

5 疾病について (その2)

目次

1. がん診療提供体制の現状と今後の取り組みについて . . . p 3
2. 脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制について . . . p 21
3. 糖尿病の医療体制について . . . p 34
4. 精神疾患の医療体制について . . . p 49

1. がん診療提供体制の現状と 今後の取り組みについて

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

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

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
- (2) がんの早期発見、がん検診（2次予防）

2. がん医療の充実

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

3. がんとの共生

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

4. これらを支える基盤の整備

- (1) がん研究
- (2) 人材育成
- (3) がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

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

第10回第8次医療計画等に関する検討会における主な意見

【がんの医療提供体制】

＜指標等について＞

- がん対策推進基本計画との整合性もとりながら、ロジックモデルの導入を検討すべき。

＜がん診療連携拠点病院等について＞

- 拠点病院等の指定要件について、地域の実情も踏まえ、今後のあり方について検討すべき。
- 空白の医療圏について、受療動向等の実態を把握し、拠点病院整備による効果を引き続き検討すべき。
- がんも含め5疾病の医療圏については、二次医療圏に限定することなく、各疾病における適切な医療圏の設定について検討すべき。

＜各世代のがんについて＞

- 小児・AYA世代のがんについて、治療対象の年齢が幅広いため、年齢に応じた入院環境の整備について検討すべき。
- 高齢者のがんについて、フォローアップ等に際して、拠点病院以外の地域の医療機関との連携も重要。がんを含め5疾病いずれも、高齢者の意思決定支援について、医療計画にも記載すべき。

＜地域における連携体制等について＞

- がんの周術期においても医科歯科連携は重要であるので、評価指標についても検討すべき。
- がん医療における医薬品提供体制の充実に向けて、専門医療機関連携薬局の役割は重要。

がん対策推進基本計画の見直しに向けたスケジュール

2022年度

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

1月

2月

3月

第4期がん対策推進基本計画策定に向けた議論

第3期中間評価及び各検討会からの提言内容を踏まえ議論を進めていく

全体的方向性に関する議論

6/30

第80回
協議会

9/5

第81回
協議会

分野別の議論

とりまとめ
の議論

パブコメ等

第4期がん対策推進基本計画
協議会案

第4期がん対策推進基本計画
閣議決定（予定）

がん対策推進協議会

第3期がん対策推進基本計画
中間評価報告書 公表

主な各検討会

第4期基本計画に向けた
課題整理・提言内容とりまとめ

がん検診のあり方に関する検討会

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

がんとの共生のあり方に関する検討会

第4期基本計画に係る
協議会への提言とりまとめ

第4期基本計画に係る
各検討会からの提言

※第4期基本計画策定の議論の進捗を踏まえ、適宜スケジュールの見直しを行う。

今回の指定要件見直しのポイント

都道府県協議会の機能強化

- ・ 希少がんや特殊な治療法についての役割分担
- ・ 感染症のまん延や災害等におけるBCPに関する議論
- ・ 都道府県内の診療機能および実績の収集・分析・評価・広報
- ・ 診療従事者の育成および適正配置に向けた調整

更なるがん医療提供体制の充実

- ・ がんリハビリテーションの体制整備
- ・ 全ての診療従事者の緩和ケアへの対応能力の向上
- ・ がん相談支援センターの周知に向けた取組

それぞれの特性に応じた診療提供体制

- ・ 希少がん・難治がんに対する対応
- ・ 小児・AYA世代のがん患者に対する対応
- ・ 妊孕性温存療法のための体制整備
- ・ 高齢者のがん患者に対する対応

指定に関する課題の整理

- ・ 地域がん診療連携拠点病院（高度型）の廃止
- ・ 医師数が300人以下医療圏における緩和要件の原則廃止
- ・ 拠点病院等（特例型）の導入
- ・ 要件未充足の際の対応についての整理

がん診療連携拠点病院等（令和4年8月 整備指針）

- 「都道府県がん診療連携拠点病院」「特定領域がん診療連携拠点病院」「地域がん診療病院」に特例型を新設する。
- 「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」は廃止する。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

都道府県協議会の体制を強化

第14回がん診療連携拠点病院等のあり方に関する検討会
資料1より抜粋（2022.7.21）

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携協議会（都道府県協議会）

都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行う。

都道府県がん診療連携拠点病院

- ・ 都道府県における中心
- ・ 都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

都道府県がん診療連携拠点病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療連携拠点病院

- ・ がん医療圏に原則1か所整備
- ・ 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院

- ・ 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

特定領域がん診療連携拠点病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療病院

- ・ がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に1か所整備
- ・ グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

地域がん診療病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）

国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター（2か所）

- ・ がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- ・ 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- ・ 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

都道府県協議会

- ・ 国のがん対策推進基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等を強力に推進する役割を担う
- ・ 都道府県全体のがん医療の質の向上を担い、そのための議論・調整・広報等を行う
- ・ 特定機能病院等を中心とした高度ながん医療に関する人材育成、医師の適正配置における議論・調整を行う

地域がん診療病院

拠点病院と連携して各がん医療圏の
がん医療の質の向上を担う



地域がん診療連携拠点病院

各がん医療圏のがん医療の
質の向上を担う



特定機能病院
人材育成、
医師派遣 等

都道府県がん診療連携拠点病院

協議会を取りまとめ、都道府県全体のがん医
療の質の向上に関し中心的な役割を担う



グループ
指定

データ分
析、評価、
共有

連携協力
体制の推進

人材育成

人員配置

広報

B C P体制
構築

etc...

「がん診療提供体制等の充実」分野の見直しの検討の視点①

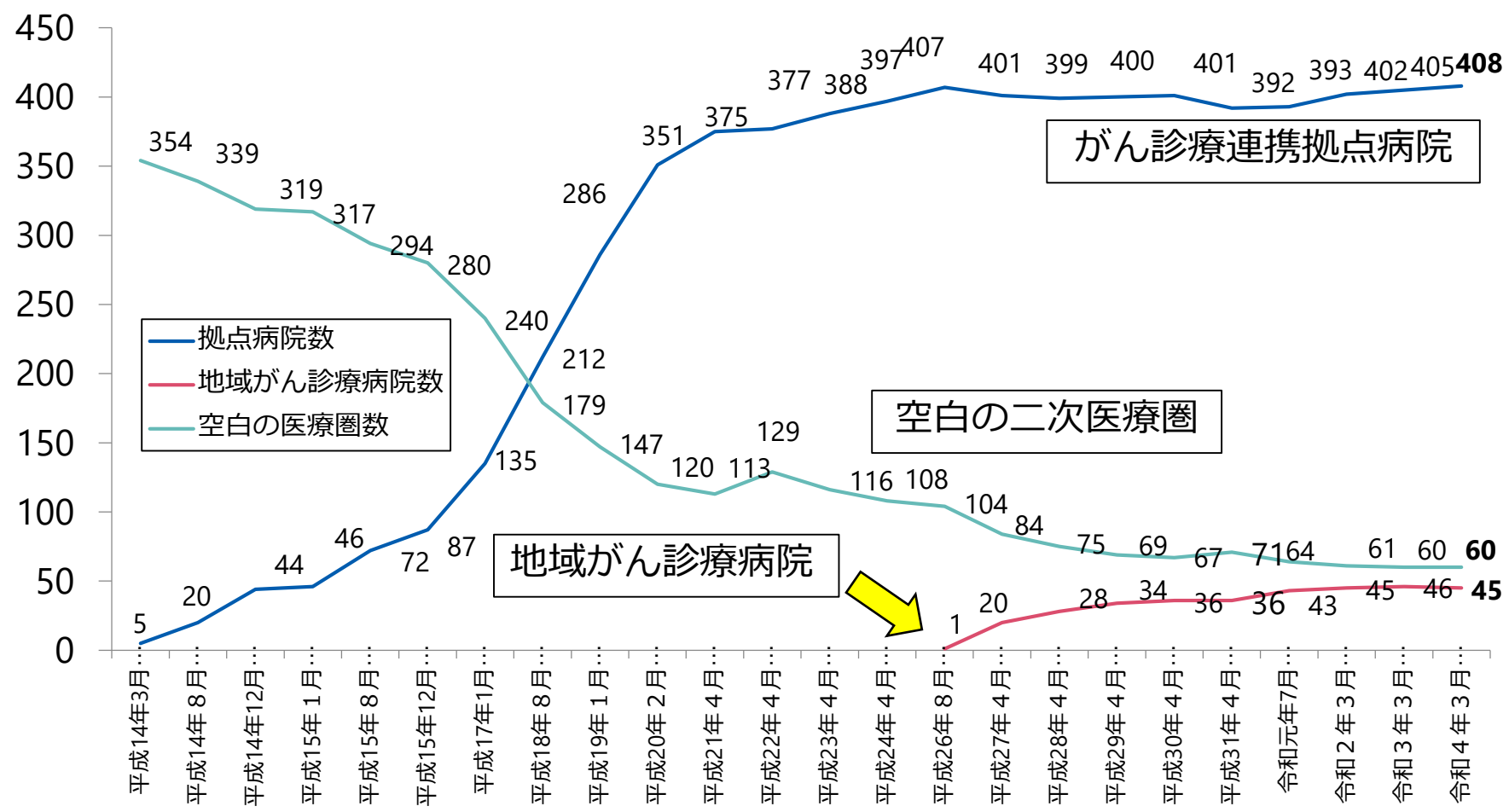
- 拠点病院等の整備指針（令和4年8月改定）の考え方並びに第3期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

【診療提供体制】

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進してはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大時等においても、必要ながん診療を提供できるよう、平時における準備等の対応を含めて、地域の実情に応じた連携体制を整備する等、取組を進めることとしてはどうか。
- がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたこれまでの取組を引き続き進めることとしてはどうか。

拠点病院数と拠点病院のない二次医療圏数の推移

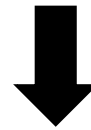
○ 2014年8月より地域がん診療病院を設置。
 ○ 地域がん診療病院の設置により、拠点病院のない二次医療圏（空白の二次医療圏）が、108カ所（平成26年4月時点）から60カ所（令和4年3月時点）に減少した。



空白の二次医療圏への今後の対応方針について

(現状・課題)

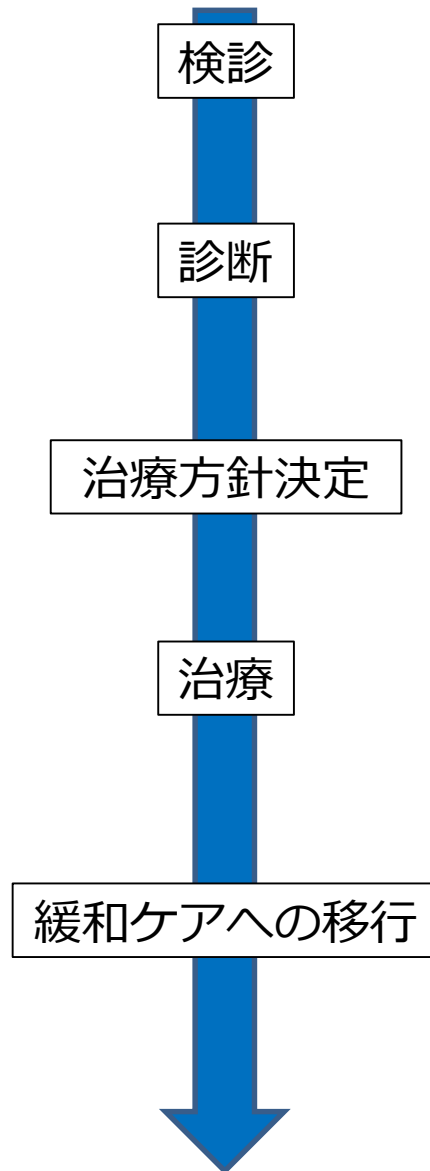
- 現行の整備指針では、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏に都道府県拠点病院もしくは地域拠点病院を指定することとしている。
- また、地域がん診療病院は、拠点病院の無いがんの医療圏に指定することとしている。
- 一方で、一部の自治体においては、拠点病院・地域がん診療病院のいずれも指定されていない「空白の医療圏」が生じている事例が見受けられる。
- これら「空白の医療圏」については、受療行動の実態として拠点を設けることが必ずしも適切とは言えない状況にある。今後のニーズも踏まえた適切ながんの医療圏の見直しを推奨するべきではないか。



次期医療計画の改定にあたり、都道府県に対し、空白の医療圏の患者の受療動向等を勘案し、実情や人口減少等の将来のニーズに即したがんの医療圏の再検討を促してはどうか。

高齢者とがん治療

出典：小川朝生「認知症への対応と意思決定支援」



受診

- ・ 進行してからの発見が多い
- ・ 治療アクセス
- ・ 情報提供が不十分の可能性

意思決定に関する課題

- ・ 不適切な意思決定がなされている危険
- ・ 不適切な治療の差し控え

治療適応の判定

- ・ 治療医の臨床経験に基づく個々の判断が中心
- ・ 系統立てたリスク評価が未確立

支持療法

- ・ 手術（せん妄の発症、身体機能の低下）
- ・ 薬物療法（せん妄の発症、内服管理、緊急時の安全）

療養場所の選定

- ・ 認知症のBPSD対応とがん治療・緩和支持療法を同時に提供できる施設が少ない
- ・ 緩和ケア病棟の受け入れを断られることがある
- ・ 家族への負荷増大

高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き

- 話しやすい場面で、わかりやすい言葉で選択肢を提供する
- リラックスできる環境で説明する
- 言葉以外のコミュニケーション、うなずくことや手振り、笑顔からも読み取る
- 友人や家族が一緒にいるときに話し合う
- 繰り返し確認する（時間をおいて確認する）
- 複数の人から尋ねる



意思決定6つの基本姿勢



1/ 医療者を含む周囲の支援者は、本人が意思決定できるように可能な限り本人の能力を向上させるための支援を行う。



2/ 本人の多様な価値観を尊重した支援を行う。周囲の支援者の価値観を押しつけない。



3/ 本人が意思決定を「できる・できない」の判断は、決定の必要な場面ごとに確認する。



4/ 確認するために、本人の理解した内容を本人の言葉で説明していただく。



5/ 認知症の診断や成年後見等が開始されていることだけをもって、意思決定能力を失っていると即断してはならない。



6/ 意思決定が難しい時は、チームでの支援を検討する。

2

(https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/research_summary/050/020/index.html)

出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」

「高齢者のがん対策」分野の見直しの検討の視点

- 拠点病院等の整備指針（令和4年8月改定）の考え方並びに第3期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。
- 高齢がん患者が、例えば、他臓器の合併症を併発している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において、高齢がん患者に係る診療提供体制について議論することとしてはどうか。
- 高齢がん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進する観点から、これまでの議論を踏まえ、高齢者ががん診療の実態把握を進めるとともに、関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を進めることとしてはどうか。
- 高齢がん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けることができるよう、高齢がん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組を推進することとしてはどうか。
- 評価については、現況報告書、患者体験調査及び遺族調査等を用いることとしてはどうか。併せて、デジタル化の議論も踏まえ、情報の収集について、効率的な手法を検討することとしてはどうか。

今回の指定要件見直しのポイント

拠点病院・中央機関の 役割の明確化

- ・ 拠点病院は地域ブロック内の小児がん診療体制整備を牽引する
- ・ 中央機関は人材育成、研究開発、中央病理診断についても国内の体制整備を行う

適切な集約化に向けた 連携病院類型の見直し

- ・ 連携病院について、年間新規症例数が20以上の施設を類型1－A、そうでない施設を類型1－Bと分類
- ・ 連携病院での院内がん登録を要件化

長期フォローアップ 相談支援について

- ・ 長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備・検討
- ・ がん・生殖医療を含む小児・AYA世代の相談支援の強化

指定のあり方について

- ・ 拠点病院については、コンペティションで優れた病院を指定する
- ・ 連携病院については、指定要件を満たす施設の中から、地域ブロック協議会で議論し拠点病院が指定する

小児がん拠点病院等の全体像(令和4年8月 整備指針)

- 「小児がん中央機関」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- 「小児がん拠点病院」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- 「小児がん連携病院」は、地域ブロック協議会の意見を踏まえ、小児がん拠点病院が指定する。
(「類型1-A」「類型1-B」「類型2」「類型3」の4類型ある。)

第14回がん診療連携拠点病院等のあり方に関する検討会
(令和4年7月21日)
資料1より抜粋・一部改変

アドバイザリー・ボード(外部有識者等)

小児がん拠点病院連絡協議会

- ・ 医療及び質の向上を目指した協議
- ・ 各地域ブロックからの情報収集
- ・ 地域ブロックを超えた連携体制の整備

◆小児がん中央機関

日本における小児がん医療・支援の牽引

国立成育医療センター

- ◎相談支援に関する体制整備(小児及びAYA世代のがん)
- ◎情報提供(小児及びAYA世代のがん)
- ◎診断支援(放射線診断、病理診断等)
- ◎小児がんの登録体制の整備
- ◎人材育成の中心(医師、看護師、心理士等)
- ◎小児がん拠点病院連絡協議会事務局

国立がん研究センター

- ◎国民への情報提供(小児及びAYA世代のがん)
- ◎小児がんの登録体制の整備(院内がん登録実施支援)
- ◎人材育成の中心(相談員研修、院内がん登録実務者研修)
- ◎研究開発及び臨床研究の推進・支援



地域ブロック協議会

- ・ 全国7地域
- ・ 地域ブロック内の小児がん診療に係る連携体制の整備

◆小児がん拠点病院(15か所)

地域における小児がん医療・支援の中心

- ・ 難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療
- ・ 小児・AYA世代のライフステージに応じた相談支援
- ・ 人材育成
- ・ 臨床研究の推進

◆小児がん連携病院

地域の小児がん医療の集約を担う施設

類型1

標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療

1-A 一定以上の症例数等の要件を満たす施設

1-B 地域の小児がん診療を行う施設

類型2

集約すべき特定のがん種の診療や、限られた施設でのみ実施可能な治療

類型3

長期フォローアップを担う施設

「小児がん・AYA世代のがん対策」分野の見直しの検討の視点

- 拠点病院等の整備指針（令和4年8月改定）の考え方並びに第3期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。
- 小児・AYA世代のがん対策をさらに充実させるため、小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん診療提供体制の整備を進めることとしてはどうか。また、小児がん拠点連絡協議会において、引き続き、地域ブロックを超えた連携体制の整備を含め、小児・AYA世代のがん診療提供体制について議論することとしてはどうか。
- 患者及びその家族等への情報提供をさらに推進する観点から、小児がん拠点病院等における対応状況や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を進めることとしてはどうか。
- より良い長期フォローアップを推進する観点から、小児がん拠点病院と地域の医療機関及びかかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児がんの長期フォローアップのあり方に係る検討を進めてはどうか。
- 小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関等と関係学会等が連携し、研究開発を推進することとしてはどうか。
- 評価については、現行の院内がん登録等に加えて、現況報告書や厚生労働科学研究班の報告等を用いることとしてはどうか。併せて、デジタル化の議論も踏まえ、情報の収集について、効率的な手法を検討することとしてはどうか。

第7次医療計画指標（がん）

別表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例

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

（●は重点指標）

第8次医療計画へ向けた論点及び検討の方向性について

がん対策推進協議会における論点（抜粋）

- ・がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進してはどうか。
- ・高齢がん患者が、例えば、他臓器の合併症を併発している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進めることとしてはどうか。
- ・高齢がん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けることができるよう、高齢がん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組を推進することとしてはどうか。
- ・小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん診療提供体制の整備を進めることとしてはどうか。

検討の方向性（案）

- ・がんに関する医療提供体制の構築に当たっては、「第4期がん対策推進基本計画」及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」の内容を踏まえて取り組むこととしてはどうか。
- ・がん医療圏の設定については、各都道府県の実態を踏まえ、二次医療圏等との整合が取れる範囲で、柔軟に設定できることとしてはどうか。
- ・多職種連携によるチーム医療の提供をさらに充実させる観点から、拠点病院等において、地域の医療機関との連携も含め、チーム医療の提供体制の整備を進めることとしてはどうか。
- ・指標については、ロジックモデル等のツールの活用を含め、第4期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後のがん対策推進協議会における議論の内容を参考に見直すこととしてはどうか。

2. 脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患の 医療体制について

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

循環器病対策推進基本計画 概要

全体目標

「1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」「2. 保健、医療及び福祉に係るサービス提供体制の充実」「3. 循環器病の研究推進」に取り組むことにより、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸、年齢調整死亡率の減少を目指して、予防や医療、福祉サービスまで幅広い循環器病対策を総合的に推進する。

(3年間：2020年度～2022年度)

＜循環器病※の特徴と対策＞

予防
(一次予防、二次予防、三次予防)

急性期

回復期～慢性期

再発・合併症・重症化予防

※脳卒中・心臓病その他の循環器病

個別施策

【基盤】循環器病の診療情報の収集・提供体制の整備 ▶ 循環器病の診療情報を収集・活用する公的な枠組み構築

1. 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

○ 循環器病の発症予防及び重症化予防、子どもの頃から国民への循環器病に関する知識(予防や発症早期の対応等)の普及啓発

2. 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進② 救急搬送体制の整備③ 救急医療の確保をはじめとした循環器病に係る医療提供体制の構築④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援⑤ リハビリテーション等の取組⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援⑦ 循環器病の緩和ケア⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 | <ul style="list-style-type: none">▶ 特定健康診査・特定保健指導等の普及や実施率向上に向けた取組を推進▶ 救急現場から医療機関に、より迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築▶ 地域の実情に応じた医療提供体制構築▶ 多職種連携し医療、介護、福祉を提供する地域包括ケアシステム構築の推進▶ 急性期～回復期、維持期・生活期等の状態や疾患に応じて提供する等の推進▶ 科学的根拠に基づく正しい情報提供、患者が相談できる総合的な取組▶ 多職種連携・地域連携の下、適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進▶ 手足の麻痺・失語症・てんかん・高次脳機能障害等の後遺症に対し支援体制整備▶ 患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、就労支援等の取組を推進▶ 小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行える体制を整備 |
|--|--|

3. 循環器病の研究推進

- 循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発
 - ▶ 基礎研究から診断法・治療法等の開発に資する実用化に向けた研究までを産学連携や医工連携を図りつつ推進
 - ▶ 根拠に基づく政策立案のための研究の推進

循環器病対策の総合的かつ計画的な推進

- 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化、都道府県による計画の策定、基本計画の評価・見直し 等

事業概要

- 循環器病対策推進基本計画で、「保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実」として、**脳卒中・心臓病等（循環器病）患者を中心とした包括的な支援体制を構築**するため、多職種が連携して、総合的な取組を進めることとしているが、これまでに都道府県が医療計画などで実施している対策よりも**幅広い内容^(※)**であり、各医療施設で個々の取組はされているものの**情報が行き渡っていない**とはいえず、**全ての支援について、十分なレベルで提供することに対し課題がある**

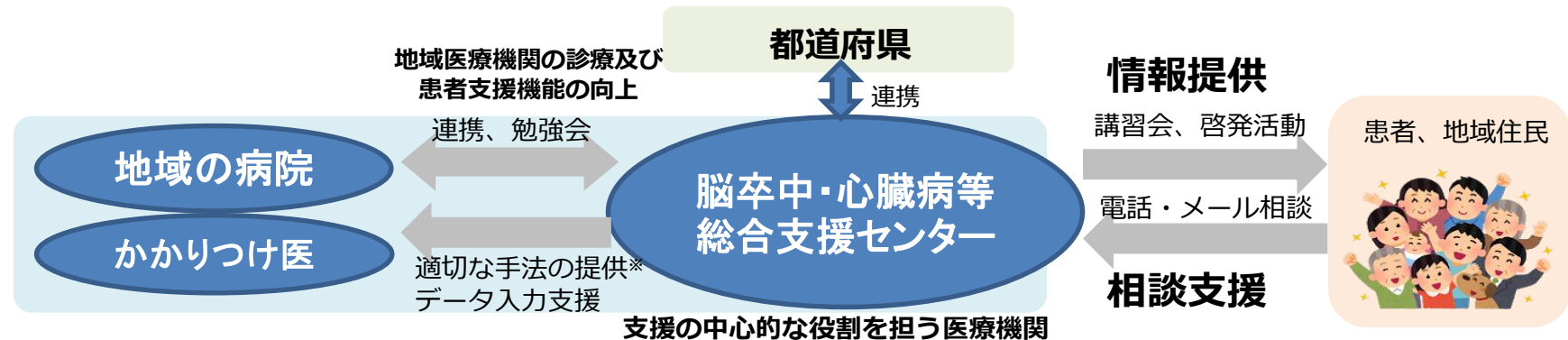
※具体的に、社会連携に基づく循環器病患者支援、リハビリテーション等の取組、循環器病に関する適切な情報提供・相談支援、循環器病の緩和ケア、循環器病の後遺症を有する者に対する支援、治療と仕事の両立支援・就労支援、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策などが不十分

- この取組を効果的に推進するために、**専門的な知識を有し、地域の情報提供等の中心的な役割を担う医療機関に脳卒中・心臓病等総合支援センターを配置し、都道府県と連携**を取りながら、地域の医療機関と勉強会を開催したり、支援方法などの情報提供を行うなど協力体制を強化することで、包括的な支援体制を構築し、地域全体の患者支援体制の充実を図るべく、まずモデル的に、**全国に10都道府県程度において先行的に実施し、検証を行う**

脳卒中・心臓病等総合支援センターのイメージ

本モデル事業の有効性を検証した上で、好事例として横展開を図る等により将来的に全国に広げることを検討

＜役割＞ 循環器病に関する**情報提供**及び**相談支援**の、地域における核となり中心的な役割を担う



＜センターに求められる要件＞ 支援の中心的な役割を担うことから、各疾患に対して専門的な知識が求められることを想定

- 先天性疾患に対する診療、外来リハビリテーション、緩和ケア等、循環器病に対する総合的な診療を行える施設であり、地域の病院、かかりつけ医などとも密接に連携が取りながら、データ入力の支援等もできること（※詳細はR3年度特別研究で報告）
- 自治体との密な連携が取れ、循環器病の後遺症を有する者に対する支援及び治療と仕事の両立支援・就労支援を行っていること

期待される効果：地域医療機関の診療及び患者支援機能の向上が可能となる

国民がワンストップで必要な情報を得られるとともに、より効率的かつ質の高い支援が可能となる

第7次医療計画指標（脳卒中）

医療計画関連通知（令和2年4月
13日改正分）の別表より引用

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)

第7次医療計画指標（心筋梗塞等の心血管疾患）

医療計画関連通知（令和2年4月
13日改正分）の別表より引用

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)

【脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制】

＜指標等について＞

- 循環器病対策推進基本計画との整合性を保つべき。同計画はロジックモデルを使って指標をつくっているが、医療計画のストラクチャー、プロセス、アウトカムのパターンと違ってくるので、整合性を取るべき。

＜循環器病対策全般について＞

- 循環器病対策において中小の病院をいかに活かすかが重要。
- 今後増えてくる心不全に対しての議論をいかに高めていくかが大事。

＜総合支援センターについて＞

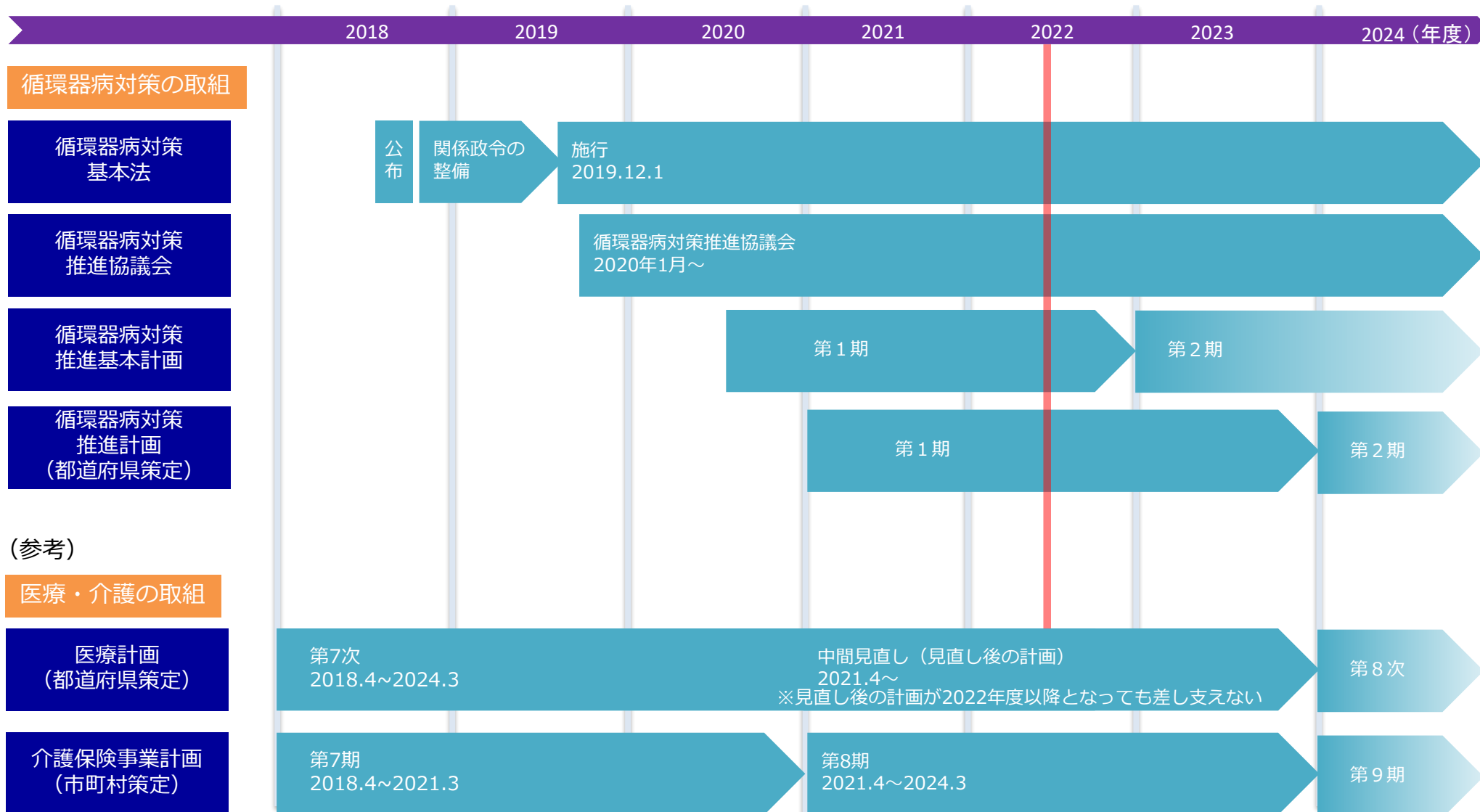
- 全国に広げるのであれば、予算的な支援が必要。

＜医療の空白地帯について＞

- がんだけでなく、脳卒中・心血管疾患を含め5疾病の空白地帯を調べるべき。

循環器病対策に係る今後のスケジュールについて

第7回循環器病対策
推進協議会 資料5



第2期循環器病対策推進基本計画策定の基本的な考え方（案）①

第7回循環器病対策推進協議会 資料5

●都道府県循環器病対策推進計画は関係する諸計画との調和が保たれたものでなければならぬとされており、令和6年度からの新たな医療計画等との調和を図ることができるよう、基本計画の実行期間は、令和2年度から令和4年度までの3年程度を1つの目安として示している。

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より抜粋

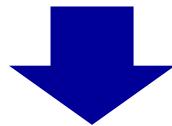
③ 都道府県循環器病対策推進計画は、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の四第一項に規定する医療計画、健康増進法(平成十四年法律第百三十三号)第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第一百八条第一項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、消防法(昭和二十三年法律第百八十六号)第三十五条の五第一項に規定する実施基準その他の法令の規定による計画等であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

循環器病対策推進基本計画より抜粋

れを変更しなければならないこととされている。他方で、基本計画を基本として作成される都道府県循環器病対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）は、法第11条第3項の規定に基づき、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画（以下「医療計画」という。）や介護保険法（平成9年法律第123号）第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画（以下「都道府県介護保険事業支援計画」という。）等の関係する諸計画との調和が保たれたものとする必要がある。

これらを踏まえ、今回策定する計画の実行期間については、令和2（2020）年度から令和4（2022）年度までの3年程度を1つの目安として定める。なお、関係する諸計画との調和が保たれたものとするという趣旨に鑑みれば、今般策定

●多くの都道府県では、第1期都道府県循環器病対策推進計画を、昨年度内に策定しており、策定から間もない。



第2期基本計画は第1期基本計画の大枠を維持しつつ、
現下の状況を踏まえて必要な修正を加える方針としてはどうか。

① 循環器病に係る指標の更新

- 厚生労働科学研究の結果等を踏まえ、評価指標の更新を行ってはどうか。

② 関係する諸計画との連携

- 令和6年度から開始予定の第8次医療計画、第9期介護保険事業計画と連携した内容となるよう調整してはどうか。

③ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備

- 新型コロナウイルスの感染拡大により、CCU受け入れ病院の救急患者の応需率の低下や転院先の調整困難など循環器病の診療体制に逼迫が生じた。
- 将来の感染症の到来に備え、感染拡大時でも救急患者を受け入れる機能が維持できるよう、各地域における医療体制の整備が必要ではないか。
- また今後、地域における医療機能の分化・連携に向けた取組を進める上で、平時においても急性期病院のみに患者が集中しないよう、回復期や慢性期の病院との、循環器病の特徴をふまえた効率的な役割分担のあり方等について検討することが重要ではないか。

循環器病対策推進基本計画の見直しに係る 関係学会・団体等からの意見聴取について

第9回循環器病対策
推進協議会 資料1

- 第2期循環器病対策推進基本計画策定の基本的な考え方に沿って、以下のとおり、関係学会・団体等から意見聴取を行った。

【聴取内容】

1. 循環器病に係る指標の更新についてのご意見
2. 関係する諸計画との連携についてのご意見
3. 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備についてのご意見

【対象】

- | | |
|-------------------|---------------------------------|
| • 日本脳卒中学会 | • 日本医師会 |
| • 日本脳卒中協会 | • 日本歯科医師会 |
| • 日本循環器学会 | • 四病院団体 |
| • 日本心臓血管外科学会 | • 全国心臓病の子どもを守る会 |
| • 日本リハビリテーション医学会 | • 日本心臓ペースメーカー友の会 |
| • 日本理学療法士協会 | • 日本失語症協議会 |
| • 日本作業療法士協会 | • 日本脳卒中者友の会 |
| • 日本言語聴覚士協会 | • 欧州ビジネス協会医療機器・IVD委員会医療機器診療報酬部会 |
| • 日本栄養士会 | • 日本医療機器産業連合会／日本医療機器テクノロジー協会 |
| • 日本薬剤師会 | • 日本製薬工業協会研究開発委員会 |
| • 日本医療ソーシャルワーカー協会 | • 米国医療機器・IVD工業会 |
| • 日本介護支援専門員協会 | |
| • 日本看護協会 | |
| • 日本救急医学会 | |
| • 全国消防長会 | |

(計26団体)

- 循環器病に係る指標について、予防、救護及び急性期の観点からのご意見に加え、回復期及び維持期については、リハビリテーション、再発・重症化予防、施設間連携、復職・社会活動・就労支援及び緩和医療の観点からのご意見をいただいた。また、関連する指標案について提言をいただいた。

＜指標案（例）＞

- ✓ 救護：「主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標」についての指標 等
- ✓ 急性期：「リハビリテーション実施率」「転院待機日数」 等
- ✓ 回復期及び維持期：両立支援コーディネーター取得者数、療養・就労両立支援指導料の件数
ICFに準拠した生活機能評価できる指標、社会参加に関する指標、緩和ケアの実施件数 等

- 厚生労働科学研究の成果として、以下が報告された。

・ 脳卒中と心血管疾患に係る指標の提案

＜脳卒中＞

- ✓ 脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施可能施設数
- ✓ 脳梗塞に対する血管内治療による血栓回収療法の実施可能施設数
- ✓ 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 等

＜心血管疾患＞

- ✓ 心血管疾患リハビリテーション実施件数
- ✓ 大動脈疾患患者に対する手術件数 等

・ 現行の指標に係る提言

- ✓ 回復期以降では、脳卒中、心臓病等に特異的ではない指標が多くある。
- ✓ 「緩和ケア」など、重要と思われても定義があいまいな項目がある。
- ✓ 受け手側の変化の評価方法について検討が必要な項目がある。
- ✓ 個別施策として記載されていても、対応する指標が記載されていないものがある。指標設定の困難さに加えて、実態を把握するデータが乏しい可能性がある。

○ 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たって、以下の方針とすることとしてはどうか。

＜循環器病に係る指標の更新について＞

- ・ いただいたご意見や、厚生労働科学研究の結果を踏まえて、指標を整理することとしてはどうか。
- ・ 整理に当たっては、実現可能性の観点から、以下の点に留意することとしてはどうか。
 - ✓ 比較可能な数値であること
 - ✓ 定義が明確であって、数値の算出が実施可能であること
 - ✓ 評価方法が明確であること 等

＜関係する諸計画との連携について＞

- ・ 基本計画における記載事項について、他の計画との整合を取るとともに、必要に応じて、他の計画との連携について記載することとしてはどうか。

＜感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について＞

- ・ いただいたご意見等を踏まえつつ、医療計画における感染症に係る医療体制の整備方針との整合を取りながら、記載事項を整理することとしてはどうか。

第 8 次医療計画へ向けた論点及び検討の方向性について

循環器病対策推進協議会における論点（抜粋）

- いただいたご意見や、厚生労働科学研究の結果を踏まえて、指標を整理することとしてはどうか。
- 指標の整理に当たっては、実現可能性の観点から、以下の点に留意することとしてはどうか。
 - ✓ 比較可能な数値であること
 - ✓ 定義が明確であって、数値の算出が実施可能であること
 - ✓ 評価方法が明確であること 等
- 基本計画における記載事項について、他の計画との整合を取るとともに、必要に応じて、他の計画との連携について記載することとしてはどうか。
- いただいたご意見等を踏まえつつ、医療計画における感染症に係る医療体制の整備方針との整合を取りながら、記載事項を整理することとしてはどうか。

検討の方向性（案）

- 脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制の構築に当たっては、「第 2 期循環器病対策推進基本計画」等の内容を踏まえて取り組むこととしてはどうか。
- 指標については、ロジックモデル等のツールの活用を含め、第 2 期循環器病対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後の循環器病対策推進協議会における議論の内容を参考に見直すこととしてはどうか。

3. 糖尿病の医療体制について

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

糖尿病及びその合併症を抑制

三次予防

合併症による臓器障害の
予防・生命予後の改善

○糖尿病腎症による年間新規透析導入
患者数の減少 **C**

二次予防

重症化予防

○治療継続者の割合の増加 **C**
○血糖コントロール指標における
コントロール不良者の割合の減少 **A**

一次予防

発症予防

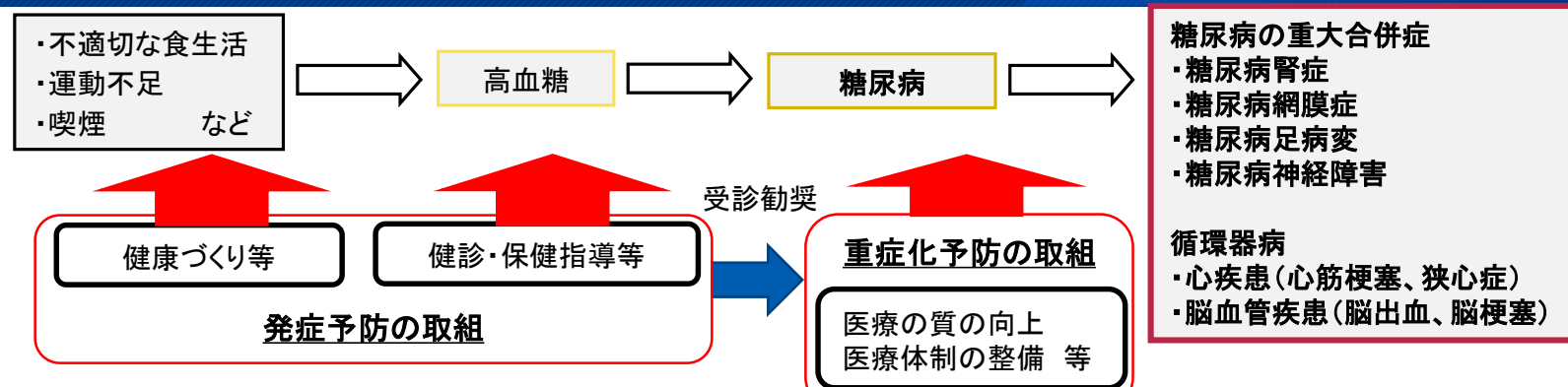
○特定健診・特定保健指導 **B***

○メタボリックシンドローム
該当者及び予備軍 **D**

○糖尿病有病者の増加抑制

E(B*)

現状の糖尿病対策



発症予防

- ポスターや優良事例の表彰などを通じた健康的な生活習慣についての普及・啓発活動
- 健康増進事業(健康教育、健康相談、訪問指導等)を通じた健康づくりの推進
- 特定健診、特定保健指導の実施
- 健診の受診率向上に向けた取組の推進
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」を策定し、生活習慣改善を促す効果的な方法を提示
- 栄養・食生活、身体活動・運動等の各生活習慣に関する研究の推進

重症化予防

- 糖尿病の重大合併症の予防・管理に関する研究の推進
- 学会横断的な研究(学会横断的ガイドライン作成等)の推進
(糖尿病学会、循環器学会、腎臓学会、眼科学会)
- 大規模糖尿病診療データベースの構築

透析予防

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月腎疾患対策検討会)に沿った対策の推進 (普及啓発、医療提供体制、診療水準の向上、人材育成、研究の推進等)

※上記は国レベルでの取組であり、自治体レベルでは様々な発症予防や重症化予防の取組が行われている。

重症化予防プログラムの効果検証事業

● ねらい：人工透析移行ストップ

- 人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。
- 専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

● 実証の手法

現在、保険者においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム（平成28年4月策定、平成31年4月改定）に基づき、健診・レセプトデータを活用して抽出したハイリスク者（糖尿病治療中の者や治療中断かつ健診未受診者等）に対し、かかりつけ医や専門医等との連携の下、受診勧奨・保健指導の取組を実施している。

実証においては、①保健指導等の介入を受けた糖尿病性腎症患者の検査値等の指標の変化を分析、②糖尿病性腎症未治療者と治療中断者への医療機関への受診勧奨の有効性の分析、③NDBやKDBを活用し、長期的な検査値の変化や重症化リスクの高い対象者の特徴について分析を実施する。これらの分析により、介入すべき対象者の優先順位や適切な介入方法等を検討する。

【事業規模】

- ・実施主体（保険者）200程度

● 実証のスケジュール（案）

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の 枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による 予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など200保険者）	・実証フィールド（200保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集	・実証フィールド（200保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

治療と仕事の両立支援の推進

- 労働人口の3人に1人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
- 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
- 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
- 「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の2つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
 - * 両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
- 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

➤ ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発

・「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン ※ 平成28年2月公表

・「企業・医療機関連携マニュアル」

企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、**糖尿病**）

➤ 地域両立支援推進チームの設置と運営

各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➤ 広報活動

シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➤ 労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援

両立支援コーディネーターの養成、助成金、相談支援等

➤ 診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）

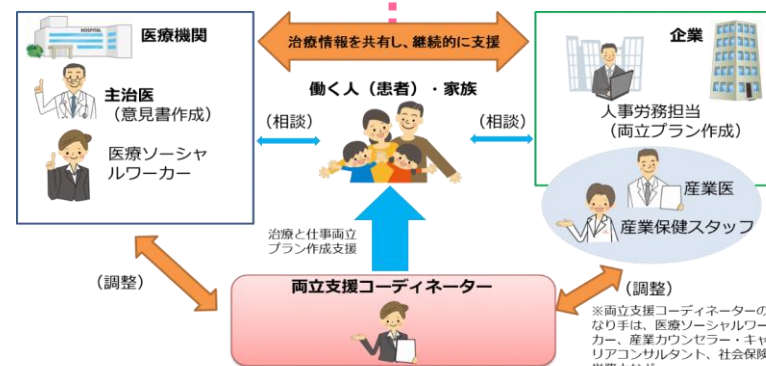
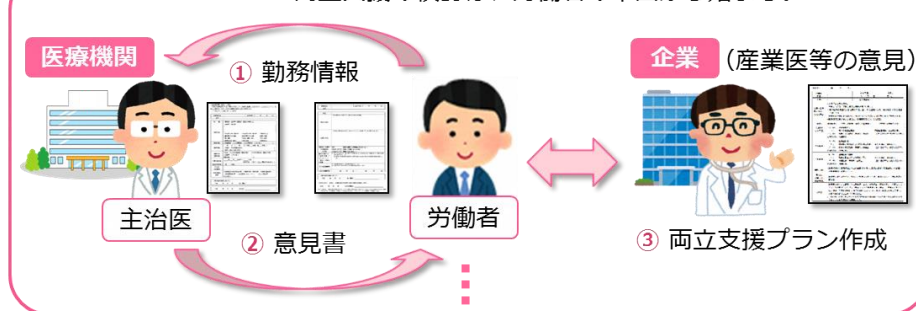
平成30年度新設 対象疾患：がん

令和2年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病

令和4年度対象疾患追加：**糖尿病**・心疾患・若年性認知症

両立支援の進め方

* 両立支援の検討は、労働者の申出から始まる。



（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

糖尿病の医療体制

【概要】

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

三次予防

- 合併症による臓器障害の予防
- 生命予後の改善

二次予防

- 重症化予防

一次予防

- 発症予防

○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定と事業の進捗管理



PDCAサイクルによる
事業の進捗管理

○ 事業の実施状況
の評価

○ 評価に基づいた
取組の見直し

○ 糖尿病の予防・疾病管理に関する事業

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

糖尿病医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

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

【糖尿病の医療提供体制】

＜指標等について＞

- ロジックモデルの導入を検討すべき。
- 予防段階のプロセス指標やストラクチャー指標を増やすことが必要。
- 糖尿病の患者数を把握するための適切な指標について検討すべき。

＜糖尿病対策全般について＞

- 各都道府県が行っている糖尿病に関する事業の住民への普及啓発や、事業がどれくらい行われているかの調査、事業の効果判定などを行うべき。
- 今行っている糖尿病対策の効果（医療費適正化効果も含む）を検証すべき。

腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会

令和6年度から開始される第8次医療計画の取りまとめに向けた評価指標や、今後の糖尿病対策について検討するため、検討会を設置

検討会概要

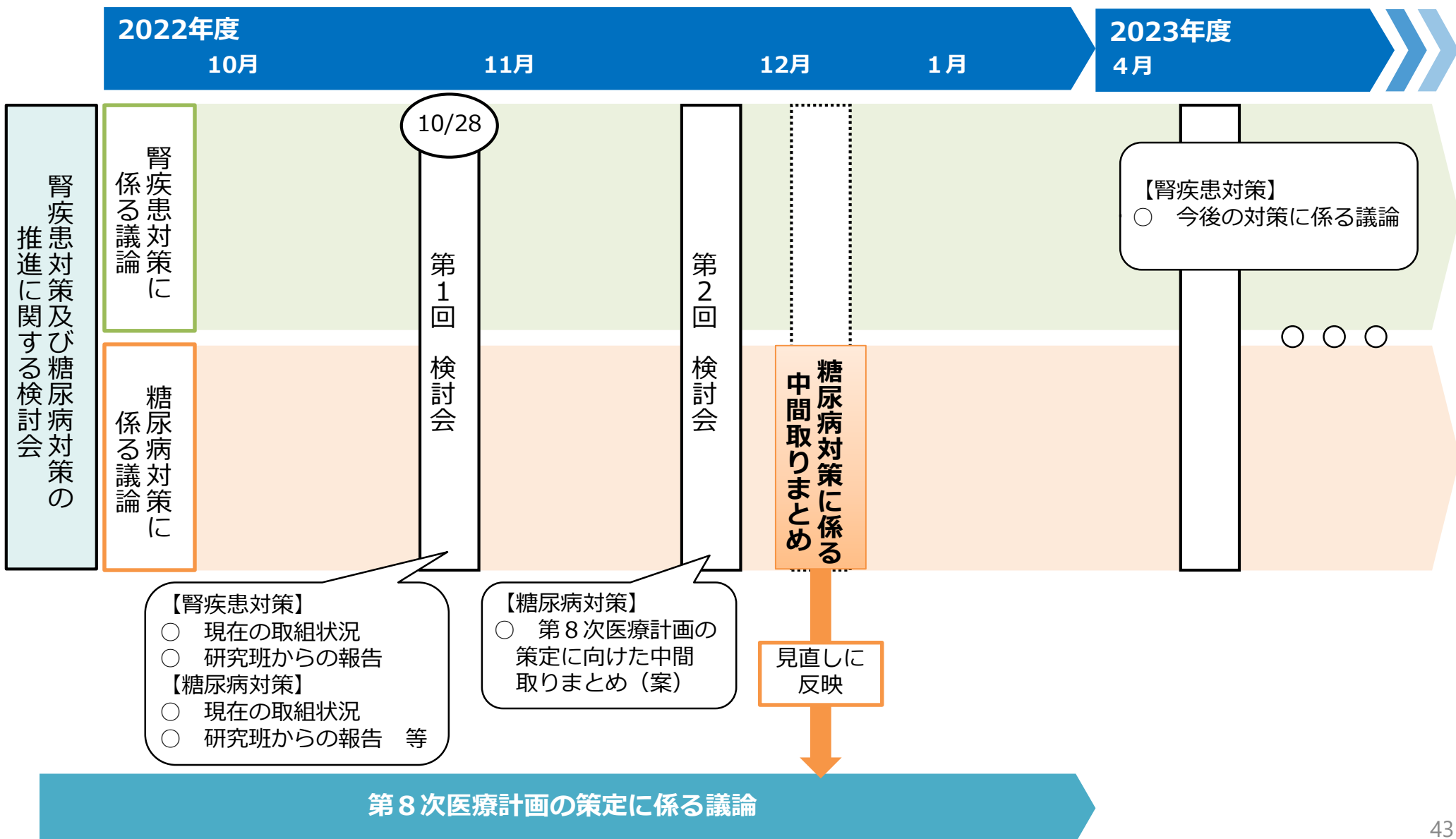
- 腎疾患対策と糖尿病対策についての合同検討会とする
- 構成員については腎疾患、糖尿病、合併症、コメディカル、自治体、患者会から選任する
- 第1回 10月28日開催、第2回 11月頃開催予定

池田 充	一般社団法人 全国腎臓病協議会 会長
井本 寛子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
植木 浩二郎	国立国際医療研究センター 糖尿病研究センター センター長
柏原 直樹	川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学 教授
黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会 常任理事
下浦 佳之	公益社団法人日本栄養士会 専務理事
武本 佳昭	大阪公立大学大学院医学研究科 泌尿器病態学 病院教授
津下 一代	女子栄養大学 特任教授
中澤 よう子	神奈川県健康医療局 医務監
南学 正臣	東京大学大学院医学系研究科 教授
村田 敏規	信州大学医学部眼科 教授
室原 豊明	名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授
矢部 大介	岐阜大学大学院医学系研究科 糖尿病・内分泌代謝内科学/膠原病・免疫内科学 教授
横山 徹爾	国立保健医療科学院 生涯健康研究部 部長

検討のスケジュール（案）

＜腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会＞

- 腎疾患対策及び糖尿病対策について、当面の検討スケジュールを、以下に示す。



検討の方向性（案）

1）糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制の検討

- ・ 国民健康づくり運動（健康日本21）（2024年～次期プラン）
- ・ 医療費適正化計画（特定健診・特定保健指導、2024年～第4期）

2）新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制

3）第8次医療計画に向けた指標の見直し

- ・ 厚生労働科学研究での検討結果を踏まえ指標の更新を行う

新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の医療体制

厚生労働科学研究における検討

- 2型糖尿病患者ではCOVID-19の受診へ影響は小さかったが、1型糖尿病患者では2020年5月の受診数が顕著に減少した。同時期に遠隔診療はあまり利用されていなかった。
→感染症流行下でも1型糖尿病患者が適切な医療を受けられるような体制整備が必要である。
- 2019年に比較して、2020年の平均受診間隔が延長していたが、血糖コントロールに大きな影響はみられなかった。
→血糖コントロールが安定している患者においては、現在の診療間隔より長い間隔での対面診療で対応できる可能性が示唆された。

【遠隔診療について】

- 適切な遠隔診療の利用は、血糖コントロールの改善や治療負担感の軽減も期待できる。
- 今後、適切に遠隔診療を行えるような糖尿病患者像に関して、十分な検討を行っていく必要がある。現時点では、血糖コントロールが安定しており、SMBGやCGMにより採血を行わずに自己管理が行えているような患者には遠隔診療が可能であると考えられる。

第8次医療計画に向けた現状把握のための指標の見直しについて

厚生労働科学研究における検討

- 厚生労働科学研究において、修正Delphi法を用いて、第8次医療計画における糖尿病指標案として27項目を選定した。

【新しく追加する指標項目】

- ・ 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者
- ・ 糖尿病治療を主にした入院患者数
- ・ 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数（もしくは割合）

【修正・追記する指標項目】

- ・ HbA1cもしくはグリコアルブミン（GA）検査の実施
- ・ 糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数、等

【削除する指標項目】

- ・ 内服薬の処方状況
- ・ 教育入院を行う医療機関数、等

- 更なる検討が必要な点として下記があげられた

- ・ マトリックスを3×4と3×3のいずれにするか
- ・ 数と比率、どちらを指標として採用するか（比率にする際の分母をどう設定するか）
- ・ 専門家の人数と専門医療機関の数、どちらを指標として採用するか

糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例 案(27項目のイメージ)

厚生労働科学研究（山内班）における指標案

マトリックス 3×3版

	糖尿病の予防		糖尿病の治療・重症化予防		糖尿病合併症の治療・重症化予防	
ストラクチャー	●	特定健診受診率		糖尿病専門医数（もしくは在籍する医療機関数、割合）		腎臓専門医数（もしくは在籍する医療機関数）
		特定保健指導実施率		糖尿病療養指導士数（もしくは在籍する医療機関数、割合）		歯周病専門医数（もしくは在籍する医療機関数、割合）
				1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（もしくは割合）		糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（もしくは割合）
				妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数（もしくは割合）		糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（もしくは割合）
プロセス						糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（もしくは割合）
				糖尿病患者の年齢調整外来受療率	●	眼底検査の実施（患者数もしくは割合）
			●	HbA1cもしくはGA検査の実施（患者数もしくは割合）	●	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施（患者数もしくは割合）
アウトカム				インスリン治療の実施（患者数もしくは割合）		クレアチニン検査の実施（患者数もしくは割合）
		糖尿病予備群の者の数		糖尿病治療を主にした入院患者数		治療が必要な糖尿病網膜症の発症患者数（もしくは割合）
		糖尿病が強く疑われる者の数		治療継続者の割合	●	糖尿病腎症に対する新規人工透析導入患者数
				重症低血糖の発生（件数もしくは割合）		糖尿病患者の新規下肢切断術の件数（もしくは割合）
	●	特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者（患者数もしくは割合）				
			●	糖尿病患者の年齢調整死亡率		

（●は重点指標）

- ・マトリックス 3×4版では、該当する指標がない欄もあり、研究班としてはマトリックス 3×3版として整理した
- ・青字は、バランスを考慮し、プロセス指標→アウトカム指標に移行した項目
- ・可能であれば”数”よりも“割合・比率”の方向の方が都道府県比較が可能となり望ましい。
- ・“割合・比率”の分母について、項目によって「人口10万人」か「糖尿病患者数」か等は異なる

第8次医療計画へ向けた論点及び検討の方向性（案）について

腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における論点（抜粋）

- 第8次医療計画の策定に向けて、国民健康づくり運動プラン（健康日本21）や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理することとしてはどうか。
- その他、診療提供体制に係る記載について、厚生労働科学研究の内容等を踏まえ、必要な見直しを行うこととしてはどうか。
- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進めることとしてはどうか。
- 第8次医療計画における指標については、厚生労働科学研究において提案された指標案を踏まえ、以下の方針で整理を進めることとしてはどうか。
 - ・ 「予防」「治療・重症化予防」「合併症の治療・重症化予防」の3項目を軸として整理する。
 - ・ 「比率」又は「実数」のいずれを採用するかについては、都道府県間での比較を可能とする観点から、糖尿病患者数の正確な把握が困難な現状を踏まえ、原則として「人口10万人あたりの比率」を採用する。
ただし、「1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数」「妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数」等、「人口10万人あたり」を母数とすることが必ずしも適当でなく、かつ、適切な母数（母集団）の設定が難しい指標については「実数」を用いることとする。
 - ・ 「専門家数」又は「専門医療機関数」のいずれを採用するかについては、医療提供体制の整備という観点から「専門医療機関数」を用いることとする。

検討の方向性（案）

- 糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容、「健康日本21（第二次）」及び「医療費適正化計画」等の内容を踏まえて取り組むこととしてはどうか。
- 指標については、ロジックモデル等のツールの活用を含め、今後の腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容を参考に見直すこととしてはどうか。

4. 精神疾患の医療体制について

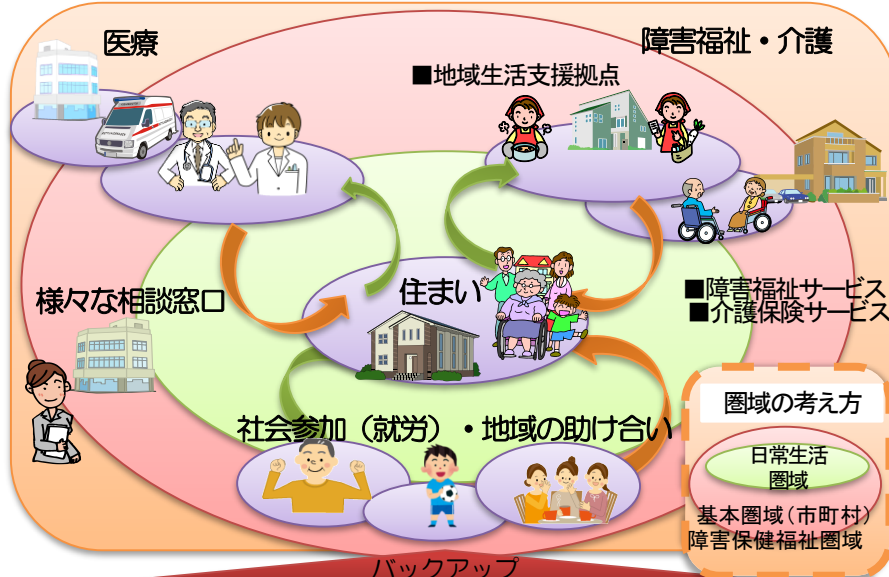
厚生労働省

社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課

精神疾患の医療体制について(第7次医療計画)

- 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。
- 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)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能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、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



バックアップ

市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

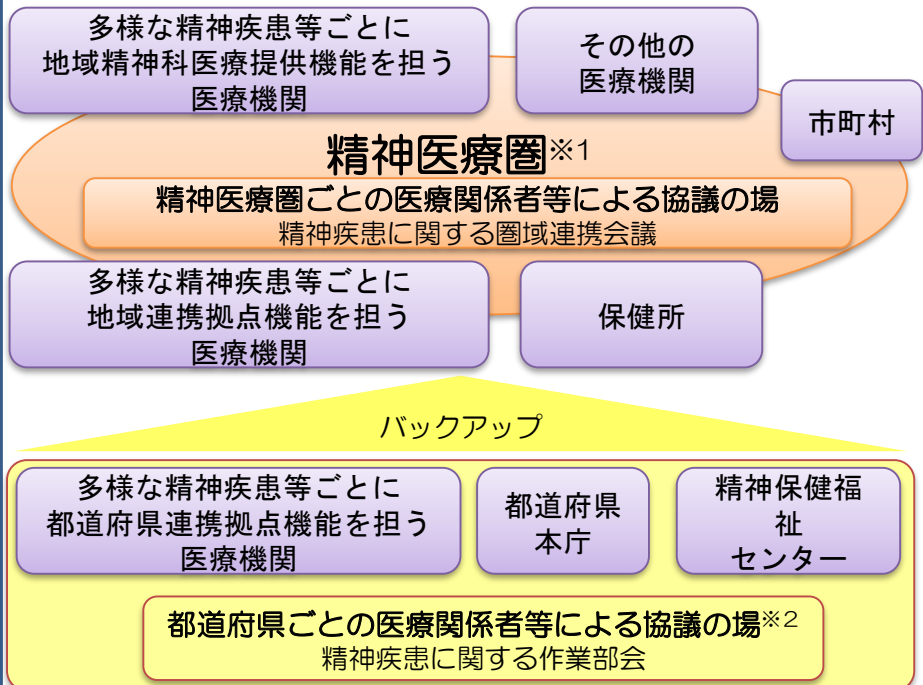
バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



※1 精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定

※2 医療計画作成指針に基づく協議の場

現状把握のための指標例（第7次医療計画中間見直し後）

															●重点指標	
	統合失調症	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	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
	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神科病棟の入院で使用した病棟数	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棟数	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科病棟を持つ病棟数	発達障害を入院診療している精神科病棟を持つ病棟数	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科病棟を持つ病棟数	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科病棟を持つ病棟数（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棟数	DPAT先遣隊登録医療機関数	指定通院医療機関数
ストローク	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科病棟を持つ病棟数	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神科病棟を持つ病棟数	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科病棟を持つ病棟数	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科病棟を持つ病棟数	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棟数	てんかんを入院診療している精神科病棟を持つ病棟数	精神科救急入院料を算定した病棟数	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病棟数（精神疾患診療体制加算・精神疾患患者等受入加）	救急患者精神科継続支援料をとる一般病棟数		
	統合失調症を入院診療している精神科病棟を持つ病棟数	うつ・躁うつ病を入院診療している精神科病棟を持つ病棟数	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科病棟を持つ病棟数	薬物依存症を入院診療している精神科病棟を持つ病棟数	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関		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棟数			
	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科病棟を持つ病棟数		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科病棟を持つ病棟数						
			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												
フロア	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神科病棟)	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	発達障害の精神科病棟での入院患者数	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科病棟での入院患者数	PTSDの精神科病棟での入院患者数	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	てんかんの精神科病棟での入院患者数	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)	救命救急入院料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	認知症の精神科病棟での入院患者数	20歳未満の精神疾患の精神科病棟での入院患者数	発達障害外来患者数	アルコール依存症の精神科病棟での入院患者数	薬物依存症の精神科病棟での入院患者数	ギャンブル等依存症外来患者数	PTSD外来患者数	摂食障害の精神科病棟での入院患者数	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	体制を持つ一般病棟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・躁うつ病の精神科病棟での入院患者数	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			
	統合失調症の精神科病棟での入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数		知的障害の精神科病棟での入院患者数												
	統合失調症外来患者数			知的障害外来患者数												
アウトカム	精神科病棟における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率															
	地域平均生活日数															
	精神科病棟における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）															
	精神科病棟における新規入院患者の平均在院日数															

精神病床に係る基準病床数算定式（第7次医療計画中間見直し後）

- 平成26年度の入院受療率と令和2年の推計人口を基に、政策効果を見込まない入院患者数を都道府県毎に推計
- 1年以上の長期入院患者数推計値から政策効果（ α 、 β 、 γ ）による効果を反映する

$$\begin{aligned}
 & \left\{ \begin{array}{l} \text{平成26年} \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{急性期入院受療率} \\ \times \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{令和2年推計人口} \end{array} + \begin{array}{l} \text{平成26年} \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{回復期入院受療率} \\ \times \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{令和2年推計人口} \end{array} + \begin{array}{l} \text{平成26年} \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{認知症でない者に係る} \\ \text{慢性期入院受療率} \\ \times \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{令和2年推計人口} \end{array} \times \alpha + \begin{array}{l} \text{平成26年} \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{認知症である者に係る} \\ \text{慢性期入院受療率} \\ \times \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{令和2年推計人口} \end{array} \times \gamma \right\} \\
 & + \text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数} - \text{精神病床における他都道府県から当該都道府県への流出入院患者数} \\
 & \times (1 / \text{病床利用率})
 \end{aligned}$$

平成26年度の入院受療率を基に将来の入院需要を入院期間別

（急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上）に推計。

推計を行った上で、慢性期においては、

- ①「地域移行を促す基盤整備」： α （0.8から0.85までの間で都道府県知事が定める数）
- ②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」： β （0.95から0.96までの間で都道府県知事が定める値を3乗し、0.95で除した数）
- ③「認知症施策の推進」： γ （0.97から0.98までの間で都道府県知事が定める値を3乗した数）

による政策効果反映し、令和5年度の精神病床における1年以上長期入院患者数の目標値を都道府県別に設定している。

なお、第7次医療計画及び第6期障害福祉計画では、同様の算定式を用いている。

（令和2年4月13日 厚生労働省医政局長通知）

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

第10回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月20日

資料
1

- 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、本年3月の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基本的な考え方、重層的な連携による支援体制の構築、普及啓発の推進並びに精神保健医療福祉、住まい及びピアサポート等の同システムを構成する要素等について、今後の方向性や取組が整理された。また、同報告書では、これまで精神保健医療福祉領域で課題とされている、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する入院に関わる制度のあり方、患者の意思決定支援や患者の意思に基づいた退院後支援のあり方等の事項については、別途、検討が行われるべきであるとされている。
- このことを踏まえつつ、本検討会においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築、**令和5年度末で期限を迎える医療計画等の見直しに向けた地域精神保健医療福祉体制**、「入院中の患者の意思決定支援や権利擁護の取組」等について議論を進めた。

○ 検討の経過

開催日		検討事項 等
第1回	令和3年10月11日	・本検討会の今後の進め方について ・その他
第2回	11月18日	・市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援の基本的な考え方について ・その他
第3回	12月27日	・関係者からのヒアリング（全国「精神病」者集団、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会、全国市長会、大分県杵築市、全国精神保健福祉相談員会） ・その他
第4回	令和4年2月3日	・第8次医療計画の策定に向けて ・その他
第5回	2月17日	・精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定支援や患者の意思に基づいた退院後支援、権利擁護等について ・その他
第6回	3月3日	・精神保健福祉法上の入院制度等に関するヒアリング（認定NPO 法人地域精神保健福祉機構コンボ、全国「精神病」者集団、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会、認定NPO 法人大阪精神医療人権センター、公益社団法人日本精神保健福祉士協会、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター、公益社団法人日本精神科病院協会、令和2－3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「持続可能で良質かつ適正な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」研究班） ・第8次医療計画の策定に向けて (3) その他
第7回	3月16日	・精神保健福祉法の入院制度等について ・その他
第8回	3月31日	・精神保健福祉法上の精神保健に関する市町村等における相談支援体制、入院制度等についてのこれまでのご意見を踏まえた論点と検討の方向性について ・その他
第9回	4月15日	・これまでのご意見を踏まえた論点に関する議論の状況について ・その他
第10回	5月9日	・これまでのご意見を踏まえた論点に関する議論の状況について ・その他
第11回	5月20日	・とりまとめに向けた議論 ・その他
第12回	5月30日	・とりまとめに向けた議論 ・その他
第13回	6月9日	・とりまとめに向けた議論 ・その他

○ 構成員（五十音順、敬称略） ◎は座長

氏名	所属・役職等
岩上 洋一	千葉県中核地域生活支援センターがじゅまる センター長
上ノ山 一寛	公益社団法人日本精神神経診療所協会副会長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
太田 匡彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岡田 久実子	公益社団法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）理事長
岡部 正文	特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会理事
鎌田 久美子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
神庭 重信	九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野名誉教授
北村 立	公益社団法人全国自治体病院協議会常務理事
吉川 隆博	一般社団法人日本精神科看護協会会長
桐原 尚之	全国「精神病」者集団運営委員
柑本 美和	東海大学法学部法律学科教授
小阪 和誠	一般社団法人日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構理事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
櫻田 なつみ	株式会社 MARS ピアサポーター
◎田辺 国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
田村 綾子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長
辻本 哲士	全国精神保健福祉センター長会会長
中原 由美	全国保健所長会（福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所 保健監（保健所長））
永松 悟	全国市長会（杵築市長）
野澤 和弘	植草学園大学副学長／一般社団法人スローコミュニケーション理事長
野原 勝	岩手県保健福祉部長
藤井 千代	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長
森 敏幸	全国精神障害者社会福祉事業者ネットワーク代表／精神保健福祉事業団体連絡会副代表

第8次医療計画の策定に向けた主な課題及び対応の方向性① (基本的な考え方について)

現状・課題

- 平成30年度からの第7次医療計画では、同年度から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画の3計画が同時に開始することから、それぞれの計画が連動するよう同一の理念を共有すべく、精神疾患の医療体制の構築に係る指針（精神指針）において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めることが明確にされた。
- 第8次医療計画は、「診療報酬、障害福祉サービス等報酬及び介護報酬の同時改定」が実施される令和6年度から開始される。令和3年3月にとりまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書の内容等を踏まえ、精神指針において記載すべき第8次医療計画の基本的な考え方について、整理が必要となる。

対応の方向性

- 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築することが重要である。こうした観点から、精神指針において、以下の内容を新たに記載すべきである。
- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々、病状が障害の程度に大きく影響する。そのため、以下のように、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する必要がある。
 - 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。
 - また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。

第8次医療計画の策定に向けた主な課題及び対応の方向性② (指標例について)

第10回第8次医療計画 等に関する検討会	資料 1
令和4年7月20日	

現状・課題

- 精神指針に基づき、都道府県は、精神疾患等の医療提供体制を構築するに当たり、一定の指標例により、その現状を数値で客観的に把握し、医療計画に記載するとされている。第8次医療計画における指標例等について、「基本的な考え方について」を踏まえつつ、整理が必要となる。
- 検討会においては「指標が多すぎることによる行政の負担も懸念される。必要最小限の指標である必要があり、取舍選択すべき。」「患者本位の精神科医療を提供することに対応する具体的なストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標を設けることも必要。」といった意見があった。

対応の方向性

- 第8次医療計画における指標例については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
 - 患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画における指標例を含めて定めるべきである。
 - その他、普及啓発や人材育成を目的とする研修等の実施回数、受診前相談・入院外医療の充実、都道府県等における精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携等の指標を新たに設けるべきである。
 - 患者の権利擁護等について、障害者権利条約や本検討会での具体的方策を踏まえた指標を検討するべきである。また、医療の受け手である患者の立場から、診療時間についても指標例としてほしいとの意見があった。
 - 地域の精神医療提供体制の見える化を図るとともに、患者が安心して受けられる精神科医療を提供するという観点から、有用かつ都道府県にとって簡便な指標となるよう、取舍選択を図るべきである。
- また、現行の精神指針では、精神疾患等ごとの指標例とともに、各疾患等の現状・課題が掲げられている。令和3年12月の障害者部会「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理では、「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」とされている。このため、第8次医療計画では、精神保健に関する課題が、母子保健・子育て支援、高齢・介護、生活困窮・生活保護等、相談内容が多様化している現状に照らし、そうした相談内容も踏まえつつ、各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を、精神指針で示すべきである。

第8次医療計画の策定に向けた主な課題及び対応の方向性③ (精神病床における基準病床数の算定式)

第10回第8次医療計画 等に関する検討会	資料 1
令和4年7月20日	

現状・課題

- 第8次医療計画の精神病床における基準病床数の算定式の検討を進めるに当たっての基本的な考え方について、精神疾患を有する入院患者数の推移等も踏まえつつ、整理が必要となる。
- 検討会において、「第8次医療計画の入院治療は最小限として、それまでの生活環境から切り離されずに治療を受けられる地域医療体制を進めていくことが重要で、可能な限り病床を削減していく方向であることを示すべき。」「第8次医療計画の基準病床算定式では、政策効果により病床数が減少しているものと、政策効果によらず病床が減少しているものと区別し、算定できるようにする必要がある。」といった意見があった。



対応の方向性

- 第8次医療計画における精神病床における基準病床数の算定式については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
 - 近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするべきである。
 - その際には、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきである。

第10回第8次医療計画等に関する検討会における主な意見

＜基本的な考え方について＞

- 精神指針において記載すべき第8次医療計画の基本的な考え方について、以下のようなご意見があった。
 - ・認知症については、精神科病院のみならず一般病院においても対応することが重要ではないか。
 - ・ストレス関連障害、認知症といった疾患を有する患者数が増加してきていることについて、統合失調症をモデルとした形の医療では対応しきれない部分があるのではないか。

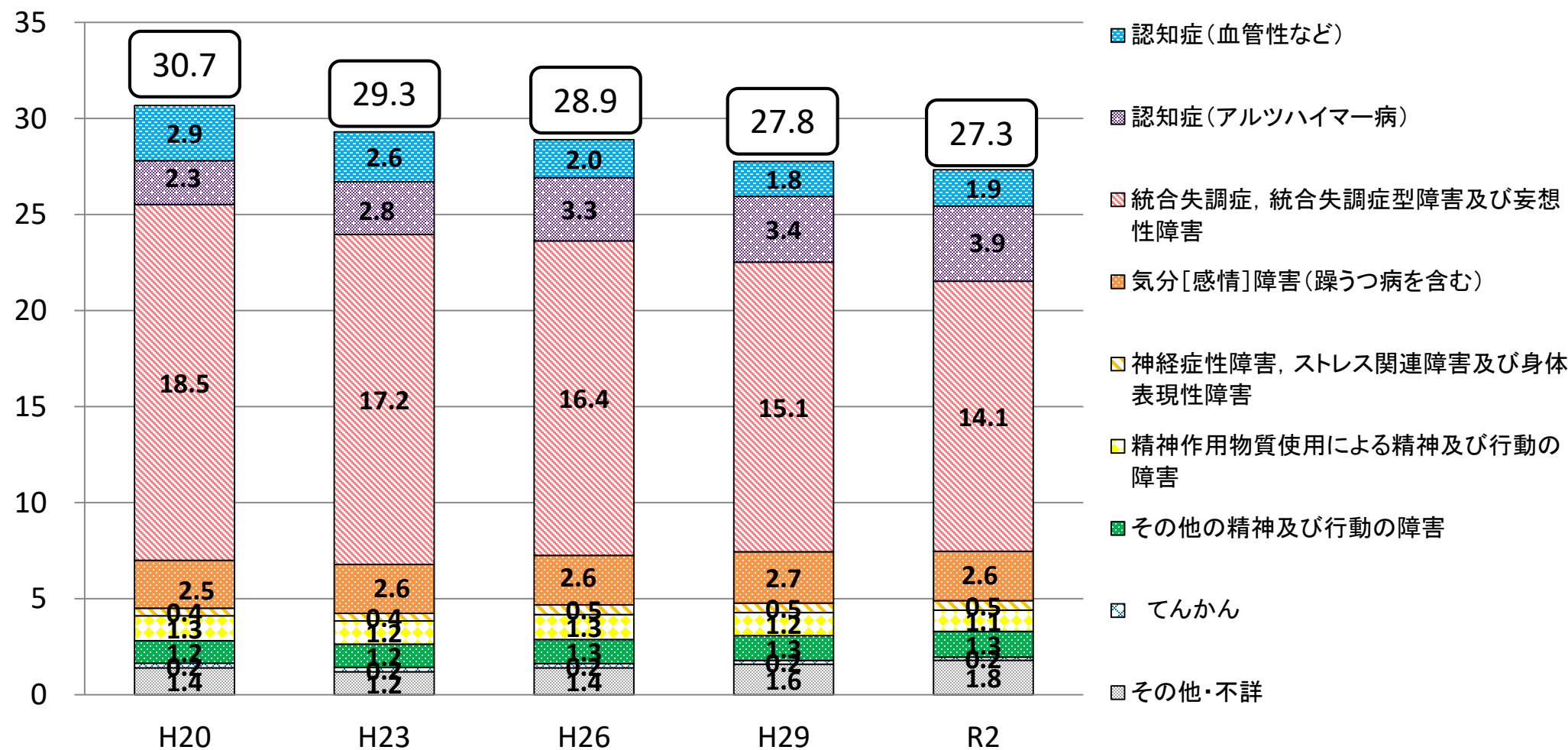
＜指標例について＞

- 精神疾患等ごとの指標例については、以下のようなご意見があった。
 - ・精神の指標とその他4疾病の指標について、可能な範囲において、横串を指すことを検討してはどうか。
 - ・医療観察法や自殺対策等に係る指標については、政策に係る医療という視点も踏まえつつ検討することが必要ではないか。

精神疾患を有する入院患者数の推移(精神病床・疾病別内訳)

○ 精神病床に入院する入院患者数の推移は以下のとおり。

(単位:万人)



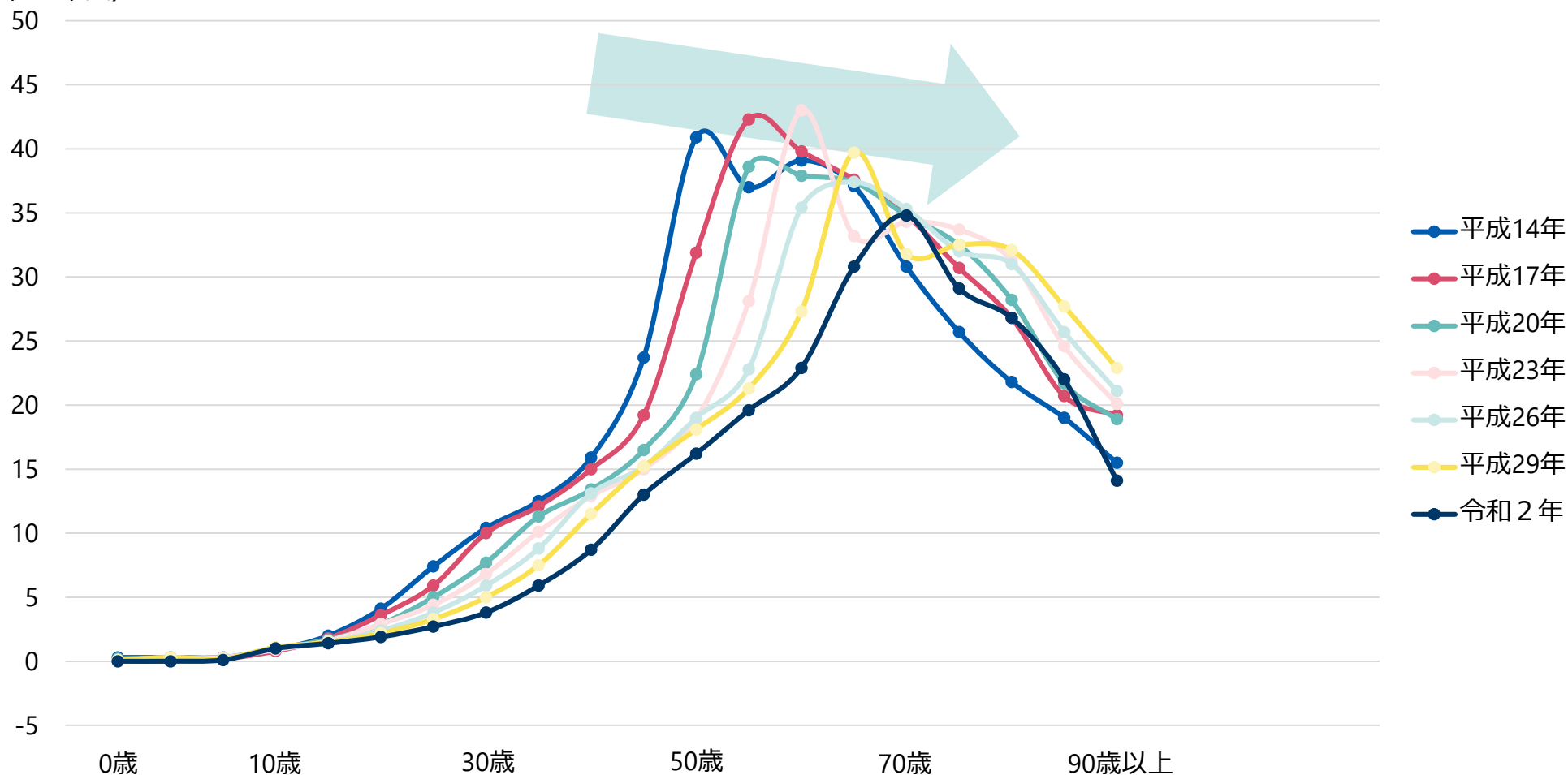
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より精神・障害保健課において作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

○精神疾患を有する入院患者のピークは高齢化してきており、年齢階級別の入院受療率が経年的に変化している。

(単位：千人)



精神病床における基準病床数の算定式の見直しについて

対応の方向性

- 第8次医療計画における精神病床における基準病床数の算定式については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
 - 近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするべきである。
 - その際には、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきである。



見直し案

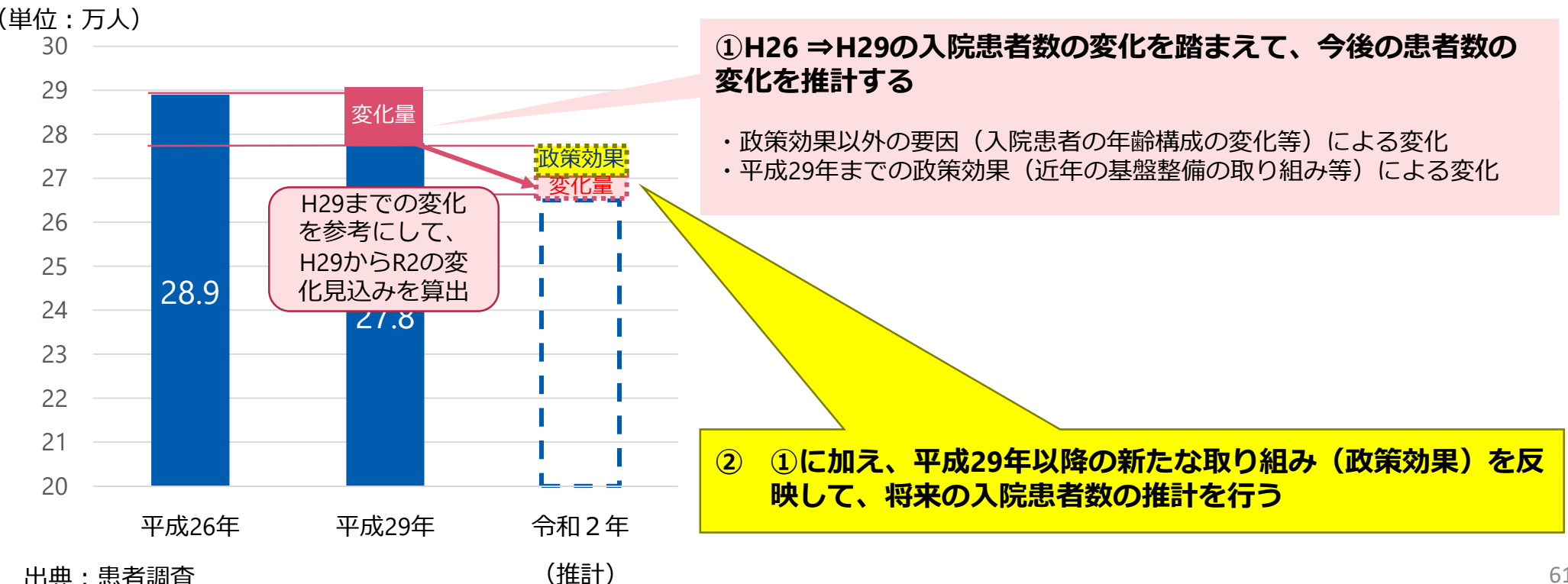
- 検討会における取りまとめを踏まえ、政策効果と政策効果以外の両者の影響を勘案できる算定式として、厚生労働科学研究において新規の算定式について検討した。
- 具体的には、患者の年齢構成の変化及びこれまでの政策効果を含めた、近年の入院患者の減少傾向を反映するとともに、今後の新たな政策効果を反映した算定式を用いることとしてはどうか。

推計方法の考え方

- 入院患者の年齢構成の変化等の政策効果以外の要因と、政策効果の要因を勘案して、将来の推計を行うこととする。
- 具体的には、
 - ①入院患者の年齢構成の変化及びこれまでの政策効果を含め、近年の入院患者数の変化を踏まえて今後の患者数の変化を推計するとともに、
 - ②今後の新たな政策効果を反映して、将来の入院患者数の推計を行う。

(例) 令和2年の入院患者数を平成29年までのデータを用いて推計する場合のイメージ

精神病床における入院患者数

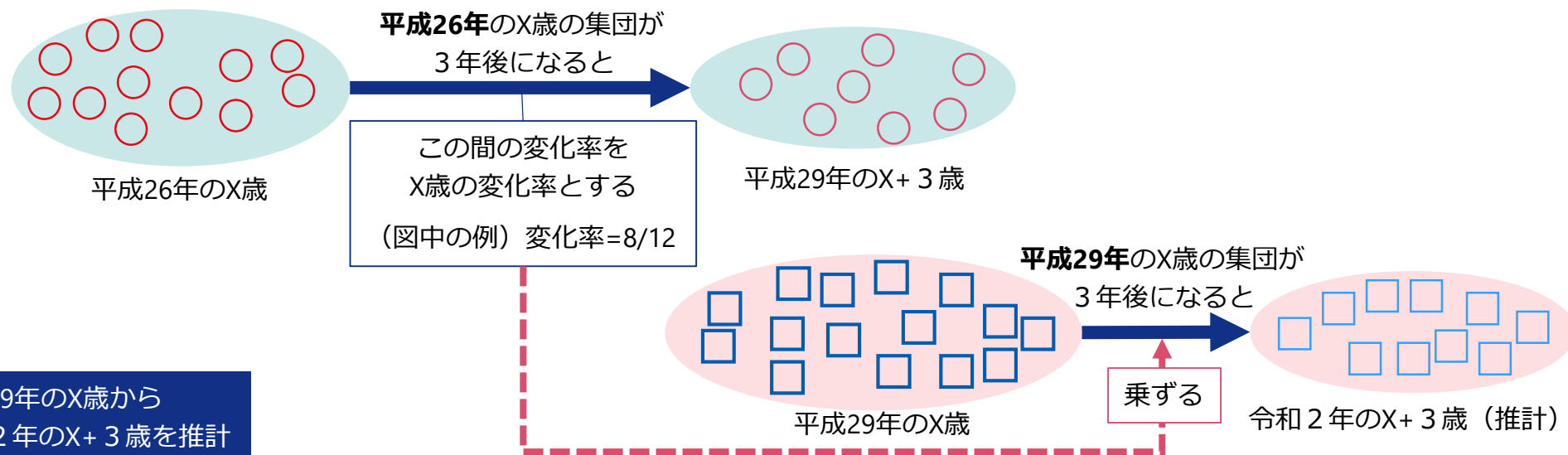


近年の入院患者数の変化を踏まえた今後の患者数の変化の推計

- 近年の入院患者数の変化を踏まえた今後の患者数の変化の推計方法として、ある世代の現在の入院患者数をもとに、当該世代の将来の入院患者数を推計するモデルを用いることとする。
※年齢階級別の入院受療率が経年的に変化していることから、年齢階級別入院受療率を一定とする前提は置かない。
- 具体的には、年齢が上昇する際の入院患者数の変化率を算出して、各世代の現在の入院患者数に乗ずることで、各世代の将来の入院患者数を推計する。

(例) 平成26年⇒平成29年の変化率を踏まえた、平成29年⇒令和2年の変化量

- 平成29年のX歳の入院患者数を元に令和2年のX+3歳の入院患者数を求める場合、以下のように推計を行う。
 - ① 平成26年から平成29年の3年間で、X歳がX+3歳となるにあたりどれだけ入院患者数が増減したか（変化率）を計算する
 - ② ①で求めた変化率を平成29年のX歳の入院患者数に乘じ、令和2年のX+3歳における入院患者数を推計する。



政策効果に係る係数について（案）

- 慢性期の入院患者数については、地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果に係る係数を設定する。
- 今後の政策効果に係る係数は、各都道府県の慢性期の入院患者数が、人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県に近づく方向で設定する。
- なお、ここでの政策効果とは、慢性期の入院患者について、医療の向上や基盤整備等による受け皿の充実、認知症施策の推進等により、地域移行を推進し入院患者数を減少させる効果のことをいう。

係数について

- 人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）での人口当たりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準を上回る県は、その水準に近づける方向で、将来推計値を調整する係数を設定。
 - 地域移行を一層推進する観点から、今後の政策効果についての目標として機能するものとする。
 - 優れた取り組みを参考にするとともに、現実的な目標である必要があることから、実際にその水準を達成している県（47都道府県の上位10%）の値を参考としたうえ、その値に一定程度近づけるものとする。

算出方法

- 2029年の人口当たりの慢性期の推定入院患者数（X）と、現時点で人口当たりの慢性期の入院患者数が少ない県の水準（Y）*を比較。
 - ✓ $X \leq Y \rightarrow$ 係数は0とする。
 - ✓ $X > Y \rightarrow$ 慢性期の入院患者数が少ない県の水準に一定程度近づくよう、以下の方法で設定する。
 - 差がXの2割未満【 $(X - Y) / X$ が0.2未満】の場合、差の半分を標準の係数として設定する。
 - 差がXの2割以上【 $(X - Y) / X$ が0.2以上】の場合、0.1を標準の係数に設定する。
- なお、都道府県は、上記の手法で算出した標準の係数から、 ± 0.02 の範囲で係数を調整することができる
- 1からこの係数を差し引いた値を、慢性期の患者数の推定値に乗じて、基準病床数の算出に用いることとする。

精神病床における基準病床数の算定式（案）

○患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。

○基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和○年における基準病床数算定式＝

$$\left(\begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{（認知症を除く）} \end{array} \times \text{政策効果} \begin{array}{l} (1-A) \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和○年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{（認知症）} \end{array} \times \text{政策効果} \begin{array}{l} (1-B) \end{array} \right) + \left(\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数} \right) - \left(\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数} \right) \times (1 / \text{病床利用率})$$

政策効果に関する係数

- 政策効果A：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数
（地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果）
- 政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数
（認知症施策の推進等に関する政策効果）

※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

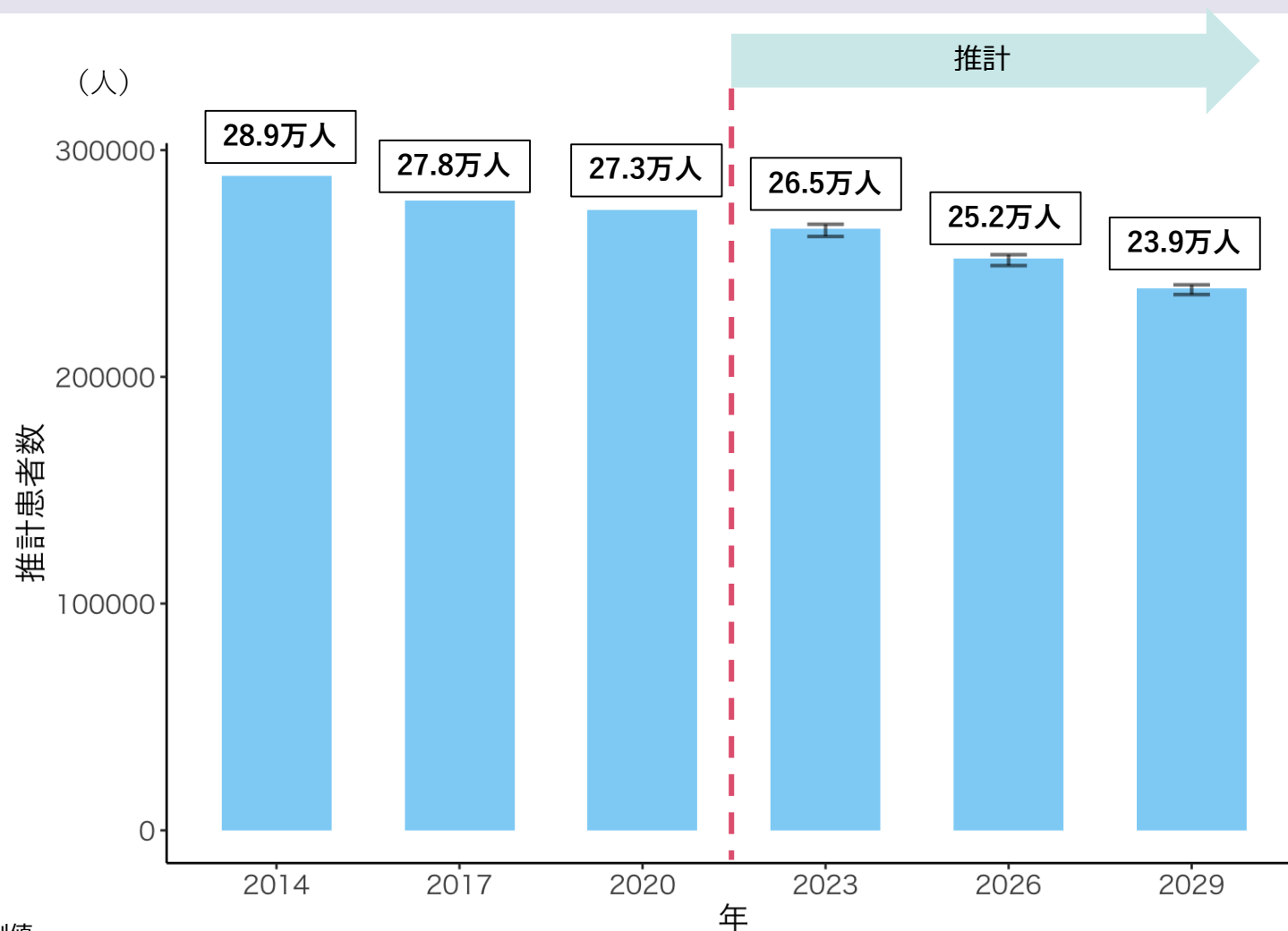
病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。
- 新算定式においても0.95を用いる。

（急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上）

入院患者数の推移（研究班提供）

○ 精神病床に入院している患者数のこれまでの推移と、「精神病床における基準病床数の算定式改定案」を用いて、推計した将来の入院患者数は以下のとおり。



注1：患者調査実測値。

注2：エラーバーは都道府県が調整できる係数の上限値の場合と下限値の場合の推計入院患者数を示している

指標例の見直しについて

対応の方向性

- 第8次医療計画における指標例については、現在、厚生労働科学研究において検討が進められているが、検討に当たっては、以下の点を踏まえることが必要である。
 - 患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画における指標例を含めて定めるべきである。
 - その他、普及啓発や人材育成を目的とする研修等の実施回数、受診前相談・入院外医療の充実、都道府県等における精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携等の指標を新たに設けるべきである。
 - 患者の権利擁護等について、障害者権利条約や本検討会での具体の方策を踏まえた指標を検討するべきである。また、医療の受け手である患者の立場から、診療時間についても指標例としてほしいとの意見があった。
 - 地域の精神医療提供体制の見える化を図るとともに、患者が安心して受けられる精神科医療を提供するという観点から、有用かつ都道府県にとって簡便な指標となるよう、取捨選択を図るべきである。
- また、現行の精神指針では、精神疾患等ごとの指標例とともに、各疾患等の現状・課題が掲げられている。令和3年12月の障害者部会「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しについて」中間整理では、「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」とされている。このため、第8次医療計画では、精神保健に関する課題が、母子保健・子育て支援、高齢・介護、生活困窮・生活保護等、相談内容が多様化している現状に照らし、そうした相談内容も踏まえつつ、各疾患等について、その特性を踏まえた医療提供体制の基本的な考え方を、精神指針で示すべきである。

見直し案

- 検討会における取りまとめを踏まえ、また、医療計画の見直し等に関する検討会でのご意見も踏まえつつ、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例について、厚生労働科学研究において検討した。
- 具体的には、次のとおり見直すこととしてはどうか。

第 8 次医療計画指標例（案）

●重点指標

普及啓発、相談支援		地域における支援、危機介入		診療機能		拠点機能		
ストラクチャー		保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数		救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数		各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数		てんかん支援拠点病院数
	●	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	●	精神科救急医療機関数（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）		各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数		依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
		心のサポーター養成研修の実施回数		DPAT先遣隊登録機関数	●	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	●	摂食障害支援拠点病院数
		認知症サポート医養成研修修了者数		救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数		精神疾患診療体制加算又は精神疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	●	指定通院医療機関数
				精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	●	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数		高次脳機能障害支援拠点機関数
			在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	●	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数		認知症疾患医療センターの指定医療機関数	
			精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数		認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数			
					依存症専門医療等機関数			
					認知症ケア加算を算定した医療機関数			
プロセス		保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数		精神科救急医療体制整備事業における入院件数		各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数		認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	●	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数		精神科救急医療体制整備事業における受診件数		各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数		指定通院医療機関の患者数
		心のサポーター養成研修の修了者数		救急患者精神科継続支援加算を算定した患者数		精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数		てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数		救命救急入院料精神疾患身体治療初回加算の算定している患者数		精神疾患診療体制加算又は精神疾患患者受入加算を算定した患者数		依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
		かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数		精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数		摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
			●	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数		閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数		
			精神疾患の救急車平均搬送時間		認知療法・認知行動療法を算定した患者数			
					隔離指示件数			
					身体的拘束指示件数			
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						
	●	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(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						

【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）アルコール・薬物・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
令和4年度厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」研究班からの提案