

第2期循環器病対策推進基本計画の 策定に向けた検討事項について

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

① 循環器病に係る指標の更新

- 厚生労働科学研究の結果等を踏まえ、評価指標の更新を行ってはどうか。

② 関係する諸計画との連携

- 令和6年度から開始予定の第8次医療計画、第9期介護保険事業計画と連携した内容となるよう調整してはどうか。

③ 感染拡大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の感染拡大により、CCU受け入れ病院の救急患者の応需率の低下や転院先の調整困難など循環器病の診療体制に逼迫が生じた。
- 将来の感染症の到来に備え、感染拡大時でも救急患者を受け入れる機能が維持できるよう、各地域における医療体制の整備が必要ではないか。
- また今後、地域における医療機能の分化・連携に向けた取組を進める上で、平時においても急性期病院のみに患者が集中しないよう、回復期や慢性期の病院との、循環器病の特徴をふまえた効率的な役割分担のあり方等について検討することが重要ではないか。

循環器病対策推進基本計画の見直しに係る 関係学会・団体等からの意見聴取について

- 第2期循環器病対策推進基本計画策定の基本的な考え方に沿って、以下のとおり、関係学会・団体等から意見聴取を行った。

【聴取内容】

1. 循環器病に係る指標の更新についてのご意見
2. 関係する諸計画との連携についてのご意見
3. 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備についてのご意見

【対象】

- 日本脳卒中学会
- 日本脳卒中協会
- 日本循環器学会
- 日本心臓血管外科学会
- 日本リハビリテーション医学会
- 日本理学療法士協会
- 日本作業療法士協会
- 日本言語聴覚士協会
- 日本栄養士会
- 日本薬剤師会
- 日本医療ソーシャルワーカー協会
- 日本介護支援専門員協会
- 日本看護協会
- 日本救急医学会
- 全国消防長会
- 日本医師会
- 日本歯科医師会
- 四病院団体
- 全国心臓病の子どもを守る会
- 日本心臓ペースメーカー友の会
- 日本失語症協議会
- 日本脳卒中者友の会
- 欧州ビジネス協会医療機器・IVD委員会医療機器診療報酬部会
- 日本医療機器産業連合会／日本医療機器テクノロジー協会
- 日本製薬工業協会研究開発委員会
- 米国医療機器・IVD工業会

(計26団体)

1 循環器病対策推進基本計画の見直しに係る関係学会・団体等からの意見聴取について

①－1 「循環器病に係る指標の更新」に関する主な御意見

①－2 循環器病に係る指標に関する研究班における成果について

② 「関係する諸計画との連携」に関する主な御意見

③ 「感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備」に関する主な御意見

2 方針（案）について

1 循環器病対策推進基本計画の見直しに係る関係学会・団体等からの意見聴取について

① - 1 「循環器病に係る指標の更新」に関する主な御意見

① - 2 循環器病に係る指標に関する研究班における成果について

② 「関係する諸計画との連携」に関する主な御意見

③ 「感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備」に関する主な御意見

2 方針（案）について

第7次医療計画指標（脳卒中）

医療計画関連通知（令和2年4月13日改正分）の別表より引用

別表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防	救護	急性期	回復期	維持期
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数		神経内科医師数・脳神経外科医師数		
			脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数		
			脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施可能な病院数		
			リハビリテーションが実施可能な医療機関数		
プロセス	喫煙率	脳血管疾患により救急搬送された患者数(再掲)	● 脳梗塞に対するt-PAIによる血栓溶解療法の実施件数		
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)		脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数		
	ハイリスク飲酒者の割合		くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数		
	健康診断の受診率		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数		
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数		
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数		
			脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数		
アウトカム	● 脳血管疾患により救急搬送された患者数	● 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	● 退院患者平均在院日数		
		● 脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	● 在宅等生活の場に復帰した患者の割合		
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率				

(●は重点指標)

第7次医療計画指標（心筋梗塞等の心血管疾患）

医療計画関連通知（令和2年4月13日改正分）の別表より引用

別表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防	救護	急性期	回復期	慢性期・再発予防
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数		循環器内科医師数・心臓血管外科医師数		
			心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数		
			心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数		
			心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数		
プロセス	喫煙率	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(再掲)	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の実施件数		
	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)		● 来院後90分以内の冠動脈再開通達成率		
	健康診断の受診率	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数		
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数		
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数		
			虚血性心疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数		
アウトカム	● 虚血性心疾患により救急搬送された患者数	● 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	● 退院患者平均在院日数		
		虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	● 在宅等生活の場に復帰した患者の割合		
	●	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率			

(●は重点指標)

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ①

- 循環器病に係る指標のうち、**予防に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 循環器病のリスクファクターとして「食塩の過剰摂取」があり、日本は他の先進国に比べて食塩摂取量が多い中、厚生労働省は、令和3年12月に日本政府が主催した「東京栄養サミット2021」における日本政府コミットメントを踏まえ、減塩を始めとした産学官等連携による食環境づくりを推進している。このイニシアチブの取組を踏まえた食環境づくりを行っている都道府県数を、指標として加えてはどうか。
- 学校保健の中での喫煙防止教室や、企業従事者向け（保険者など）の禁煙支援の取組を指標として加えてはどうか。
- 先天性心疾患の治療成績を向上させる「先天性心疾患胎児診断率」を指標として加えてはどうか。先天性心疾患を胎児期に診断し、その母体を小児心臓外科拠点病院に搬送してから出産を迎えることで新生児死亡率を低下させることが可能となる（厚生労働科学研究「先天性心疾患を主体とする小児期発症の心血管難治性疾患の生涯にわたるQOL改善のための診療体制の構築と医療水準の向上に向けた総合的研究」）。
- ロジックモデルの初期アウトカムには、予防や発症時対応に関する知識普及が挙げられている。こうした市民啓発に関する適切、かつ具体的な指標を定めるべきではないか。例えば啓発イベントの開催回数や受講人数などの数値などを用いることとしてはどうか。

提案された指標案

- 食塩過剰摂取に対する取組
- 禁煙外来や喫煙歴など、禁煙に関する項目
- 先天性心疾患胎児診断率
- 啓発イベントの開催回数や受講人数など、予防や発症時対応に関する普及啓発に関する項目

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ②

- 循環器病に係る指標のうち、**救護に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 血栓回収療法の適応（large vessel occlusion; LVO）を判断する病前スケールがいくつも提唱され、国内でも種々のスケールの使用経験とそれぞれの有効性が発表されている。しかし全国で統一的に使用できるものとはなっておらず、このままでは医療提供体制を基本計画に反映させるためのデータ蓄積につながらない。救急隊が脳卒中患者を収容する時に「脈不整、共同偏倚、半側空間無視（指4本法）、失語（眼鏡/時計の呼称）、顔面麻痺、上肢麻痺」の6項目を観察することを推奨しており、今後、この方法による血栓回収療法の適応となる主幹動脈閉塞（LVO）の感度、特異度、陽性適中率、陰性適中率を各都道府県ごとに算出し、全国データとしてまとめ、項目をブラッシュアップしていく。
- 「急性期病院以外の病院で対応している循環器疾患リスク患者数」及び「急性期病院以外の病院に搬送されている循環器疾患の救急搬送の件数の低下」を指標として加えてはどうか（理由は下記のとおり）。
 - ✓ 理由1：循環器疾患リスクのある患者の早期発見により、適切なタイミングで治療介入を行い、急性期病院に運ばれる患者の低減を目指す。同時に感染症拡大の際の急性期病院の負荷集中を回避できる体制を構築するため。
 - ✓ 理由2：上記指標は、循環器疾患リスク、慢性循環器リスクを有する患者様の重症化を防止する遠隔医療サービスの社会実装を推進する指標とすることができる。また、感染症拡大の際の急性期病院の負荷集中を回避できる患者数の管理体制を構築するため。（遠隔医療サービスにより、循環器疾患リスクの患者様の件数、状況を把握することで、適切な医療サービスができる。その結果として、救急搬送の件数が低下すると考えるので、急性期病院に搬送される前の患者数の増加（遠隔サービス患者数）に伴う救急搬送件数低下をウォッチングすべき）

提案された指標案

- 「主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標」(*)に係る指標
- 急性期病院以外の病院で対応している循環器疾患リスク患者数
- 急性期病院以外の病院に搬送されている循環器疾患の救急搬送の件数

※ 主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標：脈不整、共同偏倚、半側空間無視（指4本法）、失語（眼鏡/時計の呼称）、顔面麻痺及び上肢麻痺の6項目。

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ③

- 循環器病に係る指標のうち、**急性期に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 急性期病院における「リハビリテーション実施率」「入院からリハビリテーション開始病日」、急性期病院から回復期病院への転院に要する「転院待機日数」、はリハビリテーション自体や連携の質を示す指標になると考える。
- 厚生労働科学研究「心臓大血管救急におけるICTを用いた革新的医療情報連携方法の普及と広域救急医療体制確立に資する研究」に関連して、破裂性大動脈瘤例数（破裂性大動脈瘤症例数／全動脈瘤症例数）を指標として加えてはどうか。腹部エコー検診等によって大動脈瘤の発見率が向上すれば破裂に至ってから治療介入する患者が減少し、大動脈瘤関連死亡率が低下して平均寿命延伸につながる。
- 救急に関する指標として、「急性心筋梗塞に対するPCI実施率」を加えてはどうか（NDB研究によるエビデンスあり）。

提案された指標案

- 急性期病院における「リハビリテーション実施率」「入院からリハビリテーション開始病日」
- 急性期病院から回復期病院への転院に要する「転院待機日数」
- 破裂性大動脈瘤例数（破裂性大動脈瘤症例数／全動脈瘤症例数）
- 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術（PCI）実施率

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ④

- 循環器病に係る指標のうち、**回復期及び維持期（リハビリテーション、再発・重症化予防）に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 医療計画におけるリハビリテーション医療に係る指標として、リハビリテーション科医及びリハビリテーション専門職の従事者数を加えてはどうか。
- リハビリテーションに係る理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の実数などの実態を指標として加えてはどうか。
- 急性期病院における「リハビリテーション実施率」「入院からリハビリテーション開始病日」、急性期病院から回復期病院への転院に要する「転院待機日数」をリハビリテーション自体や連携の質に係る指標として加えてはどうか。
- 医療保険または介護保険でリハビリテーションを行っている訪問看護ステーションの事業者数（PT,OT,STの所属人数）を指標として加えてはどうか。
- 脳卒中、心血管疾患共通のリハビリテーションの効果を示す指標として、バーセルインデックス（Barthel Index）や機能的自立度評価尺度（Functional Independence Measure ; FIM）が使用されている。また、生活の質に直結する活動の拡大と参加の促進の視点からは、主に介護保険制度で使用されている生活関連活動の指標であるFAI（Frenchay Activities Index）が簡便であり活用できるのではないか。
- 急性期から慢性期のシームレスな医療・福祉に関する指標として、「心血管疾患リハビリテーション実施件数」を加えてはどうか。
- 「重症化予防」というキーワードを考えると、再発率、再入院率も評価指標の候補である。
- 心不全再入院率を指標として加えてはどうか。

提案された指標案

- 理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、リハビリ医数
- 入院リハビリテーション実施率、入院からリハビリテーション開始病日、心血管疾患リハビリテーション実施件数
- 転院待機日数
- 心不全再入院率

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ⑤

- 循環器病に係る指標のうち、**回復期及び維持期（施設間連携）に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 医療連携の指標（地域連携クリティカルパス利用件数等）、医療介護連携の指標（介護連携指導料・退院時共同指導料等）、医療福祉連携の指標（脳卒中患者の障害者手帳診断書・高次脳機能障害診断書の提出数等）のほか、各連携機関間の会合の開催頻度を指標として加えてはどうか。
- 急性期・回復期・慢性期および医療機関と介護関連施設が共通言語で情報共有できるよう、ICFに準拠した生活機能評価の記述方法の開発検討が必要ではないか。（参照：日本心不全学会ガイドライン委員会編集「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」）
- 心臓リハビリテーションでは脳血管疾患のリハビリテーションと異なり、高度急性期及び急性期から回復期及び慢性期までの連携が希薄である。「継続した必要な医療、介護及び福祉に係るサービスを提供することが必要」、というのであれば、シームレスに連携する「地域連携加算」に結び付く、医療及び福祉に係るサービスの連携率を指標として加えてはどうか。
- 医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実【慢性期・維持期、再発予防】において、「訪問歯科衛生指導を受ける患者数」などが指標とされているが、循環器疾患の手術においても周術期口腔機能管理の重要性がさらに明らかにされるなど、有用性が示されている。そのため、個別施策例として示されている「医科歯科連携の推進」など、病院内での実施状況や連携状況等を指標として加えてはどうか。

提案された指標案

- 地域連携クリティカルパス利用件数等、介護連携指導料・退院時共同指導料等、脳卒中患者の障害者手帳診断書・高次脳機能障害診断書の提出数、各連携機関間の会合の開催頻度
- 国際生活機能分類（ICF）に準拠した生活機能評価できる指標（歩行等のADLに関する指標など）
- 医療及び福祉に係るサービスの連携率、医科歯科連携の指標

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ⑥

- 循環器病に係る指標のうち、**回復期及び維持期（復職、社会活動、就労支援）に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 公的機関および民間企業における循環器病による障害者雇用率、雇用継続の年数や、療養・就労両立支援指導料の件数（R4年診療報酬改定により心疾患を追加）を指標として加えてはどうか。
- 後遺症を有する者への支援には、医療・介護・福祉等の支援体制が必要である。医療連携の指標（地域連携クリティカルパス利用件数等）、医療介護連携の指標（介護連携指導料・退院時共同指導料等）、医療福祉連携の指標（脳卒中患者の障害者手帳診断書、高次脳機能障害診断書の提出数等）のほか、療養・就労両立支援指導料など、脳卒中患者への支援実態の把握に係る項目を、指標として加えてはどうか。
- 生活の質の向上という視点からは、両立支援・就労支援が重要であると考えます。指標としては、仕事への復帰者数の把握があげられる。また、年齢や障害度に応じた入院リハビリテーション、外来リハビリテーションにおける両立支援・就労支援に関するデータ集積や活用を可能とする仕組みも必要ではないか。合わせて家庭での役割への復帰など、非就業者の活動と参加の把握も必要ではないか。
- 脳卒中相談窓口の両立支援コーディネーター取得者数（母数：医療機関数）を指標として加えてはどうか。

提案された指標案

- 障害者雇用率、雇用継続の年数
- 療養・就労両立支援指導料の件数
- 仕事への復帰者数、家庭での役割への復帰など社会参加に関する指標
- 両立支援コーディネーター取得者数（母数：医療機関数）

循環器病に係る指標の更新に関する主なご意見 ⑦

- 循環器病に係る指標のうち、**回復期及び維持期（緩和ケア）に関する指標**の更新への主なご意見及び提案された指標案を、以下に示す。

主なご意見

- 都道府県計画のレビューより、「緩和ケア」については、多くの都道府県が興味を持っており、指標化が望まれる。
- 終末期心不全患者における緩和医療を在宅で行う基盤整備を要望する。この課題解決に向けては、循環器領域における終末期・緩和ケアの定義、エビデンスの構築・教育・啓発が重要である。（第8次医療計画：「在宅医療」）

提案された指標案

- 入院緩和ケアの実施件数・外来緩和ケアの実施件数・循環器病患者の在宅死亡割合などの緩和ケアに関する指標
- 参考：第7次医療計画における、がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例として、療養支援のプロセス指標として以下を使用している。
 - ✓ がん患者指導の実施件数
 - ✓ 入院緩和ケアの実施件数
 - ✓ 外来緩和ケアの実施件数
 - ✓ がん性疼痛緩和の実施件数
 - ✓ 在宅がん医療総合診療料の算定件数

1 循環器病対策推進基本計画の見直しに係る関係学会・団体等からの意見聴取について

①－1 「循環器病に係る指標の更新」に関する主な御意見

①－2 循環器病に係る指標に関する研究班における成果について

② 「関係する諸計画との連携」に関する主な御意見

③ 「感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備」に関する主な御意見

2 方針（案）について

循環器病に係る指標に関する研究班における成果について ①

- 令和元年～3年度の厚生労働科学研究（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）では、脳卒中と心血管疾患において、それぞれ以下の指標が提案された。

第7回循環器病対策推進協議会
資料2-3の内容を抜粋

脳卒中

脳神経内科医師数・脳神経外科医師数
脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施可能施設数
脳梗塞に対する血管内治療による血栓回収療法の実施可能施設数
脳梗塞に対する血管内治療による血栓回収療法の実施件数
くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数
くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数
脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数

心血管疾患

急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率
心血管疾患リハビリテーション実施件数
大動脈疾患患者に対する手術件数

- 令和3年～4年度の厚生労働科学研究（循環器病対策推進基本計画に基づいた、都道府県の有用な目標指標の設定のための研究）では、以下の提言がなされた。

全体として観察されること

第8回循環器病対策推進協議会
資料3-1より

1. **回復期以降では、脳卒中・心臓病等に特異的ではない指標が多くある。**
指標例) 訪問リハビリ・通所リハビリを提供している事業所数、訪問看護ステーション数、在宅療養支援診療所数 等
2. 「緩和ケア」など、**重要と思われても定義があいまいな項目がある。**
3. **受け手側の変化の評価方法**について検討が必要な項目がある。
指標例) 心不全について正しい知識を持つ人の割合、応急手当ができると回答した県民の割合 等
4. 個別施策として記載されていても、**対応する指標が記載されていないもの**がある。指標設定の困難さに加えて、実態を把握するデータが乏しい可能性がある。
個別施策例) かかりつけ医と専門医の連携、医療機関案内サービスによる情報提供、相談支援、成人先天性心疾患患者の両立支援 等

循環器病に係る指標の更新について（小括）

- 循環器病に係る指標について、予防、救護及び急性期の観点からのご意見に加え、回復期及び維持期については、リハビリテーション、再発・重症化予防、施設間連携、復職・社会活動・就労支援及び緩和医療の観点からのご意見をいただいた。また、関連する指標案について提言をいただいた。

<指標案（例）>

- ✓ 救護：「主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標」についての指標 等
- ✓ 急性期：「リハビリテーション実施率」「転院待機日数」 等
- ✓ 回復期及び維持期：両立支援コーディネーター取得者数、療養・就労両立支援指導料の件数
ICFに準拠した生活機能評価できる指標、社会参加に関する指標、緩和ケアの実施件数 等

- 厚生労働科学研究の成果として、以下が報告された。

・ 脳卒中と心血管疾患に係る指標の提案

<脳卒中>

- ✓ 脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施可能施設数
- ✓ 脳梗塞に対する血管内治療による血栓回収療法の実施可能施設数
- ✓ 脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数 等

<心血管疾患>

- ✓ 心血管疾患リハビリテーション実施件数
- ✓ 大動脈疾患患者に対する手術件数 等

・ 現行の指標に係る提言

- ✓ 回復期以降では、脳卒中、心臓病等に特異的ではない指標が多くある。
- ✓ 「緩和ケア」など、重要と思われても定義があいまいな項目がある。
- ✓ 受け手側の変化の評価方法について検討が必要な項目がある。
- ✓ 個別施策として記載されていても、対応する指標が記載されていないものがある。指標設定の困難さに加えて、実態を把握するデータが乏しい可能性がある。

1 循環器病対策推進基本計画の見直しに係る関係学会・団体等からの意見聴取について

① - 1 「循環器病に係る指標の更新」に関する主な御意見

① - 2 循環器病に係る指標に関する研究班における成果について

② 「関係する諸計画との連携」に関する主な御意見

③ 「感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備」に関する主な御意見

2 方針（案）について

関係する諸計画との連携に関する主なご意見

○ 医療計画等の他の計画との連携に関する主なご意見を、以下に示す。

主なご意見

- **医療計画、介護保険事業計画**との連携はもちろんだが、**健康増進計画、地域福祉活動計画**との連携も必要である。都道府県レベルでは担当課（医療対策課など）と他の部署（保健や福祉担当部署など）との連携が取れていないように思われる。医療計画における地域連携クリティカルパスの実態調査も必要と考える。急性期・回復期医療の終了後の生活期を支える支援ネットワークが構築されていない。医療から暮らしまでを一体的、均一的に支援できる体制構築を目指し、関係団体（自治体の関係部署、医師会等関係団体、医療機関機能別登録機関数、障害福祉関係機関数、介護関係機関数等）の連携実態を把握し、連携機能を強化する必要があるのではないかと。
- 各市町村社会福祉協議会の活動指針となる**地域福祉活動計画**との連携が必要ではないか。脳卒中後の患者は、高次脳機能障害への支援として社会福祉協議会が窓口となる諸事業（生活困窮者自立支援制度、日常生活自立支援事業等）を適切に利用できず、支援困難事例が散見される。支援課題が把握され、経済基盤の安定や権利擁護につながることを期待する。
- **障害福祉計画**や社会福祉協議会が実施する諸事業（生活困窮者自立支援制度・日常生活自立支援事業）との連携が必要ではないか。
- 令和4年5月31日閣議決定された**国民が受ける医療の質の向上のための医療機器の研究開発及び普及の促進に関する基本計画**との連携も必要ではないか。

1 循環器病対策推進基本計画の見直しに係る関係学会・団体等からの意見聴取について

① - 1 「循環器病に係る指標の更新」に関する主な御意見

① - 2 循環器病に係る指標に関する研究班における成果について

② 「関係する諸計画との連携」に関する主な御意見

③ 「感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備」に関する主な御意見

2 方針（案）について

- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備に関する主なご意見のうち、**医療機関間・地域間連携に係るもの**を、以下に示す。

主なご意見

- 感染拡大時においても必要な医療が継続できる体制が必要であり、平時からの取組が重要。医療の提供には医薬品を伴うものが多いため、地域の薬局・薬剤師の役割が重要。感染拡大時には医療機関への受診を控えることも考えられるため、在宅医療への対応（在宅患者訪問薬剤管理指導等）や、医薬品使用期間中（調剤と次回調剤の間の期間）における、薬剤師による継続した使用状況等の確認とそれに基づく薬学的管理、処方医や関係職種との連携（医薬品使用期間中のフォローアップ）をより一層推進すること等により、感染拡大時にもきめ細やかな医療の提供が可能となる。また平時からこれらの対応が行えるよう、薬局を含めた地域の関係者・関係機関の連携体制を整備しておくことが重要と考える。
- 24時間365日の急性期対応を行うためには、施設の集約化が必要ではないか。現在の一次脳卒中センターも小規模施設では時間外や休日の対応は困難である。
- 病院間連携と病院間搬送の強化、ドクターヘリやドクターカーの活用、感染に対応できる専門施設への適切な搬送及び安全な患者搬送のためのトレーニングが必要。
- クラスタ発生時、圏域内で診療機能を補完できる体制を作っておくことが重要である。感染症拡大時においても、循環器病の重症患者診療に支障が出ないような医療提供体制の整備が必要である。病院間の役割分担と連携が重要である。
- 全ての病院がコロナ患者を受け入れることを求めるのではなく、それぞれの病院が果たすべき機能を継続することを考慮する必要がある。例えば、常に循環器疾患専門病院、脳血管疾患専門病院としての機能を果たすことが地域に求められており、その機能を捨ててコロナ患者を受け入れなくてはならないような事態は避けるべきである。すなわち、地域の中での機能分化は、急性期、回復期、慢性期だけではなくて、疾患ごとに機能分化することも検討する必要がある。
- 機能の医療機関が近隣にある場合は、感染を見る病院とそれ以外の病院の役割分担を決めておく必要がある。

- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備に関する主なご意見のうち、**急性期の医療資源のさらなる活用に係るもの**を、以下に示す。

主なご意見

- 急性期脳卒中受け入れ医療機関（例：日本脳卒中学会1次脳卒中センター等）、感染症指定医療機関を中心とする感染症受け入れ医療機関、その他の領域の救急受け入れ医療機関を対象に、地域の急性期医療資源を一元的に共有するシステムを平時から整備する必要がある（具体的には、以下のような項目）。
 - ✓ 空床状況と医療レベルごとの収容能力の情報共有
 - ✓ 専門人材など重症患者に対応可能な人的情報の共有
 - ✓ デジタル活用による省力化とリアルタイムに更新するシステムの構築
 - ✓ 平時からの感染対応設備の整備・拡充と実践
 - ✓ 平時からの人材教育と育成
- 患者受け入れ、人材の有効配置に関して、一定の権限を付与する（医療機関の役割分担、人材共有を地域単位で協議しておくことを義務づける）必要がある。
- 地域における各医療機関の救急対応の availability の real time 共有が必要である。
- 感染拡大時のDMAT,DPAT,DWATなどの協力体制を二次医療圏ごとにつくる必要がある。

- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備に関する主なご意見のうち、**回復期及び維持期の医療体制の機能強化に係るもの**を、以下に示す。

主なご意見

- ある程度の重症であっても回復期病院というステップを経ることができるシステムを加算などで支援する必要があるのではないか。
 - ✓ 例：回復期病院や後方病院の機能を強化をすることによって、急性期病院と、その後の亜急性期～回復期病院との機能分化をはっきりさせ、ある程度の重症者も後方病院で問題なく対応できる体制作りを行う。このために、回復期病院に重症者の受け入れに加算をつける・重症者受け入れが可能となる新たな看護配置基準を策定する・急性期以降の重症脳卒中をみれる医師を回復期病院にも配置するシステム作り・全身管理のできる医師を配置した場合に加算が付くというような対応を行う。
- 「重症心不全状態にある在宅患者に対するカテコラミン持続静注による管理」、「多職種による疾患管理プログラムをふまえた維持期心臓リハビリテーション」など、在宅生活継続のための整備を進めることを要望する。
- PSCで受け入れたが、発症からの日数や元々のADLなどの観点から、あるいはstroke mimicsで、PSCでなくとも治療可能な患者については、PSC以外の医療機関へ下り搬送し、平時からPSCへの負荷を軽減し、感染拡大時にも持続可能な脳卒中診療体制が必要である。また、下り搬送の受入を促進するために、受け手側医療機関へのインセンティブを設けることを検討する必要がある。
- 回復期や慢性期の病院でも心筋梗塞や心不全等の心大血管疾患リハビリテーションが実施できるような制度作りが必要である。

- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備に関する主なご意見のうち、**デジタル技術・医療機器の有効活用に係るもの**を、以下に示す。

主なご意見

- 感染拡大時にも、急性期医療機関への負担を低減するため、下記のような診断機器を活用し循環器疾患の診断を可能とする医療機関の強化が必要である。
 - ✓ ①低侵襲・簡易X線システムによる肺循環病態の可視化
 - ✓ ②AIによる画像診断による循環器重篤化診断
 - ✓ ③遠隔モニタリング、遠隔治療アプリによる重症化予防
- 急性期医療機関間での定期的な会議・意見交換の場が必要である。急性期医療機関での限定した医療情報（カルテ、画像情報）のネット上共有も推進する必要がある。
- 地政学的特徴も鑑み、ICT／遠隔医療を活用した医療体制の整備、充実が必要である。
- 遠隔地に主治医がいる場合には、体調の変化や感染症への感染時にオンラインによる診療がスムーズに行える体制が必要である。先天性心疾患患者への対応は専門性が高い領域であるため、専門施設と患者との直接対応の他、患者を直接診ることができる居住地の医療施設と専門施設がオンラインによる診療連携がとれるようにすることが重要である（D to P with D 居住地の施設+患者 → 専門施設 等）。
- 電子カルテデータの標準化や医療機関間のデータ連携等の医療DXの推進は、感染拡大下での循環器領域の診療（救急医療含む）に資するものであり、それらとの連携を推進する必要がある。

- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備に関する主なご意見のうち、リハビリテーション及びアドバンスケアプランニングに係るものを、以下に示す。

主なご意見

<リハビリテーションについて>

- 新型コロナウイルス感染症へのリハビリテーションガイドラインの作成、合併症を有する患者への対応など、現場の指針となる内容を共有できれば、速やかな全国への普及促進も期待できる。
- 感染拡大下でのリハビリテーションの実施には防護具等の装着も必要となるため、診療報酬上に感染症対応加算のようなものが設けられるとよいのではないか。
- 各病院や施設ごとのBCP（事業継続計画）作成のなかに、特にリハビリテーション専門職種と各職種との連携のあり方についての具体的指針があると有事の際にスムーズな移行が可能と考えられる。
- 平時からの急性期リハビリテーション提供体制が充実することで、医師・看護師の負担軽減につながるタスクシフトが推進されるとともに、在宅へのアウトリーチ、有事の際の看護師等の業務支援、宿泊療養施設へのアウトリーチ支援等が可能となる。
- 感染拡大時でも運動機能や認知機能を維持する診療体制を維持するためには、遠隔リハビリテーションの提供体制の整備が重要である。

<アドバンスケアプランニングについて>

- 平時からの取組として、アドバンスケアプランニングによる個人の意思決定に基づいた医療の提供がどの期においてもなされる必要があり、終末期リハビリテーションや緩和ケアの体制整備が必要である。これらの普及充実により、平時だけでなく感染拡大になった場合においても、急性期医療への負担は緩和すると考えられる。

感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について（小括）

○ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について、以下の観点からのご意見をいただいた。

<医療機関間連携・地域連携の観点からのご意見（例）>

- ・ 感染拡大時においても必要な医療が提供できるよう、平時から、地域の関係者・関係機関の連携体制を整備しておくことが重要
- ・ 感染症患者の受入れを行う医療機関と、それ以外の医療機関などと、地域における役割分担を決めておくことが重要

<急性期資源のさらなる活用の観点からのご意見（例）>

- ・ 有事の際には地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを行う事が重要
- ・ 患者受入れや人材の有効配置に関して地域単位で協議しておくことが必要 等

<回復期及び維持期の医療体制の機能強化の観点からのご意見（例）>

- ・ 急性期～維持期（生活期）までの円滑な診療の流れが重要
- ・ ある程度の重症であっても回復期病院というステップを経ることができるシステムづくりが重要
- ・ 在宅生活を継続するための体制整備 等

<デジタル技術・医療機器の有効活用の観点からのご意見（例）>

- ・ ICTや遠隔診療等のデジタル技術を活用した医療体制の整備が必要
- ・ AIによる画像診断を用いた診断や、遠隔モニタリング等を活用した重症化予防といった取組が重要 等

<リハビリテーションの観点からのご意見（例）>

- ・ 平時からの急性期リハビリテーション提供体制の充実
- ・ 遠隔リハビリテーションの提供体制の整備 等

<アドバンスケアプランニングの観点からのご意見（例）>

- ・ アドバンスケアプランニングによる個人の意思決定に基づいた医療の提供
- ・ 終末期リハビリテーションや緩和ケアの体制整備 等

1 循環器病対策推進基本計画の見直しに係る関係学会・団体等からの意見聴取について

① - 1 「循環器病に係る指標の更新」に関する主な御意見

① - 2 循環器病に係る指標に関する研究班における成果について

② 「関係する諸計画との連携」に関する主な御意見

③ 「感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備」に関する主な御意見

2 方針（案）について

第2期循環器病対策推進基本計画の策定方針（案）

○ 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たって、以下の方針とすることとしてはどうか。

＜循環器病に係る指標の更新について＞

- ・ いただいたご意見や、厚生労働科学研究の結果を踏まえて、指標を整理することとしてはどうか。
- ・ 整理に当たっては、実現可能性の観点から、以下の点に留意することとしてはどうか。
 - ✓ 比較可能な数値であること
 - ✓ 定義が明確であって、数値の算出が実施可能であること
 - ✓ 評価方法が明確であること 等

＜関係する諸計画との連携について＞

- ・ 基本計画における記載事項について、他の計画との整合を取るとともに、必要に応じて、他の計画との連携について記載することとしてはどうか。

＜感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備について＞

- ・ いただいたご意見等を踏まえつつ、医療計画における感染症に係る医療体制の整備方針との整合を取りながら、記載事項を整理することとしてはどうか。

参考資料



脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「脳血管疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	45%	2%
プロセス	喫煙率	55%	23%
	ニコチン依存管理料を算定する患者数	36%	0%
	ハイリスク飲酒者の割合	28%	2%
	健康診断の受診率	77%	28%
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	77%	4%
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	45%	0%
アウトカム	●脳血管疾患により救急搬送された患者数	74%	4%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

救護

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
プロセス	脳血管疾患により救急搬送された患者数（再掲）	77%	4%
アウトカム	●救急要請（寛知）から医療機関への収容までに要した平均時間	81%	9%
	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	45%	0%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

急性期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	神経内科医師数・脳神経外科医師数	85%	11%
	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	72%	2%
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	89%	19%
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	89%	17%
プロセス	●脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	98%	32%
	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数	70%	17%
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	68%	0%
	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	64%	0%
	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	45%	2%
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	74%	6%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	83%	26%
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	85%	43%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

回復期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	89%	17%
プロセス	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数	45%	2%
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	74%	6%
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	64%	11%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	83%	26%
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	85%	43%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

維持期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	89%	17%
プロセス	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	74%	6%
	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	64%	11%
アウトカム	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	85%	43%
	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率	96%	74%

令和4年5月25日
第8回 第8次医療計画等に関する検討会
より抜粋

※●は重点指標
医政局地域医療計画課調べ（平成30年）

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例の活用状況（第7次医療計画）

○ 都道府県が目標設定に用いた割合が最も高かった指標は、アウトカム指標の「虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率」であった。

予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	禁煙外来を行っている医療機関数	71%	4%
プロセス	喫煙率	77%	30%
	ニコチン依存管理料を算定する患者数	32%	0%
	健康診断の受診率	83%	23%
	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	72%	4%
	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	68%	4%
アウトカム	●虚血性心疾患により救急搬送された患者数	60%	6%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

救護

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
プロセス	虚血性心疾患により救急搬送された患者数（再掲）	62%	2%
	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	70%	9%
アウトカム	●救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	83%	6%
	●虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率	34%	0%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

急性期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数	85%	9%
	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	77%	2%
	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	68%	0%
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	85%	23%
プロセス	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の実施件数	83%	6%
	●来院後90分以内での心筋梗塞に対する冠動脈再開通達成率	64%	17%
	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	85%	2%
	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	26%	4%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	85%	21%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

回復期

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	85%	23%
プロセス	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	26%	4%
アウトカム	●退院患者平均在院日数	85%	21%
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	79%	30%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

慢性期・再発予防

SPO	指標名	第7次医療計画で指標を用いた都道府県の割合	
		現状把握に用いた	目標設定に用いた
ストラクチャー	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	85%	23%
プロセス	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	64%	6%
	虚血性心疾患患者における地域連携計画作成の実施件数	26%	4%
アウトカム	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	79%	30%
	●虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率	89%	57%

令和4年5月25日
第8回 第8次医療計画等に関する検討会
より抜粋

※●は重点指標
医政局地域医療計画課調べ（平成30年）

医療計画での「指標」作成の留意点（1）

全国で比較可能な数字であること

- 少なくとも都道府県別に数字があって、抜けがないこと
- 可能なら、
できるだけ2次医療圏別の数字があって、抜けがないこと
- 市町村で数字を出せるものがより望ましい



最小集計単位の明確化が必要
(但し、NDB分析を用いると、一マス10以下の数字は出せない)

医療計画での「指標」作成の留意点 (2)

数値の算出が実施可能なもので、厚労省から 配布されるデータブックに載せられるもの

- あるべき「指標」は数あるが、その数値の算出が難しいケースが多い
- 実際には、患者調査や医療施設調査、NDBなどから算出される数字である必要がある
- 学会で全国値が出せるものがあれば、それを厚生労働省に提供してもらう方法もある
- 母体・胎児専門医や新生児専門医については、日本周産期・新生児医学会の公表データを用いて集計している。
- 厚労省や都道府県に独自に調査して数字を集めてもらうのはほぼ不可能と考えるべき



情報源の明確化が必要
(何年に一度データが取れるかも)

分母と分子を明確にするべき

- 指標は施設数の様にその数が意味のあるものや、人口で割り戻さないと意味のないものもある
- 人口と一言で行っても、人口動態統計なのか、国勢調査なのか、外国人を入れるのかなどの差異が出る
- 分母と分子の明確な定義が必要
- 特に NDBを用いる場合 薬や医療行為の診療報酬コードで指定する必要がある
- 例えば、PTCAは数年前に急性期とそうでないものにコードが分かれている
- 現在の定義だけでなく過去のコードまで特定しておく必要がある



**指標の名称の厳選と、
指標に載せる年度などの特定も必要**

ストラクチャー、プロセス、アウトカムの どれかに分類できるもの

- ストラクチャー、プロセス、アウトカム（SPO）のどれかに分類できる必要がある
- また急性期や回復期、予防、合併症予防などのそれぞれの指標群での独自分類でもその位置づけを明確にする必要がある



**SPO分類の明確化、
重点指標かどうかの確定が必要**

クオリティとアクセシビリティに着目を

- 医療の質は「コスト」「クオリティ」「アクセシビリティ」の3要素から成る
- コストは診療報酬に関わる問題
クオリティは診療の質の向上問題(受診後)
アクセシビリティは搬送や拠点病院配置等の問題(受診前)
- 医療計画指標はクオリティとアクセシビリティの改善を通じて医療の質の向上に貢献する



その指標がクオリティとアクセシビリティのいずれに属するかを意識することが望ましい

(1) 感染症に対応する医療機関の抜本的拡充

令和4年9月5日
第48回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会・第66回厚生科学審議会感染症部会より抜粋

課題

- 感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関だけでは新型コロナウイルスの入院患者を受け入れきれず、一般の病院ががん治療をはじめとする通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態を想定した入院調整、救急搬送、院内ゾーニングを含めた具体的な訓練は行われていなかったため、体制の立ち上げに時間がかかった。
- 感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナウイルスの特性も明らかでない時期から対応する医療機関と、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確でなく、地域によって役割の調整が困難であった。
- 感染拡大する中で、都道府県が病床等の確保計画を立案したが、新型コロナウイルスの特性が明らかになった後においても、医療機関との認識のずれや医療人材の確保の困難さなどから、地域によっては病床確保や発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがあった。
- 発熱や呼吸器症状のある疑い患者について、普段からかかっている医療機関で診療を受けられず、直接地域の総合病院を受診するケースや保健所・地方公共団体に相談するケースが発生した。
- 新型コロナウイルス疑いの発熱患者を診療する診療・検査医療機関について、国民が受診等しやすいよう医療機関に公表を働きかけたが、公表は一部の医療機関にとどまったため、公表済みの医療機関に患者が集中し、外来がひっ迫する事態が生じた（最終的に地域により一律公表のルールにした。）。

対応の方向性

- 平時において都道府県と医療機関との間で新興感染症等に対応する病床等を提供する協定を結ぶ「全体像」の仕組みを法定化し、感染症危機発生時には協定に従い医療を提供する。医療機関に対し、協定に沿って病床確保等を行うことについて、履行の確保を促す措置を設けるなど、国・都道府県が医療資源の確保等についてより強い権限を持つことができるよう法律上の手当を行う。

<具体的事項>

- 都道府県は、国の定める基本指針に基づき、感染症まん延時等における医療提供体制の確保に関し、数値 目標（病床、発熱外来・診療、後方支援、人材派遣）等を盛り込んだ計画を平時から策定するなど、計画的な取組を推進する。
- 都道府県が、あらかじめ医療機関との間で病床や外来医療の確保等の具体的な内容に関する協定を締結する仕組みを創設する。公立・公的医療機関等、特定機能病院などについて、その機能を踏まえた協定を締結する義務を課すとともに、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けるなど、計画の実効性を担保し、地域において平時から必要な病床を確保できる体制を整備する。
- あわせて、感染症まん延時等において、協定に沿った履行を確保するための措置（協定の履行状況の公表、一定の医療機関にかかる感染症流行初期における事業継続確保のための減収補償の仕組みの創設、都道府県知事の勧告・指示、特定機能病院等の承認取消 等）を具体的に検討 等

<平時からの計画的な保健・医療提供体制の整備>

- 感染症法に基づき都道府県が平時に定める予防計画について、医療提供体制に関する記載事項を充実するとともに、医療・検査等の確保について数値目標（病床、発熱外来、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄等）を定めることとし、保健所設置市等は都道府県の計画を踏まえ新たに平時に予防計画を策定することとする。

<感染症発生・まん延時における確実な医療の提供>

- 都道府県等と医療機関等は、感染症発生・まん延時（国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症の発生及びまん延時をいう。以下同じ。）の具体的な役割・対応等（病床、発熱外来、後方支援、人材派遣、個人防護具の備蓄等）について、あらかじめ、医療機関等の機能を踏まえ協定を締結することとする。（加えて公立・公的医療機関等や特定機能病院・地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付け、その他の病院との協定締結を含めた都道府県医療審議会における調整の枠組みを創設）。あわせて、保険医療機関等は、感染症医療の実施について、国・地方公共団体が講ずる措置に協力するものとする。さらに、都道府県等は、医療関係団体に対し協力要請できることとする。また、初動対応等を含む特別な協定（以下「特別な協定」という。）を締結した医療機関に対して、都道府県は、感染症流行初期において感染症流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（以下「流行初期医療確保措置」という。）を講ずることとする。

あわせて、都道府県等は、協定の履行状況等の報告徴収・公表を行うとともに、協定に沿った対応をしない医療機関等に対する勧告・指示・公表（特定機能病院・地域医療支援病院については、指示に従わない場合に承認を取り消すことができること）を行うこととする。

- 流行初期医療確保措置は、当該感染症に対する診療報酬の上乗せや補助金による支援が充実するまでの暫定的な支援とし、その措置額については、感染症発生・まん延時の初期に、特別な協定に基づいて対応を行った月の診療報酬と感染症発生・まん延時以前の直近の同月の診療報酬の額等を勘案した額とする。

流行初期医療確保措置のための費用については、公費とともに、保険としても負担することとする。

<国・都道府県等の費用負担>

- 新たに創設する事務に関して都道府県等において生じる費用については、国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。

※ 感染症発生・まん延時の医療提供体制の確保に当たっては、以下の理由から、都道府県等と医療機関が協定を結ぶ形が適当。
 ・ 現下のコロナ対策において、都道府県等と医療機関が協定を締結することで医療体制の整備を図っており、今回の対応をベースとして次の感染症危機に備えることが望ましいこと
 ・ 医療体制整備に当たっては、都道府県等と医療機関で十分に協議し、医療機関からの協力を基本として対応することが望ましいこと
 また、履行確保措置については、感染症発生・まん延時においては、感染症患者への医療の提供を確保することが必要であることから、協定に沿った対応をしない医療機関等に対する勧告・指示・公表等を行うことが適当。

(3) 広域での医療人材の派遣等の調整権限創設等

令和4年9月5日
第48回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会・第66回厚生科学審議会感染症部会より抜粋

課題

(感染拡大地域の医療人材の確保)

- 感染が急速に拡大した地域では、病床を確保するために、医療人材（特に看護師）をその医療機関の外部から確保する必要が生じた場合があったが、災害派遣の仕組みはあっても全国的に感染拡大した場合の人員派遣の仕組みがないために、知事会、自衛隊、厚生労働省、看護協会などが改めて、派遣元との調整を行うことがぎりぎりまで必要になった。

(広域の入院調整)

- 都道府県の区域を超えた入院調整の法的根拠がない中で、ダイヤモンド・プリンセス号で入院を要する感染者が一時的に多数生じた事例や、一部の都道府県では感染拡大期に病床の確保が追い付かず、都道府県の区域を超えた患者の入院調整が困難な事例があった。

対応の方向性

- 国による広域での医師・看護師等の派遣や、患者の搬送等について円滑に進めるための調整の仕組みを創設するとともに、DMAT（災害派遣医療チーム）等の派遣・活動の強化に取り組む。

<具体的事項>

- 感染症まん延時等における広域的な医療人材の派遣や患者の搬送等について、より円滑に進めるため、国による都道府県、保健所設置市・特別区、医療機関との調整の仕組みを設ける。
- 都道府県知事が、医療ひっ迫時に他の都道府県知事に医療人材の派遣の応援を求めることができる仕組みを設ける。等

対応の具体策

<広域での医療人材派遣の仕組みの創設等>

- 国による広域での医師・看護師等の医療人材の派遣や患者の搬送等について円滑に進めるための調整の仕組み、都道府県知事が医療ひっ迫時に他の都道府県知事に医療人材の派遣の応援を求めることができる仕組み等を設けるとともに、都道府県知事の求めに応じて派遣される医療人材（DMAT等）の養成・登録等の仕組みを整備し、派遣や活動をより円滑に行えるようにする。