

Dr武藤のミニ動画②⑨

第8次医療計画と5疾病



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

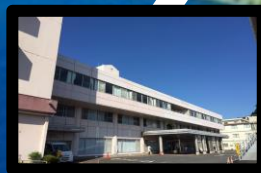
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次

- パート 1
 - 第8次医療計画と5疾病
- パート 2
 - がんの医療体制
- パート 3
 - 脳卒中・心筋梗塞等の
心血管系疾患の医療体制
- パート 4
 - 糖尿病の医療体制
- パート 5
 - 精神疾患の医療体制



パート1

医療計画と5疾病



医療計画とは医療法により定められた
医療提供体制の基本計画

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

第8次医療計画
からは感染症
も入る

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和2年4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

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏（令和2年4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。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）。

5事業(*)…5つの事業（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（小児救急医療を含む。）。）

(*) 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。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（PDCAサイクルの推進）。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定（3年ごとに計画を見直し）
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

○ 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^(※) [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^(※)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。

表1：医療計画制度、医療法改正の主な歴史

年次	改正の趣旨	主な改正内容
1985年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在是正と医療施設の連携推進を目指す。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療計画制度の導入 2次医療圏ごとに必要病床数を設定
1992年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 人口の高齢化に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための必要な情報の提供などを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院の制度化 療養型病床群の制度化
1997年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 要介護者の増大などに対応し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、情報提供体制の整備、医療機関の役割分担の明確化・連携の推進などを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所への療養型病床群の設置 地域医療支援病院制度の創設 医療計画制度の充実 地域医療支援病院と療養型病床群の整備目標、医療施設間の機能分担や業務連携を2次医療圏ごとに記載
2000年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 高齢化の進展に伴う疾病構造の変化などを踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制を整備する。 	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床、一般病床の創設 医療計画制度の見直し 基準病床数に名称を変更
2006年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 質の高い医療サービスを適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直しなどを通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応などを進める。 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県の医療対策協議会制度化 医療計画制度の見直し。4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）の具体的な医療連携体制を位置付け
2012年 医療計画作成の 通知改正	<ul style="list-style-type: none"> 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担や連携の推進、在宅医療の充実などを内容とする医療提供体制の制度改革を規定。 	<ul style="list-style-type: none"> 疾病、事業ごとのPDCAサイクル導入 在宅医療の医療連携体制に求められる機能の明示 医療計画の対象に精神疾患を追加し、5疾病に
2014年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 社会保障と税の一体改革として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じて、地域における医療・介護の総合的な確保を推進、 	<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告制度の創設 地域医療構想の策定を規定 地域医療介護総合確保基金の創設 地域医療構想調整会議の設置
2016年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関間の機能分担や業務連携を推進し、地域医療構想を進める選択肢を拡大。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携推進法人の創設 計画策定のサイクルを5年周期から6年に延長
2018年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 地域間の医師偏在の解消を通じ、地域における医療提供体制を確保するため必要な措置を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師確保に関する計画の策定 臨床研修病院の指定権限、研修医定員の決定権限の都道府県への移譲。 外来医療機能の情報を可視化するため、外来医療関係者による協議の場を設置、県による外来医療計画の策定
2021年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> 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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を推進。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革に関する規定 外来機能報告制度の創設 新興感染症に関する医療体制を医療計画に追加

2012年に
5疾病と
なる

第6次医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

第6次医療計画より

4疾患5事業が5疾病5事業及び在宅医療へと変わった

- 4 疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- *在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

2次医療圏見直し

第8次医療計画等に関する検討会

2024年よりスタートする
第8次医療計画の検討を行う

座長 遠藤久夫
学習院大学経済学部教授

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3） 第8次医療計画等に関する検討会開催				外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		
	10～12月					外来機能報告等に関する取りまとめ
	1～3月	<ul style="list-style-type: none"> 総論（医療圏、基準病床数等） 各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4～6月					
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）			報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ（ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5 [2023]	第8次医療計画策定 都道府県で医療計画作成				次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定
R6 [2024]	第8次医療計画開始 第8次医療計画スタート				次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始
R7 [2025]						

国

都道府県

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・へき地医療
厚生労働科学研究の研究室
- ・周産期医療、小児医療
有識者の意見交換

パート 2

がんの医療体制

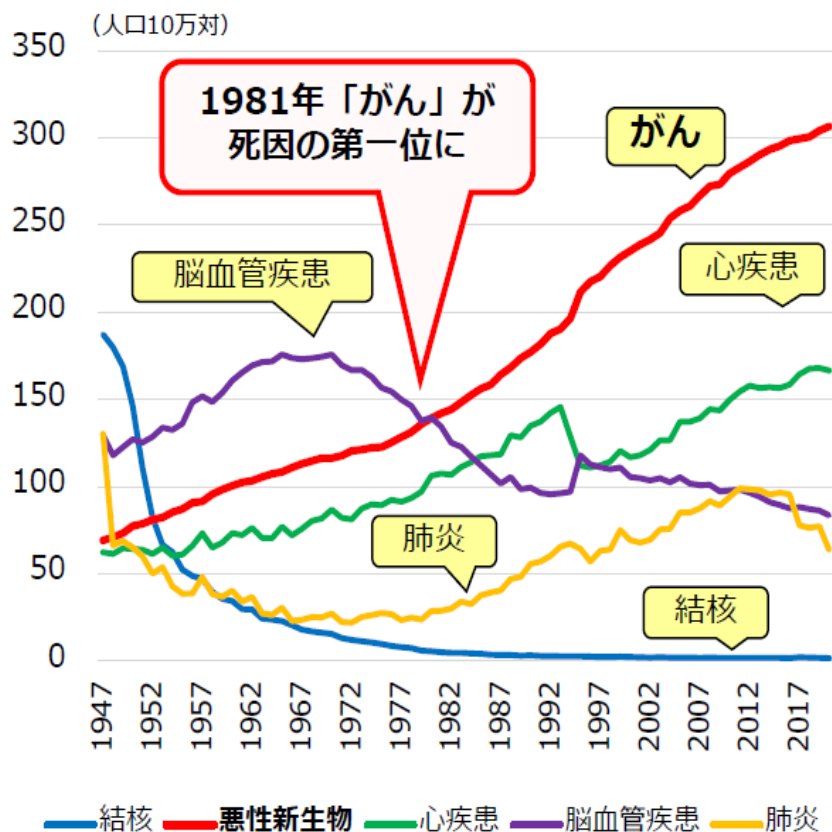


イメージ図

日本のがんの現状

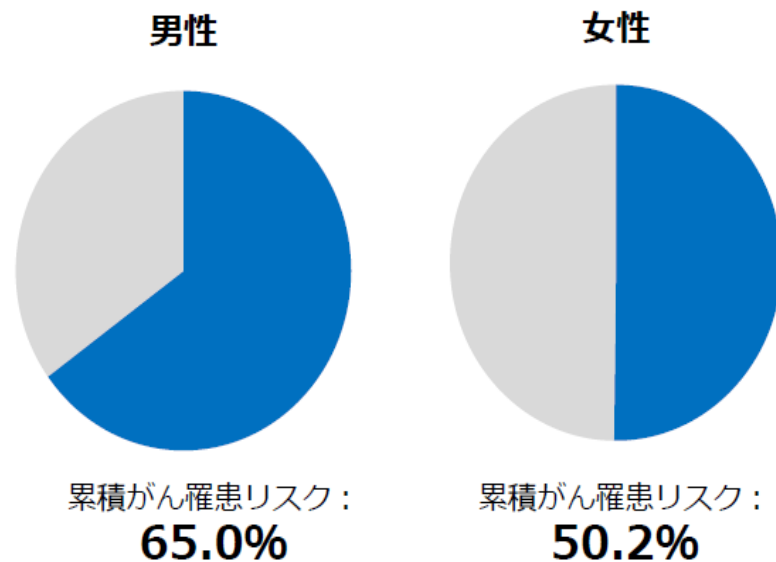
- 約3人に1人ががんで死亡（2020年 年間死亡者数 約38万人）
- 日本人の2人に1人が生涯でがんになる

<<我が国における粗死亡率の推移（主な死因別）>>



出典：令和2（2020）年人口動態統計（確定）

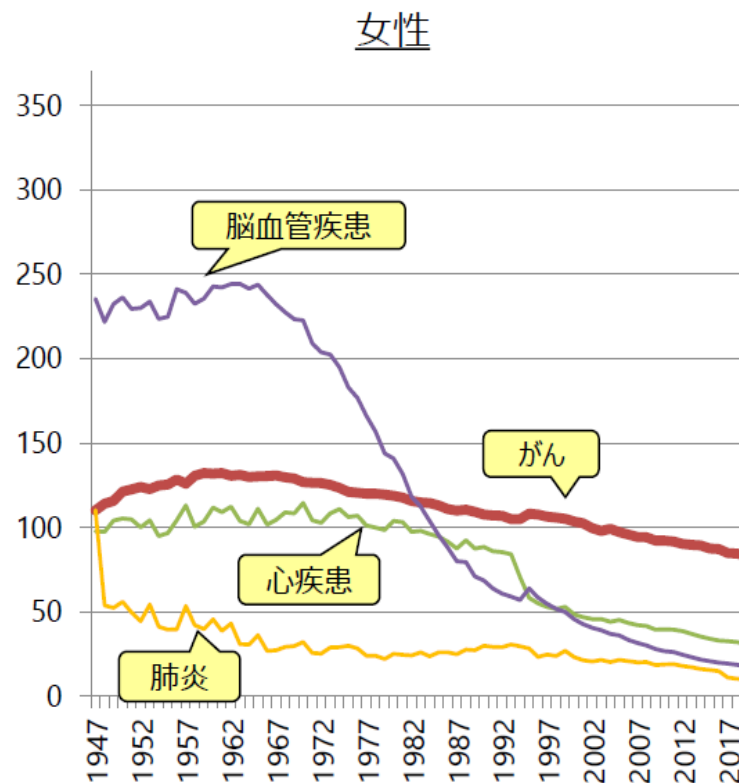
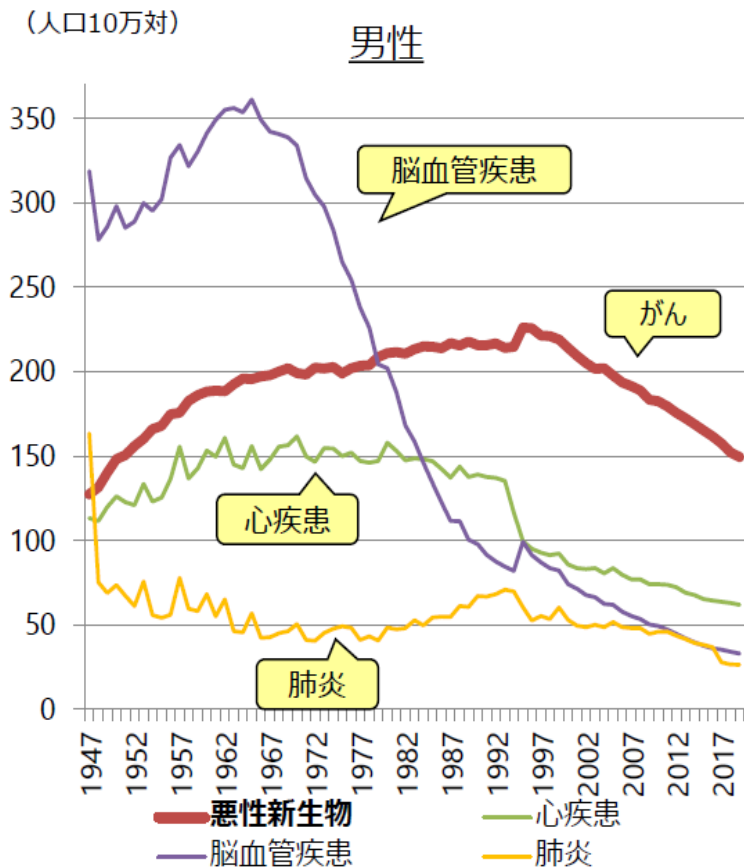
<<生涯でがんに罹患する確率>>



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「最新がん統計」（2022.3.18更新）をもとに作成
(https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)

我が国における性別年齢調整死亡率の推移（主な死因別）

- 男性は1990年代後半から、女性は1960年代後半から、がんの年齢調整死亡率が減少



出典 令和元年（2019）年人口動態統計（確定）

がん診療連携提供体制の構築に関する主な経緯

- ▶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 2001年
- ▶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（健康局長通知）
- ▶平成18年6月 がん対策基本法 成立 2006年
- ▶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（第1期）の閣議決定 2007年
- ▶平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について（健康局長通知）
- ▶平成24年6月 がん対策推進基本計画（第2期）の閣議決定 2012年
- ▶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（健康局長通知）
- ▶平成30年6月 がん対策推進基本計画（第3期）の閣議決定 2018年
- ▶平成30年7月 がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知） ※現行指針
 - 平成31年度以後の既指定の地域がん診療連携拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に、特例型とし、経過措置的に指定類型を見直すこととした。
- ▶令和4年夏頃（予定） がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知） ※新指針
 - 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おける特例型の新設、地域がん診療連携拠点病院（高度型）の廃止、等を検討している。
- ▶令和4年度中（予定） がん対策推進基本計画（第4期）の閣議決定 2022年

がんの医療計画は
がん対策推進基本計
画をベースに作成

2017年

第7次医療計画（平成29年～）

がん診療連携拠点病院の 指定に関する課題



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。

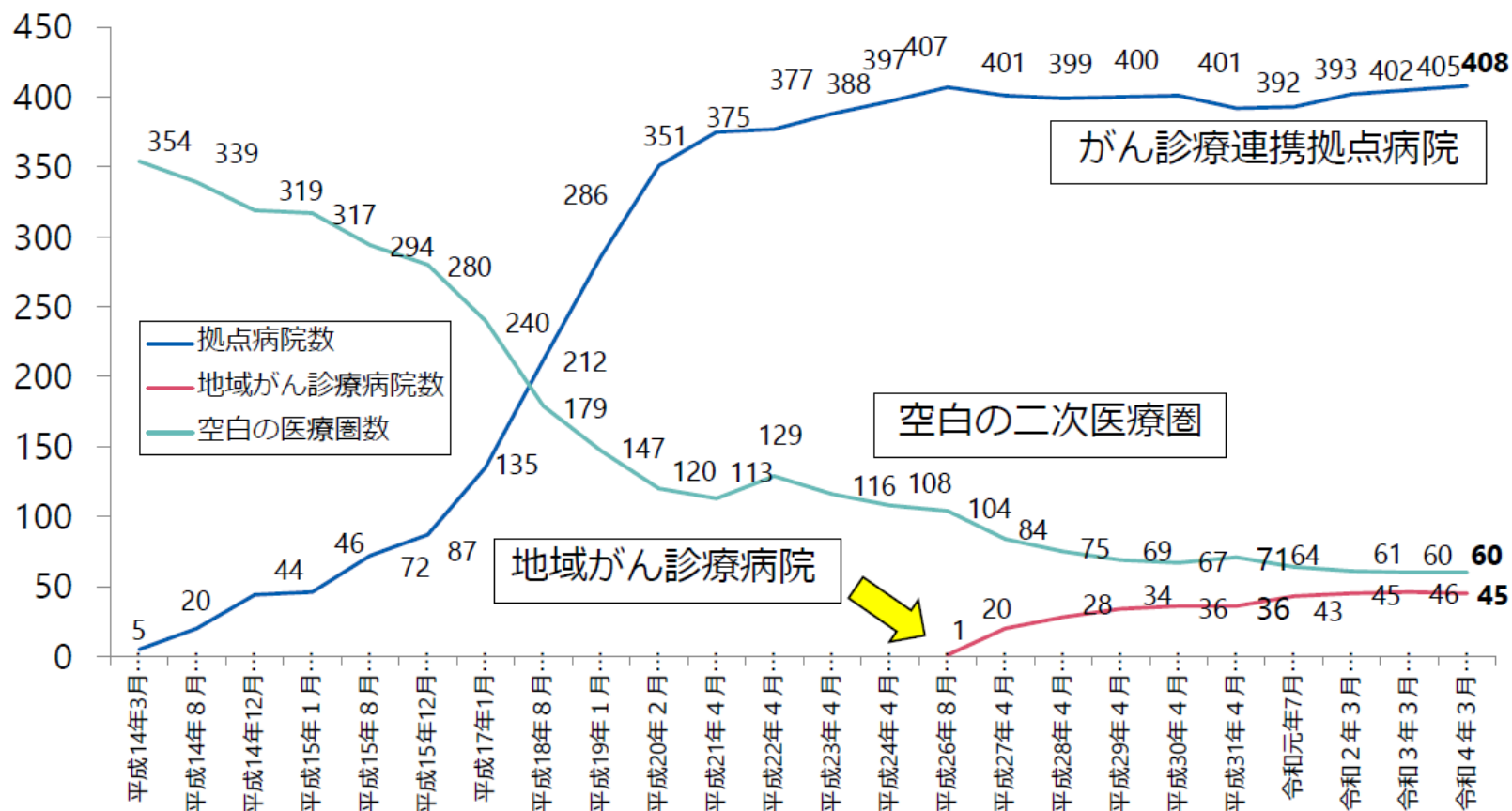
国立がん研究センター（2か所）

- ・ 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

全国にがん診療
連携拠点病院は
408か所が設置さ
れている。

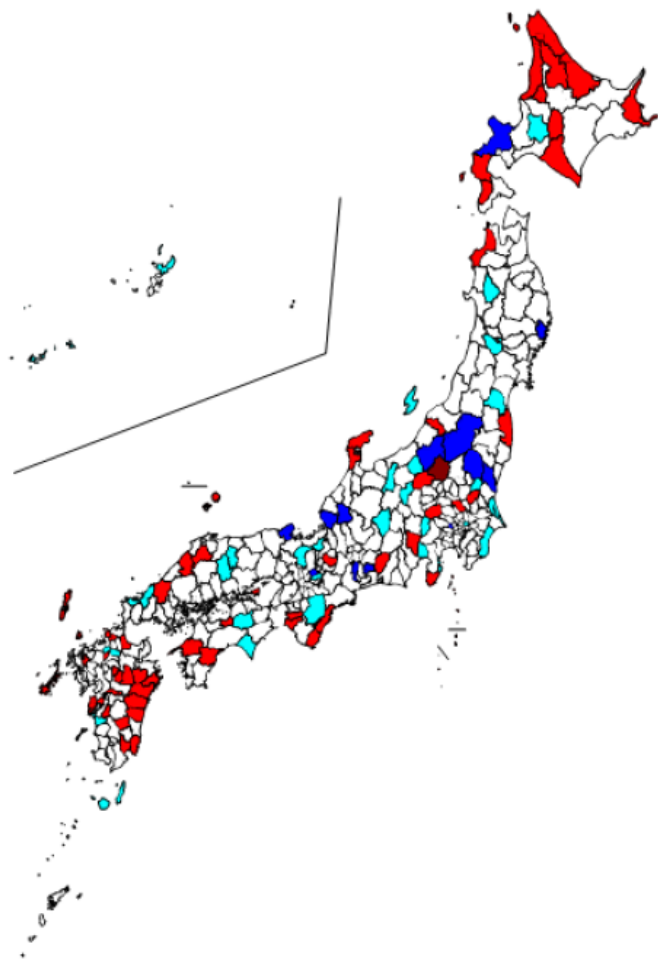
拠点病院数と拠点病院のない二次医療圏数の推移

- 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。



全国における空白の二次医療圏の分布状況（令和4年）

○ 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→60地域）。



- 空白の二次医療圏
- 元々空白の二次医療圏であったが地域がん診療病院設置によって解消された二次医療圏
- 元々空白の二次医療圏であったが地域がん診療連携拠点病院設置によって解消された二次医療圏
- 新たに空白の医療圏となった二次医療圏

現時点における空白の二次医療圏数
→**60地域**

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。

空白の医療圏に地域がん
診療病院をすべて設置す
るのは合理的でない

都道府県別がん薬物療法専門医養成数：対人口100万人

都道府県別がん薬物療法専門医人口補正(2022)

12.7人/100万人
(2022年)

1.64倍に増加

1,604名
(含む海外16名)

都道府県別がん薬物療法専門医人口補正(2014)

7.76人/100万人
(2014年)

978名

地域間格差（国内）

高まるニーズ

- ・ がん薬物療法
- ・ がんゲノム医療
- ・ 臓器横断的がん治療
- ・ 多様な全身副作用

2.69 25.78

1.34 20.93

2014年1位と47位の格差26.6倍

BEST10

順位	都道府県名	人口	専門医数	人口100万人当たり
1	石川県	1124501	29	25.78921673
2	岡山県	1879280	45	23.94534077
3	徳島県	726729	15	20.6404313
4	京都府	2511494	51	20.30663
5	島根県	666331	13	19.50982
6	愛媛県	1341539	26	19.380726
7	東京都	13794933	257	18.630028
8	大阪府	8800753	163	18.52114245
9	佐賀県	812193	14	17.23728227
10	福岡県	5108507	88	17.22616804

標準偏差 2022 2014
5.501099 4.114708

地域間格差は拡大

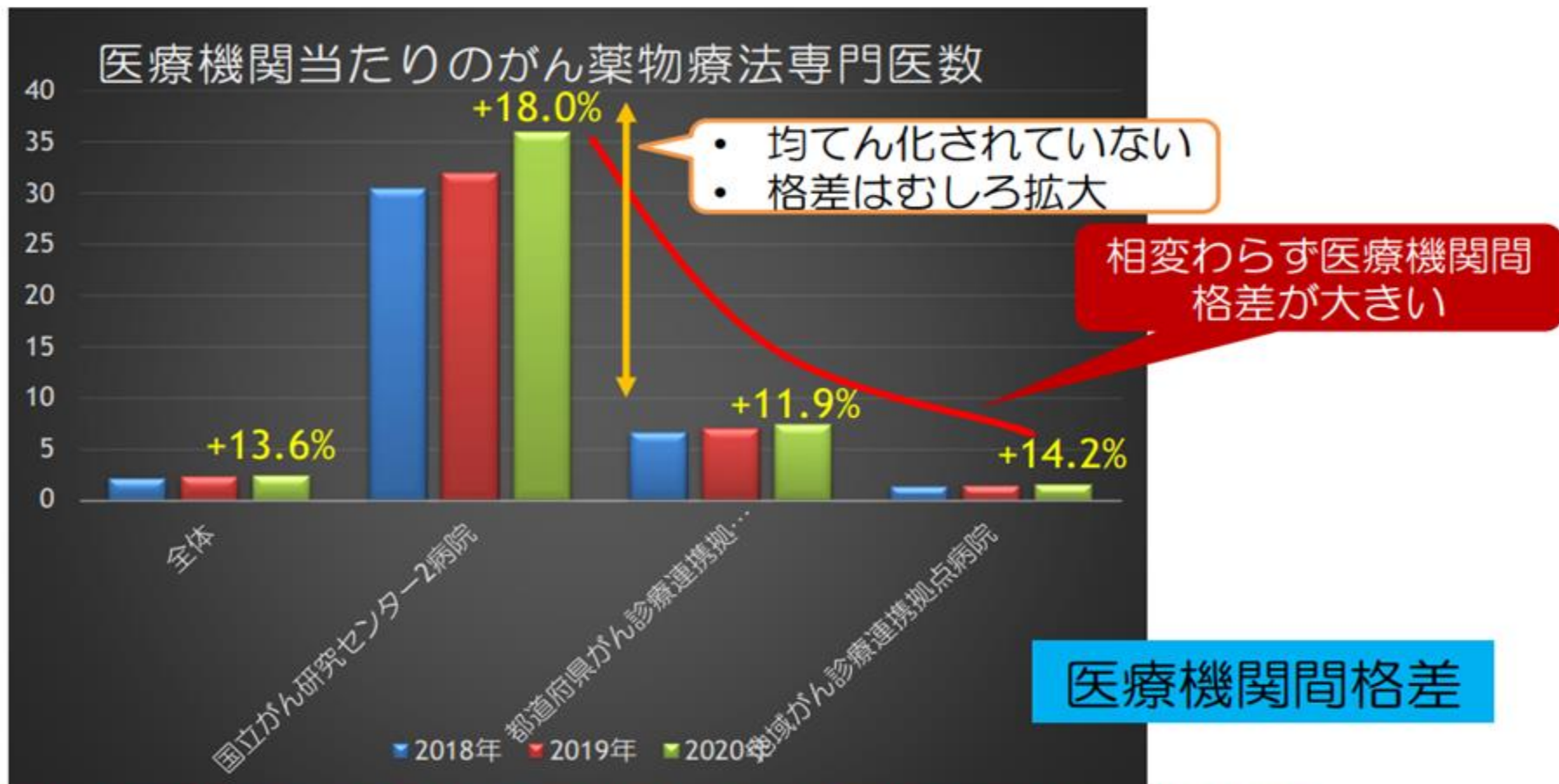
2022年
格差9.6倍

WORST 10

順位	都道府県名	人口	専門医数	人口100万人当たり
38	群馬県	1943667	12	6.173897
39	山梨県	816340	5	6.124899
40	栃木県	1942494	11	5.662823
41	宮崎県	1078313	6	5.564247
42	福島県	1841244	10	5.431111
43	和歌山県	935084	5	5.347113
44	茨城県	2890377	15	5.189634
45	岩手県	1206479	6	4.973149
46	青森県	1243081	6	4.826717
47	沖縄県	1485670	4	2.692388

日本臨床腫瘍学会の専門医DB(2022年)と総務省人口統計(2022年1月)から計算

がん診療連携拠点病院当たりのがん薬物療法専門医数（割合）2020年度



地域間・医療機関間の格差を是正するためには目標の指標に工夫が必要

- 単に「専門医数」、「診療科設置」や「講座設置」だけでは不十分
→組み合わせた目標が必要

- 「都道府県がん拠点」や「国がん」は格差是正に協力

がん薬物療法における人材の格差 (3) (がん対策推進協議会 (2) 3 221013)

第4期がん対策推進基本計画（令和●年●月閣議決定） 概要（案）

第1. 全体目標及び分野別目標 / 第2. 分野別施策

全体目標：「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
 がんを知り、がんを予防することで、
 がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
 適切な医療を受けられる体制を充実させるこ
 とで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・
 全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質
 の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
 がんになっても自分らしく生きることので
 きる地域共生社会を実現することで、全ての
 がん患者及びその家族等の療養生活の質の向
 上を目指す

1. がん予防

- (1) がんの一次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの二次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づくがん対策
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養生活への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これらを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

第4期がん対策推進計画
 をもとに第8次医療計画
 のがん対策が決まる

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. 感染症のまん延や災害等を見据えた対策
3. 都道府県による計画の策定
4. がん患者を含めた国民の努力
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

それぞれの特性に応じた診療提供体制

小児・AYA世代とがん
高齢者とがん

AYA世代とは…

Adolescent & Young Adult

思春期

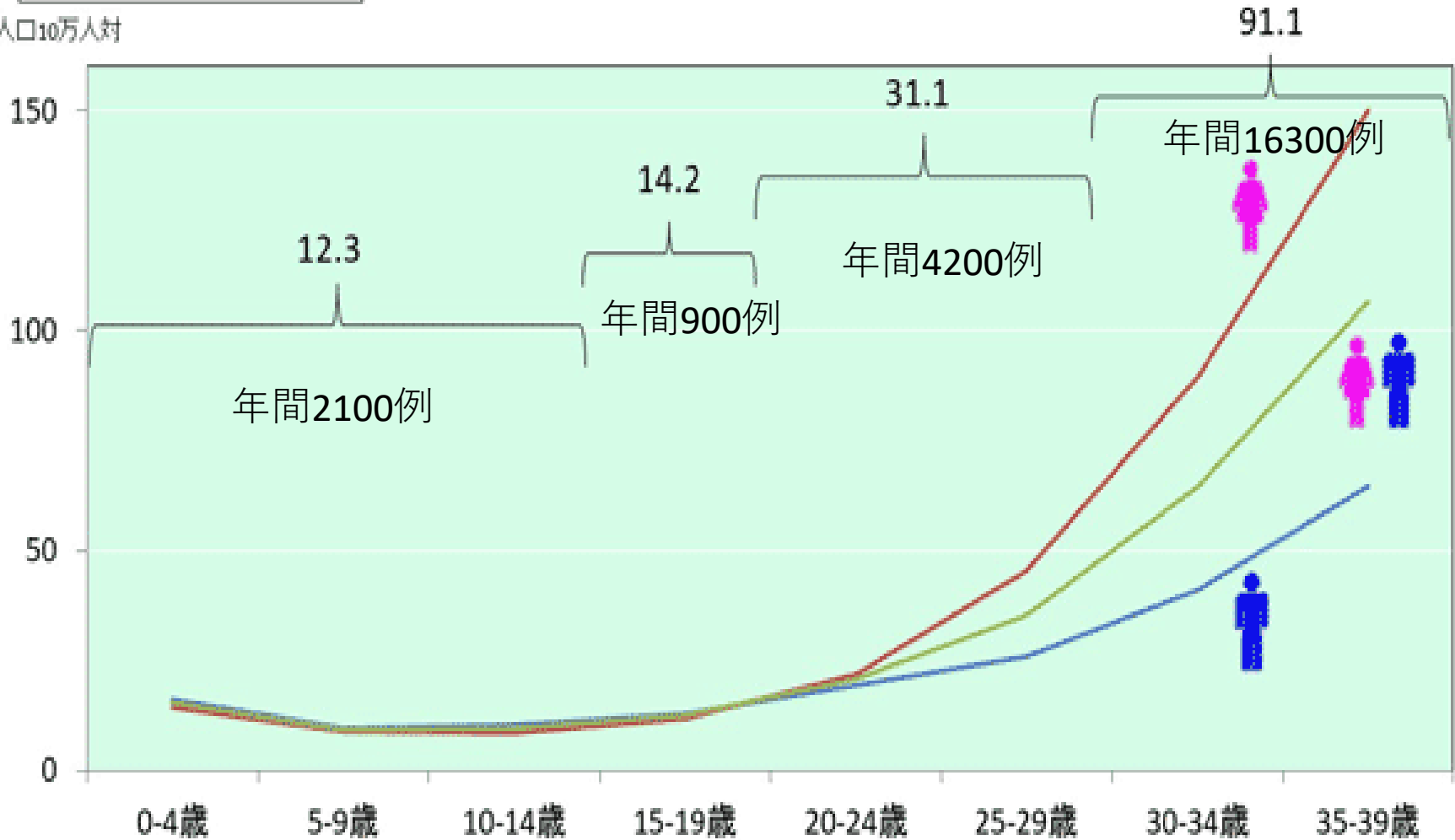
若い成人

主に10代後半～30代の世代

小児AYAがんの年齢階級別罹患率
(0-39歳)
[男女計 2009-2011年]

小児AYAがん年齢階級別罹患率

人口10万人対



・脳腫瘍は良性・良悪不詳を含む AYA: adolescent and young adult

小児がん AYA世代がん

- 2009-2011年の小児がん（0～14歳）の罹患率（粗罹患率）は12.3（人口10万人あたり）。*
- 同様に、AYA世代にかけてのがん罹患率は15～19歳で14.2、20歳代で31.1、30歳代で91.1（人口10万人あたり）。*
- これらの罹患率を日本全体の人口に当てはめると、1年間にがんと診断されるがんの数は小児（0～14歳）で約2,100例、15～19歳で約900例、20歳代で約4,200例、30歳代で約16,300例と推計される。

小児がん、AYA世代がんのがん種 (%は全がん占める割合)

	1位	2位	3位	4位	5位
0～14歳 (小児)	白血病 [38%]	脳腫瘍 [16%]	リンパ腫 [9%]	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 [8%]	神経芽腫 [7%]
15～19歳	白血病 [24%]	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 [17%]	リンパ腫 [13%]	脳腫瘍 [10%]	骨腫瘍 [9%]
20～29歳	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 [16%]	甲状腺がん [12%]	白血病 [11%]	リンパ腫 [10%]	子宮頸がん [9%]
30～39歳	女性乳がん [22%]	子宮頸がん [13%]	胚細胞腫瘍・ 性腺腫瘍 [8%]	甲状腺がん [8%]	大腸がん [8%]

◆AYA世代で罹患率が最も高いがん種

- 15～19歳：白血病
- 20～29歳：胚細胞性腫瘍、甲状腺腫瘍
- 30～39歳：女性の乳がん、子宮がん

◆患者が抱える悩み

- 治療のために進学や就職が困難になる
- 抗がん剤や放射線治療による性腺機能不全の心配
- 容姿の問題で、恋愛や結婚に消極的になる



小児・AYA世代がん



小児に多い「がん」

白血病・悪性リンパ腫

脳腫瘍、骨軟部肉腫

胃がん、大腸がん、子宮がん、乳がんなど

成人に多い「がん」

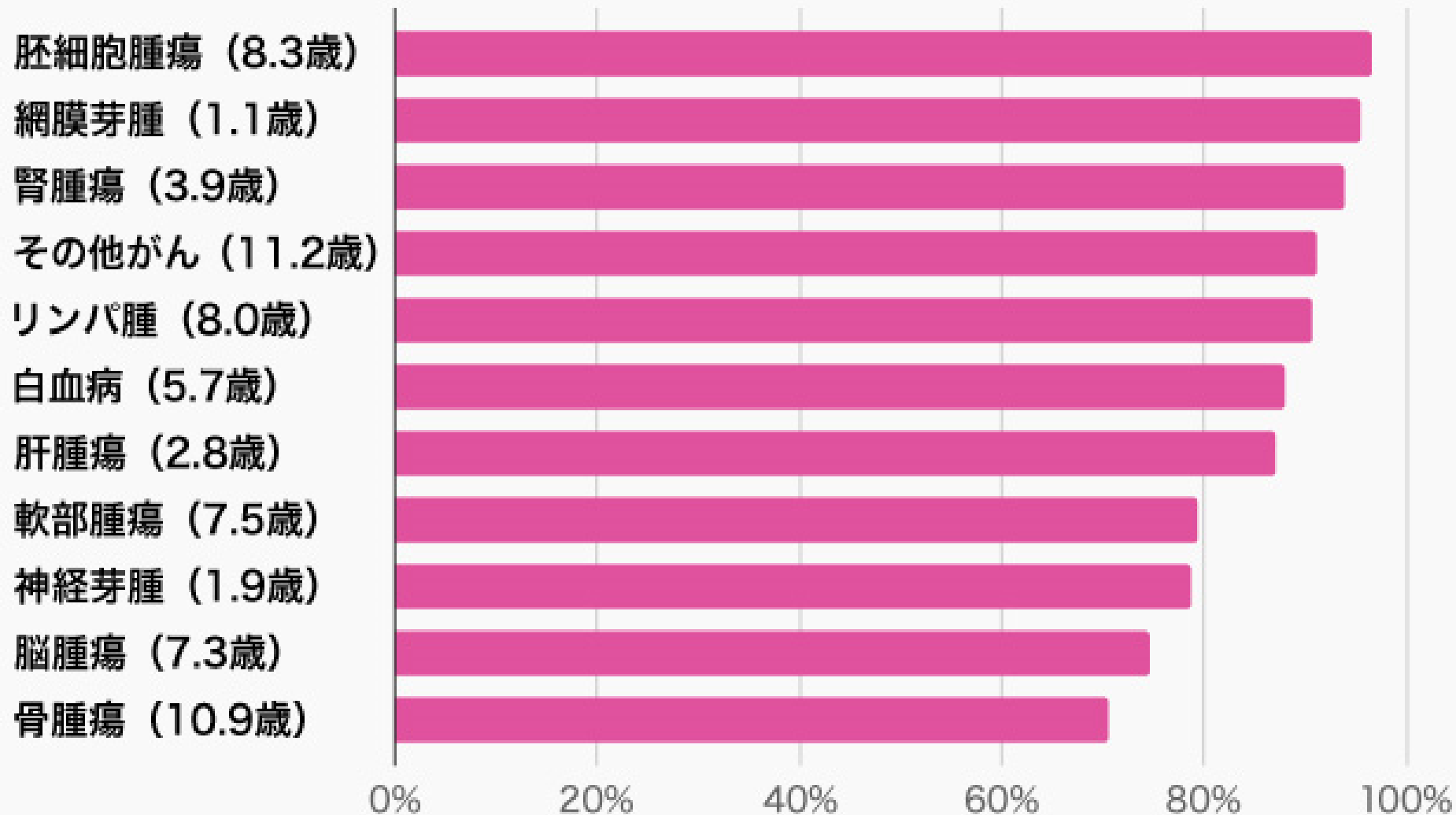
乳腺・腫瘍内科
血液腫瘍科
頭頸部外科、放射線治療科
骨軟部腫瘍科

小児腫瘍科

密に連携

成人診療科

小児がん 5年後の生存率



※ 分析の対象となった患者数はがんの種類によって異なります

※ ()内は患者の平均年齢

小児がんに関与する米国で承認を受けた医薬品の国内での承認状況

(2010-2022年:適応症ベースでの比較)

RACE法成立前 承認薬 (2010-2016)



4の小児がんに



何年か遅れて
4つとも承認



RACE法成立年からの承認薬 (2017-2022.3月)



27



わずか6
(22%)

米国ではRACE法成立後、小児分野における分子標的薬の開発を促進する取組が進んでおり、分子標的薬の時代に入って、日米間のドラッグラグが拡大する懸念が指摘されている

一方で、欧米企業のグローバル開発(国際共同試験)の機会の増加も期待できる可能性がある

RACE法 (Research to Accelerate Cure and Equity for Children Act):
成人で開発する薬の小児での開発を義務化する法律

「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。

高齢者とがん

高齢がん患者をとりまく特有の問題



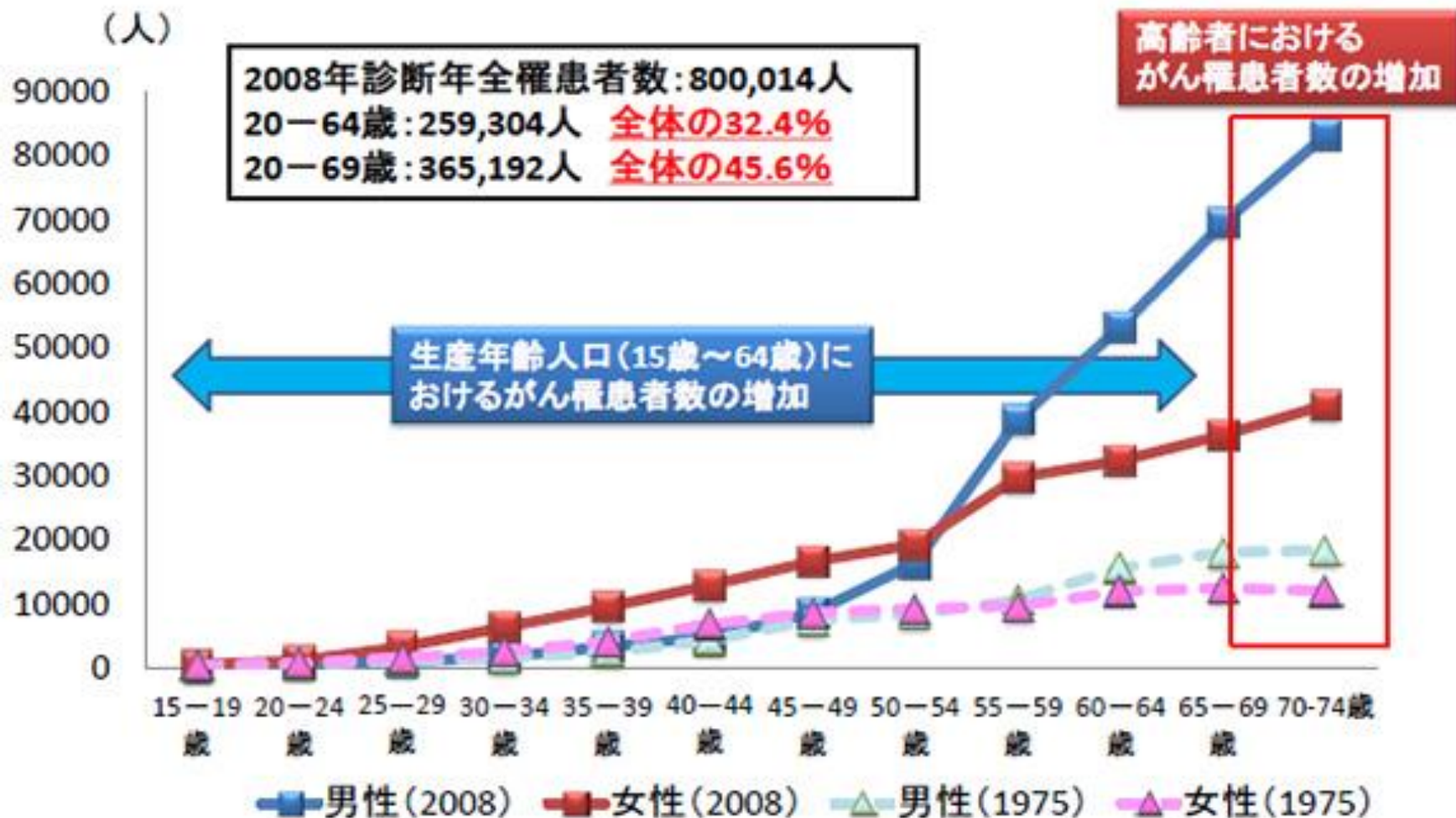
65歳以上のがん罹患数



データ：国立がん研究センターがん対策情報センター

性別・年齢別がん罹患患者数

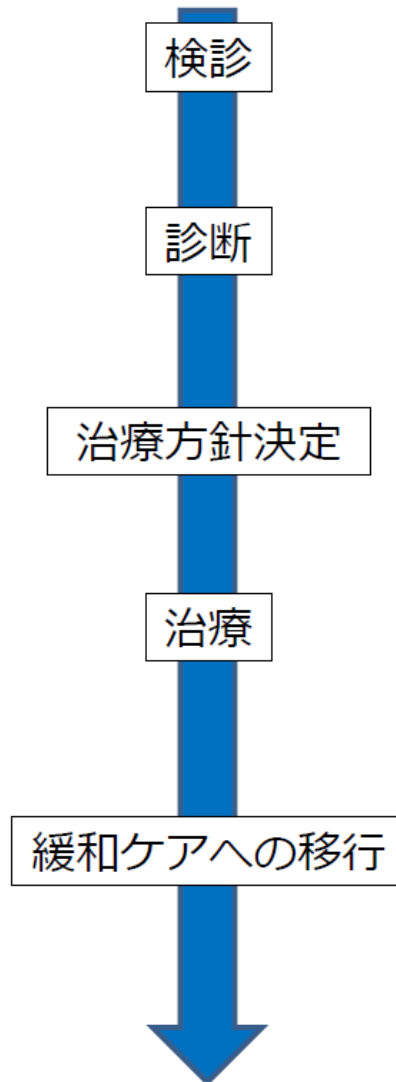
がん患者は増加しており、うち3人に1人は就労可能年齢で罹患



(出典) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター

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、うなづくことや手振り、笑顔からも読み取る
- 友人や家族と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、決定が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判断してはならない。

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)

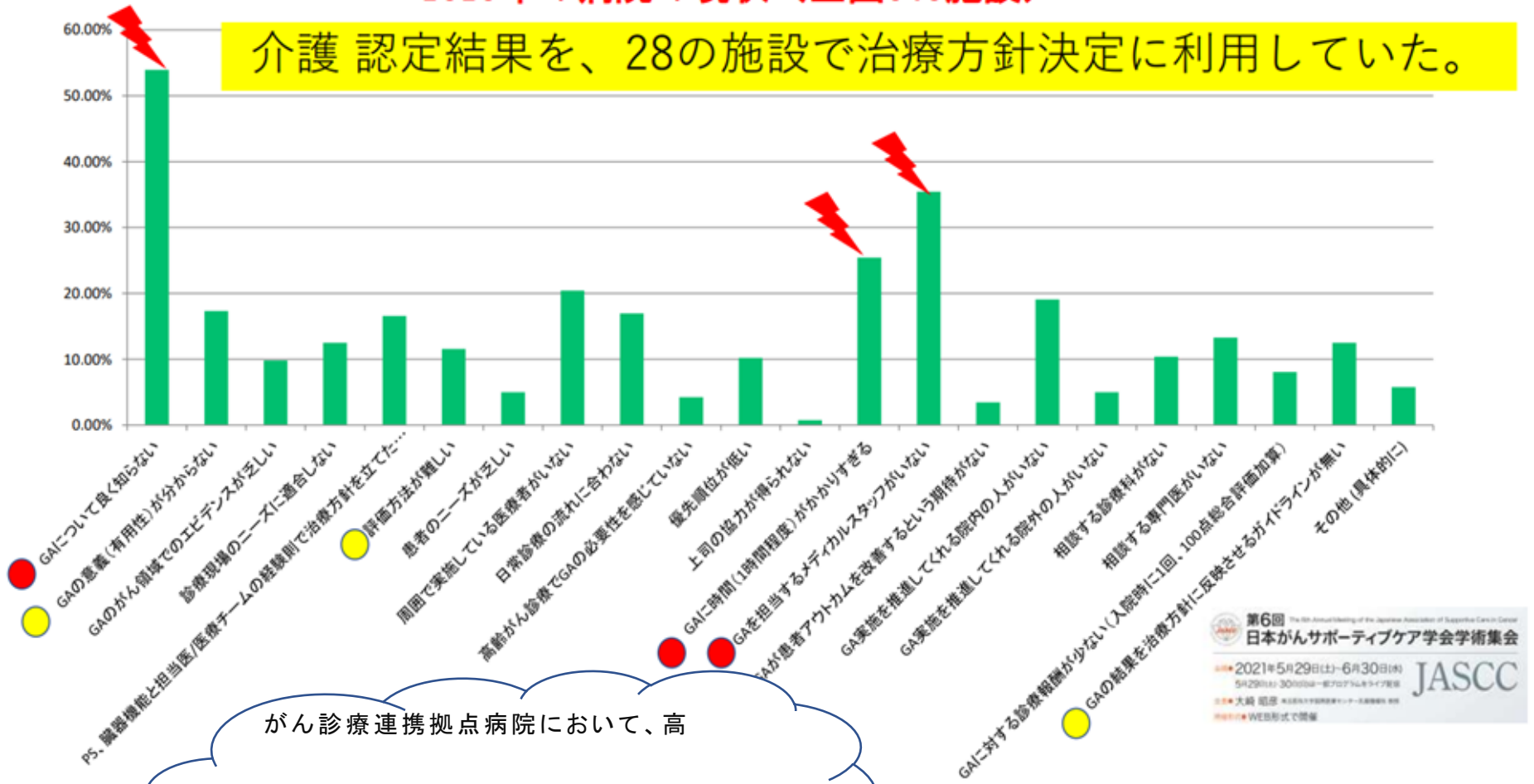
出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「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」

診療現場での高齢者機能評価の現状 2020年の病院の現状（全国340施設）

Yoshida Y, Jpn. J. Clin. Oncol, 2022

介護認定結果を、28の施設で治療方針決定に利用していた。



がん診療連携拠点病院において、高齢者のがん治療にCGAが活用されているケースは少ない

CGA : Comprehensive Geriatric Assessment

目的：健康被害が起こるリスクのある老年症候群を抱える高齢者を見だし、
利用可能な資源の活用と治療を明確にする

定義：

- ・ 多次元的な評価
- ・ 多職種が関わる
- ・ 心理・社会・機能を機能別に評価する
- ・ 評価に基づき総合的な介入を提供する
- ・ 単一の方法は確立していない

Functional status : 機能

Mobility status : 運動機能

Nutritional status : 栄養状態

Vision & Hearing : 視力、聴力

Cognition : 認知機能

Psychological status : 精神状態

Social Assessment : 社会的問題

Quality of Life : 生活の質

Medication Review : 薬剤の整理

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。

パート 3

脳卒中・心筋梗塞等の 心血管系疾患の医療体制

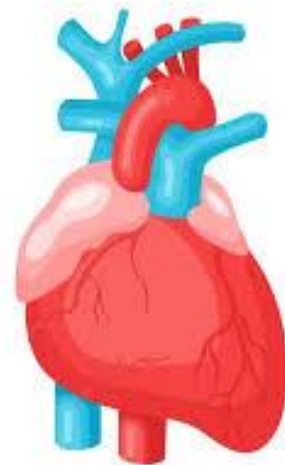
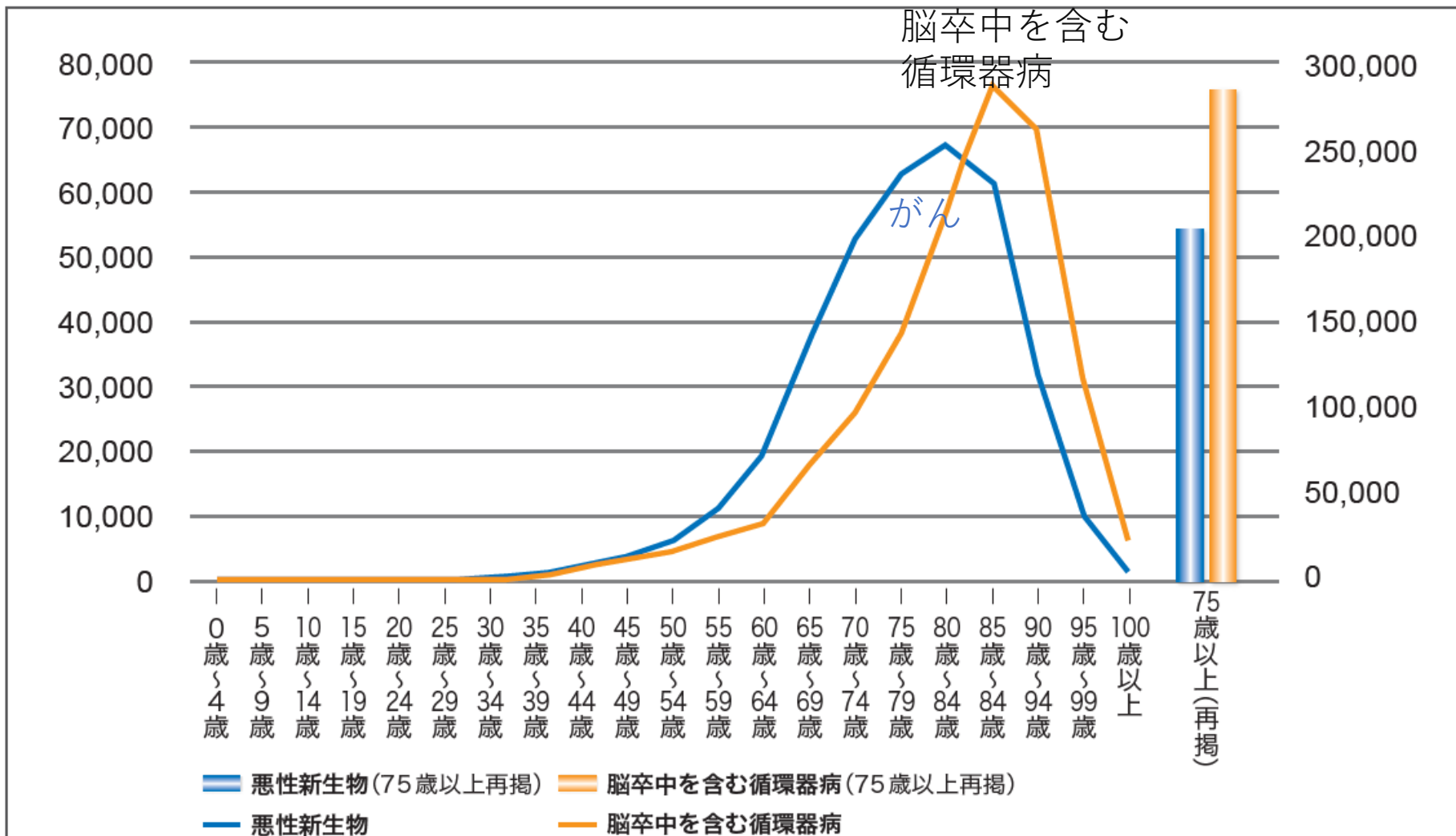


図3 高齢者の死因別死亡数(2019年)



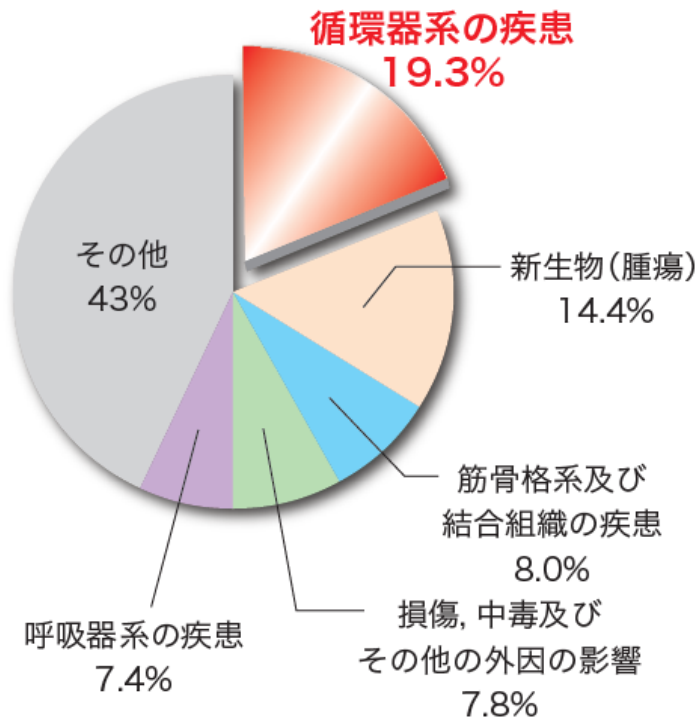
出典：「令和元年(2019)人口動態統計(確定数)の概況」(厚生労働省)

図6 2018年度傷病分類別医科診療医療費(上位5位)

2018年度傷病分類別医科診療医療費は、31兆3,251億円

そのうち、循環器系の疾患が占める割合は6兆596億円(19.3%)と最多

医科診療医療費の構成割合



循環器系の疾患の医療費の内訳

疾患	医療費(億円)
循環器系の疾患	6兆596億円
高血圧系の疾患	1兆7,481億円
心疾患(高血圧系のものを除く)	2兆463億円
虚血性心疾患	7,165億円
脳血管疾患	1兆8,019億円
その他	4,633億円

注:傷病分類は、ICD-10(2013年版)に準拠した分類による。

出典:「平成30年度国民医療費の概況」(厚生労働省)

図4 循環器病の自然史

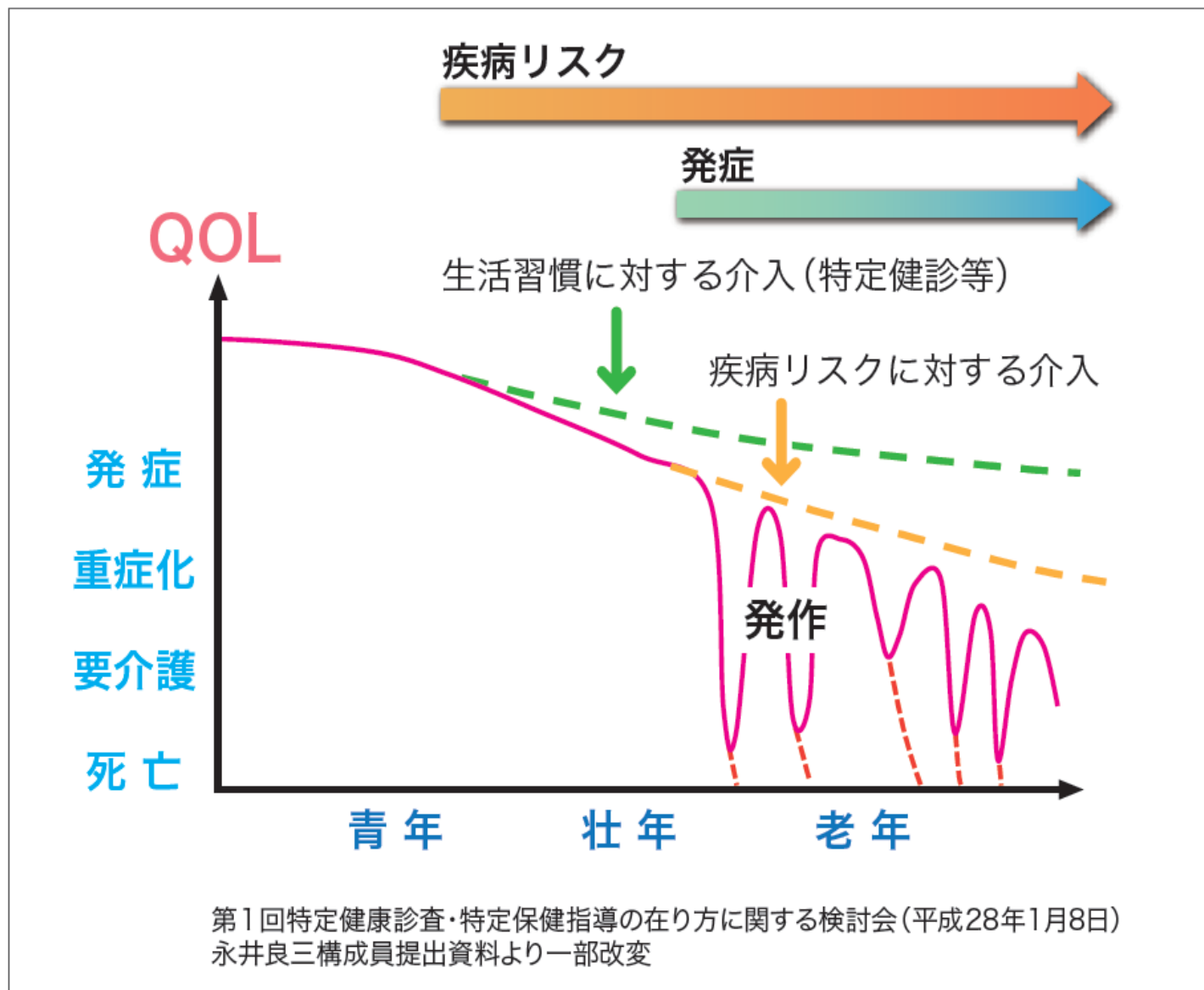
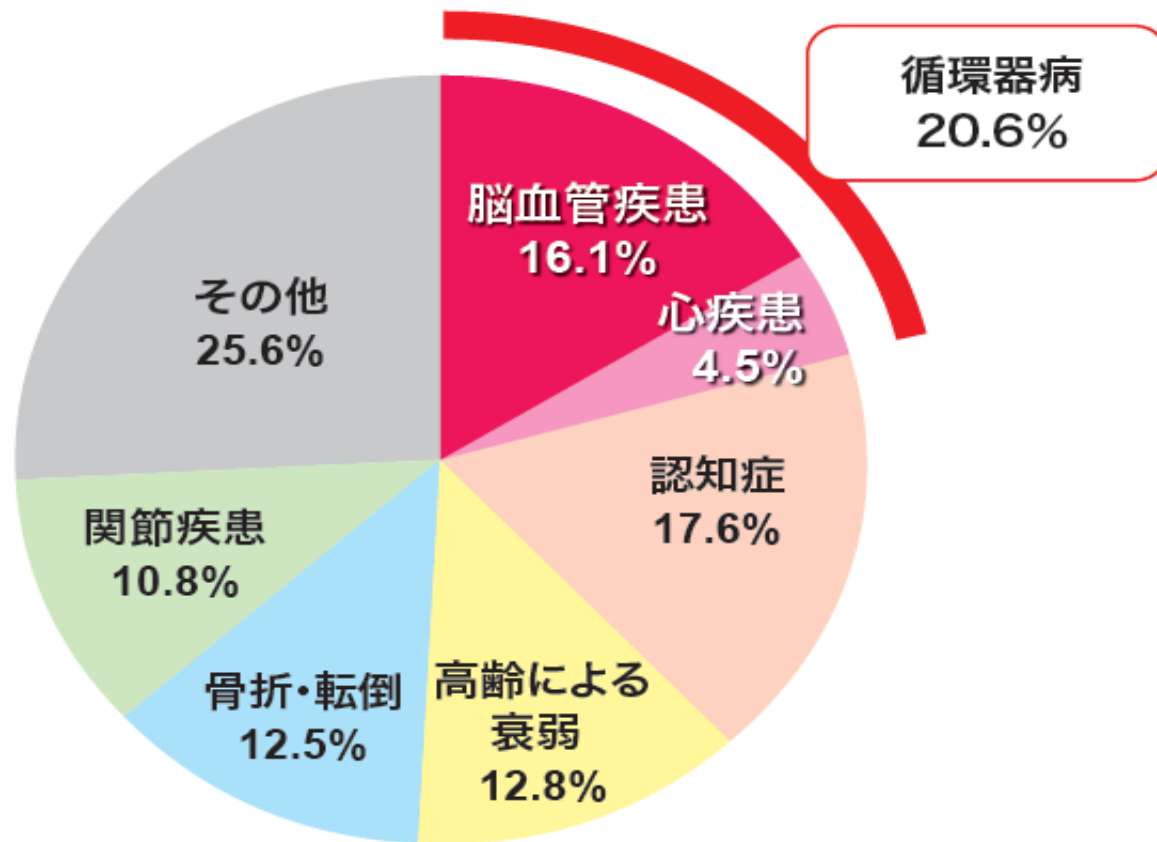


図5 要介護の主たる原因(2019年)

脳血管疾患がと心疾患を合わせた循環器病が 20.6%を占め、
介護が必要となる最大の原因である



出典：令和元年国民生活基礎調査（厚生労働省）

第7次医療計画策定後の検討と政策

第7次医療計画（2018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
(2016年6月～2017年6月)

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
(2019年12月施行)

循環器病対策に
関する基本法

循環器病対策推進基本計画
(2020年10月策定)

(第1期)

循環器病対策推進基本計画 (第2期)
2024年4月

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 (循環器病対策基本法) 概要 2018年

平成 30 年 12 月 14 日公布、令和元年 12 月 1 日施行

目 標

脳卒中、心臓病その他の循環器病が、国民の疾病による死亡・介護の主要な原因になっている現状に鑑み、循環器病予防等に取り組むことで、国民の健康寿命の延伸を図り、医療・介護の負担軽減に資する

概 要

I 基本理念

- ・循環器病の予防、循環器病を発症した疑いがある場合における迅速かつ適切な対応の重要性に関する国民の理解と関心を深めること
- ・循環器病患者等に対する保健、医療（リハビリテーションを含む）、福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず等しく、継続的かつ総合的に行われるようにすること
- ・循環器病に関する研究の推進を図るとともに、技術の向上の研究等の成果を提供し、その成果を活用して商品等が開発され、提供されるようにすること

II 法制上の措置

- ・政府は、循環器病対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる

III 循環器病対策推進基本計画の策定等

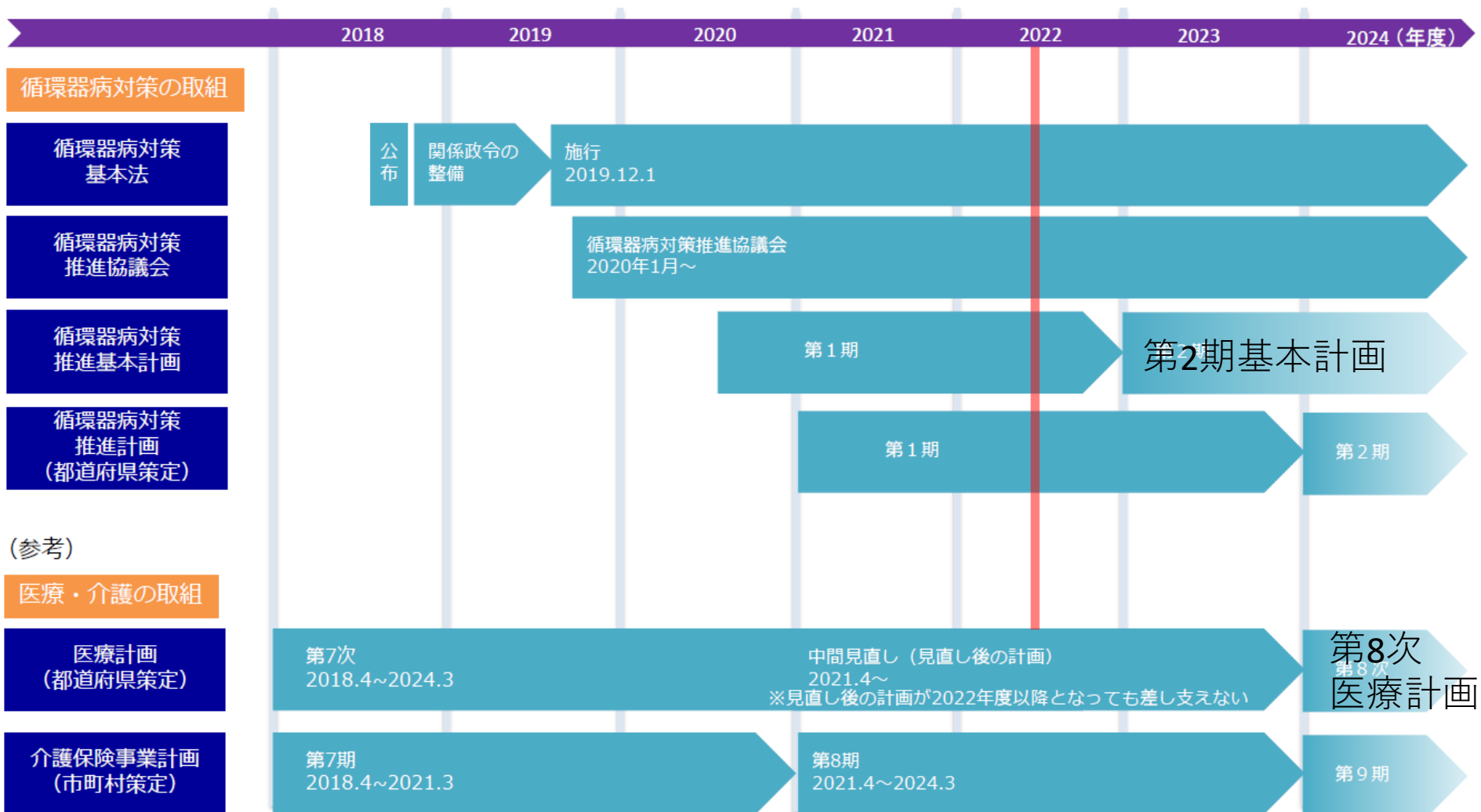
- ・政府は「循環器病対策推進協議会」を設置し「循環器病対策推進基本計画」を策定し、5年ごとに変更を行う。都道府県は「都道府県循環器病対策推進計画」を策定。少なくとも6年

脳卒中と心臓病がひとまとめにされた

IV 基本的施策

- ・①循環器病の予防等の推進、②循環器病を発症した疑いがある者の搬送及び受入れの実施に係る体制の整備、③医療機関の整備、④循環器病患者等の生活の質の維持向上、⑤保健、医療及び福祉に係る関係機関の連携協力体制の整備、⑥保健、医療又は福祉の業務に従事する者の育成、⑦情報の収集提供体制の整備、⑧研究の促進 など

循環器病対策に係る今後のスケジュールについて



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

- ① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 ▶ 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
- ② 救急搬送体制の整備 ▶ 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
- 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 ▶ 地域の実情に応じた医療提供体制構築
- ④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援 ▶ 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
- ⑤ リハビリテーション等の取組 ▶ 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
- ⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援 ▶ 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
- ⑦ 循環器病の緩和ケア ▶ 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
- ⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援 ▶ 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
- ⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援 ▶ 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
- ⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策 ▶ 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

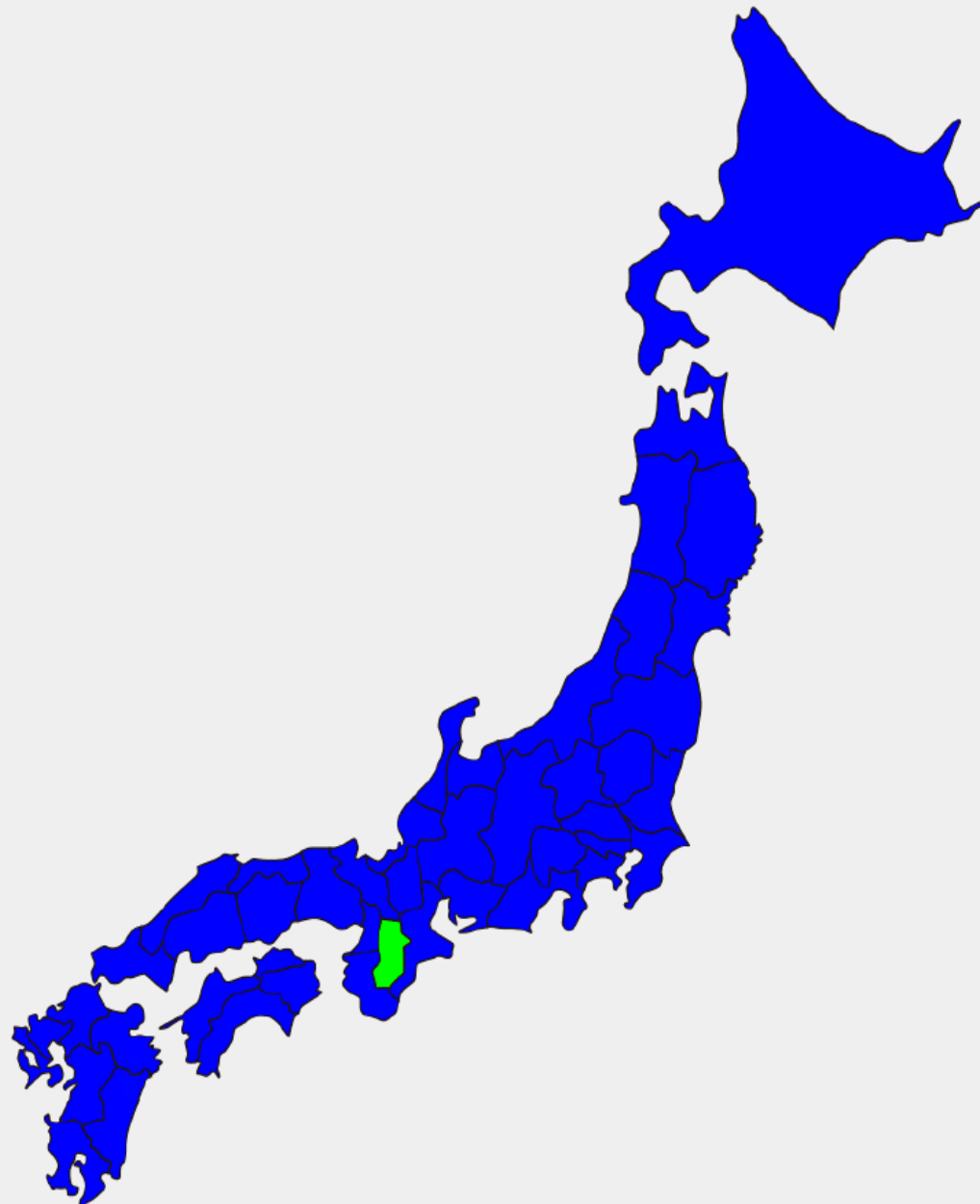
- 循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発
- ▶ 基礎研究から診断法・治療法等の開発に資する実用化に向けた研究までを産学連携や医工連携を図りつつ推進
 - ▶ 根拠に基づく政策立案のための研究の推進

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

健康寿命の延伸・年齢調整死亡率の減少

都道府県別の循環器病対策推進計画 進捗状況：令和4年3月



- 計画完成 ※ 46都道府県
※近日中の公表予定も含む
- 計画作成中

(令和4年3月29日 厚生労働省調べ)

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**に対して課題がある

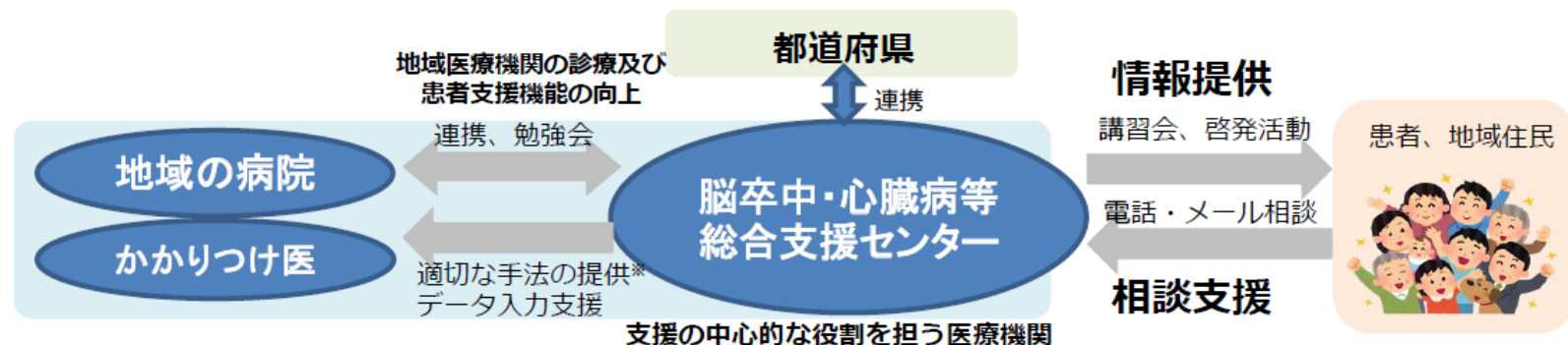
※具体的に、社会連携に基づく循環器病患者支援、リハビリテーション等の取組、循環器病に関する適切な情報提供・相談支援、循環器病の緩和ケア、循環器病の後遺症を有する者に対する支援、治療と仕事の両立支援・就労支援、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策などが不十分

- 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



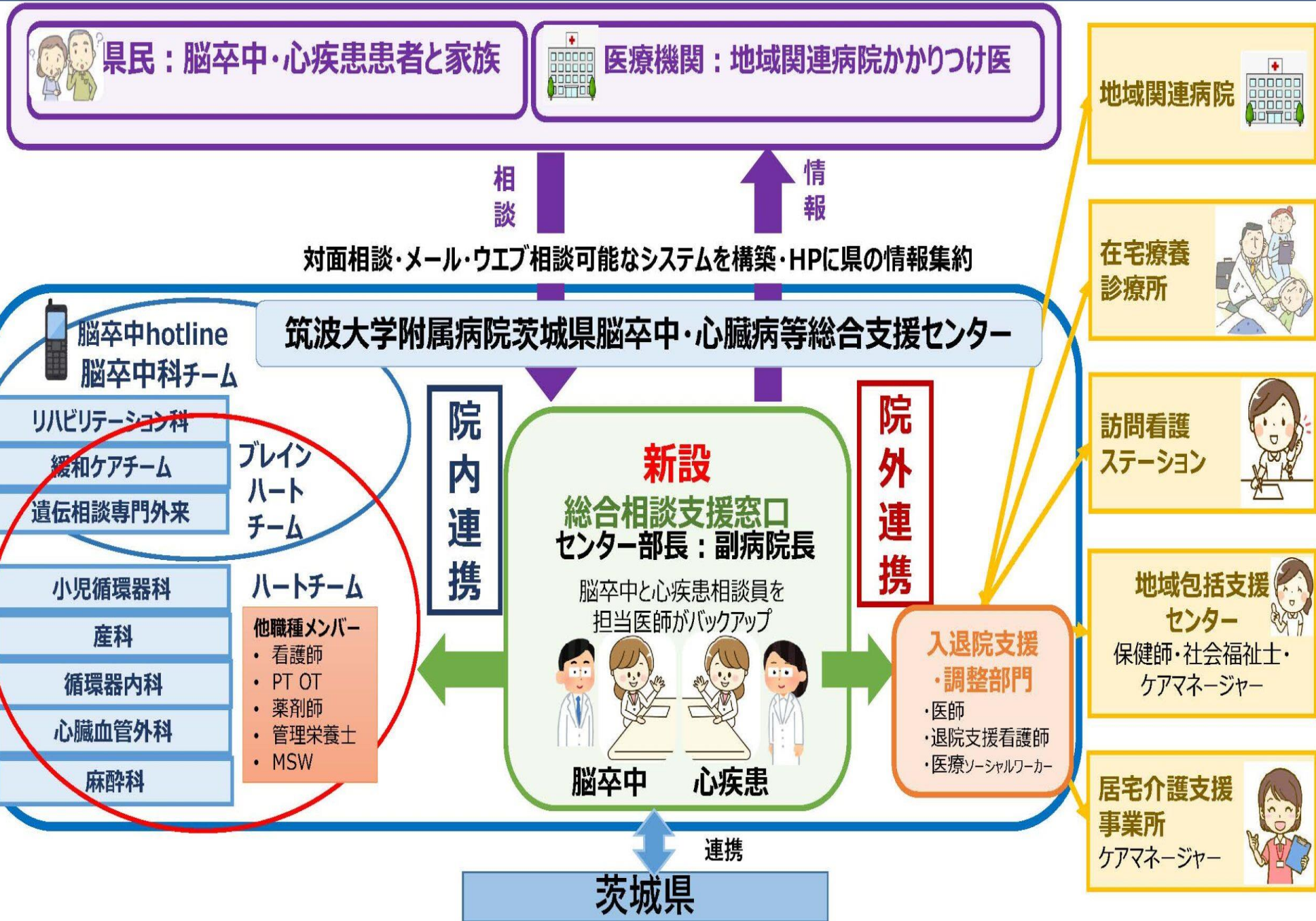
<センターに求められる要件> 支援の中心的な役割を担うことから、各疾患に対して専門的な知識が求められることを想定

- 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

筑波大学附属病院茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター実施体制構想



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

【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。

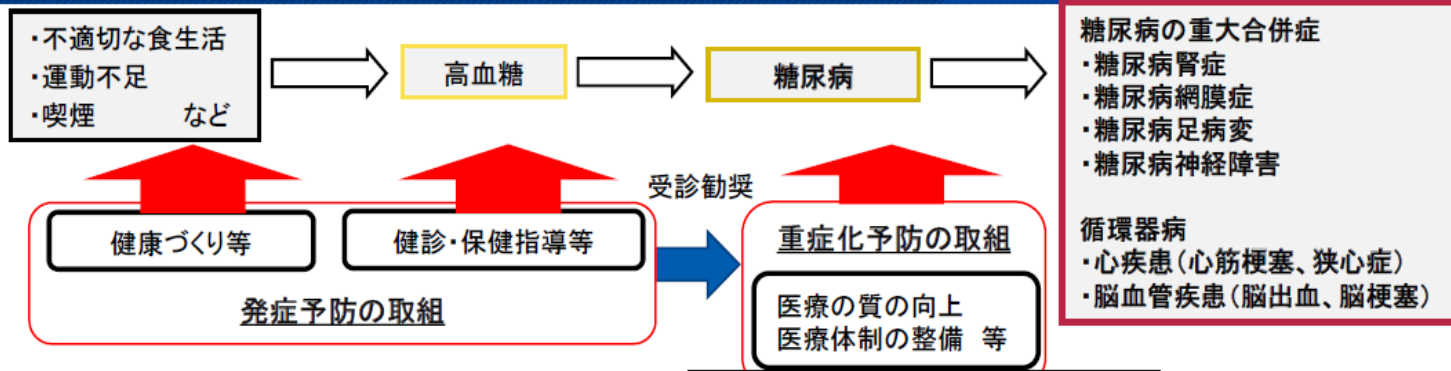
<医療の空白地帯について>

- 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。

パート4 糖尿病の医療体制



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。

第7次医療計画以降の施策・検討状況

健康日本21（第二次）：2013～2023年度

第7次医療計画：2018年度～

第3期医療費適正化計画：2018年度～
※特定健診・特定保健指導

中間評価：2018年

最終評価：2021年6月～

次期国民健康づくり運動プラン：2024年度～

医療計画の指標の検討

門脇班
2017～2019年度

山内班
2020～2022年度

糖尿病性腎症
重症化予防プログラム

津下班
2018～2020年度

大規模実証事業
2019年度～

健康日本21

第2次（2013年～2023年）

- 1.糖尿病の目標項目**合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少
- 2.治療継続者の割合の増加
- 3.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
（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）
- 4.糖尿病有病者の増加の抑制
- 5.メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- 6.特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

医療費適正化計画の概要について

2018年から2023年まで

国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
作成主体 : 国、都道府県
計画期間 : 5年（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）
主な記載事項：
・ 医療費の見通し
・ 健康の保持の推進に関する目標・具体的な取組
・ 医療の効率的な提供の推進に関する目標・具体的な取組

<都道府県医療費適正化計画において定める目標>

・ 住民の健康の保持の推進に関する目標

- (1) 特定健康診査の実施率に関する目標(数値)
- (2) 特定保健指導の実施率に関する目標(数値)
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標(数値)
- (4) たばこ対策に関する目標

・ 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
- (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

糖尿病性腎症 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

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】

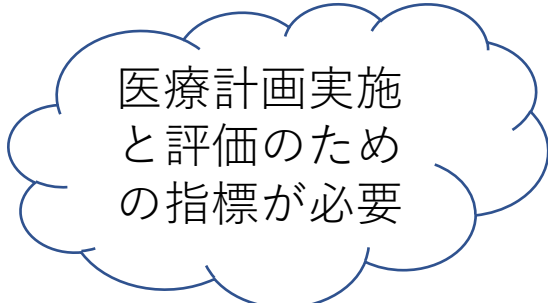
- ・ HbA1cもしくはグリコアルブミン（GA）検査の実施
- ・ 糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数、等

【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



医療計画実施
と評価のため
の指標が必要

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)
			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)
プロセス		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)
		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)
アウトカム	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

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)

マトリックス 3×4版 第7次医療計画中間見直しからの項目変更状況

	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	糖尿病専門医数 (もしくは在籍する医療機関数、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
	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	糖尿病療養指導士数 (もしくは在籍する医療機関数、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
			腎臓専門医数(もしくは在籍する医療機関数、割合)	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数
			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)	歯周病専門医数(もしくは在籍する医療機関数、割合)
			教育入院を行う医療機関数	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(もしくは割合)
			糖尿病登録医/療養指導医 糖尿病看護認定看護師数	糖尿病登録歯科医師数
プロセス		糖尿病患者の年齢調整外来受療率	インスリン治療の実施	糖尿病網膜症治療の実施
	●	HbA1cもしくはGA検査の実施 (患者数もしくは割合)	糖尿病透析予防指導の実施件数	糖尿病腎症に対する人工透析実施件数
	●	眼底検査の実施(患者数もしくは割合)		糖尿病足病変に対する管理
	●	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)		
		クレアチニン検査の実施(患者数もしくは割合)		
		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	治療継続者の割合	● 糖尿病治療を主にした入院患者数	● 糖尿病腎症に対する新規人工透析導入患者数
	糖尿病が強く疑われる者の数		重症低血糖の(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		糖尿病性ケトアシドーシス、 非ケトン昏睡患者数	糖尿病併存心筋梗塞の発症件数(もしくは割合)
				糖尿病併存脳卒中の発症件数(もしくは割合)
				● 糖尿病併存心不全の発症件数(もしくは割合)
			● 糖尿病患者の年齢調整死亡率	

(●は重点指標)

- 赤字は、第7次医療計画中間見直し時の指標項目より**修正・追記した部分** :17項目
- イエローハイライト部分は、項目概念を新規に**追加した項目** :3項目
- グレー部分は、第7次医療計画中間見直し時から**減らした項目** :13項目
(ブルーハイライト部分は、次の医療計画の見直しの際に改めて検討する項目 :3項目)

参考：第6次医療計画時:21項目、第7次医療計画時:35項目、第7次医療計画中間見直し時:37項目

指標みなおし

- 専門性の高い看護師数→削除
- 都道府県の負担を考慮
- 日本看護協会常任理事の吉川久美子氏は「非常に重要であり、削除すべきではない」と訴えている。

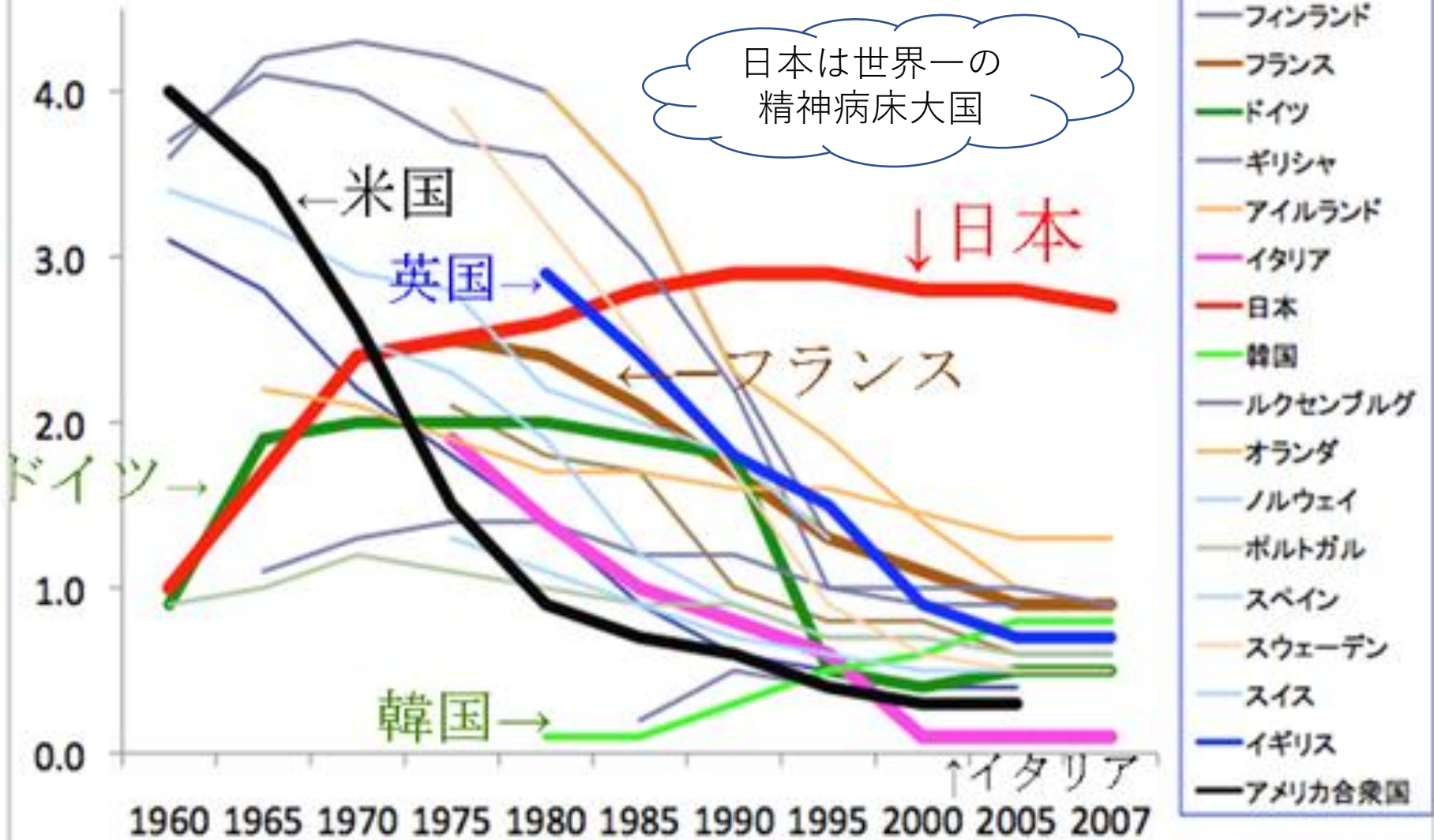


糖尿病認定看護師

パート5 精神疾患の医療体制



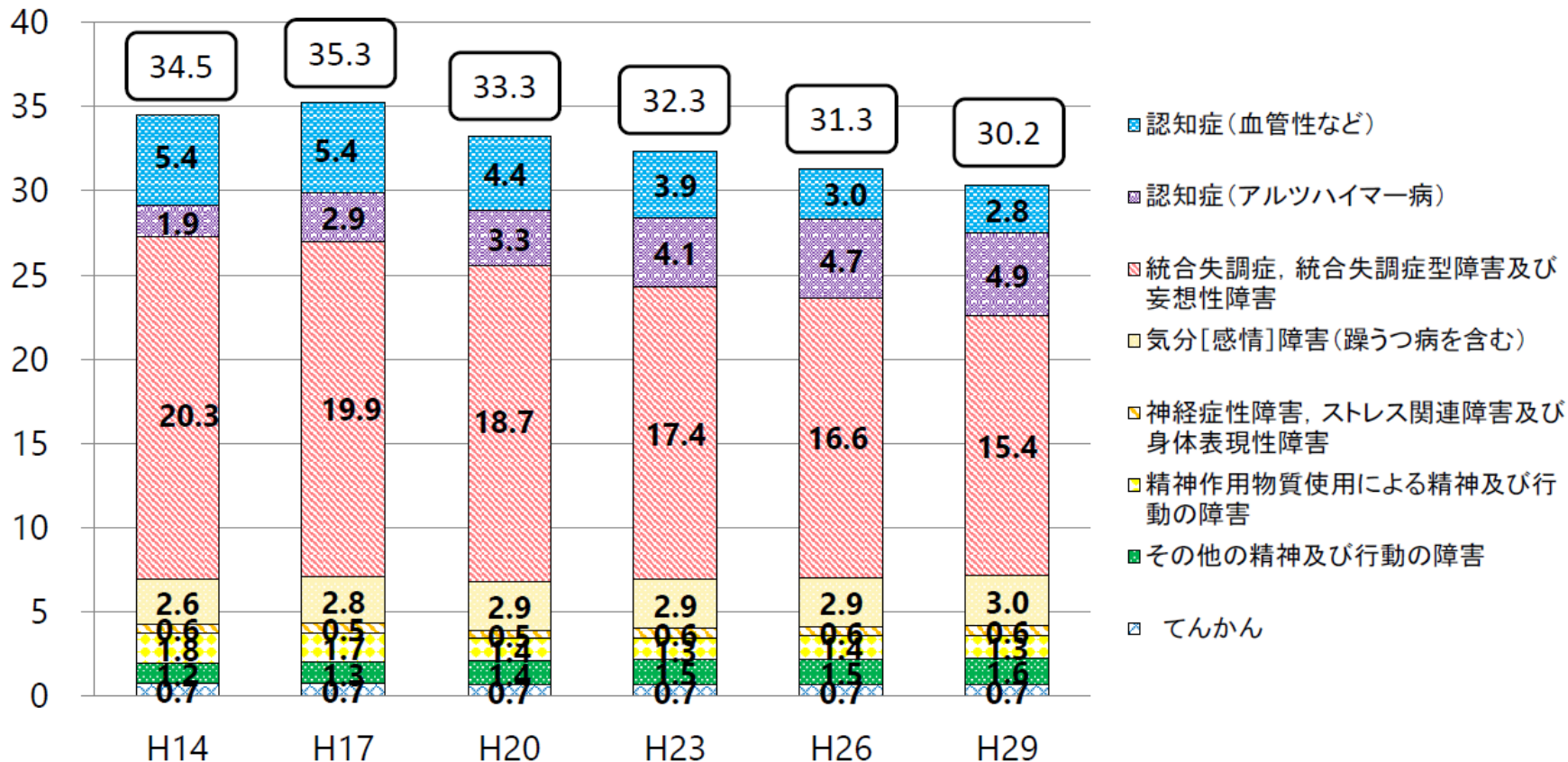
精神科病床 各国比較 1960 - 2007年 人口1000人あたり病床数



精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、15年前と比べおおよそ9割（平成14年：約34.5万人→平成29年：約30.2万人）に減少しているが、疾病別にみると、認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約2.6倍に増加している。

（単位：万人）

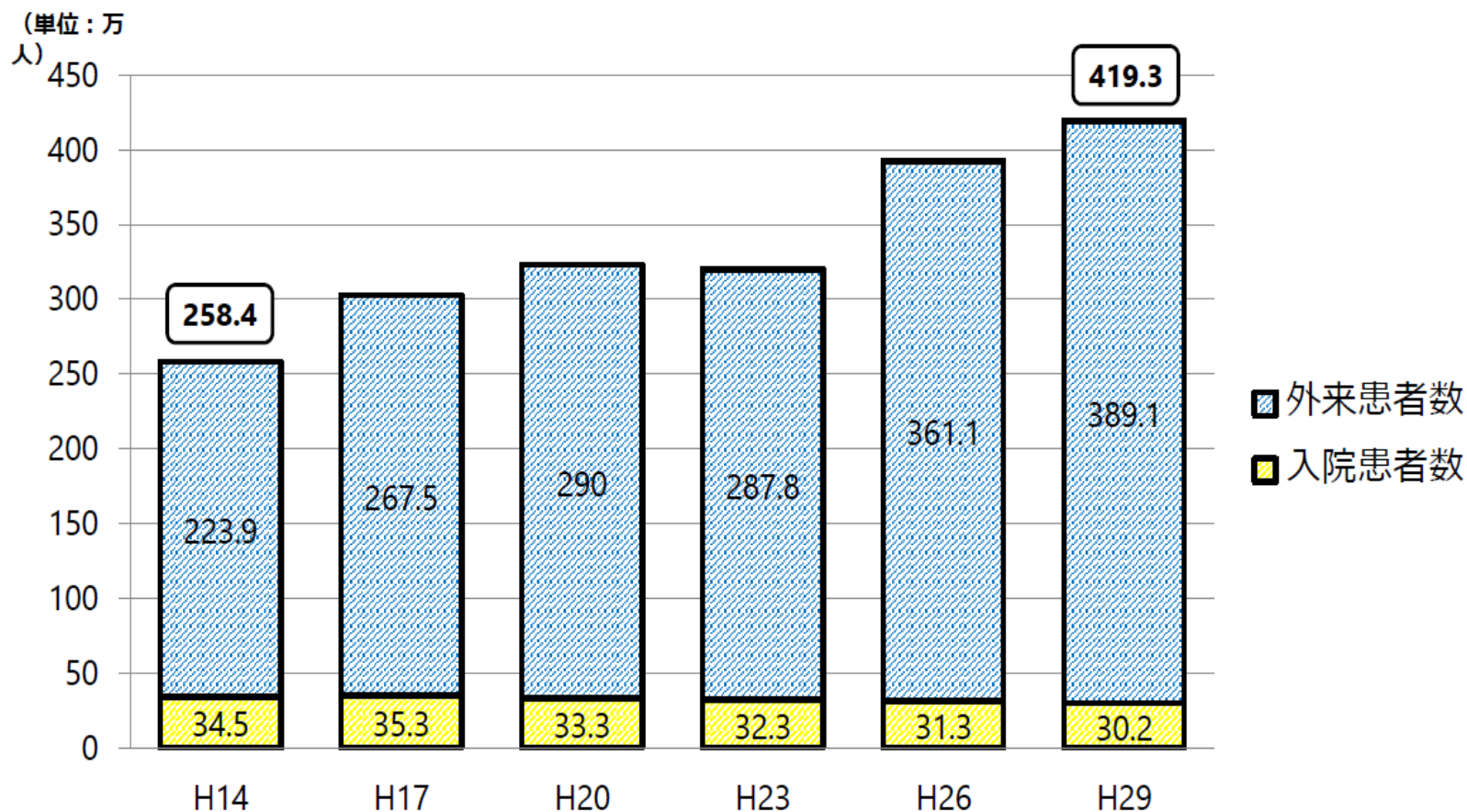


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

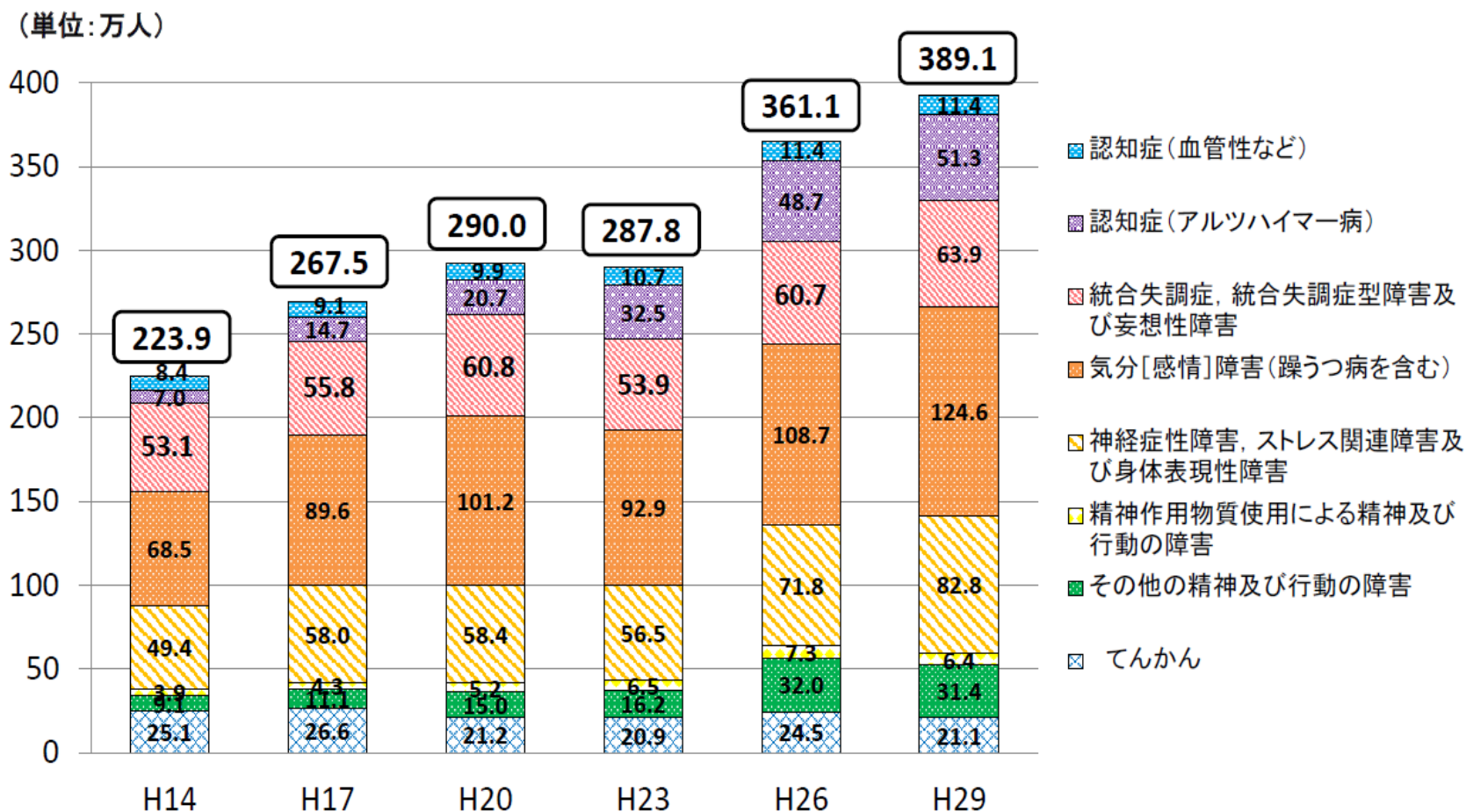
精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は約419.3万人【入院：約30.2万人、外来：約389.1万人】
※ うち精神病床における入院患者数は約27.8万人
- 入院患者数は過去15年間で減少傾向（約34.5万人→30.2万人【Δ約4万3千人】）
一方、外来患者数は増加傾向（約223.9万人→389.1万人【約165万2千人】）



精神疾患を有する外来患者数の推移（疾患別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、疾病別にみると、特に認知症（アルツハイマー病）が15年前と比べ約7.3倍、気分[感情]障害（躁うつを含む）が約1.8倍、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約1.7倍と増加割合が顕著である。

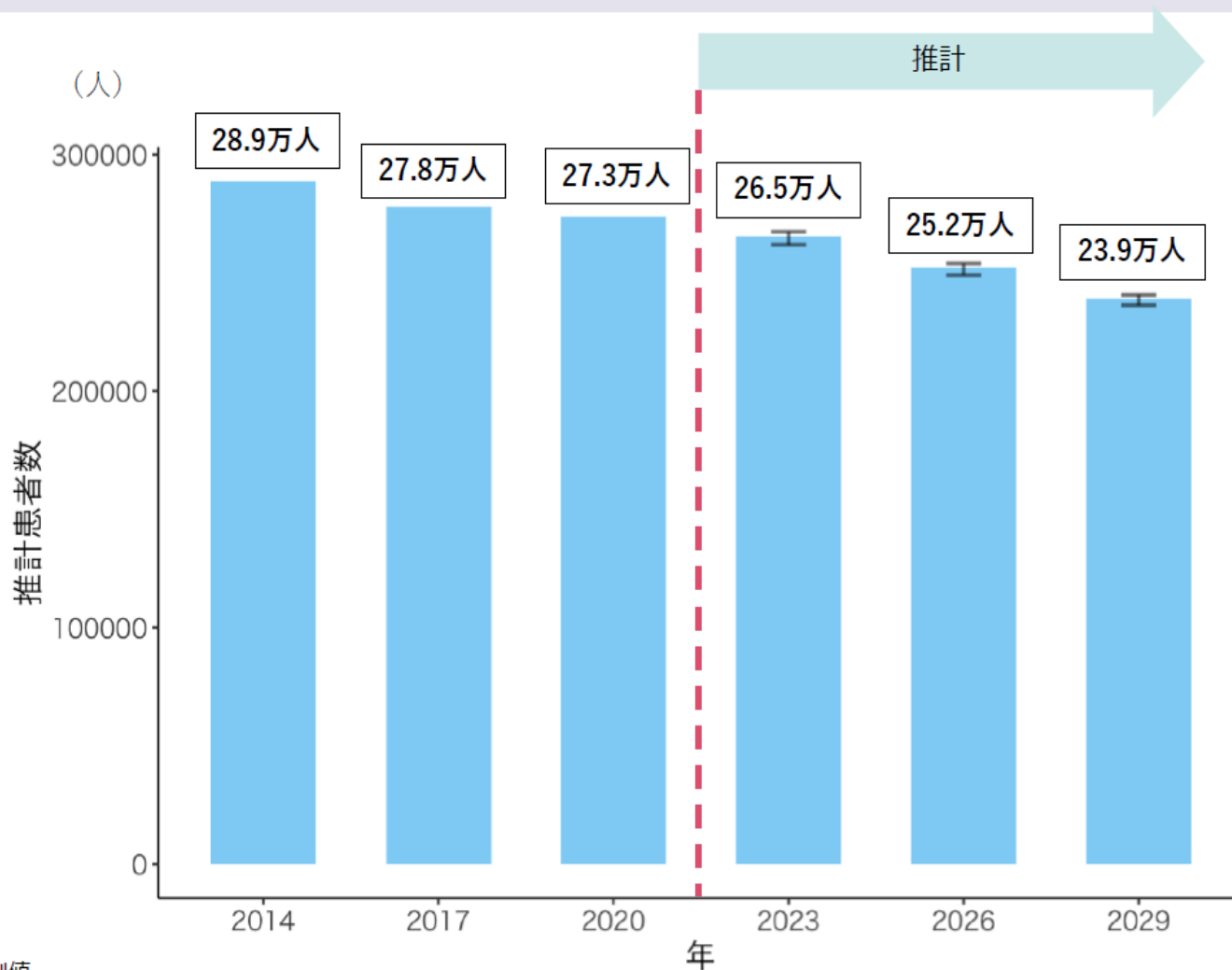


精神科病床数の考え方

- 入院患者の減少傾向から第8次医療計画における精神病床の基準病床数の算定数については以下の点を考えるとしている。
 - 基準病床数とは病床整備の上限の病床数とのこと
 - 精神科薬物治療の進歩による在院日数の短縮、地域での精神疾患患者の受け入れ基盤の整備
 - 慢性期の精神病床の入院患者の高齢化
 - 認知症患者やストレス関連障害などが増加など精神疾病構造の変化
 - 治療抵抗性の統合失調症の治療薬の普及などの影響を考慮すべきとした。
 - 認知症については精神科病院のみならず一般病院でも対応すべきではないか、
 - またストレス関連障害などは従来の統合失調症をモデルとしていた精神科医療では対応しきれない部分があるのではないかなどの意見が上がった。

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

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

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基本的な事項

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、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、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超越して、人と人、人と地域が生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創出した地域包括ケアシステムは「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地力もである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添ったマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進する。ヘルプ・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつなげる。

精神障害に対応した地域包括ケアシステムが必要

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。

精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 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り危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

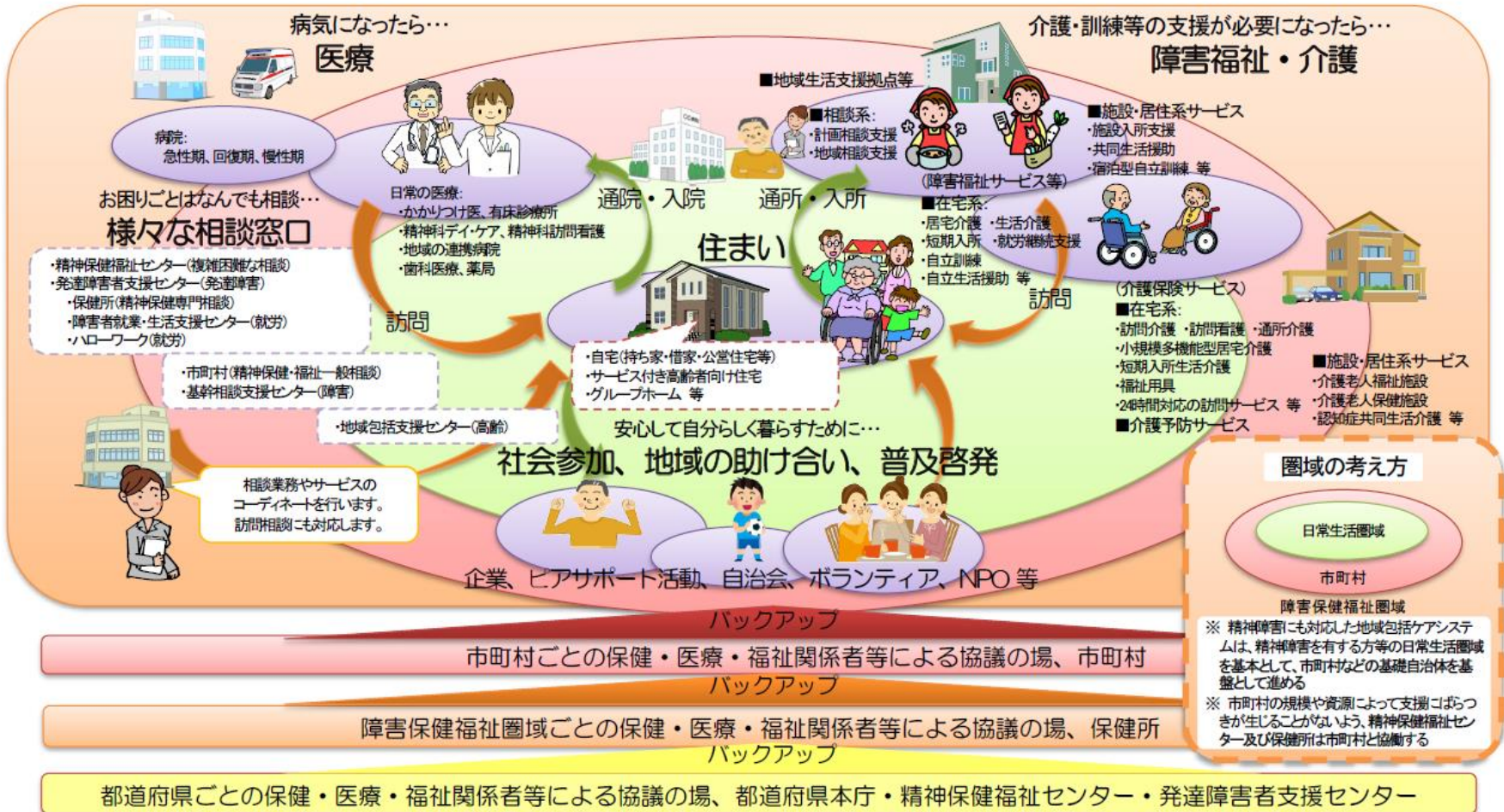
精神障害を有する方等の家族

- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

- 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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保さ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を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



まとめと提言

- 第8次医療計画と5疾患
- がんはがん対策推進基本計画に基づく
- 脳卒中、心筋梗塞等は循環器病対策推進基本計画に基づく
- 糖尿病は健康日本21、医療費適正化計画などに基づく
- 精神科疾患は入院病床の減少と精神障害に対応した地域包括ケアの構築が課題

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか？
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

Dr武藤のミニ動画③⑩

第8次医療計画と6事業



社会福祉法人
日本医療伝道会
Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ
相談役 武藤正樹
よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

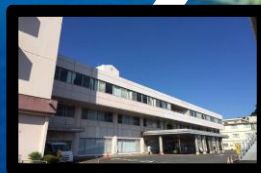
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート 1
 - 第8次医療計画と6事業
- パート 2
 - 救急医療
- パート 3
 - 災害時の医療
- パート 4
 - へき地医療
- パート 5
 - 周産期医療
- パート 6
 - 小児医療
- パート 7
 - 新興感染症対応

パート1 第8次医療計画と6事業



医療計画とは医療法に定められた
医療提供体制の基本計画

第8次医療計画と5疾病・6事業 及び在宅医療

• 5疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

• 6事業及び在宅医療

- ①救急医療
- ②災害時における医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- ⑥新興感染症に
対応した医療
- * 在宅医療

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

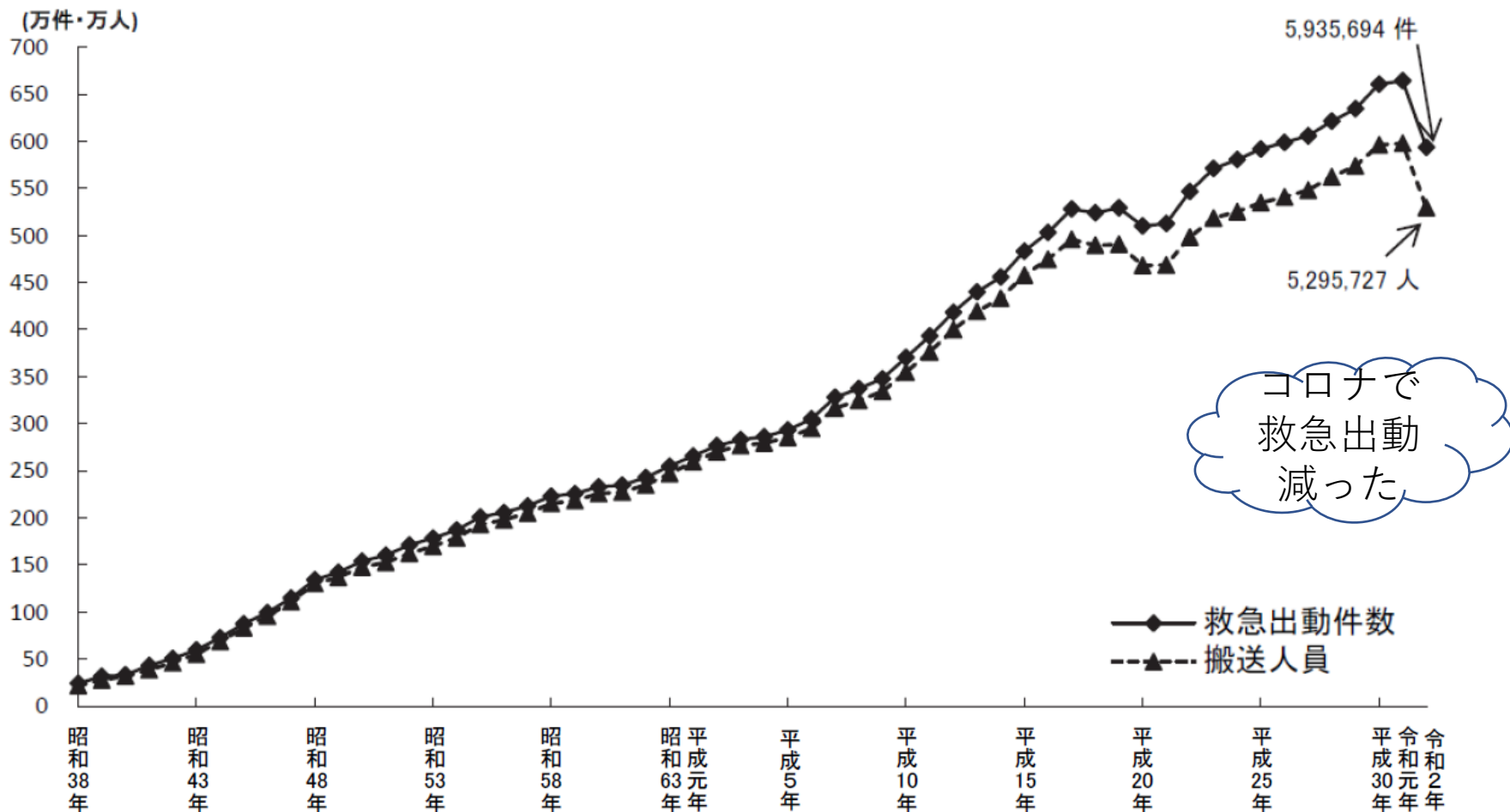
- ・へき地医療
厚生労働科学研究の研究班
- ・周産期医療、小児医療
有識者の意見交換

パート 2 救急医療



救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。

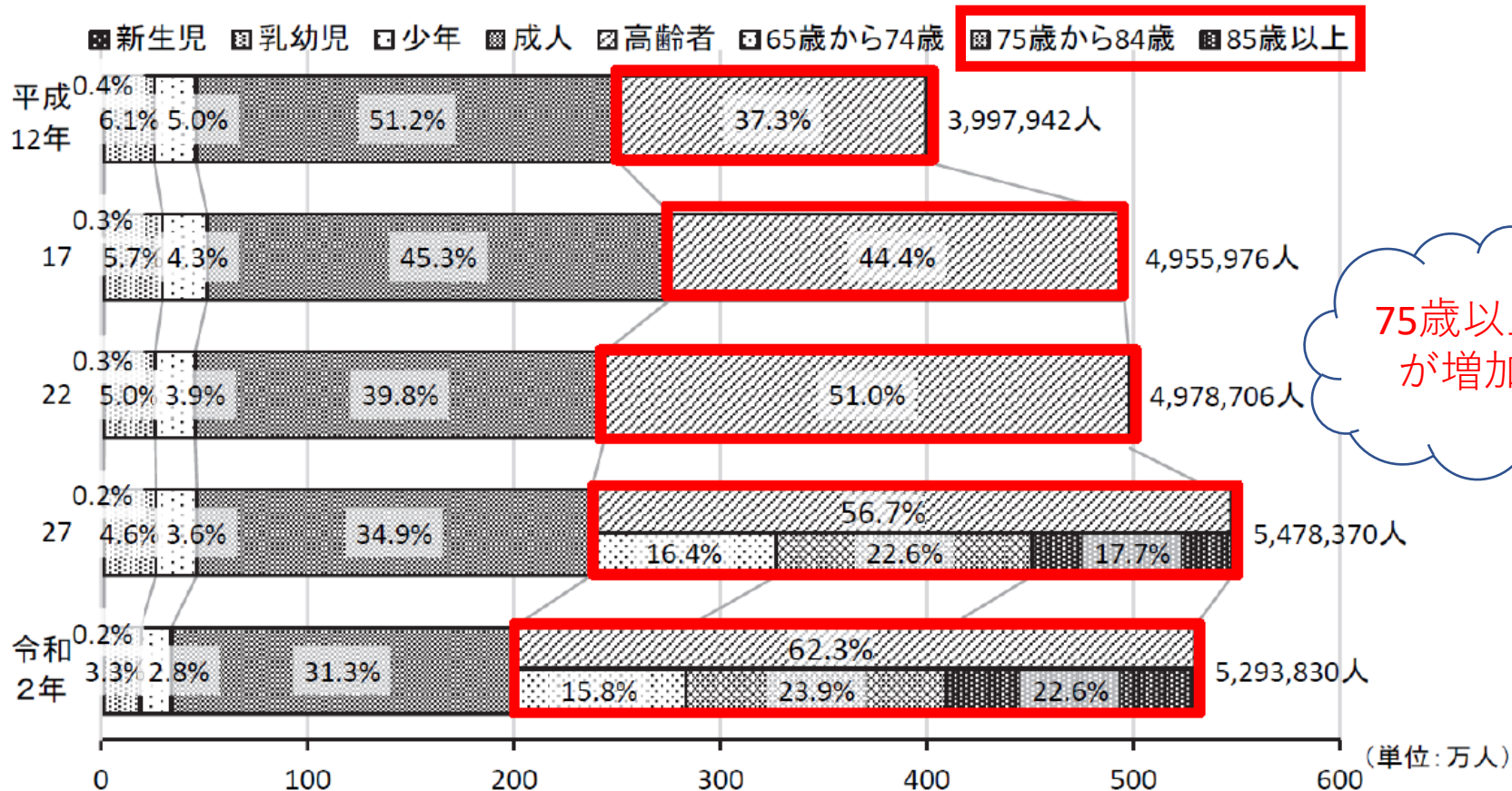


(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

(出典)令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より一部改変 7

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。

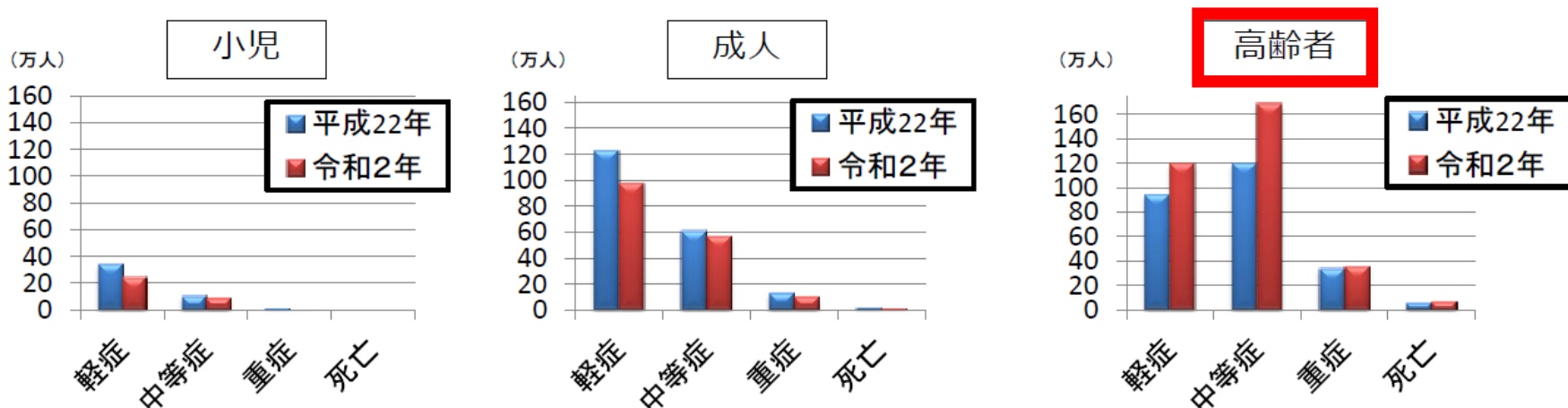


75歳以上
が増加

- 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

救急医療体制体系図

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和2年4月13日付医政指発0331第3号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成31年4月18日付一部改正医政発0418第16号)抜粋)

救命救急医療 (第三次救急医療)

救命救急センター (300カ所)
(うち、高度救命救急センター (46カ所))

令和4年6月1日現在

ドクターヘリ (56カ所)

令和4年4月18日現在

入院を要する救急医療 (第二次救急医療)

病院群輪番制 (398地区、2,723カ所)

共同利用型病院 (14カ所)

令和2年4月1日現在 (令和2年度救急現況調査より)

初期救急医療

在宅当番医制 (607地区)

休日夜間急患センター (551カ所)

令和2年4月1日現在 (令和2年度救急現況調査より)

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

高度救命救急センターは、救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指趾切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

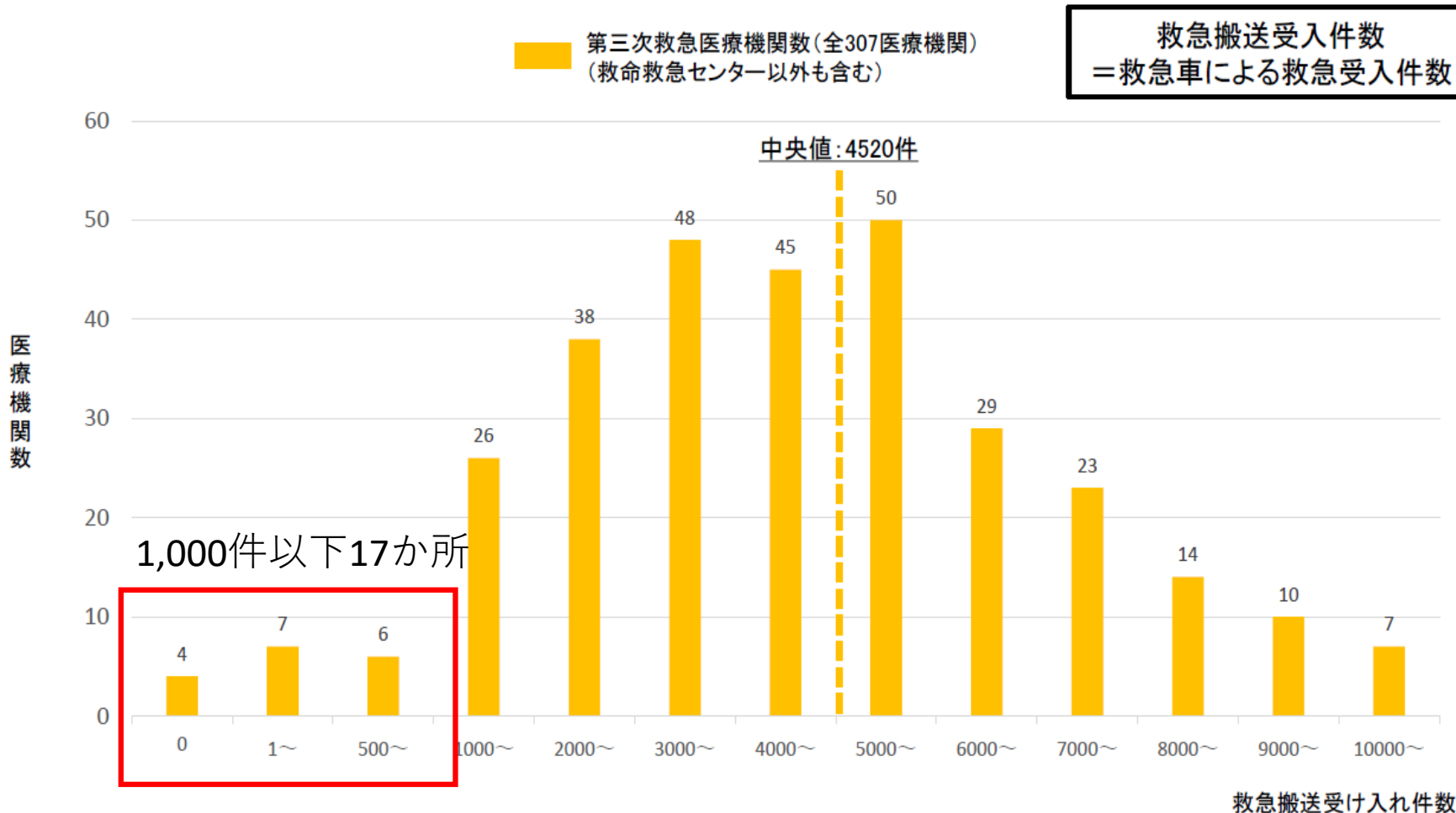
○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

救急搬送受入件数の分布（第三次救急医療機関）

- 第三次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は4,520件であった。
- 救急搬送受入件数が1,000件未満と報告した第三次医療機関数は17（全体の5.5%）であった。

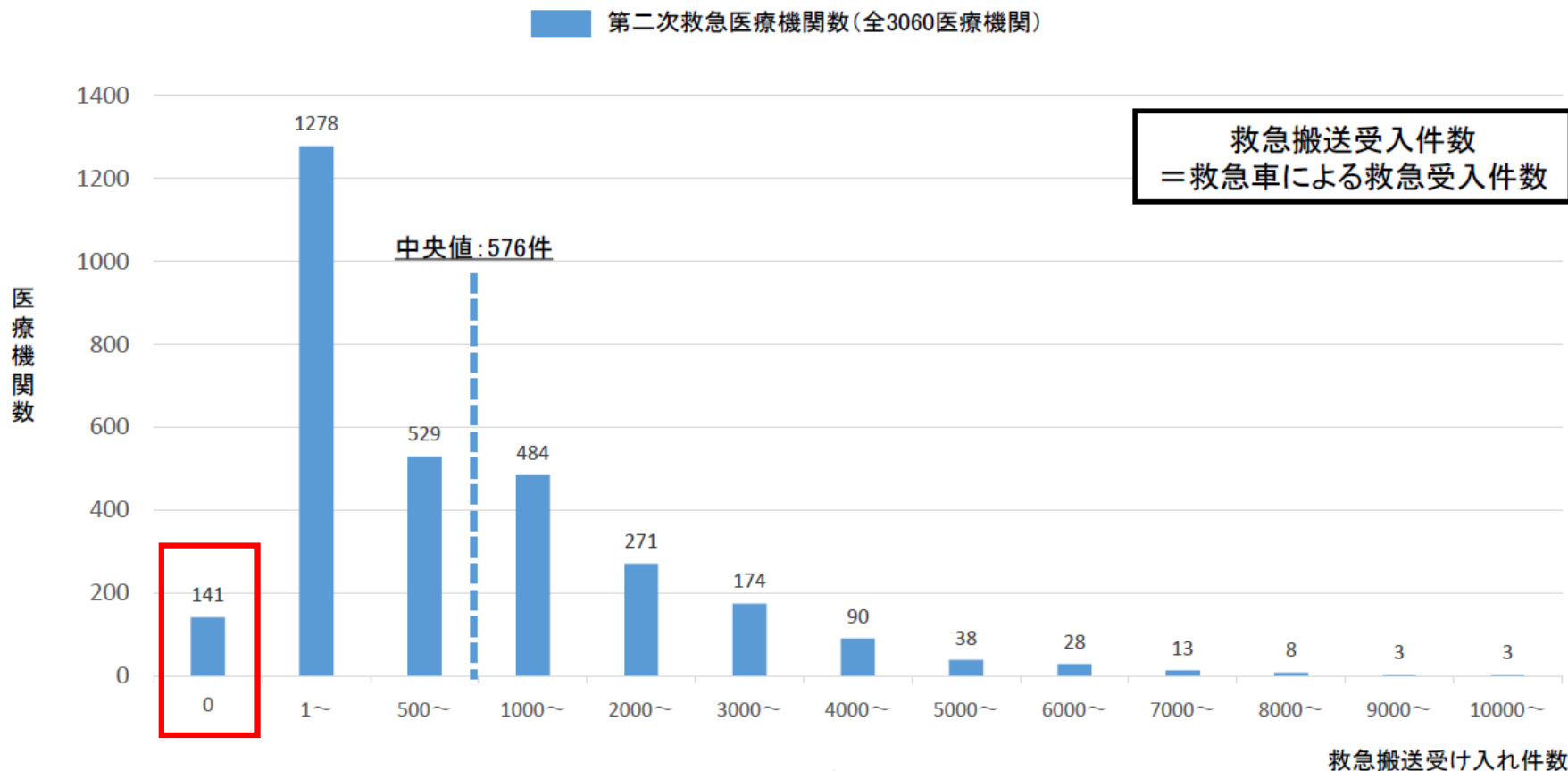


（出典）令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

救急搬送受入件数の分布（第二次救急医療機関）

- 第二次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は576件であった。
- 救急搬送受け入れ件数が1,000件未満の第二次救急医療機関は1,948（第二次救急医療機関全体の63.6%）であり、このうち141の医療機関において受入実績が0件であった。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること」とされている。



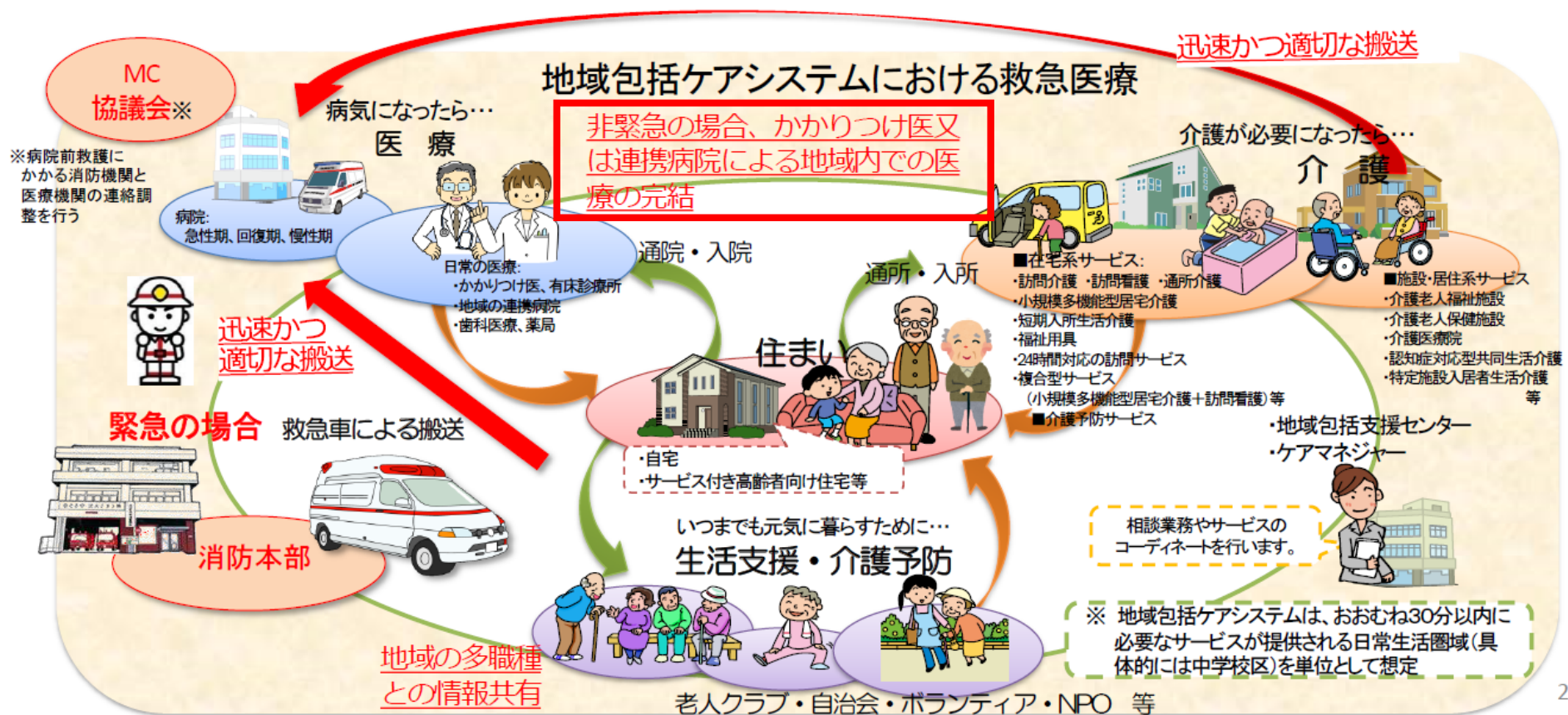
(出典) 令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割（在宅・介護施設の高齢者の支援）

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

- 慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。
- こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。
- 介護施設等に入所している高齢者についても、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましい。



在宅医療・救急医療連携セミナー

<背景・課題> **本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見**

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

<対策> **患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援**

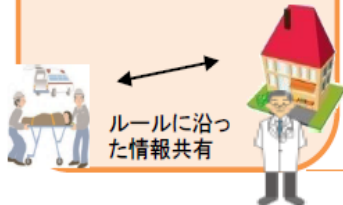
先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。

問題意識

本人の意思に反した搬送例が散見

対策

救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思を共有するための連携ルール等の策定を支援



ルールに沿った情報共有

在宅医療・救急医療連携セミナー

10～15の自治体（自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）を対象に、グループワークを実施。

- ・連携ルールの内容検討
- ・連携ルール運用までの工程表の策定 に取り組むための支援を実施



先進事例の紹介

・既に連携ルールを運用している先進自治体の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題)を分かりやすく紹介

有識者による策定支援

・有識者や先進自治体の支援のもと、連携ルールの検討や工程表策定についてグループワークを実施。

継続的なフォローアップ

・セミナーで策定した工程表の実施状況や課題を把握し、工程表の改善等を支援。

全国的な横展開の推進

連携ルール運用に至るまでの手順や、運用後の課題等を取りまとめ、全国の自治体に情報提供することで、参加自治体以外への横展開を推進

方向性

予め、**本人の意向を家族やかかりつけ医等と共有し、人生の最終段階における療養の場所や医療について、本人の意思が尊重される取組を推進**



救急医療の現状と課題（イメージ）

① 高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する。

自宅や高齢者施設等



② 一部受入が少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三次も軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある。

病院前救護活動



初期救急医療



在宅当番医制 (607地区)
休日夜間急患センター (551カ所)

第二次救急医療



病院群輪番制 (398地区、2,723カ所)
共同利用型病院 (14カ所)

第三次救急医療



救命救急センター (299カ所)
(うち、高度救命救急センター (46カ所))

救命後医療



退院・在宅・後方病院その他

③ 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることで「出口問題」が発生する。

ドクターヘリとは

- 救急医療に必要な機器及び医薬品を装備したヘリコプターであって、救急医療の専門医及び看護師等が同乗し救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間、患者に救急医療を行うことのできる専用のヘリコプターのことをいう。

(ドクターヘリ導入促進事業:救急医療対策事業実施要綱)

ドクターヘリの運航

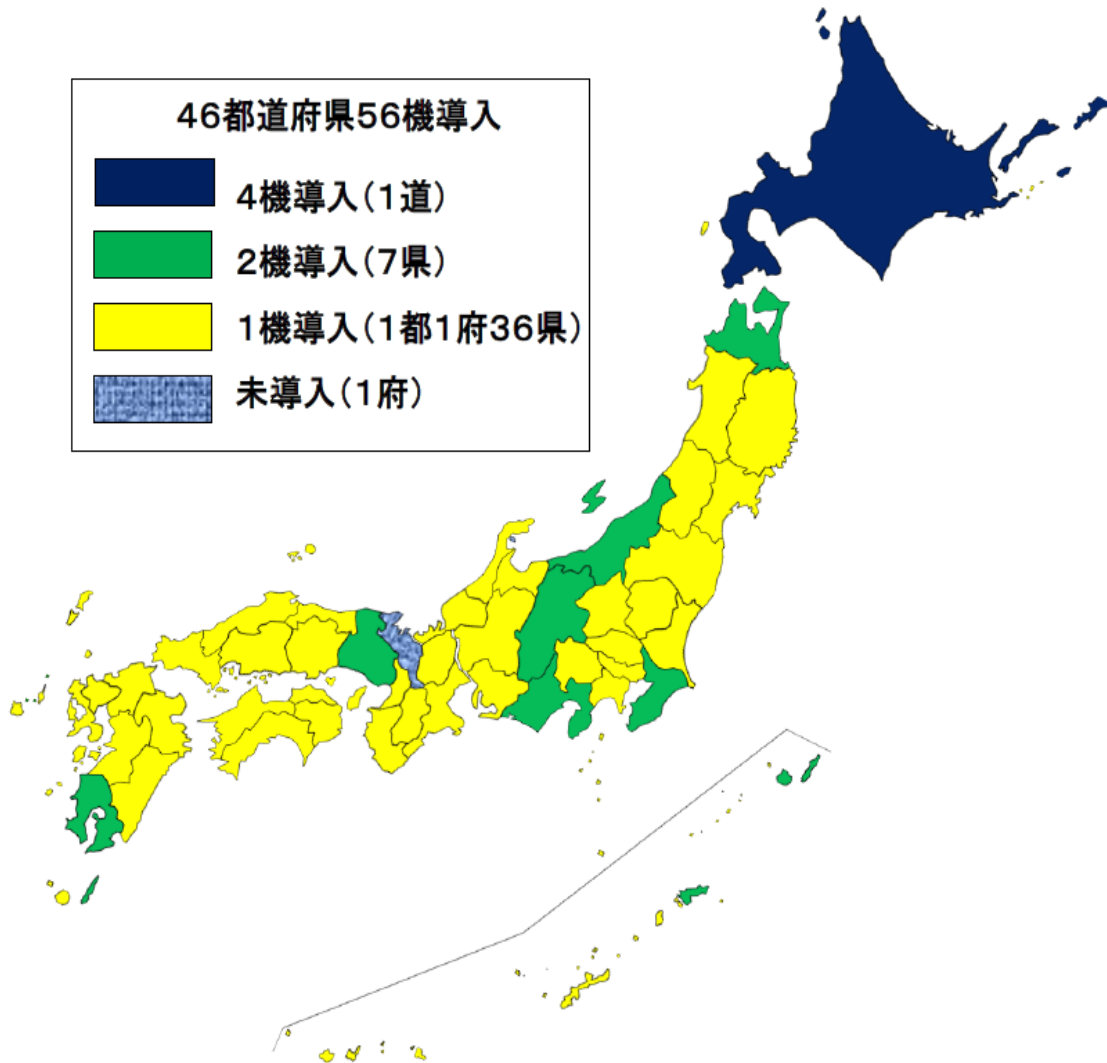


ドクターヘリの内部



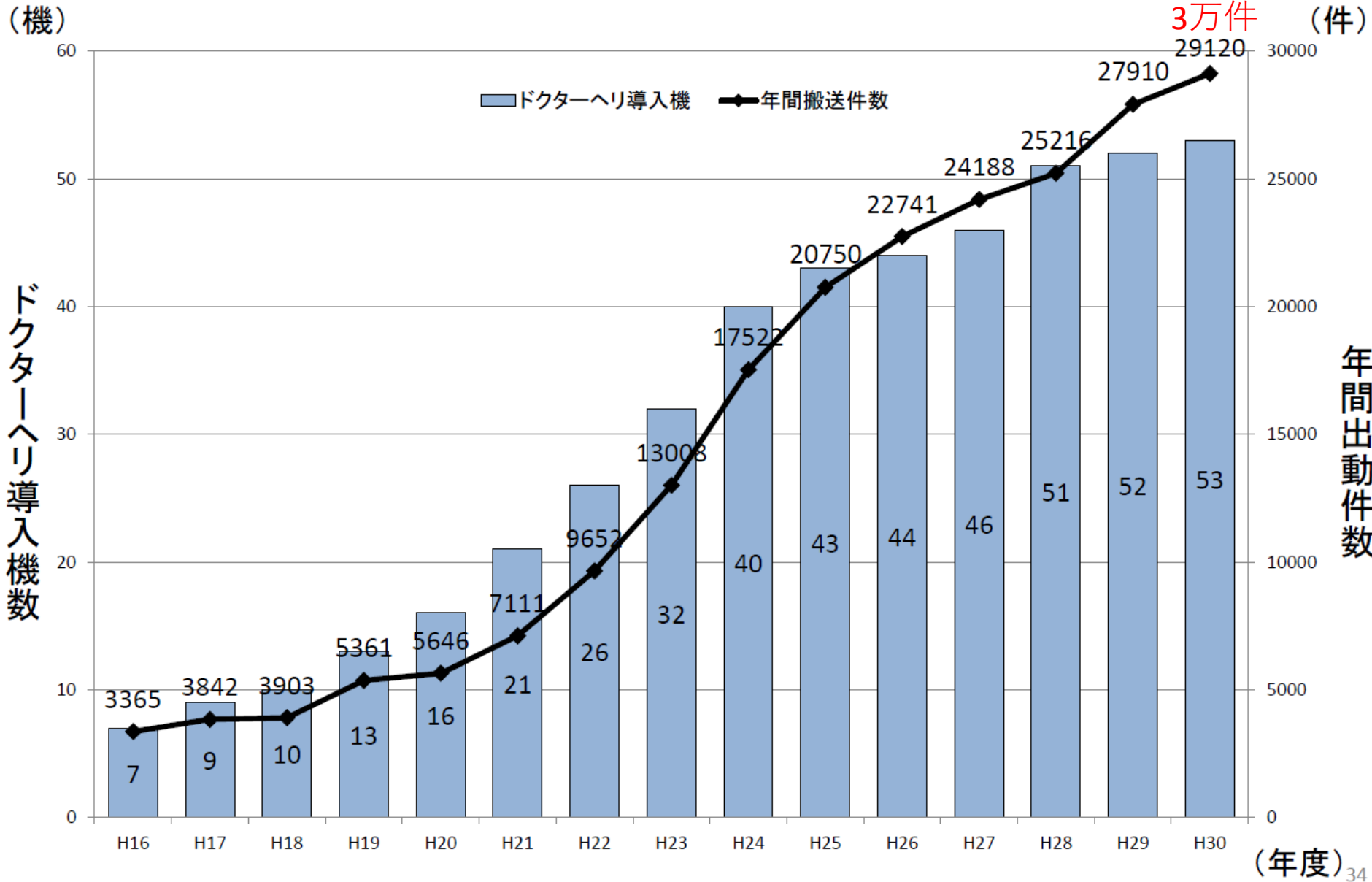
ドクターヘリの導入状況（令和4年4月18日現在）

46都道府県56機導入



都道府県	基地病院
北海道	旭川赤十字病院
北海道	市立函館病院
北海道	市立釧路総合病院
北海道	手稲溪仁会病院
青森県	青森県立中央病院
青森県	八戸市市民病院
岩手県	岩手医科大学付属病院
宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター・東北大学病院
秋田県	秋田赤十字病院
山形県	山形県立中央病院
福島県	福島県立医科大学付属病院
茨城県	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター・水戸済生会総合病院
栃木県	獨協医科大学病院
群馬県	前橋赤十字病院
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	国保直営総合病院君津中央病院
千葉県	日本医科大学千葉北総病院
東京都	杏林大学医学部付属病院
神奈川県	東海大学医学部付属病院
新潟県	長岡赤十字病院
新潟県	新潟大学医学部総合病院
富山県	富山県立中央病院
石川県	石川県立中央病院
福井県	福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院佐久医療センター
長野県	信州大学医学部付属病院
岐阜県	岐阜大学医学部付属病院
静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院
静岡県	聖隷三方原病院
愛知県	愛知医科大学病院
三重県	伊勢赤十字病院・三重大学医学部付属病院
滋賀県	済生会滋賀県病院
大阪府	大阪大学医学部附属病院
兵庫県	公立豊岡病院
兵庫県	兵庫県立加古川医療センター・製鉄記念広畑病院
奈良県	奈良県立医科大学付属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学付属病院
鳥取県	鳥取大学医学部付属病院
島根県	島根県立中央病院
岡山県	川崎医科大学付属病院
広島県	広島大学病院
山口県	山口大学医学部付属病院
徳島県	徳島県立中央病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
富知県	富知県・高知市病院企業団立高知医療センター
香川県	香川県立中央病院・香川大学医学部付属病院
福岡県	久留米大学病院
佐賀県	佐賀県医療センター好生館
佐賀県	佐賀大学医学部付属病院
長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
熊本県	熊本赤十字病院
大分県	大分大学医学部付属病院
宮崎県	宮崎大学医学部付属病院
鹿児島県	鹿児島市立病院
鹿児島県	県立大島病院
沖縄県	浦添総合病院

ドクターヘリの実績推移

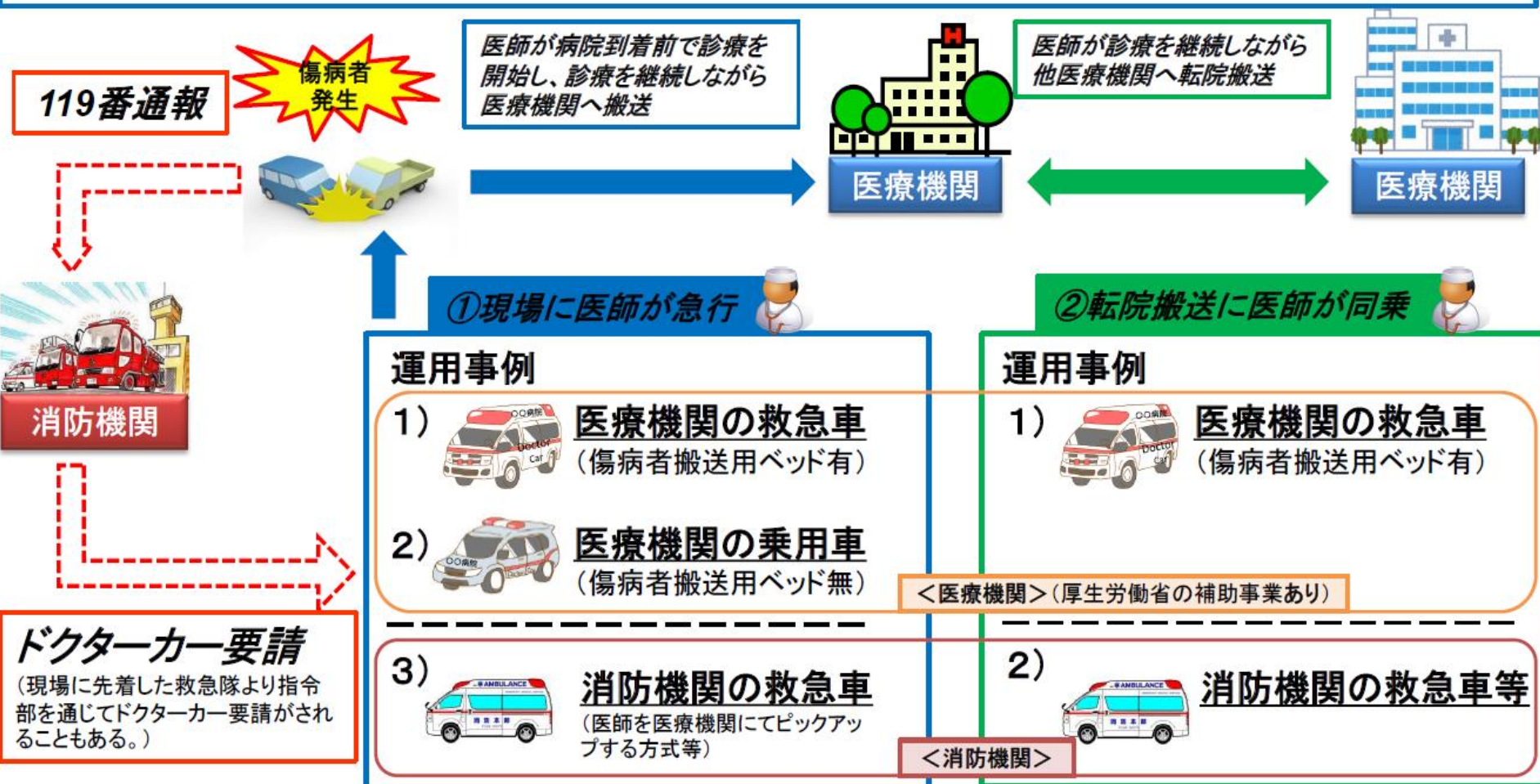


ドクターカーとは

○ ドクターカーは、過去の研究において「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」(※)と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。

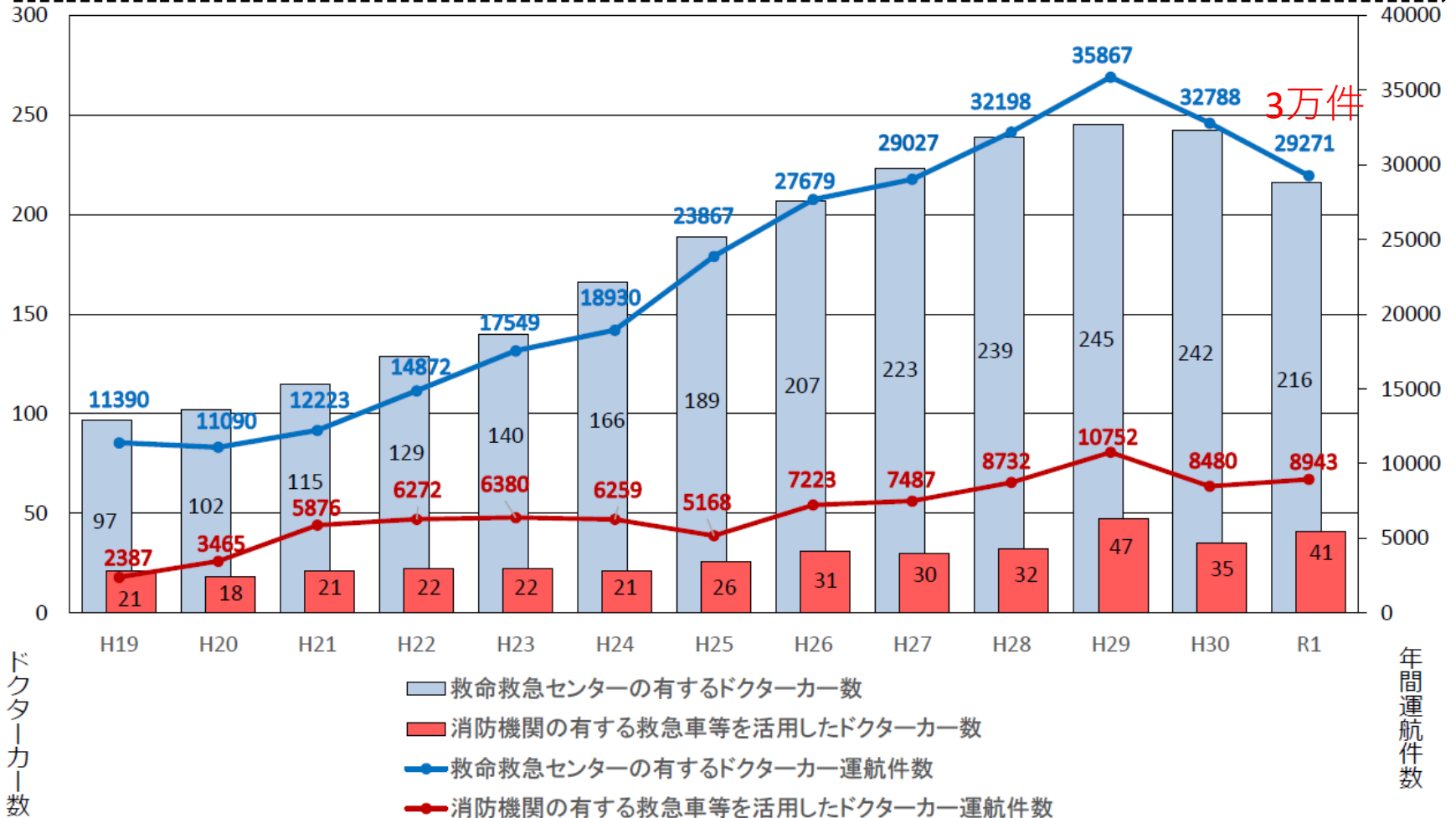
(※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より (平成28年度厚生労働科学研究:分担研究者 高山隼人ら)

○ 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。



ドクターカーの実績推移

○ 救命救急センターの有するドクターカーの台数及び年間運航件数は、平成29年度までは増加傾向にある。



救急救命士とは

救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、重度傷病者が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間（当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間）に救急救命処置を行うことを業とする者（平成3年に救急救命士法により制度創設、令和3年に改正）

傷病者の発生

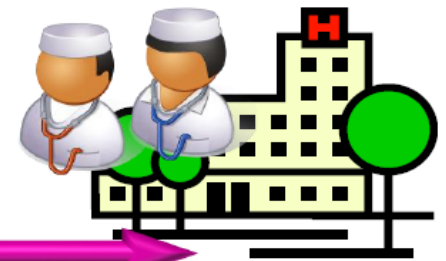
救急搬送

- 生命の危機回避、
- 適切な搬送先の選定、○ 迅速な搬送、
- 搬送途上における著しい症状悪化の回避



- ・ 救急救命士による救急救命処置
- ・ 救急隊員による応急処置

- 傷病者の救命率の向上、
予後の向上



救急医療機関

メディカルコントロール: 医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

- 業務のプロトコールの作成
- 医師の指示、指導・助言
- 救急活動の事後検証
- 救急救命士等の教育 等

メディカルコントロール協議会

- ・ 医療機関（救命救急センター長など）
- ・ 都道府県・郡市区医師会
- ・ 消防機関
- ・ 県（衛生部局、消防部局） 等

○救急医療機関の役割分担

- ・特に増加が見込まれる高齢者の救急搬送への対応（主に二次救急医療機関での受入れの推進）
- ・三次救急医療機関の位置付け（二次救急医療機関が対応できない重症、多様化する複数疾患合併例、診断困難事例等への対応）
- ・働き方改革の施行を踏まえた救急医療機関の機能分化・拠点化の推進

○在宅・介護施設の高齢者の対応

- ・かかりつけ医を中心とする外来・在宅医療の充実と、ACPの推進
- ・消防機関、救急医療機関、かかりつけ医、介護施設等の関係者が連携・協議する体制の構築（救急搬送に至る前のプライマリケアの充実、急性増悪時にかかりつけ医や訪問看護師等の対応体制、搬送先病院をあらかじめ決めておくといった地域の取組の推進等）

○新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

- ・コロナ患者への対応と、非コロナ患者への対応の両立
- ・人材育成

○ドクターヘリ・ドクターカー

- ・ドクターヘリの広域連携の推進
- ・ドクターヘリとドクターカーの連携

等

パート 3

災害時の医療



災害拠点病院の指定状況

- 平成8年5月10日付け厚生省健康政策局長通知に基づき、災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院の整備を開始した。
- 災害拠点病院には基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院がある。
 - ※基幹災害拠点病院：原則として都道府県に1箇所設置
 - ※地域災害拠点病院：原則として二次医療圏に1箇所設置
- **令和4年4月1日までに765病院が指定されている。**
 - ※基幹災害拠点病院：64病院
 - ※地域災害拠点病院：701病院

都道府県	基幹	地域
北海道	1	33
青森県	2	8
岩手県	2	9
宮城県	1	15
秋田県	1	12
山形県	1	6
福島県	1	10
茨城県	2	16
栃木県	1	12
群馬県	1	16
埼玉県	3	19
千葉県	4	22
東京都	2	81
神奈川県	-	33
新潟県	2	12
富山県	2	6

都道府県	基幹	地域
石川県	1	10
福井県	1	8
山梨県	1	9
長野県	1	12
岐阜県	2	10
静岡県	1	22
愛知県	2	34
三重県	1	16
滋賀県	1	9
京都府	1	12
大阪府	1	18
兵庫県	2	16
奈良県	1	6
和歌山県	1	9
鳥取県	1	3
島根県	1	9

都道府県	基幹	地域
岡山県	1	10
広島県	1	18
山口県	1	14
徳島県	1	10
香川県	1	9
愛媛県	1	7
高知県	1	11
福岡県	1	30
佐賀県	2	6
長崎県	2	12
熊本県	1	14
大分県	2	12
宮崎県	2	10
鹿児島県	1	13
沖縄県	1	12
合計	64	701

災害拠点病院指定要件の改正

- これまで、大規模災害時の課題を踏まえて、必要に応じて災害拠点病院の指定要件を改正してきた。
- 熊本地震発生時においては、災害拠点病院であっても業務継続計画の策定が不十分であったことから、平成29年3月の改正により、BCPの整備や当該BCPに基づく研修や訓練の実施について要件として明示した。
- 北海道胆振東部地震により、病院において長期の停電や断水被害が生じたことから、令和元年7月の改正により、3日分程度の自家発電機の燃料の備蓄や水の確保について要件として明示した。

① 運営体制

- ・ 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ・ 災害発生時に、被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること。
- ・ 災害派遣医療チーム（DMAT）を保有し、その派遣体制があること。
- ・ 救命救急センター又は第二次救急医療機関であること。

BCP（事業継続計画）

- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。
- ・ 地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。

平成
29
年
改
正

② 施設及び設備

- ・ 病棟、診療棟等救急診療に必要な部門を設けていること。
- ・ 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
- ・ 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。
- ・ 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備を有すること。
- ・ 災害時における患者の多数発生（入院患者については2倍、外来患者については5倍を想定）時の簡易ベッドや備蓄スペースを有すること。
- ・ 被災地における自己完結型の医療に対応できる携行式の応急用医療資器材等を有していること。
- ・ 食料、飲料水、医薬品等について、3日分程度を備蓄しておくこと。また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体間の協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと。
- ・ 原則として病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。
- ・ DMATや医療チームの派遣に必要な緊急車両を原則として有すること。

3日分の備蓄

- ・ 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。
- ・ 少なくとも3日以上の上水道の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により災害時の診療に必要な水を確保することについても差し支えない。

令
和
元
年
改
正

災害拠点精神科病院とは

災害拠点病院とは違うの？
指定要件は？

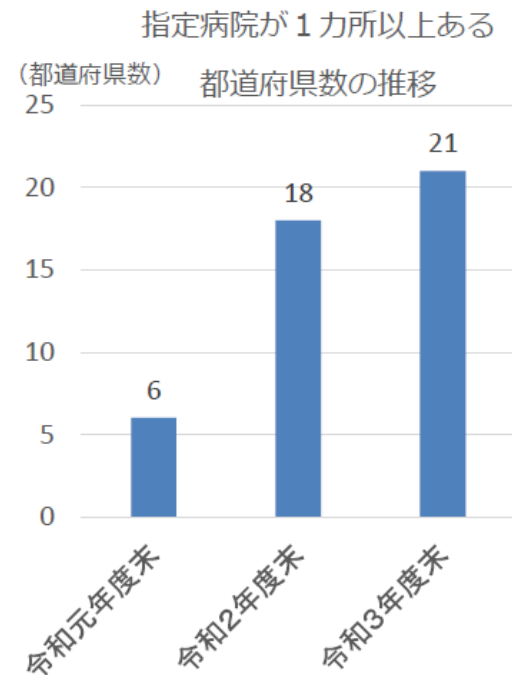


災害拠点精神科病院とは、
災害時においても精神科医療を提供でき、DPATの活動拠点本部としての役割を果たすことのできる病院です。

災害拠点精神科病院の指定状況

- 令和元年6月20日付け厚生労働省医政局長及び社会・援護局障害保健福祉部長通知に基づき、令和元年から、災害時における精神科の医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の整備を開始した。
- 都道府県には、人口規模や地理的条件、地域の精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、必要な整備（少なくとも各都道府県内に1カ所以上）を求めている。
- **令和4年4月1日までに21都府県36病院が指定されている。**

都道府県	指定数	都道府県	指定数	都道府県	指定数
北海道	0	石川県	1	岡山県	1
青森県	3	福井県	0	広島県	1
岩手県	0	山梨県	0	山口県	1
宮城県	0	長野県	0	徳島県	1
秋田県	0	岐阜県	0	香川県	2
山形県	0	静岡県	4	愛媛県	1
福島県	0	愛知県	2	高知県	0
茨城県	2	三重県	0	福岡県	2
栃木県	0	滋賀県	0	佐賀県	1
群馬県	0	京都府	0	長崎県	0
埼玉県	0	大阪府	3	熊本県	3
千葉県	0	兵庫県	0	大分県	0
東京都	2	奈良県	1	宮崎県	0
神奈川県	1	和歌山県	0	鹿児島県	0
新潟県	1	鳥取県	0	沖縄県	2
富山県	0	島根県	1	合計	36



令和4年度以降の災害拠点精神科病院の指定の見通し

- 令和4年4月1日時点で、**26道府県が、県内に1カ所も整備がされていない。**
- このうち、9道府県は、令和5年度までに整備を予定している。また、10県は、整備時期は未定であるが、指定候補の病院があるため、各県において、指定に向けた具体的な調整を進めている。
- 残り7県については、関係機関等の協議が十分に出来ていないことから、整備時期及び指定候補の病院が決まっていない。

(参考)

令和4年度災害拠点精神科病院の指定に係る各都道府県の意向調査

【調査方法】

令和4年4月6日～4月20日に都道府県のDPAT事業担当課へ災害拠点精神科病院の指定の現状及び今後の見通しについてアンケートを実施。(47都道府県中47都道府県から回答)。その後、災害拠点精神科病院の指定の施設も時期も未定の都道府県にヒアリング調査を実施(7県)。

【調査結果概要】

○回答した47都道府県のうち、

- ・令和4年4月1日現在で指定医療機関は21都道府県36医療機関
- ・令和5年度末までに指定予定(下線は令和4年) : 9道府県(北海道、群馬、埼玉、千葉、福井、京都、兵庫、和歌山、大分)
- ・候補病院はあるが、指定時期は未定 : 10県(秋田、山形、福島、栃木、富山、山梨、三重、高知、宮崎、鹿児島)
- ・候補病院、指定時期ともに未定(ヒアリング実施) : 7県(岩手、宮城、長野、岐阜、滋賀、鳥取、長崎)

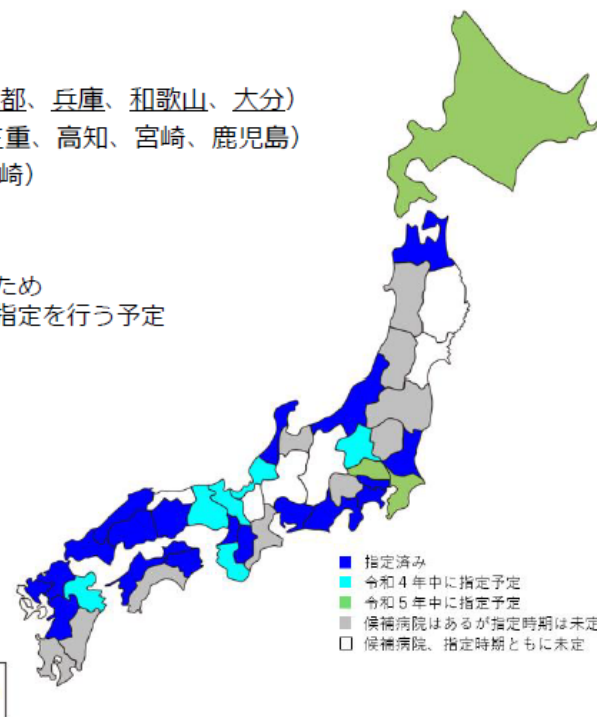
アンケートより

(指定要件を満たすための施設設備の整備が不十分)

- ・簡易ベット等の備蓄スペースや給水確保体制(井戸設備や給水協定)といった施設設備の未整備等のため
- ・候補病院が、耐震構造について充分満たしているとは言えないため、建設中の新病棟が完成してから指定を行う予定(関係医療機関との協議が進んでいない)
- ・コロナ禍で、関係医療機関との指定要件の協議が進んでいない

ヒアリングより：候補病院、時期共に未定7県に実施

- ✓施設はほぼ決定しているが設備の整備が不十分(4県から回答)
 - ✓施設はほぼ決定しているが病床不足とコロナで話し合いができず(1県から回答)
 - ✓施設はほぼ決定しているがコロナで話し合いができず(1県から回答)
 - ✓施設が全くの未定(1県から回答)
- 築年数の古い精神科病院は設備整備が不十分、大学病院・総合病院は病床数が不足傾向、コロナの影響で話し合いが進んでいない



近年の激甚災害の指定状況

○ 近年、我が国において、激甚災害に指定されている豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしている。

	豪雨災害	地震災害
平成29年	①梅雨前線（九州北部豪雨等）・台風第3号 ②台風第18号 ③台風第21号	—
平成30年	①梅雨前線（平成30年7月豪雨等） 台風第5号・第6号・第7号・第8号 ②台風第19号・第20号・第21号 ④台風第24号	③平成30年北海道胆振東部地震
平成31年/ 令和元年	①梅雨前線・台風第3号・第5号 ②前線による豪雨・台風第10号・第13号・ 第15号・第17号 ③台風第19号・第20号・第21号	
令和2年	①梅雨前線（令和2年7月豪雨等）	
令和3年	①梅雨前線 ②前線による豪雨・台風第9号・第10号	
令和4年		

医療施設浸水対策事業

- 近年増加している豪雨災害による被害を踏まえて、令和2年度から医療施設が行う浸水対策に対して、医療施設浸水対策事業により財政支援を行っている。

(令和3年度補正予算 2.9億円)

事業目的

- ・ 浸水想定区域や津波被害警戒区域に所在し、地域の医療提供体制の観点から浸水想定区域等から移転することができない医療機関に対し、医療用設備や電気設備の想定浸水深以上への移設や止水板や排水ポンプの設置のための財政支援を行い、医療機関における浸水被害の防止又は軽減を図る。

事業内容

- (1) 止水板等の設置
建物内への浸水を有効に防止できる場所に止水板等を設置
- (2) 医療用設備の移設
想定浸水深又は基準水位より高い位置に医療用設備を移設
- (3) 電気設備の移設
想定浸水深又は基準水位より高い位置に電気設備を移設
- (4) 排水ポンプ及び雨水貯留槽の設置
排水ポンプ及び雨水貯留槽を整備し、雨水貯留槽内に貯まった雨水等を河川や雨水管等に排水するポンプを設置

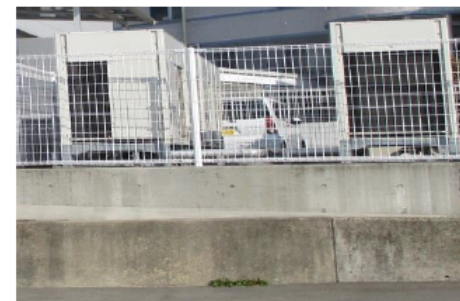
補助対象施設

- (1) 日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会等の設置する病院及び診療所
- (2) 災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救命救急センター、周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所等

(止水板の設置)



(電気設備の移設)

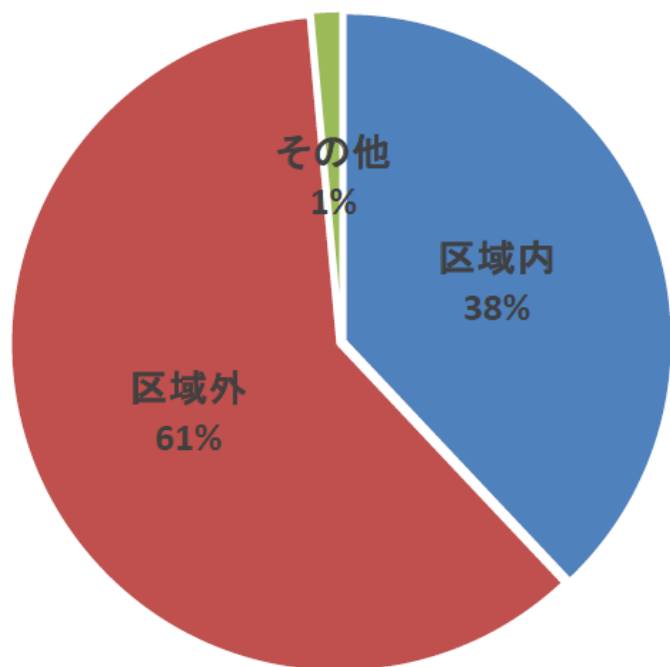


災害拠点病院における浸水対策

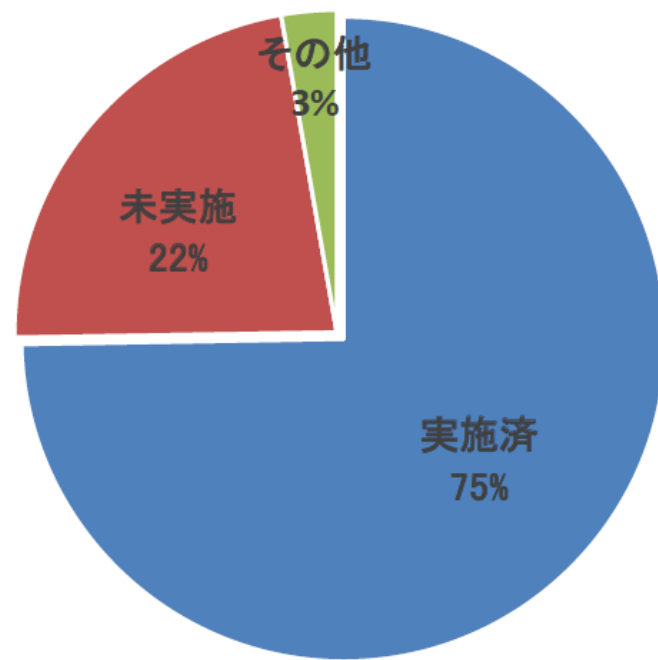
- 災害拠点病院761ヶ所のうち、洪水浸水想定区域に所在する病院は289ヶ所（38%）あり、そのうち何らかの浸水対策※が実施されている病院は216ヶ所（75%）であった。（令和3年時点）

※洪水や内水の浸水により想定される被害に対しての具体的な対策の有無

災害拠点病院のうち
浸水想定区域内に所在している病院の割合



浸水想定区域内に所在する災害拠点病院のうち
浸水対策を実施している病院の割合



医療コンテナの災害時等における活用①

- 医療コンテナは、2018年の「国土強靱化基本計画」において、「総合的な防災拠点施設にて医療コンテナをはじめとする診療ユニットについて平時活用を含め検討する」と記載されたほか、2022年の「経済財政運営と改革の基本方針」においても「医療コンテナの活用を通じた医療体制の強化等の地域防災力の向上や事前防災に資する取組を推進する」と記載され、災害時等の活用が期待されている。
- 厚生労働省は、令和3年度に医療コンテナ調査分析事業を行い、災害時・新型コロナ対応での活用事例を調査・分析した。
- 医療コンテナは、
 - ・ テントと比べて
 - 清潔性、堅牢性、耐候性に優れていること
 - 水や電気の供給設備の配備やCT等の大型の医療機器を搭載できること
 - ・ プレハブと比べて
 - 医療機器を搭載した状態で運搬が可能であり、災害時に被災地に運搬し医療提供が可能なこと等、災害時等の活用における利点がある。
- 過去には、
 - ・ 災害時に、被災した病院の診察室、CT等検査機能の補完や避難所の巡回診療等に活用
 - ・ 今般の新型コロナ対応では、発熱外来やPCR検査室としての活用（国内で20以上の施設が導入）
長崎港においてクルーズ船で感染した乗客の重症度判定のためにCT搭載の医療コンテナを活用という事例があった。

<発熱外来>



<CTコンテナ>



<野外手術システム(陸上自衛隊)>



<dERU(日本赤十字社)>



医療コンテナの災害時等における活用②

- 過去の大規模災害においては、日本赤十字社や陸上自衛隊等のコンテナが仮設診療所等として活用された。また、過去のサミット開催時にも要人の治療目的でコンテナが設置された。

用途	保有者	用途	運用期間
自然災害			
平成23年東日本大震災	日本赤十字社	仮設診療所（24時間診療）	発災当日から1ヶ月程度
	陸上自衛隊	仮設診療所として5カ所に設置	発災3日目から1ヶ月程度
平成28年熊本地震	日本赤十字社	仮設診療所、手術室としてテントを設置、コンテナはレントゲン室として活用し50件程度撮影	発災4日目から1ヶ月程度
	Sansei（MC-Cube）	熊本市民病院において外来診療継続のためCTコンテナを活用	発災1ヶ月後から2ヶ月程度
平成30年西日本豪雨	PWJ（ピースウィンズジャパン）	仮設診療所（3台設置）約450名を診療。医療従事者の宿泊・休憩スペースとして活用	発災10日目から2週間程度
イベント			
G20大阪サミット	日本赤十字社 （島根医大とユニット）	要人の不測の事態に対応（ダメージコントロール）	
伊勢志摩サミット	陸上自衛隊 （日本医大とユニット）	要人の不測の事態に対応（ダメージコントロール）	

救急・災害医療提供体制等に関するWGで御議論いただいている主な論点

○災害時に活動する保健医療チーム

- ・災害時等における災害派遣医療チーム（DMAT）等の法令上の位置付けの必要性も含めた派遣や活動の円滑化
- ・災害派遣精神科医療チーム（DPAT）の新興感染症対応の位置付け
- ・各種保健医療活動チームの連携強化や災害時等に特に必要となる看護師の派遣の仕組み

○災害時に拠点となる病院

- ・災害拠点精神科病院の整備の推進

○止水対策を含めた浸水対策

- ・災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減する体制の構築

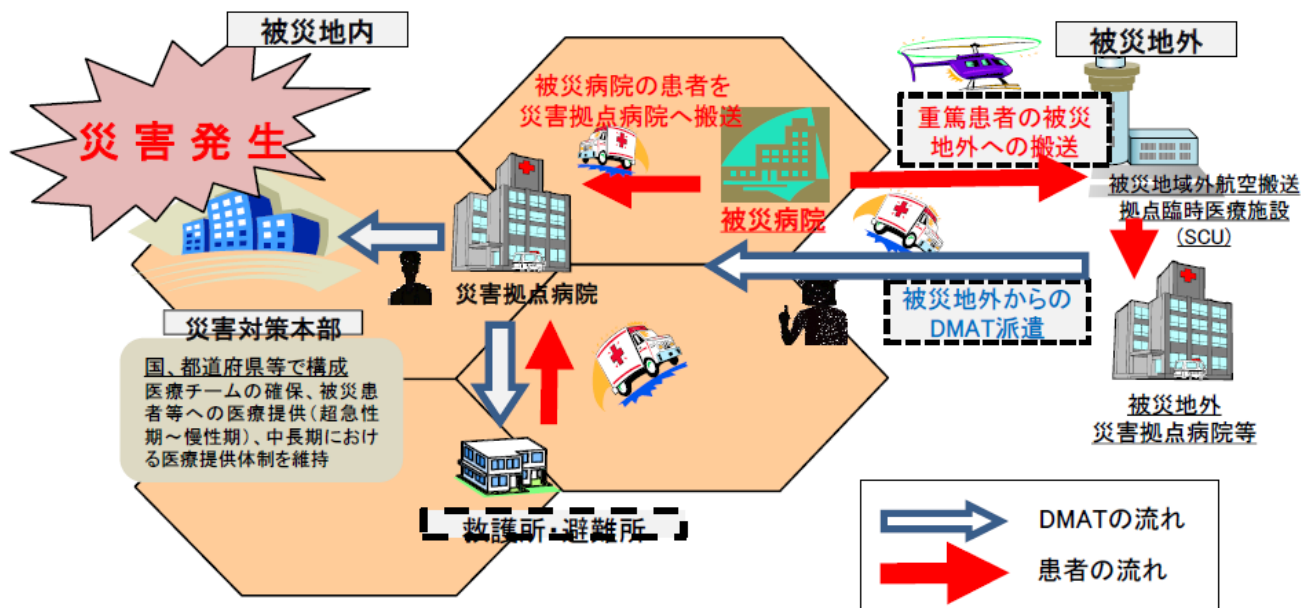
○医療コンテナ

- ・災害時等における医療コンテナの活用が普及するための方策

等

災害派遣医療チーム(DMAT)

- DMATとは、大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。
- 災害時の対応を想定し、平成17年3月から養成を開始（国立病院機構に委託）。新型コロナ対応を踏まえ、令和4年2月に日本DMAT活動要領を改正し、新興感染症等のまん延時における対応も活動内容に追加。
- DMAT1隊は医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本として構成。
- DMATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
- 15,862名が研修修了済（令和4年4月時点）。2,040チームがDMAT指定医療機関に登録済（令和4年4月時点）。



都道府県別のDMAT養成隊員数

日本DMAT隊員養成研修受講者数（都道府県別）

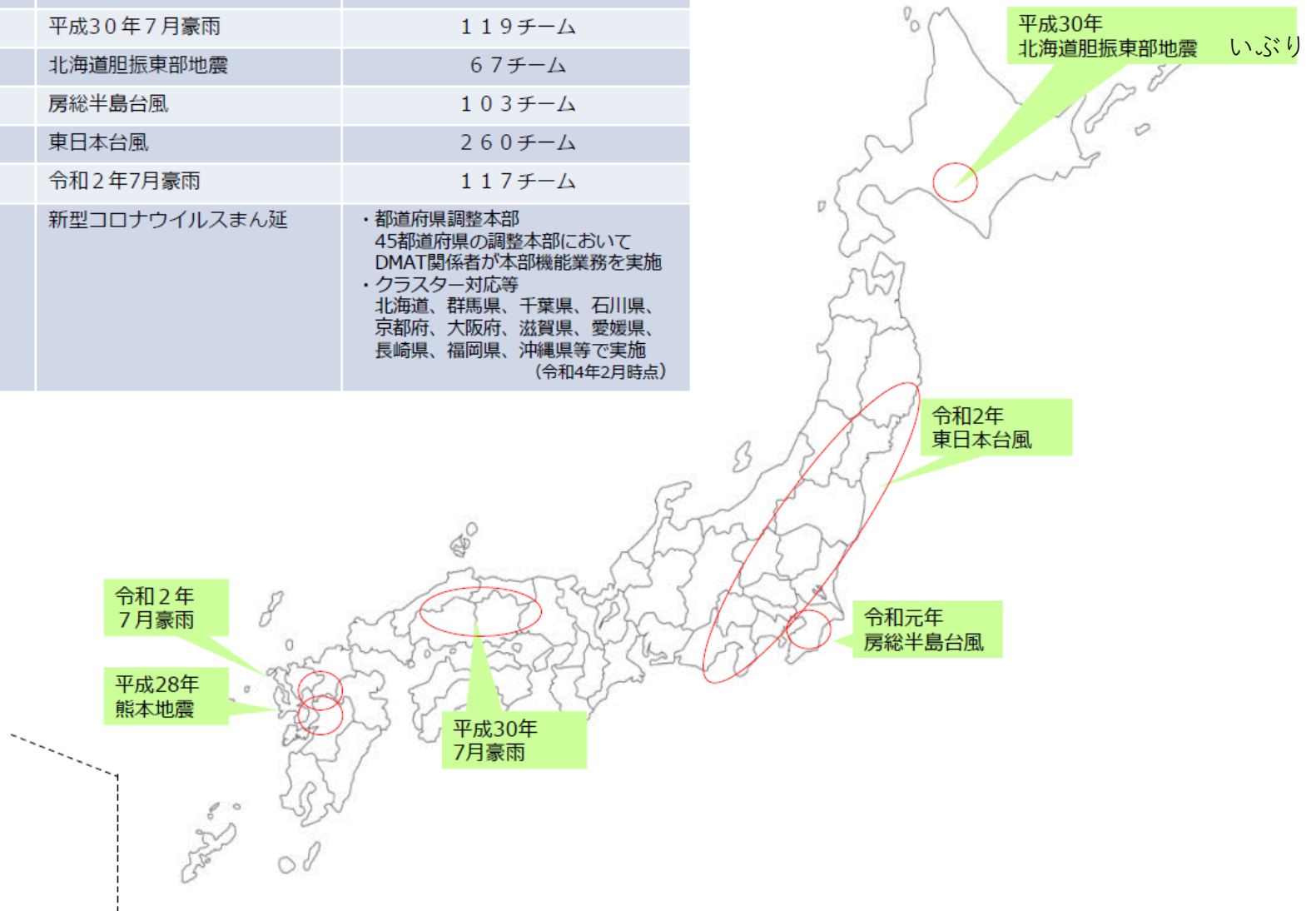
令和4年4月1日時点

都道府県	DMAT 指定医療 機関	チーム数	隊員数	隊員数		
				医師	看護師	業務 調整員
北海道	34	58	512	169	209	134
青森県	10	24	220	69	89	62
岩手県	11	43	311	90	132	89
宮城県	16	33	346	99	140	107
秋田県	15	30	226	57	95	74
山形県	8	28	222	68	92	62
福島県	13	35	272	74	116	82
茨城県	22	29	313	95	134	84
栃木県	14	34	266	68	117	81
群馬県	17	32	389	111	161	117
埼玉県	22	31	351	99	152	100
千葉県	26	44	407	117	170	120
東京都	82	130	1,321	382	576	363
神奈川県	33	49	521	172	216	133
新潟県	15	25	276	75	127	74
富山県	8	26	187	50	76	61
石川県	12	34	269	72	112	85
福井県	11	25	216	63	91	62
山梨県	13	37	275	76	116	83
長野県	14	61	402	111	166	125
岐阜県	13	29	264	75	104	85
静岡県	24	41	397	111	161	125
愛知県	35	84	617	190	250	177
三重県	17	31	306	98	127	81

都道府県	DMAT 指定医療 機関	チーム数	隊員数	隊員数		
				医師	看護師	業務 調整員
滋賀県	10	37	317	102	124	91
京都府	14	28	350	102	143	105
大阪府	19	77	667	216	267	184
兵庫県	19	34	579	180	214	185
奈良県	11	28	195	51	74	70
和歌山県	11	26	256	78	105	73
鳥取県	4	15	156	32	65	59
島根県	11	21	208	58	84	66
岡山県	11	22	286	96	102	88
広島県	19	31	325	95	121	109
山口県	18	32	284	84	122	78
徳島県	17	32	261	70	112	79
香川県	11	34	307	80	131	96
愛媛県	8	26	201	58	83	60
高知県	20	46	341	83	147	111
福岡県	27	58	480	145	208	127
佐賀県	8	21	192	48	85	59
長崎県	17	31	268	77	117	74
熊本県	17	43	253	71	108	74
大分県	22	29	267	85	108	74
宮崎県	14	31	239	67	105	67
鹿児島県	19	33	240	63	109	68
沖縄県	16	26	259	84	108	67
その他			45	6	19	20
計	828	1,754	15,862	4,622	6,590	4,650

DMA Tの近年の主な活動実績

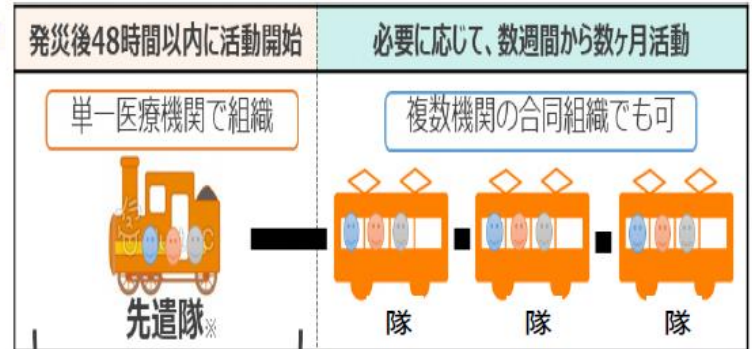
日時	名称	活動チーム数
平成 28年	熊本地震	466チーム
平成 30年	平成30年7月豪雨	119チーム
平成 30年	北海道胆振東部地震	67チーム
令和 元年	房総半島台風	103チーム
令和 元年	東日本台風	260チーム
令和 2年	令和2年7月豪雨	117チーム
令和 2年～	新型コロナウイルスまん延	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県調整本部 45都道府県の調整本部において DMAT関係者が本部機能業務を実施 ・クラスター対応等 北海道、群馬県、千葉県、石川県、 京都府、大阪府、滋賀県、愛媛県、 長崎県、福岡県、沖縄県等で実施 (令和4年2月時点)



災害派遣精神医療チーム（DPAT）

- DPATとは、大地震等の災害時に、地域において必要な精神保健医療ニーズに対応することを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた精神医療チーム。
- 災害時の対応を想定し、平成25年4月から養成を開始。
- DPAT 1 隊は、精神科医師、看護師、業務調整員を含めた数名で構成。
- DPATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
- DPATのうち、特に、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置付けている。
- DPAT先遣隊は、810名が研修終了済（令和4年4月時点）。約255隊が指定機関に登録済（令和4年4月時点）

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の際、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム



＜主な機能＞
本部機能の立ち上げ
ニーズアセスメント
急性期の精神科医療ニーズへの対応

DPATは、
●精神科医 ●看護師 ●業務調整員
を含めた数名で構成

※都道府県等が先遣隊機関として事務局へ登録

都道府県別のDPAT先遣隊養成隊員数

DPAT先遣隊員養成研修受講者数（都道府県別） 令和4年4月1日時点

都道府県名	DPAT先遣隊 指定機関	隊数	隊員数			
			医師	看護師	業務調整員	
北海道	3	5	16	5	6	5
青森県	3	10	30	5	16	9
岩手県	1	2	6	2	1	3
宮城県	1	3	9	3	4	2
秋田県	1	2	6	2	2	2
山形県	1	3	9	2	4	3
福島県	1	4	13	5	4	4
茨城県	2	8	23	8	9	6
栃木県	2	8	25	8	9	8
群馬県	2	6	19	4	10	5
埼玉県	1	5	16	5	6	5
千葉県	2	7	22	9	8	5
東京都	0	0	0	0	0	0
神奈川県	3	14	42	11	16	15
新潟県	2	8	24	6	10	8
富山県	1	2	5	2	2	1
石川県	2	3	9	3	3	3
福井県	5	6	19	6	8	5
山梨県	1	2	7	2	2	3
長野県	1	4	12	4	4	4
岐阜県	0	0	0	0	0	0
静岡県	3	7	21	7	7	7
愛知県	3	7	20	7	9	4
三重県	2	8	24	7	9	8

都道府県名	DPAT先遣隊 指定機関	隊数	隊員数			
			医師	看護師	業務調整員	
滋賀県	1	1	3	1	1	1
京都府	1	4	12	4	4	4
大阪府	3	10	30	9	12	9
兵庫県	3	6	17	5	5	7
奈良県	0	0	0	0	0	0
和歌山県	1	5	15	5	5	5
鳥取県	2	5	15	3	7	5
島根県	3	6	18	5	8	5
岡山県	1	3	9	2	3	4
広島県	2	8	25	7	10	8
山口県	1	4	13	3	6	4
徳島県	1	3	8	2	4	2
香川県	2	5	15	4	5	6
愛媛県	2	6	18	6	6	6
高知県	1	1	3	1	1	1
福岡県	9	16	48	15	21	12
佐賀県	3	6	18	6	7	5
長崎県	1	2	5	1	2	2
熊本県	6	13	40	10	13	17
大分県	2	3	8	2	4	2
宮崎県	3	10	29	9	12	8
鹿児島県	2	5	16	6	5	5
沖縄県	3	8	24	7	11	6
その他			44	15	12	17
計	96	255	810	241	313	256

2. 災害時における医療

- (1) 保健医療活動チーム
- (2) 災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院
- (3) 止水対策を含む浸水対策
- (4) 医療コンテナの災害時等における活用

パート4 へき地医療



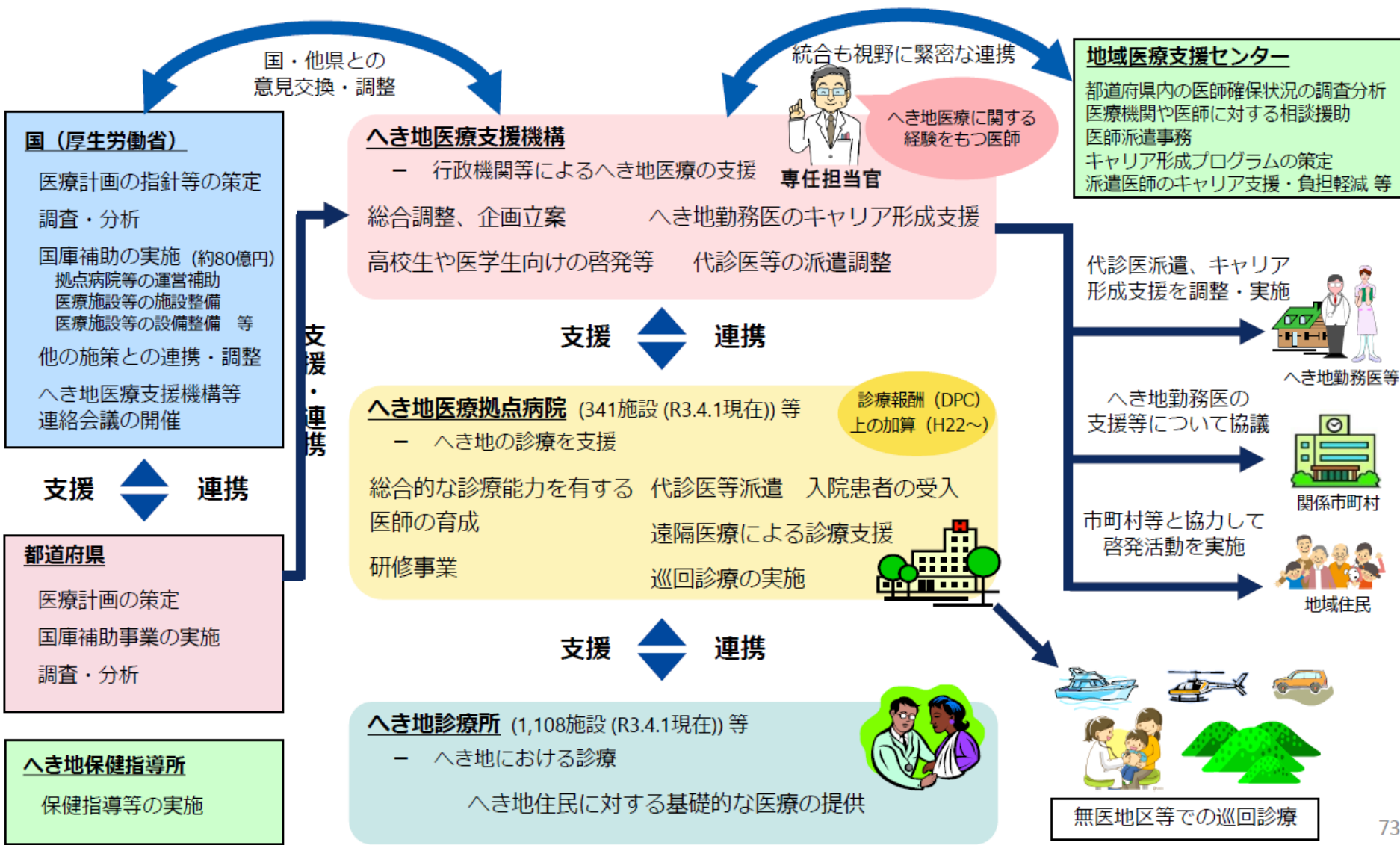
へき地保健医療対策におけるへき地の定義

へき地とは、「無医地区※1」、「準無医地区※2（無医地区に準じる地区）」などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

- ※1) 無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区（無医地区等調査より）
- ※2) 準無医地区とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し**適当と認めた地区**（無医地区等調査より）
- ※3) 「無医地区」及び「準無医地区」を有する都道府県は千葉県、東京都、神奈川県、大阪府を除く43道府県

へき地における医療の体系図

○ へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療拠点病院の概要

- へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和3年4月26日医政発0426第26号医政局長通知）に定められている。

目的

へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

指定要件

都道府県知事は、次に掲げる事業（ア、イ又は力のいずれかの事業は必須）を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。
- イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関する事。
- ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関する事。
- エ 派遣医師等の確保に関する事。
- オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関する事。
- カ 遠隔医療等の各種診療支援に関する事。
- キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関する事。
- ク その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関する事。

へき地医療拠点病院における医療活動の実施状況

（期間：令和2年4月1日～令和3年3月31日） ※対象病院336施設

主要3事業					
無医地区等への巡回診療		へき地診療所等への医師派遣		へき地診療所等への代診医等派遣	
延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数
3,806回	11回	13,478回	40回	3,968回	12回

へき地診療所の概要

- へき地診療所の目的、設置基準等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和3年4月26日医政発0426第26号医政局長通知）に定められている。

目的

無医地区及び無医地区に準じる地区（以下「無医地区等」という。）又は無歯科医地区及び無歯科医地区に準じる地区（以下「無歯科医地区等」という。）において診療所を整備、運営することにより、地域住民の医療を確保する。

設置基準

都道府県知事は、次の設置基準に基づき、必要と判断した地区にへき地診療所を設置する。

- ア へき地診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、診療所の設置予定地から最寄医療機関まで通常の交通機関を利用して（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で）30分以上要するものであること。
- イ 次に掲げる地域で、かつ、医療機関のない離島（以下「無医島」という。）のうち、人口が原則として300人以上、1,000人未満の離島に設置するものであること。
 - （ア）離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された「離島の地域」
 - （イ）奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する「奄美群島（鹿児島県奄美市及び大島郡の区域）」
 - （ウ）小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する「小笠原諸島」
 - （エ）沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第3号に規定する「離島」
- ウ 上記のほか、これらに準じてへき地診療所の設置が必要と都道府県知事が判断した地区に設置する。

無医地区・準無医地区の推移

- 全国の**無医地区数**は、へき地診療所の開設、人口減少（※）等の様々な要因により**減少傾向**にある。
 - 全国の**無医地区人口**は、全体としては**減少傾向**にある。
 - 全国の**準無医地区数**は、無医地区に該当しなくなった地区が準無医地区に指定される事例（※）が多いため、**増加傾向**にある。
- ※ 無医地区は人口50人以上の指定要件があるため、人口減少などにより50人を下回った場合は無医地区ではなくなる。ただし、無医地区と同等の支援が必要であると都道府県知事が判断した場合は厚生労働大臣の協議の上、準無医地区として指定することができ、無医地区と同等の支援が受けられる。

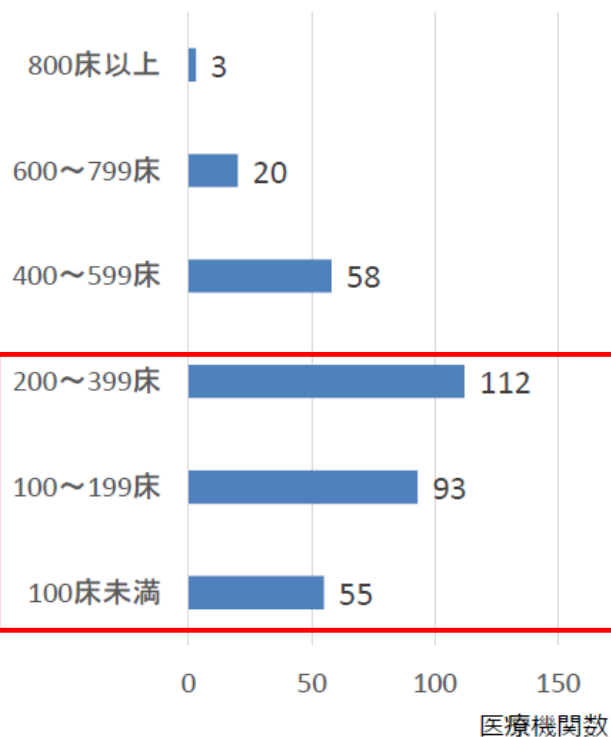
調査年月日	無医地区		準無医地区		合計	
	地区数 (地区)	人口 (人)	地区数 (地区)	人口 (人)	地区数 (地区)	人口 (人)
S41.4.1	2,920	1,191,312	-	-	2,920	1,191,312
S46.1.30	2,473	884,844	-	-	2,473	884,844
S48.5.10	2,088	767,340	-	-	2,088	767,340
S53.10.9	1,750	504,819	-	-	1,750	504,819
S59.11.30	1,276	319,796	-	-	1,276	319,796
H1.7.30	1,088	285,034	-	-	1,088	285,034
H6.9.30	997	236,193	310	113,072	1,307	349,265
H11.6.30	914	203,522	302	76,701	1,216	281,237
H16.12.31	787	164,680	367	105,495	1,154	270,175
H21.10.31	705	136,272	371	83,189	1,076	219,461
H26.10.31	637	124,122*	420	85,301	1,057	209,423
R1.10.31	590	126,851	494	110,038	1,084	236,889

※一部自治体において無医地区の人口の記載方法に一部誤りがあり過小に報告されていた。

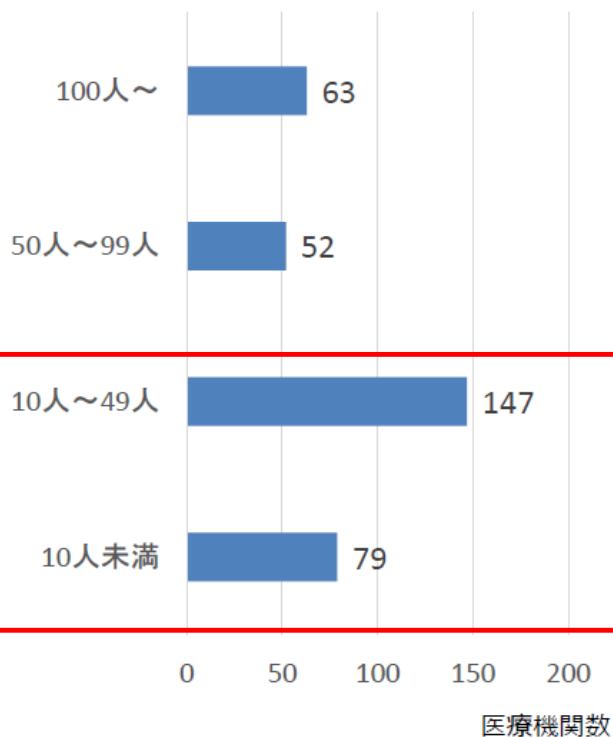
へき地医療拠点病院の許可病床数別・常勤医師数別・開設者別

- へき地医療拠点病院は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下、巡回診療や、へき地療所の医師派遣や代診医派遣等を実施する病院であり、都道府県が指定。
- 令和3年4月1日現在、341病院がへき地医療拠点病院に指定。
- 400床未満の比較的小～中規模の医療機関が多く、公立公的医療機関が全体の70%以上。

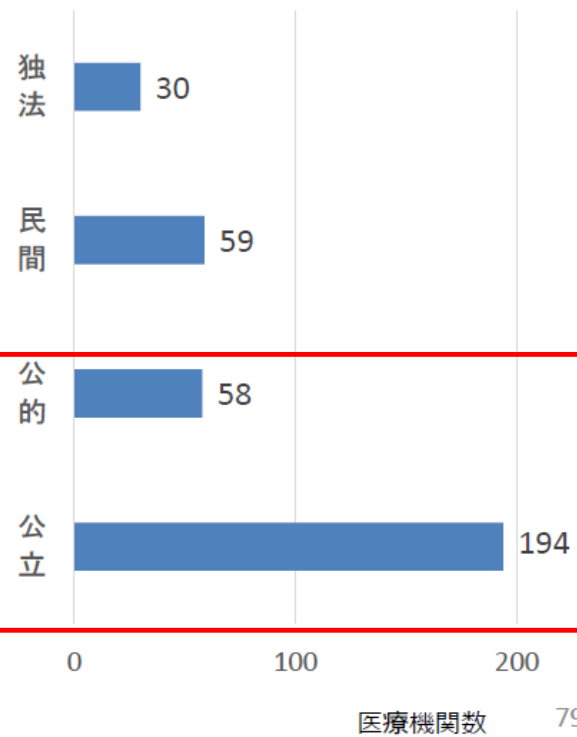
許可病床数別



常勤医師数別



開設者別



へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和2年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の65.8%。

うち、オンライン診療を実施している医療機関は15病院(4.5%)

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況(令和2年度)

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	221(65.8%)	302(89.9%)	75(22.3%)	121(36.0%)	51(15.2%)	115(34.2%)
未実施施設数	115(34.2%)	34(10.1%)	261(77.7%)	215(64.0%)	285(84.8%)	221(65.8%)
計	336※1					

(参考)平成29年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	206(65.2%)	266(84.2%)	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	94(29.7%)
未実施施設数	110(34.8%)	50(15.8%)	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	222(70.3%)
計	316※2					

※1 令和3年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

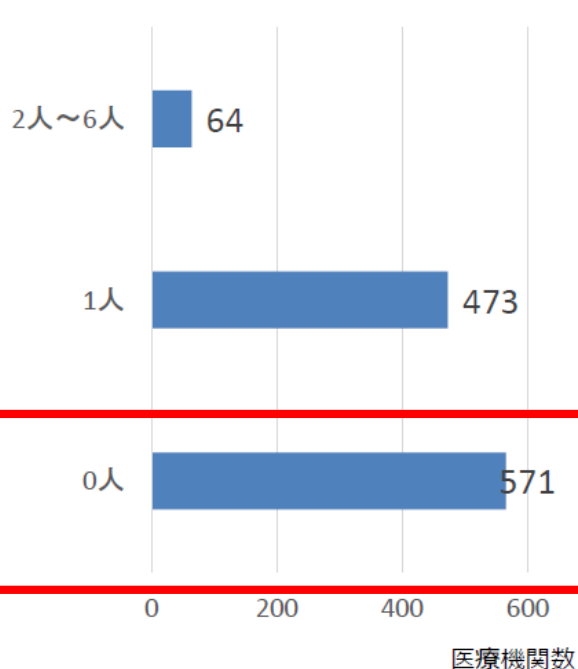
へき地診療所の許可病床数別・常勤医師数別・開設者別

- へき地診療所は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下、巡回診療や、へき地診療所等の医師派遣や代診医派遣等を実施する病院であり、都道府県が指定。
- 令和3年4月1日現在、1,108医療機関がへき地診療所に指定。
- 90%以上が無床診療所であり、公立公的医療機関である。

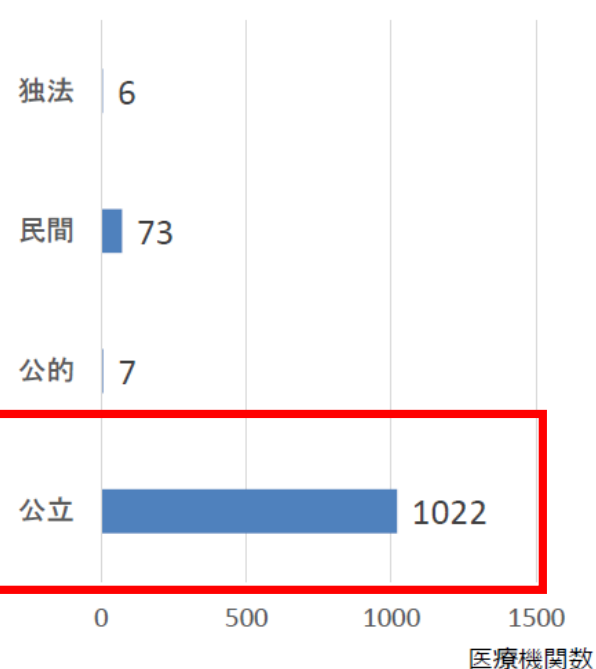
許可病床数別



常勤医師数別



開設者別



地域医療対策協議会における医師派遣実績について

令和4年5月11日第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

※ 令和2年4月1日～令和3年3月31日までの期間における実績

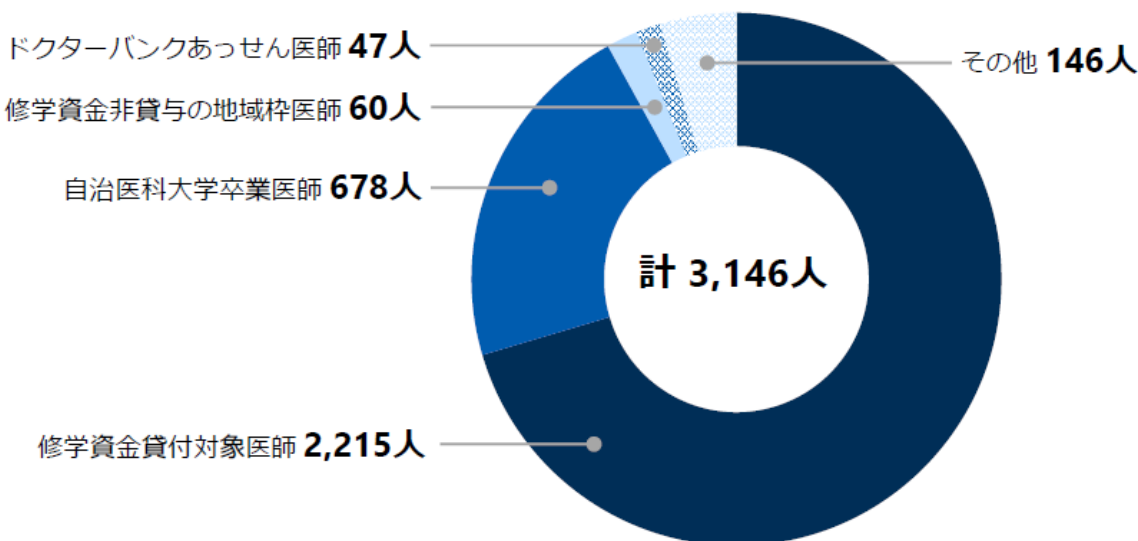
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	医師不足地域への派遣	その他の地域への派遣	小計
常勤医師の派遣	1,475	1,582	3,057
非常勤医師の派遣	50	39	89
小計	1,525	1,621	3,146

修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

「医師不足地域」とは、医師少数区域等の都道府県において医師が不足していると認識している地域を指す

派遣された医師の類型



- 派遣された3,146人のうち、1,525人(48%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された3,146人のうち、2,893人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

3. へき地の医療

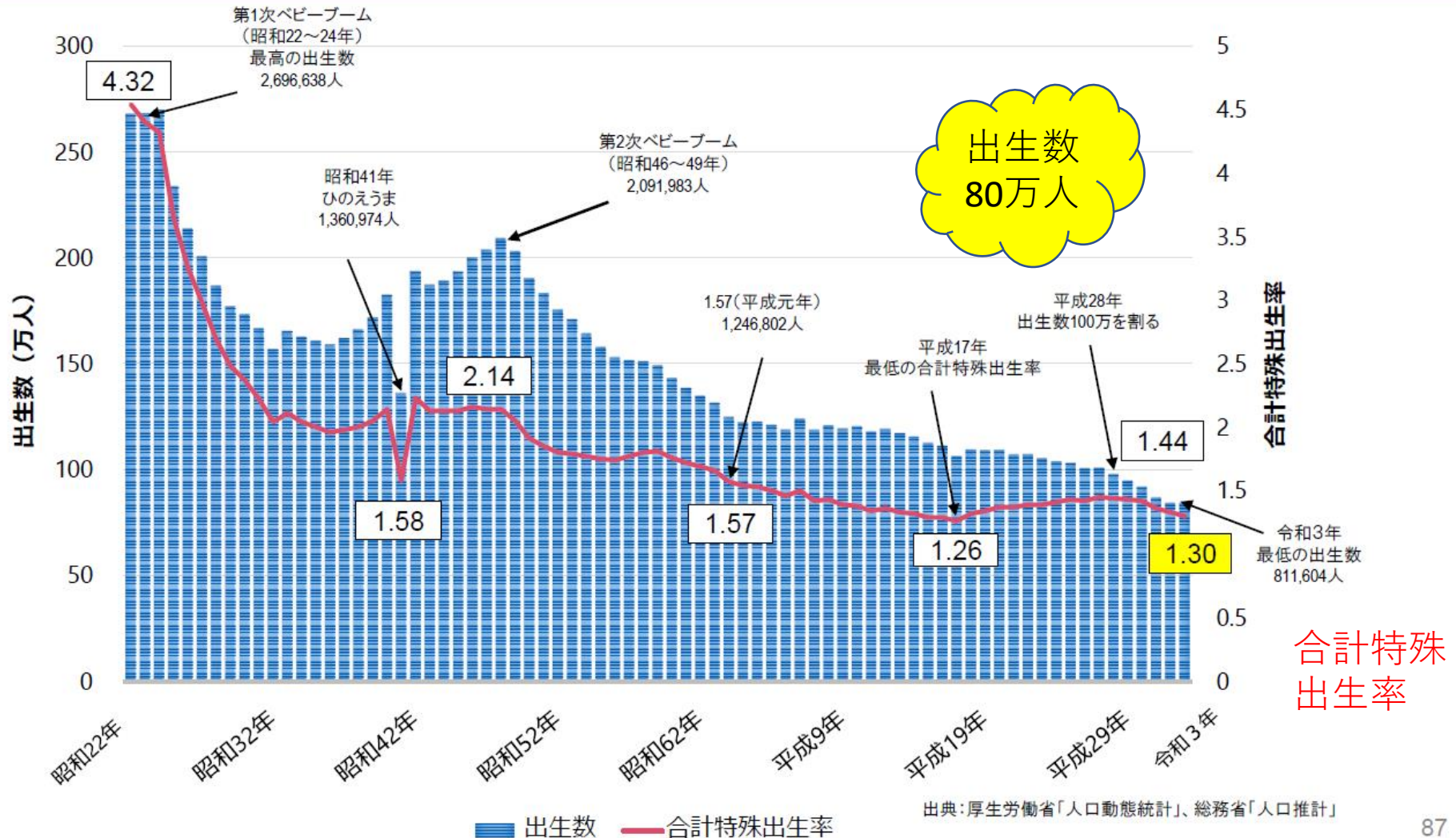
- (1) へき地で勤務する医師の確保について
- (2) へき地医療拠点病院の事業について
 - ① 遠隔医療の活用について
 - ② 主要3事業の評価について

パート5 周産期医療



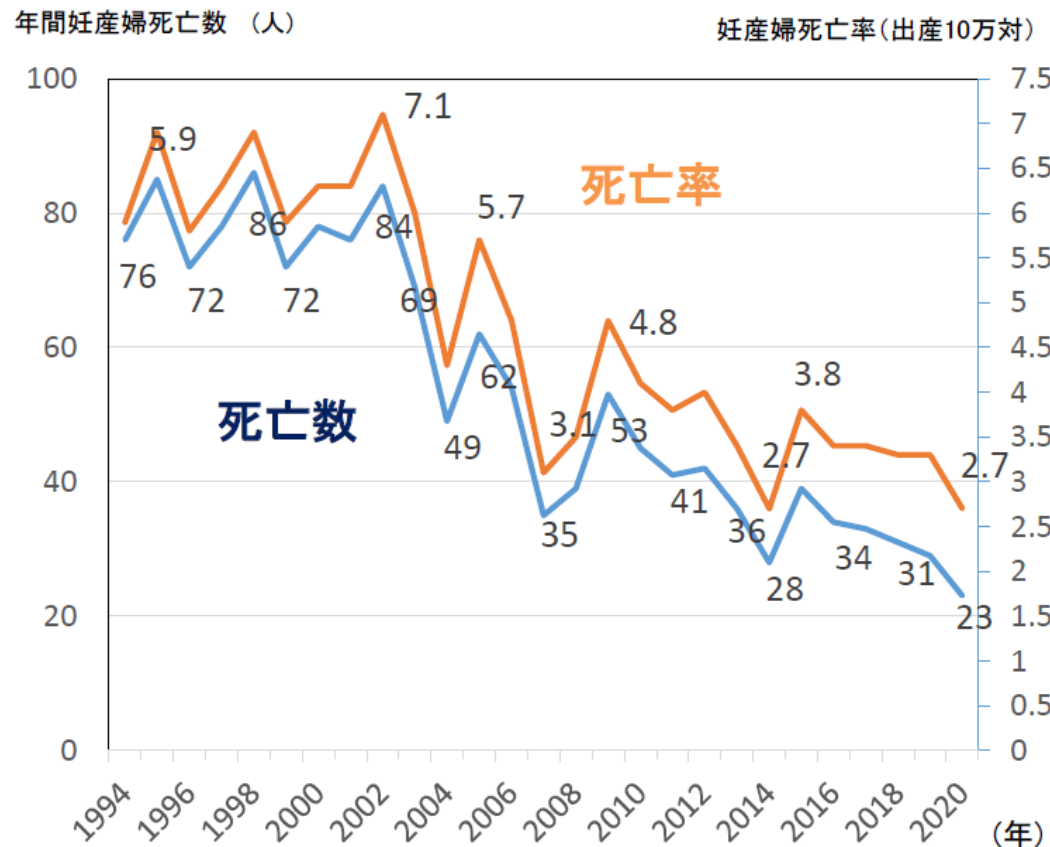
少子化の進行と人口減少社会の到来

- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

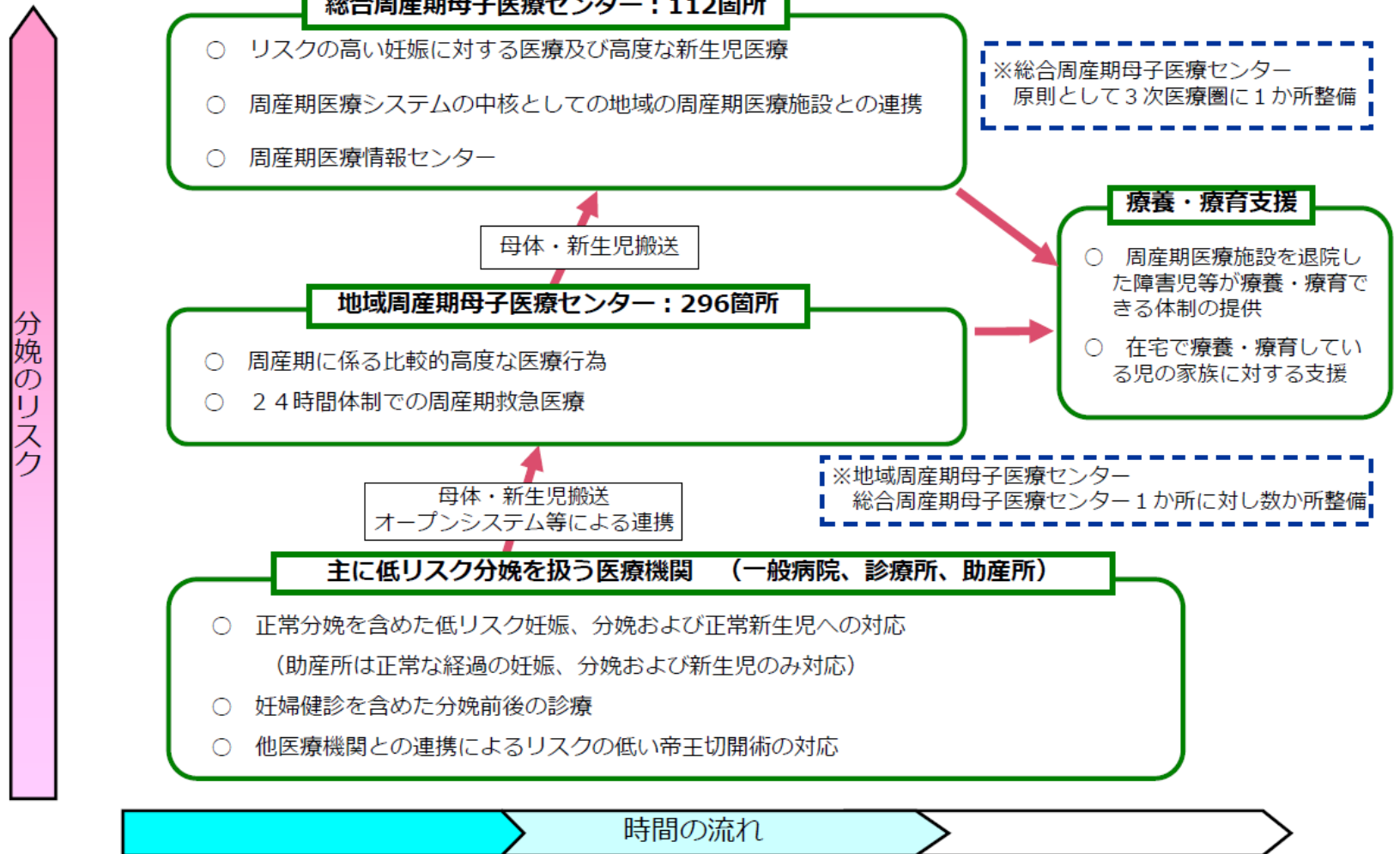
	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

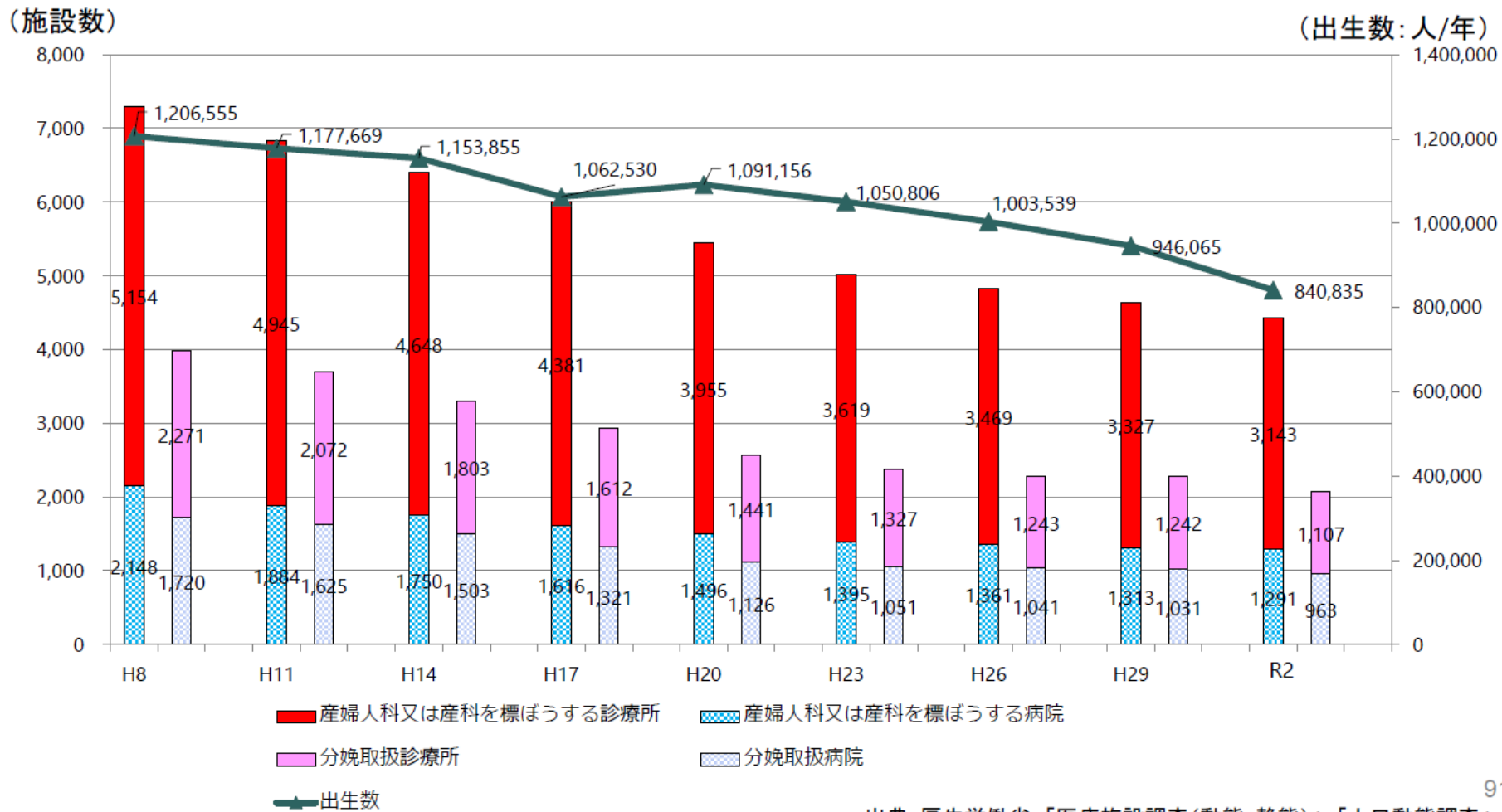
周産期医療体制

- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、平成29年度までに全都道府県に配置されている。



産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移

- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



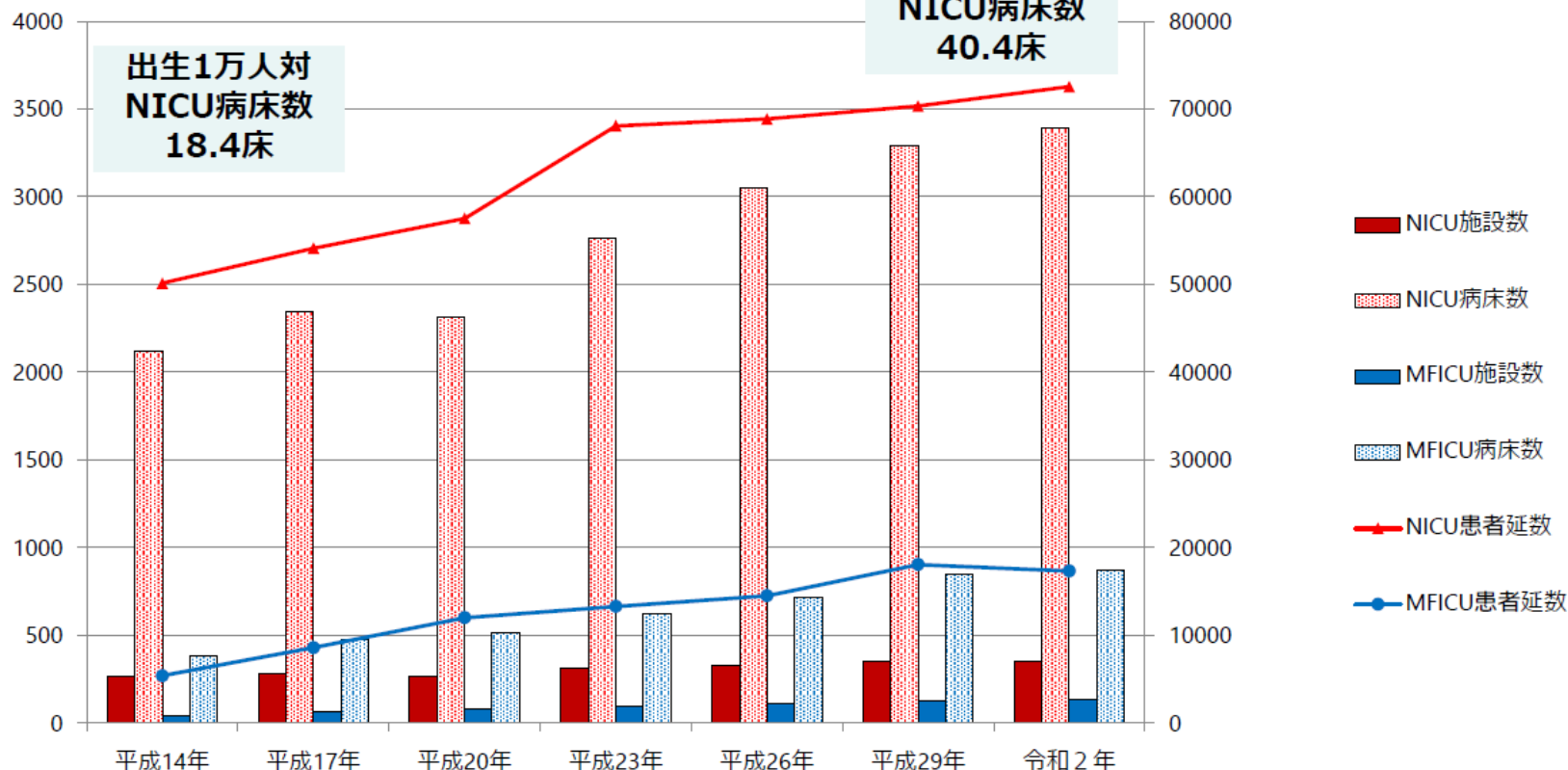
NICU(新生児集中治療室)・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数と患者延数の推移

- NICU及びMFICUの施設数、病床数は増加してきている。
- NICU患者延数は近年もやや上昇傾向にあるが、MFICU患者延数については近年横ばいからやや減少してきている。
- NICU病床数については、平成27年少子化対策大綱において、出生1万人対25～30床という目標が示され、平成29年には全都道府県で目標を達成した。令和2年度のNICU病床数は出生1万人対40.4床と大幅に目標値を上回っている。

施設数/病床数

出生1万人対
NICU病床数
40.4床

患者延数(人)

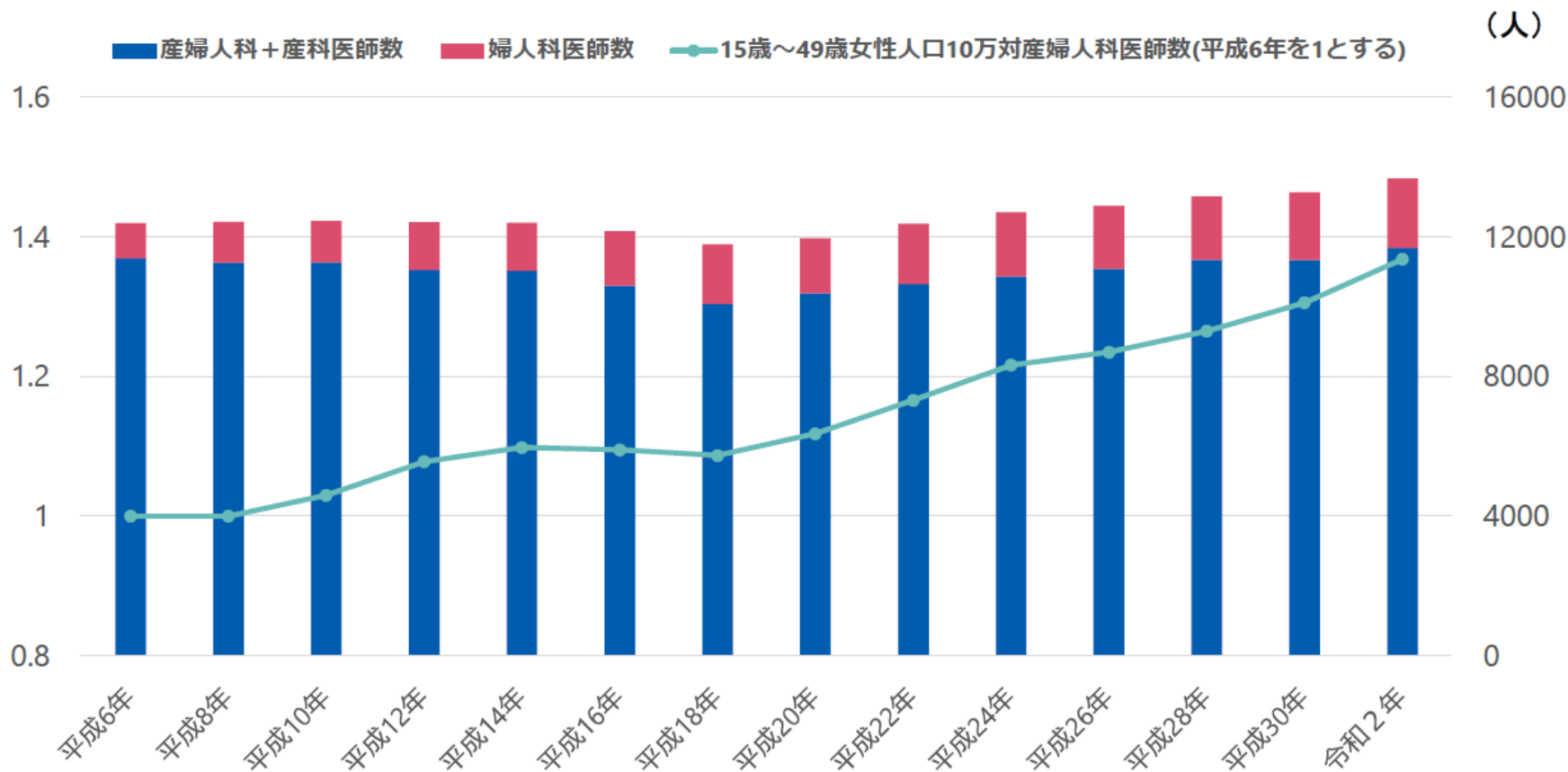


出典：厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

産婦人科医師数の推移

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年の約1.4倍となっている。



※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典)令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

周産期医療圏

- 産科医師確保計画と整合的に周産期医療体制の整備を行うため、第7次医療計画の中間見直しの際から、周産期医療圏ごとの体制整備を求めている。
- 15都道府県において、二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。

周産期医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 2 周産期医療圏の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、（中略）、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、周産期医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、周産期医療圏の再設定を行うこと。特に、無産科周産期医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。
- (3) （中略）、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

（参考）各都道府県における、二次医療圏数と周産期医療圏数（令和3年4月1日時点）

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
北海道※1	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	4
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	4
福島県	6	6
茨城県	9	3
栃木県	6	5
群馬県	10	4
埼玉県	10	10
千葉県	9	9
東京都	13	9
神奈川県	9	6
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県※2	4	4
山梨県	4	2
長野県	10	10
岐阜県	5	5
静岡県	8	3
愛知県※3	11	11
三重県	4	4

青色：二次医療圏数と周産期医療圏数が異なる場合

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
滋賀県	7	4
京都府	6	6
大阪府	8	8
兵庫県	8	7
奈良県	5	5
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	8	5
徳島県	3	3
香川県	3	3
愛媛県	6	4
高知県※4	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	5	5
長崎県	8	8
熊本県	10	6
大分県	6	6
宮崎県	7	4
鹿児島県	9	6
沖縄県	5	5
計	335	284

無産科周産期医療圏

- ※1 日高、留萌、北空知、南檜山
- ※2 奥越
- ※3 東三河北部
- ※4 高幡

15都県が周産期医療圏を策定している

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み①

(無産科周産期医療圏)

- 医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療の集約化・重点化が進んでいる。
- これに伴い、産婦人科医・産科医が不在の周産期医療圏※1または分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏※2が、**北海道4圏域、福井県1圏域、愛知県1圏域、高知県1圏域の合計7つ※3**存在しているが、各都道府県において、周産期医療を提供するための取組をおこなっている。

無産科周産期医療圏が存在する4道県の対策

北海道	北海道大学産婦人科学教室が中心として立ち上げた法人（WIND）から、当該医療圏に所在する医療機関への医師派遣
福井県	直接的な支援ではないが、産科医師の確保に取組み、無産科周産期医療圏内で健診を行っている医療機関と分娩取扱施設との連携の強化
愛知県	直接的な支援ではないが、分娩を取り扱う医師や助産師への分娩手当の助成や地域枠において産科を選択した医師への修学資金の加算
高知県	総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを整備、充実することで、人的・物的資源等の集約化・重点化を図っている。産科医・小児科医の確保対策として、産科医・小児科医への補助金のほか、産科・小児科を志望する学生に向けた奨学金の貸与

※1 分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない(日替わりで出張医師が来るなど)ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師統計ではゼロとなる。

※2 産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。

※3 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計、令和2年医療施設調査

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み② (タスク・シフト/シェア)

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革(医師の時間外労働の上限規制)

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト/シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。
このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。
- 助産師
 - ① 正常分娩における助産師の活用
 - ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
 - ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入 (院内助産所・助産師外来)

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

- 助産師
 - 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

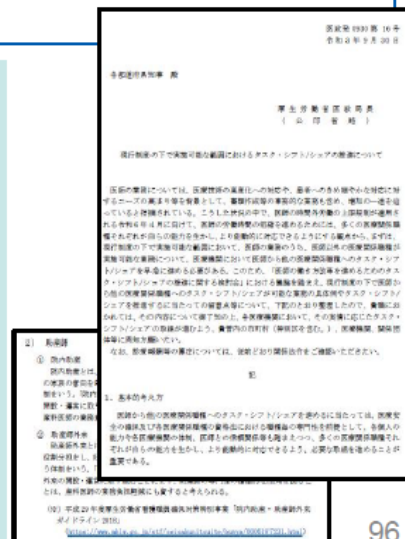
タスク・シフト/シェア

平成3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを推進するよう、その留意点等について通知を发出。
- 医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。

- 助産師 ①院内助産所 ②助産師外来



周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み③ (オープンシステム・セミオープンシステム)

- オープンシステム・セミオープンシステムでは、分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
- 令和2年度には、全国で157の周産期母子医療センター等の産科医療機関がオープンシステム・セミオープンシステムを利用して妊産婦への対応を行っている。

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

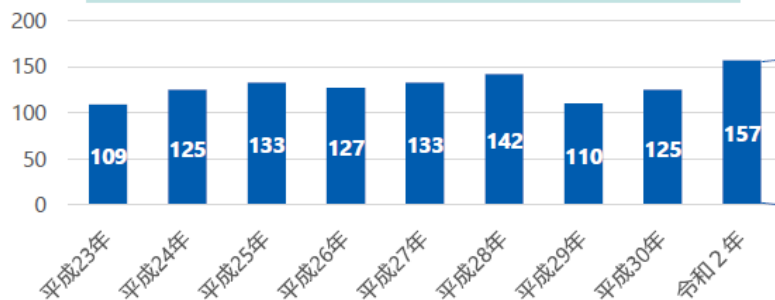
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

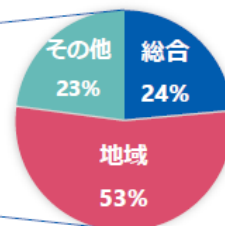
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考) オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数



施設の内訳



出典：周産期医療体制調（医政局地域医療計画課調べ）（令和3年度）

周産期医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・無産科周産期医療圏への対応と周産期医療圏の見直し

○周産期医療に関する協議会

- ・周産期医療に係る人材育成
- ・新興感染症まん延時の周産期医療

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・ハイリスク妊産婦への対応
- ・分娩医療機関までのアクセス確保
- ・NICUの集約化・重点化
- ・周産期医療機能の集約化・重点化
- ・院内助産所、助産師外来の活用推進
- ・分娩を取り扱っていない産婦人科医療機関や助産所との連携
(オープンシステム・セミオープンシステムの推進)

○医師の働き方改革への対応

- ・周産期医療機能の集約化・重点化 (再掲)
- ・院内助産所、助産師外来の活用推進 (再掲)

○産科混合病棟のあり方

○医療的ケア児への支援

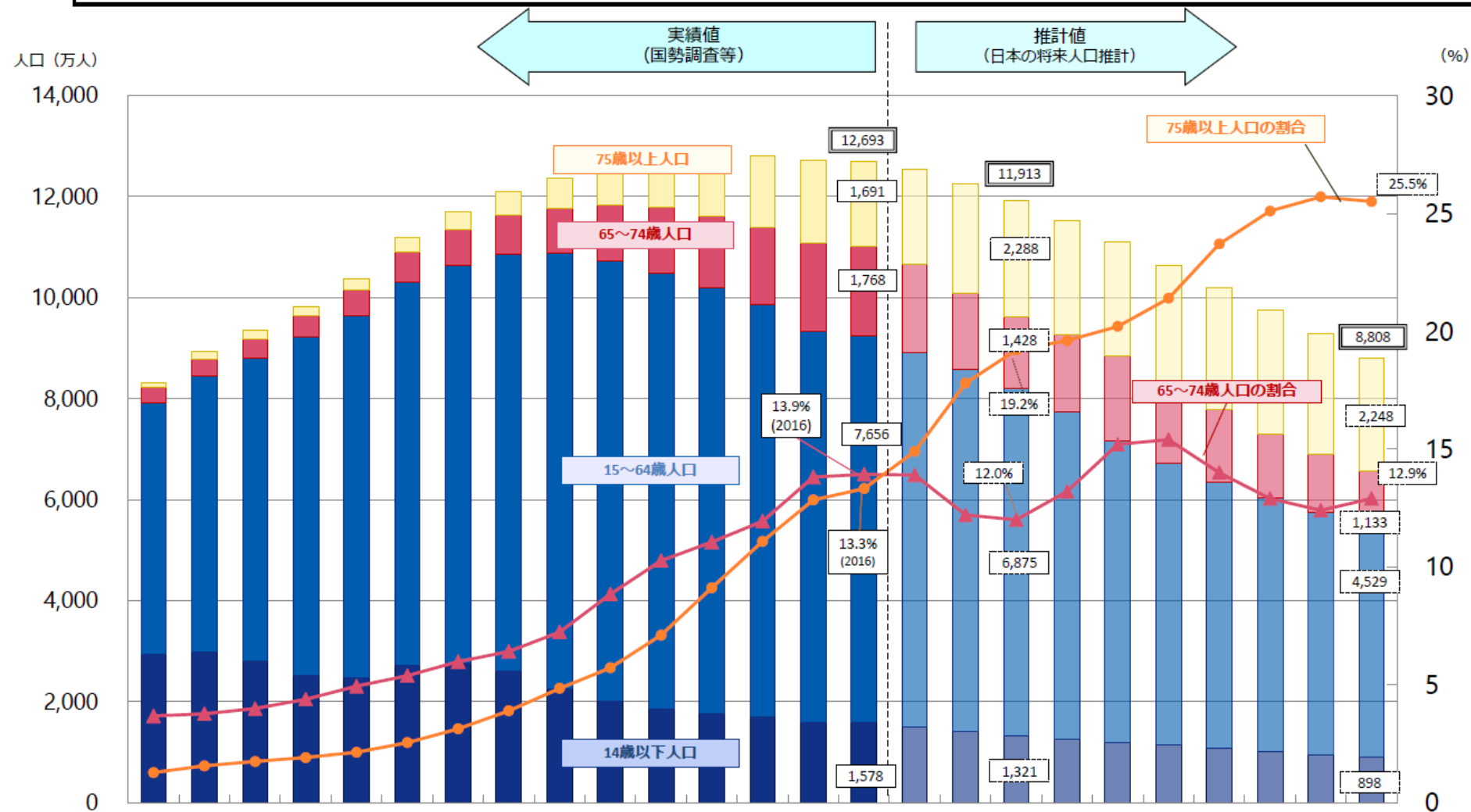
等

パート6 小児医療



日本の人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、14歳以下の人口は年々減少していくと考えられている。

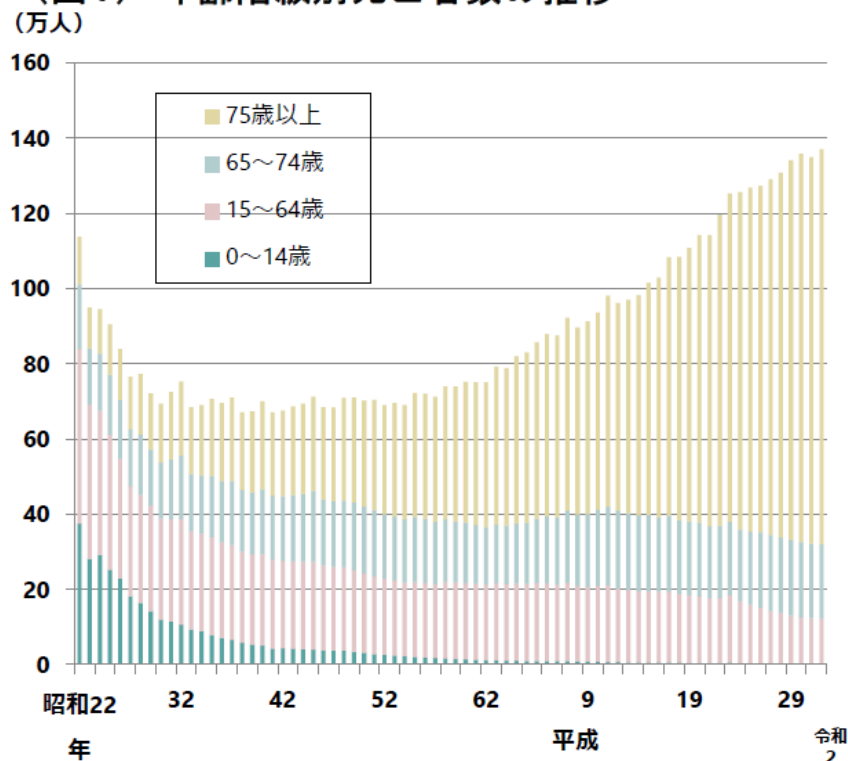


資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

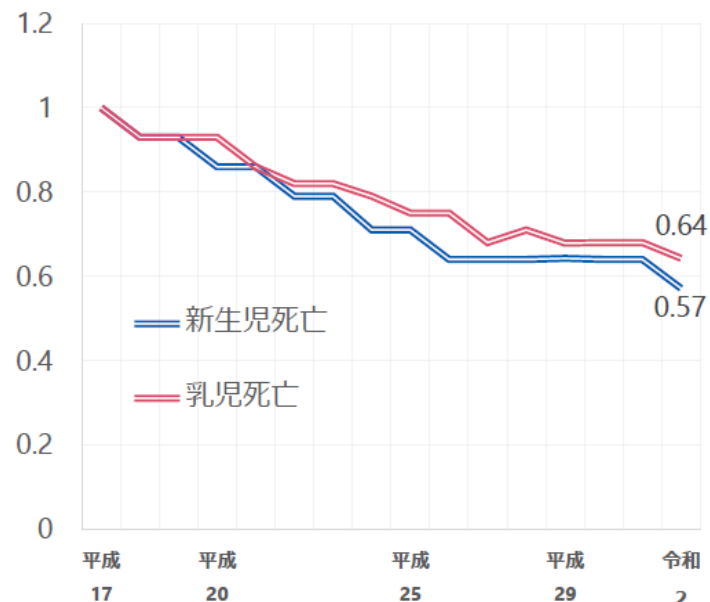
小児・乳児・新生児の死亡者数の状況

- 小児の死亡者数は減少している。（図1）
- 特に、新生児（生後4週未満）、乳児（生後1年未満）の死亡率が減少している。（図2）

（図1）年齢階級別死亡者数の推移

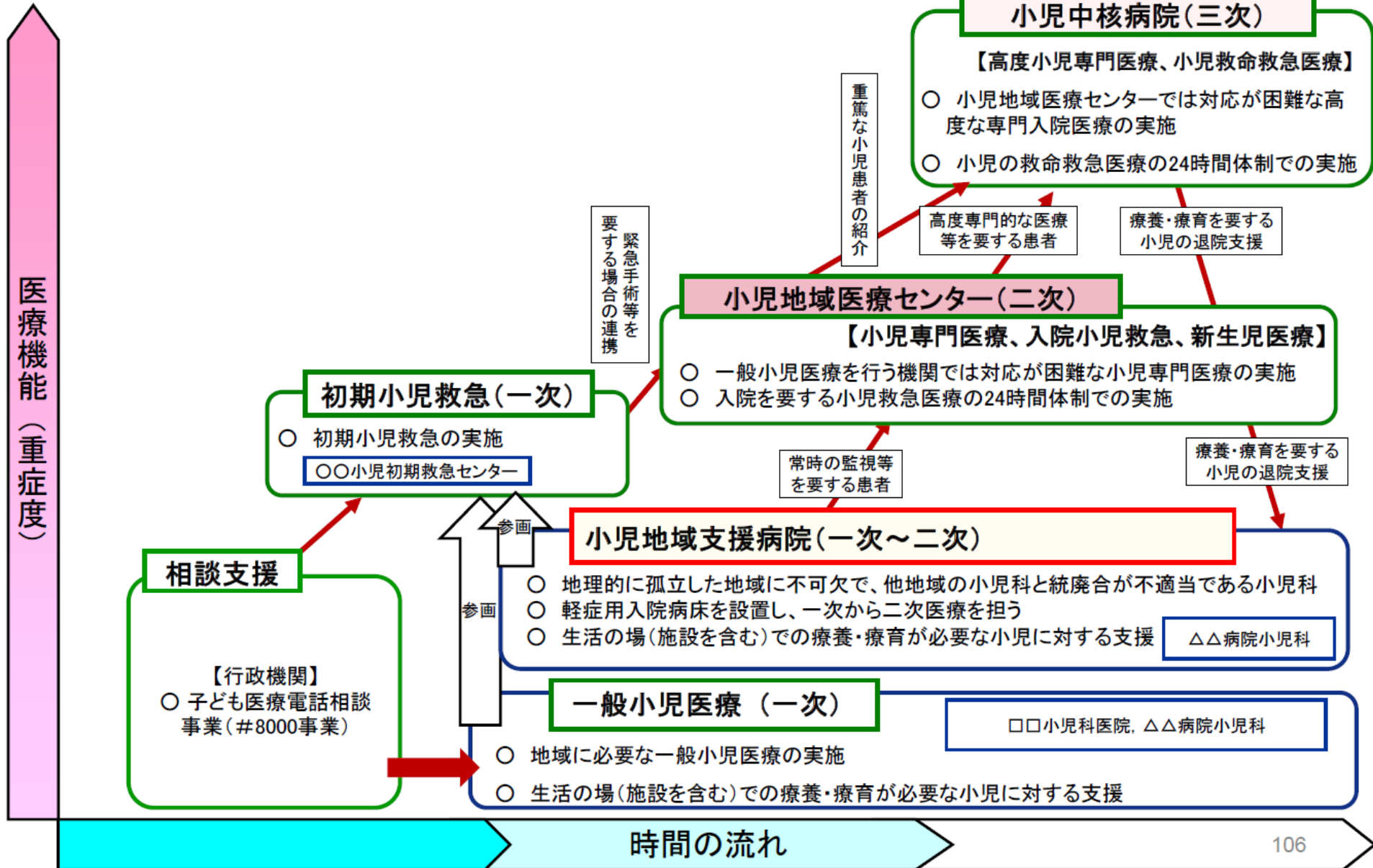


（図2）新生児、乳児死亡率の減少率
（平成17年の死亡率を1とした場合の指数値）



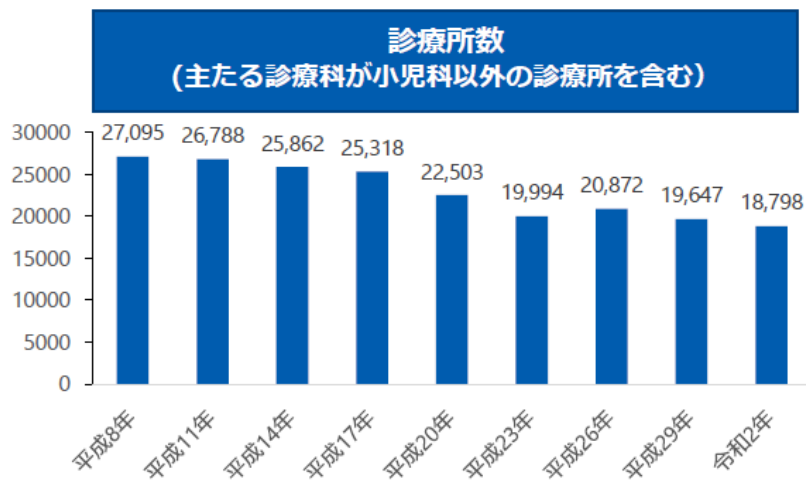
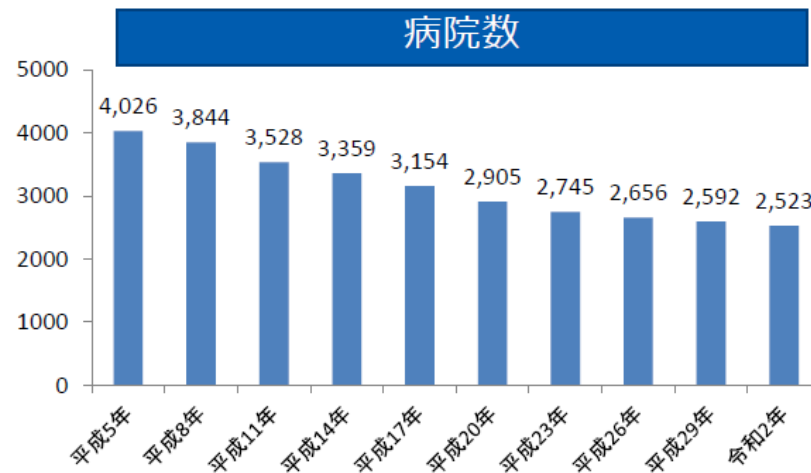
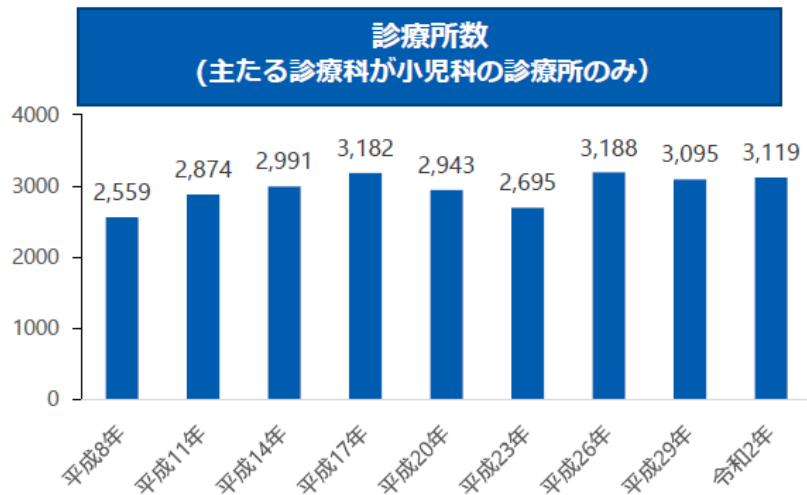
出典：厚生労働省「人口動態調査」

小児医療の体制



小児科標榜医療機関数、小児科医数の推移

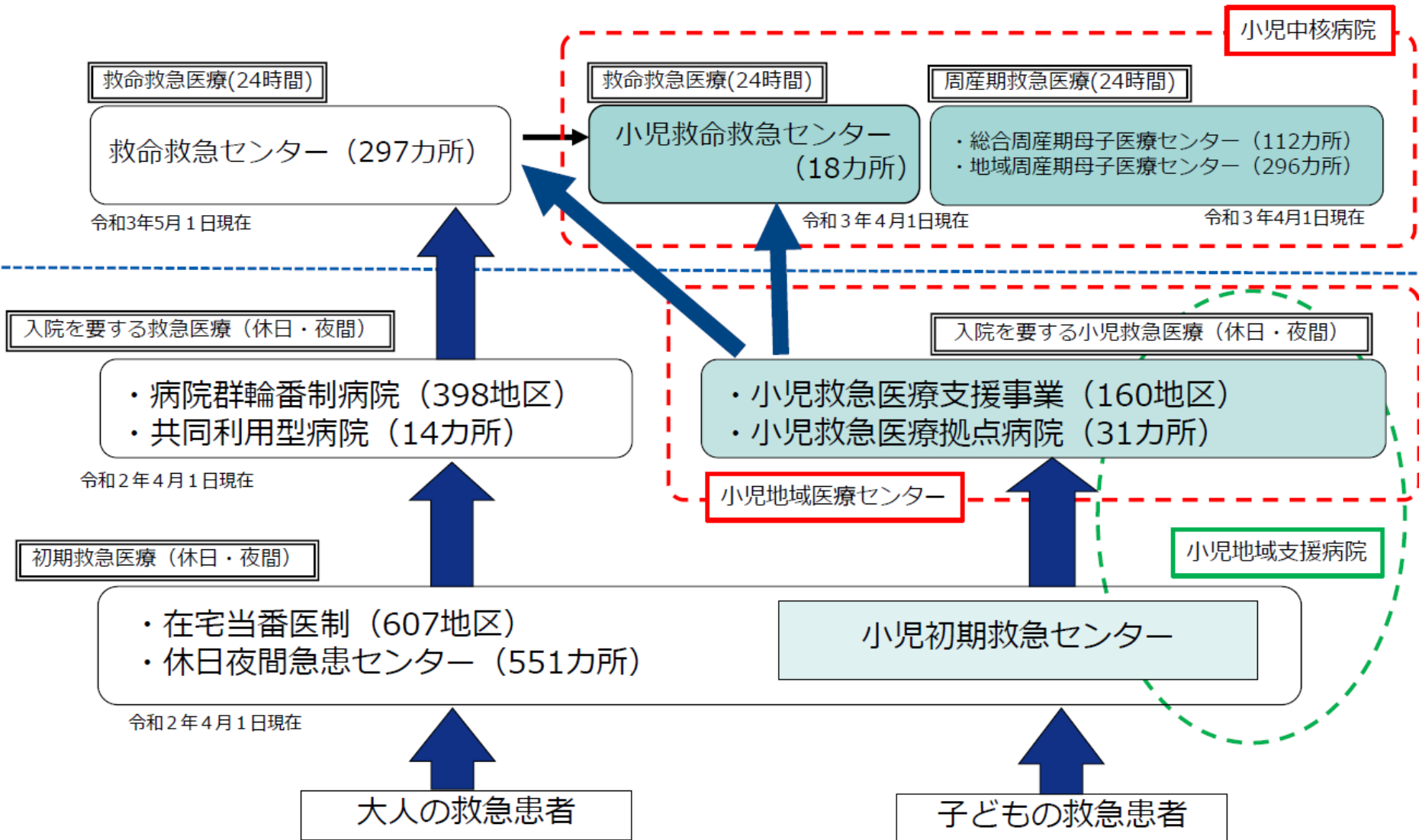
- 小児科を標榜している病院数は減少している。
- 小児科を主として標榜する診療所の数は横ばいである。
- 病院、診療所に勤務する小児科医師数は増加傾向にある。特に病院小児科については集約化が進んできていると考えられる。



勤務施設	小児科が主たる診療科である医師数		
	H14	R2	増減
総数	14,481	17,997	+3,516
病院	8,429	11,088	+2,659
診療所	6,052	6,909	+857

出典) 医療施設数：医療施設(静態・動態)調査
医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計

小児救急医療体制



小児医療圏

- 第8次医療計画の指針を策定する際に、小児救急医療圏を小児医療圏として一本化することを求めている。
- 7都道府県において、小児医療圏と異なる小児救急医療圏を設定している。

小児医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、（中略）、前期「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

（参考）各都道府県における、小児医療圏数と小児救急医療圏数(令和3年4月1日時点)

青色：小児医療圏数と小児救急医療圏数が異なる場合

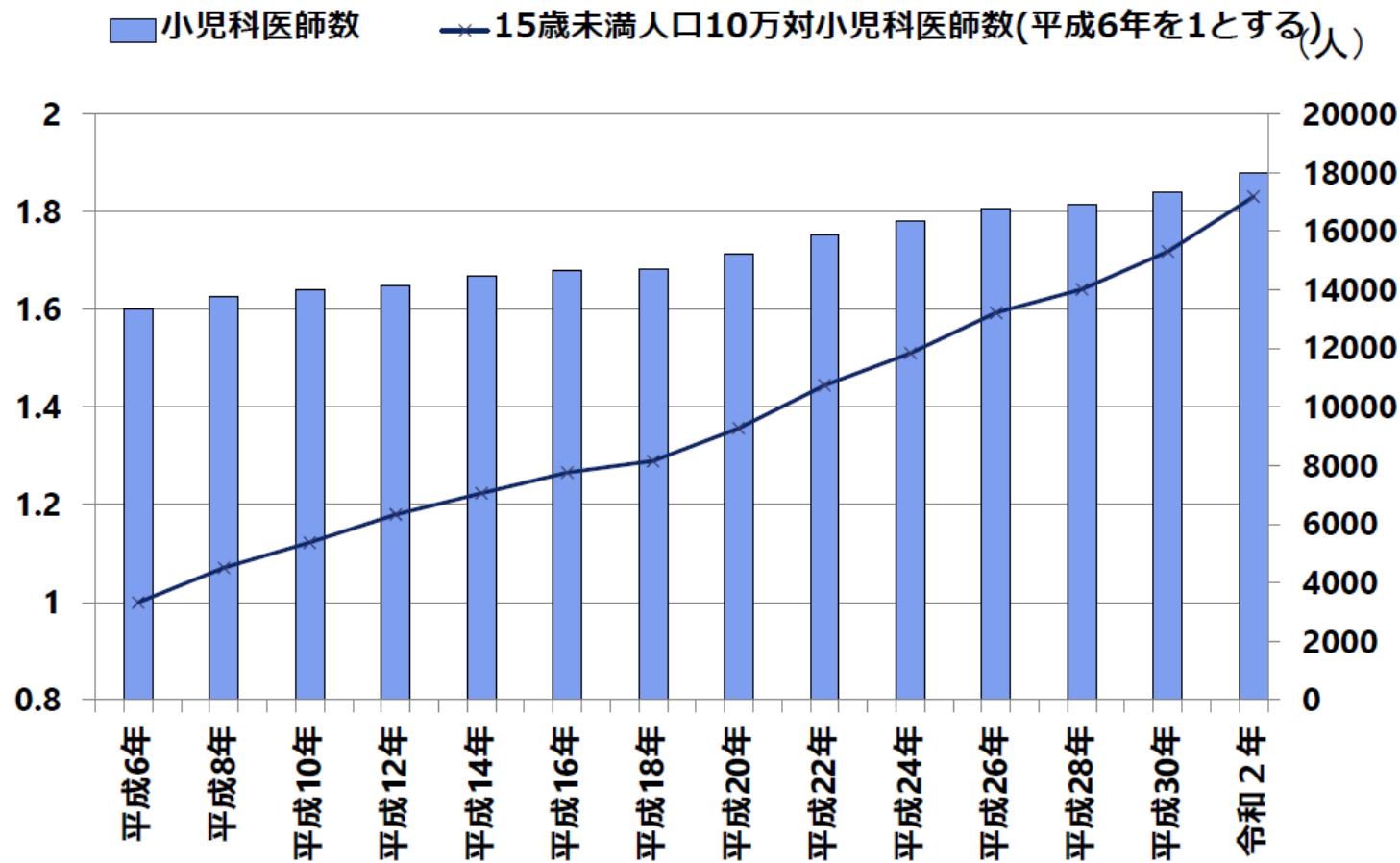
都道府県名	小児医療圏数	小児救急医療圏
北海道	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	9
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	7
福島県	6	6
茨城県	8	12
栃木県	6	6
群馬県	4	4
埼玉県	14	14
千葉県	9	15
東京都	5	13
神奈川県	14	14
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県	2	2
山梨県	2	2
長野県	10	10
岐阜県	4	5
静岡県	8	12
愛知県	11	11
三重県	4	4

都道府県名	小児医療圏数	小児救急医療圏
滋賀県	7	7
京都府	6	6
大阪府	8	11
兵庫県	8	11
奈良県	5	2
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	5	5
徳島県	3	3
香川県	5	5
愛媛県	4	4
高知県	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	3	3
長崎県	8	8
熊本県	7	7
大分県	6	6
宮崎県	4	4
鹿児島県	6	6
沖縄県	5	5
計	310	339

7都県が
小児医療
圏を設定
している

小児科医数の推移

- 15歳未満人口に対する小児科医数は、近年一貫して増加しており、15歳未満人口10万対医師数は、令和2年には平成6年の2倍となっている。



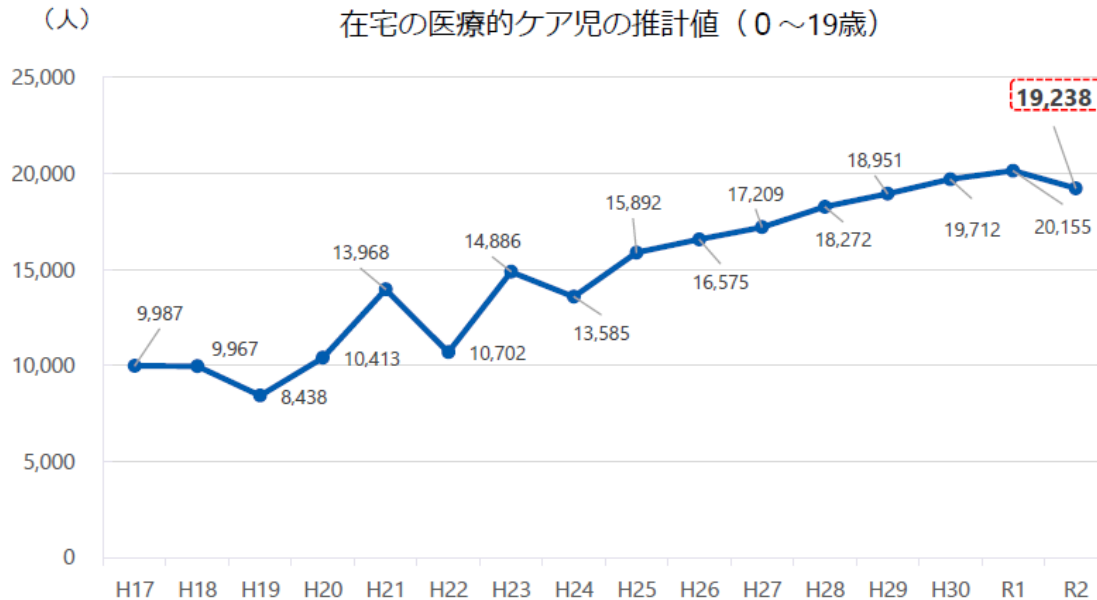
※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典)令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2.0万人〈推計〉である。



医療的ケア児
2万人



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

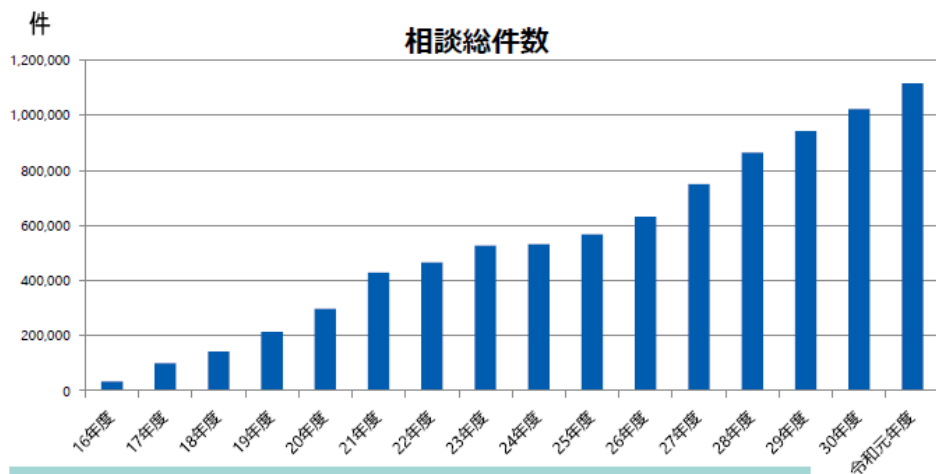
第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



子ども医療電話相談事業（#8000）の整備と周知

- #8000への相談件数は年々増加しており、46都道府県で深夜0時以降も実施されている。
- 応答率を把握している都道府県は、令和元年と比較すると増加はしているが、11都道府県にとどまる。

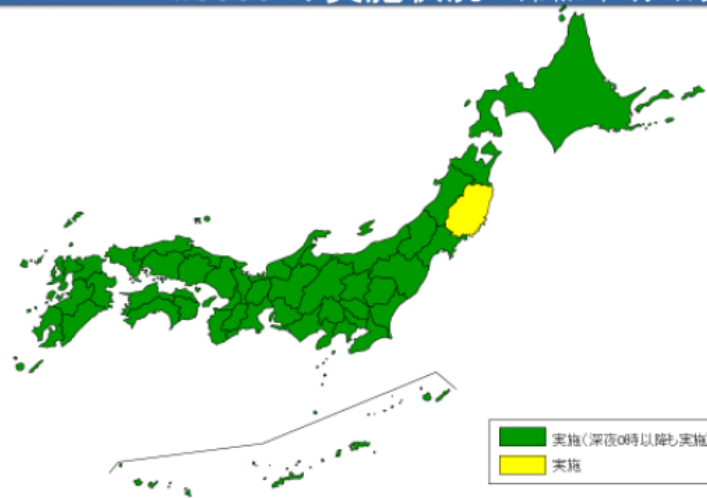


#8000事業に関する都道府県の取組み状況 (令和3年4月)

取組事項	該当する都道府県数	
	令和元年度	令和3年度
<input type="checkbox"/> 満足度※1を把握している。	23	27
<input type="checkbox"/> 認知の割合※2を把握している。	12	12
<input checked="" type="checkbox"/> 応答率、時間内応答率等を把握している。	6	11
<input type="checkbox"/> 子どもの医療相談について、電話以外によるサービス提供を実施又は検討している。(メール、チャット等。)	2	1
<input type="checkbox"/> #8000に相談した者のうち、時間外外来を受診した小児の患者の割合を把握している。	2	2
<input type="checkbox"/> 時間外外来を受診した小児の患者のうち、#8000に相談した者の割合を把握している。	なし	1

※1 「満足度」は、相談対応者の印象による評価である場合を含む。
 ※2 「認知の割合」について、定義、調査方法、調査頻度等は定めて調査していない。

#8000の実施状況 (令和3年4月1日現在)



<応答率・時間内応答率について>

電話のつながりやすさを判断するKPIとして、コールセンター等において活用される。

① 応答率

- ・ 着信件数のうち受電対応者が応答した件数の割合。
- ・ 相談者の満足度とも関連するが、待ち時間は分からない。

② 時間内応答率

- ・ 着信件数又は受電件数のうち一定時間に受電対応者が応答した件数の割合。
- ・ 相談者の待ち時間に対する不満のマネジメントに適するが、まずは応答率の改善が必要。

小児医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・小児医療圏と小児救急医療圏の一本化
- ・小児医療機能の分類と設定

○小児医療に関する協議会

- ・協議会への参加が望ましい人材
- ・外因性疾患への対応
- ・新興感染症まん延時の小児医療体制

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・小児医療機能の集約化・重点化
- ・NICUの集約化・重点化
- ・ICTの活用

○医師の働き方改革への対応

- ・小児医療機能の集約化・重点化（再掲）
- ・ICTの活用（再掲）

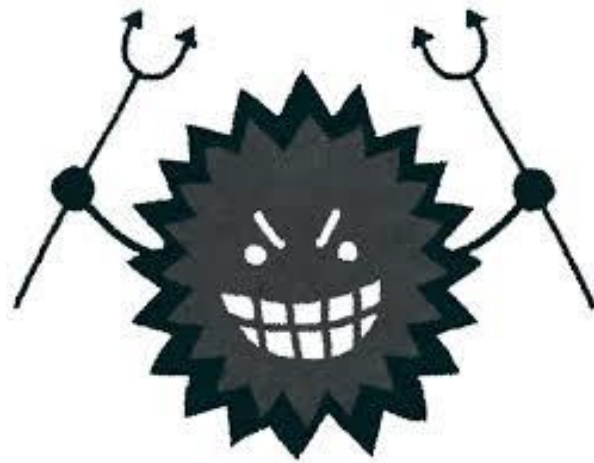
○医療的ケア児への支援

- ・退院支援やレスパイトの受入

○子ども医療電話相談事業（#8000）の取組状況

等

パート7 新興感染症対応



6 事業目（新興感染症対応※）について

※医療法第30条の4第2項第5号

- ハ そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症がまん延し、又はそのおそれがあるときにおける医療（令和6年4月1日施行）

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①

(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ 第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の实情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の实情に応じて弾力的に設定

これまでの対応状況

- 新型コロナウイルス感染症への対応として、医療提供体制については、「全体像（次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像）」や「保健・医療提供体制確保計画」等に基づき、以下の対応に取り組んでいるところ。
 - ・ 病床の確保、臨時の医療施設の整備、医療機関の役割分担・連携の促進
 - ・ 自宅・宿泊療養者への対応
 - ・ 医療人材の確保
 - ・ ITを活用した稼働状況の見える化 など

今後の検討・取組の進め方

- 今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的に対策を講じられるよう、医療法の改正により、第8次医療計画（2024年度から2029年度まで）より、医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。
- 「厚生科学審議会感染症部会」における感染症法に基づく基本指針・予防計画等の議論と整合性を図りながら、第8次医療計画の記載事項について検討。
- 具体的には、感染拡大時に迅速かつ柔軟に病床や人材の確保ができるよう、平時からの取組、感染拡大時の取組などに関し、「全体像」、「保健・医療提供体制確保計画」等に基づくこれまでの取組を踏まえ、必要な対策を検討。
 - ※ 政府としては、これまでの対応を客観的に評価し、次の感染症危機に備えて、本年6月を目途に、危機に迅速・的確に対応するための司令塔機能の強化や、感染症法の在り方、保健医療体制の確保など、中長期的観点から必要な対応をとりまとめることとしている。
- 5疾病・5事業及び在宅医療などの他の医療計画の記載事項についても、第7次医療計画の中間見直し以降の状況の変化として、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえて検討。

感染症法など改正案のポイント

▼感染症法改正案 2022年12月2日成立

1700病院
5000診療所

- 地域の中核医療機関と協定を締結
- 流行時の病床確保や医療提供を義務に
- 協定に違反すれば医療機関名を公表
- 従わなければ診療報酬の優遇取り消し

▼予防接種法改正案

- 歯科医師や臨床検査技師らもワクチン接種を可能に

▼検疫法改正案

- 感染のおそれがある人に自宅待機など「指示」可能に

まとめと提言

- 救急車受け入れの少ない第三次救急医療機関、第二次医療機関の課題
- DMAT、DPATのコロナ対応が課題
- へき地におけるオンライン診療の普及
- 周産期医療圏、小児医療圏の設定課題
- 新興感染症対応における医療提供の課題

コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか?
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトにて公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp