第２１回医療計画の見直し等に関する検討会	参考資料２
令和２年１０月１日	

医政地発0331第３号
平成29年３月31日
一部改正　医政地発0731第１号
平成29年７月31日
一部改正　医政地発0413第１号
令和２年４月13日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公印省略）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の４の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の５事業並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています（以下、５疾病及び５事業並びに在宅医療を「５疾病・５事業及び在宅医療」という。）。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に５疾病・５事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められています。

医療機能の明確化から連携体制の推進にいたるこのような過程を、以下、医療体制の構築ということとします。

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めましたので、新たな医療計画作成のための参考としていただきますようお願いします。

なお、本通知は法第30条の８に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成24年３月30日付け医政指発0330第９号厚生労働省医政局指導課長通知）は廃止します。

記

１　法的根拠

法第30条の４第４項の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の５事業（以下「５疾病・５事業」という。）並びに在宅医療に係る医療連携体制を構築するための方策を医療計画に定めることとなっている。

また、法第30条の３第１項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行ったところである。

また、基本方針第四の二及び三に示すとおり、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

一方、基本方針第二の二に示すとおり、国は５疾病・５事業及び在宅医療について調査及び研究を行い、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに求められる医療機能を明らかにすることとされており、本通知は、国として当該医療機能を明らかにすること等により、都道府県の医療体制構築を支援するものである。

なお、医療機能に関する情報の提供については、法第６条の３に基づく医療機能情報提供制度が別途実施されている。

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、当該制度により都道府県に報告された医療機能情報を活用できること、特に、患者や住民に情報を提供するためだけではなく、地域の医療関係者が互いに情報を共有することで信頼を醸成し、円滑な連携を推進するためにも活用すべきであることに留意されたい。

２　策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①５疾病・５事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県の実施すべき手順を示したものである。

都道府県におかれては、地域において切れ目のない医療の提供を実現するための、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療計画策定に当たり、本指針を参考にされたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

①　５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源等地域の実情に応じて構築するものであること。

②　したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。

③　５疾病・５事業ごと及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むことが必要であること。

④　医療計画の実効性を高めるよう、５疾病・５事業ごと及び在宅医療のPDCAサイクルを効果的に機能させ、政策循環の仕組みを強化するため、疾病・事業ごとの指標を活用すること。

⑤　本指針は国における現時点での知見に基づくものであり、今後も検討、調査、研究を続けて適宜提示するものであること。

３　本指針の位置付け及び構成

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制を含めた、新たな医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（平成29年３月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

「医療計画作成指針」と「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」との関係は別表のとおりであり、各都道府県におかれては、新たな医療計画の作成に当た

り、「医療計画作成指針」を参考に計画全体の構成、作成の手順等を検討した上で、本指針により５疾病・５事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を図られたい。

（別表）

【法第30条の３】
厚生労働大臣は基本方針を定め

基本方針

○医療提供体制確保の
- ・基本的事項
- ・調査及び研究
- ・目標

○医療連携体制
○医療機能情報の提供
○医療従事者の確保
○計画作成と事業評価
○その他重要事項

【法第30条の８】
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針

○計画作成の趣旨
○一般的留意事項
○計画の内容
○計画作成の手順等
○計画の推進等
○計画に係る報告等

本指針

○医療体制構築の
- ・趣旨
- ・内容
- ・手順
- ・連携の推進等
- ・評価等

○疾病・事業別の体制
- ・がん
- ・脳卒中
- ・心筋梗塞等の心血管疾患
- ・糖尿病
- ・精神疾患
- ・救急医療
- ・災害時における医療
- ・へき地の医療
- ・周産期医療
- ・小児医療（小児救急）
- ・在宅医療

【法第30条の４第１項】
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

○基本的な考え方
○地域の現状
○疾病・事業ごとの医療体制
- ・がん
- ・脳卒中
- ・心筋梗塞等の心血管疾患
- ・糖尿病
- ・精神疾患
- ・救急医療
- ・災害時における医療
- ・へき地の医療
- ・周産期医療
- ・小児医療（小児救急）
- ・在宅医療
- ・その他特に必要と認める医療

○地域医療構想
○地域医療構想を達成する施策
○病床機能の情報提供の推進
○外来医療に係る医療提供体制の確保
○医師の確保
○医療従事者（医師を除く。）の確保
○医療の安全の確保
○医療提供施設の整備目標
○基準病床数
○その他医療提供体制の確保に必要な事項
○事業の評価・見直し

（別紙）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

第１　趣旨
第２　内容
第３　手順
第４　連携の推進等
第５　評価等

がんの医療体制構築に係る指針（P10）
第１　がんの現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
脳卒中の医療体制構築に係る指針(P19)
第１　脳卒中の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針(P29)
第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
糖尿病の医療体制構築に係る指針(P41)
第１　糖尿病の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
精神疾患の医療体制構築に係る指針(P49)
第１　精神疾患の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

救急医療の体制構築に係る指針(P69)
第１　救急医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
災害時における医療体制の構築に係る指針(P83)
第１　災害医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

へき地の医療体制構築に係る指針(P94)
第１　へき地の医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
周産期医療の体制構築に係る指針(P104)
第１　周産期医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順
小児医療の体制構築に係る指針(P125)
第１　小児医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

在宅医療の体制構築に係る指針(P138)
第１　在宅医療の現状
第２　医療体制の構築に必要な事項
第３　構築の具体的な手順

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

第１　趣旨

人口の急速な高齢化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病（以下「５疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。

また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。以下同じ。）の５事業（以下「５事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

さらに、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制の構築が求められている。

疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を具体的に構築することが求められる。

具体的には、各都道府県において、５疾病・５事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。

加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。

以下、第２「内容」、第３「手順」、第４「連携の推進等」及び第５「評価等」において、医療体制の構築に当たって５疾病・５事業及び在宅医療に共通する事項を示すとともに、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの指針において、各々の特性に関する事項を示すので参考とされたい。

第２　内容

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて、まず「１　医療体制の政策循環」を実現するため、「２　指標」を活用し、「３　必要となる医療機能」を明らかにした上で、「４　各医療機能を担う医療機関等の名称」、「５　数値目標」を記載する。

１　医療体制の政策循環

５疾病・５事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などでもって施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を１年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。

- アウトカム（成果）
  施策や事業が対象にもたらした変化
- アウトプット（結果）

施策や事業を実施したことにより生じる結果

・　インパクト（影響）

施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

２　指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること[1]。

・　アウトカム指標

住民の健康状態や患者の状態を測る指標

・　プロセス指標

実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

・　ストラクチャー指標

医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

３　必要となる医療機能

例えば脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期にいたるまでの病期ごとの医療機能を明らかにするのと同様、他の疾病・事業及び在宅医療についても明らかにする。

４　各医療機能を担う医療機関等の名称

前記３の各医療機能を担う医療機関等については、後記第３の２に示すとおり、地域の医療提供者等が作業部会等に参加し、検討する。なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

その検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載する。

また、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、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページの URL を医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

５　課題、数値目標及び施策の方向性

５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれの課題について、地域の実情に応じた数値目標を設定し、課題解決に向けた施策の方向性を記載する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案するものとする。

第３　手順

１　情報の収集

[1]　厚生労働科学研究「地域医療構想策定及び医療計画 PDCA サイクルの推進に資する都道府県の人材育成等手法に関する研究」（研究代表者　熊川寿郎）（平成 26 年度）を参考に記載

都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、指標間相互の関連性も含めて、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書及び厚生労働科学研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」研究報告書を参考とすること。

また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

(1)　人口動態統計
(2)　国民生活基礎調査
(3)　患者調査
(4)　国民健康・栄養調査
(5)　衛生行政報告例
(6)　介護保険事業状況報告調査
(7)　病床機能報告
(8)　レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）
(9)　診断群分類（DPC）データ
(10) 医療施設調査
(11) 病院報告
(12) 医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）
(13) 地域保健・健康増進事業報告
(14) 介護サービス施設・事業所調査
(15) 介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）

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

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

２　作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、５疾病・５事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。必要によっては、さらに、圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

協議に際しては、数値目標の設定やそれを達成するための施策の実施の結果、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ることのないよう配慮する。

なお、作業部会と圏域連携会議は、緊密に連携しながら協議を進めることが重要である。

(1)　作業部会

①　構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成する。

ア　地域医師会等の医療関係団体

イ　医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者

ウ　介護保険法（平成９年法律第123号）に規定するサービス事業者

エ　医療保険者

オ　医療・介護サービスを受ける患者・住民

カ　保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村

キ　学識経験者

ク　その他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

②　内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

ア　地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価

「１　情報の収集」において把握した情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にする。特に５疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握する。

同時に、現行の医療計画において設定された課題とそれに対する施策に加え、施策の中で実施した事業について整理を行うこと。その際、課題解決につながっていない施策や事業については、見直しを含む改善を行うこと。

イ　圏域の設定

上記アに基づき、圏域を検討・設定する。この場合、５疾病・５事業及び在宅医療に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

ウ　課題の抽出

上記アにより把握した現状を分析し、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出する。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。

（ア）まず、課題の抽出に当たっては、アウトカム指標を確認する。例えば、アウトカム指標が全国平均と乖離している等の問題があればそれを課題とすること。

（イ）次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討する。さらに、当該地域を全国平均若しくは都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考

慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討する。

（例：仮に全国平均値であった場合に、治療等の対応が可能であった患者数などを推計し、優先的に課題解決に向けた資源投入をするか否かを判断する。）

エ　数値目標の設定

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定める。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定する。

オ　施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定する。

施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしうるかという観点を踏まえること。

(2)　圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

①　構成

各医療機能を担う全ての関係者

②　内容

下記のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

ア　医療連携の必要性について認識の共有

イ　医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

ウ　当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

なお、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

3　患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

4　医療計画への記載

都道府県は、前記第３の２に示すとおり、医療機能ごとに医療機関等に求められる事項、数値目標等について検討し、医療計画に記載する。

また、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が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。

５　変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、できるだけ速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくてもすむように、変更に伴う手続きをあらかじめ定めておく必要がある。

第４　連携の推進等

計画の推進体制については、第３の２に定める作業部会等を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

第５　評価等

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、評価を行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策及び事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うこととし、課題に対する数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況については、３年ごとの中間評価も踏まえつつ、少なくとも６年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

評価に当たっては、策定体制に関わった者以外の第３者による評価の仕組みを講じること等も有効である。さらに、施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態（アウトカム）、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点からの施策及び事業の評価を行い、必要に応じて計画の内容を改善することが重要である。

また、課題の評価にあたっては、次のような数値目標を設定した指標を活用することも重要である。最終的な成果（アウトカム）を達成するための過程を確認し、過程のどの段階に課題があるかといった観点からの評価も重要である。

（参考：評価指標の考え方[1]）

・　評価指標とは

最終的な成果（アウトカム）の達成に向け、施策や事業を進捗管理し、評価するために設する指標。

良い評価指標は以下の頭文字を取り、ＳＭＡＲＴな指標と言われている。

①　具体性、特異性（Specific）

具体的であるかどうか、施策や事業に特異的であるかどうか。

②　測定可能性（Measurable）

数値目標、達成期間、期待する達成度などが明示され、測定可能であるかどうか。

③　達成可能性（Attainable）

達成可能であるかどうか。コスト、スケジュール、従事者の質と量、社会環境への適合性に問題はないか。関係者の反対はどうか。

④　現実性（Realistic）

現実的かどうか。目標を達成するための手段は適切な因果関係となっているかどうか。

⑤　期限明示（Time-bound）

実施時期、終期、期限などが明示されているか。

がんの医療体制構築に係る指針

がん検診等でがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、まず精密検査等が実施される。

そして、がんの確定診断等が行われた場合、更に詳細な検査により、がんの進行度の把握や治療方針の決定が行われる。

がんの治療は、がん診療連携拠点病院（以下「がん拠点病院」という。）やその他のがん診療に係る医療機関において、個々のがんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法（本指針では薬物療法等を含むものとする。）又はこれらを組み合わせた集学的治療等が実施される。

同時に、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、患者とその家族への緩和ケアが必要である。

その後も再発予防のための術後補助化学療法や再発の早期発見のための定期的かつ専門的検査等、長期の管理が必要となる。

このようにがん患者に必要とされる医療は患者の状態やがんの種類・病期等によって異なるため、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、継続して実施されることが必要である。

また、がん対策について政府は、「がん対策基本法」（平成18年法律第98号）に基づき「がん対策推進基本計画」（平成30年３月閣議決定）を策定し、都道府県は、これを基本とし、各都道府県におけるがん医療の現状等を踏まえて、「都道府県がん対策推進計画」を策定し、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図っている。

本指針は、がん対策推進基本計画のうち医療計画に反映すべき事項等について、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。

具体的には、「第１　がんの現状」でがんの発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析するとともに、各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　がんの現状

がんは、浸潤性に増殖し転移する悪性腫瘍であり、基本的にほぼすべての臓器・組織で発生しうるものである。このため、がん医療は、その種類によって異なる部分があるが、本指針においてはがん医療全体に共通する事項を記載することとする。

１　がんの疫学

がんは、我が国において昭和56年（1981年）より死因の第１位であり、平成26年には年間約37万人以上の国民が亡くなっている[1]。

[1] 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成 26 年）

また、生涯のうちにがんに罹る可能性はおよそ２人に１人とされている[2]。

継続的に医療を受けているがん患者数は約162.6万人[3]、１年間に新たにがんにかかる者は約86万人以上[4]と推計されている。

さらに、今後、人口の高齢化とともにがんの罹患者数及び死亡者数は増加していくことが予想され、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重要な課題である。一方で、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。

がんの年齢調整死亡率は近年減少傾向であるが、がんの種類によりその傾向に違いが見られる。また、全がんの５年相対生存率は62.1％である[5]が、原発巣による予後の差は大きく、乳がん、肺がん、膵がんの５年相対生存率はそれぞれ91.1％（女性のみ)、31.9％、7.7％となっている[5]。

２　がんの予防、がんの早期発見

(1)　がんの予防

がんの原因には、喫煙（受動喫煙を含む。)、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など様々なものがある。

がんの予防には、これらの生活習慣の改善やがんと関連するウイルスの感染予防等が重要であり、バランスのとれた取組が求められる。

(2)　がんの早期発見

がんの早期発見のために、胃がんでは胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、乳がんではマンモグラフィ検査、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われている。

これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらにCT・MRI検査等の精密検査が実施される。

３　がんの医療

(1)　診断

がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、確定診断のために精密検査が実施され、がんの種類やがんの進行度の把握、治療方針の決定等が行われる。

(2)　がん治療

がん治療には、手術療法、放射線療法及び化学療法等があり、がんの種類や病態に応じて、これらを単独で行う治療又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われる。

がん治療については、学会等が様々ながんに対してEBM（科学的根拠に基づく医療）に基づく診療ガイドラインを作成している。

また、各医療機関ではこれらの診療ガイドライン等に基づいてクリティカルパス（検査と治療等を含めた診療計画表をいう。）が作成されている。

(3)　緩和ケア

---

[2]　国立研究開発法人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（2012 年）

[3]　厚生労働省「患者調査」(平成 26 年)

[4]　国立研究開発法人国立がん研究センター　がん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計 2012 年罹患数・率報告」

[5]　国立研究開発法人国立がん研究センター　がん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計 2006-2008 年生存率報告」

がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施することが求められている。

がん疼痛の緩和では、医療用麻薬等の投与や神経ブロック等が行われる。また、疼痛以外の悪心や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状に対する治療やケアも行われる。

併せて、がん患者とその家族には、しばしば不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、心のケアを含めた精神医学的な対応が行われる。

(4) リハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

がん治療後は、治療の影響や病状の進行により、患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあるため、リハビリテーションが行われる。また、再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われる。さらに、在宅療養を希望する患者に対しては、患者やその家族の意向に沿った継続的な医療が提供されるとともに、必要に応じて適切な緩和ケアが行われ、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供される。さらに、人生の最終段階には、看取りまで含めた医療や介護サービスが行われる。

(5) 小児・AYA世代（思春期世代と若年成人世代）のがん

小児がん及びAYA世代のがんは、多種多様ながん種を多く含み、特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が求められている。小児がん患者とその家族が適切な医療や支援を受けられるように、小児がん拠点病院及び小児がん連携病院を中心とした地域のネットワークによる診療体制が構築されている。

(6) がんゲノム医療

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を国とともに段階的に構築し、患者・家族の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備が求められている。また、がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備が求められている。がんゲノム医療提供体制として令和２年１月１日時点で、がんゲノム医療中核拠点病院が11施設、がんゲノム医療拠点病院が34施設、がんゲノム医療連携病院が161施設整備されている。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　がんの現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが連携・継続して実施される体制を構築する。

(1) 手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能な体制

① 進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療もしくはこれらを組み合わせた集学的治療の実施

② 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンを受けられる体制

③ 医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を受けられる体制

(2) がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制

① がんと診断された時から患者とその家族に対する全人的な緩和ケアの実施
② 診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施

(3) 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上
① がん拠点病院等による各種研修会、カンファレンスなどを通じた地域連携・支援の実施
② がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、急変時の対応等に関して在宅療養中の患者に対する支援の実施

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、がんの医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) がんを予防する機能【予防】
① 目標
・ 喫煙やがんと関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること
・ 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること
② 関係者に求められる事項
（医療機関）
・ がんに係る精密検査を実施すること
・ 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること
・ 都道府県や市町村等が実施するたばこ対策に積極的に協力すること
（行政）
・ 市町村（特別区を含む。以下同じ。）はがん検診を実施すること
・ 地域がん登録、全国がん登録及び院内がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること
・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること
・ 都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協会の一層の活用を図る等により、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること
・ 都道府県は市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること
・ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
・ 感染に起因するがん対策を推進すること

(2) がん診療機能【治療】
① 目標
・ 精密検査や確定診断等を実施すること
・ 診療ガイドラインに準じた診療を実施すること
・ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること
・ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

・　がん治療の合併症予防や軽減を図ること
・　治療後のフォローアップを行うこと
・　各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施することが求められる。

・　血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること
・　病理診断や画像診断等が実施可能であること
・　患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること
・　がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

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

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

③　医療機関の例

・　がん拠点病院
・　病院又は診療所

(3)　在宅療養支援機能【療養支援】

①　目標

・　がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること
・　在宅緩和ケアを実施すること

②　医療機関等に求められる事項
・　24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
・　がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
・　看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供すること
・　がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（地域連携クリティカルパスを含む。）
・　医療用麻薬を提供できること

③　医療機関等の例
・　病院又は診療所
・　薬局
・　訪問看護ステーション

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。さらに、(3)に示す、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

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

(1)　患者動向に関する情報
・　がん検診受診率（国民生活基礎調査など）
・　喫煙率（国民生活基礎調査）
・　総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病中分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
・　がん患者の在宅死亡割合（人口動態統計）
・　年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））
・　都道府県の地域がん登録に基づく情報

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　がん診療機能
・　手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況
・　がん診療を専門的に行う医療従事者数
・　緩和ケアの実施状況
　緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師
　緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況　等
・　診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況
・　周術期口腔機能管理の取組状況
・　院内がん登録の実施状況
・　地域連携クリティカルパスの整備状況
・　がん診療に関する情報提供の状況
　パンフレットの配布、ホームページでの情報提供　等

・　相談支援センターの整備状況
　相談員の研修状況　等
・　小児がん拠点病院・小児がん連携病院の連携状況
・　がんゲノム医療中核拠点病院等と都道府県内のがん診療を行う病院との連携状況

②　在宅療養支援機能
・　在宅療養における24時間対応の有無
・　疼痛等に対する緩和ケアの実施状況（医療機関、薬局）
・　がん診療機能を有する病院等との連携状況

③　がん予防
（医療機関等）
・　禁煙外来の実施状況
・　敷地内禁煙の実施状況
・　薬局の禁煙指導状況
（行政）
・　がん検診の受診状況
・　市町村におけるがん検診の精度管理・事業評価の状況

(3)　指標による現状把握
　別表１に掲げるような指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　圏域の設定
(1)　都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、予防、治療、療養支援等に関する医療機能を明確にして、圏域を設定する。
(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
(3)　圏域を設定するに当たっては、各医療機能の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する。
(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現にがん診療に従事する者、がん患者・家族、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討
(1)　都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、予防から専門的治療、緩和ケア、再発予防や在宅療養まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
　さらに、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。
(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画

の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年７月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(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、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載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。

４　課題の抽出

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

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

５　数値目標

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

数値目標の設定に当たっては、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

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

６　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

７　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

８　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

脳卒中の医療体制構築に係る指針

脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。

このように一人の脳卒中患者に必要とされる医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。

本指針では、「第１　脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　脳卒中の現状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。

脳梗塞は、さらに、アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の３種類に分けられる。

また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものである。

脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なるが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

１　脳卒中の疫学

１年間に救急車によって搬送される急病患者の約８％、約28万人が脳卒中（脳血管疾患）を含む脳疾患である[1]。また脳卒中によって継続的に医療を受けている患者数は約118万人と推計される[2]。

さらに、年間約11.2万人が脳卒中を原因として死亡し、死亡数全体の8.7％を占め、死亡順位の第４位である[3]。

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがある。

介護が必要になった者の18.5％は脳卒中が主な原因であり第１位である[4]。

これらの統計から、脳卒中は、発症後命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きい。

２　脳卒中の医療

(1)　予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要である。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

また、脳卒中の無症候性病変、危険因子となる画像異常等の発見にはMRI、MRアンギオグラフィ（以下「MRA」という。）、頸動脈超音波検査が行われている。

一過性脳虚血発作（TIA）直後は脳梗塞発症リスクが高く、これを疑えば、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始する。

同時に、住民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように、啓発を進める必要がある。

(2)　発症直後の救護、搬送等

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要である。できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対処を行う。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制※の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に搬送することが重要である。このため、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法の適応や血管内治療（機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等）など、超急性期の再開通治療の適応※※となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用することが望ましい。

※　メディカルコントロール体制については、「救急医療の体制構築に係る指針」を参照。

※※　超急性期の再開通治療（t-PAなど）の適応：t-PA静注療法は、発症4.5時間以内の脳梗塞患者のうち、広範な早期脳虚血性変化や頭蓋内出血などの禁忌

1　消防庁「平成 28 年版　救急・救助の現況」（平成 28 年）
2　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）
3　厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）
4　厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 25 年）

項目に該当しない患者が対象となる。また、経動脈的血栓溶解療法は発症６時間以内の脳梗塞の一部、機械的血栓除去術は原則として発症８時間以内の脳梗塞患者の一部の患者が対象となる。

(3)　診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になる。最近ではCTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や転帰がある程度予測できるようになった。

また、救急患者のCT、MRI画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝送すること等により、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられる。

(4)　急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われる。

①　脳梗塞では、まず発症後4.5時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要がある。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後4.5時間以内に治療を開始することが重要である。そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療施設に迅速に受診することが求められ、来院してから治療の開始まで１時間以内が目安である。

また、近年、急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されていることから、原則として発症後８時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮する。

また超急性期の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要である。

②　脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもある。

③　くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行う。

また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室※等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきている。

※　専門医療スタッフが急性期からの濃厚な治療とリハビリテーションを組織的かつ計画的に行う脳卒中専用の治療病室。例えば、診療報酬上で脳卒中の入院医療管理料が算定できる治療室である脳卒中ケアユニット等。

(5)　リハビリテーション

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられるが、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。

①　急性期に行うリハビリテーションは、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する。

②　回復期に行うリハビリテーションは、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施する。

③　維持期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施する。

(6)　急性期以後の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われる。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要である。

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者の一部では、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症等のため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要である。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　脳卒中の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築する。また、都道府県は、医療機関の協力を得て、脳卒中に関する市民への啓発を積極的に行うことが重要である。

(1)　発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

①　発症後、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送

②　医療機関到着後１時間以内の専門的な治療の開始

(2)　病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制

①　廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施

②　機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施

③　生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

(3)　在宅療養が可能な体制

①　生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　発症予防の機能【予防】

① 目標

・ 脳卒中の発症を予防すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること

・ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること

・ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

・ 脳卒中の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。また超急性期血栓溶解療法の適応時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい。

② 関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

・ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

・ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと

・ 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

① 目標

・ 患者の来院後１時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始すること

・ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討すること

・ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと

・ 廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。

・ 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること

・　脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。）
・　脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む。）
・　適応のある脳梗塞症例に対し、来院後１時間以内（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。）
・　適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること
・　呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
・　合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
・　リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
・　個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること
・　回復期（あるいは維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
・　回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
・　脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

③　医療機関の例
・　救命救急センターを有する病院
・　脳卒中の専用病室を有する病院
・　急性期の血管内治療が実施可能な病院
・　脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

(4)　身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

①　目標
・　身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②　医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
・　失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴

覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること

・　合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること

・　急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

・　再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること

③　医療機関の例

・　リハビリテーションを専門とする病院又は診療所

・　回復期リハビリテーション病棟を有する病院

(5)　日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】

①　目標

・　生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること

・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること

・　誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②　医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること

・　生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること

・　合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること

・　介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること

・　回復期あるいは急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

・　合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること

③　医療機関等の例

・　介護老人保健施設

・　介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

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

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

(1)　患者動向に関する情報

・　年齢調整受療率（患者調査）
・　健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
・　高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査）
・　総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
・　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の各疾患別の新規発生患者数（初発／再発）
・　退院患者平均在院日数（患者調査）
・　患者の退院時mRSスコア、発症１年後におけるADLの状況
・　在宅等生活の場に復帰した患者の割合（患者調査）
・　脳卒中を主な原因とする要介護認定者数（要介護度別）
・　年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））
・　脳卒中の再発率
・　脳血管疾患患者の在宅死亡割合（人口動態統計）

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送

・　救急搬送件数（救急年報報告）
・　搬送先医療機関
・　発症から受診までに要した平均時間
・　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（救急年報報告）

②　医療機関等

ア　救命救急センター、脳卒中の専用病室を有する医療機関

・　検査、画像診断、治療体制（人員・施設設備、夜間休日の体制）
・　実施可能な治療法（t-PAによる脳血栓溶解療法や血管内治療、外科治療を含む。）、リハビリテーション
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、転院前の待機日数等）

イ　リハビリテーションを専門とする病院、回復期リハビリテーション病棟を有する病院

・　検査、治療体制（人員・施設設備）
・　実施可能な脳卒中の治療法、リハビリテーション
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、入院中のケアプラン策定状況等）

ウ　介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所

・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
・　介護サービスの実施状況、介護サービス事業所との連携の状況

(3)　指標による現状把握

別表２に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自

調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たっては、発症後4.5時間以内の脳梗塞における血栓溶解療法の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に脳卒中医療に従事する者、消防機関、介護サービス事業者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、維持期まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

　また、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年７月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(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、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

　さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載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。

4　課題の抽出

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

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

5　数値目標

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針

心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム※としての心血管疾患リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や、疾患によって治療法や予後が大きく変わる。

また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、疾患に応じた医療を提供することが必要である。

本指針では、「第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各疾患や各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

※　疾患管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいう[1]。

第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状

１　急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見により ST 上昇型心筋梗塞と非 ST 上昇型心筋梗塞に大別される。

[1] 日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012 年改訂版）」（平成 27 年 1 月 14 日更新版）

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ST 上昇型心筋梗塞と非 ST 上昇型心筋梗塞で異なるところもあるが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

(1)　急性心筋梗塞の疫学

１年間に救急車で搬送される急病の約 8.6%、約 30.2 万人が心疾患等である[2]。

また、虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている患者数は約 78 万人と推計される[3]。

さらに、年間約 20 万人が心疾患を原因として死亡し、死亡数全体の 15.2%を占め、死亡順位の第２位である。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は心疾患死亡数全体の約 19.0%、約 3.7 万人である[4]。

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要である。また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要である。

(2)　急性心筋梗塞の医療

①　予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

②　発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行う。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及び AED の使用により、救命率の改善が見込まれる。

住民による心肺機能停止傷病者への応急手当は約 48%に実施されており[1]、AED は全国に推定約 48 万台普及している状況である[5]。

③　診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になる。

特に ST 上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要である。

非 ST 上昇型心筋梗塞では至適な薬物療法を行いつつ必要に応じて早期に冠動脈造影を行う。

---

[2] 消防庁「平成 28 年度版　救急・救助の現況」（平成 28 年）

[3] 厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

[4] 厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

[5] 厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者　坂本哲也）（平成 26 年度）

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症について確認することも重要である。

④　急性期の治療

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われる。

また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われる。

ア　ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高い。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）等の外科的治療が第一選択となることもある。

イ　非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行う。

⑤　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施する。

喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

⑥　急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われる。

また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。

2　大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔(真腔・偽腔)になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたす。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれる。

病期としては、発症２週間以内が急性期、２週間以降が慢性期とされている。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどである。そのため、本指針においては主に急性大動脈解離について記載することとする。

(1)　大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約 4.2 万人と推計される[6]。また、年間約 1.7 万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の 1.3%を占め、死亡順位の第９位である[7]。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は１時間毎に１～２%ずつ上昇するといわれている。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要である。

(2)　大動脈解離の医療

①　急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT 等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になる。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類される。A 型と B 型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要である。

②　急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。

ア　Stanford A 型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもある。

イ　Stanford B 型急性大動脈解離は、A 型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となる。また近年、合併症を有する B 型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもある。

③　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施する。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要である。

④　急性期以後の医療

発症から２週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われる。しかしながら、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもある。

6　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

7　厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

3　慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来たし日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

(1)　慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約 30 万人と推計され、そのうち約 70%が 75 歳以上の高齢者である[8]。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約 36.6%、約 7.2 万人である[9]。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されている。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要である。

(2)　慢性心不全の医療

①　診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になる。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行う。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有するが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要である。

②　慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現･悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となる。また、心不全の増悪要因によっては、PCI や外科的治療が必要となることもある。

③　心不全増悪予防

心不全の増悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発･悪化、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分･水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれている。

8　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

9　厚生労働省「人口動態統計(確定数)」（平成 27 年）

心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法･運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要である。

④　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。

(1)　発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

①　周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施

②　専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(2)　発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

①　医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始

②　専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(3)　合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

①　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施

②　運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施

(4)　在宅療養が可能な体制

①　合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施

②　再発予防のための定期的専門的検査の実施

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　発症予防の機能【予防】

①　目標

・　心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること

・　初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
・　初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

(2)　応急手当・病院前救護の機能【救護】

①　目標

・　心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

②　関係者に求められる事項

（家族等周囲にいる者）

・　発症後速やかに救急要請を行うこと
・　心肺停止が疑われる者に対して、AED の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること

（救急救命士を含む救急隊員）

・　地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること
・　急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

(3)　救急医療の機能【急性期】

①　目標

・　患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に専門的な治療を開始すること
・　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
・　再発予防の定期的専門的検査を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT 検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が 24 時間対応可能であること
・　心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が 24 時間対応可能であること
・　ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば PCI を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること
・　慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
・　呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
・　虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
・　電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること

・　運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
・　抑うつ状態等の対応が可能であること
・　回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

③　医療機関の例
・　救命救急センターを有する病院
・　心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
・　心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

(4)　疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】

①　目標
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
・　在宅等生活の場への復帰を支援すること
・　患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること

②　医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
・　心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
・　合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・　運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
・　心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
・　急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③　医療機関の例
・　内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

(5)　再発予防の機能【再発予防】

①　目標
・　再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・　在宅療養を継続できるよう支援すること

②　医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
・　再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
・　緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること

・　合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・　急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
・　在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

③　医療機関の例
・　病院又は診療所

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

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

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

(1)　患者動向に関する情報
・　年齢調整受療率（患者調査）
・　健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
・　高血圧性疾患患者、脂質異常症患者、糖尿病患者の年齢調整外来受療率（患者調査）、喫煙率（国民生活基礎調査）
・　総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
・　退院患者平均在院日数（患者調査）
・　在宅等生活の場に復帰した患者の割合（患者調査）
・　年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送
・　救急搬送件数（直接搬送割合、転院搬送割合）
・　搬送先医療機関
・　発症から受診までに要した平均時間
・　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
・　医療機関収容までに心停止していた患者の割合
・　心肺停止が疑われる者に対して現場に居合わせた者により救急蘇生法を実施した割合
・　心肺停止を目撃してから除細動（AED）までの時間

②　医療機関等

ア　救命救急センター、CCU 等を有する病院
・　検査、治療体制（人員・施設設備、夜間休日の体制）
・　実施可能な治療法、リハビリテーション

・　急性心筋梗塞患者来院後、血栓溶解療法または心臓カテーテル検査を開始するまでに要する時間
・　急性心筋梗塞患者来院後 90 分以内に再疎通できた割合
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）

イ　回復期のリハビリテーションを行う病院・診療所
・　検査、治療体制（人員・施設設備）
・　実施可能な心筋梗塞等の心血管疾患の治療法、リハビリテーション
・　連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）

(3)　指標による現状把握

別表３に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　圏域の設定

(1)　都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、各疾患及び各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患には、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関が限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から 、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に心筋梗塞等の心血管疾患の診療に従事する者、消防機関、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討

(1)　都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して、疾患に応じた医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(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、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載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。

４　課題の抽出

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

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

５　数値目標

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

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

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

６　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

７　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については

３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

８　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

糖尿病の医療体制構築に係る指針

糖尿病は、様々な遺伝素因に種々の環境因子が作用して発症する。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての患者教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には薬物療法まで含めた治療が行われる。

また、糖尿病は脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来たすことが多い。

予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。

さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要である。

本指針では、「第１　糖尿病の現状」で糖尿病の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　糖尿病の現状

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群である。

糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする１型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する２型糖尿病に大別される。

インスリン作用不足により高血糖がおこると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、その持続により合併症を発症する。糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症がある。

① 急性合併症には、ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等がある。

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

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

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

１　糖尿病の疫学

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

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

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

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

２　糖尿病の医療

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

なお、以下、糖尿病における「診療ガイドライン」は上記を指すこととする。

(1)　予防・健診・保健指導

２型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣が重要である。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できる。

個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見による重症化予防につなげるために、特定健診などの定期的な健診を受診することが必要である。また、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが重要となる。例えば、特定健診で高血糖など複数のリスクを有し特定保健指導の該当者となった場合には、特定保健指導にて生活習慣の改善を行う。一方、高血糖のみを有する者や、非肥満の者で特定保健指導の該当者とならない者についても対応を行うことが望ましく、これらの者の対応については「標準的な健診・保健指導プログラム」を参考とされたい。医療機関は、地域における糖尿病の予防の取組によって、日頃から糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善が促進されるよう、医療保険者等と連携することが必要である。

(2)　診断

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

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

1　厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成28年）
2　厚生労働省「患者調査」（平成29年）
3　厚生労働省「国民健康・栄養調査」（平成19年）
4　（社）日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」（平成30年）
5　厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成30年）

(3)　治療・指導

糖尿病の治療は、１型糖尿病と２型糖尿病で異なる。

１型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多い。

一方で、２型糖尿病の場合は、２～３ヶ月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬又はインスリン製剤を用いた薬物療法を開始する。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続する。

慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療など内科的治療を行うことによって、その発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を阻止または遅らせることが可能である。慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導する必要がある。

血糖コントロールの指標として、患者の過去１～２ヶ月の平均血糖値を反映する指標であるHbA1cが用いられる。血糖コントロールの目標は、年齢、罹病期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定することが望ましい。

また、糖尿病患者には、シックデイ（発熱、下痢、嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができないとき）の対応や、低血糖時の対応について事前に十分な指導を行う。

(4)　合併症の治療

①　急性合併症

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

②　慢性合併症

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

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

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

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

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

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　糖尿病の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築する。

(1)　糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制
　①　糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施
　②　良好な血糖コントロールを目指した治療の実施
(2)　血糖コントロール不良例の治療や急性合併症の治療が可能な体制
　①　教育入院等による、様々な職種の連携によるチーム医療の実施
　②　急性増悪時の治療の実施
(3)　糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

2　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

①　目標
- 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
- 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
- 糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること
- 75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
- 低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
- 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③　医療機関の例
- 病院又は診療所

(2)　血糖コントロール不良例の治療を行う機能【専門治療】

①　目標
- 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
- 75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 各専門職種のチームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること
- 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③　医療機関の例
- 病院又は診療所

(3)　急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

①　目標

・　糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　糖尿病昏睡等急性合併症の治療が 24 時間実施可能であること

・　食事療法、運動療法を実施するための設備があること

・　糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③　医療機関の例

・　病院又は診療所

(4)　糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

①　目標

・　糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

・　糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）

・　糖尿病性網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること

・　糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること

・　糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③　医療機関の例

・　病院又は診療所

(5)　地域と連携する機能

①　目標

・　市町村や保険者と連携すること

②　医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則して連携していることが求められる。

・　市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること

・　市町村や保険者が保健指導するための情報提供を行っていること

・　糖尿病の予防、重症化予防を行う市町村及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること

③　医療機関の例

・　病院又は診療所

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

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

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

(1)　患者動向に関する情報

- 年齢調整受療率（患者調査）
- 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
- 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査）
- 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）、患者流入割合、流出割合（患者調査）
- 退院患者平均在院日数（患者調査）
- 健診を契機に受診した患者数
- 有病者数・有病率、予備群数
- 治療中断率（医師の判断によらないものに限る。）
- 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症率
- 糖尿病による失明発症率
- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数
- 年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　初期・安定期の治療を行う診療所

- 検査、治療体制（人員・施設設備）
- 糖尿病教室等患者教育の状況
- 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況）

②　血糖コントロール不良例等の治療を行う病院・診療所

- 検査、治療体制（人員・施設設備）
- 糖尿病教室等患者教育の状況
- 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況）

③　合併症治療を行う病院・診療所

- 検査、治療体制（人員・施設設備）
- 実施可能な慢性合併症の治療法
- 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- 地域連携の状況（市町村及び保険者、薬局等の社会資源との保健事業に係る情報共有や協力の状況）

(3)　指標による現状把握

別表４に掲げるような、病期・医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると

考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たって、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に糖尿病の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

　また糖尿病対策推進会議（日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が、糖尿病の発症予防等を目指して共同で設立した会議）を活用すること。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、血糖コントロールを中心として、多種多様な合併症についても連携して治療を実施するため関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。

　また、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

　また都道府県は、関係団体等との連携、特に糖尿病対策推進会議の活用により、標準的な治療の普及、協力体制の構築を図る。なお、都道府県における糖尿病性腎症の重症化予防の取組については、糖尿病性腎症重症化予防プログラム[6]が策定されており、都道府県に求められる取組の例示として、糖尿病対策推進会議等との情報共有、課題・対応策等の議論、本プログラムを参考にした都道府県レベルの糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定等が盛り込まれており、都道府県内の取組が円滑に行われるよう体制構築に取り組む際には参照されたい。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

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

　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

6　「「糖尿病性腎症重症化プログラム」の策定について（依頼）」（平成 28 年４月 20 日付け保発 0420 第４号厚生労働省保険局長通知）

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。

4　課題の抽出

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

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

5　数値目標

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。また、長期の入院が必要となっている精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要がある。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。具体的には、

① 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する必要がある。

② 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、令和２年度末（第５期障害福祉計画の最終年度）、令和５年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にした上で、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画に基づき基盤整備を推し進める必要がある。また、第６期障害福祉計画（令和３～令和５年度）において、包括的かつ継続的な地域生活支援連携体制整備を今後も計画的に推進する観点から、精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数（地域平均生活日数）が成果目標として検討されている。

さらに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）を踏まえて、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、医療計画に基づき、作業部会等を通じて、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

本指針では、「第１　精神疾患の現状」で多様な精神疾患等ごとの現状・課題を概観し、「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析した上で、地域の実情に応じて圏域（精神医療圏）を設定し、その圏域ごとに不足している医療機能あるいは調整・整理が必要な医療機能を明確にして、医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにする必要がある。

第１　精神疾患の現状

１　現状・課題

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

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

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

(1)　統合失調症

（患者動態）

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は 79.2 万人であり、うち入院患者数は 15.4 万人である[1]。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、平成 26 年の精神病床における１年以上の長期入院患者数 12.1 万人のうち、その６割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっている[4]。これにより１年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されている。また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待される。

（政策動向）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、統合失調症に対応できる専門職を養成するとともに多職種連

1　厚生労働省「患者調査」（平成 29 年）

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

3　厚生労働省「自殺対策白書」（令和元年）

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

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

① 令和２年度末、令和５年度末の精神病床における入院需要（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を設定

② 精神病床における基準病床数を設定

する際に、治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等による効果を勘案していることに留意すること。

(2) うつ病・躁うつ病

(患者動態)

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

(政策動向)

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

(医療提供体制に関する検討課題)

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

(3) 認知症

(患者動態)

我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24（2012）年で462万人と65歳以上高齢者の約７人に１人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約４人に１人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い令和７（2025）年には、約

[5] 厚生労働省「患者調査」（平成11年）

700 万人と約５人に１人に上昇すると見込まれている[6]。なお、平成 29 年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 70.4 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人である[1]。

（政策動向）

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

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

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

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

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

①　早期診断・早期対応のための体制整備について

（かかりつけ医、認知症サポート医の養成）

かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医の養成を進め、身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備すること

（認知症初期集中支援チームの取組の推進）

---

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

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

（認知症疾患医療センター※等の整備）

都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センター以外の認知症の鑑別診断を行える医療機関※※について、二次医療圏における65歳以上人口も踏まえ、計画的に整備を図っていくこと。

認知症疾患医療センターについては、少なくとも二次医療圏に１カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口６万人に１カ所程度整備すること。

※　認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※※　認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関

（歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上）

歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備すること

②　行動・心理症状（ＢＰＳＤ）や身体合併症等への適切な対応

（病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上）

病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること

（適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備）

認知症の人に行動・心理症状（ＢＰＳＤ）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること

③　医療・介護等の有機的な連携の推進

（認知症地域支援推進員の取組の推進）

認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

（認知症ケアパスの活用）

地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること

（若年性認知症の人やその家族の支援）

若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること

(4)　児童・思春期精神疾患

（患者動態）

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

（政策動向）

厚生労働省は、平成 13 年度より、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。

平成 24 年度に診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成 29 年時点では、23 都道府県に所在する医療機関において算定されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、「児童・思春期精神科入院医療管理料」を算定された精神病床を持つ病院等の児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、児童・思春期精神疾患に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、「思春期精神保健研修」を活用すること。

(5)　発達障害

（患者動態）

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89,F90-F98）の総患者数は 23.3 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人[5]から増加している。

（政策動向）

平成 17 年４月の発達障害者支援法施行により、国立精神・神経医療研究センターにおいて、都道府県・政令指定都市の発達障害診療の指導的役割を担う者に対する研修を実施している。平成 28 年８月の改正発達障害者支援法施行により、都道府県・政令指定都市が発達障害者の支援（診療等を含む。）に関する情報の共有や緊密な連携、体制の整備等について検討する発達障害者支援地域協議会の設置が位置付けられた。平成 29 年１月の総務省による「発達障害者支援に関する行政評価・監視」では、厚生労働省に対して、発達障害者の専門的医療機関の確保と公表を積極的に進めることを勧告している。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、発達障害に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、発達障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。この際、平成 28 年度から実施している「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」を活用すること。

(6)　依存症

①　アルコール依存症

（患者動態）

平成 29 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.6 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 3.7 万人[7]から増加している。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されている[7]。

(政策動向)

平成 26 年６月１日に施行されたアルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）に基づき、平成 28 年５月 31 日に、アルコール健康障害対策推進基本計画が閣議決定された。本計画の数値目標として、全ての都道府県において、令和２年度までにアルコール依存症者に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を１カ所以上定めることが明記されている。

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

(医療提供体制に関する検討課題)

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

② 薬物依存症

(患者動態)

平成 26 年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は 0.3 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 0.1 万人[5]から増加している。

(政策動向)

平成 25 年６月に、刑の一部の執行猶予制度の導入等を内容とする、刑法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 49 号）及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律（平成 25 年法律第 50 号）が成立（平成 28 年６月１日施行）した。薬物依存症者の再犯（再使用）防止は、刑事司法機関のみでは不十分であり、保護観察所と、地域の医療・保健・福祉機関及び民間支援団体との有効かつ緊密な連携体制の構築が不可欠とされ、平成 27 年 11 月 19 日に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」（平成 27 年 11 月 19 日付け法務省保観第 119 号法務省・障発 1119 第１号保護局長・矯正局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）が策定された。

また、平成 28 年 12 月 14 日に施行された再犯の防止等の推進に関する法律（平成 28 年法律第 104 号）に基づき、平成 29 年 12 月 15 日に再犯防止推進計

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

画が閣議決定された。本計画では、薬物依存症治療の専門医療機関の充実や、薬物依存症者の治療・支援等に知識を有する医療関係者の育成等が明記されている。

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

(医療提供体制に関する検討課題)

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

③ ギャンブル等依存症

(患者動態)

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

(政策動向)

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

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

(医療提供体制に関する検討課題)

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

(7) 外傷後ストレス障害（PTSD）

(患者動態)

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

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

（政策動向）

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

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

(8)　高次脳機能障害

（患者動態）

平成 13～平成 17 年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に 27 万人いると推計されている[9]。

（政策動向）

厚生労働省は、平成 18 年度より高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を地域生活支援事業において実施している。国立障害者リハビリテーションセンター内に「高次脳機能障害情報・支援センター」を設置する他、都道府県の支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行っている。自治体職員、福祉事業者、医療関係者を対象に高次脳機能障害支援に関する研修を行い、地域における高次脳機能障害支援の普及を図っている。

（医療提供体制に関する検討課題）

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

(9)　摂食障害

（患者動態）

平成 29 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は 1.5 万人[1]であり、平成 11 年の総患者数の 1.1 万人[5]から増加している。厚生労働科学研究

9　「高次脳機能障害ハンドブック―診断・評価から自立支援まで」（編集　中嶋八十一、寺島彰）医学書院

において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100 人に１～２人、男子中学生の 1,000 人に２～５人いると推計されている[10]。

（政策動向）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

（10）てんかん

（患者動態）

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

（政策動向）

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

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

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

（11）精神科救急

（基本情報）

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

（政策動向）

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保及びその円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。厚生労働省は、平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

（医療提供体制に関する検討課題）

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

（12）身体合併症

（基本情報）

12　消防庁「救急救助の現況」（平成 28 年版）

精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されている[13]。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告がある[14]。平成 27 年度の消防庁の調査では、平成 26 年中の救急出動件数において、入電から帰署までに２時間以上を要した事案のうち「精神疾患を背景に有する患者」が 12,105 件あり、「在宅独居・施設入所の高齢者」の 13,007 件に次いで搬送時間を延伸する要因となっている[15]。

（政策動向）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

（13）自殺対策

（基本情報）

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の平成30年の自殺者数は２万840人であり、平成22年以降、９年連続の減少となっている[3]。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にある。特に、年代別の死因順位をみると、10～39歳の各年代の死因の第１位は自殺となっている[3]。

（政策動向）

平成 18 年６月に自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）が成立し、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱（平成 19 年６月８日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。また、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援を行い、自殺対策を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成 28 年３月に「自殺対策基本法の一部を改正する法律」（平成 28 年法律第 11 号。以下「改正法」という。）が成立し、同年４月１日に施行された。改正法においては、基本的施策が拡充され、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備や多職種連携の推

13　厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（研究代表者　黒澤尚）（平成 19 年度）

14　厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者　保坂隆）（平成 18 年度）

15　消防庁「平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成 27 年度）

進等が新たに規定された。更に、改正法の趣旨や自殺を巡る実態を踏まえ、第３次「自殺総合対策大綱」（平成 29 年７月 25 日閣議決定）が策定され、適切な精神保健医療福祉サービスのうけられる体制の充実や地域における自殺未遂者等支援の整備等が新たに規定された。

厚生労働省は、平成 20 年度より、「自殺未遂者ケア研修」として、知識及び技術の普及を目的に、医師等を対象とした研修を実施している。平成 20 年～令和元年度における受講参加者は、1,497 人である。

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、自殺対策に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、自殺対策に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。加えて、以下の２点について留意されたい。

① 自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・労働・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ること。

② 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進すること。

(14) 災害精神医療

（基本情報）

令和元年 11 月時点で、全国 40 府県 45 自治体において災害派遣精神医療チーム（DPAT）先遣隊が整備されている。

（政策動向）

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

（医療提供体制に関する検討課題）

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

(15) 医療観察法における対象者への医療

（基本情報）

平成 17 年７月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）施行から平成30年12月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は3,246件、通院処遇決定は 622 件となっている[16]。令和２年１月１日時点における入院

[16] 法務省「犯罪白書」（令和元年度版）

者数は756名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約81.9%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約６%である[17]。

（政策動向）

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

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

（医療提供体制に関する検討課題）

第７次医療計画においては、医療観察制度に基づく通院医療に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要がある。

２　精神疾患の医療体制

平成30年における精神病床を有する病院数は1,637病院であり、このうち精神病床のみを有する精神科病院数は1,058病院である[18]。平成30年における精神病床数は32万9,692床[18]であり、平成11年の35万8,449床[19]から減少している。

平成26年における精神科・神経科・心療内科を主たる診療科とする精神科等診療所数は3,890診療所[20]であり、平成11年の2,001診療所[19]から増加している。平成26年における医師・看護職員・精神保健福祉士をそれぞれ１人以上有している精神科等診療所数は、383診療所と全体の１割弱である[20]。

平成26年における精神科及び心療内科を主たる診療科とする精神科等医師数は１万6,090人[20]であり、平成16年の１万3,353人[21]から増加している。平成16年と平成26年とを比較すると、病院に勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.1倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科等医師数の増加割合は約1.6倍と、診療所に勤務する精神科等医師数の方が増加している。

17　厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

18　厚生労働省「医療施設調査」（平成30年）

19　厚生労働省「医療施設調査」（平成11年）

20　厚生労働省「医療施設調査」（平成26年）

21　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成16年）

平成30年における精神科訪問看護を行う精神科病院数は921病院[22]であり、平成19年の946病院[23]から減少している。平成31年における訪問看護ステーションは10,783事業所[24]であり、平成19年の5,275事業所[25]から約2.0倍に増加している。平成27年における精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの割合は59.8%であり、平成18年の35.5%から増加している[26]。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

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

(1)　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

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

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

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

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

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

(2)　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

①　多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築

②　多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、多様な精神疾患等ごとに各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

22　厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成30年）
23　厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成19年）
24　厚生労働省「医療費の動向調査」（平成31年４月）
25　厚生労働省「医療費の動向調査」（平成19年４月）
26　厚生労働科学研究「精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究」（研究代表者　河原和夫）（平成27年度）

(1)　地域精神科医療提供機能

①　目標

・　患者本位の精神科医療を提供すること
・　ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・　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

②　医療機関に求められる事項（例）

・　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
・　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
・　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

(2)　地域連携拠点機能

①　目標

・　患者本位の精神科医療を提供すること
・　ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・　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
・　医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
・　情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
・　人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
・　地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

②　医療機関に求められる事項（例）

・　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
・　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
・　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
・　地域連携会議の運営支援を行うこと
・　積極的な情報発信を行うこと
・　多職種による研修を企画・実施すること
・　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

(3)　都道府県連携拠点機能

①　目標

・　患者本位の精神科医療を提供すること
・　ICF の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・　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
・　医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
・　情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと

・　人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
・　地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

②　医療機関に求められる事項（例）

・　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
・　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
・　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
・　地域連携会議を運営すること
・　積極的な情報発信を行うこと
・　専門職に対する研修プログラムを提供すること
・　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

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

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

※　地域精神保健福祉資源分析データベース（ReMHRAD）の活用（事業報告）
ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database）は、医療計画における別表５の都道府県別の指標の状況、精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）、訪問看護ステーション及び障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡、各社会資源の位置情報等について表示するデータベースであり、各自治体の行政担当者等が政策を作成する際に活用すること。

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

(1)　患者動向に関する情報

・　こころの状態（国民生活基礎調査）
・　精神疾患を有する総患者数の推移（入院外来別内訳、年齢階級別内訳、疾病別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
・　精神病床における入院患者数の推移（年齢階級別内訳、疾患別内訳、在院期間別内訳、入院形態別内訳）（患者調査、精神保健福祉資料）
・　精神病床における急性期入院患者（３ヶ月未満）の年齢階級別入院受療率の推移（患者調査）

・　精神病床における回復期入院患者（３ヶ月以上１年未満）の年齢階級別入院受療率の推移（患者調査）
・　精神病床における慢性期入院患者（１年以上）の年齢階級別入院受療率の推移（疾患別内訳）（患者調査）
・　精神病床における早期退院率（精神保健福祉資料）
・　３ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）
・　自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））

(2)　医療資源・連携等に関する情報
・　従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料）
・　往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
・　精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）
・　精神科救急医療施設数（事業報告）
・　精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
・　医療観察法指定通院医療機関数
・　かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）
・　認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
・　認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）
・　認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）

(3)　指標による現状把握
別表５に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。

２　圏域の設定
(1)　都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能を明確にして、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域（精神医療圏）を設定する。
(2)　医療機能を明確化するに当たって、ひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。
(3)　圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。
(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討
(1)　都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地

域障害者職業センター、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るように努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が１箇所以上あることが望ましい。

(2) 保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成８年１月 19 日付け健医発第 57 号厚生労働省保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には、原則として、多様な精神疾患等ごとに各医療機能を担う関係機関（病院、診療所、訪問看護ステーション等）の名称を記載する。ひとつの関係機関が複数疾患の医療機能を担うこともある。できる限り住民目線の分かりやすい形式でとりまとめ、周知に努めること。

4　課題の抽出

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

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、多様な精神疾患等ごとの医療機能も踏まえ、可能な限り精神医療圏ごとに課題を抽出する。

5　数値目標

都道府県は、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「４　課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標時期について別添を踏まえて設定し、医療計画に記載する。

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

救急医療の体制構築に係る指針

我が国の救急医療の需要は増加傾向にある。救急搬送人数を例に取ると平成27年には過去最多の約548万人となっており[1]、この傾向は今後も続くことが予想される[2]。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関が連携し、地域が一体として小児救急、周産期救急、精神科救急を含め、すべての救急患者に対応できる救急医療体制を構築することが重要である。

本指針では、「第１　救急医療の現状」で救急医療の需要及び供給体制について概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　救急医療の現状

１　救急医療をとりまく状況

わが国における救急医療の受療動向は、およそ以下のとおりになっている。

(1)　救急患者数

一日の救急患者※は、全国で約5.9万人であり、うち約1.2万人が入院していると推測される[3]。

※　救急患者

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

(2)　救急搬送数

救急搬送人員は、平成17年に約496万人であったが、平成27年には約548万人（52万人、10.5%増）を数えるなど、増加傾向にある[1]。その背景として、高齢化の進展、国民の意識の変化等が挙げられている。

(3)　高齢患者の増加

救急搬送された高齢者（満65歳以上）についてみると、平成17年には約220万人であったが、平成27年には、約310万人を数え、この10年間で約90万人増となっている。今後も、高齢化の進展とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと見込まれる。

(4)　疾病構造の変化

昭和41年には、救急搬送全体のおよそ半数を交通事故等による外傷患者が占め、急病は39.9%（15.3万人）を占めるに過ぎなかった。ところが、平成17年には急病が59.4%（294万人）、平成27年には、63.7%（349万人）を占めるに至り[1]、この10年間で急病の救急搬送人員は55万人増加している。今後も急病の対応が増加するものと見込まれる。

(5)　重症患者の動向

1　消防庁「平成28年版　救急・救助の現況」（平成28年12月）

2　消防庁「平成27年度　救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成28年）

3　厚生労働省「患者調査」表番号20及び21（平成26年）

平成27年における急病の救急搬送人員のうち、「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「脳疾患」(6.9万人)、「心疾患等」(8.1万人）となっている。また、急病のうち死亡が最も多いのは、「心疾患等」(38.0%）である[1]。

したがって、重症患者の救命救急医療体制を構築するに当たって、重症外傷等の外因性疾患への対応に加えて、脳卒中、急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病への対応が重要である。

(6) 軽症患者の動向

救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が50%程度を占める。この中の一部には不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見される[2]。救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過分な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となる。このことについて、住民に理解を促すことが重要である。

このような状況に対して、総務省消防庁においては、「救急受診ガイド」等の活用により国民の理解を求める等、救急車等のより適切な利用を促すための啓発活動が行われている他、緊急性の高い傷病者に確実に救急医療資源を提供するため、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業が進められている。

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されている。精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間2.5件と推計されている[4]。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告[5]がある。

また、消防庁の調査では、平成27年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が39.4分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は約43.1分と長かった[1]。このように精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の搬送に時間を要している現状があり、適切なトリアージと精神科救急体制との連携が必要とされている。

2 救急医療の提供体制

救急医療の提供体制は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 病院前救護活動

① 市民への救急蘇生法の普及と、自動体外式除細動器(AED)の設置

これまで様々な主体によって、救急蘇生法の講習が行われてきた。例えば、消防機関が主体となって実施する普通救命講習だけでも、平成27年中、136万人が受講している[1]。

---

[4] 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（主任研究者　黒澤尚）（平成19年）

[5] 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（主任研究者　保坂隆）（平成18年）

この結果、平成27年中に救急隊員によって搬送された心肺機能停止傷病者のおよそ48.1%に対して家族等による人工呼吸や胸骨圧迫等の救急蘇生法が実施されており、その割合は毎年上昇している[1]。

平成16年より一般住民の使用が可能となったAEDについては市中（病院外）での設置が急速に広がり、全国で60万台（累積）が設置されるに至り[6]、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待される。

② 消防機関による救急搬送と救急救命士及びメディカルコントロール体制

救急隊は、原則として、一定の応急処置に関する教育を受けた３名以上の救急隊員により構成されている。１隊につき１名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、平成28年４月には98.4%の救急隊で救急救命士が同乗している[1]。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、救急救命処置の範囲が拡大され、平成26年４月からは心肺機能停止前の傷病者に対する輸液等が可能となった。

傷病者への対応については、救急救命士を含む救急隊員（以下「救急救命士等」という。）の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）が策定され、全国に普及している。これによって、救急救命士等が傷病者に対してより適切に観察、判断、処置を行えるようになり、救急救命士等の資質が向上し、業務が標準化された。

これらプロトコールの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うメディカルコントロール体制※については、各都道府県にメディカルコントロール協議会を設置するなど、全国的に整備されてきた。しかし地域によっては、プロトコールの策定状況の見直しを定期的に行っていないところもあるなど、その活動実態には地域差があることが指摘されている[7]。

※ メディカルコントロール体制

病院前救護におけるメディカルコントロール体制とは、①事前プロトコールの策定、②救急救命士に対する医師の指示体制及び救急活動に対する指導・助言体制、③救急救命士の再教育及び④救急活動の医学的観点からの事後検証体制のことであり、これらの充実を図ることにより、病院前救護に関わる者の資質向上と地域における救命効果の更なる向上を目的とする。これらに加えて、メディカルコントロール協議会の役割として、⑤地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証、⑥傷病者の受入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整を行うこととしている。適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入体制の構築に向け、メディカルコントロール協議会等をさらに活用する必要がある。

平成13年以降、メディカルコントロール体制の整備が進められ、全都道府県と243地域にメディカルコントロール協議会が設置されている（平成28年10月現在）。

③ 搬送手段の多様化とその選択

---

[6] 厚生労働科学研究「心臓突然死の生命予後・機能予後を改善させるための一般市民によるAEDの有効活用に関する研究（主任研究者　坂本哲也）（平成27年度）

[7] 消防庁「メディカルコントロール体制に関する実態調査結果（解説版）」（平成28年12月28日）

従来の救急車に加え、ドクターカーや救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）※、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつある。

ヘリコプターによる救急搬送については、ドクターヘリが 40 道府県 49 機（平成 29 年２月現在）で運用され年間 24 千件（平成 27 年度）の出動件数を数え、消防防災ヘリコプターについても全国で 76 機（平成 27 年 10 月現在）が運用され、救急搬送のために年間 3.5 千件近く出動している[1]。

今後も、緊急度が高く、患者の治療を行う医療機関への搬送が長距離におよぶ患者に対しては、ヘリコプター等の利用が期待される。

※　救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）について

救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）を用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性をかんがみ、ドクターヘリを用いた救急医療の全国的な確保を図ることを目的に、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）が、平成 19 年６月 27 日に施行された。

都道府県が医療計画を策定するに当たって、ドクターヘリを用いた救急医療の確保について定めるとき又は変更するときには、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項」について記載すること、「都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項」及び「関係者の連携に関する事項」について記載することに努めることが求められる。

④　傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施

平成 18 年から平成 20 年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案が発生したことを契機として、平成 21 年５月に消防法（昭和 23 年法律第 186 号）が改正され、都道府県に、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定及び実施基準に係る協議、調整等を行う協議会（以下「法定協議会」という。）の設置等が義務付けられている。現在、全ての都道府県において実施基準が策定済みとなっており、今後は、実施基準のより円滑な運用及び改善が必要なため、法定協議会（メディカルコントロール協議会等をこれに位置付けることも可能）において実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況の調査及び検証を行い、必要があるときは基準の見直しを行うなどにより、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することが期待される。

一方、受入医療機関の選定困難事案は依然存在していると指摘されている。

救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・患者対応中」、「処置困難」、「ベッド満床」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられている[8]。

この問題を改善するためには、受入困難の原因を詳細に把握分析し、それぞれの地域の実状に応じて消防機関と救急医療機関（小児救急、周産期救急、精神科救急を含む。）とが一体となり対応する必要がある。

なお、救急医療機関から情報を収集し、医療機関や消防機関等へ必要な情報提供を行い、救急医療に関わる関係者の円滑な連携を構築することを目的に、救急

[8]　消防庁「平成 27 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」（平成 26 年 12 月）

医療情報センターを整備し、診療科別医師の在否や、手術・処置の可否、病室の空床状況等の情報を共有している。実施基準の運用により受入医療機関の選定困難事案を解消していくためには、これらの取組について、地域に即してより実効的、有効的に改善していく必要がある。

(2) 救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター

救命救急医療を担う救命救急センターは、当初100万人に1か所を目途に整備してきた。

現在、全国に284か所（平成29年1月現在）の施設が指定されている。

② 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する救急医療

救命救急センターを有する病院においては、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への医療が提供されてきた。ただし、脳卒中や急性心筋梗塞の医療は、救命救急センターを有する病院以外の病院等においても行われている。

今後も、これらの医療機関を含めて、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要がある。（脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照）

③ アクセス時間を考慮した体制の整備

救急医療（特に、脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療）においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、特に救命救急医療の整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

一定の人口規模を目安にしつつも、地理的な配置を考慮して、地理情報システム（GIS※）等の結果を参考に、地理的空白地帯を埋める形で、適切な治療が可能な救命救急医療機関の整備を進める必要がある。

なお、救命救急医療を必要とする患者の発生がそれほど見込めない場合や、十分な診療体制を維持できない場合は、例えば、ドクターヘリや消防防災ヘリコプターで患者搬送を行うといった搬送手段の工夫によりアクセス時間を短縮する等して、どの地域で発生した患者についても、一定のアクセス時間内に、必要な救命救急医療を受けられる体制を構築する必要がある。

今後新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、前記視点に加え、一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である。

※ GIS（Geographic Information System）

地図に相当する地理情報のデータベースと、表示、案内、検索等の機能を一体とするコンピュータシステムのこと。当該システムの活用により、救急医療機関までのアクセス時間等を計算することが可能となる。

④ いわゆる「出口の問題」

前述の受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられている。

その背景として、救急医療機関（特に救命救急医療機関）に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。

具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされている。

この問題を改善するには、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要である。

また、同様の問題として、救命救急センターを有する病院において、院内の連携が十分でない等の理由により、急性期を乗り越えた救命救急センターの患者が、一般病棟へ円滑に転床できずに、救命救急センターにとどまり、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点も指摘されている。これについても、救命救急医療の機能は病院全体で担う責任があるという観点から、院内における連携体制を強化していく必要がある。

(3) 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

これまで、病院群輪番制病院や共同利用型病院等の整備が進められ、地域の入院機能を担う救急医療機関の確保が図られてきた。

多くの地域でこれらの体制が取られているが、その活動の実態は様々である。例えば病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日にかかわらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴わない地域もある[9]。

今後は、活動の実態に即して、救急医療機関としての役割を評価していく必要がある。

また、輪番制病院制度は、地域の救急医療を担う人材や設備が限られている中で、医療資源を分散して整備する必要があることや、住民・消防機関にわかりにくいといった問題もあり、一年を通じて、診療科に係わらず広く救急医療を行う医療機関について検討する必要がある。

脳卒中や急性心筋梗塞等に対する専門的な医療については、救命救急センター以外の救急医療機関においても実施してきたことについて前述したが、これらの病院も含め、救急搬送される患者の大部分が、入院を要する救急医療を担う医療機関へ搬送されており[1]、当該医療機関の更なる充実が重要である。

(4) 初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

初期救急医療は、診療所及びそれを補完する休日夜間急患センターや在宅当番医制において、地域医師会等の協力により実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者の診療を担ってきた実績がある。

しかし、曜日、時間帯や初期救急を担う医療機関の診療科などにより、入院を要する救急医療を担う医療機関に、多くの軽症患者が直接受診することもあり、結果として、入院を要する救急医療を担う医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来

[9] 厚生労働省「救急医療対策事業調査」（平成 27 年）

す可能性が指摘されている。今後も軽症患者の救急需要の増大が予想される中、地域の実情に応じた初期救急医療を構築する必要がある。

(5)　精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保や円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。

平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

さらに、自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）に定める第３次「自殺総合対策大綱」（平成 29 年 7 月 25 日閣議決定）に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医等の専門職からなるチームによる診療体制、精神保健指定医による診療協力体制等の充実を図る必要がある。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「１　救急医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し継続して実施される体制を構築する。

(1)　適切な病院前救護活動が可能な体制

①　本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施

②　メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施

③　実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ

④　地域住民の救急医療への理解

(2)　重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

①　患者の状態に応じた適切な救急医療の提供

②　救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備

③　必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制

④　脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制

⑤　急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、一般病棟へ円滑に転棟できる体制

(3)　救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

①　救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制

②　重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制

③　地域包括ケアシステムの構築に向け、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やかな取組を行うことができる体制

2　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、救急の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　病院前救護活動の機能【救護】

①　目標

・　患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること
・　メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
・　実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
・　地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

②　関係者に求められる事項

ア　住民等

・　講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
・　傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること
・　日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

イ　消防機関の救急救命士等

・　住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
・　脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること
・　搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
・　地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
・　搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
・　緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

ウ　メディカルコントロール協議会

・　救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること

・　実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
・　医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること
・　救急救命士等への再教育を実施すること
・　ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
・　ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること
・　地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること
・　必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること

(2)　救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

①　目標

・　24 時間 365 日、救急搬送の受入れに応じること
・　患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

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

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

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

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

・　脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて 24 時間 365 日必ず受け入れることが可能であること
・　集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
・　救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
・　必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
・　救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
・　急性期のリハビリテーションを実施すること
・　急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること

・　実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
・　DMAT※派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
・　災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有が望ましいこと
・　救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること
・　医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
・　都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
・　救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）によって定められる救急病院であること

※　DMAT（災害派遣医療チーム）については、災害時における医療体制の構築に係る指針を参照。

(3)　入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】

①　目標

・　24 時間 365 日、救急搬送の受け入れに応じること
・　患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

・　救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
・　救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
・　救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
・　救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
・　急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
・　初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
・　当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
・　救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
・　医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと
・　数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること

・　救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること

③　医療機関の例

・　病院群輪番制病院、共同利用型病院

・　一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所

・　地域医療支援病院（救命救急センターを有さない）

・　脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

(4)　初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

①　目標

・　患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

・　救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること

・　休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること

・　病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること

・　休日・夜間に対応できる薬局と連携していること

・　自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

③　医療機関の例

・　休日・夜間急患センター

・　休日や夜間に対応できる診療所

・　在宅当番医制に参加する診療所

(5)　救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】

①　目標

・　在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること

・　合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること

②　医療機関に求められる事項

・　救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること

・　重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること

・　救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること

・　生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること

・　日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること

・　通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること

・　救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

・　診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③　医療機関等の例

・　療養病床を有する病院
・　精神病床を有する病院
・　回復期リハビリテーション病棟を有する病院
・　診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。）
・　訪問看護ステーション

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

都道府県は、救急医療の体制を構築するに当たって、(1)～(3)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(4)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(4)の各項目について、参考として調査名や担当部局を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　救急患者動向に関する情報の収集

・　救急搬送患者数（年齢別・性別・疾患別・重症度別）（消防防災主管部局）
・　救急車により搬送された入院患者の流入割合、流出割合（患者調査）
・　搬送先医療機関（年齢別・性別・疾患別・重症度別、応需率等）（消防防災主管部局、衛生主管部局）

(2)　救急医療の医療資源に関する情報の収集

・　病院前救護活動（救急救命士の数等）（消防防災主管部局）
・　搬送手段に係わる情報（救急車、ドクターカー、ドクターヘリ、消防防災ヘリコプター等の活用状況）（消防防災主管部局、衛生主管部局）
・　救急医療に携わる施設とその位置（衛生主管部局）
・　医療機関の機能（対応可能な疾患・診療科を含む。）と体制（衛生主管部局）
・　救急医療機関の人員（衛生主管部局）

(3)　救急医療連携に関する情報の収集

①　救急搬送等

・　地域メディカルコントロール協議会の活動状況（協議会の開催頻度、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が参加した開催回数、事後検証の実施症例数、救急救命士の病院実習の実施状況等）
・　救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば 30 分以上、あるいは４医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合
・　救急要請（覚知）から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間
・　救急要請から救命救急センターへの搬送までに要した平均時間
・　救命救急センター等の各救急医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合
・　１時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率

②　救急医療に関連する施設の連携状況

・　救急医療機関への搬送手段及び搬送元の分類(現場からの搬送、転院搬送)

・　救急医療機関に搬送された救急患者の退院経路
・　転棟・転院を調整する者を常時配置している救命救急センターの数
・　休日・夜間に対応できる薬局の数

(4)　指標による現状把握

別表６に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　圏域の設定

(1)　都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。

(3)　検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に救急医療・救急搬送に従事する者、現に精神科救急に従事する者、消防防災主管部局、都道府県又は地域メディカルコントロール協議会、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

３　連携の検討

(1)　都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が提供されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報（提供可能な救急医療等）の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

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

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載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。

4　課題の抽出

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

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

5　数値目標

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

災害時における医療体制の構築に係る指針

災害時における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要不可欠である。

本指針では、「第１　災害医療の現状」で災害医療がどのようなものであるのかについて概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築するのかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を明確に理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　災害医療の現状

１　災害の現状

災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで様々な種類がある。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なる。

(1)　自然災害（地震に伴う津波や火事を含む。）

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山災害、雪害等がある。

①　地震

我が国においては、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり建物が崩壊したりするなど、これまでも多大な被害が発生してきた。

昭和 23 年の福井地震の後、死者が一千名を超える地震災害としては、平成７年１月の阪神・淡路大震災（死者 6,433 名）、平成 23 年３月の東日本大震災（死者 15,893 名、行方不明者 2,556 名（平成 28 年 12 月９日現在））がある[1]。また、平成 28 年４月 14 日と 16 日に最大震度７の地震が熊本県を中心とした九州地方に発生し、その被害は死者 49 名、重傷者 345 名、軽傷者 1,318 名（平成 28 年５月 31 日時点）に上った[2]。

このため、遠くない時期に発生することが懸念されている東海地震、東南海・南海地震、首都直下地震はもちろんのこと、それ以外の地域でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、すべての地域で地震に対する災害医療体制を構築する必要がある。

②　風水害等

近年、短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、大河川の氾濫も相次いでいる。平成 26、27 年は、台風については計 10 個の台風が上陸し大きな被害をもたらした。特に、平成 26 年８月 20 日の広島土砂災害では死者・行方不明

1　平成 28 年 12 月９日警察庁緊急災害警備本部

2　厚生労働省「平成 28 年版　厚生労働白書」

者 76 名、負傷者 68 名の被害が、平成 27 年関東・東北豪雨では、死者・行方不明者８名、負傷者 80 名の被害が生じた。今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されている。

また、火山噴火では、平成 26 年９月、御嶽山が噴火し、死者 63 名、負傷者 69 名の大きな被害が生じた。また、平成 27 年５月、口永良部島の新岳が噴火し、島滞在者全員が屋久島へ避難する事態も発生した[3]。

＜平成 26、27 年における風水害等の状況＞

災　害　名	死者行方不明者	住家全壊
平成 26 年８月 広島土砂災害	76 名	179 棟
平成 26 年９月 御嶽山噴火	63 名	０棟
平成 27 年５月 口永良部島噴火	０名	確認中
平成 27 年９月 関東・東北豪雨	８名	80 棟

(2)　事故災害

事故災害として、鉄道災害、道路災害、大規模な火事災害、林野災害等の大規模な事故による災害等が挙げられる。

例として、昭和 60 年に発生した日航機墜落事故（搭乗員 524 名中 520 名死亡）や平成 17 年４月に発生した JR 福知山線尼崎脱線転覆事故（死者 107 名、負傷者 555 名）等が挙げられる。

２　災害医療の提供

我が国の災害医療体制は、国や自治体が一部支援しつつ、関係機関（救急医療機関、日本赤十字社、地域医師会、地域歯科医師会、地域薬剤師会、都道府県看護協会等）において、地域の実情に応じた体制が整備されてきた。

さらに、平成７年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、下記のような整備がなされており、平成 23 年に発生した東日本大震災を踏まえて見直しが行われたところである。

なお、原子力災害、危険物等災害及びテロ等への対策については、関係する法律に基づき体制整備がなされるものであり、本指針では対象としない。

(1)　災害拠点病院

平成８年度以降、災害拠点病院（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）の整備が図られ、平成 28 年４月現在、全国で 712 病院が指定されている。

災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う。

[3]　内閣府「平成 28 年版　防災白書」

「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年３月 21 日付け医政発 0321 第２号厚生労働省医政局長通知。以下「災害医療通知」という。）の中で、それぞれの災害拠点病院の機能強化を図ることとなっており、同時に災害拠点病院の要件を充足しているか随時確認することが重要である。

なお、地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群※等が多く発生するが、平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、災害拠点病院は救命救急センター又は第二次救急医療機関の機能を有する必要がある。

精神科病院については、平成 23 年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成 28 年の熊本地震でも被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約１万床（全精神病床の約３％）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。

※　挫滅症候群

身体の一部、特に四肢が瓦礫等により圧迫されると筋肉等が損傷を受け、壊死した筋細胞からカリウム等が漏出する。その後、圧迫が解除されると、血液中にそれらが大量に流れ込むことにより、不整脈や急性腎不全等を来し致死的になる疾患。

(2)　災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）

平成 17 年度以降、災害急性期（概ね発災後 48 時間）にトレーニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に出向いて救命医療を行うことが、予防できる被災者の死の回避につながるとの認識の下、「災害派遣医療チーム（DMAT）」の養成が開始された。平成 28 年４月１日現在、1,508 チームが養成されている。

DMAT の果たす任務と役割は、災害発生後直ちに被災地に入り、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における診療支援」等を行うことである。

一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣の DMAT が災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行う。

新潟県中越地震（平成 16 年）や尼崎列車事故（平成 17 年）等の規模で人的被害が発生するような災害では、近隣の DMAT が、災害現場で医療支援を行うことに加えて、災害拠点病院等の負傷者の集まる被災地域の病院で医療支援を行い、場合によっては、患者を近隣地域の災害拠点病院へ搬送する際の医療支援を行う。

また、東日本大震災（平成 23 年）や平成 28 年熊本地震（平成 28 年）、今後発生が懸念される東海地震などによって甚大な人的被害が発生するような災害では、これらの対応に加えて、遠隔地域からも DMAT が被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ多数広域医療搬送する際の医療支援を行う。

これまでの DMAT の活動実績としては、東日本大震災（平成 23 年）において 47 都道府県の DMAT が出動し、被災県に約 380 チームが病院支援や域内搬送、広域医療搬送を実施した事例や、新潟県中越沖地震（平成 19 年）や岩手・宮城内陸地震（平成 20 年）において、近隣県から DMAT が出動し、病院支援や現場活動等が行われた事例が挙げられる。

平成28年熊本地震では、４月14日の最大震度７の地震の発生時は、熊本県及び九州地域のDMATに派遣を要請し、４月16日の最大震度７の地震の発生時は、全国のDMATに派遣を要請し、最大216チーム（平成28年４月17日時点）が出動した。

現地においてDMATは傷病者の応急処置を行うとともに、建物の倒壊リスクやライフライン途絶等により、転院搬送が必要となった10カ所の病院から約1,500人の搬送を行うなど、災害急性期医療に対応した。

なおDMATの活動は、都道府県と医療機関の間で平時において締結された協定等に基づいて運用されている。

また、地域防災計画においてDMATの役割について明示することなどにより、DMAT活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(3) 災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）

平成23年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成24年度に「災害派遣精神医療チーム（DPAT)」の仕組みが創設され、平成25年よりその養成が開始されている。DPATは、都道府県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成される。

DPATは、「被災地での精神科医療の提供」、「被災地での精神保健活動への専門的支援」、「被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。)」、「支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援」等の役割を担う。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した他都道府県においても活動できるチームを、先遣隊と定義している。

平成28年の熊本地震においては、全国から被災地にDPATが派遣され、同年10月28日までに、41都道府県から延1,242隊が派遣された。

平成29年３月時点では、29府県において先遣隊が整備されている。今後の災害に備え、地域防災計画においてDPATの役割について明示することなどにより、DPAT活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(4) 医療チーム（救護班）

災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、日本医師会災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team)、日本赤十字社や各種医療団体等を中心とした医療チームが、DMAT、DPATとも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

特にJMATは、平成23年の東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。

また、被災地における医療提供体制の回復を目的として、被災地の実情に応じた長期間の支援を行う事も特徴で、東日本大震災では1,834日間（平成23年３月15日～平成28年３月21日）で計2,763チーム（延12,628名）が、平成28年熊本地震では104 日間（平成28年４月15日～平成28年７月26日）で計568チーム（延2,556名）が被災地において活動した。

今後、わが国の高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となる。

(5) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System）

災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼動状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する広域災害・救急医療情報システム（以下「EMIS」という。）が全国的に整備され、平成26年に全都道府県において導入された。

災害時において機能する情報システムを構築し、活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者が、この情報システムについて理解し、日頃から入力訓練等を行う必要がある。

また、実際に災害が起きた際には、被災した病院に代わって県や保健所等が、情報システムへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要である。

(6) 保健医療調整本部

平成28年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成28年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成28年7月20日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。

こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

(7) 都道府県災害医療コーディネーター

災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者である。

なお、厚生労働省では、平成26年度より災害医療コーディネーター研修事業を実施し、災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

平成28年熊本地震においても、計14名の災害医療コーディネーターが、災害対策本部において医療チームの調整を行った。

(8) 災害時小児周産期リエゾン

災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。

第２　医療体制の構築に必要な事項

1　目指すべき方向

前記「第１　災害医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす関係機関、さらにそれらの関係機関相互の連携により、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築する。

また構築に当たっては、地域の防災計画と整合性を図る。

(1)　災害急性期（発災後 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制

①　被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制

②　必要に応じて DMAT、DPAT を直ちに派遣できる体制

(2)　急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

・　救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

2　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、災害医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　災害時に拠点となる病院

①　災害拠点病院

ア　目標

・　被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること

・　災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること

・　患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること

・　自己完結型の医療チーム（DMAT を含む。）の派遣機能を有すること

・　被災しても、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含め、平時からの備えを行っていること

イ　医療機関に求められる事項

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。地域災害拠点病院は、地域において中心的な役割を担う。

・　災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること

・　多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること

・　基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること

・　被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること

・　災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること

・　災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること

・　飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること

・　加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、

医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等※において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）

・　基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと

・　病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること

・　EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること

・　複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること

・　被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと

・　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること

・　災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

※　医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

②　災害拠点精神科病院

ア　目標

・　被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること

・　災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること

・　災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること

・　DPAT の派遣機能を有すること

・　被災しても、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含め、平時からの備えを行っていること

イ　医療機関に求められる事項

災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

・　災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所を確保していること（体育館等）

・　重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること

・　診療に必要な施設が耐震構造であること

・　被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること

・　災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること

・　災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること

・　飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
・　加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等※において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）
・　災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成（都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
・　EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・　複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
・　被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
・　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・　災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

※　医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

(2)　災害時に拠点となる病院以外の病院

①　目標

・　被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
・　被災をしても、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含め、平時からの備えを行っていること

②　医療機関に求められる事項

・　被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努めること
・　整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・　EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・　災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること

(3)　都道府県等の自治体

①　目標

・　消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
・　保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症

のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

② 自治体に求められる事項

・ 平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること
・ 災害医療コーディネート体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
・ 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
・ 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
・ 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成28年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
・ 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit。以下「SCU」という。）の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

さらに、(2)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　医療資源・連携等に関する情報

・ 地勢情報、地質情報
・ 人口分布（時間帯別人口の状況）
・ 過去の災害発生状況（種別、地域別、件数）
・ 地域防災計画、管内の各自治体の防災計画、地域のハザードマップ
・ 他の関係部局における体制（救助、搬送に係るシステム、インフラ）
・ 医療資源（医療機関、緊急医療チーム）
・ 医薬品、医療（衛生）材料等の備蓄、供給体制

(2)　指標による現状把握

別表７に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、

医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災し医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県をまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制を定める。

　また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関、日本赤十字社の開設する病院等）の参画も得ることとする。

(2)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に災害医療に携わる者、消防防災主管部局、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、受援あるいは応援派遣、救命医療、健康管理の各機能が被災時においても確保されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

　また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、各機能を担う医療機関の名称を記載することとする。

　なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

　さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載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。

　また記載に当たっては下記の点に留意する。

①　災害拠点病院

　災害拠点病院については、地勢的・地質的状況、地理的バランス（分散により、同時に被災する危険性を低下させる場合がある。）、受入能力、広域医療搬送ルート等を考慮の上、医療計画に記載する。また、対応するエリアも明記する。

②　SCU

広域医療搬送を想定し、SCU の設置場所及び協力を行う医療機関をあらかじめ定める。

4　課題の抽出

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

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

5　数値目標

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

へき地の医療体制構築に係る指針

へき地における医療の確保については、昭和 31 年度以来、11 次に渡って「へき地保健医療計画」を策定し、第 10 次計画（平成 18～22 年度）からは国で示した指針を基に都道府県が地域の実情に応じて計画を策定し対策を講じてきた。「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 84 号）により、医療計画では４疾病・５事業（現在は５疾病・５事業）に係る医療提供施設間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制に関する事項について記載することとなり、都道府県は第５次医療計画（平成 20～24 年度）より、医療計画においてもへき地の医療体制について定めている。

そのため、都道府県は「へき地保健医療計画（第 11 次実施期間：平成 23～29 年度）」と「医療計画（第６次実施期間：平成 25～29 年度）」をそれぞれ策定し、両者の整合性を図る必要性が生じた。また、へき地保健医療対策はドクターヘリによる救急患者の搬送など地域医療の取組と連動していることから、他事業とより一層の連携を図っていくことが求められている。

以上を踏まえ、平成 26 年度の「へき地保健医療対策検討会」（以下「へき地医療検討会」という。）において、平成 30 年度から実施する第７次医療計画策定時期に合わせ、「へき地保健医療計画」と「医療計画（へき地の医療体制）」を一体的に策定する方針とされた[1]。

上記の方針は、平成 28 年度の「医療計画の見直し等に関する検討会」においても了承されたことから、今後、へき地保健医療対策は医療計画（へき地の医療体制）において計画を策定することとする。

へき地医療検討会において、へき地保健医療計画と医療計画を一体化することによるへき地医療対策の後退を懸念する意見もあったことから、従来、へき地保健医療計画で示されていたへき地保健医療対策に必要な項目が、医療計画において欠如することのないよう、留意されたい。

本指針は、へき地保健医療対策のさらなる充実を目指して、人口減少・高齢化等に対応し、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。

具体的には、「第１　へき地医療の現状」でへき地医療の状況等について概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各関係機関に求められる機能を理解した上で、機能を担う関係機関とさらにそれらの関係機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　へき地の医療の現状

１　へき地医療の現状

へき地※（離島におけるへき地を含む。）における医療の確保については、昭和 31 年度からへき地保健医療計画を策定し、各種対策を講じてきている。

---

[1] へき地保健医療対策検討会報告書（第 11 次）（平成 27 年３月）

※　無医地区*、準無医地区**などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

＊　原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

＊＊　無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

(1)　無医地区等の現状

無医地区については、昭和 41 年に 2,920 地区（人口 119 万人）存在したが、その後の 11 次にわたるへき地保健医療計画の実施により、その解消が継続的に図られ、その結果、平成 26 年 10 月末の無医地区は 637 地区（人口 12.4 万人）となっている[2]。

交通環境の整備等により無医地区は減少を続けているものの、解消には至っていないことを考慮すると、引き続きへき地保健医療対策を実施することが重要である。

(2)　へき地医療に従事する医師の現状

医師免許取得後にへき地で勤務することを条件とした地域枠※を設定しているのは 18 都道府県、へき地医療に従事することを条件とした奨学金制度があるのは 26 都道府県となっている[3]。また、自治医科大学卒業医師で 9 年間の義務年限終了後もへき地で勤務を続けている医師は 24.7%となっている[4]。

地域枠等により都道府県がへき地医療に従事する医師を確保するとともに、へき地医療に動機付けするような取組や環境作りも必要である。

※　大学が特定の診療科や地域で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与（地域医療へ一定の年限従事することにより返還免除）する仕組み。

(3)　へき地診療所の現状（施設数：1,131 施設[3]）

へき地診療所は、無医地区等において整備しようとする場所を中心としておおむね半径４㎞の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して 30 分以上要する等の診療所をいう。

へき地保健医療対策を実施している都道府県において、１都道府県あたりのへき地診療所数の平均は 26 か所であり、勤務する医師数の平均は、１診療所あたり 0.78 人となっている[3]。また、へき地診療所において研修医の受入れや医学生のへき地医療実習等を行っている施設は 344 施設（30.4%）となっている[3]。

また、へき地診療所のうち歯科を設置しているのは 34 都道府県（135 施設、11.9%）であった[3]。なお、過疎地域等特定診療所※のうち歯科を設置しているのは 13 道県（59 施設：93.7%）となっている[3]。

※　過疎地域等に開設する眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療所。

(4)　へき地医療拠点病院の現状（施設数：323 施設[3]）

---

[2]　厚生労働省「無医地区等調査」（平成 26 年度）

[3]　厚生労働省「現況調査」（平成 31 年４月）

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

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

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

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

(5)　へき地を支援するシステム等の現状

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

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

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

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

２　へき地の医療提供体制

(1)　医療提供施設等

①　へき地診療所

・　無医地区、準無医地区等における地域住民への医療の提供

②　へき地医療拠点病院

・　へき地医療支援機構の指導・調整のもとに、巡回診療、へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）、へき地医療従事者に対する研修、遠隔医療支援等の診療支援事業等を行い、へき地における住民の医療を確保

③　へき地保健指導所

・　無医地区、準無医地区等での保健指導の実施

④　社会医療法人

・　へき地医療に関して一定の実績を有するものとして社会医療法人の認定を受け、へき地診療所やへき地医療拠点病院への医師派遣を実施

(2)　へき地医療を支援する機関等

①　へき地医療支援機構

・　へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施する

・　へき地医療に従事する医師確保のためのドクタープールの運営や、へき地医療に従事する医師のキャリアデザインの作成等のキャリア形成支援も担う

②　へき地保健医療対策に関する協議会

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

・　へき地保健医療対策に関する協議会は、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、地域医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者等により構成する。

・　へき地保健医療対策に関する協議会の設置と活用実績があったのは 27 都道府県（62.8%）となっている[3]。

(3)　患者の搬送体制

①　内海離島（沿海域）

・　島内での船舶の確保

・　自家用船で移動する場合の陸上での搬送体制

・　ヘリコプターの着陸地点の指定

②　外海離島（沿海域以遠）

・　ヘリコプターの着陸地点の指定

③　陸上

・　夜間の搬送体制

・　夜間等に対応する地域外の当番病院の指定

・　移動困難時における医療チームの定期的な派遣

(4)　へき地の医療提供体制に関係するその他の体制

①　情報通信技術（ICT）による診療支援体制

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

②　ドクターヘリ等の活用について

・　へき地医療においても、ドクターヘリや消防防災ヘリなどを、各地域の実情に応じて活用している。

③　へき地における歯科医療体制

・　へき地における歯科医療体制について、10 都道府県（23.3%）で歯科医師会との協議の場を設置している[4]。

④　へき地で勤務する看護師等への支援体制

・　平成 27 年より、離職時にナースセンターへ氏名等の届出を行い、復職に向けたコーディネートを行う制度が開始されている。

⑤　へき地患者輸送車・艇による輸送等実施

・　へき地患者輸送車は 30 都道県（129 か所）、へき地患者輸送艇は５県（７か所）にて整備されている[3]。

・　一部の都道府県において、患者輸送バスの運行や、通院のための交通費補助等を単独事業として実施している。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　へき地医療の現状」を踏まえ、個々の役割とそれを満たす関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、へき地に暮らす住民に対する医療サービスが継続して実施される体制を構築する。

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

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

(1)　医療を確保する体制

①　へき地の医療及び歯科診療を支える総合診療・プライマリケアを実施する医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）の確保

②　へき地医療に従事する医療従事者の継続的な確保（ドクタープール等）

③　へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援

④　医療従事者の養成過程等における、へき地の医療への動機付け

(2)　診療を支援する体制

①　へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実

②　へき地保健医療対策に関する協議会における協議

③　へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化

④　情報通信技術（ICT)、ドクターヘリ等の活用

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、へき地医療体制に求められる医療機能及び体制を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能及び体制の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　へき地における保健指導の機能【保健指導】

①　目標

・　無医地区等において、保健指導を提供すること

②　関係機関に求められる事項

・　保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること

・　特定地域保健医療システム※を活用していること

・　地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと

※　「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年５月 16 日付け医政発第 529 号厚生労働省医政局長通知）の別添「へき地保健医療対策実施要綱」（以下「へき地対策要綱」という。）に基づく事業。

特別豪雪地帯等の無医地区等に伝送装置による保健医療情報システム体制を整備し、当該地区住民の保健医療の確保を図るもの。

③　関係機関の例

・　へき地保健指導所
・　へき地診療所
・　保健所

(2)　へき地における診療の機能【へき地診療】

①　目標

・　無医地区等において、地域住民の医療を確保すること
・　24 時間 365 日対応できる体制を整備すること
・　専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備すること

②　医療機関に求められる事項

・　プライマリケアの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること
・　必要な診療部門、医療機器等があること
・　へき地診療所診療支援システム※を活用していること
・　特定地域保健医療システムを活用していること
・　緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携していること
・　へき地医療拠点病院等における職員研修等に計画的に参加していること

※　へき地対策要綱に基づく事業。へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院がへき地診療所の診療活動等を援助するもの。

③　医療機関等の例

・　へき地診療所及び過疎地域等特定診療所
・　特例措置許可病院
・　巡回診療・離島歯科診療班

(3)　へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

①　目標

・　診療支援機能の向上を図ること

②　医療機関に求められる事項

・　へき地医療拠点病院支援システム※を活用していること
・　へき地診療所支援システムを活用していること
・　巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること
・　へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助を行うこと
・　へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること
・　遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと
・　その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること
・　24 時間 365 日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること
・　高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること
・　へき地医療拠点病院については、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣（主要３事業）を、いずれか月１回以上あるいは年 12 回以上実施することが望ましいこと。従って、都道府県は、一定期間継続して上記３事業の実施回数がいずれも月１回未満あるいは年 12 回未満であるへき地医療

拠点病院については、その取組が向上されるよう、へき地保健医療対策に関する協議会の中でその在り方等について検討すること。特に、上記３事業に遠隔医療による支援を加えた４事業（必須事業）のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が当該年度の現状を確認すること。

※　へき地対策要綱に基づく事業。小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。

③　医療機関の例

・　へき地医療拠点病院
・　特定機能病院
・　地域医療支援病院
・　臨床研修病院
・　救命救急センターを有する病院

(4)　行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

都道府県は、医療計画の策定に当たり、地域や地区の状況に応じて、医療資源を有効に活用しながら都道府県の実情にあわせて、へき地医療支援機構の強化、へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築、へき地等の医療提供体制に対する支援、へき地等の歯科医療体制及びへき地等の医療機関に従事する医療スタッフへの支援など行政機関等が担うへき地医療の支援策を明示する。

①　都道府県

・　医療計画の策定及びそれに基づく施策の実施

②　へき地医療支援機構

・　医療計画に基づく施策の実施

ア　目標

・　へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、関係機関の調整等を行うこと

イ　関係機関に求められる事項

・　へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと
・　へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと
・　へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと
・　へき地における地域医療分析を行うこと
・　専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること
・　地域医療支援センターとの統合も視野に、地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと

第３　構築の具体的な手順

医療計画の策定に当たっては、患者や住民の視点に立った対象地域ごとの情報となるよう、分かりやすく工夫する必要がある。

1　現状の把握

都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、(1)に示す項目を参考に、対象地域の地区ごとに、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(2)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1)　医療資源・連携等に関する情報

・　へき地医療支援機構からの支援策
・　へき地医療拠点病院からの支援策
・　最寄りへき地診療所
・　当該地区の解消策とその時期
・　当該時点の支援策と解消までの支援策（解消策）
・　類型（外海離島型、内海離島型等の別）
・　その他の問題点等

(2)　指標による現状把握

別表８に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　医療機能の明確化

(1)　都道府県は、へき地医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、対象地域において、個々の医療機関や体制に求められる医療機能を明確にする。

(2)　検討を行う際には、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、地域医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、大学医学部関係者、地域住民の代表等により構成される「へき地保健医療対策に関する協議会」の意見を聞き、その意見を十分踏まえつつ協議を行う。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、保健指導、へき地診療及びへき地診療の支援医療が互いに連携するよう、また、関係機関や医療機関の信頼関係を醸成するよう配慮する。

また、関係機関、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　医療計画には、原則として、対象地区及び各機能を担う関係機関の名称を記載することとする。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得る。

4　課題の抽出

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

5　数値目標

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

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

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　情報共有

各都道府県は、全国へき地医療支援機構等連絡会議において、へき地保健医療対策について意見交換等を行うこととする。

9　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

周産期医療の体制構築に係る指針

周産期とは妊娠22週から出生後7日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。これまで地域における総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりの推進を図ってきたところであり、これらの達成目標は「健やか親子21」（平成12年）や「子ども・子育てビジョン」（平成22年）にも目標値として盛り込まれている。また、「少子化社会対策大綱」（平成27年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年）においても継続して周産期医療体制の充実に取り組んでいる。

これまで、周産期医療体制の整備として、具体的には、「周産期医療体制整備指針」（平成22年1月26日付け医政発0126第1号厚生労働省医政局長通知の別添２。以下「周産期整備指針」という。）に基づき、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、搬送体制の整備等を行い、地域の実情に応じて、母体・胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を推進してきたところである。周産期医療体制の整備においては、施設の整備と同時に、周産期医療を担う医師、特に分娩を取り扱う医師及び新生児医療を担当する医師や助産師、看護師等の確保が重要である。

都道府県はこれまで、医療計画の中では周産期医療体制に関する基本的な内容を記載し、周産期整備指針に基づく周産期医療体制整備計画において周産期医療体制の個別具体的な内容を定めてきているが、平成27年度から開催された「周産期医療体制のあり方に関する検討会」、平成28年度の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、周産期医療体制の整備については、災害医療、救急医療等の他事業、精神疾患等の他疾患の診療体制との一層の連携強化が指摘されたこと等を踏まえて、周産期医療体制整備計画と医療計画（周産期医療）の一体化により、両計画の整合性をはかることとした。

本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、「第１　周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」で周産期整備指針及び今回の検討会での議論を踏まえた都道府県の構築すべき医療体制について示している。なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称する。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また分娩のリスクに応じて必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて周産期医療圏を設定し、その周産期医療圏ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

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

第１　周産期医療の現状

１　周産期医療をとりまく状況

わが国における周産期医療の受療動向は、およそ以下のとおりとなっている。

(1)　分娩件数及び出生の場所[1]

分娩件数は、平成 17 年に約 108 万件であったが、平成 27 年には約 102 万件と約６％減少している。

出生場所は、昭和 25 年には「自宅・その他」で 95.4%が出生していたが、昭和 45 年には 3.9%となり、代わりに「病院・診療所」が 85.4%、「助産所」が 10.6%と増えている。

さらに平成 27 年には「自宅、その他」は 0.1%となり、「病院・診療所」が 99.2%、「助産所」が 0.7%と推移している。

(2)　出生年齢の推移[1]

全出生中の 35 歳以上の割合は、昭和 25 年に 15.6%（36.5 万人）であったが、昭和 45 年に 4.7%（9.1 万人）、 平成 27 年に 28.1%（28.2 万人）と推移している。また、第１子出生時の平均年齢の年次推移は、昭和 25 年に 24.4 歳であったが、昭和 45 年には 25.6 歳、平成 12 年は 28.0 歳、平成 17 年は 29.1 歳、平成 27 年には 30.7 歳と一貫して上昇が継続している。

(3)　複産の割合[1]

全分娩件数中の複産の割合は、平成 12 年に 1.0%、平成 17 年に 1.2%、平成 22 年に 1.0%と推移している。

(4)　周産期死亡率及び死産率[1]

周産期死亡率（出産 1,000 対）は、昭和 55 年に 20.2、平成 12 年に 5.8、平成 17 年に 4.8、平成 27 年に 3.6 と減少している。

妊娠満 22 週以後の死産率（出産 1000 対）は、昭和 55 年に 16.4、平成 12 年に 4.5、平成 17 年に 3.8、平成 27 年に 3.0 と減少している。

(5)　帝王切開術の割合[2]

分娩における帝王切開術の割合は、平成２年に一般病院で 11.2%、一般診療所で 8.3%、全分娩に対しては 9.8%であったが、平成 26 年にはそれぞれ 24.8%、13.6%、19.5%と大幅に上昇している。

(6)　低出生体重児[1]

低出生体重児（2,500 グラム未満）の出生割合は、平成 2 年に 6.3%、平成 12 年に 8.6%、平成 22 年に 9.6%と増加している。その後は横ばいであり、平成 27 年は 9.5%である。また、超低出生体重児（1,000 グラム未満）についても、平成 2 年に 0.19%、平成 12 年に 0.24%、平成 22 年に 0.30%、平成 27 年は 0.31 と同様の傾向である。

(7)　早産児[1]

早産児（在胎期間 37 週未満）の出生割合は、平成２年に 4.5%、平成 12 年に 5.4%、平成 17 年に 5.7%、平成 27 年は 5.6%であり、平成 17 年以降は横ばいである。

(8)　新生児死亡率[1]

新生児死亡率（出生 1000 対）は、平成２年に 2.6、平成 12 年に 1.8、平成 22 年に 1.1、平成 27 年に 0.9 と減少している。

(9)　妊産婦死亡率[1]

---

[1] 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成 27 年）

[2] 厚生労働省「医療施設調査」（平成 26 年）

妊産婦死亡率（出産10万対）は、平成12年の6.3が、平成22年に4.1、平成27年に3.8となっている。

(10) 産後うつ病の発生率

産後うつ病の発生率は、平成13年の13.4%が、平成21年に10.3%、平成25年に9.0%となっている[3]。

2　周産期医療の提供体制

(1)　周産期医療の提供体制

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

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

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

一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、周産期医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏（以下「無産科周産期医療圏」という。）が存在しており、この問題の解消が課題となっている。

②　NICUの病床数は、平成14年に265施設、2,122床であったが、平成26年に330施設、3,052床となっている。また、母体・胎児集中治療室（以下「MFICU」という。）は平成８年より設置が開始され、平成14年に42施設、381床であったが、平成26年に110施設、715床と増加している[2]。

③　このような状況の中で、これまで周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきたところである。

④　「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・

[3]　厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（主任研究者　山縣然太朗）（平成25年）

総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示した。

⑤　続いて「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」（平成 21 年３月）を受け、周産期医療対策事業の実施要綱に基づく周産期整備指針の見直しを行うため、平成 22 年１月に「周産期医療の確保について」（平成 22 年１月 26 日付け医政発 0126 第１号厚生労働省医政局長通知）を発出した。

⑥　さらに「周産期医療体制のあり方に関する検討会」を平成 27 年度から開催し、平成 23 年度以降の周産期を取り巻く様々な課題についての議論を行い、周産期医療体制の新たな方針を示した。

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

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

(2)　産婦人科医の実態

平成 12 年から平成 26 年までの間に医療施設に従事する医師総数が約 5.4 万人（22%）増加した一方、産婦人科医師数（産婦人科医、産科医及び婦人科医）は、平成 12 年の 12,870 人が、平成 22 年に 12,369 人、平成 26 年は 12,888 人と 18 人（0.1%）の増加である[4]。分娩取扱施設の常勤産婦人科医師数は、平成 20 年は 7,390 人、平成 27 年は 8,576 人で増加傾向となっている。

(3)　新生児医療を担当する医師の実態

新生児医療を担当する小児科医等は、平成 12 年に 2,640 人、平成 22 年に 3,173 人と増加傾向であったが、平成 26 年は 3,289 人と、NICU 病床数に比して増加が緩徐である[5]。

(4)　助産師の実態

助産師数は平成８年には約 2.4 万人であったが、平成 26 年には 3.4 万人まで増加している[6]。

助産所の数（助産所の開設者である助産師数）は、平成８年に 947 施設であったものが、平成 18 年に 683 施設まで減少したが、平成 26 年に 902 施設まで回復して

[4] 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年）

[5] 日本新生児成育医学会会員数

いる。しかし、分娩取扱助産所数は、平成 23 年には 474 施設であったが平成 27 年には 408 施設と漸減している[6]。一方、院内助産所数及び助産師外来は、平成 23 年にはそれぞれ 160、894 であったが、平成 26 年にはそれぞれ 166、947 と増加傾向である[2]。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　都道府県における周産期医療体制の整備

(1)　周産期医療に関する協議会

①　周産期医療に関する協議会の設置

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

②　協議事項

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

ア　周産期医療体制に係る調査分析に関する事項

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

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

エ　総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに関する事項

オ　周産期医療情報センター（周産期救急情報システムを含む。）に関する事項

カ　搬送コーディネーターに関する事項

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

ク　地域周産期医療関連施設等の周産期医療関係者に対する研修に関する事項

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

コ　産科及び産婦人科と産科及び産婦人科以外の診療科との連携体制に関する事項

---

[6]　厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 27 年）

サ　その他、特に検討を要する事例や周産期医療体制の整備に関し必要な事項

③　都道府県医療審議会等との連携

周産期医療に関する協議会については、医療法第 72 条に規定する都道府県医療審議会又は同法第 30 条の 23 第 1 項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。また、地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2)　総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

①　指定及び認定

都道府県は、第２の２の(2)の③に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定するものとする。また、都道府県は、第２の２の(2)の②に定める機能、診療科目、設備等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定するものとする。

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

②　支援及び指導

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は、本指針の定める機能、診療科目、設備等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行うものとする。

③　指定及び認定の取消し

②に定める都道府県による支援及び指導が実施された後も総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、当該医療施設の総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができるものとする。

(3)　周産期医療情報センター

①　周産期医療情報センターの設置

都道府県は、総合周産期母子医療センター等に周産期医療情報センターを設置するものとする。

②　周産期救急情報システムの運営

ア　周産期医療情報センターは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び助産所を含む一次医療施設や地域周産期医療関連施設等と通信回線等を接続し、周産期救急情報システムを運営するものとする。

イ　周産期医療情報センターは、次に掲げる情報を収集し、関係者に提供するものとする。

（ア）周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況

（イ）病床の空床状況

（ウ）手術、検査及び処置の可否

（エ）重症例の受入可能状況

（オ）救急搬送に同行する医師の存否

（カ）その他地域の周産期医療の提供に関し必要な事項

ウ　情報収集・提供の方法

周産期医療情報センターは、電話、FAX、コンピューター等適切な方法により情報を収集し、関係者に提供するものとする。

エ　救急医療情報システムとの連携

周産期救急情報システムについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図るものとする。また、周産期救急情報システムと救急医療情報システムを連携させることにより、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設、救命救急センター、消防機関等が情報を共有できる体制を整備することが望ましい。また、災害時等、通信手段が限られた場合の周産期救急情報システムの運用についても平時より関係者に周知すること。

(4)　搬送コーディネーター

都道府県は、周産期医療情報センター、救急医療情報センター等に、次に掲げる業務を行う搬送コーディネーターを配置することが望ましい。

①　医療施設又は消防機関から、母体又は新生児の受入医療施設の調整の要請を受け、受入医療施設の選定、確認及び回答を行うこと。

②　医療施設から情報を積極的に収集し、情報を更新するなど、周産期救急情報システムの活用推進に努めること。

③　必要に応じて、住民に医療施設の情報提供を行うこと。

④　その他母体及び新生児の搬送及び受入れに関し必要な業務を行うこと。

(5)　周産期における災害対策

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

(6)　周産期医療関係者に対する研修

都道府県は、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、NICU 入院児支援コーディネーター等に対し、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、総合周産期母子医療センター等において、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させ、また地域における母子保健や福祉等の体制についての理解を深めるため、到達目標を定め、研修を行うものとする。

①　到達目標の例

ア　周産期医療に必要とされる基本的な知識及び技術の習得

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

イ　緊急を要する母体及び新生児に対する的確な判断力及び高度な技術の習得
ウ　NICU 等高次医療施設を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族のための環境整備や地域連携のために必要な手続き等に関する基礎的な知識の習得

② 研修内容の例

ア　産科

（ア）胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応
（イ）産科ショックとその対策
（ウ）妊産婦死亡とその防止対策
（エ）帝王切開の問題点

イ　新生児医療

（ア）ハイリスク新生児の医療提供体制
（イ）新生児関連統計・疫学データ
（ウ）新生児搬送の適応
（エ）新生児蘇生法
（オ）ハイリスク新生児の迅速な診断
（カ）新生児管理の実際
（キ）退院後の保健指導、フォローアップ実施方法等

ウ　その他

（ア）救急患者の緊急度の判断、救急患者の搬送及び受入ルール等
（イ）他の診療科との合同の症例検討会等
（ウ）地域の福祉施設、療育支援施設との連携会議等

(7)　妊産婦の診療に係る医療提供体制の整備

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

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

2　医療機関とその連携

(1)　目指すべき方向

前記「第１　周産期医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築する。

構築に当たっては、医療機関間の連携、近隣都道府県等との連携（広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置)、輸血の確保（地域の関係機関との連携を図り、血漿製剤や赤血球製剤等の輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努める）等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保についても取り組むこととする。

① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携

ア　正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む。）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制

イ　ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制

②　周産期の救急対応が 24 時間可能な体制

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による、24 時間対応可能な周産期の救急対応

③　新生児医療の提供が可能な体制

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

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

④　NICU に入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援

(2)　各医療機能と連携

前記「(1) 目指すべき方向」を踏まえ、周産期医療体制に求められる医療機能を下記①から④に示す。

都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

①　正常分娩等を扱う機能(日常の生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。)【正常分娩】

ア　目標

・　正常分娩に対応すること
・　妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
・　周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

イ　医療機関に求められる事項

・　産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること
・　正常分娩を安全に実施可能であること
・　他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
・　妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
・　緊急時の搬送にあたっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること

ウ　医療機関の例

・　産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　助産所

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

ア　目標

・　周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
・　24 時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

イ　医療機関に求められる事項

（ア）機能

a　地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものである。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができるものとする。

b　地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

c　都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供するものとする。

（イ）整備内容

a　施設数

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

b　診療科目

地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えないものとする。

c　設備

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる設備を備えるものとする。

(a)　産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい。

ⅰ　緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器
ⅱ　分娩監視装置
ⅲ　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
ⅳ　微量輸液装置
ⅴ　その他産科医療に必要な設備

(b)　小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備えるNICUを設けることが望ましい。

ⅰ　新生児用呼吸循環監視装置

ⅱ　新生児用人工換気装置

ⅲ　保育器

ⅳ　その他新生児集中治療に必要な設備

（ウ）職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

a　小児科（新生児医療を担当するもの）については、24時間体制を確保するために必要な職員

b　産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね30分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

c　新生児病室については、次に掲げる職員

(a)　24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること

(b)　各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること

(c)　臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること

(d)　NICUを有する場合は入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい

（エ）連携機能

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合同症例検討会等の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

（オ）災害対策

地域周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

a　被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。

b　通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくことが望ましい。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

c　災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保することが望ましい。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優

先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないものとする。

ウ　医療機関の例

・　地域周産期母子医療センター（集約化推進通知に規定される連携強化病院を含む。）

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

ア　目標

・　合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること

・　周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること

イ　医療機関に求められる事項

（ア）機能

a　総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定するものである。

b　総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。

（イ）整備内容

a　施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができるものとする。なお、三次医療圏に総合周産期母子医療センターを複数設置する場合は、周産期医療情報センター等に母体搬送及び新生児搬送の調整等を行う搬送コーディネーターを配置する等により、母体及び新生児の円滑な搬送及び受入れに留意するものとする。

b　診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU及びNICUを有するものに限る。）、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。

c　関係診療科との連携

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

総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを

設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、都道府県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、都道府県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供するものとする。

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

d　設備等

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる設備等を備えるものとする。

(a)　MFICU

MFICUには、次に掲げる設備を備えるものとする。なお、MFICUは、必要に応じ個室とするものとする。

ⅰ　分娩監視装置
ⅱ　呼吸循環監視装置
ⅲ　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
ⅳ　その他母体・胎児集中治療に必要な設備

(b)　NICU

NICUには、次に掲げる装置を備えるものとする。

ⅰ　新生児用呼吸循環監視装置
ⅱ　新生児用人工換気装置
ⅲ　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）
ⅳ　新生児搬送用保育器
ⅴ　その他新生児集中治療に必要な設備

(c)　GCU

GCUには、NICUから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。

(d)　新生児と家族の愛着形成を支援するための設備

新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、NICU、GCU等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊施設等を備えることが望ましい。

(e)　ドクターカー

医師の監視の下に母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備するものとする。

(f)　検査機能

血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。

（ウ）病床数

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

なお、両室の病床数については、以下のとおり取り扱うものとする。

(a)　MFICU の病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外の MFICU の病床数は６床を下回ることができない。

(b)　NICU の病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

b　MFICU の後方病室（一般産科病床等）は、MFICU の２倍以上の病床数を有することが望ましい。

c　GCU は、NICU の２倍以上の病床数を有することが望ましい。

（エ）職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うものとする。

a　MFICU

(a)　24 時間体制で産科を担当する複数（病床数が６床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては１名）の医師が勤務していること。

(b)　MFICU の全病床を通じて常時３床に１名の助産師又は看護師が勤務していること。

b　NICU

(a)　24 時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること。なお、NICU の病床数が 16 床以上である場合は、24 時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい。

(b)　常時３床に１名の看護師が勤務していること。

(c)　臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。

c　GCU

常時６床に１名の看護師が勤務していること。

d　分娩室

原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICU の勤務を兼ねることは差し支えない。

e　麻酔科医

麻酔科医を配置すること。

f　NICU 入院児支援コーディネーター

NICU、GCU 等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行う NICU 入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい。

(a)　NICU、GCU 等の長期入院児の状況把握

(b)　望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整

(c)　在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援

(d)　その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項

（オ）連携機能

総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

（カ）災害対策

総合周産期母子医療センターは、災害時を見据えて、下記の対策を行うこと。

a　被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。なお、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。

b　通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

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

ウ　医療機関の例

・　総合周産期母子医療センター

④　周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】

ア　目標

・　周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）
・　在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施すること

イ　医療機関等に求められる事項
・　周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れが可能であること
・　児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること
・　訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健、福祉サービス及びレスパイト入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること
・　地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
・　医療型障害児入所施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関等の例
・　小児科を標榜する病院又は診療所
・　在宅医療を行っている診療所
・　訪問看護ステーション
・　医療型障害児入所施設
・　日中一時支援施設

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

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

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

(1)　患者動向に関する情報
・　出生率（人口動態統計）
・　合計特殊出生率（人口動態統計）
・　分娩数（帝王切開件数を含む。）（医療施設調査）、正常分娩数
・　死産率（人口動態統計）
・　低出生体重児出生率（人口動態統計）
・　新生児、乳児、乳幼児の死亡率（人口動態統計）
・　周産期死亡率（人口動態統計）
・　NICU 入室児数（医療施設調査）
・　ハイリスク新生児の発育発達予後
・　周産期関連疾患患者数と発生率
・　妊産婦死亡数、主な死亡の原因（人口動態統計）

・　産後訪問指導を受けた割合（地域保健・健康増進事業報告）
・　重症心身障害児の数、身体障害者手帳交付数（18 歳未満）（福祉行政報告例）
・　小児在宅人工呼吸器患者数
・　療養療育施設入所児童数

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　救急搬送

・　母体搬送、新生児搬送等の救急搬送件数及び受入状況
・　搬送先医療機関
・　周産期救急情報システム等の活用状況
・　救急要請から医療機関収容までに要した時間
・　搬送先医療機関の選定において問い合わせた周産期医療関連施設数
・　ドクターカー及びドクターヘリの活用状況
・　周産期救急情報システム及び救急医療情報システムの活用状況
・　搬送コーディネーターの活動状況及び勤務態勢

②　医療機関等

ア　正常分娩に対応する病院・診療所

（ア）分娩数等の診療内容及び診療体制等

・　産科医及び産婦人科医の数
・　助産師数　等

（イ）対応可能な分娩

・　母体、胎児の条件　等

（ウ）医療連携の状況

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

イ　分娩を取り扱う助産所（院内助産所を含む。）

・　分娩数等の診療内容及び診療体制等（助産師数）
・　対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）
・　医療連携の状況（嘱託医、嘱託医療機関及びその他の周産期医療機関との連携状況、周産期医療情報システムへの参加等）

ウ　周産期医療機関（周産期母子医療センター等）

（ア）所在地、診療科目、病床数

（イ）設備

・　MFICU、NICU、GICU の病床数、稼働率
・　ドクターカーなど新生児搬送用救急車の配備状況　等

（ウ）分娩数等の診療内容及び診療体制等

・　分娩数
・　対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）
・　診療実績（周産期関連疾患や他科疾患合併妊娠の患者数、入院数等）
・　NICU、GCU 等の長期入院児の状況
・　産科医及び産婦人科医の数（医師一人あたりの分娩数）
・　新生児の医療を担当する医師数（医師一人あたりの NICU 病床数、担当患者数）

・　助産師数等
・　院内助産所及び助産師外来の活動状況
・　麻酔科医師、臨床心理士等の臨床心理技術者、NICU 入院児支援コーディネーター等の数及び勤務態勢　等

（エ）医療連携の状況
・　他の医療機関からの搬送受入状況
・　オープンシステム・セミオープンシステムの実施状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有、合同症例検討会の開催等の状況
・　在宅療養・療育を支援する機能を持った施設等との連携状況　等

（オ）災害対策の状況
・　業務継続計画の策定状況

エ　在宅療養・療育を支援する機能を持った施設

（ア）診療内容及び診療体制等
・　医師数、看護師数　等

（イ）対応可能な医療内容
・　人工呼吸器管理、気管切開のケア、痰の吸引のある児　等

（ウ）医療連携の状況
・　他の医療機関からの紹介状況
・　救急対応可能な病院等との事前の連携状況
・　医療型障害児入所施設等との連携状況
・　他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況　等

(3)　都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報

①　災害時の周産期医療体制に関する事項
・　災害時小児周産期リエゾンの任命状況
・　周産期医療施設や妊産婦等の被害を想定した災害訓練の実施状況

②　近隣都道府県との連携に関する協議の状況

(4)　指標による現状把握

別表９に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

２　周産期医療圏の設定

(1)　都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、周産期医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、周産期医療圏の再設定を行うこと。特に、無産科周

産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。

(3)　NICU を有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。また、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に周産期医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

また、現行の周産期医療に関する協議会を十分に尊重・活用する。

3　連携の検討

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

さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　母体及び新生児の搬送及び受入（周産期医療圏を越えた搬送及び受入を含む。）に関する現在の問題点を把握し、都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。

その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。

(4)　産科合併症以外の合併症を有する母体への医療施設や診療科間の連携や、救急医療情報システムとの連携等、周産期救急情報システムの効率的な活用方法について検討する。

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

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が同じ周産期医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域

の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

(6)　集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。

①　連携強化病院の体制

②　連携病院の体制

③　連携強化病院と連携病院の連携体制

④　連携強化病院における地域の周産期医療施設の支援体制

⑤　医療機関間における搬送体制

4　課題の抽出

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

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

5　数値目標

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策

やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

9　その他（第８次医療計画に向けて）

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

(1)　産科・小児科の医師偏在対策に関連する事項

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

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

○　周産期医療に係る医療計画と産科・小児科の医師確保計画との整合性

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

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

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

①　リスクの高い妊産婦に対する医療提供体制について

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

②　新生児医療の提供体制について

新生児集中治療室（NICU）の整備については、既に全都道府県で目標を達成しており、第８次医療計画に向けて、質の高い新生児医療を効率的に提供できるよう、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の施設それぞれの役割、体制、実績等を踏まえつつ、NICU の集約化・重点化について、各都道府県において検討を開始すること。

なお、①及び②について検討していくに当たっては、周産期医療圏の見直し等の検討状況、MFICU と NICU の配置の整合性や連携、地域の分娩取扱施設からの緊急時の搬送体制等についても留意すること。

小児医療の体制構築に係る指針

小児医療については、これまで未熟児養育医療、小児慢性特定疾患治療研究事業（平成27年度以降は小児慢性特定疾病医療）、自立支援事業（育成医療）等に対する公費負担事業や重症度に応じた救急医療体制の整備等の対策を進めてきたところであり、これらの達成目標は、「健やか親子21」（平成12年）や「子ども・子育てビジョン」（平成22年）にも目標値として盛り込まれているところである。

さらに、平成17年８月に関係省庁により発表された「医師確保総合対策」等において小児科医の不足が指摘されたことから、都道府県に対し、「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知。以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。

また、平成21年７月に示された「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の中間取りまとめに基づき、消防法（昭和23年法律第186号）による小児救急患者への対応を含む実施基準の策定や、小児救命救急センターの整備、小児集中治療室（以下「PICU」という。）の整備等が行われてきたところである。さらに、「少子化社会対策大綱」（平成27年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成28年）においても、継続して小児医療の充実に取り組んでいる。

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

小児医療の体制については、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科･地域小児科センター登録事業」を参考に、小児救急医療のみならず地域での一般の小児医療との連携も視野に入れながら、小児の医療体制を構築する。

本指針では、小児医療の体制構築に当たり、「第１　小児医療の現状」で小児医療をとりまく状況がどのような医療が行われているのかを概観し、次に、「第２　医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称する。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて小児医療圏を設定し、その小児医療圏ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　小児医療の現状

１　小児医療をとりまく状況

(1)　小児の疾病構造

１日当たりの全国の小児（０歳から 14 歳までを指す。以下同じ。）患者数（推計）は、入院で約 2.8 万人、外来で約 74 万人となっている[1]。

①　入院については、「周産期に発生した病態」（23.1%）のほか、喘息（5.0%）をはじめとする「呼吸器系の疾患」（17.4%）、「先天奇形、変形及び染色体異常」（11.0%）、「神経系の疾患」（10.0%）が多い[1]。

②　外来については、急性上気道感染症（15.6%）をはじめとする呼吸器系の疾患（38.1%）が圧倒的に多い[1]。

また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種、児童虐待への対応等の保健活動が占める割合が大きい。

なお、小児救急診療については、患者の多くが軽症者であり、また、夕刻から準夜帯（18 時から 23 時まで）にかけて受診者が多くなることが指摘されている。

(2)　死亡の状況

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

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

(3)　小児救急の現状

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

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

※　小児救急患者

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

1　厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）
2　厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成 27 年）
3　総務省「国勢調査」（平成 27 年）
4　消防庁「平成 28 年版　救急・救助の現状」（平成 28 年）
5　日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書」（平成 14 年）ほか

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

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

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

２　小児医療の提供体制

(1)　医療施設の状況

①　平成 14 年から平成 26 年までの間に小児科を標榜している一般病院は 20.9%減少（3,359 から 2,656)、診療所は 19.3%減少（25,862 から 20,872)、小児科が主たる標榜である一般診療所は 6.6%増加（2,991 から 3,188）している[8]。

②　小児慢性特定疾患を取り扱う医療機関については各都道府県において指定されている。

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

④　高度な医療を提供する新生児集中治療室（以下「NICU」という。）を有する医療機関数は、平成 26 年に 330 施設、PICU を有する医療機関数は、平成 26 年に 41 施設となっている[8]。

(2)　小児医療に係る医師等の状況

①　我が国の小児科を標榜する病院一施設当たりの、小児人口は約５千人（例えば、英国では約２万５千人)、小児科医数は平均２名余（英国は約 20 名）と、他

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

7　厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

8　厚生労働省「医療施設調査」（平成 26 年）

の先進諸国に比べ、医療資源が広く薄く配置されている状況が指摘されている[9]。

② 平成 14 年から平成 26 年までの間に小児科医の数は 14,481 人から 16,758 人と約 2,300 人増加している[10]。また、小児人口 1 万人当たりの小児科医数でみても、7.7 から 10.3 と増加傾向にある。なお、女性医師の割合は、34.2%である。

第２　医療体制の構築に必要な事項

1　都道府県における小児医療体制の整備

(1)　小児医療に関する協議会

① 小児医療に関する協議会の設置

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

② 協議事項

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

ア　小児医療体制に係る調査分析に関する事項
イ　医療計画（小児医療）の策定に関する事項
ウ　小児科の医師確保計画の策定に関する事項
エ　小児患者の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、小児の死亡や重篤な症例に関する事項
オ　他事業との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の小児期に合併する疾患に関する医療等）
カ　小児医療関係者に対する研修に関する事項
キ　その他、特に検討を要する事例や小児医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

小児医療に関する協議会については、医療法第 72 条に規定する都道府県医療審議会又は同法第 30 条の 23 第 1 項に規定する地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図るものとする。また、地域医療構想調整会議（医療法第 31 条の 14 第 1 項に

9　日本小児科学会調べ（平成 18 年）
10　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年）

規定する協議の場をいう。）等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2)　災害を見据えた小児医療体制

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された[11]。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命し、次に挙げる事項を整備すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。

①　災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、平時より訓練を実施

②　自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災都道府県からの搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築

2　目指すべき方向

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

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

(1)　子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

①　急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制

②　慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する身体的及び精神的サポート等を実施する体制

③　家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制

(2)　小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

①　地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制

②　小児医療圏において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制

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

③　三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制

④　身体機能の改善やADLの向上のため、早期からのリハビリテーションを実施する体制

※　慢性疾患児や障害児、心の問題のある児等に関しては、上記①～④の分類に基づく医療提供体制が必ずしも当てはまらない場合が想定されることから、地域の実情に応じ、適宜、体制の確保を図る。

(3)　地域の小児医療が確保される体制

①　医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制

②　小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、小児医療感の見直しや医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制

(4)　療養・療育支援が可能な体制

①　小児病棟やNICU、PICU等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施

3　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、小児の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1)　地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能

①　健康相談等の支援の機能【相談支援等】

ア　目標

・　子供の急病時の対応等を支援すること

・　慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること

・　不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること

・　小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

イ　関係者に求められる事項

（家族等周囲にいる者）

・　必要に応じ電話相談事業等を活用すること

・　不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと

・　救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

（消防機関等）

・　心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること

・　急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

・　救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

（行政機関）

・　休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること（子ども医療電話相談事業（＃８０００事業）や他の電話相談事業について、適切な回線数の確保等を検討するに当たり、例えば、応答率（着信件数のうち受電対応者が応答した件数の割合）等を把握し、その結果も参考とすること。）

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

(2)　地域において、日常的な小児医療を実施する機能【一般小児医療】

①　一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能【一般小児医療】

ア　目標

・　地域に必要な一般小児医療を実施すること
・　生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること

イ　医療機関に求められる事項

・　一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
・　軽症患者の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）
・　他の医療機関の小児病棟やNICU、PICU等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること
・　訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること
・　医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること
・　家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること
・　慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・　専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

ウ　医療機関等の例

・　小児科を標榜する診療所（小児かかりつけ医を含む。）
・　一般小児科病院、小児地域支援病院※
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　訪問看護ステーション

※　小児地域支援病院は日本小児科学会の「地域振興小児科Ａ」に相当する。

②　初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

ア　目標

・　初期小児救急医療を実施すること

イ　医療機関に求められる事項

・　小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること
・　緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・　地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間・休日の初期小児救急医療に参画すること

ウ　医療機関の例

（平日昼間）
・　小児科を標榜する診療所
・　一般小児科病院、小児地域支援病院
・　連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
（夜間休日）
・　在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター、小児初期救急センター

(3)　小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能【小児地域医療センター】
（日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの。）

①　小児専門医療を担う機能【小児専門医療】
（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。）

ア　目標
・　３の(2)の①の機能（一般小児医療）を担う医療機関では対応が困難な患者に対する小児専門医療を実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・　高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を実施すること
・　一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施すること
・　小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること
・　より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
・　療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例
・　地域小児科センター（NICU 型）
・　連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの。）

②　入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】
（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。）

ア　目標
・　入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施すること

イ　医療機関に求められる事項
・　小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施可能であること
・　小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと
・　より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
・　療養・療育支援を担う施設と連携していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例
・　地域小児科センター（救急型）

・　連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの）
・　小児救急医療拠点病院
・　輪番制・共同利用に参加している病院

(4)　三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの。）

①　高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。）

ア　目標

・　小児地域医療センター等では対応が困難な患者に対する高度な小児専門入院医療を実施すること
・　当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること

イ　医療機関に求められる事項

・　広域の小児中核病院や小児地域医療センター等との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること
・　療養・療育支援を担う施設と連携していること
・　家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　医療機関の例

・　中核病院小児科（改革ビジョンに規定されるもの）
・　大学病院（本院）
・　小児専門病院

②　小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。）

ア　目標

・　小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること

イ　医療機関に求められる事項

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

ウ　医療機関の例

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

(5)　小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】

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

く、小児医療資源が乏しいため、他地域の小児科との統廃合は不適当であるとされている。

ア　目標

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

イ　医療機関に求められる事項

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

第３　構築の具体的な手順

１　現状の把握

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

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

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

(1)　患者動向に関する情報

・　小児患者数（住所の別、軽症・重症の別、外来・入院の別、搬送の種類、受診時間帯）（患者調査）

・　乳児、乳幼児、小児（15 才未満）の死亡率（人口動態統計）

・　小児人口（住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査）

・　出生率（人口動態統計）

・　特別児童扶養手当数等（福祉行政報告例等）

(2)　医療資源・連携等に関する情報

①　小児科標榜病院数とその所在

②　各病院における診療の実態

・　外来（一般外来、各種専門外来、検診・育児相談・予防接種等）

・　入院（一般病床数、NICU 病床数、PICU 病床数、小児入院医療管理料の算定病床数等）

・　小児医療に係る医師の数（小児科医等）

③　小児科標榜診療所数とその所在

④　時間外の診療対応状況

・　休日・夜間診療所の運営状況（診療時間、対応疾病、医師人数等）

・　小児科を標榜する診療所及び病院の初期救急体制への関与状況

・　休日・夜間の薬局の運営状況（開局時間、薬剤師人数等）

⑤　小児救急医療に携わる施設とその位置（衛生主管部局）

⑥　救急医療機関の人員（衛生主管部局）

⑦　休日・夜間等における子供の急病等に関する相談事業

・　回線数、相談件数、認知度、応答率等

⑧　災害時の小児医療体制に関する事項

・　災害時小児周産期リエゾンの任命状況

・　小児医療施設や小児患者等の被害を想定した災害訓練の実施状況

(3)　指標による現状把握

別表 10 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

(1)　都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定する。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。

(3)　小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に小児医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、小児医療の体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切に医療が提供されるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。また、都道府県内における医療が必要な障害児等の支援に関わる医療・福祉等の関係機関と連係を図る。

さらに、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2)　保健所は、「地域保健法第 4 条第 1 項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成 6 年厚生省告示第 374　号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年 7 月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3)　都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。

その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。

(4)　医療計画には、原則として各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が小児医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載をすることで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

(5)　集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。
①　連携強化病院の体制
②　連携病院の体制
③　連携強化病院と連携病院の連携体制
④　地域の診療所・連携病院の参加による休日・夜間初期小児救急医療体制
⑤　連携強化病院における地域の小児救急医療の支援体制
⑥　医療機関間における搬送体制
⑦　高次機能病院の役割

4　課題の抽出

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

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

5　数値目標

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

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載する。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも６年（在宅医療その他必要な事項については３年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策

やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

9　その他（第８次医療計画に向けて）

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

(1)　産科・小児科の医師偏在対策に関連する事項

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

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

○　小児医療に係る医療計画と小児科医師確保計画との整合性

○　小児救急患者に常時診療可能な体制が存在しない小児医療圏がないようにするための、小児医療圏の見直し等の施策（「小児救急医療圏」については、第８次医療計画の指針を策定する際に「小児医療圏」として一本化することとしている。）

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

在宅医療の体制構築に係る指針

多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。在宅医療は、高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である。

また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。

本指針では「第１　在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第２　医療体制の構築に必要な事項」において、どのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第３　構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とそれらの関係機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第１　在宅医療の現状

１　在宅医療の現状

(1)　疾病構造の変化

昭和 10～20 年代において、我が国の死因の第１位であった結核に代わり、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになった[1]。こうした疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。

(2)　在宅医療のニーズの増加と多様化

平成 30 年における 65 歳以上の高齢者人口は、3,542 万人であるが [1]、平成 54 年には 3,953 万人となりピークを迎え[2]、同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 14%から 20%に増加する。また、65 歳以上の高齢者のいる世帯の約６割が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約 136 万人から約 167 万人に増える [2]。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。

在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、平成 21 年の 13,543 人/月から、平成 30 年には 18,258 人/月と、増加している[3]。特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加している。在宅患者訪問診療料を算定している１ヶ月あたりの小児（０～９歳）の数は、平成 24 年の 91 人/月から、平成 30 年の 1,570 人/月へと増加し [3]、また訪問看護を受ける

---

[1] 厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（平成 30 年）

[2] 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（１月推計）」（平成 29 年）

[3] 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

小児（０～９歳）の数は、平成 23 年の約２千人/月から、平成 29 年の約４千人/月へと増加している[4]。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2　在宅医療の提供体制

(1)　退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となる。

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

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

(2)　日常の療養生活の支援

①　訪問診療

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

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

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

②　訪問看護

4　厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」(平成 23,29 年)

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

6　厚生労働省「医療施設調査（静態)」(平成 20,29 年)

7　厚生労働省「患者調査」(平成 23,29 年)

8　厚生労働省医政局地域医療計画課調べ（平成 30 年)

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

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

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは9,964カ所[11]、訪問看護を実施する病院・診療所は4,010カ所である[11]。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数（訪問看護ステーション、訪問看護を実施している医療機関の合計）をみると、5.7から17.5とばらつきがみられる（全国値10.9）[12]。

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

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

③　訪問歯科診療

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

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

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

④　訪問薬剤管理指導

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

(3)　急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に

10　厚生労働省「訪問看護療養費実態調査」（平成 29 年）より算出
11　厚生労働省「介護給付費等実態統計」（平成 30 年６月）
12　厚生労働省「介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）」（平成 30 年）より算出
13　厚生労働省保険局医療課調べ（平成 29 年）
14　厚生労働省保険局医療課調べ（平成 29 年）
15　厚生労働省「衛生行政報告例」（平成 30 年）
16　厚生労働省保険局、老健局調べ（平成 26 年）
17　厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（平成 30 年）

関する患者の不安や家族の負担への懸念が挙げられる[18]。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

そのため、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められている。

(4) 在宅での看取り

55%の国民が、治る見込みがない病気になった場合に、自宅で最期を迎えることを望んでいるが[18]、場所別の死亡率をみると、医療機関での死亡率が77%となっている[1]。患者や家族の QOL の維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① 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) 日常の療養支援が可能な体制

① 多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

② 緩和ケアの提供

③ 家族への支援

(3) 急変時の対応が可能な体制

① 患者の病状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

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制

① 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

また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付けていくことが望まれる。

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容（目標、関係機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

[18] 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成24年）

② 入院医療機関に求められる事項

・ 退院支援担当者を配置すること
・ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
・ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

（医療機関の例）

・ 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

・ 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
・ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

・ 病院・診療所
・ 訪問看護事業所
・ 薬局
・ 居宅介護支援事業所
・ 地域包括支援センター
・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標

・ 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

・ 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・ がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関

との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること※

・　災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること

・　医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること

・　身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

※　がん患者、認知症患者及び小児患者の在宅医療については、それぞれがんの医療体制構築に係る指針、精神疾患の医療体制構築に係る指針及び小児医療の体制構築に係る指針を参照。

（関係機関の例）

・　病院・診療所
・　訪問看護事業所
・　薬局
・　居宅介護支援事業所
・　地域包括支援センター
・　介護老人保健施設
・　短期入所サービス提供施設
・　基幹相談支援センター・相談支援事業所

(3)　急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

①　目標

・　患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

②　在宅医療に係る機関に求められる事項

・　病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること

・　24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること

・　在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

（関係機関の例）

・　病院・診療所
・　訪問看護事業所
・　薬局

③　入院医療機関に求められる事項

・　在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと

・　重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

（医療機関の例）

・　病院・診療所

(4)　患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

①　目標

・　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を行うことができる体制を確保すること

②　在宅医療に係る機関に求められる事項

・　人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること

・　患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと

・　介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

（関係機関の例）

・　病院・診療所

・　訪問看護事業所

・　薬局

・　居宅介護支援事業所

・　地域包括支援センター

・　基幹相談支援センター・相談支援事業所

③　入院医療機関に求められる事項

・　在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

（医療機関の例）

・　病院・診療所

(5)　在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。

基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

①　目標

・　在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと

・　多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと

・　在宅医療に関する人材育成を行うこと

・　災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと

・　患者の家族への支援を行うこと

・　在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

②　在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

・　医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと

・　在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること

・　在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと

・　臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・　災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
・　地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・　入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
・　地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

(6)　在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組や、障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

①　目標

・　多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること

②　在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

・　地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・　地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・　質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・　在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

第３　構築の具体的な手順

1　現状の把握

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

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

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

(1)　患者動向に関する情報

・　退院支援を受けた患者数
・　往診を受けた患者数

・　訪問診療を受けた患者数
・　訪問歯科診療を受けた患者数
・　訪問看護利用者数
・　薬剤師による訪問薬剤管理指導の利用者数
・　管理栄養士による訪問栄養食事指導の利用者数
・　歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
・　訪問リハビリテーション利用者数
・　短期入所サービス（ショートステイ）の利用者数

(2)　医療資源・連携等に関する情報

・　在宅医療を担う関係機関の数とその位置（訪問診療等を実施する診療所、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局等）
・　在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数等）
・　連携の状況（関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3)　指標による現状把握

別表11に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2　圏域の設定

(1)　都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「１　現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実に行うことが望ましい。

(2)　医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。

(3)　圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4)　検討を行う際には、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3　連携の検討

(1)　都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、

関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、在宅医療及び介護、障害福祉の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護、障害福祉の関係機関等との情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護支援専門員等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努める。

(2) 保健所は、「地域保健法第４条第１項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成６年厚生省告示第 374 号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成 19 年７月 20 日付け健総発第 0720001 号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、積極的な役割を果たすこと。

(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、医療資源の制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。

4 課題の抽出

都道府県は、「第２　医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「１　現状の把握」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

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

特に、将来の在宅医療に係る医療需要について、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

5 数値目標

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

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、地域医療構想(医療法第 30 条の４第２項第７号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。)による病床の機能分化・連携に伴う、介護施設、在宅医療等の追加的需要や、高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加に対する目

標について、介護保険事業（支援）計画等と整合性をもって設定していくことが重要であり、医療・介護の体制整備に係る都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

具体的には、地域医療構想において定めることとされている構想区域における将来の居宅等における医療の必要量に、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要が含まれていることを踏まえ、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する具体的な数値目標を記載することとする。介護施設、在宅医療等の追加的需要の考え方を含め、将来必要となる訪問診療の需要については、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。

また、これに加え、

・　在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標、
・　多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標

について、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めるものとする。

（目標設定する項目・指標の例）

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

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

6　施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「４　課題の抽出」に対応するよう「５　数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策については、原則、記載することし、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載す

るよう努めるものとする。

また、施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

（施策の例）

- 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協議の実施　等

さらに、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

7　評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、１年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、計画期間の中間年での見直しを見据え、適時に調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

8　公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策・事業やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

（別添）医療計画において定める数値目標

目標項目	数値目標	目標時期	（参考）関連する計画
精神病床における急性期（３ヶ月未満）入院需要（患者数）	算定式[1]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	
精神病床における回復期（３ヶ月以上１年未満）入院需要（患者数）	算定式[1]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	
精神病床における慢性期（１年以上）入院需要（患者数）	算定式[1]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要（65 歳以上患者数）	算定式[1,2]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	障害福祉計画
精神病床における慢性期入院需要（65 歳未満患者数）	算定式[1,3]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	障害福祉計画
精神病床における入院需要（患者数）	算定式[1]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	算定式[4]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
地域移行に伴う基盤整備量（65 歳以上利用者数）	算定式[4]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
地域移行に伴う基盤整備量（65 歳未満利用者数）	算定式[4]に基づき算出	令和２年度末 令和５年度末	障害福祉計画 介護保険事業（支援）計画
精神病床における入院後３か月時点の退院率	69％以上を基本とする	令和２年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後６か月時点の退院率	84％以上を基本とする	令和５年度末	障害福祉計画
精神病床における入院後１年時点の退院率	90％以上を基本とする	令和２年度末	障害福祉計画

[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）

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）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表2　脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防		救護		急性期		回復期	維持期
ストラクチャー		禁煙外来を行っている医療機関数				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		
		ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）				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		
		ハイリスク飲酒者の割合				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				脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数		
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率				脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数		
						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	●	脳血管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		
				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	●	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						

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

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

	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			
		ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）		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	●	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率			
		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				入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数			
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率						外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	
						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			
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			
				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			●	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							

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表4　糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防		初期・安定期		合併症予防を含む専門治療		合併症治療	
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		糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数
						糖尿病登録医/療養指導医		歯周病専門医数
						糖尿病療養指導士数		糖尿病登録歯科医師数
						糖尿病看護認定看護師数		
						1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数		
プロセス				糖尿病患者の年齢調整外来受療率		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		糖尿病患者の新規下肢切断術の件数
			●	新規人工透析導入患者数				糖尿病患者の年齢調整死亡率

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表5　精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	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	● **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痙攣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**	● **児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した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	● **依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数**	● **依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数**	● **依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）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**	● **摂食障害治療支援センター数**	● **てんかん診療拠点機関数**	● **精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）数、外来対応施設数及び身体合併症対応施設数**	● **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・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算）**	● **救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数**	● **DPAT先遣隊登録医療機関数**	● **指定通院医療機関数**
	● **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	発達障害を外来診療している医療機関数	● **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**	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を外来診療している医療機関数		● **摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数**	てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	● **精神科救急入院料を算定した病院数**	● **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+精神疾患患者等受入加算）**	● **救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数**		
	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		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		● **精神科リエゾンチームを持つ病院数**			
	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	認知症サポート医養成研修修了者数	知的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				摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数						
			かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	知的障害を外来診療している医療機関数													
プロセス	● **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痙攣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**	● **児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数**	発達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**	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		● **摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数**	てんかんの精神病床での入院患者数	● **精神科救急医療体制整備事業における受診件数**	● **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・合併症入院料+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**		
	● **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**	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	発達障害外来患者数	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外来患者数	PTSD外来患者数		摂食障害の精神病床での入院患者数	てんかん外来患者数	● **精神科救急医療体制整備事業における入院件数**	● **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**		
	● **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**	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数	認知症外来患者数	20歳未満の精神疾患外来患者数		アルコール依存症外来患者数	薬物依存症外来患者数				摂食障害外来患者数		精神疾患の救急車平均搬送時間	● **精神科リエゾンチームを算定された患者数**			
	統合失調症の精神病床での入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数		知的障害の精神病床での入院患者数													
	統合失調症外来患者数			知的障害外来患者数													
アウトカム	● **精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率**																
	● **地域平均生活日数**																
	● **精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）**																
	精神病床における新規入院患者の平均在院日数																

（●は重点指標）

厚生労働科学研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」研究報告書より引用

別表６　救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	救護		救命医療		入院救急医療		初期救急医療		救命後の医療	
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S及びAの割合						緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数
				救急車の受入件数						
				転院搬送の受入件数						
						転院搬送の実施件数				
	●	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間								
	●	受入困難事例の件数								
		2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数								
アウトカム	●	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の一ヶ月後の予後								

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表7　災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表８　へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重点指標）

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

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

・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。

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

・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表9　周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	低リスク分娩		地域周産期母子医療センター		総合周産期母子医療センター	療養・療育支援	
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					
		ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数					
				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			
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					

ストラクチャー	●	災害時小児周産期リエゾン任命者数

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表10　小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

ストラクチャー	●	災害時小児周産期リエゾン任命者数

*災害医療の提供体制に係る指針及び指標例との整合性に留意すること。

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

別表11　在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用