

医政地発 0413 第 1 号
令和 2 年 4 月 13 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

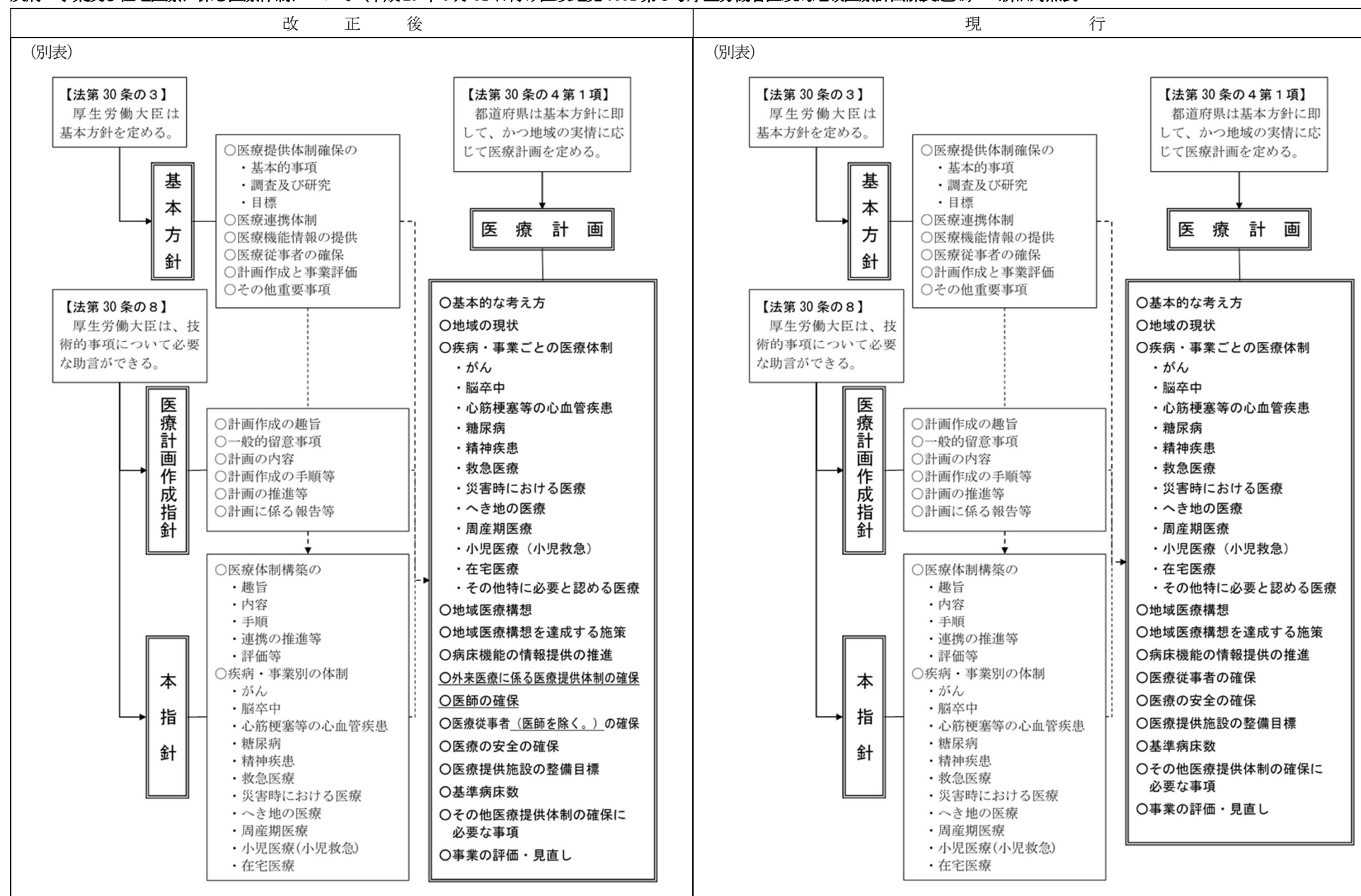
厚生労働省医政局地域医療計画課長
(公 印 省 略)

「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、本年 3 月 2 日の「医療計画の見直し等に関する検討会」による「第 7 次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」（別紙 1）等を踏まえ、課長通知の一部を別紙 2 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。

なお、第 7 次医療計画の中間見直しの時期については、今般の新型コロナウイルス感染症の国内における感染状況等を考慮し、別途通知することとする。

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



(別紙)

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

- 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

がんの医療体制構築に係る指針 (P10)

- 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

脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P19)

- 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

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P29)

- 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

糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P41)

- 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

精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P49)

- 第1 精神疾患の現状
- 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

(別紙)

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

- 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

がんの医療体制構築に係る指針 (P10)

- 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

脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)

- 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

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)

- 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

糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P40)

- 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

精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P48)

- 第1 精神疾患の現状
- 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

救急医療の体制構築に係る指針(P69) 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(P83) 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(P94) 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(P104) 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(P125) 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(P138) 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	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
--	--

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) 第1 ～ 第2 (略) 第3 手順 (略) 1 情報の収集 都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。 医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、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を客観的に把握する。 なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書及び厚生労働科学研究「<u>持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究</u>」研究報告書を参考とすること。 また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。 (1) 人口動態統計 (2) 国民生活基礎調査 (3) 患者調査 (4) 国民健康・栄養調査 (5) 衛生行政報告例 (6) 介護保険事業状況報告調査 (7) 病床機能報告 (8) レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB） (9) 診断群分類（DPC）データ (10) 医療施設調査 (11) 病院報告	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) 第1 ～ 第2 (略) 第3 手順 (略) 1 情報の収集 都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。 医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与と考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、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を客観的に把握する。 なお、重点指標及び参考指標については、平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書及び平成28年度厚生労働科学研究「<u>精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究</u>」研究報告書を参考とすること。 また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。 (1) 人口動態統計 (2) 国民生活基礎調査 (3) 患者調査 (4) 国民健康・栄養調査 (5) 衛生行政報告例 (6) 介護保険事業状況報告調査 (7) 病床機能報告 (8) レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB） (9) 診断群分類（DPC）データ (10) 医療施設調査 (11) 病院報告

(12) 医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）

(13) 地域保健・健康増進事業報告

(14) 介護サービス施設・事業所調査

(15) 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）

国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組を支援するため、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。

都道府県においても、地域の実情に応じて独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告することを願います。

2 ～ 5 （略）

第4 ～ 第5 （略）

(12) 医師・歯科医師・薬剤師調査

(13) 地域保健・健康増進事業報告

(14) 介護サービス施設・事業所調査

(15) 介護給付費実態調査

国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組を支援するため、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。

都道府県においても、地域の実情に応じて独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告することを願います。

2 ～ 5 （略）

第4 ～ 第5 （略）

改正後	現行
がんの医療体制構築に係る指針 がん検診等でがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、まず精密検査等が実施される。 そして、がんの確定診断等が行われた場合、更に詳細な検査により、がんの進行度の把握や治療方針の決定が行われる。 がんの治療は、がん診療連携拠点病院（以下「がん拠点病院」という。）やその他のがん診療に係る医療機関において、個々のがんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法（本指針では薬物療法等を含むものとする。）又はこれらを組み合わせた集学的治療等が実施される。 同時に、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、患者とその家族への緩和ケアが必要である。 その後も再発予防のための術後補助化学療法や再発の早期発見のための定期的かつ専門的検査等、長期の管理が必要となる。 このようにがん患者に必要とされる医療は患者の状態やがんの種類・病期等によって異なるため、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、継続して実施されることが必要である。 また、がん対策について政府は、「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）に基づき「がん対策推進基本計画」（平成30年3月閣議決定）を策定し、都道府県は、これを基本とし、各都道府県におけるがん医療の現状等を踏まえて、「都道府県がん対策推進計画」を策定し、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図っている。 本指針は、がん対策推進基本計画のうち医療計画に反映すべき事項等について、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。 具体的には、「第1 がんの現状」でがんの発症・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。 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・分析するとともに、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。	がんの医療体制構築に係る指針 がん検診等でがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、まず精密検査等が実施される。 そして、がんの確定診断等が行われた場合、更に詳細な検査により、がんの進行度の把握や治療方針の決定が行われる。 がんの治療は、がん診療連携拠点病院（以下「がん拠点病院」という。）やその他のがん診療に係る医療機関において、個々のがんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法（本指針では薬物療法等を含むものとする。）又はこれらを組み合わせた集学的治療等が実施される。 同時に、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、患者とその家族への緩和ケアが必要である。 その後も再発予防のための術後補助化学療法や再発の早期発見のための定期的かつ専門的検査等、長期の管理が必要となる。 このようにがん患者に必要とされる医療は患者の状態やがんの種類・病期等によって異なるため、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、継続して実施されることが必要である。 また、がん対策について政府は、「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）に基づき「がん対策推進基本計画」（平成24年6月閣議決定）を策定し、都道府県は、これを基本とし、各都道府県におけるがん医療の現状等を踏まえて、「都道府県がん対策推進計画」を策定し、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図っている。 本指針は、がん対策推進基本計画のうち医療計画に反映すべき事項等について、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。<u>なお、がん対策推進基本計画は現在、がん対策推進協議会において、見直しの議論を行っており、平成29年度に第3期がん対策推進基本計画が、閣議決定される予定であることに留意すること。</u> 具体的には、「第1 がんの現状」でがんの発症・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。 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・分析するとともに、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。

第1 がんの現状 1 (略) 2 がんの予防、がんの早期発見 (1) (略) (2) がんの早期発見 がんの早期発見のために、胃がんでは胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、乳がんではマンモグラフィ検査、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われている。 これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらにCT・MRI検査等の精密検査が実施される。 3 がんの医療 (1) ～ (4) (略) (5) <u>小児・AYA世代（思春期世代と若年成人世代）のがん</u> <u>小児がん及びAYA世代のがんは、多種多様ながん種を多く含み、特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が求められている。小児がん患者とその家族が適切な医療や支援を受けられるように、小児がん拠点病院及び小児がん連携病院を中心とした地域のネットワークによる診療体制が構築されている。</u> (6) <u>がんゲノム医療</u> <u>ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を国とともに段階的に構築し、患者・家族の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備が求められている。また、がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備が求められている。がんゲノム医療提供体制として令和2年1月1日時点で、がんゲノム医療中核拠点病院が11施設、がんゲノム医療拠点病院が34施設、がんゲノム医療連携病院が161施設整備されている。</u>	第1 がんの現状 1 (略) 2 がんの予防、がんの早期発見 (1) (略) (2) がんの早期発見 がんの早期発見のために、胃がんでは胃エックス線検査又は胃内視鏡検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、乳がんではマンモグラフィ検査、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われている。 これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらにCT・MRI検査等の精密検査が実施される。 3 がんの医療 (1) ～ (4) (略)
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	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、がんの医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)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) がんを予防する機能【予防】 ① （略） ② 関係者に求められる事項 (医療機関) ・ がんに係る精密検査を実施すること ・ 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること ・ <u>都道府県や市町村等が実施するたばこ対策に積極的に協力すること</u> (行政) ・ 市町村（特別区を含む。以下同じ。）はがん検診を実施すること ・ 地域がん登録、全国がん登録及び院内がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること ・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること ・ 都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協会の一層の活用を図る等により、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること ・ 都道府県は市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること ・ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと ・ 感染に起因するがん対策を推進すること (2) がん診療機能【治療】 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することが求められる。 ・ 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること ・ 病理診断や画像診断等が実施可能であること ・ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること ・ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること	前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、がんの医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)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) がんを予防する機能【予防】 ① （略） ② 関係者に求められる事項 (医療機関) ・ がんに係る精密検査を実施すること ・ 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること ・ <u>敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと</u> (行政) ・ 市町村（特別区を含む。以下同じ。）はがん検診を実施すること ・ 地域がん登録、全国がん登録及び院内がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること ・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること ・ 都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協会の一層の活用を図る等により、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること ・ 都道府県は市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること ・ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと ・ 感染に起因するがん対策を推進すること (2) がん診療機能【治療】 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することが求められる。 ・ 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること ・ 病理診断や画像診断等が実施可能であること ・ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること ・ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること
--	--

さらに、がん拠点病院としては以下の対応が求められる。なお、詳細については、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成30年7月31日付け健発0731第1号厚生労働省健康局長通知）を参照すること。

- ・ 患者の状態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアが実施可能であること
- ・ がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がんセンターボードを設置し、月1回以上、開催すること
- ・ 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること
- ・ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
- ・ 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるよう周知すること
- ・ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること（緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること）
- ・ がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること
- ・ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること
- ・ 院内がん登録を実施すること

③ （略）

(3) （略）

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

さらに、がん拠点病院としては以下の対応が求められる。なお、詳細については、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日付け健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）を参照すること。また、平成29年度のがん対策推進基本計画策定後、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」において、がん拠点病院の指定要件に関する議論を予定しており、指定要件が改訂された場合には、新たな要件を参照すること。

- ・ 患者の状態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアが実施可能であること
- ・ がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がんセンターボードを設置し、月1回以上、開催すること
- ・ 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること
- ・ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
- ・ 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるよう周知すること
- ・ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること（緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること）
- ・ がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること
- ・ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること
- ・ 院内がん登録を実施すること

③ （略）

(3) （略）

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。 なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。 (1) (略) (2) 医療資源・連携等に関する情報 ① がん診療機能 - 手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況 - がん診療を専門的に行う医療従事者数 - 緩和ケアの実施状況 緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師 緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況 等 - 診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況 - 周術期口腔機能管理の取組状況 - 院内がん登録の実施状況 - 地域連携クリティカルパスの整備状況 - がん診療に関する情報提供の状況 パンフレットの配布、ホームページでの情報提供 等 - 相談支援センターの整備状況 相談員の研修状況 等 <u>小児がん拠点病院・小児がん連携病院の連携状況</u> <u>がんゲノム医療中核拠点病院等と都道府県内のがん診療を行う病院との連携状況</u> ② ～ ③ (略) (3) (略) 2 ～ 8 (略)	都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。 なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。 (1) (略) (2) 医療資源・連携等に関する情報 ① がん診療機能 - 手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況 - がん診療を専門的に行う医療従事者数 - 緩和ケアの実施状況 緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師 緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況 等 - 診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況 - 周術期口腔機能管理の取組状況 - 院内がん登録の実施状況 - 地域連携クリティカルパスの整備状況 - がん診療に関する情報提供の状況 パンフレットの配布、ホームページでの情報提供 等 - 相談支援センターの整備状況 相談員の研修状況 等 ② ～ ③ (略) (3) (略) 2 ～ 8 (略)
--	--

改 正 後	現 行
脳卒中の医療体制構築に係る指針 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。 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。 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。 なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。<u>また、平成30年12月に成立した、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき、令和2年1月に設置された循環器病対策推進協議会では、脳卒中及び心血管疾患の医療に係るサービスの提供を含めた対策についての議論が行われており、令和2年夏頃を目途に循環器病対策推進基本計画が策定される予定である。</u> 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。 第1 ～ 第3 （略）	脳卒中の医療体制構築に係る指針 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。 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。 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。 なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。 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。 第1 ～ 第3 （略）

改正後	現行
心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 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、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※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、疾患によって治療法や予後が大きく変わる。 また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。 心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、疾患に応じた医療を提供することが必要である。 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、大動脈解離、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。 なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。<u>また、平成30年12月に成立した、「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づき、令和2年1月に設置された循環器病対策推進協議会では、脳卒中及び心血管疾患の医療に係るサービスの提供を含めた対策についての議論が行われており、令和2年夏頃を目途に循環器病対策推進基本計画が策定される予定である。</u> 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。 ※ 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。 第1 ～ 第3 （略）	心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 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、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※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、疾患によって治療法や予後が大きく変わる。 また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。 心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、疾患に応じた医療を提供することが必要である。 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、大動脈解離、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。 なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」がとりまとめられている。 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。 ※ 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。 第1 ～ 第3 （略）

改正後	現行
糖尿病の医療体制構築に係る指針 糖尿病は、様々な遺伝素因に種々の環境因子が作用して発症する。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての患者教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には薬物療法まで含めた治療が行われる。 また、糖尿病は脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来すことが多い。 予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。 さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要である。 本指針では、「第1 糖尿病の現状」で糖尿病の発症・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。 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。 第1 糖尿病の現状 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群である。 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別される。 インスリン作用不足により高血糖がおこると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、その持続により合併症を発症する。糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症がある。 ① 急性合併症には、ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等がある。	糖尿病の医療体制構築に係る指針 糖尿病は、様々な遺伝素因に種々の環境因子が作用して発症する。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての患者教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には薬物療法まで含めた治療が行われる。 また、糖尿病は脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来すことが多い。 予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。 さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要である。 本指針では、「第1 糖尿病の現状」で糖尿病の発症・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。 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。 第1 糖尿病の現状 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群である。 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別される。 インスリン作用不足により高血糖がおこると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、その持続により合併症を発症する。糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症がある。 ① 急性合併症には、ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等がある。

② 慢性合併症は、全身のあらゆる臓器に起こるが、特に細小血管症に分類される糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害や、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞・狭心症、糖尿病性壊疽がある。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能である。合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要である。

糖尿病の医療は、1型糖尿病と2型糖尿病によって異なるが、適切な血糖コントロールを基本とした医療は共通であることから、本指針においては一括して記載することとする。

1 糖尿病の疫学

糖尿病が強く疑われる者は1,000万人であり、過去4年間で50万人増加している。

また、糖尿病の可能性が否定できない者は1,000万人である¹。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約329万人である²。

さらに、全糖尿病患者の11.8%が糖尿病性神経障害を、11.1%が糖尿病性腎症を、10.6%が糖尿病性網膜症を、0.7%が糖尿病性足病変を合併している³。新規の人工透析導入患者は、約4万人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である者は約1万6千人（42.3%）である⁴。

なお、年間約1万4千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めている⁵。

2 糖尿病の医療

糖尿病の診断、治療等に関する現状を参考として以下に示すが、詳細は日本糖尿病学会編によるガイドライン（「糖尿病診療ガイドライン2019」、「糖尿病治療ガイド2016-2017」）及び「糖尿病治療ガイド2018-2019」の要約版である日本糖尿病対策推進会議編『糖尿病治療のエッセンス2017』等の診療ガイドラインを参照されたい。

なお、以下、糖尿病における「診療ガイドライン」は上記を指すこととする。

(1) (略)

(2) 診断

② 慢性合併症は、全身のあらゆる臓器に起こるが、特に細小血管症に分類される糖尿病性網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害や、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞・狭心症、糖尿病性壊疽がある。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能である。合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要である。

糖尿病の医療は、1型糖尿病と2型糖尿病によって異なるが、適切な血糖コントロールを基本とした医療は共通であることから、本指針においては一括して記載することとする。

1 糖尿病の疫学

糖尿病が強く疑われる者は950万人であり、過去5年間で60万人増加している。

また、糖尿病の可能性が否定できない者は1,100万人である。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約317万人である。

さらに、全糖尿病患者の11.8%が糖尿病神経障害を、11.1%が糖尿病腎症を、10.6%が糖尿病性網膜症を、0.7%が糖尿病性足病変を合併している。新規の人工透析導入患者は、約3万7千人であり、そのうち、糖尿病腎症が原疾患である者は約1万6千人（43.7%）である。

なお、年間約1万3千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めている。

2 糖尿病の医療

糖尿病の診断、治療等に関する現状を参考として以下に示すが、詳細は日本糖尿病学会編によるガイドライン（「糖尿病診療ガイドライン2016」、「糖尿病治療ガイド2016-2017」）及び「糖尿病治療ガイド2016-2017」の要約版である日本糖尿病対策推進会議編『糖尿病治療のエッセンス2017』等の診療ガイドラインを参照されたい。

なお、以下、糖尿病における「診療ガイドライン」は上記を指すこととする。

(1) (略)

(2) 診断

¹ 厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成2428年）

² 厚生労働省「患者調査」（平成2629年）

³ 厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成19年）

⁴ (社)日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の実況現況」（平成2530年）

⁵ 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成2230年）

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要である。

初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要がある。

(3) (略)

(4) 合併症の治療

① 急性合併症

糖尿病ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖症候群といった糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療を実施する。

② 慢性合併症

内科、眼科等の診療科が連携し、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等の慢性合併症の早期発見に努める必要がある。慢性合併症の治療を行うに当たっては、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関等が連携する必要がある。

ア 糖尿病性網膜症の治療は、増殖前網膜症又は早期の増殖網膜症に進行した時点で、失明予防の観点から光凝固療法を実施する。硝子体出血及び網膜剥離は手術療法を実施する。

イ 糖尿病性腎症の治療は、血糖及び血圧のコントロールが主体であり、そのために食事療法や薬物療法を実施し、腎不全に至った場合は透析療法を実施する。

ウ 糖尿病性神経障害の治療は、血糖コントロールや生活習慣の改善が主体であり、薬物療法を実施することもある。

(脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照)

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 糖尿病の現状」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、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築する。

(1) (略)

(2) 血糖コントロール不良例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

人工透析を必要とする糖尿病腎症や失明の原因となる糖尿病網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要である。

初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要がある。

(3) (略)

(4) 合併症の治療

① 急性合併症

ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療を実施する。

② 慢性合併症

内科、眼科等の診療科が連携し、糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等の慢性合併症の早期発見に努める必要がある。慢性合併症の治療を行うに当たっては、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関等が連携する必要がある。

ア 糖尿病網膜症の治療は、増殖前網膜症又は早期の増殖網膜症に進行した時点で、失明予防の観点から光凝固療法を実施する。硝子体出血及び網膜剥離は手術療法を実施する。

イ 糖尿病腎症の治療は、血糖及び血圧のコントロールが主体であり、そのために食事療法や薬物療法を実施し、腎不全に至った場合は透析療法を実施する。

ウ 糖尿病神経障害の治療は、血糖コントロールや生活習慣の改善が主体であり、薬物療法を実施することもある。

(脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照)

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 糖尿病の現状」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、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築する。

(1) (略)

(2) 血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

① ～ ② (略) (3) (略) 2 各医療機能と連携 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。 都道府県は、各医療機能の内容（目標、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) 血糖コントロール不良例の治療を行う機能【専門治療】 ① ～ ③ (略) (3) (略) (4) 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】 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。 ・ 糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない） ・ 糖尿病性網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること ・ 糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること ・ 糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う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 ③ (略) (5) (略) 第3 構築の具体的な手順 1 現状の把握 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。	① ～ ② (略) (3) (略) 2 各医療機能と連携 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。 都道府県は、各医療機能の内容（目標、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) 血糖コントロール不可例の治療を行う機能【専門治療】 ① ～ ③ (略) (3) (略) (4) 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】 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。 ・ 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない） ・ 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること ・ 糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること ・ 糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う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 ③ (略) (5) (略) 第3 構築の具体的な手順 1 現状の把握 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。
--	---

さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。 なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。 (1) 患者動向に関する情報 ・ 年齢調整受療率（患者調査） ・ 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査） ・ 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査） ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査） ・ 退院患者平均在院日数（患者調査） ・ 健診を契機に受診した患者数 ・ 有病者数・有病率、予備群数 ・ 治療中断率（医師の判断によらないものに限る。） ・ 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症率 ・ 糖尿病による失明発症率 ・ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 ・ 年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）） (2) 医療資源・連携等に関する情報 ① （略） ② 血糖コントロール不良例等の治療を行う病院・診療所 ・ 検査、治療体制（人員・施設設備） ・ 糖尿病教室等患者教育の状況 ・ 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況） ・ 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況） ③ （略） (3) （略） 2 ～ 8 （略）	さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。 なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。 (1) 患者動向に関する情報 ・ 年齢調整受療率（患者調査） ・ 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査） ・ 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査） ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査） ・ 退院患者平均在院日数（患者調査） ・ 健診を契機に受診した患者数 ・ 有病者数・有病率、予備群数 ・ 治療中断率（医師の判断によらないものに限る。） ・ 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症率 ・ 糖尿病による失明発症率 ・ 糖尿病腎症による新規透析導入患者数 ・ 年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）） (2) 医療資源・連携等に関する情報 ① （略） ② 血糖コントロール不可例（HbA1c 8.4%以上）等の治療を行う病院・診療所 ・ 検査、治療体制（人員・施設設備） ・ 糖尿病教室等患者教育の状況 ・ 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況） ・ 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況） ③ （略） (3) （略） 2 ～ 8 （略）
---	--

改 正 後	現 行
精神疾患の医療体制の構築に係る指針 精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。 精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期の入院が必要となっている精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、 ① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。 ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、<u>令和2年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、令和5年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき基盤整備を推し進める必要がある。また、第6期障害福祉計画（令和3年度～令和5年度）において、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数（地域平均生活日数）が成果目標として検討されている。</u> さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成26年厚生労働省告示第65号）を踏まえて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに	精神疾患の医療体制の構築に係る指針 精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。 精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期の入院が必要となっている精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、 ① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。 ② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、<u>平成32年度末（第5期障害福祉計画の最終年度）、平成36年度末（2025年）の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき基盤整備を推し進める必要がある。</u> さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成26年厚生労働省告示第65号）を踏まえて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに

に、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、作業部会等を通じて、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

本指針では、「第1 精神疾患の現状」で多様な精神疾患等ごとの現状・課題を概観し、「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。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」に即して、地域の現状を把握・分析した上で、地域の実情に応じて圏域（精神医療圏）を設定し、その圏域ごとに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して、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を行えるようにする必要がある。

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成29年には推定患者数で419万人を超える水準となっている¹。そのうち、入院患者数は約30.2万人¹、外来患者数は約389.1万人¹であり、1年以上の長期入院患者数は約17.1万人である¹。我が国での調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている²。

自殺者数は、平成22年以降は9年連続の減少となっている。しかし、日本の自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が4割程度を占めている³。

精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

(1) 統合失調症

（患者動態）

平成29年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は79.2万人であり、うち入院患者数は15.4万人である¹。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、平成26年の精神病床における1年以上の長期入院患者数12.1万人の内、その6割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっている⁴。これにより1年以

に、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、作業部会等を通じて、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

本指針では、「第1 精神疾患の現状」で多様な精神疾患等ごとの現状・課題を概観し、「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。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」に即して、地域の現状を把握・分析した上で、地域の実情に応じて圏域（精神医療圏）を設定し、その圏域ごとに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して、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を行えるようにする必要がある。

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成26年には390万人を超える水準となっている。我が国での調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている。

自殺者数は、平成10年以降14年連続で3万人を超える水準であったが、24年に15年ぶりに3万人を下回り、以降4年連続で3万人を下回っている。しかし、日本の自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が4割程度を占めている。

精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

(1) 統合失調症

（患者動態）

平成26年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は77.3万人であり、うち入院患者数は16.6万人である。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は12.1万人である。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、その6割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっている。これにより1

¹ 厚生労働省「患者調査」（平成2629年）

² 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18年度）

³ 厚生労働省「自殺対策白書」（平成28令和元年）

⁴ 厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者 安西信雄）（平成25～27年度）、第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会（これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会）における安西信雄氏提出資料

上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待される。

(政策動向)

厚生労働省は、難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬や閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mECT）等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、平成26年度から平成29年度にかけて、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施した。大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県等が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連携・多施設連携を推進するために、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、令和5年度末までに、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法を各都道府県の圏域全体に普及することを目指して、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築する必要がある。計画の策定にあたっては、先行している諸外国の実績や、国内で先行している医療機関の実績を踏まえて、令和5年度末までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を25%～30%に普及することを目指して検討する必要がある。なお、それぞれの都道府県において

- ① 令和2年度末、令和5年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を設定
- ② 精神病床における基準病床数を設定する際に、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ていることに留意すること。

(2) うつ病・躁うつ病

(患者動態)

年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待される。

(政策動向)

厚生労働省は、平成26年度より難治性の重症な精神症状を有する患者が、どこに入院していても、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療を受けることのできる地域連携体制を構築するために、難治性精神疾患地域連携体制整備事業（モデル事業）を実施している。平成28年度は、大阪府、兵庫県、岡山県、沖縄県が参加し、治療抵抗性統合失調症治療薬導入数の増加など一定の実績をあげながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連携・多施設連携を推進するために、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、平成36年度末までに、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法を各都道府県の圏域全体に普及することを目指して、モデル事業の取組や千葉県の先行事例等を参考にしながら、それぞれの地域の実情を踏まえた地域連携体制を構築する必要がある。計画の策定にあたっては、先行している諸外国の実績や、国内で先行している医療機関の実績を踏まえて、平成36年度末までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を25%～30%に普及することを目指して検討する必要がある。なお、それぞれの都道府県において

- ① 平成32年度末、平成36年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を設定
- ② 精神病床における基準病床数を設定する際に、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ていることに留意すること。

(2) うつ病・躁うつ病

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は 127 万人（うち入院患者数 30 万人）¹であり、平成 11 年の総患者数の 44 万人（うち入院患者数 25 万人）⁵から増加している。

（政策動向）

厚生労働省は、平成 23 年度より、「認知行動療法研修事業」として、認知行動療法の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。また、平成 20 年度より「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、一般内科医等かかりつけ医を対象に研修を実施している。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、うつ病・躁うつ病の患者に認知行動療法や mECT が実施できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「認知行動療法研修事業」や「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を活用すること。

（3）認知症

（患者動態）

我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成 24 年で 462 万人と 65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い令和 7 年には、約 700 万人と約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれている⁶。なお、平成 29 年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 70.4 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人である¹。

（政策動向）

認知症施策を政府全体で強力に推進するため、令和元年 6 月 18 日、認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱（以下「大綱」という。）」がとりまとめられた。

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は 112 万人（うち入院患者数 29 万人）であり、平成 11 年の総患者数の 44 万人（うち入院患者数 25 万人）から増加している。

（政策動向）

厚生労働省は、平成 23 年度より、「認知行動療法研修事業」として、認知行動療法の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 23 年～27 年度における受講参加者は、4,156 名である。また、平成 20 年度より「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」として、うつ病患者の早期発見・早期治療を目的に、一般内科医等かかりつけ医を対象に研修を実施している。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、うつ病・躁うつ病に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

（3）認知症

（患者動態）

我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成 24（2012）年で 462 万人と 65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い平成 37（2025）年には、約 700 万人と約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれている。なお、平成 26 年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 67.8 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人である。このうち、精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は 3.0 万人である。

（政策動向）

厚生労働省は、平成 37（2025）年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成 27 年 1 月 27 日に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。）を関係省庁と共同で策定した。

⁵ 厚生労働省「患者調査」（平成 11 年）

⁶ 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（平成 27 年）

大綱では、認知症の人や本人の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくという基本的な考え方のもと、5つの柱に沿って施策を推進している。大綱においても、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現していくこととしている。

循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成30年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は9,878人となっている。

また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、令和元年度末時点において全国で456カ所の認知症疾患医療センター（基幹型16カ所、地域型367カ所、連携型73カ所）が設置されている。

そのほか、平成27年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、令和元年度末時点で1,741市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

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

（4） 児童・思春期精神疾患

（患者動態）

平成29年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は27.6万人¹であり、平成11年の総患者数の11.7万人⁵から増加傾向にある。

総合戦略は7つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。

循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成28年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は6.6千人となっている。

また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成28年度末時点において全国で456カ所の認知症疾患医療センター（基幹型15、地域型335、連携型25）が設置されている。

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

（4） 児童・思春期精神疾患

（患者動態）

平成26年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は27.0万人であり、平成11年の総患者数の11.7万人から増加傾向にある。

(政策動向) 厚生労働省は、平成 13 年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。 平成 24 年度に診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成 29 年時点では、23 都道府県に所在する医療機関において算定されている。 (医療提供体制に関する検討課題) 第 7 次医療計画においては、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定された精神病床を持つ病院等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「思春期精神保健研修」を活用すること。 (5) 発達障害 (患者動態) 平成 29 年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89, F90-F98）の総患者数は 23.3 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人⁵から増加している。 (政策動向) ～ (医療提供体制に関する検討課題) (略) (6) 依存症 ① アルコール依存症 (患者動態) 平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.6 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 3.7 万人⁷から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されている⁷。 (政策動向) 平成 26 年 6 月 1 日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に基づき、平成 28 年 5 月 31 日に、アルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定された。本計画の数値目標として、全ての都道府県において、令和 2 年度までに	(政策動向) 厚生労働省は、平成 13 年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。 平成 24 年度より、診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成 28 年時点では、19 都道府県に所在する医療機関において算定されている。 (医療提供体制に関する検討課題) 第 7 次医療計画においては、児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「思春期精神保健研修」を活用すること。 (5) 発達障害 (患者動態) 平成 26 年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89, F90-F98）の総患者数は 19.5 万人であり、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人から増加している。 (政策動向) ～ (医療提供体制に関する検討課題) (略) (6) 依存症 ① アルコール依存症 (患者動態) 平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.9 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 3.7 万人から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されている。 (政策動向) 平成 26 年 6 月 1 日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に基づき、平成 28 年 5 月 31 日に、「アルコール健康障害対策推進基本計画」が閣議決定された。本計画の数値目標として、全ての都道府県において、アルコール依存
---	---

⁷ 厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合研究」（研究代表者 樋口進）（平成 25 年度）

アルコール依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を1カ所以上定めることが明記されている。

厚生労働省は、平成29年度より国立病院機構久里浜医療センターを全国拠点機関として指定し、地域において依存症の治療に当たる医療従事者や相談対応に当たる職員等を対象とした研修や、依存症に関する情報発信等を行う「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、アルコール健康障害対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

② 薬物依存症

(患者動態) (略)

(政策動向)

平成25年6月に、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする、刑法等の一部を改正する法律(平成25年法律第49号)及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律(平成25年法律第50号)が成立(平成28年6月1日施行)した。薬物依存症者の再犯(再使用)防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠とされ、平成27年11月19日に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」(平成27年11月19日付け法務省保観第

症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を1カ所以上定めることが明記されている。

厚生労働省は、平成26年度より依存症に対応することのできる医療機関の確保を図るとともに、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなどの地域連携支援体制の構築するために、「依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)」を実施している。全国拠点機関として、久里浜医療センター(薬物依存症は国立精神・神経医療研究センターに委託)、依存症治療拠点機関として神奈川県・神奈川県立精神医療センター、岐阜県・各務原病院、大阪府・大阪府立精神科医療センター、岡山県・岡山県精神科医療センター、佐賀県・肥前精神医療センターの5カ所を指定し、①依存症者やその家族に対し適切な支援を届けるためのモデル構築、②依存症者に対する効果的な地域連携支援体制の「見える化」とその横展開を進めている。また、平成29年度からは、全国67カ所の都道府県・政令指定都市等の自治体に専門医療機関を指定すること等を目標にした、「依存症対策総合支援事業」を実施する。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、アルコール依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「アルコール健康障害対策推進基本計画」を踏まえ、アルコール依存症に対応できる医療機関を都道府県・政令指定都市ごとに1カ所以上定めることとし、「依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)」の取組を参考にしつつ、平成29年度より実施する「依存症対策総合支援事業」を活用すること。

② 薬物依存症

(患者動態) (略)

(政策動向)

平成25年6月に、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする、刑法等の一部を改正する法律(平成25年法律第49号)及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律(平成25年法律第50号)が成立(平成28年6月1日施行)した。薬物依存症者の再犯(再使用)防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠とされ、平成27年11月19日に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」(平成27年11月19日付け法務省保観第

119 号法務省・障発 1119 第 1 号保護局長・矯正局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長連名通知) が策定された。

また、平成 28 年 12 月 14 日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律（平成 28 年法律第 104 号）に基づき、平成 29 年 12 月 15 日に再犯防止推進計画が閣議決定された。本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。

厚生労働省は、平成 29 年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、再犯防止推進計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

③ ギャンブル等依存症

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は 0.1 万人¹であった。国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握を行ったところ、調査対象者の過去 1 年以内のギャンブル等の経験の評価結果から、「ギャンブル等が疑われる者」の割合を、成人の 0.8%と推計している⁸。

(政策動向)

平成 30 年 10 月に施行されたギャンブル等依存症対策策基本法（平成 30 年法律第 74 号）に基づき、平成 31 年 4 月に、ギャンブル等依存症対策推進基本計画が閣議決定された。本計画では、令和 2 年度までを目途に、全都道府県・政令指定都市において専門医療機関等の整備を目指すこととしている。

119 号法務省・障発 1119 第 1 号保護局長・矯正局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長連盟通知) が策定された。

また、平成 28 年 12 月 14 日に「再犯の防止等の推進に関する法律（平成 28 年法律第 104 号。以下「再犯防止推進法」という。）」が公布、同日施行された。再犯防止推進法には、犯罪をした薬物依存症患者等について、適切な保健医療サービス等が提供されるよう、関係機関の体制整備を図ることが明記されている。

厚生労働省は、平成 26 年度より「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」を実施している。また、平成 29 年度からは、全国 67 カ所の都道府県・政令指定都市に専門医療機関を指定すること等を目標にした、「依存症対策総合支援事業」を実施する。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、薬物依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「依存症治療拠点機関設置運営事業（モデル事業）」の取組を参考にしつつ、平成 29 年度より実施する「依存症対策総合支援事業」を活用すること。

③ ギャンブル等依存症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は 500 人未満であった。現在、国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握が進められている。

(政策動向)

平成 28 年 12 月 15 日に、特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律（IR 推進法）（平成 28 年法律第 115 号。以下、「IR 推進法」という。）が成立し、同年 12 月 26 日に公布・施行された。IR 推進法案に対する参議院内閣委員会（平成 28 年 12 月 13 日）の附帯決議において、ギャンブル等依存症対策を抜本的に強化することが求められている。

⁸ 国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」（研究代表者 松下幸生）（平成 28～30 年度）

厚生労働省は、平成 29 年度より「依存症対策全国拠点機関設置運営事業」を実施している。また、都道府県・政令指定都市等の自治体が、依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関等の選定のための体制構築等を行う「依存症対策総合支援事業」を実施している。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、ギャンブル等依存症対策推進基本計画を踏まえ、「依存症対策総合支援事業」の依存症専門医療機関や依存症治療拠点機関を活用すること。

(7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.7 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人⁵から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 8 年より災害・事件・事故等による PTSD への心のケアの重要性を鑑みて、PTSD の専門家を養成するために「PTSD 対策専門研修」を行っている。また「ストレス・災害時こころの情報支援センター事業」(国立精神・神経医療研究センター)を通じて、災害及び事件、事故等が発生した際に、精神保健福祉センターや保健所等の自治体を対象に、被災者・被害者の心のケアに関する助言・技術的支援を行っている。

平成 28 年 4 月に策定された第 3 次犯罪被害者等基本計画(平成 28 年 4 月 1 日閣議決定)では、被害者への心のケアを提供することの重要性が明記されている。

(医療提供体制に関する検討課題) (略)

(8) 高次脳機能障害

(患者動態) ～ (政策動向) (略)

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業」の取組を参考にしつつ、「高

厚生労働省は、平成 26 年度より「依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)」を実施している。また、平成 29 年度からは、全国 67 カ所の都道府県・政令指定都市に専門医療機関を指定すること等を目標にした、「依存症対策総合支援事業」を実施する。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、ギャンブル等依存症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「依存症治療拠点機関設置運営事業(モデル事業)」の取組を参考にしつつ、平成 29 年度より実施する「依存症対策総合支援事業」を活用すること。

(7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.3 万人であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人から増加傾向にある。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 8 年より災害・事件・事故等による PTSD への心のケアの重要性を鑑みて、PTSD の専門家を養成するために「PTSD 対策専門研修」を行っている。(平成 8 ～ 27 年度における受講者合計：6,466 人)。また「災害等によるストレス関連疾患対策情報支援センター事業」(国立精神・神経医療研究センター委託)を通じて、災害及び事件、事故等が発生した際に、精神保健福祉センターや保健所等の自治体を対象に、被災者・被害者の心のケアに関する助言・技術的支援を行っている。

平成 28 年 4 月に策定された第 3 次犯罪被害者等基本計画(平成 28 年 4 月 1 日閣議決定)では、被害者への心のケアを提供することの重要性が明記されている。

(医療提供体制に関する検討課題) (略)

(8) 高次脳機能障害

(患者動態) ～ (政策動向) (略)

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、高次脳機能障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

次脳機能障害支援拠点機関」を活用すること。

(9) 摂食障害

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は 1.5 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 1.1 万人⁵から増加している。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の 100 人に 1～2 人、男子中学生の 1,000 人に 2～5 人いると推計されている¹⁰。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 26 年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では令和元年度末において、宮城県、千葉県、静岡県、福岡県の 4 県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害治療支援センター」として指定し、摂食障害治療支援センターと県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「全国基幹センター」として指定し、摂食障害治療支援センターの指導・助言、摂食障害治療支援センターで集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「摂食障害治療支援センター設置運営事業」の取組を参考にしつつ、「摂食障害治療支援センター」を活用すること。

(10) てんかん

(患者動態)

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は 21.8 万人¹であり、平成 11 年の総患者数の 23.5 万人⁵から減少している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は 1,000 人あたり 7.71 人いると推計されている¹¹。

(9) 摂食障害

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は 1.0 万人であり、平成 11 年の総患者数の 1.1 万人から横ばいである。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の 100 人に 1～2 人、男子中学生の 1,000 人に 2～5 人いると推計されている。

(政策動向)

厚生労働省は、平成 26 年度より摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センター設置運営事業を実施している。この事業では宮城県、静岡県、福岡県の 3 県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「摂食障害治療支援センター」として指定し、摂食障害治療支援センターと県の協働によって、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との地域連携支援体制構築のための調整を行っている。また、国立精神・神経医療研究センターを「全国基幹センター」として指定し、摂食障害治療支援センターの指導・助言、摂食障害治療支援センターで集積されたデータの分析・評価、全国の医療関係者や養護教諭を対象とした摂食障害患者の対応に関する研修を行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「摂食障害治療支援センター設置運営事業 (モデル事業)」の取組を参考にすること。

(10) てんかん

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は 25.2 万人であり、平成 11 年の総患者数の 23.5 万人から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は 1,000 人あたり 7.71 人いると推計されている。

¹⁰ 厚生労働科学研究「児童・思春期摂食障害に関する基盤的調査研究」(研究代表者 小牧元)(平成 21 年度)

¹¹ 厚生労働科学研究「てんかんの有病率等に関する疫学研究及び診療実態の分析と治療体制の整備に関する研究」(研究代表者 大槻泰介)(平成 24 年度)

(政策動向)

厚生労働省は、平成 27 年度よりてんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、てんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では令和元年度末において、17 道府県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかん診療拠点機関と県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催などの取組を行っている。また、それぞれのてんかん診療拠点機関に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、平成 28 年度より、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん診療全国拠点機関」として指定し、各拠点機関の指導・助言、てんかん診療拠点機関で集積されたデータの分析・評価などを行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、てんかんに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「てんかん地域診療連携体制整備事業」の取組を参考にしつつ、「てんかん診療拠点機関」を活用すること。

(11) 精神科救急

(基本情報)

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく平成 30 年度の夜間・休日の受診件数は約 4.1 万件、入院件数は約 1.9 万件となっている。また、消防庁の調査では、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は 43.1 分と長かった¹²。

(政策動向)

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体

(政策動向)

厚生労働省は、平成 27 年度よりてんかん患者が早期に適切な支援を受けられるように、てんかん地域診療連携体制整備事業を実施している。この事業では、宮城県、栃木県、神奈川県、新潟県、静岡県、鳥取県、岡山県、広島県の 8 つの県が、地域の診療の拠点となる医療機関を「てんかん診療拠点機関」として指定し、てんかん診療拠点機関と県との協働によって、てんかんに関する知識の普及啓発、患者や家族の相談支援及び治療、他医療機関への助言・指導、医療従事者等への研修、関係機関との地域連携支援体制の構築のための協議会の開催などの取組を行っている。また、それぞれのてんかん診療拠点機関に、てんかん診療コーディネーターを配置し、患者及び家族に対し相談援助を適切に実施するよう努めている。さらに、平成 28 年度より、国立精神・神経医療研究センターを「てんかん診療全国拠点機関」として指定し、各拠点機関の指導・助言、てんかん診療拠点機関で集積されたデータの分析・評価などを行っている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第 7 次医療計画においては、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、てんかんに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「てんかん地域診療連携体制整備試行事業（モデル事業）」の取組を参考にする。

(11) 精神科救急

(基本情報)

精神科救急医療体制整備事業報告に基づく平成 27 年度の夜間・休日の受診件数は約 4.5 万件、入院件数は約 2 万件となっており、平成 22 年度の約 3.6 万件、約 1.5 万件と比較して増加傾向にある。また、消防庁の調査では、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は 43.1 分と長かった。

(政策動向)

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体

¹² 消防庁「救急救助の現況」（平成 28 年版）

制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。厚生労働省は、平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」の精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）、外来対応施設及び身体合併症対応施設を活用すること。

(12) 身体合併症

(基本情報) (略)

(政策動向)

厚生労働省は、平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を求めている。また、消防庁主催の「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会」では、精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例の円滑な救急搬送のためには、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者等が、平時から会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの報告がとりまとめられている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。厚生労働省は、平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神科救急に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討する必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」を活用すること。

(12) 身体合併症

(基本情報) (略)

(政策動向)

厚生労働省は、平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を求めている。また、消防庁主催の「平成28年度救急業務のあり方に関する検討会」では、精神疾患と身体疾患の合併症による困難事例の円滑な救急搬送のためには、精神科医療関係者、救急医療関係者、消防関係者等が、平時から会議等の場を通じて、体制の構築と課題を解決していくことが重要であるとの報告がとりまとめられている。

(医療提供体制に関する検討課題)

第7次医療計画においては、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、精神障害者の身体合併症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「精神科救急医療体制整備事業」を活用すること。

(13) 自殺対策 (基本情報) 警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の<u>平成 30 年の自殺者数は 2 万 840 人であり、平成 22 年以降、9 年連続の減少となっている</u>³。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、<u>10～39 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっている</u>³。 (政策動向) 平成 18 年 6 月に自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成 28 年 3 月に自殺対策基本法の一部を改正する法律（平成 28 年法律第 11 号。以下「改正法」という。）が成立し、同年 4 月 1 日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推進等が新たに規定された。<u>更に、改正法の趣旨や自殺を巡る実態を踏まえ、「第 3 次自殺総合対策大綱」（平成 29 年 7 月 25 日閣議決定）が策定され、適切な精神保健医療福祉サービスのうけられる体制の充実や地域における自殺未遂者等支援の整備等が新たに規定された。</u> 厚生労働省は、平成 20 年度より、「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 20 年～<u>令和元年度</u>における受講参加者は、<u>1,497 人</u>である。 (医療提供体制に関する検討課題) (略) (14) 災害精神医療 (基本情報) <u>令和元年 11 月時点で、全国 40 府県 45 自治体において災害派遣精神医療チーム（DPAT）先遣隊が整備されている。</u> (政策動向)	(13) 自殺対策 (基本情報) 警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は、平成 <u>10 年以降、14 年連続して 3 万人を超える状態が続いていたが、24 年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、27 年は 2 万 4,025 人と 4 年連続で 3 万人を下回っている</u>。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、<u>15～34 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっている</u>。 (政策動向) 平成 18 年 6 月に自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成 28 年 3 月に「<u>自殺対策基本法の一部を改正する法律</u>」（平成 28 年法律第 11 号。以下「改正法」という。）が成立し、同年 4 月 1 日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推進等が新たに規定された。 厚生労働省は、平成 20 年度より、「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 20 年～<u>平成 27 年度</u>における受講参加者は、<u>1,082 人</u>である。<u>また、平成 27 年度より、「自殺未遂者再企图防止事業」として、自殺未遂者の再企图防止を図ることを目的に、ケースマネジメントの講習を受けた者が、自殺未遂者に対し定期的なフォローアップを行う事業を実施している。平成 27 年度のケースマネジメントの講習受講者は、611 人である。</u> (医療提供体制に関する検討課題) (略) (14) 災害精神医療 (基本情報) <u>平成 29 年 3 月時点で、全国 29 府県において災害派遣精神医療チーム（DPAT）先遣隊が整備されている。</u> (政策動向)
---	---

平成 27 年 7 月の防災基本計画の一部修正において、厚生労働省及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT 事務局事業を通じて、DPAT の平時の訓練と、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。その際、
「DPAT 事務局事業」を参考にしつつ、「DPAT 先遣隊登録医療機関」を活用すること。

（15）医療観察法における対象者への医療

（基本情報）

平成 17 年 7 月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）施行から平成 30 年 12 月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は 3,246 件、通院処遇決定は 622 件となっている¹⁶。令和 2 年 1 月 1 日時点における入院者数は 756 名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約 81.9%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約 6%である¹⁷。

（政策動向）

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で 800 床程度、指定通院医療機関は各都道府県に最低 2 か所、人口 100 万人当たり 2～3 か所程度、指定通院医療機関として全国で 382 か所を目標として整備を進めている。令和 2 年 1 月 1 日時点における指定入院医療機関は全国で 33 か所、予備病床を含めて 833 床と目標を達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。また、令和 2 年 1 月 1 日時点における指定通院医療機関は全国で 654 か所（574 病院、80 診療所）あるが、一部の地域で必要数を満たしておらず、必要数を満たした地域においても対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保する必要がある。

平成 24 年度より、指定入院医療機関の医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関に従事する多職種チームが相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業」を実施している。

平成 27 年 7 月の防災基本計画の一部修正において、厚生労働省及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の整備に努めるものとされている。厚生労働省では、DPAT 事務局事業を通じて、DPAT の平時の訓練と、自治体への技術的支援、災害発生時の迅速かつ適切な連絡調整等の体制整備を行っている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、災害精神医療に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。

（15）医療観察法における対象者への医療

（基本情報）

平成 17 年 7 月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）施行から平成 27 年 12 月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は 2,501 件、通院処遇決定は 528 件となっている。平成 29 年 1 月 1 日時点における入院者数は 729 名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約 82.9%、次いで気分障害（F3）が約 7.4%である。

（政策動向）

指定入院医療機関は、予備病床を含めて全国で 800 床程度、指定通院医療機関は各都道府県に最低 2 か所、人口 100 万人当たり 2～3 か所程度、指定通院医療機関として全国で 382 か所を目標として整備を進めている。平成 29 年 1 月 1 日時点における指定入院医療機関は全国で 32 か所、予備病床を含めて 825 床と目標を達成しているが、指定入院医療機関が近隣にない地域が存在している。また、平成 28 年 12 月末日時点における指定通院医療機関は全国で 574 か所（511 病院、63 診療所）あるが、都市部を中心に必要数を満たしておらず、必要数を満たした地域においても対象者の住み慣れた地域からアクセスが容易な指定通院医療機関を確保する必要がある。

平成 24 年度より、指定入院医療機関の医療の質の向上及び均てん化を図り、医療観察法対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関に従事する多職種チームが相互に指定入院医療機関を訪問し、医療体制等の評価や、課題への助言等の技術交流を行う「心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関医療評価・向上事業」を実施している。

¹⁶ 法務省「犯罪白書」（平成 18～27 令和元年度版）

¹⁷ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

(医療提供体制に関する検討課題) (略) 2 精神疾患の医療体制 平成 30 年における精神病床を有する病院数は <u>1,637</u> 病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は <u>1,058</u> 病院である¹⁸。平成 30 年における精神病床数は <u>32 万 9,692</u> 床¹⁸であり、平成 11 年の 35 万 8,449 床¹⁹から減少している。 平成 26 年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は 3,890 診療所²⁰であり、平成 11 年の 2,001 診療所¹⁹から増加している。平成 26 年における医師・看護職員・精神保健福祉士をそれぞれ 1 人以上有している精神科等診療所数は、383 診療所と全体の 1 割弱である²⁰。 平成 26 年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は 1 万 6,090 人²⁰であり、平成 16 年の 1 万 3,353 人²¹から増加している。平成 16 年と平成 26 年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約 1.1 倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約 1.6 倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。 平成 30 年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は <u>921</u> 病院²²であり、平成 19 年の 946 病院²³から<u>減少</u>している。平成 31 年における訪問看護ステーションは <u>10,783</u> 事業所²⁴であり、平成 19 年の 5,275 事業所²⁵から約 <u>2.0</u> 倍に増加している。平成 27 年における精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は 59.8%であり、平成 18 年の 35.5%から増加している²⁶。 第 2 医療体制の構築に必要な事項 1 目指すべき方向	(医療提供体制に関する検討課題) (略) 2 精神疾患の医療体制 平成 26 年における精神病床を有する病院数は <u>1,643</u> 病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は <u>1,067</u> 病院である。平成 26 年における精神病床数は <u>33 万 8,174</u> 床であり、平成 11 年の 35 万 8,449 床から減少している。 平成 26 年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は 3,890 診療所であり、平成 11 年の 2,001 診療所から増加している。平成 26 年における医師・看護職員・精神保健福祉士をそれぞれ 1 人以上有している精神科等診療所数は、383 診療所と全体の 1 割弱である。 平成 26 年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は 1 万 6,090 人であり、平成 16 年の 1 万 3,353 人から増加している。平成 16 年と平成 26 年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約 1.1 倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約 1.6 倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。 平成 26 年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は <u>1,049</u> 病院であり、平成 19 年の 946 病院から<u>増加</u>している。平成 28 年における訪問看護ステーションは <u>8,613</u> 事業所であり、平成 16 年の 4,806 事業所から約 <u>1.8</u> 倍に増加している。平成 27 年における精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は 59.8%であり、平成 18 年の 35.5%から増加している。 第 2 医療体制の構築に必要な事項 1 目指すべき方向
---	---

¹⁸ 厚生労働省「医療施設調査」(平成 2630 年)

¹⁹ 厚生労働省「医療施設調査」(平成 11 年)

²⁰ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師医療施設調査」(平成 26 年)

²¹ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 1116 年)

²² 厚生労働省「精神保健福祉資料」(平成 2630 年)

²³ 厚生労働省「精神保健福祉資料」(平成 19 年)

²⁴ 厚生労働省「医療費の動向調査」(平成 2831 年 4 月)

²⁵ 厚生労働省「医療費の動向調査」(平成 1619 年 4 月)

²⁶ 厚生労働科学研究「精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究」(研究代表者 河原和夫)(平成 27 年度)

前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

① 地域住民の精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援※の実践に向けた効果的な普及・啓発の推進

※ 初期支援とは、心の健康問題を抱える人に対して、専門家の支援の前に身近な人によって提供される応急処置のことをいう。

② 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築

③ 本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方※を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※ ICF（国際生活機能分類 WHO2001年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築（略）

2 （略）

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。その際、精神疾患の医療体制を構築するに当たっての現状の把握にあたって、地域の精神保健医療福祉資源の活用実態状況を網羅的に把握できる地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD※）を参考にすること。

※ 地域精神保健福祉資源分析データベース（ReMHRAD）の活用（事業報告）

ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database）は、医療計画における別表5の都道府県別の指標の状況、精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病

前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進める。

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

① 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築

② 本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方※を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※ ICF（国際生活機能分類 WHO2001年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築（略）

2 （略）

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

院・元住所地の市区町村）、訪問看護ステーション及び障害者総合支援法の各福祉サ
ービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡、各社会資源の位置情報
等について表示するデータベースであり、各自治体の行政担当者等が政策を作成する
際に活用すること。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応
じて調査を追加されたい。

(1) ～ (3) (略)

2 ～ 8 (略)

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応
じて調査を追加されたい。

(1) ～ (3) (略)

2 ～ 8 (略)

改 正 後	現 行
救急医療の体制構築に係る指針 (略) 第1 救急医療の現状 1 (略) 2 救急医療の提供体制 (1) ～ (4) (略) (5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携 都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保や円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。 平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。 さらに、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）に定める<u>第3次</u>「自殺総合対策大綱」（平成29年7月25日閣議決定）に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医等の専門職からなるチームによる診療体制、精神保健指定医による診療協力体制等の充実を図る必要がある。 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 (1) (略) (2) 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】 ① (略) ② 医療機関に求められる事項	救急医療の体制構築に係る指針 (略) 第1 救急医療の現状 1 (略) 2 救急医療の提供体制 (1) ～ (4) (略) (5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携 都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保や円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。 平成28年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。 さらに、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）に定める「自殺総合対策大綱」（平成19年6月8日閣議決定）に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医等の専門職からなるチームによる診療体制、精神保健指定医による診療協力体制等の充実を図る必要がある。 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 (1) (略) (2) 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】 ① (略) ② 医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。

- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること
- ・ 集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
- ・ 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- ・ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
- ・ 急性期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること
- ・ 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・ DMAT*派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- ・ 災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有が望ましいこと
- ・ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること
- ・ 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- ・ 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。

- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること
- ・ 集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
- ・ 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- ・ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
- ・ 急性期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること
- ・ 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・ DMAT*派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- ・ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること
- ・ 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- ・ 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること

- 救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）によって定められる救急病院であること ※ DMAT（災害派遣医療チーム）については、災害時における医療体制の構築に係る指針を参照。 (3) ～ (5) (略) 第 3 (略)	- 救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）によって定められる救急病院であること ※ DMAT（災害派遣医療チーム）については、災害時における医療体制の構築に係る指針を参照。 (3) ～ (5) (略) 第 3 (略)
--	--

改正後	現行
災害時における医療体制の構築に係る指針 (略) 第1 災害医療の現状 1 (略) 2 災害医療の提供 (1) ～ (5) (略) (6) <u>保健医療調整本部</u> <u>平成28年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成28年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成28年7月20日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。</u> <u>こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。</u> (7) <u>都道府県災害医療コーディネーター</u> <u>災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者である。</u> なお、厚生労働省では、平成26年度より災害医療コーディネーター研修事業を実施し、災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。 平成28年熊本地震においても、計14名の災害医療コーディネーターが、災害対策本部において医療チームの調整を行った。 (8) <u>災害時小児周産期リエゾン</u> <u>災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う</u>	災害時における医療体制の構築に係る指針 (略) 第1 災害医療の現状 1 (略) 2 災害医療の提供 (1) ～ (5) (略) (6) <u>都道府県災害医療コーディネーター</u> <u>災害医療通知で、様々な医療チームの派遣調整等を行うために、派遣調整本部においてコーディネート機能を十分に発揮できる体制整備を各都道府県に求めている。すなわち、都道府県においては、災害対策本部のもとに派遣調整本部を設置し、医療チームの派遣調整等を行うとともに情報の共有を行う。さらに、保健所管轄区域や市町村単位等では、保健所等を中心に地域災害医療対策会議を開催し、派遣調整本部から派遣された医療チーム等の派遣調整等を行う。</u> なお、厚生労働省では、平成26年度より都道府県災害医療コーディネーター研修事業を実施し、<u>都道府県災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。</u> 平成28年熊本地震においても、計14名の<u>都道府県災害医療コーディネーター</u>が、災害対策本部において医療チームの調整を行った。 (7) <u>災害時小児周産期リエゾン</u> <u>東日本大震災後の研究や検討で、被災地や周辺地域における情報伝達網の遮断や、小児・周産期医療に精通した災害医療従事者の不足等を原因として、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。</u>

都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。

第2 ～ 第3 （略）

また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された。そのため、災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を養成することとした。

これを受け、厚生労働省は平成28年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始した。災害時小児周産期リエゾンに認定された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築することが期待されている。

第2 ～ 第3 （略）

改 正 後	現 行
へき地の医療体制構築に係る指針 (略) 第1 へき地の医療の現状 1 へき地医療の現状 (1) (略) (2) へき地医療に従事する医師の現状 医師免許取得後にへき地で勤務することを条件とした地域枠[※]を設定しているのは <u>18</u> 都道府県、へき地医療に従事することを条件とした奨学金制度があるのは <u>26</u> 都道府県となっている³。また、自治医科大学卒業医師で9年間の義務年限終了後もへき地で勤務を続けている医師は24.7%となっている⁴。 地域枠等により都道府県がへき地医療に従事する医師を確保するとともに、へき地医療に動機付けするような取組や環境作りも必要である。 ※ 大学が特定の診療科や地域で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与（地域医療へ一定の年限従事することにより返還免除）する仕組み。 (3) へき地診療所の現状（施設数： <u>1,131</u> 施設³） へき地診療所は、無医地区等において整備しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する等の診療所をいう。 へき地保健医療対策を実施している都道府県において、1都道府県あたりのへき地診療所数の平均は26か所であり、勤務する医師数の平均は、1診療所あたり <u>0.78</u> 人となっている³。また、へき地診療所において研修医の受入れや医学生のへき地医療実習等を行っている施設は <u>344</u> 施設（<u>30.4</u>%）となっている³。 また、へき地診療所のうち歯科を設置しているのは <u>34</u> 都道府県（<u>135</u> 施設、<u>11.9</u>%）であった³。なお、過疎地域等特定診療所[※]のうち歯科を設置しているのは <u>13</u> 道県（<u>59</u> 施設：<u>93.7</u>%）となっている³。 ※ 過疎地域等に開設する眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療所。 (4) へき地医療拠点病院の現状（施設数：<u>323</u> 施設³）	へき地の医療体制構築に係る指針 (略) 第1 へき地の医療の現状 1 へき地医療の現状 (1) (略) (2) へき地医療に従事する医師の現状 医師免許取得後にへき地で勤務することを条件とした地域枠[※]を設定しているのは <u>19</u> 都道府県、へき地医療に従事することを条件とした奨学金制度があるのは <u>24</u> 都道府県となっている。また、自治医科大学卒業医師で9年間の義務年限終了後もへき地で勤務を続けている医師は24.7%となっている。 地域枠等により都道府県がへき地医療に従事する医師を確保するとともに、へき地医療に動機付けするような取組や環境作りも必要である。 ※ 大学が特定の診療科や地域で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与（地域医療へ一定の年限従事することにより返還免除）する仕組み。 (3) へき地診療所の現状（施設数：<u>1,105</u> 施設） へき地診療所は、無医地区等において整備しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する等の診療所をいう。 へき地保健医療対策を実施している都道府県において、1都道府県あたりのへき地診療所数の平均は26か所であり、勤務する医師数は、<u>多くの診療所で1診療所あたり1</u>人となっている。また、へき地診療所において研修医の受入れや医学生のへき地医療実習等を行っている施設は <u>338</u> 施設（<u>30.6</u>%）となっている。 また、へき地診療所のうち歯科を設置しているのは <u>27</u> 都道府県（<u>85</u> 施設、<u>7.7</u>%）であった。なお、過疎地域等特定診療所[※]のうち歯科を設置しているのは <u>17</u> 道県（<u>77</u> 施設：<u>96.3</u>%）となっている。 ※ 過疎地域等に開設する眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療所。 (4) へき地医療拠点病院の現状（施設数：<u>312</u> 施設）

³ 厚生労働省「現況調査」（平成2831年4月）

⁴ 厚生労働科学研究「都道府県へき地保健医療計画の検証ならびに次期策定支援に関する研究」（平成27年度）

へき地医療拠点病院は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等の医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院をいう。

ただし、へき地医療拠点病院の指定を受けてから一定の期間が経過した後においても、主たる３事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣について、一部の病院において実施されていないという課題がある。

※ へき地医療拠点病院における支援事業の実施状況について、巡回診療を行っていない施設は 230 施設（71.2%）、医師派遣を行っていない施設は 203 施設（62.8%）、代診医派遣を行っていない施設は 215 施設（66.6%）。また、いずれも行っていない施設は 65 施設（20.1%）³。

(5) へき地を支援するシステム等の現状

へき地医療支援機構は、へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、都道府県等に設置される。

へき地を有する 43 都道府県のうち、へき地医療支援機構を設置しているのは 40 都道府県であり、3 県が未設置である³。

へき地医療支援機構の調整により行われたへき地医療拠点病院の医師・代診医派遣日数の平均は 65.1 日、へき地診療所の医師・代診医派遣日数の平均は 119.55 日となっている³。

へき地医療支援機構の専任担当官の活動状況は地域ごとに異なり、専任担当官が 1 週間のうちへき地医療支援業務に従事する日数は、4～5 日が 15 都県ある一方、0～1 日未満が 6 道県、1～3 日が 19 府県となっている³。

2 へき地の医療提供体制

(1) (略)

(2) へき地医療を支援する機関等

① (略)

② へき地保健医療対策に関する協議会

- ・ 医療計画等の作成のほか、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施することを目的とする。

へき地医療拠点病院は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等の医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院をいう。

ただし、へき地医療拠点病院の指定を受けてから一定の期間が経過した後においても、主たる３事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣について、一部の病院において実施されていないという課題がある。

※ へき地医療拠点病院における支援事業の実施状況について、巡回診療を行っていない施設は 221 施設（70.8%）、医師派遣を行っていない施設は 200 施設（64.1%）、代診医派遣を行っていない施設は 218 施設（69.9%）。また、いずれも行っていない施設は 77 施設（24.7%）。

(5) へき地を支援するシステム等の現状

へき地医療支援機構は、へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、都道府県等に設置される。

へき地を有する 43 都道府県のうち、へき地医療支援機構を設置しているのは 40 都道府県であり、3 県が未設置である。

へき地医療支援機構によるへき地医療拠点病院への代診派遣日数の平均は 80.7 日、へき地診療所への代診医派遣日数の平均は 89.2 日となっている。

へき地医療支援機構の専任担当官の活動状況は地域ごとに異なり、専任担当官が 1 週間のうちへき地医療支援業務に従事する日数は、4～5 日が 16 都県ある一方、0～1 日未満が 10 道県、1～3 日が 14 府県となっている。

2 へき地の医療提供体制

(1) (略)

(2) へき地医療を支援する機関等

① (略)

② へき地保健医療対策に関する協議会

- ・ 医療計画等の作成のほか、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施することを目的とする。

- ・へき地保健医療対策に関する協議会は、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、地域医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者等により構成する。
- ・へき地保健医療対策に関する協議会の設置と活用実績があったのは27都道府県（62.8%）となっている³。

(3) (略)

(4) へき地の医療提供体制に関するその他の体制

① 情報通信技術（ICT）による診療支援体制

- ・へき地における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして、情報ネットワークの整備があり、へき地医療拠点病院においては34都道府県（81.0%）が遠隔医療を実施している³。

② ～ ④ (略)

⑤ へき地患者輸送車・艇による輸送等実施

- ・へき地患者輸送車は30都道府県（129か所）、へき地患者輸送艇は5県（7か所）にて整備されている³。
- ・一部の都道府県において、患者輸送バスの運行や、通院のための交通費補助等を単独事業として実施している。

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 へき地医療の現状」を踏まえ、個々の役割とそれを満たす関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、へき地に暮らす住民に対する医療サービスが継続して実施される体制を構築する。

特に、へき地医療支援機構を中心とした、へき地医療拠点病院、へき地診療所等による医療提供体制の確保や、当該施設及び関係機関間の連携の強化も図る。また、へき地医療支援機構ではへき地医療を担う医師の動機付け支援とキャリアパス構築についても取り組む。

なお、へき地が医師中数・多数区域内にあり、医師少数スポットにも含まれない場合には、医師確保対策の一般的なスキームには乗らないことになるが、医師確保対策が新たに講じられた後も、引き続き巡回診療等でへき地に医療の確保がなされなければならないことを踏まえ、医師確保計画とへき地に従事する医師の確保対策を連携させ、整合性をとること。

- ・へき地保健医療対策に関する協議会は、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、地域医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者等により構成する。
- ・へき地保健医療対策に関する協議会の設置と活用実績があったのは27都道府県（60.5%）となっている。

(3) (略)

(4) へき地の医療提供体制に関するその他の体制

① 情報通信技術（ICT）による診療支援体制

- ・へき地における医療機関の抱える時間的・距離的ハンディを克服するためのツールとして、情報ネットワークの整備があり、へき地医療拠点病院においては12都道府県（29.2%）が遠隔医療を実施している。

② ～ ④ (略)

⑤ へき地患者輸送車・艇による輸送等実施

- ・へき地患者輸送車は30都道府県（118か所）、へき地患者輸送艇は5県（9か所）にて整備されている。
- ・一部の都道府県において、患者輸送バスの運行や、通院のための交通費補助等を単独事業として実施している。

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 へき地医療の現状」を踏まえ、個々の役割とそれを満たす関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、へき地に暮らす住民に対する医療サービスが継続して実施される体制を構築する。

特に、へき地医療支援機構を中心とした、へき地医療拠点病院、へき地診療所等による医療提供体制の確保や、当該施設及び関係機関間の連携の強化も図る。また、へき地医療支援機構ではへき地医療を担う医師の動機付け支援とキャリアパス構築についても取り組む。

(1) ～ (2) (略) 2 各医療機能と連携 (1) ～ (2) (略) (3) へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】 ① (略) ② 医療機関に求められる事項 ・ へき地医療拠点病院支援システム※を活用していること ・ へき地診療所支援システムを活用していること ・ 巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること ・ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助を行うこと ・ へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること ・ 遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと ・ その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること ・ 24時間365日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること ・ 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること ・ へき地医療拠点病院については、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣（主要3事業）を、いずれか月1回以上あるいは年12回以上実施することが望ましいこと。従って、都道府県は、一定期間継続して上記3事業の実施回数がいずれも月1回未満あるいは年12回未満であるへき地医療拠点病院については、その取組が向上されるよう、へき地保健医療対策に関する協議会の中でその在り方等について検討すること。<u>特に、上記3事業に遠隔医療による支援を加えた4事業（必須事業）のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が当該年度の現状を確認すること。</u> ※ へき地対策要綱に基づく事業。小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。 ③ (略) (4) (略)	(1) ～ (2) (略) 2 各医療機能と連携 (1) ～ (2) (略) (3) へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】 ① (略) ② 医療機関に求められる事項 ・ へき地医療拠点病院支援システム※を活用していること ・ へき地診療所支援システムを活用していること ・ 巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること ・ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助を行うこと ・ へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること ・ 遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと ・ その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること ・ 24時間365日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること ・ 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること ・ へき地医療拠点病院については、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣を、いずれか月1回以上あるいは年12回以上実施することが望ましいこと。従って、都道府県は、一定期間継続して上記3事業の実施回数がいずれも月1回未満あるいは年12回未満であるへき地医療拠点病院については、その取組が向上されるよう、へき地保健医療対策に関する協議会の中でその在り方等について検討すること。 ※ へき地対策要綱に基づく事業。小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。 ③ (略) (4) (略)
--	--

第3 構築の具体的な手順

1 ～ 4 (略)

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

また、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関を増やして行くため、「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とすることが望ましい。

少なくともへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関を増やしていくため、「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を指標とした上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とすることが望ましい。

6 ～ 9 (略)

第3 構築の具体的な手順

1 ～ 4 (略)

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 ～ 9 (略)

改 正 後	現 行
周産期医療の体制構築に係る指針 周産期とは妊娠 22 週から出生後 7 日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。これまで地域における総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりの推進を図ってきたところであり、これらの達成目標は「健やか親子 21」（平成 12 年）や「子ども・子育てビジョン」（平成 22 年）にも目標値として盛り込まれている。また、「少子化社会対策大綱」（平成 27 年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年）<u>においても継続して周産期医療体制の充実に取り組んでいる。</u> これまで、周産期医療体制の整備として、具体的には、「周産期医療体制整備指針」（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の別添 2。以下「周産期整備指針」という。）に基づき、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、<u>搬送体制の整備等を行い、</u>地域の実情に応じて、母体・胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、<u>高度な新生児医療等の周産期医療を推進してきたところである。</u>周産期医療体制の整備においては、施設の整備と同時に、周産期医療を担う医師、特に分娩を取り扱う医師及び新生児医療を担当する医師や助産師、看護師等の確保が重要である。 都道府県はこれまで、医療計画の中では周産期医療体制に関する基本的な内容を記載し、周産期整備指針に基づく周産期医療体制整備計画において周産期医療体制の個別具体的な内容を定めてきているが、平成 27 年度から開催された「周産期医療体制の<u>あり方に関する検討会</u>」、平成 28 年度の「医療計画の見直し等に関する検討会」<u>において、周産期医療体制の整備につ</u>いては、災害医療、救急医療等の他事業、精神疾患等の他疾患の診療体制との一層の連携強化が指摘されたこと等を踏まえて、周産期医療体制整備計画と医療計画（周産期医療）の一体化により、両計画の整合性を<u>はかることとした。</u> 本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、「第 1 周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、次に「第 2 医療体制の構築に必要な事項」で周産期整備指針及び今回の検討会での議論を踏まえた都道府県の構築すべき医療体制について示している。<u>なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称する。</u> 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、また分娩のリスクに応じて必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応	周産期医療の体制構築に係る指針 周産期とは妊娠 22 週から出生後 7 日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。これまで地域における総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりの推進を図ってきたところであり、これらの達成目標は「健やか親子 21」（平成 12 年）や「子ども・子育てビジョン」（平成 22 年）にも目標値として盛り込まれている。また、「少子化社会対策大綱」（平成 27 年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年）<u>でも継続して周産期医療体制の充実に取り組んでいる。</u> これまで、周産期医療体制の整備として、具体的には、「周産期医療体制整備指針」（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の別添 2。以下「周産期整備指針」という。）に基づき、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター<u>及び搬送体制の整備等を行い、</u>地域の実情に応じて、母体・胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を推進してきたところである。周産期医療体制の整備においては、施設の整備と同時に、周産期医療を担う医師、特に分娩を取り扱う医師及び新生児医療を担当する医師や助産師、看護師等の確保が重要である。 都道府県はこれまで、医療計画の中では周産期医療体制に関する基本的な内容を記載し、周産期整備指針に基づく周産期医療体制整備計画において周産期医療体制の個別具体的な内容を定めてきているが、平成 27 年度から開催された「周産期医療体制の<u>在り方に関する検討会</u>」、平成 28 年度の「医療計画の見直し等に関する検討会」<u>にて、周産期医療体制の整備に關して</u>は、災害、救急等の他事業、精神疾患等の他疾患の診療体制との一層の連携強化が指摘されたこと等を受けて、周産期医療体制整備計画と医療計画（周産期）の一体化により、両計画の整合性を<u>はかり、他事業との連携強化について議論がなされた。</u> 本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、「第 1 周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、次に「第 2 医療体制の構築に必要な事項」で周産期整備指針及び今回の検討会での議論を踏まえた都道府県の構築すべき医療体制について示している。 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、また分娩のリスクに応じて必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応

じて周産期医療圏を設定し、その周産期医療圏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。

周産期医療体制は、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、都道府県において、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めた上で、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図るとともに、都道府県において、医療関係者等の協力の下に、限られた資源を有効に活かしながら、将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供を図るものである。

第1 周産期医療の現状

1 (略)

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療の提供体制

- ① 施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は0.7%を担っている¹。分娩取扱施設（病院、診療所）の数は、平成8年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、平成26年は病院1,041施設、診療所1,243施設と、20年以上一貫して減少が続いている²。

分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人（平成20年）から1.7人（平成26年）と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は4.3人（平成20年）から6.0人（平成26年）²と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療室（以下「NICU」という。）をもつ施設のうち、1施設当たりの病床が6床以下の施設数が最も多かった（日本周産期・新生児医学会調査）が、平成26年は6床以下の施設は29%（医政局地域医療計画課調査）と施設の規模も拡大傾向にある。

このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が徐々に進んでいる。

一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、周産期医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない周

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。

周産期医療体制は、充実した周産期医療に対する需要の増加に対応するため、都道府県において、地域の実情に応じ、保健医療関係機関・団体の合意に基づきその基本的方向を定めた上で、周産期に係る保健医療の総合的なサービスを提供するものとして整備される必要がある。厚生労働省において周産期医療対策事業の充実を図るとともに、都道府県において、医療関係者等の協力の下に、限られた資源を有効に生かしながら、将来を見据えた周産期医療体制の整備を図ることにより、地域における周産期医療の適切な提供を図るものである。

第1 周産期医療の現状

1 (略)

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療の提供体制

- ① 施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は0.7%を担っている。分娩取扱施設（病院、診療所）の数は、平成8年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、平成26年は病院1,041施設、診療所1,243施設と、20年以上一貫して減少が続いている。

分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人（平成20年）から1.7人（平成26年）と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は4.3人（平成20年）から6.0人（平成26年）²と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療室（以下「NICU」という。）をもつ施設のうち、1施設当たりの病床が6床以下の施設数が最も多かった（日本周産期・新生児医学会調査）が、平成26年は6床以下の施設は29%（医政局地域医療計画課調査）と施設の規模も拡大傾向にある。

このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が徐々に進んでいる。

一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、二次医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない二次

¹ 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

² 厚生労働省「医療施設調査」（平成26年）

産期医療圏（以下「無産科周産期医療圏」という。）が存在しており、この問題の解消が課題となっている。

② ～ ⑥ （略）

⑦ その後、平成30年7月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和2年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、産科医師・小児科医師についても、各都道府県は、産科・小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しを含む産科・小児科の医師確保計画を策定し、令和2年度より、同計画に基づく医師偏在対策を行うこととしている。産科・小児科の医師確保計画の考え方や構造については「医師確保計画策定ガイドライン」（平成31年3月29日付け医政地発0329第3号・医政医発0329第6号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）において示したところである。

⑧ また、妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、平成31年2月より「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」を開催し、「議論の取りまとめ」（令和元年6月10日）においては、医療提供に関することとして、産科及び産婦人科以外の診療科と産科及び産婦人科の医療機関の連携、妊産婦に対する診療の質の向上等に取り組んでいく必要があるとされた。

(2) ～ (4) （略）

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における周産期医療体制の整備

(1) 周産期医療に関する協議会

① 周産期医療に関する協議会の設置

都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期整備指針に規定していた周産期医療協議会を継続させる等により、周産期医療の提供体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、周産期医療に関する協議会を設置するものとする。周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、中核となる周産期母子医療センターや地域の一次医療施設等の医師・助産師等看護職及びその他の医療従事者、医療機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等のことをいうものであり、地域の実情に応じて選定する。なお、周産期医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用す

医療圏（以下「無産科二次医療圏」という。）が存在しているため、無産科二次医療圏問題の解消が課題となっている。

② ～ ⑥ （略）

(2) ～ (4) （略）

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における周産期医療体制の整備

(1) 周産期医療に関する協議会

① 周産期医療に関する協議会の設置

都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期整備指針に規定していた周産期医療協議会を継続させる等により、周産期医療の提供体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、周産期医療に関する協議会を設置するものとする。周産期医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、中核となる周産期母子医療センターや地域の一次医療施設等の医師・助産師等看護職及びその他の医療従事者、医療機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表等のことをいうものであり、地域の実情に応じて選定する。

ることで差し支えない。

② 協議事項

周産期医療に関する協議会は、次に掲げる事項について、必要に応じて年に複数回、協議を行うものとする。またその内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。なお、周産期搬送、精神疾患を含む合併症を有する母体や新生児の受入れ、災害対策など、他事業・疾患との連携を要する事項については、周産期医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議するものとする。

ア 周産期医療体制に係る調査分析に関する事項

イ 医療計画（周産期医療）の策定に関する事項（第6次医療計画までの周産期医療体制整備計画の内容を含む。）

ウ 母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、母体や新生児の死亡や重篤な症例に関する事項

エ 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに関する事項

オ 周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項

カ 搬送コーディネーターに関する事項

キ 他事業等との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の周産期に合併する疾患に関する医療等）

ク 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項

ケ 産科・小児科の医師確保計画の策定に関する事項（新生児医療を担う医師の確保を含む。）

コ 産科及び産婦人科と産科及び産婦人科以外の診療科との連携体制に関する事項

サ その他、特に検討を要する事例や周産期医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

周産期医療に関する協議会については、医療法第72条に規定する都道府県医療審議会又は同法第30条の23第1項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。また、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。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

① 指定及び認定

都道府県は、第2の2の(2)の③に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設

② 協議事項

周産期医療に関する協議会は、次に掲げる事項について、必要に応じて年に複数回、協議を行うものとする。またその内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。なお、周産期搬送、精神疾患を含む合併症を有する母体や新生児の受入れ、災害対策など、他事業・疾患との連携を要する事項については、周産期医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議するものとする。

ア 周産期医療体制に係る調査分析に関する事項

イ 医療計画（周産期医療）の策定に関する事項（第6次医療計画までの周産期医療体制整備計画の内容を含む。）

ウ 母体及び新生児の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、母体や新生児の死亡や重篤な症例に関する事項

エ 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに関する事項

オ 周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項

カ 搬送コーディネーターに関する事項

キ 他事業との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患等の周産期に合併する疾患に関する医療等）

ク 地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項

ケ その他、特に検討を要する事例や周産期医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

周産期医療に関する協議会については、医療法第71条の2第1項に規定する都道府県医療審議会又は同法第30条の23第1項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。

(2) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

① 指定及び認定

都道府県は、2の(2)の③に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を総合

を総合周産期母子医療センターとして指定するものとする。また、都道府県は、第2の2の(2)の②に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定するものとする。

なお、既に指定している総合周産期母子医療センターであって、第2の2の(2)の③のイの(カ)aの要件を満たしていないもの、また、既に認定している地域周産期母子医療センターであって、第2の2の(2)の②のイの(オ)aの要件を満たしていないものについては、令和4年3月までに実施することを前提に、指定又は認定を継続することも可能とする。

② ～ ③ (略)

(3) ～ (4) (略)

(5) 周産期における災害対策

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された⁷。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部等において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。なお、訓練の実施にあたっては、周産期母子医療センターをはじめ、地域の一次医療施設を含めて地域全体で行うこと。

(6) (略)

(7) 妊産婦の診療に係る医療提供体制の整備

① 都道府県は、産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、妊産婦の特性に応じた診療の知識及び技術を習得させるための研修を行うものとする。

② 都道府県は、総合周産期母子医療センター等に妊産婦の診療について必要な情報を提供するための産科及び産婦人科の医師を配置し、地域の産科及び産婦人科以外の診療科の医師からの相談に応じる相談窓口を設置するものとする。

周産期母子医療センターとして指定するものとする。また、都道府県は、2の(2)の②に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定するものとする。

② ～ ③ (略)

(3) ～ (4) (略)

(5) 周産期における災害対策

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された。そのため、都道府県は災害対策本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置すること。また、災害時小児周産期リエゾンに配置された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。なお、訓練の実施にあたっては、周産期母子医療センターをはじめ、地域の一次医療施設を含めて地域全体で行うこと。

(6) (略)

⁷ 厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見のとりまとめ」（平成28年度）

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

(略)

① ～ ② (略)

③ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制やNICU、新生児回復期治療室（以下「GCU」という。）の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制。

なお、これまで、低出生体重児の割合の増加や長期入院等により病床が不足する傾向にあることから、都道府県は出生1万人対25床から30床を目標として、その配置も含め地域の実情に応じて整備を進めるものとしてきた。特に、安定した地域周産期医療提供体制の構築のためには新生児医療を担う医師の確保、充足が重要であることから、周産期母子医療センター等の地域新生児医療を担う施設における新生児医療を担当する医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策を検討し、明示することとしている。その後、平成29年度には、全都道府県で目標を達成しており、目標を大きく上回る都道府県もあることから、第3の9の(2)の②に記載の通り、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、今後、NICUの集約化・重点化について検討を開始すること。

④ (略)

(2) 各医療機能と連携

(略)

① (略)

② 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

ア (略)

イ 医療機関に求められる事項

(ア) (略)

(イ) 整備内容

a 施設数

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター一か所に対して数か所の割合で整備するものとし、周産期医療圏に一か所以上整備することが望ましい。

b ～ c (略)

(ウ) ～ (エ) (略)

2 医療機関とその連携

(1) 目指すべき方向

(略)

① ～ ② (略)

③ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制やNICU、新生児回復期治療室（以下「GCU」という。）の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制。

低出生体重児の割合の増加や長期入院等により病床が不足する傾向にあることから、都道府県は出生1万人対25床から30床を目標として、その配置も含め地域の実情に応じて整備を進めるものとする。特に、安定した地域周産期医療提供体制の構築のためには新生児医療を担う医師の確保、充足が重要であることから、周産期母子医療センター等の地域新生児医療を担う施設における新生児医療を担当する医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策を検討し、明示すること。

④ (略)

(2) 各医療機能と連携

(略)

① (略)

② 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

ア (略)

イ 医療機関に求められる事項

(ア) (略)

(イ) 整備内容

a 施設数

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター一か所に対して数か所の割合で整備するものとし、一つ又は複数の二次医療圏に一か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。

b ～ c (略)

(ウ) ～ (エ) (略)

(オ) 災害対策

地域周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

- a 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。
- b 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくことが望ましい。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。
- c 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保することが望ましい。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないものとする。

ウ (略)

- ③ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

ア (略)

イ 医療機関に求められる事項

(ア) (略)

(イ) 整備内容

- a ～ b (略)
- c 関係診療科との連携

総合周産期母子医療センターは、当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図るものとする。

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能

ウ (略)

- ③ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

ア (略)

イ 医療機関に求められる事項

(ア) (略)

(イ) 整備内容

- a ～ b (略)
- c 関係診療科との連携

総合周産期母子医療センターは、当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図るものとする。

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能

を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。

また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設においては、当該施設が精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨、有さない場合は連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者及び住民に情報提供するものとする。

d (略)

(ウ) 病床数

- a MFICU 及び NICU の病床数は、当該施設の過去の患者受入実績やカバーする周産期医療圏の人口等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質を確保するために適切な病床数とすることを基本とする。施設当たりの MFICU 病床数は6床以上、NICU の病床数は9床以上（12床以上とすることが望ましい。）とする。ただし、三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合にあっては、当分の間、MFICU の病床数は3床以上、NICU の病床数は6床以上で差し支えないものとする。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うものとする。

- (a) MFICU の病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外の MFICU の病床数は6床を下回ることができない。
- (b) NICU の病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

b ～ c (略)

(エ) ～ (オ) (略)

(カ) 災害対策

総合周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

- a 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。なお、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。
- b 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、

を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者および住民に情報提供するものとする。

また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設においては、当該施設が精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨、有さない場合は連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者及び住民に情報提供するものとする。

d (略)

(ウ) 病床数

- a MFICU 及び NICU の病床数は、当該施設の過去の患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質を確保するために適切な病床数とすることを基本とする。施設当たりの MFICU 病床数は6床以上、NICU の病床数は9床以上（12床以上とすることが望ましい。）とする。ただし、三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合にあっては、当分の間、MFICU の病床数は3床以上、NICU の病床数は6床以上で差し支えないものとする。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うものとする。

- (a) MFICU の病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外の MFICU の病床数は6床を下回ることができない。
- (b) NICU の病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

b ～ c (略)

(エ) ～ (オ) (略)

(カ) 災害対策

総合周産期母子医療センターは、災害時を見据えて業務継続計画を策定すること。また、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。

平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

- c 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないものとする。

ウ （略）

④ （略）

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

（略）

(1) （略）

(2) 医療資源・連携等に関する情報

① （略）

② 医療機関等

ア 正常分娩に対応する病院・診療所

（ア） ～ （イ） （略）

（ウ）医療連携の状況

- ・ リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況
- ・ オープンシステム・セミオープンシステムへの参加状況
- ・ 医療機器共同利用の状況
- ・ 他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況 等

イ ～ エ （略）

(3) 都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報

① 災害時の周産期医療体制に関する事項

- ・ 災害時小児周産期リエゾンの任命状況
- ・ 周産期医療施設や妊産婦等の被害を想定した災害訓練の実施状況

② 近隣都道府県との連携に関する協議の状況

(4) （略）

ウ （略）

④ （略）

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

（略）

(1) （略）

(2) 医療資源・連携等に関する情報

① （略）

② 医療機関等

ア 正常分娩に対応する病院・診療所

（ア） ～ （イ） （略）

（ウ）医療連携の状況

- ・ リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況
- ・ オープンシステムへの参加状況
- ・ 医療機器共同利用の状況
- ・ 他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況 等

イ ～ エ （略）

(3) 都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報

① 災害時の周産期医療体制に関する事項

- ・ 災害時小児周産期リエゾンの認定
- ・ 周産期医療施設や妊産婦等の被害を想定した災害訓練の実施状況

② 近隣都道府県との連携に関する協議の状況

(4) （略）

2 周産期医療圏の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、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、周産期医療圏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、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。
- (3) NICUを有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。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、胎児異常症例等）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。
- (4) （略）

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、関係機関・施設間の円滑な連携体制を構築した上で、「産科医療確保事業等」（「産科医療確保事業の実施について」（平成21年4月1日付け医政発0401007号厚生労働省医政局長通知）別添「産科医療確保事業等実施要綱」に規定する事業をいう。）を活用し、分娩取扱施設の確保や産科医の派遣、周産期医療圏を越える搬送体制の整備等を通じた無産科周産期医療圏問題の解消に向けた対策を医療計画に位置づけること。
さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。
- (2) （略）

2 周産期医療圏の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこと。特に、無産科二次医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、圏域設定の見直しも含めた検討を行うこと。
- (3) NICUを有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。また、圏域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、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が圏域内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。
- (4) （略）

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。特に、無産科二次医療圏を有する都道府県については、関係機関・施設間の円滑な連携体制を構築した上で、「産科医療確保事業等」（「産科医療確保事業の実施について」（平成21年4月1日付け医政発0401007号厚生労働省医政局長通知）別添「産科医療確保事業等実施要綱」に規定する事業をいう。）を活用し、分娩取扱施設の確保や産科医の派遣、圏域を越える搬送体制の整備等を通じた無産科二次医療圏問題の解消に向けた対策を医療計画に位置づけること。
さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。
- (2) （略）

(3) 母体及び新生児の搬送及び受入（<u>周産期医療圏</u>を越えた搬送及び受入を含む。）に関する現在の問題点を把握し、都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。 その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。 (4) (略) (5) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。 なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。 さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が<u>同じ周産期医療圏</u>内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。 (6) (略) 4 課題の抽出 都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の周産期医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。 その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り<u>周産期医療圏</u>ごとに課題を抽出する。 5 数値目標 都道府県は、良質かつ適切な周産期医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載するものとする。 数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。 なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に<u>周産期医療圏</u>の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。 6 ～ 8 (略)	(3) 母体及び新生児の搬送及び受入（<u>圏域</u>を越えた搬送及び受入を含む。）に関する現在の問題点を把握し、都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。 その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。 (4) (略) (5) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。 なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。 さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が<u>圏域</u>内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。 (6) (略) 4 課題の抽出 都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の周産期医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。 その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。 5 数値目標 都道府県は、良質かつ適切な周産期医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載するものとする。 数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。 なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。 6 ～ 8 (略)
--	--

9 その他（第8次医療計画に向けて）

周産期医療については、「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見の取りまとめ」（令和2年3月2日医療計画の見直し等に関する検討会）を踏まえ、第8次医療計画に向けて、各都道府県において、下記の事項について検討するものとする。

(1) 産科・小児科の医師偏在対策に関連する事項

産科・小児科の医師偏在対策については、令和2年度より、各都道府県が策定した産科・小児科の医師確保計画に基づく対策が行われる。一方で、医療計画については、本指針を踏まえ、令和2年度中に各都道府県が中間見直しを行い、令和3年度より中間見直しを踏まえた対策が行われることとなる。産科・小児科の医師確保計画における具体的施策には、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しが含まれることから、周産期医療に係る医療計画における記載内容と原則として一致している必要がある。

各都道府県においては、本指針と「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえつつ、

○ 周産期医療に係る医療計画と産科・小児科の医師確保計画との整合性

○ 産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏がないようにするための、周産期医療圏の見直し等の施策

○ 医療機関における勤務環境の改善、医療機関までのアクセス支援等も視野に入れた、周産期医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、検討していくこと。

(2) 24時間体制で、安全で質の高い周産期医療が提供可能な体制の構築・維持に関する事項

① リスクの高い妊産婦に対する医療提供体制について

これまで、地域において分娩を担う施設と基幹となる施設のリスクに応じた機能分化と連携を進める取組が行われてきた。一方で、母体・胎児集中治療室（MFICU）については、まだ整備できていない都道府県もあり、第8次医療計画に向けて、集学的な救急対応が可能な体制を構築・維持できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割を踏まえ、リスクの高い妊産婦を受け入れる体制について、例えばMFICUを有する周産期母子医療センター等に重点化するなど、各都道府県において検討を開始すること。

② 新生児医療の提供体制について

新生児集中治療室（NICU）の整備については、既に全都道府県で目標を達成しており、第8次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割、

<u>体制、実績等を踏まえつつ、NICU の集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始すること。</u> <u>なお、①及び②について検討していくに当たっては、周産期医療圏の見直し等の検討状況、MFICU と NICU の配置の整合性や連携、地域の分娩取扱施設からの緊急時の搬送体制等についても留意すること。</u>	
---	--

改 正 後	現 行
小児医療の体制構築に係る指針 小児医療については、これまで未熟児養育医療、小児慢性特定疾患治療研究事業（平成 27 年度以降は小児慢性特定疾病医療）、自立支援事業（育成医療）等に対する公費負担事業や重症度に応じた救急医療体制の整備等の対策を進めてきたところであり、これらの達成目標は、「健やか親子 21」（平成 12 年）や「子ども・子育てビジョン」（平成 22 年）にも目標値として盛り込まれているところである。 さらに、平成 17 年 8 月に関係省庁により発表された「医師確保総合対策」等において小児科医の不足が指摘されたことから、都道府県に対し、「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成 17 年 12 月 22 日付け医政発第 1222007 号・雇児発第 1222007 号・総経経第 422 号・17 文科高第 642 号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。 また、平成 21 年 7 月に示された「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の中間取りまとめに基づき、消防法（昭和 23 年法律第 186 号）による小児救急患者への対応を含む実施基準の策定や、小児救命救急センターの整備、小児集中治療室（以下「PICU」という。）の整備等が行われてきたところである。さらに、「少子化社会対策大綱」（平成 27 年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年）においても、継続して小児医療の充実に取り組んでいる。 <u>その後、平成 30 年 7 月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和 2 年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、産科医師・小児科医師についても、各都道府県は、産科・小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しを含む産科・小児科の医師確保計画を策定し、令和 2 年度より、同計画に基づく医師偏在対策を行うこととしている。産科・小児科の医師確保計画の考え方や構造については「医師確保計画策定ガイドライン」（平成 31 年 3 月 29 日付け医政地発 0329 第 3 号・医政医発 0329 第 6 号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長通知別添）において示したところである。</u> 小児医療の体制については、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、小児救急医療のみならず地域での一般の小児医療との連携も視野に入れながら、小児の医療体制を構築する。	小児医療の体制構築に係る指針 小児医療については、これまで未熟児養育医療、小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援事業（育成医療）等に対する公費負担事業や重症度に応じた救急医療体制の整備等の対策を進めてきたところであり、これらの達成目標は、「健やか親子 21」（平成 12 年）や「子ども・子育てビジョン」（平成 22 年）にも目標値として盛り込まれているところである。 さらに、平成 17 年 8 月に関係省庁により発表された「医師確保総合対策」等において小児科医の不足が指摘されたことから、都道府県に対し、「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成 17 年 12 月 22 日付け医政発第 1222007 号・雇児発第 1222007 号・総経経第 422 号・17 文科高第 642 号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。 また、平成 21 年 7 月に示された「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の中間取りまとめに基づき、消防法（昭和 23 年法律第 186 号）による小児救急患者への対応を含む実施基準の策定や、小児救命救急センターの整備、小児集中治療室（以下「PICU」という。）の整備等が行われてきたところである。さらに、「少子化社会対策大綱」（平成 27 年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年）においても、継続して小児医療の充実に取り組んでいる。 小児医療の体制については、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、小児救急医療のみならず地域での一般の小児医療との連携も視野に入れながら、小児の医療体制を構築する。

本指針では、小児医療の体制構築に当たり、「第1 小児医療の現状」で小児医療をとりまく状況が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。なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称する。

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、また各医療機能を理解した上で、地域の实情に応じて小児医療圏を設定し、その小児医療圏ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間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。

第1 小児医療の現状

1 小児医療をとりまく状況

- (1) (略)
- (2) 死亡の状況

我が国の周産期死亡率（出産1,000対）は3.6、乳児死亡率（出生1,000対）は1.9、幼児（1歳から4歳まで）、児童（5歳から9歳まで）、児童（10歳から14歳まで）の死亡率（人口10万対）はそれぞれ、19.4、8.6、8.4となっている²。

幼児（1歳から4歳まで）の死亡の主な原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」（20.6%）、「不慮の事故」（13.9%）、「悪性新生物」（8.8%）となっている。一方、児童（10歳から14歳まで）の主な原因は、「悪性新生物」（22.6%）、「自殺」（19.0%）、「不慮の事故」（15.5%）となっている²。

(3) 小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成12年の1,847万人から平成27年の1,590万人まで減少している³。）にもかかわらず、18歳未満の救急搬送数は増加傾向であった。近年は平成17年の約51万人から平成27年の約46万人と、やや減少傾向にある⁴。

また、同搬送における軽症者の割合は約73%となっている⁴。さらに、小児の入院救急医療機関（第二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、9割以上は軽症であることが以前より指摘されている⁵。このように、小児救急患者[※]については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においてさえ軽症患者が多数受診している様子がうかがえる。

本指針では、小児医療の体制構築に当たり、「第1 小児医療の現状」で小児医療をとりまく状況が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。

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、また各医療機能を理解した上で、地域の实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間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。

第1 小児医療の現状

1 小児医療をとりまく状況

- (1) (略)
- (2) 死亡の状況

我が国の周産期死亡率（出産1,000対）は3.6、乳児死亡率（出生1,000対）は1.9、幼児（1歳から4歳まで）、児童（5歳から9歳まで）、児童（10歳から14歳まで）の死亡率（人口10万対）はそれぞれ、19.4、8.6、8.4となっている。

幼児（1歳から4歳まで）の周産期死亡の主な原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」（20.6%）、「不慮の事故」（13.9%）、「悪性新生物」（8.8%）となっている。一方、児童（10歳から14歳まで）の主な原因は、「悪性新生物」（22.6%）、「自殺」（19.0%）、「不慮の事故」（15.5%）となっている。

(3) 小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成12年の1,847万人から平成27年の1,590万人まで減少している。）にもかかわらず、18歳未満の救急搬送数は増加傾向であった。近年は平成17年の約51万人から平成27年の約46万人と、やや減少傾向にある。

また、同搬送における軽症者の割合は約73%となっている。さらに、小児の入院救急医療機関（第二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、9割以上は軽症であることが以前より指摘されている。このように、小児救急患者[※]については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においてさえ軽症患者が多数受診している様子がうかがえる。

² 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

³ 総務省「国勢調査」（平成27年）

⁴ 消防庁「平成28年版 救急・救助の現状」（平成28年）

⁵ 日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書」（平成14年）ほか

※ 小児救急患者

救急車等によって救急搬送される小児患者や、休日・夜間等の通常の診療時間外に医療機関を受診する小児患者等を指す。

小児救急患者の時間帯別の受診状況をみると、平日では夕刻から準夜帯（18時から22時頃まで）にかけて増加傾向にあり、さらに土・日では多くなっている⁶。このように、小児救急患者は、いわゆる時間外受診が多いことが指摘されている。

小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医指向、病院志向が大きく影響していると指摘されている⁶。

このような状況を背景として、夜間や休日に、子どもの病気やけがへの対応について、保護者等の不安を軽減し、不要不急の受診を抑制するため、全国共通ダイヤルで看護師や小児科医師からアドバイスを受けられる「子ども医療電話相談事業（＃８０００事業）」（平成30年度に呼称を変更。）を平成16年度から開始している。平成22年度以降は全都道府県で実施されており、年間相談件数は、平成22年度の46.6万件から、平成29年度には94.2万件と増加している⁷。また、平成30年12月に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」において『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト宣言！』が取りまとめられ、患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること、緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること等が求められており、具体的な事項として、＃８０００事業の体制整備や周知徹底が挙げられている。さらに、「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」（令和元年調査）においては、就学前の子どもがいる方を中心として認知の割合が向上していたが、「電話がつながるまでの時間が長かった」等の意見があり、適切な回線数の確保等が求められている。

2 小児医療の提供体制

(1) 医療施設の状況

① ～ ② (略)

③ 平成11年度以降、小児救急医療体制の充実を図るため、病院群輪番制（163地区）や小児救急医療拠点病院（28か所）の整備を推進している。（数値はいずれも平成22年9月現在）

④ (略)

(2) (略)

※ 小児救急患者

救急車等によって救急搬送される小児患者や、休日・夜間等の通常の診療時間外に医療機関を受診する小児患者等を指す。

小児救急患者の時間帯別の受診状況をみると、平日では夕刻から準夜帯（18時から22時頃まで）にかけて増加傾向にあり、さらに土・日では多くなっている。このように、小児救急患者は、いわゆる時間外受診が多いことが指摘されている。

小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医指向、病院志向が大きく影響していると指摘されている。

このような状況を背景として、夜間や休日に、子どもの病気やけがへの対応について、保護者等の不安を軽減し、不要不急の受診を抑制するため、全国共通ダイヤルで看護師や小児科医師からアドバイスを受けられる「小児救急電話相談事業」を平成16年度から開始している。平成22年度以降は全都道府県で実施されており、年間相談件数は、平成22年度の46.6万件から、平成27年度には74.9万件と増加している。

2 小児医療の提供体制

(1) 医療施設の状況

① ～ ② (略)

③ 平成11年度以降、小児救急医療体制の充実を図るため、病院群輪番制（163地区）や拠点病院（28か所）の整備を推進している。（数値はいずれも平成22年9月現在）

④ (略)

(2) (略)

⁶ 厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」（主任研究者 衛藤義勝）（平成16年度）

⁷ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における小児医療体制の整備

(1) 小児医療に関する協議会

① 小児医療に関する協議会の設置

都道府県は、小児医療体制の整備に関する協議を行うため、小児医療の提供体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者を構成員として、小児医療に関する協議会を設置するものとする。小児医療体制を整備・推進する上で重要な関係を有する者とは、例えば、保健医療関係機関・団体の代表、小児医療を実施する中核的な施設や地域の一次医療施設等の医師・看護師その他の医療従事者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等のことをいうものであり、地域の実情に応じて選定する。なお、小児医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない。

② 協議事項

小児医療に関する協議会は、次に掲げる事項について、必要に応じて年に複数回、協議を行うものとする。またその内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うものとする。なお、小児患者の搬送及び受入れ、災害対策等、他事業・疾患との連携を要する事項については、小児医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議するものとする。

ア 小児医療体制に係る調査分析に関する事項

イ 医療計画（小児医療）の策定に関する事項

ウ 小児科の医師確保計画の策定に関する事項

エ 小児患者の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、小児の死亡や重篤な症例に関する事項

オ 他事業との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の小児期に合併する疾患に関する医療等）

カ 小児医療関係者に対する研修に関する事項

キ その他、特に検討を要する事例や小児医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

小児医療に関する協議会については、医療法第72条に規定する都道府県医療審議会又は同法第30条の23第1項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付

第2 医療体制の構築に必要な事項

けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。また、地域医療構想調整会議（医療法第31条の14第1項に規定する協議の場をいう。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2) 災害を見据えた小児医療体制

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された¹。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命し、次に挙げる事項を整備すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。

- ① 災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、平時より訓練を実施
- ② 自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災都道府県からの搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築

2 目指すべき方向

当面、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、すべての小児救急医療圏（平成31年4月現在336地区）（「小児救急医療圏」については、第8次医療計画の指針を策定する際に「小児医療圏」として一本化することとしている。）で常時診療できる体制を確保するとともに、一般の小児医療も視野に入れながら、医療体制を構築していく。

その際、小児医療圏ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目標に、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携の構築を行う。また、医療機関の機能や患者のアクセス等を考慮し、小児医療圏の見直しを適宜行う等により小児医療圏毎の小児医療提供体制を検討する（日本小児科学会「小児医療提供体制委員会報告」（平成27年）を参考のこと）。

1 目指すべき方向

当面、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、すべての小児救急医療圏（平成27年4月現在357地区）で常時診療できる体制を確保するとともに、一般の小児医療も視野に入れながら、医療体制を構築していく。

その際、圏域ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目標に、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携の構築を行う。また、医療機関の機能や患者のアクセス等を考慮し、小児医療に係る医療圏の見直しを適宜行う等により圏域毎の小児医療提供体制を検討する（日本小児科学会「小児医療提供体制委員会報告」（平成27年）を参考のこと）。

¹ 厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見のとりまとめ」（平成28年度）

(1) (略) (2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制 ① (略) ② <u>小児医療圏</u>において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制 ③ ～ ④ (略) (3) 地域の小児医療が確保される体制 ① (略) ② 小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、<u>小児医療感の見直しや医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制</u> (4) 療養・療育支援が可能な体制 ① 小児病棟やNICU、PICU等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施 <u>3 各医療機能と連携</u> (略) (1) <u>地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能</u> ① <u>健康相談等の支援の機能【相談支援等】</u> ア 目標 ・ 子供の急病時の対応等を支援すること ・ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること	(1) (略) (2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制 ① (略) ② <u>二次医療圏</u>において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制 ③ ～ ④ (略) (3) 地域の小児医療が確保される体制 ① (略) ② 小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制 (4) 療養・療育支援が可能な体制 ① 小児病棟やNICU、PICU等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施 <u>(5) 災害時を見据えた小児医療体制</u> <u>これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された。そのため、都道府県は災害対策本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、次に挙げる事項を整備すること。</u> ① <u>災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、災害時小児周産期リエゾンを認定し、平時より訓練を実施</u> ② <u>自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災県からの搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築</u> <u>2 各医療機能と連携</u> (略) (1) <u>健康相談等の支援の機能【相談支援等】</u> ① 目標 ・ 子供の急病時の対応等を支援すること ・ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること
--	--

- ・ 不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
- ・ 小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

イ 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- ・ 必要に応じ電話相談事業等を活用すること
- ・ 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
- ・ 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

(消防機関等)

- ・ 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること
- ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- ・ 救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

(行政機関)

- ・ 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること（子ども医療電話相談事業（＃８０００事業）や他の電話相談事業について、適切な回線数の確保等を検討するに当たり、例えば、応答率（着信件数のうち受電対応者が応答した件数の割合）等を把握し、その結果も参考とすること。）
- ・ 小児の受療行動に基づき、急病等の対応等について啓発を実施すること（小児救急医療啓発事業）
- ・ 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導する体制を確保すること（自動体外式除細動器普及啓発事業）
- ・ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること

(2) 地域において、日常的な小児医療を実施する機能【一般小児医療】

① 一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能【一般小児医療】

ア (略)

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- ・ 軽症患者の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）
- ・ 他の医療機関の小児病棟やNICU、PICU等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること
- ・ 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること

- ・ 不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
- ・ 小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

② 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- ・ 必要に応じ電話相談事業等を活用すること
- ・ 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
- ・ 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

(消防機関等)

- ・ 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること
- ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- ・ 救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

(行政機関)

- ・ 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること（小児救急電話相談事業）
- ・ 小児の受療行動に基づき、急病等の対応等について啓発を実施すること（小児救急医療啓発事業）
- ・ 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導する体制を確保すること（自動体外式除細動器普及啓発事業）
- ・ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること

(2) 一般小児医療

① 一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能【一般小児医療】

ア (略)

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- ・ 軽症の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）
- ・ 他の医療機関の小児病棟やNICU、PICU等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること
- ・ 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること

・ 医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること ・ 家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること ・ 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること ・ 専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ウ 医療機関等の例 ・ 小児科を標榜する診療所（小児かかりつけ医を含む。） ・ 一般小児科病院、小児地域支援病院※ ・ 連携病院（集約化推進通知に規定されるもの） ・ 訪問看護ステーション ※ 小児地域支援病院は日本小児科学会の「地域振興小児科A」に相当する。 ② 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】 ア 目標 ・ 初期小児救急医療を実施すること イ (略) ウ 医療機関の例 (平日昼間) ・ 小児科を標榜する診療所 ・ 一般小児科病院、小児地域支援病院 ・ 連携病院（集約化推進通知に規定されるもの） (夜間休日) ・ 在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター、小児初期救急センター	・ 医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること ・ 家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること ・ 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること ・ 専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ウ 医療機関等の例 ・ 小児科を標榜する診療所（小児かかりつけ医を含む。） ・ 一般小児科病院、小児地域支援病院※ ・ 連携病院（集約化推進通知に規定されるもの） ・ 訪問看護ステーション ※ 小児地域支援病院は日本小児科学会の「地域振興小児科病院A」に相当する。 ② 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】 ア 目標 ・ 初期小児救急を実施すること イ (略) ウ 医療機関の例 (平日昼間) ・ 小児科を標榜する診療所 ・ 一般小児科病院、小児地域支援病院 ・ 連携病院（集約化推進通知に規定されるもの） (夜間休日) ・ 在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター、小児初期救急センター ③ <u>小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】</u> <u>小児中核病院又は小児地域医療センターがない医療圏において、最大の病院小児科であり、小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良（車で1時間以上）であるものと定義される。小児人口の5.4%をカバーしているに過ぎないものの、医療圏の面積は全国の約25%と広く、小児医療資源が乏しいため、他地域の小児科との統廃合は不適當である。</u> ア 目標
---	--

(3) <u>小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能【小児地域医療センター】</u>（日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの。） ① 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。） ア 目標 ・ <u>3の(2)の①の機能（一般小児医療）を担う医療機関</u>では対応が困難な患者に対する<u>小児専門医療</u>を実施すること イ 医療機関に求められる事項 ・ 高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を実施すること ・ <u>一般小児医療を担う医療機関</u>では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施すること ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること ・ より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・ 療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること ウ （略） ② 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。） ア （略） イ 医療機関に求められる事項 ・ 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること	・ <u>小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること</u> イ 医療機関に求められる事項 ・ <u>原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること</u> (3) <u>小児地域医療センター</u>（日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの） ① 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。） ア 目標 ・ <u>一般の小児医療を行う医療機関</u>では対応が困難な患者に対する医療を実施すること ・ <u>小児専門医療を実施すること。</u> イ 医療機関に求められる事項 ・ 高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと ・ <u>一般の小児医療を行う機関</u>では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること ・ より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・ 療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること ウ （略） ② 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。） ア （略） イ 医療機関に求められる事項 ・ 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること
---	--

・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと ・ より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること ウ 医療機関の例 ・ 地域小児科センター（救急型） ・ 連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの） ・ 小児救急医療拠点病院 ・ 輪番制・共同利用に参加している病院 (4) <u>三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】</u>（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの₂） ① 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。） ア 目標 ・ 小児地域医療センター等では対応が困難な患者に対する高度な小児専門入院医療を実施すること ・ 当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること イ 医療機関に求められる事項 ・ 広域の小児中核病院や小児地域医療センター等との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること ウ 医療機関の例 ・ 中核病院小児科（改革ビジョンに規定されるもの） ・ 大学病院（本院） ・ 小児専門病院 ② 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。） ア （略）	・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと ・ 高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること ウ 医療機関の例 ・ 地域小児科センター（救急型） ・ 連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの） ・ 小児救急医療拠点病院 ・ 小児救急医療支援事業により輪番制に参加している病院 (4) <u>小児中核病院</u>（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの） ① 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。） ア 目標 ・ 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること ・ 当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること イ 医療機関に求められる事項 ・ 広域の小児中核病院や小児地域医療センターとの連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること ウ 医療機関の例 ・ 中核病院（改革ビジョンに規定されるもの） ・ 大学病院（本院） ・ 小児専門病院 ② 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】 （人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。） ア （略）
--	---

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること
- ・ 小児の集中治療を専門的に実施できる診療体制（小児専門施設であれば PICU を運営することが望ましい。）を構築することが望ましいこと
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ 医療機関の例

- ・ 救命救急センター
- ・ 小児救命救急センター
- ・ 小児救急医療拠点病院のうち救命救急医療を提供するもの

(5) 小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】

小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において、最大の病院小児科であり、小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良（車で1時間以上）であるものと定義される。日本小児科学会の分析によると、小児人口の5.4%をカバーしているに過ぎないものの、小児医療圏の面積は全国の約25%と広く、小児医療資源が乏しいため、他地域の小児科との統廃合は不適當であるとされている。

ア 目標

- ・ 小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

(略)

(1) (略)

(2) 医療資源・連携等に関する情報

① ～ ⑥ (略)

⑦ 休日・夜間等における子供の急病等に関する相談事業

- ・ 回線数、相談件数、認知度、応答率等

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること
- ・ 小児の集中治療を専門的に実行できる診療体制（小児専門施設であれば PICU を運営することが望ましい。）を構築することが望ましいこと
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ 医療機関の例

- ・ 救命救急センター
- ・ 小児救命救急センター
- ・ 小児救急医療拠点病院のうち救命救急医療を提供するもの

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

(略)

(1) (略)

(2) 医療資源・連携等に関する情報

① ～ ⑥ (略)

⑧ 災害時の小児医療体制に関する事項

- ・ 災害時小児周産期リエゾンの任命状況
- ・ 小児医療施設や小児患者等の被害を想定した災害訓練の実施状況

(3) (略)

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 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。
- (4) (略)

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、小児医療の体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。また、都道府県内における医療が必要な障害児等の支援に関わる医療・福祉等の関係機関と連携を図る。
- さらに、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有に努める。
- (2) ～ (3) (略)
- (4) 医療計画には、原則として各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。
- なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。
- さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が小児医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載をすることで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

(5) (略)

(3) (略)

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域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。
- (4) (略)

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、小児医療の体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。また、都道府県内における医療が必要な障害児の支援に関わる医療・福祉等の関係機関と連携を図る。
- さらに、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有に努める。
- (2) ～ (3) (略)
- (4) 医療計画には、原則として各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。
- なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。
- さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載をすることで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

(5) (略)

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の小児医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り小児医療圏ごとに課題を抽出する。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な小児医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に小児医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 ～ 8 (略)

9 その他（第8次医療計画に向けて）

小児医療については、「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見の取りまとめ」（令和2年3月2日医療計画の見直し等に関する検討会）を踏まえ、第8次医療計画に向けて、各都道府県において、下記の事項について検討するものとする。

(1) 産科・小児科の医師偏在対策に関連する事項

産科・小児科の医師偏在対策については、令和2年度より、各都道府県が策定した産科・小児科の医師確保計画に基づく対策が行われる。一方で、医療計画については、本指針を踏まえ、令和2年度中に各都道府県が中間見直しを行い、令和3年度より中間見直しを踏まえた対策が行われることとなる。小児科の医師確保計画における具体的施策には、医療圏の見直しや更なる集約化・重点化等の医療提供体制の見直しが含まれることから、小児医療に係る医療計画における記載内容と原則として一致している必要がある。

各都道府県においては、本指針と「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえつつ、

○ 小児医療に係る医療計画と小児科医師確保計画との整合性

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の小児医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な小児医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

6 ～ 8 (略)

- | | |
|---|--|
| <p>○ <u>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ため、小児医療圏の見直し等の施策（「小児救急医療圏」については、第8次医療計画の指針を策定する際に「小児医療圏」として一本化することとしている。）</u></p> <p>○ <u>医療機関における勤務環境の改善、医療機関までのアクセス支援等も視野に入れた、小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、検討していくこと。</u></p> | |
|---|--|

改 正 後	現 行
在宅医療の体制構築に係る指針 (略) 第1 在宅医療の現状 1 在宅医療の現状 (1) (略) (2) 在宅医療のニーズの増加と多様化 平成30年における65歳以上の高齢者人口は、<u>3,542</u>万人であるが¹、平成54年には<u>3,953</u>万人となりピークを迎え²、同年の75歳以上の人口割合は、現在の<u>14%</u>から<u>20%</u>に増加する。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約6割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約<u>136</u>万人から約<u>167</u>万人に増える²。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成21年の13,543人/月から、平成30年には<u>18,257</u>人/月と、増加している³。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している1ヶ月あたりの小児（0～9歳）の数は、平成24年の91人/月から、平成30年の<u>1,570</u>人/月へと増加し³、また訪問看護を受ける小児（0～9歳）の数は、平成23年の約<u>2</u>千人/月から、平成29年の約<u>4</u>千人/月へと増加している⁴。 このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。 2 在宅医療の提供体制 (1) 退院支援 在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。	在宅医療の体制構築に係る指針 (略) 第1 在宅医療の現状 1 在宅医療の現状 (1) (略) (2) 在宅医療のニーズの増加と多様化 平成27年における65歳以上の高齢者人口は、<u>3,373</u>万人であるが、平成54年には<u>3,878</u>万人となりピークを迎え、同年の75歳以上の人口割合は、現在の<u>13%</u>から<u>21%</u>に増加する。また、65歳以上の高齢者のいる世帯の約6割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約<u>129</u>万人から約<u>166</u>万人に増える。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成21年の13,543人/月から、平成24年には<u>21,121</u>人/月、平成27年には<u>25,184</u>人/月と、<u>年々</u>増加している。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している1ヶ月あたりの小児（0～9歳）の数は、平成24年の91人/月から、平成27年の<u>1,003</u>人/月へと増加し、また訪問看護を受ける小児（0～9歳）の数は、平成21年の約<u>3</u>千人/月から、平成27年の約<u>8</u>千人/月へと増加している。 このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。 2 在宅医療の提供体制 (1) 退院支援 在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

¹ 厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（平成2730年）

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1月推計）」（平成2429年）

³ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

⁴ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成2123,2729年）

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族のQOL向上等の効果が報告されている⁵。

退院支援担当者を配置している病院は、平成20年の2,450ヶ所（28%）から、平成29年の3,719ヶ所（44%）へと増加している⁶。病床規模別にみると、300床以上の病院では74%の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる⁶。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、平成29年には180,100人/日で、平成23年の110,700人/日に比較し、63%増加している⁷。

訪問診療を提供している医療機関は、全診療所101,471ヶ所のうち、20,167ヶ所（19.9%）、全病院8,412ヶ所のうち2,702ヶ所（32.1%）である⁶。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は平成30年3月現在、それぞれ1,275ヶ所、13,614ヶ所の届出があり⁸、増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が0.3から4.4（全国値1.2）、後者が5.1から21.3（全国値11.0）とばらつきが見られる⁷。

病院、診療所を対象とした調査では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が24時間対応の困難さを挙げた⁹。在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者約69.5万人/月のうち、医療保険による利用者は約22.9万人/月¹⁰、介護保険による訪問看護利用者が約46.6万人/月¹¹である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは9,964カ所¹¹、訪問看護を実施する病院・診療所は4,010カ所である¹¹。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）を

具体的には、病院における組織的な取組（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患者や家族のQOL向上等の効果が報告されている。

退院支援担当者を配置している病院は、平成20年の2,450ヶ所（28%）から、平成26年の3,592ヶ所（42%）へと増加している。病床規模別にみると、300床以上の病院では74%の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療

在宅医療を受けた患者数は、平成26年には156,400人/日で、平成23年の110,700人/日に比較し、41%増加している。

訪問診療を提供している医療機関は、全診療所100,461ヶ所のうち、20,597ヶ所（20.5%）、全病院8,493ヶ所のうち2,692ヶ所（31.7%）である。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は平成26年3月現在、それぞれ1,060ヶ所、14,453ヶ所の届出があり、年々増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が0.29から3.6（全国値0.8）、後者が5.4から22.8（全国値11.5）とばらつきが見られる。

病院、診療所を対象とした調査では、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74%が24時間対応の困難さを挙げた。在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供されており、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者約56.7万人/月のうち、医療保険による利用者は約17.1万人/月、介護保険による訪問看護利用者が約39.6万人/月である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは7,917カ所、訪問看護を実施する病院・診療所は1,580カ所である。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）を

⁵ 医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究」（平成19年）

⁶ 厚生労働省「医療施設調査（静態）」（平成20,26,29年）

⁷ 厚生労働省「患者調査」（平成23,26,29年）

⁸ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ（平成27,30年）

⁹ 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成29年）

¹⁰ 厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成27,29年）より算出

¹¹ 厚生労働省「介護給付費等実態調査統計」（平成27,30年6月）

みると、5.7から17.5とばらつきがみられる（全国値 10.9）¹²。

訪問看護ステーションの多くは、看護職員（常勤換算）が5人未満の小規模な事業所であるが、規模の大きな訪問看護ステーションほど、難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多く、また緊急の訪問が可能な体制をとれている事業所が多い実態がある¹³。

今後は、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約40,600人/日（歯科外来患者総数の3.0%）であり、そのうち、77.6%が65歳以上である⁶。

全歯科診療所68,609ヶ所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、14,927ヶ所（21.8%）である⁶。在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は8,016ヶ所で増加傾向にあるが¹⁴、全歯科診療所の約12%にとどまっている。

近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、医療機関等との連携を更に推進していくことが求められている。

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局 59,613 カ所¹⁵のうち、在宅訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局数は、平成26年では医療保険では3,598ヶ所で算定回数は約15万回/年、介護保険では11,020ヶ所（重複あり）で算定回数は約545万回/年となっており¹⁶、実施施設は年々増加しているが薬局全体では約2割程度である。医療機関の薬剤師が実施した在宅訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約460回/月¹⁷、介護保険約6,000回/月¹¹となっている。地域の薬局には、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められている。

みると、4.3から12.1とばらつきがみられる（全国値 7.3）。

訪問看護ステーションの多くは、従業員が5人未満の小規模な事業所であるが、規模の大きな訪問看護ステーションほど、難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多く、また緊急の訪問が多い実態がある。

今後は、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められている。

③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約40,600人/日（歯科外来患者総数の3.0%）であり、そのうち、77.6%が65歳以上である。

全歯科診療所68,592ヶ所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、14,069ヶ所（20.5%）である。在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は6,443ヶ所で増加傾向にあるが、全歯科診療所の約9%にとどまっている。

近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されており、医療機関等との連携を更に推進していくことが求められている。

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局 57,784 カ所のうち、在宅訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局数は、平成26年では医療保険では3,598ヶ所で算定回数は約15万回/年、介護保険では11,020ヶ所（重複あり）で算定回数は約545万回/年となっており、実施施設は年々増加しているが薬局全体では約2割程度である。医療機関の薬剤師が実施した在宅訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約480回/月、介護保険約6,000回/月となっている。地域の薬局には、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められている。

¹² 厚生労働省「介護給付費等実態調査統計（旧：介護給付費等実態調査）」（平成 2630 年）より算出

¹³ 厚生労働省保険局医療課調べ（平成 2529 年）

¹⁴ 厚生労働省保険局医療課調べ（平成 2729 年）

¹⁵ 厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 2630 年）

¹⁶ 厚生労働省保険局、老健局調べ（平成 26 年）

¹⁷ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（平成 2730 年）

(3) ～ (4) (略) 第2 医療体制の構築に必要な事項 (略) 第3 構築の具体的な手順 1 ～ 4 (略) 5 数値目標 都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。 数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。 特に、地域医療構想(医療法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。)による病床の機能分化・連携に伴う、介護施設、在宅医療等の追加的需要や、高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加に対する目標について、介護保険事業(支援)計画等と整合性をもって設定していくことが重要であり、医療・介護の体制整備に係る都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。 具体的には、地域医療構想において定めることとされている構想区域における将来の居宅等における医療の必要量に、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要が含まれていることを踏まえ、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する具体的な数値目標を記載することとする。介護施設、在宅医療等の追加的需要の考えを含め、将来必要となる訪問診療の需要については、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。 また、これに加え、 - 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標、 - 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標 について、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めるものとする。 (目標設定する項目・指標の例)	(3) ～ (4) (略) 第2 医療体制の構築に必要な事項 (略) 第3 構築の具体的な手順 1 ～ 4 (略) 5 数値目標 都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。 数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。 特に、地域医療構想(医療法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。)による病床の機能分化・連携に伴う、介護施設、在宅医療等の追加的需要や、高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加に対する目標について、介護保険事業(支援)計画等と整合性をもって設定していくことが重要であり、医療・介護の体制整備に係る都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。 具体的には、地域医療構想において定めることとされている構想区域における将来の居宅等における医療の必要量に、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要が含まれていることを踏まえ、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する具体的な数値目標を記載することを原則とする。介護施設、在宅医療等の追加的需要の考えを含め、将来必要となる訪問診療の需要については、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。 また、これに加え、 - 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標、 - 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標 について、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めるものとする。 (目標設定する項目・指標の例)
---	--

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

なお、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、第 7 次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第 7 期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、まずは令和 2 年度末における整備目標を設定し、その後、医療計画の中間年（3 年目）での見直しにおいて、国保データベースのデータ等も参考にしながら、中間年までの進捗状況を評価した上で、第 8 期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、令和 5 年度末における目標を設定することとする。なお、令和 2 年度末における整備目標を設定できていない都道府県においては、医療計画の中間年での見直しにおいて、追加的需要における在宅医療の整備目標及び介護のサービス量の見込みについて按分の上、第 7 次医療計画と第 8 期介護保険事業（支援）計画に反映することとする。

6 ～ 8 （略）

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

なお、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保する観点から、第 7 次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第 7 期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、まずは平成 32 年度末における整備目標を設定し、その後、医療計画の中間年（3 年目）での見直しにおいて、第 8 期介護保険事業（支援）計画と整合的なものとなるよう、平成 35 年度末における目標を設定することとする。

6 ～ 8 （略）

改 正 後				現 行			
(別添) 医療計画において定める数値目標				(別添) 医療計画において定める数値目標			
目標項目	数値目標	目標時期	(参考) 関連する計画	目標項目	数値目標	目標時期	(参考) 関連する計画
精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末		精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	
精神病床における回復期（3ヶ月以上1年未満）入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末		精神病床における回復期（3ヶ月以上1年未満）入院需要（患者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画	精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	算定式 ^{1,2} に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画	精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	算定式 ^{1,3} に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画	精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	障害福祉計画
精神病床における入院需要（患者数）	算定式 ¹ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末		精神病床における入院需要（患者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	

¹ 精神病床に係る基準病床数の算定式（医療法施行規則第30条の30第2項）

² 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の1）

³ 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の2）

地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画	地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画	地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	算定式 ⁴ に基づき算出	令和2年度末 令和5年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画	地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	算定式に基づき算出	平成32年度末 平成36年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
精神病床における入院後3か月時点の退院率	69%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画	精神病床における入院後3か月時点の退院率	69%以上を基本とする	平成32年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後6か月時点の退院率	84%以上を基本とする	令和5年度末	障害福祉計画	精神病床における入院後6か月時点の退院率	84%以上を基本とする	平成36年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後1年時点の退院率	90%以上を基本とする	令和2年度末	障害福祉計画	精神病床における入院後1年時点の退院率	90%以上を基本とする	平成32年度末	障害福祉計画

⁴ 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の3）

改 正 後					現 行				
(別表) 別表 1 ～ 3 (略)					(別添) 別表 1 ～ 3 (略)				
別表 4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例					別表 4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例				
	予防	初期・安定期	合併症予防を含む専門治療	合併症治療		予防	初期・安定期	合併症予防を含む専門治療	合併症治療
ストラクチャー	● 特定健診受診率	糖尿病内科(代謝内科)医師数	教育入院を行う医療機関数	糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数	ストラクチャー	● 特定健診受診率	糖尿病内科(代謝内科)医師数	教育入院を行う医療機関数	糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数
	特定保健指導実施率	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数	糖尿病専門医数	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数		特定保健指導実施率	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数	糖尿病専門医数	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数
			腎臓専門医数	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数				腎臓専門医数	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数
			糖尿病登録医/療養指導医	歯周病専門医数				糖尿病登録医/療養指導医	歯周病専門医数
			糖尿病療養指導士数	糖尿病登録歯科医師数				糖尿病療養指導士数	糖尿病登録歯科医師数
			糖尿病看護認定看護師数					糖尿病看護認定看護師数	
			1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数						
プロセス		糖尿病患者の年齢調整外未受療率	糖尿病透析予防指導の実施件数	● 糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	プロセス		糖尿病患者の年齢調整外未受療率	糖尿病透析予防指導の実施件数	● 糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数
		HbA1c検査の実施件数	在宅インスリン治療件数	● 糖尿病足病変に対する管理			HbA1c検査の実施件数	在宅インスリン治療件数	● 糖尿病足病変に対する管理
		医療機関・健診で糖尿病と言われた者のうち、治療を受けている者の割合		● 糖尿病網膜症手術数			医療機関・健診で糖尿病と言われた者のうち、治療を受けている者の割合		● 糖尿病網膜症手術数
		尿中アルブミン(定量)検査の実施件数					尿中アルブミン(定量)検査の実施件数		
		クレアチニン検査の実施件数					クレアチニン検査の実施件数		
		精密眼底検査の実施件数					精密眼底検査の実施件数		
		血糖自己測定の実施件数					血糖自己測定の実施件数		
		内服薬の処方件数					内服薬の処方件数		
		外来栄養食事指導料の実施件数					外来栄養食事指導料の実施件数		
アウトカム	糖尿病予備群の者の数		低血糖患者数		アウトカム	糖尿病予備群の者の数		低血糖患者数	
	糖尿病が強く疑われる者の数		糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷患者数	糖尿病患者の新規下肢切断術の件数		糖尿病が強く疑われる者の数		糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏迷患者数	
		● 新規人工透析導入患者数		糖尿病患者の年齢調整死亡率			● 新規人工透析導入患者数		糖尿病患者の年齢調整死亡率

改 正 後										現 行															
別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例										別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例															
		救護		救命医療		入院救急医療		初期救急医療		救命後の医療				救護		救命医療		入院救急医療		初期救急医療		救命後の医療			
ストラクチャー		運用救急救命士数		救急担当専任医師数・看護師数					初期救急医療施設数	●	転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数				運用救急救命士数		救急担当専任医師数・看護師数					初期救急医療施設数	—	転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数	
		住民の救急蘇生法の受講率		救命救急センター数		2次救急医療機関数		一般診療所の初期救急医療への参画率						住民の救急蘇生法の受講率		救命救急センター数		2次救急医療機関数		一般診療所の初期救急医療への参画率					
		救急車の運用数		特定集中治療室のある医療機関数										救急車の運用数		特定集中治療室のある医療機関数									
		●	救急搬送人員数										●		救急搬送人員数										
		AEDの設置台数														AEDの設置台数									
プロセス		心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		救命救急センター充実段階評価S及びAの割合						緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数					心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		救命救急センター充実段階評価Aの割合				緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数				
				救急車の受入件数											救急車の受入件数										
				転院搬送の受入件数																					
						転院搬送の実施件数																			
		●	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間											●		救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間									
		●	受入困難事例の件数													●		受入困難事例の件数							
		2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数																							
アウトカム	●	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の一ヶ月後の予後										アウトカム●心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の一ヶ月後の予後													

改正後

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	災害時に拠点となる病院		災害時に拠点となる病院以外の病院		都道府県	
ストラクチャー	病院の耐震化率				医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数	
	●	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	●	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	
		複数の災害時の通信手段の確保率	●	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	災害医療コーディネーター任命者数	
		多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合			災害時小児周産期リエゾン任命者数	
プロセス	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合				
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察、保健所、市町村等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数				
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数				
	●	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数				
	●	被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合			都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数	
		基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数			都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数	
アウトカム						

現行

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	災害時に拠点となる病院		災害時に拠点となる病院以外の病院		都道府県	
ストラクチャー	病院の耐震化率				医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数	
	●	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	●	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	
		複数の災害時の通信手段の確保率	●	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率		
		多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合				
プロセス	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合				
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数				
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数				
	●	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数				
	●	被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合				
		基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数				
アウトカム						

改

正

後

別表8　へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援	
ストラクチャー		へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数
		へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数
		過疎地域等特定診療所数				へき地医療に従事する地域枠医師数
		へき地診療所の医師数				
		へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)				
プロセス	●	へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	●	協議会の開催回数
	●	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者 (医師、歯科医師、看護師、薬剤師等) 確保の検討回数
	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		
			●	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況		
			●	へき地医療拠点病院の中で主要3事業(※1)の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合		
			●	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業(※2)の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合		
アウトカム						

※1 主要3事業:へき地医療拠点病院における①へき地への巡回診療、②へき地診療所等への医師派遣、③へき地診療所等への代診医派遣

※2 必須事業:へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。

・へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関すること。

・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

現

行

別表8　へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援	
ストラクチャー		へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数
		へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数
		過疎地域等特定診療所数				へき地医療に従事する地域枠医師数
		へき地診療所の医師数				
		へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)				
プロセス	●	へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	●	協議会の開催回数
	●	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者 (医師、歯科医師、看護師、薬剤師等) 確保の検討回数
	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		
			●	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況		
アウトカム						

改 正 後										現 行												
別表 9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例										別表 9 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例												
		低リスク分娩		地域周産期母子医療センター		総合周産期母子医療センター		療養・療育支援				低リスク分娩		地域周産期母子医療センター		総合周産期母子医療センター		療養・療育支援				
ストラクチャー		産科・産婦人科・婦人科医師数						乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数				産科・産婦人科・婦人科医師数						乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数				
		分娩を扱う医師数										分娩を扱う医師数										
		日本周産期・新生児医学会専門医数										日本周産期・新生児医学会専門医数										
		助産師数										助産師数										
		アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数										アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数										
		分娩を扱う医療機関の種別										分娩を扱う医療機関の種別										
		ハイリスク妊産婦連携指導科1・2届出医療機関数										分娩を扱う医療機関の種別										
				NICUを有する病院数・病床数								NICUを有する病院数・病床数										
			NICU専任医師数								NICU専任医師数											
			GCUを有する病院数・病床数						GCUを有する病院数・病床数													
	MFICUを有する病院数・病床数						MFICUを有する病院数・病床数															
	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数						ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数															
			業務継続計画策定医療機関数・策定割合								業務継続計画策定医療機関数・策定割合											
プロセス	●	分娩数										分娩数										
		産後訪問指導実施数		周産期母子医療センターで取り扱う分娩数								産後訪問指導実施数		周産期母子医療センターで取り扱う分娩数								
				NICU入室児数										NICU入室児数								
			NICU・GCU長期入院児数								NICU・GCU長期入院児数											
			●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率								●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率									
			●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数								●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数									
アウトカム	●	新生児死亡率						●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)				●	新生児死亡率						●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)	
	●	周産期死亡率										●	周産期死亡率									
	●	妊産婦死亡数・死亡原因										●	妊産婦死亡数・死亡原因									
ストラクチャー	●	災害時小児周産期リエン任命者数		*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。																		

改正後

別表 10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院
ストラクチャー	●子ども医療電話相談の回線数・相談件数	小児科を標榜する病院・診療所数	小児地域支援病院数	小児地域医療センター数	小児中核病院数
	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	小児歯科を標榜する歯科診療所数			PICUを有する病院数・PICU病床数
	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	小児科医師数(医療機関種別)			
		夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数			
プロセス	小児在宅人工呼吸器患者数	小児のかかりつけ医受診率			
	小児の訪問診療を受けた患者数		救急入院患者数		
	小児の訪問看護利用者数	緊急気管挿管を要した患者数			
		●	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数		
			特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満)		
アウトカム	●小児人口あたり時間外外来受診回数				
	●	乳児死亡率			
	●	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所			

ストラクチャー

●

災害時小児周産期リエン任命者数

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

現行

別表 10 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	地域・相談支援等	一般小児医療	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院
ストラクチャー	●小児救急電話相談の回線数・相談件数	小児科を標榜する病院・診療所数	小児地域支援病院数	小児地域医療センター数	小児中核病院数
	小児に対応している訪問看護ステーション数	小児歯科を標榜する歯科診療所数			PICUを有する病院数・PICU病床数
		小児科医師数(医療機関種別)			
		夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数			
プロセス	小児在宅人工呼吸器患者数	小児のかかりつけ医受診率			
			救急入院患者数		
		緊急気管挿管を要した患者数			
		●	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数		
			特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満)		
アウトカム	●小児人口あたり時間外外来受診回数				
	●	乳児死亡率			
	●	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所			

改 正 後										現 行										
別表 11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例										別表 11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例										
		退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り				退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り		
ストラクチャー		退院支援担当者を配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数				退院支援担当者を配置している診療所・病院数	●	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数		
	●	退院支援を実施している診療所・病院数		小児の訪問診療を実施している診療所・病院数								●	退院支援を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数						
		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数								介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数		
		退院時共同指導を実施している診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		在宅療養後方支援病院			ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数			退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		機能強化型の訪問看護ステーション数						
			小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	●	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数															
			歯科訪問診療を実施している診療所・病院数																	
			在宅療養支援歯科診療所数																	
			訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数																	
			在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数																	
			訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数																	
プロセス		退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数					退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数	
		介護支援連携指導を受けた患者数		小児の訪問診療を受けた患者数				看取り数(死亡診断のみの場合を含む)				介護支援連携指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数				看取り数(死亡診断のみの場合を含む)		
		退院時共同指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数				在宅死亡者数			退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数		在宅死亡者数					
		退院後訪問指導を受けた患者数		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数							退院後訪問指導を受けた患者数		訪問薬剤管理指導を受けた者の数							
			訪問口腔衛生指導を受けた患者数									小児の訪問看護利用者数								
			●	訪問看護利用者数																
			訪問薬剤管理指導を受けた者の数																	
			小児の訪問看護利用者数																	
アウトカム																				