

医療計画作成指針の主な改正点  
(平成 29 年 7 月 31 日付け改正)

(厚生労働省研修会資料抜粋)

- 1 医師の確保について
- 2 歯科医師の確保について
- 3 薬剤師の確保について
- 4 看護師の確保について
- 5 5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る指針
  - (1) 脳卒中の医療体制構築に係る指針
  - (2) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針
  - (3) 精神疾患の医療体制の構築に係る指針
  - (4) 周産期医療の体制構築に係る指針
  - (5) 在宅医療の体制構築に係る指針
- 6 基準病床の算定について

# 1 医師の確保について

## 医師の確保に向けて③

医療従事者の需給に関する検討会  
第10回 医師需給分科会（H29.6.15）  
における議事に基づき作成

第11回医療計画の見直し等に  
関する検討会 資料4  
（H29.6.30）

### ＜今後の対応＞

- 今後、医師の確保に向けて、医療計画において、以下の点などについて明記することとし、「早急に実行可能な医師偏在対策」を都道府県において推進。

- キャリア形成プログラム<sup>(注)</sup> について、地域枠医師の増加等に対応できるよう、全都道府県において、以下の点に留意して必ず策定することにより、一層の改善を推進
  - ・ 大学所在都道府県の出身者は、臨床研修修了後、その都道府県に定着する割合が高いことから、地域枠の入学生は、原則として、地元出身者に限定する。
  - ・ 医師のキャリア形成に関する知見を得たり、重複派遣の防止など医師確保の観点から大学（医学部・付属病院）による医師派遣と整合的な医師派遣を実施したりすることができるよう、地域医療支援センターがキャリア形成プログラムを策定する際には、大学（医学部・付属病院）と十分連携する。

(注) キャリア形成プログラム：主に地域枠医師を対象に、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域、診療科の解消を目的として、都道府県（地域医療支援センター等）が主体となり策定された医師の就業プログラム。地域医療介護総合確保基金を活用した医師修学資金貸与事業については、既に一部改善を促している点もある。

なお、地域枠については、平成20年度以降の医学部定員の暫定増の中心である医師確保が必要な地域や診療科への従事を要件とする地域枠のほか、都道府県と大学が連携して設けるものや大学が独自に設けるものなど様々な地域枠が存在している。このうち、学生に奨学金を貸与するなど都道府県が関与している地域枠については、原則として、地元出身者に限定するべきである。また、大学独自の地域枠に関しても、地域枠の趣旨に鑑み、可能な限り地元出身者に限定することが望ましい。さらに、都道府県が関与している地域枠については、必ずキャリア形成プログラムを策定することとなるが、大学独自の地域枠や地域枠以外の医師についても、地域医療への興味・関心をより一層高め、そのキャリアと地域医療に配慮された医師派遣が行われるよう、都道府県が策定したキャリア形成プログラムの活用等がなされるよう検討すべきである。

## 医師の確保に向けて④

医療従事者の需給に関する検討会  
第10回 医師需給分科会（H29.6.15）  
における議事に基づき作成  
第11回医療計画の見直し等に  
関する検討会 資料4  
（H29.6.30）

- ・ 大学所在都道府県における臨床研修修了者は、臨床研修修了後、その都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、大学所在都道府県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づける。
- ・ 医師が不足する地域や診療科における医師を確保するという医学部定員の暫定増の本来の趣旨に鑑み、キャリア形成プログラムにおいて、勤務地や診療科を限定する。
- ・ 修学資金貸与事業における就業義務年限について、対象者間のバラつきを全国では正するため、同様の枠組みである自治医科大学と同程度の就業義務年限とする。
- ・ 地域枠医師の増加等を踏まえ、特段の理由なく、特定の開設主体に派遣先が偏らないようなキャリア形成プログラムとする。
- ・ 出産、育児等、医学部入学時点では想定されなかったやむを得ない事情が発生した場合には、都道府県が、キャリア形成プログラムの内容の変更等について、柔軟に対応できるようにする。

## 医師の確保に向けて⑤

医療従事者の需給に関する検討会  
第10回 医師需給分科会（H29.6.15）  
における議事に基づき作成  
第11回医療計画の見直し等に関  
する検討会 資料4  
（H29.6.30）

- 今後作成予定の、詳細な医師の配置状況が把握できる新たなデータベースを、都道府県の医師確保に活用
- 地域医療支援センターとへき地医療支援機構の統合も視野に、へき地も含めた一体的な医師確保を実施
- 地域医療支援センターによる医師確保の実効性向上のため、SNS等を活用して若手医師の主体的な参画を促すなど様々な関わり方を可能にすることで、今以上に若手医師へのアプローチを強化
  - ① へき地以外でも代診医師の支援を行うこと
  - ② グループ診療を可能にするよう、同一の医療機関に同時に複数の医師を派遣したり、他の病院から代診医師を派遣するよう斡旋すること
  - ③ へき地以外でも遠隔での診療支援を行うことなど、地域医療支援センターの派遣調整に当たって、医師の勤務負担軽減に配慮
- 地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターが連携

## 2 歯科医師の確保について

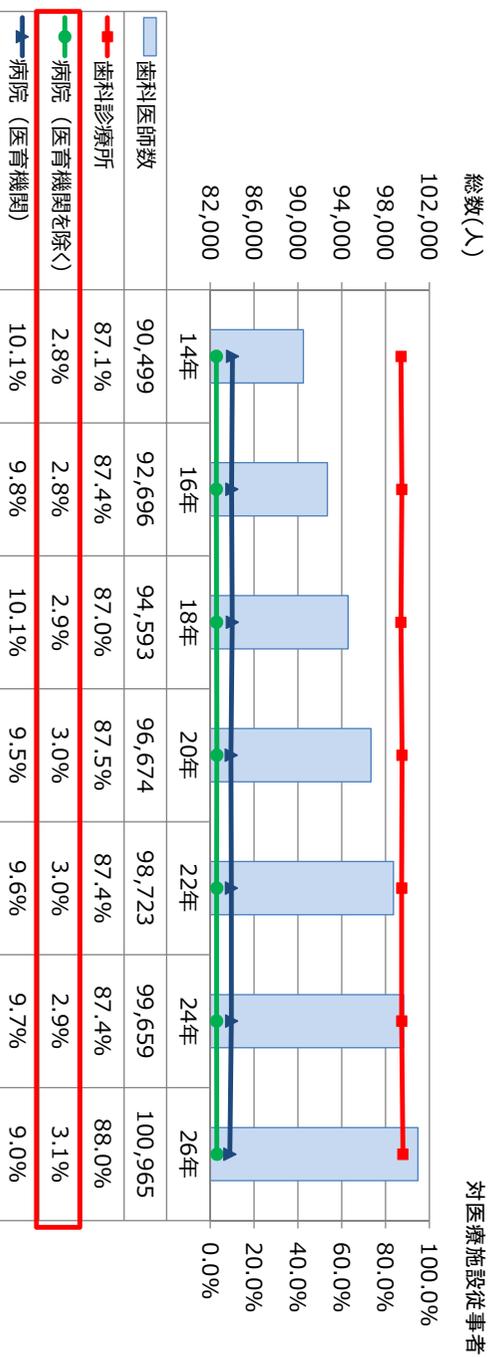
### 病院に勤務する歯科医師の確保に向けて③

第11回医療計画の見直し等に  
関する検討会 資料4  
(H29.6.30)

<今後の対応>

- 今後、医療計画においては、「歯科医師の資質向上等に関する検討会」等の関係審議会等における議論の進捗状況を踏まえ、医科歯科連携を更に推進するための具体的な方策の一つとして、歯科医師の担うべき役割や、勤務する場所を含めた、歯科医師の確保に向けた取組を記載することを検討する。

(参考：医療施設に従事する歯科医師数)



### 3 薬剤師の確保について

## かかりつけ薬剤師の確保に向けて③

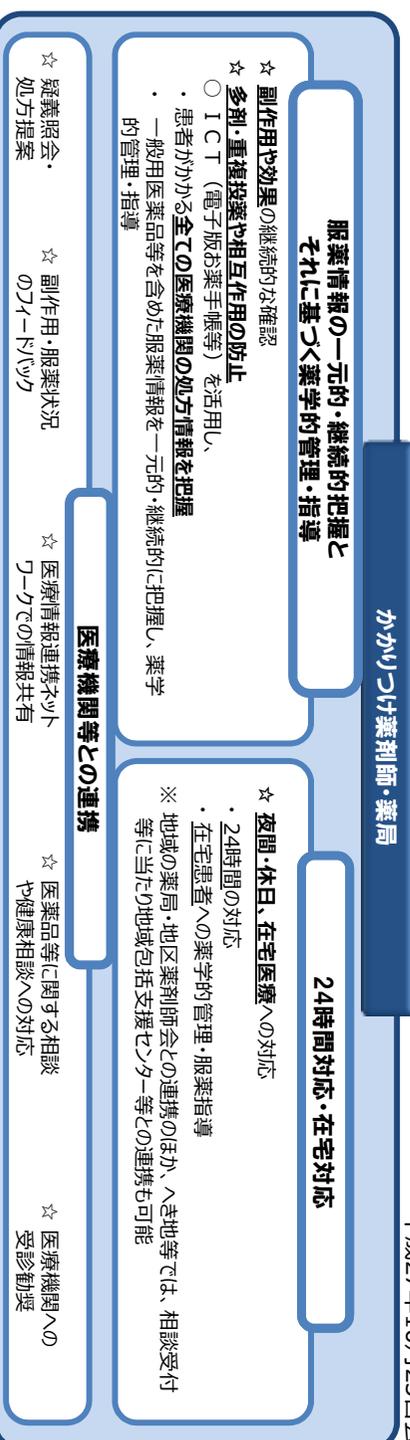
第111回医療計画の見直し等に  
関する検討会 資料4  
(H29.6.30)

### <今後の方針、方向性>

- 患者のための薬局とジョンの内容を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局として、以下の機能を備えていく必要がある。
  - ①服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導
  - ② 24時間対応・在宅対応
  - ③かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化
- 今後、上記内容を備えた薬剤師を確保するため、医療計画において、「薬剤師の資質向上のために、『患者のため』の薬局とジョン』を踏まえ、最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の習得を基礎としつつ、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修、及び医療機関等との連携強化につながる多職種と共同で実施する研修等が行われるよう、研修状況を把握し、関係者間の調整を行う。」旨を明記し、薬剤師の資質向上を含め、かかりつけ薬剤師の確保に向けた取組を推進していく。

「患者のための薬局とジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表



## 4 看護職員の確保について

### 看護職員の確保に向けて②

#### <現状の取組と課題>

- 看護職員の復職支援・離職防止等の総合的な対策を実施している。
  - (1) 看護職員の復職支援の強化(看護師等人材確保促進法改正 平成27年10月1日施行)
    - ・ 看護師等免許保持者について一定の情報の届出制度を創設し、離職者の把握を徹底。
    - ・ 都道府県ナースセンターが、離職後も一定のつながりを確保し、ライフサイクル等を踏まえて適切なタイミングで復職研修等の必要な支援を実施。
  - (2) 勤務環境の改善を通じた定着・離職防止(医療法改正 平成26年10月1日施行)
    - ・ 看護職員を含めた医療従事者全体の勤務環境を改善するため、医療機関による自主的な勤務環境改善の取組を促進し、都道府県医療勤務環境改善センターが医療機関の取組を支援。
    - ・ コーライフバランス等にも配慮した取組を促進し、看護職員の定着・離職防止を推進。
- 第6次医療計画には、医療介護総合確保推進法に基づき、看護職員の復職支援や離職防止の記載がないため、医療計画に明記して更なる看護職員の復職支援や離職防止を推進することが必要。

#### (参考)

「医療計画について(平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知)」別紙 医療計画作成指針

#### 5. 医療従事者の確保【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、...

### 看護職員の確保に向けて③

#### <今後の対応>

- 今後、医療計画において、「看護職員の確保に向けて、地域の実情を踏まえつつ看護師等の離職届出を活用した復職支援や、医療機関の勤務環境改善による離職防止などの取組を推進していくことが必要である。」旨を明記し、看護職員の確保に向けた取組を推進していく。

# 特定行為研修を修了した看護師の確保に向けて③

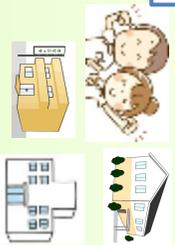
第11回医療計画の見直し等に  
関する検討会 資料4  
(H29.6.30)

- <今後の対応>
- 今後、在宅医療等を支える看護師を地域で計画的に養成していくため、医療計画において、「地域の実情を踏まえ、看護師が特定行為研修を地域で受講できるよう、指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた計画」を明記し、都道府県における特定行為研修を修了した看護師の確保に向けた取組を推進していく。

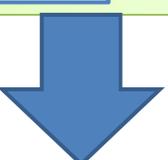
## 都道府県における取組のイメージ

看護師が特定行為研修を地域で受講できるよう、指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制を整備

- ① 調査等による現状の把握及び課題の抽出
- ② 関係団体等との連携体制の構築
- ③ 地域医療介護総合確保基金等の活用による支援事業等の実施



- ④ 具体的な計画を医療計画に記載し、体制を整備



2025年に向け、在宅医療等  
を支えるため、地域の実情  
を踏まえた、特定行為研修  
を修了した看護師の確保、  
活躍の推進



# 脳卒中中の医療体制

## 【概要】

- 脳血管疾患による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な急性期診療を実施する体制の構築を進める。
- 急性期から慢性期を通じて、リハビリテーション・シジョンや、再発・合併症予防を含めた、一貫した医療を提供する体制を構築する。

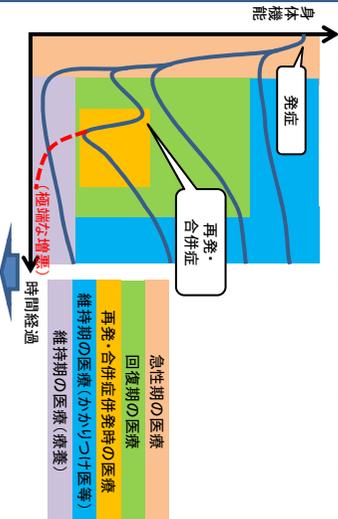
### 急性期の課題例

- 急性期脳梗塞に対し、t-PA療法、血管内治療が有効であるが、普及が不十分。

### 慢性期の課題例

- 脳卒中は、介護の原因疾患の第一位。
- 脳卒中は、発作後1年で10%、5年で50%と高率に再発する。

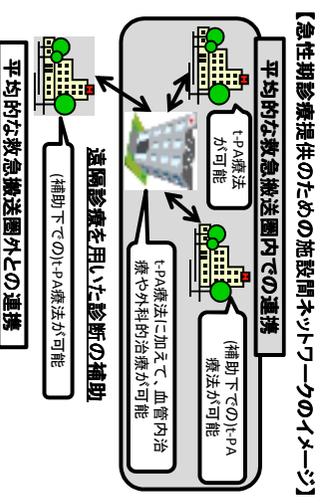
【脳卒中中の臨床経過イメージ】  
発症後の経過、予後が個人により大きく異なる。



個人の状態等に応じた、リハビリテーションを含む医療の提供が必要

### 適切な急性期治療の実施

- 地域の医療施設が連携して、24時間専門的な急性期診療を提供できる体制の構築。
- 平均的な救急搬送圏内での連携体制が基本。
- 遠隔画像診断等の診断の補助に基づいたt-PA療法の実施。
- 施設毎の医療機能を明確にした上での、効率的な連携体制。
- 提供する急性期医療について、適切性、安全性等の質の確保。



### 回復期・慢性期の後遺症軽減と再発・合併症への対応

- 回復期リハビリテーション・シジョン適応の検討。
- 機能的な改善の到達点と到達する時期の想定。
- 回復期リハビリテーション・シジョンの適応がある場合は、地域連携、バスの活用等による、急性期から回復期の医療、回復期から維持期の医療への円滑な移行。
- 脳卒中再発・合併症予防の継続と、再発・合併症発症時の、患者の状態等に応じた適切な医療施設における治療の実施。

脳卒中中の臨床経過を踏まえた、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築

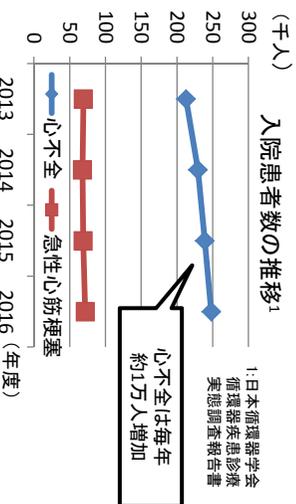
# 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

## 【概要】

- 「急性心筋梗塞」を「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直し、心不全等の合併症等を含めた医療提供体制の構築を進める。
- 急性期心血管疾患による死亡を防ぐため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進める。
- 急性期の治療に引き継ぎ、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築する。

### 急性期の課題例

- 急性心筋梗塞死亡例の半数以上は院外心停止である。
- 急性大動脈解離は発症後2日での死亡率が50%に達する。
- 心血管疾患の終末的な病態である心不全は増加傾向にある。

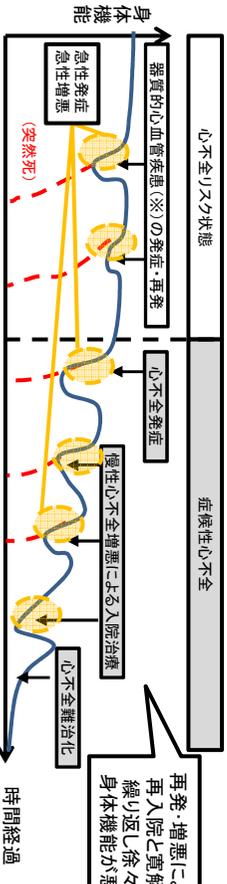


### 慢性期の課題例

- 1年間で慢性心不全患者の約20～40%は再入院する。

心不全等の合併症や、他の心血管疾患(大動脈解離等)を含めた医療提供体制の構築

### 【心血管疾患患者の臨床経過イメージ】



### 急性期・急性増悪時の死亡率抑制

- 対応疾患に応じた、24時間専門的な急性期診療を提供できる体制の構築。
- 平均的な救急搬送圏内での連携体制が基本。
- 地域や対応疾患(※)によっては平均的な救急搬送圏外との連携体制の構築。

### 回復期・慢性期の再発・増悪予防

- 多面的・包括的な疾病管理(患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等)の推進。
- 地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制の構築。
- 地域全体で患者を管理する体制の構築。(かかりつけ医等と専門的医療を行う施設の連携)

心血管疾患の臨床経過を踏まえた、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築

# 精神疾患の医療体制の構築に係る指針（認知症）

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7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

（別紙）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

- (1) 統合失調症（略）
- (2) うつ病・躁うつ病（略）
- (3) 認知症（中略）

（政策動向）

厚生労働省は、平成37（2025）年を見据え、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し、平成27年1月27日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。）を関係省庁と共同で策定した。

総合戦略は7つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポーター医を養成している。平成28年度末時点で認知症サポーター医養成研修後の受講者数は6,6千人となっている。

また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成28年度末時点において全国で375カ所の認知症疾患医療センター（重幹型15、地域型335、連携型25）が設置されている。

そのほか、平成27年度より、速やかに適切な医療・介護等が受け入れられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポーターを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、平成28年度末時点で203市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第7次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。さらに、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、数値目標も含め総合戦略に基づき、地域の実情に応じた医療提供体制の整備を進める必要がある。その際には、以下について留意されたい。

① 早期診断・早期対応のための体制整備について

（かかりつけ医、認知症サポーター医の養成）

かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施や認知症サポーター医の養成を進め、身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備すること

（認知症初期集中支援チームの取組の推進）

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

# 精神疾患の医療体制の構築に係る指針（認知症）

（認知症疾患医療センター等の整備）

都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センター以外の認知症の鑑別診断を行える医療機関※※について、二次医療圏における65歳以上人口も踏まえ、計画的に整備を図っていくこと。

認知症疾患医療センターについては、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度整備すること。

※ 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※※ 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（業務回）が配置されている医療機関

（関

）歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上）

歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるように体制を整備すること

② 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応

（病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上）

病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員等の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること

（適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備）

認知症の人に行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態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観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること

③ 医療・介護等の有機的な連携の推進

（認知症地域支援推進員の取組の推進）

認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

（認知症ケアパスの活用）

地域で生成された認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること

（若年性認知症支援）

若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること

(4) ～ (15)（略）

2（略）

第2（略）

第3（略）

# 第7次医療計画における「周産期医療」の追加見直しのポイント

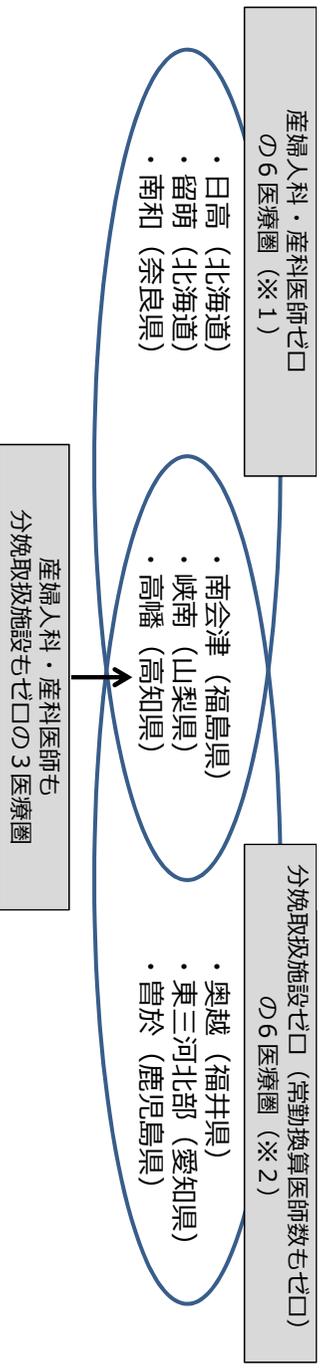
## ＜見直しの趣旨＞

無産科二次医療圏の解消に向けた対策の設定。



- ① 圏域設定の見直しも含めた検討を行う。
- ② 「産科医療確保事業等」を活用し、分娩取扱施設の確保や、産科医の派遣、圏域を越える搬送体制の準備等を通じた、問題の解消に向けた対策を盛り込む。

(参考) 無産科二次医療圏について (平成26年の調査に基づく状況)



※1 分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない (日替わりで出張医師が来るなど)。ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師調査ではゼロとなる。(出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査)

※2 産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。(出典：平成26年医療施設調査)

# 第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント①

## ＜見直しの趣旨①＞

- ・ 介護保険事業 (支援) 計画との整合性の確保。



### 目標設定の時点

- ・ まず、第7期介護保険事業計画 (平成30～32年) と整合するよう、平成32年度末時点の目標を設定。
- ・ その後、医療計画の中間見直しにおいて、第8期介護保険事業計画 (平成32～35年) と整合するよう、平成35年度末時点の目標を設定。

### 目標設定の対象となる需要

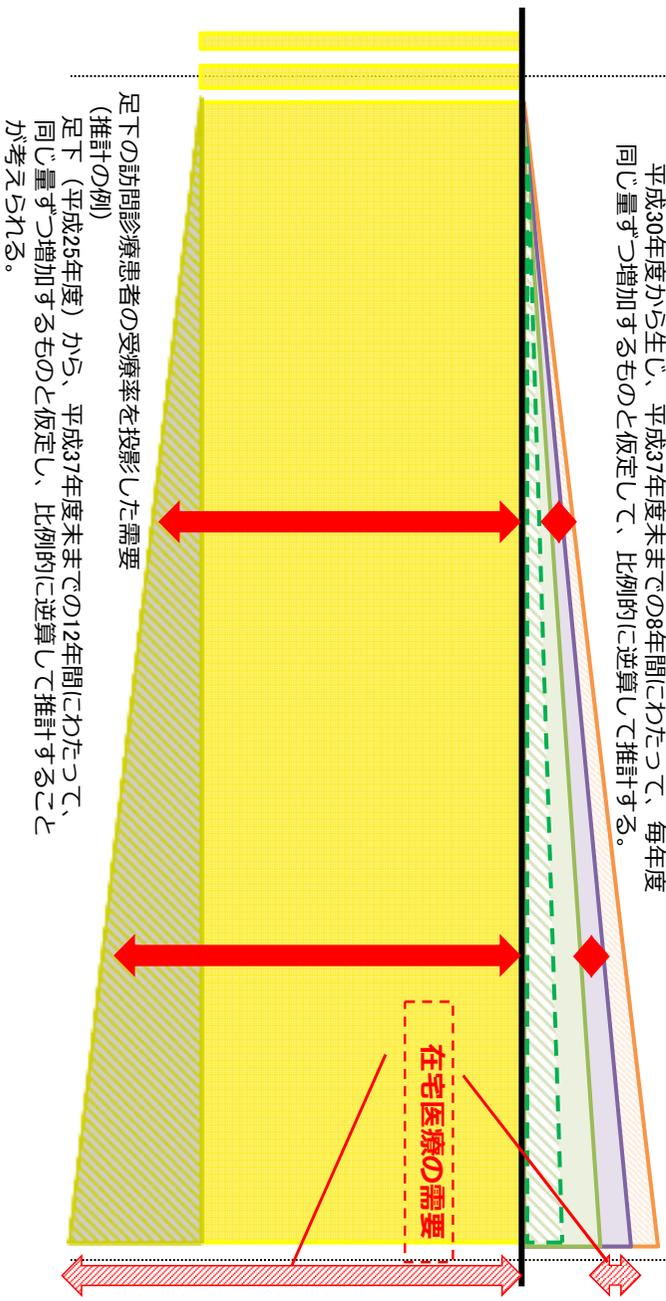
以下の需要を算出。

- ・ 介護施設・在宅医療等の追加的 needのうち、「協議の場」の協議により、在宅医療で受け止めることとした部分<sup>+</sup>
- ・ 足下の訪問診療患者の受療率を将来人口に投影することで推計した need

# 目標設定の対象となる需要のイメージ

29	30年度	31	32	33	34	35	36	37	38年度
		第7次 医療計画 (中間見直し)					第8次 医療計画		
		第7期 介護保険事業(支援)計画					第9期 介護保険事業(支援)計画		
							地域医療構想 支援計画		

追加的需要  
(3課長連名通知より)  
平成30年度から生じ、平成37年度末までの8年間にわたって、毎年度同じ量ずつ増加するものと仮定して、比例的に逆算して推計する。



## 第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント②

### <見直しの趣旨②>

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。

数値目標と施策

### 必ず記載いただくこと (原則)

- ① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標と、その達成に向けた施策

### 可能な限り記載いただくこと

- ② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、「退院支援」、 「急変時の対応」、 「看取り」といった機能ごとの数値目標と、達成に向けた施策
- ③ 多職種による取組を確保するための、「訪問看護」、 「訪問歯科診療」、 「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての数値目標と、達成に向けた施策

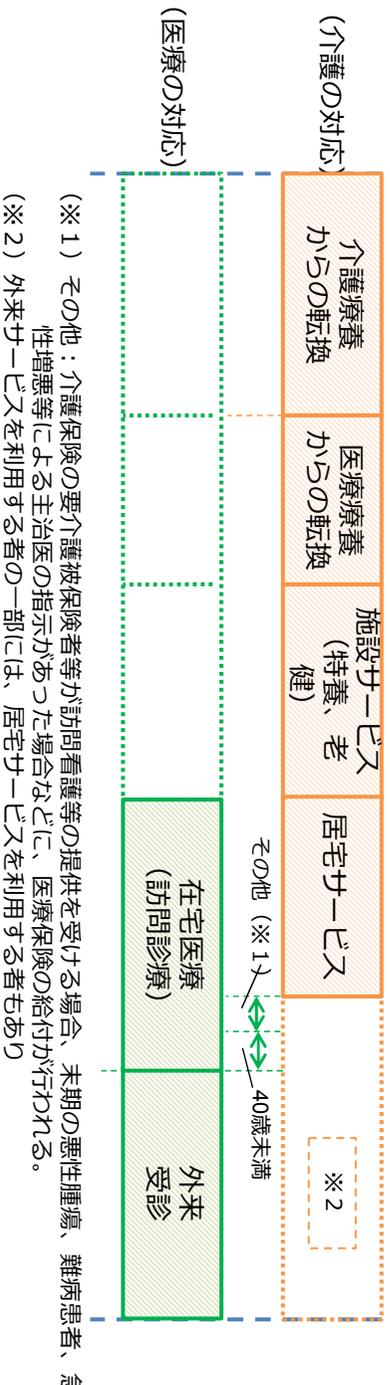
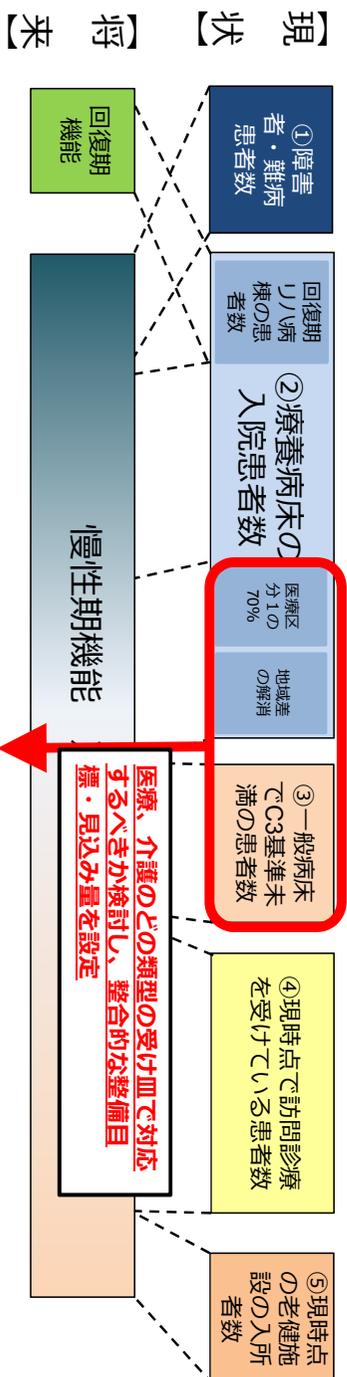
(目標設定するべき項目・指標のイメージ)

- 「退院支援」
- 「急変時の対応」
- 「看取り」
- 「訪問看護」
- 「訪問歯科診療」
- 「訪問薬剤管理指導」
- ・ 退院支援ルールを設定している二次医療圏数
- ・ 在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
- ・ 在宅看取りを実施している診療所、病院数
- ・ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数
- ・ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所数
- ・ 訪問薬剤指導を実施している事業所数
- ・ 機能強化型訪問看護ステーション数
- ・ 在宅療養支援歯科診療所数

# 在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回医療計画の見直し  
等に関する検討会 資料1

都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における総合的な整備目標・見込み量を設定する。

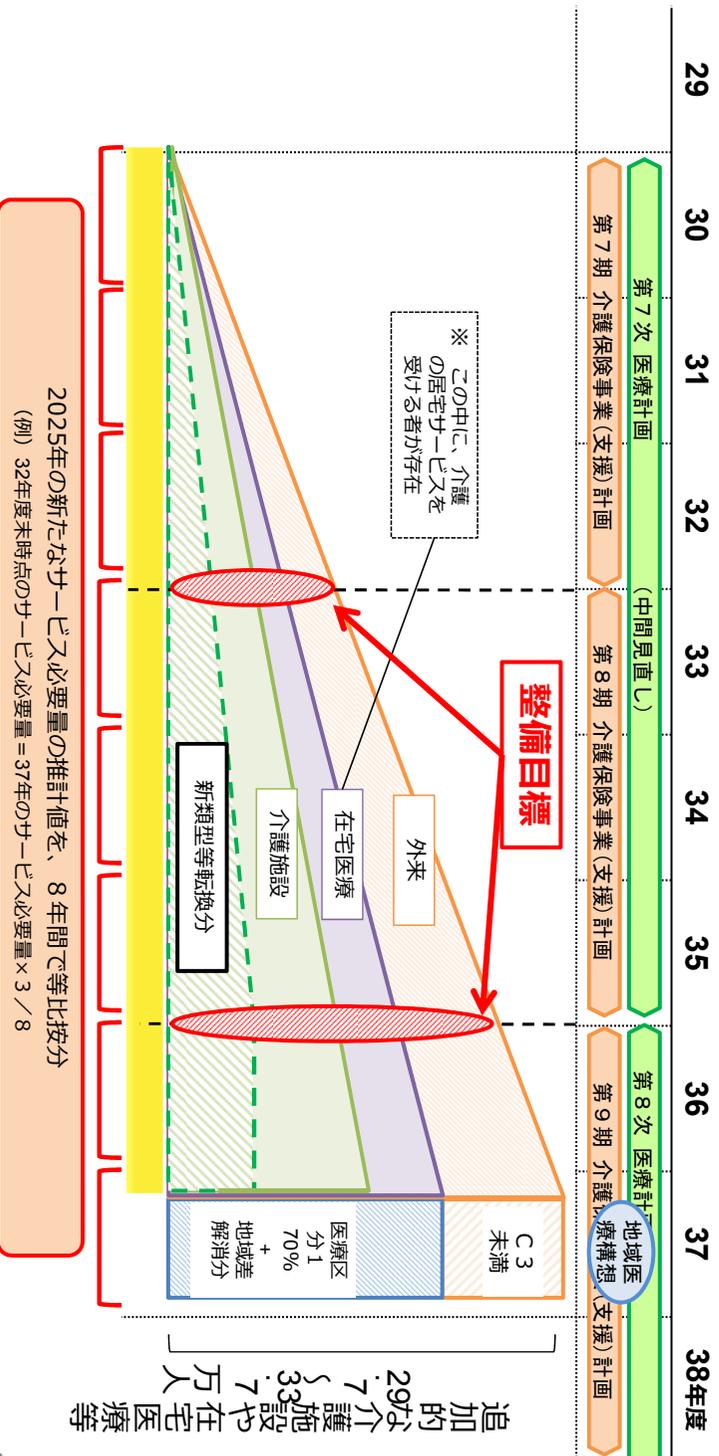


## 各計画の終了時点における新たなサービス必要量の推計方法

第11回医療計画の見直し  
等に関する検討会  
資料1 (一部改変)

② 市町村別に按分した2025年(平成37年)の必要量から、第7期介護保険事業(支援)計画の終了時点(平成32年度末)、第7次医療計画の終了時点(平成35年度末)の数値を、比例的に推計する。

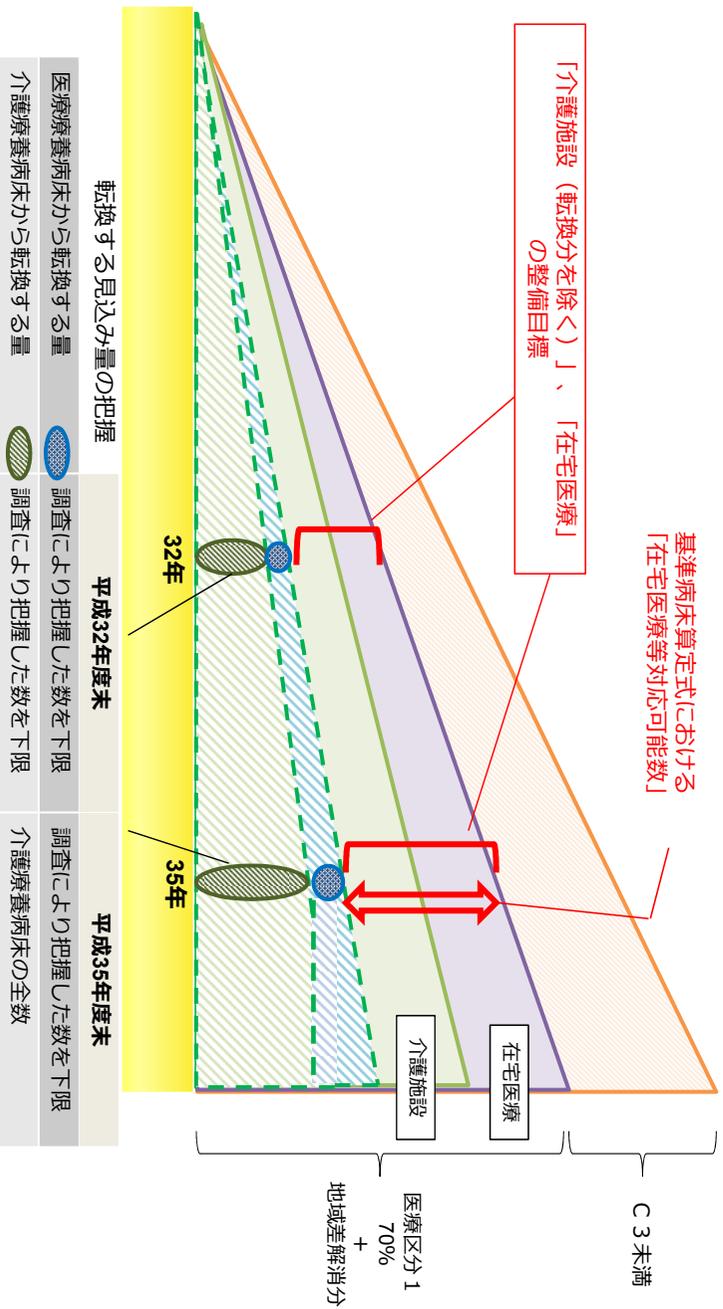
○ 比例的に推計する方法について、具体的には、始点を平成30年、終点を平成37(2025)年度末と設定して行うことを基本とする。



## 療養病床から介護医療院等へ転換する見込み量の把握（イメージ）

第11回医療計画の見直し  
等に関する検討会 資料1  
(一部改変)

- 医療療養病床については、都道府県と市町村の連携の下、平成32年度末、35年度末時点において転換する見込み量について調査を実施し、把握した数を下限として設定する。  
※国は、調査すべき事項等を示す。
- 介護療養病床については、経過措置期間が平成35年度末とされていることを踏まえ、平成32年度末時点については調査により把握した数を下限とし、平成35年度末時点については全数に相当する数を、転換する見込み量として設定する。



## 療養病床から生じる新たなサービス必要量の受け皿の考え方

第11回医療計画の見直し  
等に関する検討会 資料1  
(一部改変)

- (患者調査を活用する場合)
  - 患者調査の結果を活用する場合、都道府県や市町村の新たな調査等の負担が生じることなく利用できるが、結果の精度について、例えば医療区分といった患者の状態等については含まれていない。  
また、訪問診療を利用する患者を検討するにあたっては、自宅で利用する場合に限定され、有料老人ホームでの訪問診療の状況を把握できない。

- (国保データベース (KDB) を活用する場合)
  - KDBを活用する場合、医療区分別に患者の退院先を把握することや、当該患者の介護サービスの利用量を把握することも可能であるが、市町村等による相応の作業負担が生じる。

- (病床機能報告を活用する場合)
  - 病床機能報告を活用する場合、その退院患者数の報告は6月の1か月分の状況に限られるため、平均在院日数が長く、退院患者数の少ない療養病床については、その検討に当たって必ずしも十分な量のデータとなっていない可能性がある。

- 受け皿の整備目標の検討に資するデータについて、既存の調査や報告の結果は一長一短。
  - どのようなデータを用いるかは、各調査・報告の性質を理解した上で、地域で協議して判断することとする。

- 医療療養病床から退院する患者の退院先の状況について、患者調査の結果をみると、以下のとおり。
- 自宅で在宅医療を受ける患者と、介護施設を利用する患者との比率は、約1：3となる。

	H20	H23	H26
総数	37.7	38.5	44.1
家庭	19.1	18.3	21.2
当院に通院	10.1	9.1	9.6
他の病院・診療所に通院	6.2	6.7	8.8
在宅医療（訪問診療・訪問看護等）	1.3	1.2	1.5
その他	1.5	1.3	1.4
他の病院・診療所に入院	5.3	4.7	5.0
地域医療支援病院・特定機能病院	0.8	1.1	1.2
その他の病院	4.3	3.5	3.7
診療所	0.1	0.1	0.1
介護老人保健施設に入所	2.9	3.0	3.1
介護老人福祉施設に入所	1.6	1.4	1.7
社会福祉施設に入所	0.8	1.3	1.4
その他（死亡・不明等）	8.1	9.9	11.7

(千人)

在宅医療：介護施設  
= 1：3

平成26年患者調査（厚生労働省）

## 国保データベース（KDB）システムの活用

第11回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

- 「国保データベース（KDB）システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。（平成25年10月稼働開始）
- ※KDBシステム運用状況（平成29年5月末現在） 「市町村数1,741中 1,736市町村（99%）」



### KDBシステムが保有する情報

- 健診・保健指導情報
- ・健診結果情報、保健指導結果情報 等

- 医療情報（国保・後期高齢者医療）
- ・傷病名、診療行為、診療実日数 等

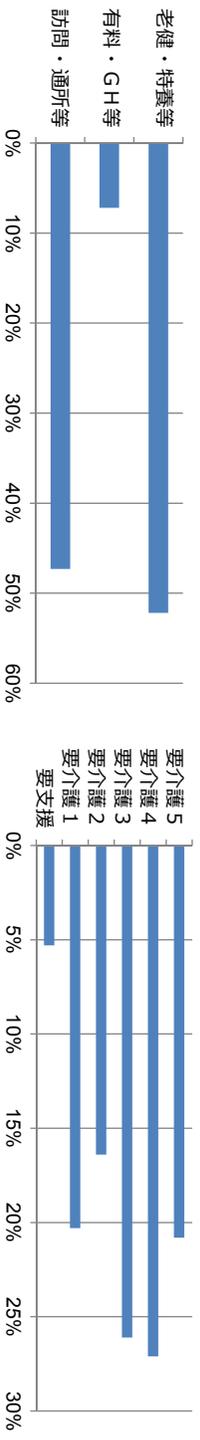
- 介護情報
- ・要介護（要支援）状態区分、利用サービス 等

- KDBシステムを活用して医療保険と介護保険の審査・支払情報を加工したデータを抽出し、分析することで、医療機関を退院した者のうち、退院後に介護保険サービスを利用する者の動向等を統計として把握することも可能。

### <分析例>

- 療養病床から退院した高齢者（65歳以上）における介護サービスの利用状況（同一県内の3市町村の分析例）
- 療養病床から退院した高齢者（65歳以上。医療区分1）のうち、退院後介護サービスを利用した者の割合
- 27年4月～8月までの退院患者：251人
- 退院後6ヶ月以内に介護サービスを利用した者：207人
- \*上記の算出に当たっては、入院、退院、介護サービスの利用を、入院レセプトの有無、介護レセプトの有無等で定義判定

- 療養病床から退院した高齢者（65歳以上。医療区分1）のうち、退院後介護サービスを利用した者の利用動向



- 病床機能報告においては、「入院前の場所、退院先の場所別の患者の状況」、「退院後に在宅医療を必要とする患者の状況」について、病棟ごとに報告することとしている。

報告様式のイメージ（平成28年度病床機能報告）

7. 入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況【平成28年6月の1か月間】		
※「新規入院患者数」及び「退院患者数」の考え方は、上記の「6. 入院患者数の状況」と同様になります。		
① 新規入院患者数【平成28年6月の1か月間】《自動計算により算出》		
入院棟	上記①のうち、院内の他病棟からの転棟	▼ (49)
入院棟前	上記①のうち、家庭からの入院	▼ (50)
入院場所	上記①のうち、他の病院、診療所からの転院	▼ (51)
	上記①のうち、介護施設・福祉施設からの入院	▼ (52)
	上記①のうち、院内の出生	▼ (53)
	上記①のうち、その他	▼ (54)
	上記①のうち、その他	▼ (55)
② 退院患者数【平成28年6月の1か月間】《自動計算により算出》		
退院先	上記②のうち、院内の他病棟へ転棟	▼ (36)
退院先	上記②のうち、家庭へ退院	▼ (57)
退院先	上記②のうち、他の病院、診療所へ転院	▼ (58)
退院先	上記②のうち、介護老人保健施設へ入所	▼ (59)
退院先	上記②のうち、介護老人福祉施設へ入所	▼ (60)
退院先	上記②のうち、介護老人ホーム等へ入所	▼ (61)
退院先	上記②のうち、社会福祉施設・有料老人ホーム等へ入所	▼ (62)
退院先	上記②のうち、終了（死亡退院等）	▼ (63)
退院先	上記②のうち、その他	▼ (64)
8. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況【平成28年6月の1か月間】		
① 当該病棟から退院した患者数【平成28年6月の1か月間】《自動計算により算出》		
※上記の7-②「退院患者数」のうち、「(58)「家庭へ退院」～(64)「その他」の患者数の合計と一致すること		
	上記①のうち、退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院を含む）	▼ (66)
	上記①のうち、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	▼ (67)
	上記①のうち、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	▼ (68)
	上記①のうち、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者	▼ (69)

47

## 医療・介護の体制整備に係る協議の場について

第9回医療計画の見直し等に  
関する検討会 資料2（一部改変）

- 医療計画の作成について）
    - 医療計画の作成にあたっては、都道府県医療審議会、市町村、保険者協議会の意見を聴くこととされている。
    - また、医療審議会の下に、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域医師会等の有識者、都道府県、市町村等で構成する作業部会を設け、目標等についての協議を行うこととしている。
  - 介護保険事業（支援）計画の作成について）
    - 介護保険事業（支援）計画の策定にあたっては、保健医療関係者、福祉関係者等からなる介護保険事業（支援）計画作成委員会等を設け、記載事項についての協議を行うこととしている。
- 【医療・介護の体制整備に係る協議の場について】
- 協議の場については、上記の審議会等で議論する前段階として、自治体が地域医師会等の有識者を交えて、**計画を策定する上で必要な整合性に関する協議を行う場とする。**
- ※それぞれの計画の最終的な議論は、医療審議会や作業部会、介護保険事業（支援）計画作成委員会等において、それぞれ行う。

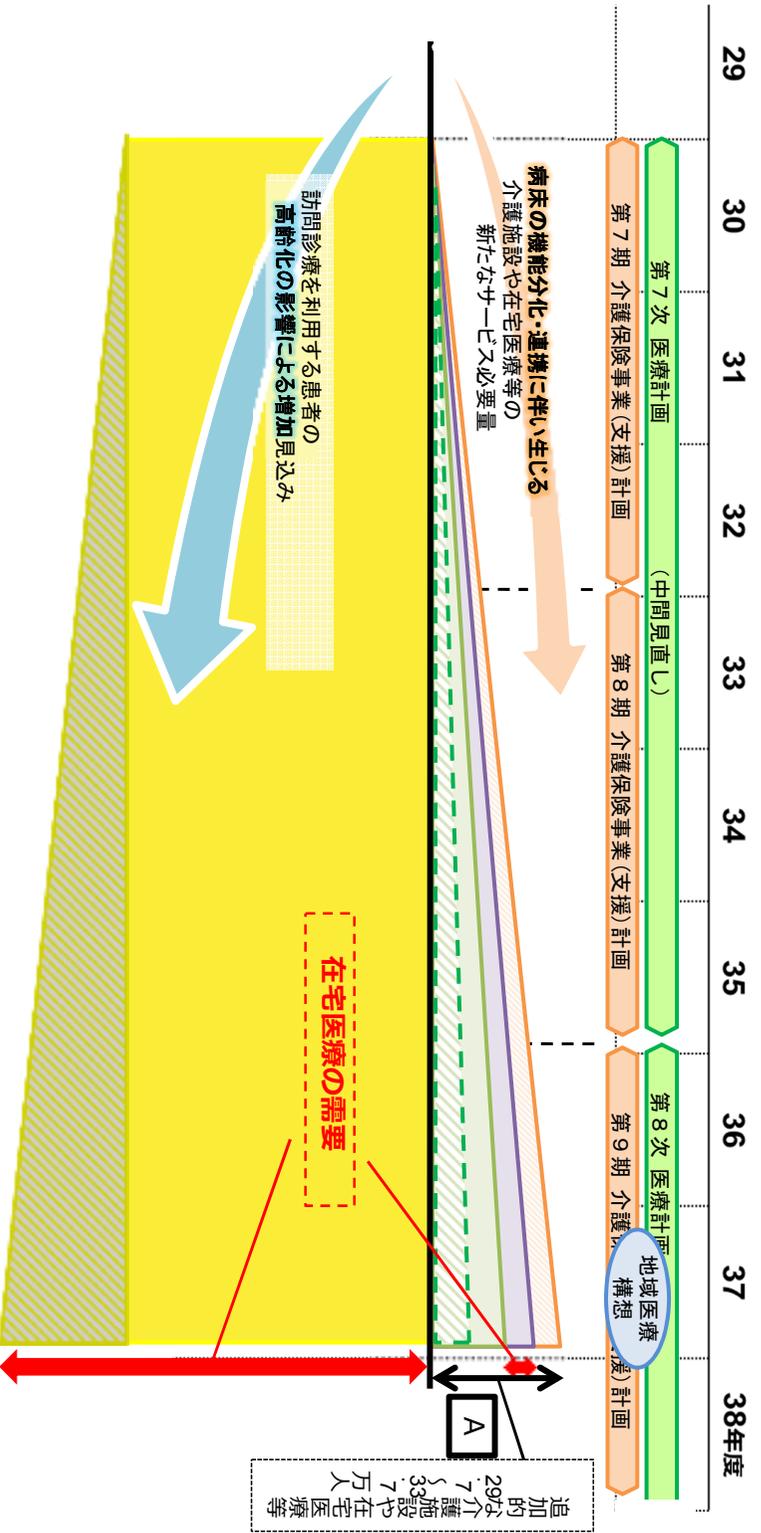
- 協議の場は、**二次医療圏単位で設置することを原則とする。**ただし、**二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合等、二次医療圏単位での開催が適当でない場合には、都道府県が適当と認める区域も可能とする。**
- また、地域医療構想調整会議の枠組を活用し、同会議の下に関係者によるワーキンググループ形式で設置する等、柔軟な運用を可能とする。



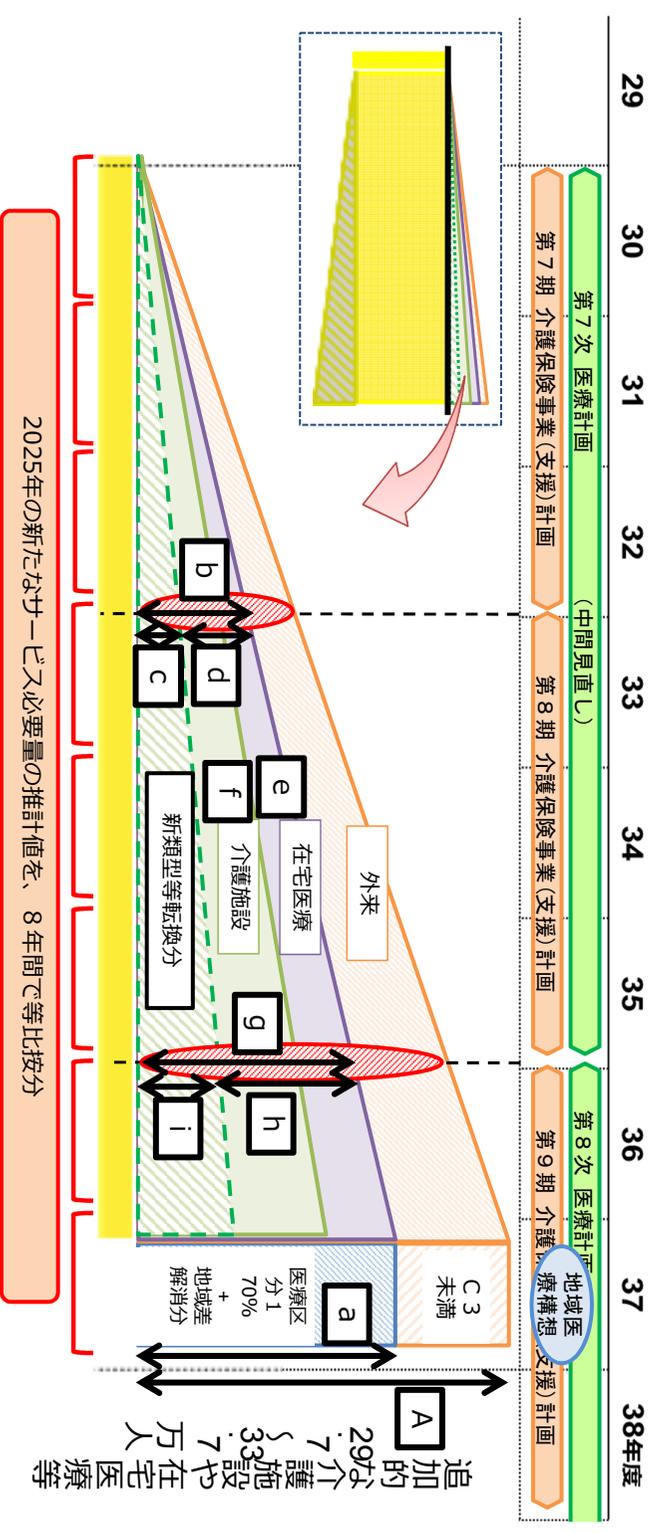
なお、協議が円滑に進行するよう、自治体関係者間において事前に整理・調整すべき事項を別途設定し、提示する。

51

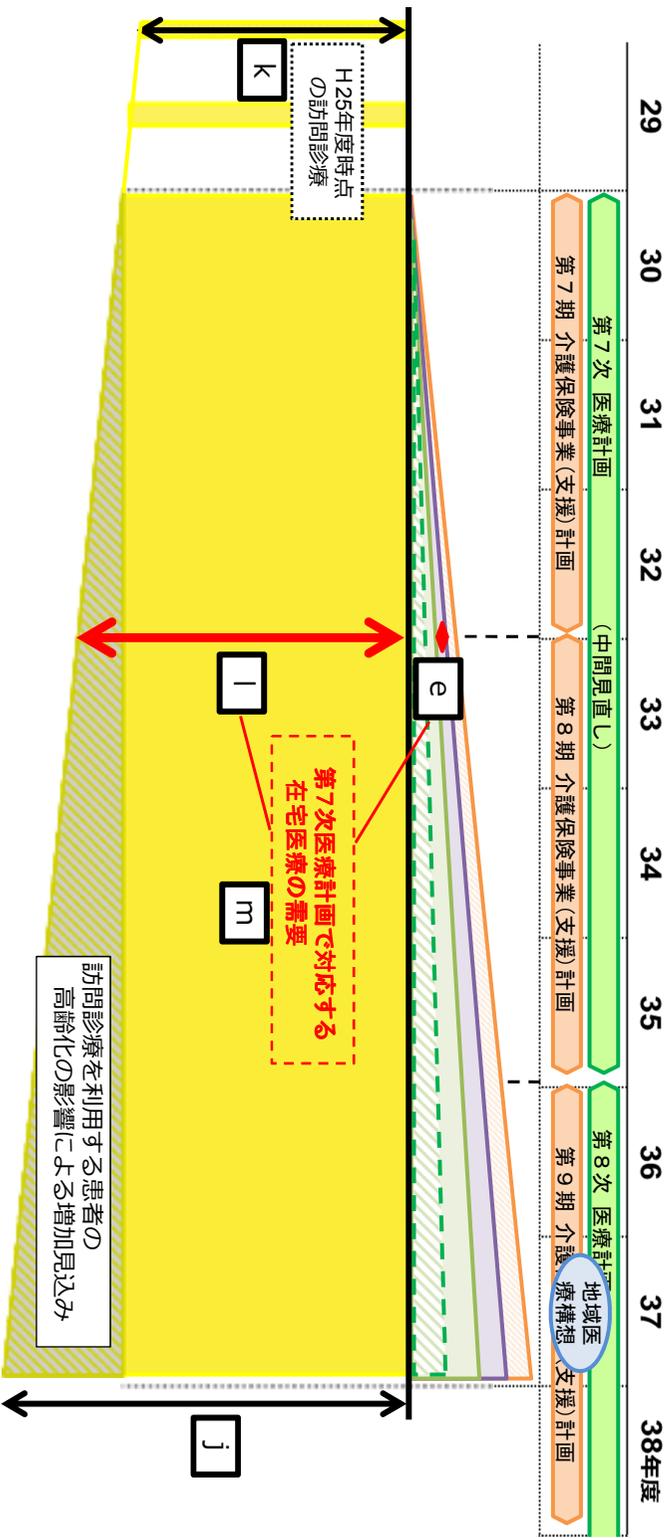
# 在宅医療の需要の全体イメージ



# 在宅医療と介護施設で受け持つ割合



# 第7次医療計画で対応する在宅医療の需要



29

30

31

32

33

34

35

36

37

38年度

第7次 医療計画

(中間見直し)

第8次 医療計画

地域医療構想

支援計画

第7期 介護保険事業(支援)計画

第8期 介護保険事業(支援)計画

第9期 介護保険事業(支援)計画

H25年度時点  
の訪問診療

k

e

第7次医療計画で対応する  
在宅医療の需要

l

m

訪問診療を利用する患者の  
高齢化の影響による増加見込み

j

# 基準病床数の算定式について

(愛媛県医療対策課作成資料)

## 1 一般病床及び療養病床

【根拠】 医療法施行規則第30条の30第1項

(1) 一般病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{A} \\ \text{A} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{B} \\ \text{B} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{C} \\ \text{C} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{H} \\ \text{H} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{I} \\ \text{I} \end{array} \right]$$

直近の性別・年齢階級別人口 × 性別・年齢階級別一般病床退院率 × 平均在院日数 + 流入入院患者数 - 流出入院患者数

$$\left[ \begin{array}{l} \text{D} \\ \text{D} \end{array} \right]$$

病床利用率

(2) 療養病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{A} \\ \text{A} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{E} \\ \text{E} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{F} \\ \text{F} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{H} \\ \text{H} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{I} \\ \text{I} \end{array} \right]$$

直近の性別・年齢階級別人口 × 性別・年齢階級別療養病床入院受療率 - 介護施設、在宅医療等対応可能数 + 流入入院患者数 - 流出入院患者数

$$\left[ \begin{array}{l} \text{G} \\ \text{G} \end{array} \right]$$

病床利用率

(3) 都道府県間の患者流出入を見込む場合

流出先又は流入元の都道府県と協議を行い定めた数

A. 直近の性別・年齢階級別人口

【根拠】 医療計画作成指針（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局通知、同年7月改正） ⇨ 平成27年国勢調査人口

圏域	性別	総数	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳以上
宇摩	男	42,596	1,680	1,886	1,951	1,958	1,577	2,164	2,427	2,707	3,150	2,692	2,611	2,811	3,318	3,637	2,454	2,099	1,618	915	336	68	7
	女	44,817	1,595	1,818	1,811	1,753	1,466	2,001	2,152	2,536	2,947	2,566	2,681	2,815	3,386	3,712	2,894	2,687	2,441	1,917	995	289	54
新居浜・西条	男	109,358	4,729	5,117	5,380	5,155	3,959	5,366	6,065	7,120	8,189	6,794	6,870	7,853	9,260	6,733	5,287	4,204	2,524	2,024	1,899	189	21
	女	118,719	4,483	4,881	5,079	4,739	3,553	4,803	5,911	6,779	8,047	6,689	6,907	7,150	8,509	10,102	7,908	7,204	6,810	5,034	2,529	769	125
今治	男	87,236	2,792	3,169	3,483	3,313	2,452	3,224	4,099	4,709	5,653	4,663	4,562	4,773	5,910	7,520	5,609	4,352	3,252	1,835	650	135	21
	女	78,013	2,025	3,326	3,569	3,740	2,670	3,619	4,099	4,651	5,824	5,071	4,932	5,209	6,568	8,194	6,853	5,612	5,104	3,837	1,958	595	135
松山	男	303,452	13,034	13,659	14,966	16,259	14,986	14,167	16,794	19,552	22,623	18,905	18,144	18,744	21,067	23,086	16,693	12,834	9,566	5,748	1,911	378	36
	女	342,603	12,277	13,429	13,968	15,552	15,337	15,789	17,973	20,879	24,017	21,151	20,866	21,184	23,287	26,031	20,252	17,327	15,747	11,635	5,530	1,656	320
八幡浜・大洲	男	67,972	2,375	2,708	3,185	2,929	1,685	2,373	2,942	3,656	4,053	3,808	4,361	5,166	5,945	6,624	4,562	4,252	3,738	2,302	779	154	24
	女	76,352	2,195	2,508	2,899	2,722	1,638	2,401	2,990	3,451	4,088	4,037	4,344	4,983	6,112	6,691	5,590	5,928	5,839	4,688	2,223	639	109
宇和島	男	52,989	1,815	2,053	2,391	2,256	1,276	1,708	2,231	2,891	3,418	2,994	3,379	3,883	4,876	5,647	3,669	3,185	2,808	1,673	541	84	12
	女	61,155	1,632	1,887	2,355	2,247	1,247	1,659	2,163	2,818	3,383	3,276	3,541	4,282	5,171	5,986	4,580	4,549	4,567	3,428	1,729	464	79

B. 性別・年齢階級別一般病床退院率

【根拠】 医療法施行規則別表第7の規定に基づき、医療法第30条の4第2項第11号に規定する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、平成29年3月改正）

⇨ 【四国ブロック】

(人口10万対)

年齢	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
男	51.3	12.7	7.5	10.9	8.1	7.9	10.0	11.1	12.5	17.9	24.0	32.8	43.1	59.2	78.3	96.3	120.3
女	36.0	8.8	4.0	7.6	17.3	28.1	30.0	19.3	14.8	14.0	17.1	18.2	26.0	32.9	48.7	62.8	85.2

C. 平均在院日数

【根拠】 医療法施行規則別表第7の規定に基づき、医療法第30条の4第2項第11号に規定する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、平成29年3月改正） ⇨ 15.9日（全国）

D. 病床利用率（一般病床）

【根拠】 医療法施行規則別表第7の規定に基づき、医療法第30条の4第2項第11号に規定する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、平成29年3月改正） ⇨ 76%（全国・下限）

Ⅴ. 性別・年齢階級別療養病床入院受療率

【根拠】 医療法施行規則別表第7の規定に基づき、医療法第30条の4第2項第11号に規定する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、平成29年3月改正）

⇨ 【全国値】

（人口10万対）

年齢	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上
男	0.0	0.0	0.0	3.3	3.1	5.9	7.9	9.1	18.2	27.7	51.2	86.8	138.4	215.2	333.4	617.8	1,519.7
女	0.0	0.0	0.0	3.4	3.3	3.1	5.4	9.4	10.3	16.4	30.9	49.3	80.9	137.1	261.9	591.3	2,239.4

Ⅵ. 介護施設、在宅医療等対応可能数

改正点

【根拠】 ・ 医療計画作成指針（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局通知、同年7月改正）  
 ・ 「第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービス量の見込みに係る整合性の確保について」（平成29年8月10日付け厚生労働省 医政局地域医療計画課長、老健局介護保険計画課長、保険局医療介護連携政策課長連名通知）

⇨ 協議の場（各構想区域の地域医療構想調整会議）における議論により決定（11月中）

Ⅶ. 病床利用率（療養般病床）

【根拠】 医療法施行規則別表第7の規定に基づき、医療法第30条の4第2項第11号に規定する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、平成29年3月改正） ⇨ 90%（全国・下限）

Ⅷ. 流入入院患者数（一般病床・療養般病床）

【根拠】 医療計画作成指針（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局通知、同年7月改正）

⇨ 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

Ⅸ. 流出入院患者数（一般病床・療養般病床）

【根拠】 医療計画作成指針（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局通知、同年7月改正）

⇨ 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

2 精神病床

【根拠】 ・ 医療法施行規則第30条の30第2項

- ・ 医療計画作成指針（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局通知、同年7月改正）
- ・ 医療法施行規則第30条の30第2号及び別表第7の規定に基づき、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、平成29年3月改正）

$$\text{①} \left[ \begin{array}{l} \text{H32年の性別・年齢} \\ \text{階級別推計人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{入院期間が三月未満の性} \\ \text{別・年齢階級別入院受療率} \\ \text{（急性期入院受療率）} \end{array} \right]$$

$$\text{②} \left[ \begin{array}{l} \text{H32年の性別・年齢} \\ \text{階級別推計人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{入院期間が三月以上一年未} \\ \text{満の性別・年齢階級別入院} \\ \text{受療率（回復期入院受療率）} \end{array} \right]$$

$$\text{③} \left[ \begin{array}{l} \text{H32年の性別・年齢} \\ \text{階級別推計人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{入院期間が一年以上の性} \\ \text{別・年齢階級別入院受療率} \\ \text{（認知症患者を除く）} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{継続的な入院治療を} \\ \text{必要とする者の割合} \\ \alpha : 0.8 \sim 0.85 \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{治療抵抗性統合失調症治療薬} \\ \text{の普及等による影響値} \\ \beta : (0.95 \sim 0.96) \text{ の } 3 \div 0.95 \end{array} \right]$$

$$\text{④} \left[ \begin{array}{l} \text{H32年の性別・} \\ \text{年齢階級別} \\ \text{推計人口} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{入院期間が一年以上の性} \\ \text{別・年齢階級別入院受療率} \\ \text{（認知症患者に限る）} \end{array} \right] \times \left[ \begin{array}{l} \text{認知症施策の実績} \\ \text{を勘案した影響値} \\ \gamma : 0.97 \sim 0.98 \text{ の } 3 \text{ 乗} \end{array} \right]$$



$$\left[ \text{①から④までの合計} \right] \div \left[ \text{精神病床利用率 } 95\% \right]$$

### 3 結核病床

#### 【根拠】医療法施行規則第30条の30第3項

都道府県の区域ごとに結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るため必要なものとして都道府県知事が定める数

⇒ ・医療計画作成指針（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局通知、同年7月改正）

- ・「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）

1日当たりの当該都道府県の区域内における法第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者

×

法第19条及び第20条の規定に基づき入院した結核患者の退院までに要する平均日数

×

次に掲げる当該区域における法第12条第1項の規定による医師の届出のあった年間新規患者（確定例）発生数の区分に応じ、それぞれに定める数値

×

粟粒結核、結核性髄膜炎等の重症結核、季節変動、結核以外の患者の混入その他当該都道府県の区域の実情に照らし、1を超え1.5以下の範囲内で都道府県知事が特定めた数値

+ 当該都道府県の区域内における慢性排菌患者（2年以上登録されており、かつ、1年以内に受けた検査の結果、菌陽性であった肺結核患者に限る。）のうち入院している者の数

※法：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

### 4 感染症病床

#### 【根拠】医療法施行規則第30条の30第4項

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」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