

第 1 5 回 医 療 計 画 の 見 直 し 会 等 に 関 す る 検 討 会	資料 2
令 和 元 年 1 0 月 1 8 日	

周産期医療・小児医療の現状と 第 7 次医療計画における取組み状況等 について

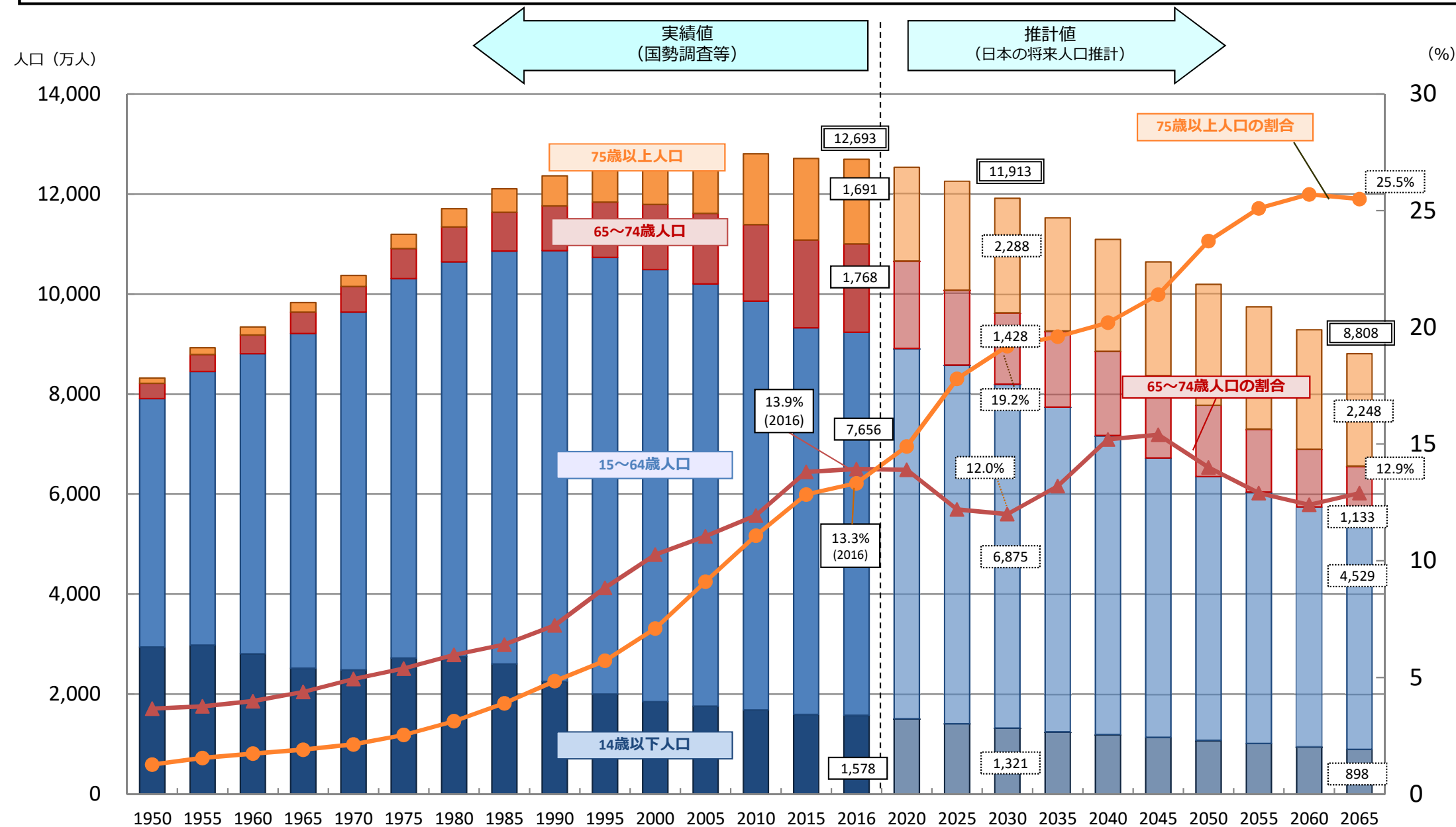
構成

1. 周産期医療・小児医療の現状
2. 周産期医療体制の整備
3. 第7次医療計画における周産期医療に係る取組み状況
4. 小児医療体制の整備
5. 第7次医療計画における小児医療に係る取組み状況
6. 周産期医療・小児医療を取りまく最近の話題

周産期医療・小児医療の現状

日本の人口の推移

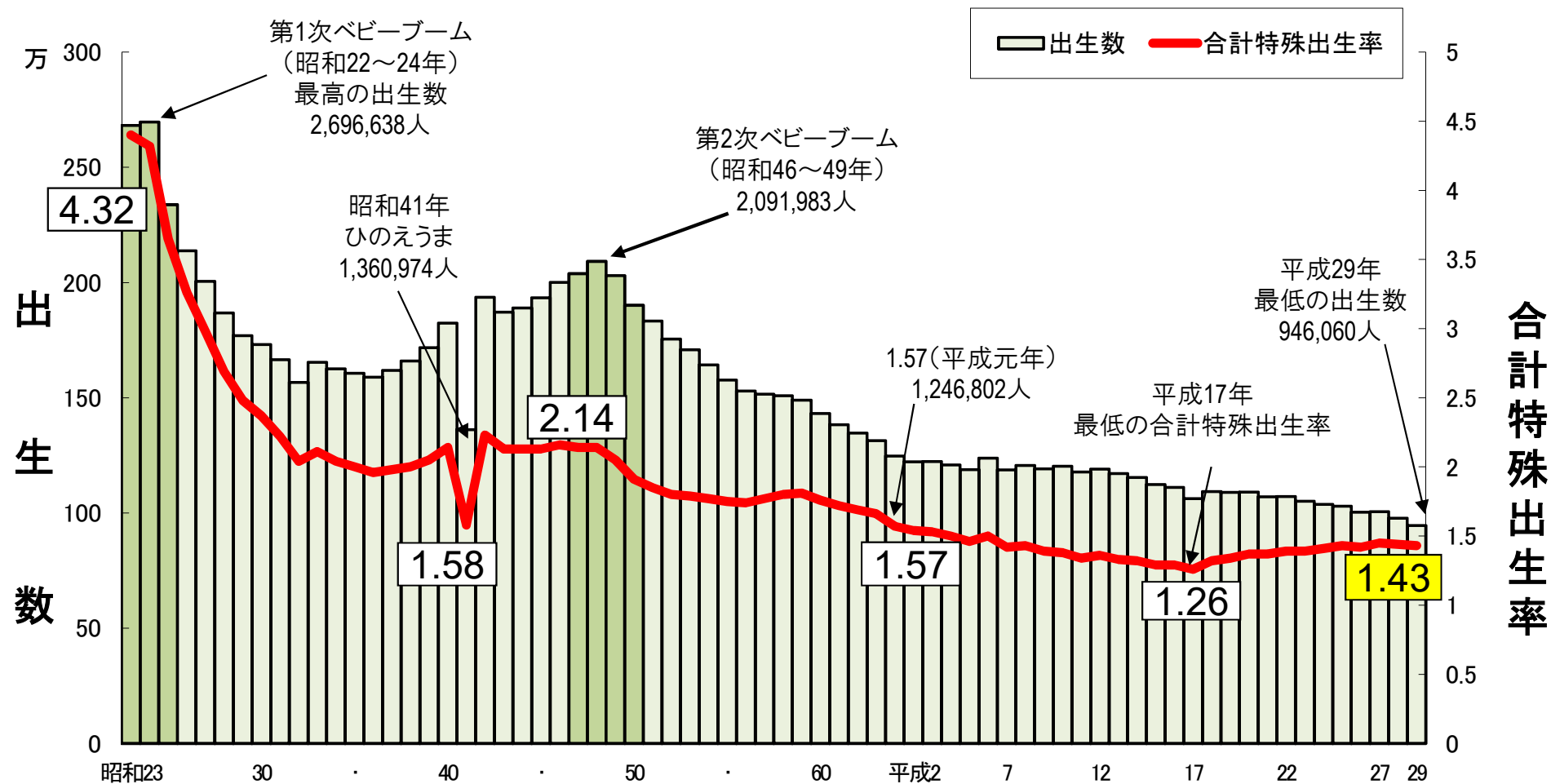
○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



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

少子化の進行と人口減少社会の到来

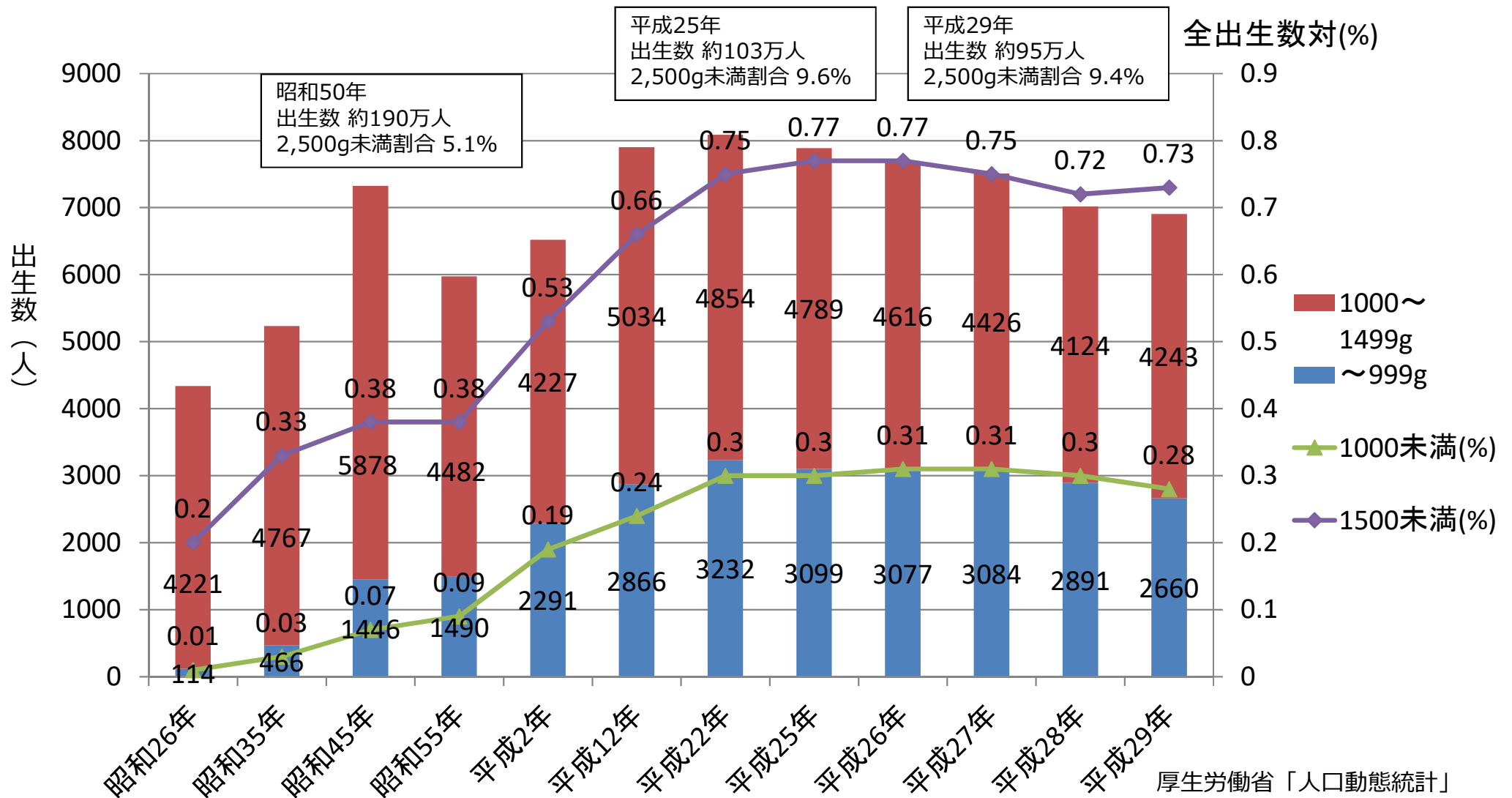
○ 平成29年の出生数は94万6,060人で、過去最少であった。合計特殊出生率は平成17年に1.26を底として、やや持ち直しの傾向が見られる。



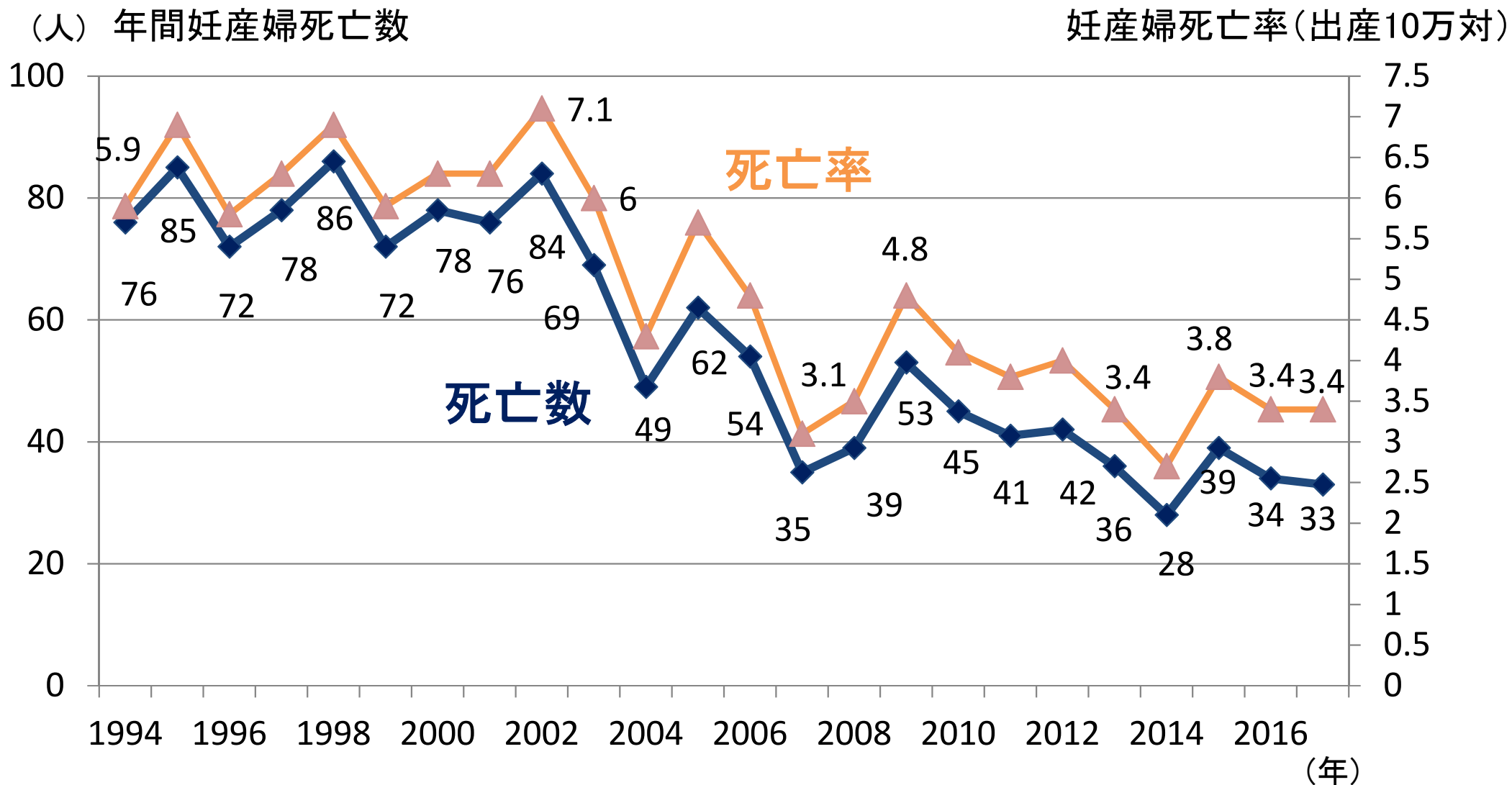
出典: 厚生労働省「人口動態統計」、総務省「人口推計」

出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- この40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加してきた。
- 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向である。



妊産婦死亡者数の推移(1994～2017年)



妊産婦死亡の推移: 約30-40例/年まで減少

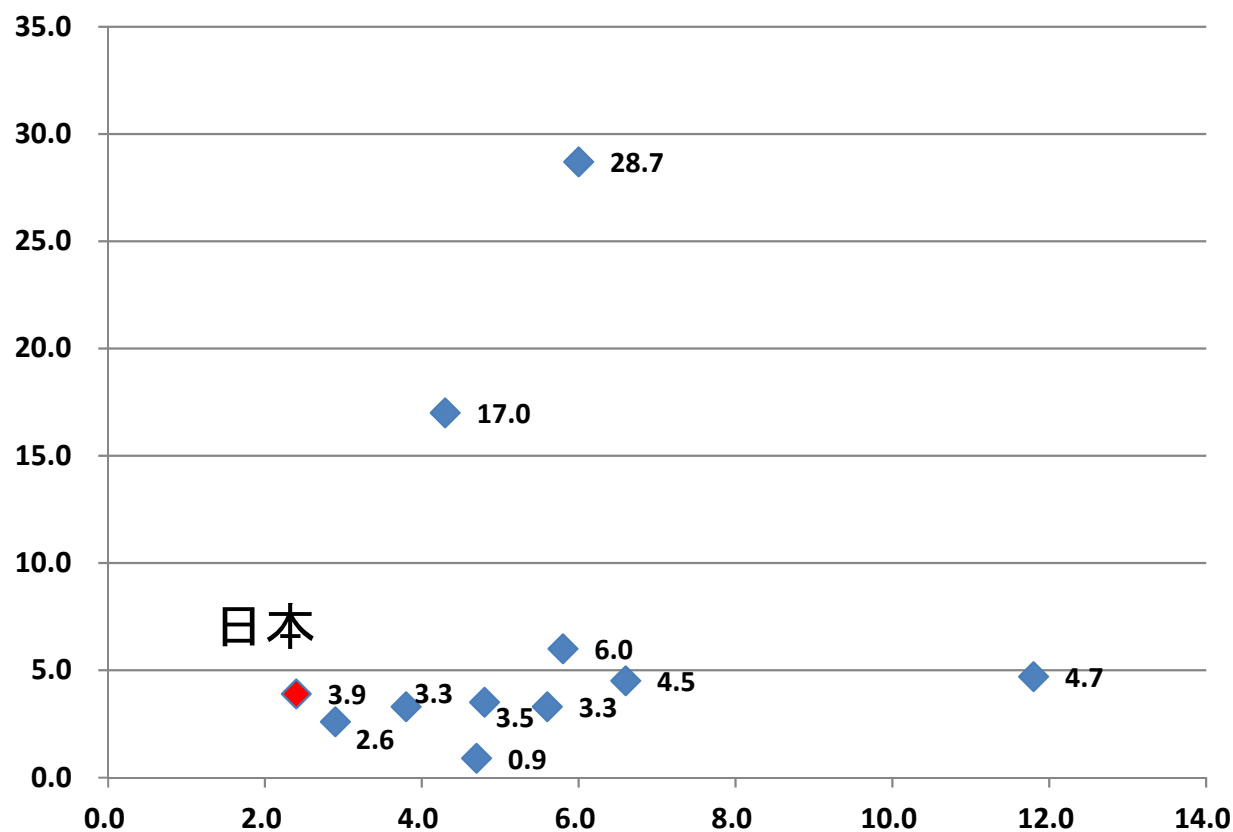
日本の周産期医療～諸外国との比較

○ 日本は諸外国と比較し、最も安全なレベルの周産期体制を提供している。

	周産期 死亡率	妊産婦 死亡率
日本*	2.4	3.9
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.3	17.0

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

妊産婦死亡率
(出生10万対)



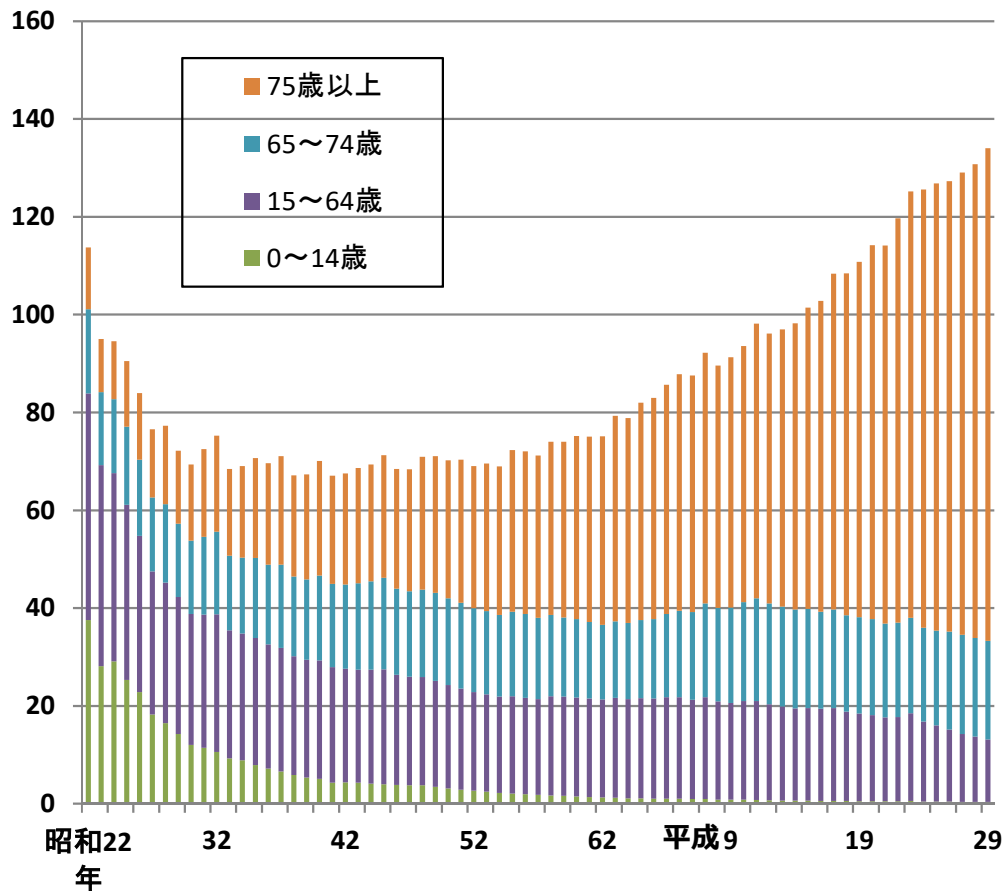
周産期死亡率(出生千対)

小児・乳児・新生児の死亡者数の状況

○ 小児の死亡者数は減少している。(図1)

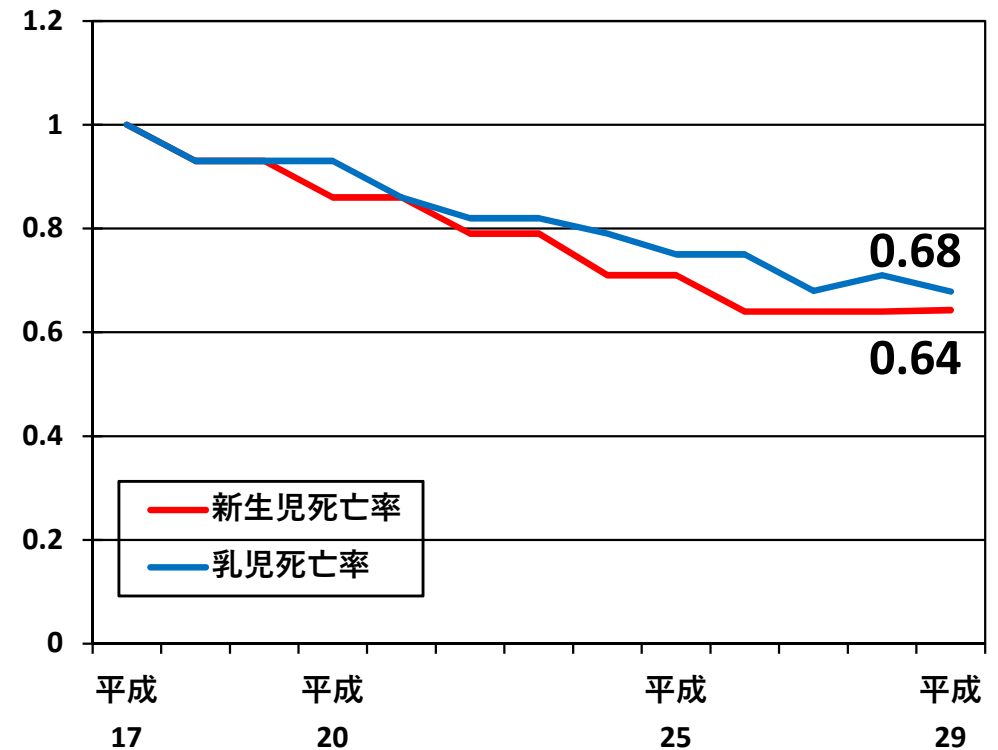
○ 特に、新生児(生後4週未満)、乳児(生後1年未満)の死亡率が減少している。(図2)

(図1) 年齢階級別死亡者数の推移
(万人)



出典：厚生労働省「人口動態調査」

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



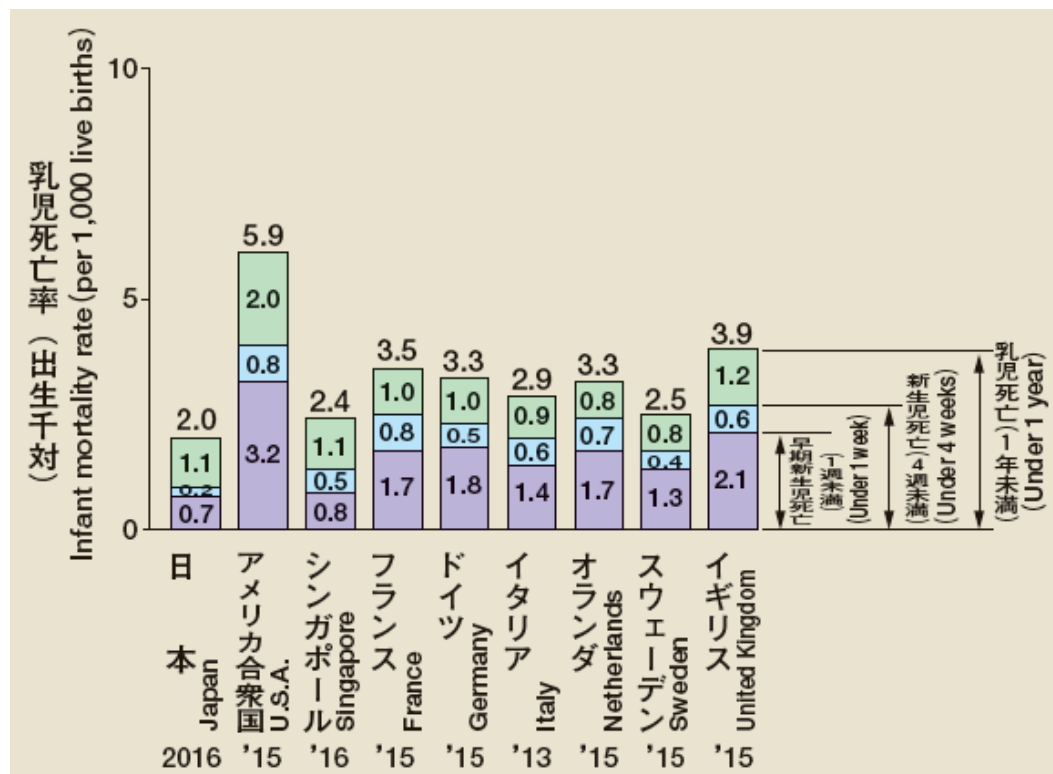
出典：厚生労働省「人口動態調査」

乳児死亡率の諸外国との比較及び推移

- 乳児死亡率(乳児死亡数/出生千対)は1960年代初めまで諸外国と比べて高かったが、その後は低下し、現在は世界でも有数の低率国である。

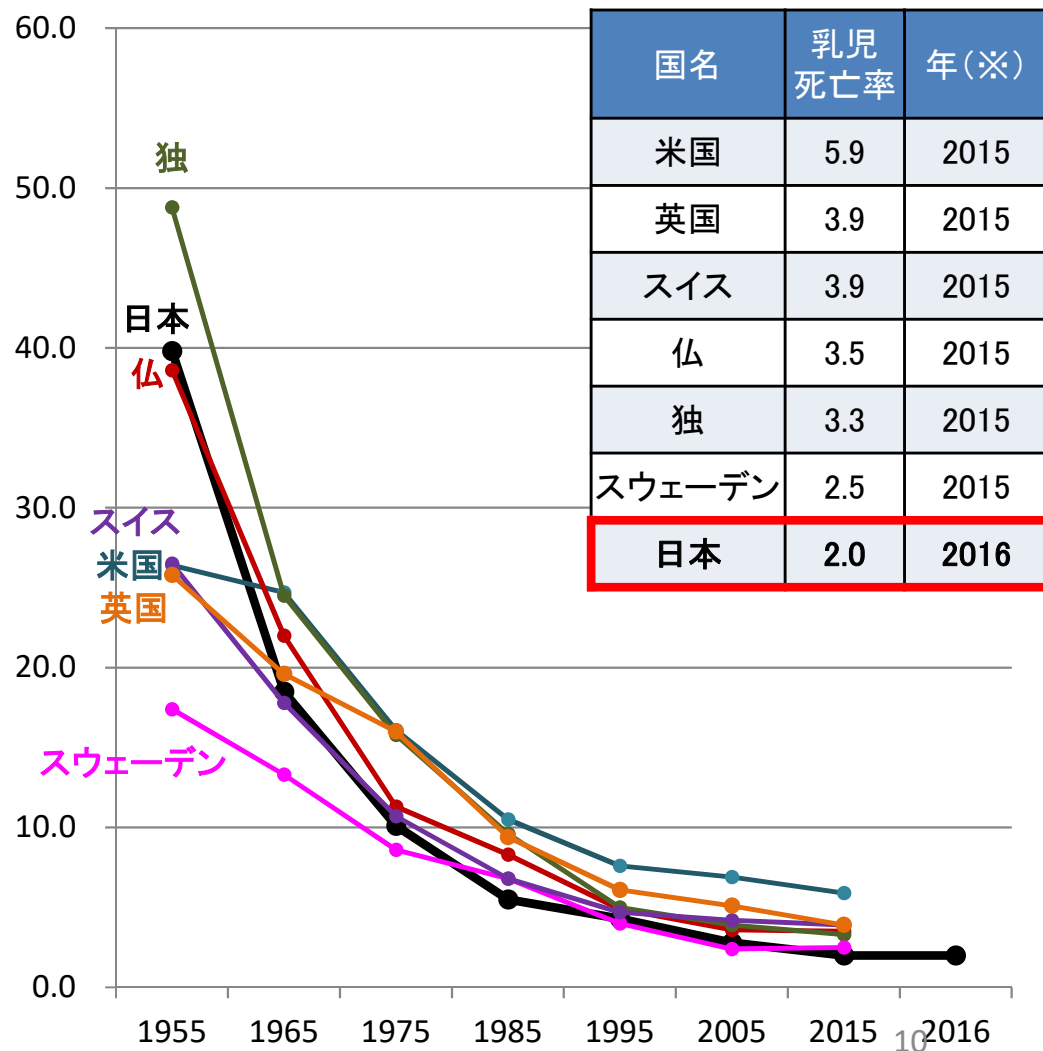
生存期間別乳児死亡率の諸外国との比較

Infant mortality rates by age in selected countries



出典：平成30年 我が国の人口動態（厚生労働省）
資料：UN「Demographic Yearbook」

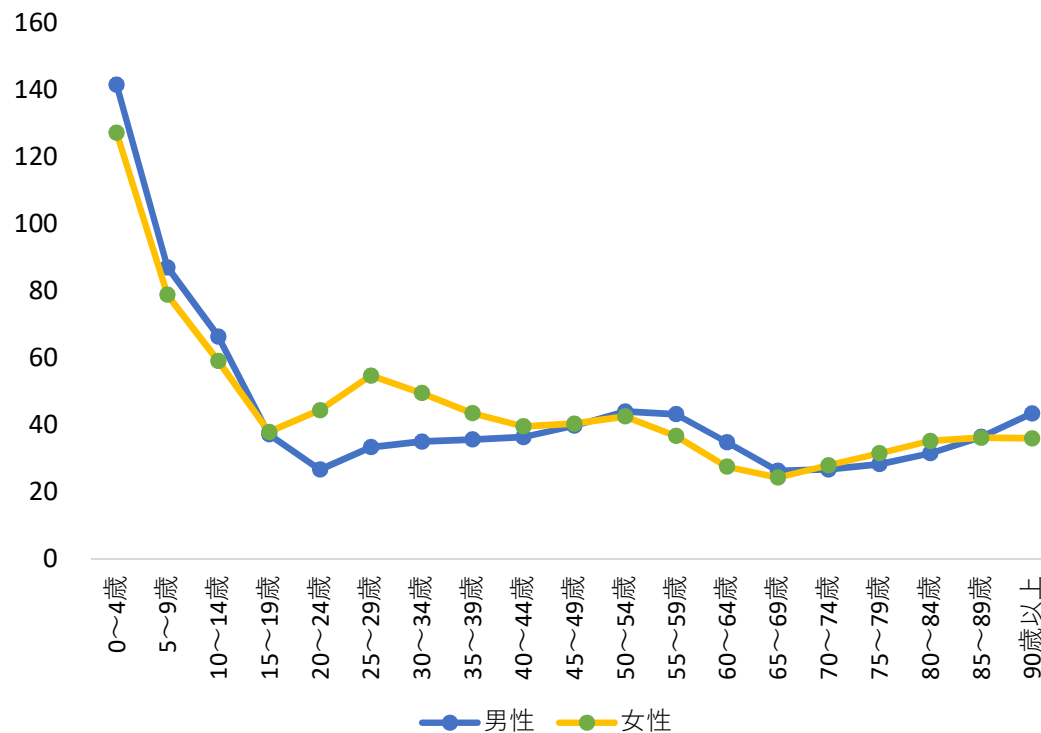
乳児死亡率の推移



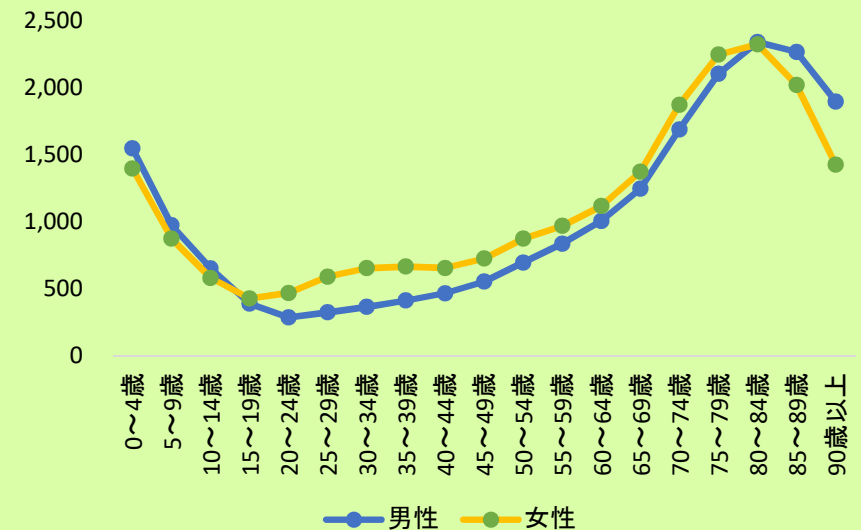
時間外に医療にかかる層の分析

- 時間外においては、他の世代と比較して、児童がより医療にかかる傾向にある。

男女別 時間外診療 算定回数／人口（千人）（1ヵ月平均）



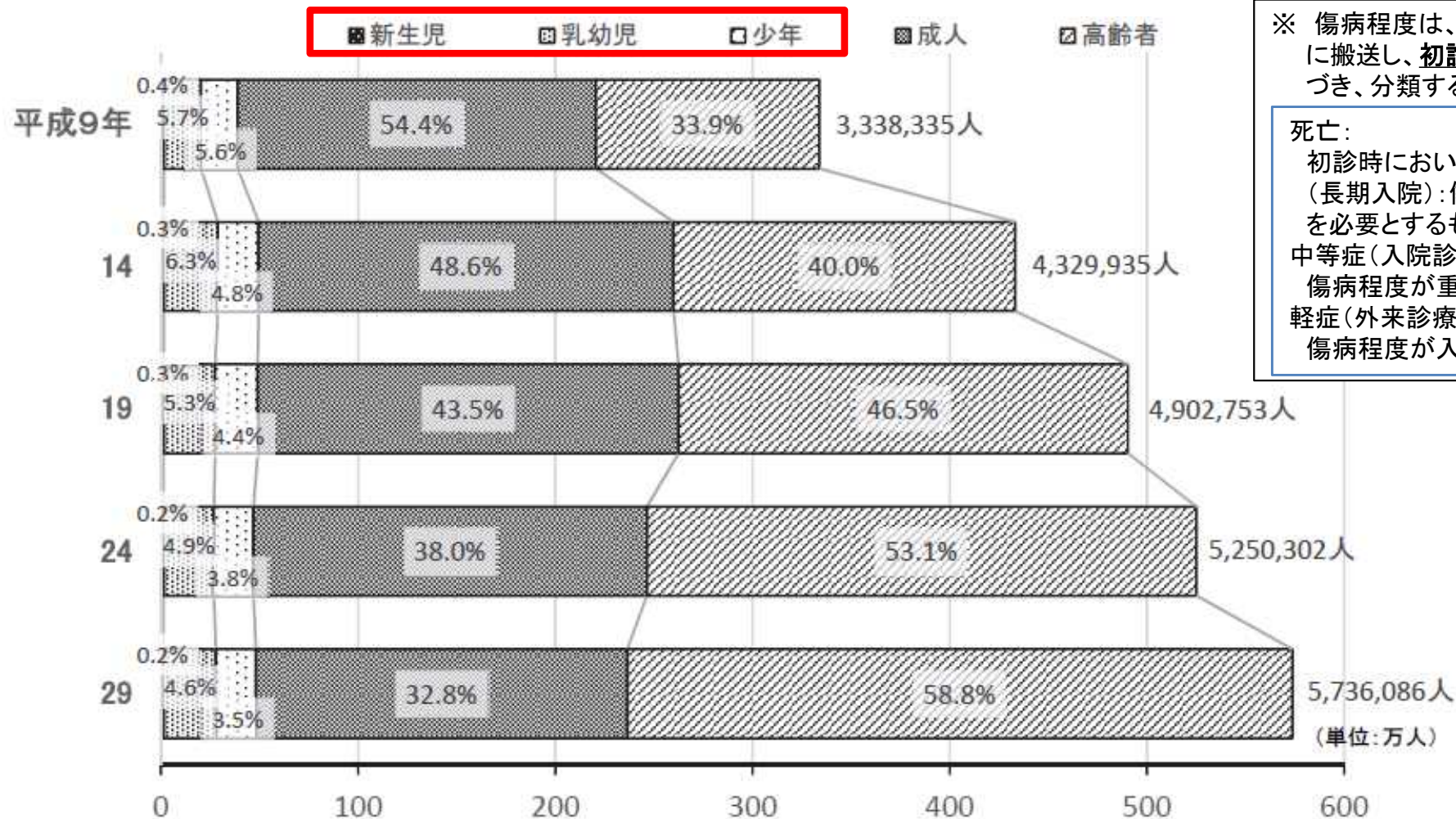
(参考)男女別 時間内診療 算定回数／人口（千人）（1ヵ月平均）



出典：第3回NDBオープンデータ(平成28年度診療分)
人口推計(平成28年10月1日現在人口)

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

- 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあるが、小児は増加傾向にない。
- 小児の搬送人員の多くは、「軽症」である。



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

死亡:

初診時において死亡が確認されたもの重症(長期入院): 傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

中等症(入院診療):

傷病程度が重症または軽症以外のもの

軽症(外来診療):

傷病程度が入院加療を必要としないもの

- (注) 1 平成9年の年齢区分別の搬送人員については、傷病程度が判明したもののみを計上している。
- 2 端数処理(四捨五入)のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

(平成30年版 救急・救助の現況)

周産期医療体制の整備

周産期医療の体制

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

109箇所

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

300箇所

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※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1か所に対し
数か所整備

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

■■療育センター

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

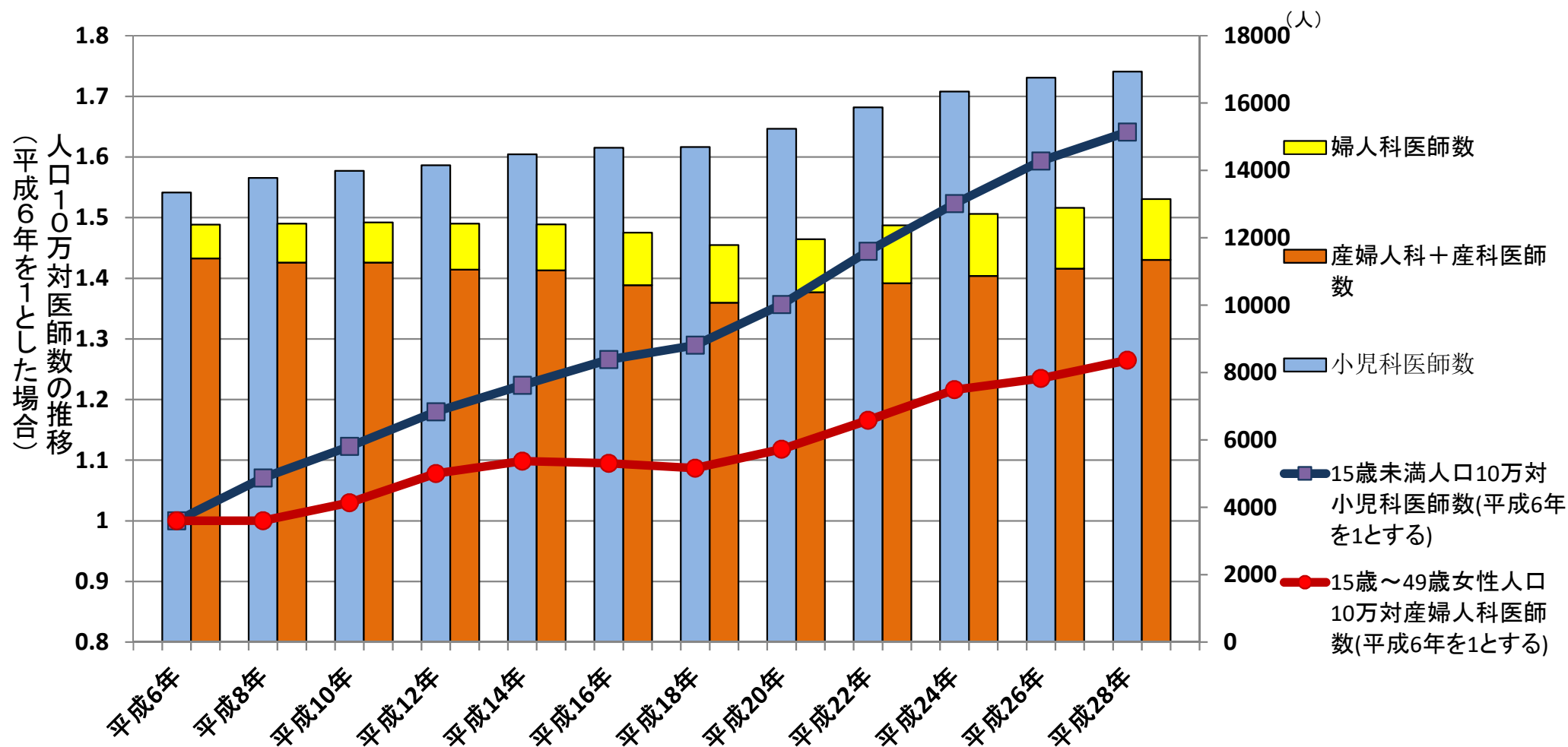
- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
(助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応)
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

平成31年4月1日現在

時間の流れ

産婦人科・小児科医数の推移

- 平成28年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年以降で過去最大となっている。
- 15歳未満人口に対する小児科医数は、近年一貫して増加している。



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

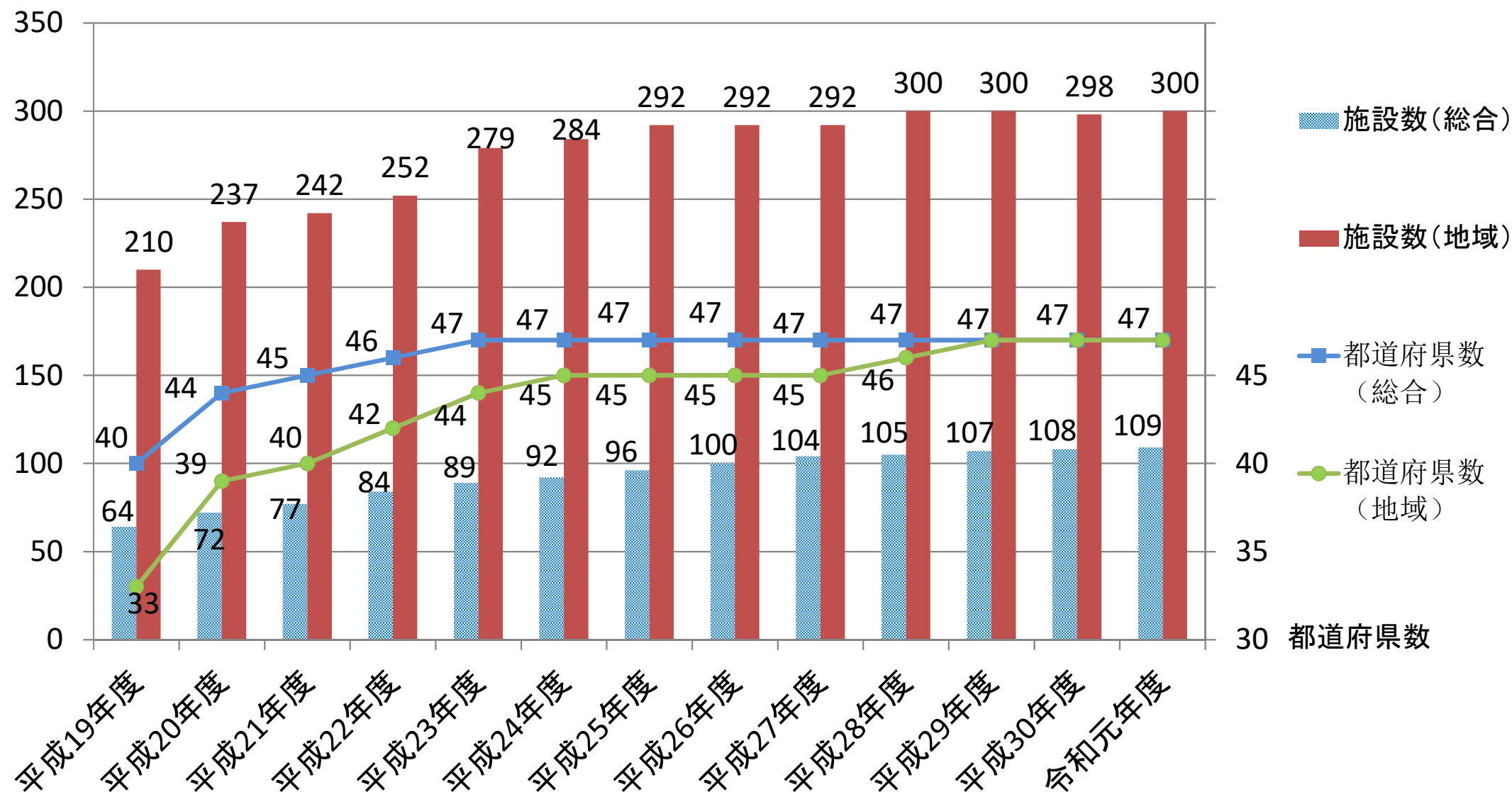
※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

（出典）平成28年大臣官房統計情報部 医師・歯科医師・薬剤師調査

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の推移

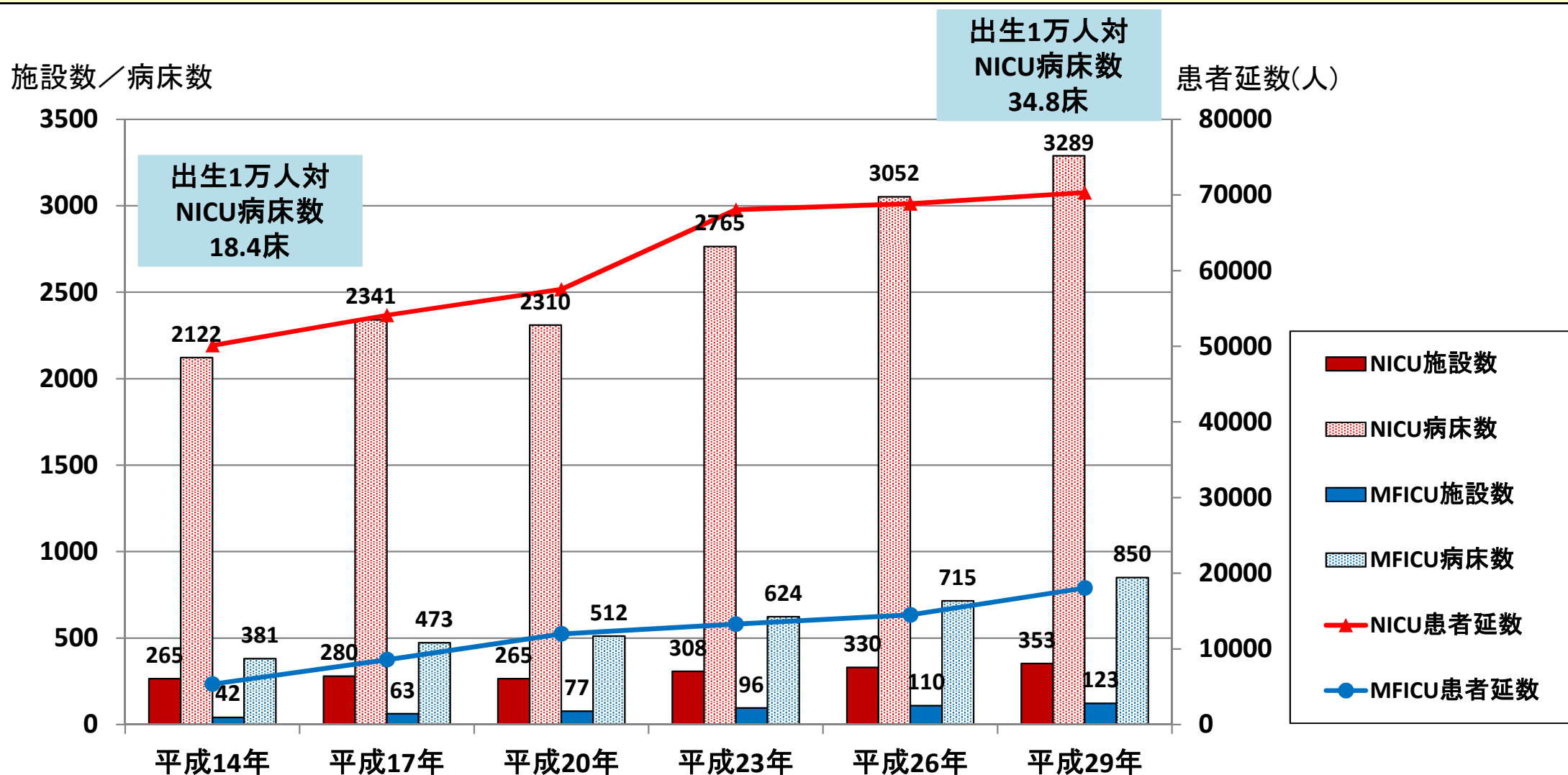
- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの施設数と所在都道府県数はいずれも増加しており、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

施設数



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

- NICU及びMFICUの病床数・患者延数は増加してきたが、近年、NICUの患者数は横ばい傾向である。
(NICUについては、出生1万人対25～30床を目標として整備を進めてきた。)



出典:厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

NICU(新生児集中治療室)の整備について

NICU病床の必要数推計

■平成6年 出生千当たり2床と推計

厚生省心身障害研究「ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究」
(分担研究者 多田裕)

■平成17年 ハイリスク新生児の増加、新生児死亡率の改善等を踏まえ、出生千当たり3床と再推計

厚生労働省子ども家庭総合研究「周産期母子医療センターネットワーク」
による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究」(研究代表者 藤村正哲)

NICU病床の整備目標

■平成22年「子ども・子育てビジョン」(閣議決定)

➢ 平成26年度までに全国平均で出生1万人当たり25～30床整備

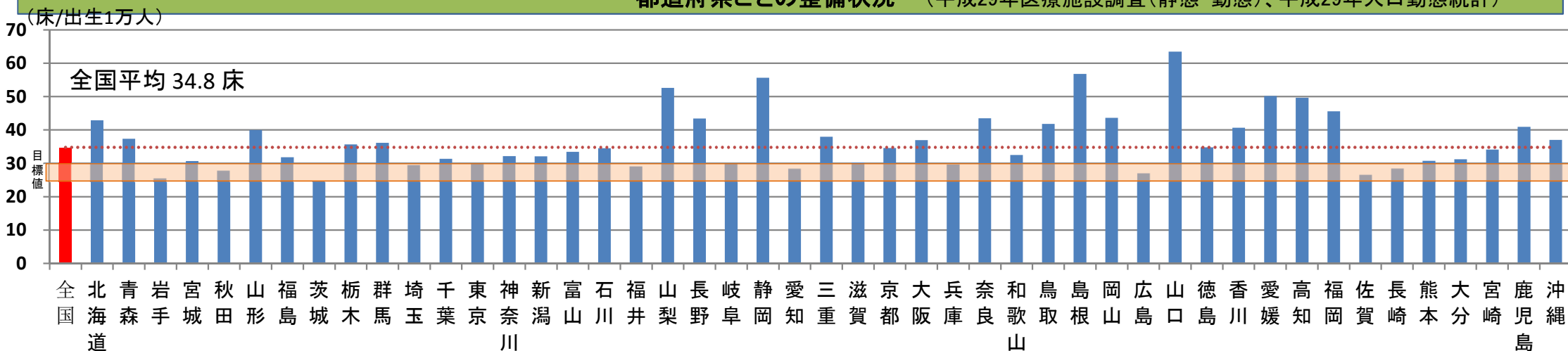
■平成26年 全国平均30.4床(6県が出生1万人当たり25床未満)

■平成27年「少子化社会対策大綱」(閣議決定)

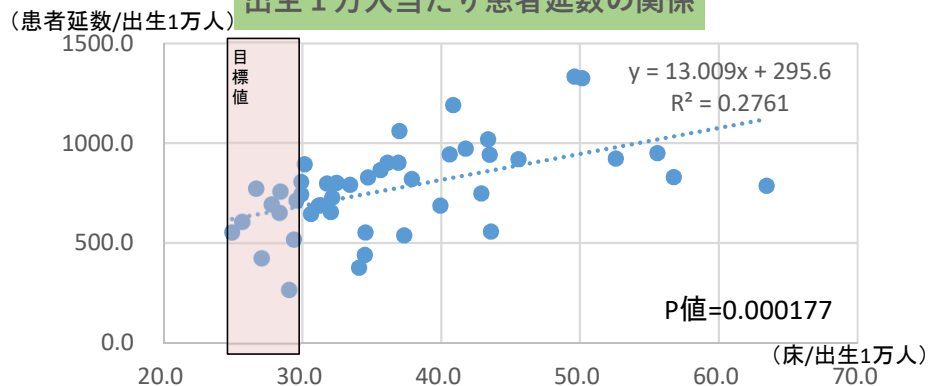
➢ 平成31年度までに全都道府県で出生1万人当たり25～30床整備

■平成29年 **全都道府県において目標を達成**。(全国平均34.8床) 目標を大きく上回る都道府県もある。

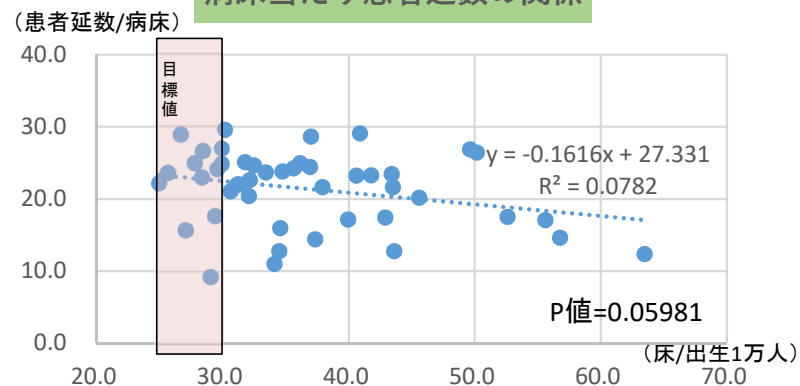
都道府県ごとの整備状況 (平成29年医療施設調査(静態・動態)、平成29年人口動態統計)



出生1万人当たり病床数と 出生1万人当たり患者延数の関係



出生1万人当たり病床数と 病床当たり患者延数の関係



出生1万人当たり病床数が多いほど、病床利用が低値となる傾向にある。ただし、実績等を踏まえた分析が必要である。

出典: 医療施設調査(静態・動態)
人口動態統計

*熊本県を除く
*患者延数は9月中の患者数18

NICU整備の現状

精査中

○ 都道府県の人口規模によってNICU病床規模ごとの施設数は様々であり、病床規模ごとの実績も様々である。

(参考) 周産期母子医療センターのNICU病床数の整備基準

【総合】 9床以上(12床以上とすることが望ましい)

*三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、6床以上で差し支えない。

*患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、医療の質を確保するために適切な病床数とする。

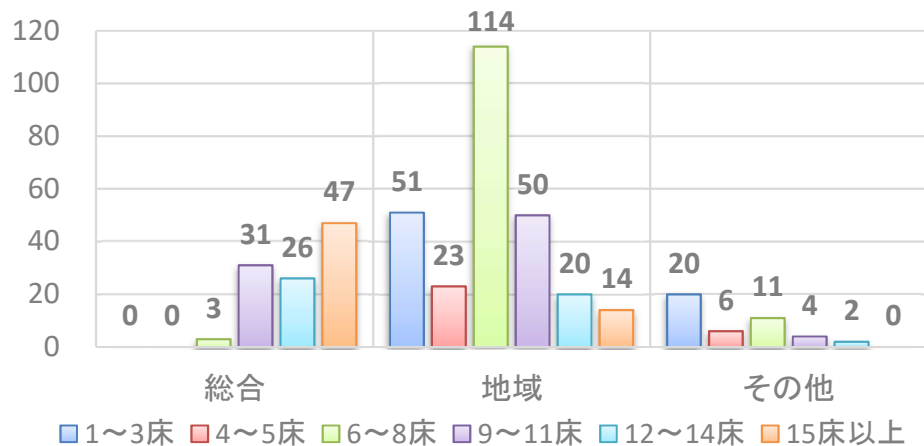
【地域】 「NICUを設けることが望ましい」としているが、病床数の基準はない。

(周産期医療の体制構築に係る指針より一部引用)

NICU病床規模別の施設数

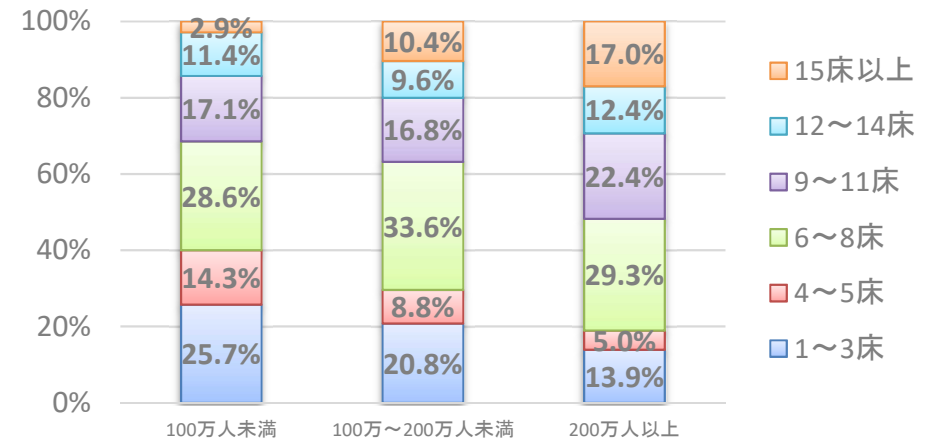
(医療計画の指針に基づく病床)

(施設数)



都道府県人口規模別のNICU病床規模別施設数の割合

(医療計画の指針に基づく病床)



NICU病床規模別の入院児数

(医療計画の指針に基づく病床)

※周産期母子医療センターのみ

(入院児数)

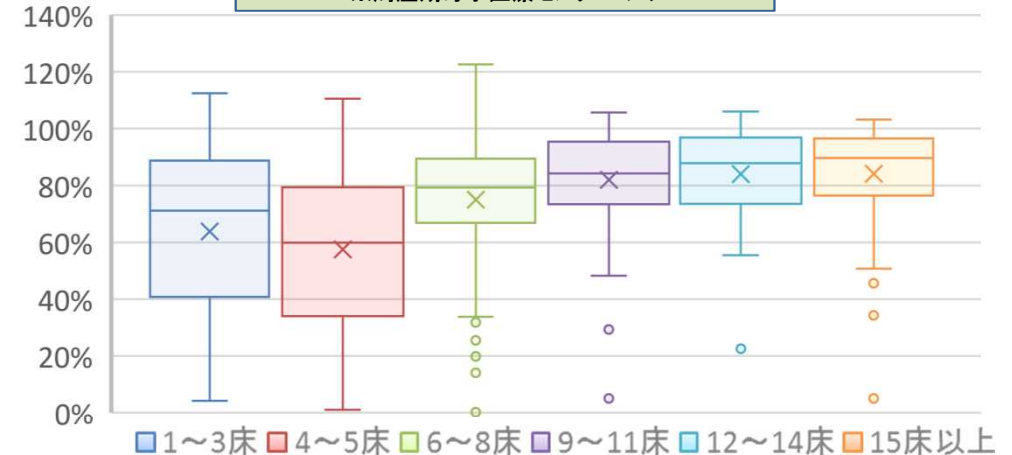


NICU病床規模別の病床利用率

(医療計画の指針に基づく病床)

※周産期母子医療センターのみ

(病床利用率)



MFICU(母体・胎児集中治療室)の整備について

○ MFICU病床数の整備目標は、定まってない。

■平成10年 出生1万人当たり約7床(産科事象の予測困難性等を考慮し約9床)と試算

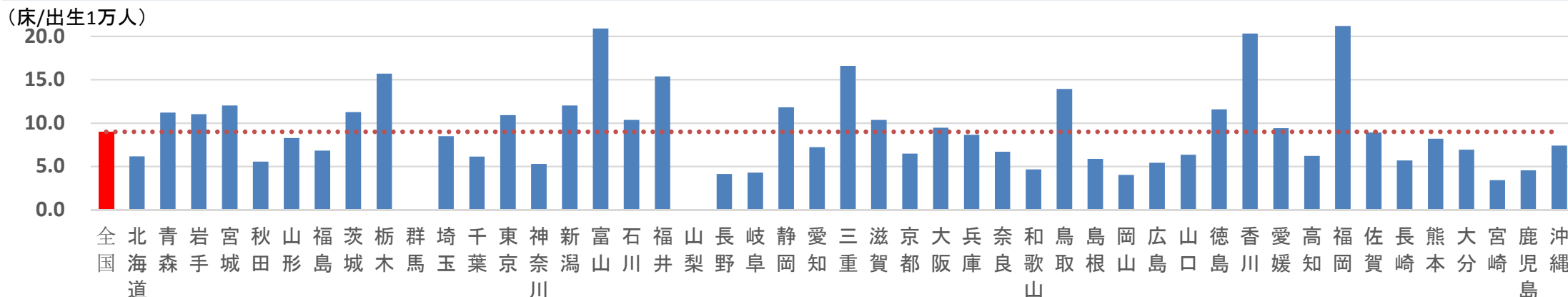
厚生省子ども家庭総合研究「周産期医療体制に関する研究」(主任研究者 中村肇)

■平成26年 出生1万人当たりMFICU病床数 全国平均7.1床 (医療施設調査・人口動態統計)

■平成27年 再推計により1000分娩当たり0.89~1床という意見 (周産期医療体制のあり方に関する検討会)

○ 平成29年における、出生1万人当たりMFICU病床数の全国平均は9.0床であり、必要数の目安に到達している。(分娩1万件当たりで9.2床。)

都道府県ごとの整備状況 (平成29年医療施設調査(静態・動態)、平成29年人口動態統計)

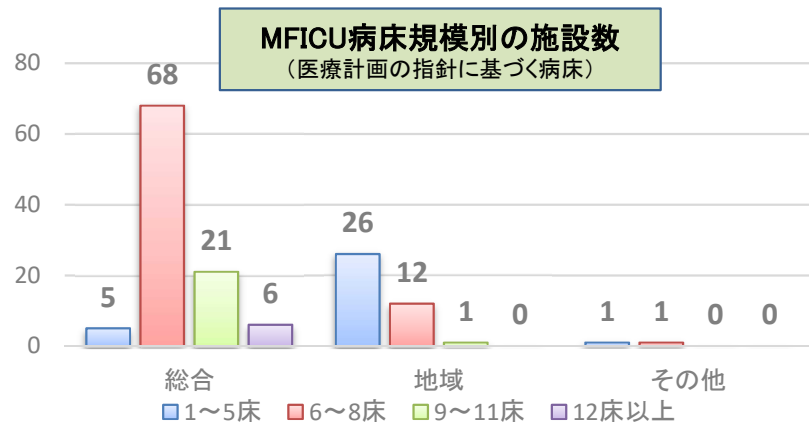


(参考) 周産期母子医療センターのMFICU病床数の整備基準

【総合】 6床以上 *三次医療圏の人口が概ね100万人以下の地域に設置されている場合は、当分の間、3床以上で差し支えない。

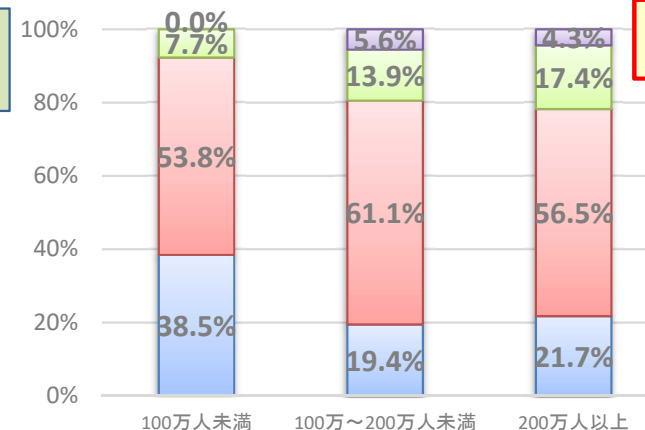
【地域】 MFICUに係る要件はない。

(周産期医療の体制構築に係る指針より引用)



都道府県人口規模別のMFICU病床規模別施設数の割合
(医療計画の指針に基づく病床)

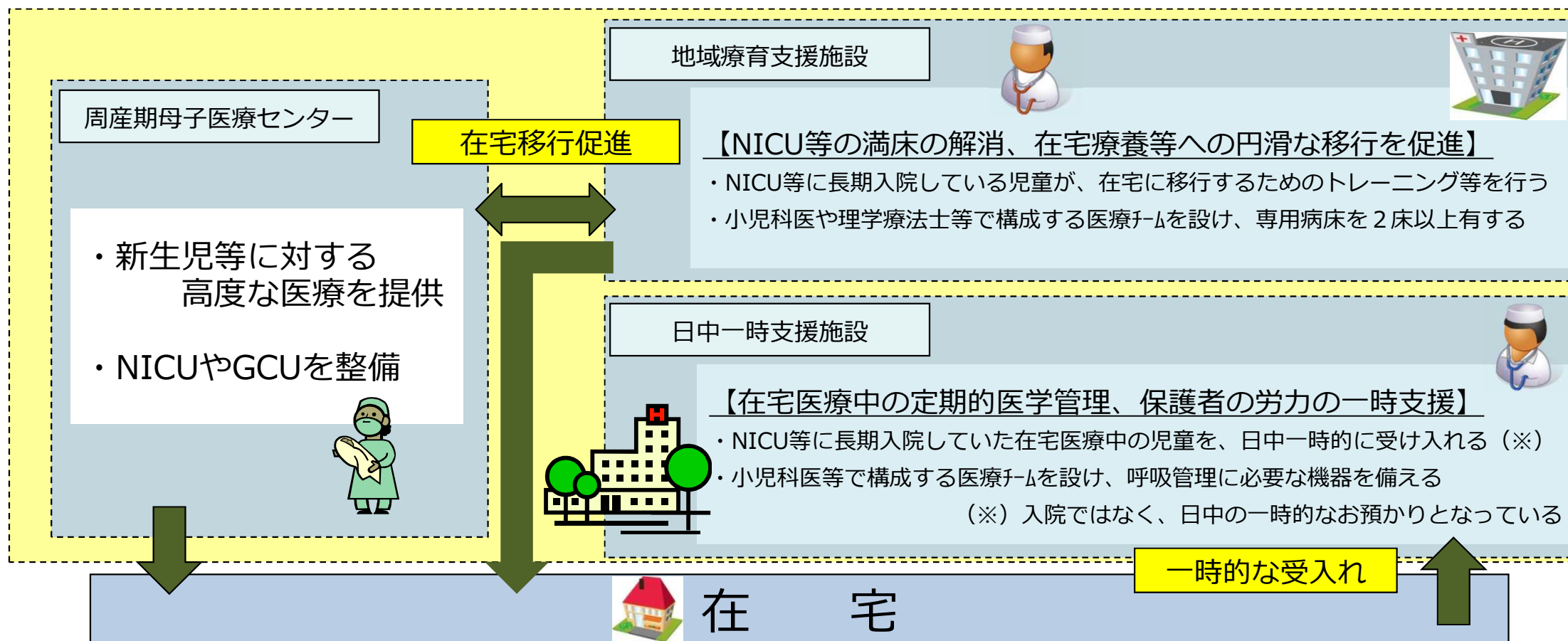
12床以上
9~11床
6~8床
1~5床



精査中

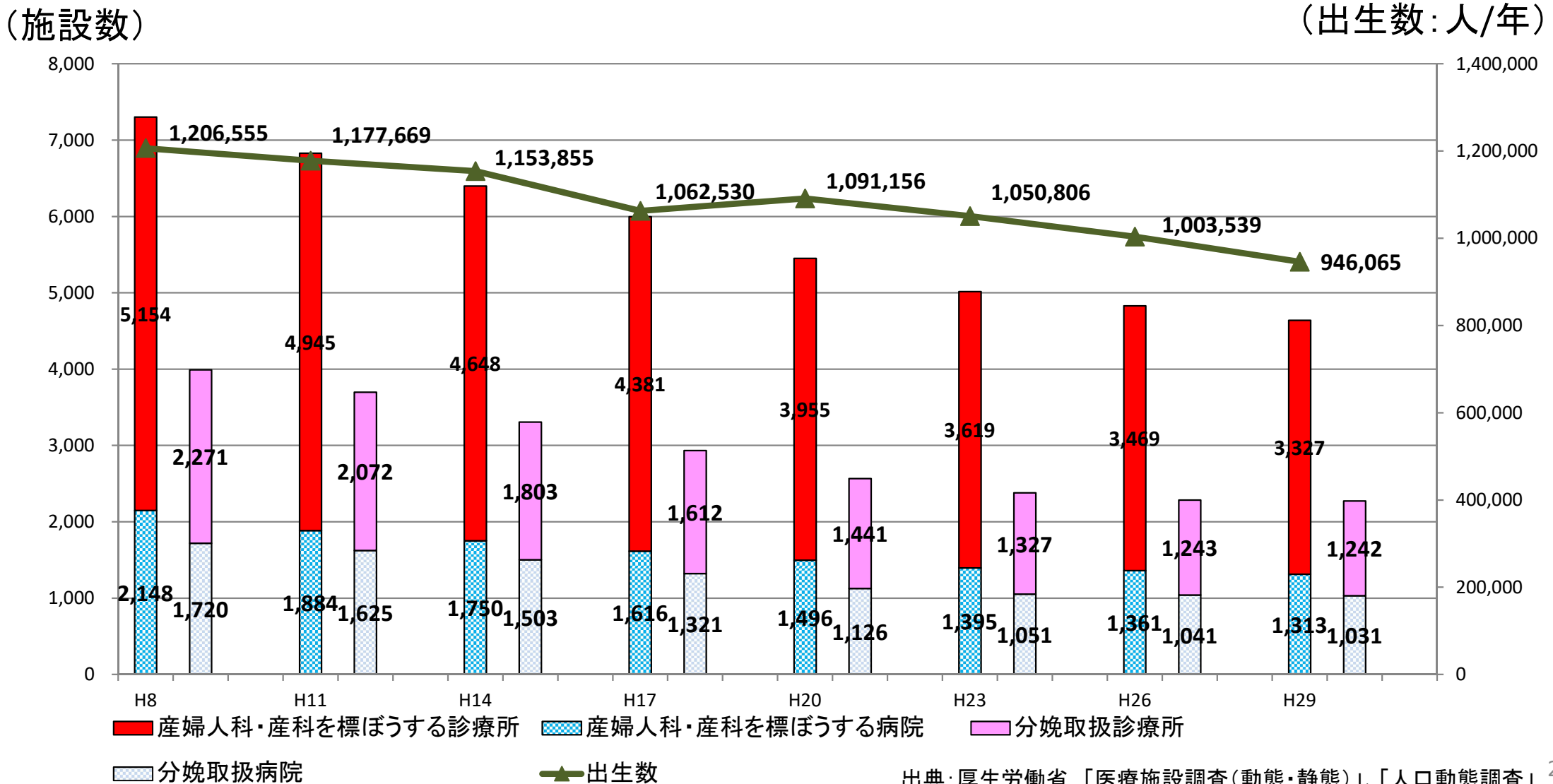
NICU等入院児の在宅移行促進体制

- NICU等に長期入院児の在宅移行を促進させる目的にて行っている
- NICU等長期入院児支援は、①地域療育支援施設運営事業、②日中一時支援事業により医療機関への運営費の他、施設整備、設備整備に対する財政支援を行っている。



産婦人科を標榜する医療機関数と 分娩取扱実績医療機関数の推移

- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 診療所において分娩を取り扱っていない比率が高い。



地域の分娩取扱施設 施設・設備整備 事業

- ＜事業内容＞ 身近な地域で安心して出産できる環境を整備するため、分娩取扱施設が少ない地域において、分娩取扱施設を開設する場合、病院に産科等を増設し新規に分娩を取り扱う場合等に対して、その施設・設備整備に要する費用の一部を補助し、分娩取扱施設の確保などを図る
- ＜補助の例＞ 分娩取扱施設の施設・設備整備に要する費用の一部を補助
【(目)医療施設等 施設 整備費補助金】、【(目)医療施設等 設備 整備費補助金】
- ＜補助率等＞ 補助率: 1/2 交付先: 医療機関 創設年度: 平成28年度(施設整備事業)
: 平成29年度(設備整備事業)

ニッポン一億総活躍プラン

3. 「希望出生率1.8」に向けた取組の方向 (5) 若者・子育て世帯への支援
『地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。』

背景

・産婦人科・産科のある病院数は24年間連続して減少

- 産婦人科・産科を標ぼうする病院・診療所数
平成2年 8,451 ⇒ 平成26年 4,830
- 分娩取扱病院・診療所数
平成8年 3,991 ⇒ 平成26年 2,284

・住民が分娩施設の新設や継続を強く要望している地域も存在

事業のイメージ

病院の改修が必要...



開業したいが初期投資が困難



整備の支援
(施設・設備整備)

＜効果＞

- ・分娩取扱施設の確保
- ・潜在助産師の継続的な就労(副次的効果) 等



分娩取扱開始

産科診療所
新規開設

地域の産科医療を担う産科医の確保事業

＜事業内容＞ 産科医の地域偏在を解消するため、産科医の不足する地域の医療機関に産科医を派遣する都市部の大病院等に対して、その派遣手当及び旅費の一部を補助し、分娩取扱施設の確保や産科医の勤務環境改善を進める

＜補助の例＞ 派遣手当及び旅費の一部を補助 【(目)医療施設運営費等補助金】

＜補助率等＞ 補助率:1/2 交付先:医療機関 創設年度:平成29年度

ニッポン一億総活躍プラン

3.「希望出生率1.8」に向けた取組の方向 (5)若者・子育て世帯への支援
『地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。』

背景

・産科医の地域偏在が指摘

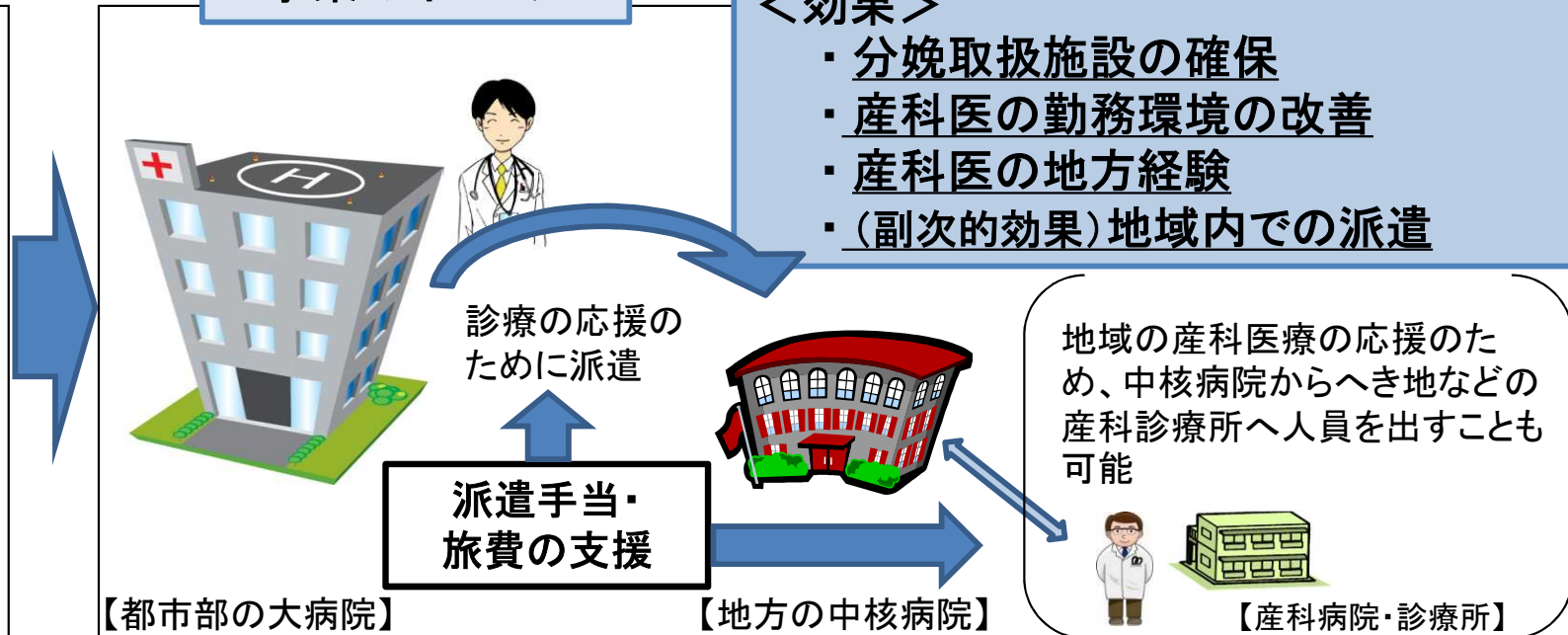
出生1000人当たり産婦人科医師数
東京17人、埼玉9.4人

・地域偏在は、都道府県内でも深刻な状況

二次医療圏内の人口10万人当たり産婦人科医師数 栃木県
最大18人、最小1.4人

・地方は人材がそもそも不足

事業のイメージ



第7次医療計画における 周産期医療に係る取組み状況

第7次医療計画における「周産期医療」の追加見直しのポイント

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。
- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進める。
- 無産科二次医療圏の解消に向けた対策を記載する。

第13回医療計画の見直し等に関する検討会(平成30年9月28日)資料1-2

アクセス等の実情を考慮した圏域の設定

周産期医療の体制整備に当たっては、妊婦の居住地から分娩取扱医療機関への適正なアクセスの確保が肝要。

現行の二次医療圏を基本としつつ、出生数規模や流入出のみならず、地域の実情に即して基幹病院とその連携病院群の適正アクセスのカバーエリア等を考慮した周産期医療圏を設定する。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

出生者の住所から		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上
分娩医療機関	出生数	946,316	62,974	15,493	3,082
	割合	92.1%	6.1%	1.5%	0.3%
周産期母子医療センター	出生数	616,881	282,769	106,548	21,667
	割合	60.0%	27.5%	10.4%	2.1%

(例示)

B県(4 二次医療圏)



※赤線で囲まれた医療圏は患者流出が多い。こういった患者の流入出に加え、アクセス時間や近隣県の状況も踏まえた検討が必要。

A県(6 二次医療圏)

無産科二次医療圏の解消

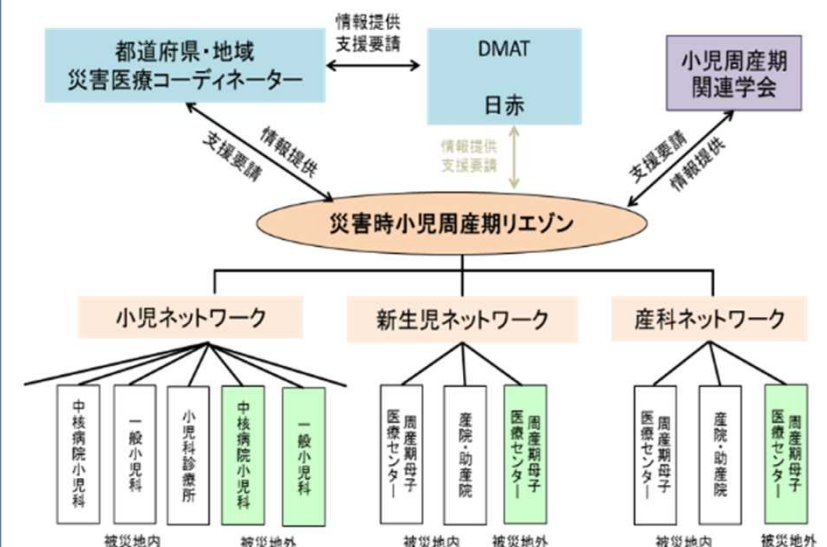
無産科二次医療圏を有する都道府県については、産科医の確保事業等を活用し、その問題の解消に向けた対策を記載。

災害に備えた対応の充実

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。

平成28年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始。すべての都道府県に「災害時小児周産期リエゾン」を設置する。

情報窓口としての災害時小児周産期リエゾン



周産期医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	低リスク分娩		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	
ストラクチャー		産科・産婦人科・婦人科医師数						乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数
		分娩を取扱う医師数						
		日本周産期・新生児医学会専門医数						
		助産師数						
		アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数						
		分娩を取扱う医療機関の種別						
			NICUを有する病院数・病床数					
			NICU専任医師数					
			GCUを有する病院数・病床数					
			MFICUを有する病院数・病床数					
			ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数					
			業務継続計画策定医療機関数・策定割合					
				災害時小児周産期リエゾン認定者数				
プロセス	●	分娩数						
		産後訪問指導実施数		周産期母子医療センターで取り扱う分娩数				
			NICU入室児数					
			NICU・GCU長期入院児数					
		●	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率					
		●	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数					
アウトカム	●	新生児死亡率					●	NICU・GCU長期入院児数(再掲)
	●	周産期死亡率						
	●	妊産婦死亡数・死亡原因						

32

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表9「周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」
平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改正)より引用

(●は重点指標)

(1) 協議体制

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

- 全都道府県で年に1回以上周産期医療協議会が開催され、周産期医療体制に関する議論が行われている。

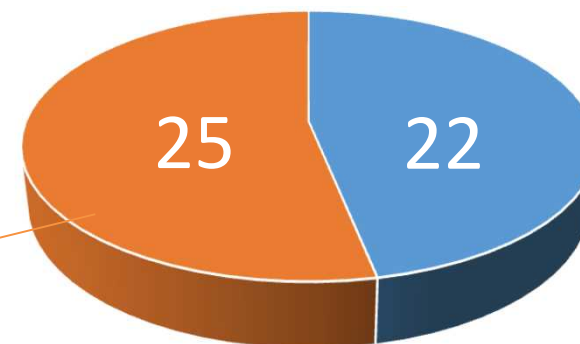
周産期医療協議会の年に1回以上の開催



- 22都道府県で、地域医療構想調整会議において、周産期医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での 周産期医療に関する議論の状況

■ 議論を行っている ■ 議論を行っていない

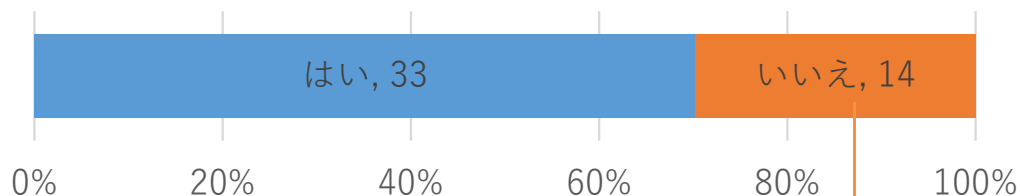


宮城県、秋田県、福島県、群馬県、埼玉県、東京都、新潟県、
山梨県、岐阜県、三重県、兵庫県、奈良県、島根県、岡山県、
広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、
長崎県、熊本県、大分県、鹿児島県

(2) 周産期医療提供体制 都道府県の周産期医療圏設定

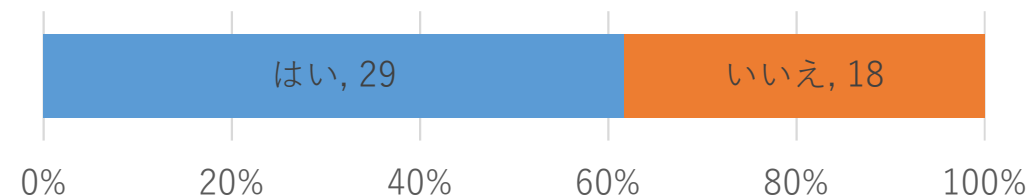
第13回医療計画の見直し等に関する検討会(平成30年9月28日)資料1-2

周産期の医療圏の設定にあたっては
アクセスや流出入を考慮したか。



秋田県、山形県、東京都、神奈川県、富山県、岐阜県、愛知県、京都府、奈良県、鳥取県、岡山県、長崎県、鹿児島県

周産期の医療圏の設定は二次医療圏と同じか。



○ 18都道府県で、地域の実情に応じて二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。

圏域の設定が二次医療圏と異なる理由

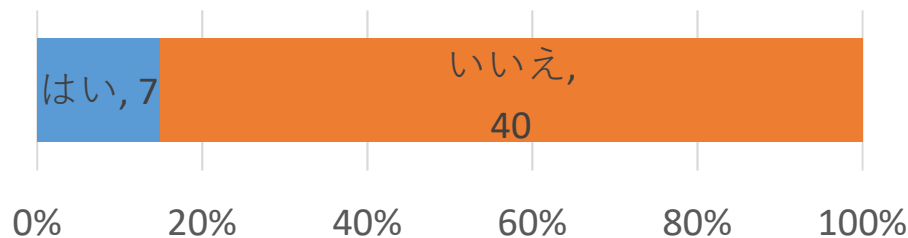
岩手県	9つの二次医療圏を4つの周産期医療圏とした理由は、分娩取扱医療機関の妊産婦人口に対するカバー率(圏域居住者が圏域内で出産した割合)は8割程度(平成28年度県調査)と概ね圏域内で診療が完結していることやほとんどの地域で概ね1時間以内に周産期母子医療センター等に移動可能なことを考慮したため。
茨城県	各疾病・事業や医療資源の状況によって、二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことも考えられるため、地域の実情を踏まえて、より適切に連携する圏域として二次保健医療圏とは別に設定している。
東京都	二次医療圏を踏まえつつ、医療機関の配置等を考慮して設定。
神奈川	当県では、従前、県独自の周産期救急医療システムを運用しており、二次医療圏(県内9区域)ではなく県内6ブロック制を採用しているため。 ※同システムは、それぞれ「基幹病院」、「中核病院」、「協力病院」として機能別に位置づけたシステム受入病院を中心として、高度な医療水準による一貫した対応を24時間体制で確保することとしている。なお、各ブロック内に最低1病院は基幹病院が指定され、この基幹病院がブロック内の患者受入の調整機能を担う。
石川県	正常分娩については基本的に二次医療圏内で対応しているが、ハイリスク分娩等は二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を周産期医療の圏域としているため

(2) 周産期医療提供体制 無産科二次医療圏の状況

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

無産科二次医療圏は存在するか。

無産科二次医療圏が存在する7都道府県のうち、



○ 周産期医療圏と二次医療圏は異なる

山梨県、愛知県、鹿児島県

○ 周産期医療圏と二次医療圏は同一

北海道、福井県、高知県、宮崎県

○ 7都道府県で無産科二次医療圏があるが、そのうち3都道府県で地域の実情に応じて二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。

周産期医療圏と二次医療圏が同一の4都道府県のうち、

○ 無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っている 3都道府県

北海道	産科医師の養成・確保を図るため、医師を養成する医育大学の取組に対する支援や、地域枠医師制度の活用等により産科医師の確保に努めている。
宮崎県	県内の無産科二次医療圏については、今後分娩取扱を開始するため新たに産婦人科医が着任し、現在健診等の診療を行っており、無産科二次医療圏は解消される見込みとなっている。 今後、分娩取扱開始に向けた病院の設備整備に対して県として補助を行う予定である。
高知県	三次周産期医療提供施設に産科病床を14床増床。 分娩待機施設への補助。救急隊員向け妊産婦救命基礎研修(BLSO)実施。 助産師等による産前産後保健指導を行う市町への補助。

○ 無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っていない 1都道府県

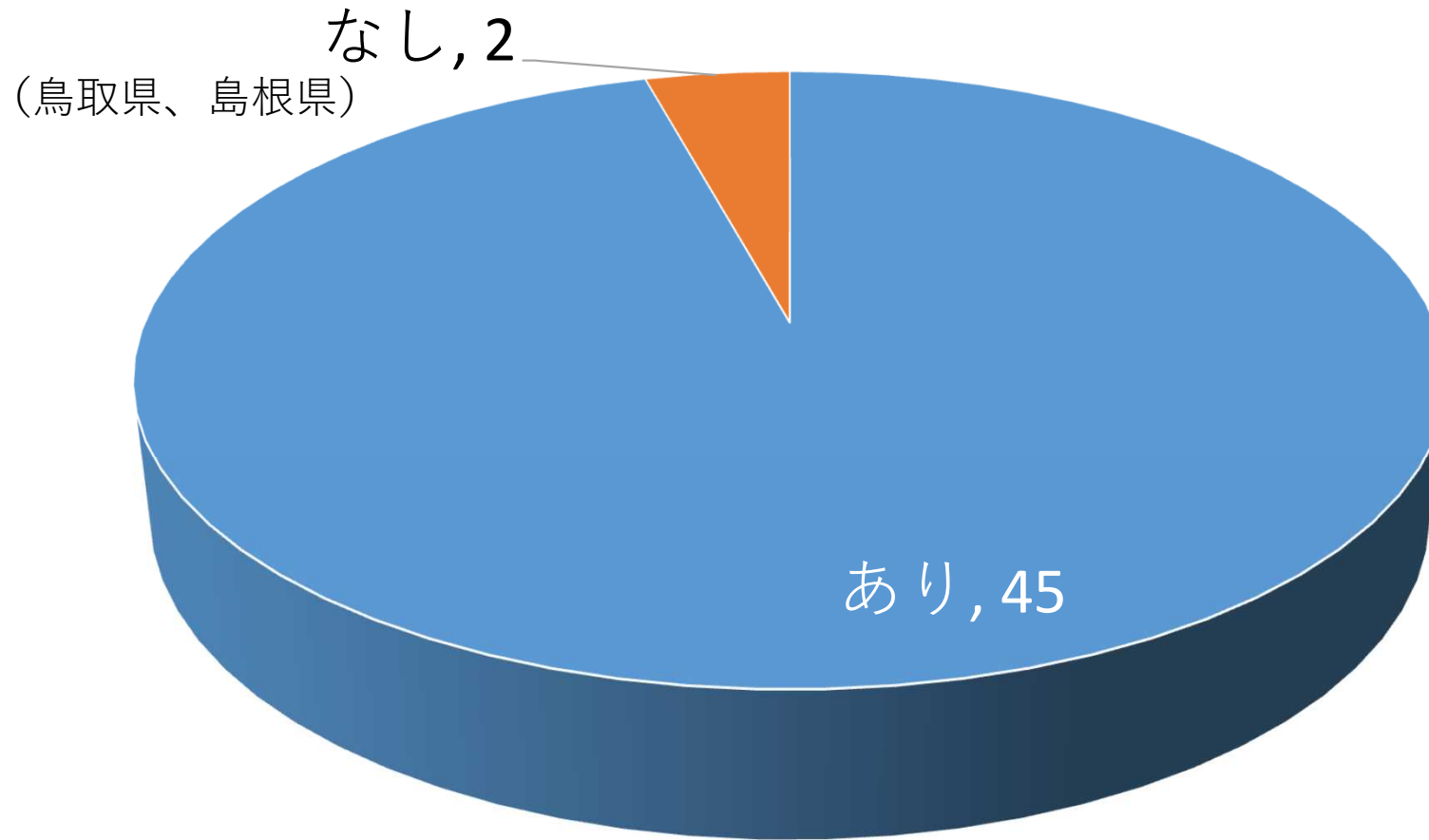
福井県

(3) 目標項目 第7次医療計画における周産期医療の目標設定の状況

○ 45都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会（平成
30年9月28日）資料1-2

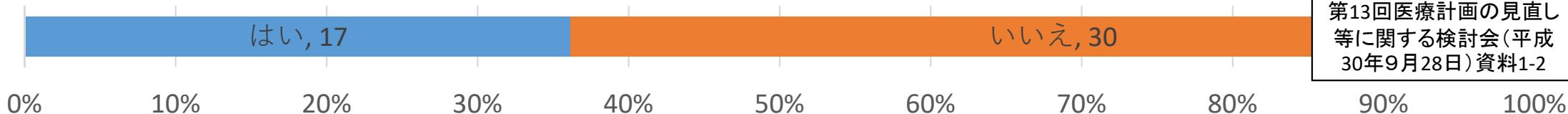
1年に1回以上評価予定がある指標の有無



(3) 目標項目 第7次医療計画における周産期医療の目標設定の状況

地域の医療資源には限りがあることや、地域の周産期医療提供体制を維持するために必要な方策について、住民の理解を深めるための取組や、適切な受診行動をとってもらうための普及啓発を行っているか

第13回医療計画の見直し等に関する検討会(平成30年9月28日)資料1-2

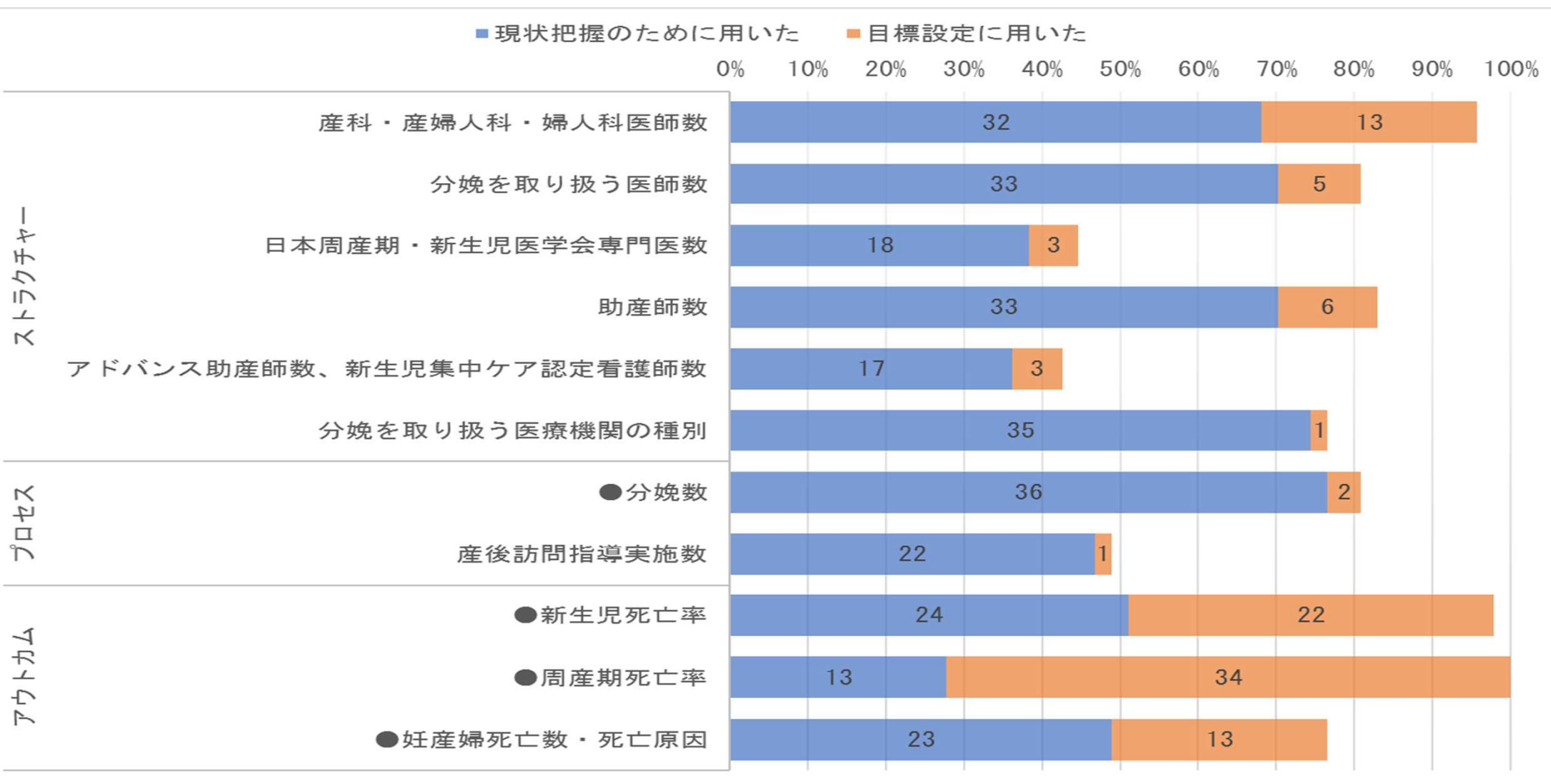


岩手県	①周産期医療ガイドブックの配布・ホームページ掲載 ②県民みんなで支える岩手の地域医療推進運動の実施(適正受診等に関する公共交通機関へのポスター掲出、テレビ媒体を使用した広報、出前講座の実施等)
宮城県	分娩取扱施設一覧を県ホームページに掲載、合わせてセミオープン連携病院についてはその旨付記している。
茨城県	各総合周産期母子医療センターに妊産婦搬送コーディネーターを配置するなど、地域の産婦人科医療機関、搬送機関との連携を強化した総合的な診療体制を確保することとしている。
群馬県	周産期医療の現状や課題について理解を広めるための啓発資料を配付
神奈川県	県ホームページにて、周産期医療提供体制に携わる医療機関毎の機能分担及び県民の適切な受診行動を促す文面を掲載予定。
富山県	病院・診療所が連携・協力して健診と分娩の役割を分担
福井県	セミオープンシステムの利用促進にかかる県民への周知啓発
長野県	医療資源の集約化・重点化を方針とする「長野県周産期医療システム」について、県民の理解を得ながら進めている。
静岡県	妊婦等の適切な受診行動の促進のため、静岡県産婦人科医会の監修のもと、産科医療に関する正しい知識を普及・啓発するためのパンフレットを作成。県内全ての産科、産婦人科並びに婦人科及び助産所での妊婦等への配布により活用。
大阪府	妊婦健診受診についてホームページに掲載し周知
奈良県	・救急知識に関する講習会の実施・ガイドブック作成配布・周産期年報の発行
鳥取県	周産期に限ったことではないが、医療機関の適切な利用を心がけていただくよう、リーフレット、テレビスポットCMを作成し、普及啓発を行っている。
徳島県	セミオープンシステムの周知等を図ることを目的に県独自で「共通診療ノート」を作成し、母子健康手帳とあわせて全妊婦に配布するなど、継続した取組を実施している。
高知県	中央保健医療圏で分娩する妊婦が分娩待機や妊婦健診の際に、滞在施設として利用できるよう、分娩待機施設を確保し、市町村から母子健康手帳交付時等に説明、パンフレット等の配布を行っている。
長崎県	県広報誌、ラジオ、情報誌等で普及啓発を行っている。
福岡県	医療機関へのポスター掲示等(母体搬送コーディネーター事業) 市町村の両親学級や家庭訪問等で適切な受診行動や安全な出産についての指導、援助を行っている。
沖縄県	平成29年度8月NICU満床時に、マスコミとおして早産予防に関する呼びかけを行うとともに市町村へ妊婦健診の重要性や異常に気づける教育、適宜産科診療所へ相談、受診を行うよう周知依頼文書を発出した。

(3)現状把握項目・目標項目【分娩】

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

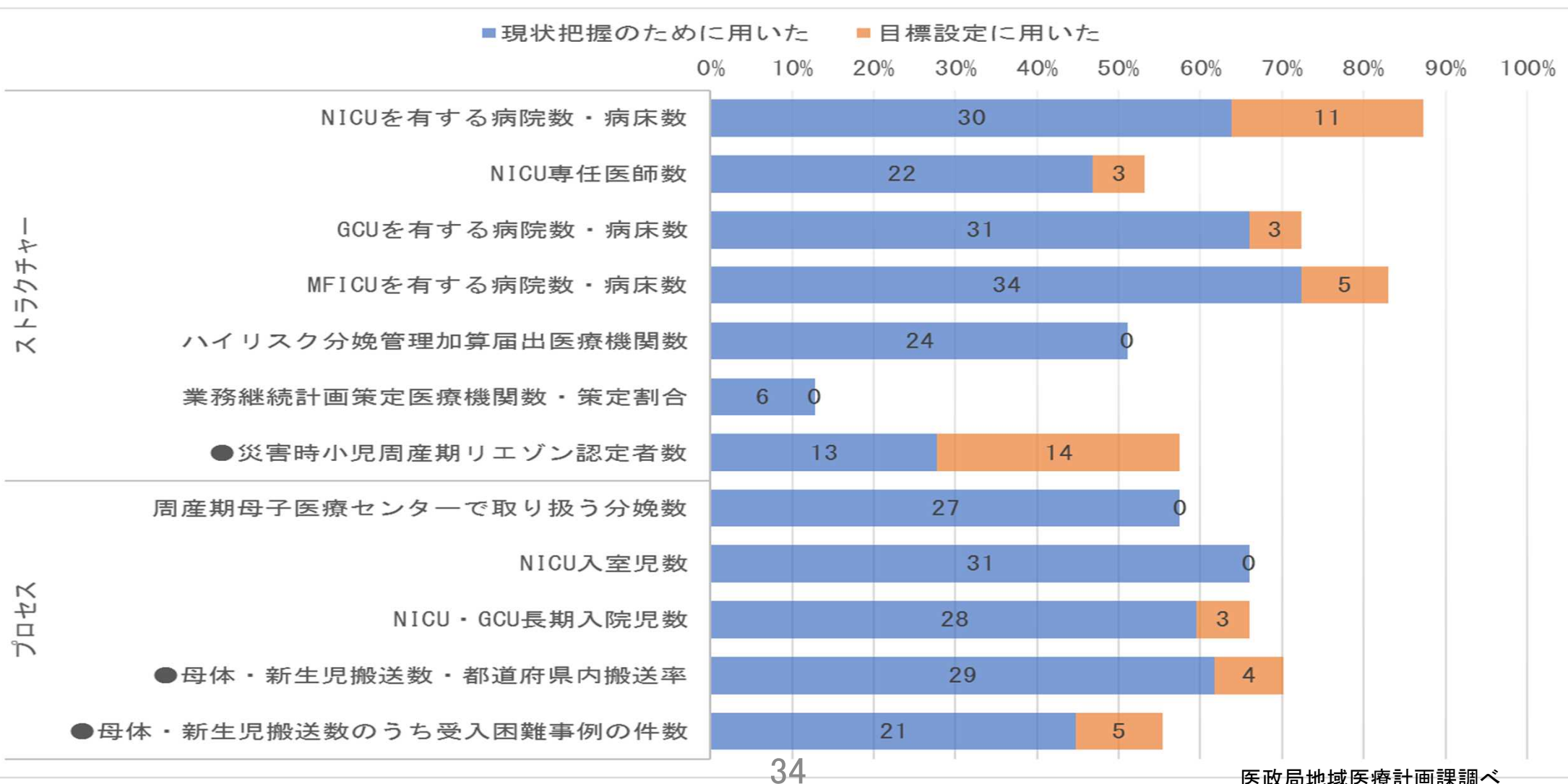
- 39都道府県が、「分娩」に関する目標項目を設定している。
- 分娩の目標項目のうち、医師数(産科・産婦人科・婦人科医師数、分娩を取り扱う医師数、日本周産期・新生児学会専門医師数)を目標として設定したのは18都道府県である。



(3)現状把握項目・目標項目【周産期母子医療センター】

第13回医療計画の見直し等に関する検討会(平成30年9月28日)資料1-2

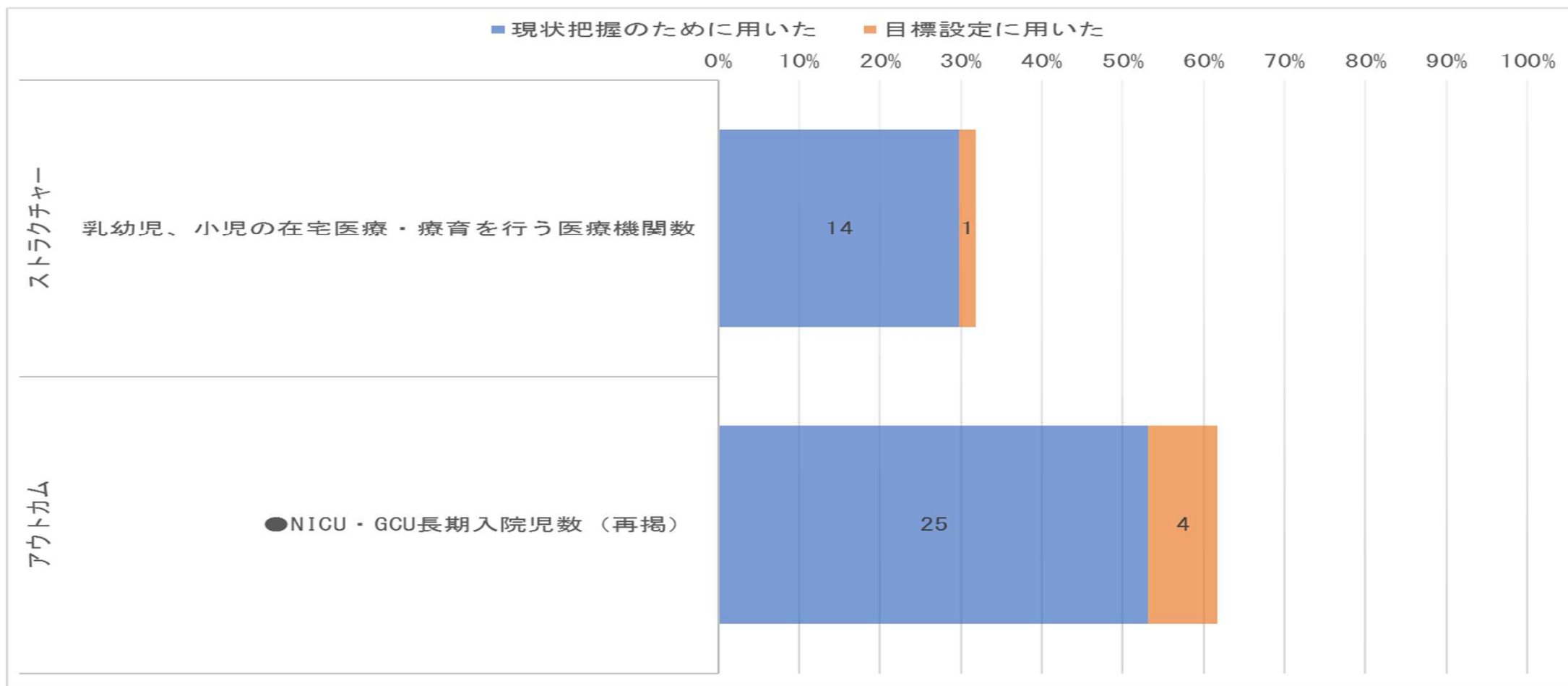
- 23都道府県が、「周産期母子医療センター」に関する目標項目を設定している。
- 搬送に関する項目を目標として設定したのは8都道府県である。
- 災害時小児周産期リエゾン認定者数を現状把握、もしくは目標設定に用いているのは27都道府県である。



(3)現状把握項目・目標項目【療養・療育支援】

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

- 4都道府県が、「療養・療育支援」に関する目標項目を設定している。
- 「療養・療育支援」に関する項目を、現状把握にも目標設定使用していないのは、34都道府県である。



(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

指標(ストラクチャー)	都道府県	理由
病院や高次医療施設に勤務する産婦人科医、小児科医の数	秋田県 高知県	医師不足、地域偏在があるため
医師修学資金貸与者の就業産科医数	佐賀県	本県では医師修学資金貸与の返還免除となる診療科に産科を挙げており、産科医師確保対策の県独自の事業のため
産婦人科医師の平均年齢、年代別医師数	宮崎県	周産期医療体制の現状把握のため
院内助産リーダー養成者数	長野県	
就業先別助産師数	宮崎県	周産期医療体制の現状把握のため
周産期死亡等検討実施回数、新生児蘇生法講習会受講者数	岐阜県	周産期死亡率(新生児死亡率)の低減に必要と考えたため
周産期医療従事者資質向上研修受講者数	佐賀県	県独自で行っている事業のため
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の数	秋田県、長野県、佐賀県、熊本県	現在の広域的な周産期医療体制を維持するため、既存の周産期母子医療センターの設置圏域に偏りがあるため。
地域周産期医療機関の整備等	栃木県 佐賀県	医療提供体制の充実の目安として採用している。
NICU等の長期入院児後方支援病床	滋賀県	NICUおよびGCUに長期入院している児が、NICU等から在宅医療へ円滑に移行でき、NICU病床の効率的な運用を図るため。
NICU、総合・地域周産期母子医療センター病床稼働状況等	京都府 高知県	病床利用の最適化、分娩受け入れ状況把握のため
災害時小児周産期リエゾンの養成数	京都府 佐賀県	災害時の小児・周産期医療体制の確保。
医療的ケアが必要な小児を受入れている訪問看護ステーション数	長崎県	NICUを退院後、引き続き医療的ケアが必要な小児が在宅で安心して療養できる体制整備を図るため。
周産期医療支援システムに参加する施設数	長崎県	ハイリスク分娩に備えて、関係機関で必要な情報を迅速に共有するための医療情報ネットワーク体制の構築を図るため。

(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

指標(プロセス)	都道府県	理由
出産後の届出件数	青森県	未受診妊婦数の把握に繋がり、その数を減少していく必要があるため。
妊娠11週までの妊娠届出割合	高知県	妊婦の母体管理意識の把握のため
周産期母子医療センター産婦人科医師1人当たりの分娩取扱数等	宮城県 茨城県	医師の負担を軽減し、働きやすい環境づくりを進めるため
県域を越えた搬送を含む連携体制の整備	茨城県	県域を越えた連携を強め、周産期医療体制の充実を図るため
NICU満床を理由とした県外緊急搬送件数	高知県	医療提供体制の把握のため
分娩を取り扱う施設が確保されている二次医療圏数 周産期母子医療センターにおける搬送受入不可件数のうちNICU満床に起因する割合	福岡県	有識者から、医療提供体制の維持・改善を示す指標として、当該指標を重視する意見があったため。
NICUの後方病院への搬送件数	京都府	各医療機関の機能分担による、NICU病床利用の最適化を図るため
産科・周産期傷病者搬送人員数	佐賀県	産科・周産期関連の傷病者搬送の増減を検討するため
里帰り出産受入率(分娩前後のみの受診及び分娩)	長野県	策定委員が必要と判断したため
分娩を扱う産科医療機関(除く助産所)における新生児聴覚検査の実施率	長野県	策定委員が必要と判断したため

指標(アウトカム)	都道府県	理由
周産期・新生児死亡率(出生千対)	宮城県	周産期医療体制の状況把握に適しているため
死産率	愛媛県	最終目的が「安心して産み育てられる周産期医療体制の整備」であり、死産率の低下は目的に沿うものであるため。
低出生体重児の出生割合等	高知県 熊本県	分娩状況の把握のため。
早産数、出生数、出生率	高知県	分娩状況の把握のため。
妊娠・出産について満足しているものの割合	大阪府	健やか親子21(第2次)の指標
育てにくさを感じた時に対処できる親の割合	大阪府	健やか親子21(第2次)の指標

(3) 目標項目 指標以外の記載があった目標項目

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

産前産後のメンタルヘルスに関する項目

指標(ストラクチャー)	都道府県	理由
EPDSを導入している周産期医療機関数	長野県	
周産期のメンタルヘルス支援に関する検討実施回数、診療所・病院数、医療型短期入所事業所数	岐阜県	産後うつや新生児虐待を防止するために必要と考えたため。
支援が必要な妊婦に対する医療機関と精神科の連携	宮崎県	産後うつ対策に向けた現状把握のため

指標(プロセス)	都道府県	理由
周産期母子医療センターにおける精神疾患を合併した妊婦への適切な医療を提供するための連携体制の整備状況	青森県	今後、精神疾患を合併した妊婦への対応が必要とされてくることから、新たに追加した。
EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)を導入している市町村の状況	岐阜県 宮崎県	産後うつや新生児虐待を防止するために必要と考えたため。産後うつ対策の現状把握のため。
総合周産期母子医療センターの精神科医師配置数、臨床心理士配置数、精神科医療機関連携数(周産期体制調)	佐賀県	総合周産期母子医療センターにおいて精神疾患を合併する妊産婦について対応可能な体制を整えているかを把握するため
医療機関における1か月健診時の産後うつへの支援について	宮崎県	産後うつ対策の現状把握のため。

- 周産期医療協議会は全都道府県で行われていたが、地域医療構想調整会議で周産期について議論が行われた都道府県は半分以下である。
- 周産期医療圏の設定にあたっては33都道府県でアクセスや流出入を考慮し、18都道府県で、地域の実情に応じて二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。
- 7都道府県に無産科二次医療圏があり、そのうち3都道府県は二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。周産期医療圏と二次医療圏が同一の4都道府県のうち、3都道府県では、無産科二次医療圏の解消に向けた具体的取組を行っている。
- 分娩の目標項目のうち、医師数を目標として設定したのは18都道府県である。
- 災害時小児周産期リエゾン認定者数を現状把握、もしくは目標設定に用いているのは27都道府県である。
- 「療養・療育支援」に関する項目を、現状把握にも目標設定使用していない都道府県が7割をしめる。

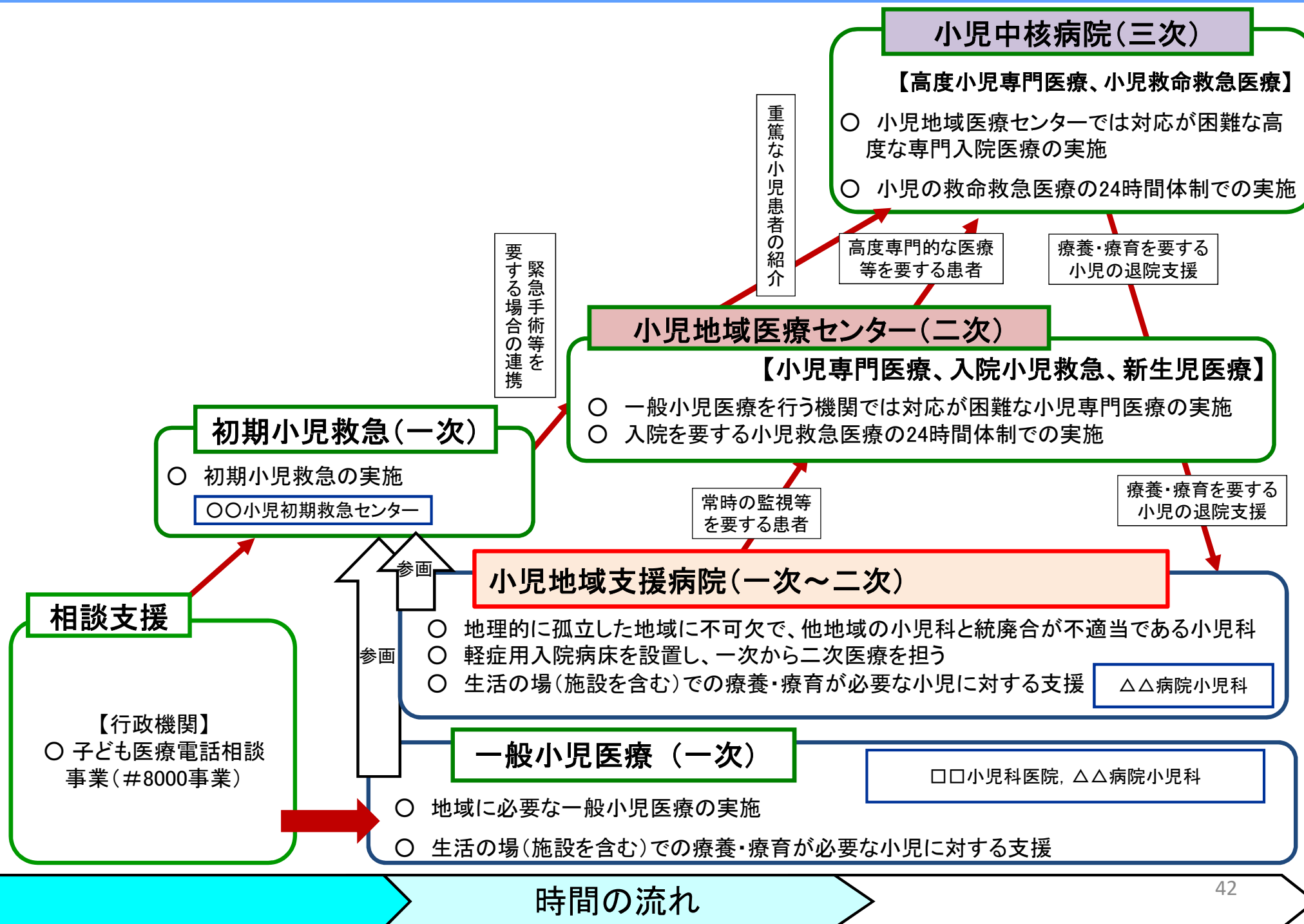
今後、都道府県における進捗状況の把握等を実施し、中間見直し等に向けて検討をしていく際の論点として、下記のようなものが考えられるのではないか

- 周産期医療協議会と地域医療構想調整会議や地域医療対策協議会における議論について、整合性に留意し適切な協議が行われるよう支援してはどうか。
- 周産期医療圏の圏域の設定については、精査・検証し、機能分化連携の点から、望ましいあり方を整理してはどうか。また、可能かどうかも含め、圏域の設定を評価する指標の導入を検討してはどうか。
- 周産期医療の療育・養育支援の指標と小児医療や在宅医療に用いられる指標について、それぞれの成育過程にあわせて整えてはどうか。

小児医療体制の整備

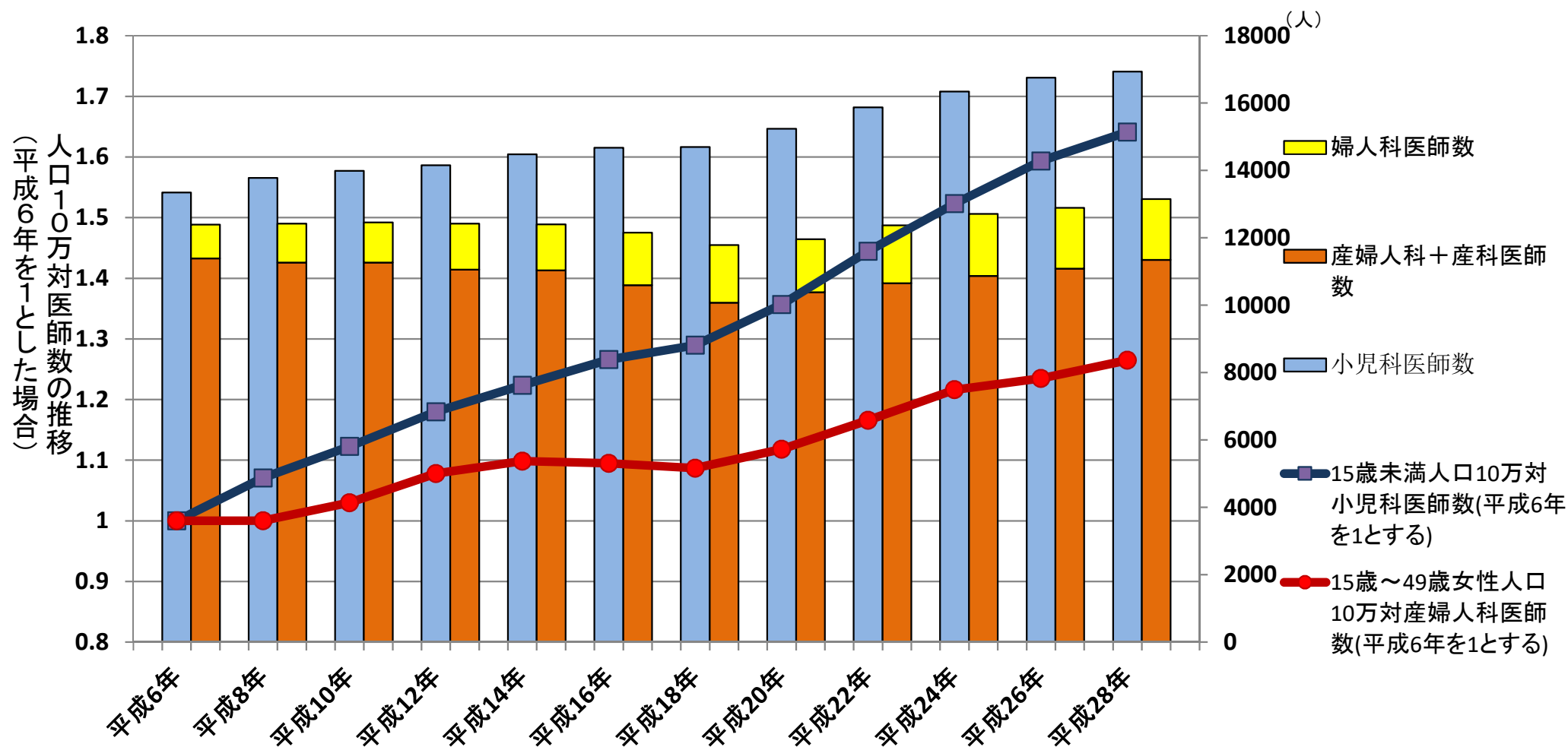
小児医療の体制

医療機能（重症度）



産婦人科・小児科医数の推移(再掲)

- 平成28年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年以降で過去最大となっている。
- 15歳未満人口に対する小児科医数は、近年一貫して増加している。



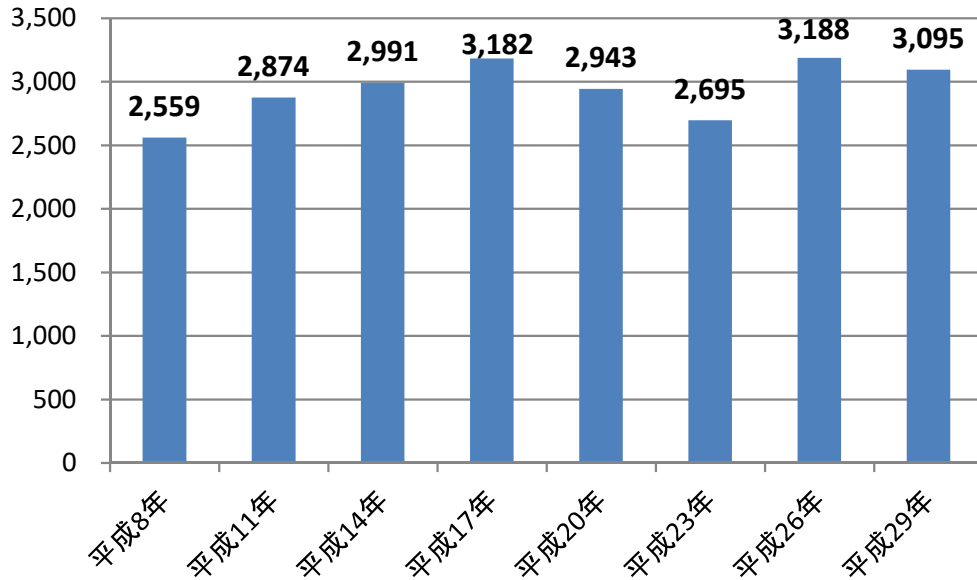
※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

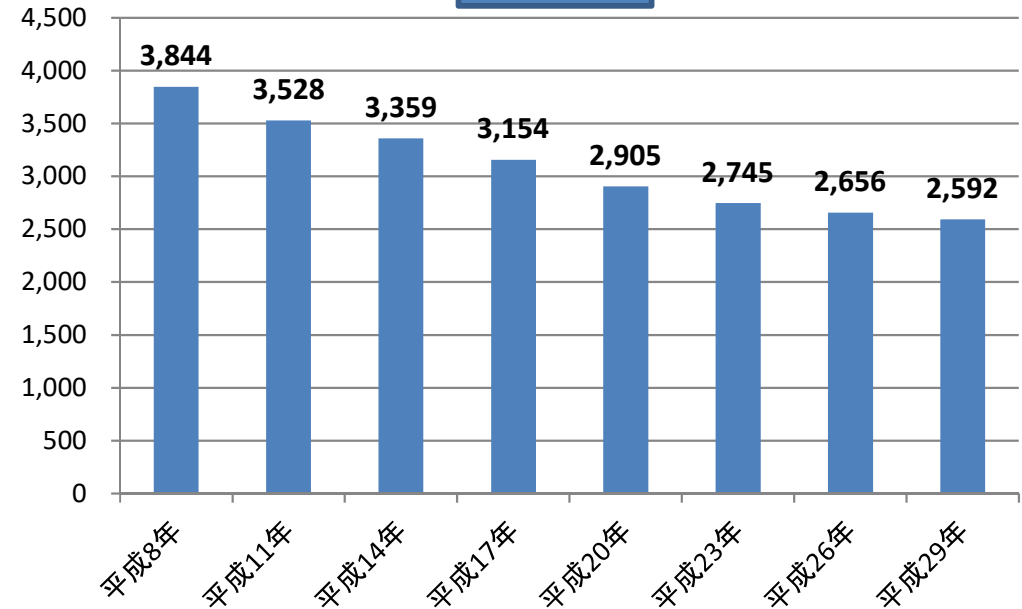
(出典)平成28年大臣官房統計情報部 医師・歯科医師・薬剤師調査

小児科を標榜している施設数

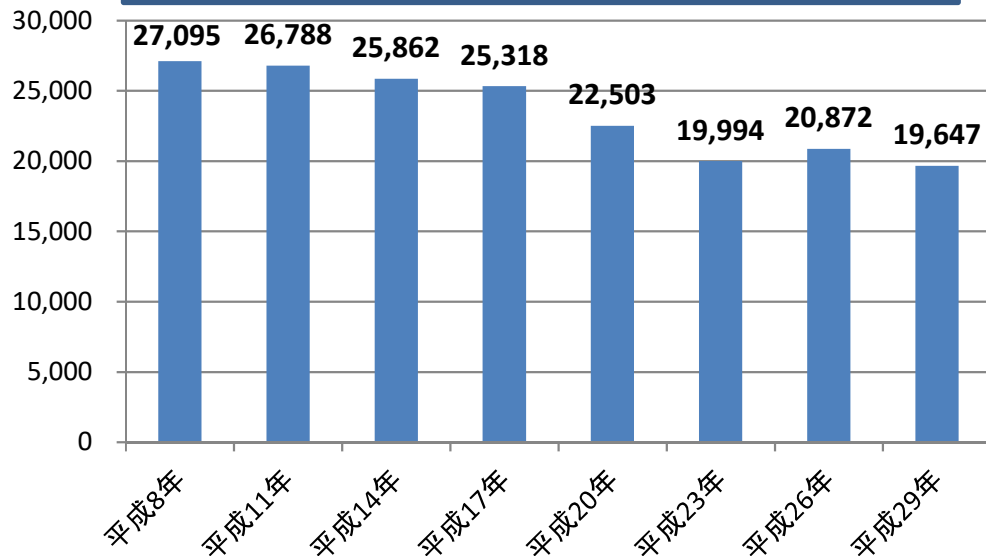
診療所数
(主たる診療科が小児科の診療所のみ)



病院数



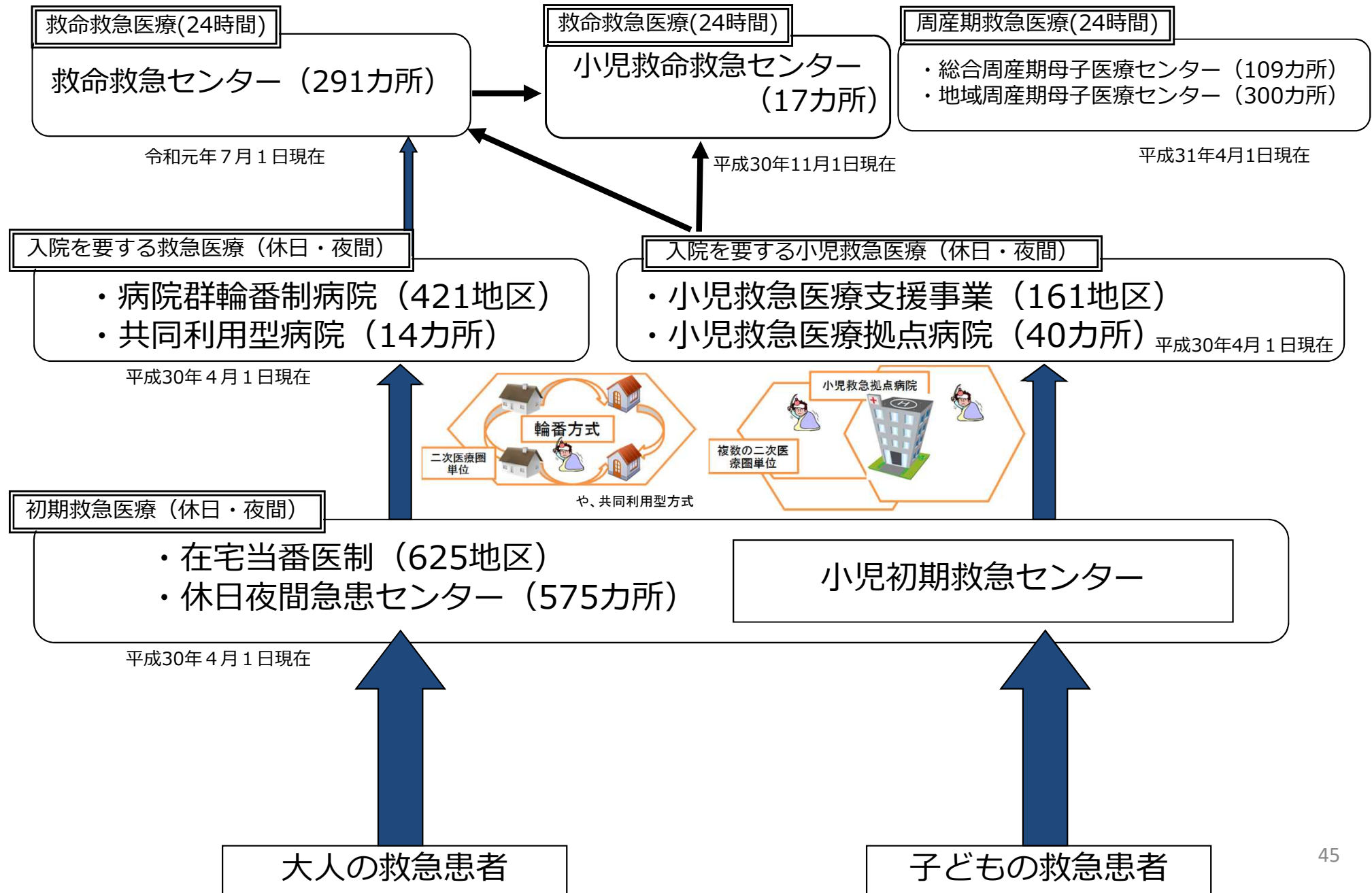
診療所数
(主たる診療科が小児科以外の診療所を含む)



勤務施設	小児科が主たる診療科である医師数		
	H14	H28	増減
総数	14,481	16,937	+2,456
病院	8,429	10,355	+1,926
診療所	6,052	6,582	+530

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

救急医療の体系



小児救命救急センターの整備について

背景:「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」(平成21年3～5月)において、「小児救命救急センター」や「小児集中治療室(PICU)」の必要性が指摘され、平成22年度予算から「小児救命救急センター運営事業」等を創設した。

目的:すべての重篤な小児救急患者が、地域において必要な救命救急医療を受けられる体制の整備

<救急医療体系>

救命救急医療(24時間)

小児救命救急センター (17カ所)
救命救急センター (289カ所)

平成30年11月1日現在

入院を要する小児救急医療 (休日・夜間)

小児救急医療支援事業 (161地区)
小児救急医療拠点病院 (40カ所 (73地区))

平成30年4月1日現在

初期小児救急医療 (休日・平日夜間)

小児初期救急センター
常時診療体制が確保されている小児救急医療圏数 322地区

平成30年4月1日現在

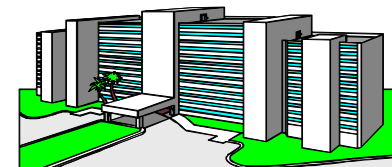
小児医療に関する電話相談 (休日・夜間)

子ども医療電話相談事業 (#8000事業) (47都道府県)

平成30年4月1日現在

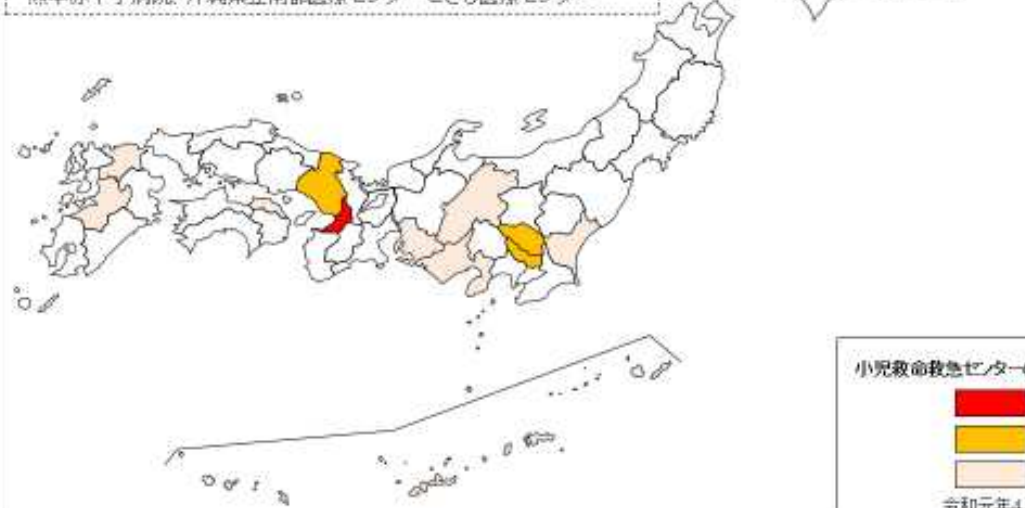
小児救命救急センター

- ・ 重篤小児の集約拠点として高度な医療を提供
- ・ 地域の救命救急センターと連携
- ・ 必要であれば広域搬送を受け入れる
- ・ 小児救急・集中治療の研修施設として機能



小児救命救急センターの指定状況

【指定を受けている施設】(17施設)
筑波大学、埼玉医科大学総合医療センター、埼玉県立小児医療センター
国立成育医療研究センター、東京都立小児総合医療センター
長野県立こども病院、静岡県立こども病院
あいち小児保健医療総合センター、大阪母子医療センター
大阪市立総合医療センター、高槻病院、兵庫県立尼崎総合医療センター
兵庫県立こども病院、四国こどもとおとなの医療センター、九州大学病院
熊本赤十字病院、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター



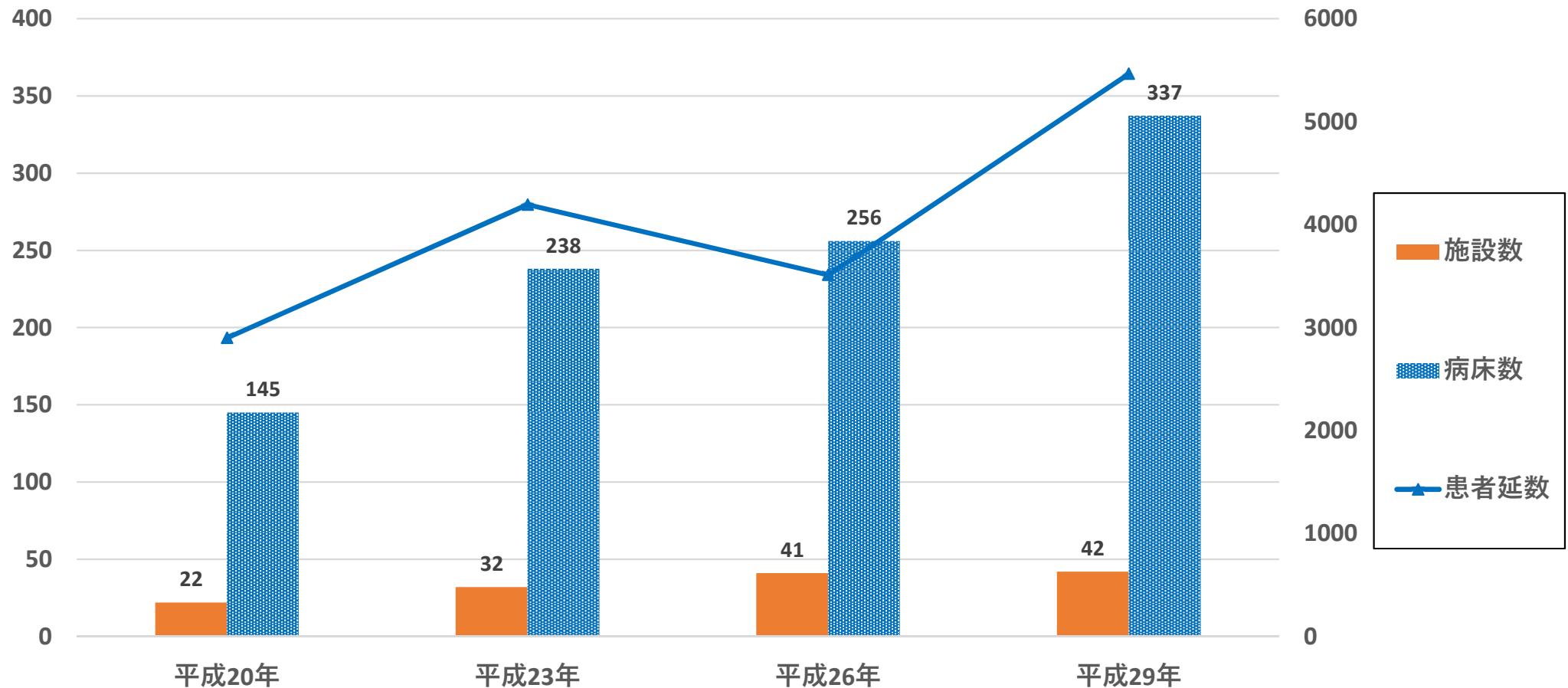
小児救命救急センターの指定件数
3施設
2施設
1施設
令和元年4月1日現在

小児集中治療室（PICU）の施設数・病床数と患者延数の推移

- 「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」（平成21年3～5月）において、小児救命救急センターとともに小児集中治療室（PICU）の必要性が指摘された。
- PICUの病床数は増加してきている。

施設数／病床数

患者延数(人)



子ども医療電話相談事業（#8000事業）

事業概要

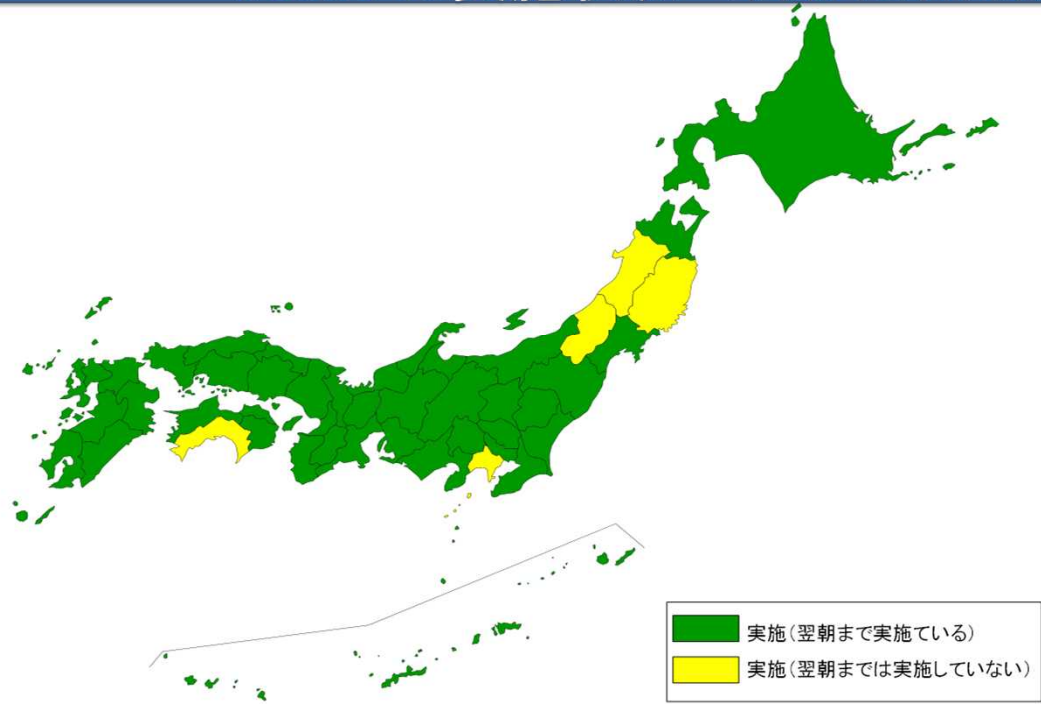
- 休日・夜間の子どもの症状に対する保護者等の不安に、小児科医師、看護師等が電話で助言
 - ・ 子どもの症状に応じた対応や緊急性の有無に関するアドバイスにより、保護者の不安を解消
- 平成16年に13都道府県から開始（国庫補助事業）し、平成22年には全都道府県で実施（実施日時は都道府県により異なる）
- 地域の小児医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
- 平成26年度以降は、地域医療介護総合確保基金により支援

周知の取組

平成28年より、「それいけ！アンパンマン」を#8000公式キャラクターとしてポスター等を作成。



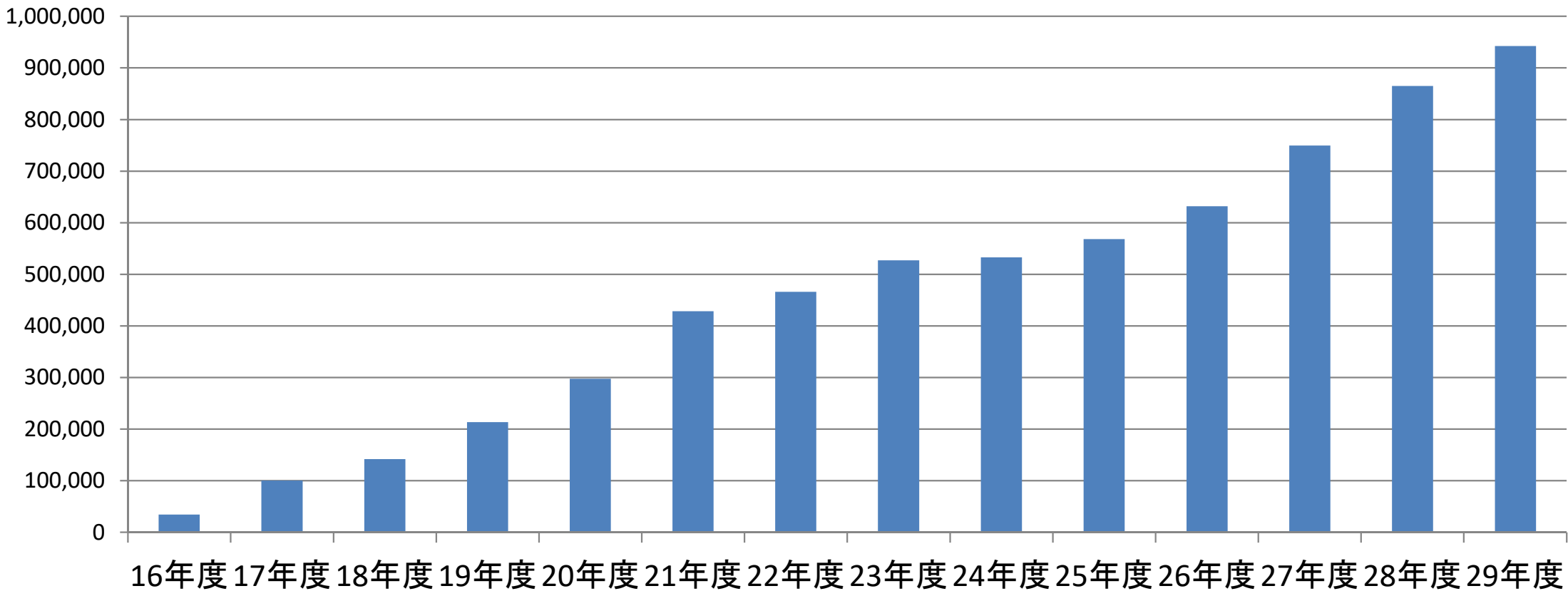
#8000の実施状況（令和元年5月1日現在）



#8000 全国相談件数(平成16年度～平成29年度)

相談総件数

件



実施
都道府県
数

13 26 33 43 44 46 47 47 47 47 47 47 47

年間相談
件数

34,162 99,968 141,575 213,412 297,518 428,368 465,976 526,810 532,459 568,206 630,659 753,096 864,608 942,011

第7次医療計画における 小児医療に係る取組み状況

第7次医療計画における「小児医療」の追加見直しのポイント

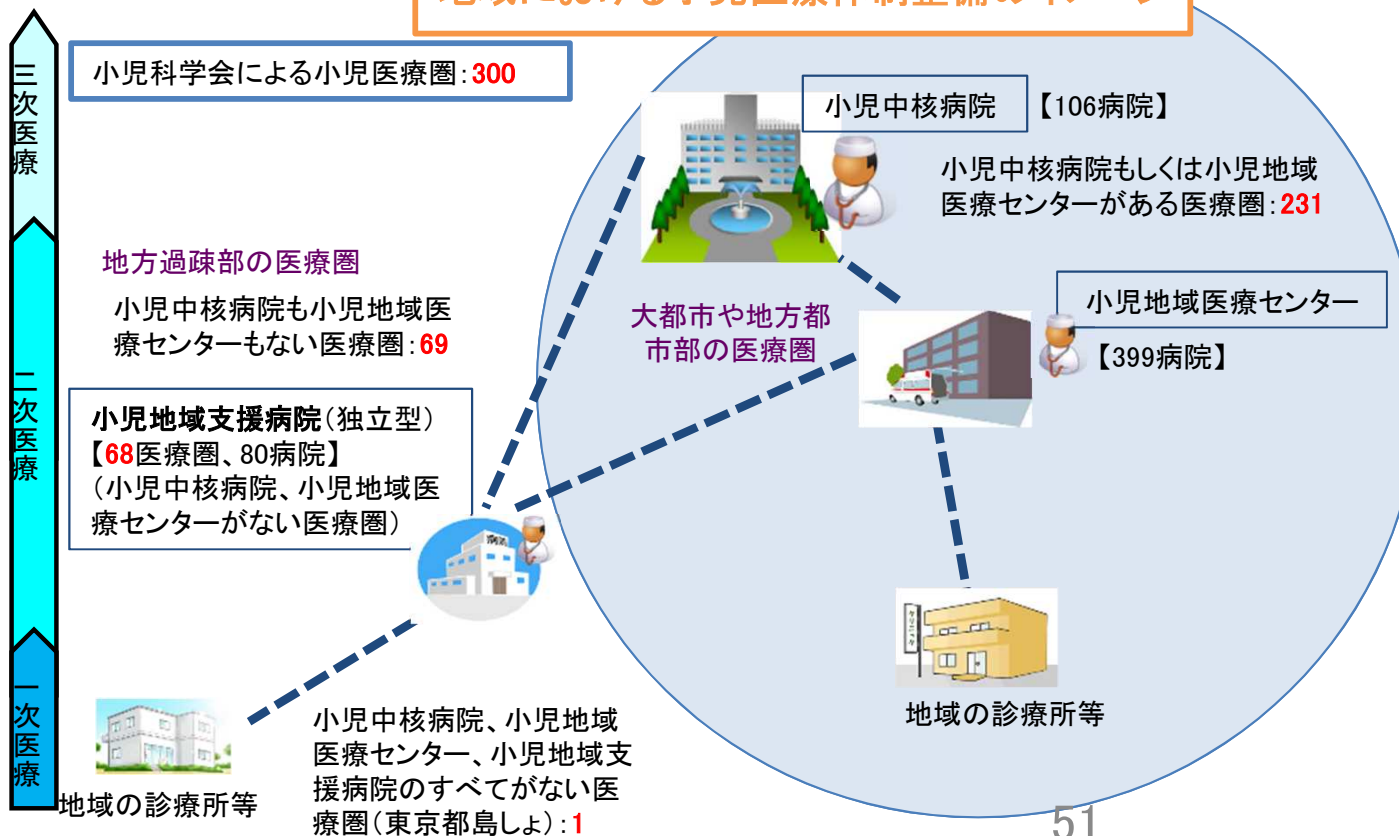
第13回医療計画の見直し等に関する検討会(平成30年9月28日)資料1-2

- 日本小児科学会の提言も踏まえ、小児中核病院、小児地域医療センターのどちらも存在しない圏域では、「小児地域支援病院」を設定し、拠点となる医療機関等と連携しつつ、地域に必要な入院診療を含む小児診療体制を確保する。
- 研修等を通じて地域で活躍する人材の育成を図るとともに、引き続き子ども医療電話相談事業(#8000)の普及等を進める。

地域の実情に応じた体制の整備

拠点となる医療機関が存在しない地域では、それに準じた医療機関を小児地域支援病院として設定し、近隣圏との連携強化を図ることにより、地域の小児医療体制を整備する。また、中核病院や小児地域医療センターと小児科かかりつけ医等との連携を推進する。

地域における小児医療体制整備のイメージ



人材育成と住民への情報発信の推進

地域における受入れ体制を構築するための人材の育成や、地域住民の小児医療への理解を深めるための取組を進める。



小児医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

※下線は、第7次医療計画で新たに追加された指標

	地域・相談支援等		一般小児医療		小児地域支援病院		小児地域医療センター		小児中核病院	
ストラ ク チャ ー	●	小児救急電話相談の 回線数・相談件数		小児科を標榜する 病院・診療所数		小児地域支援病院数		小児地域医療センター数		小児中核病院数
		小児に対応している 訪問看護ステーション数		小児歯科を標榜する 歯科診療所数						PICUを有する病院数・ PICU病床数
				小児科医師数(医療機関種別)						
				夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数						
プロ セ ス		小児在宅人工呼吸器患者数		小児のかかりつけ医受診率						
						救急入院患者数				
				緊急気管挿管を要した患者数						
			●	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数						
				特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当交付数、身体障害者手帳交付数(18歳未満)						
アウ ト カム	●	小児人口あたり 時間外外来受診回数								
	●	乳児死亡率								
	●	幼児、小児死亡数・死亡原因・発生場所・死亡場所								

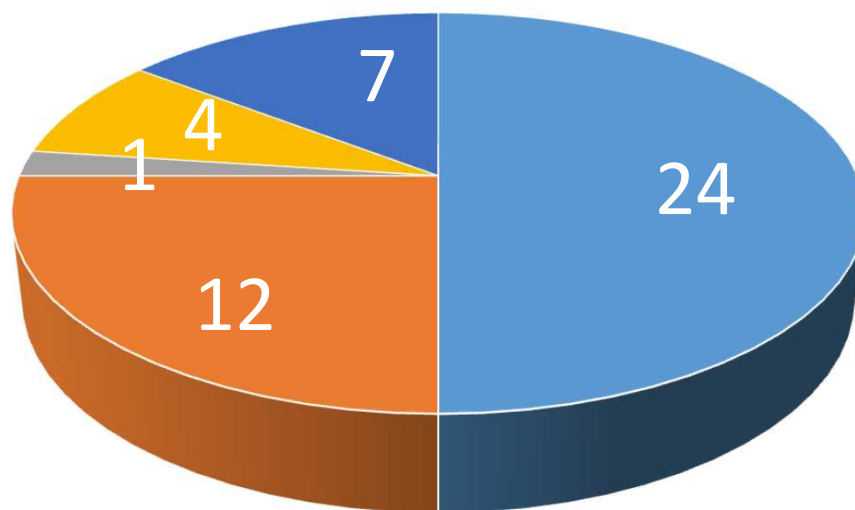
26

(1)小児医療提供体制 都道府県の小児医療圏設定状況

○ 24道府県が、小児医療圏を二次医療圏と同一に設定している。

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

都道府県別の小児医療圏の設定状況



- 二次医療圏単位
- 2ヵ所以上の二次医療圏を統合して設定
- 二次医療圏を分割して設定
- その他(小児二次輪番体制による圏域を設定、重なり合うゾーンを設定等)
- 詳細不明(二次医療圏単位ではない)又は無回答

圏域が異なる理由の例

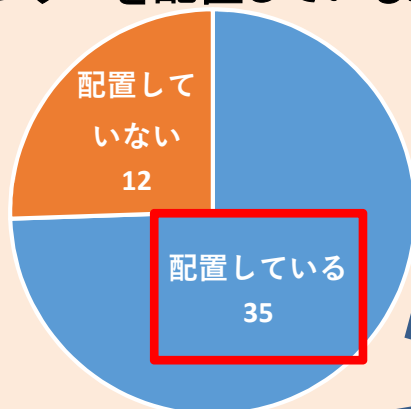
- 福井県 : (二次医療圏を統合)資源の有効活用の面から有効なため。
- 神奈川県: 小児二次輪番体制を構築しているブロックを単位として圏域設定している。
- 香川県 : 第7次医療計画において、医療圏を5医療圏から3医療圏に変更したが、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点から、小児医療については、従来どおり5圏域とした。

(2) 小児地域支援病院の設定の状況

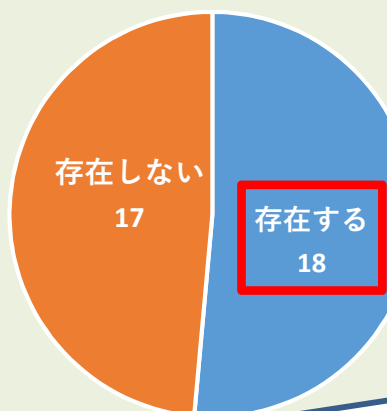
第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

- 35都道府県において、小児中核病院・小児地域医療センターを配置している。
- 上記35都道府県のうち18都道府県は、小児中核病院・小児地域医療センターのどちらも存在しない二次医療圏(小児医療に係る医療圏)が存在する。
- 上記18都道府県のうち、8都道府県が小児地域支援病院を配置していない。

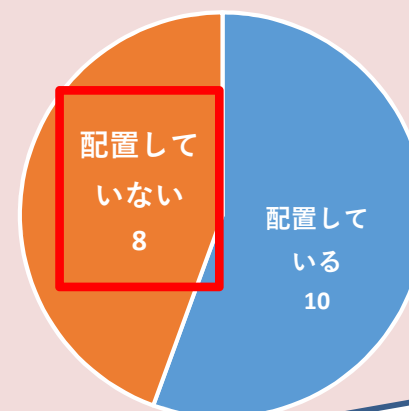
●小児中核病院・小児地域医療センターを配置しているか



●小児中核病院・小児地域医療センターのない二次医療圏(小児医療に係る医療圏)が存在するか



●これらの二次医療圏(小児医療に係る医療圏)に小児地域支援病院を配置しているか



小児地域支援病院を配置していない理由

- 在宅当番医制または隣圏域の小児救急医療機関が対応する。
- 小児科医の確保が厳しく、小児地域支援病院の配置が難しい。
- 小児患者に一定の入院医療を提供できる病院がない。等

茨城県、埼玉県、新潟県
静岡県、岡山県、高知県
宮崎県、熊本県

(3) 協議体制

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

- 36都道府県が年に1回以上、小児医療に係る協議会を開催し、小児医療体制に関する議論が行われている。

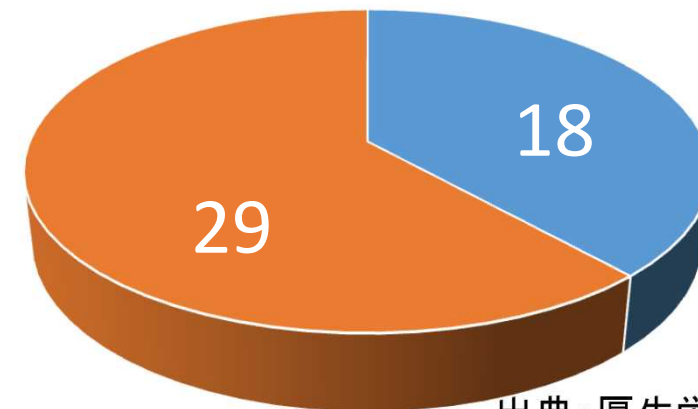
小児医療に係る協議会の開催



- 18道府県で、地域医療構想調整会議において、小児医療体制に関する議論が行われている。

地域医療構想調整会議での 小児医療に関する議論の状況

■ 議論を行っている ■ 議論を行っていない

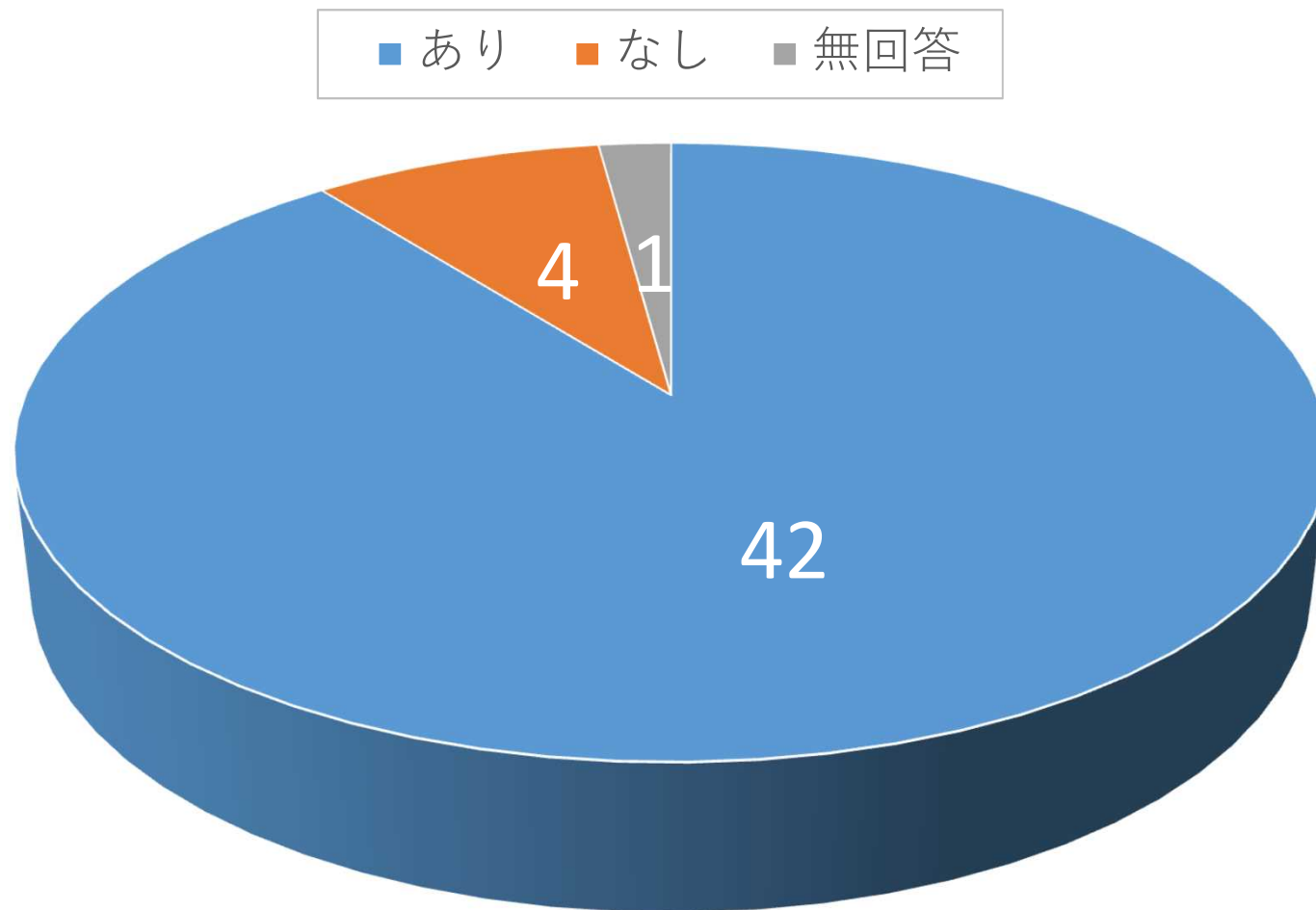


(4) 目標項目 第7次医療計画における小児医療の目標設定の状況

○ 42都道府県が、1年に1回以上評価予定がある指標を目標と設定している。

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

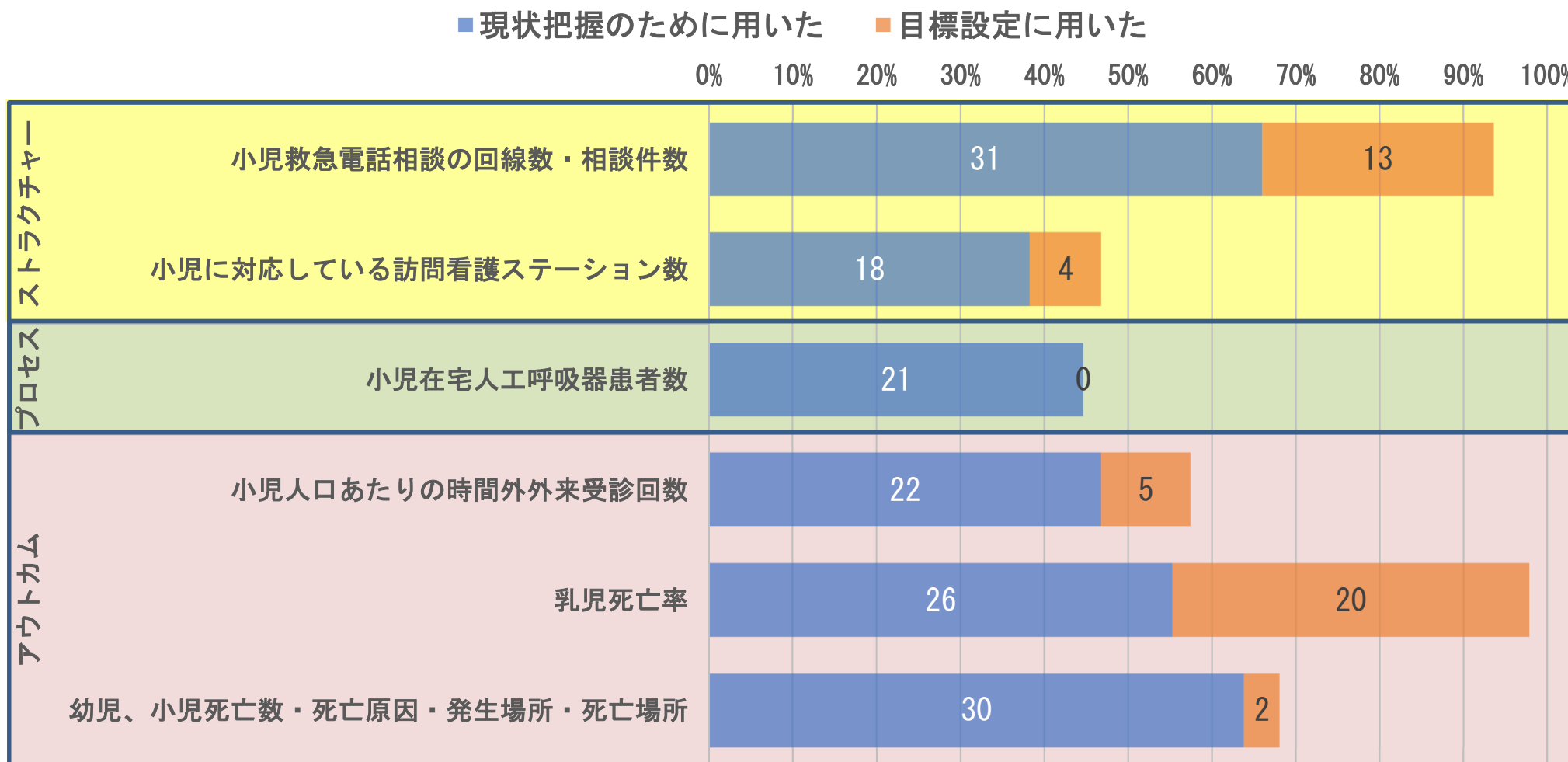
1年に1回以上評価予定がある指標の有無



(4) 目標項目【地域・相談支援等】

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

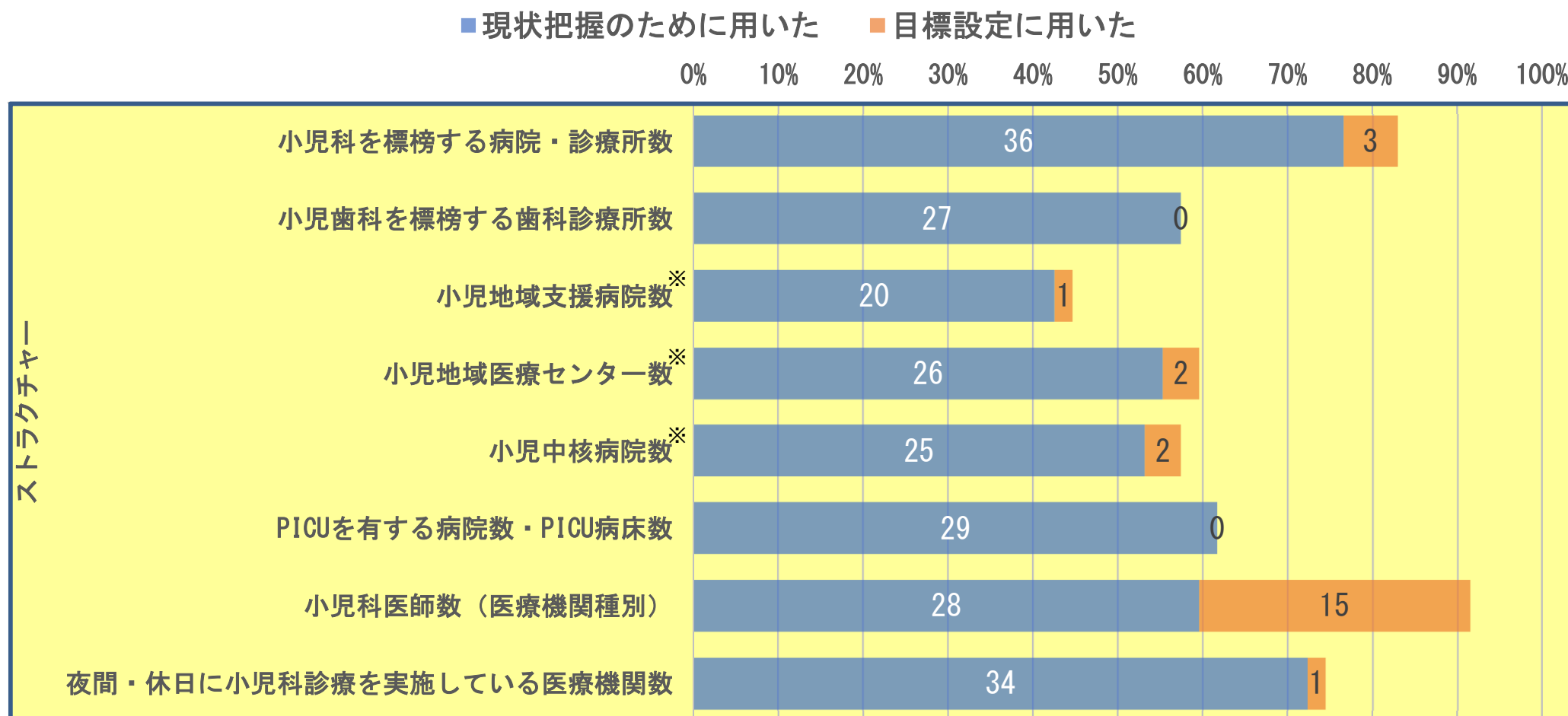
- 27都道府県が、「地域・相談支援等」に関する目標項目を設定している。
- 「地域・相談支援等」の項目のうち、「小児救急電話相談の回線数・相談件数」については13都道府県、「小児人口あたりの時間外外来受診回数」については5都道府県、「小児に対応している訪問看護ステーション数」については5都道府県が、目標項目として設定している。



(4) 目標項目 【一般小児医療～小児中核病院】①

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会（平成
30年9月28日）資料1-2

- 31都道府県が、「一般小児医療～小児中核病院」に関する目標項目を設定している。
- 「一般小児医療～小児中核病院」のストラクチャー項目のうち、「小児科医師数」については15道府県が、目標項目として設定している。

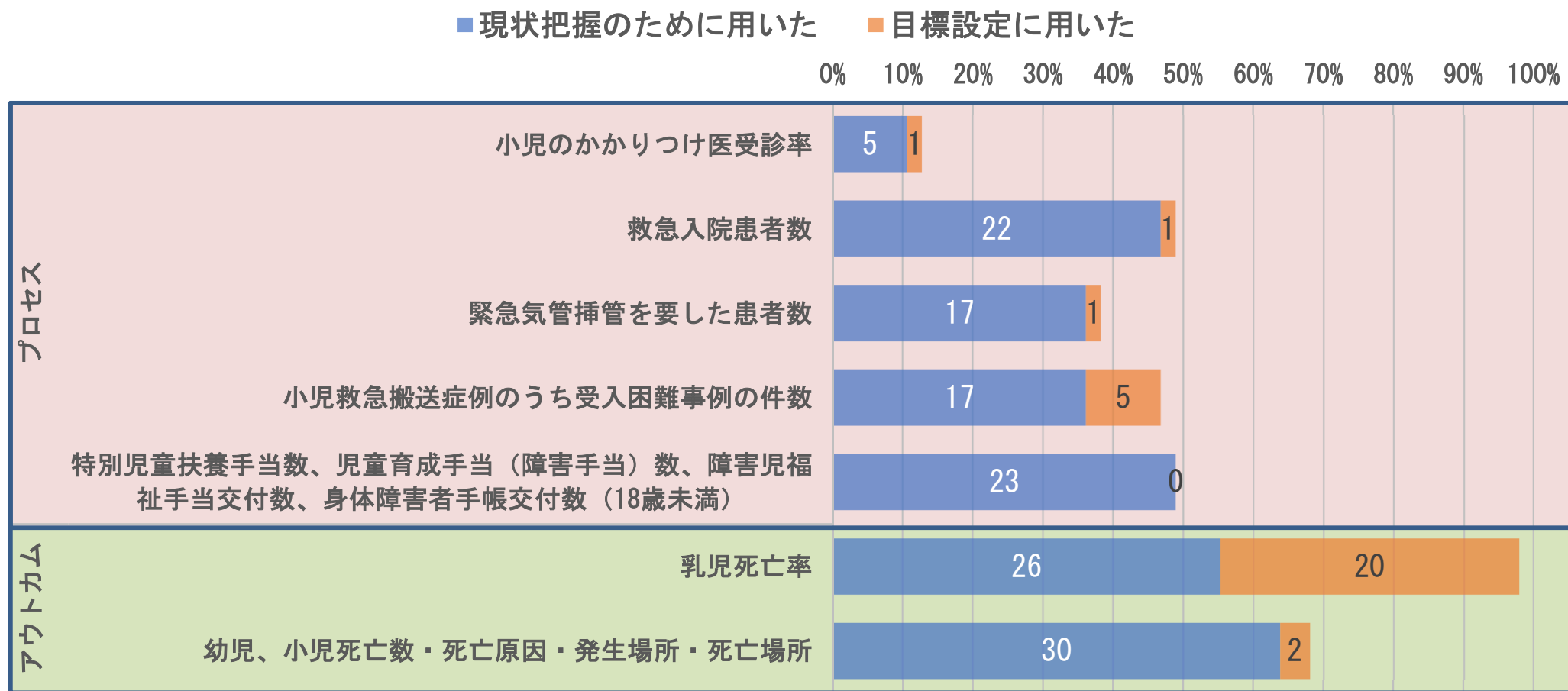


※ 小児医療体制として、小児地域振興病院、小児地域医療センター、小児中核病院を設定しているのは、35都道府県。

(4) 目標項目【一般小児医療～小児中核病院】②

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

- 「一般小児医療～小児中核病院」のプロセス項目のうち、「小児のかかりつけ医受診率」については1県が、「小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数」については5都道府県が、目標項目として設定している。
- アウトカム項目のうち、20都道府県が「乳児死亡率」を目標項目として設定している。



(4) 目標項目 指針以外の記載があった目標項目(一部抜粋)

第13回医療計画の見直し
等に関する検討会(平成
30年9月28日)資料1-2

指標(ストラクチャー)

都道府県

理由

○ 小児科医師の平均年齢	高知県	小児医療提供体制を担う人材の確保。
○ #8000事業の市町の広報誌への掲載	佐賀県	#8000事業の一層の周知を図る。
○ 小児の訪問診療実施医療機関数	三重県	小児在宅医療に関わる人材の育成。
○ 小児在宅医療を実施する在宅療養支援診療所・病院数、医療型短期入所事業所数	佐賀県	生活の場での療養・療育が必要な小児に対する支援。
○ 災害時小児周産期リエゾンの養成数	京都府	災害時の小児・周産期医療体制の確保。

指標(プロセス)

都道府県

理由

○ #8000事業の認知の割合	熊本県	
○ 小児かかりつけ診療料の届出数	沖縄県	小児かかりつけ医の増加を図る。
○ 休日夜間小児急患センターが整備された医療圏数 等	長野県、富山県	
○ 夜間や休日でも小児救急患者に対応できる第二次救急医療圏の割合 等	群馬県、埼玉県 富山県、奈良県	小児地域医療センター整備の評価指標。県民が安心して小児救急医療を受けられるよう。
○ 軽症乳幼児の救急搬送率	三重県、熊本県	適切な受診行動に関する啓発、#8000事業、小児初期救急医療提供体制整備に係る成果指標。

指標(アウトカム)

都道府県

理由

○ #8000満足度	愛媛県	適正受診の促進を目指す、件数等の増加が安易な受診抑制につながらないよう。
○ 訪問看護利用者の満足度	沖縄県	小児在宅医療の最終アウトカムとして。
○ 児童死亡率	東京都	虐待防止等。

- **小児医療圏**については、各都道府県において、地域の実情に応じた柔軟な設定が行われている。
- 小児中核病院・小児地域医センターを配置している35都道府県のうち、小児中核病院・小児地域医療センターのない二次医療圏（小児医療に係る医療圏）に、小児地域支援病院を配置していない県が8都道府県あり、理由として小児科医の確保困難等が挙げられた。
- **小児医療に係る協議会**を、年に1回も開催していない県が10都道府県ある。また、小児医療体制に関して、地域医療構想調整会議において議論されていない都道府県の方が多い。
- 目標項目として、「小児科医師数」は15都道府県が採用しているが、「小児人口あたりの時間外外来受診回数」は5都道府県のみ、「小児のかかりつけ医受診率」は1都道府県のみ、また、「小児に対応している訪問看護ステーション数」は5都道府県のみと少ない。
- **適正受診を促す取組**の指標として、「#8000の認知の割合や満足度」、「軽症乳幼児の救急搬送率」を採用する県がある。また、**小児在宅医療整備**の指標として、「小児の訪問診療実施医療機関数」や「訪問看護利用者の満足度」を採用する県もある。

今後、都道府県における進捗状況の把握等を実施し、中間見直し等に向けて検討をしていく際の論点として、下記のようなものが考えられるのではないか

- 各都道府県の小児医療体制の整備について、小児医療の関係団体、各医療機関種の医療従事者、行政、住民等が継続的に議論するために、小児医療に係る協議会を定期的に開催するとともに、地域医療構想、在宅医療等に係る協議会との整合性に留意するよう、見直してはどうか。
- 適正受診を促す取組や小児在宅医療は重要な課題であり、これらに関する目標指標を採用する都道府県が、目標達成のために実施している取組とその経過について経時的に情報収集するとともに、好事例については、他の都道府県にも情報提供してはどうか。

周産期医療・小児医療を取りまく 最近の話題について

- 産科・小児科の医師偏在対策について
「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」第4次中間取りまとめ
(平成31年3月29日)
- 妊産婦に対する医療体制の整備について
「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」議論の取りまとめ
(令和元年6月)
- #8000事業の整備と周知について
「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言(平成30年12月)
- 災害対策について
「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(平成30年4月～現在)

医師需給分科会 第4次中間取りまとめの概要① 2019年3月22日取りまとめ

経緯

- 平成30年通常国会において「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、今後の医師偏在対策の基本的な枠組みが定められた。
- 改正法の施行に当たって、医師偏在対策の実効性確保のための具体的な制度設計について医師需給分科会において検討を行い、その内容を取りまとめたもの。

(1) 都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化

○ 医師偏在指標

- ・ 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価可能な指標の算定。

- ▶ ①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②患者の流入出、③地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位の**5要素を考慮した医師偏在指標**を設計。

○ 医師少数区域／医師多数区域

- ・ メリハリのある医師確保対策を行うための、医師が少ない地域、多い地域の明確化。
- ▶ 医師偏在指標に基づき、全国の二次医療圏の**上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域と設定。医師少数区域には重点的な医師確保対策を行う。**
- ▶ 局所的に医師が少ない場所を、「**医師少数スポット**」として、重点的な医師確保対策の対象とする。

○ 医師確保計画

- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うための計画の策定。
- ▶ 定量的な現状分析に基づいて計画を定め、3年（初回のみ4年）ごとにその内容を見直す**PDCAサイクルを実施することで、医師確保対策の実効性を強化。**
- ▶ 地域枠の効果等を踏まえ、**2036年を長期的な医師偏在是正の目標年**とする。
- ▶ 医師確保計画には、①都道府県内における医師確保の方針、②確保すべき医師数の目標（目標医師数）、③目標の達成に向けた施策内容、を定める。
- ▶ 医師の確保方針として、医師多数区域等は他の地域からの医師の確保は行わない等とする。
- ▶ 医師の派遣調整等の短期的な対策と、地域枠の増員等の長期的な対策を組み合わせる医師偏在是正を目指す。
- ▶ 医師確保対策について協議を行う、**地域医療対策協議会**の意見を反映することが必要。

○ 産科・小児科における医師偏在対策

- ・ 産科・小児科について、暫定的に診療科別の医師偏在指標を示す。
- ▶ 産科においては分娩数、小児科においては年少人口に基づいた指標を提示。**診療科間の医師偏在を是正するものではないこと**に留意が必要。
- ・ 相対的医師少数区域の設定を行う。
- ▶ 産科・小児科は、その労働環境に鑑みると、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない地域等においても医師が不足している可能性があるため、**医師多数区域は設けず**、また下位33.3%に該当する地域を「**相対的医師少数区域**」と呼称することとする。
- ・ 産科・小児科に限定した医師確保計画を策定する。
- ▶ **医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携、機能の集約化・重点化、医師の時間外労働の短縮に向けた取組等についての検討を行う**とともに、産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策や医師の派遣調整等についても検討を行う。

医師偏在指標の算定

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10万 \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

医師少数区域／医師多数区域の設定

全国335医療圏									
医師偏在指標	小							大	
	下位33.3% ⇒医師少数区域							上位33.3% ⇒医師多数区域	
医療圏の順位	335位	334位	333位				3位	2位	1位

医師確保計画の策定

方針

医師偏在指標の大小、将来の需給推計から地域ごとの医師確保の方針を定める。

目標

医師少数区域の水準を脱するために必要な医師数を目標医師数として定める。

施策

医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定、医師確保対策と連携した勤務環境改善支援等の対策を定める。

3年（初回のみ4年）ごとに見直し、PDCAサイクルに基づき実効性を高める

⋮

医師需給分科会 第4次中間取りまとめの概要②

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

医学部

○ 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

- 2008年度以降、地域枠設置を要件とした臨時定員の増員が行われてきた。
- 改正法により、都道府県知事は、大学に対して地域への定着率の高い地域枠や地元出身者枠の設置・増設の要請が可能。
- 2022年度以降の臨時定員数は今後設定することとされているため、地域枠や地元出身者枠の大学への要請数等について検討が必要。
 - 地域枠・地元出身者枠については、**2036年度時点の医師不足数を上限**として大学に要請できることとする。
 - 地域枠は、一般枠とは別枠で募集定員の設定・選抜を行う「**別枠方式**」により選抜する。
 - 全体として**マクロの供給量が過剰にならないよう留意が必要**。

2036年時点で医師が不足



不足数を上限に、恒久定員内に地域枠等を大学に要請可能



それでも不足する場合、追加的に臨時定員を大学に要請可能

専門研修等

○ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化

- 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて、国全体・都道府県ごとに提示。

診療科と
疾病・診療行為の
対応関係を整理

人口動態・疾病構造変化を考慮

将来の診療科ごとの
医師の需要の変化を推計

・ 期待される効果

- 医師が**適切に診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながる**こと
- 各都道府県において地域枠医師による適切な診療科選択に資する取組が行われること
- 専門医制度におけるシーリング設定等のエビデンスとして活用されること
等が期待される。

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

○ 外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 無床診療所が都市部に偏っており、外来医療機能の偏在の可視化が必要。
 - 外来医師偏在指標**を算定し、上位33.3%の二次医療圏を**外来医師多数区域**と設定。
 - 外来医師多数区域についての情報や開業に当たって参考となるデータを、**新規開業希望者等へ情報提供**。
- 地域で不足する外来医療機能についての議論の実施。
 - 外来医師多数区域においては、**新規開業希望者に、不足する外来医療機能を担うように求める**。
 - その実効性の担保のために、**協議の場を設置**（地域医療構想調整会議を活用可能。）。開業届出様式に、不足する外来医療機能を担うことに対する合意欄を設け、協議の場で確認する等の対応を行う。

○ 医療機器の効率的な活用等について

- 医療機器の配置状況には地域差があり、その可視化が必要。
 - 地域ごとの**医療機器の配置状況を指標化**し、可視化。
- 医療機器の効率的活用のための協議の実施。
 - 医療機器を購入する医療機関は、医療機器の**共同利用計画を作成**し、協議の場で定期的に確認を行う。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

- 医師少数区域等において6ヶ月以上勤務**し、その中で医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行った医師を厚生労働大臣が認定する。
- 地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院の管理者は認定医師でなければならないこととする。
※2020年度以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に管理させる場合等を除く。
- 認定制度の実効性を高めるようなインセンティブについて引き続き検討。

地域医療構想と医師の働き方改革との関連

○ 地域医療構想

地域における医師の確保は、医療機関の統合・再編等の方針によって左右されることから、医師確保対策を実施するに当たっては、地域医療構想の推進に係る医療機関ごとの具体的対応方針に留意することが必要。

○ 医師の働き方改革

マクロ医師需給推計は、医師の働き方改革の内容を踏まえ、再度推計を行うこととする。この新たな推計を踏まえて、医師養成数の増減を伴う長期的な医師偏在対策について検討を行う。
また、2024年度から、医師に対する時間外労働規制が適用される。医師の働き方改革の実現に向け、地域において医師を確保することは喫緊の課題であり、医師確保対策の早急な着手が必要。

地域医療構想と医師の働き方改革と医師偏在対策は三位一体で進めることが重要である。

産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

- ・診療科別の医師偏在については、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにする必要があり、検討のための時間を要する。
- ・一方、産科・小児科における医師偏在対策の検討は、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすい。

産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

産科・小児科における医師偏在指標の算出

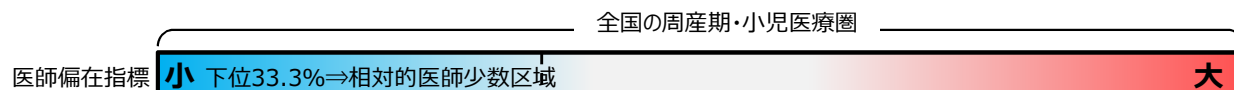
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

- ・医療需要(ニーズ)・人口構成の違い等
- ・へき地等の地理的条件
- ・患者の流出入等
- ・医師の性別・年齢分布

相対的医師少数区域の設定

全国の周産期・小児医療圏の産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位の一定の割合を相対的医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。
※労働環境に鑑みて、産科・小児科医師は相対的に少なくない地域等においても不足している可能性があることから、相対的多数区域は設定しない。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』の策定

医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏の見直し等も含め地域ごとの医師確保の方針を策定。

- ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお相対的医師少数区域の場合は、医師の派遣調整により医師を確保する方針とする。等

偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を「偏在対策基準医師数」と設定。

偏在対策基準医師数を踏まえた施策

医師の確保の方針を踏まえ、偏在対策基準医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- ・産科又は小児科の相対的医師少数区域の勤務環境を改善する。
- ・周産期医療又は小児医療に係る協議会の意見を踏まえ、地域医療対策協議会で、相対的医師少数区域内の重点化の対象となった医療機関へ医師を派遣する調整を行う等

(施策の具体的例)

①医療提供体制等の見直しのための施策

- ・医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し。
- ・医療提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化。
- ・病診連携の推進や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介の推進等による医療機関の機能分化・連携。
- ・地域の医療機関の情報共有の推進。
- ・医療機関までのアクセスに時間がかかる地域住民へ受診可能な医療機関の案内、地域の実情に関する適切な周知等の支援。

②医師の派遣調整

- ・地域医療対策協議会における、都道府県と大学、医師会等の連携。
- ・医療機関の実績や、地域における小児人口、分娩数と見合った数の医師数となるような派遣先の医療機関の選定。
- ・派遣先の医療機関を医療圏ごとに重点化。医師派遣の重点化対象医療機関の医師の時間外労働の短縮のための対策。

③産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する産科・小児科医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保。
- ・産科・小児科において比較的多い女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援。
- ・産科・小児科医師でなくても担うことのできる業務についての、タスクシェアやタスクシフト。

④産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備、離職防止。
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師について、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。
- ・産科・小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化。

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会

- ◆ 妊産婦の診療は、通常よりも慎重な対応や胎児や乳児への配慮が必要であり、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。このため、妊産婦自身の負担にも配慮しつつ、妊産婦が安心できる医療体制の充実が必要。
- ◆ 出産年齢が上昇傾向にあり、一般に、高齢出産の場合には、特に健康管理に留意が必要とされるなど、妊産婦のニーズに応じた細やかな支援が重要。
- ◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討するため「**妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会**」を2019年2月より開催。

構成員

- ◎：座長
○：座長代理
- 青木 龍哉 さいたま市保健福祉局理事
◎五十嵐 隆 国立成育医療研究センター理事長
石井 和美 一般社団法人知ろう小児医療守ろうこども達の会代表補佐
井上 真智子 浜松医科大学地域家庭医療学講座特任教授
井本 寛子 公益社団法人日本看護協会常任理事
鈴木 俊治 公益社団法人日本産婦人科医会常務理事、葛飾赤十字産院副院長
高松 登 公益社団法人日本薬剤師会理事
戸矢崎 悦子 全国保健師長会総務担当理事、横浜市南区福祉保健センター子ども家庭支援課長
○中井 章人 公益社団法人日本産科婦人科学会代議員、日本医科大学多摩永山病院院長
中島 久美子 読売新聞東京本社編集局医療部記者
中西 和代 株式会社風讀社たまごクラブ編集部統括部長
野口 晴子 早稲田大学政治経済学術院教授
平川 俊夫 公益社団法人日本医師会常任理事
九十九 悠太 下関市保健部長
牧野 利彦 公益社団法人日本歯科医師会副会長
松本 義幸 健康保険組合連合会参与

検討のスケジュール

- ◆ 2019年2月15日 第1回 フリーディスカッション
- ◆ 2019年3月15日 第2回 妊産婦に対する医療
- ◆ 2019年4月18日 第3回 妊産婦に対する保健
- ◆ 2019年5月16日 第4回 これまでの議論の整理
- ◆ 2019年6月6日 第5回 これまでの議論の取りまとめ

※ 妊産婦に対する診療報酬上の評価の在り方については、検討会の取りまとめを踏まえ、中央社会保険医療協議会で必要な検討を行う。

検討事項

- ◆ 妊産婦の保健・医療に関するニーズの把握について
- ◆ 妊産婦が安心できる医療体制の充実について
 - ・ 妊産婦の診療において求められる医学的な配慮の在り方
 - ・ 妊産婦の診療に係る医師への研修等の在り方
 - ・ 地域における産婦人科とその他の診療科との連携の在り方 等
- ◆ 妊産婦の健康管理の推進について
 - ・ 妊産婦の健康管理に関する相談・支援の在り方 等
- ◆ 妊産婦に対する保健・医療体制に関連する事項について
 - ・ 妊産婦に係る医療機関と他の関係機関との連携の在り方 等

「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

【目的】 妊産婦の保健・医療に関するニーズの実態把握

【調査対象医療機関】 分娩を取り扱う病院、診療所 500カ所
地域別に、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター以外の病院・診療所を無作為に抽出

【調査対象者】 調査対象医療機関に外来受診・入院した妊産婦
・ 妊娠28週0日以降、妊婦健康診査のために外来受診した妊婦
・ 正期産後、産後8日以内の入院中の産婦
・ 正期産後、産後2週間・1か月等の産婦健康診査のために外来受診した産婦

【調査内容】

- 妊娠・出産歴や基礎疾患の有無等の基本属性、妊娠中の医療機関の受診状況
- 妊娠中・産後の診療で十分配慮されていると感じた経験、妊娠中・産後の診療で配慮が不十分と感じた経験、妊娠中・産後の診療で特に配慮が必要と考える事項
- 妊娠中・産後の健康管理で留意している事項、妊娠中・産後の健康管理に関して受けている支援等の事項 等

妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会 議論の取りまとめ（概要）

- 妊産婦が安心できる医療体制の充実や健康管理の推進を含めた妊産婦に対する保健・医療体制の在り方について検討を行った。
- 中央社会保険医療協議会においては、妊産婦に対する診療の評価の在り方について、更なる検討を進めることを期待する。
- 国においては、妊産婦に対する保健・医療体制を構築するため、関係機関と協力・連携の上、引き続き取り組んでいくべきである。

相談・支援

【妊産婦の不安】

妊産婦の不安や負担は時期によって異なる

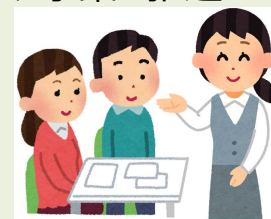
- 妊娠中の健康管理で困ったこと
⇒ 栄養・食事に関すること
- 産後の健康管理で困ったこと
⇒ 授乳に関すること

産後は子どもを抱えながら外出することが困難
産後は産婦の健康管理が困難になりがち

産婦の不安解消には産後ケアが有効

●不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

妊娠届出時に妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握
妊産婦のための食生活指針の改定に向けた調査研究の実施
「授乳・離乳の支援ガイド（平成31年3月改定）」の周知
「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を用いた支援者の育成
産後ケア事業の推進



妊娠届出時の妊婦の状況把握



妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

医療提供

【妊産婦の診療の現状】

産婦人科以外の診療科から診療を断られることがある
妊婦が産婦人科以外の診療科を受診する際に求める気配り

- ・診療・薬の内容について文書を用いて説明
- ・経験が十分にある医師の診療
- ・母子健康手帳の確認

【産婦人科の現状】

コモンディーズ（風邪や花粉症等）について、
他科からの診療情報の提供が少ない
医師の労働時間が長い、分娩取扱施設が減少

【産婦人科以外の診療科の現状】

診療の際に様々な配慮が必要であり、診療を敬遠しがち
妊産婦の診療に関する研修機会が少ないので不安
妊産婦に処方できる薬剤かどうか情報が少ない

●産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

妊産婦の診療に積極的な医療機関の把握・周知
都道府県が主体的に地域の医療機関間の連携体制の検討・構築
母子健康手帳等を活用した診療科間の情報連携 等

●診療の質の向上に向けた取組

医師に対する妊産婦の診療に関する研修の推進
診療や薬に関する説明文書の例を作成
妊娠と薬に関する情報を医師へ提供する体制の整備・周知 等

[産婦人科] ← 連携 → [産婦人科以外の診療科]



研修
サポート体制

〔支援を必要とする妊産婦への対応〕

妊娠期から子育て期までつなげる支援が必要
利用できる施設や制度等について十分に知られていない
周産期のうつ病は、医療機関と行政機関の連携が必要

〔母子健康手帳〕

母子健康手帳は広く活用されている
妊産婦自身の健康管理のために活用できるのではないかな
増加しつつある外国人の妊産婦への支援が必要

● 妊娠期から子育て期までつなげる支援

子育て世代包括支援センターの質の向上と設置の推進
医療機関と自治体の連携促進

● 母子健康手帳の活用

医療機関の受診状況を本人同意の上で医療機関が記載
多言語化（英語、中国語、韓国語、スペイン語等）



〔妊婦健診、産婦健康診査〕

全ての市区町村で14回以上の公費負担制度を実施
健診内容によっては、公費助成を超えるため、一部自己負担が生じる

〔妊婦健診以外の診療の評価等〕

妊婦健診以外に、偶発合併症等の診療の費用も生じる
4県において、所得に応じて妊産婦の診療に係る費用の一部を助成（妊産婦への医療費助成制度）

● 妊婦健診、産婦健康診査について

以下について引き続き検討

- ・公費補助額を超える自己負担が発生しないような工夫
- ・妊婦の同意に基づく自己負担が可能となる取組
- ・産婦健康診査の拡充

● 診療に対する評価等について

単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない

妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要であり、具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論

妊産婦が受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべき

上手な医療のかかり方を広めるための懇談会について

1. 趣旨・検討事項

- 患者・国民が安心して必要な医療を受ける観点からは、現在検討が行われている医師の働き方改革や、地域における医師確保対策といった医療提供者側の取組だけでなく、患者やその家族である国民の医療のかかり方に関する理解が欠かせない。
- 受診の必要性や医療機関の選択など上手に医療にかかることができれば、患者・国民にとっても、必要なときに適切な医療機関にかかることができ、また、時間外・土日の受診や大病院への患者集中による混雑などの緩和にもつながるものである。その結果として、医療提供者側の過度な負担が緩和され、医療の質・安全確保の点からの効果が期待される。
- また、企業や保険者にとっても、治療と仕事の両立にも資するものであり、患者が必要としない受診の減少にもつながることから、幅広い関係者の共通理解や協力が求められるものであり、各関係者の役割なども整理しながら取組を進めていく必要がある。

＜検討事項＞

- (1) 医療のかかり方に関する情報の収集・整理、各分野の取組の見える化など周知すべきコンテンツの整理（例：「医療のかかり方ホームページ」を特設）
- (2) わかりやすいリーフレットの作成（上手な医療のかかり方の重要性和コンテンツへのアクセス方法をコンパクトにまとめて広める）
- (3) 効果的な広報の在り方（対象のセグメンテーションと、属性に応じたメッセージや広報ツール・手法の選択）
- (4) 厚生労働省の取組と各分野の団体の取組の整理・連携の在り方
- (5) その他

2. 構成員

※五十音順、◎座長

阿真	京子	「一般社団法人知ろう小児医療守ろう子ども達の会」代表理事
岩永	直子	BuzzFeed Japan News Editor (Medical担当)
城守	国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
小室	淑恵	株式会社ワーク・ライフバランス 代表取締役社長
佐藤	尚之	株式会社ツナグ代表取締役
◎渋谷	健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授
鈴木	美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
デーモン	閣下	アーティスト
豊田	郁子	患者・家族と医療をつなぐ特定非営利活動法人架け橋理事長
裴	英洙	ハイズ株式会社 代表取締役社長
村木	厚子	津田塾大学客員教授
吉田	昌史	延岡市健康福祉部地域医療対策室総括主任

3. 開催経過

- 第1回（平成30年10月5日）
医療のかかり方に関する現状等
- 第2回（平成30年10月22日）
ヒアリング等
- 第3回（平成30年11月12日）
ヒアリング等
- 第4回（平成30年12月5日）
懇談会からの提案（案）等
- 第5回（平成30年12月17日）
「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！

「いのちをまもり、医療をまもる」ための国民総力戦！

～それぞれが少しずつ、今すぐできることから～

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
 - ・ 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
 - ・ 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
 - ・ 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
 - ・ 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

市民

行政

行政のアクションの例

- 「『いのちをまもり、医療をまもる』国民プロジェクト」を継続・推進し、効果を検証していく
- 医療危機の現状を国民に広く共有し、理解を得ていく
- 「信頼できる医療情報サイト」の認証や支援をする
- #8000や#7119の体制整備を進め、周知を徹底する
- 上手な医療のかかり方を直接伝えていく
 - ・ 保護者が子どもの健康や医療について考えるタイミング(両親学級や乳幼児健診など)での直接講座等の実施を全国の自治体に促す
 - ・ 「高齢者/高齢者に携わる人たち」に、大人の医療のかかり方が伝わるよう、介護施設や消防機関などへ協力を呼びかける
 - ・ 学校教育等で若いうちに理解を促す
- 医療機関の機能分化や集約、連携推進など、医師/医療従事者の長時間労働を改善する施策に取り組む
- 看護師や薬剤師などコ・メディカルが、能動的に活躍するための制度・仕組みを整える(※5)
- 働く人が日中受診できる柔軟な働き方を進める
 - ・ フレックスタイム制や休暇取得などの指標を企業が公表する仕組みを推進する
 - ・ 企業独自の休暇制度を横展開により普及させる
- 行政提出書類の簡素化/簡略化に取り組む

医師/医療提供者

民間企業

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職場健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医(※3)」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
 - ・ 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制(※4)を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

民間企業のアクションの例

- 従業員の健康を守ることを経営の柱とする
- 柔軟な働き方に関する指標を健康経営に生かす
- 業務の属人化を止め、仕事を皆でシェアする
 - ・ それによりテレワークや休暇取得がしやすくなる
- 体調が悪い時は、休みをとって自宅休養できるようにする
- インフルエンザなどの診断書を強制しない
- AIを活用した相談アプリの開発を進める
- ユーザーフレンドリーな「医療情報サイト」の構築を進める

※1 現在、様々な情報が多くのサイトに掲載されており、どこに正しい情報があるのかを市民は判断できない。国の認証や支援を受けた「信頼できる医療情報サイト」を早急に作成する必要がある(→5つの方策)。

※2 医療機関では、医師、薬剤師、看護師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)など、様々な専門職の人が働いている。それぞれの高い専門性を活かし、業務分担しつつも連携・補完し合い、患者の状況に応じた的確な医療やケアを提供することを「チーム医療」と呼ぶ。

※3 身近な存在として気軽に相談にのり、既往歴や普段の生活状況などを知っているからできる的確な治療や薬の選択、体調の変化の気づきができ、必要時には専門医を紹介できる医師をいう。

※4 患者・家族の相談や苦情に対して適切に対応するために支援窓口を設け、適切な職員が対応できる体制を整えることを言う。

※5 諸外国においても、医師偏重・過重労働対策の中で、米国等では「フィジシャン・アシスタント」(外科手術の助手や術後管理等を担当)が創設・拡大されてきた。また、医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療などを行うことができる、医師と看護師の間で位置付けられる「ナース・プラクティショナー」という上級の看護師も存在する。また、英国では、プライマリ・ケアの場面で診療所看護師(プラクティス・ナース)により、予防や状態の安定した慢性疾患患者等に対する診断、検査、処置、処方、リフィル処方への対応が可能となっている。

「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」 における、周産期医療・小児医療に関連する事項

1. 災害時小児周産期リエゾンについて
2. 災害時における医療提供体制維持のためのインフラ整備について
3. 病院の業務継続計画（BCP）の策定について

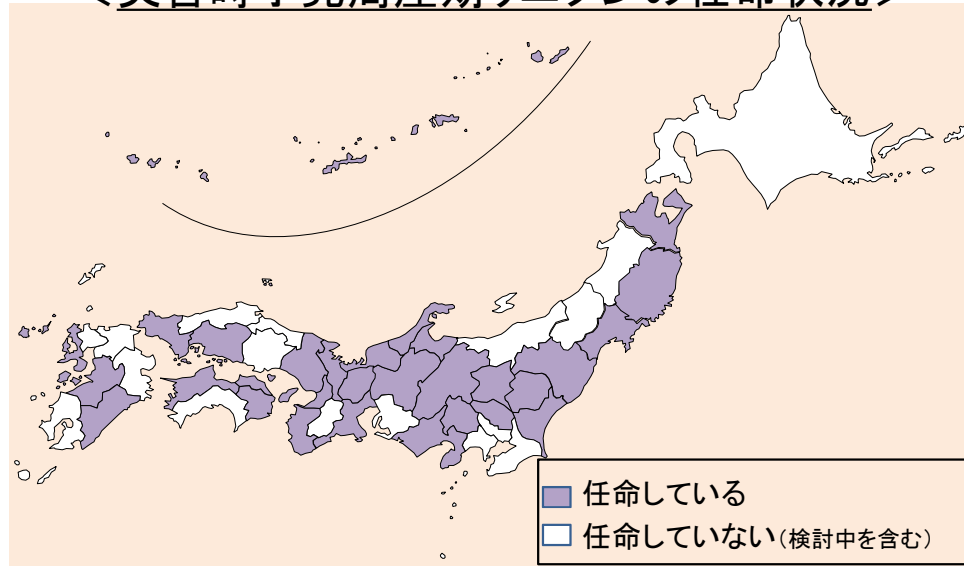
1. 災害時小児周産期リエゾンについて

全国における災害時小児周産期リエゾンの任命状況

第9回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成30年10月31日）資料2-2より抜粋

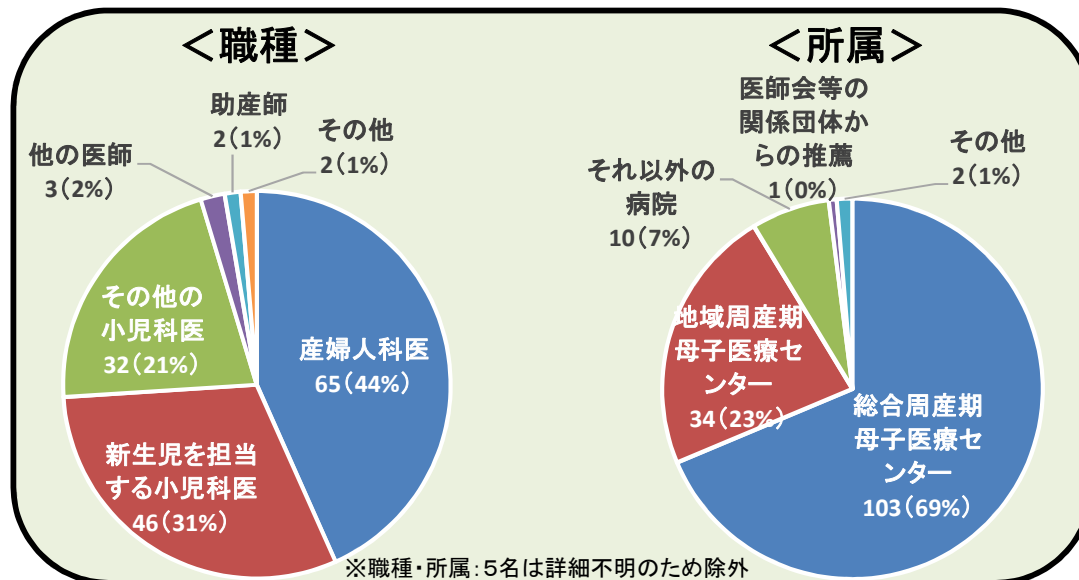
- 災害時小児周産期リエゾンは、30自治体（64%）で、計155名が任命されている。
- 98%が医師（産婦人科医44%、小児科医52%）で主に総合周産期母子医療センターに所属する。

＜災害時小児周産期リエゾンの任命状況＞



＜各都道府県における任命人数＞

都道府県	人数	都道府県	人数
北海道	0	滋賀	6
青森	5	京都	4
岩手	6	大阪	12
宮城	4	兵庫	5
秋田	0	奈良	0
山形	0	和歌山	4
福島	5	鳥取	0
茨城	5	島根	0
栃木	5	岡山	0
群馬	2	広島	5
埼玉	12	山口	4
千葉	0	徳島	5
東京	0	香川	3
神奈川	0	愛媛	4
新潟	0	高知	0
富山	6	福岡	0
石川	5	佐賀	0
福井	3	長崎	5
山梨	4	熊本	6
長野	5	大分	0
岐阜	4	宮崎	5
静岡	6	鹿児島	0
愛知	0	沖縄	5
三重	5	全国	155



災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンの 各都道府県における防災訓練について

第9回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成30年10月31日）資料2-2より抜粋

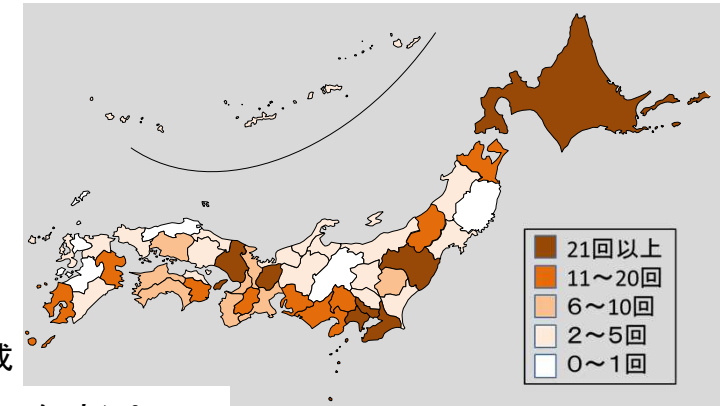
- 平成28年度における、都道府県主催の防災訓練は、45自治体で709回実施されている。
- 一方で、都道府県災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンが防災訓練に参画できるよう、全ての都道府県において取り組んでいるわけではない。

<防災訓練の実施状況（平成28年度）*1>

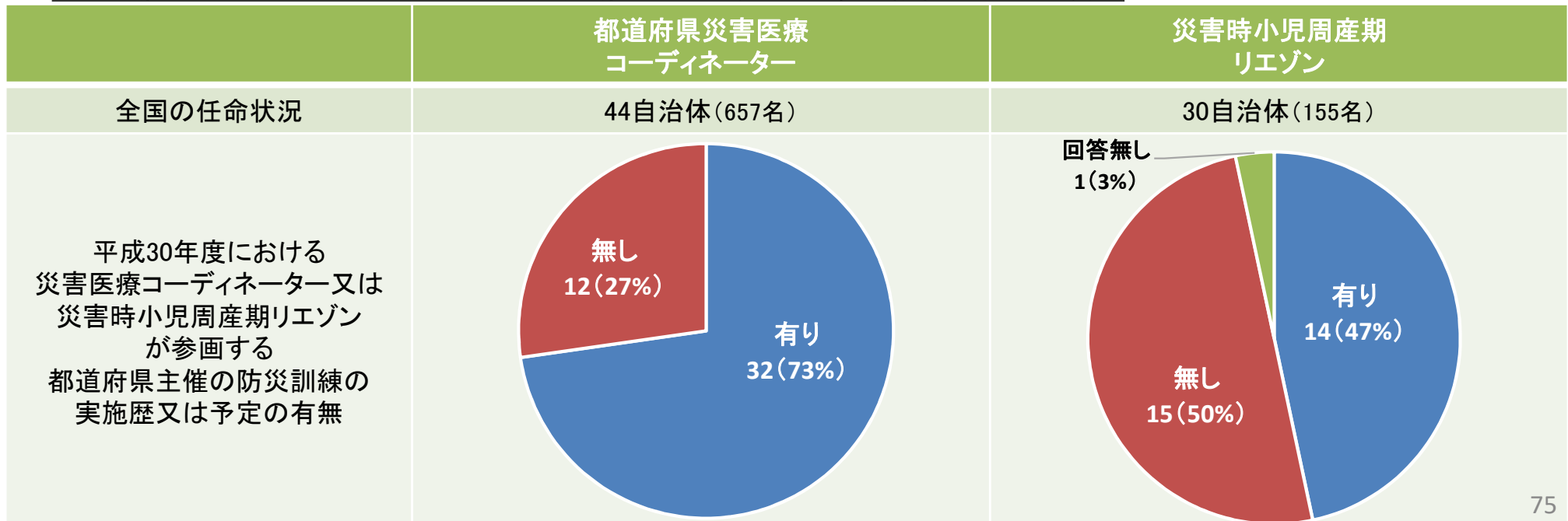
実施団体数 回数		訓練形態				災害想定								
		実動	図上	通信	その他	風水害	土砂災害	地震・津波	コンビナート	大火災	林野火災	原子力災害	火山災害	その他
都道府県数	45	42	36	23	7	30	25	41	20	3	5	22	7	14
実施回数	709	392	135	154	28	111	52	452	27	16	5	35	16	100

*1,2 「地方防災行政の現況」（平成30年1月 消防庁国民保護・防災部）より作成

<各都道府県の防災訓練の実施回数*2>



<災害医療コーディネーター又は災害時小児周産期リエゾンが参画する防災訓練（平成30年度）*3>



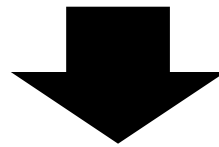
*3 厚生労働省医政局地域医療計画課・DMAT事務局調べ 平成30年5月1日現在

災害医療コーディネート体制についての論点

第9回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成30年10月31日）資料2-2より抜粋

<現状>

- 厚生労働省は、平成26年度から災害医療コーディネーター研修、平成28年度から災害時小児周産期リエゾン養成研修を開始し、それぞれ683名、259名が受講している。
- しかし、平成30年5月時点で、災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾン（以下「災害医療コーディネーター等」という。）を任命していない都道府県がある。
- また、災害医療コーディネーター等を任命している都道府県においても、文書による委嘱、災害補償の付与、訓練への参加依頼等が行われていない場合がある。
- 災害医療コーディネーター等について、その役割、運用等を明確化した活動要領等はない。



<論点>

- 大規模災害時に、的確かつ迅速に医療を提供できる体制を構築するため、都道府県が災害医療コーディネーター等の任命及び育成を進められるよう、災害医療コーディネーター等の都道府県保健医療調整本部における位置付けについて明確にするとともに、保健所等においても地域の人的資源の有効な活用が可能となるよう、保健所等における災害医療コーディネーターの位置付けについて明確にしてはどうか。
- また、厚生労働科学研究班により作成されている災害医療コーディネーター等の活動要領案を参考に、当検討会等の意見を踏まえ、国として活動要領を作成してはどうか。
- その上で、今後、実態を把握しつつ、災害医療コーディネーター等の適正な養成人数、配置、能力の維持・向上等について、検討していくこととしてはどうか。

災害時小児周産期リエゾン活動要領の概要

○ 大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害時小児周産期リエゾンの運用、活動内容等について定めたものである。

第11回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会(平成31年2月6日) 資料2より抜粋

■ 災害時小児周産期リエゾンとは

- 災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。
- 平常時から当該都道府県における小児・周産期医療提供体制に精通しており、専門的な研修を受け、災害対応を担う関係機関等と連携を構築している者が望ましい。

■ 活動要領の内容

第1 概要

- 1 背景
- 2 本要領の位置付け
- 3 用語の定義
- 4 災害時小児周産期リエゾンとは
- 5 運用の基本方針

第2 平常時の準備

- 1 運用に係る計画の策定
- 2 任命及び協定
- 3 災害時小児周産期リエゾンの業務
災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、助言を行う。
(1) 平常時の医療提供体制等を踏まえた、災害時における医療提供体制の構築(都道府県の地域防災計画及び医療計画の改定等)
(2) 都道府県による関係学会、関係団体又は関係業者との連携の構築
- 4 研修、訓練等の実施
- 5 EMIS等の活用のための準備

第3 災害時の活動

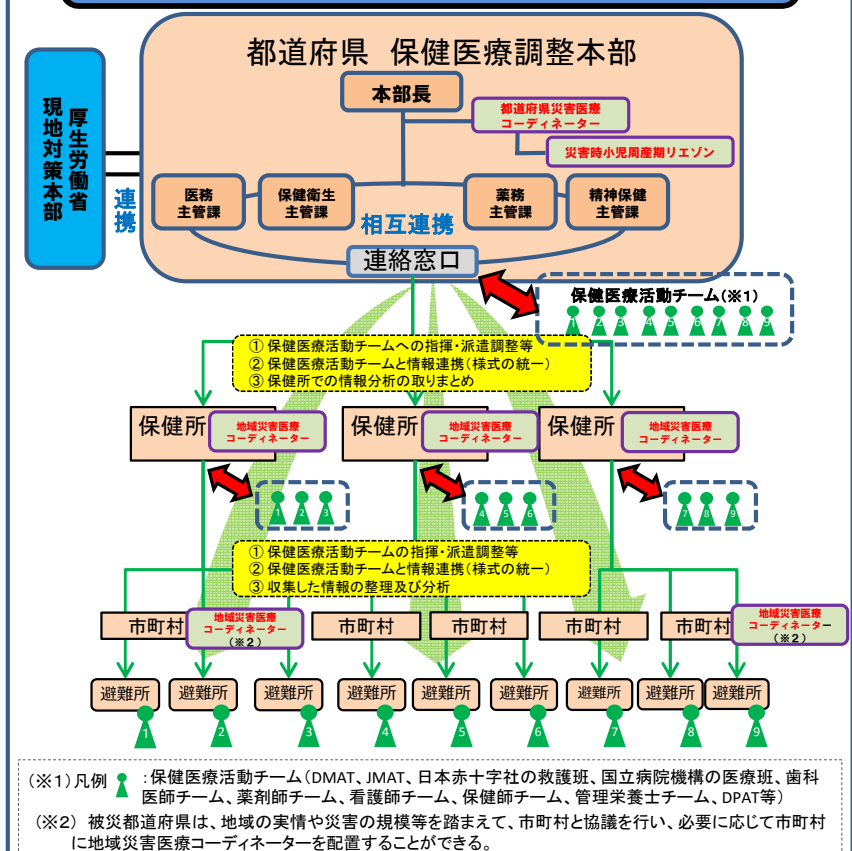
- 1 災害時小児周産期リエゾンの招集、配置、運用
被災都道府県は、都道府県災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置し、災害時小児周産期リエゾンを配置する。
- 2 災害時小児周産期リエゾンの業務
災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、都道府県災害医療コーディネーター*とともに、助言及び調整の支援を行う。
(1) 組織体制の構築
(2) 被災情報等の収集、分析、対応策の立案
(3) 保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整
(4) 患者等の搬送の調整
(5) 記録の作成及び保存並びに共有
- 3 災害時小児周産期リエゾンの活動の終了

* 災害医療コーディネーターのうち、都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、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者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。

第4 費用の支弁と補償

都道府県は、災害時小児周産期リエゾンとの事前の協定に基づいた費用支弁を行う。

災害時小児周産期リエゾンを活用した、大規模災害時の体制のモデル



「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」(平成29年7月5日付け科発0705第3号・医政発0705第4号・健発0705第6号・薬生発0705第1号・障発0705第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長及び社会・援護局障害保健福祉部長連名通知)より引用・改変

2. 災害時における医療提供体制維持のための インフラ整備について

災害拠点病院等に関する自家発電設備の緊急点検の結果

第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成30年12月20日）資料1より抜粋

概要：平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象として非常用自家発電設備の整備状況等の緊急点検を行ったところ、点検した全病院に非常用自家発電設備は整備されていたが、診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な病院が157箇所あった。

このため、非常用自家発電設備の増設等（燃料タンクの増設等）が必要な民間病院等に対して、整備に必要な支援を実施する。

府省庁名：厚生労働省

災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センター 計822病院



点検を実施し、対応が必要なカ所を抽出

非常用自家発電設備の増設等が必要な病院 157病院（公立32、民間等125）



・非常用自家発電設備の燃料タンクの容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満

※ ブラックアウトが起こった北海道胆振東部地震では停電戸数の99%が停電後、約50時間で解消

144病院

・非常用自家発電設備の燃料がガスのみ（診療機能を3日程度維持する備蓄無し）

13病院

＜抽出の考え方＞

長期間（3日程度）の停電の際に、診療機能を維持するために必要な電力の確保が自力でできないおそれのある病院

（非常用自家発電装置）



災害拠点病院等に関する給水設備の緊急点検の結果

第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成30年12月20日）資料1より抜粋

概要：平成30年7月豪雨を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象として給水設備の整備状況等の緊急点検を行ったところ、診療機能を3日程度維持するために必要な設備の増設等が必要な病院が207箇所あった。

このため、給水設備の増設等（受水槽の増設等）が必要な民間病院等に対して、整備に必要な支援を実施する。

府省庁名：厚生労働省

災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センター 計822病院

点検を実施し、対応が必要なカ所を抽出

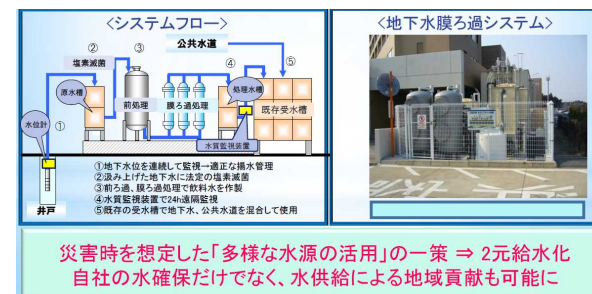
給水設備の増設等が必要な病院（以下のどちらにも該当する病院） 207病院（公立83、民間等124）

- ・地下水（井戸水）を利用していない
- ・保有する受水槽の水の容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満

＜抽出の考え方＞

長期間（3日程度）の断水の際に、診療機能を維持するための水の確保が自力でできないおそれのある病院

（地下水利用システム整備）



（受水槽増設）



緊急点検結果の詳細

第12回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成31年3月29日）資料4より抜粋

（自家発電設備の状況）

	総数	自家発電設備あり	非常用自家発電設備の燃料がガスのみ（診療機能を3日程度維持する備蓄無し）	非常用自家発電設備の燃料タンクの容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満
災害拠点病院	736	736	11	114
救命救急センター	7	7	1	1
周産期母子医療センター	79	79	1	29
計	822	822	13	144

※ 各施設とも、平成30年10月1日時点に指定されているものとして、都道府県より緊急点検結果が報告されてきたもの。

※ 救命救急センターは、災害拠点病院に指定されている施設を除く。（重複除く。以下同じ。）

※ 周産期母子医療センターは、災害拠点病院、救命救急センターに指定されている施設を除く。（重複除く。以下同じ。）

（給水設備の状況）

	総数	受水槽あり		受水槽なし		受水槽なしかつ地下水利用もなし
			うち地下水利用もあり		うち地下水利用はあり	
災害拠点病院	736	726	431	10	8	2
救命救急センター	7	7	5	0	0	0
周産期母子医療センター	79	77	48	2	1	1
計	822	810	484	12	9	3

（受水槽の水確保の状況）

	総数	受水槽あり	受水槽容量3日未満	
				うち地下水利用なし
災害拠点病院	736	726	477	177
救命救急センター	7	7	5	1
周産期母子医療センター	79	77	65	26
計	822	810	547	204

災害拠点病院等の自家発電設備の燃料確保に関する緊急対策

第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
(平成30年12月20日) 資料1より抜粋

概要: 平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に非常用自家発電設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。

府省庁名:厚生労働省

非常用自家発電設備の増設等の補助

箇所:125病院

期間:2020年度まで

実施主体:民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

内容:非常用自家発電設備の増設等(※)に必要な経費の補助を行う。

※ 3日程度診療機能を維持するために必要な非常用自家発電装置の燃料タンクの増設、病院内に燃料備蓄が可能な非常用自家発電装置への更新

※ 公立病院については総務省において地方財政措置を講じる予定

達成目標:

災害時に特に重要な医療機能を担う災害拠点病院等において、病院の診療機能を3日程度維持できる非常用自家発電設備の整備を完了

(非常用自家発電装置)



災害拠点病院等の給水設備の強化に関する緊急対策

第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（平成30年12月20日）資料1より抜粋

概要： 平成30年7月豪雨を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に給水設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。

府省庁名： 厚生労働省

給水設備の増設等の補助

箇所： 124病院

期間： 2020年度まで

実施主体： 民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

内容： 給水設備の増設等(※)に必要な経費の補助を行う。

※ 3日程度診療機能を維持するために必要な受水槽の増設、地下水利用給水設備の整備

※ 公立病院については総務省において地方財政措置を講じる予定

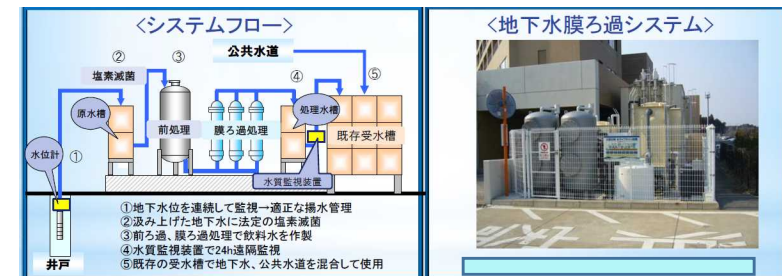
達成目標：

災害時に特に重要な医療機能を担う災害拠点病院等において、病院の診療機能を3日程度維持できる給水設備の整備を完了

(受水槽増設)



(地下水利用システム整備)



災害時を想定した「多様な水源の活用」の一策 ⇒ 2元給水化
自社の水確保だけでなく、水供給による地域貢献も可能に

第10回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会資料1より

- 自家発電設備の燃料タンク容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満と回答した災害拠点病院が114病院あった。災害拠点病院の指定要件には、都道府県は、指定した災害拠点病院が要件に合致しているか確認し、要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行う旨の規定がある。
今回の点検結果を踏まえて、都道府県に対し、状況の再確認を依頼するとともに、仮に要件を満たさない場合は、病院や都道府県に今後の対応方針を聴取してはどうか。
- 長期の断水に備え、飲料水の備蓄以外にも、災害拠点病院の水の確保について定量的な要件を定めるべきではないか(例えば、受水槽の保有は、飲料水の備蓄と同様に、病院の診療機能を3日程度維持できる量(地下水(井戸水)利用確保でも可)を求めているかどうか。)
- 災害拠点病院と同様に、救命救急センター、周産期母子医療センターについても、自家発電機(備蓄する燃料含む。)、受水槽(備蓄する飲料水含む。)の保有又は地下水(井戸水)利用について求める規定等を検討してはどうか。

(参考)

○災害拠点病院指定要件(抄)

(4) その他

災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年(原則として4月1日時点)確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。～

○ 救命救急センターについては、幅広い疾患に対応して高度な専門的医療を総合的に実施すること、またその他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割が期待されていることを鑑み、災害拠点病院と同等の整備を求めているかどうか。

○ 周産期母子医療センターについて

第7次医療計画の指針において周産期母子医療センターに求められている医療機能を踏まえると、災害時においても高度な周産期医療を提供できる体制を構築するために、総合周産期母子医療センターについては災害拠点病院と同等の整備を指定要件とすることが考えられる。

ただし、周産期母子医療センターの指定等は、医療計画の指針に記載されている機能、設備等に基づいて行われていることから、「医療計画の見直し等に関する検討会」において議論してはどうか。

3. 病院の業務継続計画（BCP）の策定について

災害医療の在り方に関する検討会（平成23年7月～10月）

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（令和元年5月23日）資料6より抜粋

- 平成23年に「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、東日本大震災時の対応の中で明らかとなった問題に対して検討を行った。
- 論点として、「災害拠点病院」「DMAT」「中長期の医療提供体制」の3項目について検討を行った。
- その中で、業務継続計画（BCP）の作成についても言及

報告書の概要

- ・ 災害時の医療チーム等の派遣について、災害対策本部内の組織（派遣調整本部（仮称））において、コーディネート機能が十分に発揮されるような体制を整備
- ・ 都道府県及び災害拠点病院は、関係機関と連携して、災害時における計画をもとに、定期的に訓練を実施
- ・ **医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用。さらに、医療機関は、業務継続計画を作成することが望ましい。**
等

災害時における医療体制の充実強化について

（平成24年3月21日医政局長通知）（抜粋）

7. 病院災害対策マニュアルの作成等

医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。また、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。なお、都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。

病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアルについて

（平成25年9月4日医政局長通知）

「BCPの考え方に基づいた病院災害対応対策の手引き」を発出し、**チェックリストを使った病院災害計画の点検の手引きを示した。**

医療計画の見直し等における検討会（平成28年5月～12月）

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（令和元年5月23日）資料6より抜粋

- 医療計画の見直し等における検討会において、「医療機関の業務継続計画の整備」等が今後の課題とされた。
- 平成29年度より、災害拠点病院の業務継続計画策定等を義務化。

検討会において、平成28年熊本地震時の医療活動の検証を行った際に、指摘された課題
（平成28年9月9日）

- ・ロジスティックチームの派遣の迅速化及び機能強化
- ・災害医療コーディネート体制の強化と各地域での連携体制の構築
- ・DMATの急性期活動から、急性期以降・慢性期活動を担う医療救護班への円滑な引継ぎ
- ・EMIS導入を含めた各医療機関の業務継続計画の整備

災害拠点病院指定要件の一部改正について

改正の概要

（平成29年3月31日付け医政局長通知）

災害拠点病院の指定要件として、災害拠点病院の運営体制について以下の要件を満たすことを追加すること。

- ①被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
- ②整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。
- ③地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。
（要件を満たしていないものについては平成31年3月までに整備し、又は実施することを前提に、指定を継続することも可能とする。）

病院のBCP策定状況調査について

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
(令和元年5月23日) 資料6
より抜粋・一部改変

調査の目的

平成30年台風第21号、平成30年北海道胆振東部地震等により、病院において長期の停電や断水が生じ、診療業務の継続に多大な影響を受けた。
これらを踏まえ、BCP策定状況と停電時の非常用自家発電機や、断水時の給水設備の整備などの防災・減災対策の状況について把握するため、調査を実施した。

調査の概要

調査対象: 平成30年10月1日時点における各都道府県下の全ての病院(医療法(昭和23年法律第205号)第1条の5に規定されている病院をいう)(総数: 8,372病院)
調査期間: 平成30年11月14日から12月28日(回収不良のため3月20日まで回収期間延長)
調査方法: 都道府県を通じたアンケート調査
調査内容: 病院における業務継続計画(BCP)の策定状況等調査の調査項目

BCPの策定状況等調査の結果の概要(抜粋)

策定状況(平成30年12月1日時点。医療施設動態調査(平成30年9月末概数)の病院の施設数8,372病院)が対象。【速報値】

	総数	回答数	未回答数	回答率	BCP策定有り	割合	BCP策定無し	割合(※3)
災害拠点病院	736	690	46	93.8%	491	71.2%	199	28.8%
救命救急センター(※1)	7	6	1	85.7%	4	66.7%	2	33.3%
周産期母子医療センター(※2)	79	68	11	86.1%	21	30.9%	47	69.1%
上記以外の病院	7,550	6,530	1,020	86.5%	1,310	20.1%	5,220	79.9%
全病院	8,372	7,294	1,078	87.1%	1,826	25.0%	5,468	75.0%

※1 災害拠点病院を含まない。指定要件としての明示なし。

※2 災害拠点病院及び救命救急センターを含まない総合・地域周産期母子医療センターの和。総合周産期センターは指定要件としての明示あり。

※3 回答数に対するBCP策定無しと回答した病院の割合。

事業継続計画（BCP:business continuity plan）策定研修事業

令和元年度予算 5,379千円（5,379万円）

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会（令和元年5月23日）資料6より抜粋

背景

医療機関は地震などの大規模災害が発生し、医療設備への被害、ライフラインの途絶した場合においても、被災患者や入院患者に対して継続して医療を提供し続ける必要がある。

事業継続計画（BCP）は、災害などの緊急時に低下する業務遂行能力（**病院の場合は診療機能**）について、事業をできる限り損失を少なく、早期の復旧をするための準備体制、方策をまとめたものであり、すべての医療機関はBCPを策定することが求められている。

現状

平成30年度から平成35年度を計画期間とする医療計画の策定に向けて開催した「医療計画の見直し等に関する検討会」における指摘も踏まえて一部改正（平成29年3月31日）した災害拠点病院指定要件において、既に指定している災害拠点病院にあっては、平成31年3月までにBCPを整備することを前提に指定を継続することを可能としたところである。

課題と対応

平成25年に内閣府が実施した調査（「特定分野における事業継続に関する実態調査」）によると、多くの病院が、

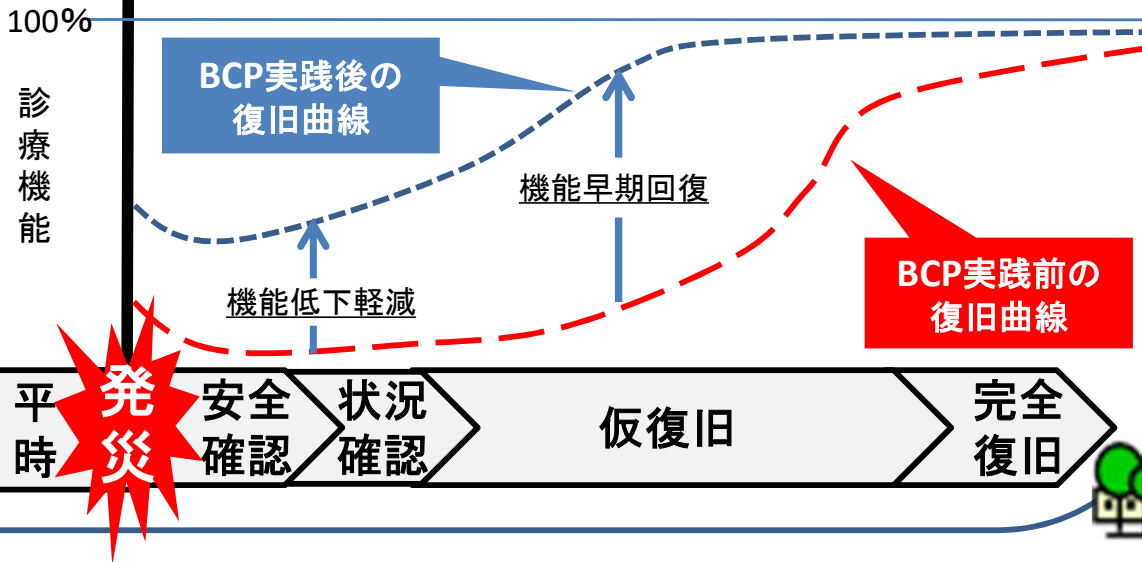
①BCPの整備のために必要なスキルやノウハウがないこと

②BCPの内容に関する情報が不足していること

などを整備が進まない理由として回答している。厚生労働省はこれまでも各種通知等に対応してきたところであるが、よりいっそうのBCP策定の推進のため、平成29年度よりBCP策定研修事業を開始した。

BCPの概念

災害時の診療機能の低下軽減・早期回復の方策＝BCP
を策定し、継続して医療を提供できる体制を維持する。



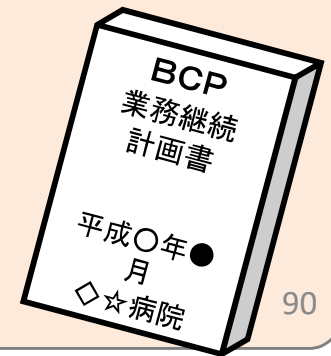
BCP策定研修

（対象）

災害拠点病院等に勤務する、BCP策定等従事者

（内容）

- ・ BCP策定体制の構築
- ・ 現況の把握／被害の想定
- ・ 通常業務の整理／災害応急対策 業務の整理
- ・ 業務継続のための優先業務の整理
- ・ 行動計画の文書化
- ・ BCPのとりまとめ 等



周産期医療において、今後、 中間見直し・第8次医療計画に向けて検討が必要と考えられる事項

- (1) 産科・小児科の医師偏在対策について
 - ① 周産期医療に係る医療計画と産科・小児科の医師確保計画の整合性
※ 新生児医療を担う医師については、多くの場合小児科医師である
 - ② 周産期医療圏の定義の明確化と医療圏の見直し
 - ③ 医療機関の集約化・重点化等の施策 等
- (2) 妊産婦に対する医療体制の整備について
 - ① 産婦人科以外の医師に対する妊産婦の診療に関する研修
 - ② 妊産婦の診療に係る相談窓口の設置 等
- (3) 災害対策について
 - ① 災害時小児周産期リエゾンの任命等
 - ② 災害に対応したインフラ整備 等
- (4) 周産期医療体制構築に係る指標について
- (5) 周産期医療における機能分化・連携のあり方
(例) NICU・MFICUの重点化等の整備の方向性

小児医療において、今後、 中間見直し・第8次医療計画に向けて検討が必要と考えられる事項

- (1) 産科・小児科の医師偏在対策について
 - ① 小児医療に係る医療計画と小児科の医師確保計画の整合性
 - ② 小児医療圏の定義の明確化と医療圏の見直し
 - ③ 医療機関の集約化・重点化等の施策
 - ④ 小児医療に係る協議会の設置の明確化 等
- (2) 子ども医療電話相談事業（#8000事業）の整備と周知について
- (3) 災害対策について
災害時小児周産期リエゾンの任命等
- (4) 小児医療体制構築に係る指標について
- (5) 小児医療における機能分化・連携のあり方

(参考)周産期医療・小児医療の体制構築に係る指針の内容

周産期医療	小児医療
序文	序文
第1 周産期医療の現状 1 周産期医療をとりまく状況 2 周産期医療の提供体制	第1 小児医療の現状 1 小児医療をとりまく状況 2 小児医療の提供体制
第2 医療体制の構築に必要な事項 1 都道府県における周産期医療体制の整備 (1) 周産期医療に関する協議会 (2) 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(指定・認定等について) (3) 周産期医療情報センター (4) 搬送コーディネーター (5) 周産期における災害対策 (6) 周産期医療関係者に対する研修 2 医療機関とその連携 (1) 目指すべき方向 ① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携 ② 周産期の救急対応が24時間可能な体制 ③ 新生児医療の提供が可能な体制 ④ NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制 (2) 各医療機能と連携 ① 正常分娩等を担う機能 ② 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【地域周産期母子医療センター】 ③ 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【総合周産期母子医療センター】 ④ 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【療養・療育支援】	第2 医療体制の構築に必要な事項 1 目指すべき方向 (1) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制 (2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制 (3) 地域の小児医療が確保される体制 (4) 療養・療育支援が可能な体制 (5) 災害時を見据えた小児医療体制 2 各医療機能と連携 (1) 健康相談等の支援の機能【相談支援等】 (2) 一般小児医療 地域において、日常的な小児医療を実施する。 ① 一般小児医療(初期小児救急医療を除く。)を担う機能【一般小児医療】 ② 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】 ③ 小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】 (3) 小児地域医療センター 小児医療圏において中心的に小児医療を実施する。 ① 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】 ② 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】 (4) 小児中核病院 三次医療圏において中核的な小児医療を実施する。 ① 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】 ② 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】
第3 構築の具体的な手順 1 現状の把握 (1) 患者動向に関する情報 (2) 医療資源・連携等に関する情報 (3) 都道府県全体の周産期医療体制整備に関する情報 (4) 指標による現状把握 2 圏域の設定 3 連携の検討 4 課題の抽出 5 数値目標 6 施策 7 評価 8 公表	第3 構築の具体的な手順 1 現状の把握 (1) 患者動向に関する情報 (2) 医療資源・連携等に関する情報 (3) 指標による現状把握 2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討 3 連携の検討 4 課題の抽出 5 数値目標 6 施策 7 評価 8 公表

「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7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋