

厚生労働科学研究費補助金  
医療安全・医療技術評価総合研究事業  
「医療計画におけるPDC Aサイクルによる  
マネジメントに関する研究」

平成18年度～20年度  
総合研究報告書

平成21年(2009年)3月

主任研究者 尾形 裕也

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」

平成18年度～20年度 総合研究報告書

主任研究者 尾形 裕也

平成21（2009年）3月

## 目 次

- I. 厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
「医療計画におけるP D C Aサイクルによるマネジメントに関する研究」  
平成 18 年度 総括研究報告書 ..... 1~103
- II. 厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
「医療計画におけるP D C Aサイクルによるマネジメントに関する研究」  
平成 19 年度 総括研究報告書 ..... 1~323
- III. 厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業  
「医療計画におけるP D C Aサイクルによるマネジメントに関する研究」  
平成 20 年度 総括研究報告書 ..... 1~231

厚生労働科学研究費補助金  
医療安全・医療技術評価総合研究事業  
「医療計画におけるPDC Aサイクルによる  
マネジメントに関する研究」

平成18年度 総括研究報告書

平成19年（2007年）3月

主任研究者 尾形 裕也

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」

平成18年度 総括研究報告書

主任研究者 尾形 裕也

平成19（2007年）3月

## 目 次

第1章	はじめに（問題の所在と本研究の位置付け）	3
第2章	本研究のアプローチの方法	9
第3章	医療計画作成・管理マニュアル素案（第1次案）	13
第1節	医療計画作成マニュアル	14
第2節	医療計画管理マニュアル	35
第4章	医療計画と他の諸計画との関係	45
第1節	他の諸計画との法的関係	45
第2節	各計画との整合性等	46
第5章	臨床指標等指標についての考え方	51
第1節	医療計画における指標活用の意義	51
第2節	医療の質の評価	52
第3節	当道府県における地域医療提供体制の評価	54
第4節	地域の保健医療提供体制に関する現状把握（医療機関データ）	54
第5節	各事業における指標案	55
第6章	諸外国の状況	71
第1節	アメリカ	71
第2節	イギリス	85
第3節	フランス	95
第7章	今後の課題	101



第1章 はじめに（問題の所在と本研究の位置付け）

---

## 第1章 はじめに（問題の所在と本研究の位置付け）

平成18（2006）年に実現した医療制度改革の内容については、さまざまな評価がありうるが、制度改革の規模が近年にない大規模なものであったということは間違いない。わが国の医療制度をめぐっては、1961年のいわゆる国民皆保険体制の確立以後、1980年代を通じて大きな改革が相次いだ（表1-1参照）。老人保健制度や退職者医療制度の創設、医療計画の導入をはじめ、現在の医療制度の骨格はこの10年間に整備されてきたと言っても過言ではない。

これに対して、1990年代は、医療本体についてはあまり大きな改革は行われていない。むしろ90年代における医療政策の議論は、少子・高齢社会における介護問題、とりわけ新たな介護保険制度の創設問題に集約化された感があった。ようやく1997年に至って、健康保険法等の一部改正が行われ、それに伴い、医療制度の「抜本改革」が議論されるようになった。しかしながら、80年代のようにほとんど2年ごとに大きな改革が実施された時代と比べると、その後の改革への歩みは遅々としたものであったと言わざるを得ない（注1）。

<表1-1> 皆保険以後の主要な医療制度改革の動向

1961年	国民皆保険、皆年金体制確立
1973年	「福祉元年」（老人医療費無料化、健保家族給付率引上げ等）
1982年	老人保健制度創設（定額一部負担、拠出金制度、保健事業等）
1984年	健保法等改正（退職者医療制度創設、健保本人1割負担導入等）
1985年	第1次医療法改正（医療計画の導入等）
1987年	老人保健法改正（按分率100%、老人保健施設創設等）
1988年	国民健康保険法改正（保険基盤安定制度、地域医療費適正化対策等）
1997年	健保法等改正（健保本人2割負担、薬剤一部負担導入等）
2000年	介護保険制度創設 健保法等改正（老人上限付き1割負担導入、第4次医療法改正等）
2002年	健保法等改正（健保本人3割負担、老人保健制度見直し等）
2006年	医療制度構造改革（高齢者医療制度、医療計画見直し等）

その後、介護保険制度の創設とあわせ、2000年に予定されていた医療制度の「抜本改革」は、第4次医療法改正等の一部実現した部分を除いて、ほぼ「挫折」したとされている（注2）。2001年4月には小泉首相が登場し、「聖域なき構造改革」路線が打ち出された。そして、医療はその重要なターゲット分野の1つとして位置付けられた。

2002年には、老人保健制度の一部手直しと、いわゆる「三方一両損」改革を内容とする医療制度改革が実現を見ている。2002年改革は、2000年改革に比べ、現実的な内容の改革であったといえる。たとえば、2000年に失敗した新たな高齢者医療制度の創設については、2002年改革ではひとまず「棚上げ」し、現行の老人保健制度の一部手直しという形で決着が図られた（注3）。また、患者、医療提供側、（被）保険者という関係者（ステークホルダー）それぞれが少しずつ「損」をするという「三方一両損」の改革も、利害が対立する関係者の間で合意を形成するための巧妙な政治的手法であったといえるだろう。そのことが、2000年改革が「挫折」したのに対し、2002年改革が曲がりなりにも「成功」した大きな要因であったと考えられる。しかしながら、一方で「現実的」な改革であるということは、同時に2002年改革を「暫定的」な性格のものとしている面があったことも否めない。結局、2002年改革では、長期的にわが国の医療制度が安定化するということにはならず、もう一段の改革が必要であるということになった。

2006年改革は、このようなコンテキストの中で登場してきたものである。すなわち、1997年の「抜本改革」案の公表以来、ほぼ10年を経て、ようやく中長期的に「持続可能」な医療制度の構築を目指した「構造改革」が実現したわけである。2006年改革は、大づかみに言えば、高齢者医療制度の創設等を中心とした健康保険法等の一部改正と、いわゆる第5次医療法改正とからなっている。そして、後者において、医療計画に関し、1985年の制度創設以来はじめての本格的な見直しが行われた。

医療計画は、もともと地域の医療提供体制に関する重要な医療政策上のツールであったが、その全体的な位置付けや他の諸計画との関係はこれまで必ずしも明らかではなかった。2006年の第5次医療法改正において、厚生労働大臣は、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本方針」（以下「基本方針」という）を定めるものとされた。今後、医療計画はこの基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて都道府県が定めることになる。これによって、医療法—基本方針—医療計画という地域の医療提供体制の確保に関する全体的な政策ツールの体系が整備されたといえる。また、後述するように、医療費適正化計画をはじめとする他の諸計画との関係についても法令上一定の整理が行われている。

2006年の医療制度改革においては、全体として医療政策における都道府県の役割が重視されていることが注目される。医療が有する地域性という特色に鑑み、全国画一ではなく、地域の特色や実態を踏まえた対応が図れるよう、都道府県に権限と責任を賦与する方向での諸改革が実現を見ている。医療計画の他にも、都道府県は医療費適正化計画を策定し、その目標達成等のため必要がある場合には、都道府県単位の特例的な診療報酬を設定できることとなった。また、保険者も基本的には都道府県単位で再編・統合していこうという方向性が打ち出されている。そこには、医療サービスに対する需要及び供給を、都道府県という地域を単位として突合（マッチング）させることによって、

質の高い医療サービスを効率的、効果的に提供していこうという基本的な考え方があるものと思われる。

こうした都道府県の役割を重視する姿勢は、医療計画の見直しにおいても貫かれている。都道府県は、地域の関係者による協議を経て、医療連携体制が構築されるよう配慮するとともに、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることが確保され、医療提供施設や居宅等において提供される保健医療サービス等との連携が確保されるよう配慮しなければならないこととされている。いわゆる「医療機関で完結するサービス」から「地域で完結するサービス」、「入院から在宅まで切れ目のないサービス」提供への移行である。こうした地域における医療機関の機能分化と連携の体制づくりに対して、都道府県が積極的な役割を担うことが期待されている。また、都道府県がこうした役割を適切に果たすため、市町村、保険者、医療機関等に対し、医療機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができることとなった。

一方、都道府県が本当にこうした新たな役割を十分果たしていけるかどうかについては疑問の声もある。人材の問題、知見の蓄積の問題、予算的な制約等、課題は多い。本研究においては、こうした新たな医療計画について、都道府県が適切に PDCA サイクルを回せるよう、具体的な課題と解決策を提示するとともに、都道府県において医療政策を担う人材を育成する教育プログラムを開発し、実際に専門職大学院等において人材育成を行うことを目的としている。本年度は3年間の研究計画の1年目であり、全体的な問題の整理と今後の研究の展開の基礎となる研究を行っている。

#### <注>

(注1) その結果、同じく医療保険制度改革を迫られていたドイツなどが1990年代に「構造改革」を実現したことと比べると、ほぼ「10年遅れの改革」であるといえる。

(注2) 2000年改革以降の動向についてくわしくは、尾形〔2006〕を参照。

(注3) 2002年の老人保健制度の見直しは、5年かけて老人保健制度の対象年齢を5歳引上げ75歳にするとともに、公費の負担割合を3割から5割に引き上げるといふ、「重点化」を主たる内容とするものであった。2006年改革における後期高齢者医療制度は、基本的にこの重点化された老人保健制度の枠組を継承するものとなっている。

#### <参考文献>

尾形裕也〔2006〕「2006年医療制度改革及び2005年介護制度改革」

TKC 全国会医業・会計システム研究会編著『改訂新版病医院の経営・会計・税務』

TKC 出版 所収



## 第2章 本研究のアプローチの方法

---

## 第2章 本研究のアプローチの方法

本研究の全体的な研究スケジュールは、表2-1に示したとおりである。

本年度は、3年計画の1年目として、全般的な基礎研究を行うとともに、福岡県及び千葉県と連携しつつ、「医療計画作成・管理マニュアル」案（1次案）を作成している。その際、都道府県の担当職員の意見等を聴取しながら、できる限り現場で使いやすい実践的なマニュアル案を作成することを心がけている。

そして、2年度目においては、このマニュアル案を実地に用いて、福岡県、千葉県における模擬的な医療計画を策定する。これはもちろんあくまでも一義的には研究上の模擬的な計画であるが、それぞれの県における実際の医療計画に活用できる部分については活用してもらうことを念頭においた実践的な内容を目指している。そして、この模擬医療計画策定のプロセスを通じて明らかになった問題点や課題を盛り込む形でマニュアル案の改善を図ることとしている。さらに、都道府県における医療計画に関するPDCAサイクルを回していく場合の最大の課題である人材育成の問題に関して、専門職大学院における教育カリキュラムの見直しを含め、人材育成プログラム案の検討に入る。

最終年度である3年目においては、上記マニュアルを完成するとともに、具体的な人材育成プログラムを開発し、専門職大学院及び都道府県において実施する。そしてその評価を行い、最終報告書を取りまとめることとしている。

<表2-1>本研究のスケジュール

(平成18年度)・医療計画全般に関する基本的な調査研究を実施
・福岡県、千葉県と連携し、医療計画作成・管理マニュアル案（仮称）を作成
(平成19年度)・福岡県、千葉県における模擬医療計画を策定
・医療計画作成・管理マニュアル案の改善
・医療政策担当人材育成プログラム案の検討
(平成20年度)・医療計画作成・管理マニュアルの完成
・医療政策担当人材育成プログラムの開発、実施
・最終報告書の取りまとめ

本研究は、全体として、きわめて実践的志向の強い研究内容となっている。医療計画のような医療政策上重要な位置付けを担わされている政策ツールについて、これまでそのPDCAサイクルが、研究の場においても実務の場においてもきちんと意識的に研究

されてこなかったということはやはり問題であろう。一般の企業経営やプロジェクト等の実施において、PDCA サイクルをきちんと回すということは基本中の基本である。

本研究においては、こうした点を踏まえ、大学における研究者、社会人院生、都道府県の政策担当者、さらには地域における医療サービスの提供者や保険者等を含む実務家を幅広くカバーする研究体制をとり、この問題にアプローチしようとしている。医療計画はもはや一部の専門家や政策担当者だけの狭いサークル内で検討されるべき性質のものではない。わが国が迎えている未曾有の少子・高齢社会において、医療計画の策定は、地域における最優先の政策課題の1つとして、幅広く英知を結集して取り組むべき重要問題であると考えられる。その際、特に実際の地域における（模擬）医療計画を作成したり、人材育成プログラムを開発し、これを実際に活用してみることを通じて、常に「現場」の問題や課題を拾い上げ、臨場感ないしリアリティのある研究内容を目指すことが重要である。

また、今回の医療計画の見直しは、情報開示を通じた患者や住民の選択の推進、医療の質の重視、evidence に基づいた（臨床）指標の重視、地域における医療機能の分担と連携等、世界的な医療制度改革の動向とも基本的に歩調が合ったものとなっている

（注1）。本研究においては、この分野における国際的な動向もにらみつつ、わが国に適用できる問題や参考になる事例等についても幅広くカバーすることとしている。

Think Globally, Act Locally というのが、地球環境問題やひと頃の WHO の活動における標語であったが、本研究においても基本的にできる限りこうしたアプローチをとることとしたいと考えている。

#### <注>

（注1）医療計画の見直し等に関する検討会 WG [2004]、OECD [2004] 等を参照。

#### <参考文献>

医療計画の見直し等に関する検討会 WG 報告書 [2004] 厚生労働省

OECD [2004] *Towards High-Performing Health Systems* 邦訳・阿萬哲也訳  
『世界の医療制度改革』（2005）明石書店



### 第3章 医療計画作成・管理マニュアル素案（第1次案）

---

### 第3章 医療計画作成・管理マニュアル素案（第1次案）

以下で示す「医療計画作成・管理マニュアル素案（第1次案）」は、厚生労働省が2006年2月に示した「医療計画作成ガイドライン」及び「モデル医療計画」を踏まえつつ、実際に医療計画の策定に当たる都道府県の現場において、より実践的な作成指針や参考資料として使用しやすい内容を盛り込んだものである。具体的なイメージとしては、計画策定担当者となった者が、新計画を策定する場合若しくは計画の見直しを行う場合に参照できる実務的なマニュアル案として作成している。

一般に期間の固定された都道府県の行政計画において、計画担当者は、計画策定時から次回策定時までの策定期間毎に策定事務における諸作業を繰り返すことになる。計画策定（見直しを含む）にあたっては、策定準備として旧計画の見直しに関する調査等、膨大な事務を伴う。さらに策定段階及び毎年の進捗管理を行う上で発生し、計画期間内に蓄積された課題に対する対応を新計画に適切に反映していくことが期待される。

しかしながら、計画期間5年というような長期計画の事務にあつては、当該計画期間内における課題の把握もさることながら、計画策定・管理のノウハウが行政組織及び職員間において適切に継承されなければ、計画が長期にわたって有効に機能することはできない。その場合、一般的な行政組織における職員の2、3年毎の人事異動のシステムによって、当該計画の策定から次回計画の策定準備に至る（少なくとも5年以上にわたる）全過程を経験できる職員がほとんどいないということが最大の問題である。

医療計画もその例外ではない。都道府県の担当者は、5年サイクルで医療計画の策定準備、策定、さらに策定した計画の管理を行うこととなるが、人事サイクルは一般にこうした計画の流れとは無関係に動いている。その結果、医療計画の策定期間は確定しているにも関わらず、毎回経験のない担当職員が基本的な法令や通知の確認から、前回の計画策定経緯の確認など、煩雑な策定準備事務を行う中で非効率な作業を繰り返す傾向にあることは否めない。

このような事態に対応するためには、基本的には当該分野について高度の専門性を有する職員の養成やそうした職員の処遇等、人事政策上の配慮を行う必要があるものと思われる。しかしながら、現実には、一般行政職員についてジェネラリスト志向が強いわが国の行政機関においては、そうした対応にも限界がある。やはりある程度職員の異動を前提とした計画策定に係る知見やノウハウの組織的な継承の仕組みが必要であろう。マニュアルは、そうした場合の有力なツールたりうる。以下の医療計画作成・管理マニュアル素案は、そうした組織的な対応の1つの試みとして提案するものである。

前半の「医療計画作成マニュアル」においては、計画作成に関する法令的根拠及び手続きを明確化するとともに、二次医療圏、基準病床数、指標、政策決定等についての基本的な考え方を示した。特に計画策定にあたって必須となる資料及び今回の新たな医療計画の策定のために参考となる資料等の出典先を整理している。

後半の「医療計画管理マニュアル」においては、計画策定後における、いわゆるPDCAサイクルによる進捗管理の手法を例示するとともに、旧計画策定時からの大規模な変化（市町村合併等）により計画変更の必要性が生じた場合の計画見直しの手続き等を示している。

## 第1節 医療計画作成マニュアル

### 1. 医療計画の法的位置付け

医療計画については、いわゆる第一次医療法改正（1985年）において、二次医療圏及び必要病床数が設定され、地域における医療提供体制の体系的整備のためのツールとして位置付けられた。その後、第二次医療法改正（1992年）において特定機能病院及び療養型病床群の区分が導入され、医療施設の体系化に向けた第一歩が踏み出された。さらに、第三次医療法改正（1997年）において、従来の総合病院制度が廃止され、それに代わって地域における医療の機能分化と連携の核となるべき地域医療支援病院制度が新たに導入された。また、介護保険制度の創設にあわせ、有床診療所においても療養型病床群の設置が認められることとなった。そして第四次医療法改正（2000年）において、一般病床と療養病床の区分が導入され、現行の5種類（一般、療養、結核、感染症、精神）の病床区分となっている。

今般の第五次医療法改正においては、医療計画についても制度発足以来、初めての抜本的な見直しが行われた。そのポイントは、これまでの病床規制のような医療施設を単に量的に規制する計画から、患者や住民の視点に立った、地域における医療提供のあり方全般に関わる計画へと脱皮を図ることにある。今回の改正は、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」として、「健康保険法等の一部を改正する法律」とともに、2006年6月に医療制度改革関連法として同時に法改正が行われたものである。

厚生労働省資料（同省ホームページ）によれば、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」における構成は、Ⅰ患者等への医療に関する情報提供の推進、Ⅱ医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、Ⅲ地域や診療科による医師不足問題への対応、Ⅳ医療安全の確保、Ⅴ医療従事者の資質の向上、Ⅵ医療法人制度改革、Ⅶその他となっており、これらを通して国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するとしている。

以下、法令に従って、医療計画に関する主要条文等を列挙し、簡潔な補足説明を行う。

医療計画に定める事項

- ア 第30条の4第2項第1号  
都道府県において達成すべき第四号及び第五号の事業の目標に関する事項
- イ 第30条の4第2項第2号  
第四号及び第五号の事業に係る医療連携体制(医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。)に関する事項
- ウ 第30条の4第2項第3号  
医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- エ 第30条の4第2項第4号 (注:ア、イに関して再掲)  
生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項
- ウ 第30条の4第2項第5号 (注:ア、イに関して再掲)  
次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)
  - ウー1 第30条の4第2項第5号イ 救急医療
  - ウー2 第30条の4第2項第5号ロ 災害時における医療
  - ウー3 第30条の4第2項第5号ハ へき地の医療
  - ウー4 第30条の4第2項第5号ニ 周産期医療
  - ウー5 第30条の4第2項第5号ホ 小児医療(小児救急医療含む。)
  - ウー6 第30条の4第2項第5号ヘ イからホまでに掲げるもののほか、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に照らして特に必要と認める医療
- エ 第30条の4第2項第6号  
居宅等における医療の確保に関する事項
- オ 第30条の4第2項第7号  
医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項
- カ 第30条の4第2項第8号  
医療の安全に関する事項

- キ 第 30 条の 4 第 2 項第 9 号  
地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- ク 第 30 条の 4 第 2 項第 10 号 (注：二次医療圏の記載)  
主として病院の病床(次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。)及び診療所の病床の整備を図るべき地域単位として区分する区域の設定に関する事項
- ケ 第 30 条の 4 第 2 項第 11 号 (注：三次医療圏の記載)  
二以上の前号に規定する区域であって、主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であって当該医療に係るものの整備を図るべき地域単位としての区域の設定に関する事項
- コ 第 30 条の 4 第 2 項第 12 号 (注：基準病床の記載)  
療養病床及び一般病床に係る基準病床数、精神病床に係る基準病床数、感染症病床に係る基準病床数並びに結核病床に係る基準病床数に関する事項
- サ 第 30 条の 4 第 2 項第 13 号  
前各号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項

以上が法令で定める事項とされている。通常、二次医療圏は既に決定されているが、市町村合併等により変更する場合もある。その場合は、基準病床数を再計算のうえ、新たな二次医療圏での基準病床数を決定する必要がある。

## 1. 二次医療圏の設定

特殊な医療を除く一般の医療需要で主として病院における入院医療を提供する体制の確保を図る区域として、地理的条件及び日常生活や交通事情など社会的条件を考慮し決定する必要がある。また、行政区域や介護保険事業支援計画で定める区域との整合性を図ることが望ましい。さらに、当該地域医療における拠点となる病院が存在することが望ましい。

平成 16 年度現在、全国では 358 の二次医療圏が設定されている。

## 2. 基準病床数の計算方法

- 1 療養病床及び一般病床の基準病床数は、次の算定式により算定した療養病床、一般病床それぞれの数に、基準病床数の加算部分(流出超過加算数)を加えた数の合計数とし、二次保健医療圏ごとに算出する。

ア 療養病床の算定式  $(\Sigma A1B1 - G + C1 - D1) / E1$

- A1 : 当該区域の性別及び年齢階級別人口 (5歳毎)  
B1 : 当該区域の性別及び年齢階級別の入院・入所需要率 (5歳毎等)  
C1 : 他区域からの療養病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数  
D1 : 他区域への療養病床における流出入院患者数の範囲内で知事の定める数  
E1 : 病床利用率  
G : 介護施設等に対応可能な数

ただし、各二次保健医療圏ごとに算定した数の県合計数は、二次保健医療圏ごとの  $(\Sigma A1B1 - G) / E1$  の県合計数を超えることはできない。

イ 一般病床の算定式  $(\Sigma A1B2 \times F1 + C2 - D2) / E2$

- A1 : 当該区域の性別及び年齢階級別人口 (5歳毎)  
B2 : 当該区域の性別及び年齢階級別退院率 (5歳毎)  
C2 : 他区域からの一般病床における流入入院患者数の範囲内で知事が定める数  
D2 : 他区域への一般病床における流出入院患者数の範囲内で知事の定める数  
E2 : 病床利用率  
F1 : 平均在院日数

ただし、各二次保健医療圏ごとに算定した数の県合計数は、二次保健医療圏ごとの  $(\Sigma A1B2 \times F1) / E2$  の県合計数を超えることはできない。

ウ 基準病床数の加算部分 (流出超過加算数)

県外への流出入院患者数が県内への流入入院患者数よりも多い場合、流出入院患者数と流入入院患者数の差の  $1/3$  の範囲内で加算することができる。

- 注1 「性別及び年齢階級別人口」は、各都道府県の「年齢別・町丁字別人口」を利用。
- 注2 「性別及び年齢階級別の入院・入所需要率」、「病床利用率」、「性別及び年齢階級別退院率」及び「平均在院日数」は、「医療法第30条の3第2項第3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」(最終改正平成17年11月29日厚生労働省告示第496号)で定められたもの。
- 注3 各区域の「流入・流出入院患者数」は、平成7年9月29日付け厚生省健康政策局計画課医療計画推進指導官内かんで示された算定方法により、厚生労働省「平成14年患者調査」及び「平成16年病院報告」から算定。
- 注4 「介護施設等に対応可能な数」は、平成17年4月1日現在の介護老人保健施設及び指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の定員数。

- 2 精神病床の基準病床数は、次の算定式により算定した、入院期間1年未満群、入院期間1年群それぞれにかかる数に、基準病床数の加算部分（流出超過加算数）を加えた数の合計数とし、都道府県の区域ごとに算出する。

$$\text{ア 1年未満群の算定式} \quad (\Sigma A 2 B 3 + C 3 - D 3) \times F 2 / E 3$$

- A 2 : 当該都道府県の年齢階級別人口 (4区分)  
 B 3 : 当該都道府県の年齢階級別新規入院率 (4区分)  
 C 3 : 他都道府県からの精神病床における流入入院患者数  
 D 3 : 他都道府県への精神病床における流出入院患者数  
 E 3 : 病床利用率  
 F 2 : 平均残存率

$$\text{イ 1年以上群の算定式} \quad (\Sigma I (1 - J) + K - L) / E 4$$

- I : 当該都道府県の入院期間1年以上の年齢階級別患者数 (4区分)  
 J : 当該区域の性別及び年齢階級別退院率 (4区分)  
 K : 当該年において入院期間が1年に達した入院患者数  
 L : 長期入院患者退院目標数  
 E 4 : 病床利用率

ウ 基準病床数の加算部分

県内に所在する病院の入院患者のうち、県内に住所を有する者の数が  $\Sigma A 2 B 4$  より少ない場合、流出入院患者数を病床利用率で除した数の  $1/3$  の範囲内で加算することができます。

- A 2 : 当該都道府県の年齢階級別人口 (4区分)  
 B 4 : 当該都道府県の年齢階級別入院率 (4区分)  
 注1 「年齢階級別人口」は、平成17年4月1日現在の「千葉県年齢別・町丁目別人口」(総合企画部統計課)による。  
 注2 「年齢階級別新規入院率」、「年齢階級別入院率」、「病床利用率」、「平均残存率」及び「年齢階級別退院率」は、「医療法第30条の3第2項第3号に規定する精神病床に係る基準病床数の算定に使用する数値等」(平成18年3月28日厚生労働省告示第161号)で定められたもの。  
 注3 「他都道府県からの流入入院患者数」、「他都道府県への流出入院患者数」は、「平成14年患者調査」から推計。

- 3 結核病床の基準病床数は、結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るために必要なものとして知事が都道府県の区域ごとに定める数。