

令和4年度 第2回 高岡地域医療推進対策協議会、  
高岡地域医療構想調整会議 および 高岡地域医療と  
介護の体制整備に係る協議の場

日時 令和5年2月9日（木）

午後2時～3時（予定）

場所 高岡エクール エクールホール

【議題】

1 協議事項

- ・ 具体的対応方針の策定について

2 報告事項

- ・ 医師の働き方改革について
- ・ 介護医療院への転換状況について
- ・ 外来機能報告について
- ・ 地域医療連携推進法人について
- ・ 医療機器の共同利用計画について

3 その他

【配布資料】

資料1	第1回地域医療構想調整会議の概要
資料2	地域医療構想の今後の進め方について
資料3	病床機能報告における病床区分の目安（案）
資料4	第8次医療計画の策定（案）について
資料5	具体的対応方針様式例
資料6	医師の働き方改革（時間外労働の上限規制）
資料7	介護医療院への転換状況
資料8	外来医療の機能の明確化・連携
資料9	地域医療連携推進法人制度の概要
資料10	医療機器の共同利用計画の確認について（高岡医療圏）
資料11	高岡地域医療推進対策協議会各部会の開催状況について
資料12	高岡医療圏（循環器系）の現状
資料13	高岡医療圏一般病床の病床利用率（R1～R4）※会議後、回収
参考資料1	地域医療構想の必要病床数と病床機能報告における医療機能の比較
参考資料2	各疾病・事業の医療提供体制における各医療機能
参考資料3	第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ
参考資料4	高岡医療圏地域医療計画の推進について

## 高岡地域医療推進対策協議会 委員出席者名簿

(敬称略、五十音順)

職 名	氏 名	出欠	備考
射水市副市長	磯部 賢	代理	射水市福祉保健部 部長 小見 光子
高岡市消防本部消防長	浦島 章浩	代理	高岡市消防本部 警防課 主幹 広田 賢
特別養護老人ホーム エスポワールこすぎ施設長	折坂 久実子	欠	
高岡市社会福祉協議会長	尾崎 憲子		
県歯科医師会理事	川中 健一		
高岡市副市長	河村 幹治	代理	高岡市福祉保健部 部長 戸田 龍太郎
射水市医師会長	木田 和典	欠	
富山県介護老人保健施設協議会副会長	木戸 日出喜	欠	
氷見市副市長	篠田 伸二	代理	氷見市市民部 部長 新井 和浩
特定非営利活動法人Jam理事長	柴田 万希子		
富山県済生会高岡病院看護部長	渋谷 美保子		
県薬剤師会射水支部長	酢谷 睦美		
県医師会副会長	炭谷 哲二		
高岡市歯科医師会長	立浪 徹		
厚生連高岡病院長	寺田 光宏		
県薬剤師会氷見支部長	長澤 泰宏	欠	
富山県介護支援専門員協会常任理事	広岡 小百合		
高岡市医師会長	藤田 一		会長
氷見市医師会長	松井 みづほ		
富山県ホームヘルパー協議会理事	宮垣 早苗		
高岡市民病院長	藪下 和久		
県薬剤師会高岡支部長	山本 一郎		
高岡市地域活動クラブ連絡協議会長	六瀬 栄巳子		

23名

## 高岡地域医療構想調整会議 委員出席者名簿

(敬称略、五十音順)

職 名	氏 名	出欠	備考
射水市副市長	磯部 賢	代理	射水市福祉保健部 部長 小見 光子
日本重化学工業健康保険組合常務理事	上野 勝範		
高岡市社会福祉協議会長	尾崎 憲子		
全日本病院協会富山県支部副支部長 (光ヶ丘病院理事長)	笠島 學		
県歯科医師会理事	川中 健一		
富山県済生会高岡病院長	川端 雅彦		
高岡市副市長	河村 幹治	代理	高岡市福祉保健部 部長 戸田龍太郎
射水市医師会長	木田 和典	欠	
富山県介護老人保健施設協議会副会長	木戸 日出喜	欠	
氷見市副市長	篠田 伸二	代理	氷見市市民部 部長 新井 和浩
特定非営利活動法人Jam理事長	柴田 万希子		
富山県済生会高岡病院看護部長	渋谷 美保子		
射水市民病院長	島多 勝夫		
県薬剤師会射水支部長	酢谷 睦美		
県医師会副会長	炭谷 哲二		
高岡市保険年金課長	芹山 奈緒樹	代理	高岡市保険年金課 副課長 江尻 紀子
JCHO高岡ふしき病院長	高嶋 修太郎		
高岡市歯科医師会長	立浪 徹		
厚生連高岡病院長	寺田 光宏		
金沢医科大学氷見市民病院長	梶 博久		
全国健康保険協会富山支部企画総務部長	中澤 昭博		
県薬剤師会氷見支部長	長澤 泰宏	欠	
中村記念病院院長補佐	中村 万理		
高岡市医師会長	藤田 一		会長
氷見市医師会長	松井 みづほ		
真生会富山病院長	真鍋 恭弘		
高岡市民病院長	藪下 和久		
県薬剤師会高岡支部長	山本 一郎		
高岡市地域活動クラブ連絡協議会長	六瀬 栄巳子		

高岡地域医療と介護の体制整備に係る協議の場 委員出席者名簿  
(高岡地域医療推進対策協議会及び高岡地域医療構想調整会議委員を除く)

職 名	氏 名	出欠	備考
高岡市高齢介護課 課長	関原 総臣	代理	主任 吉野 美紗子
射水市介護保険課 課長	菓子 真紀子		
氷見市福祉介護課 課長	森 芳克	代理	課長補佐 大石 寛治

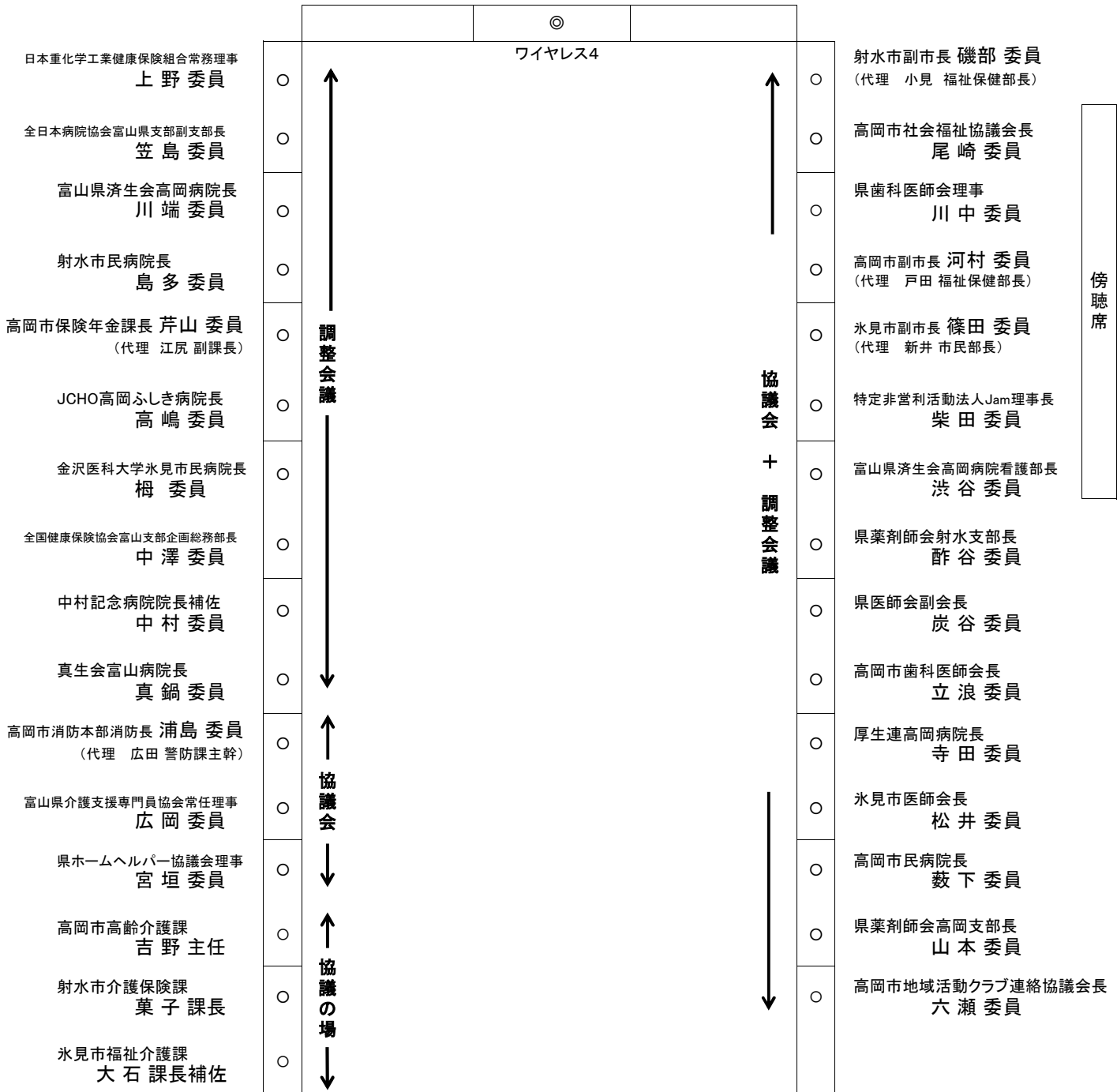
3名



# 高岡地域医療推進対策協議会、高岡地域医療構想調整会議 及び高岡地域医療と介護の体制整備に係る協議の場 配席図

令和5年2月9日(木)  
午後2時～3時  
高岡エクール エクールホール

高岡市医師会  
藤田 会長  
会長



入  
口

入  
口

## 第 1 回地域医療構想調整会議の概要

### 1 令和 2 年 1 月 1 7 日付け厚生労働省通知を踏まえた検討状況

R2.1.17 付け通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」の再検証対象医療機関（あさひ総合病院、かみいち総合病院、厚生連滑川病院、県リハビリテーション病院・こども支援センター、JCHO ふしき病院）について、これまで病院が果たしてきた機能や役割、病床転換等の取組みが評価され、引き続き地域医療を担っていくことについて了承された。

### 2 県補助金（回復期機能病床確保事業）を活用した病棟再編計画

今後不足が見込まれる回復期機能病床を確保するため、次の病院の病棟再編計画が承認され、県補助金を活用し病棟再編を進めることとなった。

#### <富山医療圏>

- ・厚生連滑川病院

急性期 46 床(休棟中)を地域包括ケア 34 床に転換

- ・杉野神経外科病院

急性期 16 床を地域包括ケア 16 床に転換

- ・不二越病院

急性期 12 床を地域包括ケア 12 床に転換するとともに急性期 10 床を削減

#### <高岡医療圏>

- ・光ヶ丘病院

医療療養病床 50 床を回復期リハビリテーション病床 50 床に転換

### 3 今後の進め方について

R4.3.24 付け通知「地域医療構想の進め方について」を踏まえ、各医療機関において改めて対応方針を策定し、次回以降の地域医療構想調整会議での合意に向け、協議を進めることについて了承された。

### 4 その他

厚生連高岡病院の PET-CT 画像診断施設について、「厚生連高岡病院 呉西 PET センター」と広告で使用するに関して、高岡医療圏及び砺波医療圏において協議し、使用が承認された。

## 地域医療構想の今後の進め方について

### 1. 国の考え方

- ・令和4年3月24日付け厚生労働省医政局長通知「地域医療構想の進め方について」

<主なポイント>

- ①2022年度及び2023年度において、次期(第8次)医療計画(2024年度～)の策定作業とあわせ、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の具体的対応方針(病院の役割や機能、病床数など)の策定や検証・見直しを行う。  
特に公立病院においては、総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえた「公立病院経営強化プラン」を策定し、地域医療構想に係る具体的対応方針に位置づけ。
- ②新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。
- ③2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用されることを見据え、質が高く持続可能な医療提供体制の確保を図る。
- ④病床の削減や統廃合ありきではなく、地域の実情を踏まえ、取組みを進める。

### 2. 県の対応（今後の進め方）

・県では、上記考え方を踏まえながら、医療圏ごとに地域医療構想調整会議を開催し、地域における病院の役割や機能、連携等について協議を進め、「医療需要の変化に柔軟かつ迅速に対応できる持続可能な医療提供の構築」を目指す。

・病床数については、H28年度に地域医療構想を策定した際、国が示した算定式を基に、別添のとおり必要病床数を算出しているが、今般国が示した考え方(=病床の削減や統廃合ありきではなく、地域の実情を踏まえ、取組みを進める)を十分に踏まえ、必要病床数にこだわらず協議を進めていく。

・各医療圏において今後協議を進めるにあたり、各医療機関が病床機能報告の際に病床機能区分を判断するための参考となる目安を作成。

・当該目安を参考に、各医療機関において現状把握を行い、具体的対応方針を検討。

### 3 スケジュール案

#### <令和4年度>

R4. 8～ 第1回地域医療構想調整会議

高岡:8/25、新川:8/30、富山:9/2、砺波:9/28

・今後の進め方について

R5. 2 第2回地域医療構想調整会議

～3 高岡:令和5年2月9日(木) 14:00～15:00 高岡エクール1Fホール

砺波:令和5年2月10日(金)14:00～15:30 アミューホール

富山:令和5年2月16日(木)19:30～21:00 富山県民会館 401号室

新川:令和5年3月16日(木)19:00～20:30 黒部市民会館 101 会議室

R5. 3. 27 富山県医療審議会

#### <令和5年度>

R5. 8～ 第1回地域医療構想調整会議

・具体的対応方針の協議

・第8次医療計画(地域医療計画)の策定について

・富山県外来医療計画の策定について

・富山県医師確保計画の策定について

・外来機能報告に係る協議

R6. 2頃 第2回地域医療構想調整会議

・具体的対応方針(公立病院経営強化プラン)の最終協議

・第8次医療計画(地域医療計画)(案)の協議

・富山県外来医療計画(案)の協議

・富山県医師確保計画(案)の協議

# 病床機能報告における病床区分の目安（案）

資料 3

機能	主として成人	周産期	小児	緩和ケア
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急、ICU、SCU、HCU</li> <li>急性期一般入院基本料 1、特定機能病院入院基本料 7:1のうち、上記と同等の機能（急性期充実体制加算 等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>NICU</li> <li>GCU</li> <li>MFICU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児入院医療管理料 1、2</li> </ul>	
急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記以外</li> <li>急性期一般入院基本料 1、2～4</li> <li>特定機能病院入院基本料7:1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>産科の一般病棟</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児入院医療管理料 3、4</li> </ul>	
回復期	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記以外</li> <li>回復期リハ病棟</li> <li>地域包括ケア病棟</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>小児入院医療管理料 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケア病棟</li> </ul>
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟 等</li> </ul>			

# 参考)

## 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1～6）の内容

- 急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを行うとともに、これに併せ、簡素化を図る観点も踏まえ、急性期一般入院料を7段階評価から6段階評価に再編する。

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
該当患者割合 の基準	許可病床数 200床以上	31%/28%	27%/24%	24%/21%	20%/17%	17%/14%	測定している こと
	許可病床数 200床未満	28%/25%	25%/22%	22%/19%	18%/15%		
平均在院日数		18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上	-				
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院医療等に関する調査への適切な参加</li> <li>届出にあたり入院料1の届出実績が必要</li> </ul>		-		
データ提出加算		○ (要件)					
点数		1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

## 第 8 次富山県医療計画の策定（案）について

## 1 方向性

- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化、連携の重要性が再認識された。
- 他方、人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質と量が徐々に変化している。今後は医師の働き方改革にも対応しながら、持続可能な医療提供体制を求めて地域医療構想を着実に推進する必要がある。

## 2 記載事項

- 国は、第 8 次医療計画（計画期間；2024 年～2029 年）の策定に向け検討会を設置。昨年 12 月、「第 8 次医療計画等に関する意見のとりまとめ」を公表
- 県では、国の「医療計画策定指針」や「検討会のとりまとめ」等に基づき、医療提供体制（5 疾病・6 事業、在宅医療）・医療従事者の確保・医療安全の確保・基準病床数等について検討を実施していく。

5 疾病（がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患）

6 事業（救急、災害、へき地、周産期、小児医療、**新興感染症発生・まん延時における医療【新設】**）

## 3 策定に係る組織

富山県医療審議会、富山県地域医療対策協議会のもとに、各疾患・事業等に関するワーキンググループ（WG）を設置し検討

## 4 その他の計画等との整合性の確保について

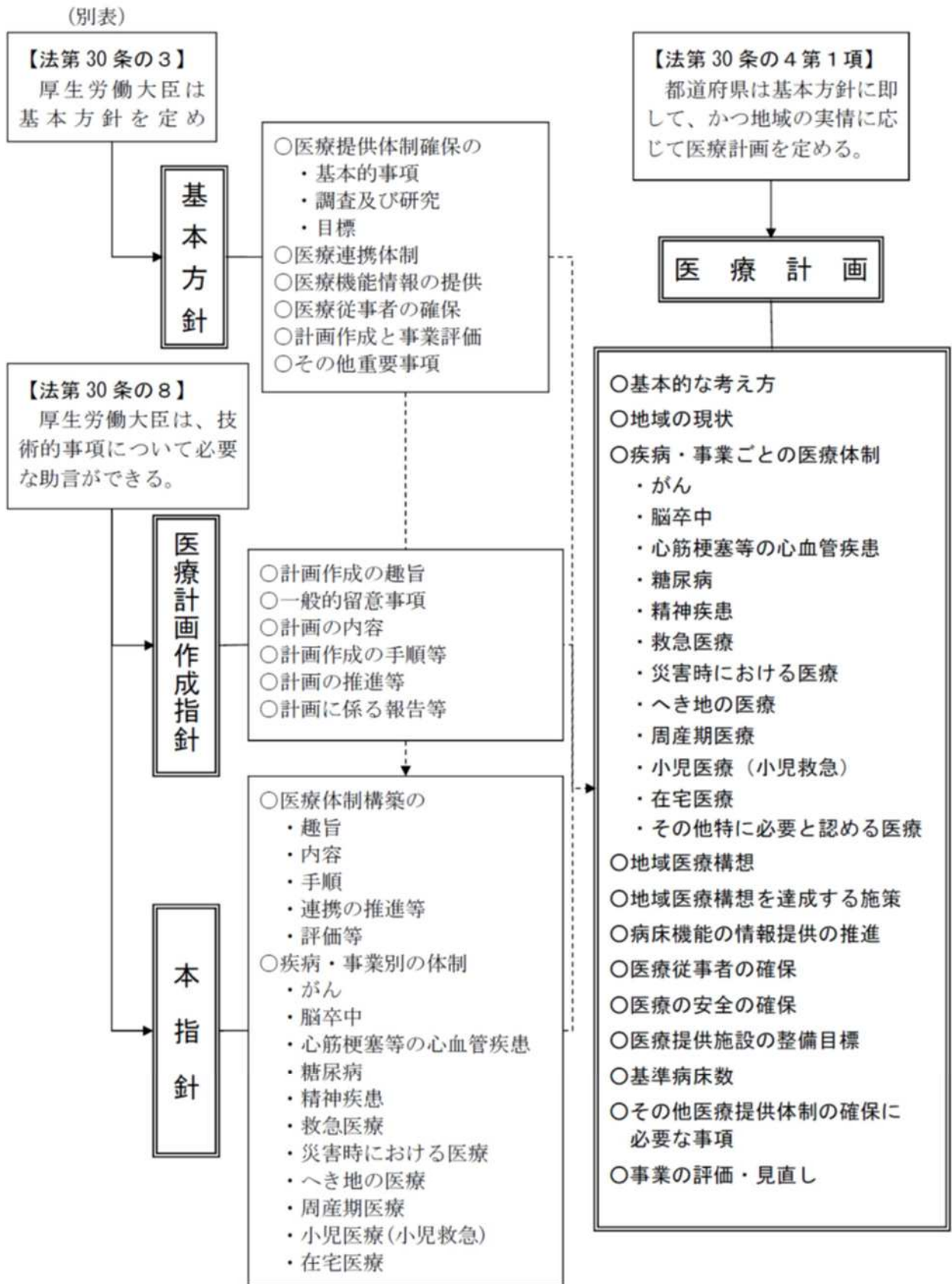
地域医療構想、医師確保計画、循環器病対策推進計画等と整合性を保ち、計画を策定

## 5 スケジュール（予定）

- ・2023. 3 月 第 1 回目の富山県医療審議会 「第 8 次医療計画の方向性について」
- 5-10 月 ワーキング、地域医療推進対策協議会開催（2～3 回程度）
- 11 月 第 2 回目の富山県医療審議会 「素案の提示」
- ・2024. 2 月 パブリックコメント、市町村等への意見聴取
- ・2024. 3 月 第 3 回目の富山県医療審議会 「第 8 次医療計画案」を諮問・答申



別紙 1



+

・ 新興感染症発生・まん延時における医療



1 地域において今後担う機能・役割の方向性

別添「医療需要の変化に、柔軟かつ迅速に対応できる持続可能な医療提供体制の構築(案)」を参考に、貴医療機関が担う役割を記載してください。

--

○基本情報

医療機関名	
医療圏	
記入日	

2 5疾病・6事業等における具体的な役割

別添「各疾病・事業の医療提供体制における各医療機能」を参考に貴医療機関が担う機能に「○」を付けてください。また、具体的な役割や取組みについて記載してください。

機能		現時点	令和7年	具体的な役割・取組み
がん	がん診療機能(肺がん以外)			
	がん診療機能(肺がん)			
	がん診療連携拠点病院			
	在宅療養支援機能			
脳卒中	急性期			
	回復期			
	維持期(生活期)			
心筋梗塞等の 心血管疾患	急性期			
	回復期			
糖尿病	専門治療			
	急性増悪治療			
	慢性合併症治療(一般)			
	慢性合併症治療(網膜症)			
	慢性合併症治療(腎症)			
救急医療	救命医療			
	救命救急センター			
	地域救命センター			
	入院救急医療			
	病院群輪番制病院			
	救急告示医療機関			
災害医療	災害拠点病院			
	DMAT拠点病院			
へき地医療	へき地医療拠点病院			
周産期医療	正常分娩			
	地域周産期母子医療センター			
	総合周産期母子医療センター			
小児医療	一般小児医療			
	小児専門医療			
	高度小児専門医療			
	入院小児救急			
	小児救命救急医療			
感染症				
在宅医療				
その他				

3 機能別病床数

別添「病床機能区分の目安」を参考に各機能の病床数を記載してください。

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
令和4年7月1日時点						0床
令和7年7月1日時点（予定）						0床

4 令和7年7月1日までの病床転換予定の有無

有無	具体的な時期、内容

5 令和7年7月2日以降の病床転換予定の有無

有無	具体的な時期、内容

6 建替え等の実施予定の有無

有無	具体的な時期、内容

7 機能分担・連携の現状及び課題

8 医師の働き方改革への対応

① 勤務実態の把握（現時点）

- ・ 時間外労働時間が1,860時間を超える医師
- ・ 時間外労働時間が960時間を超える医師

② 宿日直許可 許可取得の有無

- ・ 救急科
- ・ 産婦人科
- ・ 小児科
- ・ 外科
- ・ 内科

③ 特例水準の申請 申請しない

申請する

④ 特例水準相当医師 対象医師の有無

※「有」の場合は、診療科と人数を記載してください。

⑤ 非常勤医師で派遣され、夜間・休日の宿日直業務を行う医師の有無

⑥ 上記⑤の医師の引上げの可能性の有無

⑦ 医師の働き方改革の診療機能への影響の有無

9 公立病院経営強化プランの概要【公立病院のみ】

1 地域において今後担う機能・役割の方向性

別添「医療需要の変化に、柔軟かつ迅速に対応できる持続可能な医療提供体制の構築(案)」を参考に、貴医療機関が担う役割を記載してください。(例)

(高度急性期)	医師の働き方にも十分な配慮を払い、救急救命を含めた高度急性期医療・高度専門医療を持続的・安定的に提供していく。
(急性期)	高度急性期を担う医療機関等との役割分担に加えて連携を密にし、post acute へのスムーズな移行を担う。また、subacuteの患者にも対応する。さらに、医師の働き方改革に十分に配慮しつつ、2次救急等の役割を担う。
(回復期)	他の医療機関等との連携を強化しながら、患者の在宅復帰に向けてのリハビリテーション等に積極的に取り組む。
(慢性期)	患者のよりよい療養環境を維持し、良質な慢性期医療の提供に努める。

○基本情報

医療機関名	〇〇病院
医療圏	新川
記入日	令和5年●月〇日

2 5疾病・6事業等における具体的な役割

別添「各疾病・事業の医療提供体制における各医療機能」を参考に貴医療機関が担う機能に「○」を付けてください。また、具体的な役割や取組みについて記載してください。

機能		現時点	令和7年	具体的な役割・取組み
がん	がん診療機能(肺がん以外)	○	○	(例) 早期発見のため精密検診の精度管理を充実。 (例) 自院での外科手術が難しい症例については、より高度医療を担う〇〇病院等と連携し手術を依頼後、術後の化学療法は当院で実施する等連携体制を強化。
	がん診療機能(肺がん)	○	○	(例) 高齢患者の放射線治療は、放射線治療専門医と協力し適切な治療プランを作成し、患者及び家族へのよりわかりやすい事前説明を実施し納得のいく治療を提供。
	がん診療連携拠点病院	○	○	(例) 治療が難しいと判断された末期がん症例であっても最期まで患者とともに治療をあきらめない提供体制の構築。 (例) がんと診断された時点からの緩和ケア実施のための具体策を病院一丸となった検討を進める。
	在宅療養支援機能			
脳卒中	急性期	○	○	(例) 一刻も早くrt-PA投与あるいは血管内治療等を実施できる体制を、医師の働き方に配慮しつつ、7days24hours断らない体制を構築する。 (例) 超急性期に対応できない場合を想定し、転送先医療機関との連携を平時から確認する。
	回復期	○		(例) 急性期後のリハビリは回復期の〇〇病院に転院するなど機能分化を推進する。 (例) PT、OT等コメディカルも充実し高齢化社会にマッチしたリハビリテーション体制を充実する。
	維持期(生活期)			(例) 在宅復帰後も実践できる食事療法・運動療法の指導を充実し、患者のADLの回復と維持に向け、多職種チームで取り組む。 (例) かかりつけ医との情報連絡を密にし「寝たきり」を作らない意気込みで取り組む。
心筋梗塞等の 心血管疾患	急性期	○	○	(例) 一刻も早い検査やintervention等の実施体制を、医師の働き方に配慮しつつ、7days24hours構築する。 (例) 搬送患者数がキャパを超えた場合に備え、日頃から良好な連携体制を構築する。
	回復期	○	○	(例) 超急性期治療後の心管リハビリについても積極的に取り組む。 (例) 「救急はことわらない」コンセプトを貫く。
糖尿病	専門治療	○	○	(例) 心機能の回復、ADLの改善のため、内服の継続や定期検査を継続する。 (例) 在宅復帰後の運動・食事・生活についても高齢者でもわかるような具体的な指導を実施する。 (例) 回復期後は、慢性期を担う〇〇病院等への転院や、かかりつけ医との連携について地域連携室の活用等により機能分化を進める。
	急性増悪治療	○	○	(例) 糖尿病を専門としないかかりつけ医のDr. と協力して、適切な治療、合併症発症予防についての治療戦略の普及にも力を注いでいく。
	慢性合併症治療(一般)			(例) かかりつけ医と糖尿病専門医の連携により、治療が適切に行われているかどうかの検証を常に行う。
	慢性合併症治療(網膜症)			(例) 治療の見直しが必要な場合は、専門医療機関に積極的にアドバイスを求める。
	慢性合併症治療(腎症)			(例) 各種合併症の発症予防のため、投薬内容とともに、例えば腎症の患者に対しては、栄養士等と連携する体制を作り、普段の食塩摂取量、カリウム制限、たんぱく摂取制限など、食事療法についても患者にわかりやすく情報提供する。 (例) 増悪の兆しを察知した時には、日頃から良好な関係を築いている専門治療機関である〇〇病院などに早期に紹介受診する。
救急医療	救命医療			(例) 現在の富山県における救急体制の維持のために、医師の働き方に十分に配慮しながら、救急に関わる人材の育成・確保に努めていく。 (例) 第1次救命センターの安定的な運営のため、各医療圏毎に医師会と医療機関が限界に近い努力を続けてきていただいている現状を踏まえ、自院でできる人員やシフトの見直しを改めて実施。
	救命救急センター			(例) 第2次救命救急について、医師の働き方に配慮しながら、輪番制の維持のため全ての病院が総力であたっていただいている現状を直視し、適切な人員の配置とシフトについてできる限りの工夫を院内のみならず、医療圏の他医療機関とも話し合う。
	地域救命センター			(例) 第3次救命救急についても、医師やその他のスタッフの疲弊が極限に達するようなことがないよう、適切な人員配置やシフトを組めるよう、当該病院だけでなく応援の人員が確保できるような策についても考えていく。例えば、ACS対応については、将来的な医師等の確保の見込みを立ててどのような医療体制とすべきかを県全体を俯瞰しつつ、自院でできること他院に依頼すべきことを整理し、院内で話し合いをおこなっていく。
	入院救急医療			(例) 脳外科領域の救急医療を担う医療機関では24時間7daysの受入れを継続するため、自院ですべきこと、first touchの医療機関への指示などのシミュレーションを実施する。超急性期の画像情報の共有体制、遠隔医療による専門医療機関としてのサポート体制を具現化するよう取り組んでいく。
	病院群輪番制病院	○	○	
	救急告示医療機関			
災害医療	災害拠点病院		○	(例) 災害発災を想定した訓練を定期的実施する。
	DMAT拠点病院		○	(例) DMAT隊員の確保と育成に引き続き努めていく。
へき地医療	へき地医療拠点病院		○	(例) へき地医療に携わる人材の確保に引き続き努めていく。
周産期医療	正常分娩	○		(例) low risk 分娩を主としたお産を取扱い、リスクを伴う妊婦は早い段階から高次医療を実施する医療機関と連携していく。
	地域周産期母子医療センター			(例) 地域の産科等と連携しながら、いわゆる middle risk の分娩を中心に担っていく。
	総合周産期母子医療センター			(例) high risk の分娩を中心として取り扱い、医師の働き方改革に配慮しながら、産科救急に常時対応できる体制を整える。
小児医療	一般小児医療			
	小児専門医療	○	○	(例) 病院における小児科医の偏在に対して、今後の人口動態のデータも検討し、NICUやPICUの設置の必要性もあわせて検討していく。 (例) NICUでの高度急性期治療後、under fiveの医療を充実するための体制についても検討していく。
	高度小児専門医療			(例) 児童心理治療施設が新設されることから、子ども心の診療を担う医師の配置とシフト、心理職や看護職とのタスクシフトについて現実的な対応を検討していく。
	入院小児救急			
	小児救命救急医療			
感染症		○	○	(例) 新型コロナウイルス感染症の病床をフェーズ1では10床、フェーズ2では20床、フェーズ3では40床確保している。 (例) 突発的に発生する新興感染症等に備えるため、平時には使わない病床を確保して有事に備える。 (例) 感染症専門医の協力を得て、平時から病院・クリニックにおける感染症対応のスキルの向上に努める。
在宅医療		○	○	(例) 医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等関係機関が連携して在宅患者の治療を継続的に提供する。 (例) 超高齢化社会における在宅での服薬指導を行うため、教育機関として在宅医療に関わる薬剤師のリカレント教育に取り組み、また、病院薬剤師と薬局薬剤師による合同研修会等を開催する。
その他		○	○	(例) 在宅で療養する慢性腎臓病や慢性心不全の高齢患者に対し、医療、食事、運動などの面でサポートできるよう、クリティカルパスを普及していく。

3 機能別病床数

別添「病床機能区分の目安」を参考に各機能の病床数を記載してください。

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
令和4年7月1日時点	0床	150床	0床	0床	50床	200床
令和7年7月1日時点（予定）	0床	120床	30床	0床	30床	180床

4 令和7年7月1日までの病床転換予定の有無

有無	具体的な時期、内容
有	(例) 令和7年4月に、急性期病床30床を地域包括ケア病床に転換予定

5 令和7年7月2日以降の病床転換予定の有無

有無	具体的な時期、内容
検討中	(例) 今後の医療需要や周辺医療機関の役割を確認しながら、更なる病床転換を検討する予定

6 建替え等の実施予定の有無

有無	具体的な時期、内容
無	

7 機能分担・連携の現状及び課題

<p>例1) ○○医療圏における2次輪番病院として救急医療体制を維持するため、医師の働き方改革への対応や、大学医局からの医師の安定的な派遣を受けることが課題。</p> <p>例2) 高度医療、高度急性期医療が必要となった場合、○○病院との連携を密にし、迅速な患者搬送ができるように日頃から良好な協力体制を築く必要がある。</p> <p>例3) 急性期を脱した患者については、速やかに回復期を担う○○病院や○○病院への転院が進むように、地域連携室を介した紹介、あるいは、症状増悪時の逆紹介体制を構築することが課題。</p> <p>例4) 病院経営の視点を持ちながら、将来の人口推計や患者動態、地域の医療ニーズを踏まえた病院の役割・機能を検討していくことが求められている。</p> <p>例5) 患者の病期に応じた円滑な転院が行われるようなシステムづくりに取り組む必要がある。</p> <p>例6) 新型コロナ収束後も予測不能な新興感染症の発生や災害発生時の備えとして、○床程度の病床を「休床」という形で確保し、緊急時に、実働できる病床を維持することが重要。</p> <p>例7) 小児科開業医の高齢化や都市部への偏在などを考えると、今後の小児医療（特に、小児救急体制）について、大学における人材育成や、大学、医療機関、医師会を含めて人員体制を見直していく必要がある。</p> <p>例8) 医師はもとより、看護師や薬剤師などの医療スタッフの確保が課題となっており、処遇の改善や勤務環境の整備をさらに進める必要がある。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8 医師の働き方改革への対応

① 勤務実態の把握（現時点）

・時間外労働時間が1,860時間を超える医師	いない
・時間外労働時間が960時間を超える医師	いない

② 宿日直許可 許可取得の有無

・救急科	(例) 申請しない
・産婦人科	(例) 22時～7時
・小児科	(例) 取得済 NICU当直
・外科	(例) 取得済 ICU当直 17時～8時30分
・内科	(例) 取得済 循内以外の内科 1時30分～8時30分

③ 特例水準の申請 申請しない

A水準

申請する

C-1水準

④ 特例水準相当医師 対象医師の有無

有

※「有」の場合は、診療科と人数を記載してください。  
心臓血管外科  
1名

⑤ 非常勤医師で派遣され、夜間・休日の宿日直業務を行う医師の有無

有

⑥ 上記⑤の医師の引上げの可能性の有無

有

⑦ 医師の働き方改革の診療機能への影響の有無

有

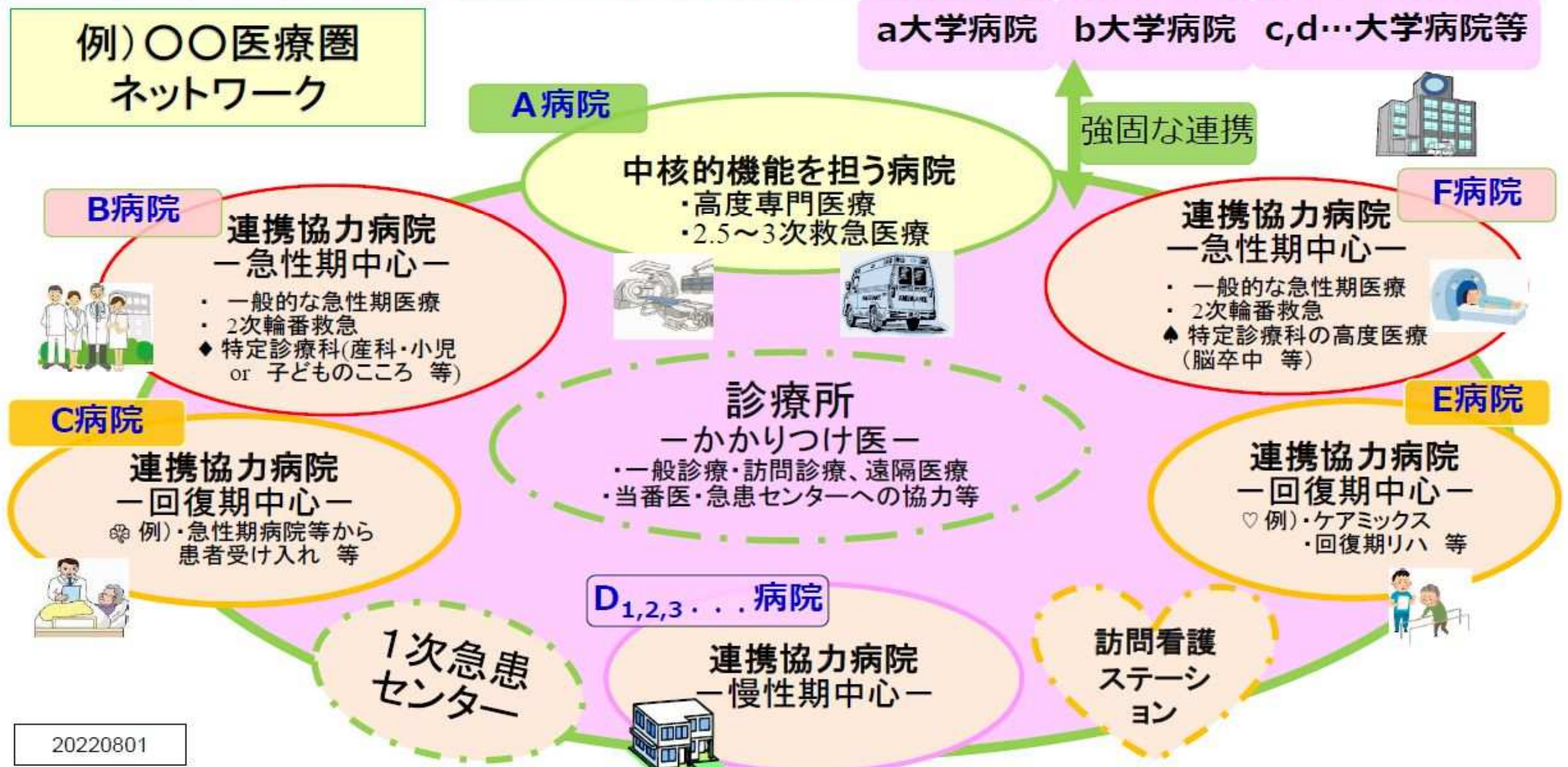
9 公立病院経営強化プランの概要【公立病院のみ】

--



# 医療需要の変化に、柔軟かつ迅速に対応できる持続可能な医療提供体制の構築(案)

- ① 救急医療の現状や医師確保の状況を踏まえ、医療圏ごとに医療機関の機能分担・連携を協議
- ② 高度専門医療や救急医療を中核的に担う病院と、これと連携協力(地域包括ケア含む)する医療機関のネットワークを強化
- ③ 病院間の競合ではなく、人材・機器・業務効率化の面で協調し、ネットワーク内の医療機関の共生を図る(「勝ち組、負け組」の意識を捨てる。)
- ④ 大学における医師の養成、及び、県内の各医療機関で働く医師の確保のため、魅力ある研修やキャリアパスの作成と実践
- ⑤ 自然災害や感染症パンデミックに迅速に対応できる、ハード及びソフトの整備(⇒リスク分散の視点も考慮) 等





# 医師の働き方改革(時間外労働の上限規制)

資料 6

- 令和6年度より、勤務医に対して、時間外・休日労働時間の上限規制が適用される。
- 【原則】一般の労働者と同程度である960時間が上限 (A水準)
- 【例外】地域医療にとって不可欠な機能を有する医療機関は、特例水準指定申請を行うことで、上限規制が緩和される。

## 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4~)

### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	義務
B (救急医療等)				
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間			
C-2 (高度技能の修得研修)				

特定労務管理対象機関 (いわゆる特例水準)

### 医師の健康確保

#### 面接指導

健康状態を医師がチェック

#### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制 (または代償休息)

「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について (社会保障審議会 医療部会資料 (令和3年2月))」より

# 2024年4月に向けて医療機関が取り組むこと

## ☑ 医療機関において医師の勤務実態を把握します。

☑ 兼業・副業について

まずは自院の労働時間の把握を。  
兼業・副業先の労働時間も通算します。自己申告等で把握できる体制を。



☑ 宿日直許可の取得について

まずは自院の宿日直許可の有無を確認し、必要な許可は申請を。  
兼業・副業先の宿日直許可の有無も自己申告等で把握できる体制を。



☑ 自己研鑽の取扱いについて

自己研鑽の取扱いの明確化、ルール化を。よく話し合いを重ねて。



## ☑ 目指す水準を設定し、必要な準備、取組を進めます。

※制度の趣旨に合った形で、実態に応じた水準を選択

2024年4月以降は **A水準** を目指す

令和5年度末までの医師労働時間短縮計画の作成に  
努める（努力義務）

※2024年4月1日より前に年間960時間超の医師がいる場合

2024年4月以降は **B C水準** を目指す

**B**

連携 **B**

**C 1**

**C 2**

令和6年度以降の医師労働時間短縮計画を作成し、評価  
センターの評価を受け、都道府県知事の指定を受ける

## ☑ 追加的健康確保措置の実施に向けた体制づくりを進めます。

面接指導の実施

※（水準にかかわらず）月100時間以上見込みの医師に対して実施

勤務間インターバルの確保

※ B C水準の場合は“義務”、A水準（一般則超え）の場合は“努力義務”

（注）取組に当たっては、変形労働時間制の活用等、医療機関の実態に応じた労働時間制の適用等も重要な要素になります。

厚生労働省作成資料より

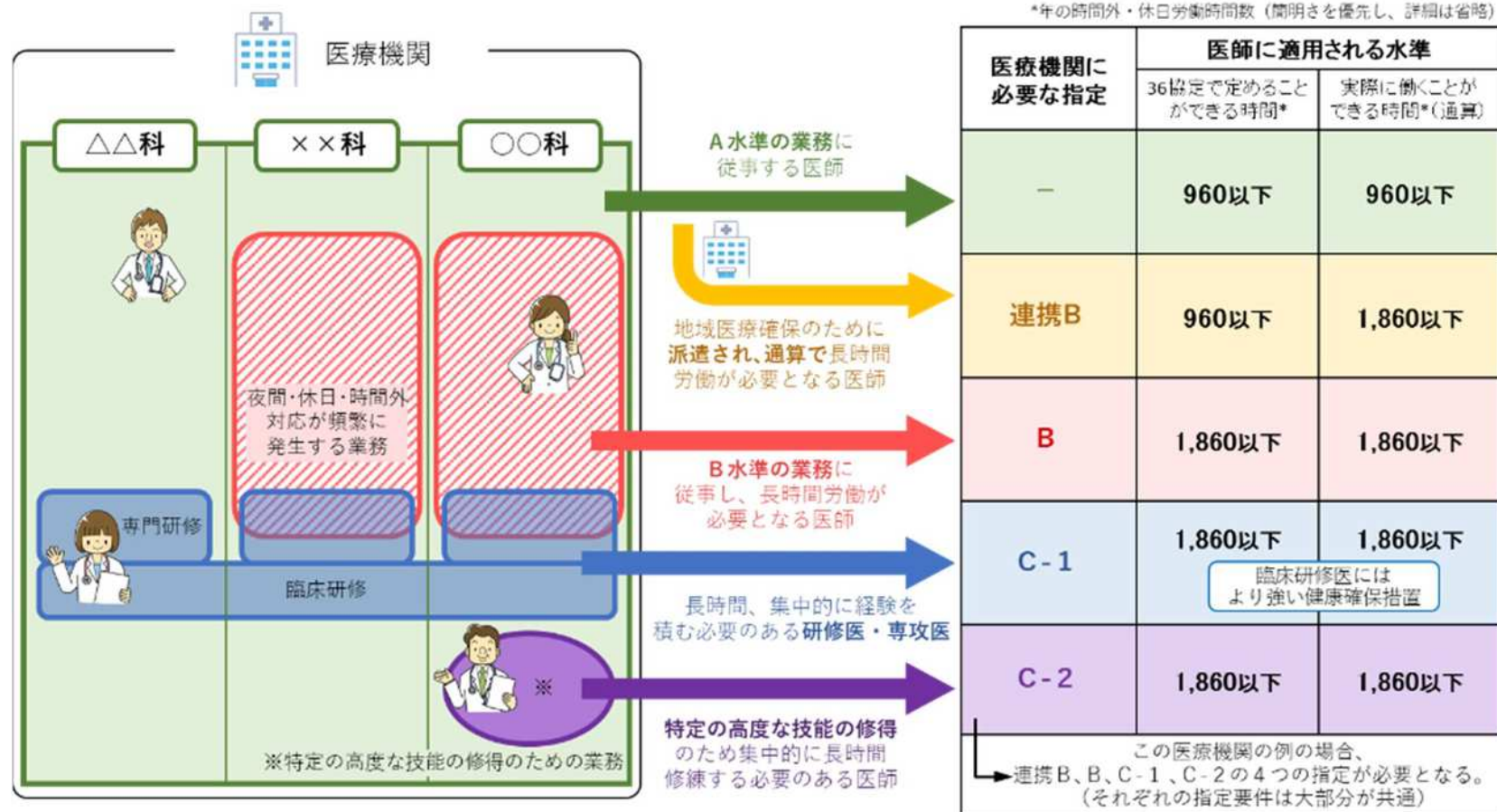
## 労働時間に係る留意点

- 労働時間とは
  - ・ 使用者の指揮命令下に置かれている時間
  - ・ 使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間
  - ・ 客観的にみて、労働者の行為が使用者から義務づけられたものといえるか否か等によって判断
- 労働基準法で規定するいわゆる「管理監督者」は労働時間等の規制は受けないが、  
「一般的には部長、工場長等労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきもの」とされていることに留意

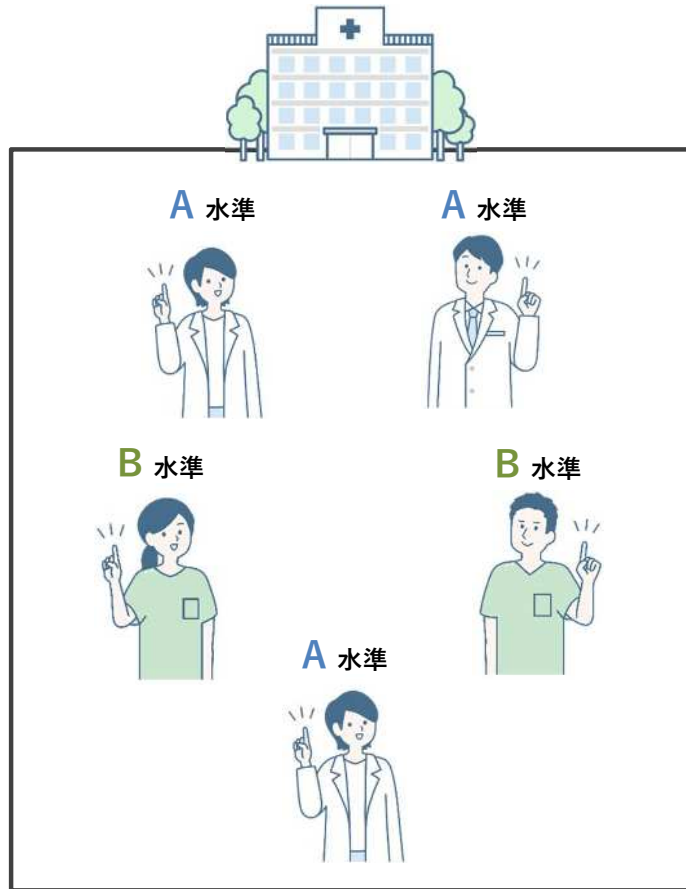


# 連携B・B・C水準

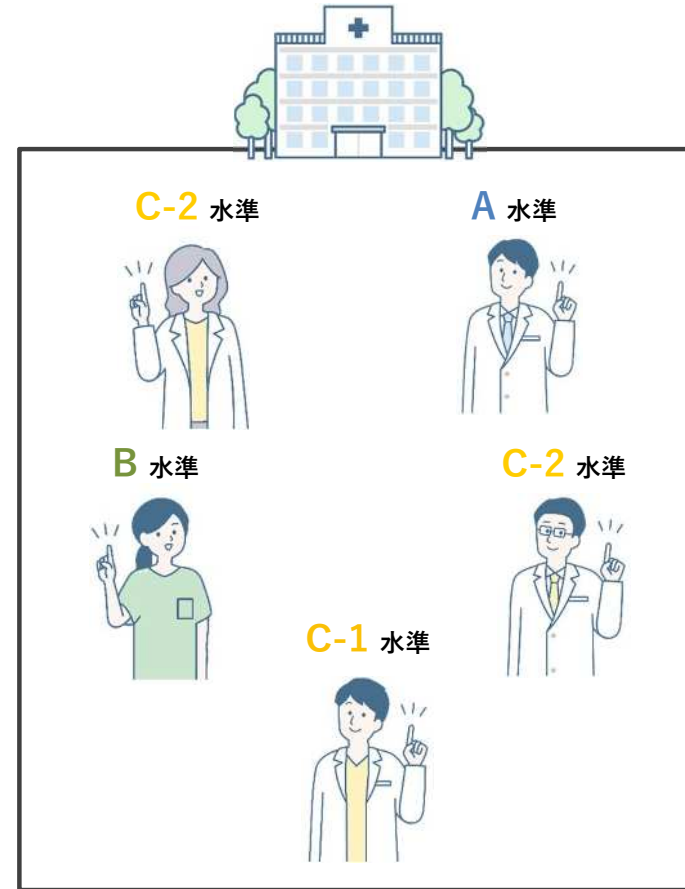
所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要がある。  
 ※ なお、C水準は、研修期間が1年未満の場合、研修期間中の労働時間を年単位に換算して、指定の可否を判断



## B水準指定



## B, C-1, C-2 水準指定



※医療機関が都道府県に水準の指定申請をします。

※指定を受けた場合でも、医療機関の医師全員が連携B・B・C水準となるわけではありません。

# 本県における特例水準指定に向けたスケジュール

## 医師の働き方改革－特例水準指定に向けたスケジュール

### 医療機関の準備

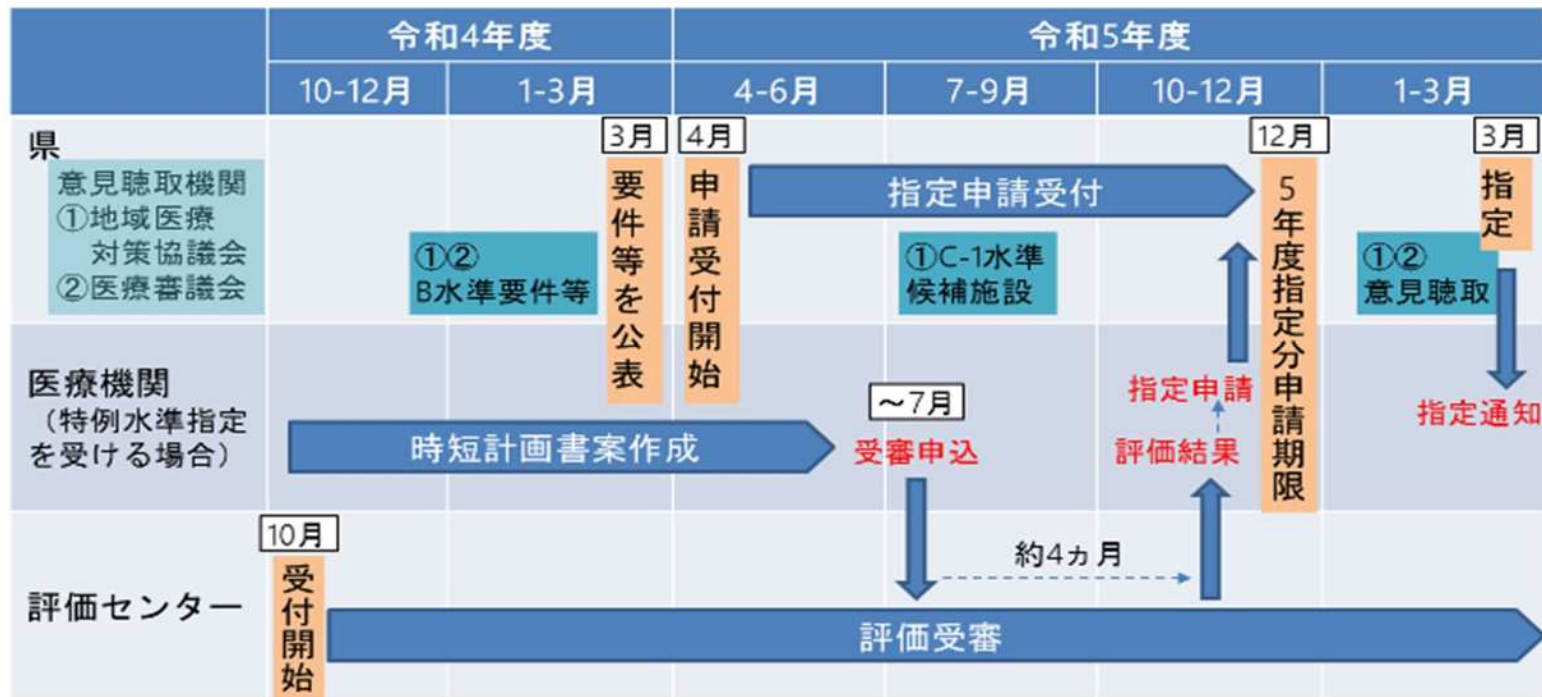
○指定要否の確認

- 兼業を含めた適切な時間外労働時間の把握【令和4年度末まで】

○指定申請の準備（特例水準指定を受ける場合）

- 時短計画書案作成、評価受審【令和5年7月までに評価センターに受審申込】
- 指定申請【令和5年12月までに県に申請】

遅くとも



## 療養病床から介護医療院への転換の状況について

令和 5 年 2 月 9 日  
富山県高齢福祉課

県内では、次のとおり 26 施設(令和 4 年 10 月 1 日時点)が療養病床等から介護医療院に転換しており、令和 5 年 4 月にはさらに 2 施設が転換する予定である。

なお、介護療養病床を有する施設は残り 2 施設となるが、転換期限となる令和 6 年 3 月末までに医療療養病床へ転換予定である。(介護療養病床は全て転換)

## ■ 療養病床から介護医療院への転換状況 (令和 4 年 10 月 1 日時点)

	開設日	病院名	開設者	市町村	許可 床数	転換元		
						介護 病床	医療 病床	他 (※)
1	平成30年 4月1日	流杉病院	秋山 眞	富山市	170	170		
2	8月1日	新川病院	(医)福寿会	魚津市	60	60		
3	8月1日	温泉リハビリテーション いま泉病院	(医)いずみ会	富山市	104	54		50
4	9月1日	成和病院	(医)正啓会	富山市	33	33		
5	10月1日	光ヶ丘病院	(医)紫蘭会	高岡市	60	57	3	
6	10月1日	池田リハビリテーション病院	(医)一志会	黒部市	29	29		
7	11月1日	友愛温泉病院	(医)友愛病院会	富山市	120	120		
8	12月1日	丹保病院	(医)桑山会	高岡市	38	38		
9	平成31年 3月1日	小矢部大家病院	(医)啓愛会	小矢部市	34		34	
10	4月1日	黒部温泉病院	(医)友愛病院会	黒部市	80	80		
11	4月1日	(老健)ようわ苑	(医)友愛病院会	氷見市	96			96
12	4月1日	魚津病院	(医)七徳会	魚津市	50	50		
13	4月1日	おおよま病院	(医)東方会	富山市	58	58		
14	令和元年 6月1日	大島くるみ病院	(医)榎の木会	射水市	50	50		
15	6月1日	となみ三輪病院	(医)三医会	砺波市	50	35	15	
16	6月1日	富山城南温泉 第二病院	(医)城南会	富山市	64	64		
17	8月1日	万葉病院	(医)川岸会	高岡市	40	40		
18	11月1日	砺波サンシャイン病院	(医)藤和会	砺波市	50	50		
19	令和2年 3月1日	吉見病院	(医)秀林会吉見病院	滑川市	18		18	
20	4月1日	つざわ津田病院	(医)寿恵会	小矢部市	40	40		
21	4月1日	西野内科病院	(医)にしの会	小矢部市	27		27	
22	4月1日	(老健)尽誠会	(医)尽誠会	富山市	100			100
23	7月1日	富山城南温泉病院	(医)城南会	富山市	79	52	27	
24	9月1日	栗山病院	(医)基伸会	富山市	48	48		
25	令和4年 3月1日	誠友病院	(医)翠十字会	富山市	56	56		
26	5月1日	砺波誠友病院	(医)翠十字会	砺波市	50	50		

合計 1,604 1,234 124 246

※H18. 7. 1～H30. 3. 31 の間に療養病床から転換した介護老人保健施設

## (参考) 介護医療院創設前後の県内の療養病床の状況

	H30. 3. 31 時点	R4. 10. 1 時点	増減床数※
介護病床	1, 582 床	84 床	▲ 1, 498 床
医療病床	3, 487 床	3, 582 床	95 床
合計	5, 069 床	3, 666 床	▲ 1, 403 床

※介護医療院への転換による増減の外、病床廃止等を含む



## 1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

## 2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
    - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「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（紹介受診重点医療機関）を明確化
      - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



### 〈「医療資源を重点的に活用する外来」〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

# 外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関の取りまとめ（全体像）

～9月

対象の医療機関において報告項目の事前準備・集計

9月

対象の医療機関に外来機能報告の依頼

10～11月

外来機能報告

1～3月

		紹介受診重点医療機関の役割を担う意向	
		意向あり	意向なし
重点外来の基準	満たす	<b>紹介受診重点医療機関</b> *「外来医療に係る地域の協議の場」での確認	「外来医療に係る地域の協議の場」での協議
	満たさない	「外来医療に係る地域の協議の場」での協議	—

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

地域性や医療機関の特性等を考慮して協議  
(1回目)

医療機関の意向と異なる結論となった場合

協議を再度実施  
(2回目)

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上  
かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

重点外来の基準

- ・ 初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合：40%以上  
かつ
- ・ 再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合：25%以上

協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能。

紹介受診重点医療機関として都道府県が公表

健康・医療

## 外来機能報告

▼ <重要なお知らせ>   ▼ 施策紹介   ▼ ダウンロード   ▼ 関係資料等

### トピックス

▶ 報道発表資料 (医政局)   ▶ トピックス一覧

### <重要なお知らせ>

【令和4年度外来機能報告（報告様式2）の報告開始等について】

一部レセプト情報の補正作業後に再度集計を行う必要があるため、令和5年2月下旬から3月上旬に開始することを目途に、報告開始日等の詳細については改めて掲載します。

また、報告様式1、2の報告期限についても報告様式2の報告開始日と併せて掲載します。

この度は、ご迷惑をおかけしていることをお詫び申し上げます。

（更新日：令和4年12月7日）

**R4. 10～11に実施予定だった  
報告が延期**

### 政策について

▼ 分野別の政策一覧

▼ 健康・医療

▶ 健康

▶ 食品

▶ 医療

▶ 医療保険

▶ 医薬品・医療機器

▶ 生活衛生

▶ 水道



# 外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関の取りまとめ（全体像）

～9月 対象の医療機関において報告項目の事前準備・集計

9月 対象の医療機関に外来機能報告の依頼

10～11月 **延期** 外来機能報告

1～3月 **延期**

		紹介受診重点医療機関の役割を担う意向	
		意向あり	意向なし
重点外来の基準	満たす	紹介受診重点医療機関 *「外来医療に係る地域の協議の場」での確認	「外来医療に係る地域の協議の場」での協議
	満たさない	「外来医療に係る地域の協議の場」での協議	—

「外来医療に係る地域の協議の場」での協議

地域性や医療機関の特性等を考慮して協議  
(1回目)

医療機関の意向と異なる結論となった場合

協議を再度実施  
(2回目)

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

重点外来の基準

- ・ 初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合：40%以上かつ
- ・ 再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合：25%以上

協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能。

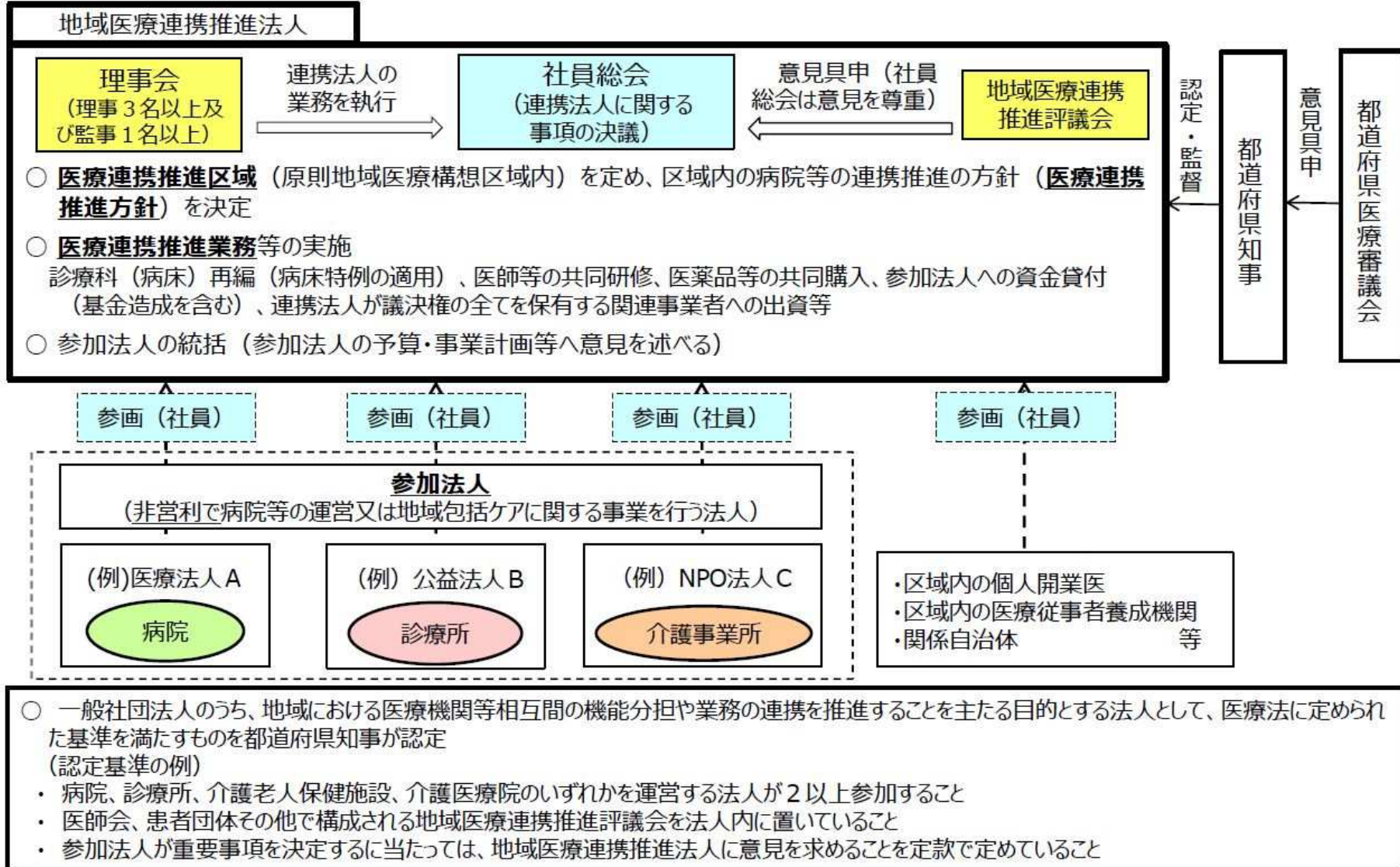
紹介受診重点医療機関として都道府県が公表



# 地域医療連携推進法人制度の概要

資料 9

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保



# 地域医療連携推進法人制度の見直し（案）

## 1 現状

- ・ 地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、ヒト・モノ・カネを一体的に運営することにより、病院等を開設する参加法人が相互に連携しながら、効率的に地域医療を提供する仕組みとして創設された。
- ・ 地域医療構想への取組みに当たっては、少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、今般のコロナ対応における課題等も踏まえ、限りある医療資源や人的資源を有効に活用することが重要となっている。
- ・ こうした課題を解決するためには、法人立・個人立といった違いに関わらず、参加医療機関において病床融通や人事交流等の取組みを通じた連携が重要であるが、現状、個人立の医療機関については地域医療連携推進法人に参加できないこととなっている。
- ・ また、地域医療連携推進法人の事務手続きの負担が大きいという声が多く寄せられている。

## 2 見直し

### 【措置内容】

- 地域医療構想の推進のため、**個人立を含めた医療機関がヒトやモノの融通を通じた連携を可能とする新類型を設けてはどうか。**  
例えば、新類型については、個人立医療機関の参加を可能とするため、現行制度と比較して以下の見直しが考えられる。
    - ・ 個人立医療機関は個人用資産と医療資産の分離が困難であること等に鑑み、**カネの融通（「出資」「貸付」）は不可とする。**
    - ・ カネの融通をしない場合には、公認会計士又は監査法人による**外部監査を不要**とし、また、**参加法人が重要事項を決定する場合の意見照会のうち、一部を不要**とする。
  - その他、事務負担の軽減のため、**代表理事再任時の手続きを緩和**してはどうか。
- ※ なお、現行の地域医療連携推進法人については、各法人の選択により、新類型に移行することも可能とする。

### 現状・課題

①

- 個人立医療機関が地域医療連携推進法人の運営に参加できない。

②

- 代表理事（任期2年）の再任時における都道府県医療審議会への意見聴取など、事務手続きの負担が大きい。



### 見直しの内容とねらい

- **個人立医療機関の参加を認める**ことで、個人立医療機関も含めた病床融通や業務連携等が可能となり、地域の医療・介護等の連携を促進。
- **手続きの一部を緩和**することで、地域医療連携推進法人、参加法人、都道府県の負担を軽減。

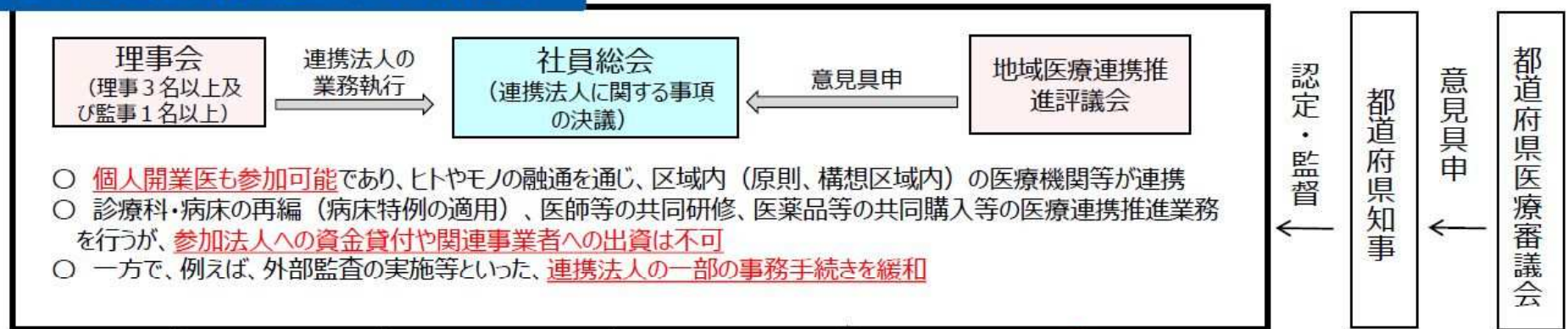


# 新類型の地域医療連携推進法人のイメージ（案）

（趣旨） 少子高齢化の進展による医療需要及び医療ニーズの変化並びに医療の担い手の減少が見込まれる2040年に向けて、個人立医療機関の参加等により、更なる地域の医療資源の有効活用と地域の医療・介護の連携等を促進する。

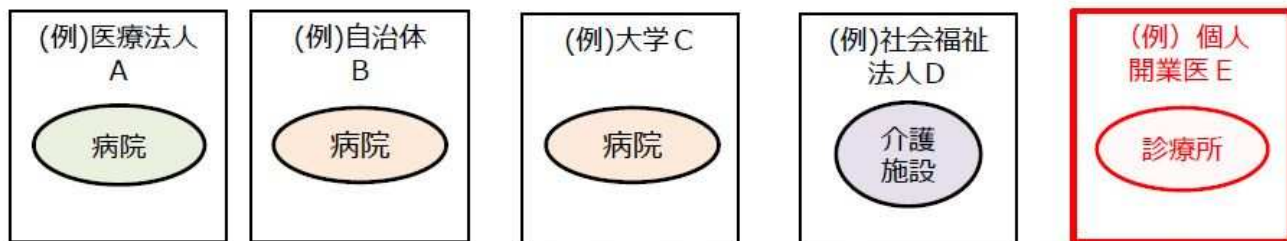
※赤字箇所が現行制度との相違点

## 地域医療連携推進法人（新類型）



地域医療連携推進法人に参加し、医療連携に関する業務を行う

## 医療機関を開設する法人等（※）



（※） 区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

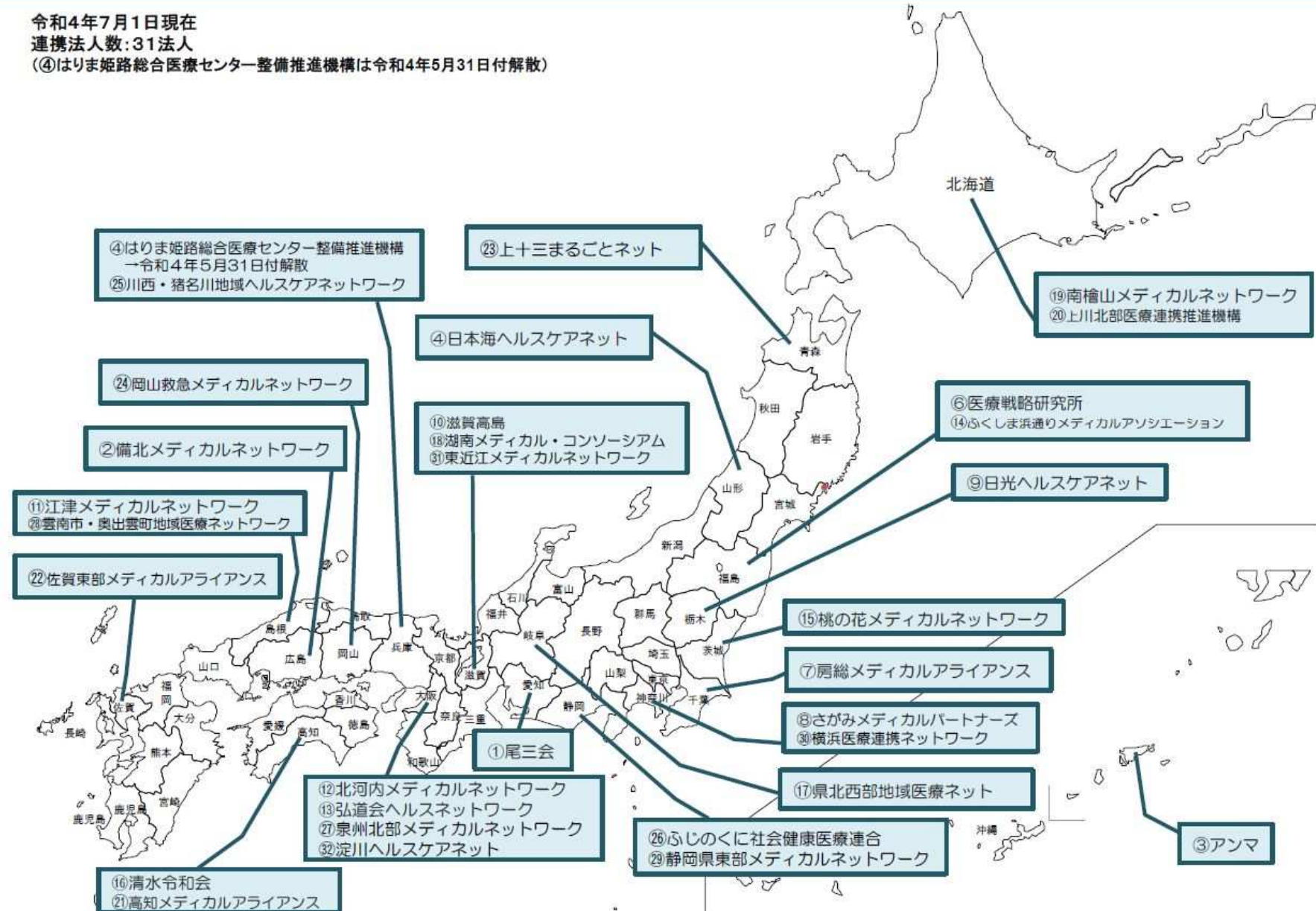
○ 予算や借入金の決定等、**参加法人が重要事項を決定する場合は連携法人に対し意見照会を行う必要があるが、新タイプの参加を促すため、一部の事項を除きこれを不要とできないか。**

# 地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）

令和4年7月1日現在

連携法人数：31法人

（④はりま姫路総合医療センター整備推進機構は令和4年5月31日付解散）



医療機器の共同利用計画の確認について（高岡医療圏）

資料10

医療機関名	所在地	共同利用対象機器	設置年月日	共同利用の有無	共同利用を行わない理由
高岡市民病院	高岡市	CT撮影装置	令和3年3月12日	有	
高岡市民病院	高岡市	MRI撮影装置	令和4年9月27日	有	
富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院	高岡市	超電導磁石式全身用MRI 装置	令和4年10月24日	有	
サンバリー高岡病院	高岡市	CT装置	令和5年1月23日	無	当院の外来・入院患者を 対象に使用するため。

【参考】

- ・富山県外来医療計画において、医療機器の効率的な活用を推進するため、医療機器の配置状況や共同利用状況を把握するとともに、地域医療構想調整会議で共同利用の状況の確認を行うなど、各医療機関の自主的な取組みや医療機関相互の連携の促進に努めることとしている。
- ・対象となる医療機器は、対象となる医療機器（CT、MRI、PET（PET及びPET-CT）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）、マンモグラフィ）。

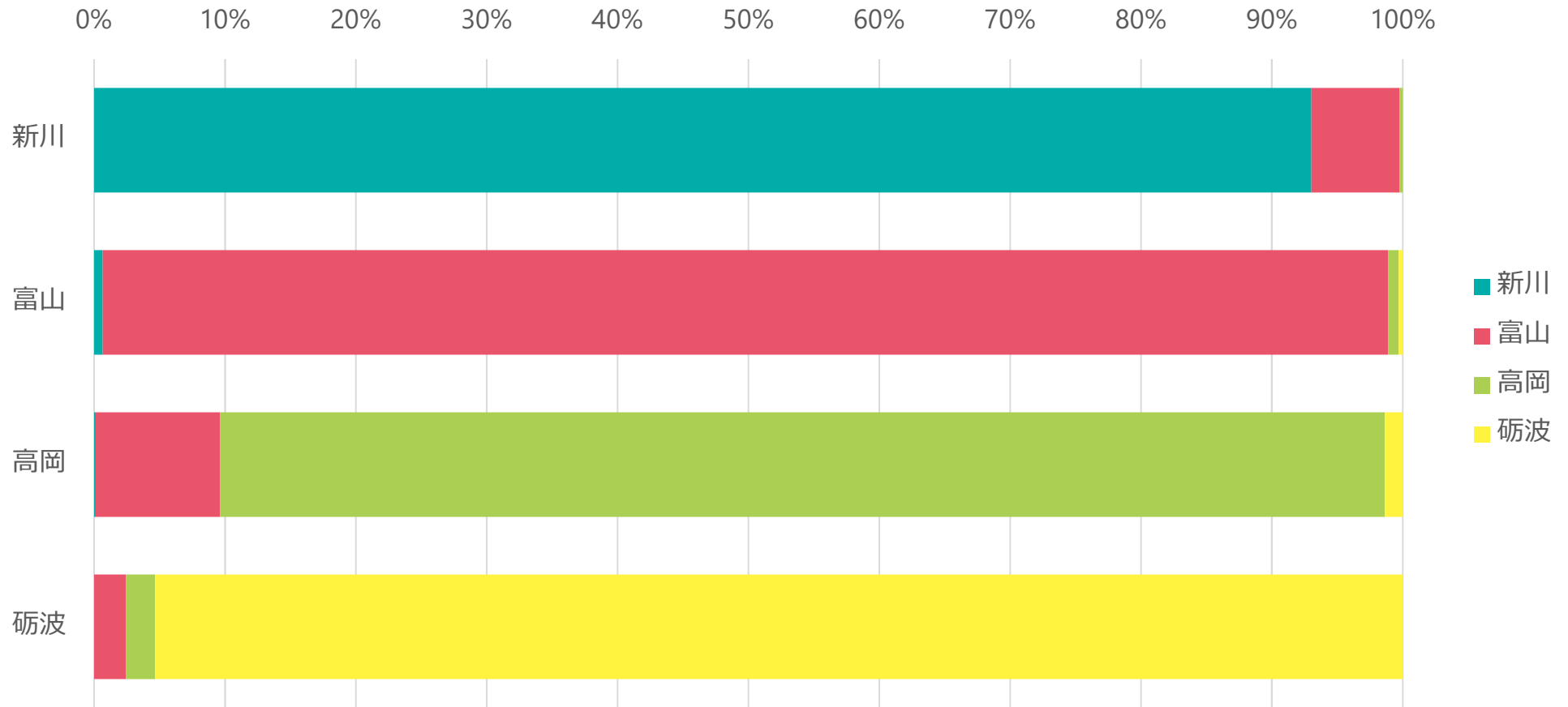


## 高岡地域医療推進対策協議会各部会の開催状況について（令和3-4年度）

区分	検討組織	開催日	協議内容	管内の状況・課題・意見等
在宅医療 がん	在宅医療・がん部会	R3. 12. 23	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 高岡医療圏地域医療計画（在宅医療、がん）の進捗</li> <li>2 アドバンス・ケア・プランニングに関する取り組み</li> <li>3 高岡医療圏入退院支援ルールの運用の調査</li> <li>4 薬局における在宅医療の取り組み等の調査</li> <li>5 県内圏域別訪問看護ステーションの状況</li> <li>6 管内のがんに関する統計（死亡及び受診）</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院調整、訪問診療・往診、訪問看護、在宅看取りはよく取り組まれている。</li> <li>・訪問歯科診療は増えたが、まだ十分でない。</li> <li>・訪問薬剤指導は少ない。</li> <li>・アドバンス・ケア・プランニングの普及のため各医師会は様々な取り組みをしている。</li> <li>・市町村のがん検診では胃・肺がん検診の受診率が低い。</li> <li>・R2は胃がんの内視鏡等検診受診者は少なかったが、R3は回復してきている。</li> </ul>
周産期医療 小児医療	周産期医療・小児医療部会	R4. 2. 7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 高岡医療圏地域医療計画（周産期・小児医療）の進捗</li> <li>2 養育支援が必要な妊産婦等の状況</li> <li>3 富山県における在宅の医療的ケア児等の状況</li> <li>4 高岡市急患医療センターの利用状況</li> <li>5 高岡児童相談所での相談状況</li> <li>6 高岡医療圏周産期地域連携ネットワークの手引き（R3）の活用</li> <li>7 高岡医療圏における母子保健に関する統計</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・養育支援が必要な妊産婦等の家庭には、妊娠中から医療機関と各市がタイムリーに連携している。</li> <li>・精神疾患がある妊産婦が増えているため精神科との連携が重要である。</li> <li>・発達障害を診療できる医療機関が県全体として少ない。</li> <li>・高岡市急患医療センター小児科のR2受診者は激減している。</li> </ul>
災害医療	災害医療連絡会	R4. 8. 18	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 高岡医療圏における災害時の医療機関等との連携</li> <li>2 大規模災害発生時の医療救護関係機関における行動予定</li> <li>3 避難行動要支援者名簿の作成状況</li> <li>4 災害時における高岡厚生センターの活動</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発災時の情報共有が課題であり、病院はEMISの入力訓練、シュミレーション等を定期的実施する必要がある。</li> <li>・普段から顔の見える関係を築くと共に体制を整備していくことは重要である。</li> <li>・発災時の通信障害に対応できる方法を検討することも必要である。</li> <li>・要支援者（特に人工呼吸器使用者）を把握し、個別避難計画の作成に努める必要がある。</li> </ul>
脳卒中 心血管疾患 救急医療	脳卒中・心血管疾患・救急医療部会	R4. 11. 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 高岡医療圏地域医療計画（脳卒中、心血管疾患）の進捗</li> <li>2 脳卒中情報システム事業について</li> <li>3 脳卒中地域連携パスの運用状況</li> <li>4 急性心筋梗塞診療データ分析</li> <li>5 特定健康診査データによるリスク因子の地域別標準化該当比等</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男女共に県、全国と比較して高い。</li> <li>・脳神経外科医及び脳神経内科医が少なく、脳卒中の急性期における治療件数が少ない。</li> <li>・急性心筋梗塞の急性期治療件数、心臓リハビリテーションの実施件数とも全国、県と比較して高い。</li> <li>・急性心筋梗塞の救急体制は充実している。</li> <li>・引き続き、適切な救急車の利用、AEDの活用等の普及啓発が必要である。</li> </ul>
糖尿病	高岡市関係機関連絡会	R3. 12. 21	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 高岡市の糖尿病の現状</li> <li>2 高岡市の糖尿病対策関係事業</li> <li>3 公的病院における取り組み及び事例紹介</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・eGFR低値の透析導入ハイリスク者に対する、緊密な病診連携が必要である。</li> <li>・糖尿病の知識及び合併症に係る定期的な検査等、住民への普及啓発が必要である。</li> </ul>
	射水市関係機関連絡会	R4. 12. 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 射水市における糖尿病の現状</li> <li>2 糖尿病重症化予防事業、糖尿病性腎症重症化予防事業</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精密検査等の医療機関受診時に、過去の健診データを提供する体制の検討が必要である。</li> <li>・<math>\Delta e</math>-GFRの情報分析方法等を利用した透析導入リスク評価とその予防が必要である。</li> </ul>
	氷見市関係機関連絡会	R4. 7月 (書面) R4. 9. 28 R4. 10. 19	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 氷見市の糖尿病の現状</li> <li>2 糖尿病対策関係事業及び糖尿病性腎症重症化予防事業</li> <li>3 今後の取り組みについて</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象の病態に応じた適切な治療により重症化を予防できるよう、連携体制を強化する取り組みが必要である。</li> </ul>

# 脳卒中診療の完結率

資料12

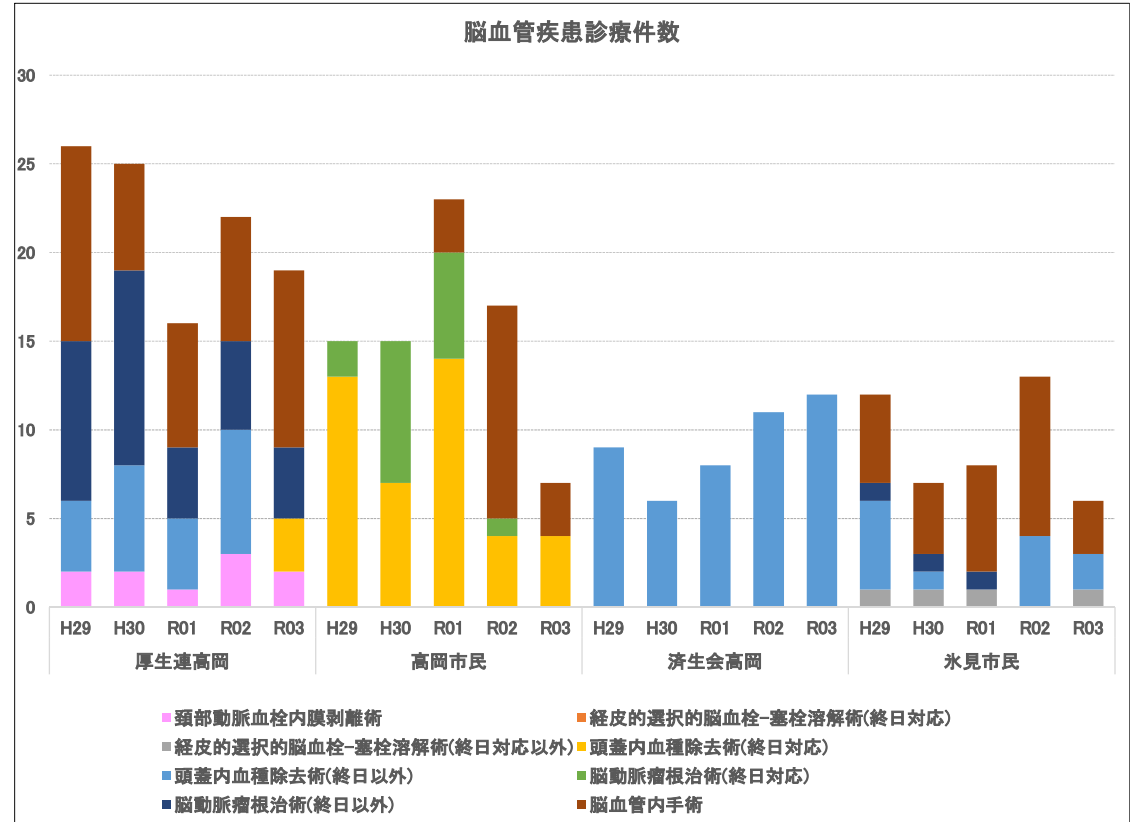


負担者二次医療圏名	医療機関二次医療圏名				総計
	新川	富山	高岡	砺波	
新川	93.0%	6.8%	0.3%	0.0%	400
富山	0.7%	98.2%	0.8%	0.3%	1493
高岡	0.1%	9.5%	89.0%	1.4%	799
砺波	0.0%	2.5%	2.2%	95.3%	407

<参考>  
 富山県地域医療構想(H29.3月)  
 2025年脳卒中(高度急性期)完結率  
 新川 95.8%  
 富山 97.7%  
 高岡 86.1%  
 砺波 92.2%

## 脳血管疾患診療件数

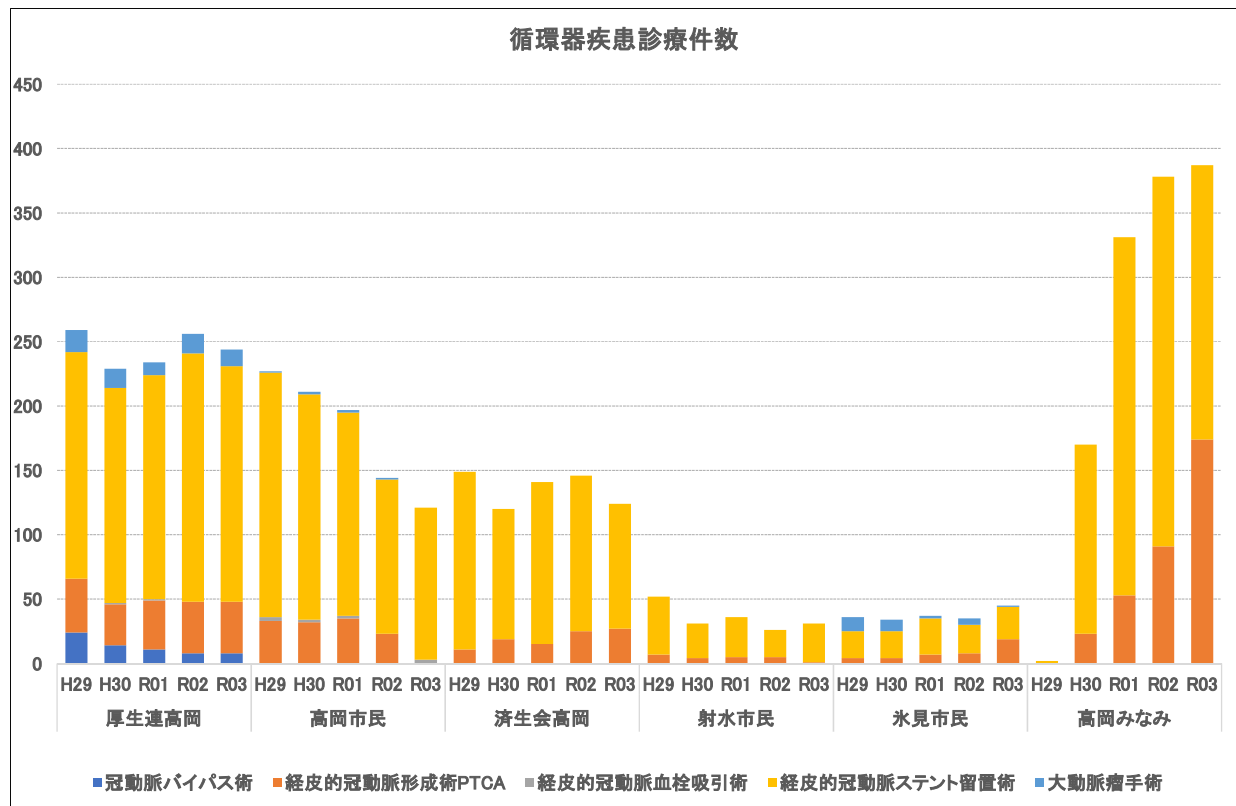
医療機関名	実績年度	脳血管							
		頸部動脈血拴内膜剥離術	経皮的選択的脳血拴-塞栓溶解術(終日対応)	経皮的選択的脳血拴-塞栓溶解術(終日対応以外)	頭蓋内血拴除去術(終日対応)	頭蓋内血拴除去術(終日以外)	脳動脈瘤根治術(終日対応)	脳動脈瘤根治術(終日以外)	脳血管内手術
厚生連高岡	H29	2					4	9	11
	H30	2					6	11	6
	R01	1					4	4	7
	R02	3					7	5	7
	R03	2			3			4	10
高岡市民	H29				13		2		
	H30				7		8		
	R01				14		6		3
	R02				4		1		12
	R03				4				3
済生会高岡	H29					9			
	H30					6			
	R01					8			
	R02					11			
	R03					12			
氷見市民	H29			1		5		1	5
	H30			1		1		1	4
	R01			1				1	6
	R02					4			9
	R03			1		2			3





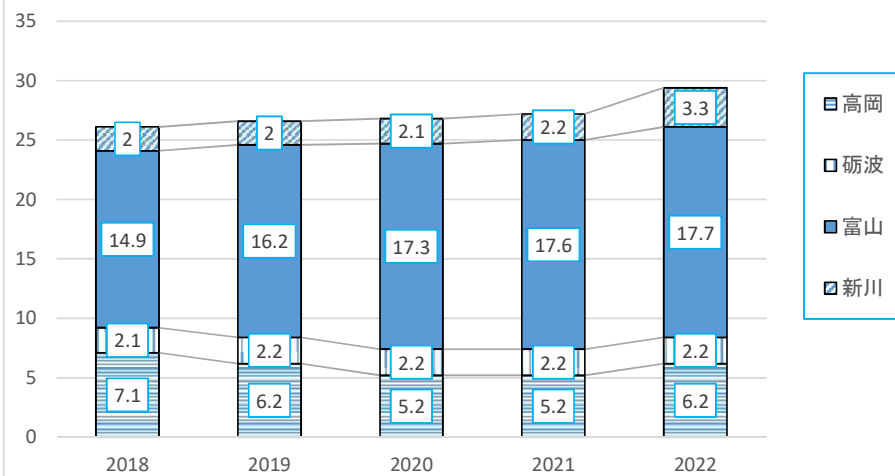
## 循環器疾患診療件数

医療機関名	実績年度	循環器				
		冠動脈バイパス術	経皮的冠動脈形成術PTCA	経皮的冠動脈血栓吸引術	経皮的冠動脈ステント留置術	大動脈瘤手術
厚生連高岡	H29	24	42		176	17
	H30	14	32	1	167	15
	R01	11	38	1	174	10
	R02	8	40		193	15
	R03	8	40		183	13
高岡市民	H29		33	3	190	1
	H30		32	2	175	2
	R01		35	2	158	2
	R02		23		120	1
	R03			3	118	
済生会高岡	H29		11		138	
	H30		19		101	
	R01		15		126	
	R02		25		121	
	R03		27		97	
射水市民	H29		7		45	
	H30		4		27	
	R01		5		31	
	R02		5		21	
	R03		1		30	
氷見市民	H29		4		21	11
	H30		4		21	9
	R01		7		28	2
	R02		8		22	5
	R03		19		25	1
高岡みなみ	H29				2	
	H30		23		147	
	R01		53		278	
	R02		91		287	
	R03		174		213	

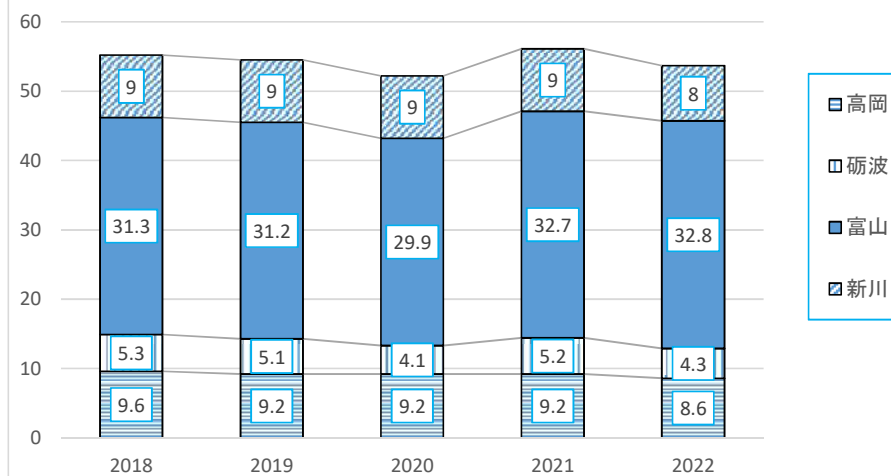


(とやま医療情報ガイド)

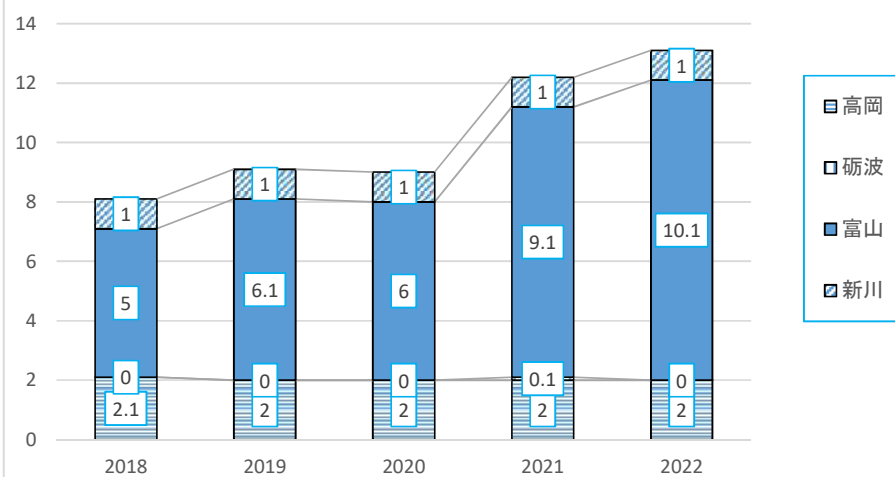
各医療圏毎の神経内科専門医数(病院) 実数



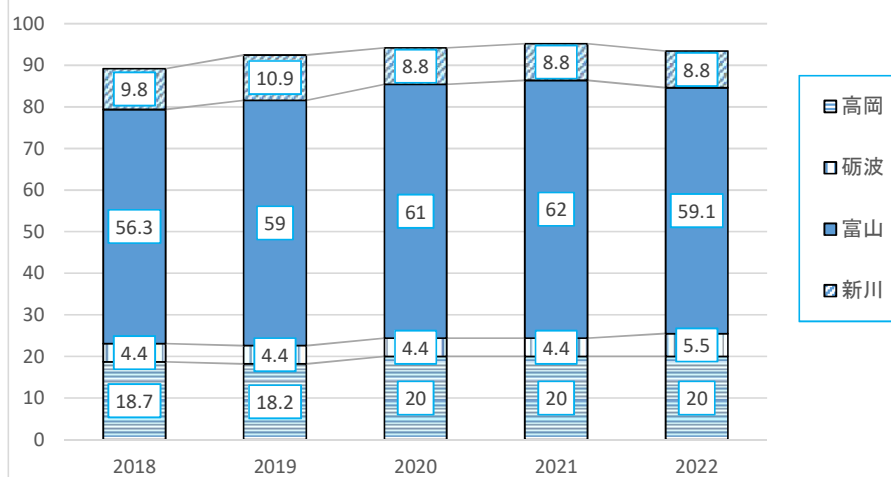
各医療圏毎の脳神経外科専門医数(病院) 実数



各医療圏毎の脳血管内治療専門医数(病院) 実数



各医療圏毎の循環器専門医数(病院) 実数



各医療圏毎の病院における専門医の在籍状況

参考

		神経内科 専門医	脳神経外科 専門医	脳血管内治 療専門医	循環器 専門医	消化器病 専門医	消化器外科 専門医	呼吸器 専門医	呼吸器外科 専門医	乳腺専門医	肝臓専門医	計
高岡 医療圏	厚生連高岡病院	1	3	1	3	9	7	2	1	1	1	29
	高岡市民病院	1	0.4		2	5.1	5		0.2	1	1.1	15.8
	富山県済生会高岡病院	1	1.1		4	4.4	2.1	0.2		0.1	1.3	14.2
	JOHO高岡ふしき病院	1	0.1		1	2		1.2			0.1	5.4
	高岡みなみハートセンターみなみの杜病院				2						0.1	2.1
	射水市民病院		1		3		2			1		7
	真生会富山病院	1.1				4	1	2.1			3	11.2
	金沢医科大学氷見市民病院	1	1	1	3	3	1	3			1	14
	その他の病院	0.1	2		2	2.3		1.1			0.1	7.6
小計	6.2	8.6	2	20	29.8	18.1	9.6	1.2	3.1	7.7	106.3	
砺波 医療圏	北陸中央病院	0.1	1		1.1	1	1	1	1			6.2
	市立砺波総合病院		3		4	4	5			1	3	20
	南砺市民病院	0.1	0.1		0.2	3	2	1.1			2	8.5
	国立病院機構北陸病院	2										2
	公立南砺中央病院		0.2		0.2	0.1		1			0.1	1.6
	その他の病院					1						1
小計	2.2	4.3	0	5.5	9.1	8	3.1	1	1	5.1	39.3	
富山 医療圏	かみいち総合病院				2.5	2	1			1	1	7.5
	厚生連滑川病院		1		3.2	4	2	0.2			2	12.4
	富山県立中央病院	2	4	2	7	11	6	3	1	2	2	40
	富山市民病院	2	2	1	4	7	5	1	2		3	27
	富山大学附属病院	8.2	11	3.1	16	25.8	10.8	12.4	2	2.1	14	105.4
	富山まちなか病院				2	2.2	1.1				1.1	6.4
	富山赤十字病院		3	2	3	5	5	1	1		2	22
	富山県済生会富山病院	1.2	4	2	5.2	3.3	3	0.2		0.2	1.1	20.2
	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター	1.1	2.1		0.1							3.3
	国立病院機構富山病院							0.2				0.2
その他の病院	3.2	5.7		16.1	12.4	4.3	6.1		2.2	3.4	53.4	
小計	17.7	32.8	10.1	59.1	72.7	38.2	24.1	6	7.5	29.6	297.8	
新川 医療圏	あさひ総合病院	0.2	1			0.4	1.1	1.2	0.1		0.1	4.1
	黒部市民病院	1.1	3	1	3	5.2	5.2	2.1	2.2	0.1	2	24.9
	富山労災病院	2	2		1	4	2	2				13
	その他の病院		2		4.8	4		0.1			2	12.9
小計	3.3	8	1	8.8	13.6	8.3	5.4	2.3	0.1	4.1	54.9	
計	29.4	53.7	13.1	93.4	125.2	72.6	42.2	10.5	11.7	46.5	498.3	

\* 非常勤の方は、常勤換算

資料:とやま医療情報ガイド2022

地域医療構想の必要病床数と病床機能報告における医療機能の比較

①県全体

医療機能							必要 病床数 R7 (2025)	R3→R7
	H28	H29	H30	R1	R2	R3		
	(2016)	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)		
高度急性期	1,737	1,742	1,789	1,777	1,727	1,765	930	-835
急性期	4,996	4,732	4,667	4,544	4,513	4,436	3,254	-1,182
回復期	1,342	1,500	1,573	1,664	1,717	1,826	2,725	899
慢性期	5,489	5,478	5,324	4,453	4,147	4,033	2,648	-1,385
休棟等	387	293	195	270	332	204	-	-204
計	13,951	13,745	13,548	12,708	12,436	12,264	9,557	-2,707

②新川医療圏

高度急性期	0	4	4	4	5	5	86	81
急性期	934	893	845	792	722	757	375	-382
回復期	89	127	79	132	162	131	346	215
慢性期	804	803	863	584	532	532	403	-129
休棟等	49	49	0	60	151	147	-	-147
計	1,876	1,876	1,791	1,572	1,572	1,572	1,210	-362

③富山医療圏

高度急性期	1,421	1,369	1,369	1,369	1,347	1,391	536	-855
急性期	1,948	1,857	1,866	1,796	1,754	1,725	1,648	-77
回復期	598	661	787	826	854	924	1,360	436
慢性期	2,883	2,838	2,661	2,301	2,204	2,090	1,374	-716
休棟等	97	58	71	105	137	56	-	-56
計	6,947	6,783	6,754	6,397	6,296	6,186	4,918	-1,268

④高岡医療圏

高度急性期	300	353	400	400	359	353	233	-120
急性期	1,529	1,397	1,366	1,354	1,447	1,364	915	-449
回復期	388	445	445	444	439	509	750	241
慢性期	907	942	905	757	717	717	493	-224
休棟等	138	81	81	62	1	1	-	-1
計	3,262	3,218	3,197	3,017	2,963	2,944	2,391	-553

⑤砺波医療圏

高度急性期	16	16	16	4	16	16	75	59
急性期	585	585	590	602	590	590	316	-274
回復期	267	267	262	262	262	262	269	7
慢性期	895	895	895	811	694	694	378	-316
休棟等	103	103	43	43	43	0	-	0
計	1,866	1,866	1,806	1,722	1,605	1,562	1,038	-524

## 各疾病・事業の医療提供体制における各医療機能



がんの医療提供体制における各医療機能

機能	【予 防】	【治 療】		【療養支援】
	がんを予防する機能	がん診療機能	がん診療拠点病院の診療機能	在宅療養支援機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 禁煙やがんに関連するウイルス等の感染予防、生活習慣の改善などがんのリスクを低減させること</li> <li>○ 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精密検査や確定診断等を実施すること</li> <li>○ 診療ガイドラインに則した標準的治療を推進すること</li> <li>○ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること</li> <li>○ がんの治療の合併症の予防や軽減を図り、支持療法を推進すること</li> <li>○ 各職種の専門性を活かした多職種でのチーム医療を実施すること</li> <li>○ 患者やその家族が自ら治療方法等を選択できるよう、インフォームドコンセントをしっかりと行うとともに、セカンドオピニオンを受けやすい環境の整備を図ること</li> <li>○ がんと診断された時から、治療、在宅療養など様々な場面で切れ目なく緩和ケアを実施するとともに、チームによる専門的な緩和ケアを提供すること</li> <li>○ 身体的苦痛の緩和だけでなく、不安や抑うつなど心理的苦痛、就業、経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して十分な緩和ケアを提供すること</li> <li>○ 医療だけでなく生活・介護・就労など、がん患者からの様々な相談に応じる相談支援体制の充実を図ること</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん患者やその家族が希望する場所で、切れ目のない緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられるよう在宅療養体制を充実させること</li> </ul>
求められる事項	<p>(医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんに係る精密検査を実施すること</li> <li>○ 精密検査の結果を市町村や検診機関等の関係機関にフィードバックするなど、がん検診の精度管理に協力すること</li> <li>○ 禁煙外来を実施すること</li> <li>○ 敷地内禁煙を実施すること</li> </ul> <p>(行政)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 県及び市町村は、がん予防に関する正しい知識の普及啓発を行うこと</li> <li>○ 市町村は、がん検診を実施すること</li> <li>○ 市町村は、関係機関等と連携し、要精検者や未受診者が受診しやすい環境整備を行うこと</li> <li>○ 県は、市町村や関係機関と連携し、禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと</li> <li>○ 県は、ウイルス等の感染に起因するがんへの対策を推進すること</li> <li>○ 県は、市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること</li> <li>○ がん登録等から得られた情報を活用してがんの現状把握に努めること</li> <li>○ 県は、がん対策推進協議会がん予防検診部会において、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組みを検討すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診療ガイドラインに則した診療を実施すること</li> <li>○ 血液検査、画像検査(エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡)及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能であること</li> <li>○ 病理診断や画像診断等が実施可能であること</li> <li>○ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること</li> <li>○ がんと診断された時から緩和ケアを実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療、緩和ケア及び外来化学療法が実施可能であること</li> <li>○ 専門医や専門・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、がん薬物療法認定薬剤師など専門性の高い医療従事者で構成された多職種でのチーム医療を実施すること</li> <li>○ がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること</li> <li>○ 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること</li> <li>○ 院内がん登録を実施すること</li> <li>○ 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図り、身体的苦痛の緩和だけでなく、不安や抑うつなど心理的苦痛、就業、経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して十分な緩和ケアを提供すること</li> <li>○ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること</li> <li>○ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること</li> <li>○ 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組みをがん患者に提供できるようにすること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど、がん診療連携拠点病院等ががん診療機能を有する医療機関と連携し、退院後の切れ目のない緩和ケア等を提供すること</li> <li>○ 地域においては、24時間対応が可能な在宅医療提供体制を構築し、看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを提供すること</li> <li>○ 医療用麻薬の適正使用によりがん疼痛等に対するケアを実施すること</li> <li>○ 5大がん(肺、胃、肝、大腸、乳がん)の県内統一の地域連携クリティカルパスに加え、在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの運用により、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携を強化すること</li> </ul>
医療機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん診療連携拠点病院</li> <li>○ がん診療地域連携拠点病院</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 緩和ケア病棟・病床を有する病院</li> <li>○ 薬局</li> <li>○ 在宅緩和ケア支援センター</li> <li>○ 訪問看護ステーション</li> </ul>

# 脳卒中の医療提供体制における各医療機能

	【予 防】	【救 護】	【急 性 期】	【回 復 期】	【維 持 期(生 活 期)】
機 能	発症予防の機能	応急手当・病院前救護の機能	救急医療の機能	身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能	日常生活への復帰及び(日常生活の)維持のためのリハビリテーションを実施する機能
目 標	○ 脳卒中の発症を予防すること	○ 脳卒中が疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。	○ 患者の来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)に専門的な治療を開始すること ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療など高度に専門的な治療の実施について検討すること ○ 生活不活発病(廃用症候群)や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること	○ 機能回復やADL(日常生活動作)の向上のための集中的なリハビリテーションを実施すること ○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	○ 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること ○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること
求められる事項	○ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈(特に心房細動)、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること ○ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること ○ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧奨すること	(本人及び家族等周囲にいる者) ○ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと(救急救命士等) ○ 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール(活動基準)に沿い、適切な観察・判断・処置を行うこと ○ 急性期医療を担う医療機関へ発症後迅速に搬送すること	○ 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能であること ○ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的な診療が24時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。) ○ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(若しくは発症後4.5時間以内)に組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること(医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。) ○ 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術及び脳血管内手術が来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること ○ 呼吸・循環・栄養等の全身管理及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること ○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること ○ リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること ○ 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること ○ 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど回復期又は維持期の医療機関等と連携していること ○ 回復期又は維持期に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと ○ 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい	○ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること ○ 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善とADL(日常生活動作)の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること ○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること ○ 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど急性期や維持期の医療機関等と連携していること ○ 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること	○ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること ○ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションが実施可能であること ○ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること ○ 介護支援専門員が自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること ○ 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画(地域連携クリティカルパス等)を共有するなど回復期又は急性期の医療機関等と連携していること ○ 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること
医療機関例			○ 病院・診療所	○ 病院・診療所	○ 病院・診療所 ○ 介護老人保健施設

## 心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制における各医療機能

機能	【予防】 発症予防の機能	【救護】 応急手当・病院前救護の機能	【急性期】 救急医療の機能	【回復期】 疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	【再発予防】 再発予防の機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に急性期医療を担う医療機関に搬送されること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること</li> <li>○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること</li> <li>○ 再発予防のため、定期的専門的検査を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること</li> <li>○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること</li> <li>○ 在宅など生活の場への復帰を支援すること</li> <li>○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること</li> <li>○ 在宅療養を継続できるよう支援すること</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること</li> <li>○ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること</li> <li>○ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧奨すること</li> </ul>	<p>(家族等周囲の者)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 発症後速やかに救急要請を行うこと</li> <li>○ 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法など適切な処置を実施すること</li> </ul> <p>(救急救命士等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域メディカルコントロール協議会が定めたプロトコール(活動基準)に則し、適切な観察・判断・処置を実施すること</li> <li>○ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置など必要な検査や処置が24時間対応可能であること</li> <li>○ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること</li> <li>○ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば経皮的冠動脈形成術(PCI)を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること</li> <li>○ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること</li> <li>○ 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること</li> <li>○ 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術(CABG)や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること</li> <li>○ 電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること</li> <li>○ 運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする心臓リハビリテーションが可能であること</li> <li>○ 抑うつ状態等の対応が可能であること</li> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど回復期の医療機関等と連携していること、またその一環として、再発予防のための定期的専門的検査を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること</li> <li>○ 心電図検査、電気的除細動など急性増悪時の対応が可能であること</li> <li>○ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること</li> <li>○ 運動耐容能を評価した上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること</li> <li>○ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること</li> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関等と連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること</li> <li>○ 緊急時の除細動など急性増悪時への対応が可能であること</li> <li>○ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること</li> <li>○ 再発予防のための定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と連携していること</li> <li>○ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること</li> </ul>
医療機関例			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院</li> </ul>	



## 糖尿病の医療連携体制における各医療機能

	【初期・安定期治療】	【専門治療】	【急性増悪時治療】	【慢性合併症治療】
機能	合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能	血糖コントロール不可例の治療を行う機能	急性合併症の治療を行う機能	糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること</li> <li>○ 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病昏睡など急性合併症の治療を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病の診断と専門的指導が可能であること</li> <li>○ 糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること</li> <li>○ 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること</li> <li>○ 低血糖時やシックデイの対応が可能であること</li> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど専門治療を行う医療機関、急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること</li> <li>○ 各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む。)が実施可能であること</li> <li>○ 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること</li> <li>○ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること</li> <li>○ 糖尿病の予防治療を行う医療機関、急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること</li> <li>○ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること</li> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 糖尿病の慢性合併症(糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等)について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること(単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない。)</li> <li>○ 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、網膜剥離の手術等が実施可能であること</li> <li>○ 糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること</li> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と連携していること</li> </ul>
医療機関例	○ 病院・診療所	○ 病院・診療所	○ 病院・診療所	○ 病院・診療所



# 救急医療の医療体制における各医療機能

機能	【救命医療】	【入院救急医療】
目 標	救命救急医療機関(第三次救急医療)の機能 ○ 24 時間 365 日、救急搬送の受入れに応じること ○ 患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること	入院を要する救急医療を担う医療機関(第二次救急医療)の機能 ○ 病院群輪番制により、24 時間 365 日、救急搬送の受入れに応じること ○ 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること
求められる事項	○ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や複数の診療科にわたる重篤な救急患者を原則として 24 時間 365 日受け入れることが可能であること ○ 集中治療室(ICU)等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能であること ○ 救急医療について相当の知識と経験を有する医師が常時診療に従事していること ○ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内連携がとられていること ○ 急性期のリハビリテーションを実施すること ○ 急性期を経た後も、人工呼吸器など特別な管理が必要な患者を受け入れる医療機関等と連携していること ○ 都道府県又は地域のメディカルコントロール体制の充実に積極的な役割を果たすこと ○ DMAT2の派遣機能を持つなど災害に備えて積極的な役割を果たすこと ○ 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること ○ 都道府県又は地域のメディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管、薬剤投与等の病院実習や就業前研修、再教育などに協力していること	○ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること ○ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること ○ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること ○ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること ○ 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること ○ 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること ○ 自施設では完結できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
医療機関例	○ 救命救急センターを有する機関 ○ 地域救命センターを有する機関(初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補完機能を果たす機関)	○ 病院群輪番制病院 ○ その他の救急病院(救急告示病院)

# 周産期医療の医療体制における各医療機能

機能	【正常分娩】	【地域周産期母子医療センター】	【総合周産期母子医療センター】	【療養・療育支援】
機能	正常分娩等を扱う機能(日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。)	周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能	母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能	周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場(施設を含む)で療養・療育できるよう支援する機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 正常分娩に対応すること</li> <li>○ 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと</li> <li>○ 地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること</li> <li>○ 24時間体制での周産期救急医療(緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。)に対応すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 合併症妊娠、胎児・新生児異常など母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を実施すること</li> <li>○ 必要時に関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること</li> <li>○ 周産期医療の中核として地域の各周産期医療関連施設との連携を図ること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の保健・福祉との連携により、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場(施設を含む。)で療養・療育できる体制を提供すること</li> <li>○ 在宅において療養・療育を行っている児及び家族に対する支援を実施すること</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること</li> <li>○ 正常分娩を安全に実施可能であること</li> <li>○ 他の医療機関との連携により、合併症や帝王切開術その他の手術に適切に対応できること</li> <li>○ 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること</li> <li>○ 緊急時の搬送にあたっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること</li> </ul>	<p>【地域周産期母子医療センター】</p> <p>(ア)機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 主として正常分娩等を扱う医療機関からの救急搬送、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送に応じること</li> <li>○ オープンシステム やセミオープンシステム 等の活用、合同症例検討会等の開催等により、その他の周産期医療関連施設等との連携を図ること</li> </ul> <p>(イ)整備内容及び職員等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域周産期母子医療センターは、二次医療圏ごとに1病院又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。また、診療科目、設備、職員等については表1のとおり。</li> <li>○ 周産期母子医療センター連携病院は、二次医療圏ごとに必要に応じ整備することとし、24時間体制で自院及び他の医療機関からの妊産婦の搬送受入れが可能であること、産婦人科医師については、当直・呼出しにより24時間の診療体制が確保されていること。</li> </ul> <p>【周産期母子医療センター連携病院】</p> <p>県全体としての周産期医療体制を充実・強化する観点から、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を補完する病院を「周産期母子医療センター連携病院」として位置付けます。</p> <p>(ア)機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 妊婦の搬送受入体制を有し、出生体重2,000g以上、妊娠週数35週以上のハイリスク児や切迫早産等の妊娠週数35週以降の中等症妊産婦に対する医療を行う。</li> </ul> <p>(イ)整備内容及び職員等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 24時間体制で自院及び他の医療機関からの妊産婦の搬送受入れが可能であること</li> <li>○ 産婦人科医師については、当直・呼出しにより24時間の診療体制が確保されていること</li> </ul>	<p>(ア)機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ MFICU及びNICUを備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠(重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児異常(超低出生体重児、先天異常児等)など母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うこと</li> <li>○ 必要時、関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応すること</li> <li>○ 地域の周産期医療関連施設からの救急搬送に応じるなど、周産期医療体制の中核として連携・調整を行うこと</li> <li>○ オープンシステム、セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会等の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等との連携を図ること</li> </ul> <p>(イ)整備内容及び職員等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。また、診療科目、設備、職員等については表2のとおり。</li> <li>○ 救命救急センターを設置している場合は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること</li> <li>○ 精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者および住民に情報提供すること</li> </ul> <p>(ウ)病床数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ MFICU及びNICUの病床数は、過去の患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、適切な病床数をするを基本とする。施設当たりのMFICU病床数は6床以上、NICU病床数は9床以上(12床以上とすることが望ましい。)とする。</li> <li>※MFICU病床数は同等の機能を有する陣痛室の病床も含めて算定して差し支えない。ただし、この場合、陣痛室以外のMFICU病床数が6床を下回ることはできない。</li> <li>※NICU病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。</li> <li>○ MFICUの後方病室(一般産科病床等)は、MFICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。</li> <li>○ GCUは、NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。</li> </ul> <p>(エ)災害対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 災害時を見据えて業務継続計画を策定すること。また、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や気管切開等のある児の受入れが可能であること</li> <li>○ 児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図られていること</li> <li>○ 訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健及び福祉サービスを調整し、適切に療養・療育できる体制を支援すること</li> <li>○ 周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報(診療情報や治療計画等)を共有していること</li> <li>○ 医療型障害児入所施設等の自宅以外の場や在宅において療養・療育ができるよう、周産期医療関連施設と連携し支援すること</li> <li>○ 家族に対する精神的サポートや各種情報提供等の支援を実施すること</li> </ul>
医療機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 助産所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 訪問看護ステーション</li> <li>○ 医療型障害児入所施設</li> <li>○ 日中一時支援施設</li> </ul>

## 小児医療の医療体制における各医療機能(小児救急を除く)

機能	【相談支援等】 健康相談等の支援の機能	【一般小児医療】 一般小児医療(初期小児救急医療を除く。)を担う機能	【小児専門医療】 小児医療を担う機能	【高度小児専門医療】 高度な小児専門医療を担う機能
目 標	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 子供の急病時の対応等を支援すること</li> <li>○ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源や福祉サービス等について情報を提供すること</li> <li>○ 不慮の事故等の救急対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること</li> <li>○ 小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域に必要な一般小児医療を実施すること</li> <li>○ 生活の場(施設を含む。)での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般小児医療を担う機関では対応が困難な患者に対する専門医療を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児専門医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること</li> </ul>
求められる事項	<p>(家族等周囲にいる者)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 必要な時に行政等が実施している育児や救急に関する相談窓口を活用できること</li> <li>○ 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと</li> <li>○ 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること</li> </ul> <p>(消防機関等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AED(自動体外式除細動器)の使用を含めた救急蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導すること</li> <li>○ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること</li> <li>○ 救急医療情報システム等を活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること</li> </ul> <p>(行政機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 育児や救急に関する相談窓口の周知を図ること</li> <li>○ 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること</li> <li>○ 急病時の対応など受療行動についての啓発を実施すること</li> <li>○ AEDの使用を含めた救急蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導する体制を確保すること</li> <li>○ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源や福祉サービス等について情報を提供すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること</li> <li>○ 入院設備を有する場合に、軽症者の入院診療を実施すること</li> <li>○ 他の医療機関の小児病棟や新生児集中治療管理室(NICU)等から退院するときに、生活の場(施設を含む。)での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること</li> <li>○ 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービスを調整すること</li> <li>○ 医療型障害児入所施設など、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること</li> <li>○ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること</li> <li>○ 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること</li> <li>○ 診療情報や治療計画を共有するなど、専門医療を担う地域の病院と連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高度の診断・検査・治療や、勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと</li> <li>○ 一般の小児医療を担う機関では対応が困難な患者や、常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと</li> <li>○ 小児科を標榜する診療所や病院等と連携体制を形成し、地域で求められる小児医療を全体として実施すること</li> <li>○ より高度専門的な対応について、高度小児専門医療を担う病院と連携していること</li> <li>○ 療養・療育支援を担う施設と連携するとともに、在宅医療を支援していること</li> <li>○ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係医療機関との連携により、小児専門医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成、交流などを含めて地域医療に貢献すること</li> <li>○ 療養・療育支援を担う施設と連携していること</li> <li>○ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること</li> </ul>
医療機関例		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 訪問看護ステーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院</li> </ul>



## 小児医療の医療体制における各医療機能(小児救急のみ)

機能	【初期小児救急】	【入院小児救急】	【小児救命救急医療】
目 標	<p>初期小児救急医療を担う機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 初期小児救急を実施すること</li> </ul>	<p>入院を要する救急医療を担う機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること</li> </ul>	<p>小児の救命救急医療を担う機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休日夜間急患センター等において、平日夜間や休日の初期小児救急医療を実施すること</li> <li>○ 緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること</li> <li>○ 地域で小児医療に従事する開業医等が、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急患者に対する医療を24時間365日体制で実施可能であること</li> <li>○ 小児科を標榜する診療所や病院等と連携し、入院を要する小児救急患者に対する医療を担うこと</li> <li>○ 高度専門的な対応について、小児救命救急医療を担う病院と連携していること</li> <li>○ 療養・療育支援を担う施設と連携していること</li> <li>○ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院小児救急等を担う医療機関からの紹介患者や救急搬送による患者など、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること</li> <li>○ 療養・療育支援を担う施設と連携していること</li> <li>○ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること</li> </ul>
医療機関例	<p>(平日日中)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児科を標榜する病院・診療所</li> </ul> <p>(夜間休日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 休日夜間小児急患センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院群輪番制に参加している病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 救命救急センターを有する病院</li> </ul>



## 在宅医療の医療体制における各医療機能

機能	【退院支援】	【日常の療養支援】	【急変時の対応】	【看取り】	在宅医療において積極的役割を担う医療機関	在宅医療に必要な連携を担う拠点
目標	<p>円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制</p>	<p>日常の療養支援が可能な体制</p>	<p>急変時の対応が可能な体制</p>	<p>患者が望む場所での看取りが可能な体制</p>	<p>在宅医療において積極的役割を担う医療機関</p>	<p>在宅医療に必要な連携を担う拠点</p>
求められる事項	<p>■在宅医療に係る機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること</li> <li>○ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や症状に関する情報や計画を共有し、連携すること</li> <li>○ 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導等にも対応できるような体制を確保すること</li> <li>○ 病院・有床診療所等の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと</li> </ul> <p>■入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院支援担当者を配置すること</li> <li>○ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること</li> <li>○ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること</li> <li>○ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること</li> <li>○ 退院後、患者に起こりうる症状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書、電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること</li> </ul>	<p>■在宅医療に係る機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること</li> <li>○ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること</li> <li>○ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること</li> <li>○ がん患者(緩和ケア体制の整備)、認知症患者(身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介)、小児患者(小児の入院機能を有する医療機関との連携)等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること</li> <li>○ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること</li> <li>○ 介護家族等が一時的に介護ができない場合や心身の疲れを癒したりする場合に、患者を短期間受け入れ、必要な医療・介護を提供できる体制を整備すること</li> </ul>	<p>■在宅医療に係る機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 症状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、診療等の求めがあった際には、24時間対応が可能な体制を確保すること</li> <li>○ 一つの機関だけでは患者への24時間対応が難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること</li> <li>○ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者との連携を図ること</li> </ul> <p>■入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 連携している医療機関が担当する在宅療養者の症状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと</li> <li>○ 患者が重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること</li> </ul>	<p>■在宅医療に係る機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること</li> <li>○ 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる看取りに必要な医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと</li> <li>○ 介護施設等の入所者に対する看取りを必要に応じて支援すること</li> </ul> <p>■入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること</li> </ul>	<p>○ 医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと</p> <p>○ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉サービス関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと</p> <p>○ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること</p> <p>○ 入院医療機関においては、在宅療養者の症状が急変した際の受け入れを行うこと</p> <p>○ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービス資源に関する情報提供を行うこと</p>	<p>○ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること</p> <p>○ 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること</p> <p>○ 地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと</p> <p>○ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること</p> <p>○ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること</p>
医療機関等の例	<p>関係機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 歯科診療所</li> <li>○ 訪問看護事業所</li> <li>○ 薬局</li> <li>○ 居宅介護支援事業所</li> <li>○ 地域包括支援センター</li> <li>○ 介護老人保健施設</li> </ul> <p>■入院医療機関等の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・有床診療所</li> <li>○ 介護老人保健施設</li> </ul>	<p>■在宅医療に係る機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 訪問看護事業所</li> <li>○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所</li> <li>○ 薬局</li> <li>○ 居宅介護支援事業所</li> <li>○ 地域包括支援センター</li> <li>○ 介護老人保健施設</li> <li>○ 短期入所サービス提供施設</li> </ul>	<p>■在宅医療に係る機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 訪問看護ステーション</li> <li>○ 薬局</li> <li>○ 居宅介護支援事業所</li> <li>○ 地域包括支援センター</li> </ul> <p>■入院医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・有床診療所</li> </ul>	<p>■在宅医療に係る機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・診療所</li> <li>○ 訪問看護ステーション</li> <li>○ 薬局</li> <li>○ 居宅介護支援事業所</li> <li>○ 地域包括支援センター</li> </ul> <p>■入院医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病院・有床診療所</li> </ul>	<p>■医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅療養支援診療所・病院</li> <li>○ 在宅医療のためのグループに参加している病院・診療所</li> </ul>	<p>■連携拠点の例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療連携拠点</li> <li>○ 在宅医療支援センター</li> <li>○ 地域医療支援病院</li> </ul>

第 8 次医療計画等に関する意見のとりまとめ

令和 4 年 12 月 28 日

第 8 次医療計画等に関する検討会

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第 8 次医療計画の「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

I 医療計画全体に関する事項

1 医療計画の作成について

これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進等の取組を進めてきた。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。

一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワー確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、2040 年を見据えた人口構造の変化への対応を図ることが必要である。さらに、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている。

令和 6 年度から始まる第 8 次医療計画を作成する際には、これらの課題を踏まえ、地域の実情に応じて、関係者の意見を十分に踏まえた上で行うこととする。

2 医療提供体制について

（医療連携体制に関する事項）

令和 3 年の医療法改正により、第 8 次医療計画から医療計画の記載事項として、新興感染症への対応に関する事項が追加される。

したがって、医療連携体制に関する事項は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の

心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病、救急、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。）及び新興感染症発生・まん延時における医療の6事業並びに在宅医療を、医療計画に定めることとする。

また、地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用であると考えられるため、第8次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できるよう指針で示すほか必要な取組を行うこととする。

なお、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病（CKD）については、医療計画に記載すべき5疾病に加えることとはしないものの、現状を把握した上で、その対策については健康増進施策等関連施策と調和をとりながら講じることが必要である。

#### （外来医療に係る医療提供体制の確保）

平成30年医療法改正により、医療計画の記載事項として「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加された。第8次医療計画における外来医療計画の策定に当たり、「Ⅲ 外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項」の内容を踏まえ、見直しを行う。

なお、「外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、地域で十分に発揮することが期待されている「かかりつけ医機能」については、現在、その機能が発揮されるための具体的な方策について検討が進められており、今後、それらの検討を踏まえ、必要に応じて同ガイドラインにおける取扱いについて検討を行う。

#### （地域医療支援病院の整備）

令和3年の省令改正により、都道府県知事が地域の実情に応じて、地域医療支援病院の責務を追加できるようになったことを踏まえ、医療計画の策定及び見直しの際には必要に応じて責務の見直しを検討する。また、今後感染症法等の改正により、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供が義務づけられることを踏まえ、地域医療支援病院の整備の目標を定める際には、医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。また、紹介受診重点医療機関との関係についてわかりやすく説明することが求められるほか、今後の外来機能報告等の状況も踏まえ地域医療支援病院のあり方については引き続き議論が必要である。

### 3 医療従事者の確保等の記載事項について

#### (1) 医師の確保について

平成30年医療法改正により、医療計画において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は令和元年度までにPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を策定し、その他の取組とも連携しながら医師偏在対策を行っている。

第8次医療計画における医師確保計画の策定に当たり、三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標等について、「Ⅳ 医師確保計画策定ガイドラインに関する事項」の内容に基づき見直しを行う。

なお、2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行され、その後も、医療機関において、労働時間の短縮に向けた取り組みが進められる。その際、医師の労働時間短縮と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、個別の医療機関における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組や医師確保の取組とを連動させ、推進する。

#### (2) 医師以外の医療従事者の確保について

##### ① 歯科医師の確保について

地域包括ケアシステムの中で歯科医療提供体制を確保するには、病院と地域の歯科診療所等の連携体制を構築することが重要である。

地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や種類に応じて地域の歯科専門職を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。

また、歯科専門職確保のための地域医療介護総合確保基金の積極的な活用を行う。

##### ② 薬剤師の確保について

薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、病院への薬剤師派遣）の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。



また、取組の検討及び実施に当たっては、都道府県、都道府県薬剤師会・病院薬剤師会、関係団体等が連携する。

### ③ 看護職員の確保について

看護職員の需給の状況は地域（都道府県、二次医療圏）ごとに差異があることから、都道府県ナースセンター等の関係者との連携に基づき、都道府県・二次医療圏ごとの看護職員確保に係る課題を把握し、看護師等養成所による養成、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」（令和6年度運用開始予定）等を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援、医療機関の勤務環境改善による離職防止など、新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組を推進していく。

また、地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、地域の実情を踏まえて、地域医療介護総合確保基金の活用や都道府県ナースセンターにおける取組の充実など、訪問看護に従事する看護職員を確保するための方策を定める。

感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革に伴うタスクシフト／シェアの推進のため、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進していく。特定行為研修に係る指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、医道審議会看護師特定行為・研修部会における議論に基づき、都道府県ごとの特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標を設定する。なお、これらの目標を設定する際には、可能な限り二次医療圏ごとや分野・領域別の設定を検討する。

## 4 医療の安全の確保等について

医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に係る現状及び目標として、病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促す観点から研修の受講割合を盛り込むとともに、病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価を受審している病院数の割合を新たに項目へ盛り込むこととする。

医療安全支援センターについては、医療安全に関する情報提供、研修等求められる業務に即した項目を盛り込むとともに、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合を追加する。また、医療安全推

進協議会については、その開催状況についても把握する。

## 5 二次医療圏及び基準病床数について

### (1) 二次医療圏の設定

既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとする。その基準は第7次医療計画における考え方を踏襲し、見直しを行わない場合においてはその理由（地理的条件、面積、交通アクセス等）を明記することとする。5疾病・5事業及び在宅医療における圏域については、引き続き弾力的に設定することを可能とする。

人口100万人以上の大規模な二次医療圏については、二次医療圏としてよりも構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いが、その場合都道府県は協議の場を分割するなど、その運用を工夫することとしつつ、必要に応じて二次医療圏も見直すこととする。

隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定については、現在も指針において設定が可能であることを明記しているが、実務上の課題から、実際にはそのような医療圏の設定はされていない。一方で、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合もあり、その場合は連携する都道府県と協議を行い、具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めることとする。

都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告するよう求める。

中長期的には更なる人口動態の変化が予測されていることから、将来的な医療圏のあり方については第8次医療計画での取組を踏まえつつ引き続き検討を行うこととする。

### (2) 基準病床数

#### ① 基準病床の算出に用いる数値について

一般病床退院率や療養病床入院受療率、病床利用率等の基準病床の算出に用いる数値については、これまで、直近の患者調査等のデータを用いて算定することとしていたが、直近のデータは新型コロナウイルス感染症の影響を受けている値となっていることから、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない最新の数値を用いる（令和2年以降は除外する）こととする。

#### ② 平均在院日数について

一般病床の基準病床数の算定に当たって用いる平均在院日数は、第7

次医療計画では平成 21 年及び平成 27 年病院報告から短縮率を算出し、また、直近の病院報告（平成 27 年）までの 6 年間（平成 21～27 年の 6 年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、地域差の是正を進める観点から一定の条件を設けていた。

第 8 次医療計画においても同様に短縮率を平成 27 年及び新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない令和元年病院報告から算出したところ、その推移としては依然として短縮傾向にある中で従前ほどの短縮率は認められないこと、一方で地域差に関しては縮減していないことを踏まえ、基準病床数の算定に用いる平均在院日数については第 7 次医療計画と同様の算出を行うこととする。

### ③ 精神病床の基準病床数の算定式について

精神病床の基準病床数の算定式については、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」における議論を踏まえ、近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするとともに、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするよう見直しを行う。

## 6 医療計画の作成手順等について

### （1）他計画との関係

医療計画の策定に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれ、関連する施策との連携を図ることが重要である。

また、第 8 次医療計画の開始時期である令和 6 年度は、市町村において策定する介護保険事業計画等の開始時期でもあることから、それらの計画の策定スケジュールを都道府県と市町村とで共有しながら議論を進める体制を整える必要がある。

また、医療計画の一部である、外来医療計画や医師確保計画においては、二次医療圏を 1 つの単位とすることから、5（1）に記載のとおり、医療圏の設定について優先的に議論を行う必要がある。

### （2）地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場（地域医療構想調整会議）が構想区域ごとに設置されている。

新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の

背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCA サイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況を分かりやすく公表を行うこととする。さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。

### (3) 住民への周知・情報提供

医療計画の内容のうち、必要な情報を分かりやすい形で住民に対して情報提供を行うことが重要である。周知の際には、住民向けの概要版の作成や用語の解説を加える等の工夫に努めるほか、限られた医療資源を有効に使う観点から地域の医療提供体制の課題や見通しなどを示し、住民の理解・協力を得られるよう努めることとする。

## II 5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項

### 1 5 疾病について

#### (1) がんに関する医療提供体制について

##### ① 見直しの方向性



- がんに関する医療提供体制の構築に当たっては、「がん対策推進基本計画」及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日付け厚生労働省健康局長通知）の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第4期がん対策推進基本計画においても、引き続き、治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援等に取り組む。
- がん医療圏の設定については、各都道府県の実態を踏まえ、二次医療圏との整合が取れる範囲で、柔軟に設定できることとする。
- 指標については、第4期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後のがん対策推進協議会における議論の内容を参考に見直す。

## ② 具体的な内容

（役割分担を踏まえた集約化）

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。

（多職種連携によるチーム医療の推進）

- 多職種連携によるチーム医療の提供をさらに充実させる観点から、拠点病院等において、地域の医療機関等との連携も含め、チーム医療の提供体制の整備を進める。

（特性に応じたがん対策について）

- 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。
- 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。

（新興感染症の発生・まん延時でも機能を維持できる医療体制の整備）

- 新型コロナウイルス感染症の拡大時等においても、必要ながん診療を提供できるよう、平時における準備等の対応を含めて、地域の実情に応じた連携体制の整備を進める。

### ③ 指標の見直し（例）

- ・ 指針に基づく検診の実施率
- ・ 精密検査受診率
- ・ 診断から手術までの日数
- ・ 初診から確定診断までが1か月未満の患者の割合
- ・ 緩和ケア研修会修了者数
- ・ がん相談支援センターでの新規相談件数

## （2）脳卒中に関する医療提供体制について

### ① 見直しの方向性

- 脳卒中に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
  - ・ 循環器病に係る指標の更新
  - ・ 関係する諸計画との連携
  - ・ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備を提示しており、上記に係る見直しを行う。
- 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、7つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

### ② 具体的な内容

（病院前救護における患者スクリーニング）

- 救急隊による、治療適応の判断を含めた適切な患者の評価と、評価に基づく搬送先選定が可能な救護体制を構築する。

（標準治療の普及・均てん化）

- 脳梗塞に対する血管内治療について、rt-PA 静注療法とともに、標準的治療として全国で提供されるような体制を構築する。
- 医療の地域格差を解消し、標準治療の均てん化を図るため、一般社団法人日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」を実施できるような遠隔医療のシステムを拡充していく。

（回復期や維持期における医療体制の強化、就労支援の充実）

- 急性期の医療機関と、回復期の医療機関との機能分化を推進するとともに、ある程度の重症者であっても回復期の医療機関において受入が可能な体制を整備する。
- 回復期や生活期・維持期の医療では、リハビリテーションの取組に加え、生活の質を向上させる観点から、就労両立支援に係る人材の充実等により、脳卒中患者の疾病罹患後の就労両立支援を推進する。

### ③ 指標の見直し（例）

- ・ 脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数
- ・ 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
- ・ リハビリテーション科医師数
- ・ 両立支援コーディネーターの受講者数
- ・ 脳卒中患者に対する療養・就労両立支援件数

## (3) 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制について

### ① 見直しの方向性

- 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
  - ・ 循環器病に係る指標の更新
  - ・ 関係する諸計画との連携
  - ・ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備
 を提示しており、上記に係る見直しを行う。
- 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、3つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

### ② 具体的な内容

(感染拡大時でも必要かつ十分な診療を行える医療体制の整備)

- 有事の際にも必要かつ十分な診療を行えるよう、平時から医療機関間・地域間連携や回復期・慢性期の医療体制の強化等を進める。

(デジタル技術を含む新たな技術の活用)

- 限られた医療資源の効果的活用及び効率的な医療機関間・地域間連携の推進の観点から、アプリ・AI等を用いた診断・治療の補助等に係る取組や、ICTを活用した連携体制の構築を推進する。

(ACPの推進)

- 個人の意思決定に基づいた医療の提供を推進する観点から、ACPを適切に実施できる体制を整備する。

### ③ 指標の見直し(例)

- ・ 急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率
- ・ 大動脈疾患患者に対する手術件数
- ・ 両立支援コーディネーターの受講者数
- ・ 心血管疾患における介護連携指導料算定件数
- ・ 特定保健指導の実施率

## (4) 糖尿病に関する医療提供体制について

### ① 見直しの方向性

- 糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、国民健康づくり運動プラン(健康日本21(第二次))や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理する。その他、診療提供体制に係る記載について、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容等を踏まえ、必要な見直しを行う。
- 糖尿病の発症予防、糖尿病の治療・重症化予防、糖尿病合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点をおいて取組を進めるための医療体制の構築を目指す。
- 指標の見直しに当たっては、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容を参考として見直しを行う。

### ② 具体的な内容

(診療科間及び多職種連携体制の構築)

- 糖尿病や糖尿病合併症の治療・重症化予防には定期的な眼底検査、腎機能検査、栄養指導等の療養指導等、関係する診療間での連携や職種間の連携が必要であり、各学会から公表されている紹介基準等を参考に、糖尿病診療におけるかかりつけ医と専門家等との連



携や多職種連携等の医療連携体制の整備を引き続き推進する。

(糖尿病の発症予防に係る取組及び予防と医療の連携の推進)

- 地域の保健師と連携した糖尿病発症予防に係る取組を引き続き推進するとともに、保健師等と医療機関との連携体制の構築や健診後の受診勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療の連携に係る取組を強化する。また、患者及びその家族等に対する教育や、国民に対する正しい知識の普及啓発等に係る取組を引き続き推進する。

(糖尿病の治療・重症化予防に係る取組の推進)

- 糖尿病の重症化予防の観点から糖尿病治療中断者数を減少させることや早期からの適切な指導・治療を行うことが重要であり、就労支援（両立支援、治療継続支援）、健診受診者や治療中断者への受診勧奨（糖尿病性腎症重症化予防プログラム等）等の取組を推進する。

(新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の医療体制)

- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進める。

### ③ 指標の見直し（例）

- 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）
- HbA1c もしくは GA 検査の実施（患者もしくは割合）
- 糖尿病専門医数（もしくは在籍する医療機関数、割合）

## (5) 精神疾患に関する医療提供体制について

### ① 見直しの方向性

- 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。

- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々  
の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護  
その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する。
- 患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切  
れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支  
援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段  
階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、  
第7次医療計画における指標例を含めて定める。

## ② 具体的な内容

(医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制  
の整備)

- 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困  
りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救  
急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急  
性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要  
である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福  
祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮  
らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応において  
は、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外  
医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）に  
ついて、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護  
事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望まし  
い。
- また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべ  
ての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害  
にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療  
計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連  
携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の  
助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備してい  
くことが重要となる。
- なお、精神疾患の医療体制の構築に係る指針の策定に当たって  
は、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症について  
も勘案することが望まれる。

## ③ 指標の見直し（例）

- 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数、相談支援の実施件数
- 心のサポーター養成研修の実施回数、修了者数
- 在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数
- 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数

## 2 6事業

### (1) 救急医療

#### ① 見直しの方向性

- 増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリ・ドクターカーについて、地域においてより効果的な活用ができるような体制を構築する。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

#### ② 具体的な内容

##### (救急医療機関の役割)

- 高齢者の救急搬送が増加していく中で、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。
- 特に高齢者の患者が帰宅する際には、受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導や、必要な支援へのつなぎを進める。
- 精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。

##### (高度救命救急センター等の体制整備)

- 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する。

(高次の医療機関からの転院搬送の促進)

- 高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。具体的には、受け入れ先となる医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておく。
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。

(相談体制等の整備)

- 患者ができるだけ救急外来を受診しなくても済むよう、引き続き地域におけるプライマリケアをすすめるとともに、#7119、#8000等による医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談体制の整備を推進する。

(居宅・介護施設の高齢者の救急医療)

- 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討する。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。
- ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催するなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討する。

(ドクターヘリ・ドクターカー)

- 都道府県は隣接都道府県と協議し、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県境付近の患者からの要請時に、より効率的な対応ができるような広域連携体制を構築する。
- ドクターカーについては、地域にとって効果的な活用方法を検討するため、まずは、全国の様々な運行形態を調査し、救急医療提供

体制の一部としてより効果的に活用する。

(新興感染症の発生・まん延時における救急医療)

- 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する。
- 医療機関は、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する。
- 救急外来を受診しなくても済むような電話等による相談体制（#7119、#8000等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応可能な体制を整備する。
- 新興感染症の発生・まん延時に、救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関、および地域全体において必要な体制を構築する。
- 精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を含め、新興感染症の発生・まん延時に受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。例えば、いったん患者を幅広く受け入れ必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じた体制を平時から検討する。

### ③ 指標の見直し（例）

- 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの一ヶ月後社会復帰率を追加
- 心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合を追加
- 救命救急センターの応需率を追加

## (2) 災害時における医療

### ① 見直しの方向性

- DMAT・DPAT等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を進める。
- 災害時に拠点となる病院、それ以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。



- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
- 医療コンテナの災害時における活用を進める。

## ② 具体的な内容

### (DMAT 等の位置付け・明確化)

- DMAT・DPAT 等の派遣や活動を円滑化する観点から、所属医療機関における隊員の活動に対する理解がより得られ、派遣しやすくなり、また研修や訓練に参加しやすくなるような仕組みの明確化について検討を進める。
- DMAT・DPAT は、災害時のみならず、新興感染症のまん延時における感染症患者の入院・搬送調整や感染症専門家と協力しクラスターが発生した施設等における感染制御等の活動に対する支援を実施する。
- DPAT の業務として新興感染症対応を明確に位置付けるため、活動要領改正を行う。

### (多職種連携)

- 災害時において、都道府県は様々な保健医療活動チームと協力することが必要であることから、災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認する。
- 被災都道府県は、大規模災害発生時に、都道府県の関係課及び保健所の職員、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター等で構成される保健医療福祉調整本部を設置し、当該本部は保健所・DHEAT、各種保健医療活動チーム（DMAT、DPAT、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）等）との連絡及び情報連携を行うための連絡窓口を設置し、災害時における保健医療福祉活動の総合調整を行う。
- 都道府県は、災害時の保健医療提供体制を効率的に調整するため、都道府県の保健医療福祉調整本部に配置される都道府県災害医療コーディネーターと保健所又は市町村における保健医療活動の調

整等を担う本部に配置される地域災害医療コーディネーターの両者を整備する。

- 都道府県は、災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進する。

(災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院)

- 都道府県は、災害拠点病院について、地域の実情に応じて引き続き指定を進める。
- 災害拠点精神科病院について、整備を進めるための支援について検討する。
- 都道府県は、精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討する。
- 災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害発生時に自院にいる患者への診療を継続するために、平時から、業務継続計画（BCP）を策定した上で、施設の耐震化や、自家発電機の整備、また、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を実施するほか、EMISを用いて発災時に自らの被災情報を発信できる体制の構築を徹底し、災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。
- 都道府県によっては、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例（災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れる医療機関を指定等）もあることから、これらも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討する。
- これらの取組が進むように、都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認する。

(止水対策を含む浸水対策)

- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じる。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在するその他の医療機関は、浸水対策を講じるように努める。

- 風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等に医療関係者の参画を促進する。
- 業務継続計画（BCP）の策定は、地域における医療機関の役割やライフライン復旧対策等、他機関（行政・消防・関連業者等）を含めた地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等の他のマニュアルとの整合性をとる必要があり、医療機関が独自に策定するのは難しいことから、地域の防災状況や連携を研修内容に組み込んでいる厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定する。

（医療コンテナの災害時における活用）

- 災害訓練や実災害時において、また、イベント時の事故等への備えにおいて、医療コンテナを活用し有用性を検証する。
- 都道府県や医療機関は、災害時等において、検査や治療に活用する。具体的には、災害時の医療提供体制を維持するために医療コンテナ等を活用し、例えば、仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行う。

### ③ 指標の見直し（例）

- DMAT 感染症研修を受講した DMAT 隊員の隊員数及び割合
- 既存の指標の災害医療コーディネーター任命数を廃止し、都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域災害医療コーディネーター任命数
- 災害拠点病院以外の病院における自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において浸水対策を講じている病院の割合
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、業務継続計画（BCP）を策定している病院のうち浸水を想定した業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合

## （3）へき地の医療

### ① 見直しの方向性

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、

国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。

- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣。以下同じ。）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取組を着実に進める。

## ② 具体的な内容

（へき地で勤務する医師の確保）

- へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。

（遠隔医療の活用）

- 医療機関が遠隔医療を実施するに当たっては、資金やハード面の整備を含む自治体からの支援が重要であることが示唆されているため、都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

（へき地医療拠点病院の主要3事業）

- 主要3事業の実績の向上に向けて、オンライン診療の導入が有用である可能性が示唆されており、オンライン診療を活用し行った巡回診療・代診医派遣についても、事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

## ③ 指標の見直し（例）

- ・ へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数
- ・ へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数

## （4）周産期医療

### ① 見直しの方向性

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏を柔軟に設定し、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

## ② 具体的な内容

### (周産期医療圏の設定)

- 産科医師や分娩取り扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しつつ、二次医療圏にこだわらず周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保する。

### (周産期医療に関する協議会)

- 構成員には、地域の周産期医療に携わる医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とする。また、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 将来的な医療の質の向上、安全性の確保のために、周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討する。
- 周産期医療については、出生後の児を円滑に小児医療につなげる観点から、小児医療と強く結びつく必要があるため、「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。
- 医療と母子保健等との連携を推進する観点から、保健福祉部局の担当者の参画を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援策についての情報共有を図り、母子に対して切れ目ない支援を進める。



- 協議会は少なくとも年1回、必要な場合は年に複数回、定期又は臨時で開催するものとする。また、必要に応じオンラインで開催する。

(ハイリスク妊産婦への対応)

- NICU・MFICUや周産期・新生児専門医などの高度専門人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 総合周産期母子医療センターは、周産期医療関係者研修事業を活用し、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割も担う。
- 地域における妊産婦の精神疾患に対する医療体制を整備するため、周産期医療に関する協議会の構成員として、妊婦のメンタルヘルスに携わる人材の参画を検討する。(再掲)
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して支援等を行っている自治体の例を収集し、これらも参考に、地域の実情に応じて対策を検討する。

(在宅ケアへの移行支援)

- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支援施設運営事業を活用して、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。
- 地域の医療機関は、在宅において療養・療育を行っている児の家族に対し、日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施する。

(産科区域の特定)

- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

(医師の勤務環境の改善)

- 周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討する。
- ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、ハイリスクでない分娩は、その他の産科病院や産科有床診療所等で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関においても、妊婦健診や産前・産後のケアの実施や、オープンシステム・セミオープンシステムの活用をすすめるなど、医療機関の役割を分担し、周産期医療と母子保健を地域全体で支える。
- 地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアを進める。

(新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制)

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、地域の周産期医療に関する協議会等においてあらかじめ協議する。
- 適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、その活用について平時から検討する。
- 周産期医療に関する協議会の構成員として、消防関係者の参画を検討し、平時及び新興感染症の発生・まん延時における妊産婦の受け入れ先等の救急搬送体制について協議する。(再掲)

③ 指標の見直し(案)

- ・ 院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
- ・ NICU入院時の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数
- ・ NICU長期入院児が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数
- ・ 退院支援を受けたNICU・GCU児数
- ・ 妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情

## 報提供を行っている周産期母子医療センター数

### (5) 小児医療（小児救急医療を含む。）

#### ① 見直しの方向性

- 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。
- 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
- 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
- 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（＃8000）を推進する。
- 小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

#### ② 具体的な内容

（小児医療圏の設定、医療機能の明確化等による医療の確保）

- 第8次医療計画の策定に当たっては、第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化する。一本化に当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制がとれるよう留意する。
- 一般小児医療機能を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。
- 集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせることが求められることに留意する。

（小児医療に関する協議会）

- 構成員には、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含むことを基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画を検討する。また、医療的ケア児や被虐待児等福祉が必要な児の成育に関する必要な対策を検討する観点から、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤

師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。

- 小児の外傷、熱傷等小児科以外の診療科と連携が必要な領域を含む、小児医療に関する事項についても幅広く協議する。
- 小児医療については、出生後の児を円滑に周産期医療から引き継ぐ観点から、周産期医療と強く結びつく必要があるため、「小児医療に関する協議会」と「周産期医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。
- 協議会は少なくとも年1回、必要に応じて年に複数回、定期又は臨時で開催する。また、必要に応じオンラインで開催する。

(医療的ケア児への支援)

- 医療的ケア児が入院する医療機関は、地域全体で取り組まれている、医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制に参画する。
- 医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制を整える。また、退院後の医療的ケア児の緊急入院に対応できる体制を整備する。
- 保護者の負担を軽減するため、日中一時支援事業を活用し、レスパイトの受け入れ体制等の医療体制を整備する。

(子どもの成育に関する保健・教育・福祉との連携)

- 小児医療に関する協議会の構成員として、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含む事を基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画、また、医療だけでなく、保健・教育・福祉にわたり、子どもたちの成育について広く協議する為に、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。(再掲)
- 地域で子どもの心の問題や児童虐待への医療・保健福祉の連携体制を構築し(子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施など)、医療機関においては、これらに参画する。また、市町村が開催する要保護児童対策地域協議会への参加や、不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の整備の実施について、検討する。

(子ども医療電話相談事業(＃8000)の対応状況)

- #8000 について、応答率等を確認し、回線数を増やすなどの改善の必要性を適宜検討する。
- #8000 対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図る。
- 都道府県は、相談体制を補完するものとして、信頼できる小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急、教えて！ドクター等）についても積極的に周知を行う。

（医師の勤務環境の改善）

- 小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、労務管理等の働き方改革を進めつつ、地域において必要な小児医療を維持・確保することを目的として、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や小児科の医師偏在対策を検討する。

（新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制）

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児診療を実施する医療機関をあらかじめ協議する。
- 適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討する。
- 新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討する。

③ 指針の見直し（案）

- ・ 子ども医療電話相談の応答率
- ・ 在宅小児の緊急入院に対応している医療機関数
- ・ 在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数
- ・ 退院支援を受けた NICU・GCU 入院児数

（6）新興感染症発生・まん延時における医療

本項目については引き続き検討会で議論を行い、別途とりまとめる。

3 在宅医療

（1）在宅医療の提供体制



① 見直しの方向性

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

② 具体的な内容

(在宅医療の体制整備)

- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計や、小児の在宅医療について実態を把握するためのデータを提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて体制整備を進める。なお、訪問診療及び訪問診療の推計については、現時点の受療率を元に算出するため、制約のある値であることに留意する。
- 具体的には、地域の実情に応じ、地域医療介護総合確保基金等も活用し、以下について取り組む。
  - ・ 訪問診療における、医療機関間の連携や ICT の活用等による対応力強化、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新たに開業する医療機関の訪問診療への参入促進等
  - ・ 訪問看護における、退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24 時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT の活用等による機能強化・業務効率化等

(「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」)

- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の目標や求められる事項については、医療機関や当該拠点がそれぞれ担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとする。
- 医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」以外の診療所及び

病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

(圏域の設定)

- 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市区町村や保健所圏域等の単位毎の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとする。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも1つは設定することとする。

(在宅医療・介護連携)

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」が、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備状況や「在宅医療・介護連携推進事業」との連携について、実態把握と進捗確認を行う。
- 在宅医療の体制整備においては、これまでの介護サービス基盤の整備状況や今後の見込みも踏まえる必要があることから、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を図るため、医療計画策定の際に、都道府県や市区町村における医療・介護の担当部局間で協議を行うこととする。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 機能強化型在宅療養支援診療所数及び機能強化型在宅療養支援病院数

(2) 急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備

① 見直しの方向性

- 在宅療養患者の急変に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。
- 平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとと

もに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

## ② 具体的な内容

（急変時・看取りの体制）

- 在宅療養患者の急変に対応する入院医療機関としては、在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等が想定される。在宅医療の関係者間で情報共有や連携のあり方に関するルールを共有するため、在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいとため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。

（災害時等の支援体制）

- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、引き続き、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することとする。
- 災害時には、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

## ③ 指標の見直し（例）

- ・ 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

## （3）在宅医療における各職種の関わり

### ① 見直しの方向性

- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。
- 在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

### ② 具体的な内容

（各職種の関わり）

- 在宅療養患者への医療・ケアの提供に当たり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある。
- 在宅療養患者の身体機能及び生活機能の回復・維持を図る観点から、口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理について、関係職種間での連携を推進する。

(訪問看護)

- 退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT化等による機能強化、業務効率化等について、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の実情に応じて、取組を進める。(再掲)
- 本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいと見られ、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。(再掲)

(訪問歯科診療)

- 在宅療養患者に対する口腔の管理は重要であり、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて、次期指針における在宅医療の現状や医療体制の構築に必要な事項の項目等に盛り込む。
- 在宅歯科医療を進めるに当たり、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携は重要な課題であり、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」も活用し、圏域内の状況を踏まえ、地域の在宅歯科医療の目指す姿について、関係機関等と共有しつつ、連携体制構築を進める。

(訪問薬剤管理指導)

- 入退院時における医療機関等との情報共有をはじめ、関係機関との協力を通じて、薬局と在宅医療に係る他機関との連携体制を構築することは重要である。多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図る。
- 都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備する。

- 地域連携薬局については、令和3年度に制度が開始されたばかりであり、都道府県によって認定状況に差があるため、地域連携薬局の在宅医療への貢献について、今後調査を進めることとし、その結果も踏まえて、取組を検討する。

(訪問リハビリテーション)

- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について、明確化する。

(訪問栄養食事指導)

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について、明確化する。

### ③ 指標の見直し(例)

- ・ 麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数及び小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 24時間対応可能な薬局数
- ・ 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数及び医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者数
- ・ 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数及び訪問栄養食事指導を受けた患者数

## Ⅲ 外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項

### 1 外来医師偏在指標を活用した取組について

#### (1) 外来医師偏在指標について

- 外来医師偏在指標については、引き続き現行の計算式を使用するとともに、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にお

ける医師偏在指標に係る議論を踏まえ、使用するデータの時点については、平成29年の外来受療率を用いることとする。

## (2) 外来医師偏在指標を活用した取組について

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、策定した外来医療計画は、住民に対しわかりやすく周知するほか、取組の実効性を確保する観点からは、金融機関等へ情報提供を行うことが重要である。
- さらに、外来医師多数区域以外や新規開業者以外においても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができることとする。なお、外来医療の体制整備に当たっては、医師確保の観点も必要であるが、特に外来医師多数区域以外については、医師確保計画とも整合性をとりながら進めることとする。
- 地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める観点から、都道府県は、地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めることとする。また、救急医療や在宅医療の施策との連携が考えられるほか、学校医の確保については都道府県等の教育委員会との連携も重要である。
- 外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行う。

## 2 医療機器の効率的な活用について

### (1) 医療機器の配置・稼働状況等の可視化について

- 都道府県においては、地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、医療機器の配置・稼働状況に加え、共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても可視化を進め、必要な共同利用を促進することとする。

### (2) 共同利用計画について

- 地域の医療資源を可視化する観点から、新たに医療機器を購入する医療機関に対して、購入後の当該医療機器の稼働状況について、都道府県へ報告を求めることとする。



### 3 地域における外来医療の機能分化及び連携について

#### (1) 外来医療計画の記載事項について

- 地域の医療機関の外来機能の明確化や連携状況を可視化し、患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的に、紹介受診重点医療機関となる医療機関の名称に加え、外来機能報告で把握可能な、紹介受診重点外来の実施状況等の情報を新たに盛り込む。

#### (2) 外来機能報告の活用方法について

- 都道府県においては、外来機能報告により入手可能な重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととする。

## IV 医師確保計画策定ガイドラインに関する事項

### (1) 医師偏在指標

#### ① 見直しの方向性

- 医師偏在指標の精緻化を行う。
- 都道府県が地域の実情に応じた施策を検討する際の参考となるよう、国が新たに勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

#### ② 具体的な内容

（複数の医療機関に勤務する医師の取扱い（三師統計の「従たる従事先」の反映））

- 医師偏在指標の算定式における「性年齢階級別医師数」の算出に当たっては、複数の医療機関に勤務する医師の取扱いについて、医師偏在指標の精緻化を図る観点から見直す。
- 具体的には、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

（医師偏在指標の算定で用いる受療率及びその時点）

- 現在は全国受療率を用いて医師偏在指標を算出している。都道府県別受療率を用いた場合、受療率が高い都道府県で更に多くの医師

を配置する必要性が生じることとなり、地域偏在の解消が進まなくなる恐れがあることから、次期医師偏在指標においても、現在の医療提供体制が維持できるよう十分配慮をした上で、引き続き全国受療率を用いる。

- 令和2年の患者調査は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられる。今後の受療率の見通しの予想は困難であり、現時点においては、少なくとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成29年の患者調査を用いて医師偏在指標を算出する。

(勤務施設別の医師偏在指標)

- 都道府県単位及び二次医療圏単位では引き続き従前の医師偏在指標（上記の内容を反映したもの）を用いて、医師少数区域・医師多数区域等を設定する。
- 新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

(診療科間の医師偏在)

- 診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。現時点では診療科ごとの医師偏在指標は算出が困難であるが、都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にすることが考えられる。

## (2) 医師少数スポット

### ① 見直しの方向性

- 医師少数スポットの設定地域の考え方を明確化するとともに、医師少数スポットの設定理由を医師確保計画に明記する。

### ② 具体的な内容

- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とし、医師少数スポットの設定の理由を医師確保計画に明記することにする。
- 医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定箇所の見直しを行う。
- 都道府県の医師少数スポットに対する施策による効果を把握でき

ていないため、現時点では医師少数スポットに係る一定の基準の設定は困難であるが、今年度から厚生労働省において、医師少数スポット等の医師確保の実態について把握することとしており、今後その結果を分析することにより当該基準について検討する。

### (3) 目標医師数

#### ① 見直しの方向性

- 特に医師少数区域以外の区域における目標医師数の設定における考え方を示す。
- 国が新たに「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を都道府県に提示する。

#### ② 具体的な内容

- 医師少数都道府県の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位 1/3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。
- 医師少数都道府県以外は、現ガイドラインに引き続き、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、下記に記載する自県の二次医療圏の設定上限数の合計が、都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、各二次医療圏の目標医師数を設定する。
- 医師少数区域の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位 1/3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。ただし、計画期間開始時に既に下位 1/3 に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。
- 医師少数区域以外の目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。
- なお、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮し、目標医師数の設定を行う。

(4) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

① 見直しの方向性

- 都道府県は、安定した医師確保を行うため、地域枠に加えて地元出身者枠についても、恒久定員内への設置を進めるとともに、地域枠等の医師のキャリア形成を支援する。

② 具体的な内容

- 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置について、積極的に大学と調整を行うこととする。
- 特に医師少数県においては、自県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進する。
- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。

(5) 産科・小児科医師偏在指標

① 見直しの方向性

- 産科医師偏在指標及び小児科医師偏在指標の精緻化を行う。

② 具体的な内容

- 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において「過

去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数を用いる。また、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」と変更する。

- 分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も（1）の医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先を記載している医師については、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

#### （6） 医師確保計画の効果の測定・評価

##### ① 見直しの方向性

- 医師確保計画における効果の測定・評価の方法について見直しを行う。

##### ② 具体的な内容

- 第8次（前期）医師確保計画に記載する第7次医師確保計画の効果の測定・評価については、計画終了時の医師偏在指標の見込みの算出が困難であることから、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として評価することとする。ただし、病床機能報告は一般病床及び療養病床のデータのみであることに留意する。
- 三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図る。

#### （7） その他

##### ① 見直しの方向性

- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 子育て支援は個々の医療機関の取組としてだけでなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組む。

##### ② 具体的な内容

（医師確保に関する施策）

- 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医

師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとする。

- 自県内に所在する大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組については、これまで一部の都道府県において行われてきたが、各都道府県はそれらの取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を推進することとする。
- 上記取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、県外に所在する大学に寄附講座を設置するなどし、都道府県は県外からも医師の派遣調整を行うこととする。
- 都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師を取得可能になるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を促進することとする。
- 当該医師確保に関する各都道府県の取組の中で参考となるものについては、国は、好事例として周知することとする。

(子育て支援等)

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下しており、また、子育て世代の医師に対する取組は男女問わず重要であると考えられることから、妊娠中の支援や子育て支援（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの活用等）については、個々の医療機関の取組としてだけでなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組むこととする。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。



区分	現 状									課題	主な施策	◎厚生センター事業 ○関係機関が実施する事業
	指 標	国 策定時	県 策定時	県 直近	高岡圏域 策定時	高岡圏域 直近	高岡市	射水市	氷見市			
退院支援	退院調整実施率 ※退院時に在宅療養生活に向けた調整が行われた割合		80.7 (2016年)	87.1 (2020年10月)	74.9 (2016年10月)	86.6 (2020年10月)				<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院医療から在宅医療等への切れ目のない医療体制を確保するため、質の高い退院支援の実施と多職種連携の仕組みづくり</li> <li>・在宅への移行が円滑に行われるための退院カンファレンス実施の促進と医療と介護の関係者の連携を促進</li> <li>・入退院の際に、医療と介護が情報共有を行う退院調整ルールの普及と運用促進</li> <li>・医療、介護等に係る多職種連携を推進する連絡会や研修会等の実施</li> <li>・各市が行う在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅への移行が円滑に行われるための退院カンファレンス実施の促進と医療と介護の関係者の連携を促進</li> <li>・入退院の際に、医療と介護が情報共有を行う退院調整ルールの普及と運用促進</li> <li>・医療、介護等に係る多職種連携を推進する連絡会や研修会等の実施</li> <li>・各市が行う在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎入退院支援ルールの運用に係る調整、評価（参加病院・有床診療所/介護関係）</li> <li>○病院地域連携室等と居宅会議支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等との情報交換会の開催（市民病院）</li> <li>○多職種連携研修会の開催</li> <li>○各市にて地域の医療・介護関係者等が参画する会議</li> <li>○医療・介護関係等のICTを活用した情報共有</li> </ul>
	退院支援担当者を配置している病院数 (人口10万対)	2.8 (2014年)	3.5 (2014年)	4.0 (2017年)	3.4 (2014年)	3.5 (2017年)	4.6 (2017年)	2.1 (2017年)	2.1 (2017年)			
	退院支援を実施している診療所・病院数 (人口10万対)	2.7 (2015年)	3.2 (2015年)	診療所 0 病院3.1～4.3 (2019年)	2.8 (2015年)	診療所 0 病院2.6～3.2 (2019年)	診療所 0 病院3.5 (2019年)	診療所 0 病院1.1～2.2 (2019年)	診療所 0 病院2.1～4.3 (2019年)			
	退院支援(退院調整)を受けた患者数 (人口10万対)	985.9 (2015年)	1,106.1 (2015年)	2645.5 (2019年)	1050.7 (2015年)	2,102.2 (2019年)	3,179.6 (2019年)	581.4 (2019年)	1,194.0 (2019年)			
日常の療養生活の支援	訪問診療を実施している診療所・病院数 (人口10万対)	21.7 (2015年)	26.0 (2015年)	診療所22.3 病院4.0～4.6 (2019年)	27.1 (2015年)	診療所25.5 病院2.6～2.9 (2019年)	診療所28.7 病院2.3 (2019年)	診療所22.6 病院4.3 (2019年)	診療所19.3 病院2.1～4.3 (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療に取り組む医師の確保と人材育成、在宅主治医が相互に補完しあう連携協力体制づくり</li> <li>・在宅医療に関わる多職種の連携と人材育成、情報共有基盤の整備</li> <li>・日常的な診療、服薬管理、口腔ケア、健康管理等を充実させるため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等をもつことへの推進</li> <li>・訪問看護ステーションや訪問看護師の増加、機能強化に向けた取り組み</li> <li>・介護を担う家族等の理解が最も重要であることから、在宅療養に関する理解を深めるとともに、療養期間中における介護家族等の負担を軽減するための支援</li> <li>・訪問診療・訪問看護等に加え、日常生活上の必要な世話をを行う訪問介護サービスが一体的に提供される体制づくり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医やかかりつけ歯科医師、かかりつけ薬剤師などを持つことの必要性を、関連機関と連携した啓発普及</li> <li>・在宅主治医と関係機関との連携による看取りまでの継続的・持続的な医療提供体制の整備の推進</li> <li>・在宅医療支援センターを拠点とした在宅医療に取り組む医師や多職種関係者の連携の推進や体制づくり</li> <li>・訪問看護や訪問介護の普及啓発や利用拡大への推進、資質向上にむけた連絡会や研修会等の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎在宅医療・介護連携推進支援事業における医療機関と介護支援専門員等の連絡会及び研修会、事例検討等の開催</li> <li>◎看護職員資質向上推進支援連絡会及び研修会の開催</li> <li>◎各市との保健・医療・福祉サービス調整推進を図るため連絡会や事例検討会等の開催</li> <li>◎高岡医療圏の医療機関や施設等における在宅療養患者への医療処置とサービス提供一覧の作成とHP掲載</li> <li>○各市医師会による在宅医療支援センター事業</li> <li>○各市の高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施</li> <li>○各市が行う在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）</li> <li>○訪問看護の役割や利用促進に関する啓発、看護フェスティバルの開催による「看護の日」の啓発</li> </ul>
	訪問診療を受けた患者数 ※レセプト算定件数 (人口10万対)	5720.4 (2015年)	4749.7 (2015年)	6064.1 (2019年)	5339.6 (2015年)	6456.5 (2019年)	5529.3 (2019年)	7694.6 (2019年)	7378.2 (2019年)			
	在宅療養支援診療所 (人口10万対)	11.4 (2016年)	5.6 (2016年)	6.4 (2020年3月)	5.3 (2016年3月)	7.1 (2020年3月)	9.4 (2020年3月)	5.4 (2020年3月)	2.1 (2020年3月)			
	在宅療養支援病院 (人口10万対)	0.8 (2016年)	1.0 (2016年)	1.5 (2020年3月)	1.3 (2016年3月)	1.3 (2020年3月)	1.2 (2020年3月)	1.1 (2020年3月)	2.1 (2020年3月)			
	訪問看護ステーション数 (人口10万対)	7.1 (2016年)	5.7 (2016年)	8.4 (2020年3月)	6.0 (2017年3月)	10.0 (2020年3月)	8.8 (2020年3月)	11.8 (2020年3月)	10.7 (2020年3月)			
	訪問看護ステーションに従事する看護師数 ※保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士 (人口10万対)	39.8 (2015年)	32.6 (2015年)	保助看34.6 准 2.4 理 3.0 作 1.8 (2018年)	24.17 (看護職員常勤換算) (2014年)	保助看39.7 准 0.3 理 2.6 作 1.6 (2018年)	保助看38.4 准 0.6 理 0.6 作 0.6 (2018年)	保助看48.3 准 0 理 6.4 作 3.2 (2018年)	保助看27.3 准 0 理 2.1 作 2.1 (2018年)			
	在宅患者訪問看護・指導料算定件数(精神以外) (人口10万対)	130.8 (2015年)	42.5 (2015年)	34.5～36.7 (2019年)	55.1 (2015年)	51.6 (2019年)	72.1 (2019年)	26.9 (2019年)	25.7 (2019年)			
	訪問看護利用者数 (人口10万対)	4992.7 (2016年)	3692.2 (2016年)	5101.1 (2019年)	3359.9 (2016年)	5700.9 (2019年)	5202.6 (2019年)	7830.6 (2019年)	4200.5 (2019年)			
区分	現 状									課題	主な施策	◎厚生センター事業 ○関係機関が実施する事業
指 標	国 策定時	県 策定時	県 直近	高岡圏域 策定時	高岡圏域 直近	高岡市	射水市	氷見市				

	東正時	東正時	追正	東正時	追正	高岡市	射水市	氷見市				
日常の療養生活の支援	訪問リハビリテーション事業所数 (人口10万対)	3.0 (2016年4月)	3.9 (2016年4月)	5.6 (2020年3月)	-	4.6 (2021年10月)	4.7 (2021年10月)	2.2 (2021年10月)	8.7 (2021年10月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活機能の維持向上を図るためのリハビリテーションが一体的に提供される体制づくり</li> <li>訪問リハビリテーションの普及啓発</li> <li>在宅で療養を支える医療・介護関係者とリハビリ専門職との連携協力体制の強化</li> <li>訪問歯科診療や口腔ケアの重要性についての普及啓発や、歯科専門職の資質向上、関係機関との連携強化</li> <li>在宅での適切な服薬を推進するため、薬剤師による服薬指導の啓発と、医療・介護との連携や薬局間連携等を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問リハビリテーションの普及啓発</li> <li>在宅で療養を支える医療・介護関係者とリハビリ専門職との連携協力体制の強化</li> <li>摂食嚥下障害に取り組む歯科専門職や介護関係者等の資質向上にむけた連絡会や研修会等の実施</li> <li>口腔ケアの重要性の普及啓発</li> <li>在宅医療に取組み医師や介護関係者、薬局間等の連携強化への推進</li> <li>在宅医療における薬剤師による服薬指導の取組みの推進とその役割を普及啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎介護予防や重度化防止にむけ、高岡医療圏では地域リハビリテーション広域支援センター（1箇所）や地域包括ケアサポートセンター（2箇所）、協力機関において、リハビリに係る相談や提供</li> <li>◎高岡医療圏の医療機関や施設等における地域リハビリテーションガイドの作成とHP掲載</li> <li>◎転院・退院時に使用する施設の食携帯に関する一覧表の作成とHP掲載</li> <li>◎摂食や嚥下、高齢者の栄養・食支援に関する多職種関係者を対象とした研修会の開催</li> <li>○摂食嚥下外来の設置（JCHO高岡ふしき病院、済生会高岡病院）</li> <li>○かかりつけ薬局、薬剤師の推進</li> <li>○健康サポート薬局（管内6薬局：高岡4、射水2）</li> </ul>
	訪問リハビリテーション利用者数 (人口10万対)	62.8 (2016年4月)	66.0 (2016年4月)	96.6 (2020年3月)	-	126.1 (2020年3月)	114.4 (2020年3月)	64.6 (2020年3月)	291.0 (2020年3月)			
	在宅療養支援歯科診療所数 (人口10万対)	4.8 (2016年3月)	2.0 (2016年3月)	7.0 (2020年3月)	1.3 (2016年3月)	7.1 (2020年3月)	8.2 (2020年3月)	6.5 (2020年3月)	4.3 (2020年3月)			
	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 (人口10万対)	7.4 (2014年)	6.0 (2014年)	7.2 (2017年3月)	6.0 (2014年)	7.0 (2017年)			-			
	訪問薬剤指導の実績のある薬局数（介護保険：居宅療養管理指導含）		185 (2016年)	270 (2020年)	-	64 (2020年)	20 (2020年)	37 (2020年)	7 (2020年)			
	訪問薬剤管理指導の実績のある薬局数 (人口10万対)	5.0 (2015年)	3.5 (2015年)	6.0～6.3 (2019年)	1.2 (2015年)	5.5～5.8 (2019年)	5.9 (2019年)	6.5 (2019年)	2.1～4.3 (2019年)			
	訪問介護事業所数	35,013 (2016年)	228 (2016年)	259 (2020年)	-	61 (2021年10月)	36 (2021年10月)	17 (2021年10月)	8 (2021年10月)			
急変時の対応	往診を実施している診療所・病院数 (人口10万対)	31.6 (2015年)	34.1 (2015年)	診療所 26.1～26.2 病院4.1～4.8 (2019年)	38.0 (2015年)	診療所29.7 病院2.9～3.2 (2019年)	診療所32.3 病院2.9 (2019年)	診療所24.8 病院3.2 (2019年)	診療所30.0 病院2.1～4.3 (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状が急変した場合においても、速やかに適切な治療を受け、必要に応じて入院できる環境づくり</li> <li>24時間いつでも訪問診療や訪問看護が受けられる体制整備と後方支援病院の確保</li> </ul>		
	往診を受けた患者数 (人口10万対)	1,353.9 (2015年)	1,024.1 (2015年)	981.7 (2019年)	1065.7 (2015年)	1046.7 (2019年)	890.9 (2019年)	1201.5 (2019年)	1307.5 (2019年)			
	24時間体制の訪問看護ステーション届出割合 (%)		90.2 (2016年4月)	90.1 (2021年3月)	100% (2016年4月)	100% (2021年1月)	100% (2021年1月)	100% (2021年1月)	100% (2021年1月)			
看取り	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している医療機関数 (人口10万対)	8.6 (2015年)	8.3 (2015年)	7.2～8.4 (2019年)	12.2 (2015年)	9.7～10.3 (2019年)	9.4～10.0 (2019年)	10.8～11.8 (2019年)	8.6 (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>住み慣れた環境のもとで最期を迎えられるよう、家族等の負担に配慮した看取り体制の構築が必要</li> <li>患者やその家族が人生の最終段階を在宅で希望する場合、医療と看護、介護が連携した看取り体制の構築に向けた普及啓発</li> <li>医師、薬剤師、訪問看護師等の連携による在宅麻薬管理等により、質の高い在宅緩和ケアへの提供体制を推進</li> <li>アドバンスケアプランニング（以下、ACP）の普及啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎多職種関係者連絡会等において、看取りに関する啓発普及</li> <li>○一般市民向けフォーラム、ケーブルTVを活用した普及啓発（高岡市医師会、市）</li> <li>○本人の医師決定支援事業としてACPに関する動画を作成、動画配信（管内3市医師会）</li> <li>○各市医師会や各市において、在宅医療、がん治療、看取りなどの推進に係る研修会の開催、終活ノートの作成、ACPの推進</li> </ul>	
	自宅死亡者の割合（全死亡数に対する自宅死亡の割合）	12.7 (2015年)	9.9 (2015年)	12.8 (2020年)	高岡市11.4 射水市10.0 氷見市12.2 (2015年)	14.3 (2020年)	13.8 (2020年)	16.1 (2020年)	13.0 (2020年)			
<b>【今後の方向性】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>高岡医療圏入退院支援ルールの運用の推進</li> <li>質の高い在宅医療提供体制にむけ、多職種連携の仕組みづくりや資質向上にむけた研修会等の開催の推進</li> <li>訪問歯科診療や口腔ケアの重要性の啓発普及、在宅医療における医薬連携や薬局間連携、薬剤師による服薬指導の取組みの推進</li> <li>入院から在宅等への移行後も生活機能の維持向上を図るためのリハビリテーションの提供体制の推進</li> <li>高齢者の栄養・食支援の体制づくり、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進</li> <li>住民及び在宅医療を支える医療、介護関係者の緩和ケア、看取り、ACPの啓発普及の推進</li> <li>コロナ禍において感染予防対策の知識や対応策などの啓発普及、感染に備えた体制整備の促進、ICTなどを活用した在宅療養の推進</li> </ul>												



がんの高岡医療圏地域医療計画(H30～R5)の推進について

R3.12

区分	現 状									課題	主な施策	◎厚生センター事業 ○関係機関が実施する事業
	指 標	国 策定時	県 策定時	県 直近	高岡圏域 策定時	高岡圏域 直近	高岡市					
							高岡市	射水市	氷見市			
総括	がんの年齢調整死亡率 (75歳未満)	76.1 (2016年)	68.3 (2016年)	64.6 (2019年)	77.1 (2015年)					<ul style="list-style-type: none"> <li>年齢調整罹患率及び年齢調整死亡率をのさらなる低下</li> <li>適正体重・定期的な運動の維持を含めた食生活の改善など、がん予防に関連する生活習慣の適正体重・定期的な運動の維持</li> <li>がん予防に関連する生活習慣の普及啓発</li> <li>喫煙率が及ぼす影響と禁煙のための知識の普及啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>望ましい栄養・食生活に関する知識の普及</li> <li>企業・団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の実施</li> <li>家庭内での受動喫煙防止や妊産婦や未成年の喫煙防止の促進</li> <li>禁煙希望者に対する禁煙支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎地域・職域連携推進事業において、受動喫煙防止対策への情報提供</li> <li>◎学校と連携した健康教育の実施（たばこと健康、たばこの害）</li> <li>◎高岡医療圏の禁煙外来一覧表を作成</li> <li>○食の健康づくり推進、生活習慣改善ヘルスアップの推進</li> <li>○世界禁煙デーに併せた啓発活動</li> </ul>
	がんの年齢調整罹患率	国直近 365.6 (2019年)	391.3 (2013年)	384.1 (2021年)								
予防	喫煙率（％）	男 30.2 女 8.2 (2016年)	男 26.9 女 4.8 (2016年)	男 30.2 女 6.9 (2019年)			男 31.2 女 4.7 (2016年)	男 25.4 女 7.7 (2019年)	男 34.9 女 8.0 (2010年)			
	禁煙外来治療件数(件) ※ニコチン依存管理料を算定する患者数 (レセプト件数、人口10万対)	406.7 (2015年)	381.4 (2015年)	237.6 (2019年)	417.7 (2015年)	252.8 (2019年)						
検診	がん検診受診率（％） ※市町村実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：6.3</li> <li>肺：13.7</li> <li>大腸：15.5</li> <li>乳：14.5</li> <li>子宮：18.4</li> </ul> (2015年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：12.9</li> <li>肺：33.8</li> <li>大腸：26.6</li> <li>乳：29.6</li> <li>子宮：27.5</li> </ul> (2015年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：11.7</li> <li>肺：8.5</li> <li>大腸：7.4</li> <li>乳：16.7</li> <li>子宮：16.0</li> </ul> (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：11.3</li> <li>肺：23.6</li> <li>大腸：23.5</li> <li>乳：36.3</li> <li>子宮：37.6</li> </ul> (2015年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：10.3</li> <li>肺：7.5</li> <li>大腸：7.4</li> <li>乳：19.2</li> <li>子宮：17.1</li> </ul> (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：8.1</li> <li>肺：6.3</li> <li>大腸：6.7</li> <li>乳：13.4</li> <li>子宮：15.7</li> </ul> (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：12.6</li> <li>肺：8.6</li> <li>大腸：8.0</li> <li>乳：25.2</li> <li>子宮：26.6</li> </ul> (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：13.9</li> <li>肺：9.9</li> <li>大腸：8.8</li> <li>乳：18.8</li> <li>子宮：17.2</li> </ul> (2019年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診率向上に向け、関係機関と連携し、職場や家庭等も含めた幅広い普及啓発</li> <li>早期発見のためがん検診等を受けることの重要性について、市町村や企業、関係団体と連携した普及啓発を実施</li> <li>受診者が、がん検診の意義、必要性を適切に理解するための普及啓発</li> <li>がん検診受診料負担の軽減や効果的な受診勧奨等の推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎地域・職域連携推進事業において、がん検診や特定健診・特定保健指導の推進</li> <li>◎学校と連携した健康教育の実施（生活習慣病予防、がん予防）</li> <li>○市町村におけるがん検診受診向上の取組み・節目検診の受診費用の負担軽減、重点・節目年齢へのはがき受診勧奨、特定健診と同時実施</li> <li>・市広報、ホームページ、ケーブルTV、SNSを活用した受診勧奨</li> <li>・平日夕方、土日検診等の実施、託児付きがん検診の実施</li> <li>・24時間インターネットで予約可能な体制</li> <li>○がん対策推進員、ヘルスボランティアによる受診勧奨</li> </ul>	
	がん検診精検受診率（％） ※市町村実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：81.7</li> <li>肺：79.7</li> <li>大腸：66.7</li> <li>乳：85.6</li> <li>子宮：72.5</li> </ul> (2014年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：88.6</li> <li>肺：89.6</li> <li>大腸：75.7</li> <li>乳：92.2</li> <li>子宮：81.1</li> </ul> (2014年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：86.0</li> <li>肺：87.5</li> <li>大腸：77.4</li> <li>乳：93.7</li> <li>子宮：80.5</li> </ul> (2017年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：85.2</li> <li>肺：89.6</li> <li>大腸：79.2</li> <li>乳：88.3</li> <li>子宮：92.6</li> </ul> (2014年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：93.9</li> <li>肺：95.9</li> <li>大腸：78.9</li> <li>乳：93.6</li> <li>子宮：87.6</li> </ul> (2018年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：91.4</li> <li>肺：100</li> <li>大腸：83.0</li> <li>乳：94.1</li> <li>子宮：95.5</li> </ul> (2018年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：97.7</li> <li>肺：97.0</li> <li>大腸：81.5</li> <li>乳：93.6</li> <li>子宮：76.2</li> </ul> (2018年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>胃：91.8</li> <li>肺：90.9</li> <li>大腸：65.8</li> <li>乳：92.5</li> <li>子宮：95.2</li> </ul> (2018年)			
治療・療養	がん分野の認定看護師 (人)	5105 (2017年)	90 (2017年)	87 (2021年12月)	22 (2017年7月)	18 (2021年12月)	15 (2021年12月)	2 (2021年12月)	1 (2021年12月)	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん医療を担う専門的医療従事者の育成</li> <li>各職種の専門性を活かしたチーム医療の推進</li> <li>がんと診断されたときからの切れ目のない緩和ケアの実施が必要</li> <li>患者、家族の多様な相談ニーズに十分対応できるよう相談支援センターの機能充実や、ピア・サポーターの活用等による相談の支援体制の充実</li> <li>小児・AYA世代、高齢者などのライフステージに合わせた支援体制が必要</li> <li>拠点病院や地域の医療機関、訪問看護ステーション、薬局等の関係機関の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>集学的治療の充実、多職種でのチーム医療の推進</li> <li>医療従事者の資質向上にむけた取り組み</li> <li>拠点病院を中心とした緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能向上や在宅緩和ケアの推進</li> <li>患者とその家族がより相談しやすい環境となるよう相談支援体制の充実</li> <li>住み慣れた地域で質の高いがん医療が受けられるよう、拠点病院と地域の医療機関等の連携の推進</li> <li>訪問看護の普及、機能強化を図るとともに、多職種連携によるチーム医療を推進</li> <li>五大がんや在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの運用を促進</li> <li>診療所、訪問看護ステーション、薬局等が連携し、緩和ケアを含めた在宅支援体制を構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎がん在宅療養支援事例検討会の開催</li> <li>【共催】がん診療拠点病院 (対象：地域医療機関、訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業所等の専門職)</li> <li>○手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」の導入 (厚生連高岡病院、高岡市民病院)</li> <li>○がん温熱療法、高気圧酸素療法の導入 (厚生連高岡病院)</li> <li>○がん相談支援センター（地域がん診療拠点病院）                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談、就労支援、小児・AYA世代、高齢者の支援、交流サロン、ピアサポーター支援、広報活動</li> <li>(図書館との連携、院内周知、ホームページ)</li> </ul> </li> </ul>
	外来緩和ケアの実施件数 (人口10万対)	6.5～16.7 (2015年)	*	12.2 (2019年)	*	17.1 (2019年)						
	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等の実施件数 (人口10万対)	11.3 (2015年)	11.8 (2015年)	12.3～13.8 (2019年)	7.2 (2015年)	15.5 (2019年)						
地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等の実施件数 (人口10万対)	73.2 (2015年)	165.5 (2015年)	228.7 (2019年)	287.8 (2015年)	435.0 (2019年)							

【今後の方向性】

- 改正健康増進法に基づき、受動喫煙防止対策の一層の推進
- コロナ禍により受診率の低下があり、検診受診率の向上や特に働き盛り世代への更なる啓発が必要
- 地域・職域、教育現場と連携したがんや生活習慣病など正しい知識の普及啓発の推進

- 地域連携クリティカルパスの運用と推進
- 多職種連携による在宅緩和ケアの体制づくりの推進

周産期・小児医療の高岡医療圏地域医療計画＜2018年～2023年＞の推進について【令和3年度】

区分	指 標								課 題	主な施策	◎ 厚生センター事業 ○ 関係機関が実施する事業
	指標名	国策定時	県策定時	高岡圏域 策定時	高岡圏域	高岡市	射水市	氷見市			
周産期医療	周産期死亡率 (出産千対)	3.6人 (2016年)	4.0 (2016年)	4.8 (H27)	4.4 (R1)	4.0 (R1)	6.5 (R1)	0 (R1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・分娩を取り扱う医療機関の少ない地域では、安定した周産期医療を確保するための地域連携の一層の推進</li> <li>・産科・産婦人科医の確保</li> <li>・周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づき、周産期医療関連施設の医療機能分担と連携によって、適正な母体管理や搬送体制の適正化・迅速化の推進</li> <li>・助産師の能力を活用した助産師外来や院内助産所の充実</li> <li>・整備されたNICU、MFICU等の運営体制の維持</li> <li>・周産期医療における災害対策</li> <li>・高齢出産は増加傾向にあり、低出生体重児の出生割合の増加</li> <li>・NICUを退院する児の継続した療養・療育環境の確保</li> <li>・在宅療養児及び家族に対する支援体制の強化</li> <li>・母を取り巻く環境が複雑化・多様化するなか、子どもの健やかな成長を見守りとともに、子育て世代の親を孤立させないよう温かく見守り支える地域づくり</li> <li>・妊娠期から子育て期への切れ目のない支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全な妊娠、出産、子育ての支援体制の充実</li> <li>・県周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づき、母体管理や適切に運用されるよう、その周知等に努める</li> <li>・子どもの健やかな成長のための母と子の健康管理への支援</li> <li>・妊産婦のメンタルヘルスの保持や産後うつ等の早期発見等への支援</li> <li>・厚生センター管内周産期ネットワーク事業等を通して、周産期医療機関・保健機関の連携の推進</li> <li>・行政と周産期医療関連施設等が連携して、NICUを退院した児および家族への支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎生涯を通じた女性の健康支援事業                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・思春期相談</li> <li>・関係者連絡会や研修会</li> </ul> </li> <li>◎切れ目ない妊娠・出産包括支援推進事業                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・周産期医療ネットワーク事業 (周産期地域連携連絡会・研修会の開催、周産期地域連携ネットワークの手引きの作成・運用)</li> </ul> </li> <li>◎〇特定不妊治療費助成事業（厚生センター、市）</li> <li>◎乳幼児総合支援ネットワーク事業 (連絡会、研修会、資質向上にむけた事例検討会など)</li> <li>◎〇富山県乳幼児発達評価・保健指導マニュアルの普及</li> <li>○各市が行う母子保健事業 (母子健康手帳交付、妊婦一般健康診査、各種相談、健診、育児教室など)</li> <li>○各市が行う産後ケア事業（産後4か月未満の産婦および乳児に対するデイケア、訪問ケア等）</li> <li>○地域周産期母子医療センターの運営                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・厚生連高岡病院 NICU 3床、GCU 6床</li> </ul> </li> <li>○周産期母子医療センター連携病院の運営                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・済生会高岡病院</li> </ul> </li> <li>○地域の周産期医療機関/助産所の運営                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関 5箇所</li> <li>・助産所                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>高岡市内：5箇所</li> <li>射水市内：1箇所</li> <li>氷見市内：2箇所</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	産科・産婦人科医師数(出産千対)	11.0人 (2014年)	12.3人 (2014年)	8.3 (H26)	11.2 (H30)	16.4 (H30)	3.5 (H30)	4.6 (H30)			
	院内助産所を設置する医療機関数		2施設 (2017年4月)	0 (H28)	0 (H29)	0 (H29)	0 (H29)	0 (H29)			
	NICU病床数(出生千対)	3.0床 (2014年10月)	3.6床 (2014年10月)	1.4床 (出生千対) (H26)	1.5床 (出生千対) (H29)	2.6床 (出生千対) (H29)	0 (H29)	0 (H29)			
	MFICU病床数(出生千対)	0.7床 (2014年10月)	1.2床 (2014年10月)	0 (H26)	0 (H29)	0 (H29)	0 (H29)	0 (H29)			
	産後訪問指導実施率(未熟児を除く) (出産千対)	243.1 (2014年)	543.3 (2014年)	551.9 (H27)	527.0 (R1)	486.9 (R1)	553.7 (R1)	642.2 (R1)			
小児医療	乳児死亡率 (出生千対)	1.9 (2015年)	1.5 (2015年)	0.5 (H27)	1.1 (R1)	0 (R1)	3.3 (R1)	0 (R1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症度や緊急度に応じて、適切な受診が行われるよう県民への啓発</li> <li>・小児科医師の確保に向けた対策が必要</li> <li>・高度小児専門医療体制の充実について検討が必要</li> <li>・休日夜間救急センターの運営の維持</li> <li>・小児救急医療機関の負担軽減のため小児救急電話相談(#8000)の利用促進への普及啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関と連携を図り、重症児や発達障害児、医療的ケア児等への対応強化や早期療育体制、在宅医療の充実を図る</li> <li>・「小児救急医療ガイドブック」など小児救急の適正な受診や小児救急電話相談(#8000)の利用の普及啓発を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○小児救急電話相談(#8000)の普及啓発</li> <li>○高岡市きずな発達支援センターを中心とした発達障害児の早期療育体制の整備</li> <li>○各市での医療的ケア児支援のための協議の場の設置及びコーディネータの配置</li> <li>◎ (県) 在宅医療的ケア児の実態調査 (R元年)</li> <li>◎ (県) 富山県小児医療等提供体制検討会 (R3) 「小児医療全般」「こころの問題」のワーキンググループ設置</li> </ul>
	乳幼児(0-4歳)死亡率 (乳幼児人口10万対)	47.2 (2015年)	44.7 (2015年)	17.8 (H27)	30.4 (R1)	0 (R1)	92.2 (R1)	0 (R1)			
	小児科医師数 (小児人口1万対)	10.3人 (2014年)	12.1人 (2014年)	10.1 (H26)	10.8 (H30)	14.8 (H30)	5.9 (H30)	6.8 (H30)			
	小児に対応している訪問看護ステーション数 (小児人口10万対)	2.3 (2013年)	0.7 (2013年)	19.0 (H28.11)	41.7 (R4.1)	38.8 (R4.1)	34.9 (R4.1)	73.2 (R4.1)			
	休日夜間小児急患センターが整備された医療圏		4医療圏 (2017年)	整備済 (2017年)	整備済 (2017年)						
	24時間365日対応可能な小児救急の整備された医療圏		4医療圏 (2017年)	整備済 (2017年)	整備済 (2017年)						
	時間外外来受診回数 (小児人口10万対)	16,817件 (2015年度)	11,996件 (2015年度)	12,273.7 (H27)	33,919.6 (R1)						
第二次・三次救急病院の救急外来受診者の中で入院が必要でなかった割合		83.4% (2016年度)									

【今後の方向性】

- ・妊婦健診の受診率の向上や母子保健事業の充実を図り、適切な母体管理、産後うつの早期発見及び妊産婦のメンタルヘルスの推進、産後ケア事業等の啓発普及
- ・養育支援の必要な妊産婦について、産科、小児科、精神科、市（保健センター・子育て課など）、児童相談所など関係機関がチームで支援を行う体制づくりの推進
- ・休日夜間救急センターの運営の維持や小児救急電話相談(#8000)の普及啓発
- ・医療的ケア児の在宅医療の充実
- ・こころの問題（発達障害、不登校、虐待など）に対する正しい理解と対応への普及啓発、子どものこころを支える地域の診療体制の整備
- ・周産期医療や母子保健に係る多職種連携の資質向上にむけた研修会や連絡会等の推進

発達障害  
(ReMHRAD 2017年度NDB集計値(精神保健福祉資料)より)

○外来診療している医療機関数

二次医療圏域	実数(ヶ所)	人口10万あたり(ヶ所)
砺波	7	5.339
高岡	15	4.759
富山	23	4.584
新川	4	3.293
全国	(合計) 6725	(平均値) 5.266

○外来患者数

二次医療圏域	年間実人数	人口10万人あたり(人)
富山	1641	327.059
砺波	133	101.445
高岡	208	65.995
新川	36	29.633
全国	(合計) 472544	(平均値) 370.021



脳卒中の高岡医療圏地域医療計画(H30～R5)の推進について(R4)

資料1

	指標			データ出典	現 状				県目標 (第7次)  (目標年度:R5)	策定時の 課題  (H29年度)	●主な施策 (県)  (計画策定時:H29年度)	◎厚生センター事業 ○関係機関が実施する事業  (H29～R4年度)																
	第7次 県指標	SPO	S:ストラクチャー(構造)指標 P:プロセス(過程)指標 O:アウトカム(成果)指標		高岡医療圏		県						全国															
					H29年度 (策定時)	R4年度 (直近)	H29年度 (策定時)	R4年度 (直近)					H29年度 (策定時)	R4年度 (直近)														
総括	●	○	年齢調整死亡率(脳血管疾患) ※基準人口は1985年(昭和60年)モデル人口	都道府県別年齢調整死亡率及び厚生センターによる計算	男 42.0 女 21.9 (H27)	男 39.6 女 21.6 (R2)	男 43.6 女 22.5 (H27)	男 32.7 女 20.2 (R2)	男 37.8 女 21.0 (H27)	男 32.0 女 20.2 (R2)	●年齢調整死亡率 ⇒男37.0 女21.0 ●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ⇒全国平均を維持しつつ増加	●脳卒中への理解を深めるとともに、望ましい生活習慣に関する普及啓発 ●脳卒中が疑われる症状出現時の速やかな救急車要請についての普及啓発	○一般健康教育(出前講座、講演会等)、生活習慣病予防教室、広報、ケーブルTV、ホームページ等による普及啓発 ◎チラシによる普及啓発															
	●	○	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合(単位:%)	患者調査	53.8 (H26)	43.7 (H29)	58.9 (H26)	54.2 (H29)	52.7 (H26)	55.2 (R2)																		
予防		P	特定健診の受診率(単位:%)	特定健康診査・特定保健指導実施報告(医療保険者報告)	高岡市 49.7 射水市 44.7 氷見市 45.3 (市町村国保、H27)	高岡市 52.7 射水市 46.6 氷見市 42.4 (市町村国保、R2)	42.9 (市町村国保、H27) 55.9 (全保険者、H27)	41.7 (市町村国保、R2) 61.7 (全保険者、R1)	36.3 (市町村国保、H27) 50.1 (全保険者、H27)	33.7 (市町村国保、R2) 53.4 (全保険者、R2)	●特定健康診査受診率 ⇒70% ●特定保健指導実施率 ⇒45%	●医療保険者・事業所等と協力し、特定健康診査、定期健康診断の受診率の向上等	○特定健診受診率、特定保健指導実施率向上の取組み ◎管内医療保険者の特定健診・がん検診に関する啓発リーフレット作成・配布(地域・職域連携推進協議会H29～R1)															
		P	特定保健指導の実施率(単位:%)	特定健康診査・特定保健指導実施報告(医療保険者報告)	高岡市 22.1 射水市 15.5 氷見市 31.3 (市町村国保、H27)速報値	高岡市 13.5 射水市 45.5 氷見市 26.4 (市町村国保、R2)	25.0 (市町村国保、H27) 19.5 (全保険者、H27)	30.7 (市町村国保、R2) 29.3 (全保険者、R1)	23.6 (市町村国保、H27) 17.5 (全保険者、H27)	26.9 (市町村国保、R2) 22.7 (全保険者、R2)	●喫煙率 ⇒男21.0% 女 2.0%	●危険因子の早期発見・早期治療およびかかりつけ医療機関による適切な管理の推進	◎受動喫煙防止対策の実施状況の確認(食品衛生営業許可時)及び相談対応(R2:56件、R3:4件)、ポスターの掲示やパンフレット配布による啓発(R2:814件、R3:8845件)															
		P	喫煙率(単位:%)	健康づくり県民意識調査*全国の直近は、国民・健康栄養調査(大規模)	—	—	男 26.9 女 4.8 (H28)	男 27.3 女 4.6 (R3)	男 30.2 女 8.2 (H28)	男 27.1 女 7.6 (R1)	●ニコチン依存症管理料算定件数 ⇒全国平均	●総合的なたばこ対策の推進	○R1.4健康増進法の一部を改正する法律の全面施行(健康増進法の改正により禁煙措置及び喫煙場所の特定、掲示義務等受動喫煙対策の強化)に伴う啓発															
	●	P	ニコチン依存管理料を算定する患者数(単位:レセプト件数、人口10万対)	NDB(レセプト件数)	417.7 (H27)	253.6 (R2)	381.4 (H27)	213.3 (R2)	406.7 (H27)	243.5 (R2)			◎禁煙外来開設医療機関名の啓発(HP掲載)															
	●	S	禁煙外来を行っている医療機関数(単位:施設、人口10万対)	医療施設調査 ※高岡医療圏は診療報酬施設基準	病 3.5 診 13.2 (H29.9.1)	病 3.9 診 14.1 (R4.9.1)	病 3.0 診 9.5 (H26)	病 3.7 診 11.3 (R2)	病 1.9 診 9.9 (H26)	病 2.0 診 10.7 (R2)																		
急性期	●	P	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数(単位:件、人口10万対)	NDB(レセプト件数)	4.7 (H27)	4.2 (R2)	7.5 (H27)	11.4 (R2)	9.7~10.1 (H27)	12.1~12.6 (R2)	●脳梗塞患者に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数 ⇒全国平均以上	●急性期病院におけるt-PAによる血栓溶解療法の実施状況を把握し、適応患者への適切な実施を推進	◎脳卒中情報システムへの登録状況(R2.4~R3.3) ●急性期情報登録者:高岡医療圏744件/県全体3,159件 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>高岡</td> <td>砺波</td> <td>新川</td> <td>富山</td> </tr> <tr> <td>救急車での来院</td> <td>59.7%</td> <td>47.8%</td> <td>47.3%</td> <td>57.5%</td> </tr> <tr> <td>t-PA投与(母数は脳梗塞患者)</td> <td>3.4%</td> <td>6.7%</td> <td>11.9%</td> <td>5.4%</td> </tr> </table>		高岡	砺波	新川	富山	救急車での来院	59.7%	47.8%	47.3%	57.5%	t-PA投与(母数は脳梗塞患者)	3.4%	6.7%	11.9%	5.4%
		高岡	砺波	新川	富山																							
救急車での来院	59.7%	47.8%	47.3%	57.5%																								
t-PA投与(母数は脳梗塞患者)	3.4%	6.7%	11.9%	5.4%																								
●	P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血管回収術等)の実施件数(人口10万対)	NDB(レセプト件数)	—	4.2 (R2)	—	9.0~10.5 (R2)	—	13.0~13.2 (R2)		●急性期治療の早期から、歯科医師、言語聴覚士、栄養士等の連携により、適切な口腔ケアや栄養管理、摂食嚥下リハビリテーション等を行い、誤嚥性肺炎等の合併症の予防を推進	○済生会高岡、高岡市民、ふしき、光ヶ丘、真正会富山に摂食嚥下外来の設置																
回復期	●	S	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)~(III)の届出施設数(単位:施設、人口10万対)	診療報酬施設基準	(I) 1.6 (II) 0.9 (III) 2.5 (H28.3.1)	(I) 1.6 (II) 1.0 (III) 2.3 (R3.3.31)	(I) 2.2 (II) 1.8 (III) 2.4 (H28.3.1)	(I) 2.6 (II) 1.6 (III) 3.1 (R3.3.31)	(I) 2.1 (II) 1.5 (III) 2.3 (H28.3.31)	(I) 2.4 (II) 1.6 (III) 2.3 (R2.3.31)	●回復期リハビリテーション病床数 ⇒60床(人口10万対)	●一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床へ転換する医療機関への支援	◎回復期病床の整備 <table border="1"> <tr> <td></td> <td colspan="2">H29</td> <td colspan="2">R4</td> </tr> <tr> <td>回復期リハ病床(済生会高岡)</td> <td>91床</td> <td>42床</td> <td>94床</td> <td>45床</td> </tr> <tr> <td>(氷見市民)</td> <td>49床</td> <td>49床</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H29		R4		回復期リハ病床(済生会高岡)	91床	42床	94床	45床	(氷見市民)	49床	49床		
		H29		R4																								
回復期リハ病床(済生会高岡)	91床	42床	94床	45床																								
(氷見市民)	49床	49床																										
	S	回復期リハビリテーション病床数(単位:床、人口10万対)	医療施設調査	28.8 (H29.8)	30.6 (R2.10.1)	48.0 (H29.8)	42.9 (R2.10.1)	46.0 (H26)	51.3 (R2.10.1)		●地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数 ⇒増加	●地域連携クリティカルパスを効果的に運用し、急性期から回復期、維持期への円滑な移行を推進	◎回復期情報登録者:高岡医療圏152件/県全体865件 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>高岡</td> <td>砺波</td> <td>新川</td> <td>富山</td> </tr> <tr> <td>地域連携パスの使用</td> <td>13.8%</td> <td>32.8%</td> <td>72.1%</td> <td>57.8%</td> </tr> </table>		高岡	砺波	新川	富山	地域連携パスの使用	13.8%	32.8%	72.1%	57.8%					
	高岡	砺波	新川	富山																								
地域連携パスの使用	13.8%	32.8%	72.1%	57.8%																								
連携	●	P	脳卒中患者における地域診療計画作成等の実施件数(脳卒中患者)(単位:件、人口10万対)	NDB(レセプト件数)	18.1 (H27)	17.9 (R2)	54.9 (H27)	25.5~26.2 (R2)	39.2 (H27)	13.2~13.6 (R2)	●日常生活への復帰に向けて、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や介護分野との連携を一層推進する	◎脳卒中情報システムへの登録状況(R2.4~R3.3) ●回復期情報登録者:高岡医療圏152件/県全体865件 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>高岡</td> <td>砺波</td> <td>新川</td> <td>富山</td> </tr> <tr> <td>地域連携パスの使用</td> <td>13.8%</td> <td>32.8%</td> <td>72.1%</td> <td>57.8%</td> </tr> </table>		高岡	砺波	新川	富山	地域連携パスの使用	13.8%	32.8%	72.1%	57.8%						
	高岡	砺波	新川	富山																								
地域連携パスの使用	13.8%	32.8%	72.1%	57.8%																								

【今後の方向性】  
 ・脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男女共に県、全国と比較して高い。予防の普及啓発に加え、発症時のサインや対応、迅速な救急車要請について地域住民や関係機関への普及啓発を行っていく。  
 ・急性期における治療件数は県、全国の値に比較して少なく、特にt-PA実施割合が他圏域に比べても低い。適応患者への適切な実施を推進していく。  
 ・地域連携クリティカルパスを運用しながら、急性期から回復期、維持期への円滑な移行を推進していくとともに、患者の生活の場への復帰に向け、リハビリテーション体制を整備していく。

## 心血管疾患の高岡医療圏地域医療計画(H30～R5)の推進について(R4)

第7次 県指標	指標		データ出典	現 状				目 標 (第7次)		策定時の課題 (県)	●主な施策  (計画策定時:H29年度)	◎厚生センター事業 ○関係機関が実施する事業  (H29～R4年度)		
	S P O	S:ストラクチャー(構造)指標 P:プロセス(過程)指標 O:アウトカム(成果)指標		高岡医療圏		県		全国						
				H29年度 (策定時)	R4年度 (直近)	H29年度 (策定時)	R4年度 (直近)	H29年度 (策定時)	R4年度 (直近)					
●	O	年齢調整死亡率 (急性心筋梗塞) <small>※基準人口は平成27年モデル人口による</small>	都道府県別年齢調整死亡率(業務加工統計)、人口動態統計総集、高岡については厚生センターで計算	男 49.7 女 18.0 (H27)	男 37.9 女 13.0 (R2)	男 50.0 女 19.3 (H27)	男 37.5 女 15.3 (R2)	男 43.3 女 20.4 (H27)	男 32.5 女 14.0 (R2)	●年齢調整死亡率(急性心筋梗塞)⇒全国平均以下(虚血性心疾患)⇒全国平均以下を維持しつつ低下	●急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、女性は全国よりも低い、男性は高い。虚血性心疾患では、男女ともに全国より低い。	●急性心筋梗塞についての啓発	○生活習慣改善ヘルスアップ(健康合宿)	
		●	O	年齢調整死亡率 (虚血性心疾患) <small>※基準人口は平成27年モデル人口による</small>	都道府県別年齢調整死亡率(業務加工統計)、人口動態統計総集、高岡については厚生センターで計算	男 75.0 女 23.7 (H27)	男 55.7 女 19.8 (R2)	男 76.4 女 28.6 (H27)	男 57.1 女 23.5 (R2)	男 84.5 女 38.8 (H27)	男 73.0 女 30.2 (R2)	●初期の受診や救急車の適正な利用に関する指導や普及啓発が必要	●食生活、運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子に関する啓発	○元気とやまかがやきウォーク
		●	O	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合(単位:%)	患者調査	95.2 (H26)	94.2 (H29)	92.7 (H26)	94.1 (H29)	94.0 (H26)	96.0 (H29)	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合⇒100%		◎睡眠とストレスに関する啓発リーフレット作成・配布(H26年度～)
予 防	●	P	喫煙率(単位:%)	健康づくり県民意識調査*全国の直近は、国民・健康栄養調査(大規模)	-	-	男 26.9 女 4.8 (H28)	男 27.3 女 4.6 (R3)	男 30.2 女 8.2 (H28)	男 27.1 女 7.6 (R1)	●喫煙率⇒男21.0% 女2.0%	●急性心筋梗塞の発症予防のため、望ましい生活習慣や危険因子に関する啓発が必要	●喫煙率の低下や受動喫煙防止のための総合的なたばこ対策の推進	○ナッジ理論を用いた特定健診受診率と特定保健指導実施率向上のための取組
		P	ニコチン依存管理料を算定する患者数(単位:レセプト件数、人口10万対)	NDB(レセプト件数)	417.7 (H27)	253.6 (R2)	381.4 (H27)	213.3 (R2)	406.7 (H27)	243.5 (R2)	●ニコチン依存症管理料算定件数⇒全国平均	●高血圧、脂質異常症、糖尿病等の受診勧奨者(要治療者)が医療機関を受診し、心筋梗塞の発症を防ぐための対策が必要	●医療保険者・事業所等と協力した健康診断の受診向上	◎受動喫煙防止対策の実施状況の確認(食品衛生営業許可時)及び相談対応(R2:56件、R3:4件)、ポスターの掲示やパンフレット配布による啓発(R2:814件、R3:8845件)
		P	特定健診の受診率(単位:%)	特定健康診査・特定保健指導実施報告(医療保険者報告)	高岡市 49.7 射水市 44.7 氷見市 45.3 (市町村国保、H27)	高岡市 52.7 射水市 46.6 氷見市 42.4 (市町村国保、R2)	42.9 (市町村国保、H27) 55.9 (全保険者、H27)	41.7 (市町村国保、R2) 61.7 (全保険者、R1)	36.3 (市町村国保、H27) 50.1 (全保険者、H27)	33.7 (市町村国保、R2) 53.4 (全保険者、R2)	●特定健診実施率⇒70%	●特定保健指導実施率⇒45%	●高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療、かかりつけ医療機関による適切な管理の推進	◎事業所の分煙推進 受動喫煙防止ステッカーを配布
		P	特定保健指導の実施率(単位:%)	特定健康診査・特定保健指導実施報告(医療保険者報告)	高岡市 22.1 射水市 15.5 氷見市 31.3 (市町村国保、H26)	高岡市 13.5 射水市 45.5 氷見市 26.4 (市町村国保、R2)	25.0 (市町村国保、H27) 19.5 (全保険者、H27)	30.7 (市町村国保、R2) 29.3 (全保険者、R1)	23.6 (市町村国保、H27) 17.5 (全保険者、H27)	26.9 (市町村国保、R2) 22.7 (全保険者、R2)	●心肺停止患者の1か月後の社会復帰率⇒全国平均	●喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要	●要治療者の受診率の向上	◎禁煙の啓発媒体作成、配布
		O	心肺停止患者の1か月後の社会復帰率(単位:%)	救急・救助の現状	-	-	4.5 (H27)	11.3 (R2)	8.6 (H27)	7.5 (R2)				◎禁煙外来開設医療機関名の啓発
急 性 期	●	P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(形成手術)実施件数(単位:上段:件数;下段:人口10万対)	NDB(レセプト件数)	496件 154.5 (H27)	707件 230.2 (R2)	1,484件 136.7 (H27)	1,730件 165.1 (R2)	-	153.5 (R2)	●専門的治療の推進とすべての医療圏で診療データの収集・分析が必要	●心筋梗塞が疑われる場合は速やかに救急車を要請すること、徒歩や自家用車等による来院を減らすよう住民、医療関係者への啓発を推進	◎管内5病院における診療データの収集・分析	
		P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(人口10万対)	NDB(レセプト件数)	-	42.3 (R2)	-	40.9 (R2)	-	38.9~39.0 (R2)		●急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加した予後の改善に向けた対策を検討	○県急性心筋梗塞検討会議の開催	
		P	来院後90分以内冠動脈再開通達成率	NDB(レセプト件数)	-	72.3% (R2)	-	62.9% (R2)	-	62.8~63.2% (R2)				
		P	データに基づく治療に関する評価・改善の取組みを行う医療圏	県調査	導入済 (H29)	導入済 (R4)	4医療圏 (H28)	4医療圏 (R4)	-	-				
連 携	●	P	心臓リハビリテーションの実施件数(単位:件数;人口10万対)	NDB(レセプト件数)	75.4件 (H24)	入院 240.3 外来 248.7 (R2)	303.3件 (H27)	入院 177.9 外来 243.7~244.4 (R2)	259.2件 (H27)	入院 178.2~178.3 外来 128.1 (R2)	●心臓リハビリテーションの実施件数⇒増加	●合併症や再発予防のための心臓リハビリテーションの実施が必要	●引き続き、心臓リハビリテーションの実施促進	○「心臓リハビリテーションが受けられる施設」(日本心臓リハビリテーション学会ホームページより) ・高岡みなみ ・光ヶ丘 ・射水市民 ・厚生連高岡 ・金沢医科大学氷見市民 ・高岡ふしき
		P	地域連携バス導入医療圏数	県調査	導入済 (H29)	-	4医療圏 (H29)	-	-	-		●地域連携バス導入医療圏数⇒4医療圏を維持しつつ改良	●地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携を一層推進することが必要	●地域連携バスの普及・改良

**【急性心筋梗塞 診療データ(収集期間:平成25年10月～R4年3月末)】**

◎圏内の急性冠症候群(急性心筋梗塞・不安定狭心症)の診断で緊急PCI(経皮的冠動脈形成術)を施行した症例について

	H29	R1	R3
・来院方法の割合【STEMI】	72.3%	72.5%	68.8%
・再開通までの平均時間 Door to Ballon時間(中央値)	76.0分	77.0分	79.5分
【STEMI】	93.7分	97.6分	89.9分
・再開通90分以内患者の割合【STEMI】	69.6%	63.0%	65.6%
・心大血管疾患リハビリテーション算定者の割合	81.6%	87.1%	86.9%

**【今後の方向性】**

- ・心血管疾患による死亡を防ぐため、症状出現時の迅速な救急搬送の要請等に関する普及啓発を推進する。
- ・高血圧、脂質異常症、糖尿病等の心血管疾患のハイリスク因子を早期発見・早期治療するための特定健診受診率は全国、県と比較して高岡圏域は高いが、特定保健指導の実施率は課題がある。  
→引き続き、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の受診勧奨者(要治療者)が医療機関を受診し、適切にコントロールできるように心血管疾患の発症を防ぐ対策を要する。
- ・急性期における治療件数、心臓リハビリテーションの実施件数とも全国、県に比較して高い。  
→急性期の治療と心臓リハビリテーション、急性期病院とかかりつけ医の連携を推進し、心血管疾患の再発を防ぐ。
- ・地域連携バスの円滑な運用により心血管疾患患者が安心して在宅で療養できるよう増悪時の対応等について啓発し、地域医療、介護、救急医療の円滑な連携を推進する。