

## 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こととなる場合には、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 style="text-align: center;">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"> <li>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</li> <li>② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> <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 style="text-align: center;">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する見込みとなっていることから、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"> <li>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</li> <li>② 疾病・事業横断的な医療提供体制の構築</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> <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>

また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。

都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。

なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記す。

記

- 1 医療計画の作成について  
(略)
- 2 医療連携体制について  
(略)
- 3 医療従事者の確保等の記載事項について

また、病床の機能の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるよう、医療計画、介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）及び同法第117条第1項に規定する市町村介護保険事業計画（以下「市町村介護保険事業計画」という。）の整合性を確保することが必要である。平成30年度以降、各計画の作成・見直しのサイクルが一致することも踏まえ、医療と介護の連携を強化するため、計画の一体的な作成体制の整備等、必要な取組を推進していくことが重要である。

都道府県においては、前述の趣旨にのっとり、医療計画の見直しの趣旨、内容の周知徹底を図るとともに、指針に示す具体的手順を参考としながら、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画との整合性について十分に配慮した上で、その作成と推進に遺憾なきを期されたい。

なお、医療計画の作成に当たり、特に留意する事項については、以下に記すが、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の二の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。

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）、「第十一次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。

記

- 1 医療計画の作成について  
(略)
- 2 医療連携体制について  
(略)
- 3 医療従事者の確保等の記載事項について

<p>(略)</p> <p><b>4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について</b></p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p>(7) <u>都道府県において療養病床及び一般病床の整備を行う際には、地域医療構想の達成に向けた取組と整合的なものとなるよう、既存病床と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえて対応すること。具体的には「地域医療構想を踏まえた病床の整備に当たり都道府県が留意すべき事項について」(平成29年6月23日付け医政地発0623第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)における留意事項を参照すること。</u></p> <p><b>5 既存病床数及び申請病床数について</b></p> <p>(略)</p> <p><b>6 医療計画の作成手順等について</b></p> <p>(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、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。</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、都道府県介護保険事業支援計画及び市町村介護保険事業計画において掲げる介護の整備目標と、医療計画において掲げる在宅医療の整備目標が整合的なものとなるよう、当該協議の場において、必要な事項についての協議を行うこと。</u></p> <p><b>7 医療計画の推進について</b></p> <p>(略)</p> <p><b>8 都道府県知事の勧告について</b></p> <p>(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、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。</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><b>4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について</b></p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p><b>5 既存病床数及び申請病床数について</b></p> <p>(略)</p> <p><b>6 医療計画の作成手順等について</b></p> <p>(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、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。</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なものとなるよう、当該協議の場において、必要な事項についての協議を行うこと。</p> <p><b>7 医療計画の推進について</b></p> <p>(略)</p> <p><b>8 都道府県知事の勧告について</b></p> <p>(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、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。</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>
--	---

病床の種別を変更し、又は診療所に病床を設け、若しくは診療所の病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更しようとするときは、「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年3月19日閣議決定）又は法第7条の2第8項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

(8) ～ (9) (略)

#### 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)

病床の種別を変更し、又は診療所に病床を設け、若しくは診療所の病床数を増加させ、若しくは病床の種別を変更しようとするときは、「医療法の一部を改正する法律の施行に伴う国の開設する病院の取扱いについて」（昭和39年3月19日閣議決定）又は法第7条の2第8項の規定に基づき、主務大臣等は、あらかじめ、その計画に関し、厚生労働大臣に協議等をするものとされていること。

この場合において、当職から関係都道府県知事に速やかにその旨及びその概要を通知するとともに、当該計画の審査をするために必要な資料及び医療計画の達成の推進を図る観点からの意見の提出を求めるものとする。

また、当該計画に係る病院の開設等の承認の申請があっ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。

(8) ～ (9) (略)

#### 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)

(別紙様式1)

番 号  
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

医療法施行令第5条の2第2項の規定に基づく協議について

医療法第30条の4第7項の規定に基づく医療法施行令第5条の2第2項の規定による病床数の加算について、関係書類を添付し、次のとおり協議いたします。

添付書類

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

1 加算すべき病床数		2 加算する病床の種別	
3 加算する地域			
4 加算を必要とする理由			
5 加算しようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現況と計画			
7 備 考			

記載上の注意

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

(別紙様式1)

番 号  
年 月 日

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

1 加算すべき病床数		2 加算する病床の種別	
3 加算する地域			
4 加算を必要とする理由			
5 加算しようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現況と計画			
7 備 考			

記載上の注意

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

(別紙様式2)

番 号  
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

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

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

添付書類

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

1 特例とすべき病床数		2 特例とする病床の種別	
3 特例とする地域			
4 特例を必要とする理由			
5 特例としようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現状と計画			
7 備 考			

記載上の注意

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

(別紙様式2)

番 号  
年 月 日

厚生労働大臣 殿

都道府県知事

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

1 特例とすべき病床数		2 特例とする病床の種別	
3 特例とする地域			
4 特例を必要とする理由			
5 特例としようとする病床数の算定根拠			
6 関係医療施設の現状と計画			
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。

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><u>6</u> 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順</p>	<p>(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><u>5</u> 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順</p>

<p>第5 医療計画の推進等</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療計画の推進体制</li> <li>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</li> </ol> <p>第6 医療計画に係る報告等</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</li> <li>2 法第27条の2第1項、第30条の11、第30条の12第2項及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療計画の基本的な考え方 (略)</li> <li>2 地域の現状 (略)</li> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>5 医療従事者の確保 (略)</li> </ol> <p>【地域医療対策協議会の取組】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 地域医療対策協議会の議論の経過等</li> <li>② 地域医療対策協議会の定めた施策</li> </ol> <p>(1) 医師の確保について</p> <p><u>地域医療対策協議会</u>において決定した具体的な施策に沿って、<u>地域における</u>医師（臨床研修医を含む。）の<u>確保</u>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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療計画の推進体制</li> <li>2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討</li> </ol> <p>第6 医療計画に係る報告等</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療計画の厚生労働大臣への報告</li> <li>2 法第27条の2第1項、第30条の11、第30条の12第2項及び第30条の17の規定に基づく勧告等の実施状況の報告</li> </ol> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療計画の基本的な考え方 (略)</li> <li>2 地域の現状 (略)</li> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>5 医療従事者の確保 (略)</li> </ol> <p>【地域医療対策協議会の取組】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 地域医療対策協議会の議論の経過等</li> <li>② 地域医療対策協議会の定めた施策</li> </ol> <p><u>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</u></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<sup>1</sup>を踏まえて記載する。

（地域枠及びキャリア形成プログラムについて）

ア 大学所在都道府県の出身者が、臨床研修修了後、その都道府県に定着する割合が高いことを踏まえ、地域枠の入学生は、原則として、地元出身者に限定（注1）。特に、修学資金貸与事業における就業義務年限については、対象者間のばらつきを全国で是正するため、同様の枠組みである自治医科大学と同程度の就業義務年限（貸与期間の1.5倍）とし、これを前提としてイに規定するキャリア形成プログラムを策定

イ 地域枠医師の増加等に対応し、医師のキャリア形成が確保された医師確保が進められるよう、以下の点に留意して、キャリア形成プログラムを必ず策定（注2）

- ・ 医師のキャリア形成に関する知見を得ることや、重複派遣を防止するなど医師確保の観点から大学（医学部・附属病院）による医師派遣と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には、大学（医学部・附属病院）と十分連携すること。
- ・ 大学所在都道府県における臨床研修修了者は、臨床研修修了後、大学所在都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、大学所在都道府県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づけること。（注3）
- ・ 医師が不足する地域や診療科における医師を確保するという医学部定員の暫定増の本来の趣旨に鑑み、キャリア形成プログラムにおいて、勤務地や診療科を限定す

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

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

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

(へき地の医師確保について)

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

(その他)

オ 詳細な医師の配置状況が把握できる新たなデータベース（注4）の医師確保への活用

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

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

師の定着策を講じている場合を除いては、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定することが望ましいこと。

(注2) キャリア形成プログラム：主に地域枠医師を対象に、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域・診療科の解消を目的として、都道府県（地域医療支援センター等）が主体となり策定された医師の就業プログラム。

地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県が学生に奨学金を貸与している地域枠については、必ずキャリア形成プログラムを策定することとするが、その他の地域枠や地域枠以外の医師についても、地域医療への興味・関心をより一層高め、そのキャリアと地域医療に配慮された医師派遣が行われるよう、都道府県が策定したキャリア形成プログラムの活用等がなされるよう検討すること。

(注3) 他の都道府県に所在する大学医学部に設置された地域枠については、出身都道府県以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身都道府県に定着する割合が高いことから、原則として、出身都道府県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づけること。

(注4) 厚生労働省の平成29年度予算事業として作成予定。

#### (2) 医師以外の医療従事者の確保について

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

##### 【医療従事者の現状及び目標】

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

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

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。

**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。

**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。

## 1 医療計画作成手順の概要

(略)

## 2 医療圏の設定方法

(略)

## 3 基準病床数の算定方法

### (1) 基準病床数の算定方法

基準病床数の算定は、規則第30条の30各号に定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。

① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、ウにより算定した数を加減した数の合計数を標準とする。

#### ア 療養病床

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

#### イ 一般病床

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

#### ウ 基準病床数の都道府県間調整について

なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流入入院患者数よりも多い場合は、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数を各二次医療圏の基準病床数に加減することができる。

ただし、アからウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数は、

$\{(\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率}) \text{の総和} - (\text{介護施設、在宅医療等に対応可能な数})\} \times (1 / \text{病床利用率}) + (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率}) \text{の総和} \times \text{平均在院日数} \times (1 / \text{病床利用率})$  及びウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数を超えることはできない。

(注1) (略)

## 1 医療計画作成手順の概要

(略)

## 2 医療圏の設定方法

(略)

## 3 基準病床数の算定方法

### (1) 基準病床数の算定方法

基準病床数の算定は、規則第30条の30各号に定める標準に準拠し、次に掲げる方式によること。

① 療養病床及び一般病床に係る基準病床数は、アの算定式により算出した数と、イの算定式により算出した数に、ウにより算定した数を加減した数の合計数を標準とする。

#### ア 療養病床

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

#### イ 一般病床

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

#### ウ 基準病床数の都道府県間調整について

なお、当該都道府県において、都道府県外への流出入院患者数が都道府県内への流入入院患者数よりも多い場合は、流出先都道府県との調整協議を行った上で、都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数を各二次医療圏の基準病床数に加減することができる。

ただし、アからウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数は、

$\{(\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{全国平均の性別及び年齢階級別療養病床入院受療率}) \text{の総和} - (\text{在宅医療等に対応可能な数})\} \times (1 / \text{病床利用率}) + (\text{当該区域の性別及び年齢階級別人口}) \times (\text{当該区域の性別及び年齢階級別一般病床退院率}) \text{の総和} \times \text{平均在院日数} \times (1 / \text{病床利用率})$  及びウにより二次医療圏ごとに算定した病床数の都道府県における合計数を超えることはできない。

(注1) (略)

<p>(注2) (略)</p> <p>(注3) (略)</p> <p>(注4) 「<u>介護施設、在宅医療等</u>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」</u>のうちの以下の数の合計数から、平成35年度末時点における以下の数の合計数に相当する数を比例的に推計した上で、療養病床から介護老人保健施設又は介護医療院へ転換することが見込まれる病床数を除いた数とする。</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><b>4 病床数の必要量の算定方法</b> (略)</p> <p><b>5 介護保険事業(支援)計画との整合性の確保</b> <u>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。</u></p> <p><b>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</b> (略)</p> <p><b>第5 医療計画の推進等</b> (略)</p> <p><b>第6 医療計画に係る報告等</b> (略)</p>	<p>(注2) (略)</p> <p>(注3) (略)</p> <p>(注4) 「<u>在宅医療等</u>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><b>4 病床数の必要量の算定方法</b> (略)</p> <p><b>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</b> (略)</p> <p><b>第5 医療計画の推進等</b> (略)</p> <p><b>第6 医療計画に係る報告等</b> (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。

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） 新旧対照表

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 第2 内容 第3 手順 第4 連携の推進等 第5 評価等</p> <p><b>がんの医療体制構築に係る指針 (P10)</b> 第1 がんの現状 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><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)</b> 第1 脳卒中の現状 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><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)</b> 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状 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><b>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P40)</b> 第1 糖尿病の現状 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><b>精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P48)</b> 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 第2 内容 第3 手順 第4 連携の推進等 第5 評価等</p> <p><b>がんの医療体制構築に係る指針 (P10)</b> 第1 がんの現状 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><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)</b> 第1 脳卒中の現状 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><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)</b> 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状 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><b>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P38)</b> 第1 糖尿病の現状 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><b>精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P46)</b> 第1 精神疾患の現状</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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

- 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

**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

**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

**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

**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

**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

**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

改 正 後	現 行
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)	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)

改 正 後	現 行
がんの医療体制構築に係る指針 (略)	がんの医療体制構築に係る指針 (略)

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針</b></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な医療・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「<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><b>第1 脳卒中の現状</b></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;"><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針</b></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な医療・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><b>第1 脳卒中の現状</b></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>

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。

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害等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。

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。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 (略)

### 2 各医療機能と連携

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。

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。

(1) ～ (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。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、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。

- ・ 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

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。

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。

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。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 (略)

### 2 各医療機能と連携

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。

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。

(1) ～ (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。

- ・ 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

隔診療を用いた補助を含む。)

- ・ 適応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・アクチペータ（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く実施を含む。）
- ・ 適応のある脳卒中症例に対し、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
- ・ 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、装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
- ・ 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
- ・ 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

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】

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

こと

- ・ 適応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・アクチペータ（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
- ・ 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、装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

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】

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"> <li>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</li> <li><u>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</u></li> </ul> <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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li><u>合併症発症時や脳卒中の再発時に、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</u></li> </ul> <p>③ (略)</p> <p><b>第3 (略)</b></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"> <li>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</li> </ul> <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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <p>③ (略)</p> <p><b>第3 (略)</b></p>
---	---

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針</b></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>としての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や、<u>疾患によって治療法や予後が大きく変わる。</u></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。</p> <p>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、疾患に応じた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、<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<sup>1</sup>。</u></p> <p><b>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</b></p> <p>1 急性心筋梗塞の現状</p> <p>(1) (略)</p>	<p style="text-align: center;"><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針</b></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。</p> <p>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><b>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</b></p> <p>1 急性心筋梗塞の現状</p> <p>(1) (略)</p>

<sup>1</sup> 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）

(2) 急性心筋梗塞の医療

① ～ ④ (略)

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

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。

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ぎつつ、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。

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あてられ、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。

⑥ 急性期以後の医療

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、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が、退院後も含めて継続的に行われる。

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。

2 大動脈解離の現状

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、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれる。

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るため、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。

(1) 大動脈解離の疫学

(2) 急性心筋梗塞の医療

① ～ ④ (略)

⑤ 心血管疾患リハビリテーション

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。

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ぎつつ、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。

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あてられている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

⑥ 急性期以後の医療

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、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）の管理が、退院後も含めて継続的に行われる。

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。

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<sup>6</sup>。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<sup>7</sup>。

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非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等には、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

<sup>6</sup> 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

<sup>7</sup> 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

等を含む、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<sup>8</sup>。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<sup>9</sup>。

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<sup>5</sup>。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<sup>6</sup>。

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

<sup>8</sup> 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

<sup>9</sup> 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

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、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。また、心不全の増悪要因によっては、PCI や外科的治療が必要となることもある。

③ (略)

④ 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

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・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

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。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

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にそ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。

(1) (略)

(2) 発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

① 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始

② 専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(3) ～ (4) (略)

2 各医療機能と連携

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。

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。

(1) (略)

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

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。

③ (略)

④ 心血管疾患リハビリテーション

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・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

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。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

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にそ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。

(1) (略)

(2) 発症後、速やかな専門的診療が可能な体制

① 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始

(3) ～ (4) (略)

2 各医療機能と連携

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。

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。

(1) (略)

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

- ・ 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
    - ・ 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
    - ・ 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) 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】
  - 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】

- ・ 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
    - ・ 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
    - ・ 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】

























































































































































