

5疾病・5事業について (その3;5疾病について)

目次

1. 第2回検討会での議論について
2. がんの医療体制について
3. 脳卒中及び急性心筋梗塞の医療体制について
4. 糖尿病の医療体制について
5. 精神疾患の医療体制について

1. 第2回検討会での議論について

医療計画における記載すべき疾病及び事業について

5疾病

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

5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)

次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

イ 救急医療

ロ 災害時における医療

ハ へき地の医療

ニ 周産期医療

ホ 小児医療(小児救急医療を含む。)

ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

疾病・事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日付 医政指発0720001号)

疾病・事業のそれぞれについて、内容として次の事項を記載することとした。

①「必要となる医療機能」 ②「各医療機能を担う医療機関等の名称」 ③「数値目標」

第6次医療計画

○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
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 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(小児救急含む)
- ・ その他特に必要と認める医療

○居宅等における医療

○医療従事者の確保

○医療の安全の確保

○医療提供施設の整備目標

○基準病床数

○その他の医療提供体制の確保に必要な事項

○事業の評価・見直し 等

医療計画における記載する疾病及び事業の考え方

第2回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料
平成28年6月15日	2

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

5事業[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

※ なお、このような考え方から、それぞれの疾病及び事業について、医療計画作成指針では次のことを記載することとしている。

- ①患者動向、医療の現状把握 ②必要となる医療機能 ③数値目標の設定、必要な施策
④各医療機能を担う医療機関等の名称 等（平成24年3月30日付 医政発0330第28号）

5疾病・5事業に関する論点

第2回医療計画の見直し 等に関する検討会	資料
平成28年6月15日	2

地域での医療提供体制の実情を考慮した上で、高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化に対応するため、医療計画に記載すべき疾病・事業について、次のような観点から検討することとしてはどうか。

1. 医療計画に記載すべき疾病について

- ・ 医療計画に記載すべき疾病は、広範かつ継続的な医療の提供が必要なこと等の理由から、医療計画以外の他の健康増進計画等と調和を取りながら対策を進める必要がある。
- ・ このようなことを踏まえ、医療計画に記載すべき疾病のあり方について、今後の疾病構造の変化を踏まえ、どのように考えるか。
- ・ 例えば、高齢化の進展に伴い今後さらに増加する疾病については、他の関連施策と調和を取りながら、予防を含めた地域包括ケアシステムの中で対応することとしてはどうか。

2. 医療計画に記載すべき事業について

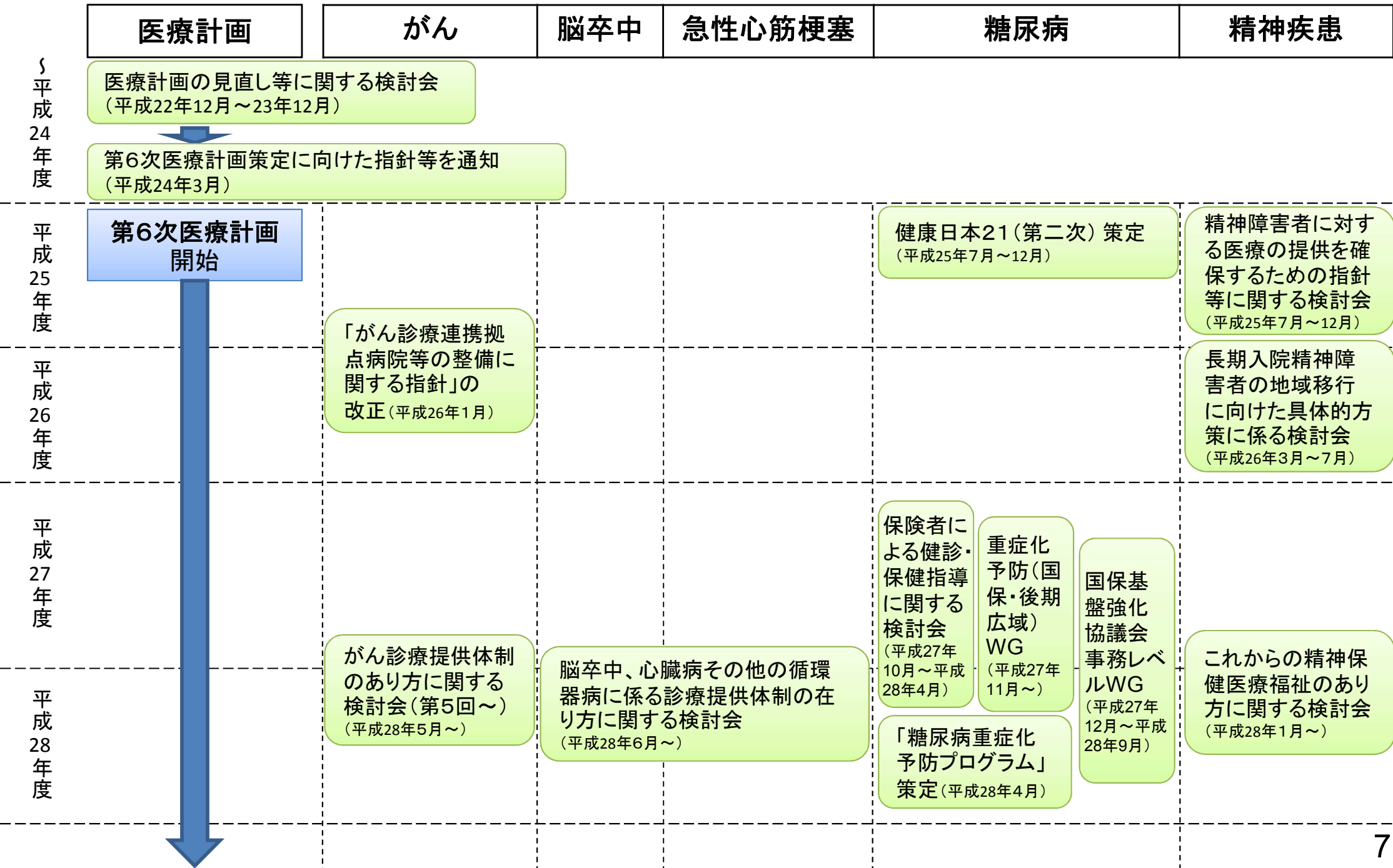
- ・ 医療計画に記載すべき事業については、地域における医療の確保に必要な基本的なものであり、引き続き現状の5事業について重点的に取り組むこととしてはどうか。

第2回検討会での主な意見

医療計画の見直し等に関する検討会第3回参考資料1より抜粋

- 5疾病・5事業については、引き続き現行のものを充実させていけばよい。
- 基本的に二次医療圏で医療を完結させるように5疾病・5事業をすべきであるので、人口減少が進む地方でも、医療圏を統合するなど、体制づくりが必要。
- 患者や住民が安心して医療を受けられるようになるための対策に、これまで以上に地域の特性を強調する必要があるのではないか。
- 何らかの生活機能障害を持っておられる高齢の方の急性の病気に対する対策は、5疾病・5事業の範疇を超えるのではないか。

5疾病に関する検討等の経緯について



2. がんの医療体制について

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

がん診療提供体制の構築に関する経緯

第6次医療計画（平成25年～）

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の改正（平成26年1月）

○拠点病院に求める要件について、以下のとおり見直した。

- ・ 人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化。
- ・ 緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「**地域がん診療病院**」の新設。
- ・ 特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的作用を果たす「**特定領域がん診療連携拠点病院**」の新設。
- ・ 各拠点病院での**院内のPDCAサイクルの確保（患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等）。**
- ・ 都道府県内のがん診療連携拠点病院等における**情報共有・相互評価**と、地域への広報。

第5～8回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会（平成28年5月～8月）

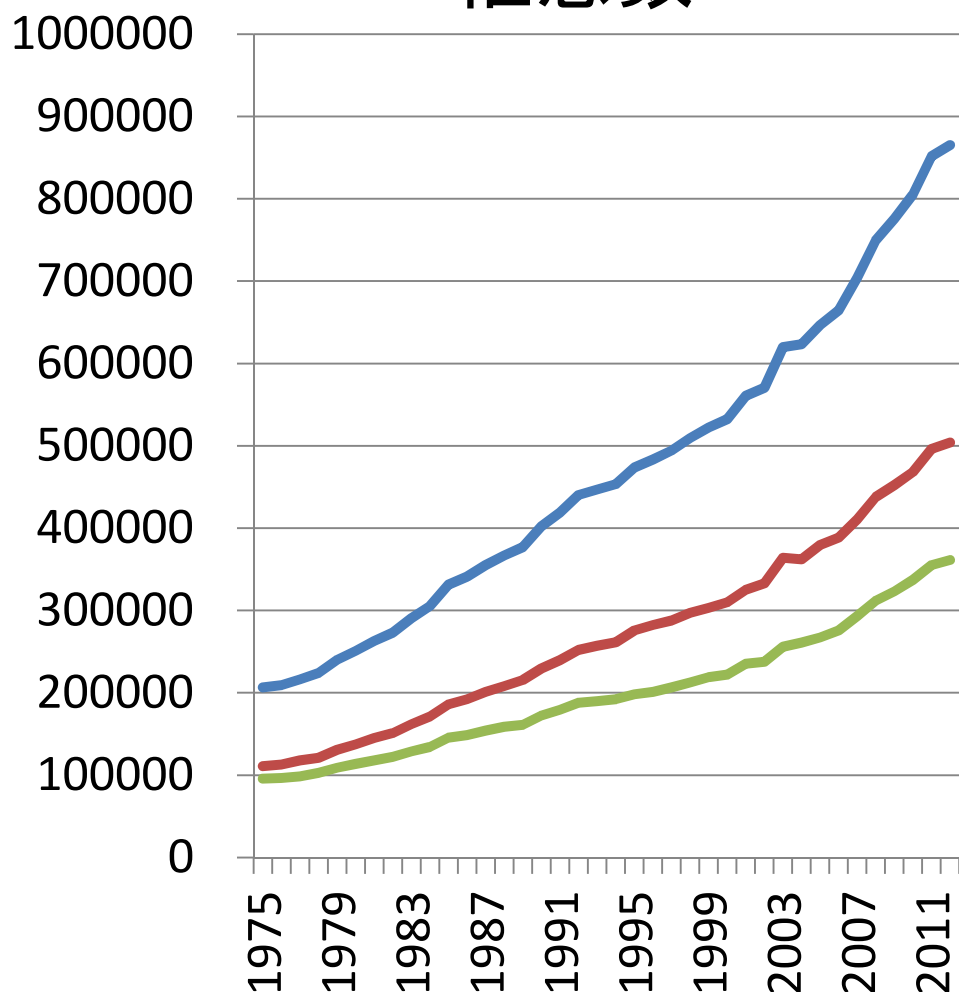
○平成29年6月の次期がん対策推進基本計画に向け、以下の内容等について議論中。

- ・ がん医療の「均てん化」の取り組みの継続
- ・ ゲノム医療、医療安全、支持療法等の「集約化」すべき分野の検討

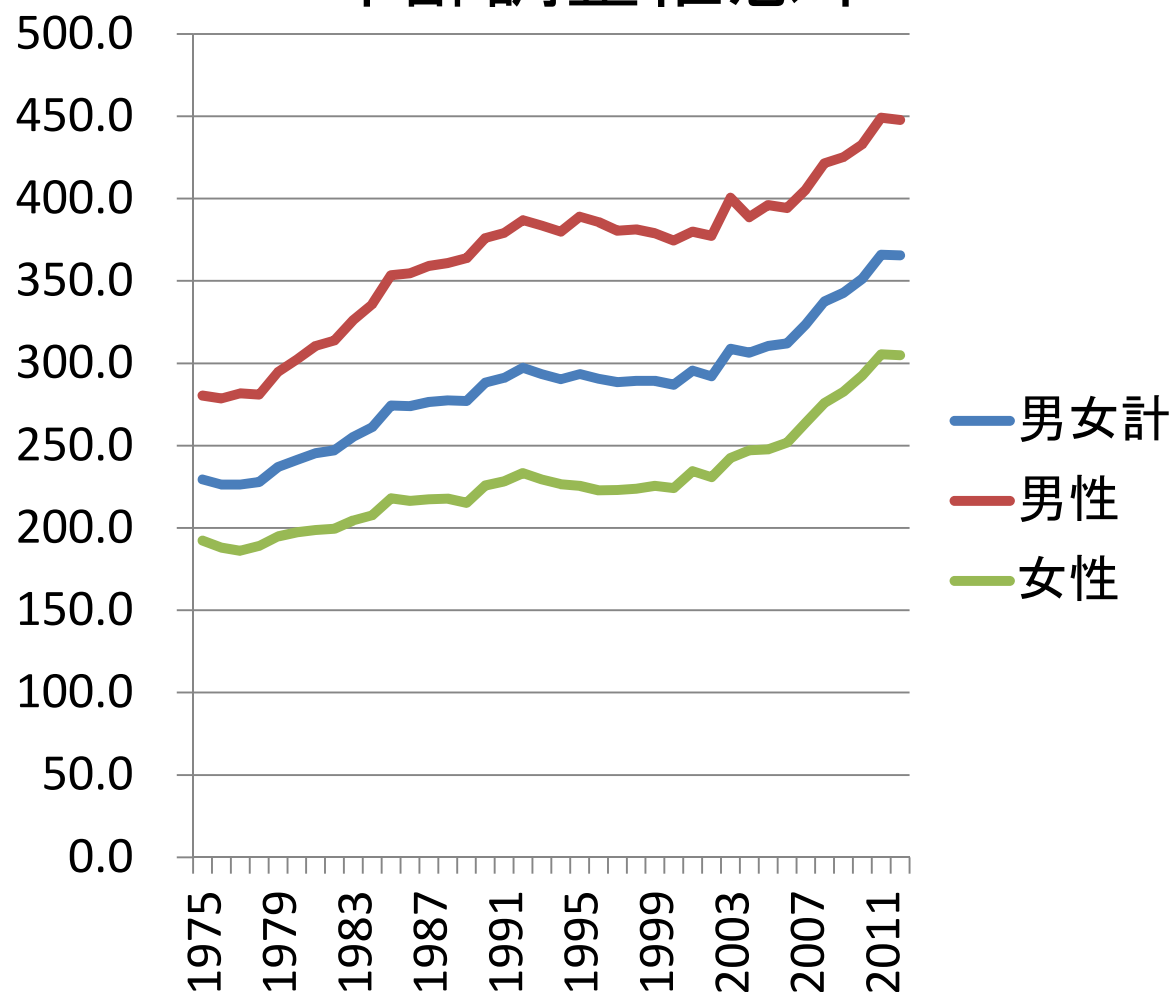
日本のがんの現状

- 日本人のがんの罹患数は増加しており、2012年の罹患数は約86万人である。
- 高齢化の影響を調整した年齢調整罹患率では、2011年から2012年にかけて減少した。

罹患数



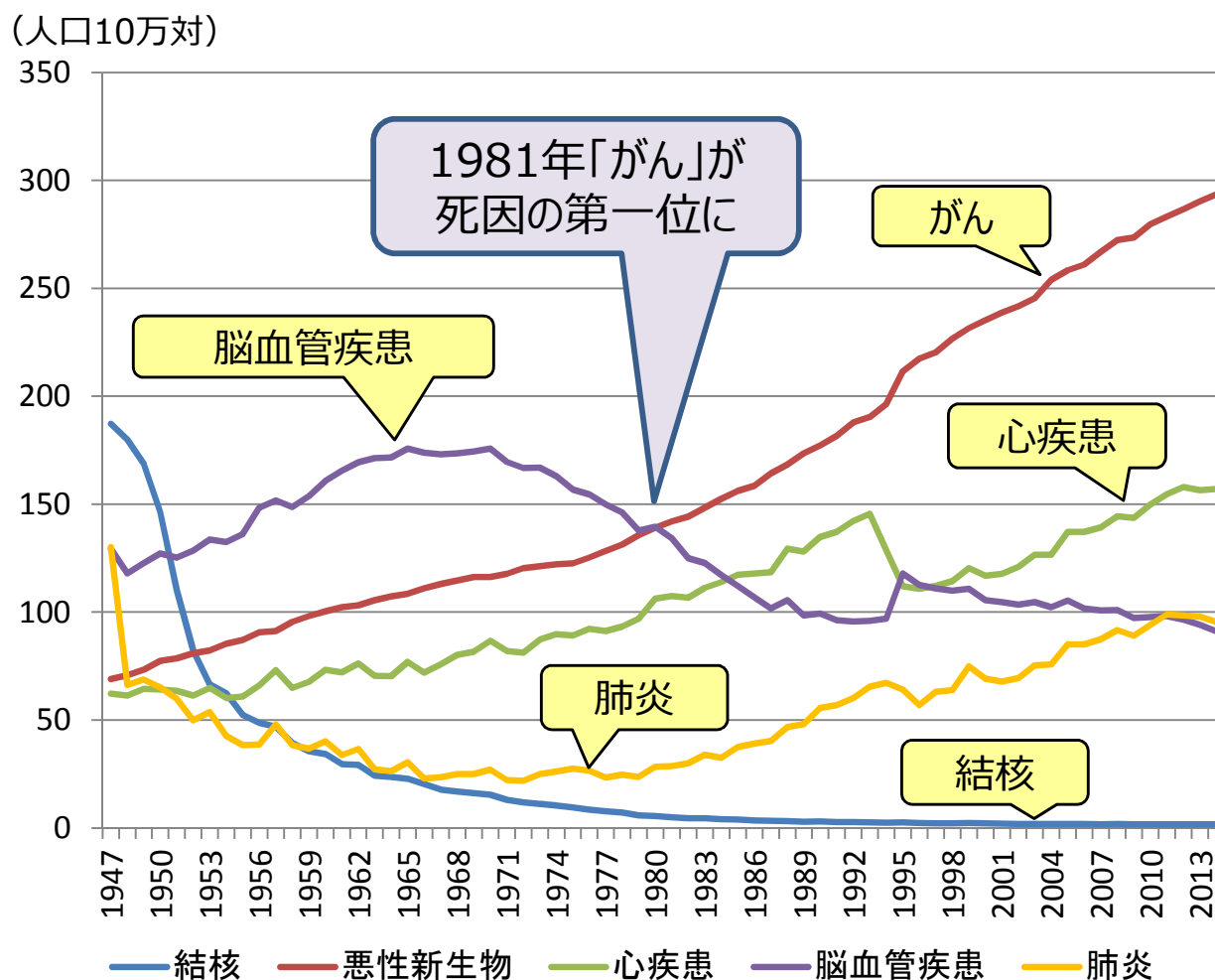
(人口10万人対) 年齢調整罹患率



日本のがんの現状

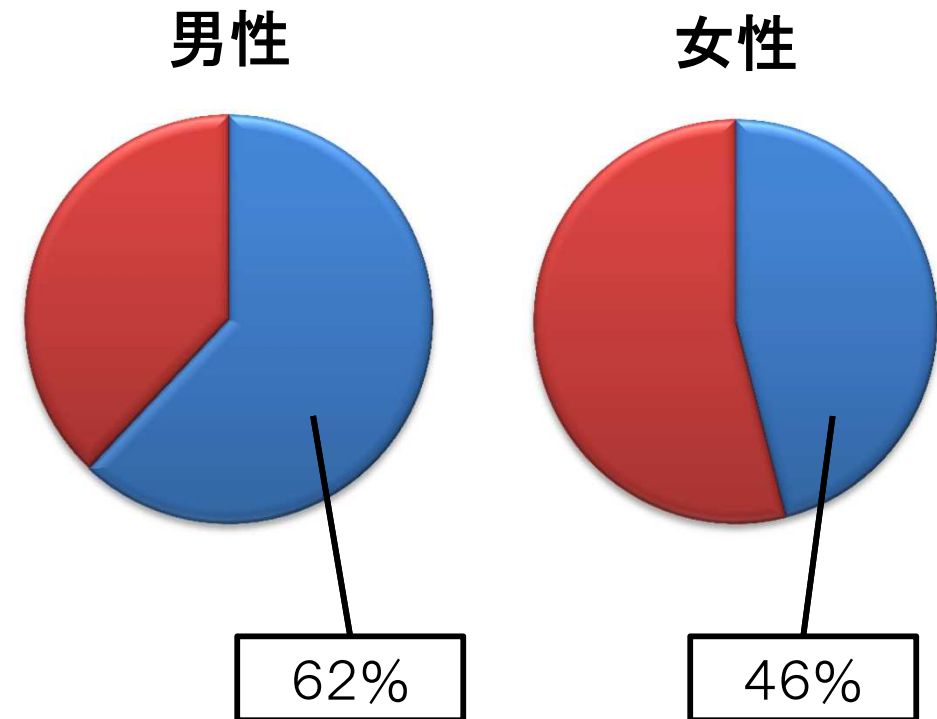
- 日本人の3人に1人が、がんで死亡。(2014年は、年間死亡者約37万人(全死因に対し28.9%))
- 日本人の2人に1人が、生涯でがんになる。

「我が国における粗死亡率の推移（主な死因別）」



出典 平成26(2014)年人口動態統計

「生涯でがん罹患する確率」



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
(2011年)

がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

(※)は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

(4) 働く世代や小児へのがん対策の充実(※)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組(※)
- ⑥その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

7. 小児がん(※)

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発(※)

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題(※)

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

がん対策は、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月)に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年6月1日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防

- ① **がん検診**
 - ・ 精検受診率等の目標値設定
 - ・ 市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表
 - ・ 保険者に対する検診ガイドラインの策定
 - ・ 検診対象者等へのインセンティブの導入
- ② **たばこ対策**
 - ・ FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
 - ・ 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
 - ・ ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化
- ③ **肝炎対策**
 - ・ 患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進
- ④ **学校におけるがん教育**
 - ・ 「がんの教育総合支援事業」の実施 等

治療・研究

- ① **がんのゲノム医療**
 - ・ ゲノム医療実現に向けた実態調査
 - ・ 全ゲノム情報等の集積拠点の整備
 - ・ 家族性腫瘍の検査・治療等の検討
- ② **標準的治療の開発・普及**
 - ・ 高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証
- ③ **がん医療に関する情報提供**
 - ・ 患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築
- ④ **小児・AYA世代のがん、希少がん**
 - ・ 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討
 - ・ AYA世代のがん医療等の実態調査
- ⑤ **がん研究**
 - ・ 「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等

がんとの共生

- ① **就労支援**
 - ・ 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施
 - ・ ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催
 - ・ 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援
 - ・ 企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発
- ② **支持療法の開発・普及**
 - ・ 支持療法に関する研究の推進
- ③ **緩和ケア**
 - ・ 緩和ケアチームの現地研修の実施
 - ・ 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
 - ・ 地域連携のための訪問看護師の育成 等

避けられるがんを防ぐ

がん死亡者の減少

がんと共に生きる

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

がん診療連携拠点病院のあゆみ

- 平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針
- 平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始(5施設)
- 平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書

拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。

- 平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について
- 平成18年6月 がん対策基本法 成立
- 平成19年4月 がん対策基本法 施行
- 平成19年6月 がん対策推進基本計画の閣議決定
- 平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について
- 平成24年6月 がん対策推進基本計画(2期目)の閣議決定
- 平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- 平成26年1月 **がん診療連携拠点病院等の整備について(現在の指針)**

平成28年4月1日現在 399施設が指定(その他、地域がん診療病院として、28施設が指定)

がん診療連携拠点病院等(H26.1月 整備指針)

「第5回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」資料2

地域がん診療連携拠点病院

- 2次医療圏に1カ所整備し、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供を担う。
- 診療体制(手術、化学療法、放射線治療、緩和ケア)、診療従事者、診療実績、研修の提供、情報の収集提供体制(相談支援センター)等についてそれぞれ満たすべき要件が定められている。

都道府県がん診療連携拠点病院

- 原則として都道府県に1カ所。
- 都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し、中心的な役割を果たす。
- 地域がん診療連携拠点病院が満たすべき要件に加え、緩和ケアセンターの整備、都道府県内の他の拠点病院に対する研修を行うことなどが要件化されている。

地域がん診療病院(新たな枠組み)

- 隣接する2次医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定し、がん診療連携拠点病院の無い2次医療圏に1カ所整備する。
- 集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携、役割分担により対応出来る体制を整備する。

特定領域がん診療連携拠点病院(新たな枠組み)

- 特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する医療機関を指定する。
- 基本的に地域がん診療連携拠点病院の指定要件を満たすこととする。

国立がん研究センター

- 我が国全体のがん医療の向上を牽引していくために、医師、その他の診療従事者の育成、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催などが要件化されている。

がん診療連携拠点病院等

「第5回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」資料2

平成28年4月1日時点

がん診療連携拠点病院: 399カ所
地域がん診療病院: 28カ所

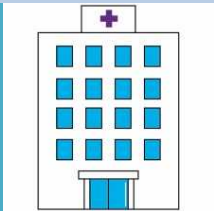
都道府県がん診療連携拠点病院



49カ所

都道府県内の
拠点病院全体
のとりまとめ

特定領域 がん診療連携拠点病院



1カ所

地域がん診療連携拠点病院



347カ所

地域がん診療病院



28カ所



隣接する2次医療圏の拠
点病院とグループ化

国立がん研究センター

- ・ 様々な研修
- ・ 都道府県がん診療連携拠点
病院連絡協議会の開催 等

2カ所

空白の2次医療圏(拠点病院、地域がん診療病院の無い2次医療圏): 75箇所

拠点病院等の指定要件(H26.1)①

<診療実績>

「第5回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」資料2

がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院

診療実績

下記1または2を概ね満たすこと。

1. 以下の項目をそれぞれ満たすこと。

- ・ 院内がん登録数 500 件以上
- ・ 悪性腫瘍の手術件数 400 件以上
- ・ がんに係る化学療法のべ患者数 1000 人以上
- ・ 放射線治療のべ患者数 200 人以上

2. 相対的な評価

- ・ 当該2次医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること。

- ・ 当該2次医療圏のがん患者を一定程度診療していることが望ましい。

<医療施設>

がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院

医療施設

- ・ 放射線治療に関する機器の設置(リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。)
- ・ 外来化学療法室の設置
- ・ 原則として集中治療室設置
- ・ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌室設置
- ・ 術中迅速病理診断実施可能な病理診断室の設置

- ・ 自施設で放射線治療を提供する場合には、放射線治療機器の設置(リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。)
- ・ 外来化学療法室は同左
- ・ 集中治療室を設置することが望ましい。
- ・ 無菌室は同左
- ・ 病理診断室は同左

拠点病院等の指定要件(H26.1)②

＜診療従事者に関する指定要件＞

「第5回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」資料2

がん診療連携拠点病院

地域がん診療病院

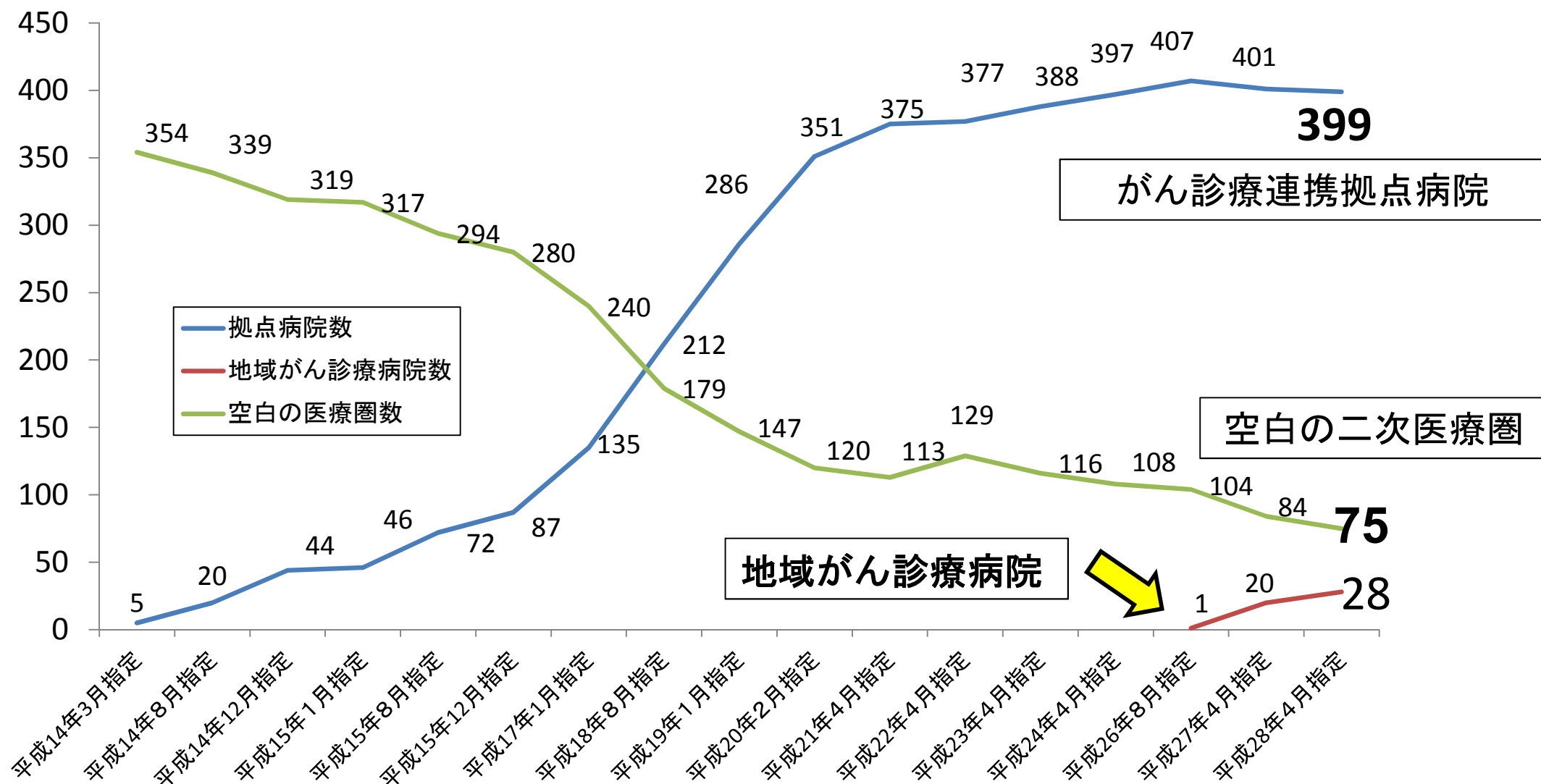
手術	手術療法に携わる常勤医師	手術療法に携わる医師
放射線診断・治療	- 放射線治療に携わる専従医師(原則として常勤) - 放射線診断に携わる専任医師(原則として常勤) - 常勤、専従の放射線技師(2名以上の配置、放射線治療専門放射線技師が望ましい) - 機器の精度管理、照射計画等に携わる常勤の技術者(医学物理士であることが望ましい) - 放射線治療室への常勤、専任看護師の配置(がん放射線療法看護認定看護師であることが望ましい)	- 放射線治療を実施する場合は専従医師の配置 <u>放射線診断医の規定無し</u> - 常勤、専従の放射線技師(放射線治療専門放射線技師が望ましい) <u>技術者の規定無し</u> - 放射線治療を実施する場合は放射線治療室への常勤、専任看護師の配置(がん放射線療法看護認定看護師であることが望ましい)
化学療法	- 化学療法に携わる常勤かつ<u>専任</u>の医師(原則として<u>専従</u>) <u>常勤、専任薬剤師の配置</u>(がん専門薬剤師等であることが望ましい) - 外来化学療法室に専任、常勤の看護師(がん看護専門看護師等であることが望ましい)	- 化学療法に携わる常勤医師(原則として<u>専任</u>) <u>薬剤師の規定なし</u> - 看護師は同左
病理	- 病理診断に携わる常勤、<u>専従</u>の医師 <u>専任</u>の細胞診断業務に携わる者(細胞検査士が望ましい)	- 病理診断に携わる<u>専任</u>の医師の配置が望ましい。 - 細胞診断業務に携わる者の配置。(細胞検査士が望ましい)
緩和ケアチーム	- 身体症状緩和専門の専任医師(原則として常勤。専従が望ましい) - 精神症状緩和に携わる医師(常勤、専任が望ましい) - 専従、常勤の看護師(要件に規定された専門看護師であること)	- 医師については同左 - 専従、常勤の看護師(要件に規定された専門看護師であることが<u>望ましい</u>)
相談支援センター	専従と専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ(相談員基礎研修1～3を修了していること)	同左(<u>1人は相談員基礎研修1, 2までの修了でよい</u>)
院内がん登録	研修を修了した専従の院内がん登録実務者1人以上	同左

拠点病院数と拠点病院のない二次医療圏数の推移

「第5回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」資料2

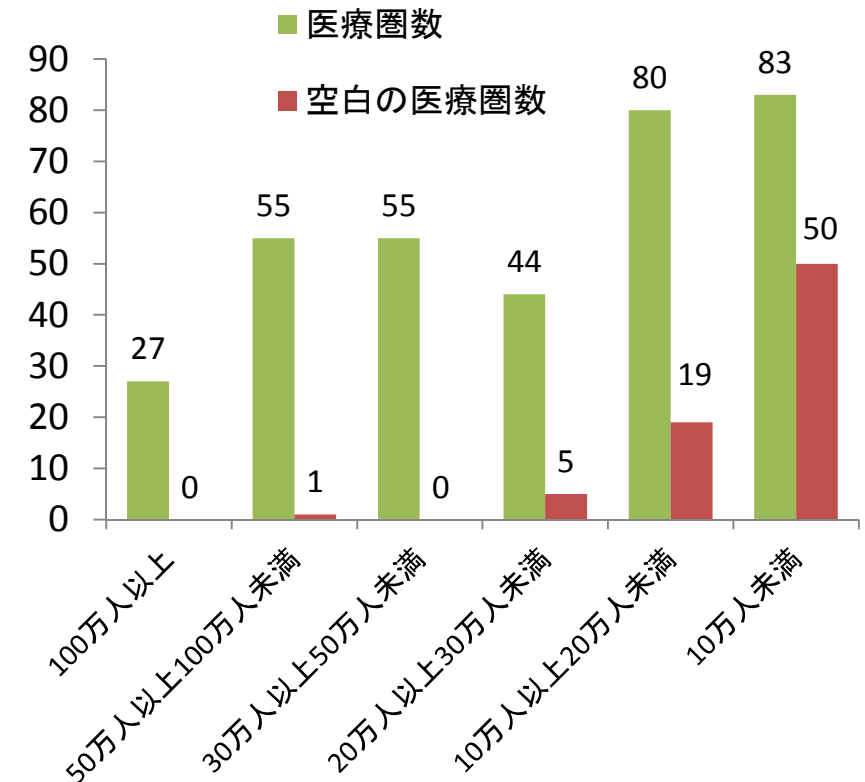
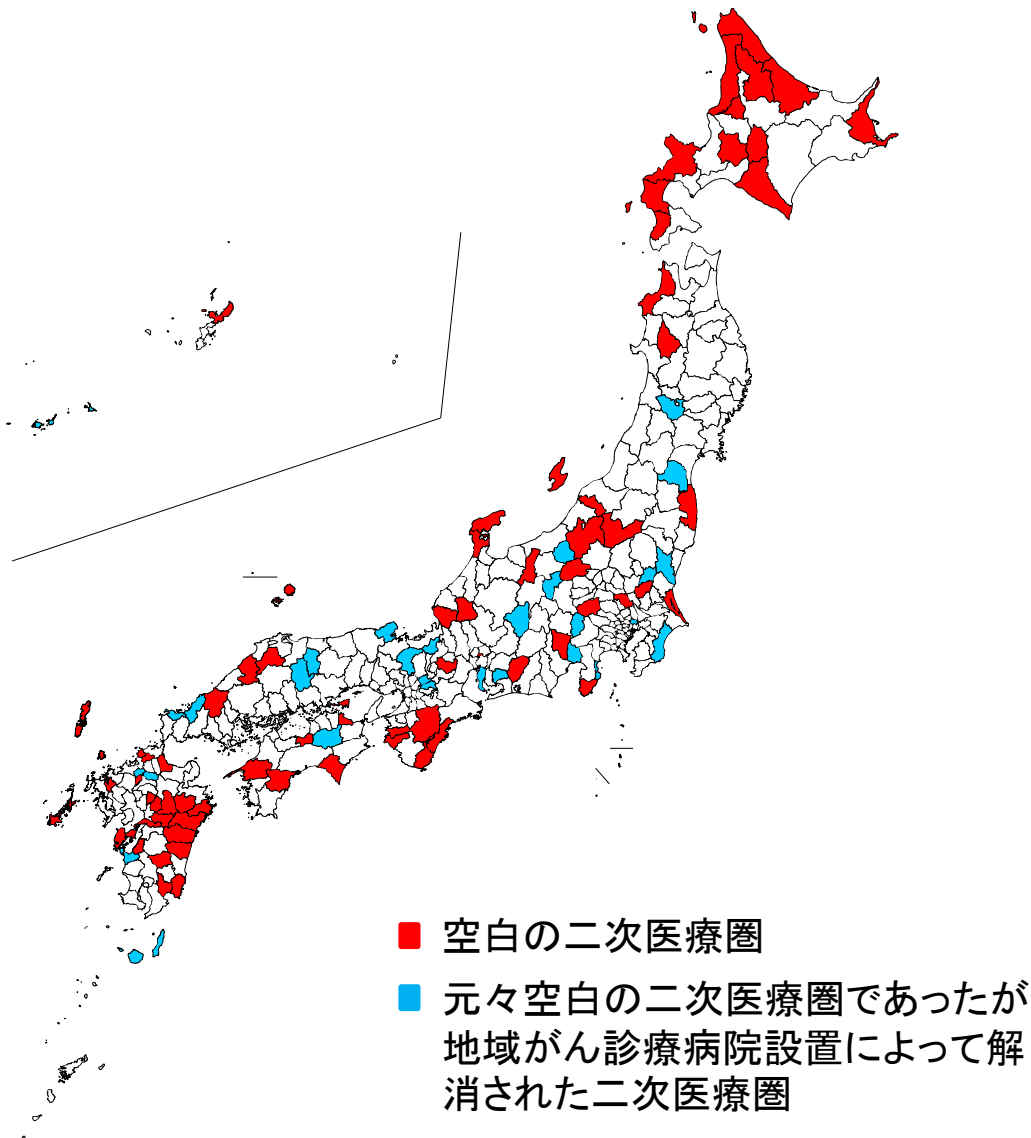
○ 2014年8月より地域がん診療病院を設置。

○ 平成26年度以降、空白の二次医療圏が、108カ所（平成26年4月時点）から75カ所（平成28年4月時点）に減少した。



全国における空白の二次医療圏の分布状況

○ 地域がん診療病院の設置によって、全国的に、空白の二次医療圏であった地域が一定程度解消された（108地域→75地域）。



現時点における空白の二次医療圏数
→ 75地域

がん診療提供体制のあり方に関する検討会 における議論の内容

➤ 総論

これまで均てん化を目指してがん診療提供体制の整備を進めてきたが、今後、がん診療提供体制はどうあるべきか。

➤ 各論

- ・がんのゲノム医療
- ・がんの放射線治療
- ・がん診療連携拠点病院等における医療安全
- ・「がん診療連携拠点病院等の指定の検討会」における課題
- ・がん医療に関する情報提供

等

現状と課題

- 第8回がん診療提供体制のあり方に関する検討会「第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理(案)」より抜粋
- これまで、がん医療の均てん化のため、2次医療圏ごとに必要ながん医療を提供することを目的とし、がん診療連携拠点病院等の整備を中心に施策を推進してきた。その結果、均てん化については一定の成果が得られている。
- 一方で、がん相談支援センターの対応、緩和ケアの提供体制、セカンドオピニオンへの対応等については、拠点病院等の間で取組に格差があることや、指針で整備が求められている地域連携クリティカルパスについても、それぞれの拠点病院等に具体的な運用が任されており、地域ごとの運用状況に格差があることが指摘されている。
- 指針についても、がん医療の専門化が進み、がんのゲノム医療等治療が高度化していること、様々な医療機器が普及していること等から、一律の基準を定めることの困難さが指摘されており、今後は、集約化した方が良い領域や機能などを考慮し、一律に均てん化するという方針を見直す必要性が求められている。

「均てん化」の取組みの継続

- 第8回がん診療提供体制のあり方に関する検討会「第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理(案)」より抜粋
- がん診療提供体制については、これまで拠点病院等の整備を中心として取り組み、一定の成果が得られていることを踏まえ、均てん化が必要な取り組みに関しては、引き続き拠点病院等を中心とした体制を維持する必要がある。
- 拠点病院等におけるがん診療提供体制の格差を解消し、がん医療の質を担保するため、拠点病院等で行われている相談支援や、緩和ケア等の診療実績の実数を用いた評価、第三者による医療機関の評価等を行うことを検討する必要がある。

「集約化」すべき分野の検討

- 第8回がん診療提供体制のあり方に関する検討会「第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理(案)」より抜粋
- 指針を見直す際には、ゲノム医療、医療安全、支持療法等、新たに盛り込むべき項目について検討すると共に、均てん化の方針のみならず、特にゲノム医療といった分野については、一定の集約化について検討することが必要である。
- また高度な医療を実施するには、教育・人的資源等が必要であり、人材育成を推進すると共に、医療の選択、集中、機能分担、医療機器の適正配置等を考慮する必要がある。

現状と今後の方向性のまとめ

拠点病院体制による均てん化の維持

国立がん研究センター

2カ所

都道府県がん診療連携拠点病院



49カ所

地域がん診療連携拠点病院



347カ所

地域がん診療病院

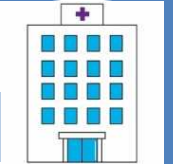


28カ所



1カ所

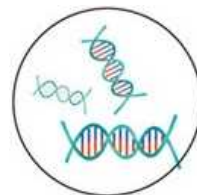
特定領域がん診療連携拠点病院



平成28年4月1日時点

(今後)

ゲノム医療等の
高度・専門的医療



一定の集約化
を検討

3. 脳卒中及び急性心筋梗塞の 医療体制について

脳卒中、心臓病その他の循環器病の 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6次医療計画（平成25年～）

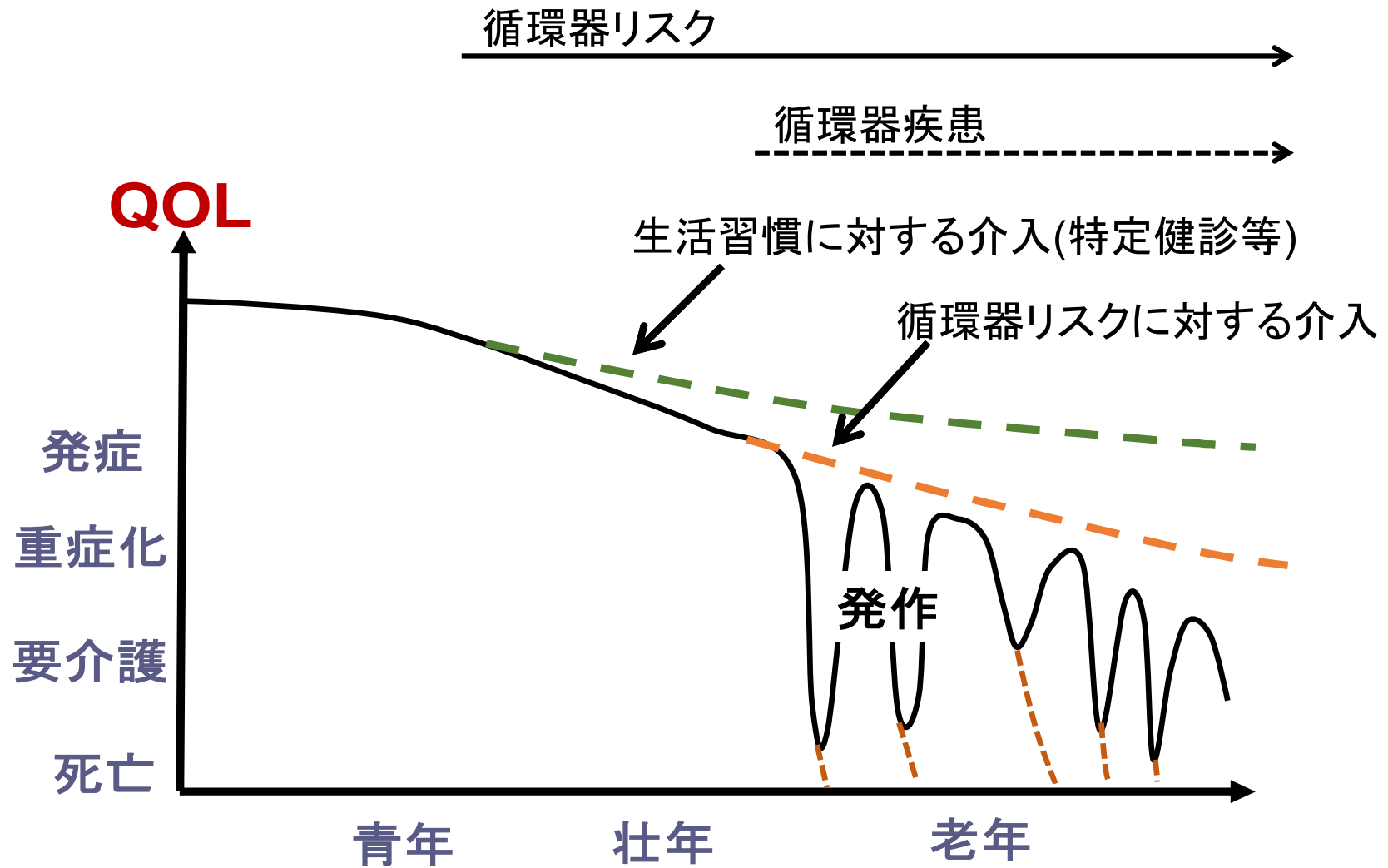
脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会 （平成28年6月～）

○本検討会および心血管疾患と脳卒中の2つのワーキンググループにおいて、以下の内容等について議論を行っている。

- （1）循環器病に係る急性期診療提供体制の在り方について
 - ・搬送～急性期の診療提供体制の在り方について
- （2）循環器病に係る慢性期診療提供体制の在り方について
 - ・回復期～慢性期の診療提供体制の在り方について
- （3）その他循環器病診療提供体制に関する事項について
 - ・急性期診療と回復期～慢性期診療間の連携体制の在り方について
 - ・診療提供体制および個別の医療施設に対する評価指標の設定

循環器病の自然史

平成28年6月30日
第1回脳卒中、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資料



発病後の循環器病をめぐる状況

平成28年6月30日
第1回脳卒中、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資料

発症

急性期

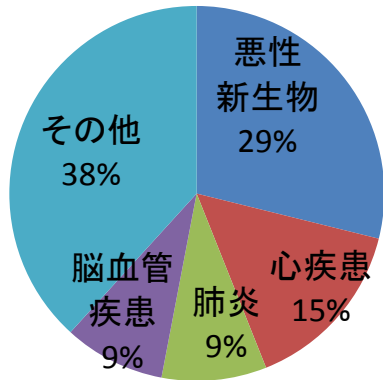
回復期

維持期 慢性期

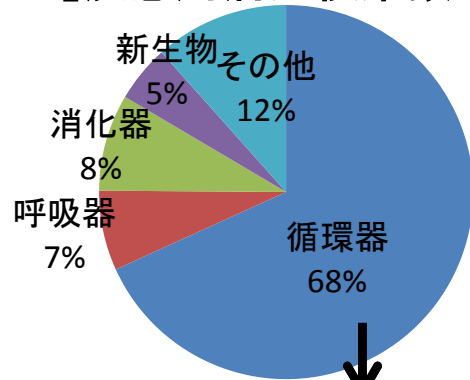
○死亡割合で心疾患は第2位、脳血管疾患は第4位¹。

○疾患別病死検案数の68%が循環器病²。

【死因別死亡割合¹】



【疾患別病死検案数²】



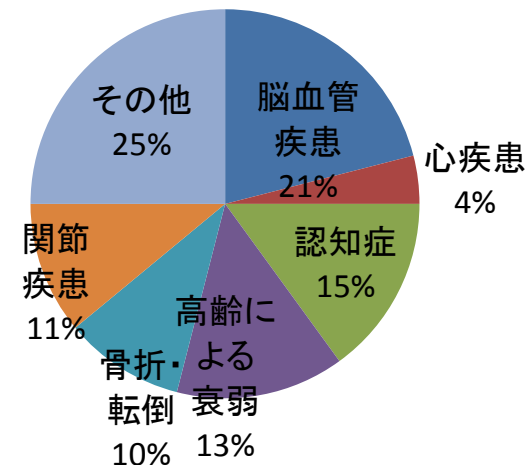
- ・虚血性心疾患 65.5%
- ・脳血管疾患 13.3%
- ・大動脈～毛細血管疾患 8.3%

⇒循環器病は突然死に占める割合が大きい。

○脳血管疾患は要介護の原因の第1位。
介護度が上がるほど脳血管疾患の占める割合が大きい³。

○慢性心不全の約40%が1年以内に再入院⁴。

【介護が必要となった主な原因構成³】



○循環器病は、発症後早急に適切な治療を開始する必要があるのではないか。

○循環器病の適切な診療により、要介護状態に至る患者が減少する可能性がある。

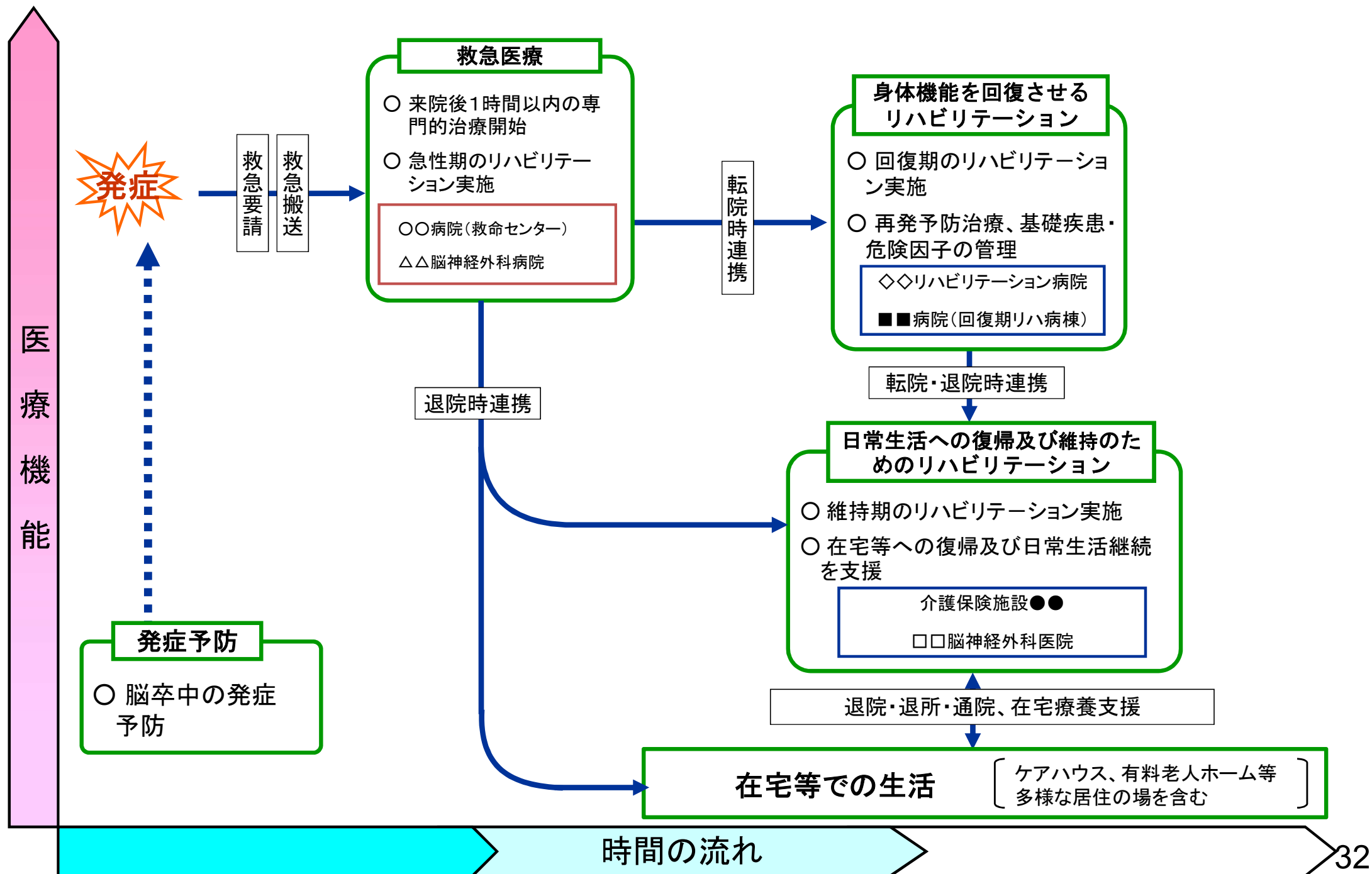
出典 1. 厚生労働省 平成27年人口動態統計

3. 厚生労働省 平成22年国民生活基礎調査

2. 東京都監察医務院 平成27年版統計表

4. Circulation Journal.2006; 70(12): 1617-1623

脳卒中の医療体制(イメージ)(第6次医療計画)



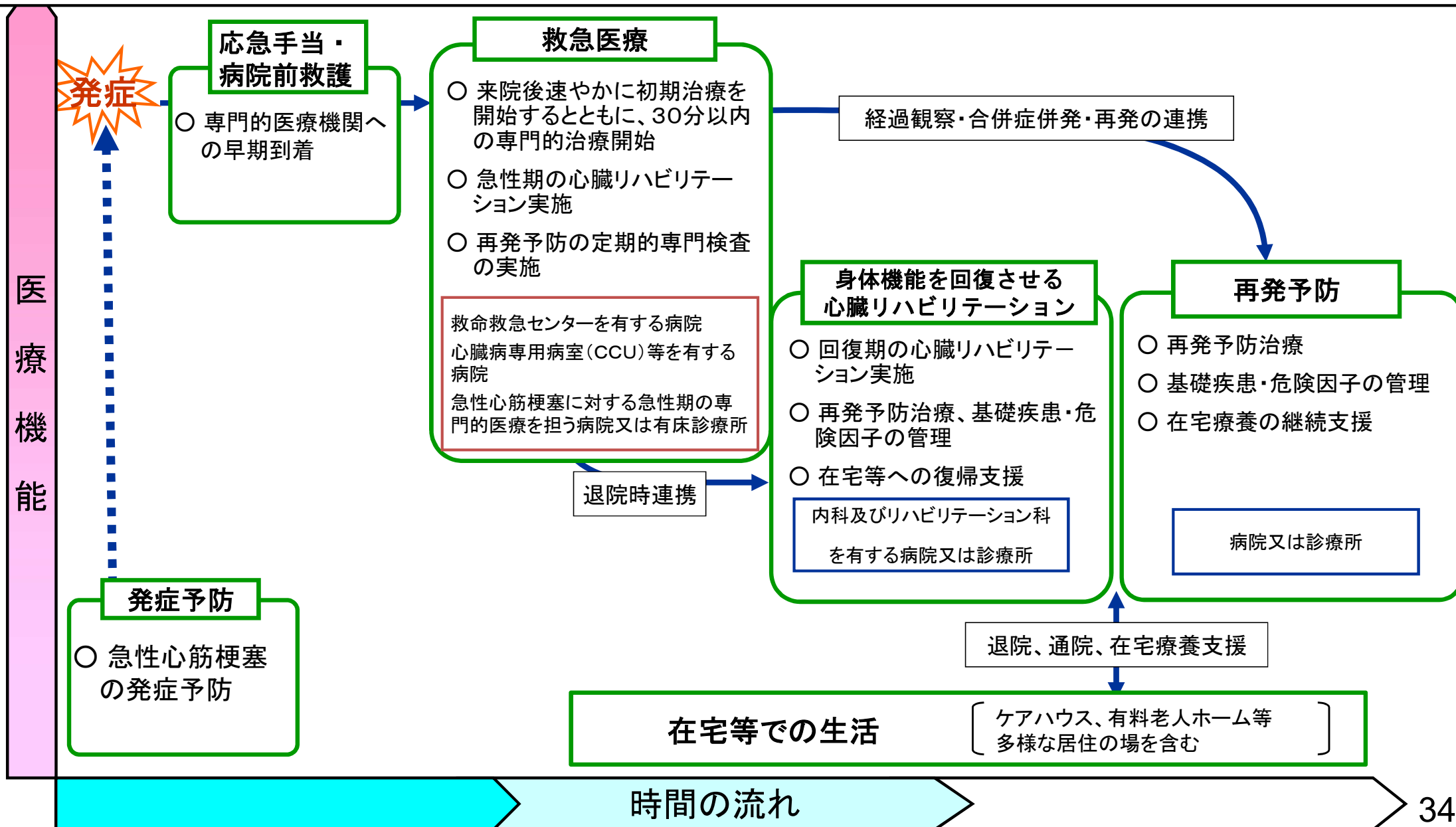
脳卒中の医療体制構築に係る指標例(第6次医療計画)

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション
目標	●脳卒中の発症予防	●出来るだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援
医療機関例			●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・有床診療所	●リハビリテーションを専門とする病院・診療所 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●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
求められる事項（抄）	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間実施 ●専門的診療の24時間実施 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●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実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整
連携	●医療施設間における診療情報・治療計画の共有 ●発症から治療開始までの時間短縮				
指標による現状把握	●基本健診受診率 ●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率	●脳血管疾患により救急搬送された患者数 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●神経内科医師数、脳神経外科医師数 ●救命救急センターを有する病院数 ●脳卒中の専門病室を有する病院数・病床数 ●脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 ●t-PA、クリッピング、脳動脈流コイル塞栓術、早期リハビリテーションの実施件数 ●地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実件数	●地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数 ●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	●脳血管疾患患者の在宅死亡割合
				●退院患者平均在院日数	
				●リハビリテーションが実施可能な医療機関数	
				●地域連携クリティカルパス導入率	
	●年齢調整死亡率				

33

急性心筋梗塞の医療体制（イメージ）（第6次医療計画）

- 各地域において、発症から急性期、回復期を経て在宅にいたるまで、患者の様態に応じて、切れ目なく医療が提供されるネットワークを構築



急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指標例(第6次医療計画)

機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる 心臓リハビリテーション	再発予防
目標	●急性心筋梗塞の発症予防	●専門的医療機関への早期到着	●来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内の専門的治療開始 ●急性期における心臓リハビリテーションの実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●心臓リハビリテーションの実施 ●在宅復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養支援
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●心臓病専用病室(CCU)等を有する病院 ●急性心筋梗塞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	●内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所	●病院又は診療所
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 ●救急蘇生法等適切な処置 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院への速やかな搬送	●心臓カテーテル検査等の24時間実施 ●専門的診療の24時間対応 ●90分以内に冠動脈造影検査および適応があればPCIの開始 ●呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療 ●電気的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシングの対応 ●包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 ●抑うつ状態等の対応	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●電気的除細動等急性増悪時の対応 ●運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションが実施 ●再発時等における対応法について、患者及び家族への教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●電気的除細動等急性増悪時の対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整
連携	●医療施設間における診療情報・治療計画の共有(定期的専門的検査の実施を含む)				
	●発症から治療開始までの時間短縮		●合併症併発時や再発時における緊急の内科的・外科的治療に対応するための連携		
指標による現状把握	●禁煙外来を行っている医療機関数 ●健康診断・健康診査の受診率 ●喫煙率 ●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 等	●救急要請から医療機関到着までの平均時間 ●心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数 等	●循環器内科医師数・心臓血管外科医師数 ●CCUを有する医療機関数・病床数 ●大動脈バルーンポンピング法が実施可能な病院数 ●退院患者平均在院日数	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●退院患者平均在院日数 ●心臓リハビリテーション実施医療機関数 ●地域連携クリティカルパス導入率	
	●年齢調整死亡率				

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 (平成28年6月～)

(1) 趣旨

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

(2) 検討事項

- ① 循環器病に係る急性期診療提供体制の在り方について
- ② 循環器病に係る慢性期診療提供体制の在り方について
- ③ その他循環器病診療提供体制に関する事項について

(3) ワーキンググループの設置

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

(4) 開催状況

○平成28年6月30日：第1回検討会

- － 循環器病の診療提供体制の現状と課題について
- － ワーキンググループの設置について

○平成28年8月17日：第1回心血管疾患に係るワーキンググループ

- － 搬送～急性期の診療提供体制の在り方の骨子に関する検討

○平成28年8月18日：第1回脳卒中に係るワーキンググループ

- － 搬送～急性期の診療提供体制の在り方の骨子に関する検討

検討会およびワーキンググループの今後の予定

- 第2回ワーキンググループ以降、引き続き下記の検討を行う
 - － 搬送～急性期の診療提供体制の在り方の骨子、詳細に関する検討
 - － 回復期～慢性期の診療提供体制の在り方の骨子、詳細に関する検討
 - － 急性期診療と回復期～慢性期診療間の連携体制の在り方の骨子、詳細に関する検討
 - － その他診療提供体制に関する事項の検討

⇒ワーキンググループにおける議論を整理し、「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」へ報告

4. 糖尿病の医療体制について

糖尿病の現状と 今後の取り組みについて

厚生労働省 健康局
健康課 がん・疾病対策課

糖尿病および腎臓病対策に関する経緯

第6次医療計画(平成25年～)

健康日本21(第二次)の策定 (平成24年7月)

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を改正し、健康の増進に関する基本的な方向として、以下の目標を示した。
 - ・ 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
 - ・ 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(非感染性疾患の予防)
 - ・ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
 - ・ 健康を支え、守るための社会環境の整備
 - ・ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

保険者による健診・保健指導等に関する検討会 第15・16・19回(平成27年10月～平成28年4月)

- 保険者共通のインセンティブのある仕組みについて検討
- 国保固有のインセンティブのある仕組み(保険者努力支援制度)について検討

国保基盤強化協議会事務レベルワーキンググループ 第33～41回(平成27年12月～平成28年9月)

- 国保固有のインセンティブのある仕組みについて検討

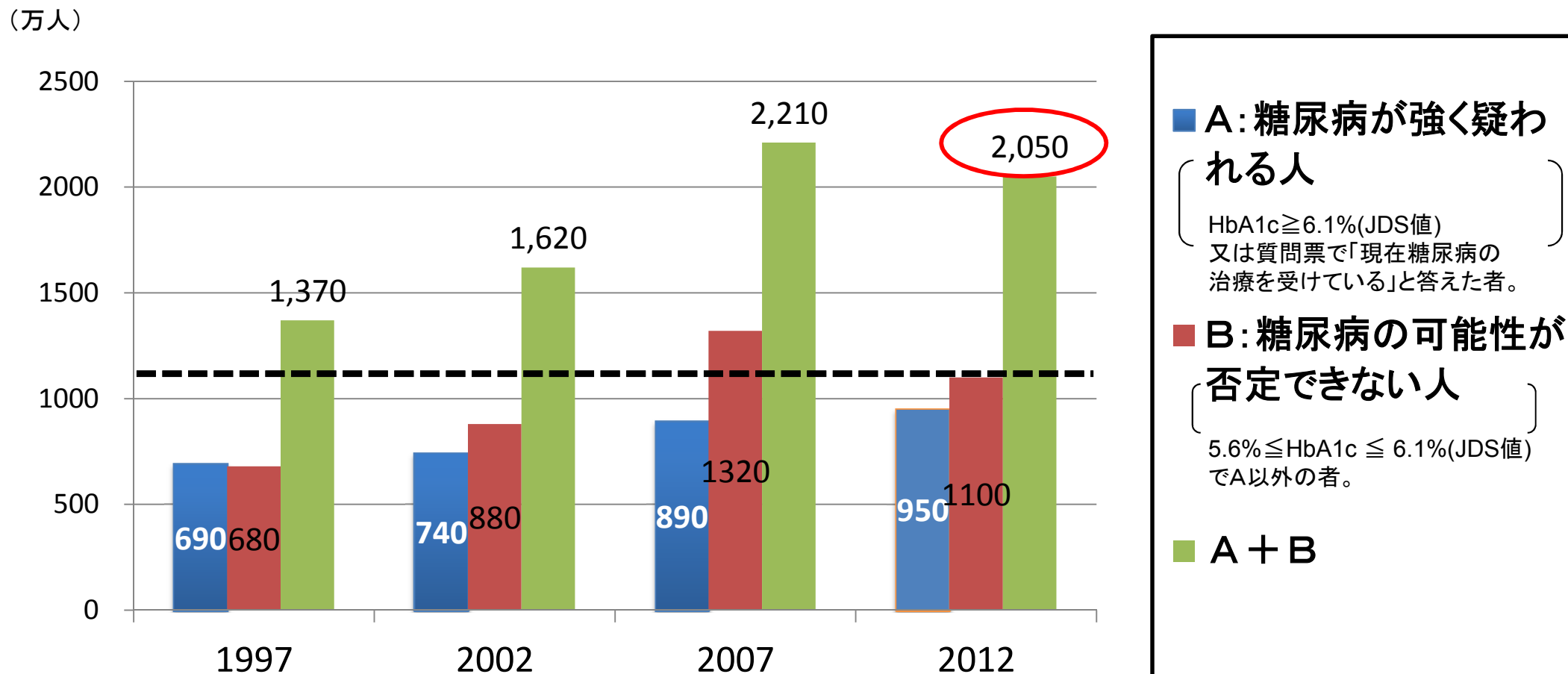
重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ (平成27年11月～)

- 生活習慣病の重症化予防に関する取組の推進について

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」策定 (平成28年4月20日)

糖尿病が疑われる者の推移

○ 「糖尿病が強く疑われる人」と「糖尿病の可能性を否定できない者」を合わせると約2050万人にのぼる。



1997年:平成9年糖尿病実態調査

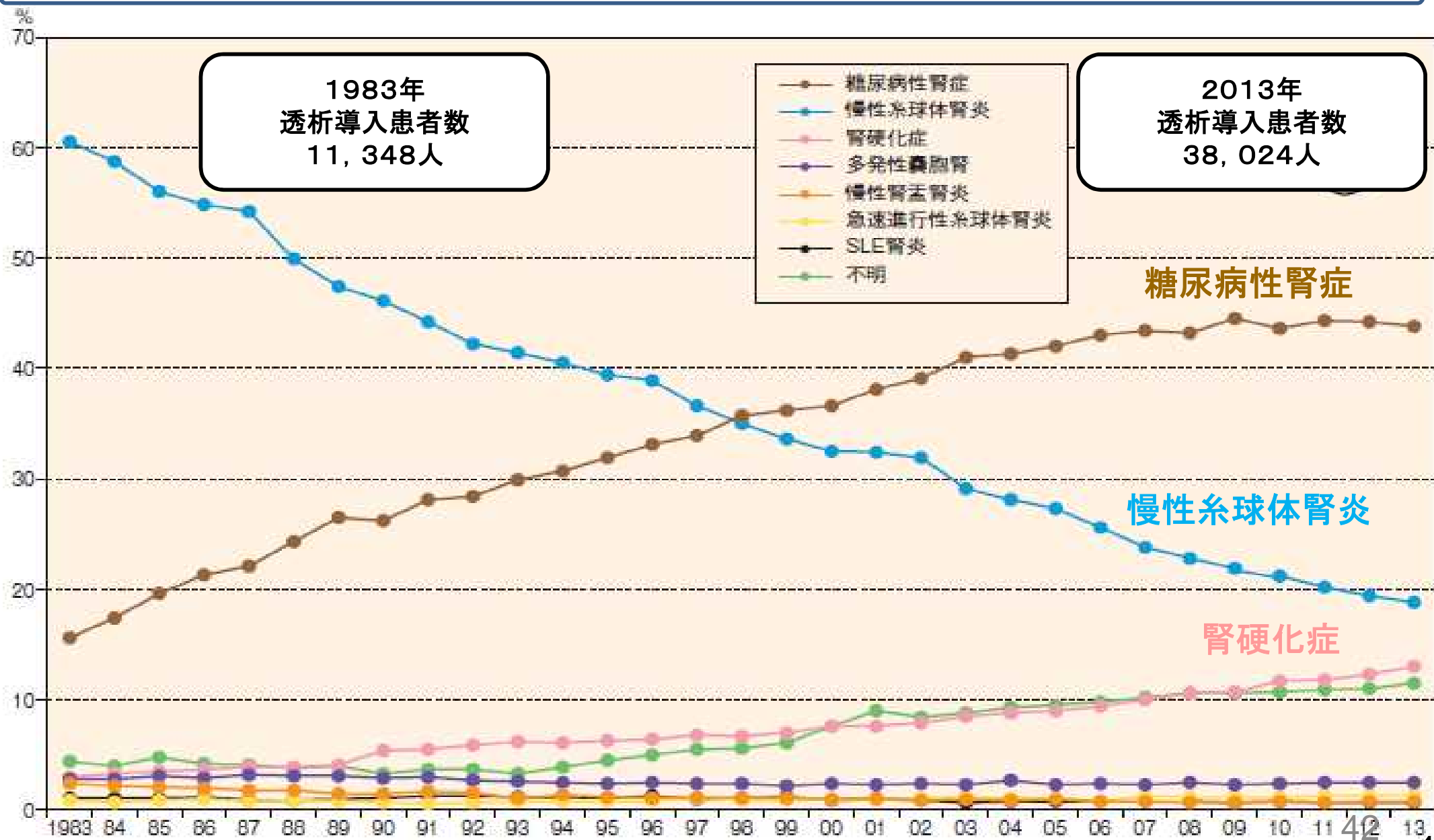
2002年:平成14年糖尿病実態調査

2007年:平成19年国民健康・栄養調査

2012年:平成24年国民健康・栄養調査

透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)

○ 透析導入患者を原疾患別にみると、糖尿病性腎症が最も多く、全体の40%以上を占めている。



健康日本21(第二次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正するもの。
- 第一次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、**糖尿病**、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

糖尿病疾病対策の目標

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

二次予防

重症化予防

○治療継続者の割合の増加
○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

一次予防

発症予防

○糖尿病有病者の増加抑制
○メタボリックシンドロームの該当者及び予
備群の減少
○特定健康診査・特定保健指導の実施率の
向上

糖尿病の予防・疾病管理に関する事業

①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）

A)運動施設や飲食店等を活用した肥満予防に関する事業

運動施設の活用、実践的体験機会の提供、民間産業と提携したメニュー改善に向けた取組等

B)地域の特性を踏まえた糖尿病予防対策事業

優先的課題や対象者の把握、民間産業や大学等と連携した糖尿病予防対策に向けた取組等

【補助先】都道府県・保健所を設置する市・特別区 【平成28年度予算】3,671万円 【国庫補助率】 1／2

②健康増進事業

A)健康手帳の交付 40歳以上対象 特定健診・保健指導の記録, 健康教育・健康相談等との記録, 医療に関する記録等

B)健康教育 40-64歳対象 生活習慣病予防のための日常生活の心得などに関する集団糖尿病, 糖尿病個別健康教育等

C)健康相談 40-64歳対象 糖尿病の進行予防および合併症予防を目的とした相談指導等

D)機能訓練 E)訪問指導 40-64歳対象 病罹患による心身機能の低下の進行予防を目的とした機能訓練・訪問指導等

F)地域支援事業との連携 65歳以上対象 上記(A)-(E)と同内容

【補助先】都道府県・指定都市 【平成28年度予算】28億4,880万円 【国庫補助率】 1／3

③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

A)医療連携体制の確立に関する事業

病院・診療所等の医療連携体制の構築, かかりつけの医療機関で初期治療を受けられる体制の構築等

B)多職種協働型の展開に関する事業

医師、管理栄養士等による多職種協働での栄養指導の栄養サポートチームや運動指導を地域で展開するための体制整備等

【補助先】都道府県 【平成28年度予算】2,479万円 【国庫補助率】 1／2

糖尿病に関する研究

(平成28年度)

一次予防
(発症予防)

二次予防
(重症化予防)

三次予防
(合併症による
臓器障害予防)

電子カルテ情報活用型多施設症例データベースを利用した糖尿病に関する大規模な臨床情報収集に関する基盤的研究

1型糖尿病の実態調査、客観的診断基準、日常生活・社会生活に着目した重症度評価の作成

2型糖尿病患者における厳格な統合的介入が長期予後に及ぼす影響(J-DOIT3追跡研究)

糖尿病・耐糖能異常におけるサルコペニアの実態調査とリスク因子の抽出

糖尿病腎症重症化予防プログラムの開発

糖尿病の標準的治療の開発と均てん化

糖尿病性網膜症・下肢壊疽等の総合的な重症度評価の作成と合併症管理手法

糖尿病患者における肝細胞癌発生の実態把握とその分子機構

頸動脈エコーを活用した糖尿病大血管症ハイリスク群スクリーニングシステムの構築

糖尿病における診療の質評価と地域医療連携評価に関する研究

日本人糖尿病の合併症重症度評価パネルの確立と重症化予防の為の効果的医療連携体制の構築

慢性腎臓病（CKD）の現状

- ◆「蛋白尿などの腎障害の存在を示す所見」または「腎機能低下」が3か月以上続く状態を指す。
- ◆脳梗塞・心筋梗塞等のリスクが上昇し、進行すると人工透析が必要となるなど、健康への重大な影響がある。
- ◆透析患者の急増等により、世界的にCKDの重大性への認識が高まってきている。
- ◆適切な治療や生活習慣の改善により、発症や重症化の予防が可能である。

<危険因子>

- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・高齢
- ・膠原病 等

慢性腎臓病（CKD）

腎臓の機能の指標（GFR:糸球体濾過量）で規定

1期

2期

3期

4期

進行の抑制

- ・人工透析患者数:31万人
- ・腎不全による死亡:年間2.5万人

5期:末期腎不全

「腎疾患対策検討会」報告 平成20年3月

普及啓発

- CKDの重大性・予防法等を幅広く普及啓発
- マスメディア、インターネット、保健指導の場などあらゆる機会を活用

医療連携体制

- かかりつけ医と専門医療機関との連携促進
- 保健指導・栄養指導の推進
- 地域における医療連携システムの構築の推進

診療水準の向上

- CKD診療ガイドラインの作成、かかりつけ医への普及
- 指導管理の技術の向上
- 糖尿病・循環器疾患等の治療との連携

人材育成

- 腎臓専門医の育成
- 専門医・かかりつけ医の資質向上
- 専門的な保健指導を行う保健師、看護師、管理栄養士等の育成

研究の推進

- 診療のエビデンス確立と実践の研究
- 病態解明と治療法開発に関する研究

生活習慣病対策
健診による
早期発見

人工透析対策
・資質向上
・設備整備
・医療費助成等

臓器移植対策

従来からの施策

生活習慣病、難病等の研究

糖尿病対策に関する今後の方向性

(1) 糖尿病の予防・疾病管理に関する事業

糖尿病の発症予防、重症化予防のための以下の事業を引き続き実施する。

- 運動施設や飲食店等を活用した肥満予防や、地域の特性を踏まえた糖尿病予防対策等を行う『糖尿病予防戦略事業』（平成17年から実施。平成20年、一部改正）
- 糖尿病発症予防と重症化予防を目的とした『健康増進事業』（平成20年から実施。平成27年、一部改正）
- 医療連携体制の構築、他職種共同型の展開に対する、「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」（平成21年から実施）

(2) 糖尿病に関する研究

一次予防（発症予防）、二次予防（重症化予防）、三次予防（合併症治療）まで連続性をもった糖尿病の研究を行う。平成28年度における主な実施研究は以下とおり。

- 電子カルテ情報活用型多施設症例データベースを利用した糖尿病に関する大規模な臨床情報収集に関する基盤的研究
- 2型糖尿病患者における厳格な統合的介入が長期予後に及ぼす影響（J-DOIT3追跡研究）
- 糖尿病の標準的治療の開発と均てん化に関する研究
- 糖尿病腎症重症化予防プログラム開発のための研究
- 糖尿病性網膜症・下肢壊疽等の総合的な重症度評価の作成と合併症管理手法に関する研究

糖尿病性腎症に関する取組について

厚生労働省 保険局 国民健康保険課

糖尿病性腎症重症化予防の現状と課題

- 糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組については、呉市や荒川区、埼玉県など一部の自治体を中心に取組が進み医療費適正化が図られている。
- 一方、そのような取組は一部自治体にとどまり、全国での横展開に向けた対応が必要。

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

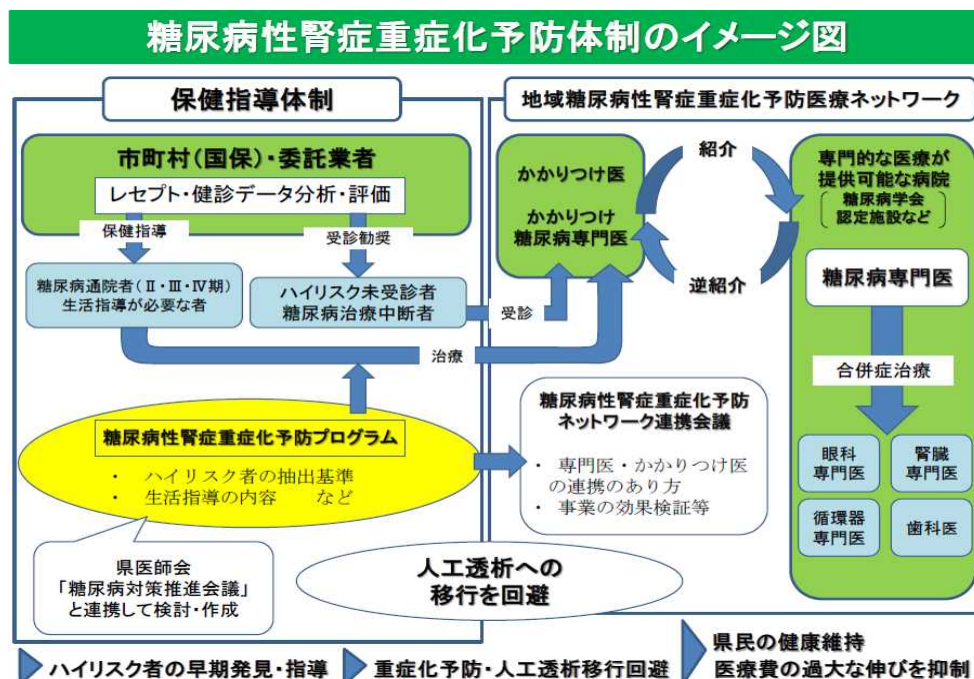
(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

【埼玉県の取組】



取組にあたり、埼玉県、埼玉県医師会、埼玉糖尿病対策推進会議の三者で「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。

出典：埼玉県保健医療政策課ホームページ

市町村国保による予防・健康づくりの好事例の横展開（重症化予防の取組等）

1. 呉市等の取組とその横展開

- 広島県呉市等の国保では、レセプトや健診データを活用し、以下のような糖尿病性腎症の重症化予防の取組を実施。
 - ① 健診異常値者から医療機関未受診者等を抽出 ⇒ 受診勧奨の実施
 - ② 糖尿病性腎症等の重症化リスクのある対象者を抽出 ⇒ かかりつけ医等と連携した個別指導の実施
- こうした取組を全国に横展開するためには、各自治体、都市医師会が協働・連携できる体制を整備する必要。
- そこで、「厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者が協定を締結し、平成28年4月には、国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定。
- 同年5月には、都道府県、市町村及び国保連を対象に本プログラムの説明会を開催。
- 引続き、日本医師会等と連携しつつ
 - ① 都道府県単位でのプログラムの策定
 - ② 市町村における重症化予防の取組の促進に取り組んでいる。

さらに
横展開を支援

2. 保険者に対するインセンティブ

- 平成27年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、重症化予防の取組を含めた医療費適正化等に係る都道府県や市町村国保の取組を評価・支援するため「保険者努力支援制度」を創設（平成30年度施行。財政規模は700～800億円の予定。）
- さらに、骨太方針2015等を踏まえ、平成28・29年度において、保険者努力支援制度の趣旨を踏まえた取組を前倒しで実施。
具体的には、現行の市町村国保への交付金（特別調整交付金）を活用し、糖尿病等の重症化予防等に取り組む市町村に対し、平成28年度から財政支援を実施。（財政規模は今後検討。）

3. 進捗状況と今後の取組

- かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む市町村国保は、118市町村(平成27年度末)。
※ 何らかの重症化予防の取組を行っているのは、659市町村
- 今後、まずは、800市町村(平成32年)※を目指し、市町村の取組を促進していく。※日本健康会議の宣言2020の目標

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定締結（平成28年3月24日）

1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の場合のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協定を締結した。

2. 参加者

日本医師会 横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
日本糖尿病対策推進会議 門脇副会長(糖尿病学会理事長)
清野副会長(糖尿病協会理事長)
堀副会長(日本歯科医師会会長)
今村副会長(日本医師会副会長)

塩崎厚生労働大臣



3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、三者は次の取組を進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知 ・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力	・プログラムを構成団体へ周知 ・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める ・自治体等による地域医療体制の構築に協力	・プログラムを自治体等に周知 ・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等 ・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日)

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止**する。

3. 関係者の役割

(市町村)

- 地域における**課題の分析・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言**など、**自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

4. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出**
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

5. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市区医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。

7. 評価

- 事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブに関する主な閣議決定等

○医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日 社会保障制度改革推進本部決定）

- ・ 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する。特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。

○日本再興戦略 改訂2015（平成27年6月30日閣議決定）

- ・ 後期高齢者支援金の加算・減算制度や、国民健康保険において新たに創設される「保険者努力支援制度」については、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化等に向けた保険者の努力を促すよう、特定健診・特定保健指導の実施状況や後発医薬品の使用状況等を積極的に評価するメリハリの効いたスキームとすべく、検討を行う。また、協会けんぽ、後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う。

○経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）抄

- ・ 保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

○経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月2日閣議決定）抄

- ・ 予防・健康づくり等の取組に係る共通のインセンティブ指標を踏まえつつ、保険者努力支援制度や後期高齢者支援金の加算・減算制度等について具体的な指標を検討し、疾病予防・健康づくり等に関するインセンティブ強化を実現する。

予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについて

- 予防・健康づくり等に関する保険者インセンティブについては、平成27年国保法等改正において、国保の保険者努力支援制度を創設するとともに、保険者種別の特性に応じて新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者 種別	健康保険組合 ・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				



〈見直し後(平成30年度～)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は、保険者種別毎に設定				

市町村国保の保険者努力支援制度の前倒しについて

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

保険者努力支援制度の前倒し分

実施時期:28年度及び29年度

対象 :市町村

規模 :特別調整交付金の一部を活用(規模は今後検討)

〔 既存の特別調整交付金の基準・規模を考慮しつつ検討
震災関係 337億円、子どもの被保険者 125億円、精神疾患 150億円 等 〕

評価指標:保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

※ 保険者努力支援制度の平成28年度前倒し分については、本年秋を目途に特別調整交付金の交付基準に係る通知を発出した上で、市町村からの申請に基づき、年度内に交付予定。

保険者努力支援制度

実施時期:30年度以降

対象 :市町村及び都道府県

規模 :700～800億円

評価指標:前倒し分の実施状況を踏まえつつ 検討

保険者努力支援制度 前倒し分の指標の候補（平成28年4月28日提示）

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率
- 特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の策定状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

平成28年度 国保保健事業への助成

○被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

(1) 国保ヘルスアップ事業

KDBシステム等のツール並びに第三者評価機関を活用し、保健事業をデータ分析に基づくPDCAサイクルに沿って効率的・効果的に実施する事業

【助成要件】

- ・PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画の策定・実施・評価を行うこと
- ・第三者評価機関の活用を行うこと

【助成期間】

平成26年度から助成開始の保険者	3年
平成27年度から助成開始の保険者	2年
平成28年度から助成開始の保険者	2年

【助成限度額】 ※(2)に比べ、1.5倍。

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	600万円	900万円	1,200万円	1,800万円

(3) 健康管理センター等健康管理事業

(助成年数に応じて、助成限度額が決定)

- ・健康管理センターによる事業
- ・歯科保健センターによる事業
- ・直営診療施設による事業

(2) 国保保健指導事業

① 必須事業 (国が重点的に推進する事業)

a) 特定健診未受診者対策

特定健診受診者へのフォローアップ

b) 特定保健指導未利用者対策

c) 受診勧奨判定値を超えている者へ受診勧奨

d) 特定健診継続受診対策

e) 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組

② 国保一般事業

f) 健康教育

g) 健康相談

h) 保健指導

①重複・頻回受診者への訪問指導

②重複服薬者への訪問指導

③生活習慣病重症化予防(糖尿病性腎症を除く)

④その他保健指導

i) 糖尿病性腎症重症化予防

⇒糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じた事業実施

j) 歯科にかかる保健指導

k) 地域包括ケアシステムを推進する取組

l) 健康づくりを推進する地域活動等

m) 保険者独自の取組

【助成限度額】

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	400万円	600万円	800万円	1,200万円

糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

平成27～28年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

○研究目的

市町村及び後期高齢者医療広域連合（広域連合）で実施されている糖尿病性腎症予防プログラムの効果を検証する

○研究方法

協力いただける市町村及び広域連合を募集した上で、糖尿病性腎症重症化予防のために一定の基準のもと対象者を抽出し、受診勧奨又は保健指導等を実施する予定又は実施中の市町村又は後期高齢者広域連合における検査データ等の変化を分析する。

【事前情報】

検査データ等

特定健診結果、レセプトデータ、要介護認定状況、生活習慣 等

受診勧奨

保健指導

研究班における保険者への支援

- ・実施体制づくりに関する運営マニュアルの提供
- ・教材の提供
- ・研修会
- ・個別相談対応 等

【1年後】

検査データ等

特定健診結果、レセプトデータ、要介護認定状況、生活習慣 等

○研究班サポートHP



○研修会(7月7日)



※研究班より事業の取り組み方法等について説明

※自治体担当でグループワーク

糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究 参加自治体一覧

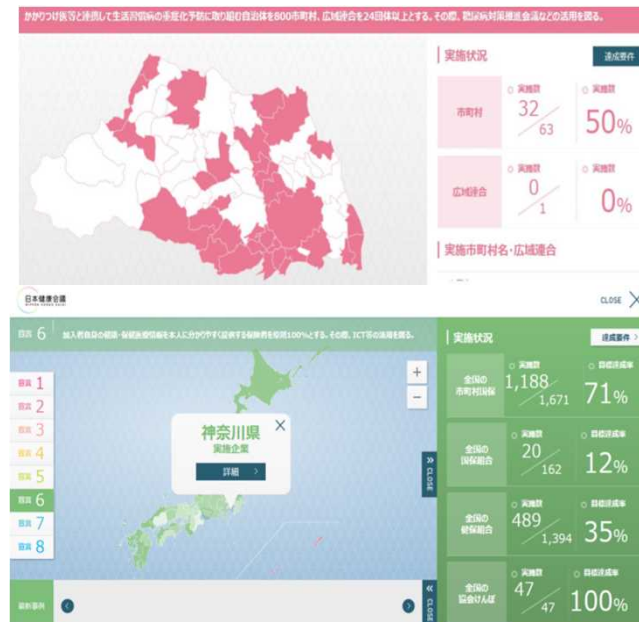
青森	野辺地町		越谷市		宮代町	大阪	寝屋川市
岩手	葛巻町		戸田市	千葉	香取市		富田林市
福島	玉川村		入間市		君津市	兵庫	神戸市
茨城	結城市		朝霞市		長柄町	奈良	葛城市
	牛久市		志木市		横芝光町	鳥取	南部町
	筑西市		和光市	東京	練馬区	島根	江津市
	河内町		新座市		清瀬市	岡山	総社市
埼玉	さいたま市		桶川市		武蔵村山市	山口	柳井市
	川越市		北本市	神奈川	厚木市	高知	安芸市
	熊谷市		八潮市	新潟	燕市	福岡	八女市
	川口市		富士見市	富山	砺波市	熊本	荒尾市
	行田市		三郷市	山梨	甲府市		山鹿市
	所沢市		鶴ヶ島市	愛知	豊橋市	大分	杵築市
	飯能市		日高市		半田市		宇佐市
	加須市		ふじみ野市		蒲郡市		九重町
	本庄市		白岡市		小牧市		玖珠町
	東松山市		三芳町		大府市	茨城県広域連合	
	春日部市		越生町		北名古屋市	神奈川県広域連合	
	狭山市		嵐山町		東浦町	愛知県広域連合	
	羽生市		鳩山町	三重	東員町	福岡県広域連合	
	鴻巣市		美里町	滋賀	草津市	長崎県広域連合	
	上尾市		神川町		守山市		
	草加市		上里町		野洲市		

市町村:85自治体、広域連合:5団体

日本健康会議 2016

- **H27年7月に、経済界・医療関係団体・自治体・保険者のリーダーが民間主導で、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るため、予防・健康づくりの取組状況の「見える化」と先進事例の「横展開」を強く進めていく「日本健康会議」が発足。**
(共同代表：三村明夫日本商工会議所会頭 横倉義武日本医師会長)
- **2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)**を取りまとめ(H27年7月)。政府の「**改革工程表**」の**K P I**にも位置づけられた。
- **本年(H28年)7月に、日本健康会議2016(第2回)を開催。全数調査を実施し、達成状況をホームページで公表。「日本健康会議データポータルサイト」で、地域別などで「見える化」し、取組を加速化。**
(※1) 保険者**全数調査**は、対象保険者3459のうち、3202保険者(92.6%)から回答を得た。
(※2) 日本健康会議ホームページでは、複数の保険者が推薦する具体的な**企業名88社も公表**。

WEBサイト上にて全国の取組状況を可視化(H28年7月25日公開)



日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

- 日本健康会議で、2020年の数値目標を入れた「**健康なまち・職場づくり宣言2020**」を取りまとめ（H27年7月）。政府の「改革工程表」のK P Iにも位置づけられた。

宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

宣言 3

予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。



「経済・財政再生計画改革工程表」のK P I（2020年度まで）

- ・ 予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体・保険者【800市町村、600保険者】
- ・ かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体等【800市町村、24後期広域連合】
- ・ 好事例を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】
- ・ 後発品医薬品の利用勧奨など使用割合を高める取組を行う保険者【100%】
- ・ 保険者と連携して健康経営に取り組む企業の数【500社】 等

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

2016年度の
達成状況

118市町村
4広域連合

【達成基準】

○生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

- ①対象者の抽出基準が明確であること
- ②かかりつけ医と連携した取組であること
- ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
- ④事業の評価を実施すること
- ⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

※取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。

※国保は糖尿病性腎症重症化予防にかかる取組を対象としているが、後期高齢者は、その特性からそれ以外の取組についても対象とする。

重症化予防の達成基準の該当状況

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

保険者データヘルス全数調査の達成状況

	保険者 全体	市町村・ 国保	広域連合	健保組合	共済組合	国保組合	協会 けんぽ
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	1,104	659	9	368	10	11	47
現在は実施していないが予定あり	602	362	10	183	24	23	0
現在も過去も実施していない	1,385	520	12	703	48	101	1
過去実施していたが現在は実施していない	66	35	0	28	1	2	0
①対象者の抽出基準が明確であること	1,035	622	7	339	10	10	47
②かかりつけ医と連携した取組であること	523	503	6	88	1	1	10
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	823	566	5	234	3	5	11
④事業の評価を実施すること	932	582	6	285	5	7	47
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	150	136	2	4	0	1	7
全要件達成数(対象保険者)		118	4	※広域連合の対象疾患は、糖尿病性腎症(要件①～⑤)、循環器疾患・筋骨格系疾患・その他の生活習慣病(要件①～④)			

重症化予防（国保・後期広域）WG

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

これまでの取組概要

- ・ 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者による糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結（平成28年3月24日）
- ・ 重症化予防WGで議論の上、連携協定に基づき「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を三者で策定（平成28年4月20日）

今後の活動

- ・ 都道府県レベルでのプログラム策定の更なる推進策の検討
- ・ 各市町村の先進的な取組事例の紹介
- ・ 各市町村の取組内容の詳細な把握
- ・ 取組を進める上での課題の整理と対応策の検討
- ・ 厚生労働科学研究において、自治体における糖尿病性腎症重症化予防に関する取組内容の効果検証を実施

WGの開催

- ・ 第1回重症化予防（国保・後期広域）WG（平成27年11月9日開催）
- ・ 第2回重症化予防（国保・後期広域）WG（平成28年3月28日開催）

WGの構成員

有澤 賢二	日本薬剤師会 常務理事
飯山 幸雄	国民健康保険中央会 常務理事
今村 聡	日本医師会 副会長
春日 雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
門脇 孝	日本糖尿病学会 理事長
唐橋 竜一	埼玉県保健医療部保健医療政策課 政策幹
迫 和子	日本栄養士会 専務理事
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
橋田 淳一	高知県梶原町保健福祉支援センター センター長
榛澤 俊成	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
福井 トシ子	日本看護協会 常任理事
宮田 俊男	京都大学産官学連携本部 客員教授
森山 美知子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
片岡 孝	東京都荒川区 福祉部長
山縣 邦弘	日本腎臓学会 理事

（五十音順、敬称略）

論点整理

(現状・課題)

- 経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)「全ての国民が自らがんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、(中略)個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要」、「健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する」
- 日本健康会議(平成27年7月発足)「健康なまち・職場づくり宣言2020」(8つの宣言)を採択、宣言2として「生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上」という目標を掲げ、全国での「横展開」を強く推進。
- 平成28年4月に国レベルで策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を活用し、日本医師会等と連携しつつ、都道府県でのプログラム策定、市町村における重症化予防の取組の促進に引続き取り組んでいる。また、厚生労働科学研究(平成27～28年度)においては、当該プログラムの効果検証を行うこととしており、糖尿病性腎症重症化予防における効果的な要素が検討される予定。
- 市町村が糖尿病性腎症重症化予防に取り組むにあたっては、都道府県・医療機関等の協力体制を構築していく必要があることから、医療計画においては、糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指針例として健康診断・健康診査の受診率などの現状活用しているプロセス指標以外に、市町村等への都道府県及び医療機関の協力体制整備状況等が分かる指標を検討してはどうか。

(対応の方向性)

- 日本健康会議の取組の一環として行った保険者データヘルス全数調査の結果を踏まえ、今後、「重症化予防WG」において糖尿病性腎症重症化予防の取組の更なる横展開の方策を検討することとしており、当該WGでの議論等も踏まえながら上記指標について検討してはどうか。

5. 精神疾患の医療体制について

精神疾患の現状と 今後の取り組みについて

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課

医療計画における精神疾患の医療体制に関する検討経緯

第6次医療計画（平成25年～）

- ・精神疾患を追加（4疾病⇒5疾病）

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 （平成25年7月～12月）

- ・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について

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会 （平成26年3月～7月）

- ・長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 （平成28年1月～）

- ・精神病床のさらなる機能分化について
- ・精神障害者を地域で支える医療の在り方について
- ・多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について

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ついて

<趣旨>

- 改正精神保健福祉法（平成26年）の附則において、同法の施行後3年（平成29年4月）を目途として、医療保護入院の手続の在り方等について検討を加え、所要の措置を講ずるものとされた。
- ①当該規定を踏まえた検討を行うとともに、②平成26年7月に取りまとめた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」を踏まえた精神科医療の在り方のさらなる検討を行う場として、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を本年1月から開催。
- 座長は、樋口輝彦 前国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター総長

<主な検討事項>

- 医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方
 - 医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方
 - 入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方
 - 精神病床のさらなる機能分化
 - 精神障害者を地域で支える医療の在り方
 - 精神疾患にかかる医療体制の在り方
- 医療保護入院等のあり方分科会
- 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の開催状況

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会	第1回 (1月7日)	検討会を立ち上げ、検討会の下に分科会を設置することについて説明
	第2回 (2月25日)	関係者ヒアリング (日本精神科病院協会、精神保健福祉事業団体連絡会、全国精神保健福祉会連合会、全国「精神病」者集団)
	第3回 (9月30日)	「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止検討チーム」の中間とりまとめについて説明 「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」における論点整理について説明、議論 「医療保護入院等のあり方分科会」における論点整理について説明、議論
医療保護入院等のあり方分科会	第1回 (3月11日)	「医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方」及び「医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方」について議論
	第2回 (4月28日)	「入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方」について議論
	第3回 (6月29日)	「医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方」及び「医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方」について議論
	第4回 (7月21日)	「医療保護入院における移送及び入院の手続等の在り方」及び「医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方」について議論 →座長預かり
新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会	第1回 (3月29日)	「精神病床のさらなる機能分化」、「精神障害者を地域で支える医療の在り方」及び「多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方」について議論
	第2回 (4月22日)	関係者ヒアリング (竹島正氏(川崎市健康福祉局障害保健福祉部担当部長・精神保健福祉センター所長)、安西信雄氏(帝京平成大学大学院臨床心理学研究科長・教授))
	第3回 (5月27日)	関係者ヒアリング (公益社団法人日本精神神経科診療所協会、一般社団法人日本精神科看護協会、一般社団法人日本作業療法士協会、公益社団法人日本精神保健福祉士協会)
	第4回 (6月29日)	関係者ヒアリング (松田晋哉氏(産業医科大学医学部公衆衛生学教授)、公益社団法人日本医師会)
	第5回 (7月15日)	「精神障害者を地域で支える医療の在り方」、「多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方」及び「精神病床のさらなる機能分化」について議論 →座長預かり

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 における検討状況について

※以下の資料については、第3回検討会(9月30日)において議論に用いた資料であり、
検討会における今後の議論を踏まえ必要な見直しが行われる可能性があるもの

(「論点整理」の赤枠は医療体制に関するもの)

論点整理(精神病床のさらなる機能分化について)

これからの精神保健医療福祉
のあり方に関する検討会
平成28年9月30日(第3回)

(現状・課題)

- 平成16年に、精神保健福祉対策本部(本部長:厚生労働大臣)において、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」の政策理念を明確にした。精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として、①平均残存率(1年未満群)24%以下、②退院率(1年以上群)29%以上を掲げ、この目標の達成により、10年間で約7万床相当の精神病床数の減少が促されるとした。精神病床数(入院患者数)の変化をみると、平成14年の35.6万床(33.2万人)から、平成26年に33.8万床(29.6万人)へと、1.8万床(3.6万人)減少している。地域移行を進めるためには、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた新たな目標を設定し、計画的に取り組む必要がある。
- 障害福祉計画、医療計画等における指標として、精神保健福祉資料(630調査)を用いて、入院後3か月時点の退院率、平均残存率(1年未満群)などの指標を活用しているが、現時点で入手可能な最新のデータは3年前(平成25年度)となっており、計画の進捗管理に課題がある。また、精神医療圏を軸に精神障害に対応した地域包括ケアシステムを構築していくためには、より速やかに地域の実態が分かる二次医療圏単位の指標を開発する必要がある。
- 厚生労働科学研究(平成24～27年度)において、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)の重症度を評価するための「重度かつ慢性」の基準案が策定された。当該基準案は、現時点における一般的な地域精神保健医療福祉体制の水準を前提としたものであることから、あるべき地域精神保健医療福祉体制を見据えた基準とするためにさらなる検討が必要である。

(対応の方向性)

- 「重度かつ慢性」に関する研究班の実施した全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く)のうち約6割が当該基準に該当することが明らかとなった。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)のうち約4割は、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た。このような研究成果等を踏まえつつ、2025年の精神病床における入院需要(人数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(人数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める方策を検討してはどうか。
- より速やかに地域の実態を把握できるように、レセプト情報等データベース等を用いて、指標を開発してはどうか。
- 「重度かつ慢性」に関する課題を整理しながら研究によって検討を継続してはどうか。

精神保健医療福祉に関連する計画における入院医療に関する目標値について

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
平成28年9月30日(第3回)

H16 H17 H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 H30 H31

精神保健医療福祉の改革ビジョン

目標値：各都道府県の平均残存率（1年未満群）24%以下
各都道府県の退院率（1年以上群）29%以上

第1期

目標値：なし※

第2期

目標値：なし※

※都道府県毎に目標値を設定

第3期

目標値：

①平成26年度の1年未満入院者の平均退院率を平成20年6月30日の調査時点から7%相当分増加させる。

②平成26年度の高齢長期退院者数（5年以上入院していた65歳以上の退院患者数）を直近の数から2割増加させる。

第4期

目標値：

①入院後3か月時点の退院率64%以上

②入院後1年時点の退院率91%以上

③平成29年6月末時点での1年以上の在院者数を平成24年6月末時点の1年以上の在院者数から18%以上削減

障害福祉計画

医療計画

5年間

5年間

精神病床に係る基準病床数の算定方法の見直し

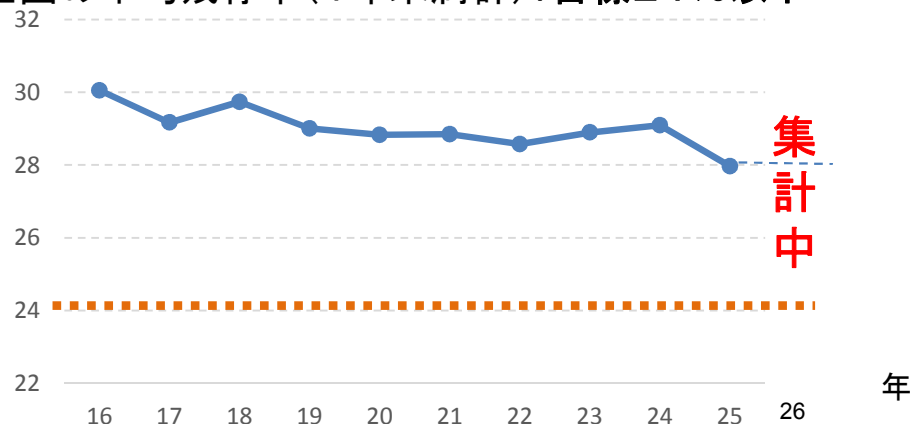
H25年度 精神疾患を追加

精神保健医療福祉の改革ビジョンの評価① (精神保健医療福祉体系の再編の達成目標)

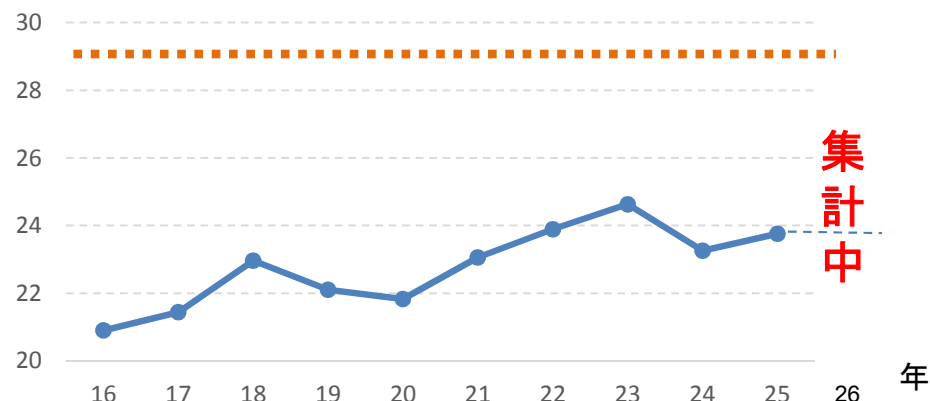
これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
平成28年9月30日(第3回)

- 平成16年から平成26年までの10年間、精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づき、精神保健福祉施策を推し進めてきた。
- 結果として、平均残存率も、退院率も一定の改善傾向はみられるものの、平成26年における当初設定した目標の達成は困難であると考えられる。

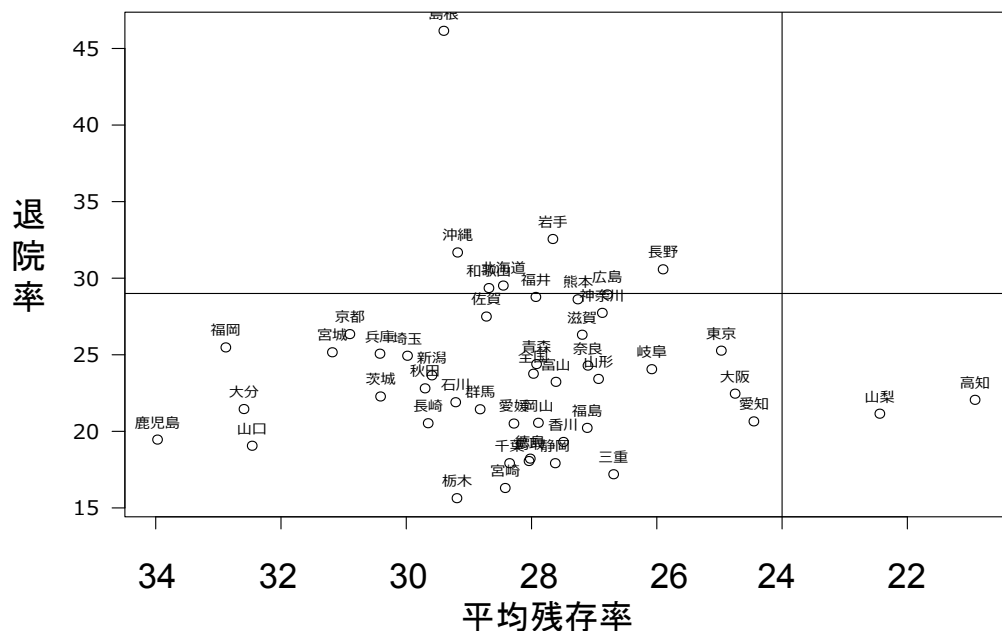
○ 全国の平均残存率(1年未満群): 目標24%以下



○ 全国の退院率(1年以上群): 目標29%以上



○ 平成25年における各都道府県の平均残存率及び退院率

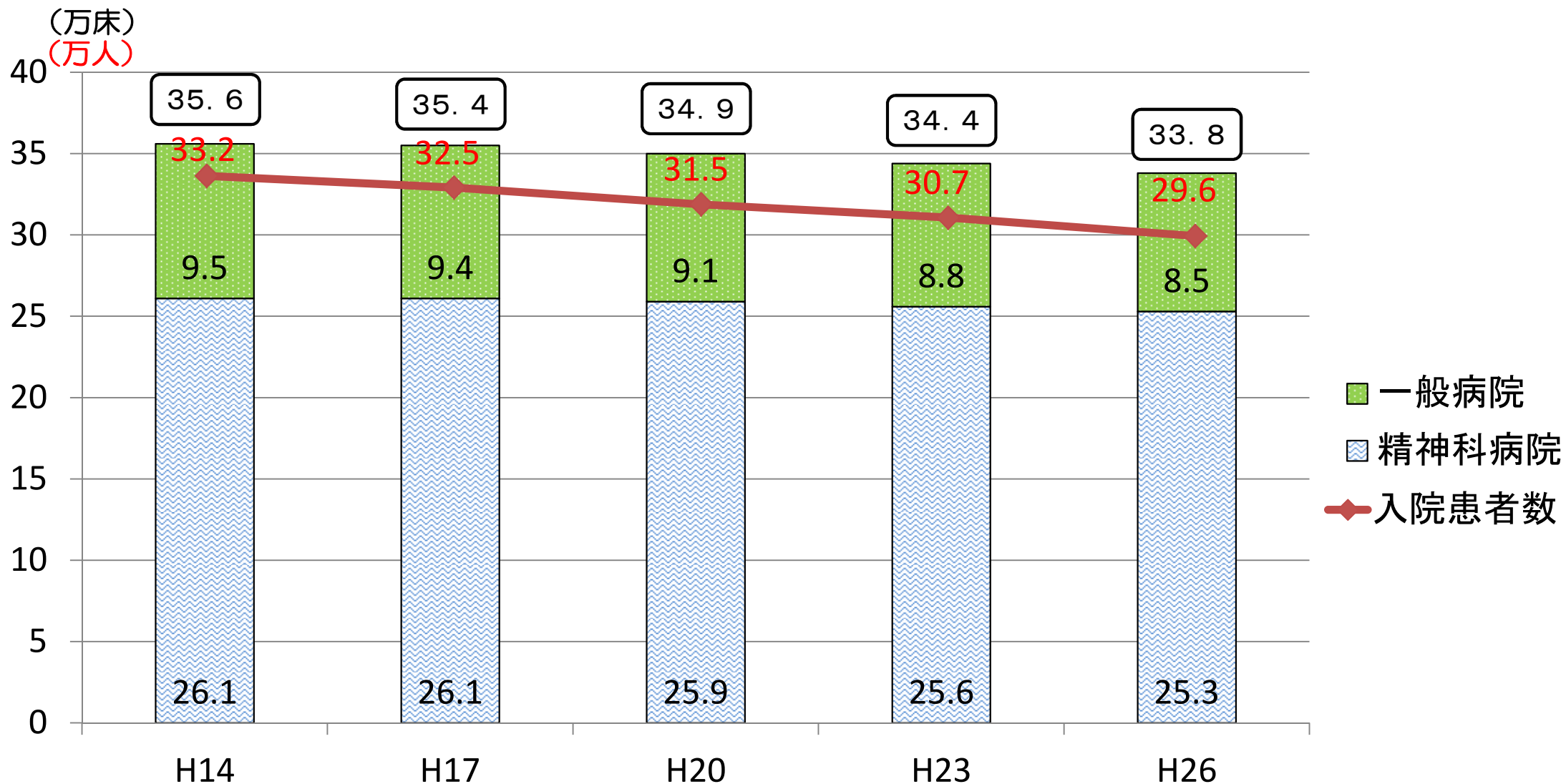


平成25年における達成状況	全国値 (目標値)	達成 都道府県数
平均残存率 (1年未満群)	28.0% (24%以下)	2
退院率 (1年以上群)	23.8% (29%以上)	6

精神保健医療福祉の改革ビジョンの評価② (精神保健医療福祉体系の再編の達成目標)

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
平成28年9月30日(第3回)

- 精神病床数は、平成14年の35.6万床から、平成26年に33.8万床へと、1.8万床の減少となっている。
- 精神病床における入院患者数は、平成14年の33.2万人から、平成26年に29.6万人へと、3.6万人の減少となっている。



※H23年の調査の入院患者数は宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」より
厚生労働省障害保健福祉部で作成

論点整理(精神障害者を地域で支える医療の在り方について)

これからの精神保健医療福祉
のあり方に関する検討会
平成28年9月30日(第3回)

(現状・課題)

○長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、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、自治体を含め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。

○長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方(※)を踏まえながら、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要がある。

※ICF(国際機能分類: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、「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。包括的支援マネジメントにおいては、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。

○また、中重度の精神障害者への地域生活支援だけでなく、未治療者や医療中断者への早期支援も充実していくためには、多職種・多施設間連携を推進していくことが重要であり、医師以外の複数の職種を雇用し地域に責任をもって対応している精神科医療機関を拡充していく必要がある。

(対応の方向性)

○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、精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことを理念として明確にしてはどうか。また、医療と福祉等の様々な関係者が情報共有や連携を行う体制を構築できるように、精神医療圏(二次医療圏を基本とする)ごとに都道府県・保健所・市町村等の重層的な役割分担・協働を推進する方策を検討してはどうか。

○精神障害者に対する包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進めてはどうか。

○医師以外の複数の職種を有し、デイケア、訪問看護、アウトリーチ等を実践している精神科医療機関の実態を分析しながら、効果的かつ効率的な地域精神保健医療を提供し、かつ地域に責任をもって対応している精神科医療機関を拡充する方策を検討してはどうか。

論点整理(多様な精神疾患等に対応できる医療体制の在り方について)

これからの精神保健医療福祉
のあり方に関する検討会
平成28年9月30日(第3回)

(現状・課題)

- 平成25年度からの第6次医療計画において、新たに精神疾患が追加され、5疾病5事業として精神科医療連携体制の構築が進められてきている。平成30年度からは、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業(支援)計画の3計画が新たに開始することから、それぞれの計画が連動するように、同一の理念を共有する必要がある。
- それぞれの計画が連動するように、圏域の捉え方、圏域における関係機関間の連携推進の在り方について、基本的方向性を明確にする必要がある。
- 平成30年度からの第7次医療計画には、改正精神保健福祉法に基づく「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」に位置づけられている、①児童・思春期精神疾患、②老年期精神障害等、③自殺対策、④依存症、⑤てんかん、⑥高次脳機能障害、⑦摂食障害に対応できるように盛り込む必要がある。

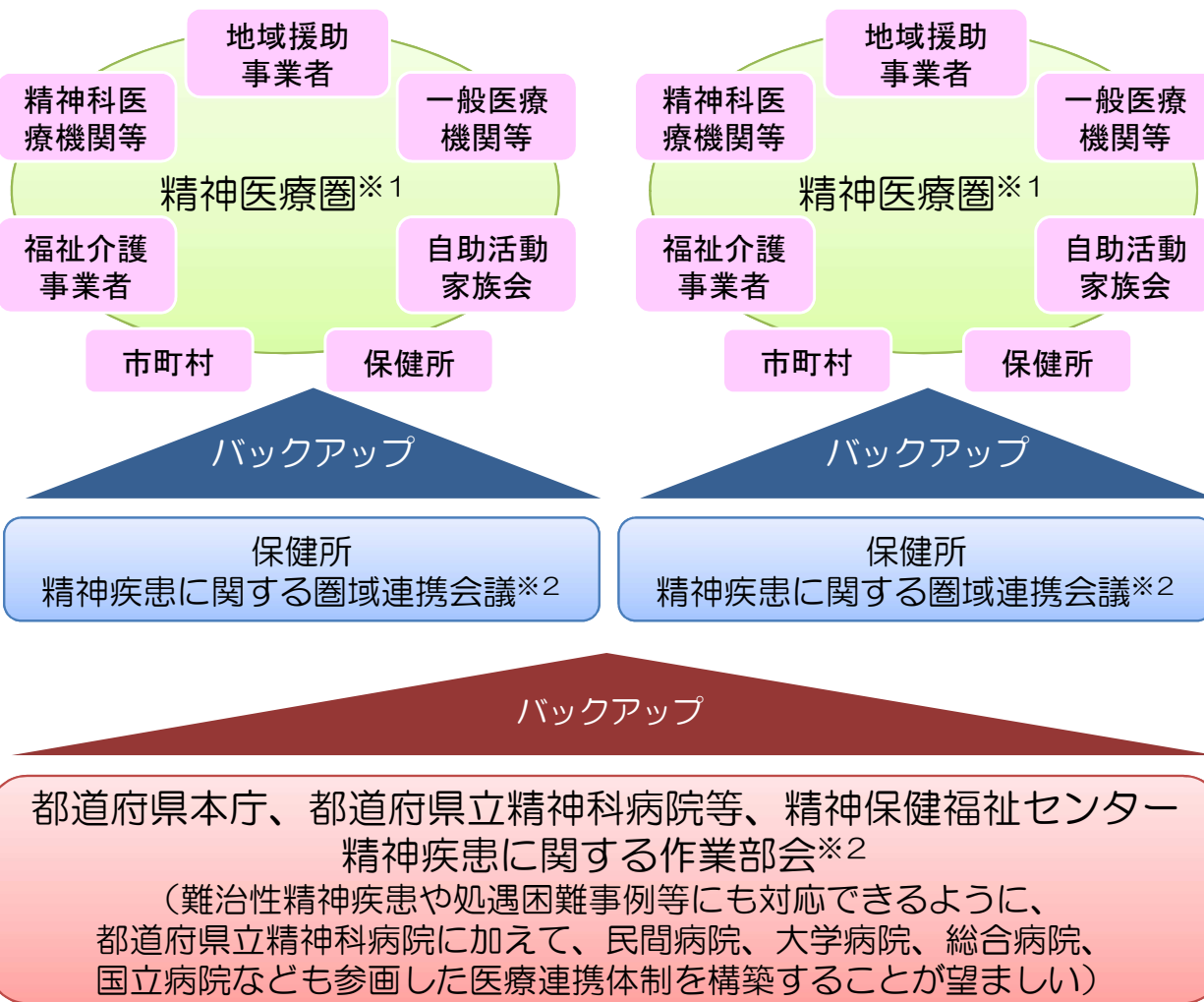
(対応の方向性)

- 医療計画においても、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、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指すことを理念として明確にしてはどうか。
- 精神障害に対応した地域包括ケアシステムの構築するため、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏(二次医療圏を基本)毎に、圏域連携会議を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築することとしてはどうか。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援することとしてはどうか。
- 精神医療圏単位で医療連携体制の検討が必要な精神疾患と、三次医療圏単位で医療連携体制の検討が必要な精神疾患を区分して示してはどうか。また、三次医療圏単位で、難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、精神疾患に関する作業部会を通じて、都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、総合病院、国立病院なども参画した医療連携体制を構築することとしてはどうか。

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制（イメージ）

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
平成28年9月30日（第3回）

- 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、精神保健医療・一般医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このため、保健所が連携調整の主体となって、精神医療圏（二次医療圏を基本）毎に、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的なネットワークを構築する。この際、都道府県本庁及び精神保健福祉センターが補完的に支援する。また、難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、都道府県立精神科病院等の医療機関が役割を果たす。



精神医療圏における関係機関の役割

【精神医療圏で主に検討が必要な疾患等】

統合失調症、認知症、依存症、高次脳機能障害、精神科救急
〈精神疾患に関する圏域連携会議の主な役割〉

圏域内のあるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場
〈市町村の主な役割〉

精神障害者への保健福祉相談・生活支援
精神障害に対応した障害福祉・介護の基盤整備

〈保健所の主な役割〉

地域精神保健医療福祉の連携推進にあたっての調整主体
圏域に係る医療計画の企画立案実行管理
圏域内の市町村障害福祉計画等の企画立案実行管理支援
困難事例への個別対応

三次医療圏における関係機関の役割

【三次医療圏で主に検討が必要な疾患等】

難治性精神疾患、自殺対策、てんかん、災害医療、医療観察
児童・思春期精神疾患（摂食障害、発達障害を含む）

〈精神疾患に関する作業部会の主な役割〉

あるべき地域精神科医療連携体制の構築を協議する場

〈都道府県立精神科病院等の主な役割〉

難治性精神疾患、処遇困難事例への個別対応
医療機関への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈精神保健福祉センターの主な役割〉

保健所、市町村への専門的支援（個別相談、人材育成等）

〈都道府県本庁の主な役割〉

医療計画・都道府県障害福祉計画等の企画立案実行管理

※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（平成24年3月30日付局長通知）に基づく協議の場

■ 医療計画における疾病の医療体制について(全体)

<対象とする疾病について>

- 医療計画に記載すべき疾病については、引き続き現状の5疾病について重点的に取り組むこととする。

<医療の確保に関する事項の見直しについて>

- 高齢化の進展による疾病構造の変化等を踏まえ、より実効性が高く効率的な施策を実施することが必要。
- そのため、第6次医療計画以降、それぞれの疾病について取り組んできた各種対策や、学術団体等の関係団体の取組等を、次期医療計画に反映しつつ、医療体制の構築を目指すこととしてはどうか。
- 健康増進法に定める健康増進計画等他の計画における疾病予防対策の取組と調和の取れた計画とすることとしてはどうか。
- また、医療提供体制における現状の把握や課題の抽出をしていく上で必要な指標については、NDB(ナショナルデータベース)等の更なる活用や、都道府県における施策に繋がることを念頭に置いた指標とすることが必要ではないか。

■ 医療計画における疾病の医療体制について(各疾病について①)

<がんの医療体制について>

- これまで均てん化を目指して進めてきたがん診療提供体制の整備については、現状の体制を維持していく必要がある。
- 一方で、拠点病院等の評価のあり方や、集約化すべき分野等については、今後、がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論を踏まえ、必要な見直しをすることとしてはどうか。

<脳卒中及び急性心筋梗塞の医療体制について>

- 搬送～急性期、回復期～慢性期診療に係る診療提供体制については、今後、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、必要な見直しをすることとしてはどうか。
- なお、上記検討会における議論に時間を要する場合には、検討状況を踏まえつつ、順次反映させることができるよう、必要に応じて見直すこととしてはどうか。

■ 医療計画における疾病の医療体制について(各疾病について②)

＜糖尿病の医療体制について＞

- 糖尿病対策については、これまでの発症予防・医療提供体制の構築の取組に加え、重症化予防の徹底という観点から、今後、指標の見直し等を行うこととしてはどうか。
- 見直しにあたっては、重症化予防ワーキンググループにおける議論や、市町村における取組等を踏まえつつ、必要な見直しをすることとしてはどうか。

＜精神疾患の医療体制について＞

- あるべき精神保健医療福祉体制の構築にあたっては、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、障害福祉計画等と整合的な医療計画の策定が必要。
- 長期入院精神障害者の地域移行等の課題を踏まえた精神疾患の医療提供体制構築にあたっては、今後、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議論を踏まえつつ、必要な見直しをすることとしてはどうか。