医政発0331第12号
障発0331第５号
令和５年３月31日

各 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 殿

厚生労働省医政局長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
（公印省略）

医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件等の公布等について

医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件（令和５年厚生労働省告示第149号）、医療法施行規則の一部を改正する省令（令和５年厚生労働省令第54号）、医療法第三十条の四第二項第十七号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等の一部を改正する件（令和５年厚生労働省告示第150号）及び医療法第三十条の四第二項第十七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の一部を改正する件（令和５年厚生労働省告示第156号）については、本日付けで別添１から４までのとおり公布されました。

これらの改正の趣旨、概要等は下記のとおりですので、貴職におかれましては、これを御了知の上、貴管下の医療機関等に対し、周知をお願いします。

記

第一　改正の趣旨

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、厚生労働大臣は、医療提供体制の確保を図るための基本方針（以下「基本方針」という。）を定め、法第30条の４第１項の規定に基づき、都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定めることとされている

。

令和６年度から開始される第８次医療計画について、各都道府県において、令和５年度にその策定が行われることから、令和３年６月より「第８次医療計画等に関する検討会」（以下「検討会」という。）において、現行の第７次医療計画の課題や第８次医療計画に記載が必要と考えられる事項等について議論を進め、令和４年12月に意見の取りまとめが行われた（※）。

※　第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ
https://www.mhlw.go.jp/content/001032133.pdf

今般、当該意見の取りまとめ等を踏まえ、基本方針等の関係省令・告示について所要の改正を行う。

第二　改正の概要

１　医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件

- 医療提供体制の確保に係る基本的な考え方として、情報通信技術の活用や医師の働き方改革の推進、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時により浮き彫りとなった地域医療の課題を踏まえた医療機能の分化・連携等の重要性に留意すること等を追加すること。
- ５疾病・５事業に係る目標設定に関し、ロジックモデル等のツールの活用も検討するものとすること。
- 救急医療に係る配慮事項として、医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合における相談体制の整備、初期救急医療機関・第二次救急医療機関・第三次救急医療機関の役割の明確化、高次の医療機関からの転院搬送の促進、要配慮患者への対応体制の整備及び新興感染症の発生・まん延時に必要な体制の整備を追加すること。
- 災害時における医療に係る配慮事項として、保健医療福祉調整本部の下での保健医療活動チームの連携体制の構築、要配慮被災者の対応体制の整備、各医療機関におけるBCPの策定及び災害拠点病院以外の病院における非常用自家発電機の整備や止水対策を含む浸水対策等の防災対策を追加すること。
- 救急医療用ヘリコプターに係る配慮事項として、効率的な活用のための広域連携体制の構築を追加すること。
- へき地における医療に係る配慮事項として、へき地医療計画と医師確保計画との連動、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を追加すること。
- 周産期医療に係る配慮事項として、ハイリスク分娩への対応体制の整備、母子保健等との連携の推進、在宅ケアへの移行支援及び新興感染症の発生・まん延時に必要な体制の整備を追加すること。

・　小児医療に係る配慮事項として、救急医療機関の受診に関する相談体制の整備、医療的ケア児の支援体制の整備及び新興感染症の発生・まん延時に必要な体制の整備を追加すること。
・　在宅医療に係る配慮事項、適切な在宅医療の圏域の設定、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の明確化等を通じた医療連携体制の構築及び各職種の関わりの明確化を追加すること。
・　医療安全の確保について、都道府県等が把握すべき取組の状況として、医療事故が発生した場合の対応に関する取組等が含まれる旨を明確化すること。
・　地域医療構想に関し、対応方針の策定率の公表などPDCAサイクルを通じた推進を追加すること。
・　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項として、外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化・連携の推進のため、外来機能報告を通じた外来医療の実施状況の把握及び協議の場での協議を通じた紹介受診重点外来の明確化を追加すること。
・　医師の確保に関する基本的な事項として、医師の働き方改革と地域医療構想及び医師確保に関する取組との一体的な推進を追加すること。
・　医師以外の医療従事者の確保に関する基本的な事項として、歯科医師、薬剤師、看護師等の確保に係る取組の推進を追加すること。
・　その他所要の改正を行うこと。

２　医療法施行規則の一部を改正する省令
・　医療計画に定める精神病床数の算定式について、精神病床における入院患者数の減少傾向、患者の年齢構成の変化等の影響、政策効果の影響等を勘案したものとする改正を行うこと。（別表第７関係）
・　令和４年度以降、医学部の地域枠について、奨学金貸与の有無を問わないこととされたことを踏まえ、キャリア形成プログラムの対象に係る地域枠医師について、就学資金の貸与の要件を削除すること。（第30条の33の17関係）

３　医療法第三十条の四第二項第十七号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等の一部を改正する件
・　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次の①～④に掲げる数値を改正すること。
①　性別及び年齢階級別の療養病床入院受療率
②　地方ブロックの性別及び年齢階級別一般病床退院率
③　療養病床に係る病床利用率

④　平均在院日数

・　その他所要の改正を行うこと。

４　医療法第三十条の四第二項第十七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の一部を改正する件

・　基準病床数の算定に使用する数値等について次のとおり改正すること。

①　性別及び年齢階級別の入院受療率を年齢別の推計患者数へ改正

年齢別の推計患者数については、令和８年時点の値とする。平成26年における入院患者数と平成 29 年における入院患者数を年齢別に比較し、この変化率に基づき、令和２年の都道府県別入院患者数から令和８年の推計患者数を計算するものとすること。

②　入院期間が１年以上の入院患者に係る政策効果の影響を勘案できるものへ改正すること。

第三　適用・施行期日

第二の１については令和５年４月１日に、第二の２（別表第７関係に限る。）から４までについては令和６年４月１日、第二の２（第30条の33の17関係に限る。）については公布の日に適用・施行する。

第四　その他

・　第二の２の改正（第30条の33の17関係に限る。）に伴い、「地域医療対策協議会運営指針について」（平成30年７月25日付け医政発0725第15号厚生労働省医政局長通知）の別添「地域医療対策協議会運営指針」を本日付けで、別紙のとおり改正する。

・　このほか、医療計画の策定に当たり留意する事項等については、「医療計画について」（令和５年３月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知）、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年３月31日付医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）等を参照されたい。

医政発 0331 第 13 号
障 発 0331 第 6 号
令和５年３月 31 日

別記団体の長　殿

厚 生 労 働 省 医 政 局 長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
（　公　印　省　略　）

医療提供体制の確保に関する基本方針の一部を改正する件等の公布等について

標記については、別添のとおり各都道府県宛て通知しましたので、御了知いただくとともに、貴下団体会員等に対する周知方よろしくお取り計らい願います。

（別記）
一般社団法人　日本病院会
公益社団法人　全日本病院協会
一般社団法人　日本医療法人協会
一般社団法人　日本社会医療法人協議会
公益社団法人　日本精神科病院協会
公益社団法人　全国自治体病院協議会
一般社団法人　国立大学病院長会議
一般社団法人　日本私立医科大学協会
一般社団法人　全国公私病院連盟
一般社団法人　日本慢性期医療協会
社会福祉法人　恩賜財団済生会
公益社団法人　日本歯科医師会
公益社団法人　日本薬剤師会
公益社団法人　日本看護協会
公益社団法人　日本助産師会
一般社団法人　日本精神科看護協会
公益財団法人　日本訪問看護財団
日本赤十字社
国家公務員共済組合連合会
全国厚生農業協同組合連合会
社会福祉法人　北海道社会事業協会
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
独立行政法人　地域医療機能推進機構
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
防衛省人事教育局衛生官
文部科学省高等教育局医学教育課
全国知事会
全国都道府県議会議長会
全国市長会
全国市議会議長会
全国町村会
全国町村議会議長会

○厚生労働省告示第百四十九号

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の三第一項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成十九年厚生労働省告示第七十号）の一部を次の表のように改正し、令和五年四月一日から適用する。

令和五年三月三十一日

厚生労働大臣　加藤　勝信

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
この基本方針は、我が国の医療提供体制に対する国民の安心、信頼の確保に向けて、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を図るための基本的な事項を示すものである。 都道府県においては、この方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。 第一　医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項 一　医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本的考え方 医療は、我が国社会の重要かつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。 また、医療は、患者と医療提供者との信頼関係を基本として成り立つものである。患者や国民に対して医療サービスの選択に必要な情報が提供されるとともに、診療の際には、インフォームドコンセント（医師・歯科医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること）の理念に基づき、医療を受ける主体である患者本人が求める医療サービスを提供していく、という患者本位の医療を実現していくことが重要である。安全で質が高く、効率的な医療の実現に向けて、患者や国民が、その利用者として、また、費用負担者として、これに関心を持ち、医療提供者のみに任せるのではなく、自らも積極的かつ主体的に医療に参加していくことが望ましく、そうした仕組みづくりが求められる。 さらに、医療は、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）から始まり、人生の最終段階における医療まで、人生の全ての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や、慢性の症状を持ちながらの継続した介護サービスの利用等様々な領域と関わるものである。また、医療の提供に際しては、医療分野や福祉分野の専門職種、ボランティア、家族その他様々な人が関わってくることから、医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、医師・歯科医師とその他の医療従事者がそれぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域において、患者の視点に立った医療提供施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。）第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）の構築にも積極的に協力していくことが求められる。 国及び都道府県は、このような理念に基づき、少子高齢化の進展や医療技術の進歩、国民の意識の変化等も踏まえながら、安全で質が高く、効率的な医療を提供するため、情報通信技術の活用や、医療分野のデジタル化の推進を含む施策に積極的に取り組むことが重要である。	この基本方針は、我が国の医療提供体制に対する国民の安心、信頼の確保に向けて、医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保（以下「医療提供体制の確保」という。）を図るための基本的な事項を示すものである。 都道府県においては、この方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。 第一　医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項 一　医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本的考え方 医療は、我が国社会の重要かつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。 また、医療は、患者と医療提供者との信頼関係を基本として成り立つものである。患者や国民に対して医療サービスの選択に必要な情報が提供されるとともに、診療の際には、インフォームドコンセント（医師・歯科医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること）の理念に基づき、医療を受ける主体である患者本人が求める医療サービスを提供していく、という患者本位の医療を実現していくことが重要である。安全で質が高く、効率的な医療の実現に向けて、患者や国民が、その利用者として、また、費用負担者として、これに関心を持ち、医療提供者のみに任せるのではなく、自らも積極的かつ主体的に医療に参加していくことが望ましく、そうした仕組みづくりが求められる。 さらに、医療は、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）から始まり、人生の最終段階における医療まで、人生の全ての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や、慢性の症状を持ちながらの継続した介護サービスの利用等様々な領域と関わるものである。また、医療の提供に際しては、医療分野や福祉分野の専門職種、ボランティア、家族その他様々な人が関わってくることから、医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、医師・歯科医師とその他の医療従事者がそれぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域において、患者の視点に立った医療提供施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号。以下「法」という。）第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）の構築にも積極的に協力していくことが求められる。 国及び都道府県は、このような理念に基づき、少子高齢化の進展や医療技術の進歩、国民の意識の変化等も踏まえながら、安全で質が高く、効率的な医療を提供するための施策に積極的に取り組むことが重要である。

医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都道府県により、あるいは各都道府県内においても都市部とそれ以外の地域とでは、大きな違いがあることから、具体的な施策を講ずるに当たっては、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならない。

また、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中で、疾病の構造が変化し、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病等の生活習慣病や精神疾患が増加している中、生活の質の向上を実現するため、特に、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に対応した医療連携体制の早急な構築を図ること、地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）に対応した医療連携体制の早急な構築を図ること、さらには人口の減少及び高齢化に伴って医療需要の変化が見込まれる中、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進し、将来の医療需要に対応した適切な医療提供体制の早急な構築を図ることが必要である。

また、生産年齢人口の減少に対応する医療従事者の確保や医師の働き方改革に伴う対応など、医療提供体制を取り巻く環境の変化にも留意することが必要である。特に、医師の働き方改革については、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師個人はもとより、患者や国民にとっても、医療の質及び安全の確保や、持続可能な医療提供体制の維持の観点から重要であり、地域医療提供体制の改革や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供するタスク・シフト／シェアの推進と併せて取り組む必要がある。

さらに、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ったことを踏まえ、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、連携等の重要性や、地域医療全体を視野に入れた適切な役割分担の下での必要な医療提供の重要性にも留意が必要である。

二　（略）

第二　（略）

第三　医療提供体制の確保に係る目標に関する事項

一　（略）

二　目標設定に関する国と都道府県の役割

1　五疾病・五事業に係る目標設定

都道府県は、本基本方針に基づく医療計画の見直し後六年間を目途に、五疾病・五事業及び当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療について、地域の実情に応じた数値目標を定める。

その際には、「第十一　その他医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等に定められる目標等を十分勘案するものとし、ロジックモデル等のツールの活用も検討するものとする。

都道府県は、数値目標の達成状況について、六年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、その医療計画を変更するものとする。

国は、都道府県に対して、医療提供体制の確保に向けた実効性ある施策が図られるよう支援するものとする。

2　（略）

医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都道府県により、あるいは各都道府県内においても都市部とそれ以外の地域とでは、大きな違いがあることから、具体的な施策を講ずるに当たっては、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならない。

また、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中で、疾病の構造が変化し、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病等の生活習慣病や精神疾患が増加している中、生活の質の向上を実現するため、特に、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に対応した医療連携体制の早急な構築を図ること、地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）に対応した医療連携体制の早急な構築を図ること、さらには人口の急速な高齢化に伴って医療需要の増加が見込まれる中、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進し、将来の医療需要に対応した適切な医療提供体制の早急な構築を図ることが必要である。

二　（略）

第二　（略）

第三　医療提供体制の確保に係る目標に関する事項

一　（略）

二　目標設定に関する国と都道府県の役割

1　五疾病・五事業に係る目標設定

都道府県は、本基本方針に基づく医療計画の見直し後六年間を目途に、五疾病・五事業及び当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療について、地域の実情に応じた数値目標を定める。

その際には、「第十一　その他医療提供体制の確保に関する重要事項」に掲げる方針等に定められる目標等を十分勘案するものとする。

都道府県は、数値目標の達成状況について、六年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更するものとする。

国は、都道府県に対して、医療提供体制の確保に向けた実効性ある施策が図られるよう支援するものとする。

2　（略）

3　地域医療構想に係る目標設定

都道府県は、将来における地域の医療提供体制の確保のため、地域医療構想（法第三十条の四第二項第七号に規定する将来の医療提供体制に関する構想をいう。以下同じ。）の実現に向けた取組を着実に進めることが重要であることから、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（第六及び第七において「関係者」という。）との協議の場（以下「地域医療構想調整会議」という。）における協議の結果を踏まえ、当該構想区域（同号に規定する区域をいう。第五の一において同じ。）において担うべき医療機関としての役割及び当該医療機関が有するべき医療機能ごとの病床数を含む今後の対応方針（以下「対応方針」という。）の策定率等の目標について、毎年度、当該目標の達成状況の分析及び評価等を行うものとする。

第四　医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

一　医療連携体制の基本的考え方

医療連携体制の構築は、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能にすることで、生活の質の向上を目指すものであることを踏まえ、さらに、次の点に留意することが求められる。

診療所における医療の提供に関しては、例えば、在宅医療を支える入院医療の提供も可能である有床診療所の特性など、各診療所の地域における役割を考慮することが重要である。その上で、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といったかかりつけ医の機能の向上を図りつつ、診療所相互間又は診療所と病院との業務の連携によって、診療時間外においても患者又はその家族等からの連絡に対し、往診等必要な対応を行うことができる体制の構築が求められる。

病院における医療の提供に関しては、質の高い入院医療が二十四時間提供されるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護師を始めとした医療従事者の適切な人員配置を通じた勤務環境の改善が行われることが求められる。

これらの役割が、患者の視点に立って的確に果たされるよう、地域の診療に携わる医師・歯科医師等の団体の積極的な取組が期待される。

二　五疾病・五事業の医療連携体制の在り方

（略）

1　五疾病・五事業に明示する機能

㈠　がん

がん登録等の推進に関する法律（平成二十五年法律第百十一号）第二条第二項に規定するがん登録の活用等を通じたがんの現状把握、がんの予防及び早期発見をする機能、手術療法、放射線療法、薬物療法及びこれらを組み合わせた集学的治療を提供する機能、がんと診断された時から緩和ケアを提供する機能並びに患者とその家族等への相談支援や情報提供をする機能（医療機能に着目したがん診療連携拠点病院等の診療実施施設等）

㈡・㈢　（略）

㈣　糖尿病

糖尿病を予防するための生活指導を行う機能、糖尿病の重症化を予防するための治療を行う機能及び糖尿病による合併症の治療を行う機能（発症から居宅等で継続して治療するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設等）

（新設）

第四　医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

一　医療連携体制の基本的考え方

医療連携体制の構築は、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能にすることで、生活の質の向上を目指すものであることを踏まえ、さらに、次の点に留意することが求められる。

診療所における医療の提供に関しては、例えば、在宅医療を支える入院医療の提供も可能である有床診療所の特性など、各診療所の地域における役割を考慮することが重要である。その上で、身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談といったかかりつけ医の機能の向上を図りつつ、診療所相互間又は診療所と病院との業務の連携によって、診療時間外においても患者又はその家族からの連絡に対し、往診等必要な対応を行うことができる体制の構築が求められる。

病院における医療の提供に関しては、質の高い入院医療が二十四時間提供されるよう、医師、歯科医師、薬剤師、看護師を始めとした医療従事者の適切な人員配置を通じた勤務環境の改善が行われることが求められる。

これらの役割が、患者の視点に立って的確に果たされるよう、地域の診療に携わる医師・歯科医師等の団体の積極的な取組が期待される。

二　五疾病・五事業の医療連携体制の在り方

（略）

1　五疾病・五事業に明示する機能

㈠　がん

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第十六条の規定による地域がん登録及びがん登録等の推進に関する法律（平成二十五年法律第百十一号）第二条第二項に規定するがん登録の活用等を通じたがんの現状把握、がんの予防及び早期発見をする機能、手術療法、放射線療法、化学療法及びこれらを組み合わせた集学的治療を提供する機能、がんと診断された時から緩和ケアを提供する機能並びに患者とその家族への相談支援や情報提供をする機能（医療機能に着目したがん診療連携拠点病院等の診療実施施設等）

㈡・㈢　（略）

㈣　糖尿病

重篤な疾病を予防するための生活指導を行う機能及び糖尿病による合併症を含めた疾病の治療を行う機能（発症から居宅等で継続して治療するまでの医療の流れ、医療機能に着目した診療実施施設等）

(五)　（略）

(六)　救急医療

医療機関の受診や救急用自動車の要請の相談に対応する機能、病院前救護を提供する機能、休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等で初期の救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする救急患者に医療を提供する機能、生命にかかわる重篤な救急患者に救命医療を提供する機能及び救命後の医療を提供する機能（都道府県内のブロックごとの救急医療機関の役割（産科合併症以外の合併症を有する母体に対して救急医療を提供する医療機関の役割を含む。）、在宅当番医制又は休日夜間急患センター・入院を要する救急医療に対応する医療機関・救命救急センターに実際に搬送される患者の状態、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）等病院前救護体制や消防機関との連携（病院間搬送を含む。）、救命後の医療を提供する医療機関との連携等）

(七)　災害時における医療

災害時に被災地へ出動して迅速に救命医療を提供する機能、その後避難所等において診療活動を行う機能及び被災しても医療提供を引き続き維持し被災地での医療提供の拠点となる機能（都道府県内外での災害発生時の医療の対応（災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）及び災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の整備状況及び活用計画（日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、全日本病院医療支援班（ＡＭＡＴ）、日本災害歯科支援チーム（ＪＤＡＴ）等の保健医療活動チームとの連携を含む。）を含む。）、広域医療搬送の方法（航空搬送拠点及び航空搬送拠点臨時医療施設の確保を含む。）、後方医療施設の確保、派遣調整本部や地域医療対策会議によるコーディネート機能を担う体制整備（大規模災害の発生時における保健医療福祉調整本部の設置並びに当該本部と保健所、災害時健康危機管理支援チーム（ＤＨＥＡＴ）及びその他保健医療活動チームとの連絡及び情報連携を行うための連絡窓口の設置を含む。）、消防・警察等関係機関との連携、広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の状況、災害時に拠点となる病院の耐震化・非常用自家発電機の整備・止水対策を含む浸水対策の実施・燃料や医薬品等の備蓄状況、災害に対応した業務継続計画（ＢＣＰ）・訓練計画等）

(八)　（略）

(九)　周産期医療

妊婦健診や産前・産後のケアを扱う機能、正常な分娩を扱う機能（日常の生活・保健指導及び新生児の医療相談の機能を含む。）及び高度な診療を要するリスクの高い分娩を扱う機能（妊産婦の状態に応じ、居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、総合周産期母子医療センターと地域の周産期医療の医療連携体制（搬送体制を含む。）、地域の実情に応じた周産期医療に関する医療資源の集約化・重点化等）

(十)　小児医療

小児の健康状態の相談を行う機能、地域における一般小児医療を提供する機能（医療と保健、福祉及び教育との連携の促進の役割・機能を含む。）、在宅当番医制、休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等初期の小児救急医療を提供する機能、地域の小児医療機関間での連携により小児専門医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする小児救急患者に医療を提供する機能、広域の小児医療機関間での連携により高度な小児専門医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な小児救急患者に救命医療を提供する機能（発症から外来での通院や入院を経て居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、小児救急医療の提供体制（在宅当番医制又は休日夜

(五)　（略）

(六)　救急医療

休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等で初期の救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする救急患者に医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な救急患者に救命医療を提供する機能（都道府県内のブロックごとの救急医療機関の役割（産科合併症以外の合併症を有する母体に対して救急医療を提供する医療機関の役割を含む。）、在宅当番医制又は休日夜間急患センター・入院を要する救急医療機関・救命救急センターに実際に搬送される患者の状態、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）等病院前救護体制や消防機関との連携（病院間搬送を含む。）等）

(七)　災害時における医療

災害時に被災地へ出動して迅速に救命医療を提供する機能、その後避難所等において診療活動を行う機能及び被災しても医療提供を引き続き維持し被災地での医療提供の拠点となる機能（都道府県内外での災害発生時の医療の対応（災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）及び災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の整備状況及び活用計画（日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）等の医療チームとの連携を含む。）を含む。）、広域医療搬送の方法（航空搬送拠点及び航空搬送拠点臨時医療施設の確保を含む。）、後方医療施設の確保、派遣調整本部や地域医療対策会議によるコーディネート機能を担う体制整備、消防・警察等関係機関との連携、広域災害・救急医療情報システムの状況、災害拠点病院の耐震化・医薬品等の備蓄状況、災害に対応した事業継続計画・訓練計画等）

(八)　（略）

(九)　周産期医療

正常な分娩を扱う機能（日常の生活・保健指導及び新生児の医療相談の機能を含む。）及び高度な診療を要するリスクの高い分娩を扱う機能（妊産婦の状態に応じ、居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、総合周産期母子医療センターと地域の周産期医療の医療連携体制（搬送体制を含む。）、地域の実情に応じた周産期医療に関する医療資源の集約化・重点化等）

(十)　小児医療

小児の健康状態の相談を行う機能、在宅当番医制、休日夜間急患センターや二十四時間対応する診療所等初期の小児救急医療を提供する機能、緊急手術や入院を必要とする小児救急患者に医療を提供する機能及び生命にかかわる重篤な小児救急患者に救命医療を提供する機能（発症から外来での通院や入院を経て居宅等に戻るまでの医療の流れ、病態・医療機能に着目した診療実施施設、小児救急医療の提供体制（在宅当番医制又は休日夜間急患センター・入院を要する救急医療機関・救命救急センター・病院間搬送・電話相談事業等）の状況、地域の実情に応じた小児医療に関する医療資源の集約化・重点化等）

間急患センター・入院を要する救急医療に対応する医療機関・救命救急センター・病院間搬送・電話相談事業等）の状況、地域の実情に応じた小児医療に関する医療資源の集約化・重点化等）

2　事業ごとに配慮すべき事項

(一)　救急医療については、増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者の受入れのために、地域における救急医療機関の役割を明確化することが必要である。特に、来院可能な患者への夜間及び休日における外来診療、高齢者をはじめとする地域の救急患者の初期診療及び入院治療並びに重篤な患者や他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者に対する高度かつ専門的な医療について役割分担を図ることが重要である。また、生命にかかわる重篤な救急患者に救命医療を提供する機能を有する医療機関のうち高度救命救急センターを医療計画に明示する場合には、広範囲熱傷、急性中毒等の特殊疾病のうち、特に当該センターが対応体制を整備しているものについて記載する必要がある。なお、この場合においては、当該都道府県内のセンターに限らず、広域的に対応する隣接都道府県のセンターを記載することも可能である。

また、都道府県において策定した地域の搬送・受入れに関する実施基準に基づき、円滑な患者の搬送が実施されることが必要である。一連の救急搬送と救急医療の連携の確保に当たっては、いわゆるメディカルコントロール体制の一層の充実・強化を図ることが重要である。さらに、救命医療後に安定した救急患者については、救命救急センター等の高次の医療機関からの転院のために必要な搬送を行う体制を構築することが必要である。

精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等の特に配慮を要する患者に対応できる体制の構築についても、あらかじめ検討しておく必要がある。

精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能並びに重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。また、精神科救急医療と一般救急医療との連携体制を確保することが重要である。

産科合併症以外の合併症を有する母体に対する救急医療については、総合周産期母子医療センター等による周産期医療と救命救急センター等による救急医療との連携体制を確保することが重要である。

また、患者が可能な限り救急外来を受診せずに済むよう、引き続き、地域におけるかかりつけ医の機能の向上を図りつつ、医療機関の受診や救急用自動車の要請に迷う場合に地域住民が利用するための電話等による相談体制の整備を推進することが必要である。

さらに、新興感染症の発生・まん延時に適切な医療を提供できるよう、必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成するとともに、第二次救急医療機関、第三次救急医療機関及び地域全体において必要な体制を構築することが重要である。

2　事業ごとに配慮すべき事項

(一)　救急医療において、生命にかかわる重篤な救急患者に救命医療を提供する機能を有する医療機関のうち高度救命救急センターを医療計画に明示する場合には、広範囲熱傷、急性中毒等の特殊疾病のうち、特に当該センターが対応体制を整備しているものについて記載する必要がある。なお、この場合においては、当該都道府県内のセンターに限らず、広域的に対応する隣接都道府県のセンターを記載することも可能である。

また、都道府県において策定した地域の搬送・受入れに関する実施基準に基づき、円滑な患者の搬送が実施されることが必要である。一連の救急搬送と救急医療の連携の確保に当たっては、いわゆるメディカルコントロール体制の一層の充実・強化を図ることが重要である。

精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。また、精神科救急医療と一般救急医療との連携体制を確保することが重要である。

産科合併症以外の合併症を有する母体に対する救急医療については、総合周産期母子医療センター等による周産期医療と救命救急センター等による救急医療との連携体制を確保することが重要である。

(二)　災害時における医療については、災害時に円滑な連携体制の構築を可能とするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームとともに訓練を実施し、災害時においてそれぞれに必要な役割を確認するとともに、保健医療提供体制を効率的に調整するために災害医療コーディネーターの適切な整備を推進することが重要である。

また、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等の特に災害時においても配慮を要する被災者に対応できる体制の構築について、平時から検討しておく必要がある。

災害発生時に診療を継続するため、各医療機関において、平時からＢＣＰを策定する必要があるが、地域防災計画等他の計画との整合性を図り、実効性の高いものとなるよう支援を行うことが必要である。また、災害時に拠点となる病院以外の病院においても、災害時にその機能や地域における役割に応じた診療を継続するために必要な防災対策を講じることが重要である。

これらの取組を推進するため、都道府県は、防災会議等への災害医療関係者の参画を促進することが重要である。

(三)　救急医療や災害時における医療については、患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応が求められる。救急搬送については、救急用自動車はもとより、ドクターカー（必要な機器等を装備し、医師等が同乗することにより救命医療が可能な救急搬送車両をいう。）、消防防災ヘリコプターを含む救急患者搬送用のヘリコプター等の搬送手段を活用することにより救急医療の確保を図ることが重要である。その際、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成十九年法律第百三号）を踏まえ、地域の実情に応じ、同法第二条に規定する救急医療用ヘリコプター（以下単に「救急医療用ヘリコプター」という。）を用いることが考えられる。この場合、都道府県は、医療計画に救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保について定めるときは、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項を定めることが求められるとともに、都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項並びに救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供が行われる地域ごとに、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院の医師、消防機関、都道府県及び市町村の職員、診療に関する学識経験者その他の関係者の連携に関する事項を定めるよう努めることとされている。また、救急医療用ヘリコプターを効率的に活用できるよう、隣接都道府県と協議し、広域連携体制を構築することが必要である。さらに、災害時において、消防機関等の依頼又は通報に基づかない出動を想定した、救急医療用ヘリコプターの運航体制を整備することが必要である。

(四)　離島やへき地における医療については、医師・歯科医師等の個人の努力に依存するのではなく、へき地における医療の確保のための各般の施策による充実が必要である。公的医療機関や社会医療法人等の役割の明確化を通じ、医師・歯科医師等の継続的な派遣による支援体制の確立等に努めるとともに、へき地医療計画と医師確保計画を連動させることが必要である。また、効率的な救急搬送体制が確保されるよう努めることが必要である。さらに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を進めることが重要である。

（新設）

(二)　救急医療や災害時における医療については、患者の緊急度、重症度等に応じた適切な対応が求められる。救急搬送については、救急用自動車はもとより、ドクターカー（必要な機器等を装備し、医師等が同乗することにより救命医療が可能な救急搬送車両をいう。）、消防防災ヘリコプターを含む救急患者搬送用のヘリコプター等の搬送手段を活用することにより救急医療の確保を図ることが重要である。その際、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成十九年法律第百三号）を踏まえ、地域の実情に応じ、同法第二条に規定する救急医療用ヘリコプター（以下単に「救急医療用ヘリコプター」という。）を用いることが考えられる。この場合、都道府県は、医療計画に救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保について定めるときは、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項を定めることが求められるとともに、都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項並びに救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供が行われる地域ごとに、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院の医師、消防機関、都道府県及び市町村の職員、診療に関する学識経験者その他の関係者の連携に関する事項を定めるよう努めることとされている。また、災害時において、消防機関等の依頼又は通報に基づかない出動を想定した、救急医療用ヘリコプターの運航体制を整備することが必要である。

(三)　離島やへき地における医療については、医師・歯科医師等の個人の努力に依存するのではなく、へき地における医療の確保のための各般の施策による充実が必要であり、特に、公的医療機関や社会医療法人等の役割の明確化を通じ、医師・歯科医師等の継続的な派遣による支援体制の確立等に努める必要がある。また、効率的な救急搬送体制が確保されるよう努めることが必要である。

(五) 周産期医療については、周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、ＮＩＣＵ（新生児集中治療室）・ＭＦＩＣＵ（母体・胎児集中治療室）や専門人材について、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進めることが必要である。その際、周産期医療に精通した医師や助産師等の地域の医療従事者を育成し、活用を図るとともに、ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、医療機関間で役割を分担し、周産期医療及び母子保健を地域全体で支えることが重要である。さらに、周産期医療体制の整備を進める中で、周産期に関する救急搬送や災害時の周産期医療等において、近隣都道府県との連携体制を必要に応じて確保することや、産科合併症以外の合併症を有する母体に適切に対応するための救急医療や精神医療等との連携体制を確保することが重要である。また、ＮＩＣＵ退院後の児に対する後方支援施設等における継続的な医療提供体制の構築が必要である。あわせて、医療と母子保健等との連携を推進する観点から、市町村が行っている保健・福祉等の支援策について情報共有を図り、母子に対する切れ目のない支援を推進することも重要である。

また、在宅ケアへの移行支援について、周産期医療関連施設による医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行支援及び地域の医療機関による在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対するレスパイト等の実施の支援を推進することが重要である。

さらに、新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症のり患又はり患が疑われる妊婦に対して産科診療を実施する医療機関について、あらかじめ協議し、必要な体制を構築することが重要である。

(六) 小児医療については、小児科医師や看護師等による子ども医療電話相談事業（＃８００）等による救急医療機関の受診に関する相談を支援する機能及び退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能を充実させるとともに、診療所が当番制等により初期の小児救急医療を二十四時間体制で担うことを通じて、拠点となる病院が重症の小児救急患者に重点的に対応することを可能とする体制を構築することが必要である。

医療的ケア児が入院する医療機関は、入院時より、転院又は退院後の療養生活を担う医療機関、訪問看護等との連絡及び調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制を整えることが重要である。さらに、退院後の医療的ケア児の緊急的な入院に対応できる体制や、レスパイトの受入れ体制等を整備することが重要である。

また、新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症のり患又はり患が疑われる小児に対して小児診療を実施する医療機関について、あらかじめ協議し、必要な体制を構築することが重要である。

三　在宅医療に係る医療連携体制の在り方

外来患者数が令和七年頃にピークを迎える見込みである一方、在宅患者数は令和二十二年以降に最も多くなる見込みであることを踏まえ、適切な圏域を設定し、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点等の機能も勘案し、地域での協議及び調整を通じて在宅医療の体制整備を進めることが重要である。また、次に掲げる機能に即して、地域の医療提供施設の医療機能を明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

１　明示する機能

在宅医療への円滑な移行に向けての退院支援機能、生活の場における療養支援機能並びに急変時の対応機能及び患者が望む場所での看取り機能（入院機関と在宅医療の受け皿になる関係機関との協働による退院支援の実施、関係職種の協働による患者・家族等の生活の視点に立った医療の提供、緩和ケアの提供、介護する家族等の支援、在宅療養中の患者が急変した場合に受け入れることのできる病床の確保、住み慣れた地域での看取りの実施等）

(四) 周産期医療については、助産師を含む地域の医療従事者の活用を図り、診療所や助産所等とリスクの高い分娩を扱う病院との機能の分担及び業務の連携の充実に努めることが必要である。さらに、周産期医療体制の整備を進める中で、周産期に関する救急搬送や災害時の周産期医療等において、近隣都道府県との連携体制を必要に応じて確保することや、産科合併症以外の合併症を有する母体に適切に対応するための救急医療や精神医療等との連携体制を確保することも重要である。また、ＮＩＣＵ（新生児集中治療室）退院後の未熟児等に対する後方支援施設等における継続的な医療提供体制の構築が必要である。

(五) 小児医療については、小児科医師や看護師等による小児救急電話相談事業等による救急医療機関の受診に関する相談を支援する機能及び退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能を充実させるとともに、診療所が当番制等により初期の小児救急医療を二十四時間体制で担うことを通じて、拠点となる病院が重症の小児救急患者に重点的に対応することを可能とする体制を構築することが必要である。

三　在宅医療に係る医療連携体制の在り方

在宅医療に係る医療連携体制については、次に掲げる機能に即して、地域の医療提供施設の医療機能を明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

１　明示する機能

在宅医療への円滑な移行に向けての退院支援機能、生活の場における療養支援機能並びに急変時の対応機能及び患者が望む場所での看取り機能（入院機関と在宅医療の受け皿になる関係機関との協働による退院支援の実施、関係職種の協働による患者・家族の生活の視点に立った医療の提供、緩和ケアの提供、介護する家族の支援、在宅療養中の患者が急変した場合に受け入れることのできる病床の確保、住み慣れた地域での看取りの実施等）

2　配慮すべき事項

圏域については、医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定し、当該圏域内に在宅医療において積極的な役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を位置づけることとする。

看取りの体制を含めた在宅医療については、在宅療養を希望する患者・家族等や、地域住民に対して、病院・診療所、訪問看護事業所、薬局等の機能分担と連携の状況を情報提供することが重要である。在宅医療における各職種の関わりについては、その機能や役割を明確化し、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進めることが必要である。また、在宅の患者ニーズに対応した医療と介護を包括的に提供する体制を整備するため、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の内容と整合性を図り、患者の療養生活の充実等に努めることが必要である。

四　救急医療等確保事業に関する公的医療機関及び社会医療法人の役割

公立病院等公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第三十条の四第二項第五号イからヘまでに掲げる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療及び都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにするとともに、救急医療等確保事業に係る業務を担う社会医療法人の積極的活用を図り、その活用状況も併せて明らかにすることが重要である。

五・六　（略）

七　医療の安全の確保

都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、医療事故（法第六条の十第一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る取組等を含む医療提供施設が講じている医療の安全を確保するための取組の状況を把握し、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等に関し、必要な措置を講ずるよう努めることが重要である。また、医療安全支援センターを設置し、住民の身近な地域において、患者又はその家族等からの医療に関する苦情又は相談に対応し、必要に応じて当該医療提供施設に対して、必要な助言を行う等の体制を構築するよう努めることが重要である。

第五　地域医療構想に関する基本的な事項

一　地域医療構想に関する基本的考え方

令和七年にいわゆる「団塊の世代」が全て七十五歳以上となる超高齢社会を迎え、医療需要が増加する中、患者に応じた質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するため、地域における病床の機能の分化及び連携を推進し、各病床の機能の区分に応じて必要な医療資源を適切に投入し、患者の早期の居宅等への復帰を進めるとともに、退院後の生活を支える在宅医療及び介護サービスの充実を図ることが必要である。こうした観点から、地域医療構想は、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進するため、構想区域ごとの令和七年における病床数の必要量を含む医療提供体制に関する構想及び当該構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項として医療計画に定めるものである。

2　配慮すべき事項

看取りの体制を含めた在宅医療については、在宅療養を希望する患者や家族、地域住民に対して、病院・診療所、訪問看護ステーション、薬局等の機能分担と連携の状況を情報提供することが重要である。また、在宅の患者ニーズに対応した医療と介護を包括的に提供する体制を整備するため、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の内容と整合性を図り、患者の療養生活の充実等に努めることが必要である。

四　救急医療等確保事業に関する公的医療機関及び社会医療法人の役割

公立病院等公的医療機関については、その役割として求められる救急医療等確保事業（法第三十条の四第二項第五号イからヘまでに掲げる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）及び都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療）に係る業務の実施状況を病院ごとに明らかにするとともに、救急医療等確保事業に係る業務を担う社会医療法人の積極的活用を図り、その活用状況も併せて明らかにすることが重要である。

五・六　（略）

七　医療の安全の確保

都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、医療提供施設が講じている医療の安全を確保するための取組の状況を把握し、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等に関し、必要な措置を講ずるよう努めることが重要である。また、医療安全支援センターを設置し、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又は相談に対応し、必要に応じて当該医療提供施設に対して、必要な助言を行う等の体制を構築するよう努めることが重要である。

第五　地域医療構想に関する基本的な事項

一　地域医療構想に関する基本的考え方

平成三十七年にいわゆる「団塊の世代」が全て七十五歳以上となる超高齢社会を迎え、医療需要が増加する中、患者に応じた質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するため、地域における病床の機能の分化及び連携を推進し、各病床の機能の区分に応じて必要な医療資源を適切に投入し、患者の早期の居宅等への復帰を進めるとともに、退院後の生活を支える在宅医療及び介護サービスの充実を図ることが必要である。こうした観点から、地域医療構想（法第三十条の四第二項第七号に規定する将来の医療提供体制に関する構想をいう。以下同じ。）は、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進するため、構想区域（同号に規定する区域をいう。）ごとの平成三十七年における病床数の必要量を含む医療提供体制に関する構想及び当該構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項として医療計画に定めるものである。

地域医療構想に定める令和七年における医療提供体制は、急性期から、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで切れ目なく、また過不足なく提供される体制の確保であり、地域医療全体を見据えた上で、医療計画に定める五疾病・五事業及び在宅医療に係る目標及び医療連携体制、医療従事者の確保等の事項も踏まえて定める必要がある。また、地域医療構想の中で示す医療提供体制の課題や目指すべき姿については、市町村が中心となって進める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（平成元年法律第六十四号。以下「医療介護総合確保法」という。）第二条第一項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築に資するよう、医療介護総合確保法第三条第一項に規定する総合確保方針（以下単に「総合確保方針」という。）を踏まえ、医療介護総合確保法第四条第一項に規定する都道府県計画（以下単に「都道府県計画」という。）並びに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も留意しつつ、定める必要がある。

二　地域医療構想に関する国と都道府県の役割

都道府県は、策定した地域医療構想の達成に向けた取組を進めるに当たって、構想区域等（法第三十条の十四第一項に規定する構想区域等をいう。第六及び第七において同じ。）ごとに、地域医療構想調整会議を設け、当該会議での議論を通じて、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進していくことが必要である。これらの推進に当たり、都道府県は、地域医療構想調整会議における協議の実施状況を公表するものとする。

国は、必要な情報の整備や都道府県職員等に対する研修のほか、都道府県におけるデータの活用や医療介護総合確保法に基づく地域医療介護総合確保基金の活用に係る支援など、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

第六　地域における病床の機能の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

一　地域における病床の機能の分化及び連携の基本的考え方

地域における病床の機能の分化及び連携については、地域の医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により推進していくことが前提となる。このため、都道府県は、法第三十条の十三第一項の規定による報告（以下「病床機能報告」という。）の結果等により毎年度進捗を把握し、公表するとともに、構想区域等ごとに設置する地域医療構想調整会議において、関係者との連携を図りつつ、必要な事項について協議を行うことが必要である。その際、構想区域等における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、医療機関の役割を明確化することや将来的に病床機能の転換を予定している医療機関の役割を確認すること等が必要である。あわせて、地域医療構想調整会議における協議の結果を踏まえた対応方針の策定率を公表することとする。また、都道府県は、法第七十条の五第一項に規定する地域医療連携推進法人の認定、地域医療介護総合確保基金の活用等により、医療機関の自主的な機能分化及び連携に向けた取組を支援することが必要である。

さらに、都道府県は、地域医療構想調整会議における協議の実施状況や対応方針の策定率等を踏まえ、将来の病床数の必要量と病床機能報告により報告を受けた病床数に著しく差が生じている場合には、その要因について、当該構想区域等における医療提供体制を踏まえて分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、必要な対応について検討することとする。

地域医療構想に定める平成三十七年における医療提供体制は、急性期から、回復期、慢性期、在宅医療・介護に至るまで切れ目なく、また過不足なく提供される体制の確保であり、地域医療全体を見据えた上で、医療計画に定める五疾病・五事業及び在宅医療に係る目標及び医療連携体制、医療従事者の確保等の事項も踏まえて定める必要がある。また、地域医療構想の中で示す医療提供体制の課題や目指すべき姿については、市町村が中心となって進める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(平成元年法律第六十四号。以下「医療介護総合確保法」という。)第二条第一項に規定する地域包括ケアシステムをいう。)の構築に資するよう、医療介護総合確保法第三条第一項に規定する総合確保方針（以下単に「総合確保方針」という。）を踏まえ、医療介護総合確保法第四条第一項に規定する都道府県計画（以下単に「都道府県計画」という。）並びに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も留意しつつ、定める必要がある。

二　地域医療構想に関する国と都道府県の役割

都道府県は、策定した地域医療構想の達成に向けた取組を進めるに当たって、構想区域等（法第三十条の十四第一項に規定する構想区域等をいう。第六において同じ。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（第六において「関係者」という。）との協議の場（以下「地域医療構想調整会議」という。）を設け、地域医療構想調整会議での議論を通じて、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進していくことが必要である。

国は、必要な情報の整備や都道府県職員等に対する研修など、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組を支援するものとする。

第六　地域における病床の機能の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

一　地域における病床の機能の分化及び連携の基本的考え方

地域における病床の機能の分化及び連携については、地域の医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により推進していくことが前提となる。このため、都道府県は、法第三十条の十三第一項の規定による報告（以下「病床機能報告」という。）の結果等により毎年度進捗を把握し、公表するとともに、構想区域等ごとに設置する地域医療構想調整会議において、関係者との連携を図りつつ、必要な事項について協議を行うことが必要である。その際、構想区域等における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、医療機関の役割を明確化することや将来的に病床機能の転換を予定している医療機関の役割を確認すること等が必要である。また、都道府県は、法第七十条の五第一項に規定する地域医療連携推進法人の認定、医療介護総合確保法に基づく地域医療介護総合確保基金の活用等により、医療機関の自主的な機能分化及び連携に向けた取組を支援することが必要である。

国は、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組を支援するとともに、地域における病床の機能の分化及び連携を更に実効性あるものとするため、病床機能報告の在り方を検討して見直しを行い、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるものとする。

二　（略）

第七　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項

一　（略）

二　外来医療の機能の分化及び連携の推進に関する基本的な事項

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ついては、都道府県は、外来機能報告（法第三十条の十八の二第一項及び法第三十条の十八の三第一項の規定による報告をいう。）を通じて、医療従事者又は医療に関する物資を重点的に活用する外来医療の実施状況や当該医療の提供を担う基幹的な病院又は診療所としての役割を担う意向等を確認し、構想区域等その他の都道府県知事が適当と認める区域ごとに、関係者との協議の場を設け、当該協議の場における議論を通じて、地域における外来医療の機能の分化及び連携を進めていくことが必要である。特に、医療従事者又は医療に関する物資を重点的に活用する外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所を紹介受診重点医療機関として明確化することにより、患者の流れを円滑化し、外来における待ち時間の短縮や医師の働き方の改善を図ることが重要である。あわせて、受診の流れと医療機関の機能及び役割について患者及び住民に分かりやすく周知することが必要である。

第八　医師の確保に関する基本的な事項

一　医師の確保に関する基本的考え方

医師については、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域間の偏在や診療科間の偏在への対応について、地域医療介護総合確保基金の活用を含め取組を進めることが必要である。その際、医師偏在対策に有効な客観的データの整備、都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の構築、医師養成過程を通じた医師確保対策の充実、医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進が必要である。

特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関による医師、看護師等の医療従事者の自主的な勤務環境を改善する活動を支援する取組や地域の医療機関に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となる。そのため、都道府県においては、法第三十条の二十一の規定による勤務環境改善支援センターと法第三十条の二十五の規定による地域医療支援センターとの連携を推進するとともに、医師の確保に必要な施策等を盛り込んだ医師確保計画を医療計画の一部として策定し、地域医療対策協議会を通じて地域の医療関係者等と協議の上で取組を推進していくことが必要である。

また、令和六年四月より開始する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制を踏まえ、医師の働き方改革と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、各病院又は診療所における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組及び医師確保の取組を一体的に推進する必要がある。

二　（略）

国は、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組を支援するとともに、地域における病床の機能の分化及び連携を更に実効性あるものとするため、病床機能報告の在り方を検討して見直しを行い、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるものとする。

二　（略）

第七　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項

一　（略）

（新設）

第八　医師の確保に関する基本的な事項

一　医師の確保に関する基本的考え方

医師については、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域間の偏在や診療科間の偏在への対応を進めることが必要である。その際、医師偏在対策に有効な客観的データの整備、都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の構築、医師養成過程を通じた医師確保対策の充実、医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進が必要である。

特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関による医師、看護師等の医療従事者の自主的な勤務環境を改善する活動を支援する取組や地域の医療機関に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となる。そのため、都道府県においては、法第三十条の二十一の規定による勤務環境改善支援センターと法第三十条の二十五の規定による地域医療支援センターとの連携を推進するとともに、医師の確保に必要な施策について地域医療対策協議会を通じて地域の医療関係者等と協議の上で取組を推進していくことが必要である。

二　（略）

第九　歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者（医師を除く。以下同じ。）の確保に関する基本的な事項

一　医療従事者の確保に関する基本的考え方

歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者については、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応について、地域医療介護総合確保基金の活用を含め取組を進めることが必要である。

歯科医師等については、地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科医師等の配置状況を把握した上で、病院の規模や種類に応じて地域の歯科医師等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、地域の実情に応じて確保することが必要である。

薬剤師については、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じることが必要である。

看護師等については、都道府県ナースセンター等と連携し、都道府県及び二次医療圏（法第三十条の四第二項第十四号に規定する区域をいう。以下同じ。）ごとの看護師等確保に係る課題を把握し、養成、復職支援及び定着促進のための取組を推進する必要がある。

二　医療従事者の資質向上に関する基本的考え方

歯科医師については、臨床研修を通じ、全ての歯科医師が、医療従事者としての人格をかん養し、患者との良好な信頼関係の下に患者を全人的に診ることができるよう、基本的な診療能力を身につけることが求められる。

薬剤師については、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する薬剤師の養成強化を含め、継続的な資質向上に努めることが求められる。また、薬学教育において、医療機関や薬局の協力の下、充実した実務実習を行うこと等を通じて、臨床に係る実践的な能力を培うことが求められる。

看護師等については、看護基礎教育において、医療機関、訪問看護事業所、行政機関等の協力の下、充実した臨地実習を行うこと等を通じて、実践能力を培うことが求められる。また、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する看護師等の養成強化とともに、新卒者に対する研修を含め、継続的な資質の向上に努めることが求められる。

医師及び医療従事者の負担軽減に向け専門業務に可能な限り特化できるよう病院全体で適切に支援できる体制を整備するため、事務職員を含めた職員全体の資質の向上を図ることが重要である。

第十　医療計画の作成並びに医療計画における目標及び施策の達成状況の評価等に関する基本的な事項

一　医療計画の作成に関する基本的な事項

都道府県の医療計画の作成に当たっては、「第二　医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項」の観点を踏まえた医療機能調査を通じて把握される情報を基礎として行う必要がある。

また、この際には、医療計画と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を確保することができるよう、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（平成二十六年厚生労働省告示第三百五十四号）第２の二の１に規定する協議の場を設置し、より緊密な連携が図られるような体制整備を図っていくことが重要である。

第九　歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者（医師を除く。以下同じ。）の確保に関する基本的な事項

一　医療従事者の確保に関する基本的考え方

歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者については、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進めることが必要である。

二　医療従事者の資質向上に関する基本的考え方

歯科医師については、臨床研修を通じ、全ての歯科医師が、医療従事者としての人格をかん養し、患者との良好な信頼関係の下に患者を全人的に診ることができるよう、基本的な診療能力を身につけることが求められる。

薬剤師については、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する薬剤師の養成強化を含め、継続的な資質向上に努めることが求められる。また、薬学教育において、医療機関や薬局の協力の下、充実した実務実習を行うこと等を通じて、臨床に係る実践的な能力を培うことが求められる。

看護師等については、看護基礎教育において、医療機関、訪問看護ステーション、行政機関等の協力の下、充実した臨地実習を行うこと等を通じて、実践能力を培うことが求められる。また、医療の高度化と専門化に対応するため、より高度な知識と技術を有する看護師等の養成強化とともに、新卒者に対する研修を含め、継続的な資質の向上に努めることが求められる。

医師及び医療従事者の負担軽減に向け専門業務に可能な限り特化できるよう病院全体で適切に支援できる体制を整備するため、事務職員を含めた職員全体の資質の向上を図ることが重要である。

第十　医療計画の作成並びに医療計画における目標及び施策の達成状況の評価等に関する基本的な事項

一　医療計画の作成に関する基本的な事項

都道府県の医療計画の作成に当たっては、「第二　医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項」の観点を踏まえた医療機能調査を通じて把握される情報を基礎として行う必要がある。

また、この際には、医療計画と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を確保することができるよう、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（平成二十六年厚生労働省告示第三百五十四号）第２の二の１に規定する協議の場を設置し、より緊密な連携が図られるような体制整備を図っていくことが重要である。

五疾病・五事業に係る数値目標については、都道府県において、「第三　医療提供体制の確保に係る目標に関する事項」で示した方針に即して、かつ、評価可能な具体的なものとすることが必要である。

また、在宅医療に係る数値目標については、慢性期機能を担う病床との一体的な整備という視点に立ちつつ、五疾病・五事業と同様の考え方に基づくものとすることが必要である。

その際には、医療機能調査を通じて把握された情報に基づく地域の医療提供体制の課題を踏まえた数値目標とし、その数値目標を達成するために必要な施策も併せて盛り込むことが必要である。

五疾病・五事業に係る医療連携体制については、都道府県において、「第四　医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」で示した方針に即しており、かつ、患者や住民に分かりやすい具体的なものとすることが必要である。

また、在宅医療に係る医療連携体制については、五疾病・五事業と同様の考え方に基づくものとすることが必要である。

地域医療構想については、都道府県において、「第五　地域医療構想に関する基本的な事項」で示した考え方に即しており、かつ、患者や住民に分かりやすい具体的なものとすることが必要である。

地域における病床の機能の分化及び連携の推進については、「第六　地域における病床の機能の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

外来医療に係る医療提供体制の確保については、「第七　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

医師の確保については、「第八　医師の確保に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

医療従事者の確保については、「第九　歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者（医師を除く。以下同じ。）の確保に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

一般病床及び療養病床に係る基準病床数の算定については、二次医療圏ごとに行うものであるが、五疾病・五事業及び在宅医療それぞれの医療提供体制の確保については、必ずしも一律に二次医療圏ごとの計画を作成するのではなく、必要に応じて、患者の受療動向等の地域の実情に応じた計画を作成することに留意する必要がある。その際、既存の医療提供施設の医療機能を明確に患者や住民に示すことに重点を置くことが重要である。

二　（略）

第十一　その他医療提供体制の確保に関する重要事項

医療計画及びこれに基づく具体的な施策を定めるに当たっては、健康増進法（平成十四年法律第百三号）等医療関係各法等の規定及び次の方針等に配慮して定めるよう努めなければならない。また、総合確保方針及び都道府県計画並びに介護保険法第百十六条第一項に規定する基本指針、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。

１・２　（略）

五疾病・五事業に係る数値目標については、都道府県において、「第三　医療提供体制の確保に係る目標に関する事項」で示した方針に即して、かつ、評価可能な具体的なものとすることが必要である。

また、在宅医療に係る数値目標については、慢性期機能を担う病床との一体的な整備という視点に立ちつつ、五疾病・五事業と同様の考え方に基づくものとすることが必要である。

その際には、医療機能調査を通じて把握された情報に基づく地域の医療提供体制の課題を踏まえた数値目標とし、その数値目標を達成するために必要な施策も併せて盛り込むことが必要である。

五疾病・五事業に係る医療連携体制については、都道府県において、「第四　医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」で示した方針に即しており、かつ、患者や住民に分かりやすい具体的なものとすることが必要である。

また、在宅医療に係る医療連携体制については、五疾病・五事業と同様の考え方に基づくものとすることが必要である。

地域医療構想については、都道府県において、「第五　地域医療構想に関する基本的な事項」で示した考え方に即しており、かつ、患者や住民に分かりやすい具体的なものとすることが必要である。

地域における病床の機能の分化及び連携の推進については、「第六　地域における病床の機能の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

外来医療に係る医療提供体制の確保については、「第七　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

医師の確保については、「第八　医師の確保に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

医療従事者の確保については、「第九　歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者（医師を除く。以下同じ。）の確保に関する基本的な事項」に即しており、具体的な施策を明示することが重要である。

一般病床及び療養病床に係る基準病床数の算定については、地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位（以下「二次医療圏」という。）ごとに行うものであるが、五疾病・五事業及び在宅医療それぞれの医療提供体制の確保については、必ずしも一律に二次医療圏ごとの計画を作成するのではなく、必要に応じて、患者の受療動向等の地域の実情に応じた計画を作成することに留意する必要がある。その際、既存の医療提供施設の医療機能を明確に患者や住民に示すことに重点を置くことが重要である。

二　（略）

第十一　その他医療提供体制の確保に関する重要事項

医療計画及びこれに基づく具体的な施策を定めるに当たっては、健康増進法等医療関係各法等の規定及び次の方針等に配慮して定めるよう努めなければならない。また、総合確保方針及び都道府県計画並びに介護保険法第百十六条第一項に規定する基本指針、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。

１・２　（略）

3	法第百五条に規定する指針
4～8	（略）
9	児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第二十一条の五第一項に規定する基本的な方針、同法第三十三条の十九第一項に規定する基本指針及び同法第三十三条の二十二第一項に規定する都道府県障害児福祉計画
10～15	（略）

3～7	（新設） （略）
8	児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第二十一条の五に規定する基本的な方針
9～14	（略）

○厚生労働省令第五十四号

医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四第八項及び第三十条の二十三第二項第一号の規定に基づき、医療法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。

令和五年三月三十一日　厚生労働大臣　加藤　勝信

医療法施行規則の一部を改正する省令

医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第三十条の三十三の十七　法第三十条の二十三第二項第一号に規定する厚生労働省令で定める計画（以下「キャリア形成プログラム」という。）は、次に掲げる要件を満たすものとする。 一　第四項の規定によりキャリア形成プログラムの適用を受ける医師（以下「対象医師」という。）に対し、臨床研修（医師法第十六条の二第一項の規定による臨床研修をいう。以下同じ。）を受けている期間を含む一定の期間にわたり、診療科その他の事項に関しあらかじめ定められた条件（以下「コース」という。）に従い、原則として当該都道府県の区域に所在する医療提供施設において診療に従事することを求めるものであること。 二・三　（略） ２・３　（略） ４　都道府県は、法第三十条の二十五第一項第五号の規定に基づき、キャリア形成プログラムを策定したときは、次に掲げる者に対し、その者の同意を得て、キャリア形成プログラムを適用しなければならない。 一　地域枠等医師（卒業後に一定の期間にわたり、当該都道府県の区域に所在する医療提供施設において診療に従事することを約して大学を卒業した医師をいう。） 二・三　（略） （削る） ５　対象予定学生は、大学の医学部に在学中に、あらかじめ、前項の同意をするものとする。	**第三十条の三十三の十七**　法第三十条の二十三第二項第一号に規定する厚生労働省令で定める計画（以下「キャリア形成プログラム」という。）は、次に掲げる要件を満たすものとする。 一　第五項又は第六項の規定によりキャリア形成プログラムの適用を受ける医師（以下「対象医師」という。）に対し、臨床研修（医師法第十六条の二第一項の規定による臨床研修をいう。以下同じ。）を受けている期間を含む一定の期間にわたり、診療科その他の事項に関しあらかじめ定められた条件（以下「コース」という。）に従い、原則として当該都道府県の区域に所在する医療提供施設において診療に従事することを求めるものであること。 二・三　（略） ２・３　（略） ４　都道府県は、法第三十条の二十五第一項第五号の規定に基づき、キャリア形成プログラムを策定したときは、次に掲げる者に対し、その者の同意を得て、キャリア形成プログラムを適用しなければならない。 一　地域枠医師（卒業後に一定の期間にわたり、当該都道府県の区域に所在する医療提供施設において診療に従事することを約して大学を卒業した医師をいう。次項において同じ。）であつて、当該都道府県から当該大学に係る修学資金の貸与を受けた者 二・三　（略） ５　都道府県は、法第三十条の二十五第一項第五号の規定に基づき、キャリア形成プログラムを策定したときは、地域枠医師（前項第一号に掲げる者を除く。）に対し、その者の同意を得て、キャリア形成プログラムを適用するよう努めるものとする。 ６　対象予定学生は、大学の医学部に在学中に、あらかじめ、第四項又は前項の同意をするものとする。

6・7　（略）

8　都道府県は、対象予定学生及び対象医師が、それぞれ第五項の同意及び第六項の選択を適切に行うことができるよう、法第三十条の二十三第一項各号に掲げる者の協力を得て、大学の医学部において医学を専攻する学生の将来の職業生活設計に関する意識の向上に資する取組を実施するものとする。

別表第七（第三十条の三十関係）

項	式
（略）	（略）
三	$\{\Sigma B_3+\Sigma B_4+\Sigma B_5(1-X_1)+\Sigma B_6(1-X_2)+C_3-D_3\}/E_3$

備考

この表における算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

A_1～B_2　（略）

B_3　精神病床における入院期間が三月未満である入院患者のうち、厚生労働大臣が定める時点における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

B_4　精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者のうち、厚生労働大臣が定める時点における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

B_5　精神病床における入院期間が一年以上であって認知症でない入院患者のうち、厚生労働大臣が定める時点における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

B_6　精神病床における入院期間が一年以上であって認知症である入院患者のうち、厚生労働大臣が定める時点における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

C_1～I　（略）

X_1　精神病床における入院期間が一年以上であって認知症でない入院患者に係る政策効果に関する割合として、厚生労働大臣が定めるところにより都道府県知事が定める値

X_2　精神病床における入院期間が一年以上であって認知症である入院患者に係る政策効果に関する割合として、厚生労働大臣が定めるところにより都道府県知事が定める値

（削る）

7・8　（略）

9　都道府県は、対象予定学生及び対象医師が、それぞれ第六項の同意及び第七項の選択を適切に行うことができるよう、法第三十条の二十三第一項各号に掲げる者の協力を得て、大学の医学部において医学を専攻する学生の将来の職業生活設計に関する意識の向上に資する取組を実施するものとする。

別表第七（第三十条の三十関係）

項	式
（略）	（略）
三	$\dfrac{\Sigma A_2B_3+\Sigma A_2B_4+\Sigma A_2B_5\alpha\beta+\Sigma A_2B_6\gamma+C_3-D_3}{E_3}$

備考

この表における算式中次に掲げる記号の意義は、それぞれ次に定めるとおりとする。

A_1～B_2　（略）

B_3　精神病床における入院期間が三月未満である入院患者のうち、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

B_4　精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者のうち、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

B_5　精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率

B_6　精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率

C_1～I　（略）

α　精神病床における入院期間が一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として、原則として厚生労働大臣が定める数値の範囲内で都道府県知事が定める値

β　地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、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、厚生労働大臣が定めるところにより都道府県知事が定める値

γ　地域精神保健医療体制の高度化による影響値として、これまでの認知症施策の実績を勘案し、厚生労働大臣が定めるところにより都道府県知事が定める値

附　則

この省令は、令和六年四月一日から施行する。ただし、医療法施行規則第三十条の三十三の十七の改正規定は、公布の日から施行する。

○厚生労働省告示第百五十号

医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）別表第七の規定に基づき、医療法第三十条の四第二項第十七号に規定する療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等（昭和六十一年厚生省告示第百六十五号）の一部を次のように改め、令和六年四月一日から適用する。

令和五年三月三十一日

厚生労働大臣　加藤　勝信

次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（療養病床及び一般病床に係る病床利用率） **第四条**　規則別表第七に規定する療養病床に係る病床利用率は、〇・八八とする。 ２　（略） （平均在院日数） **第五条**　規則別表第七に規定する平均在院日数は、次の表の上欄に掲げる地方ブロックの区分に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる数値とする。	（療養病床及び一般病床に係る病床利用率） **第四条**　規則別表第七に規定する療養病床に係る病床利用率は、〇・九〇とする。 ２　（略） （平均在院日数） **第五条**　規則別表第六に規定する平均在院日数は、次の表の上欄に掲げる地方ブロックの区分に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる数値とする。

地方ブロック	平均在院日数
北海道	十六・五日
東北	十六・一日
関東	十四・七日
北陸	十五・九日
東海	十四・一日
近畿	十五・五日
中国	十六・三日
四国	十七・一日
九州	十七・三日

地方ブロック	平均在院日数
北海道	十五・七日
東北	十五・三日
関東	十三・六日
北陸	十五・三日
東海	十三・四日
近畿	十四・七日
中国	十五・四日
四国	十五・九日
九州	十六・三日

別表第一を次のように改める。

別表第一（第一条関係）

性別及び年齢階級別の療養病床入院受療率

（人口10万対）

性別＼年齢階級別	0歳～4歳	5歳～9歳	10歳～14歳	15歳～19歳	20歳～24歳	25歳～29歳	30歳～34歳	35歳～39歳	40歳～44歳	45歳～49歳	50歳～54歳	55歳～59歳	60歳～64歳	65歳～69歳	70歳～74歳	75歳～79歳	80歳以上
男	0.0	0.0	0.0	3.2	6.2	6.2	8.3	10.0	18.8	33.5	51.2	87.2	140.4	212.6	330.7	541.7	1395.7
女	0.0	0.0	0.0	3.4	3.3	3.3	5.7	7.7	8.6	19.2	32.0	55.2	78.3	130.8	242.7	498.7	1970.2

別表第二を次のように改める。

別表第二（第三条関係）

地方ブロックの性別及び年齢階級別一般病床退院率

（人口10万対）

地方ブロック＼年齢階級別＼性別	0歳～4歳		5歳～9歳		10歳～14歳		15歳～19歳		20歳～24歳		25歳～29歳		30歳～34歳		35歳～39歳		40歳～44歳		45歳～49歳		50歳～54歳		55歳～59歳		60歳～64歳		65歳～69歳		70歳～74歳		75歳～79歳		80歳以上	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
北海道	61.3	49.8	13.0	10.2	9.4	7.3	11.8	10.3	12.1	19.1	10.8	29.0	11.0	31.4	12.8	25.9	16.3	18.9	19.0	19.9	28.8	23.1	35.6	27.9	51.8	35.8	72.3	46.3	94.9	61.8	118.0	77.8	141.4	99.6
東北	64.8	52.4	11.8	9.9	8.1	6.3	9.7	8.8	8.6	16.5	8.8	28.0	8.7	31.1	10.2	22.4	12.9	16.0	17.2	15.2	23.1	17.5	29.4	19.8	40.8	25.2	54.0	30.6	70.7	40.7	87.6	53.3	107.1	74.1
関東	47.3	38.2	10.9	8.2	7.1	5.2	8.6	7.5	8.5	11.7	7.1	19.3	7.5	25.5	8.8	21.1	11.2	14.4	14.2	14.0	20.0	16.3	28.4	19.5	39.6	25.0	54.7	32.3	72.3	43.0	89.2	57.1	113.0	83.4
北陸	58.4	45.1	11.7	8.7	7.1	5.9	10.0	9.6	12.4	19.2	9.0	26.6	10.6	34.5	11.3	23.7	13.2	16.6	18.6	15.3	22.5	19.5	37.6	23.3	49.1	28.1	64.5	38.1	81.4	52.1	104.9	66.7	130.0	94.9
東海	50.8	40.3	12.4	9.1	7.7	6.1	8.4	7.8	9.3	12.0	7.7	17.1	8.0	21.6	9.2	17.6	11.1	12.3	14.5	13.2	20.2	15.8	27.0	19.8	36.7	23.3	51.9	31.0	70.2	41.8	86.9	54.7	106.5	73.7
近畿	56.7	44.9	11.6	8.1	7.9	5.5	10.1	7.9	10.1	12.2	8.0	21.2	8.0	25.3	9.6	20.0	12.5	14.8	15.7	14.8	23.7	18.0	33.1	23.6	47.4	28.3	61.9	38.6	82.5	52.4	106.3	69.6	135.0	99.6
中国	51.2	43.1	9.9	6.9	7.1	5.4	10.4	8.2	9.7	14.3	9.0	23.7	9.1	25.8	10.3	20.9	13.3	15.2	17.5	15.3	23.6	18.6	33.4	22.2	47.4	28.4	62.9	38.0	82.3	49.9	104.3	67.5	130.4	93.8
四国	60.9	50.9	10.6	7.1	8.6	5.9	8.8	9.6	11.1	18.1	10.4	28.9	8.5	29.4	10.6	21.3	13.4	16.3	17.2	17.3	25.0	19.5	33.3	23.1	46.1	29.1	60.9	37.1	81.6	50.1	97.7	63.6	124.2	94.4
九州	43.0	37.0	9.1	6.6	8.0	5.1	10.4	8.9	10.9	15.9	9.5	25.2	10.1	27.3	12.5	21.8	15.5	16.1	19.7	16.9	26.9	20.9	36.3	24.5	49.1	32.6	65.6	40.0	84.2	53.0	105.6	69.5	135.7	98.5

○厚生労働省告示第百五十六号

医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第三十条の三十第二号及び別表第七の規定に基づき、医療法第三十条の四第二項第十七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（平成十八年厚生労働省告示第百六十一号）の一部を次のように改正し、令和六年四月一日から適用する。

令和五年三月三十一日　厚生労働大臣　加藤　勝信

次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（厚生労働大臣が定める時点） **第一条**　医療法施行規則（以下「規則」という。）別表第七に規定する厚生労働大臣が定める時点は、令和八年とする。 （入院期間が三月未満である入院患者に係る推計患者数） **第二条**　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月未満である入院患者（以下この条において「急性期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における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は、次の各号により算定される数とする。 一　○歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二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。 二　二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「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に、平成二十六年における基準年齢の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。 三　二十八歳から八十九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。 イ　令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢（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 ロ　平成二十六年における基準年齢の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数 ハ　平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数 四　九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。 イ　次の(1)から(3)までを合計した数 (1)　令和二年における八十四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、平成二十六年における八十四歳の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数 (2)　令和二年における八十五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、平成二十六年における八十五歳の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数 (3)　令和二年における八十六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、平成二十六年における八十六歳の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の急性期入院患者の数の割合を乗じて得た数	（厚生労働大臣が定める時点） **第一条**　医療法施行規則（以下「規則」という。）別表第七に規定する厚生労働大臣が定める時点は、平成三十二年とする。 （入院期間が三月未満である入院患者の入院受療率） **第二条**　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月未満である入院患者のうち、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は、別表の第四欄に掲げる数値とする。 （新設） （新設） （新設） （新設）

ロ　令和二年における八十七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、平成二十六年における八十七歳以上の全国の急性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の急性期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ　変化率

（入院期間が三月以上一年未満である入院患者に係る推計患者数）

第三条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者（以下この条において「回復期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における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は、次の各号により算定される数とする。

一　○歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数とする。

二　二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三　二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イに口を乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ　令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢（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回復期入院患者の概数

ロ　平成二十六年における基準年齢の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ　平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四　九十歳以上の推計患者数は、イ及びロを合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ　次の(1)から(3)までを合計した数

(1)　令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2)　令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3)　令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の回復期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ　令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する回復期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の回復期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の回復期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ　変化率

（入院期間が三月以上一年未満である入院患者の入院受療率）

第三条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が三月以上一年未満である入院患者のうち、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は、別表の第五欄に掲げる数値とする。

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

（入院期間が一年以上であって認知症でない入院患者に係る推計患者数）

第四条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上であって認知症でない入院患者（以下この条及び第七条において「慢性期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における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は、次の各号により算定される数とする。

一　○歳から二十四歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数とする。

二　二十五歳から二十七歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三　二十八歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イに口を乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ　令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢（口及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数

ロ　平成二十六年における基準年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ　平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四　九十歳以上の推計患者数は、イ及び口を合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ　次の(1)から(3)までを合計した数

(1)　令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2)　令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3)　令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ　令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の慢性期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ　変化率

（入院期間が一年以上であって認知症である入院患者に係る推計患者数）

第五条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上であって認知症である入院患者（以下この条及び第八条において「認知症慢性期入院患者」という。）のうち、厚生労働大臣が定める時点における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は、次の各号により算定される数とする。

一　○歳から五十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における当該年齢の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数とする。

（入院期間が一年以上である入院患者であって認知症でない者の入院受療率）

第四条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者を除く。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率は、別表の第六欄に掲げる数値とする。

（新設）

（新設）

（新設）

（入院期間が一年以上である入院患者であって認知症である者の入院受療率）

第五条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一年以上である入院患者のうち、当該都道府県に住所を有する者（認知症である者に限る。）に係る性別及び年齢階級別の入院受療率は、別表の第七欄に掲げる数値とする。

（新設）

二　六十歳から六十二歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、令和二年における、当該年齢から三年を減じた年齢（以下この号において「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における基準年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

三　六十三歳から八十九歳までの各年齢の推計患者数は、それぞれ、イに口を乗じて得た数に、ハを乗じて得た数とする。

イ　令和二年における、当該年齢から六年を減じた年齢（口及びハにおいて「基準年齢」という。）の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数

ロ　平成二十六年における基準年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ハ　平成二十六年における基準年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における基準年齢に六年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

四　九十歳以上の推計患者数は、イ及び口を合計した数に、ハを乗じて得た数とする。

イ　次の(1)から(3)までを合計した数

(1)　令和二年における八十四歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十四歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十七歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(2)　令和二年における八十五歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十五歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十八歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

(3)　令和二年における八十六歳の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十六歳の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における八十九歳の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数

ロ　令和二年における八十七歳以上の当該都道府県に住所を有する認知症慢性期入院患者の概数に、平成二十六年における八十七歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合（ハにおいて「変化率」という。）を乗じて得た数

ハ　変化率

（入院期間が一年以上であって認知症でない入院患者に係る政策効果の割合）

第七条　規則別表第七に規定する慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合は、次の各号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千を乗じて得た値（以下この条において「推計患者率」という。）が〇・六九以下である場合は〇とし、又は〇・六九を上回る場合であって、推計患者率と〇・六九の差分が推計患者率の二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五割とし、若しくは当該差分が推計患者率の二割以上であるときは〇・一とする。

一　第四条第一号の規定により算定する〇歳から二十一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。

（新設）

（新設）

（新設）

（入院期間が一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）

第七条　規則別表第七に規定する精神病床における入院期間が一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として厚生労働大臣が定める数値の範囲は、〇・八〇から〇・八五までとする。

（新設）

二　第四条第一号の規定により算定する二十二歳から二十四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、当該数に平成二十六年における当該年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数を合計した数とする。

三　第四条第二号及び第三号の規定により算定する二十五歳から八十六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平成二十六年における当該年齢の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

四　第四条第三号及び第四号の規定により算定する八十七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、平成二十六年における八十七歳以上の全国の慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

2　前項の規定にかかわらず、都道府県知事は、前項により算定した割合に対して、当該割合が〇を下回らない範囲で、〇以上〇・〇二以下の値を加え、又は減じることができる。

（入院期間が一年以上であって認知症である入院患者に係る政策効果の割合）

第八条　規則別表第七に規定する認知症慢性期入院患者に係る政策効果に関する割合は、次の各号により算定される数を合計した数を都道府県別の六十五歳以上の推計人口で除して得た値に千を乗じて得た値（以下この条において「推計患者率」という。）が〇・三四以下である場合は〇とし、又は〇・三四を上回る場合であって、推計患者率と〇・三四の差分が推計患者率の二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五割とし、若しくは当該差分が推計患者率の二割以上であるときは〇・一とする。

一　第五条第一号の規定により算定する〇歳から五十六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。

二　第五条第一号の規定により算定する五十七歳から五十九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、当該数に平成二十六年における当該年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数を合計した数とする。

三　第五条第二号及び第三号の規定により算定する六十歳から八十六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平成二十六年における当該年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における当該年齢に三年を加えた年齢の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

四　第五条第三号及び第四号の規定により算定する八十七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、平成二十六年における八十七歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数に対する平成二十九年における九十歳以上の全国の認知症慢性期入院患者の数の割合を乗じて得た数とする。

2　前項の規定にかかわらず、都道府県知事は、前項により算定した割合に対して、当該割合が〇を下回らない範囲で、〇以上〇・〇二以下の値を加え、又は減じることができる。

（新設）

（新設）

（新設）

（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た地域精神保健医療体制の高度化による影響値）

第八条　規則別表第七に規定する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た地域精神保健医療体制の高度化による影響値（以下この条において「治療薬影響値」という。）として都道府県知事が定める値は、三年当たりの治療薬影響値とし、一年当たりの治療薬影響値として原則として〇・九五から〇・九六までの間で都道府県知事が定める値を三乗した値を調整係数〇・九五で除した数とする。

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

（これまでの認知症施策の実績を勘案した地域精神保健医療体制の高度化による影響値）

第九条　規則別表第七に規定するこれまでの認知症施策の実績を勘案した地域精神保健医療体制の高度化による影響値（以下この条において「施策影響値」という。）として都道府県知事が定める値は、三年当たりの施策影響値とし、一年当たりの施策影響値として原則として〇・九七から〇・九八までの間で都道府県知事が定める値を三乗した値とする。

（削る）

別表を削る。

（別紙）

地域医療対策協議会運営指針について（平成30年７月25日付け医政発0725第15号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」　新旧対照表

（傍線部分は改正部分）

改　正　後	現　行
地域医療対策協議会運営指針 １．～２．　（略） ３．地域医療対策協議会の協議内容 （１）～（２）（略） （３）医師の派遣に関する事項 ア～イ　（略） ウ　地域医療対策協議会において派遣調整を行う対象となる医師（以下「協議対象医師」という。）は、地域枠<u>等</u>医師（<u>卒業後に一定の期間にわたり、当該都道府県の区域に所在する医療提供施設において診療に従事することを約して大学を卒業</u>した医師）を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師が基本となる。 エ～ク　（略） （４）～（８）（略） ４．（略）	地域医療対策協議会運営指針 １．～２．　（略） ３．地域医療対策協議会の協議内容 （１）～（２）（略） （３）医師の派遣に関する事項 ア～イ　（略） ウ　地域医療対策協議会において派遣調整を行う対象となる医師（以下「協議対象医師」という。）は、地域枠医師（<u>大学医学部において、卒業後に一定期間、都道府県内で医師として就業する意思を有するものとして選抜され、その旨の契約を都道府県等と締結</u>した医師）を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師が基本となる。 エ～ク　（略） （４）～（８）（略） ４．（略）

地域医療対策協議会運営指針

医政発０７２５第１５号
平成３０年７月２５日
一部改正　医政発０７０５第３号
令和元年７月５日
一部改正　医政発０３３１第１２号
令和５年３月３１日

１．地域医療対策協議会の概要

地域医療対策協議会は、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」」という。）第30条の23の規定に基づき、都道府県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場である。各都道府県において医師確保計画が開始される平成32年度以降は、医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整を行うこととなる。

都道府県は、地域医療対策協議会で協議が調った事項に基づき、その内容に沿って、医師派遣に関する事務等の地域医療支援事務を実施する。また、地域医療対策協議会の構成員は、都道府県から、地域医療対策協議会で協議が調った事項に基づき、医師確保対策の実施に協力を要請された際は、要請に応じるとされている。

２．地域医療対策協議会の組織

（１）設置主体

地域医療対策協議会の設置主体は、都道府県とする。

（２）構成員

ア　地域医療対策協議会の構成員は、都道府県のほか、原則として次に掲げる者の管理者その他の関係者を全て含むものとする。

①　特定機能病院
②　地域医療支援病院
③　公的医療機関（法第31条に規定する公的医療機関をいい、公立医療機関を含む。）
④　臨床研修病院
⑤　民間病院
⑥　診療に関する学識経験者の団体
⑦　大学その他の医療従事者の養成に関係する機関
⑧　当該都道府県知事の認定を受けた社会医療法人
⑨　独立行政法人国立病院機構
⑩　独立行政法人地域医療機能推進機構
⑪　地域の医療関係団体
⑫　関係市町村
⑬　地域住民を代表する団体

イ　地域医療対策協議会の実効的かつ効率的な運営を確保するため、構成員は必要性を精査し、極力人数を絞る必要がある。このため、特定の者が複数の構成員の要件

を満たす場合は、兼務可能とする。

ウ　地域医療対策協議会における協議が、女性医師のライフイベント等に適切に配慮され、そのキャリア支援に資するものとなるよう、構成員の一定数を女性とする。

エ　地域医療対策協議会における協議の内容が、公的医療機関と民間医療機関の双方の意見を踏まえ、都道府県内の実情を適切に反映したものとなるようにする。

　アの⑤の民間病院に該当する構成員を選出するに当たっては、都道府県に民間病院の団体（アの③の公的医療機関と民間病院の双方を会員とする団体を含む。）が存在する場合には、当該団体に所属する民間病院の管理者その他の関係者を優先的に選出するものとする。具体的には、全国組織を有する病院団体の支部に所属する民間病院等が想定される。なお、例えば都道府県に公的医療機関と民間病院の双方を会員とする団体が存在し、当該団体の代表が公的医療機関であった場合に、当該代表を構成員に選出することによっては、アの⑤の民間病院に該当する構成員を選出したこととはならない。

オ　アの⑥の診療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が考えられる。

カ　アの⑦の大学その他の医療従事者の養成に関係する機関については、都道府県内の医育大学が想定されるが、当該都道府県外の大学から当該都道府県内の医療機関等に医師の派遣がある場合には、当該大学も原則として構成員とする。ただし、県外の関係する大学全てを地域医療対策協議会の構成員とし、毎回の協議会に出席を求めることは、当該大学が遠方にある等の理由で、協議会の当日の出席を求めることが実務上困難である場合や、定足数等の関係から現実的でない場合も考えられる。このため、こうした場合における柔軟な取扱いとして、例えば、大学から医師派遣をする予定の医療機関の情報を事前に収集する、都道府県の医師派遣案を文書で送付し意見を求める等の方法を採ることで、これらの調整を事前に適切に行うことができる場合には、例えば最も医師派遣の多い大学にのみ当日の出席を求め、その他の大学については協議事項について事前調整を行うことにより、当日の出席を免除する等、例外的に一部の大学を構成員としないことや、構成員である大学の協議会当日への出席を求めないこととして差し支えない。

（３）議長の選出

　地域医療対策協議会の議長は、構成員の互選により選出する。また、地域医療対策協議会の議長は、都道府県以外の者とする。

（４）事務局

　地域医療対策協議会の運営事務（事務局）は、法第 30 条の 25 第２項第７号に規定する地域医療支援事務の１つである。

　このため、地域医療対策協議会の事務局は、同条第３項の規定に基づき、都道府県以外の者に委託可能である。

３．地域医療対策協議会の協議内容

（１）協議事項

地域医療対策協議会においては、医師の確保を図るために必要な次に掲げる事項について協議を行い、協議が調った事項を公表する。

① キャリア形成プログラムに関する事項

② 医師の派遣に関する事項

③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項

④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項

⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項

⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項

⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項

（２）キャリア形成プログラムに関する事項

（１）の①のキャリア形成プログラムに関する事項についての協議は、別途通知する「キャリア形成プログラム運用指針」によること。

（３）医師の派遣に関する事項

ア 地域における医師の確保のためには、地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行うことにより、都道府県内で医師の確保を特に図るべき区域における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関に適切に医師が派遣されることが必要である。

イ このため、地域医療対策協議会において、都道府県内の各医療機関の診療科ごとに、医師を派遣する必要性を慎重に検討した上で、派遣期間及び人数を協議することとする。

ただし、個人情報保護の観点から、協議が調った事項として公表する内容は、各医療機関の診療科ごとの派遣期間及び人数とする。

ウ 地域医療対策協議会において派遣調整を行う対象となる医師（以下「協議対象医師」という。）は、地域枠等医師（卒業後に一定の期間にわたり、当該都道府県の区域に所在する医療提供施設において診療に従事することを約して大学を卒業した医師）を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師が基本となる。

エ キャリア形成プログラムが医師確保と派遣される医師のキャリア形成の両立を目的としたものであることを踏まえ、協議対象医師の派遣先が、地域における医師の確保に資するという観点はありつつも、個々の協議対象医師のキャリア形成上の希望と整合的なものとなるよう、最大限配慮する。

また、派遣される医師の能力の開発及び向上を図るには、当該医師が派遣される医療機関における指導医の確保が重要であることに留意し、地域医療対策協議会において、大学との調整を行うものとする。

オ アを踏まえ、大学からの医師派遣先でないことなどにより、必要とされる医師が確保できない医療機関に対して都道府県が協議対象医師を配置する等、都道府県による医師派遣と大学による医師派遣との整合性の確保を図るものとする。

なお、医師の確保を特に図るべき区域とは、都道府県が医療計画に定めた医師少数区域及び医師少数スポットを指すものである。

カ　アを踏まえ、医師派遣と地域医療構想の達成に向けた都道府県の具体的対応方針との整合性を確保し、救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を地域で中心的に担うものとして地域医療構想調整会議で合意を得たもの等から協議対象医師が適切に配置されるようにする。

キ　都道府県による協議対象医師の派遣先が、理由なく公立・公的医療機関に偏ることがないようにする。

なお、この趣旨は、単に一律に公立・公的医療機関への派遣割合を下げることを目的とするものではなく、開設主体の別によらず、地域における各医療機関の医療機能に着目し、必要性に応じた医師派遣を行うことを目的とするものである。

ク　都道府県による医師の派遣先の決定に当たっては、都道府県の政策的観点が一定程度反映されるよう、地域医療支援センターが作成した派遣計画案を基に、地域医療対策協議会で協議して派遣先を決定する。

（４）キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項

ア　キャリア形成プログラムが医師確保と派遣される医師のキャリア形成の両立を目的としたものであることを踏まえ、キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された協議対象医師が、派遣期間中も十分な能力開発・向上を図ることができるよう、関係者の協力の下、継続的な援助を行うことが必要である。

イ　継続的な援助の具体的な内容として、例えば、医師の確保を特に図るべき区域に派遣されている間も、大学病院等での手術に参加する機会や、最新の医学知識・技術についての情報を提供すること等が考えられる。そのためには、例えば都道府県が積極的な情報発信を行う、大学が交代医師を派遣する等、関係者がそれぞれの役割に応じた協力を行うことが必要である。

ウ　このため、協議を行うに当たっては、継続的な援助の具体的な内容に加え、その実現に当たってそれぞれの関係者が果たすべき役割についても明確化し、十分な調整を行う。

（５）医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項

ア　医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のために、交代医師の派遣や、グループ診療のあっせん、テレカンファレンスや遠隔画像診断等の遠隔診療の支援等の措置の実施体制について協議を行う。

イ　協議に当たっては、例えば交代医師の派遣やグループ診療のあっせんの実施には、大学等の医師派遣を行う者が重要な役割を担い、また、テレカンファレンスや遠隔画像診断等の遠隔診療の支援には地域の中核病院等が重要な役割を担うことから、これらの者との連携の在り方について十分な調整を行う。

（６）医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項とは、地域枠及び地元出身者枠の設定に関する事項を指し、その具体的内容については別途通知するところによる。

（７）医師法の規定によりその権限に属させられた事項

医師法の規定によりその権限に属させられた事項は、日本専門医機構等に対する専門研修に対する意見陳述に関するものを指し、その具体的内容については別途通知するところによる。

なお、平成 32 年度以降は、これに加え、臨床研修病院の指定や、都道府県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員の設定に関する事項が協議の対象となる。

（８）その他医師の確保を図るために必要な事項

ア　地域医療対策協議会の実効的な運営のために、構成員の合意の下、年間の開催回数と開催時期、各回における協議事項等を含む年間の運営計画を定める。

なお、（３）の医師の派遣に関する事項についての協議は、一般に、大学による新年度の医師派遣の計画案が概ね定まるのが前年末であることを踏まえ、その時期を目安に地域医療対策協議会を開催し、協議を行う。

イ　その他、地域医療介護総合確保基金事業の計画や医師確保関連予算の執行計画等、都道府県の実情に照らし、医師の確保を図るために必要と認められる事項について協議を行うこと。

４．その他

（１）関係者の責務

ア　法第 30 条の 23 第４項の規定により、地域医療対策協議会の構成員は、都道府県から地域医療対策協議会の協議に参画するよう求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

イ　法第 30 条の 24 及び第 30 条の 27 の規定により、地域医療対策協議会の構成員及び医療従事者は、地域医療対策協議会において協議が調った事項等の実施に協力するよう努めるとともに、都道府県知事からの要請に応じ、医師確保対策に協力するよう努めなければならない。

ウ　法第 30 条の 24 の規定による、都道府県知事から地域医療対策協議会の構成員に対する協力の要請は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づくものに限定される。

（２）適正な運営の確保

ア　国は、都道府県による改正法の施行状況について、毎年度フォローアップを行い、必要に応じ、都道府県に対し改善を求める。

イ　都道府県による医師の派遣が理由なく公立・公的医療機関に偏っている等、都道府県による不適切な運営が認められた場合には、国は、翌年度の地域医療介護総合確保基金の配分において査定する。

ウ　イに例示した都道府県による医師の派遣状況を踏まえた査定の判断に当たっては、

機械的に公立・公的医療機関への医師の派遣割合を反映させるのではなく、派遣の必要性に照らして妥当であるか否かを総合的に考慮する。

（３）医療審議会との関係

医療審議会は、法第 72 条第 1 項において、都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項等を調査審議する場とされ、法第 30 条の 4 第 15 項の規定により、医療計画の策定に当たっても、医療審議会の意見を聴くこととされている。

これに対し、地域医療対策協議会は、医療審議会で審議された医療計画に定められた方針等に基づき、具体的な医師確保対策を実施する上での関係者間の協議・調整を行うための場である。

特に、各都道府県において医師確保計画が開始される平成 32 年度以降は、地域医療対策協議会は、医療審議会において策定された医師確保計画について、計画内に記載された具体的な医師確保対策を実施する上での関係者間の協議・調整を行うための場と位置付けられるものである。