

医療計画の見直し等に伴い発出した通知

- 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）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P1
- 「医療計画について」の一部改正について（平成29年7月31日付け医政発0731第4号厚生労働省医政局長通知）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P3
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について（平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P18
- 第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について（平成29年8月10日付け医政地発0810第1号・老介発0810第1号・保連発0810第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・保険局医療介護連携政策課長連名通知）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P49
- 第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換意向の把握について（平成29年8月10日付け事務連絡）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P57
- 地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について（依頼）（平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知）・・P62

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

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

都道府県は、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。）において、二次医療圏（同条第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。）ごとに基準病床数（同項第14号に規定する療養病床及び一般病床の基準病床数をいう。以下同じ。）を定めることとされている。また、医療計画においては、地域医療構想（同項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）に関する事項として、構想区域（同号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）における、病床の機能区分（同法第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。）ごとの将来の病床数の必要量（同法第30条の4第2項第7号に規定する将来の病床数の必要量をいう。以下同じ。）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が策定されたところである。

今後、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、地域の実情に応じた質が高く効率的な医療提供体制を目指す観点から、将来の病床数の必要量を踏まえ、下記の点に留意されたい。

記

1 療養病床及び一般病床の整備に当たり留意すべき事項について

今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。

具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数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、以下のような点に留意し、十分な議論を行うこと。

- (1) 現状では既存病床数が基準病床数を上回り、追加的な病床の整備ができないが、高齢化が急速に進むことで、将来の病床数の必要量が基準病床数を上回るようになる場合には、
 - ① 基準病床数の見直しについて毎年検討
 - ② 医療法第30条の4第7項の規定に基づく基準病床数算定時の特例措置を活用することによって対応が可能であるが、その場合であっても、

- ・ 将来の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移
 - ・ 他の二次医療圏との患者の流出入の状況
 - ・ 交通機関の整備状況
- などのそれぞれの地域の事情を考慮することが必要となること。

(2) 現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回る場合となる場合には、既存病床数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勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があること。

2 都道府県医療審議会と地域医療構想調整会議の整合性について

都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議（医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論との整合性を確保すること。

具体的には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、開設等の許可を待たず、地域医療構想調整会議への参加を求め、以下の事項等について協議を行うこと。

- 新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性
- 新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性等

その上で、都道府県医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とすること。

3 第7次医療計画公示前における病院開設等の許可申請の取扱い等について

現行の医療計画において、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内に別途確保されているものは、既存病床数として算定しないものとされている。これらの病床については、第7次医療計画の策定を念頭に、平成30年4月1日以降、これまで既存病床数として算定していなかった病床を含めて、全て既存病床数として算定することとされていることから、今年度において新たに療養病床及び一般病床の整備を検討する際の判断材料の一つとして、当該病床を既存病床数に含めて、各二次医療圏における病床の整備状況を評価することが考えられるため、必要に応じて検討すること。

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。

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） 新旧対照表

| 改正後 | 現行 |
|--|--|
| <p>医療計画について</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> <ol style="list-style-type: none"> ① 急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築 ② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築 ③ 5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化 ④ 介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保 <p>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。</p> <p>都道府県においては、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくこと及び地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。また、そのために必要な人材の育成を継続的に行っていくことも重要である。</p> | <p>医療計画について</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> <ol style="list-style-type: none"> ① 急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築 ② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築 ③ 5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化 ④ 介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保 <p>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。</p> <p>都道府県においては、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築し、国民の医療に対する安心、信頼の確保を図るために、基本方針の改正の趣旨を踏まえた医療計画の見直しを通じて、医療計画をより一層有効に機能させていくこと及び地域医療構想の達成に向けた取組を進めていくことが求められている。また、そのために必要な人材の育成を継続的に行っていくことも重要である。</p> |

| | |
|--|---|
| <p>また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。</p> <p>都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。</p> <p>なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記す。</p> | <p>また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。</p> <p>都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。</p> <p>なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記すが、医療法の一部を改正する法律（平成27年法律第74号。平成29年4月2日全面施行予定。）による改正後の医療法に基づき記載している点に留意すること。また、医療従事者の確保、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成26年厚生労働省告示第354号。以下「医療介護総合確保方針」という。）第2の2の1に規定する協議の場における協議事項等については、新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会、医療従事者の需給に関する検討会、社会保障審議会医療部会及び介護保険部会等での議論を踏まえ、必要な見直しを行うこととする。</p> <p>また、「医療計画について」（平成24年3月30日付け医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）、「地域医療構想策定ガイドライン等について」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知）、「第十一回へき地保健医療計画の策定等について」（平成22年5月20日付け医政発0520第9号厚生労働省医政局長通知）及び「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日付け医政発0126第1号厚生労働省医政局長通知）は廃止する。</p> |
| <p>1 医療計画の作成について （略）</p> <p>2 医療連携体制について （略）</p> <p>3 医療従事者の確保等の記載事項について</p> | <p>1 医療計画の作成について （略）</p> <p>2 医療連携体制について （略）</p> <p>3 医療従事者の確保等の記載事項について</p> |

| | |
|---|--|
| <p>(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 (1)～(6) (略)</p> <p>(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は、<u>地域医療構想の達成に向け</u>た取組と整合的なものとなるよう、<u>既存病床と基準病床数の関係性</u>だけでなく、<u>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</u>。具体的には「<u>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</u>」(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。</p> <p>5 既存病床数及び申請病床数について (略)</p> <p>6 医療計画の作成手順等について (1)～(6) (略)</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に規定する協議の場を設置すること</u>。</p> <p>また、病床の機能分化・連携に伴い生じる、<u>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</u>、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。</p> <p>7 医療計画の推進について (略)</p> <p>8 都道府県知事の報告について (1)～(6) (略)</p> <p>(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、<u>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</u>。</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</p> | <p>(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 (1)～(6) (略)</p> <p>5 既存病床数及び申請病床数について (略)</p> <p>6 医療計画の作成手順等について (1)～(6) (略)</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に規定する協議の場を設置すること</u>。</p> <p>また、病床の機能分化・連携に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量に関する整合性の確保が重要であることから、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的となるよう、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。</p> <p>7 医療計画の推進について (略)</p> <p>8 都道府県知事の報告について (1)～(6) 略</p> <p>(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、<u>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</u>。</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</p> |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>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。</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るとすること。</p> <p>(8) ～ (9) (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 (略) (別紙様式1、2)</p> | <p>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。</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るとすること。</p> <p><u>また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があつたとき及びこれに承認を与えたときは、当職から関係都道府県知事に通知するものとする。</u></p> <p>(8) ～ (9) (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 (略) (別紙様式1、2)</p> |
|---|--|

(別紙様式1)

号
日
月
年
番

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 加算する病床の種類 |
| 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1)

号
日
月
年
番

厚生労働大臣

殿

都道府県知事

医療法第30条の4第7項の規定に基づく承認について

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

添付書類

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

| | |
|--------------------|-------------|
| 1 加算すべき病床数 | 2 加算する病床の種類 |
| 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 年 月 日

号 年 月 日

厚生労働大臣

殿

殿

厚生労働大臣

都道府県知事

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)の規定に基づく承認について

医療法第30条の4第8項(又は第9項)の規定に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。

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

添付書類

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

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 病床の種類 | |
| 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 | | |

| | | |
|-------------------------|------------------|--|
| 1 特例とすべき病床 数 | 2 特例とする 病床の種類 | |
| 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。

記載上の注意

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

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

| | |
|--|--|
| <p>第5 医療計画の推進等</p> <p>1 医療計画の推進体制</p> <p>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</p> <p>第6 医療計画に係る報告等</p> <p>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</p> <p>2 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の規定に基づく報告等の実施状況の報告</p> <p>はじめに (略)</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨 (略)</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項 (略)</p> <p>第3 医療計画の内容 (略)</p> <p>1 医療計画の基本的な考え方 (略)</p> <p>2 地域の現状 (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 (略)</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 (略)</p> <p>5 医療従事者の確保 (略)</p> <p>【地域医療対策協議会の取組】</p> <p>① 地域医療対策協議会の議論の経過等</p> <p>② 地域医療対策協議会の定めた施策</p> <p>(1) 医師の確保について</p> <p>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</p> | <p>第5 医療計画の推進等</p> <p>1 医療計画の推進体制</p> <p>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</p> <p>第6 医療計画に係る報告等</p> <p>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</p> <p>2 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の規定に基づく報告等の実施状況の報告</p> <p>はじめに (略)</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨 (略)</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項 (略)</p> <p>第3 医療計画の内容 (略)</p> <p>1 医療計画の基本的な考え方 (略)</p> <p>2 地域の現状 (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 (略)</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 (略)</p> <p>5 医療従事者の確保 (略)</p> <p>【地域医療対策協議会の取組】</p> <p>① 地域医療対策協議会の議論の経過等</p> <p>② 地域医療対策協議会の定めた施策</p> <p>さらに、その施策に沿って、医師（臨床研修医を含む。）の地域への定着が図られるよう、例えば以下のような、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援</p> |
|--|--|

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等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。

（地域性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、地域性の入学生は、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、対象者間のばらつきを全国では正するため、同様の仕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 地域性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）による医師派遣と整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

する事業等（以下「地域医療支援センター事業等」という。）について記載する。

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

【地域医療支援センター事業等の内容】

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

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わせたりすること。
- 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、へき地も含めた体系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。

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

【医療従事者の現状及び目標】

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

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。なお、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。

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。なお、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 (略)
 - 7 基準病床数 (略)
 - 8 医療提供施設の整備の目標 (略)
 - 9 地域医療構想の取組 (略)
 - 10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項 (略)
 - 11 施策の評価及び見直し (略)
- 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。

| | |
|---|--|
| <p>1 医療計画作成手順の概要 (略)</p> <p>2 医療圏の設定方法 (略)</p> <p>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。</p> <p>① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数とし、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。</p> <p>ア 療養病床 {(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率)の総和 - (在宅医療等で対応可能な数) + (0 ~ 当該区域からの他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0 ~ 当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1 / 病床利用率)</p> <p>イ 一般病床 {(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入院率)の総和 × 平均在院日数 + (0 ~ 当該区域からの他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0 ~ 当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1 / 病床利用率)</p> <p>ウ 基準病床数の都道府県間調整について 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追加することができる。</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、 {(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人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別一般病床入院率)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とはできない。</p> <p>(注1) (略)</p> | <p>1 医療計画作成手順の概要 (略)</p> <p>2 医療圏の設定方法 (略)</p> <p>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。</p> <p>① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数とし、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。</p> <p>ア 療養病床 {(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率)の総和 - (在宅医療等で対応可能な数) + (0 ~ 当該区域からの他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0 ~ 当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1 / 病床利用率)</p> <p>イ 一般病床 {(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入院率)の総和 × 平均在院日数 + (0 ~ 当該区域からの他区域からの流入入院患者数の範囲内で知事が定める数) - (0 ~ 当該区域から他区域への流出入院患者数の範囲内で知事が定める数)} × (1 / 病床利用率)</p> <p>ウ 基準病床数の都道府県間調整について 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追加することができる。</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、 {(当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率)の総和 - (在宅医療等で対応可能な数)} × (1 / 病床利用率) + (当該区域の性別及び年齢階級別人口) × (当該区域の性別及び年齢階級別一般病床入院率)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とはできない。</p> <p>(注1) (略)</p> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <p>(注2) (略)</p> <p>(注3) (略)</p> <p>(注4) 「介護施設、在宅医療等で対応可能な数」とは、<u>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。</u></p> <p>(i) <u>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。</u></p> <p>(ii) <u>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。)</u></p> <p>(注5) ～ (注9) (略)</p> <p>(備考) (略)</p> <p>② ～ ④ (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>4 病床数の必要量の算定方法 (略)</p> <p>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。</p> <p>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 (略)</p> <p>第5 医療計画の推進等 (略)</p> <p>第6 医療計画に係る報告等 (略)</p> | <p>(注2) (略)</p> <p>(注3) (略)</p> <p>(注4) 「在宅医療等で対応可能な数」については、<u>追って具体的な内容を示すこととする。</u></p> <p>(注5) ～ (注9) (略)</p> <p>(備考) (略)</p> <p>② ～ ④ (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>4 病床数の必要量の算定方法 (略)</p> <p>5 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順 (略)</p> <p>第5 医療計画の推進等 (略)</p> <p>第6 医療計画に係る報告等 (略)</p> |
|--|--|

医政地発0731第1号
平成29年7月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公 印 省 略）

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」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、5疾病（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をいう。）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）をいう。）及び在宅医療（居宅等における医療をいう。）の体制構築に係る指針については、「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0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知。以下「課長通知」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、課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。

貴職におかれましては、これを御了知の上、医療計画作成のための参考にしていただきたい。

| 改 正 後 | 現 行 |
|--|--|
| <p>(別紙)</p> <p>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針</p> <p>目次</p> <p>第1 趣旨</p> <p>第2 内容</p> <p>第3 手順</p> <p>第4 連携の推進等</p> <p>第5 評価等</p> <p>がんの医療体制構築に係る指針 (P10)</p> <p>第1 がんの現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>脳卒中中の医療体制構築に係る指針 (P18)</p> <p>第1 脳卒中の現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)</p> <p>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P40)</p> <p>第1 糖尿病の現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P48)</p> <p>第1 精神疾患の現状</p> | <p>(別紙)</p> <p>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針</p> <p>目次</p> <p>第1 趣旨</p> <p>第2 内容</p> <p>第3 手順</p> <p>第4 連携の推進等</p> <p>第5 評価等</p> <p>がんの医療体制構築に係る指針 (P10)</p> <p>第1 がんの現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>脳卒中中の医療体制構築に係る指針 (P18)</p> <p>第1 脳卒中の現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)</p> <p>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P38)</p> <p>第1 糖尿病の現状</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P46)</p> <p>第1 精神疾患の現状</p> |

| | |
|---|--|
| <p>第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>救急医療の体制構築に係る指針 (P68) 第1 救急医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>災害時における医療体制の構築に係る指針 (P82) 第1 災害医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>へき地の医療体制構築に係る指針 (P93) 第1 へき地の医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>周産期医療の体制構築に係る指針 (P102) 第1 周産期医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>小児医療の体制構築に係る指針 (P121) 第1 小児医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>在宅医療の体制構築に係る指針 (P132) 第1 在宅医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> | <p>第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>救急医療の体制構築に係る指針 (P64) 第1 救急医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>災害時における医療体制の構築に係る指針 (P78) 第1 災害医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>へき地の医療体制構築に係る指針 (P89) 第1 へき地の医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>周産期医療の体制構築に係る指針 (P98) 第1 周産期医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>小児医療の体制構築に係る指針 (P116) 第1 小児医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p>在宅医療の体制構築に係る指針 (P127) 第1 在宅医療の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> |
|---|--|

| 改正後 | 現行 |
|--|--|
| <p>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針 (略)</p> | <p>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針 (略)</p> |

| 改正後 | 現行 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <p>がんの医療体制構築に係る指針 (略)</p> | <p>がんの医療体制構築に係る指針 (略)</p> |

| 改 正 後 | 現 行 |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">脳卒中の医療体制構築に係る指針</p> <p>脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。</p> <p>このように一人の脳卒中患者に必要とされる医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p>第1 脳卒中の現状</p> <p>1 (略)</p> <p>2 脳卒中の医療</p> <p>(1) ～ (5) (略)</p> <p>(6) 急性期以後の医療・在宅療養</p> <p>急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子(高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈(特に心房細動)、喫煙、過度の飲酒等)の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われる。</p> <p>在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、</p> | <p style="text-align: center;">脳卒中の医療体制構築に係る指針</p> <p>脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなおお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。</p> <p>このように一人の脳卒中患者に必要とされる医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p>第1 脳卒中の現状</p> <p>1 (略)</p> <p>2 脳卒中の医療</p> <p>(1) ～ (5) (略)</p> <p>(6) 急性期以後の医療・在宅療養</p> <p>急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子(高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈(特に心房細動)、喫煙、過度の飲酒等)の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われる。</p> <p>在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、</p> |

| | |
|--|---|
| <p>在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要である。</p> <p>なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部では、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症等のため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。</p> <p>この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要である。</p> | <p>在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対する適切な対応の教育等といった再発に備えることが重要である。</p> <p>なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部では、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症があるため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。</p> <p>この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要である。</p> |
| <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)に示す。</p> <p>都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 救急医療の機能【急性期】</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関に求められる事項</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT、MRI、超音波検査)等の必要な検査が実施可能であること 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。) 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること(遠 | <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)に示す。</p> <p>都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 救急医療の機能【急性期】</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関に求められる事項</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT、MRI、超音波検査)等の必要な検査が24時間実施可能であること 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。) 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能である |

| | |
|--|---|
| <p><u>隔診療を用いた補助を含む。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 適心のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチナータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づき実施を含む。） 適心のある脳卒中症例に対し、<u>外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること</u> 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、器具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること <u>個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること</u> 回復期（あるいは維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること 回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供する ことが望ましい | <p>こと</p> <ul style="list-style-type: none"> 適心のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチナータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること 外科手術及び脳血管内手術が<u>必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること</u> 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、器具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること 回復期（あるいは維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること 回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと 脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供する ことが望ましい |
| <ul style="list-style-type: none"> ③ (略) (4) 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】 <ul style="list-style-type: none"> ① (略) ② 医療機関に求められる事項 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯 | <ul style="list-style-type: none"> ③ (略) (4) 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】 <ul style="list-style-type: none"> ① (略) ② 医療機関に求められる事項 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯 |

| | |
|--|--|
| <p>科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること <p>③ (略)</p> <p>(5) 日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関等に求められる事項</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること 回復期あるいは急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること 合併症発症時や臨床中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること <p>③ (略)</p> <p>第3 (略)</p> | <p>科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること <p>③ (略)</p> <p>(5) 日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関等に求められる事項</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること 回復期あるいは急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること <p>③ (略)</p> <p>第3 (略)</p> |
|--|--|

| 改正後 | 現行 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、<u>患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム</u>※として、<u>心血管疾患リハビリテーション</u>が開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や、<u>疾患</u>によって治療法や予後が大きく変わる。</p> <p>また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、<u>疾患に応じた医療</u>を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞、<u>大動脈解離、慢性心不全の発症・転帰</u>がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「<u>脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について</u>」がとりまとめられている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各疾患や各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p>※ <u>疾患管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいう。</u></p> <p style="text-align: center;">第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</p> <p>1 急性心筋梗塞の現状</p> <p>(1) (略)</p> | <p style="text-align: center;">心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して心血管疾患リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって治療法や予後が大きく変わる。</p> <p>また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して医療を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞や慢性心不全の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p style="text-align: center;">第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</p> <p>1 急性心筋梗塞の現状</p> <p>(1) (略)</p> |

1 日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」（平成27年1月14日更新版）

| | |
|--|--|
| <p>(2) 急性心筋梗塞の医療</p> <p>① ～ ④ (略)</p> <p>⑤ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション</p> <p>心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。</p> <p>また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防止しつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施する。</p> <p>喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられ、<u>患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム</u>として実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。</p> <p>⑥ 急性期以後の医療</p> <p>急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、<u>基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション</u>が、退院後も含めて継続的に行われる。</p> <p>また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。</p> | <p>(2) 急性心筋梗塞の医療</p> <p>① ～ ④ (略)</p> <p>⑤ 心血管疾患リハビリテーション</p> <p>心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。</p> <p>また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防止しつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施する。</p> <p>喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。</p> <p>⑥ 急性期以後の医療</p> <p>急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防、<u>心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理</u>が、退院後も含めて継続的に行われる。</p> <p>また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。</p> |
| <p>2 大動脈解離の現状</p> <p>大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたす。また、<u>解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と</u>呼ばれる。</p> <p>病期としては、発症2週間以内が急性期、2週間以降が慢性期とされている。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ていたため、あらかじめ診断がついていることがほとんどである。そのため、本指針においては主に急性大動脈解離について記載することとする。</p> <p>(1) 大動脈解離の疫学</p> | |

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約4.2万人と推計される⁶。また、年間約1.7万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の1.3%を占め、死亡順位の第9位である⁷。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇するといわれている。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要である。

(2) 大動脈解離の医療

① 急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になる。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型と上行大動脈に解離が及んでいないStanford B型に分類される。A型とB型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要である。

② 急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。

ア Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療が適応となることもある。

イ Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合には、外科的治療が必要となる。また近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもある。

③ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育

⁶ 厚生労働省「患者調査」(平成26年)

⁷ 厚生労働省「人口動態統計(確定数)」(平成27年)

等を含み、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施する。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要である。

④ 急性期以後の医療

発症から2週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A型、B型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われる。しかしながら、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもある。

3 慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来たし日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。
慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

(1) 慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約30万人と推計され、そのうち約70%が75歳以上の高齢者である⁸。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.6%、約7.2万人である⁹。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化するこ
とが特徴であり、今後の患者数増加が予想されている。慢性心不全患者の再入院率改善の
ためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域に
おける幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行う
ことが重要である。

(2) 慢性心不全の医療

① (略)

② 慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、
重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法 (CRT) や植込み

2 慢性心不全の現状
慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来たし日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。
慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

(1) 慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約30万人と推計される⁵。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.6%、約7.2万人である⁶。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化するこ
とが特徴であり、慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者
教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要である。

(2) 慢性心不全の医療

① (略)

② 慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、
重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法 (CRT) や植込み

⁸ 厚生労働省「患者調査」(平成26年)

⁹ 厚生労働省「人口動態統計(確定数)」(平成27年)

| | |
|---|---|
| <p>型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。</p> <p>心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、<u>内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となる</u>。また、心不全の増悪要因によっては、<u>PCI や外科的治療が必要となることもある</u>。</p> <p>③ (略)</p> <p>④ 疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション</p> <p>慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なりハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。</p> <p>また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。</p> | <p>型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。</p> <p>心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となる。</p> <p>③ (略)</p> <p>④ 心血管疾患リハビリテーション</p> <p>慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なりハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。</p> <p>また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。</p> |
| <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 目指すべき方向</p> <p>前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらさらこれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 発症後、速やかに疾患に応じた<u>専門的診療が可能</u>な体制</p> <p>① 医療機関到着後 30 分以内の<u>専門的な治療の開始</u></p> <p>② <u>専門的な診療が可能</u>な医療機関間の<u>円滑な連携</u></p> <p>(3) ～ (4) (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。</p> <p>都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】</p> <p>① 目標</p> | <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 目指すべき方向</p> <p>前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらさらこれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 発症後、速やかに<u>専門的診療が可能</u>な体制</p> <p>① 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始</p> <p>(3) ～ (4) (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。</p> <p>都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】</p> <p>① 目標</p> |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること ② (略) (3) 救急医療の機能【急性期】 ① (略) ② 医療機関に求められる事項 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 ・ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT 検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24 時間対応可能であること ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24 時間対応可能であること ・ ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCI を行い、来院後90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること ・ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること ・ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること ・ <u>虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること</u> ・ 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること ・ 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること ③ (略) (4) <u>疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】</u> ① ～ ② (略) ③ 医療機関の例 ・ 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所 (5) 再発予防の機能【再発予防】 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること ② (略) (3) 救急医療の機能【急性期】 ① (略) ② 医療機関に求められる事項 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。 ・ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT 検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24 時間対応可能であること ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24 時間対応可能であること ・ ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCI を行い、来院後90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること ・ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること ・ <u>冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること</u> ・ 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること ・ 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること ③ (略) (4) 心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】 ① ～ ② (略) ③ 医療機関の例 ・ 内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所 (5) 再発予防の機能【再発予防】 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>① (略)</p> <p>② 医療機関に求められる事項 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能で医療機関と連携していること 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること <p>③ (略)</p> | <p>① (略)</p> <p>② 医療機関に求められる事項 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能で医療機関と連携していること 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること 在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること <p>③ (略)</p> |
| <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 (略)</p> <p>2 圏域の設定</p> <p>(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、<u>各疾患及び各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることがを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メデイカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。<u>また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。</u>例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患については、<u>緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関に限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。</u></p> <p>(4) (略)</p> | <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 (略)</p> <p>2 圏域の設定</p> <p>(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることがを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メデイカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。</p> <p>(4) (略)</p> |

| | |
|--|--|
| <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して、<u>疾患に応じた医療が行われるよう</u>、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p> | <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p> |
|--|--|

| 改正後 | 現行 |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <p>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (略)</p> | <p>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (略)</p> |

| 改 正 後 | 現 行 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 精神疾患の現状</p> <p>1 (略)</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 認知症 (患者動態)</p> <p>我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24(2012)年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い平成37(2025)年には、約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている⁶。なお、平成26年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は67.8万人であり、うち入院患者数は7.7万人である¹。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は3.0万人である¹。</p> <p>(政策動向)</p> <p>厚生労働省は、平成37(2025)年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のような環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成27年1月27日に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。)を関係省庁と共同で策定した。</p> <p>総合戦略は7つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。</p> <p>循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の<u>人</u>への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポーター医を養成している。平成28年度末時点で認知症サポーター医養成研修の受講者数は6,6千人となっている。</p> <p>また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成28年度末時点において全国で375カ所の認知症</p> | <p style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 精神疾患の現状</p> <p>1 (略)</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 認知症 (患者動態)</p> <p>我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24(2012)年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い平成37(2025)年には、約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている⁶。なお、平成26年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は67.8万人であり、うち入院患者数は7.7万人である¹。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は3.0万人である¹。</p> <p>(政策動向)</p> <p>厚生労働省は、平成37(2025)年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のような環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成27年1月27日に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。)を関係省庁と共同で策定した。</p> <p>総合戦略は7つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。</p> <p>循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の<u>方</u>への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポーター医を養成している。平成27年度末時点で認知症サポーター医養成研修の受講者数は5,068人となっている。</p> <p>また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成29年3月時点において全国で375カ所の認知症</p> |

疾患医療センター（基幹型 15、地域型 335、連携型 25）が設置されている。

そのほか、平成 27 年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、平成 28 年度末時点で 703 市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

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

① 早期診断・早期対応のための体制整備について

（かかりつけ医、認知症サポート医の養成）

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

（認知症初期集中支援チームの取組の推進）

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

（認知症疾患医療センター[※]等の整備）

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

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

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

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

疾患医療センター（基幹型 15、地域型 335、診療型 25）が設置されている。

そのほか、平成 27 年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、平成 27 年度末時点で 287 市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、総合戦略に掲げる数値目標に留意し、地域の実情に応じた医療提供体制の整備を進める必要がある。具体的な内容については、今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること。

| | |
|---|--|
| <p><u>(歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上)</u></p> <p><u>歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるように体制を整備すること</u></p> <p>② <u>行動・心理症状 (BPSD) や身体合併症等への適切な対応</u> <u>(病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上)</u> <u>病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること</u></p> <p><u>(適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備)</u> <u>認知症の人に行動・心理症状 (BPSD) や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること</u></p> <p>③ <u>医療・介護等の有機的な連携の推進</u> <u>(認知症地域支援推進員の取組の推進)</u> <u>認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと</u> <u>(認知症ケアパスの活用)</u> <u>地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること</u> <u>(若年性認知症の人やその家族の支援)</u> <u>若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること</u></p> | <p>(4) ～ (15) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> |
|---|--|

| | |
|---|---|
| <p>1 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医療資源・連携等に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 従事者数、医療機関数(病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料) ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数(医療施設調査) ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数(医療施設調査、精神保健福祉資料) ・ 精神科救急医療施設数(事業報告) ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況(事業報告) ・ 医療観察法指定通院医療機関数 ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数(事業報告) ・ 認知症サポート医養成研修修了者数(事業報告) ・ 認知症疾患医療センターの指定数(事業報告) ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数(事業報告) <p>(3) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、<u>地域包括支援センター</u>、<u>認知症地域支援推進員</u>、<u>若年性認知症支援コーディネーター</u>等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。</p> <p>さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p> | <p>1 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医療資源・連携等に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 従事者数、医療機関数(病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料) ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数(医療施設調査) ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数(医療施設調査、精神保健福祉資料) ・ 精神科救急医療施設数(事業報告) ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況(事業報告) ・ 医療観察法指定通院医療機関数 <p>(3) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。</p> <p>さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るよう努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p> |
|---|---|

| 改正後 | 現行 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <p>救急医療の体制構築に係る指針 (略)</p> | <p>救急医療の体制構築に係る指針 (略)</p> |

| 改正後 | 現行 |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <p>災害時における医療体制の構築に係る指針 (略)</p> | <p>災害時における医療体制の構築に係る指針 (略)</p> |

| 改 正 後 | 現 行 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">へき地の医療体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、へき地医療体制に求められる医療機能及び体制を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能及び体制の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p>(4) 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】(略)</p> <p>① (略)</p> <p>② へき地医療支援機構</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療計画に基づく施策の実施 <p>ア (略)</p> <p>イ 関係機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと ・ へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと ・ へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと ・ へき地における地域医療分析を行うこと ・ 専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること ・ 地域医療支援センターとの統合も視野に、地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと <p>第3 (略)</p> | <p style="text-align: center;">へき地の医療体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、へき地医療体制に求められる医療機能及び体制を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能及び体制の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (3) (略)</p> <p>(4) 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】(略)</p> <p>① (略)</p> <p>② へき地医療支援機構</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療計画に基づく施策の実施 <p>ア (略)</p> <p>イ 関係機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと ・ へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと ・ へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと ・ へき地における地域医療分析を行うこと ・ 専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること ・ 地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと <p>第3 (略)</p> |

| 改 正 後 | 現 行 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">周産期医療の体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 周産期医療の現状</p> <p>1 (略)</p> <p>2 周産期医療の提供体制</p> <p>(1) 周産期医療の提供体制</p> <p>① 施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は0.7%を担っている¹。分娩取扱施設(病院、診療所)の数は、平成8年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、平成26年は病院1,041施設、診療所1,243施設と、20年以上一貫して減少が続いている²。</p> <p>分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人(平成20年)から1.7人(平成26年)と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は4.3人(平成20年)から6.0人(平成26年)²と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療室(以下「NICU」という。)をもつ施設のうち、1施設当たりの病床が6床以下の施設数が最も多かった(日本周産期・新生児医学会調査)が、平成26年は6床以下の施設は29%(医政局地域医療計画課調査)と施設の規模も拡大傾向にある。</p> <p>このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が進んでいる。</p> <p>一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、二次医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない二次医療圏(以下「無産科二次医療圏」という。)が存在しているため、無産科二次医療圏問題の解消が課題となっている。</p> <p>② ～ ⑥ (略)</p> <p>(2) ～ (4) (略)</p> | <p style="text-align: center;">周産期医療の体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 周産期医療の現状</p> <p>1 (略)</p> <p>2 周産期医療の提供体制</p> <p>(1) 周産期医療の提供体制</p> <p>① 施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は0.7%を担っている¹。分娩取扱施設(病院、診療所)の数は、平成8年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、平成26年は病院1,041施設、診療所1,243施設と、20年以上一貫して減少が続いている²。</p> <p>分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人(平成20年)から1.7人(平成26年)と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は4.3人(平成20年)から6.0人(平成26年)²と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療室(以下「NICU」という。)をもつ施設のうち、1施設当たりの病床が6床以下の施設数が最も多かった(日本周産期・新生児医学会調査)が、平成26年は6床以下の施設は29%(医政局地域医療計画課調査)と施設の規模も拡大傾向にある。</p> <p>このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が進んでいる。</p> <p>② ～ ⑥ (略)</p> <p>(2) ～ (4) (略)</p> |

| | |
|--|--|
| <p>第2 (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 (略)</p> <p>2 圏域の設定</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医療機能を明確化するに当たっては、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこと。<u>特に、無産科二次医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、圏域設定の見直しも含めた検討を行うこと。</u></p> <p>(3) ～ (4) (略)</p> <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。<u>特に、無産科二次医療圏を有する都道府県については、関係機関・施設間の円滑な連携体制を構築した上で、「産科医療確保事業等」(「産科医療確保事業の実施について」(平成21年4月1日付け医政発0401007号厚生労働省医政局長通知)別添「産科医療確保事業等実施要綱」に規定する事業をいう。)を活用し、分娩取扱施設の確保や産科医の派遣、圏域を越える搬送体制の整備等を通じて無産科二次医療圏問題の解消に向けた対策を医療計画に位置づけること。</u></p> <p>さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。</p> <p>(2) ～ (6) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p> | <p>第2 (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 (略)</p> <p>2 圏域の設定</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこと<u>もあり得る。</u></p> <p>(3) ～ (4) (略)</p> <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。</p> <p>さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。</p> <p>(2) ～ (6) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p> |
|--|--|

| 改正後 | 現行 |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <p>小児医療の体制構築に係る指針 (略)</p> | <p>小児医療の体制構築に係る指針 (略)</p> |

| 改 正 後 | 現 行 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">在宅医療の体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】</p> <p>① ～ ② (略)</p> <p>③ 入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関(特に無床診療所)が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと ・ 重症等に対処できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること <p>(医療機関の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所 <p>(4) ～ (6) (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 ～ 4 (略)</p> <p>5 数値目標</p> <p>都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行うよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。</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、基本方針第</p> | <p style="text-align: center;">在宅医療の体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p>第1 (略)</p> <p>第2 医療体制の構築に必要な事項</p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携</p> <p>前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】</p> <p>① ～ ② (略)</p> <p>③ 入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院等において、連携している医療機関(特に無床診療所)が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと ・ 重症等に対処できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること <p>(医療機関の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・診療所 <p>(4) ～ (6) (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p> <p>1 ～ 4 (略)</p> <p>5 数値目標</p> <p>都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行うよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。</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、基本方針第</p> |

九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、地域医療構想(医療法第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。)による病床の機能分化・連携に伴う、介護施設、在宅医療等の追加的需要や、高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加に対する目標について、介護保険事業(支援)計画等と整合性をもちて設定していくことが重要であり、医療・介護の体制整備に係る都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

具体的には、地域医療構想において定めることとされてい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に、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要が含まれていることを踏まえ、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する具体的な数値目標を記載することを原則とする。介護施設、在宅医療等の追加的需要の考え方を含め、将来必要となる訪問診療の需要については、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。

また、これに加え、

- ・ 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標、
- ・ 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標

について、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めるものとする。

(目標設定する項目・指標の例)

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

なお、介護保険事業(支援)計画との整合性を確保する観点から、第7次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第7期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、まずは平成32年度末における整備目標を設定し、その後、医療計画の中間年

九に掲げる諸計画に定められる目標を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、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、将来の在宅医療に係る医療需要に対する目標について、介護保険事業(支援)計画等と整合性をもちて設定し、その考え方を記載していくことが重要であり、介護保険事業(支援)計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

| | |
|--|---|
| <p>(3年目)での見直しにおいて、第8期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、平成35年度末における目標を設定することとする。</p> <p>6 施策 数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。</p> <p><u>その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策については、原則、記載することし、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載するよう努めるものとする。</u></p> <p>また、施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。</p> <p>(施策の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民に対する普及啓発 ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修 ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 等 <p>さらに、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。</p> <p>特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。</p> <p>7 ～ 8 (略)</p> | <p>6 施策 数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。</p> <p>施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。</p> <p>(施策の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民に対する普及啓発 ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修 ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 等 <p>また、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。</p> <p>特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。</p> <p>7 ～ 8 (略)</p> |
|--|---|

医政地発 0810 第 1 号
老介発 0810 第 1 号
保連発 0810 第 1 号
平成 29 年 8 月 10 日

各都道府県 衛生主管部（局）長 殿
介護保険主管部（局）長

厚生労働省医政局地域医療計画課長
厚生労働省老健局介護保険計画課長
厚生労働省保険局医療介護連携政策課長
（公印省略）

第 7 次医療計画及び第 7 期介護保険事業（支援）計画における整備目標及
びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について

平成29年度は、第 7 次医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の 4 第12号に規定する医療計画をいう。以下同じ。）、第 7 期介護保険事業（支援）計画（介護保険法（平成 9 年法律第123号）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。）及び同法第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。）をいう。以下同じ。）が同時に策定される年であり、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並びに在宅医療・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、これらの計画の整合性を確保することが重要である。

今般、第 7 次医療計画における在宅医療等の整備目標、第 7 期介護保険事業（支援）計画におけるサービスの量の見込みを整合的に定めるに当たっての基本的な考え方を整理したので、ご了知の上、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画の策定に係る検討を進めるとともに、貴管内市区町村へ周知願いたい。

記

1 基本的な方針

医療計画においては、第7次の計画期間（平成30年度から平成35年度まで）における必要な在宅医療の整備目標を定め、市町村介護保険事業計画の期間と合わせてその半期に見直しを行うこととされている。また、各都道府県は、2025年における医療機能ごとの医療需要に基づく病床の必要量、慢性期機能からの転換分を含めた介護施設・在宅医療等（介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）をいう。以下同じ。）、特定施設入居者生活介護、認知症共同生活介護、その他介護サービス、在宅医療及び外来医療をいう。以下同じ。）の追加的需要等を推計し、昨年度末までに地域医療構想（医療法第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。）を策定した。一方、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画においては、第7期（平成30年度から平成32年度まで）におけるサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるとともに、市町村介護保険事業計画においては2025年におけるサービスの種類ごとの量の推計値を定めることとされている。

2025年に向けて、地域医療構想を推進するためには、慢性期機能から介護施設・在宅医療等への転換を含めた追加的需要について、地域の实情に応じて適切に受け皿の整備がなされる必要があり、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画においては、この受け皿整備の必要量を踏まえた在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みを、それぞれの計画の間で総合的に、かつ受け皿整備の先送りが発生しないよう計画的に設定する必要がある。また、市町村介護保険事業計画における2025年の介護サービス見込み量の推計値においても、この受け皿整備の必要量を盛り込んだものとする必要がある。

2 介護施設・在宅医療等の追加的需要への対応の考え方について

(1) 追加的需要の範囲

追加的需要は、地域医療構想において定めることとされている構想区域（医療法第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。）における2025年の介護施設・在宅医療等における医療の必要量のうち、次に掲げる数とする。

- ① 慢性期入院患者（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をいう。以下同じ。）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1である患者の数の70%に相当する数。
- ② 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介護施設・在宅医療等の需要として推計する患者の数（①に掲げる数を除く）。
- ③ 一般病床の入院患者（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。）のうち、医療資源投入量（※）が225点未満の医療を受ける入院患者であって当該構想区域に住所を有する者の数から、当該数のうち（イ）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）、（ロ）リハビリテーションを受け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175点以上となる医療を受ける者の数を控除して得た数。

※ 「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をいう。

(2) 市町村ごとの追加的需要の推計の考え方

以下の方法により、(1)の①から③までごとに、市町村ごとの追加的需要の値を推計する。

ア 各構想区域における追加的需要を、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。

イ 上記アで得た平成37年(2025年)時点の市町村別の値から、第7期介護保険事業(支援)計画の終了時点となる平成32年度末及び第7次医療計画の終了時点となる平成35年度末までに生じる値を、比例的に推計する。

具体的には、追加的需要が、第7次医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画の開始年度となる平成30年度から生じ、平成37年度末までの8年間にわたって、毎年度同じ量ずつ増加するものと仮定して、比例的に逆算して推計する。

ウ 上記ア及びイで得たそれぞれの時点における値について、地域の実情を踏まえ、必要に応じて、市町村間で増減の調整を行うことは差し支えないこと。ただし、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、当該構想区域内の市町村別の推計の合計値との整合性が確保されるよう、市町村間の調整を行うこと。

3 医療計画における在宅医療の整備目標について

(1) 整備目標を設定する時点について

医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第7期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、平成32年度末における整備目標を設定する。また、医療計画の中間年(3年目)での見直しにおいて、第8期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、平成35年度末における整備目標を設定する。

(2) 追加的需要に対する在宅医療の考え方

介護施設・在宅医療等の追加的需要は、基本的に療養病床からの移行によるものである。地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成29年法律第52号。以下、「改正介護保険法」という。)により、指定介護療養型医療施設の廃止の期限が平成35年度末とされ、新たなサービス類型として介護医療院が創設されたことから、療養病床からの移行分としては、まずは、医療療養病床及び指定介護療養型医療施設から介護医療院等の介護保険施設への移行を念頭に置く必要がある。

このため、「第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換意向の把握について」（平成29年8月10日厚生労働省医政局地域医療計画課・老健局介護保険計画課事務連絡。以下「転換意向調査事務連絡」という。）に基づき、都道府県と市町村の連携の下で把握する介護保険施設等への移行の意向を踏まえる必要がある。具体的には、医療療養病床については意向調査により把握した平成32年度末、平成35年度末時点の見込み量を医療療養病床からの追加的需要の下限として設定することとし、指定介護療養型医療施設については意向調査により把握した平成32年度末時点の見込み量を指定介護療養型医療施設からの追加的需要の下限として設定（平成35年度末時点においては指定介護療養型医療施設の全数に相当する数を追加的需要として設定）すること。

2025年の推計における追加的需要については、その多くはこれらの移行によるものと考えられるが、2(2)により比例的に算出した追加的需要分に満たない部分は、その他の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等によるものと考えられる。これらについては、以下のような資料等を参考としつつ、今後、各都道府県、市町村において、現在の療養病床の数、これまでの在宅医療・介護サービス基盤の整備状況、今後の病床機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの深化・推進を踏まえた将来の在宅医療・介護サービス基盤の在り方等を踏まえて、在宅医療と介護保険施設との間でその対応する分を按分した上で、在宅医療の整備目標に反映させること。この際、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て設定すること。また、以下については、基本的に現状の退院先等を参考とするものであることに留意が必要である。

ア 患者調査や病床機能報告における療養病床を退院した患者の退院先別のデータ等を参考にしつつ、必要な在宅医療や介護サービスを検討する。

イ 各市町村において国保データベースを活用し、当該市町村における療養病床を退院した者の訪問診療や介護サービスの利用状況等を把握し、必要な在宅医療や介護サービスを検討する。

ウ その他、各市町村における独自のアンケート調査、現状における足下の統計データ等を活用して、必要な在宅医療・介護サービスを検討する。

地域医療構想において定めることとされている構想区域における将来の介護施設・在宅医療等における医療の必要量には、上記のようにして得られた在宅医療の追加的需要に加え、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要（※）が含まれている。このため、この需要と追加的需要を合算した値に対応する訪問診療の提供体制に係る整備目標を検討すること。

※ 足下の訪問診療患者の受療率に基づき推計した2025年の需要から、平成32年度末、平成35年度末の数値を比例的に推計して活用すること。

なお、2(2)により得た値のうち、一般病床から生じる追加的需要（(1)の③に相当する部分をいう。）については、一般病床から退院する患者の多くが、退院後に通院（外来医療）により医療を受ける傾向にあることを踏まえ、外来医療により対応することを基本とし、在宅医療の受け皿整備の対象とはみなさない。

4 介護保険事業（支援）計画におけるサービスの量の見込みについて

(1) 基本的な考え方

介護保険事業（支援）計画において定めるサービスの量の見込みについては、現在のサービス受給者の状況や人口動態を踏まえた自然体の推計に加えて、各自治体の課題やニーズに応じて各種施策を反映して定めることとなっている。サービス量の見込みについては、2025年度のサービス量の見込みの推計と、第7期分のサービス量の見込みの策定の両方を行う必要があるが、これらの推計・策定過程においては、地域医療構想における2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要を踏まえるとともに、医療計画における在宅医療の整備目標との整合性を図る必要がある。

(2) 2025年度における介護サービスの量の見込みについて

地域医療構想における2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要は、足下の介護施設・在宅医療等の受療動向に2025年の人口推計を勘案して推計した2025年の介護施設・在宅医療等の需要ではなく、足下の需要としては療養病床や一般病床で対応していたものについて、介護施設・在宅医療等で対応するよう推計された追加的な需要であることから、介護サービスの需要は、人口推計を基にした自然体の推計に加えて、これに対応する分（在宅医療の利用者が利用すると想定される居宅サービスを含む。）が増加するものと想定される。

2で示された介護施設・在宅医療等の追加的需要を、実際に、2025年における介護サービスの量の推計にどのように反映させるかについては、各都道府県、市町村において、現在の療養病床の数、これまでの在宅医療・介護サービス基盤の整備状況、今後の病床機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの深化・推進を踏まえた将来の在宅医療・介護サービス基盤の在り方等を踏まえて、検討する必要がある。また、介護保険事業（支援）計画に記載する介護サービスの見込み量において、この追加的需要をどのように位置づけたかについて、明確化することが重要である。なお、検討に当たっては、以下のような考え方を踏まえることが重要である。

- まず、この介護施設・在宅医療等の追加的需要は、前述のとおり、基本的に療養病床の需要が移行するものであり、改正介護保険法により、指定介護療養型医療施設の廃止の期限が平成35年度末とされたこと、新たなサービス類型として介護医療院が創設されたことを踏まえれば、まずは、指定介護療養型医療施設・医療療養病床からの移行を反映させること（推計ツールにおいては、2025年における介護医療院の見込み量は指定介護療養型医療施設と一体的に算定することとなっており、介護医療院のうち指定介護療養型医療施設からの転換分と指定介護療養型医療施設を併せて反映させることが想定される。）。なお、これについては、転換意向調査事務連絡に基づき把握された、介護保険施設等への移行（指定介護療養型医療施設及び医療療養病床から居宅介護サービスに転換する場合や、いずれのサービスにも転換せずに在宅へ移行する場合も含む。）の意向等を反映させること。
- 3(2)のとおり、追加的需要については、その多くはこれらの移行によるものと考えられるとともに、2(2)により比例的に算出した追加的需要分に満たない部分は、その他の介護施設・在宅医療等への移行や、高齢化の動向に伴う需要増等によるものと考えられること。
- 介護サービスについては、これまで、様々な取組により医療から介護への移行が進められてき

ているが、年齢階級別の受給率は、近年、概ね横ばいで推移してきているとともに、介護サービスの量の見込みの策定に当たっては、年齢構成の変化に加え、過去の利用実績の傾向や特養待機者等の現状も踏まえつつ、推計を行うものであり、保険者によっては、こうした中で既に病床から在宅医療や介護サービスの利用への移行について、一定程度勘案されている場合もあると考えられること。

- 介護サービスの量を、自然体推計に追加して推計するに当たっては、現時点では療養病床から介護施設・在宅医療等へ移行する場合の患者像・介護サービスの利用者像が必ずしも明らかになっていないことから、3(2)と同様、以下のような資料等を参考としつつ、今後、当該地域の実情に即してどのような地域包括ケアシステムを構築していくかも踏まえつつ、サービス種類ごとに按分した上で、介護サービス量の推計に反映させることが考えられる。ただし、推計に当たっては、地域医療構想の進捗や、第7次医療計画における在宅医療の整備目標の考え方との整合性を踏まえつつ、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て設定すること。また、以下については基本的に、現状の退院先等を参考とするものであることに留意が必要である。

ア 患者調査における一般病床や療養病床を退院した患者の退院先別のデータ等を参考にしつつ、必要な介護サービスを検討する。

イ 各市町村において国保データベースを活用し、当該市町村における療養病床を退院した者の介護サービスの利用状況等を把握し、必要な介護サービスを検討する。

ウ その他、各市町村における独自のアンケート調査、現状における足下の統計データ等を活用して、必要な介護サービスを検討する。

- なお、一般病床から生じる追加的需要については、疾病の状況、介護の必要度等が明らかではなく、介護サービスの需要増につながらない場合も想定されるため、必ずしも、定量的な介護サービスの推計を行うことができるわけではない。医療計画における在宅医療の整備目標の策定に当たっては、一般病床から生じる追加的需要については、基本的に外来で対応するものと想定されている。

(3) 第7期分の介護サービスの量の見込みについて

地域医療構想が2025年時点の医療需要の推計であること、2025年に追加的に介護施設・在宅医療等の医療需要が増加すると推計される部分の大部分は、療養病床の需要が介護施設・在宅医療等の需要に移行するものであること等に鑑み、追加的需要の算定部分に対応する第7期分のサービスの量の見込みの策定に当たっては、基本的には、まず、転換意向調査事務連絡に基づき、指定介護療養型医療施設及び医療療養病床からの介護保険施設等への移行（指定介護療養型医療施設及び医療療養病床から居宅介護サービスに移行する場合や、いずれのサービスにも移行せずに在宅へ移行する場合も含む。）について、市町村と都道府県が連携し、高齢者の利用ニーズや医療療養病床を有する医療機関又は指定介護療養型医療施設の転換意向を把握し、これを下限としつつ、見込むこととする。

さらに、3(2)のとおり、追加的需要については、その多くはこれらの移行によるものと考えら

れるとともに、2 (2)により比例的に算出した追加的需要分に満たない部分は、その他の介護施設・在宅医療等への移行や、高齢化の動向に伴う需要増等によるものと考えられる。これらについては、具体的に地域の病床機能をどのように分化・連携させていくのか等を検討する各都道府県における地域医療構想調整会議等の検討状況や各医療機関の動向、(2)に示すような、これまでの介護サービスの提供体制の整備状況や今後の人口の推移・高齢化の動向等を踏まえつつ、3 (2)において示した第7次医療計画における在宅医療の整備目標と整合性が図られるよう、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て、見込み量を検討し、設定することが重要である。

なお、必要な追加的需要に対して、第7期分において十分な受け皿整備がなされない場合には、第8期に繰り越して対応する必要があることについて、十分留意すること。

(4) 都道府県と市町村の協力について

2025年のサービス量の推計については、市町村介護保険事業計画において定めることとなっているが、医療計画との整合性の確保の重要性に鑑み、都道府県の介護保険主管部局においては、医療計画主管部局と密接に連携しつつ、市町村に対して必要な情報提供等を行うことが重要である。

5 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について

(1) 位置付け

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」(平成26年厚生労働省告示第354号)においては、医療計画、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できるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場(以下「協議の場」という。)を設置することとされている。

協議の場は、医療計画及び介護保険事業(支援)計画の策定に係る都道府県医療審議会や介護保険事業(支援)計画作成委員会等における議論に資するよう、事前に、関係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の確保に関する協議を行う場とする。このため、3及び4における在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みの整合性の確保に当たっては、協議の場において十分に協議を行うこと。

各計画の最終的な議論は、都道府県医療審議会、介護保険事業(支援)計画作成委員会等において、それぞれ行うこと。

(2) 設置区域

協議の場は、二次医療圏(医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。)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(介護保険法第118条第2項第1号に規定する区域をいう。)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での設置も可能とする。

また、二次医療圏は構想区域に合わせて設定することが適当とされていることを踏まえ、例えば地域医療構想調整会議(医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。)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。

(3) 協議事項

協議の場は、以下の事項について協議を行う。

① 介護施設・在宅医療等の追加的需要について

療養病床から生じる追加的需要について、在宅医療において対応する部分と介護サービスにおいて対応する部分の按分に関する調整・協議を行う。

② 具体的な見込み量及び整備目標の在り方について

①を踏まえ、在宅医療の整備目標及び介護サービスの見込み量について協議を行う。

その際、地域の実情を踏まえ、市町村と都道府県での役割分担に関する協議も行う。例えば、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整備目標の調整が必要な場合は、都道府県が積極的に調整を支援するなどについても議論を行う。

③ 目標の達成状況の評価について

第7次医療計画の中間年における見直しと、第8期介護保険事業（支援）計画の策定に向け、両計画における在宅医療の整備目標の達成状況及び介護サービスの見込み量を共有する。

(4) 都道府県と市町村の事前協議について

協議の場での協議に先立ち、都道府県及び市町村の医療計画、介護保険主管部局間において、事前に、協議事項に関する十分な調整を行うことが重要である。事前の調整に当たっては、追加的需要に対する受け皿整備の先送りが発生しないよう留意するとともに、それぞれの計画の策定スケジュールを勘案し、可能な限り早急に調整を開始すること。

以上

平成 29 年 8 月 10 日

各都道府県 医療計画主幹課 御中
介護保険事業支援計画主幹課

厚生労働省医政局地域医療計画課
厚生労働省老健局介護保険計画課

第 7 次医療計画及び第 7 期介護保険事業（支援）計画の策定に係る
医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換
意向の把握について

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号。以下「平成29年改正法」という。）により、慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた介護保険施設として、介護医療院が創設されるとともに、平成29年度末をもって廃止することとされていた指定介護療養型医療施設について、廃止の期限が6年間延長されたところである。

また、平成29年度は、第7次医療計画、第7期介護保険事業（支援）計画が同時に策定される年であり、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並びに在宅医療・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、これらの計画の整合性を確保することが重要である。

こうした状況を踏まえ、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に当たっては、医療保険適用の療養病床（以下「医療療養病床」という。）及び指定介護療養型医療施設における、介護保険施設等への転換の意向等を把握することが重要である。

具体的には、各都道府県の医療部局と介護部局の密接な連携の下、転換意向調査を実施し、医療機関における転換の意向等を把握した上で、都道府県や市町村の医療、介護担当者等の関係者による協議の場（「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成26年厚生労働省告示第354号）第2の二の1の協議の場をいう。）において議論することにより、療養病床からの転換の見込み量を設定することが重要である。これに当たり、各都道府県における医療療養病床及び指定介護療養型医療施設における、介護保険施設等への転換の意向等の調査に活用していただくよう、調査方法や質問項目等の例を、別添のとおりお示しする。都道府県において、独自の調査を行うことを妨げるものではないが、別添を踏まえ、「転換等の有無、転換先、時期等に係る意向に関する質問」への回答部分の把握は必要と考えられる。

医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設における 転換の意向調査の方法（例）

（１）調査対象

各都道府県に所在する療養病床を有する病院及び診療所（介護療養型医療施設を含む）

（２）調査への回答に当たっての留意事項として調査票に記載すべき事項

- 平成 29 年における介護保険法の改正（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号））により、慢性期の医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象に、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、「介護医療院」という新たなサービス類型が創設されることとなった。（平成 30 年度～）
- 併せて、平成 29 年度末をもって廃止することとされていた指定介護療養型医療施設について、廃止の期限が 6 年間延長された。
- 本調査は、都道府県の第 7 期介護保険事業支援計画や市町村の第 7 期介護保険事業計画、第 7 次医療計画を策定するに当たって、医療療養病床や介護療養型医療施設の転換等の意向を調査し、サービスの量の見込み等に反映させるために行うものであり、「介護医療院」の報酬体系や具体的な施設基準等も未定である中で、今回の回答の内容をもって、当該医療療養病床や介護療養型医療施設の今後の方向性について制約するものでは全く無い。あくまで、現時点での検討状況としてご回答いただくもの。
- 「介護医療院」の具体的な基準・報酬等については、今後、社会保障審議会介護給付費分科会において審議を行うものであり、現時点では決定していないが、ご参考として、厚生労働省の検討会（療養病床の在り方等に関する特別部会）において「介護医療院」に求められる機能等として以下のような内容が提案されている。
 - (1) 現行の介護療養病床が果たしている機能に着目しつつ、利用者の状態や地域の実情等に応じた柔軟な対応を可能とする観点から、以下の 2 つの機能分類とする
 - ① 介護療養病床相当（主な利用者像は、療養機能強化型 A B 相当）
 - ② 老人保健施設相当以上（主な利用者像は、上記より比較的容体が安定した者）
 - (2) 1 室当たり定員 4 人以下、かつ、入所者 1 人当たり 8 m²以上とすること。ただし、多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りを設置するなど、プライバシーに配慮した療養環境を整備すること。

(3) 質問事項

※ 以下、病院向けの調査票例であるため、診療所向けの調査票については、「療養病棟入院基本料」を「有床診療所療養病床入院基本料」とする等、適宜修正いただきたい。ただし、この場合にも、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に当たって把握することが必要な項目に漏れがないようにすること。

○ 療養病床の数等に関する質問

| 病床種別 | | | 病床数 |
|--------|--------|-----------------------|-----|
| 一般病床 | | | 床 |
| 療養病床 | 医療療養病床 | 療養病棟入院基本料 1 (20:1) | 床 |
| | | 療養病棟入院基本料 2 (25:1) | 床 |
| | 介護療養病床 | | 床 |
| その他の病床 | | | 床 |

○ 転換等の有無、転換先、時期等に関する意向に関する質問

| 現在の療養病床に係る届出病床数 | 今後の見込み（現時点の考え） | 平成 30 | 平成 31 | 平成 32 | 平成 35 年度末 |
|---------------------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-----------|
| | | 年度末 | 年度末 | 年度末 | |
| 療養病棟入院基本料 (20:1) | 床 | | | | |
| | 療養病棟入院基本料 (20:1) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 療養病棟入院基本料 (25:1) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む | | | | |
| | 介護医療院 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 介護老人保健施設 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅を含む。） | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 認知症グループホーム | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 看護小規模多機能型居宅介護 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | その他 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 病床廃止（上記のいずれにも転換しない） | 床 | 床 | 床 | 床 | |
| 未定（※次の問もお答えください） | 床 | 床 | 床 | 床 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|------------------|---|---|
| 療養病棟入院基本料 (25:1) | 床 | 療養病棟入院基本料 (20:1) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 療養病棟入院基本料 (25:1) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 回復期リハビリテーション病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 介護医療院 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 介護老人保健施設 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅を含む。) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 認知症グループホーム | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 看護小規模多機能型居宅介護 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 小規模多機能型居宅介護 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | その他 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 病床廃止 (上記のいずれにも転換しない) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 未定 (※次の間もお答えください) | 床 | 床 | 床 | 床 |
| | | 介護療養型医療施設 | 床 | 療養病棟入院基本料 (20:1) | 床 | 床 |
| 療養病棟入院基本料 (25:1) | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 ※病室を含む | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 介護療養型医療施設 | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 介護医療院 | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 介護老人保健施設 | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅を含む。) | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 認知症グループホーム | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 小規模多機能型居宅介護 | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| その他 | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 病床廃止 (上記のいずれにも転換しない) | 床 | | | 床 | 床 | 床 |
| 未定 (※次の間もお答えください) | 床 | | | 床 | 床 | 床 |

上記で未定と回答した場合には以下でおおまかな意向を回答

| | 平成 32 年度末 | 平成 35 年度末 |
|--------------------|---|---|
| 療養病棟入院基本料 1 (20:1) | 01 医療保険の病床 02 介護保険施設（介護医療院を含む） 03 01 と 02 を組み合わせる 04 病床を廃止する | 01 医療保険の病床 02 介護保険施設（介護医療院を含む） 03 01 と 02 を組み合わせる 04 病床を廃止する |
| 療養病棟入院基本料 2 (25:1) | 01 医療保険の病床 02 介護保険施設（介護医療院を含む） 03 01 と 02 を組み合わせる 04 病床を廃止する | 01 医療保険の病床 02 介護保険施設（介護医療院を含む） 03 01 と 02 を組み合わせる 04 病床を廃止する |
| 介護療養型医療施設 | 01 医療保険の病床 02 介護保険施設（介護医療院を含む） 03 01 と 02 を組み合わせる 04 病床を廃止する | 01 医療保険の病床 02 介護保険施設（介護医療院を含む） 03 01 と 02 を組み合わせる 04 病床を廃止する |

医政発 0804 第 2 号
平成 29 年 8 月 4 日

(別記の開設主体の長) 殿

厚生労働省医政局長

地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」策定について (依頼)

人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、将来に向けて医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となっています。

そのような中、各都道府県は、平成 29 年 3 月までに地域医療構想（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）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。）の策定を完了しており、今後、その達成に向けて、構想区域（同号に規定する構想区域をいう。）ごとに、地域医療構想調整会議（同法第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を開催し、関係者による議論を進めていくこととなります。

地域医療構想調整会議における具体的な議論の進め方については、平成 28 年 12 月、「医療計画の見直し等に関する検討会」において意見がとりまとめられ、将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、まずは、地域における救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関から、その役割の明確化を図り、その他の医療機関については、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえ、役割の明確化を図ることとされています。

病院事業を設置する地方公共団体においては、「新公立病院改革ガイドライン」（平成 27 年 3 月 31 日付け総財準第 59 号総務省自治財政局長通知）を参考に、平成 28 年度中に「新公立病院改革プラン」を策定することとされており、策定した「新公立病院改革プラン」をもとに、地域医療構想調整会議に参加することで、地域医療構想の達成に向けた具体的な議論が促進されるものと考えております。

また、医療法上、都道府県知事は、地域医療構想の達成を図るため、公的医療機関等（同法第 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。）に対してより強い権限の行使が可能となっております。

さらに、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院及び特定機能病院については、その設立の趣旨や、地域における医療確保等の責務に鑑み、今後も地域に求められる役割を果たしていくことが期待されます。

こうした点を踏まえれば、公的医療機関等を始めとする上記の医療機関が、他の医療機関に率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示していただくことが重要と考えております。

なお、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）においても、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を速やかに策定するため、2 年間程度で集中的な検討を促進することとされたところです。

については、貴殿が設置する医療機関について、地域医療構想調整会議における具体的な議論の促進に資するよう、別添の様式を参考に「公的医療機関等 2025 プラン」を策定するとともに、策定した「公的医療機関等 2025 プラン」を地域医療構想調整会議に提示し、具体的な議論を進めていただくよう、貴殿が設置する医療機関に対し依頼いただきますようお願いいたします。また、策定したプランについては、地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には見直しを行うなど、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図っていただくようお願いいたします。

なお、「公的医療機関等 2025 プラン」については、別添「公的医療機関等 2025 プランについて」に示す「地域医療構想調整会議の進め方のサイクル」に沿って、地域で計画的に議論が進められるよう、可能な限り早期に策定を進めることが重要であることから、救急医療や災害医療といった政策医療を主として担う医療機関については、このサイクルで予定されている 3 回目の地域医療構想調整会議における議論に間に合うよう本年 9 月末までに、その他の医療機関においても、遅くとも 4 回目の地域医療構想調整会議において議論できるよう本年 12 月末までに策定を進めていただくようお願いいたします。

また、本件については、国において都道府県へ地域医療構想調整会議における議論の状況等についての進捗確認をする中で策定状況等の把握をいたしますが、これに加え、貴殿に対し直接、貴殿が設置する医療機関の策定状況等について照会をさせて頂く可能性があることを申し添えます。

(別記)

日本赤十字社社長
社会福祉法人恩賜財団済生会会長
全国厚生農業協同組合連合会会長
社会福祉法人北海道社会事業協会会長
独立行政法人地域医療機能推進機構理事長
国家公務員共済組合連合会理事長
公立学校共済組合理事長
日本私立学校振興・共済事業団理事長
健康保険組合連合会会長
独立行政法人国立病院機構理事長
独立行政法人労働者健康安全機構理事長
各特定機能病院開設者
各地域医療支援病院開設者