厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

令和８年11月26日	第３回精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ	資料２

精神医療に関する地域医療構想について（病床機能・必要病床数、協議事項・医療機関機能）

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．病床機能・必要病床数について

・病床機能区分

・必要病床数の算出方法とその考え方

２．協議事項・医療機関機能について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

病床機能の内容、必要病床数の推計及び病床機能報告の関係

まず、ご議論いただきたい内容

病床機能の内容

病床機能区分ごとに提供している医療の内容や患者の状態（基本的な考え方）

例）○○機能：○○○の患者に対し、○○の医療を提供するもの

必要病床数の推計

- 病床機能の内容を踏まえた診療の実態を勘案し、2040年度の推計人口等から、病床機能区分ごとの将来の医療需要を推計。
- その上で、将来の医療需要を病床利用率で割り返し、病床数として算出したもの。

病床機能報告

- 病床機能の内容を踏まえ、医療機関が、現状の病床機能と2040年時点の病床機能を、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に報告するもの。
- 様々な機能区分に該当する患者が混在する病棟ごとに、最も適する一つの機能区分を選択する。

必要病床数の推計と病床機能報告のそれぞれにおいて、「病床機能区分」が用いられるが、
・必要病床数は、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するものであり、
・病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、医療機関が病棟単位で自主的に選択した病床機能ごとの病床数の総和であることから、一致しない点に留意が必要。

（参考）病床機能と病床機能報告及び必要病床数に係る関係法令

病床機能報告

医療法（抄）※令和10年４月１日施行

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

（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、ＡＤＬ（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

医療法（抄）※令和10年４月１日施行

第三十条の三の三

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。

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。）

医療法施行規則（抄）※令和９年４月１日施行

（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。

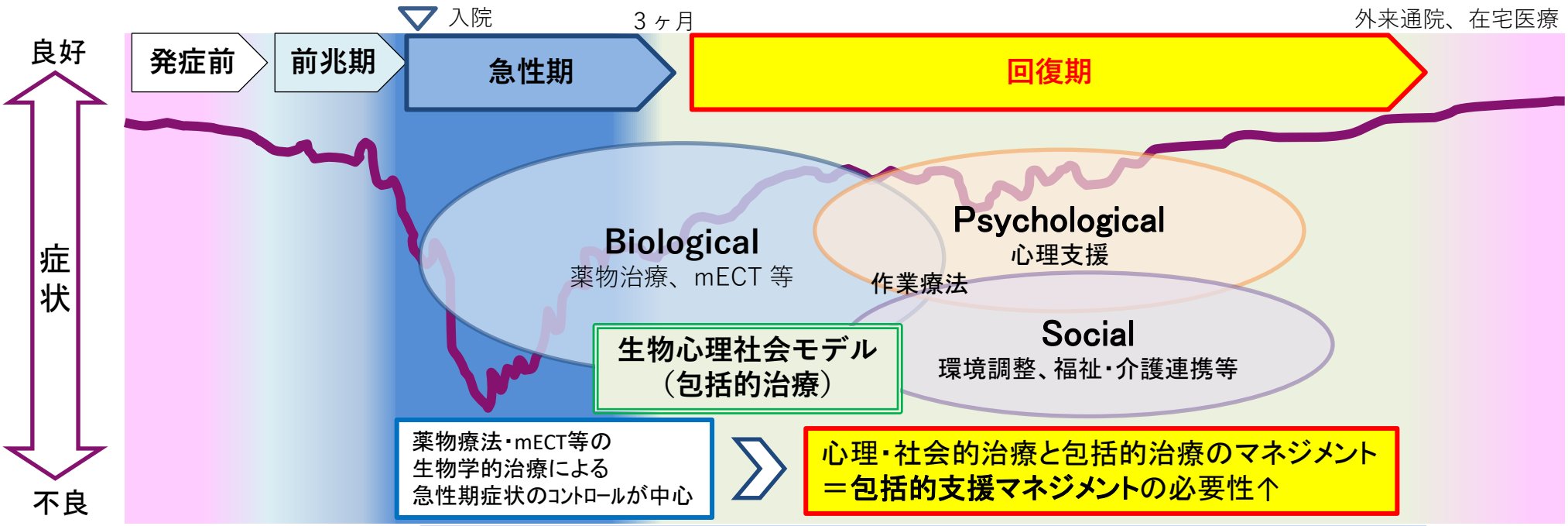
○　有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

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頚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

精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

○　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。



医師　薬剤師
看護師

公認心理師
作業療法士、理学療法士
精神保健福祉士

多職種・多機関

入退院支援

精神療法　薬物療法　mECT　器質疾患治療　服薬指導　維持療法
クロザピン導入

急性期看護ケア　回復期看護ケア　生活指導、家族教育　等

アセスメント　心理検査　心理的支援（認知行動療法的介入、トラウマケア　等）
関係性構築　治療継続、障害受容等に伴う心理的ケア

環境調整　作業療法（集団・個別）、運動療法、日常生活動作訓練　等

家族支援　生活環境調整　障害福祉、介護サービス調整　退院前訪問指導　等

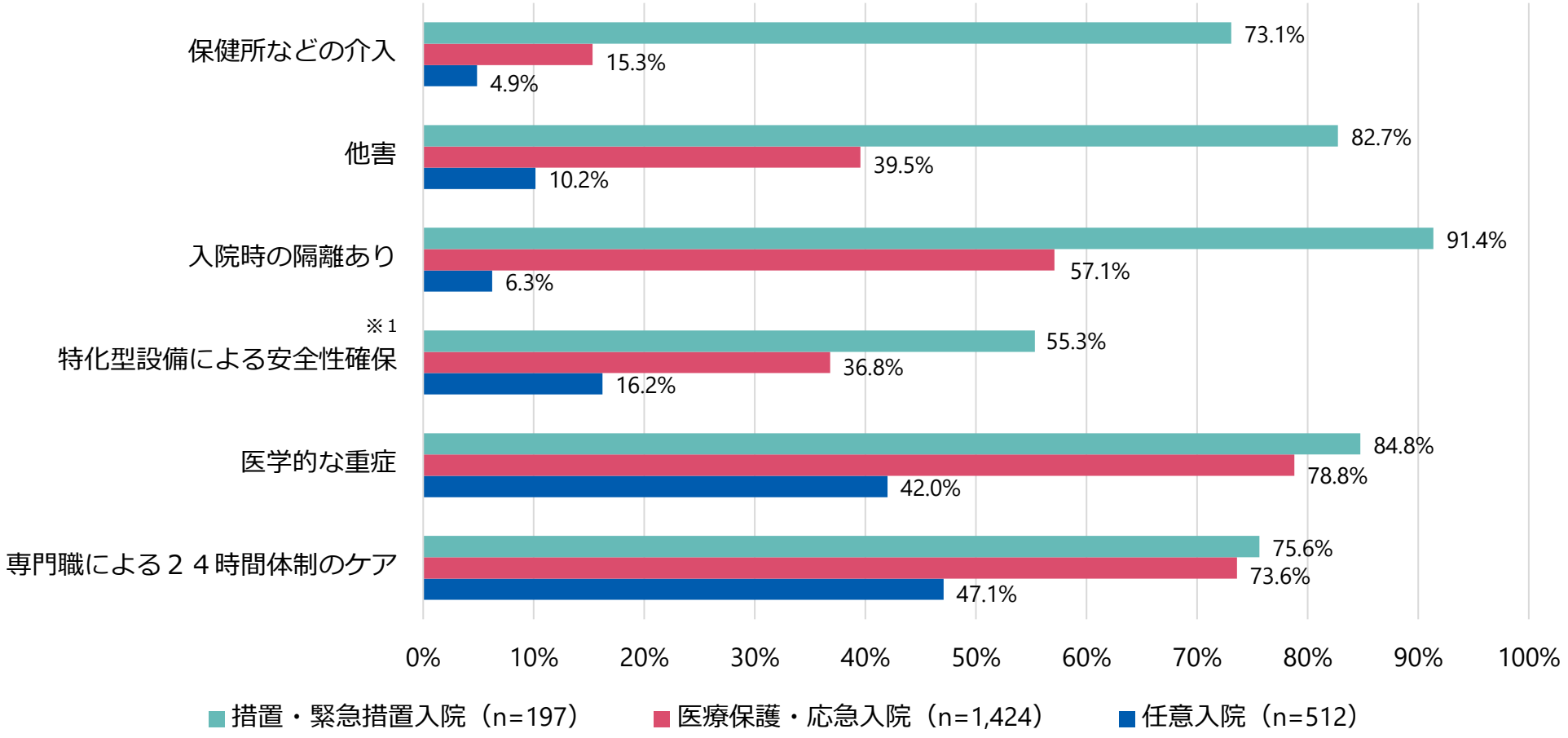
包括的支援マネジメント（多職種・多機関カンファレンス　退院支援計画作成　クライシスプラン作成等）

外来包括的支援マネジメント

出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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）提出資料より改変

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

出典：「包括的な精神保健医療福祉施策の推進に関する研究」（研究代表者：藤井 千代）により作成

病床機能に関するこれまでの御意見

※「精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ」における意見を事務局において整理

- 精神医療に関する病床機能区分についても、一般医療と同様に高度急性期・急性期・包括期・慢性期を設定すると良いのではないか。各区分の定義については、精神医療独自に検討する必要がある。
- 医療資源投入量や在院日数で機能を正確に表現することは、一般医療に比べても限界は大きい。630調査等から全国的な傾向を見ると、地域生活への移行を支援する機能は入院後おおむね１年程度までは発揮されるものの、それ以降は効果が徐々に小さくなることが示唆されている。
- 包括期という考え方は精神医療にフィットしている。精神医療では、ソーシャルワーカーが中心となって地域移行を進めるという機能が非常に優れている。
- 精神医療では、入院期間の長短に関わらず人的資源を要することがあるため、精神科高度急性期を定義するに当たっては、入院期間以外の要因も検討する必要があるのではないか。
- 総合病院の精神病床に関して、病床機能区分の考え方を当てはめることは難しい。一方で、身体合併症を有する患者に対する医療が停滞することがないよう、急性期の文脈においてしっかり検討していく必要がある。
- 身体合併症を有する患者に関しては、外来や精神病床を有さない総合病院のリエゾン機能も包含されている。そのため、病床機能区分での議論に落とし込むことが難しい。
- 身体合併症に関しては、医療機関機能として整理した方が議論しやすいのではないか。
- 精神症状が中等症ぐらいで身体症状が重症な患者は一般病床で診ていることが多い。そのため、医療機関機能として検討する方が望ましいのではないか。
- 精神科高度急性期の必要病床数が算出されたときに、本当に確保できるのかということを懸念している。
- 精神医療と一般医療の間に必然的に生じる違いが、結果として精神障害者の地域生活を阻む要因にならないか危惧している。「精神は一般医療とは違う」という認識が、精神障害者の医療を受ける権利を損ねることがないよう留意し、病床機能を設定していただきたい。
- 包括期病床を整備する際には、多職種の配置が担保されるよう制度設計をしていただきたい。

病床機能区分｜一般医療と同じ4区分を「共通の箱」として置く

一般医療

- 高度急性期
- 急性期
- 包括期
- 慢性期

精神医療（議論の出発点）

- 精神科 高度急性期
- 精神科 急性期
- 精神科 包括期
- 精神科 慢性期

区分の定義は精神科仕様で検討

一般医療との制度的整合性は確保する。

しかし、一般医療では医療資源投入量で区分しているが、精神科医療では医療必要度が在院期間に単純比例しないため、別途定義が必要。

上記の「4区分の箱」を置く。各機能区分の境界・定義は今後検討する。

これまでの議論を踏まえた精神病床に係る病床機能のイメージ

精神病床に係る病床機能区分（案）

機能区分	機能の内容
精神科高度急性期機能（仮称）	・精神病床において、精神症状が急性増悪等した患者に対し、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機能
精神科急性期機能（仮称）	・精神病床において、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、医療を提供する機能
精神科包括期機能（仮称）	・精神病床において、急性期を経過した患者に対し、治療、リハビリテーション並びに退院支援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機能
精神科慢性期機能（仮称）	・精神病床において、長期にわたり療養が必要な患者に対し、療養上必要な管理及び支援を一体的に行う機能

（参考）一般病床及び療養病床における病床機能区分

医療法施行規則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。）

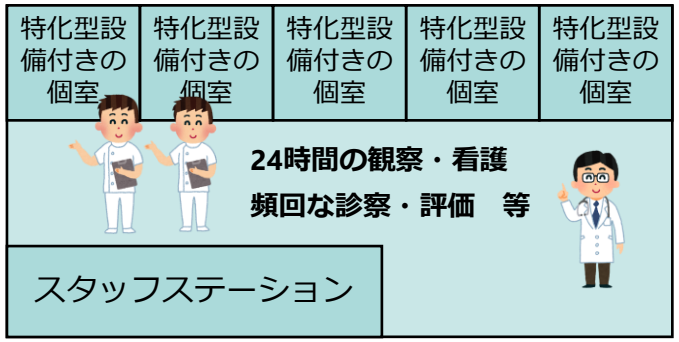
三　包括期機能　高齢者その他の者に対し、治療並びに入院早期からのリハビリテーションその他の早期の在宅復帰に向けた療養上必要な管理及び支援を一体的に行うもの又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療若しくはリハビリテーションの提供を行うもの（急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ＡＤＬ（日常生活における基本的動作を行う能力をいう。）の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。）

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

（参考）病床機能ごとの病棟等のイメージ

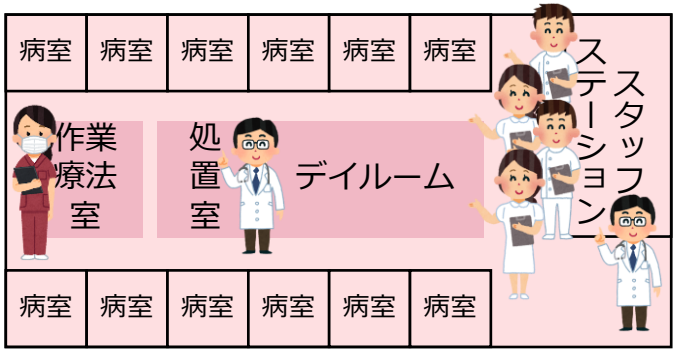
精神科高度急性期（仮称）

精神症状悪化に伴う身体症状又は行動上の問題の著しい増悪等により、集中的な精神科治療および観察、濃厚な精神科看護ケア及び高度な安全管理を必要とする患者に重点的に対応。



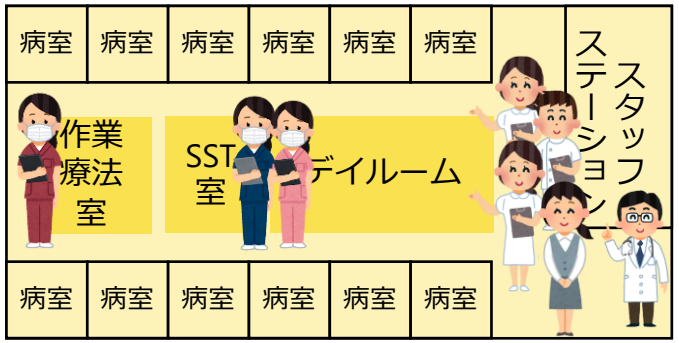
精神科急性期（仮称）

精神症状の発症、再燃又は増悪等に対し、薬物療法・精神療法により早期安定化を図る精神科治療を提供。また、看護や作業療法をはじめとした多職種による治療や支援を実施。



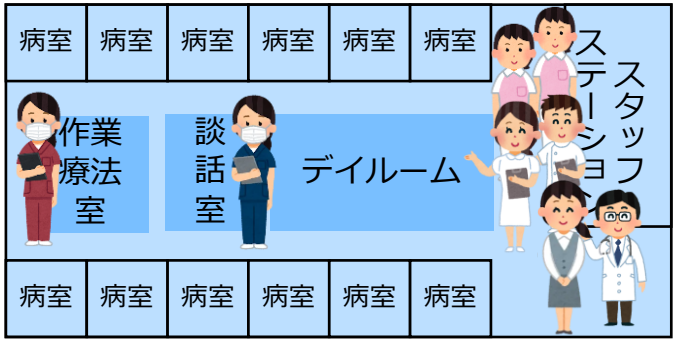
精神科包括期（仮称）

精神科治療を継続しつつ、精神症状の安定、再燃防止、生活機能の回復、心理社会的支援、退院支援及び地域生活への移行支援を包括的に提供。



精神科慢性期（仮称）

精神症状又は生活機能障害等が長期に持続し、継続的な入院下での医療、看護、療養及び生活支援を必要とする患者に長期的な医療を提供。



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．病床機能・必要病床数について

・病床機能区分

・必要病床数の算出方法とその考え方

2．協議事項・医療機関機能について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

病床機能の内容、必要病床数の推計及び病床機能報告の関係

病床機能の内容

病床機能区分ごとに提供している医療の内容や患者の状態（基本的な考え方）

例）○○機能：○○○の患者に対し、○○の医療を提供するもの

次に、ご議論いただきたい内容

必要病床数の推計

- 病床機能の内容を踏まえた診療の実態を勘案し、2040年度の推計人口等から、病床機能区分ごとの将来の医療需要を推計。
- その上で、将来の医療需要を病床利用率で割り返し、病床数として算出したもの。

病床機能報告

- 病床機能の内容を踏まえ、医療機関が、現状の病床機能と2040年時点の病床機能を、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に報告するもの。
- 様々な機能区分に該当する患者が混在する病棟ごとに、最も適する一つの機能区分を選択する。

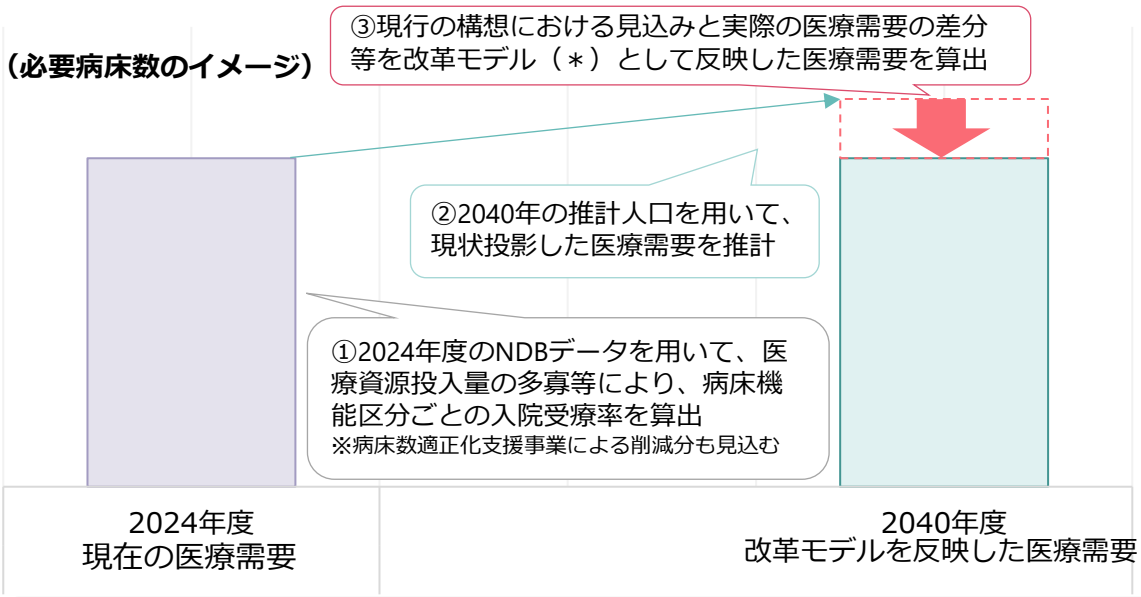
必要病床数の推計と病床機能報告のそれぞれにおいて、「病床機能区分」が用いられるが、
・必要病床数は、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出するものであり、
・病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、医療機関が病棟単位で自主的に選択した病床機能ごとの病床数の総和であることから、一致しない点に留意が必要。

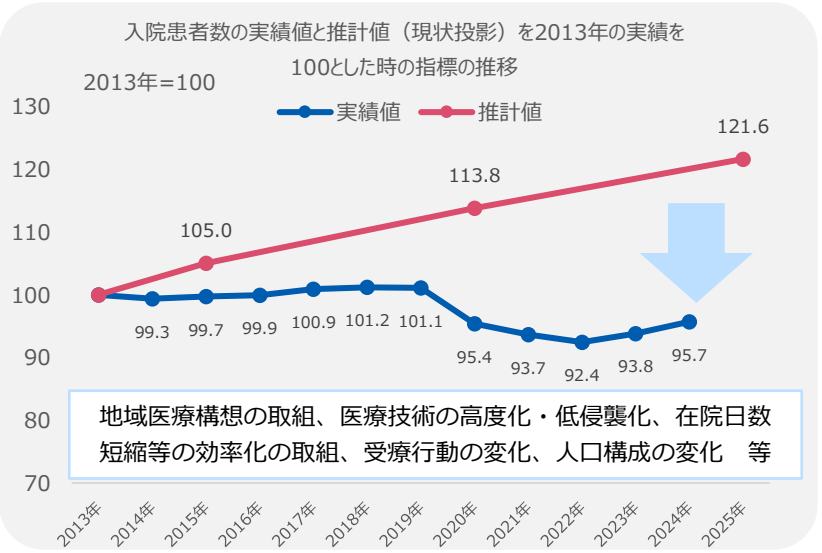
2040年の必要病床数について

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。

（必要病床数のイメージ）





＊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

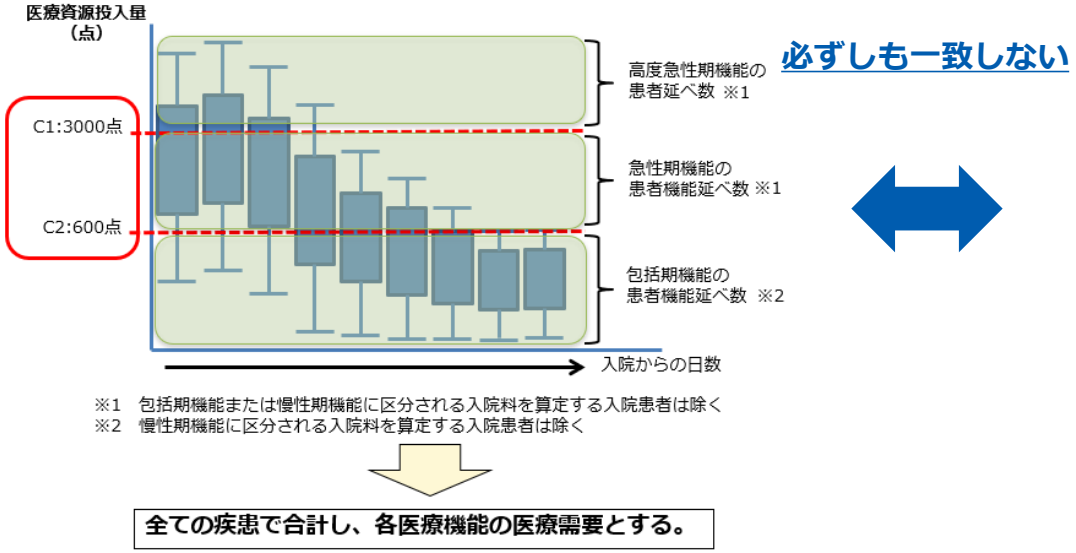
必要病床数と病床機能報告の比較

○　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。**

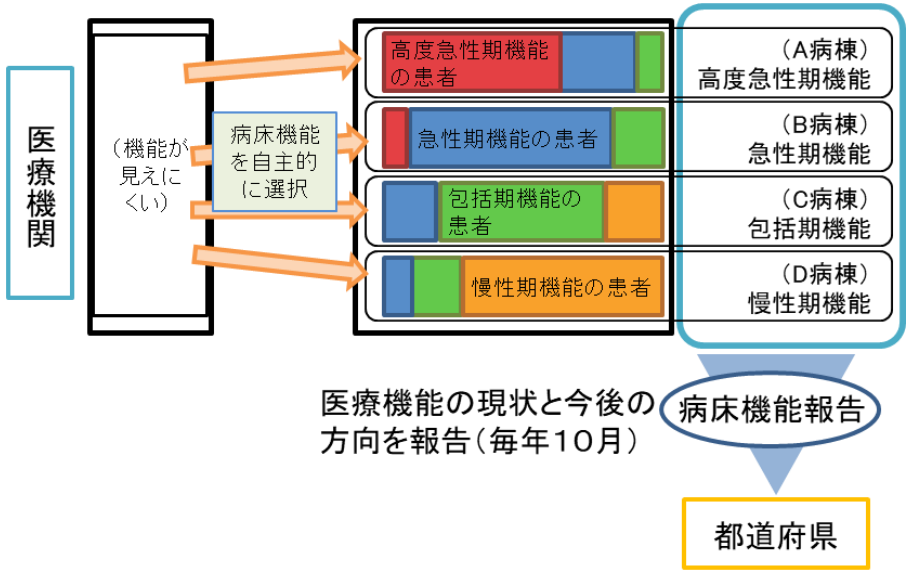
①必要病床数の算出のイメージ



※1　包括期機能または慢性期機能に区分される入院料を算定する入院患者は除く
※2　慢性期機能に区分される入院料を算定する入院患者は除く

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

②病床機能報告のイメージ



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＝

（令和○年における当該都道府県の**急性期**患者数推計値 ＋ 令和○年における当該都道府県の**回復期**患者数推計値 ＋ 令和○年における当該都道府県の**慢性期**患者数推計値（認知症を除く）× **政策効果（1－A）** ＋ 令和○年における当該都道府県の**慢性期**患者数推計値（認知症）× **政策効果（1－B）**

＋（他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数） －（当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数））

×（1／**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）

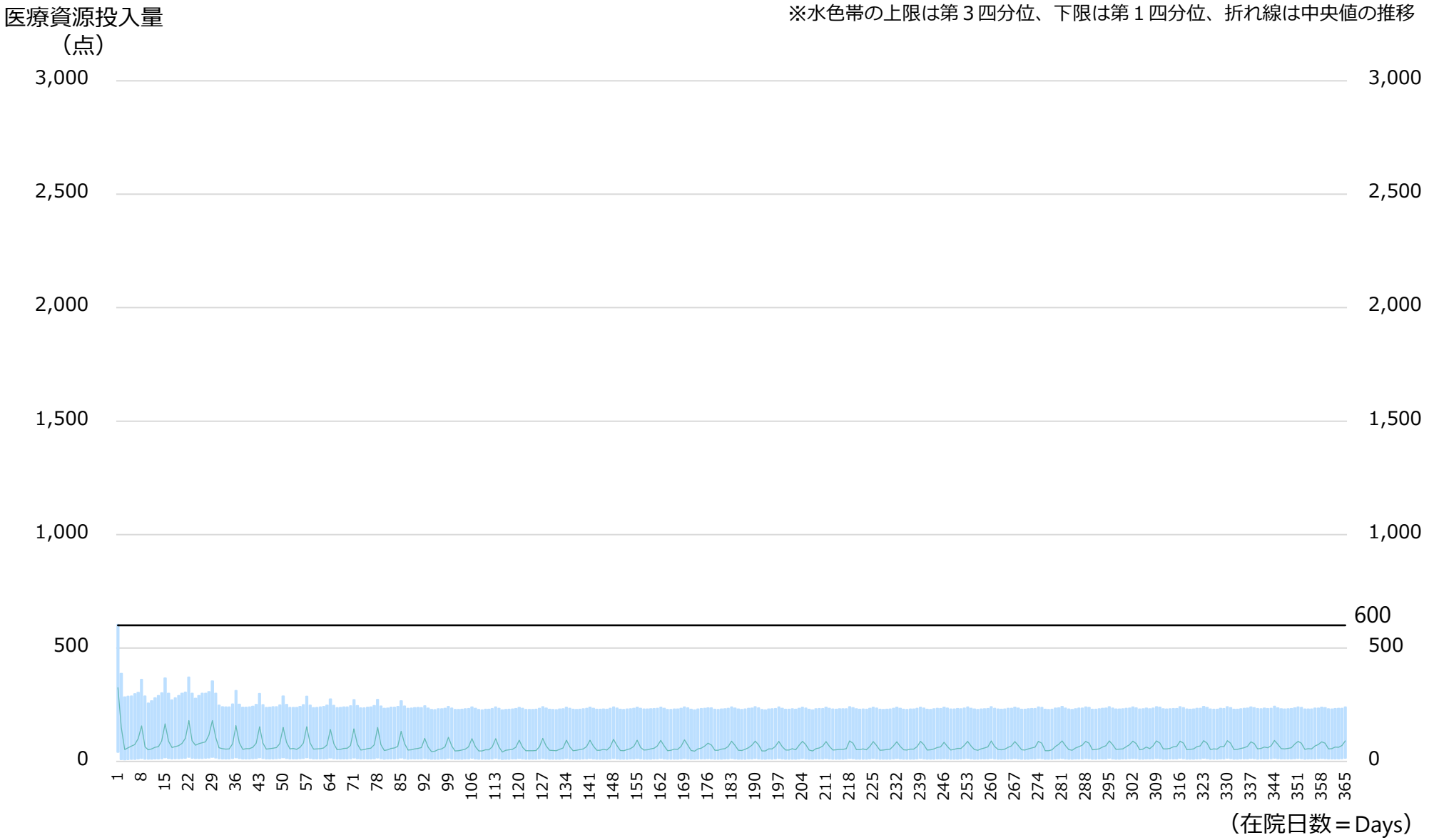
※　精神病床数の地域差に基づく係数とする。

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）

入院期間中の医療資源投入量（１日あたり点数）の推移



出典：精神保健医療福祉を取り巻く環境に係る中長期的な変化等を見据えた精神保健医療福祉提供体制の構築を推進するための研究（研究代表者：黒田 直明）により作成

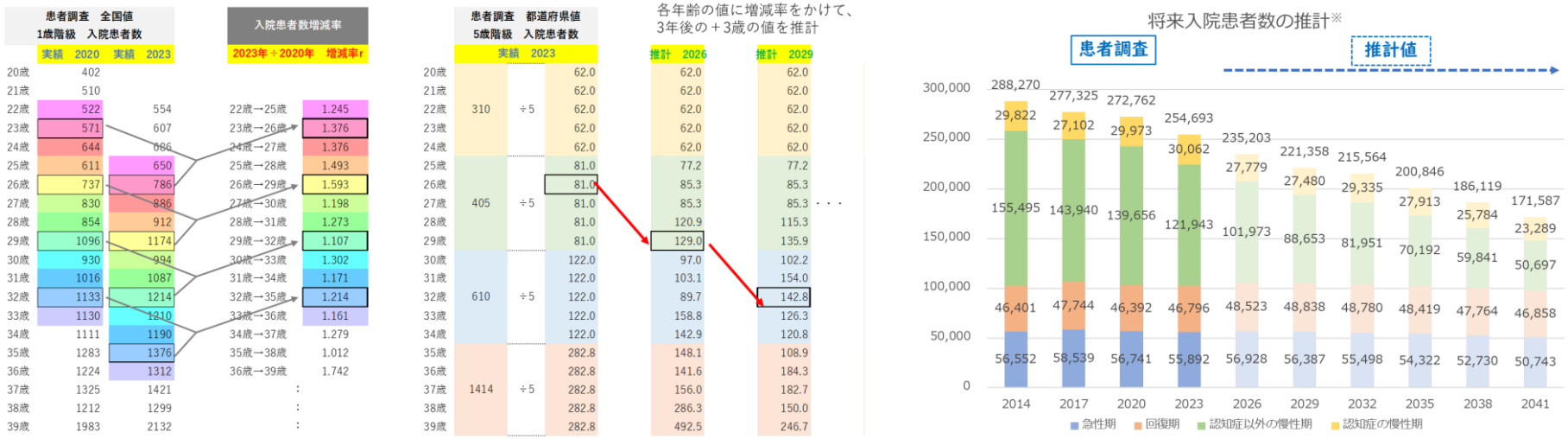
2040年の精神病床における医療需要の推計方法について（案）

精神病床に係る必要病床数の考え方（案）

○　2040年の精神病床における病床機能区分別の必要病床数を算出するにあたっては、将来の患者数の推計を用いている精神病床の基準病床数の算出方法を念頭に、①患者調査を用いて、②病床機能区分ごとの2040年の将来患者数の推計を行い、③病床利用率で割り戻し、算出する。その際、基準病床数の算出方法と同様に政策効果や患者の流出入も加味する。

○　上記の算出に際して、代替指標として、精神科高度急性期機能（仮称）はこれらのうち、自傷・他害のおそれがある者等であって、診療密度の高い医療を必要としている推計患者数を用いつつ、これら以外の患者のうち、精神科急性期機能（仮称）は入院期間が３月未満の推計患者数、精神科包括期機能（仮称）は入院期間が３月以上１年未満の推計患者数、精神科慢性期機能（仮称）は入院期間が１年以上の推計患者数を用いることとする。

（2040年の将来患者数の推計のイメージ）



必要病床数の留意点

○　地域での協議においては、**精神科高度急性期（仮称）及び精神科急性期（仮称）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。

病床機能の内容、必要病床数の推計及び病床機能報告の関係

病床機能の内容

病床機能区分ごとに提供している医療の内容や患者の状態（基本的な考え方）

例）○○機能：○○○の患者に対し、○○の医療を提供するもの

必要病床数の推計

- 病床機能の内容を踏まえた診療の実態を勘案し、2040年度の推計人口等から、病床機能区分ごとの将来の医療需要を推計。
- その上で、将来の医療需要を病床利用率で割り返し、病床数として算出したもの。

次回以降、ご議論いただきたい内容

病床機能報告

- 病床機能の内容を踏まえ、医療機関が、現状の病床機能と2040年時点の病床機能を、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に報告するもの。
- 様々な機能区分に該当する患者が混在する病棟ごとに、最も適する一つの機能区分を選択する。

必要病床数の推計と病床機能報告のそれぞれにおいて、「病床機能区分」が用いられるが、
・必要病床数は、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するものであり、
・病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、医療機関が病棟単位で自主的に選択した病床機能ごとの病床数の総和であることから、一致しない点に留意が必要。

１．病床機能・必要病床数について

・病床機能区分

・必要病床数の算出方法とその考え方

２．協議事項・医療機関機能について

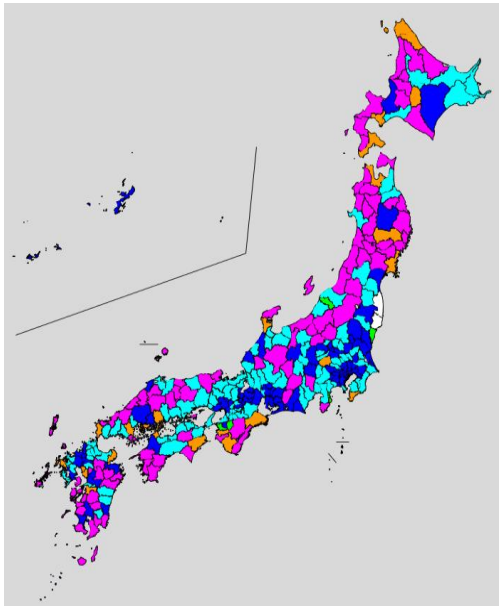
2040年頃に向けた医療の課題

Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要

○ 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

○ こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

≪入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）≫

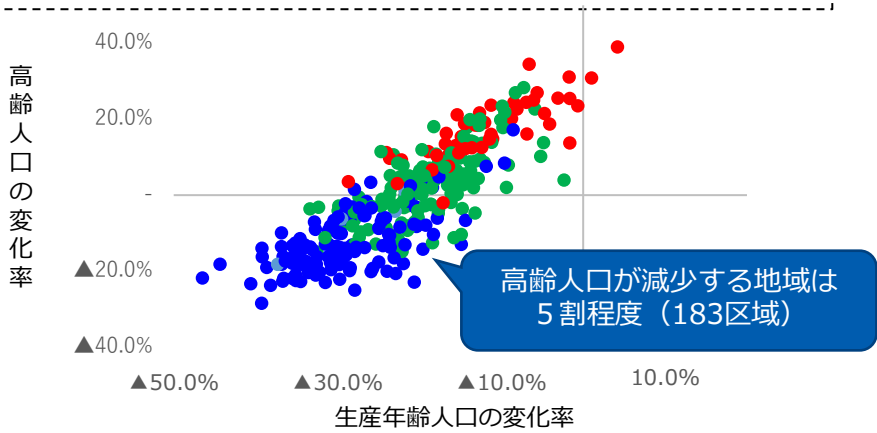


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

≪2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）≫

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外



Ⅱ．生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

○ 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。

○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。

○ 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

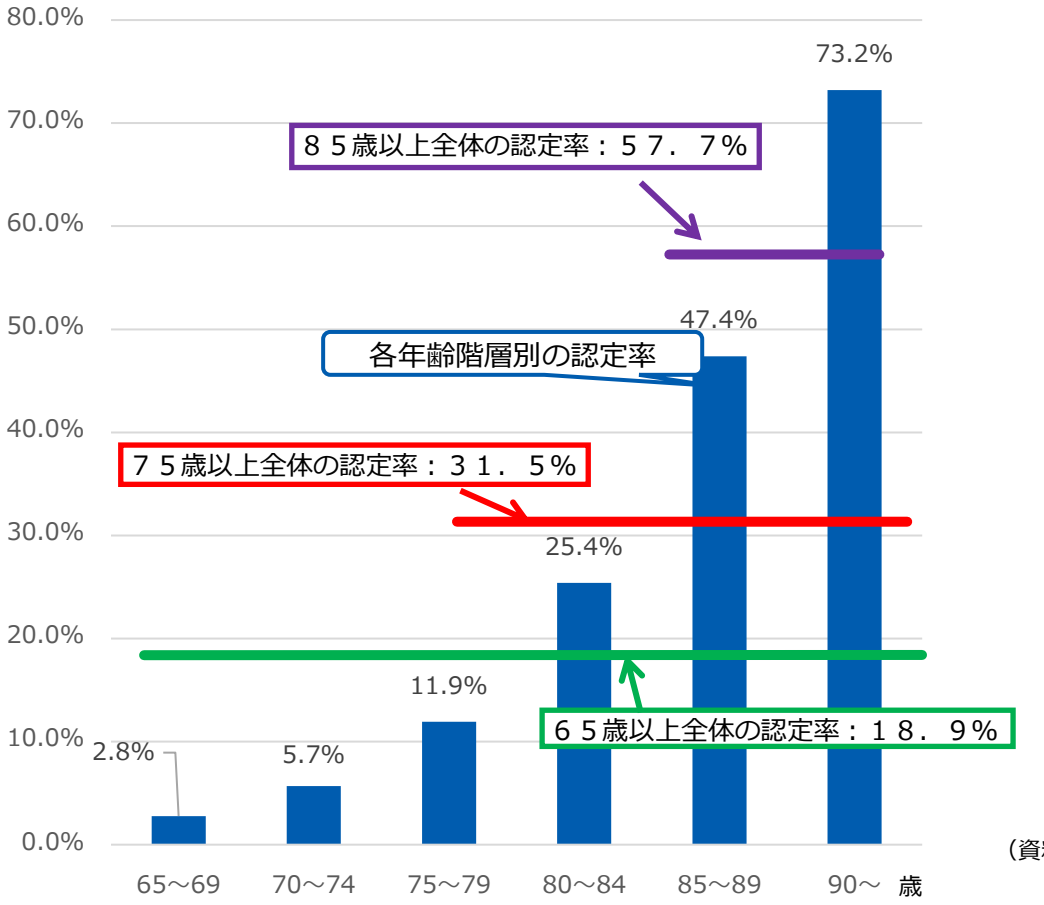
○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

2040年の医療需要について①

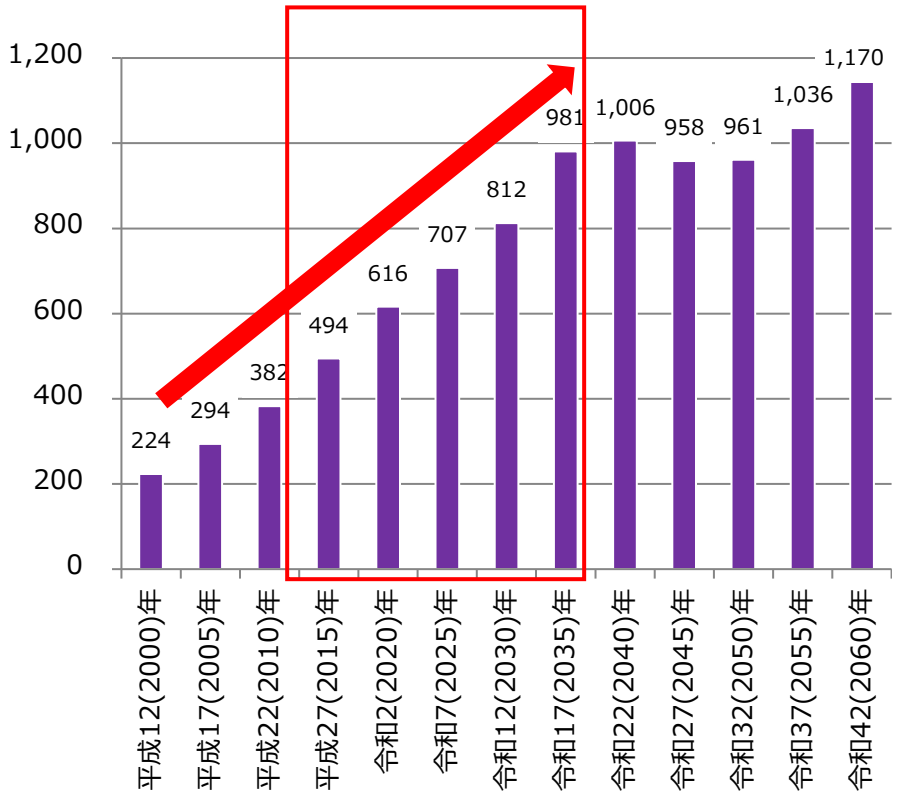
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



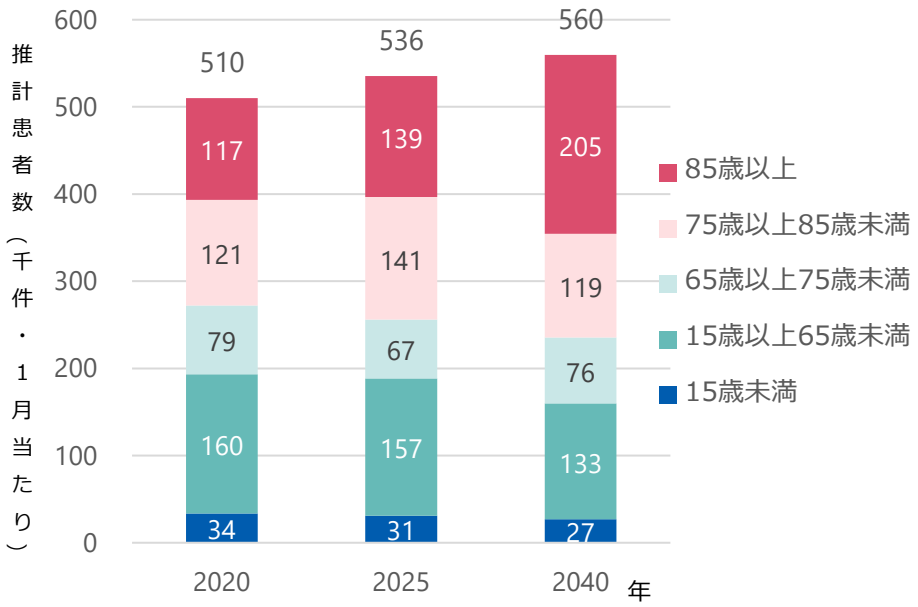
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

2040年の医療需要について②

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

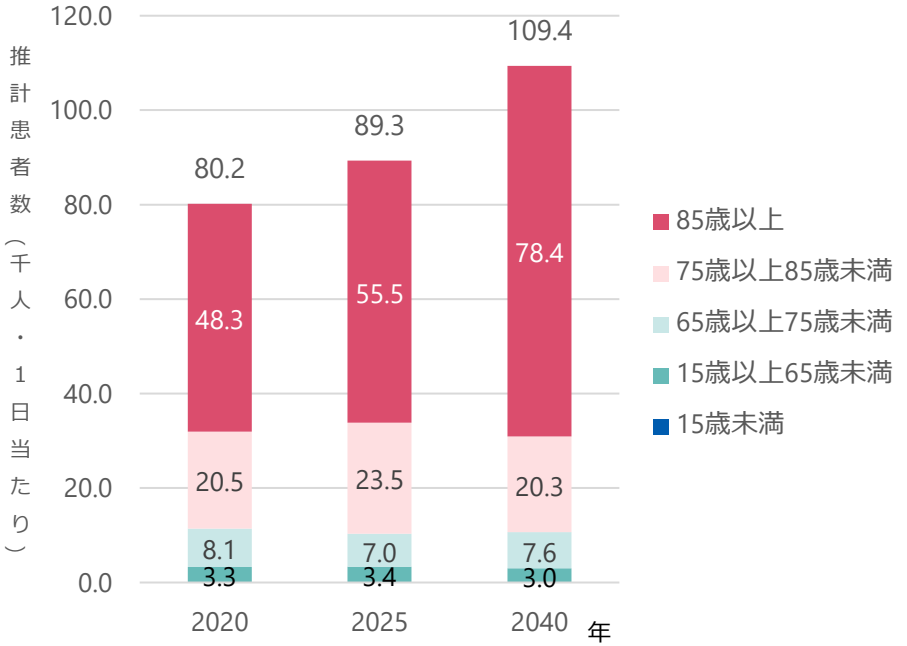
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※　救急搬送の１月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※　性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017年）
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（2023年推計）」
を基に地域医療計画課において推計。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

○　医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。

○　構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

	具体的な内容
高齢者救急・地域急性期機能	• 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	• 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※　人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	• 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※　在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。 また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※　有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

医育及び広域診療機能	• 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※　大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。 また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

医療機関の連携・再編・集約化について

- 医療需要の減少や質的変化、医療従事者の減少や地域偏在に対応し、**持続的に医療の質や医療従事者の働き方の確保**をしていくよう、**地域ごとに効率的な医療提供体制の構築が必要**。急性期拠点機能や急性期病床の集約化をはじめとして、地域の実情に応じて救急車の受入、手術、休日・夜間の対応等について、連携・再編・集約化の取組を進めていく。

連携・再編・集約化の必要性

- 医療の質や医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していき、高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応するといった**連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、都道府県全体で共有する**ことが重要。
- 医療需要の変化や医療の担い手の減少に対応した効率的な医療提供体制の構築が必要。大都市部等において、医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方や、結果として医師の偏在を助長する懸念などがあり、人口の少ない地域に限らず、それぞれの地域ごとに状況に応じた、連携・再編・集約化の取組が重要。
- 手術については、医療の質や医療安全の確保のため、**がんの手術、高度な手術等**は症例数や人材の集約が必要であり、地域の医療資源に応じて、構想区域内や、構想区域よりも広域な単位での集約を検討する。また、**胆嚢炎の手術等、頻度が高い全身麻酔を要する手術**については、構想区域内での提供が求められるが、医療資源が潤沢でない地域で、小規模に同じ診療科の手術を実施する複数の医療機関がある場合等は、体制の検討が必要。
- 救急については、上り搬送や下り搬送を活用しながら、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等により救急対応を確保することが必要。**上り搬送や下り搬送等の連携の取組**や、**地域医療構想の方向性を踏まえた「実施基準」の検討**が必要。
- 連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要なときに**必要な医療へ適切にアクセスできる体制**の維持・確保が重要。

医療機関機能報告について

医療機関機能報告制度の概要

○　医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。

○　医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

○　**2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告**し、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。

○　**在宅医療等連携機能については**、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能**や**急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については**、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、**両機能を併せて報告しない。**

＜留意点＞

- 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

高齢者救急の基本的な考え方

- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性

○　高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。

○　在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

対応のイメージ



高齢者救急・地域急性期機能

①

役割分担、相互連携による受入体制の確保

②



急性期拠点機能



③

在宅医療

介護保険施設等

在宅・介護との連携等による切れ目のない退院・療養支援

具体的な取組

①
- **包括期機能を有する病床**での高齢者救急の受入。
- ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、**入院早期からのリハビリテーション・退院支援**等を実施。
- 休日・夜間を含む**高齢者施設等からの外来受診**への対応

②
- 地域の医療資源や医療需要も踏まえた**役割分担に係る協議**。
- 高齢者救急の特徴を踏まえた**実施基準への反映。**
- **下り搬送**や**上り搬送**を活用した**受入後の連携体制の構築**。

※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討

③
- **多職種連携**や**他の施設等との連携**により、**退院後のリハビリテーション**等の**切れ目のない提供体制**を確保。
- **相互理解**を前提とした、退院先としての**介護保険施設の活用**。
- **協力医療機関**として、高齢者施設との**平時からの連携**、**状態悪化時の受診及び搬送のルールの整理**。

急性期医療・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 手術等の医療資源を多く要する医療については急性期拠点機能に集約して提供していく一方、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応していくことが考えられる。
- 地域によって、高齢者救急・地域急性期機能が高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を対応するケースや、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急についても対応していく必要があるケース等も考えられ、医療機関機能ごとの基本的な役割を確保した上で、地域の実情に応じた役割分担について協議を行う。

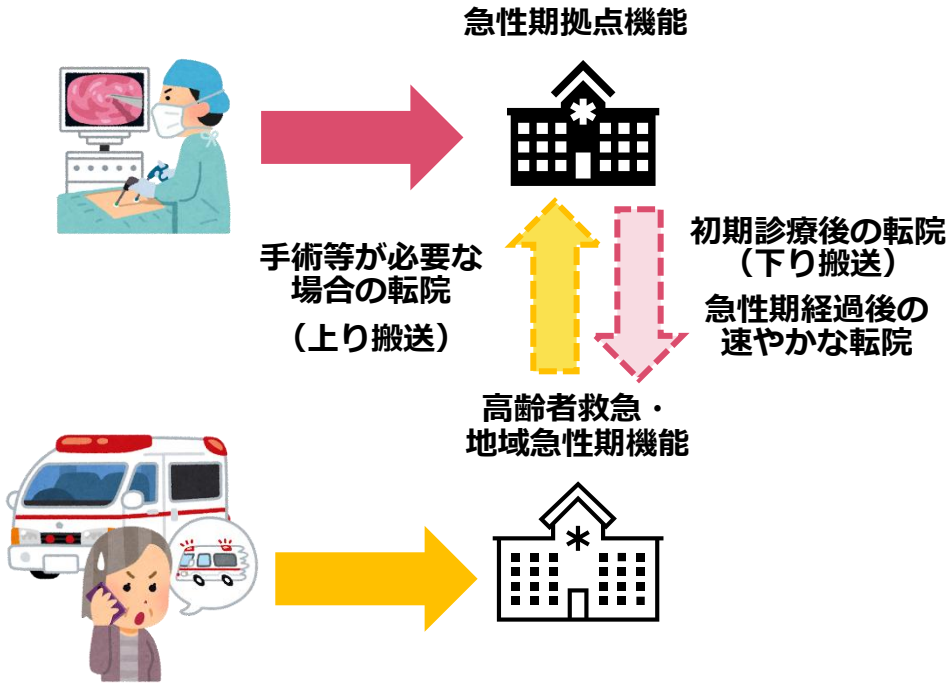
●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等や高齢者救急の役割分担（イメージ）

手術等の分担

・手術等の症例について、緊急性の高い疾患に対する緊急手術を含め、急性期拠点機能に集約して提供
・地域の需要や個別の施設の実情を踏まえ、必要に応じて、高齢者救急・地域急性期機能でも、高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を実施

高齢者救急の受入の分担

・増加する高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能とも連携した受入体制を整備
・急性期拠点機能は手術等を要する症例や緊急度・重症度の高い患者の対応を中心としつつ、地域の医療の需要等を踏まえ、必要に応じて高齢者救急の受入も行う



多職種連携について

- 2040年に向けた地域医療構想は、入院における病床の機能分化のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るためのものとして位置付けられており、外来での医歯薬連携や、在宅医療・介護との連携における多職種連携や施設間連携の取組を進めることが重要。

	基本的な考え方	具体的事項
外来医療	○　**リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導等**を含めて外来で切れ目なく提供できる体制を整備するとともに、退院後の診療継続や外来リハビリテーション等の受け皿を確保する。	• 口腔機能の低下が疑われる患者や口腔管理を要する患者について、医科医療機関が**歯科医療機関**への受診につなげる。 • 医療機関と**薬局**が連携し、患者の服薬情報、副作用の状況、重複投薬や多剤投与の状況等を共有し、適切な服薬指導を行う。
在宅医療	○　休日・夜間を含む24時間の急変時対応、往診、緊急入院の受け入れ等を地域で切れ目なく提供するとともに、**患者の状態に応じたサービス**を適切に提供する体制を構築する。	• 患者の状態や生活の状況に応じて、**訪問診療・往診、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービス**を適切に提供し、地域の在宅療養患者を面で支える体制を確保する。
介護との連携	○　高齢者救急の増加に伴い、退院後の受け皿として**介護保険施設や居宅サービスを適切に活用**できる体制を整備する。 ○　高齢者施設入所者の状態悪化時に、適切な介入を行い、必要時の円滑な入院につなげられるよう、**高齢者施設と医療機関との連携**を進める。	• 介護保険施設における医療やリハビリテーション等の提供機能について地域の関係者が理解を深め、**医療と介護の相互理解**を進める。 • **医師、看護師、歯科医師、薬剤師、高齢者施設職員等**が、それぞれの役割を踏まえて連携し、必要な医療及び生活サービスが切れ目なく提供される体制を構築する。 • **ケアマネジャー**がかかりつけ医等と連携して、個々の利用者へのマネジメントを行い、適切なサービスへつなぐ。

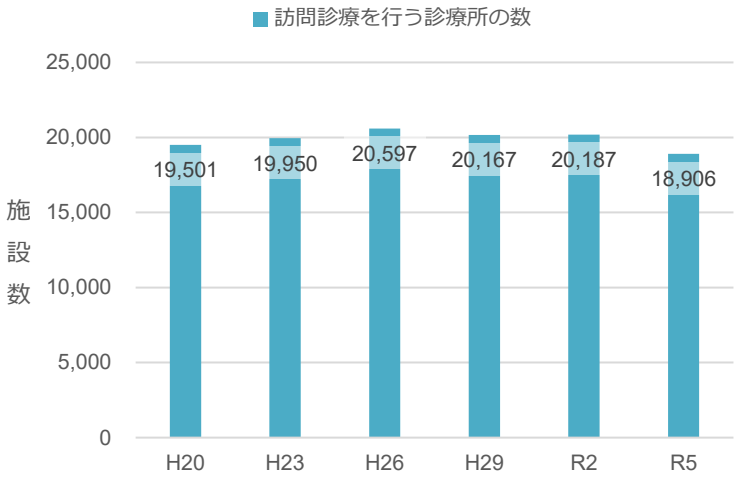
在宅医療に係る提供体制の構築について

在宅医療の現状・課題

○　2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれる中、在宅医療を提供する診療所数は近年横ばいであり、特に人口の少ない地域ほど、在宅医療において病院が担う役割が大きくなる傾向が見られる。

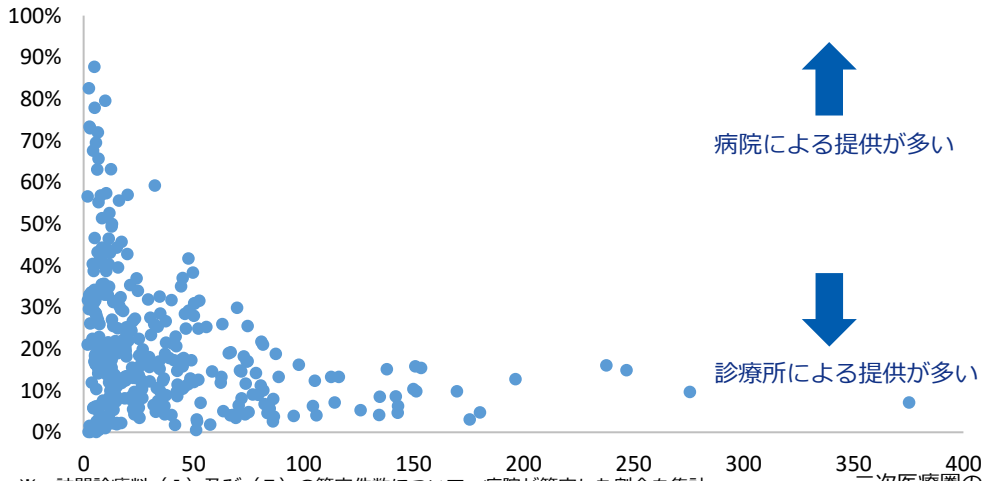
○　また、地域の在宅医療の提供体制の整備に当たっては、訪問診療・往診だけでなく、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護をはじめとする介護保険サービスの提供体制についても併せて検討が必要。

在宅医療を担う診療所数の推移



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

病院の訪問診療料算定割合（人口規模別）



※　訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計

資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅医療に係る提供体制の整備の方向性

○　在宅医療については、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、療養病床や介護保険施設の整備と一体的に考えていくとともに、従来の体制による在宅医療の提供の維持が難しい場合には、地域の病院等が在宅医療等連携機能として新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していく。

○　在宅医療等連携機能を担う医療機関は、 技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携や、そのほか歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要。

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行う。
- また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要。

自施設で担う役割の例

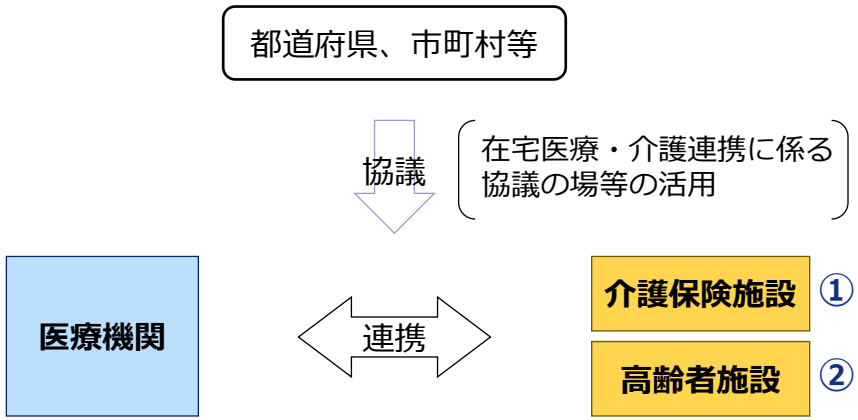
役割	概要
在宅医療の後方支援	急変時に入院対応が必要な患者の受入先としてバックベッドを確保した上で、必要時の入院受入を行う
往診の実施	休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
訪問診療の実施	小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担 う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
訪問看護の提供	地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う

他の施設との連携の例

連携先	概要
在宅医療を担う診療所	連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する
歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所等	ICT 等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、 介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行う
高齢者施設等	高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設等の協力医療機関として、入所者の急変時の相談対応や診療、入院対応を行う

医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

- 高齢者の増加に伴い、退院後の受け皿として介護保険施設や居宅サービスを適切に活用できる体制を整備することが重要であり、医療機関と介護保険施設との間で役割や機能の理解を共有し、退院支援及び退院後の受入れに関する連携を進める必要がある。
- また、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者施設入所者について、状態変化が生じた際に必要な医療を速やかに受けることができる体制を確保することが重要。



①医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組

○　医療機関へ入院した患者について、状態に応じて適切な時期に退院し、その後の療養や生活の場に円滑に移行できるよう、入院患者の退院先として介護老人保険施設、介護医療院、特別養護老人ホームを活用していくことについて、認識を共有し、連携を推進。

【協議事項の例】
- 介護保険施設における医療提供やリハビリテーション等の機能についての理解促進
- 入院中の患者の状態像、介護保険施設での受入可能な状態の整理、共有
- 退院調整に係るタイムスケジュール、情報連携の内容の共有
- 医療機関と介護保険施設のマッチング等（協力医療機関）

②高齢者施設入所者が適切な医療を受けることができる体制の構築

○　医療と介護の双方のニーズを有する高齢者施設入所者について、日常的な健康管理、状態変化時に必要な介入を適時・適切に行い、重症化を未然に防ぐ観点から連携を推進。

【協議事項の例】
- 高齢者施設における協力医療機関の確保
- 利用者の状態変化時における相談、受診及び搬送ルールの整理
- 平時からの診療情報、服薬情報、介護の留意点等の共有
- 状態悪化等による入院後の再入所に係る運用

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	• 地域医療構想の進め方	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	• 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	• 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） • オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	• 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） • DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	• 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） • 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	• 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	• 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

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） • 患者の流出入等に対する、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

調整会議の議題に関するご意見（第１回・第２回WG構成員意見）

全般的事項

- 身体合併症を有する患者等の議論を行う際には、都道府県の枠を超えた広域での議論が必要になるだろう。
- 公聴会やアンケート等、当事者・家族の意見を幅広く聞くような仕組みが必要である。

医療機関機能

- 一般救急と精神科救急をどのようにつなぐかという議論をしなければならない。
- 身体合併症を有する患者の診療体制について、有床の総合病院精神科を確保するだけでなく、精神科リエゾン機能（精神病床を有さない総合病院精神科）も確保すべきである。
- 精神科医療機関同士の連携を構想の枠組みに入れることが大事である。
- 認知症に関して構想区域の中でどのような医療提供体制を確保していくか考えていく必要がある。
- 児童・思春期、依存症等、広域で補う必要のある医療について話し合う必要がある。

外来、在宅医療、介護及び福祉の連携

- 介護・福祉の基盤となる市町村の意見を丁寧に拾い上げる必要がある。
- 精神科訪問看護と近隣の内科医との連携について検討する必要がある。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実現に向けた多施設や多職種間での連携の強化は不可欠と考える。

その他

- 大学病院本院をどのように位置づけるか検討する必要がある。

精神医療に関する議論の際に関係者が留意するべき歴史的経緯

- 我が国の精神保健医療福祉は、明治期以降、精神障害者に対する医療及び保護に関する制度整備が進められ、医制（明治7年）において、精神科病院（当時の癲狂院）に関する規定が設けられたものの、精神障害者の監護は主として家族が担っており、精神病者監護法（明治33年法律第38号）においても私宅監置が認められるなど、適切な医療を受けられる体制の整備が課題となっていた。

- こうした中、**精神病院法（大正８年法律第25号）により、公的精神病院を整備する考え方が初めて示された。しかしながら、公立精神病院の整備は十分には進まず、精神科医療の提供を補完するため、民間の代用精神病院制度が設けられた**。

- その後、**精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づく国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が進められた**こともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか、**民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた**経緯がある。

➡ **都道府県の地域における精神医療の歴史的経緯を踏まえる必要。**

精神保健福祉法における精神科病院に関する規定

精神科病院について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（抄）

第十九条の七

　都道府県は、精神科病院を設置しなければならない。ただし、次条の規定による指定病院がある場合においては、その設置を延期することができる。

２　都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。次条において同じ。）が精神科病院を設置している場合には、当該都道府県については、前項の規定は、適用しない。

第十九条の八

　都道府県知事は、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人（以下「国等」という。）以外の者が設置した精神科病院であつて厚生労働大臣の定める基準に適合するものの全部又は一部を、その設置者の同意を得て、**都道府県が設置する精神科病院に代わる施設（以下「指定病院」という。）として指定することができる**。

「五訂 精神保健福祉法詳解（中央法規）」（抜粋）

第十九条の七

○　本条は、都道府県に課せられた精神科病院設置義務に関する規定である。

○　本条が規定された趣旨は、**自己の症状に関し的確妥当な判断を下すことが困難な状態にある精神障害者（特に措置入院患者）は、できるだけ公的機関の管理経営に属する医療機関で医療及び保護を受けることが妥当であるとの考え方に基づいたもの**である。

第十九条の八

○　本条は、都道府県立等の精神科病院が設置されているかどうかにかかわらず、**国立・都道府県立（都道府県等が設立した地方独立行政法人が設置する精神科病院を含む。）以外の精神科病院を指定して、措置入院患者の入院に対応しようとする規定**である。

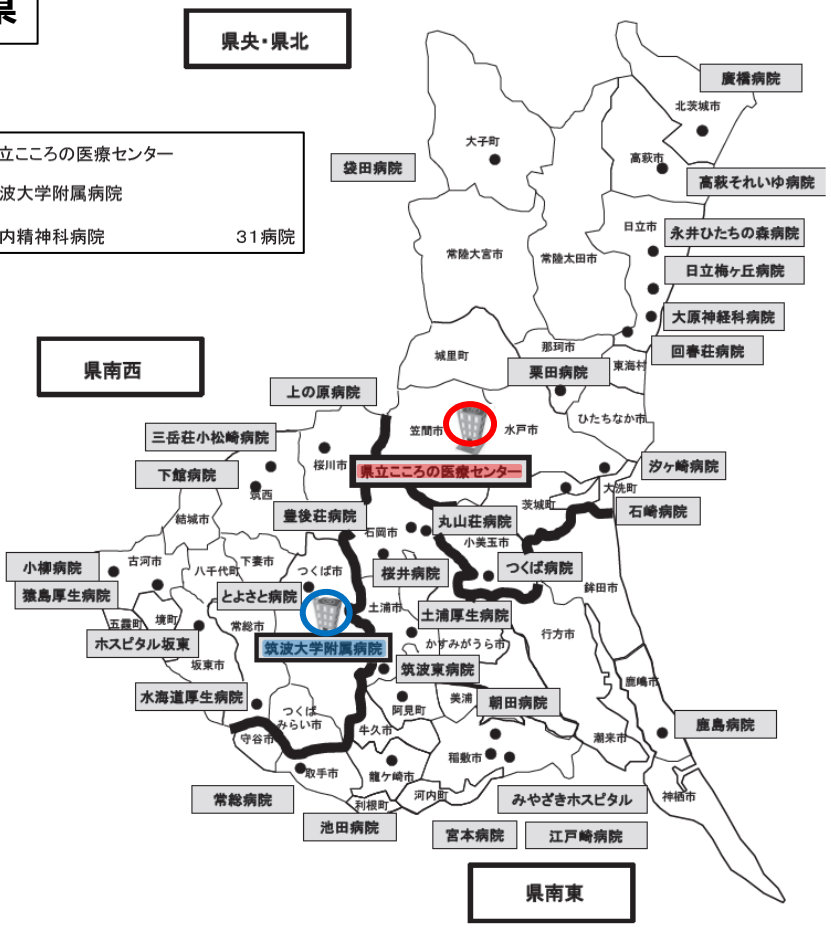
都道府県における精神科病院等の配置状況の例（宮城県・茨城県）

- 宮城県では、県立病院は１病院、大学病院が２病院、国立病院が１病院となっており、茨城県では、県立病院は１病院、大学病院は１病院となっているように、精神病床を有する病院は、民間病院が多い。

宮城県



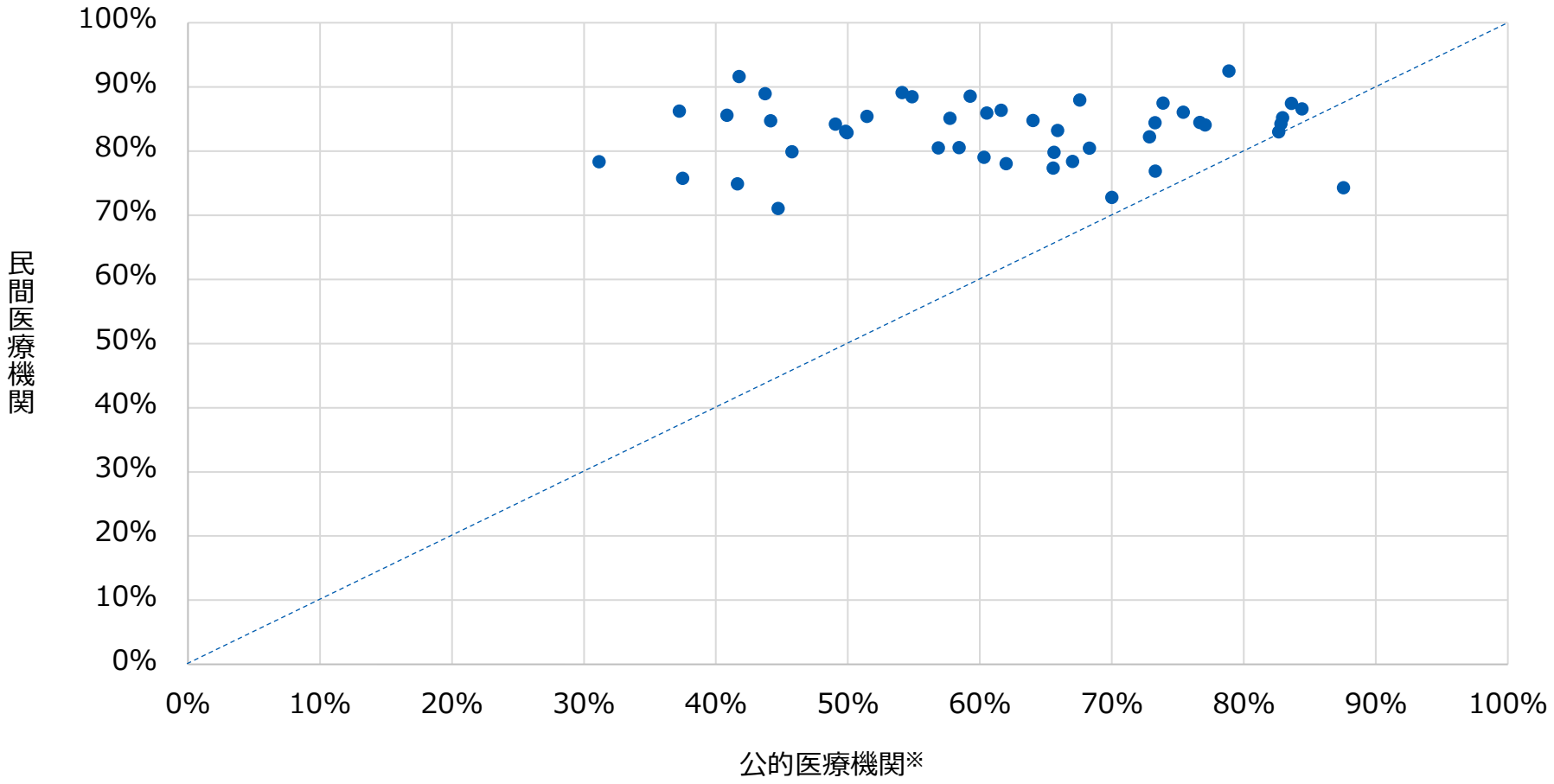
茨城県



出所：「第８次宮城県地域医療計画」「第８次茨城県保健医療計画」より抜粋し、精神・障害保健課において追記。

都道府県ごとの公的・民間医療機関の病床利用率（許可病床数に占める在院患者）の状況

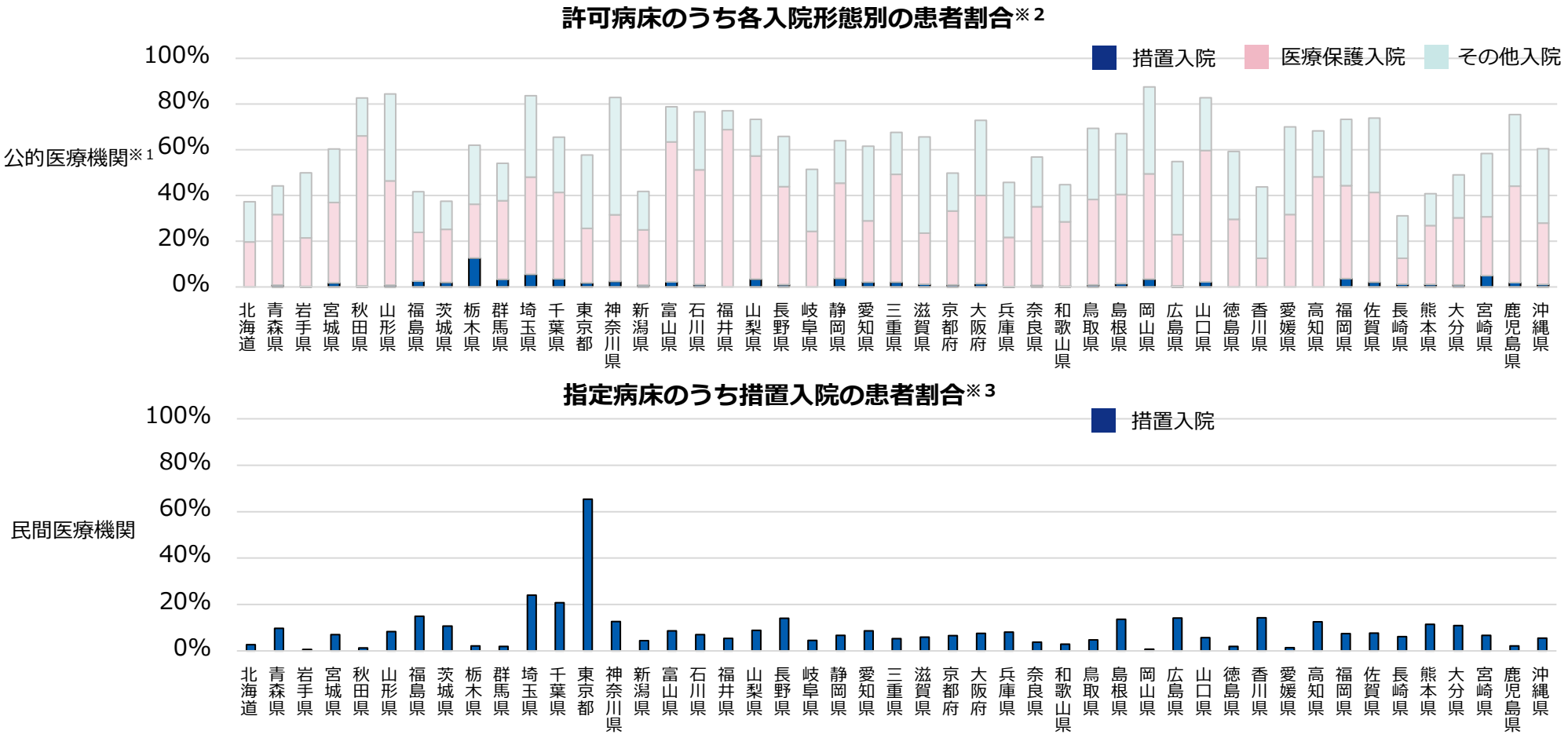
- 多くの都道府県において、許可病床数に占める在院患者の割合は、公的医療機関と比較して民間医療機関が高い傾向にある。



※精神保健福祉法第19条の７第２項にもとづく、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人が設立主体である医療機関（すべての病床が措置入院の受入可能病床）

資料：精神保健福祉資料「医療機関票_施設概要」（令和７年６月30日時点）より、都道府県ごとの公的医療機関または民間医療機関における在院患者数を許可病床数で除して算出。なお、同調査において在院患者数が許可病床数を上回る一部の都道府県は掲載していない。

措置患者受け入れ可能病床の利用状況



資料：精神保健福祉資料「医療機関票_施設概要」（令和７年６月30日時点）を用いて厚生労働省障害保健福祉部で作成

※１ 精神保健福祉法第19条の７第２項にもとづく、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人が設立主体である医療機関（すべての病床が措置入院の受入可能病床）

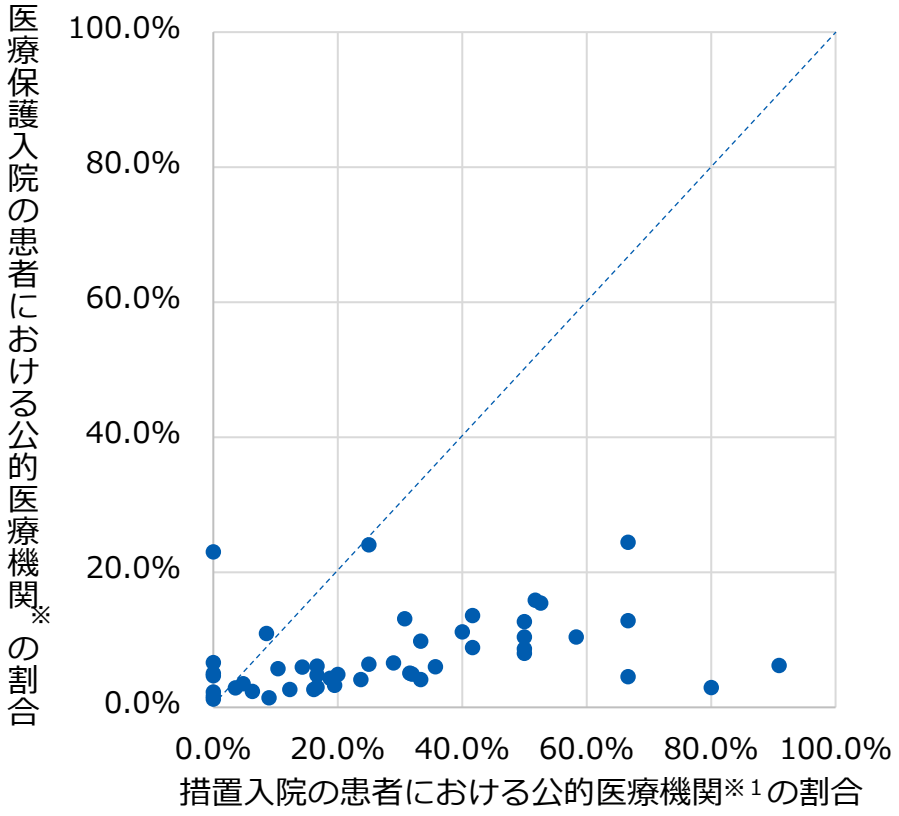
※２ 各入院形態別の患者数を許可病床数により除することで作成

※３ 措置入院患者数を指定病床数により除することで作成

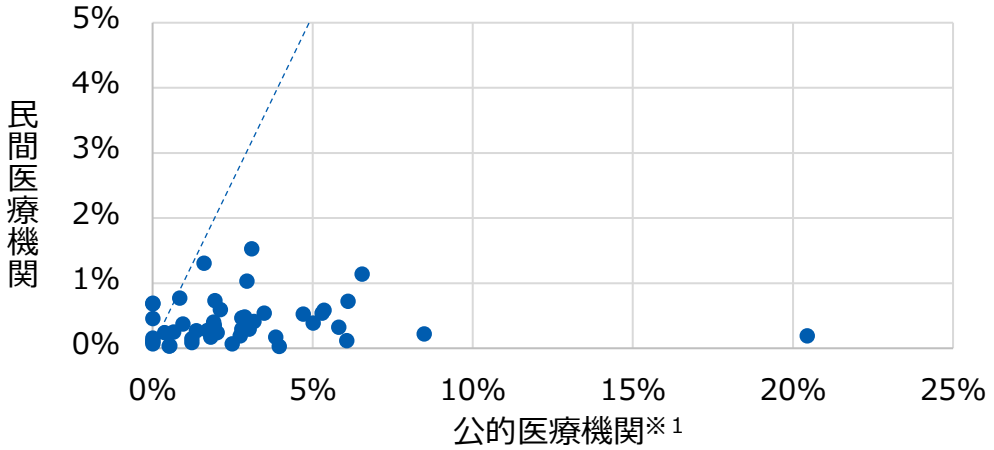
都道府県ごとの公的・民間医療機関の在院患者に占める措置入院等の割合

- 措置入院患者が公的医療機関に入院する割合は全国平均21.9%であり、医療保護入院患者が公的医療機関に入院する割合は全国平均5.8%であった。また、精神病床に入院する患者のうち、措置入院の割合は公的医療機関が全国平均2.8%、民間医療機関が全国平均0.5%であり、医療保護入院の割合は公的医療機関が全国平均55.2%、民間医療機関が全国平均41.9%であった。

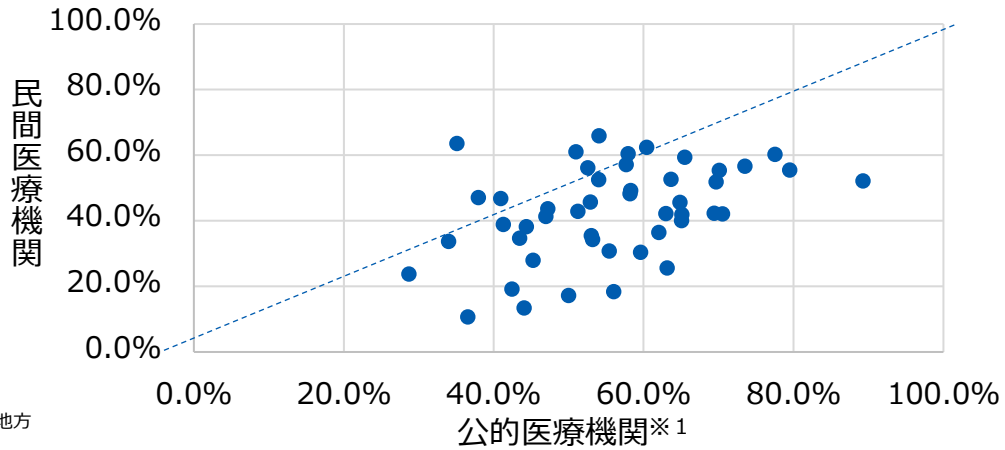
措置入院及び医療保護入院患者のうち公的医療機関への入院割合※2



精神病床に入院する患者に占める措置入院患者の割合※3



精神病床に入院する患者に占める医療保護入院患者の割合※4



資料：精神保健福祉資料「医療機関票_施設概要」（令和７年６月30日時点）を用いて作成

※１ 精神保健福祉法第19条の７第２項にもとづく、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人”が設立主体である医療機関（すべての病床が措置入院の受入可能病床）

※２ 都道府県ごとの公的医療機関における措置入院患者数または医療保護入院患者を当該都道府県全体の措置入院患者数または医療保護入院患者数で除して算出

※３ 都道府県ごとの公的医療機関または民間医療機関における措置入院患者数を当該都道府県の在院患者数で除して算出

※４ 都道府県ごとの公的医療機関または民間医療機関における医療保護入院患者数を当該都道府県の在院患者数で除して算出

開設者別の拠点機能について

- 摂食障害支援拠点病院及びてんかん支援拠点病院においては公的医療機関が多い一方で、依存症拠点機関においては公的医療機関以外の医療機関が多くなっている。

第８次医療計画において、地域の実情を踏まえて、**アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症、摂食障害及びてんかんに対応できる医療機関を明確にすること**が求められている。

拠点機能	開設者別の医療機関数	
	公的医療機関※	民間医療機関
依存症治療拠点機関（アルコール依存症）	18	37
依存症治療拠点機関（薬物依存症）	14	23
依存症治療拠点機関（ギャンブル等依存症）	17	28
摂食障害支援拠点病院	9	1
てんかん支援拠点病院	27	4

※開設者が国、都道府県、市町村、地方独立行政法人、地方公共団体、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会及び社会福祉法人北海道社会事業協である医療機関

資料：依存症対策全国拠点機関による調査（令和８年３月時点）及び摂食障害治療支援センター設置運営事業（令和８年４月時点）、てんかん地域診療連携体制整備事業（令和８年６月時点）を基に厚生労働省障害保健福祉部で作成

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（抜粋）

今後の精神科救急医療の体制整備に係る取組

（３）精神科医療機関

○　精神科医療機関は精神科救急医療体制を支える上で重要な役割を担う。**自院が提供可能な機能（入院、入院外）を明らかにするとともに、都道府県等との連携の下、精神科救急医療体制への積極的な参画が求められる**。

　都道府県等が整備する精神科救急医療体制での対応だけではなく、かかりつけ医として、日頃の診療に加え、精神障害を有する方等が危機等の状況に陥った際にどのように対応して欲しいかを十分に把握し、時間外診療や往診等を含め可能な限りの対応の充実を図るべきである。

○　入院医療を提供する施設では、引き続き、病院群輪番型施設や常時対応型施設としての指定を受け、入院医療が必要な方等に対応することが期待される。セーフティネットとして機能が果たされるよう、都道府県等が設置する精神科救急医療体制連絡調整委員会等の場などを通して、**病院群輪番型施設と常時対応型施設が、互いの役割分担を整理することや連携強化を図る必要**がある。

○　**精神科診療所等については、**精神障害を有する方等及び地域住民が身近な地域で支援を受けられる体制を構築する観点から、積極的に精神科救急医療体制整備に加わり、**夜間・休日における入院外医療の提供を精神科診療所等の輪番制で取り組むことや、保健所、市町村保健センターの訪問の際に医療の立場から支援等に取り組むべき**である。

○　身体合併症対応の充実を図る観点からは、**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べき**である。

　また、**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。

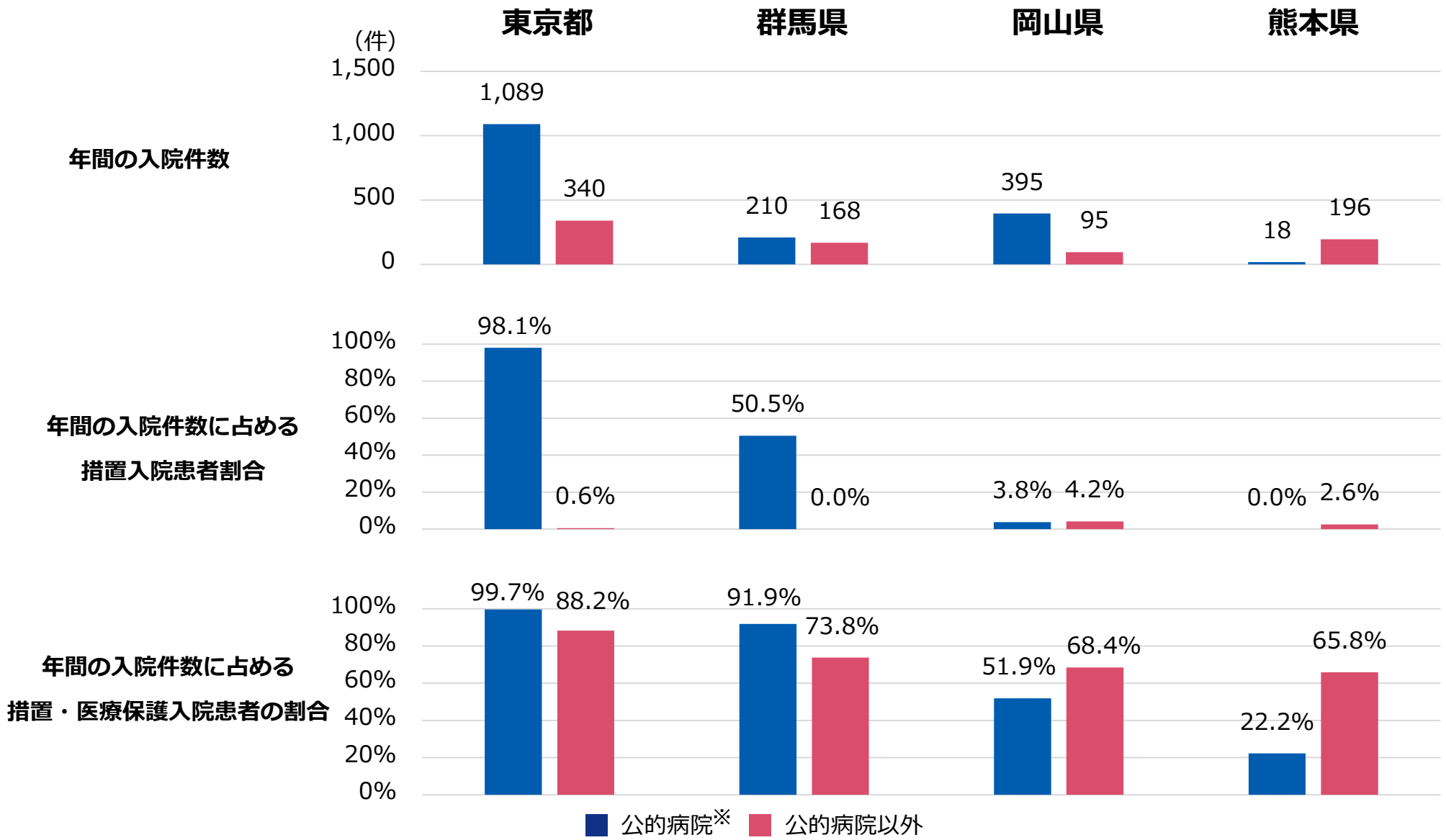
（４）一般医療機関

○　身体合併症の対応の充実には一般医療機関の協力は不可欠であり、精神科医療機関との連携による面的な整備の充実が想定される。対診や訪問、電話等による具体的な支援を実現し、互いに支援し合える体制の構築を目指す必要がある。

　また、**救急医療体制の整備に関わる医師会等の関係団体や救急医療機関は、精神科救急医療体制連絡調整委員会などの精神科救急医療体制整備の場に参画し、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。

資料：精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ 報告書より抜粋（一部改）

精神科救急医療体制整備事業における自治体の例



※開設者が国、公的医療機関、社会保険関係団体である医療機関

（注）自治体ごとに精神科救急の体制等が異なることに留意が必要

資料：令和８年度厚生労働行政推進調査事業補助金（障害者政策総合研究事業）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」 分担研究「精神科救急医療体制に関する研究」研究班提供資料 より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神医療の提供に係る公的病院・民間病院の役割に関する論点

現状

○　精神保健医療福祉の歴史的な経緯として、公立の精神科病院の整備が十分に進まず、精神医療の提供を補完する形で、民間病院が主体となり病床の整備を進め、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた。

○　その際、精神医療については、その他の一般的な医療とは異なり、疾患に対する診療だけではなく、精神保健福祉法に規定された入院制度に伴う対応も求められている。

○　こうした背景がある中、都道府県における精神科病院等の配置状況は精神病床を有する病院は民間病院が多い。その上で、精神病床の利用率は、公的病院と比して民間病院が高い傾向にある。

○　また、都道府県ごとの公的・民間病院の在院患者に占める措置入院等の割合は公的病院が民間病院に比して全国平均は高い。また、精神科救急の対応状況は都道府県によって公的病院又は民間病院のいずれかが中心に担っている。

○　第８次医療計画では、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症、摂食障害及びてんかんに対応できる医療機関を明確にすることを求めており、摂食障害支援拠点病院及びてんかん支援拠点病院においては国及び公的医療機関が多い一方で、依存症拠点機関においては国及び公的医療機関以外の医療機関が多くなっている。

論点

○　これまでの歴史的な経緯や現状があり、都道府県ごとに公的病院及び民間病院がそれぞれの役割を担ってきている中で、今後の精神医療提供体制の構築に向けて、地域における公的病院と民間病院の役割分担について、どのように考えるか。

構想区域の運用｜調整会議は「重層型・テーマ別」で運営

地域・構想区域単位	身近な医療提供体制（入院、外来・在宅、介護・障害福祉との連携）など 身近な地域の患者動向など
複数合同区域単位	患者流動の比較的大きい地域への対応など 隣接区域での連携・協働対応など
都道府県単位	精神科救急・措置入院、専門医療・政策医療など 県全体の病床整備・人材確保など

テーマに応じて協議単位を切り替える

入院　救急　専門医療　外来・在宅　介護・障害福祉

議論の中心：地域で不足する機能の補強補充と提供体制の整備

精神医療に関する医療提供体制の例（統合失調症）

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

医療計画における記載

【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、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連携・多施設連携を推進するために、地域連携拠点機能およ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、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法が必要な時に必要な場所で受けられるように、それぞれの地域の実情を踏まえた地域医療体制を構築する必要がある。

○　都道府県で統合失調症について検討するにあたっては、「治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数」、「統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「統合失調症を外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床)」、「治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数」、「統合失調症患者に於ける治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率」、「統合失調症の精神病床での入院患者数」、「統合失調症外来患者数」及び「閉鎖循環式麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」について現状を把握したうえで課題を検討し、目標を設定することが望ましい。

【統合失調症を入院診療した精神科病院等の数、統合失調症の入院患者数、治療抵抗性統合失調症治療薬の算定した医療機関数・入院患者数】

（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	算定医療機関数	算定患者数
全　国	1,511	207,977	507	6,701
北海道	110	10,894	30	272
青森県	23	2,556	7	80
岩手県	21	2,582	5	112
宮城県	33	3,532	7	87
秋田県	20	1,616	10	33
山形県	17	1,741	6	80
福島県	28	3,655	7	95
茨城県	31	4,830	6	116
栃木県	27	3,166	9	87
群馬県	19	4,004	6	82
埼玉県	58	8,844	12	249
千葉県	53	8,942	21	397
東京都	91	16,886	36	433
神奈川県	66	11,054	23	338
新潟県	28	3,632	8	116
富山県	26	1,908	6	32
石川県	17	1,999	10	120
福井県	14	1,098	4	42
山梨県	12	1,673	5	74
長野県	27	2,682	12	89
岐阜県	17	3,208	6	91
静岡県	38	4,610	8	103
愛知県	52	9,700	27	428
三重県	19	3,336	8	159
滋賀県	11	1,426	8	72
京都府	18	2,871	7	99
大阪府	58	12,745	27	418
兵庫県	44	7,808	18	184
奈良県	11	1,980	7	69
和歌山県	11	1,492	5	25
鳥取県	8	867	4	32
島根県	14	1,114	6	61
岡山県	20	2,933	10	287
広島県	40	5,171	12	137
山口県	26	3,129	6	55
徳島県	19	2,410	7	38
香川県	14	1,946	7	92
愛媛県	18	2,916	6	42
高知県	22	1,793	6	50
福岡県	102	12,333	26	349
佐賀県	18	2,222	4	100
長崎県	35	3,982	7	147
熊本県	45	4,924	13	173
大分県	28	3,105	6	73
宮崎県	26	2,856	14	161
鹿児島県	51	5,598	14	111
沖縄県	25	4,208	12	211

精神医療に関する医療提供体制の例（気分障害）

医療計画における記載

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

【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、うつ病・躁うつ病の患者に認知行動療法やmECTが実施できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病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、地域連携拠点機能およ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、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。

○　都道府県でうつ病・躁うつ病について検討するに当たっては、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「うつ・躁うつ病外来診療している医療機関数」、「閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数」、「うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数」及び「うつ・躁うつ病外来患者数」について現状を把握したうえで課題を検討し、目標設定をすることが望ましい。

【うつ病等を入院診療した精神科病院等の数、うつ病等の入院患者数、うつ病等に閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を算定した医療機関数・患者数】　**（令和５年度実績値）**

都道府県	医療機関数	入院患者数	算定医療機関数	算定患者数
全　国	1,496	87,539	319	7,973
北海道	105	5,398	33	454
青森県	23	1,062	5	77
岩手県	21	982	11	564
宮城県	32	1,469	4	24
秋田県	21	545	4	45
山形県	16	930	5	61
福島県	28	1,358	5	76
茨城県	31	1,265	4	163
栃木県	25	1,093	9	314
群馬県	19	1,226	7	298
埼玉県	58	3,960	8	283
千葉県	53	3,130	17	358
東京都	91	8,204	38	1,547
神奈川県	65	4,260	18	621
新潟県	28	1,548	7	71
富山県	26	728	4	51
石川県	19	1,042	4	17
福井県	14	844	1-2	非公表
山梨県	12	587	1-2	非公表
長野県	27	1,000	7	144
岐阜県	17	1,222	1-2	非公表
静岡県	39	1,966	7	254
愛知県	52	4,511	9	301
三重県	18	1,145	3	12
滋賀県	12	921	3	119
京都府	19	1,598	5	53
大阪府	58	6,095	14	193
兵庫県	40	3,088	8	250
奈良県	11	999	1-2	非公表
和歌山県	11	509	1-2	非公表
鳥取県	7	438	1-2	非公表
島根県	14	537	1-2	非公表
岡山県	19	1,357	6	119
広島県	40	1,975	8	286
山口県	26	895	1-2	非公表
徳島県	19	667	1-2	非公表
香川県	14	648	1-2	非公表
愛媛県	19	808	1-2	非公表
高知県	22	784	3	17
福岡県	102	6,454	9	285
佐賀県	18	1,301	1-2	非公表
長崎県	35	1,722	6	83
熊本県	44	2,418	7	175
大分県	28	993	1-2	非公表
宮崎県	26	1,094	3	53
鹿児島県	49	1,657	5	81
沖縄県	23	1,106	8	50

※医療機関数が１～２の場合は患者数を「非公表」としている。

精神医療に関する医療提供体制の例（認知症）

医療計画における記載

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

【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、認知症は誰もがなりうるものであるという前提の下、本人主体の医療・介護の原則が、その提供に携わる全ての者にとって、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の類型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく必要がある。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。

【認知症を入院診療した精神科病院等の数、認知症の入院患者数、認知症専門診断管理料を算定した医療機関数・患者数】

（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	算定医療機関数	算定患者数
全　国	1,484	128,305	344	30,438
北海道	107	9,726	19	1,475
青森県	25	2,625	6	510
岩手県	21	1,323	1-2	非公表
宮城県	34	2,509	7	897
秋田県	20	1,461	8	280
山形県	18	1,921	4	462
福島県	29	1,856	5	98
茨城県	30	1,444	12	892
栃木県	23	867	6	403
群馬県	18	1,550	10	930
埼玉県	59	6,751	5	1,133
千葉県	50	3,053	5	563
東京都	88	8,062	31	2,387
神奈川県	68	5,208	17	1,595
新潟県	29	2,948	7	954
富山県	24	906	3	204
石川県	18	1,790	1-2	非公表
福井県	14	937	1-2	非公表
山梨県	11	691	1-2	非公表
長野県	24	733	6	408
岐阜県	15	1,331	1-2	非公表
静岡県	35	1,911	11	793
愛知県	49	4,260	13	1,804
三重県	17	1,659	7	382
滋賀県	12	1,033	6	501
京都府	19	3,272	6	212
大阪府	57	8,095	14	2,554
兵庫県	42	4,910	25	2,910
奈良県	11	1,451	3	123
和歌山県	11	344	6	346
鳥取県	8	778	5	340
島根県	14	803	5	103
岡山県	21	2,515	3	517
広島県	39	3,907	12	839
山口県	27	2,303	5	373
徳島県	19	1,197	1-2	非公表
香川県	14	860	3	1-9
愛媛県	19	1,423	4	38
高知県	21	1,468	4	352
福岡県	100	9,878	13	1,351
佐賀県	17	1,760	3	53
長崎県	35	2,503	5	535
熊本県	43	3,499	11	1,236
大分県	28	1,921	1-2	非公表
宮崎県	25	2,734	3	359
鹿児島県	51	3,759	10	353
沖縄県	25	2,370	5	194

※医療機関数が１～２の場合は患者数を「非公表」としている。

都道府県における統合失調症、気分障害、認知症の患者数（京都府）※

府全体

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	4,020	1,672	2,856
外来患者数	14,804	35,696	5,045

南丹

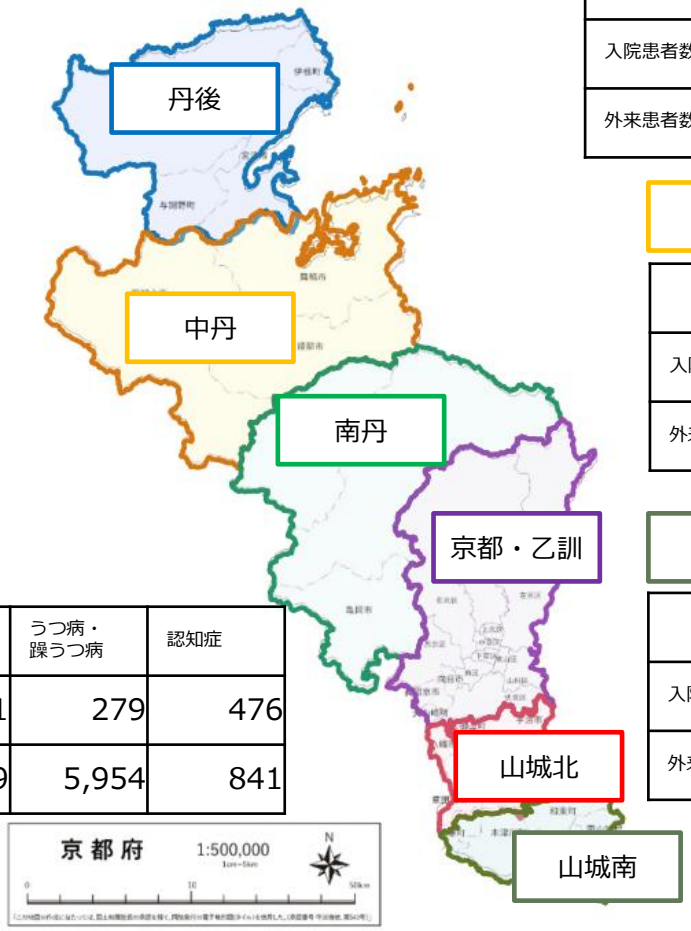
	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	204	85	145
外来患者数	751	1,810	256

京都・乙訓

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	2,522	1,049	1,791
外来患者数	9,286	22,391	3,164

山城北

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	671	279	476
外来患者数	2,469	5,954	841



丹後

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	140	58	99
外来患者数	515	1,241	175

中丹

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	295	123	210
外来患者数	1,088	2,624	371

山城南

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	189	79	134
外来患者数	695	1,677	237

※：令和５年度レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた集計より、
入院患者数においては、主傷病病名が「統合失調症」、「うつ病・躁うつ病」、「認知症」かつ精神科入院料を有するレセプトを基に算出した。
外来患者数においては、主傷病病名が「統合失調症」、「うつ病・躁うつ病」、「認知症」かつ精神科専門療法の算定を有するレセプトを基に算出した。
上記に基づき、二次医療圏別患者数を各医療圏の人口比に応じて算出した。

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）、国勢調査（令和２年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

都道府県における統合失調症、気分障害、認知症の患者数（宮城県）※

府全体

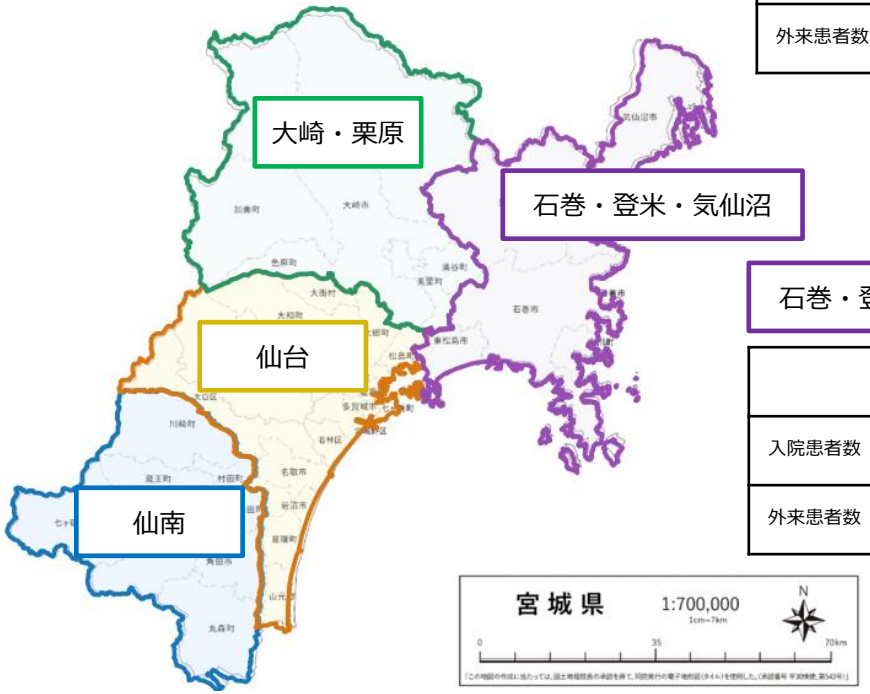
	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	6,174	4,017	3,544
外来患者数	38,899	76,461	7,168

仙台

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	4,131	2,688	2,372
外来患者数	26,029	51,164	4,797

仙南

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	447	291	256
外来患者数	2,814	5,531	519



大崎・栗原

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	697	454	400
外来患者数	4,393	8,636	810

石巻・登米・気仙沼

	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症
入院患者数	899	585	516
外来患者数	5,662	11,130	1,043

※：令和５年度レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた集計より、
入院患者数においては、主傷病病名が「統合失調症」、「うつ病・躁うつ病」、「認知症」かつ精神科入院料を有するレセプトを基に算出した。
外来患者数においては、主傷病病名が「統合失調症」、「うつ病・躁うつ病」、「認知症」かつ精神科専門療法の算定を有するレセプトを基に算出した。
上記に基づき、二次医療圏別患者数を各医療圏の人口比に応じて算出した。

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）、国勢調査（令和５年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神医療に関する医療提供体制の例（児童・思春期）

医療計画における記載

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

【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、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定した医療機関、20歳未満の精神疾患を有する患者への入院・外来診療を行っている医療機関等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関や、発達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、児童・思春期精神疾患や発達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。

○　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、「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。

【20歳未満を入院診療した精神科病院等の数、20歳未満の入院患者数、児童・思春期精神科入院医療管理料の算定医療機関数・入院患者数】

（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	算定医療機関数	算定患者数
全　国	955	14,124	54	4824
北海道	64	582	0	0
青森県	13	187	0	0
岩手県	13	303	1-2	非公表
宮城県	17	291	1-2	非公表
秋田県	13	74	0	0
山形県	12	169	1-2	非公表
福島県	18	183	1-2	非公表
茨城県	18	205	1-2	非公表
栃木県	19	174	1-2	非公表
群馬県	16	259	1-2	非公表
埼玉県	33	440	1-2	非公表
千葉県	30	424	1-2	非公表
東京都	60	1,689	5	801
神奈川県	50	890	5	440
新潟県	21	200	1-2	非公表
富山県	10	71	0	0
石川県	15	129	0	0
福井県	10	179	0	0
山梨県	9	95	1-2	非公表
長野県	19	309	1-2	非公表
岐阜県	15-16	145	0	0
静岡県	26	540	1-2	非公表
愛知県	41	831	4	293
三重県	15	289	1-2	非公表
滋賀県	8	177	0	0
京都府	12	140	0	0
大阪府	47	815	3	286
兵庫県	30	590	3	414
奈良県	9-10	95	0	0
和歌山県	8	38	0	0
鳥取県	7	53	0	0
島根県	10	87	1-2	非公表
岡山県	13	263	1-2	非公表
広島県	22	259	1-2	非公表
山口県	13	103	1-2	非公表
徳島県	10	81	0	0
香川県	9	163	1-2	非公表
愛媛県	11	97	0	0
高知県	9	68	0	0
福岡県	58	1,041	3	435
佐賀県	12	136	1-2	非公表
長崎県	14	242	1-2	非公表
熊本県	23	438	1-2	非公表
大分県	12	110	0	0
宮崎県	17	143	1-2	非公表
鹿児島県	24	204	0	0
沖縄県	19	123	0	0

※医療機関数が１～２の場合は患者数を「非公表」としている。

精神医療に関する医療提供体制の例（アルコール依存症）

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）、依存症対策全国拠点機関による調査（令和８年３月時点）を基に厚生労働省障害保健福祉部で作成

医療計画における記載

【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、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存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。この際、「アルコール健康障害対策推進基本計画」を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

○　都道府県でアルコール依存症について検討するに当たっては、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症入院医療管理加算（アルコール依存症）を算定した精神病床を持つ病院数」、「依存症集団療法（アルコール依存症）を外来で算定した医療機関数」、「アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「アルコール依存症を外来診療している医療機関数」、「依存症入院医療管理加算（アルコール依存症）を算定した患者数」、「依存症集団療法（アルコール依存症）を外来で実施した患者数」、「アルコール依存症の精神病床での入院患者数」、「アルコール依存症外来患者数」及び「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数」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。

【アルコール依存症を入院診療した精神科病院等の数、アルコール依存症の入院者数、アルコール依存症の専門医療機関数・治療拠点機関数】

（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	専門医療機関数	拠点機関数
全　国	1,369	25,288	235	54
北海道	92	1,306	17	1
青森県	23	306	3	0
岩手県	21	298	7	0
宮城県	31	361	1	1
秋田県	16	149	3	1
山形県	16	222	6	0
福島県	28	291	3	0
茨城県	29	244	3	1
栃木県	19	171	3	1
群馬県	19	362	2	1
埼玉県	53	658	2	1
千葉県	49	709	4	1
東京都	81	2,441	10	1
神奈川県	61	1,472	6	2
新潟県	25	,461	7	2
富山県	21	108	3	2
石川県	15	202	5	2
福井県	11	116	2	2
山梨県	11	140	2	1
長野県	24	202	9	1
岐阜県	15	345	3	1
静岡県	33	676	2	2
愛知県	45	993	8	1
三重県	18	272	6	2
滋賀県	11	141	1	1
京都府	17	428	4	0
大阪府	55	2,055	10	1
兵庫県	40	891	4	2
奈良県	11	144	3	0
和歌山県	11	80	4	1
鳥取県	8	134	3	1
島根県	14	122	2	2
岡山県	17	425	6	1
広島県	39	988	13	1
山口県	23	382	2	1
徳島県	19	273	3	1
香川県	12	301	3	2
愛媛県	17	308	4	2
高知県	20	342	1	0
福岡県	93	1,798	22	1
佐賀県	17	306	3	1
長崎県	30	609	3	1
熊本県	41	614	11	3
大分県	26	392	4	1
宮崎県	25	477	5	1
鹿児島県	44	756	4	2
沖縄県	23	817	3	1

精神医療に関する医療提供体制の例（薬物依存症）

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）、依存症対策全国拠点機関による調査（令和８年３月時点）を基に厚生労働省障害保健福祉部で作成

医療計画における記載

【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、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存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。この際、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

○　都道府県で薬物依存症について検討するに当たっては、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症入院医療管理加算（薬物依存症）を算定した精神病床を持つ病院数」、「依存症集団療法（薬物依存症）を外来で算定した医療機関数」、「薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「薬物依存症を外来診療している医療機関数」、「依存症入院医療管理加算（薬物依存症）を算定した患者数」、「依存症集団療法（薬物依存症）を外来で実施した患者数」、「薬物依存症の精神病床での入院患者数」、「薬物依存症外来患者数」及び「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数」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。

【薬物依存症を入院診療した精神科病院等の数、薬物依存症の入院者数、薬物依存症の専門医療機関数・治療拠点機関数】（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	専門医療機関数	拠点機関数
全国	743	3,248	88	36
北海道	49	165	5	1
青森県	12	21	1	0
岩手県	8	15-23	1	0
宮城県	10	48	1	1
秋田県	4	1-9	3	1
山形県	4	1-9	2	0
福島県	16	34	0	0
茨城県	12	50	1	1
栃木県	18	46	1	1
群馬県	14	112	1	1
埼玉県	26	117	2	1
千葉県	33	121	0	0
東京都	56	413	3	1
神奈川県	38	265	4	2
新潟県	11	25	4	1
富山県	6	1-9	1	1
石川県	10	18	2	2
福井県	7	14	0	0
山梨県	9	28	1	0
長野県	12	20	2	1
岐阜県	11	38	1	1
静岡県	18	108	2	2
愛知県	28	140	3	1
三重県	6	23	1	1
滋賀県	6	22	1	1
京都府	8	61	4	0
大阪府	42	409	4	1
兵庫県	23	118	1	1
奈良県	10	37	0	0
和歌山県	5	12-20	0	0
鳥取県	5	1-9	1	1
島根県	4	1-9	1	0
岡山県	11	46	1	1
広島県	16	81	5	1
山口県	10	20	1	1
徳島県	8	11	1	1
香川県	6	28	2	2
愛媛県	9	25-33	1	0
高知県	11	20	0	0
福岡県	58	235	15	1
佐賀県	10	35	1	1
長崎県	11	31	1	0
熊本県	16	45	1	1
大分県	15	27	0	0
宮崎県	12	29	1	1
鹿児島県	11	32	2	2
沖縄県	18	59	2	0

精神医療に関する医療提供体制の例（ギャンブル等依存症）

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）、依存症対策全国拠点機関による調査（令和８年３月時点）を基に厚生労働省障害保健福祉部で作成

医療計画における記載

【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、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存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。この際、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策地域支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

○　都道府県でギャンブル等依存症について検討するに当たっては、「依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数」、「依存症集団療法（ギャンブル依存症）を外来で算定した医療機関数」、「ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関」、「依存症集団療法（ギャンブル依存症）を外来で実施した患者数」、「ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数」、「ギャンブル等依存症外来患者数」及び「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数」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。

【ギャンブル等依存症を入院診療した精神科病院等の数、入院者数、ギャンブル等依存症の専門医療機関数・治療拠点機関数】

（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	専門医療機関数	拠点機関数
全　国	80	399	118	44
北海道	5	23	5	1
青森県	1-2	非公表	1	0
岩手県	0	0	2	0
宮城県	1-2	非公表	1	1
秋田県	0	0	3	1
山形県	0	0	3	0
福島県	0	0	1	0
茨城県	1-2	非公表	1	1
栃木県	0	0	2	1
群馬県	1-2	非公表	1	0
埼玉県	1-2	非公表	2	1
千葉県	1-2	非公表	2	1
東京都	4	11-19	2	1
神奈川県	1-2	非公表	4	2
新潟県	1-2	非公表	4	1
富山県	0	0	1	1
石川県	1-2	非公表	2	2
福井県	1-2	非公表	1	0
山梨県	3	1-9	1	0
長野県	1-2	非公表	2	1
岐阜県	1-2	非公表	1	1
静岡県	1-2	非公表	2	2
愛知県	5	1-9	3	1
三重県	0	0	4	2
滋賀県	0	0	1	1
京都府	1-2	非公表	5	0
大阪府	1-2	非公表	7	1
兵庫県	3	1-9	3	2
奈良県	0	0	1	0
和歌山県	1-2	非公表	4	1
鳥取県	1-2	非公表	1	1
島根県	1-2	非公表	1	1
岡山県	1-2	非公表	6	1
広島県	3	1-9	1	1
山口県	1-2	非公表	1	1
徳島県	0	0	2	2
香川県	1-2	非公表	2	1
愛媛県	3	1-9	1	0
高知県	1-2	非公表	16	1
福岡県	6	52	1	1
佐賀県	1-2	非公表	3	1
長崎県	1-2	非公表	2	2
熊本県	1-2	非公表	1	1
大分県	1-2	非公表	1	1
宮崎県	1-2	非公表	2	2
鹿児島県	5	38	2	0
沖縄県	4	1-9	1	1

※医療機関数が１～２の場合は患者数を「非公表」としている。

精神医療に関する医療提供体制の例（ＰＴＳＤ）

医療計画における記載

【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、PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、PTSD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。

○　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。

【PTSDの入院診療した精神科病院等の数、PTSDの入院者数、認知療法・認知行動療法の算定医療機関数・算定患者数】（令和５年度実績値）

都道府県	医療機関数	入院患者数	算定医療機関数	算定患者数
全　国	363	895	194	8,763
北海道	19	36	8	95
青森県	6	13-21	0	0
岩手県	6	19	1-2	非公表
宮城県	7	15	1-2	非公表
秋田県	4	1-9	0	0
山形県	1-2	非公表	1-2	非公表
福島県	10	23	1-2	非公表
茨城県	4	1-9	5	55
栃木県	7	1-9	3	38
群馬県	7	15	1-2	非公表
埼玉県	10	20	4	44
千葉県	13	42	6	113
東京都	37	113	37	1,079
神奈川県	21	92	12	224
新潟県	7	11	0	0
富山県	1-2	非公表	1-2	非公表
石川県	1-2	非公表	3	141
福井県	3	1-9	0	0
山梨県	1-2	非公表	1-2	非公表
長野県	3	1-9	3	12
岐阜県	4	1-9	6	665
静岡県	13	26	5	145
愛知県	19	69	15	1282
三重県	7	19	3	392
滋賀県	3	1-9	3	35
京都府	7	16	5	259
大阪府	21	61	14	901
兵庫県	9	19	6	352
奈良県	1-2	非公表	1-2	非公表
和歌山県	3	1-9	3	30
鳥取県	4	1-9	1-2	非公表
島根県	4	1-9	1-2	非公表
岡山県	6	16	7	1,320
広島県	7	6-14	4	192
山口県	4	1-9	0	0
徳島県	4	1-9	0	0
香川県	1-2	非公表	1-2	非公表
愛媛県	4	1-9	5	62
高知県	4	1-9	0	0
福岡県	19	46	8	150
佐賀県	3	13	1-2	非公表
長崎県	6	24	0	0
熊本県	9	25	1-2	非公表
大分県	6	16-24	0	0
宮崎県	7	1-9	1-2	非公表
鹿児島県	7	19	5	128
沖縄県	10	13	1-2	非公表

※医療機関数が１～２の場合は患者数を「非公表」としている。

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神医療に関する医療提供体制の例（摂食障害）

医療計画における記載

【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、摂食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、摂食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、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」の取組を参考にしつつ、「摂食障害支援拠点病院」を活用すること。

○　都道府県で摂食障害について検討するに当たっては、「摂食障害支援拠点病院数」、「摂食障害入院医療管理加算を算定した病院数」、「摂食障害を外来診療している医療機関数」、「摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数」、「認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数」、「摂食障害入院医療管理加算を算定した患者数」、「摂食障害の精神病床での入院患者数」、「摂食障害外来患者数」、「認知療法・認知行動療法を算定した患者数」及び「摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数」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。

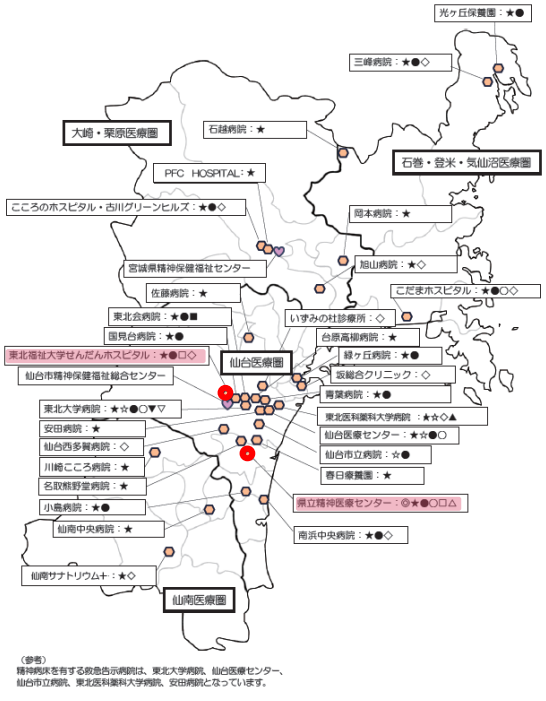
【摂食障害を入院診療した精神科病院等の数、入院者数、摂食障害支援拠点病院数】　**（令和５年度実績値）**

都道府県	医療機関数	入院患者数	拠点病院数
全国	556	3,057	10
北海道	30	108	0
青森県	9	24	0
岩手県	6	32	0
宮城県	11	33	1
秋田県	4	25	0
山形県	9	26	0
福島県	8	47	0
茨城県	7	52	0
栃木県	9	71	1
群馬県	11	46	0
埼玉県	21	70	0
千葉県	16	92	1
東京都	52	367	1
神奈川県	25	243	0
新潟県	14	68	0
富山県	7	31	1
石川県	4	42	1
福井県	4	54	1
山梨県	7	38	0
長野県	9	61	1
岐阜県	8	73	0
静岡県	15	136	1
愛知県	18	157	0
三重県	11	28	0
滋賀県	5	37	0
京都府	9	36	0
大阪府	31	232	0
兵庫県	18	116	0
奈良県	9	61	0
和歌山県	4	18	0
鳥取県	5	10	0
島根県	6	21	0
岡山県	9	64	0
広島県	18	76	0
山口県	6	24	0
徳島県	7	43	0
香川県	7	25	0
愛媛県	8	27	0
高知県	10	35	0
福岡県	28	120	1
佐賀県	7	22	0
長崎県	11	26	0
熊本県	13	50	0
大分県	4	23	0
宮崎県	6	23	0
鹿児島県	12	23	0
沖縄県	8	21	0

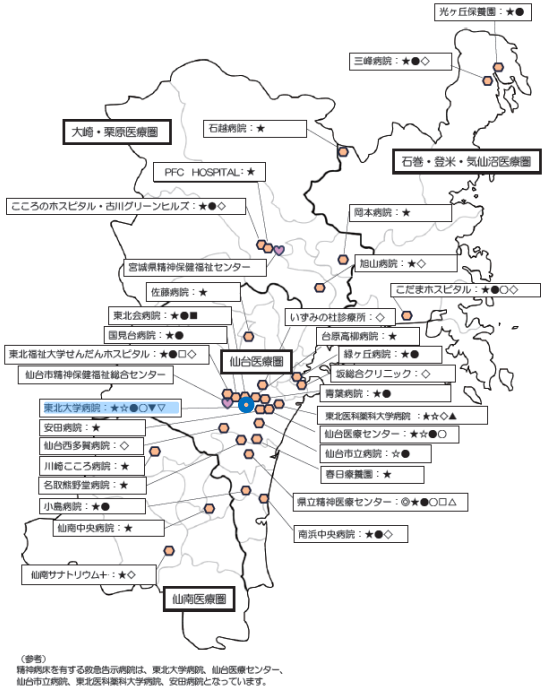
資料：精神保健福祉資料（令和７年度）摂食障害治療支援センター設置運営事業（令和８年４月時点）　より厚生労働省障害保健福祉部で作成

都道府県における各拠点機能病院等の例（宮城県）

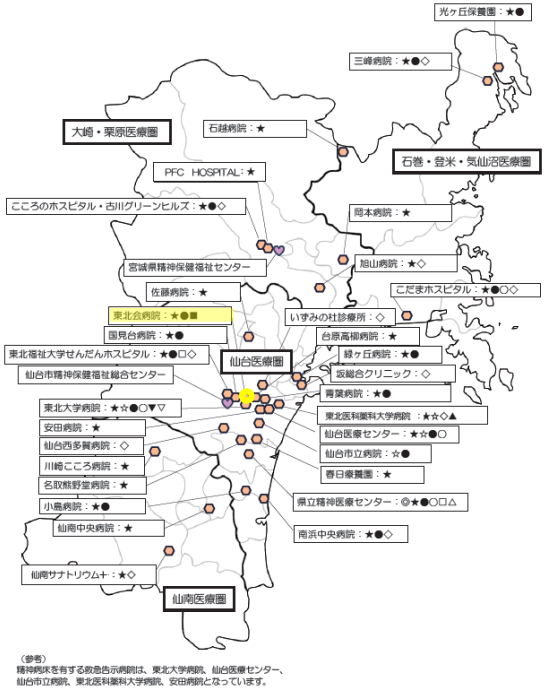
○ 児童・思春期専門病床を有する病院



○ 摂食障害治療拠点病院



○ 依存症専門医療機関及び依存症拠点機関



【宮城県における児童思春期、摂食障害、依存症に係る診療報酬を算定した患者数】

（令和５年度実績値）

精神科関連入院料を算定した摂食障害の患者数	33
精神科専門療法を算定した摂食障害の患者数	350

20歳未満における精神科関連入院料を算定した患者数	200
児童思春期精神科専門管理加算を算定した患者数	510

精神科関連入院料を算定した依存症の患者数	409
精神科専門療法を算定した依存症の患者数	1,672

（※１）令和５年度レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた精神保健福祉資料の集計より、
摂食障害の患者数においては、主傷病病名が「摂食障害」であり、精神科関連入院料又は精神科専門療法の算定を有するレセプトを基に算出した。
依存症の患者数においては、主傷病病名が「アルコール依存症」、「薬物依存症」または「ギャンブル等依存症」であり、精神科関連入院料又は精神科専門療法の算定を有するレセプトを基に算出した。

資料：「第８次宮城県地域医療計画」、精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神医療に関する医療提供体制の例（自殺対策）

医療計画における記載

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

【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。

○　都道府県で自殺対策について検討するに当たっては、「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。

【①精神疾患診断治療初回加算・②救急患者精神科継続支援料の算定医療機関数・患者数】　（令和5年度実績値）

都道府県	①医療機関数	①算定患者数	②医療機関数	②算定患者数
全　国	221	7,000	489	44
北海道	10	249	96	7
青森県	1-2	非公表	0	0
岩手県	0	0	非公表	1-2
宮城県	5	104	非公表	1-2
秋田県	1-2	非公表	0	0
山形県	3	51	非公表	1-2
福島県	1-2	非公表	0	0
茨城県	3	155	非公表	1-2
栃木県	3	129	非公表	1-2
群馬県	1-2	非公表	0	0
埼玉県	8	331	非公表	1-2
千葉県	12	275	非公表	1-2
東京都	27	1819	60	6
神奈川県	20	1261	非公表	1-2
新潟県	5	67	0	0
富山県	1-2	非公表	0	0
石川県	1-2	非公表	非公表	1-2
福井県	1-2	非公表	0	0
山梨県	1-2	非公表	非公表	1-2
長野県	4	59	非公表	1-2
岐阜県	3	40	非公表	1-2
静岡県	10	145	0	0
愛知県	19	261	非公表	1-2
三重県	1-2	非公表	0	0
滋賀県	1-2	非公表	非公表	1-2
京都府	4	70	非公表	1-2
大阪府	15	681	非公表	1-2
兵庫県	7	200	非公表	1-2
奈良県	3	92	非公表	1-2
和歌山県	1-2	非公表	0	0
鳥取県	1-2	非公表	0	0
島根県	1-2	非公表	非公表	1-2
岡山県	5	106	0	0
広島県	7	162	非公表	1-2
山口県	1-2	非公表	0	0
徳島県	1-2	非公表	0	0
香川県	1-2	非公表	0	0
愛媛県	1-2	非公表	0	0
高知県	1-2	非公表	0	0
福岡県	6	53	非公表	1-2
佐賀県	3	44	0	0
長崎県	3	56	0	0
熊本県	1-2	非公表	非公表	1-2
大分県	3	41	非公表	1-2
宮崎県	1-2	非公表	0	0
鹿児島県	1-2	非公表	0	0
沖縄県	3	15	0	0

※医療機関数が１～２の場合は患者数を「非公表」としている。

精神科救急に関する医療提供体制

医療計画における記載

資料：令和８年度厚生労働行政推進調査事業補助金（障害者政策総合研究事業）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」分担研究「精神科救急医療体制に関する研究」研究班提供資料 、精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

【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。

○　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。

【精神科救急医療体制整備事業の参画医療機関数（令和７年度）、精神科救急急性期医療入院料の算定医療機関数・患者数（令和５年度）】

都道府県	参画医療機関数	算定医療機関数	算定患者数
全国	1,367	180	70,339
北海道	116	6	2,035
青森県	19	3	726
岩手県	15	1-2	非公表
宮城県	26	1-2	非公表
秋田県	14	1-2	非公表
山形県	9	5	1,523
福島県	24	1-2	非公表
茨城県	30	1-2	非公表
栃木県	19	1-2	非公表
群馬県	16	3	1,126
埼玉県	75	9	4,259
千葉県	35	14	3,737
東京都	87	19	8,619
神奈川県	57	8	2,551
新潟県	25	1-2	非公表
富山県	24	0	0
石川県	15	1-2	非公表
福井県	8	1-2	非公表
山梨県	10	1-2	非公表
長野県	20	3	779
岐阜県	14	1-2	非公表
静岡県	11	5	1,492
愛知県	41	13	5,231
三重県	14	4	1,482
滋賀県	29	0	0
京都府	15	4	1,719
大阪府	40	11	6,184
兵庫県	40	8	4,597
奈良県	9	3	972
和歌山県	7	1-2	非公表
鳥取県	7	1-2	非公表
島根県	6	1-2	非公表
岡山県	9	1-2	非公表
広島県	18	1-2	非公表
山口県	6	1-2	非公表
徳島県	7	3	993
香川県	7	3	912
愛媛県	8	1-2	非公表
高知県	10	1-2	非公表
福岡県	28	11	4,824
佐賀県	7	1-2	非公表
長崎県	11	1-2	非公表
熊本県	13	4	1,442
大分県	4	0	0
宮崎県	6	1-2	非公表
鹿児島県	12	1-2	非公表
沖縄県	8	5	1,513

身体合併症に関する医療提供体制

医療計画における記載

資料：精神保健福祉資料（令和７年度）より厚生労働省障害保健福祉部で作成

【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。

○　都道府県で身体合併症について検討するに当たっては、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。

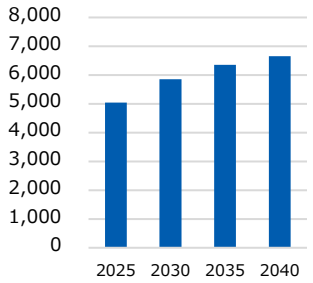
【精神病床における精神科身体合併症に係る算定医療機関数・患者数、※1一般病床における精神科身体合併症に係る算定医療機関数・患者数】※2（令和５年度実績値）

都道府県	精神病床に係る医療機関数	精神病床に係る入院患者数	一般病床に係る医療機関数	一般病床に係る患者数
全国	1,028	50,710	1,018	25,237
北海道	75	3,613	48	1,999
青森県	14	297	13	120
岩手県	16	601	10	192
宮城県	14	888	13	348
秋田県	11	361	14	152
山形県	15	697	10	342
福島県	13	213	10	165
茨城県	14	436	19	193
栃木県	16	672	11	215
群馬県	16	747	12	150
埼玉県	49	2,812	54	1,441
千葉県	28	889	50	1,151
東京都	68	4,472	94	2,665
神奈川県	44	2,191	40	887
新潟県	20	511	25	303
富山県	14	556	11	266
石川県	12	655	13	219
福井県	9	465	5	82
山梨県	7	175	1-2	非公表
長野県	16	491	19	252
岐阜県	10	437	14	153
静岡県	23	825	26	410
愛知県	38	1,625	39	861
三重県	12	661	17	224
滋賀県	8	581	7	163
京都府	16	1,243	22	520
大阪府	50	4,403	87	2,552
兵庫県	36	2,034	52	2,113
奈良県	9	588	14	284
和歌山県	5	100	5	11-19
鳥取県	7	203	3-4	31
島根県	12	285	8	150
岡山県	19	1,118	24	645
広島県	29	2,130	35	447
山口県	21	740	14	242
徳島県	14	789	5	89
香川県	9	659	6	107
愛媛県	15	420	23	384
高知県	14	431	5	137
福岡県	75	3,596	47	2,131
佐賀県	15	522	7	182
長崎県	18	1,075	14	176
熊本県	18	567	13	473
大分県	16	935	13	155
宮崎県	19	672	9	121
鹿児島県	30	1,486	24	510
沖縄県	19	843	12	769

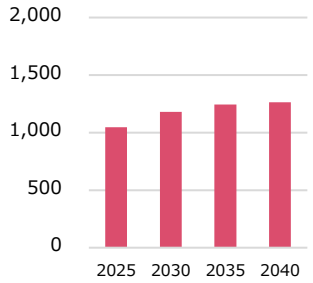
（※１）精神科救急・合併症入院料もしくは精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数・患者数。（※２）精神疾患診療体制加算/精神 科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数・患者数。

精神疾患を有する患者における身体合併症に係る推計

脳梗塞

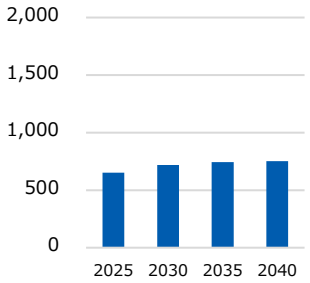


入院患者数

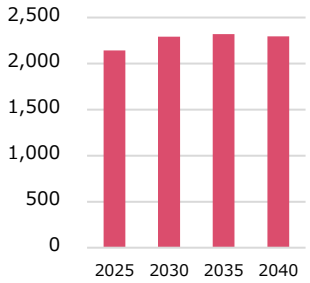


年間ｔ-PA件数

虚血性心疾患

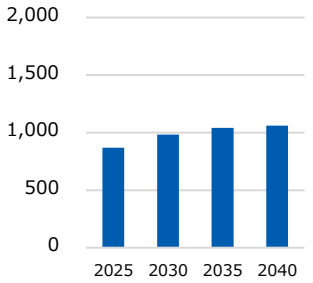


入院患者数

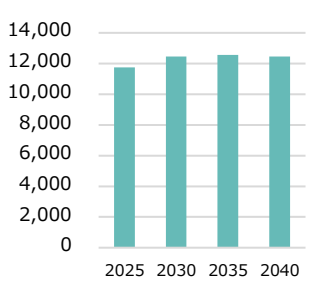


年間PCI件数

糖尿病

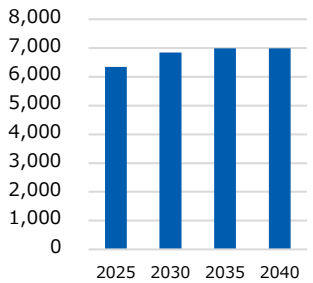


入院患者数

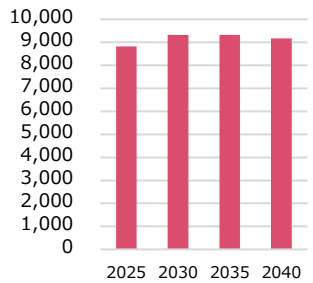


1日あたり外来患者数

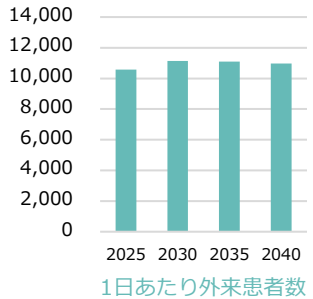
悪性腫瘍



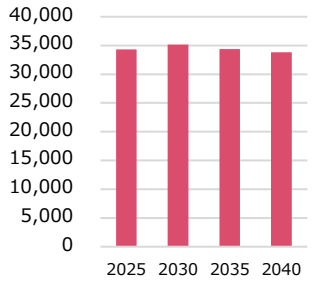
入院患者数



消化器悪性腫瘍の
年間手術件数

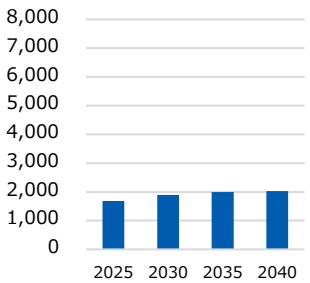


1日あたり外来患者数

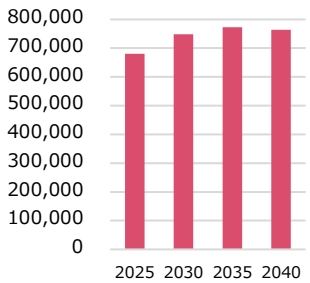


年間外来化学療法患者数

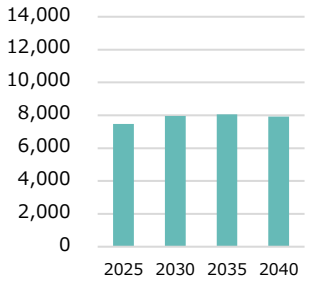
腎不全



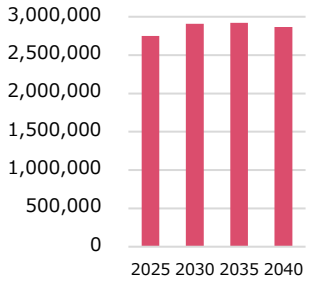
入院患者数



年間入院透析件数

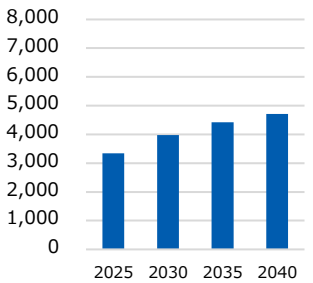


1日あたり外来患者数

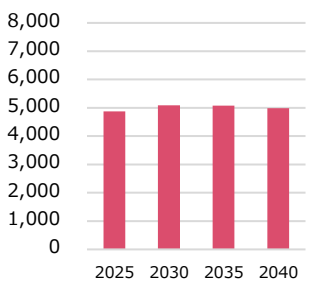


年間外来透析件数

大腿骨骨折



入院患者数



年間手術件数

出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2023年度分、障害保健福祉部において集計）
患者調査（令和５年）「受療率（人口10万対），性・年齢階級（５歳） × 傷病中分類 × 入院－外来（初診－再来）別 」「推計患者数（外傷），外傷分類 × 性・年齢階級（５歳） × 入院－外来別」
国立社会保障・人口問題研究所　男女年齢5歳階級別人口,年齢構造係数及び性比(総人口)：出生中位(死亡中位)推計
国勢調査（令和７年度）集計結果（原数値）人口等基本集計「男女、年齢（５歳階級）、国籍総数か日本人別人口－全国、都道府県、市区町村」

※　入院（外来）患者数は、各疾患の年齢階級ごとの受療率に精神疾患患者数（令和５年度患者調査を用いた「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班」（研究代表者：黒田 直明）の提供資料より作成）を掛け合わせて、身体合併症を有する精神疾患患者数を求め、年齢別総人口で割り返すことでその受療率を算出し、年齢別推計人口に掛け合わせることで算出。

※　年間手術件数・年間外来透析件数・年間PCI件数・年間t-PA件数・年間化学療法患者数はNDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和７年10月１日時点での人口を用いて年齢別受療率を算出し、上記手法によって算出。

※　消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※　PCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」の算定回数の合計である。

※　t-PA（アルテプラーゼによる血栓融解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

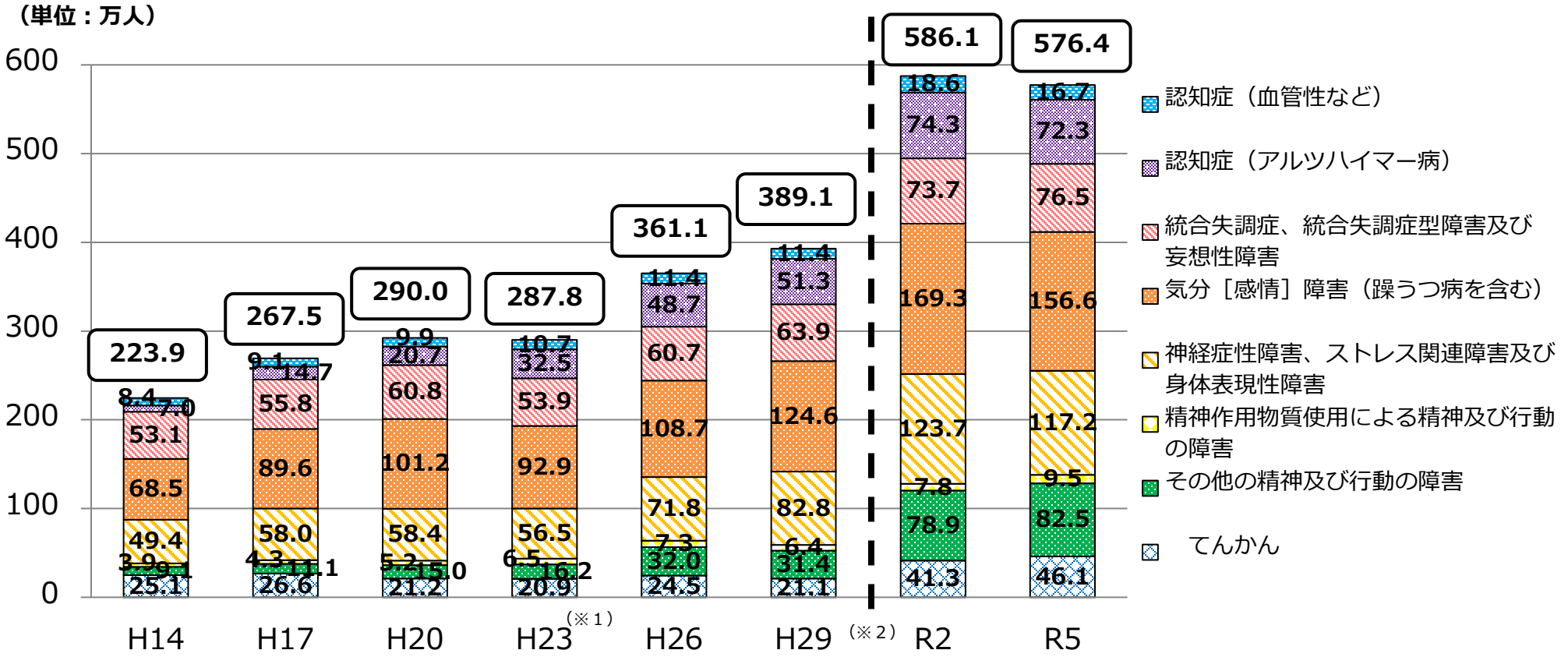
※　大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。

※　外来化学療法患者数とは、「外来化学療法診療料」を算定した患者数である。

※　透析件数とは血液透析及び腹膜透析の算定回数の合計である。

精神疾患を有する外来患者数の推移（傷病分類別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約576.4万人。
- 傷病分類別では、「気分［感情］障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



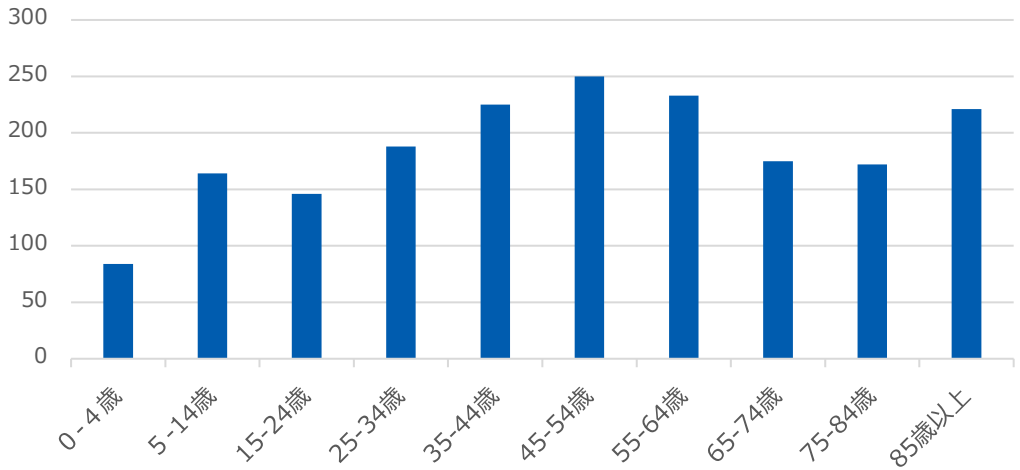
（※１）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※２）R２年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R２年からは99日以上を除外して算出）。

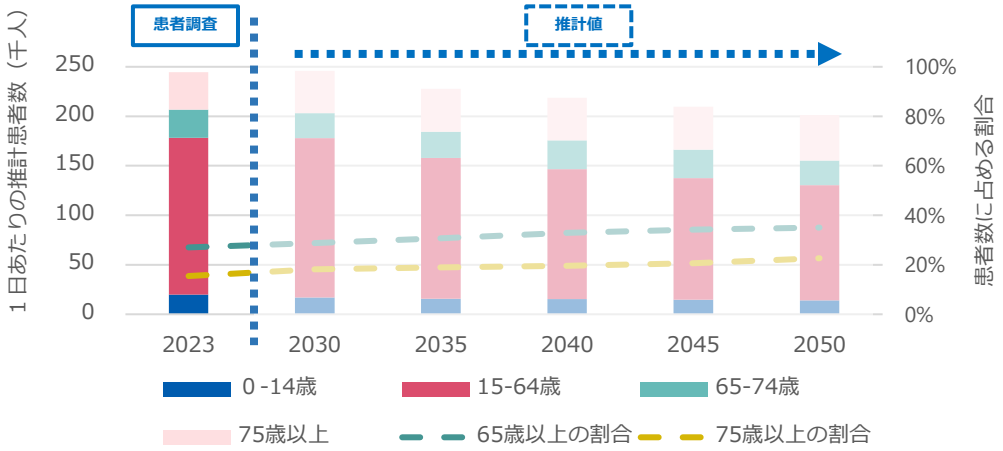
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神科の外来需要の変化（二次医療圏別）

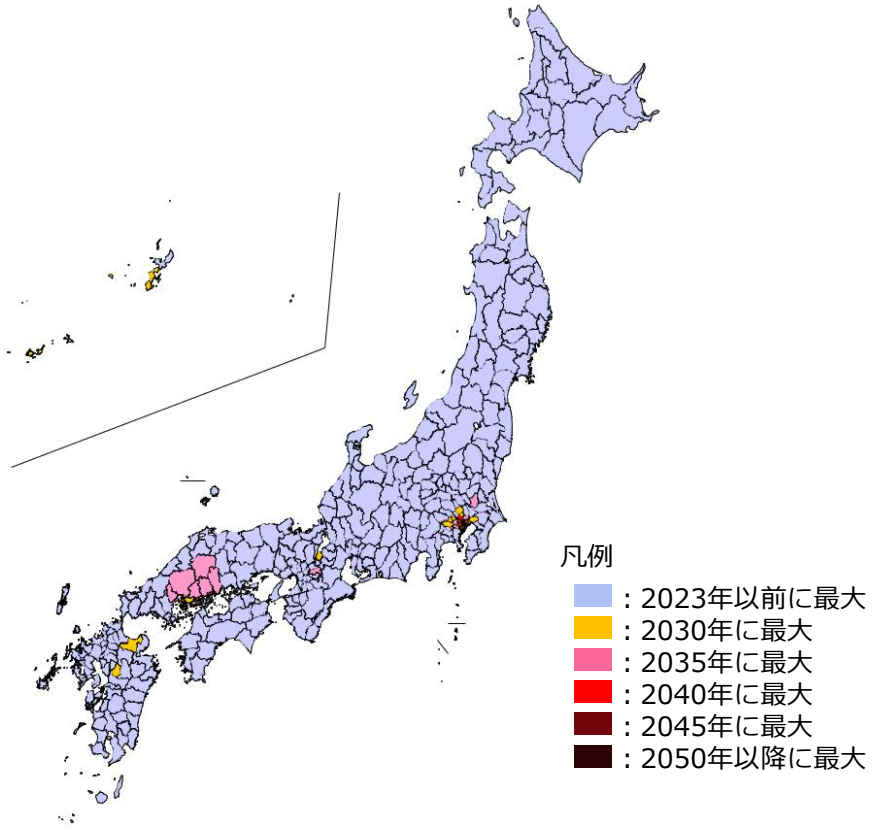
外来受療率（人口10万対）※１



推計外来患者数※２



二次医療圏における推計外来患者数が最大となる年※３

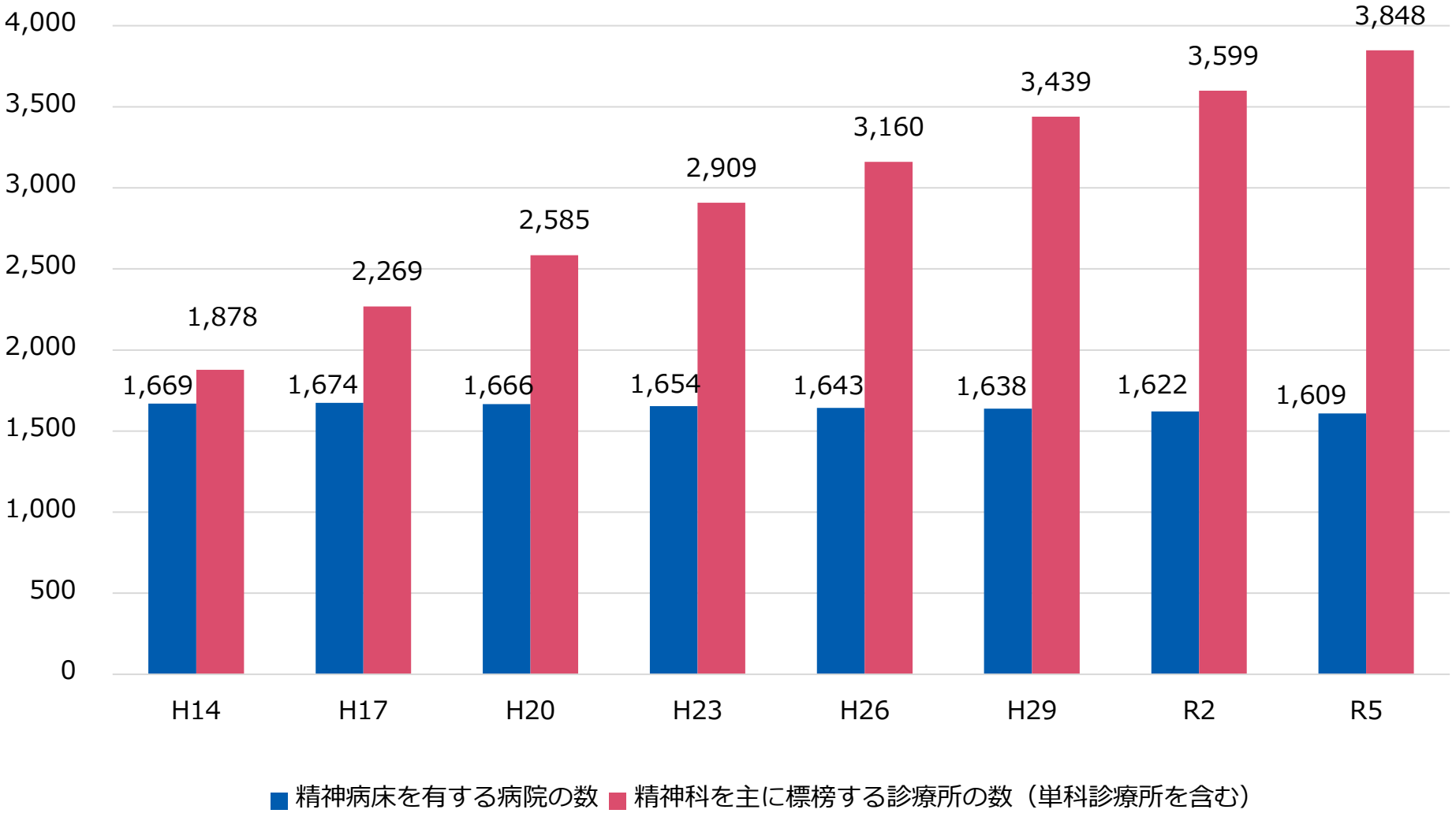


※１　外来受療率は患者調査（令和5年）より算出

※２　2023年の値は、患者調査の推計外来患者数（患者所在地）より作成
2030年以降の値は将来推計人口と患者調査(令和5年)における外来受療率を掛け合わせて算出
将来推計人口は、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年推計）」を使用

※３　当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、年齢区分別に当該二次医療圏の将来推計人口と患者調査(令和5年)における外来受療率を掛け合わせることで年齢別推計外来人口を求め、合算することで算出
将来推計人口は、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年推計）」を使用

精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数



資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

都道府県別の専門外来の設置状況

	医療機関数	専門外来の設置状況					
		児童・思春期	依存症	認知症	うつ病	発達障害	摂食障害
全国	6,669	767	387	1,200	862	818	239
北海道	274	37	14	49	26	34	4
青森県	64	6	5	10	7	7	3
岩手県	54	9	4	6	7	5	2
宮城県	105	9	2	16	7	8	3
秋田県	103	4	2	15	5	5	1
山形県	58	10	8	17	10	6	2
福島県	104	15	4	15	10	8	4
茨城県	118	9	4	23	11	9	1
栃木県	71	9	4	11	9	10	5
群馬県	99	16	5	16	9	8	3
埼玉県	221	21	8	44	23	22	2
千葉県	289	33	11	43	31	33	9
東京都	816	84	48	126	134	124	41
神奈川県	519	58	23	71	63	63	19
新潟県	96	8	5	9	7	9	3
富山県	58	4	2	10	2	3	1
石川県	48	6	3	7	4	3	2
福井県	36	7	4	7	5	7	3
山梨県	40	5	1	6	3	3	3
長野県	110	14	8	22	16	17	7
岐阜県	81	9	1	14	6	11	1
静岡県	192	25	7	27	22	29	7
愛知県	281	38	20	40	46	44	14

	医療機関数	専門外来の設置状況					
		児童・思春期	依存症	認知症	うつ病	発達障害	摂食障害
三重県	72	11	5	15	8	9	0
滋賀県	42	3	1	10	6	1	1
京都府	140	17	10	33	12	11	7
大阪府	460	52	37	106	88	73	22
兵庫県	334	31	14	70	34	30	11
奈良県	78	10	4	14	10	10	3
和歌山県	60	7	4	7	6	6	0
鳥取県	33	4	1	6	3	4	1
島根県	51	5	4	7	2	0	0
岡山県	111	11	6	14	8	10	4
広島県	179	19	15	35	23	30	7
山口県	92	12	3	16	7	11	4
徳島県	45	8	2	11	5	7	0
香川県	60	11	6	16	8	8	3
愛媛県	67	8	7	16	7	7	4
高知県	51	4	4	10	6	4	0
福岡県	366	49	31	81	77	63	18
佐賀県	41	4	1	9	8	4	0
長崎県	70	10	5	14	10	8	3
熊本県	111	17	12	31	17	13	5
大分県	97	8	6	15	12	13	2
宮崎県	61	4	3	16	6	3	1
鹿児島県	90	10	5	24	14	10	2
沖縄県	121	16	8	20	22	15	1

引用：精神保健福祉資料（令和７年度）医療機関票_診療実績

2040年を見据えた精神医療提供体制の確保に係る検討事項（案）

	検討事項
精神医療の入院・外来に共通する事項	・身近な精神疾患（統合失調症、気分障害、認知症等）に対応できる持続可能な医療提供体制の構築に向けた取組を検討 ・児童・思春期、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、自殺対応等の専門的な医療提供体制の確保に向けた取組を検討 ・身体合併症を有する患者への医療提供体制の確保に向けた取組を検討 ・一般救急との連携を含む精神科救急の体制整備に向けた取組を検討
入院医療	・将来の入院医療の需要や地域の資源等を踏まえた、医療提供体制の確保に係る取組を検討
外来医療・在宅医療	・外来・在宅医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、夜間・休日を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討
介護・福祉との連携	・患者の状態悪化防止を含む地域での生活の継続や必要時の円滑な入退院に向けた保健、医療、介護・障害福祉の具体的な連携

※　上記の検討事項は、検討事項や地域の課題に応じて地域医療構想調整会議、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける協議の場その他既存の協議体を柔軟に活用する。
※　上記の事項については、実行計画である第９次医療計画での協議・取組を見据えながら、構想全体の枠組みを踏まえた課題認識や基本的な方向性を議論する。
※　上記の検討事項の他、医療提供体制全体に係る事項は、必要に応じて、精神医療に関する地域医療構想においても同様に取り扱う。

医療機関機能に関する論点

現状

○　一般医療においては、医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携･再編･集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告し、地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民･患者に共有することとしている。

○　一般病床及び療養病床を有する医療機関の医療機関機能は、構想区域ごとに求められる医療提供機能として、「高齢者救急・地域急性期機能」「急性期拠点機能」「在宅医療等連携機能」「専門等機能」と、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能として、「医育及び広域診療機能」を設定している。

○　精神医療に関する医療提供体制は多様な精神疾患それぞれに対応できる医療機関の整備を進めてきている。多様な精神疾患のうち、統合失調症、うつ病や認知症等の身近な精神医療については、患者数も多く、一定程度地域での対応がなされており、児童・思春期、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、自殺対応等の専門的な精神医療については、患者数も限られており、広域な対応がなされている。

○　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り、身体合併症に対応できる医療機関を明確にする等の取組を進めている。また、身体合併症のうち、例えば、脳梗塞、糖尿病、虚血性心疾患、悪性腫瘍、慢性腎不全、大腿骨骨折は、いずれの疾患においても、2040年にかけて現状より増加することが見込まれている。

論点

○　中長期的な医療ニーズの変化を見据えた良質かつ適切な精神医療の提供体制の確保や病床及び医療機関の役割の明確化を通じた地域での連携・強化を図る観点、これまでの医療計画等に基づく精神医療に係る医療提供体制の構築の取組や精神医療の特徴を踏まえ、精神科病院に係る医療機関機能について、どのように考えるか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 参考資料

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループの進め方について（案）

○　本ワーキンググループにおいては、主に、
- 2040年に向けた精神医療提供体制の基本的な方向性
- 構想区域、必要病床数、医療機関機能・病床機能等の制度枠組み
- 一般医療との連携をはじめとする個別の課題や取組についての協議の場の設定や方向性の確認

を検討の対象とし、一般医療における地域医療構想の内容を踏まえながら議論を進めることとする。

その上で、策定された地域医療構想の実現に向けた具体的な施策や、外来医療・在宅医療、介護・福祉との連携等については、これまでの医療計画等における取組も踏まえながら、実行計画である第９次医療計画を見据えながら検討を行い、上記の構想全体の枠組みを踏まえた課題認識や基本的な方向性を位置付ける。

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ

〈主として取り扱う議題〉

- 構想全体の枠組み
- 精神医療に係る総論的事項
- 構想区域
- 地域医療構想調整会議
- 各関係者に期待される役割
- 病床機能区分、必要病床数の推計方法
- 医療機関機能・報告制度　等

連携

関係する審議会・検討会等

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 精神保健福祉法における入院医療による支援
- 気分障害、依存症、ストレス関連障害等の対策
- 精神保健指定医の資質等の確保に向けた取組　等

（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 ≦ Y→ 係数は0とする。
  - ✓X ＞ Y→ 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。

令和８年度医療機関機能報告の報告項目等について

医療機関機能報告

医療機能等

現時点で担っている医療機関機能

2040年において担う医療機関機能
※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告

構造設備・人員配置

構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 標榜診療科 築年数・構造† 手術室数 災害拠点病院指定の有無 へき地拠点病院指定の有無 周産期母子医療センター指定の有無 小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無 医療措置協定の内容 初期臨床研修の実施状況 専門研修の実施状況
人員に係る内容等	初期研修医数 診療科別の医師数 在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等） 救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等） 地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ） 休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無 休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術）

†病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和９年度以降入力必須とする。

医療機関機能に関する内容

救急医療の提供状況	救急搬送の受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数＊） ※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する ※経路区分については、既存の入棟経路区分を一部見直す
手術に関する実績	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置）　※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る 緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算定件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
高齢者等への医療の提供状況	退院患者数（年齢区分別）＊ 休日におけるリハビリテーション実施体制の有無 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数（状態区分別、在棟期間区分別）＊ 外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等） 在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
高齢者施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
在宅医療の提供状況	連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先／後方支援に係る連携先） 連携する訪問看護ステーション数　　訪問診療の対象としている施設等の数 在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊） 在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

期間・時点　□ ７月１日時点　□ １年分（前年の実績等）

病床機能報告

見直し前

■一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
■リハビリテーションの状況（回リハ病棟入院料を算定する病棟、有床診）
■看取りを行った患者数（在支診/病）、往診･訪問診療等患者延べ数（在支診）等
■各報告項目における月別報告

見直し後（令和９年度以降）

■（削除予定）
■（削除予定）
■（医療機関機能報告に統合した上で、削除予定）
■（削除予定）

令和８年度病床機能報告の報告項目について

医療機能等

医療機能（現在/2040年の方向）
※介護施設に移行する場合は移行先類型

構造設備・人員配置等

病床数・人員配置・機器等

設置主体　　主とする診療科

部門別職員数　(医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、救急救命士等)

DPC群の種類
承認の有無(特定機能病院・地域医療支援病院)
診療報酬届出状況　(急性期総合体制加算、包括期充実体制加算、医療提供機能連携確保加算、看護・多職種協働加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)
第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、救急告示病院の有無
施設全体の最大・最小使用病床数
医療機器の保有状況　(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ))
退院調整部門の設置状況
退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)
許可病床数　稼働病床数(一般・療養別)

算定する入院基本料・特定入院料

入院患者の状況

入院患者数の状況　　リハビリテーションの状況
入棟前の場所・退棟先の場所別入院患者の状況
退院後に在宅医療を必要とする患者の状況
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
分娩件数
看取り件数　(在宅療養支援病院/診療所である場合)
救急医療の実施状況
（休日・夜間/時間外患者数、救急車受け入れ件数）

入院患者に提供する医療の内容

幅広い手術の実施

手術総数	全身麻酔の手術件数
人工心肺を用いた手術	胸腔鏡下手術件数
腹腔鏡下手術件数	内視鏡手術用支援機器手術数

がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療

悪性腫瘍手術件数	病理組織標本作製
術中迅速病理組織標本作製	放射線治療件数
化学療法件数	がん患者指導管理料
抗悪性腫瘍剤局所持続注入	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
超急性期脳卒中加算	t-PA投与
経皮的冠動脈形成術	入院精神療法
精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算
精神疾患診療体制加算	精神疾患診断治療初回加算

重症患者への対応

ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料
地域連携分娩管理加算	救急搬送診療料
観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過
大動脈バルーンパンピング法	経皮的心肺補助法
補助人工心臓・植込型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定
人工心肺	血漿交換療法
吸着式血液浄化法	血球成分除去療法

救急医療の実施

院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料
救急医療管理加算	在宅患者緊急入院診療加算
救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法／食道ペーシング法
非開胸的心マッサージ	カウンターショック
心膜穿刺	食道圧迫止血チューブ挿入法算
早期栄養介入管理加算	
処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算	

急性期後・在宅復帰への支援

入退院支援加算・小児加算　入院時支援加算	
救急在宅等支援病床初期加算・在宅患者支援療養病床初期加算・有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算・有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算	
急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算	
地域連携診療計画加算	退院時共同指導料
介護支援等連携指導料	退院時リハビリテーション指導料
退院前訪問指導料	二次性骨折予防継続管理料

全身管理

中心静脈注射	呼吸心拍監視
酸素吸入	観血的動脈圧測定
ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸
人工腎臓、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

疾患に応じた／早期からのリハビリテーション

疾患別リハビリテーション料
障害児（者）リハビリテーション料
がん患者リハビリテーション料
認知症患者リハビリテーション料
急性期リハビリテーション加算
早期リハビリテーション加算
早期離床・リハビリテーション加算
初期加算
摂食機能療法
休日リハビリテーション提供体制加算
入院時訪問指導加算

長期療養患者・重度の障害者等の受入

褥瘡対策加算
重度褥瘡処置
重症皮膚潰瘍管理加算
難病等特別入院診療加算
特殊疾患入院施設管理加算
超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
強度行動障害入院医療管理加算

有床診療所の多様な機能

有床診療所の病床の役割
往診・訪問診療患者延べ数
看取り患者数
分娩件数
救急医療実施状況

医科歯科連携

歯科医師連携加算
周術期口腔機能管理後手術加算
周術期等口腔機能管理料

期間・時点　　7月１日時点　　１年分（前年４月～報告年３月分）

外来機能報告制度の報告項目一覧

報告項目			病院	有床診療所	対象医療機関になった無床診療所
（１）紹介受診重点外来の実施状況					
① 紹介受診重点外来の実施状況の概況		NDBで把握可能	○	○	○
② 紹介受診重点外来の実施状況の詳細		NDBで把握可能	○	○	○
（２）紹介受診重点医療機関となる意向の有無			○	○	○
（３）地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項					
① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況		NDBで把握可能	○	○	○
② 救急医療の実施状況		病床機能報告と共通項目	○＊	○＊	任意
③ 紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）			○	任意	任意
④ 外来における人材の配置状況	・専門看護師　・認定看護師 ・特定行為研修修了看護師		○	任意	任意
	上記以外	病床機能報告と共通項目	○＊	○＊	
⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況		病床機能報告と共通項目	○＊	○＊	任意

○：必須項目　＊病床機能報告で報告する場合、省略可

外来機能報告における報告項目①

(1) 紹介受診重点外来の実施状況

① 紹介受診重点外来の実施状況の概況 〔NDBで把握できる項目〕

・ 紹介受診重点外来の類型ごとの実施状況を報告

＜報告イメージ＞

			日数	初診（再診）の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数			日	ー
	初診（情報通信機器を用いた場合に限る。）の外来の患者延べ数		日	
	紹介受診重点外来の患者延べ数		日	%
		医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	ー
		高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	ー
		特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	ー
再診の外来の患者延べ数			日	ー
	再診（情報通信機器を用いた場合に限る。）の外来の患者延べ数		日	
	紹介受診重点外来の患者延べ数		日	%
		医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	ー
		高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	ー
		特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	ー

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとする。

② 紹介受診重点外来の実施状況の詳細 〔NDBで把握できる項目〕

・ 紹介受診重点外来のうち、主な項目の実施状況を報告

＜報告イメージ＞

初診の紹介受診重点外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来腫瘍化学療法診療料を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
マンモグラフィ撮影を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

再診の紹介受診重点外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件
外来腫瘍化学療法診療料を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件
マンモグラフィ撮影を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 紹介受診重点医療機関となる意向の有無 〔NDBで把握できない項目〕

（出典）外来機能報告等に関するガイドライン

外来機能報告における報告項目②

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況〔NDBで把握できる項目〕

・ 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

＜報告イメージ＞

生活習慣病管理料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件
往診料を算定した件数	件

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）を算定した件数	件
在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
施設入居時等医学総合管理料を算定した件数	件
診療情報提供料（Ⅰ）を算定した件数	件
連携強化診療情報提供料を算定した件数	件
地域連携診療計画加算を算定した件数	件
がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
がん治療連携指導料を算定した件数	件
がん患者指導管理料を算定した件数	件
外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況〔病床機能報告で把握できる項目〕（病床機能報告で報告する場合、省略可）

・ 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

＜報告イメージ＞（病床機能報告と同様）

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）〔NDBで把握できない項目〕（有床診療所は任意）

・ 紹介率・逆紹介率を報告 （初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数）

（出典）外来機能報告等に関するガイドライン

外来機能報告における報告項目③

④ 外来における人材の配置状況〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕（病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可）（有床診療所は任意）

- 医師について、施設全体の職員数を報告
- 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士、救急救命士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上（病床機能報告と同様の計上方法）

＜報告イメージ＞（専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様）

	常勤（実人数）	非常勤（常勤換算）
＜施設全体＞	ー	ー
医師	人	人
＜外来部門＞	ー	ー
看護師	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人
准看護師	人	人
看護補助者	人	人

	常勤（実人数）	非常勤（常勤換算）
助産師	人	人
理学療法士	人	人
作業療法士	人	人
言語聴覚士	人	人
薬剤師	人	人
臨床工学技士	人	人
管理栄養士	人	人
救急救命士	人	人

⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況〔病床機能報告で把握できる項目〕（病床機能報告で報告する場合、省略可）

- マルチスライスCT（128列以上、64列～128列未満、16列～64列、16列未満）、その他のCT、MRI（3テスラ以上、1.5～3テスラ未満、1.5テスラ未満）、血管連続撮影装置（DSA法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器、マンモグラフィの台数を報告

（出典）外来機能報告等に関するガイドライン

精神科病院数の推移

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万人あたり病院数
全　　国	1,067	1,057	-10	0.85
北 海 道	70	70	0	1.37
青　　森	16	17	1	1.44
岩　　手	15	15	0	1.29
宮　　城	27	27	0	1.19
秋　　田	16	16	0	1.75
山　　形	13	14	1	1.36
福　　島	23	23	0	1.30
茨　　城	20	20	0	0.71
栃　　木	18	19	1	1.00
群　　馬	13	13	0	0.68
埼　　玉	49	46	-3	0.63
千　　葉	34	33	-1	0.53
東　　京	50	49	-1	0.35
神 奈 川	48	45	-3	0.49
新　　潟	20	19	-1	0.89
富　　山	19	19	0	1.89
石　　川	13	13	0	1.17
福　　井	10	10	0	1.34
山　　梨	8	8	0	1.01
長　　野	15	15	0	0.75
岐　　阜	12	12	0	0.62
静　　岡	31	31	0	0.87
愛　　知	38	36	-2	0.48

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万にあたりの病院数
三　　重	13	12	-1	0.69
滋　　賀	7	7	0	0.50
京　　都	12	11	-1	0.43
大　　阪	39	39	0	0.45
兵　　庫	32	32	0	0.60
奈　　良	4	4	0	0.31
和 歌 山	8	8	0	0.90
鳥　　取	5	4	-1	0.74
島　　根	8	9	1	1.38
岡　　山	17	16	-1	0.87
広　　島	31	31	0	1.13
山　　口	28	27	-1	2.08
徳　　島	15	15	0	2.16
香　　川	10	11	1	1.19
愛　　媛	15	13	-2	1.01
高　　知	11	11	0	1.65
福　　岡	60	63	3	1.23
佐　　賀	14	13	-1	1.64
長　　崎	28	28	0	2.21
熊　　本	38	39	1	2.28
大　　分	25	25	0	2.28
宮　　崎	17	17	0	1.63
鹿 児 島	39	39	0	2.52
沖　　縄	13	13	0	0.89

引用：医療施設調査

（※）人口10万人あたりの精神科病院数のうち、上位５都道府県を橙色、下位５都道府県を青色にマーキングしている。

精神科を主に標榜する診療所数（単科診療所を含む）の推移

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万人あたり診療所数
全　国	3,160	3,848	688	3.09
北海道	112	134	22	2.63
青　森	18	19	1	1.60
岩　手	16	26	10	2.24
宮　城	58	57	-1	2.52
秋　田	19	22	3	2.41
山　形	28	29	1	2.83
福　島	51	49	-2	2.77
茨　城	29	33	4	1.17
栃　木	25	27	2	1.42
群　馬	41	43	2	2.26
埼　玉	105	161	56	2.20
千　葉	109	131	22	2.09
東　京	597	786	189	5.58
神奈川	281	330	49	3.58
新　潟	36	40	4	1.88
富　山	15	19	4	1.89
石　川	15	22	7	1.98
福　井	10	13	3	1.75
山　梨	19	19	0	2.39
長　野	50	56	6	2.79
岐　阜	32	32	0	1.66
静　岡	70	84	14	2.36
愛　知	163	207	44	2.77

	H26	R5	増減 (R5-H26)	R5年における人口10万にあたりの診療所数
三　重	36	40	4	2.32
滋　賀	25	33	8	2.35
京　都	79	99	20	3.91
大　阪	278	379	101	4.33
兵　庫	156	185	29	3.45
奈　良	33	40	7	3.09
和歌山	24	32	8	3.59
鳥　取	15	15	0	2.79
島　根	21	23	2	3.54
岡　山	58	60	2	3.25
広　島	72	83	11	3.03
山　口	43	41	-2	3.16
徳　島	20	17	-3	2.45
香　川	21	21	0	2.27
愛　媛	27	29	2	2.25
高　知	9	10	1	1.50
福　岡	159	180	21	3.53
佐　賀	14	18	4	2.26
長　崎	35	32	-3	2.53
熊　本	27	35	8	2.05
大　分	20	24	4	2.19
宮　崎	28	30	2	2.88
鹿児島	30	30	0	1.94
沖　縄	31	53	22	3.61

引用：医療施設調査

（※）人口10万人あたりの診療所数のうち、上位５都道府県を橙色、下位５都道府県を青色にマーキングしている。

（例）一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症（関節リウマチ、脱臼）	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚･形成外科､17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋･骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	－
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ（気分障害、躁うつ病）	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス（神経症）	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数（千人）	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じょくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛（片頭痛）	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頚腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎）	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和２年「患者調査」全国の推計外来患者数
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1

【上記例の設定の考え方】

・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた自治体の実践例

関係機関の役割		千葉県	大阪府	兵庫県
市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称設置根拠	【旭市の場合】 旭市精神障害者支援部会 （総合支援法第89条の3）	【枚方市の場合　中核市1市1圏域】 枚方市自立支援協議会精神障害者地域生活支援部会 （総合支援法第89条の３）	【新温泉町の場合】 新温泉町障がい者自立支援協議会全体会 ・運営会議 ・実務者会議(街づくり部会・こども支援部会) （総合支援法第89条の３）
	協議の内容	• 関係機関の情報交換・情報共有 • 社会資源の開発に向けた検討 • ピアサポーター普及啓発 • 当事者家族の支援	• 対象者を把握し地域移行へのきっかけづくりとして、圏域内の精神科病院の入院患者に対して訪問面接を実施 • 訪問面接対象者のうち継続支援をしている方への地域移行・地域定着に関する情報共有と課題検討 • 市民啓発、研修 • 地域移行、定着に関する施策検討　等	• 地域活動支援センターの充実について • 通院、買物等の移動支援について • 当事者による座談会の開催 • ＧＨ等住まいの確保
障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称設置根拠	【海匝圏域の場合】 海匝圏域精神障害者地域移行支援協議会 （総合支援法第78条第１項）		【但馬圏域の場合】 １精神障害者地域移行・地域定着推進協議会 （但馬圏域精神障害者地域移行・地域定着推進協議会開催要綱） ２精神障害者地域移行・地域定着戦略会議 （精神障害者地域移行・地域定着戦略会議実施要領）
	協議の内容	• 圏域内医療機関の状況（長期入院者の状況、地域移行希望者の状況等）の情報共有 • 圏域内社会資源の状況（グループホーム空室状況・新設事業所等）の情報共有 • 市町村単位で解決できない課題について対応策を検討		１・圏域内の事業推進方針の決定 ・各機関の役割分担と連携の確認、共有 ・具体的な目標の設定 ２・個別患者の情報を関係者で共有 ・個別支援方策の検討 ・各機関の進捗状況を共有 ・ピアサポーターの活動把握
都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場	協議体の名称設置根拠	精神障害者地域移行推進専門部会 （総合支援法第89条の3）	大阪府障がい者自立支援協議会地域支援推進部会精神障がい者地域移行推進ワーキンググループ （総合支援法第89条の3）	兵庫県障害者自立支援連絡協議会 相談支援部会 （総合支援法第89条の3）
	協議の内容	• 精神障害のある人の地域移行等に係る施策を推進するための検討 • 市町村、病院及び障害福祉サービス事業者等との連携を図るための方策を検討	• 市町村の協議の場の設置・開催状況の把握 • 市町村自立支援協議会専門部会で協議された地域課題を集約し、市町村単位での解決が難しい広域的な課題について検討 • 医療、住宅等関連部署との連携 • 精神科在院患者調査を実施し、データを加工・分析し、関係機関へ提供　等	障害分野の各相談支援分野において中心を担っている事業所等から構成 • 相談支援・権利擁護関連事業の状況 • 相談支援体制の構築・充実に向けた課題 • 障害者差別解消法施行後の状況　等