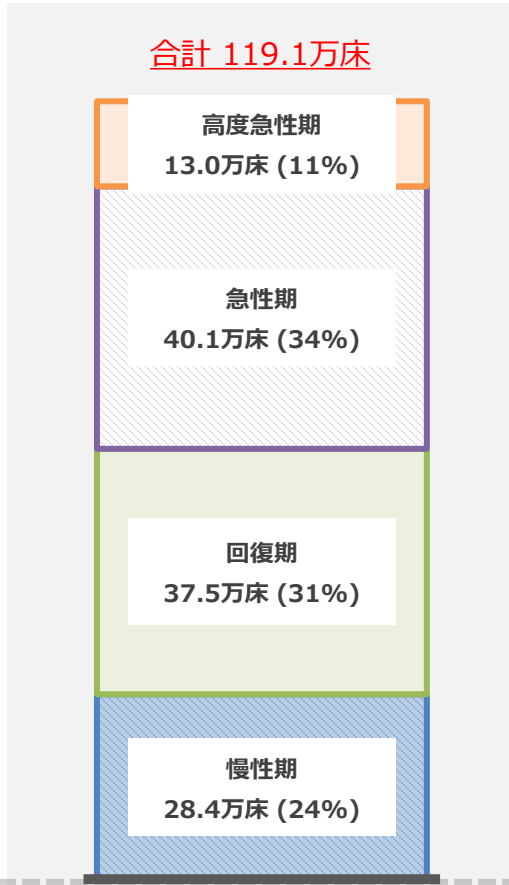
② 病床機能報告のイメージ



2025年度病床機能報告について

2025年の病床数の必要量

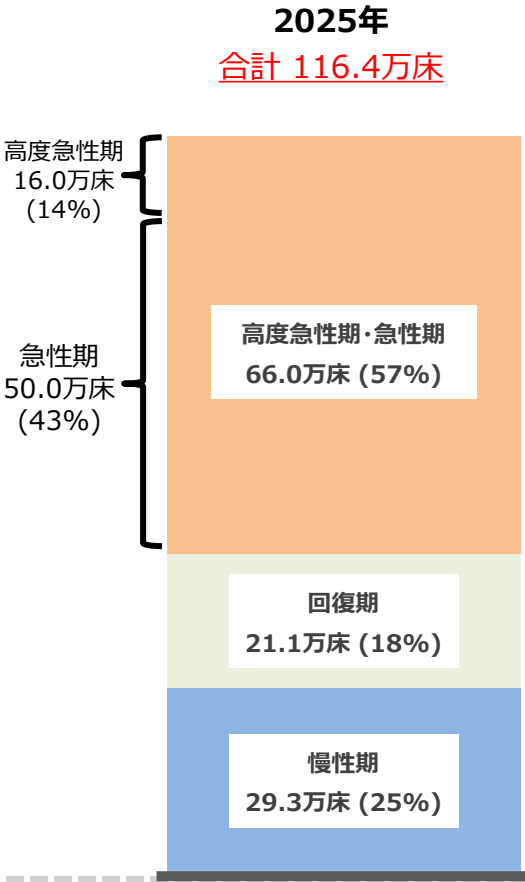
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



2025年度病床機能報告

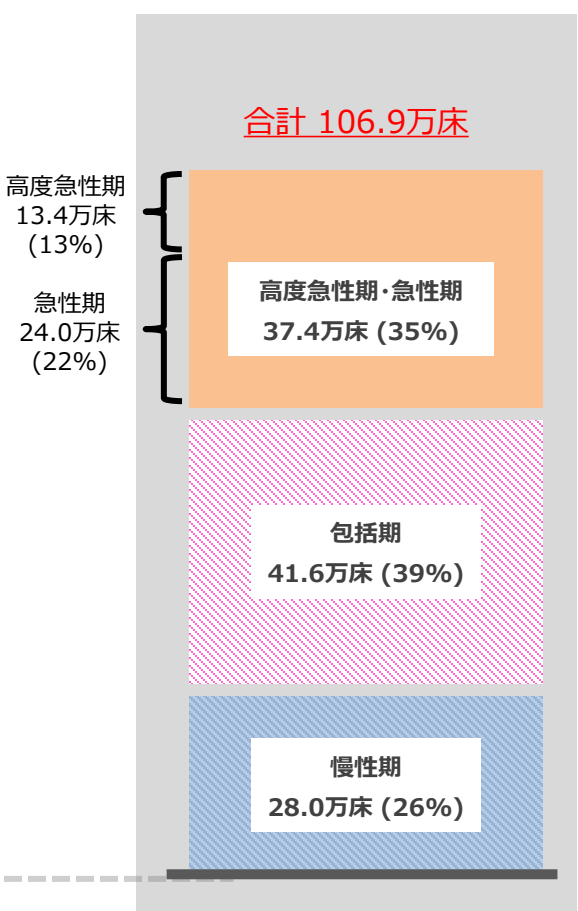
(各医療機関が病棟単位で報告) ※4

2025年7月時点



2040年の病床数の必要量の機械的試算

(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の实情(構想区域の
見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

基準病床数と必要病床数

- 基準病床数と必要病床数は基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらの病床数の利用目的の違いに応じ、算定に当たって目標とする時期や織り込まれている効果等が異なる。

		基準病床数	必要病床数
目的		病床の整備を過剰地域から非過剰地域へ誘導することにより、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするもの。	2040年の医療機能別の病床数の必要量を推計した上で、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的とするもの。
算定式の考え方		性・年齢階級別受療率に性・年齢階級別人口を乗じることにより患者数を推計し、病床利用率（稼働率）※で割り戻すことにより病床数を算定。 ※ 必要病床数算定に当たっての患者数には、入院患者数に加えて退院患者数を含むことから、病床稼働率（＝病床利用率＋退院患者による病床の利用率）を用いることとしている。	
主な相違点	地域	二次医療圏	構想区域
	区分	一般病床・療養病床（2区分）	病床機能（4機能区分）
	時期	医療計画期間の最終年（6年後）	将来のある時点（2040年）
	織り込まれる効果	一般病床の平均在院日数の短縮等	目指すべき将来の姿（改革モデル）等
	比較対象	既存病床数	許可病床数

精神病床における基準病床数の算定式

○患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。

○基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和○年における基準病床数算定式＝

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

政策効果に関する係数

- 政策効果A：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数
(地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果)
- 政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数
(認知症施策の推進等に関する政策効果)

※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。

(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

(参考) 政策効果に係る係数について

- 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する。
- 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する。
- 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。

係数について

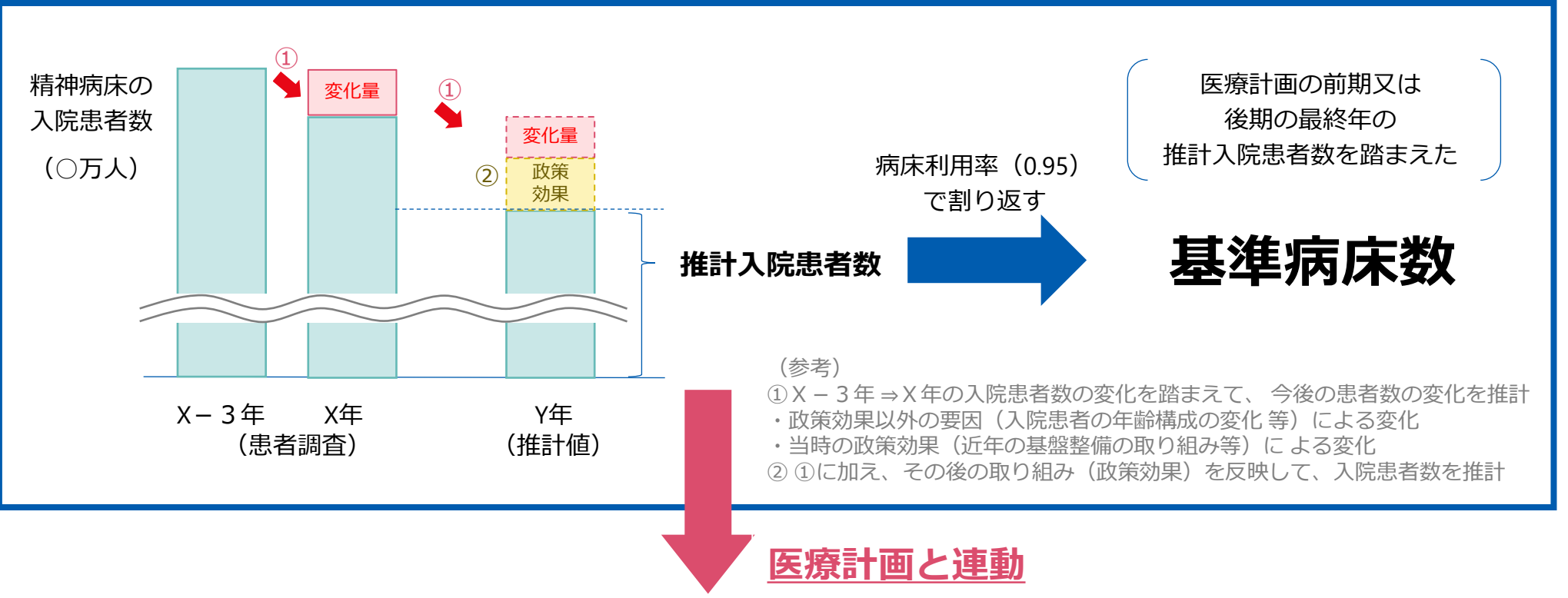
- 人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）での人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準を上回る県は、その水準に近づける方向で、将来推計値を調整する係数を設定。
 - 地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果についての目標として機能するものとする。
 - 優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、実際にその水準を達成している県（47都道府県の上位10%）の値を参考としたうえ、その値に一定程度近づけるものとする。

算出方法

- 2029年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（X）と、現時点で人口当たりの慢性期の入院患者数が少ない県の水準（Y）*を比較。
 - ✓ $X \leq Y \rightarrow$ 係数は0とする。
 - ✓ $X > Y \rightarrow$ 慢性期の入院患者数が少ない県の水準に一定程度近づくよう、以下の方法で設定する。
 - 差がXの2割未満【 $(X - Y) / X$ が0.2未満】の場合、差の半分を標準の係数として設定する。
 - 差がXの2割以上【 $(X - Y) / X$ が0.2以上】の場合、0.1を標準の係数に設定する。
- なお、都道府県は、上記の手法で算出した標準の係数から、 ± 0.02 の範囲で係数を調整することができる
- 1からこの係数を差し引いた値を、慢性期の患者数の推定値に乗じて、基準病床数の算出に用いることとする。

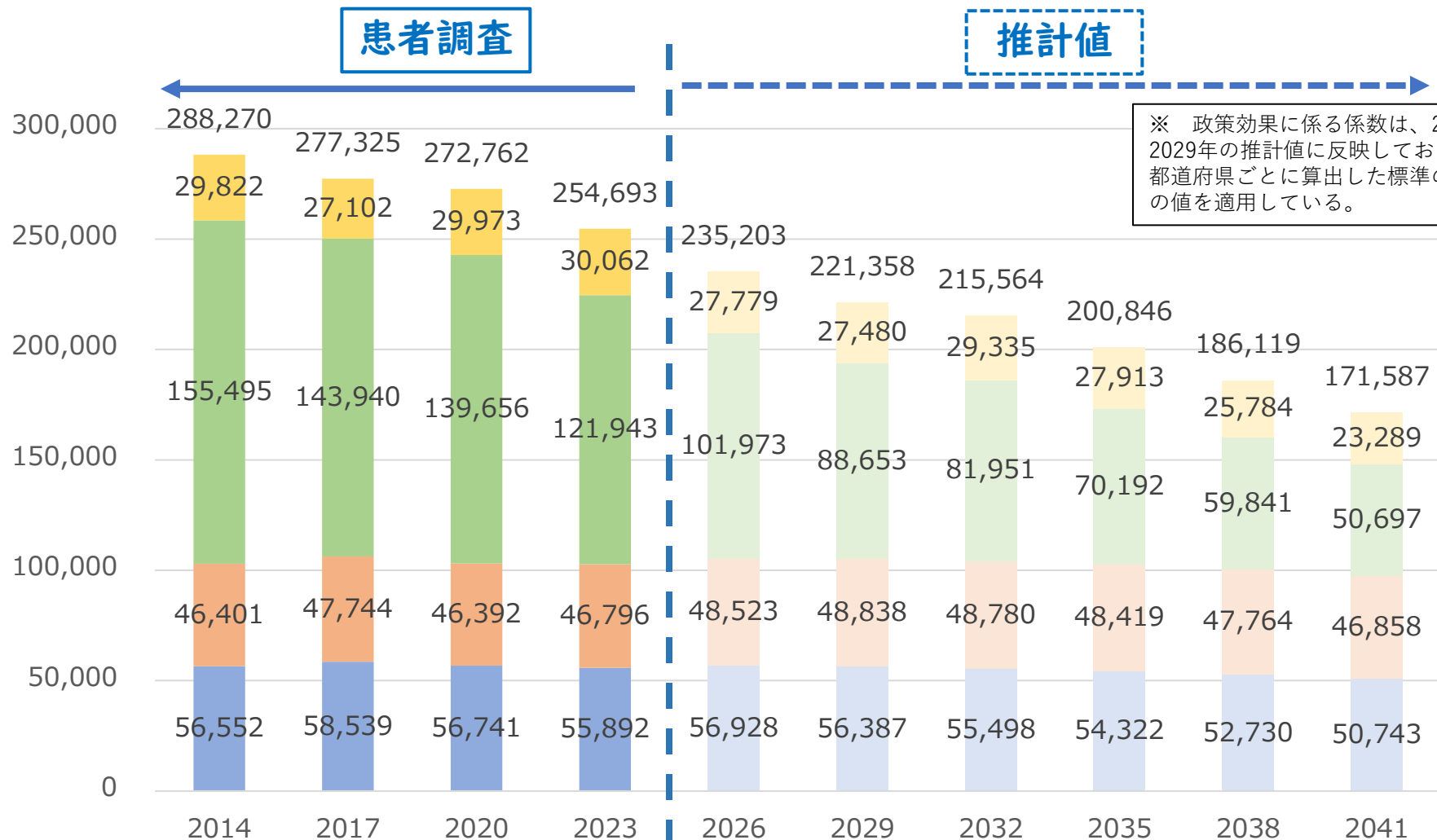
精神病床の基準病床数と障害福祉計画における基盤整備量の考え方について（現状）

○ これまで、障害福祉計画において、地域の基盤整備を進めるにあたっては、各都道府県の医療計画と連動する形で医療計画における入院患者数の推移等を踏まえることとされてきた。



障害福祉計画において、入院患者数の推移等を踏まえ、地域の基盤整備量を設定することを求めている。

将来入院患者数の推計※



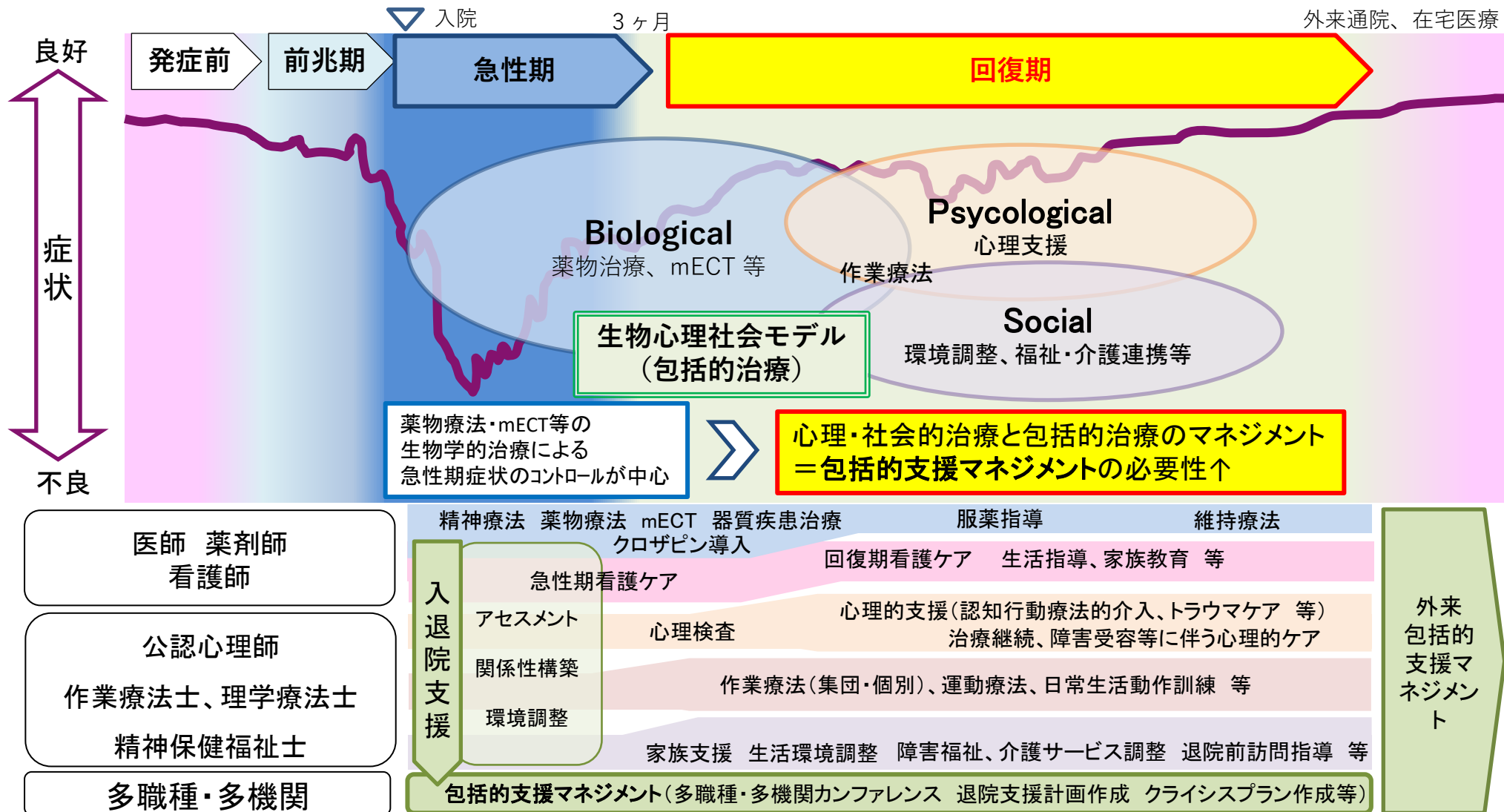
※ 政策効果に係る係数は、2026年、2029年の推計値に反映しており、各都道府県ごとに算出した標準の係数の値を適用している。

■ 急性期 ■ 回復期 ■ 認知症以外の慢性期 ■ 認知症の慢性期
(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

中医協 総-3
5. 1 1. 2 2

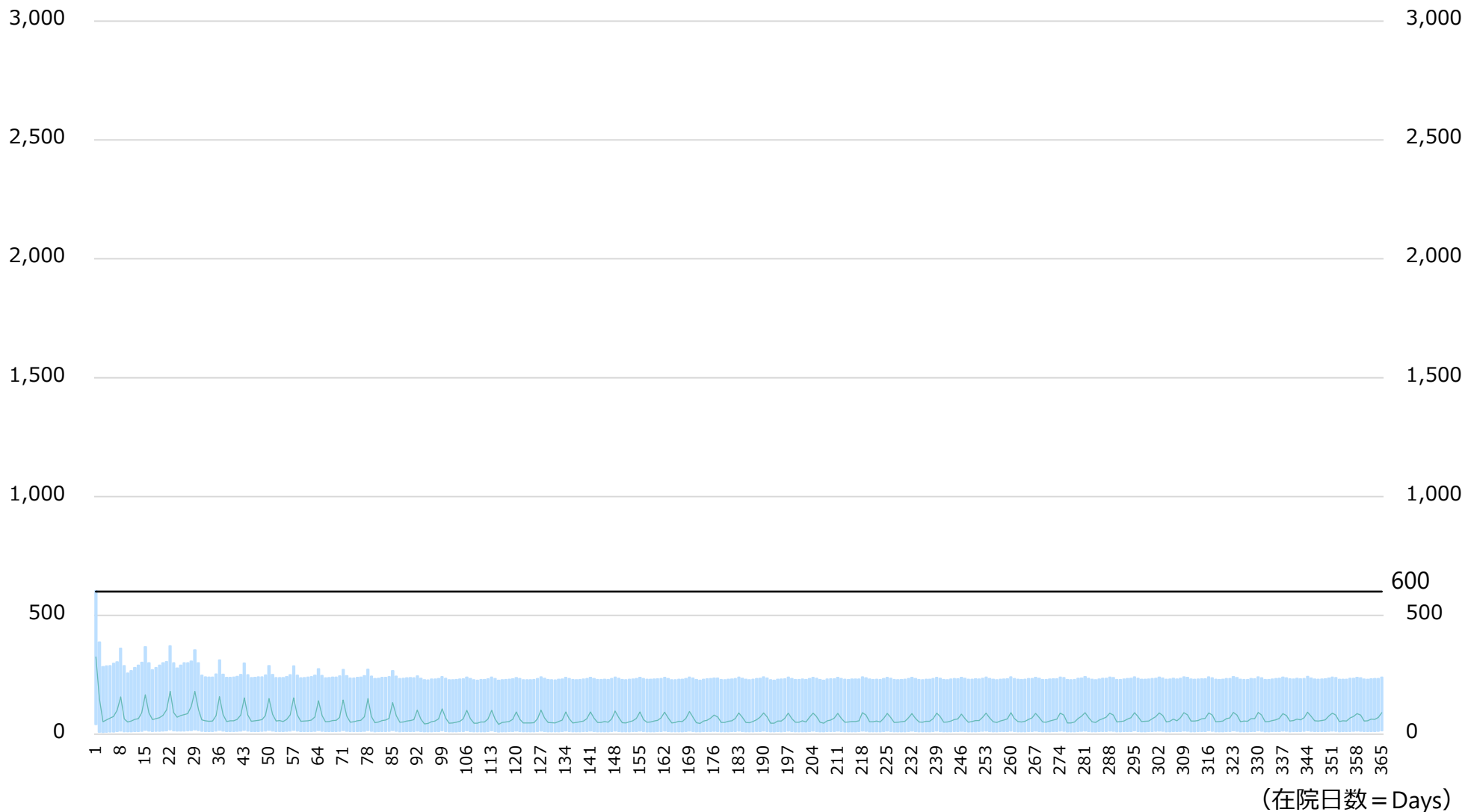
- 精神疾患の治療経過において、回復期では多職種による心理・社会的治療（精神保健福祉士等による環境調整、作業療法士等によるリハビリテーション、公認心理師等による心理的ケア等）と包括的治療のマネジメント（包括的支援マネジメント）の必要性が増える。



入院期間中の医療資源投入量（1日あたり点数）の推移

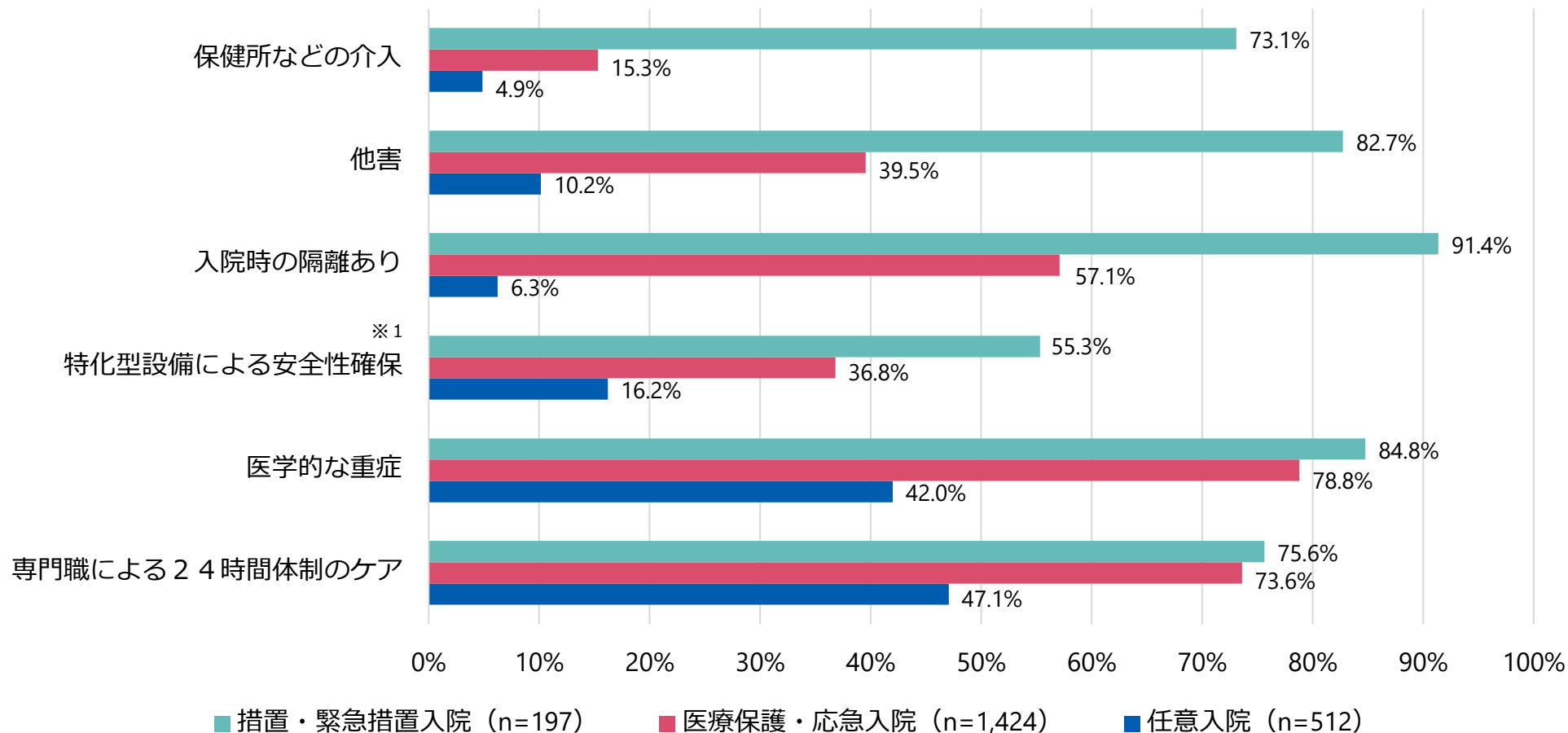
医療資源投入量
(点)

※水色帯の上限は第3四分位、下限は第1四分位、折れ線は中央値の推移



緊急性が高く集中的な医療的介入を要する患者等と入院形態の状況

- 精神科救急急性期入院料病棟に入院した患者を対象とした調査では、入院形態に応じて医学的な重症や専門職による24時間体制のケアの必要性などが異なり、措置・緊急措置入院ではより多くの人的資源を要することが示唆される。



※1 特化型設備による安全性確保：耐破壊性・衝撃吸収性を備えた構造や、映像モニター装置等により、高い安全性が確保された環境

精神病床の機能に係る現状と論点

現状

【病床の機能及びその必要量】

- 地域医療構想では地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため、一般病床及び療養病床では、病床機能として高度急性期機能、急性期機能、包括期機能、慢性期機能の4つに区分している。
- 一般病床及び療養病床の必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要（入院患者数）を推計するものであり、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを算出している。具体的には、①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出し、②2040年度の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計、③その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデルとして反映した医療需要を算出、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換している。
- その上で、一般病床及び療養病床を有する医療機関（病院及び有床診療所）は病床機能報告として、病床の機能分化・連携に向け、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告することとしているところ、精神病床を有する病院は、令和9年10月1日から病床機能報告をしなければならず、精神病床における病床機能区分を設定する必要がある。
- 精神病床については、一般病床等と比較して、入院経過における医療資源投入量（点）の変動が乏しく、同様の手法を用いることがしづらい。その上で、精神病床における診療密度は、サービスを提供している人員の多寡に影響を受けており、また、入院経過の早い時期と遅い時期を比較すると、入院経過の早い時期の方が相対的に人員が厚い傾向にある。さらに、入院経過の早い時期の中でも、例えば緊急性が高く集中的な医療的介入を要する患者等に対しては、より多くの人的資源が投入されている。
- なお、医療計画において、精神病床の基準病床数の算出にあたっては、患者の入院期間に応じて「急性期」「回復期」「慢性期」と区分し、ある時点における特定の年齢の入院患者が、その後の調査でどの程度変化しているか等を加味して、一定期間未来の入院患者を推計し、入院率を割り戻して基準病床を算出している。

論点

- 一般病床及び療養病床における病床機能の定義は、一般病床等の特徴を踏まえ設定されているものであり、精神医療と必ずしも整合するものとはなっていない。他方で、地域医療構想の中で、高度急性期から慢性期といった病床機能の区分の下で病床の機能分化・連携を推進するという手法自体については、精神医療の地域医療構想においても活用できると考えられる。精神病床における病床機能やその定義について、どのように考えるか。
- 精神医療の地域医療構想における将来の医療需要（入院患者数）の算出方法について、医療計画における精神病床の基準病床数の算出方法との整合性を踏まえ、どのように考えるか。

- 参考資料

各入院料ごとの精神病床数

特定入院料 (約16.0万床)

精神科救急急性期医療入院料

191医療機関、12,779床

精神科急性期治療病棟入院料

361医療機関、18,406床

精神科救急・合併症入院料

15医療機関、651床

児童・思春期精神科入院医療管理料

54医療機関、1,835床

精神療養病棟入院料

787医療機関、86,178床

認知症治療病棟入院料

556医療機関、38,992床

地域移行機能強化病棟入院料

3医療機関、130床

精神科地域包括ケア病棟入院料

28医療機関、1,420床

精神病棟入院基本料 (約12.1万床)

10対1

49医療機関、1,635床

13対1

70医療機関、3,734床

15対1

932医療機関、109,606床

18対1

22医療機関、3,378床

20対1

7医療機関、993床

特別入院基本料

11医療機関、1,198床

特定機能病院 入院基本料 (約0.2万床)

7対1入院基本料

24医療機関、838床

10対1入院基本料

9医療機関、311床

13対1入院基本料

30医療機関、1,139床

15対1入院基本料

2医療機関、118床

精神科入院に係る診療報酬と主な要件①（令和8年度）

区分	看護職員等の配置		医師の配置	構造設備等	その他の主な要件※2 (急性期病院 A・B 精神病棟入院料 におけるその他の要件は欄外に記載)	算定の 対象となる患者	点数			
A103 精神病棟 入院基本料	10対1	急性期病院 A	48:1	特記事項なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の 5 割以上がGAF30 以下	精神疾 患を有す る患者	1,519点	○初期加算 465点 (～14日) 250点 (15～30日) 125点 (31～90日) 10点 (91～180日) 3点 (181日～1年)		
		急性期病院 B					1,502点			
		精神病棟入院料					1,471点			
	13対1	急性期病院 A			・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の 4 割以上がGAF30 以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		1,162点	1,145点	○重度認知症加算 300点 (～1月)	
		急性期病院 B					1,114点			
		精神病棟入院料					966点			
	15対1	急性期病院 A			特記事項なし		949点	918点	○救急支援精神病棟初期 加算 100点 (～14日)	
		急性期病院 B								816点 (1 年未満) 703点 (1 年以上)
		精神病棟入院料								
	18対1※1	精神病棟入院料					754点 (1 年未満) 649点 (1 年以上)			
								20対1※1	精神病棟入院料	
	25対1 (特別入院基本料)						618点			○精神保健福祉士配置 加算 30点

※ 1：経過措置
精神病棟入院基本料のうち18対 1 入院基本料及び20対 1 入院基本料は、当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の 2 に規定する病院（注：大学病院等）以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。

※ 2：急性期病院 A・B 精神病棟入院料におけるその他の主な要件
共通：データ提出加算の届出を行っている、DPC対象病院である、地域包括医療病棟の届出を行っていない 等
急性期病院 A：地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない、画像診断及び検査を24時間実施可能、救急搬送2,000件/年以上（夜間時間帯の受入が 1 割以上）、全身麻酔による手術件数が年間で1,200件以上 等
急性期病院 B：救急搬送1,500件以上 or 救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 or 人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数（1,000件/年以上） or 離島医療圏で最大救急搬送件数、夜間時間帯の受入が 1 割以上 等

※ 3：精神病棟看護・多職種協働加算の主な要件
共通：当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数が 1 以上
13対1の場合：看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で10対1以上、病棟の平均在院日数60日以内
15対1の場合：看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13対1以上、病棟の平均在院日数100日以内

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②（令和8年度）

区分	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	点数
A311 精神科救急急性期医療入院料	指定医 病棟常勤1名 病院常勤4名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・1看護単位60床以下 ・隔離室・個室が半数以上 ・必要な検査及びCT撮影が速やかに実施できる体制	・新規患者のうち6割以上が「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上 ・地域における措置、緊急措置、応急入院患者の1/4以上又は20件以上を当該病棟において受け入れ ・時間外、休日又は深夜の入院件数（自治体等からの依頼を含む） ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置、緊急措置、応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・ICU等の高度急性期病床を有する病院における精神病床に入院後、当該病棟に転院した患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	2,516点（～30日） 2,216点（～60日） 2,014点（～90日）
	A311注5 精神科救急医療体制加算	指定医 病院常勤5名		・精神科救急医療体制整備事業に参画 ・加算1(2)：時間外、休日又は深夜における入院件数が65(40)件/年以上又は人口1万人当たり0.85(0.5)件以上、うち13(8)件以上又は2割以上は精神科救急情報センター等からの依頼 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に自宅等へ移行 ・120床までに限り届出可		1 600点 2 500点（～90日）
A311-3 精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤2名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・1看護単位60床以下 ・隔離室を含む個室又は合併症ユニット※が半数以上 ※合併症ユニットの要件 ・病床数の2割以上 ・入院する患者の常時8割以上が身体疾患を持つ精神障害者 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等を整備 ・必要な検査及びCT撮影が速やかに実施できる体制	・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行 ・時間外、休日又は深夜の入院件数 ・新規患者のうち6割以上が「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれか ・地域における措置、緊急措置、応急入院患者の1/4以上又は5件以上を当該病棟において受け入れ	・措置、緊急措置、応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者 ・ICU等の高度急性期病床を有する病院における精神病床に入院後、当該病棟に転院した患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,805点（～30日） 3,504点（～60日） 3,304点（～90日）
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料 1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護職員 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・1看護単位60床以下 ・隔離室を有する	・当該病棟の病床数は130床以下 ・精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数との合計が300床以下 ・新規入院患者の4割以上が3月以内※に自宅等へ移行 ※入院期間が通算される再入院をした場合は計上しない ※入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものにについては4月以内	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	2,104点（～30日） 1,803点（～60日） 1,602点（～90日）
精神科急性期治療病棟入院料 2		看護職員 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名				1,981点（～30日） 1,696点（～60日） 1,544点（～90日）

52

精神科入院に係る診療報酬と主要要件③（令和8年度）

区分	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	点数	
A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師2名（1名は指定医） 医師 48：1	看護師 10:1 専従PSW及び公認心理師 それぞれ常勤1名以上	・浴室、デイルーム、食堂等を当該病棟の他の治療室と別に設置	・20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室	20歳未満の精神疾患を有する患者	3,144点 精神科養育支援体制加算300点（入院初日）	
A312 精神療養病棟入院料	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名（専任） 医師 48:1※1	看護職員＋看護補助者 15:1（うち看護職員5割） OT又は経験看護職員 病棟常勤1名	・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下 ・病棟18m ² /人以上 ・病室5.8m ² /人以上	・病院にPSW又は公認心理師が常勤 ・退院支援相談員※2を、入院患者1人につき1人以上指定し、病院に配置 ・病院にOT室又は生活機能回復訓練室	長期の入院を要する精神疾患を有する患者	1,234点（GAFスコア30以下かつ精神科救急医療体制の確保に協力） 1,204点（GAFスコア40以下） 1,174点（GAFスコア41以上）	
A314 認知症治療病棟入院料 1	病院常勤1名 医師 48:1	看護職員 20:1 看護補助者 25:1 OT 病棟専従1名以上	・病棟18m ² /人以上を標準 ・デイルーム等 ・60m ² 以上の専用の生活機能回復訓練室	・病院に、専従するPSW又は公認心理師が1名以上勤務	急性期の集中的な治療を要する認知症患者	1,897点（～30日） 1,589点（～60日） 1,289点（61日～）	夜間対応加算84点（～30日） 40点（31日～）
認知症治療病棟入院料 2		看護職員 30:1 看護補助者 25:1 OT 病棟専従1名以上（又は経験看護師1名以上＋OTが週1回以上患者の評価）	・病棟18m ² /人以上を標準 ・60m ² 以上の専用の生活機能回復訓練室			1,397点（～30日） 1,192点（～60日） 1,066点（61日～）	
A318 地域移行機能強化病棟入院料※3	指定医 病院常勤2名 精神科医 病棟常勤1名（専任） 医師 48:1	看護職員＋看護補助者＋OT＋PSW 15:1（うち6割以上が看護職員、OT又はPSW） OT又は経験看護職員 病棟専任常勤1名 PSW 病棟専従常勤1名以上 退院支援相談員のうち1名以上が専任の常勤の者	1看護単位60床以下	・病院に常勤の公認心理師 ・退院支援部署を設置 ・自宅等に退院した長期入院患者の数が届出病床数の3.3%以上（月平均） ・届出病床数の40%以上の精神病床を削減（年平均）	1年以上入院している患者等	1,687点（GAFスコア30以下かつ精神科救急医療体制の確保に協力） 1,657点（GAFスコア40以下） 1,627点（GAFスコア41以上）	

※1：当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合は除く。

※2：PSW又は保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士若しくは公認心理師として精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者。

※3：当該入院料については、令和12年3月31日まで届出を可能とする。

精神科入院に係る診療報酬と主要要件④（令和8年度）

区分	算定対象となる入院料	病棟における 医師配置	新規入院患 者の自宅等へ の移行率※2	当該保険医療機関にお いてクロザピンを新規に 導入した実績	時間外、休日又は深夜における 外来診療件数、入院件数	その他	点数
A249 精神科急性期 医師配置加算 1	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 1 精神科急性期治療病棟入院料 2 ※1	病棟の常勤 指定医 2 名以上	6 割	過去5年間に15件又は 過去1年間に3件以上 + 入院又は外来において クロザピンを使用する患 者数が年間6人以上	外来診療件数 20件/年 入院件数 8 件/年	－	600点
精神科急性期 医師配置加算 2	イ 精神科病棟入院基本料（10対1、13対 1又は15対1） 特定機能病院入院基本料	病棟の常勤医師 配置が16:1以上	－	－	－	※3	500点
	□ 精神科急性期治療病棟入院料 1 精神科急性期治療病棟入院料 2 ※1		6 割	－	外来診療件数 20件/年 入院件数 8 件/年	－	450点
精神科急性期 医師配置加算 3	精神科救急急性期医療入院料 精神科急性期治療病棟入院料 1 精神科急性期治療病棟入院料 2 ※1		4 割※4	過去5年間に10件又は 過去1年間に2件以上 + 入院又は外来において クロザピンを使用する患 者数が年間4人以上	外来診療件数 20件/年 入院件数 8 件/年	－	400点

※1：精神科病棟看護・多職種協働加算を算定するものに限る。

※2：精神科急性期治療病棟入院料においては、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

※3：以下の要件を満たしていること。

- (1) 精神科病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80床）以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神科病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神科病棟が2病棟以下であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (4) 精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
- (5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
- (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。

※4：入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して4月以内に退院した場合も、3月以内に退院したものとみなす。

精神科入院に係る診療報酬と主要要件⑤（令和8年度）

区分		算定対象となる入院料	医師の配置	平均在院日数	新規入院患者の自宅等への移行率※1	地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供※2	所在する市区町村内又は半径10km以内に障害福祉サービス事業所等を開設※3	過去6か月間の通院・在宅精神療法、認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数÷精神病床の許可病床数	常勤のPSW・OT・公認心理師※4			病床数に係る要件	点数
									PSW	OT	公認心理師		
A255 精神科 地域密着 多機能 体制加算	1	精神病棟入院基本料（10対1、13対1又は15対1） 精神科急性期治療病棟入院料	・指定医 病院常勤2名 ・常勤の指定医のうち2名以上が、指定医の公務員としての業務等を実施	150日以内	6割以上が6月以内に退院	○	○	≥36	≥2名	≥1名	≥1名	※5	800点
	2					○	○	≥36	≥2名	≥1名	≥1名	※5	250点
	3			250日以内	－	いずれか		≥27	計2名以上			※5	50点

- ※1：退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- ※2：ア又はイ及びウからカまでのいずれかを満たしていること。 ※いずれも直近3か月間の算定回数
ア 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）：60回以上 イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費：300回以上
ウ 精神科退院時共同指導料：3回以上 エ 在宅精神療法：20回以上 オ 精神科在宅患者支援管理料：10回以上
カ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料：10回以上
- ※3：障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていることでも可。
- ※4：病棟に配置されている（専任の場合を除く）精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師は含めることができない。
- ※5：病床数に係る要件

区分	許可病床数に占める精神病床の割合	精神病床の許可病床数	精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合
1	65%以上	≤100床	精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定する病床数÷精神病床数≤0.3
2		101～150床 又は 151～250床かつ届出前月及び届け出から1年が経過するごとに以下で算出される数値が0.95以下 精神病床の許可病床数÷その3年前の日の属する年度の1日あたりの精神病床における入院料算定患者	
3		・≤250床 ・届出前月末日時点での精神病床の許可病床数÷その3年前の日の属する年度の1日あたりの精神病床における入院料算定患者数≤0.97 ・届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと ・当該月の末日時点での精神病床の許可病床数÷当該月の末日から3年前精神病床の許可病床数≤0.95（届出から1年ごと）	精神療養病棟入院料を算定する病床数÷精神病床数≤0.3

(参考) 各入院形態における入院料別の患者数

- 措置・緊急入院の占める割合は精神科救急急性期治療医療入院料が最も多く、5.9%である。

