

医療圏、基準病床数、指標（総論）について （その2）

医療圏

- 医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位(二次医療圏)、特殊な医療を提供する地域的単位(三次医療圏)をそれぞれ定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- この他、5疾病・5事業及び在宅医療に係る圏域については、二次医療圏を基礎としつつ、地域の実情に応じた弾力的な設定が可能としている。

【第7次医療計画における各圏域の設定状況】

二次医療圏

335医療圏 (令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

三次医療圏

52医療圏 (令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

(参考) 三次医療圏で提供する特殊な医療の例

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

論点

- 二次医療圏は、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況や交通事情等の社会的条件を考慮し、各都道府県において設定されている。現在、二次医療圏の多くは人口20万人未満となっているが、**2040年にかけて各地域で人口減少が進み、更に人口規模の小さい区域の増加が見込まれる中で、二次医療圏の在り方についてどのように考えるか。**
- 二次医療圏について、以下の事項を踏まえ、第8次医療計画策定に当たっても引き続き各都道府県に見直しを求めることについてどのように考えるか。
 - ① **これまで、人口規模や患者の流出入の状況から、入院医療を提供する区域として成り立っていないと考えられる場合には、二次医療圏の設定の見直しについて検討することとしてきたこと**
※具体的な基準については、今後公表される令和2年患者調査を踏まえて議論・設定
 - ② 医療計画作成指針や地域医療構想策定ガイドラインにおいて、一般の入院医療を提供することが相当な地域的単位である二次医療圏について、病床の機能分化・連携を図るための**構想区域と一致させることが適当**であると示していること
 - ③ 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、**医師偏在指標上の医師少数区域に該当する二次医療圏であって、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合に、限られた医療資源を効率的に活用し、近隣の二次医療圏に医療資源を集約する観点から、二次医療圏の設定を見直すことが適当**であると示していること
- 医療計画の作成指針において、**隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない旨**を示しているが、大都市圏における都道府県圏域を超えた医療の提供等について、広域的なマネジメントや地方自治体間の役割分担の明確化を図るための対応としてどのようなものが考えられるか。

第8回検討会（R4.5.25）における主な意見

【第7次医療計画における見直し基準】

- ・ 人口20万人未満、患者流入率20%未満、患者流出率20%以上に該当する二次医療圏で、第7次医療計画において見直さなかったところについては、見直しをしなかった理由についてきちんと押さえる必要があるのではないか。

【人口100万人以上の二次医療圏】

- ・ 人口10万人以下の二次医療圏と人口100万人以上の二次医療圏を同時並行して考えることは非常に難しい。流出入を勘案し、最低でも20万人、逆に、100万人以上の医療圏は50万人くらいに分割して見直すことである程度基準が設けられるのではないかと。各都道府県が現在の二次医療圏をどのように設定したか、調べた方がよいのではないかと。

【都道府県を越えた圏域設定】

- ・ 地方においても都道府県をまたいだ患者の流出入があるため、複数のモデルケースを提示し、広域的なマネジメントや自治体間の調整などについて整理することが必要ではないかと。
- ・ 複数の都道府県をまたがる医療圏の設定について、一定のニーズがあるようにも思うが、なぜ実例がないのか。課題を把握し、議論する必要があるのではないかと。
- ・ 隣県からの入院患者の流出入について、それぞれの自治体間でしっかりした協議を行い、三次医療圏の在り方も含めて、地域の実情に応じて検討していくということが必要ではないかと。

【他の圏域との関係性】

- ・ 保健所圏域や老人福祉圏域と二次医療圏の関係性について、論点に加える方がよいのではないかと。

5 疾病・5 事業及び在宅医療における圏域の考え方

- 医療計画においては、二次医療圏及び三次医療圏の設定に加えて、5 疾病・5 事業及び在宅医療それぞれについても弾力的な圏域の設定を可能としている。

<医療計画作成指針（医療計画について（平成29年 3月31日医政局長通知）別紙）（抜粋）>

第4 医療計画作成の手順等

2 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

(2) 作業部会及び圏域連絡会議の設置

都道府県は、5 疾病・5 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。（略）

① 作業部会

イ 内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

(ア) 地域の医療資源の把握

医療資源・医療連携に関する情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。なお、**可能な限り二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。**

(イ) 圏域の設定

上記（ア）に基づき、圏域を検討・設定する。この場合、**5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて特有の重要事項**（5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る流入患者割合、流出患者割合を含む。）**に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。**

5 疾病・5 事業及び在宅医療における圏域についての検討状況

○ 本検討会において、がん、周産期医療、小児医療及び在宅医療について、圏域についての議論もなされているところ。

<がん>

(現在の指針) 各医療機能の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する。

(現状・課題) 60の二次医療圏が、がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院(※)のいずれも指定されていないため、そうした医療圏の患者の受療動向等を勘案し、実情や人口減少等の将来のニーズに即したがんの医療圏の再検討を促すことが必要ではないか。

※ がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針において、がん医療圏ごとにがん診療連携拠点病院を原則1カ所整備するものとし、がん診療連携拠点病院のないがん医療圏については地域がん診療病院を1カ所整備することができるものとされている。

(意見) 空白の医療圏について、受療動向等の実態を把握するとともに、拠点病院整備による効果を引き続き検討して欲しい。

<周産期医療>

(現在の指針) 周産期医療圏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。特に、無産科周産期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、周産期医療圏の設定の見直しも含めた検討を行うこと。

また、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例(重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症等)を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(現状・課題) 15都道府県において、二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。産婦人科医・産科医が不在の周産期医療圏または分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏が全国で7つ存在しているが、そのような医療圏を有する各都道府県において、周産期医療を提供するための取組を行っている。

<小児医療>

(現在の指針) 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

小児救急患者に常時診療可能な体制が存在しない小児医療圏がないようにする。

(現状・課題) 第8次医療計画策定時に小児救急医療圏を小児医療圏として一本化することを求めている。7都道府県において小児医療圏と異なる小児救急医療圏を設定している。

<在宅医療>

(現在の指針) 退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く。)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(現状・課題) 在宅医療圏の設定単位について、二次医療圏としている都道府県が最も多く、その他に郡市区医師会単位や市町村単位等の二次医療圏以外の単位で設定しているところも見られる。

(意見) 細やかなサービスを進める観点から、市町村単位が最適ではないか。マンパワーやサービスが不足する地域においては解決できない課題も多いため、広域的な圏域の構築の仕方もあるのではないか。

第7次医療計画における見直し基準に該当する二次医療圏への対応状況

- 第7次医療計画で見直し基準（人口規模が20万人未満であり、かつ流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上）に該当する二次医療圏を見直さなかった理由として、地理的条件・交通アクセスを考慮したものが最も多かった。

＜医療計画について（平成29年3月31日医政局長通知）（抜粋）＞

4 基準病床数及び特定の病床数に係る特例等について

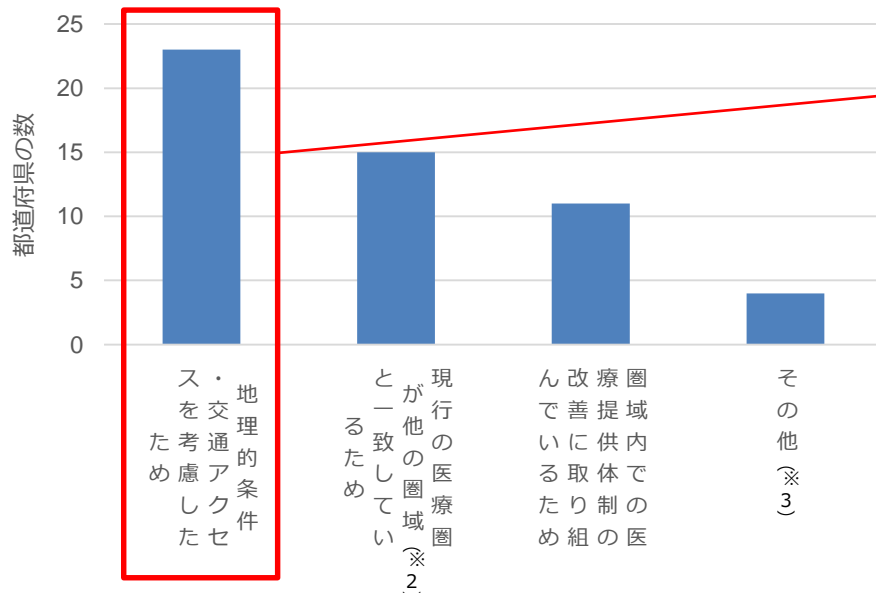
- (2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。

特に、**人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。**

なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、**構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必要な見直しを行うこと。**

見直さなかった理由（※1）



- 「地理的条件・交通アクセスを考慮したため」医療圏を見直さなかった都道府県における医療計画での理由記載の具体例

- ・ 離島で構成する圏域であり、他の圏域との統合は、実態とかけ離れ現実的ではない。
- ・ 地理的に峠や山地で隔てられた地域が多く移動に時間を要する。
- ・ 2つ以上の既設圏域を合わせて1つの圏域とする場合、圏域の面積が広大となり、同一圏域の基幹病院へのアクセスが2時間以上かかる地域が相当数発生する。

※1 都道府県の第7次医療計画における記載内容を参照したもので、一つの二次医療圏に対して複数理由が記載されている場合がある。

※2 構想区域や老人福祉圏域等の記載あり。

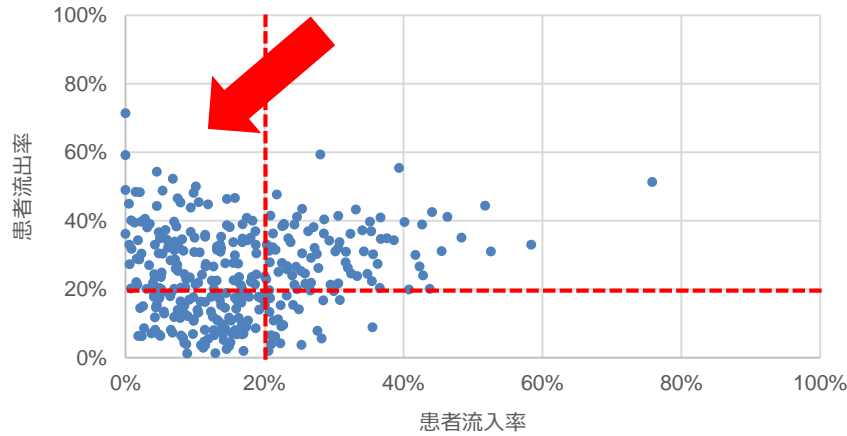
※3 「隣接する圏域との連携体制の構築のため」、「将来にわたる震災復興や連携も踏まえ、より広域的な視点で医療提供体制を構築するため」、「南海トラフ地震への対策のため」等の記載あり。

医療圏間の流出入の状況

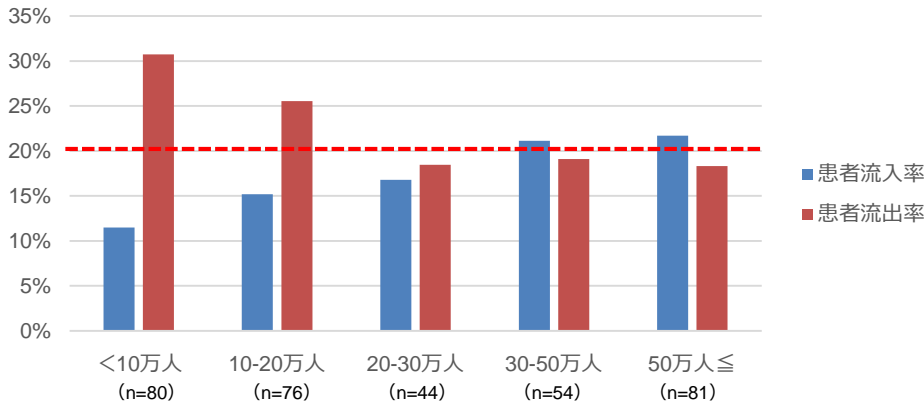
- 平成29年患者調査を用いた場合、第7次医療計画における見直し基準（人口規模が20万人未満であり、かつ流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上）に該当する二次医療圏は98医療圏あった。
- また、令和2年患者調査を用いた場合も、第7次医療計画における見直し基準に該当する二次医療圏は98医療圏あった。

<平成29年患者調査を用いた分析>

二次医療圏ごとの一般・療養病床における流出入の状況

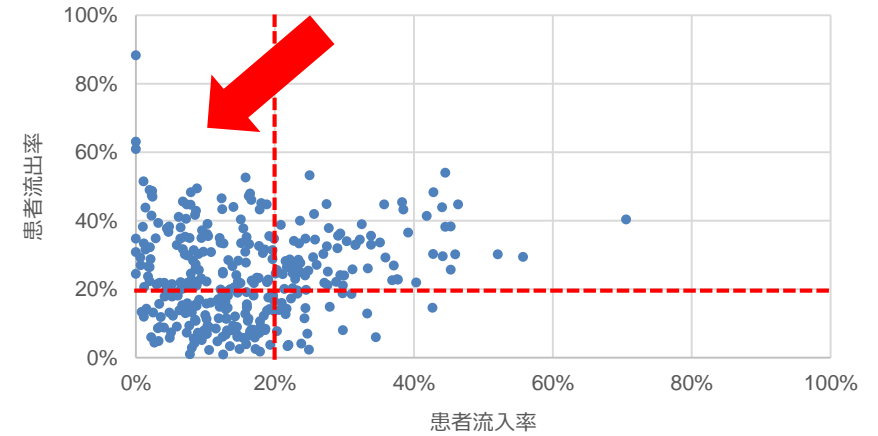


二次医療圏の人口規模別の一般・療養病床における流出入（平均値）の状況

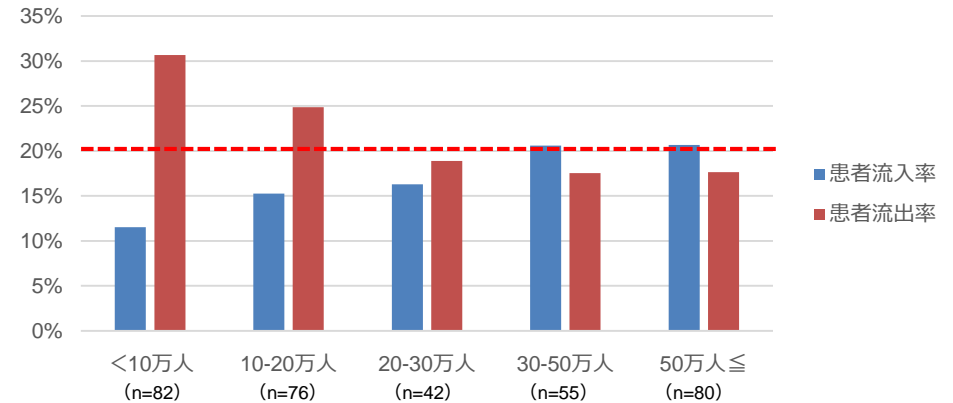


<令和2年患者調査を用いた分析>

二次医療圏ごとの一般・療養病床における流出入の状況



二次医療圏の人口規模別の一般・療養病床における流出入（平均値）の状況



(出典) 平成29年患者調査（医政局地域医療計画課による集計）
住民基本台帳に基づく人口（総務省）（平成29年1月1日現在）

※ 第7次医療計画策定時に変更があった二次医療圏については、変更後の二次医療圏に組み直して集計。

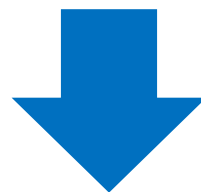
(出典) 令和2年患者調査（医政局地域医療計画課による集計）
住民基本台帳に基づく人口（総務省）（令和2年1月1日現在）

人口100万人以上の二次医療圏及び構想区域の状況

- 人口100万人以上の二次医療圏及び構想区域を有する都道府県は12都道府県あった。
- 人口100万人以上の圏域について、都道府県からは「二次医療圏」より「構想区域」としての課題が挙げられていた。

<100万人以上の構想区域について挙げられた課題>

- 医療機関数が多いことにより、地域医療構想調整会議では円滑な協議が困難である。
- 単一の市で構成されている一つの構想区域内においても、地区ごとに必要となる病床機能が異なる場合がある。
- 大都市（県庁所在地や政令指定都市）のみではなく、周囲の小規模な市町村を含んで構成されている構想区域については、中心となる市とそれ以外の市の果たす役割が異なることを念頭に置く必要がある。



<対応例>

- 構想区域における協議の場を分割することにより対応している。（12都道府県のうち10）

（協議の場の分割方法）

構想区域	分割方法
A 構想区域	A 北地域、A 南地域 等（地域単位で調整会議を分割）
B 構想区域	病床機能検討部会、地域包括ケア推進部会 等（検討内容ごとに分割）
C 構想区域	地域を分割したうえで不定期に意見交換会を開催

第7次医療計画における都道府県を越えた圏域設定の検討状況

- 第7次医療計画策定時の直近データである平成26年患者調査によると、県外への流出が5%未満の二次医療圏は220医療圏（64%）だった一方、流出が30%以上の二次医療圏は4医療圏（1%）あった。
- 医療計画作成指針においては、「都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、（略）、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない」こととしているが、第7次医療計画において、都道府県を越えた圏域設定を検討した都道府県はなかった。

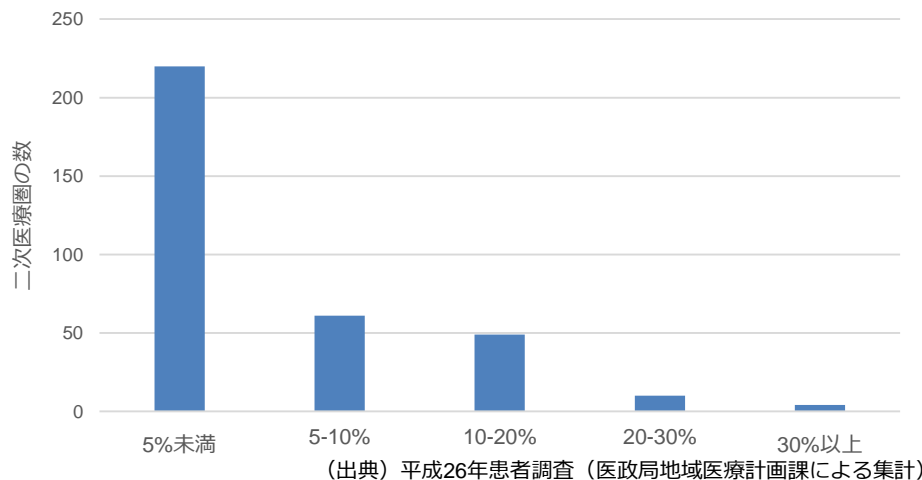
<医療計画作成指針（医療計画について（平成29年3月31日医政局長通知）別紙）（抜粋）>

第4 医療計画作成の手順等

2 医療圏の設定方法

- (4) **都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の实情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。**
なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

県外への流出率（H26患者調査）



<都道府県を越えた圏域設定が困難と考えられる理由>

(都道府県への調査結果)

- 二次医療圏は、病床の整備、医師や看護師等の医療従事者の適正配置といった各種施策の基本単位であり、関係団体も多岐にわたることから、調整が困難であるため。
- 二次医療圏を都道府県単位で完結させることで、柔軟な施策実施が可能になると考えられるため。
- 二次医療圏の設定には、人口構造や患者の受療動向、医療提供施設の分布状況等を考慮することが必要であるが、他の都道府県に属する地域に関して、これらのデータを取得し、分析することが困難であるため。

二次医療圏と他の計画・圏域との関係

- 医療計画に定める事項である医師確保計画や外来医療計画（いずれも第7次医療計画期間中にはじめて策定）等については、二次医療圏単位を基本として検討を行うこととされている。
- また、保健所の所管区域や老人福祉圏域についても、それぞれの根拠規定において、二次医療圏を参考にして設定することとされている。なお、二次医療圏のうち保健所圏域と一致しているものは211医療圏（63%）、老人福祉圏域と一致しているものは328医療圏（98%）であった。

<他の計画との関係性>

- 医師確保計画策定ガイドラインにおける区域設定についての記載

1-2. 医師確保計画の全体像

都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異なるため、**二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたうえで**、具体的な目標医師数を設定する。

- 外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインにおける区域設定についての記載

4-1 区域単位

対象区域は、二次医療圏とするが、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位で検討を行っても差し支えない。（中略）ただし、外来医師偏在指標などに基づく統一的な基準による外来医療に係る医療提供体制の確保を行う必要があることから、**二次医療圏とは異なる区域で検討を行う場合についても、二次医療圏単位の外来医療に係る医療提供体制の確保に関する検討は必ず行い、医療計画に記載すること。**

<他の圏域との関係性>

- 保健所設置に係る二次医療圏との関係性についての規定（地域保健法第5条の2）

都道府県は、前項の規定により保健所を設置する場合には、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、**医療法(昭和三十二年法律第二百五号)第三十条の四第二項第十四号に規定する区域**及び介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十八条第二項第一号に規定する区域を参酌して、**保健所の所管区域を設定しなければならない。**

- 老人福祉圏域に係る二次医療圏との関係性についての規定（厚生労働省告示第29号*） *介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（令和3年1月29日）

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する基本的事項

7 老人福祉圏域の設定

老人福祉圏域については、保健医療サービス及び福祉サービスの連携を図る観点から、**二次医療圏と一致させることが望ましい。**このため、老人福祉圏域が二次医療圏と一致していない都道府県は、可能な限り一致させるよう、令和三年度からの第八期計画期間に向けて、努めることが必要である。

- (参考1) 医療計画作成指針**における記載 **医療計画について（平成29年3月31日医政局長通知）別紙

第4 2 医療圏の設定方法

- (1)② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。

- (参考2) 現在の二次医療圏と他の圏域の一致状況

圏域の種類	一致している二次医療圏の数
保健所圏域	211医療圏（63%）
老人福祉圏域	328医療圏（98%）

※ 全国に保健所は467ヶ所、老人福祉圏域は339圏域存在。

論点

- 二次医療圏を見直す基準については従来の通りとしつつ、地理的条件等から二次医療圏の見直しが現実的でない場合もあることから、都道府県が医療計画を策定する際に、基準に該当する二次医療圏を見直さない場合はその考え方を明記することも引き続き求めてはどうか。
また、5疾病・5事業及び在宅医療における圏域については、引き続き弾力的に設定することを可能とし、その具体的な内容は、それぞれの検討の場で議論を行うこととしてはどうか。
- 人口100万人以上の大規模な二次医療圏については、二次医療圏としてよりも構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いが、その場合都道府県は協議の場を分割するなど、その運用を工夫することとしつつ、必要に応じて二次医療圏も見直すこととしてはどうか。
- 隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定については、現在も指針において設定が可能であることを明記しているが、実務上の課題から、実際にはそのような医療圏は設定はされていない。一方で、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合もあり、その場合は具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めることとしてはどうか。
- 二次医療圏については、医師確保計画や外来医療計画等の基本的な区域単位となっており、また保健所の所管区域や老人福祉圏域等とも関連性があることから、都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告するよう求め、国としてもその報告に基づいた医師偏在指標の再算出等を追加で行うこととしてはどうか。
- なお、中長期的には更なる人口動態の変化が予測されていることから、将来的な医療圏のあり方については第8次医療計画での取組を踏まえつつ引き続き検討を行うこととしてはどうか。

基準病床数

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等（※）

- ・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

②その他の医療機関

- ・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
- ・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。
＜特例が認められるケース＞
 - ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
 - ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

基準病床数: 全国一律の算定式により、都道府県が設定する病床数(地域で整備する病床数の上限)

既存病床数: 基準病床数と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数

基準病床数

○ 都道府県は、以下の算定式(ア+イ+ウ)に基づき、二次医療圏単位で一般病床及び療養病床に係る基準病床数を設定。

ア「一般病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別一般病床退院率}) \times (\text{平均在院日数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

イ「療養病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別療養病床入院受療率}) - (\text{在宅医療等で対応可能な数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

ウ「都道府県を越えた患者流出入」

都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、流出先都道府県と協議を行い合意を得た数を基準病床数に加減することができる。

○ 「一般病床」及び「療養病床」以外の病床(「精神病床」「結核病床」「感染症病床」)の基準病床数は、以下の全国統一の考え方により、都道府県の区域ごとに算定されている。

➤ 精神病床

都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算し設定。

➤ 結核病床

都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を都道府県知事が設定。

➤ 感染症病床

都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に都道府県知事が設定。

既存病床数(一般・療養病床)

＜既存病床として算定する対象＞

- ・ 病院の一般病床及び療養病床
- ・ 有床診療所の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る)及び療養病床
- ・ 介護老人保健施設及び介護医療院の入所定員数(平成30年4月1日以後に療養病床から転換を行ったもの限り、令和6年3月31日までの間は既存病床数として算定)

＜既存病床数の補正＞

職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算定しない。(医療法施行規則第30条の33)

「職域病院等」

- ・ 国等(宮内庁、防衛省、労働者健康安全機構等)の開設する病院等
- ・ 特定の事業所の従業員(家族)の診療のみを行う病院
- ・ 医療型障害児入所施設である病院
- ・ 放射線治療病室の病床
- ・ ハンセン病療養所の病床 等

○ 各都道府県において、**一般病床・療養病床は二次医療圏ごと**に、以下の算定式に基づき算出。

一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ

ア：一般病床

$$\left[\begin{array}{l} \text{人口} \times \text{一般病床} \\ \text{①} \quad \times \quad \text{②} \\ \text{退院率} \quad \times \quad \text{平均在院日数} \\ \text{③} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \\ \text{④} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \\ \text{④} \end{array} \right] \div \text{病床利用率} \text{④}$$

イ：療養病床

$$\left[\begin{array}{l} \text{人口} \times \text{療養病床} \\ \text{①} \quad \times \quad \text{⑤} \\ \text{入院受療率} \quad - \quad \text{介護施設、在宅医} \\ \text{療等対応可能数} \\ \text{⑥} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \\ \text{④} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \\ \text{④} \end{array} \right] \div \text{病床利用率} \text{④}$$

ウ：都道府県を越えた患者流出入

都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。

項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別（医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの）を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。 【平成26年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成21、27年病院報告】 第7次の設定 13.4～16.3日（第6次は14.8～18.5日）
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用 【平成22～27病院報告の平均】 第7次の設定 一般76%、療養90%（第6次は一般77%、療養92%）
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。 【平成26年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、平成37年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要（対応可能数）を除外して計算。

現行の基準病床の算定に用いる値の例

②一般病床退院率(性・年齢階級別、ブロック別)(下表は75～79歳男性の例。人口10万対。)

平成26年患者調査より算出

	北海道	東北	関東	北陸	東海	近畿	中国	四国	九州
第7次(H30～)	112.0	87.3	84.7	99.0	83.3	97.2	101.8	96.3	101.0

③平均在院日数(ブロック別)

平成21年、27年病院報告より算出

	北海道	東北	関東	北陸	東海	近畿	中国	四国	九州
第7次(H30～)	15.7	15.3	13.6	15.3	13.4	14.7	15.4	15.9	16.3

③平均在院日数の算出方法の詳細(短縮率の設定)

平成27年の在院日数に、地方ブロックごとに採用する短縮率を乗じる。

①平成27年の平均在院日数が全国値を下回る場合→当該ブロックの短縮率

②平成27年の平均在院日数が全国値を上回る場合→当該ブロックの短縮率と全国値の短縮率に1%を加えたものを比較し、短縮率の高い方

④病床利用率

平成22～27年病院報告より、6年の平均を算出

	一般病床	療養病床
第7次(H30～)	76%	90%

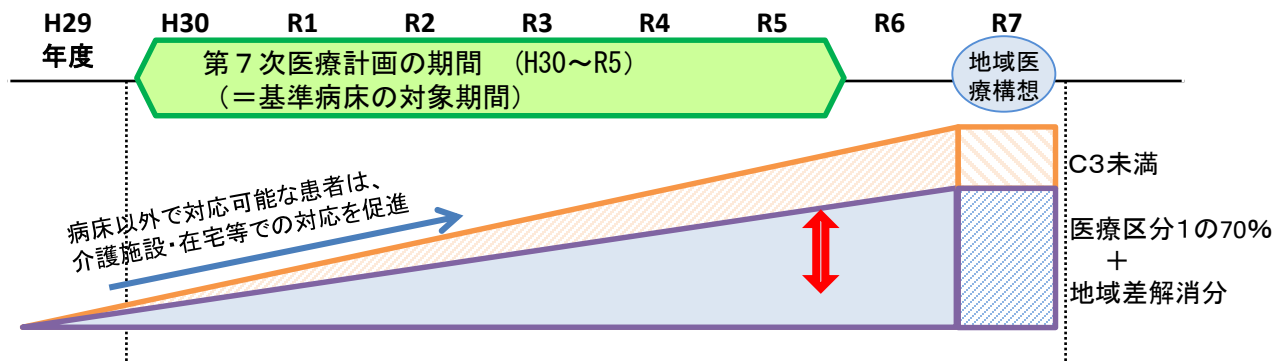
※ なお、上記の値が、各地域における直近の病床利用率を下回る場合には、上記の値以上当該地域における直近の病床利用率以下の範囲内で、都道府県知事が定めた値を利用することができる。

⑤療養病床入院受療率(性・年齢階級別)

	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80歳以上
男	0.0	0.0	0.0	3.3	3.1	5.9	7.9	9.1	18.2	27.7	51.2	86.8	138.4	215.2	333.4	617.8	1519.7
女	0.0	0.0	0.0	3.4	3.3	3.1	5.4	9.4	10.3	16.4	30.9	49.3	80.9	137.1	261.9	591.3	2239.4

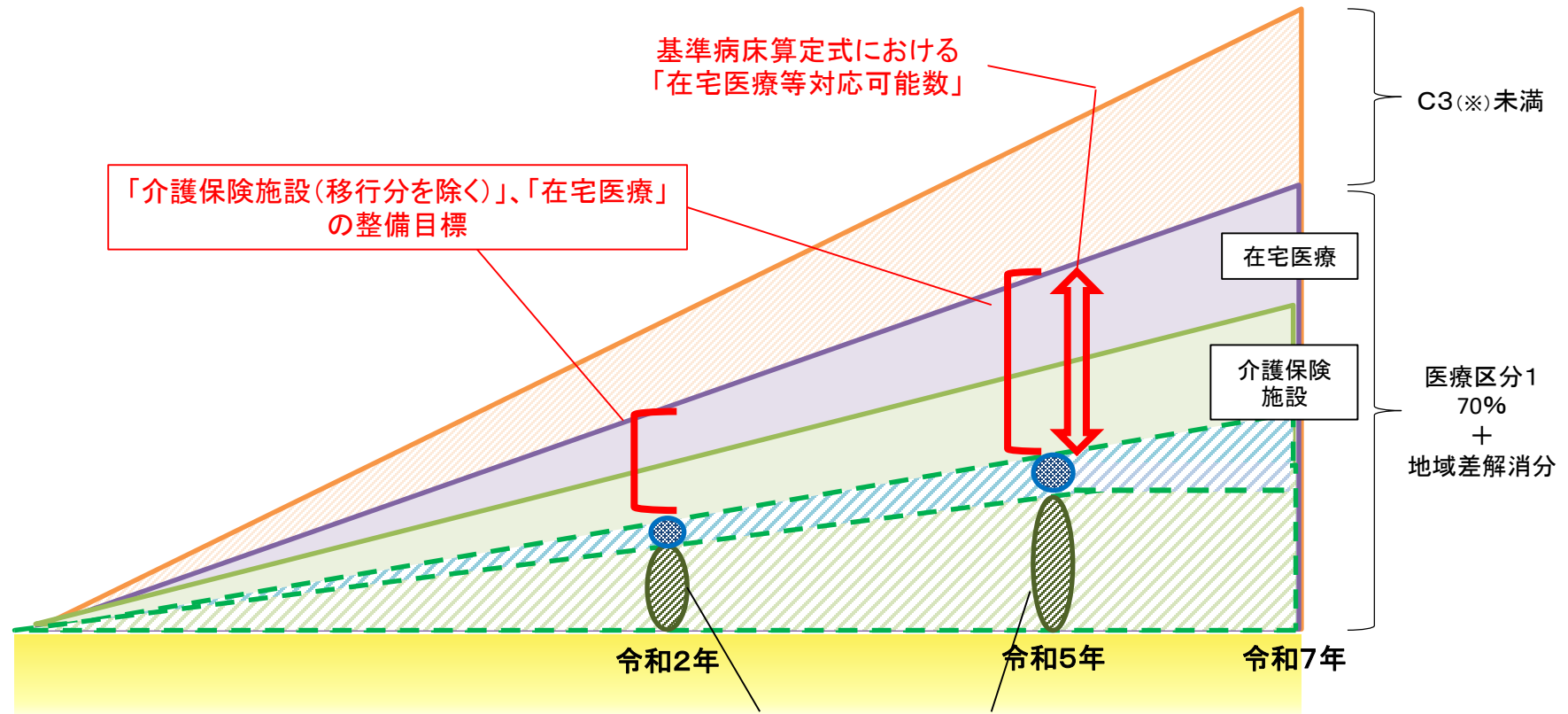
⑥介護施設・在宅医療等対応可能数



・「地域医療構想」では、令和7年に向けて、病床以外で対応可能な患者は在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。
・「医療計画」における基準病床数も、この推計と整合を図るため、計画期間の終期(令和5年度末)時点で対応すべき量を、基準病床から除外することとした。



- 「地域医療構想」では、令和7年に向けて、病床以外で対応可能な患者は在宅医療等に対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。
- 基準病床数の算定式における「介護施設・在宅医療等対応可能数」についても、これと整合的な設定を行っている。

<療養病床から介護保険施設へ移行する見込み量の把握(イメージ)> ※第11回医療計画の見直し等に関する検討会資料1(一部改変)



移行する見込み量の把握	令和2年度末	令和5年度末
医療療養病床から移行する量 	調査により把握した数を下限	調査により把握した数を下限
介護療養病床から移行する量 	調査により把握した数を下限	介護療養病床の全数

※ 地域医療構想における医療需要の推計で、「在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量」として設定された境界点

基準病床制度における特例の概観

○ 病床過剰地域における病院・診療所の開設・増床等の許可申請に対し、都道府県知事は医療法第31条に定める公的医療機関の場合は許可を与えないことが、それ以外の医療機関の場合は勧告することができる。これらの病床規制に対し、以下の特例措置が設けられている。

No.	根拠法令	特例の概要	大臣協議の要否
I	医療法第30条の4第9項	都道府県は、基準病床数を定めようとするとき、特別な事情が認められる場合に、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を医療法に基づく算定基準により算定した数に加えた数、またはその同意を得た数を基準病床数として設定することができる。 【特別な事情】 ①急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合 ②特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合 等	必要 (知事→厚労大臣)
II	医療法第30条の4第10項	都道府県は、特別な事情が認められる場合に、病床過剰地域であっても、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た上で病院・診療所の開設・増床等に係る許可を行うことができる。 【特別な事情】 ①急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合 ②特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合 ③複数の公的医療機関等を含めて医療機関の再編統合を行う場合 ④二次医療圏を越えて病院等が移転する場合 等	必要 (知事→厚労大臣)
III	医療法第30条の4第11項	都道府県は、特定の病床を含む病院・診療所の開設等の許可申請があった場合に、病床過剰地域であっても、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た上で許可を行うことができる。 【特定の病床】 がん又は循環器疾患の専門病床、小児疾患専門病床、周産期疾患に係る病床、発達障害児の早期リハビリテーション等に係る病床、救急医療に係る病床 等	必要 (知事→厚労大臣)
IV	医療法第30条の4第12項	都道府県は、地域医療連携推進法人の参加法人から病院・診療所の開設・増床等の許可申請があった場合に、病床過剰地域であっても、地域医療構想の達成を推進するために必要である等の要件を満たすものであれば、許可を行うことができる。	不要
V	医療法第7条第3項	以下の診療所に病床を設置(増床・種別変更含む。)しようとするとき、許可申請の代わりに届出で病床を設置することができる。 【届出で病床の設置ができる診療所】 ①地域包括ケアシステムの構築に必要な診療所 ②へき地、小児、周産期、救急等の地域に必要な診療所 等	不要
VI	国家戦略特別区域法第14条	都道府県は、国家戦略特別区域高度医療提供事業(世界最高水準の高度の医療であって、国内においてその普及が十分でないものを提供する事業)の実施主体として区域計画に定められた者から、当該国家戦略特別区域高度医療提供事業に係る必要な病床を含む病院の開設等の許可申請があった場合に、病床過剰地域であっても、当該事業に係る必要な病床数として区域計画に定められている病床について、許可を行うことができる。	必要 (総理大臣→厚労大臣)

※ 今般の新型コロナウイルス感染症対応においては、上記Ⅱ②やⅤ②に該当するものとして、特例の適用を認めることとしており、手続の簡素化も併せて行っている。なお、これらにより設置した病床については、時限的な対応であり、感染が収束するまでのものとしている。

論点

- 基準病床数の算定について、直近の令和2年病院報告のデータは新型コロナウイルス感染症による影響を受けていると考えられる中で、第8次医療計画においてはどのようなデータを用いるのが適当か。
- 基準病床数の算定式のうち、
 - ① 「平均在院日数」については、一律の短縮率を見込むのではなく、平均在院日数の経年推移、各地方ブロックの差異等を勘案して設定することとしているが、こうした算定方法についてどのように考えるか。
 - ② 「介護施設及び在宅医療等対応可能数」については、地域医療構想と統合的な設定とする観点から、第7次医療計画においては、令和7年における在宅医療等で追加的に対応すべき量から、第7次医療計画の終期（令和5年）時点の値を算出して用いることとしていた。
第8次医療計画においても、計画期間中に令和7年が到来することに留意しつつ、在宅医療の整備目標と統合的に、その算定方法を検討することとしてはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症への対応が引き続き想定される中で、基準病床制度の特例の活用や手続の簡素化についてどのように考えるか。

【新型コロナウイルス感染症を踏まえたデータの取扱い】

- ・ 令和2年のデータは、新型コロナウイルス感染症が流行している最中のデータであることを踏まえる必要がある。出てきた数字を吟味するべきだが、それだけバイアスがはっきりしているデータを使うことについては慎重になるべきではないか。

【平均在院日数の短縮】

- ・ 平均在院日数について、ブロック間の格差が広がっているのであれば、地域差を縮小する措置を強めなくてはいいないが、格差が縮まっているのであれば、措置を弱めてもよいのではないかということにもなるかもしれないので、平均在院日数の推移についての解釈は必要ではないか。

【介護施設及び在宅医療等対応可能数】

- ・ 基準病床数に一定の影響を及ぼすファクターであるため、何らかの考え方を都道府県に示す必要があるのではないか。

【特例制度】

- ・ 新型コロナウイルス感染症関連の特例については、あくまで時限的な対応であるということを改めて強調しておきたい。

一般病床退院率及び療養病床入院受療率について

- 第7次医療計画においては平成26年患者調査のデータを用いており、第8次医療計画においては従前通りであれば令和2年患者調査のデータを用いるところであるが、新型コロナウイルス感染症の影響を受けたものであることに留意が必要。
- 令和2年患者調査について、平成29年の結果と比べると、一般病床退院率（全国値）は**全年齢階級で低下（2%から540%）**、療養病床入院受療率（全国値）についても**20歳以上の全ての年齢階級で低下（1%から36%）**している。

○ 患者調査における一般病床退院率（人口10万対）の状況（年齢階級別、男女合計、全国）

	0歳	1-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳-
H26調査	110.5	24.6	9.5	6.9	9.4	13.8	20.5	23.2	18.0	14.0	15.8	20.5	26.7	35.3	45.9	62.1	77.7	93.1	106.1	118.0
H29調査	125.3	30.7	9.8	6.7	9.2	13.5	20.1	23.6	19.1	14.8	16.4	20.8	27.7	36.9	49.0	65.2	81.5	96.2	110.5	125.2
R2調査	107.5	18.4	8.4	6.6	8.5	11.6	17.6	21.6	17.8	13.6	14.9	19.0	24.7	33.3	43.5	56.7	75.5	88.0	102.3	118.2
H29⇒R2 の変化率	-14%	-40%	-15%	-2%	-8%	-14%	-12%	-8%	-7%	-8%	-9%	-9%	-11%	-10%	-11%	-13%	-7%	-9%	-7%	-6%

○ 患者調査における療養病床入院受療率（人口10万対）の状況（年齢階級別、男女合計、全国）

	0歳	1-4歳	5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳-
H26調査	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	3.2	4.5	6.7	9.2	14.3	23.2	41.1	67.9	109.1	174.8	295.2	604.6	1164.5	2109.0	4111.8
H29調査	0.0	0.0	0.0	1.8	3.3	4.8	4.8	7.0	10.1	14.8	26.4	41.7	69.8	108.9	170.3	283.9	518.0	1018.3	1875.7	3518.2
R2調査	0.0	2.7	2.0	1.9	3.5	4.7	3.1	4.5	8.0	13.0	21.3	35.5	60.5	95.4	153.0	239.4	426.1	801.3	1419.0	2626.1
H29⇒R2 の変化率	-	-	-	+1%	+5%	-1%	-34%	-36%	-21%	-12%	-20%	-15%	-13%	-12%	-10%	-16%	-18%	-21%	-24%	-25%

一般病床の平均在院日数について

- 第7次医療計画においては平成21年及び平成27年病院報告から短縮率を計算し、平成27年の平均在院日数に地方ブロックごとに所定の短縮率を乗じることで、用いる平均在院日数を算出している。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を受けている令和2年及び3年を除けば平均在院日数は引き続き減少傾向にある中、その減少の割合は従前と比べると鈍化している一方で、地域差の是正は進んでいない。

<医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ（医療計画の見直し等に関する検討会（平成28年12月26日））（抜粋）>

次期医療計画においては、経年推移に加え、次の各要素を勘案して設定することとする。

ア 平均在院日数の経年推移

イ 各地方ブロックの差異

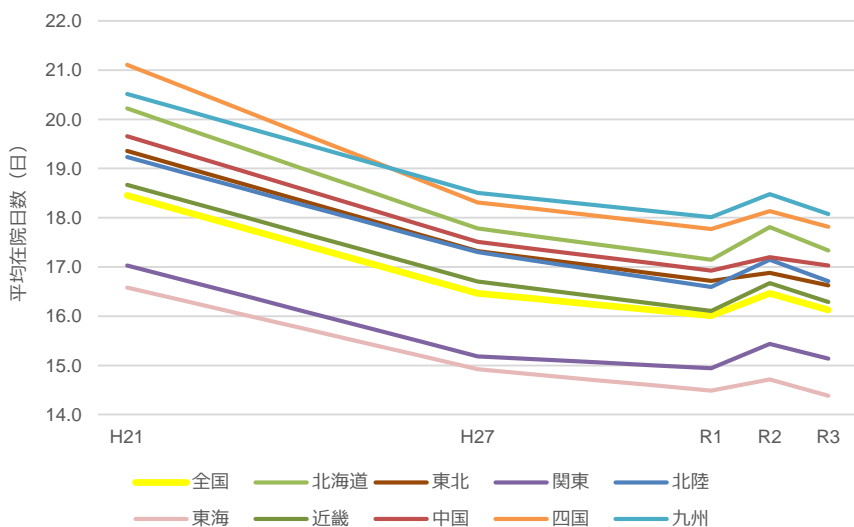
ウ 将来のあるべき医療提供体制の構築に向けた取組

具体的には、直近の病院報告（平成27年）までの6年間（平成21～27年の6年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、**地域差の是正を進める観点**から、

i) 各地方ブロックの平均在院日数とその全国平均を下回っている（短い）場合、当該ブロックの変化率を用いる

ii) 各地方ブロックの平均在院日数とその全国平均を上回っている（長い）場合、「全国値+a」と当該ブロックの変化率を比較し、より高い変化率を用いる（aについては、地域差の是正を目的として適当とする値を定める。）

平成21年以降の平均在院日数の推移



	H21	H27	H21→H27 短縮状況	第7次で 見込んだ 短縮率	H27 (再掲)	R1	H27→R1 短縮状況	R2	R3
全国	18.5	16.5	-2.0 (-11%)	-	16.5	16.0	-0.5 (-3%)	16.5	16.1
北海道	20.2	17.8	-2.4 (-12%)	-12%	17.8	17.1	-0.6 (-4%)	17.8	17.3
東北	19.4	17.3	-2.0 (-11%)	-12%	17.3	16.7	-0.6 (-3%)	16.9	16.6
関東	17.0	15.2	-1.8 (-11%)	-11%	15.2	14.9	-0.2 (-2%)	15.4	15.1
北陸	19.2	17.3	-1.9 (-10%)	-12%	17.3	16.6	-0.7 (-4%)	17.1	16.7
東海	16.6	14.9	-1.7 (-10%)	-10%	14.9	14.5	-0.4 (-3%)	14.7	14.4
近畿	18.7	16.7	-2.0 (-11%)	-12%	16.7	16.1	-0.6 (-4%)	16.7	16.3
中国	19.7	17.5	-2.2 (-11%)	-12%	17.5	16.9	-0.6 (-3%)	17.2	17.0
四国	21.1	18.3	-2.8 (-13%)	-13%	18.3	17.8	-0.5 (-3%)	18.1	17.8
九州	20.5	18.5	-2.0 (-10%)	-12%	18.5	18.0	-0.5 (-3%)	18.5	18.1

※ 単位の記載がないものは、「日」を単位としている。

※ 平成27年の在院日数が最も短い東海ブロックを緑色に、最も長い九州ブロックを赤色に着色している。

論点

- 基準病床数の算定式については、新型コロナウイルス感染症の影響を受けない形で、用いるデータを直近のものに更新することとしてはどうか。
(なお、第7回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG（令和4年9月21日）においても、次回医師偏在指標の算出に用いるデータについて、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成29年患者調査を用いる方向性で議論がなされたところ。)
- その中で特に一般病床の平均在院日数について、その推移としては依然として短縮傾向にある中で従前ほどの短縮率は認められないこと、一方で地域差に関しては縮減していないことを踏まえ、基準病床数の算定に用いる平均在院日数については地域差をより縮減できるようにしてはどうか。

指標（総論）

○ 5疾病の考え方

- ・広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（医療法第30条の4第2項第4号）

具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

⇒現行の5疾病は、**がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患**（医療法施行規則第30条の28）

○ 5事業^(※) [救急医療等確保事業] の考え方

- ・医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」（医療法第30条の4第2項第5号）

具体的な考え方

- ・医療を取り巻く情勢から政策的に推進すべき医療
- ・医療体制の構築が、患者や住民を安心して医療を受けられるようになるもの

⇒現行の5事業^(※)は、**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**

※令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- 在宅医療については、医療法第30条の4第2項第6号の「居宅等における医療の確保に関する事項」として医療計画に定めることとされている。

- 5 疾病・5 事業及び在宅医療における**指標については、アウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、国においては指標例を提示。**
- 各都道府県において、こうした指標を活用し、**指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状把握や課題抽出を行うとともに、地域の実情に応じた数値目標や目標達成に要する期間を定める。**
- 各都道府県において、施策や事業の進捗状況の評価を1年ごとに、数値目標の達成状況や指標の状況の評価を3年又は6年ごとに行い、必要があるときは、医療計画を変更する。
評価に当たっては、**施策や事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態（アウトカム）、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたか**といった観点から行う。

論点

- 5疾病・6事業及び在宅医療ごとの指標について、国が提示する指標例の活用状況にばらつきがあること、重点指標であっても必ずしも活用されていないこと等の状況や、指標作成の留意点についてどう考えるか。
また、一部の都道府県で行われているロジックモデルの取組例についてどのように考えるか。

【PDCAサイクル】

- ・ 指標による「チェック」の結果がどのように「アクション」に反映されているのか、しっかりと検証する必要がある。具体的には、第6次医療計画の指標によるチェックをした結果が第7次医療計画にどのように反映されているのかを押さえるべきである。

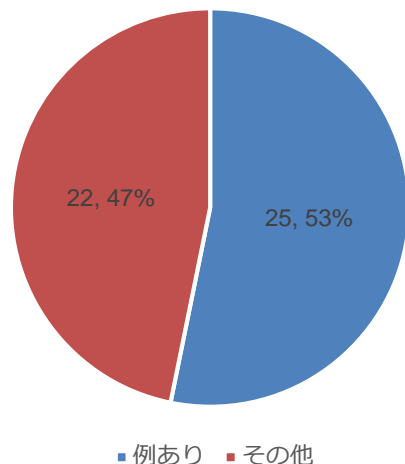
【ロジックモデル】

- ・ アウトカムが動くものはロジックモデルの設定は難しいが、特に5疾病の方は馴染むのではないか。
- ・ ロジックモデルを用いると関係者の理解や考え方の整理が進んでよい。
- ・ 全都道府県がロジックモデルの構築に取り組めるよう、これまでの取組事例などの情報提供を行ってはどうか。
- ・ ロジックモデルの設定にどういう根拠があるのか、何か特別なことをしているように聞こえるが、違和感を覚える。

PDCAサイクルの実施状況

- 第6次医療計画においてPDCAサイクルを機能させた結果を、第7次医療計画策定時に計画の内容に反映させた都道府県は25県（53%）あった。具体的には、目標設定に用いる指標の選択や、施策への反映が行われていた。

第6次医療計画におけるPDCAサイクルの結果を
第7次医療計画に反映させた都道府県の数



<具体的な取組内容の例>

A県

- ・心筋梗塞等の心血管疾患対策に関して、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率が全国の中で高かったことから、維持期心臓リハビリテーションによる再発防止等を目指し、医療機関、かかりつけ医、スポーツクラブ等の連携体制の構築を進め、提供範囲を一部の医療圏から全県下に拡大することとした。
- ・糖尿病対策に関して、糖尿病治療を継続できていない者が3割強存在していたことから、かかりつけ医と専門医による連携体制、健康診断・保健指導・受診勧奨等を行う市町村とかかりつけ医との連携体制整備のため、圏域単位または保健所単位での糖尿病対策に関する地域関係者が協議する場を設置することとした。
- ・在宅医療対策に関して、訪問診療や訪問指導等を実施する機関が少ない地域がある状況であったことから、訪問看護の機能強化及び実施する事業所の増加を図るため、人材育成や事業に関する相談窓口を設置することとした。

B県

- ・脳卒中に関して、第6次医療計画の総合評価時に「脳血管疾患の退院患者の平均在院日数」について、全国平均との差は縮まったものの、依然として在院日数が長期のままだったため、第7次医療計画においては「在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合」の指標を評価指標に追加した。
- ・周産期医療に関して、実際に災害が発生した際に小児・周産期医療提供体制の確保が課題となったため、第7次医療計画においては、「災害時小児周産期リエゾンの養成数」の指標を評価指標に追加した。

C県

- ・がんの年齢調整死亡率（75歳未満）は年々減少傾向にあるものの、第6次計画期間中においては全国平均より高く推移しており、特に働きざかり世代の死亡率が全国より高かった。そのため、第7次医療計画においてはその対策として職域のがん検診を実施している保険者と連携し、死亡率の高い胃がん検診、肝炎ウイルス検査の受診率向上に取り組むことを追加した。

※ 都道府県への調査による。

ロジックモデル等のツールについての考え方

- 現にロジックモデル等のツールを活用している都道府県においては、地域の現状と課題を自ら把握した上で、その地域の実情に応じた施策の検討を行うことで、PDCAサイクルを効果的に機能させることを図っている例が見られる。
- ロジックモデル等のツールを有効に活用する観点からは、都道府県が地域の実情を踏まえ、関係者と議論してブラッシュアップしながら計画を策定するプロセスに意義があるのではないかと考えられる。

<第7次医療計画策定における大阪府の取組例>

2 (3) 第7次医療計画策定に向けた進め方

**庁内において、第7次医療計画策定の基本的方向性を共有し、
原案を作成、その後、関係者との協議によりブラッシュアップ**

1 庁内における検討（庁内WG参加グループでの原案の検討）

庁内WGで、第7次計画の基本的な考えを説明し、方向性の認識を共有。

原案
の
検
討

(1) 現状の把握、課題の抽出【平成29年1月から3月】

既存の厚生労働統計や国から提供されるレセプト分析情報等を用いて、現状と課題を把握。

(2) 必要な施策の検討（ロジックツリーの活用）【平成29年4月から7月】

施策の検討にあたっては、ロジックツリーを活用し、施策の結果が課題に対してどれだけ、影響をもたらすかという観点を踏まえ検討。

2 医療審議会等における検討【平成29年8月以降】

各種会議（医療審議会、救急医療対策審議会、周産期医療協議会、在宅医療推進部会等）において、原案を協議し、内容をブラッシュアップ。

(参考) 医療政策研修会の実施状況

<直近3年間の実施状況>

年度	回	日程	配信プログラム	グループワークのテーマ	参加都道府県数
令和2年度	第1回	R2.10.9	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年度概算要求について ・地域医療構想について ・第7次医療計画の中間見直しにおける追加的需要に対する在宅医療の考え方について ・医療計画作成支援データブックの活用方法について 等 	—	46*
令和3年度	第1回	R3.8.13	<ul style="list-style-type: none"> ・医療計画、地域医療構想、医師偏在対策について ・医師の働き方改革について ・都道府県の地域医療構想担当者へ提供したい参考資料について ・地域医療構想における都道府県ご担当者の進め方 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想調整会議の活性化に向けた検討 ・地域医療構想関連データを用いた地域特性を踏まえた在宅医療の在り方の検討 	46**
	第2回	R4.1.21	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想、医療計画について ・キャリア形成プログラム運用指針の改正について ・外来機能の明確化・連携の推進 ・医師の働き方改革について～都道府県にお願いしたいこと～ 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県の医師確保対策についての検討 	42**
令和4年度	第1回	R4.9.15	<ul style="list-style-type: none"> ・第8次医療計画及び地域医療構想に関する状況 ・外来機能報告等について ・在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおける検討状況 ・救急医療・災害医療について 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的事例に基づいた、地域の医療提供体制に係る課題についての検討 	45**

* 配信プログラムに対する質疑応答のライブ配信へ参加した都道府県の数

** グループワークへ参加した都道府県の数

論点

- 第7次医療計画策定時に、第6次医療計画にPDCAサイクルを機能させた結果を反映させた都道府県は全体の半数程度であったが、そのような都道府県では地域の現状や課題を把握した上で施策の検討が行われており、ロジックモデル等のツールを活用している事例もあった。
地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールは有用であると考えられるため、第8次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できるよう国においても指針で示すとともに、既存の研修会等を通して先駆的な事例の紹介等を行うこととしてはどうか。