

医 政 発 0731 第 4 号  
平 成 29 年 7 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」の一部改正について

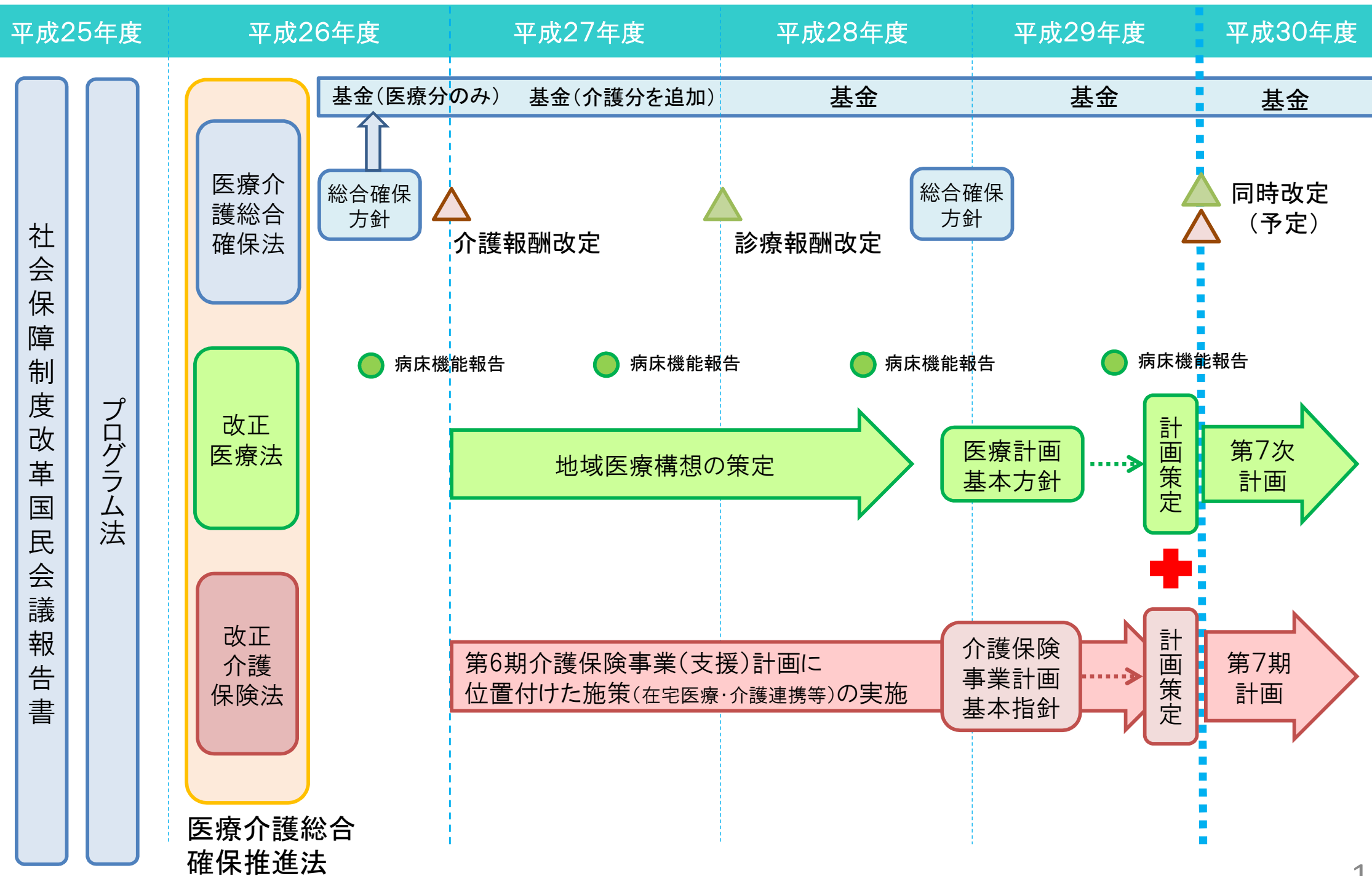
医療計画（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）の作成に当たって参考とすべき指針については、「医療計画について」（平成 29 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 57 号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）により示しているところであるが、社会保障審議会医療部会等での議論を踏まえ、局長通知の一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、本日から適用することとしたため通知する。

貴職におかれては、これを御了知の上、医療計画の作成と推進に遺憾なきを期されたい。

(別添)

# 介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の 推計方法について

# 医療と介護の一体的な改革に係る主な取組のイメージ



# 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

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3条に基づき、平成26年9月12日、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(総合確保方針)を策定。

平成28年12月26日、平成30年度からの医療計画と介護保険事業(支援)計画の同時開始を見据え、一部改正を行った。

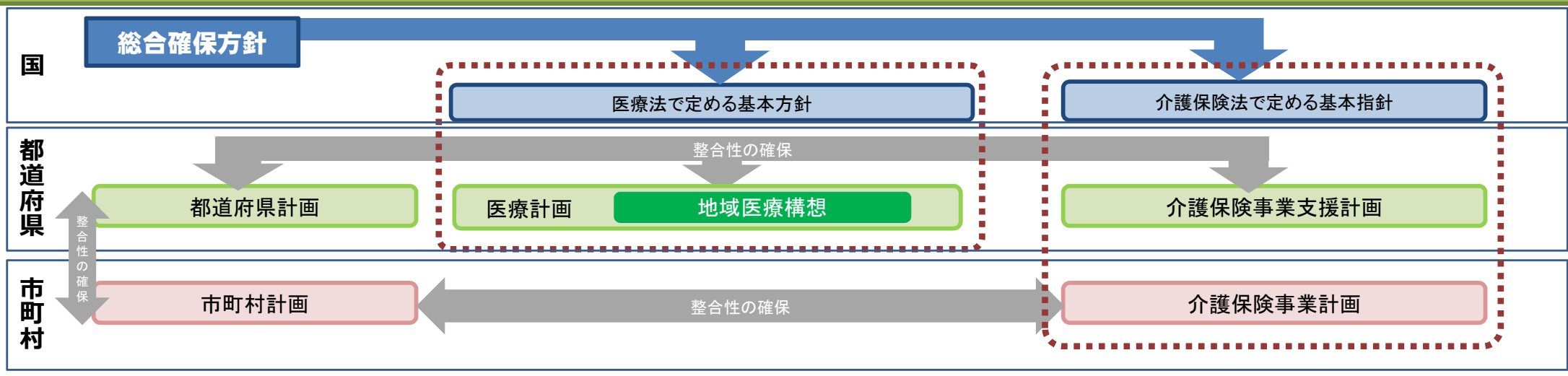
## 地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義: 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築  
自立と尊厳を支えるケアを実現
- 基本的方向: ①効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築 / ②地域の創意工夫を生かせる仕組み  
③質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進 / ④限りある資源の効率的かつ効果的な活用  
⑤情報通信技術 (ICT) の活用

## 一部改正 (H28.12.26) の主なポイント

- 医療計画と介護保険事業(支援)計画の整合性
  - ・計画の作成体制について、関係者の協議の場を設けることを明記
  - ・病床の機能分化・連携の推進に伴う在宅医療等の新たなサービス必要量について、両計画の整合性を確保し、医療・介護の提供体制を整備することを明記
- 都道府県の市町村支援
  - ・市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業のうち、単独では実施困難な取組への広域的な支援の確保を明記
- 上記のほか、
  - ・医療・介護の両分野に精通した人材の確保
  - ・住宅政策との連携等を明記

## 医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項 / 医療と介護に関する各計画の整合性の確保



# 「地域医療構想」の達成の推進

平成29年4月12日  
第5回経済財政諮問会議  
塩崎臨時委員提出資料

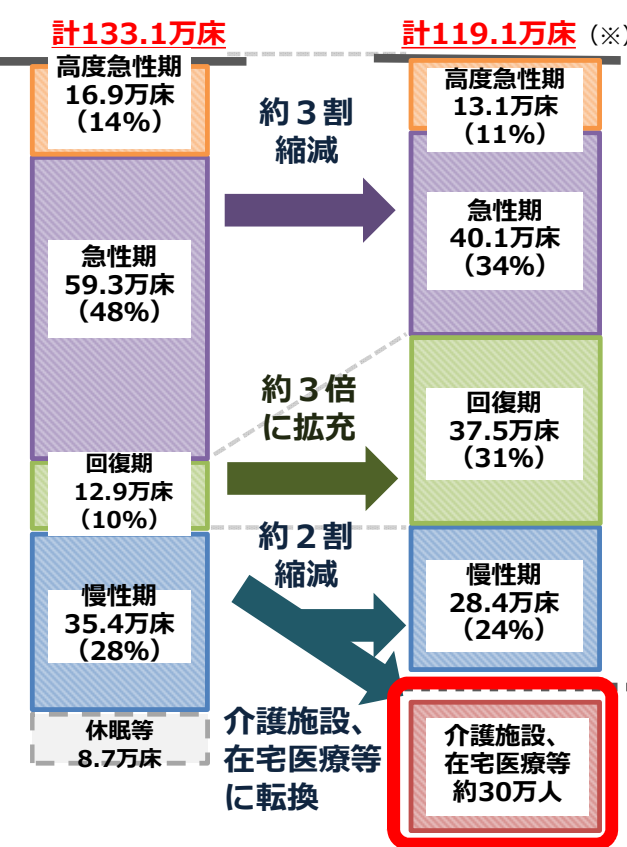
- 平成29年度以降、地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進。
- 病床の機能分化・連携の議論に必要な診療等データの提供、基金の重点配分、診療報酬・介護報酬での対応を実施。

平成28年度末に全都道府県で策定完了  
⇒地域ごとに、2025（平成37）年時点での  
病床の必要量を『見える化』

## ①機能分化・連携のための診療等のデータ提供

- ✓ 病床の役割分担を進めるため、手術やリハビリの件数や、疾病ごとの患者数等のデータを国から提供。
- ✓ データを活用し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を集中的に検討。

【足下の病床機能】（平成27年7月現在）  
【2025（平成37）年の病床必要量】



議論の一例

病院	急性期	手術件数	リハビリ件数
A病院	250床	50 (件/月)	200 (件/月)
B病院	200床	40 (件/月)	160 (件/月)
C病院	100床	5 (件/月)	100 (件/月)

国からデータ提供

C病院は、  
・手術の件数は少ない  
・リハビリの実施件数は他院と同等

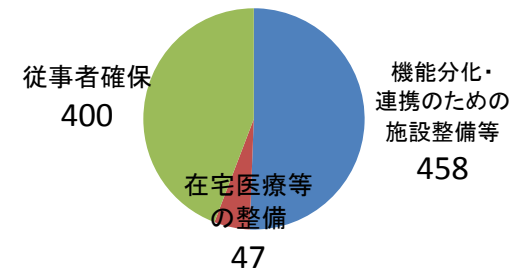
C病院の方針

C病院を回復期機能へ転換し、  
病床数を50床に減床

## ②地域医療介護総合確保基金による支援

- ✓ 個別の病院名や転換する病床数等の具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分。

配分実績 合計904億円  
(平成28年度)



## ③診療報酬・介護報酬改定による対応

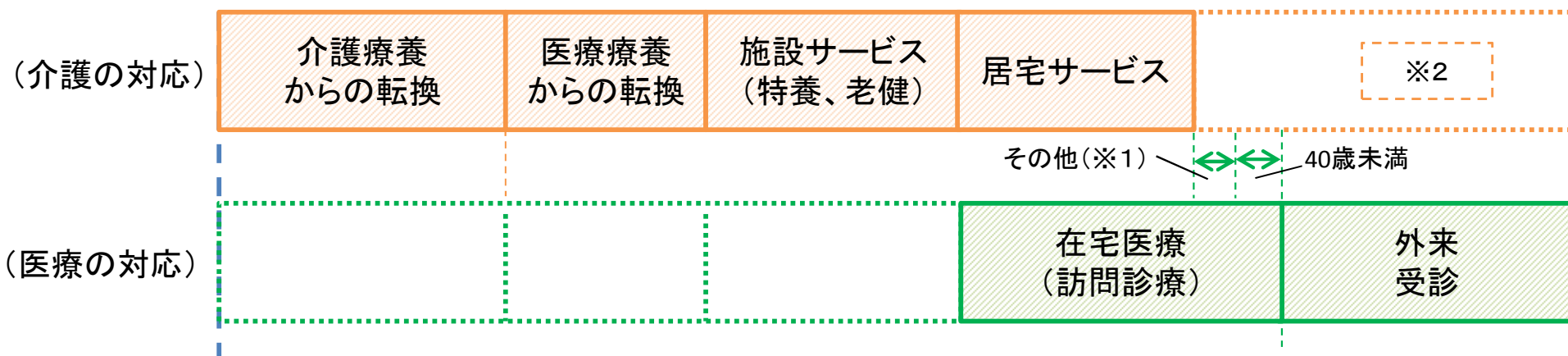
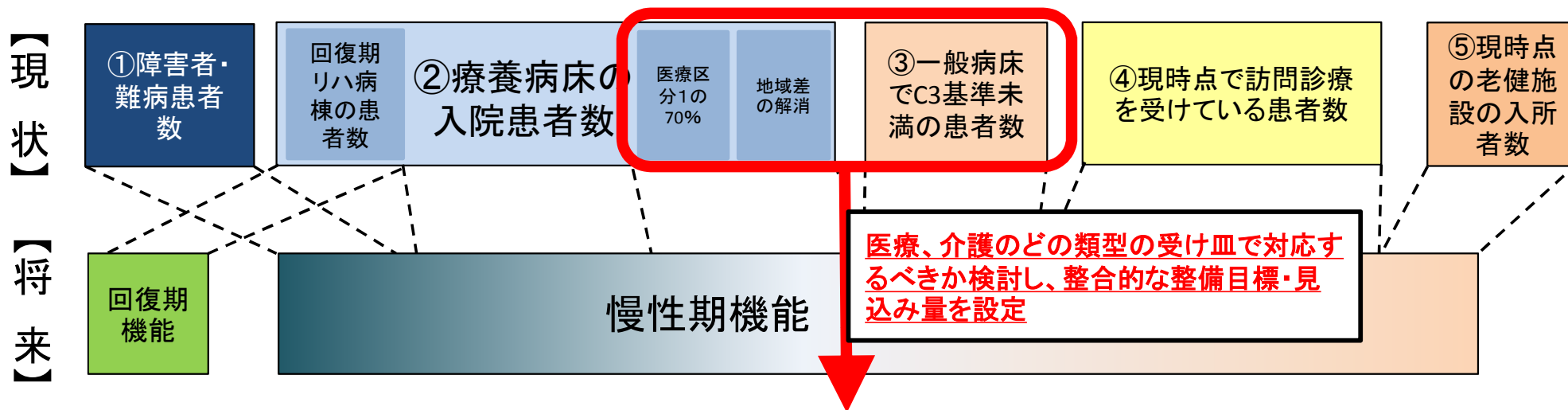
- ✓ 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定をはじめ、今後の診療報酬改定・介護報酬改定において、病床の機能分化・連携の取組の後押し、介護施設、高齢者住宅、在宅医療等への転換等の対応を進める。

※ 内閣官房推計（平成27年6月）の合計  
114.8～119.1万床の範囲内

# 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

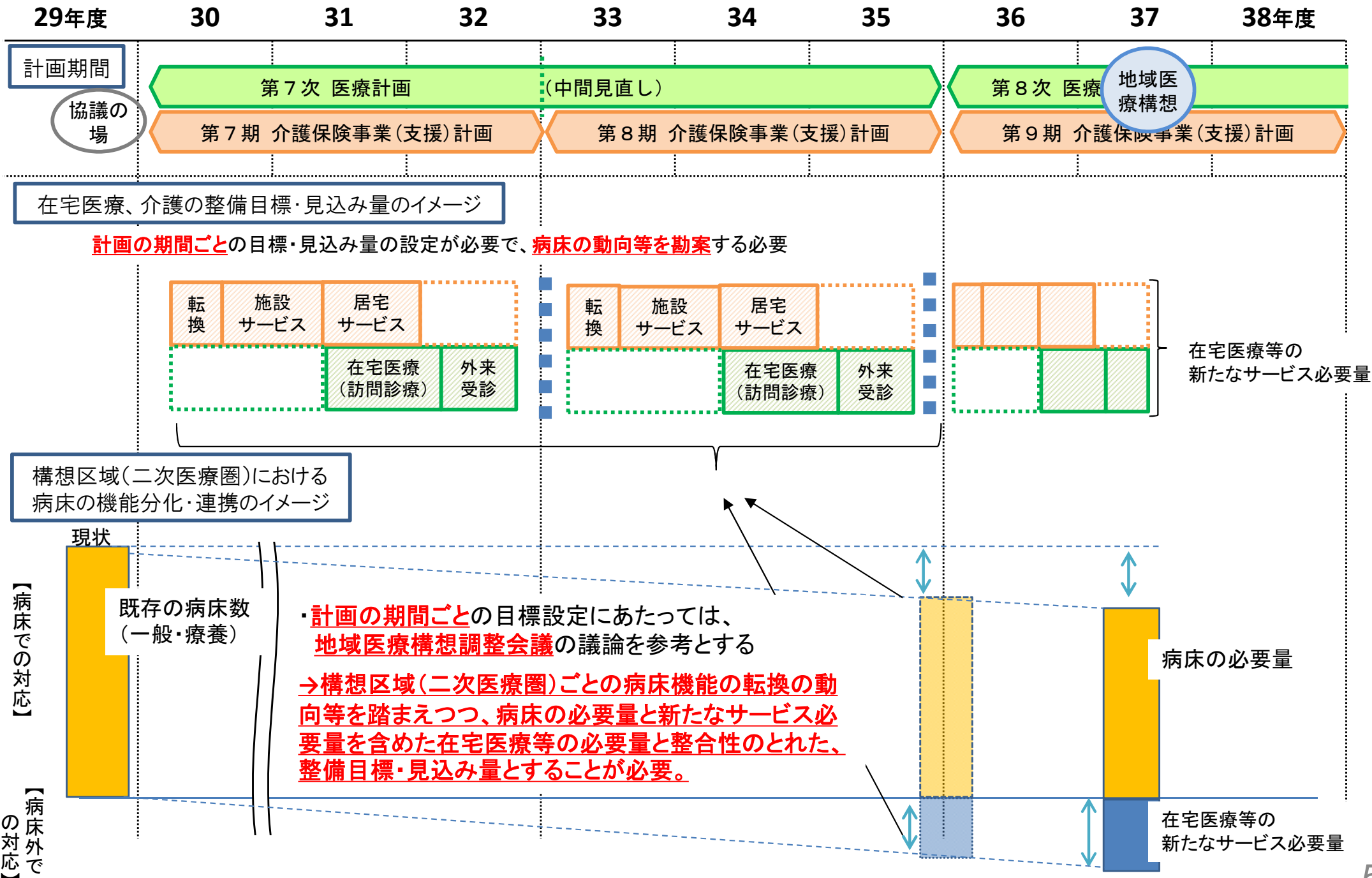
都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における統合的な整備目標・見込み量を設定する。



(※1) その他: 介護保険の要介護被保険者等が訪問看護等の提供を受ける場合、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに、医療保険の給付が行われる。

(※2) 外来サービスを利用する者の一部には、居宅サービスを利用する者もあり

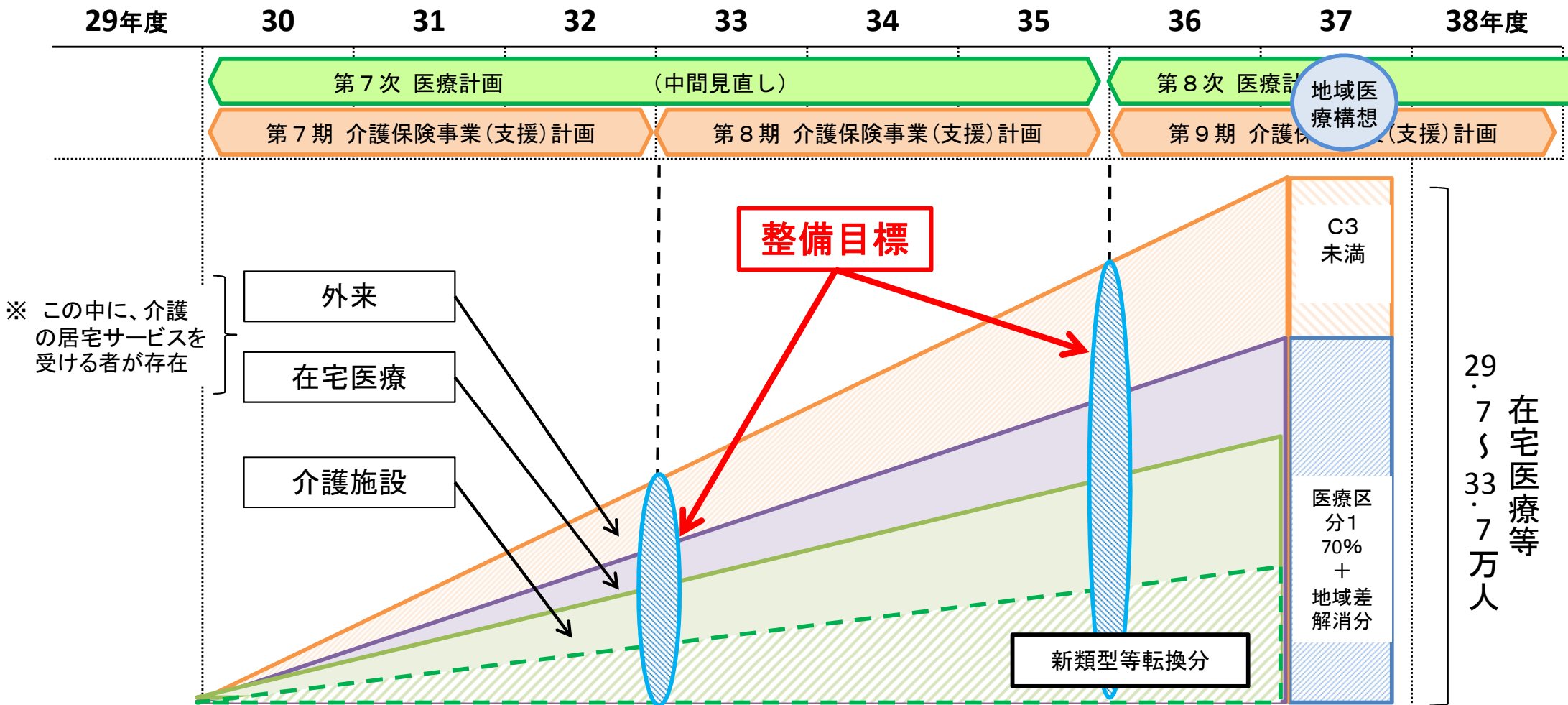
# 統合的な整備目標・見込み量のイメージ



# 次期医療計画と介護保険事業計画の整備量等の関係について

第10回医療計画の見直し  
等に関する検討会 資料1

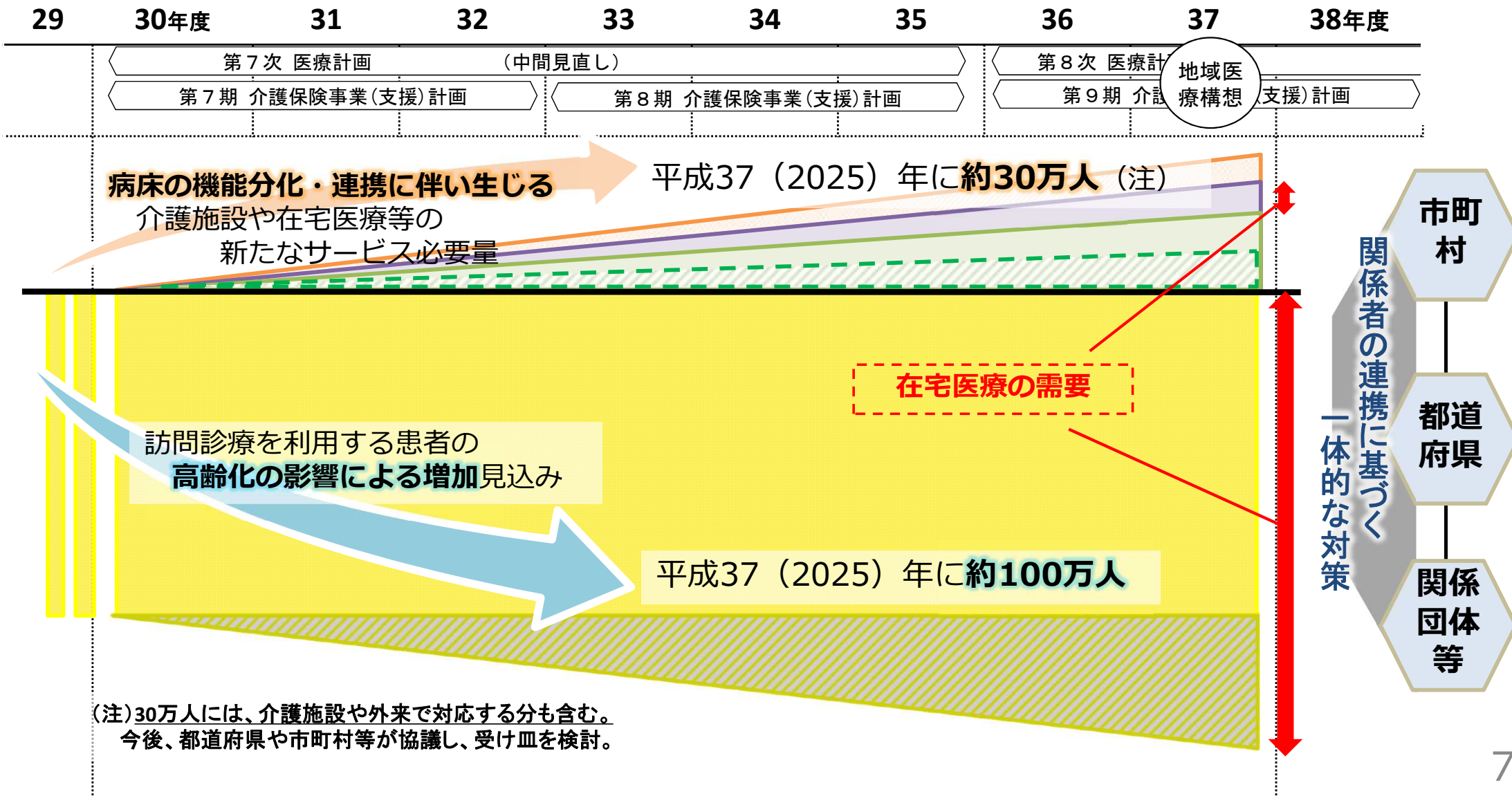
- 在宅医療等の新たなサービス必要量は、2025年に向けて、約30万人程度となると推計。
- これらの受け皿としては、療養病床の転換等による在宅医療、介護施設の整備の他、一般病床から在宅医療等に対応するものについては、外来医療等に対応することが考えられる。
- 対応にあたっては、それぞれの提供体制の整備主体が協議し、医療計画及び介護保険事業計画の計画期間に応じた、統合的な整備目標・見込み量を立てる必要がある。





# 2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**していくことが重要。



# 介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の 考え方の整理について

# 介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量についての考え方の整理

第10回医療計画の見直し  
等に関する検討会 資料1

## 1. 基本的な考え方

在宅医療等の新たなサービス必要量について、将来の地域における在宅医療等の提供体制の整備が更に進むよう、適切な役割分担による受け皿の整備を進めていく必要があることから、以下のとおり、推計方法等の考え方を整理することとする。

## 2. 具体的な推計の考え方

### (1) 市町村別データについて

在宅医療等の新たなサービス必要量について、介護保険事業(支援)計画と整合性のとれた整備目標を検討するため、療養病床からの患者、一般病床からの患者の一部など、その構成要素のそれぞれの必要量を、市町村別に、以下の方法により推計する。

※①、②については、国から自治体に推計データを提供する。③については、該当自治体間で対応する。

① 2025年の各構想区域における在宅医療等の新たなサービス必要量を、2025年における市町村別の性・年齢階級別人口で按分する。

※ 2025年における市町村別の性・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。

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。

③ ①②で推計した値について、地域の実情に応じて調整を行う場合には、地域医療構想の構想区域ごとの推計と整合性が確保されるよう、構想区域内の市町村の必要量の合計と整合的であることを原則に、市町村間調整することとする。

### (2) 一般病床から生じる新たなサービス必要量について

一般病床から生じる新たなサービス必要量については、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計する。

### (3) 療養病床から在宅医療等で対応する新たなサービス必要量について

療養病床から在宅医療等で対応する新たなサービス必要量の受け皿の検討に際しては、入院中の患者の状態や、退院後の行き先、新たな施設類型の創設による転換の動向等を踏まえたものとする必要がある。こうした点を踏まえ、以下の方法により推計する。

※①、②については、国もしくは都道府県において調査等を実施する。③については、該当自治体間で対応する。

① 現行の療養病床のうち、平成35年度末までに、現在検討されている新たな施設類型や介護老人保健施設に転換する見込み量について、意向を踏まえること等により推計する。

② 新たなサービス必要量から、新たな施設類型等で対応する分を除いた上で、患者調査による退院後の行き先に関するデータ等を活用し、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分に按分する。

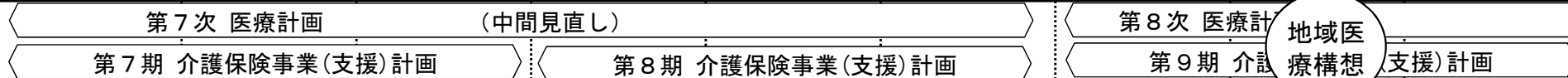
特に、外来、在宅医療、介護への按分に資するデータに関して、例えば療養病床に入院中の患者の状態や退院後に必要となる介護サービスの内容等を踏まえたデータなど、より有用なデータの収集方法について、今後さらに検討を進めることとする。

③ 按分された値について、市町村の実情に応じてサービスごとの調整を行う場合には、外来、在宅医療、介護の各受け皿で対応する量の合計が構想区域全体のサービス必要量と整合的であることを原則に、それぞれの増減で調整することとする。

# 本日の資料との関係

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)

29 30年度 31 32 33 34 35 36 37 38年度



地域医療構想

(1)①市町村別の推計データ提供

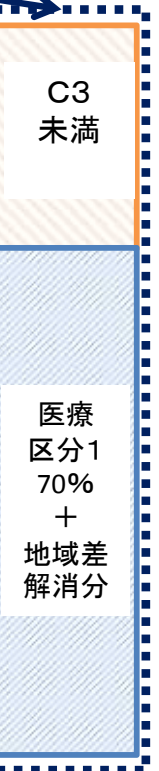
(2)一般病床から生じる新たなサービス必要量

(3)②介護施設・在宅医療への按分の考え方

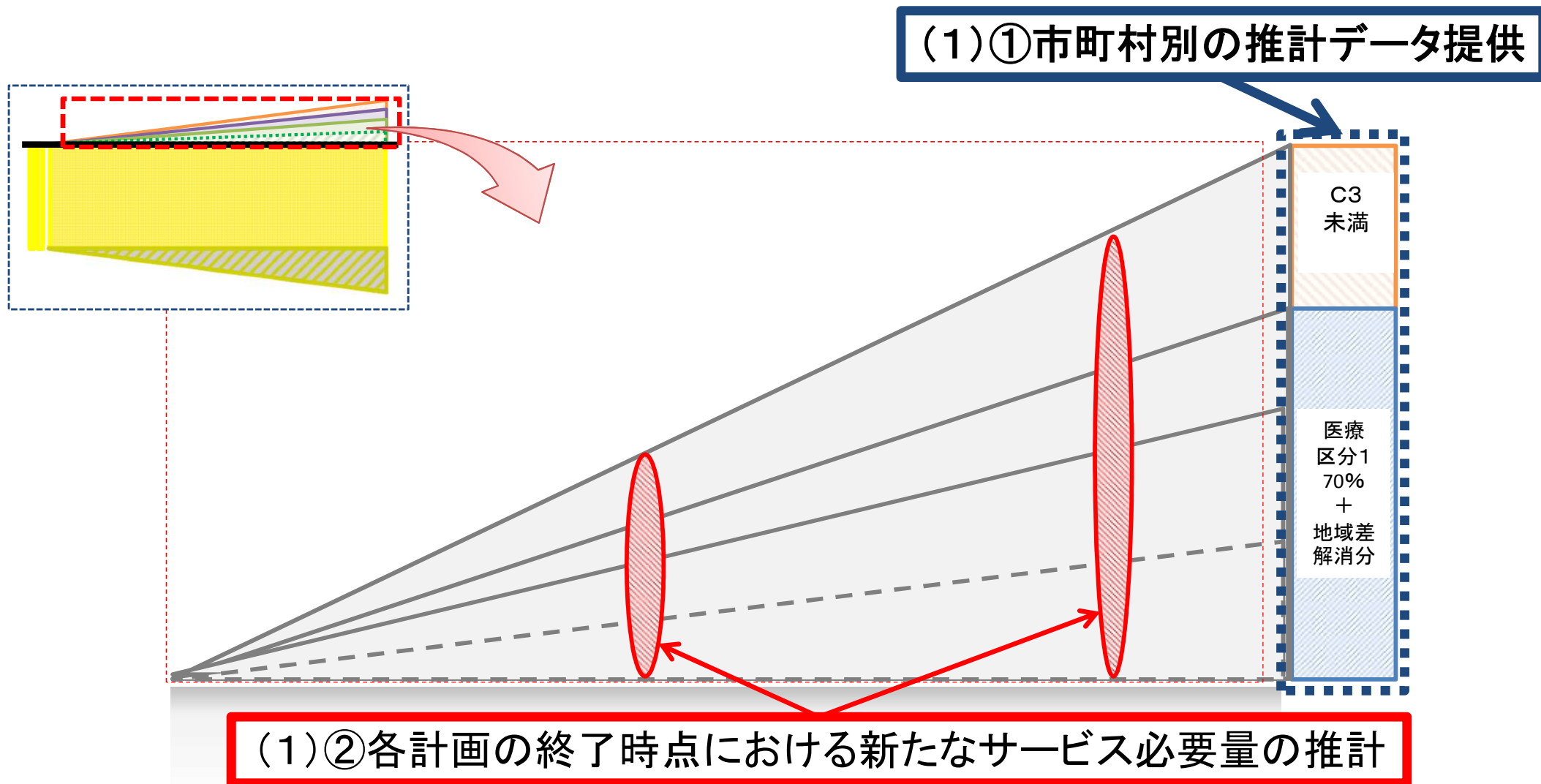
(3)①療養病床から介護医療院等へ  
転換する見込み量

(1)②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

追加的な介護施設や在宅医療等  
29:7  
33:7  
7万人



# 市町村別の推計データの考え方について



※番号はP.9を参照

# (参考)市町村別データの算出方法のイメージ

第9回医療計画の見直し等に関する検討会 資料3 (一部改変)

- 地域医療構想による推計は、構想区域単位のため、市町村単位の値はない。
- 介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量は、療養病床からの患者(医療区分1の70%等)、一般病床からの患者の一部など、いくつかの要素から構成される。

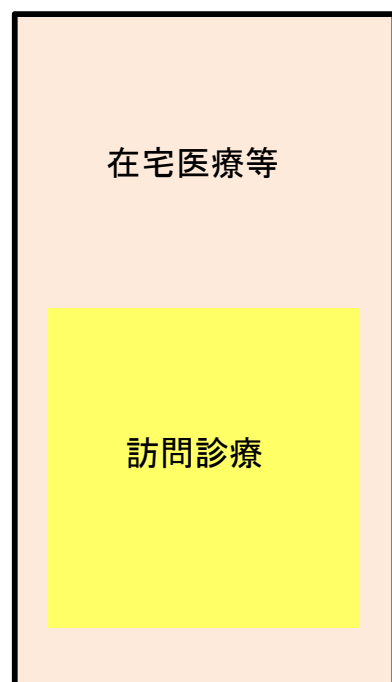


- 介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、これらの構成要素のそれぞれの必要量や、市町村別のデータが必要。
- ただし、市町村別の必要量を推計するには、退院患者にどの程度介護サービスが必要となるのかといったデータが必要となるが、現時点においては、分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととする。

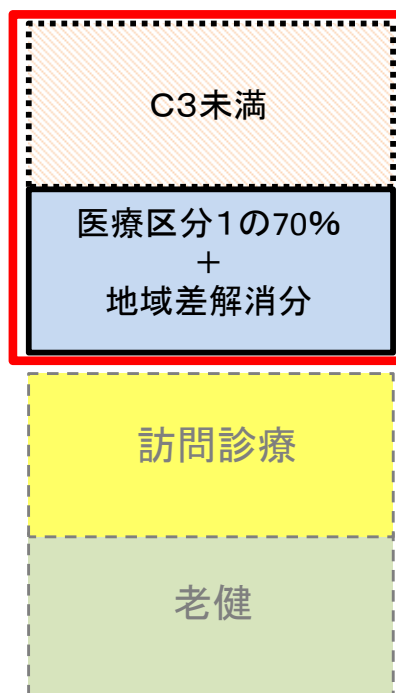
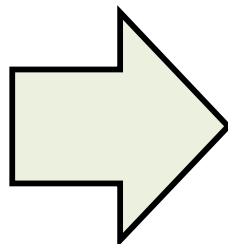
(イメージ)

(現行)都道府県が把握しているデータ  
→構想区域別(二次医療圏)

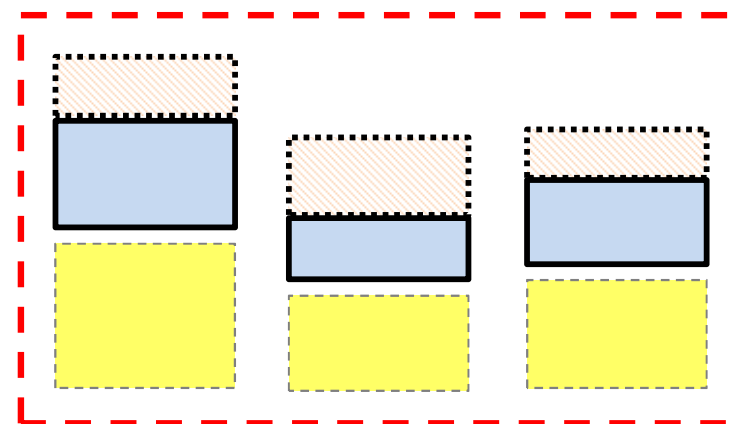
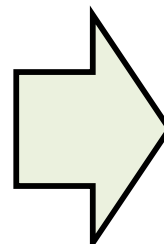
(今後)受け皿の検討に必要なデータ



構成要素別に  
提示



市町村ごとに  
推計



# 次期医療計画及び介護保険事業計画における整備量の設定について

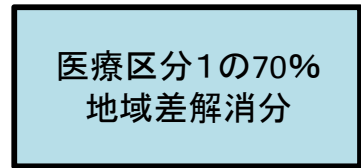
第9回医療計画の見直し等に関する検討会 資料3

## A構想区域



C3未満

120人・日



医療区分1の70%  
地域差解消分

180人・日



訪問診療

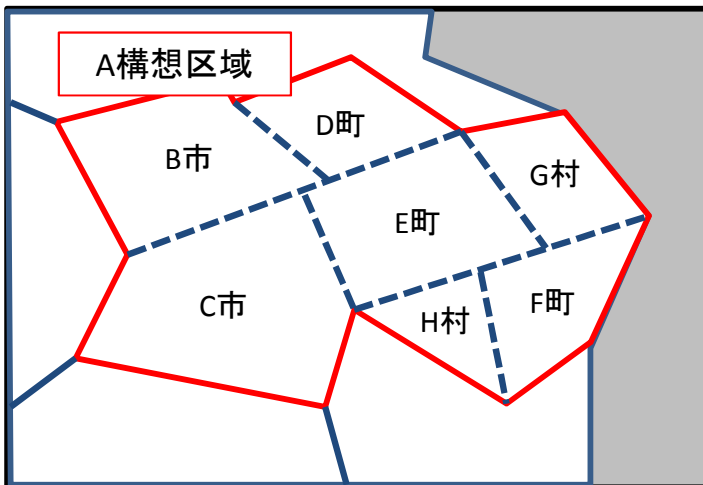
100人・日



## 市町村ごとに推計

市町村名	C3未満	医療区分1の70% 地域差解消分
B市	30	35
C市	30	45
D町	20	25
E町	20	30
F町	10	20
G村	5	10
H村	5	15
計	120	180

訪問診療
20
25
10
20
5
10
10
100



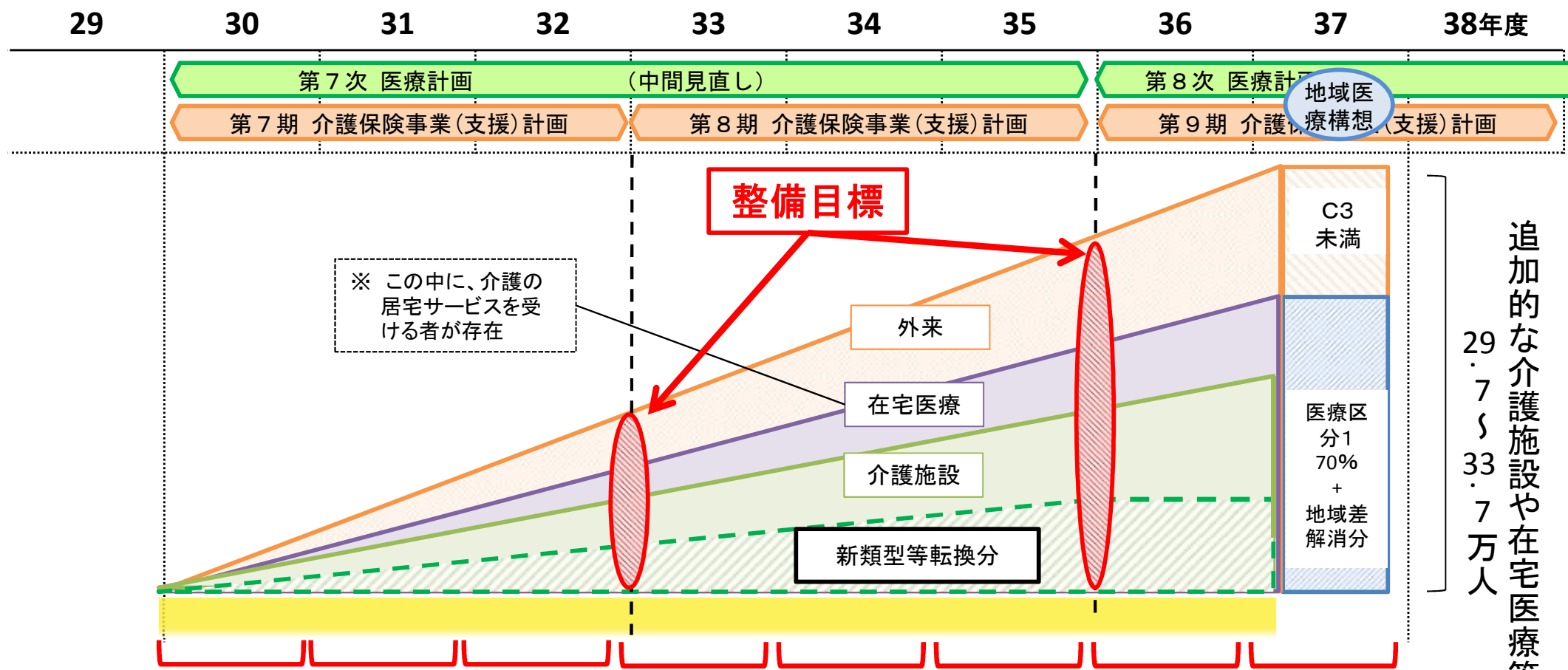
# 各計画の終了時点における新たなサービス必要量の推計方法

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。

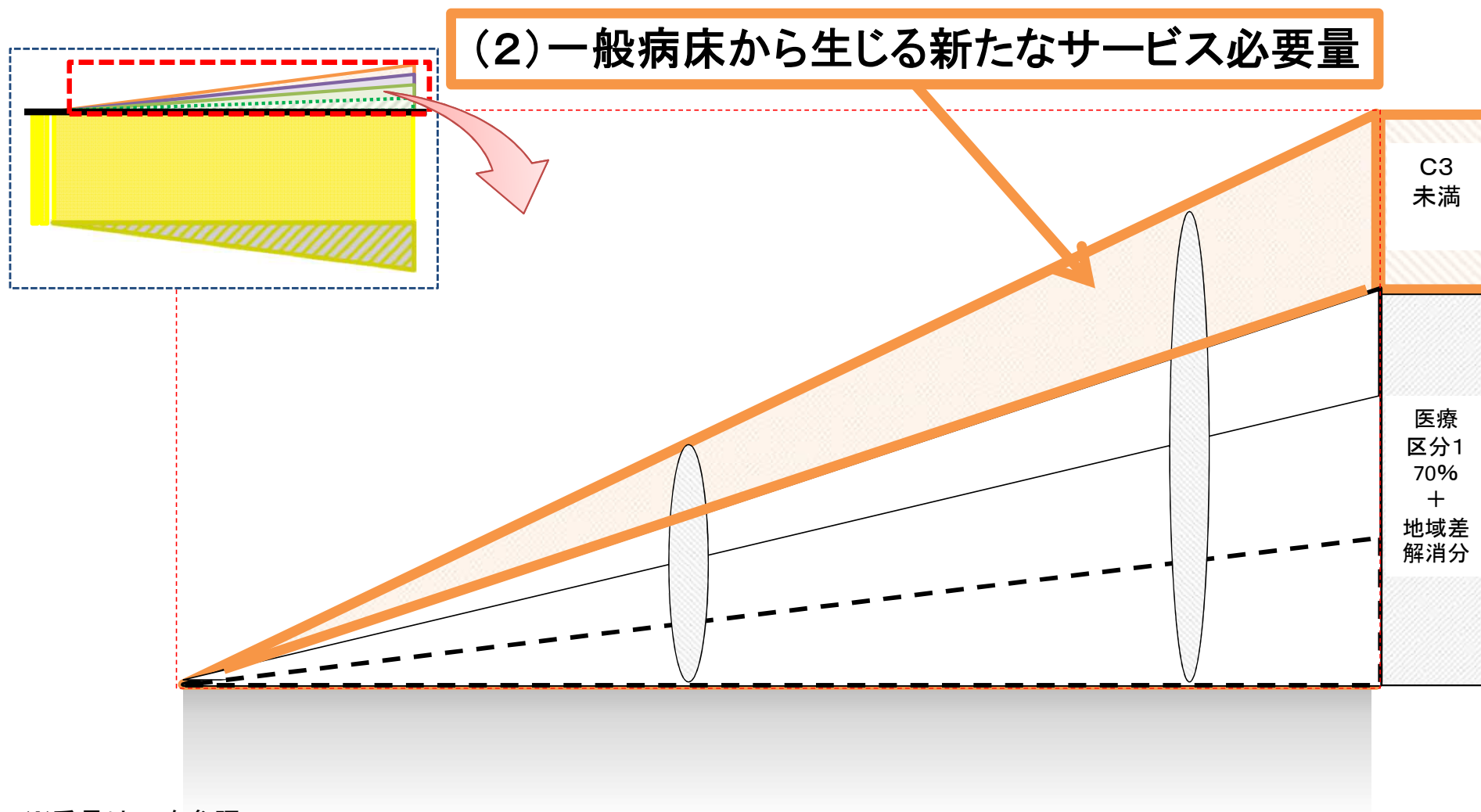


追加的な介護施設や在宅医療等  
29737万人

2025年の新たなサービス必要量の推計値を、8年間で等比按分  
(例) 32年度末時点のサービス必要量 = 37年のサービス必要量 × 3/8



# 一般病床から生じる新たなサービス必要量の 受け皿の考え方について



※番号はP.9を参照

# 一般病床からの退院先の推移

- 一般病床からの退院先について、過去の調査結果においても、自宅かつ外来が大宗を占める。

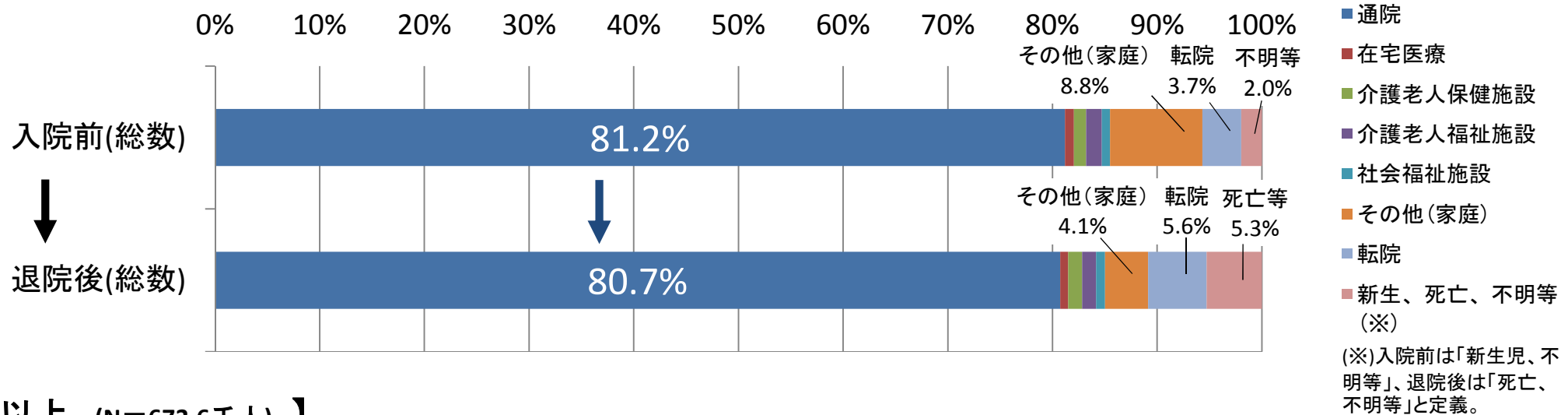
(千人)

	H20	H23	H26
総数	1063.7	1107.3	1172.2
家庭	922.2	957.5	1003.8
当院に通院	729.9	768.2	809.4
他の病院・診療所に通院	123.8	129.5	137.0
在宅医療(訪問診療・訪問看護等)	6.4	7.2	9.1
その他	62.1	52.7	48.3
他の病院・診療所に入院	50.9	53.5	65.5
地域医療支援病院・特定機能病院	6.9	8.2	9.7
その他の病院	42.6	43.9	54.0
診療所	1.4	1.4	1.8
介護老人保健施設に入所	12.2	13.3	15.5
介護老人福祉施設に入所	10.2	11.1	15.7
社会福祉施設に入所	3.4	4.9	10.0
その他(死亡・不明等)	64.7	66.9	61.8

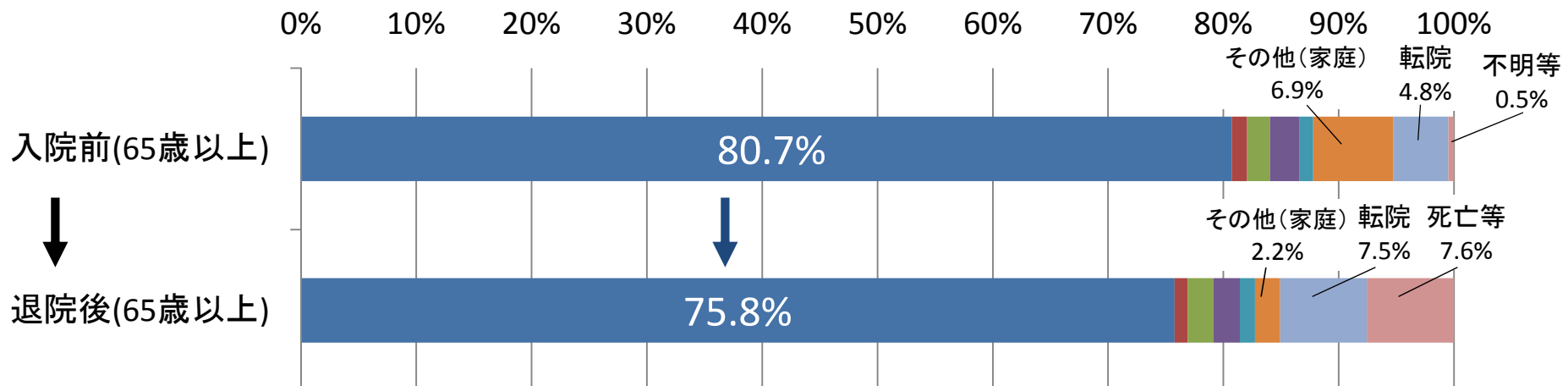
# 一般病床における入院前及び退院先の状況

- 一般病床の入院患者について、入院前の場所をみると、自宅から通院していた患者が約8割を占める。
- 65歳以上の患者に限ってみても、同様の傾向となっている。

## 【全年齢 (N=1172.2千人)】



## 【65歳以上 (N=673.6千人)】

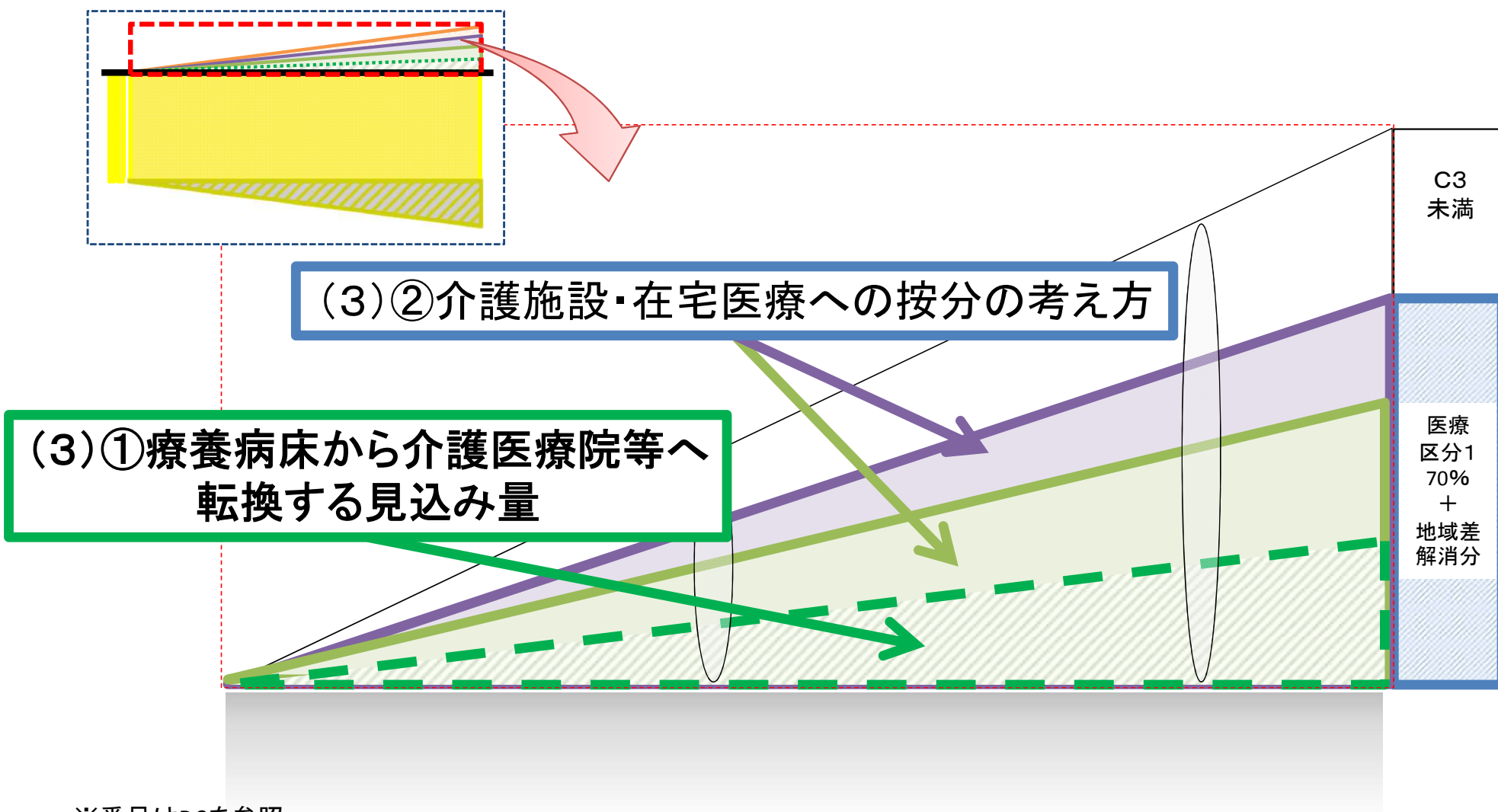


- 一般病床から生じる新たなサービス必要量への対応について、患者調査における退院先別の患者数に関する調査結果を参考に、議論を進めてきた。
- 構成員からはこれまで、年齢階級別や経年推移のデータ、一般病床に入院する前の場所のデータなど、多角的に結果を参照し、慎重に検討すべきとの意見があったところ。
- 改めて、患者調査の結果を踏まえると、一般病床から退院する患者の大宗は、外来であることがみてとれる。



一般病床から生じる新たなサービス必要量については、外来医療により対応するものとして見込むことを基本とする。

# 療養病床から生じる新たなサービス必要量の 受け皿の考え方について



※番号はP.9を参照

# 療養病床の基準病床数算定式との関係について

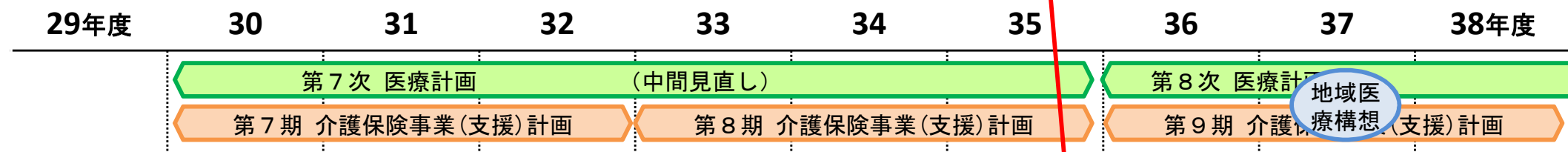
第10回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1 (一部改変)

第7次医療計画中(平成30年度～平成35年度)の、療養病床の基準病床数の算定式における、在宅医療等対応可能数と、介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量のうち、療養病床からの必要量との間には、整合性が必要と考えられる。

## 療養病床算定式

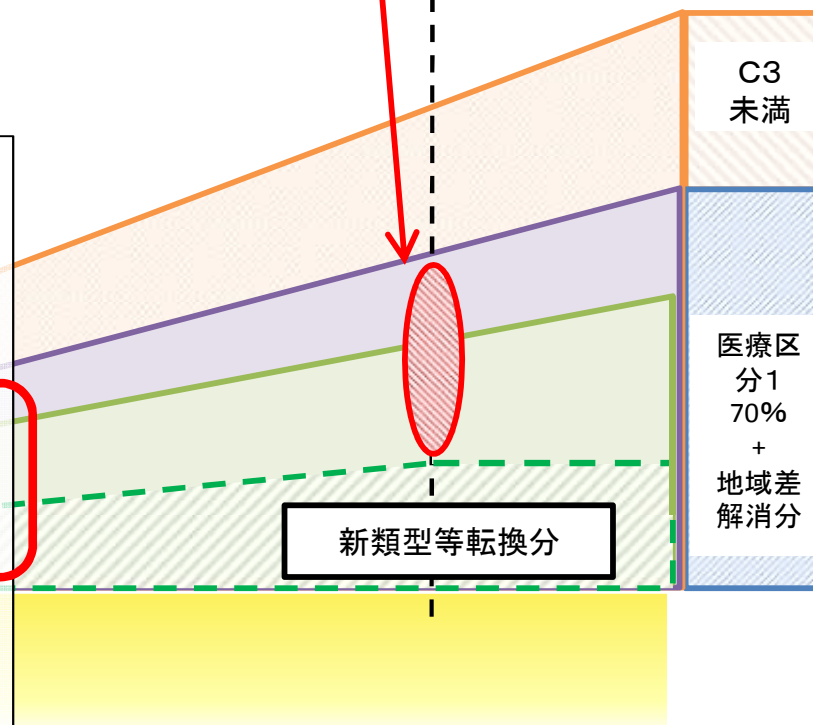
$$\left( \begin{array}{c} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right) \times \left( \begin{array}{c} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{療養病床入院受療率} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{c} \text{在宅医療等} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{c} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right)$$

(病床利用率)



## 在宅医療等対応可能数の算定方法(案)

- 新たなサービス必要量について  
2025年(平成37年)の各構想区域(二次医療圏)における介護施設や在宅医療等の新たなサービス必要量から、療養病床の医療区分1の70%、入院受療率の地域差解消分について、第7次医療計画終了時点(平成35年度末)の数値を推計。
- 新類型等転換分について  
現行の療養病床のうち、平成35年度末時点において、現在検討されている新たな施設類型等に転換される病床の量。(現在の介護療養病床等を想定)
- 在宅医療等対応可能数について  
平成35年時点の新たなサービス必要量から、新類型等転換分を除いたものを「在宅医療等対応可能数」とする。



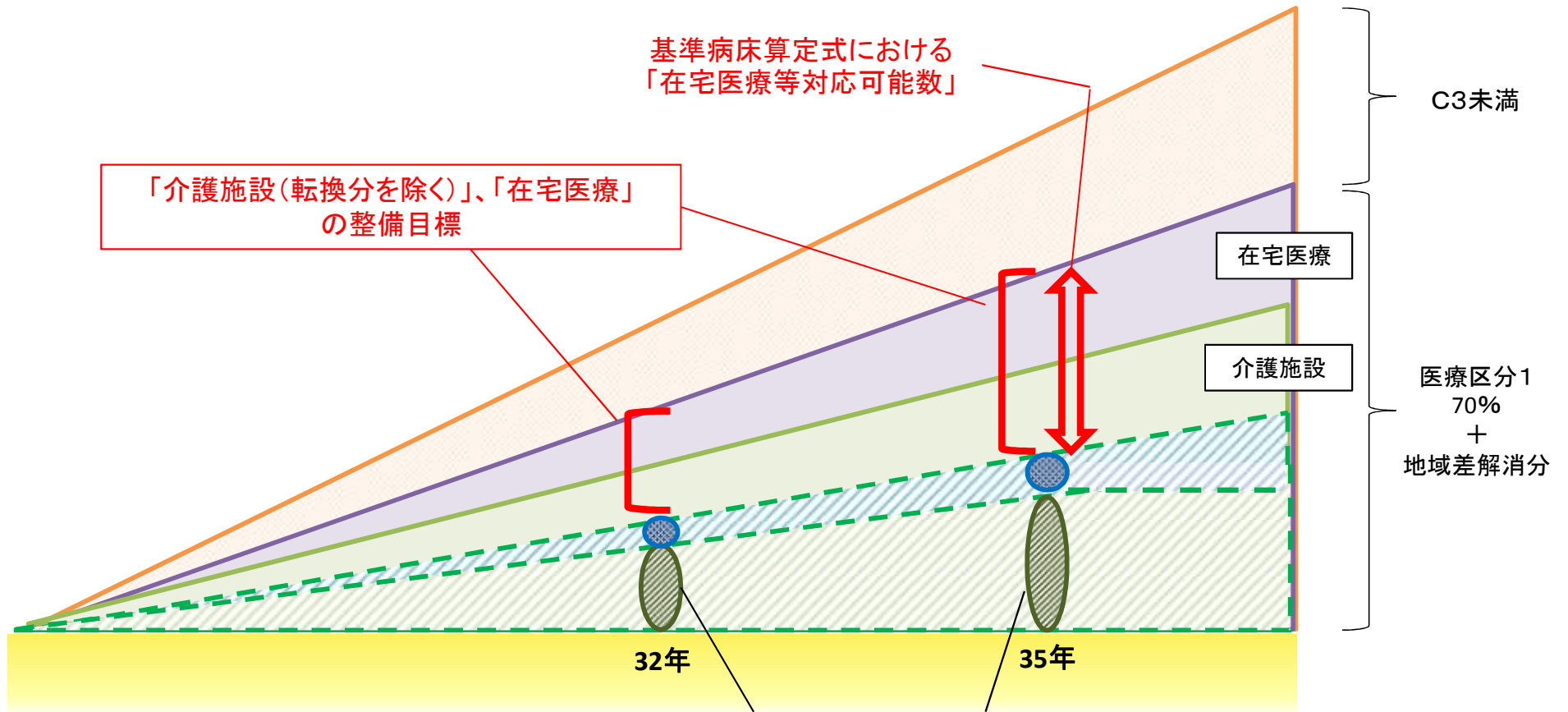
追加的な介護施設や在宅医療等  
29.7 ～ 33.7 万人



# 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。



転換する見込み量の把握	平成32年度末	平成35年度末
医療療養病床から転換する量 	調査により把握した数を下限	調査により把握した数を下限
介護療養病床から転換する量 	調査により把握した数を下限	介護療養病床の全数

- 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。

(千人)

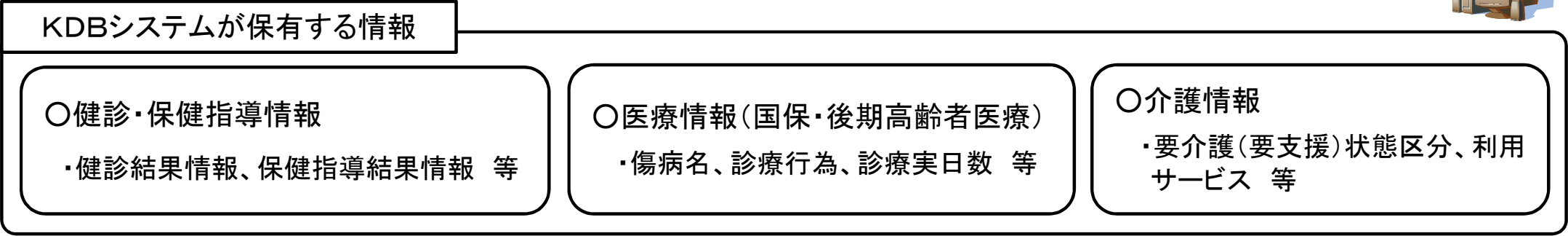
	H20	H23	H26
総数	37.7	38.5	44.1
家庭	19.1	18.3	21.2
当院に通院	10.1	9.1	9.6
他の病院・診療所に通院	6.2	6.7	8.8
在宅医療(訪問診療・訪問看護等)	1.3	1.2	1.5
その他	1.5	1.3	1.4
他の病院・診療所に入院	5.3	4.7	5.0
地域医療支援病院・特定機能病院	0.8	1.1	1.2
その他の病院	4.3	3.5	3.7
診療所	0.1	0.1	0.1
介護老人保健施設に入所	2.9	3.0	3.1
介護老人福祉施設に入所	1.6	1.4	1.7
社会福祉施設に入所	0.8	1.3	1.4
その他(死亡・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

在宅医療:介護施設  
= 1:3

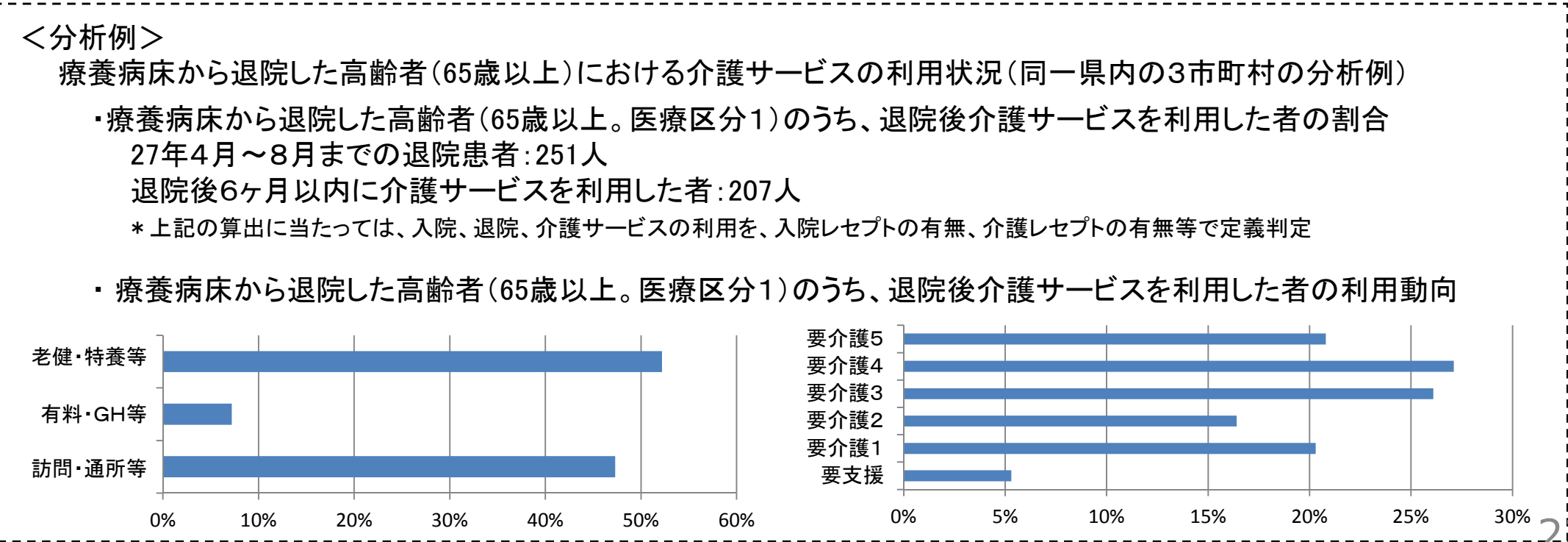




- 「国保データベース(KDB)システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報(健診・医療・介護)等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。(平成25年10月稼働開始)  
 ※KDBシステム運用状況(平成29年5月末現在) 「市町村数1,741中 1,736市町村(99%)」



- 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。



# 病床機能報告の活用

○ 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. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況【平成28年6月の1か月間】			
※「新規入棟患者数」及び「退棟患者数」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 新規入棟患者数【平成28年6月の1か月間】《自動計算により算出》			
入棟前の場所	上記①のうち、院内の他病棟からの転棟	(49)	人
	上記①のうち、家庭からの入院	(50)	人
	上記①のうち、他の病院、診療所からの転院	(51)	人
	上記①のうち、介護施設・福祉施設からの入院	(52)	人
	上記①のうち、院内の出生	(53)	人
	上記①のうち、その他	(54)	人
② 退棟患者数【平成28年6月の1か月間】《自動計算により算出》			
退棟先の場所	上記②のうち、院内の他病棟へ転棟	(55)	人
	上記②のうち、家庭へ退院	(56)	人
	上記②のうち、他の病院、診療所へ転院	(57)	人
	上記②のうち、介護老人保健施設に入所	(58)	人
	上記②のうち、介護老人福祉施設に入所	(59)	人
	上記②のうち、社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所	(60)	人
	上記②のうち、終了(死亡退院等)	(61)	人
	上記②のうち、その他	(62)	人
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「退棟患者数」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)	(63)	人
	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	(64)	人
	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	(65)	人
	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	(66)	人

(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。

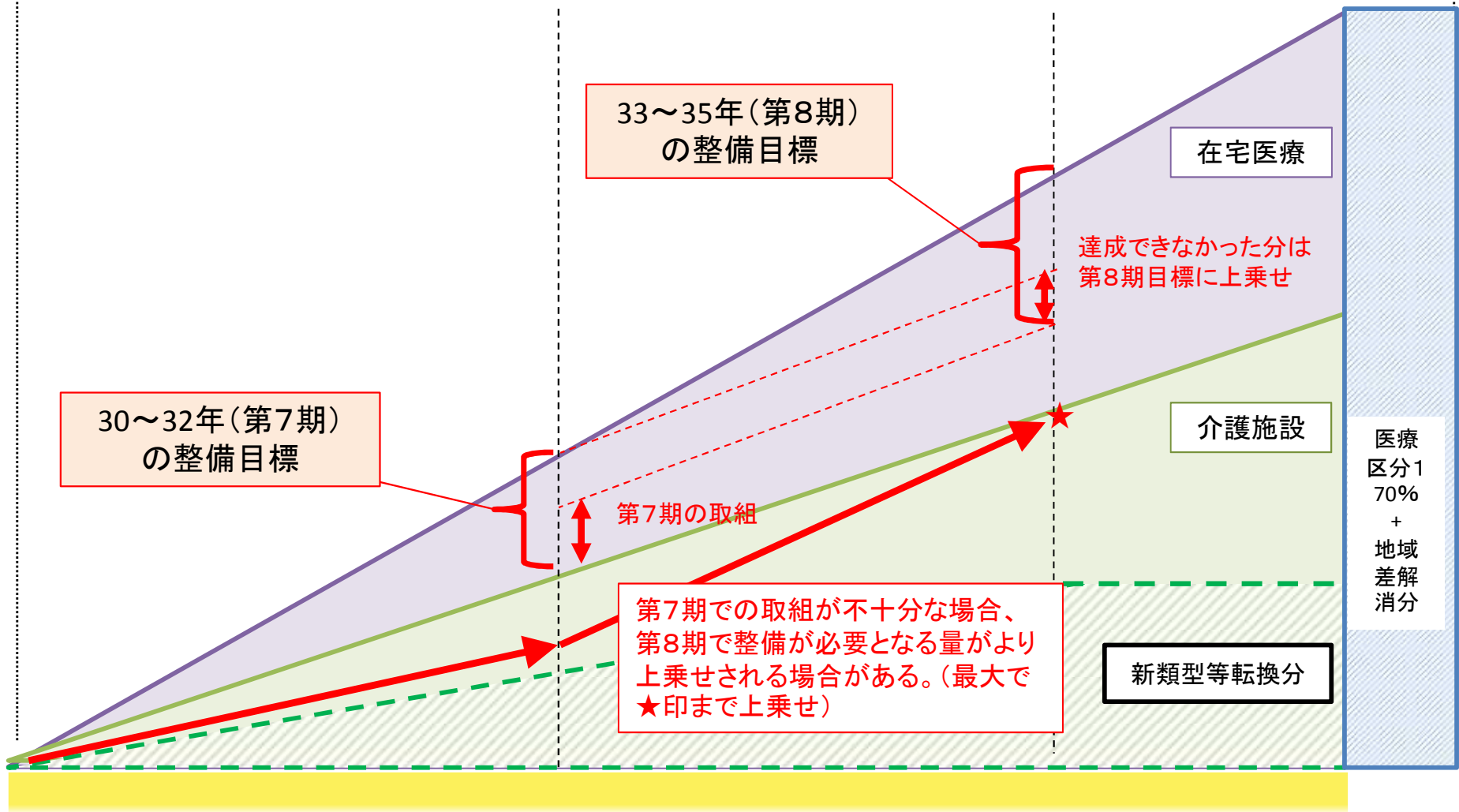
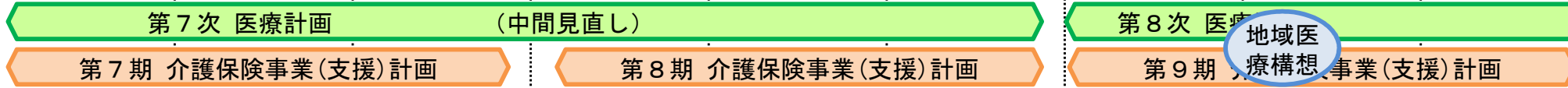
# 目標の中間見直しについて

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)



○ 整備目標については、医療計画の中間年及び第7期介護保険事業計画の終期において見直すこととし、その際、協議の場を活用して実績を評価した上で、次の整備目標に反映することを基本とする。

29年度      30      31      32      33      34      35      36      37      38年度



# 医療・介護の体制整備に係る協議の場について

# 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。

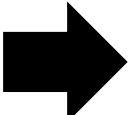
## 【医療・介護の体制整備に係る協議の場について】

- 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。

# 自治体関係者間において事前に整理・調整すべき事項

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)

- 医療計画と介護保険事業(支援)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、協議の場を設置する目的である。  
特に、医療計画に掲げる在宅医療の整備目標と、介護保険事業(支援)計画に掲げる介護の見込み量を整合的なものとするのが求められる。
- 目的に鑑みて、以下の事項について、事前に調整することが必要。



## 調整事項

### (1) 医療計画と介護保険事業(支援)計画で対応すべき需要について

整合的な整備目標・見込み量の前提となる将来の医療需要について、外来医療での対応を目指す部分、訪問診療での対応を目指す部分と、介護サービス(施設サービス、居宅サービス)での対応を目指す部分との調整を行う。

### (2) 具体的な整備目標・見込み量の在り方について

将来の医療需要に対応するサービスごとの整備目標・見込み量について、地域の実情を踏まえ、市町村と都道府県で役割分担の調整を行う。

訪問看護ステーションの地域偏在等により、市町村を越えた広域的な調整が必要な場合は、都道府県が積極的に支援する。

### (3) 目標の達成状況の評価について

次期計画(第7次医療計画の中間見直しと、第8期介護保険事業(支援)計画)の策定に向け、両計画の目標・見込み量の達成状況を適宜共有する。

医 政 発 0 3 3 1 第 5 7 号  
平 成 2 9 年 3 月 3 1 日  
一部改正 医 政 発 0 7 3 1 第 4 号  
平 成 2 9 年 7 月 3 1 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されたことから、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。

## 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適當である場合、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。

- (7) 都道府県において療養病床及び一般病床の整備を行う際には、地域医療構想の達成に向けた取組と整合的なものとなるよう、既存病床と基準病床数の関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえて対応すること。具体的には「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」（平成29年6月23日付け医政地発0623第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）における留意事項を参照すること。

## 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つて宮内庁、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つたときは、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つ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

- (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、介護施設、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越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。

- (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 介護保険事業(支援)計画との整合性の確保

##### 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）をもたらさう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、その役割が發揮できるよう、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

##### (1) 医師の確保について

地域医療対策協議会において決定した具体的な施策に沿って、地域における医師（臨床研修医を含む。）の確保が図られるよう、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
- 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 等

地域医療支援センター事業等の記載に当たっては、医師の地域への定着を一層推進するため、以下の観点を踏まえて記載する。

（地域枠及びキャリア形成プログラムについて）

ア 大学所在都道府県の出身者が、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を踏まえ、地域枠の入学生は、原則として、地元出身者に限定（注1）。特に、修学資金貸与事業における就業義務年限については、対象者間のバラつきを全国では是正するため、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（貸与期間の1.5倍）とし、これを前提としてイに規定するキャリア形成プログラムを策定

イ 地域枠医師の増加等に対応し、医師のキャリア形成が確保された医師確保

が進められるよう、以下の点に留意して、キャリア形成プログラムを必ず策定（注2）

- ・ 医師のキャリア形成に関する知見を得ることや、重複派遣を防止するなど医師確保の観点から大学（医学部・附属病院）による医師派遣と統合的な医師派遣を実施することができるよう、キャリア形成プログラムを策定する際には、大学（医学部・附属病院）と十分連携すること。
- ・ 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、大学所在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こと。（注3）
- ・ 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こと。
- ・ 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こと。
- ・ 出産、育児、家族の介護の場合や、事前に想定できないやむを得ない特段の事情が生じた場合には、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こと。

（医師の勤務負担軽減について）

ウ 医師の勤務負担軽減に配慮した地域医療支援センターの派遣調整等

- ・ 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あっせんしたりすること。
- ・ へき地以外でも代診医師の派遣や遠隔での診療が進むよう支援すること。
- ・ 地域医療支援センターが医師を派遣する医療機関における勤務環境改善を進めるため、例えば次のような方法により、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すること。

派遣前：医療勤務環境改善支援センターが、派遣候補となっている医療機関の勤務環境を確認し、勤務環境の改善につながるような助言等を行うこと。

派遣後：地域医療支援センターが派遣医師から継続的に勤務環境等について聴取し、課題等を把握した場合は、医療勤務環境改善支援センターが勤務環境を再度確認し、その改善につながるような助言等を行うこと。

（へき地の医師確保について）

エ 地域医療支援センターによるへき地医療支援機構の統合も視野に、へき地に所在する医療機関への派遣を含めたキャリア形成プログラムの策定など、へき地も含めた一体的な医師確保を実施

（その他）

オ 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（注4）の医師確保への活用

カ 地域医療支援センターの取組の認知度向上や医師確保対策の実効性向上のため、SNS等の活用や、医師確保対策に若手医師の主体的な参画を促すなど、若手医師へのアプローチを強化

(注1) 地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県が学生に奨学金を貸与している地域枠（他の都道府県に所在する大学医学部に設置された地域枠を含む。）については、原則として、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定すること。また、その他の地域枠に関しても、地域枠の趣旨に鑑み、他の地域枠医師の定着策を講じている場合を除いては、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定することが望ましいこと。

(注2) 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て、都道府県が学生に奨学金を貸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するが、その他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ること。

(注3) 他の都道府県に所在する大学医学部に設置された地域枠については、出身都道府県以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、出身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こと。

(注4) 厚生労働省の平成29年度予算事業として作成予定。

## (2) 医師以外の医療従事者の確保について

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（特定行為研修を修了した看護師を含む。）・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

特に、歯科医師、薬剤師及び看護職員に関する記載に当たっては、以下の観点を踏まえること。

ア 歯科医師については、口腔と全身の関係について広く指摘されている観点を踏まえ、医科歯科連携を更に推進するために病院における歯科医師の役割をより明確にすることが望ましい。具体的には、病院における歯科医師の配置状況を把握した上で、病院における歯科医療の向上に資する取組について記載すること等が考えられる。

イ 薬剤師については、その資質向上のために、「患者のための薬局ビジョン」（平成27年10月23日付け薬生総発1023第3号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）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、研修実施状況を把握し、関係者間の調整を行うこと。

ウ 看護職員については、その確保に向けて、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都道府県ナースセンターによる復職支援や、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。

また、看護師については、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、地域の実情を踏まえ、看護師が特定行為研修（保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第4号に規定する特定行為研修をいう。）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について、可能な限り具体的に記載すること。

## 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。

## 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) 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

#### (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

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

イ 一般病床

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

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入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、

$$\{ (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率}) \text{の総和} - (\text{介護施設、在宅医療等で対応可能な数}) \} \times (1 / \text{病床利用率}) + (\text{当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率}) \times (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{平均在院日数})$$

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) 「介護施設、在宅医療等で対応可能な数」とは、地域医療構想に定める「構想区域における将来の居宅等における医療の必要量」のうちの以下の数の合計数から、平成35年度末時点における以下の数の合計数に相当する数を比例的に推計した上で、療養病床から介護老人保健施設又は介護医療院へ転換することが見込まれる病床数を除いた数とする。

(i) 慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者であって、医療区分Ⅰである患者の数の70%に相当する数。

(ii) 慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者であって、入院受療率の地域差を解消していくことで在宅医療等の医療需要として推計する患者の数((i)に掲げる数を除く。)

(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
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。

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

(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 $\alpha$ 」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（精神医療の質の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 $\beta$ 」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 $\gamma$ 」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）×（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。  
{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 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保

介護保険事業（支援）計画との整合性の確保については、別添「介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」の考え方に沿って、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。

## 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な実施（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

医療法施行令第5条の2第2項の規定に基づく協議について

医療法第30条の4第7項の規定に基づく医療法施行令第5条の2第2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、次のとおり協議いたします。

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

医療法施行令第 5 条の 3 第 2 項 (又は第 5 条の 4 第 2 項) の規定に基づく  
協議について

医療法第 30 条の 4 第 8 項 (又は第 9 項) の規定に基づく医療法施行令第 5 条の 3 第 2 項  
(又は第 5 条の 4 第 2 項) の規定による病床数の算定について、関係書類を添付し、次の  
とおり協議いたします。

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			