

# 医療圏、基準病床数、指標について

# 医療圏

- 医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位(二次医療圏)、特殊な医療を提供する地域的単位(三次医療圏)をそれぞれ定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- この他、5疾病・5事業及び在宅医療に係る圏域については、二次医療圏を基礎としつつ、地域の実情に応じた弾力的な設定が可能としている。

## 【第7次医療計画における各圏域の設定状況】

### 二次医療圏

#### 335医療圏 (令和3年10月現在)

##### 【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

### 三次医療圏

#### 52医療圏 (令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

##### 【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定

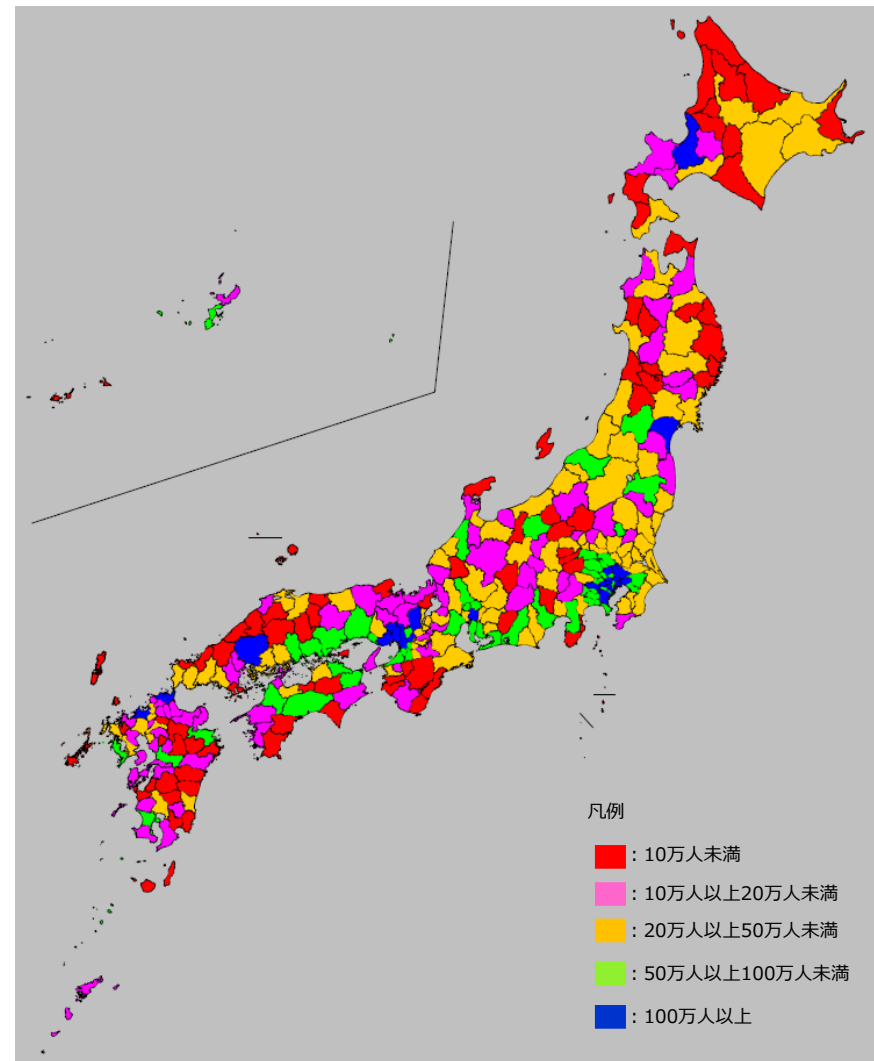
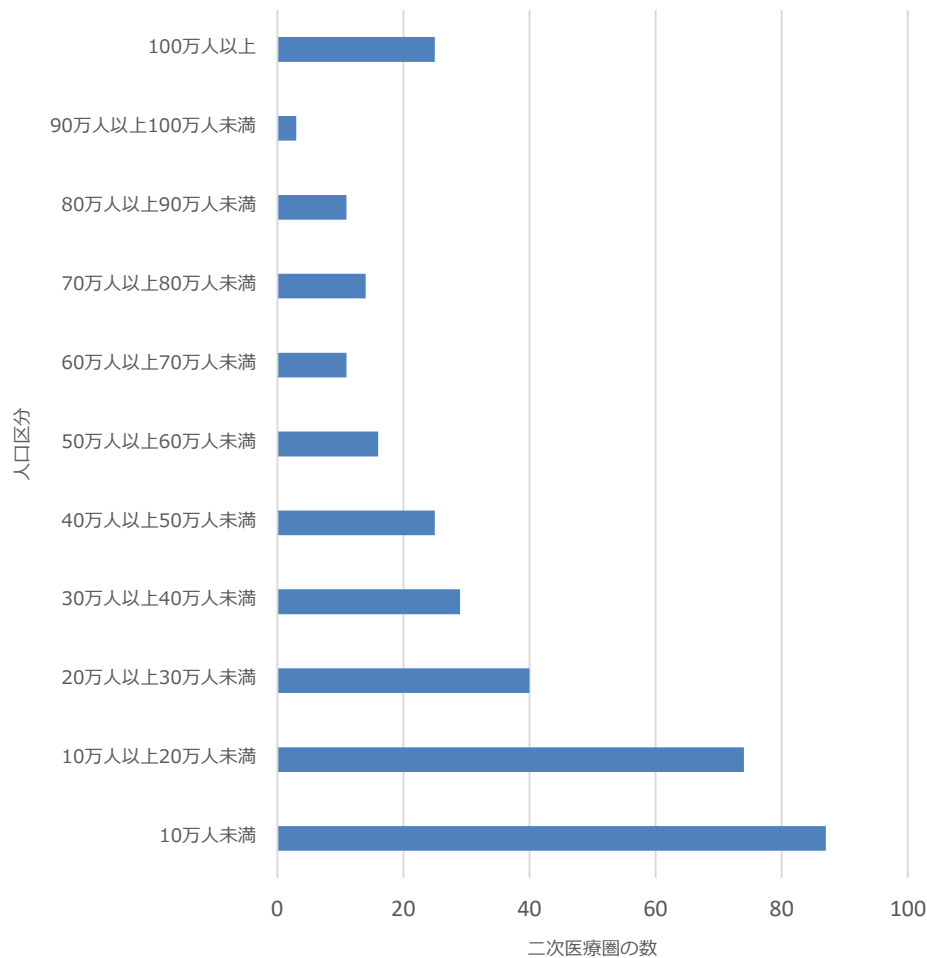
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

(参考) 三次医療圏で提供する特殊な医療の例

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

# 二次医療圏の人口の状況

○ 335の二次医療圏のうち、人口10万人未満の医療圏が87と最も多く、人口10万人以上20万人未満の医療圏が74と次いで多い状況となっている。



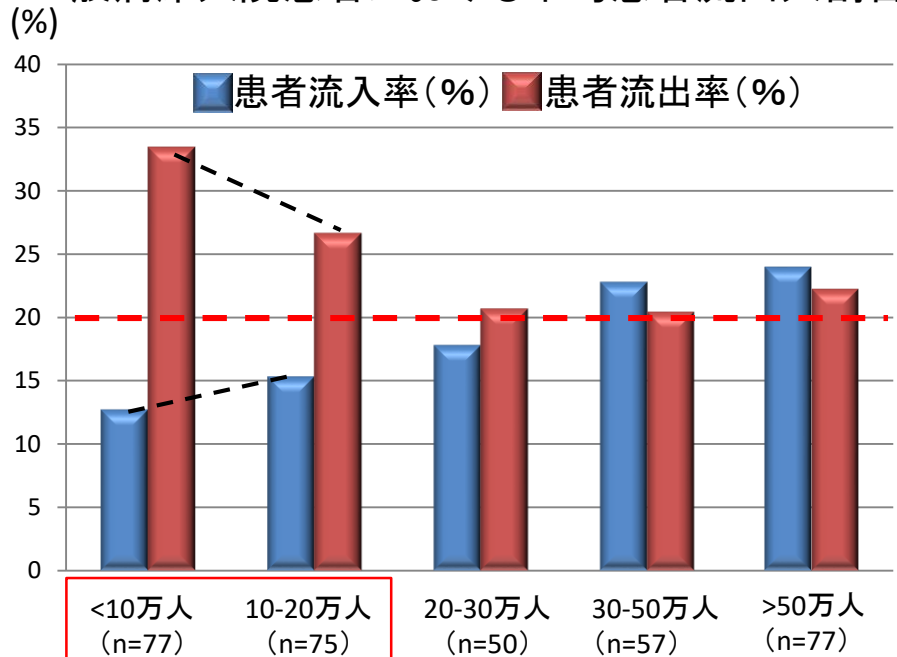
# 第7次医療計画における二次医療圏の見直しに関する考え方①

## 概要

- 第6次医療計画の検討の際に人口20万人未満の医療圏では流入率が低く流出率が高い状況が確認されたことから、第7次医療計画の検討の際においても同様に、人口20万人未満（特に、流入率20%未満、流出率20%以上）の医療圏について、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、二次医療圏の見直しを求めた。

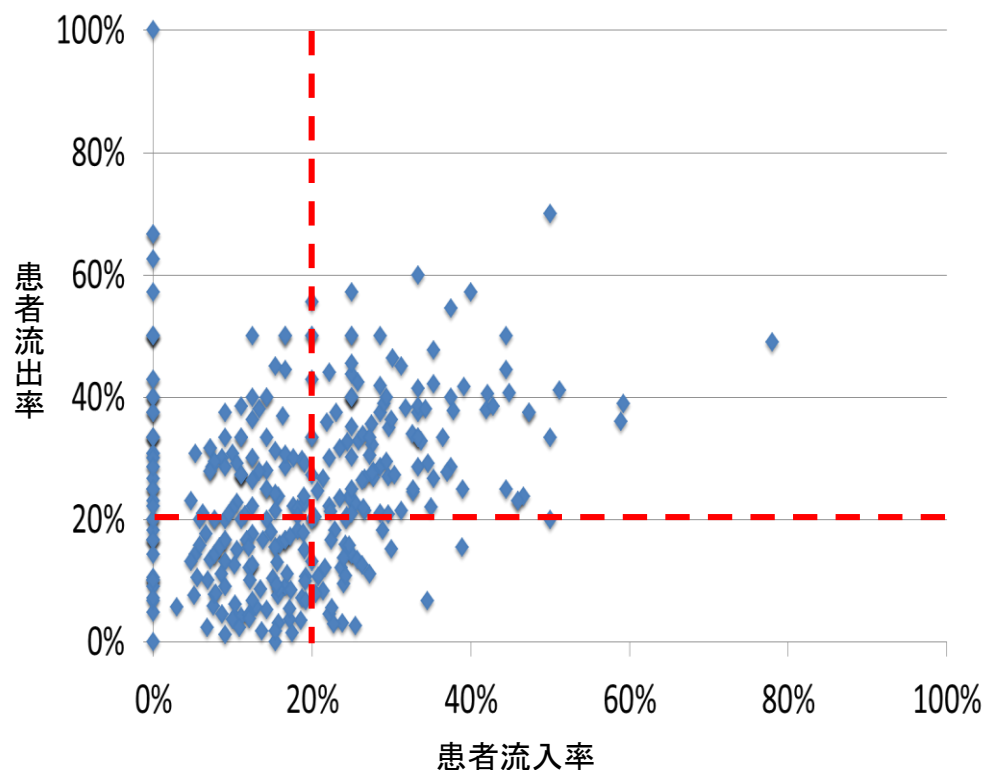
## （参考）第6次医療計画の検討時の分析資料

二次医療圏人口群別、病院の療養病床及び一般病床入院患者における平均患者流入割合



出典：平成20年患者調査  
(離島12医療圏を除く)

## （参考）第7次医療計画の検討時の分析資料



出典：平成26年患者調査

# 第7次医療計画における二次医療圏の見直しに関する考え方②

<医療計画について（平成29年3月31日医政局長通知）（抜粋）>

## 4 基準病床数及び特定の病床数に係る特例等について

(2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること。

特に、**人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。**

なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、**構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必要な見直しを行うこと。**

(別紙) 医療計画作成指針

## 2 医療圏の設定方法

(1) 二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

① 人口構造、患者の受療の状況（流入患者割合及び流出患者割合を含む。）、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、二次医療圏単位又は市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については、患者調査の利用の他、統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

**人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討する。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。**

**また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。**

② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。

③ **構想区域（法第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）に二次医療圏を合わせる適当であること。**

# 第7次医療計画における二次医療圏の見直し状況等①

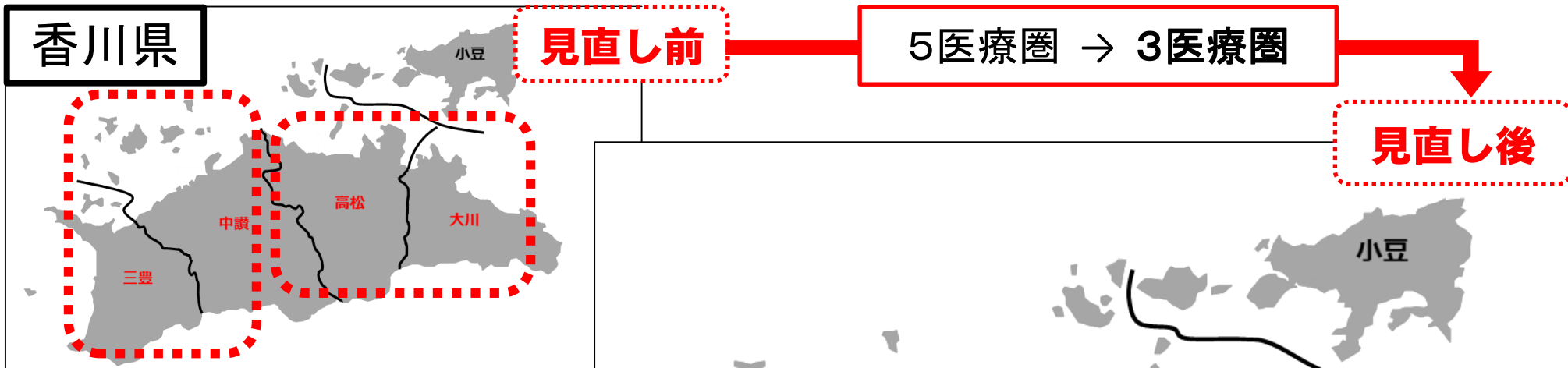
- 人口20万人未満、患者流入率20%未満、患者流出率20%以上の見直しの基準に該当する医療圏は、344医療圏のうち、78医療圏あった。
- 第7次医療計画策定時に6県において見直しが行われ、結果335医療圏となった。  
 福島県（7医療圏→6医療圏）、神奈川県（11医療圏→9医療圏）、愛知県（12医療圏→11医療圏）、  
 兵庫県（10医療圏→8医療圏）、香川県（5医療圏→3医療圏）、熊本県（11医療圏→10医療圏）

<第7次医療計画策定時から現在までに医療圏を見直した事例>

都道府県	見直し前の医療圏	見直し後の医療圏
福島県	南会津医療圏、会津医療圏（統合）	会津・南会津医療圏
神奈川県	横浜北部医療圏、横浜西部医療圏、横浜南部医療圏（統合）	横浜医療圏
愛知県	名古屋医療圏、尾張中部医療圏（統合）	名古屋・尾張中部医療圏
兵庫県	阪神北圏域、阪神南圏域（統合）	阪神圏域
	西播磨圏域、中播磨圏域（統合）	播磨姫路圏域
香川県	大川保健医療圏、高松保健医療圏（統合）	東部保健医療圏
	中讃保健医療圏、三豊保健医療圏（統合）	西部保健医療圏
熊本県	熊本保健医療圏、上益城保健医療圏（統合）	熊本・上益城保健医療圏

# 第7次医療計画における二次医療圏の見直し状況等②（香川県の事例）

第6次医療計画の二次医療圏において、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が20%未満、推計流出入院患者割合が20%以上となっていることを踏まえ、第7次医療計画における二次医療圏を見直した事例



医療圏		人口(万人)		推計流出入院患者割合	
見直し前	見直し後	見直し前	見直し後	見直し前	
大川	東部	8.3	54.5	流入	16.4%
				流出	40.0%
高松		46.1		流入	20.7%
				流出	11.6%
中讃	西部	29.7	42.7	流入	17.3%
				流出	14.7%
三豊		13.0		流入	13.9%
				流出	21.4%

出典：第七次香川県保健医療計画（令和3（2021）年10月）



## <地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）>

- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、**平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。**

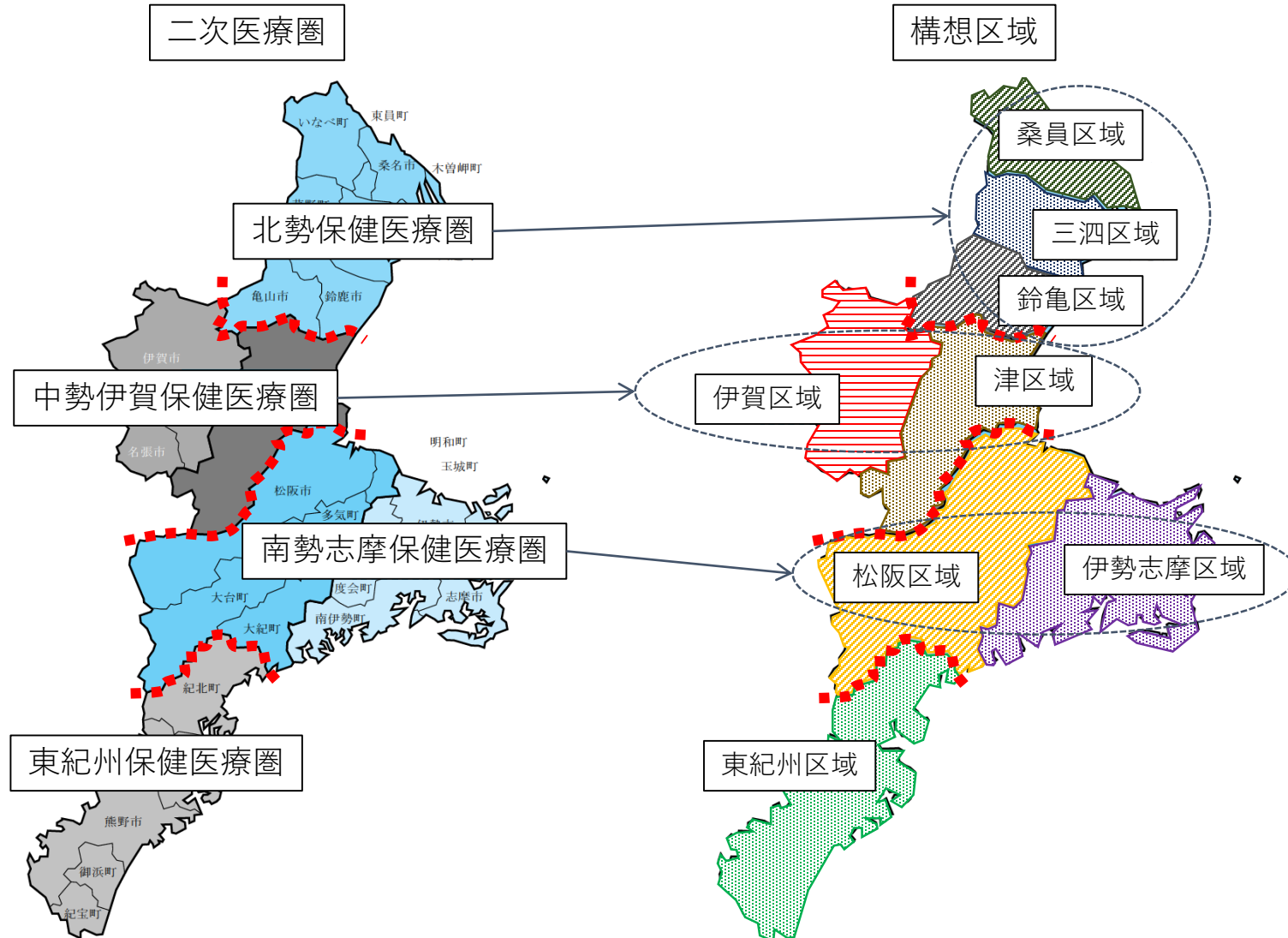
 **現在、二次医療圏と一致していない構想区域を有している都道府県は、三重県のみとなっている。**

※ なお、地域医療構想調整会議は、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議が行われる場であることから、構想区域ごとに設置することを原則であるが、構想区域内の医療機関の規模・数等は多様であり、地域によっては構想区域での地域医療構想調整会議の設置・運営が困難な場合も想定されることから、こうした事情を勘案し、都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能としている。

# 三重県における構想区域の設定状況

○ 三重県においては、二次医療圏を分割する形で構想区域が設定されている。

- 「北勢保健医療圏」を3分割し「桑員区域」「三泗区域」「鈴亀区域」を設定
- 「中勢伊賀保健医療圏」を2分割し「伊賀区域」「津区域」を設定
- 「南勢志摩保健医療圏」を2分割し「松阪区域」「伊勢志摩区域」を設定



# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

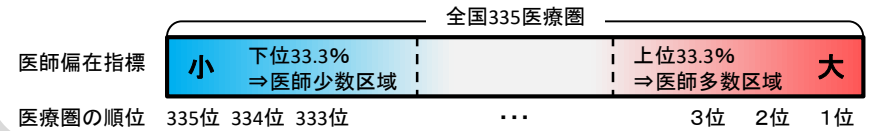
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院／外来）

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

## 『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

### 医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
  - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

### 確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

### 目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

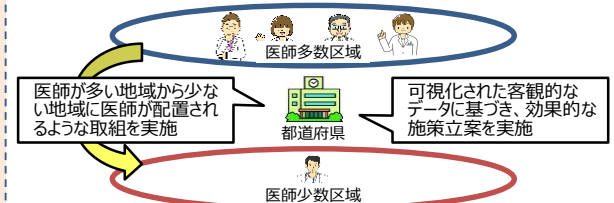
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

## 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

\* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



## <医師確保計画策定ガイドライン（抜粋）>


### 4 医師少数区域・医師多数区域の設定

#### 4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- （前略）医師偏在指標上は医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。

そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。

本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定するべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直しが困難な場合については、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。

 例として、愛知県の東三河北部医療圏は、現在、医師少数区域に該当しているが、流出入患者割合等も考慮し、東三河南部医療圏との統合の適否について、今後、議論を深めていくことを予定しているとのこと。

地方行財政改革等 1. 持続可能な地方行財政基盤の構築

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工程（取組・所管府省、実施時期）		
		22	23	24
—	—	<p>13. 国と地方の新たな役割分担等</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>a. 大都市圏における第3次医療圏を超えた医療機関・保健所サービスの提供等について、広域的なマネジメントや地方自治体間の役割分担の明確化を図る。《厚生労働省》</p> </div> <p>b. 内閣官房及び厚生労働省等の協力を得て、国と都道府県の関係、大都市圏における都道府県間の関係及び都道府県と市町村（政令市や特別区を含む）との関係について、今回の感染症対応で直面した課題等を踏まえ、地方制度調査会等において検討を進め改善に向けて取り組む。さらに、国と地方の新たな役割分担について、行政全般の広域化についての具体的推進、地方自治体間の役割分担の明確化の観点から、法整備を視野に入れつつ検討を進める。《総務省、関係府省庁》</p>		

# 一都三県における患者流出入の状況

- 一都三県においては、入院患者について、他県から相対的に多くの患者の流出入がある。
- なお、医療計画作成指針においては、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えないこととしている。



(参考) 医療計画作成指針 (医療計画について (平成29年3月31日医政局長通知) 別紙) (抜粋)

- **都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。**

なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

## 論点

- 二次医療圏は、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況や交通事情等の社会的条件を考慮し、各都道府県において設定されている。現在、二次医療圏の多くは人口20万人未満となっているが、**2040年にかけて各地域で人口減少が進み、更に人口規模の小さい区域の増加が見込まれる中で、二次医療圏の在り方についてどのように考えるか。**
- 二次医療圏について、以下の事項を踏まえ、第8次医療計画策定に当たっても引き続き各都道府県に見直しを求めることについてどのように考えるか。
  - ① **これまで、人口規模や患者の流出入の状況から、入院医療を提供する区域として成り立っていないと考えられる場合には、二次医療圏の設定の見直しについて検討することとしてきたこと**  
※具体的な基準については、今後公表される令和2年患者調査を踏まえて議論・設定
  - ② 医療計画作成指針や地域医療構想策定ガイドラインにおいて、一般の入院医療を提供することが相当な地域的単位である二次医療圏について、病床の機能分化・連携を図るための**構想区域と一致させることが適当**であると示していること
  - ③ 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、**医師偏在指標上の医師少数区域に該当する二次医療圏であって、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合に、限られた医療資源を効率的に活用し、近隣の二次医療圏に医療資源を集約する観点から、二次医療圏の設定を見直すことが適当**であると示していること
- 医療計画の作成指針において、**隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない旨**を示しているが、大都市圏における都道府県圏域を超えた医療の提供等について、広域的なマネジメントや地方自治体間の役割分担の明確化を図るための対応としてどのようなものが考えられるか。

# 基準病床数





# 病床の種別ごとの基準病床数と関連する検討会等について

## 一般病床・療養病床

病院及び診療所の病床について、二次医療圏ごとに、医療法施行規則に定める**全国一律の算定式**により算定。

## 関連する検討会等

第8次医療計画等に関する検討会

## 精神病床

病院の病床について、都道府県の区域ごとに、医療法施行規則に定める**全国一律の算定式**により算定。

## 関連する検討会等

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

## 感染症病床

病院の病床について、都道府県の区域ごとに、感染症法の規定により指定を受けている感染症指定医療機関の感染症病床の合算値を基準として算定。

## 関連する検討会等

厚生科学審議会感染症部会

## 結核病床

病院の病床について、都道府県の区域ごとに、結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るため必要な数を算定（具体的な算定方法は、健康局結核感染症課長通知により、技術的助言として都道府県に通知している。）

## 関連する検討会等

厚生科学審議会結核部会  
（必要に応じ議論）

# 基準病床数と既存病床数

**基準病床数**: 全国一律の算定式により、都道府県が設定する病床数(地域で整備する病床数の上限)

**既存病床数**: 基準病床数と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数

## 基準病床数

- 都道府県は、以下の算定式(ア+イ+ウ)に基づき、二次医療圏単位で一般病床及び療養病床に係る基準病床数を設定。

### ア「一般病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別一般病床退院率}) \times (\text{平均在院日数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

### イ「療養病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別療養病床入院受療率}) - (\text{在宅医療等対応可能な数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

### ウ「都道府県を越えた患者流出入」

都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、流出先都道府県と協議を行い合意を得た数を基準病床数に加減することができる。

- 「一般病床」及び「療養病床」以外の病床(「精神病床」「結核病床」「感染症病床」)の基準病床数は、以下の全国統一の考え方により、都道府県の区域ごとに算定されている。

#### ➤ 精神病床

都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算し設定。

#### ➤ 結核病床

都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を都道府県知事が設定。

#### ➤ 感染症病床

都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に都道府県知事が設定。

## 既存病床数(一般・療養病床)

＜既存病床として算定する対象＞

- ・ 病院の一般病床及び療養病床
- ・ 有床診療所の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る)及び療養病床
- ・ 介護老人保健施設及び介護医療院の入所定員数(平成30年4月1日以後に療養病床から転換を行ったもの限り、令和6年3月31日までの間は既存病床数として算定)

＜既存病床数の補正＞

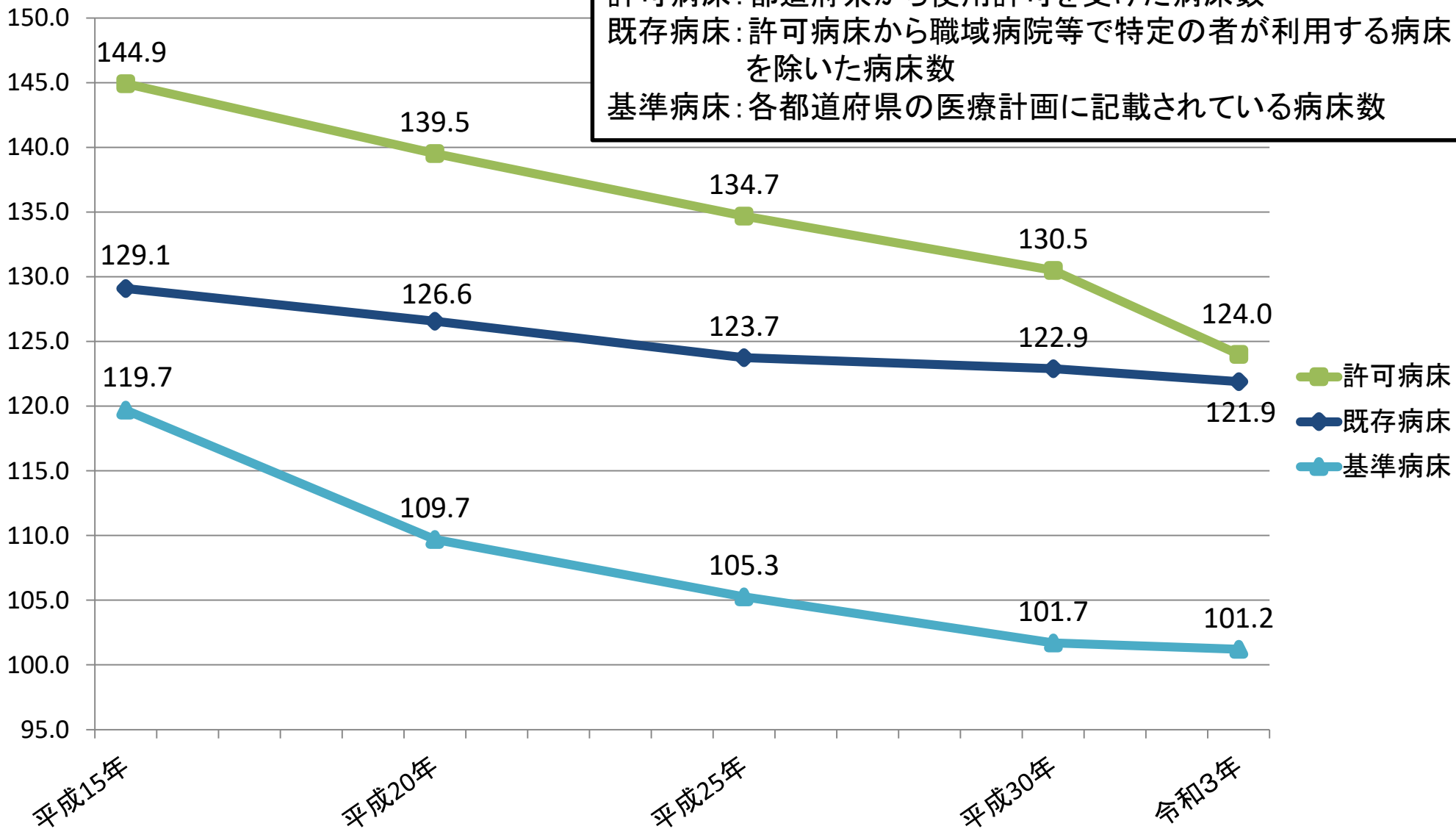
職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算定しない。(医療法施行規則第30条の33)

「職域病院等」

- ・ 国等(宮内庁、防衛省、労働者健康安全機構等)の開設する病院等
- ・ 特定の事業所の従業員(家族)の診療のみを行う病院
- ・ 医療型障害児入所施設である病院
- ・ 放射線治療病室の病床
- ・ ハンセン病療養所の病床 等

# 一般・療養病床に係る基準・既存・許可病床数の推移

単位：万床



# 基準病床数の算定式について

○ 各都道府県において、一般病床・療養病床は二次医療圏ごとに、以下の算定式に基づき算出。

一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ

ア: 一般病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{人口} \times \text{一般病床} \\ \text{①} \quad \quad \text{②} \\ \text{退院率} \quad \times \quad \text{平均在院日数} \\ \text{③} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] \div \text{病床利用率} \quad \text{④}$$

イ: 療養病床

$$\left[ \begin{array}{l} \text{人口} \times \text{療養病床} \\ \text{①} \quad \quad \text{⑤} \\ \text{入院受療率} \quad - \quad \text{介護施設、在宅医} \\ \text{療等対応可能数} \end{array} \right] + \left[ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] \div \text{病床利用率} \quad \text{④}$$

ウ: 都道府県を越えた患者流出入

都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。

項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別(医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの)を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。【平成26年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成21、27年病院報告】第7次の設定 13.4~16.3日(第6次は14.8~18.5日)
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用【平成22~27病院報告の平均】第7次の設定 一般76%、療養90%(第6次は一般77%、療養92%)
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成26年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、平成37年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要(対応可能数)を除外して計算。

# 基準病床の算定に用いる値の例

## ②一般病床退院率(性・年齢階級別、ブロック別)(下表は75～79歳男性の例。人口10万対。)

平成26年患者調査より算出

	北海道	東北	関東	北陸	東海	近畿	中国	四国	九州
第7次(H30～)	112.0	87.3	84.7	99.0	83.3	97.2	101.8	96.3	101.0

## ③平均在院日数(ブロック別)

平成21年、27年病院報告より算出

	北海道	東北	関東	北陸	東海	近畿	中国	四国	九州
第7次(H30～)	15.7	15.3	13.6	15.3	13.4	14.7	15.4	15.9	16.3

### ③平均在院日数の算出方法の詳細(短縮率の設定)

平成27年の在院日数に、地方ブロックごとに採用する短縮率を乗じる。

①平成27年の平均在院日数が全国値を下回る場合→当該ブロックの短縮率

②平成27年の平均在院日数が全国値を上回る場合→当該ブロックの短縮率と全国値の短縮率に1%を加えたものを比較し、短縮率の高い方

## ④病床利用率

平成22～27年病院報告より、6年の平均を算出

	一般病床	療養病床
第7次(H30～)	76%	90%

※ なお、上記の値が、各地域における直近の病床利用率を下回る場合には、上記の値以上当該地域における直近の病床利用率以下の範囲内で、都道府県知事が定めた値を利用することができる。

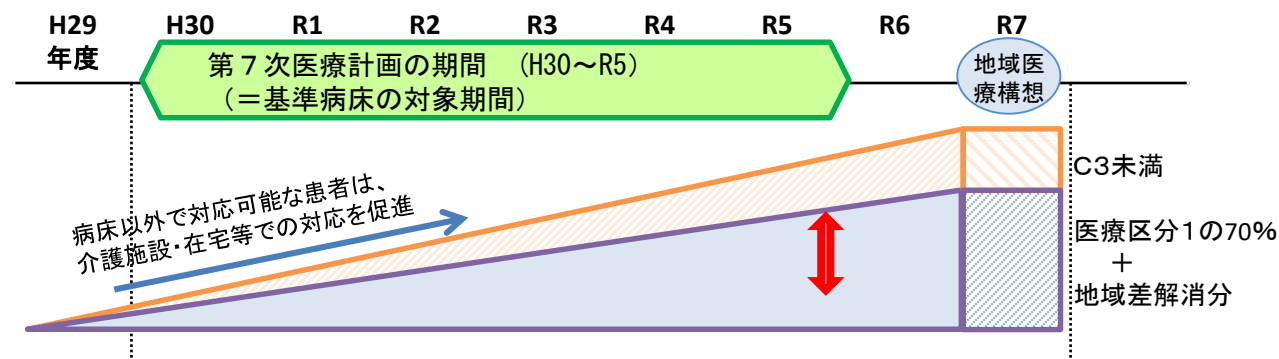
## ⑤療養病床入院受療率(性・年齢階級別)

	0～4	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80歳以上
男	0.0	0.0	0.0	3.3	3.1	5.9	7.9	9.1	18.2	27.7	51.2	86.8	138.4	215.2	333.4	617.8	1519.7
女	0.0	0.0	0.0	3.4	3.3	3.1	5.4	9.4	10.3	16.4	30.9	49.3	80.9	137.1	261.9	591.3	2239.4

## ⑥介護施設・在宅医療等対応可能数

・「地域医療構想」では、令和7年に向けて、病床以外で対応可能な患者は在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。

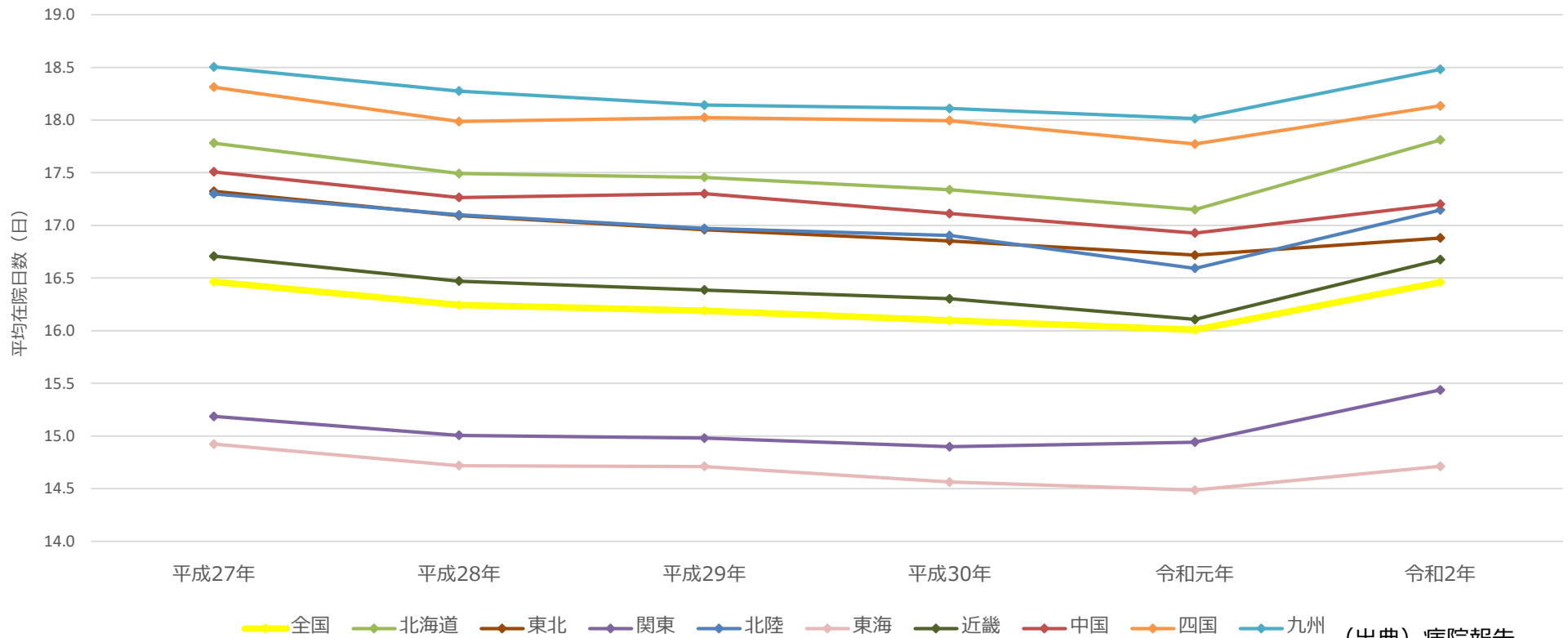
・「医療計画」における基準病床数も、この推計と整合を図るため、計画期間の終期(令和5年度末)時点で対応すべき量を、基準病床から除外することとした。



# 基準病床の算定における平均在院日数について

- 一般病床の基準病床数の算定に用いる平均在院日数については、医療計画作成時の直近の統計調査（現行の第7次医療計画では平成27年病院報告）に、地方ブロックごとに採用する短縮率（現行の第7次医療計画では平成21、27年病院報告の平均在院日数から算出）を乗じて算定している。
- 地方ブロックごとの短縮率は、直近の平均在院日数が全国値を下回る場合、当該ブロックの短縮率を採用。直近の平均在院日数が全国値を上回る場合、当該ブロックの短縮率と全国値の短縮率に1%を加えたものを比較し、短縮率の高い方を採用。
- 平均在院日数は各ブロックにおいて令和元年まで減少傾向にあった。一方、令和2年においては増加しているが、これは新型コロナウイルス感染症の影響によるものと考えられる。

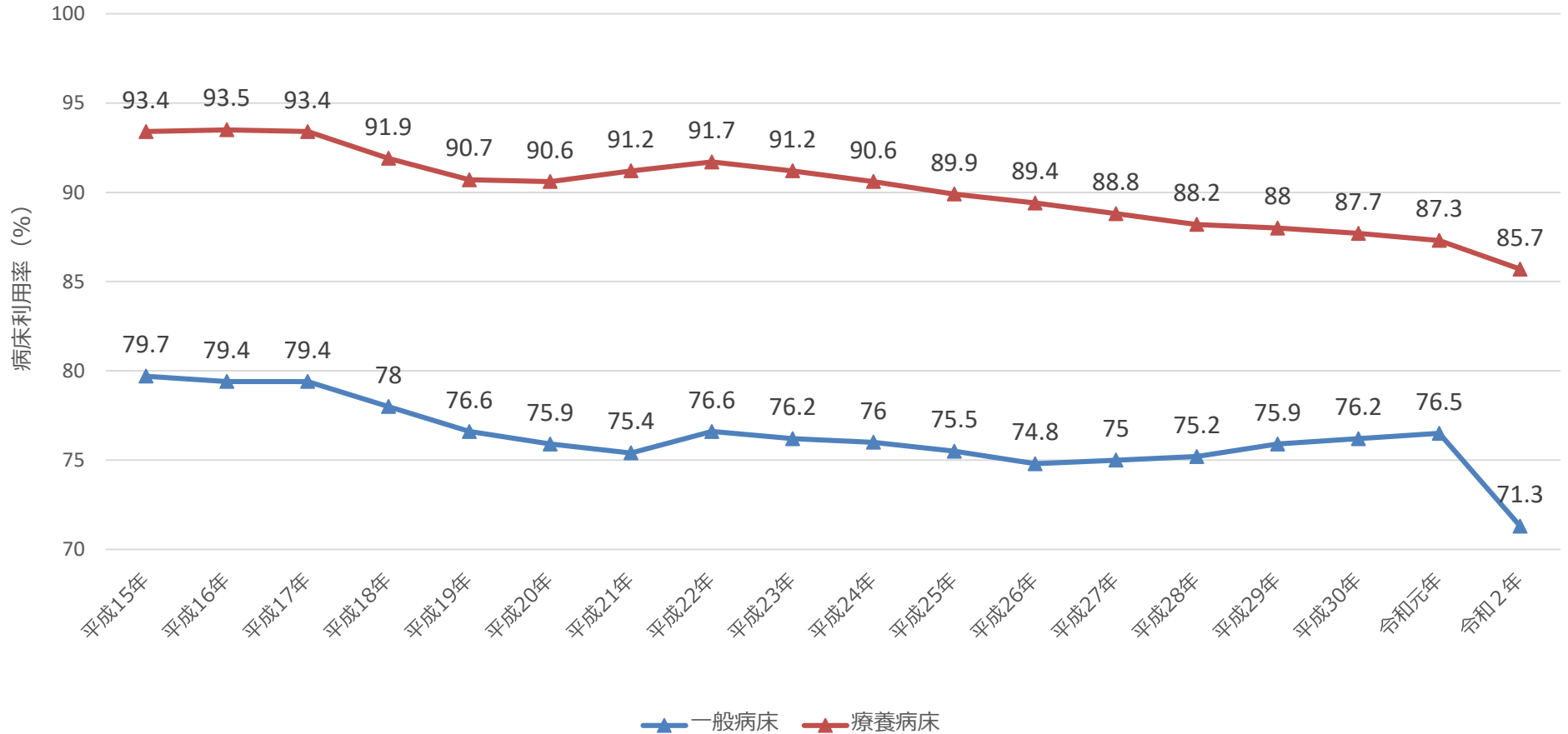
直近6年間の平均在院日数の推移



(出典) 病院報告

# 病床利用率の推移

○ 病床利用率について、令和元年まで、一般病床は上昇傾向にあり、療養病床は低下傾向にあった。一方、令和2年についてはいずれも大幅に低下しているが、これは新型コロナウイルス感染症の影響によるものと考えられる。



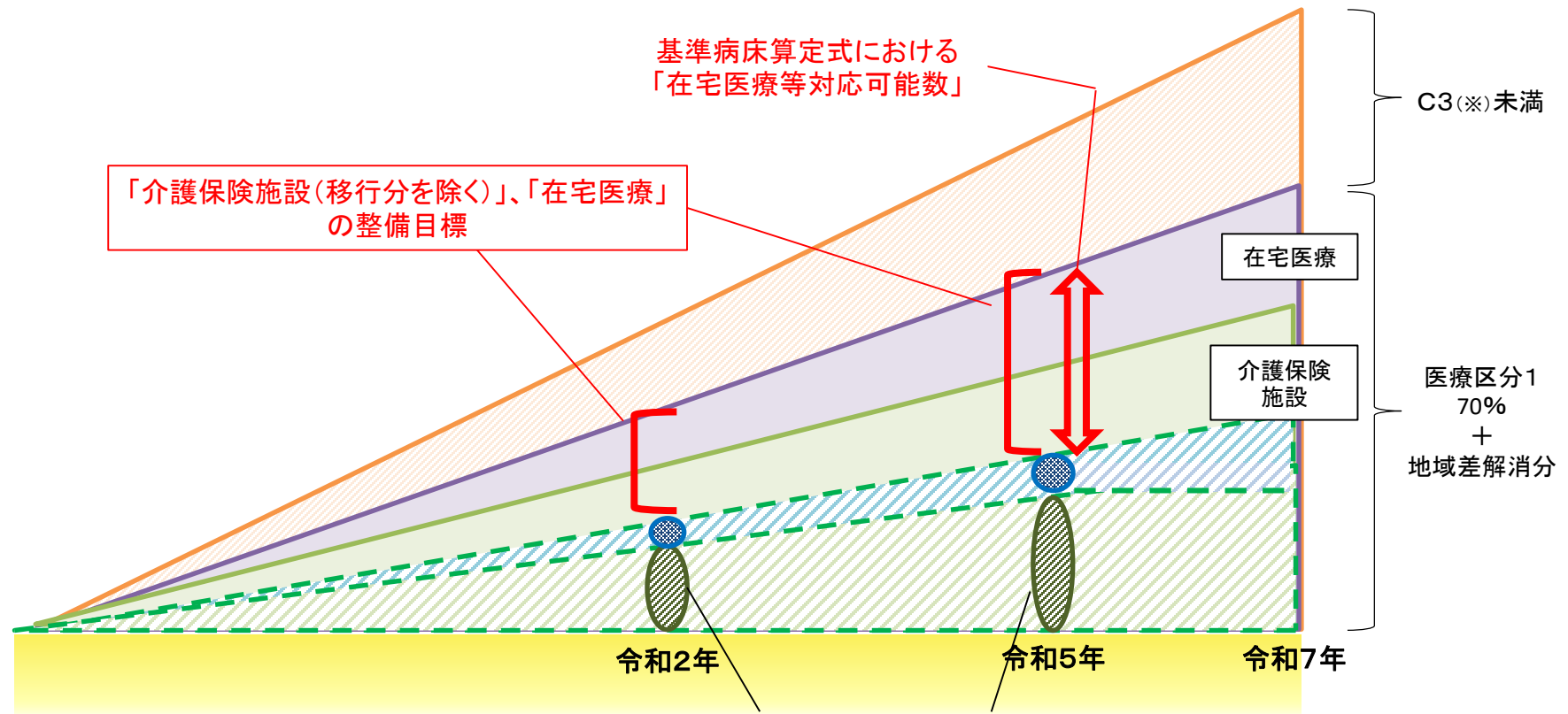
(出典) 病院報告





# 介護施設・在宅医療等対応可能数について

- 「地域医療構想」では、令和7年に向けて、病床以外で対応可能な患者は在宅医療等に対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。
- 基準病床数の算定式における「介護施設・在宅医療等対応可能数」についても、これと整合的な設定を行っている。

<療養病床から介護保険施設へ移行する見込み量の把握(イメージ)> ※第11回医療計画の見直し等に関する検討会資料1(一部改変)



移行する見込み量の把握	令和2年度末	令和5年度末
医療療養病床から移行する量 	調査により把握した数を下限	調査により把握した数を下限
介護療養病床から移行する量 	調査により把握した数を下限	介護療養病床の全数

※ 地域医療構想における医療需要の推計で、「在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量」として設定された境界点

# 基準病床制度における特例の概観

○ 病床過剰地域における病院・診療所の開設・増床等の許可申請に対し、都道府県知事は医療法第31条に定める公的医療機関の場合は許可を与えないことが、それ以外の医療機関の場合は勧告することができる。これらの病床規制に対し、以下の特例措置が設けられている。

No.	根拠法令	特例の概要	大臣協議の要否
I	医療法第30条の4第9項	都道府県は、基準病床数を定めようとするとき、特別な事情が認められる場合に、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を医療法に基づく算定基準により算定した数に加えた数、またはその同意を得た数を基準病床数として設定することができる。 【特別な事情】 ①急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合 ②特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合 等	必要  (知事→厚労大臣)
II	医療法第30条の4第10項	都道府県は、特別な事情が認められる場合に、病床過剰地域であっても、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た上で病院・診療所の開設・増床等に係る許可を行うことができる。 【特別な事情】 ①急激な人口の増加が見込まれ、病床の増加が必要と考えられる場合 ②特定の疾患に罹患する者が異常に多い場合 ③複数の公的医療機関等を含めて医療機関の再編統合を行う場合 ④二次医療圏を越えて病院等が移転する場合 等	必要  (知事→厚労大臣)
III	医療法第30条の4第11項	都道府県は、特定の病床を含む病院・診療所の開設等の許可申請があった場合に、病床過剰地域であっても、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た上で許可を行うことができる。 【特定の病床】 がん又は循環器疾患の専門病床、小児疾患専門病床、周産期疾患に係る病床、発達障害児の早期リハビリテーション等に係る病床、救急医療に係る病床 等	必要  (知事→厚労大臣)
IV	医療法第30条の4第12項	都道府県は、地域医療連携推進法人の参加法人から病院・診療所の開設・増床等の許可申請があった場合に、病床過剰地域であっても、地域医療構想の達成を推進するために必要である等の要件を満たすものであれば、許可を行うことができる。	不要
V	医療法第7条第3項	以下の診療所に病床を設置(増床・種別変更含む。)しようとするとき、許可申請の代わりに届出で病床を設置することができる。 【届出で病床の設置ができる診療所】 ①地域包括ケアシステムの構築に必要な診療所 ②へき地、小児、周産期、救急等の地域に必要な診療所 等	不要
VI	国家戦略特別区域法第14条	都道府県は、国家戦略特別区域高度医療提供事業(世界最高水準の高度の医療であって、国内においてその普及が十分でないものを提供する事業)の実施主体として区域計画に定められた者から、当該国家戦略特別区域高度医療提供事業に係る必要な病床を含む病院の開設等の許可申請があった場合に、病床過剰地域であっても、当該事業に係る必要な病床数として区域計画に定められている病床について、許可を行うことができる。	必要  (総理大臣→厚労大臣)

※ 今般の新型コロナウイルス感染症対応においては、上記Ⅱ②やⅤ②に該当するものとして、特例の適用を認めることとしており、手続の簡素化も併せて行っている。なお、これらにより設置した病床については、時限的な対応であり、感染が収束するまでのものとしている。(次頁参照)

＜令和2年4月10日医政局長通知「新型コロナウイルス感染症に係る病床設置の医療法上の手続の取扱い」についてのポイント（基準病床制度の特例関係）＞

- ① 病床過剰地域において、新型コロナウイルス感染症患者等に関する診断及び治療に係る病床の確保のために、病院の開設・増床等を行う場合には、基準病床制度の特例により許可することができる。

この場合においては、厚生労働大臣への協議に必要な提出資料を簡素化するとともに、地域医療構想調整会議での協議や都道府県医療審議会の意見聴取を要しない。

- ② 新型コロナウイルス感染症患者等に関する診断及び治療に係る病床の確保のために、診療所に病床を設置する場合には、許可申請の代わりに届出で病床を設置することができる。

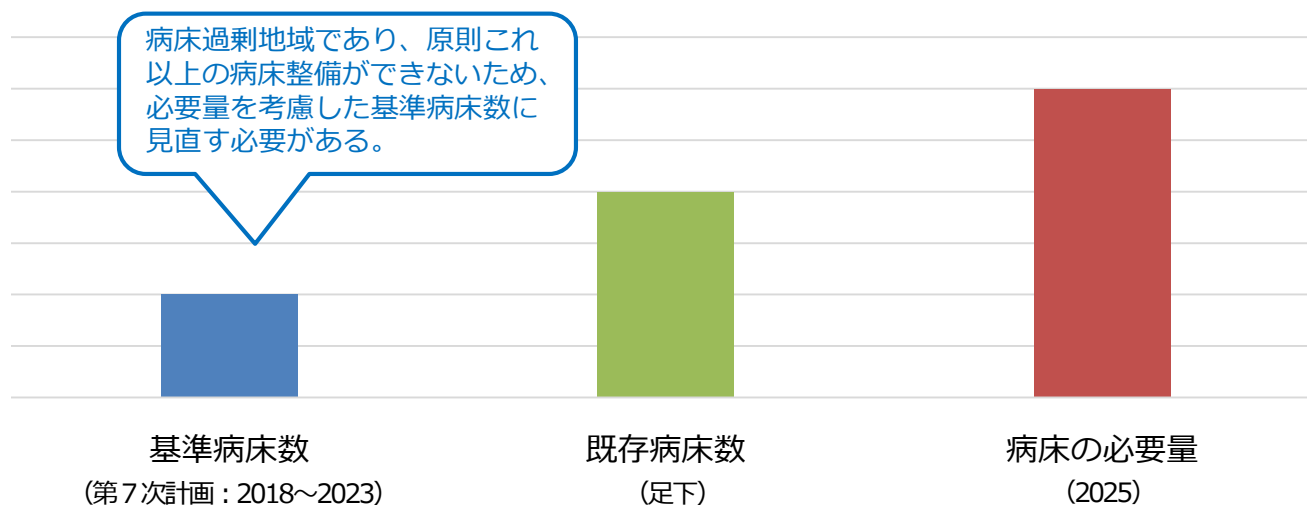
この場合においては、地域医療構想調整会議での協議は要せず、都道府県医療審議会の意見聴取は事後の適切な時期に行って差し支えない。

- ③ 上記の取扱いにより設置した病床については、いずれも新型コロナウイルス感染症の感染が拡大し、医療機関への入院が困難になりつつある状況下にあることに鑑みて時限的な対応とするものであることから、感染が収束するまでのものとする。

（参考）上記①の取扱いにより特例的に整備された病床数（令和4年5月25日現在）：614床

# 高齢者人口の増加が進む地域における基準病床数の取扱い

- 都道府県は、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められる。
- **このため、既存病床数が基準病床数を超えている地域で、病床数の必要量が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、都道府県は、高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討するとともに、医療法第30条の4第9項の規定による特例で対応することされている。**
- その際、以下の点を考慮することとされている。
  - ・ 病床の機能区分ごとの医療需要
  - ・ 将来の高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移
  - ・ 疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況等の地域事情
  - ・ 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布 等



## 論点

- 基準病床数の算定について、直近の令和2年病院報告のデータは新型コロナウイルス感染症による影響を受けていると考えられる中で、第8次医療計画においてはどのようなデータを用いるのが適当か。
- 基準病床数の算定式のうち、
  - ① 「平均在院日数」については、一律の短縮率を見込むのではなく、平均在院日数の経年推移、各地方ブロックの差異等を勘案して設定することとしているが、こうした算定方法についてどのように考えるか。
  - ② 「介護施設及び在宅医療等対応可能数」については、地域医療構想と統合的な設定とする観点から、第7次医療計画においては、令和7年における在宅医療等で追加的に対応すべき量から、第7次医療計画の終期（令和5年）時点の値を算出して用いることとしていた。  
第8次医療計画においても、計画期間中に令和7年が到来することに留意しつつ、在宅医療の整備目標と統合的に、その算定方法を検討することとしてはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症への対応が引き続き想定される中で、基準病床制度の特例の活用や手続の簡素化についてどのように考えるか。

# 指標

## ○ 5疾病の考え方

- ・広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（医療法第30条の4第2項第4号）

### 具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

⇒現行の5疾病は、**がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患**（医療法施行規則第30条の28）

## ○ 5事業<sup>(※)</sup> [救急医療等確保事業] の考え方

- ・医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」（医療法第30条の4第2項第5号）

### 具体的な考え方

- ・医療を取り巻く情勢から政策的に推進すべき医療
- ・医療体制の構築が、患者や住民を安心して医療を受けられるようになるもの

⇒現行の5事業<sup>(※)</sup>は、**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**

※令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- 在宅医療については、医療法第30条の4第2項第6号の「居宅等における医療の確保に関する事項」として医療計画に定めることとされている。

## 第5次医療計画(平成20年～)

- ・ 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)・5事業を位置づけ
- ・ 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- ・ 現状把握のための指標や数値目標を例示
  - 指標例:がん検診受診率、喫煙率、緩和ケア実施状況 等
  - 数値目標例:基本方針第7に掲げる諸計画(がん対策推進計画等)に定められる目標を勘案

## 第6次医療計画(平成25年～)

- ・ 精神疾患及び在宅医療を追加し、5疾病5事業及び在宅医療を位置づけ
- ・ 上記に伴い、指標を追加
- ・ 医療計画の実効性を高めるため、また都道府県間の指標設定のばらつきを改善するため、
  - 必須・推奨指標の提示
  - PDCAサイクルの具体的手順へ「課題抽出」「施策」等を指針に追加

## 第7次医療計画(平成30年～現在)

- ・ 引き続き、5疾病5事業及び在宅医療を位置づけ  
(「急性心筋梗塞」は「心筋梗塞等の心血管疾患」に名称変更)
- ・ 都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較するため、共通の指標による現状把握が実施できるよう、指標を見直し。



- 5 疾病・5 事業及び在宅医療における指標については、アウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、国においては指標例を提示。
- 各都道府県において、こうした指標を活用し、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把握や課題抽出を行うとともに、地域の実情に応じた数値目標や目標達成に要する期間を定める。
- 各都道府県において、施策や事業の進捗状況の評価を1年ごとに、数値目標の達成状況や指標の状況の評価を3年又は6年ごとに行い、必要があるときは、医療計画を変更する。  
評価に当たっては、施策や事業の結果（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行う。

# がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、プロセス指標の「がん検診受診率」であった。

## 予防・早期発見

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	66%	2%
プロセス	●がん検診受診率	94%	81%
	喫煙率	96%	49%
	ニコチン依存管理料を算定する患者数	36%	2%
	ハイリスク飲酒者の割合	43%	4%
	運動習慣のある者の割合	53%	6%
	野菜と果物の摂取量	55%	13%
	食塩摂取量	51%	13%
	公費肝炎検査実施数	45%	4%
	公費肝炎治療開始者数	38%	2%
アウトカム	●年齢調整罹患率	64%	17%
	罹患患者数	55%	2%
	早期がん発見率	40%	13%

## 療養支援

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	●末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	70%	9%
	麻薬小売業免許取得薬局数	68%	2%
	相談支援センターを設置している医療機関数	38%	4%
	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	94%	9%
	緩和ケアチームのある医療機関数	89%	23%
	外来緩和ケア実施医療機関数	57%	4%
プロセス	●がん患者指導の実施件数	53%	4%
	●入院緩和ケアの実施件数	66%	2%
	●外来緩和ケアの実施件数	53%	4%
	●がん性疼痛緩和の実施件数	55%	6%
	在宅がん医療総合診療料の算定件数	43%	2%
アウトカム	がん患者の在宅死亡割合	74%	19%
	がん患者の死亡者数	77%	2%

## 治療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合		
		現状把握に用いた	目標設定に用いた	
ストラクチャー	●がん診療連携拠点病院数	96%	17%	
	認定看護師が配置されている拠点病院の割合	32%	6%	
	専門・認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	28%	6%	
	放射線治療・薬剤療法・リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	40%	9%	
	●地域がん診療病院数	81%	11%	
	がんリハビリテーション実施医療機関数	62%	9%	
	プロセス	診療ガイドラインに基づく治療実施割合	6%	0%
		悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	36%	2%
		外来化学療法の実施件数	70%	2%
放射線治療の実施件数		72%	2%	
悪性腫瘍手術の実施件数		72%	2%	
術中迅速病理組織標本の作製件数		45%	2%	
病理組織標本の作製件数		43%	2%	
がんリハビリテーションの実施件数		60%	4%	
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数		64%	9%	
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	57%	9%		
アウトカム	●がん患者の年齢調整死亡率	98%	68%	
	がん患者の死亡者数	77%	2%	
	拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率	22%	2%	

※●は重点指標

医政局地域医療計画課調べ（平成30年）

# 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「脳血管疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

## 予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	45%	2%
プロセス	喫煙率	55%	23%
	ニコチン依存管理料を算定する患者数	36%	0%
	ハイリスク飲酒者の割合	28%	2%
	健康診断の受診率	77%	28%
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	77%	4%
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	45%	0%
アウトカム	●脳血管疾患により救急搬送された患者数	74%	4%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

## 救護

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
プロセス	脳血管疾患により救急搬送された患者数（再掲）	77%	4%
アウトカム	●救急要請（寛知）から医療機関への収容までに要した平均時間	81%	9%
	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	45%	0%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

## 急性期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	神経内科医師数・脳神経外科医師数	85%	11%
	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	72%	2%
	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	89%	19%
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	89%	17%
プロセス	●脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	98%	32%
	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	70%	17%
	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	68%	0%
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	64%	0%
	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	45%	2%
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	74%	6%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	83%	26%
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	85%	43%
	●脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

## 回復期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	89%	17%
プロセス	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	45%	2%
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	74%	6%
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	64%	11%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	83%	26%
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	85%	43%
	●脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

## 維持期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	89%	17%
プロセス	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	74%	6%
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	64%	11%
アウトカム	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	85%	43%
	●脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

# 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の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

### 予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	71%	4%
プロセス	喫煙率	77%	30%
	ニコチン依存管理料を算定する患者数	32%	0%
	健康診断の受診率	83%	23%
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	72%	4%
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	68%	4%
アウトカム	●虚血性心疾患により救急搬送された患者数	60%	6%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

### 救護

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
プロセス	虚血性心疾患により救急搬送された患者数（再掲）	62%	2%
	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	70%	9%
アウトカム	●救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	83%	6%
	●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	34%	0%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

### 急性期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数	85%	9%
	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	77%	2%
	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	68%	0%
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	85%	23%
プロセス	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	83%	6%
	●来院後90分以内での心筋梗塞に対する冠動脈再開通達成率	64%	17%
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	85%	2%
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	26%	4%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	85%	21%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

### 回復期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	85%	23%
プロセス	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	26%	4%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	85%	21%
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	79%	30%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

### 慢性期・再発予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	85%	23%
プロセス	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	26%	4%
アウトカム	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	79%	30%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

# 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、ストラクチャー指標の「特定健診受診率」であった。

## 予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	●特定健診受診率	94%	57%
	特定保健指導実施率	87%	53%
アウトカム	糖尿病予備群の者の数	47%	4%
	糖尿病が強く疑われる者の数	53%	6%

## 初期・安定期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	糖尿病内科（代謝内科）医師数	77%	4%
	糖尿病内科（代謝内科）標榜医療機関数	72%	4%
プロセス	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	43%	2%
	HbA1c検査の実施件数	45%	0%
	医療機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療を受けている人の割合	36%	6%
	尿中アルブミン（定量）検査の実施件数	49%	2%
	クレアチニン検査の実施件数	45%	0%
	精密眼底検査の実施件数	36%	0%
	血糖自己測定の実施件数	36%	0%
	内服薬の処方件数	38%	0%
アウトカム	●新規人工透析導入患者数	94%	43%

## 合併症予防を含む専門治療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	教育入院を行う医療機関数	66%	2%
	糖尿病専門医数	66%	4%
	腎臓専門医数	57%	2%
	糖尿病登録医/療養指導医	49%	4%
	糖尿病療養指導士数	64%	13%
	糖尿病看護認定看護師数	51%	2%
プロセス	糖尿病透析予防指導の実施件数	47%	2%
	在宅インスリン治療件数	40%	0%
アウトカム	●新規人工透析導入患者数	94%	43%
	低血糖患者数	38%	0%
	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数	36%	0%

## 合併症治療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数	53%	0%
	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	70%	2%
	糖尿病網膜症病が可能な医療機関数	40%	2%
	歯周病専門医数	28%	0%
	糖尿病登録歯科医師数	57%	0%
プロセス	●糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	72%	6%
	●糖尿病足病変に対する管理	66%	2%
	●糖尿病網膜症手術数	64%	0%
アウトカム	糖尿病患者の年齢調整死亡率	81%	26%

# 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の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率」であった。

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
各疾病別の入院 対応医療機関数	<統合失調症>	60%	2%
	<うつ・躁うつ病>	60%	2%
	<認知症>	55%	2%
	<児童・思春期精神疾患>	64%	6%
	<発達障害>	53%	2%
	<アルコール依存症>	64%	4%
	<薬物依存症>	64%	4%
	<ギャンブル等依存症>	62%	4%
	<PTSD>	55%	2%
	<高次脳機能障害>	38%	2%
	<摂食障害>	57%	2%
	<てんかん>	60%	2%
	<精神科救急>	49%	6%
	<身体合併症>	49%	2%
	<自殺対策>	36%	2%
	<災害精神医療>	38%	4%
	<統合失調症>	55%	0%
	<うつ・躁うつ病>	57%	0%
	<認知症>	53%	0%
	<児童・思春期精神疾患>	55%	0%
<発達障害>	53%	0%	
<アルコール依存症>	57%	0%	
<薬物依存症>	57%	0%	
<ギャンブル等依存症>	55%	0%	
<PTSD>	51%	0%	
<高次脳機能障害>	36%	0%	
<摂食障害>	55%	0%	
<てんかん>	57%	0%	
<精神科救急>	43%	0%	
<身体合併症>	43%	0%	
<自殺対策>	32%	0%	
<災害精神医療>	32%	0%	
各疾病固有の診 療行為等を実施 する医療機関数	<統合失調症>	53%	6%
	<うつ・躁うつ病>	60%	6%
	<認知症>	47%	6%
	<児童・思春期精神疾患>	57%	4%
	<発達障害>	45%	4%
	<アルコール依存症>	60%	4%
	<薬物依存症>	55%	4%
	<ギャンブル等依存症>	51%	4%
	<PTSD>	47%	4%
	<高次脳機能障害>	45%	6%
	<摂食障害>	49%	4%
	<てんかん>	47%	2%
	<精神科救急>	51%	4%
	<身体合併症>	45%	2%
	<自殺対策>	34%	2%
<災害精神医療>	34%	4%	

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
各疾病別の入院 患者数	<統合失調症>	57%	4%
	<うつ・躁うつ病>	55%	4%
	<認知症>	47%	2%
	<児童・思春期精神疾患>	51%	6%
	<発達障害>	49%	6%
	<アルコール依存症>	57%	6%
	<薬物依存症>	57%	6%
	<ギャンブル等依存症>	55%	6%
	<PTSD>	47%	4%
	<高次脳機能障害>	30%	2%
	<摂食障害>	49%	6%
	<てんかん>	55%	6%
	<精神科救急>	32%	2%
	<身体合併症>	38%	4%
	<自殺対策>	32%	2%
	<災害精神医療>	26%	2%
	<統合失調症>	51%	4%
	<うつ・躁うつ病>	51%	4%
	<認知症>	49%	4%
	<児童・思春期精神疾患>	47%	4%
<発達障害>	47%	4%	
<アルコール依存症>	53%	4%	
<薬物依存症>	53%	4%	
<ギャンブル等依存症>	53%	4%	
<PTSD>	45%	2%	
<高次脳機能障害>	28%	2%	
<摂食障害>	47%	4%	
<てんかん>	53%	4%	
<精神科救急>	32%	2%	
<身体合併症>	34%	4%	
<自殺対策>	28%	2%	
<災害精神医療>	26%	2%	
<統合失調症>	40%	2%	
<うつ・躁うつ病>	38%	2%	
<認知症>	26%	2%	
<児童・思春期精神疾患>	32%	2%	
<発達障害>	26%	2%	
<アルコール依存症>	38%	2%	
<薬物依存症>	32%	2%	
<ギャンブル等依存症>	30%	2%	
<PTSD>	28%	2%	
<高次脳機能障害>	30%	2%	
<摂食障害>	34%	2%	
<てんかん>	30%	2%	
<精神科救急>	32%	2%	
<身体合併症>	34%	2%	
<自殺対策>	28%	2%	
<災害精神医療>	26%	2%	

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	●高次脳機能障害支援拠点機関数	47%	6%
	●深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数	28%	2%
	●身体合併症を診療している精神科を持つ病院数 （精神科救急・合併症入院科・精神科身体合併症管理 加算）＜身体合併症＞	66%	11%
	●精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数（精神 疾患診療体制加算・精神疾患患者受入加算） ＜身体合併症＞	60%	2%
	●精神科リエゾンチームを持つ病院数	51%	2%
	●救命救急入院科 精神疾患診断初回加算をとる 一般病院数＜自殺対策＞	47%	2%
	●救急患者精神科継続支援科をとる一般病院数 ＜自殺対策＞	30%	2%
	●DPAT先遣隊登録医療機関数	55%	13%
	●指定通院医療機関数	47%	2%
	<医療観察法>		

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
プロセス	深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数	34%	2%
	精神科救急		
	精神科救急の救急車平均搬送時間	21%	0%
	精神科救急		
	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（精神科救急入院科・精神科身体合併症管理 加算）＜身体合併症＞	45%	2%
	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） ＜身体合併症＞	43%	2%
	精神科リエゾンチームを算定された患者数	40%	0%
	救命救急入院で精神疾患診断初回加算を算定 された患者数＜自殺対策＞	40%	0%
	救急患者精神科継続支援を受けた患者数	23%	0%
	<自殺対策>		

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
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	98%	94%
	●精神病床における新規入院患者の平均在 院日数	57%	6%
	●精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の再入 院率（1年未満入院患者・1年以上入院患者別）	70%	26%
	●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）	81%	66%

※●は重点指標  
医政局地域医療計画課調べ（平成30年） 37

# 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、プロセス指標の「救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間」であった。

## 救護

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	運用救急救命士数	83%	9%
	住民の救急蘇生法の受講率	66%	13%
	救急車の運用数	74%	0%
	●救急搬送人員数	94%	4%
	AED設置台数	66%	0%
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	81%	19%
	救急車の受入件数	53%	0%
	●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	91%	43%
	●受入医困難事例の件数	64%	22%
	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	55%	4%
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	79%	40%

## 救命医療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	救急担当専任医師数・看護師数	45%	6%
	救命救急センター数	94%	17%
	特定集中治療室のある医療機関数	53%	0%
プロセス	救命救急センター充実段階評価Aの割合	79%	11%
	●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	91%	43%
	●受入医困難事例の件数	64%	22%
	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	55%	4%
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	79%	40%

## 入院救急医療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	救急担当専任医師数・看護師数	45%	6%
	2次救急医療機関数	96%	13%
プロセス	●受入医困難事例の件数	64%	22%
	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	55%	4%
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	79%	40%

## 初期救急医療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	初期救急医療施設数	81%	4%
	一般診療所の初期救急医療への参画率	55%	4%
プロセス	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	55%	4%
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	79%	40%

## 救命後の医療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	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	47%	4%
プロセス	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	47%	4%
	2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数	55%	4%
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	79%	40%

# 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の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も多かった指標は、ストラクチャー指標の「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」であった。

災害時に拠点となる病院

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	病院の耐震化率	61%	35%
	●災害拠点病院における業務継続計画の策定率	94%	45%
	複数の災害時の通信手段の確保率	55%	2%
	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	51%	0%
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	60%	26%
	●災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	49%	9%
	●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	62%	28%
	●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及び回数	47%	6%
	●被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合	47%	15%
	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	32%	0%

災害時に拠点となる病院以外の病院

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	病院の耐震化率	61%	35%
	●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	62%	26%
	●広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	60%	9%
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	60%	26%
	●災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	49%	9%
	●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	62%	28%
	●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及び回数	47%	6%

都道府県

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	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	36%	0%
	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	85%	47%
プロセス	●災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	49%	9%
	●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	62%	28%
	●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及び回数	47%	6%



# へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も多かった指標は、プロセス指標の「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」及び「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」であった。

## へき地診療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	へき地診療所数・病床数	89%	13%
	へき地における歯科診療所数	60%	2%
	過疎地域等特定診療所数	43%	0%
	へき地診療所の医師数	66%	6%
	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）	43%	4%
プロセス	●へき地における診療・巡回診療の実施日数	66%	4%
	●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	47%	0%
	●へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	26%	0%

## へき地支援医療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	へき地医療拠点病院数	85%	15%
	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	38%	0%
プロセス	●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	81%	23%
	●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	77%	13%
	●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	77%	23%
	●遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況	51%	6%

## 行政機関等の支援

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	へき地医療支援機構の数	53%	0%
	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	45%	0%
	へき地医療に従事する地域枠医師数	45%	6%
プロセス	●協議会の開催回数	47%	0%
	●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	43%	2%

# 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の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「周産期死亡率」であった。

低リスク分娩

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	産科・産婦人科・婦人科医師数	96%	28%
	分娩を取り扱う医師数	79%	11%
	日本周産期・新生児医学会専門医数	45%	6%
	助産師数	81%	13%
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数	43%	6%
	分娩を取り扱う医療機関の種別	77%	2%
プロセス	●分娩数	81%	4%
	産後訪問指導実施数	49%	2%
アウトカム	●新生児死亡率	98%	47%
	●周産期死亡率	100%	72%
	●妊産婦死亡数・死亡原因	77%	28%

療養・療育支援

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数	32%	2%
アウトカム	●NICU・GCU長期入院児数	63%	9%

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

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	産科・産婦人科・婦人科医師数	96%	28%
	分娩を取り扱う医師数	79%	11%
	日本周産期・新生児医学会専門医数	45%	6%
	助産師数	81%	13%
	アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数	43%	6%
	分娩を取り扱う医療機関の種別	77%	2%
	NICUを有する病院数・病床数	87%	23%
	NICU専任医師数	53%	6%
	GCUを有する病院数・病床数	72%	6%
	MFICUを有する病院数・病床数	83%	11%
プロセス	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	51%	0%
	業務継続計画策定医療機関数・策定割合	13%	0%
	災害時小児周産期リエゾン認定者数	57%	30%
	●分娩数	81%	4%
	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	57%	0%
	NICU入室児数	66%	0%
	NICU・GCU長期入院児数	66%	6%
	●母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	70%	9%
	●母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	55%	11%
	アウトカム	●新生児死亡率	98%
●周産期死亡率		100%	72%
●妊産婦死亡数・死亡原因		77%	28%

# 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の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「乳児死亡率」であった。

地域・相談支援等

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	●小児救急電話相談の回線数・相談件数	98%	28%
	小児に対応している訪問看護ステーション数	49%	9%
プロセス	小児在宅人工呼吸器患者数	49%	0%
アウトカム	●小児人口あたりの時間外外来受診回数	64%	11%
	●乳児死亡率	98%	43%
	●幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	68%	4%

一般小児医療

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	小児科を標榜する病院・診療所数	91%	6%
	小児歯科を標榜する歯科診療所数	60%	0%
	小児科医師数（医療機関種別）	91%	32%
	夜間・休日に小児科診療を実施している医療機関数	79%	2%
プロセス	小児のかかりつけ医受診率	13%	2%
	緊急気管挿管を要した患者数	38%	2%
	●小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	51%	11%
	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）	51%	0%
アウトカム	●乳児死亡率	98%	43%
	●幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	68%	4%

小児地域支援病院

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	小児地域支援病院数	49%	2%
	小児科医師数（医療機関種別）	91%	32%
	夜間・休日に小児科診療を実施している医療機関数	79%	2%
プロセス	小児のかかりつけ医受診率	13%	2%
	救急入院患者数	53%	2%
	緊急気管挿管を要した患者数	38%	2%
	●小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	51%	11%
	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）	51%	0%
アウトカム	●乳児死亡率	98%	43%
	●幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	68%	4%

小児地域医療センター

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	小児地域医療センター数	66%	4%
	小児科医師数（医療機関種別）	91%	32%
	夜間・休日に小児科診療を実施している医療機関数	79%	2%
プロセス	救急入院患者数	53%	2%
	緊急気管挿管を要した患者数	38%	2%
	●小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	51%	11%
	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）	51%	0%
アウトカム	●乳児死亡率	98%	43%
	●幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	68%	4%







小児中核病院

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	小児中核病院数	64%	4%
	PICUを有する病院数・PICU病床数	66%	0%
	小児科医師数（医療機関種別）	91%	32%
	夜間・休日に小児科診療を実施している医療機関数	79%	2%
プロセス	救急入院患者数	53%	2%
	緊急気管挿管を要した患者数	38%	2%
	●小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数	51%	11%
	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）	51%	0%
アウトカム	●乳児死亡率	98%	43%
	●幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所	68%	4%








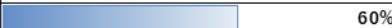


# 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も多かった指標は、ストラクチャー指標の「訪問診療を実施している診療所・病院数」であった。







## 退院支援

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		目標設定に用いた	
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		15%
	●退院支援を実施している診療所・病院数		36%
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		2%
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数		0%
	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		0%
プロセス	退院支援（退院調整）を受けた患者数		6%
	介護支援連携指導を受けた患者数		6%
	退院時共同指導を受けた患者数		2%
	退院後訪問指導料を受けた患者数		0%

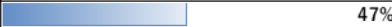
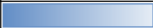


## 日常の療養支援

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		目標設定に用いた	
ストラクチャー	●訪問診療を実施している診療所・病院数		83%
	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		38%
	●訪問看護事業所数、従事者数		47%
	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数		4%
	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		36%
	在宅療養支援歯科診療所数		32%
	訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数		49%
プロセス	●訪問診療を受けた患者数		60%
	訪問歯科診療を受けた患者数		4%
	●訪問看護利用者数		26%
	訪問薬剤管理指導を受けた者の数		0%
	小児の訪問看護利用者数		0%

## 急変時の対応

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		目標設定に用いた	
ストラクチャー	●往診を実施している診療所・病院数		19%
	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		38%
	在宅療養後方支援病院		30%
	●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		26%
	在宅療養支援歯科診療所数		32%
プロセス	往診を受けた患者数		4%

## 看取り

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		目標設定に用いた	
ストラクチャー	●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		47%
	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		38%
	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		0%
プロセス	●在宅ターミナルケアを受けた患者数		17%
	●看取り数（死亡診断のみの場合を含む） 在宅死亡者数		21%

※●は重点指標

医政局地域医療計画課調べ（平成30年）

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための  
医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議  
令和3年5月20日 参議院厚生労働委員会（抄）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一～十八（略）

十九、都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点から、第八次医療計画における五疾病・六事業については、ロジックモデル等のツールを活用した実効性ある施策の策定など、医療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るPDCAサイクルの実効性の確保に努めること。

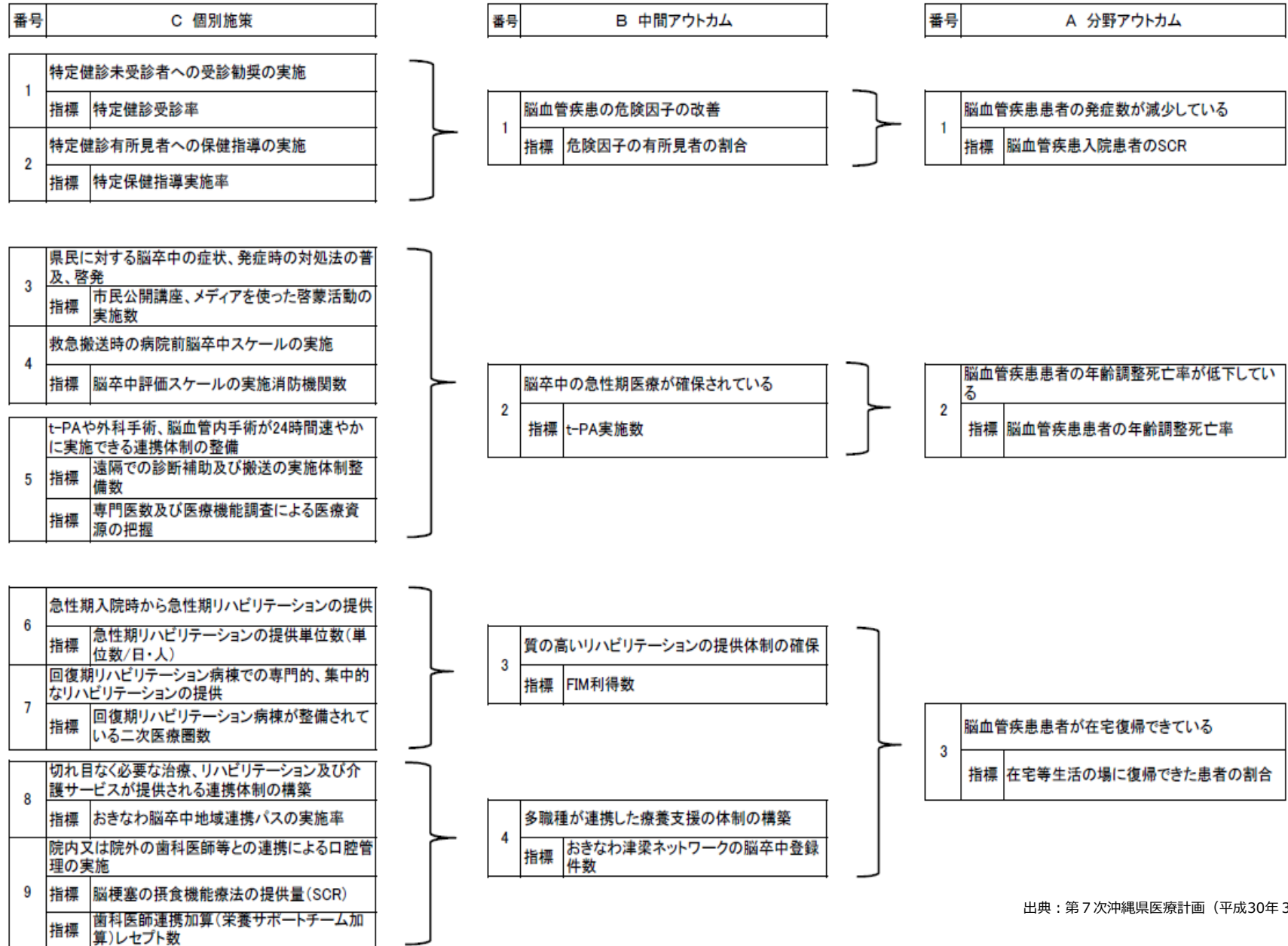
二十・二十一（略）

右決議する。

※ ロジックモデル…ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理的な因果関係を明示したもの

# 沖縄県における第7次医療計画（脳卒中分野）のロジックモデル構築の取組

脳卒中分野 施策・指標体系図



出典：第7次沖縄県医療計画（平成30年3月）

# 沖縄県における第7次医療計画（脳卒中分野）のロジックモデル構築の取組

## 数値目標

### 1 目指す姿

指標	現状	目標(H35)	目標値の考え方	データ出典	取り組みの主体				
脳血管障害による入院の発生量(SCR)	H27年度 沖縄県 121.7 北部 102.2 中部 121.3 南部 128.4 宮古 107.1 八重山 102.2	100 100 100 100 100 100	全国平均並みへ改善	医療計画 データブック	—				
	脳内出血の入院の発生量(SCR)	H27年度 沖縄県 158.4 北部 179.4 中部 161.3 南部 160.9 宮古 120.5 八重山 103.3	100 100 100 100 100 100	全国平均並みへ改善	医療計画 データブック	—			
		脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	H27年 男性 38.1 女性 17.5	37.8 現状より低下	全国平均並みへ改善(現状より低下)	人口動態調査 特殊報告	—		
			脳血管疾患の年齢階級別死亡率(人口10万人あたり)	H27年(男性) 70-74歳 185.2 65-69歳 111.9 60-64歳 74.1 55-59歳 60.5 50-54歳 40.3 45-49歳 23.9	158.6 89.5 61.8 41.6 29.1 19.2	全国平均並みへ改善(現状より低下)	人口動態調査 特殊報告	—	
		H27年(女性) 70-74歳 64.6 65-69歳 17.6 60-64歳 39.2 55-59歳 17.6 50-54歳 9.1 45-49歳 2.2 40-44歳 13.2		現状より低下 現状より低下 24.3 16.2 現状より低下 現状より低下 5.3					
				脳内出血の年齢調整死亡率(人口10万人あたり)	H27年 男性 18.3 女性 6.5	14.1 6.3	全国平均並みへ改善	人口動態調査 特殊報告	—
					在宅等の生活の場に復帰できた割合	H26年 52.4%	57.3%	全国平均並みへ改善	医療計画 データブック

## 2 取り組む施策

### (1) 脳血管疾患の危険因子の改善

指標	現状	目標(H35)	目標値の考え方	データ出典	取り組みの主体	
特定検診での危険因子有所見者の割合	H26年度 収縮期血圧(140以上) 16.5% 拡張期血圧(90以上) 11.6% 空腹時血糖(126以上) 6.1% HbA1c(6.5以上) 7.1% 中性脂肪(150以上) 24.0% LDLコレステロール(140以上) 27.1% HDLコレステロール(40未満) 5.6% BMI 37.5%	現状より低下 現状より低下 5.4% 6.6% 20.9% 現状より低下 4.9% 26.1%	全国平均並みへ改善(現状より低下)	NDBオープン データ	県民	
	特定健診受診率 市町村国保	H27年度 38.9%	60%	沖縄県国民健康保険運営方針の目標値	保険者データ	保険者 県民 雇用主
		協会けんぽ	54.2%	65%	全国健康保険協会目標値	
	特定保健指導実施率 市町村国保	H27年度 56.4%	60%	沖縄県国民健康保険運営方針の目標値	保険者データ	保険者
		協会けんぽ	24.8%	35%	全国健康保険協会目標値	

### (2) 脳卒中中の急性期医療の確保

指標	現状	目標(H35)	目標値の考え方	データ出典	取り組みの主体
t-PAの実施数	H27年度 89件	125件	脳梗塞患者の7% (全国並み)の実施率	医療計画 データブック	—
脳卒中中の症状、対処法等の普及啓発のための市民公開講座等の実施数	1件	5件	各二次医療圏で実施	日本脳卒中協会沖縄県支部	医療機関 消防機関
救急搬送時の脳卒中評価スケールを標準化し実施している消防機関数	H29年 0	18	全ての消防機関で標準実施	県医療政策課調査	消防機関
遠隔診断補助及び搬送の連携体制構築数	H29年 0	3	北部、宮古、八重山圏域で構築		医療機関
脳神経外科医の数	H28年 北部 4 中部 13 南部 49 宮古 3 八重山 1	現状維持	現状維持(空白地域の発生を防ぐ)	医師・歯科医師・薬剤師調査	医療機関 県 大学
超急性期t-PAが24時間実施可能な医療機関数	H29年 北部 1 中部 3 南部 11 宮古 1 八重山 1	全ての医療圏での提供が可能	全ての医療圏での提供が可能	県医療政策課調査	医療機関
外科手術が24時間実施可能な医療機関数	H29年 北部 1 中部 3 南部 10 宮古 1 八重山 1	全ての医療圏での提供が可能	全ての医療圏での提供が可能	県医療政策課調査	医療機関
脳血管内手術が24時間実施可能な医療機関数	H29年 北部 1 中部 1 南部 7 宮古 1 八重山 0	全ての医療圏での提供が可能	全ての医療圏での提供が可能	県医療政策課調査	医療機関

### (3) 質の高いリハビリテーションの提供体制の確保

指標	現状	目標(H35)	目標値の考え方	データ出典	取り組みの主体
脳卒中患者のFIM利得数	H27年度 沖縄県 19.3 (全国 18.0)	現状より向上	現状より向上	おきなわ脳卒中地域連携委員会	医療機関
急性期リハビリテーションの提供単位数(単位数/日・人)	H28年度 沖縄県 2.62	2.8	H23厚労省チーム医療推進方策検討WG資料(急性期リハビリ単位数)	県医療政策課調査	医療機関
回復期リハビリテーション病棟がある二次医療圏数	4	5	全ての二次医療圏での確保	九州厚生局届出医療機関名簿	医療機関

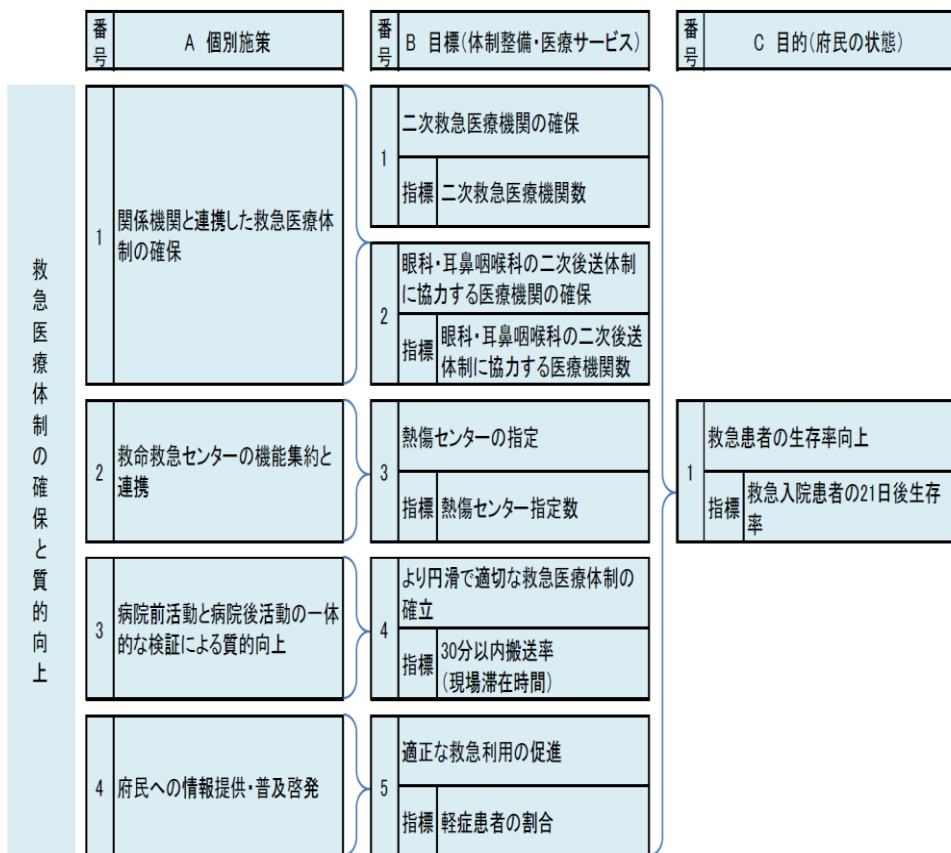
### (4) 多職種が連携した療養支援体制の構築

指標	現状	目標(H35)	目標値の考え方	データ出典	取り組みの主体
おきなわ津梁ネットワーク脳卒中登録件数	H29年9月 3,544件	新規発症者の全登録	新規発症者の全登録	県医師会	県医師会 医療機関 県民
おきなわ脳卒中地域連携パスを実施している急性期病院数	14施設	14施設	現状維持	おきなわ脳卒中地域連携委員会	医療機関
脳梗塞の摂食機能療法の提供量(SCR)	H27年度 沖縄県 121.7 北部 94.1 中部 159.9 南部 219.0 宮古 0.0 八重山 367.6	現状維持 100 現状維持 現状維持 100 現状維持	全国平均並みへ改善(現状維持)	医療計画 データブック	医療機関
歯科医師連携加算(栄養サポートチーム加算)レセプト数	H28年6月 68件	増加	普及促進により増加	病床機能報告(医療計画データブック)	医療機関

出典：第7次沖縄県医療計画（平成30年3月）

# 大阪府における第7次医療計画（救急事業）のロジックモデル構築の取組

## 施策・指標マップ



## 目標値一覧

分類 B:目標 C:目的	指標	対象年齢	現状		目標値	
			値	出典	2020年度 (中間年)	2023年度 (最終年)
B	二次救急医療機関数	—	287か所 (平成28年度)	大阪府「医療対策課調べ」	現状維持	現状維持
B	眼科・耳鼻咽喉科の二次後送体制に協力する医療機関数	—	輪番制 (眼科31か所 /耳鼻咽喉科 32か所) (平成29年度)	大阪府「医療対策課調べ」	現状維持	現状維持
B	熱傷センター指定数	—	0か所 (平成29年度)	大阪府「医療対策課調べ」	0か所	2か所
B	30分未満搬送率(現場滞在時間)	—	94.9% (平成27年中)	消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」	向上	向上
B	軽症患者の割合	—	61.5% (平成28年中)	消防庁「救急救助の現況」	減少	減少
C	救急入院患者の21日後生存率	—	94.2% (平成28年中)	消防庁「救急救助の現況」	—	向上

出典：第7次大阪府医療計画（平成30（2018）年3月）



## 論点

- 5 疾病・6 事業及び在宅医療ごとの指標について、国が提示する指標例の活用状況にばらつきがあること、重点指標であっても必ずしも活用されていないこと等の状況や、指標作成の留意点についてどう考えるか。  
また、一部の都道府県で行われているロジックモデルの取組例についてどのように考えるか。