

医政地発0731第1号  
平成29年7月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
（公 印 省 略）

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について

医療計画（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画をいう。以下同じ。）の作成に当たって参考とすべき、5疾病（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をいう。）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）をいう。）及び在宅医療（居宅等における医療をいう。）の体制構築に係る指針については、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知。以下「課長通知」という。）により示しているところであるが、社会保障審議会医療部会等での議論を踏まえ、課長通知の一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、本日から適用することとしたため通知する。

貴職におかれましては、これを御了知の上、医療計画作成のための参考にしていただきたい。

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知） 新旧対照表

改 正 後	現 行
<p>(別紙)</p> <p style="text-align: center;"><b>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針</b></p> <p style="text-align: center;">目次</p> <p>第1 趣旨 第2 内容 第3 手順 第4 連携の推進等 第5 評価等</p> <p><b>がんの医療体制構築に係る指針 (P10)</b> 第1 がんの現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)</b> 第1 脳卒中の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)</b> 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P40)</b> 第1 糖尿病の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P48)</b> 第1 精神疾患の現状</p>	<p>(別紙)</p> <p style="text-align: center;"><b>疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針</b></p> <p style="text-align: center;">目次</p> <p>第1 趣旨 第2 内容 第3 手順 第4 連携の推進等 第5 評価等</p> <p><b>がんの医療体制構築に係る指針 (P10)</b> 第1 がんの現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)</b> 第1 脳卒中の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)</b> 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P38)</b> 第1 糖尿病の現状 第2 医療体制の構築に必要な事項 第3 構築の具体的な手順</p> <p><b>精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P46)</b> 第1 精神疾患の現状</p>

- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**救急医療の体制構築に係る指針(P68)**

- 第1 救急医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**災害時における医療体制の構築に係る指針(P82)**

- 第1 災害医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**へき地の医療体制構築に係る指針(P93)**

- 第1 へき地の医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**周産期医療の体制構築に係る指針(P102)**

- 第1 周産期医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**小児医療の体制構築に係る指針(P121)**

- 第1 小児医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**在宅医療の体制構築に係る指針(P132)**

- 第1 在宅医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**救急医療の体制構築に係る指針(P64)**

- 第1 救急医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**災害時における医療体制の構築に係る指針(P78)**

- 第1 災害医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**へき地の医療体制構築に係る指針(P89)**

- 第1 へき地の医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**周産期医療の体制構築に係る指針(P98)**

- 第1 周産期医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**小児医療の体制構築に係る指針(P116)**

- 第1 小児医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

**在宅医療の体制構築に係る指針(P127)**

- 第1 在宅医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

改 正 後	現 行
疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針 (略)	疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針 (略)

改 正 後	現 行
がんの医療体制構築に係る指針 (略)	がんの医療体制構築に係る指針 (略)

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針</b></p> <p>脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。</p> <p>このように一人の脳卒中患者に必要な医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「<u>脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について</u>」がとりまとめられている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p><b>第1 脳卒中の現状</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 脳卒中の医療</p> <p>(1) ～ (5) (略)</p> <p>(6) 急性期以後の医療・在宅療養</p> <p>急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（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）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われる。</p> <p>在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、</p>	<p style="text-align: center;"><b>脳卒中の医療体制構築に係る指針</b></p> <p>脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。</p> <p>このように一人の脳卒中患者に必要な医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p><b>第1 脳卒中の現状</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 脳卒中の医療</p> <p>(1) ～ (5) (略)</p> <p>(6) 急性期以後の医療・在宅療養</p> <p>急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（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）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われる。</p> <p>在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、</p>

在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要である。

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者の一部では、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症等のため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要である。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 (略)

### 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) ～ (2) (略)

### (3) 救急医療の機能【急性期】

#### ① (略)

#### ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。

- ・ 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT、MRI、超音波検査)等の必要な検査が実施可能であること
- ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が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。)
- ・ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること(遠

在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対する適切な対応の教育等といった再発に備えることが重要である。

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部では、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症があるため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要である。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

### 1 (略)

### 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) ～ (2) (略)

### (3) 救急医療の機能【急性期】

#### ① (略)

#### ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 血液検査や画像検査(エックス線検査、CT、MRI、超音波検査)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。)
- ・ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能である

隔診療を用いた補助を含む。)

- ・ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチペータ（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、外科手術や脳血管内手術が、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
- ・ 回復期（あるいは維持期）の医療機関等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して連携していること
- ・ 回復期（あるいは維持期）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

③ (略)

(4) 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【回復期】

① (略)

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び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（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADL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

こと

- ・ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチペータ（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
- ・ 外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること
- ・ 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
- ・ 回復期（あるいは維持期）の医療機関等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して連携していること
- ・ 回復期（あるいは維持期）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

③ (略)

(4) 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【回復期】

① (略)

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び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（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADL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



<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の医療機関及び維持期の医療機関等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して連携していること</li> <li><u>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</u></li> </ul> <p>③ (略)</p> <p>(5) 日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関等に求められる事項</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>回復期あるいは急性期の医療機関等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して連携していること</li> <li><u>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</u></li> </ul> <p>③ (略)</p> <p>第3 (略)</p>
--

<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の医療機関及び維持期の医療機関等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して連携していること</li> </ul> <p>③ (略)</p> <p>(5) 日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】</p> <p>① (略)</p> <p>② 医療機関等に求められる事項</p> <p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>回復期あるいは急性期の医療機関等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して連携していること</li> </ul> <p>③ (略)</p> <p>第3 (略)</p>
--

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針</b></p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、<u>患者教育、運動療法、心血管疾患の危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラム*</u>としての心血管疾患リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や、<u>疾患によって治療法や予後が大きく変わる。</u></p> <p>また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して、疾患に応じた医療を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞、<u>大動脈解離、慢性心不全の発症・転帰</u>がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われ、平成29年7月に「<u>脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について</u>」がとりまとめられている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各疾患や各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p>※ <u>疾患管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいう<sup>1</sup>。</u></p> <p><b>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</b></p> <p>1 急性心筋梗塞の現状</p> <p>(1) (略)</p>	<p style="text-align: center;"><b>心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針</b></p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して心血管疾患リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって治療法や予後が大きく変わる。</p> <p>また、在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、心血管疾患患者の急性期の生命予後改善等に伴い、増加している慢性心不全の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制を構築するに当たっては、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、多方面から継続して医療を提供することが必要である。</p> <p>本指針では、「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」で、心血管疾患の代表的な疾患である急性心筋梗塞や慢性心不全の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。</p> <p>なお、平成28年6月に設置された「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（厚生労働省健康局）では、急性期から慢性期を含めた、脳卒中及び心血管疾患に係る診療提供体制の在り方についての議論が行われている。</p> <p>都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。</p> <p><b>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状</b></p> <p>1 急性心筋梗塞の現状</p> <p>(1) (略)</p>

<sup>1</sup> 日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」（平成27年1月14日更新版）

(2) 急性心筋梗塞の医療

① ～ ④ (略)

⑤ 疾病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

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、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多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施する。

喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

⑥ 急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病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が、退院後も含めて継続的に行われる。

また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。

2 大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたす。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれる。

病期としては、発症2週間以内が急性期、2週間以降が慢性期とされている。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどである。そのため、本指針においては主に急性大動脈解離について記載することとする。

(1) 大動脈解離の疫学

(2) 急性心筋梗塞の医療

① ～ ④ (略)

⑤ 心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、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多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施する。

喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

⑥ 急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防、心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理が、退院後も含めて継続的に行われる。

また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約4.2万人と推計される<sup>6</sup>。また、年間約1.7万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の1.3%を占め、死亡順位の第9位である<sup>7</sup>。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇するといわれている。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要である。

## (2) 大動脈解離の医療

### ① 急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になる。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型と上行大動脈に解離が及んでいないStanford B型に分類される。A型とB型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要である。

### ② 急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となる。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択される。

ア Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多い。しかしながら、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもある。

イ Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多い。しかしながら、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となる。また近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもある。

### ③ 疾病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

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育

<sup>6</sup> 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

<sup>7</sup> 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施する。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要である。

#### ④ 急性期以後の医療

発症から2週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A型、B型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われる。しかしながら、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもある。

### 3 慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

#### (1) 慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約30万人と推計され、そのうち約70%が75歳以上の高齢者である<sup>8</sup>。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.6%、約7.2万人である<sup>9</sup>。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されている。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要である。

#### (2) 慢性心不全の医療

##### ① (略)

##### ② 慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み

### 2 慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたす。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等がある。

#### (1) 慢性心不全の疫学

心不全の継続的な医療を受けている患者数は約30万人と推計される<sup>5</sup>。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.6%、約7.2万人である<sup>6</sup>。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要である。

#### (2) 慢性心不全の医療

##### ① (略)

##### ② 慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われる。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み

<sup>8</sup> 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

<sup>9</sup> 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（平成27年）

型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となる。また、心不全の増悪要因によっては、PCI や外科的治療が必要となることもある。

③ (略)

④ 疾病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

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。

(1) (略)

(2) 発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

① 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始

② 専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(3) ～ (4) (略)

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) (略)

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

型除細動器（ICD）による治療が行われることもある。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要である。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となる。

③ (略)

④ 心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する。

また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要である。

## 第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。

(1) (略)

(2) 発症後、速やかな専門的診療が可能な体制

① 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始

(3) ～ (4) (略)

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) (略)

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
- ② (略)
- (3) 救急医療の機能【急性期】
  - ① (略)
  - ② 医療機関に求められる事項
 

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

    - ・ 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等必要な検査及び処置が 24 時間対応可能であること
    - ・ 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
    - ・ ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば 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
    - ・ 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
    - ・ 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
    - ・ 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等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
    - ・ 電氣的除細動、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
    - ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
    - ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること
    - ・ 回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること
  - ③ (略)
- (4) 疾病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【回復期】
  - ① ~ ② (略)
  - ③ 医療機関の例
    - ・ 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所
- (5) 再発予防の機能【再発予防】

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
- ② (略)
- (3) 救急医療の機能【急性期】
  - ① (略)
  - ② 医療機関に求められる事項
 

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

    - ・ 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等必要な検査及び処置が 24 時間対応可能であること
    - ・ 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
    - ・ ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば 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
    - ・ 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
    - ・ 冠動脈バイパス術等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
    - ・ 電氣的除細動、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
    - ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
    - ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること
    - ・ 回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること
  - ③ (略)
- (4) 心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】
  - ① ~ ② (略)
  - ③ 医療機関の例
    - ・ 内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所
- (5) 再発予防の機能【再発予防】

① (略)

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 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
- ・ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- ・ 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
- ・ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防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等して連携していること
- ・ 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・薬局が連携し実施出来ること

③ (略)

### 第3 構築の具体的な手順

1 (略)

2 圏域の設定

(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、各疾患及び各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2) (略)

(3) 圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることがを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患については、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関に限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。

(4) (略)

① (略)

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 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
- ・ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- ・ 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
- ・ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防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等して連携していること
- ・ 在宅でのリハビリ、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・薬局が連携し実施出来ること

③ (略)

### 第3 構築の具体的な手順

1 (略)

2 圏域の設定

(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

(2) (略)

(3) 圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることがを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4) (略)



<p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して、<u>疾患に応じた医療</u>が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報共有に努める。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p>	<p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報共有に努める。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p>
---	---

改正後	現行
糖尿病の医療体制構築に係る指針 (略)	糖尿病の医療体制構築に係る指針 (略)

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>精神疾患の医療体制の構築に係る指針</b></p> <p>(略)</p> <p><b>第1 精神疾患の現状</b></p> <p>1 (略)</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 認知症 (患者動態)</p> <p>我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24(2012)年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い平成37(2025)年には、約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている<sup>6</sup>。なお、平成26年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は67.8万人であり、うち入院患者数は7.7万人である<sup>1</sup>。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は3.0万人である<sup>1</sup>。</p> <p>(政策動向)</p> <p>厚生労働省は、平成37(2025)年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成27年1月27日に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。)を関係省庁と共同で策定した。</p> <p>総合戦略は7つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。</p> <p>循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の<u>人</u>への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成28年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は6.6千人となっている。</p> <p>また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成28年度末時点において全国で375カ所の認知症</p>	<p style="text-align: center;"><b>精神疾患の医療体制の構築に係る指針</b></p> <p>(略)</p> <p><b>第1 精神疾患の現状</b></p> <p>1 (略)</p> <p>(1) ～(2) (略)</p> <p>(3) 認知症 (患者動態)</p> <p>我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づき推計を行ったところ、平成24(2012)年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われている。また、高齢化の進展に伴い平成37(2025)年には、約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれている<sup>6</sup>。なお、平成26年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は67.8万人であり、うち入院患者数は7.7万人である<sup>1</sup>。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は3.0万人である<sup>1</sup>。</p> <p>(政策動向)</p> <p>厚生労働省は、平成37(2025)年を見据え、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、平成27年1月27日に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン、以下「総合戦略」という。)を関係省庁と共同で策定した。</p> <p>総合戦略は7つの柱に沿って施策を推進しており、その柱の一つとして、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現を位置付けている。</p> <p>循環型の仕組みの実現のため、例えば、各地域において、認知症の発症初期から、状況に応じて医療と介護が一体となった認知症の<u>方</u>への支援体制の構築を図ることを目的に、平成17年度より、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師として、認知症サポート医を養成している。平成27年度末時点で認知症サポート医養成研修の受講者数は5,068人となっている。</p> <p>また、平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成29年3月時点において全国で375カ所の認知症</p>

疾患医療センター（基幹型 15、地域型 335、連携型 25）が設置されている。

そのほか、平成 27 年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、平成 28 年度末時点で 703 市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。さらに、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、数値目標も含め総合戦略に基づき、地域の実情に応じた医療提供体制の整備を進める必要がある。その際には、以下について留意されたい。

① 早期診断・早期対応のための体制整備について

（かかりつけ医、認知症サポート医の養成）

かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医の養成を進め、身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備すること

（認知症初期集中支援チームの取組の推進）

認知症初期集中支援チームの取組が円滑に行えるよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと

（認知症疾患医療センター\*\*等の整備）

都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センターと認知症疾患医療センター以外の認知症の鑑別診断を行える医療機関\*\*\*について、二次医療圏における 65 歳以上人口も踏まえ、計画的に整備を図っていくこと。

認知症疾患医療センターについては、少なくとも二次医療圏に 1 か所以上、人口の多い二次医療圏では概ね 65 歳以上人口 6 万人に 1 か所程度整備すること。

※ 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※※ 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関

疾患医療センター（基幹型 15、地域型 335、診療所型 25）が設置されている。

そのほか、平成 27 年度より、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を、複数の専門職が訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームを市町村に設置しており、平成 27 年度末時点で 287 市町村に設置されている。

（医療提供体制に関する検討課題）

第 7 次医療計画においては、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要がある。また、認知症に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要がある。認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように、介護保険事業（支援）計画と整合性を図るとともに、総合戦略に掲げる数値目標に留意し、地域の実情に応じて医療提供体制の整備を進める必要がある。具体的な内容については、今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること。

<p><u>(歯科医師や薬剤師の認知症対応力向上)</u>  <u>歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備すること</u></p> <p>② <u>行動・心理症状（B P S D）や身体合併症等への適切な対応</u>  <u>(病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上)</u>  <u>病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修や看護職員の認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、急性期病院等における認知症の適切な対応力の向上を図ること</u>  <u>(適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備)</u>  <u>認知症の人に行動・心理症状（B P S D）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションを実施すること。また、退院後も認知症の人の容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する観点から、早期退院を阻害する要因を検討した上で、円滑な退院や在宅復帰のための支援体制を整備すること</u></p> <p>③ <u>医療・介護等の有機的な連携の推進</u>  <u>(認知症地域支援推進員の取組の推進)</u>  <u>認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図る等、市町村の支援を行うこと</u>  <u>(認知症ケアパスの活用)</u>  <u>地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進すること</u>  <u>(若年性認知症の人やその家族の支援)</u>  <u>若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人やその家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進すること</u></p> <p>(4) ～ (15) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p>	<p>(4) ～ (15) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>第2 (略)</p> <p>第3 構築の具体的な手順</p>
---	--

<p>1 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医療資源・連携等に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料）</li> <li>・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）</li> <li>・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）</li> <li>・ 精神科救急医療施設数（事業報告）</li> <li>・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）</li> <li>・ 医療観察法指定通院医療機関数</li> <li>・ <u>かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（事業報告）</u></li> <li>・ <u>認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）</u></li> <li>・ <u>認知症疾患医療センターの指定数（事業報告）</u></li> <li>・ <u>認知症疾患医療センター鑑別診断件数（事業報告）</u></li> </ul> <p>(3) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、<u>地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。</u></p> <p>また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。</p> <p>さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るように努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p>	<p>1 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 医療資源・連携等に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、精神保健福祉資料）</li> <li>・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）</li> <li>・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査、精神保健福祉資料）</li> <li>・ 精神科救急医療施設数（事業報告）</li> <li>・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）</li> <li>・ 医療観察法指定通院医療機関数</li> </ul> <p>(3) (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 連携の検討</p> <p>(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、多様な精神疾患等ごとに、患者本位の医療を提供できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。</p> <p>また、精神科医療機関、その他の医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。</p> <p>さらに、都道府県は、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図るように努める。この際、多様な精神疾患等ごとに都道府県連携拠点機能を有する医療機関が1箇所以上あることが望ましい。</p> <p>(2) ～ (3) (略)</p> <p>4 ～ 8 (略)</p>
---	---

改 正 後	現 行
救急医療の体制構築に係る指針 (略)	救急医療の体制構築に係る指針 (略)

改 正 後	現 行
災害時における医療体制の構築に係る指針 (略)	災害時における医療体制の構築に係る指針 (略)



改正後	現行
<p style="text-align: center;">へき地の医療体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 医療体制の構築に必要な事項</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、へき地医療体制に求められる医療機能及び体制を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能及び体制の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ~ (3) (略)</p> <p>(4) 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】 (略)</p> <p>① (略)</p> <p>② へき地医療支援機構</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療計画に基づく施策の実施</li> </ul> <p>ア (略)</p> <p>イ 関係機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと</li> <li>・ へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと</li> <li>・ へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと</li> <li>・ へき地における地域医療分析を行うこと</li> <li>・ 専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること</li> <li>・ 地域医療支援センターとの統合も視野に、地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと</li> </ul> <p><b>第3</b> (略)</p>	<p style="text-align: center;">へき地の医療体制構築に係る指針</p> <p>(略)</p> <p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 医療体制の構築に必要な事項</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、へき地医療体制に求められる医療機能及び体制を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能及び体制の内容(目標、医療機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ~ (3) (略)</p> <p>(4) 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】 (略)</p> <p>① (略)</p> <p>② へき地医療支援機構</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療計画に基づく施策の実施</li> </ul> <p>ア (略)</p> <p>イ 関係機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと</li> <li>・ へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと</li> <li>・ へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと</li> <li>・ へき地における地域医療分析を行うこと</li> <li>・ 専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること</li> <li>・ 地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと</li> </ul> <p><b>第3</b> (略)</p>

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>周産期医療の体制構築に係る指針</b></p> <p>(略)</p> <p><b>第1 周産期医療の現状</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 周産期医療の提供体制</p> <p>(1) 周産期医療の提供体制</p> <p>① 施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は0.7%を担っている<sup>1</sup>。分娩取扱施設(病院、診療所)の数は、平成8年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、平成26年は病院1,041施設、診療所1,243施設と、20年以上一貫して減少が続いている<sup>2</sup>。</p> <p>分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人(平成20年)から1.7人(平成26年)と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は4.3人(平成20年)から6.0人(平成26年)<sup>2</sup>と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療室(以下「NICU」という。)をもつ施設のうち、1施設当たりの病床が6床以下の施設数が最も多かった(日本周産期・新生児医学会調査)が、平成26年は6床以下の施設は29%(医政局地域医療計画課調査)と施設の規模も拡大傾向にある。</p> <p>このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が徐々に進んでいる。</p> <p><u>一方で、地域における周産期医療を確保する上で重要となる産科医師については、都道府県間、二次医療圏間で偏在が生じ、産科医師や分娩取扱施設が存在しない二次医療圏(以下「無産科二次医療圏」という。)が存在しているため、無産科二次医療圏問題の解消が課題となっている。</u></p> <p>② ～ ⑥ (略)</p> <p>(2) ～ (4)</p> <p>(略)</p>	<p style="text-align: center;"><b>周産期医療の体制構築に係る指針</b></p> <p>(略)</p> <p><b>第1 周産期医療の現状</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 周産期医療の提供体制</p> <p>(1) 周産期医療の提供体制</p> <p>① 施設分娩のうち、診療所と病院での出生がそれぞれ45.5%、53.7%を担い、助産所での出生は0.7%を担っている<sup>1</sup>。分娩取扱施設(病院、診療所)の数は、平成8年には病院1,720施設、診療所2,271施設であったが、平成26年は病院1,041施設、診療所1,243施設と、20年以上一貫して減少が続いている<sup>2</sup>。</p> <p>分娩取扱診療所の平均常勤産婦人科医師数の推移は1.5人(平成20年)から1.7人(平成26年)と、1～2名の医師による診療体制には大きな変化はなく、全分娩の45.5%をこのような有床診療所が担っている。一方、分娩取扱病院の平均常勤産婦人科医師数は4.3人(平成20年)から6.0人(平成26年)<sup>2</sup>と増加傾向であり、分娩取扱病院においては、勤務環境の整備や分娩体制の維持等のために一定程度の集約化が進んでいると考えられる。また、平成15年には新生児集中治療室(以下「NICU」という。)をもつ施設のうち、1施設当たりの病床が6床以下の施設数が最も多かった(日本周産期・新生児医学会調査)が、平成26年は6床以下の施設は29%(医政局地域医療計画課調査)と施設の規模も拡大傾向にある。</p> <p>このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有しているものの、近年は分娩取扱病院については重点化、集約化が徐々に進んでいる。</p> <p>② ～ ⑥ (略)</p> <p>(2) ～ (4)</p> <p>(略)</p>

第2 (略)

第3 構築の具体的な手順

1 (略)

2 圏域の設定

(1) (略)

(2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこと。特に、無産科二次医療圏を有する都道府県については、現状の把握を適切に行った上で、圏域設定の見直しも含めた検討を行うこと。

(3) ～ (4) (略)

3 連携の検討

(1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。特に、無産科二次医療圏を有する都道府県については、関係機関・施設間の円滑な連携体制を構築した上で、「産科医療確保事業等」（「産科医療確保事業の実施について」（平成21年4月1日付け医政発0401007号厚生労働省医政局長通知）別添「産科医療確保事業等実施要綱」に規定する事業をいう。）を活用し、分娩取扱施設の確保や産科医の派遣、圏域を越える搬送体制の整備等を通じた無産科二次医療圏問題の解消に向けた対策を医療計画に位置づけること。

さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2) ～ (6) (略)

4 ～ 8 (略)

第2 (略)

第3 構築の具体的な手順

1 (略)

2 圏域の設定

(1) (略)

(2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3) ～ (4) (略)

3 連携の検討

(1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。

さらに、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有に努める。

(2) ～ (6) (略)

4 ～ 8 (略)

改 正 後	現 行
小児医療の体制構築に係る指針 (略)	小児医療の体制構築に係る指針 (略)

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>在宅医療の体制構築に係る指針</b></p> <p>(略)</p> <p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 医療体制の構築に必要な事項</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】</p> <p>① ～ ② (略)</p> <p>③ 入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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において、連携している医療機関(特に無床診療所)が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと</li> <li>・ 重症等に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(医療機関の例) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院・診療所</li> </ul> </li> </ul> <p>(4) ～ (6) (略)</p> <p><b>第3 構築の具体的な手順</b></p> <p>1 ～ 4 (略)</p> <p>5 数値目標 都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。 数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第</p>	<p style="text-align: center;"><b>在宅医療の体制構築に係る指針</b></p> <p>(略)</p> <p><b>第1</b> (略)</p> <p><b>第2 医療体制の構築に必要な事項</b></p> <p>1 (略)</p> <p>2 各医療機能と連携 前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。</p> <p>(1) ～ (2) (略)</p> <p>(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】</p> <p>① ～ ② (略)</p> <p>③ 入院医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院等において、連携している医療機関(特に無床診療所)が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと</li> <li>・ 重症等に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(医療機関の例) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院・診療所</li> </ul> </li> </ul> <p>(4) ～ (6) (略)</p> <p><b>第3 構築の具体的な手順</b></p> <p>1 ～ 4 (略)</p> <p>5 数値目標 都道府県は、良質かつ適切な在宅医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。 数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第</p>

九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとし、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、地域医療構想(医療法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。)による病床の機能分化・連携に伴う、介護施設、在宅医療等の追加的需要や、高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加に対する目標について、介護保険事業(支援)計画等と整合性をもって設定していくことが重要であり、医療・介護の体制整備に係る都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

具体的には、地域医療構想において定めることとされている構想区域における将来の居宅等における医療の必要量に、足下の訪問診療患者の受療率に2025年の人口推計を勘案して推計した需要が含まれていることを踏まえ、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する具体的な数値目標を記載することを原則とする。介護施設、在宅医療等の追加的需要の考え方を含め、将来必要となる訪問診療の需要については、今後、関係部局から発出される通知により、追って具体的な内容を示すこととする。

また、これに加え、

- ・ 在宅医療の提供体制に求められる各医療機能を確保するため、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標、
- ・ 多職種による取組を確保するため、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標

について、それぞれ具体的な数値目標を、可能な限り記載するよう努めるものとする。

(目標設定する項目・指標の例)

- ・ 「退院支援」 退院支援ルールを設定している二次医療圏数
- ・ 「急変時の対応」 在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
- ・ 「看取り」 在宅看取りを実施している診療所・病院数
- ・ 「訪問看護」 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、機能強化型訪問看護ステーション数
- ・ 「訪問歯科診療」 訪問歯科診療を実施している歯科診療所数、在宅療養支援歯科診療所数
- ・ 「訪問薬剤管理指導」 訪問薬剤指導を実施している事業所数

なお、介護保険事業(支援)計画との整合性を確保する観点から、第7次医療計画における在宅医療の整備目標の設定に当たっては、第7期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、まずは平成32年度末における整備目標を設定し、その後、医療計画の中間年

九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

特に、将来の在宅医療に係る医療需要に対する目標について、介護保険事業(支援)計画等と整合性をもって設定し、その考え方を記載していくことが重要であり、介護保険事業(支援)計画との整合性の確保のために設置する都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を活用し、検討を行うこと。

(3年目)での見直しにおいて、第8期介護保険事業(支援)計画と整合的なものとなるよう、平成35年度末における目標を設定することとする。

## 6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

その際、訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標の達成に向けた施策については、原則、記載することし、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごとの目標や、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての目標の達成に向けた施策についても、可能な限り記載するよう努めるものとする。

また、施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

(施策の例)

- ・ 地域住民に対する普及啓発
- ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 等

さらに、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

7 ～ 8 (略)

## 6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

施策の検討にあたっては、在宅医療の提供者側に対する施策のみに偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定して施策を検討すること。

(施策の例)

- ・ 地域住民に対する普及啓発
- ・ 入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・ 入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 等

また、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組について、在宅医療に係る圏域ごとの課題に鑑みて、必要な施策については医療計画にも記載することとし、施策の達成に向けた役割分担を明確にした上で、地域医師会等と連携しながら、必要な支援を行うこと。

特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、重点的な支援が必要である。

7 ～ 8 (略)