

第 7 次医療計画における 5 疾病・5 事業 (がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、 精神疾患、救急、災害、へき地、周産期、小児) 及 び在宅医療の医療体制

(目次)

・がん	1	・救急医療	9 7
・脳卒中	1 7	・災害時における医療	1 1 2
・心筋梗塞等の心血管疾患	3 4	・へき地の医療	1 2 5
・糖尿病	5 1	・周産期医療	1 4 0
・精神疾患	6 3	・小児医療(小児救急含む)	1 5 8
		・在宅医療	1 7 3

がん

第7次医療計画における「がん」の追加見直しのポイント

- これまでがん医療の均てん化を目指し体制整備を行ってきたが、がん医療が高度化、複雑化してきていることを踏まえ、均てん化が必要な分野、集約化が必要な分野を検討し、今後のがん医療体制を整備する。
- がんの予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援に取り組む。

均てん化の取組

引き続きがん診療連携拠点病院を中心とした取組を進める。

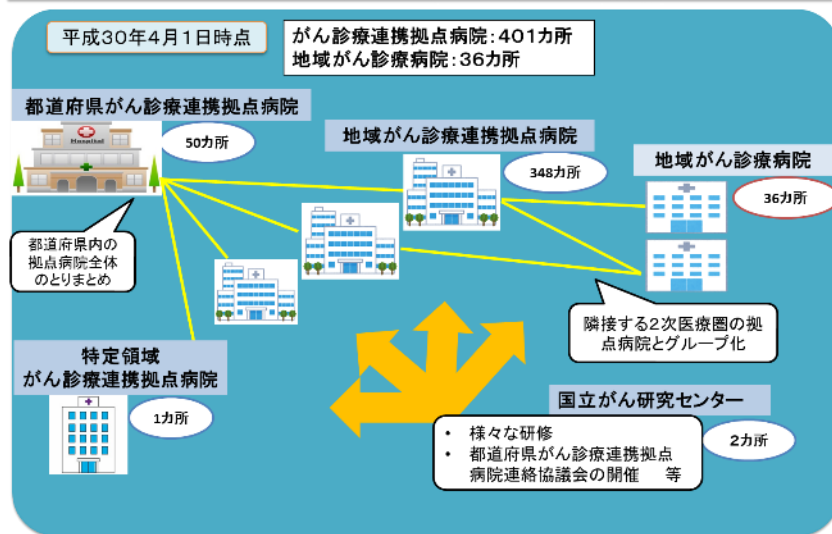
- ・ 標準的治療・集学的治療の実施
- ・ 緩和ケアの普及
- ・ がん相談支援センターの設置
- ・ 院内がん登録の実施 等

集約化の取組

それぞれの拠点病院等が担う機能の分化・連携を進める。

- ・ がんゲノム医療
- ・ 一部の放射線治療
- ・ 小児がん
- ・ 希少がん、難治性がん 等

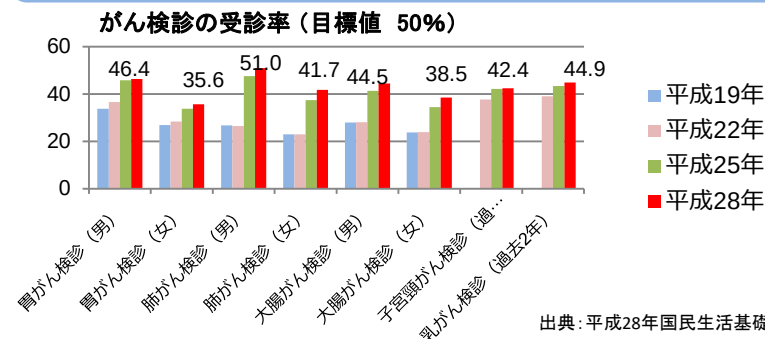
がん診療連携拠点病院等



均てん化と集約化のバランスを勘案した医療提供体制の充実へ

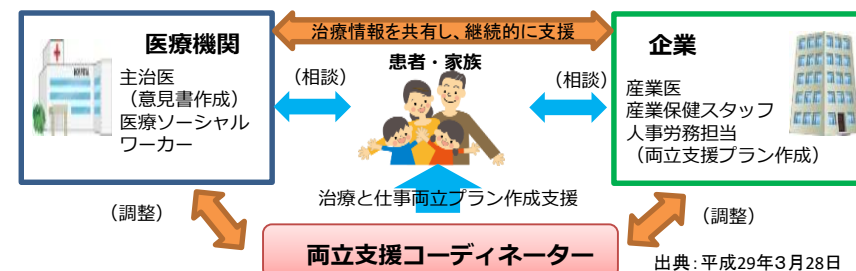
がんの予防、検診

科学的根拠に基づいたがん検診の実施、精度管理、受診率向上に取り組む。



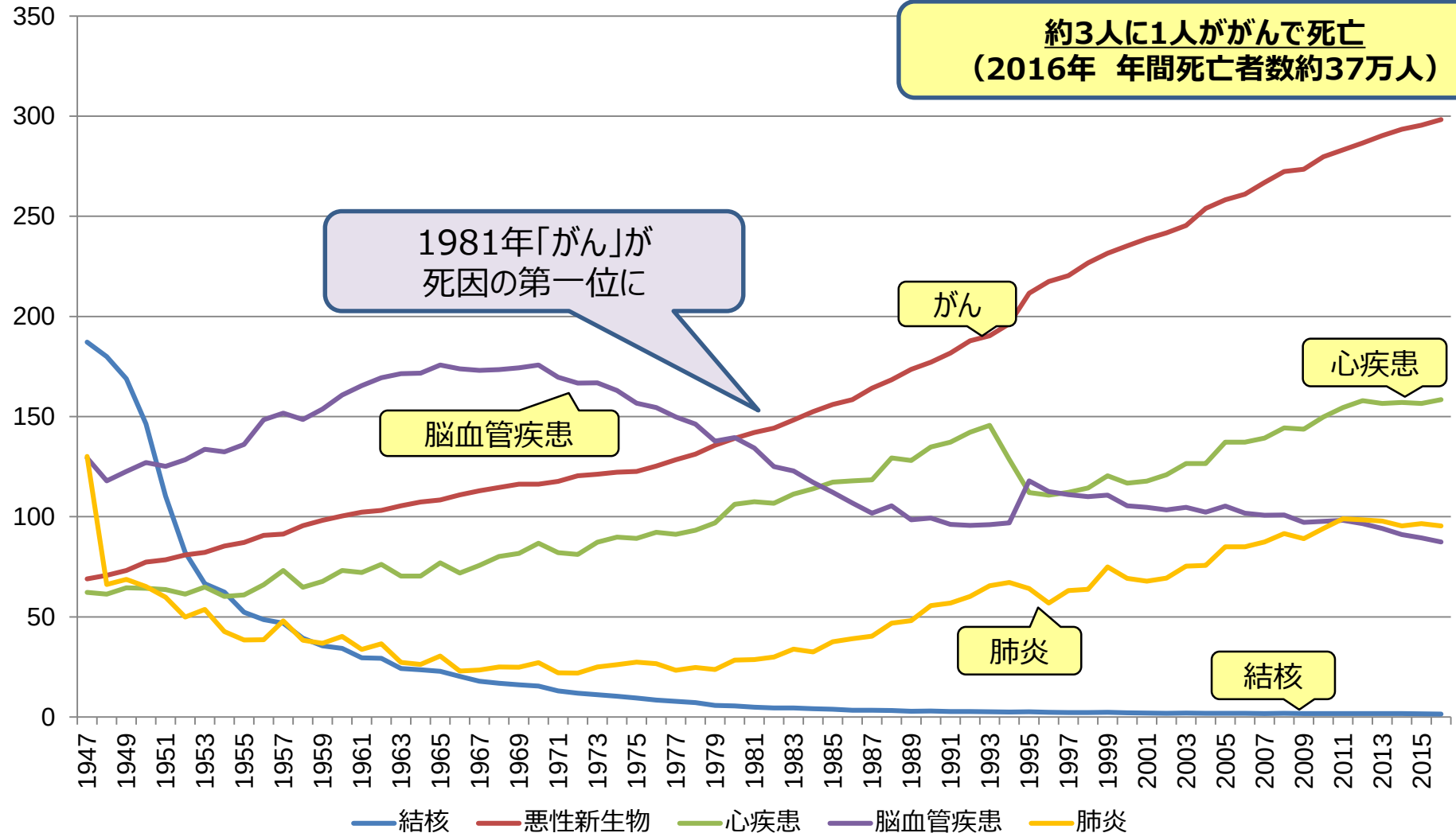
治療と職業生活の両立支援等の取組

医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築する。



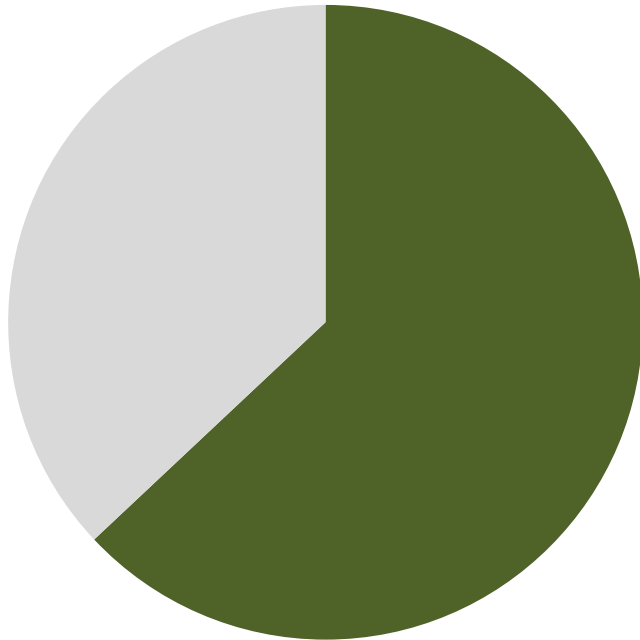
我が国における粗死亡率の推移（主な死因別）

（人口10万対）



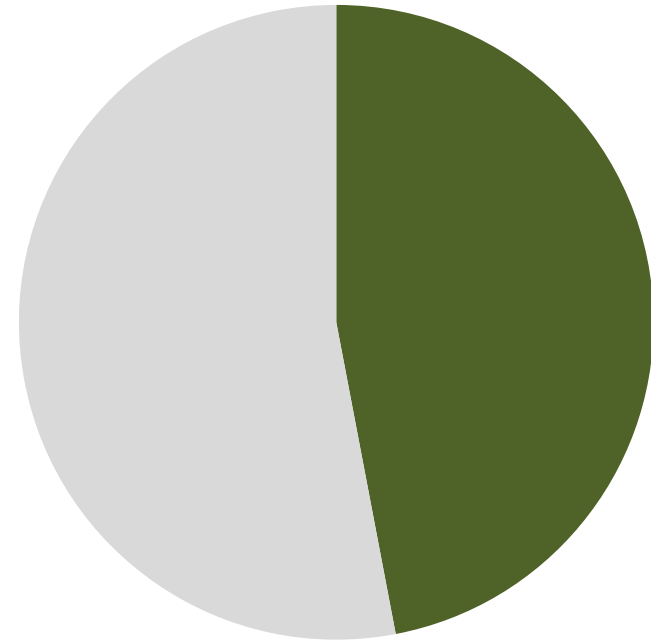
日本人の2人に1人が生涯でがんになる

男性



生涯でがんにかかる確率 62%

女性



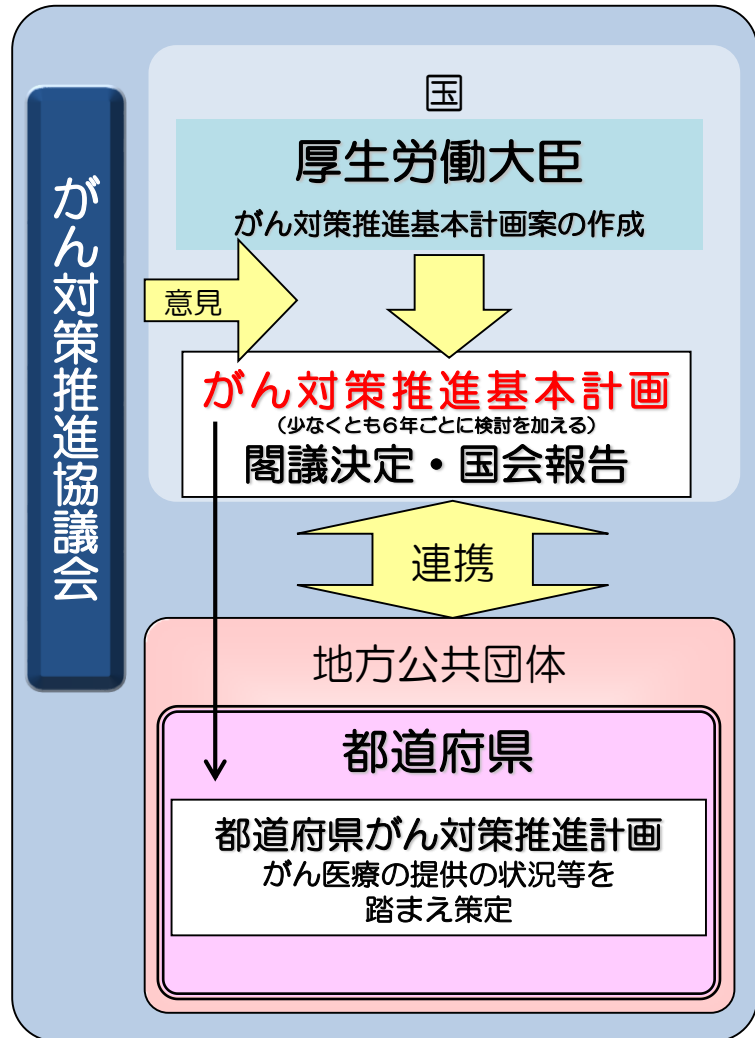
生涯でがんにかかる確率 46%

国立がん研究センター
がん対策情報センターによる推計値
(2013年)

がん対策基本法（平成18年法律第98号）

（平成18年6月成立、平成19年4月施行、平成28年12月改正・施行）

がん対策を総合的かつ計画的に推進



第一節：がん予防及び早期発見の推進

- がんの予防の推進
- がん検診の質の向上等

第二節：がん医療の均てん化の促進等

- 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成、医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

第三節：研究の推進等

- がんに関する研究の促進並びに研究成果の活用
- 罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進 等

第四節：がん患者の就労等

- がん患者の雇用の継続等
- がん患者における学習と治療との両立
- 民間団体の活動に対する支援

第五節：がんに関する教育の推進

- 学校教育等におけるがんに関する教育の推進

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診（2次予防）

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん
（それぞれのがんの特性に応じた対策）
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん
（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

がんの拠点病院制度

ネットワークを形成し、がん医療の「均てん化」を促進

がん診療連携拠点病院等
(平成30年7月31日付健発
0731第1号健康局長通知)

平成30年4月1日時点で全
国に計437カ所

国立がん研究センター

2カ所

都道府県がん診療連携
拠点病院

50カ所

地域がん診療連携拠点
病院

348カ所

特定領域がん
診療連携拠点
病院

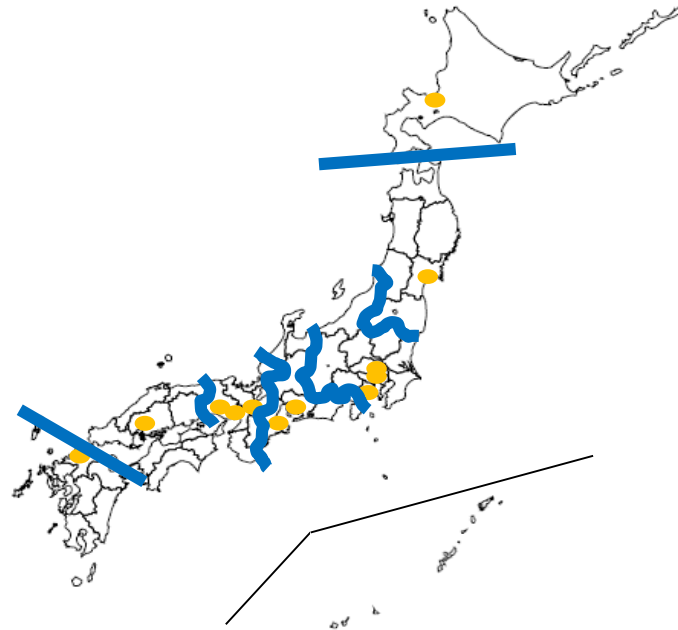
1カ所

地域がん診療
病院

36カ所

小児がん拠点病院
(平成30年7月31日付健発
0731第1号健康局長通知)

地方厚生局ブロック毎に整備し、
平成30年4月1日時点で全国15カ所



がんゲノム医療中核拠点病院
等 (平成29年12月25日付健発
1225第3号健康局長通知)

平成30年2月に11カ所指定

がんゲノム医療中核拠点病院

がんゲノム医療連携病院

平成30年3月に100カ所公表

今後の協議会の進め方（案）

第69回がん対策推進協議会
資料3より（H30.6.27）

研究班の実施計画等
を踏まえて実施

医療計画・介護保険事業計画等
を踏まえて実施

2023年頃

第3期がん対策推進基本計画
閣議決定

中間評価指標
の議論

評価指標の決定・研究班等による測定

評価指標を元に
中間評価の議論

中間評価報告書
公表

がん対策推進
基本計画（第4期）
策定の議論

第4期がん対策推進基本計画

必要に応じた個別課題の推進

個別施策

各検討事項に対応した検討会等
検討内容の例
・がん検診
・拠点病院の指定要件の見直し
・緩和ケア
・がん研究10か年戦略の見直し 等

中間評価の
反映

基本計画策定の議論
個別施策の更なる推進

がん患者を含めた
国民が、がんを
知り、がんの克服
を目指す

がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

別表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防・早期発見		治療		療養支援	
ストラクチャー		禁煙外来を行っている医療機関数	●	がん診療連携拠点病院数	●	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数
				認定看護師が配置されている拠点病院の割合		麻薬小売業免許取得薬局数
				専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合		相談支援センターを設置している医療機関数
				放射線治療・薬物療法・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合		緩和ケア病棟を有する病院数・病床数
			●	地域がん診療病院数		緩和ケアチームのある医療機関数
				がんリハビリテーション実施医療機関数		外来緩和ケア実施医療機関数
プロセス	●	がん検診受診率		診療ガイドラインに基づく治療実施割合	●	がん患者指導の実施件数
		喫煙率		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	●	入院緩和ケアの実施件数
		ニコチン依存症管理料を算定する患者数 (診療報酬ごと)		外来化学療法の実施件数	●	外来緩和ケアの実施件数
		ハイリスク飲酒者の割合		放射線治療の実施件数	●	がん性疼痛緩和の実施件数
		運動習慣のある者の割合		悪性腫瘍手術の実施件数		在宅がん医療総合診療料の算定件数
		野菜と果物の摂取量		術中迅速病理組織標本の作製件数		
		食塩摂取量		病理組織標本の作製件数		
		公費肝炎検査実施数		がんリハビリテーションの実施件数		
		公費肝炎治療開始者数		地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数		
				地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数		
アウトカム	●	年齢調整罹患率	●	がん患者の年齢調整死亡率		がん患者の在宅死亡割合
		罹患患者数		がん患者の死亡者数		
		早期がん発見率		拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率		

(●は重点指標)

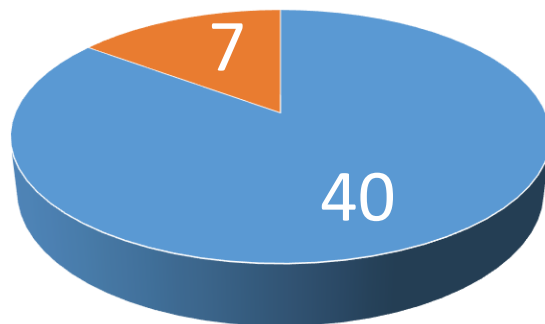
「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表1「がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例」
平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（平成29年7月31日一部改正）より引用

(1) がん医療提供体制 都道府県のがん医療圏設定状況

○ 40 都道府県が、がんの医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別のがん医療圏の設定状況

■ 二次医療圏と同一の設定 ■ 二次医療圏と異なる設定



圏域が異なる理由

石川県：専門的ながん診療については、二次医療圏の枠を超え県全体で対応しており、県全域を1つの医療圏としているため

長野県：他圏域と連携して提供体制を整備する場合があるため。

愛知県：県全体でがんの医療体系を考えているため、医療圏の設定をしていない。

三重県：8つの構想区域と同じ（二次医療圏は4つ）

兵庫県：身近な医療体制を継続し、旧二次保健医療圏域のまま変更なしとし10圏域とした。

香川県：第7次保健医療計画において、県内の医療圏を5医療圏から3医療圏に大括りに変更したが、がんの圏域設定については、地域に根差したがん医療を行う必要性が高いことを踏まえて、従来どおり5圏域とした。

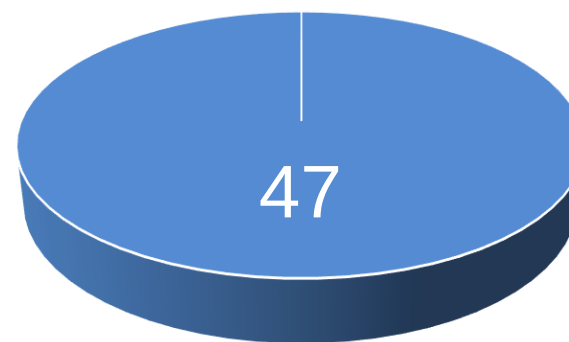
宮崎県：本県では、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、宮崎県がん診療指定病院のいずれも存在しない二次医療圏があることから、隣接する医療圏で上記拠点病院等が存在しない医療圏を補うことにより、がん医療の充実を図るため、7つの二次医療圏とは別に、4つのがん医療圏を設定している。

(2) 協議体制

- 全都道府県で年に1回以上協議会が開催され、議論が行われている。

がん協議会の開催

- 年に1回以上開催している
- 開催していない



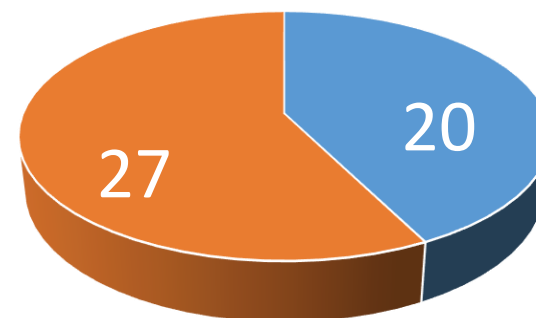
- 20都道府県で、地域医療構想調整会議において、がん医療に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での がん医療に関する議論の状況

- 議論を行っている
- 議論を行っていない

議論を行っていないと回答した都道府県

青森県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、群馬県、
埼玉県、東京都、新潟県、山梨県、静岡県、三重県、
兵庫県、奈良県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、
香川県、愛媛県、高知県、福岡県、熊本県、大分県、
宮崎県、鹿児島県、沖縄県

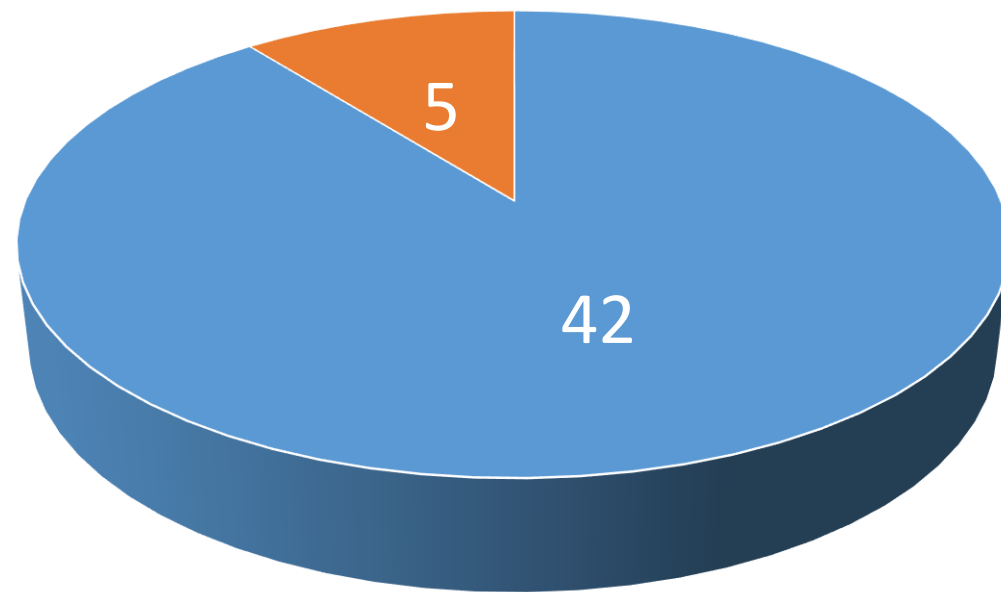


(3) 目標項目 第7次医療計画におけるがん医療の目標設定の状況

- 42都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無

■ あり ■ なし



なしと回答した都道府県

青森県、山梨県、鳥取県、徳島県、鹿児島県

※長野県は「指標による」と回答

(3) 目標項目 【予防・早期発見】

- 42都道府県において「予防・早期発見」に関する目標項目を設定している。
- 予防・早期発見の目標項目のうち、「がん検診受診率」を目標として設定したのは36都道府県であり、「喫煙率」を目標として設定したのは22都道府県である。

SPO	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に 用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（%）
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	1	2%
プロセス	●がん検診受診率	36	77%
	喫煙率	22	47%
	ニコチン依存管理料を算定する患者数	1	2%
	ハイリスク飲酒者の割合	2	4%
	運動習慣のある者の割合	2	4%
	野菜と果物の摂取量	5	11%
	食塩摂取量	5	11%
	公費肝炎検査実施数	2	4%
	公費肝炎治療開始者数	1	2%
アウトカム	●年齢調整罹患率	8	17%
	罹患者数	1	2%
	早期がん発見率	4	9%

※ ●は重点指標

(3) 目標項目 【がん治療】

- 34都道府県が、「がん治療」に関する目標項目を設定している。
- がん治療の目標項目のうち、「がん患者の年齢調整死亡率」を目標として設定したのは30都道府県である。

SPO	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に 用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（％）
ストラクチャー	●がん診療連携拠点病院数	7	15%
	認定看護師が配置されている拠点病院の割合	3	6%
	専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	3	6%
	放射線治療・薬剤療法・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	4	9%
	●地域がん診療病院数	4	9%
	がんリハビリテーション実施医療機関数	4	9%
プロセス	診療ガイドラインに基づく治療実施割合	0	0%
	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	1	2%
	外来化学療法の実施件数	1	2%
	放射線治療の実施件数	1	2%
	悪性腫瘍手術の実施件数	1	2%
	術中迅速病理組織標本の作製件数	1	2%
	病理組織標本の作製件数	1	2%
	がんリハビリテーションの実施件数	2	4%
	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数	3	6%
	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数	4	9%
アウトカム	●がん患者の年齢調整死亡率	30	64%
	がん患者の死亡者数	1	2%
	拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	1	2%

※●は重点指標

(3) 目標項目 【療養支援】

- 17都道府県が、「療養支援」に関する目標項目を設定している。
- 退院支援の目標項目のうち、「緩和ケアチームのある医療機関数」を目標として設定したのは9都道府県である。

SPO	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定 に用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（％）
ストラクチャー	●末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	4	9%
	麻薬小売業免許取得薬局数	1	2%
	相談支援センターを設置している医療機関数	1	2%
	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	4	9%
	緩和ケアチームのある医療機関数	9	19%
	外来緩和ケア実施医療機関数	2	4%
プロセス	●がん患者指導の実施件数	2	4%
	●入院緩和ケアの実施件数	1	2%
	●外来緩和ケアの実施件数	1	2%
	●がん性疼痛緩和の実施件数	3	6%
	在宅がん医療総合診療料の算定件数	1	2%
アウトカム	がん患者の在宅死亡割合	7	15%

※●は重点指標

(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

- 4 1 の都道府県において独自の評価項目を設定している。

都道府県が独自に設定している評価項目の例

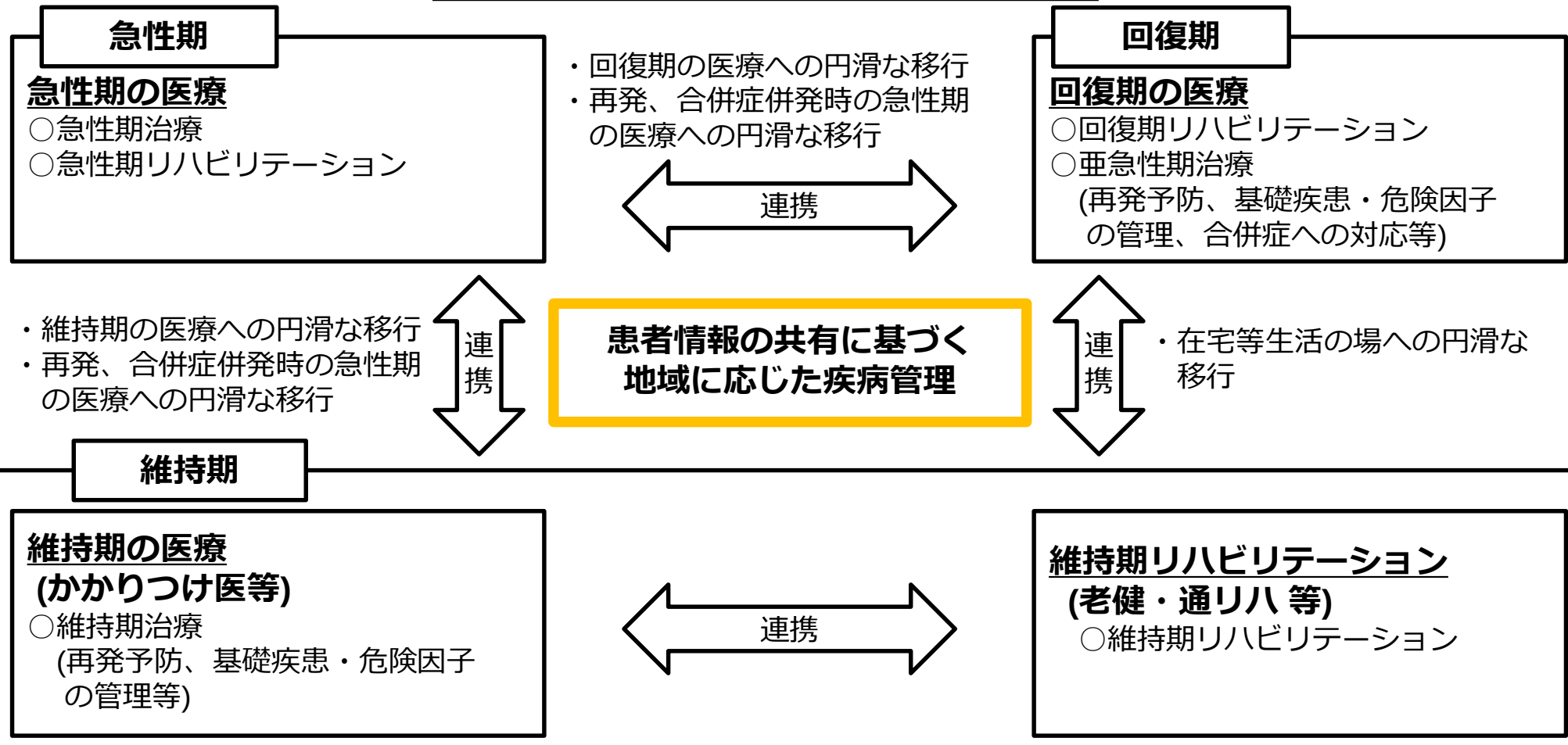
分野	都道府県	SPO	指標名
予防・早期発見	宮城県	P	受動喫煙の機会を有する者の割合
	山形県	P	精密検査受診率(23都道府県において同様の項目設定)
	岐阜県	P	がん検診チェックリストを100%満たしている市町村数
	山口県	S	職域保険者と協定を締結している市町数
治療	群馬県	S	がん看護専門がん越しを1名以上配置するがん診療連携拠点病院、群馬県がん診療連携中核(推進)病院数
	長野県	P	がん登録の制度指標(IM比、DCN、DCO)
	京都府	S	二次医療圏にがん診療連携拠点病院を整備し、拠点病院以外の施設の特徴も活かした診療ネットワークの構築
	広島県	S	がんゲノム医療の拠点整備
	佐賀県	P	周手術期口腔機能管理後手術加算の算定件数
療養支援	栃木県	P	緩和ケア研修会修了医師数(14都道府県で同様の項目設定)
	東京都	O	「がん相談支援センターの認知度(「利用したことがある」「病院内にあることは知っている」と回答した患者・家族の割合)」
	静岡県	P	がん患者の就労支援に関する研修受講者数
	岡山県	P	がん相談支援センターの相談件数

脳卒中

脳卒中の医療体制について

- 脳卒中に対しては、発症後早急に適切な治療を開始する必要があり、脳卒中の急性期の診療提供体制の構築に当たっては、このような時間的制約の観点を考慮する必要がある。
- 脳卒中のリハビリテーションは、急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが勧められる。
- 各地域で医療提供体制を構築するに当たっては、地域の現状に則した、きめ細かい体制を確保し、患者情報の共有に基づく適切な疾病管理を行う必要がある。

～脳卒中の診療提供体制の全体像イメージ～



第7次医療計画における「脳卒中」の追加見直しのポイント

- 脳卒中による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、脳卒中発症後の病院前救護や、脳卒中急性期診療提供のための施設間ネットワークの構築を含め、早急に適切な急性期診療を実施する体制の構築を進める。
- 急性期から回復期・慢性期を通じて、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた、一貫した脳卒中診療を提供する体制を構築する。

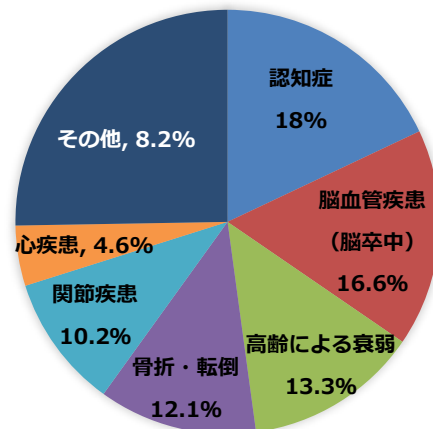
急性期の課題例

- 急性期脳梗塞に対し、t-PA療法、血管内治療が有効だが、普及が不十分。

慢性期の課題例

- 脳卒中は、介護が必要となる主要な原因疾患。

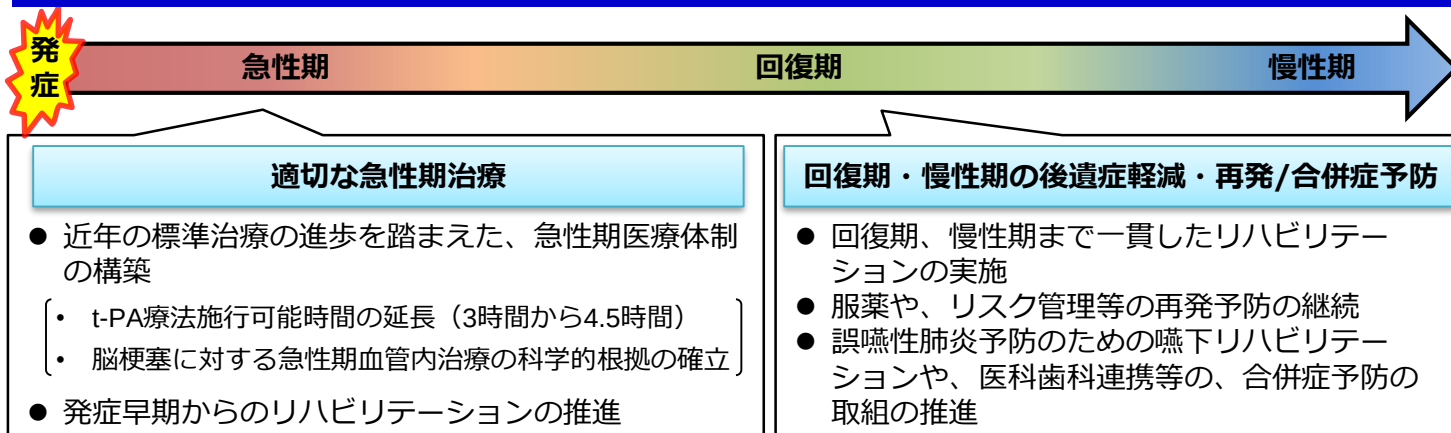
介護が必要となった主な原因の構成割合



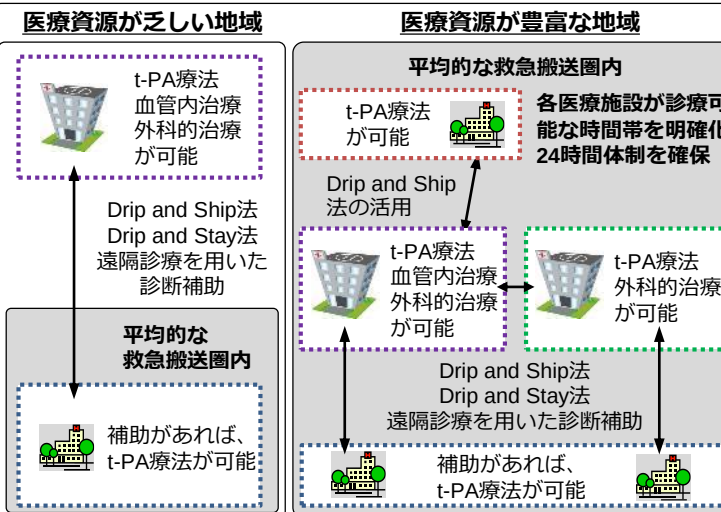
平成28年国民生活基礎調査より作成

- 脳卒中は、発症後1年で10%、5年で50%と高率に再発する。

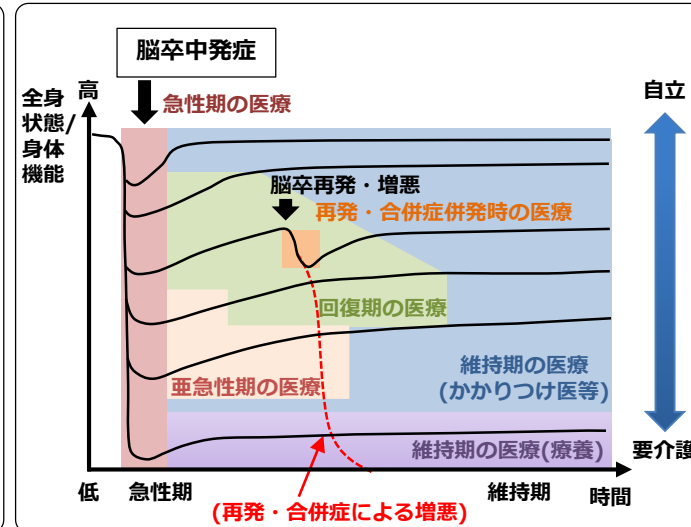
脳卒中の経過を踏まえた、急性期から回復期・慢性期まで一貫した医療体制の構築



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



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



脳卒中の医療提供体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線部は、第7次医療計画にて新たに追加された指標

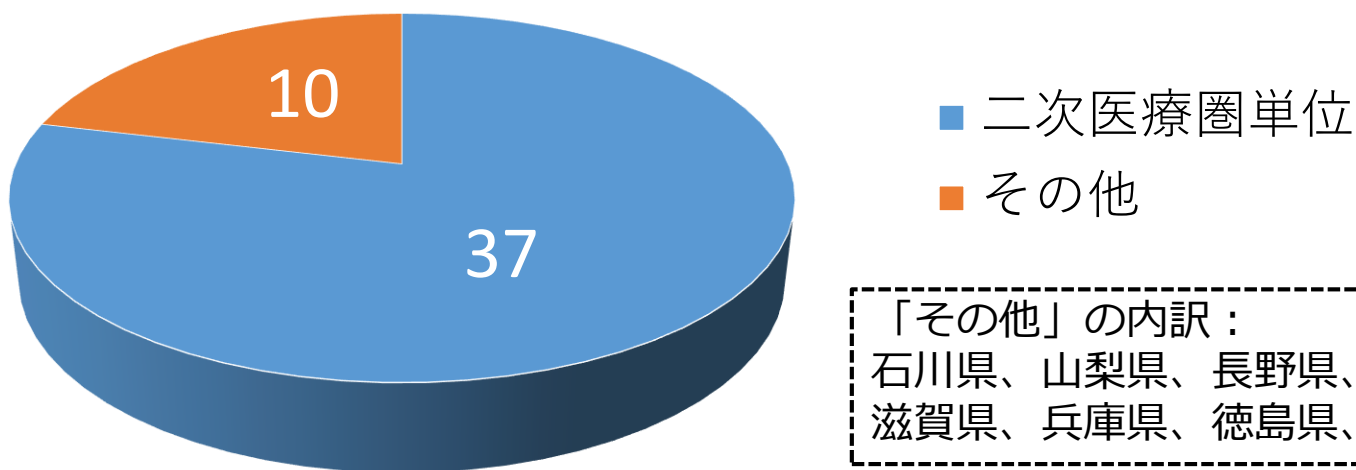
	予防		救護		急性期		回復期		維持期	
ストラクチャー		<u>禁煙外来を行っている医療機関数</u>				神経内科医師数・ 脳神経外科医師数				
						脳卒中の専用病室を有する 病院数・病床数				
						脳梗塞に対するt-PAによる 血栓溶解療法の実施可能な 病院数				
								リハビリテーションが実施可能な医療機関数		
プロセス		喫煙率		脳血管疾患により救急搬送 された患者数(再掲)	●	脳梗塞に対するt-PAによる 血栓溶解療法の実施件数				
		<u>ニコチン依存症管理料を 算定する患者数(診療報酬ごと)</u>				<u>脳梗塞に対する脳血管内治療 (経皮的脳血栓回収術等)の 実施件数</u>				
		<u>ハイリスク飲酒者の割合</u>				くも膜下出血に対する脳動脈瘤 クリッピング術の実施件数				
		健康診断の受診率				くも膜下出血に対する脳動脈瘤 コイル塞栓術の実施件数				
		高血圧性疾患患者の 年齢調整外来受療率				<u>脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数</u>				
		<u>脂質異常症患者の 年齢調整外来受療率</u>				<u>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数</u>				
				脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数						
アウトカム	●	<u>脳血管疾患により 救急搬送された患者数</u>	●	救急要請(覚知)から医療機関 への収容までに要した平均時間	●	退院患者平均在院日数				
				<u>脳血管疾患により救急搬送 された患者の圏域外への搬送率</u>	●	在宅等生活の場に復帰した患者の割合				
		脳血管疾患患者の年齢調整死亡率								

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表2「脳卒中の医療提供体制構築に係る現状把握のための指標例」

(1) 脳卒中医療提供体制 都道府県の医療圏設定状況

- 37都道府県が、脳卒中医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の脳卒中医療圏の設定状況



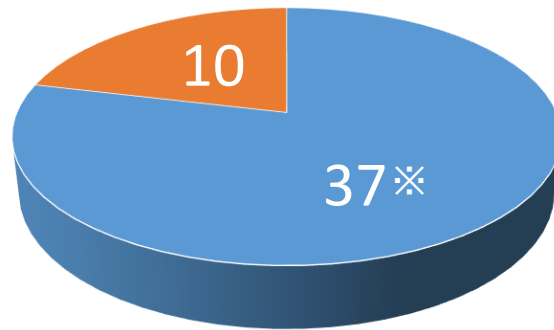
【圏域が異なる理由】

石川県	・急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を脳卒中の圏域としているため。
山梨県	・一つの医療圏（中北）に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから、県全域を一区域として圏域を設定している。
長野県	・他圏域と連携して提供体制を整備する場合があるため。
愛知県	・県全体で脳卒中の医療体系を考えているため、医療圏の設定をしていない。
三重県	・よりきめ細やかな議論が可能になるよう、地域医療構想区域をベースに圏域を設定している。
滋賀県	・脳血管内治療による脳血栓回収療法施行体制が困難な場合には、施行可能な医療機関との連携構築が必要なことや、24時間365日急性期の症例に対応できる病院が限られていることから、急性期治療においては医療需要に応じて二次保健医療圏の枠組みにとらわれず4ブロックを基本としている。
兵庫県	・身近な医療体制を継続し、旧二次保健医療圏域を基本に阪神北と丹波は連携させ、9圏域とした。
徳島県	・発症後の迅速な救急搬送が可能となるよう、より細やかな圏域を設定している。
香川県	・第七次保健医療計画において、県内の医療圏を5医療圏から3医療圏に大括りに変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、脳卒中の圏域設定については、従来通り5圏域とした。
熊本県	・急性期拠点医療機関がない宇城医療圏については、隣接し、救命救急センターが存する熊本・上益城医療圏と合わせ、熊本中央医療圏としている。

(2) 脳卒中医療の協議体制

- 37都道府県で、年に1回以上脳卒中医療協議会が開催され、脳卒中医療体制に関する議論が行われている。
- そのうち、36都道府県で、脳卒中医療協議会に行政も参加している。

脳卒中医療協議会の開催



- 議論を行っている
- 議論を行っていない

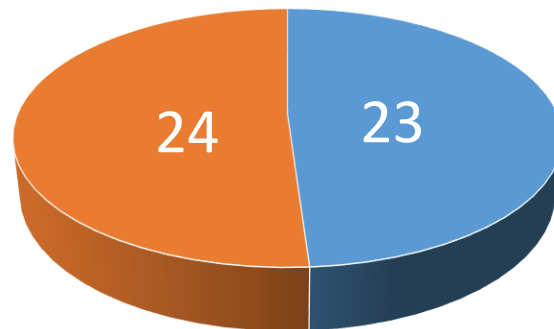
「議論を行っていない」の内訳：

秋田県、千葉県、山梨県、長野県、岐阜県、徳島県、香川県、愛媛県、福岡県、佐賀県

※岡山県は、行政担当者の参加予定なし

- 23都道府県で、地域医療構想調整会議において、脳卒中医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での脳卒中医療に関する議論の状況



- 議論を行っている
- 議論を行っていない

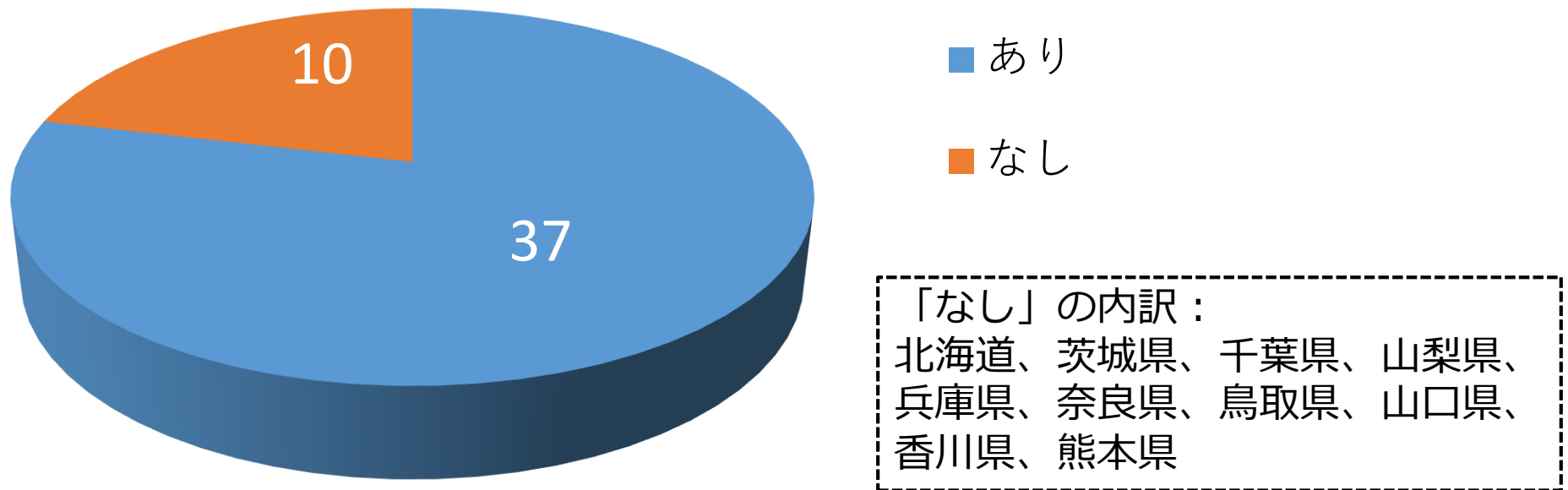
「議論を行っていない」の内訳：

青森県、宮城県、秋田県、茨城県、群馬県、埼玉県、東京都、新潟県、山梨県、静岡県、三重県、兵庫県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

(3) 第7次医療計画における脳卒中医療の目標設定状況

- 37都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無



脳卒中医療体制構築におけるポイント

- 脳卒中の医療体制構築に係る指針では、脳卒中の医療体制の構築において、平成29年7月にとりまとめられた「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ついて」を踏まえること、としている。
- 「脳卒中、心臓病その他の循環器病にかかる診療提供体制の在り方について」では、脳卒中医療体制の構築に関する考え方の中で、以下について記載している。

(: 報告書より引用抜粋)

- ・ 脳卒中の教育・啓発の重要性

「国民に対する、脳卒中の症状や早期受診の必要性、また脳梗塞の前触れ発作である一過性脳虚血発作発症時の適切な対応や、くも膜下出血の前兆である警告頭痛等に関する教育・啓発が重要である」

- ・ 遠隔診療を活用した施設間ネットワークの構築

「診療提供のための施設間ネットワーク構築においては、遠隔診療を用いた診断の補助や、Drip and Ship法、Drip and Stay法等の活用も、医療資源を効率的に運用する手段の一つである」

- ・ 脳卒中急性期診療を提供する医療施設における役割分担

「脳卒中の急性期診療を24時間体制で提供できる施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期の専門的医療を担うべき医療機能を、地域のネットワークを構築している医療施設において、分担する必要がある」

- ・ 症例登録の必要性

「脳卒中の診療提供体制の評価に資する指標や、指標に必要な疾患レジストリ等のデータベースを含め、評価指標については、行政と関連団体、研究者等が協力して、引き続き検討していく必要がある」

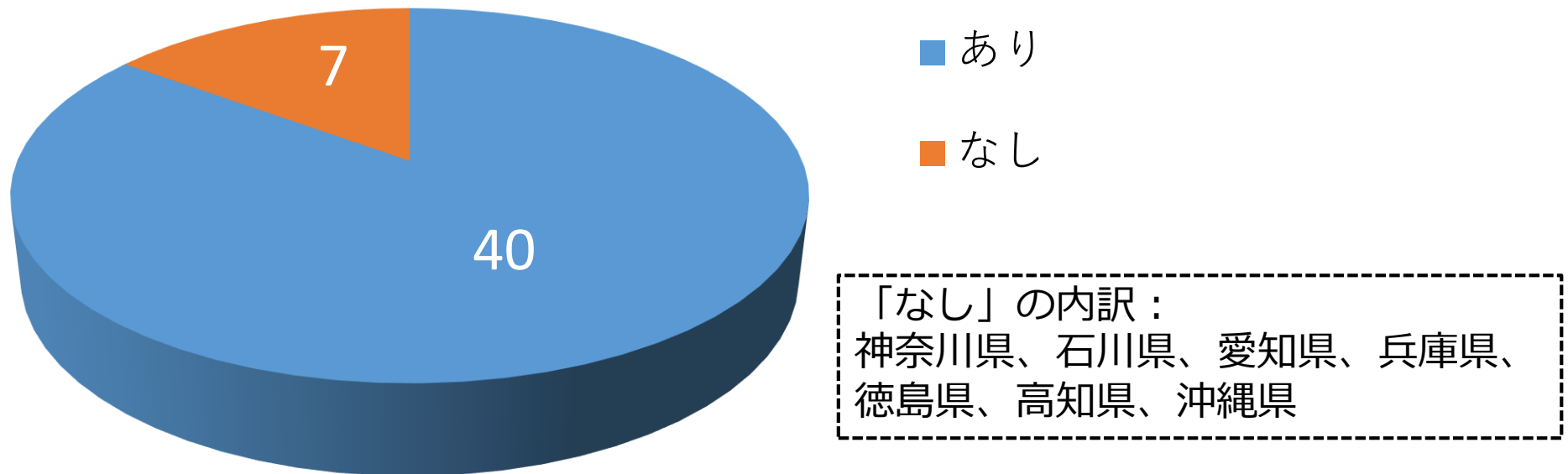


- 第7次医療計画において、都道府県ごとにこれらの項目をどのように取り扱っているか、確認する必要がある。

(4) 脳卒中の教育・啓発

- 40都道府県が、脳卒中に関する教育・啓発を実施している。

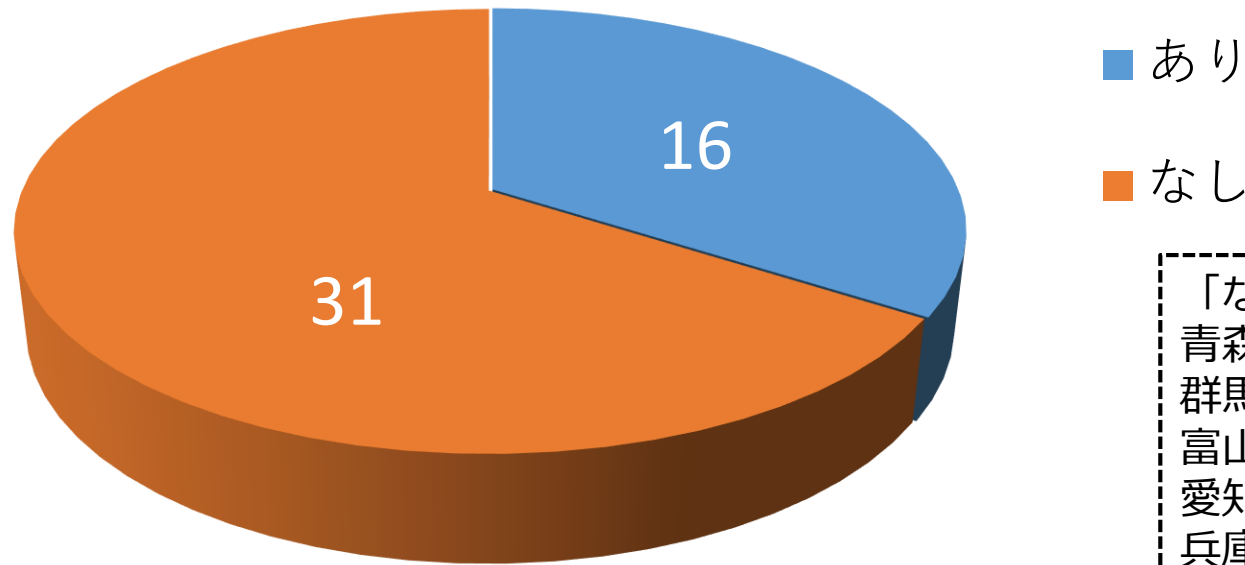
脳卒中の教育・啓発の実施の有無



(5) 遠隔診療を活用した施設間ネットワーク構築に係る事業等

- 16都道府県が、遠隔診療（Drip and ship法、Drip and stay法等）を活用した施設間ネットワーク構築に係る事業等の施策を実施している。

遠隔診療（Drip and Ship法、Drip and Stay法等）に係る施策の有無



Drip and Ship法

遠隔診療を用いる等によって、脳卒中に精通した医師の指示下にt-PA療法を開始した上で、血管内治療が可能な施設に、脳梗塞患者を搬送することをいう。

Drip and Stay法

脳梗塞患者に対し、遠隔診療を用いる等によって、脳卒中に精通した医師の指示下にt-PA療法を実施し、引き続き当該施設内で診療を継続することをいう。

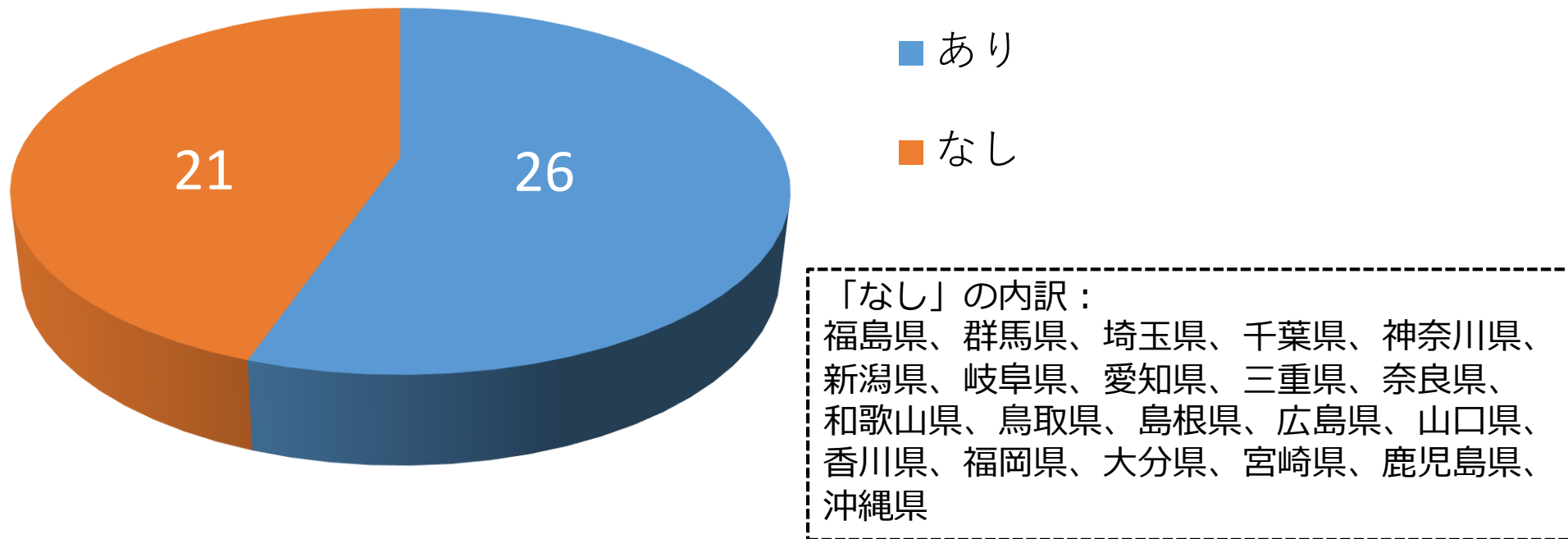
「なし」の内訳：

青森県、宮城県、秋田県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、富山県、山梨県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、岡山県、広島県、山口県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、鹿児島県、沖縄県

(6) 脳卒中の急性期専門的医療を行う施設の実績確認

- 26都道府県が、医療機関から申出があった急性期専門的医療を行う施設について、当該医療機関が申出通りに機能していること（t-PA投与、血管内治療等の実績があるか等）を確認している。

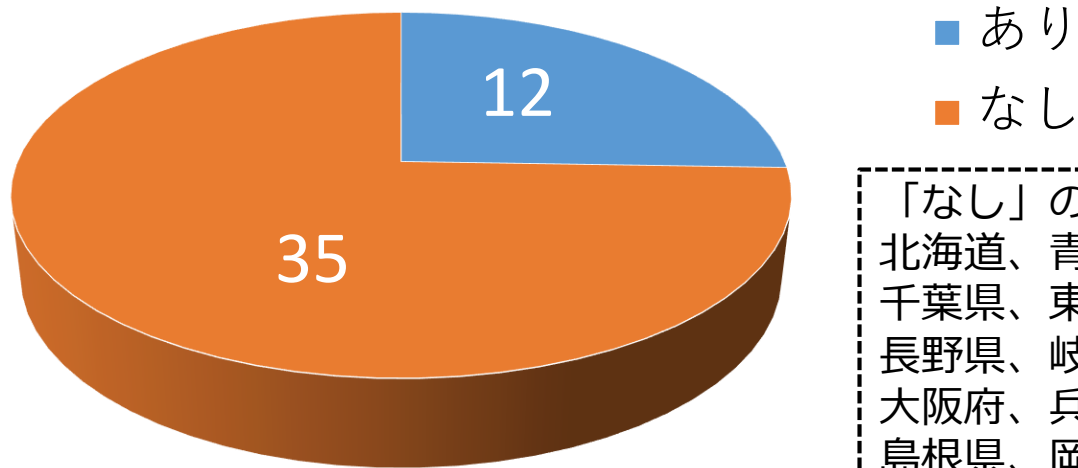
医療機関の申出に対する実績確認の有無



(7) 脳卒中登録事業

- 12都道府県が、医療機関と連携して、行政が関わり脳卒中の登録事業等、症例登録を行っている。
- 脳卒中の登録事業を行っていない35都道府県のうち、3都道府県は、過去に行っていた。

脳卒中の登録事業の有無



「なし」の内訳：

北海道、青森県、茨城県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

【過去に行っていたが、現在行っていない理由】

青森県	・ 設定項目を多くしたため、医療機関の負担感が多く、回答状況が悪かった。 ・ 把握した結果の活用方法が不明確だった。 ・ 医療機関からの回答で誤りと思われる内容の回答もあるが、精査できる専門職種が確保できないため、内容の確認をできずに活用することが困難な状況だった。
茨城県	・ 登録率が低くなったことや、法律等の制度が整っていなかったことから、平成15年12月の発症事例を持って終了した。
鹿児島県	・ 当時の記録が残っていないため、詳細不明。

(8) 目標項目【予防】

- 39都道府県が、「予防」に関する目標項目を設定している。
- 予防の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、ストラクチャー指標では「禁煙外来を行っている医療機関数」、プロセス指標では「健康診断の受診率」、アウトカム指標では「脳血管疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	1	2.1
プロセス	喫煙率	11	23.4
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数 (診療報酬ごと)	0	0.0
	ハイリスク飲酒者の割合	1	2.1
	健康診断の受診率	13	27.7
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	2	4.3
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	0	0.0
アウトカム	●脳血管疾患により救急搬送された患者数	2	4.3
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	36	76.6

※●は重点指標

(8) 目標項目【救護】

- 36都道府県が、「救護」に関する目標項目を設定している。
- 救護の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、プロセス指標では「脳血管疾患により救急搬送された患者数」、アウトカム指標では「脳血管疾患の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
プロセス	脳血管疾患により救急搬送された患者数	2	4.3
アウトカム	● 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	4	8.5
	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	0	0.0
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	36	76.6

※●は重点指標

(8) 目標項目【急性期】

- 44都道府県が、「急性期」に関する目標項目を設定している。
- 急性期の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、ストラクチャー指標では「脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数」、プロセス指標では「脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数」、アウトカム指標では「脳血管疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャー	神経内科医師数・脳神経外科医師数	5	10.6
	脳卒中の専門病室を有する病院数・病床数	1	2.1
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	9	19.1
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	8	17.0
プロセス	●脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	15	31.9
	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術)の実施件数	8	17.0
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	0	0.0
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	0	0.0
	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	1	2.1
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	3	6.4
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	5	10.6
アウトカム	●退院患者平均在院日数	12	25.5
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	20	42.6
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	36	76.6

※●は重点指標

(8) 目標項目【回復期・維持期】

- 41都道府県が、「回復期」「維持期」に関する目標項目を設定している。
- 回復期・維持期の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、ストラクチャー指標では「リハビリテーションが実施可能な医療機関数」、プロセス指標では「脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数」、アウトカム指標では「脳血管疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャー	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	8	17.0
プロセス	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	1	2.1
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	3	6.4
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	5	10.6
アウトカム	●退院患者平均在院日数	12	25.5
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	20	42.6
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	36	76.6

※●は重点指標

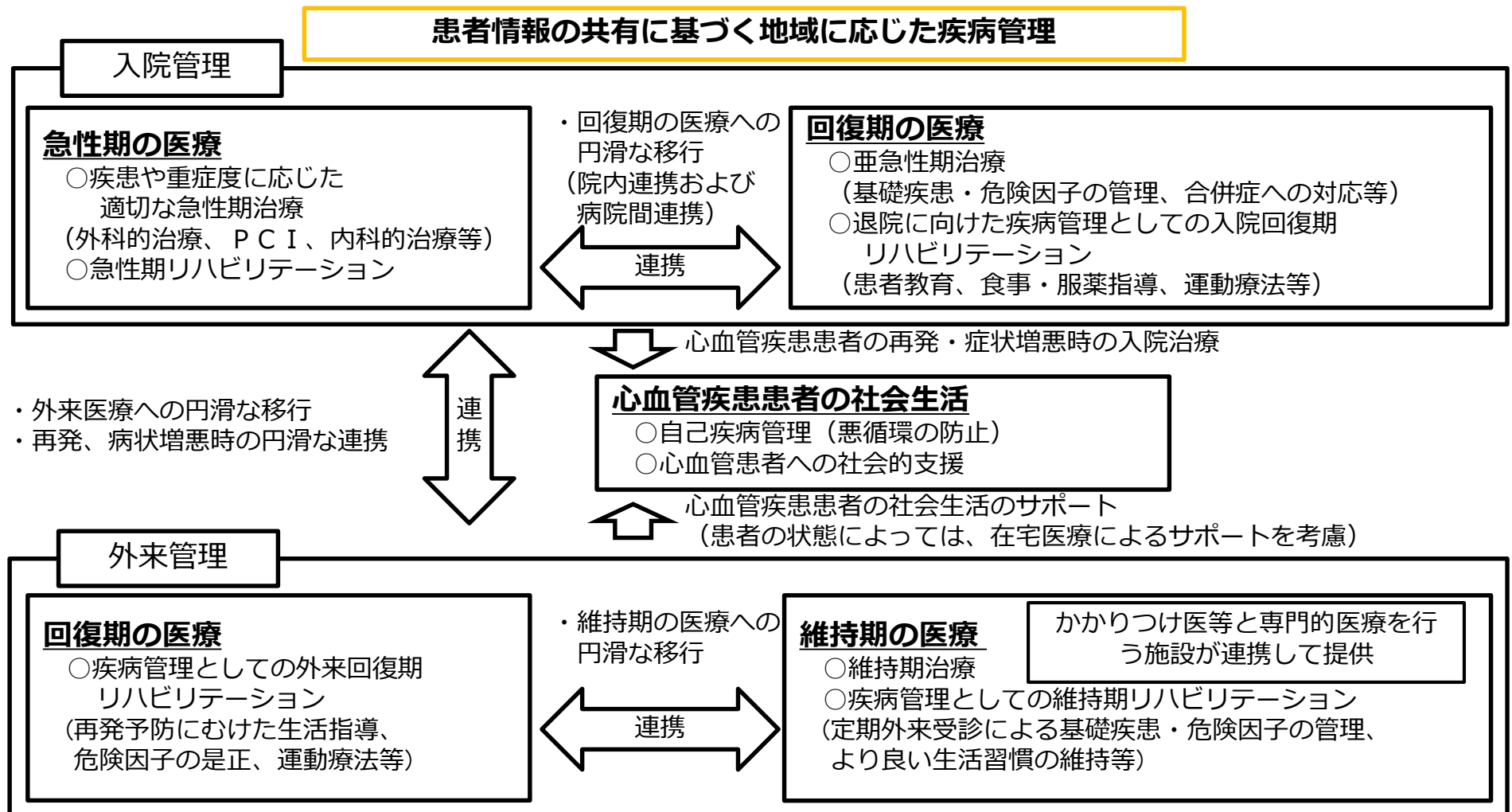
(8) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目 (例)

	目標項目	都道府県	理由
ストラクチャー	急性期の医療機能を担っている医療機関のうち、歯科と連携を図っている医療機関の割合	佐賀県	誤嚥性肺炎等の合併症の予防を目的とした、医科・歯科連携の構築に係る効果指標として設定した。
	回復期リハビリテーション病棟に専従で配置されている管理栄養士数	高知県	栄養状態の改善がADLにつながるため
	在宅療養支援診療所・病院数	千葉県 長野県	介護等が必要になることが多い脳卒中患者に対しては、円滑な在宅生活への移行に向けた退院支援体制の充実を図ることが重要であると考えため
プロセス	病院到着からt-PA療法開始までの時間が60分以内の割合	高知県	治療体制を評価するため
	特定健康診査受療率	青森県、千葉県、富山県、三重県、山口県、徳島県、宮崎県、福岡県、佐賀県、和歌山県	都道府県健康増進計画と整合性を図り、脳卒中の原因となる生活習慣病の予防体制の状況を把握するため。
	特定保健指導実施率		
	t-PAによる遠隔診療支援を行う施設	宮崎県	遠隔画像診断（Drip and Ship法）の推進を図るため
アウトカム	受入困難事例の割合	三重県	脳卒中発症後の救護、搬送等の状況を把握する指標として採用

心筋梗塞等の心血管疾患

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制について

- 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。

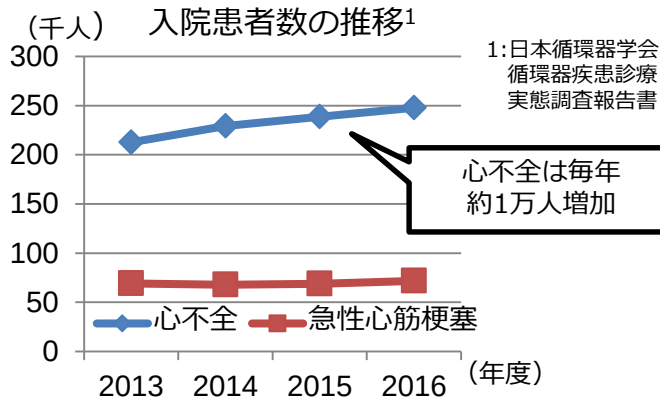


第7次医療計画における「心筋梗塞等の心血管疾患」の追加見直しのポイント

- 「急性心筋梗塞」を「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直し、心不全等の合併症等を含めた医療提供体制の構築を進める。
- 急性期心血管疾患による死亡を防ぐため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進める。
- 急性期の治療に引き続き、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築する。

急性期の課題例

- 急性心筋梗塞死亡例の半数以上は院外心停止である。
- 急性大動脈解離は発症後2日での死亡率が50%に達する。
- 心血管疾患の終末的な病態である心不全は増加傾向にある。

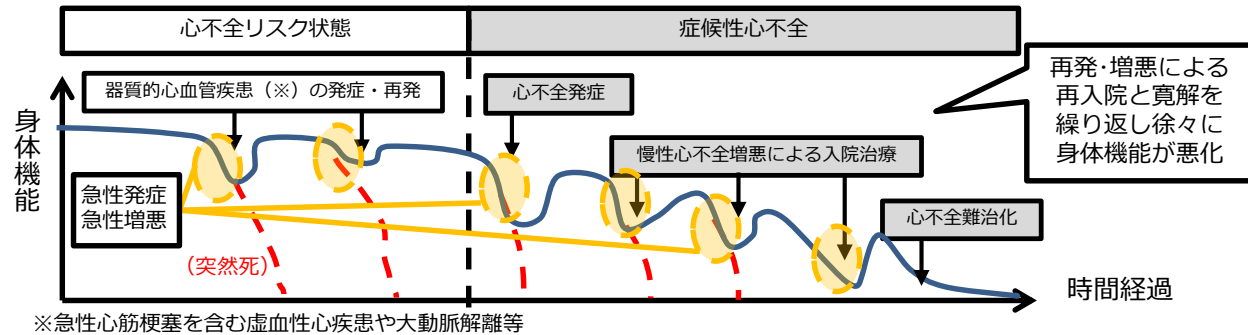


慢性期の課題例

- 1年間で慢性心不全患者の約20～40%は再入院する。

心不全等の合併症や、他の心血管疾患（大動脈解離等）を含めた医療提供体制の構築

【心血管疾患患者の臨床経過イメージ】



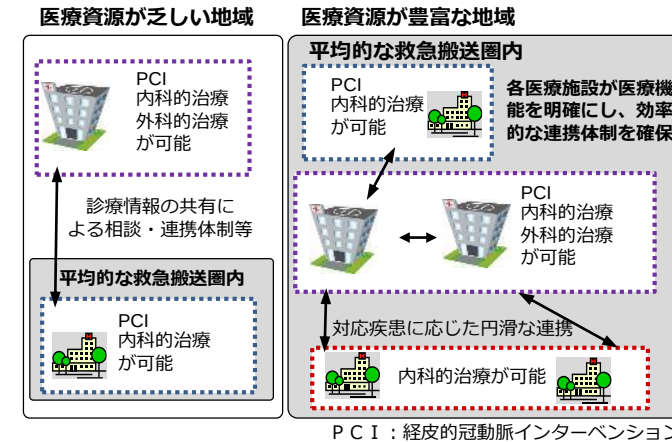
急性期・急性増悪時の死亡率抑制

- 対応疾患に応じた、24時間専門的な急性期診療を提供できる体制の構築
- ・ 平均的な救急搬送圏内での連携体制が基本。
- ・ 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。
- ※緊急の外科的治療が必要な急性大動脈解離等

回復期・慢性期の再発・増悪予防

- 多面的・包括的な疾病管理（患者教育、運動療法、冠危険因子の管理等）の推進。
- 地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制の構築。
- 地域全体で患者を管理する体制の構築。（かかりつけ医等と専門的医療を行う施設の連携）

【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】



心血管疾患の臨床経過を踏まえた、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築

心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線部は、第7次医療計画にて新たに追加された指標

	予 防		救 護		急性期		回復期		慢性期・再発予防	
ストラクチャー		禁煙外来を行っている医療機関数				循環器内科医師数・心臓血管外科医師数				
						心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数・病床数				
						心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数				
						心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数				
プロセス		喫煙率		虚血性心疾患により救急搬送された患者数（再掲）		急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数				
		<u>ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）</u>		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	●	<u>来院後90分以内の冠動脈再開通達成率</u>				
		健康診断の受診率				虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数				
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率			<u>入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数</u>					
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率						<u>外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数</u>		
					<u>虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数</u>					
アウトカム	●	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	●	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	●	退院患者平均在院日数				
				<u>虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率</u>			●	在宅等生活の場に復帰した患者の割合		
	●	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率								

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表3「心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」

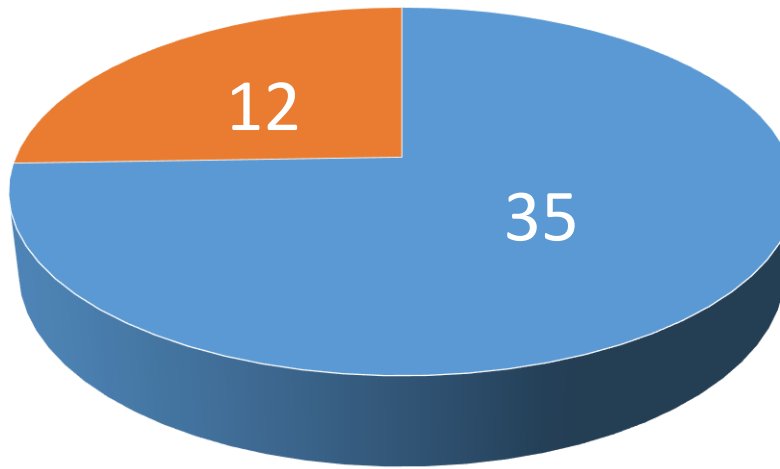
平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用

(●は重点指標)

(1) 心血管疾患医療提供体制 都道府県の医療圏設定状況

- 35都道府県が、心血管疾患医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の心血管疾患医療圏の設定状況



- 二次医療圏単位
- その他

「その他」の内訳：

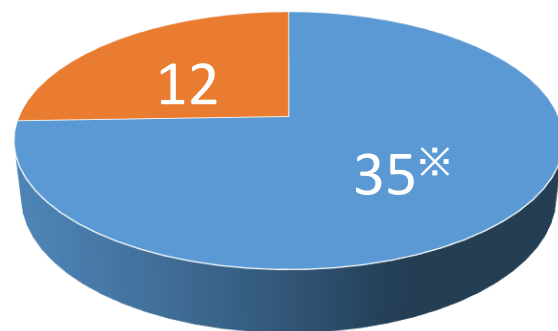
秋田県、石川県、福井県、山梨県、長野県、
愛知県、三重県、滋賀県、兵庫県、香川県、
熊本県、宮崎県

秋田県	現状の二次医療圏ごとの医療機能では、急性期の専門的な医療の提供ができない地域があることから
石川県	急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を心血管疾患の圏域としているため
福井県	奥越圏域において、心血管疾患の医療体制が充実しているとは言えないので、福井・坂井圏域と統合している。
山梨県	峡南医療圏、富士・東部医療圏は他の医療圏に比べて医療従事者、医療設備等が少ない傾向にあり、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから県全域を一区域として圏域を設定。
長野県	他圏域と連携して提供体制を整備する場合があるため。
愛知県	県全体で心血管疾患の医療体系を考えているため、医療圏の設定をしていない。
三重県	心筋梗塞等の心血管疾患対策においては、予防、急性期、回復期および慢性期の各段階における地域の実情に応じた切れ目のない連携体制が必要であることから、圏域については、地域医療構想区域を基本としました。なお、急性大動脈解離の治療や心臓血管外科手術などの高度な医療等については、圏域を越えた、より広域的な範囲（二次医療圏等）での連携により対応することとしています。
滋賀県	急性心筋梗塞、慢性心不全に関しては、二次保健医療圏域ごとに対応。急性大動脈解離等については、県内で治療可能な病院が限られていることから。
兵庫県	身近な医療体制を継続し、旧二次保健医療圏域を基本に阪神北と丹波は連携させ、9圏域とした
香川県	第7次保健医療計画において、県内の医療圏を5医療圏から3医療圏に大括りに変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、心血管疾患の圏域設定については、従来どおり5圏域とした。
熊本県	急性期拠点病院がない宇城医療圏については、隣接し、救命救急センターが存する熊本・上益城医療圏と合わせ、熊本中央医療圏としている。
宮崎県	二次医療圏では急性期の心筋梗塞等に十分な対応ができないため

(2) 心血管疾患医療の協議体制

- 35都道府県で、年に1回以上心血管疾患医療協議会が開催され、心血管疾患医療体制に関する議論が行われている。
- そのうち、34都道府県で、心血管疾患医療協議会に行政も参加している。

心血管疾患医療協議会の開催



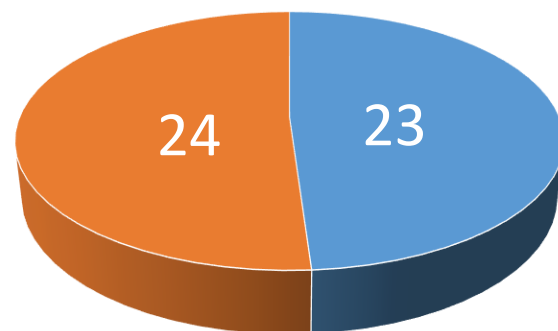
- 議論を行っている
- 議論を行っていない

「議論を行っていない」の内訳：
秋田県、千葉県、石川県、山梨県、長野県、岐阜県、兵庫県、徳島県、愛媛県、福岡県、佐賀県、宮崎県

※岡山県は、行政担当者の参加予定なし

- 23都道府県で、地域医療構想調整会議において、心血管疾患医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での心血管疾患医療に関する議論の状況



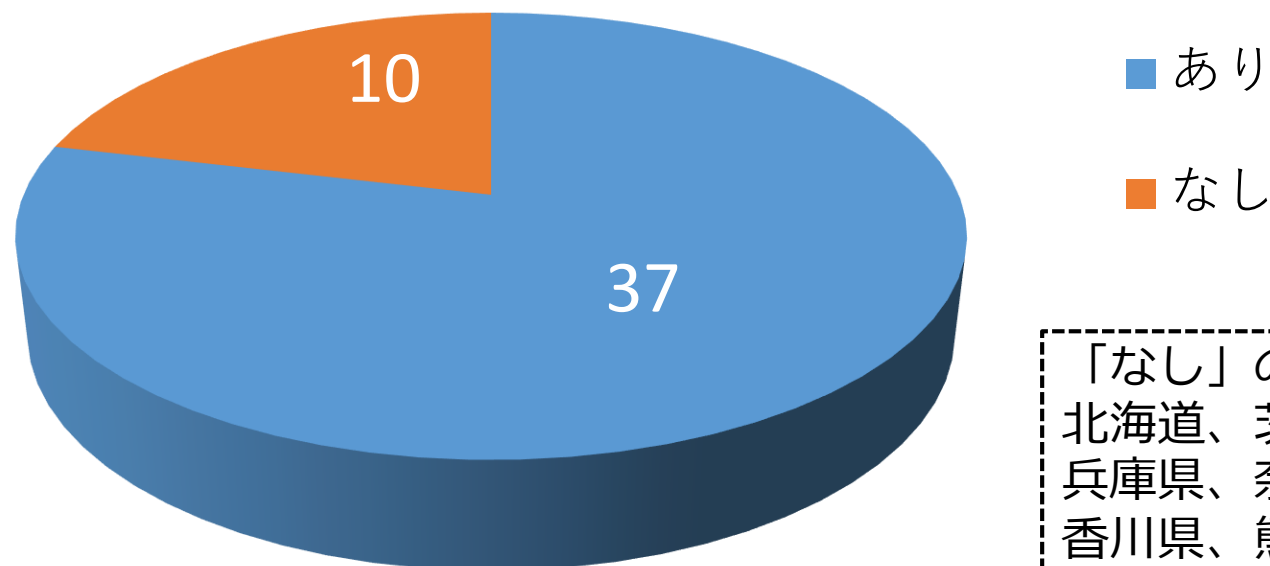
- 議論を行っている
- 議論を行っていない

「議論を行っていない」の内訳：
青森県、宮城県、秋田県、茨城県、群馬県、埼玉県、東京都、新潟県、山梨県、長野県、三重県、兵庫県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

(3) 第7次医療計画における心血管疾患医療の目標設定状況

- 37都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無



「なし」の内訳：
北海道、茨城県、千葉県、山梨県、
兵庫県、奈良県、鳥取県、山口県、
香川県、熊本県

心血管疾患医療体制構築におけるポイント

- 心血管疾患の医療体制構築に係る指針では、心血管疾患の医療体制の構築において、平成29年7月にとりまとめられた「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ついて」を踏まえること、としている。
- 「脳卒中、心臓病その他の循環器病にかかる診療提供体制の在り方について」では、心血管疾患医療体制の構築に関する考え方の中で、以下について記載している。

(: 報告書より引用抜粋)

- ・ 心血管疾患の教育・啓発の重要性

「国民に対する、急性期心血管疾患の前兆、症状、発症時の対処法等に関する教育・啓発が重要である」

- ・ 遠隔診療を活用した施設間ネットワークの構築

「ICT等を用いて、施設間で検査結果や画像等の患者情報を共有し、他施設への搬送の必要性や治療方針等につき、相談できる体制の構築も有効である」

- ・ 心血管疾患急性期診療を提供する医療施設における役割分担

「対応疾患に応じた急性期診療を24時間体制で提供できる施設間ネットワークを構築するに当たっては、急性期心血管疾患の専門的医療を行う施設が担うべき医療機能を、地域のネットワークを構築している医療施設において、分担する必要がある」

- ・ 症例登録の必要性

「心血管疾患の診療提供体制の評価に資する指標や、指標に必要な疾患レジストリ等のデータベースを含め、評価指標については、行政と関連団体、研究者等が協力して、引き続き検討していく必要がある」

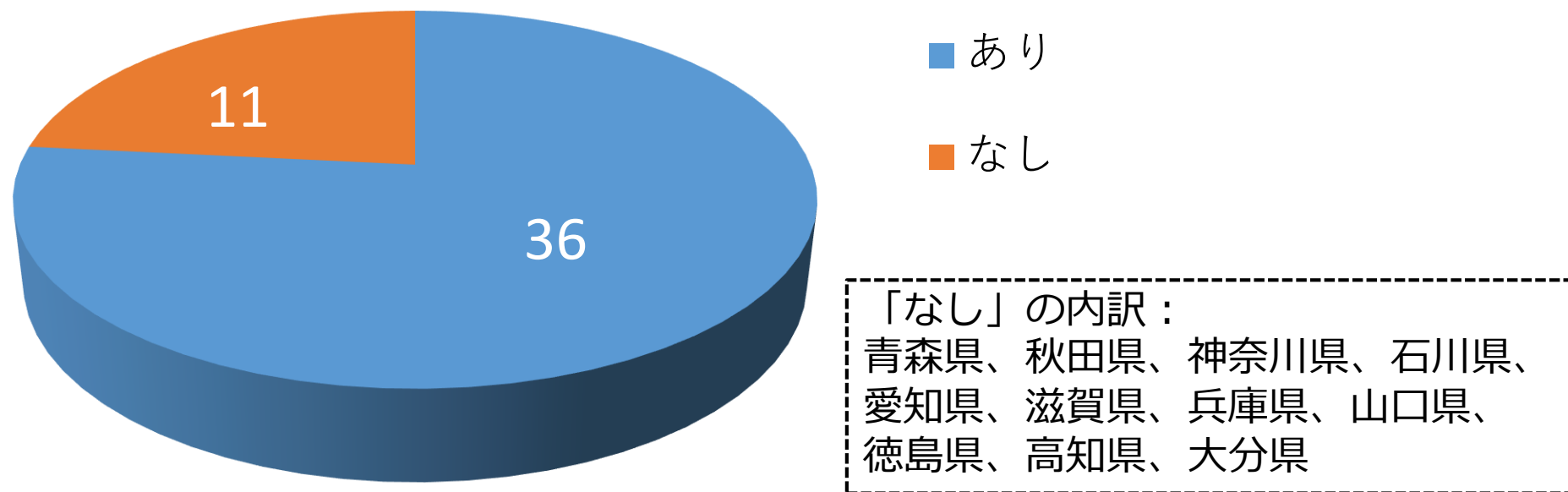


- 第7次医療計画において、都道府県ごとにこれらの項目をどのように取り扱っているか、確認する必要がある。

(4) 心血管疾患の教育・啓発

○ 36都道府県が、心血管疾患に関する教育・啓発を実施している。

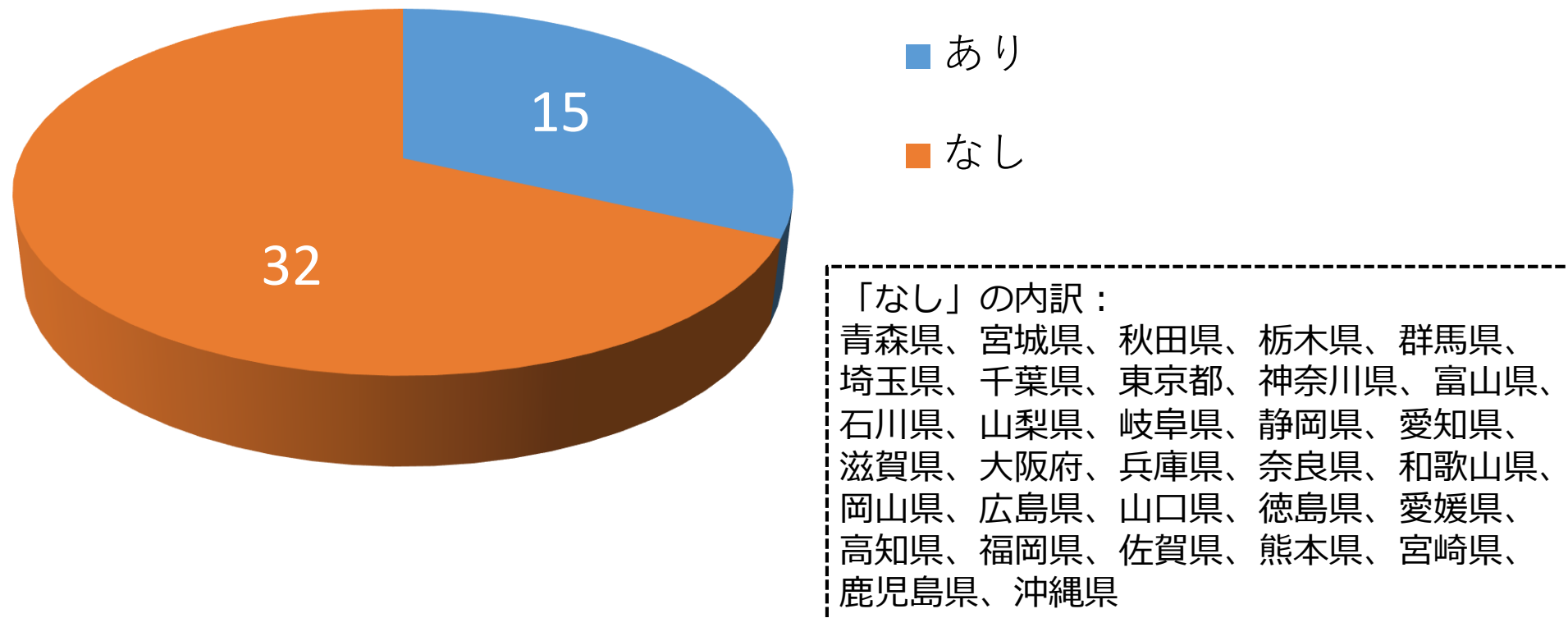
心血管疾患の教育・啓発の実施の有無



(5) 遠隔診療等を活用した施設間ネットワーク構築に係る事業等

- 15都道府県が、遠隔診療（心電図伝送システム等）を活用した補助事業等の施策を実施している。

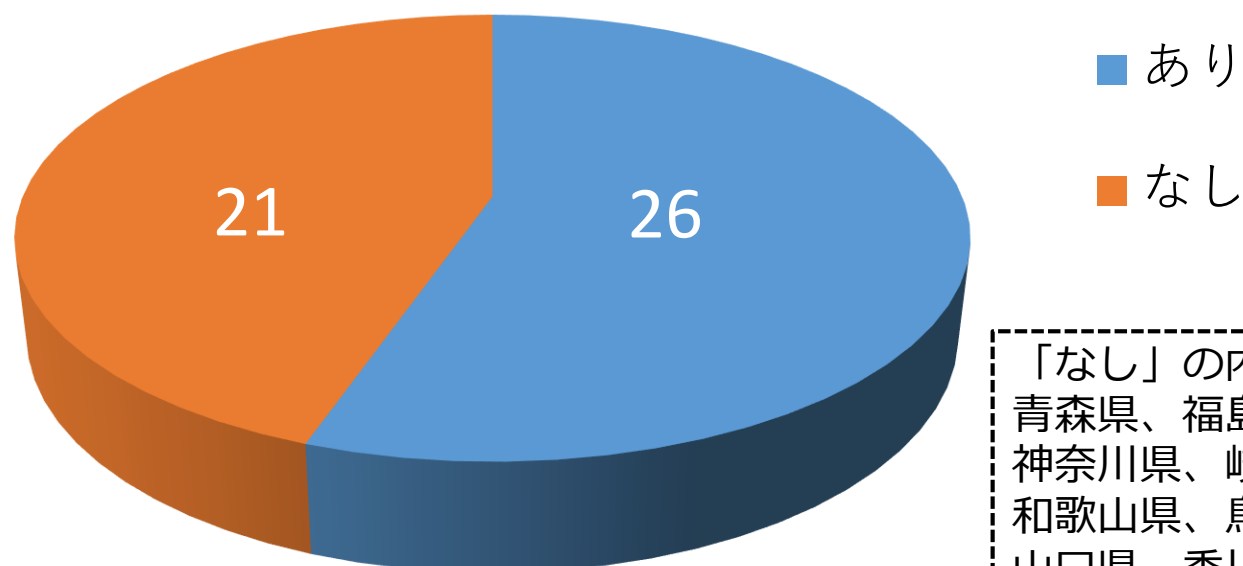
遠隔診療（心電図伝送システム、等）に係る施策の有無



(6) 心血管疾患の急性期専門的医療を行う施設の実績確認

- 26都道府県が、医療機関から申出があった急性期専門的医療を行う施設について、当該医療機関が申出通りに機能していること（緊急PCI、外科的治療の実績があるか等）を確認している。

医療機関の申出に対する実績確認の有無



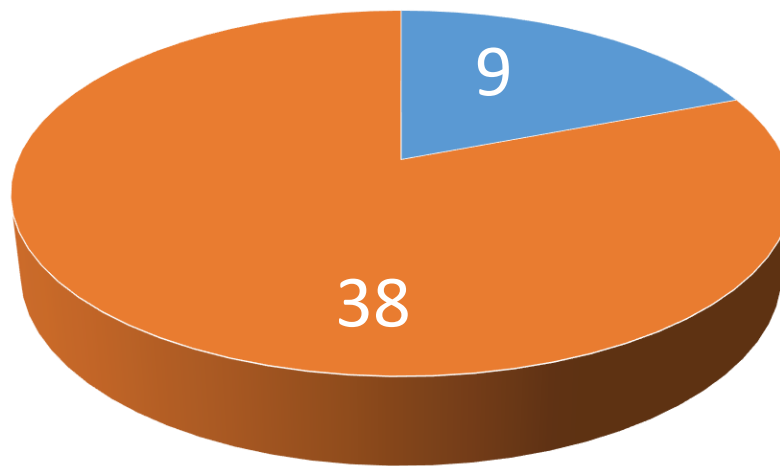
「なし」の内訳：

青森県、福島県、群馬県、埼玉県、千葉県、
神奈川県、岐阜県、愛知県、三重県、奈良県、
和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、
山口県、香川県、福岡県、大分県、宮崎県、
鹿児島県

(7) 心血管疾患登録事業

- 9 都道府県が、医療機関と連携して、行政が関わり心血管疾患の登録事業等、症例登録を行っている。
- 心血管疾患の登録事業を行っていない38都道府県のうち、1 都道府県で、過去に症例登録を行っていた。

心血管疾患の登録事業の有無



- あり
- なし

「なし」の内訳：

北海道、青森県、秋田県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、新潟県、石川県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

【過去に行っていたが、現在行っていない理由】

長崎県 ・ 事業委託先であった長崎大学病院における登録体制が整い、長崎大学病院が主体となって実施されているため。

(8) 目標項目【予防】

- 36都道府県が、「予防」に関する目標項目を設定している。
- 予防の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、ストラクチャー指標では「禁煙外来を行っている医療機関数」、プロセス指標では「喫煙率」、アウトカム指標では「虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	2	4.3
プロセス	喫煙率	14	29.8
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）	0	0.0
	健康診断の受診率	11	23.4
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	2	4.3
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	2	4.3
アウトカム	●虚血性心疾患により救急搬送された患者数	3	6.4
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	27	57.4

※ ●は重点指標

(8) 目標項目【救護】

- 28都道府県が、「救護」に関する目標項目を設定している。
- 救護の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、プロセス指標では「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」、アウトカム指標では「虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（%）
プロセス	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	3	6.4
	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	4	8.5
アウトカム	●救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	3	6.4
	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	0	0.0
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	27	57.4

※●は重点指標

(8) 目標項目【急性期】

- 36都道府県が、「急性期」に関する目標項目を設定している。
- 急性期の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、ストラクチャー指標では「心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数」、プロセス指標では「来院後90分以内の冠動脈再開通達成率」、アウトカム指標では「虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャー	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数	4	8.5
	心臓内科系集中治療室 (CCU) を有する病院数・病床数	1	2.1
	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	0	0.0
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	11	23.4
プロセス	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	3	6.4
	●来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	8	17.0
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	1	2.1
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	3	6.4
	虚血性心疾患患者における地域医療計画作成等の実施件数	2	4.3
アウトカム	●退院患者平均在院日数	10	21.3
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	27	57.4

※ ●は重点指標

(8) 目標項目【回復期・慢性期・再発予防】

- 35都道府県が、「回復期」「慢性期・再発予防」に関する目標項目を設定している。
- 回復期・慢性期・再発予防の目標項目のうち、目標設定に用いた割合が高かった指標は、ストラクチャー指標では「心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数」、アウトカム指標では「虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャー	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	11	23.4
プロセス	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	3	6.4
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	3	6.4
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	2	4.3
アウトカム	●退院患者平均在院日数	10	21.3
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	14	29.8
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	27	57.4

※●は重点指標

(8) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目 (例)

	目標項目	都道府県	理由
ストラクチャー	急性心筋梗塞に対するPCIの実施可能な病院数	岩手県	心筋梗塞等の心血管疾患医療体制の均てん化を目指す指標として
プロセス	地域連携クリティカルパスを導入している二次医療圏数	北海道	医療機関の連携状況を測定する指標として採用
	受入困難事例の割合	三重県、大阪府、広島県	急性心筋梗塞や急性大動脈解離は、速やかな救急搬送が必要であり、その現状を把握するため
	特定健康診査受療率	栃木県、群馬県、山口県、富山県、千葉県、三重県、福岡県、佐賀県、徳島県、宮崎県、和歌山県	心血管疾患の予防のためには、生活習慣病が重要であり、そのためには、特定健康診断の実施率及び特定保健指導の実施率の向上が必要であり、その現状を把握するため
	特定保健指導実施率		
	心臓カテーテル治療実施不可能な医療機関から、実施可能な医療機関への転院時間	青森県	医療機関間の円滑な連携及び疾患に応じた専門的診療が提供できているか把握するため
アウトカム	心不全の年齢調整死亡率	三重県、広島県	心血管疾患でも、急性心筋梗塞、心不全、大動脈瘤及び解離のそれぞれの年齢調整死亡率を指標として設定することで、より詳細な成果を把握できるため
	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率	熊本県、広島県、三重県	第7次医療計画から新たに疾病の範囲が拡大され、その例として追加されているため
	1年以内の慢性心不全患者の再入院率	高知県	増悪把握のため

糖尿病

糖尿病の医療体制

【概要】

- 発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、地域における連携体制の構築を目指す。
- 重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と薬局、保険者が連携する取組を進める。
- 日常生活に近い場でも栄養・運動等の指導を受ける事が可能となるよう、医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加できる機会を創出する。

三次予防

- 合併症による臓器障害の予防
- 生命予後の改善

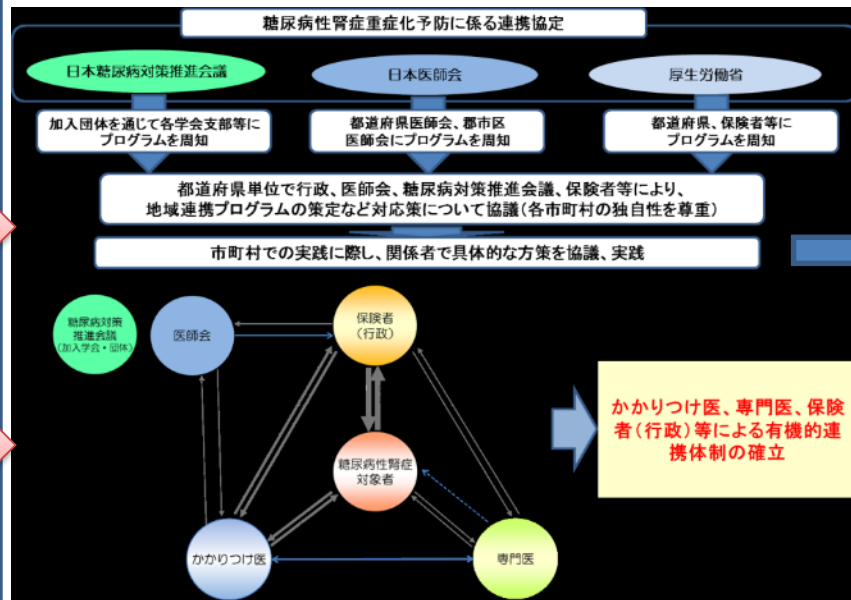
二次予防

- 重症化予防

一次予防

- 発症予防

○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定と事業の進捗管理



PDCAサイクルによる事業の進捗管理

- 事業の実施状況の評価

- 評価に基づいた取組の見直し

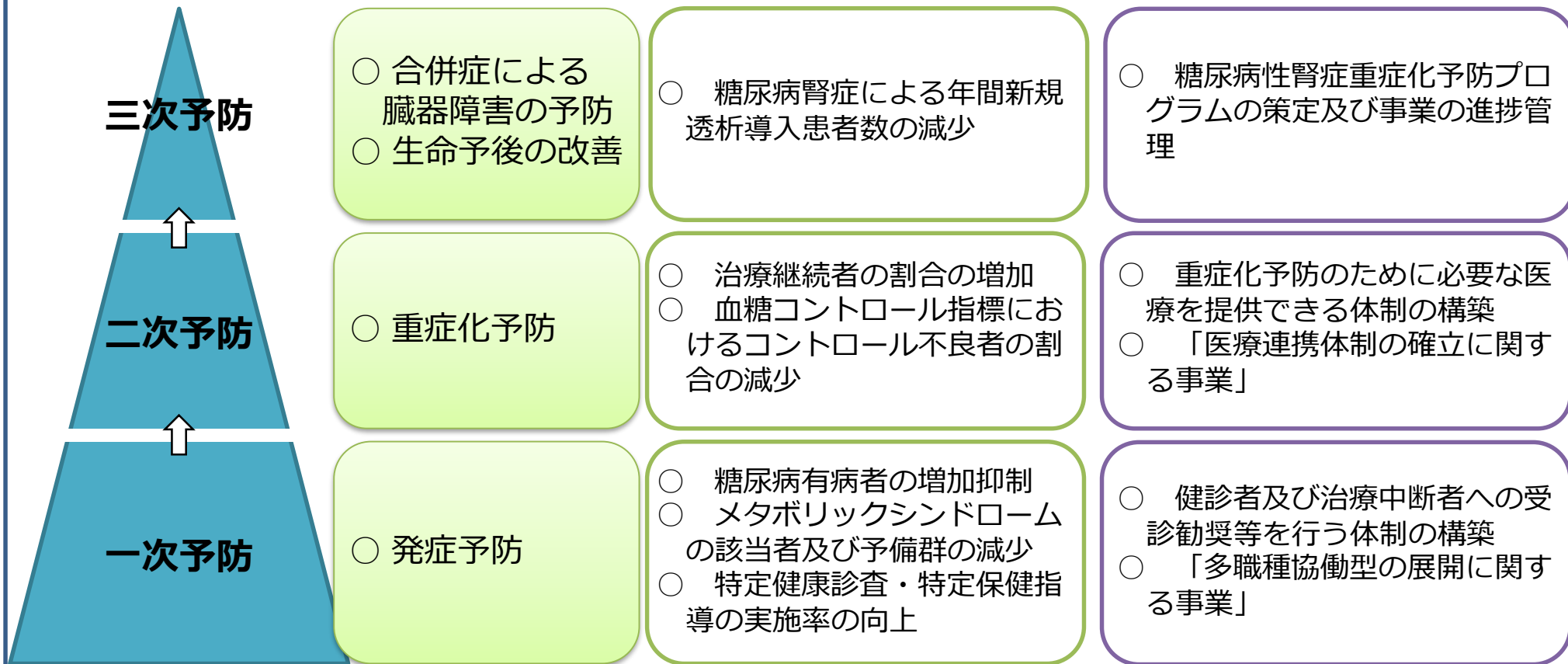
○ 糖尿病の予防・疾病管理に関する事業

- ・ 糖尿病予防戦略事業（健康的な生活習慣づくり重点化事業の一環）
- ・ 健康増進事業
- ・ 糖尿病重症化・合併症発症予防のための地域における診療連携体制の推進に資する事業

糖尿病の医療体制

【概要】

- 発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、地域における連携体制の構築を目指す。
- 重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と薬局、保険者が連携する取組を進める。
- 日常生活に近い場でも栄養・運動等の指導を受ける事が可能となるよう、医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加できる機会を創出する。



糖尿病医療の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	
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
						腎臓専門医数		糖尿病網膜症の管理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		
プロセス				糖尿病患者の年齢調整外来受療率		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
				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				
				クレアチニン検査の実施件数				
				精密眼底検査の実施件数				
				血糖自己測定の実施件数				
				内服薬の処方件数				
				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		
		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、 非ケトン昏睡患者数		
			●	新規人工透析導入患者数				糖尿病患者の年齢調整死亡率

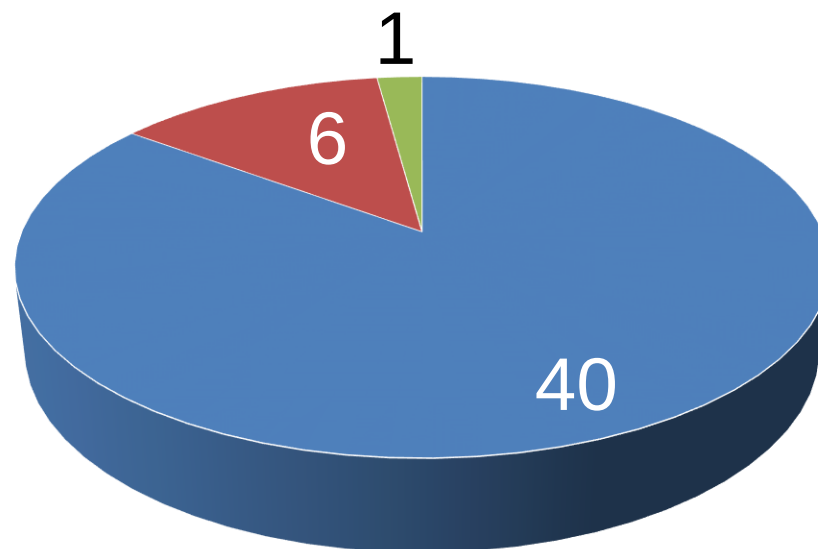
「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表4「糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」

（●は重点指標）

(1) 糖尿病医療提供体制 都道府県の糖尿病医療圏設定状況

○ 40都道府県が、糖尿病医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

■ 二次医療圏と同じ ■ 二次医療圏と異なる ■ 未回答



圏域が異なる理由

- 山梨県：一つの医療圏に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療提供のため、県全域を一区域として圏域を設定している。
- 長野県：他圏域と連携して提供体制を整備する場合があるため。
- 愛知県：県全体で糖尿病の医療体系を考えており、医療圏を設定していない。
- 三重県：医療機能の分化・連携を推進していくため、8つの構想区域を設定し、身近な地域で医療提供体制を検討していくこととしているため。
- 兵庫県、香川県：医療提供体制の継続性等の観点から、旧二次医療圏から変更しなかった。

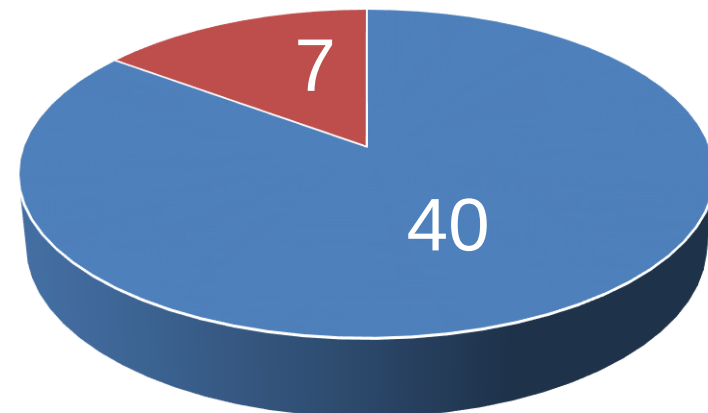
(2) 協議体制

- 40都道府県で、年に1回以上糖尿病医療協議会が開催され、糖尿病医療体制に関する議論が行われている。

糖尿病医療協議会の開催

- 年に1回以上開催されている
- 年に1回以上開催されていない

「年に1回以上開催されていない」の内訳：
秋田県、千葉県、山梨県、長野県、兵庫県、福岡県、
鹿児島県



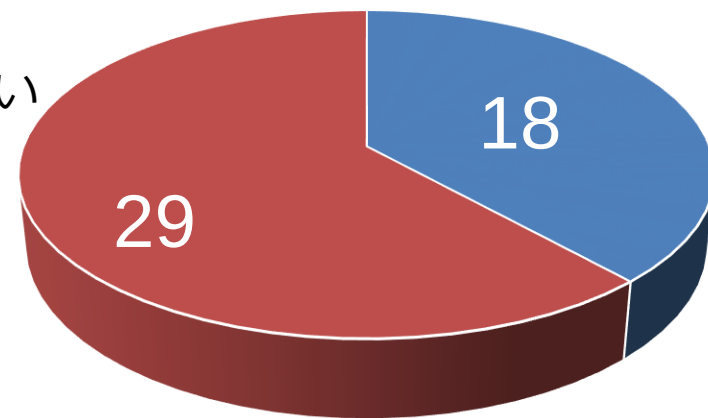
- 18都道府県で、地域医療構想調整会議において、糖尿病医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での

糖尿病医療に関する議論の状況

- 議論が行われている
- 議論が行われていない

「年に1回以上開催されていない」の内訳：
青森県、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、群馬県、
埼玉県、東京都、新潟県、福井県、山梨県、岐阜県、
静岡県、三重県、兵庫県、奈良県、岡山県、広島県、
山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、
熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

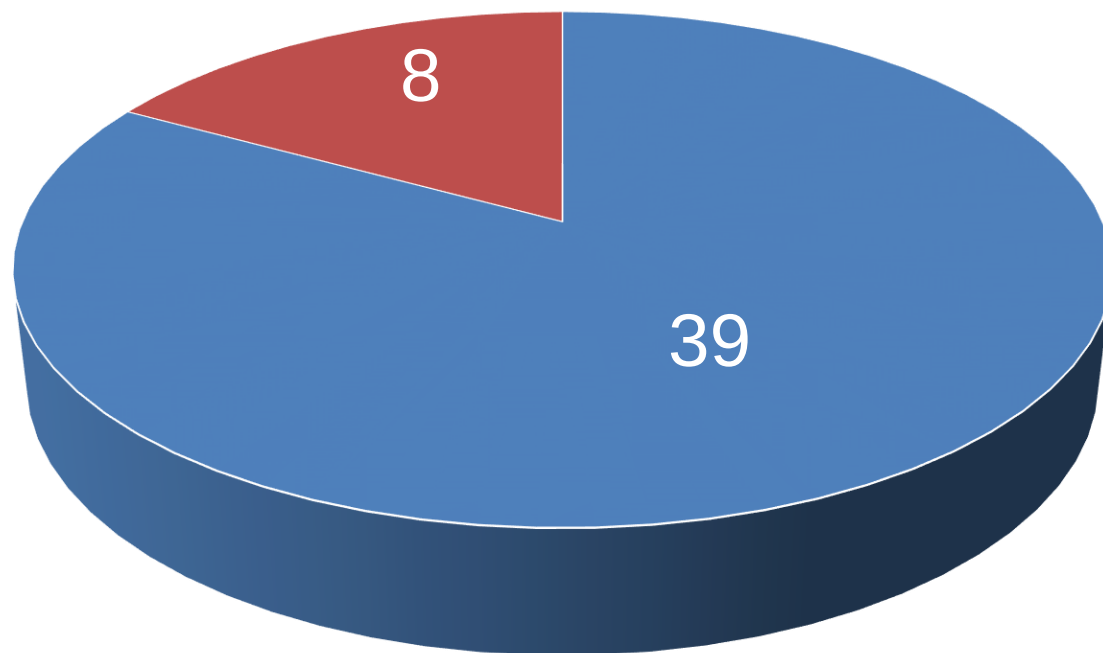


(3) 目標項目 第7次医療計画における糖尿病医療の目標設定の状況

- 39都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無

■ 採用している ■ 採用していない



「採用していない」の内訳：
北海道、茨城県、千葉県、滋賀県、兵庫県、鳥取県、山口県、鹿児島県

(3) 目標項目 【予防】

- 27都道府県が、「特定健診受診率」に関する目標項目を設定している。
- 25都道府県が、「特定保健指導実施率」に関する目標項目を設定している。
- 2都道府県（三重県、長崎県）で糖尿病予備群の者の数を目標項目に設定している。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（%）
ストラクチャ	●特定健診受診率	27	 57.4%
	特定保健指導実施率	25	 53.2%
アウトカム	糖尿病予備群の者の数	2	 4.3%
	糖尿病が強く疑われる者の数	3	 6.4%

(3) 目標項目 【初期・安定期】

- 秋田県は「糖尿病内科医師数」、兵庫県は「糖尿病内科標榜医療機関数」を目標項目に設定している。
- 3都道府県（北海道、栃木県、岐阜県）で「治療を受けている人の割合」を目標項目に設定している。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（%）
ストラクチャ	糖尿病内科（代謝内科）医師数	2	4.3%
	糖尿病内科（代謝内科）標榜医療機関数	2	4.3%
プロセス	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	1	2.1%
	HbA1c検査の実施件数	0	0.0%
	機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療を受けている人の割合	3	6.4%
	尿中アルブミン（定量）検査の実施件数	1	2.1%
	クレアチニン検査の実施件数	0	0.0%
	精密眼底検査の実施件数	0	0.0%
	血糖自己測定の実施件数	0	0.0%
	内服薬の処方件数	0	0.0%
	外来栄養食事指導料の実施件数	2	4.3%

(3) 目標項目 【合併症予防を含む専門治療】

- 熊本県は「糖尿病専門医数」を目標項目に設定している。
- 6都道府県で「糖尿病療養指導士数」を目標として設定している。
- 20都道府県で「新規人工透析導入患者数」を目標として設定している。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度 (n)	割合 (%)
ストラクチャ	教育入院を行う医療機関数	1	2.1%
	糖尿病専門医数	2	4.3%
	腎臓専門医数	1	2.1%
	糖尿病登録医/療養指導医	2	4.3%
	糖尿病療養指導士数	6	12.8%
	糖尿病看護認定看護師数	1	2.1%
プロセス	糖尿病透析予防指導の実施件数	1	2.1%
	在宅インスリン治療件数	0	0.0%
アウトカム	●新規人工透析導入患者数	20	42.6%
	低血糖患者数	0	0.0%
	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数	0	0.0%

(3) 目標項目 【合併症治療】

- 全都道府県で糖尿病性腎症、糖尿病足病変、糖尿病網膜症の管理・治療が可能な医療機関数が目標設定に用いられていない。
- 3都道府県（山梨県、京都府、奈良県）は「糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数」を目標として設定している。
- 秋田県は「糖尿病足病変に関する管理」を目標として設定している。

	指標名	第7次医療計画に使用した目標設定に用いた都道府県	
		頻度（n）	割合（%）
ストラクチャ	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数	0	0.0%
	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	1	2.1%
	糖尿病網膜症術が可能な医療機関数	1	2.1%
	歯周病専門医数	0	0.0%
	糖尿病登録歯科医師数	0	0.0%
プロセス	●糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	3	6.4%
	●糖尿病足病変に対する管理	1	2.1%
	●糖尿病網膜症手術数	0	0.0%
アウトカム	糖尿病患者の年齢調整死亡率	12	25.5%

(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

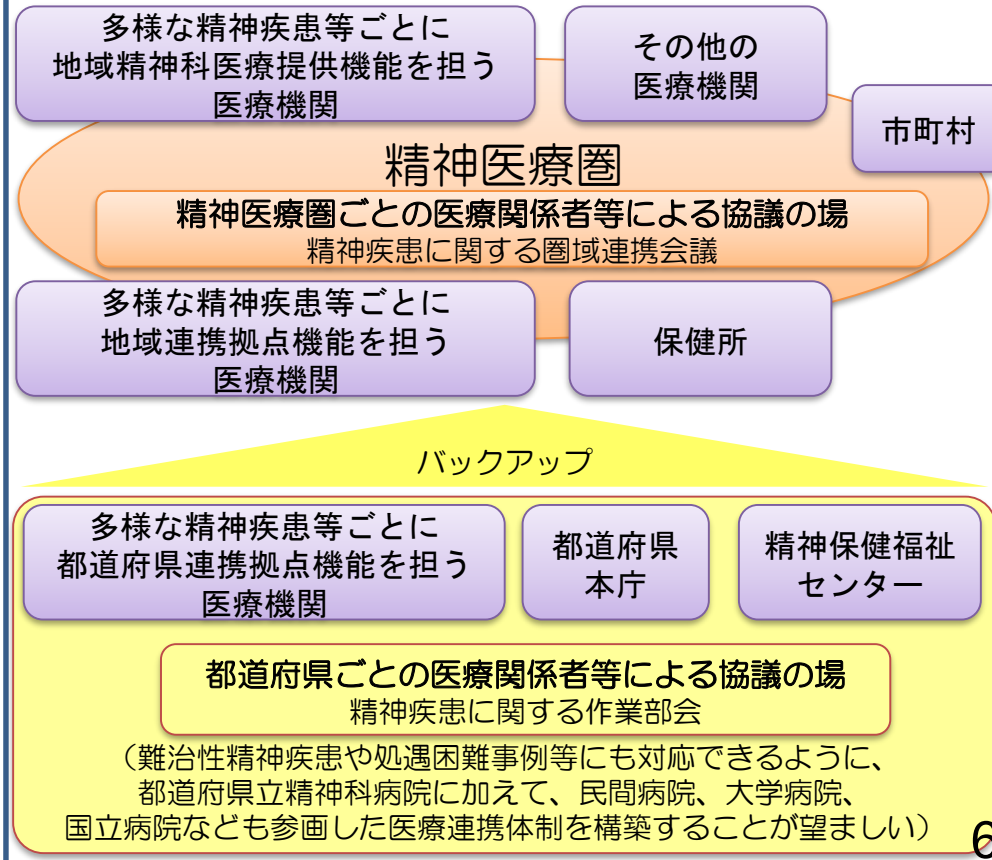
	指 標 名	都道府県	理 由
ストラクチャ	地域連携クリティカルパスを導入する病院	群馬県	地域において切れ目のない医療の提供を推進するため
	糖尿病専門外来を有する病院の数	千葉県	医療提供体制構築の進捗把握のため
プロセス	治療継続者の割合	佐賀県	第2次佐賀県健康プランの指標
	血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合	京都府	治療中断やコントロール不良による重症化の予防のため
アウトカム	糖尿病腎症による新規透析導入者の数	大分県	第6次医療計画の指標
	糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を行った患者数	高知県	網膜症に対する体制評価のため

精神疾患

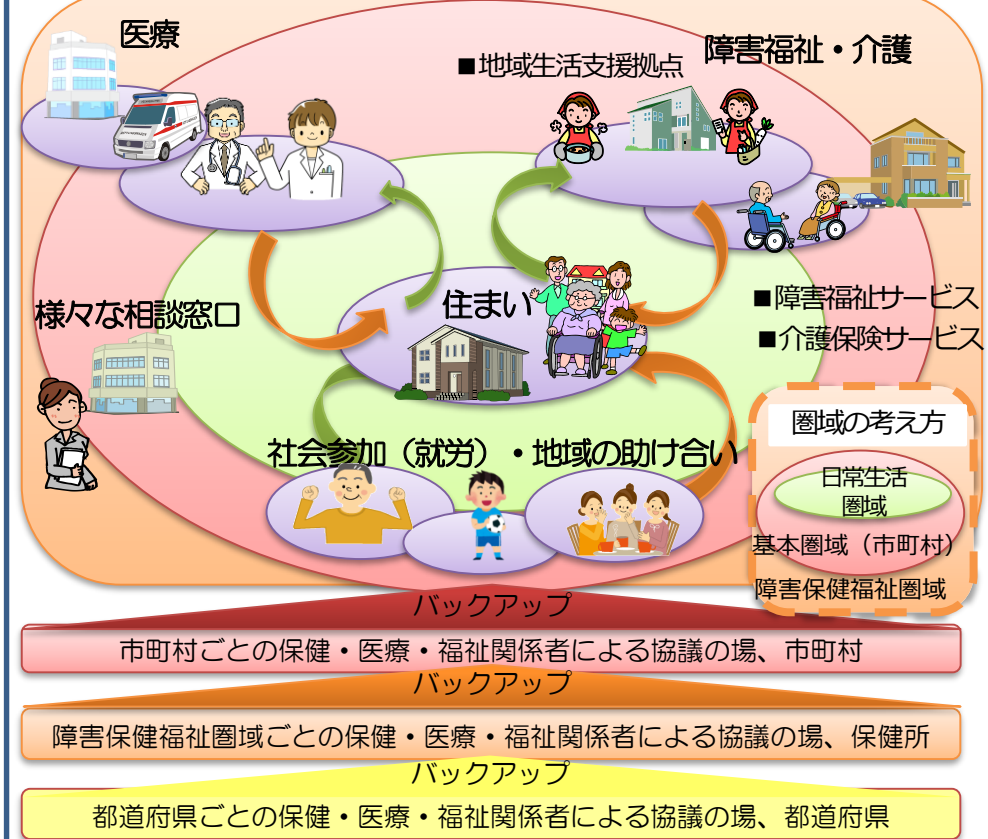
精神疾患の医療体制の構築について

- 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。
- 2020年度末・2024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、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 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必要がある。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



精神障害にも対応できる地域包括ケアシステムの構築



指針のポイント①（医療機能の明確化）

精神疾患の医療体制に求められる医療機能を地域精神科医療提供機能、地域連携拠点機能、都道府県連携拠点機能と示している。
都道府県は、多様な精神疾患等毎に各医療機能の内容について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

対応方針（多様な精神疾患等ごとに医療機能の明確化）

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

医療機能	役割要件	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症（*）	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
都道府県連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと④医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと⑦地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項 (例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営すること⑤積極的な情報発信を行うこと⑥専門職に対する研修プログラムを提供すること⑦地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域連携拠点機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと④医療連携の地域拠点の役割を果たすこと⑤情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと⑥人材育成の地域拠点の役割を果たすこと⑦地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと														
	求められる事項 (例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること④地域連携会議を運営支援を行うこと⑤積極的な情報発信を行うこと⑥多職種による研修を企画・実施すること⑦地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと														
地域精神科医療提供機能	目標	①患者本位の精神科医療を提供すること②ICFの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること③地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと														
	求められる事項 (例)	①患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること②精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること③医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること														

※疾患等毎に都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、1カ所以上医療計画に明記することが望ましい。複数明記する場合は、一体的に機能できるように考慮すること。

指針のポイント①（医療機能の明確化）

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の明確化のイメージ

* アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症に区分して対応

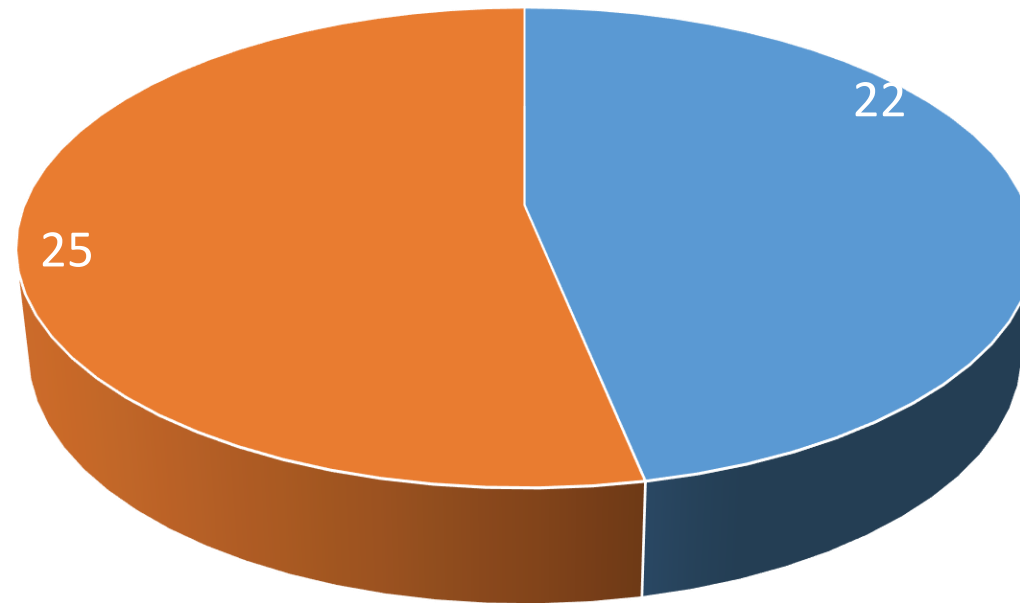
圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症（*）	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
全域	A病院	☆		☆							☆	☆	☆	☆	☆	☆
	B病院	☆	☆	☆				☆				☆	☆	☆		
	C病院				☆	☆	☆		☆	☆						
〇〇圏域	A病院				◎	◎				◎						
	D病院	◎	◎	◎			◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎
	E病院	◎	○	◎					○			◎	○	○	○	
	F診療所	○		○	○	○				○		○				
	G診療所	○	○	○			○	○	○						○	○
	H訪看ST	○		○					○				○			
△△圏域	B病院	◎		◎	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎	◎				◎			◎	◎	◎	◎		
	J病院	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	
	K病院	○	○	○			○					○			○	
	L診療所	○		○							○					
	M診療所	○	○							○						
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎	◎			○		○		○	○	○		○	
	O診療所	○		○					○	○						

☆：都道府県連携拠点機能を担う医療機関、◎：地域連携拠点機能を担う医療機関、○：地域精神科医療提供機能を担う医療機関

(1) 精神医療提供体制 都道府県の精神医療圏設定状況①

- 22都道府県が、精神医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の精神医療圏の設定状況



■ 二次医療圏と同じ ■ 二次医療圏と異なる

圏域が異なる主な理由

- 二次医療圏域では医療資源の偏在化、精神疾患に関する専門的な医療・救急医療の提供できない地域があるため。
- 診療可能な疾患や医療機能について医療機関ごとに特徴があるため。

(1) 精神医療提供体制 都道府県の精神医療圏設定状況②

都道府県名	二次医療圏数	精神医療圏数
北海道	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	9
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	4
福島県	6	6
茨城県	9	2
栃木県	6	6
群馬県	10	1
埼玉県	10	1
千葉県	9	9
東京都	13	-
神奈川県	11	1
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県	4	1
山梨県	4	1
長野県	10	4
岐阜県	5	5
静岡県	8	8
愛知県	11	1
三重県	4	4

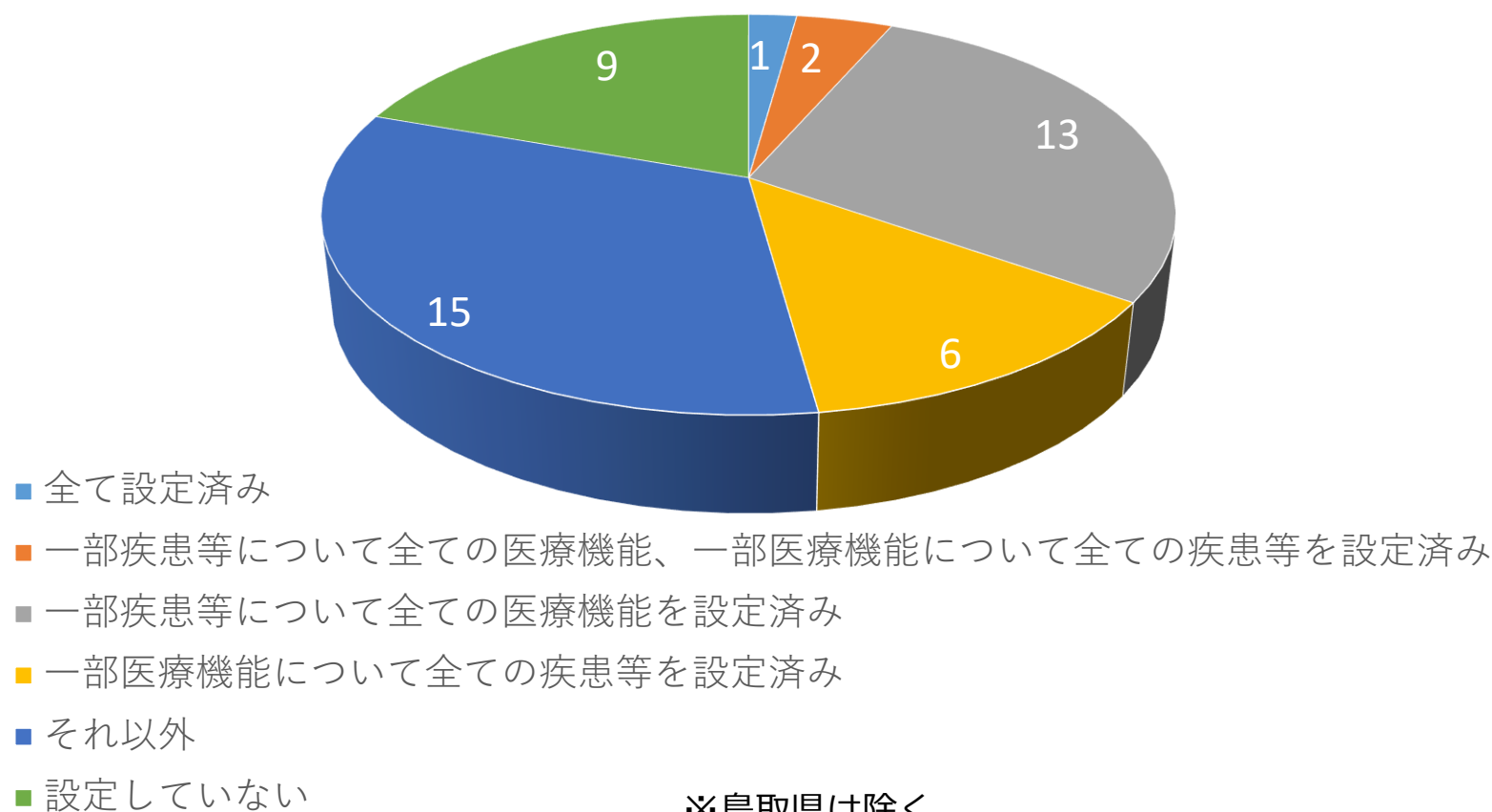
都道府県名	二次医療圏数	精神医療圏数
滋賀県	7	7
京都府	6	6
大阪府	8	8
兵庫県	10	8
奈良県	5	1
和歌山県	7	1
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	8	1
徳島県	3	1
香川県	5	1
愛媛県	6	1
高知県	4	4
福岡県	13	1
佐賀県	5	5
長崎県	8	8
熊本県	10	10
大分県	6	1
宮崎県	7	3
鹿児島県	9	9
沖縄県	5	5

(1) 精神医療提供体制 都道府県の精神医療機能明確化の取組状況①

- 北海道、栃木県、群馬県、東京都、神奈川県、三重県、滋賀県、愛媛県、高知県の9都道府県においては、医療機能を設定していない。

都道府県別の精神医療の医療機能設定状況

(医政局地域医療計画課長通知別表5の疾患等に基づいて集計)

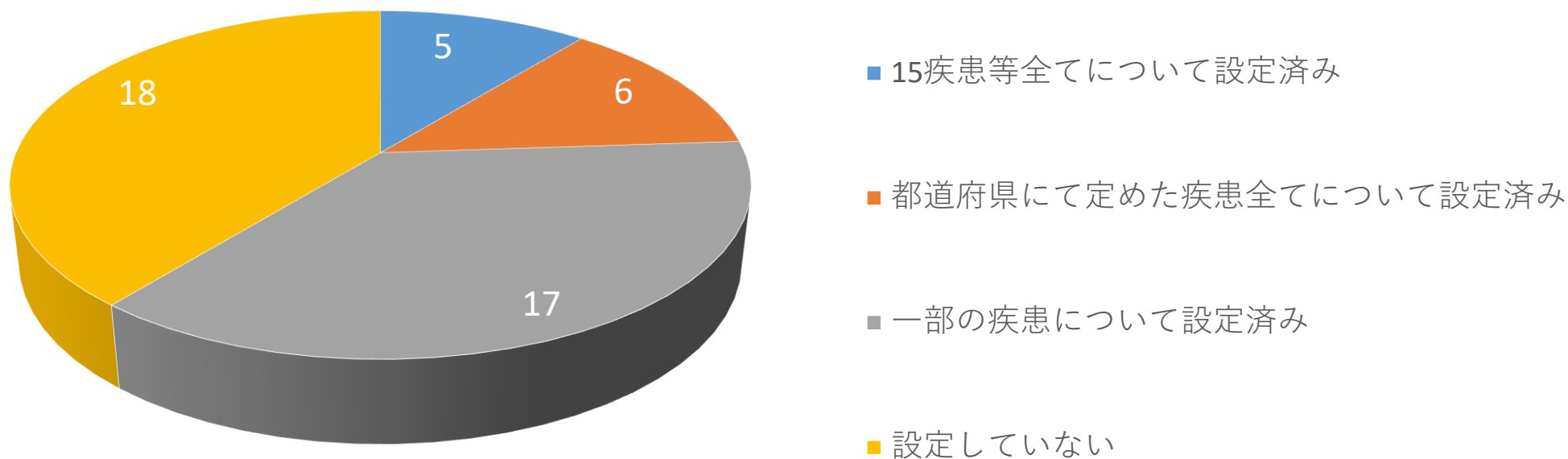


※鳥取県は除く

出典：厚生労働省医政局調べ（平成30年3月時点（暫定値））

- 35都道府県において、都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、疾患等全てにおいては設定していない。

都道府県連携拠点機能を担う医療機関の設定状況



※鳥取県は除く

出典：厚生労働省医政局調べ（平成30年3月時点（暫定値））

（１）精神医療提供体制 都道府県の精神医療機能明確化の取組状況③

○ 都道府県連携拠点機能を担う医療機関を設定している都道府県数は、疾患毎にばらついている。

15疾患等別の都道府県全域での精神医療の医療機能明確化状況

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	依存症			PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療
						アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症								
都道府県連携拠点機能	19	19	18	22	19	24	18	17	14	19	20	22	20	17	14	20
地域連携拠点機能	15	15	21	15	14	13	12	10	11	13	13	14	17	13	12	13
地域精神科医療提供機能	23	24	22	25	22	24	23	22	23	21	24	26	22	23	14	15

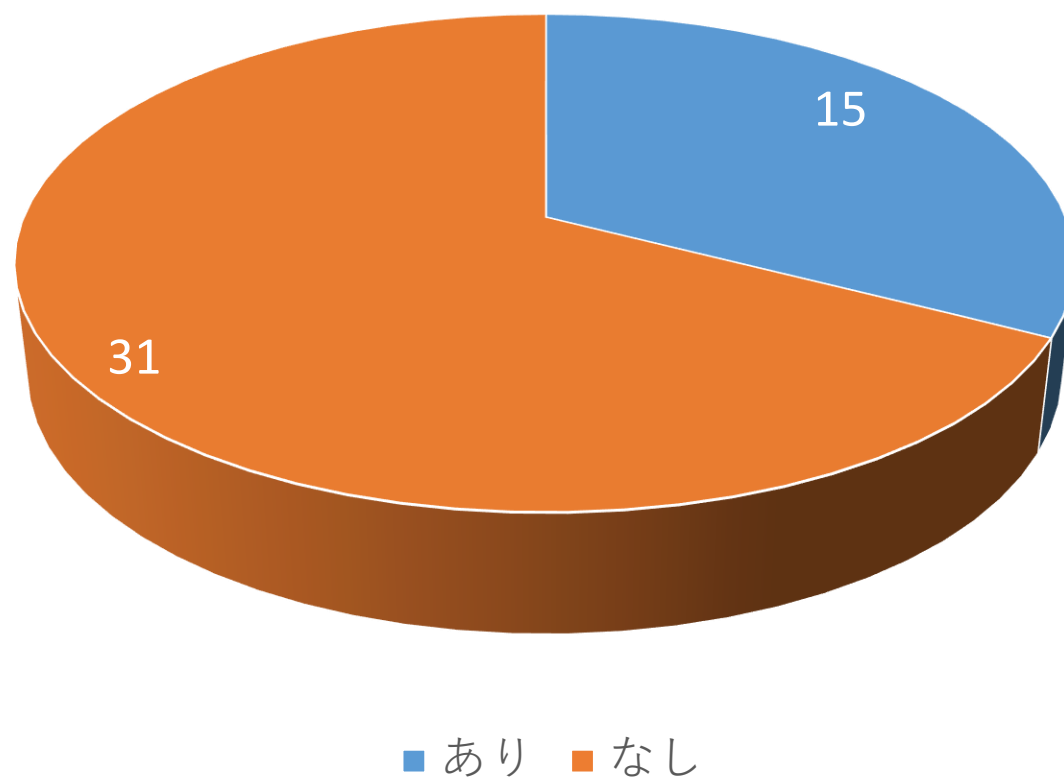
※鳥取県は除く

出典：厚生労働省医政局調べ（平成30年３月時点（暫定値））

(2) 協議体制

○15都道府県で地域医療構想調整会議において、精神医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での精神医療体制についての議論の有無



出典：厚生労働省医政局調べ

指針のポイント②（指標例）

精神疾患の医療体の構築に係る指針における指標例

	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期 精神疾患	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等 依存症	PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
ストラ クチャー	● 統合失調症を入院 診療している精神 病床を持つ病院数	● うつ・躁うつ病を入院 診療している精神 病床を持つ病院数	● 認知症を入院診 療している精神 病床を持つ病院 数	● 20歳未満の精神疾 患を入院診療して いる精神病床を持つ 病院数	● 発達障害を入院 診療している精 神病床を持つ病院 数	● アルコール依存症を 入院診療している精 神病床を持つ病院 数	● 薬物依存症を入院 診療している精神 病床を持つ病院数	● ギャンブル等依存 症を入院診療して いる精神病床を持つ 病院数	● PTSDを入院診 療している精神 病床を持つ病院 数	● 高次脳機能障害 支援拠点機関数	● 摂食障害を入院診 療している精神病 床を持つ病院数	● てんかんを入院診 療している精神病 床を持つ病院数	● 深夜・休日に初診 済に精神科入院し た病院数	● 身体合併症を診療して いる精神病床を持つ 病院数 ● 精神科救急・合 併症入院科+精神科身 体合併症管理加算)	● 救命救急入院科 精神 疾患診断治療初 回加算をとる一般病 院数	● DPAT先遣隊 各録医療機 関数	● 指定通院医 療機関数
	● 統合失調症を外来 診療している医療 機関数	● うつ・躁うつ病を外来 診療している医療 機関数	● 認知症を外来診 療している医療 機関数	● 20歳未満の精神疾 患を外来診療して いる医療機関数	● 発達障害を外来 診療している医 療機関数	● アルコール依存症を 外来診療している 医療機関数	● 薬物依存症を外来 診療している医療 機関数	● ギャンブル等依存 症を外来診療して いる医療機関数	● PTSDを外来診 療している医療 機関数		● 摂食障害を外来診 療している医療機 関数	● てんかんを外来診 療している医療機 関数		● 精神疾患の受け入れ 体制を持つ一般病院 数 ● (精神疾患診療体制加 算+精神疾患患者受入 加算)	● 救急患者精神科継 続支援科をとる一般 病院数		
	● 治療抵抗性統合失 調症治療薬を精神 病床の入院で使用 した病院数	● 閉鎖循環式全身麻 酔の精神科電気症 療療法を実施する病 院数	● 認知症疾患医療 センターの指定 数	● 知的障害を入院診 療している精神病床 を持つ病院数		● 重度アルコール依 存症入院医療管理 加算を算定された精 神病床を持つ病院 数	● 依存症集団療法を 外来で算定された 医療機関数				● 摂食障害入院医 療管理加算を算定 された病院数			● 精神科リエゾンチ ームを持つ病院数			
	● 治療抵抗性統合失 調症治療薬を外来 で使用した医療機 関数	● 認知行動療法を外 来で実施した医療機 関数	● 認知症サポート 医養成研修修了 者数	● 知的障害を外来診 療している医療機関 数													
			● かかりつけ医認 知症対応力向上 研修修了者数	● 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 を持つ病院数													
プロ セス	● 統合失調症の精神 病床での入院患者 数	● うつ・躁うつ病の精神 病床での入院患者 数	● 認知症の精神病 床での入院患者 数	● 20歳未満の精神疾 患の精神病床での 入院患者数	● 発達障害の精神 病床での入院患 者数	● アルコール依存症 の精神病床での入 院患者数	● 薬物依存症の精 神病床での入院患 者数	● ギャンブル等依存 症の精神病床での 入院患者数	● PTSDの精神病 床での入院患者 数		● 摂食障害の精神 病床での入院患者 数	● てんかんの精神病 床での入院患者数	● 深夜・休日に初診 済に精神科入院し た患者数	● 精神科入院患者で重 篤な身体合併症の診 療を受けた患者数(精 神科救急・合併症入院 科+精神科身体合併 症管理加算)	● 救命救急入院で精 神疾患診断治療初 回加算を算定された 患者数		
	● 統合失調症外来患 者数	● うつ・躁うつ病外 来患者数	● 認知症外来患者 数	● 20歳未満の精神疾 患外来患者数	● 発達障害外来患 者数	● アルコール依存症 外来患者数	● 薬物依存症外 来患者数	● ギャンブル等依 存症外来患者数	● PTSD外来患者 数		● 摂食障害外 来患者数	● てんかん外 来患者数	● 精神疾患の救急 率平均搬送時間	● 体制を持つ一般病 院で受け入れた精神 疾患の患者数(精神 疾患診療体制加算 +精神疾患患者受 入加算)	● 救急患者精神科継 続支援を受けた患 者数		
	● 治療抵抗性統合失 調症治療薬を使用 した入院患者数(精 神病床)	● 閉鎖循環式全身麻 酔の精神科電気症 療療法を受けた患者 数	● 認知症疾患医療 センターの鑑別 診断数	● 知的障害の精神病 床での入院患者数		● 重度アルコール依 存症入院医療管理 加算を算定された患 者数	● 依存症集団療法を 外来で実施した患 者数				● 摂食障害入院医 療管理加算を算定 された患者数			● 精神科リエゾンチ ームを算定された患 者数			
	● 治療抵抗性統合失 調症治療薬を使用 した外来患者数	● 認知行動療法を外 来で実施した患者 数		● 知的障害外 来患者数													
	● 統合失調症患者に おける治療抵抗性 統合失調症治療薬 の使用率			● 児童・思春期精神科 入院医療管理料を 算定された患者数													
アウト カム	●	精神科入院における入院後3.6.12ヶ月時点の退院率															
		精神科入院における新規入院患者の平均在院日数															
	●	精神科入院における退院後3.6.12ヶ月時点の再入院率(1年未満入院患者・1年以上入院患者別)															
	●	精神科入院における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)															

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
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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024年度末	
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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024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	2020年度末、2024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ヶ月時点の退院率	69%以上を基本とする	2020年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	2020年度末	2020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	2020年度末	障害福祉計画

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）

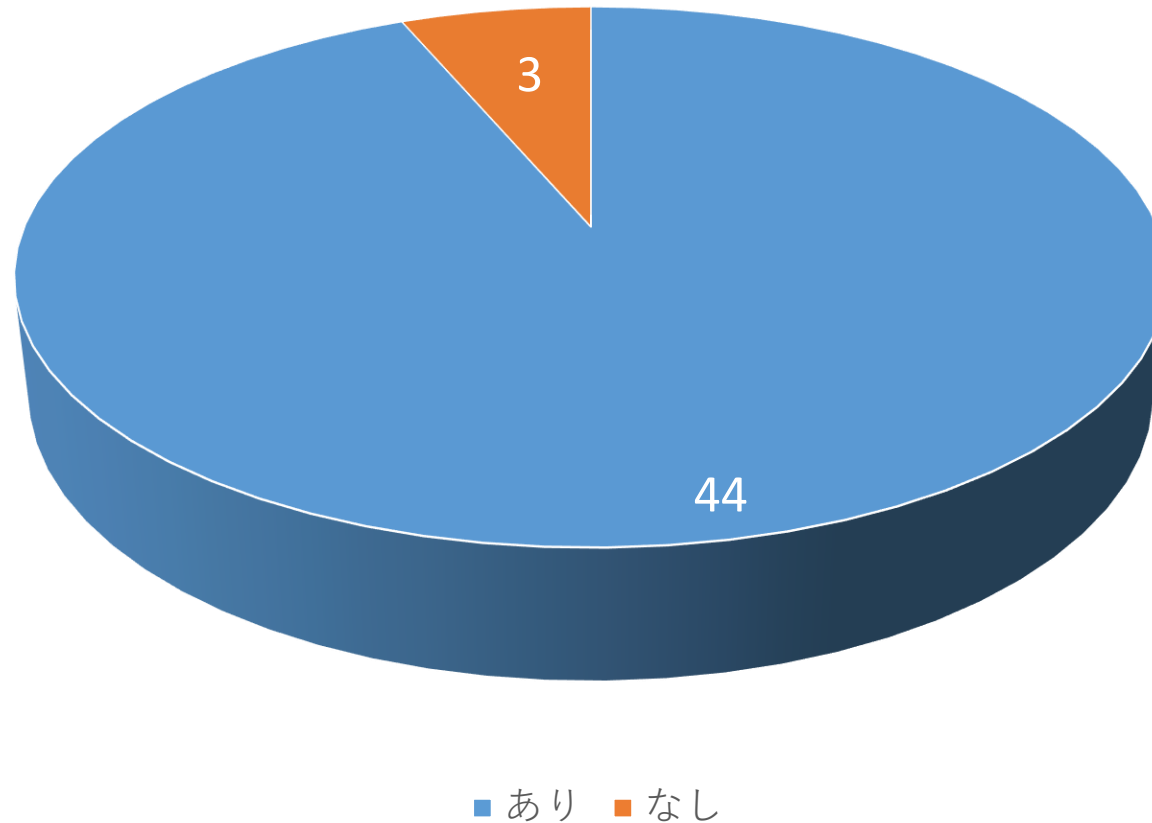
3 地域移行に伴う地域の精神保健医療福祉体制に係る基盤整備量の算定式（障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の2）

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）

(3) 第7次医療計画における指標の評価状況

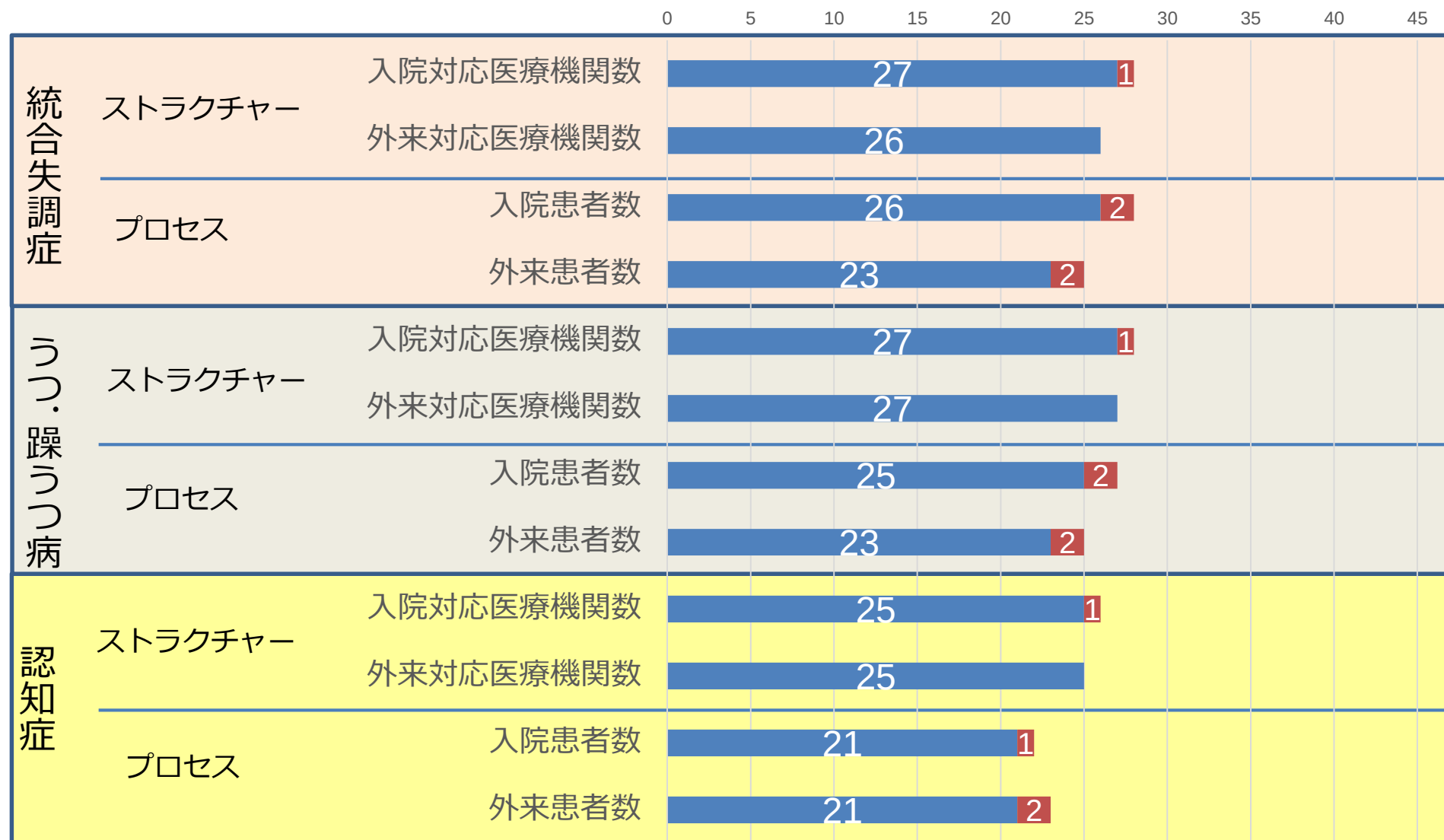
- 44都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無



北海道、京都府、鳥取県では1年に1回以上評価予定がある指標を採用していない。

(3)-1. 指標例の使用状況 【統合失調症、うつ・躁うつ病・認知症】



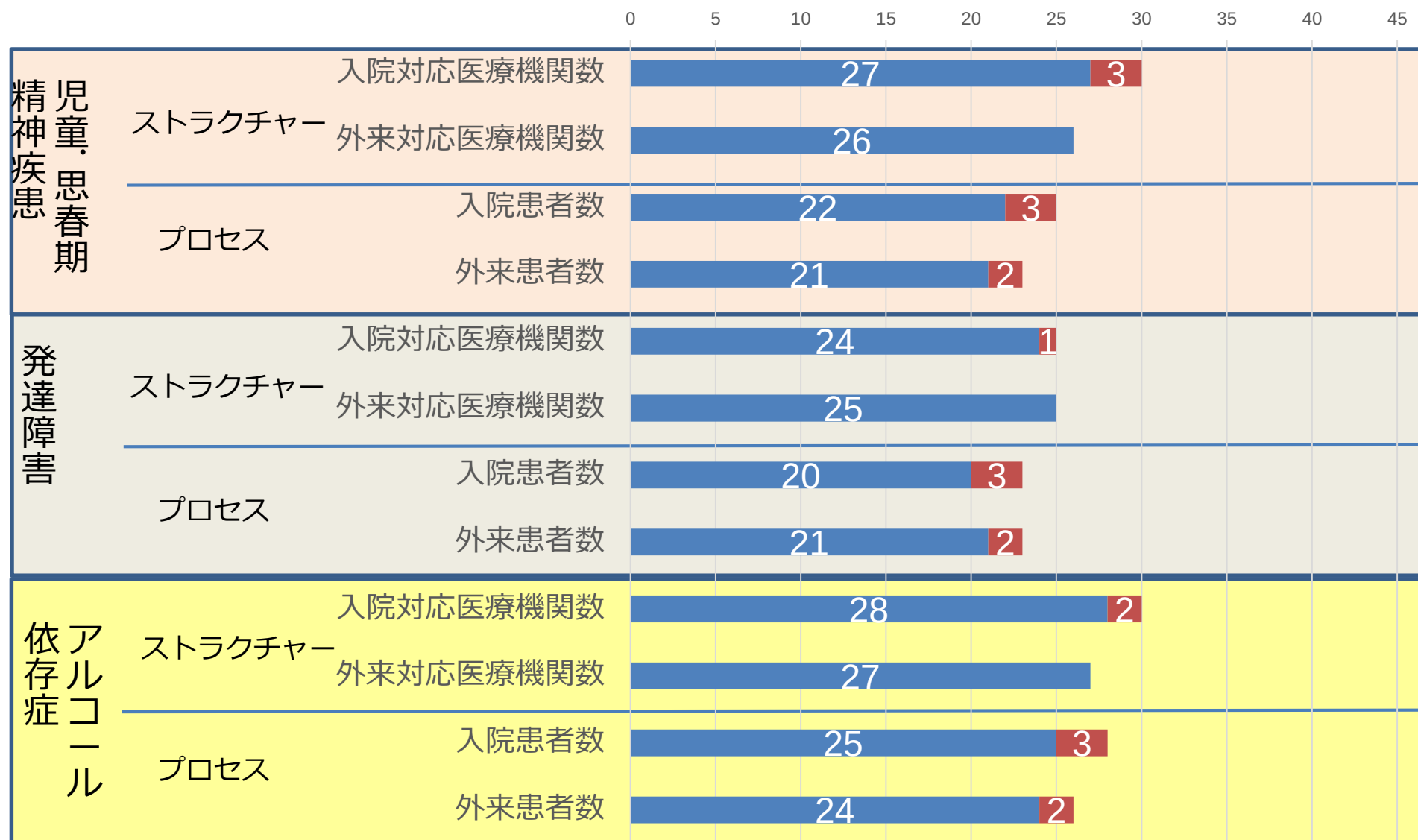
■ 現状把握のためだけに用いた

■ 現状把握と目標設定に用いた

(3)-1. 指標例以外に使用されている指標項目の概要【統合失調症、うつ・躁うつ病・認知症】

統合失調症	ストラクチャー	○治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数 ○治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率 ○治療抵抗性統合失調症治療薬を用いた治療を行う医療機関数
うつ・躁うつ病	ストラクチャー	○かかりつけ医うつ病対応力向上研修受講者数
認知症	ストラクチャー	○認知症サポート医がいる市町村数、養成研修終了者数、養成人数 ○認知症対応力向上研修終了者数（一般病院勤務の医療従事者、看護職員、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、） ○認知症地域支援推進員研修修了者数 ○認知症サポーター数 ○認知症介護実践研修終了者数 ○認知症疾患医療センター設置数 ○認知症治療に携わる人材の育成数 ○若年性認知症相談窓口の設置
	プロセス	○認知症疾患医療センターの専門医療相談件数 ○高齢者人口10万人に対する認知症の精神病床での入院者数 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）利用者実績（地域密着型サービスの利用状況）
	アウトカム	○認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率 ○精神科病院在院患者数（F00＝アルツハイマー型認知症及びF01＝血管性認知症）

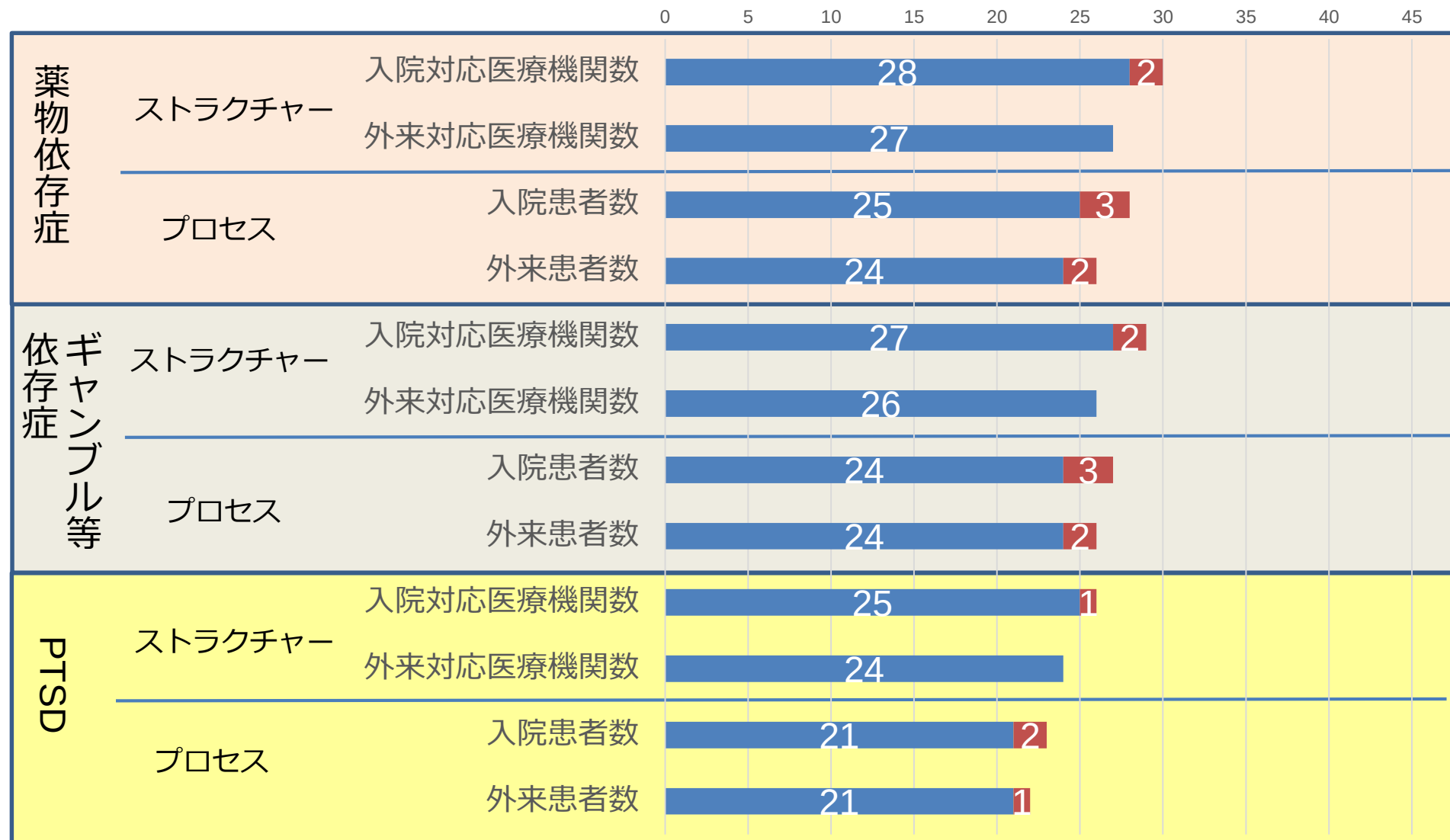
(3)-2. 指標例の使用状況【児童・思春期精神疾患、発達障害、アルコール依存症】



■ 現状把握のためにのみに用いた

■ 現状把握と目標設定に用いた

(3)-3. 指標例の使用状況【薬物依存症、ギャンブル等依存症、PTSD】



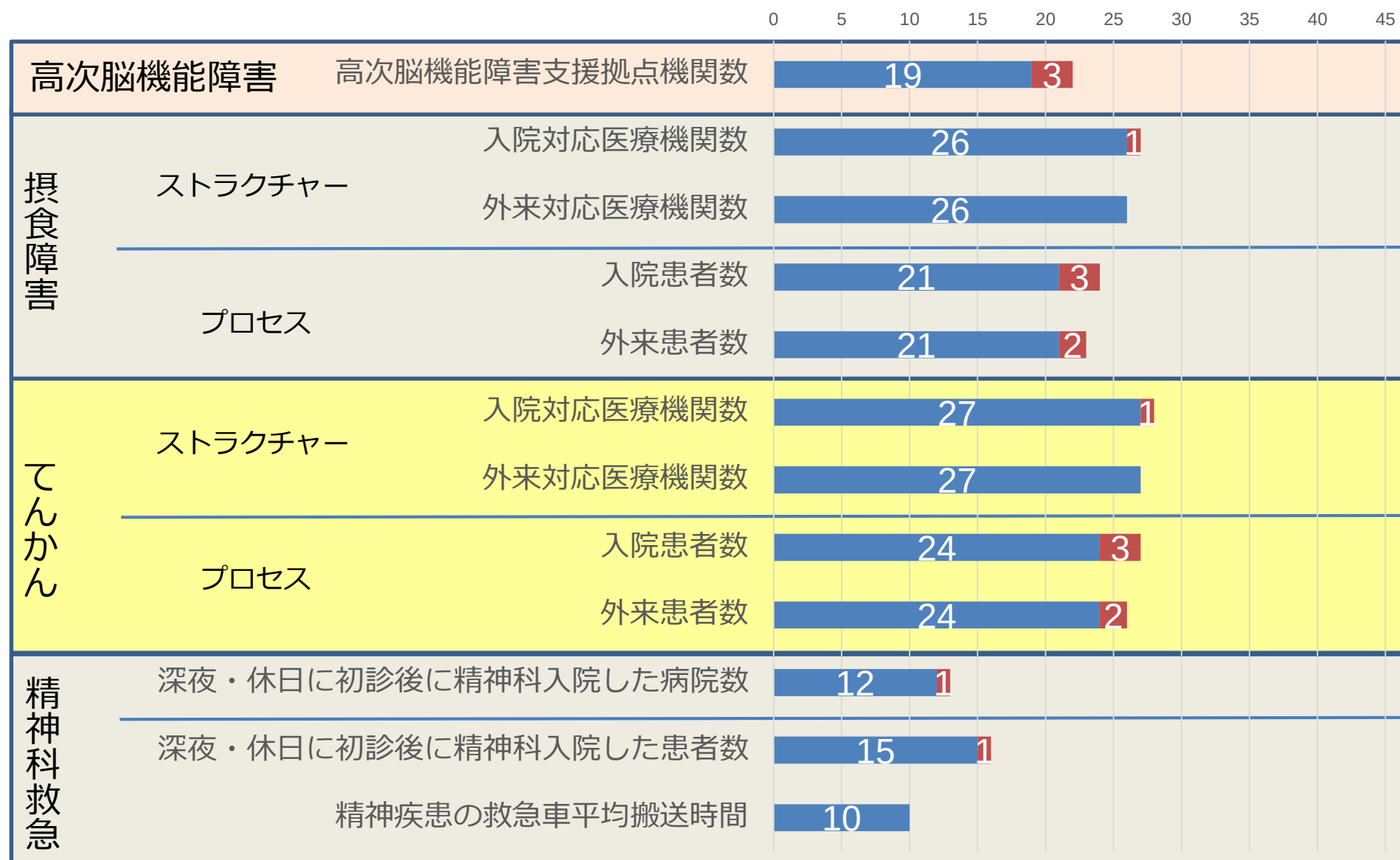
■ 現状把握のためのみに用いた

■ 現状把握と目標設定に用いた

(3)-2.3. 指標例以外に使用されている指標項目の概要
【発達障害、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症】

発達障害	ストラクチャー	○発達障害かかりつけ医研修の開催回数 ○発達障害診療地域連絡会（支援関係者研修会）の開催圏域数 ○発達障害の診療を行う医師数
アルコール依存症	ストラクチャー	○アルコール依存症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の指定 ○アルコール依存症の治療体制の拠点となる専門病院の整備数 ○地域におけるアルコール関連問題等相談拠点の整備 ○地域における相談拠点の設置
	アウトカム	○生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 ○未成年者の飲酒をなくす ○妊娠中の飲酒をなくす
薬物依存症	ストラクチャー	○地域における相談拠点の設置
ギャンブル等依存症	ストラクチャー	○地域における相談拠点の設置

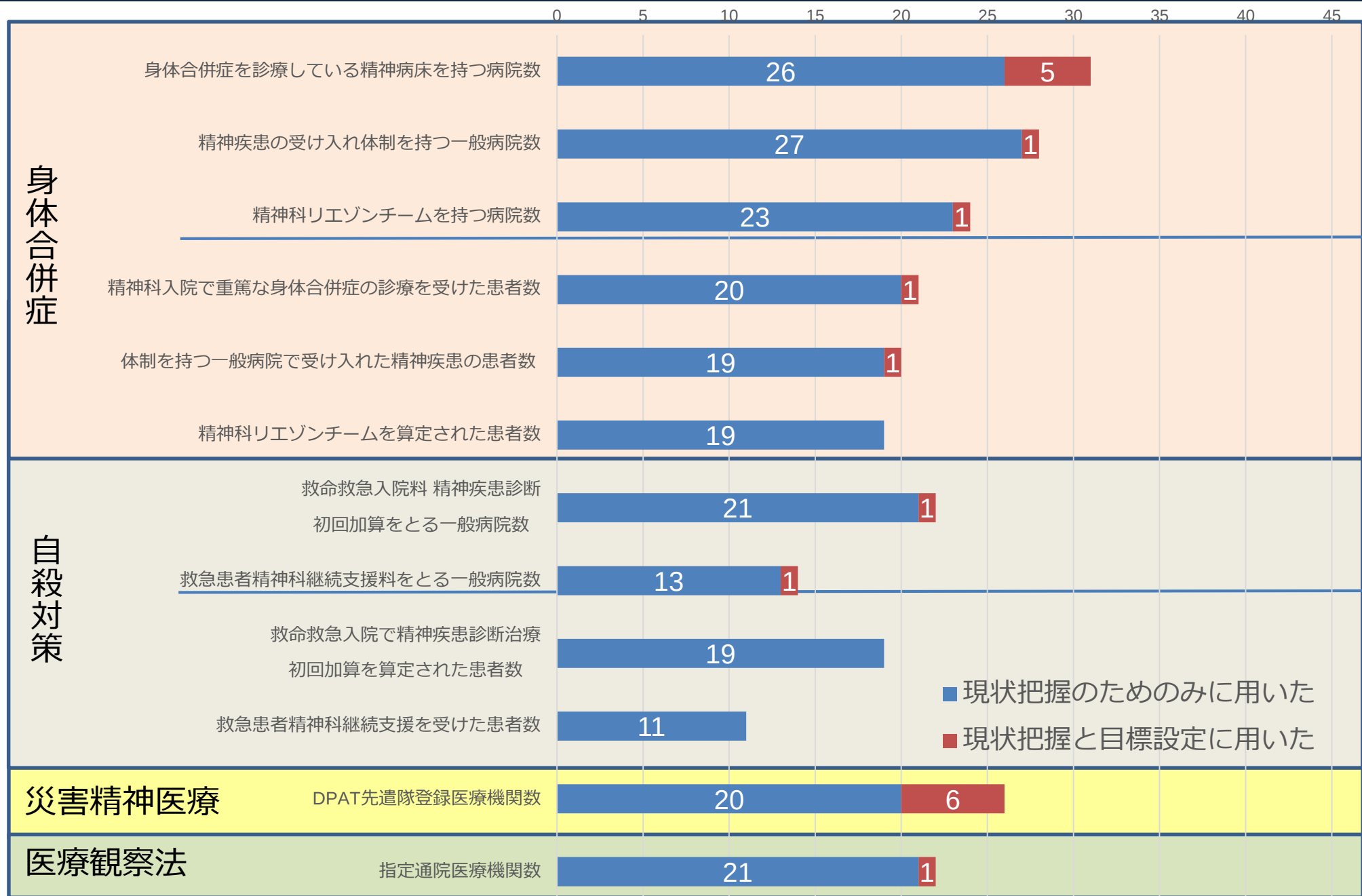
(3)-4. 指標例の使用状況【高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急】



■ 現状把握のためのみに用いた

■ 現状把握と目標設定に用いた

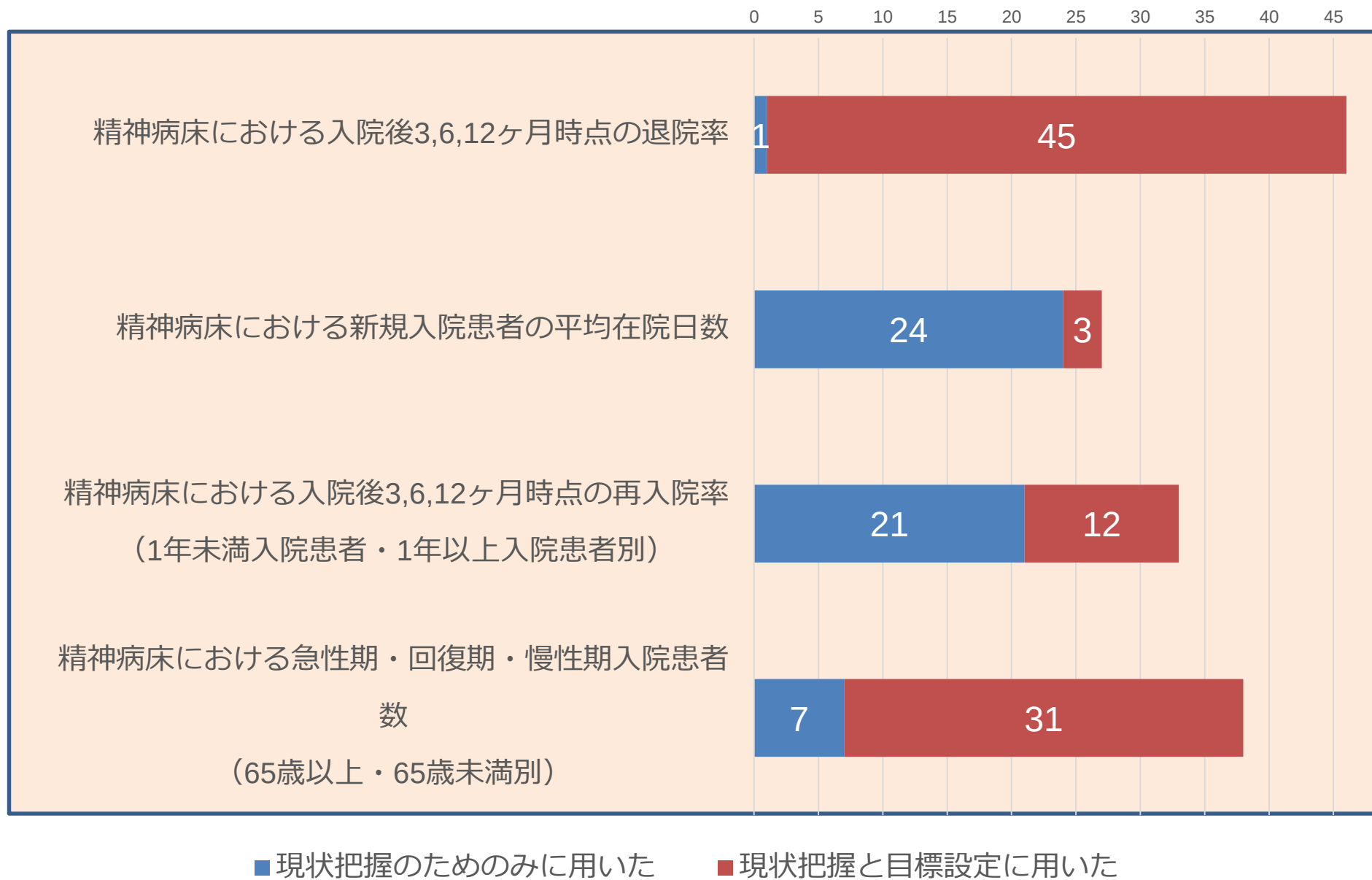
(3)-5. 指標例の使用状況【身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察法】



(3)-4.5. 指標例以外に使用されている指標項目の概要
【高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急】

高次脳機能障害		ストラクチャー	○高次脳機能支援連絡協議会の開催回数
精神科救急	ストラクチャー	○精神科救急基盤病院数 ○精神科救急医療体制整備圏域数 ○救急医療体制との連絡会議の実施	
	プロセス	○精神科救急搬送時における現場滞在時間 ○精神科救急受診者のうち入院を有しなかった者の割合 ○精神科救急情報センターへの通報件数 ○精神科救急医療の診療件数 ○精神科救急医療の診療件数のうちの入院件数	
身体合併症	ストラクチャー	○精神科救急身体合併症に対応出来る施設数 ○救命救急センターで「精神科」を有する施設数 ○入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数	
自殺対策	アウトカム	○自殺死亡率（人口10万対） ○自殺者数	

(3)-6. 指標例の使用状況【アウトカム指標】



(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
岩手県	精神科救急受診者のうち入院を有しなかった者の割合	精神科救急情報センターの利用やかかりつけ医を優先して受診することについて、患者や家族に対し啓発等を行い、精神科救急への適正受診を促進することを目指し、目標値を設定しています。
	認知症サポート医がいる市町村数	認知症に係る地域医療体制の中核的な役割や地域における認知症の人への支援体制の構築の役割を担う認知症サポート医が不在の市町村をなくすことを目指し、目標値を設定しています。
	一般病院勤務の医療従事者認知症対応力向上研修修了者数	身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、一般病院勤務の医療従事者のうち、毎年度145人が国の定める研修を修了することを目指し、目標値を設定しています。
	看護職員認知症対応力向上研修修了者数	入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員のうち、毎年度35人が国の定める研修を修了することを目指し、目標値を設定しています。
	認知症地域支援推進員研修修了者数	医療・介護等のネットワークの構築や認知症の人や家族の相談対応を行う認知症地域支援推進員について、毎年度、認知症地域支援推進員研修を、県内の9割の市町村（30市町村）の認知症地域支援推進員が修了することを目指し、目標値を設定しています。
宮城県	認知症サポート医養成研修修了者	認知症診療は、その患者数が多く、また発症の最大の要因は加齢であることから、精神科や神経科などと連携した、あらゆる診療科での支援体制が必要である。その中で、地域医療連携のキーパーソンである認知症サポート医養成研修修了者数を把握することは、地域における認知症医療連携状況を把握できるものと考えられる。
秋田県	精神病床における入院需要（患者数）	正しい知識の普及、専門的な治療の充実を図り患者数の減少を目指すため
	地域移行に伴う基盤整備量	地域移行のための支援の充実を目指すため
	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談件数	全国値に比べ低いため
	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導被指導実人員	全国値に比べ低いため
	病院に勤務する精神科医師数 訪問看護ステーション数	医師不足、地域偏在があるため 全国値に比べ低いため

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
山形県	精神疾患に関する研修会の参加者数	精神疾患の理解促進の取組みに関する指標
	こころの健康に関する相談件数	相談体制の強化に関する指標
	◎自殺死亡率	こころの健康づくりを自殺対策の一つの手段として進めているため
	◎精神病床に在院5年以上の在院患者数	精神科病院の長期入院患者の地域移行の状況を把握するための指標
	精神科救急搬送時における現場滞在時間	搬送困難事例における受入病院決定までの時間の短縮が課題となっているため
群馬県	・かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	取組状況を把握するため
	・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	
	・認知症サポート医養成研修修了者数	現状把握のため
	・保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導延人員	
	・精神保健福祉センターにおける相談等の活動（相談の延人員）	
	・保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導延人員	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に当たり重要な指標であり、群馬県障害者計画等との整合性を図るため
	・精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人員	
	・精神科訪問看護を提供する病院数	
	・精神科訪問看護を提供する診療所数	
	・精神科デイケア等の利用者数（延利用者数）	
	・精神科訪問看護の利用者数（延利用者数）	
	・地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	
	・地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	現状把握のため
	・地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	
	・精神科救急情報センターへの通報件数	
	・精神科救急医療の診療件数	精神疾患に対応可能な医療機関数を把握するため
	・精神科救急医療の診療件数のうち入院件数	
	・救命救急センターで「精神科」を有する施設数	
	・入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数	災害時に対応可能な医療機関数を把握するため 群馬県自殺総合対策行動計画との整合性を図るため
	・災害拠点精神科病院	
	・自殺死亡率（人口10万対）	

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
埼玉県	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医数	地域における認知症の人への支援体制構築のためには、かかりつけ医の認知症対応力向上を図ることが重要であるため。
千葉県	精神科救急基幹病院数	前千葉県保健医療計画及び第六次千葉県障害者計画の指標と整合性を図る目的で採用。
	精神科救急身体合併症に対応できる施設数	
	救命救急センターで「精神科」を有する施設数	
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	
	精神疾患の訪問看護を実施している医療機関数（認知症を除く）	
	グループホーム等の定員	
	精神保健福祉センターにおける訪問指導の延人数	
	地域移行・定着協力病院数	
	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	
	精神疾患の訪問看護利用者数（認知症を除く）	
	認知症サポーター数	高齢者保険福祉計画と整合を図る目的で採用
	認知症サポート医の養成人数	
	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	
	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修修了者数	
	歯科医師認知症対応力向上研修修了者数	
	薬剤師認知症対応力向上研修修了者数	
	看護職員認知症対応力向上研修修了者数	
	認知症疾患医療センターの指定箇所数	
	認知症介護実践研修受講者数	
	認知症疾患医療センターの専門医療相談件数	
	「千葉県オレンジ連携シート」の使用枚数	
	高齢者人口10万人に対する認知症の精神病床での入院患者数	
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）利用者実績（地域密着型サービスの利用状況）	
	特別養護老人ホーム利用者実績（施設サービス利用状況）	
	別紙「東京都保健医療計画における評価指標一覧」参照	
東京都		計画に記載の取組を評価できる指標を採用したため。 都独自の事業をもとにした指標の設定も行っている。

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
神奈川県	・ かかりつけ医等うつ病対応力向上研修受講者数	・ 関連計画である「かながわ自殺対策計画」の取組みと連動させるため。
	・ 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の受講者数	・ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供体制を整備するため。
富山県	ピア・フレンズ派遣登録者数	本県において課題若しくは重要と思われる指標のため
	アウトリーチ事業による支援対象者（累計）	
	G P 連携紹介システム構築地区数	
	認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	
	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（累計）	
	認知症疾患医療センター設置数	
	地域における相談拠点の設置（アルコール、薬物、ギャンブル）	
	アルコール依存症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の指定	
	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	
	未成年者の飲酒をなくす	
石川県	妊娠中の飲酒をなくす	うつ病患者の早期発見・早期治療につながる医療体制の充実を示す指標
	自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）	
	県内でのDPAT研修の開催回数（累計）	
	かかりつけ医等うつ病依存症等対応研修会等参加者数（累計）	
	ゲートキーパー養成研修受講者数（県・市町実施分）	
山梨県	精神科訪問看護を実施する精神科病院・精神科診療所数	地域の相談支援体制を反映する指標
	圏域ごとの保健、医療、福祉関係者による協議の場	地域移行の推進及び在宅医療提供体制の充実を示す指標
	市町等ごとの保健、医療、福祉関係者による協議の場	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進を示す指標
山梨県	自殺死亡率	自殺対策推進計画と整合を図るため。

(3) -7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
長野県	医療関係者等による協議の場の設置	第6次計画で設定又は第7次計画策定にあたり策定委員が必要と判断したため
	精神科医療機関と精神科以外の医療機関との連携会議の開催地域数	
	治療抵抗性統合失調症治療薬を用いた治療を行う医療機関数	
	若年性認知症相談窓口の設置	
	発達障がいかかりつけ医研修の開催回数	
	発達障がい診療地域連絡会（支援関係者研修会）の開催圏域数	
	依存症支援関係機関による連携会議の開催回数	
	精神科救急医療体制整備圏域数	
	精神疾患診療体制加算を算定する医療機関数※一般病院が算定	
	災害派遣精神医療チーム（DPAT）の登録医療機関数	
	保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置	
	障がい保健福祉圏域における地域移行関係職員等による連絡会議の開催回数	
	精神病床における入院患者数	
	精神病床における1年以上長期入院患者数	
	精神病床における退院後3か月時点の再入院率	
三重県	各障害保健福祉圏域および各市町における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場の設置数	障害福祉計画の指標と合わせるため。
大阪府	おおさか精神科救急ダイヤルを経由しての精神科救急患者の受入れ決定までの時間	大阪府夜間・休日精神科救急システムの課題として、入院受入れ決定までに時間を要することが挙げられるため。
	認知症治療に携わる人材の育成数	
	1年以上長期入院者(在院患者)数	
和歌山	精神科医師数、精神保健指定医数	高齢者計画との整合性を図るため、「大阪府高齢者計画2018」の認知症の指標と同じものを採用した 障がい福祉計画との整合性を図るため、第5期大阪府障がい福祉計画の指標と同じものを採用した。
島根県	不安障がい	当県における診療科偏在等の状況を踏まえて目標に設定 患者数が多いことから、当該疾患への対策をする必要があるため。

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
岡山県	精神科を標榜する施設数（病院・精神科病院・診療所）	前計画に採用されており現状把握可能なデータと判断して採用
	認知症サポート医養成研修累計修了者数	
	精神障害者保健福祉手帳交付台帳搭載数	
	精神科救急情報センターへの相談件数 ◎自殺死亡率	
広島県	自殺死亡率	第6次計画にも指標として挙げており、継続した取組とした
	発達障害の診療を行う医師数	
山口県	地域移行に伴う基盤整備量	障害福祉計画において指標としているので、連携した取組とした
	・精神病床における1年以上の長期在院者数	地域移行の取組について、評価を加えることとした
	・自殺者の数（人口10万対）	・長期入院患者の地域移行支援の取組を計るものであるため。 ・本計画に自殺対策を記載したため。（「健康やまぐち21計画（第2次）」（H25.3策定）から引用）
	・認知症サポーター養成数（累計）	・認知症の支援体制構築の取組を計るものであるため。（「第6次やまぐち高齢者プラン」（H30.3策定）から引用）
徳島県	抗精神病特定薬剤治療指導管理料算定医療機関数	計画策定に必要な「入院需要の将来推計」に影響を与えたβ値（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た1年あたりの地域精神保健体制の高度化による影響値）とγ値（これまでの認知症施策の実績を勘案した1年あたりの地域精神保健医療体制の高度化による影響値）に関連する項目として採用した。
	認知症疾患医療センター設置数	
愛媛県	依存症治療拠点機関選定数	依存症に関して、今後の施策推進の根拠となるものとして採用した。
	在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数	長期入院の傾向を把握するため。
	認知症新規入院患者2か月以内退院率	前回から採用しており、経年比較するため。
	精神科病院在院患者数（F00=アルツハイマー病型認知症及びF01=血管性認知症）	指標例の一つに「認知症の精神病床での入院患者数（NDB）」があり、類似の指標として精神保健福祉資料から採用した。
	支援拠点機関・相談協力機関数	高次脳機能障害は副次的に二次医療圏を設定しており、各二次医療圏に設置している相談協力機関を維持することが求められるため。
	高次脳機能支援連絡協議会の開催回数	関係機関間の連絡協議を行う唯一の機関であり、関係者からの開催要望が強いため。
	自殺者数	愛媛県は自殺死亡率が全国平均よりも高く、自殺対策は重要な課題であることから指標とした。また、策定作業に当たっている頃に閣議決定された自殺総合対策大綱の考えを基礎に目標を設定することができたため。
	自殺死亡率（人口10万対）	南海トラフ巨大地震等の災害に備えて今後優先的に取組むべき課題であることから迅速な派遣を実現できる編成チーム数を指標とした。
	DPATチーム数	

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
佐賀県		【中間アウトカム】
	地域移行人数（入院期間1年以上で帰院先が「転院、転科」、「死亡」を除く） （月報）※年度集計	中間アウトカム指標として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を設定し、その検証指標として、数値で評価できる項目として設定した。
	治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率 （NDB）	中間アウトカム指標として「多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築」を設定し、その検証指標として、数値で評価できる項目として設定した。
	14領域の専門精神科医療の提供ができる地域連携拠点機能を担う医療機関数 （県調査）	
	かかりつけ医からの紹介件数（うつ病及びその他の疾患） （県調査）	
	かかりつけ医からの紹介件数（認知症） （県調査）	県の実情に合わせて設定
	認知症新規入院患者2ヶ月目以内退院率 （県調査）	

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
佐賀県	精神疾患に関する県民（一般県民、支援者、家族等）の理解を深めるための研修会、精神保健福祉大会の参加者数（県調査）	【個別施策】 中間アウトカム指標として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を設定し、その個別施策として、「精神疾患に関する普及啓発」を掲げ、それを数値で評価できる項目として設定した。
	認知症サポーター数 （全国キャラバン・メイト連絡協議会調）	県の実情に合わせて設定
	精神障害者が利用できるグループホーム数 （県調査）	中間アウトカム指標として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を設定し、その個別施策として、「地域で安心して生活する場の整備」を掲げ、それを数値で評価できる項目として設定した。
	佐賀県介護保険事業支援計画に基づく在宅生活を支えるサービス事業所数（県調査）	県の実情に合わせて設定
	精神障害にも対応した保健・医療・福祉関係者による協議の場（各精神医療圏、各市町）設置数 （県調査）	中間アウトカム指標として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」と「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を設定し、その個別施策として、「地域生活支援に関する連携体制構築」を掲げ、それを数値で評価できる項目として設定した。
	認知症初期集中支援チーム取扱件数 （県調査）	県の実情に合わせて設定
	認知症介護に関する研修受講者数 （県調査）	
	14領域の専門精神科医療の提供ができる地域精神科医療提供医療機関数（県調査）	中間アウトカム指標として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」と「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を設定し、その個別施策として、「医療機関の連携体制の整備」を掲げ、それを数値で評価できる項目として設定した。
	認知症疾患医療センター鑑別診断件数（県調査）	県の実情に合わせて設定
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修会受講者数 （県調査）	
	認知症対応力向上研修受講者数（県調査）	
	治療抵抗性治療薬を使用する精神科医療機関と血液内科医との連携を図るための会議開催数（県調査）	中間アウトカム指標として「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を設定し、その個別施策として、「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」を掲げ、それを数値で評価できる項目として設定した。
	精神科救急医療システム事業相談件数 （県調査）	中間アウトカム指標として「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を設定し、その個別施策として、「精神科救急の相談、受入体制の整備」を掲げ、それを数値で評価できる項目として設定した。

(3)-7. 指標例以外に使用されている指標項目（都道府県別）

都道府県	指標項目	採用した理由
長崎県	統合失調症患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	当県は12ヶ月時点での退院率が全国に比べ下回っており、再入院率も全国より高い現状があるため、「重症かつ慢性」の基準を満たす症状を軽快させる治療の普及や基準を満たす症状とならないよう入院医療の充実を図ることを記載するため。
熊本県	・自殺死亡率（人口10万人対）	・現状、県の自殺死亡率が国の平均より高い水準にあり、より一層、自殺対策の推進に取り組む必要があるため。
	・かかりつけ医等の心の健康対応向上研修会受講者数	・県の医療計画上の施策の方向性で、かかりつけ医と精神科医との連携を掲げており、その取組の成果を計るのに適当な指標と判断したため。
大分県	・1年以上長期入院患者数	→精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進捗状況を評価できるアウトカム 指標として採用
	・自殺死亡率	→第6期計画の指標。自殺対策の上で、わかりやすい指標として継続採用
鹿児島県	・自殺死亡率（人口10万対）	・前計画から指標として、採用していたため。
	・認知症疾患医療センターの整備	・前計画から指標として、採用していたため。
沖縄県	①総合精神保健福祉センター、保健所相談数	①、②については、予防、治療のアクセスを確保するためには相談窓口の周知や相談窓口の対応力向上が必要であるため採用。
	②総合精神保健福祉センター、保健所の研修実施回数	③については、地域移行の推進、定着のためには研修や連携会議の開催が必要のため採用。
	③かかりつけ医と精神科医の連携のための研修や連携会議の開催回数	④については、認知症の相談、支援体制が構築されるために必要なため採用。
	④認知症サポーター養成数	⑤、⑥については、アルコール依存症の相談、支援体制の構築のために必要なため採用。
	⑤地域におけるアルコール関連問題等相談拠点の整備	⑦、⑧については、災害時の精神医療体制の整備のために必要なため採用。
	⑥アルコール依存症の治療体制の拠点となる専門病院の整備数	⑨については、救急病院での治療の際、精神科の治療が必要になる場合等があることから採用。
	⑦災害拠点精神科病院整備件数	
	⑧DPATチーム数及び構成する医療従事者数	
	⑨救急医療体制との連絡会議の実施	

【医療機能の明確化】

- 9都道府県において、精神疾患の医療体制の構築に係る指針に基づいた医療機能の設定をしていない。
- 35都道府県において、都道府県連携拠点機能を担う医療機関を疾患等全てにおいては設定していない。

【指標による現状把握】

- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」医政局地域医療計画課課長通知の別表5に示されている重点指標については、各疾患によって指標の採用数のばらつきがある。

【医療機能の明確化】

- 都道府県連携拠点機能を担う医療機関を各疾患等ごとに設定するようにはたらきかけていく。
- 医療機能の明確化を推進するための検討を行う。

【指標による現状把握】

- 3年後の中間見直し、6年後の見直しにむけて、以下の項目の検討に資するデータを収集していく。
 - ・ ストラクチャー指標からプロセス指標を経てアウトカム指標に結びついているかの検証
 - ・ アウトカム指標の変化をもとに、ストラクチャー指標及びプロセス指標の見直しをすべきかの検討
 - ・ 別表5で示す指標例以外で、アウトカム指標の改善に資するストラクチャー指標、プロセス指標の検討

	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患
ポイント 第7次医療計画における追加見直しの	- これまでがん医療の均てん化を目指し体制整備を行ってきたが、がん医療が高度化、複雑化してきていることを踏まえ、均てん化が必要な分野、集約化が必要な分野を検討し、今後のがん医療体制を整備する。 - がんの予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援に取組む。	- 脳血管疾患による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な急性期診療を実施する体制の構築を進める。 - 急性期から慢性期を通じて、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた、一貫した医療を提供する体制を構築する。	「急性心筋梗塞」を「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直し、心不全等の合併症等を含めた医療提供体制の構築を進める。 - 急性期心血管疾患による死亡を防ぐため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進める。 - 急性期の治療に引き続き、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築する。	- 発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、地域における連携体制の構築を目指す。 - 重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と薬局、保険者が連携する取組みを進める。 - 日常生活に近い場でも栄養・運動等の指導を受ける事が可能となるよう、医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加できる機会を創出する。	- 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。 2020年度末・2024年度末の精神病床における入院需要及び、地域移行に伴う基盤整備量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。 - 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。
まとめ	- 圏域の設定については、過半数の都道府県で、二次医療圏と同様に設定されている他、地域の実情に応じて、柔軟な設定がなされている。 - 年1回以上の協議会の開催については、過半数の都道府県で実施されている。 - 地域医療構想調整会議における5疾病に関する議論については、半数以下の都道府県で行われていた。 - 年1回以上評価する予定がある指標については、過半数の都道府県で設定されていた。				22都道府県において、二次医療圏と同様の圏域設定がされている。 37都道府県において、年1回以上の協議会開催を予定している。 15都道府県において、地域医療構想調整会議で精神医療体制に関する議論をしている。 44都道府県において、年1回以上評価予定の指標を採用している。
	予防・早期発見、治療の分野について目標設定をしている都道府県は多いが、療養支援の分野における目標設定を行っている都道府県の割合は少ない。				- 医療機能の明確化について、9都道府県において、精神疾患の医療体制の構築に係る指針に基づいた医療機能の設定をしていない。また、35都道府県において、都道府県連携拠点機能を担う医療機関を、疾患等全てにおいては設定していない。 - 指標による現状把握について、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の別表5に示されている重点指標については、各疾患により指標の採用数にばらつきがある。
今後の検討について	- 圏域の設定については、設定理由等を精査し、妥当性等を検証するとともに、必要に応じて、望ましいあり方を整理してはどうか。 - 年1回以上の協議会の開催については、既存の協議体の活用状況等とともに、協議内容等も踏まえ、必要に応じて、望ましいあり方を検討してはどうか。 - 地域医療構想調整会議における議論については、協議内容等も踏まえ、必要に応じて、適切な協議が行われるよう支援してはどうか。 - 評価する指標については、評価の頻度（年1回等）、種類、活用方法等の状況を踏まえ、指標の選別・設定やデータ収集方法、指標の活用方法等について、望ましいあり方を検討してはどうか。 - これらの検討を進めていく上で収集された好事例は、他の都道府県でも活用できるよう共有してはどうか。				- 都道府県連携拠点機能を担う医療機関を各疾患等ごとに設定するようにはたらきかけてはどうか。 - 医療機能の明確化を推進するための検討を行ってはどうか
		病床機能報告制度等により、医療機関ごとの急性期治療の実態についても一定程度把握できるようになってきていることから、今後、診療実績及び医療機関間の連携状況を踏まえ、役割分担の見直しを含めた検討を行っていつてはどうか。			

救急医療

救急医療の体制

重症度

発症

救 護

- 【住民等】
 - 救急搬送要請及び救急蘇生法
- 【救急救命士等】
 - 救急救命士の適切な活動
 - 適切な救急医療機関への直接搬送

搬送時連携
実施基準

救命救急医療

- 24時間365日の救急搬送受入（複数診療科にわたる重篤な救急患者）
 - 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- 〇〇病院（救命センター）

入院救急医療

- 24時間365日の救急搬送受入
 - 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- 病院

初期救急医療

- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- ◇◇休日・夜間急患センター

救命後の医療

- 在宅等での療養を望む患者に対する退院支援
 - 合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療
- ◆◆病院

転院時連携

在宅等での生活

時間の流れ 98

第7次医療計画における「救急医療」の見直しのポイント

【概要】

- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組を進める。
- 救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点を取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。
- 初期救急医療機関の整備とともに休日夜間対応できる薬局、精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。

救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の構築

円滑な救急搬送や受入体制を確保するため、医療機関と介護施設等の連携を推進する。

八王子市の例

- 高齢者及び高齢者施設等の利用者への安全な救急搬送体制を確保するため、八王子消防署と八王子市救急業務連絡協議会で調整、“八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会”を設置。

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

- | | |
|----------------------|---------------|
| ・八王子市救急業務連絡協議会 | ・八王子市 |
| ・救命救急センター・救急センター | ・町会自治会連合会 |
| ・介護療養型病院 | ・八王子消防署 |
| ・医療療養型病院 | ・八王子薬剤師会 |
| ・八王子施設長会 | ・八王子老人保健施設協議会 |
| ・八王子社会福祉法人代表者会 | ・八王子市赤十字奉仕団 |
| ・八王子特定施設連絡会 | ・八王子市 |
| ・精神科病院 | ・民生委員児童委員協議会 |
| ・八王子介護支援専門員連絡協議会 | ・八王子市社会福祉協議会 |
| ・八王子介護保険サービス事業者連絡協議会 | |
| ・高齢者あんしん相談センター | |
| ・八王子医師会 | |

全20団体

※行政だけでなく、様々な機関が参加していることが特徴。



自宅、高齢者施設、救急隊、急性期医療機関、慢性期医療機関、市のそれぞれについて推奨事項や努力事項が示された。

このうち、「**自宅/高齢者施設**」の推奨事項として、「**救急医療情報の作成**」を行うこととなった。

八王子消防署資料より一部改変

救命救急センターの充実段階評価の見直し

平成27年度は、ほとんどの救命救急センターの充実段階評価がA評価となっている。さらなる機能の充実を図るため、地域連携の評価を含め、救急救命センター充実段階評価を見直す。

平成27年度

救命救急センターの充実段階評価

A評価：269カ所

B評価：1カ所

C評価：1カ所

(平成26年度実績)

評価基準

C評価：

是正を要する項目が3年以上継続して22点以上の場合

B評価：

是正を要する項目が2年間継続して22点以上の場合

A評価：

B、C評価以外

救急医療の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				
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			
		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									
	●	救急搬送人員数											
		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											
		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											

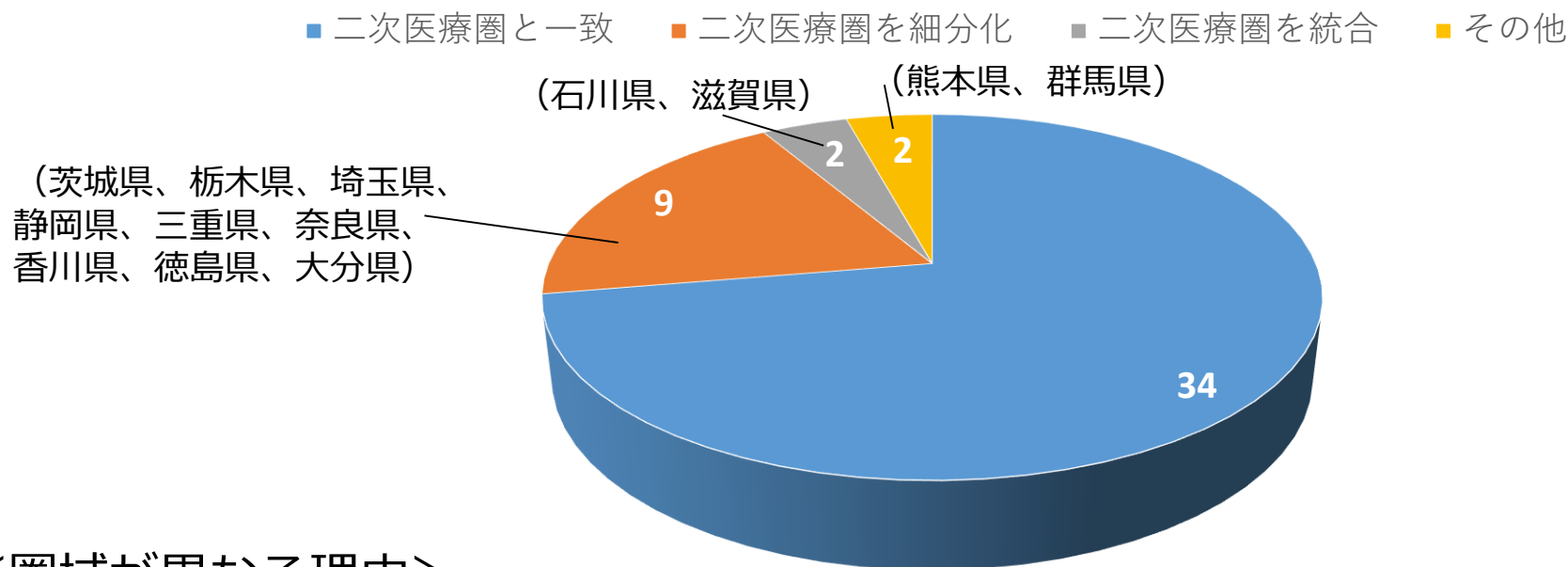
「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表6「救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例」

平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用

(1) 救急医療提供体制 都道府県の救急医療圏設定状況

○ 34都道府県が、救急医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の救急医療圏の設定状況



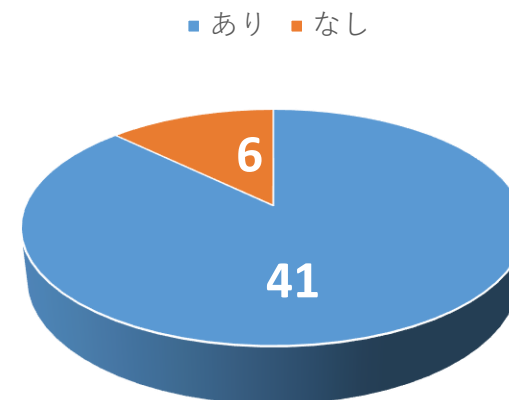
<圏域が異なる理由>

- 茨城県：各疾病・事業や医療資源の状況によって、二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことも考えられるため、地域の実情を踏まえて、より適切に連携する圏域として二次保健医療圏とは別に設定している。
- 栃木県：地域の医療資源の配置状況を考慮
- 埼玉県：住民の生活圏を基本としつつも、人口規模や二次輪番病院体制の構築など救急医療圏特有の問題を踏まえ、円滑な救急搬送と受入れが可能となるよう、二次保健医療圏よりきめ細かい単位で、救急医療圏を設定している。
- 静岡県：二次医療圏をベースとして、最寄医療機関への搬送時間や、地域の医療資源等を考慮したため
- 石川県：三次救急医療（救命医療）については、二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を救急医療の圏域としているため
- 三重県：地域医療構想の構想区域をベースとし、病院前救護に係るメディカルコントロール体制等を考慮したため。
- 滋賀県：疾病や事業毎の医療圏の見直し結果を総合評価して、二次医療圏を見直すこととしているため。（救急については、消防の搬送実績や救急医の偏在等を考慮してブロック化した。）
- 奈良県：各市町村において、二次救急医療体制（輪番体制）を構築しているため。
- 香川県：第七次保健医療計画において、県内の医療圏を5医療圏から3医療圏に大括りに変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、救急医療の圏域設定については、従来どおり5圏域とした。
- 徳島県：一部の医療機関への過剰な救急搬送を防ぎ、県内の救急搬送体制を確保するために、より細かく圏域を分けている。
- 大分県：傷病者の救命率向上を図るためには、できるだけ身近な医療機関で医療提供を行う必要があるため、より細分化した10医療圏で設定している。
- 熊本県：原則として二次保健医療圏を救急医療圏としているが、医療機関の分布や救急搬送の実情等を踏まえ、一部の救急医療圏では、二次保健医療圏と一致しない圏域がある。

(2) 協議体制

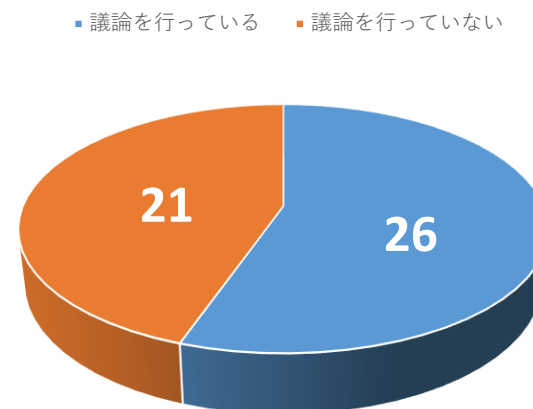
- 41都道府県で年に1回以上協議会が開催され、救急医療体制に関する議論が行われている。

救急医療に係る協議会の開催



- 26都道府県で、地域医療構想調整会議において、救急医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での救急医療に関する議論の状況

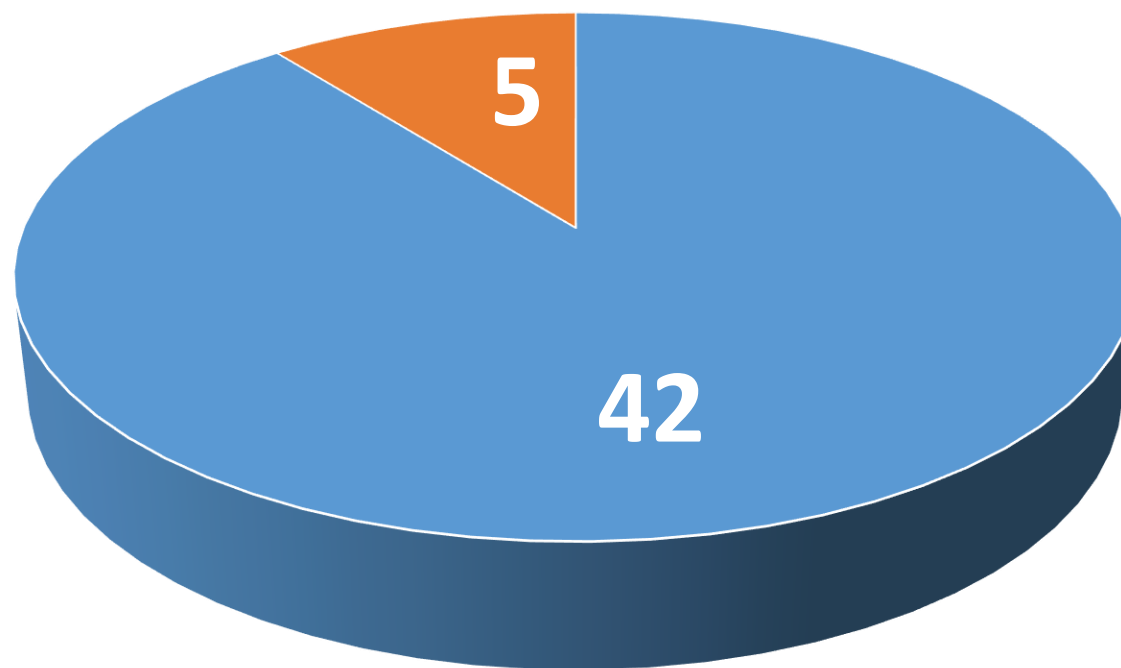


(3) 目標項目 第7次医療計画における救急医療の目標設定の状況

- 42都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

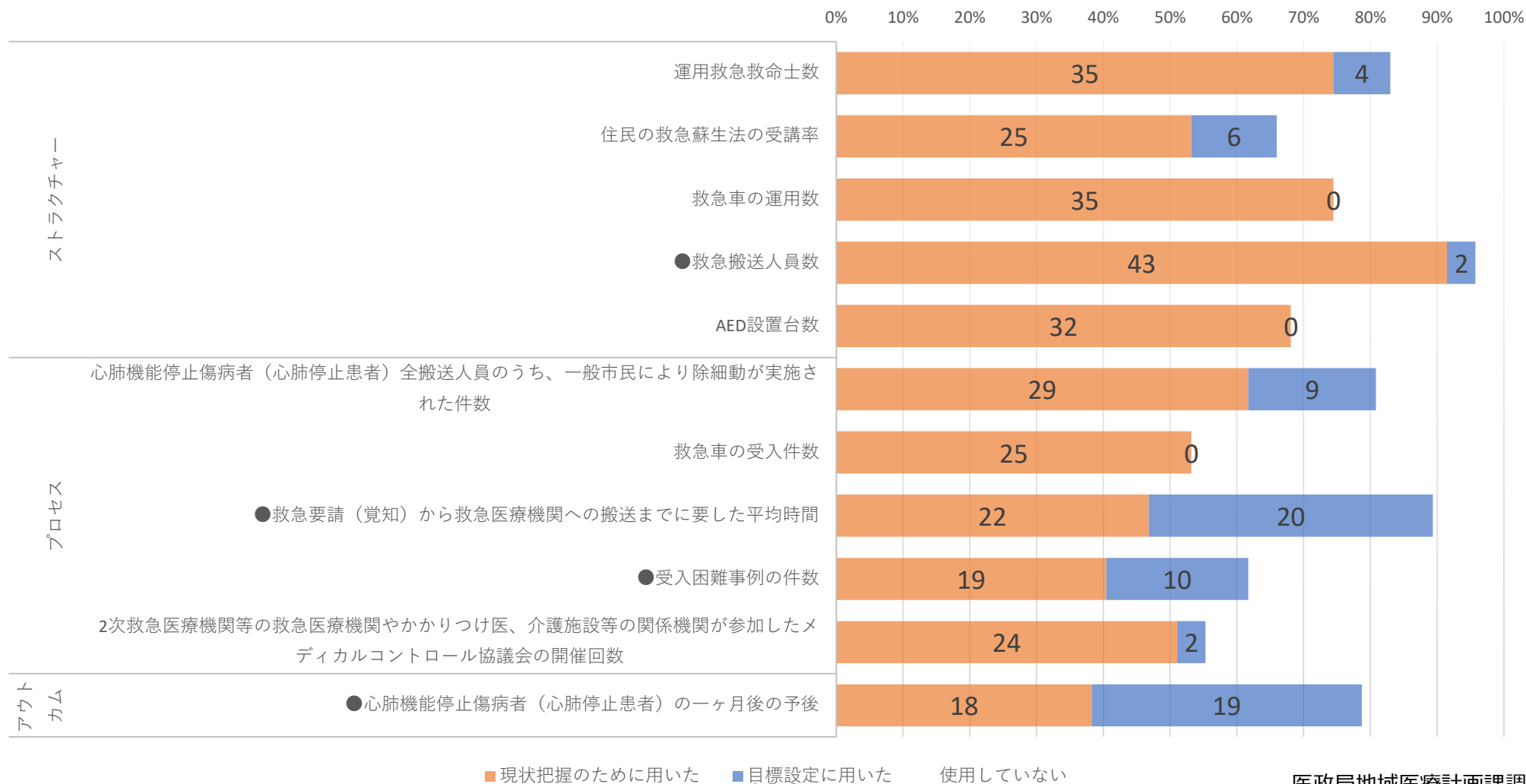
1年に1回以上評価予定がある指標の有無

■ あり ■ なし



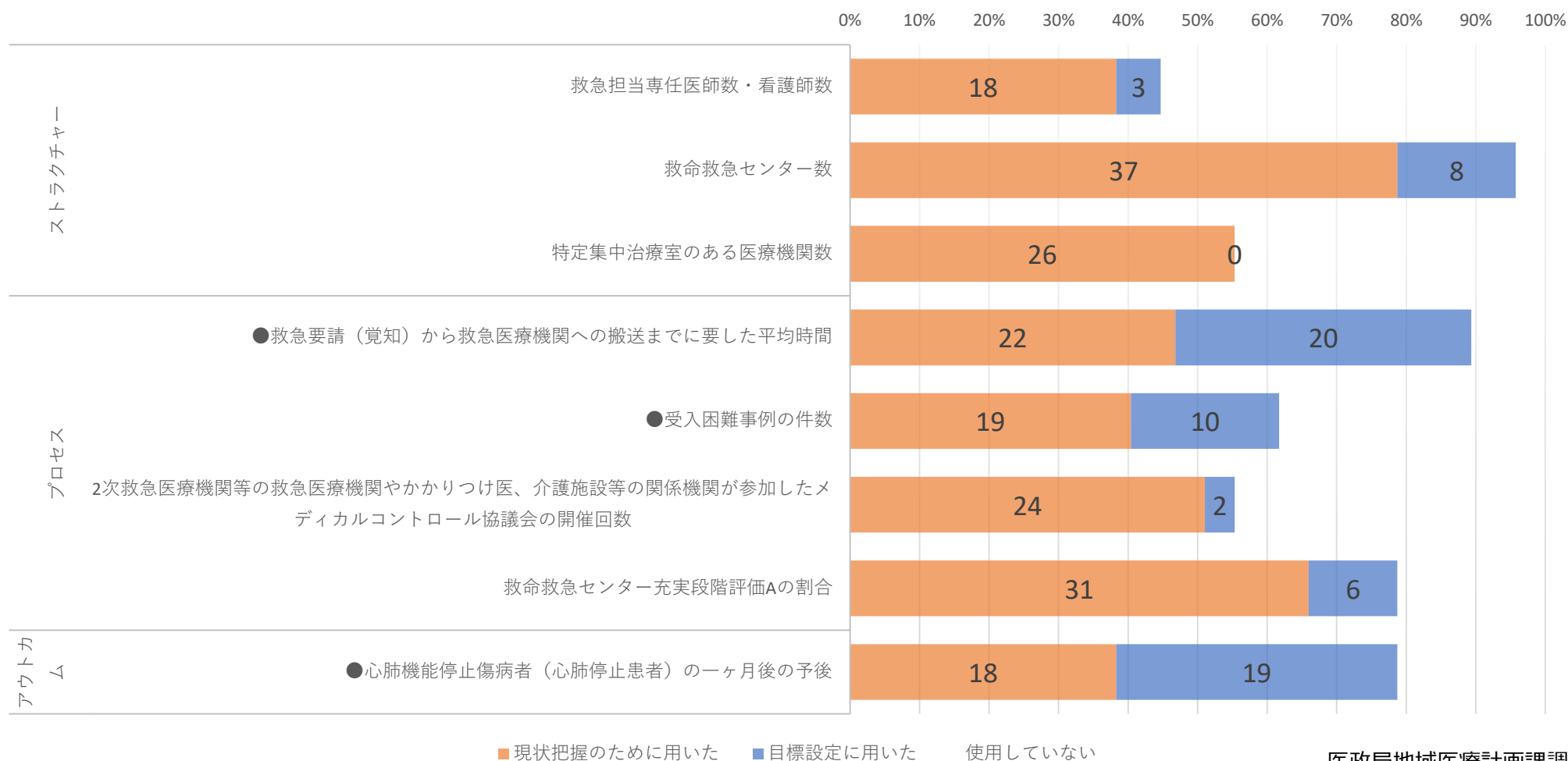
(4) 目標項目 【救護】

- ストラクチャー指標において、最も目標設定の指標として用いられたのは「住民の救急蘇生法の受講率」である。
- プロセス指標において、最も目標設定の指標として用いられたのは「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」である。



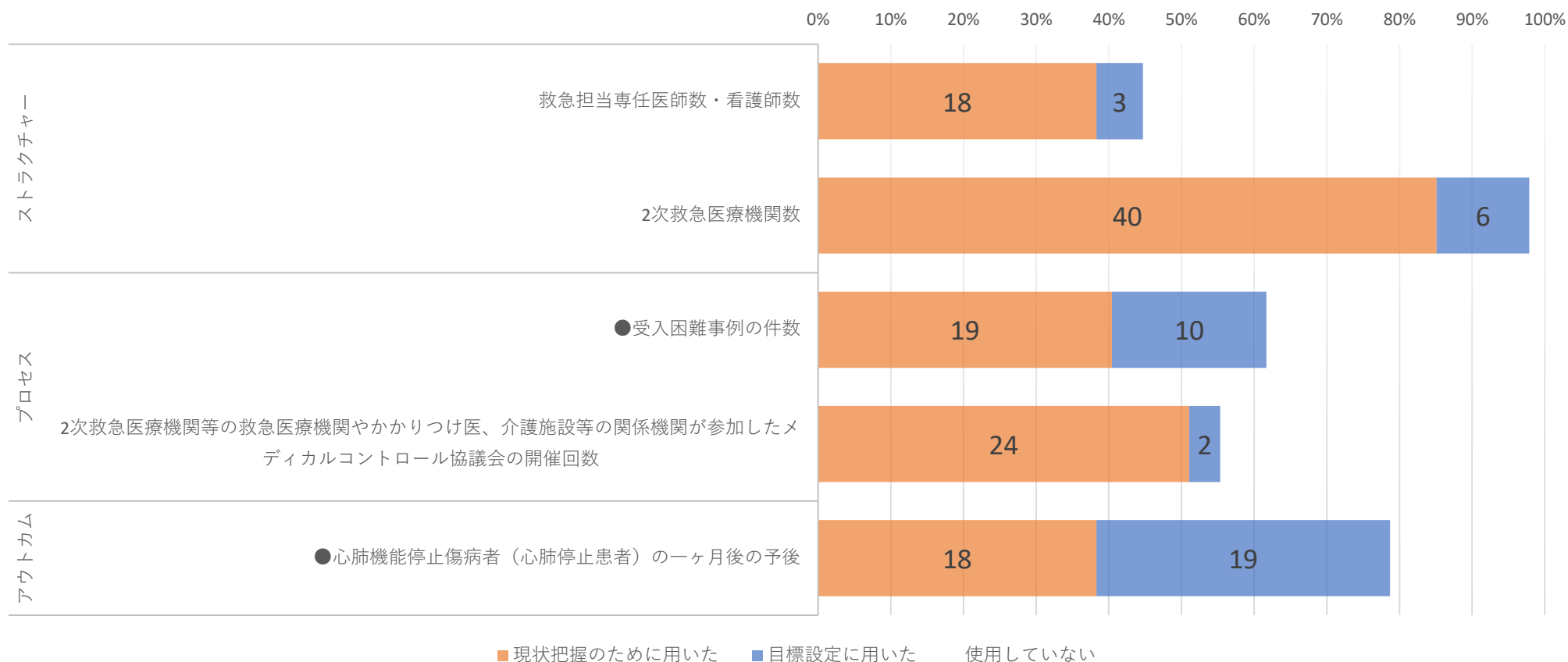
(4) 目標項目 【救命医療】

- ストラクチャー指標において、最も目標設定の指標として用いられたのは「救命救急センター数」である。
- プロセス指標において、最も目標設定の指標として用いられたのは「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」である。



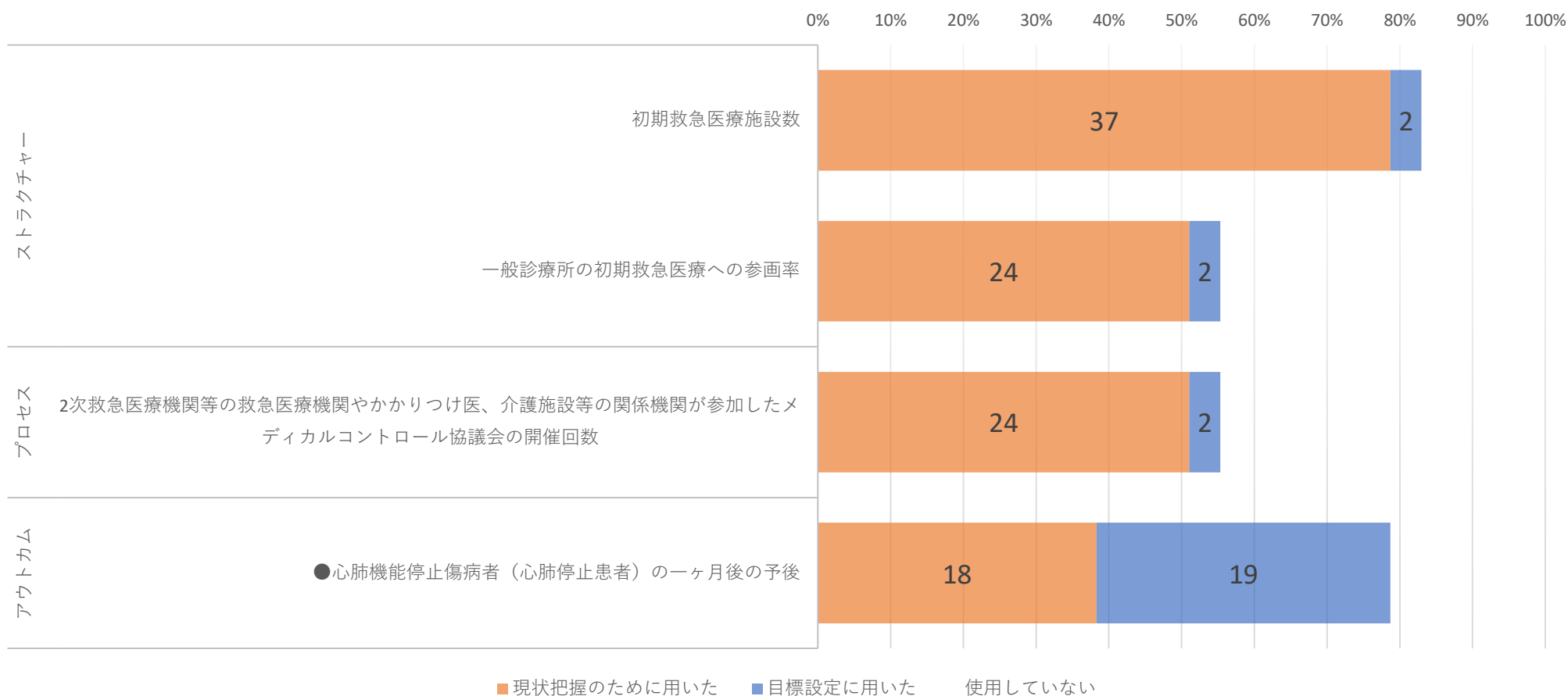
(4) 目標項目 【入院救急医療】

- ストラクチャー指標において、最も目標設定の指標として用いられたのは「2次救急医療機関数」である。
- プロセス指標において、最も目標設定の指標として用いられたのは「受入困難事例の件数」である。



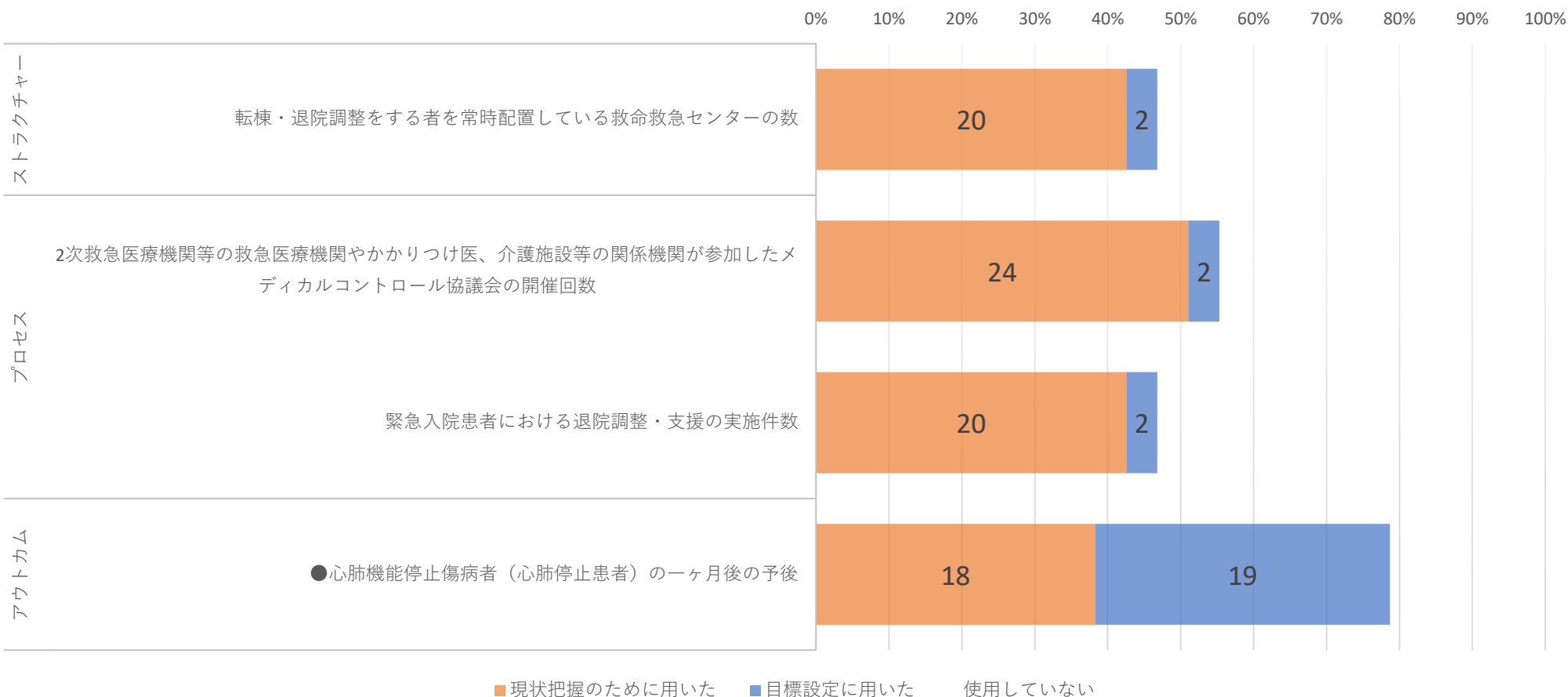
(4) 目標項目 【初期救急医療】

- ストラクチャー指標において、「一般診療所の初期救急医療への参画率」を目標設定に用いた都道府県は2カ所。
- プロセス指標である、「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の開催回数」を目標設定に用いた都道府県は2カ所。



(4) 目標項目 【救命後の医療】

- ストラクチャー指標において、「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」を目標設定に用いた都道府県は2カ所。
- プロセス指標である、「緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数」を目標設定に用いた都道府県は2カ所。



(4) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目の例

指標（ストラクチャー）	都道府県	理由
公共施設におけるAEDの日本救急医療財団への登録	石川県	県民がAEDの所在情報を入手できる体制の構築状況を把握するため。
ER型救急医療機関の数	沖縄県	県内の救急体制の特徴であり、維持を目的とする。
ドクターカーを配備している医療機関数	千葉県	患者へのファーストタッチを早めるため、また、救急車以外の搬送手段を活用するため。
退院調整支援担当者数（病院）（人口10万対）	宮城県	急性期後の医療体制の整備状況を把握する上で有効な指標であり、かつ、全国平均と比較し低水準であるため。
指標（プロセス）	都道府県	理由
二次救急医療機関の応需率	東京都	
二次・三次救急医療機関を受診する軽症患者数の割合	山形県・新潟県・富山県・山口県等	救急搬送件人員数が増加傾向にある中、現状で左記割合は8割を超えており、重症患者への適切な医療提供ができなくなる恐れがあるとともに、高次医療機関の医療従事者の負担の増加が懸念される。そのため、左記割合の減少を目標として設定。
三次救急医療機関における救急搬送要請に対する受入割合	広島県	「消防だけではなく医療機関側からの搬送実績を合わせて記載すべき」「救命救急センターにおいては受入状況を把握すべき」との意見を反映して、三次救急医療機関の受入割合を指標として設定した。
ドクターヘリ運航調整委員会症例検討部会の開催数	佐賀県	搬送手段の多様化を医療計画に盛り込んだため。
ドクターヘリ出動件数	群馬県、岡山県、岐阜県、佐賀県等	搬送時間の短縮等による救命率の向上など、救急医療体制の強化を図るため。
ドクターヘリ・ドクターカー出動件数	高知県	救急車以外の手段確保状況把握のため
病院群輪番制病院における救急患者の入院率	栃木県	機能分化の目安として採用している
救急電話相談（大人）の相談件数	埼玉県等	大人の救急電話相談がどれだけ認知され利用されているのか把握できる実績であるため。
指標（アウトカム）	都道府県	理由
救急入院患者の21日後生存率	大阪府	救急搬送患者の生存率を向上させるため

- 円滑な受入体制の整備や出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制が求められるが、対応する指標である、
 - ・ 「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の開催回数」
 - ・ 「緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数」
 - ・ 「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」
 - ・ 「一般診療所の初期救急医療への参画率」を目標設定に用いている都道府県は少ない。

- 救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討することとしているが、救急医療機関について、受入れ実績及びその他の要因を考慮した客観的かつ定量的な指標を策定している都道府県はほとんどない。

- 救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価する指標が必要ではないか。

※「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について検討中。

4. 救急医療体制について

「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会における議論の整理」(平成30年7月)抜粋

(現状と課題)

○「救急医療対策の整備事業について」(昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知)により、これまで初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。

○高齢化等社会経済構造の変化に対応できるよう、これまでも救急医療体制の在り方については議論がされてきたが、こうした変化に十分対応できる仕組みへの変更がなされるには至っていない。

○さらなる高齢化の進展、継続して増加する救急搬送件数、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、これ以上の時間的猶予はなく、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。

(主な意見)

○現在の初期、二次、三次救急医療体制の概念は、地域における多様性を前提とすれば、敢えて変える必要はないのではないか。

○地域の救急医療体制に係る指標として、傷病者受入れ要請に対し、断らずに受け入れる体制、地域内の医療機関で受け入れた割合、救急車受入台数、生命予後や機能予後への寄与等を含めた総合的評価があるのではないか。

○救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、傷病者の緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないか。

○消防機関等の把握しているデータと医療機関が把握しているデータを連結し評価等に活用することは、救急医療の質の向上につながるのではないか。

○高齢者救急の増加に応じ、搬送力の増強だけでなく、患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を取り入れる必要があるのではないか。

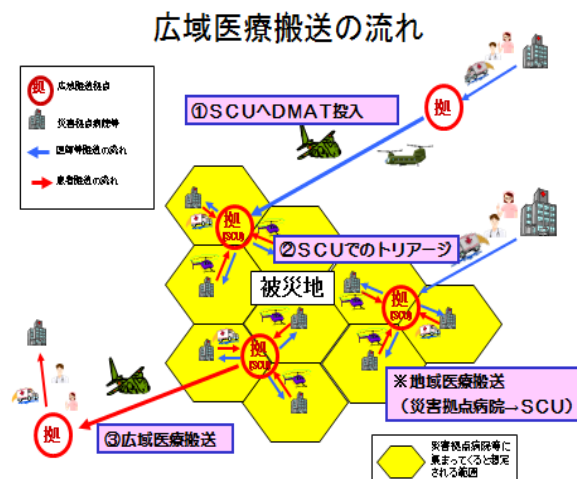
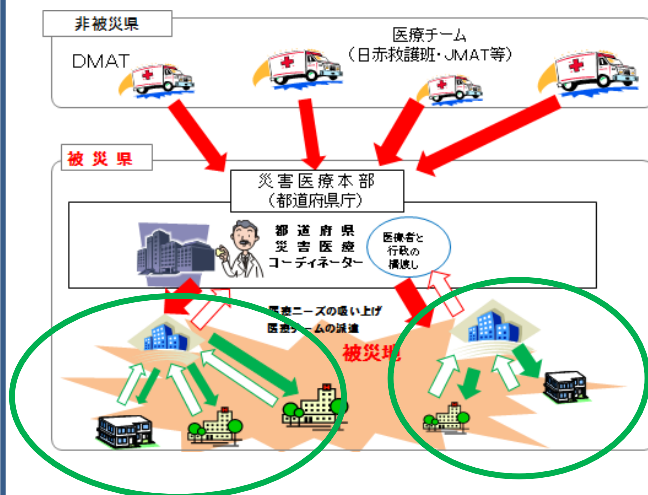
災害時における医療

第7次医療計画における「災害医療」の追加見直しのポイント

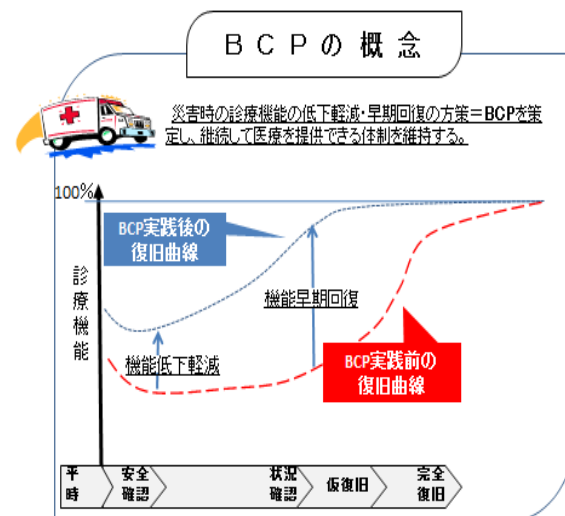
【概要】

- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム(DMAT、DPAT、JMAT等)との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備をすすめる。
さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。
- 事業継続計画(BCP)の策定について、災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても引き続き推進する。

都道府県災害医療本部における災害医療コーディネート体制だけでなく、被災地内の二次医療圏等の地域単位でも災害医療コーディネート体制の整備を進めるとともに、南海トラフ地震等の大規模災害に備え広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施し、近隣都道府県との連携を強化する。



BCPの策定は今後災害拠点病院だけではなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進する。



災害時における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働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						

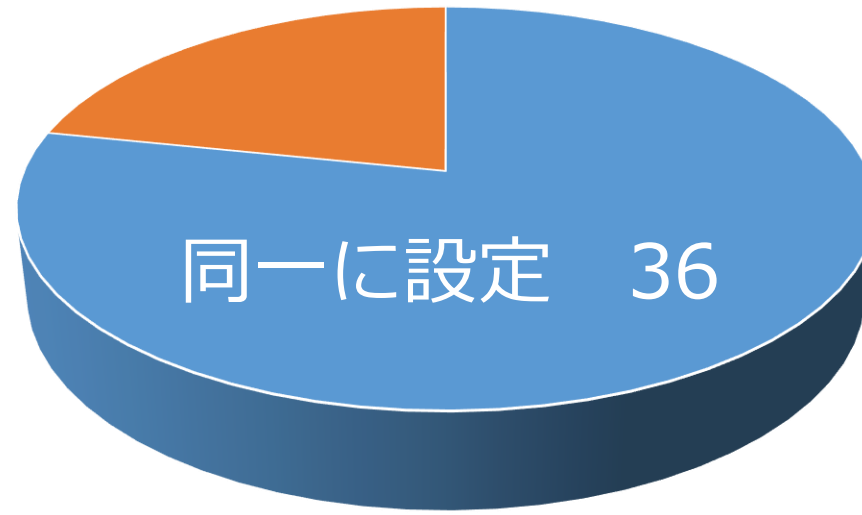
(●は重点指標)

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・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」
平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用

(1) 災害医療提供体制 都道府県の災害医療圏設定状況

- 36都道府県が、災害医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の災害医療圏の設定状況



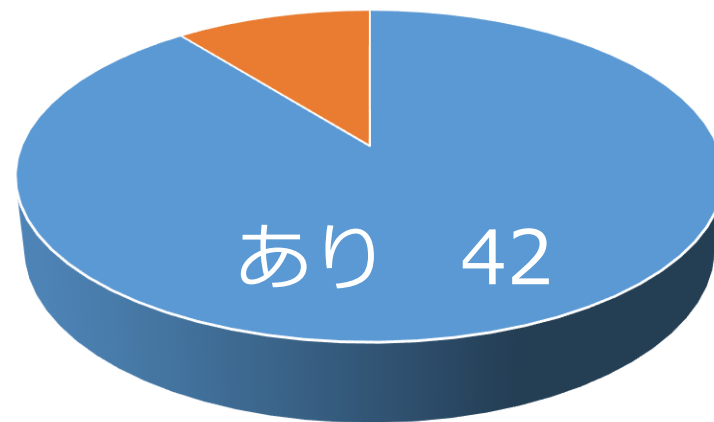
圏域が異なる理由

三重県	災害医療における県域は県地方災害対策本部に合わせている
青森県、宮城県、石川県 山口県、熊本県、愛媛県	県全域としている
宮崎県	災害の種類や規模によって対応が異なるため
兵庫県	県民局体制と一致する圏域で設定している

(2) 協議体制

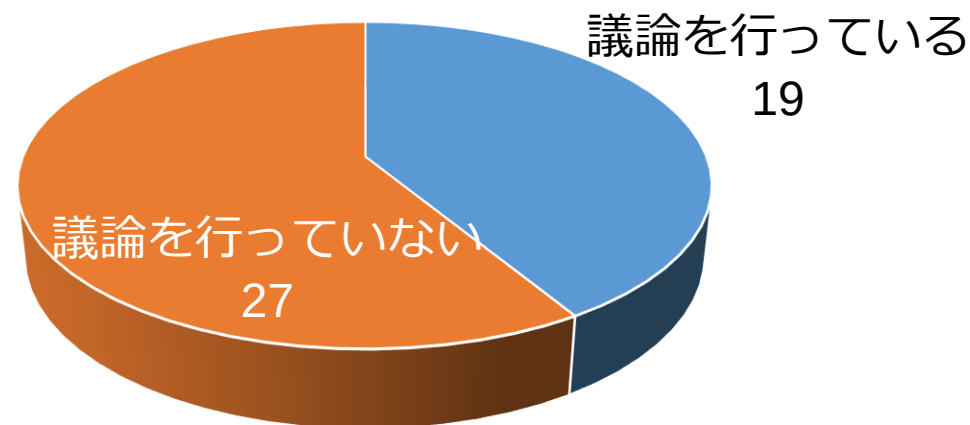
- 42都道府県で年に1回以上災害医療協議会が開催され、災害医療体制に関する議論が行われている。

災害医療協議会の開催



- 19都道府県で、地域医療構想調整会議において、災害医療体制に関する議論が行われている。

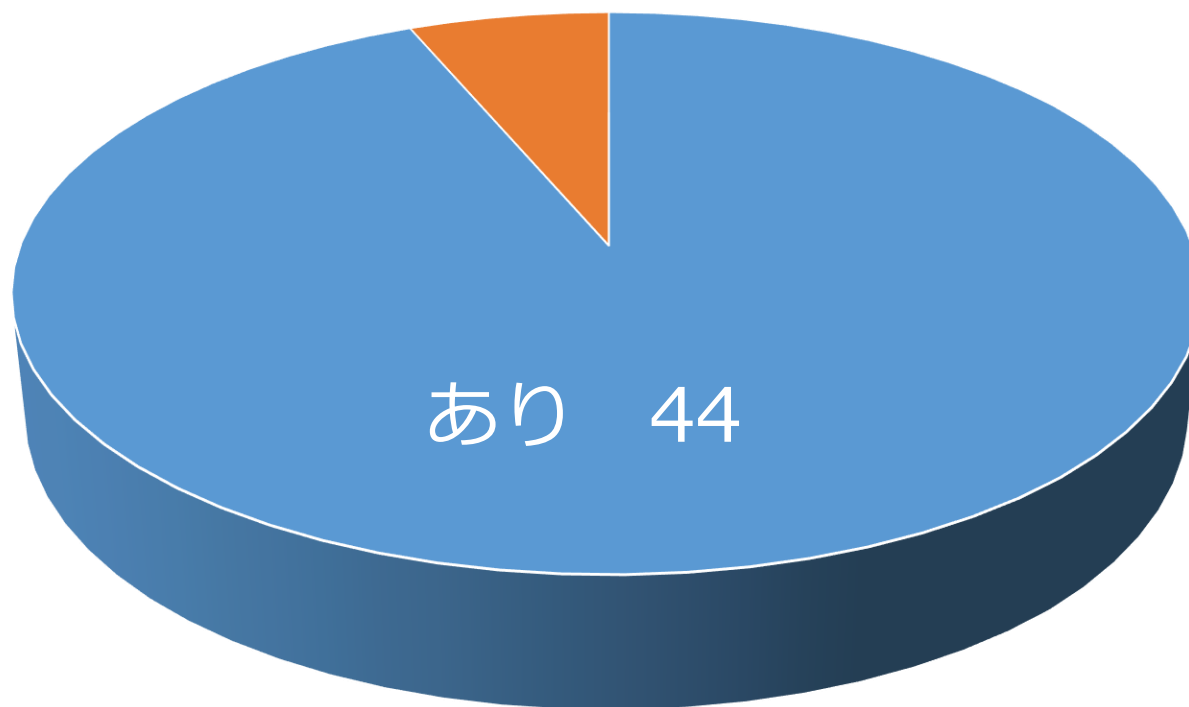
地域医療構想調整会議での 災害医療に関する議論の状況



(3) 目標項目 第7次医療計画における災害医療の目標設定の状況

- 44都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無



(3) 目標項目 【災害拠点病院】

- 災害拠点病院の目標項目のうち、「災害拠点病院における業務継続計画の策定率」を目標として設定したのは22都道府県である。

■ 現状把握のために用いた ■ 目標設定に用いた

0% 20% 40% 60% 80% 100%

● 災害拠点病院における業務継続計画の策定率

- ※ 災害拠点病院は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
※ 要件を満たしていないものについては2019年3月までに整備。



複数の災害時の通信手段の確保率

- ※ 災害拠点病院は、複数の通信手段を保有していることが望ましい。



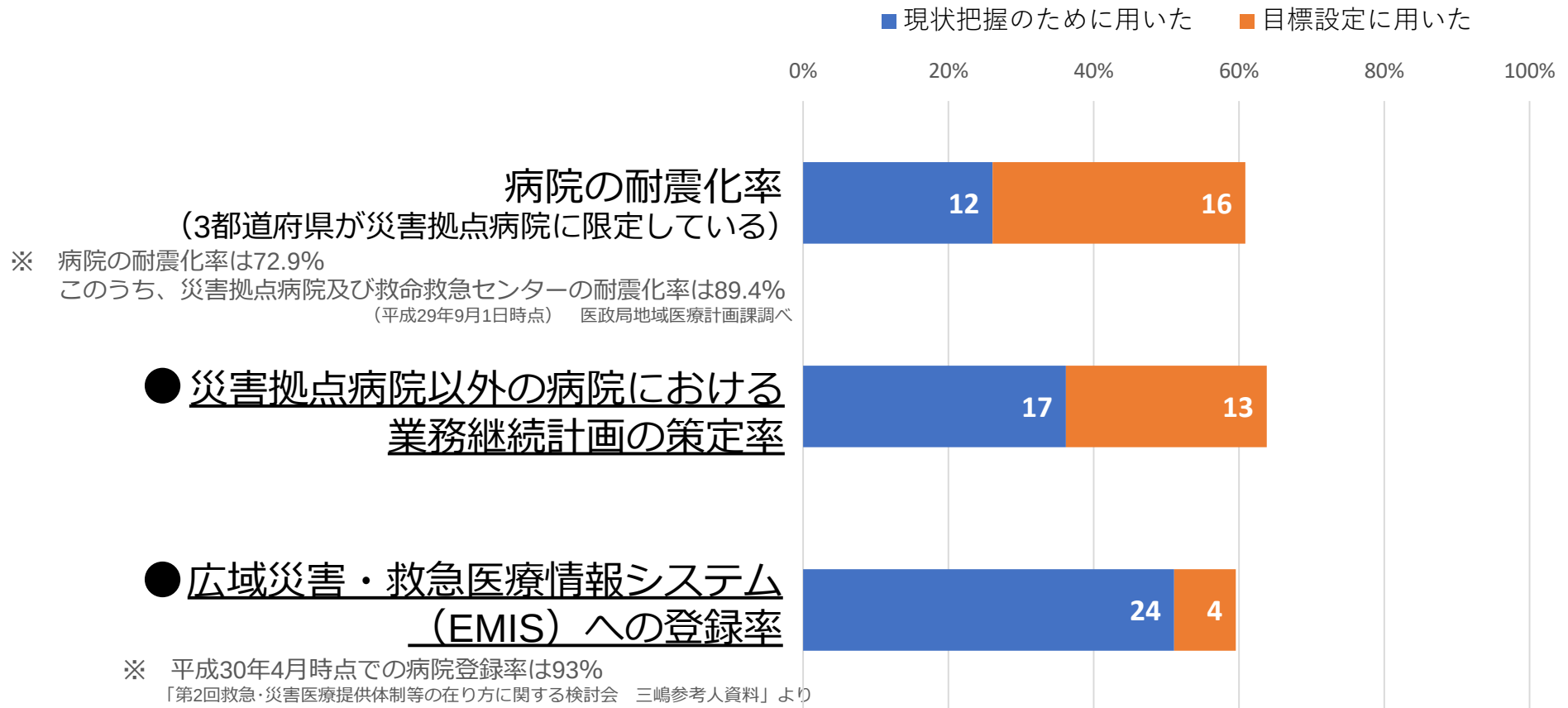
多数傷病者に対応可能なスペースを有する 災害拠点病院の割合

- ※ 災害拠点病院は、災害時における患者の多数発生時に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。



(3) 目標項目 【災害時に拠点となる以外の病院】

- 災害時に拠点となる以外の病院の目標項目のうち、「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」を目標として設定したのは12都道府県である。
- 災害時に拠点となる以外の病院の目標項目のうち、「広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率」を目標として設定したのは4都道府県である。

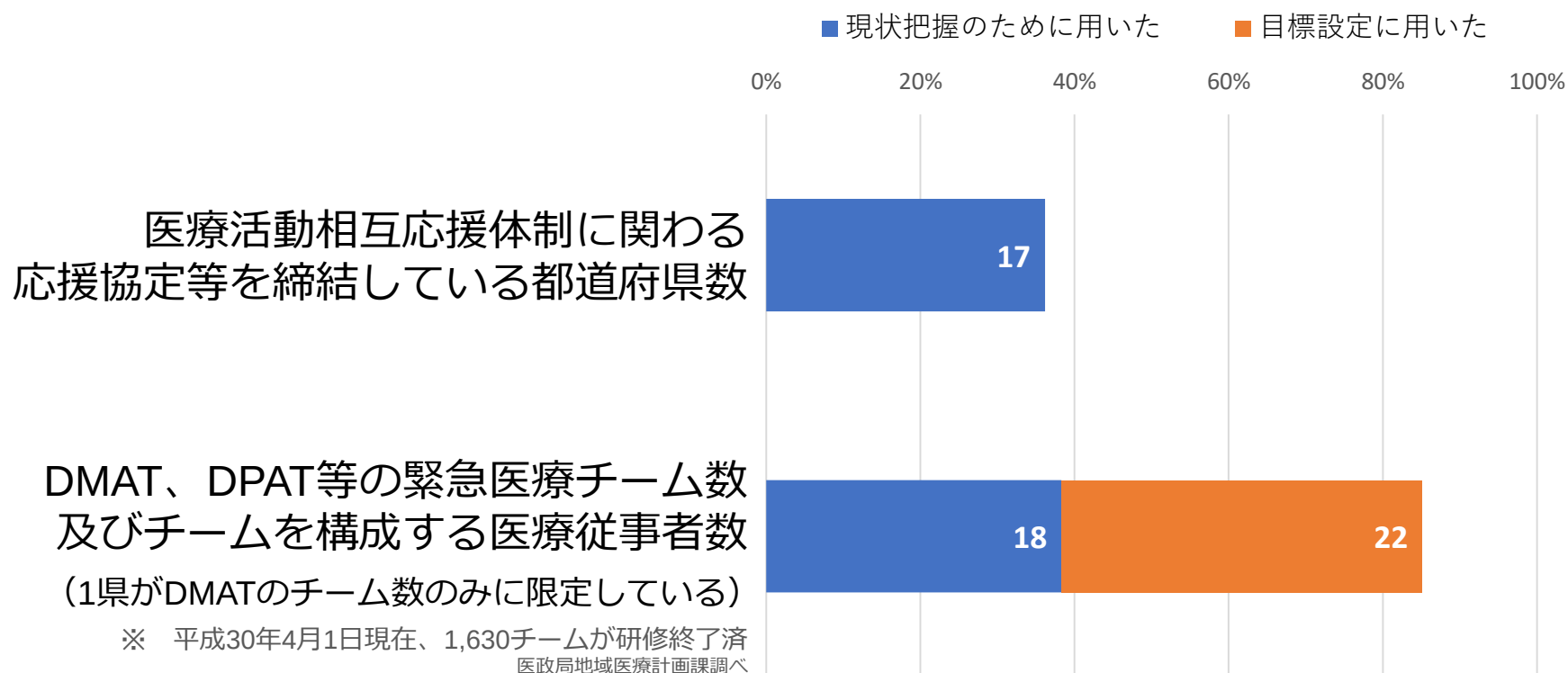


※ 平成30年4月時点での病院登録率は93%
「第2回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会 三嶋参考人資料」より

※ 都道府県は、(略) 全病院に対して登録(パスワードの付与)を促すこと。
「災害時における医用体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知)より

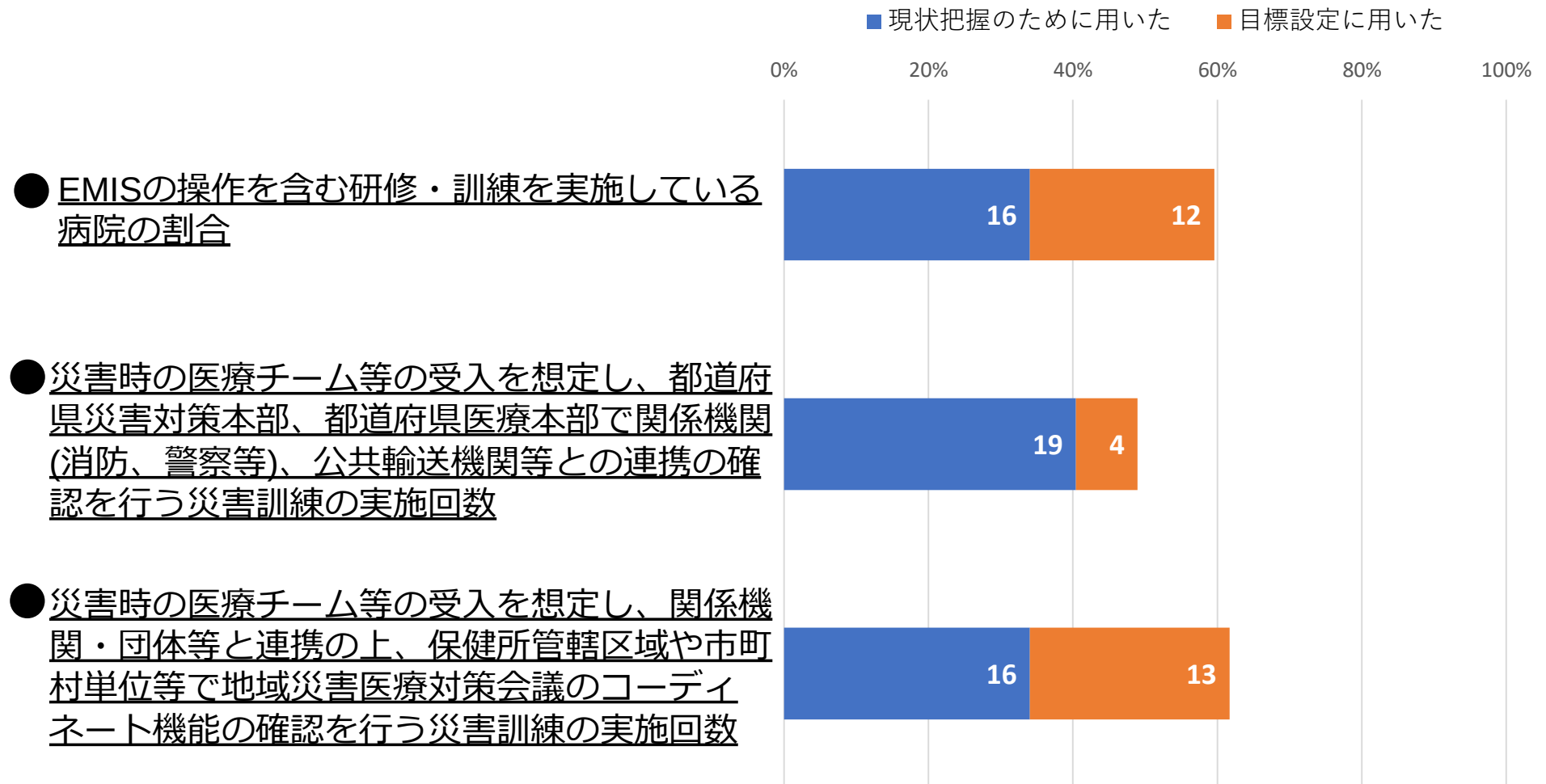
(3) 目標項目 【都道府県】

- 都道府県の目標項目のうち、「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」を目標として設定したのは22都道府県である。



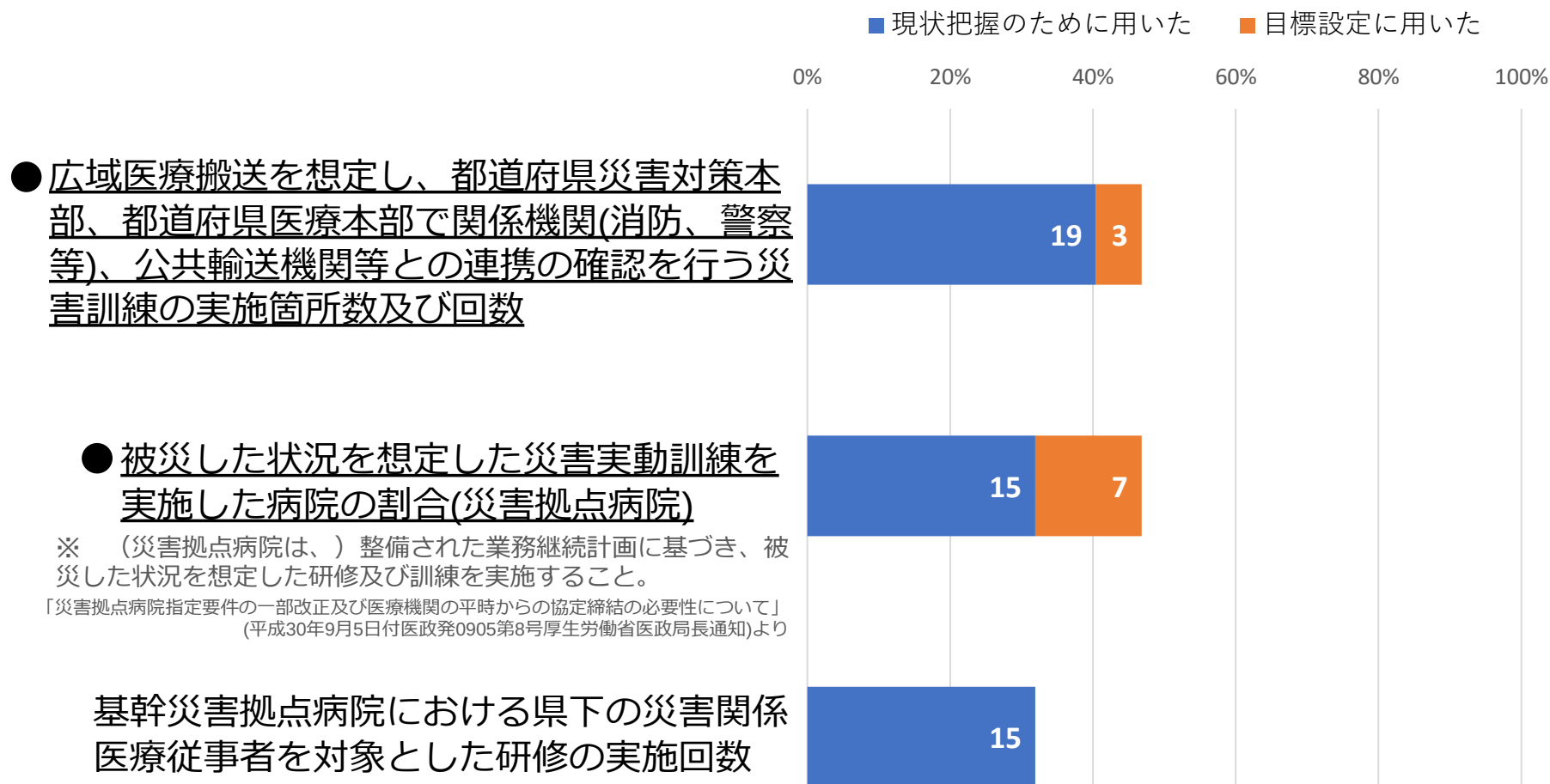
(3) 目標設定【プロセスに関する指標】①

- プロセスに関する指標のうち、「EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合」を目標として設定したのは12都道府県である。



(3) 目標設定【プロセスに関する指標】②

○ プロセスに関する指標のうち、「広域医療搬送を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合」を目標として設定したのは3都道府県である。



- 災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練の実施回数を把握している割合は62%、広域医療搬送を想定した訓練の実施回数を把握している割合は47%だった。
- 災害拠点病院における業務継続計画策定率を目標設定に用いている都道府県は、半数にも満たなかったが、災害拠点病院以外の病院ではさらに低かった。
- EMISへの登録率を把握している都道府県は60%で、災害拠点病院以外の病院、特に医療提供体制に与える影響が大きい医療機関が把握されていない可能性が高い。
- EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合を把握している都道府県は約6割だったが、そのうち目標設定に用いていたのは26%だった。

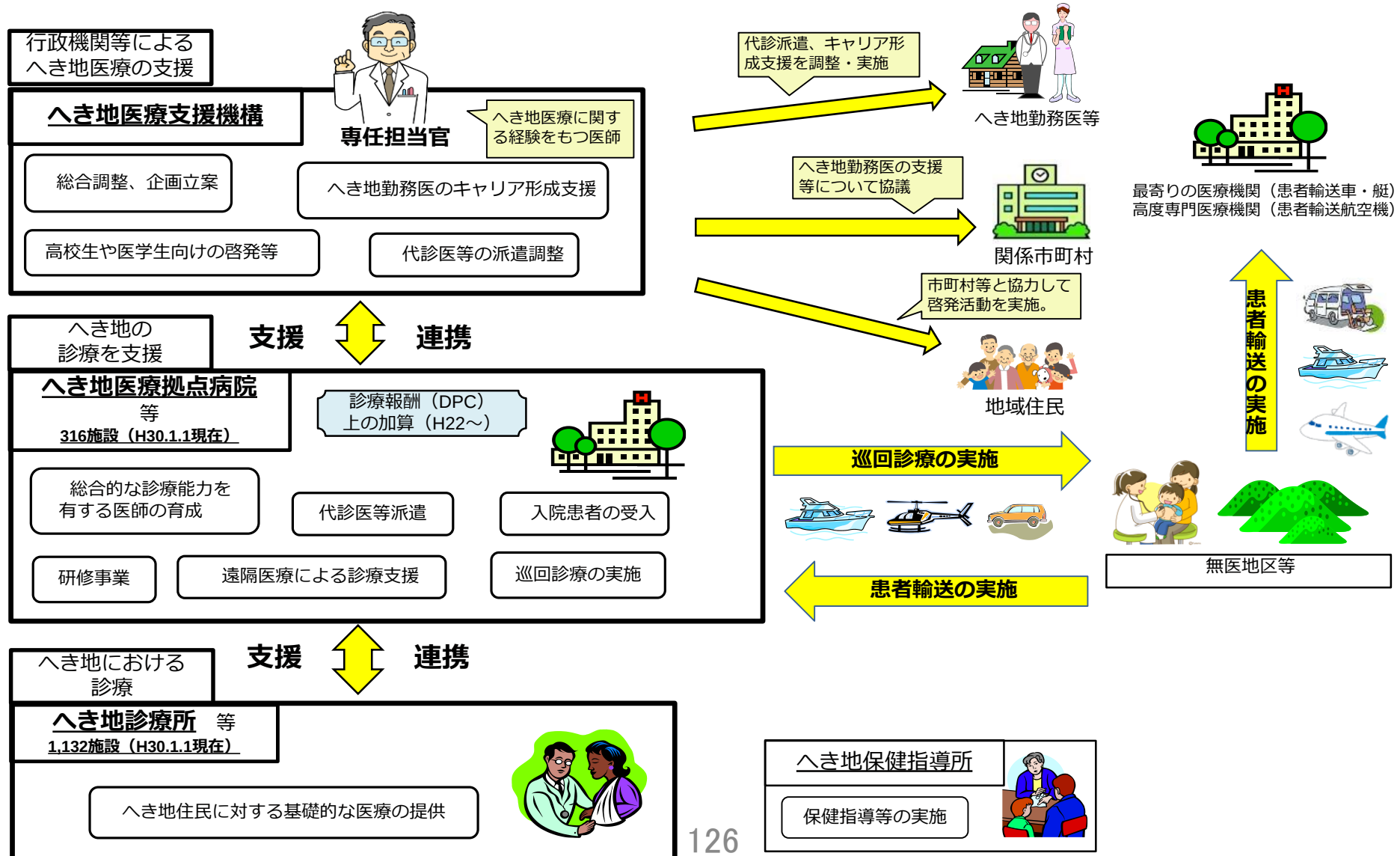
今後、都道府県における進捗状況の把握等を実施し、中間見直し等に向けて検討をしていく際の論点として、下記のようなものが考えられるのではないか

- 災害医療コーディネート体制の整備、強化を進めるためには、訓練の実施回数の把握の他、どのような対応が必要か。
- 災害時に備えた業務継続計画を全ての医療機関が策定し、圏域で活用するためにはどのような対応が必要か。
- 災害時に医療の中心となる災害拠点病院だけでなく、医療提供体制に与える影響が大きい医療機関を同定し、災害時の支援に必要な情報を更新していくためにどのような対応が必要か。
- 災害時にEMISを活用するためには、平時からどのようにEMISを活用し、情報を更新していくのが良いか。また、災害時に遅滞なく医療機関の被害情報を入力できるためには、どのような体制が必要か。

へき地の医療

へき地保健医療対策の概要

○へき地（無医地区等）における医療の確保を図るため、へき地に対する支援事業の企画、調整及び医師派遣を実施するへき地医療支援機構、へき地における医療の提供等を行うへき地医療拠点病院及びへき地診療所の運営等に対する補助を行う。



第7次医療計画におけるへき地医療の見直し

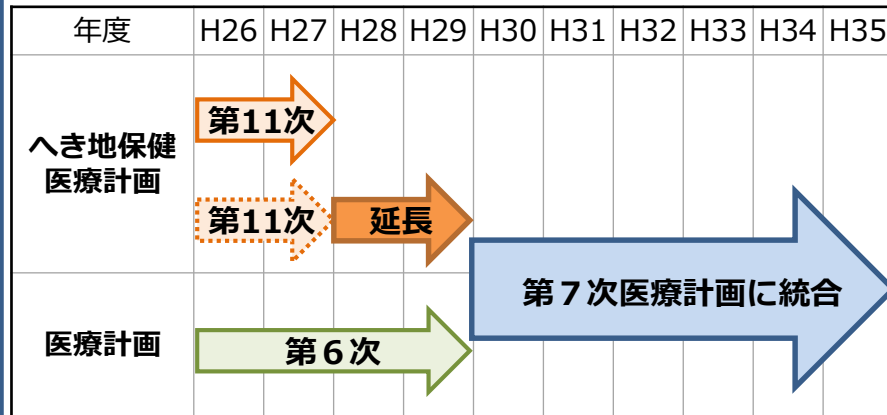
【概要】

- へき地における医療従事者の確保やチーム医療の充実については、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化した上で、医療計画における医療従事者の確保等の取組と連動して進めることとした。
- へき地診療所に対する医師派遣及び代診医派遣、無医地区等に対する巡回診療の実績がないへき地医療拠点病院が存在するため、へき地医療拠点病院の活動目標を明示した。

「へき地保健医療計画」と「医療計画」の一本化

平成26年度へき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」の実施期間を平成29年度まで延長し、平成30年度から実施する「第7次医療計画」と一体的に検討を行う方針とされた。

<イメージ図>



へき地医療拠点病院の活動状況

へき地医療拠点病院の指定は受けているが、人員不足等から、巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれも実施していない施設が一定程度存在する（77施設（24.8%）、平成28年1月1日時点）。

巡回診療	医師派遣	代診医派遣	実施無し
90	102	94	77(24.7%)

このため、へき地医療拠点病院の要件を見直し、現状を明確化するとともに数値目標を示し、へき地医療拠点病院のさらなる充実を図る必要がある。

【へき地医療拠点病院の活動目標】

へき地医療拠点病院の主たる3事業である

- ① へき地における巡回診療、
 - ② へき地への医師派遣、
 - ③ へき地への代診医派遣
- の実績が年間12回（月1回）以上

へき地医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

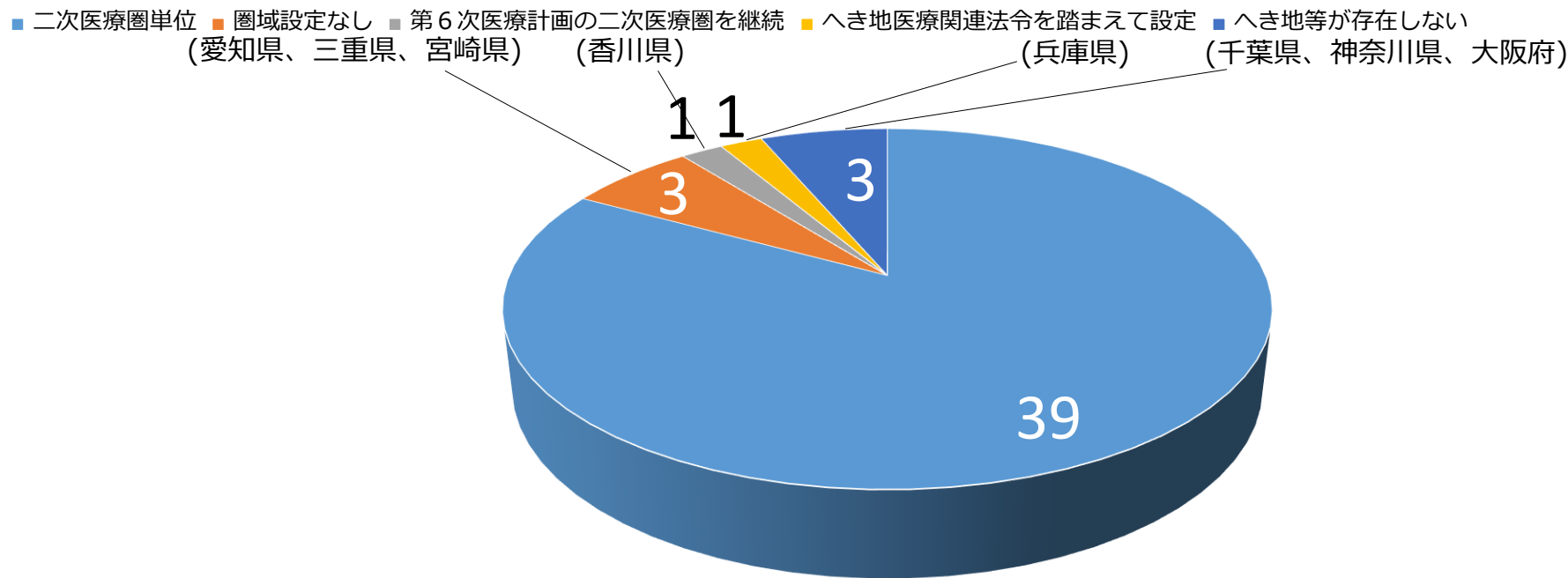
○へき地医療に関して示された以下の指標例※については、従来から実施している「へき地医療現況調査」において、平成29年より把握することとしている。

	へき地医療		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・併任担当者数	
		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）確保の検討会数	
	●	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							

(1) へき地医療提供体制 都道府県のへき地医療に係る圏域設定状況

○ 39都道府県が、へき地医療に係る医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別のへき地医療に係る医療圏の設定状況



○ 二次医療圏の設定とへき地医療に係る医療圏の設定が異なる理由

1. 圏域設定なし

- ・ 県全体でへき地保健医療対策の医療体系を考えているため（愛知県）
- ・ へき地診療所を有する市町村や無医地区等が対象となるため（三重県）
- ・ へき地医療の確保は、通常の二次医療圏単位での医療確保とは趣旨が異なるため（宮崎県）

2. 第6次医療計画の二次医療圏を継続

- ・ 第7次保健医療計画において、県内の医療圏を5医療圏から3医療圏に大括りに変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、へき地医療の圏域設定については、従来どおり5圏域としたため（香川県）

3. へき地関連法令を踏まえて設定

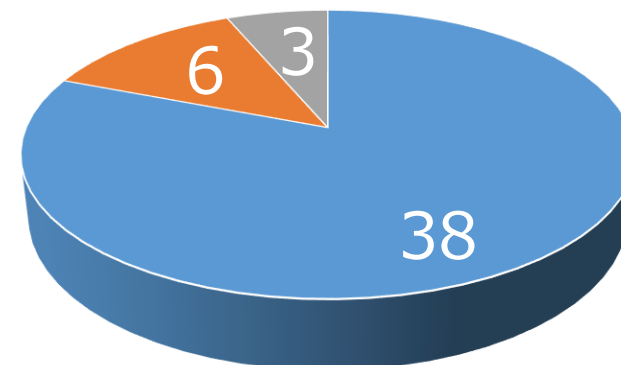
- ・ へき地関連法令（離島振興法、辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律、山村振興法、過疎地域自立促進特別措置法、豪雪地帯対策特別措置法）を踏まえ、へき地等の存在する4圏域を二次医療圏と別に設定（兵庫県）

(2) へき地医療体制に関する協議体制

- 38都道府県で年に1回以上のへき地医療体制に関する協議会が開催されている。

■ 年1回以上の協議会開催を予定 ■ 予定していない ■ へき地等が存在しない

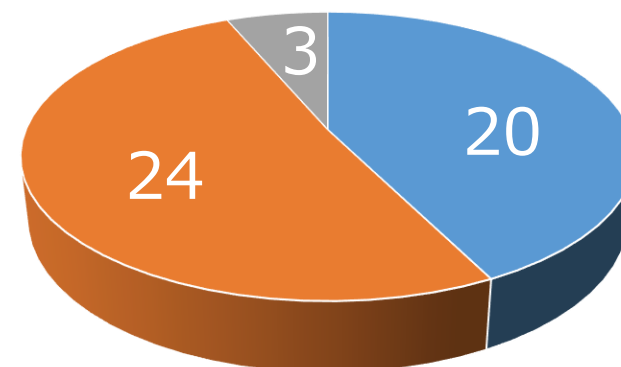
へき地医療体制に関する協議会の開催



- 20都道府県で地域医療構想調整会議においてへき地医療体制に関する議論が行われている。

■ 議論している ■ 議論していない ■ へき地等が存在しない

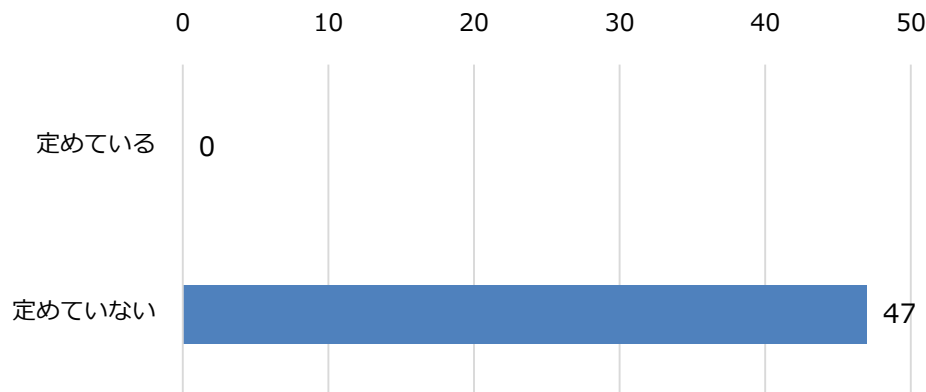
地域医療構想調整会議での へき地医療体制に関する議論の状況



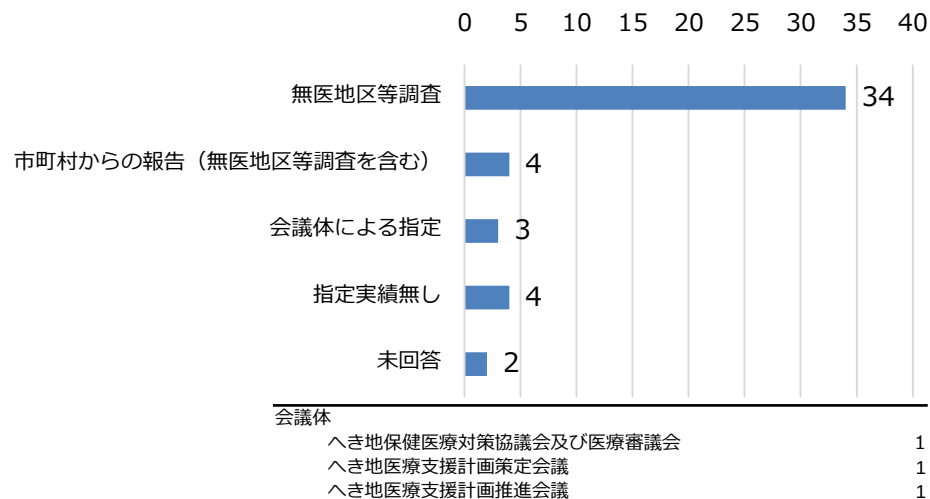
（３）無医地区・準無医地区の指定の現状①

- 無医地区等の指定は、主として無医地区等調査の結果に基づき、都道府県のへき地担当者の判断で行われているが、そのプロセスは明確に定められていない。

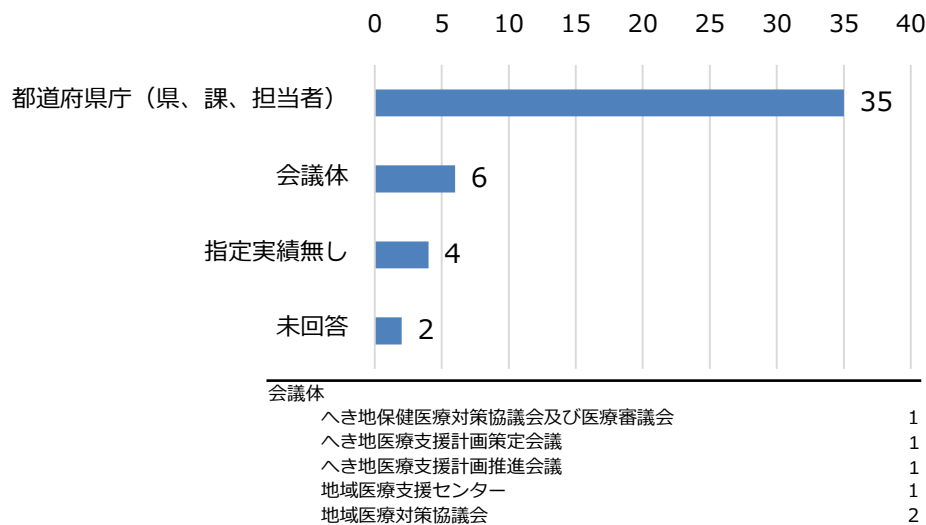
指定の手続きを文書で定めているか



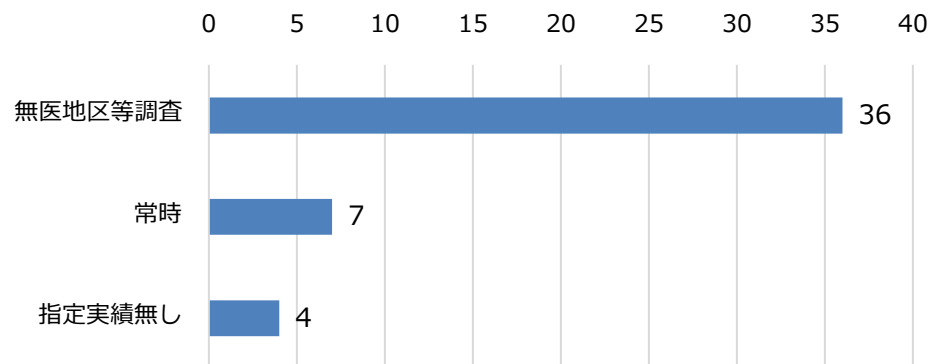
どのように指定しているか



指定の判断を行う者



どのようなタイミングで指定しているか



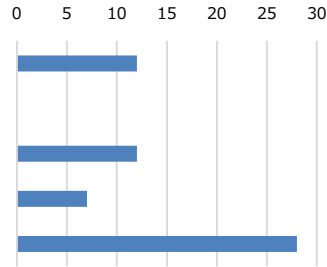
（４）無医地区・準無医地区の指定の現状②

○ 無医地区・準無医地区の指定・解除は、当該地域の人口変化、医療機関の開設・閉院、医療機関へのアクセス状況の変化が主な理由である。

無医地区・準無医地区の増加理由・減少理由（平成21年度調査→平成26年度調査）

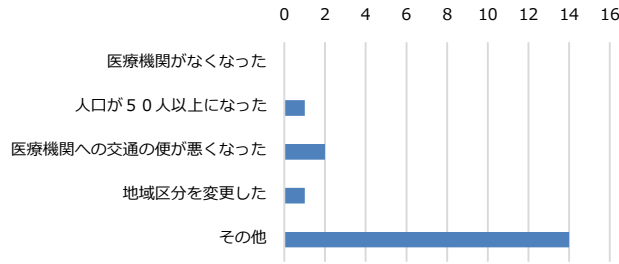
無医地区・準無医地区ではなかった地区から

無医地区となった理由



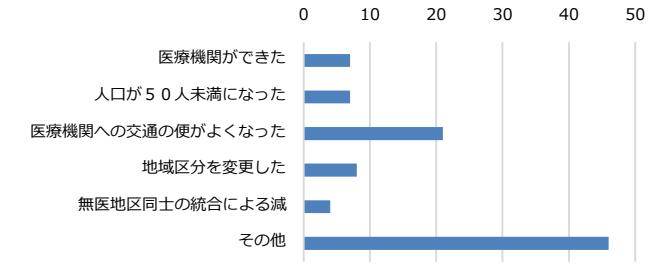
その他	28
本来無医地区であった	
※前回調査時登録漏れ等	5
高齢世帯が増加しているため	1
不明（第2票の添付無）	22

準無医地区から無医地区となった理由



その他	14
徒歩で1時間以上の時間を有するため無医地区に変更した	2
無医地区の定義にあてはまると考えたので無医地区に変更した	1
不明（第2票の添付無）	11

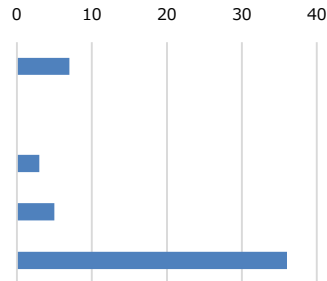
無医地区ではなくなった理由



その他	46
医療機関の往診エリアの拡大	1
交通事情の改善等	4
前回計上誤り	1
帳票がないため不明	21
計上ミス（地区名変更等により引き続き無医地区）	18
計上ミス（準無医地区となった）	1

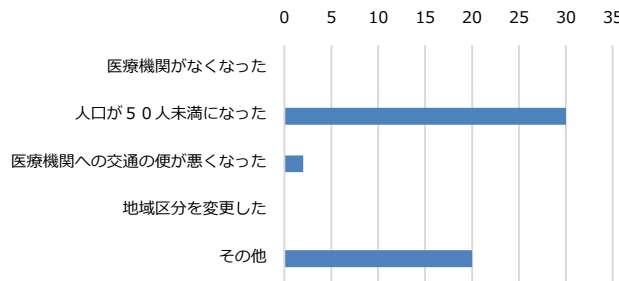
無医地区・準無医地区ではなかった地区から

準無医地区となった理由



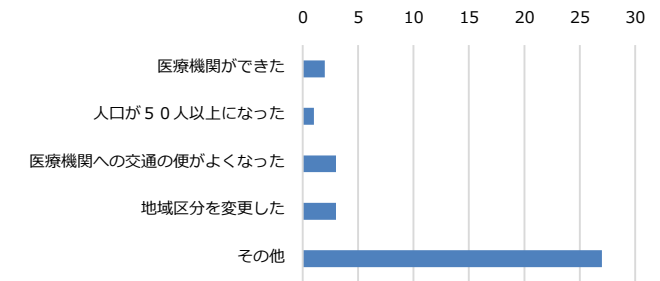
その他	36
本来準無医地区であった	
※前回調査時登録漏れ	10
診療日数が少ない、特定診療科がない等	7
準無医地区の定義に合致する地区のため	2
その他として①離島振興対策実施地域に指定されたため、②冬期に交通機関が使えない時期があるため、③村の中でも他地区と隔絶されているため	3
不明（第2票の添付無）	14

無医地区から準無医地区となった理由



その他	20
診療所は設置されているが診療回数が少ないため	2
不明（第2票の添付無）	18

準無医地区ではなくなった理由



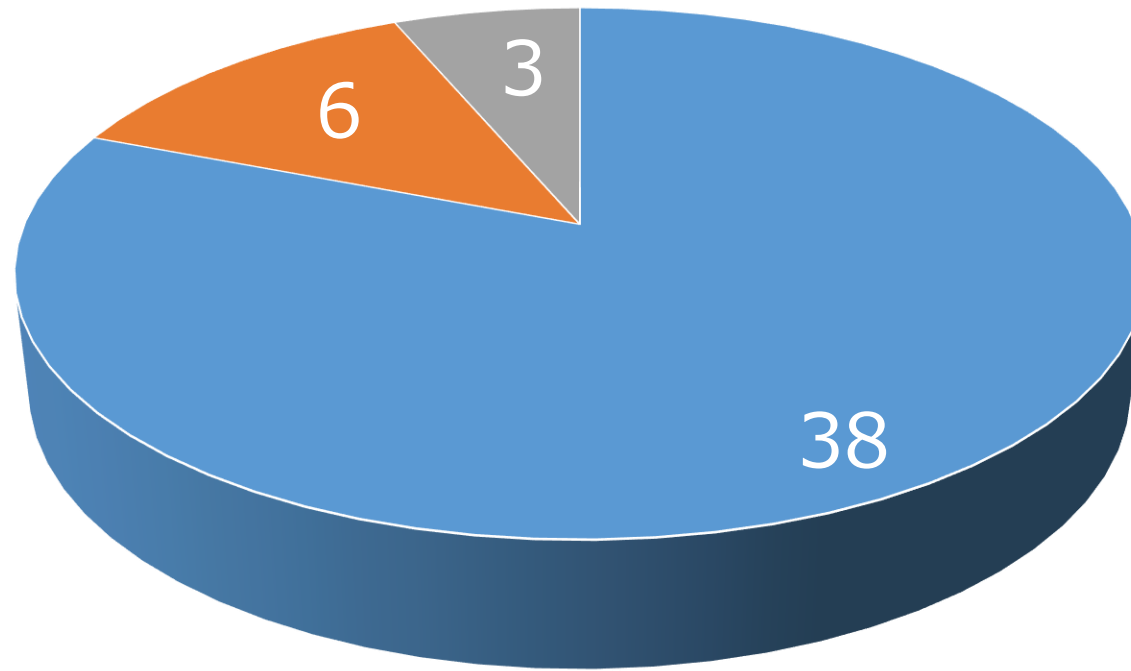
その他	27
計上ミス（準無医地区である）	9
計上ミス（無医地区となった）	1
不明（第2票の添付・記載なし）	7
交通機関等要件を満たさなくなったため	2
前回調査より人口がさらに減少したため	3
巡回診療を実施しているため	2
交通事情の改善及び自家用車の普及のため	3

(5) 目標項目 第7次医療計画におけるへき地医療の目標設定の状況

○ 38都道府県において、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

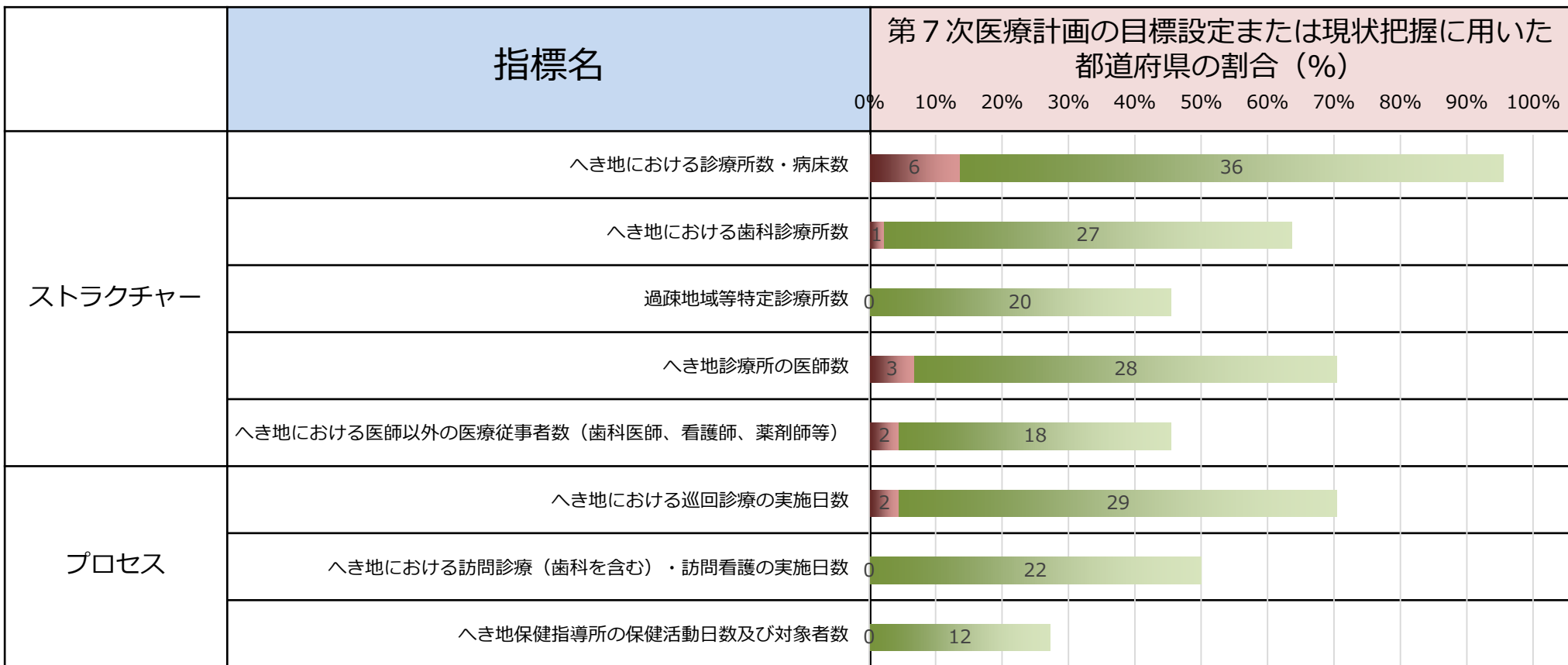
1年に1回以上評価予定がある指標の有無

■ 年1回以上評価予定がある指標を採用 ■ 採用せず ■ へき地等が存在しない



(6) 目標項目 【へき地診療所・無医地区等】

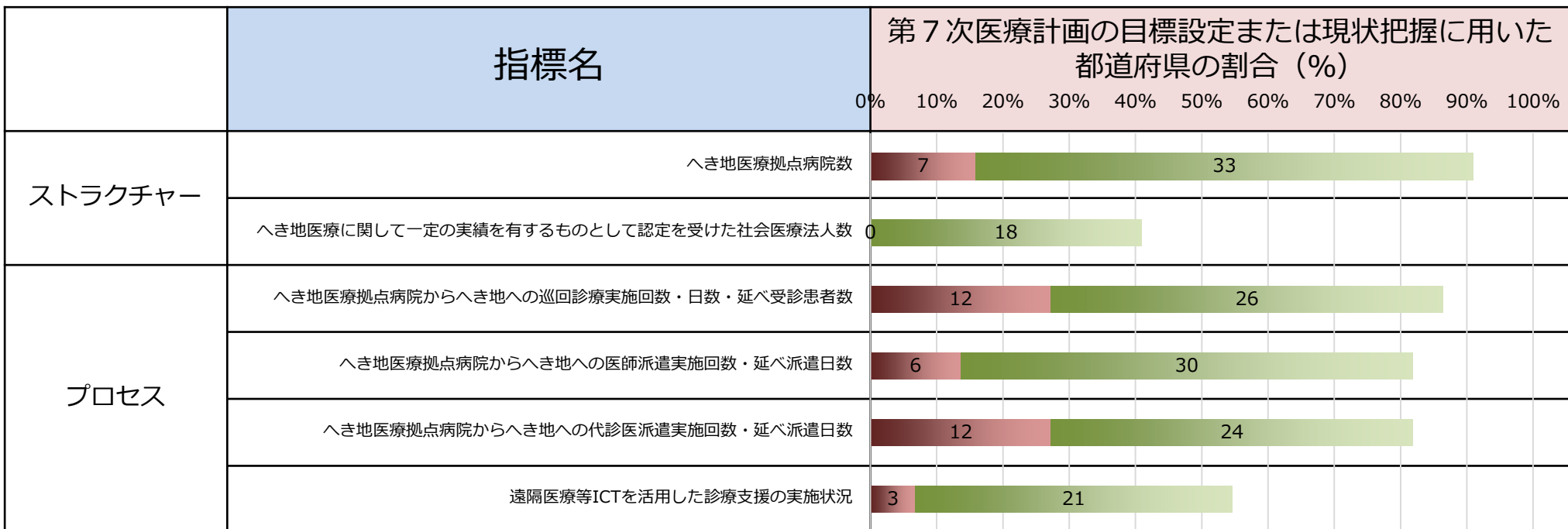
- へき地診療所数及び病床数を目標設定に用いているのは6都道府県である。
- 無医地区等に対する巡回診療の実施日数を目標設定に用いているのは2都道府県である。



■ 目標設定に用いた ■ 現状把握のために用いた ■ 用いていない

(7) 目標項目 【へき地医療拠点病院】

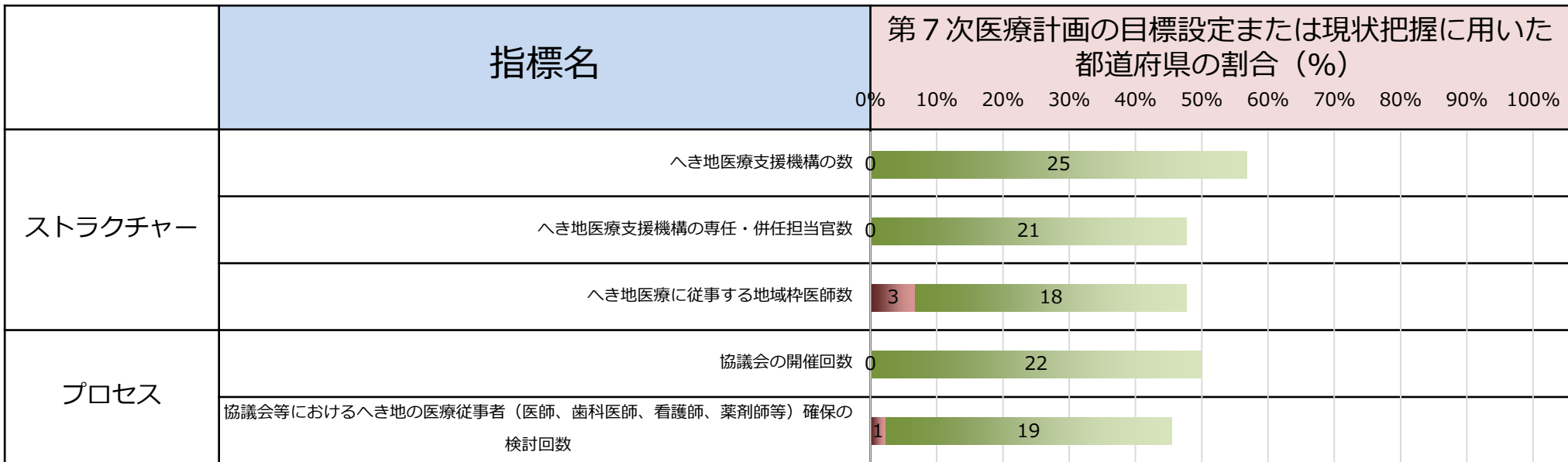
- へき地医療拠点病院の目標数を定めているのは7都道府県である。
- へき地医療拠点病院からの巡回診療の実績を目標に定めているのは12都道府県、医師派遣又は代診医派遣の実績を目標に定めているのは18都道府県である。



■ 目標設定に用いた ■ 現状把握のために用いた ■ 用いていない

(8) 目標項目 【へき地医療支援機構】

○ へき地医療に従事する地域枠医師数の目標を設定しているのは3都道府県である。



■ 目標設定に用いた ■ 現状把握のために用いた ■ 用いていない

(9) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

- 21都道府県において、指標以外に独自の目標項目を設定しており、主として、①無医地区・準無医地区又はへき地診療所に対する医療提供体制を指標化しているパターン（長野県、静岡県など）と、②医師確保を指標化しているパターン（京都府、広島県など）に分類される。

指標	都道府県	理由
無医地区・準無医地区のうち巡回診療や通院支援が行われている地区数	長野県	第6次計画で設定又は第7次計画策定にあたり策定委員が必要と判断したため
医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	静岡県	へき地への継続的な医療提供は困難であるため、無医地区に対し患者輸送車運行事業などの医療提供の支援を継続することが重要と考えるため。
へき地医療拠点病院における医師派遣・代診医派遣等応需率	三重県	医師派遣等回数に対し、年12回との数値目標例が示されていたが、厚生労働省の主催する全国へき地医療支援機構連絡調整会議にて他府県の状況を意見交換した結果、ほとんどの都道府県が派遣回数等ではなく、派遣要請に対する応需率を目標としていたため。
地域医療確保奨学金の貸与を受け医師確保困難地域の医療施設に従事した者		へき地等医師確保困難地域での対策として重要であるため。
新たな専門医制度において医師確保困難地域の医療施設に従事した専攻医数	京都府	へき地等医師確保困難地域において、若手医師の確保は重要であり、新専門医制度の開始以降も、専攻医を確保する必要があるため。
自治医大卒業医師県内定着率	広島県	へき地医療対策は、それを担う医師の確保と合わせて推進するものであることから、指標として採用し設定している。（計画内の「医師確保対策」における目標と重複）
へき地で勤務する総合診療専門研修プログラム専攻医数（累計）	山口県	

まとめ

- へき地におけるプロセス指標であるへき地に対する巡回診療の実績は、過半数の都道府県で現状把握のために用いられているが、目標設定を行っているのは2都道府県であった。
- へき地医療拠点病院のプロセス指標であるへき地医療拠点病院によるへき地に対する巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の実績は、過半数の都道府県で現状把握のために用いられているが、目標設定を行っているのはそれぞれ12都道府県、6都道府県、12都道府県であった。
- へき地医療に対する各都道府県の地域枠医師の従事者数は、21都道府県において現状把握又は目標設定を行っていた。

今後の検討の方向性について

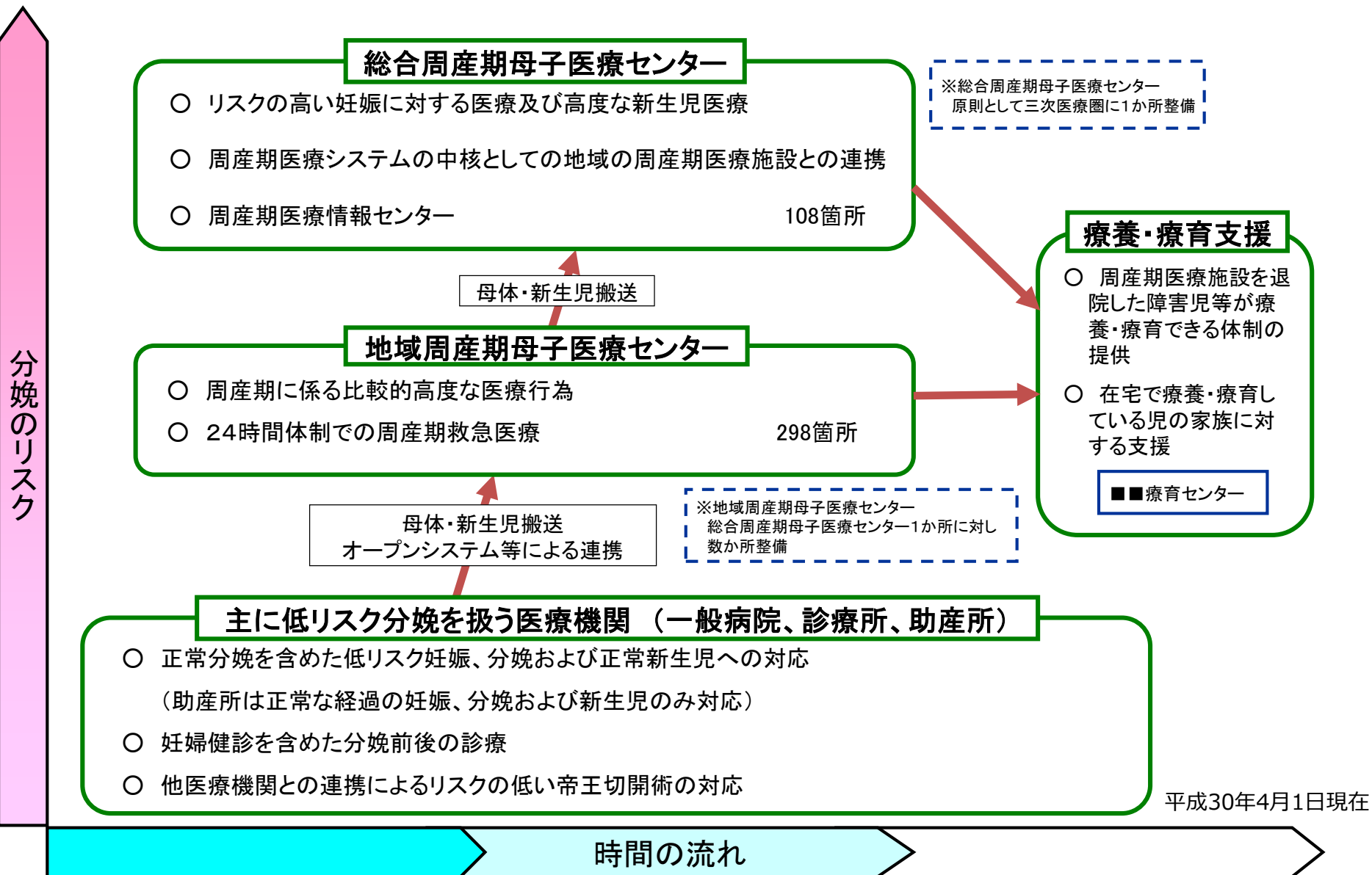
今後、都道府県における進捗状況の把握等を実施し、中間見直し等に向けて検討をしていく際の論点として、下記のようなものが考えられるのではないか

- 都道府県の地域枠医師が順次卒業・初期研修を修了することを踏まえ、へき地に存在する医療機関における地域枠医師の活用をどのように考えるか
- 巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の回数については、年12回と数値目標を通知※で示しているが、現状把握のための指標設定のみならず、数値目標設定を推進するためにどのような対応が必要か。
- へき地である無医地区・準無医地区の考え方は、「医療従事者の受給に関する検討会 医師需給分科会」における医師偏在対策の検討も踏まえて今後整理していったらどうか。

※ 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）別表11

周産期医療

周産期医療の体制について



第7次医療計画における「周産期医療」の追加見直しのポイント

- 「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。
- 無産科二次医療圏の解消に向けた対策を記載する。

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)

A県(6 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県の状況も踏まえた検討が必要。

無産科二次医療圏の解消

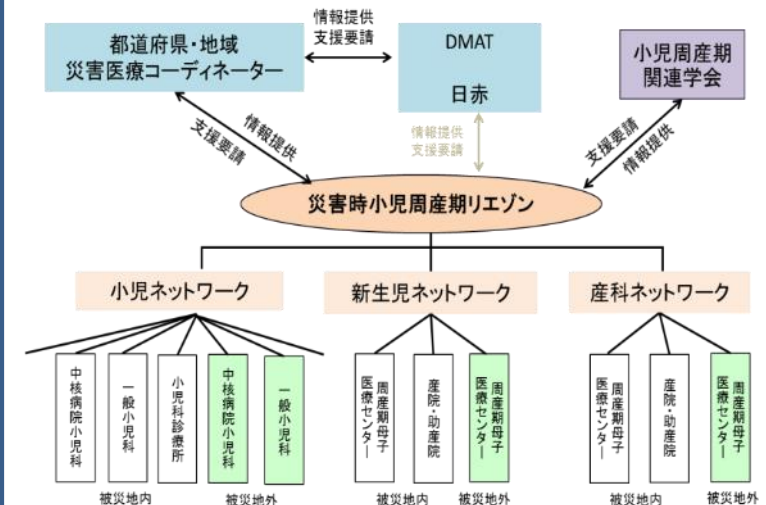
無産科二次医療圏を有する都道府県については、産科医の確保事業等を活用し、その問題の解消に向けた対策を記載。

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



周産期医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

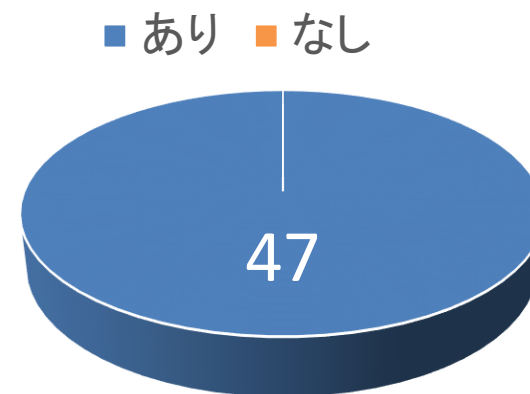
	低リスク分娩		地域周産期母子医療センター		総合周産期母子医療センター		療養・療育支援	
ストラクチャー		産科・産婦人科・婦人科医師数						乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数
		分娩を取扱う医師数						
		日本周産期・新生児医学会専門医数						
		助産師数						
		アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数						
		分娩を取扱う医療機関の種別						
			NICUを有する病院数・病床数					
			NICU専任医師数					
			GCUを有する病院数・病床数					
			MFICUを有する病院数・病床数					
			ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数					
			業務継続計画策定医療機関数・策定割合					
			災害時小児周産期リエゾン認定者数					
プロセス	●	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・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)
	●	周産期死亡率						
	●	妊産婦死亡数・死亡原因						

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・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」

(1) 協議体制

- 全都道府県で年に1回以上周産期医療協議会が開催され、周産期医療体制に関する議論が行われている。

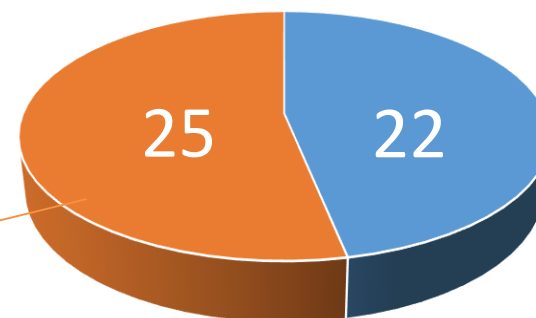
周産期医療協議会の年に1回以上の開催



- 22都道府県で、地域医療構想調整会議において、周産期医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での 周産期医療に関する議論の状況

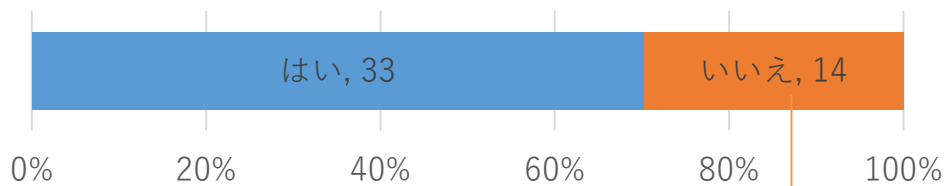
■ 議論を行っている ■ 議論を行っていない



宮城県、秋田県、福島県、群馬県、埼玉県、東京都、新潟県、山梨県、岐阜県、三重県、兵庫県、奈良県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、長崎県、熊本県、大分県、鹿児島県

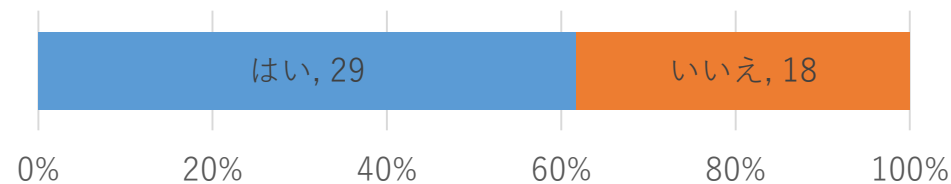
(2) 周産期医療提供体制 都道府県の周産期医療圏設定状況

周産期の医療圏の設定にあたっては
アクセスや流出入を考慮したか。



秋田県、山形県、東京都、神奈川県、富山県、岐阜県、愛知県、
京都府、奈良県、鳥取県、岡山県、長崎県、鹿児島県

周産期の医療圏の設定は二次医療圏と同じか。



○ 18都道府県で、地域の実情に応じて二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。

圏域の設定が二次医療圏と異なる理由

岩手県	9つの二次医療圏を4つの周産期医療圏とした理由は、分娩取扱医療機関の妊産婦人口に対するカバー率(圏域居住者が圏域内で出産した割合)は8割程度(平成28年度県調査)と概ね圏域内で診療が完結していることやほとんどの地域で概ね1時間以内に周産期母子医療センター等に移動可能なことを考慮したため。
茨城県	各疾病・事業や医療資源の状況によって、二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことも考えられるため、地域の実情を踏まえて、より適切に連携する圏域として二次保健医療圏とは別に設定している。
東京都	二次医療圏を踏まえつつ、医療機関の配置等を考慮して設定。
神奈川	当県では、従前、県独自の周産期救急医療システムを運用しており、二次医療圏(県内9区域)ではなく県内6ブロック制を採用しているため。 ※同システムは、それぞれ「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」として機能別に位置づけたシステム受入病院を中心として、高度な医療水準による一貫した対応を24時間体制で確保することとしている。なお、各ブロック内に最低1病院は基幹病院が指定され、この基幹病院がブロック内の患者受入の調整機能を担う。
石川県	正常分娩については基本的に二次医療圏内で対応しているが、ハイリスク分娩等は二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を周産期医療の圏域としているため

(2) 周産期医療提供体制 都道府県の周産期医療圏設定状況

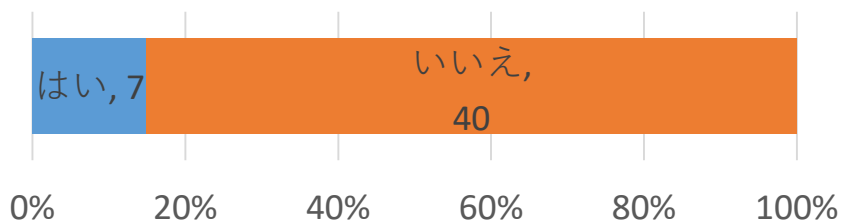
圏域の設定が二次医療圏と異なる理由

山梨県	周産期医療に関する医療従事者、医療設備等が2つの医療圏に集中していることから、県内を2区域として医療連携・分担を図ることとした。なお、高度な周産期医療が必要な際には中北医療圏を中心とする全県的な連携を図ることとしている。
長野県	他圏域と連携して提供体制を整備する場合があるため。
静岡県	県内の東部・中部・西部の3地域それぞれに1施設ずつ総合周産期母子医療センターがあるため、その3地域で医療圏を設定している。二次医療圏内で対応できないような患者は、各地域の総合周産期母子医療センターで対応することとしている。
愛知県	県全体で周産期医療対策の医療体系を考えているため、医療圏を設定していない。
三重県	人口分布や周産期母子医療センターの配置を考慮した場合、二次医療圏とは異なる圏域を設定した方が、より効果的な周産期医療を提供できるため。
滋賀県	医療資源を集約し、その有効活用を図ることで、県内の高度・専門医療の提供体制を充実させ必要な医療を受けることができるようにするため。
兵庫県	一般的な医療機関に比べ、周産期医療の中心的な役割を果たすことが可能な医療機関は限られているため、周産期医療圏域では、隣接する二次医療圏域を統合している地域がある。
山口県	医療資源の状況を踏まえ、5つの周産期医療圏を設定し、各周産期医療圏において地域周産期母子医療センターを中心とした医療機関の連携体制を構築
愛媛県	周産期母子医療センターの設置状況や分娩数、分娩取扱医療機関数、医師数、交通事情等を考慮したため。
熊本県	周産期母子医療センター及び地域の周産期中核病院を中核にした圏域を周産期の医療圏としているため。
宮崎県	本県の産科医師の配置には地域偏在があり、産科医師が少ない二次医療圏があるため、隣接する医療圏で産科医師が不足する医療圏を補えるよう医師配置の均衡を図り、7つの二次医療圏とは別に県内を4つの周産期医療圏を設定している。
鹿児島	本県では9カ所の二次医療圏を設けているが、二次保健医療圏を超えた広域の連携により、安全で良質な小児・産科医療を安定的・継続的に確保するため、6カ所の小児科・産科医療圏を設けている。

(2) 周産期医療提供体制 無産科二次医療圏の状況

無産科二次医療圏は存在するか。

無産科二次医療圏が存在する7都道府県のうち、



○ 周産期医療圏と二次医療圏は異なる

山梨県、愛知県、鹿児島県

○ 周産期医療圏と二次医療圏は同一

北海道、福井県、高知県、宮崎県

○ 7都道府県で無産科二次医療圏があるが、そのうち3都道府県で地域の実情に応じて二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。

周産期医療圏と二次医療圏が同一の4都道府県のうち、

○ 無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っている 3都道府県

北海道	産科医師の養成・確保を図るため、医師を養成する医育大学の取組に対する支援や、地域枠医師制度の活用等により産科医師の確保に努めている。
宮崎県	県内の無産科二次医療圏については、今後分娩取扱を開始するため新たに産婦人科医が着任し、現在健診等の診療を行っており、無産科二次医療圏は解消される見込みとなっている。 今後、分娩取扱開始に向けた病院の設備整備に対して県として補助を行う予定である。
高知県	三次周産期医療提供施設に産科病床を14床増床。 分娩待機施設への補助。救急隊員向け妊産婦救急救命基礎研修(BLSO)実施。 助産師等による産前産後保健指導を行う市町への補助。

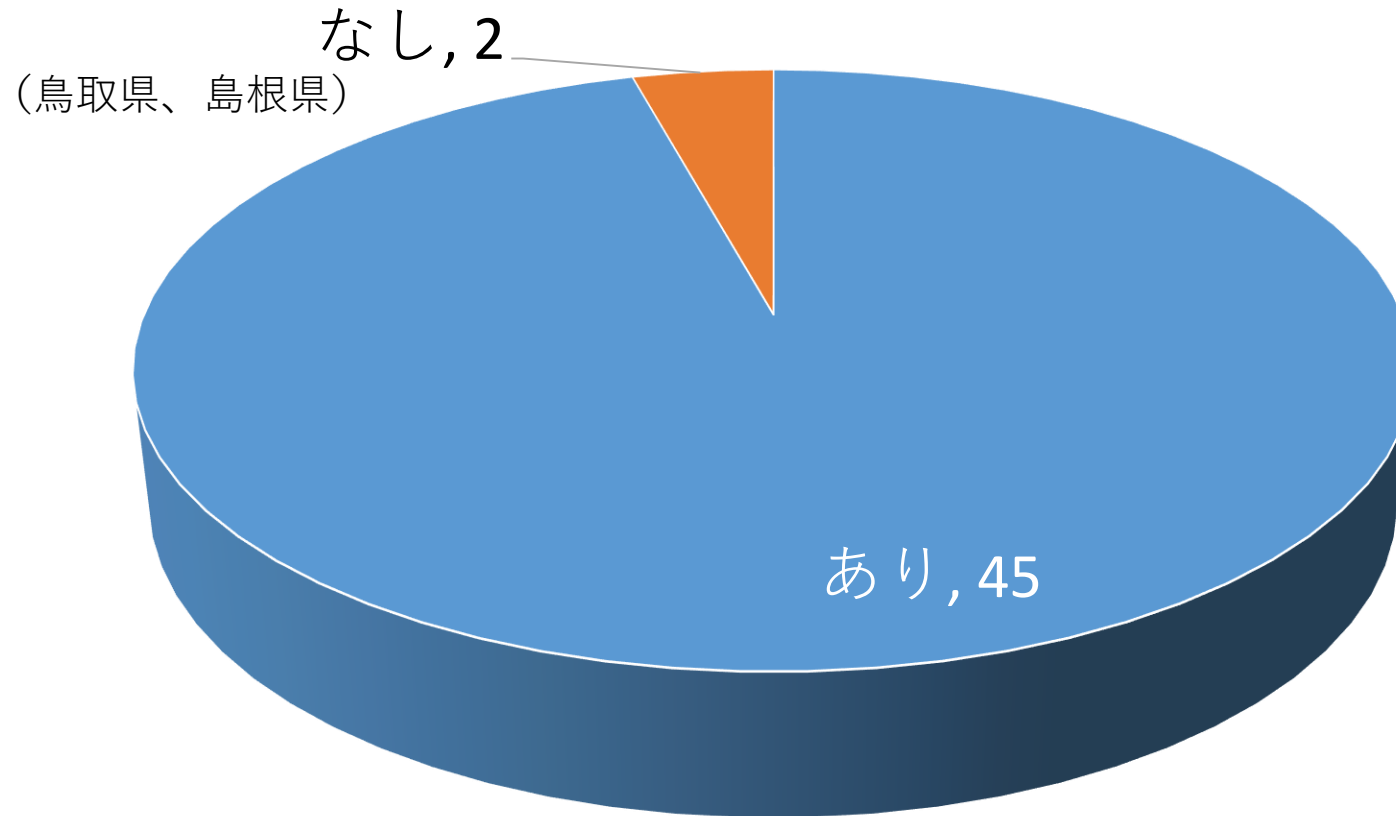
○ 無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っていない 1都道府県

福井県

(3) 目標項目 第7次医療計画における周産期医療の目標設定の状況

○ 45都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無



(3)目標項目 第7次医療計画における周産期医療の目標設定の状況

地域の医療資源には限りがあることや、地域の周産期医療提供体制を維持するために必要な方策について、住民の理解を深めるための取組や、適切な受診行動をとってもらうための普及啓発を行っているか

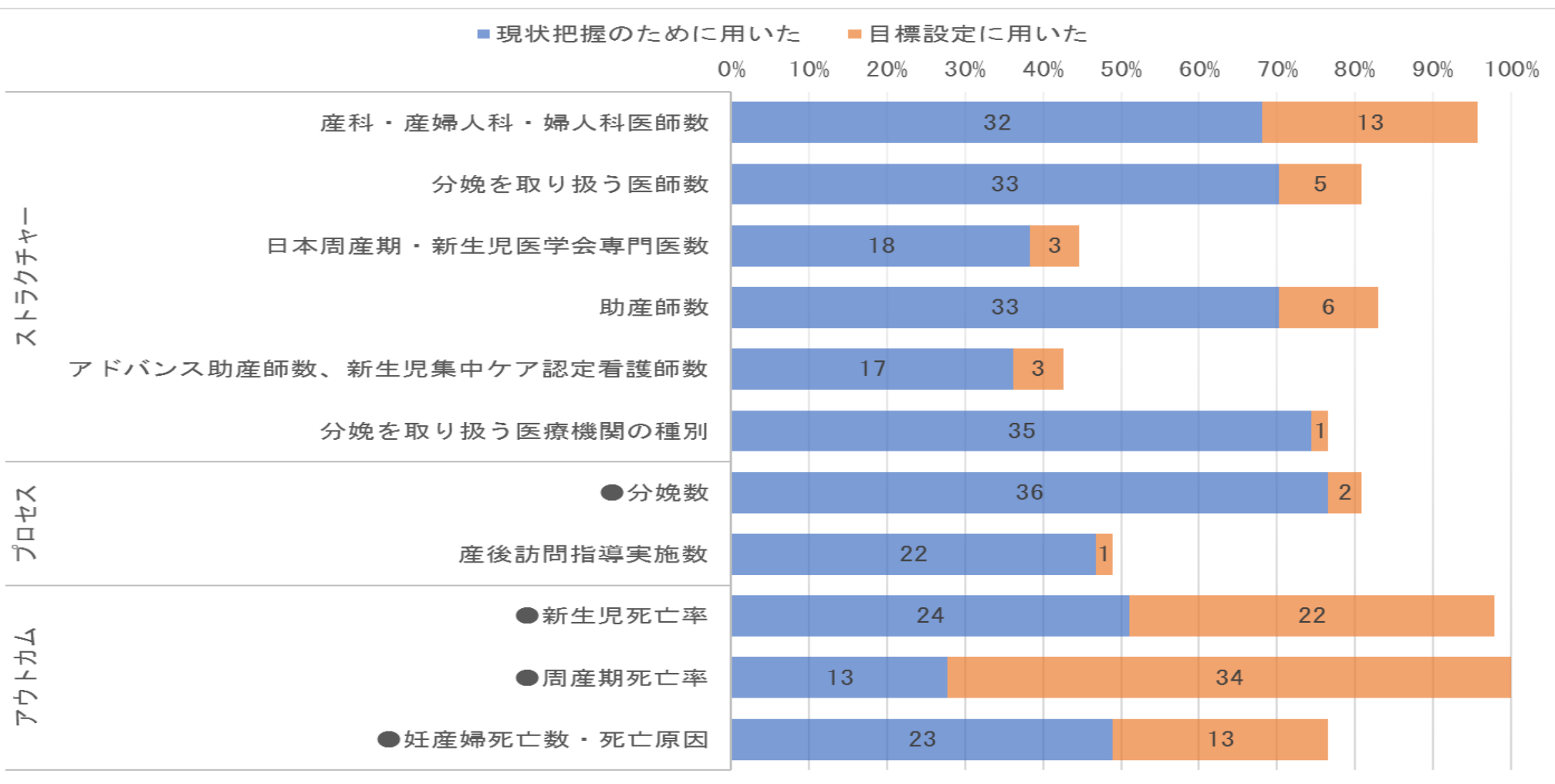
はい, 17

いいえ, 30

岩手県	①周産期医療ガイドブックの配布・ホームページ掲載 ②県民みんなで支える岩手の地域医療推進運動の実施(適正受診等に関する公共交通機関へのポスター掲出、テレビ媒体を使用した広報、出前講座の実施等
宮城県	分娩取扱施設一覧を県ホームページに掲載、合わせてセミオープン連携病院についてはその旨付記している。
茨城県	各総合周産期母子医療センターに妊産婦搬送コーディネーターを配置するなど、地域の産婦人科医療機関、搬送機関との連携を強化した総合的な診療体制を確保することとしている。
群馬県	周産期医療の現状や課題について理解を広めるための啓発資料を配付
神奈川	県ホームページにて、周産期医療提供体制に携わる医療機関毎の機能分担及び県民の適切な受診行動を促す文面を掲載予定。
富山県	病院・診療所が連携・協力して健診と分娩の役割を分担
福井県	セミオープンシステムの利用促進にかかる県民への周知啓発
長野県	医療資源の集約化・重点化を方針とする「長野県周産期医療システム」について、県民の理解を得ながら進めている。
静岡県	妊婦等の適切な受診行動の促進のため、静岡県産婦人科医会の監修のもと、産科医療に関する正しい知識を普及・啓発するためのパンフレットを作成。県内全ての産科、産婦人科並びに婦人科及び助産所での妊婦等への配布により活用。
大阪府	妊婦健診受診についてホームページに掲載し周知
奈良県	・救急知識に関する講習会の実施・ガイドブック作成配布・周産期年報の発行
鳥取県	周産期に限ったことではないが、医療機関の適切な利用を心がけていただくよう、リーフレット、テレビスポットCMを作成し、普及啓発を行っている。
徳島県	セミオープンシステムの周知等を図ることを目的に県独自で「共通診療ノート」を作成し、母子健康手帳とあわせて全妊婦に配布するなど、継続した取組を実施している。
高知県	中央保健医療圏で分娩する妊婦が分娩待機や妊婦健診の際に、滞在施設として利用できるよう、分娩待機施設を確保し、市町村から母子健康手帳交付時等に説明、パンフレット等の配布を行っている。
長崎県	県広報誌、ラジオ、情報誌等で普及啓発を行っている。
福岡県	医療機関へのポスター掲示等(母体搬送コーディネーター事業) 市町村の両親学級や家庭訪問等で適切な受診行動や安全な出産についての指導、援助を行っている。
沖縄県	平成29年度8月NICU満床時に、マスコミをとおして早産予防に関する呼びかけを行うとともに市町村へ妊婦健診の重要性や異常に気づける教育、適宜産科診療所へ相談、受診を行うよう周知依頼文書を発出した。

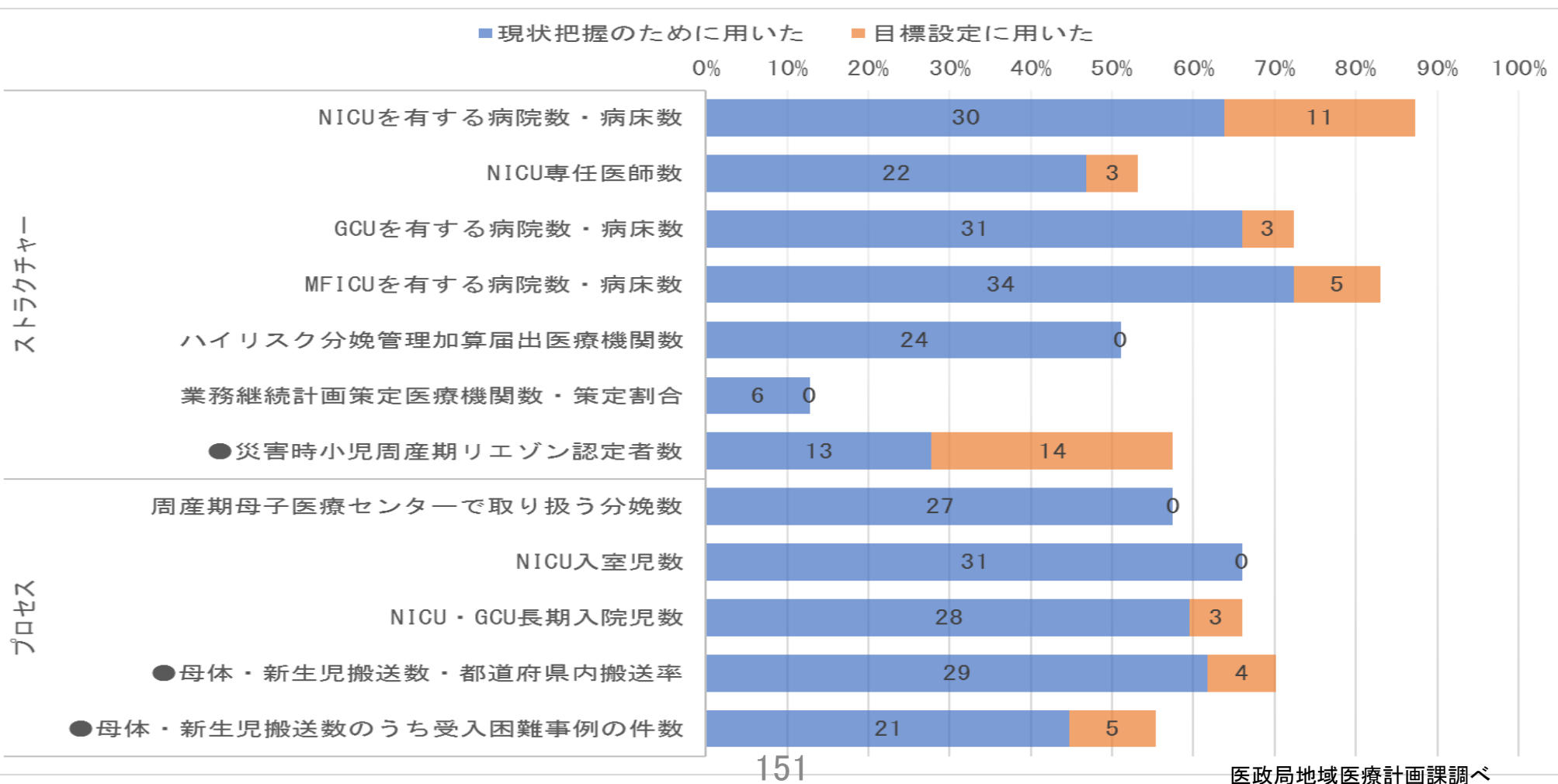
(3)現状把握項目・目標項目【分娩】

- 39都道府県が、「分娩」に関する目標項目を設定している。
- 分娩の目標項目のうち、医師数(産科・産婦人科・婦人科医師数、分娩を取り扱う医師数、日本周産期・新生児学会専門医師数)を目標として設定したのは18都道府県である。



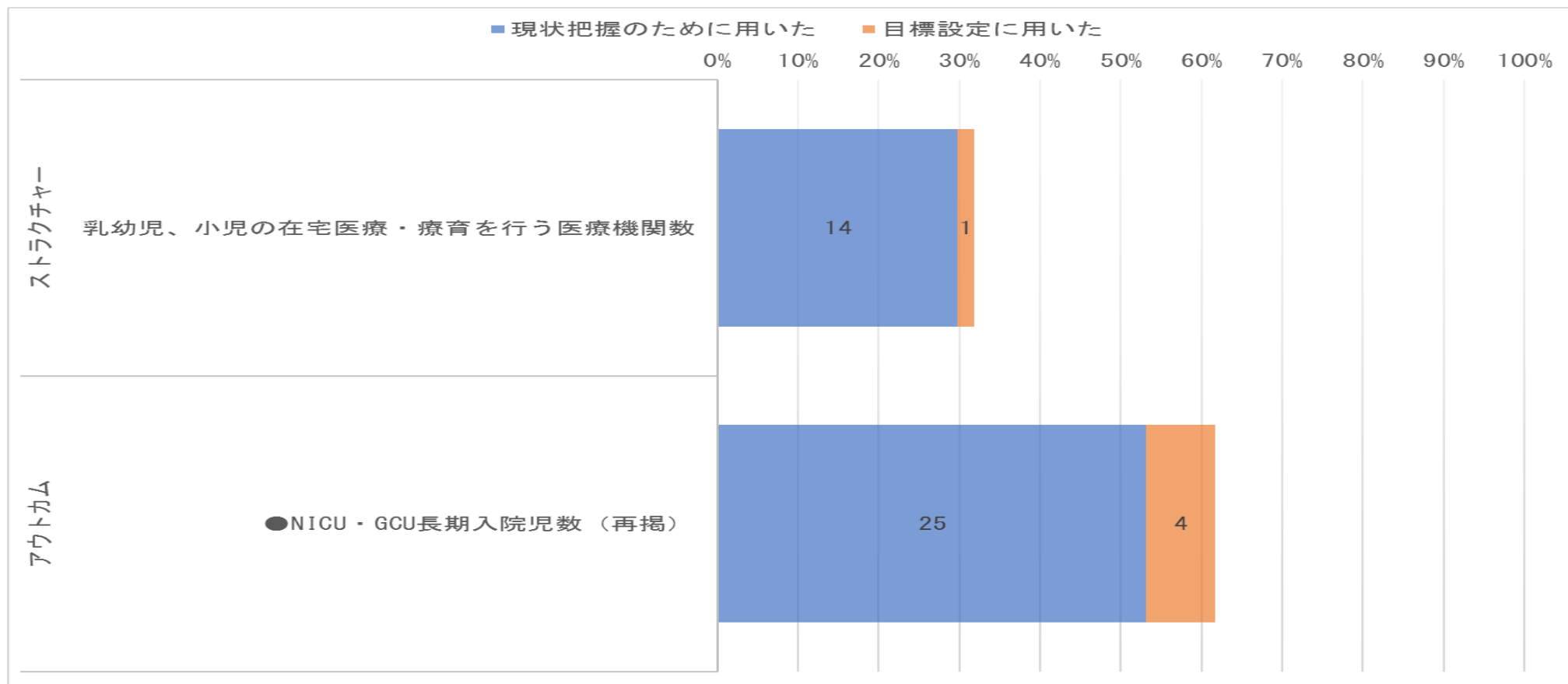
(3)現状把握項目・目標項目【周産期母子医療センター】

- 23都道府県が、「周産期母子医療センター」に関する目標項目を設定している。
- 搬送に関する項目を目標として設定したのは8都道府県である。
- 災害時小児周産期リエゾン認定者数を現状把握、もしくは目標設定に用いているのは27都道府県である。



(3)現状把握項目・目標項目 【療養・療育支援】

- 4都道府県が、「療養・療育支援」に関する目標項目を設定している。
- 「療養・療育支援」に関する項目を、現状把握にも目標設定使用していないのは、34都道府県である。



(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

指標(ストラクチャー)	都道府県	理由
病院や高次医療施設に勤務する産婦人科医、小児科医の数	秋田県 高知県	医師不足、地域偏在があるため
医師修学資金貸与者の就業産科医数	佐賀県	本県では医師修学資金貸与の返還免除となる診療科に産科を挙げており、産科医師確保対策の県独自の事業のため
産婦人科医師の平均年齢、年代別医師数	宮崎県	周産期医療体制の現状把握のため
院内助産リーダー養成者数	長野県	
就業先別助産師数	宮崎県	周産期医療体制の現状把握のため
周産期死亡等検討実施回数、新生児蘇生法講習会受講者数	岐阜県	周産期死亡率(新生児死亡率)の低減に必要と考えたため
周産期医療従事者資質向上研修受講者数	佐賀県	県独自で行っている事業のため
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の数	秋田県、長野県、佐賀県、熊本県	現在の広域的な周産期医療体制を維持するため、既存の周産期母子医療センターの設置圏域に偏りがあるため。
地域周産期医療機関の整備等	栃木県 佐賀県	医療提供体制の充実の目安として採用している。
NICU等の長期入院児後方支援病床	滋賀県	NICUおよびGCUに長期入院している児が、NICU等から在宅医療へ円滑に移行でき、NICU病床の効率的な運用を図るため。
NICU、総合・地域周産期母子医療センター病床稼働状況等	京都府 高知県	病床利用の最適化、分娩受け入れ状況把握のため
災害時小児周産期リエゾンの養成数	京都府 佐賀県	災害時の小児・周産期医療体制の確保。
医療的ケアが必要な小児を受入れている訪問看護ステーション数	長崎県	NICUを退院後、引き続き医療的ケアが必要な小児が在宅で安心して療養できる体制整備を図るため。
周産期医療支援システムに参加する施設数	長崎県	ハイリスク分娩に備えて、関係機関で必要な情報を迅速に共有するための医療情報ネットワーク体制の構築を図るため。

(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

指標(プロセス)	都道府県	理由
出産後の届出件数	青森県	未受診妊婦数の把握に繋がり、その数を減少していく必要があるため。
妊娠11週までの妊娠届出割合	高知県	妊婦の母体管理意識の把握のため
周産期母子医療センター産婦人科医師1人当たりの分娩取扱数等	宮城県 茨城県	医師の負担を軽減し、働きやすい環境づくりを進めるため
県域を越えた搬送を含む連携体制の整備	茨城県	県域を越えた連携を強め、周産期医療体制の充実を図るため
NICU満床を理由とした県外緊急搬送件数	高知県	医療提供体制の把握のため
分娩を取り扱う施設が確保されている二次医療圏数 周産期母子医療センターにおける搬送受入不可件数のうちNICU満床に起因する割合	福岡県	有識者から、医療提供体制の維持・改善を示す指標として、当該指標を重視する意見があったため。
NICUの後方病院への搬送件数	京都府	各医療機関の機能分担による、NICU病床利用の最適化を図るため
産科・周産期傷病者搬送人員数	佐賀県	産科・周産期関連の傷病者搬送の増減を検討するため
里帰り出産受入率(分娩前後のみの受診及び分娩)	長野県	策定委員が必要と判断したため
分娩を扱う産科医療機関(除く助産所)における新生児聴覚検査の実施率	長野県	策定委員が必要と判断したため

指標(アウトカム)	都道府県	理由
周産期・新生児死亡率(出生千対)	宮城県	周産期医療体制の状況把握に適しているため
死産率	愛媛県	最終目的が「安心して産み育てられる周産期医療体制の整備」であり、死産率の低下は目的に沿うものであるため。
低出生体重児の出生割合等	高知県 熊本県	分娩状況の把握のため。
早産数、出生数、出生率	高知県	分娩状況の把握のため。
妊娠・出産について満足しているものの割合	大阪府	健やか親子21(第2次)の指標
育てにくさを感じた時に対処できる親の割合	大阪府	健やか親子21(第2次)の指標

(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

産前産後のメンタルヘルスに関する項目

指標(ストラクチャー)	都道府県	理由
EPDSを導入している周産期医療機関数	長野県	
周産期のメンタルヘルス支援に関する検討実施回数、診療所・病院数、医療型短期入所事業所数	岐阜県	産後うつや新生児虐待を防止するために必要と考えたため。
支援が必要な妊婦に対する医療機関と精神科の連携	宮崎県	産後うつ対策に向けた現状把握のため

指標(プロセス)	都道府県	理由
周産期母子医療センターにおける精神疾患を合併した妊婦への適切な医療を提供するための連携体制の整備状況	青森県	今後、精神疾患を合併した妊婦への対応が必要とされてくることから、新たに追加した。
EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)を導入している市町村の状況	岐阜県 宮崎県	産後うつや新生児虐待を防止するために必要と考えたため。産後うつ対策の現状把握のため。
総合周産期母子医療センターの精神科医師配置数、臨床心理士配置数、精神科医療機関連携数(周産期体制調)	佐賀県	総合周産期母子医療センターにおいて精神疾患を合併する妊産婦について対応可能な体制を整えているかを把握するため
医療機関における1か月健診時の産後うつへの支援について	宮崎県	産後うつ対策の現状把握のため。

まとめ

- 周産期医療協議会は全都道府県で行われていたが、地域医療構想調整会議で周産期について議論が行われた都道府県は半分以下である。
- 周産期医療圏の設定にあたっては33都道府県でアクセスや流出入を考慮し、18都道府県で、地域の実情に応じて二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。
- 7都道府県に無産科二次医療圏があり、そのうち3都道府県は二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。周産期医療圏と二次医療圏が同一の4都道府県のうち、3都道府県では、無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っている。
- 分娩の目標項目のうち、医師数を目標として設定したのは18都道府県である。
- 災害時小児周産期リエゾン認定者数を現状把握、もしくは目標設定に用いているのは27都道府県である。
- 「療養・療育支援」に関する項目を、現状把握にも目標設定使用していない都道府県が7割をしめる。

今後の検討の方向性について

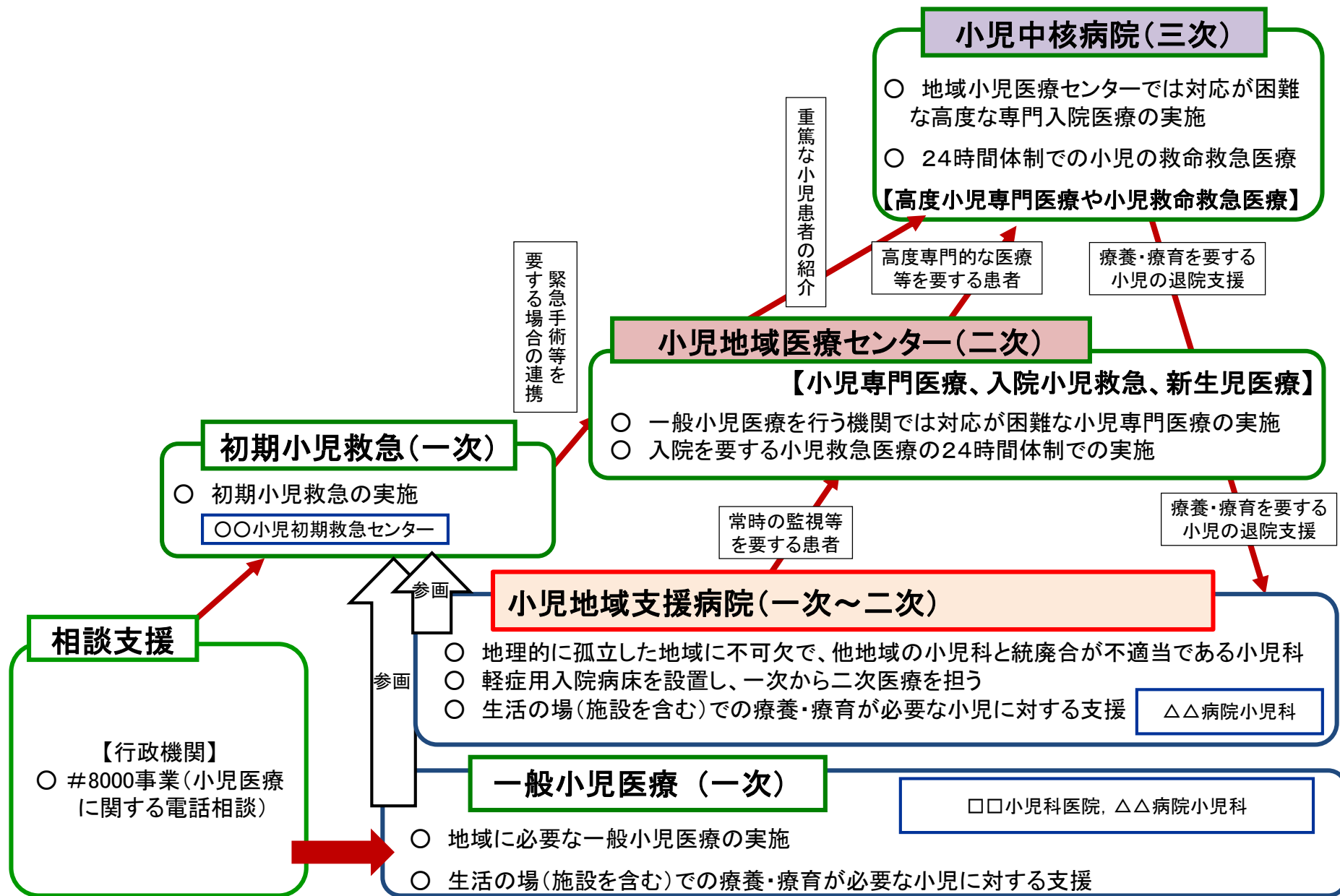
今後、都道府県における進捗状況の把握等を実施し、中間見直し等に向けて検討をしていく際の論点として、下記のようなものが考えられるのではないか

- 周産期医療協議会と地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会における議論について、整合性に留意し適切な協議が行われるよう支援してはどうか。
- 周産期医療圏の圏域の設定については、精査・検証し、機能分化連携の点から、望ましいあり方を整理してはどうか。また、可能かどうかも含め、圏域の設定を評価する指標の導入を検討してはどうか。
- 周産期医療の療育・養育支援の指標と小児医療や在宅医療に用いられる指標について、それぞれの成育過程にあわせて整えてはどうか。

小児医療

小児医療の体制について

医療機能（重症度）



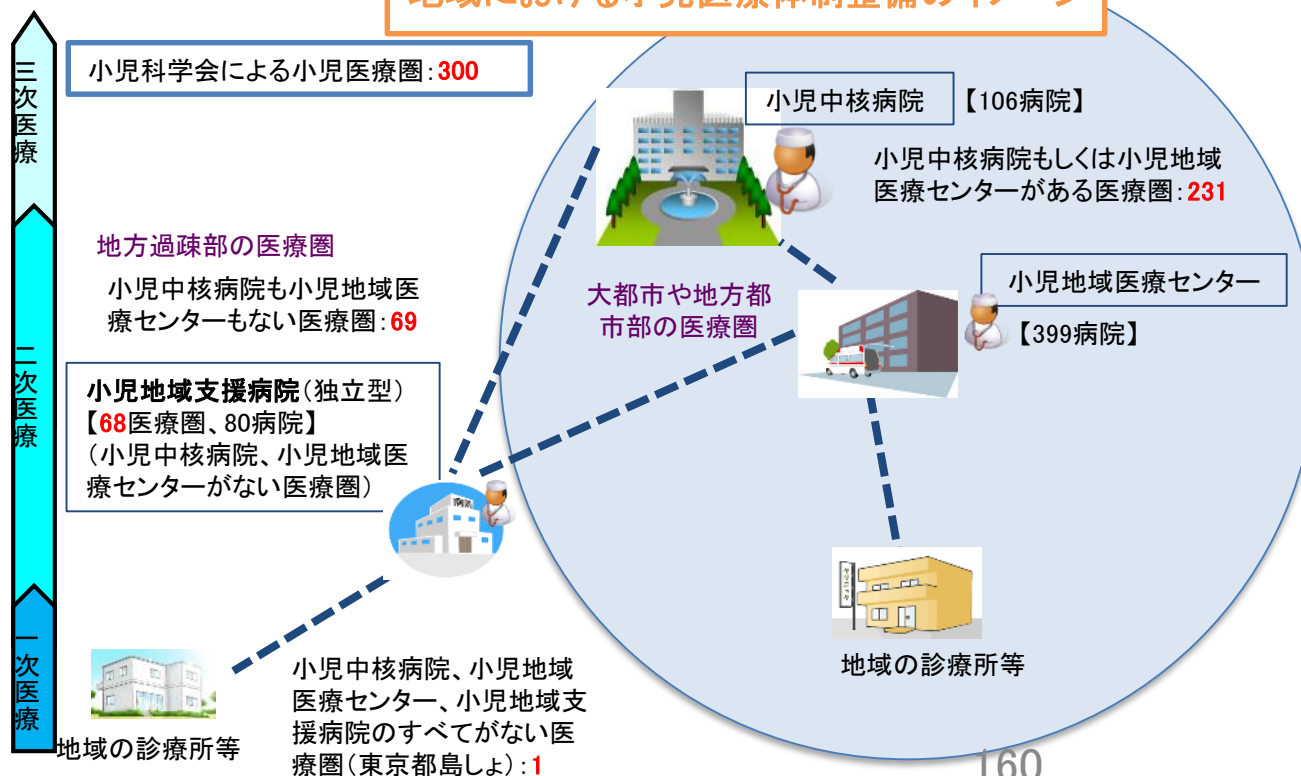
第7次医療計画における「小児医療」の追加見直しのポイント

- 日本小児科学会の提言も踏まえ、小児中核病院、小児地域医療センターのどちらも存在しない圏域では、「小児地域支援病院」を設定し、拠点となる医療機関等と連携しつつ、地域に必要な入院診療を含む小児診療体制を確保する。
- 研修等を通じて地域で活躍する人材の育成を図るとともに、引き続き子ども医療電話相談事業（#8000）の普及等を進める。

地域の実情に応じた体制の整備

拠点となる医療機関が存在しない地域では、それに準じた医療機関を小児地域支援病院として設定し、近隣圏との連携強化を図ることにより、地域の小児医療体制を整備する。また、中核病院や小児地域医療センターと小児科かかりつけ医等との連携を推進する。

地域における小児医療体制整備のイメージ



人材育成と住民への情報発信の推進

地域における受入れ体制を構築するための人材の育成や、地域住民の小児医療への理解を深めるための取組を進める。



小児医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線は、第7次医療計画で新たに追加された指標

	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								

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・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」

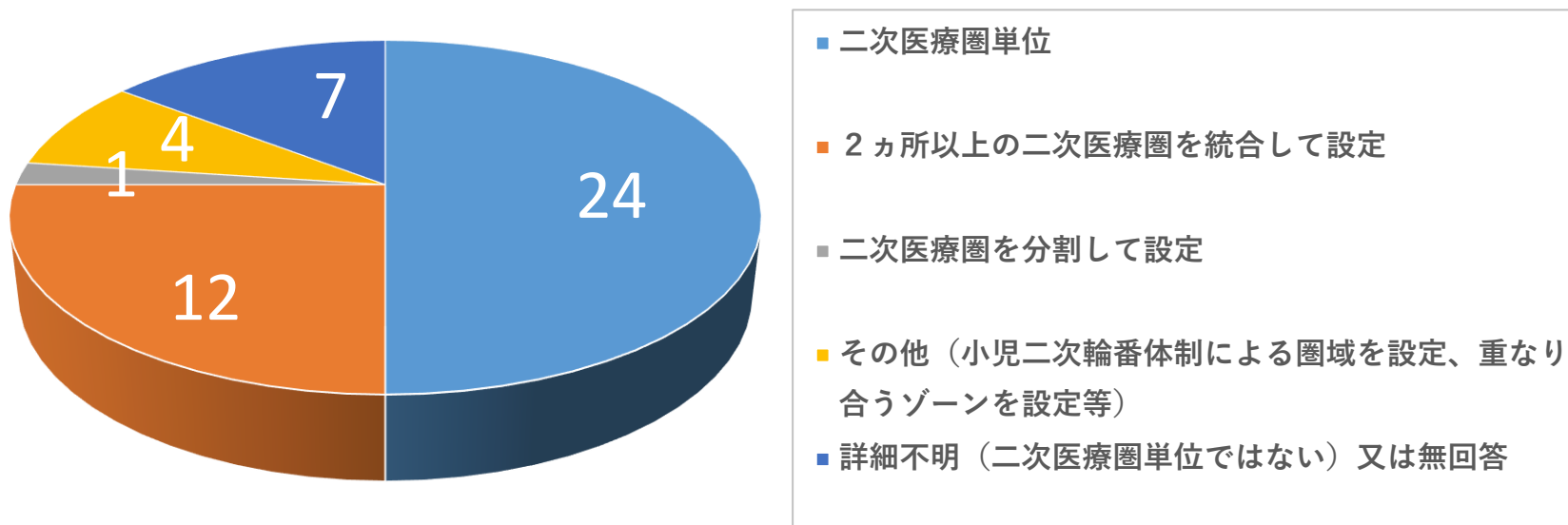
161 平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用

(●は重点指標)

(1)小児医療提供体制 都道府県の小児医療圏設定状況

○ 24道府県が、小児医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

都道府県別の小児医療圏の設定状況



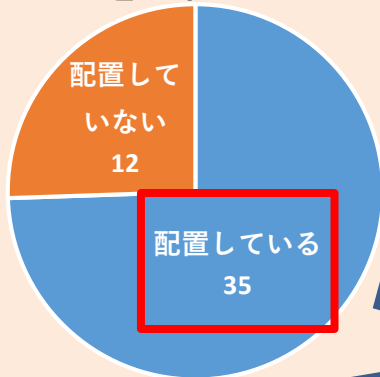
圏域が異なる理由の例

- 福井県 : (二次医療圏を統合)資源の有効活用の面から有効なため。
- 神奈川県: 小児二次輪番体制を構築しているブロックを単位として圏域設定している。
- 香川県 : 第7次医療計画において、医療圏を5医療圏から3医療圏に変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、小児医療については、従来どおり5圏域とした。

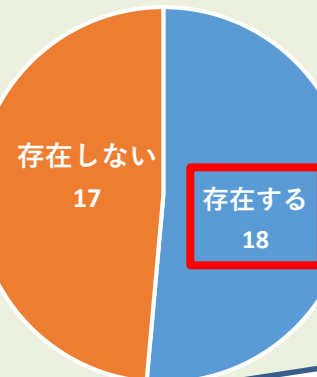
(2) 小児地域支援病院の設定の状況

- 35都道府県において、小児中核病院・小児地域医療センターを配置している。
- 上記35都道府県のうち18都道府県は、小児中核病院・小児地域医療センターのどちらも存在しない二次医療圏(小児医療に係る医療圏)が存在する。
- 上記18都道府県のうち、8都道府県が小児地域支援病院を配置していない。

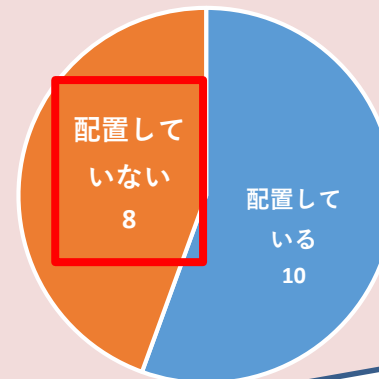
●小児中核病院・小児地域医療センターを配置しているか



●小児中核病院・小児地域医療センターのない二次医療圏(小児医療に係る医療圏)が存在するか



●これらの二次医療圏(小児医療に係る医療圏)に小児地域支援病院を配置しているか



小児地域支援病院を配置していない理由

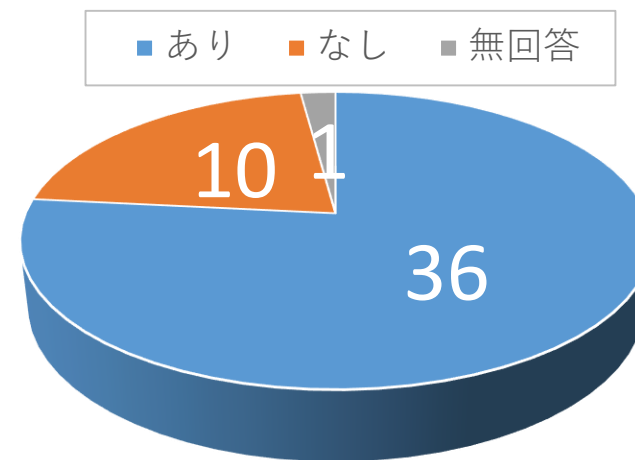
- 在宅当番医制または隣圏域の小児救急医療機関が対応する。
- 小児科医の確保が厳しく、小児地域支援病院の配置が難しい。
- 小児患者に一定の入院医療を提供できる病院がない。等

(茨城県、埼玉県、新潟県
静岡県、岡山県、高知県
宮崎県、熊本県)

(3) 協議体制

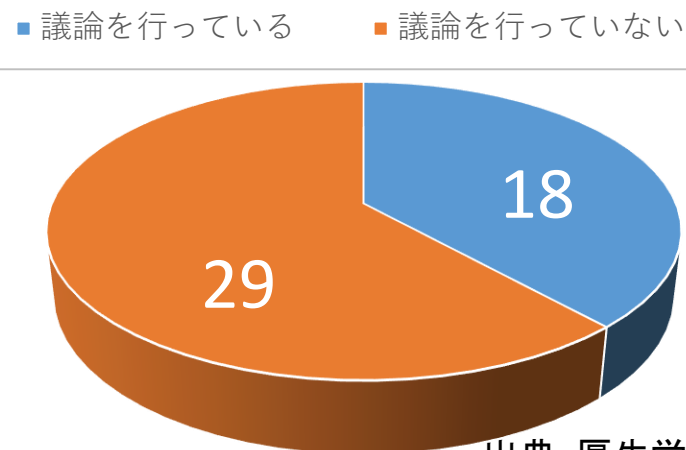
- 36都道府県が年に1回以上、小児医療に係る協議会を開催し、小児医療体制に関する議論が行われている。

小児医療に係る協議会の開催



- 18道府県で、地域医療構想調整会議において、小児医療体制に関する議論が行われている。

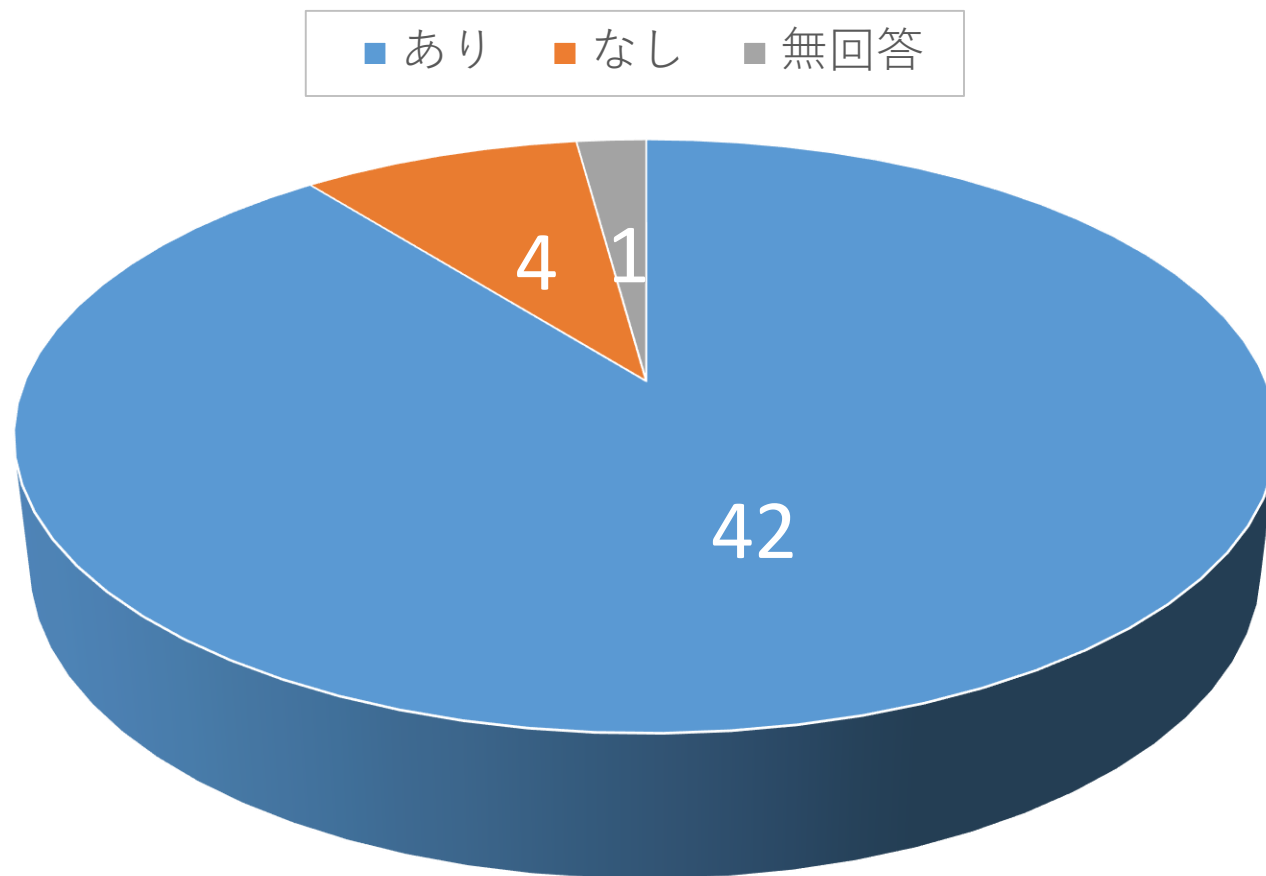
地域医療構想調整会議での小児医療に関する議論の状況



(4) 目標項目 第7次医療計画における小児医療の目標設定の状況

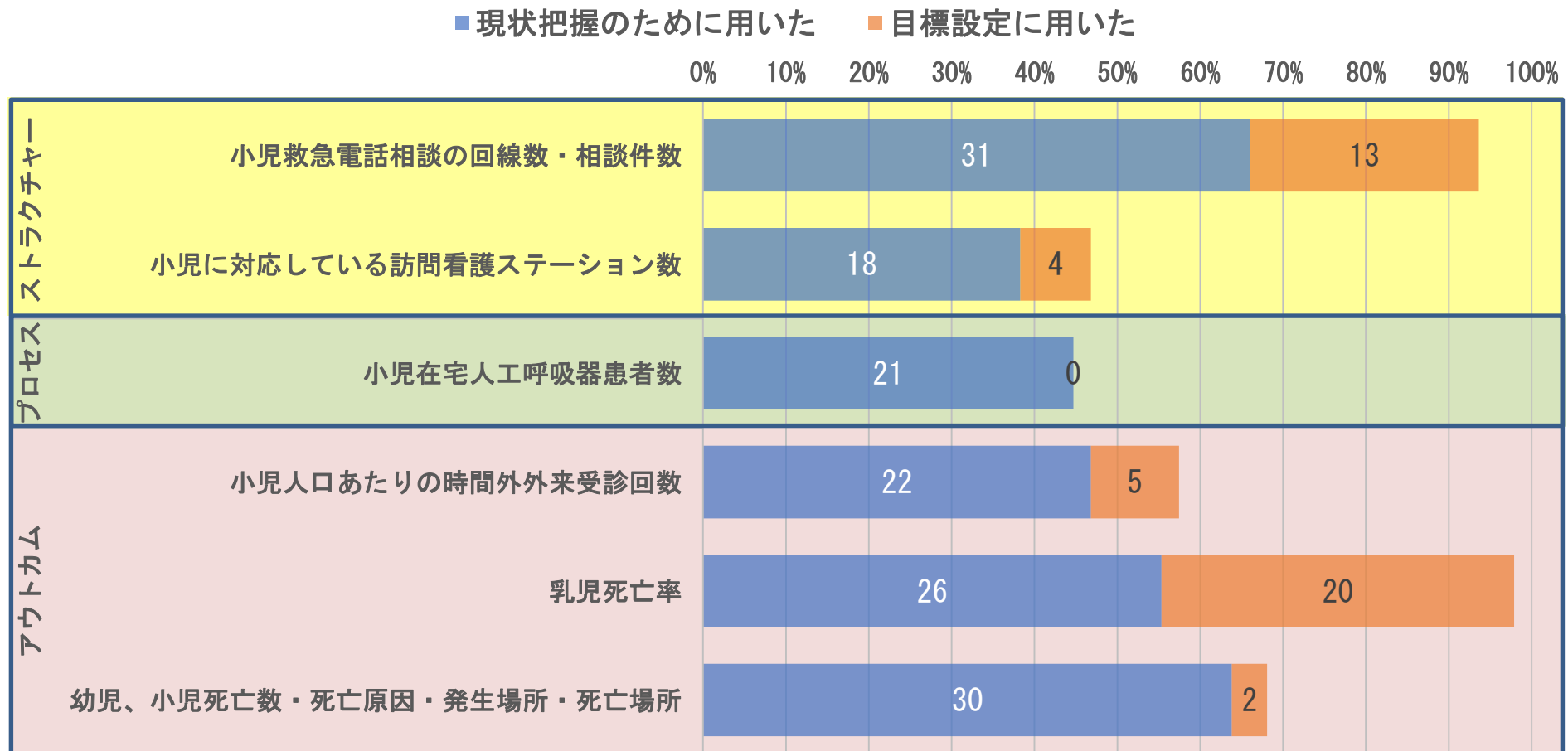
○ 42都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

1年に1回以上評価予定がある指標の有無



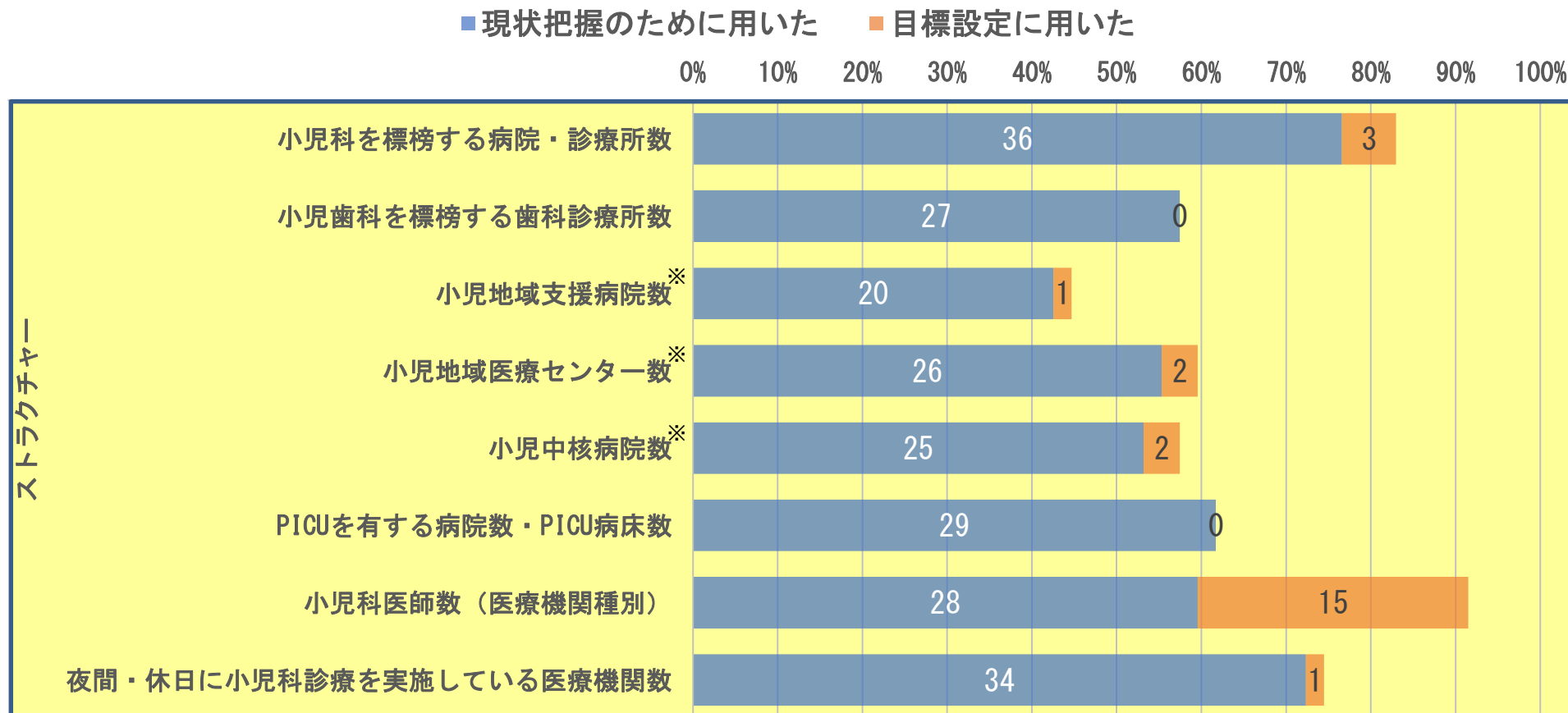
(4) 目標項目【地域・相談支援等】

- 27都道府県が、「地域・相談支援等」に関する目標項目を設定している。
- 「地域・相談支援等」の項目のうち、「小児救急電話相談の回線数・相談件数」については13都道府県、「小児人口あたりの時間外外来受診回数」については5都道府県、「小児に対応している訪問看護ステーション数」については5都道府県が、目標項目として設定している。



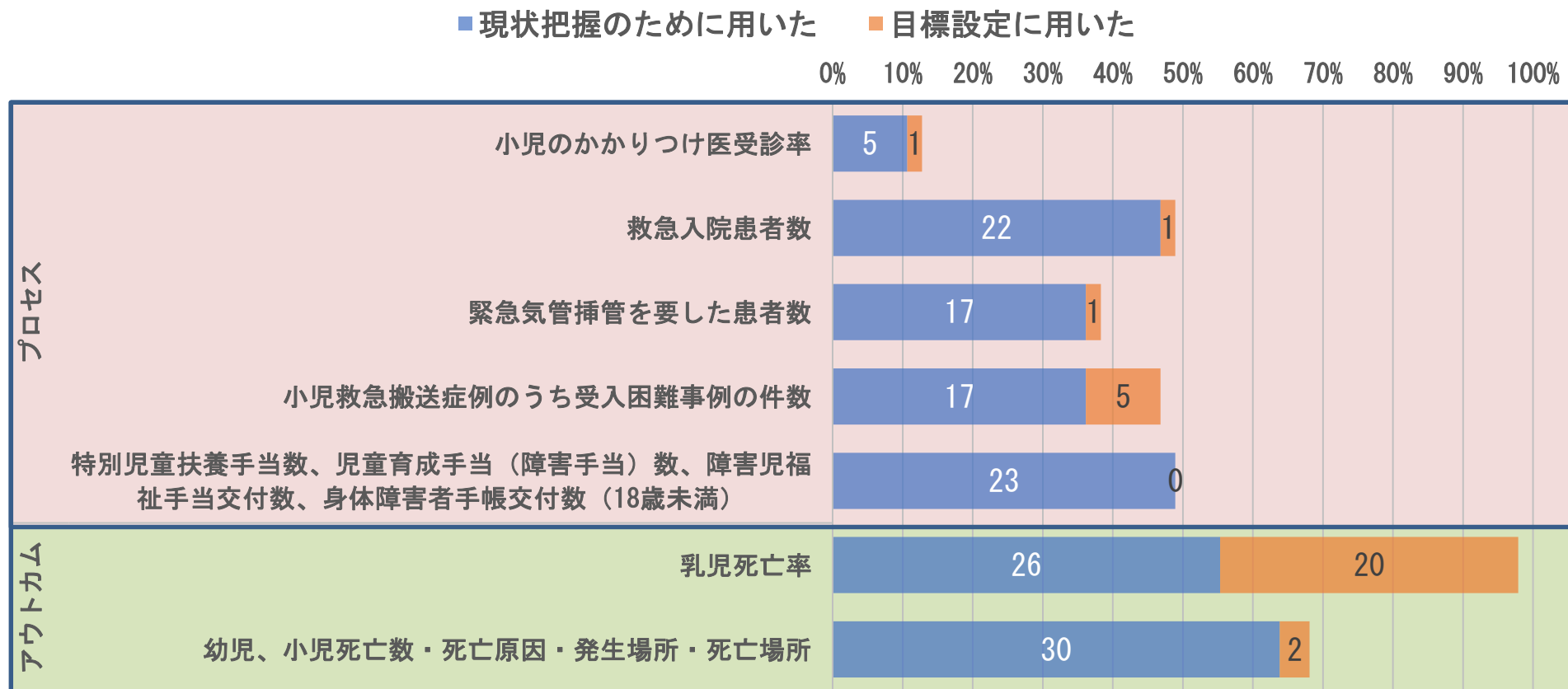
(4) 目標項目 【一般小児医療～小児中核病院】①

- 31都道府県が、「一般小児医療～小児中核病院」に関する目標項目を設定している。
- 「一般小児医療～小児中核病院」のストラクチャー項目のうち、「小児科医師数」については15道府県が、目標項目として設定している。



(4) 目標項目 【一般小児医療～小児中核病院】②

- 「一般小児医療～小児中核病院」のプロセス項目のうち、「小児のかかりつけ医受診率」については1県が、「小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数」については5都道府県が、目標項目として設定している。
- アウトカム項目のうち、20都道府県が「乳児死亡率」を目標項目として設定している。



(4) 目標項目 指針以外の記載があった目標項目(一部抜粋)

指標 (ストラクチャー)

指標 (ストラクチャー)	都道府県	理由
○ 小児科医師の平均年齢	高知県	小児医療提供体制を担う人材の確保。
○ #8000事業の市町の広報誌への掲載	佐賀県	#8000事業の一層の周知を図る。
○ 小児の訪問診療実施医療機関数	三重県	小児在宅医療に関わる人材の育成。
○ 小児在宅医療を実施する在宅療養支援診療所・病院数、医療型短期入所事業所数	佐賀県	生活の場での療養・療育が必要な小児に対する支援。
○ 災害時小児周産期リエゾンの養成数	京都府	災害時の小児・周産期医療体制の確保。

指標 (プロセス)

指標 (プロセス)	都道府県	理由
○ #8000事業の認知の割合	熊本県	小児かかりつけ医の増加を図る。
○ 小児かかりつけ診療料の届出数	沖縄県	
○ 休日夜間小児急患センターが整備された医療圏数 等	長野県、富山県	
○ 夜間や休日も小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合 等	群馬県、埼玉県 富山県、奈良県	小児地域医療センター整備の評価指標。県民が安心して小児救急医療を受けられるよう。
○ 軽症乳幼児の救急搬送率	三重県、熊本県	適切な受診行動に関する啓発、#8000事業、小児初期救急医療提供体制整備に係る成果指標。

指標 (アウトカム)

指標 (アウトカム)	都道府県	理由
○ #8000満足度	愛媛県	適正受診の促進を目指す、件数等の増加が安易な受診抑制につながらないよう。
○ 訪問看護利用者の満足度	沖縄県	小児在宅医療の最終アウトカムとして。
○ 児童死亡率	東京都	虐待防止等。

- **小児医療圏**については、各都道府県において、地域の実情に応じた柔軟な設定が行われている。
- 小児中核病院・小児地域医センターを配置している35都道府県のうち、小児中核病院・小児地域医療センターのない二次医療圏(小児医療に係る医療圏)に、小児地域支援病院を配置していない県が8都道府県あり、理由として小児科医の確保困難等が挙げられた。
- **小児医療に係る協議会**を、年に1回も開催していない県が10都道府県ある。また、小児医療体制に関して、地域医療構想調整会議において議論されていない都道府県の方が多い。
- 目標項目として、「小児科医師数」は15都道府県が採用しているが、「小児人口あたりの時間外外来受診回数」は5都道府県のみ、「小児のかかりつけ医受診率」は1都道府県のみ、また、「小児に対応している訪問看護ステーション数」は5都道府県のみと少ない。
- **適正受診を促す取組**の指標として、「#8000の認知の割合や満足度」、「軽症乳幼児の救急搬送率」を採用する県がある。また、**小児在宅医療整備**の指標として、「小児の訪問診療実施医療機関数」や「訪問看護利用者の満足度」を採用する県もある。

今後の検討の方向性について

今後、都道府県における進捗状況の把握等を実施し、中間見直し等に向けて検討をしていく際の論点として、下記のようなものが考えられるのではないかと

- 各都道府県の小児医療体制の整備について、小児医療の関係団体、各医療機関種の医療従事者、行政、住民等が継続的に議論するために、小児医療に係る協議会を定期的に開催するとともに、地域医療構想、在宅医療等に係る協議会との整合性に留意するよう、見直してはどうか。
- 適正受診を促す取組や小児在宅医療は重要な課題であり、これらに関する目標指標を採用する都道府県が、目標達成のために実施している取組とその経過について経時的に情報収集するとともに、好事例については、他の都道府県にも情報提供してはどうか。

	救急医療	災害医療	へき地の医療	周産期医療	小児医療
第7次医療計画における追加見直しのポイント	- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組を進める。 - 救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点を取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。 - 初期救急医療機関の整備とともに休日夜間対応できる薬局、精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。	- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進める。さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。 - 事業継続計画（BCP）の策定について、災害拠点病院だけでなく、地域的一般病院においても引き続き推進する。	「へき地保健医療計画」を「医療計画に一本化」し、医師確保及び救急医療、小児医療等、他の5事業とへき地医療の連携を図る。 - へき地医療拠点病院の主たる事業である巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の実績について数値目標を設定し、へき地医療拠点病院の機能強化を進める。	「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。 - 無産科二次医療圏の解消に向けた対策を記載する。	- 日本小児科学会の提言も踏まえ、小児中核病院、小児地域医療センターのどちらも存在しない圏域では、「小児地域支援病院」を設定し、拠点となる医療機関等と連携しつつ、地域に必要な入院診療を含む小児診療体制を確保する。 - 研修等を通じて地域で活躍する人材の育成を図るとともに、引き続き子ども医療電話相談事業（＃8000）の普及等を進める。
	- 圏域の設定については、過半数の都道府県で、二次医療圏と同様に設定されている他、地域の実情に応じて、柔軟な設定がなされている。 - 年1回以上の協議会の開催については、過半数の都道府県で実施されている。 - 地域医療構想調整会議における5事業に関する議論については、半数以下の都道府県で行われていた。 - 年1回以上評価する予定がある指標については、過半数の都道府県で設定されていた。				
まとめ	- 円滑な受入体制の整備や出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制が求められるが、対応する指標を目標設定に用いている都道府県は少ない。 - 救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討することとしているが、救急医療機関について、受入れ実績及びその他の要因を考慮した客観的かつ定量的な指標を策定している都道府県はほとんどない。	- 災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練の実施回数を把握している割合は62%、広域医療搬送を想定した訓練の実施回数を把握している割合は47%だった。 - 災害拠点病院における業務継続計画策定率を目標設定に用いている都道府県は半数にも満たなかったが、災害拠点病院以外の病院ではさらに低かった。 - EMISへの登録率を把握している都道府県は60%で、災害拠点病院以外の病院、特に医療提供体制に与える影響が大きい医療機関が把握されていない可能性が高い。 - EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合を把握している都道府県は約6割だったが、そのうち目標設定に用いていたのは26%だった。	- へき地に対する巡回診療の実績は、過半数の都道府県で現状把握のために用いられているが、目標設定を行っているのは2都道府県であった。 - へき地医療拠点病院によるへき地に対する巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の実績目標を設定しているのはそれぞれ11都道府県、6都道府県、11都道府県であった。 - へき地医療に対する各都道府県の地域枠医師の従事者数は、21都道府県において現状把握又は目標設定を行っていた。	- 圏域については、各都道府県において、地域の実情に応じた柔軟な設定が行われている。 - 目標項目として医師数を採用している都道府県がある。 - 無産科二次医療圏のある7都道府県のうち、周産期医療圏と二次医療圏が同一であるのが4都道府県あり、そのうち3都道府県では、無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っている。 - 災害時小児周産期リエゾン認定者数を指標に用いているのは57%である。 「療養・療育支援」に関する項目を、現状把握にも目標設定使用していない都道府県が約7割をしめる。	- 小児中核病院・小児地域医センターを配置している35都道府県のうち、小児中核病院・小児地域医療センターのない二次医療圏に、小児地域支援病院を配置していない県が8都道府県あり、理由として小児科医の確保困難を挙げる県もあった。 - 適正受診を促す取組の指標として、「＃8000の認知の割合や満足度」、「軽症乳幼児の救急搬送率」を採用する県や、小児在宅医療整備の指標として、「小児の訪問診療実施医療機関数」や「訪問看護利用者の満足度」を採用する県はあるが、適正受診を促す取組や小児在宅医療整備に係る目標項目を採用している都道府県は少ない。
今後の検討の方向性について	- 圏域の設定については、設定理由等を精査し、妥当性等を検証するとともに、必要に応じて、望ましいあり方を整理してはどうか。 - 年1回以上の協議会の開催については、既存の協議体の活用状況等とともに、協議内容等も踏まえ、必要に応じて、望ましいあり方を検討してはどうか。 - 地域医療構想調整会議における議論については、協議内容等も踏まえ、必要に応じて、適切な協議が行われるよう支援してはどうか。 - 評価する指標については、評価の頻度（年1回等）、種類、活用方法等の状況を踏まえ、指標の選別・設定やデータ収集方法、指標の活用方法等について、望ましいあり方を検討してはどうか。 - これらの検討を進めていく上で収集された好事例は、他の都道府県でも活用できるよう共有してはどうか。				
	- 救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価する指標が必要ではないか。 ※「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について検討中。	- 災害医療コーディネート体制の整備、強化を進めるためには、訓練の実施回数の把握の他、どのような対応が必要か。 - 災害時に備えた業務継続計画を全ての医療機関が策定し、圏域で活用するためにはどのような対応が必要か。 - 災害時に医療の中心となる災害拠点病院だけでなく、医療提供体制に与える影響が大きい医療機関を同定し、災害時の支援に必要な情報を更新していくためにどのような対応が必要か。 - 災害時にEMISを活用するためには、平時からどのようにEMISを活用し、情報を更新していくのがよいか。また、災害時に遅滞なく医療機関の被害情報を入力できるためには、どのような体制が必要か。	- 巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の回数について、現状把握のための指標設定のみならず数値目標設定を推進するためにどのような対応が必要か。 - 都道府県の地域枠医師が順次卒業・初期研修を修了することを踏まえ、へき地に存在する医療機関における地域枠医師の活用をどのように考えるか。	- 療養・療育支援については、周産期医療・小児医療・在宅医療の指標をそれぞれのステージにあわせて整えてはどうか。 - 圏域の設定・検証等にあたっては、特に、機能分化連携の観点から検討してはどうか。	

在宅医療

在宅医療における医療計画の策定について

- 医療計画には原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載することとされている。

「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日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（平成29年7月31日一部改正））

第3 構築の具体的な手順

3 連携の検討

(3) 医療計画には原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の誓約等によりひとつの医療機関等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。

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

急変

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・ 病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・ 訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 短期入所サービス提供施設
- ・ 相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

第7次医療計画に向けた見直しの概要（在宅医療）

- 増加する需要に対応するため、2018年度からの医療計画では、地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を段階的に設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- また、多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

実効的な整備目標の設定

- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者、地域医師会等の関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



両計画で整合的な目標を検討

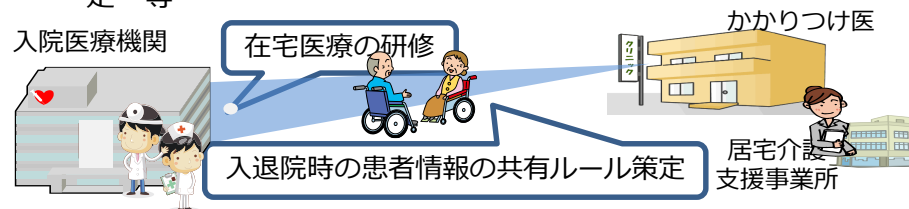
- 地域医療構想において推計した**将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化**。

地域支援事業と連携した取組

- **医師会等と連携し**、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
(例) ・地域住民に対する普及啓発
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等



第7次医療計画における「在宅医療」の追加見直しのポイント

<見直しの趣旨>

在宅医療の提供体制を着実に整備するための、実効的な数値目標と施策の設定。



数値目標と施策

必ず記載いただくこと（原則）

- ① 地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標と、その達成に向けた施策

可能な限り記載いただくこと

- ② 在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」といった機能ごとの数値目標と、達成に向けた施策
- ③ 多職種による取組を確保するための、「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数値目標と、達成に向けた施策

（目標設定すべき項目・指標のイメージ）

- | | | |
|-------------|--------------------------|-------------------|
| ○「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 | |

※平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知より

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線は、第7次医療計画で新たに追加された指標

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		小児の訪問看護を実施している 訪問看護事業所数	●	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			
		退院後訪問指導を実施している 診療所・病院数		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	
		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	●	訪問看護利用者数					在宅死亡者数
		退院後訪問指導料を 受けた患者数		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									

（●は重点指標）

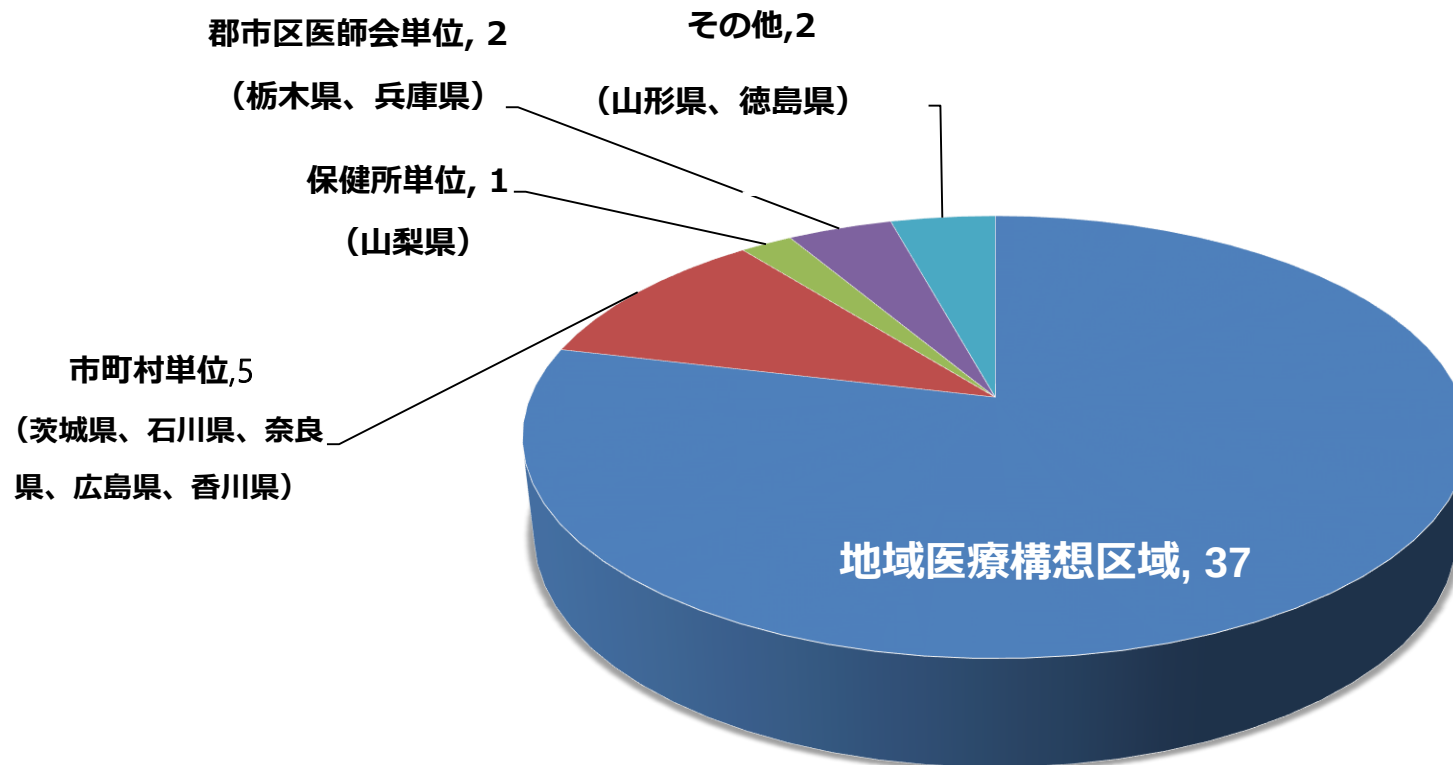
「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11「在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」

177 平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知（平成29年7月31日一部改正）より引用

(1) 在宅医療提供体制 都道府県の在宅医療圏設定状況

- 37都道府県が、在宅医療圏を地域医療構想区域と同一に設定している。

都道府県別の在宅医療圏の設定状況



出典：厚生労働省医政局調べ

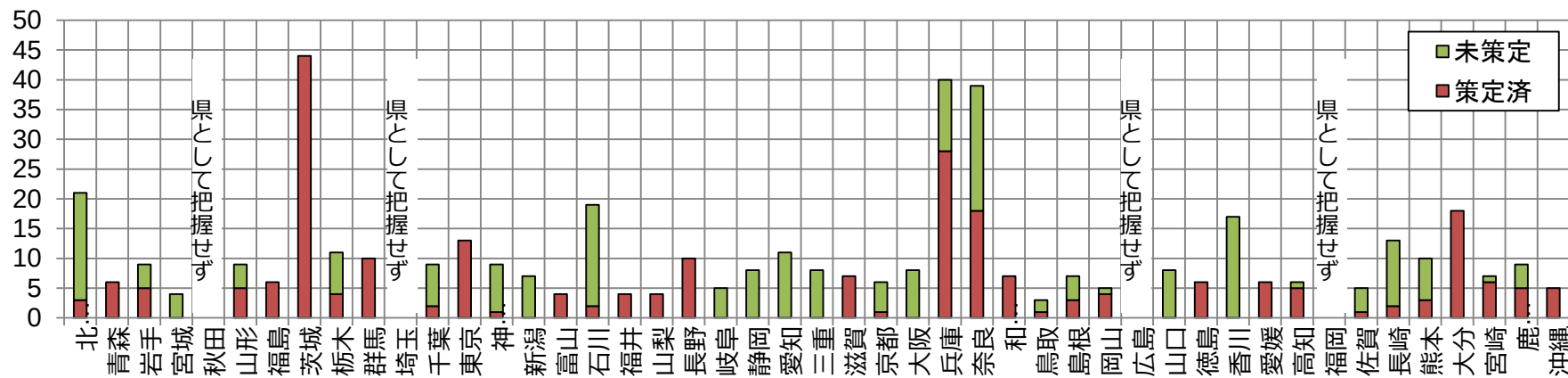
(1) 在宅医療提供体制 都道府県の退院支援ルール 策定状況

第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	資料 1
平成30年5月23日	

○ 退院支援ルールを在宅医療圏域全てで作成しているのは、15都道府県であった。

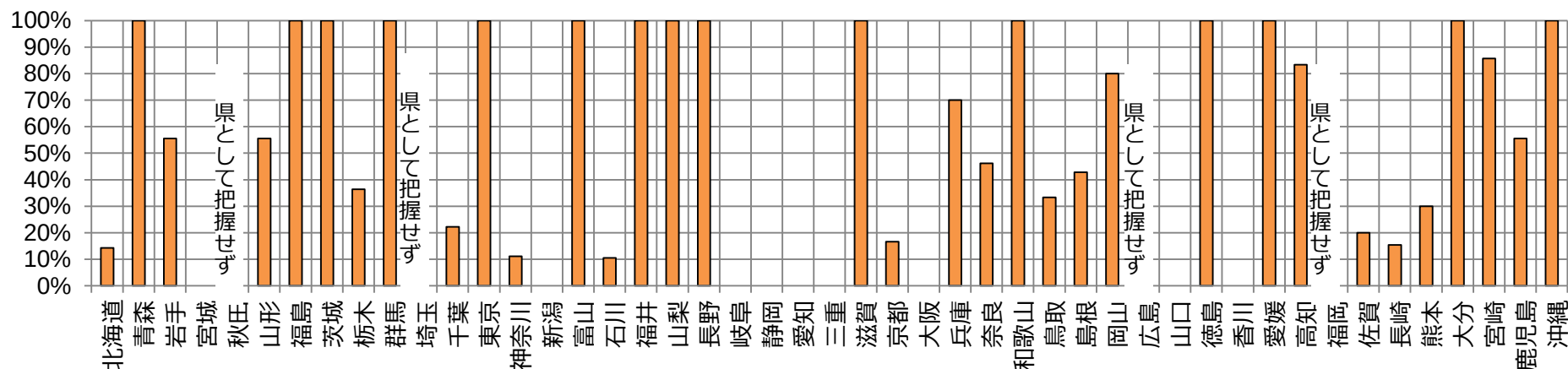
○在宅医療圏別の退院支援ルール策定状況（実数）

※在宅医療圏内全てで退院支援ルールが策定されている場合を策定済として集計した。



○在宅医療圏別の退院支援ルール策定状況（割合）

医政局地域医療計画課調べ

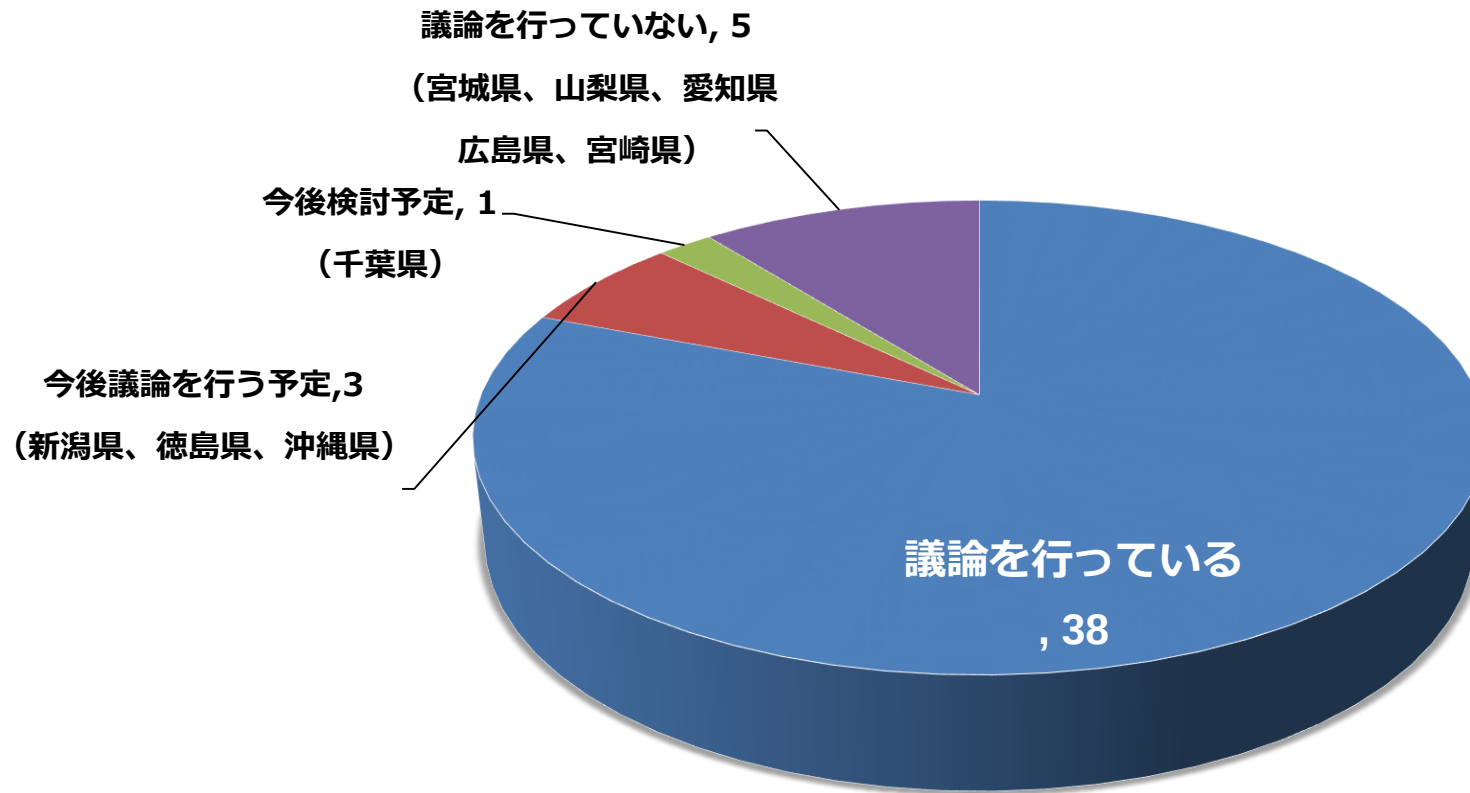


医政局地域医療計画課調べ

(2) 協議体制 地域医療構想調整会議での在宅医療に関する議論の状況

- 38都道府県で、地域医療構想調整会議において、在宅医療体制に関する議論が行われている。

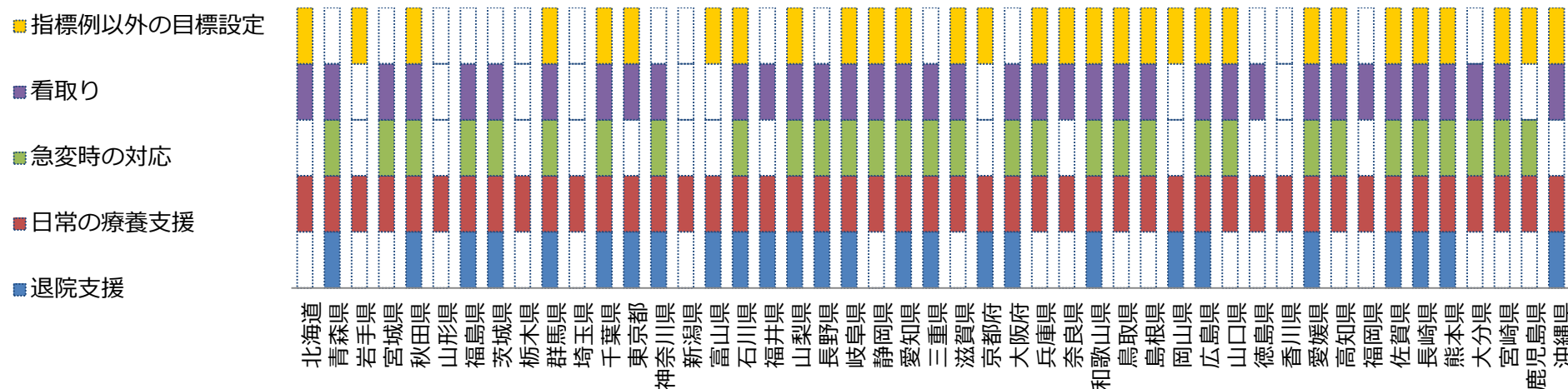
地域医療構想調整会議での在宅医療に関する議論の状況



出典：厚生労働省医政局調べ

- 全ての都道府県が、「日常の療養支援」に関する目標設定を行っている。
- その他の機能については、設定状況に差がみられる。
- 30都道府県で、指標例以外の目標設定がなされている。

在宅医療の4機能に関する目標設定の状況 (一つ以上の目標項目を設定しているもの)

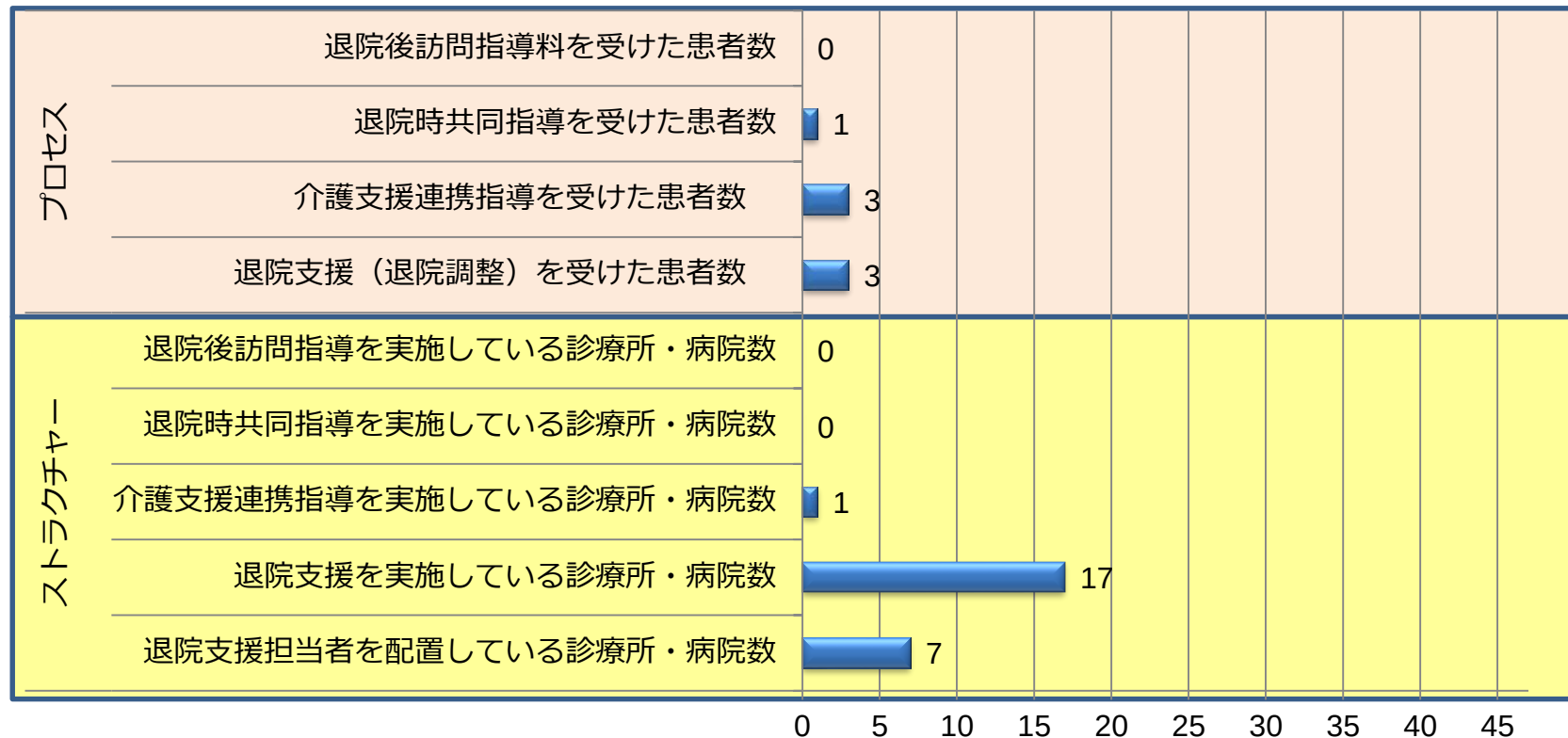


医政局地域医療計画課調べ

- ※ 別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）に基づき医政局地域医療計画課にて分類を行った。そのため、二次医療圏における退院支援ルール策定等は、「指標例以外の目標設定」として取り扱っている。
- ※ 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院については、指標例において「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」にまたがる項目として示しており、目標として設定されている場合は、いずれの項目にも該当するとして取り扱っている。
- ※ 在宅療養支援歯科診療所については、指標例において、「日常の療養支援」「急変時の対応」にまたがる項目として示しており、目標として設定されている場合は、いずれの項目にも該当するとして取り扱っている。

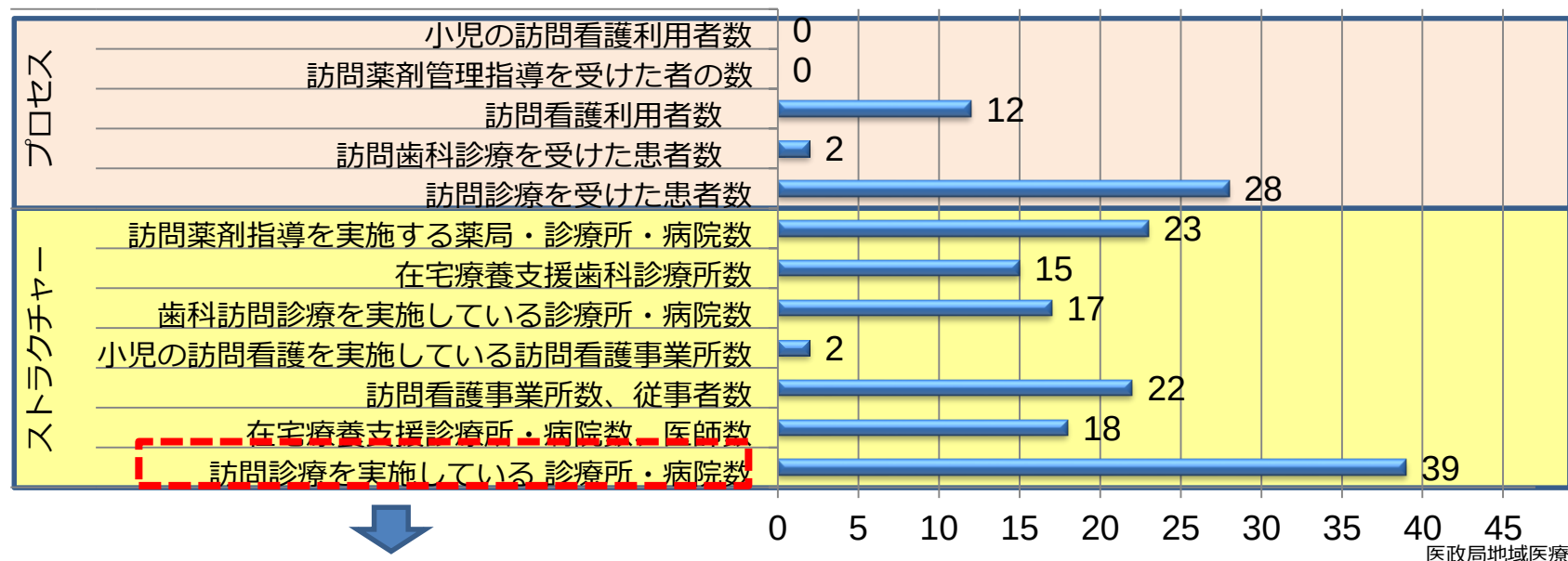
(4) 目標項目 -退院支援-

- 26道府県が、「退院支援」に関する目標項目を設定している。
- 退院支援の目標項目のうち、「退院支援を実施している診療所・病院数」を目標として設定したのは17都道府県である。



(4) 目標項目 -日常の療養支援-

- 全ての都道府県が、「日常の療養支援」の目標項目を設定している。
- 日常の療養支援の目標項目のうち、「訪問診療を実施している診療所・病院数」については、原則記載することとしているが、8都道府県で未設定となっている。



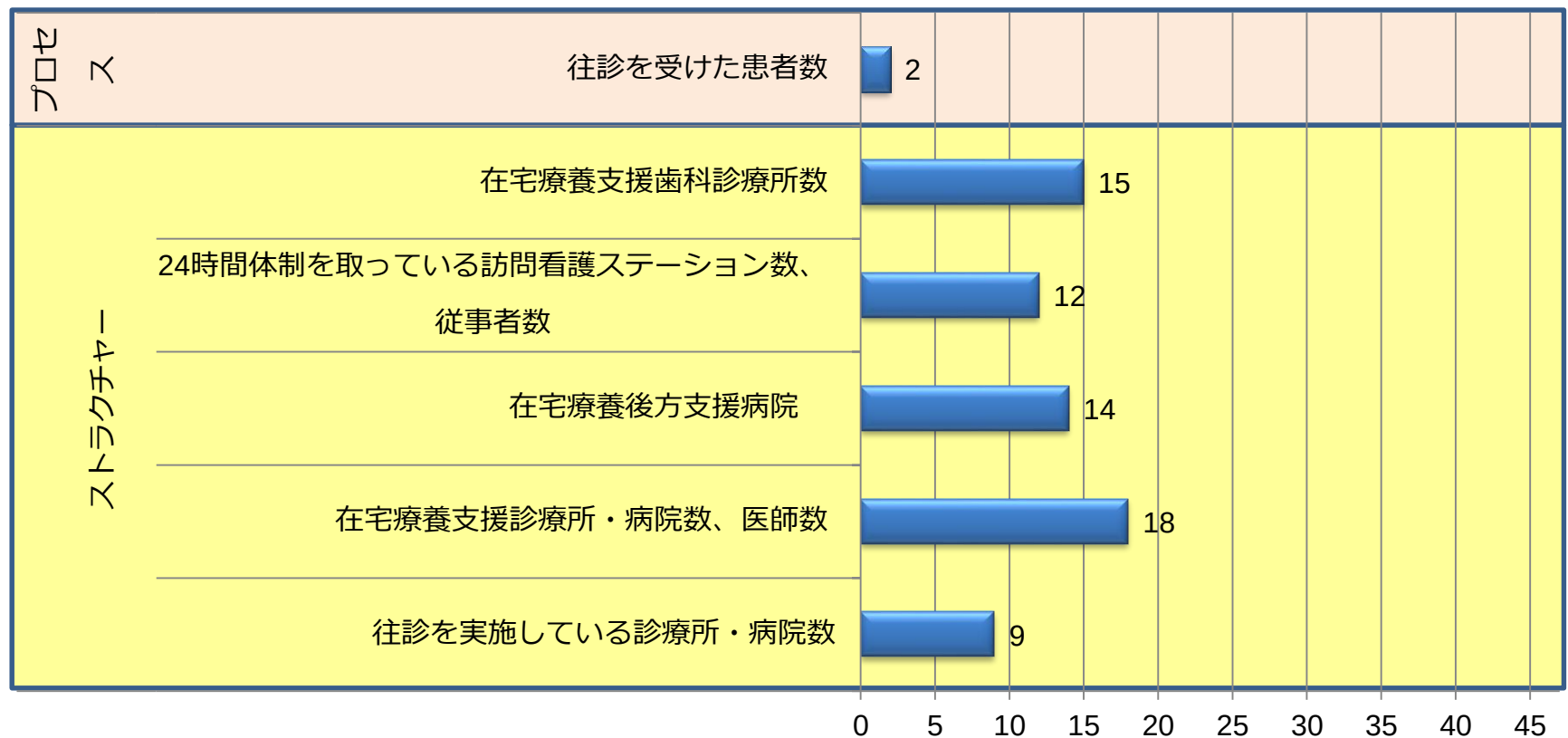
提出資料（参考資料3）において目標項目の記載がなかった都道府県：山形県、石川県、福井県、長野県、京都府、和歌山県、佐賀県、宮崎県

※ 上記のうち、他の項目等で訪問診療の実施に関して把握しているとした都道府県

- ・ 山形：県医師会と実施した実態調査において、在宅医療を実施する一つの医療機関における患者数は0～5人が多くを占めたため、「訪問診療を実施する医療機関を増やす取組」に加え、「一つの医療機関における訪問診療の患者数の増加を図る取組」を行うこととし、この2つを合わせた目標値として、「実際に訪問診療が実施されている件数の増加」を設定しているため。
- ・ 福井：上位1割の在宅医が全体の過半数の在宅患者を診ていて、内科・外科の多くは既に在宅医療に取り組んでおり、在宅対応施設が増えても需要に応えられる見込みがないため、整備目標は設定せず、現在の在宅医の対応患者数の管理を通じて目標の達成を目指す方針としているため。
- ・ 長野：保健医療計画策定委員（医師会理事）からの意見により保健医療計画策定委員会で協議した結果、訪問診療等の実施件数を目標として設定したものの。
- ・ 和歌山：県ではH28年度から、「和歌山県長期総合計画」において在宅療養支援診療所と地域密着型協力病院の数の増加等を目標として設定しており、医療計画の策定においても同指標を目標として設定したところ訪問診療等の実施件数を目標値とすることとしているため。
- ・ 佐賀：県では在支診・在支病が訪問診療を実施しているという実態があることから、訪問診療を実施している診療所・病院数については、目標値を設定していない。

(4) 目標項目 -急変時の対応-

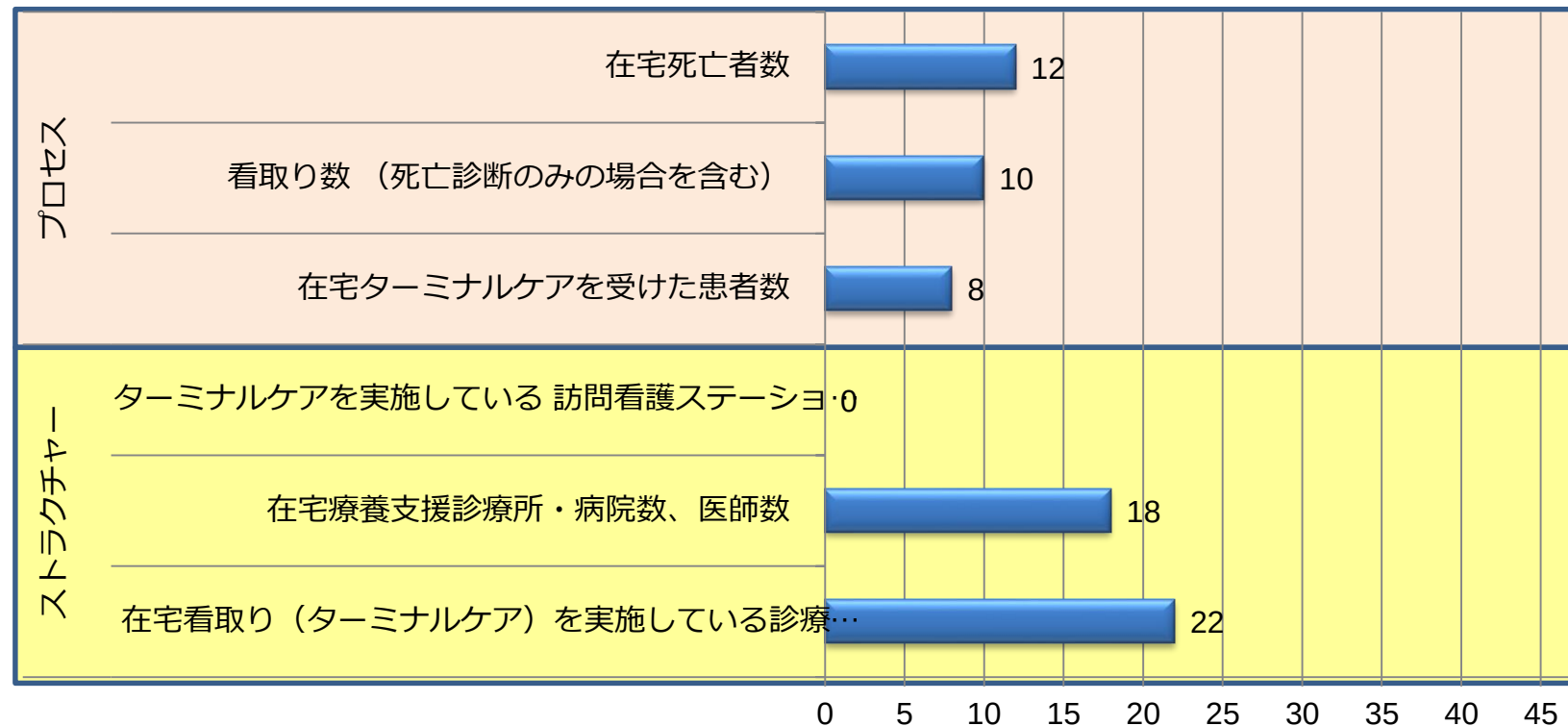
- 31都道府県が、「急変時の対応」について目標項目を設定している。
- 急変時の対応の目標項目のうち、「在宅療養支援診療所・病院数、医師数」については18都道府県が、「24時間体制を取っている訪問看護ステーション数・従業員数」については12都道府県が、目標項目に設定している。



医政局地域医療計画課調べ

(4) 目標項目 -看取り-

- 37都道府県が、「看取り」に関する目標項目を設定している。
- 看取りの目標項目のうち、「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」については、22都道府県が目標設定をしている。



(4) 目標項目 指標例以外の記載があった目標項目

○ストラクチャー

- ・機能強化型在宅療養支援診療所又は病院のある第二次医療圏数（北海道）
- ・退院支援を実施している医療機関のある第二次医療圏数（北海道）
- ・在宅療養後方支援病院のある第二次医療圏数（北海道）
- ・在宅看取りを実施する医療機関のある第二次医療圏数（北海道）
- ・24時間体制の訪問看護ステーションのある第二次医療圏数（北海道）
- ・歯科訪問診療を実施している診療所のある第二次医療圏数（北海道）
- ・訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を実施する薬局のある第二次医療圏数（北海道）
- ・24時間対応訪問看護ステーションがある圏域数（岩手県）
- ・在宅療養支援病院がある二次医療圏数（秋田県）
- ・健康サポート薬局数（群馬県）
- ・退院調整ルールに係る退院調整漏れ率（群馬）
- ・強化型訪問看護ステーション数（千葉県）
- ・入退院支援に関わる研修受講者数（東京都）
- ・在宅医療を行う開業医グループへの参加医師数（富山県）
- ・かかりつけ医等認知症対応能力向上研修終了者数（石川県）
- ・認知症サポート医研修終了者数（石川県）
- ・看護師の特定行為指定機関の県内設置数（山梨県）
- ・訪問歯科衛生指導を実施している医療機関数（岐阜県）
- ・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（岐阜県）
- ・強化型訪問看護ステーション数（静岡県）
- ・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（静岡県）
- ・機能強化型在宅療養支援診療所・病院数（愛知県）
- ・強化型訪問看護ステーション数（愛知県）
- ・在宅医療支援薬局数（滋賀県）
- ・入退院時の病院とケアマネジャーの連携率（滋賀県）
- ・地域医療支援病院設置医療圏数（京都府）
- ・強化型訪問看護ステーションを有する圏域数（兵庫県）

(4) 目標項目 指標例以外の記載があった目標項目

(続き)

○ストラクチャー

- ・地域包括ケア病床を有する圏域数（兵庫県）
- ・地域密着型協力病院数（和歌山県）
- ・在宅医療支援薬局数（和歌山県）
- ・患者の意思確認をするための体制（和歌山県）
- ・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（鳥取県）
- ・機能強化型訪問看護ステーション数（島根県）
- ・退院支援ルールを設定している二次医療圏数（島根県）
- ・内科診療所のうち在宅療養支援診療所の数の割合（岡山県）
- ・病院（精神科病院を除く）のうち在宅療養支援病院の数の割合（岡山県）
- ・訪問看護ステーション空白地域数（広島県）
- ・ACPの普及啓発を実施している地域（広島県）
- ・地域医療介護連携情報システム整備圏域数（山口県）
- ・機能強化型訪問看護ステーション数（愛媛県）
- ・退院前カンファレンスを実施している医療機関数（高知県）
- ・多職種連携のための情報通信技術を導入した施設数（高知県）
- ・ICTシステム（カナミック）により情報を共有している患者数（佐賀県）
- ・医療・介護の多職種による研修会等の開催回数（佐賀県）
- ・地域包括ケア病床数（佐賀県）
- ・在宅診療設備整備事業補助件数（佐賀県）
- ・看取り研修を受講した介護施設延べ数（佐賀県）
- ・退院支援の仕組みが構築されている在宅医療圏数（長崎県）
- ・地域医療支援病院数（宮崎県）
- ・入退院調整ルール策定圏域（宮崎県）
- ・退院調整に関する仕組みを設けている二次医療圏数（鹿児島県）

(4) 目標項目 指標例以外の記載があった目標項目

(続き)

○プロセス

- ・ いしかわ診療情報共有ネットワークの登録患者数（石川県）
- ・ 地域で在宅チームの連携の要となる人材の養成数（京都府）
- ・ 訪問リハ実施機関数（京都府）
- ・ かかりつけ医のいる割合（兵庫県）
- ・ わかやま在宅医療推進安心ネットワーク構築保健所管轄区域数（和歌山県）
- ・ 全ての在宅医療・介護連携推進事業を実施し、地域包括ケアシステム構築に取り組む市町村数（和歌山県）
- ・ 在宅医療の知る向上のための知識・技術を習得し、多職種連携研修を終了した薬剤師数（広島県）
- ・ 入院時情報連携加算の取得件数（佐賀県）
- ・ 退院患者平均在院日数（沖縄県）

○アウトカム※

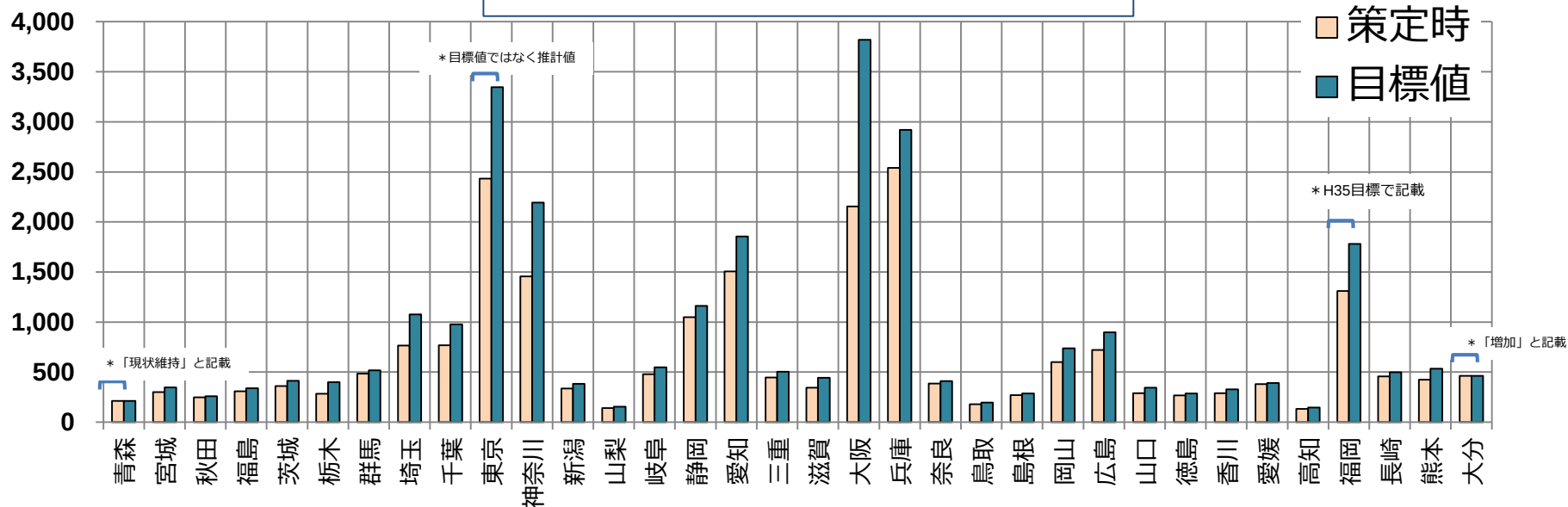
- ・ 介護が必要になっても自宅や地域で暮らし続けられると感じる県民の割合（千葉県）
- ・ 新規認知症入院患者の2ヶ月以内退院率（石川県）
- ・ 死亡診断加算の算定件数（奈良県）
- ・ かかりつけ医のいる割合（和歌山県）
- ・ 人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがある者の割合（和歌山県）
- ・ 人生の最終段階で受けた医療について家族と話し合ったことがある県民（60歳以上）の割合（岡山県）
- ・ 在宅医療を希望する県民が安心して在宅医療を受けることができる環境（佐賀県）
- ・ 在宅医療・介護サービスを受けることができると思う人の割合（熊本県）

※ 都道府県によっては「在宅ターミナルケアを受けた患者数」や「在宅死亡者数」等をアウトカムに記載しているものがあつたが、指標例にプロセスとして例示されているものに関しては、別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）に基づき医政局地域医療計画にて分類を行った。

訪問診療を行う診療所・病院数に関する目標設定

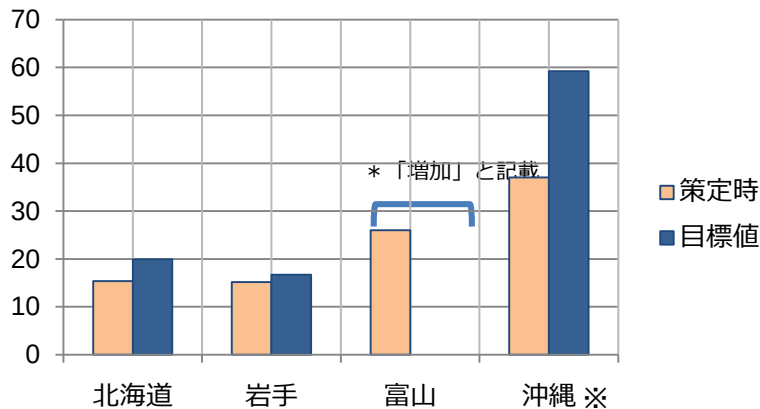
(施設数)

施設数で目標設定を行った都道府県



人口10万人あたりの施設数で目標設定を行った都道府県

(人口10万人あたり施設数)



(※65歳以上人口10万あたり)

施設数の増加率で目標設定を行った都道府県

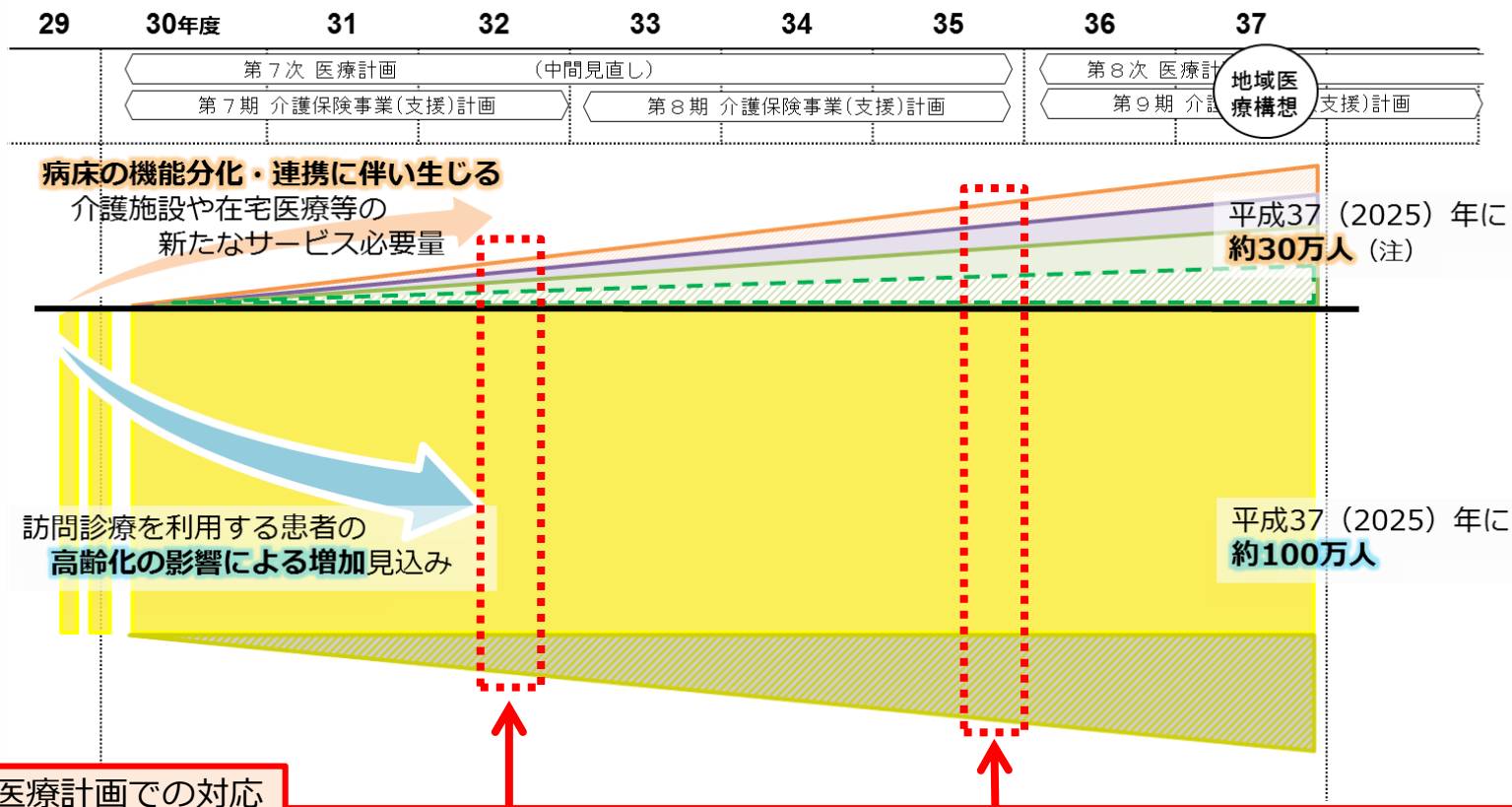
(訪問診療を実施している医療機関の割合)

	策定時	目標値
鹿児島	30.7%	35.7%

(再掲) 提出資料(参考資料3)において「訪問診療を実施している診療所・病院数」に関する目標項目の記載のなかった都道府県：山形、石川、福井、長野、京都、和歌山、佐賀、宮崎

在宅医療の整備目標の設定プロセスについて①（全体像）

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い、大きく増加することが見込まれている。
- 第7次医療計画・第7期介護保険事業（支援）計画では、増大する需要に対応する在宅医療・介護サービスを確保するため、都道府県と市町村が連携・協議し、両計画に段階的な目標・サービス見込み量を設定することとした。



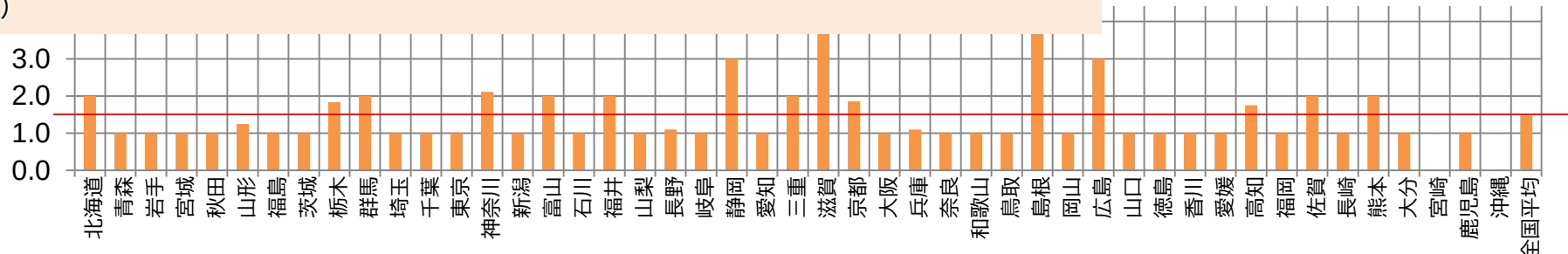
将来必要となる訪問診療の需要に対応するための段階的な目標として、
平成32（2020）年、平成35（2023）年度末※における訪問診療を実施する医療機関数に関する数値目標と、その達成に向けた施策を設定

※平成35（2023）年度末の目標は、第8期介護保険事業（支援）計画に合わせ、医療計画の中間見直しにおいて設定

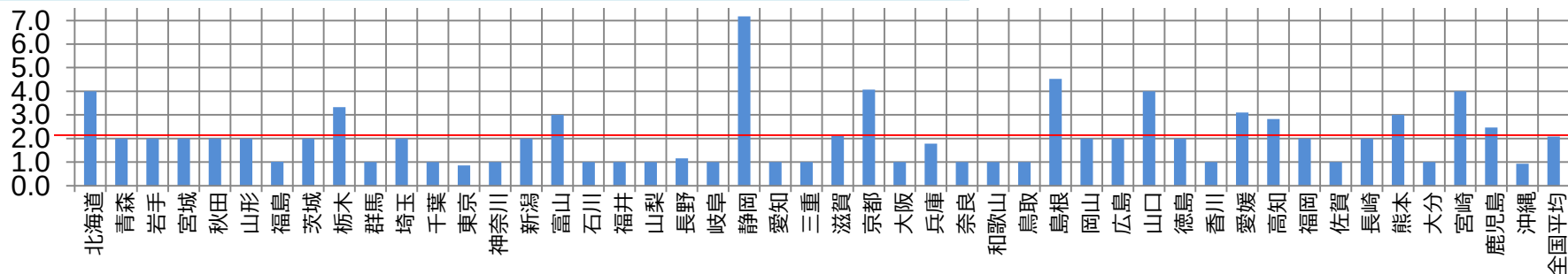
協議の場※の開催状況

- 「協議の場」の開催回数は平均1.5回、個別の市町村との「事前協議」は平均2.1回実施された。
- 50%強の地域が「地域医療構想調整会議」を活用し、協議を実施した。

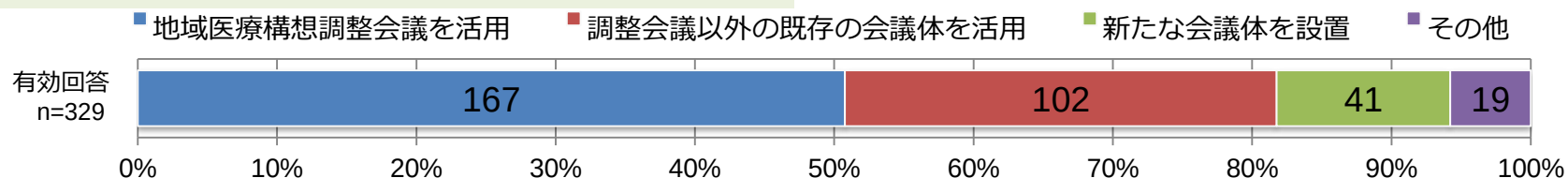
■ 都道府県と市町村等による「協議の場」の開催回数（二次医療圏（構想区域）あたりの平均）



■ 都道府県と個々の市町村との「事前協議」の実施回数（市町村あたりの平均）



■ 「協議の場」の持ち方（二次医療圏（構想区域）ごとの集計）



※本資料の「協議の場」とは、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」に基づき、医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保するために行う、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いう。

追加的需要に対応する介護・在宅医療サービスの目標・見込み量の設定状況

○「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い生じる追加的需要に対し、一部の都道府県では、その受け皿となる介護・在宅医療サービスの目標・見込み量を十分に設定できていない。

介護施設・在宅医療等の追加的需要に対応するための
介護施設・在宅医療等の受け皿に関する目標・見込み量の設定状況（構想区域別）

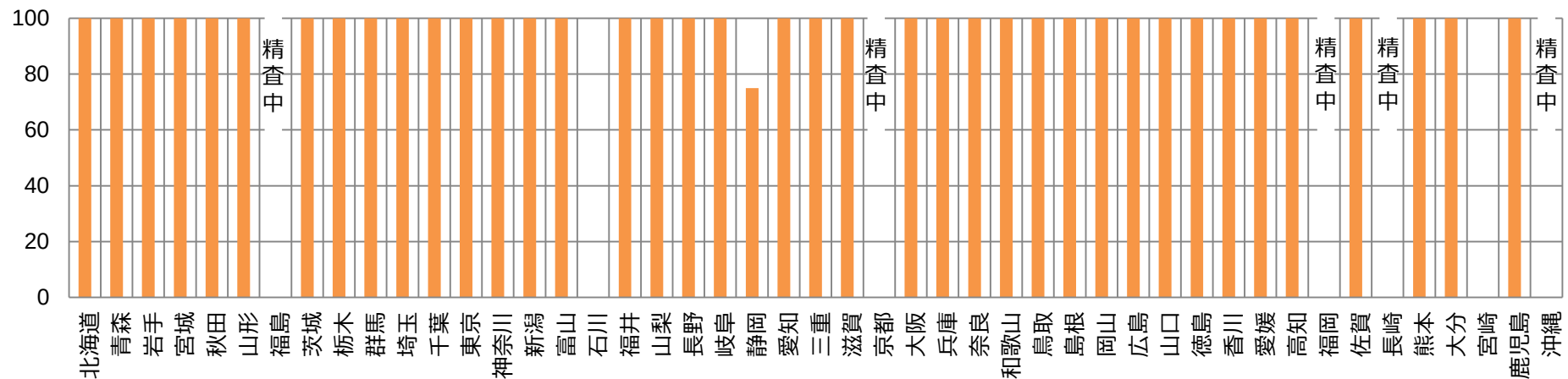
構想区域数	21	6	9	4	8	4	6	9	6	10	10	9	13	9	7	4	4	4	4	10	5	8	11	8	7	6	8	10	5	7	3	7	5	7	8	3	3	6	4	13	5	8	10	6	7	9	5
設定済	21	6	9	4	8	4	-	9	6	10	10	9	13	9	7	4	-	4	4	10	5	6	11	8	7	-	8	10	5	7	3	7	5	7	8	3	3	6	4	-	5	-	10	6	-	9	-
未設定	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-		
精査中	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	8	-	-	-	-	-	5	
	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟	富山	石川	福井	山梨	長野	岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取	島根	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄

※構想区域において、介護施設・在宅医療等の受け皿となる介護・在宅医療サービスの目標・見込み量を設定したものを設定済とした

医政局地域医療計画課調べ（精査中）

(%)

設定済の構想区域の割合



- 平成32年度の間見直しにおいては、見直し時点までの在宅医療の体制整備に係る取組状況を評価した上で、平成35年度時点の在宅医療の整備目標に反映していく必要がある。
- 在宅医療の体制整備に係る取組状況については、既存の統計調査等を活用することにより、施設数や患者数などの基本的な情報を把握することはできるが、患者の重症度や要介護度等の患者の特性を把握することはできない。また、独自調査をしない限り、在宅医療への参入意向についても把握できない。
- 一方で、先進的な都道府県では、地域の在宅医療資源を把握するための独自調査を実施し、在宅医療を利用している患者の特性に加え、将来の在宅医療への参入意向なども把握した上で、医療計画において、個別の医療機関ごとの在宅医療の機能の明確化を図っている。このような取組を通じて、在宅医療の体制整備に係る取組状況の可視化がなされている。



- 平成32年度の間見直しに向けて、各都道府県が策定した第7次医療計画に基づく在宅医療に係る取組状況（在宅医療提供体制、在宅医療に関する協議の体制、主な施策など）について、毎年度確認してはどうか。
- その際、先進的な都道府県の事例を参考にしながら、在宅医療の体制整備に係る取組状況を評価できるように、個別の医療機関ごとの在宅医療の機能（診療実績、今後の在宅医療サービスの提供見込量など）について、各都道府県がどの程度把握しているかを確認してはどうか。

まとめ

- 在宅医療圏を地域医療構想区域と同一に設定しているのは、37都道府県であった。
- 退院支援ルールを在宅医療圏域全てで作成しているのは、15都道府県であった。
- 地域医療構想調整会議において、在宅医療に関する議論を30都道府県で行っている。
- 在宅医療の4機能についての目標設定状況は「日常の療養支援」について設定しているのは、全都道府県となっている。一方、「退院支援」について設定しているのは、26都道府県と最も少ない。
- 原則設定することとしている「訪問診療を実施している診療所・病院数」を設定しているのは、39都道府県となっている。
- 地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴い生じる「介護施設・在宅医療等の追加的需要」に関して、
 - ・ 「協議の場」の開催回数は平均1.5回、個別の市町村との「事前協議」は平均2.1回実施された。
 - ・ 50%強の地域が「地域医療構想調整会議」を活用し、協議を実施した。
- 一部の都道府県では、医療計画、介護保険事業計画において、その受け皿となる介護・在宅医療のサービスの目標・見込み量を十分に設定できていない。

- 1）在宅医療の充実に向けた取組
 - ・ 在宅医療圏域ごとの入退院支援ルール策定等、在宅医療の充実に向けた議論の整理（案）に基づく都道府県取組状況の確認

- 2）第7次医療計画の中間見直しに向けた整理
平成32（2020）年度に都道府県が議論すべき内容についての整理
 - ・ 医療計画に記載する事項や指標等の見直し（在宅医療を推進するため数値目標等）
 - ・ 地域医療構想に伴う追加的需要に関する、第7次医療計画の中間見直しにおける、第8期介護保険事業（支援）計画との整合性の確保の在り方（都道府県と市町村の協議の在り方や、協議に必要なデータの整理等）