

# Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座 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<sup>(※)</sup> [救急医療等確保事業] の考え方

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

### 具体的な考え方

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

⇒現行の5事業<sup>(※)</sup>は、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療

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

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

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"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療計画制度の導入</li> <li>2次医療圏ごとに必要病床数を設定</li> </ul>
1992年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定機能病院の制度化</li> <li>療養型病床群の制度化</li> </ul>
1997年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所への療養型病床群の設置</li> <li>地域医療支援病院制度の創設</li> <li>医療計画制度の充実</li> <li>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</li> </ul>
2000年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病床、一般病床の創設</li> <li>医療計画制度の見直し</li> <li>基準病床数に名称を変更</li> </ul>
2006年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県の医療対策協議会制度化</li> <li>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</li> </ul>
2012年 医療計画作成の 通知改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾病、事業ごとのPDCAサイクル導入</li> <li>在宅医療の医療連携体制に求められる機能の明示</li> <li>医療計画の対象に精神疾患を追加し、5疾病に</li> </ul>
2014年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床機能報告制度の創設</li> <li>地域医療構想の策定を規定</li> <li>地域医療介護総合確保基金の創設</li> <li>地域医療構想調整会議の設置</li> </ul>
2016年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療連携推進法人の創設</li> <li>計画策定のサイクルを5年周期から6年に延長</li> </ul>
2018年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師確保に関する計画の策定</li> <li>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。</li> <li>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</li> </ul>
2021年 医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の働き方改革に関する規定</li> <li>外来機能報告制度の創設</li> <li>新興感染症に関する医療体制を医療計画に追加</li> </ul>

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）				外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月	第8次医療計画等に関する検討会開催				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"> <li>総論（医療圏、基準病床数等）</li> <li>各論（5疾病、6事業、在宅等）</li> </ul> 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）
	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）
R5 [2023]	第8次医療計画策定			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			次期医師確保計画開始		次期外来医療計画開始
R7 [2025]						

都道府県で医療計画作成

第8次医療計画スタート

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班
- ・周産期医療、小児医療  
有識者の意見交換

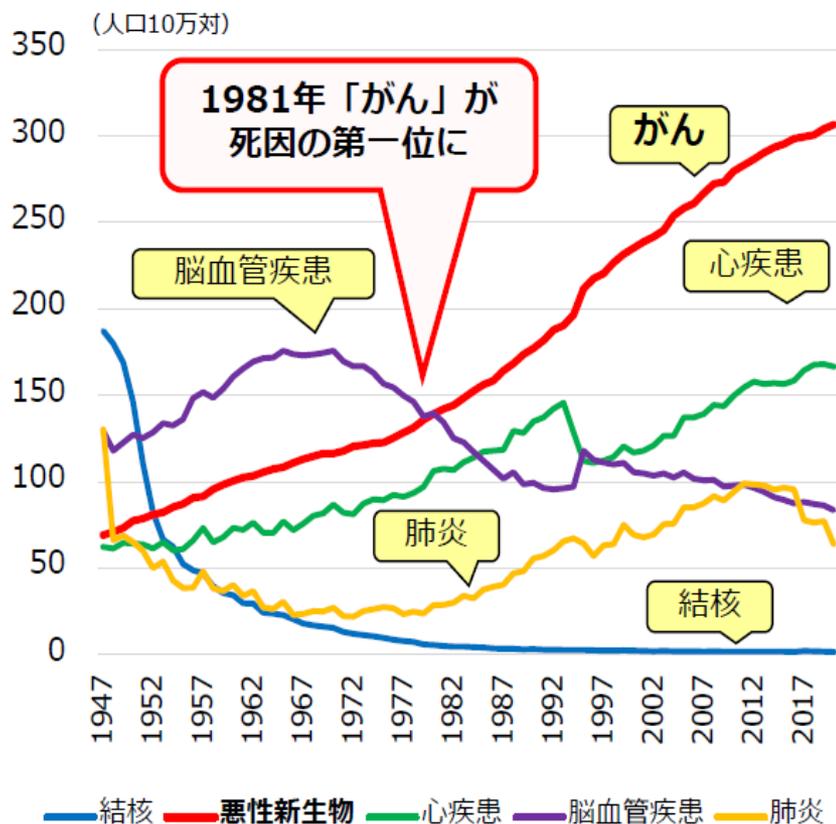
# パート 2 がんの医療体制



# 日本のがんの現状

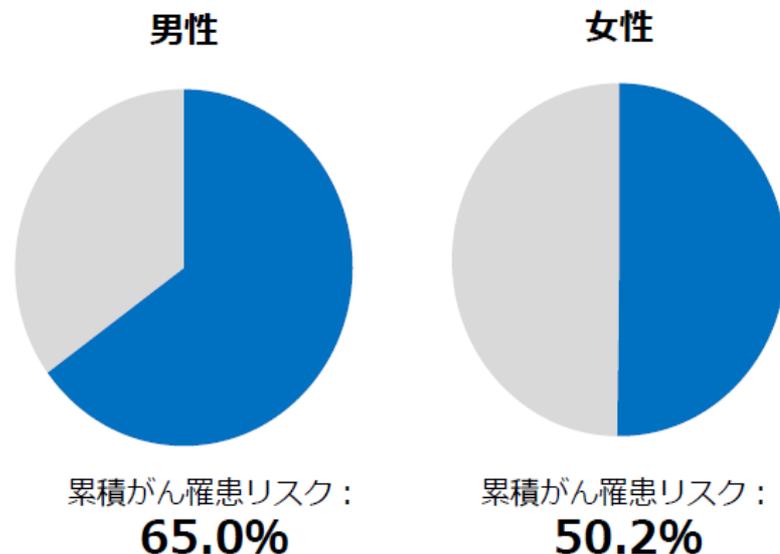
- 約3人に1人ががんで死亡（2020年 年間死亡者数 約38万人）
- 日本人の2人に1人が生涯でがんになる

<<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）

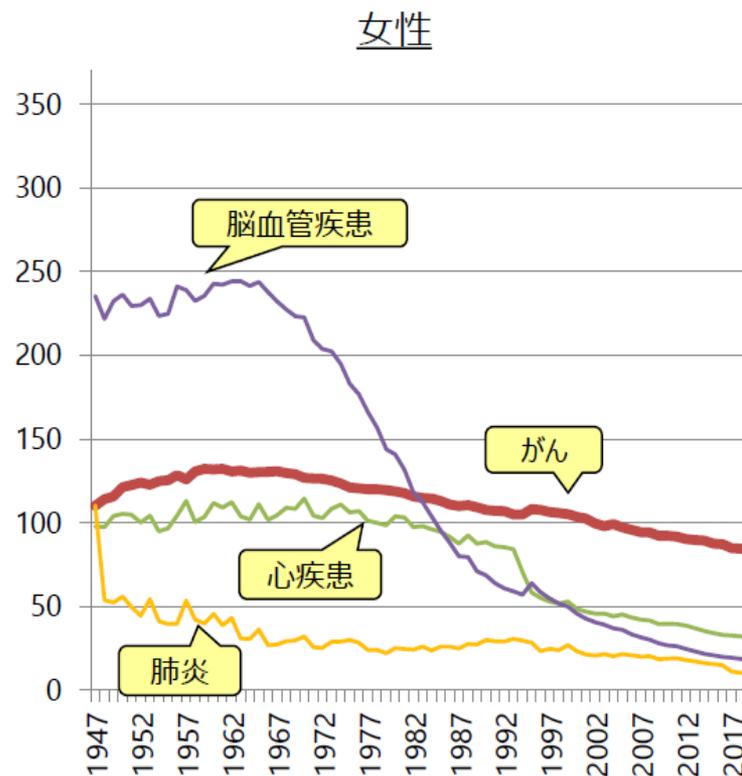
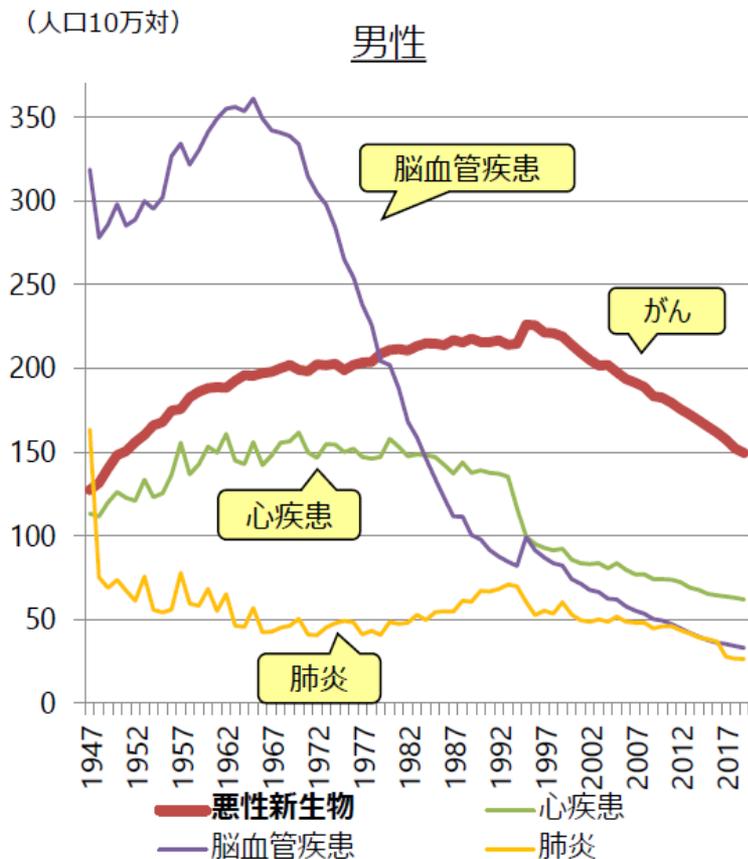
<<生涯でがんに罹患する確率>>



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](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。

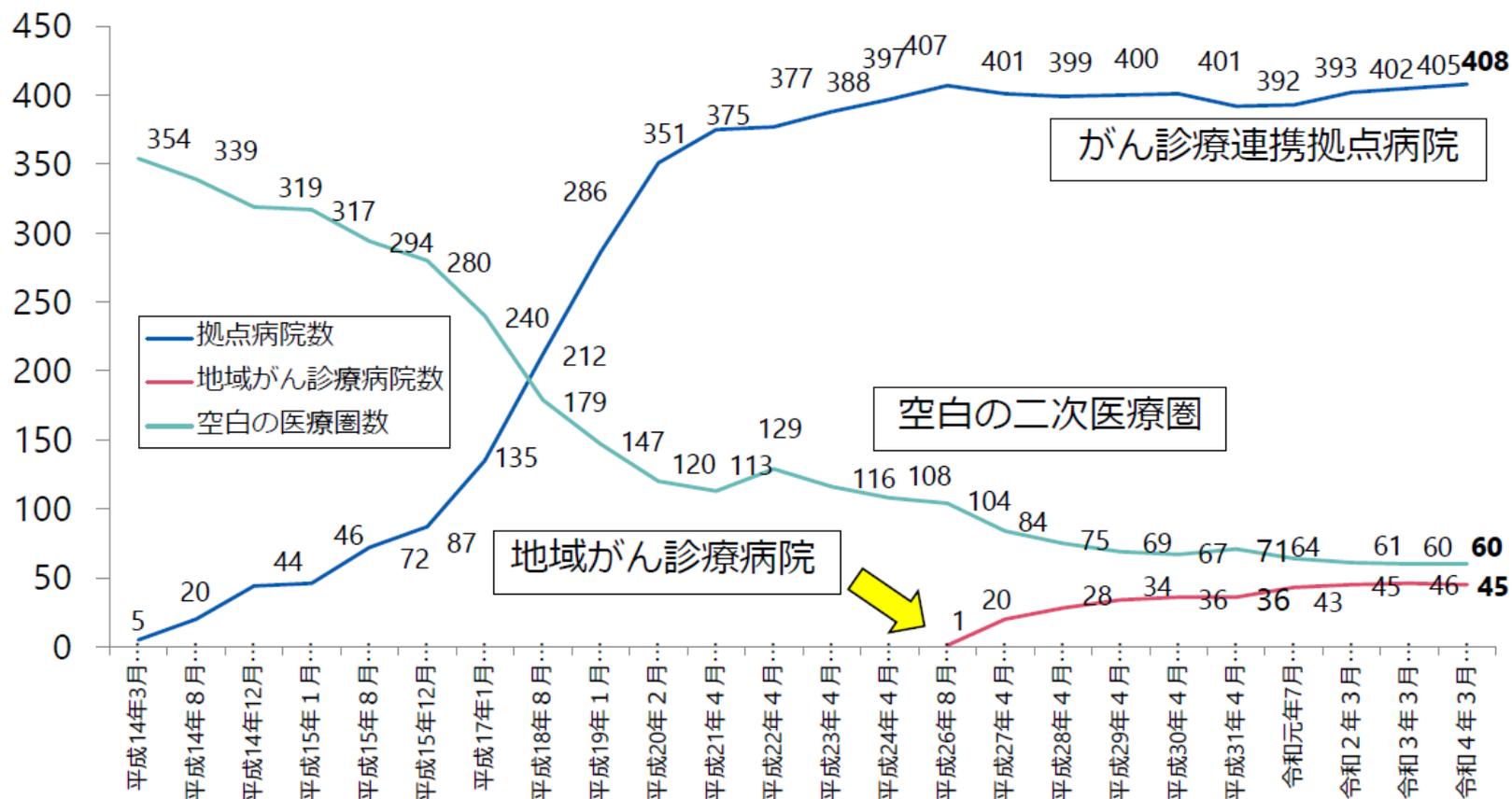
#### 国立がん研究センター（2か所）

- ・ 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

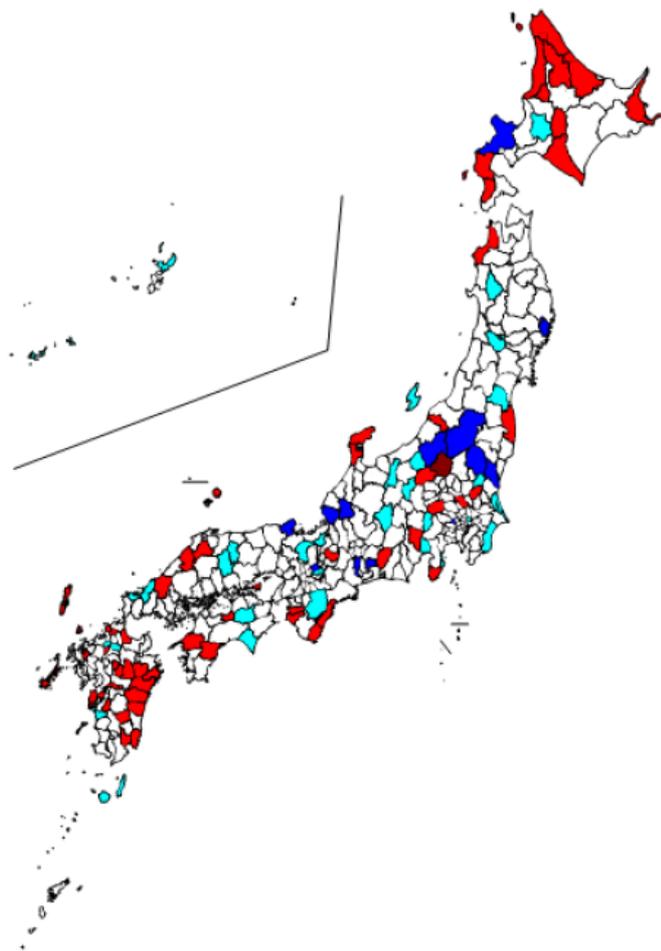
- 2014年8月より地域がん診療病院を設置。
- 地域がん診療病院の設置により、拠点病院のない二次医療圏（空白の二次医療圏）が、108カ所（平成26年4月時点）から60カ所（令和4年3月時点）に減少した。



がん・疾病対策課作成

## 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察し、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。

# 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 20.8

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

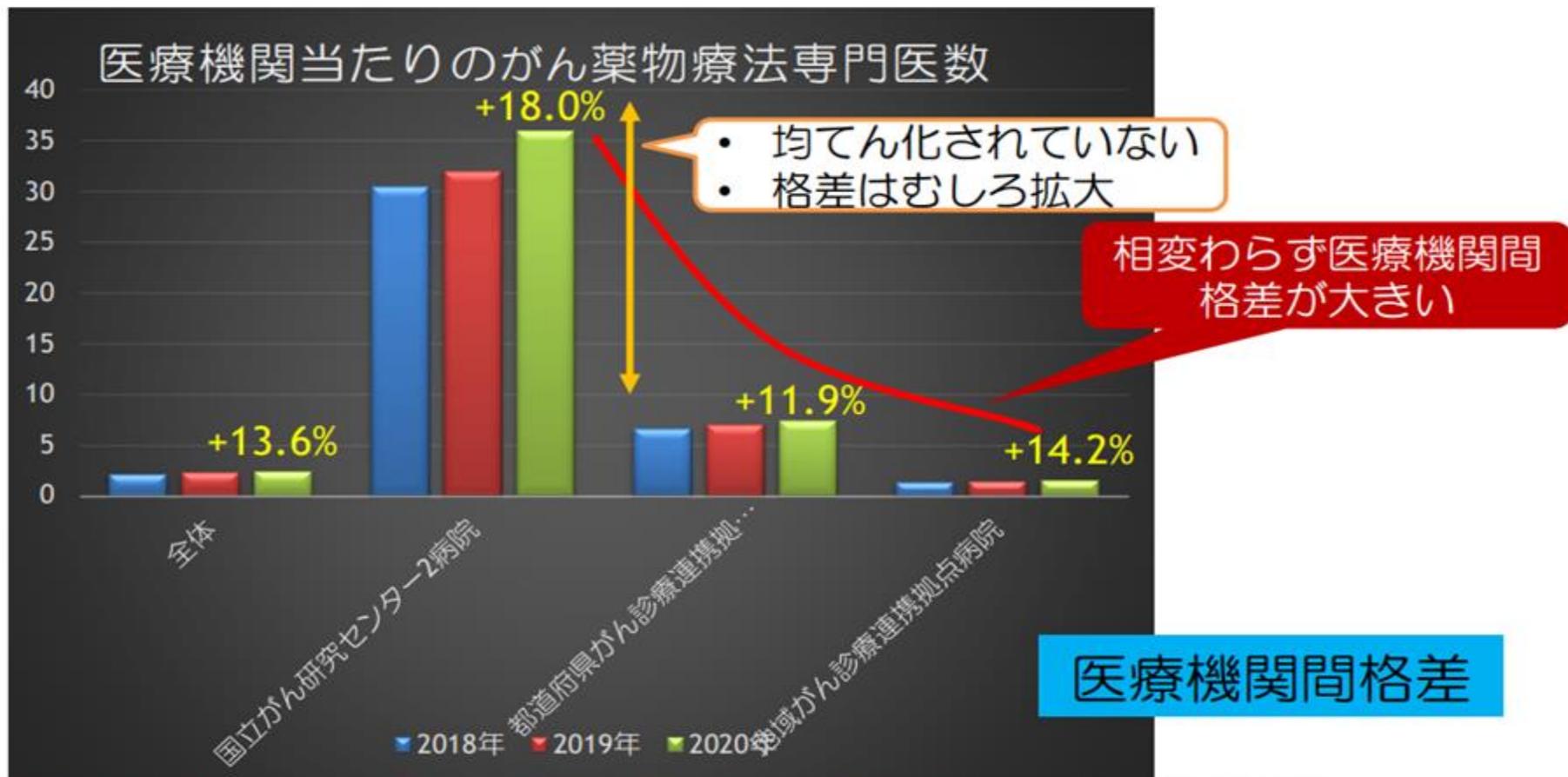
2022年  
格差9.6倍

### 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

- がんの一次予防
  - 生活習慣について
  - 感染症対策について
- がんの二次予防（がん検診）
  - 受診率向上対策について
  - がん検診の精度管理等について
  - 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

- がん医療提供体制等
  - 医療提供体制の均てん化・集約化について
  - がんゲノム医療について
  - 手術療法・放射線療法・薬物療法について
  - チーム医療の推進について
  - がんのリハビリテーションについて
  - 支持療法の推進について
  - がんと診断された時からの緩和ケアの推進
  - 妊孕性温存療法について
- 希少がん及び難治性がん対策
- 小児がん及びAYA世代のがん対策
- 高齢者のがん対策
- 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

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

### 4. これらを支える基盤

- 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
- 人材育成の強化
- がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- がん登録の利活用の推進
- 患者・市民参画の推進
- デジタル化の推進

## 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

- 関係者等の連携協力の更なる強化
- 感染症のまん延や災害等を見据えた対策
- 都道府県による計画の策定
- がん患者を含めた国民の努力
- 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 目標の達成状況の把握
- 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

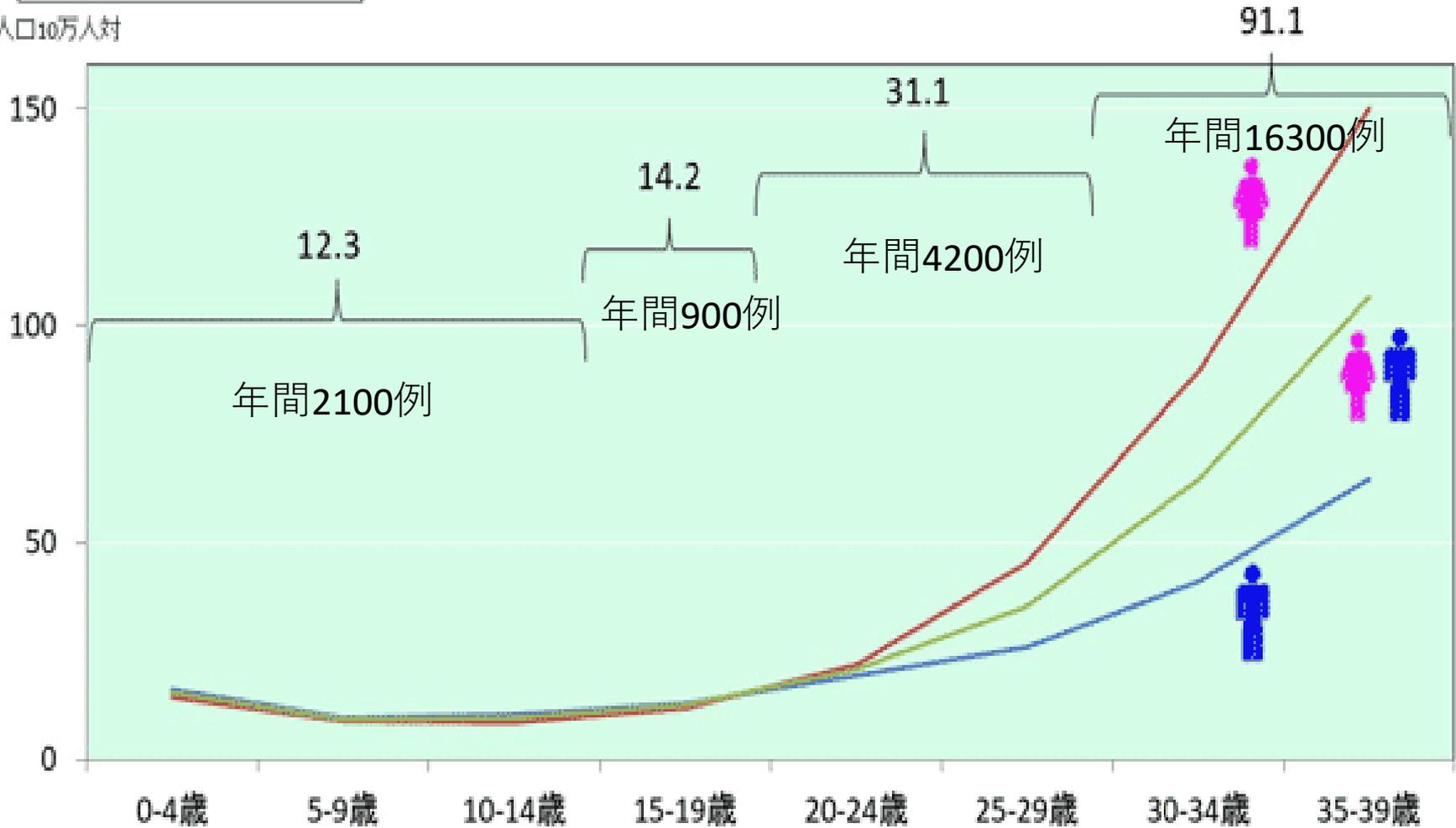
若い成人

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」

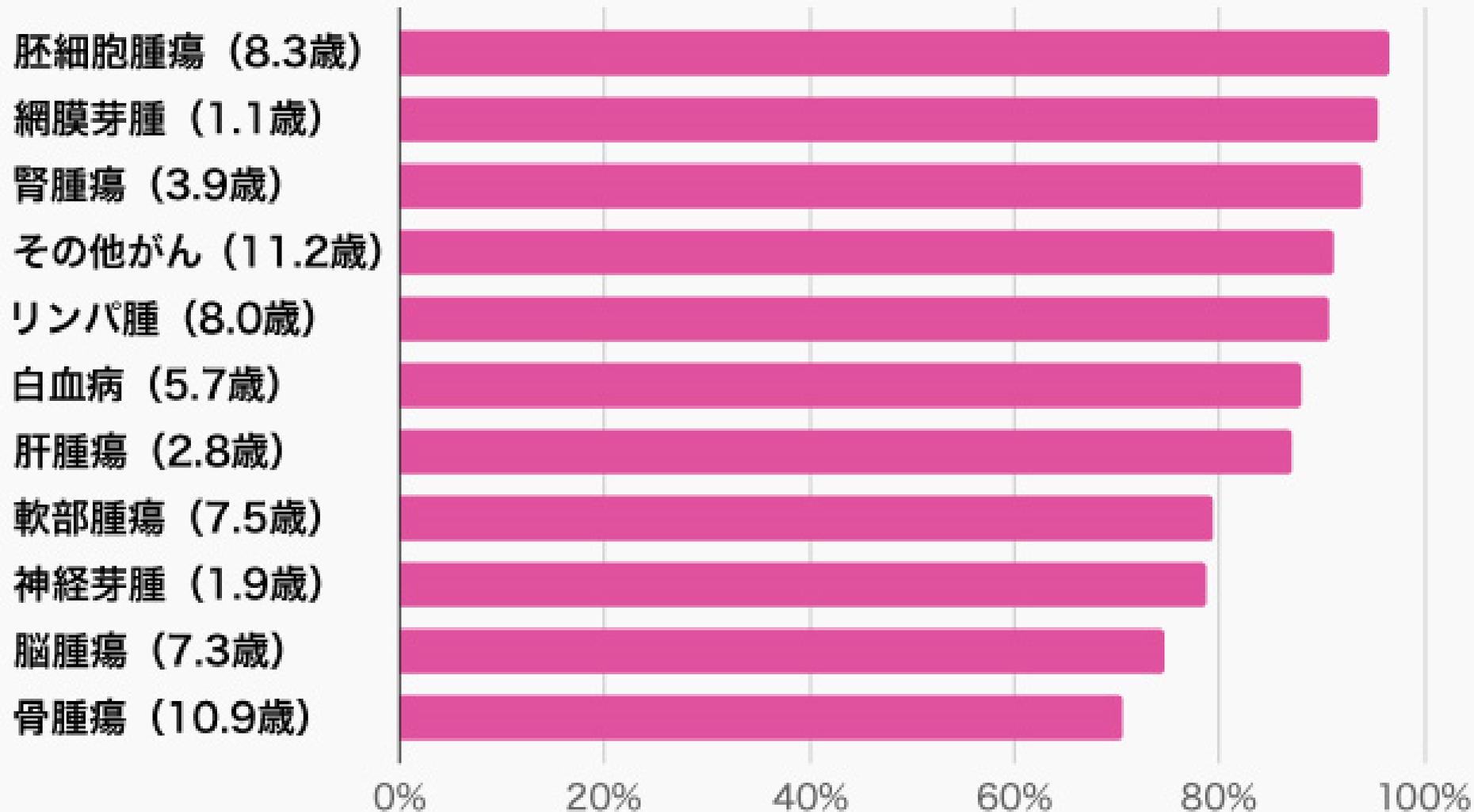
乳腺・腫瘍内科  
血液腫瘍科  
頭頸部外科、放射線治療科  
骨軟部腫瘍科

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

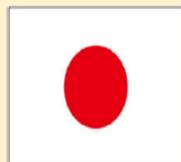
# 小児がんに関し米国で承認を受けた医薬品の国内での承認状況

(2010-2022年:適応症ベースでの比較)

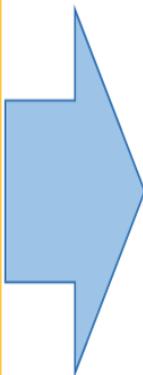
## RACE法成立前 承認薬 (2010-2016)



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

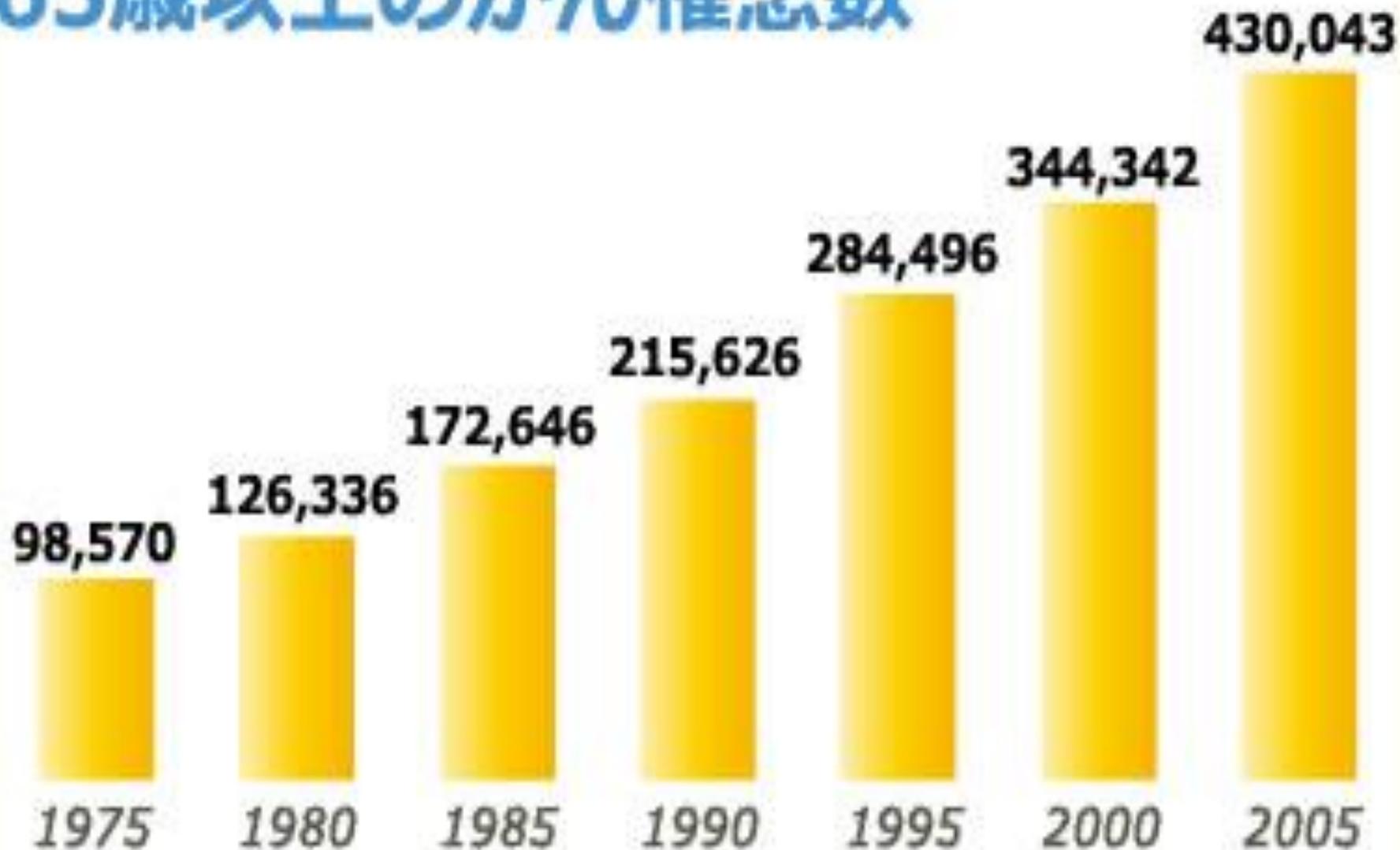
- 拠点病院等の整備指針（令和4年8月改定）の考え方並びに第3期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。
- 小児・AYA世代のがん対策をさらに充実させるため、小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん診療提供体制の整備を進めることとしてはどうか。また、小児がん拠点連絡協議会において、引き続き、地域ブロックを超えた連携体制の整備を含め、小児・AYA世代のがん診療提供体制について議論することとしてはどうか。
- 患者及びその家族等への情報提供をさらに推進する観点から、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



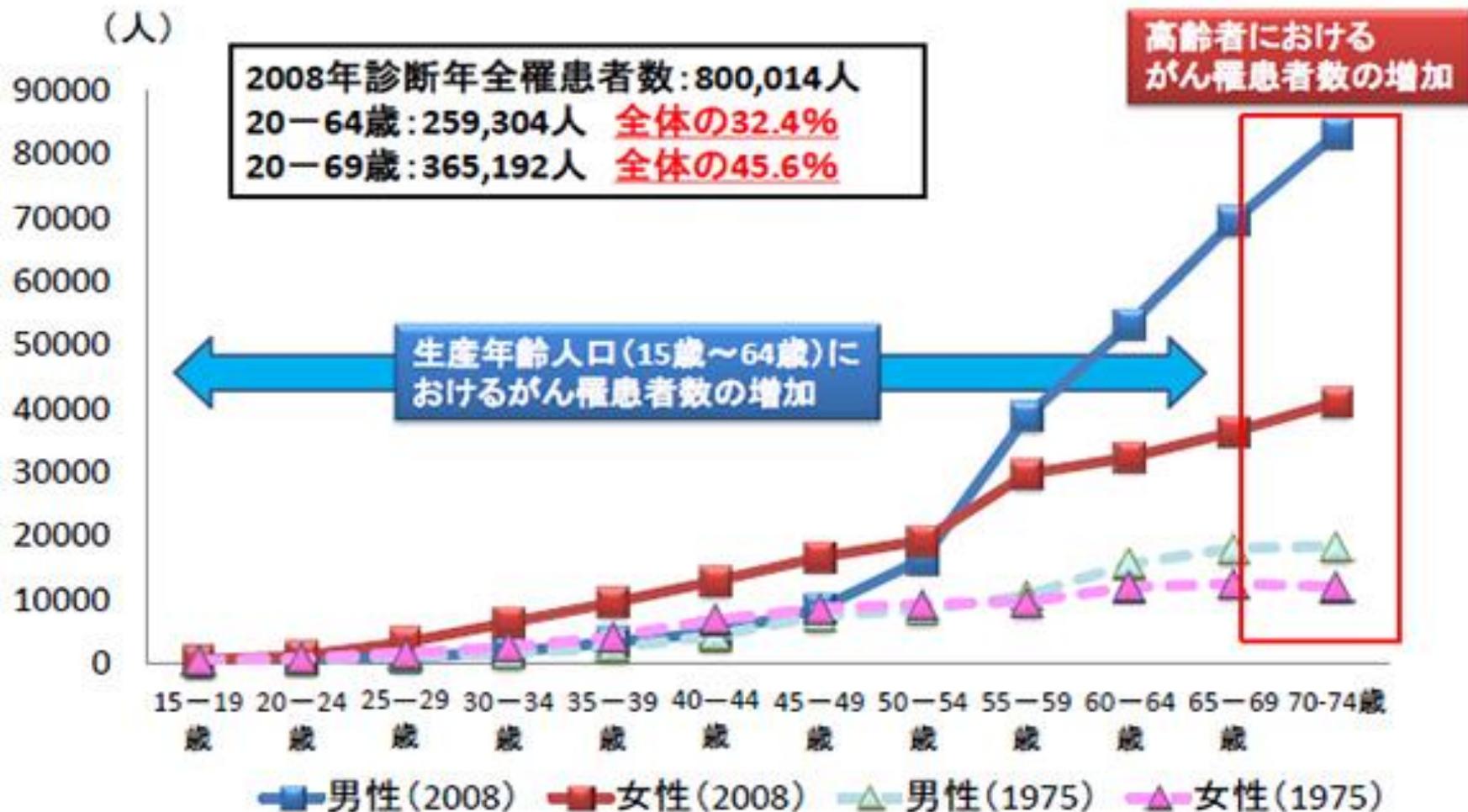
# 65歳以上のがん罹患数



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

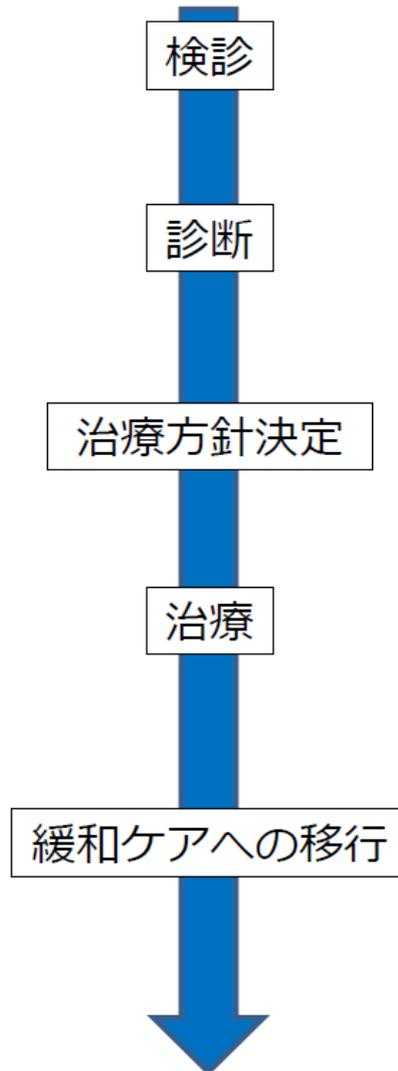
がん患者は増加しており、うち3人に1人は就労可能年齢で罹患



(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、うなずくことや手振り、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・成年後見 意思決定能力の喪失  
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](https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/research_summary/050/020/index.html))

出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

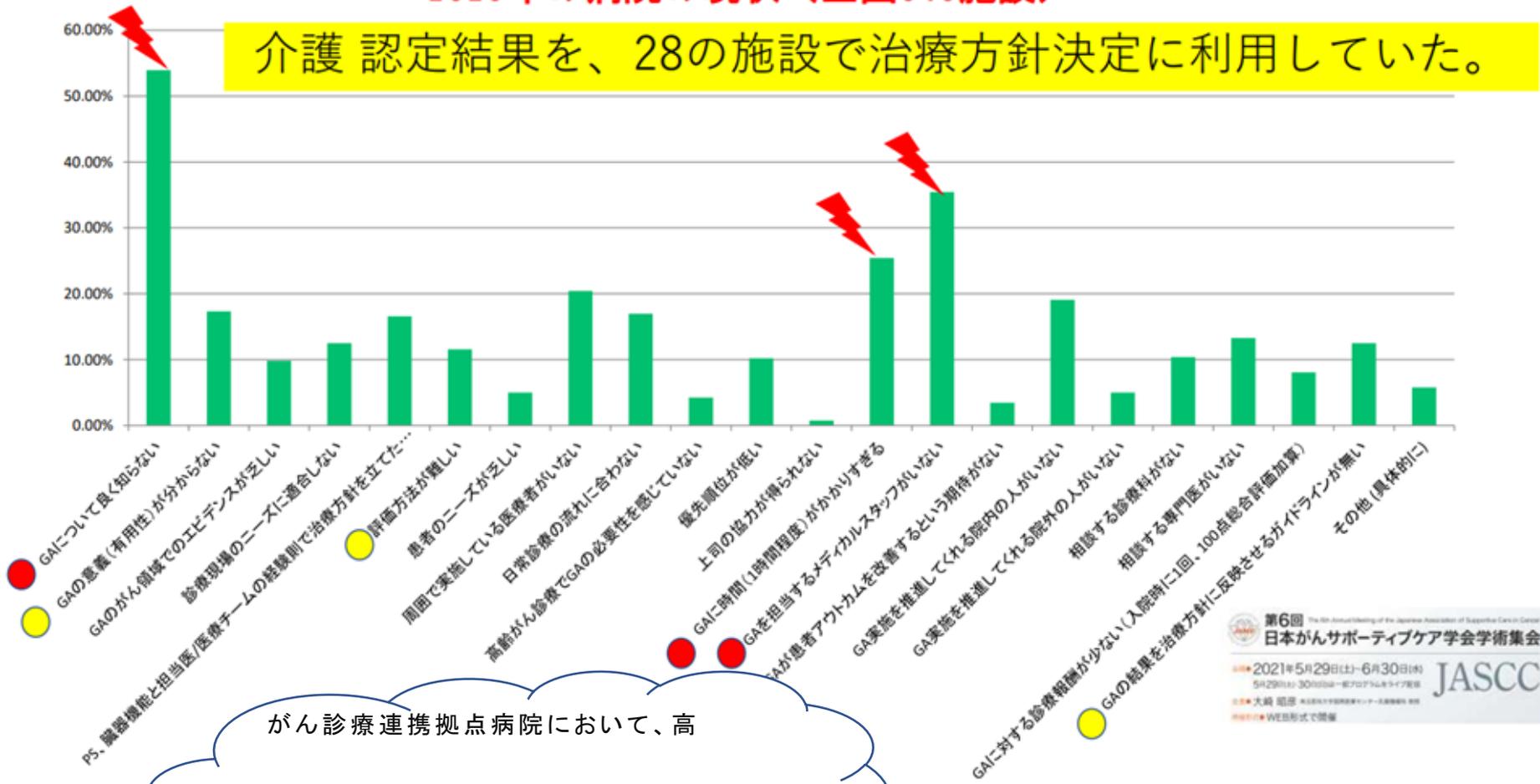
「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」

# 「高齢者のがん対策」分野の見直しの検討の視点

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

# 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



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＞

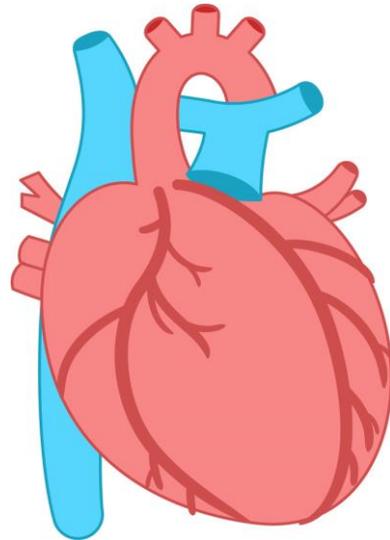
- 小児・AYA世代のがんについて、治療対象の年齢が幅広いため、年齢に応じた入院環境の整備について検討すべき。
- 高齢者のがんについて、フォローアップ等に際して、拠点病院以外の地域の医療機関との連携も重要。がんを含め5疾病いずれも、高齢者の意思決定支援について、医療計画にも記載すべき。

### ＜地域における連携体制等について＞

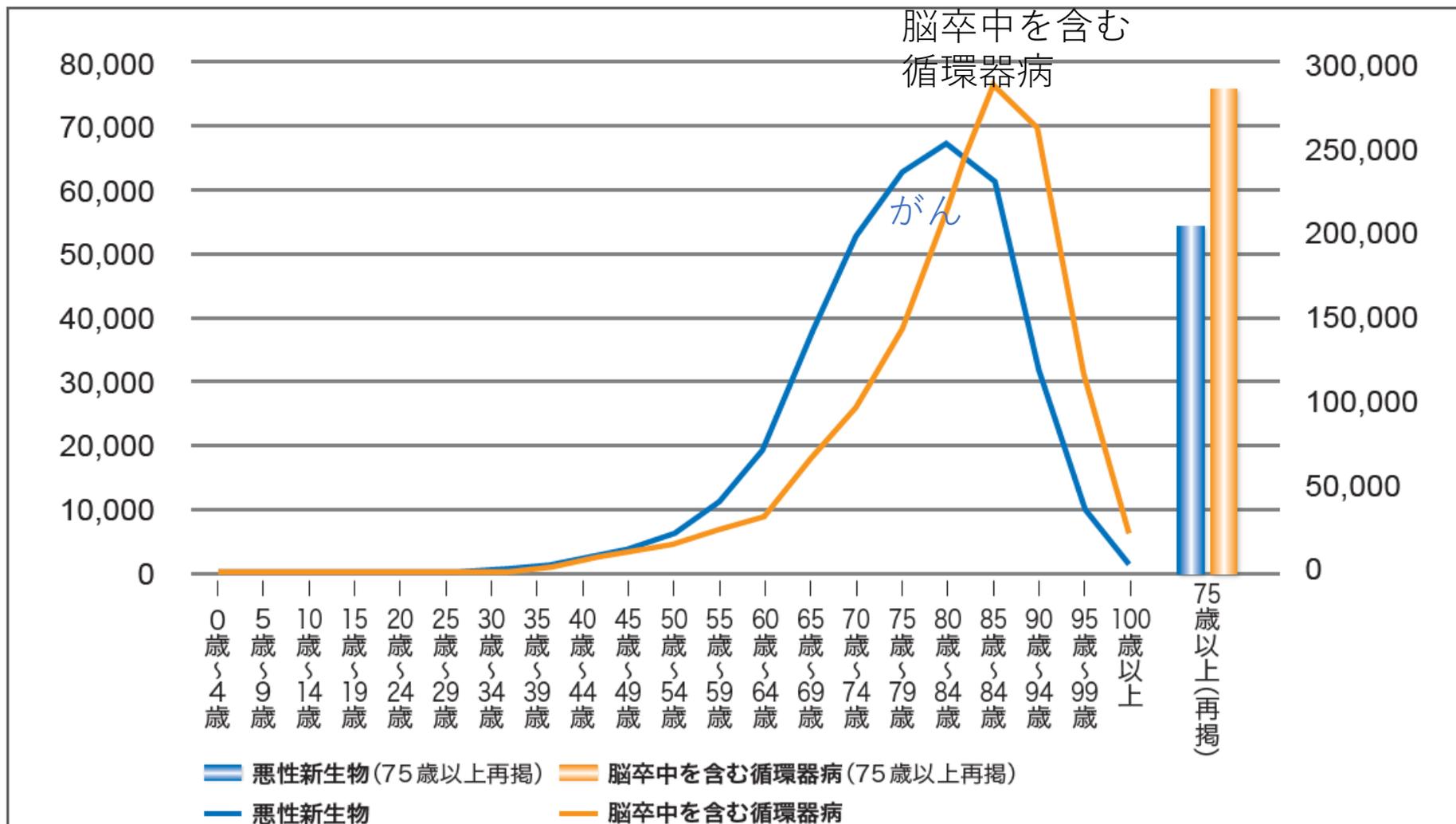
- がんの周術期においても医科歯科連携は重要であるので、評価指標についても検討すべき。
- がん医療における医薬品提供体制の充実に向けて、専門医療機関連携薬局の役割は重要。

# 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)



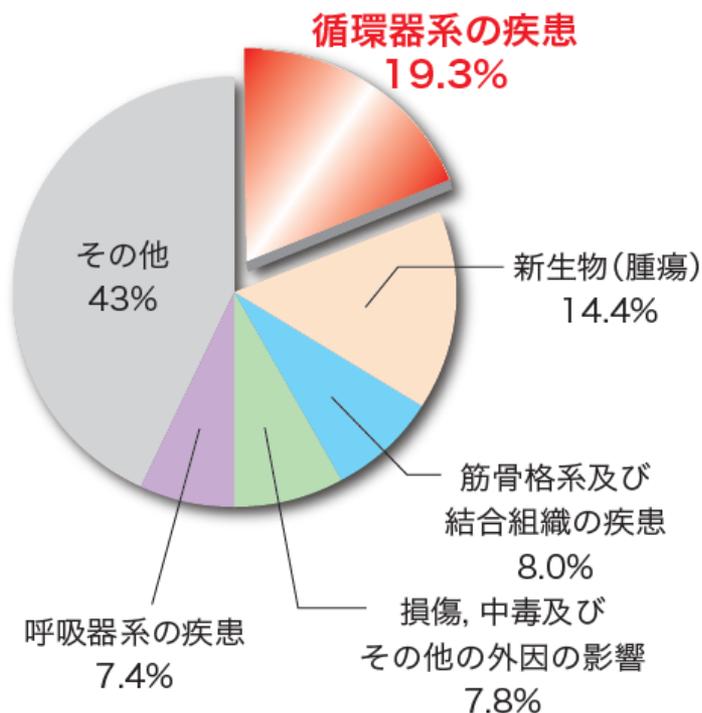
出典：「令和元年(2019)人口動態統計(確定数)の概況」(厚生労働省)

# 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



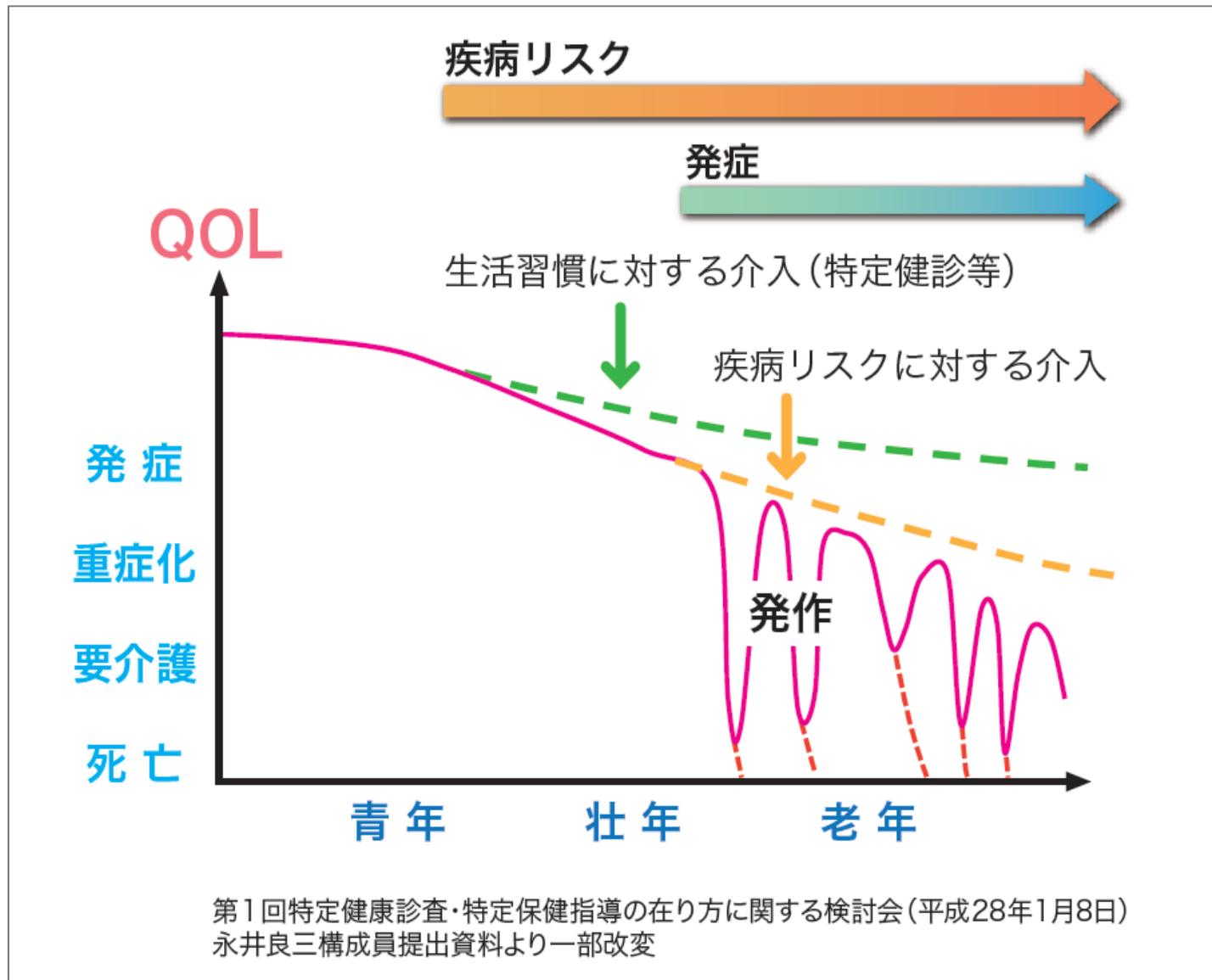
## 循環器系の疾患の医療費の内訳

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。

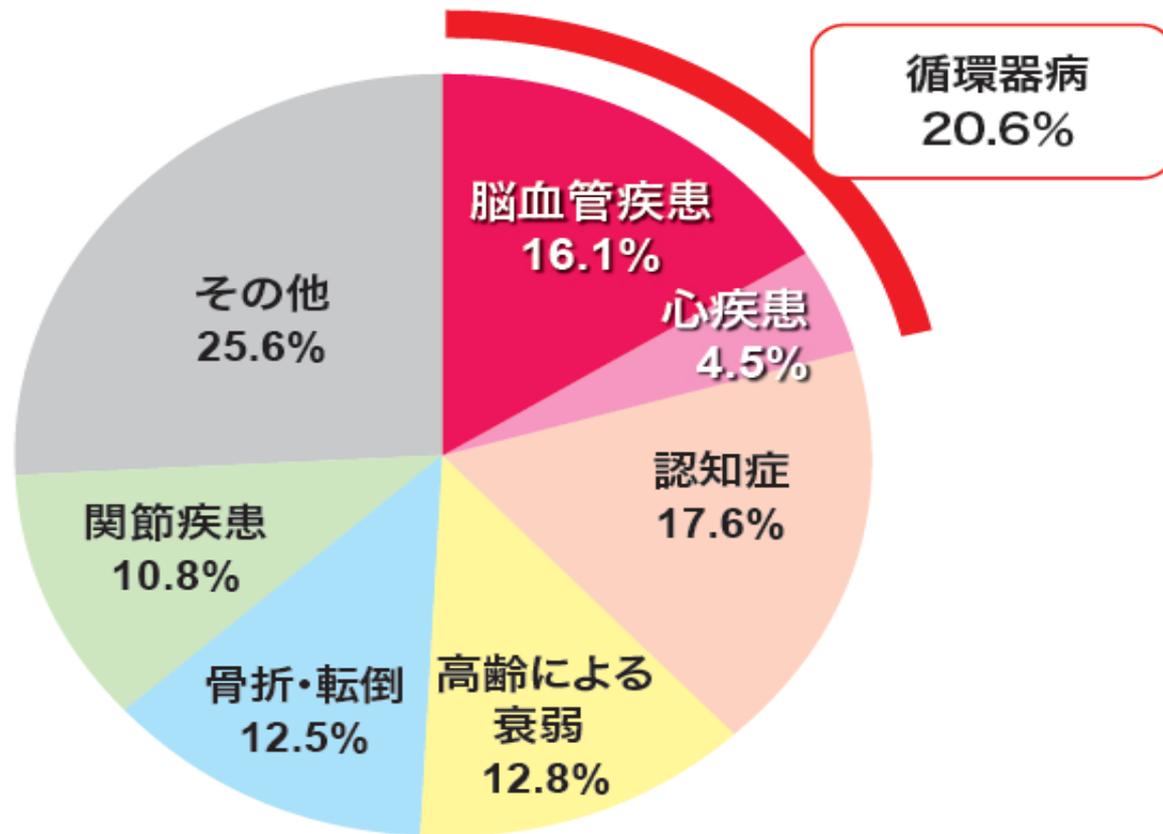
出典: 「平成30年度国民医療費の概況」(厚生労働省)

図4 循環器病の自然史



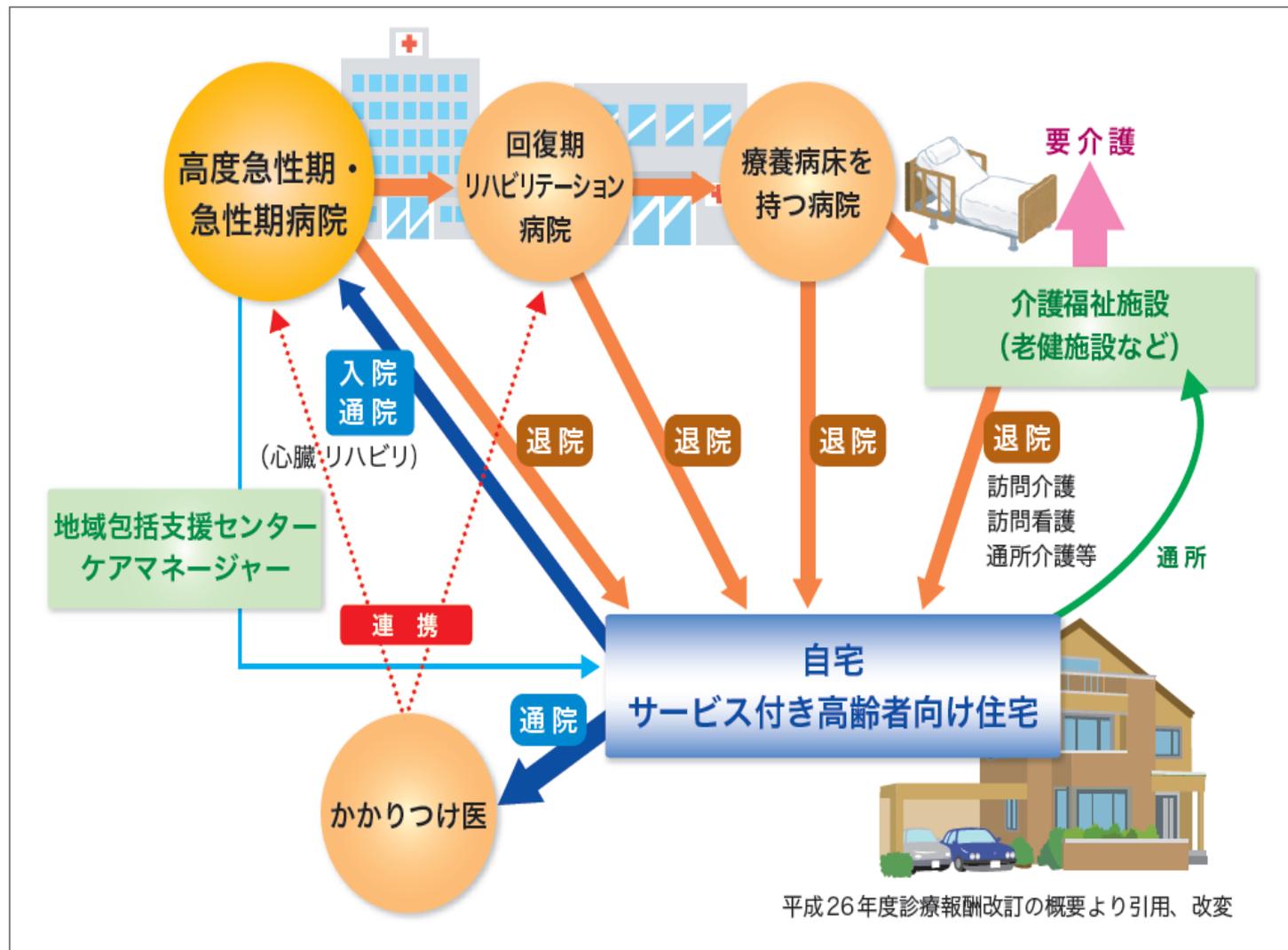
# 図5 要介護の主たる原因(2019年)

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）

図7 脳卒中と循環器病患者に対するシームレスな医療体制



# 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）

循環器病対策推進基本計画（第1期）  
（2020年10月策定）

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

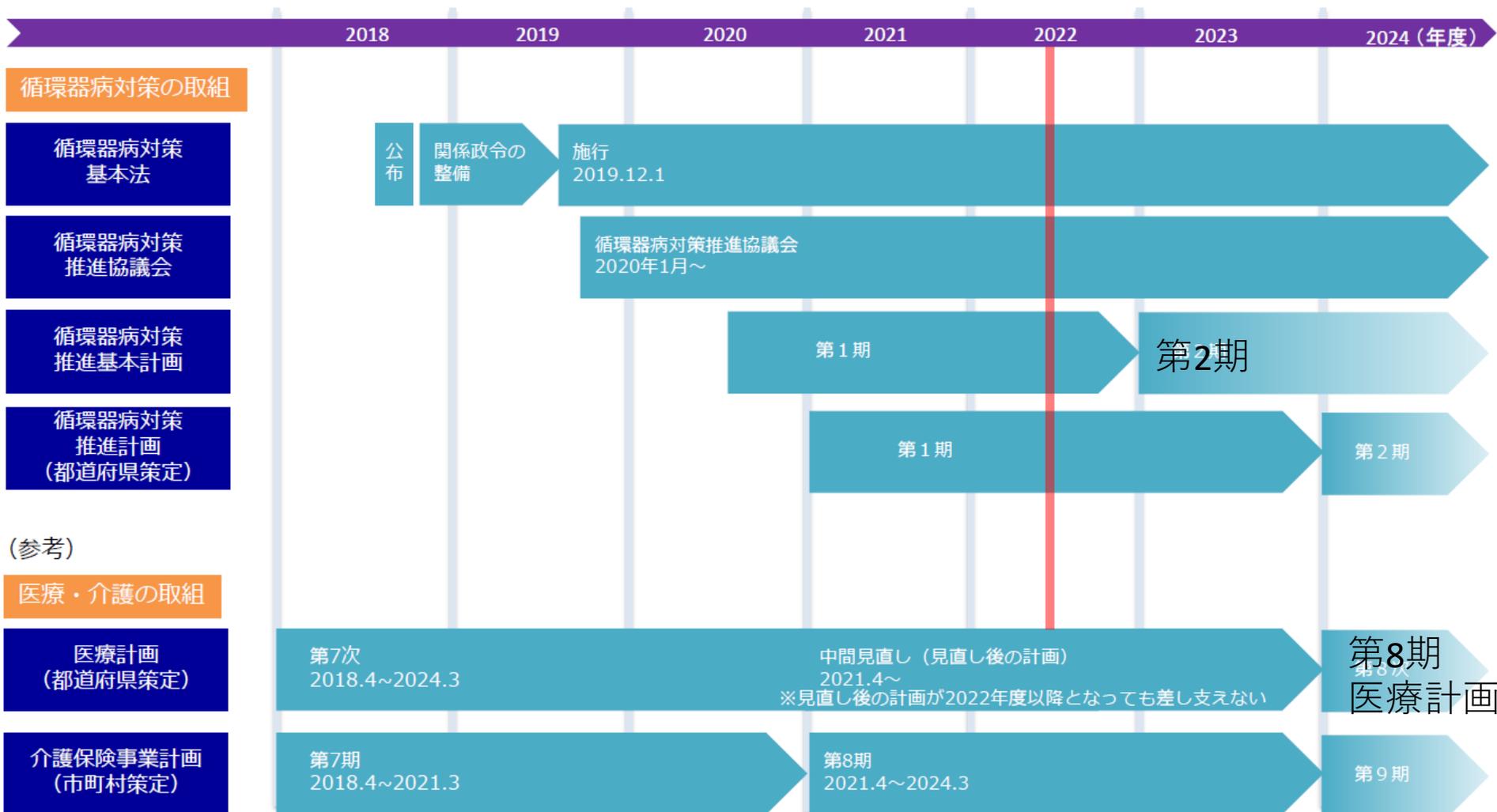
### III 循環器病対策推進基本計画の策定等

- ・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。少なくとも6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協議会」を設置するよう努め、「都道府県循環器病対策推進計画」を策定。少なくとも6年ごとに変更を行うよう努める。など

### 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

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>① 循環器病を予防する健診の普及や取組の推進</li> <li>② 救急搬送体制の整備</li> <li>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</li> <li>④ 社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援</li> <li>⑤ リハビリテーション等の取組</li> <li>⑥ 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援</li> <li>⑦ 循環器病の緩和ケア</li> <li>⑧ 循環器病の後遺症を有する者に対する支援</li> <li>⑨ 治療と仕事の両立支援・就労支援</li> <li>⑩ 小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 地域の実情に応じた医療提供体制構築</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> <li>▶ 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</li> </ul> |
|---|---|

### 3. 循環器病の研究推進

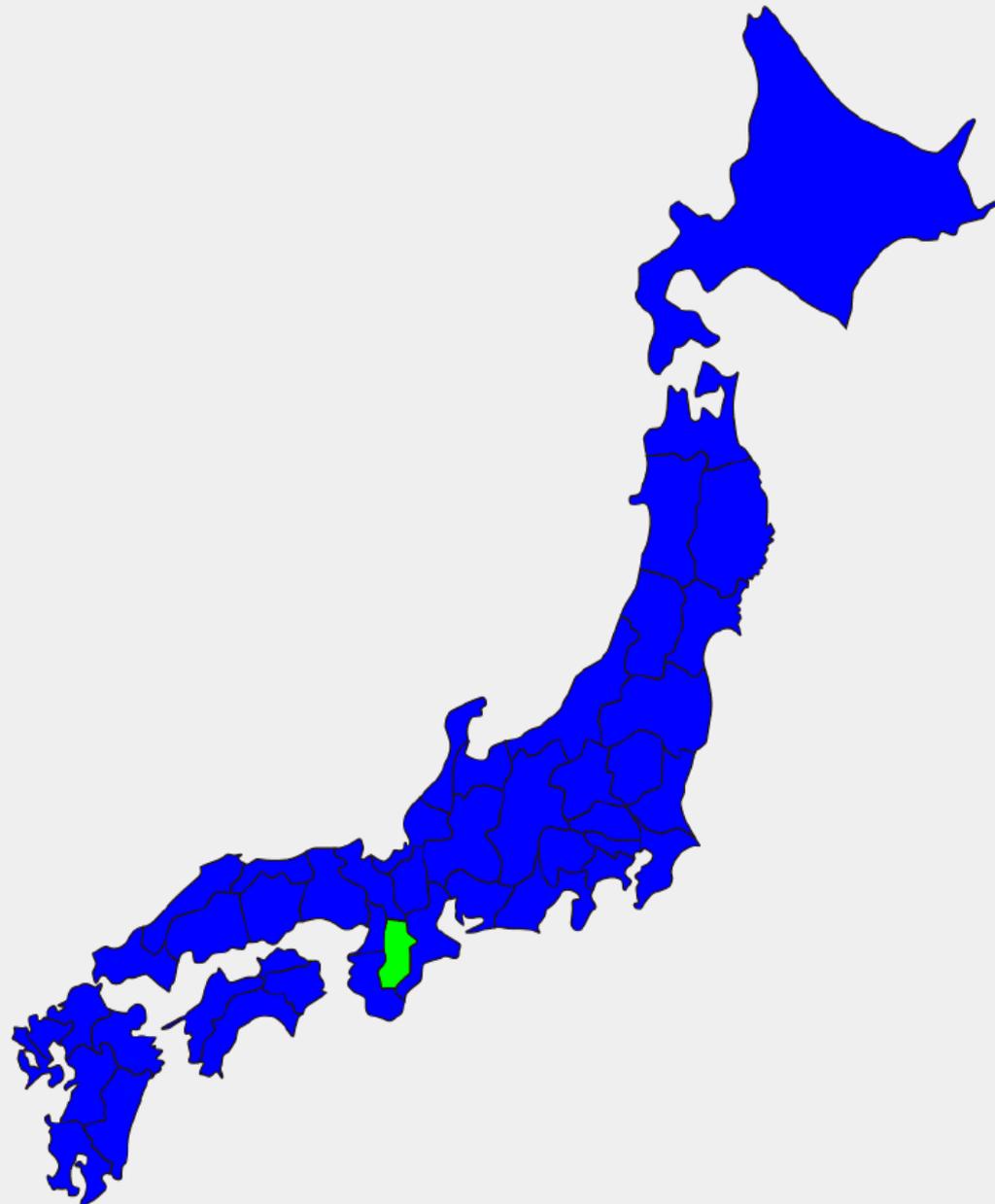
- 循環器病の病態解明や予防、診断、治療、リハビリテーション等に関する方法に資する研究開発
- ▶ 基礎研究から診断法・治療法等の開発に資する実用化に向けた研究までを産学連携や医工連携を図りつつ推進
  - ▶ 根拠に基づく政策立案のための研究の推進

## 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)

# 基本計画を実行するための脳卒中・心臓病等総合支援センターのモデル事業

## 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

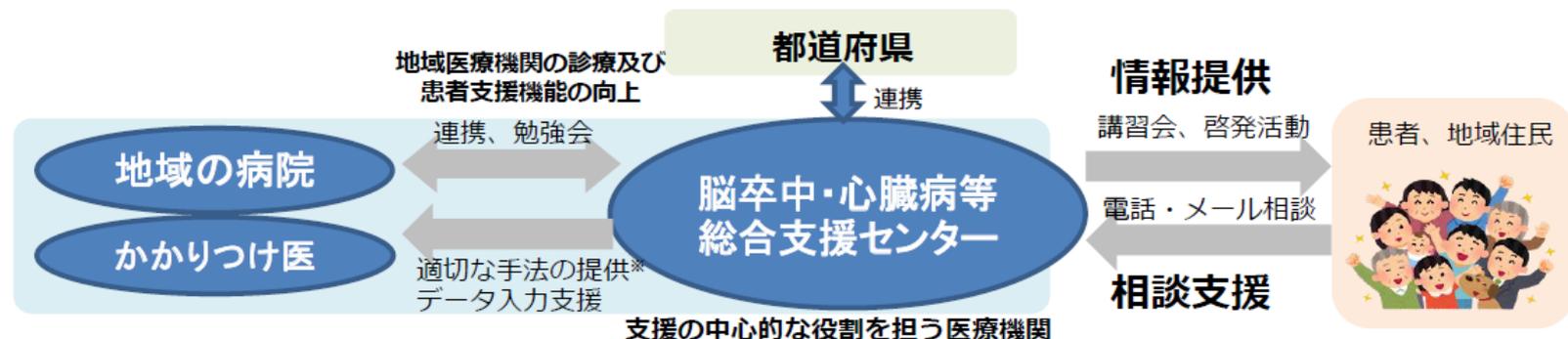
※具体的に、社会連携に基づく循環器病患者支援、リハビリテーション等の取組、循環器病に関する適切な情報提供・相談支援、循環器病の緩和ケア、循環器病の後遺症を有する者に対する支援、治療と仕事の両立支援・就労支援、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策などが不十分

- 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



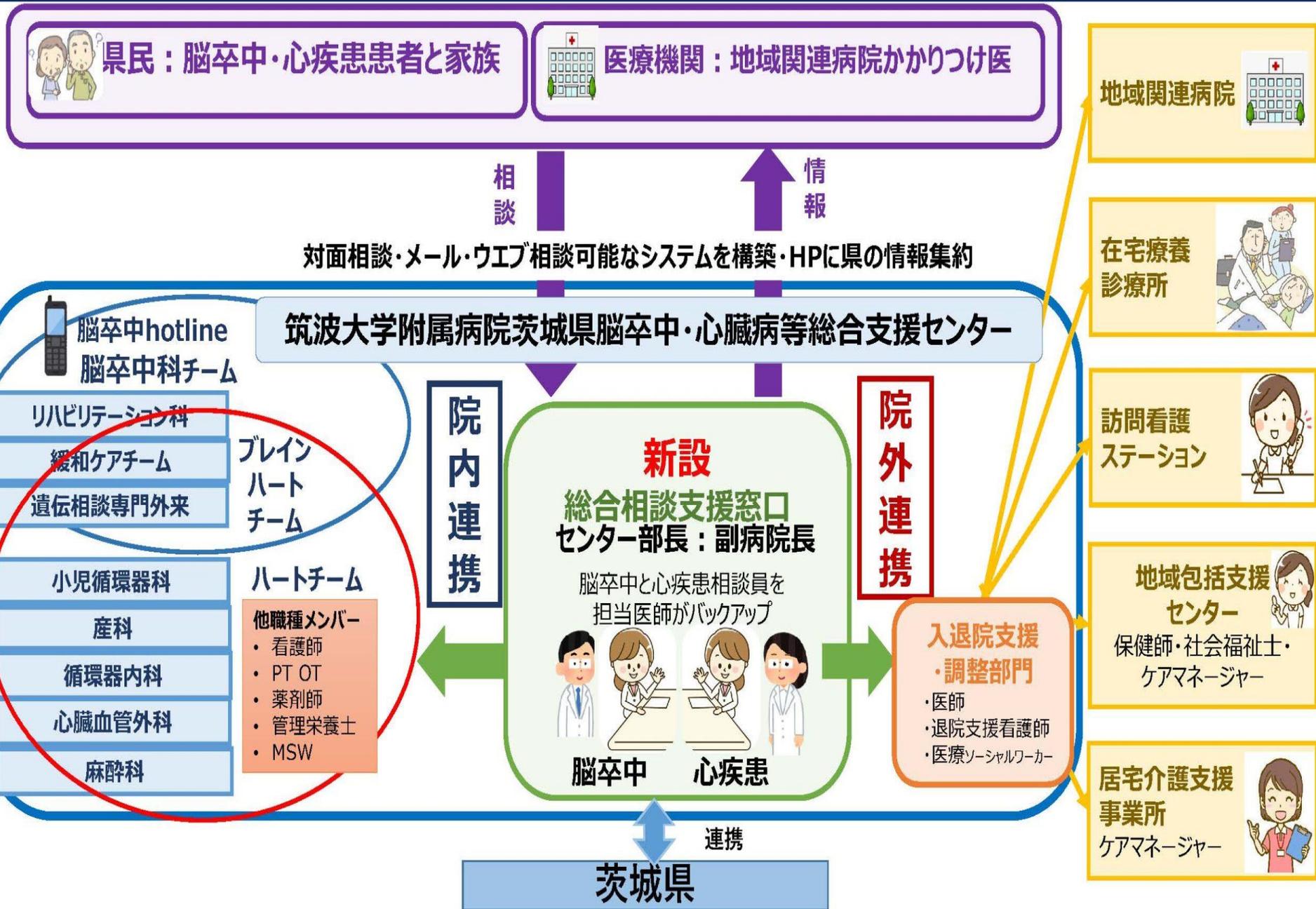
<センターに求められる要件> 支援の中心的な役割を担うことから、各疾患に対して専門的な知識が求められることを想定

- 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。

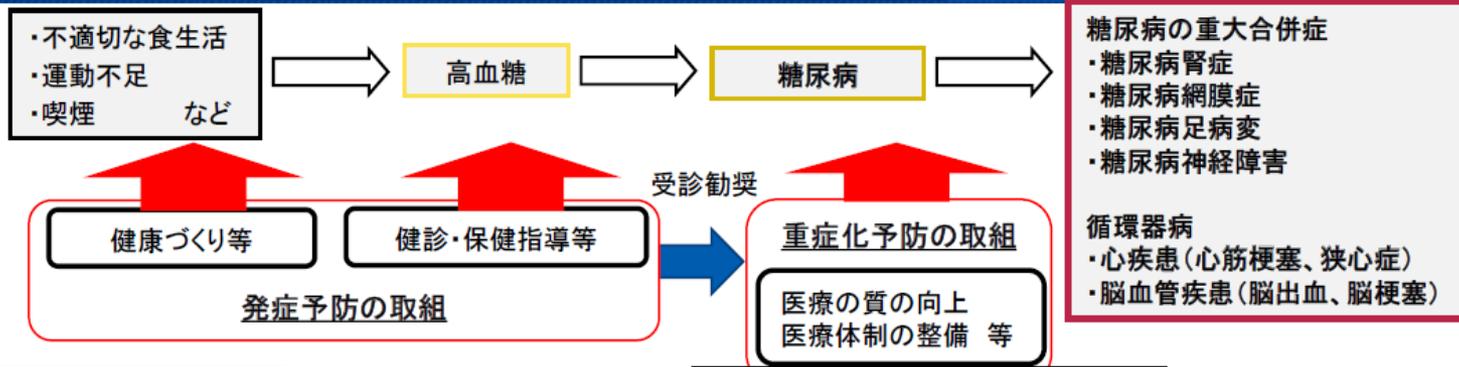
#### <医療の空白地帯について>

- 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

- 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

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

## 検討の方向性（案）

### 1) 糖尿病対策に係る他計画との連携等を含めた診療提供体制の検討

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

### 2) 新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の糖尿病医療体制

### 3) 第8次医療計画に向けた指標の見直し

- ・ 厚生労働科学研究での検討結果を踏まえ指標の更新を行う

## 第8次医療計画に向けた現状把握のための指標の見直しについて

### 厚生労働科学研究における検討

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

#### 【新しく追加する指標項目】

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

#### 【修正・追記する指標項目】

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

#### 【削除する指標項目】

- ・ 内服薬の処方状況
- ・ 教育入院を行う医療機関数、等

- 更なる検討が必要な点として下記があげられた
  - ・ マトリックスを3×4と3×3のいずれにするか
  - ・ 数と比率、どちらを指標として採用するか（比率にする際の分母をどう設定するか）
  - ・ 専門家の人数と専門医療機関の数、どちらを指標として採用するか

# 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例 案(27項目のイメージ)

厚生労働科学研究(山内班)における指標案

## マトリックス 3×3版

	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の治療・重症化予防
ストラクチャー	● 特定健診受診率	糖尿病専門医数 (もしくは在籍する医療機関数、割合)	腎臓専門医数 (もしくは在籍する医療機関数)
	特定保健指導実施率	糖尿病療養指導士数 (もしくは在籍する医療機関数、割合)	歯周病専門医数 (もしくは在籍する医療機関数、割合)
		1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数(もしくは割合)	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(もしくは割合)
		妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的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

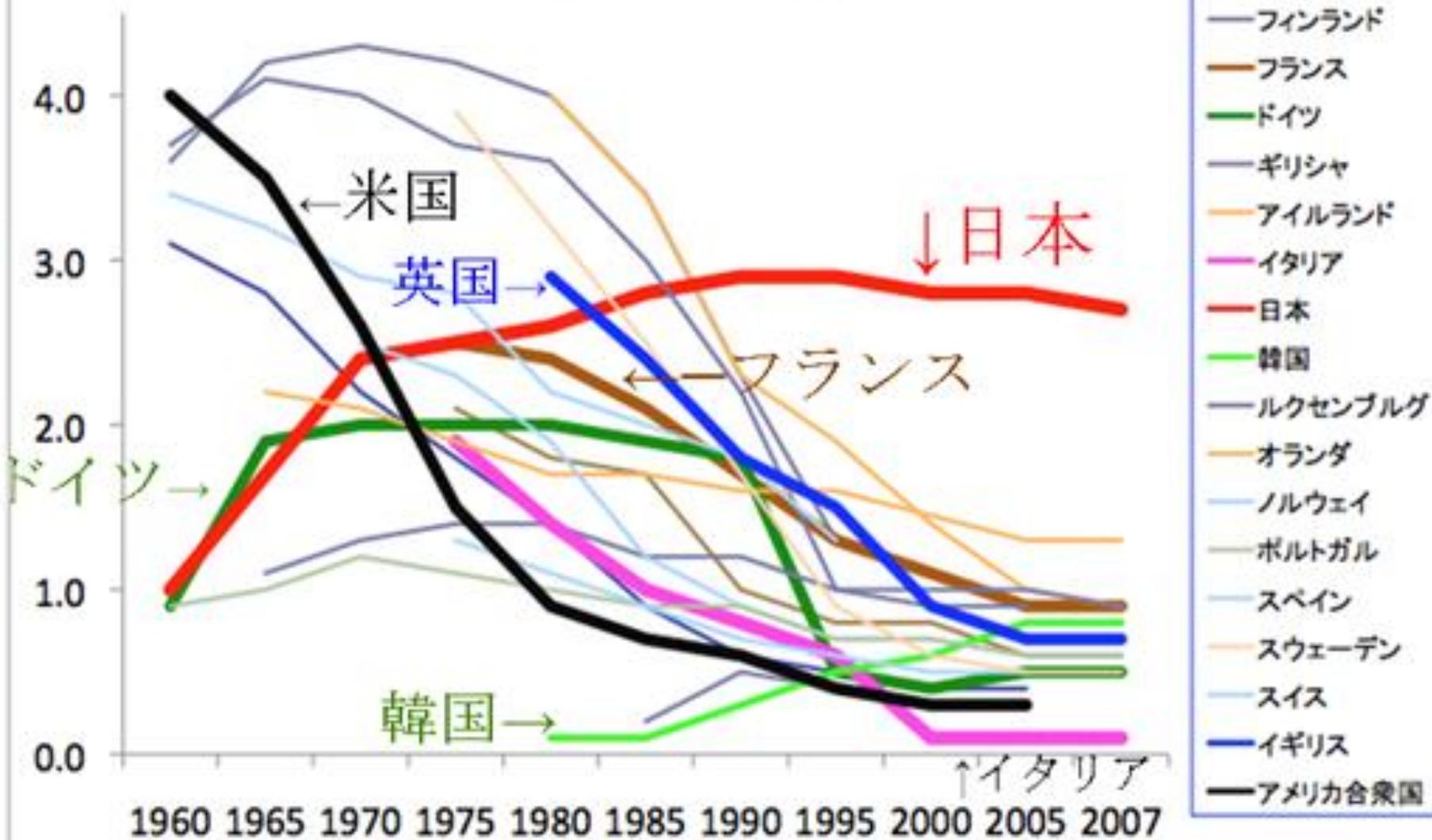
- 専門性の高い看護師数→削除
- 都道府県の負担を考慮
- 日本看護協会常任理事の吉川久美子氏は「非常に重要であり、削除すべきではない」と訴えている。



# パート5 精神疾患の医療体制



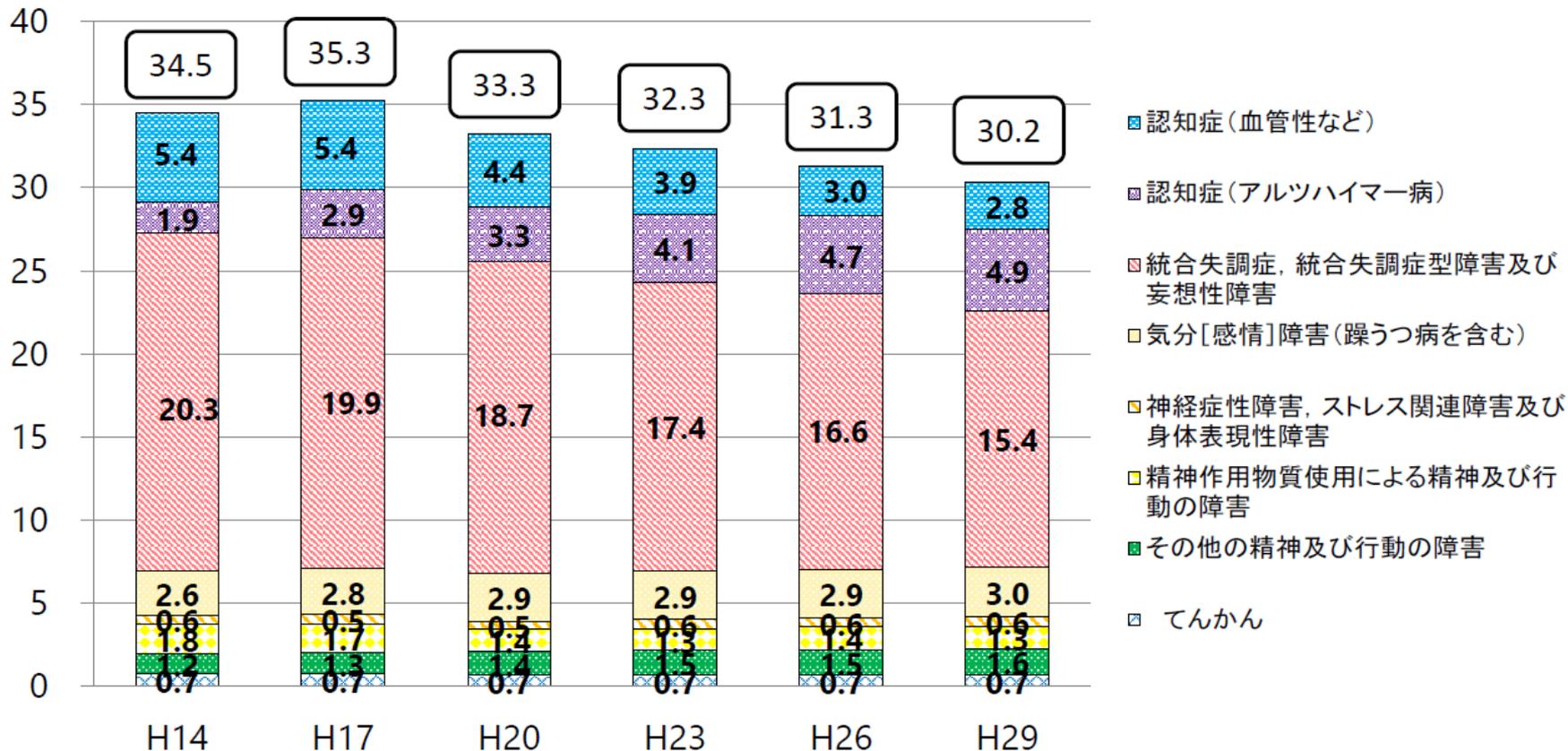
# 精神科病床 各国比較 1960 - 2007年 人口1000人あたり病床数



## 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）

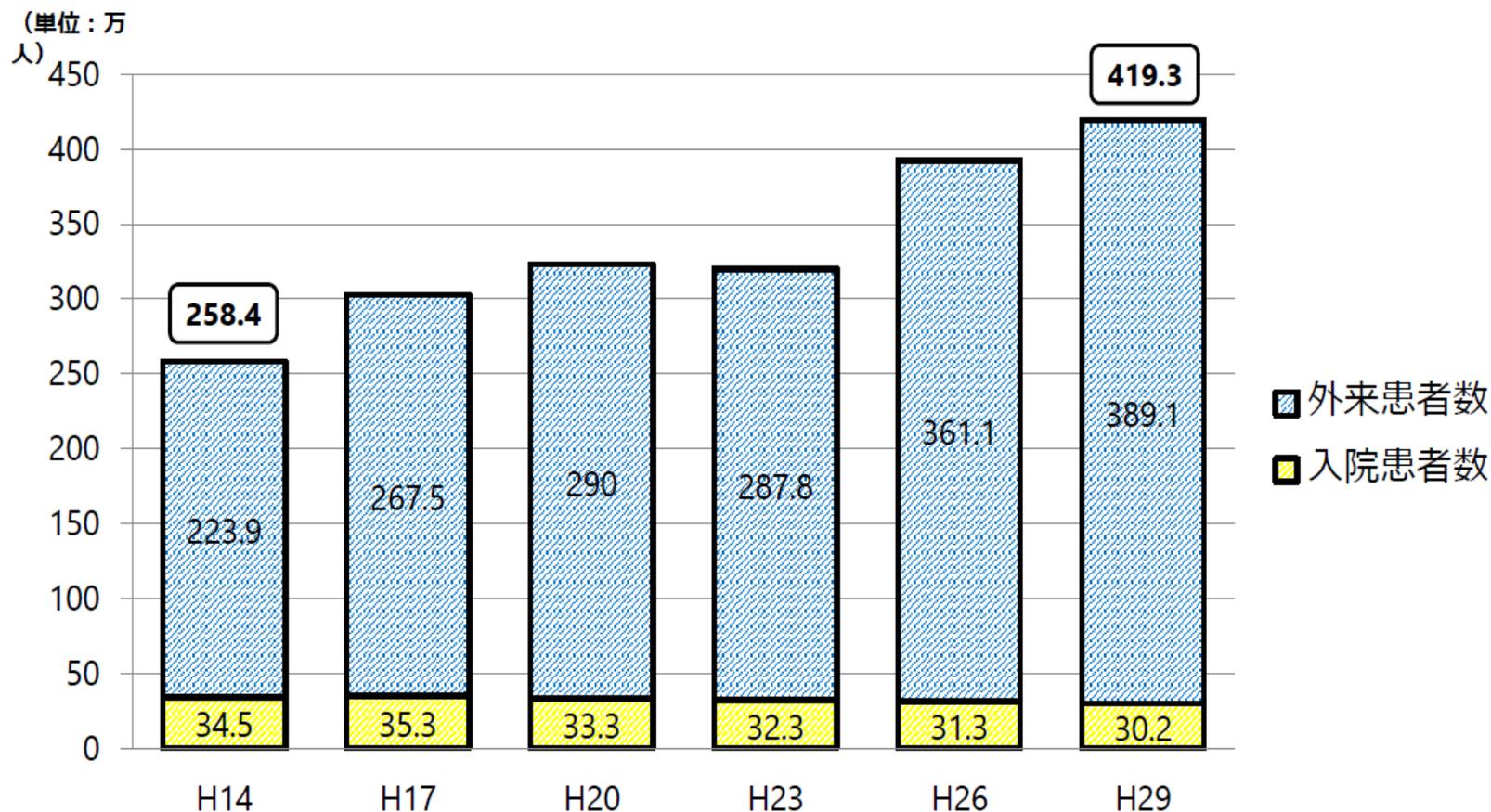


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：厚生労働省「患者調査」より作成

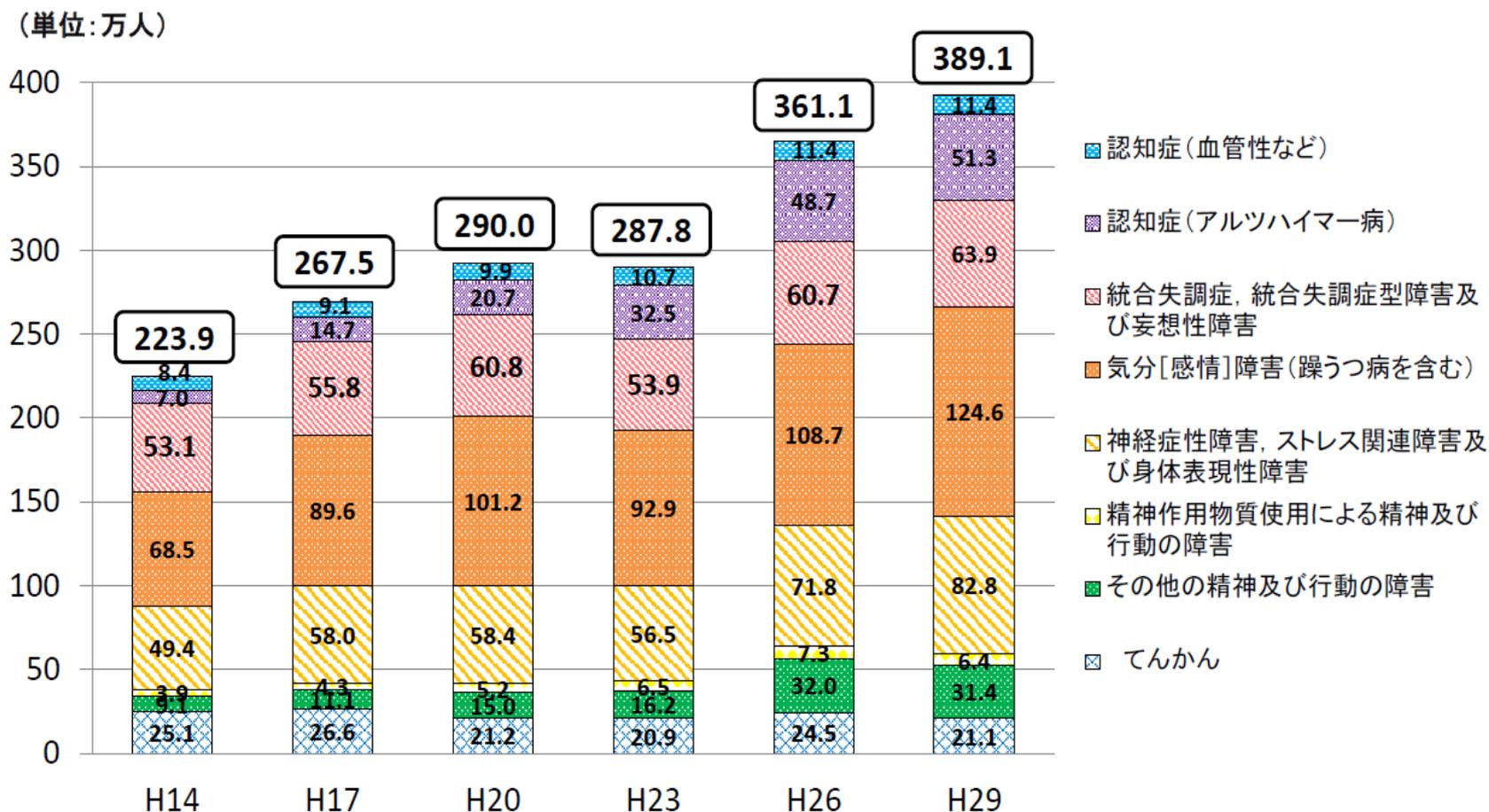
## 精神疾患を有する総患者数の推移

- 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。

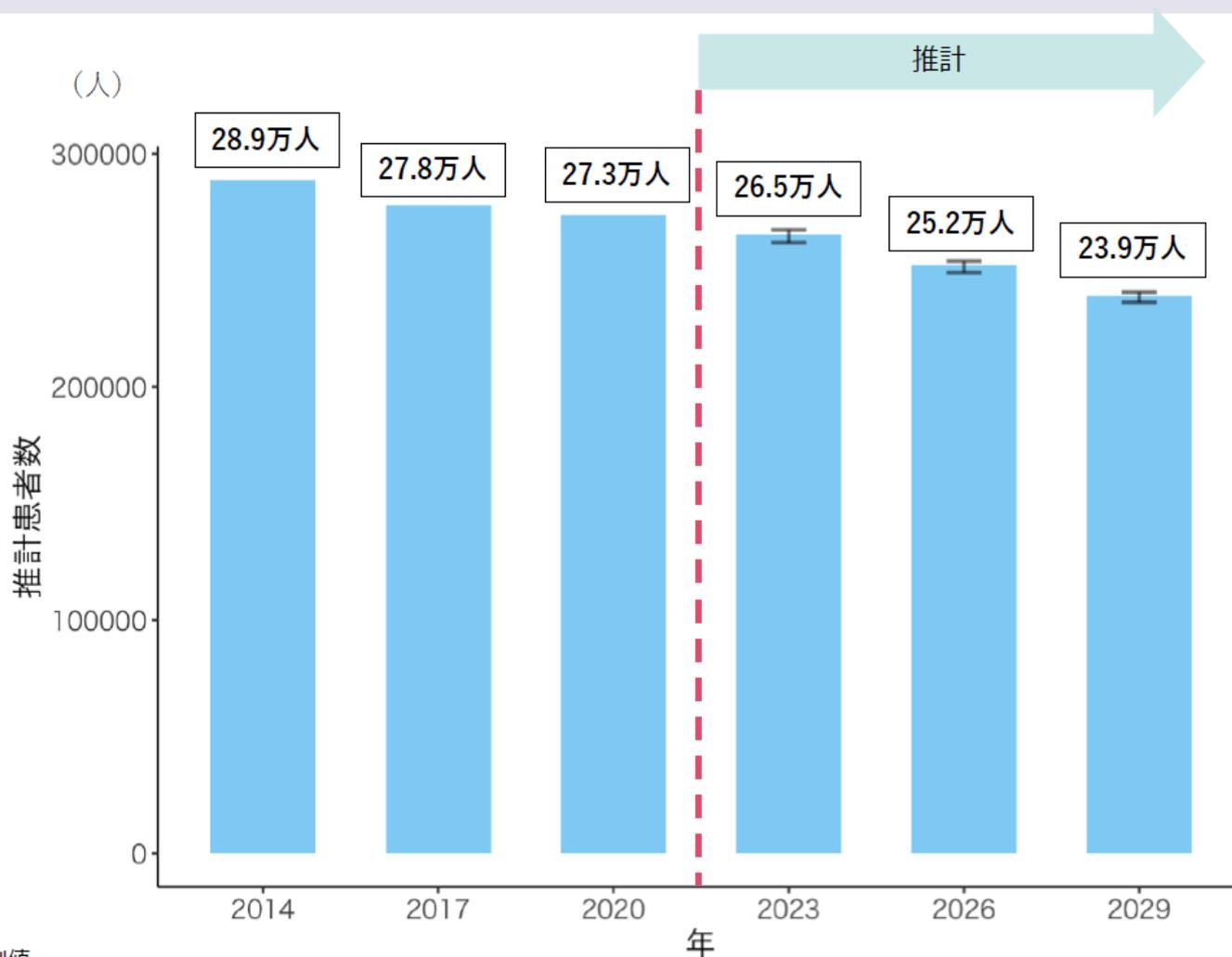


# 精神科病床数の考え方

- 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係る検討会報告書（概要）

（令和3年3月18日）

第10回第8次医療計画  
等に関する検討会  
令和4年7月20日

資料  
1

- 精神障害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」という従来を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとり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るという考え方であり、「精神障害にも対応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。
- 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」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等や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を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域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ことは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・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がることを意識した普及啓発の設計が必要である。

## 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。

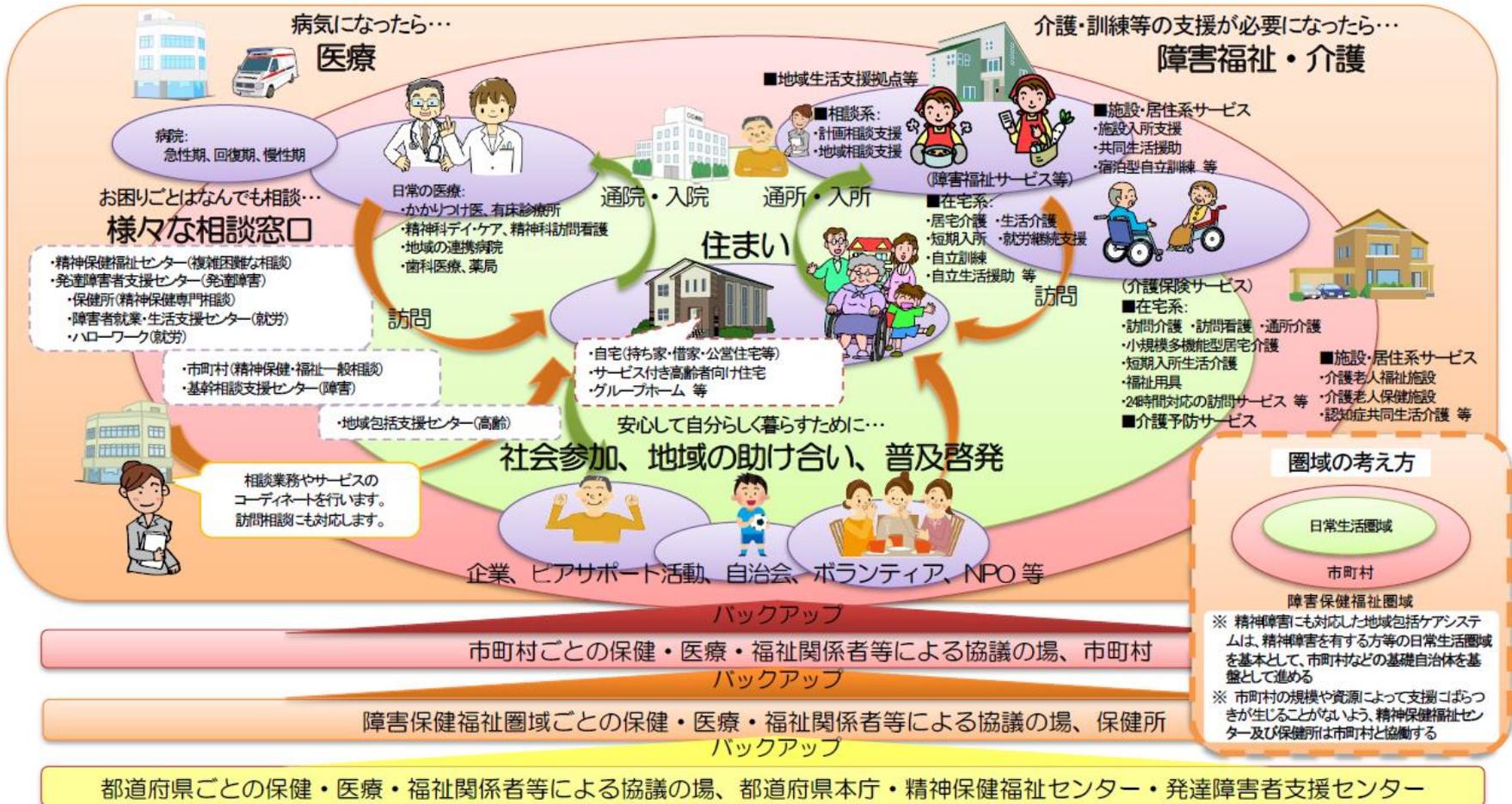
### 精神障害を有する方等の家族

- 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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)