

医 政 発 0331第 57号
平成 29年 3月 31日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公印省略)

医療計画について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）が平成26年6月に成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。以下同じ。）を構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）が改正され、地域医療構想（法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）が導入された。

地域医療構想において、都道府県は、二次医療圏（法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。）を基本とした構想区域（同項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとに、2025年の病床の機能区分（法第30条の13第1項に規定する病床の機能区分をいう。以下同じ。）ごとの病床数の必要量とそ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を定めることとされており、平成28年度末までに、全ての都道府県において地域医療構想を策定する見込みとなっていることから、今後は、地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。

今般の医療計画の策定に当たっては、平成28年5月より開催した、医療計画の見直し等に関する検討会における意見のとりまとめ等を踏まえ、

- ① 急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築
- ② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築
- ③ 5疾病・5事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化
- ④ 介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保

などの観点から、法第30条の3第1項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行うとともに、別紙「医療計画作成指針」（以下「指針」という。）の見直しを行った。

都道府県においては、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくこと及び地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。また、そのために必要な人材の育成を継続的に行っていくことも重要である。

また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケア

システムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。

都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。

なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記すが、医療法の一部を改正する法律（平成27年法律第74号。平成29年4月2日全面施行予定。）による改正後の医療法に基づき記載している点に留意すること。また、医療従事者の確保、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成26年厚生労働省告示第354号。以下「医療介護総合確保方針」という。）第2の2の1に規定する協議の場における協議事項等については、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会、医療従事者の需給に関する検討会、社会保障審議会医療部会及び介護保険部会等での議論を踏まえ、必要な見直しを行うこととする。

また、「医療計画について」（平成24年3月30日付け医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）、「地域医療構想策定ガイドライン等について」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）、「第十一次へき地保健医療計画の策定等について」（平成22年5月20日付け医政発0520第9号厚生労働省医政局長通知）及び「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日付け医政発0126第1号厚生労働省医政局長通知）は廃止する。

記

1 医療計画の作成について

医療計画の作成に当たっては、指針を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の実情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行うこと。

2 医療連携体制について

- (1) 医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）並びに在宅医療を医療計画に定めることとする。

なお、ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頸部骨折等については、5疾病に加えることとはしないものの、その対策については、他の関連施策と調和を図りつつ、疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した総合的な対策を講じること。

5疾病・5事業及び在宅医療については、施策や事業の結果（アウトプット）の

みならず、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））に対してどれだけの影響（インパクト）を与えたかという観点から施策及び事業の評価と改善を行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくこととし、全都道府県共通の指標を用いることなどにより、医療提供体制に関する現状を把握し、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」（以下「疾病・事業及び在宅医療指針」という。）で述べる5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向の各事項を踏まえて、対策上の課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。

第7次医療計画における指標は、医療計画の実効性をより一層高めるために政策循環の仕組みを強化するとともに、共通の指標により現状把握を行うことで、都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較できるようなものとするため、指標を見直すこと。なお、指標については、疾病・事業及び在宅医療指針を参照すること。

- (2) 急速な高齢化の進展の中で、疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下、医療機関及び関係機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。また、医療及び介護を取り巻く地域ごとの多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく上でも、医療機関と関係機関との連携は重要である。

3 医療従事者の確保等の記載事項について

- (1) 法第30条の4第2項第10号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、法第30条の23第1項の規定に基づき、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関で勤務する医師のキャリア形成に係る不安の解消に向けて、大学等の関係機関と緊密に連携しつつ、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師の確保を支援する取組が必要であり、都道府県においては、地域医療支援センター等を活用して、必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上推進していくことが必要であること。

- (2) 法第30条の4第2項第11号の医療の安全の確保については、医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこと。

また、CT、MRI等の医療機器を有する診療所については、当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況について、定期的に報告を求めること。

- (3) 法第30条の4第3項第1号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療提供施設の機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

- (1) 法第30条の4第2項第14号に規定する基準病床数の算定は、病院の病床及び診療所の病床（以下「病院の病床等」という。）に対して行うものであること。

なお、基準病床数並びに二次医療圏及び三次医療圏（同項第13号に規定する区域をいう。）の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること。

- (2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。

特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適切であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必要な見直しを行うこと。

- (3) 法第30条の4第7項及び第8項の規定による特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不相当である場合、特殊な疾病に罹患する者が異常に多い場合等病床に対する特別の需要があると認められる場合に行うものとする。

なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討するとともに、同条第7項の規定による特例で対応すること。

- (4) 法第30条の4第9項の規定による特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床等、特に今後各区域において整備する必要があるものに限り、各区域において基準病床数を超える病床が存在する等の場合でも必要に応じ例外的に整備できるものであること。

この場合において、特例の対象とされる数は、当該申請に係る病床と機能及び性格を同じくする既存の病床数等を勘案し、必要最小限とすること。

なお、これらの特例の対象となった病床については、既存病床数として算定するものであること。

- (5) 法第30条の4第10項の規定による特例は、地域医療連携推進法人（法第70条の5

第1項に規定する地域医療連携推進法人をいう。以下同じ。)の参加法人(法第70条第1項に規定する参加法人をいう。以下同じ。)同士又は同一参加法人内で、地域医療構想の達成を推進するために必要なものであり、病床数の合計が増加しておらず、地域医療連携推進法人の地域医療連携推進評議会(法第70条の3第1項第1号に規定する地域医療連携推進評議会をいう。)の意見を聴き、また、当該意見を尊重した上で行われる場合に実施できるものであること。

なお、必要な病床数を認めるに当たっては、病院の病床等の増加等の申請に係る構想区域における地域医療構想調整会議(法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。)の協議の方向性に沿ったものであることを確認すること。

- (6) 法第30条の4第7項から第10項までの規定による特例については、都道府県医療審議会に諮ること。

この場合、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠を明らかにして当該都道府県医療審議会の意見を聴くものとする。

また、前記の規定(法第30条の4第10項の規定を除く。)に基づき、特例としての取扱いを受ける数について厚生労働大臣に協議するときは、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠等を記載した申請書(別紙様式1、2)に当該都道府県医療審議会の意見を附すること。

5 既存病床数及び申請病床数について

- (1) 医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。)第30条の33第1項第1号により国の開設する病院又は診療所であって宮内庁、防衛省等の所管するもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院又は診療所等の病床について、既存病床数及び当該申請に係る病床数の算定に当たり、当該病床の利用者のうち、職(隊)員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者等の部外者が占める率による補正を行うこととしているのは、それらの病院又は診療所の病床については部外者が利用している部分を除いては、一般住民に対する医療を行っているとはいえないからであること。

なお、当該病院又は当該診療所の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とする。

- (2) 放射線治療病室の病床については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、これを既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものとする。

無菌病室、集中治療室(ICU)及び心臓病専用病室(CCU)の病床については、専ら当該病室の病床に收容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所(以下「病院等」という。)内に別途確保されているものは、既存の病床数として算定しないものとしていたが、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成29年厚生労働省令第27号。以下「改正省令」という。)による改正により、平成30年4月1日以降はこれまで既存の病床数として算定していなかったものを含めて、全て既存の病床数として算定すること。

- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床数に算定しないこと。
- (4) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第16条第1項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた

指定入院医療機関である病院の病床（同法第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床数に算定しないこと。

- (5) 診療所の一般病床のうち、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）附則第3条第3項に定める「特定病床」については、別途政令で定める日までの間、既存の病床数に算定しないこと。
- (6) 平成30年4月1日以降、診療所の療養病床又は一般病床について、改正省令による改正後の規則第1条の14第7項第1号又は第2号に該当する診療所として都道府県医療審議会の議を経たときは、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるが、既存の病床数の算定に当たっては当該届出病床も含めて算定を行うこと。

6 医療計画の作成手順等について

- (1) 法第30条の4第12項の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針第九に掲げる方針等が該当すること。
- (2) 法第30条の4第13項の規定において、都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うこと。
これは、5疾病・5事業及び在宅医療に係る医療連携体制の構築など、施策の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められているものである。
- (3) 法第30条の4第14項の「診療又は調剤に関する学識経験者の団体」としては、都道府県の区域を単位として設立された医師会、歯科医師会及び薬剤師会が考えられること。
- (4) 法第30条の4第15項の規定により、医療計画の作成等に関して、都道府県ごとに設けられている保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第157条の2第1項に規定する協議会をいう。）の意見を事前に聴くこと。
- (5) 法第30条の4第16項の規定における医療計画の変更とは、法第30条の6の規定に基づく変更をいうものであり、例えば、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制において、医療機能を担う医療提供施設を変更する場合などは、この規定に基づく医療計画の変更には当たらないこと。
- (6) 医療計画については、法第30条の6の規定に基づき、6年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。また、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。
- (7) 医療計画、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、医療介護総合確保方針第2の2の1に規定する協議の場を設置すること。
また、病床の機能分化・連携に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性の確保が重要であることから、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において、必要な事項についての協議を行うこと。

7 医療計画の推進について

- (1) 法第30条の7第1項において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるとともに、同条第2項において、必要な協力をするに際しては、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ定められた役割を果たすよう努めるものとされていること。また、同条第3項において、病院又は診療所の管理者は在宅医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされていること。
- (2) 法第30条の7第4項の規定に基づく病院の開放化については、単に病床や医療機器の共同利用にとどまらず、当該病院に勤務しない地域の医師等の参加による症例の研究会や研修会の開催までを含めた広義のものであること。
また、医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること。
- (3) 法第30条の9の規定に基づく国庫補助については、医療計画の達成を推進するために、医療計画の内容を考慮しつつ行うこととしていること。
- (4) 医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わないこととしていること。

8 都道府県知事の勧告について

- (1) 法第30条の11の「医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合」とは、原則として法第7条の2第1項各号に掲げる者以外の者が、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請をした場合において、その病床の種別に応じ、その病院又は診療所の所在地を含む二次医療圏又は都道府県の区域における既存の病床数が、医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している場合又はその病院又は診療所の開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいうものであること。
また、「病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告する」とは、それぞれの行為の中止又はそれぞれの行為に係る申請病床数の削減を勧告することをいうものであること。なお、都道府県知事は、勧告を行うに先立ち、病院又は診療所を開設しようとする者に対し、可能な限り、他の区域における病院又は診療所の開設等について、助言を行うことが望ましいものであること。
- (2) 法第30条の11の規定に基づく勧告は、法第7条の許可又は不許可の処分が行われるまでの間に行うものであること。
- (3) 精神病床、結核病床及び感染症病床については、都道府県の区域ごとに基準病床数を算定することとされているが、これらの病床が都道府県の一部に偏在している場合であって、開設の申請等があった病院の所在地を含む二次医療圏及びこれと境界を接する他の二次医療圏（他の都道府県の区域内に設定された二次医療圏を含む。）の内にその申請に係る種別の病床がないときは、当該都道府県の区域における病院の病床数が医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している等の場合であっても勧告の対象としないことが適当と考えられること。なお、その際には都道府県医療審議会の意見を聴くこと。
- (4) 病院又は診療所の開設者に変更があった場合であっても、その前後で病床の種別

ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

- (5) 病院又は診療所が移転する場合であっても、その前後で、その病院又は診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数並びに都道府県内の精神病床、結核病床又は感染症病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

なお、特定病床を有する診療所が移転する場合、その診療所が存在する二次医療圏内の既存病床数は当該特定病床分増加することとなるが、移転の前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないものとする。

- (6) 病院を開設している者がその病院を廃止し、当該病院を開設していた場所において診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

- (7) 国（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構、独立行政法人海技教育機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センター、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター及び国立大学法人を含む。以下同じ。）の開設する病院又は診療所については、法第6条に基づく医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の規定により、法第30条の11の規定は適用されないこと。

なお、国が病院を開設し、若しくはその開設した病院につき病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更し、又は診療所に病床を設け、若しくは診療所の病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更しようとするときは、「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年3月19日閣議決定）又は法第7条の2第8項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があったとき及びこれに承認を与えたときは、当職から関係都道府県知事に通知するものとする。

- (8) 医育機関に附属する病院を開設しようとする者又は医育機関に附属する病院の開設者若しくは管理者に対して勧告しようとするときは、大学における医学又は歯学に関する教育研究に係る立場から、意見を述べる機会を与えることが望ましいものであること。

- (9) 平成30年4月1日以降、診療所の療養病床又は一般病床の設置について、改正省令による改正後の規則第1条の14第7項第1号又は第2号に該当する次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会の議を経た場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならないこと。

なお、次の診療所については、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成18年12月27日付け医政発第1227017号厚生労働省医政局長通知）における留意事項を参照されたい。

- ① 法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所
その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所
- ② へき地の医療、周産期医療、小児医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

9 公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制について

法第30条の4第16項の規定により医療計画が公示された日以降における法第7条の2第1項各号に掲げるものが開設する公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制は、当該医療計画に定める区域及び基準病床数を基準として行われるものであること。

(別紙様式1、2)

(別紙)

医療計画作成指針

目次

はじめに

第1 医療計画作成の趣旨

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

2 記載事項

3 他計画等との関係

4 医療計画の作成体制の整備

5 医療計画の名称等

6 医療計画の期間

第3 医療計画の内容

1 医療計画の基本的な考え方

2 地域の現状

3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5 医療従事者の確保

6 医療の安全の確保

7 基準病床数

8 医療提供施設の整備の目標

9 地域医療構想の取組

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

11 施策の評価及び見直し

第4 医療計画作成の手順等

1 医療計画作成手順の概要

2 医療圏の設定方法

3 基準病床数の算定方法

4 病床数の必要量の算定方法

5 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

第6 医療計画に係る報告等

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

2 法第27条の2第1項、第30条の11、第30条の12第2項及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告

はじめに

都道府県は、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めることとされているが、医療計画の作成の手法その他重要な技術的事項については、厚生労働大臣が都道府県に対し必要な助言をすることができることとされている。本指針は、そのような事項について都道府県の参

考となるものを手引きの形で示したものである。

第1 医療計画作成の趣旨

我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。

特に、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている。

さらには、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）についても、これらに対応した医療提供体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するためには、医療計画における政策循環の仕組みを一層強化することが重要となる。

具体的には、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））を踏まえた上で、医療提供体制に関する現状を把握し、現行の医療計画に対する評価を行い、目指すべき方向（5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向をいう。以下同じ。）の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態（アウトカム）、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。

都道府県には、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）を構築するとともに、それをわかりやすく示すことにより、患者や住民が地域の医療機関ごとの機能分担の現状を理解し、病期に適した質の高い医療を受けられる体制を整備することが求められている。

なお、医療計画の作成に際して、医療や行政の関係者に加え、患者（家族を含む。以下同じ。）や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、課題の解決に向け、一体となって協議・検討を行うことは今後の医療の進展に大きな意義を有するものである。このため、都道府県は、患者・住民の作業部会等への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

医療計画の作成等に関しては、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）に基づく次の手続きが必要である。

- (1) 医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。
- (2) 医療計画を作成するため、都道府県の区域を単位として設置された医師会、歯科医師会、薬剤師会等診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く。
- (3) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、市町村（救急業務を処理する地方自治法（昭和22年法律第67号）第284条第1項に規定する一部事務組合及び広域連合を含む。以下同じ。）及び保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第157条の2第1項に規定する協議会をいう。以下同じ。）の意見を聴く。
- (4) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意見を聴く。
- (5) 医療計画を定め、変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともにその内容を公示する。
- (6) 医療計画を作成し、施策を実施するために必要がある場合は、市町村、官公署、医療保険者、医療提供施設の開設者又は管理者に対して、医療機能に関する情報等必要な情報提供を求めることができる。

2 記載事項

次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (1) 都道府県において達成すべき、5疾病・5事業及び在宅医療の目標に関する事項
- (2) 5疾病・5事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項
- (3) 医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項
- (4) 医療従事者の確保に関する事項
- (5) 医療の安全の確保に関する事項
- (6) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項
- (7) 基準病床数に関する事項
- (8) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- (9) 地域医療構想に関する事項
- (10) 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- (11) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 他計画等との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努める。

また、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号。以下「医療介護総合確保法」という。）に定める総合確保方針及び都道府県計画並びに介護保険法（平成9年法律第123号）に定める基本方針、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図らなければならない。

なお、医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策としては、例えば次のようなものが考えられる。

- (1) 過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）に基づく過疎地域自立促進計画
- (2) 離島振興法（昭和28年法律第72号）に基づく離島振興計画
- (3) 山村振興法（昭和40年法律第64号）に基づく山村振興計画
- (4) 医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）第九に掲げる方針等
 - ① 健康増進法（平成14年法律第103号）に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
 - ② 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画
 - ③ がん対策基本法（平成18年法律第98号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
 - ④ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律123号）に定める指針
 - ⑤ 肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）に定める肝炎対策基本指針
 - ⑥ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）に定める基本方針
 - ⑦ アレルギー疾患対策基本法（平成26年法律第98号）に定める基本指針
 - ⑧ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に定める基本的な方針
 - ⑨ 自殺対策基本法（平成18年法律第85号）に定める自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画
 - ⑩ アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）に定めるアルコール健康障害対策推進基本計画及び都道府県アルコール健康障害対策推進計画
 - ⑪ 歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）に定める基本的事項
 - ⑫ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画

4 医療計画の作成体制の整備

各種の調査及び医療計画の作成に当たっては、関係行政機関、医療関係団体等との協議の場を設けるなど関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。特に、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る医療連携体制については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に定める介護サービス事業者、患者・住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されることが重要である。

なお、法第30条の9に基づき厚生労働省が予算の範囲内で補助することとしている医療提供体制推進事業費補助金（医療連携体制推進事業）については、前述のような体制整備に活用できるものである。

5 医療計画の名称等

都道府県における医療計画の名称は「〇〇県医療計画」とすることが望ましいが、法に基づく手続により作成され、法に基づく事項が記載されている計画であれば、例えば「〇〇県保健医療計画」のような名称のものであっても差し支えなく、また、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画であっても差し支えない。

6 医療計画の期間

医療計画については、6年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。また、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。

第3 医療計画の内容

医療計画の内容は概ね次のようになると考えられるが、その構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、定めるものとする。

ただし、法第30条の4第2項において医療計画の記載事項とされているものについては、必ず記載するものとする。

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

- (1) 医療計画作成の趣旨
医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示する。
- (2) 基本理念
基本方針との整合性に留意の上、都道府県における基本的な理念を記載する。
- (3) 医療計画の位置付け
保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示する。
- (4) 医療計画の期間
計画の対象期間を記載する。
なお、基準病床数について計画全体と異なる期間を対象とする場合には、その期間を付記する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。その際、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる。

参考として地域の現状に関する指標として考えられるものを次に示す。

- (1) 地勢と交通
地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等
- (2) 人口構造（その推移、将来推計を含む。）
人口、年齢三区分別人口、高齢化率、世帯数等
- (3) 人口動態（その推移、将来推計を含む。）
出生数、死亡数、平均寿命等
- (4) 住民の健康状況
生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等
- (5) 住民の受療状況
入院・外来患者数、二次医療圏（法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。）又は都道府県内における患者の受療状況（流入患者割合（二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合をいう。以下

同じ。)及び流出患者割合(二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流出入院患者割合をいう。以下同じ。)を含む。)、病床利用率、平均在院日数等

(6) 医療提供施設の状況

- ① 病院(施設数、病床種別ごとの病床数)
- ② 診療所(有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数)
- ③ 薬局
- ④ その他

3 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制

5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制については、基本方針第四で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。

具体的には、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) 住民の健康状態や患者の状態(成果(アウトカム))、患者動向や医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状、(2) 成果を達成するために必要となる医療機能、(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策、(4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称、(5) 評価・公表方法等を記載する。

また、記載に当たっては、(6) 公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割、(7) 病病連携及び病診連携にも留意する。

さらに、特に必要な場合には、関係機関の役割として、(8) 歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割、(9) 薬局の役割、(10) 訪問看護ステーションの役割についても記載すること。

(1) 現状の把握

住民の健康状態や患者の状態(成果(アウトカム))、受療動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報に基づき、地域の医療提供体制等の現状を記載する。

また、5 疾病・5 事業及び在宅医療については、全都道府県共通のストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を用いることで、住民の健康状態、医療提供体制の経年的な比較、あるいは医療圏間の比較や医療提供体制に関する指標間相互の関連性なども明らかにする。

(2) 必要となる医療機能

例えば、脳卒中の病型ごとの年齢調整死亡率や急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要な医療機能を、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにする。

(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策

5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) で把握した現状を分析し、地域の医療提供体制の課題を抽出する。第2の3に掲げる各計画等で定められた目標を勘案し、また、目指すべき方向を踏まえて、それぞれの課題を抽出し、さらに地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定めた上で、数値目標を達成するために必要な施策を記載する。施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果(アウトプット)が課題に対してどれだけの影響(インパクト)をもたらさるかという観点を踏まえる。

(4) 医療機関等の具体的な名称

各医療機能を担う医療機関等については、原則として名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページのURLを医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

(5) 評価・公表方法等

5 疾病・5 事業及び在宅医療について、評価・公表方法及び見直しの体制を明らかにする。目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について、都道府県医療審議会等により定期的実施し（1年ごとの実施が望ましい。）、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、必要に応じて施策の見直しを図ることが必要である。

なお、都道府県医療審議会等において評価等を行うに当たっては、その役割が発揮できるよう、委員の構成（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療保険者、医療を受ける立場にある者（患者等）、学識経験のある者）及び運営（作業部会の積極的な活用や患者を代表する委員への情報の提供等）について、適切に取り組むこと。

(6) 公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割

公的医療機関等（法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）及び医療法施行令（昭和23年政令第326号。以下「令」という。）第4条の6に掲げる独立行政法人（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構及び独立行政法人海技教育機構を除く。国立大学法人法施行令（平成15年政令第478号）第23条第2項において令第4条の6で定める独立行政法人とみなして、法第7条の2第8項の規定を準用する国立大学法人を含む。）が開設する医療機関（以下「公的医療機関等及び独法医療機関」という。）の役割や公的医療機関等及び独法医療機関と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公立病院等公的医療機関（法第31条に規定する公的医療機関をいう。）については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第30条の4第2項第5号イからへまでに掲げる事業をいう。以下同じ。）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

なお、総務省が公表した「新公立病院改革ガイドライン」（平成27年3月）を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図るものとする。

また、社会医療法人については、救急医療等確保事業において積極的な役割を図ることとしていることから、認定を受けた事業全てにおいて社会医療法人であることを明確にすることが重要である。

(7) 病病連携及び病診連携

今後、地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療構想（法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）における病床の機能分化・連携を進めていくこととしており、それぞれの医療機関が地域において果たす役割を踏まえ、地域全体で効率的・効果的な医療提供体制を構築して

いくことが必要である。医療計画においては、急性期から回復期・慢性期までの切れ目ない連携体制の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた体制の構築を進めていくことから、病病連携及び病診連携を、より一層進めることが必要となる。

なお、病病連携や病診連携など、医療機関及び関係機関との連携に当たって、効率的に患者の診療情報等を共有するため、情報通信技術（ICT）の活用も含めた検討を行うこと。

(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保法第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携体制を構築することが重要である。特に、近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、各医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を明示するとともに、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対する医科歯科連携等を更に推進することが必要となる。

(9) 薬局の役割

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に提供し続ける体制を構築することが重要である。このため、地域の薬局では、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うこと、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが必要となる。

(10) 訪問看護ステーションの役割

住み慣れた地域で安心して健やかに暮らすためには、24時間切れ目のない医療サービスが提供されるとともに、医療機関と居宅等との間で、療養の場が円滑に移行できることが必要である。そのため、在宅において、患者の医療処置や療養生活の支援等のサービスを提供する訪問看護ステーションの役割は、重要である。高齢多死社会を迎え、特に今後は在宅においても、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が必要である。また、日常的に医療を必要とする小児患者への対応についても、医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携を強化するなど充実することが必要である。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5 疾病・5 事業以外で都道府県における疾病の発生の状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療について明記する。

5 医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項については、医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること及び都道府県が中心となって医師を地域の医療機関へ派遣する仕組みの再構築が求められていることを踏まえ、法第30条の23第1項の規定に基づく医療従事者の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会（以下「地域医療対策協議会」という。）を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載する。

【地域医療対策協議会の取組】

- ① 地域医療対策協議会の議論の経過等
- ② 地域医療対策協議会の定めた施策

さらに、その施策に沿って、医師（臨床研修医を含む。）の地域への定着が図られるよう、例えば以下のような、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業等（以下「地域医療支援センター事業等」という。）について記載する。

なお、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況の報告等を効果的に活用し、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めること。

【地域医療支援センター事業等の内容】

- ① 各都道府県内の医療機関や地域の医師の充足状況等の調査・分析
- ② 医師に対する専門医資格の取得支援や研修機会の提供等のキャリア形成支援
- ③ 医療機関への就業を希望する医師等に関する情報の提供
- ④ 医師を募集する医療機関に関する情報の提供
- ⑤ 医師等に関する無料の職業紹介事業又は労働者派遣事業
- ⑥ 医学生等を対象とした地域医療に係る理解を深めるための事業（地域医療体験セミナー等）の実施
- ⑦ 地域医療支援センター事業等と他の都道府県の同事業との連携 等
- ⑧ 地域の医師確保で有効と考えられる施策についての国への情報提供

また、記載に当たっては、地域医療支援センター事業等が対象とする医療従事者以外の、例えば以下の職種についても、必要に応じて、その資質向上に関する事項を含め、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

【医療従事者の現状及び目標】

- ① 歯科医師
- ② 薬剤師
- ③ 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
- ④ その他の保健医療従事者
診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士等
- ⑤ 介護サービス従事者

6 医療の安全の確保

医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について、(1) 及び(2)により記載する。

なお、記載に当たっては、以下の事項に留意する。

- ・ 地域の患者や住民がわかりやすく理解できるよう医療計画に記載すること。
- ・ その際、都道府県は、保健所を設置する市及び特別区の協力のもと、医療提供施設における医療安全を確保するための取組状況を把握し、都道府県が講ずる医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等の現状及びその目標を計画に明示すること。
- ・ また、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情、相談に対応し、必要に応じて医療提供施設に対して必要な助言を行う体制等を構築するため、都道府県における医療安全支援センターの設置状況及びそ

の目標についても計画に明示すること。

- ・ 病院における高度な医療機器の配置状況及び稼働状況等を確認し、保守点検を含めた評価を実施すること。
 - ・ CT、MRI等の医療機器を有する診療所に対する当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況の定期的な報告を求めること。
- (1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標
- ① 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合
 - ② 病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合
 - ③ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合
- (2) 医療安全支援センターの現状及び目標
- 記載に当たっては、「医療安全支援センターの実施について」（平成19年3月30日付け医政発第0330036号厚生労働省医政局長通知）を参考に、次の事項について記載すること。
- ① 二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合
 - ② 相談職員（常勤換算）の配置数
 - ③ ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏及び保健所設置市又は特別区における医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況
 - ④ 都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況

7 基準病床数

(1) 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床に係る基準病床数については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の30第1号に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、全国平均で9割以上の患者が、居住する都道府県内において、入院加療を受けている現状を鑑み、特に必要とする場合にのみ、都道府県間で調整を行うことができることとする。その際、基準病床数の算定にあたっては、医療機関所在地に基づいた値を用いることとする。

(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床

精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数及び感染症病床に係る基準病床数については、都道府県の区域ごとに、規則第30条の30第2号から第4号に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、法第30条の4第2項第13号の区域（以下「三次医療圏」という。）が一都道府県において二以上設定された場合においても、基準病床数については当該都道府県全体について定めることとする。

(3) 各区域における入院患者の流出入数の算出

各区域における入院患者の流出入数の算出に当たって病院に対し特に報告の提出を求める場合には、医療計画作成の趣旨等を調査対象となる病院に十分説明の上、円滑な事務処理が行われるよう配慮する。

(4) 基準病床数の算定の特例

各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、令第5条の2又は第5条の3で定める事情があるときは、都道府県知事が厚生労働大臣と協議の上算定する数を基準病床数とすること等ができる。

(5) 都道府県知事の勧告

(1) から(3) までにより基準病床数が算定された後は、各区域において病院の開設、病床数の増加若しくは病床の種別の変更、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請（以下「許可申請等」という。）があった場合において、当該区域の既存病床数が基準病床数を超過している場合又は許可申請等により病床数が基準病床数を超過することになる場合には、法第30条の11の規定に基づく都道府県知事の勧告（当該病院等が公的医療機関等が開設等する病院等であれば法第7条の2第1項に基づく不許可処分）の対象となり得る。

8 医療提供施設の整備の目標

・ 地域医療支援病院の整備の目標

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備える病院である。

かかりつけ医等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。

- ① かかりつけ医等からの紹介等、病診連携体制
- ② 共同利用の状況
- ③ 救急医療体制
- ④ 医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図るための研修体制

その結果を踏まえ、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標（例えば二次医療圏ごとに整備する等）を設定する。

なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあっては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。

9 地域医療構想の取組

地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に当たっては、別添の地域医療構想策定ガイドラインを踏まえること。

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

5 疾病・5 事業及び在宅医療以外の疾病等について、その患者動向や医療資源等について現状を把握した上で、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

また、各疾病等に対する医療を担う医療機関等の名称も記載するよう努めること。

(1) 障害保健対策

障害者（高次脳機能障害者、発達障害者を含む。）に対する医療の確保等（都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等）に関する取組

(2) 結核・感染症対策

- ① 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
- ② インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

(3) 臓器移植対策

- ① 都道府県の取組

- ② 相談等の連絡先
- (4) 難病等対策
 - ① 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組
 - ② 相談等の連絡先
- (5) アレルギー疾患対策
 - ① 都道府県の取組
 - ② 相談等の連絡先
- (6) 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策
 - ① ロコモティブシンドローム、フレイル等対策
 - ア ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折対策の重要性
 - イ ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折対策について、予防、医療、介護の総合的な取組
 - ② 誤嚥性肺炎などの都道府県の取組
- (7) 歯科保健医療対策
 - ① 都道府県の取組
 - ② 相談等の連絡先
- (8) 血液の確保・適正使用対策
 - ① 都道府県の取組
 - ② 相談等の連絡先
- (9) 医薬品等の適正使用対策
 - ① 都道府県の取組
 - ② 相談等の連絡先
 - ③ 治験の実施状況や医薬品提供体制
- (10) 医療に関する情報化
 - ① 医療提供施設の情報システム（電子レセプト、カルテ等）の普及状況と取組
 - ② 情報通信技術（ICT）を活用した医療機関及び関係機関相互の情報共有への取組（情報セキュリティ対策を含む。）
- (11) 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組
 - 地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。
 - このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。
 - なお、医療と密接に関連を有する施策としては、第2の3に掲げる計画等が求められている。

11 施策の評価及び見直し

施策の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。

法第30条の6に基づいて行う施策の評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。

- (1) 施策の目標等
 - 5 疾病・5 事業及び在宅医療の医療連携体制に係る数値目標等
- (2) 推進体制と役割
 - 施策の目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割

- (3) 目標の達成に要する期間
- (4) 目標を達成するための方策
- (5) 評価及び見直し
- (6) 進捗状況及び評価結果の広報・周知方法

第4 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画作成の際、技術的見地からみて全国に共通すると考えられる手順等を参考までに示す。

1 医療計画作成手順の概要

医療計画作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

- (1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備
- (2) 医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討
- (3) 現行の医療計画に基づき実施された施策の効果の検証
- (4) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築に当たっての課題や数値目標、施策についての検討
- (5) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築
- (6) 医療圏及び基準病床数の検討
- (7) 地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策の検討
- (8) 以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
- (9) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
- (10) 医療計画（案）の決定
- (11) 医療計画（案）についての市町村及び保険者協議会の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
- (12) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (13) 医療計画の決定
- (14) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

2 医療圏の設定方法

- (1) 二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

- ① 人口構造、患者の受療の状況（流入患者割合及び流出患者割合を含む。）、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、二次医療圏単位又は市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については、患者調査の利用の他、統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討する。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基

幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。

- ② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。
- ③ 構想区域（法第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）に二次医療圏を合わせることを適当であること。
- (2) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。
また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。
 - ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
 - ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
 - ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
 - ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療
- (4) 都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。
なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じて厚生労働省にも連絡されたい。

3 基準病床数の算定方法

(1) 基準病床数の算定方法

基準病床数の算定は、規則第30条の30各号に定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。

- ① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、ウにより算定した数を加減した数の合計数を標準とする。

ア 療養病床

$$\{ (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率}) \text{の総和} - (\text{在宅医療等で対応可能な数}) + (0 \sim \text{当該区域への他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数}) - (0 \sim \text{当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数}) \} \times (1 / \text{病床利用率})$$

イ 一般病床

$$\{ (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率}) \text{の総和} \times \text{平均在院日数} + (0 \sim \text{当該区域への他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数}) - (0 \sim \text{当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数}) \} \times (1 / \text{病床利用率})$$

率)

ウ 基準病床数の都道府県間調整について

なお、当該都道府県において、都道府県外への流出院患者数が都道府県内への流入入院患者数よりも多い場合は、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数を各二次医療圏の基準病床数に加減することができる。

ただし、アからウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数は、

$\{ (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率}) \text{の総和} - (\text{在宅医療等に対応可能な数}) \} \times (1 / \text{病床利用率}) + (\text{当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率}) \text{の総和} \times \text{平均在院日数} \times (1 / \text{病床利用率})$ 及びウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数を超えることはできない。

(注1) 「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2) 「年齢階級」とは、5歳ごとの年齢による階級である。

(注3) 「全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率」とは、厚生労働大臣が定める療養病床の性別及び年齢階級別の入院受療率を上限とし、策定した地域医療構想における慢性期機能の病床数の必要量を勘案して、都道府県知事が定める値とする。

(注4) 「在宅医療等に対応可能な数」については、追って具体的な内容を示すこととする。

(注5) 「当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率」とは、地方ブロックの性別及び年齢階級別の退院率をいう。

(注6) 「病床利用率」とは、厚生労働大臣が定める療養病床又は一般病床の病床利用率について、各都道府県における療養病床又は一般病床の直近の病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める療養病床又は一般病床の病床利用率以上当該地域の直近の療養病床又は一般病床の病床利用率の範囲内で、都道府県知事が当該都道府県の状況を勘案して定める値とする。

(注7) 「療養病床入院受療率」、「一般病床退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」として使用する(参考とする)数値については、医療法第30条の4第2項第14号の療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等(昭和61年厚生省告示第165号)により定められている。

(注8) 各区域における流入入院患者数については、都道府県知事が当該区域における医療の確保のために必要と認める事情があるときは、当該区域ごとの数を超えて、当該事情を勘案した数を加えることができる。

(注9) 各区域における流入流出院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

(備考) 「地方ブロック」とは、以下の9ブロックをいう。

| ブロック名 | 都道府県名 |
|-------|-------------------|
| 北海道 | 北海道 |
| 東北 | 青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島 |

| | |
|----|--------------------------------|
| 関東 | 茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野 |
| 北陸 | 富山、石川、福井 |
| 東海 | 岐阜、静岡、愛知、三重 |
| 近畿 | 滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山 |
| 中国 | 鳥取、島根、岡山、広島、山口 |
| 四国 | 徳島、香川、愛媛、高知 |
| 九州 | 福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄 |

② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

[{(当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口) × (当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率)} の総和 + {(当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口) × (当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率)} の総和 + {(当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口) × (当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率)} の総和 × (精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α) × (地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β) + {(当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口) × (当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率)} の総和 × (地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ) + (精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数) - (精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数)] × (1 / 精神病床利用率)

(注1) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成32年における推計人口」とは、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」によることとする。

(注2) 「年齢階級」とは、「90歳以上」の階級を除き、5歳ごとの年齢による階級とする。

(注3) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が3月未満である入院患者（以下この項(②)において「急性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。

(注4) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が3月以上1年未満である入院患者（以下この項(②)において「回復期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。

- (注5) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症以外の慢性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者（以下この項(②)において「慢性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者を除く。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。
- (注6) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症に係る慢性期入院受療率」とは、「慢性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）の性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者に限る。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。
- (注7) 「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 α 」とは、慢性期入院患者の実態を勘案し、原則として0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める値とする。
- ※ 「原則として0.8から0.85までの間」とした考え方は、以下のとおりである。
- 厚生労働科学研究によると、
- ① 認知症以外の慢性期入院患者の6割以上が、当該研究において策定した重症度を医学的に評価する基準に該当する（精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究（平成25～27年度））
 - ② 統合失調症の慢性期入院患者の1割が、入院治療が適当な程度の身体合併症を有している（精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究（平成19～21年度））
- との報告がある。この研究結果を踏まえると、①②に該当しないような患者については、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能となると考えられ、この結果、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の6～7割に低下することが見込まれる。
- 平成36年度末（2025年）までに7年間かけてその基盤整備を行うこととした場合には、医療計画の中間年である平成32年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備することによって、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の8～8.5割に低下することが見込まれる。
- (注8) 「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 β 」とは、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。
- (注9) 「地域精神保健医療体制の高度化による影響値 γ 」とは、これまでの認知症施策の実績を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.97から0.98までの間で都道府県

知事が定める値を3乗した数とする。

(注10) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率」、「精神病床利用率」として使用する数値については、医療法第30条の4第2項第14号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等(平成18年厚生労働省告示第161号)により定められている。

(注11) 各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

③ 結核病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数とする。

なお、基準病床数の算定に当たっては、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」(平成17年7月19日付け健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)を参照すること。

④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第38条第1項の規定に基づき厚生労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とする。

(2) 基準病床数の算定の特例

医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。

- ① 急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合
- ② 特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合
- ③ 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合
- ④ 基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合
- ⑤ その他当該区域において準ずる事情がある場合

なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、次によることとする。

ア 高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討

イ 法第30条の4第7項の基準病床数算定時の特例措置で対応

また、前記ア及びイによる病床の整備に際しては、次の点を考慮しつつ、地域の実情等を十分に踏まえた上で検討すること。

(ア) 病床の機能区分(法第30条の13第1項に規定する病床の機能区分をいう。以下同じ。)ごとの医療需要

(イ) 高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移

- (ウ) 疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況などの地域事情
- (エ) 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布 等

4 病床数の必要量の算定方法

- (1) 病床数の必要量の算定は、規則第30条の28の3に定める方法に準拠し、病床の機能区分（法第30条の13第1項に規定する機能区分をいう。以下同じ。）ごとに次に掲げる方式によること。

{ (当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来推計人口) × (当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率) の総和 + (当該構想区域における他の構想区域の推計患者数のうちの医療供給見込み数) - (当該構想区域の推計患者数のうちの他の構想区域における医療供給見込み数) } × (1 / 病床稼働率)

ただし、上記算定式により病床の機能区分ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

{ (当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来推計人口) × (当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率) の総和 + (当該構想区域における他の都道府県の推計患者数のうちの医療供給見込み数) - (当該構想区域の推計患者数のうちの他の都道府県における医療供給見込み数) } × (1 / 病床稼働率)

により病床の機能区分ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

(注1) 「当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来（平成37年）推計人口」とは、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」によることとする。

(注2) 「年齢階級」とは、原則、5歳ごとの年齢による階級とする。

(注3) 「当該構想区域における他の構想区域の推計患者数のうちの医療供給見込み数」とは、当該構想区域において、他の構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者として都道府県知事が定める数とする。

(注4) 「当該構想区域の推計患者数のうちの他の構想区域における医療供給見込み数」とは、当該構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち、他の構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が定める数とする。

(注5) 「当該構想区域における他の都道府県の推計患者数のうちの医療供給見込み数」とは、当該構想区域において、他の都道府県の区域に所在する構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数とする。

(注6) 「当該構想区域の推計患者数のうちの他の都道府県における医療供給見込み数」とは、当該構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち、他の都道府県の区域内に所在する構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数とする。

(注7) 「病床稼働率」とは、高度急性期機能にあつては0.75、急性期機能にあつては0.78、回復期機能にあつては0.9、慢性期機能にあつては0.92とする。

- (2) 当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率は、病床の機能区分ごとに次に定める数とすること。
- ① 高度急性期機能 医療資源投入量が3,000点以上である医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。
 - ② 急性期機能 医療資源投入量が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。
 - ③ 回復期機能 医療資源投入量が225点以上600点未満の医療若しくは主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。
 - ④ 慢性期機能 慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に、アに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数（慢性期総入院受療率が全国最小値よりも小さい構想区域にあっては、1。以下「補正率」という。）を乗じて得た数に、障害その他の疾患を有する入院患者を加えて得た数を、当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。
- ア 次の（ア）に掲げる数以上（イ）に掲げる数以下
- （ア）慢性期総入院受療率の全国最小値（県単位）／当該構想区域の慢性期総入院受療率
- （イ） $\{（当該構想区域の慢性期総入院受療率 - 全国最小値） \times （慢性期総入院受療率の全国中央値（県単位） - 全国最小値 / 慢性期総入院受療率の全国最大値（県単位） - 全国最小値） + 全国最小値\} \times （1 / 当該構想区域の慢性期総入院受療率）$

ただし、当該構想区域がイに掲げる要件に該当するときは、（イ）に掲げる補正率により算定した当該構想区域の慢性期機能の平成37年における病床数の必要量を平成42年までに達成すればよいものとし、都道府県知事は、当該達成の期間の延長に応じた補正率（平成37年の性別及び年齢階級別入院受療率の目標として、平成42年に達成することとした性別及び年齢階級別入院受療率の目標から比例的に逆算して得た値）を定めることができる。

イ 当該構想区域が次のいずれにも該当するものであること。

（ア）当該構想区域の慢性期病床数（慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者に係る病床数をいう。以下同じ。）からア（イ）に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回ること。

（イ）高齢者単身世帯割合が全国平均を上回ること。

地域医療構想を含む医療計画が公示された後に、当該地域医療構想において定める厚生労働大臣が認める構想区域における慢性期機能の将来の病床数の必要量の達成が特別な事情により著しく困難となったときは、当該将来の病床数の必要量について、厚生労働大臣が認める方法により補正率を定めることができる。

（注8）病床の機能区分ごとの性別及び年齢階級別入院受療率の推計については、当該構想区域に住所を有する患者に係る平成25年度のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）のレセプトデータ、診断群分類（DPC）データ等に基づいて行うこととする。

- (注9) 「当該構想区域の性別及び年齢階級別人口」とは、総務省「平成25年3月31日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）（総計）」によることとする。
- (注10) 「医療資源投入量」とは、患者に提供される医療を1日当たりの診療報酬（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。）の出来高点数により換算した量とする。
- (注11) 「医療資源投入量が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量が175点以上600点未満の医療を受ける入院患者であっても、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上となる医療を受ける者を含む。
- (注12) 「医療資源投入量が225点以上600点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。）であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける者を含む。
- (注13) 「主としてリハビリテーションを受ける入院患者」とは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者とする。
- (注14) 「これらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者」とは、在宅復帰に向けて調整を要する者（医療資源投入量175点以上225点未満）とする。
- (注15) 「慢性期入院患者」とは、長期にわたり療養が必要な入院患者（主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。）とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分1である患者の数の70%に相当する数を除くこととする。
- (注16) 「障害その他の疾患を有する入院患者」とは、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者とする。
- (注17) 「慢性期総入院受療率」とは、次の算定式により算出した値とする。
{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数 / (Σ当該区域の性別及び年齢階級別人口 × 全国の性別及び年齢階級別入院受療率)} × (全国の慢性期入院患者の数 / 全国の人口)
- (注18) 「厚生労働大臣が認める構想区域」とは、都道府県全体の慢性期病床数からア（イ）に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床数からア（イ）に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域とする。
- (注19) 「特別な事情」とは、やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び

厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。

(注20) 「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床数からア(イ)に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。

5 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

(1) 現状の把握

都道府県は、医療連携体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、地域住民の健康状態を踏まえた現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標(重点指標)、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標(参考指標)について、指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

なお、重点指標及び参考指標については、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年3月31日付け医政地発第3号厚生労働省医政局地域医療課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」を参考とすること。

また、既存の統計・調査等のみでは現状把握が不十分な場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

- ① 人口動態調査
- ② 国民生活基礎調査
- ③ 患者調査
- ④ 国民健康・栄養調査
- ⑤ 衛生行政報告例
- ⑥ 介護保険事業状況報告調査
- ⑦ 病床機能報告
- ⑧ レセプト情報・特定健診等データベース(NDB)
- ⑨ 診断群分類(DPC)データ
- ⑩ 医療施設調査
- ⑪ 病院報告
- ⑫ 医師・歯科医師・薬剤師調査
- ⑬ 地域保健・健康増進事業報告
- ⑭ 介護サービス施設・事業所調査
- ⑮ 介護給付費実態調査

(2) 作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、5疾病・5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、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場(以下「作業部会」という。)を設置する。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場(以下「圏域連携会議」という。)を設置する。

作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要で

あり、原則として、圏域連携会議における協議結果は作業部会へ報告すること。また、それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。

① 作業部会

ア 構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば、次の(ア)から(ク)に掲げる者を代表する者により構成し、構成する者が(ア)から(ク)のどの区分に該当するかを明示すること。

- (ア) 地域医師会等の医療関係団体
- (イ) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者
- (ウ) 介護保険法に規定するサービス事業者
- (エ) 医療保険者
- (オ) 医療・介護サービスを受ける患者・住民
- (カ) 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
- (キ) 学識経験者
- (ク) 上記(ア)から(キ)までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

なお、医療サービスを受ける立場の意見についても、十分に配慮することが望ましいことから、(オ)の患者・住民に対しては、十分な情報提供と解説などの支援を行うことにより、議論に参加しやすい環境が整うよう努めること。

イ 内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

(ア) 地域の医療資源の把握

医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。なお、可能な限り二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。

(イ) 圏域の設定

上記(ア)に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて特有の重要事項(5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る流入患者割合、流出患者割合を含む。)に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(ウ) 課題の抽出

(ア)により把握した現状を分析し、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

(エ) 数値目標の設定

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとと

もに、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題が解決されると思われる目標を設定すること。

(オ) 施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。

② 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の(ア)から(ウ)について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

(ア) 医療連携の必要性について認識の共有

(イ) 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

(ウ) 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

(3) 患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

(4) 医療計画への記載

都道府県は、第3の3に示すとおり、医療機能ごとに、目標、医療機関に求められる医療体制、課題、数値目標、数値目標の達成のために行う施策等を医療計画に記載する。

また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

(5) 変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、医療機関の変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

医療計画の推進体制については、作業部会、圏域連携会議又は地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）において、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

そのため、第3の11に示すとおり、施策の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法（評価を行う組織（都道府県医療審議会等）を含む。）等を計画においてあらかじめ明らかにした上で、6年（在宅医療その他必要な事項については3年）ごとに、施策全体又は医療計画全体の達成状況について調査、分析、評価及び公表を行い、必要があるときは計画を変更する。

ただし、5疾病・5事業及び在宅医療については、上記と同様に評価・見直し体制及び公表方法を明らかにした上で、目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について定期的に実施（1年ごとの実施が望ましい。）、評価し、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、必要に応じて施策の見直しを図ること。

第6 医療計画に係る報告等

都道府県ごとの実情を把握し適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の4第16項の規定に基づく医療計画の厚生労働大臣への報告については、次のとおり取り扱う。

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

(1) 報告事項

- ① 医療計画及びその概要並びに付属資料
- ② 公示の方法（都道府県の公報の写し等を添付）
- ③ 原案作成年月日、市町村及び保険者協議会からの意見聴取年月日、都道府県医療審議会への諮問年月日及び答申年月日、公示年月日
- ④ 必須指標・推奨指標等による現状把握の結果
- ⑤ 目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の評価

（注1）⑤については、医療計画の対象期間の当初から1年ごとに提出すること

（注2）①・④・⑤については、紙媒体及び電子媒体で提出すること

(2) 紙媒体の提出部数 5部

(3) 報告時期

医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。

なお、例えば5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。

2 法第27条の2第1項、第30条の11、第30条の12第2項及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告

(1) 報告事項 別紙様式3～6-2

病院又は診療所名、開設者又は管理者氏名、病院又は診療所所在地、開設等申請年月日、申請病床数、申請病床の種別、要請年月日、勧告年月日、命令年月日、都道府県医療審議会の意見、勧告に対する申請者の対応、その他参考事項等

(2) 提出部数 4部

(3) 報告時期

要請、勧告又は命令をそれぞれ行った日の属する月の翌月の10日までとする。

ただし、「勧告に対する反応」等が相当遅れる場合は、当該部分のみ後日報告するものとする。

なお、公的医療機関等に対する法第7条の2第3項又は第30条の15第6項の規定に基づく命令又は法第30条の16第1項の規定に基づく指示を行った場合についても別紙様式に準じて報告すること。

(別紙様式3～6-2)

(別紙様式1)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第7項の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第7項の規定による病床数の加算について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

| | | | |
|--------------------|--|-------------|--|
| 1 加算すべき病床数 | | 2 加算する病床の種別 | |
| 3 加算する地域 | | | |
| 4 加算を必要とする理由 | | | |
| 5 加算しようとする病床数の算定根拠 | | | |
| 6 関係医療施設の現況と計画 | | | |
| 7 備 考 | | | |

記載上の注意

「4 加算を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式2)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第8項（又は第9項）の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第8項（又は第9項）の規定による病床数の特例について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

| | | | |
|---------------------|--|--------------|--|
| 1 特例とすべき病床数 | | 2 特例とする病床の種別 | |
| 3 特例とする地域 | | | |
| 4 特例を必要とする理由 | | | |
| 5 特例としようとする病床数の算定根拠 | | | |
| 6 関係医療施設の現況と計画 | | | |
| 7 備 考 | | | |

記載上の注意

「4 特例を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式3)

医療法第27条の2の規定に基づく勧告及び命令の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|---------------------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 申請病床数 (病床機能別) | | 条件付許可病床数 (病床機能別) | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| 命令年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 命令に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式4)

医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|---------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 開設等申請年月日 | | | |
| 申請病床数 | | 申請病床の種別 | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する 申請者の対応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式5)

医療法第30条の12第1項の規定において読み替えて準用する第7条の2第3項の規定に基づく要請及び同条第2項の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|--------------------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 削減要請年月日 | | 削減要請病床数 (病床の種別) | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 要請に対する反応 | | | |
| 勧告年月日 | | 勧告対象病床数 (病床の種別) | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式 6 - 1)

医療法第 30 条の 15 第 7 項において読み替えて準用する同条第 6 項の規定に基づく
要請及び第 30 条の 17 の規定に基づく 勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|----------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 基準日病床機能 | | 基準日後病床機能 | |
| 要請年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 要請に対する反応 | | | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式 6 - 2)

医療法第 30 条の 16 第 2 項において読み替えて準用する同条第 1 項の規定に基づく
要請及び第 30 条の 17 の規定に基づく 勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|----------------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 転換要請年月日 | | | |
| 転換を要請した 病床機能 | | 転換を要請した 病床数 | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 要請に対する反応 | | | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別添)

地域医療構想策定 ガイドライン

はじめに

1) 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会の経緯

- 本検討会は、平成 26 年（2014 年）6 月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）の成立・公布を受け、同年 9 月に告示された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成 26 年厚生労働省告示第 354 号。以下「医療介護総合確保方針」という。）を踏まえ、同月 18 日に設置された。
- 医療介護総合確保推進法は、平成 25 年（2013 年）に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 112 号）に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）を始めとする関係法律について所要の整備等を行うものとされ、この中で医療計画の一部として「地域医療構想」が位置付けられるとともに、その実現を目的に「協議の場」を構想区域ごとに設置することとなった。

また、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について検討を行うために平成 23 年（2011 年）12 月から開催された「急性期医療に関する作業グループ」の取りまとめにおいて、医療機関が、その有する病床の機能区分の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する、「病床機能報告制度」を開始することが合意された。さらに、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、その報告内容等の検討を重ねた上で、この病床機能報告制度が平成 26 年（2014 年）10 月から始まり、初年度分については、平成 27 年（2015 年）3 月中に取りまとめられる予定である。当該報告は、今後毎年行われることとなる。
- 本検討会では、都道府県において平成 27 年度（2015 年度）以降、地域医療構想を策定する際に、一般病床及び療養病床に係る高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の将来（平成 37 年、2025 年を想定）における病床の必要量（以下「必要病床数」という。）を推計するだけでなく、地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で地域医療構想が実現してい

くことを視野に入れ、9回の検討を重ね、議論を深め、国民の理解が得られるよう丁寧な記載をするという考え方で、地域医療構想の策定プロセスを取りまとめたところである。

- また、地域医療構想の策定プロセスと併せて、「協議の場」の設置・運営に係る方針を含め、策定した地域医療構想の達成の推進や、病床機能報告制度において報告される情報の公表の在り方についても検討を行った。地域医療構想は、策定するだけではなく、実現に向けた取組等と併せてこそ意味があることから、これらを密接不可分なものとして、地域医療構想策定ガイドラインの形で、取りまとめたところである。

なお、「協議の場」は、地域医療構想の実現において重要な役割を担うことから、「地域医療構想調整会議」と呼称することとした。

2) ガイドラインの位置付け

- 厚生労働省においては、本ガイドラインに基づいて関係する省令、告示、通知等を制定又は改正するとともに、都道府県が法令の範囲内で本ガイドラインを参考に、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、周知を図られたい。また、都道府県における地域医療構想の策定状況やその後の進捗状況について把握し、適宜、地域医療構想に関する都道府県職員を含めた関係者への研修の実施や情報の提供を行うほか、必要に応じて技術的助言を行うとともに、今後とも更なるデータの収集と活用を通じて、より適切な推計方法に関する取組を進められたい。
- 一方、都道府県においては、医師会等の医療関係者や、保険者、市町村だけではなく、住民との十分な連携の下、地域医療構想を策定するとともに、おおむね10年後である平成37年（2025年）に向けて、拙速に陥ることなく確実に、将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、各医療機関の自主的な取組等を促すとともに、住民の医療提供体制に関する理解や、適切な医療機関選択や受療が行われるよう、周知を始めとする取組を推進されたい。また、地域医療構想を策定する際には、地域医療（精神、感染症等に係る入院医療や外来医療、在宅医療、歯科医療、薬局等を含む。）全体を見据えた上で、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）、五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療）等の医療計画において既に記載されている内容も踏まえて検討されたい。

- 高齢化の進展に伴い、医療需要が増大する中で、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分ごとの整備だけでなく、医療法での人員配置等についても、病床の機能区分に応じたものとしていく必要があるとともに、介護分野での対応を拡充する必要がある。厚生労働省においては、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に向け、病床機能報告制度の今後の在り方を検討し、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるに際して、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるとともに、今後、入院医療ではなく在宅医療等で対応することとした者の介護分野等での対応方針を早期に示されたい。また、第7次医療計画の策定に向け、地域医療構想の策定や実現に向けた取組を進める過程で生じる新たな課題を把握し、同計画の策定指針等を検討する際に反映されたい。

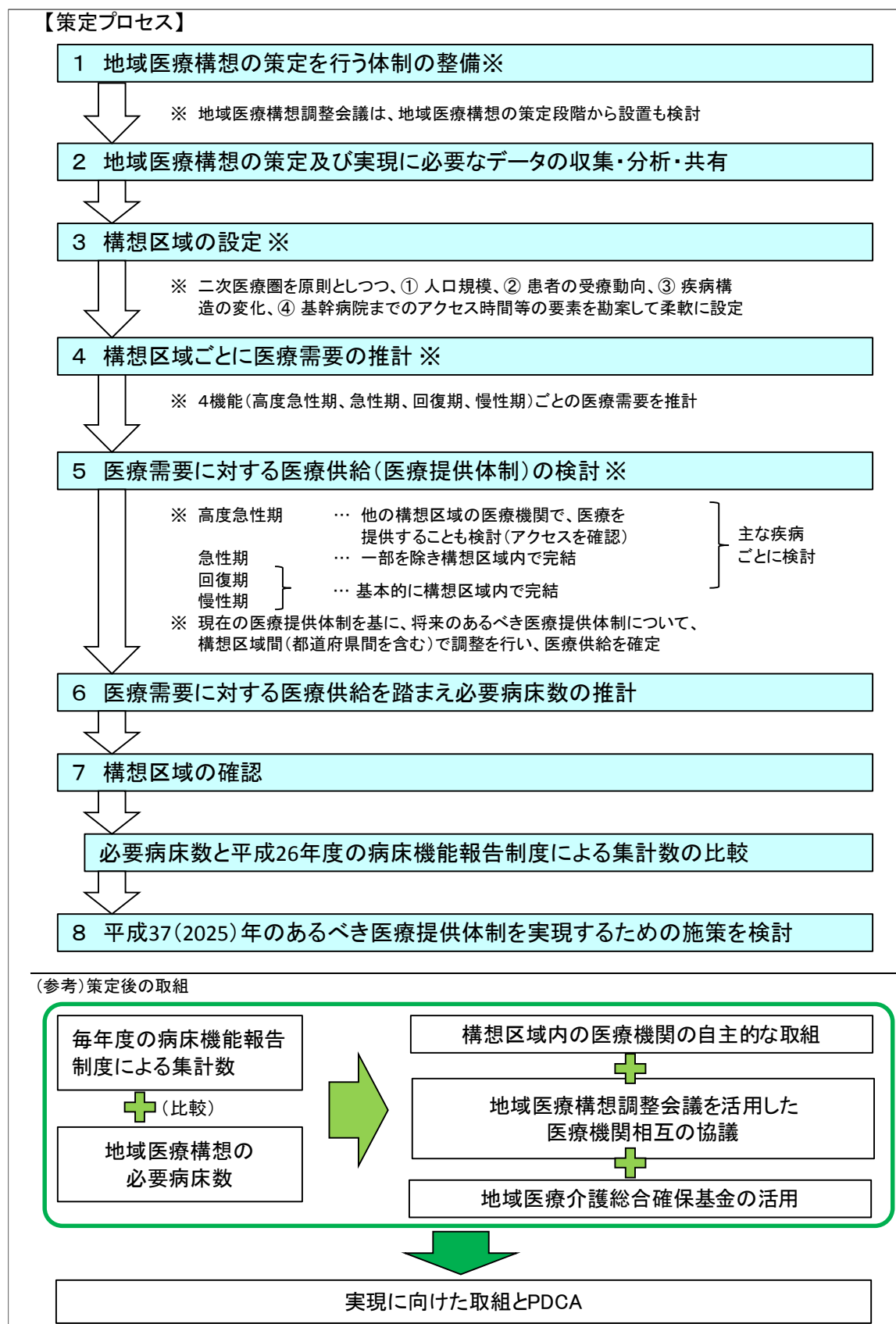
目 次

| | | |
|----|-----------------------------------|----|
| I | 地域医療構想の策定 | 6 |
| 1 | 地域医療構想の策定を行う体制等の整備 | 7 |
| 2 | 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有 | 8 |
| 3 | 構想区域の設定 | 9 |
| 4 | 構想区域ごとの医療需要の考え方 | 12 |
| | (1) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要の考え方 | |
| | (2) 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方 | |
| 5 | 医療需要に対する医療提供体制の検討 | 21 |
| 6 | 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計 | 23 |
| 7 | 構想区域の確認 | 23 |
| 8 | 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討 | 24 |
| | (1) 施策の基本的考え方 | |
| | (2) 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較 | |
| | (3) 病床の機能の分化及び連携の推進 | |
| | (4) 在宅医療の充実 | |
| | (5) 医療従事者の確保・養成 | |
| II | 地域医療構想策定後の取組 | 34 |
| 1 | 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組 | 34 |
| | (1) 基本的な事項 | |
| | (2) 各医療機関での取組 | |
| | (3) 都道府県の取組 | |
| | ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較 | |
| | イ 各病床の機能区分ごとにおける個別医療機関の状況の把握 | |
| | ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討 | |
| | エ 平成37年（2025年）までのPDCA | |
| 2 | 地域医療構想調整会議の設置・運営 | 38 |

- (1) 議事
 - ア 主な議事
 - イ 議論の進め方
 - ウ その他
- (2) 開催時期
- (3) 設置区域等
 - ア 基本的考え方
 - イ 柔軟な内容
- (4) 参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応
 - ア 参加者の範囲・選定
 - イ 専門部会やワーキンググループの設置
 - ウ 公表
 - エ 参加の求めに応じない関係者への対応
- (5) 合意の方法及び履行担保
 - ア 合意の方法
 - イ 履行担保
- 3 都道府県知事による対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 4
 - (1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応
 - (2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応
 - (3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応
 - (4) 稼働していない病床への対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたPDCA・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 5
 - (1) 指標等の設定
 - (2) 指標等を用いた評価
 - (3) 評価に基づく地域医療構想等への反映
 - (4) 住民への公表
- Ⅲ 病床機能報告制度の公表の仕方・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 8
 - 1 患者や住民に対する公表・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 8
 - 2 地域医療構想調整会議での情報活用・・・・・・・・ 4 9

I 地域医療構想の策定

○ 地域医療構想の策定プロセスについて整理すると、以下となる。



1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

- 地域医療構想は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会¹、市町村及び保険者協議会²の意見を聴く必要がある（医療法第30条の4第13項及び第14項）。なお、都道府県医療審議会については、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行うこととする。
- また、地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議³等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議⁴を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当である。
- 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、地域医療構想の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- タウンミーティング等は、一部の同一人物が出席することにならないよう、できるだけ広く意見を集めること、また、ヒアリングにおいても、一般公募を行ったり、発言しやすいような配慮を行うことが必要である。
- 在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村介護保険事業計画⁵

¹都道府県医療審議会（医療法第71条の2）※平成27年4月1日時点の医療法。以下同じ。

都道府県知事の諮問に応じ、当該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するため都道府県に置かれる。

²保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律第157条の2第1項（平成27年4月1日時点））

医療保険の加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会。

³圏域連携会議（医療計画作成指針（平成24年3月30日））

都道府県が医療計画を策定する際、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場。

⁴地域医療構想調整会議（医療法第30条の14）

都道府県が、構想区域その他当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との間に設ける「協議の場」の名称。医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策等について協議する。

⁵市町村介護保険事業計画（介護保険法第117条）

との整合性に留意する必要があることから、地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要であり、その際には、既存の圏域連携会議等を活用することが望ましい。

- 策定された地域医療構想は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする（医療法第30条の4第15項）。その際、住民に知ってもらうことが重要であることから、都道府県報やホームページによる公表や、プレスリリース等によりマスコミに周知するなど、幅広い世代に行き渡る手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。

2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

- 地域医療構想の策定に当たっては、医療提供体制の構築だけでなく、地域包括ケアシステム⁶の構築についても見据える必要があり、そのためには、医療機関の自主的な取組や医療機関相互・地域の医療関係者間の協議等による連携が不可欠となる。
- 地域医療構想の実現に向けて、各医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備が必要となる。また、こうした情報は、患者が理解することにより、より適切な医療機関の選択や医療の受け方につながることから、情報に対する丁寧な説明を行い、患者・住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすよう努めるべきである。
- これらの基礎となるデータは、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、都道府県は、関係者と共有したり、協議や協力により所要の整備をすることが必要となる。その際、医療機関の協力を得て、病床機能報告制度⁷等により、有用なデータが報告・提出されていることから、これらの活用も必要な視点となる。
- なお、病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関

市町村が定める、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画。

⁶地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

⁷病床機能報告制度（医療法第30条の13）

医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度。

の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、医療機関別、二次医療圏⁸等の地域別、病床の機能区分別等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 以上のことを踏まえ、地域医療構想の策定及び実現に必要な情報（データ）を別紙（56-57 頁）に示す。

3. 構想区域の設定

- 地域医療構想の検討を行うため、まずは構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化する必要がある。
- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- また、地域医療介護総合確保基金⁹の根拠となる地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第 64 号。以下「医療介護総合確保促進法」という。）では、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて、医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として医療介護総合確保区域の設定を求めており、さらに、医療介護総合確保方針¹⁰においては、同区域に関して、都道府県は、「二次医療圏及び老人福祉圏域¹¹を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定するものとする」とされており、地域医療構想に関連する区域は相互に整合的な設定が求められている。

⁸二次医療圏（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 9 号）

地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位。

⁹地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第 6 条）

都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

¹⁰医療介護総合確保方針（医療介護総合確保促進法第 3 条）

地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針。

¹¹老人福祉圏域（介護保険法第 118 条第 2 項）

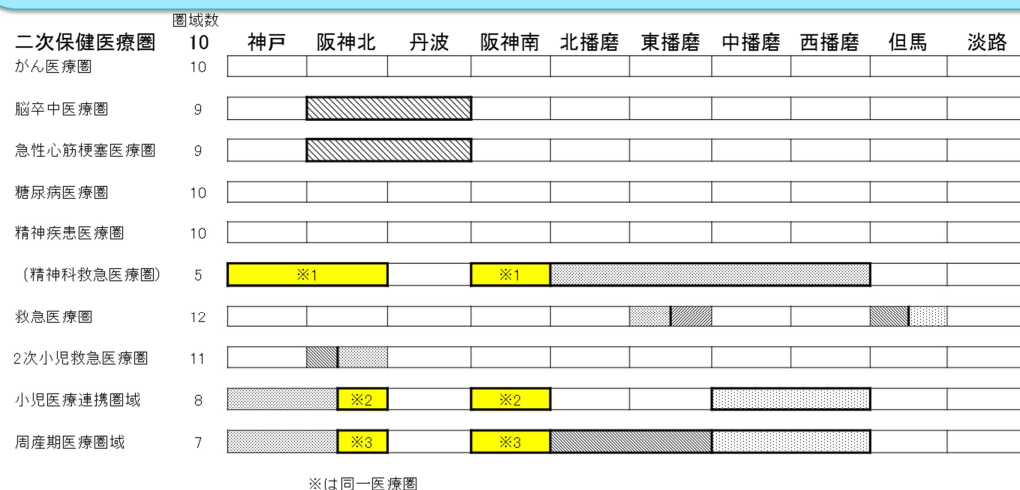
介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域。

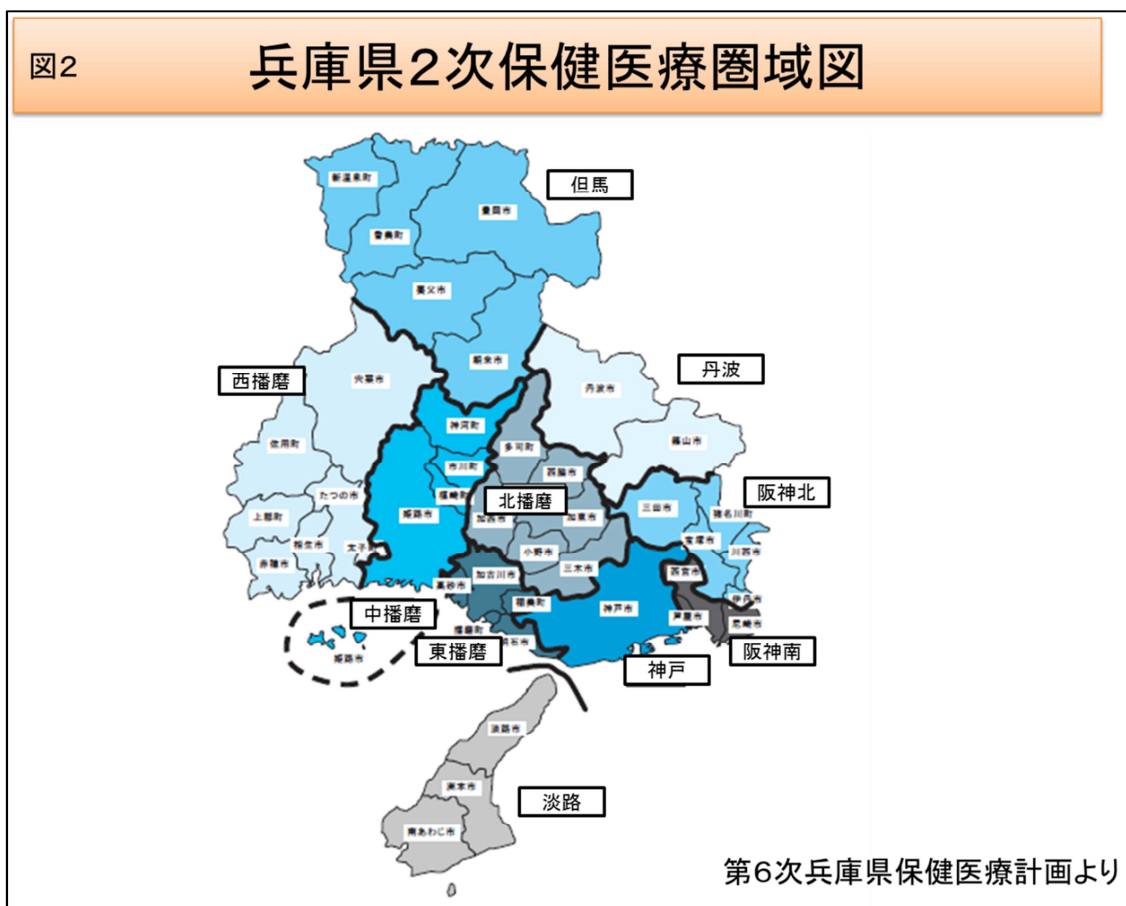
- なお、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能であるが、その場合には、以降に示す検討過程において将来における要素を必ず勘案する必要がある。
- 一方で、二次医療圏は、一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定するものであり、平成24年（2012年）3月に厚生労働省が示した医療計画作成指針において、①人口規模が20万人未満、②流入患者割合が20%未満、③流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すことを求めたところである。しかしながら、既設の圏域間では人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる圏域など、一体の区域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。また、5疾病・5事業において圏域を定める場合は、各疾病等で構築すべき医療提供体制に応じて設定することから必ずしも二次医療圏域と一致する必要はないため、地域の実情に応じて柔軟に設定している都道府県がある。

図1 兵庫県における五疾病・五事業の圏域について

兵庫県には2次保健医療圏域は10圏域あるが、疾患・事業ごとに地域の実情に応じて圏域を柔軟に設定している。

- ・心筋梗塞、脳卒中医療圏域：2次保健医療圏域のうち阪神北と丹波を1つとした9圏域
- ・救急医療圏域：2次保健医療圏域のうち但馬を北但馬、西南但馬の2つに、東播磨を東播磨と明石の2つに分けた12圏域
- ・2次小児救急医療圏域：2次保健医療圏域のうち阪神北を2つに分けた11圏域
- ・周産期医療圏域：2次保健医療圏域のうち神戸と阪神北の一部を、阪神北の一部と阪神南を、北播磨と東播磨を中播磨と西播磨をそれぞれ統合した7圏域





- 以上のことを踏まえ、構想区域の設定に当たっては、病床の機能区分との関係について、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。なお、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者で、同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ない。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい。
- 具体的には、緊急性の高い脳卒中、虚血性心疾患を含む救急医療については、アクセス時間等を考慮した上で、当該診療を行う医療機関がより近距離にある場合は構想区域を越えて流出入することもやむを得ない。一方で、高齢者の肺炎や大腿骨頸部骨折など回復期につなげることの多い疾患については、構想区域内で対応する必要がある。
- 地域医療構想は平成 37 年（2025 年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成 25 年度（2013 年度）～平成 29 年度（2017 年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成 36 年（2024 年）3 月が終期となる平成 30

年度（2018 年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

4. 構想区域ごとの医療需要の推計

- 平成 37 年（2025 年）における病床の機能区分ごとの医療需要（推計入院患者数）は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計することとする。
- なお、以下の推計方法は、構想区域全体における医療需要の推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない。
- このうち、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成 25 年度（2013 年度）※の NDB のレセプトデータ¹²及び DPC データ¹³に基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を 365（日）で除して 1 日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率^{※※}とする。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計することとする。その際、NDB のレセプトデータ及び DPC データに含まれない正常分娩、生活保護、労災保険、自動車損害賠償責任保険等のデータの補正を行うこととする。

※ 平成 25 年（2013 年）のデータに基づくため、平成 26 年度（2014 年度）診療報酬改定のより導入された地域包括ケア病棟等については、本推計には含まれていない。

¹²NDB のレセプトデータ

NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第 16 条第 2 項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を NDB に格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

¹³DPC データ

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPC を利用した包括支払システムを DPC/PDPS（Per-Diem Payment System；1 日当たり包括支払い制度）という。DPC/PDPS 参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。これを本ガイドラインでは、DPC データと呼ぶ。

※※ 患者住所地が明らかでない被用者保険利用者の医療需要を患者住所地構想区域ごとに推計する方法については、まず被用者保険利用者の医療需要を医療機関所在地構想区域ごとに推計した上で、当該都道府県の国民健康保険・後期高齢者医療制度のレセプトデータを用いて各医療機関所在地構想区域における患者住所地構想区域ごとの患者数の分布割合を算出し、被用者保険利用者の医療需要をこの分布割合に従って按分する。

なお、平成 37 年（2025 年）の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成 25 年（2013 年）3 月中位推計）』を用いることとする。

2025 年の医療需要の推計方法

構想区域の 2025 年の医療需要 = [当該構想区域の 2013 年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の 2025 年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

- また、慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとする。
- このため、前記（2025 年の医療需要の推計方法）の他の病床の機能区分の医療需要の推計方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期機能の医療需要を推計することとする。
 - （1） 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計の考え方
- 病床の機能区分ごとの医療需要について、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案して推計するよう、一般病床の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定した患者を除く。）の NDB のレセプトデータや DPC データを分析することとする。
- 具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（以下「医

療資源投入量」という。)で分析していくこととする。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含まないこととする。したがって、推計における医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとする。

- 急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されている。
- また、DPCデータの分析による医療資源投入量と入院日数との関係を見てみると、入院日数の経過につれて、医療資源投入量が逡減していく傾向があることが分かる。この医療資源投入量の逡減の傾向を踏まえ、医療資源投入量が一定程度、落ち着いた段階が患者の状態が安定した段階であると考えられる。
- これらを踏まえ、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を高度急性期機能及び急性期機能で対応する患者数とし、急性期機能と回復期機能とを区分する境界点(C2)を600点として推計を行うこととする。
- 高度急性期機能については、病床機能報告制度において、『急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能』と定義されていることを踏まえ、医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期機能で対応する患者数とすることとする。
- 具体的には、病床機能報告制度において、高度急性期機能に該当する病棟の例として、救命救急病棟やICU、HCU等が例示されているが、その他の病棟にも高度急性期機能の定義に該当する患者がいることを前提とした上で、救命救急病棟やICU、HCU等に入院するような患者像も参考にして、高度急性期機能で対応する患者数とし、高度急性期機能と急性期機能とを区分する境界点(C1)を3,000点として推計を行うこととする。
- 回復期機能については、病床機能報告制度において、
 - 『・急性期を経過した患者への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（日常生活における基本的な動作を行う能力）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）』

と定義されている。

なお、在宅復帰する患者は、居宅で訪問診療を受ける者、施設で訪問診療を受ける者、医療機関に通院する者等を含む。

- このため、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる 225 点を境界点（C3）とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み 175 点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数（一般病床だけでなく療養病床の患者も含む。）を加えた数を、回復期機能で対応する患者数とする。なお、175 点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

図3 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ

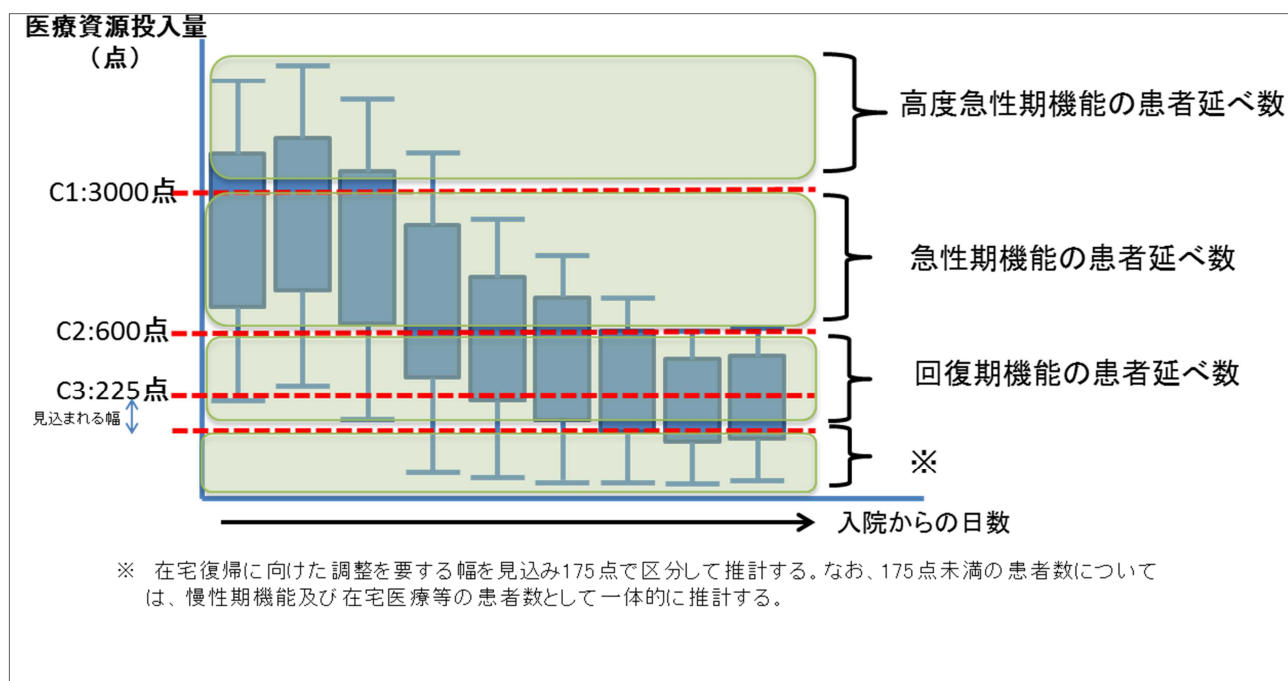


図4 病床の機能別分類の境界点の考え方

| | 医療資源投入量 | 基本的考え方 |
|-------|--------------|--|
| 高度急性期 | C1 3,000点 | 救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量 |
| 急性期 | | |
| 回復期 | C2 600点 | 急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量 |
| ※ | C3 225点 | 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。 |

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

(2) 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方

i 慢性期機能の需要推計の考え方について

- 慢性期機能については、病床機能報告制度において、
 『・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
 ・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又は難病患者等を入院させる機能』
 と定義されている。
- 療養病床については、主に慢性期機能を担っているが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値（医療資源投入量）に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、慢性期機能の推

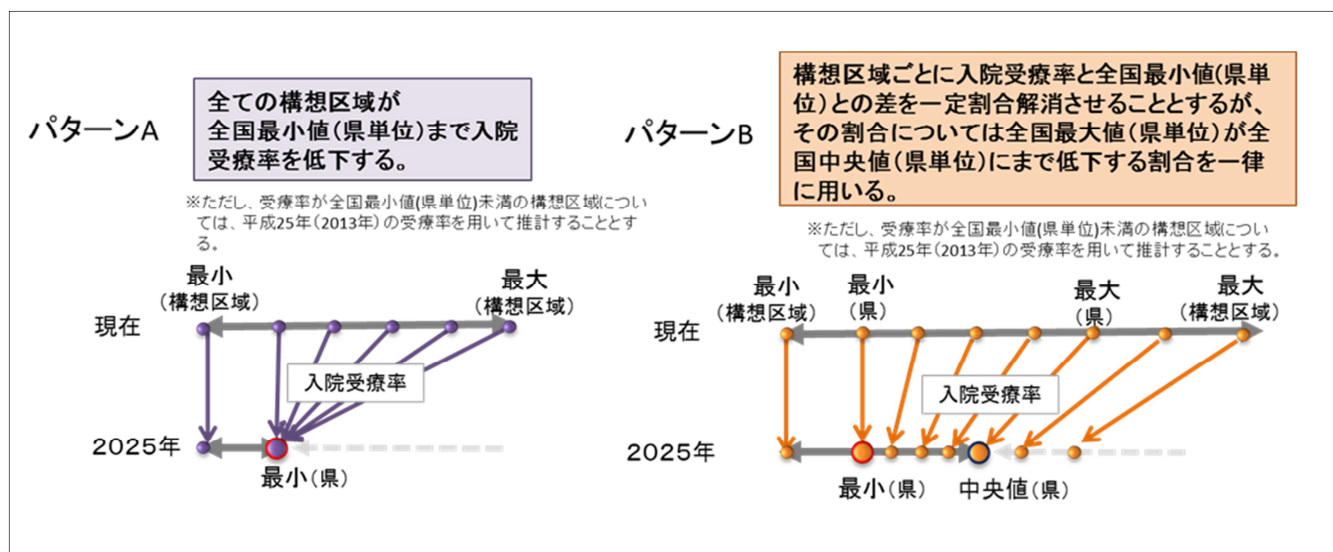
計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとする。

- 具体的には、平成 25 年度（2013 年度）の NDB のレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者の 70% を在宅医療等で対応する患者数として見込むこととする。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととし、以下の「ii」又は「iii」の入院受療率を平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口に乗じて慢性期機能の医療需要を推計する。
- 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）については、慢性期機能の医療需要とする。

ii 療養病床の入院受療率における地域差の解消について

- 入院受療率の地域差を解消するための目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下の A から B の範囲内で定めることとする。
 - A 全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位で比較した場合の値。（以下「県単位」という。））にまで低下させる。ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成 25 年（2013 年）の受療率を用いて推計することとする。
 - B 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成 25 年（2013 年）の受療率を用いて推計することとする。

図5 入院受療率の地域差の解消目標



iii 入院受療率の目標に関する特例について

- 介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるよう、以下の要件に該当する構想区域については、「ii」により定めた入院受療率の目標の達成年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とすることができることとする。その際、平成37年(2025年)においては、平成42年(2030年)から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとともに、平成42年(2030年)の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した平成37年(2025年)の病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとする。

【要件】

- ① Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値※よりも大きい
かつ
- ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 Bにより入院受療率の目標を定めた場合において、慢性期病床が減少する構想区域の平成25年(2013年)と平成37年(2025年)を比較した減少率の中央値。
 上記要件に該当する構想区域において、目標達成年次を平成42年(2030年)とした場合の平成37年(2025年)における慢性期病床の減少率について、①の減少率の全国中央値を下回らないようにする。

※2 都道府県は、上記「ii」、「iii」により入院受療率の目標を設定し、当該入院受

療率で推計した慢性期病床の必要量の達成を目指すこととするが、厚生労働大臣が認める構想区域において、当該慢性期病床の必要量の達成が特別の事情により著しく困難となった場合には、都道府県は、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

- ・ 「厚生労働大臣が認める構想区域」：都道府県全体の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床の平成 25 年（2013 年）と平成 37 年（2025 年）を比較した減少率が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域とする。
- ・ 「特別の事情」：やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。
- ・ 「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。

iv 在宅医療等での対応の推進について

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能の分化及び連携により、平成 37 年（2025 年）には、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要である。

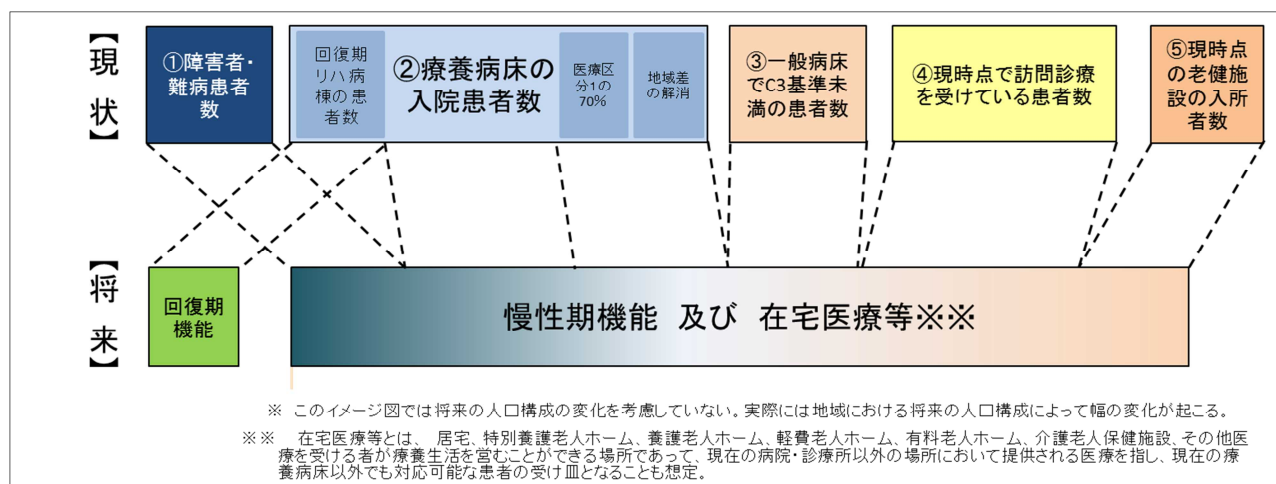
v 平成 25 年（2013 年）における入院外において継続的な療養を必要とする患者数の将来推計について

- 入院外において継続的な療養を必要とする患者の推計については、平成 25 年（2013 年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
- 加えて、介護老人保健施設の施設サービス受給者については継続的な療養を提供されていることから、平成 25 年（2013 年）の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の需要に含めて推計する。

vi 慢性期機能及び在宅医療等の推計について

- 将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の5つを合計することとする。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
 - ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。
 - ③ 一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。）のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計することとする。
 - ④ 平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
 - ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

図6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※



- 限られた医療資源の中で住民が安心して地域医療を受けるためには、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠である。一方で、医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築のためには、目標の達成が不可欠であることから、住民の理解を深めるとともに、市町村や地域社会を巻き込んだ、医療だけではない地域全体としての取組が求められるものである。また、厚生労働省においても、地域の需要に円滑に対応できる医療法での人員配置等を整えることの検討を進めることとする。

5. 医療需要に対する医療提供体制の検討

- 都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数（構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数）の増減を見込む必要がある。
- その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。このため、大都市圏など特に都道府県間や構想区域間の医療提供体制の分担が必要となる構想区域の都道府県においては、まず都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整することが適当である。
- また、地域連携パスの共有など、上記の調整を踏まえて関係する都道府県や構想区域の医療機関との間で具体的な施策に関する協議が必要な場

合には、地域医療構想調整会議や医療計画に係る圏域連携会議において合同会議を開催する等により、関係する構想区域の保健所長、地域医師会等や医療機関等を交えて協議を行うことが望ましい。

○ なお、構想区域間の供給数の増減の調整については、以下のようなプロセスで行う。

- i 都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要（①）と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの）（②）を比較する。
- ii 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。その際、地域医療の連携の観点からは全ての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成 37 年（2025 年）の医療需要に対する増減のいずれかがおおむね 20%又は 1,000 人を超える場合は、調整のための協議を行うこととする。
- iii 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）の総合計画を所管）や介護部局（介護保険事業支援計画を所管）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。
また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。
- iv その際、既に医療計画において二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞については、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討することとし、同様に、認知症疾患医療センター¹⁴や難病医療拠点病院¹⁵（予定）といった関連する法・制度に基づく医療提供体制についても、構想区域ごとに確

¹⁴認知症疾患医療センター

都道府県及び指定都市が設置する、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制を有する医療機関。

¹⁵難病医療拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第 4 条第 2 項第 2 号）

難病医療連絡協議会の業務を受託するとともに、連絡窓口を設置し、高度の医療を必要とする患者の受け入れ等の機能を担う医療機関のこと。

認・検討することが望ましい。また、これら以外の疾病（例えば、発生頻度の高い肺炎や骨折等）についても、適宜、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討することとする。

- v 以上の考え方を踏まえ、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数（③）を確定することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当である。

6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数（③）を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）（④）とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 各構想区域における病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況（脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成）

推計年度

平成37年(2025年)

| | 2025年における | 2025年における医療供給(医療提供体制) | | |
|----------------------------|---------------------------------|---|--|---|
| | 医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要)(①) | 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(②)※ | 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(③) | 病床の必要量(必要病床数)(③を基に病床利用率等により算出される病床数)(④) |
| 高度急性期 急性期 回復期 慢性期 | | | | |

※ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

7. 構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

(1) 施策の基本的考え方

- 医療法上、都道府県が策定する医療計画においては、「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」を定めることとされている。また、地域医療介護総合確保法に基づく都道府県計画¹⁶においては、「医療介護総合確保区域¹⁷ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に関する事項」を定めることとされている。
- 医療法では、地域医療構想に関し、直接的には一般病床及び療養病床の機能の分化及び連携の推進が求められている。しかしながら、地域医療の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる。このため、これらの医療ニーズや地域包括ケアシステムに対応する職種も多様であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーに加え、介護、福祉(児童、障害等)、教育、就労等、関係者は多岐にわたる。以上のことから、施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当である。
- 特に精神疾患については、医療計画に位置付けられており、一般医療と精神科医療の連携は重要であることから、地域医療構想を策定するに当たっては、地域における精神科医療も含め検討することが必要である。その際、精神科医療については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年厚生労働省告示第231号)等に基づき、精神科医療の質を良質かつ適切なものとするために、機能分化を進め、長期入院精神障害者を始めとする精神障害者の地域移行をより一層

¹⁶都道府県計画(医療介護総合確保促進法第4条)

都道府県が地域の実情に応じて作成する、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画。そこに掲載された事業に要する経費の全部又は一部を支弁するため、都道府県が基金を設置する場合には、国は、必要な資金の3分の2を負担する。(地域医療介護総合確保基金)

¹⁷医療介護総合確保区域(医療介護総合確保促進法第4条第2項)

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域。

進めることとしており、こうした方向性を踏まえることが重要である。

- また、認知症対策については、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）¹⁸」において、医療・介護等が有機的に連携し、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにするため、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することとされている。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要である。

（２）必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較

- 都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度（2014年度）（又は、直近の年度）の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。

その際、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。

※ 病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 都道府県は、構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を定める必要がある。

当該事項は、毎年度の地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画の策定の基本方針として活用できるようにする必要がある。

（３）病床の機能の分化及び連携の推進

- 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に当たっては、都道府県が地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区

¹⁸認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考え方として、厚生労働省が関係府省庁と共同して平成27年（2015年）1月に策定したもの。

分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするために地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進めていく必要がある。

- また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けて、地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく必要がある。
- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。
- これらの検討に当たっては、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた視点が必要である。また、不足する機能を担う病床の増床や病床機能の転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして有効に機能するための連携施策が重要であり、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要がある。
- このため、地域連携パスの整備・活用の推進や、都道府県や市町村が中心となった連携を推進するための関係者が集まる会議の開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に複合的に取り組む必要がある。
- また、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修だけではなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働研修等により必要な人材の確保・育成に取り組む必要がある。

- こうした病床の機能の分化及び連携に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例

| | 体制構築 | 人材確保 |
|----------|---|---|
| 病床の機能の分化 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 病床機能の重点化・明確化 <ul style="list-style-type: none"> ➤ クリティカルパス（クリニカルパス）の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援 ➤ 病床機能に応じた臨床指標（Quality Indicator）を用いた医療の質評価・向上の支援 ➤ 高度急性期から在宅医療まで地域の医療提供体制について住民（患者）への情報提供・普及啓発 ○ 病床機能の変更 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 病床機能の変更のための財政的・技術的支援 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 病床機能の分化・転換に伴う医療関係者の研修・教育 <ul style="list-style-type: none"> ➤ キャリアパスとして異なる病床機能の病棟及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援 |
| 病床の機能の連携 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 病床機能の異なる関係機関の連携強化 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の創意工夫を活かした地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援 ➤ 救急外来から患者の病状に応じた他の医療機関への紹介入院等の地域連携の支援 ➤ 在宅医療から地域包括ケア病棟を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援 ➤ 認知症、特に行動・心理症状（BPSD）を伴う患者に対する地域での医療提供体制の整備・支援 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 連携に係る人材の確保・養成 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成 ➤ 退院支援、在宅復帰支援のため地域における多職種連携・人事交流の支援 |

(4) 在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要がある。地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけでなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域¹⁹で整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要である。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を

¹⁹日常生活圏域（介護保険法第117条第2項第1号）

当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域

行う必要がある。

- また、在宅医療は主に「(地域側の) 退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための 24 時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要である。

- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

在宅医療の充実に係る具体的な取組例

| | 実施主体※ | 体制構築 | 人材確保 |
|----------------|-------------|---|--|
| 退院支援(地域側) | 医療機関等 | <ul style="list-style-type: none"> 必要な事例の退院時カンファレンスへの参加。 退院調整担当者との定例会議の開催。 医療機関との連携のための地域側の一元的な窓口の設置。 | <ul style="list-style-type: none"> 退院後の療養生活の相談に乗る窓口 に配置する看護職員や医療ソーシャル ワーカーを育成するための研修。 |
| | 行政・医師会 等 | <ul style="list-style-type: none"> 退院(退所)元の医療機関・施設・と、在宅医 療・介護を提供する医療機関・事業所が情報交 換できる場の設定。 | |
| 日常の療養生活の 支援 | 医療機関等 | <ul style="list-style-type: none"> 診療所間の連携や、病院医師による支援によ り、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構 築。 医療依存度の高い患者や小児等患者への対応 力向上のための研修。 在宅医療における衛生材料・医療材料の円滑供 給のため、地域で使用する衛生剤料等の規格・ 品目統一等に関する協議を地域の関係者間で 行うとともに、供給拠点を整備。 | <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む医師確保のため の同行訪問を含んだ導入研修。 訪問看護師の確保のための採用時研 修に対する支援、研修機関の集約化 (拠点となる訪問看護事業所が地域 の教育機能を担う)、看護系大学と連 携した教育体制の構築。 在宅歯科医療を実施する歯科診療所 の後方支援を行う病院歯科等の歯科 医師や歯科衛生士の確保。 これまで訪問薬剤管理指導に取り組 んだ経験のない薬局に対する研修。 |
| | 行政・医師会 等 | <ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関 係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」 の設置・運営。 | <ul style="list-style-type: none"> 関係者と協働した在宅医療に取り組 む人材確保の支援。 |

| | 実施主体※ | 体制構築 | 人材確保 |
|--------|---------|--|---|
| 急変時の対応 | 医療機関等 | <ul style="list-style-type: none"> 診療所等が 24 時間体制を確保するための、病院と診療所（病診）、診療所同士（診診）、診療所と訪問看護事業所の連携の構築。 後方病床を確保するため、かかりつけ医を通して入院を希望する病院など必要な情報をあらかじめ登録するシステムの構築。 在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一堂に介する協議会の実施。 | <ul style="list-style-type: none"> 介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習。 |
| | 行政・医師会等 | <ul style="list-style-type: none"> 関係団体等と協働で、24 時間体制構築のためのコーディネートや支援。 | |
| 看取り | 医療機関等 | <ul style="list-style-type: none"> 患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供。 地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間で品目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。 | <ul style="list-style-type: none"> 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種研修や施設との合同開催の研修。 |
| | 行政・医師会等 | <ul style="list-style-type: none"> 患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供。 | |

※ 実施主体については、一般的な例を示したものであり、地域の実情に応じて柔軟に役割分担をする必要がある。

(5) 医療従事者の確保・養成

- 地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター²⁰等を活用した医師等の偏在の解消や医療勤務環境改善支援センター²¹等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要である。
- 限りある医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合うチーム医療を推進していくべきである。チーム医療の推進に当たっては、専門職人材の確保が重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職について人材確保に取り組む必要がある。
- 医療従事者の確保は、入院医療だけではなく、在宅医療の推進においても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から、市町村との協議も行うことが望ましい。なお、医師・看護職員等の確保が困難な市町村に対しては、地域医療支援センター、都道府県ナースセンター²²などによる支援を行うことが望ましい。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要があり、地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められる。

²⁰地域医療支援センター（医療法第30条の25）

都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、都道府県庁や大学病院等に設置されるもの。平成27年（2015年）1月末現在、43都道府県で設置されている。

²¹医療勤務環境改善支援センター（医療法第30条の21）

各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする施設として都道府県に設置されるもの。

²²都道府県ナースセンター（看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条の1）

都道府県の看護職員確保対策の拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関として都道府県知事が指定するもの

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組

(1) 基本的な事項

- 都道府県は、構想区域等ごとに、医療関係者、医療保険者その他の関係者との地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成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協議を行うものとされている(医療法第30条の14)。
地域医療構想調整会議の具体的な設置・運営については、「2」にその取扱いを示す。
- 地域医療構想調整会議のほか、以下のとおり、地域医療構想の各医療機関の自主的な取組を行うこと、また、都道府県がこれらの医療機関の自主的な取組を推進するための支援等を行うことも重要である。

(2) 各医療機関での取組

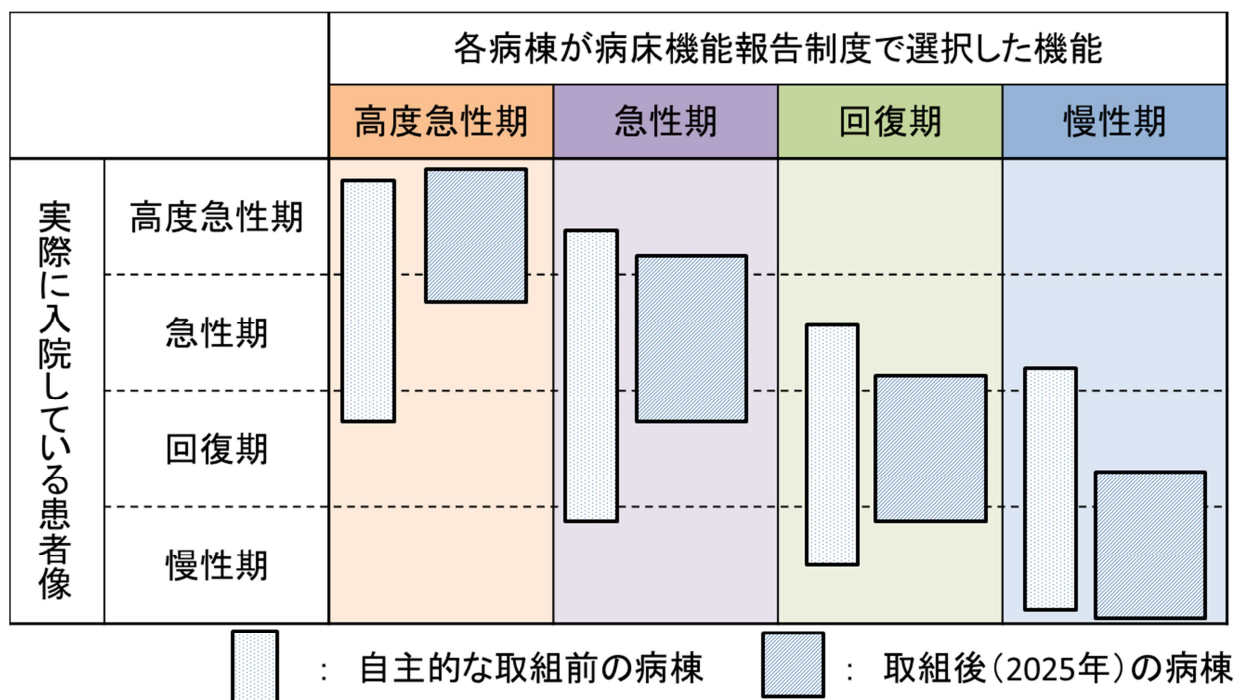
- 各医療機関は、自らの行っている医療内容やその体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行うことが必要となる。
- その上で、自院内の病床の機能分化を進めるに当たり、病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握することが可能になる。
- また、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年(2025年)における必要病床数も把握することが可能になる。
これら2つの情報(データ)を比較したり、別紙(56-57頁)に掲げる他の情報を参考にするなどして、地域における自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で、以下のような自主的な取組を進めることが可能になる。
- まず、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することが望ましい。(収れんのイメージは次頁の図のとおりであり、将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定

しているものではない。)

- 併せて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認することが可能になる。

例えば、がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担すること、回復期のリハビリテーション機能を集約化すること、療養病床について在宅医療等への転換を進めること等が挙げられる。

図8 患者の収れんのイメージ



以上の取組を受け、次年度の病床機能報告への反映や地域医療介護総合確保基金の活用を検討し、更なる自院の運営の改善と地域における役割の明確化を図る。

- また、これらの取組により、区域全体で見ても、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていき、不足する機能の解消や、患者数との整合が図れることになる。
- なお、医療機関がこのような取組を行う際には、患者・住民の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であるため、医療機関だけではなく、保険者や関係者を巻き込んで、患

者・住民への啓発に取り組むべきである。

(3) 都道府県の取組

- 医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、その役割を適切に発揮する必要がある。
- このため、医療機関への情報提供を含め、都道府県において、以下の各段階における取組を行うことを原則とする。

ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

都道府県は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析する。

その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握する。

イ 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

都道府県は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理する必要がある。

病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成する。

その際、医療機関が病棟ごとに病床機能報告制度において選択した病床の機能区分に応じた必要な体制の構築や人員配置を検討することから、当該構想区域で各病床の機能を選択した医療機関の分布だけではなく、主な疾患における分布や、提供されている医療の内容に関する情報など、より検討に適した資料・データとなるよう、地域医療構想調整会議の議長等と事前に協議を行うなど、工夫をすることが望ましい。

ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討

都道府県は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされているが、そのためには、「(2)」を基に各医療機関の自主的な取組を改めて促進する必要がある。

これを踏まえ、都道府県は必要に応じて地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への対応(過剰となると見込まれる病床機能からの転換を含む。)について、具体的な対応策を検討し、提示する。

その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成37年(2025年)までの各構想区域における工程表を策定することが望ましい。

エ 平成37年(2025年)までのPDCA

工程表が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う病床の機能に応じた対応を行うことを促進する必要がある。

また、工程表を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおりに進めることが困難又は不適當な場合も考えられる。

このため、平成37年(2025年)まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要がある。

その際、構想区域全体及び都道府県内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていることを確認する必要があるが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性が図ることができるよう、検討を重ねる。

また、毎年、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会²³に報告することにより、各構想区域における進捗状況の比較や、より広い立場からの意見を求めることが可能となるため、適宜、開催することが望ましい。

²³地域医療対策協議会(医療法第30条の23)

都道府県が、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるために設けられる関係者との協議の場。

- 上記「ア」から「エ」について、1年における主な作業時期を次頁に示すが、都道府県において、地域の実情に応じて柔軟に対応することが望ましい。

(参考) 地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

- 3月 病床機能報告制度の集計結果の提示
- 3月～ 各医療機関の自主的な取組
地域医療構想調整会議
※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行う。
- 10月 病床機能報告制度における報告
- 年内 各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)の取りまとめ
- 2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

2. 地域医療構想調整会議の設置・運営

- 都道府県は、構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成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協議を行うものとされている(医療法第30条の14)。
- 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の実現に向けた取組を協議することが設置目的であることから、地域医療構想に反映させるべく地域医療構想の策定段階から設置し、構想区域における関係者の意見をまとめることが適当である。

(1) 議事

地域医療構想調整会議の議事の具体的な内容については、都道府県において地域の実情に応じて定める。特に優先すべき議事については、地域医療構想において定められた将来のあるべき医療提供体制を念頭に置いた上で、地域の医療機関の取組の進捗状況を確認し、関係者と事前に協議を行って決定する。

ア 主な議事

- 各医療機関における病床の機能の分化及び連携は自主的に進められることが前提となっており、地域医療構想調整会議では、その進捗状況を共有するとともに、構想区域単位での必要な調整を行うことになる。
- 具体的には、病床機能報告制度における各医療機関の病棟の報告内容と地域医療構想で推計された必要病床数とを比較し、地域において優先して取り組むべき事項に関して協議することとする。なお、協議に当たっては、地域医療介護総合確保基金の活用についても検討の対象となる。
- このほか、在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごとの連携など、地域医療構想の達成の推進に関して協議すべき事項があるときは、個別の議事の設定も検討することとする。
以上のことを踏まえると、おおむね次のような議事が想定される。
 - ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
 - ② 病床機能報告制度による情報等の共有
 - ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
 - ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

イ 議論の進め方

- 地域医療構想調整会議において病床の機能の分化及び連携に関する議論の進め方の例を以下に示す。なお、必ずしもこのとおり行うことを求めるものではない。
 - i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有
病床機能報告制度による情報や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数について、地域医療構想調整会議に参加する関係者で認識を共有。
 - ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出
地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論。
 - iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論

例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論。

現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考えて選定した関係者の間で、回復期機能の充足のため、各病院等がどのように役割分担を行うか等について議論。

iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

iiiで議論して合意した事項を実現するために必要な具体的事業について議論。地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該事業を基金に係る都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、これを基に都道府県において必要な手続を実施。

ウ その他

- 上記（１）及び（２）の通常の実施の場合のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な病床機能に転換しようとする場合には、医療法上、都道府県知事は、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができることとされており、その際には、当該許可申請の内容又は転換に関する協議が行われることになる。

（２）開催時期

病床の機能の分化及び連携等に関する協議が行われる場合には、地域の実情に応じて、随時開催することが基本となるが、病床機能報告制度による情報等の共有や基金に係る都道府県計画に関する協議が行われる場合には、通年のスケジュールがある程度定まっていることから、定期的に行うことが考えられる。

なお、こうした通常の実施のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な病床機能に転換しようとする場合にも、随時開催することとする。

（３）設置区域等

ア 基本的考え方

- 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議が行われる場であることから、構想区域ごとに設置することを原則とする。
- 一方で、構想区域内の医療機関の規模・数等は多様であり、地域によっては構想区域での地域医療構想調整会議の設置・運営が困難な場合も想定されることから、こうした事情を勘案し、都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能とする。

イ 柔軟な運用

- 都道府県においては、地域の実情に鑑み、次のような柔軟な運用を可能とする。
 - ① 広域的な病床の機能の分化及び連携が求められる場合における複数の地域医療構想調整会議の合同開催（複数の都道府県により合同開催される場合を含む。）
 - ② 議事等に応じ、設置される区域から更に地域・参加者を限定した形での開催
 - ③ 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催

(4) 参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応

ア 参加者の範囲・選定

- 地域医療構想調整会議の参加者については、医療法上、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」と規定されているが、地域医療構想は幅広い関係者の理解を得て達成を推進する必要があるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい。なお、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。

また、地域医療構想調整会議における協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者を含む。）を柔軟に選定することとし、出席要請に係る所定の手続を行うとともに、これらの関係者の選定に当たっては公平性・公正性に留意することとする。

- さらに、開設・増床等の許可申請の内容や過剰な病床機能への転換に関する協議等の個別具体的な議論が行われる場合には、その当事者及び利害関係者等に限って参加することが適当である。
- なお、議長等については、参加者の中から地域の実情に応じて、都道府県の関係機関、医師会の代表などから選出されることになる。その際、議長等は原則として、案件によらず同一者とした上で、議事によっては利益相反が生じ得ることから、その場合の代理者の規定をあらかじめ定めておくことが適当である。
- また、地域医療構想調整会議の参加を求めなかった病院・有床診療所に対しても、都道府県は、書面・メールでの意見提出などにより、幅広く意見表明の機会を設けることが望ましい。

イ 専門部会やワーキンググループの設置

- 急性期医療に係る病床の機能の分化及び連携や地域包括ケアシステムの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医療構想調整会議の下に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。
- この場合、特定の議題に応じた関係者の参加を求めることとなるが、「ア」と同様に、参加を求める関係者は、代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村等に加え、例えば、医療を受ける立場からの参加が求められる場合には住民を加えるなど、柔軟に選定することが望ましい。

ウ 公表

- 地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域住民や多くの医療関係者の協力が不可欠であるため、地域住民等に対する協議の透明性の観点から、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開とし、その他の場合は公開とする。また、協議の内容・結果については、原則として、周知・広報する。

エ 参加の求めに応じない関係者への対応

- 参加を求めたにもかかわらず、正当な理由なく地域医療構想調整会議に参加しない関係者への対応として、都道府県知事は、開設・増床等の許可申請をした医療機関が参加しない場合には当該許可に条件を付すること（医療法第7条第5項）、過剰な病床の機能区分に転換しようとする医療機関が参加しない場合には地域医療構想調整会議の協議が調わなかった場合と同様の措置（都道府県医療審議会への出席・説明を求め、都道府県医療審議会の意見を聴いた上での公的医療機関等に対する転換中止の命令（公的医療機関等以外の医療機関には要請））を講ずること（同法第30条の15）が考えられる。

（5）合意の方法及び履行担保

ア 合意の方法

- 地域医療構想調整会議において合意された事項には医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。
- また、特に地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能及び病床数等の合意に当たっては、通常の議事録の作成に加え、関係者の合意を確認し得る書面を作成しておくことが適当である。

イ 履行担保

- 関係者の合意事項の履行を担保するため、都道府県知事は、関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、地域医療構想調整会議における協議が調わないときと同様の措置（都道府県医療審議会の意見を聴いた上での公的医療機関等への不足している病床の機能区分に係る医療の提供等の指示（公的医療機関等以外の医療機関には要請））を講ずることが考えられる（医療法第30条の16）。

3. 都道府県知事による対応

- 今回の医療法改正等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて以下の対応が可能とされたことから、地域医療の実情を把握し、医療審議会や地域医療構想調整会議を円滑に運営させることにより、適切に対応することが必要である。
 - (1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応
 - 病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している病床の機能区分に係る医療の提供という条件を付することができる(指定都市にあっては、指定都市の市長に当該条件を付するよう求めることができる)(医療法第7条第5項)。
 - (2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応
 - 過剰な病床の機能区分に転換しようとする理由等を記載した書面の提出を求めることができる(医療法第30条の15第1項)。
 - 当該書面に記載された理由等が十分でないとき等は、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができる(同条第2項)。
 - 地域医療構想調整会議における協議が調わないとき等は、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる(同条第4項)。
 - 地域医療構想調整会議における協議の内容及び都道府県医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な病床機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあっては、要請することができる(同条第6項及び第7項)。
 - (3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応
 - 都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。なお、

公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる。

(4) 稼働していない病床への対応

- 病床過剰地域において、公的医療機関等が正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令することができる（医療法第7条の2第3項）。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、病床過剰地域において、かつ医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を要請することができる（同法第30条の12第1項）。

また、実際には、病床の稼働状況は病床機能報告制度において病棟単位で把握することが可能であることから、病棟単位で病床が稼働していないことについて正当な理由がない場合に、当該対応を検討することが適当である。

- ※ 要請又は命令・指示に従わない場合の対応について（医療法第27条の2、第28条、第29条第3項等）

公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認又は承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関が、正当な理由がなく、要請に従わない場合には勧告を、許可に付された条件に係る勧告に従わない場合には命令をそれぞれすることができ、当該勧告等にも従わない場合には医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認又は承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる。

4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

- 現行の医療計画については、PDCAサイクルを機能させることを都道府県に求めているところであり、平成24年（2012年）3月に医療計画策定指針において考え方を示すとともに、平成26年（2014年）3月には、厚生労働省が設置した具体的な進め方に関する「PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」において報告が示されているところである。
- 地域医療構想についても同様に、都道府県は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。

- 地域医療構想を実現するための施策において、地域医療介護総合確保基金を活用した事業については、都道府県計画に位置付けることとなるが、地域医療構想の目標等と連動しつつ、基金が適切に活用されたことが確認できる評価指標を設定する必要がある。その際、将来のあるべき医療提供体制を目指すものとして、地域医療構想を含む医療計画と都道府県計画の方向性は一致しており、可能な評価指標は共通化するなど効率化も考慮する。
- このようなPDCAサイクルを推進するのは直接的には都道府県職員であり、データ等を有効に活用し、現状分析や課題把握、進捗管理を適切に行うためには、都道府県の医療計画策定担当者が研修等を通じて専門的知識や技術を習得する必要がある。都道府県は、担当者を積極的に研修等に参加させ、さらには職員間の知識・技術の共有や引継ぎ等が円滑に実施されるような体制整備を図る必要がある。
- また、これらの取組には、医師会等の団体や、大学等の学識経験者、保険者など多くの都道府県内の関係者の参画を得て行うべきものであることから、データの利活用も含め、条例等による適切な手続をとることや研修を行うことにより、体制を構築する必要がある。なお、厚生労働省においても、都道府県に対して技術的助言を含めた必要な支援を行うこととする。

(1) 指標等の設定

地域医療構想を策定する際に抽出した地域の課題ごとに、指標となるデータを設定し、地域の医療提供体制の現状を把握する。その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学、疫学、公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者や地域住民等が関与し、検討することが望ましい。

なお、指標となるデータには、以下のものが考えられる。

- ① 病床の機能区分及び在宅医療に関する整備状況
- ② 主要な疾病における構想区域内の完結状況
- ③ 人材の充足状況

(2) 指標等を用いた評価

課題ごとの目標や指標を用いて、計画期間内に、達成可能な状況で進捗しているかを確認する。進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合には、必要に応じ、修正を検討する。

(3) 評価に基づく地域医療構想等への反映

課題ごとの進捗状況を踏まえ、計画期間の中で、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、地域医療構想の追記や削除、修正を行い、より実効性のある地域医療構想への発展を目指すことが望ましい。

(4) 住民への公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、都道府県はこれらをホームページ等で住民に分かりやすく公表することとする。公表に当たっては、ホームページの情報を見る働きかけを多方面から行うとともに、インターネットにアクセスできない住民向けに紙媒体での配布も準備することが望ましい。

- 医療・医学用語は、専門性が高いため難解であるため、住民に向けた解りやすい解説は必須である。一方で、正確性の観点からは、患者・住民や医療関係者以外の者と医療関係者との間で誤解が生じない工夫も必要である。

Ⅲ 病床機能報告制度の公表の仕方

- 病床機能報告制度においては、医療機関が、その有する病床(一般病床又は療養病床)について、
 - ・担っている病床の機能(現在、将来)
 - ・構造設備、人員配置等に関する項目
 - ・具体的な医療の内容に関する項目を報告することとしており(医療法第30条の13)、都道府県は、報告の内容も勘案し地域医療構想を策定しなければならないこととされている(同法第30条の4第5項)。

- また、都道府県は、省令で定めるところにより報告された事項を公表しなければならないこととされている(同法第30条の13第4項)。報告された情報を広く公表することで、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むよう促すとともに、患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境を整備することが必要である。

1. 患者や住民に対する公表

- 病床機能報告制度において報告が必要な項目の中には、レセプト情報を活用して収集した具体的な医療の内容に関する項目が含まれていることから、患者・住民に対して広く情報を公表する際には、医療機関を受診した患者や、医療機関自体の個人情報保護のための配慮が必要である。

- このため、医療機関の個人情報に配慮しながらも、患者や住民による情報の把握に支障がでないような範囲として、都道府県が公表しなければならない情報の範囲を別表のとおり設定し、特に具体的な医療の内容に関する項目については、1以上10未満の値を「*」等の記号で秘匿することとする。

- その上で、公表する情報は、患者・住民にとって分かりやすく加工して公表することが求められるため、都道府県で公表時のフォーマットを共通化することを原則とし、その際、情報の用語解説等の分かりやすい工夫を加えることが望ましい。なお、都道府県の自主的な取組を妨げるものではない。

- また、報告された情報を分かりやすく詳細に伝えていくためには、その手段として都道府県のホームページを基本として行うものと考えられるが、その際は地域医療構想と一体的に公表することが望ましく、例えば都道府県のホームページ上では、医療計画の掲載ページにおいて公表することが考えられる。
- その際、一般的に、都道府県のホームページは患者・住民が閲覧する機会自体が少ないと考えられるため、例えば、より検索される傾向にある項目をページの上位に載せるなど、掲載したホームページの情報が閲覧されるための取組を併せて実施していくことが重要であり、また、世代によりアクセスしやすい手段が異なることを意識しつつ、次のような多様な媒体を活用した取組が必要である。
 - ① 県政だより、市政だより等の行政による機関誌の活用
 - ② 医療機関、保険者や患者団体の広報誌等、行政以外の団体の協力による広報の活用
 - ③ テレビ、ラジオやソーシャルネットワークサービスを活用した広報
- なお、情報の公表は、インターネットを利用できない環境にある患者や住民に対する配慮として、都道府県担当部署等での閲覧を可能とするなどの対応が必要である。

2. 地域医療構想調整会議での情報活用

- 地域医療構想調整会議では、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、構想区域単位での必要な調整を行うことになるが、そのために必要な情報として、病床機能報告制度で報告された情報を活用することとなる。
- その際、地域医療構想調整会議は、議事に応じてその参加者を限定するなど、柔軟な運用が可能であることから、議事の進行のため特段の必要性が認められる場合においては、調整会議の場に限り、10 未満の報告値についても開示し、活用することが可能である。ただし、この場合においても、個人情報の保護に十分な配慮が必要である。
- また、病床機能報告制度で報告された情報を、都道府県が分かりやすく分析した際には、医療機関へ提供し、病床の機能分化・連携の推進のために活用されることが望ましい。

公表しなければならない項目の整理について

(別表)

- 都道府県知事は、以下の項目について、医療機関ごとの情報を公表しなければならないものとする。
 - また、医療機能と病床の状況については、二次医療圏等の地域単位の情報も公表しなければならないものとする。
- (注) 大項目に記載している項目であっても、レセプトを活用し収集している項目については、算定件数以外の算定日数・算定回数は公表しなければならない項目に含まない。

・医療機能

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 対象 | | 単位 | |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| | | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
| 現在の機能 | | ○ | ○ | ○ | |
| 将来(6年後)の機能の予定 | | ○ | ○ | ○ | |

【構造設備・人員配置等に関する項目】

・病床の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 単位 | |
|------------------------|-----------|----|-----|----|----|
| | | | | 病棟 | 施設 |
| 一般病床 | 許可病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| | 稼働病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| 療養病床 | 許可病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| | うち医療療養病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| | 稼働病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| | うち医療療養病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| 上記のうち医療法上の経過措置に該当する病床数 | | ○ | ○ | ○ | |

・診療科

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| 主とする診療科(複数ある場合、上位3つ) | | ○ | ○ | ○ | |

・職員数の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| 看護師数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 准看護師数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 看護補助者数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 助産師数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 理学療法士数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 作業療法士数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 言語聴覚士数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 薬剤師数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 臨床工学技士数(常勤・非常勤別) | | ○ | ○ | ○ | ○ |

・一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|------------|----|-----|-----|----|
| 算定する入院基本料・特定入院料 | 届出病床数 | ○ | ○ | ○ | |
| | レセプト件数 | ○ | ○ | (○) | |
| | 病室単位の特定入院料 | ○ | | ○ | |
| 届出病床数 | 届出病床数 | ○ | | ○ | |
| | レセプト件数 | ○ | | (○) | |

・DPC群の種類

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| DPC群の種類 | | ○ | | | ○ |

・在宅療養支援病院、在宅療養支援後方病院の届出状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| 在宅療養支援病院(診療所)の届出の有無 | | ○ | ○ | | ○ |
| 在宅療養後方支援病院の届出の有無 | | ○ | | | ○ |

・往診、訪問診療の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| 往診を実施した患者延べ数 | | | ○ | - | - |
| 訪問診療を実施した患者延べ数 | | | ○ | - | - |

・看取りを行った患者数(※在宅療養支援病院、在宅療養支援後方病院の届出を行っている病院と、全ての有床診療所が報告が必要な項目)

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|---------------------------------------|----------------|----|-----|----|----|
| 直近1年間で在宅療養を担当した患者のうち、医療機関以外での看取り数(年間) | 自宅での看取り数 | ○ | ○ | | ○ |
| | 自宅以外での看取り数 | ○ | ○ | | ○ |
| | 連携医療機関での看取り数 | ○ | ○ | | ○ |
| 直近1年間で在宅療養を担当した患者のうち、医療機関での看取り数(年間) | 連携医療機関以外での看取り数 | ○ | ○ | | ○ |

・二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------|----|-----|----|----|
| 二次救急医療施設の認定の有無 | | ○ | | | ○ |
| 救急告示病院の告示の有無 | | ○ | | | ○ |

・医療機器の台数

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|---------|----------------|----|-----|----|----|
| CT | マルチスライス | 64列以上 | ○ | ○ | | ○ |
| | | 16列以上64列未満 | ○ | ○ | | ○ |
| | | 16列未満 | ○ | ○ | | ○ |
| | その他 | | ○ | ○ | | ○ |
| MRI | | 3T以上 | ○ | ○ | | ○ |
| | | 1.5T以上3T未満 | ○ | ○ | | ○ |
| | | 1.5T未満 | ○ | ○ | | ○ |
| その他 | | 血管連続撮影装置 | ○ | ○ | | ○ |
| | | SPECT | ○ | ○ | | ○ |
| | | PET | ○ | ○ | | ○ |
| | | PETCT | ○ | ○ | | ○ |
| | | PETMRI | ○ | ○ | | ○ |
| | | 強度変調放射線治療器 | ○ | ○ | | ○ |
| | | 遠隔操作式密封小線源治療装置 | ○ | ○ | | ○ |

・退院調整部門の設置状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--|---------------------|----|-----|----|----|
| 退院調整部門の有無 | | | ○ | ○ | | ○ |
| 退院調整部門に勤務する人数 | | 医師(専従・専任別) | ○ | ○ | | ○ |
| | | 看護職員(専従・専任別) | ○ | ○ | | ○ |
| | | MSW(専従・専任別) | ○ | ○ | | ○ |
| | | MSWのうち社会福祉士(専従・専任別) | ○ | ○ | | ○ |
| | | 事務員(専従・専任別) | ○ | ○ | | ○ |
| | | その他(専従・専任別) | ○ | ○ | | ○ |

・有床診療所の多様な機能

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--|--------|----|-----|----|----|
| 有床診療所の病床の役割 | | | | ○ | - | - |

・入院患者数の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|----|-----|----|----|
| 年間 | 新規入棟(入院)患者数 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 入棟(入院)前の場所別 | 予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者 | ○ | | ○ | |
| | | 救急医療入院の予定外入院の患者 | ○ | | ○ | |
| | | 救急医療入院以外の予定外入院の患者 | ○ | | ○ | |
| | | 急変による入院患者 | | ○ | - | - |
| | 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合 | | | ○ | - | - |
| | 在棟(在院)患者延べ数(年間) | | ○ | ○ | ○ | |
| 退棟(退院)患者数(年間) | | ○ | ○ | ○ | | |

・入院患者数の状況(入院前の場所・退院先の場所別)

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|-------------|----------------|----|-----|----|----|
| 1か月間 | 新規入棟(入院)患者数 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 入棟(入院)前の場所別 | 院内の他病棟からの転棟 | ○ | | ○ | |
| | | 家庭からの入院 | ○ | ○ | ○ | |
| | | 他の病院、診療所からの転院 | ○ | ○ | ○ | |
| | | 介護施設、福祉施設からの入院 | ○ | ○ | ○ | |
| | | 院内の出生 | ○ | ○ | ○ | |
| | | 前その他 | ○ | ○ | ○ | |
| | 退棟(退院)患者数 | | ○ | ○ | ○ | |
| | 退棟(退院)先の場所別 | 院内の他病棟へ転棟 | ○ | | ○ | |
| | | 家庭へ退院 | ○ | ○ | ○ | |
| | | 他の病院、診療所へ転院 | ○ | ○ | ○ | |
| 介護老人保健施設に入所 | | ○ | ○ | ○ | | |
| 介護老人福祉施設に入所 | | ○ | ○ | ○ | | |
| 先社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所 | | ○ | ○ | ○ | | |
| 死亡退院等 | | ○ | ○ | ○ | | |
| 前その他 | | ○ | ○ | ○ | | |

・退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|---------------------------------|--|--------|----|-----|----|----|
| 退院した患者数(1か月間) | | | ○ | ○ | ○ | |
| 退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者数 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者数 | | | ○ | ○ | ○ | |
| 退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者数(死亡退院含む) | | | ○ | ○ | ○ | |
| 退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者数 | | | ○ | ○ | ○ | |

【具体的な医療の内容】

・幅広い手術の実施状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|------------|--------|----|-----|----|----|
| 手術総数 | | | ○ | ○ | | ○ |
| 臓器別の状況 | 皮膚・皮下組織 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 筋骨格系・四肢・体幹 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 神経系・頭蓋 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 眼 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 耳鼻咽喉 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 顔面・口腔・頭部 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 胸部 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 心・脈管 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 腹部 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 泌尿系・副腎 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 性器 | | ○ | ○ | | ○ |
| 全身麻酔の手術総数 | | | ○ | ○ | | ○ |
| 臓器別の状況 | 皮膚・皮下組織 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 筋骨格系・四肢・体幹 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 神経系・頭蓋 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 眼 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 耳鼻咽喉 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 顔面・口腔・頭部 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 胸部 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 心・脈管 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 腹部 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 泌尿系・副腎 | | ○ | ○ | | ○ |
| | 性器 | | ○ | ○ | | ○ |
| 胸腔鏡下手術 | | | ○ | ○ | | ○ |
| 腹腔鏡下手術 | | | ○ | ○ | | ○ |
| 内視鏡手術用支援機器加算 | | | ○ | ○ | | ○ |

・がん、脳卒中、心筋梗塞等への治療状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 | |
|--------------------------|----------------|--|--------------------|-----|----|----|---|
| 悪性腫瘍手術 | | | ○ | ○ | | ○ | |
| 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 | | | ○ | ○ | | ○ | |
| 放射線治療管理料 | 放射線治療管理料 | 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 4門以上の照射、運動照射、原対照射又は組織内照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 強度変調放射線治療(IMRT)による体外照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 甲状腺癌に対するもの | ○ | ○ | | ○ | |
| | 放射性同位元素内用療法管理料 | 甲状腺機能亢進症に対するもの | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | ○ | ○ | | ○ | |
| | | B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 1回目 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 2回目 | ○ | ○ | | ○ | |
| 体外照射 | エキス線表在治療 | 1回目 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 2回目 | ○ | ○ | | ○ | |
| | 高エネルギー放射線治療 | 1回目 | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ |
| | | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 4門以上の照射、運動照射又は原対照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 2回目 | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ |
| 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | | | |
| 4門以上の照射、運動照射又は原対照射を行った場合 | ○ | ○ | | ○ | | | |
| 強度変調放射線治療(IMRT) | 1回目 | ○ | ○ | | ○ | | |
| | 2回目 | ○ | ○ | | ○ | | |
| ガンマナイフによる定位放射線治療 | | | ○ | ○ | | ○ | |
| 直線加速器による放射線治療(一連につき) | 定位放射線治療の場合 | ○ | ○ | | ○ | | |
| | 定位放射線治療以外の場合 | ○ | ○ | | ○ | | |
| 全身照射(一連につき) | | | ○ | ○ | | ○ | |
| 電磁波温熱療法(一連につき) | 深在性悪性腫瘍に対するもの | ○ | ○ | | ○ | | |
| | 浅在性悪性腫瘍に対するもの | ○ | ○ | | ○ | | |
| 密封小線源治療(一連につき) | 外部照射 | 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | その他の場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | 組織内照射 | 前立腺癌に対する永久挿入療法 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| | | その他の場合 | ○ | ○ | | ○ | |
| 放射線粒子照射(本数に関係なく) | | | ○ | ○ | | ○ | |
| 化学療法 | | | ○ | ○ | | ○ | |
| がん患者指導管理料1及び2 | がん患者指導管理料1 | ○ | ○ | | ○ | | |
| | がん患者指導管理料2 | ○ | ○ | | ○ | | |
| 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 | | | ○ | ○ | | ○ | |

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|--------------------------|---------------------------------|----|-----|----|----|
| 分娩件数(正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く) | | ○ | ○ | ○ | |
| 超急性期脳卒中加算 | | ○ | ○ | | ○ |
| 脳血管内手術 | 脳血管内手術 1箇所 | ○ | ○ | | ○ |
| | 脳血管内手術 2箇所以上 | ○ | ○ | | ○ |
| | 脳血管内ステントを用いるもの | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的脳血管形成術 | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術 | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的脳血栓回収術 | ○ | ○ | | ○ |
| 経皮的冠動脈形成術 | 経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈形成術(その他) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテクトミーカテーテル) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈形成術(エキシマレーザー血管形成用カテーテル) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症) | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈ステント留置術(その他) | ○ | ○ | | ○ |
| | 冠動脈内血栓溶解療法 | ○ | ○ | | ○ |
| | 経皮的冠動脈血栓吸引術 | ○ | ○ | | ○ |
| 入院精神療法(I) | | ○ | ○ | | ○ |
| 精神科リエゾンチーム加算 | | ○ | ○ | | ○ |

・重症患者への対応状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|---|------------------|----|-----|----|----|
| ハイリスク分娩管理加算 | | ○ | ○ | | ○ |
| ハイリスク妊産婦共同管理料(II) | | ○ | ○ | | ○ |
| 救急搬送診療料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 親血的肺動脈圧測定 | 1時間以内又は1時間につき | ○ | ○ | | ○ |
| | 2時間を超えた場合 | ○ | ○ | | ○ |
| 持続緩徐系血液濾過 | | ○ | ○ | | ○ |
| 大動脈バルーンポンピング法 | 初日 | ○ | ○ | | ○ |
| | 2日目以降 | ○ | ○ | | ○ |
| 経皮的心肺補助法 | 初日 | ○ | ○ | | ○ |
| | 2日目以降 | ○ | ○ | | ○ |
| 補助人工心臓・植込型補助人工心臓 | 補助人工心臓 | | | | |
| | 初日 | ○ | ○ | | ○ |
| | 2日目以降30日目まで | ○ | ○ | | ○ |
| | 31日目以降 | ○ | ○ | | ○ |
| | 植込型補助人工心臓(拍動流型) | | | | |
| | 初日 | ○ | ○ | | ○ |
| | 2日目以降30日目まで | ○ | ○ | | ○ |
| | 31日目以降90日目まで | ○ | ○ | | ○ |
| | 91日目以降 | ○ | ○ | | ○ |
| | 植込型補助人工心臓(非拍動流型) | | | | |
| | 初日 | ○ | ○ | | ○ |
| | 2日目以降30日目まで | ○ | ○ | | ○ |
| | 31日目以降90日目まで | ○ | ○ | | ○ |
| | 91日目以降 | ○ | ○ | | ○ |
| 頭蓋内圧持続測定(3時間を超えた場合) | | ○ | ○ | | ○ |
| 人工心臓 | 初日 | ○ | ○ | | ○ |
| | 2日目以降 | ○ | ○ | | ○ |
| 血漿交換療法 | | ○ | ○ | | ○ |
| 吸着式血液浄化法 | | ○ | ○ | | ○ |
| 血球成分除去療法 | | ○ | ○ | | ○ |
| 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価に用いた評価票の種類 | | ○ | ○ | | ○ |
| 重症度、医療・看護必要度の評価において、A得点2点以上かつB得点3点以上の患者割合 | | ○ | | ○ | |
| A得点2点以上の患者割合 | | ○ | | ○ | |
| B得点3点以上の患者割合 | | ○ | | ○ | |

・救急医療の実施状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|-------------------------|---|----|-----|----|----|
| 院内トリアージ実施料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 休日夜間救急搬送医学管理料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 精神科疾患患者等受入加算 | | ○ | ○ | | ○ |
| 救急医療管理加算1及び2 | 救急医療管理加算1 救急医療管理加算2 | ○ | ○ | | ○ |
| 在宅患者緊急入院診療加算 | 在宅療養支援病院等の場合 連携医療機関である場合(上記を除く) 上記以外の場合 | ○ | ○ | | ○ |
| 救急搬送患者地域連携紹介加算 | | ○ | ○ | | ○ |
| 地域連携診療計画管理料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 救命のための気管内挿管 | | ○ | ○ | | ○ |
| 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法 | | ○ | ○ | | ○ |
| 非開胸的心マッサージ | 30分までの場合 30分を超えた場合 | ○ | ○ | | ○ |
| カウンターショック | 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 その他の場合 | ○ | ○ | | ○ |
| 心膜穿刺 | | ○ | ○ | | ○ |
| 食道圧迫止血チューブ挿入法 | | ○ | ○ | | ○ |
| 休日に受診した患者延べ数 | | ○ | ○ | | ○ |
| うち診察後直ちに入院となった患者延べ数 | | ○ | ○ | | ○ |
| 夜間に受診した患者延べ数 | | ○ | ○ | | ○ |
| うち診察後直ちに入院となった患者延べ数 | | ○ | ○ | | ○ |
| 救急車の受入件数 | | ○ | ○ | | ○ |

・急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|-----------------------------------|--|----|-----|----|----|
| 退院調整加算1(一般病棟入院基本料等) | 14日以内の期間 15日以上30日以内の期間 31日以上の期間 | ○ | ○ | | ○ |
| 退院調整加算2(療養病棟入院基本料等) | 30日以内の期間 31日以上90日以内の期間 91日以上120日以内の期間 121日以上の期間 | ○ | ○ | | ○ |
| 救急・在宅等支援(療養)病床初期加算及び有床診療所一般病床初期加算 | 一般病棟入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料 有床診療所入院基本料 療養病棟入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 | ○ | ○ | | ○ |
| 救急搬送患者地域連携受入加算 | | ○ | ○ | | ○ |
| 地域連携診療計画退院時指導料(I) | | ○ | ○ | | ○ |
| 退院時共同指導料2 | | ○ | ○ | | ○ |
| 介護支援連携指導料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 退院時リハビリテーション指導料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 退院前訪問指導料 | | ○ | ○ | | ○ |

・全身管理の状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|----------------------|---|----|-----|----|----|
| 中心静脈注射 | | ○ | ○ | | ○ |
| 呼吸心拍監視 | 1時間以内又は1時間につき 3時間を超えた場合 | ○ | ○ | | ○ |
| | 7日以内の場合 7日を超え14日以内の場合 14日を超えた場合 | ○ | ○ | | ○ |
| 酸素吸入 | | ○ | ○ | | ○ |
| 観血的動脈圧測定(1時間を超えた場合) | | ○ | ○ | | ○ |
| ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 | ドレーン法(ドレナージ) 持続的吸引を行うもの その他のもの 胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む) 腹腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む) | ○ | ○ | | ○ |
| 人工呼吸(5時間を超えた場合) | | ○ | ○ | | ○ |
| 人工腎臓、腹膜灌流 | 人工腎臓 慢性維持透析を行った場合 4時間未満の場合 4時間以上5時間未満の場合 5時間以上の場合 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 その他の場合 腹膜灌流 連続携行式腹膜灌流 その他の腹膜灌流 | ○ | ○ | | ○ |
| 経管栄養カテーテル交換法 | | ○ | ○ | | ○ |

・疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|--|---------------------|----|-----|----|----|
| 疾患別リハビリテーション料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 心大血管疾患リハビリテーション料 | 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ) | ○ | ○ | | ○ |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料 | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅳ) | ○ | ○ | | ○ |
| 運動器リハビリテーション料 | 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) | ○ | ○ | | ○ |
| 呼吸器リハビリテーション料 | 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) | ○ | ○ | | ○ |
| | 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ) | ○ | ○ | | ○ |
| 難病患者リハビリテーション料 | | ○ | ○ | | ○ |
| 障害児(者)リハビリテーション料 | 6歳未満の患者の場合 | ○ | ○ | | ○ |
| | 6歳以上18歳未満の患者の場合 | ○ | ○ | | ○ |
| | 18歳以上の患者の場合 | ○ | ○ | | ○ |
| 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 | | ○ | ○ | | ○ |
| 早期リハビリテーション加算(リハビリテーション料) | | ○ | ○ | | ○ |
| 初期加算(リハビリテーション料) | | ○ | ○ | | ○ |
| 摂食機能療法 | | ○ | ○ | | ○ |
| リハビリテーション充実加算(回復期リハビリテーション病棟入院料) | | ○ | ○ | | ○ |
| 体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟入院料) | | ○ | ○ | | ○ |
| 休日リハビリテーション提供体制加算(回復期リハビリテーション病棟入院料) | | ○ | ○ | | ○ |
| 入院時訪問指導加算(リハビリテーション総合計画評価料) | | ○ | ○ | | ○ |
| リハビリテーションを要する状態にある患者の割合 | | ○ | ○ | ○ | |
| 平均リハ単位数(1患者1日当たり) | | ○ | ○ | ○ | |
| 過去1年間の総退棟患者数 | | ○ | ○ | ○ | |
| うち入院時の日常生活機能評価が10点以上の患者数 | | ○ | ○ | ○ | |
| うち退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上(※)改善していた患者数 | | ○ | ○ | ○ | |
| ※回復期リハビリテーション病棟入院料2または3の場合は3点以上 | | ○ | ○ | ○ | |

・長期療養患者の受入状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|------------------------------------|--------|----|-----|----|----|
| 療養病棟入院基本料1. 2(A~I) | | ○ | ○ | | ○ |
| 褥瘡評価実施加算(療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料) | | ○ | ○ | | ○ |
| 重度褥瘡処置 | | ○ | ○ | | ○ |
| 重症皮膚潰瘍管理加算 | | ○ | ○ | | ○ |

・重度の障害児等の受入状況

| 【大項目(公表しなければならない項目)】 | 【内訳項目】 | 病院 | 有床診 | 病棟 | 施設 |
|------------------------------|--------|----|-----|----|----|
| 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 | | ○ | ○ | | ○ |
| 難病患者リハ、障害児(者)リハ(再掲) | | ○ | ○ | | ○ |

医療計画について（局長通知） 改正

| 改 正 後 | 現 行 |
|---|---|
| <p style="text-align: right;">医政発 0331 第 57 号 平成 29 年 3 月 31 日</p> <p>各都道府県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省医政局長</p> <p style="text-align: center;">医療計画について</p> <p><u>地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）が平成 26 年 6 月に成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第 64 号）第 2 条第 1 項に規定する地域包括ケアシステムをいう。以下同じ。）を構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）が改正され、地域医療構想（法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）が導入された。</u></p> <p><u>地域医療構想において、都道府県は、二次医療圏（法第 30 条の 4 第 2 項第 12 号に規定する区域をいう。以下同じ。）を基本とした構想区域（同項第 7 号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとに、2025 年の病床の機能区分（法第 30 条の 13 第 1 項に規定する病床の機能区分をいう。以下同じ。）ごとの病床数の必要量とそ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を定めることとされており、平成 28 年度末までに、全ての都道府県において地域医療構想を策定する見込みとなっていることから、今後は、地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。</u></p> <p><u>今般の医療計画の策定に当たっては、平成 28 年 5 月より開催した、医療計画の見直し等に関する検討会における意見のとりまとめ等を踏まえ、</u></p> <p>① 急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築 ② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築 ③ 5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化 ④ 介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保</p> <p><u>などの観点から、法第 30 条の 3 第 1 項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号。以下「基本方針」という。）の改正を行うとともに、別紙</u></p> | <p style="text-align: right;">医政発 0330 第 28 号 平成 24 年 3 月 30 日</p> <p>各都道府県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省医政局長</p> <p style="text-align: center;">医療計画について</p> <p><u>我が国の社会保障改革については、「社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）」（以下「大綱」という。）に基づき、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされた。</u></p> <p><u>大綱では、平成 24 年度における都道府県による新たな医療計画（平成 25 年度より実施）の策定に向け、</u></p> <p>① 医療機能の分化・連携を推進するため、医療計画の実行性を高めるよう、二次医療圏の設定の考え方を明示するとともに、疾病・事業ごとの PDCA サイクルを効果的に機能させる ② 在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制、人材確保等を記載する ③ 精神疾患を既存の 4 疾病に追加し、医療連携体制を構築する</p> <p><u>などの観点から、医療計画作成指針を見直すこととされている。</u></p> <p><u>また、医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）第 30 条の 3 第 1 項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号。以下「基本方針」という。）が、本年 3 月 22 日に改正され、本年 4 月 1 日からの適用とされたところである。</u></p> <p><u>本改正においては、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化等に伴う患者の疾病構造の変化に対応するため、</u></p> <p>① 精神疾患の医療連携体制に求められる機能の明示 ② 居宅等における医療（在宅歯科医療を含む。以下「在宅医療」という。）の医療連携体制に求められる機能の明示 ③ 疾病・事業及び在宅医療のそれぞれに係る地域の医療提供体制の現状の把握、課題の抽出、目標設定、施策の明示、達成状況等の調査・分析・評価</p> <p><u>などの見直しが行われたところである。</u></p> |

| | |
|---|---|
| <p><u>「医療計画作成指針」(以下「指針」という。)の見直しを行った。</u></p> <p>都道府県においては、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくこと及び地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。また、そのために必要な人材の育成を継続的に行っていくことも重要である。</p> <p>また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療(以下「在宅医療」という。)・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法(平成9年法律第123号)第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画(以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。)及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画(以下「市町村介護保険事業計画」という。)の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。</p> <p>都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。</p> <p>なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記すが、医療法の一部を改正する法律(平成27年法律第74号。平成29年4月2日全面施行予定。)による改正後の医療法に基づき記載している点に留意すること。また、医療従事者の確保、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(平成26年厚生労働省告示第354号。以下「医療介護総合確保方針」という。)第2の2の1に規定する協議の場における協議事項等については、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会、医療従事者の需給に関する検討会、社会保障審議会医療部会及び介護保険部会等での議論を踏まえ、必要な見直しを行うこととする。</p> | <p>都道府県においては、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、<u>大綱及び今般の基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくことが求められている。</u>また、そのために必要な人材の育成を継続的に行っていくことも重要である。</p> <p><u>新たな医療計画の見直しについては、原則として、現行の計画期間に関わらず、平成25年4月からの適用を目指していることから、都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、別紙「医療計画作成指針」(以下「指針」という。)に示す具体的手順を参考としながら、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。</u></p> <p><u>厚生労働省としては、都道府県のPDCAサイクルを効果的に機能させる取り組みを支援するため、疾病・事業及び在宅医療ごとの指標を示すこととしているが、各都道府県の取り組み等を踏まえ、都道府県が指標を用いて把握した現状の公表、新たな指標の検討や医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくことを考えている。</u></p> <p><u>また、都道府県においても、地域の実情に応じて独自に指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告することをお願いする。</u></p> <p>なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記す。また、「<u>医療計画について</u>」(平成19年7月20日医政発第0720003号医政局長通知)は廃止する。</p> |
|---|---|

また、「医療計画について」（平成24年3月30日付け医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）、「地域医療構想策定ガイドライン等について」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）、「第十一次へき地保健医療計画の策定等について」（平成22年5月20日付け医政発0520第9号厚生労働省医政局長通知）及び「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日付け医政発0126第1号厚生労働省医政局長通知）は廃止する。

記

1 医療計画の作成について

医療計画の作成に当たっては、指針を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の实情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行なうこと。

2 医療連携体制について

- (1) 医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項については、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）並びに在宅医療を医療計画に定めることとする。

なお、ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頸部骨折等については、5疾病に加えることとはしないものの、その対策については、他の関連施策と調和を図りつつ、疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した総合的な対策を講ずること。

5疾病・5事業及び在宅医療については、施策や事業の結果（アウトプット）のみならず、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））に対してどれだけの影響（インパクト）を与えたかという観点から施策及び事業の評価と改善を行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくこととし、全都道府県共通の指標を用いることなどにより、医療提供体制に関する現状を把握し、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」（以下「疾病・事業及び在宅医療指針」という。）で述べる5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向の各事項を踏まえて、対策上の課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。

第7次医療計画における指標は、医療計画の実効性をより一層高めるために政策循環の仕

記

1 医療計画の作成について

医療計画の作成に当たっては、指針を参考として、基本方針に即して、かつ、医療提供体制の現状、今後の医療需要の推移等地域の实情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行なうこと。

2 医療連携体制について

- (1) 医療計画の記載事項として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病に、新たに精神疾患を追加し、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業並びに在宅医療（以下「5疾病・5事業及び在宅医療」という。）に係る医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）に関する事項を医療計画に定めることとされたこと。

また、5疾病・5事業及び在宅医療については、全都道府県共通の、病期・医療機能及びストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を用いることなどにより、地域の医療提供体制に関する調査を通じて現状を把握した上で、別に通知する指針で述べる5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについての目指すべき方向（以下「目指すべき方向」という。）の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた数値目標の設定及び施策の明示、それらの進捗状況の評価等を実施する。その際には、個々の施策が数値目標の改善にどれだけの効果をもたらしているか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、個々の施策や数値目標並びに目指すべき方向への達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となること。

これは医療計画の実効性をより一層高めるために政策循環の仕組みを強化するとともに、

組みを強化するとともに、共通の指標により現状把握を行うことで、都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較できるようなものとするため、指標を見直すこと。なお、指標については、疾病・事業及び在宅医療指針を参照すること。

(2) 急速な高齢化の進展の中で、疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下、医療機関及び関係機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。また、医療及び介護を取り巻く地域ごとの多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく上でも、医療機関と関係機関との連携は重要である。

共通の指標により現状把握を行うことで都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較できるようにしたことに留意すること。なお、上記の指標については、別途通知する疾病・事業及び在宅医療の医療提供体制構築に係る指針で示すこととしており、全都道府県で入手可能な指標（以下「必須指標」という。）、独自調査やデータの解析等により入手可能な指標（以下「推奨指標」という。）などに分類される。各都道府県は、少なくとも「必須指標」及び「推奨指標」により把握した数値を医療計画に記載した上で、地域の医療提供体制についての現状把握を行うことが必要である。

また、例示した指標のうち「必須指標」及び「推奨指標」以外の指標も含め、現状把握のために活用するか否かについて、作業部会等で検討を行うとともに、その結果を公表し、厚生労働省に報告すること。

(参考)

ストラクチャー指標

：医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標

プロセス指標

：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

アウトカム指標

：医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標

(2) 医療計画に定める疾病に新たに追加された精神疾患の医療体制の構築にあたっては、以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

① 住み慣れた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。

② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築すること。

③ 症状が多彩にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制を構築すること。

④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制を構築すること。

⑤ 医療機関等が提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。

(3) また、医療体制を充実・強化することとなった在宅医療については、以下の目的を達成するために、在宅医療についての地域の医療提供体制の確保の状況、その連携状況及び患者急

3 医療従事者の確保等の記載事項について

(1) 法第30条の4第2項第10号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、法第30条の23第1項の規定に基づき、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関で勤務する医師のキャリア形成に係る不安の解消に向けて、大学等の関係機関と緊密に連携しつつ、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師の確保を支援する取組が必要であり、都道府県においては、地域医療支援センター等を活用して、必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上推進していくことが必要であること。

(2) 法第30条の4第2項第11号の医療の安全の確保については、医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え稼働状況等も確認し、保守点検

変時等の支援体制、医療従事者の確保を明示すること。

① 患者自身が疾病等により通院困難な状態になっても、最後まで居宅等で必要な医療を受けられる体制を構築すること。

② そのため、地域にどのような診療所、病院、訪問看護ステーション、調剤を実施する薬局等が存在し、かつ、どのような連携体制を組んでいるのか、また、患者の状態等に応じて適切な他の医療提供者等にどのように紹介するのかなどの仕組みがわかりやすく理解できるようにすること。

③ 適切な療養環境を確保し、虚弱な状態になっても最後まで居宅等で暮らし続けたいと希望する患者や住民が安心感を持てるようにすること。

なお、歯科口腔ケアの充実が、在宅で療養する患者が質の高い生活を送る上で重要な役割を果たすことなどから、在宅歯科医療の提供等患者の歯科口腔保健を推進する体制についても明示すること。

また、医薬品の提供拠点としての調剤を実施する薬局の機能を活用するために、居宅等への医薬品等の提供体制についても明示すること。

3 医療従事者の確保等の記載事項について

(1) 法第30条の4第2項第7号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。

その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。

これらを踏まえ、都道府県においては、法第30条の12第1項に基づき、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。

特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関で勤務する医師のキャリア形成に係る不安の解消に向けて、大学等の関係機関と緊密に連携しつつ、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師の確保を支援する取組が必要であり、都道府県においては、地域医療支援センター等の組織を設置するとともに、必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上推進していくことが必要であること。

を含めた評価を行うこと。

また、CT、MRI等の医療機器を有する診療所については、当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況について、定期的に報告を求めること。

- (3) 法第30条の4第3項第1号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療提供施設の機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

- (1) 法第30条の4第2項第14号に規定する基準病床数の算定は、病院の病床及び診療所の病床（以下「病院の病床等」という。）に対して行うものであること。

なお、基準病床数並びに二次医療圏及び三次医療圏（同項第13号に規定する区域をいう。）の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること。

- (2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。

特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必要な見直しを行うこと。

- (3) 法第30条の4第7項及び第8項の規定による特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不適当である場合、特殊な疾病に罹患する者が異常に多い場合等病床に対する特別の需要があると認められる場合に行うものとする。

なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超

- (2) 法第30条の4第3項第1号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

- (1) 法第30条の4第2項第11号の基準病床数の算定は、病院の病床及び診療所の病床（以下「病院の病床等」という。）に対して行うものであること。

なお、基準病床数及び法第30条の4第2項第9号及び10号の区域（以下「二次医療圏」及び「三次医療圏」という。）の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること。

- (2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。

特に、人口規模が20万人未満であり、且つ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

- (3) 法第30条の4第6項及び第7項における特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不適当である場合、特殊な疾病に罹患する者が異常に多い場合等病床に対する特別の需要があると認められる場合に行うものとする。

えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討するとともに、同条第7項の規定による特例で対応すること。

- (4) 法第30条の4第9項の規定による特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床等、特に今後各区域において整備する必要があるものに限り、各区域において基準病床数を超える病床が存在する等の場合でも必要に応じ例外的に整備できるものであること。

この場合において、特例の対象とされる数は、当該申請に係る病床と機能及び性格を同じくする既存の病床数等を勘案し、必要最小限とすること。

なお、これらの特例の対象となった病床については、既存病床数として算定するものであること。

- (5) 法第30条の4第10項の規定による特例は、地域医療連携推進法人（法第70条の5第1項に規定する地域医療連携推進法人をいう。以下同じ。）の参加法人（法第70条第1項に規定する参加法人をいう。以下同じ。）同士又は同一参加法人内で、地域医療構想の達成を推進するために必要なものであり、病床数の合計が増加しておらず、地域医療連携推進法人の地域医療連携推進評議会（法第70条の3第1項第1号に規定する地域医療連携推進評議会をいう。）の意見を聴き、また、当該意見を尊重した上で行われる場合に実施できるものであること。

なお、必要な病床数を認めるに当たっては、病院の病床等の増加等の申請に係る構想区域における地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）の協議の方向性に沿ったものであることを確認すること。

- (6) 法第30条の4第7項から第10項までの規定による特例については、都道府県医療審議会に諮ること。

この場合、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠を明らかにして当該都道府県医療審議会の意見を聴くものとする。

また、前記の規定（法第30条の4第10項の規定を除く。）に基づき、特例としての取扱いを受ける数について厚生労働大臣に協議するときは、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠等を記載した申請書（別紙様式1、2）に当該都道府県医療審議会の意見を附すること。

5 既存病床数及び申請病床数について

- (1) 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の33第1項第1号により国の開設する病院又は診療所であって宮内庁、防衛省等の所管するもの、特

- (4) 法第30条の4第8項の規定による特定の病床に係る特例の対象となる病院の病床等、特に今後各区域において整備する必要があるものに限り、各区域において基準病床数を超える病床が存在する等の場合でも必要に応じ例外的に整備できるものであること。

この場合において、特例の対象とされる数は、当該申請に係る病床と機能及び性格を同じくする既存の病床数等を勘案し、必要最小限とすること。

なお、これらの特例の対象となった病床については、既存病床数として算定するものであること。

- (5) 法第30条の4第6項、第7項及び第8項による特例については、都道府県医療審議会に諮ること。

この場合、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠を明らかにして当該都道府県医療審議会の意見を聴くものとする。

また、前記の規定に基づき、特例としての取扱いを受ける数について厚生労働大臣に協議するときは、特例としての取扱いを必要とする理由及び特例としての取扱いをしようとする病床数の算定根拠等を記載した申請書（別紙様式1、2）に当該都道府県医療審議会の意見を附すること。

5 既存病床数及び申請病床数について

- (1) 規則第30条の33第1項第1号により国の開設する病院又は診療所であって宮内庁、防衛省等の所管するもの、特定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う

定の事務所若しくは事業所の従業員及びその家族の診療のみを行う病院又は診療所等の病床について、既存病床数及び当該申請に係る病床数の算定に当たり、当該病床の利用者のうち、職（隊）員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者等の部外者が占める率による補正を行うこととしているのは、それらの病院又は診療所の病床については部外者が利用している部分を除いては、一般住民に対する医療を行っているとはいえないからであること。

なお、当該病院又は当該診療所の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とすること。

- (2) 放射線治療病室の病床については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、これを既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものとする。

無菌病室、集中治療室（ICU）及び心臓病専用病室（CCU）の病床については、専ら当該病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所（以下「病院等」という。）内に別途確保されているものは、既存の病床数として算定しないものとしていたが、医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 29 年厚生労働省令第 27 号。以下「改正省令」という。）による改正により、平成 30 年 4 月 1 日以降はこれまで既存の病床数として算定していなかったものを含めて、全て既存の病床数として算定すること。

- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床数に算定しないこと。
- (4) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 16 条第 1 項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第 42 条第 1 項第 1 号又は第 61 条第 1 項第 1 号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床数に算定しないこと。
- (5) 診療所の一般病床のうち、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 84 号）附則第 3 条第 3 項に定める「特定病床」については、別途政令で定める日までの間、既存の病床数に算定しないこと。
- (6) 平成 30 年 4 月 1 日以降、診療所の療養病床又は一般病床について、改正省令による改正後の規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号又は第 2 号に該当する診療所として都道府県医療審議会の議を経たときは、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるが、既存の病床数の算定に当たっては当該届出病床も含めて算定を行うこと。

6 医療計画の作成手順等について

病院又は診療所等の病床について、既存病床数及び当該申請に係る病床数の算定に当たり、当該病床の利用者のうち、職（隊）員及びその家族以外の者、従業員及びその家族以外の者等の部外者が占める率による補正を行うこととしているのは、それらの病院又は診療所の病床については部外者が利用している部分を除いては、一般住民に対する医療を行っているとはいえないからであること。

なお、当該病院又は当該診療所の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とすること。

- (2) 放射線治療病室の病床については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、これを既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものとする。

無菌病室、集中治療室（ICU）及び心臓病専用病室（CCU）の病床については、専ら当該病室の病床に収容された者が利用する他の病床が同一病院又は診療所（以下「病院等」という。）内に別途確保されているものは、病床数として算定しないものとする。なお、無菌病室、ICU 及び CCU の病床数のうち、既存病床数及び当該申請に係る病床数として算定しないものの数を決定するに当たっては、当該病院等及び当該病院等と機能及び性格を同じくする病院等の病床利用の実績等を考慮するものとする。

- (3) 国立及び国立以外のハンセン病療養所である病院の病床については、既存の病床数に算定しないこと。
- (4) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 16 条第 1 項の規定により厚生労働大臣の指定を受けた指定入院医療機関である病院の病床（同法第 42 条第 1 項第 1 号又は第 61 条第 1 項第 1 号の決定を受けた者に対する同法による入院による医療に係るものに限る。）については、既存の病床数に算定しないこと。
- (5) 診療所の一般病床のうち、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 84 号）附則第 3 条第 3 項に定める「特定病床」については、別途政令で定める日までの間、既存の病床数に算定しないこと。
- (6) 診療所の一般病床について、規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号から第 3 号までに該当する診療所として都道府県医療審議会の議を経たときは、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるが、既存病床数の算定に当たっては当該届出病床も含めて算定を行うこと。

6 医療計画の作成手順等について

- (1) 法第 30 条の 4 第 12 項の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針第九に掲げる方針等が該当すること。
- (2) 法第 30 条の 4 第 13 項の規定において、都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うこと。
これは、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る医療連携体制の構築など、施策の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められているものである。
- (3) 法第 30 条の 4 第 14 項の「診療又は調剤に関する学識経験者の団体」としては、都道府県の区域を単位として設立された医師会、歯科医師会及び薬剤師会が考えられること。
- (4) 法第 30 条の 4 第 15 項の規定により、医療計画の作成等に関して、都道府県ごとに設けられている保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の 2 第 1 項に規定する協議会をいう。）の意見を事前に聴くこと。
- (5) 法第 30 条の 4 第 16 項の規定における医療計画の変更とは、法第 30 条の 6 の規定に基づく変更をいうものであり、例えば、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制において、医療機能を担う医療提供施設を変更する場合などは、この規定に基づく医療計画の変更には当たらないこと。
- (6) 医療計画については、法第 30 条の 6 の規定に基づき、6 年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。また、在宅医療その他必要な事項については、3 年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。
- (7) 医療計画、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、医療介護総合確保方針第 2 の 2 の 1 に規定する協議の場を設置すること。
また、病床の機能分化・連携に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性の確保が重要であることから、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において、必要な事項についての協議を行うこと。

7 医療計画の推進について

- (1) 法第 30 条の 7 第 1 項において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるとともに、同

- (1) 法第 30 条の 4 第 9 項の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針の「第 7 その他医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等が該当すること。
- (2) 法第 30 条の 4 第 10 項の規定において、都道府県は医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うこと。
これは、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る医療連携体制の構築など、施策の内容によっては、より広域的な対応が求められることから、都道府県内における自己完結にこだわることなく、当該都道府県の境界周辺の地域における医療を確保するために、必要に応じて隣接県等との連携を図ることが求められているものである。
- (3) 法第 30 条の 4 第 11 項の「診療又は調剤に関する学識経験者の団体」としては、都道府県の区域を単位として設立された社団法人である医師会、歯科医師会及び薬剤師会が考えられること。
- (4) 法第 30 条の 4 第 12 項の規定における医療計画の変更とは、法第 30 条の 6 の規定に基づく変更をいうものであり、例えば、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制において、医療機能を担う医療提供施設を変更する場合などは、この規定に基づく医療計画の変更には当たらないこと。

7 医療計画の推進について

- (1) 法第 30 条の 7 第 1 項の規定において、医療提供施設の開設者及び管理者は、医療計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものと

条第2項において、必要な協力をするに際しては、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ定められた役割を果たすよう努めるものとされていること。また、同条第3項において、病院又は診療所の管理者は在宅医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされていること。

(2) 法第30条の7第4項の規定に基づく病院の開放化については、単に病床や医療機器の共同利用にとどまらず、当該病院に勤務しない地域の医師等の参加による症例の研究会や研修会の開催までを含めた広義のものであること。

また、医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること。

(3) 法第30条の9の規定に基づく国庫補助については、医療計画の達成を推進するために、医療計画の内容を考慮しつつ行うこととしていること。

(4) 医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わないこととしていること。

8 都道府県知事の勧告について

(1) 法第30条の11の「医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合」とは、原則として法第7条の2第1項各号に掲げる者以外の者が、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請をした場合において、その病床の種別に応じ、その病院又は診療所の所在地を含む二次医療圏又は都道府県の区域における既存の病床数が、医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している場合又はその病院又は診療所の開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいうものであること。

また、「病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告する」とは、それぞれの行為の中止又はそれぞれの行為に係る申請病床数の削減を勧告することをいうものであること。なお、都道府県知事は、勧告を行うに先立ち、病院又は診療所を開設しようとする者に対し、可能な限り、他の区域における病院又は診療所の開設等について、助言を行うことが望ましいものであること。

(2) 法第30条の11の規定に基づく勧告は、法第7条の許可又は不許可の処分が行われるまでの間に行うものであること。

(3) 精神病床、結核病床及び感染症病床については、都道府県の区域ごとに基準病床数を算定することとされているが、これらの病床が都道府県の一部に偏在している場合であって、開

されていること。また、同条第2項の規定において、病院又は診療所の管理者は在宅医療を提供し、又は福祉サービスとの連携を図りつつ、必要な支援を行うよう努めるものとされていること。

(2) 法第30条の7第3項の規定に基づく病院の開放化については、単に病床や医療機器の共同利用にとどまらず、当該病院に勤務しない地域の医師等の参加による症例の研究会や研修会の開催までを含めた広義のものであること。

また、医療計画の推進を図るに当たっては、大学における医学又は歯学に関する教育又は研究に支障を来さないよう十分配慮すること。なお、同項の「当該病院の医療業務」には、大学附属病院における当該大学の教育又は研究が含まれること。

(3) 法第30条の9の規定に基づく国庫補助については、医療計画の達成を推進するために、医療計画の内容を考慮しつつ行うこととしていること。

(4) 医療計画の推進の見地から、病院の開設等が法第30条の11の規定に基づく勧告の対象とされた場合においては、独立行政法人福祉医療機構の融資を行わないこととしていること。

8 都道府県知事の勧告について

(1) 法第30条の11の「医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合」とは、原則として法第7条の2第1項各号に掲げる者以外の者が、病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請をした場合、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請をした場合において、その病床の種別に応じ、その病院又は診療所の所在地を含む二次医療圏又は都道府県の区域における既存の病床数が、医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している場合又はその病院又は診療所の開設等によって当該基準病床数を超えることとなる場合をいうものであること。

また、「病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加に関して勧告する」とは、それぞれの行為の中止又はそれぞれの行為に係る申請病床数の削減を勧告することをいうものであること。なお、都道府県知事は、勧告を行うに先立ち、病院又は診療所を開設しようとする者に対し、可能な限り、他の区域における病院又は診療所の開設等について、助言を行うことが望ましいものであること。

(2) 法第30条の11の規定に基づく勧告は、第7条の許可又は不許可の処分が行われるまでの間に行うものであること。

(3) 精神病床、結核病床及び感染症病床については、都道府県の区域ごとに基準病床数を算定することとされているが、これらの病床が都道府県の一部に偏在している場合であって、開

設の申請等があった病院の所在地を含む二次医療圏及びこれと境界を接する他の二次医療圏（他の都道府県の区域内に設定された二次医療圏を含む。）の内にその申請に係る種別の病床がないときは、当該都道府県の区域における病院の病床数が医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している等の場合であっても勧告の対象としないことが適当と考えられること。なお、その際には都道府県医療審議会の意見を聴くこと。

(4) 病院又は診療所の開設者に変更があった場合であっても、その前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(5) 病院又は診療所が移転する場合であっても、その前後で、その病院又は診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数並びに都道府県内の精神病床、結核病床又は感染症病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

なお、特定病床を有する診療所が移転する場合、その診療所が存在する二次医療圏内の既存病床数は当該特定病床分増加することとなるが、移転の前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないものとする。

(6) 病院を開設している者がその病院を廃止し、当該病院を開設していた場所において診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(7) 国（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構、独立行政法人海技教育機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センター、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター及び国立大学法人を含む。以下同じ。）の開設する病院又は診療所については、法第6条に基づく医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の規定により、法第30条の11の規定は適用されないこと。

なお、国が病院を開設し、若しくはその開設した病院につき病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更し、又は診療所に病床を設け、若しくは診療所の病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更しようとするときは、「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年3月19日閣議決定）又は法第7条の2第8項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があったとき及びこれに承認を与えたと

設の申請等があった病院の所在地を含む二次医療圏及びこれと境界を接する他の二次医療圏（他の都道府県の区域内に設定された二次医療圏を含む。）の内にその申請に係る種別の病床がないときは、当該都道府県の区域における病院の病床数が医療計画に定める当該区域の基準病床数に既に達している等の場合であっても勧告の対象としないことが適当と考えられること。なお、その際には都道府県医療審議会の意見を聴くこと。

(4) 病院又は診療所の開設者に変更があった場合であっても、その前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(5) 病院又は診療所が移転する場合であっても、その前後で、その病院又は診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数並びに都道府県内の精神病床、結核病床又は感染症病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

なお、特定病床を有する診療所が移転する場合、その診療所が存在する二次医療圏内の既存病床数は当該特定病床分増加することとなるが、移転の前後で病床の種別ごとの病床数が増加されないときは、勧告は行わないものとする。

(6) 病院を開設している者がその病院を廃止し、当該病院を開設していた場所において診療所の病床を設置する場合であっても、その診療所が存在する二次医療圏内の療養病床及び一般病床の数が増加されないときは、勧告は行わないこと。

(7) 国（独立行政法人放射線医学総合研究所、独立行政法人航海訓練所、独立行政法人労働者健康福祉機構、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人国立がん研究センター、独立行政法人国立循環器病研究センター、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、独立行政法人国立国際医療研究センター、独立行政法人国立成育医療研究センター、独立行政法人国立長寿医療研究センター、日本郵政公社及び国立大学法人を含む。以下同じ。）の開設する病院又は診療所については、法第6条に基づく医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の規定により、法第30条の11の規定は適用されないこと。

なお、国が病院を開設し、又はその開設した病院につき病床数を増加させ若しくは病床の種別を変更しようとするときは、「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年3月19日閣議決定）又は法第7条の2第7項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があったとき及びこれに承認を与えたと

きは、当職から関係都道府県知事に通知するものとする。

(8) 医療機関に附属する病院を開設しようとする者又は医療機関に附属する病院の開設者若しくは管理者に対して勧告しようとするときは、大学における医学又は歯学に関する教育研究に係る立場から、意見を述べる機会を与えることが望ましいものであること。

(9) 平成 30 年 4 月 1 日以降、診療所の療養病床又は一般病床の設置について、改正省令による改正後の規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号又は第 2 号に該当する次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会の議を経た場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならないこと。

なお、次の診療所については、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成 18 年 12 月 27 日付医政発第 1227017 号厚生労働省医政局長通知）における留意事項を参照されたい。

① 法第 30 条の 7 第 2 項第 2 号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所

② へき地の医療、周産期医療、小児医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

9 公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制について

第 30 条の 4 第 16 項の規定により医療計画が公示された日以降における法第 7 条の 2 第 1 項各号に掲げるものが開設する公的性格を有する病院又は診療所の開設等の規制は、当該医療計画に定める区域及び基準病床数を基準として行われるものであること。

(別紙様式 1、2)

きは、当職から関係都道府県知事に通知するものとする。

(8) 医療機関に附属する病院を開設しようとする者又は医療機関に附属する病院の開設者若しくは管理者に対して勧告しようとするときは、大学における医学又は歯学に関する教育研究に係る立場から、意見を述べる機会を与えることが望ましいものであること。

(9) 診療所の一般病床の設置について、規則第 1 条の 14 第 7 項第 1 号から第 3 号までに該当する次の診療所のいずれかとして都道府県医療審議会の議を経た場合は、都道府県知事への許可申請の代わりに届出により病床が設置されることとなるため、勧告の対象とならないこと。

なお、「医療計画に記載される診療所」については、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成 18 年 12 月 27 日医政発第 1227017 号医政局長通知）における留意事項を参照されたい。

① 在宅医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

③ ①及び②に掲げる診療所のほか、例えば、周産期医療、小児医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

(10) 次に掲げる病床について、平成 19 年 1 月 1 日以後に一般病床の設置の許可を受ける場合は、勧告の対象としないこと。

① 平成 19 年 1 月 1 日前において、法第 7 条第 1 項又は第 2 項の規定により行われている診療所の開設の許可又は病床数の変更の許可の申請に係る診療所の療養病床以外の病床

② 平成 19 年 1 月 1 日前において、建築基準法第 6 条第 1 項（同法第 87 条第 1 項において準用する場合を含む。）の規定により、同法第 4 条の建築主事が受理している確認の申請書に係る診療所の療養病床以外の病床

9 公的性格を有する病院の開設等の規制について

法第 30 条の 4 第 13 項の規定により医療計画が公示された日以降における法第 7 条の 2 第 1 項各号に掲げるものが開設する公的性格を有する病院の開設等の規制は、当該医療計画に定める区域及び基準病床数を基準として行われるものであること。

(別紙様式 1、2)

(別紙様式1)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第7項の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第7項の規定による病床数の加算について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

| | | | |
|--------------------|--|-------------|--|
| 1 加算すべき病床数 | | 2 加算する病床の種別 | |
| 3 加算する地域 | | | |
| 4 加算を必要とする理由 | | | |
| 5 加算しようとする病床数の算定根拠 | | | |
| 6 関係医療施設の現状と計画 | | | |
| 7 備 考 | | | |

記載上の注意

「4 加算を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式1)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第6項の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第6項の規定による病床数の加算について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

| | | | |
|--------------------|--|-------------|--|
| 1 加算すべき病床数 | | 2 加算する病床の種別 | |
| 3 加算する地域 | | | |
| 4 加算を必要とする理由 | | | |
| 5 加算しようとする病床数の算定根拠 | | | |
| 6 関係医療施設の現状と計画 | | | |
| 7 備 考 | | | |

記載上の注意

「4 加算を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式2)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第8項(又は第9項)の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第8項(又は第9項)の規定による病床数の特例について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

| | | | |
|---------------------|--|--------------|--|
| 1 特例とすべき病床数 | | 2 特例とする病床の種別 | |
| 3 特例とする地域 | | | |
| 4 特例を必要とする理由 | | | |
| 5 特例としようとする病床数の算定根拠 | | | |
| 6 関係医療施設の現状と計画 | | | |
| 7 備 考 | | | |

記載上の注意

「4 特例を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

(別紙様式2)

番 号
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法第30条の4第7項(又は第8項)の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第7項(又は第8項)の規定による病床数の特例について関係書類を添付し、次のとおり申請いたします。

添付書類

- 1 都道府県医療審議会の意見を記載した書面
- 2 関係地域の地図その他参考となる書類

| | | | |
|---------------------|--|--------------|--|
| 1 特例とすべき病床数 | | 2 特例とする病床の種別 | |
| 3 特例とする地域 | | | |
| 4 特例を必要とする理由 | | | |
| 5 特例としようとする病床数の算定根拠 | | | |
| 6 関係医療施設の現状と計画 | | | |
| 7 備 考 | | | |

記載上の注意

「4 特例を必要とする理由」の欄には、特定の疾病の多発等のため特定の病院を整備しようとする場合にはその旨、並びに当該病院の整備計画の概要及び設置場所選定の理由等を記載すること。

| 改正後 | 現 行 |
|---|---|
| <p>(別紙) 医療計画作成指針</p> <p>目次</p> <p>はじめに</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <p>1 医療計画作成等に係る法定手続</p> <p>2 記載事項</p> <p>3 他計画等との関係</p> <p>4 医療計画の作成体制の整備</p> <p>5 医療計画の名称等</p> <p>6 医療計画の期間</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>1 医療計画の基本的な考え方</p> <p>2 地域の現状</p> <p>3 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療</p> <p>5 医療従事者の確保</p> <p>6 医療の安全の確保</p> <p>7 基準病床数</p> <p>8 医療提供施設の整備の目標</p> <p>9 地域医療構想の取組</p> <p>10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項</p> <p>11 施策の評価及び見直し</p> <p>第4 医療計画作成の手順等</p> <p>1 医療計画作成手順の概要</p> <p>2 医療圏の設定方法</p> <p>3 基準病床数の算定方法</p> <p>4 病床数の必要量の算定方法</p> <p>5 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順</p> <p>第5 医療計画の推進等</p> | <p>(別紙) 医療計画作成指針</p> <p>目次</p> <p>はじめに</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <p>1 医療計画作成等に係る法定手続</p> <p>2 記載事項</p> <p>3 他計画等との関係</p> <p>4 医療計画の作成体制の整備</p> <p>5 医療計画の名称等</p> <p>6 医療計画の期間</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>1 医療計画の基本的な考え方</p> <p>2 地域の現状</p> <p>3 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療</p> <p>5 医療従事者の確保</p> <p>6 医療の安全の確保</p> <p>7 基準病床数</p> <p>8 医療提供施設の整備の目標</p> <p>9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項</p> <p>10 施策の評価及び見直し</p> <p>第4 医療計画作成の手順等</p> <p>1 医療計画作成手順の概要</p> <p>2 医療圏の設定方法</p> <p>3 基準病床数の算定方法</p> <p>4 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順</p> <p>第5 医療計画の推進等</p> |

| | |
|---|---|
| <p>1 医療計画の推進体制</p> <p>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</p> <p>第6 医療計画に係る報告等</p> <p>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</p> <p>2 <u>法第27条の2第1項、第30条の11、第30条の12第2項及び第30条の17の規定に基づく勸告等の実施状況の報告</u></p> <p>はじめに</p> <p>都道府県は、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めることとされているが、医療計画の作成の手法その他重要な技術的事項については、厚生労働大臣が都道府県に対し必要な助言をすることができることとされている。本指針は、そのような事項について都道府県の参考となるものを手引きの形で示したものである。</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。</p> <p>特に、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、がん、脳卒中、<u>心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）</u>については、生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている。</p> <p>さらには、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）についても、これらに対応した医療提供体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するためには、医療計画における政策循環の仕組みを一層強化することが重要となる。</p> <p>具体的には、<u>住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））を踏まえた上で、医療提供体制に関する現状を把握し、現行の医療計画に対する評価を行い、目指すべき方向（5疾病・</u></p> | <p>1 医療計画の推進体制</p> <p>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</p> <p>第6 医療計画に係る報告等</p> <p>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</p> <p>2 <u>医療法第30条の11の規定に基づく勸告の実施状況の報告</u></p> <p>はじめに</p> <p>都道府県は、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めることとされているが、医療計画の作成の手法その他重要な技術的事項については、厚生労働大臣が都道府県に対し必要な助言をすることができることとされている。本指針は、そのような事項について都道府県の参考となるものを手引きの形で示したものである。</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>我が国の医療提供体制については、国民の健康を確保し、国民が安心して生活を送るための重要な基盤となっている。一方で、高齢化の進行や医療技術の進歩、国民の意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変わる中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められている。</p> <p>特に、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中、がん、脳卒中、<u>急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病</u>については、生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている。</p> <p>さらには、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。）の5事業（以下「5事業」という。）及び在宅医療についても、これらに対応した医療提供体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するためには、医療計画における政策循環の仕組みを一層強化することが重要となる。</p> <p>具体的には、<u>地域の医療提供体制に関する調査を通じて把握した現状に基づき、目指すべき方向の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた数値目標の設定及び施策の明示、</u></p> |
|---|---|

5事業及び在宅医療のそれぞれの目指すべき方向をいう。以下同じ。)の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた施策の明示及び数値目標の設定、それらの進捗状況の評価等を実施する。施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果(アウトプット)のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態(アウトカム)、地域の医療の質などの成果(プロセス)にどのような影響(インパクト)を与えたか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。

都道府県には、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療連携体制(医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。)を構築するとともに、それをわかりやすく示すことにより、患者や住民が地域の医療機関ごとの機能分担の現状を理解し、病期に適した質の高い医療を受けられる体制を整備することが求められている。

なお、医療計画の作成に際して、医療や行政の関係者に加え、患者(家族を含む。以下同じ。)や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、課題の解決に向け、一体となって協議・検討を行うことは今後の医療の進展に大きな意義を有するものである。このため、都道府県は、患者・住民の作業部会等への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

医療計画の作成等に関しては、医療法(昭和23年法律第205号。以下「法」という。)に基づく次の手続が必要である。

- (1) 医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。
- (2) 医療計画を作成するため、都道府県の区域を単位として設置された医師会、歯科医師会、薬剤師会等診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く。
- (3) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、市町村(救急業務を処理する地方自治法(昭和22年法律第67号)第284条第1項に規定する一部事務組合及び広域連合を含む。以下同じ。)及び保険者協議会(高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第157条の2第1項に規定する協議会をいう。以下同じ。)の意見を聴く。
- (4) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意

それらの進捗状況の評価等を実施する。その際には、個々の施策が数値目標の改善にどれだけの効果をもたらしているか、また、目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、個々の施策や数値目標並びに目指すべき方向への達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。

都道府県には、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療連携体制を構築するとともに、それをわかりやすく示すことにより、患者や住民が地域の医療機関ごとの機能分担の現状を理解し、病期に適した質の高い医療を受けられる体制を整備することが求められている。

なお、医療計画の作成に際して、医療や行政の関係者に加え、患者(家族を含む。以下同じ。)や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、課題の解決に向け、一体となって協議・検討を行うことは今後の医療の進展に大きな意義を有するものである。このため、都道府県は、患者・住民の作業部会等への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項

1 医療計画作成等に係る法定手続

医療計画の作成等に関しては、医療法(昭和23年法律第205号。以下「法」という。)に基づく次の手続が必要である。

- (1) 医療計画を作成するに当たり、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし必要があると認めるときは、関係都道府県と連絡調整を行うものとする。
- (2) 医療計画を作成するため、都道府県の区域を単位として設置された医師会、歯科医師会、薬剤師会等診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く。
- (3) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、市町村(救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。)の意見を聴く。
- (4) 医療計画を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会の意

見を聴く。

- (5) 医療計画を定め、変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともにその内容を公示する。
- (6) 医療計画を作成し、施策を実施するために必要がある場合は、市町村、官公署、医療保険者、医療提供施設の開設者又は管理者に対して、医療機能に関する情報等必要な情報提供を求めることができる。

2 記載事項

次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (1) 都道府県において達成すべき、5疾病・5事業及び在宅医療の目標に関する事項
- (2) 5疾病・5事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項
- (3) 医療連携体制における医療提供施設の機能に関する情報提供の推進に関する事項
- (4) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- (5) 医療の安全の確保に関する事項
- (6) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項
- (7) 基準病床数に関する事項
- (8) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- (9) 地域医療構想に関する事項
- (10) 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- (11) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 他計画等との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努める。

また、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号。以下「医療介護総合確保法」という。）に定める総合確保方針及び都道府県計画並びに介護保険法（平成9年法律第123号）に定める基本方針、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性の確保を図らなければならない。

なお、医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策としては、例えば次のようなものが考えられる。

- (1) 過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）に基づく過疎地域自立促進計画
- (2) 離島振興法（昭和28年法律第72号）に基づく離島振興計画
- (3) 山村振興法（昭和40年法律第64号）に基づく山村振興計画

見を聴く。

- (5) 医療計画を定め、変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともにその内容を公示する。
- (6) 医療計画を作成し、施策を実施するために必要がある場合は、市町村、官公署、医療保険者、医療提供施設の開設者又は管理者に対して、医療機能に関する情報等必要な情報提供を求めることができる。

2 記載事項

次の事項については、医療計画に必ず記載しなければならない。

- (1) 都道府県において達成すべき、5疾病・5事業及び在宅医療の目標に関する事項
- (2) 5疾病・5事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項
- (3) 医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項
- (4) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- (5) 医療の安全の確保に関する事項
- (6) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項
- (7) 基準病床数に関する事項
- (8) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- (9) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

3 他計画等との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努める。医療の確保に関する内容を含む計画及び医療と密接に関連を有する施策としては、例えば次のようなものが考えられる。

- (1) 過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）に基づく過疎地域自立促進計画
- (2) 離島振興法（昭和28年法律第72号）に基づく離島振興計画
- (3) 山村振興法（昭和40年法律第64号）に基づく山村振興計画

(4) 医療提供体制の確保に関する基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号。以下「基本方針」という。）第九に掲げる方針等

- ① 健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
- ② 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画
- ③ がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
- ④ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律 123 号）に定める指針
- ⑤ 肝炎対策基本法（平成 21 年法律第 97 号）に定める肝炎対策基本指針
- ⑥ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）に定める基本方針
- ⑦ アレルギー疾患対策基本法（平成 26 年法律第 98 号）に定める基本指針
- ⑧ 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に定める基本的な方針
- ⑨ 自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）に定める自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画
- ⑩ アルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に定めるアルコール健康障害対策推進基本計画及び都道府県アルコール健康障害対策推進計画
- ⑪ 歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）に定める基本的事項

⑫ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画

4 医療計画の作成体制の整備

各種の調査及び医療計画の作成に当たっては、関係行政機関、医療関係団体等との協議の場を設けるなど関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。特に、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る医療連携体制については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に定める介護サービス事業者、患者・住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されることが重要である。

なお、法第 30 条の 9 に基づき厚生労働省が予算の範囲内で補助することとしている医療提供体制推進事業費補助金（医療連携体制推進事業）については、前述のような体制整備に活用できるものである。

5 医療計画の名称等

都道府県における医療計画の名称は「〇〇県医療計画」とすることが望ましいが、法に基づく手続により作成され、法に基づく事項が記載されている計画であれば、例えば「〇〇県

(4) 基本方針「第 7 その他の医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等

- ① 健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に定める基本方針及び都道府県健康増進計画
- ② 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に定める医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画
- ③ がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）に定めるがん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画

- ④ 歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）に定める基本的事項
- ⑤ 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）に定める基本指針及び都道府県介護保険事業支援計画
- ⑥ 障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画

4 医療計画の作成体制の整備

各種の調査及び医療計画の作成に当たっては、関係行政機関、医療関係団体等との協議の場を設けるなど関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。特に、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る医療連携体制については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に定める介護サービス事業者、患者・住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されることが重要である。

なお、法第 30 条の 9 に基づき厚生労働省が予算の範囲内で補助することとしている医療提供体制推進事業費補助金（医療連携体制推進事業）については、前述のような体制整備に活用できるものである。

5 医療計画の名称等

都道府県における医療計画の名称は「〇〇県医療計画」とすることが望ましいが、法に基づく手続により作成され、法に基づく事項が記載されている計画であれば、例えば「〇〇県

保健医療計画」のような名称のものであっても差し支えなく、また、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画であっても差し支えない。

6 医療計画の期間

医療計画については、6年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。また、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。

第3 医療計画の内容

医療計画の内容は概ね次のようになると考えられるが、その構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、定めるものとする。

ただし、法第30条の4第2項において医療計画の記載事項とされているものについては、必ず記載するものとする。

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

- (1) 医療計画作成の趣旨
医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示する。
- (2) 基本理念
基本方針との整合性に留意の上、都道府県における基本的な理念を記載する。
- (3) 医療計画の位置付け
保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示する。
- (4) 医療計画の期間
計画の対象期間を記載する。
なお、基準病床数について計画全体と異なる期間を対象とする場合には、その期間を付記する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。その際、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる。

参考として地域の現状に関する指標として考えられるものを次に示す。

- (1) 地勢と交通
地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等

保健医療計画」のような名称のものであっても差し支えなく、又福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画であっても差し支えない。

6 医療計画の期間

医療計画の期間については、特段の定めはなく、適宜設定して差し支えないが、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとしている。

第3 医療計画の内容

医療計画の内容は概ね次のようになると考えられるが、その構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、定めるものとする。

ただし、法第30条の4第2項において医療計画の記載事項とされているものについては、必ず記載するものとする。

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

- (1) 医療計画作成の趣旨
医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示する。
- (2) 基本理念
基本方針との整合性に留意の上、都道府県における基本的な理念を記載する。
- (3) 医療計画の位置付け
保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示する。
- (4) 医療計画の期間
計画の対象期間を記載する。
なお、基準病床数について計画全体と異なる期間を対象とする場合には、その期間を付記する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。その際、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載することが考えられる。

参考として地域の現状に関する指標として考えられるものを次に示す。

- (1) 地勢と交通
地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等

| | |
|--|---|
| <p>(2) 人口構造（その推移、将来推計を含む。） 人口、年齢三区分別人口、高齢化率、世帯数等</p> <p>(3) 人口動態（その推移、将来推計を含む。） 出生数、死亡数、平均寿命等</p> <p>(4) 住民の健康状況 生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等</p> <p>(5) 住民の受療状況 入院・外来患者数、二次医療圏（<u>法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。</u>）又は都道府県内における患者の受療状況（<u>流入患者割合（二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合をいう。以下同じ。）及び流出患者割合（二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流出入院患者割合をいう。以下同じ。）を含む。</u>）、病床利用率、平均在院日数等</p> <p>(6) 医療提供施設の状況</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 病院（施設数、病床種別ごとの病床数） ② 診療所（有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数） ③ 薬局 ④ その他 <p>3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制については、基本方針第四で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。</p> <p>具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) <u>住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））、患者動向や医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状、(2) 成果を達成するために必要となる医療機能、(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策、(4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称、(5) 評価・公表方法等を記載する。</u></p> <p>また、記載に当たっては、(6) <u>公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割、(7) 病病連携及び病診連携</u>にも留意する。</p> <p><u>さらに、特に必要な場合には、関係機関の役割として、(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割、(9) 薬局の役割、(10) 訪問看護ステーションの役割についても記載する。</u></p> <p>(1) 現状の把握</p> | <p>(2) 人口構造（その推移、将来推計を含む。） 人口、年齢三区分別人口、高齢化率、世帯数等</p> <p>(3) 人口動態（その推移、将来推計を含む。） 出生数、死亡数、平均寿命等</p> <p>(4) 住民の健康状況 生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等</p> <p>(5) 住民の受療状況 入院・外来患者数、二次医療圏又は都道府県内における患者の受療状況（<u>流入患者割合及び流出患者割合を含む。</u>）、病床利用率、平均在院日数等</p> <p>(6) 医療提供施設の状況</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 病院（施設数、病床種別ごとの病床数） ② 診療所（有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数） ③ <u>調剤を実施する薬局</u> ④ その他 <p>3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制については、基本方針「<u>第4医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項</u>」で示された方針に即して、かつ、患者や住民にわかりやすいように記載する。</p> <p>具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1) <u>患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状、(2) 必要となる医療機能、(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策、(4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称、(5) 評価・公表方法等を記載する。</u></p> <p>また、記載に当たっては、(6) <u>公的医療機関及び社会医療法人の役割、(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割、(8) 薬局の役割</u>にも留意する。</p> <p>(1) 現状の把握</p> |
|--|---|

住民の健康状態や患者の状態(成果(アウトカム))、受療動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報に基づき、地域の医療提供体制等の現状を記載する。

また、5疾病・5事業及び在宅医療については、全都道府県共通のストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を用いることで、住民の健康状態、医療提供体制の経年的な比較、あるいは医療圏間の比較や医療提供体制に関する指標間相互の関連性なども明らかにする。

(2) 必要となる医療機能

例えば、脳卒中の病型ごとの年齢調整死亡率や急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要な医療機能を、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにする。

(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1)で把握した現状を分析し、地域の医療提供体制の課題を抽出する。第2の3に掲げる各計画等で定められた目標を勘案し、また、目指すべき方向を踏まえて、それぞれの課題を抽出し、さらに地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定めた上で、数値目標を達成するために必要な施策を記載する。施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果(アウトプット)が課題に対してどれだけの影響(インパクト)をもたらしているかという観点を踏まえる。

(4) 医療機関等の具体的名称

各医療機能を担う医療機関等については、原則として名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページのURLを医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

(5) 評価・公表方法等

5疾病・5事業及び在宅医療について、評価・公表方法及び見直しの体制を明らかにする。目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について、都道府県医療審議会等により定期的実施(1年ごとの実施が望ましい)、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、施策及び事業の結果(アウトプット)のみならず、

住民の医療ニーズや受療動向に関する情報、医療資源・連携等に関する情報に基づき、地域の医療提供体制等の現状を記載する。

また、5疾病・5事業及び在宅医療については、全都道府県共通の、病期・医療機能及びストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を、別途通知する疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針で示すこととしているので、これらの指標を用いることで、医療体制の経年的な比較、あるいは医療圏間の比較や医療体制に関する指標間相互の関連性なども明らかにする。

(2) 必要となる医療機能

例えば、脳卒中の急性期、回復期から維持期に至るまでの各病期において求められる医療機能を記載するなど、医療連携体制の構築に必要な医療機能を、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにする。

(3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1)で把握した現状を分析し、地域の医療提供体制の課題を抽出する。前記第2の3(4)に掲げる各計画等で定められた目標を勘案し、また、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについての目指すべき方向を踏まえて、それぞれの課題を抽出し、さらに地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定めた上で、数値目標を達成するために必要な施策を記載する。

(4) 医療機関等の具体的名称

各医療機能を担う医療機関等については、医療法第7条第3項に基づく医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第1条の14第7項の規定に留意しつつ、原則として名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えない。

(5) 評価・公表方法等

5疾病・5事業及び在宅医療について、評価・公表方法及び見直しの体制を明らかにする。目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について、都道府県医療審議会等により定期的実施(1年ごとの実施が望ましい)、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、必要に応じて施策の見直しを図ることが必要であ

住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム）、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、必要に応じて施策の見直しを図ることが必要である。

なお、都道府県医療審議会等において評価等を行うに当たっては、その役割が発揮できるよう、委員の構成（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療保険者、医療を受ける立場にある者（患者等）、学識経験のある者）及び運営（作業部会の積極的な活用や患者を代表する委員への情報の提供等）について、適切に取り組むこと。

(6) 公的医療機関等及び独法医療機関並びに社会医療法人の役割

公的医療機関等（法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）及び医療法施行令（昭和23年政令第326号。以下「令」という。）第4条の6に掲げる独立行政法人（国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構及び独立行政法人海技教育機構を除く。国立大学法人法施行令（平成15年政令第478号）第23条第2項において令第4条の6で定める独立行政法人とみなして、法第7条の2第8項の規定を準用する国立大学法人を含む。）が開設する医療機関（以下「公的医療機関等及び独法医療機関」という。）の役割や公的医療機関等及び独法医療機関と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公立病院等公的医療機関（法第31条に規定する公的医療機関をいう。）については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第30条の4第2項第5号イからへまでに掲げる事業をいう。以下同じ。）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

なお、総務省が公表した「新公立病院改革ガイドライン」（平成27年3月）を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図るものとする。

また、社会医療法人については、救急医療等確保事業において積極的な役割を図ることとしていることから、認定を受けた事業全てにおいて社会医療法人であることを明確にすることが重要である。

(7) 病病連携及び病診連携

今後、地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療構想（法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）における病床の機能分化・連携を進めていくこととしており、それぞれの医療機関が地域において果たす役割を踏まえ、地域全体で効率的・効果的な医療提供体制を構築していくことが必要である。医療計画においては、急性期から回復期・慢性期までの切れ目ない連携体制の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた体制の構築を進めていくことから、病病連携及び病診連携を、より一層進めることが必要となる。

る。

なお、都道府県医療審議会等において評価等を行うに当たっては、その役割が発揮できるよう、委員の構成（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、医療保険者、医療を受ける立場にある者（患者等）、学識経験のある者）及び運営（作業部会の積極的な活用や患者を代表する委員への情報の提供等）について、適切に取り組むこと。

(6) 公的医療機関及び社会医療法人の役割

公的病院等（平成15年4月24日医政発第0424005号医政局長通知「地域における公的病院等を含めた医療機関の機能分担と連携の確保への協力依頼について」別添2に記載する病院をいう。以下同じ。）の役割や公的病院等と民間医療機関との役割分担を踏まえ、医療提供施設相互間の機能分担及び業務連携を記載する。

特に、公立病院等公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第30条の4第2項第5号イからへまでに規定する救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにする。

なお、総務省が公表した「公立病院改革ガイドライン」を十分勘案し、公立病院に係る再編・ネットワーク化等との整合性を図るものとする。

また、社会医療法人については、救急医療等確保事業において積極的な役割を図ることとしていることから、認定を受けた事業全てにおいて社会医療法人であることを明確にすることが重要である。

なお、病病連携や病診連携など、医療機関及び関係機関との連携に当たって、効率的に患者の診療情報等を共有するため、情報通信技術（ICT）の活用も含めた検討を行うこと。

(8) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保法第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携体制を構築することが重要である。特に、近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、各医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を明示するとともに、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対する医科歯科連携等を更に推進することが必要となる。

(9) 薬局の役割

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に提供し続ける体制を構築することが重要である。このため、地域の薬局では、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うこと、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが必要となる。

(10) 訪問看護ステーションの役割

住み慣れた地域で安心して健やかに暮らすためには、24時間切れ目のない医療サービスが提供されるとともに、医療機関と居宅等との間で、療養の場が円滑に移行できることが必要である。そのため、在宅において、患者の医療処置や療養生活の支援等のサービスを提供する訪問看護ステーションの役割は、重要である。高齢多死社会を迎え、特に今後は在宅においても、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が必要である。また、日常的に医療を必要とする小児患者への対応についても、医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携を強化するなど充実することが必要である。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5疾病・5事業以外で都道府県における疾病の発生の状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療について明記する。

5 医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項については、医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること及び都道府県が中心となって医師を地域の医療機関へ派遣する仕組みの再構築が求められていることを踏まえ、法第30条の23第1項の規定に基づく医療従事者

(7) 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

歯科口腔保健は、患者の生活の質を維持していく上で基礎的かつ重要な役割を果たすものであり、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの医療連携体制の中で、口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じた、適切かつ効果的な歯科口腔保健の推進が求められる。在宅で療養する患者を対象とした在宅歯科医療の提供など、都道府県は、医療連携体制の構築に当たって、歯科医療が果たす役割を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

(8) 薬局の役割

薬局については、医療提供施設として、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供の拠点としての役割を担うことが求められる。また、都道府県においては、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担及び業務の連携によって時間外においても対応できることなどを医療計画に記載することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5事業以外で都道府県における疾病の発生の状況等に照らして、都道府県知事が特に必要と認める医療について明記する。

5 医療従事者の確保

医療従事者の確保に関する事項については、医療連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になること及び都道府県が中心となって医師を地域の医療機関へ派遣する仕組みの再構築が求められていることを踏まえ、法第30条の12第1項の規定に基づく医療従事者

の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会（以下「地域医療対策協議会」という。）を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載する。

【地域医療対策協議会の取組】

- ① 地域医療対策協議会の議論の経過等
- ② 地域医療対策協議会の定めた施策

さらに、その施策に沿って、医師（臨床研修医を含む。）の地域への定着が図られるよう、例えば以下のような、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業等（以下「地域医療支援センター事業等」という。）について記載する。

なお、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況の報告等を効果的に活用し、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めること。

【地域医療支援センター事業等の内容】

- ① 各都道府県内の医療機関や地域の医師の充足状況等の調査・分析
- ② 医師に対する専門医資格の取得支援や研修機会の提供等のキャリア形成支援
- ③ 医療機関への就業を希望する医師等に関する情報の提供
- ④ 医師を募集する医療機関に関する情報の提供
- ⑤ 医師等に関する無料の職業紹介事業又は労働者派遣事業
- ⑥ 医学生等を対象とした地域医療に係る理解を深めるための事業（地域医療体験セミナー等）の実施
- ⑦ 地域医療支援センター事業等と他の都道府県の同事業との連携 等
- ⑧ 地域の医師確保で有効と考えられる施策についての国への情報提供

また、記載に当たっては、地域医療支援センター事業等が対象とする医療従事者以外の、例えば以下の職種についても、必要に応じて、その資質向上に関する事項を含め、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

【医療従事者の現状及び目標】

- ① 歯科医師
- ② 薬剤師
- ③ 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
- ④ その他の保健医療従事者

診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、

の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会（以下「地域医療対策協議会」という。）を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載する。

【地域医療対策協議会の取組】

- ① 地域医療対策協議会の議論の経過等
- ② 地域医療対策協議会の定めた施策

さらに、その施策に沿って、医師（臨床研修医を含む。）の地域への定着が図られるよう、例えば以下のような、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業等（以下「地域医療支援センター事業等」という。）について記載する。

なお、地域医療対策協議会は、地域医療支援センター事業による取組状況の報告等を効果的に活用し、医療従事者の確保に関する施策の推進や見直しに努めること。

【地域医療支援センター事業等の内容】

- ① 各都道府県内の医療機関や地域の医師の充足状況等の調査・分析
- ② 医師に対する専門医資格の取得支援や研修機会の提供等のキャリア形成支援
- ③ 医療機関への就業を希望する医師等に関する情報の提供
- ④ 医師を募集する医療機関に関する情報の提供
- ⑤ 医師等に関する無料の職業紹介事業又は労働者派遣事業
- ⑥ 医学生等を対象とした地域医療に係る理解を深めるための事業（地域医療体験セミナー等）の実施
- ⑦ 地域医療支援センター事業等と他の都道府県の同事業との連携 等
- ⑧ 地域の医師確保で有効と考えられる施策についての国への情報提供

さらに、「第11次へき地保健医療計画等の策定について」（平成22年5月20日医政発0520第9号医政局長通知）に基づき策定する「へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築」を医療計画に反映させることに留意する。

また、記載に当たっては、地域医療支援センター事業等が対象とする医療従事者以外の、例えば以下の職種についても、必要に応じて、その資質向上に関する事項を含め、医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

【医療従事者の現状及び目標】

- ① 歯科医師
- ② 薬剤師
- ③ 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
- ④ その他の保健医療従事者

診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、

| | |
|--|--|
| <p>管理栄養士等</p> <p>⑤ 介護サービス従事者</p> <p>6 医療の安全の確保</p> <p>医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について、(1) 及び(2) により記載する。</p> <p>なお、記載に当たっては、以下の事項に留意する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>地域の患者や住民がわかりやすく理解できるよう医療計画に記載すること。</u> ・ <u>その際、都道府県は、保健所を設置する市及び特別区の協力のもと、医療提供施設における医療安全を確保するための取組状況を把握し、都道府県が講ずる医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等の現状及びその目標を計画に明示すること。</u> ・ <u>また、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情、相談に対応し、必要に応じて医療提供施設に対して必要な助言を行う体制等を構築するため、都道府県における医療安全支援センターの設置状況及びその目標についても計画に明示すること。</u> ・ <u>病院における高度な医療機器の配置状況及び稼働状況等を確認し、保守点検を含めた評価を実施すること。</u> ・ <u>CT、MRI 等の医療機器を有する診療所に対する当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況の定期的な報告を求めること。</u> <p>(1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合 ② 病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合 ③ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合 <p>(2) 医療安全支援センターの現状及び目標</p> <p>記載に当たっては、「医療安全支援センターの実施について」(平成 19 年 3 月 30 日付け医政発第 0330036 号厚生労働省医政局長通知)を参考に、次の事項について記載すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合 ② 相談職員(常勤換算)の配置数 ③ ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏及び保健所設置市又は特別区における医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況 ④ 都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況 | <p>管理栄養士等</p> <p>⑤ 介護サービス従事者</p> <p>6 医療の安全の確保</p> <p>医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について、(1) 及び(2) により記載する。</p> <p>なお、記載に当たっては、以下の事項に留意する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>地域の患者や住民がわかりやすく理解できるよう医療計画に記載すること。</u> 2. <u>その際、都道府県は、保健所を設置する市及び特別区の協力のもと、医療提供施設における医療安全を確保するための取組状況を把握し、都道府県が講ずる医療安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等の現状及びその目標を計画に明示すること。</u> 3. <u>また、住民の身近な地域において、患者又はその家族からの医療に関する苦情、相談に対応し、必要に応じて医療提供施設に対して必要な助言を行う体制等を構築するため、都道府県における医療安全支援センターの設置状況及びその目標についても計画に明示すること。</u> <p>(1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合 ② 病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合 ③ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合 <p>(2) 医療安全支援センターの現状及び目標</p> <p>記載に当たっては、平成 19 年 3 月 30 日医政発第 0330036 号医政局長通知「医療安全支援センターの実施について」を参考に、次の事項について記載すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合 ② 相談職員(常勤換算)の配置数 ③ ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏及び保健所設置市又は特別区における医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況 ④ 都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況 |
|--|--|

7 基準病床数

(1) 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床に係る基準病床数については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の30 第1号に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、全国平均で9割以上の患者が、居住する都道府県内において、入院加療を受けている現状を鑑み、特に必要とする場合にのみ、都道府県間で調整を行うことができることとする。その際、基準病床数の算定にあたっては、医療機関所在地に基づいた値を用いることとする。

(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床

精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数及び感染症病床に係る基準病床数については、都道府県の区域ごとに、規則第30条の30 第2号から第4号に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、法第30条の4第2項第13号の区域（以下「三次医療圏」という。）が都道府県において二以上設定された場合においても、基準病床数については当該都道府県全体について定めることとする。

(3) 各区域における入院患者の流出入数の算出

各区域における入院患者の流出入数の算出に当たって病院に対し特に報告の提出を求める場合には、医療計画作成の趣旨等を調査対象となる病院に十分説明の上、円滑な事務処理が行われるよう配慮する。

(4) 基準病床数の算定の特例

各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、令第5条の2又は第5条の3で定める事情があるときは、都道府県知事が厚生労働大臣と協議の上算定する数を基準病床数とすること等ができる。

(5) 都道府県知事の勧告

(1) から(3) までにより基準病床数が算定された後は、各区域において病院の開設、病床数の増加若しくは病床の種別の変更、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請（以下「許可申請等」という。）があった場合において、当該区域の既存病床数が基準病床数を超過している場合又は許可申請等により病床数が基準病床数を超過することになる場合には、法第30条の11の規定に基づく都道府県知事の勧告（当該病院等が公的医療機関等が開設等する病院等であれば法第7条の2第1項に基づく不許可処分）の対象となり得る。

7 基準病床数

(1) 療養病床及び一般病床

療養病床及び一般病床に係る基準病床数については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号。以下「規則」という。）第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、当該都道府県の病床数が少ないために他の区域の病院に入院している場合があると考えられることから、規則第30条の30第1号後段の規定により、都道府県外への流出入院患者数から都道府県内への流入入院患者数を控除した数の3分の1を限度として、それぞれの区域にふりわけて加算を行うことができる。

(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床

精神病床に係る基準病床数、結核病床に係る基準病床数及び感染症病床に係る基準病床数については、都道府県の区域ごとに、規則第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する。

なお、法第30条の4第2項第9号の区域が1都道府県において2以上設定された場合においても、基準病床数については当該都道府県全体について定めることとする。

また、規則第30条の30第2号後段の規定により、都道府県外への流出入院患者数の3分の1を限度として加算を行うことができる。

(3) 各区域における入院患者の流出入数の算出

各区域における入院患者の流出入数の算出に当たって病院に対し特に報告の提出を求める場合には、医療計画作成の趣旨等を調査対象となる病院に十分説明の上、円滑な事務処理が行われるよう配慮する。

(4) 基準病床数の算定の特例

各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第5条の3で定める事情があるときは、都道府県知事が厚生労働大臣と協議の上算定する数を基準病床数とすること等ができる。

(5) 都道府県知事の勧告

(1) から(3) までにより基準病床数が算定された後は、各区域において病院の開設、病床数の増加若しくは病床の種別の変更、又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加の許可の申請（以下「許可申請等」という。）があった場合において、当該区域の既存病床数が基準病床数を超過している場合又は許可申請等により病床数が基準病床数を超過することになる場合には、法第30条の11に基づく都道府県知事の勧告（当該病院等が法第7条の2第1項各号に掲げられている者が開設等する公的性格を有する病院等であれば法第7条の2第1項に基づく不許可処分）の対象となり得る。

8 医療提供施設の整備の目標

・ 地域医療支援病院の整備の目標

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備える病院である。

かかりつけ医等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。

- ① かかりつけ医等からの紹介等、病診連携体制
- ② 共同利用の状況
- ③ 救急医療体制
- ④ 医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図るための研修体制

その結果を踏まえ、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標（例えば二次医療圏ごとに整備する等）を設定する。

なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあつては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。

(削る)

8 医療提供施設の整備の目標

(1) 地域医療支援病院の整備の目標

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医（歯科医）等を支援する能力を備える病院である。

かかりつけ医（歯科医）等への支援を通じた地域医療の体系化と地域医療支援病院の整備目標について、次の機能及び地域の実情を考慮し検討を行う。

- ① かかりつけ医（歯科医）等からの紹介等、病診連携体制
- ② 共同利用の状況
- ③ 救急医療体制
- ④ 医療従事者に対する生涯教育等、その資質向上を図るための研修体制

その結果を踏まえ、必要に応じて地域医療支援病院の整備目標（例えば二次医療圏ごとに整備する等）を設定する。

なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあつては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。

(2) その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、医療機能に関する調査を行い、必要に応じてその整備の目標を設定する。

その手順については次の①及び②を参考にされたい。また、③及び④で示すように医療提供施設に対する情報提供を行うことも必要である。

なお、5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制に係る医療提供施設の整備の目標については、前記「3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制」において、各々の目標を記載する。

① 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの医療圏において、都道府県が必要とする医療機能について、当該機能を有する各医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数、院外処方せん発行率、処方せん受け取り枚数及び専門職員数等の実態調査を行う。なお、これらの調査については医療計画の見直し時期にとらわれることなく、定期的に行うことが望ましい。

② 前述の調査に基づき現状と目標の相違を把握・評価し、不足している医療機能については、その整備の方法及び整備の目標等について記載する。

③ また、これらの実態調査に基づき得られた各医療提供施設の医療機能に関する情報（施設、設備、症例数、平均在院日数、紹介先とその件数、院外処方せん発行率、処方せん受け取り枚数及び専門職員数等）を各医療提供施設に提供する。

9 地域医療構想の取組

地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に当たっては、別添の地域医療構想策定ガイドラインを踏まえること。

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

5 疾病・5 事業及び在宅医療以外の疾病等について、その患者動向や医療資源等について現状を把握した上で、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

また、各疾病等に対する医療を担う医療機関等の名称も記載するよう努めること。

(1) 障害保健対策

障害者（高次脳機能障害者、発達障害者を含む。）に対する医療の確保等（都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等）に関する取組

(2) 結核・感染症対策

- ① 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
- ② インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

(3) 臓器移植対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(4) 難病等対策

- ① 難病、リウマチなどの都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(5) アレルギー疾患対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(6) 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

① ロコモティブシンドローム、フレイル等対策

ア ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折対策の重要性

イ ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折対策について、予防、医療、介護の総合的な取組

② 誤嚥性肺炎などの都道府県の取組

(7) 歯科保健医療対策

- ① 都道府県の取組

④ 都道府県が必要とする医療機能が、各医療圏内がない場合、当該医療機能を有する医療提供施設に関する情報を収集し、その情報を圏内の各医療提供施設に提供する。

9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

5 疾病・5 事業及び在宅医療以外の疾病等について、その患者動向や医療資源等について現状を把握した上で、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

また、各疾病等に対する医療を担う医療機関等の名称も記載するよう努めること。

(1) 障害保健対策

障害者（高次脳機能障害者、発達障害者を含む。）に対する医療の確保等（都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等）に関する取組

(2) 結核・感染症対策

- ① 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割
- ② インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組

(3) 臓器移植対策

- ① 都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(4) 難病等対策

- ① 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組
- ② 相談等の連絡先

(5) 歯科保健医療対策

- ① 都道府県の取組

| | |
|--|---|
| <p>② 相談等の連絡先</p> <p><u>(8) 血液の確保・適正使用対策</u></p> <p>① 都道府県の取組</p> <p>② 相談等の連絡先</p> <p><u>(9) 医薬品等の適正使用対策</u></p> <p>① 都道府県の取組</p> <p>② 相談等の連絡先</p> <p>③ 治験の実施状況や医薬品提供体制</p> <p><u>(10) 医療に関する情報化</u></p> <p>① 医療提供施設の情報システム（電子レセプト、カルテ等）の普及状況と取組</p> <p>② <u>情報通信技術（ICT）を活用した医療機関及び関係機関相互の情報共有への取組（情報セキュリティ対策を含む。）</u></p> <p><u>(11) 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組</u></p> <p>地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。</p> <p>このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。</p> <p>なお、医療と密接に関連を有する施策としては、<u>第2の3</u>に掲げる計画等が求められている。</p> <p>11 施策の評価及び見直し</p> <p>施策の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。</p> <p>法第30条の6に基づいて行う施策の評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。</p> <p>(1) 施策の目標等 5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制に係る数値目標等</p> <p>(2) 推進体制と役割 施策の目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割</p> <p>(3) 目標の達成に要する期間</p> <p>(4) 目標を達成するための方策</p> <p>(5) 評価及び見直し</p> <p>(6) 進捗状況及び評価結果の広報・周知方法</p> | <p>② 相談等の連絡先</p> <p><u>(6) 血液の確保・適正使用対策</u></p> <p>① 都道府県の取組</p> <p>② 相談等の連絡先</p> <p><u>(7) 医薬品等の適正使用対策</u></p> <p>① 都道府県の取組</p> <p>② 相談等の連絡先</p> <p>③ 治験の実施状況や医薬品提供体制</p> <p><u>(8) 医療に関する情報化</u></p> <p>医療提供施設の情報システム（電子レセプト、カルテ、<u>地域連携クリティカルパス</u>等）の普及状況と取組</p> <p><u>(9) 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組</u></p> <p>地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。</p> <p>このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。</p> <p>なお、医療と密接に関連を有する施策としては、<u>前記第2の3(4)</u>に掲げる計画等が求められている。</p> <p>10 施策の評価及び見直し</p> <p>施策の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。</p> <p>法第30条の6に基づいて行う施策の評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。</p> <p>(1) 施策の目標等 5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制に係る数値目標等</p> <p>(2) 推進体制と役割 施策の目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割</p> <p>(3) 目標の達成に要する期間</p> <p>(4) 目標を達成するための方策</p> <p>(5) 評価及び見直し</p> <p>(6) 進捗状況及び評価結果の広報・周知方法</p> |
|--|---|

第4 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画を作成する際、技術的見地からみて全国に共通すると考えられる手順等を参考までに示す。

1 医療計画作成手順の概要

医療計画の作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

- (1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備
- (2) 医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討
- (3) 現行の医療計画に基づき実施された施策の効果の検証及び現状の把握

- (4) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築に当たっての課題や数値目標、施策についての検討
- (5) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築
- (6) 医療圏及び基準病床数の検討
- (7) 地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策の検討
- (8) 以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
- (9) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
- (10) 医療計画（案）の決定
- (11) 医療計画（案）についての市町村及び保険者協議会の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
- (12) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (13) 医療計画の決定
- (14) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

2 医療圏の設定方法

(1) 二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

- ① 人口構造、患者の受療の状況（流入患者割合及び流出患者割合を含む。）、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、二

第4 医療計画作成の手順等

都道府県が医療計画を作成する際、技術的見地からみて全国に共通すると考えられる手順等を参考までに示す。

1 医療計画作成手順の概要

医療計画の作成等に当たっては、概ね次の手順が考えられる。

- (1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備
- (2) 医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討
- (3) 現行の医療計画に基づき実施された施策の効果の検証
- (4) 地域医療の現状分析等に係るデータの収集、調査の実施及び将来予測の検討
- (5) 患者・住民の医療ニーズ等の把握
- (6) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築に当たっての課題や数値目標、施策についての検討
- (7) 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築
- (8) 医療圏及び基準病床数の検討

- (9) 以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
- (10) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
- (11) 医療計画（案）の決定
- (12) 医療計画（案）についての市町村の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
- (13) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (14) 医療計画の決定
- (15) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

2 医療圏の設定方法

(1) 二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

- ① 人口構造、患者の受療の状況（流入患者割合及び流出患者割合を含む。）、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、二

次医療圏単位又は市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については、患者調査の利用の他、統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

人口規模が 20 万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が 20%未満であり、流出患者割合が 20%以上である場合)、その設定の見直しについて検討する。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。

② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学区区(特に高等学校に係る区域)等に関する資料を参考とする。

③ 構想区域(法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号に規定する構想区域をいう。以下同じ。)に二次医療圏を合わせることが適当であること。

(2) 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあつては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。

また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

(4) 都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。

なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

3 基準病床数の算定方法

次医療圏単位又は市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については、患者調査の利用の他、統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

人口規模が 20 万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が 20%未満であり、流出患者割合が 20%以上である場合)、その設定の見直しについて検討する。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。

② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学区区(特に高等学校に係る区域)等に関する資料を参考とする。

(2) 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあつては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。

また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

(4) 都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。

なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

3 基準病床数の算定方法

| | |
|---|--|
| <p>(1) 基準病床数の算定方法</p> <p>基準病床数の算定は、<u>規則第30条の30各号に定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。</u></p> <p>① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、<u>ウにより算定した数を加減した数の合計数を標準とする。</u></p> <p>ア 療養病床</p> <p>{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率) の総和 - (在宅医療等に対応可能な数) + (0～当該区域への他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1/病床利用率)</p> <p>イ 一般病床</p> <p>{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率) の総和 × 平均在院日数 + (0～当該区域への他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1/病床利用率)</p> <p>ウ 基準病床数の都道府県間調整について</p> <p>なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流出入院患者数よりも多い場合は、<u>流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数を各二次医療圏の基準病床数に加減することができる。</u></p> <p><u>ただし、アからウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数は、</u></p> <p><u>{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病</u></p> | <p>(1) 基準病床数の算定方法</p> <p>基準病床数の算定は、<u>規則で定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。</u></p> <p>① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、<u>ウの式により算定した数を加えた数の合計数を標準とする。</u></p> <p>ア 療養病床</p> <p>{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別入院・入所需要率) の総和 - (介護施設で対応可能な数) + (0～当該区域への他区域からの流出入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1/病床利用率)</p> <p><u>ただし、上記算定式により二次医療圏ごとに算定した数の都道府県における合計数は、</u></p> <p><u>{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別入院・入所需要率) の総和 - (介護施設で対応可能な数)} × (1/病床利用率)</u></p> <p>により二次医療圏ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。</p> <p>イ 一般病床</p> <p>{(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別退院率) の総和 × 平均在院日数 + (0～当該区域への他区域からの流出入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0～当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1/病床利用率)</p> <p><u>ただし、上記算定式により二次医療圏ごとに算定した数の都道府県における合計数は、</u></p> <p><u>(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別退院率) の総和 × 平均在院日数 × (1/病床利用率)</u></p> <p>により二次医療圏ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。</p> <p>ウ 基準病床数の加算部分</p> <p>なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流出入院患者数よりも多い場合は、</p> <p><u>{(都道府県外への流出入院患者数) - (都道府県内への流出入院患者数)} × (1/3)</u></p> <p><u>で得られた流出超過加算数を限度として適当と認める数を各二次医療圏の基準病床数に加えることができる。</u></p> |
|---|--|

床入院受療率)の総和－(在宅医療等で対応可能な数} × (1/病床利用率) + (当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率)の総和 × 平均在院日数 × (1/病床利用率) 及びウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数を超えることはできない。

(注1)「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2)「年齢階級」とは、5歳ごとの年齢による階級である。

(注3)「全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率」とは、厚生労働大臣が定める療養病床の性別及び年齢階級別の入院受療率を上限とし、策定した地域医療構想における慢性期機能の病床数の必要量を勘案して、都道府県知事が定める値とする。

(注4)「在宅医療等で対応可能な数」については、追って具体的な内容を示すこととする。

(注5)「当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率」とは、地方ブロックの性別及び年齢階級別の退院率をいう。

(注6)「病床利用率」とは、厚生労働大臣が定める療養病床又は一般病床の病床利用率について、各都道府県における療養病床又は一般病床の直近の病床利用率を下回る場合は、厚生労働大臣が定める療養病床又は一般病床の病床利用率以上当該地域の直近の療養病床又は一般病床の病床利用率の範囲内で、都道府県知事が当該都道府県の状況を勘案して定める値とする。

(注7)「療養病床入院受療率」、「一般病床退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」として使用する(参考とする)数値については、医療法第30条の4第2項第14号の療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等(昭和61年厚生省告示第165号)により定められている。

(注8)各区域における流入入院患者数については、都道府県知事が当該区域における医療の確保のために必要と認める事情があるときは、当該区域ごとの数を超えて、当該事情を勘案した数を加えることができる。

(注9)各区域における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

(備考)「地方ブロック」とは、以下の9ブロックをいう。

| | |
|-------|-------|
| ブロック名 | 都道府県名 |
|-------|-------|

(注1)「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最近のものによることとする。

(注2)「年齢階級」とは、5歳ごとの年齢による階級である。

(注3)「当該区域の性別及び年齢階級別入院・入所需要率」とは、厚生労働大臣が定める在宅以外の長期療養に係る医療又は介護を必要とする者の性別及び年齢階級別の入院・入所需要率を上限として、都道府県知事が当該区域の状況を勘案して定める値とする。

(注4)「介護施設で対応可能な数」とは、介護施設(介護療養型医療施設を除く。)に入所している者の実数に都道府県知事が今後の介護サービスの進展を考慮した数を加えた数をいう。

(注5)「当該区域の性別及び年齢階級別退院率」とは、地方ブロックの性別及び年齢階級別の退院率をいう。

(注6)「入院・入所需要率」、「退院率」、「病床利用率」及び「平均在院日数」として使用する(参考とする)数値については、医療法第30条の4第2項第11号の療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等(昭和61年厚生省告示第165号)により定められている。

(注7)各区域における流入入院患者数については、都道府県知事が当該区域における医療の確保のために必要と認める事情があるときは、当該区域ごとの数を超えて、当該事情を勘案した数を加えることができる。

(注8)各区域における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。

(備考)「地方ブロック」とは、以下の9ブロックをいう。

| | |
|-------|-------|
| ブロック名 | 都道府県名 |
|-------|-------|

| | |
|-----|--------------------------------|
| 北海道 | 北海道 |
| 東北 | 青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島 |
| 関東 | 茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野 |
| 北陸 | 富山、石川、福井 |
| 東海 | 岐阜、静岡、愛知、三重 |
| 近畿 | 滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山 |
| 中国 | 鳥取、島根、岡山、広島、山口 |
| 四国 | 徳島、香川、愛媛、高知 |
| 九州 | 福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄 |

② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

$$\frac{[(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成 32 年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率})] \text{の総和} + \{(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成 32 年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率})\} \text{の総和} + \{(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成 32 年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率})\} \text{の総和} \times (\text{精神病床における入院期間が 1 年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合 } \alpha) \times (\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値 } \beta) + \{(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成 32 年における推計人口}) \times (\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率})\} \text{の総和} \times (\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値 } \gamma) + (\text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数})] \times (1 / \text{精神病床利用率})$$

(注 1) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の平成 32 年における推計人口」とは、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月中位推計）」によることとする。

(注 2) 「年齢階級」とは、「90 歳以上」の階級を除き、5 歳ごとの年齢による階級とする。

| | |
|-----|--------------------------------|
| 北海道 | 北海道 |
| 東北 | 青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島 |
| 関東 | 茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野 |
| 北陸 | 富山、石川、福井 |
| 東海 | 岐阜、静岡、愛知、三重 |
| 近畿 | 滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山 |
| 中国 | 鳥取、島根、岡山、広島、山口 |
| 四国 | 徳島、香川、愛媛、高知 |
| 九州 | 福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄 |

② 精神病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに次の算定式により算出した数を標準とする。

ただし、算定式中「入院率」、「病床利用率」及び「入院患者数」は、それぞれ「精神病床に係る入院率」、「精神病床利用率」及び「精神病床入院患者数」と読み替えて適用する。

$$\{(\text{当該都道府県の年齢階級別人口}) \times (\text{当該都道府県の年齢階級別新規入院率})\} \text{の総和} + (\text{当該都道府県への他都道府県からの流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院数}) \times \text{平均残存率} \times (1 / \text{入院期間が 1 年未満である者に係る病床利用率}) + \{(\text{当該都道府県における入院期間が 1 年以上である年齢階級別入院患者数}) \times (1 - \text{退院率})\} \text{の総和} + (\text{当該年において入院期間が 1 年に達した入院患者数}) - (\text{長期入院患者退院促進目標数}) \times (1 / \text{入院期間が 1 年以上である者に係る病床利用率})$$

この場合において、都道府県知事は当該都道府県に所在する病院の入院患者のうち当該都道府県に住所を有する者の数が、

$$(\text{当該都道府県の年齢階級別人口}) \times (\text{当該都道府県の年齢階級別入院率}) \text{の総和により算定される数を下回っている都道府県については、}$$

$$(\text{他の都道府県への流出入院患者数}) \times (1 / \text{病床利用率})$$

で得られた数の 3 分の 1 を限度として適当と認められる数をその都道府県における前記の算定式により算定した基準病床数に加えることができる。

(注 1) 「人口」とは、医療計画作成時における夜間人口をいう。その数値については、国勢調査の結果による人口、地方公共団体の人口に関する公式統計による人口等のうち最

| | |
|--|---|
| <p>(注3)「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が3月未満である入院患者（以下この項(②)において「急性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注4)「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が3月以上1年未満である入院患者（以下この項(②)において「回復期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注5)「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症以外の慢性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者（以下この項(②)において「慢性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者を除く。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注6)「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症に係る慢性期入院受療率」とは、「慢性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）の性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者に限る。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注7)「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合α」とは、慢性期入院患者の実態を勘案し、原則として0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める値とする。</p> <p>※ 「原則として0.8から0.85までの間」とした考え方は、以下のとおりである。</p> <p>厚生労働科学研究によると、</p> <p>① 認知症以外の慢性期入院患者の6割以上が、当該研究において策定した重症度を医学的に評価する基準に該当する（精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究（平成25～27年度））</p> <p>② 統合失調症の慢性期入院患者の1割が、入院治療が適当な程度の身体合併</p> | <p>近のものによることとする。</p> <p>(注2)「年齢階級」とは、20歳未満、20歳以上40歳未満、40歳以上65歳未満、65歳以上の年齢による階級とする。</p> <p>(注3)「平均残存率」とは、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値とする。ただし、アの値がイの値を下回る都道府県にあっては、アの値とする。</p> <p>ア 当該都道府県の平均残存率 イ 全国の平均残存率の目標値</p> <p>なお、ア及びイの値として使用する数値については、医療法第30条の4第2項第11号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（平成18年厚生労働省告示第161号。以下「精神病床算定告示」という。）により定められている。</p> <p>(注4)「退院率」とは、次の二つの値を平均した値を標準として都道府県知事が定める値とする。ただし、アの値がイの値を上回る都道府県にあっては、アの値とする。</p> <p>ア 当該都道府県の入院期間が1年以上である入院患者の年齢階級別年間退院率 イ 全国の退院率の目標値</p> <p>なお、ア及びイの値として使用する数値については、精神病床算定告示により定められている。</p> <p>(注5)「当該都道府県の年齢階級別新規入院率」、「入院期間が1未満である者に係る病床利用率」、「長期入院患者退院促進目標数」、「入院期間が1以上である者に係る病床利用率」、「当該都道府県の年齢階級別入院率」、「病床利用率」として使用する数値については、精神病床算定告示により定められている。</p> <p>(注6)各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p><u>症を有している（精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究（平成19～21年度））</u></p> <p><u>との報告がある。この研究結果を踏まえると、①②に該当しないような患者については、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能となると考えられ、この結果、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の6～7割に低下することが見込まれる。</u></p> <p><u>平成36年度末（2025年）までに7年間かけてその基盤整備を行うこととした場合には、医療計画の中間年である平成32年度末までに、その半分の基盤を計画的に整備することによって、認知症以外の慢性期入院患者の入院受療率は現在の8～8.5割に低下することが見込まれる。</u></p> <p><u>（注8）「地域精神保健医療体制の高度化による影響値β」とは、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。</u></p> <p><u>（注9）「地域精神保健医療体制の高度化による影響値γ」とは、これまでの認知症施策の実績を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.97から0.98までの間で都道府県知事が定める値を3乗した数とする。</u></p> <p><u>（注10）「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率」、「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率」、「精神病床利用率」として使用する数値については、医療法第30条の4第2項第14号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（平成18年厚生労働省告示第161号）により定められている。</u></p> <p><u>（注11）各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。</u></p> <p>③ 結核病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数とする。 なお、基準病床数の算定に当たっては、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（平成17年7月19日付健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）を参照すること。</p> <p>④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第38条第1項の規定に基づき厚生</p> | <p>③ 結核病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに都道府県知事が定める数とする。 なお、基準病床数の算定に当たっては、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（平成17年7月19日健感発第0719001号健康局結核感染症課長通知）を参照すること。</p> <p>④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第38条第1項の規定に基づき厚生</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とする。</p> <p>(2) 基準病床数の算定の特例</p> <p>医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。</p> <p>① 急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合</p> <p>② 特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合</p> <p>③ 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合</p> <p>④ 基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合</p> <p>⑤ その他当該区域において準ずる事情がある場合</p> <p><u>なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、次によることとする。</u></p> <p><u>ア 高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて</u> 毎年検討</p> <p><u>イ 法第30条の4第7項の基準病床数算定時の特例措置で対応</u> また、前記ア及びイによる病床の整備に際しては、次の点を考慮しつつ、地域の実情等を十分に踏まえた上で検討すること。</p> <p><u>(ア) 病床の機能区分（法第30条の13第1項に規定する病床の機能区分をいう。以下同じ。）ごとの医療需要</u></p> <p><u>(イ) 高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移</u></p> <p><u>(ウ) 疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況などの</u> 地域事情</p> <p><u>(エ) 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布 等</u></p> <p>4 病床数の必要量の算定方法</p> <p>(1) <u>病床数の必要量の算定は、規則第30条の28の3に定める方法に準拠し、病床の機能区分（法第30条の13第1項に規定する機能区分をいう。以下同じ。）ごとに次に掲げる方式によること。</u></p> | <p>労働大臣の指定を受けている特定感染症指定医療機関の感染症病床並びに同条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床の数を合算した数を基準として都道府県知事が定める数とする。</p> <p>(2) 基準病床数の算定の特例</p> <p>医療計画作成時に次のような事情があるため、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。</p> <p>① 急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合</p> <p>② 特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合</p> <p>③ 高度の医療を提供する能力を有する病院が集中している場合</p> <p>④ 基準病床数に係る特例の対象となる病床以外で、医学・医術の進歩に伴い特殊病床が必要と考えられる場合</p> <p>⑤ その他当該区域において準ずる事情がある場合</p> |
|---|---|

$$\frac{\{(\text{当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来推計人口} \times (\text{当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率}) \text{の総和} + (\text{当該構想区域における他の構想区域の推計患者数のうちの医療供給見込み数}) - (\text{当該構想区域の推計患者数のうちの他の構想区域における医療供給見込み数}) \}}{\times (1 / \text{病床稼働率})}$$

ただし、上記算定式により病床の機能区分ごとに算定した数の都道府県における合計数は、

$$\frac{\{(\text{当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来推計人口} \times (\text{当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率}) \text{の総和} + (\text{当該構想区域における他の都道府県の推計患者数のうちの医療供給見込み数}) - (\text{当該構想区域の推計患者数のうちの他の都道府県における医療供給見込み数}) \}}{\times (1 / \text{病床稼働率})}$$

により病床の機能区分ごとに算定した都道府県における合計数を超えることはできない。

(注1)「当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来(平成37年)推計人口」とは、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)」によることとする。

(注2)「年齢階級」とは、原則、5歳ごとの年齢による階級とする。

(注3)「当該構想区域における他の構想区域の推計患者数のうちの医療供給見込み数」とは、当該構想区域において、他の構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者として都道府県知事が定める数とする。

(注4)「当該構想区域の推計患者数のうちの他の構想区域における医療供給見込み数」とは、当該構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち、他の構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が定める数とする。

(注5)「当該構想区域における他の都道府県の推計患者数のうちの医療供給見込み数」とは、当該構想区域において、他の都道府県の区域に所在する構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数とする。

(注6)「当該構想区域の推計患者数のうちの他の都道府県における医療供給見込み数」とは、当該構想区域の病床の機能区分ごとの平成37年における推計患者数のうち、他の都道府県の区域内に所在する構想区域において当該病床の機能区分に係る医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が当該他の都道府県の知事に協議して定める数とする。

(注7)「病床稼働率」とは、高度急性期機能にあつては0.75、急性期機能にあつては0.78、回復期機能にあつては0.9、慢性期機能にあつては0.92とする。

(2) 当該構想区域の性別及び年齢階級別入院受療率は、病床の機能区分ごとに次に定める数とすること。

① 高度急性期機能 医療資源投入量が3,000点以上である医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

② 急性期機能 医療資源投入量が600点以上3,000点未満の医療を受ける入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

③ 回復期機能 医療資源投入量が225点以上600点未満の医療若しくは主としてリハビリテーションを受ける入院患者又はこれらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数を当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

④ 慢性期機能 慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に、アに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数（慢性期総入院受療率が全国最小値よりも小さい構想区域にあつては、1。以下「補正率」という。）を乗じて得た数に、障害その他の疾患を有する入院患者を加えて得た数を、当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。

ア 次の（ア）に掲げる数以上（イ）に掲げる数以下

（ア）慢性期総入院受療率の全国最小値（県単位）／当該構想区域の慢性期総入院受療率

（イ）{(当該構想区域の慢性期総入院受療率 - 全国最小値) × (慢性期総入院受療率の全国中央値（県単位） - 全国最小値) / 慢性期総入院受療率の全国最大値（県単位） - 全国最小値} + 全国最小値} × (1 / 当該構想区域の慢性期総入院受療率)

ただし、当該構想区域がイに掲げる要件に該当するときは、（イ）に掲げる補正率により算定した当該構想区域の慢性期機能の平成37年における病床数の必要量を平成42年までに達成すればよいものとし、都道府県知事は、当該達成の期間の延長に応じた補正率（平成37年の性別及び年齢階級別入院受療率の目標として、平成42年に達成することとした性別及び年齢階級別入院受療率の目標から比例的に逆算して得た値）を定めることができる。

イ 当該構想区域が次のいずれにも該当するものであること。

（ア）当該構想区域の慢性期病床数（慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する

者に係る病床数をいう。以下同じ。) からア (イ) に掲げる補正率により算定した平成 37 年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回ること。

(イ) 高齢者単身世帯割合が全国平均を上回ること。

地域医療構想を含む医療計画が公示された後に、当該地域医療構想において定める厚生労働大臣が認める構想区域における慢性期機能の将来の病床数の必要量の達成が特別な事情により著しく困難となったときは、当該将来の病床数の必要量について、厚生労働大臣が認める方法により補正率を定めることができる。

(注 8) 病床の機能区分ごとの性別及び年齢階級別入院受療率の推計については、当該構想区域に住所を有する患者に係る平成 25 年度のレセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) のレセプトデータ、診断群分類 (DPC) データ等に基づいて行うこととする。

(注 9) 「当該構想区域の性別及び年齢階級別人口」とは、総務省「平成 25 年 3 月 31 日住民基本台帳年齢別人口 (市区町村別) (総計)」によることとする。

(注 10) 「医療資源投入量」とは、患者に提供される医療を 1 日当たりの診療報酬 (入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く。) の出来高点数により換算した量とする。

(注 11) 「医療資源投入量が 600 点以上 3,000 点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量が 175 点以上 600 点未満の医療を受ける入院患者であっても、早期リハビリテーション加算を算定する入院患者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が 600 点以上となる医療を受ける者を含む。

(注 12) 「医療資源投入量が 225 点以上 600 点未満の医療を受ける入院患者」には、医療資源投入量 175 点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者 (回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。) であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が 175 点以上となる医療を受ける者を含む。

(注 13) 「主としてリハビリテーションを受ける入院患者」とは、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者とする。

(注 14) 「これらに準ずる者として厚生労働大臣が認める者」とは、在宅復帰に向けて調整を要する者 (医療資源投入量 175 点以上 225 点未満) とする。

(注 15) 「慢性期入院患者」とは、長期にわたり療養が必要な入院患者 (主としてリハビリテーションを受ける入院患者その他の厚生労働大臣が認める入院患者を除く。) とする。具体的には、療養病棟入院基本料、療養病棟特別入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び有床診療所療養病床特別入院基本料を算定する入院患者がこれに該当し、「その他の厚生労働大臣が認める入院患者」として当該入院患者のうち医療区分

1である患者の数の70%に相当する数を除くこととする。

(注16)「障害その他の疾患を有する入院患者」とは、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する入院患者とする。

(注17)「慢性期総入院受療率」とは、次の算定式により算出した値とする。

$$\frac{\{\text{慢性期入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数} / (\Sigma \text{当該区域の性別及び年齢階級別人口} \times \text{全国の性別及び年齢階級別入院受療率})\} \times (\text{全国の慢性期入院患者の数} / \text{全国の人口})$$

(注18)「厚生労働大臣が認める構想区域」とは、都道府県全体の慢性期病床数からア(イ)に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域(当該構想区域の慢性期病床数からア(イ)に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を上回っている構想区域に限る。)その他これに類する構想区域とする。

(注19)「特別な事情」とは、やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。

(注20)「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床数からア(イ)に掲げる補正率により算定した平成37年における慢性期病床数を控除して得た数を慢性期病床数で除して得た数が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。

5 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

(1) 現状の把握

都道府県は、医療連携体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、地域住民の健康状態を踏まえた現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標(重点指標)、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標(参考指標)について、指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

4 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

(1) 現状の把握

都道府県は、医療連携体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

これらの情報には、次に掲げる既存の統計・調査等の公開情報並びに調査票情報を用いた分析により得られる情報のほか、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等で得られる情報がある。

なお、医療提供体制等に関する情報のうち経年的あるいは医療圏間での比較・評価等が可能で、数値で把握できる情報に関して、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標(必須指標)、独自調査やデータの解析等により入手可能な指標(推奨指標)として、5疾病・5事業及び在宅医療の指針の別表において例示されたものについては、医療計画に

| | |
|--|--|
| <p>なお、重点指標及び参考指標については、「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について</u>」（平成 29 年 3 月 31 日付け医政地発 0331 第 3 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針</u>」を参考とすること。</p> <p>また、<u>既存の統計・調査等のみでは現状把握が不十分な場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。</u></p> <ul style="list-style-type: none">① 人口動態調査② 国民生活基礎調査③ 患者調査④ 国民健康・栄養調査⑤ 衛生行政報告例⑥ 介護保険事業状況報告調査⑦ <u>病床機能報告</u>⑧ <u>レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB)</u>⑨ <u>診断群分類 (DPC) データ</u>⑩ <u>医療施設調査</u>⑪ <u>病院報告</u>⑫ <u>医師・歯科医師・薬剤師調査</u>⑬ <u>地域保健・健康増進事業報告</u>⑭ <u>介護サービス施設・事業所調査</u>⑮ <u>介護給付費実態調査</u> <p>(2) <u>作業部会及び圏域連携会議の設置</u></p> <p>都道府県は、5 疾病・5 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、<u>都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会</u>の下に、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。</p> <p>作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、<u>圏域連携会議における協議結果は作業部会へ報告すること</u>。また、それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。</p> <ul style="list-style-type: none">① 作業部会ア 構成 | <p>原則記載する。また、5 疾病・5 事業及び在宅医療の指針の別表に掲げる指標例を参考に、<u>病期・医療機能及びストラクチャー・プロセス・アウトカムの要素も加味して、指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する</u>。既存の統計・調査等のみでは現状把握が不十分な場合、積極的に新たな調査を行うことが重要である。</p> <ul style="list-style-type: none">① 人口動態調査② 国民生活基礎調査③ 患者調査④ 国民健康・栄養調査⑤ 衛生行政報告例⑥ 介護保険事業状況報告調査 <ul style="list-style-type: none">⑦ <u>医療施設調査</u>⑧ <u>病院報告</u>⑨ <u>医師・歯科医師・薬剤師調査</u>⑩ <u>地域保健・健康増進事業報告</u>⑪ <u>介護サービス施設・事業所調査</u>⑫ <u>介護給付費実態調査</u> <p>(2) <u>協議の場の設置</u></p> <p>都道府県は、5 疾病・5 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、<u>医療審議会もしくは医療対策協議会</u>の下に、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。</p> <p>作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、<u>圏域連携会議における協議結果は作業部会へ報告すること</u>。また、それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。</p> <ul style="list-style-type: none">① 作業部会ア 構成 |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次の（ア）から（ク）に掲げる者を代表する者により構成し、構成する者が（ア）から（ク）のどの区分に該当するかを明示すること。</p> <p>（ア） 地域医師会等の医療関係団体 （イ） 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者 （ウ） 介護保険法に規定するサービス事業者 （エ） 医療保険者 （オ） 医療・介護サービスを受ける患者・住民 （カ） 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村 （キ） 学識経験者 （ク） 上記（ア）から（キ）までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者</p> <p>なお、医療サービスを受ける立場の意見についても、十分に配慮することが望ましいことから、（オ）の患者・住民に対しては、十分な情報提供と解説などの支援を行うことにより、議論に参加しやすい環境が整うよう努めること。</p> <p>イ 内容</p> <p>作業部会は、下記の事項について協議する。</p> <p>（ア） 地域の医療資源の把握</p> <p>医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。なお、可能な限り二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。</p> <p>（イ） 圏域の設定</p> <p>上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて特有の重要事項（5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る流入患者割合、流出患者割合を含む。）に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。</p> <p>（ウ） 課題の抽出</p> <p>（ア）により把握した現状を分析し、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。</p> <p>（エ） 数値目標の設定</p> | <p>作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次の（ア）から（ク）に掲げる者を代表する者により構成し、構成する者が（ア）から（ク）のどの区分に該当するかを明示すること。</p> <p>（ア） 地域医師会等の医療関係団体 （イ） 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者 （ウ） 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定するサービス事業者 （エ） 医療保険者 （オ） 医療・介護サービスを受ける患者・住民 （カ） 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村 （キ） 学識経験者 （ク） 上記（ア）から（キ）までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者</p> <p>なお、医療サービスを受ける立場の意見についても、十分に配慮することが望ましいことから、（オ）の患者・住民に対しては、十分な情報提供と解説などの支援を行うことにより、議論に参加しやすい環境が整うよう努めること。</p> <p>イ 内容</p> <p>作業部会は、下記の事項について協議する。</p> <p>（ア） 地域の医療資源の把握</p> <p>医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。なお、可能な限り二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。</p> <p>（イ） 圏域の設定</p> <p>上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて特有の重要事項（5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る流入患者割合、流出患者割合を含む。）に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。</p> <p>（ウ） 課題の抽出</p> <p>（ア）により把握した現状を分析し、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。</p> <p>（エ） 数値目標の設定</p> |
|---|--|

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題が解決されると思われる目標を設定すること。

(オ) 施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。

② 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の(ア)から(ウ)について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

(ア) 医療連携の必要性について認識の共有

(イ) 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

(ウ) 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

(3) 患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

(4) 医療計画への記載

都道府県は、第3の3に示すとおり、医療機能ごとに、目標、医療機関に求められる医療体制、課題、数値目標、数値目標の達成のために行う施策等を医療計画に記載する。

また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第7に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題が解決されると思われる目標を設定すること。

(オ) 施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。

② 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の(ア)から(ウ)について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

(ア) 医療連携の必要性について認識の共有

(イ) 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

(ウ) 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

(3) 患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

(4) 医療計画への記載

都道府県は、前記第3の3に示すとおり、医療機能ごとに、目標、医療機関に求められる医療体制、課題、数値目標、数値目標の達成のために行う施策等を医療計画に記載する。

また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

(5) 変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、医療機関の変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

医療計画の推進体制については、作業部会、圏域連携会議又は地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）において、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

そのため、第3の11に示すとおり、施策の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法（評価を行う組織（都道府県医療審議会等）を含む。）等を計画においてあらかじめ明らかにした上で、6年（在宅医療その他必要な事項については3年）ごとに、施策全体又は医療計画全体の達成状況について調査、分析、評価及び公表を行い、必要があるときは計画を変更する。

ただし、5疾病・5事業及び在宅医療については、上記と同様に評価・見直し体制及び公表方法を明らかにした上で、目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について定期的実施（1年ごとの実施が望ましい。）、評価し、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、必要に応じて施策の見直しを図ること。

第6 医療計画に係る報告等

都道府県ごとの実情を把握し適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の4第16項の規定に基づく医療計画の厚生労働大臣への報告については、次のとおり取り扱う。

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

(1) 報告事項

- ① 医療計画及びその概要並びに付属資料
- ② 公示の方法（都道府県の公報の写し等を添付）
- ③ 原案作成年月日、市町村及び保険者協議会からの意見聴取年月日、都道府県医療審議

(5) 変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、医療機関の変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

第5 医療計画の推進等

1 医療計画の推進体制

医療計画の推進体制については、第4の2(2)に定める協議の場を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

そのため、第3の10に示すとおり、施策の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法（評価を行う組織（医療審議会等）を含む。）等を計画においてあらかじめ明らかにした上で、少なくとも5年ごとに、施策全体又は医療計画全体の達成状況について調査、分析、評価及び公表を行い、必要があるときは計画を変更する。

ただし、5疾病・5事業及び在宅医療については、上記と同様に評価・見直し体制及び公表方法を明らかにした上で、目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について定期的実施（1年ごとの実施が望ましい。）、評価し、目標に対する進捗状況が不十分な場合、その原因を分析した上で、必要に応じて施策の見直しを図ること。

第6 医療計画に係る報告等

都道府県ごとの実情を把握し適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の4第12項の規定に基づく医療計画の厚生労働大臣への報告については、次のとおり取り扱う。

1 医療計画の厚生労働大臣への報告

(1) 報告事項

- ① 医療計画及びその概要並びに付属資料
- ② 公示の方法（都道府県の公報の写し等を添付）
- ③ 原案作成年月日、市町村からの意見聴取年月日、医療審議会への諮問年月日及び答申

| | |
|---|---|
| <p>会への諮問年月日及び答申年月日、公示年月日</p> <p>④ 必須指標・推奨指標等による現状把握の結果</p> <p>⑤ 目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の評価</p> <p>(注1) ⑤については、医療計画の対象期間の当初から1年ごとに提出すること</p> <p>(注2) ①・④・⑤については、紙媒体及び電子媒体で提出すること</p> <p>(2) 紙媒体の提出部数 5部</p> <p>(3) 報告時期</p> <p>医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。</p> <p>なお、例えば、5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。</p> <p>2 法第27条の2、第30条の11、第30条の12及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告</p> <p>(1) 報告事項 <u>別紙様式3～6-2</u></p> <p><u>病院又は診療所名、開設者又は管理者氏名、病院又は診療所所在地、開設等申請年月日、申請病床数、申請病床の種別、要請年月日、勧告年月日、命令年月日、都道府県医療審議会の意見、勧告に対する申請者の対応、その他参考事項等</u></p> <p>(2) 提出部数 4部</p> <p>(3) 報告時期</p> <p><u>要請、勧告又は命令をそれぞれ行った日の属する月の翌月の10日までとする。ただし、「勧告に対する反応」等が相当遅れる場合は、当該部分のみ後日報告するものとする。</u></p> <p><u>なお、公的医療機関等に対する法第7条の2第3項又は第30条の15第6項の規定に基づく命令又は法第30条の16第1項の規定に基づく指示を行った場合についても別紙様式に準じて報告すること。</u></p> <p><u>(別紙様式3～6-2)</u></p> | <p>年月日、公示年月日</p> <p>④ 必須指標・推奨指標等による現状把握の結果</p> <p>⑤ 目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の評価</p> <p>(注1) ⑤については、医療計画の対象期間の当初から1年ごとに提出すること</p> <p>(注2) ①・④・⑤については、紙媒体及び電子媒体で提出すること</p> <p>(2) 紙媒体の提出部数 5部</p> <p>(3) 報告時期</p> <p>医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。</p> <p>なお、例えば、5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。</p> <p>2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告</p> <p>(1) 報告事項 <u>別紙様式3</u></p> <p><u>開設者氏名、病院所在地、開設等申請年月日、申請病床数、申請病床の種別、勧告年月日、医療審議会の意見、勧告に対する申請者の対応、その他参考事項</u></p> <p>(2) 提出部数 4部</p> <p>(3) 報告時期</p> <p><u>勧告の行った日の属する月の翌月の10日までとする。ただし、「勧告に対する申請者の対応」が相当遅れる場合は、当該部分のみ後日報告するものとする。</u></p> <p><u>(別紙様式3)</u></p> |
|---|---|

| | |
|--|------|
| | (新規) |
|--|------|

(別紙様式3)

医療法第27条の2の規定に基づく勧告及び命令の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|---------------------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 申請病床数 (病床機能別) | | 条件付許可病床数 (病床機能別) | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| 命令年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 命令に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式4)

医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|---------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 開設等申請年月日 | | | |
| 申請病床数 | | 申請病床の種別 | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する 申請者の対応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式3)

医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|---------|--|
| 病院名 | | | |
| 開設者氏名 | | | |
| 病院所在地 | | | |
| 開設等申請年月日 | | | |
| 申請病床数 | | 申請病床の種別 | |
| 勧告年月日 | | | |
| 医療審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する 申請者の対応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(別紙様式5)

医療法第30条の12第1項の規定において読み替えて準用する第7条の2第3項の規定に基づく要請及び同条第2項の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|---------------------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 削減要請年月日 | | 削減要請病床数 (病床の種類別) | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 要請に対する反応 | | | |
| 勧告年月日 | | 勧告対象病床数 (病床の種類別) | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(新規)

(別紙様式6-1)

医療法第30条の15第7項において読み替えて準用する同条第6項の規定に基づく
 要請及び第30条の17の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|----------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 基準日病床機能 | | 基準日後病床機能 | |
| 要請年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 要請に対する反応 | | | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |

(新規)

(別紙様式6-2)

医療法第30条の16第2項において読み替えて準用する同条第1項の規定に基づく
 要請及び第30条の17の規定に基づく勧告の実施状況報告

| | | | |
|------------------|--|----------------|--|
| 病院又は診療所名 | | | |
| 開設者又は 管理者氏名 | | | |
| 病院又は診療所 所在地 | | | |
| 転換要請年月日 | | | |
| 転換を要請した 病床機能 | | 転換を要請した 病床数 | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 要請に対する反応 | | | |
| 勧告年月日 | | | |
| 都道府県医療 審議会の意見 | | | |
| 勧告に対する反応 | | | |
| その他参考事項 | | | |