

○ (医療計画について) 比較表

改正後は(令和5年3月31日付け医政発第0331第16号医政局長通知)

改正前は(平成29年3月31日付け医政発第0331第57号医政局長通知)

(下線は改正部分)

改正後	改正前
<p>我が国の医療提供体制については、これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、良質かつ適切な医療提供体制を確保するため、地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進や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)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。)の構築等の取組を進めてきた。</p> <p>また、医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)により、患者の医療アクセス向上及び医師の勤務負担の軽減等の観点から、医師確保計画の策定等を通じて医師偏在の解消等を図るとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療法等の一部を改正する法律(令和3年法律第49号)により、令和6年4月の医師に対する時間外労働の上限規制の適用の開始に向け、医師の労働時間の短縮及び健康保持のための制度の創設や、医療関係職種の業務範囲の見直し等を行うなど、医療従事者の側面からも、地域における良質かつ適切な医療提供体制の確保を図ってきたところである。</p> <p>今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国</p>	<p>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。</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>の医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下に必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識された。</p> <p>さらに、令和7年にかけて高齢者人口が急速に増加した後、令和22年に向けてその増加は緩やかになる一方、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速する中、令和6年度より開始する医師の時間外・休日労働の上限規制への対応も必要であり、地域の医療提供体制を支えるマンパワーの確保はますます重要な課題となる。こうしたことを踏まえ、人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応した必要な医療提供体制を維持するため、地域医療構想の取組を着実に進めるとともに、医療従事者の確保に一体的に取り組んでいく必要がある。さらに、医療の質の向上や効率化を図る観点から、情報通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことも重要である。</p> <p>今般の医療計画の策定に当たっては、令和3年6月より開催した、第8次医療計画等の見直しに関する検討会における意見のとりまとめ等を踏まえ、</p> <p>① 急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築</p>	<p>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。</p> <p>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、</p> <p>① 急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築</p>

改正後	改正前
<p>② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築</p> <p>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</p> <p>④ 介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保</p> <p>などの観点から、<u>医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の3第1項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行うとともに、「医療計画作成指針」（以下「指針」という。）の見直しを行った。</u></p> <p>（略）</p> <p>また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。</p>	<p>② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築</p> <p>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</p> <p>④ 介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保</p> <p>などの観点から、<u>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。</u></p> <p>（略）</p> <p>また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。<u>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</u></p>

改正後	改正前
<p>以上の趣旨を踏まえ、都道府県においては、見直しの趣旨及び内容の周知徹底を図るとともに、<u>下記に示す留意事項及び指針に示す具体的手順を参考としながら、医療計画の作成及び推進に遺憾なきを期されたい。</u></p> <p><u>良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療法等の一部を改正する法律により、第8次医療計画の記載事項に追加される「そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延し、又はそのおそれがあるときにおける医療」の確保に必要な事業に関する事項については、令和5年3月20日における第8次医療計画等に関する検討会の意見のとりまとめ（新興感染症発生・まん延時における医療）を踏まえ、追ってお示しする。</u></p> <p><u>なお、本通知は法第30条の8に基づく技術的助言であることを申し添える。</u></p> <p><u>また、「医療計画について」（平成29年3月31日付け医政発第0331第57号医政局長通知）は廃止する。</u></p> <p style="text-align: center;">記</p>	<p><u>組を推進していくことが重要である。</u></p> <p>都道府県においては、<u>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。</u></p> <p>なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記す。</p> <p style="text-align: center;">記</p>

改正後	改正前
<p>1 医療計画の作成について</p> <p>医療計画の作成に当たっては、基本方針に即して、<u>指針及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」</u>（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針</u>」（以下「<u>疾病・事業及び在宅医療指針</u>」という。）を参考とし、かつ、医療提供体制の現状及び今後の医療需要の<u>変化を含む</u>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。</p> <p>2 医療連携体制について</p> <p>（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。）<u>並びに救急医療、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</u>（以下「5事業」という。）並びに在宅医療について定めること。</p> <p><u>その際、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といった成果（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及び改善を行い、政策</u></p>	<p>1 医療計画の作成について</p> <p>医療計画の作成に当たっては、<u>指針を参考として</u>、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<u>推移等</u>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。</p> <p>2 医療連携体制について</p> <p>（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<u>については</u>、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。）、<u>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</u>（以下「5事業」という。）並びに在宅医療<u>を医療計画に定めることとする。</u></p>

改正後	改正前
<p><u>循環（PDCAサイクル等）を強化することが重要である。そのため、指標を用いることなどにより現状把握を行った上で、疾病・事業及び在宅医療指針で述べる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、その解決に向けた施策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こと。</u></p> <p>なお、<u>慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病（CKD）、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疾病に当たらないものの、健康増進施策等の関連施策等との調和を図りつつ、対策を講じることが必要であること。</u></p>	<p>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<u>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。</u></p> <p><u>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</u></p>

改正後	改正前
<p>(2) <u>人口の減少及び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の機能の分担及び連携により、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。</u></p> <p>3 <u>医師の確保及び医療従事者（医師を除く。）の確保等につ</u></p>	<p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>(2) <u>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。</u></p> <p>3 <u>医療従事者の確保等の記載事項</u>について</p>

改正後	改正前
<p>いて</p> <p>(1) 法第30条の4第2項第11号の医師の確保及び同項第12号の医療従事者<u>(医師を除く。)</u>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、<u>地域間の偏在や診療科間等における偏在への対応を進める必要があること。</u></p> <p>(略)</p> <p>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<u>医師及び医療従事者の確保に関する事項</u>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。</p> <p>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、<u>地域の医療関係者等と協議の上、地域医療支援センター等</u>を活用して必要な施策を推進していくことが必要であること。</p> <p>また、令和6年4月からの医師に対する時間外・休日労</p>	<p>(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、<u>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。</u></p> <p>(略)</p> <p>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。</p> <p>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、<u>地域医療支援センター等</u>を活用して、<u>必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上</u>推進していくことが必要であること。</p>

改正後	改正前
<p><u>働の上限規制の適用に当たり、各医療機関において、医師事務作業補助者の確保をはじめとしたタスク・シフト/シェアの推進等による医師の業務負担の軽減等、勤務医が自身の健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けた取組が進むよう支援することが重要であること。</u></p> <p>(2) 法第30条の4第2項<u>第13号</u>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。</p> <p>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。</p> <p>(3) (略)</p> <p>4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について</p> <p>(1) 法第30条の4第2項<u>第17号</u>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。</p> <p>なお、基準病床数並びに二次医療圏及び三次医療圏（同項<u>第14号及び15号</u>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</p>	<p>(2) 法第30条の4第2項<u>第11号</u>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。</p> <p>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。</p> <p>(3) (略)</p> <p>4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について</p> <p>(1) 法第30条の4第2項<u>第14号</u>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。</p> <p>なお、基準病床数並びに二次医療圏及び三次医療圏（同項<u>第13号</u>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</p>

改正後	改正前
<p>であること。</p> <p>(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検討すること。</p> <p>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<u>かつ</u>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こと。<u>また、検討の結果、見直しを行わないこととする場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。さらに、人口規模が100万人以上の二次医療圏については、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。）としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項</u></p>	<p>と。</p> <p>(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<u>見直し</u>を検討すること。</p> <p>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、<u>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。</u></p>

改正後	改正前
<p><u>に規定する協議の場をいう。)について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこととする。</u></p> <p>(略)</p> <p>(3) 法第30条の4 <u>第9項及び第10項</u>の規定による特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不相当である場合や<u>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16条第2項に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた場合</u>、特殊な疾病にり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</p> <p>こと。</p> <p>(4) 法第30条の4 <u>第11項</u>の規定による特定の病床に係る特例</p>	<p>(略)</p> <p>(3) 法第30条の4 <u>第7項及び第8項</u>の規定による特例は、大規模な都市開発等により急激な人口の増加が見込まれ、現在人口により病床数を算定することが不相当である場合、特殊な疾病にり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</p> <p>こと。</p> <p><u>なお、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められることから、既存病床数が基準病床数を超えている地域で病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、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。</u></p> <p>(4) 法第30条の4 <u>第9項</u>の規定による特定の病床に係る特</p>

改正後	改正前
<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>(略)</p>	<p>(略)</p>
<p><u>(5) 法第30条の4第10項及び第11項の規定による許可につい</u> <u>ては、(3)に定める事情がなくなったと認められる場合</u> <u>や、(4)の特例病床の機能に係る業務が行われなくなっ</u> <u>た場合には、基準病床数を超えている範囲内で当該特例許</u> <u>可に係る病床数を削減する旨の条件を付与することができ</u> <u>ること。</u></p>	
<p><u>(6) 法第30条の4第12項</u>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16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。</p> <p>なお、必要な病床数を認めるに当たっては、病院の病床</p>	<p><u>(5) 法第30条の4第10項</u>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。</p> <p>なお、必要な病床数を認めるに当たっては、病院の病床</p>

改正後	改正前
<p>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。</p>	<p>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（<u>法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。</u>）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。</p>
<p><u>(7)</u> 法第30条の4 <u>第9項</u>から<u>第12項</u>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。<u>その際</u>、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。</p>	<p><u>(6)</u> 法第30条の4 <u>第7項</u>から<u>第10項</u>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。 <u>この場合</u>、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。</p>
<p>また、前記の規定（法第30条の4 <u>第12項</u>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。</p>	<p>また、前記の規定（法第30条の4 <u>第10項</u>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。</p>
<p><u>(8)</u> 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</p>	<p><u>(7)</u> 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</p>

改正後	改正前
<p>29年6月6月23日付け医政地発0623第1号第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) <u>等</u>における留意事項を参照すること。</p> <p>5 既存病床数及び申請病床数について</p> <p>(1) (略)</p> <p>なお、当該病院又は診療所の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とすること。</p> <p>(2) <u>放射線治療病室(規則第30条の12第2項に規定する特別措置病室を除く。)</u>の病床については、専ら<u>放射線治療</u>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こと。</p>	<p>いて」(平成29年6月6月23日付け医政地発0623第1号第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。</p> <p>5 既存病床数及び申請病床数について</p> <p>(1) (略)</p> <p>なお、当該病院又は<u>当該診療所</u>の開設許可の申請があったときは、その開設の目的につき十分審査するものとする。また、開設の目的につき変更の申請があったときも同様とすること。</p> <p>(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。</p> <p><u>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。</u></p>

改正後	改正前
<p>(3)～(6) (略)</p> <p>6 医療計画の作成手順等について</p> <p>(1) 法第30条の4 <u>第14項</u>の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針<u>第十一</u>に掲げる方針等が該当すること。</p> <p>(2) 法第30条の4 <u>第15項</u>の規定により、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。</p> <p>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<u>こと</u>。</p> <p>(3) 法第30条の4 <u>第16項</u>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。</p> <p>(4) 法第30条の4 <u>第17項</u>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</p>	<p>(3)～(6) (略)</p> <p>6 医療計画の作成手順等について</p> <p>(1) 法第30条の4 <u>第12項</u>の「医療と密接な関連を有する施策」とは、基本方針<u>第九</u>に掲げる方針等が該当すること。</p> <p>(2) 法第30条の4 <u>第13項</u>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。</p> <p>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。</p> <p>(3) 法第30条の4 <u>第14項</u>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。</p> <p>(4) 法第30条の4 <u>第15項</u>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</p>

改正後	改正前
<p>157条の2第1項に規定する協議会をいう。<u>以下同じ。</u>)の意見を事前に聴くこと。</p> <p>(5) 法第30条の4第18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。</p> <p>(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、<u>医師の確保及び外来医療に関する事項</u>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。</p> <p>(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、<u>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</u>（平成26年厚生労働省告示第354号）第2の2の1に規定する協議の場を設置すること。<u>なお、第8次医療計画の開始時期である令和6年度は、市町村において策定する介護保険事業計画等の開始時期でもあることから、それらの計画の策定スケジュールを都道府県と市町村とで共有しながら議論を進める体</u></p>	<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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<u>その他必要な事項</u>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。</p> <p>(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、<u>医療介護総合確保方針第2の2の1</u>に規定する協議の場を設置すること。</p>

改正後	改正前
<p><u>制を整えるよう留意すること。</u></p> <p>(略)</p> <p>7 (略)</p> <p>8 都道府県知事の勧告について</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p><u>(6) 地域医療構想の達成の推進のため、2以上の医療機関の再編であって1以上の医療機関が廃止する場合（二次医療圏を越えて行う場合を除く。）にあつては、その前後で病床数の合計数が増加されないときであつて、当該再編に関する計画について地域医療構想調整会議における協議及び合意を経た上で、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。）第12条の2の2に規定する厚生労働大臣の認定を受けるときは、勧告は行わないこと。ただし、病床過剰地域であることに鑑み、やむを得ないと認められる場合を除き、法第30条の12第1項の規定により読み替えて適用する第7条の2第3項の規定の趣旨を踏まえ、再編の対象となる医療機関において、病床に係る業務の全部又は一部を行っていないときは、再編後の病床数の合計数は、当該業務を行っていない病床数を除いたものとする。なお、再編の対象となる医療機関において、規則第1条の14第7項各号に掲げる場合として法第7条第3</u></p>	<p>(略)</p> <p>7 (略)</p> <p>8 都道府県知事の勧告について</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(新設)</p>

改正後	改正前
<p><u>項の許可を受けずに設置した病床又は規則第30条の32の2第1項各号に掲げる病床を有する場合にあっては、当該病床の趣旨に照らして適切な対応を取ることを。</u></p>	
<p><u>(7)</u> (略)</p>	<p><u>(6)</u> (略)</p>
<p><u>(8)</u> (略)</p>	<p><u>(7)</u> (略)</p>
<p>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 <u>第7項</u>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。</p>	<p>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 <u>第8項</u>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。</p>
<p>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<u>るため、速やかに対応を行われたいこと。</u></p>	<p>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<u>るものとする</u>こと。</p>
<p><u>(9)</u> 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</p>	<p><u>(8)</u> 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</p>

改正後	改正前
<p>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こと。</p> <p>(10) 診療所の療養病床又は一般病床の設置について、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。</p> <p>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。</p> <p>①・② （略）</p> <p>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 <u>第18項</u>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。</p>	<p>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<u>ものである</u>こと。</p> <p>(9) <u>平成30年4月1日以降</u>、診療所の療養病床又は一般病床の設置について、<u>改正省令による改正後の</u>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。</p> <p>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。</p> <p>①・② （略）</p> <p>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 <u>第16項</u>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。</p>

改正後	改正前
<p>(別紙)</p> <p>医療計画作成指針</p> <p>目次</p> <p>はじめに</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <p>1 医療計画作成等に係る法定手続</p> <p>2 記載事項</p> <p>3 他計画等との関係</p> <p>4 医療計画の作成体制の整備</p> <p>5 医療計画の名称等</p> <p>6 医療計画の期間</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>1 医療計画の基本的な考え方</p> <p>2 地域の現状</p> <p>3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療</p> <p>5 <u>地域医療構想の取組</u></p> <p>6 <u>外来医療に係る医療提供体制の確保</u></p> <p>7 <u>医師の確保及び医療従事者（医師を除く。）の確保</u></p>	<p>(別紙)</p> <p>医療計画作成指針</p> <p>目次</p> <p>はじめに</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <p>1 医療計画作成等に係る法定手続</p> <p>2 記載事項</p> <p>3 他計画等との関係</p> <p>4 医療計画の作成体制の整備</p> <p>5 医療計画の名称等</p> <p>6 医療計画の期間</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>1 医療計画の基本的な考え方</p> <p>2 地域の現状</p> <p>3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>5 医療従事者の確保</p>

改正後	改正前
8 医療の安全の確保	6 医療の安全の確保
9 基準病床数	7 基準病床数
10 医療提供施設の整備の目標 (削る)	8 医療提供施設の整備の目標
11 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項	9 <u>地域医療構想の取組</u>
12 施策の評価及び見直し	10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項
第4 医療計画作成の手順等	11 施策の評価及び見直し
1 医療計画作成手順の概要	第4 医療計画作成の手順等
2 医療圏の設定方法	1 医療計画作成手順の概要
3 基準病床数の算定方法	2 医療圏の設定方法
(削る)	3 基準病床数の算定方法
4 介護保険事業(支援)計画との整合性の確保	4 <u>病床数の必要量の算定方法</u>
5 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携 体制構築の手順	5 介護保険事業(支援)計画との整合性の確保
第5 医療計画の推進等	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 医療計画の推進体制	第5 医療計画の推進等
2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討	1 医療計画の推進体制
第6 医療計画に係る報告等	2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討
1 医療計画の厚生労働大臣への報告	第6 医療計画に係る報告等
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 医療計画の厚生労働大臣への報告
第1 医療計画作成の趣旨	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
	第1 医療計画作成の趣旨

改正後	改正前
<p>(略)</p> <p>特に、人口の<u>減少及び高齢化</u>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。</p> <p>(略)</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するためには、医療計画における政策循環（<u>PDCAサイクル等</u>）の仕組みを一層強化することが重要となる。</p> <p>具体的には、住民の健康状態や患者の状態<u>といった成果</u>（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、地域の医療の質などの成果</p>	<p>(略)</p> <p>特に、人口の<u>急速な</u>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。</p> <p>(略)</p> <p>5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目ない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するためには、医療計画における政策循環の仕組みを一層強化することが重要となる。</p> <p>具体的には、住民の健康状態や患者の状態<u>（成果（アウトカム））</u>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<u>（アウトカム）</u>、地域の医療の質な</p>

改正後	改正前
<p><u>(アウトカム)</u>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（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる。</p> <p><u>抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、施策の検討及び評価の際にはロジックモデル等のツールの活用を検討する。</u></p> <p>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。<u>また、各都道府県においては、ロジックモデル等のツールを活用し、PDCAサイクルの実効性を確保するため、計画的に人材の育成に取り組むとともに、国が実施する研修の受講を職員に促すことが重要である。</u></p>	<p>どの成果<u>(プロセス)</u>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。</p> <p>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。</p>

改正後	改正前
<p>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。）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た上で、<u>医療計画の内容について分かりやすく公表し、周知することが必要である。</u></p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <p>1 医療計画作成等に係る法定手続</p> <p>医療計画の作成等に関しては、法に基づく次の手続を行う<u>こと</u>。</p> <p>(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。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(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</p>	<p>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。<u>以下同じ。</u>）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<u>させること</u>。</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <p>1 医療計画作成等に係る法定手続</p> <p>医療計画の作成等に関しては、<u>医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）</u>に基づく次の手続が必要<u>である</u>。</p> <p>(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<u>ものとする</u>。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(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</p>

改正後	改正前
<p>合及び広域連合を含む。以下同じ。) 及び保険者協議会の意見を聴く。</p> <p>(4) ・ (5) (略)</p> <p>(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。</p> <p>2 記載事項</p> <p>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。</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p><u>(4) 5 疾病・5 事業及び在宅医療に関する事項</u></p> <p><u>(5) 地域医療構想に関する事項</u></p> <p><u>(6) 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項</u></p> <p><u>(7) 外来医療に関する事項</u></p> <p><u>(8) 医師及び医療従事者 (医師を除く。) の確保に関する事項</u></p> <p><u>(9) 医療の安全の確保に関する事項</u></p> <p><u>(10) ～ (12) (略)</u></p> <p>(削る)</p>	<p>務組合及び広域連合を含む。以下同じ。) 及び保険者協議会 <u>(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。)</u> の意見を聴く。</p> <p>(4) ・ (5) (略)</p> <p>(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 <u>ことができる。</u></p> <p>2 記載事項</p> <p>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。</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(4) 医療従事者の確保に関する事項</u></p> <p><u>(5) 医療の安全の確保に関する事項</u></p> <p><u>(6) ～ (8) (略)</u></p> <p><u>(9) 地域医療構想に関する事項</u></p>

改正後	改正前
<p>(削る)</p> <p><u>(13) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項</u></p> <p>3 他計画等との関係</p> <p>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<u>努めなければならない。</u></p> <p>また、医療介護総合確保法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。</p> <p>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。<u>また、政策的に関連の深い他の計画に、医療計画に記載すべき事項と同様の内容を記載することが定められている場合には、医療計画上で、これらの計画の対応する箇所を明確に示すことで、具体的な記載に代替することとして差し支えないこと。</u></p> <p>(1) <u>過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法</u>（令</p>	<p><u>(10) 病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項</u></p> <p><u>(11) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項</u></p> <p>3 他計画等との関係</p> <p>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<u>努める。</u></p> <p>また、<u>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</u>（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。</p> <p>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。</p> <p>(1) <u>過疎地域自立促進特別措置法</u>（平成12年法律第15</p>

改正後	改正前
<p><u>和3年法律第19号</u>に基づく<u>過疎地域持続的発展計画</u></p> <p>(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</p> <p>※ <u>令和4年11月18日に成立した「離島振興法の一部を改正する法律」（令和4年法律第92号）により、国及び地方公共団体は、離島における医療の充実が図られるよう特別の配慮をすることとされ、当該配慮規定において、遠隔医療が明記されたことに留意すること。</u></p> <p>(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</p> <p>(4) 基本方針<u>第十一</u>に掲げる方針等</p> <p>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</p> <p>② 高齢者の医療の確保に関する法律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</p> <p>③ <u>医師の労働時間短縮等に関する指針</u></p> <p>④ <u>がん対策基本法</u>（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</p> <p>⑤ <u>健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その</u></p>	<p><u>号</u>に基づく<u>過疎地域自立促進計画</u></p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(4) <u>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</u>に掲げる方針等</p> <p>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</p> <p>② 高齢者の医療の確保に関する法律<u>（昭和57年法律第80号）</u>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 (新設)</p> <p>③ <u>がん対策基本法</u>（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</p> <p>④ <u>健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その</u></p>

改正後	改正前
<p>他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）に定める循環器病対策推進基本計画及び都道府県循環器病対策推進計画</p> <p>⑥ 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</p> <p>⑦ 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</p> <p>⑧ 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</p> <p>⑨ 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</p> <p>⑩ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に定める基本的な方針、基本指針及び都道府県障害児福祉計画</p> <p>⑪～⑮ （略）</p> <p><u>（5）法に定める医師の労働時間短縮等に関する指針（令和4年厚生労働省告示第7号）</u></p> <p>4・5 （略）</p> <p>6 医療計画の期間</p> <p>医療計画については、<u>3年ごとの中間評価も踏まえ、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、医師の確保及び外来医療に関する事項については、3年ごとに</u></p>	<p>他の循環器病に係る対策に関する基本法（平成30年法律第105号）に定める循環器病対策推進基本計画及び都道府県循環器病対策推進計画</p> <p>⑤ 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</p> <p>⑥ 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</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年⑦法律第50号）に定める基本方針</p> <p>⑧ 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</p> <p>⑨ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）に定める基本的な方針</p> <p>⑩～⑭ （略）</p> <p>4・5 （略）</p> <p>6 医療計画の期間</p> <p>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<u>その他必要な事項</u>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</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>医療計画の内容は概ね次のようなものが想定されるが、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。</p> <p>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。</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>(略)</p> <p>具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1)住民の健康状態や患者の状態と<u>いった</u>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。</p> <p>また、記載に当たっては、(6)公的医療機関等及び独</p>	<p>画を変更するものとしている。</p> <p>第3 医療計画の内容</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制</p> <p>(略)</p> <p>具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、(1)住民の健康状態や患者の状態<u>(</u>成果(アウトカム)<u>)</u>、患者動向や医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状、(2)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。</p> <p>また、記載に当たっては、(6)公的医療機関等及び独</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>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）<u>訪問看護事業所</u>の役割についても記載すること。</p> <p>（１）現状の把握 （略）</p> <p>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又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。</p> <p>（２）必要となる医療機能</p> <p>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・<u>生活期</u>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。</p> <p>（３）課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策</p>	<p>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。</p> <p>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）<u>訪問看護ステーション</u>の役割についても記載すること。</p> <p>（１）現状の把握 （略）</p> <p>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、<u>あるいは医療圏間の比較</u>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。</p> <p>（２）必要となる医療機能</p> <p>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。</p> <p>（３）課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策</p>

改正後	改正前
<p>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。<u>その際、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、ロジックモデル等のツールの活用を検討する。</u></p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) 評価・公表方法等</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) 評価・公表方法等</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>態、地域の医療の質などの成果（アウトカム）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。<u>その際、（３）で用いたロジックモデル等のツールを再度活用することが考えられる。</u></p> <p>（略）</p> <p>（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</p> <p>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。）及び医療法施行令第4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<u>医療法施行令第4条の6</u>で定める独立行政法人とみなして、法第7条の2第7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。</p>	<p><u>（成果（アウトカム））</u>、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。</p> <p>（略）</p> <p>（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</p> <p>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<u>（昭和23年政令第326号。以下「令」という。）</u>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<u>令第4条の6</u>で定める独立行政法人とみなして、法第7条の2第7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。</p>

改正後	改正前
<p>特に、公立病院等<u>の</u>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、<u>地域の医療需要等を勘案し、地域の民間医療機関では担うことができない機能に重点化することが重要であることを踏まえ、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。</u></p> <p>なお、総務省が公表した「<u>持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン</u>」（令和4年3月29日総財準第72号総務省自治財政局長通知別添）を踏まえ、地域の医療機関との役割分担や連携を十分勘案した上で、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。</p> <p>（略）</p> <p>（7）（略）</p> <p>（8）歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割</p> <p>地域包括ケアシステム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を推進する等、地域の実情を踏まえた取組を行うことが重要である。特に、近年は、<u>口腔の管理</u>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</p>	<p>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。</p> <p>なお、総務省が公表した「<u>新公立病院改革ガイドライン</u>」（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。</p> <p>（略）</p> <p>（7）（略）</p> <p>（8）歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割</p> <p>地域包括ケアシステム（<u>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。</u>）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、<u>口腔ケア</u>が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身</p>

改正後	改正前
<p>とから、各医療連携体制の構築に当たって、<u>歯科医療や歯科医療従事者</u>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。</p> <p>(9) (略)</p> <p>(10) <u>訪問看護事業所の役割</u></p> <p>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<u>訪問看護事業所</u>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、<u>訪問看護事業所間や関係機関との連携強化、訪問看護事業所の事業者規模の拡大等の機能強化、情報通信機器の活用等による業務効率化等</u>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<u>充実を図る</u>ことが必要である。</p>	<p>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、<u>歯科医療</u>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。</p> <p>(9) (略)</p> <p>(10) <u>訪問看護ステーションの役割</u></p> <p>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<u>訪問看護ステーション</u>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、<u>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</u>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<u>充実する</u>ことが必要である。</p>

改正後	改正前
<p>4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療</p> <p>5 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こと。</p> <p>5 <u>地域医療構想の取組</u></p> <p><u>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」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知別添1）及び「地域医療構想の推進について」（平成30年2月7日付け医政発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）等を踏まえること。</u></p> <p>6 <u>外来医療に係る医療提供体制の確保</u></p> <p><u>外来医療計画の策定並びに地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に当たっては、外来医療に係る外来医療提供体制の確保に関するガイドライン（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）を踏まえること。</u></p> <p>7 <u>医師の確保及び医療従事者（医師を除く。）の確保</u></p> <p>医師及び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</p>	<p>4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療</p> <p>5 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。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>5 医療従事者の確保</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>こと、<u>地域医療構想における医療機関の再編・統合等の方針によっても地域でどの程度医師及び医療従事者を確保すべきかが左右され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。</u></p> <p>(1) 医師の確保について</p> <p><u>医師の確保については、医師確保計画策定ガイドライン（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）を踏まえて計画の策定及び実施を行うこと。</u></p>	<p>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。</p> <p>【地域医療対策協議会の取組】</p> <p>① <u>地域医療対策協議会の議論の経過等</u></p> <p>② <u>地域医療対策協議会の定めた施策</u></p> <p>(1) 医師の確保について</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>【地域医療支援センター事業等の内容】</p> <p>① <u>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</u></p>

改正後	改正前
	<p>② <u>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</u></p> <p>③ <u>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</u></p> <p>④ <u>医師を募集する医療機関に関する情報の提供</u></p> <p>⑤ <u>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</u></p> <p>⑥ <u>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</u></p> <p>⑦ <u>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</u></p> <p>⑧ <u>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</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>（地域枠及びキャリア形成プログラムについて）</u></p> <p><u>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是正するため、同様の</u></p>

改 正 後	改 正 前
	<p><u>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</u></p> <p><u>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）</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>・ 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。</u> <u>・ 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）</u> <u>・ 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。</u> <u>・ 特段の理由なく、特定の開設主体に派遣先が偏らな</u>

改正後	改正前
	<p><u>いようなキャリア形成プログラムとすること。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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。</u> <p><u>(医師の勤務負担軽減について)</u></p> <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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。</u> ・ <u>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。</u> ・ <u>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。</u> <p><u>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。</u></p> <p><u>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</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>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。</u></p> <p><u>(へき地の医師確保について)</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>(その他)</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>(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</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(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。</u></p>

改正後	改正前
<p>(2) 医師以外の医療従事者の確保について</p> <p><u>医師以外の医療従事者</u>、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。</p> <p>【医療従事者の現状及び目標】</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>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。</p> <p>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の役割をより明確化することが望ましい。具体的には、<u>地域における歯科医療従事者の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進すること等が考えられる。また、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用し、それら</u></p>	<p><u>(注4) 厚生労働省の平成29年度予算事業として作成予定。</u></p> <p>(2) 医師以外の医療従事者の確保について</p> <p><u>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</u>、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。</p> <p>【医療従事者の現状及び目標】</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>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。</p> <p>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<u>歯科医師</u>の役割をより明確にすることが望ましい。具体的には、<u>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。</u></p>

改正後	改正前
<p><u>の取組をさらに推進すること。</u></p> <p>イ 薬剤師については、<u>地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上及び増進等に資するため、調剤等の業務に加え、病院薬剤師にあつては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあつては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められている。薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の不足が喫緊の課題となっていることも踏まえ、必要な薬剤師の確保を図るため、病院及び薬局それぞれにおける薬剤師の就労状況を把握し、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、医療機関への薬剤師派遣等）の積極的な活用を含め、地域の実情に応じた薬剤師の確保策について、可能な限り具体的に記載すること。確保策の検討及び実施に当たっては、都道府県の薬務主管課及び医務主管課並びに都道府県薬剤師会等の関係団体が連携して取り組むこと。特に、病院薬剤師の確保策の検討及び実施については、都道府県病院薬剤師会とも連携の上取り組むこと。</u></p> <p><u>また、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</u></p>	<p>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。</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>ウ 看護職員については、その確保に向けて、都道府県ナースセンター等<u>の関係者との連携に基づき、都道府県・二次医療圏ごとの課題を把握し、看護師等養成所による養成、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」や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、医療機関の勤務環境改善による離職防止など、新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組を推進していくこと。</u></p> <p>また、<u>地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、地域の実情を踏まえて、地域医療介護総合確保基金の活用や都道府県ナースセンターにおける取組の充実など、訪問看護に従事する看護職員を確保するための方策を記載すること。</u></p> <p><u>あわせて、看護師については、在宅医療等を支え</u></p>	<p>ウ 看護職員については、その確保に向けて、<u>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。</u></p> <p>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、<u>可能な限り具体的に記載すること。</u></p>

改正後	改正前
<p><u>る看護師や感染症の発生・まん延時に迅速かつ的確に対応でき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、具体的に記載すること。また、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標を記載すること。なお、これらの目標数を設定する際には、可能な限り二次医療圏ごとや分野・領域別の設定を検討すること。</u></p> <p>8 医療の安全の確保</p> <p>医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について、（1）及び（2）により記載すること。なお、記載に当たっては、以下の事項に留意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、<u>医療事故（医療法第6条の10第1項に規定する医療事故をいう。）が発生した場合の対応に関す</u> 	<p>6 医療の安全の確保</p> <p>医療提供施設及び医療安全支援センターの現状及び目標について、（1）及び（2）により記載する。なお、記載に当たっては、以下の事項に留意する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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

改正後	改正前
<p>る取組等を含む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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>(1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合 ② 病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合 ③ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総 	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>(1) 医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合 ② 病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合 ③ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総

改正後	改正前
<p>数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合</p> <p>④ <u>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、医療事故調査制度に関する研修（医療事故調査・支援センター又は支援団体等連絡協議会が開催するもの（委託して行うものを含む。）に限る。）を管理者が受講した医療施設数の割合</u></p> <p>⑤ <u>病院の総数に対する、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価（公益財団法人日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価、Joint Commission Internationalが実施するJCI認証による評価及びISO規格に基づくISO 9001認証による評価に限る。）を受審している病院数の割合</u></p> <p>(2) 医療安全支援センターの現状及び目標</p> <p>記載に当たっては、「医療安全支援センターの実施について」（平成19年3月30日付け医政発第0330036号厚生労働省医政局長通知）を参考に、次の事項について記載すること。</p> <p>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</p> <p>② 相談職員（常勤換算）の配置数</p> <p>③ <u>相談職員の総数に対する、医療安全支援センター総</u></p>	<p>数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 医療安全支援センターの現状及び目標</p> <p>記載に当たっては、「医療安全支援センターの実施について」（平成19年3月30日付け医政発第0330036号厚生労働省医政局長通知）を参考に、次の事項について記載すること。</p> <p>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</p> <p>② 相談職員（常勤換算）の配置数</p> <p>(新設)</p>

改正後	改正前
<p><u>合支援事業が実施する研修を受講した相談職員数の割合</u></p> <p>④ <u>ホームページ、広報等による都道府県、二次医療圏、保健所設置市及び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</u></p> <p>⑤ <u>都道府県、二次医療圏、保健所設置市及び特別区における、医療従事者に対し医療安全に関する研修を実施している医療安全支援センターの割合</u></p> <p>⑥ <u>都道府県、二次医療圏、保健所設置市及び特別区における、患者・住民に対する医療安全推進のための意識啓発活動の実施状況</u></p> <p>⑦ <u>都道府県、二次医療圏、保健所設置市及び特別区における医療安全推進協議会の設置・開催状況</u></p> <p><u>9 基準病床数</u></p> <p>(1) 療養病床及び一般病床</p> <p>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、規則第30条の30第1号に規定する算定式に基づいて算定すること。</p> <p>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</p>	<p>③ <u>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</u></p> <p>④ <u>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</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>7 基準病床数</u></p> <p>(1) 療養病床及び一般病床</p> <p>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、<u>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。）</u>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。</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>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、医療機関の所在地に基づいた値を用いること。</p> <p>(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床</p> <p>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こと。</p> <p>なお、法第30条の4第2項第15号に規定する区域（以下「三次医療圏」という。）が<u>1</u>都道府県において<u>2</u>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。</p> <p>(3) 各区域における入院患者の流出入数の算出</p> <p>各区域における入院患者の流出入数の算出に<u>当たり、</u>病院に対して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こと。</p> <p>(4) 基準病床数の算定の特例</p> <p>各区域の急激な人口の増加が見込まれること等、<u>医療法施行令第5条の2</u>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し同意を得た数等を基準病床数とすることができること。</p>	<p>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、<u>医療機関所在地に基づいた値を用いることとする。</u></p> <p>(2) 精神病床、結核病床及び感染症病床</p> <p>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。</p> <p>なお、法第30条の4第2項第15号の区域（以下「三次医療圏」という。）が<u>一</u>都道府県において<u>二</u>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。</p> <p>(3) 各区域における入院患者の流出入数の算出</p> <p>各区域における入院患者の流出入数の算出に<u>当たって</u>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。</p> <p>(4) 基準病床数の算定の特例</p> <p>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<u>等</u>ができる。</p>

改正後	改正前
<p>(5) 都道府県知事の勧告</p> <p>(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（<u>公的医療機関等が開設等する病院等については法第7条の2第1項の規定に基づく不許可処分</u>）の対象となり得ること。</p> <p>10 医療提供施設の整備の目標</p> <p>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、<u>医師の少ない地域を支援する役割を担い、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、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修等</u>を通じてかかりつけ医、<u>かかりつけ歯科医等</u>を支援する能力を備え、<u>地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものとして都道府県知事が承認する病院</u>である。</p> <p>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</p>	<p>(5) 都道府県知事の勧告</p> <p>(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（<u>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</u>）の対象となり得る。</p> <p>8 医療提供施設の整備の目標</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>地域医療支援病院の整備の目標</u> <p>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。</p> <p>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。</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>① かかりつけ医等からの紹介等、病診連携体制</p> <p>② 共同利用の状況</p> <p>③ 救急医療体制</p> <p>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</p> <p><u>また、規則第9条の19第1項第2号の規定に基づき、地域における医療の確保を図るために当該病院が行うことが特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項については、医療計画の策定及び見直しの際に必要な応じて見直しを行い、公表すること。また、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等の一部を改正する法律（令和4年法律第96号）による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の改正により、地域医療支援病院に感染症の発生・まん延時に担うべき医療の提供が義務付けられることとされたことを踏まえ、地域医療支援病院の整備の目標を定める際には、医療計画における感染症の発生・まん延時の対応に関する事項との連携に留意すること。さらに、地域医療支援病院は、紹介患者への対応等、紹介受診重点医療機関にも該当しうる機能を有することから、外来医療に係</u></p>	<p>① かかりつけ医等からの紹介等、病診連携体制</p> <p>② 共同利用の状況</p> <p>③ 救急医療体制</p> <p>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</p> <p><u>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。</u></p>

改正後	改正前
<p><u>る医療提供体制の確保との関係についても留意すること。それらの結果を踏まえ、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）を設定すること。</u></p> <p>なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあっては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。</p> <p>(削る)</p> <p>11 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項</p> <p>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、記載すること。</p> <p>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。</p> <p>(1) 障害保健対策</p> <p>① 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</p>	<p>なお、地域医療支援病院を整備しない二次医療圏にあっては、医療機関相互の機能分担及び業務連携等の充実を図ることが重要である。</p> <p>9 <u>地域医療構想の取組</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(1) 障害保健対策</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組</p> <p>② <u>相談等の連絡先</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>移植医療対策(臓器移植、造血幹細胞移植)</u></p> <p>①～② (略)</p> <p>(4) 難病等対策</p> <p>① リウマチなどの都道府県の取組</p> <p>② (略)</p> <p>(5) (略)</p> <p>(6) <u>慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策</u></p> <p>① <u>都道府県の取組</u></p> <p>② <u>相談等の連絡先</u></p> <p>(7) <u>慢性腎臓病(CKD)対策</u></p> <p>① <u>都道府県の取組</u></p> <p>② <u>相談等の連絡先</u></p> <p>(8) (略)</p> <p>(9)～(12) (略)</p> <p>(13) <u>保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組</u></p> <p>地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域</p>	<p>係機関との連携体制の整備等)に関する取組</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) <u>臓器移植対策</u></p> <p>①～② (略)</p> <p>(4) 難病等対策</p> <p>① <u>難病、リウマチ、アレルギー</u>などの都道府県の取組</p> <p>② (略)</p> <p>(5) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(6) (略)</p> <p>(7)～(10) (略)</p> <p>(11) <u>保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組</u></p> <p>地域の医療提供体制の確保に当たっては、疾病予防から治療、介護までのニーズに応じた多様なサービスが地域</p>

改正後	改正前
<p>において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。</p> <p>このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する<u>こと</u>。</p> <p>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<u>挙げられること</u>。</p> <p><u>12 施策の評価及び見直し</u></p> <p>施策の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。<u>その際、学識経験者の協力を得て分析等を実施することも検討する。</u></p> <p>法第30条の6に基づいて行う施策の評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><u>第4 医療計画作成の手順等</u></p> <p>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。</p> <p>1 医療計画作成手順の概要</p> <p>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。</p>	<p>において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立を基本とすべきである。</p> <p>このため、疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載する。</p> <p>なお、医療と密接に関連を有する施策としては、第2の3に掲げる計画等が<u>求められている</u>。</p> <p><u>11 施策の評価及び見直し</u></p> <p>施策の実施状況については、都道府県は、設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められる。</p> <p>法第30条の6に基づいて行う施策の評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ医療計画に記載する。</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><u>第4 医療計画作成の手順等</u></p> <p>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。</p> <p>1 医療計画作成手順の概要</p> <p>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。</p>

改正後	改正前
<p>(1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備 <u>（第2の4参照）</u></p> <p>(2) ・ (3) (略)</p> <p><u>(4) 医療圏及び基準病床数の検討</u></p> <p><u>(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に当たっての課題や数値目標、施策についての検討</u></p> <p><u>(6) (略)</u> (削る)</p> <p>(7) (略)</p> <p><u>(8) 外来医療に係る医療提供体制の確保についての検討</u></p> <p><u>(9) 医師の確保及び医療従事者（医師を除く。）の確保についての検討</u></p> <p><u>(10) 医療の安全の確保その他の必要な事項についての検討</u></p> <p><u>(11) ～ (17) (略)</u></p> <p>※ <u>医療計画の内容のうち必要な情報については、住民向けの概要版の作成や用語の解説を加える等の工夫を行い、分かりやすい形で住民に対して情報提供を行うことに努める。その際、限られた医療資源を有効に使</u></p>	<p>(1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備</p> <p>(2) ・ (3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(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</u></p> <p><u>(5) (略)</u></p> <p><u>(6) 医療圏及び基準病床数の検討</u></p> <p>(7) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>(8) ～ (14) (略)</u></p> <p>(新設)</p>

改正後	改正前
<p><u>う観点から地域の医療提供体制の課題や見通しなどを示し、住民の理解・協力を得られるよう努めること。</u></p> <p>2 医療圏の設定方法</p> <p>(1) (略)</p> <p>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、<u>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こと。また、人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。</u>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。</p> <p>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</p>	<p>2 医療圏の設定方法</p> <p>(1) (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>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こと。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。</p> <p>また、設定を変更しない場合には、その<u>理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）</u>を明記すること。</p> <p>② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とすること。</p> <p>③ 構想区域に二次医療圏を合わせることが適当であること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>また、設定を変更しない場合には、その<u>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。</u></p> <p>② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。</p> <p>③ 構想区域（<u>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。</u>）に二次医療圏を合わせることが適当であること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。</p> <p>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</p>

改正後	改正前
<p>必要とする次のものが考えられること。</p> <p>①～④ (略)</p> <p>(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。</p> <p>なお、その際には、<u>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。</u></p> <p><u>また、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定を行わない場合であっても、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合は、当該連携を行う都道府県と協議を行い、具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めること。</u></p> <p><u>(5) 医療圏の設定については、二次医療圏が外来医療計画及び医師確保計画における施策の単位とされていることも踏まえ、医療計画の策定において先行して議論を行い、設定を変更する場合は、その検討状況を先んじて国に報告すること。</u></p> <p>3 基準病床数の算定方法</p>	<p>要とする次のものが考えられる。</p> <p>①～④ (略)</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <p>3 基準病床数の算定方法</p>

改正後	改正前
<p>(1) 基準病床数の算定方法</p> <p>基準病床数の算定は、次に掲げる方式によること <u>(規則第30条の30)</u>。</p> <p>① (略)</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 基準病床数の都道府県間調整について</p> <p>なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流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。</p> <p>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、</p> <p>{ (当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率) の総和 - (介護施設及び在宅医療等で対応可能な数) } × (1 / 病床利用率) + <u>{ (当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率) の総和 × 平均在院日数 }</u> × (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。</p>	<p>(1) 基準病床数の算定方法</p> <p>基準病床数の算定は、<u>規則第30条の30各号に定める標準に準拠し</u>、次に掲げる方式によること。</p> <p>① (略)</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 基準病床数の都道府県間調整について</p> <p>なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流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。</p> <p>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、</p> <p>{ (当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率) の総和 - (介護施設、在宅医療等で対応可能な数) } × (1 / 病床利用率) + (当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率) の総和 × 平均在院日数 × (1 / 病床利用率) 及びウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数を超えることはできない。</p>

改正後	改正前
<p>(注1)～(注3) (略)</p> <p>(注4) 「介護施設及び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、令和5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<u>数とする。</u></p> <p>(i)・(ii) (略)</p> <p>(注5)・(注6) (略)</p> <p>(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、<u>法第30条</u>の4第2項第17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。</p> <p>(注8)・(注9) (略)</p> <p>(備考) (略)</p> <p>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。</p>	<p>(注1)～(注3) (略)</p> <p>(注4) 「介護施設、<u>在宅医療等で対応可能な数</u>」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、令和5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<u>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。なお、介護療養型医療施設の設置期限が令和5年度末であることに注意すること。</u></p> <p>(i)・(ii) (略)</p> <p>(注5)・(注6) (略)</p> <p>(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、<u>医療法第30条</u>の4第2項第17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。</p> <p>(注8)・(注9) (略)</p> <p>(備考) (略)</p> <p>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。</p>

改正後	改正前
<p data-bbox="237 172 1111 767"> $\left[\left(\text{令和8年における当該都道府県の年齢別の急性期入院患者数の総和} \right) + \left(\text{令和8年における当該都道府県の年齢別の回復期入院患者数の総和} \right) + \left(\text{令和8年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数の総和} \right) \times \{ 1 - \left(\text{慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合} \right) \} + \left(\text{令和8年における当該都道府県の年齢別の認知症慢性期入院患者数の総和} \right) \times \{ 1 - \left(\text{認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合} \right) \} + \left(\text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数} \right) - \left(\text{精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数} \right) \right] \times \left(1 / \text{精神病床利用率} \right)$ </p> <p data-bbox="255 1241 1111 1385"> (注1) 「急性期入院患者」、「回復期入院患者」、「慢性期入院患者」及び「認知症慢性期入院患者」とは、それぞれ次のとおりとする。 </p>	<p data-bbox="1236 172 2110 1217"> $\left[\left\{ \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和2年における推計人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率} \right) \right\} \text{の総和} + \left\{ \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和2年における推計人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率} \right) \right\} \text{の総和} + \left\{ \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和2年における推計人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症でない者に係る慢性期入院受療率} \right) \right\} \text{の総和} \times \left(\text{精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合} \alpha \right) \times \left(\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値} \beta \right) + \left\{ \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和2年における推計人口} \right) \times \left(\text{当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症である者に係る慢性期入院受療率} \right) \right\} \text{の総和} \times \left(\text{地域精神保健医療体制の高度化による影響値} \gamma \right) + \left(\text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数} \right) - \left(\text{精神病床における当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数} \right) \right] \times \left(1 / \text{精神病床利用率} \right)$ </p> <p data-bbox="1254 1241 2110 1385"> (注1) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の令和2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 </p>

改正後	改正前
<p>急性期入院患者：精神病床における入院期間が3月未満である入院患者</p> <p>回復期入院患者：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</p> <p>慢性期入院患者：精神病床における入院期間が1年以上であって認知症でない入院患者</p> <p>認知症慢性期入院患者：精神病床における入院期間が1年以上であって認知症である入院患者</p> <p>(注2) 注2から注7までにおいて、「X歳(以上)の変化率」とは、「平成26年におけるX歳(以上)の全国の急性期/回復期/慢性期/認知症慢性期入院患者の数に対する平成29年におけるX+3歳(以上)の全国の急性期/回復期/慢性期/認知症慢性期入院患者の数の割合」をいう。</p> <p>(注3) 「令和8年における当該都道府県の年齢別の急性期入院患者数」とは、「令和8年における急性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る年齢別の推計患者数」をいい、次の1)～4)により算定される数とする。</p> <p>※ 令和2年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数については、当該年齢が含まれる5歳階級の当該都道府県に住所</p>	<p>位推計)」によることとする。</p> <p>(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。</p> <p>(注3) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の急性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が3月未満である入院患者(以下この項(2)において「急性期入院患者」という。)のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注4) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の回復期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が3月以上1年未満である入院患者(以下この項(2)において「回復期入院患者」という。)のうち、当該都道府県に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注5) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症</p>

改正後	改正前
<p>を有する急性期入院患者数を5で除した数とする。</p> <p>1) 0歳から24歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和2年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。</p> <p>2) 25歳から27歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和2年における、当該年齢から3年を減じた年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数とする。</p> <p>※ 令和8年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和5年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数に、当該年齢の変化率を乗ずることで求める。また、令和5年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数については、1)の考えに基づき、それぞれ、令和2年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数とする。これらのことから、令和8年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ令和2年における22歳から24歳までの各年齢の当該都道府県に住所を</p>	<p>以外の慢性期入院受療率」とは、「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者（以下この項(②)において「慢性期入院患者」という。）のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者を除く。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注6) 「当該都道府県の性別及び年齢階級別の認知症に係る慢性期入院受療率」とは、「慢性期入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）の性別及び年齢階級別の入院受療率」をいい、性別及び年齢階級別に、平成26年における当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者（認知症である者に限る。）の数を平成26年における当該都道府県の人口で除して得た数とする。</p> <p>(注7) 「精神病床における入院期間が1年以上である入院患者のうち継続的な入院治療を必要とする者の割合α」とは、慢性期入院患者の実態を勘案し、原則として0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める値とする。</p>

改正後	改正前
<p>有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変 化率を乗ずることで求める。</p> <p>3) 28歳から89歳までの各年齢の推計患者数は、そ れぞれ、イにロを乗じて得た数に、ハを乗じて得 た数とする。</p> <p>イ 令和2年における、当該年齢から6年を減じ た年齢（ロ及びハにおいて「基準年齢」とい う。）の当該都道府県に住所を有する急性期入 院患者の概数</p> <p>ロ 基準年齢の変化率</p> <p>ハ 基準年齢に3年を加えた年齢の変化率</p> <p>※ 令和8年における28歳から89歳までの各年 齢の推計患者数については、それぞれ、令和 5年における25歳から86歳までの各年齢の推 計患者数に、当該年齢の変化率を乗ずること で求める。また、令和5年における25歳から 86歳までの各年齢の推計患者数についても同 様に、令和2年における22歳から83歳までの 各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期 入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗ず ることで求める。</p> <p>4) 90歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した</p>	<p>※ 「原則として0.8から0.85までの間」とした考え 方は、以下のとおりである。</p> <p>厚生労働科学研究によると、</p> <p>① 認知症以外の慢性期入院患者の6割以上が、当 該研究において策定した重症度を医学的に評価 する基準に該当する（精神障害者の重症度判定 及び重症患者の治療体制等に関する研究（平成 25～27年度））</p> <p>② 統合失調症の慢性期入院患者の1割が、入院治 療が適切な程度の身体合併症を有している（精 神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研 究（平成19～21年度））</p> <p>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。</p> <p>令和6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 年である令和2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</p>

改正後	改正前
<p>数に、ハを乗じて得た数とする。</p> <p>イ 次の a から c までを合計した数</p> <p>a 令和2年における84歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数</p> <p>b 令和2年における85歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数</p> <p>c 令和2年における86歳の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、当該年齢の変化率を乗じて得た数</p> <p>ロ 令和2年における87歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に、87歳以上の変化率を乗じて得た数</p> <p>ハ 87歳以上の変化率</p> <p>※ 令和8年における90歳以上の推計患者数については、令和5年における87歳以上の推計患者数に87歳以上の変化率を乗ずることで求める。</p> <p>ここで、令和5年における87歳以上の推計患者数は、令和5年における87歳から89歳までの推計患者数と、令和5年における90歳以</p>	<p>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。</p> <p>(注8) 「地域精神保健医療体制の高度化による影響値β」とは、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を3乗し、当初の普及速度を考慮して調整係数0.95で除した数とする。</p> <p>(注9) 「地域精神保健医療体制の高度化による影響値γ」とは、これまでの認知症施策の実績を勘案し、1年当たりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、原則として0.97から0.98までの間で都道府県知事が定める値を3乗した数とする。</p> <p>(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17号に規定する精神病床に係る基準病床数の</p>

改正後	改正前
<p><u>上の推計患者数の和によって求めるところ、令和5年における87歳から89歳までの各年齢の推計患者数については、それぞれ、令和2年における84歳から86歳までの各年齢の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に当該年齢の変化率を乗ずることで求め、令和5年における90歳以上の推計患者数については、令和2年における87歳以上の当該都道府県に住所を有する急性期入院患者の概数に87歳以上の変化率を乗ずることで求める。</u></p> <p><u>(注4) 「令和8年における当該都道府県の年齢別の回復期入院患者数」及び「令和8年における当該都道府県の年齢別の慢性期入院患者数」に関しては、それぞれ、注3において「急性期」とあるのは「回復期」又は「慢性期」と読み替えるものとして求めた数とする。</u></p> <p><u>(注5) 「令和8年における当該都道府県の年齢別の認知症慢性期入院患者数」に関しては、注3において「急性期」とあるのは「認知症慢性期」と、「0歳から24歳まで」とあるのは「0歳から59歳まで」と、「25歳から27歳まで」あるのは「60歳から62歳まで」と、「22歳から24歳まで」とあるのは「57歳から59歳</u></p>	<p><u>算定に使用する数値等（平成18年厚生労働省告示第161号）により定められている。</u></p> <p><u>(注11) 各都道府県における流入流出院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。</u></p>

改正後	改正前
<p>まで」と、「28歳から89歳まで」とあるのは「63歳から89歳まで」と、「25歳から86歳まで」とあるのは「60歳から86歳まで」と、「22歳から83歳まで」とあるのは「57歳から83歳まで」と読み替えるものとして求めた数とする。</p> <p>(注6)「慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」は、次の1)～4)により算定される数を合計した数を都道府県別の推計人口で除して得た値に1000を乗じて得た値(以下注6において「推計患者率」という。)が0.69以下である場合は0とし、又は0.69を上回る場合であって、推計患者率と0.69の差分が推計患者率の2割未満であるときは当該差分を推計患者率で除して得た値の5割とし、若しくは当該差分が推計患者率の2割以上であるときは0.1とする。ただし、都道府県知事は、この算定した割合に対して、当該割合が0を下回らない範囲で、0以上0.02以下の値を加えること又は減じることができる。</p> <p>1) 令和8年における0歳から21歳までの各推計患者数に関しては、それぞれこれに対応する数とする。</p> <p>2) 令和8年における22歳から24歳までの各推計患</p>	

改正後	改正前
<p><u>者数に関しては、それぞれこれに対応する数と、当該数に当該年齢の変化率を乗じて得た数を合計した数とする。</u></p> <p><u>3) 令和8年における25歳から86歳までの各推計患者数に関しては、それぞれこれに対応する数に当該年齢の変化率を乗じて得た数とする。</u></p> <p><u>4) 令和8年における87歳以上の推計患者数に関しては、これらに対応する数を合計した数に、87歳以上の変化率を乗じて得た数とする。</u></p> <p><u>※ 慢性期入院患者数については、地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果に係る係数を設定している。具体的には、第8次医療計画の最終年である令和11年における人口あたりの慢性期入院患者数の将来推計値が、令和2年における人口あたりの慢性期入院患者数が十分に少ない都道府県の水準を上回る都道府県は、その水準に近づける方向で、将来推計値を調整する係数を設定している。</u></p> <p><u>「令和11年における人口あたりの慢性期入院患者数の将来推計値」を求めるにあたって、「都道府県別の推計人口」としては、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</u></p>	

改正後	改正前
<p>30（2018）年推計）」において公表されている、 令和12年の地域別将来推計人口を用いることとする。</p> <p>「令和2年における人口あたりの慢性期入院患者数が十分に少ない都道府県の水準」については、優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、47都道府県の上位10％が実際に達成している値を参考として、0.69に設定している。</p> <p>※ 令和11年における0歳から24歳までの各年齢の推計患者数については、注3の1）の考えに基づき、それぞれ令和8年における当該年齢の推計患者数とする。また、令和11年における25歳から27歳までの各年齢の推計患者数については、注3の2）及び3）の考えに基づき、それぞれ、令和8年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数に当該年齢の変化率を乗ずることで求める。したがって、令和11年における推計患者数を求めるにあたっては、令和8年における22歳から24歳までの各年齢の推計患者数について、それぞれその数と、その数に当該年齢の変化率を乗じて得た値を合計する必要がある。</p>	

改正後	改正前
<p><u>(注7) 「認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合」に関して、注6について次の1)～4)のとおり読み替えるものとして求めた割合とする。</u></p> <p><u>1) 「慢性期」は「認知症慢性期」とする。</u></p> <p><u>2) 「0.69」は「0.34」とする。</u></p> <p><u>3) 「0歳から21歳まで」は「0歳から56歳まで」と、「22歳から24歳まで」は「57歳から59歳まで」と、「25歳から86歳まで」は「60歳から86歳まで」とする。</u></p> <p><u>4) 「都道府県別の推計人口」、「人口あたりの」及び「令和12年の地域別将来推計人口」は、それぞれ「都道府県別の65歳以上の推計人口」、「65歳以上の人口あたりの」及び「令和12年における65歳以上の地域別将来推計人口」とする。</u></p> <p><u>(注8) 「精神病床利用率」については、医療法第30条の4第2項第17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）によるものとする。</u></p> <p><u>(注9) 各都道府県における流入流出入院患者数については、患者調査、国民健康保険等のレセプト調査等により把握する。</u></p>	

改正後	改正前
<p>③ (略)</p> <p>④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに<u>感染症法第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。</u></p> <p>(2) 基準病床数の算定の特例</p> <p>医療計画作成時に次のような事情がある<u>場合には</u>、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>(削る)</p>	<p>③ (略)</p> <p>④ 感染症病床に係る基準病床数は、都道府県の区域ごとに<u>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。</u></p> <p>(2) 基準病床数の算定の特例</p> <p>医療計画作成時に次のような事情がある<u>ため</u>、都道府県知事が都道府県医療審議会の意見を聴いた上で厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて得た数又は厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を基準病床数とすることができる。</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>4 病床数の必要量の算定方法</p> <p><u>(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</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>げる方式によること。</u></p> <p><u>{ (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)</u></p> <p><u>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、</u></p> <p><u>{ (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)</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(注1) 「当該構想区域の性別及び年齢階級別の将来 (令和7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。</u></p> <p><u>(注2) 「年齢階級」とは、原則、5歳ごとの年齢による</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>階級とする。</u></p> <p><u>(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令和7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。</u></p> <p><u>(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令和7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。</u></p> <p><u>(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令和7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。</u></p> <p><u>(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</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>床の機能区分ごとの令和7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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>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。</u></p> <p>④ <u>慢性期機能 慢性期入院患者のうち当該構想区域に住所を有する者の性別及び年齢階級別の数に、アに掲げる範囲内で都道府県知事が定める数（慢性期総入院受療率が全国最小値よりも小さい構想区域にあつては、1。以下「補正率」という。）を乗じて得た数に、障害その他の疾患を有する入院患者を加えて得た数を、当該構想区域の性別及び年齢階級別人口で除して得た数。</u></p> <p><u>ア 次の（ア）に掲げる数以上（イ）に掲げる数以下</u></p> <p><u>（ア） 慢性期総入院受療率の全国最小値（県単位）</u> <u>／当該構想区域の慢性期総入院受療率</u></p> <p><u>（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}</u> <u>×（1／当該構想区域の慢性期総入院受療率）</u></p> <p><u>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令和7年における病床数の必要量を令和12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（令和7年の性別及び</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>年齢階級別入院受療率の目標として、令和12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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>（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令和7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。</u></p> <p><u>（イ） 高齢者単身世帯割合が全国平均を上回ること。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>（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</u></p>

改 正 後	改 正 前
	<p><u>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。</u></p> <p><u>（注9）「当該構想区域の性別及び年齢階級別人口」</u>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。</p> <p><u>（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。</u></p> <p><u>（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」</u>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、<u>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。</u></p> <p><u>（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」</u>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、<u>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。</u></p>

改正後	改正前
	<p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>{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</u></p>

改正後	改正前
	<p>別及び年齢階級別入院受療率) } × (全国の慢性期入院患者の数/全国の人口)</p> <p>(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令和7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令和7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。</p> <p>(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。</p> <p>(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令和7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</p>

改正後	改正前
<p><u>4</u> 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保</p> <p>介護保険事業（支援）計画との整合性の確保については、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。</p> <p><u>5</u> 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順</p> <p>(1) 現状の把握</p> <p>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。</p> <p>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こと。</p>	<p><u>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。</u></p> <p><u>5</u> 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保</p> <p>介護保険事業（支援）計画との整合性の確保については、<u>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」</u>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。</p> <p><u>6</u> 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順</p> <p>(1) 現状の把握</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

改正後	改正前
<p>なお、重点指標及び参考指標については、「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について</u>」（令和5年年3月31日付け医政地発第14号厚生労働省医政局地域医療課長通知）の別紙「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針</u>」を参考とすること。</p> <p>また、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。</p> <p><u>（既存の統計・調査等の例）</u></p> <p>①～⑮ （略）</p> <p>（2） 作業部会及び圏域連携会議の設置</p> <p>都道府県は、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、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。）を設置すること。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。）を設置すること。</p> <p>作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、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、</p>	<p>なお、重点指標及び参考指標については、「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について</u>」（平成29年3月31日付け医政地発第3号厚生労働省医政局地域医療課長通知）の別紙「<u>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針</u>」を参考とすること。</p> <p>また、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。</p> <p>（新設）</p> <p>①～⑮ （略）</p> <p>（2） 作業部会及び圏域連携会議の設置</p> <p>都道府県は、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、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。</p> <p>作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、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</p>

改正後	改正前
<p>それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。</p> <p>① 作業部会</p> <p>ア (略)</p> <p>(ア)～(キ) (略)</p> <p>(ク) 上記(ア)から(キ)までに掲げるほか、各疾病及び事業において重要な役割を担う者</p> <p>なお、医療サービスを受ける立場の意見についても、十分に配慮することが望ましいことから、(オ)の患者・住民に対しては、十分な情報提供と解説などの支援を行うことにより、議論に参加しやすい環境が整うよう努めること。</p> <p>イ 内容</p> <p>作業部会は、下記の事項について協議する。</p> <p>(ア) 地域の医療資源の把握</p> <p>医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認すること。また、患者動向等も加味して、地域において不足している又は調整・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こと。</p> <p>(イ) 圏域の設定</p>	<p>れぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。</p> <p>① 作業部会</p> <p>ア (略)</p> <p>(ア)～(キ) (略)</p> <p>(ク) 上記(ア)から(キ)までの他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者</p> <p>なお、医療サービスを受ける立場の意見についても、十分に配慮することが望ましいことから、(オ)の患者・住民に対しては、十分な情報提供と解説などの支援を行うことにより、議論に参加しやすい環境が整うよう努めること。</p> <p>イ 内容</p> <p>作業部会は、下記の事項について協議する。</p> <p>(ア) 地域の医療資源の把握</p> <p>医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。なお、可能な限り二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。</p> <p>(イ) 圏域の設定</p>

改正後	改正前
<p>上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。 <u>その際、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こと。</u></p> <p>（ウ） 課題の抽出</p> <p>（ア）により把握した現状を分析し、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出すること。<u>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こと。</u></p> <p>（エ） 数値目標の設定</p> <p>抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。</p> <p>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、<u>基本方針第十一</u>に</p>	<p>上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。<u>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。</u></p> <p>（ウ） 課題の抽出</p> <p>（ア）により把握した現状を分析し、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。</p> <p>（エ） 数値目標の設定</p> <p>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。</p> <p>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、<u>基本方針第九</u>に掲げる</p>

改正後	改正前
<p>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。</p> <p>(オ) 施策</p> <p>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。<u>その際、抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であることからロジックモデル等のツールを活用することが有用と考えられる。</u></p> <p>② 圏域連携会議</p> <p>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。</p> <p>その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。</p> <p>ア (略)</p>	<p>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。</p> <p>(オ) 施策</p> <p>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。</p> <p>② 圏域連携会議</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ア (略)</p>

改正後	改正前
<p>イ 内容</p> <p>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<u>こと</u>。</p> <p>（ア）・（イ） （略）</p> <p>（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</p> <p>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<u>こと</u>。</p> <p>（３） 患者・住民の意見の反映</p> <p>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<u>させた上で、医療計画の内容について分かりやすく公表し、周知することが必要である。</u></p> <p>（４） 医療計画への記載</p> <p>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<u>こと</u>。</p> <p>また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称</p>	<p>イ 内容</p> <p>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。</p> <p>（ア）・（イ） （略）</p> <p>（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</p> <p>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。</p> <p>（３） 患者・住民の意見の反映</p> <p>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<u>させること。</u></p> <p>（４） 医療計画への記載</p> <p>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。</p> <p>また、原則として各医療機能を担う医療機関等の名称も</p>

改正後	改正前
<p>も記載するものとする。</p> <p>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。</p> <p>(5) (略)</p> <p>第5 医療計画の推進等</p> <p>1 医療計画の推進体制</p> <p>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。</p> <p>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</p> <p>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。</p> <p>そのため、<u>第3の12</u>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、外来医療及び医師の確保に関する事項については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こと。</p>	<p>記載するものとする。</p> <p>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。</p> <p>(5) (略)</p> <p>第5 医療計画の推進等</p> <p>1 医療計画の推進体制</p> <p>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（<u>法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。</u>）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。</p> <p>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</p> <p>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。</p> <p>そのため、<u>第3の11</u>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<u>その他必要な事項</u>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。</p>

改正後	改正前
<p>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、<u>数値目標の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について定期的に実施（1年ごとの実施が望ましい。）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。評価の際には、施策の検討時に用いたロジックモデル等のツールを再度活用することが考えられる。</u></p>	<p>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、<u>目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況の把握、評価について定期的に実施（1年ごとの実施が望ましい。）</u>、<u>評価</u>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。</p>
<p>第6 医療計画に係る報告等</p>	<p>第6 医療計画に係る報告等</p>
<p><u>国において都道府県ごとの実情を把握し、本指針等の見直しに係る議論に活用すること等により適正な医療計画の推進に資するため、法第30条の4第18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。</u></p>	<p>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18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。</p>
<p>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</p> <p>(1) 報告事項</p> <p>① (略)</p> <p>② 公示の方法（都道府県の公報の写しや<u>ホームページのURL等を添付</u>）</p> <p>③～⑤ (略)</p> <p>(注1) <u>①については冊子を2部提出すること</u></p> <p>(注2) <u>④・⑤については、電子媒体で提出すること</u></p>	<p>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</p> <p>(1) 報告事項</p> <p>① (略)</p> <p>② 公示の方法(都道府県の公報の写し等を添付)</p> <p>③～⑤ (略)</p> <p>(注1) <u>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</u></p> <p>(注2) <u>①・④・⑤については、紙媒体及び電子媒体で</u></p>

改正後	改正前
<p><u>(注3) ⑤</u>については、医療計画の対象期間の当初から <u>1年ごとに提出すること</u></p> <p>(削る)</p> <p><u>(2)</u> 報告時期</p> <p><u>(1) ①</u>の医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。</p> <p>なお、例えば5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。</p> <p>2 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(削る)</p> <p><u>(2)</u> (略)</p>	<p>提出すること (新設)</p> <p><u>(2)</u> 紙媒体の提出部数 <u>5部</u></p> <p><u>(3)</u> 報告時期</p> <p>医療計画及びその概要並びに付属資料は公示前とし、その他の印刷物がある場合は公示後速やかに報告するものとする。</p> <p>なお、例えば5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制において、医療機能を担う医療機関の記載を変更した場合など、法第30条の6の規定に基づかない計画変更の場合には、報告の対象としないこととする。</p> <p>2 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p><u>(2)</u> <u>提出部数</u> <u>4部</u></p> <p><u>(3)</u> (略)</p>