

第 1 1 回 医 療 計 画 の 見 直 し 会 等 に 関 する 検 討 会	資 料
平 成 2 9 年 6 月 3 0 日	5

5疾病・5事業の見直しについて

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に おける議論について

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

趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病は、我が国の主要な死亡原因であるとともに、介護が必要となる主な原因のひとつである。本検討会は、循環器病に係る医療又は介護に要する負担の軽減を図ることが喫緊の課題となっていることに鑑み、国民の健康寿命の延伸等を図るため、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検討することを目的に開催するものである。

検討事項

- 循環器病に係る急性期診療提供体制の在り方について
- 循環器病に係る慢性期診療提供体制の在り方について
- その他循環器病診療提供体制に関する事項について

ワーキンググループの設置

循環器病の診療提供体制における課題等を踏まえ、特に心血管疾患と脳卒中にそれぞれ専門性の異なる視点において検討が必要な項目があることから、心血管疾患と脳卒中の2つのワーキンググループを立ち上げて議論する。

開催状況

平成28年6月30日(木): 第1回検討会

平成29年6月29日(木): 第2回検討会 (ワーキンググループにおける議論も含めた、議論の整理)

脳卒中に係るワーキンググループ

平成28年8月18日(木): 第1回ワーキンググループ
平成29年2月 3日(金): 第2回ワーキンググループ
平成29年4月21日(金): 第3回ワーキンググループ
平成29年5月17日(水): 第4回ワーキンググループ

心血管疾患に係るワーキンググループ

平成28年8月17日(水): 第1回ワーキンググループ
平成29年3月10日(金): 第2回ワーキンググループ
平成29年4月28日(金): 第3回ワーキンググループ
平成29年5月19日(金): 第4回ワーキンググループ

検討会及び各ワーキンググループの構成員名簿

		検討会	脳WG	心WG
荒木裕人	岡山県保健福祉部 部長	○	○	○
磯部光章	公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 院長	○		○
井上美枝子	心臓病経験者	○		○
今村知明	公立大学法人 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授	○	○	○
上田裕一	地方独立行政法人 奈良県立病院機構奈良県総合医療センター 総長	○		○
小川 彰	学校法人 岩手医科大学 理事長	○	○(座長)	
小川久雄	国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 理事長	○	○	○
川勝弘之	脳卒中経験者	○	○	
川本利恵子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事	○	○	○
鈴木倫保	国立大学法人 山口大学大学院 医学系研究科 脳神経外科学 教授	○	○	
田村綾子	国立大学法人 徳島大学大学院 医歯薬学研究部 保健科学部門 看護学系 療養回復ケア看護学分野 教授		○	
永井良三	学校法人 自治医科大学 学長	○(座長)		○(座長)
長谷川泰弘	学校法人 聖マリアンナ医科大学 内科学神経内科 教授	○	○	
羽鳥 裕	公益社団法人 日本医師会 常任理事	○	○	○
馬場武彦	一般社団法人 日本医療法人協会 副会長	○	○	○
三浦稚郁子	公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院 看護部長	○		○
美原 盤	公益社団法人 全日本病院協会 副会長	○	○	○
宮崎瑞穂	一般社団法人 日本病院会 顧問	○	○	○

循環器病の診療提供体制を構築する上での視点

【急性期から回復期～維持期までの一貫した診療提供体制について】

- 心疾患は我が国の死因の第2位、脳血管疾患は第4位と循環器病の死因は上位を占めており、特に急性期突然死の原因としては、循環器病の占める割合が最も大きい。また、脳血管疾患は介護が必要となる主な原因の第1位であり、慢性心不全患者の約20～40%が1年以内に再入院する。
- このように循環器病に対しては、急性期から回復期～維持期までの一貫した診療提供体制の構築が必要である。

【診療提供体制構築にあたって留意すべき脳卒中と心血管疾患の主な共通点と相違点】

(共通点)

- 脳卒中、心血管疾患共に、急性期には発症後早急に適切な治療を開始する必要があり、急性期の診療提供体制の構築にあたっては、このような時間的制約の観点を考慮する必要がある。
- 疾患の再発や増悪を来しやすく、回復期～維持期における再発予防の取り組みや、再発や増悪を繰り返す患者に対する適切な介入方法の検討が重要である点も共通している。

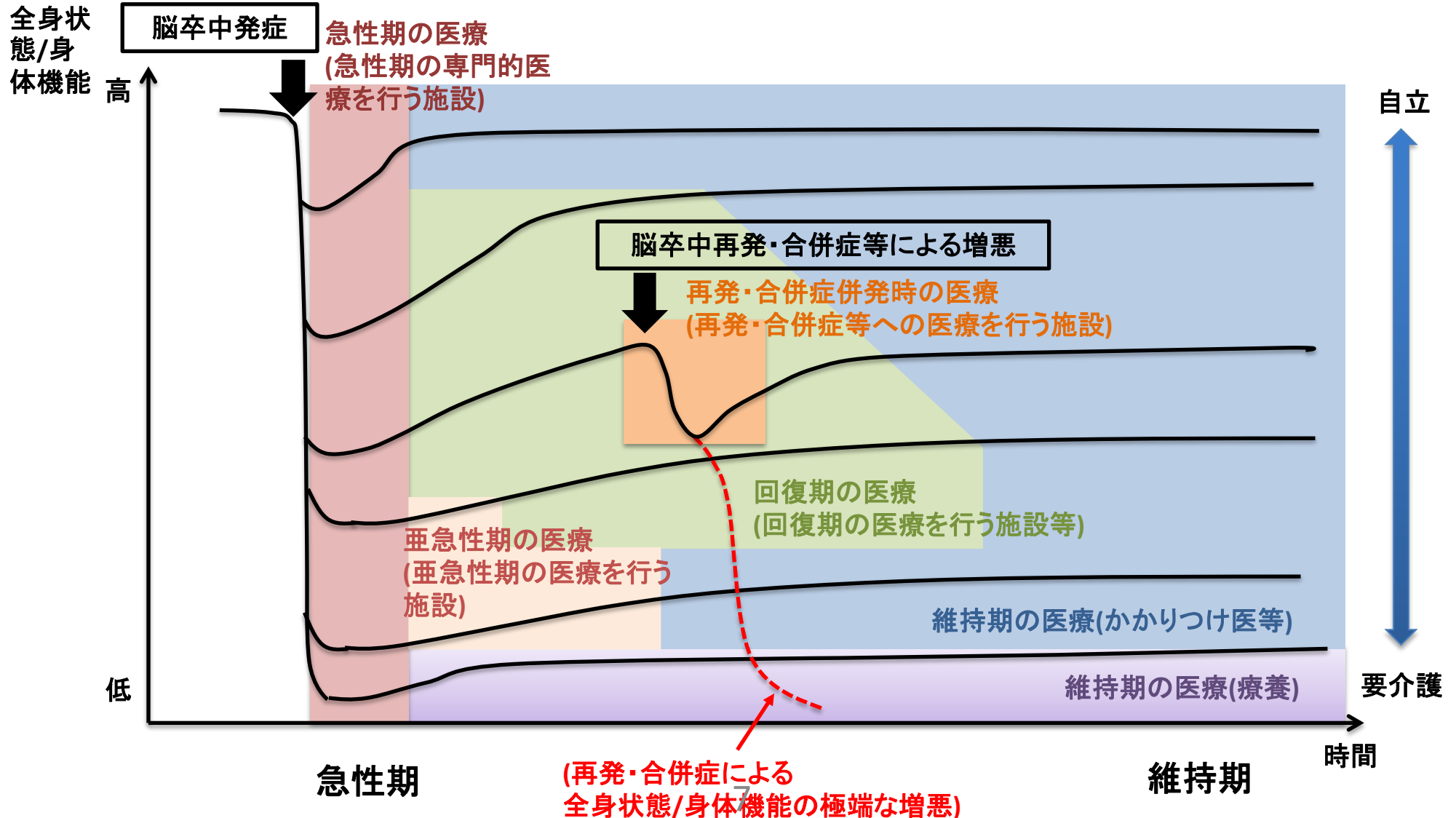
(相違点)

- 発症後急性期から回復期～維持期を経て社会生活に復帰するまでの経過について、脳卒中は社会生活に復帰するまでに、身体機能の回復を目的としたリハビリテーションが必要であり、心血管疾患に比べて、回復期に長期の入院が必要となる場合が多い。一方、心血管疾患の社会復帰に向けた回復期の管理は、状態が安定した後は外来において行われる事が多い。

脳卒中の診療提供体制の在り方について

脳卒中の発症～維持期の経過と提供される医療のイメージ

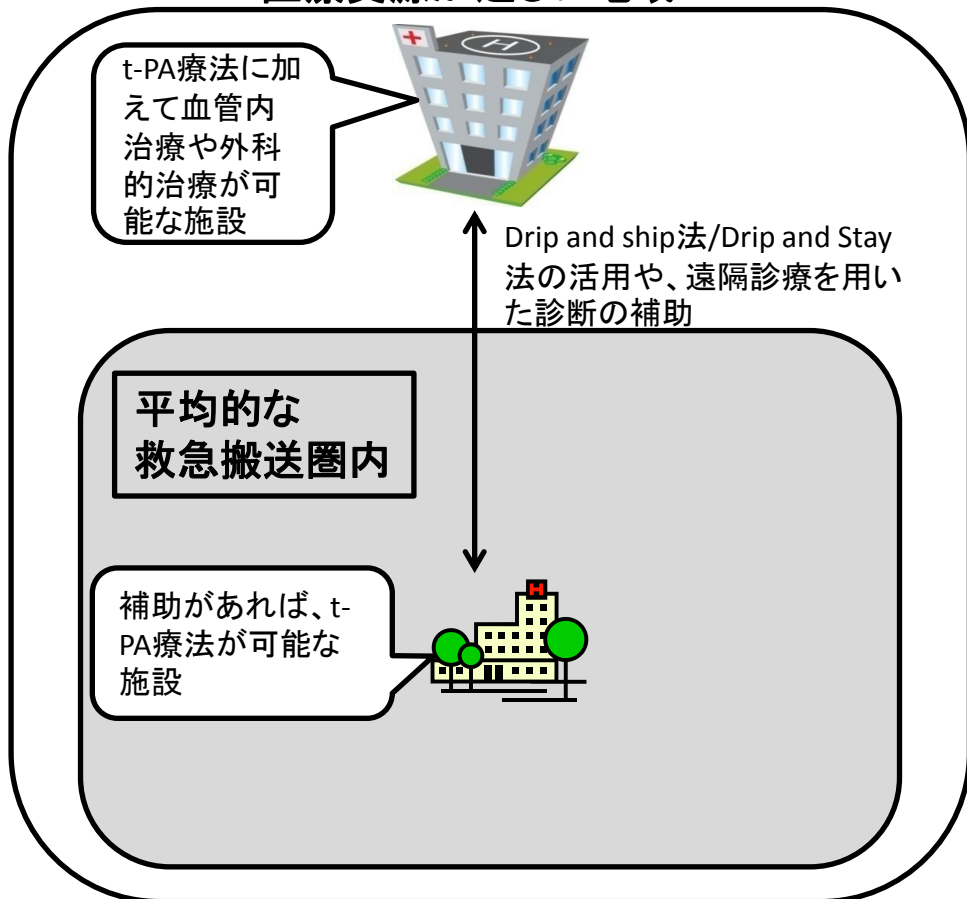
○ 脳卒中患者においては、急性期以降の経過、予後が個人により大きく異なるため、患者の状態に応じた医療を提供できるよう、診療提供体制を構築する必要がある。



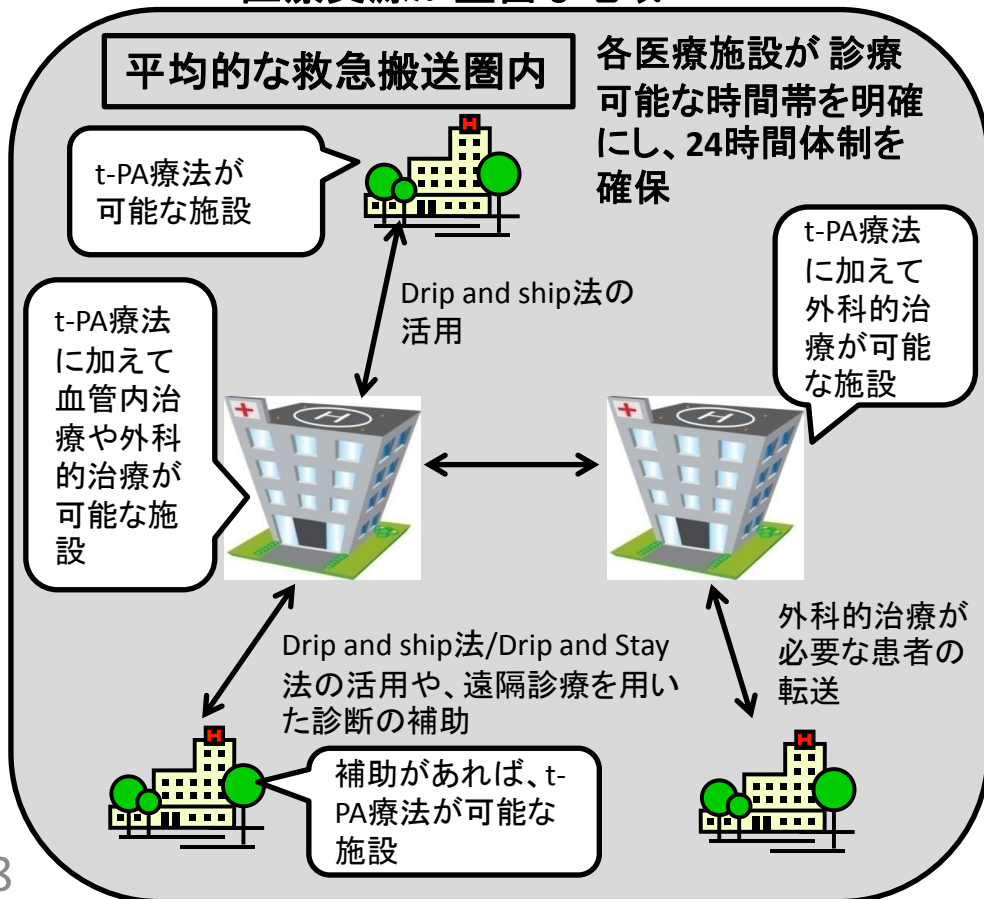
脳卒中の急性期診療提供のための施設間ネットワークのイメージ

- 施設毎の医療機能を明確にした上で、地域の医療施設が連携し、24時間専門的な診療を提供できる体制を確保する。
- 各々の施設が提供する医療機能は、地域の状況等に応じて、柔軟に設定される必要がある。
- 地域によっては、平均的な救急搬送圏外との連携体制の構築も必要である。
- t-PA療法を含めた急性期診療の均てん化は、適切性、安全性を担保しながらすすめる必要がある。

医療資源が乏しい地域



医療資源が豊富な地域



脳卒中の診療提供体制のイメージ

- 急性期の時間的制約の観点や、患者の状態に応じたリハビリテーションを含む医療の提供が必要であるという点等を踏まえ、脳卒中の診療提供体制を構築する必要がある。
- 診療提供体制における連携については、施設間の連携の他、当該施設内の異なる医療機能をもつ病棟間の連携も想定される。

急性期

急性期の医療

- 急性期治療
- 急性期リハビリテーション

回復期

回復期の医療

- 回復期リハビリテーション
- 亜急性期治療
(再発予防、基礎疾患・危険因子の管理、合併症への対応等)

- ・回復期の医療への円滑な移行
- ・再発、合併症併発時の急性期の医療への円滑な移行

連携

- ・維持期の医療への円滑な移行
- ・再発、合併症併発時の急性期の医療への円滑な移行

連携

患者情報の共有に基づく
地域に応じた疾病管理

連携

- ・在宅等生活の場への円滑な移行

維持期

維持期の医療

- (かかりつけ医等)
- 維持期治療
(再発予防、基礎疾患・危険因子の管理等)

維持期リハビリテーション

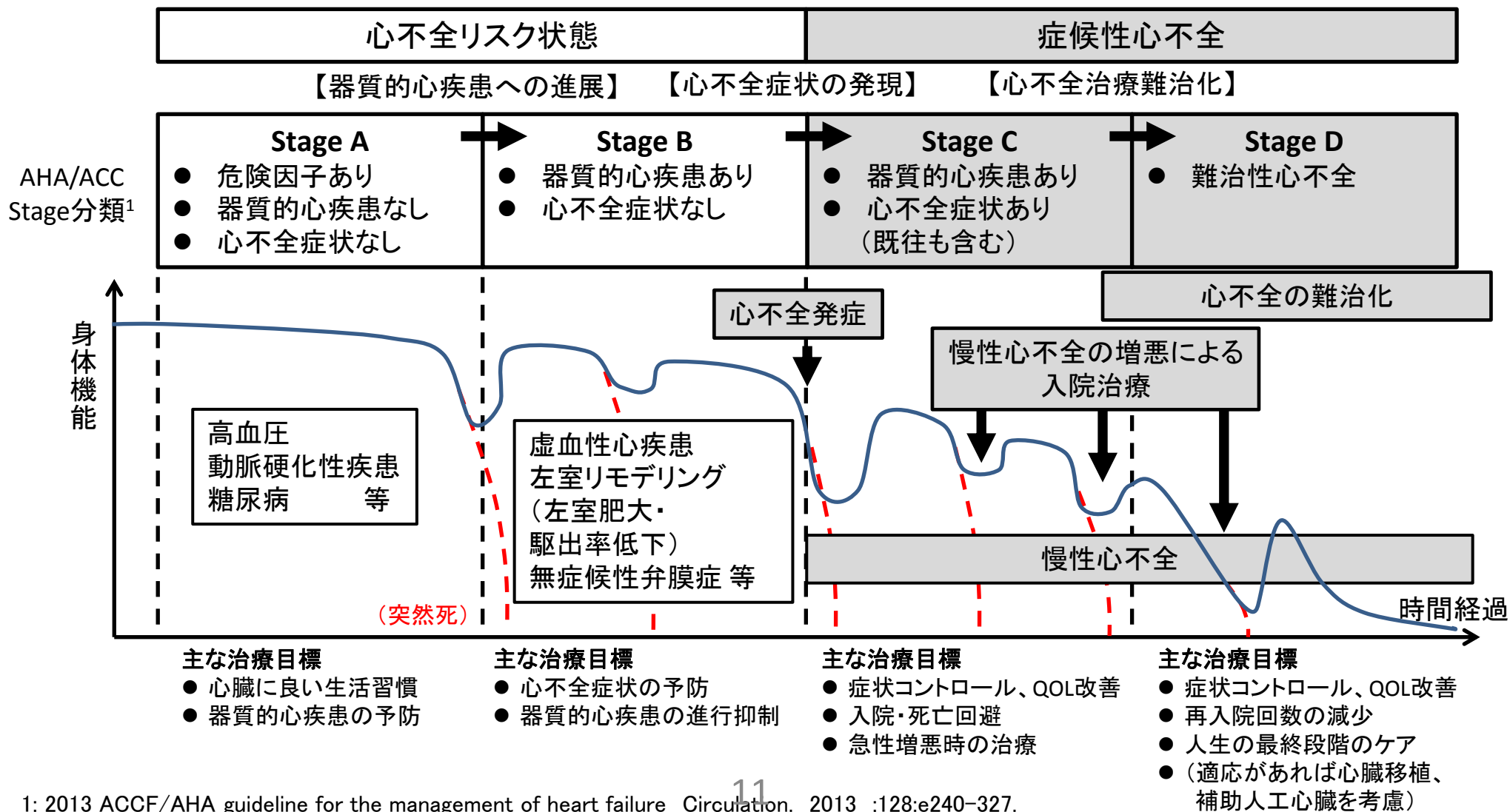
- (老健・通リハ等)
- 維持期リハビリテーション

連携

急性心筋梗塞等の心血管疾患の診療提供体制の 在り方について

心血管疾患から心不全への臨床経過と主な治療目標のイメージ

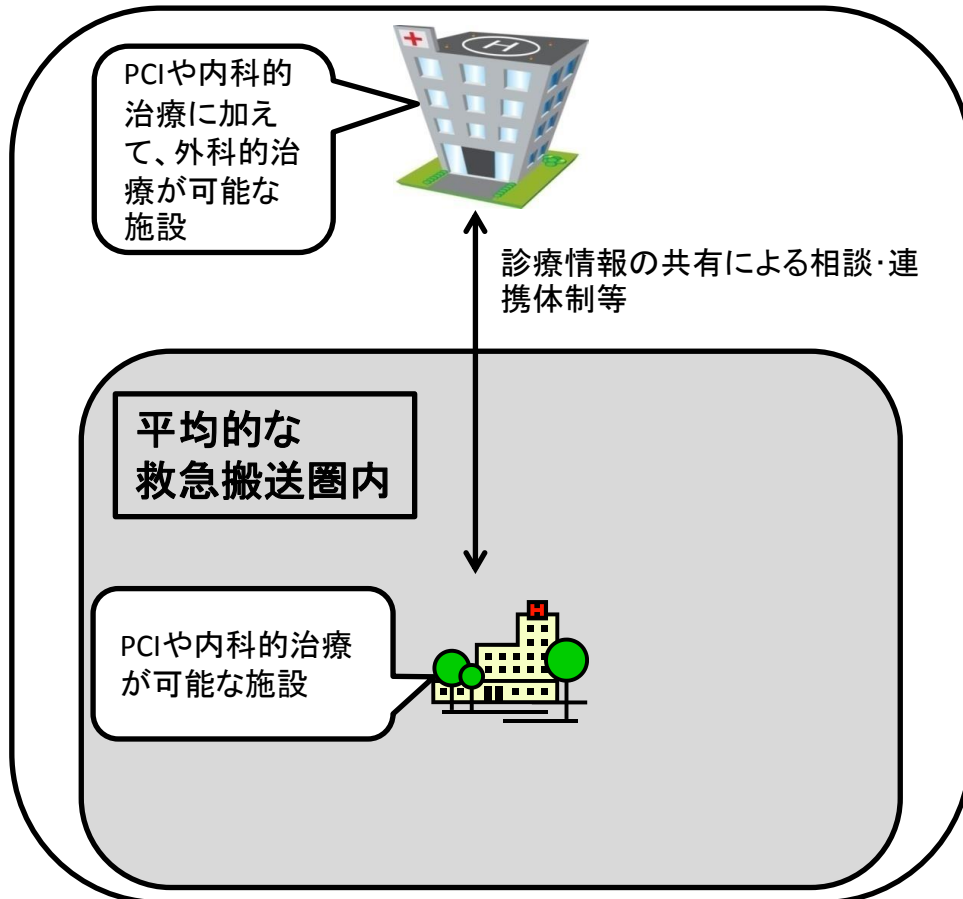
○ 心血管疾患患者は、心不全症状がない心不全リスク状態から症候性心不全へと進行・悪化を続けており、診療提供体制を構築するにあたっては、このような心血管疾患患者の臨床経過を踏まえる必要がある。



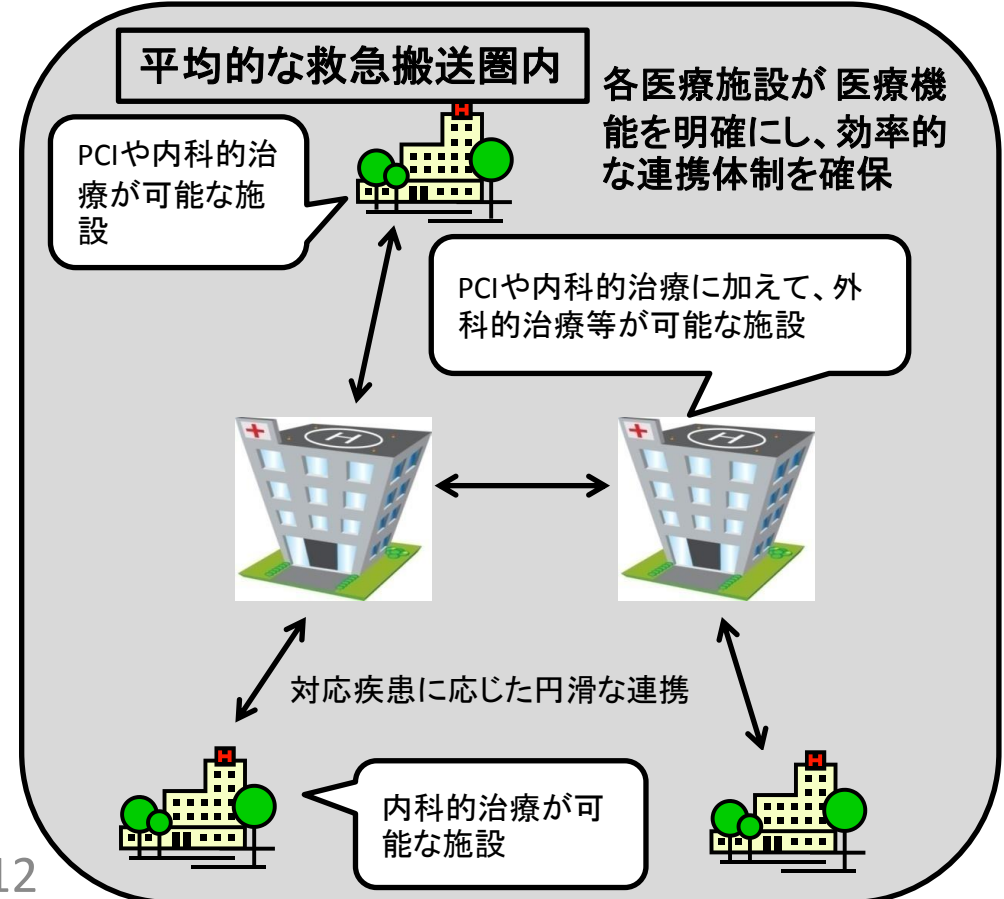
心血管疾患の急性期診療提供のための施設間ネットワークのイメージ

- 施設毎の医療機能を明確にした上で、地域の医療施設が連携し、24時間対応疾患に応じた専門的な診療を提供できる体制を確保する。
- 各々の施設が提供する医療機能は、地域の状況等に応じて、柔軟に設定される必要がある。
- 地域や対応疾患によっては平均的な救急搬送圏外との連携体制の構築も必要である。
- 提供する急性期医療について、安全性等の質が確保されていることも必要である。

医療資源が乏しい地域



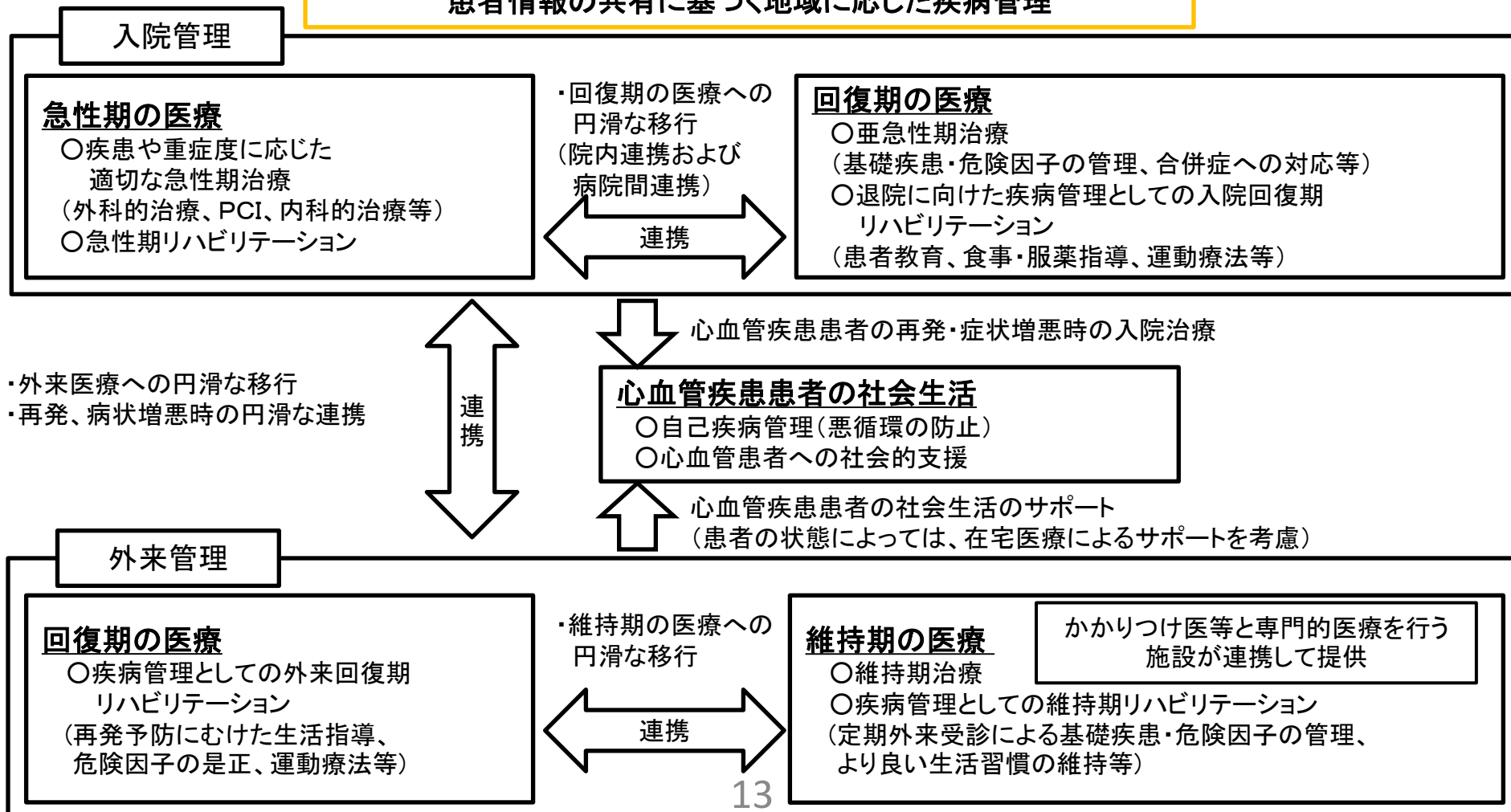
医療資源が豊富な地域



心血管疾患の診療提供体制のイメージ

- 急性期の時間的制約の観点、回復期～維持期の再発予防・再入院予防の観点等を踏まえ、入院管理および外来管理の両面から、心血管疾患の診療提供体制を構築する必要がある。
- 診療提供体制における連携については、施設間の連携の他、当該施設内の異なる医療機能をもつ病棟間の連携も想定される。

患者情報の共有に基づく地域に応じた疾病管理



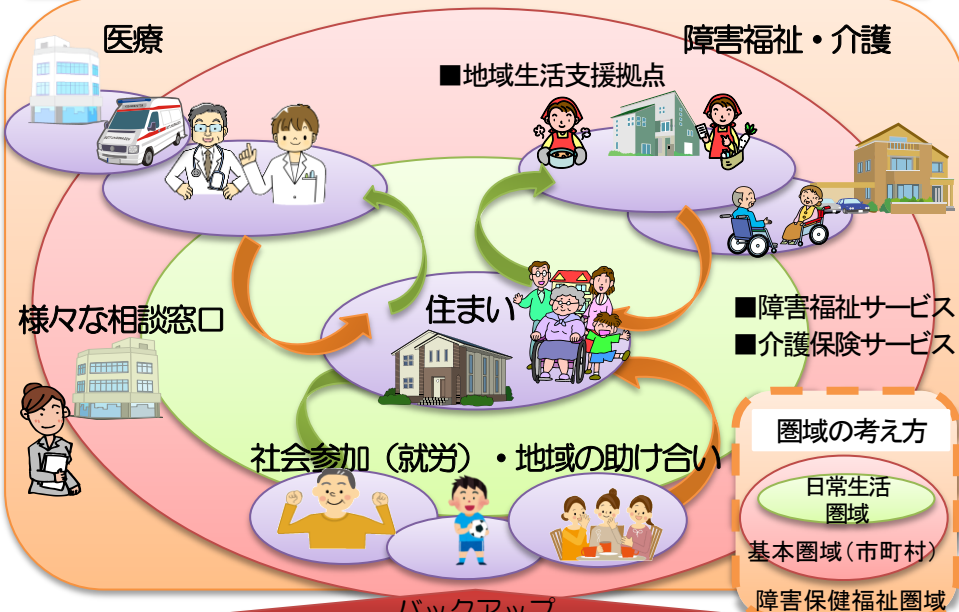
精神疾患（認知症）に係る 医療体制の構築について

精神疾患の医療体制

【概要】

- 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目指す。このため、平成32年度末・平成37年(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、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 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に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築



市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

バックアップ

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、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに
地域精神科医療提供機能を担う
医療機関

その他の
医療機関

市町村

精神医療圏

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに
地域連携拠点機能を担う
医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

都道府県
本庁

精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

(難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるように、都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、国立病院なども参画した医療連携体制を構築することが望ましい)

精神疾患の医療体制の構築に係る指針（認知症）

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日付け医政発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

（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

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

第1 精神疾患の現状

1 現状・課題

- (1) 統合失調症（略）
- (2) うつ病・躁うつ病（略）
- (3) **認知症**
（中略）

（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。

（中略）

（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、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。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等を受け、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、総合戦略に掲げる数値目標に留意し、地域の実情に応じて医療提供体制の整備を進める必要がある。具体的な内容については、今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること。

- (4) 児童・思春期精神疾患（略）
- (5) 発達障害（略）
- (6) 依存症（略）
- (7) 外傷後ストレス障害（PTSD）（略）
- (8) 高次脳機能障害（略）
- (9) 摂食障害（略）
- (10) てんかん（略）
- (11) 精神科救急（略）
- (12) 身体合併症（略）
- (13) 自殺対策（略）
- (14) 災害精神医療（略）
- (15) 医療観察法における対象者への医療（略）

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ **新** 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

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す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための**普及・啓発**の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な**医療・介護等**の提供
- ③ **若年性認知症施策**の強化
- ④ 認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者に**やさしい地域づくり**の推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦ **認知症の人やその家族の視点**の重視₁₇

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(案)」

(第72回介護保険部会平成29年6月21日 資料1抜粋)

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一～六(略)

七 認知症施策の推進

今後増加することが見込まれる認知症の人に適切に対応するため、認知症施策推進総合戦略(以下「新オレンジプラン」という。)に沿って、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を目指した取組として、次の1から6までのとおり、認知症施策を進めることが重要である。

1 認知症への理解を深めるための普及・啓発 (略)

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築するため、必要な医療・介護等が適切に提供される体制整備、医療・介護等に携わる人材の認知症対応力向上のための取組を推進するとともに、全ての市町村に設置されている認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員について活用を図り、地域の実情に応じた体制整備を推進すること。

3 若年性認知症施策の強化 (略)

4 認知症の人の介護者への支援 (略)

5 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり (略)

6 認知症の人やその家族の視点を重視 (略)

八～十三(略)

第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項 一・二 (略)

三 市町村介護保険事業計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項 (一)(略)

(二) 認知症施策の推進

市町村は、新オレンジプランに基づき、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく保健医療サービス及び福祉サービスが提供される循環型の仕組みが構築されるよう、医療や介護に携わる者の認知症対応力の向上のための取組や、これらの者に対して指導助言等を行う者の育成のための取組を進めることが重要である。認知症の人を地域で支えるために必要な早期診断等を行う医療機関、介護サービス、見守り等の生活支援サービス等の状況を示すとともに、以下の取組について、各年度における具体的な計画(事業内容、実施(配置)予定数、受講予定人数等)を定めることが重要である。

イ 認知症初期集中支援チームの運営・活用の推進

ロ 認知症地域支援推進員の活動の推進(認知症ケアパスの作成・普及、認知症カフェの設置の推進、関係機関との連携等)

ハ 成年後見制度利用促進法や成年後見制度利用促進基本計画(成年後見制度利用促進法第十二条第一項に規定する成年後見制度利用促進基本計画をいう。以下同じ。)に基づく権利擁護の取組の推進、市民後見人の育成・活用、支援組織の体制整備

ニ 地域の見守りネットワークの構築

ホ 認知症サポーターの養成と活用その他市町村が行う認知症の人とその家族への支援に関する取組

(三)～(五) (略)

2～7 (略)

第三 都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項 一・二(略)

三 都道府県介護保険事業支援計画の任意記載事項

1 地域包括ケアシステム構築のための支援に関する事項 (一)(略)

(二) 認知症施策の推進

都道府県は、新オレンジプランに基づき、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく保健医療サービス及び福祉サービスが提供される循環型の仕組みが構築されるよう、医療や介護に携わる者の認知症対応力の向上のための取組や、これらの者に対して指導助言等を行う者の育成のための取組を進めることが重要である。このため、以下の取組について、認知症施策に関する各年度における具体的な計画(事業内容、実施(配置)予定数、受講予定人数等)を定めることが重要である。また、第二の三の1の(二)に掲げる市町村の取組も含めた都道府県全体の計画を示し、必要に応じて、市町村への支援策を定めることが重要である。なお、早期診断を行う医療機関の整備については、精神疾患の医療体制の構築に係る指針に留意することが重要である。

イ 早期診断・早期対応を行う認知症疾患医療センター等の医療機関や連携体制の整備

ロ かかりつけ医に対する認知症対応力向上のための研修の実施及び認知症サポート医の養成と活用

ハ 病院従事者、歯科医師、薬剤師、看護職員に対する認知症対応力向上のための研修の実施

ニ 認知症ケアに携わる介護人材の育成(認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修及び認知症介護基礎研修)

ホ 若年性認知症施策の実施(相談支援、関係者の連携のための体制整備、居場所づくり、就労・社会参加支援等様々な分野にわたる支援)

ヘ 成年後見制度利用促進法や基本計画に基づく権利擁護の取組の推進、市民後見人の育成・活用、支援組織の体制整備

ト 広域の見守りネットワークの構築

チ 認知症サポーターの養成と活用その他都道府県が行う認知症の人とその家族への支援に関する取組

以下 (略)

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」のうち、認知症に係る具体的な内容については、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(案)」(第72回介護保険部会平成29年6月21日)及び認知症施策推進総合戦略をふまえ、各都道府県の医療計画の作成に間に合うよう、その内容を反映して改正する。

周産期医療体制の確保について

周産期医療の体制

【概要】

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。
- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進める。
- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊婦への対応ができるような体制整備を進める。

アクセス等の実情を考慮した圏域の設定

周産期医療の体制整備に当たっては、妊婦の居住地から分娩取扱医療機関への適正なアクセスの確保が肝要。

現行の二次医療圏を基本としつつ、出生数規模や流出入のみならず、地域の実情に即して基幹病院とその連携病院群の適正アクセスのカバーエリア等を考慮した周産期医療圏を設定する。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

出生者の住所から		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上
分娩医療機関	出生数	946,316	62,974	15,493	3,082
	割合	92.1%	6.1%	1.5%	0.3%
周産期母子医療センター	出生数	616,881	282,769	106,548	21,667
	割合	60.0%	27.5%	10.4%	2.1%

(例示)

B県(4 二次医療圏)



※赤線で囲まれた医療圏は患者流出が多い。こういった患者の流出入に加え、アクセス時間や近隣の状況も踏まえた検討が必要。

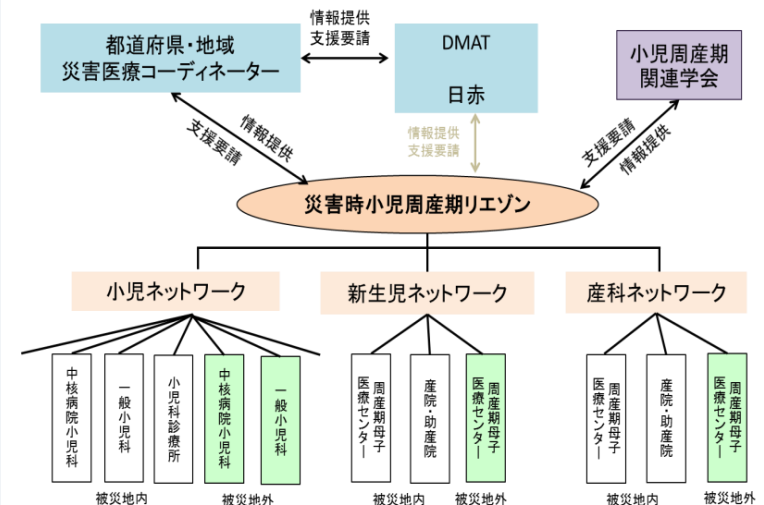
A県(6 二次医療圏)

災害に備えた対応の充実

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。

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。すべての都道府県に「災害時小児周産期リエゾン」を設置する。

情報窓口としての災害時小児周産期リエゾン



(11) 若者・子育て世帯への支援

平成29年5月17日
「ニッポン一億総活躍プラン」
フォローアップ会合資料より

前文該当箇所	3.「希望出生率1.8」に向けた取組の方向 (5)若者・子育て世帯への支援	14ページ
関連工程表	④ 妊娠・出産・育児に関する不安の解消	31ページ

子育て中の保護者の約4割が悩みや不安を抱えており、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する子育て世代包括支援センターについて、児童福祉法等改正により市町村での設置の努力義務等を法定化し、平成32年度末(2020年度末)までの全国展開を目指す。

結婚年齢等の上昇と医療技術の進歩に伴い、不妊に悩む方が増加しており、不妊専門相談センターを平成31年度(2019年度)までに全都道府県・指定都市・中核市に配置して相談機能を強化し、不妊治療支援の充実を継続するとともに、不妊治療をしながら働いている方の実態調査を行い、必要な支援を検討する。

地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

【子育て世代包括支援センターの整備】

・子育て世代包括支援センターについては、母子保健法の改正により市町村での設置の努力義務等を法定化し、2017年度予算において、同センターの立ち上げに必要な職員の雇上げ等に要する経費を新たに計上するなど、設置を促進。

【不妊治療・相談機能等の充実】

・2017年度予算において、不妊専門相談センターの体制強化等の支援を行い設置を促進するとともに、不妊治療支援の充実を継続。また、平成29年度において、不妊治療と仕事の両立に関する実態調査を実施予定。

【地域子育て支援拠点、利用者支援事業、ファミリー・サポート・センター事業の整備】

・2017年度予算において、利用者支援事業については280箇所、地域子育て支援拠点事業については438箇所の整備を見込んでおり、子ども・子育て支援新制度における市町村子ども・子育て支援事業計画に則りニーズに応じた支援を実施。また、2017年度より、土日に説明会等を開催した場合の加算措置を創設し、ファミリー・サポート・センターの利用を促進。

【その他】

・社会保障審議会医療保険部会等の議論を踏まえ、自治体の少子化対策の取組を支援する観点から、2018年度より、未就学児までを対象とする医療費助成については、国民健康保険の減額調整を行わないこととした。

(小児・周産期医療体制の充実)

- ・2016年度予算において、周産期母子医療センター運営事業により、周産期母子医療センターの運営や整備、母胎・胎児集中治療室(MFICU)の整備等への支援を実施。また、2016年度補正予算において新たに地域の分娩取扱施設整備事業を創設し、分娩取扱施設が少ない地域において、新規に分娩取扱施設を開設する場合等への支援を実施。
- ・2017年度予算において、周産期母子医療センター運営事業の継続実施に加え、地域の分娩取扱施設整備事業の対象を設備整備にも拡大。また、産科医を派遣する病院等に対して派遣手当等の補助を行う産科医の確保事業を創設。

【子育て世代包括支援センターの整備】

- ・子育て世代包括支援センターの全国展開に向けて、同センターのガイドラインを周知予定。

【不妊治療・相談機能等の充実】

- ・不妊専門相談センターについては、2019年度までに全都道府県・指定都市・中核市に配置(全都道府県には設置済)。
- ・不妊治療と仕事の両立に関する実態調査の結果を踏まえ、不妊治療と仕事の両立支援策について検討を行う。

【地域子育て支援拠点、利用者支援事業、ファミリー・サポート・センター事業の整備】

- ・2019年度末までに、地域子育て支援拠点については8,000箇所、利用者支援事業については1,800箇所、ファミリー・サポート・センター事業については950市町村での実施体制整備を目指す。

【その他】

- ・2018年度からの国民健康保険の減額調整の見直しに係る施行に向けた所要の対応を行う。
- ・地域の分娩取扱施設設備整備事業、産科医を派遣する病院等に対して派遣手当等の補助を行う産科医の確保事業等を活用し、無産科2次医療圏問題の解消をはじめ、分娩取扱施設や産科医の確保を図るとともに、医学部入学時の地元枠・診療科枠の導入の推進、初期臨床研修での産科・小児科等の必修化、専門医制度の抜本的な改善による小児・周産期医療の確保について、更に検討を進める。

施策の進捗状況

今後の取組

産婦人科・産科医師ゼロ
の6医療圏(※1)

産婦人科・産科の医師も
分娩取扱施設もゼロ
の3医療圏

分娩取扱施設ゼロ
(常勤換算医師数もゼロ)
の6医療圏(※2)

- ・日高(北海道)
- ・留萌(北海道)
- ・南和(奈良県)

- ・南会津(福島県)
- ・峡南(山梨県)
- ・高幡(高知県)

- ・奥越(福井県)
- ・東三河北部
(愛知県)
- ・曾於(鹿児島県)

左側：分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない(日替わりで出張医師が来るなど)。ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師調査ではゼロとなる。
中央：分娩取扱施設もなく、産婦人科・産科の医師もいない。
右側：産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。

周産期医療体制の確保について

<現状と課題>

- 医療計画において、5事業の一つとして周産期医療が位置付けられており、次期医療計画策定に向けた見直しを進めている。
- 地域における周産期医療体制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、2次医療圏間で偏在が生じており、産科医師や分娩施設が存在しない2次医療圏(無産科2次医療圏)が存在する。
- 「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、『「希望出生率1.8」に向けた取組の方向』の中で、小児・周産期医療体制の充実を図ることが盛り込まれており、同フォローアップ会合でも「無産科2次医療圏問題の解消をはじめ、分娩取扱施設や産科医の確保を図る」とされている。

<見直しの方向性>

- 周産期医療体制を確保する観点から、無産科2次医療圏を有する都道府県については、産科医の確保事業等を活用し、その問題の解消に向けた対策を次期医療計画に盛り込むこととしてはどうか。