

第11回第8次医療計画等に関する検討会資料

- ・ 資料 1 5 疾病・ 5 事業について（その 2 ； 5 事業について）（P.3～115）
- ・ 参考資料 1 第 4 回～第 6 回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループでこれまでに頂いた主なご意見（P.117～131）
- ・ 参考資料 2 ヘき地医療拠点病院における主要 3 事業等の実施状況（P.133～137）
- ・ 参考資料 3 第 8 次医療計画に向けて（ヘき地の医療）（参考人資料）（P.139～158）
- ・ 参考資料 4 第 8 次医療計画に向けて（周産期医療）（参考人資料）（P.160～173）
- ・ 参考資料 5 第 8 次医療計画に向けて（小児医療）（参考人資料）（P.175～189）

5疾病・5事業について (その2 ; 5事業について)

目次

1. 検討体制	・ ・ ・ p3
2. 救急医療	・ ・ ・ p6
3. 災害時における医療	・ ・ ・ p42
4. へき地の医療	・ ・ ・ p70
5. 周産期医療	・ ・ ・ p86
6. 小児医療	・ ・ ・ p101

1. 検討体制

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* ヘき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・ヘき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

第8次医療計画に向けたへき地医療・周産期医療・小児医療の検討体制

○へき地医療については、厚生労働科学研究の研究班において調査・分析を実施、周産期医療、小児医療については、関係団体を代表する有識者による勉強会を開催し、それぞれの課題、医療計画の見直しの方向性について議論を行っている。

厚生労働科学研究 人口動態や地域の実情に対応するへき地医療の推進を図るための研究 令和3年4月～

研究代表者	自治医科大学	地域医療学センター	教授 小谷 和彦
分担研究者	長崎大学大学院	医歯薬学総合研究科	教授 前田 隆浩
	新潟大学大学院	医歯学総合研究科	特任教授 井口 清太郎
	自治医科大学	地域医療学センター	教授 小池 創一 他4名

周産期医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会 令和3年8月～

構成メンバー	公益社団法人	日本産科婦人科学会周産期委員会委員長	杉山 隆
	公益社団法人	日本産婦人科医会 副会長	中井 章人
	一般社団法人	日本周産期・新生児医学会 理事長	中村 友彦
	公益社団法人	日本新生児成育医学会 理事長	早川 昌弘
	公益社団法人	日本医師会 常任理事	渡辺 弘司
	公益社団法人	日本看護協会 常任理事	井本 寛子

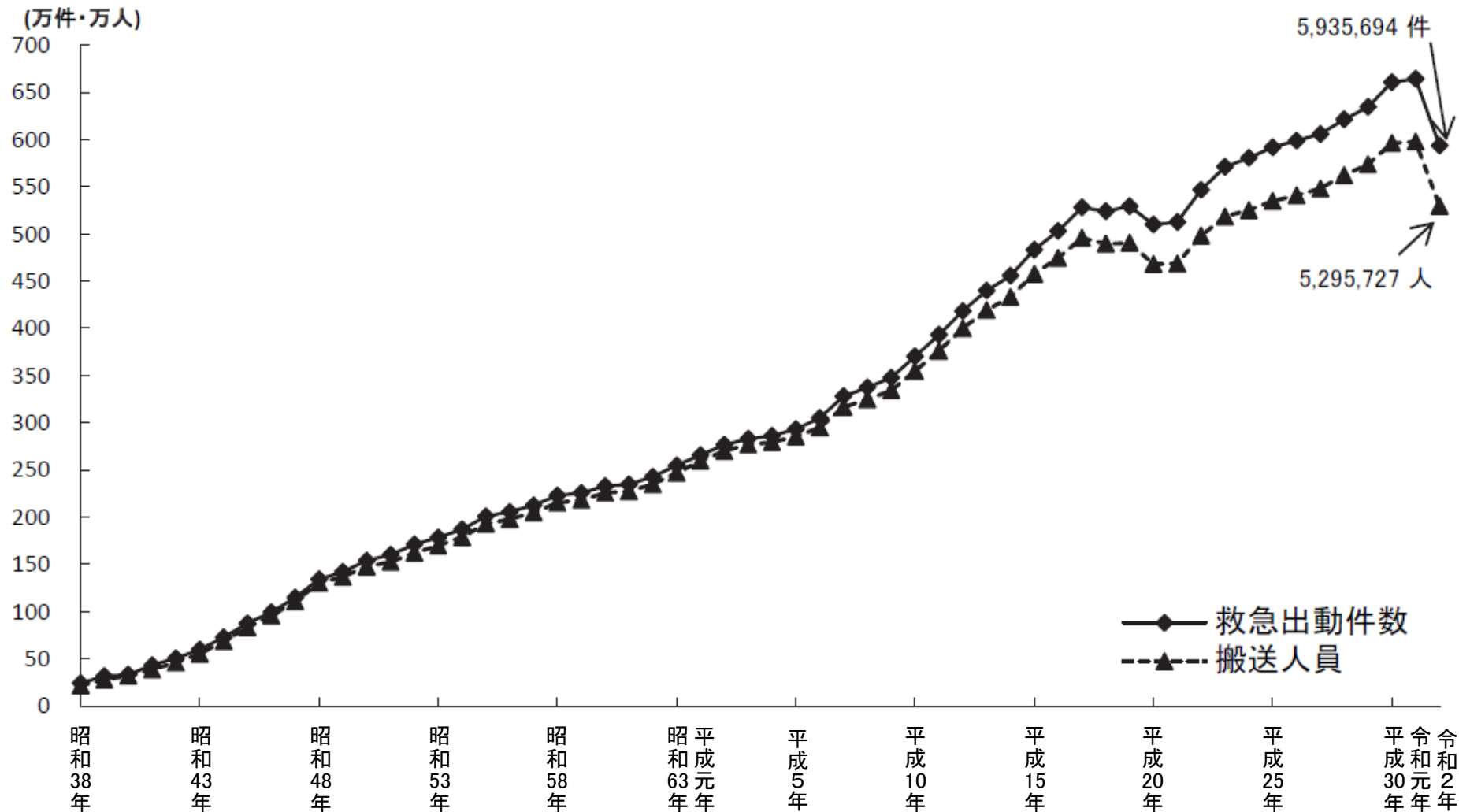
小児医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会 令和3年8月～

構成メンバー	公益社団法人	日本小児科学会 理事	平山 雅浩
	公益社団法人	日本小児科医会 業務執行理事	佐藤 好範
	公益社団法人	日本医師会 常任理事	釜沼 敏
	公益社団法人	日本看護協会 常任理事	井本 寛子

2. 救急医療

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。



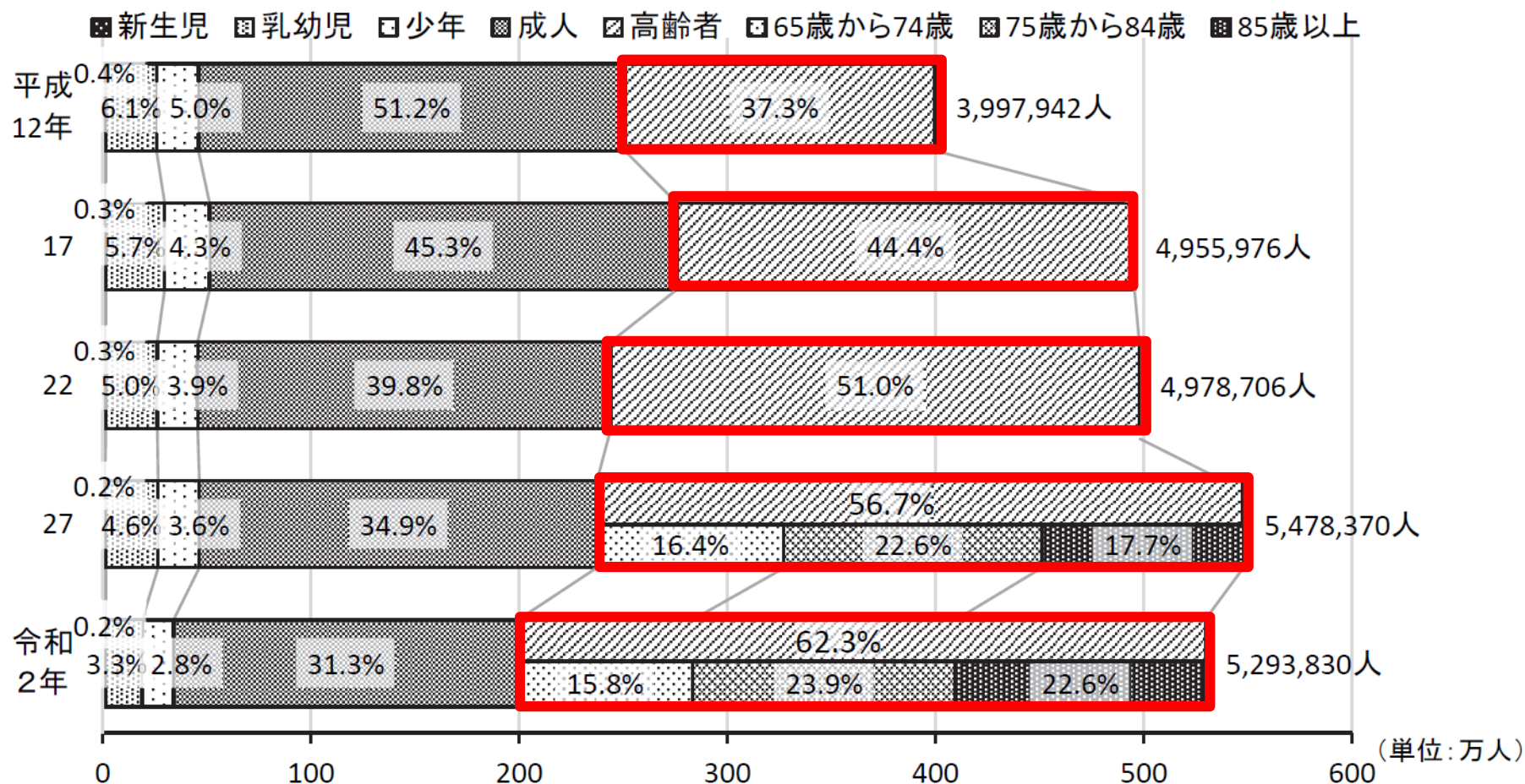
(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。

2 各年とも1月から12月までの数値である。

(出典)令和3年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より一部改変 9

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

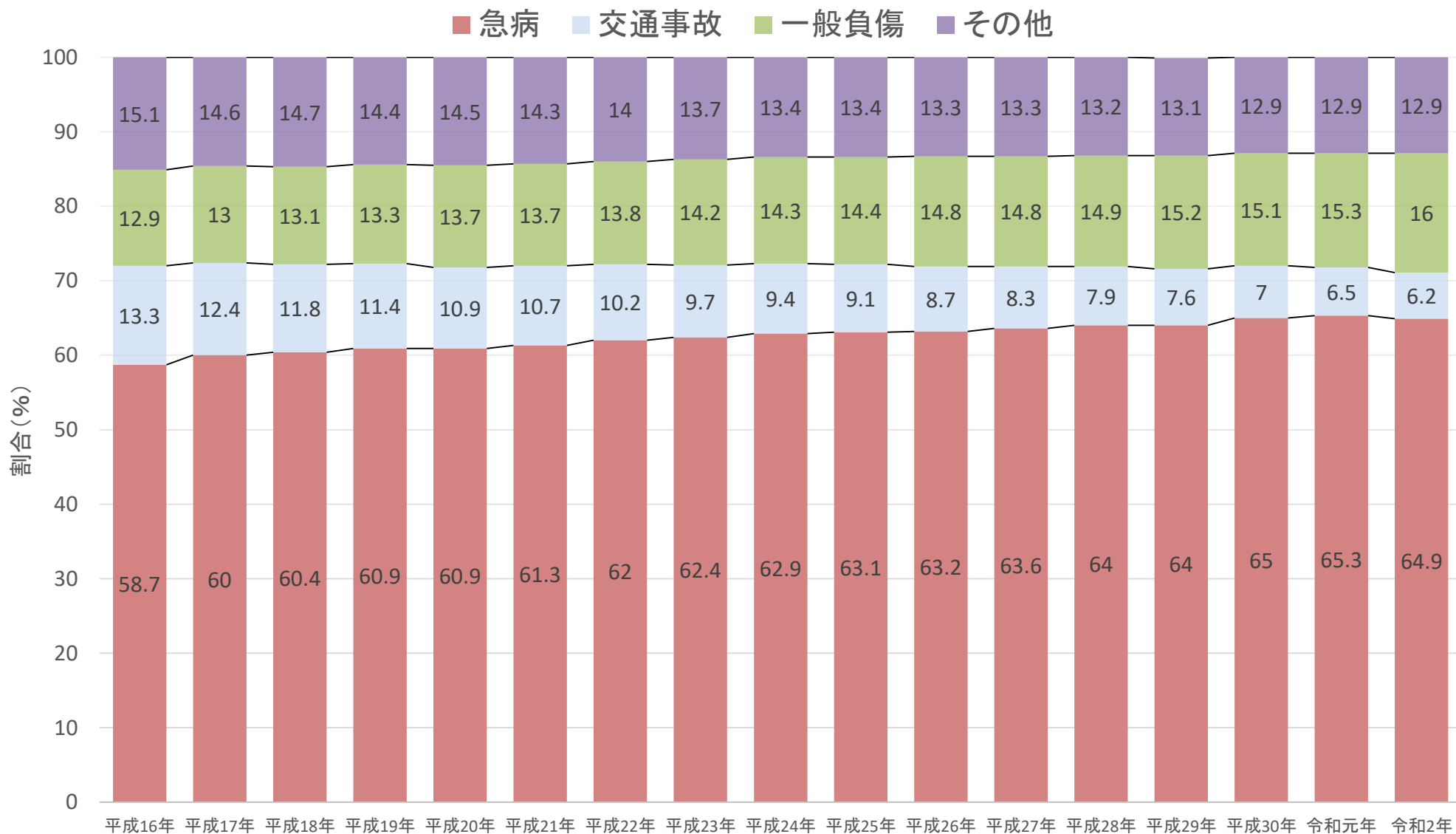
○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 割合の算出に当たっては、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。
- 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

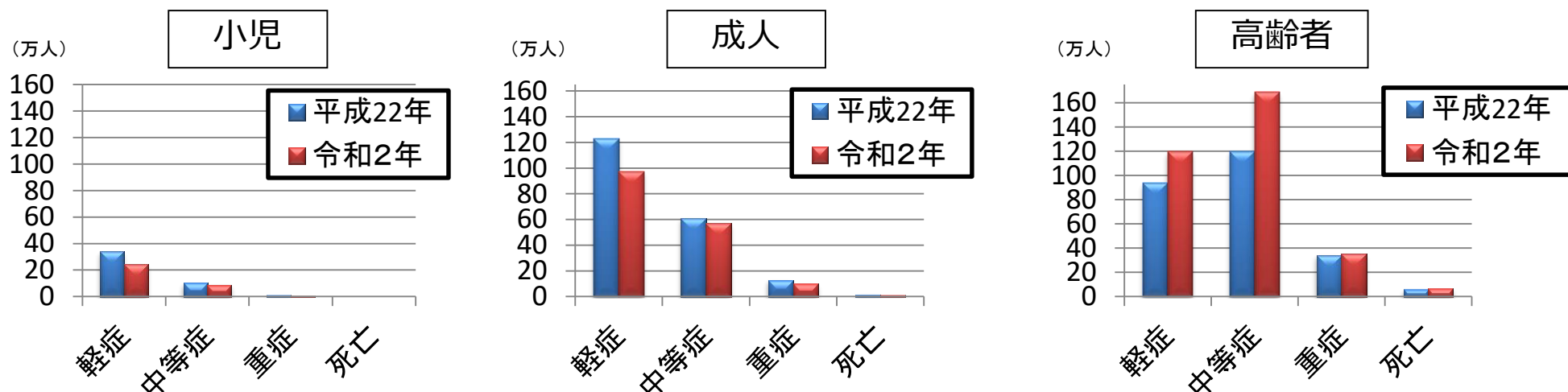
事故種別の救急出動件数と構成比の推移

○「交通事故」は減少し、「急病」と「一般負傷」の搬送割合が徐々に増加している。



10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

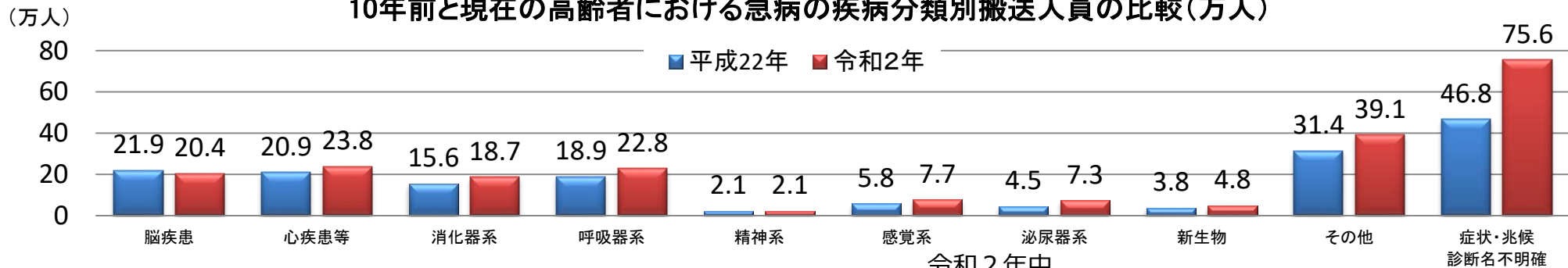
傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

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

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。

10年前と現在の高齢者における急病の疾病分類別搬送人員の比較(万人)



平成22年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

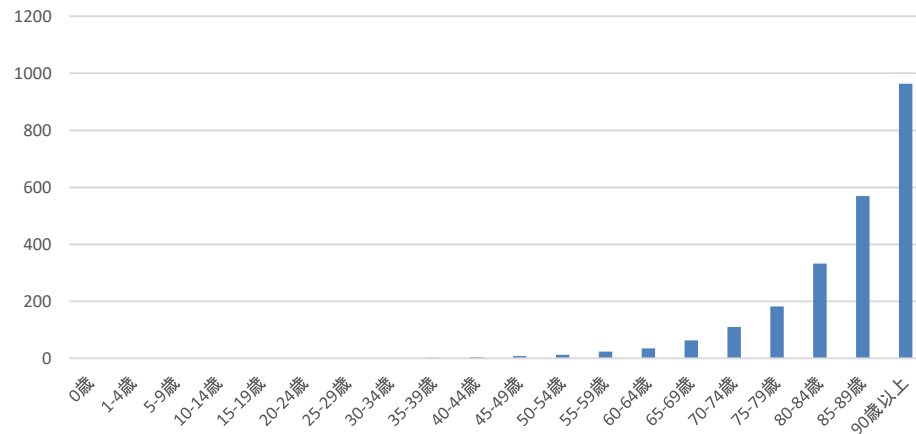


令和2年中

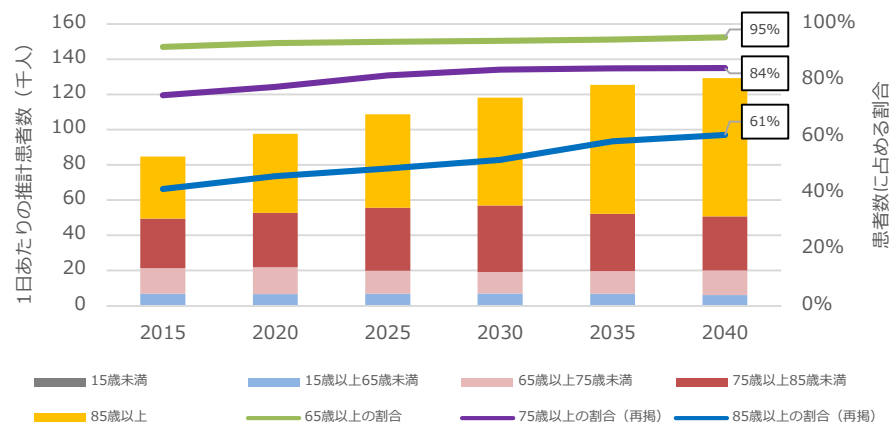
	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

入院患者数の推計（脳梗塞）

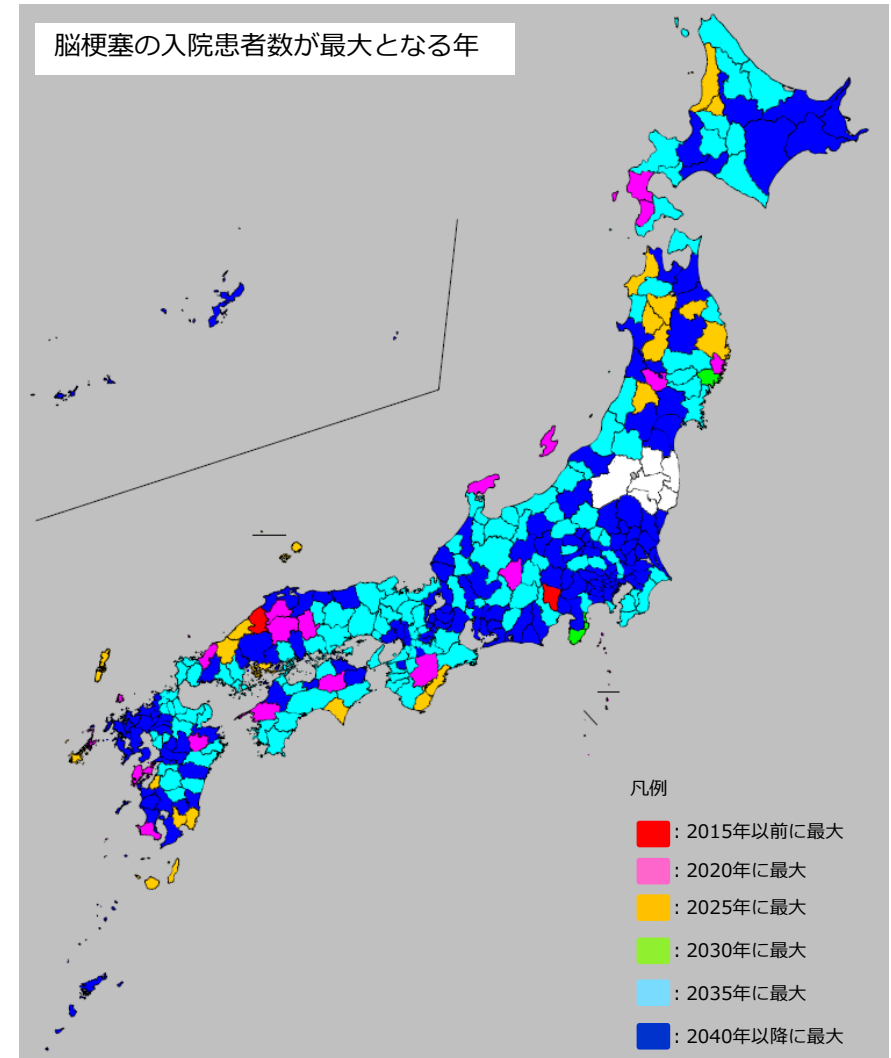
脳梗塞の入院受療率（人口10万対）



脳梗塞の入院患者数推計



脳梗塞の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院一外来・都道府県別」

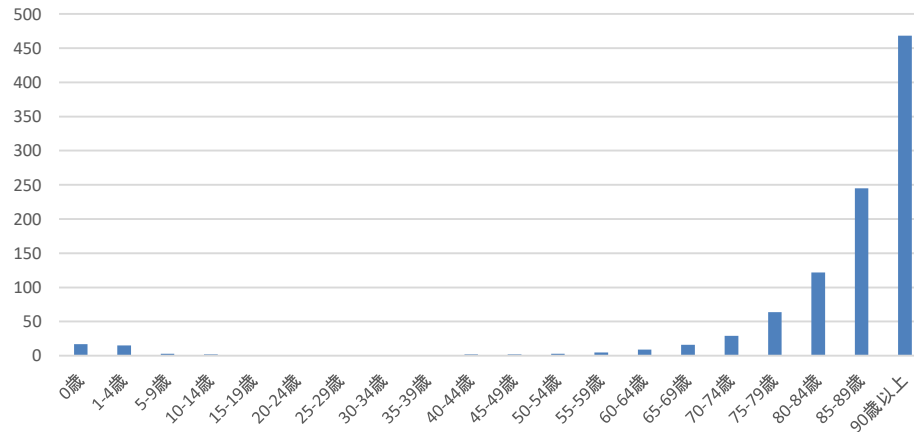
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

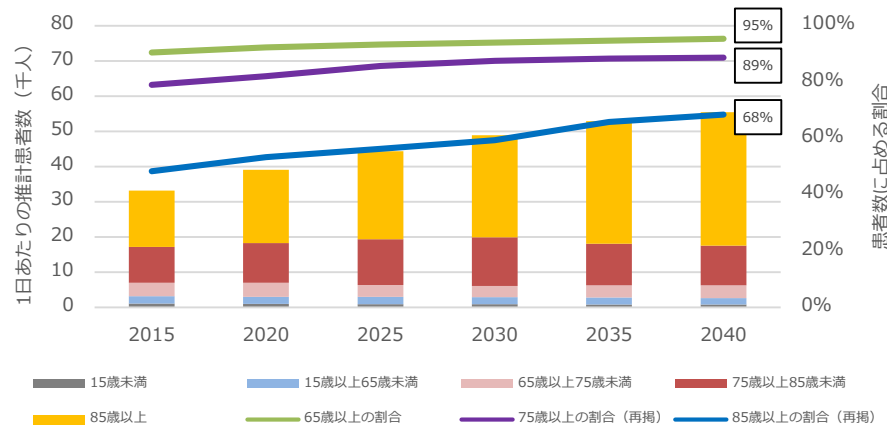
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

入院患者数の推計（肺炎）

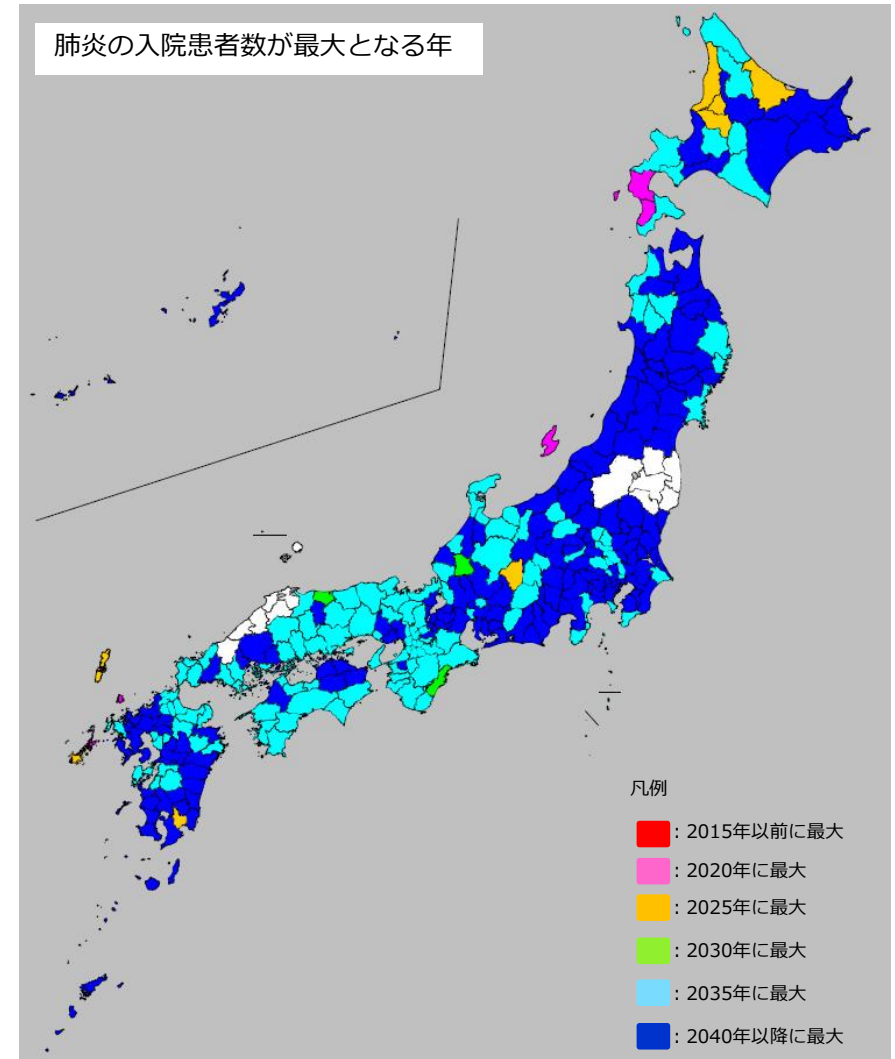
肺炎の入院受療率（人口10万対）



肺炎の入院患者数推計



肺炎の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院一外来・都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

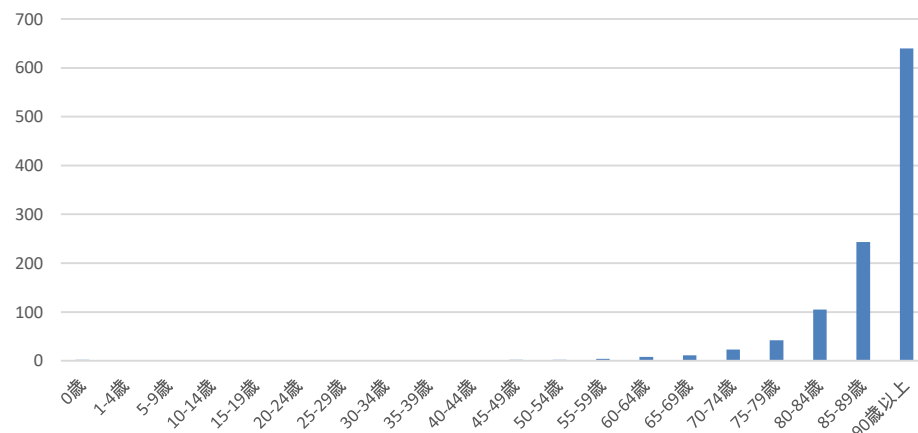
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

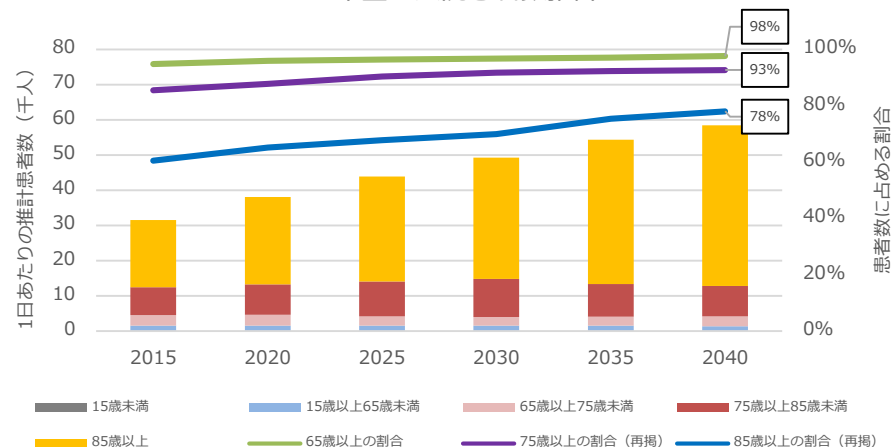
※ 島根県は四捨五入のため各年齢階級の推計患者数が0となっているため、二次医療圏ごとの患者数の推計を行っていない。

入院患者数の推計（心不全）

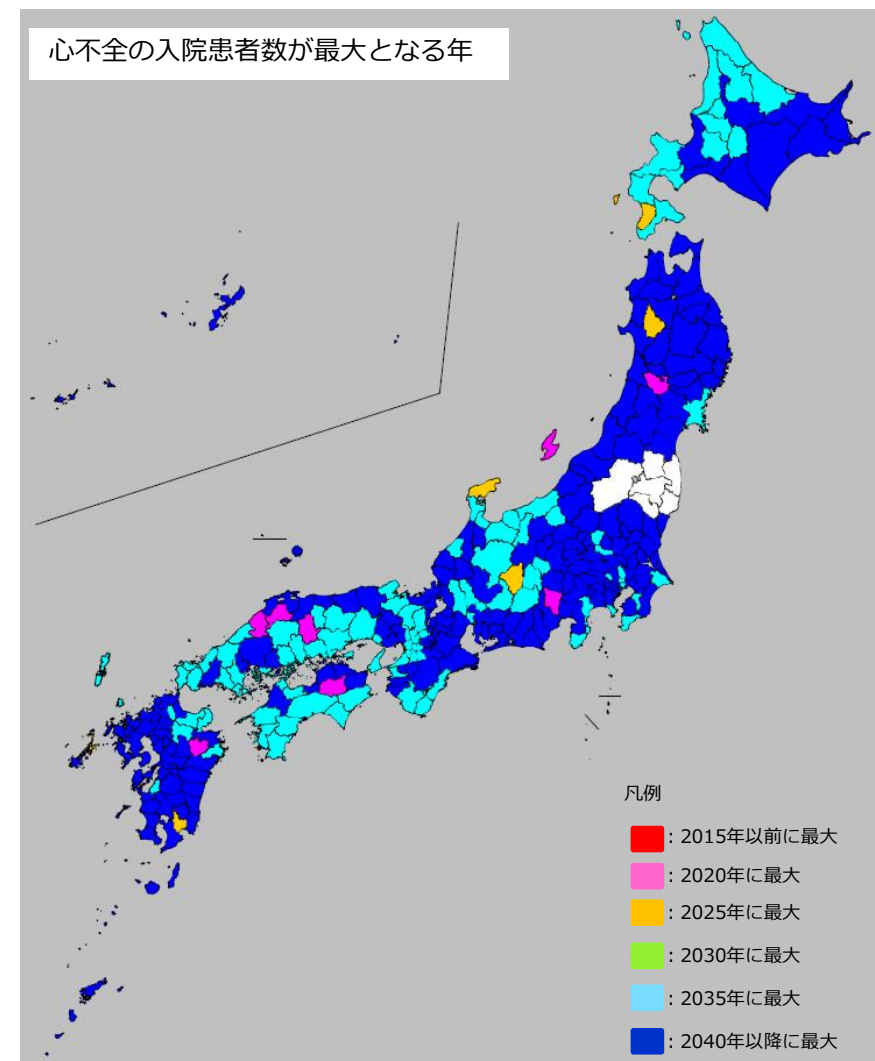
心不全の入院受療率（人口10万対）



心不全の入院患者数推計



心不全の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病小分類」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病小分類×入院一外来・都道府県別」

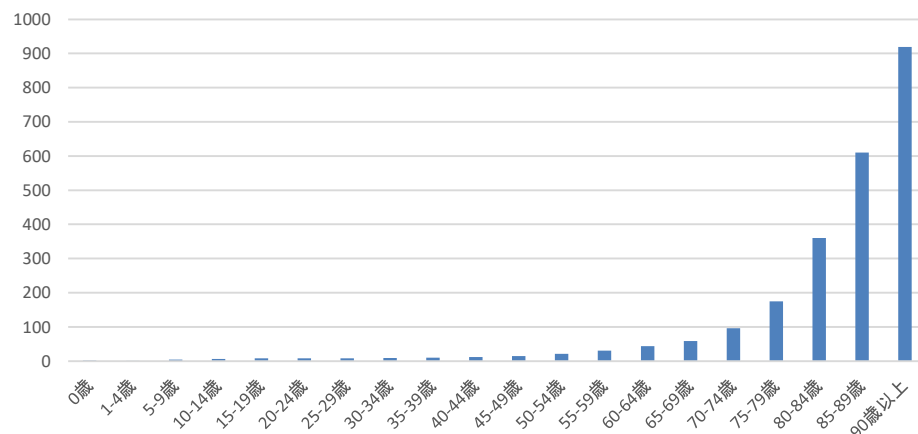
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

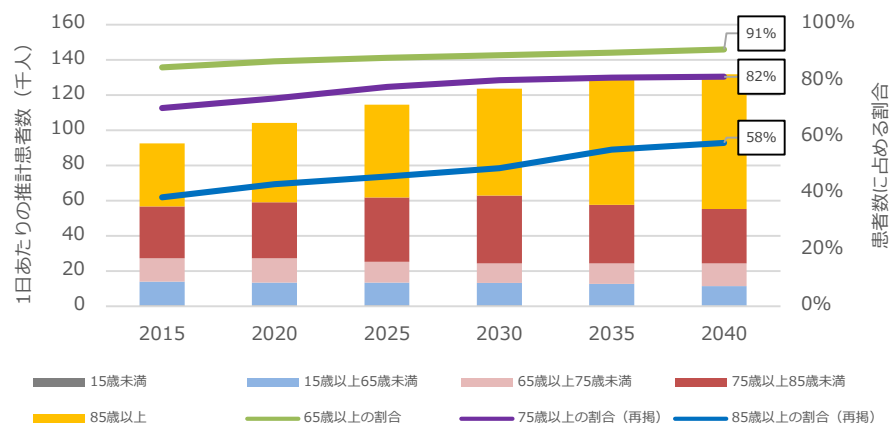
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

入院患者数の推計（骨折）

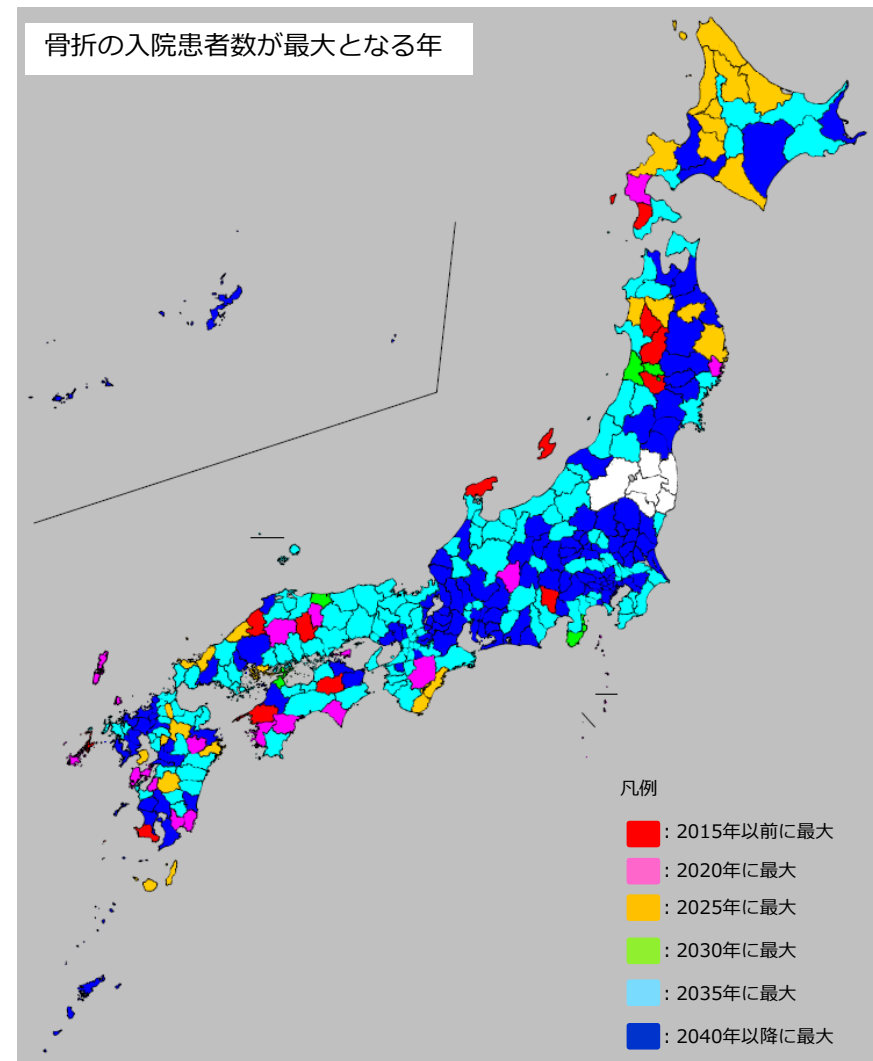
骨折の入院受療率（人口10万対）



骨折の入院患者数推計



骨折の入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院一外来・都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

認知症の有病者数の推計

○ 認知症有病率調査を踏まえた推計等(※) によれば、認知症の有病者数は2012年の462万人から、2025年に約675万人、2040年に約802万人に増加することが見込まれる。

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合 の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合 の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

(※) 出典:「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

- ・ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
- ・ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

注) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。

本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

救急医療体制体系図

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和2年4月13日付医政指発0331第3号) 抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成31年4月18日付一部改正医政発0418第16号) 抜粋)

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（300力所）
（うち、高度救命救急センター（46力所））

令和4年6月1日現在

ドクターヘリ（56力所）

令和4年4月18日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制（398地区、2,723力所）

共同利用型病院（14力所）

令和2年4月1日現在（令和2年度救急現況調査より）

初期救急医療

在宅当番医制（607地区）

休日夜間急患センター（551力所）

令和2年4月1日現在（令和2年度救急現況調査より）

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

高度救命救急センターは、救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れるもの。

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

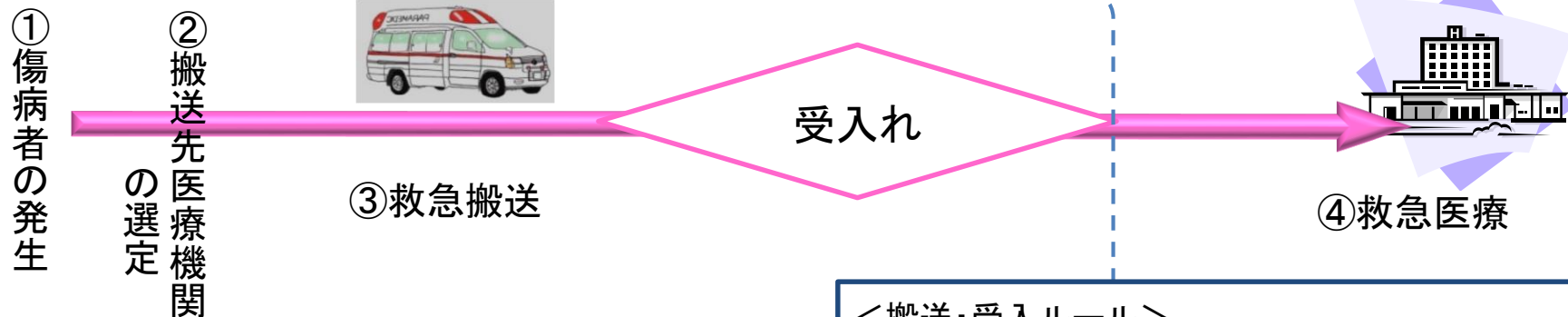
○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

搬送・受入れルール

- 消防法に基づき、都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会（メディカルコントロール協議会等）を設置し、“消防機関による傷病者の搬送”及び“医療機関による当該傷病者の受入れ”の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定が義務づけられている。



救急搬送・受入れに関する協議会（メディカルコントロール協議会等）にて地域の搬送・受入れルールを策定

地域の搬送・受入れルールの策定

搬送・受入の調査・分析

<搬送・受入れルール>

- 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- 消防機関が傷病者の状況を確認し、上記リストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

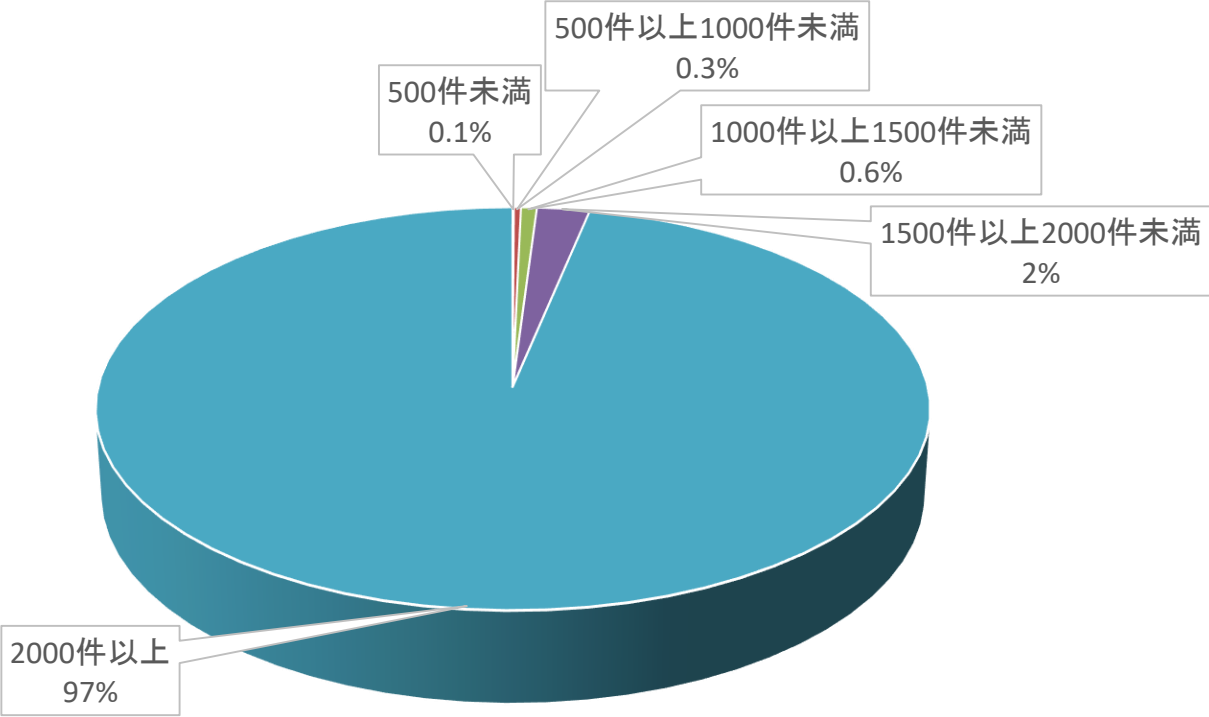
総務大臣・厚生労働大臣
（実施基準の策定等の援助）

消防機関は、搬送・受入れルールを遵守しなければならない

医療機関は、搬送・受入れルールを尊重するよう努めるものとする

救急搬送受入件数区分別の年間救急車受入件数（第三次救急医療機関）

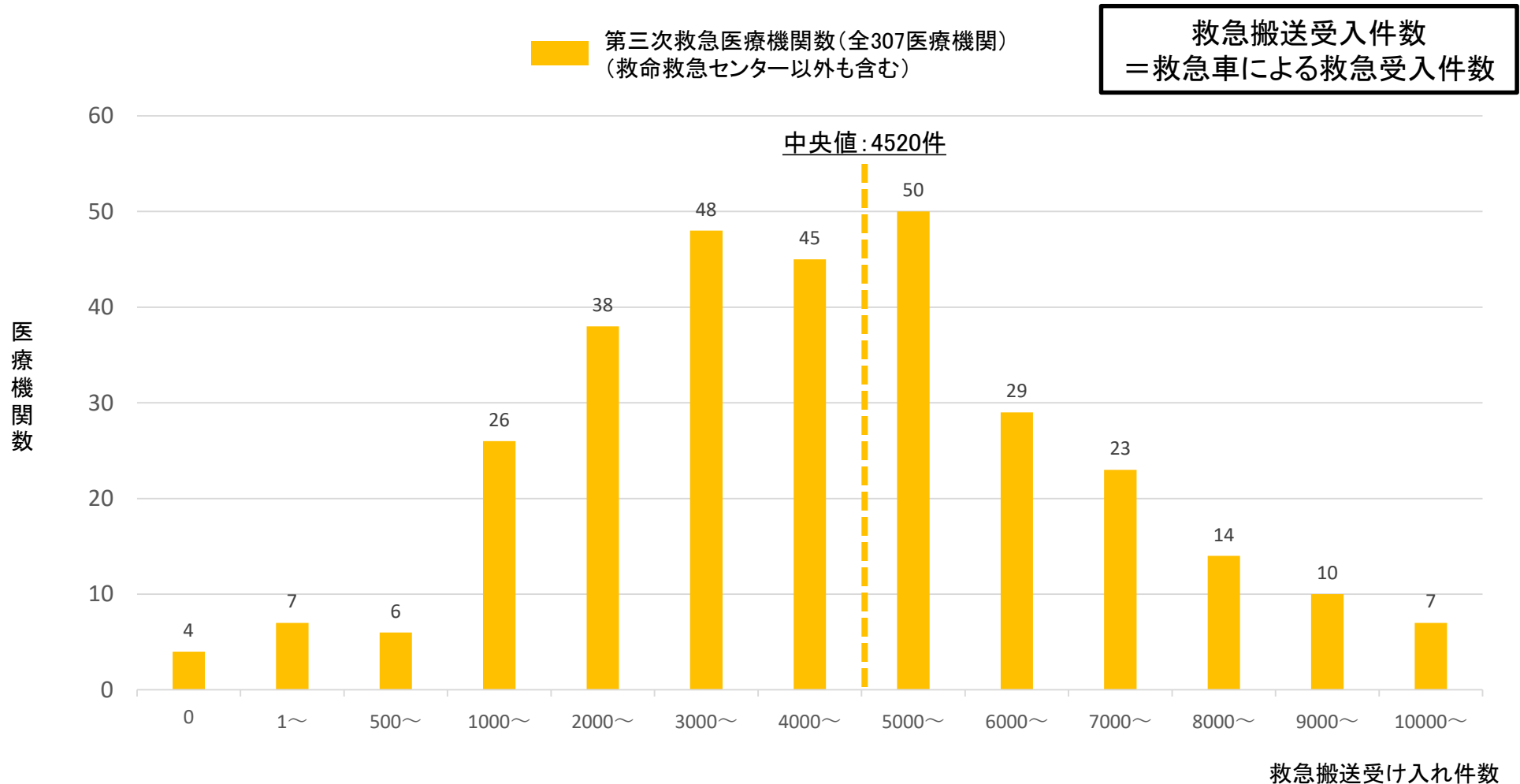
○ 年間2,000件以上の救急車を受け入れている第三次救急医療機関が、第三次救急医療機関で受け入れている救急車全体の97%を受け入れている。



年間救急車受入件数区分	500件未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
第三次救急医療機関数	11	6	8	18	264	307
年間救急車受入件数	806	4,352	9,697	32,381	1,381,807	1,429,043

救急搬送受入件数の分布（第三次救急医療機関）

- 第三次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は4,520件であった。
- 救急搬送受入件数が1,000件未満と報告した第三次医療機関数は17（全体の5.5%）であった。

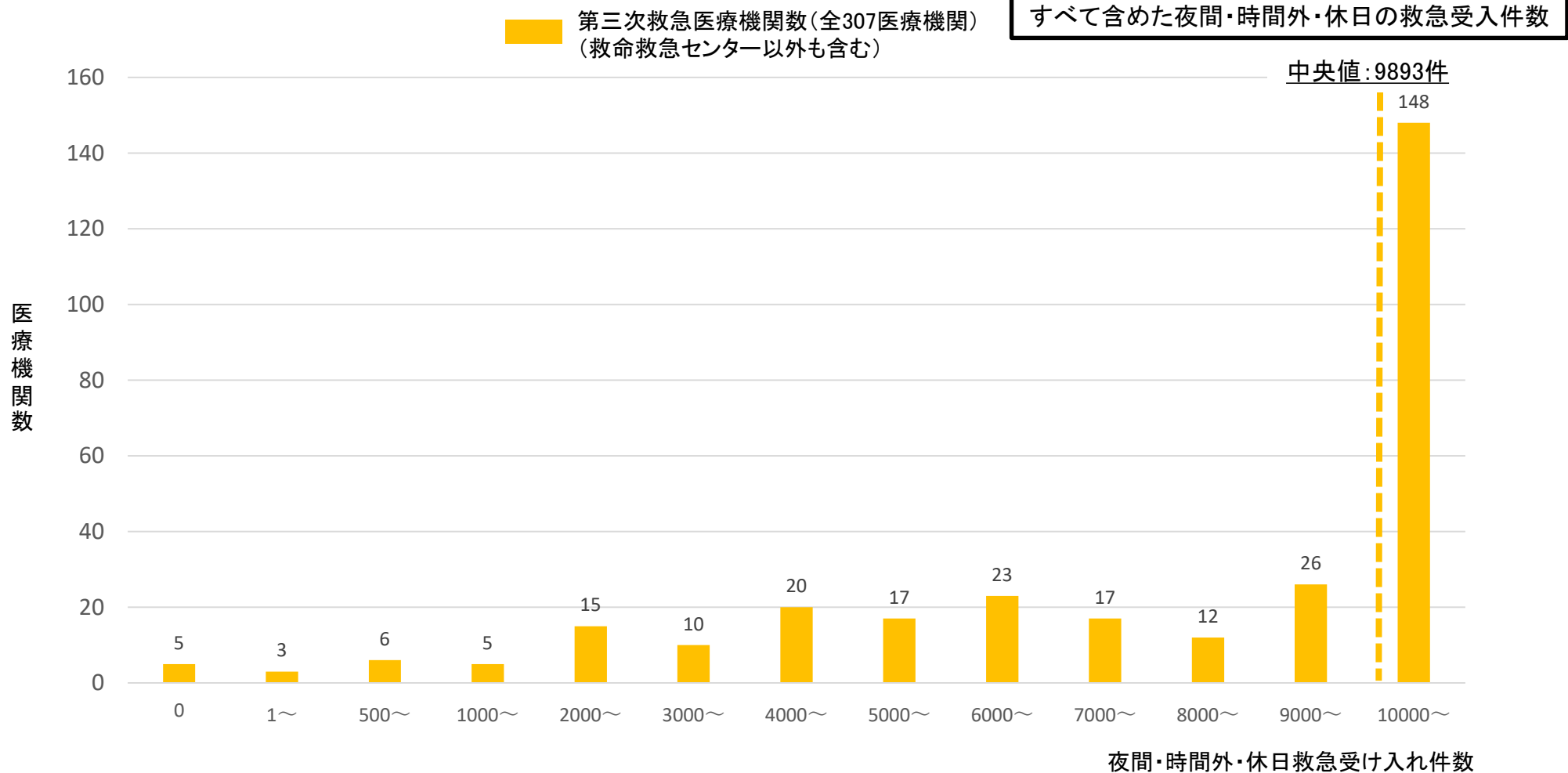


（出典）令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

夜間・時間外・休日の救急受入件数の分布（第三次救急医療機関）

- 第三次救急医療機関における、救急搬送患者を含む夜間・時間外・休日の急患受入件数の中央値は9,893件であった。
- 1,000件未満の第三次救急医療機関は14（全体の4.5%）であった。

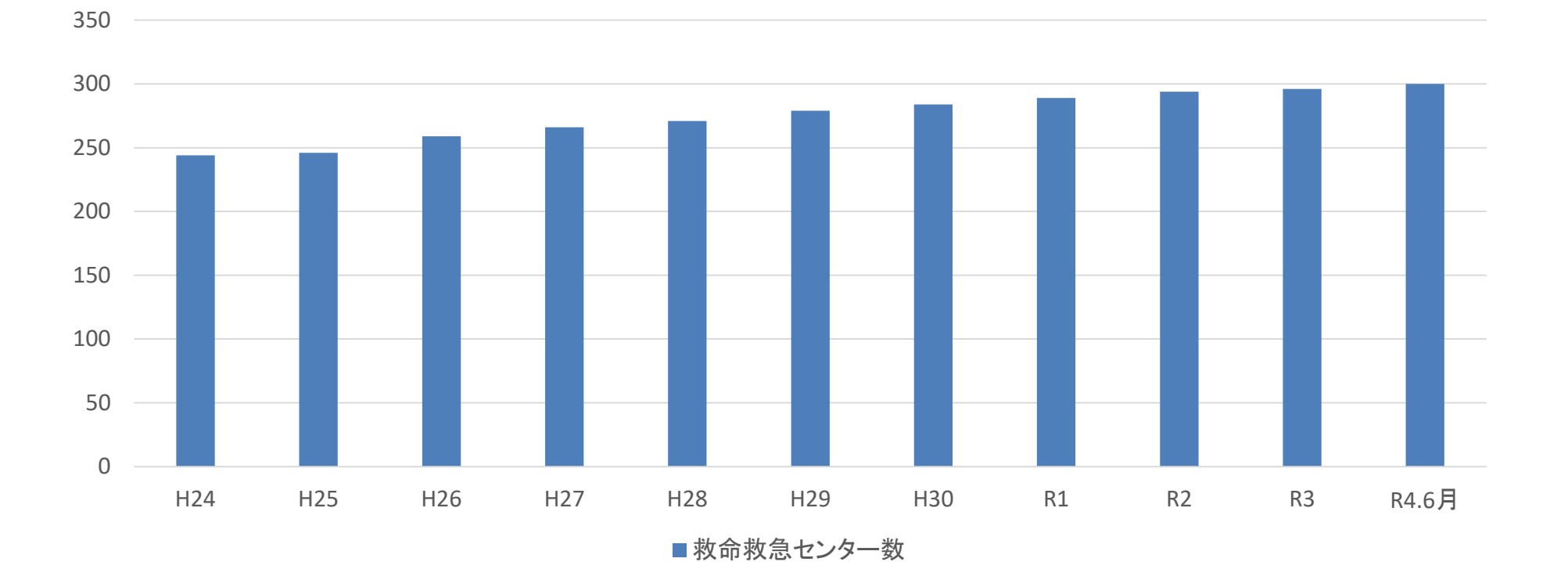


（出典）令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

第三次救急医療機関の整備

- 救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在300施設まで増加が続いている。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。



	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.6月
救命救急センター数 (うち高度救命救急センター数)	244 (27)	246 (28)	259 (29)	266 (32)	271 (34)	279 (36)	284 (38)	289 (42)	294 (43)	296 (45)	300 (46)

救命救急センター充実段階評価

- 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」にて、「既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化する」との提言を受け、平成11年より救命救急センターの質の向上を図ることを目的として救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- 平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」を経て、平成22年に充実段階評価を改正した。
 - 是正を要する項目の合計点で評価を行い、是正を要する項目の合計点が2年間継続して22点以上の場合はB評価、3年以上22点以上の場合はC評価とした。
 - メディカルコントロール体制への関与の状況等について、都道府県及び消防機関による評価項目を設けた。
- 平成30年「医療計画の見直し等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」等において議論が重ねられ、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日付け医政地発0216第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により充実段階評価を改正した。
 - ストラクチャーを中心とした評価体系から、プロセスも含めた評価体系へ見直しを行い、地域の関係機関との連携の観点からの評価を追加した。
 - 新たにS評価を追加した。
- 令和2年において、予定していた評価区分の段階的な引き上げが完了した。
- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和2年と令和3年の救命救急センターの充実段階評価において、一部の項目を評価の対象外とする例外的な対応を行った。
- 充実段階評価については、令和4～6年度の地域医療基盤開発推進研究事業「持続可能な救急医療提供体制の構築に関わる研究」において、評価項目の内容について検討することとしている。

診療報酬点数

充実段階評価の結果に基づき、救命救急入院料に以下が加算される。

<救命救急入院料に係る加算>

- 救急体制充実加算1（S評価） 1,500点
- 救急体制充実加算2（A評価） 1,000点
- 救急体制充実加算3（B評価） 500点

医療提供体制推進事業費補助金

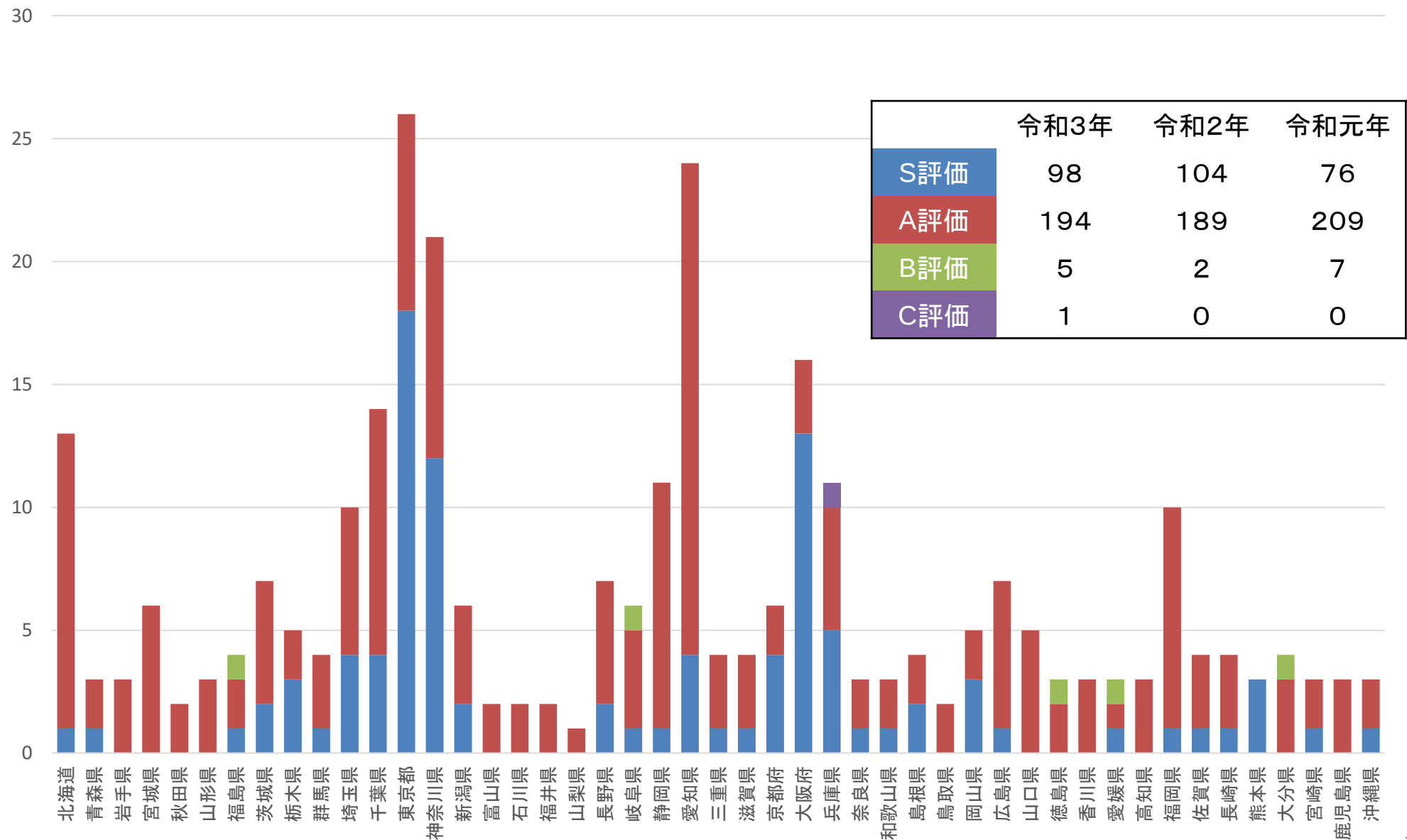
「救命救急センター運営事業」の交付算定基準額の算出に当たり、充実段階評価の結果に応じた係数を乗じる。具体的には以下の通り。

<基準額に乘じる係数>

- S・A評価 100%
- B評価 90%
- C評価 80%

令和3年救命救急センター充実段階評価の結果（都道府県別）

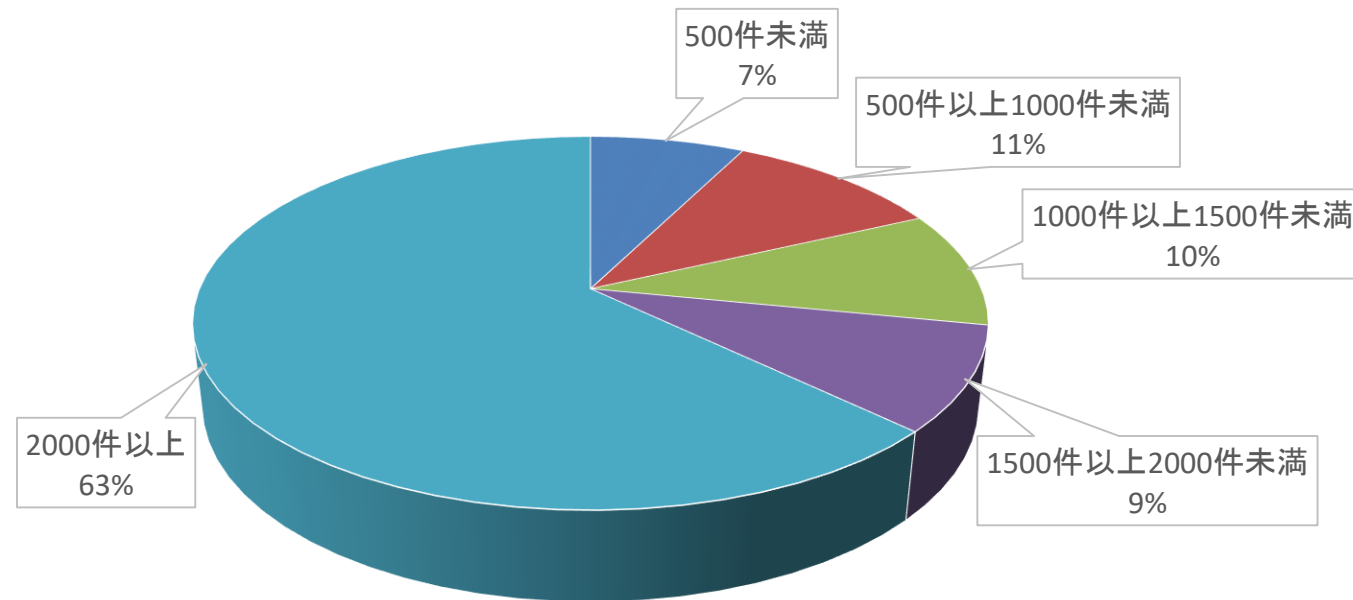
○ S評価が98医療機関、A評価が194医療機関となり、S評価とA評価の施設が全体の98%を占めている。



救急搬送受入件数区分別の年間救急車受入台数（第二次救急医療機関）

- 年間2,000件以上の救急車を受け入れている第二次救急医療機関が、第二次救急医療機関で受け入れている救急車全体の63%を受け入れている。（年間1,000件未満の医療機関が全体の18%を受け入れている）

注）第二次救急医療機関は、計画指針等において、医療計画の内容、当該病院又は診療所の所在する地域における救急業務の対象となる傷病者の発生状況等を勘案して、都道府県知事が必要と認定したもの等とされており、勘案の内容が地域により異なることに留意が必要。



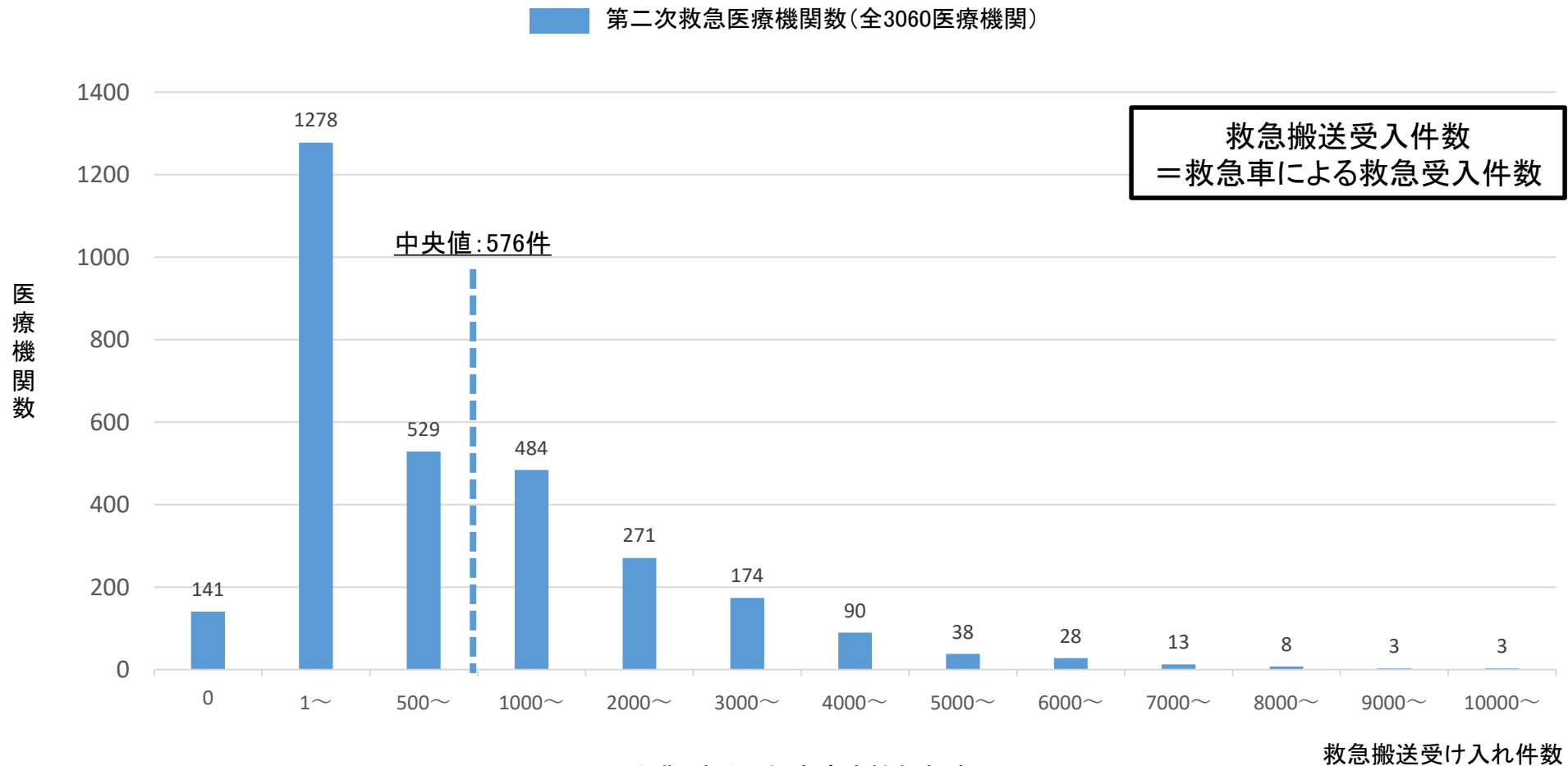
年間救急車受入件数区分	500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
二次救急医療機関数	1419	529	296	188	628	3060
年間救急車受入件数	271,199	382,855	362,377	326,253	2,273,414	3,616,098

（出典）令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

救急搬送受入件数の分布（第二次救急医療機関）

- 第二次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は576件であった。
- 救急搬送受け入れ件数が1,000件未満の第二次救急医療機関は1,948（第二次救急医療機関全体の63.6%）であり、このうち141の医療機関において受入実績が0件であった。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること」とされている。

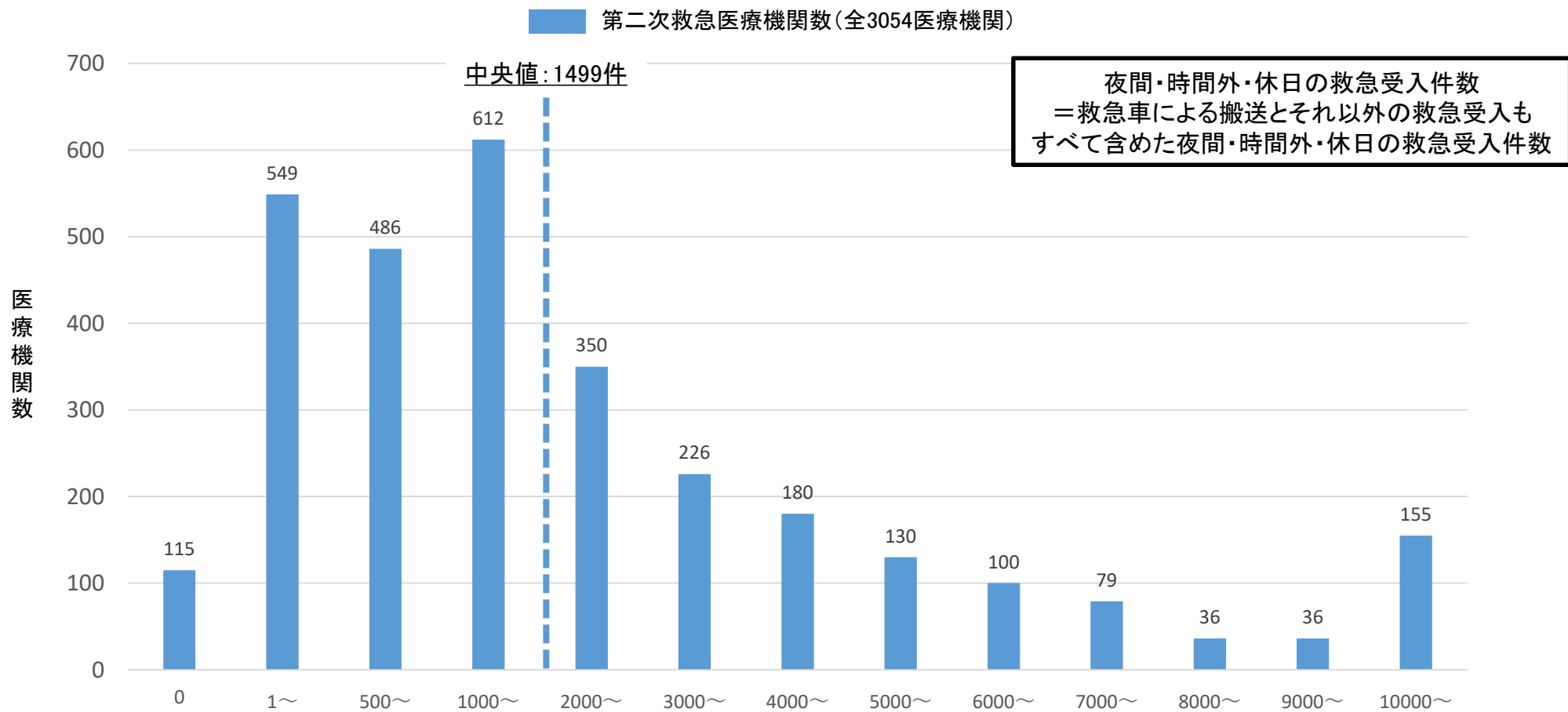


（出典）令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

夜間・時間外・休日の救急受入件数の分布（第二次救急医療機関）

- 第二次救急医療機関における、救急搬送患者を含む夜間・時間外・休日の急患受入件数の中央値は1,499件であった。
- 1,000件未満の第二次救急医療機関は1,150（第二次医療機関全体の37.7%）であり、このうち115の医療機関において受入実績が0件であった。
- 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること」とされている。



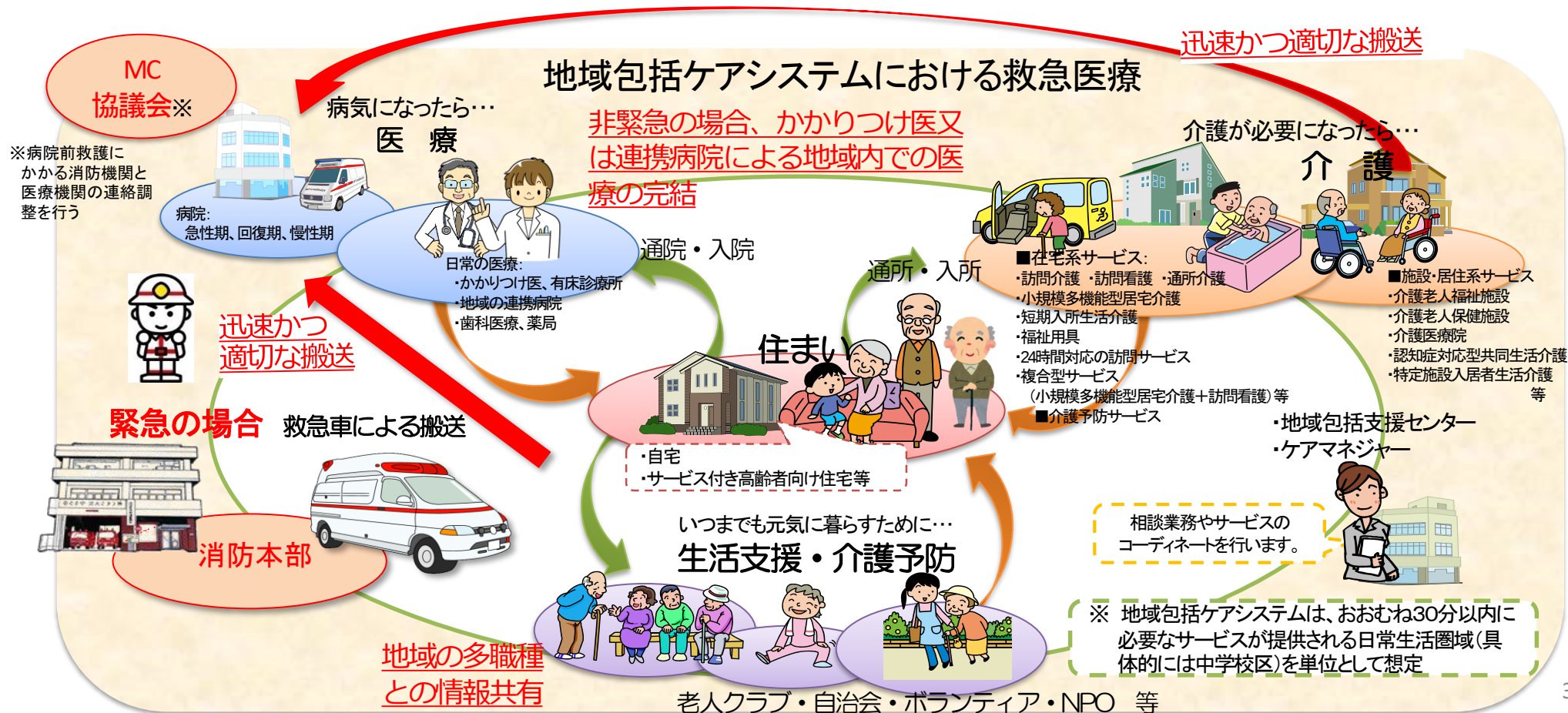
（出典）令和2年度病床機能報告

※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割（在宅・介護施設の高齢者の支援）

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

- 慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。
- こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。
- 介護施設等に入所している高齢者についても、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましい。



在宅医療・救急医療連携セミナー

<背景・課題> 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

<対策> 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。

問題意識

本人の意思に反した搬送例が散見

対策

救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思を共有するための連携ルール等の策定を支援

ルールに沿った情報共有

在宅医療・救急医療連携セミナー

10～15の自治体（自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）を対象に、グループワークを実施。

- ・連携ルールの内容検討
- ・連携ルール運用までの工程表の策定に取り組むための支援を実施



先進事例の紹介

- ・既に連携ルールを運用している先進自治体の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題)を分かりやすく紹介

有識者による策定支援

- ・有識者や先進自治体の支援のもと、連携ルールの検討や工程表策定についてグループワークを実施。

継続的なフォローアップ

- ・セミナーで策定した工程表の実施状況や課題を把握し、工程表の改善等を支援。

全国的な横展開の推進

連携ルール運用に至るまでの手順や、運用後の課題等を取りまとめ、全国の自治体に情報提供することで、参加自治体以外への横展開を推進

方向性

予め、本人の意向を家族やかかりつけ医等と共有し、人生の最終段階における療養の場所や医療について、本人の意思が尊重される取組を推進



救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例

東京都（東京消防庁）

【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」（以下、運用の要件）

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

（出典：東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>）

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致する

3 運用の概要

① 心肺停止の発覚
 ② 心肺停止の発生と情報提供
 ③ 救急隊の到着と情報提供
 ④ 傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑤ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑥ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑦ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑧ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される

4 運用の流れ

① 救急隊が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ② 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ③ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ④ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑤ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑥ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑦ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される
 ⑧ 家族等が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示される

医師会等向け資料

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

令和元 2 月
東京消防庁

① 概要

② 本運用の対象となる要件

③ 運用の流れ

④ 運用の留意点

⑤ 運用の留意点

⑥ 運用の留意点

⑦ 運用の留意点

⑧ 運用の留意点

⑨ 運用の留意点

⑩ 運用の留意点

⑪ 運用の留意点

⑫ 運用の留意点

⑬ 運用の留意点

⑭ 運用の留意点

⑮ 運用の留意点

⑯ 運用の留意点

⑰ 運用の留意点

⑱ 運用の留意点

⑲ 運用の留意点

⑳ 運用の留意点

㉑ 運用の留意点

㉒ 運用の留意点

㉓ 運用の留意点

㉔ 運用の留意点

㉕ 運用の留意点

㉖ 運用の留意点

㉗ 運用の留意点

㉘ 運用の留意点

㉙ 運用の留意点

㉚ 運用の留意点

㉛ 運用の留意点

㉜ 運用の留意点

㉝ 運用の留意点

㉞ 運用の留意点

㉟ 運用の留意点

㊱ 運用の留意点

㊲ 運用の留意点

㊳ 運用の留意点

㊴ 運用の留意点

㊵ 運用の留意点

㊶ 運用の留意点

㊷ 運用の留意点

㊸ 運用の留意点

㊹ 運用の留意点

㊺ 運用の留意点

㊻ 運用の留意点

㊼ 運用の留意点

㊽ 運用の留意点

㊾ 運用の留意点

㊿ 運用の留意点

【事例の紹介】 静岡県静岡市

【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築（在宅看取りのための診療所連携システム）」

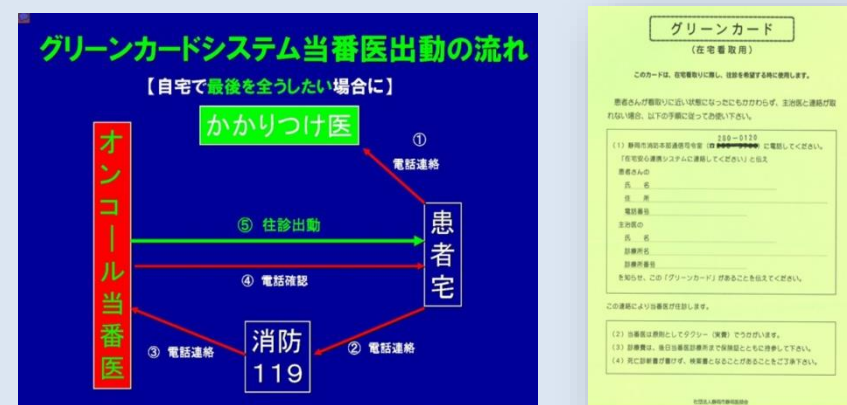
（出典：静岡県静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>）

あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

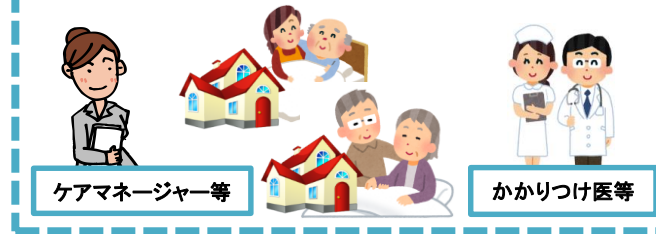
静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医表をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする



救急医療の現状と課題（イメージ）

自宅や高齢者施設等



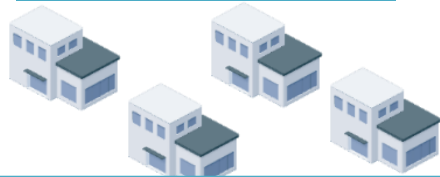
- ① 高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する。

- ② 一部受入が少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三次も軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある。

病院前救護活動



初期救急医療



在宅当番医制（607地区）
休日夜間急患センター（551カ所）

第二次救急医療



病院群輪番制（398地区、2,723カ所）
共同利用型病院（14カ所）

第三次救急医療



救命救急センター（299カ所）
（うち、高度救命救急センター（46カ所））

救命後医療



退院・在宅・後方病院その他

- ③ 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることや「出口問題」が発生する。

ドクターヘリとは

- 救急医療に必要な機器及び医薬品を装備したヘリコプターであって、救急医療の専門医及び看護師等が同乗し救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間、患者に救急医療を行うことのできる専用のヘリコプターのことをいう。

(ドクターヘリ導入促進事業:救急医療対策事業実施要綱)

ドクターヘリの運航

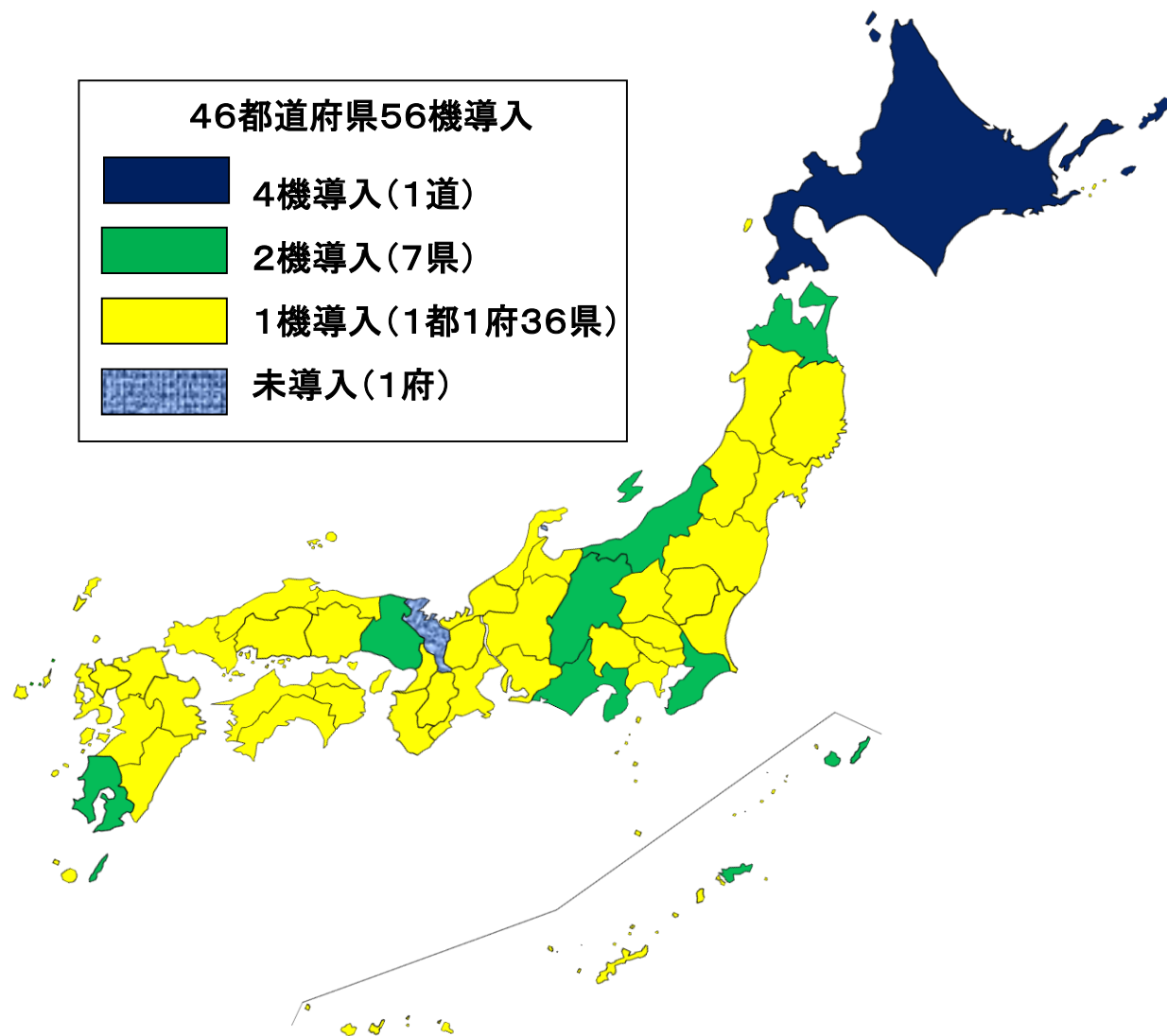


ドクターヘリの内部



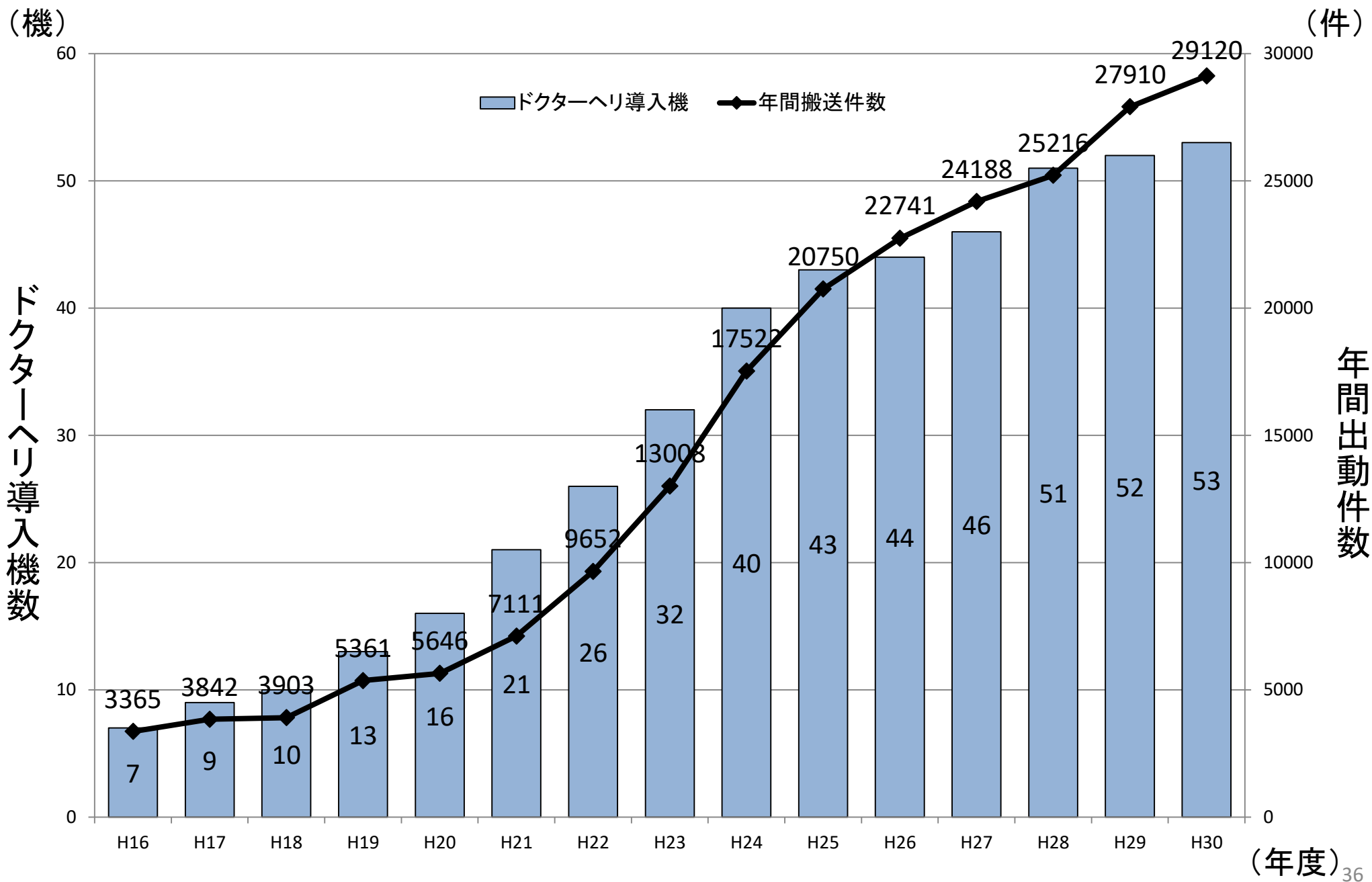
ドクターヘリの導入状況（令和4年4月18日現在）

46都道府県56機導入



都道府県	基地病院
北海道	旭川赤十字病院
北海道	市立函館病院
北海道	市立釧路総合病院
北海道	手稲溪仁会病院
青森県	青森県立中央病院
青森県	八戸市立市民病院
岩手県	岩手医科大学附属病院
宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター・東北大学病院
秋田県	秋田赤十字病院
山形県	山形県立中央病院
福島県	福島県立医科大学附属病院
茨城県	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター・水戸済生会総合病院
栃木県	獨協医科大学病院
群馬県	前橋赤十字病院
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	国保直営総合病院君津中央病院
千葉県	日本医科大学千葉北総病院
東京都	杏林大学医学部附属病院
神奈川県	東海大学医学部付属病院
新潟県	長岡赤十字病院
新潟県	新潟大学医学部総合病院
富山県	富山県立中央病院
石川県	石川県立中央病院
福井県	福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院佐久医療センター
長野県	信州大学医学部附属病院
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院
静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院
静岡県	聖隷三方原病院
愛知県	愛知医科大学病院
三重県	伊勢赤十字病院・三重大学医学部附属病院
滋賀県	済生会滋賀県病院
大阪府	大阪大学医学部附属病院
兵庫県	公立豊岡病院
兵庫県	兵庫県立加古川医療センター・製鉄記念広畑病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
島根県	島根県立中央病院
岡山県	川崎医科大学附属病院
広島県	広島大学病院
山口県	山口大学医学部附属病院
徳島県	徳島県立中央病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
高知県	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
香川県	香川県立中央病院・香川大学医学部附属病院
福岡県	久留米大学病院
佐賀県	佐賀県医療センター好生館
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院
長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
熊本県	熊本赤十字病院
大分県	大分大学医学部附属病院
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
鹿児島県	鹿児島市立病院
鹿児島県	県立大島病院
沖縄県	浦添総合病院

ドクターヘリの実績推移



都道府県境を越えた広域連携の協定締結状況

○ 42府県において29の協定が締結され、ドクターヘリの都道府県境を越えた広域連携が行われている。

連携している都道府県の双方のドクターヘリが、一部の圏域を相互に都道府県境を越えてカバーし合う。

○ 自都道府県のドクターヘリを優先的に要請するパターンと、そうでないパターンの2種類に分けられる。

◇ 自都道府県のドクターヘリを優先的に要請する: 重複要請や多数傷病者発生事案等の理由により、自都道府県のドクターヘリが出動できない、もしくは自都道府県のドクターヘリのみでは対応できない場合に、他都道府県のドクターヘリを要請することができる。

◆ 地理的条件によっては、他都道府県のドクターヘリを優先的に要請することができる: 基地病院から現場までの距離等によって、自都道府県のドクターヘリの状況にかかわらず、他都道府県のドクターヘリを要請することができる。

◇ 青森県－岩手県－秋田県

◇ 茨城県－栃木県－群馬県

◆ 鳥取県－島根県－岡山県－広島県－山口県－関西広域連合

◇ 岩手県－宮城県

◇ 群馬県－埼玉県

◇ 徳島県－愛媛県－高知県

◇ 宮城県－山形県

◇ 群馬県－新潟県

◇ 愛媛県－広島県

◇ 宮城県－福島県

◇ 神奈川県－静岡県－山梨県

◆ 福岡県－佐賀県

◇ 秋田県－山形県

◇ 三重県－奈良県－和歌山県

◇ 佐賀県－長崎県

◇ 山形県－福島県－新潟県

◇ 大阪府 徳島県－和歌山県

◇ 福島県－茨城県

◇ 京都府 滋賀県－福井県

他都道府県のドクターヘリが都道府県境を越えてカバーする。

例) A⇒Bは、AのドクターヘリがBの一部地域をカバー。

・ 千葉県⇒茨城県

・ 岐阜県⇒福井県

・ 大阪府⇒奈良県

・ 徳島県⇒兵庫県

・ 沖縄県⇒鹿児島県

・ 富山県⇒岐阜県

・ 大阪府⇒京都府

・ 兵庫県⇒京都府 鳥取県

・ 福岡県⇒大分県

大規模災害時における広域連携について協定を結んでいる。

富山県－石川県－福井県－長野県－岐阜県－静岡県－愛知県－三重県

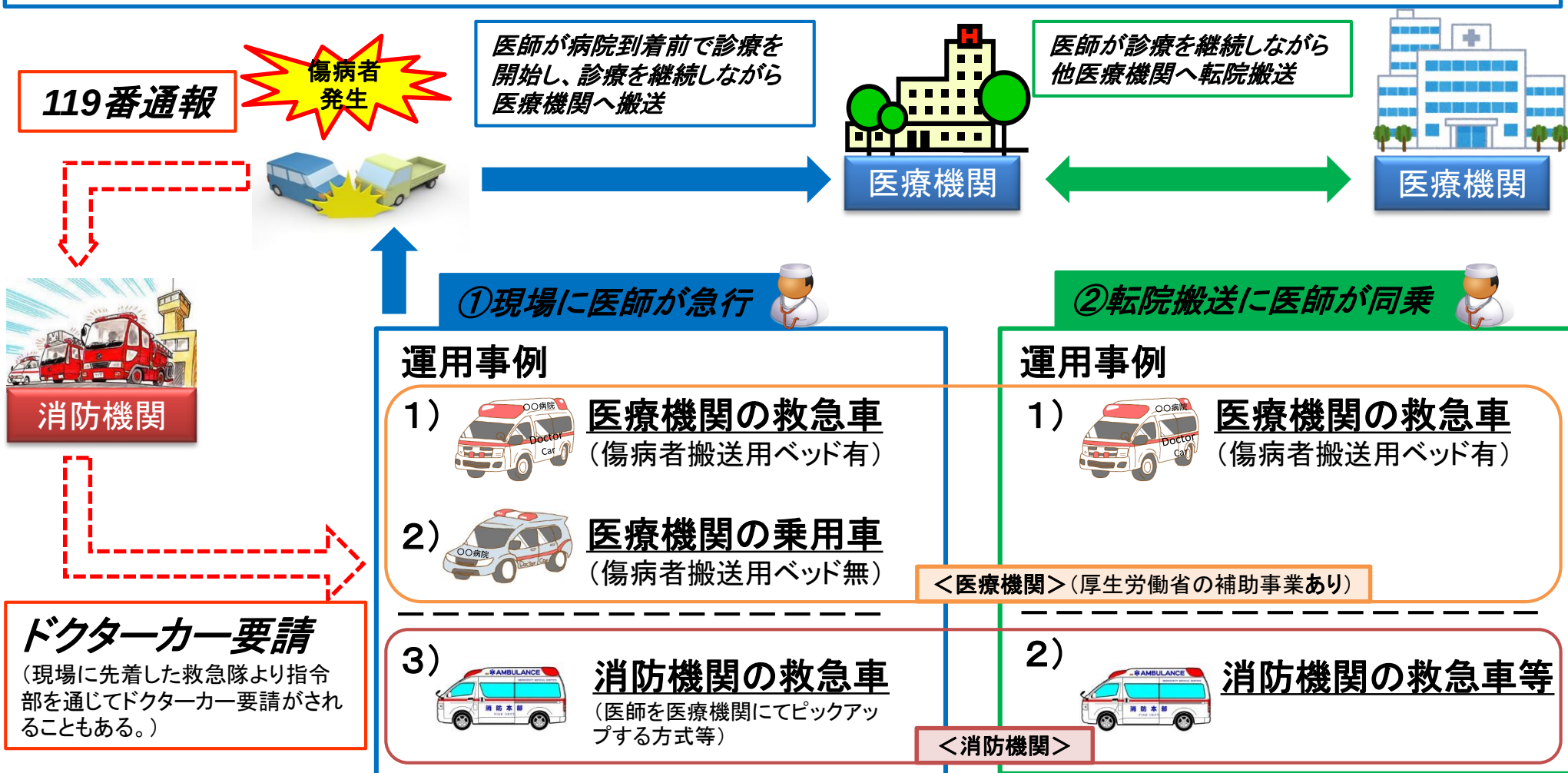
注)このほか、協定書はないが、都道府県境を越えたドクターヘリの活動について運航マニュアルの策定等を行い、広域連携を行っているものがある。

ドクターカーとは

- ドクターカーは、過去の研究において「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」(※)と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。

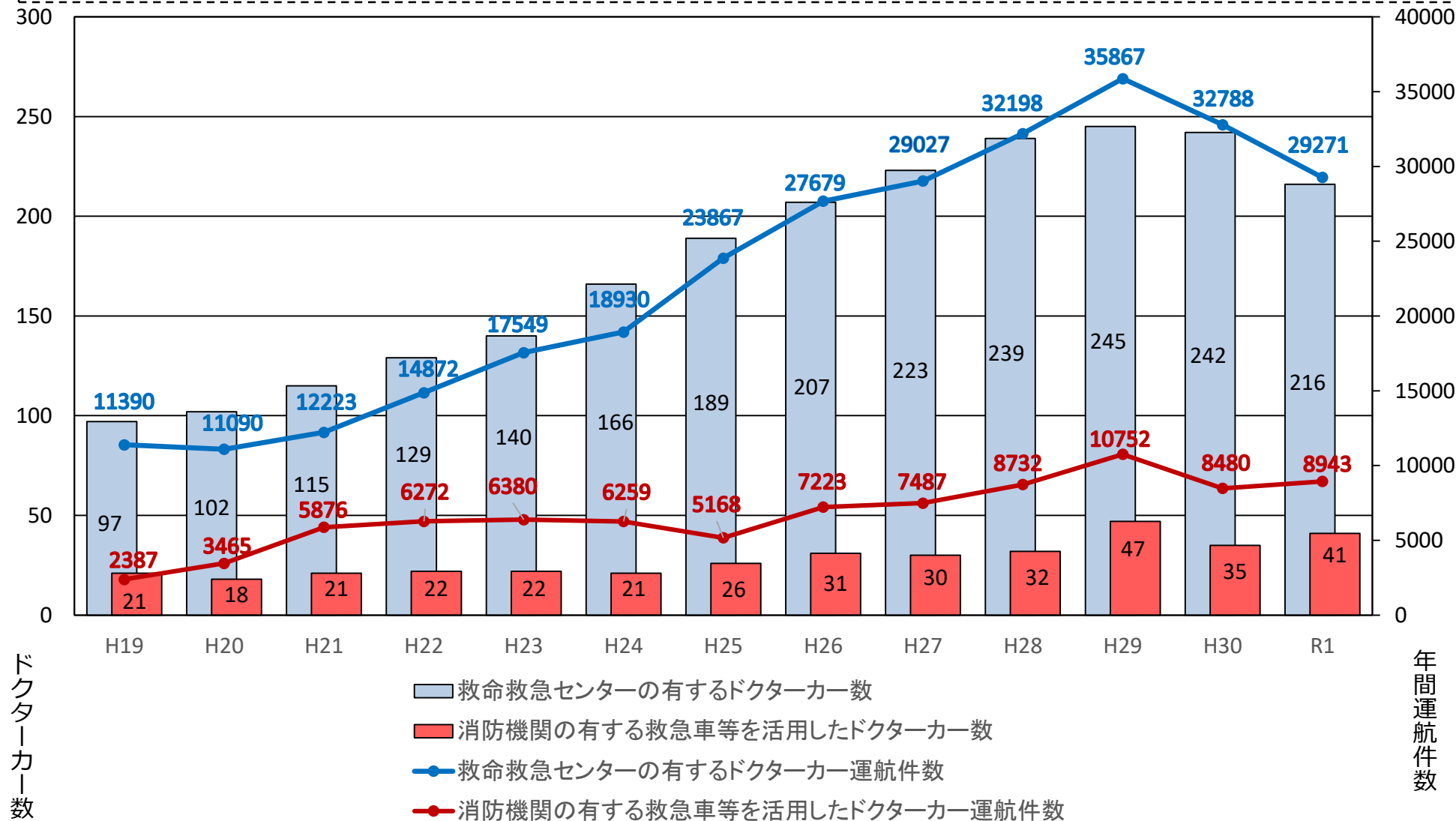
(※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より（平成28年度厚生労働科学研究：分担研究者 高山隼人ら）

- 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。



ドクターカーの実績推移

○ 救命救急センターの有するドクターカーの台数及び年間運航件数は、平成29年度までは増加傾向にある。



救急救命士とは

救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、重度傷病者が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間（当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間）に救急救命処置を行うことを業とする者（平成3年に救急救命士法により制度創設、令和3年に改正）

傷病者の発生

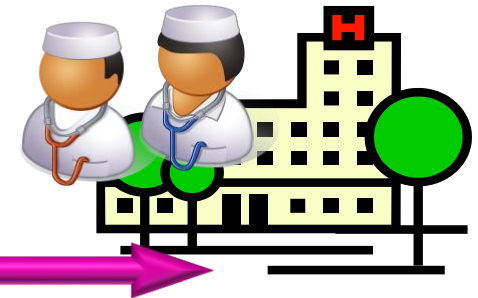
救急搬送

- 生命の危機回避、
- 適切な搬送先の選定、○ 迅速な搬送、
- 搬送途上における著しい症状悪化の回避



- ・ 救急救命士による救急救命処置
- ・ 救急隊員による応急処置

- 傷病者の救命率の向上、
予後の向上



救急医療機関

メディカルコントロール：医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

- 業務のプロトコルの作成
- 医師の指示、指導・助言
- 救急活動の事後検証
- 救急救命士等の教育 等

メディカルコントロール協議会

- ・ 医療機関（救命救急センター長など）
- ・ 都道府県・郡市区医師会
- ・ 消防機関
- ・ 県（衛生部局、消防部局） 等

「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」の概要

○ 日本医師会※1、日本救急医学会※2、四病院団体協議会※3より、救急救命士の業務の場の拡大や医師から救急救命士に対する業務移管の必要性等について言及された。

○ 上記を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、救急医療提供体制の充実等に関する議論に関連する事項として、救急救命士の資質活用に向けた環境の整備等についての議論を計6回行い、令和2年3月に「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」を取りまとめた。

※1)「救急救命士の業務の場所の拡大に関する提議」(平成22年3月17日) ※2)「医師の働き方改革に関する追加提言」(平成31年1月18日) ※3)「要望書～医師のタスク・シフティング/シェアリングについて～」(令和2年1月15日)

＜救急医療をとりまく現状＞

- 救急医療は、病院前における救急業務に始まり、「救急外来」^{注1)}における救急診療を経て、入院病棟における入院診療へと続く。病院前は救急救命士^{注2)}、医療機関に搬入後は医師、看護師等が主な業務を担っている。
- 搬送人員^{注3)}の増加により、救急医療に携わる者にかかる負担は増加している。
- 長時間労働の実態にある医師の中でも、救急科の医師は、時間外労働が年1860時間/月100時間を超える医師の割合が14.1%である。
- 救急医療を担う医師から、他職種へのタスク・シフト/シェアを進める重要性は高い。
- 救急現場における医師の業務の移管先として、まずは行える業務の幅が広い看護師が挙げられるが、現状、「救急外来」の看護師が担う業務の量及び種類が多いとの意見があるが、救急外来における看護師の勤務実態は明らかとなっていない。
- 看護師については、医療法において外来における看護配置の基準が定まっているが、「救急外来」に特化した基準はない。

＜課題＞

- 高齢化の進展により救急医療のニーズが今後更に高まると予想される中、救急医療に従事する者の確保を行う必要がある。

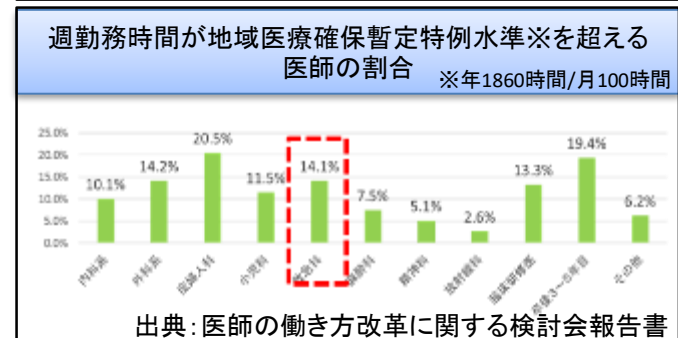
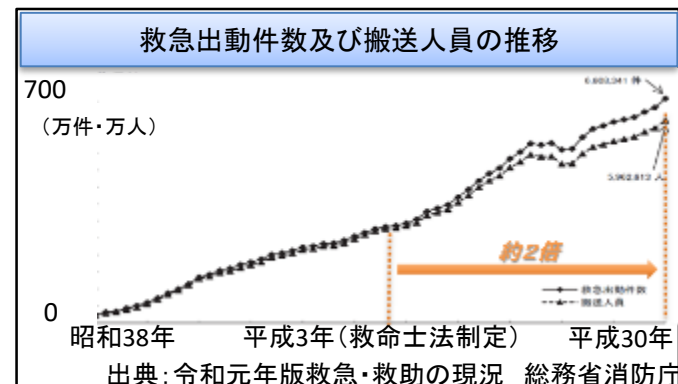
基本的方向性

- ① 「救急外来」における看護師の配置状況や業務実態の調査研究を行い、その結果を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で議論し、「救急外来」等への看護師の配置に関する基準等について検討し、必要な措置を行う。
- ② 救急救命士が救急医療の現場において、その資質を活用できるように、救急救命士法の改正を含め、具体的な議論を進める。

注1)「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

注2)救急救命士は、傷病者発生現場及び医療機関への搬送途上において、救急救命処置が可能な職種。(救急救命士法)

注3)搬送人員とは、救急隊が傷病者を医療機関等へ搬送した人員(医療機関等から他の医療機関等へ搬送した人員を含む。)をいう。



救急救命士による救急救命処置

(平成4年指第17号「救急救命処置の範囲等について」 改正:平成26年1月31日 医政指発0131第1号)

医師の 具体的指示 (特定行為)

- ・ 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液 (※)
- ・ 食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク及び気管内チューブによる気道確保 (※)
- ・ エピネフリンを用いた薬剤の投与 (※)
- ・ 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液
- ・ 低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与

※は心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

医師の 包括的な指示

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科領域の処置 ・ 小児科領域の処置 ・ 産婦人科領域の処置 ・ 自動体外式除細動器による除細動* ・ 自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリン投与 ・ 血糖測定器を用いた血糖測定 ・ 聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取 ・ 血圧計の使用による血圧の測定 ・ 心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送 ・ 鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去 ・ 経鼻エアウェイによる気道確保 ・ パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定 ・ ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定 ・ 自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫 ・ 心マッサージの施行 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持 ・ 口腔内の吸引 ・ 経口エアウェイによる気道確保 ・ バッグマスクによる人工呼吸 ・ 酸素吸入器による酸素投与 ・ 気管内チューブを通じた気管吸引 ・ 用手法による気道確保 ・ 胸骨圧迫 ・ 呼気吹き込み法による人工呼吸 ・ 圧迫止血 ・ 骨折の固定 ・ ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去 ・ 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察 ・ 必要な体位の維持、安静の維持、保温 |
|---|---|

救急・災害医療提供体制等に関するWGで御議論いただいている主な論点

○救急医療機関の役割分担

- ・特に増加が見込まれる高齢者の救急搬送への対応（主に二次救急医療機関での受入れの推進）
- ・三次救急医療機関の位置付け（二次救急医療機関が対応できない重症、多様化する複数疾患合併例、診断困難事例等への対応）
- ・働き方改革の施行を踏まえた救急医療機関の機能分化・拠点化の推進

○在宅・介護施設の高齢者の対応

- ・かかりつけ医を中心とする外来・在宅医療の充実と、AC Pの推進
- ・消防機関、救急医療機関、かかりつけ医、介護施設等の関係者が連携・協議する体制の構築（救急搬送に至る前のプライマリケアの充実、急性増悪時にかかりつけ医や訪問看護師等の対応体制、搬送先病院をあらかじめ決めておくといった地域の取組の推進等）

○新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

- ・コロナ患者への対応と、非コロナ患者への対応の両立
- ・人材育成

○ドクターヘリ・ドクターカー

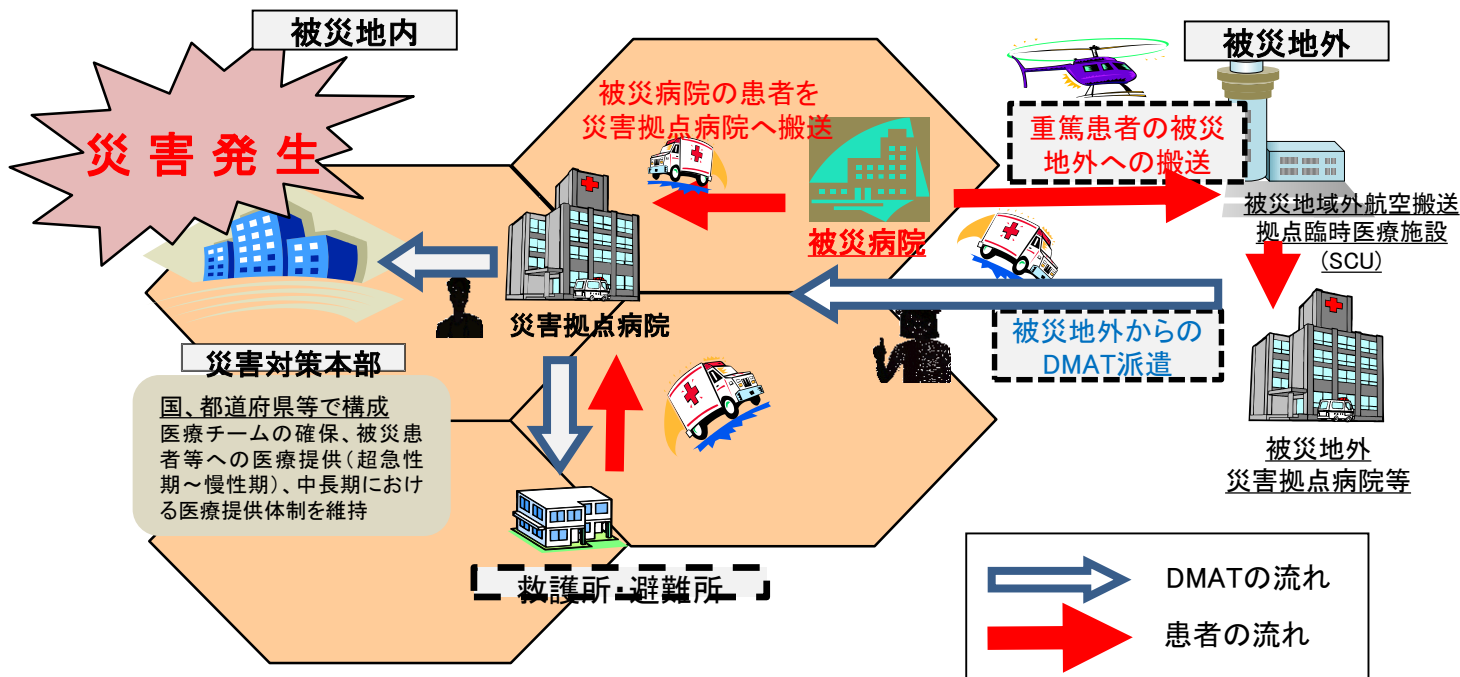
- ・ドクターヘリの広域連携の推進
- ・ドクターヘリとドクターカーの連携

等

3. 災害時における医療

災害派遣医療チーム(DMAT)

- DMATとは、大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。
- 災害時の対応を想定し、平成17年3月から養成を開始（国立病院機構に委託）。新型コロナ対応を踏まえ、令和4年2月に日本DMAT活動要領を改正し、新興感染症等のまん延時における対応も活動内容に追加。
- DMAT1隊は医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本として構成。
- DMATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
- 15,862名が研修修了済（令和4年4月時点）。2,040チームがDMAT指定医療機関に登録済（令和4年4月時点）。



都道府県別のDMA T養成隊員数

日本DMA T隊員養成研修受講者数（都道府県別）

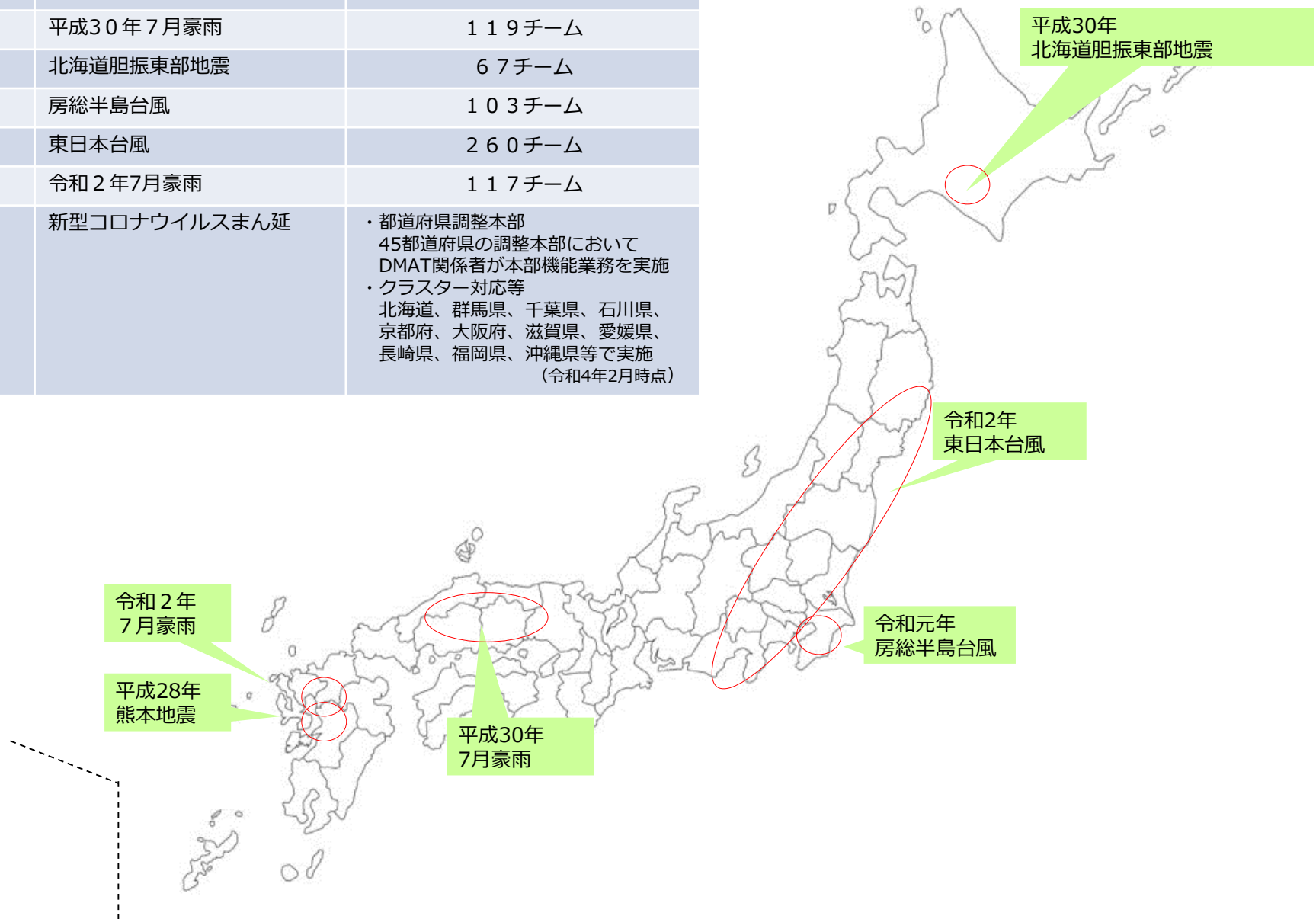
令和4年4月1日時点

都道府県	DMA T 指定医療 機関	チーム数	隊員数	医師	看護師	業務 調整員
北海道	34	58	512	169	209	134
青森県	10	24	220	69	89	62
岩手県	11	43	311	90	132	89
宮城県	16	33	346	99	140	107
秋田県	15	30	226	57	95	74
山形県	8	28	222	68	92	62
福島県	13	35	272	74	116	82
茨城県	22	29	313	95	134	84
栃木県	14	34	266	68	117	81
群馬県	17	32	389	111	161	117
埼玉県	22	31	351	99	152	100
千葉県	26	44	407	117	170	120
東京都	82	130	1,321	382	576	363
神奈川県	33	49	521	172	216	133
新潟県	15	25	276	75	127	74
富山県	8	26	187	50	76	61
石川県	12	34	269	72	112	85
福井県	11	25	216	63	91	62
山梨県	13	37	275	76	116	83
長野県	14	61	402	111	166	125
岐阜県	13	29	264	75	104	85
静岡県	24	41	397	111	161	125
愛知県	35	84	617	190	250	177
三重県	17	31	306	98	127	81

都道府県	DMA T 指定医療 機関	チーム数	隊員数	医師	看護師	業務 調整員
滋賀県	10	37	317	102	124	91
京都府	14	28	350	102	143	105
大阪府	19	77	667	216	267	184
兵庫県	19	34	579	180	214	185
奈良県	11	28	195	51	74	70
和歌山県	11	26	256	78	105	73
鳥取県	4	15	156	32	65	59
島根県	11	21	208	58	84	66
岡山県	11	22	286	96	102	88
広島県	19	31	325	95	121	109
山口県	18	32	284	84	122	78
徳島県	17	32	261	70	112	79
香川県	11	34	307	80	131	96
愛媛県	8	26	201	58	83	60
高知県	20	46	341	83	147	111
福岡県	27	58	480	145	208	127
佐賀県	8	21	192	48	85	59
長崎県	17	31	268	77	117	74
熊本県	17	43	253	71	108	74
大分県	22	29	267	85	108	74
宮崎県	14	31	239	67	105	67
鹿児島県	19	33	240	63	109	68
沖縄県	16	26	259	84	108	67
その他			45	6	19	20
計	828	1,754	15,862	4,622	6,590	4,650

DMA Tの近年の主な活動実績

日時	名称	活動チーム数
平成 28年	熊本地震	466チーム
平成 30年	平成30年7月豪雨	119チーム
平成 30年	北海道胆振東部地震	67チーム
令和 元年	房総半島台風	103チーム
令和 元年	東日本台風	260チーム
令和 2年	令和2年7月豪雨	117チーム
令和 2年～	新型コロナウイルスまん延	・都道府県調整本部 45都道府県の調整本部において DMAT関係者が本部機能業務を実施 ・クラスター対応等 北海道、群馬県、千葉県、石川県、 京都府、大阪府、滋賀県、愛媛県、 長崎県、福岡県、沖縄県等で実施 (令和4年2月時点)



日本DMAT活動要領の改正

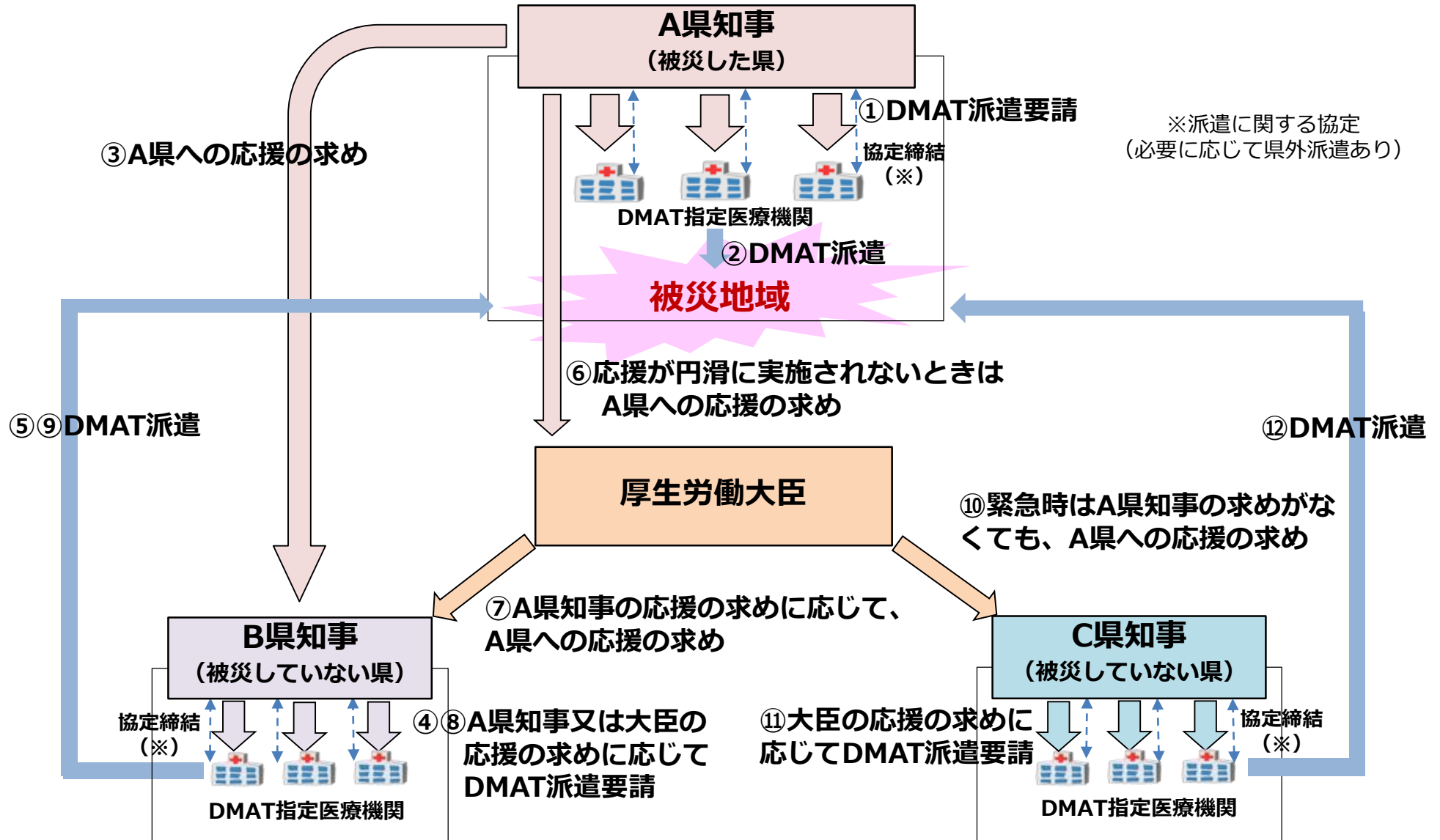
改正の経緯

- かつてDMATは、東日本大震災や熊本地震などの地震災害を主な活動の場としてきたが、近年は、頻繁に発生した豪雨災害の支援など、徐々に活動の場を広げてきた。一方で、地震災害時と豪雨災害の活動は、都道府県の被害の性質や組織の立ち上げ方などにも違いがあり、被災地で求められる活動が必ずしも活動要領の記載にそぐわない場面も見られた。DMATが現場でより効果的に活動するため、令和元年度に活動要領の改正を行う予定であったが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響等を受けて延期となっていた。
- 他方、この間、DMATは、新型コロナウイルス発生からまん延時において、ダイヤモンドプリンセス号や都道府県調整本部に入り、災害医療マネジメントの知見を活用して、感染症患者の入院・搬送調整に係る支援を行うとともに、感染症の専門家と協力して感染制御と業務継続の両面の支援が可能な支援チームを形成し、介護施設等においてクラスター対応を行った。

主要な改正事項

- 災害発生時においてDMATがより効果的に活動するための視点に加え、新興感染症まん延時におけるDMATの活動を明確化する観点から、以下の点に関して、令和4年2月に日本DMAT活動要領を改正した。
 - ①保健医療調整本部と都道府県DMAT調整本部の関係の明確化
 - ②搬送調整業務における災害医療コーディネーターとDMATの役割の明確化
 - ③災害発生時のDMAT自動待機及び解除基準の見直し
 - ④都道府県DMAT調整本部立ち上げの目安の明確化
 - ⑤新興感染症に係るDMATの活動の位置付け

DMA Tの派遣協定の全体像（イメージ）



都道府県とDMAT指定医療機関との協定書（例）

沖縄DMATの派遣に関する協定

沖縄県知事（以下「甲」という。）と沖縄県立北部病院長（以下「乙」という。）は、別に定める沖縄DMAT運営要綱（以下、「要綱」という。）に基づき、大規模な災害・事故等の発生時における沖縄県災害派遣医療チーム（以下「沖縄DMAT」という。）の派遣に関し、次のとおり協定を締結する。

（目的）

第1条 この協定は、災害等の急性期において、日本DMAT隊員養成研修等の専門的な訓練を受けた医師、看護師及び業務調整員等で編成する沖縄DMATが、災害等の現場に出動し、迅速な救命処置等を行うことにより、傷病者の救命率の向上及び後遺症の軽減を図ることを目的とする。

（派遣等）

第2条 甲は、要綱第7条第1項の規定により沖縄DMATの派遣が必要と認めるときは、乙に対してその派遣を要請するものとする。

2 乙は、前項の規定により甲から要請を受けた場合には、直ちに沖縄DMATを甲が指定する災害現場等に派遣するものとする。

3 乙は、前2項の規定にかかわらず、要綱第8条第2項の規定により、沖縄DMATを派遣することができるものとする。この場合、乙は、可能な限り速やかに甲に報告を行い、当該派遣に対する甲の承認を得なければならない。

4 前項の規定により甲が承認した沖縄DMATの派遣は甲の要請に基づく派遣とみなす。

（沖縄DMATの業務）

第3条 乙が派遣する沖縄DMATは、災害等の現場において消防機関等と連携して、原則として次に掲げる業務を行うとともに、必要に応じ、医学的観点からの助言を行うものとする。

- (1) 災害現場での医療情報の収集と伝達
- (2) 災害現場でのトリアージ、救命処置、搬送支援
- (3) 被災地内の病院における診療支援
- (4) 医療搬送拠点におけるトリアージ、救命処置、搬送支援
- (5) その他災害現場における救命活動に必要な措置

（派遣先）

第4条 乙が派遣する沖縄DMATは、原則として、県内において前条の業務を行う。

2 甲が必要と認めた場合には、県外において前条の業務を行うことができる。

（指揮命令等）

第5条 乙が派遣する沖縄DMATに対する指揮命令及び業務の連絡調整は、甲が指定する者が行うものとする。

（身分）

第6条 乙が派遣する沖縄DMATの隊員（以下「隊員」という。）は、派遣元である乙の職員として業務に従事する。

（現地までの移動手段）

第7条 乙が派遣する沖縄DMATの災害等の現場までの移動手段は、原則として乙が確保するものとする。

（費用負担）

第8条 第2条の規定により乙が派遣した沖縄DMATが第3条の業務を実施するために要した次の費用は、甲が負担するものとする。

- (1) 派遣に要する経費
- (2) 携行した医薬品等を使用した場合の実費
（傷害保険の加入）

第9条 甲は、乙が派遣した沖縄DMATが第3条に規定する業務に従事したことに伴う事故等に対応するため、甲の負担により、派遣される沖縄DMAT隊員を傷害保険に加入させるものとする。

（定めのない事項）

第10条 この協定に定めのない事項及びこの協定に関し疑義が生じたときは、甲、乙協議して定めるものとする。

（有効期間）

第11条 この協定の有効期間は、協定締結の日から翌年3月31日までの期間とする。ただし、この協定の有効期間満了の日から1月前までに、甲乙いずれからも何らの意思表示がない場合は、有効期間満了の日から起算して1年間延長されるものとし、延長期間が満了したときも同様とする。

この協定の締結を証するため、本書2通を作成し、甲、乙記名押印の上、それぞれ1通を保管する。

平成26年3月27日

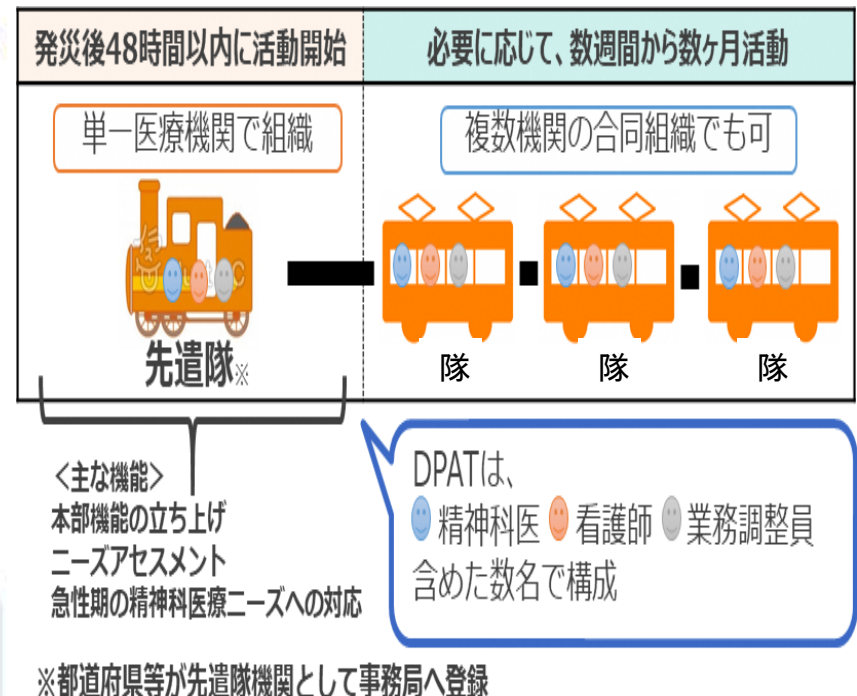
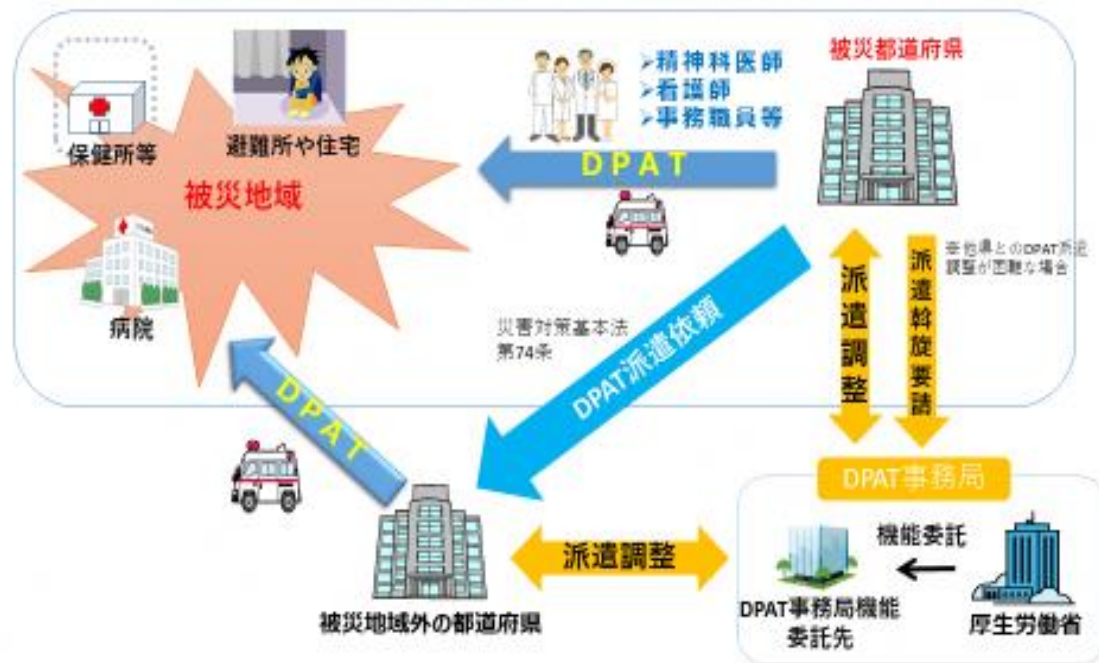
甲 沖縄県那覇市泉崎1丁目 2番2号
沖縄県知事 仲井眞 弘多

乙 沖縄県名護市大中2丁目12番3号
沖縄県立北部病院
院長 上原 哲夫

災害派遣精神医療チーム（DPAT）

- DPATとは、大地震等の災害時に、地域において必要な精神保健医療ニーズに対応することを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた精神医療チーム。
- 災害時の対応を想定し、平成25年4月から養成を開始。
- DPAT 1 隊は、精神科医師、看護師、業務調整員を含めた数名で構成。
- DPATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
- DPATのうち、特に、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置付けている。
- DPAT先遣隊は、810名が研修終了済（令和4年4月時点）。約255隊が指定機関に登録済（令和4年4月時点）

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の際、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム



都道府県別のDPAT先遣隊養成隊員数

DPAT先遣隊員養成研修受講者数（都道府県別）

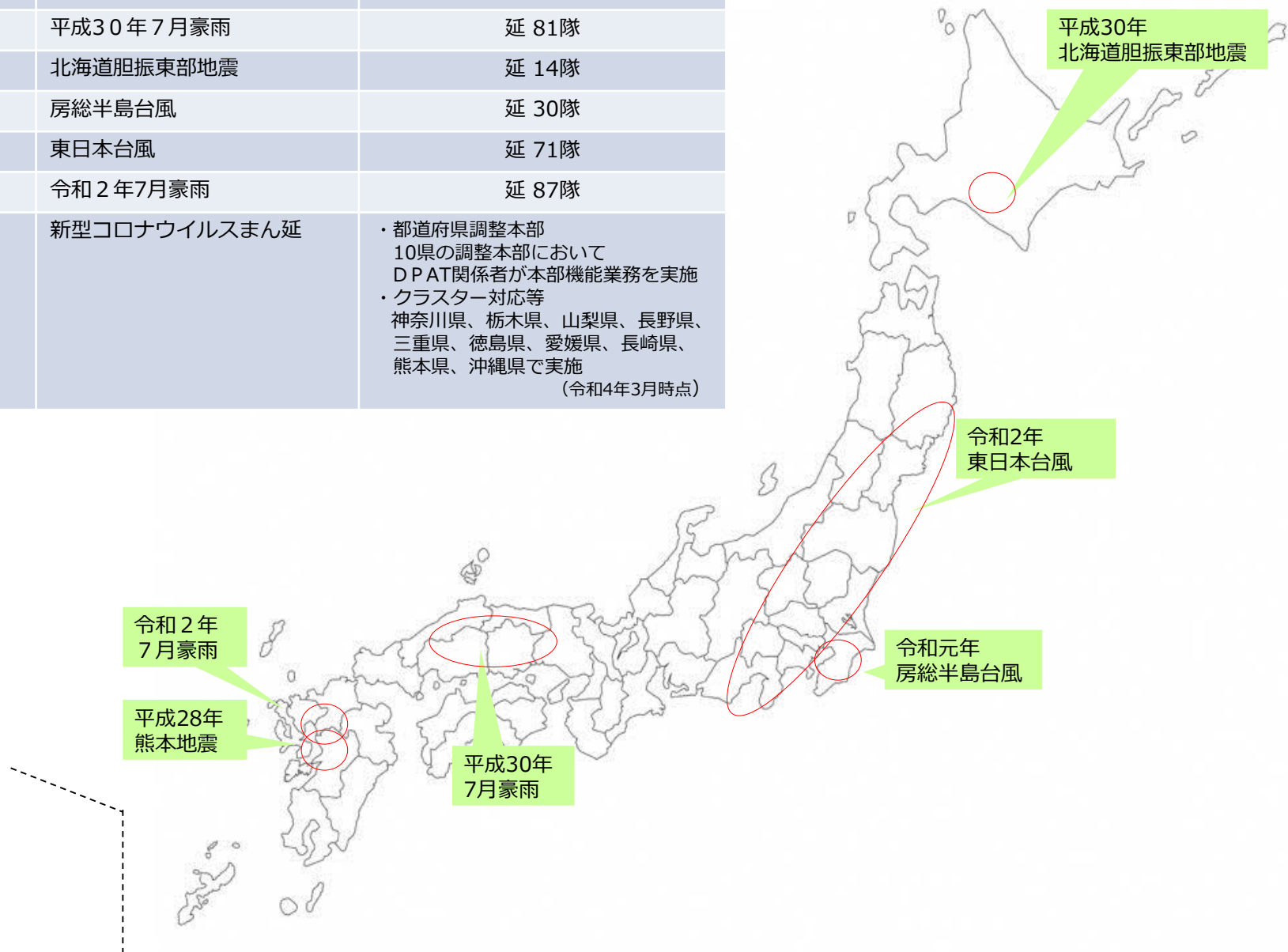
令和4年4月1日時点

都道府県名	DPAT先遣隊 指定機関	隊数	隊員数			
				医師	看護師	業務調整員
北海道	3	5	16	5	6	5
青森県	3	10	30	5	16	9
岩手県	1	2	6	2	1	3
宮城県	1	3	9	3	4	2
秋田県	1	2	6	2	2	2
山形県	1	3	9	2	4	3
福島県	1	4	13	5	4	4
茨城県	2	8	23	8	9	6
栃木県	2	8	25	8	9	8
群馬県	2	6	19	4	10	5
埼玉県	1	5	16	5	6	5
千葉県	2	7	22	9	8	5
東京都	0	0	0	0	0	0
神奈川県	3	14	42	11	16	15
新潟県	2	8	24	6	10	8
富山県	1	2	5	2	2	1
石川県	2	3	9	3	3	3
福井県	5	6	19	6	8	5
山梨県	1	2	7	2	2	3
長野県	1	4	12	4	4	4
岐阜県	0	0	0	0	0	0
静岡県	3	7	21	7	7	7
愛知県	3	7	20	7	9	4
三重県	2	8	24	7	9	8

都道府県名	DPAT先遣隊 指定機関	隊数	隊員数			
				医師	看護師	業務調整員
滋賀県	1	1	3	1	1	1
京都府	1	4	12	4	4	4
大阪府	3	10	30	9	12	9
兵庫県	3	6	17	5	5	7
奈良県	0	0	0	0	0	0
和歌山県	1	5	15	5	5	5
鳥取県	2	5	15	3	7	5
島根県	3	6	18	5	8	5
岡山県	1	3	9	2	3	4
広島県	2	8	25	7	10	8
山口県	1	4	13	3	6	4
徳島県	1	3	8	2	4	2
香川県	2	5	15	4	5	6
愛媛県	2	6	18	6	6	6
高知県	1	1	3	1	1	1
福岡県	9	16	48	15	21	12
佐賀県	3	6	18	6	7	5
長崎県	1	2	5	1	2	2
熊本県	6	13	40	10	13	17
大分県	2	3	8	2	4	2
宮崎県	3	10	29	9	12	8
鹿児島県	2	5	16	6	5	5
沖縄県	3	8	24	7	11	6
その他			44	15	12	17
計	96	255	810	241	313	256

D P A Tの近年の主な活動実績

日時	名称	活動隊数
平成 28年	熊本地震	延 1242隊
平成 30年	平成30年7月豪雨	延 81隊
平成 30年	北海道胆振東部地震	延 14隊
令和 元年	房総半島台風	延 30隊
令和 元年	東日本台風	延 71隊
令和 2年	令和2年7月豪雨	延 87隊
令和 2年～	新型コロナウイルスまん延	・都道府県調整本部 10県の調整本部において D P A T関係者が本部機能業務を実施 ・クラスター対応等 神奈川県、栃木県、山梨県、長野県、 三重県、徳島県、愛媛県、長崎県、 熊本県、沖縄県で実施 (令和4年3月時点)



DPATの新型コロナウイルス感染症に対する活動の現状

- DPATは、地震や豪雨などの自然災害を主な活動の場としてきたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、DMATと同様、都道府県調整本部において入院搬送調整の支援や、感染症の専門家と協力して、クラスターが発生した医療機関等における感染制御と業務継続の両面の支援を行ってきた。
- 新型コロナウイルス対策におけるDPATの活動を踏まえ、今後も、災害時のみならず、新興感染症のまん延時にも精神科医療機関等においてDPATの特長等をより有効的に活用していくことが求められる。
- 他方、DMATと比較して、新興感染症まん延時におけるDPATの活動が、活動要領の基本方針等に明確化されておらず、現場の隊員は、新興感染症に対する十分な研修などが受けられない中で、個々の尽力により活動を維持している状態である。

(参 考)

令和3年度厚生労働科学研究費 災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
分担研究「新型コロナウイルス感染症のクラスター対応に関するDPAT活動の調査」

【調査方法】

令和4年1月31日～2月14日に都道府県のDPAT事業担当課へのアンケート、さらにDPATによるクラスター対応実績のある都道府県のDPAT事業担当職員とDPAT隊員に対してインタビューを実施。

(令和3年4月1日付け医政発0401第8号・健発0401第11号・薬生発0401第18号発出後の令和3年4月～令和4年2月中旬頃までの状況を調査)

【調査結果概要】

- 回答した36都道府県のうち、実際に活動したのは7都道府県(延べ11活動)
- DPAT調整本部の立上げ回数は11活動中7活動、期間は最短2～3週間、最長2か月以上
- 派遣を依頼した機関数は延べ68機関、隊員数は延べ1,183名
- DPATの活動は、災害時とほぼ同じ活動で以下の通り
 - ・DPAT調整本部における活動
 - クラスター発生の病院・施設等に関する情報収集
 - DPAT派遣調整
 - 厚生労働省及びDPAT事務局との連絡調整
 - 感染管理体制の確立支援といった組織体制の確立 等
 - ・クラスターの発生した病院・施設等内本部支援、感染管理体制の確立支援 等
 - ・ICD・ICNの感染制御の専門家派遣調整
- 精神科病院での対応は、DPAT隊員が平時より精神疾患を抱える患者への対応や閉鎖的な病棟での対応を熟知していることから、DPAT以外の災害医療チームでは難易度が高かった。
- 必ずしもICD(感染管理医師)、ICN(感染管理看護師)がいない中で活動した事例もあった。
- 活動前にPCRや補償の説明があったのが2都道府県であり、事前の説明のない都道府県もあった。また、補償等が何もない所属医療機関も散見された。

新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について《抜粋》

2022年6月15日

新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議

3. 政府の取組から見える課題

(1) 感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた課題と取り組むべき方向性

① 医療提供体制の強化に関する事項

災害派遣医療チームは、新型コロナウイルス感染症対応でも、クラスターの発生した医療機関への支援や、入院調整等で活躍したが、そうした役割の法令上の位置付けがなく、事前の訓練もされていなかったため、都道府県が設置する入院調整本部において既存の都道府県DMAT調整本部の機能が十分に活用されないなど、非効率な対応がなされるケースがあった。

新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性《抜粋》

令和4年6月17日

新型コロナウイルス感染症対策本部決定

Ⅱ 感染初期から速やかに立ち上がり機能する保健医療体制の構築等

1. 医療提供体制の強化

(3) 広域での医療人材の派遣などの調整権限創設等

国による広域での医師・看護師などの派遣や、患者の搬送など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)

▷ DMAT等の派遣や活動をより円滑に行えるようにする

保健医療活動チームの連携

大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について
(令和4年7月22日付 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、社会・援護局長、老健局長 通知) 《抜粋》

1. 保健医療福祉調整本部の設置等について

(2) 組織

②連絡窓口の設置

保健医療福祉調整本部は、保健所・DHEAT、保健医療活動チーム(災害派遣医療チーム(DMAT)、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本医療支援班(AMAT)、日本災害歯科支援チーム(JDAT)、薬剤師チーム、看護師チーム(被災都道府県以外の都道府県、市町村、日本看護協会等の関係団体や医療機関から派遣された看護職員を含む)、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム(JDA-DAT)、災害派遣精神医療チーム(DPAT)、日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)、その他の災害対策に係る保健医療活動を行うチーム(被災都道府県以外の都道府県から派遣されたチームを含む。))をいう。以下同じ。)、その他の保健医療福祉活動に係る関係機関(以下「関係機関」という。))及び災害福祉支援ネットワーク本部(平成30年社会・援護局長通知に基づき都道府県が設置する、DWATの派遣調整等を行う本部)との連絡及び情報連携を行うための窓口を設置すること。

この場合において、保健医療福祉調整本部は、関係機関との連絡及び情報連携を円滑に行うために必要があると認めるときは、当該関係機関に対し、当該関係機関の担当者を当該窓口配置するよう求めることが望ましいこと。

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和2年4月13日付 医政局地域医療計画課長通知) 《抜粋》

災害時における医療体制の構築に係る指針

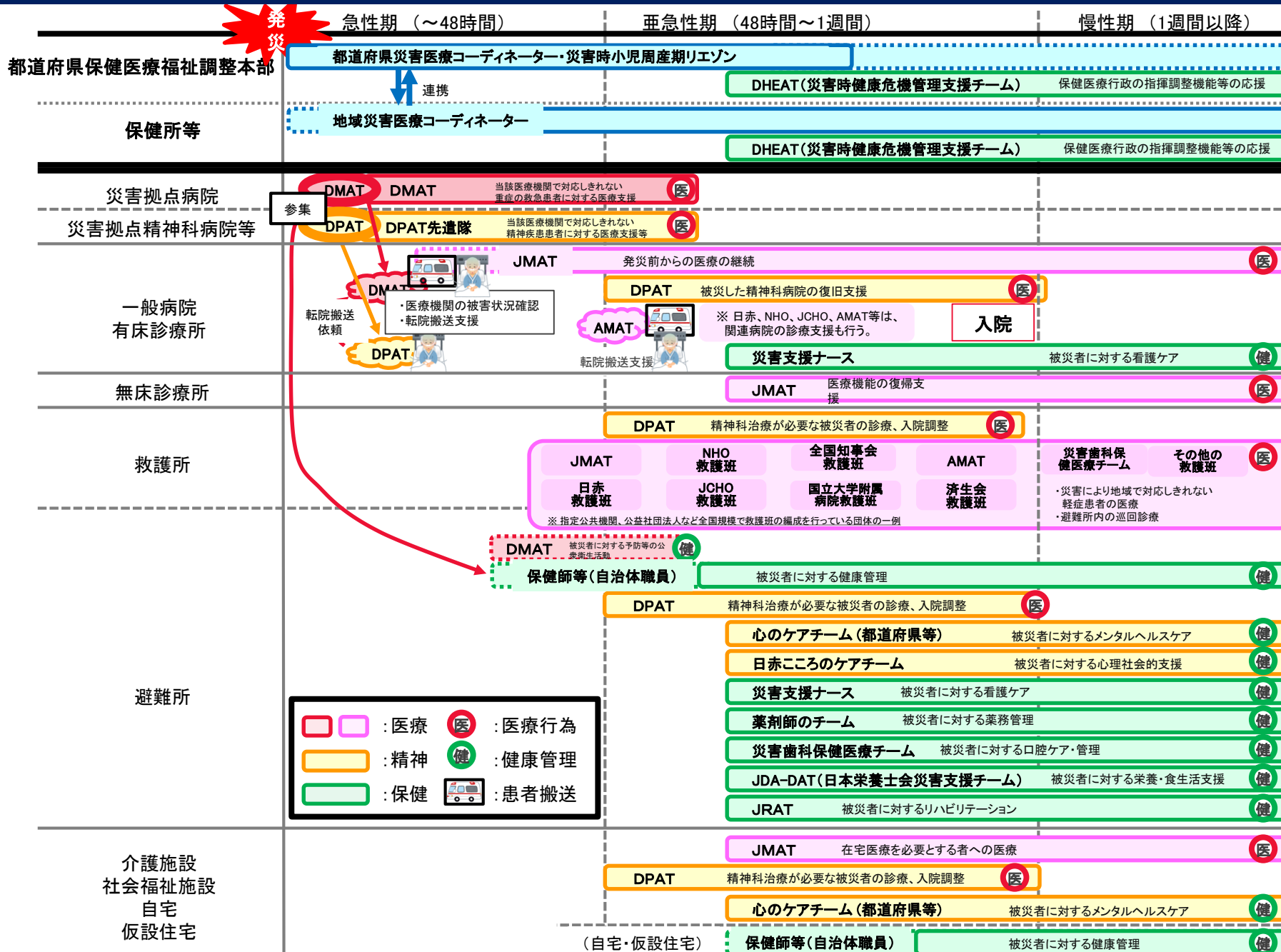
第1 災害医療の現状

2 災害医療の提供

(4) 医療チーム(救護班)

災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、日本医師会災害医療チーム(JMAT: Japan Medical Association Team)、日本赤十字社や各種医療団体等を中心とした医療チームが、DMAT、DPATとも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。特にJMATは、平成23年の東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。(以下略)

災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例



被災地の既存の医療・保健資源へ順次移行

災害拠点病院の指定状況

- 平成8年5月10日付け厚生省健康政策局長通知に基づき、災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院の整備を開始した。
- 災害拠点病院には基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院がある。
 ※基幹災害拠点病院：原則として都道府県に1箇所設置
 ※地域災害拠点病院：原則として二次医療圏に1箇所設置
- 令和4年4月1日までに765病院が指定されている。
 ※基幹災害拠点病院：64病院
 ※地域災害拠点病院：701病院

都道府県	基幹	地域
北海道	1	33
青森県	2	8
岩手県	2	9
宮城県	1	15
秋田県	1	12
山形県	1	6
福島県	1	10
茨城県	2	16
栃木県	1	12
群馬県	1	16
埼玉県	3	19
千葉県	4	22
東京都	2	81
神奈川県	－	33
新潟県	2	12
富山県	2	6

都道府県	基幹	地域
石川県	1	10
福井県	1	8
山梨県	1	9
長野県	1	12
岐阜県	2	10
静岡県	1	22
愛知県	2	34
三重県	1	16
滋賀県	1	9
京都府	1	12
大阪府	1	18
兵庫県	2	16
奈良県	1	6
和歌山県	1	9
鳥取県	1	3
島根県	1	9

都道府県	基幹	地域
岡山県	1	10
広島県	1	18
山口県	1	14
徳島県	1	10
香川県	1	9
愛媛県	1	7
高知県	1	11
福岡県	1	30
佐賀県	2	6
長崎県	2	12
熊本県	1	14
大分県	2	12
宮崎県	2	10
鹿児島県	1	13
沖縄県	1	12
合 計	64	701

災害拠点病院指定要件の改正

- これまで、大規模災害時の課題を踏まえて、必要に応じて災害拠点病院の指定要件を改正してきた。
- 熊本地震発生時には、災害拠点病院であっても業務継続計画の策定が不十分であったことから、平成29年3月の改正により、BCPの整備や当該BCPに基づく研修や訓練の実施について要件として明示した。
- 北海道胆振東部地震により、病院において長期の停電や断水被害が生じたことから、令和元年7月の改正により、3日分程度の自家発電機の燃料の備蓄や水の確保について要件として明示した。

① 運営体制

- ・ 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ・ 災害発生時に、被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること。
- ・ 災害派遣医療チーム（DMAT）を保有し、その派遣体制があること。
- ・ 救命救急センター又は第二次救急医療機関であること。
- ・ 被災後、早急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。
- ・ 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。
- ・ 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。

平成
29
年
改
正

② 施設及び設備

- ・ 病棟、診療棟等救急診療に必要な部門を設けていること。
- ・ 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
- ・ 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。
- ・ 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備を有すること。
- ・ 災害時における患者の多数発生（入院患者については2倍、外来患者については5倍を想定）時の簡易ベッドや備蓄スペースを有すること。
- ・ 被災地における自己完結型の医療に対応できる携行式の応急用医療資器材等を有していること。
- ・ 食料、飲料水、医薬品等について、3日分程度を備蓄しておくこと。また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体間の協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと。
- ・ 原則として病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。
- ・ DMATや医療チームの派遣に必要な緊急車両を原則として有すること。
- ・ 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。
- ・ 少なくとも3日以上分の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により災害時の診療に必要な水を確保することについても差し支えない。

令和
元年
改
正

災害拠点病院の整備に対する財政支援

耐震整備

- 診療に必要な施設の耐震整備



備蓄倉庫

- 食料、飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄するための倉庫の整備

非常用自家発電設備

- 災害時においても診療機能を3日程度維持するために必要な非常用自家発電設備及び燃料タンクの整備



ヘリポート

- 傷病者の搬送や医療物資の輸送を行うために必要となるヘリポートの整備

給水設備

- 災害時においても診療機能を3日程度維持するために必要な給水設備（地下水利用のための設備や受水槽）の整備

（地下水利用のための設備）



（受水槽）



研修室

- 災害医療の研修に必要な研修室の整備（基幹災害拠点病院に限る）

医療機器等

- 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための診療設備
- 患者の多数発生時用の簡易ベッド
- 被災地における自己完結型の医療救護に対応できる携行用の応急用医療資機材等

緊急車両

- 災害派遣医療チームを派遣するための緊急車両

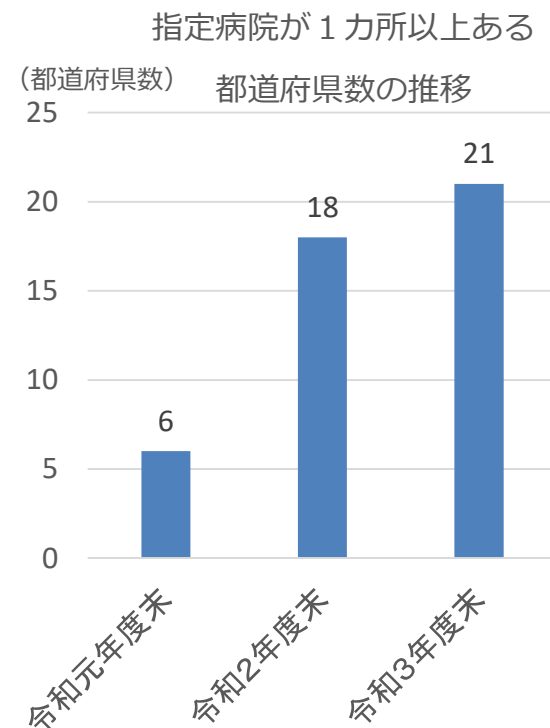
訓練用資機材

- 地域の二次救急医療機関や地域の医師会、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ために必要な訓練用資機材

災害拠点精神科病院の指定状況

- 令和元年6月20日付け厚生労働省医政局長及び社会・援護局障害保健福祉部長通知に基づき、令和元年から、災害時における精神科の医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の整備を開始した。
- 都道府県には、人口規模や地理的条件、地域の精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、必要な整備（少なくとも各都道府県内に1カ所以上）を求めている。
- 令和4年4月1日までに21都府県36病院が指定されている。

都道府県	指定数	都道府県	指定数	都道府県	指定数
北海道	0	石川県	1	岡山県	1
青森県	3	福井県	0	広島県	1
岩手県	0	山梨県	0	山口県	1
宮城県	0	長野県	0	徳島県	1
秋田県	0	岐阜県	0	香川県	2
山形県	0	静岡県	4	愛媛県	1
福島県	0	愛知県	2	高知県	0
茨城県	2	三重県	0	福岡県	2
栃木県	0	滋賀県	0	佐賀県	1
群馬県	0	京都府	0	長崎県	0
埼玉県	0	大阪府	3	熊本県	3
千葉県	0	兵庫県	0	大分県	0
東京都	2	奈良県	1	宮崎県	0
神奈川県	1	和歌山県	0	鹿児島県	0
新潟県	1	鳥取県	0	沖縄県	2
富山県	0	島根県	1	合 計	36



令和4年度以降の災害拠点精神科病院の指定の見通し

- 令和4年4月1日時点で、26道府県が、県内に1カ所も整備がされていない。
- このうち、9道府県は、令和5年度までに整備を予定している。また、10県は、整備時期は未定であるが、指定候補の病院があるため、各県において、指定に向けた具体的な調整を進めている。
- 残り7県については、関係機関等の協議が十分に出来ていないことから、整備時期及び指定候補の病院が決まっていない。

(参 考)

令和4年度災害拠点精神科病院の指定に係る各都道府県の意向調査

【調査方法】

令和4年4月6日～4月20日に都道府県のDPAT事業担当課へ災害拠点精神科病院の指定の現状及び今後の見通しについてアンケートを実施。
(47都道府県中47都道府県から回答)。その後、災害拠点精神科病院の指定の施設も時期も未定の都道府県にヒアリング調査を実施(7県)。

【調査結果概要】

○回答した47都道府県のうち、

- ・ 令和4年4月1日現在で指定医療機関は21都府県36医療機関
- ・ 令和5年度末までに指定予定(下線は令和4年) : 9道府県(北海道、群馬、埼玉、千葉、福井、京都、兵庫、和歌山、大分)
- ・ 候補病院はあるが、指定時期は未定 : 10県(秋田、山形、福島、栃木、富山、山梨、三重、高知、宮崎、鹿児島)
- ・ 候補病院、指定時期ともに未定(ヒアリング実施) : 7県(岩手、宮城、長野、岐阜、滋賀、鳥取、長崎)

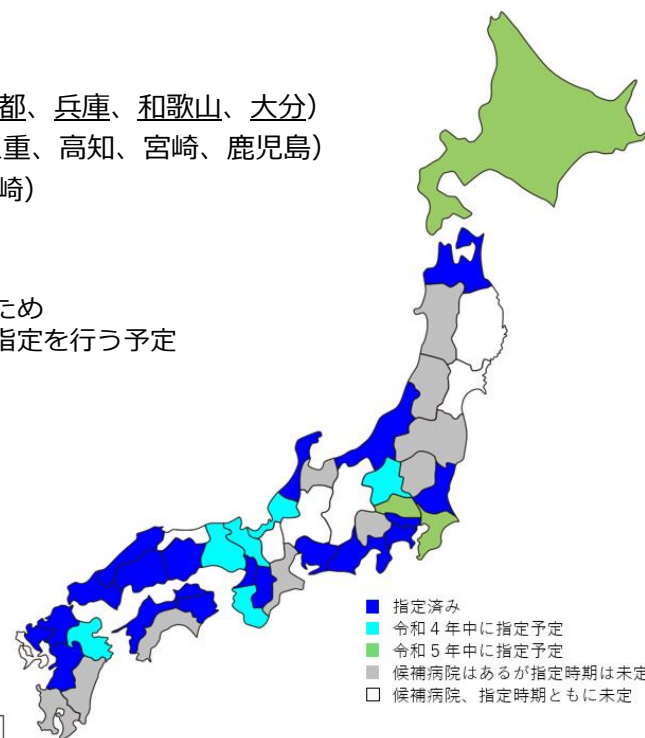
アンケートより

(指定要件を満たすための施設設備の整備が不十分)

- ・ 簡易ベット等の備蓄スペースや給水確保体制(井戸設備や給水協定)といった施設設備の未整備等のため
- ・ 候補病院が、耐震構造について充分満たしているとは言えないため、建設中の新病棟が完成してから指定を行う予定
(関係医療機関との協議が進んでいない)
- ・ コロナ禍で、関係医療機関との指定要件の協議が進んでいない

ヒアリングより：候補病院、時期共に未定7県に実施

- ✓ 施設はほぼ決定しているが設備の整備が不十分(4県から回答)
 - ✓ 施設はほぼ決定しているが病床不足とコロナで話し合いができず(1県から回答)
 - ✓ 施設はほぼ決定しているがコロナで話し合いができず(1県から回答)
 - ✓ 施設が全くの未定(1県から回答)
- 築年数の古い精神科病院は設備整備が不十分、大学病院・総合病院は病床数が不足傾向、
コロナの影響で話し合いが進んでいない



災害拠点精神科病院の指定要件

○ 令和元年6月に、災害拠点精神科病院の指定要件を定め、各都道府県の整備を進めている。

① 運営体制

- ・ 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の精神科医療の必要な患者の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ・ 災害発生時に、被災地からの精神科医療の必要な患者の受入れ拠点にもなること。
- ・ 災害派遣精神医療チーム(DPAT)(なお、DPATはDPAT先遣隊であることが望ましい。)を保有し、その派遣体制があること。
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準(厚生労働省平成8年厚生労働省告示第90号)に適合した精神科指定病院又は当該告示の基準を満たす精神科病院であること。
- ・ 被災後、早急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。
- ・ 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。
- ・ 地域の精神科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や災害精神科医療に関する研修を実施すること。また、災害時に地域の精神科医療機関への支援を行うための体制を整えていること。

② 施設及び設備

- ・ 病棟、診療棟等精神科医療に必要な部門を設けるとともに、災害時における患者の多数発生時に対応可能なスペース及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。
- ・ 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
- ・ 災害時も主な診療施設や病棟等を機能させるのに必要な電力を確保するため、自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保しておくこと。
- ・ 適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、災害時の診療に必要な水を確保すること。
- ・ 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。
- ・ 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)に参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと。
- ・ 被災地における自己完結型の医療に対応できる携行式の応急用医療資器材等を有していること。
- ・ 食料、飲料水、医薬品等について、3日分程度を備蓄しておくこと。また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体・業者との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと。
- ・ 患者搬送については、DMATの協力を得つつ実施させるため、原則として敷地内のヘリコプターの離着陸場及び患者搬送用の緊急車両については不要とする。ただし、被災した精神科病院に入院する精神疾患を有する患者等の広域搬送等のため、一時的に多くの患者を受け入れる場合を想定し、病院敷地内もしくは病院近接地に、患者の一時的避難所を運営するための施設を前もって確保しておくこと。
- ・ DPAT先遣隊等の派遣に必要な緊急車両を有することが望ましい。

災害拠点精神科病院の整備に対する財政支援

耐震整備

- 診療に必要な施設の耐震整備



災害用資機材

- DPAT先遣隊の携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品、衛星電話 等

非常用自家発電設備

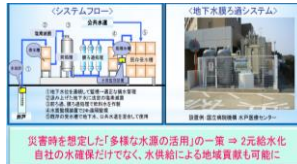
- 災害時においても診療機能を3日程度維持するために必要な非常用自家発電設備及び燃料タンクの整備



給水設備

- 災害時においても診療機能を3日程度維持するために必要な給水設備（地下水利用のための設備や受水槽）の整備

（地下水利用のための設備）



（受水槽）



近年の激甚災害の指定状況

○ 近年、我が国において、激甚災害に指定されている豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしている。

	豪雨災害	地震災害
平成29年	①梅雨前線（九州北部豪雨等）・台風第3号 ②台風第18号 ③台風第21号	—
平成30年	①梅雨前線（平成30年7月豪雨等） 台風第5号・第6号・第7号・第8号 ②台風第19号・第20号・第21号 ④台風第24号	③平成30年北海道胆振東部地震
平成31年/ 令和元年	①梅雨前線・台風第3号・第5号 ②前線による豪雨・台風第10号・第13号・ 第15号・第17号 ③台風第19号・第20号・第21号	—
令和2年	①梅雨前線（令和2年7月豪雨等）	—
令和3年	①梅雨前線 ②前線による豪雨・台風第9号・第10号	—
令和4年		①令和4年3月16日の地震（福島県）

医療施設浸水対策事業

- 近年増加している豪雨災害による被害を踏まえて、令和2年度から医療施設が行う浸水対策に対して、医療施設浸水対策事業により財政支援を行っている。

(令和3年度補正予算 2.9億円)

事業目的

- ・ 浸水想定区域や津波被害警戒区域に所在し、地域の医療提供体制の観点から浸水想定区域等から移転することができない医療機関に対し、医療用設備や電気設備の想定浸水深以上への移設や止水板や排水ポンプの設置のための財政支援を行い、医療機関における浸水被害の防止又は軽減を図る。

事業内容

(1) 止水板等の設置

建物内への浸水を有効に防止できる場所に止水板等を設置

(2) 医療用設備の移設

想定浸水深又は基準水位より高い位置に医療用設備を移設

(3) 電気設備の移設

想定浸水深又は基準水位より高い位置に電気設備を移設

(4) 排水ポンプ及び雨水貯留槽の設置

排水ポンプ及び雨水貯水槽を整備し、雨水貯留槽内に貯まった雨水等を河川や雨水管等に排水するポンプを設置

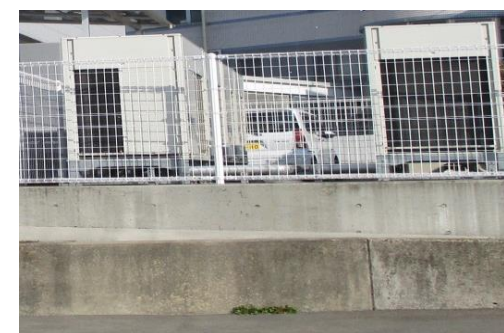
補助対象施設

- (1) 日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会等の設置する病院及び診療所
- (2) 災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救命救急センター、周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所等

(止水板の設置)



(電気設備の移設)

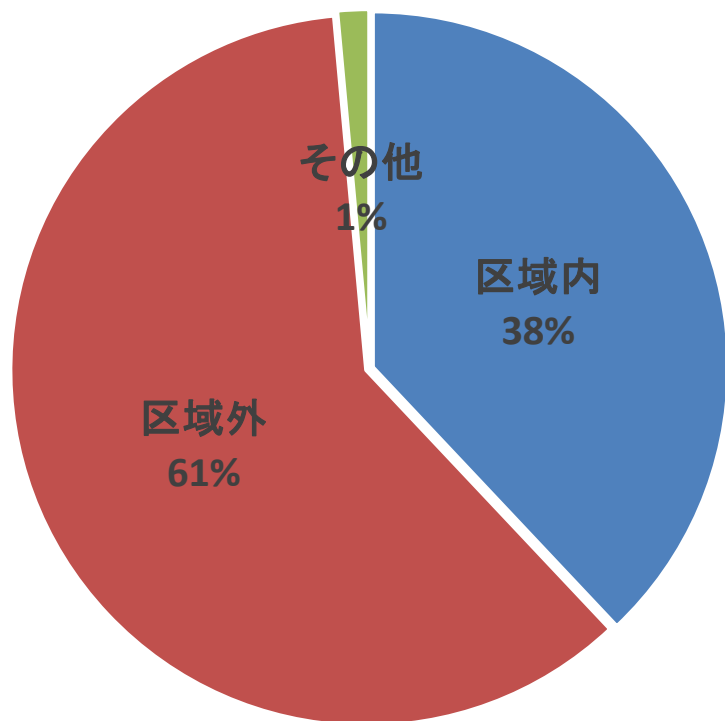


災害拠点病院における浸水対策

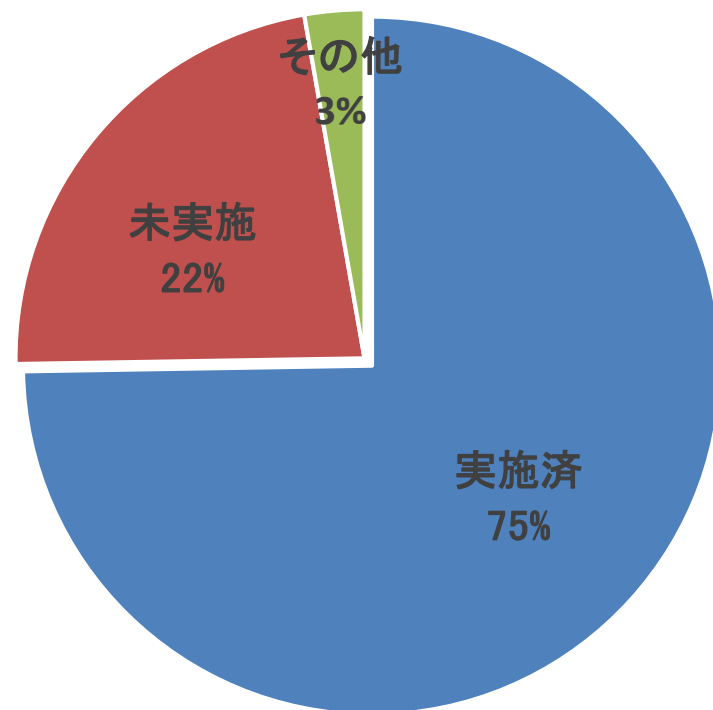
- 災害拠点病院761ヶ所のうち、洪水浸水想定区域に所在する病院は289ヶ所（38%）あり、そのうち何らかの浸水対策※が実施されている病院は216ヶ所（75%）であった。（令和3年時点）

※洪水や内水の浸水により想定される被害に対しての具体的な対策の有無

災害拠点病院のうち
浸水想定区域内に所在している病院の割合



浸水想定区域内に所在する災害拠点病院のうち
浸水対策を実施している病院の割合



災害拠点病院の指定要件及び災害時における医療体制の構築に係る指針における浸水対策

- 令和元年度の会計検査により、適切に浸水・止水対策がなされていない災害拠点病院があることが明らかとなり、令和3年6月の参議院決算委員会において「災害拠点病院の指定に当たって、浸水想定区域に所在する場合には、浸水対策として自家発電機等の設置場所のみならず、止水対策も要件に含めることを検討すべき」との措置要求決議がなされている。
- 現在、災害拠点病院は、浸水対策として「自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい」とされている。

○ 参議院決算委員会

令和元年度決算審査措置要求決議（令和3年6月7日）

4 災害拠点病院における自家発電機等の不十分な浸水対策について

厚生労働省が所管する独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人地域医療機能推進機構の3機構において、63病院が災害拠点病院として指定されている。会計検査院が検査したところ、このうち6病院について、浸水想定区域に所在しながら、自家発電機等において浸水対策を実施していなかったり、浸水を防ぐための止水板の高さが不十分であったりして、水害により商用電源が途絶した場合に自家発電機等が浸水して稼働せず、継続して医療を提供する上で必要な電気を確保できないおそれがあることが明らかとなった。

政府は、近年の風水害の頻発化、激甚化に鑑み、3機構による浸水対策の改善状況を確認するとともに、災害拠点病院の指定に当たって、浸水想定区域に所在する場合には、浸水対策として自家発電機等の設置場所のみならず、止水対策も要件に含めることを検討し、災害時の医療体制の継続に万全を期すべきである。

○ 災害拠点病院指定要件（令和元年7月17日）

（2）施設及び設備

①医療関係

ア．施設

（ウ）通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと、なお、**自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。**

○ 災害時における医療体制の構築に係る指針

浸水対策に関わる記載無し

医療コンテナの災害時等における活用①

- 医療コンテナは、2018年の「国土強靱化基本計画」において、「総合的な防災拠点施設にて医療コンテナをはじめとする診療ユニットについて平時活用を含め検討する」と記載されたほか、2022年の「経済財政運営と改革の基本方針」においても「医療コンテナの活用を通じた医療体制の強化等の地域防災力の向上や事前防災に資する取組を推進する」と記載され、災害時等の活用が期待されている。
- 厚生労働省は、令和3年度に医療コンテナ調査分析事業を行い、災害時・新型コロナ対応での活用事例を調査・分析した。
- 医療コンテナは、
 - ・ テントと比べて
 - 清潔性、堅牢性、耐候性に優れていること
 - 水や電気の供給設備の配備やCT等の大型の医療機器を搭載できること
 - ・ プレハブと比べて
 - 医療機器を搭載した状態で運搬が可能であり、災害時に被災地に運搬し医療提供が可能なこと等、災害時等の活用における利点がある。
- 過去には、
 - ・ 災害時に、被災した病院の診察室、CT等検査機能の補完や避難所の巡回診療等に活用
 - ・ 今般の新型コロナ対応では、発熱外来やPCR検査室としての活用（国内で20以上の施設が導入）
長崎港においてクルーズ船で感染した乗客の重症度判定のためにCT搭載の医療コンテナを活用という事例があった。

<発熱外来>



<CTコンテナ>



<野外手術システム(陸上自衛隊)>



<dERU(日本赤十字社)>



医療コンテナの災害時等における活用②

- 過去の大規模災害においては、日本赤十字社や陸上自衛隊等のコンテナが仮設診療所等として活用された。また、過去のサミット開催時にも要人の治療目的でコンテナが設置された。

用途	保有者	用途	運用期間
自然災害			
平成23年東日本大震災	日本赤十字社	仮設診療所（24時間診療）	発災当日から1ヶ月程度
	陸上自衛隊	仮設診療所として5カ所に設置	発災3日目から1ヶ月程度
平成28年熊本地震	日本赤十字社	仮設診療所、手術室としてテントを設置、コンテナはレントゲン室として活用し50件程度撮影	発災4日目から1ヶ月程度
	Sansei（MC-Cube）	熊本市民病院において外来診療継続のためCTコンテナを活用	発災1ヶ月後から2ヶ月程度
平成30年西日本豪雨	PWJ（ピースウィンズジャパン）	仮設診療所（3台設置）約450名を診療。医療従事者の宿泊・休憩スペースとして活用	発災10日目から2週間程度
イベント			
G20大阪サミット	日本赤十字社 （島根医大とユニット）	要人の不測の事態に対応（ダメージコントロール）	
伊勢志摩サミット	陸上自衛隊 （日本医大とユニット）	要人の不測の事態に対応（ダメージコントロール）	

○災害時に活動する保健医療チーム

- ・災害時等における災害派遣医療チーム（DMAT）等の法令上の位置付けの必要性も含めた派遣や活動の円滑化
- ・災害派遣精神科医療チーム（DPAT）の新興感染症対応の位置付け
- ・各種保健医療活動チームの連携強化や災害時等に特に必要となる看護師の派遣の仕組み

○災害時に拠点となる病院

- ・災害拠点精神科病院の整備の推進

○止水対策を含めた浸水対策

- ・災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減する体制の構築

○医療コンテナ

- ・災害時等における医療コンテナの活用が普及するための方策

等

4. へき地の医療

へき地保健医療対策におけるへき地の定義

へき地とは、「無医地区※¹」、「準無医地区※²（無医地区に準じる地区）」などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

- ※ 1) 無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区（無医地区等調査より）
- ※ 2) 準無医地区とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、**厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区**（無医地区等調査より）
- ※ 3) 「無医地区」及び「準無医地区」を有する都道府県は千葉県、東京都、神奈川県、大阪府を除く43道府県

へき地医療の沿革について

- 無医地区等住民の医療確保のため昭和31年度より11次にわたる年次計画を策定し、地域の実情により各種施策を実施。
- 平成26年度へき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」の実施期間を平成29年度まで延長し、平成30年度からは、「第7次医療計画」に一体化した。
- 「へき地の医療体制構築に係る指針」において、へき地の医療体制を構築する各機能における目標等が示されている。

【計画年度】

(へき地保健医療計画)

- ・ 第1次計画 (昭和31年度～昭和37年度)
- ・ 第2次計画 (昭和38年度～昭和42年度)
- ・ 第3次計画 (昭和43年度～昭和49年度)
- ・ 第4次計画 (昭和50年度～昭和54年度)
- ・ 第5次計画 (昭和55年度～昭和60年度)
- ・ 第6次計画 (昭和61年度～平成2年度)
- ・ 第7次計画 (平成3年度～平成7年度)
- ・ 第8次計画 (平成8年度～平成12年度)
- ・ 第9次計画 (平成13年度～平成17年度)
- ・ 第10次計画 (平成18年度～平成22年度)
- ・ 第11次計画 (平成23年度～平成29年度)

※第10次計画より都道府県ごとに
へき地保健医療計画を作成。

(医療計画)

- ・ 第7次計画 (平成30年度～令和5年度)

【主な内容】※新規事項を記載

へき地診療所の整備

患者輸送車、巡回診療車等の整備

へき地担当病院医師派遣事業 (S60年度終了)、へき地勤務医師等確保修学資金 (H2年度終了)

へき地保健指導所の整備・運営、へき地中核病院 (H15～へき地医療拠点病院) の整備・運営

医療情報システムの導入 (へき地診療所診療支援システム)

へき地診療所の設備整備、研修機能の強化 (へき地診療所の医師等の医療技術の向上)

へき地勤務医師等確保事業 (ローテイト計画)、へき地医療担当指導医の養成・育成
へき地医療支援病院 (H15～へき地医療拠点病院) の運営、へき地診療所の運営 (訪問看護への加算措置)

へき地医療支援機構の設置 (※)、へき地医療拠点病院群の整備・運営

(※)「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日付け医政発第529号厚生労働省医政局長通知)

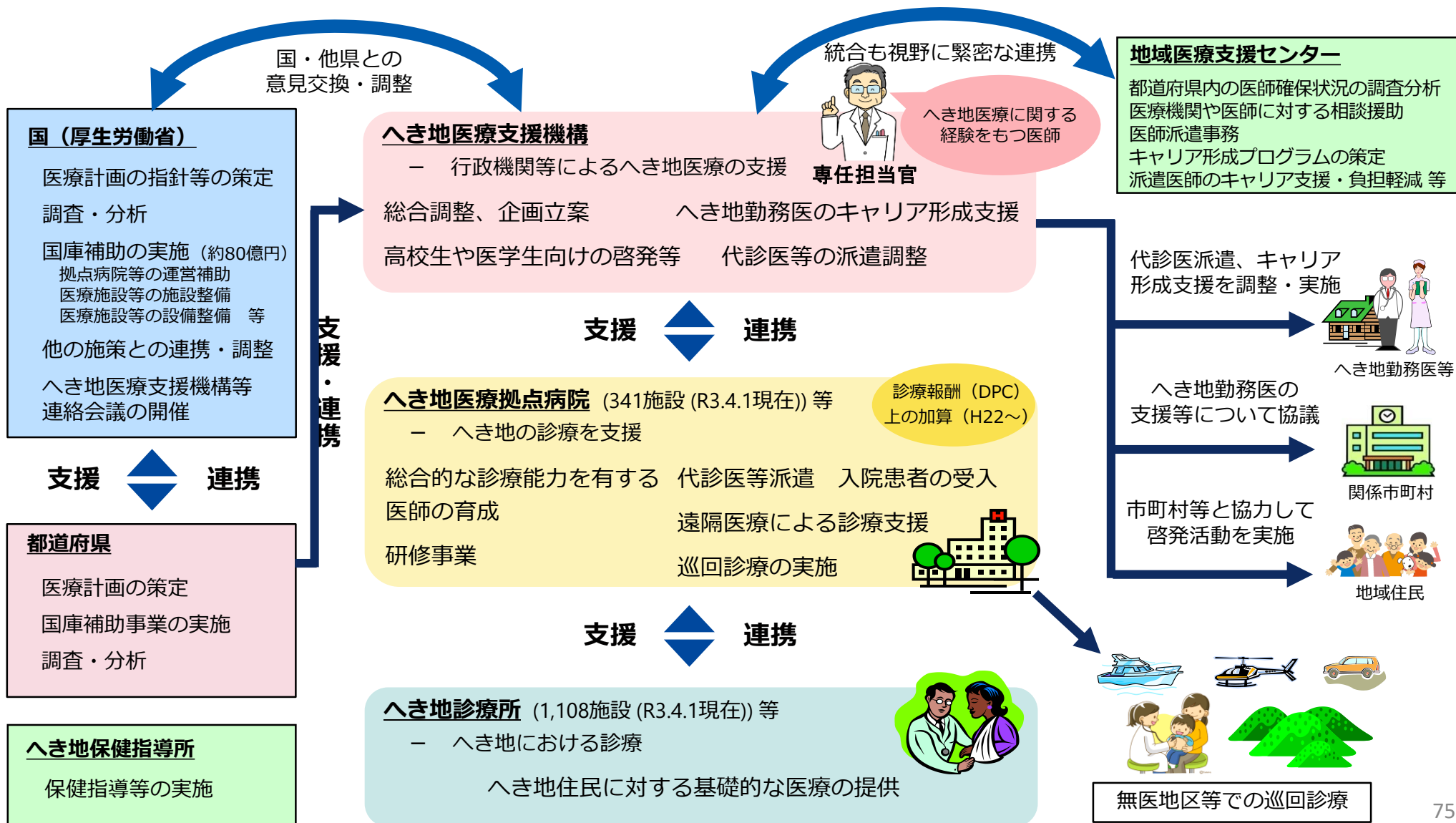
へき地医療支援機構の機能強化 (非常勤医師配置)、へき地医療情報システムにおける相談体制の整備

へき地医療支援機構の機能強化 (キャリアパス育成機能、ドクタープール機能)、
「全国へき地医療支援機構等連絡会議」の設置

医療計画と一体化、へき地医療拠点病院の活動目標を提示 (へき地における巡回診療、へき地への医師派遣、代診医派遣の実績が年間12回 (月1回) 以上)

へき地における医療の体系図

- へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療拠点病院の概要

- へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和3年4月26日医政発0426第26号医政局長通知）に定められている。

目的

へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

指定要件

都道府県知事は、次に掲げる事業（**ア、イ又は力のいずれかの事業は必須**）を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア** 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- イ** へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
- ウ** 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
- エ** 派遣医師等の確保に関すること。
- オ** へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
- カ** 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
- キ** 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
- ク** その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

へき地医療拠点病院における医療活動の実施状況

（期間：令和2年4月1日～令和3年3月31日） ※対象病院336施設

主要3事業					
無医地区等への巡回診療		へき地診療所等への医師派遣		へき地診療所等への代診医等派遣	
延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数	延べ実施回数	平均実施回数
3,806回	11回	13,478回	40回	3,968回	12回

へき地診療所の概要

- へき地診療所の目的、設置基準等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和3年4月26日医政発0426第26号医政局長通知）に定められている。

目的

無医地区及び無医地区に準じる地区（以下「無医地区等」という。）又は無歯科医地区及び無歯科医地区に準じる地区（以下「無歯科医地区等」という。）において診療所を整備、運営することにより、地域住民の医療を確保する。

設置基準

都道府県知事は、次の設置基準に基づき、必要と判断した地区にへき地診療所を設置する。

- ア へき地診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、診療所の設置予定地から最寄医療機関まで通常の交通機関を利用して（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で）30分以上要するものであること。
- イ 次に掲げる地域で、かつ、医療機関のない離島（以下「無医島」という。）のうち、人口が原則として300人以上、1,000人未満の離島に設置するものであること。
 - （ア）離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された「離島の地域」
 - （イ）奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する「奄美群島（鹿児島県奄美市及び大島郡の区域）」
 - （ウ）小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する「小笠原諸島」
 - （エ）沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第3号に規定する「離島」
- ウ 上記のほか、これらに準じてへき地診療所の設置が必要と都道府県知事が判断した地区に設置する。

無医地区等の実態（無医地区等調査）

- 都道府県を対象に、令和元年度における無医地区等の実態及び医療確保状況の実態を調査した。

調査の概要

調査目的：全国が無医地区等の実態及び医療確保状況の実態を調査し、へき地保健医療体制の確立を図るための基礎資料を得ること

調査対象：無医地区及び無医地区に準じる地区（準無医地区）を有する市町村

調査事項：無医地区等の状況、最寄医療機関までの交通事情及び無医地区等の内情等
（例） 総世帯数、人口、巡回診療・健康診断等の実績

調査時期：3年周期（直近は令和元年10月末日現在）

※これまで概ね5年周期で実施していたが、次回以降は医療計画に合わせ3年周期で実施予定。

無医地区・準無医地区の推移

- 全国の**無医地区数**は、へき地診療所の開設、人口減少（※）等の様々な要因により**減少傾向**にある。
- 全国の**無医地区人口**は、全体としては**減少傾向**にある。
- 全国の**準無医地区数**は、無医地区に該当しなくなった地区が準無医地区に指定される事例（※）が多いため、**増加傾向**にある。

※ 無医地区は人口50人以上の指定要件があるため、人口減少などにより50人を下回った場合は無医地区ではなくなる。
ただし、無医地区と同等の支援が必要であると都道府県知事が判断した場合は厚生労働大臣の協議の上、準無医地区として指定することができ、無医地区と同等の支援が受けられる。

調査年月日	無医地区		準無医地区		合計	
	地区数（地区）	人口（人）	地区数（地区）	人口（人）	地区数（地区）	人口（人）
S41.4.1	2,920	1,191,312	-	-	2,920	1,191,312
S46.1.30	2,473	884,844	-	-	2,473	884,844
S48.5.10	2,088	767,340	-	-	2,088	767,340
S53.10.9	1,750	504,819	-	-	1,750	504,819
S59.11.30	1,276	319,796	-	-	1,276	319,796
H1.7.30	1,088	285,034	-	-	1,088	285,034
H6.9.30	997	236,193	310	113,072	1,307	349,265
H11.6.30	914	203,522	302	76,701	1,216	281,237
H16.12.31	787	164,680	367	105,495	1,154	270,175
H21.10.31	705	136,272	371	83,189	1,076	219,461
H26.10.31	637	124,122※	420	85,301	1,057	209,423
R1.10.31	590	126,851	494	110,038	1,084	236,889

※一部自治体において無医地区の人口の記載方法に一部誤りがあり過小に報告されていた。

へき地医療対策の実態（へき地医療現況調査）

- 都道府県を対象に、令和2年度におけるへき地医療対策の実態を調査した。

調査の概要

調査目的：へき地における保健医療の現状を把握し、へき地保健医療の向上のための基礎資料を得ること

調査対象：都道府県（都道府県へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院及びへき地診療所等）

調査事項（例）：

へき地医療支援機構：へき地医療支援機構の体制、へき地で勤務する医師確保のための取組、
地域医療支援センターとの関わり、キャリア形成プログラムへの対応 等

へき地医療拠点病院：医療従事者数、主要3事業及び必須事業の取組、具体的な活用事例 等

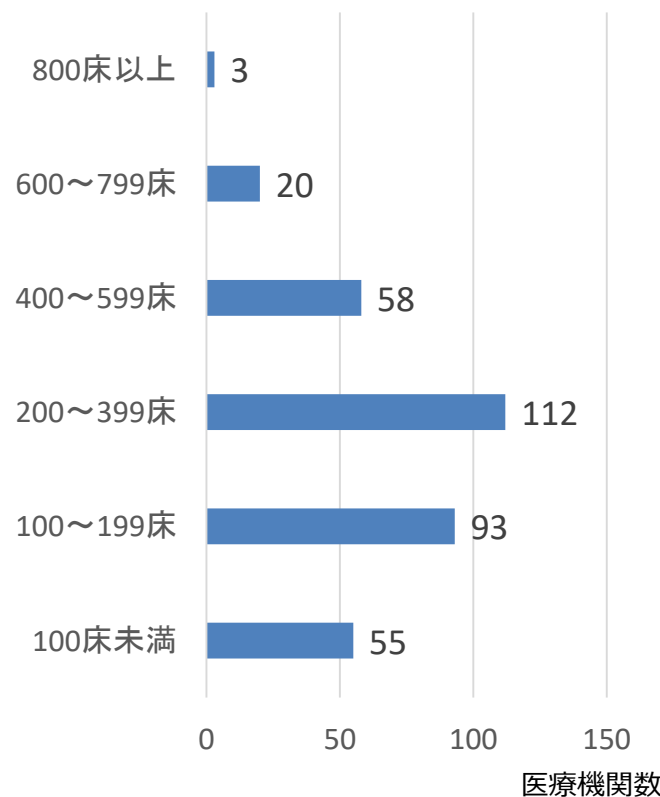
へき地診療所：医療従事者数、巡回診療・往診等の実績、ICTの活用事例 等

調査時期：毎年9～10月に前年度1年間（または同年度4月1日現在）の実績を回答

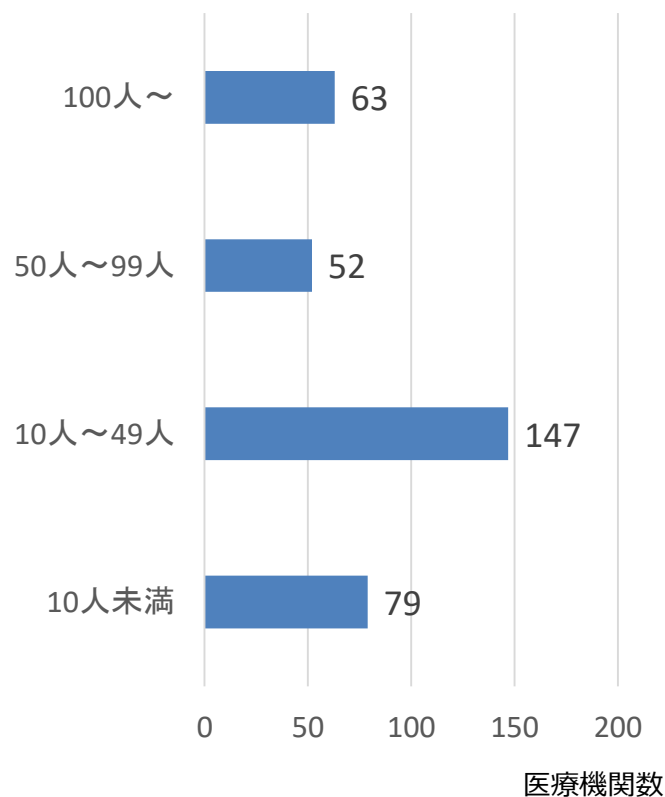
へき地医療拠点病院の許可病床数別・常勤医師数別・開設者別

- へき地医療拠点病院は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下、巡回診療や、へき地療所の医師派遣や代診医派遣等を実施する病院であり、都道府県が指定。
- 令和3年4月1日現在、341病院がへき地医療拠点病院に指定。
- 400床未満の比較的小～中規模の医療機関が多く、公立公的医療機関が全体の70%以上。

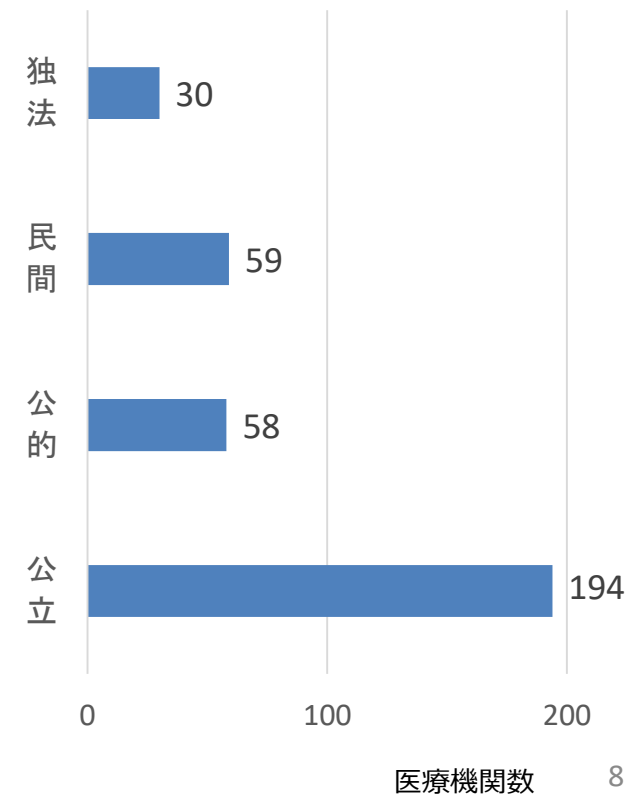
許可病床数別



常勤医師数別



開設者別



へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実績

- へき地医療拠点病院が特に取り組むこととされている事業であるへき地診療所等への医師派遣、代診医派遣、巡回診療を合わせて「主要3事業」と呼ぶ。
- また、主要3事業と、情報通信技術（ICT）を活用した遠隔医療を合わせて「必須事業」と呼ぶ。
- 令和2年度に主要3事業の取組を年12回以上実施したへき地医療拠点病院は、全体の65.8%。

うち、オンライン診療を実施している医療機関は15病院（4.5%）

へき地医療拠点病院の主要3事業及び必須事業の実施状況（令和2年度）

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	221(65.8%)	302(89.9%)	75(22.3%)	121(36.0%)	51(15.2%)	115(34.2%)
未実施施設数	115(34.2%)	34(10.1%)	261(77.7%)	215(64.0%)	285(84.8%)	221(65.8%)
計	336※1					

(参考) 平成29年度実績

	主要3事業 (年間合計12回以上実施)	必須事業 (主要3事業または遠隔医療を年間1回以上実施)	(参考)			
			巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	遠隔医療 (年1回以上)
実施施設数	206(65.2%)	266(84.2%)	82(25.9%)	107(33.9%)	47(14.9%)	94(29.7%)
未実施施設数	110(34.8%)	50(15.8%)	234(74.1%)	209(66.1%)	269(85.1%)	222(70.3%)
計	316※2					

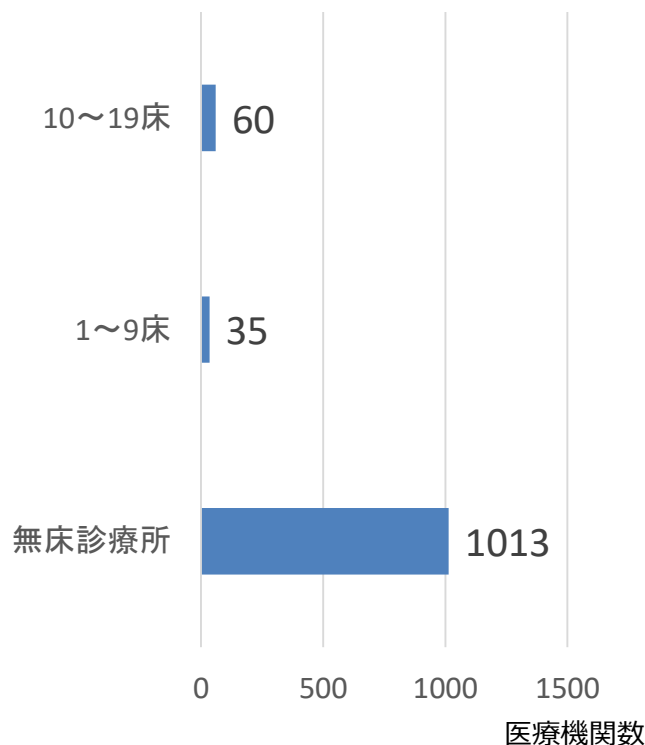
※1 令和3年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

※2 平成30年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、平成30年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

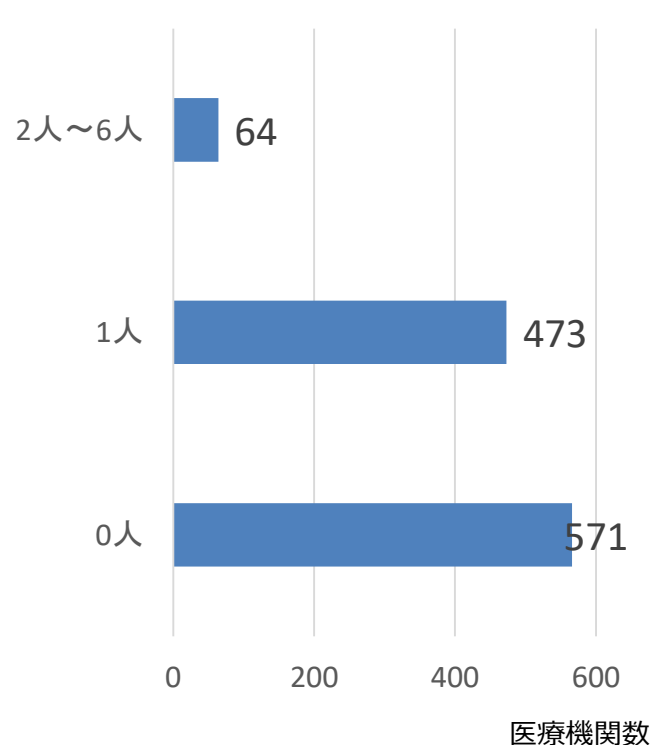
へき地診療所の許可病床数別・常勤医師数別・開設者別

- へき地診療所は、無医地区等において、地域住民への医療の提供を行う目的で都道府県が設置する診療所。
- 令和3年4月1日現在、1,108医療機関がへき地診療所として設置されている。
- 90%以上が無床診療所であり、公立公的医療機関である。

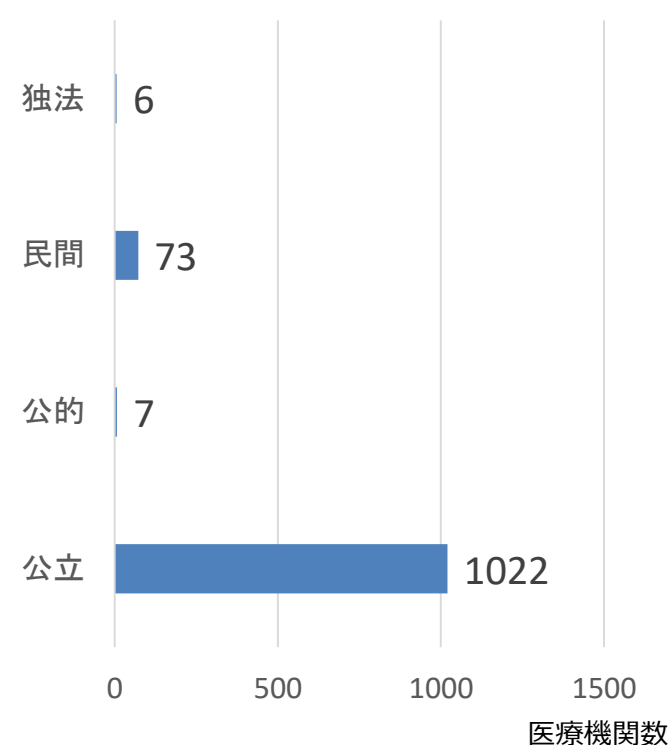
許可病床数別



常勤医師数別



開設者別



第7次医療計画中間見直し時の議論・改正事項

- 医療計画の見直し等に関する検討会の議論を踏まえ、第7次医療計画の中間見直しの際に、医療計画の指針及び指標例等に新たに追加し、また、第8次医療計画に向け、引き続き整理していく事項を取りまとめた。

改正事項

- ・ **へき地医療拠点病院の主要3事業の年間実績（指標例の追加）**
「へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」を追加指標とし、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。
- ・ **へき地医療拠点病院の必須事業の年間実績（指標例の追加）**
「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を追加指標とし、本指標の値を100%にすることを数値目標とする。
- ・ **へき地医療拠点病院の必須事業の実施状況（指針の改正）**
必須事業のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、経年変化も考慮し、都道府県が直近の現状を確認すること。
- ・ **医師確保計画との整合性（指針の改正）**
へき地が医師中数・多数区域内にあり、医師少数スポットにも含まれない場合には、医師確保対策の一般的なスキームには乗らないことになるが、医師確保対策が新たに講じられた後も、引き続き巡回診療等でへき地に医療の確保がなされなければならないことを踏まえ、医師確保計画とへき地に従事する医師の確保対策を連携させ、整合性をとること。

今後の検討事項

- ・ **医師確保計画とへき地医療計画の連携 及び へき地における地域枠医師の役割**
第8次医療計画に向け、引き続き整理していくこととする。

医師確保計画策定ガイドライン抜粋

現在の医師確保計画策定ガイドラインの記載

令和4年6月16日第5回
地域医療構想及び医師確保計画に
関するワーキンググループ 参考資料一部改

<医師少数区域および医師多数都道府県>

- 各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。
- 医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類をさすものであるが、都道府県間の医師偏在の是正にむけ、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。
- 医師少数区域及び医師少数都道府県は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏として定義することとし、その具体的な割合は2036年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。

<医師少数スポット>

- 都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。
- 既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。
- また、現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定すること、同様の理由から適切ではないと考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。
- 一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。

地域医療対策協議会における医師派遣実績について

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

※ 令和2年4月1日～令和3年3月31日までの期間における実績

令和4年5月11日第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料

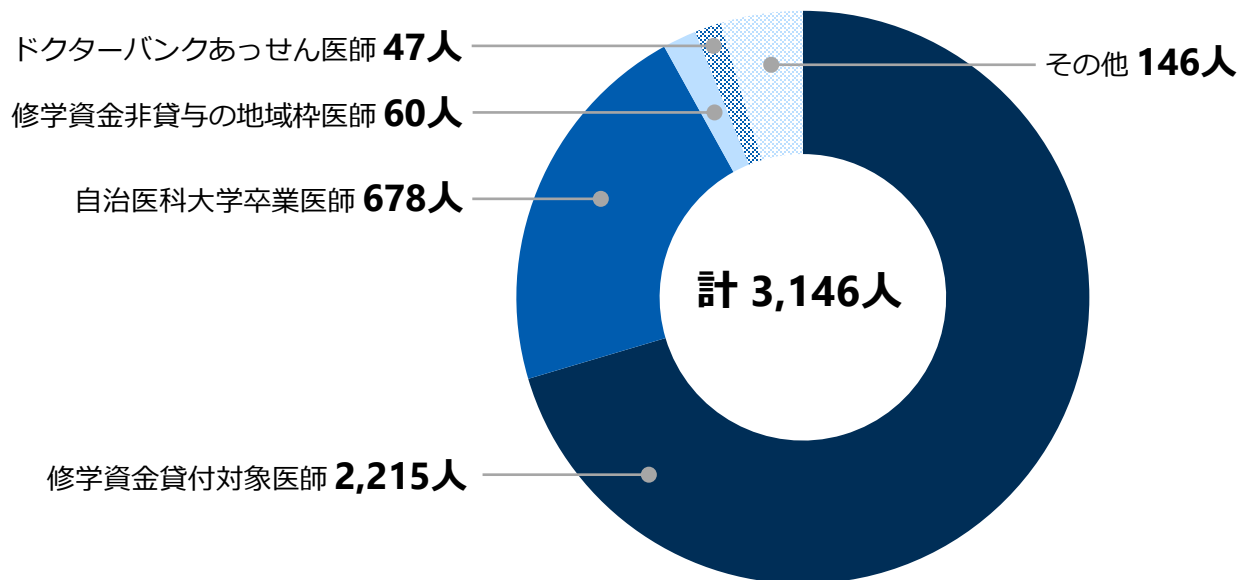
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	医師不足地域への派遣	その他の地域への派遣	小計
常勤医師の派遣	1,475	1,582	3,057
非常勤医師の派遣	50	39	89
小計	1,525	1,621	3,146

修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

「医師不足地域」とは、医師少数区域等の都道府県において医師が不足していると認識している地域を指す

派遣された医師の類型



- 派遣された3,146人のうち、1,525人(48%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された3,146人のうち、2,893人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

へき地の医療の研究班で御検討いただいている主な論点

○へき地で勤務する医師の確保のあり方

- ・ 医師の研修方法やキャリア形成
- ・ へき地医療従事要件や勤務状況

○へき地医療提供体制の確保のあり方

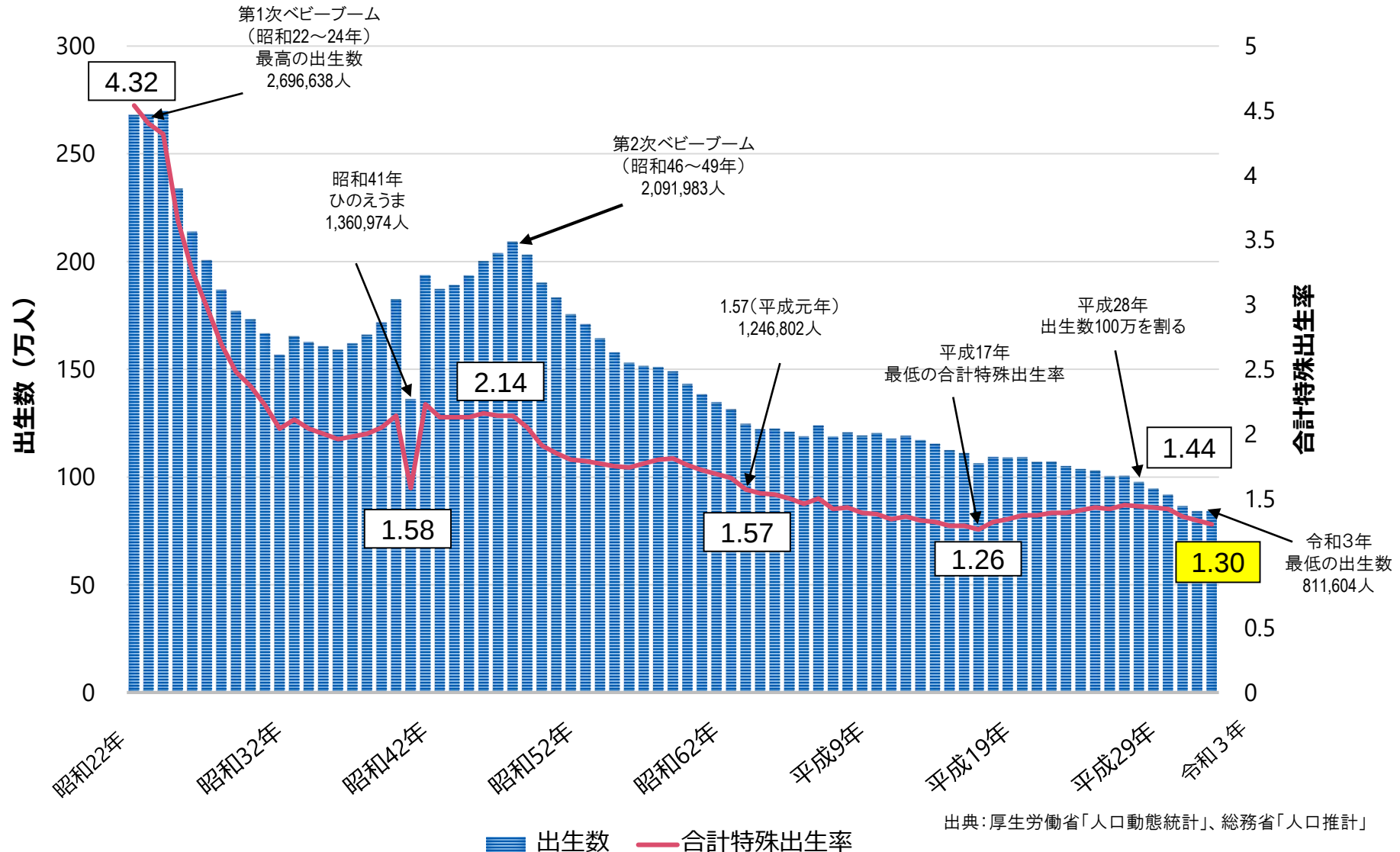
- ・ 遠隔医療（オンライン診療を含む）を活用したへき地医療の体制
⇒へき地の特異性を踏まえた、方式（D to P, D to P with N 等）や長短所の分析
- ・ へき地医療従事者の研修や医学教育、保健指導、感染症対策での活用の実態把握

等

5. 周産期医療

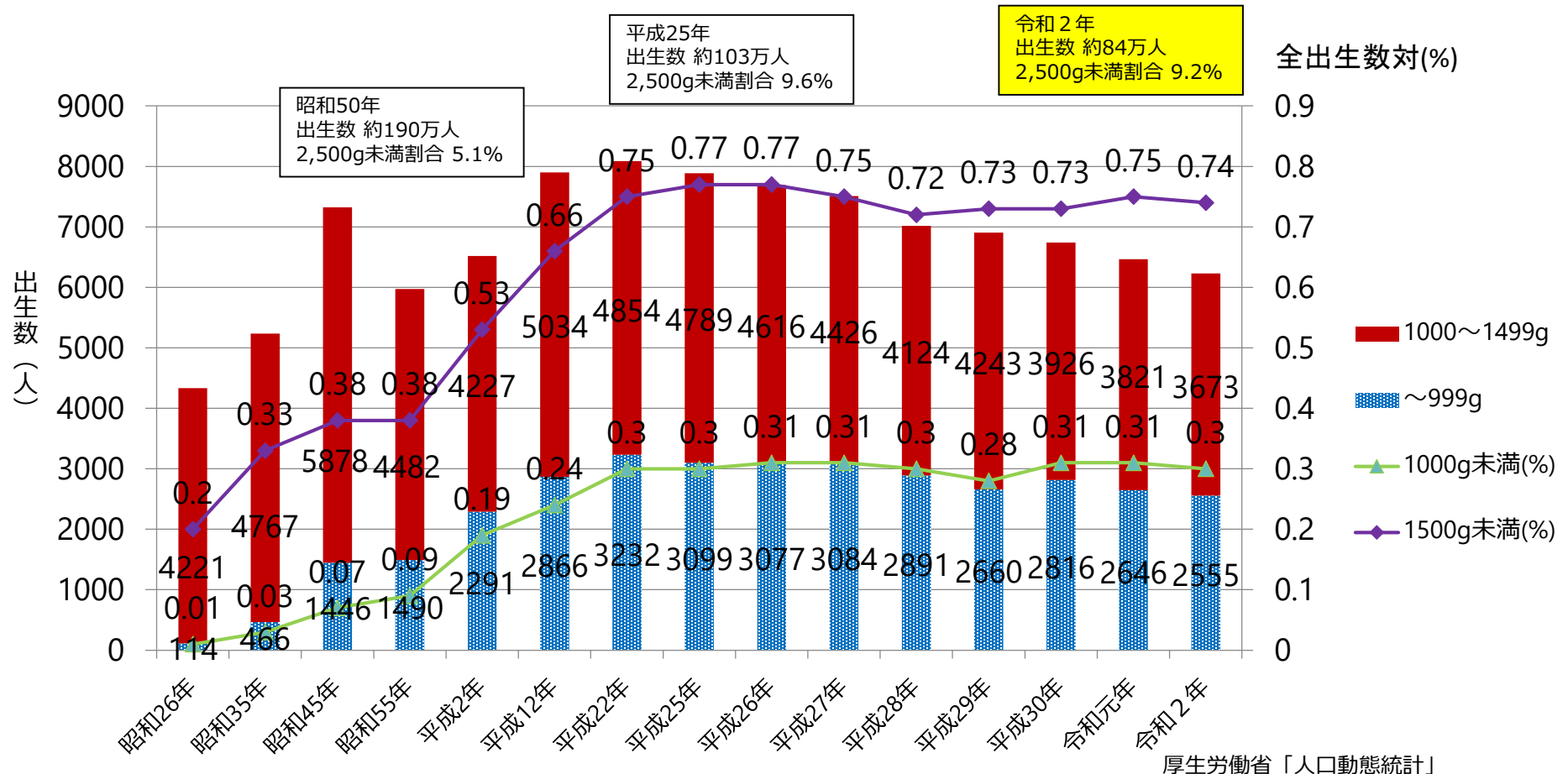
少子化の進行と人口減少社会の到来

- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 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、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



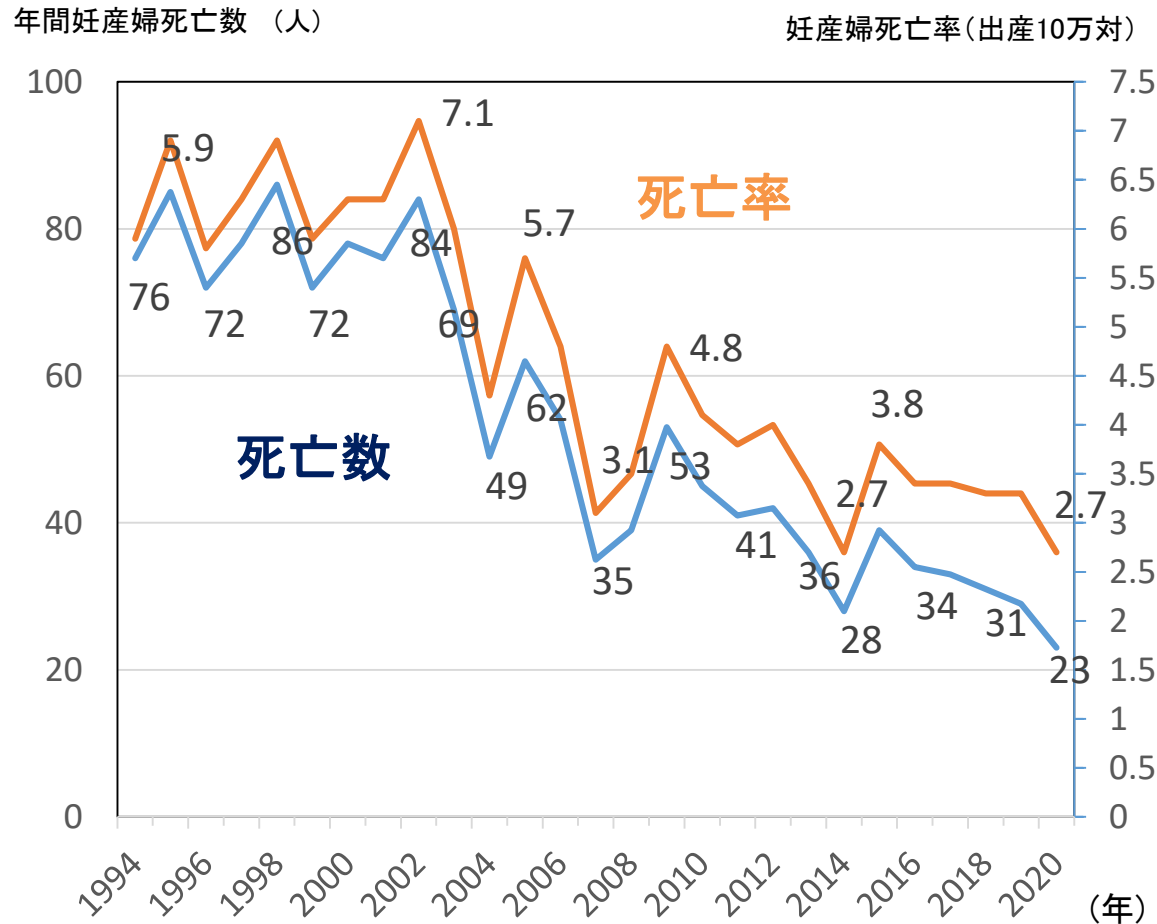
出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- 昭和50年から平成25年までの約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)の割合が増加傾向。
- 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。



妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

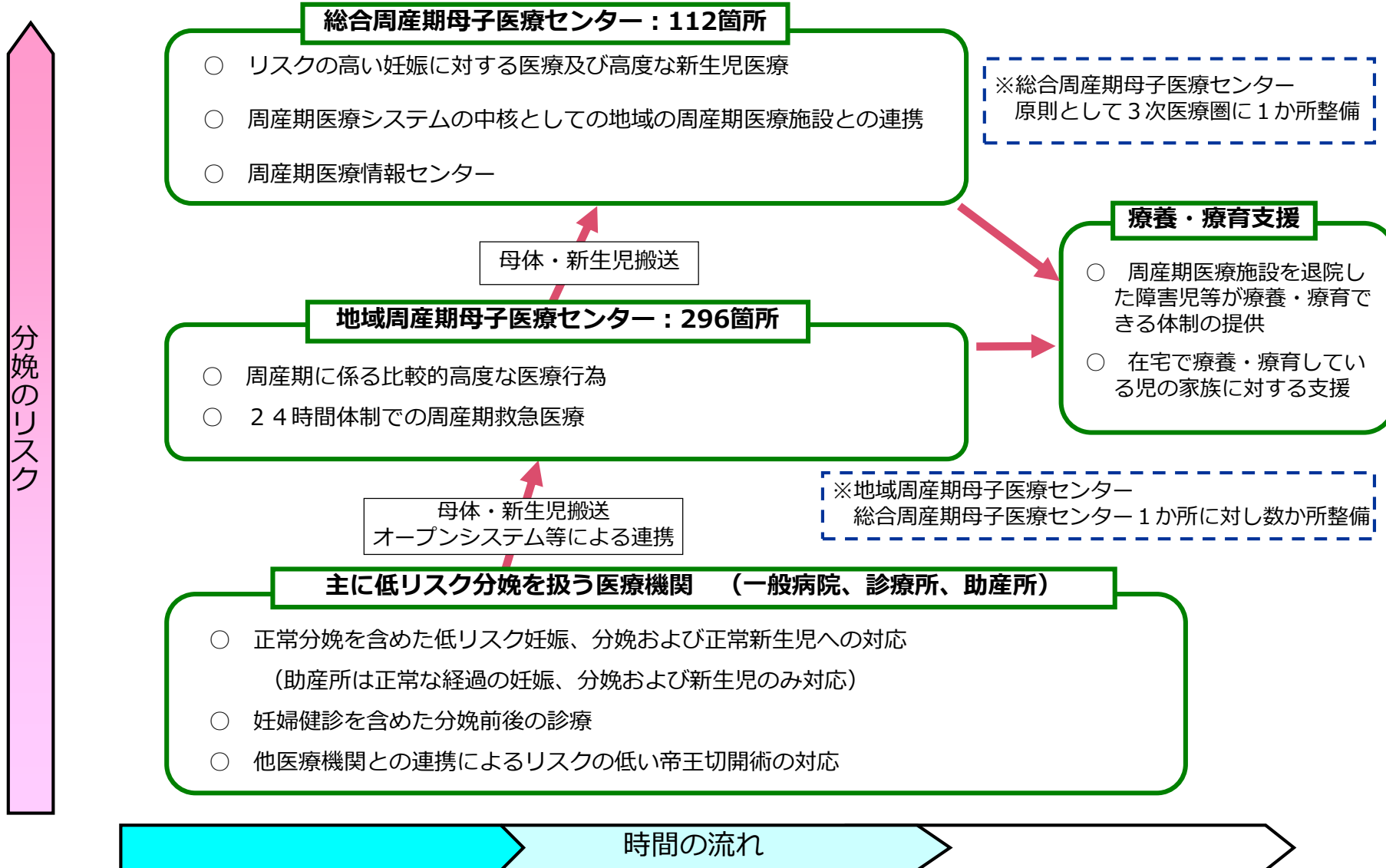
	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*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。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

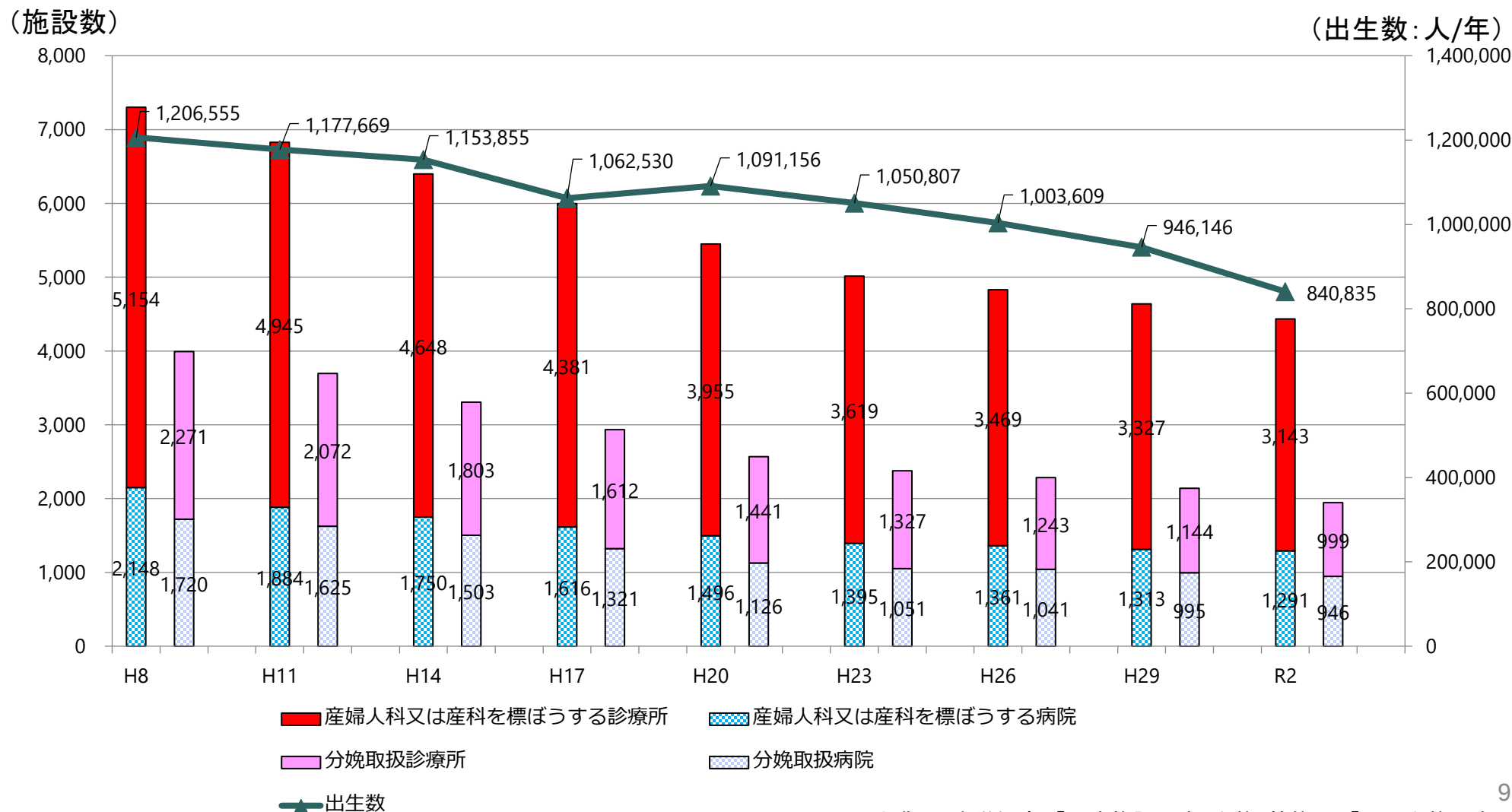
周産期医療体制

- 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は、平成29年度までに全都道府県に配置されている。



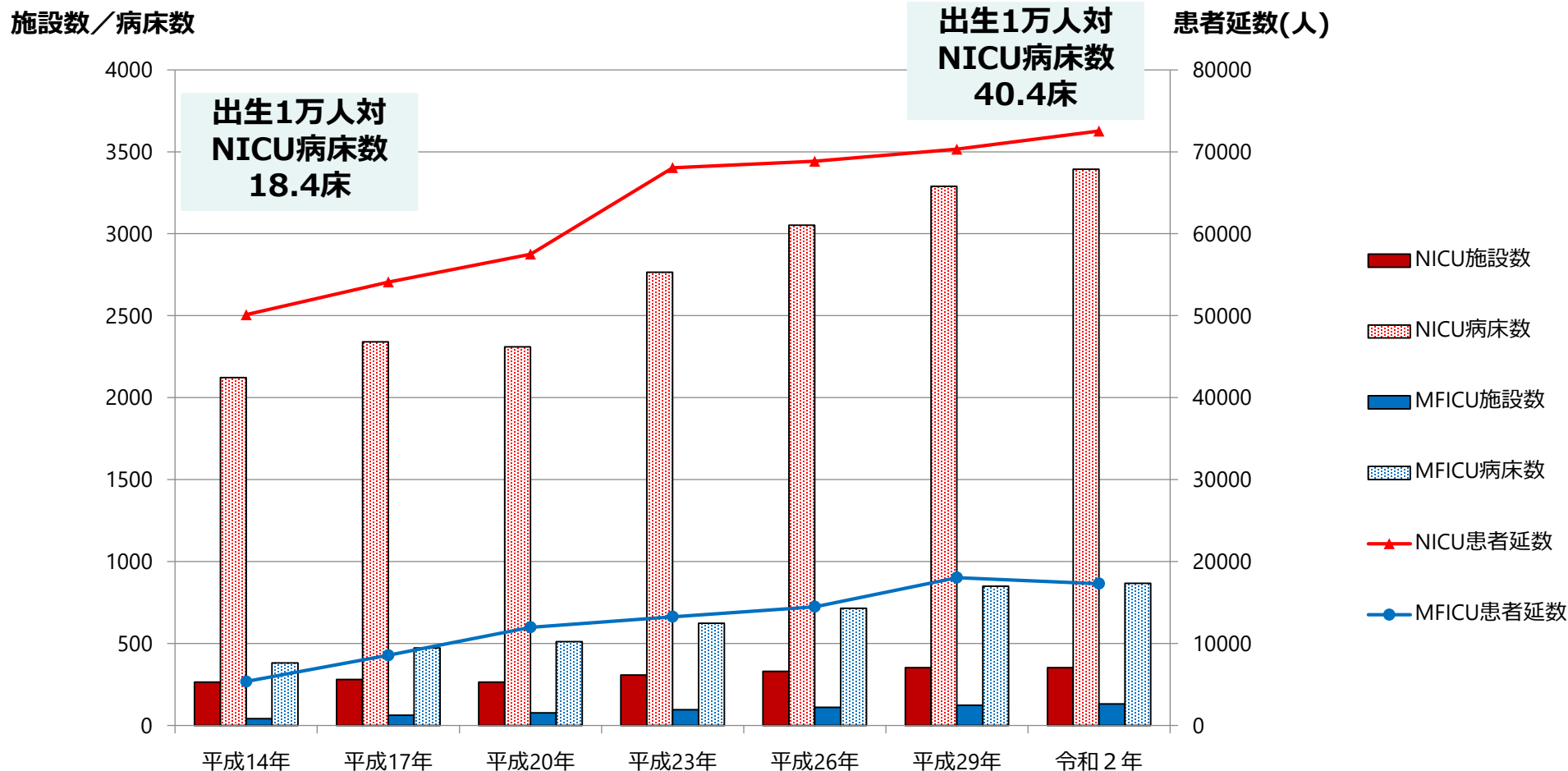
産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移

- 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。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



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の施設数、病床数は増加してきている。
- NICU患者延数は近年やや上昇傾向にあるが、MFICU患者延数については近年横ばいからやや減少してきている。
- NICU病床数については、平成27年少子化対策大綱において、出生1万人対25～30床という目標が示され、平成29年には全都道府県で目標を達成した。令和2年度のNICU病床数は出生1万人対40.4床と大幅に目標値を上回っている。

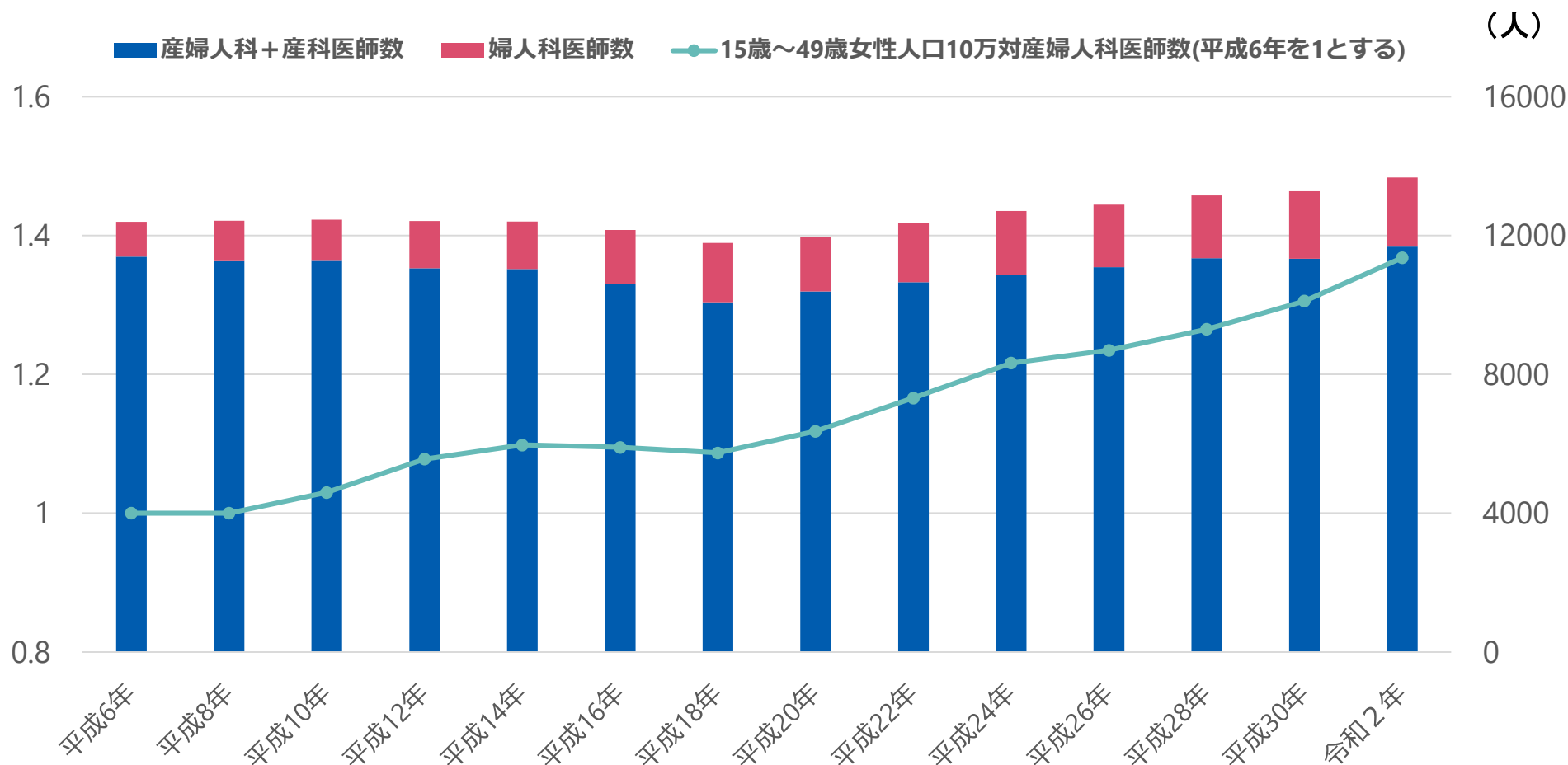


出典：厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

産婦人科医師数の推移

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2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年の約1.4倍となっている。



※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……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典)令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

周産期医療圏

- 産科医師確保計画と整合的に周産期医療体制の整備を行うため、第7次医療計画の中間見直しの際から、周産期医療圏ごとの体制整備を求めている。
- 15都道府県において、二次医療圏と異なる周産期医療圏を設定している。

周産期医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 2 周産期医療圏の設定

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、（中略）、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、周産期医療圏を設定する。
- (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、周産期医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、周産期医療圏の再設定を行うこと。特に、無産科周産期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、周産期医療圏の見直しも含めた検討を行うこと。
- (3) （中略）、周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

（参考）各都道府県における、二次医療圏数と周産期医療圏数（令和3年4月1日時点）

青色：二次医療圏数と周産期医療圏数が異なる場合

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
北海道※1	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	4
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	4
福島県	6	6
茨城県	9	3
栃木県	6	5
群馬県	10	4
埼玉県	10	10
千葉県	9	9
東京都	13	9
神奈川県	9	6
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県※2	4	4
山梨県	4	2
長野県	10	10
岐阜県	5	5
静岡県	8	3
愛知県※3	11	11
三重県	4	4

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
滋賀県	7	4
京都府	6	6
大阪府	8	8
兵庫県	8	7
奈良県	5	5
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	8	5
徳島県	3	3
香川県	3	3
愛媛県	6	4
高知県※4	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	5	5
長崎県	8	8
熊本県	10	6
大分県	6	6
宮崎県	7	4
鹿児島県	9	6
沖縄県	5	5
計	335	284

無産科周産期医療圏

- ※1 日高、留萌、北空知、南檜山
- ※2 奥越
- ※3 東三河北部
- ※4 高幡

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み①

（無産科周産期医療圏）

- 医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療の集約化・重点化が進んでいる。
- これに伴い、産婦人科医・産科医が不在の周産期医療圏※¹または分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏※²が、北海道4圏域、福井県1圏域、愛知県1圏域、高知県1圏域の合計7つ※³存在しているが、各都道府県において、周産期医療を提供するための取組をおこなっている。

無産科周産期医療圏が存在する4道県の対策

北海道	北海道大学産婦人科学教室が中心として立ち上げた法人（WIND）から、当該医療圏に所在する医療機関への医師派遣
福井県	直接的な支援ではないが、産科医師の確保に取組み、無産科周産期医療圏内で健診を行っている医療機関と分娩取扱施設との連携の強化
愛知県	直接的な支援ではないが、分娩を取り扱う医師や助産師への分娩手当の助成や地域枠において産科を選択した医師への修学資金の加算
高知県	総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを整備、充実することで、人的・物的資源等の集約化・重点化を図っている。産科医・小児科医の確保対策として、産科医・小児科医への補助金のほか、産科・小児科を志望する学生に向けた奨学金の貸与

※¹ 分娩取扱施設は存在し、その常勤換算医師数はゼロではない（日替わりで出張医師が来るなど）ただし、その施設に登録している医師ではないため、三師統計ではゼロとなる。

※² 産婦人科医師はいるが、分娩取扱施設がない。婦人科診療や妊婦健診などに従事。

※³ 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計、令和2年医療施設調査

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み② (タスク・シフト/シェア)

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革(医師の時間外労働の上限規制)

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担を軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト/シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の要因。
このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

➤助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用 ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入(院内助産所・助産師外来)

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

➤助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

タスク・シフト/シェア

平成3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアを推進するよう、その留意点等について通知を发出。
- 医療機関全体でタスク・シフト/シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、**院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。**

➤助産師 ①院内助産所 ②助産師外来



周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み③ (オープンシステム・セミオープンシステム)

- オープンシステム・セミオープンシステムでは、分娩を取り扱わない医療機関と分娩取扱医療機関が役割分担をすることで、地域の周産期医療体制を構築している。
- 令和2年度には、全国で157の周産期母子医療センター等の産科医療機関がオープンシステム・セミオープンシステムを利用して妊産婦への対応を行っている。

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

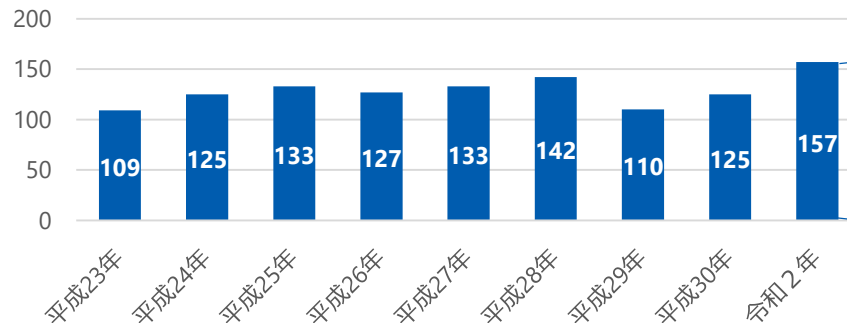
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

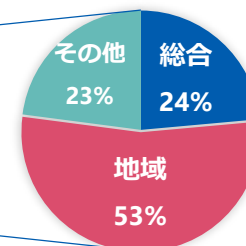
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考) オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数



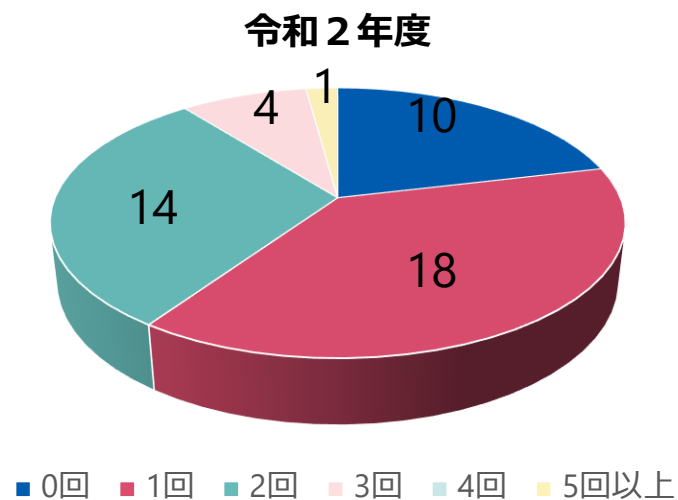
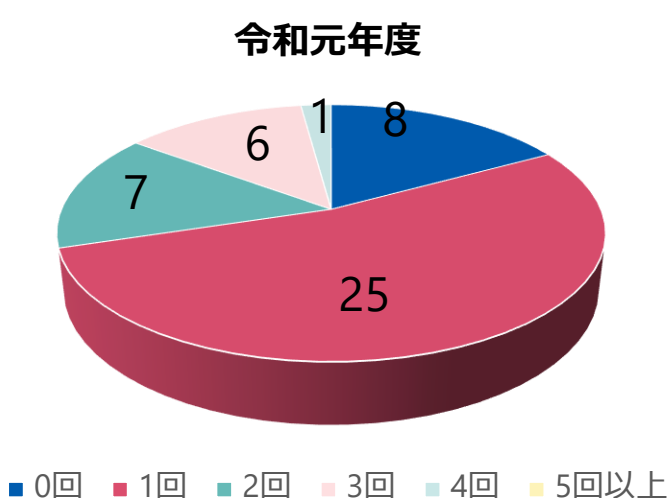
施設の内訳



周産期医療に関する協議会について

- 令和元年度・令和２年度に、周産期医療協議会を開催していない都道府県が存在する。
- 医師はほとんどの都道府県で参加しているものの、新生児科医が参加していない都道府県がある。また、救急医が参加している都道府県は少ない。
- 助産師は37都道府県で参加している。
- 消防関係者の参加は32都道府県にとどまる。

周産期医療協議会の開催回数



協議会メンバーの職種：都道府県数（令和２年度、回答のあった44都道府県のうち）

医師							看護師等				消防関係者	保健所 関係者	都道府県 医療政策 担当者	学識経験者
	産科医	産婦人科医	小児科医	新生児科医	救急医	麻酔科医		助産師	看護師	保健師				
44	27	42	41	29	5	2	41	37	28	9	32	25	27	23

病棟における産科区域の特定

- 周産期母子医療センターの約半数で、産科一般病床は産科患者専用である。
- 産科専用病棟を有さない周産期母子医療センターのうち、約半数では、区域管理（ゾーニング）やユニット化により産科区域の特定が行われているが、医療計画上、産科区域の特定に関する記載はない。

成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（抄）

令和3年2月9日閣議決定

基本的方向

成育過程にある者等を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応し、子どもの権利を尊重した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進する。

II 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

1. 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

（1）周産期医療等の体制

- ・ 分娩を取り扱う医療機関について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する。

産科混合病棟の状況（回答 340施設）

	一般産科病床 (MFICUを除く)		
	産科患者のみ入院		
はい	174	総合	68
		地域	106
いいえ	166	総合	23
		地域	143

産科混合病棟における 区域管理（ゾーニング）、ユニット化の実施状況

	総合	地域	計
区域管理（ゾーニング）を行っている	6	33	39
ユニット化を行っている	5	27	32
ユニット化及び区域管理（ゾーニング）を行っている	1	11	12
どちらも行っていない	11	72	83

産科混合病棟における 産科以外に入院する診療科 (複数回答可)

診療科	回答数
婦人科	151
外科	50
小児科	43
内科	41
眼科	28
整形外科	26
泌尿器科	20
耳鼻咽喉科	18
脳神経外科	15
皮膚科	12
歯科口腔外科	10
救急科	9
総合診療科	5
精神科	5

周産期医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・無産科周産期医療圏への対応と周産期医療圏の見直し

○周産期医療に関する協議会

- ・周産期医療に係る人材育成
- ・新興感染症まん延時の周産期医療

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・ハイリスク妊産婦への対応
- ・分娩医療機関までのアクセス確保
- ・NICUの集約化・重点化
- ・周産期医療機能の集約化・重点化
- ・院内助産所、助産師外来の活用推進
- ・分娩を取り扱っていない産婦人科医療機関や助産所との連携
(オープンシステム・セミオープンシステムの推進)

○医師の働き方改革への対応

- ・周産期医療機能の集約化・重点化（再掲）
- ・院内助産所、助産師外来の活用推進（再掲）

○産科混合病棟のあり方

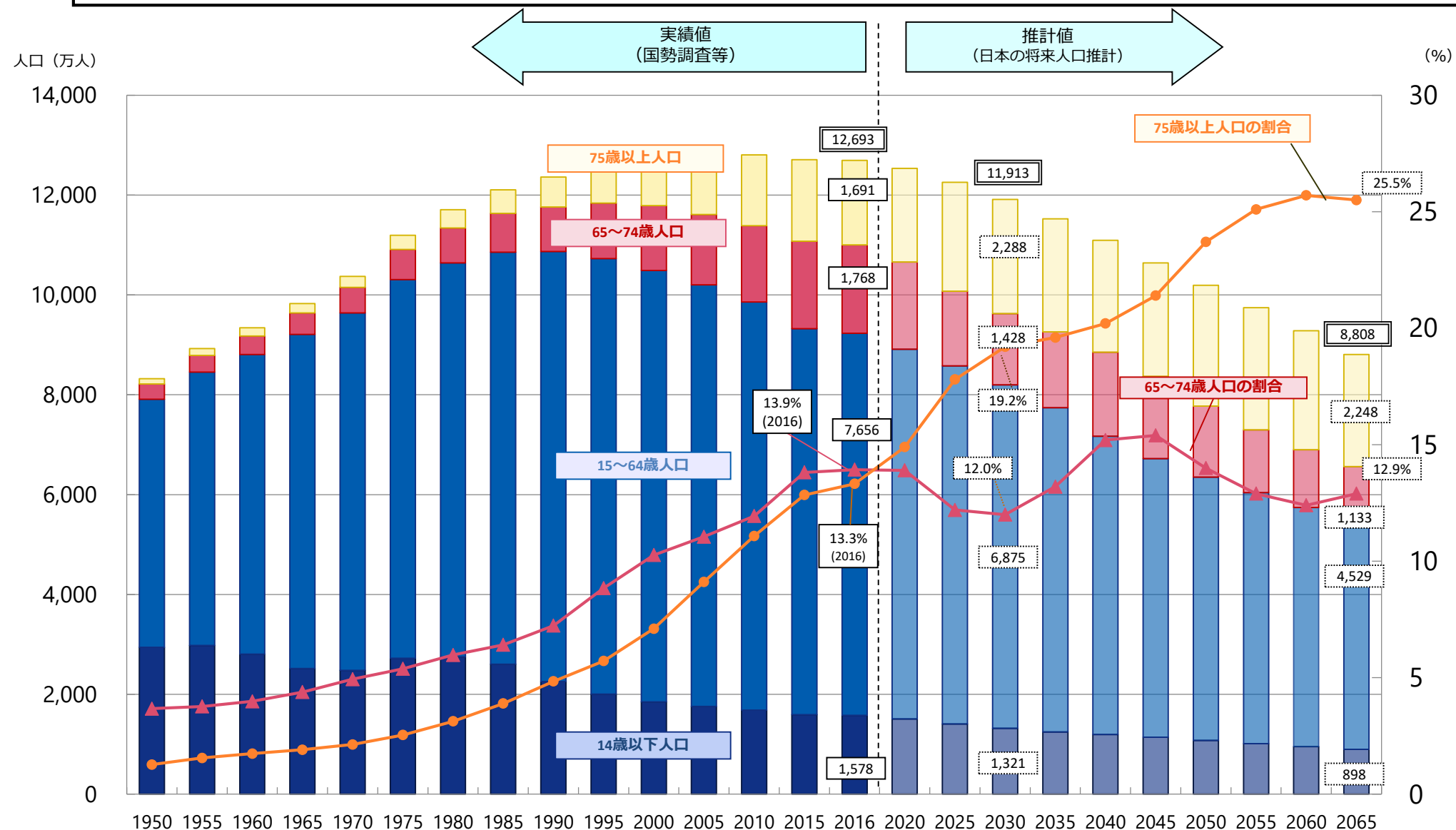
○医療的ケア児への支援

等

6. 小児医療

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、14歳以下の人口は年々減少していくと考えられている。

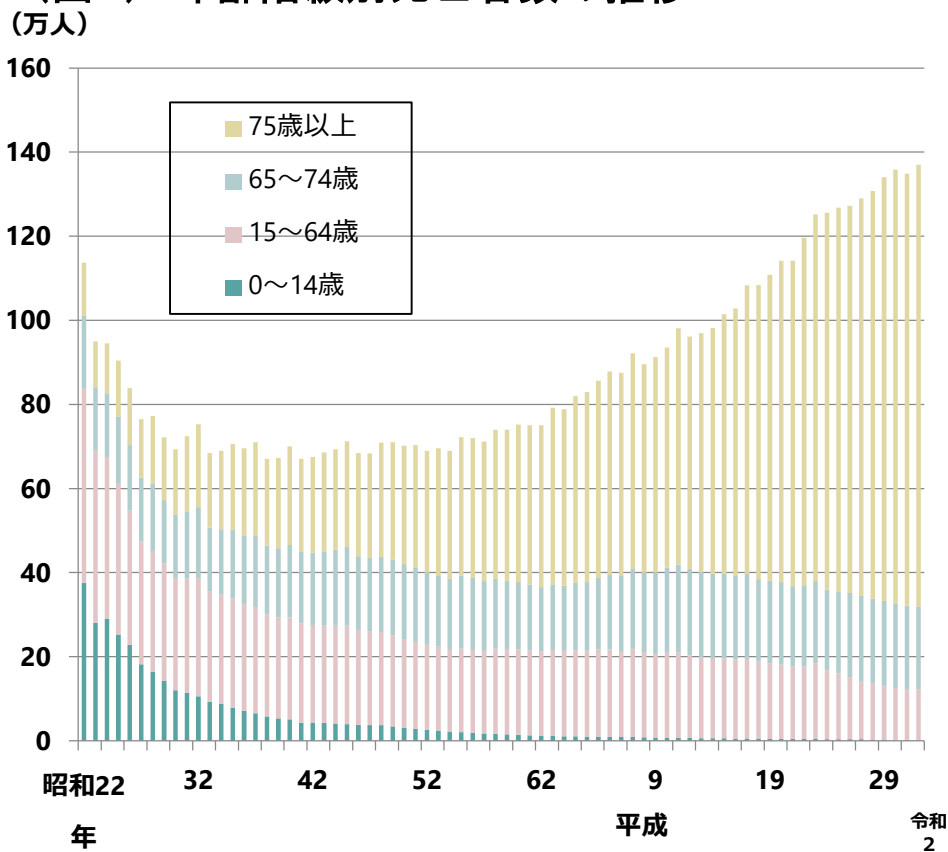


資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

小児・乳児・新生児の死亡者数の状況

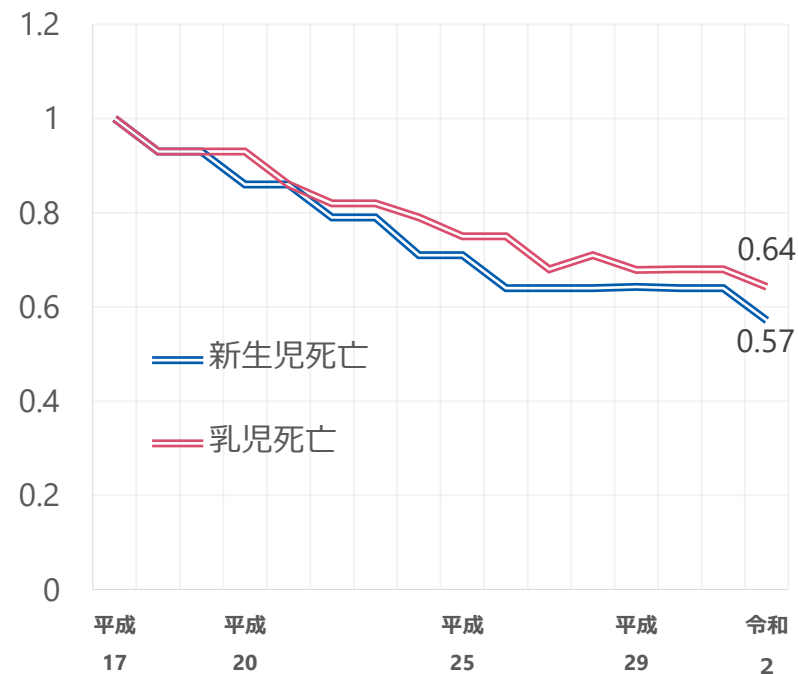
- 小児の死亡者数は減少している。（図1）
- 特に、新生児（生後4週未満）、乳児（生後1年未満）の死亡率が減少している。（図2）

（図1） 年齢階級別死亡者数の推移



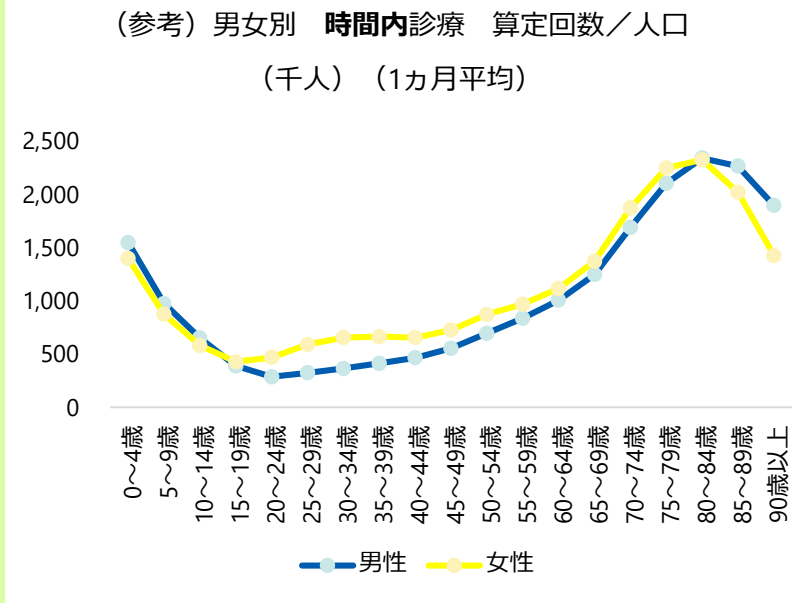
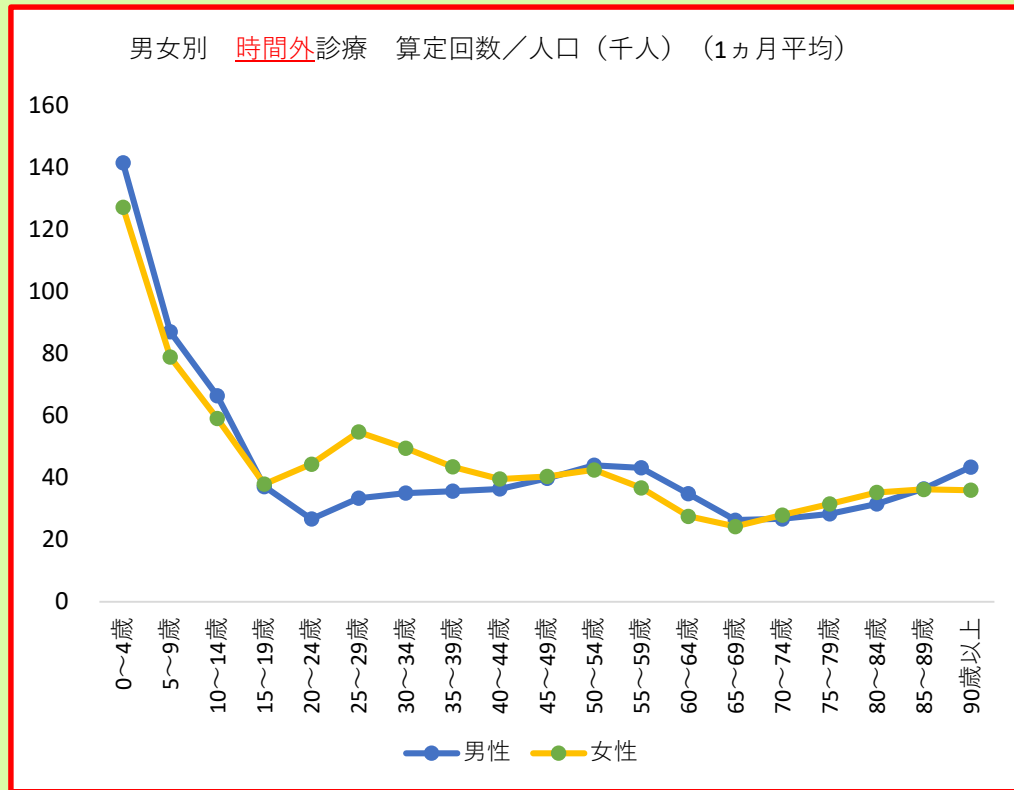
（図2） 新生児、乳児死亡率の減少率

（平成17年の死亡率を1とした場合の指数値）



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。

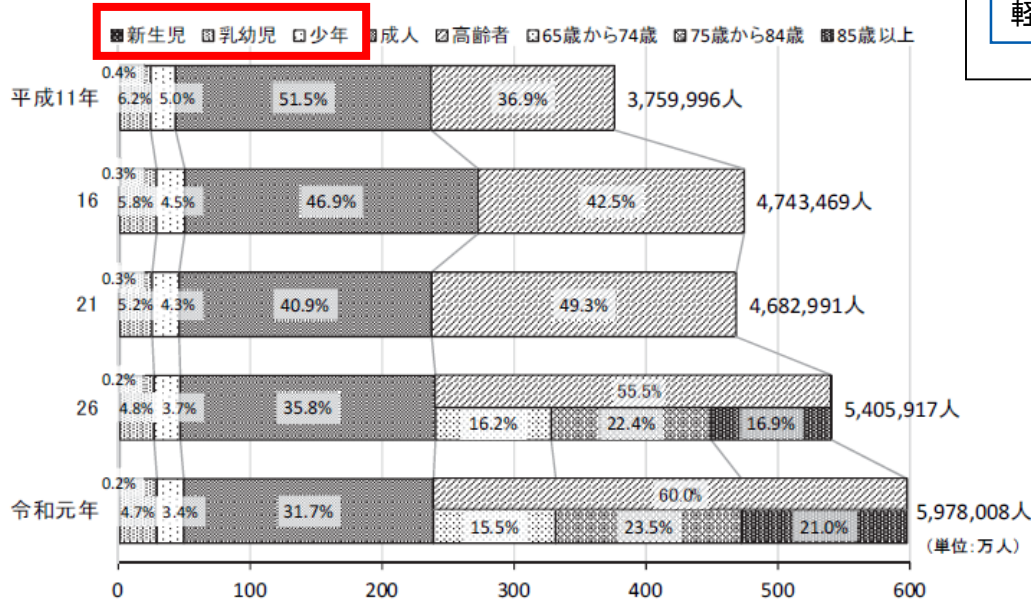


出典：第3回NDBオープンデータ(平成28年度診療分)
人口推計(平成28年10月1日現在人口)

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。
- 新生児の搬送人員では、中等症の割合が高いが、乳幼児・少年の多くは、軽症である。

第30図 年齢区分別の搬送人員と5年ごとの構成比の推移



(注) 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。

※ 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

第38表 傷病程度別の年齢区分別の搬送人員 (令和元年 単位: 人)

年齢区分	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
程度						
死亡	70 (0.5)	363 (0.1)	280 (0.1)	11,870 (0.6)	64,114 (1.8)	76,697 (1.3)
重症 (長期入院)	1,726 (13.3)	4,259 (1.5)	3,896 (1.9)	104,567 (5.5)	371,716 (10.4)	486,164 (8.1)
中等症 (入院診療)	9,673 (74.8)	64,675 (23.0)	49,078 (24.2)	628,965 (33.2)	1,791,154 (49.9)	2,543,545 (42.5)
軽症 (外来診療)	1,427 (11.0)	211,319 (75.3)	149,506 (73.7)	1,146,232 (60.6)	1,360,543 (37.9)	2,869,027 (48.0)
その他	42 (0.3)	112 (0.0)	70 (0.0)	823 (0.0)	1,528 (0.0)	2,575 (0.0)
合計	12,938 (100)	280,728 (100)	202,830 (100)	1,892,457 (100)	3,589,055 (100)	5,978,008 (100)

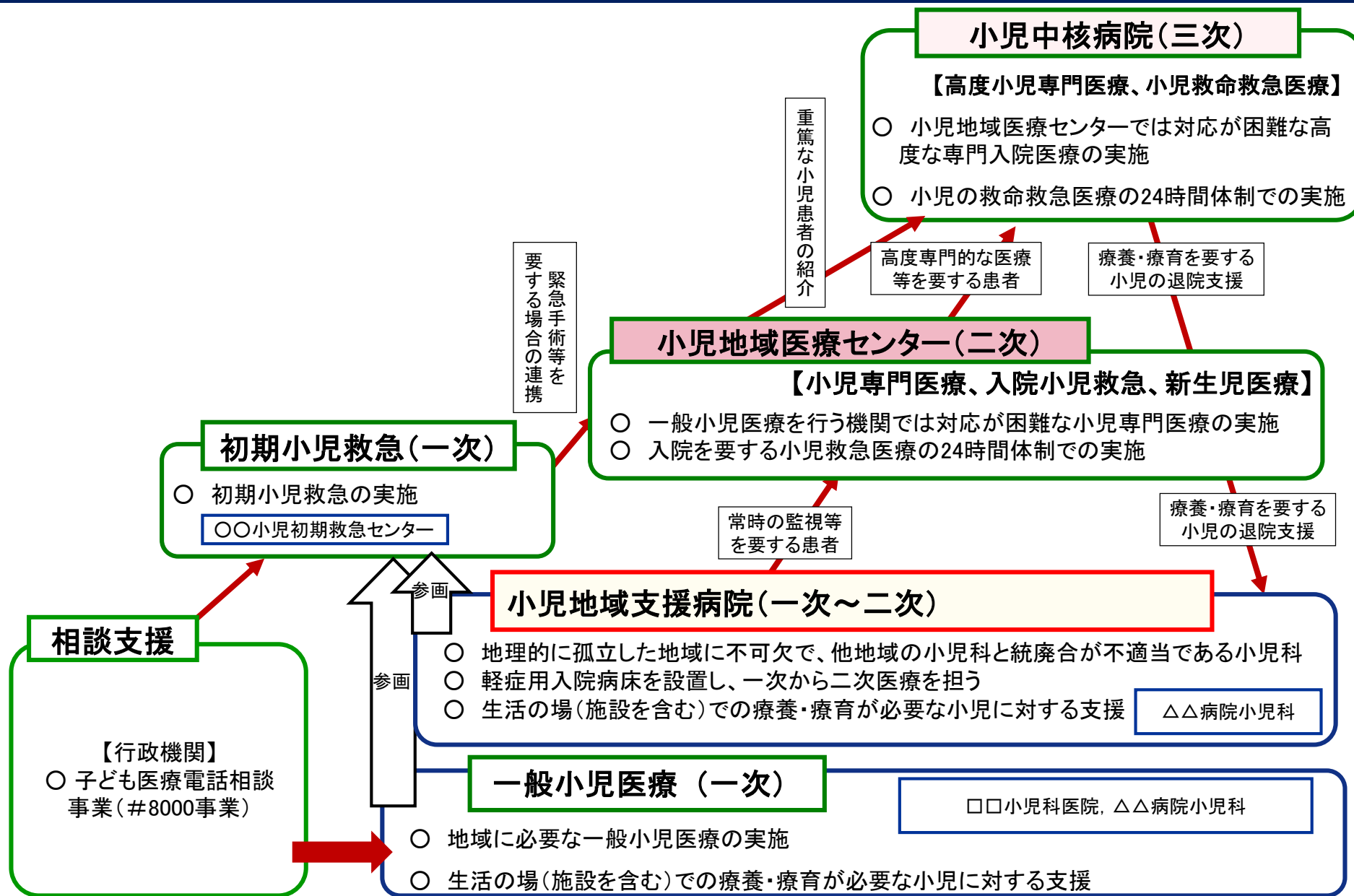
(注) 1 ()内は、構成比(単位: %)を示す。

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。

(令和2年版 救急・救助の現況)

小児医療の体制

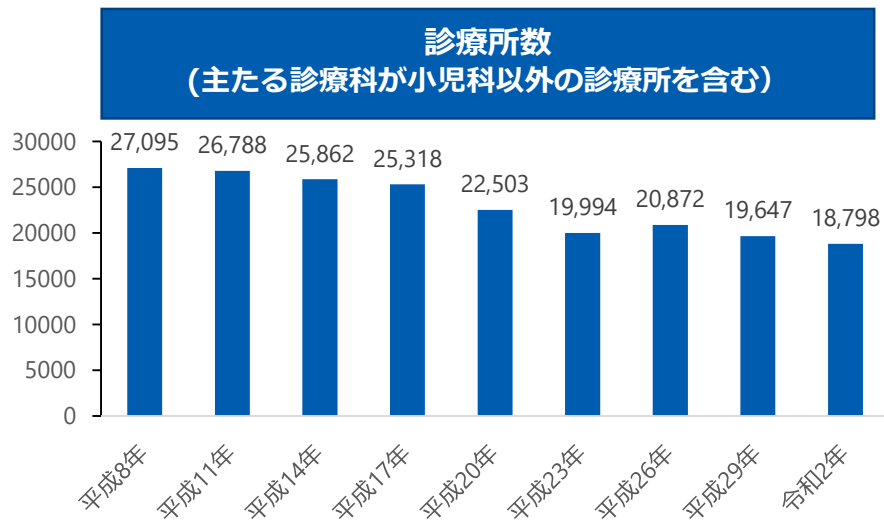
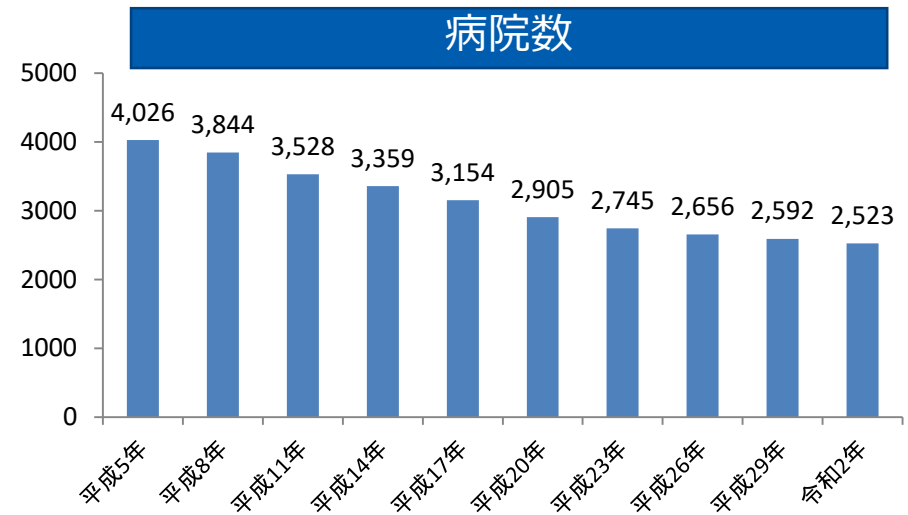
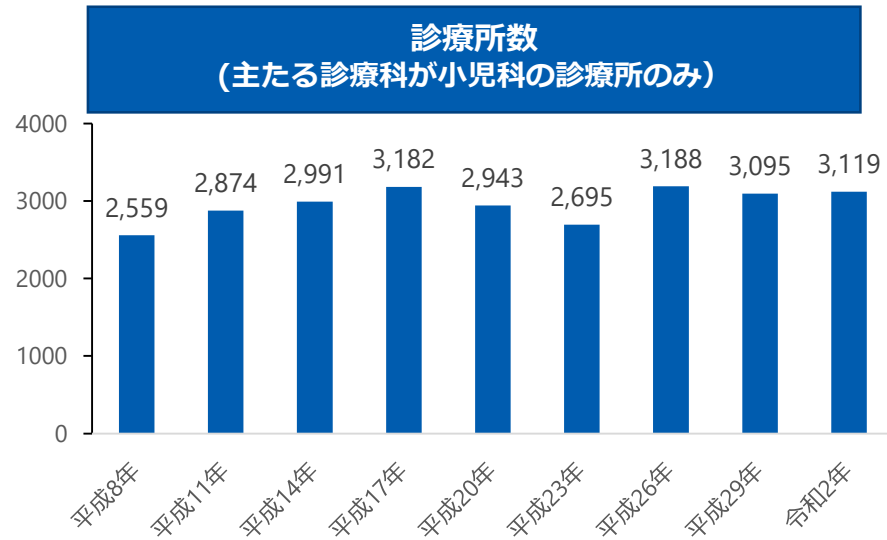
医療機能（重症度）



時間の流れ

小児科標榜医療機関数、小児科医数の推移

- 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きていると考えられる。

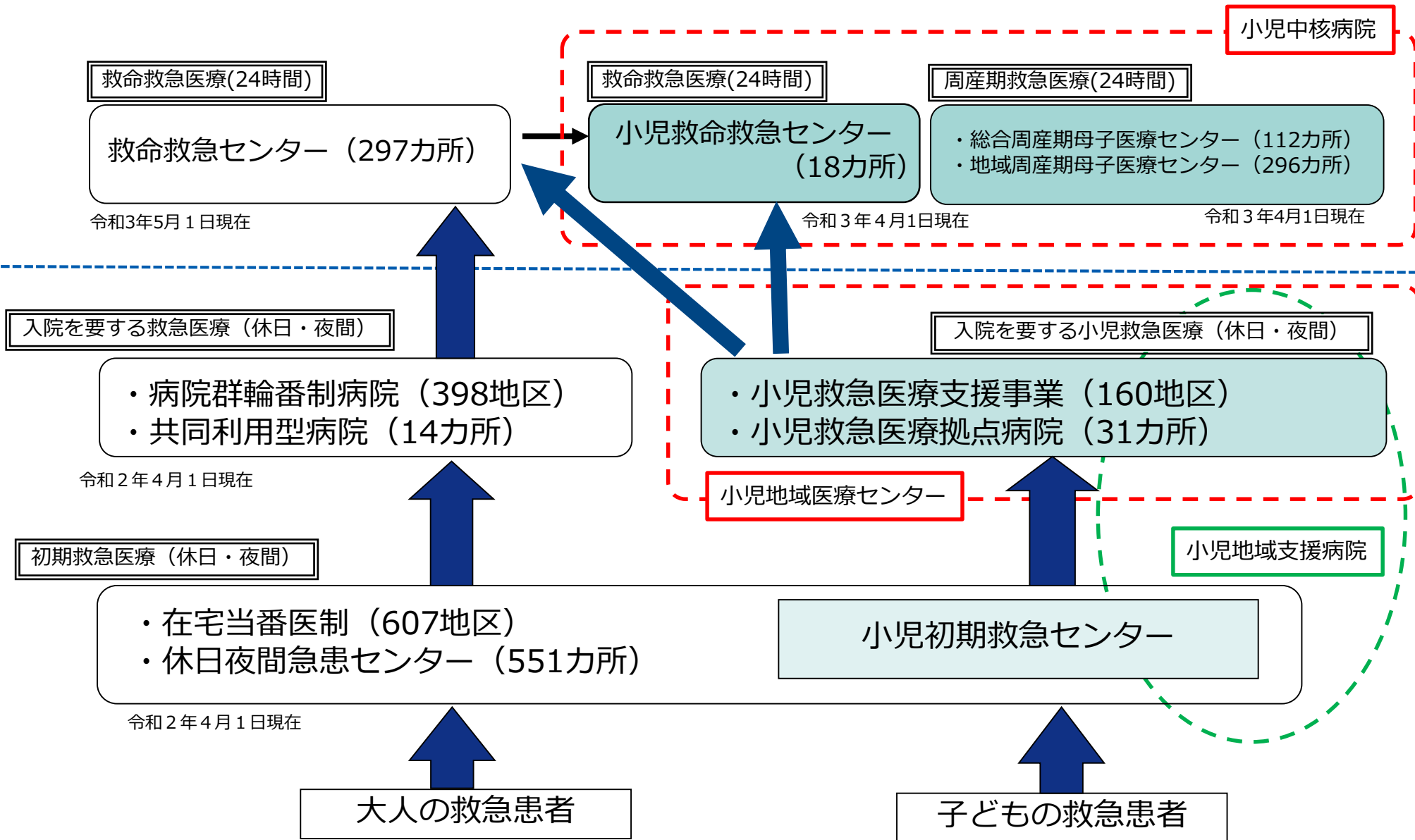


勤務施設	小児科が主たる診療科である医師数		
	H14	R2	増減
総数	14,481	17,997	+3,516
病院	8,429	11,088	+2,659
診療所	6,052	6,909	+857

出典) 医療施設数：医療施設(静態・動態)調査

医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計 109

小児救急医療体制



小児医療圏

- 第8次医療計画の指針を策定する際に、小児救急医療圏を小児医療圏として一本化することを求めている。
- 7都道府県において、小児医療圏と異なる小児救急医療圏を設定している。

小児医療体制の構築に係る指針（抄）

第3 構築の具体的な手順 2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、（中略）、前期「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定する。
- (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、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

（参考）各都道府県における、小児医療圏数と小児救急医療圏数（令和3年4月1日時点）

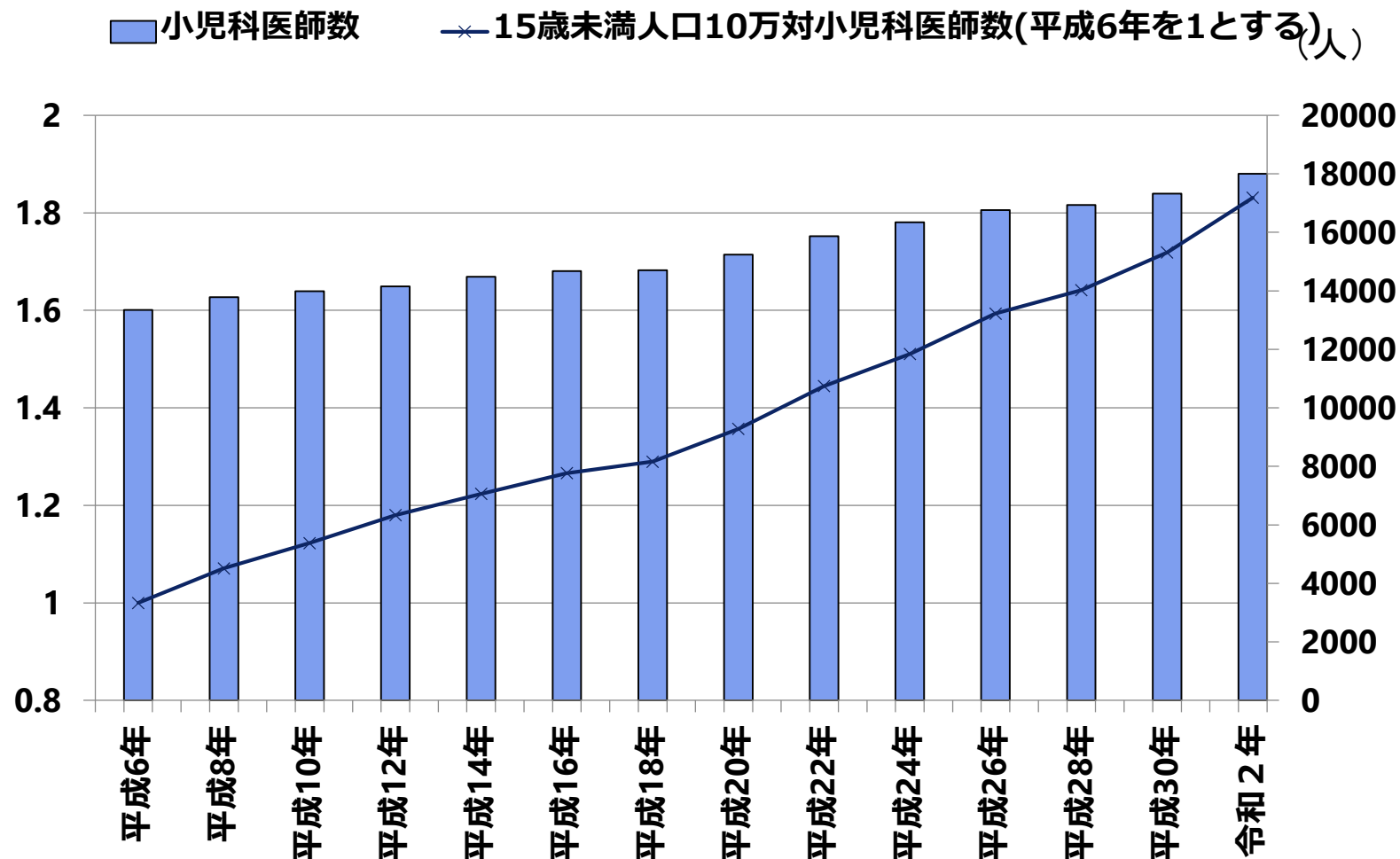
青色：小児医療圏数と小児救急医療圏数が異なる場合

都道府県名	小児医療圏数	小児救急医療圏
北海道	21	21
青森県	6	6
岩手県	9	9
宮城県	4	4
秋田県	8	8
山形県	4	7
福島県	6	6
茨城県	8	12
栃木県	6	6
群馬県	4	4
埼玉県	14	14
千葉県	9	15
東京都	5	13
神奈川県	14	14
新潟県	7	7
富山県	4	4
石川県	4	4
福井県	2	2
山梨県	2	2
長野県	10	10
岐阜県	4	5
静岡県	8	12
愛知県	11	11
三重県	4	4

都道府県名	小児医療圏数	小児救急医療圏
滋賀県	7	7
京都府	6	6
大阪府	8	11
兵庫県	8	11
奈良県	5	2
和歌山県	7	7
鳥取県	3	3
島根県	7	7
岡山県	5	5
広島県	7	7
山口県	5	5
徳島県	3	3
香川県	5	5
愛媛県	4	4
高知県	4	4
福岡県	13	13
佐賀県	3	3
長崎県	8	8
熊本県	7	7
大分県	6	6
宮崎県	4	4
鹿児島県	6	6
沖縄県	5	5
計	310	339

小児科医数の推移

- 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おり、15歳未満人口10万対医師数は、令和2年には平成6年の2倍となっている。



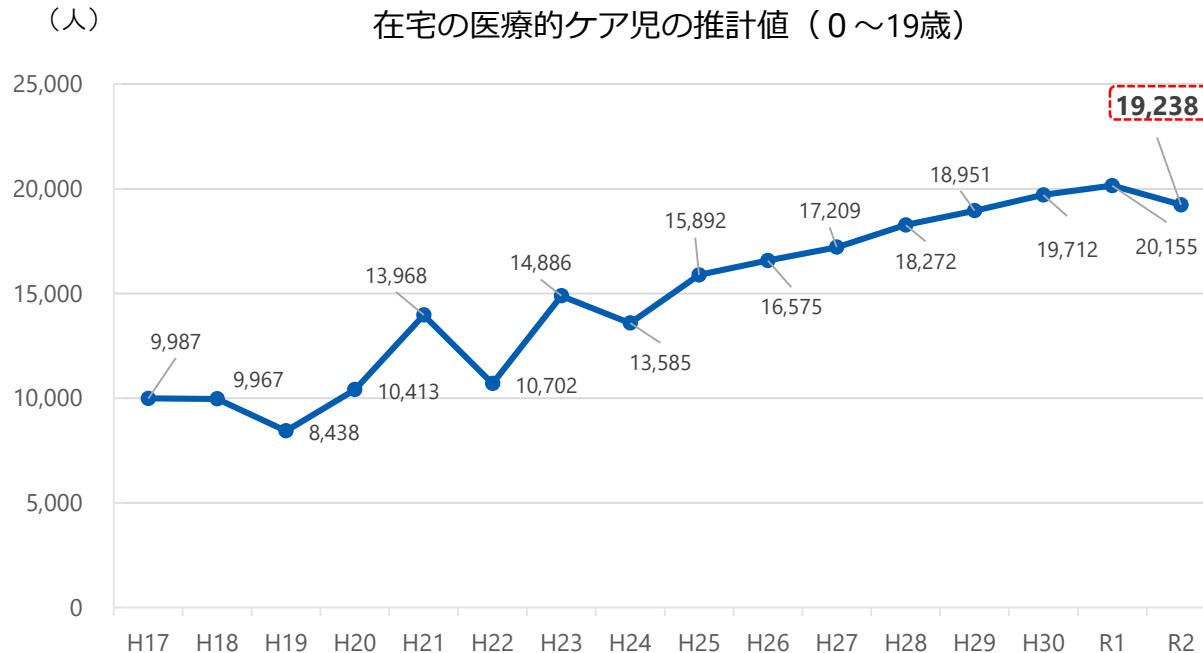
※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……H18に「臨床研修医」という項目が新設された

(出典) 令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

医療的ケア児について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は約2.0万人〈推計〉である。



出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿等

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

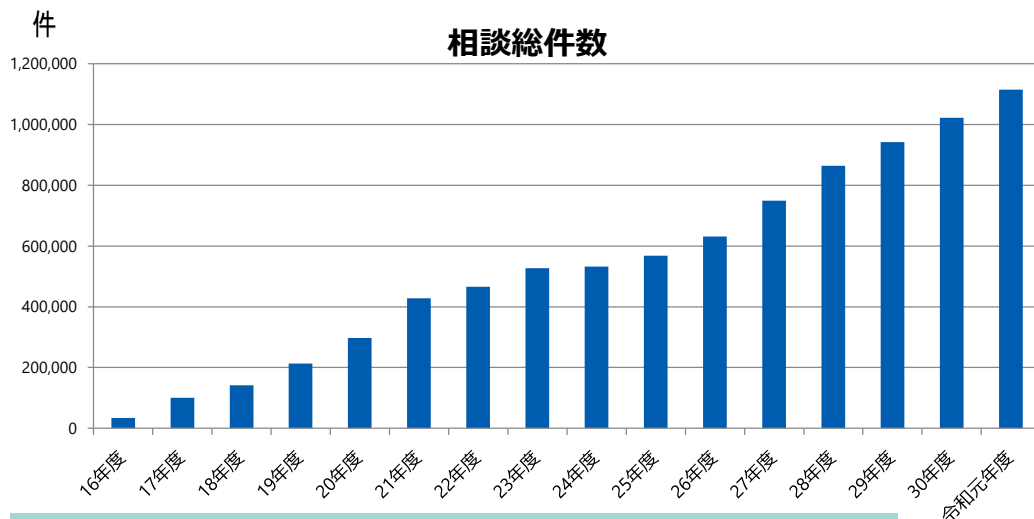
第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



子ども医療電話相談事業（＃８０００）の整備と周知

- ｛ 8 0 0 0 への相談件数は年々増加しており、46都道府県で深夜0時以降も実施されている。
- 応答率を把握している都道府県は、令和元年と比較すると増加はしているが、11都道府県にとどまる。

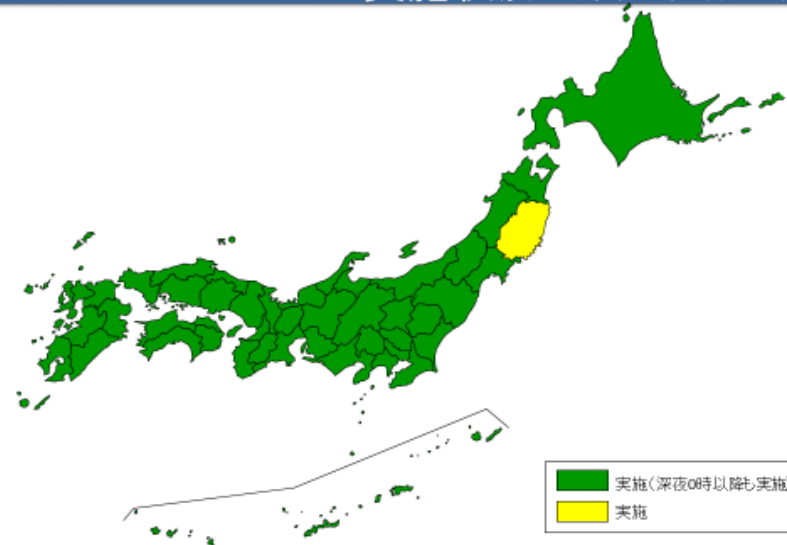


＃ 8 0 0 0 事業に関する都道府県の実施状況 (令和3年4月)

取組事項	該当する都道府県数	
	令和元年度	令和3年度
☐ 満足度※1を把握している。	23	27
☐ 認知の割合※2を把握している。	12	12
☒ 応答率、時間内応答率等を把握している。	6	11
☐ 子どもの医療相談について、電話以外によるサービス提供を実施又は検討している。(メール、チャット等。)	2	1
☐ ｛ 8000に相談した者のうち、時間外外来を受診した小児の患者の割合を把握している。	2	2
☐ 時間外外来を受診した小児の患者のうち、｛ 8000に相談した者の割合を把握している。	なし	1

※1 「満足度」は、相談対応者の印象による評価である場合を含む。
 ※2 「認知の割合」について、定義、調査方法、調査頻度等は定めて調査していない。

＃8000の実施状況 (令和3年4月1日現在)



＜応答率・時間内応答率について＞

電話のつながりやすさを判断するKPIとして、コールセンター等において活用される。

① 応答率

- ・ 着信件数のうち受電対応者が応答した件数の割合。
- ・ 相談者の満足度とも関連するが、待ち時間は分からない。

② 時間内応答率

- ・ 着信件数又は受電件数のうち一定時間に受電対応者が応答した件数の割合。
- ・ 相談者の待ち時間に対する不満のマネジメントに適するが、まずは応答率の改善が必要。

小児医療の勉強会で御議論いただいている主な論点

○医療機能の明確化及び圏域の設定

- ・小児医療圏と小児救急医療圏の一本化
- ・小児医療機能の分類と設定

○小児医療に関する協議会

- ・協議会への参加が望ましい人材
- ・外因性疾患への対応
- ・新興感染症まん延時の小児医療体制

○医療の質の向上と安全性の確保

- ・小児医療機能の集約化・重点化
- ・NICUの集約化・重点化
- ・ICTの活用

○医師の働き方改革への対応

- ・小児医療機能の集約化・重点化（再掲）
- ・ICTの活用（再掲）

○医療的ケア児への支援

- ・退院支援やレスパイトの受入

○子ども医療電話相談事業（#8000）の取組状況

等

- ・ 資料 1 5 疾病・ 5 事業について（その 2 ; 5 事業について）（P.3～115）
- ・ 参考資料 1 第 4 回～第 6 回救急・ 災害医療提供体制等に関するワーキンググループでこれまでに頂いた主なご意見（P.117～131）
- ・ 参考資料 2 ヘき地医療拠点病院における主要 3 事業等の実施状況（P.133～137）
- ・ 参考資料 3 第 8 次医療計画に向けて（ヘき地の医療）（参考人資料）（P.139～158）
- ・ 参考資料 4 第 8 次医療計画に向けて（周産期医療）（参考人資料）（P.160～173）
- ・ 参考資料 5 第 8 次医療計画に向けて（小児医療）（参考人資料）（P.175～189）

第4回～第6回救急・災害医療提供体制等 に関するワーキンググループで これまでに頂いた主なご意見

1. 救急医療

- ・ 救急医療機関の役割
- ・ 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療
- ・ 搬送手段の多様化
- ・ 救急救命士

【第二次医療機関・第三次医療機関の役割】

- 2040年に向け、どのような疾患の救急患者が増えるかという予測データを地域毎に提供し、この予測データに即して、どのような医療機関が必要なのかについて地域医療構想や医療計画で考える必要があるのではないか。
- 初期・第二次・第三次救急医療機関が、それぞれどのような役割を担っていくのかを地域の実情に応じて考えるために、いくつかのモデル・パターンを示すのがよいのではないか。
- 新型コロナウイルス感染症対応の中でできた、医療機関の役割についての会議体や仕組みが、今後の初期・第二次・第三次医療機関の役割等を考えていく上で活用できるのではないか。
- 二次と三次の役割分担をしていくためには、二次病院の充実度を評価し、体制の整っている医療機関に何らかの財政的な支援をすることが必要ではないか。
- 高齢者医療をどうするかというのが今後の救急のポイントであり、高齢者をどこで診ていくのかを検討すべきではないか。
- 地域包括ケア病床などを持っているようなところは救急をやるのが義務づけられており、亜急性期をみるような救急という概念も今後は必要ではないか。
- 第二次救急医療機関が対応することが多い高齢者救急が増加していく中で、第三次救急医療機関がどのような役割をするのか再検討することが必要ではないか。
- 高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、軽症・中等症だけではなく、症状・症候・診断名不明確が増加している。重症だけではなく、多様化する複数疾患合併例または診断困難事例について、第二次救急医療機関での受け入れが難しい場合は第三次救急医療機関でバックアップすることが必要ではないか。
- 第三次救急医療機関に搬送される患者の中には、第二次救急医療機関で対応可能と思われる患者が多く含まれていることから、第三次救急医療機関の負担を軽減するためには、救急搬送のルールについて検討することが必要ではないか。
- 高次の救急医療機関からの下り搬送を促進するため、病院間の搬送システムの構築と、病院間の日常の連携が必要ではないか。

【人材の確保】

- どこにどれくらい医師がいるのかということをはっきり出していただかないと、医師のバランスが取れているといっても、全然バランスが取れていないという状況は続くのではないか。
- 働き方改革が地域格差を考えないで強行されると、医師不足の地域では救急の確保・維持ということが非常に難しくなるのではないか。
- 総労働時間を減らすと、生産性をあげた医療をしていかなければならず、集約を考えることが必要ではないか。
- 第三次救急医療機関から第二次救急医療機関等に非常勤医師として派遣されている医師は、派遣元の病院の時間外勤務という形で働いていることから、働き方改革の結果、第二次救急医療機関等からの医師の引き上げが発生し、救急の医師が不足しがちな地域については、救急医療体制が維持できなくなってしまうのではないか。
- 医師偏在指標で判断すると開業医数も含まれるため、働き方改革等に影響する勤務医の不足が隠れてしまうといった問題点があるのではないか。
- 感染症対策をしての経験からすると、外国との比較をしてみると、急性期病院の医師の数が少ないという印象を持つので、この偏在に関しては、早急に急性期医療のほうに医師が集まるような対策を取ることが大事ではないか。
- 日本救急医学会がアンケート調査を実施したところ、地域的に不利な病院でも、救急科専門医を増やすと医師獲得がうまくいくというデータが得られた。このようなデータを活用していくべきではないか。
- 外傷外科医等養成研修事業を活用して、重症外傷に対応ができる外科医を増やすというのも非常に重要ではないか。
- 「救急外来における医師・看護師配置に関する実態調査」の結果を踏まえて、専門性の高い看護師を含めた看護師の配置に関する基準等の議論をしていただきたい。
- 救急体制を維持するためには医師と看護師だけではなく、薬剤師、レントゲン技師、検査技師といった職種が必要であり、これらの職種に関しても、宿日直基準をしっかりと取らないことには、二次救急を地方で守っていけない。この点に関しても検討すべきではないか。
- 第三次救急医療機関に人材を集めるよりも、第二次救急、初期救急等を集めていく必要があるのではないか。

【高齢者と救急医療】

- ・ 救急医療機関側の対応だけではなくて、救急を受診しないで済むような日頃からの医療やプライマリケアの充実について検討すべきではないか。
- ・ 在宅の段階で、救急搬送が必要か否かについて、選別できるようにすべきではないか。
- ・ 在宅看取りについて、今後に向けて更なる体制の整備を目指していくべきではないか。
- ・ 救急医療の関係者と地域包括ケアの関係者、特に介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などをも含めた高齢者施設の関係者の連携が必要であり、救急医療の会議体と、地域包括ケアの会議体で、関係者がお互いの会議体に参加するなど、歩み寄りが必要である。
- ・ 帰宅する高齢者に対して看護師が療養指導等を行い、さらに必要な患者については社会的リソースにつなぐ体制を構築していくことが、生活上または社会的な問題を解決し、地域における療養生活の継続を支援し、ひいては度重なる救急搬送を防ぐことにもつながるのではないか。

【本人の意思に沿った救急医療】

- ・ ACPは現場では判断できないため、医師や医療・介護スタッフのもとでご家族と一緒に考え、事前に共有しておくことが重要である。その中で、ICTを情報共有などに活用しているところもあり、そういった好事例を展開すべきである。
- ・ 施設入所者、特に施設の管理者等、かかりつけ医、救急隊、受け入れ側の医療機関が一緒になってACPについて対応ができる体制をつくっていくことが必要ではないか。
- ・ かかりつけ医が出したDNARの指示書がいつまで有効なものなのかといったことを議論しないといけない。一定のルールやモデルを作る必要がある。
- ・ ACPについて、肺炎になったら人工呼吸器をつけるかどうか、腎臓の機能が悪くなったら透析までするのかどうかなどを日頃から考え、いざ、その様な状況になったときに救急医療をどこまでするかは、単に心停止時に心肺蘇生をするかしないかということ以上に大きな問題である。

【その他】

- 消防庁の集計における軽症・中等症・重症の分類は、入院期間だけで分類したものであり、実際の救急患者の重症度を検討する上でそぐわないので、緊急度、重症度に合わせて分類できるよう見直しをするべきではないか。
- 患者の緊急度・重症度に関わらず、救急隊が早く医療機関に搬送できるように、どこの病院が空いているということを救急隊で見られるようなシステムを構築するべきではないか。

新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

【体制整備】

- 基本的にコロナ患者は、救急の診療科だけが診ればよいというものではなく、コロナの重症者に対応しつつも、日常の救急医療体制をどのように維持していくべきかを考えないといけない。
- 地域によって感染症が災害レベルになるかどうかで、救急の対象になるかどうかという考え方になるのではないか。
- コロナの場合は、感染者などの数の変化と、変異株による質の変化が急激であったため災害的な側面をもたらすため、通常の救急医療への負担を考慮するとあくまで災害的なものとして、通常の仕組みに災害対応的な仕組みを上乗せするという考えが必要ではないか。
- 全ての医療機関が感染症に備えることが重要だが、急激に感染者数が増加するときには、大規模な感染症専門病院があることは地域にとって負担が減って、患者にとってもいいのではないか。感染症専門病院である程度急激に多くの患者が発生したときに吸収できるようなシステムがつかれないかどうか。そこで働く医師や看護師を普段から育ててキープしておくのはどうか。
- 今後のコロナや新興感染症の対応施設に関して、規模ばかり大きなものを造る必要があるという議論にはならないのではないか。実際のところは、中小の二次救急病院でもしっかりと診て活躍した。そういうことを含めて今後の新興感染症対策を考えていただきたい。
- 今回のコロナ禍において、精神科病院に入院しているコロナ患者を他の病院に転院させることは難しい問題であった。精神疾患を背景とする患者の転院が円滑に進むような体制整備を進めて頂きたい。
- 千葉市のデータによると、コロナの搬送は全体の1割以下であり、コロナ以外の救急患者を日本はしっかり診られていたことを示すものであり、欧米と比較して日本がうまくいっていたことを示しているのではないか。

【人材育成】

- 重症例のための人材育成という面もあるが、むしろ救急患者を受け入れるときの感染対策をきちんとやれるために必要な人材を育成するということも述べておくべきではないか。
- 人材の育成は重要だが、感染症対策の医療人材育成であり、救急と分けて考えるべきではないか。
- 平時から重症患者対応が可能な看護師の育成は必要な議論ではないか。

【ドクターカーとドクターヘリ】

- ドクターヘリについては、有効活用のために広域連携を一層進めていくということで、好事例等を横展開していくということが重要ではないか。また、同様に、ドクターカー・ドクターヘリも地域特性がかなり影響してくると思うので、これも全国の状況を把握して、好事例を集めて横展開していくことが重要ではないか。
- 全国の災害拠点病院や第三次救急医療機関のヘリポートが、どのぐらいの重さのヘリコプターまで対応できるかということに関して、実態を把握すべきではないか。
- ドクターカーとドクターヘリについてどのように活用するか、ニーズのある患者を迅速に医療につなげるといった観点で、全体の連携をどのように構築していくべきか検討が必要ではないか。
- ドクターカーというのは救命センターに所属して、ドクターが行って救命処置をするというのが主な役割と考えているが、今後、在宅医療を救急で支えていくに当たり、地域の二次救急病院が在宅の医師を支援するという形でのドクターカーの活用の仕方もあるのではないか。
- ドクターカーは地域医療においては、在宅医療だけではなくて、転院搬送などでも使っているところはかなり有効に使っている。ドクターカー、三次救急にしか補助が出ていないので、二次救急が地域医療という点ではかなり有効に使っているので、ぜひ二次救急も補助対象とすることを検討して頂きたい。
- 病院前診療医学会が全国の消防本部に管轄地域におけるドクターカーの運用状況のアンケート調査を行ったところ、397か所の病院でドクターカーを運用していることが分かったが、そのうちの67%にあたる274病院では、3か月間、1回もドクターカーを出動させていないという結果が得られた。このようなドクターカーの実態を把握した上で補助金を支給すべきではないか。

- 救急救命士について、多職種の配置、連携と一体的にしっかりと検討していくほうがいいのではないかな。
- 各医療機関において、救急救命士ごとに実施可能な救急救命処置を認可しなければいけないが、気管挿管等の高度な救急救命処置に関しては、地域のメディカルコントロール協議会の認定を得ないと、その実施を認可できない。救急救命処置の中の重要な特定行為の実施に関して、なかなか認定されないという実態があることから、地域のメディカルコントロール協議会に対して、厚生労働省からも働きかけが必要ではないかな。

2. 災害医療

- ・ 災害派遣医療チーム(DMAT)・災害派遣精神医療チーム(DPAT)
- ・ 災害時に拠点となる病院(災害拠点病院・災害拠点精神科病院)
- ・ 止水対策を含めた浸水対策
- ・ 医療コンテナの災害時等における活用

【DMAT・DPAT等】

- どういう新興感染症かにより活動内容が変更される可能性があるため、DMAT活動要領を柔軟に見直しをしていく必要があるのではないか。例えば、新型コロナ都道府県調整本部での入院調整の場合では、どのような新興感染症の入院需要があるかよって、必要となる専門の先生の助言は違うのではないか。また、クラスター対策を目的とした医療チームを派遣する場合では、従来のDMATチームに感染管理認定の看護師または感染管理専門の医師を入れてはどうか。
- 都道府県とDMAT指定医療機関との協定に関して、DMAT隊員を派遣時に災害医療コーディネーターのように一時的に地方公務員とされるのがよいのではないか。その結果、補償に関しては公務災害として対応できることになり、指揮系統に関しては現在のように派遣元病院の業務として派遣先病院の指揮下に入るという仕組みではなくなるため、DMAT隊員の身分が明確化されわかりやすくなるのではないか。
- DMAT等の位置付けを明確化するためにDMAT等の法制化について検討してはどうか。
- DPAT先遣隊の関係者の先生方の意見では、活動要領改訂だけで新興感染症時にDPATが機能するのかを心配されている。どのようなフェーズのどのような場面でDPATが特に必要なのかは整理すべきではないか。
- DPATについては、派遣元の病院に保障がなく、研修会の開催もボランティアになっている。DMATは診療報酬上の補償があるが、DPATも診療報酬上の補償があってよいのではないか。
- 災害時もダイヤモンド・プリンセス号の時も、DPATの身分保障をしていなかった。ダイヤモンド・プリンセス号派遣のDPAT医師が現場で感染し、休んだ分の補償がなかった。今後、DPAT隊員を増員をしていくのであれば派遣元の病院に補填をすべきではないか。
- 災害支援ナースについて、派遣する病院の補償をすべきではないか。

【保健医療チームの連携】

- 保健医療調整本部の訓練の中に様々な保健医療チームが入ることを要望する。様々な保健医療チームを地域の防災計画に記載して、地域の災害訓練にも積極的に様々な保健医療チームを参加させていくべきではないか。
- 都道府県は、看護職に限らず、医師会、歯科医師会、日本赤十字、助産師会、薬剤師会等のそれぞれの団体と協定を結んでいる状況にある。各団体ごとの協定と医療機関ごとの協定のすみ分けをどうするかが課題ではないか。
- 大阪の防災計画にはA M A Tや災害支援ナース等の様々な保健医療チームは記載されていない。地域の防災計画にどういう保健医療チームを記載することが妥当かを国で選別し整理する必要があるのではないか。
- 災害支援ナースだけでなく、各種職能団体から派遣されている保健医療チームも、明確なはっきりとした教育システムがあり災害時の経験があるのであれば、より派遣しやすい状況になるために都道府県と医療機関との協定に改めていく必要があるのではないか。
- 保健医療チームを派遣している民間病院には負担がかかっており、国から認定されれば、それらのチームを保有している医療機関にもDPCの点数をつける議論をしてもよいのではないか。

【災害拠点精神科病院】

- 災害拠点精神科病院に対しての財政支援だけでなく、災害拠点精神科病院の指定を受けるための財政支援もお願いしたい。
- 災害拠点精神科病院を増やすため、社会医療法人の認定要件の中にDPATの保有を入れるようなことを考えていくべきではないか。
- 災害拠点精神科病院の各都道府県への整備に関して、施設の老朽化対策などの経済的な問題があると聞いており、特に公立病院・地方公共団体の病院・地方独立行政法人の病院については厚労省の交付金の対象にならないが、検討が必要ではないか。

【災害時に拠点となる病院以外の病院】

- 災害時、特に都会では、点ではなく面で対応をすべきである。大阪のように、拠点となる病院の体制構築だけでなく拠点となる病院を支える病院の体制構築も第8次医療計画に盛り込むことを検討していくべきではないか。また、このような拠点となる病院を支える病院の財政支援をお願いしたい。
- 東京では、すべての病院を防災計画に組み入れている。国の方でも全ての医療資源が活用できるような発想になっていくべきではないか

止水対策を含めた浸水対策

- 災害拠点病院の浸水対策を講じる必要はあるが、病院の経済的な負担が大きいのではないかと。
- 浸水想定区域に所在する災害拠点病院の浸水対策率を現状の75%から100%にさせ、講じられている対策の妥当性の評価が必要である。また、災害拠点病院以外の病院においても浸水対策が必要ではないかと。
- 東京においては電線が地下に埋め込まれているため、水害により地域単位で送電ができなくなることが想定され、病院単位ではなく地域単位で対策を立てる必要があり、病院担当者だけで対策を講じるのは困難であるため、専門家の支援が必要である。
- 水害に対して広域避難の計画を立てる必要がある病院がいつまで籠城をするのかやどこに病院避難をするのか等を決定するには、地域の災害計画の内容を考慮する必要があり、広域避難を含めて病院単位で進めていくことは難しいため、BCP策定を支援するチームを立ち上げてはどうか。

- 今後行われる大阪万博等のイベント等において、例えば外傷外科研修を受講した外科医がコンテナ手術室を展開し、外傷患者の治療に活用することが考えられる。

- ・ 資料 1 5 疾病・ 5 事業について（その 2 ; 5 事業について）（P.3～115）
- ・ 参考資料 1 第 4 回～第 6 回救急・ 災害医療提供体制等に関するワーキンググループでこれまでに頂いた主なご意見（P.117～131）
- ・ 参考資料 2 **へき地医療拠点病院における主要 3 事業等の実施状況**（P.133～137）
- ・ 参考資料 3 第 8 次医療計画に向けて（へき地の医療）（参考人資料）（P.139～158）
- ・ 参考資料 4 第 8 次医療計画に向けて（周産期医療）（参考人資料）（P.160～173）
- ・ 参考資料 5 第 8 次医療計画に向けて（小児医療）（参考人資料）（P.175～189）

へき地医療拠点病院における主要3事業等の実施状況
(令和3年度へき地医療現況調査より)

第11回第3次医療計画
等に開示される機密資料
令和4年7月27日 2

都道府県	施設名称	巡回診療 実施回数	医師派遣 実施回数	代診医派遣 実施回数	遠隔医療 実施の有無
北海道	北海道立江差病院	0	0	0	○
北海道	八雲総合病院	36	0	0	×
北海道	JA北海道厚生連 倶知安厚生病院	0	0	0	×
北海道	岩見沢市立総合病院	0	8	0	×
北海道	砂川市立病院	0	0	0	×
北海道	深川市立病院	0	0	0	×
北海道	総合病院伊達赤十字病院	8	0	0	×
北海道	総合病院浦河赤十字病院	0	0	0	×
北海道	名寄市立総合病院	0	0	59	○
北海道	社会福祉法人北海道社会事業協会富良野病院	0	0	0	×
北海道	留萌市立病院	0	0	0	×
北海道	北海道立羽幌病院	7	0	34	×
北海道	市立稚内病院	0	9	0	○
北海道	北星赤十字病院	0	0	0	×
北海道	JA北海道厚生連 遠軽厚生病院	0	0	0	×
北海道	広域紋別病院	24	0	0	×
北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	1	0	0	×
北海道	市立釧路総合病院	0	0	0	×
北海道	市立中標津病院	0	0	0	×
青森県	青森県立中央病院	0	24	10	×
青森県	むつ総合病院	0	0	0	×
青森県	外ヶ浜町国民健康保険外ヶ浜中央病院	0	0	0	×
青森県	つがる西北五広域連合総合病院	69	0	0	×
青森県	北部上北広域事務組合 公立野辺地病院	24	0	0	×
青森県	一部事務組合下北医療センター 国民健康保険大間病院	0	49	0	○
青森県	三戸町国民健康保険三戸中央病院	32	0	0	×
岩手県	岩手県立中央病院	0	21	0	×
岩手県	岩手県立久慈病院	0	18	0	×
岩手県	奥州病院	0	102	0	×
岩手県	社会福祉法人恩賜財団岩手県済生会岩泉病院	0	90	0	×
宮城県	石巻赤十字病院	0	0	8	×
宮城県	大崎市市民病院	0	0	11	×
宮城県	みやぎ県南中核病院	0	0	45	×
宮城県	公立黒川病院	0	0	12	×
宮城県	かつの厚生病院	0	0	0	×
秋田県	北秋田市市民病院	0	0	0	×
秋田県	男鹿みどり市市民病院	0	143	0	×
秋田県	由利組合総合病院	34	108	0	×
秋田県	平厩総合病院	24	0	0	×
山形県	山形県立中央病院	0	244	70	×
山形県	日本海総合病院	0	0	254	○
山形県	山形県立新庄病院	0	108	3	×
山形県	公立置賜総合病院	0	0	0	○
福島県	福島県立中央病院	0	48	0	×
福島県	福島県立宮下病院	0	103	0	×
茨城県	茨城県立中央病院	0	23	1	○
茨城県	北茨城市民病院	47	0	0	×
茨城県	公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院	0	0	14	×
茨城県	社会福祉法人恩賜財団済生会 支部茨城県済生会 常陸大宮済生会病院	0	0	12	×
栃木県	佐野市民病院	0	0	220	○
栃木県	上郷賀総合病院	12	0	0	×
栃木県	日光市民病院	100	242	30	×
栃木県	獨協医科大学日光医療センター	0	0	0	○
栃木県	芳賀赤十字病院	13	0	0	×
栃木県	那須地区広域行政事務組合立那須南病院	46	0	0	×
栃木県	那須赤十字病院	47	0	0	×
群馬県	沼田脳神経外科循環器科病院	72	0	0	×
群馬県	西吾妻福祉病院	0	0	13	×
群馬県	独立行政法人国立病院機構沼田病院	48	0	0	×
東京都	東京都立広尾病院	0	74	33	○
新潟県	新潟県立十日町病院	29	0	0	○
新潟県	村上総合病院	0	0	0	○
新潟県	厚生連 糸魚川総合病院	0	60	0	×
新潟県	佐渡市立西津病院	60	0	0	○
新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 佐渡総合病院	13	84	0	○
新潟県	南魚沼市立ゆきぐに大和病院	25	0	0	○
富山県	新潟県立津川病院	0	0	0	○
富山県	富山西総合病院	24	0	0	○

※網掛けは主要3事業の実施回数が年間12回以上の施設。

へき地医療拠点病院における主要3事業等の実施状況
(令和3年度へき地医療現況調査より)

都道府県	施設名称	巡回診療 実施回数	医師派遣 実施回数	代診医派遣 実施回数	遠隔医療 実施の有無
富山県	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院	12	0	0	×
富山県	金沢医科大学米見市民病院	96	0	0	○
富山県	黒部市民病院	41	0	0	×
富山県	市立砺波総合病院	75	0	0	×
富山県	かみいち総合病院	29	0	0	×
富山県	南砺市民病院	0	0	7	○
富山県	公立南砺中央病院	0	0	47	○
石川県	石川県立中央病院	0	0	0	×
石川県	公立能登総合病院	34	0	0	×
石川県	市立輪島病院	0	48	0	○
石川県	珠洲市総合病院	45	0	0	○
石川県	公立穴水総合病院	44	0	0	○
石川県	公立宇出津総合病院	0	48	0	×
石川県	公立つるぎ病院	41	0	0	○
福井県	福井県立病院	0	1	1	○
福井県	福井県済生会病院	0	49	1	○
福井県	公立丹南病院	0	0	2	×
福井県	杉田玄白記念公立小浜病院	84	0	1	×
福井県	地方独立行政法人大月市立中央病院	36	0	0	×
山梨県	市川三郷病院	52	0	0	×
山梨県	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立飯富病院	6	0	0	×
山梨県	北杜市立国保川口病院	45	0	0	×
長野県	佐久市立国保浅間総合病院	25	0	0	×
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院	0	520	0	×
長野県	独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター	0	0	0	×
長野県	長野県立阿南病院	76	0	0	○
長野県	長野県立木曽病院	21	1	0	○
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 南長野医療センター新町病院	12	0	0	×
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 南長野医療センター糠ノ井総合病院	0	16	0	×
長野県	飯山赤十字病院	0	51	0	×
岐阜県	岐阜県総合医療センター	0	12	0	×
岐阜県	岐阜県厚生農業協同組合連合会岐阜・西濃医療センター掛斐厚生病院	0	50	0	×
岐阜県	岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院	0	243	0	×
岐阜県	中濃厚生病院	0	0	100	×
岐阜県	郡上市民病院	0	0	1	×
岐阜県	木沢記念病院	0	6	0	×
岐阜県	市立恵那病院	0	95	29	×
岐阜県	国民健康保険上矢作病院	0	48	0	×
岐阜県	高山赤十字病院	0	49	0	×
岐阜県	岐阜県厚生農業協同組合連合会 飛騨医療センター久美野厚生病院	0	22	0	×
岐阜県	岐阜県立下呂温泉病院	0	32	0	×
岐阜県	下呂市立金山病院	0	0	0	×
岐阜県	国民健康保険飛騨市民病院	0	12	0	×
静岡県	地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立総合病院	-	-	-	○
静岡県	浜松市国民健康保険佐久間病院	13	0	0	×
静岡県	独立行政法人国立病院機構天竜病院	0	0	2	×
静岡県	医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院	12	0	0	×
静岡県	公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	12	0	0	○
静岡県	フジ虎ノ門整形外科病院	0	60	0	×
静岡県	東日本電信電話株式会社伊豆病院(NIT 東日本伊豆病院)	0	47	0	×
愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 足助病院	18	0	46	○
愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 知多厚生病院	0	0	0	○
愛知県	豊川市民病院	0	0	38	○
愛知県	豊橋市民病院	0	0	1	×
愛知県	岡崎市市民病院	0	0	0	×
愛知県	岡崎市市民病院	0	0	6	×
愛知県	地方独立行政法人三重県立総合医療センター	0	0	0	×
三重県	独立行政法人国立病院機構 三重病院	0	0	0	×
三重県	三重県立一志病院	0	191	1	○
三重県	社会福祉法人恩賜財団済生会松阪総合病院	0	0	0	○
三重県	松阪市民病院	0	41	-	×
三重県	三重県厚生農業協同組合連合会松阪中央総合病院	0	0	2	×
三重県	伊勢赤十字病院	0	0	0	○
三重県	三重県立志摩病院	24	0	1	×
三重県	尾鷲総合病院	0	0	0	○
三重県	紀南病院組合立紀南病院	24	200	0	○
滋賀県	長浜市立湖北病院	68	0	0	×
滋賀県	高島市民病院	35	0	35	×

※欄外は主要3事業の実施回数が年間12回以上の施設。

へき地医療拠点病院における主要3事業等の実施状況
(令和3年度へき地医療現況調査より)

都道府県	施設名称	巡回診療 実施回数	医師派遣 実施回数	代診医派遣 実施回数	遠隔医療 実施の有無
京都府	京都府立医科大学附属北部医療センター	0	252	0	×
京都府	京丹後市立弥栄病院	0	0	0	○
京都府	京丹後市久美浜病院	0	0	0	○
京都府	市立舞鶴市民病院	0	0	0	×
京都府	綾部市立病院	0	143	0	×
京都府	市立福知山市民病院	0	50	0	×
京都府	市立福知山市民病院大江分院	0	42	0	×
京都府	国保京丹波町病院	0	1	0	×
京都府	京都中部総合医療センター	0	147	0	×
京都府	京都市立京北病院	0	0	0	○
兵庫県	兵庫県立丹波医療センター	0	98	0	○
兵庫県	兵庫医科大学さやま医療センター	0	301	0	×
兵庫県	兵庫県立淡路医療センター	0	36	0	○
兵庫県	西脇市立西脇病院	0	0	5	○
兵庫県	公立 丹波総合病院	0	146	1	×
兵庫県	製鉄記念広畑病院	0	0	14	×
兵庫県	赤穂市民病院	0	72	0	×
兵庫県	公立豊岡病院組合立豊岡病院	0	110	60	○
兵庫県	公立八鹿病院	0	0	0	○
奈良県	南奈良総合医療センター	0	36	189	○
奈良県	奈良県総合医療センター	9	0	5	×
奈良県	市立奈良病院	0	0	52	×
和歌山県	国保野上厚生総合病院	0	99	0	○
和歌山県	橋本市民病院	0	12	0	○
和歌山県	ひたか病院	0	188	0	○
和歌山県	紀南病院	0	150	0	×
和歌山県	独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター	0	50	0	×
鳥取県	鳥取県立中央病院	0	0	0	×
鳥取県	鳥取市立病院	0	146	1	×
鳥取県	独立行政法人労働者健康安全機構 山陰労災病院	0	0	6	×
鳥取県	鳥取県立厚生病院	0	0	0	×
鳥取県	国民健康保険智頭病院	0	48	0	×
鳥取県	日野病院	0	146	0	○
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院	0	4	0	○
鳥取県	南部町国民健康保険西伯病院	1	0	0	○
鳥取県	松江赤十字病院	0	4	0	○
鳥取県	安来市立病院	24	0	0	×
鳥取県	社会医療法人 昌林会安来第一病院	0	0	0	○
鳥取県	松江市立病院	0	0	0	○
鳥取県	独立行政法人地域医療機能推進機構 玉造病院	0	29	0	×
鳥取県	雲南市立病院	47	0	0	○
鳥取県	町立奥出雲病院	0	0	0	○
鳥取県	飯南町立飯南病院	0	0	0	○
鳥取県	平成記念病院	0	0	0	○
鳥取県	鳥根県立中央病院	0	0	1	○
鳥取県	鳥根大学医学部附属病院	0	175	48	○
鳥取県	出雲市立総合医療センター	0	0	0	○
鳥取県	島智郡公立病院組合公立 島智病院	72	85	0	○
鳥取県	加藤病院	0	0	0	○
鳥取県	大田市立病院	0	0	0	○
鳥取県	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	0	58	0	×
鳥取県	鳥根県済生会江津総合病院	0	45	0	○
鳥取県	社会福祉法人 鳥根聖岐学園 西部鳥根医療福祉センター	0	0	0	○
鳥取県	公益社団法人 益田市医師会立 益田地域医療センター(医師会病院)	216	0	40	×
鳥取県	益田赤十字病院	0	0	0	○
鳥根県	六日市病院	0	0	0	○
鳥根県	隠岐広域連立立隠岐病院	43	0	242	○
鳥根県	隠岐広域連立立隠岐島前病院	0	387	0	×
岡山県	津山中央病院	0	24	0	×
岡山県	医療法人思誠会渡辺病院	0	92	0	○
岡山県	赤磐医師会病院	0	143	0	×
岡山県	岡山赤十字病院	0	37	0	○
岡山県	岡山済生会総合病院	3	169	0	○
岡山県	鏡野町国民健康保険病院	0	486	0	×
岡山県	高梁市国民健康保険成羽病院	0	145	0	○
岡山県	美作市立大原病院	0	142	0	×
岡山県	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	0	379	0	○
広島県	県立広島病院	0	0	2	×

※網掛けは主要3事業の実施回数が年間12回以上の施設。

へき地医療拠点病院における主要3事業等の実施状況
(令和3年度へき地医療現況調査より)

都道府県	施設名称	巡回診療 実施回数	医師派遣 実施回数	代診医派遣 実施回数	遠隔医療 実施の有無
広島県	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院	0	8	0	○
広島県	府中市市民病院	16	0	0	×
広島県	市立三次中央病院	0	0	0	×
広島県	総合病院庄原赤十字病院	96	0	0	○
広島県	庄原市立 西城市民病院	50	0	0	○
広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院	0	97	0	×
広島県	安芸太田病院	0	0	24	×
広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 吉田総合病院	0	142	0	×
広島県	神石高原町立病院	60	60	0	○
広島県	独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター	0	0	1	×
広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院	0	25	0	×
山口県	独立行政法人国立病院機構岩国医療センター	24	24	0	○
山口県	山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院	0	0	0	○
山口県	光市立光総合病院	0	50	0	×
山口県	独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院	0	140	0	×
山口県	山口県立総合医療センター	99	95	41	○
山口県	下関市立市民病院	7	24	0	×
山口県	救市市民病院	0	0	4	○
徳島県	徳島県立中央病院	0	305	0	×
徳島県	徳島赤十字病院	0	39	0	×
徳島県	徳島県立三好病院	0	145	0	×
徳島県	国民健康保険勝浦病院	0	0	50	×
徳島県	那賀町立 上那賀病院	0	243	0	○
徳島県	徳島県立海部病院	0	56	0	○
徳島県	つるぎ町立半田病院	0	32	0	○
香川県	香川県立白鳥病院	144	0	0	×
香川県	さぬき市民病院	0	0	0	×
香川県	小豆島中央病院	213	0	0	×
香川県	香川県立中央病院	0	0	298	×
香川県	高松市立みんなの病院	0	0	0	×
香川県	高松赤十字病院	0	16	0	×
香川県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部香川県済生会病院	30	0	0	×
香川県	香川県厚生農業協同組合連合会 屋島総合病院	0	0	0	○
香川県	独立行政法人地域医療機能推進機構リツリン病院	0	0	0	○
香川県	高松市民病院塩江分院	7	0	0	×
香川県	坂出市立病院	97	0	22	×
香川県	綾川町国民健康保険陶病院	0	0	172	×
香川県	香川県厚生農業協同組合連合会 滝宮総合病院	0	0	0	×
香川県	独立行政法人労働者健康安全機構香川労災病院	0	0	11	×
香川県	三豊市立永康病院	0	0	41	×
香川県	三豊総合病院	108	386	0	×
香川県	医療法人社団 豊南会 香川井下病院	0	0	47	×
香川県	松井病院	0	92	0	×
愛媛県	愛媛県立中央病院	0	0	121	×
愛媛県	愛媛県立今治病院	0	0	0	×
愛媛県	市立宇和島病院	0	0	0	○
愛媛県	市立八幡浜総合病院	0	89	28	×
愛媛県	愛媛県立新居浜病院	0	0	0	×
愛媛県	市立大洲病院	0	0	0	×
愛媛県	西予市立野村病院	143	47	0	×
愛媛県	西予市立西予市民病院	0	0	42	×
愛媛県	国民健康保険久万高原町立病院	0	0	0	○
愛媛県	県北町立北平和病院	0	0	0	○
愛媛県	愛媛県立南宇和病院	0	0	0	○
高知県	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター	12	212	161	○
高知県	高知県立あき総合病院	11	0	6	×
高知県	高知県立種多けんみん病院	11	0	0	○
高知県	独立行政法人国立病院機構高知病院	0	0	11	×
高知県	高知大学医学部附属病院	0	190	0	×
高知県	本山町立国保嶺北中央病院	0	169	19	○
高知県	構原町立国民健康保険清原病院	0	0	5	×
高知県	大月町国民健康保険大月病院	0	21	0	○
福岡県	朝倉医師会病院	48	0	0	×
福岡県	独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院	0	0	15	×
福岡県	飯塚市立病院	0	0	104	×
福岡県	社会医療法人社団高野会くるめ病院	0	0	58	○
福岡県	福岡赤十字病院	0	60	0	×
福岡県	社会医療法人財団白十字会白十字病院	0	60	0	×

※欄外には主要3事業の実施回数が年間12回以上の施設。

へき地医療拠点病院における主要3事業等の実施状況
(令和3年度へき地医療現況調査より)

都道府県	施設名称	巡回診療 実施回数	医師派遣 実施回数	代診医派遣 実施回数	遠隔医療 実施の有無
福岡県	筑水会病院	0	54	0	×
福岡県	福岡記念病院	0	0	0	×
福岡県	原土井病院	0	95	0	×
福岡県	社会医療法人 陽明会 小波瀬病院	0	0	51	×
福岡県	社会医療法人 共愛会 戸畑共立病院	0	0	43	○
福岡県	独立行政法人 国立病院機構長崎医療センター	0	4	0	○
福岡県	長崎県五島中央病院	0	24	0	×
福岡県	長崎県上五島病院	0	234	0	×
福岡県	長崎県対馬病院	0	46	0	×
福岡県	長崎県上対馬病院	0	48	0	○
福岡県	医療法人社団 大同会 ニュー琴海病院	0	95	0	×
福岡県	貴州会病院	0	0	127	×
福岡県	国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院	0	0	39	×
熊本県	山形町包括医療センターそよう病院	0	122	0	○
熊本県	阿蘇医療センター	0	105	0	○
熊本県	上天草市立上天草総合病院	0	170	0	○
熊本県	球磨郡公立多良木病院	0	135	43	×
熊本県	国東市立山香病院	38	0	0	×
熊本県	国家公務員共済組合連合会 新別府病院	0	0	2	×
熊本県	大分県厚生連鶴見病院	0	0	2	×
熊本県	社会医療法人 関愛会 佐賀関病院	0	0	36	×
熊本県	社会医療法人 財団 天心堂 へつぎ病院	0	0	2	×
熊本県	大分県立病院	0	0	4	×
熊本県	臼杵市医師会立コスモス病院	24	0	10	×
熊本県	建久貿易医師会立建久屋中央病院	71	0	0	×
熊本県	独立行政法人 地域医療機能推進機構 南海医療センター	0	0	3	×
熊本県	社会医療法人 長門真記念会 長門記念病院	0	0	1	×
熊本県	佐伯中央病院	0	246	0	○
熊本県	大久保病院	42	0	2	×
熊本県	豊後大野市民病院	24	0	0	×
熊本県	竹田医師会病院	43	0	0	×
熊本県	社会福祉法人 恩賜財団済生会支部 大分県済生会 日田病院	36	0	2	○
熊本県	中津市民病院	0	0	1	×
熊本県	宇佐高田医師会病院	38	0	0	×
熊本県	高田中央病院	36	0	0	×
熊本県	椎葉村国民健康保険病院	36	0	0	○
熊本県	美郷町国民健康保険西郷病院	11	0	0	×
熊本県	公益社団法人 鹿耳島共済会 南風病院	0	44	0	×
熊本県	鹿耳島赤十字病院	8	242	3	○
熊本県	相良病院	0	25	0	○
熊本県	いまきいれ総合病院	0	0	0	×
熊本県	恒心会おぐら病院	0	66	0	×
熊本県	出水郡医師会 広域医療センター	0	0	33	×
熊本県	出水総合医療センター	24	0	0	×
熊本県	社会医療法人 義順顕彰会 埴子島医療センター	0	165	0	×
熊本県	垂水市立医療センター 垂水中央病院	0	49	0	×
熊本県	社会福祉法人 恩賜財団 済生会川内病院	0	0	8	×
熊本県	豊後医師会立病院	0	72	0	×
熊本県	霧島市立医師会医療センター	0	0	0	×
熊本県	肝臓病医師会立病院	0	100	0	×
熊本県	青雲会病院	0	56	0	×
熊本県	県立 薩前病院	0	0	4	×
熊本県	県立 大島病院	0	0	4	×
熊本県	県立 北薩病院	0	0	3	×
熊本県	県民健康プラザ鹿屋医療センター	0	0	0	×
熊本県	沖縄県立北部病院	0	0	6	○
熊本県	沖縄県立中部病院	0	0	313	○
熊本県	沖縄県立南部医療センター こども医療センター	0	0	77	○
熊本県	沖縄県立宮古病院	7	0	47	○
熊本県	沖縄県立八重山病院	0	0	0	○
熊本県	琉球大学病院	2	377	0	×
熊本県	社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院	0	0	3	×

※欄外は主要3事業の実施回数が年間12回以上の施設。

- ・ 資料 1 5 疾病・ 5 事業について（その 2 ; 5 事業について）（P.3～115）
- ・ 参考資料 1 第 4 回～第 6 回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループでこれまでに頂いた主なご意見（P.117～131）
- ・ 参考資料 2 ヘき地医療拠点病院における主要 3 事業等の実施状況（P.133～137）
- ・ 参考資料 3 第 8 次医療計画に向けて（ヘき地の医療）（参考人資料）（P.139～158）
- ・ 参考資料 4 第 8 次医療計画に向けて（周産期医療）（参考人資料）（P.160～173）
- ・ 参考資料 5 第 8 次医療計画に向けて（小児医療）（参考人資料）（P.175～189）

第8次医療計画に向けて (へき地の医療)

厚生労働科学研究費補助金

「人口動態や地域の実情に対応するへき地医療の推進を図るための研究」

自治医科大学 小谷和彦

へき地医療の沿革

無医地区等住民の医療確保のため昭和31年度より11次にわたる年次計画を策定し、地域の実情により各種施策を実施。平成26年度へき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」の実施期間を平成29年度まで延長し、平成30年度からは、「第7次医療計画」に一体化した。

【計画年度】

(へき地保健医療計画)

- ・第1次計画(昭和31年度～昭和37年度)
- ・第2次計画(昭和38年度～昭和42年度)
- ・第3次計画(昭和43年度～昭和49年度)
- ・第4次計画(昭和50年度～昭和54年度)
- ・第5次計画(昭和55年度～昭和60年度)
- ・第6次計画(昭和61年度～平成2年度)
- ・第7次計画(平成3年度～平成7年度)
- ・第8次計画(平成8年度～平成12年度)
- ・第9次計画(平成13年度～平成17年度)
- ・第10次計画(平成18年度～平成22年度)
- ・第11次計画(平成23年度～平成29年度)

※第10次計画より都道府県ごとにへき地保健医療計画を作成。
(医療計画)

- ・第7次計画(平成30年度～令和6年度)

【主な内容】※新規事項を記載

へき地診療所の整備

患者輸送車、巡回診療車等の整備

へき地担当病院医師派遣事業(S60年度終了、へき地勤務医師等確保修学資金(H2年度終了)

へき地保健指導所の整備・運営、へき地中核病院(H15～へき地医療拠点病院)の整備・運営

医療情報システムの導入(へき地診療所診療支援システム)

へき地診療所の設備整備、研修機能の強化(へき地診療所の医師等の医療技術の向上)

へき地勤務医師等確保事業(ローテイト計画)、へき地医療担当指導医の養成・育成

へき地医療支援病院(H15～へき地医療拠点病院)の運営、へき地診療所の運営(訪問看護

への加算措置)

へき地医療支援機構の設置、へき地医療拠点病院群の整備・運営

へき地医療支援機構の機能強化(非常勤医師配置)、へき地医療情報システムにおける

相談体制の整備

へき地医療支援機構の機能強化(キャリアパス育成機能、ドクタープール機能)、「全国へき地

医療支援機構 等連絡会議」の設置

医療計画と一体化、へき地医療拠点病院の活動目標を提示(へき地における巡回診療、
へき地への医師派遣、代診医派遣の実績が年間12回(月1回)以上)

【へき地保健医療対策への国庫補助事業】

＜運営費＞

・へき地医療支援機構 ・へき地診療所運営事業 ・へき地保健指導所運営事業 ・へき地医療支援機構交流促進会議

・へき地医療拠点病院運営事業 ・へき地・離島巡回診療事業 ・産科医療機関確保事業

＜施設・設備＞

・医療施設等施設整備事業 ・医療施設等設備整備事業



厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

『人口動態や地域の実情に対応するへき地医療の推進を図るための研究』

【メンバー】

研究代表者 小谷 和彦(自治医科大学)

研究分担者 前田 隆浩(長崎大学)

小池 創一(自治医科大学)

春山 早苗(自治医科大学)

佐藤 栄治(宇都宮大学)

井口清太郎(新潟大学)

松本 正俊(広島大学)

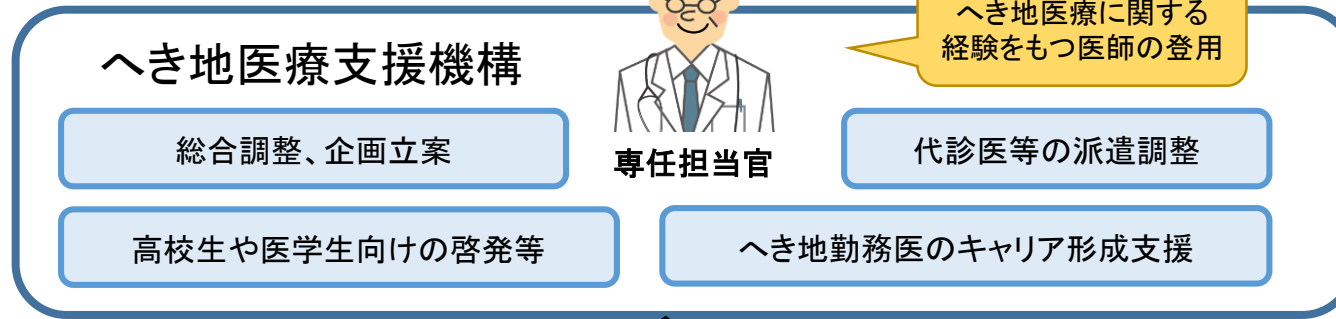
村上 礼子(自治医科大学)

【テーマ】

- 医療需要の推計
へき地医療ビジョンの考案
- へき地医療の提供体制の新構築
ICT、特定行為看護
- 国内外のへき地医療事情の情報化
- へき地医療従事者の労働環境の改善など

へき地の医療を支える体系

行政機関等による支援



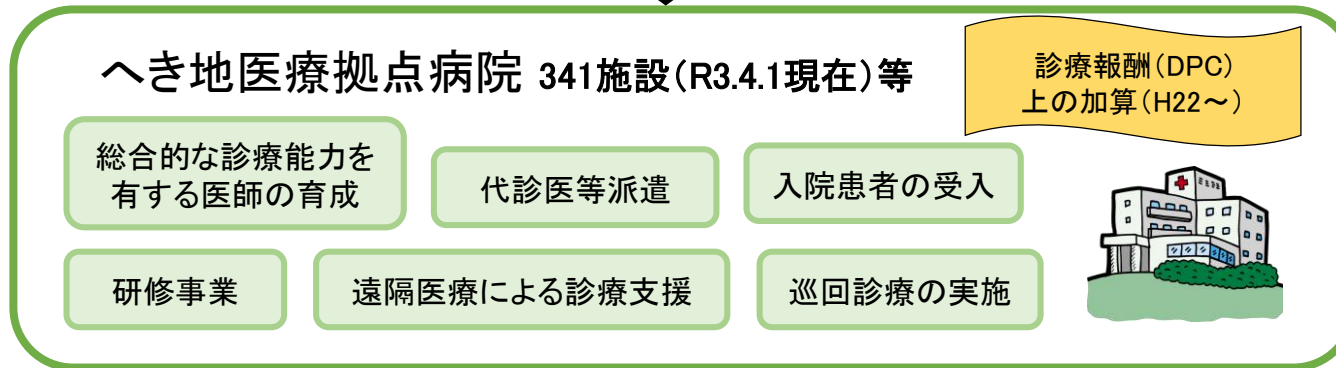
医師をはじめとする医療従事者の育成と確保

へき地支援医療

支援



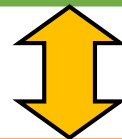
連携



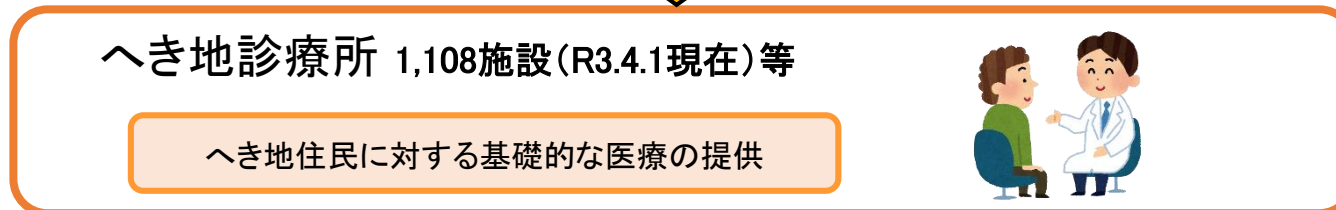
医療の確保

へき地における診療

支援



連携



へき地医療対策におけるへき地の定義

へき地とは、「無医地区※¹」、「準無医地区※²（無医地区に準じる地区）」などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域

※1) 無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区（無医地区等調査より）

※2) 準無医地区とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区（無医地区等調査より）

※3) 「無医地区」及び「準無医地区」を有する都道府県は千葉県、東京都、神奈川県、大阪府を除く43道府県

へき地医療拠点病院の概要

- へき地医療拠点病院の目的、指定要件等については「へき地保健医療対策等実施要綱」（令和3年4月26日医政発0426第26号医政局長通知）に定められている。

目的

へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院を都道府県単位で「へき地医療拠点病院」として編成し、へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保する。

指定要件

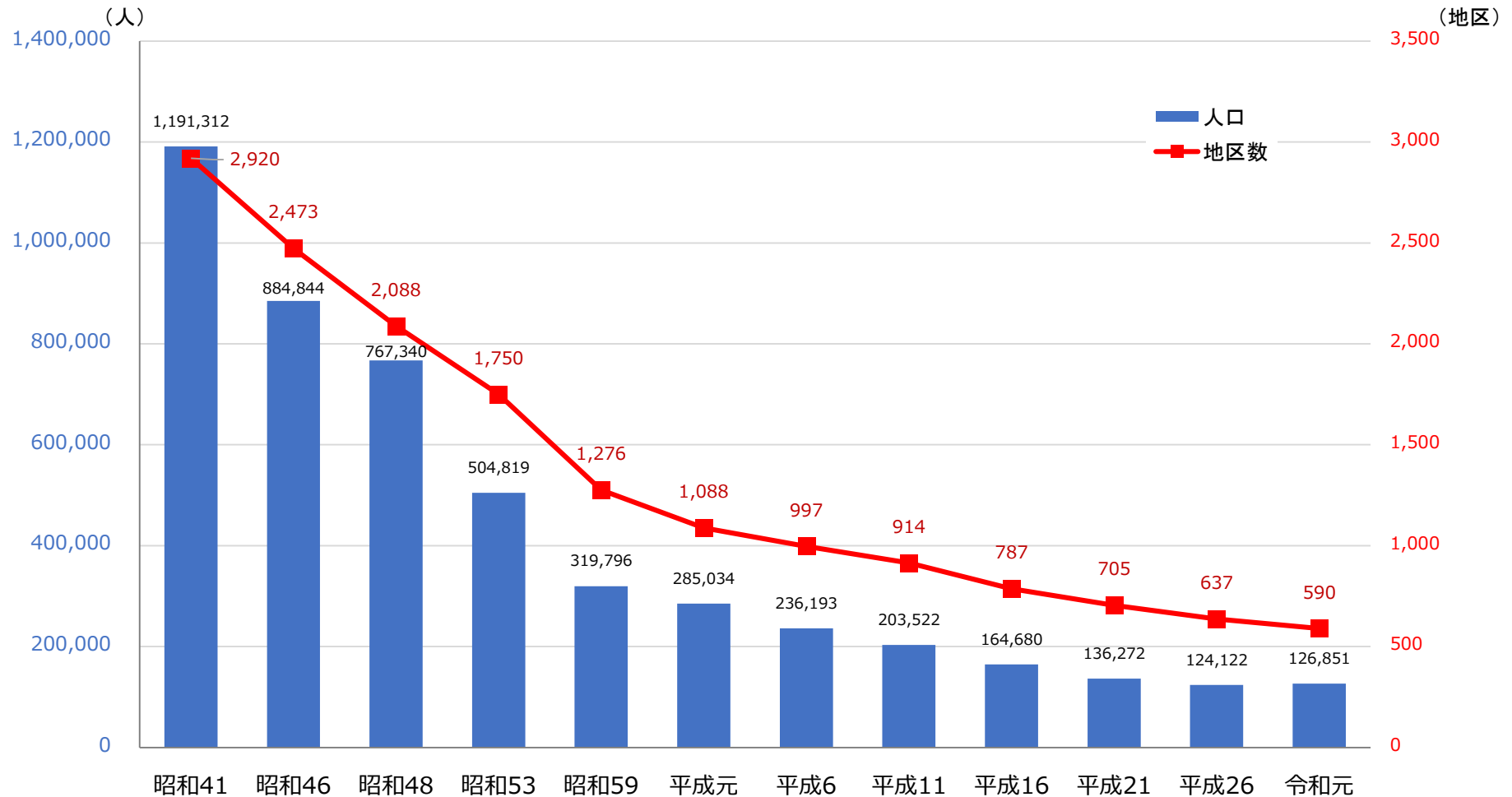
都道府県知事は、次に掲げる事業（**ア、イ又は力のいずれかの事業は必須**）を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められる病院をへき地医療拠点病院として指定する。

- ア** 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- イ** へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
- ウ** 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。
- エ** 派遣医師等の確保に関すること。
- オ** へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
- カ** 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
- キ** 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。
- ク** その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること。

無医地区数および無医地区人口の推移(S41→R1)

○ 全国の無医地区※は、へき地診療所の開設、人口減少等の様々な要因により減少傾向にある。

※無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として概ね半径4Kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区

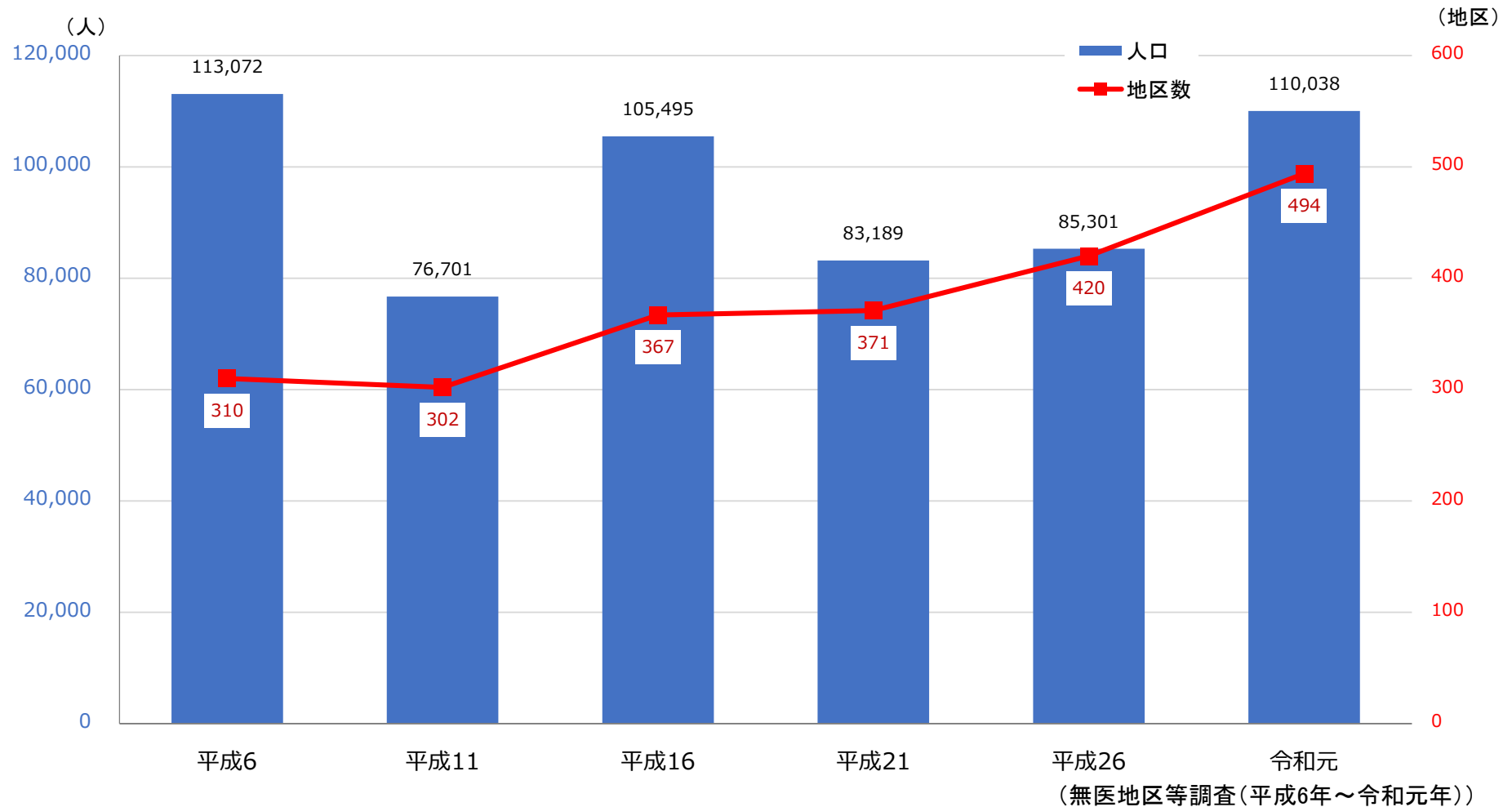


(無医地区等調査(昭和41年～令和元年))

準無医地区数および準無医地区人口の推移(H6→R1)

- 全国の準無医地区※は、無医地区に該当しなくなった地区が準無医地区に指定される事例が多いため、**増加傾向**にある。

※準無医地区とは、無医地区には該当しないが、無医地区に準じ医療の確保が必要な地区と各都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し、適当と認めた地区



無医地区・準無医地区の増減(H26→R1)

- **無医地区数**は、前回調査（平成26年10月末日：637地区）に比べて**47地区減少**の590地区となっている。
- **準無医地区数**は、前回調査（平成26年10月末日：420地区）に比べて**74地区増加**の494地区となっている。

(単位：地区)

区分	H26.10現在 (A)	R1.10現在 (B)	増減 (B-A)				
			純増	区分変更による増	純減	区分変更による減	
無医地区数	637	590	① 60	② 22	③ △50	④ △79	△47
準無医地区数	420	494	⑤ 58	⑥ 79	⑦ △41	⑧ △22	74
合計	1,057	1,084	118	101	△91	△101	27

- **無医地区人口**は、前回調査（平成26年10月末日：124,122人）に比べて**2,729人増加**し、126,851人となっている。
- **準無医地区人口**は、前回調査（平成26年10月末日：85,301人）に比べて**24,737人増加**し、110,038人となっている。

(単位：人)

区分	H26.10現在 (A)	R1.10現在 (B)	増減 (B-A)
無医地区人口	124,122	126,851	2,729*
準無医地区人口	85,301	110,038	24,737
合計	209,423	236,889	27,466

※前回調査（平成26年）において、一部自治体において無医地区の人口の記載方法に一部誤りがあり過小に報告されていた。

第7次医療計画に係る指標(現状)

	へき地診療			へき地支援医療		行政機関等の支援		
ストラクチャー		へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数			へき地医療支援機構の数	
		へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数			へき地医療支援機構の専任・併任担当官数	
		過疎地域等特定診療所数						へき地医療に従事する地域枠医師数
		へき地診療所の医師数						
		へき地における医師以外の医療従事者数（歯科医師、看護師、薬剤師等）						
プロセス	●	へき地における診療・巡回診療の 実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数		●	へき地医療に係る協議会の開催回数	
	●	へき地における訪問診療（歯科を含む）・訪問看護の実施日数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数		●	協議会等におけるへき地の医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）確保の検討回数	
	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		← 中間見直しでの追加 ←		
			●	遠隔医療等のICTを活用した診療支援の実施状況				
			●	へき地医療拠点病院の中で主要3事業（※1）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合				
			●	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業（※2）の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合				
アウトカム								

(●は重点指標)

※1 主要3事業: へき地医療拠点病院における①へき地への巡回診療、②へき地診療所等への医師派遣、③へき地診療所等への代診医派遣

※2 必須事業: へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- ・へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関すること。
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

指標に係る実態

へき地医療拠点病院の3事業の実施状況(厚生労働省現況調査)

		主要 3 事業				参考	
		巡回診療 (年12回以上)	医師派遣 (年12回以上)	代診医派遣 (年12回以上)	主要3事業合計 (年12回以上) 【A】	ICTによるへき地 医療の診療支援 【B】	【A】 または 【B】
R3年度	実施 施設数	76 (22.3%)	124 (36.4%)	51 (15.0%)	225 (66.0%)	115 (33.7%)	270 (79.2%)
	未実施 施設数	265 (77.7%)	217 (63.6%)	290 (85.0%)	116 (34.0%)	226 (66.3%)	71 (20.8%)
	計	341	341	341	341	341	341
R2年度	実施 施設数	82 (24.8%)	114 (34.4%)	50 (15.1%)	219 (66.2%)	102 (30.8%)	252 (76.1%)
	未実施 施設数	249 (75.2%)	217 (65.6%)	281 (84.9%)	112 (33.8%)	229 (69.2%)	79 (23.9%)
	計	331	331	331	331	331	331
R元年度	実施 施設数	80 (24.8%)	114 (35.3%)	51 (15.8%)	215 (66.6%)	94 (29.1%)	241 (74.6%)
	未実施 施設数	243 (75.2%)	209 (64.7%)	272 (84.2%)	108 (33.4%)	229 (70.9%)	82 (25.4%)
	計	323	323	323	323	323	323

※R3年度調査において「主要 3 事業の実施回数が年 0 回」かつ「ICTによるへき地医療の診療支援を実施していない」施設数は、35 (10.3%) となっている。

オンライン診療の拡充に関する方向性

- 骨太の方針(R4.6.7 閣議決定)
- 社会保障審議会(医療部会;厚生労働省)
- オンライン診療の適切な実施に関する指針
(厚生労働省:R4年1月一部改正)

→オンライン診療を推進する方向にある

★R2年度 厚生労働科学特別研究事業

「新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究」(研究代表者:吉村健佑)

- へき地医療支援機構から見たへき地医療の好事例
オンラインでの情報共有や研修が挙げられた。
- へき地診療所
新たにオンライン診療を導入したのは6%(34施設/N=596)だった。

→へき地医療で新興感染症対策としてオンライン診療の役立つ場面がある

オンライン診療に係る現場の動向

オンライン診療を実施しているへき地医療機関ではD to P with Nの様式が主流である。調査回答の中で、移動コストの短縮をはじめとして巡回診療や医師・専門医派遣への有用性が示唆された。



A施設; D to P or D to P with N

診療所までの移動時間や、診療までの待ち時間が短縮された。
患者負担や介助者負担が軽減され、大変役立つ仕組みであるとの声がある。

B施設: D to P with N

(コロナで)巡回診療ができなくなり、オンライン診療で代替した。
これから使用することが増えるだろう。

D to Dに対するニーズも潜在している。

※ 現況調査でもへき地医療拠点病院やへき地診療所での実践が少数ながらうかがえる。

和歌山県で整備された全県的な遠隔医療支援システム



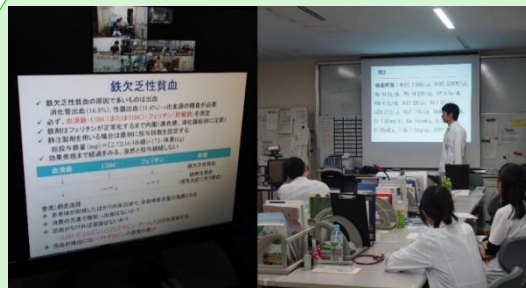
和歌山県は北部および海岸沿いの都市部には公的病院、そして山間部にはへき地診療所を中心とした公立の診療所が設置されている。ICTで連結する取り組みがはじまっている。

和歌山県における遠隔医療支援システムを用いたへき地医療支援

診療

へき地を含む全県的地域の病院や診療所を受診した患者さんを、システムを通じて和歌山県立医大の専門医が現地担当医とともに診療を行う。

研修



和歌山県立医大の教員が行う専門的な講義を、システムを通じて地域の病院や診療所の医師も聴衆できる。

遠隔医療支援システム



会議



若手医師同士の勉強会、和歌山県立医大や県内医療機関でのカンファに、地域の病院や診療所から参加することが可能である。

医療情報を扱うことのできる専用回線を用いたテレビ会議システム。自治医科大学卒業生、和歌山県立医大地域枠など若手医師が派遣されうる和歌山県内計23か所の公的病院、診療所に導入されている。

遠隔医療(含オンライン診療)の利用と自治体からの支援との関係

複数回答

遠隔医療の実施	へき地医療拠点病院			へき地診療所		
	あり(n=65)	なし(n=120)	P値	あり(n=128)	なし(n=758)	P値
自治体の支援あり、n (%)	25 (38.5)	13 (10.8)	<0.01	56 (43.8)	20 (2.6)	<0.01
支援の内容、n (%)						
人材派遣	3 (4.6)	2 (1.7)	0.35	5 (3.9)	1 (0.1)	<0.01
相談窓口の設置・対応	2 (3.1)	3 (2.5)	0.99	8 (6.3)	2 (0.3)	<0.01
関連情報の提供	5 (7.7)	4 (3.3)	0.28	11 (8.6)	1 (0.1)	<0.01
研修会等の開催	3 (4.6)	0 (0)	0.04	3 (2.3)	5 (0.7)	0.01
システムの管理	4 (6.2)	2 (1.7)	0.19	18 (14.1)	1 (0.1)	<0.01
機器の整備	10 (15.4)	5 (4.2)	<0.01	36 (28.1)	6 (0.8)	<0.01
予算	10 (15.4)	1 (0.8)	<0.01	27 (21.1)	9 (1.2)	<0.01
通信環境の整備	10 (15.4)	4 (3.3)	<0.01	38 (29.7)	12 (1.6)	<0.01

へき地医療機関では自治体からの支援があれば実施できる可能性がある。

第7次医療計画の見直し時にオンライン診療の導入を記載した県の例

第7次愛知県医療計画（平成30年）



愛知県医療計画 中間見直し（令和4年）

2 ヘき地医療対策

(1)ヘき地診療所

- ヘき地医療を担う医療機関においては、全診療科的な対応が必要となるため、総合的な診療ができる医師や、在宅医療の提供をはじめとする地域包括ケアシステムを支えることができる医師が求められており、そのような医師の育成、確保を図ることが必要です。
- ヘき地医療に従事する医師に対して、更なる診療技術支援への取り組みが必要です。
- 自治医大卒業医師にとって義務年限終了後も魅力ある勤務環境を整えるとともに、ヘき地医療に従事する医師のキャリア支援を行う必要があります。
- ヘき地に勤務している医師に対する地域の理解を深めるための情報交換の場の提供が必要です。

2 ヘき地医療対策

(1)ヘき地診療所

- ヘき地医療を担う医療機関においては、全診療科的な対応が必要となるため、総合的な診療ができる医師や、在宅医療の提供をはじめとする地域包括ケアシステムを支えることができる医師の育成、確保を継続していく必要があります。
- ヘき地医療に従事する医師に対して、診療技術支援への取り組みが必要です。
- 自治医大卒業医師にとって義務年限終了後も魅力ある勤務環境を整えるとともに、ヘき地医療に従事する医師のキャリア支援を継続していく必要があります。
- 限られた医療人材を効率的かつ効果的に活用するため、**オンライン診療**等の遠隔医療の導入も検討する必要があります。

兵庫県医療計画(平成30年) 兵庫県医療計画 中間見直し(令和3年)

2 遠隔医療

- (1) 遠隔医療の実施にはシステムを立ち上げる技術者と医療従事者の連携が重要である。さらに、利用者の理解と協力が必要である。また、I T 技術を活用した医療においては、患者の同意はもとより、患者の個人情報保護対策を十分に行う必要がある。
- (2) 遠隔医療は、在宅患者の家庭に機器を配置する場合等初期の設備投資に多額の資金を要することから、この負担軽減を図るために検討を行う必要がある。
- (3) 病診間の医用画像等の伝送には、あらかじめ画像の読影・診断を行う専門医を確保する必要がある。

2 遠隔医療

- (1) 遠隔医療の実施にはシステムを立ち上げる技術者と医療従事者の連携が重要である。さらに、利用者の理解と協力が必要である。また、I T 技術を活用した医療においては、患者の同意はもとより、患者の個人情報保護対策を十分に行う必要がある。
- (2) 遠隔医療は、在宅患者の家庭に機器を配置する場合等初期の設備投資に多額の資金を要することから、この負担軽減を図るために検討を行う必要がある。
- (3) 病診間の医用画像等の伝送には、あらかじめ画像の読影・診断を行う専門医を確保する必要がある。
- (4) **オンライン診療**等のD to P(医師－患者間)遠隔医療は国の指針に基づき推進が図られている一方で、遠隔画像診断等のD to D(医師－医師間)遠隔医療は、各主体における個別の取組にとどまっていることから、今後の推進を図る上で①地域の医療課題を踏まえた必要なシステム整備等の方向性の明確化、②整備・運用・更新に係る費用負担等の運営基盤の安定化、③地域における遠隔医療の果たすべき役割等、**県による一定の方向性や方針の策定・共有等が必要**である。

主要・必須事業内の指標の実現または拡充に向けて、オンライン診療の導入は(有事対応のためにも)一案である。

巡回診療や医師・代診医派遣の未実施の理由の一つは移動コスト(効率性を含む)である。国全体でオンライン診療の整備が考慮される中、可能なところからオンライン診療の部分的な導入支援を促す方向性はどうか(自治体、労働者派遣法の改正による経験ある看護師の派遣等)。

指標にしないまでも検討を進める必要がある。

へき地の医療体制構築に係る指標例(案)

	へき地診療		へき地支援医療		行政機関等の支援	
ストラクチャー		へき地診療所数・病床数		へき地医療拠点病院数		へき地医療支援機構の数
		へき地における歯科診療所数		へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		へき地医療支援機構の専任・併任担当官数
		過疎地域等特定診療所数				へき地医療に従事する地域枠医師数
		へき地診療所の医師数				
		へき地における医師以外の医療従事者数 (歯科医師、看護師、薬剤師等)				
プロセス	●	へき地における診療の実施日数・延べ受診患者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	●	へき地医療に係る協議会の開催回数
	●	へき地における訪問診療(歯科を含む)・訪問看護の実施日数・延べ受診患者数	(案)	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療の実施回数・延べ受診患者数	●	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数
	●	へき地保健指導所の保健活動日数及び対象者数	●	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	(案)	オンライン診療導入支援の実施の有無
			(案)	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣による診療のうち、オンライン診療を行った回数・延べ受診患者数		
			●	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数		
			(案)	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療を行った回数・延べ受診患者数		
			●	遠隔医療等のICTを活用した診療支援の実施の状況		
			●	へき地医療拠点病院の中で主要3事業(※1)の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合		
			●	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業(※2)の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合		
アウトカム						

(●は重点指標)

※1 主要3事業:へき地医療拠点病院における①へき地への巡回診療、②へき地診療所等への医師派遣、③へき地診療所等への代診医派遣

※2 必須事業:へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

- ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。
- ・へき地診療所等への代診医等の派遣(継続的な医師派遣も含む)及び技術指導、援助に関すること。
- ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

平成31/令和元年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用(一部修正)

※アウトカム指標については継続的な検討を要する(例:へき地診療所における医療連携の満足度)。

- ・ 資料 1 5 疾病・ 5 事業について（その 2 ; 5 事業について）（P.3～115）
- ・ 参考資料 1 第 4 回～第 6 回救急・ 災害医療提供体制等に関するワーキンググループでこれまでに頂いた主なご意見（P.117～131）
- ・ 参考資料 2 ヘき地医療拠点病院における主要 3 事業等の実施状況（P.133～137）
- ・ 参考資料 3 第 8 次医療計画に向けて（ヘき地の医療）（参考人資料）（P.139～158）
- ・ 参考資料 4 第 8 次医療計画に向けて（周産期医療）（参考人資料）（P.160～173）
- ・ 参考資料 5 第 8 次医療計画に向けて（小児医療）（参考人資料）（P.175～189）

第8次医療計画に向けて (周産期医療)

日本産科婦人科学会

日本産婦人科医会

日本周産期・新生児医学会

日本新生児成育医学会

杉山 隆

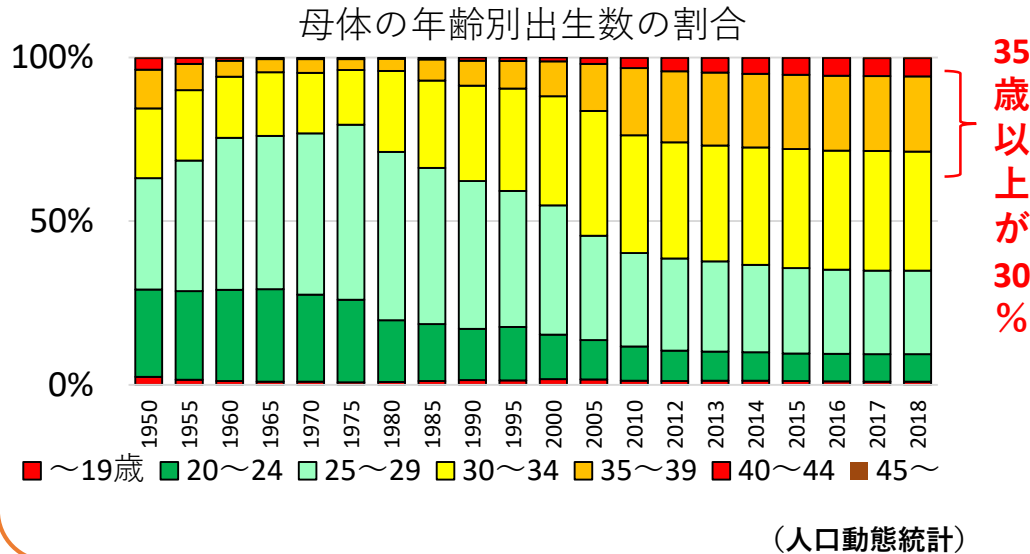
中井 章人

中村 友彦

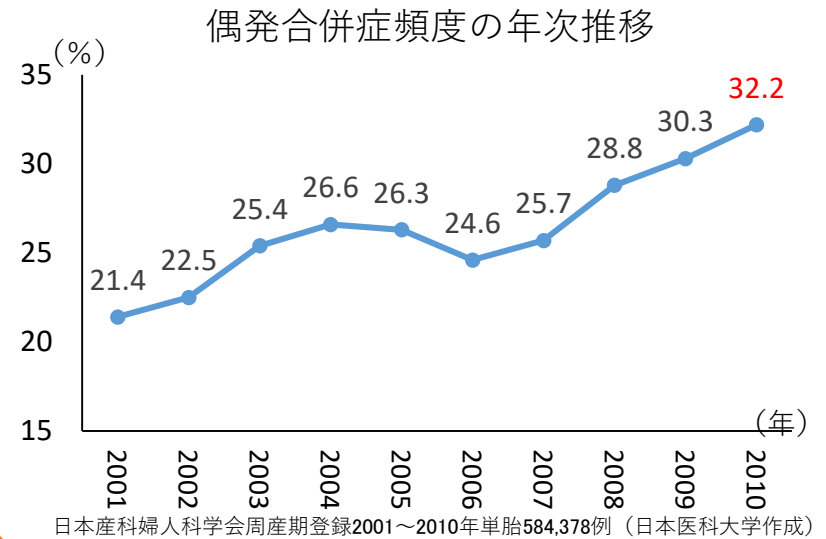
早川 昌弘

周産期医療の現状と課題①

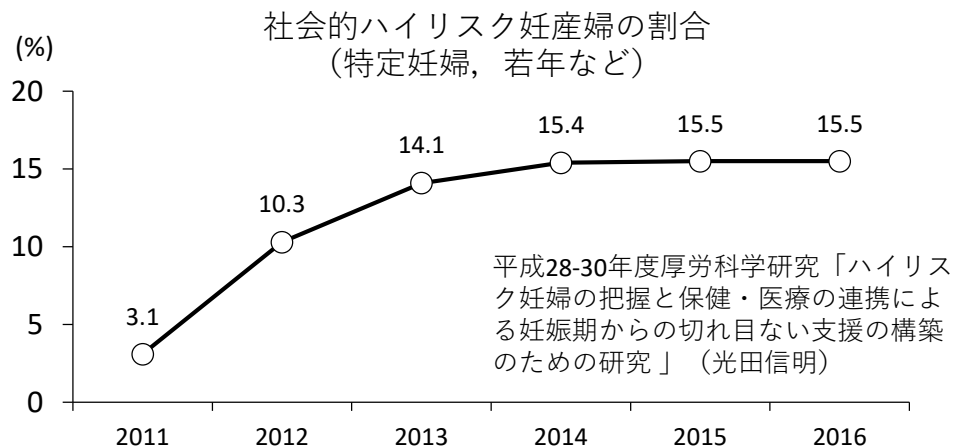
①高齢出産の増加



②妊娠における偶発合併症の増加



③社会的ハイリスク妊産婦※の増加



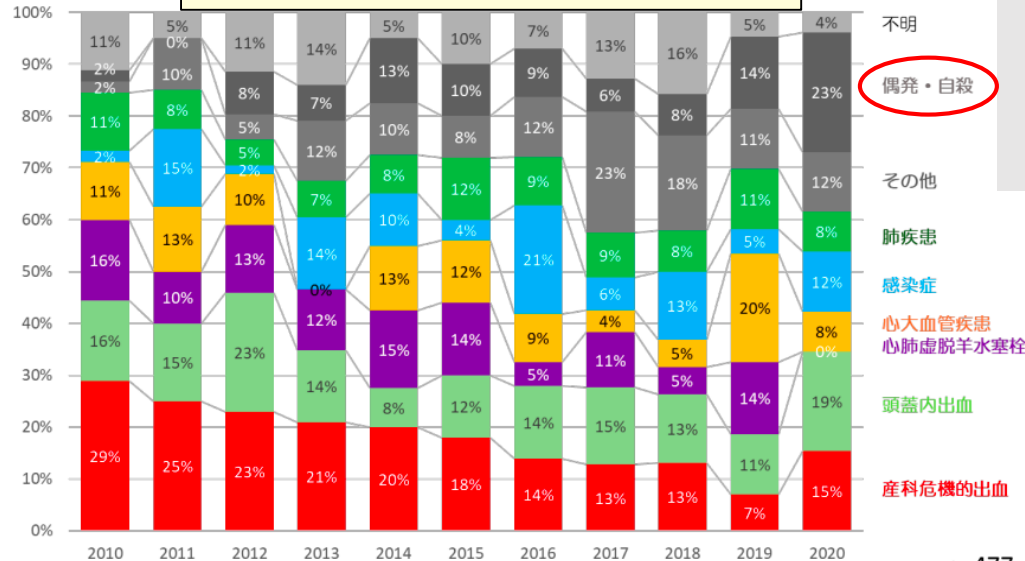
- 妊婦の高齢化（35歳以上が30%）に伴い、合併症の頻度が増加し3人に1人が何らかのリスクを持つため、ハイリスクな妊産婦、新生児に対応する体制の充実が必要ではないか。
- 社会的なハイリスク妊産婦が増加していることから、これらの妊産婦に対応する体制の強化が必要ではないか。

※社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

周産期医療の現状と課題②

④メンタルヘルスケアの重要性増加

妊産婦死亡の原因別頻度の推移（割合）



日本産婦人科医学会 妊産婦死亡症例検討評価委員会令和3年9月「母体安全への提言2020」

施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答施設数	分娩数	要介入数	頻度(%)
病院	338	20385	1108	5.4
診療所	735	18510	443	2.4
合計	1073	38895	1551	4.0

流産、死産後のメンタルケアは重要

流産、死産等を経験した女性やその家族に対しての相談窓口の設置
都道府県：100%、市町村：85.9%

令和3年子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

- 妊産婦の死亡原因として自殺が増加傾向であることから、周産期母子医療センターにおいては、当該施設が精神科を有さない場合は連携して対応する協力医療施設を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えることが必要ではないか。
- 流産、死産等を経験した女性等への支援について、地域で共有し、医療機関への周知を行う等により適切に提供できるようにするべきではないか。

平成28-30年度厚労科学研究「ハイリスク妊婦の把握と保健・医療の連携による妊娠期からの切れ目ない支援の構築のための研究」（光田信明）

- ・妊産婦死亡は、2010年には産科的危機的出血によるものが3割程度を占めていたが、近年は10%程度まで減少している。
- ・自殺によるものの割合が増加している。
- ・メンタルヘルス介入が必要な妊産婦は4%程度。（全数換算で3万人程度）
- ・周産期母子医療センターにおいても、常時妊産婦の精神疾患に対応できる医療機関は4割以下である。

自施設内で合併症に対し24時間対応可能である
周産期母子医療センターの割合（%）

脳血管疾患		心血管疾患		外傷	精神疾患
脳血管手術	脳血管内治療	心臓カテーテル検査・治療	心臓血管手術		
75.6	73.1	79.9	64.8	78	37

令和3年度周産期医療体制調査

精神疾患は常時自施設内で対応できる施設が少ない

日本産婦人科医会施設情報調査2021
(5,230施設中有効回答5,146施設、
回答率98.4%)

(施設数)

産婦人科施設数の推移

年	総合	地域	一般病院	診療所	婦人科病院	婦人科診療所
2006	100	200	1000	1850	250	2550
2007	100	200	900	1650	250	2400
2008	100	250	900	1700	300	2600
2009	100	250	800	1550	300	2400
2010	100	250	800	1600	300	2550
2011	100	300	750	1550	300	2550
2012	100	300	750	1500	300	2450
2013	100	300	700	1450	300	2500
2014	100	300	700	1450	300	2400
2015	100	300	650	1450	300	2400
2016	100	300	600	1350	300	2350
2017	100	300	600	1350	300	2350
2018	100	300	600	1300	300	2400
2019	100	300	600	1250	300	2400
2020	100	300	600	1200	300	2350
2021	100	300	600	1150	300	2350

● 総合 ● 地域 ● 一般病院 ● 診療所
--- 婦人科病院 --- 婦人科診療所

常勤医師数の推移

Year	総合	地域	一般病院	診療所	婦人科病院	婦人科診療所
2006	850	1050	3200	2350	350	2300
2007	700	1000	3000	2100	350	2200
2008	850	1250	2950	2300	400	2550
2009	850	1350	2850	2150	380	2400
2010	950	1450	2950	2250	400	2600
2011	1150	1800	2650	2200	420	2650
2012	1150	1900	2700	2200	450	2550
2013	1250	1950	2750	2150	480	2550
2014	1450	2050	2600	2150	500	2650
2015	1500	2050	2550	2100	520	2700
2016	1550	2100	2450	2050	500	2750
2017	1550	2150	2450	2050	520	2800
2018	1550	2150	2500	2000	550	2850
2019	1650	2200	2400	1950	580	2900
2020	1750	2250	2450	1950	600	2850
2021	1850	2300	2500	1900	620	2850

2018年と比較した2021年の産婦人科常勤医師数の増減（全国 +421名）

都道府県	増減（人）
東京	160
大阪	40
千葉	35
愛知	35
茨城	35
福岡	25
鹿児島	20
埼玉	20
神奈川	20
静岡	20
兵庫	20
北海道	20
福島	20
滋賀	20
宮城	20
宮崎	20
秋田	20
徳島	20
石川	20
沖縄	20
佐賀	20
熊本	20
富山	20
三重	20
鳥取	20
高知	20
福井	20
島根	20
新潟	20
山口	20
大分	20
岐阜	20
青森	-10
山梨	-10
愛媛	-10
奈良	-10
長崎	-10
岡山	-10
栃木	-10
香川	-10
広島	-10
岩手	-10
長野	-10
山形	-10
群馬	-10
和歌山	-10
京都	-10

- 163

新興感染症まん延時の周産期医療について

新型コロナ禍で明らかになった課題

- ① 感染流行初期には、新型コロナウイルス感染妊婦は周産期母子医療センターに入院とする都道府県がほとんどであった。周産期母子医療センターでは、ハイリスクな妊産婦、新生児への対応を行っているため、感染妊婦の増加により病床の逼迫が起こった。

新興感染症まん延時において、感染症診療のみならず通常産科診療、産科緊急症に対応できる体制を維持できる体制について、平時より検討することが必要。

- ・ 感染症まん延時においては、中等症以上もしくは産科合併症を有する症例は周産期母子医療センター、軽症で産科合併症のない症例は一般病院で受入れる等
- ・ 感染症妊婦が産科的緊急症を発症した際に必ず受け入れる医療機関を設定する等

- ② 妊産婦及び新生児の入院・転院調整には、地域の周産期医療体制に精通した人材が必要であった。

適切に感染妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成及び活用についても平時から検討が必要。

- ③ 自宅療養中の感染妊婦の症状悪化時等に速やかに対応できる体制が必要であった。

入院が必要となる状態の基準について、医療関係者及び妊産婦に周知し、緊急時の搬送体制構築のため、消防関係者との情報共有が必要。

- 感染症まん延時においては、感染症診療と産科的緊急症を含む産科診療を継続的に提供できる体制が必要であることから、平時から体制について検討することが必要ではないか。
- また、適切に感染妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成及び活用についても平時から検討してはどうか。

2021年8月23日

新型コロナウイルス感染で妊婦中に自宅や宿泊療養（ホテルなど）となられた方へ

妊婦中に新型コロナウイルスに感染された妊婦さんには、日々不安を抱えていらっしゃると思います。妊婦さんに限らず、現在、全国的に新型コロナウイルス感染用の医療体制が逼迫し、限られたベッド数の中で、感染症の症状に応じて自宅療養や宿泊療養（ホテルなど）となっています。妊婦中に新型コロナウイルスに感染されても、8割以上の方は無症状、または軽微な症状や発熱の症状で収まり、検査投与以上の治療が必要な方は全体の2割以下ですので、現在無症状の方はご安心していただきたいと思います。

ただし、妊婦中は様々な妊娠に関連した異常は起こりますし、症状が強くなる方もおられます。そのため、新型コロナウイルスに伴う症状に加えて、妊娠に関連した異常な症状がないかについて十分ご注意ください。私たちが産婦人科医は、自宅やホテルでの療養となられた妊婦さんと密に連絡を取り合い、健康チェックを行うように心がけています。

もし妊娠に関連した異常や体調の変化が発生し、入院療養が必要と判断された場合でも、産科医療機関の連携の中で、かかりつけの産婦人科の先生を通して、産科的な対応が可能な入院施設を探すことができます。

迅速に対応することを努めていますが、状況によっては時間を要することもありますので、以下のような変化が起こった場合には、妊婦さんご自身からかかりつけの産婦人科の先生に電話等で連絡いただくようお願いいたします。

なお、地域によって周産期の医療体制が異なりますので、新型コロナウイルス感染による療養状態となった場合には、かかりつけの産婦人科の先生にその旨を速やかにお伝えいただき、変化が起こった場合の対応をお聞きください。

(1) 以下のような妊娠に関連した異常については、**かかりつけの産婦人科の先生に連絡してください。**

- ・ 性器出血、破水感、頻回の子宮収縮、胎動減少、強い腹痛など
- ・ その他、助産師さん等からの妊婦健診時に言われた症状

(2) 新型コロナウイルス感染症の症状について

まず、以下の**重症観察**を行ってください。

① 呼吸状態、心拍数や呼吸数の計測

② 体温

③ パルスオキシメーター（サチュレーションモニター）をお持ちの場合は、酸素飽和度（血液内の酸素の量：SpO2）の計測

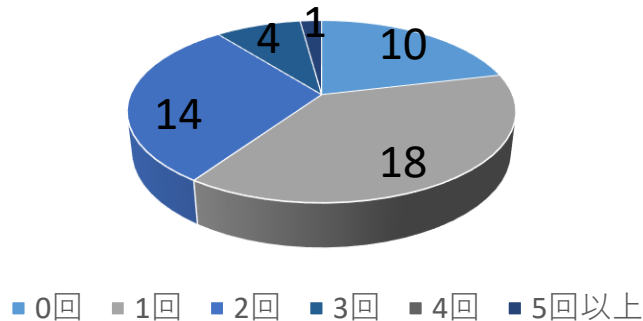
令和3年8月23日
日本産科婦人科学会
日本産婦人科医会
日本周産期・新生児医学会

周産期医療に関する協議会について

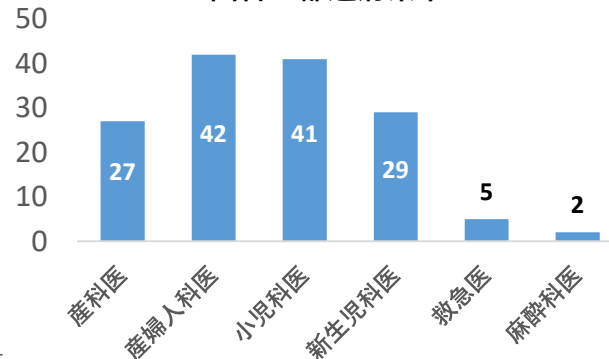
- 1年間のうち1回も周産期医療協議会を開催していない都道府県が存在する。
- 医師はほとんどの都道府県で参加しているものの、新生児科医が参加していない都道府県がある。また、救急医が参加している都道府県は少ない。
- 助産師は37都道府県で参加している。
- 消防関係者の参加は32都道府県にとどまる。

周産期医療に関する協議会の開催状況

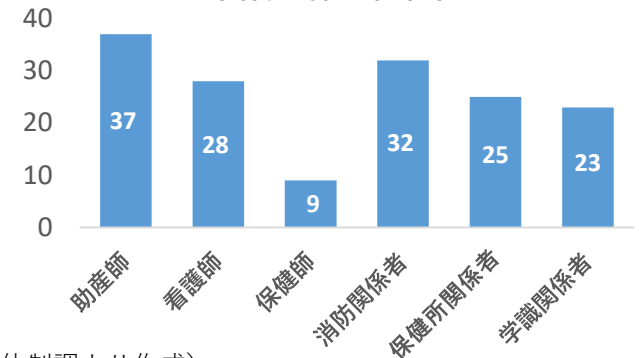
周産期医療協議会の開催回数
令和2年度



周産期医療協議会の構成員（医師）
回答44都道府県中



周産期医療協議会の構成員（医師以外）
回答44都道府県中



（令和3年周産期医療体制調より作成）

周産期医療に関する人材の教育について

- 平時より各周産期医療施設において、緊急時の対応をマニュアル化し、J-CIMELS（日本母体救命システム普及協議会）やNCPR（新生児蘇生法普及事業）のシミュレーション教育を行うことが、母体や児の救命に寄与するとされており、それを指導する人材の確保が重要であるが、都道府県によってその取組状況には差がある。

CQ903-1 突然発症した妊産婦の心停止（状態）への対応は？

Answer

3. 突然の妊産婦の急変に適切に対応するための準備として以下を行う。（C）

- 1) 救急蘇生処置に必要な機材や薬品を確認して常備する。
- 2) 各医療施設内で多職種が連携した救急対応システムを構築する。
- 3) 母体救命の教育プログラムなどの講習会に参加する。

▶ 解説

3. 妊産婦の心停止発生率は低いが、分娩を取り扱う医師は妊婦の心肺蘇生法の特徴に習熟するとともに、施設内で蘇生に必要な機材や薬品をあらかじめ準備、確認しておくこと、および、施設内での産婦人科医療スタッフ間や関連する他診療科、事務担当者が連携して救急対応するシステムを構築することが重要である⁷⁾。各施設の救急対応システムはマニュアル化し、定期的にシミュレーションを行って備えることが、母体救命に寄与する可能性がある¹⁰⁾。母体救命のシミュレーション教育プログラムは日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）などが実施しており、このような講習会に積極的に参加することが望まれる。

一般社団法人 日本周産期・新生児医学会
新生児蘇生法普及事業
NEONATAL CARDIO-PULMONARY RESUSCITATION

新生児蘇生法普及事業HPより
(<https://www.ncpr.jp/>)

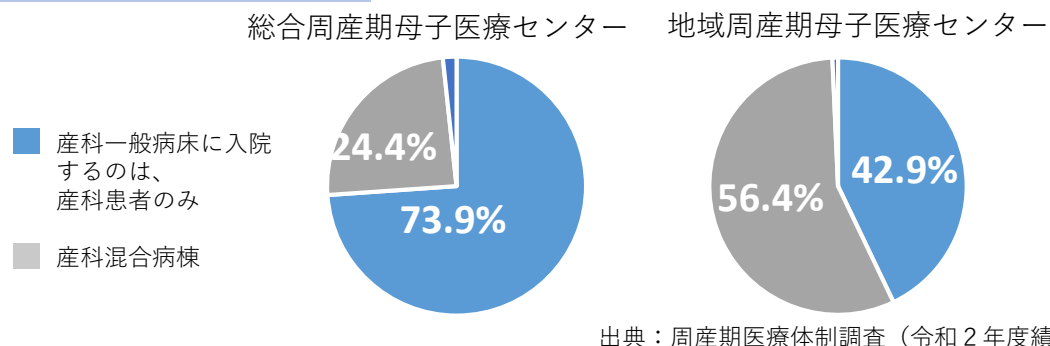
産婦人科ガイドライン産科編2020
(日本産婦人科学会、日本産婦人科医会)

- 周産期医療に関する協議会の構成員として、地域の周産期医療に携わる医師、助産師等看護職を含むことを基本とし、消防関係者や妊婦のメンタルヘルスに携わる人材を含むこととしてはどうか。
- 周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討することとしてはどうか。

病棟における産科区域特定の必要性について

- ・分娩数の減少・高齢者の増加により、限られた入院ベッド等の医療資源を有効に活用するためには、妊産婦に限定又は産科患者に限定した病棟運営は難しい。
- ・周産期母子医療センターにおいても、47%が産科混合病棟である。
- ・「分娩を取り扱う医療機関について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定等の対応を講ずることが望ましい中、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進する」（成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（令和3年2月9日閣議決定））

産科混合病棟の現状



ユニットマネジメントとは

産科混合病棟において病床の区域特定(ユニット化・区域管理)をすることで、母子にとって安全で安心な環境を整備すること

ユニット化

ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用。

区域管理（ゾーニング）

廊下を含むひと固まりの領域を産科だけのための区域とし、その区域を「ユニット」として使用。

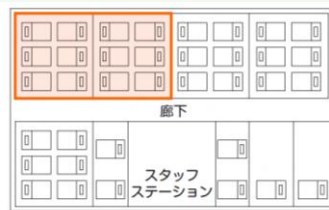


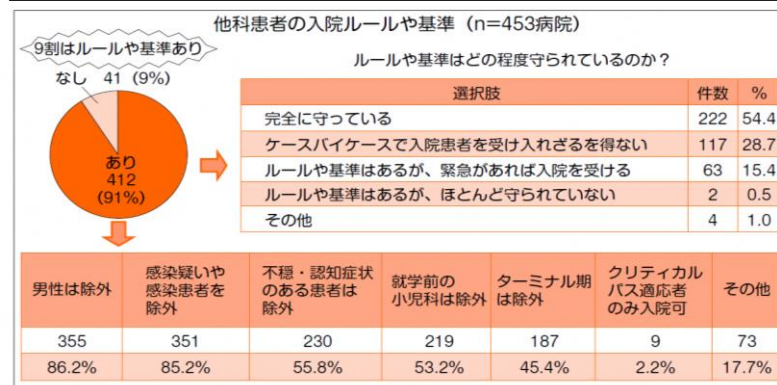
図7 病棟のユニット化の例



図8 病棟のゾーニングの例

日本看護協会 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引きより引用

産科混合病棟においては、約9割では、他科患者の入院ルールや基準を定めているが、状況によりルールや基準が守られないことがある。



日本看護協会 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引きより引用

ユニットマネジメントのメリット

- ・担当する病室により、助産業務と看護業務を整理することで、助産師が妊産婦ケアに集中できる環境となる。
- ・妊産婦の入院が少ない場合には、産科ユニット所属の助産師は他病室患者の看護ケアの支援が行える。
- ・妊産婦が他科患者に気兼ねせず、安心して入院生活を送ることができる。

➤ 分娩を取り扱う医療機関は、より安心・安全な周産期医療確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいとはどうか。

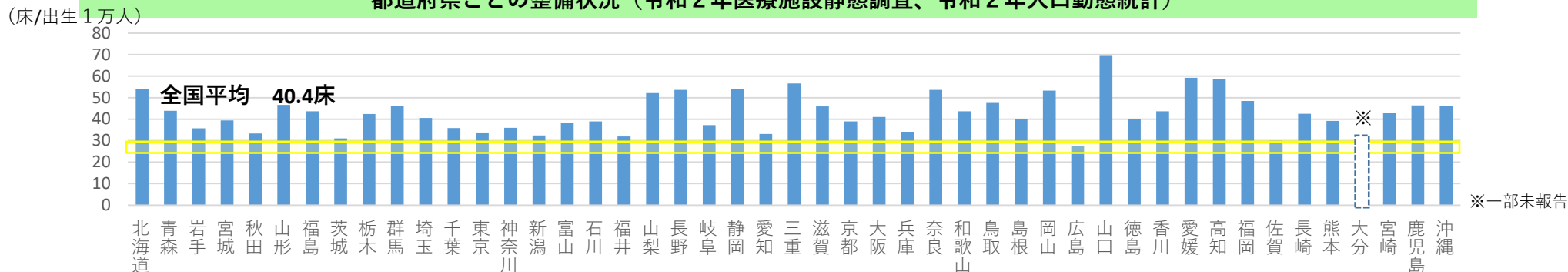
NICUの重点化・集約化

NICUの整備目標

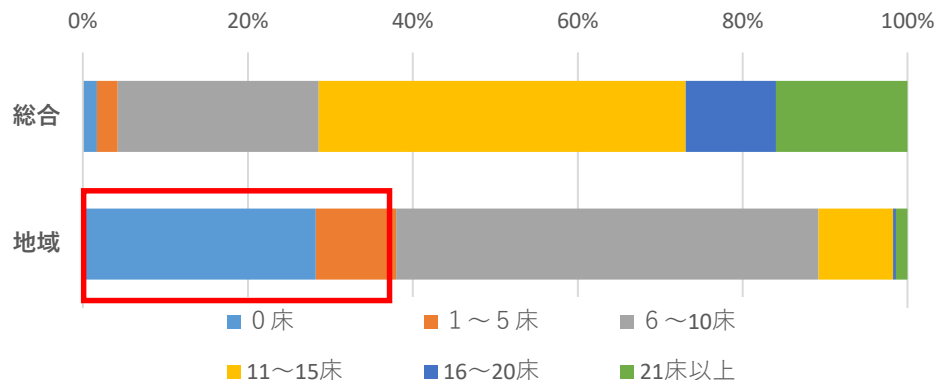
平成26年 NICU病床数 全国平均30.4床（6県が出生1万人当たり25床未満）
 平成27年 「少子化社会対策大綱」（閣議決定）
 >平成31年までに全都道府県で出生1万人当たり25～30床整備
 平成29年 全都道府県において目標を達成。（全国平均34.8床）

目標を大きく上回る
都道府県もある

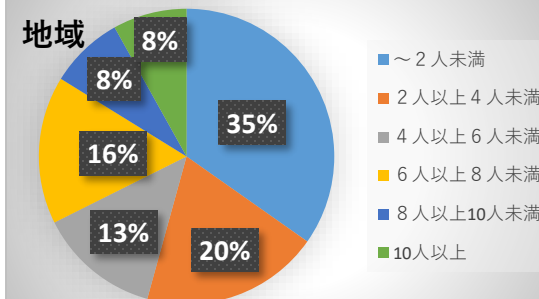
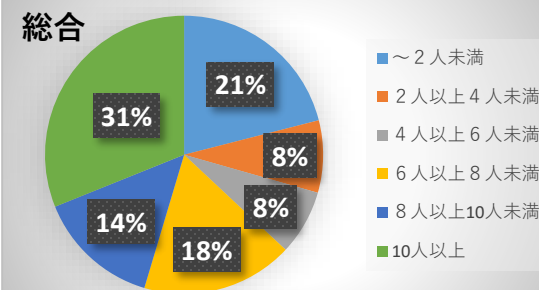
都道府県ごとの整備状況（令和2年医療施設静態調査、令和2年人口動態統計）



NICU病床数の分布



日中主にNICU又はGCUを担当する医師数（常勤換算）



- 地域周産期母子医療センターの約4割が病床数6床未満の小規模なNICUであり、日中主にNICU又はGCUを担当する医師数についても35%の施設で2人未満と少ない傾向にある。
- NICU病床の整備目標を達成し、大きく上回る都道府県もある現状を踏まえ、小規模なNICUは集約化し、新生児医療を担当する医師を重点化することが医療の質の向上と働き方改革に必要なのではないかと。

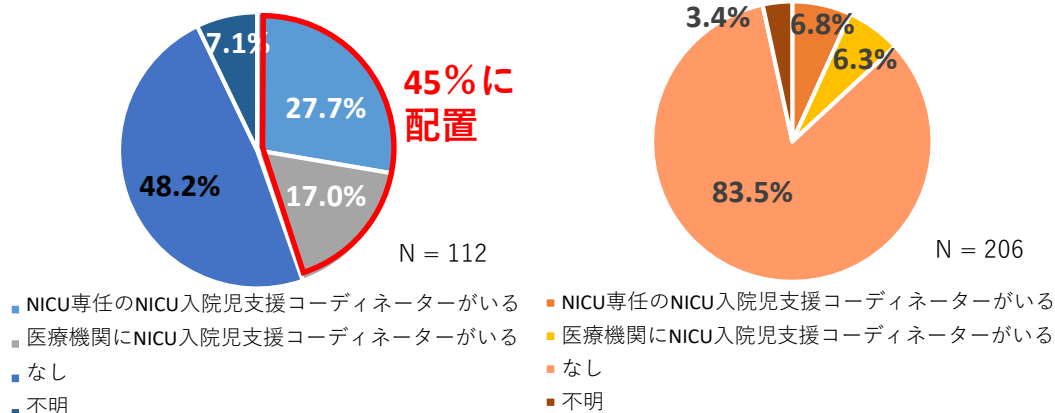
周産期医療と医療的ケア児

- ・退院後も引き続き医療的ケアが必要な児（以下「医療的ケア児」とする）となる可能性が高いNICU長期入院児は一定数存在し、これらの児に対して適切に退院支援を行うことは円滑な在宅医療への移行において重要である。NICUを退院する児について、退院支援や在宅医療・保健福祉サービスとの連携を行うNICU入院児支援コーディネーターの配置や長期入院児の退院に向けた準備を行うための病床を設置する等により、医療的ケア児に対する支援が行われている。
- ・周産期医療の体制構築に係る指針では、総合周産期母子医療センターは、面会や母乳保育を行うための設備を備えることが望ましいとされ、長期間入院する新生児と家族の愛着形成を促すことについては記載されているものの、「医療的ケア児」としての記載はない。

NICU入院児支援コーディネーターの配置状況

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



45%に
配置

配置していない理由（都道府県回答）

- ・医師により、長期入院児の在宅等への移行調整が行われている。
- ・院内の医療連携室などの部署で実施している。
- ・ソーシャルワーカー等が必要に応じて、在宅移行を支援している。
- ・現時点では議論が尽くされていない。
- ・コーディネーターを必要とする長期入院児数が少ない。

長野県の実践（地域療育支援施設運営事業の活用）

長野県立こども病院に在宅支援病床16床を設置

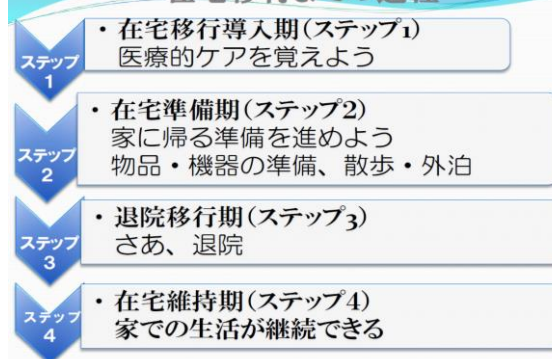
人工呼吸療法等により長期にわたり医療的ケアを要する児と家族を支援し、在宅医療を目指す

主な役割

- ・在宅移行に向けた準備
- ・在宅維持支援（レスパイトの受入）
- ・長期入院患者のQOLを高める
- ・長期入院患者と家族の愛着関係の促進



在宅移行までの過程



- ・ファミリーケアルームを併設
- ・子どもと家族の生活の調整
- ・家での生活イメージを広げる

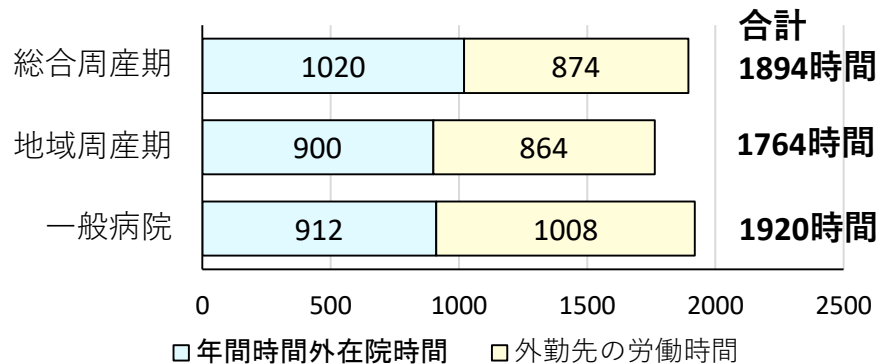
- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の小児一般病棟や地域の小児医療施設への移動の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアをおこなうための手技習得や環境整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する体制を整えることとしてはどうか。
- 地域の医療機関は、レスパイトの受入れ等により、在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施することとしてはどうか。

医師の働き方改革への対応の現状と課題①

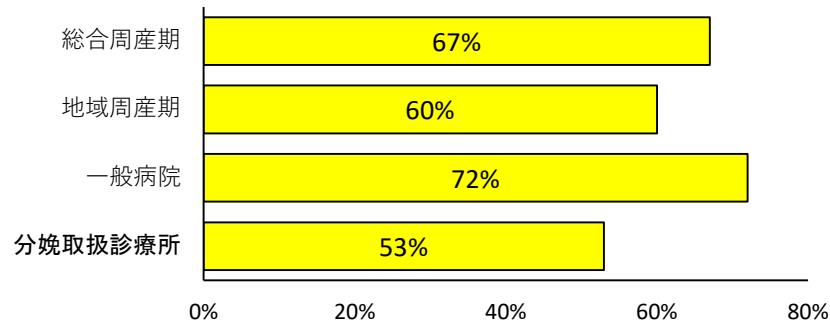
日本産婦人科医会施設情報調査2021
日本産婦人科医会勤務医部会調査2021

多くの周産期医療施設は非常勤に支えられている

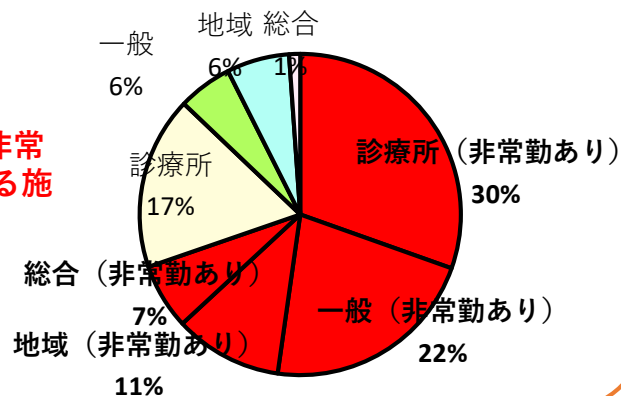
分娩取扱病院産科医師の自施設の年間時間外在院時間と
外部施設の年間勤務時間



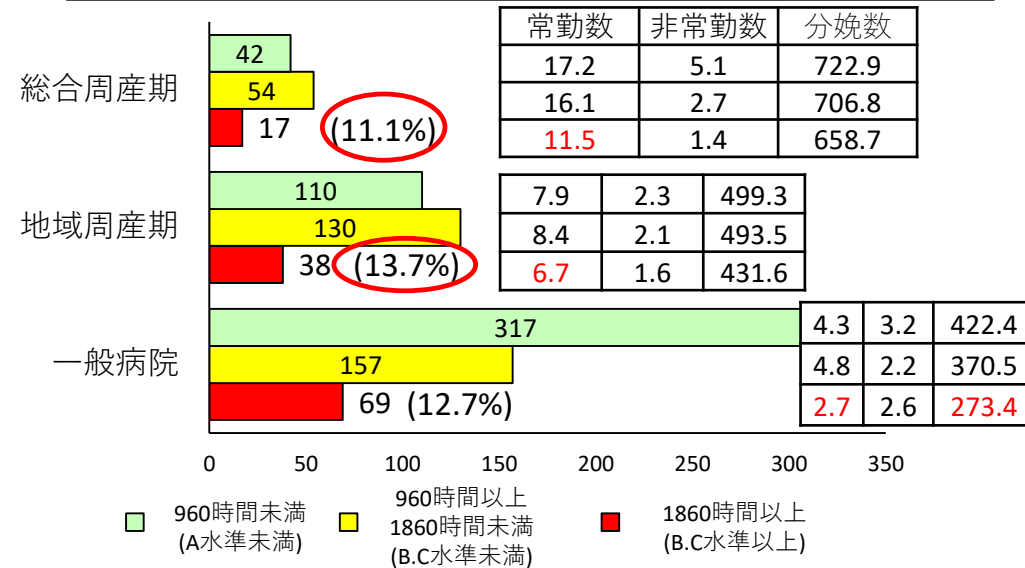
非常勤医師を雇用している施設 (%)



全国70%の出産は非常勤医師が雇用される施設で行われている。



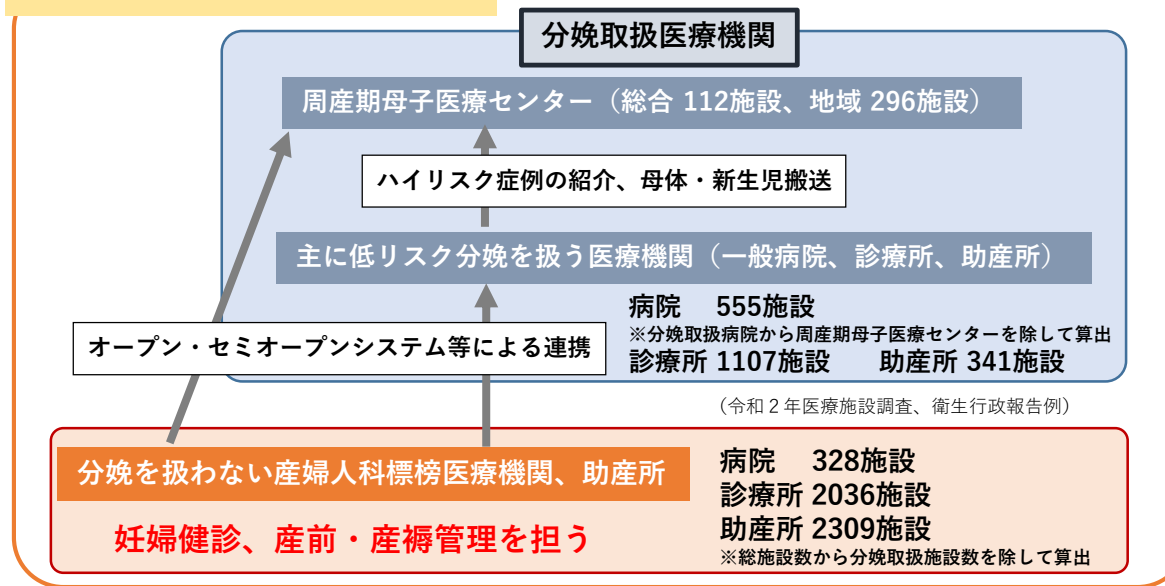
平均年間時間外在院時間ごとの施設数, 医師数, 分娩数



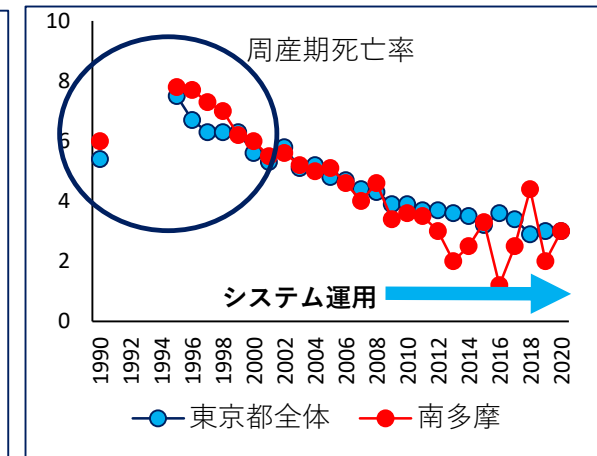
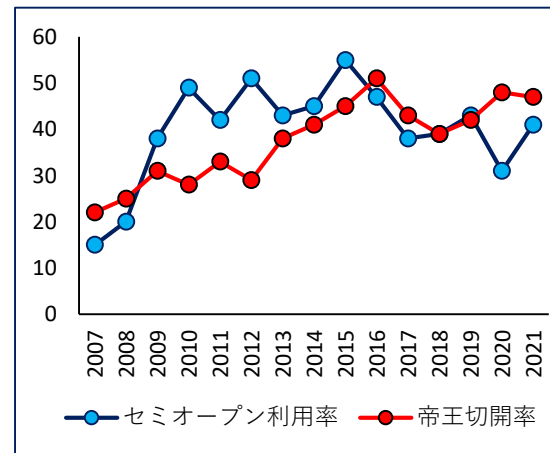
- 産科医師の平均時間外在院時間は長時間である。
- 周産期母子医療センター及び一般病院について、時間外在院時間がB・C基準を超えている施設が1割強あり、超えていない施設と比較して医師数が少ない傾向である。
- 一般病院で長時間在院の施設は、医師不足に加え、分娩数も少ない傾向である。
- 多くの周産期医療施設は非常勤医師によって支えられていることから、医師の働き方改革の影響を大きく受ける可能性がある。
- 医療機関・機能の集約化・重点化を検討し、医師確保計画と整合性のある体制整備を行うことが必要ではないか。

医師の働き方改革への対応の現状と課題②

周産期医療を地域で支える



セミオープンシステム



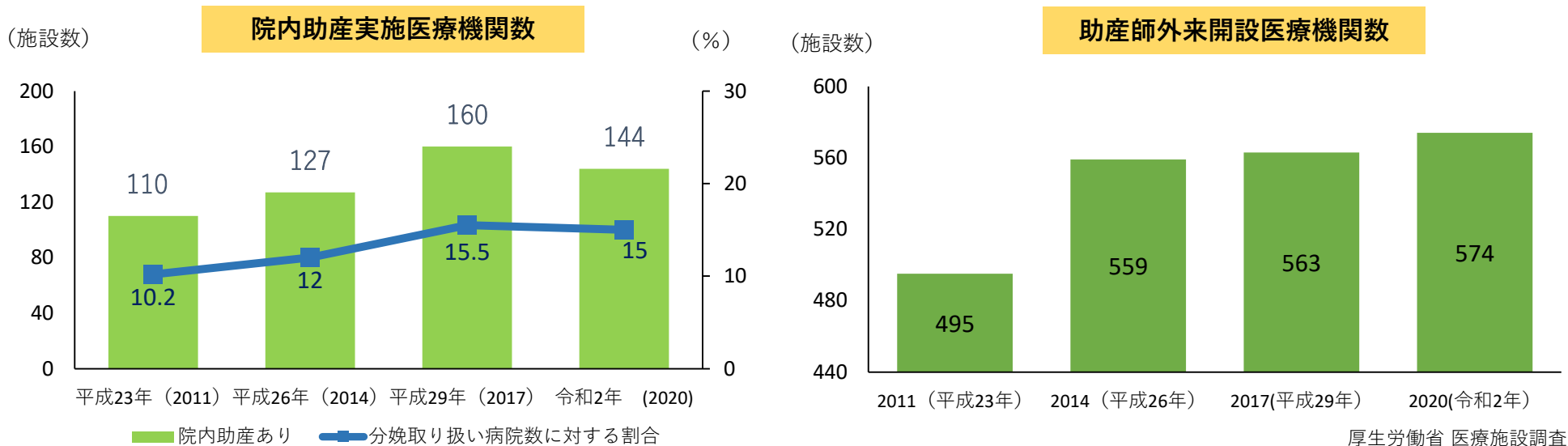
セミオープンシステムは労働時間短縮に加え、ハイリスク妊産婦の集約につながり、地域の医療水準向上に寄与する。

医師の働き方改革への対応の現状と課題③

院内助産	緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。
助産師外来	緊急時の対応可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。

平成29年 厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来ガイドライン2018 日本看護協会

- ・今後、働き方改革推進の中で、役割分担を進め、産科医師・助産師がともに、それぞれの専門性を発揮した連携・協働を可能とする。
- ・妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズに応え、安全・安心・快適なお産の場を確保し、助産師の活躍を推進する



- 地域医療構想による集約化・重点化と医師の偏在対策が急務。
- 分娩を取り扱わないものの妊婦健診や産前・産褥管理を実施する医療施設は、オープンシステム・セミオープンシステムを活用し分娩取り扱い医療機関との情報共有・連携を図ることとしてはどうか。
- 分娩を取扱わない施設で産褥管理を推進することは、産科施設の集約化・重点化にも資するのではないか。
- オープン・セミオープンシステム、院内助産システム、助産師外来の導入など医師の業務負担軽減に資する事業を積極的に推進してはどうか。

第8次医療計画に向けた提案（周産期）

【無産科周産期医療圏の解消】

- ・第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、産科医師や分娩取り扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするために、周産期医療圏を見直すこと。

【NICUの集約化・重点化】

- ・NICUの病床数は既に全都道府県で出生1万あたり25-30床という目標を達成しているが、都道府県における出生数の実績や周産期・新生児専門医など高度専門人材の配置状況等を踏まえつつ、NICUの集約化・重点化について検討すること。

【分娩を取り扱っていない産婦人科医療機関や助産所の役割】

- ・分娩を取り扱わないものの妊婦健診や産前・産褥管理を実施する医療施設は、オープンシステム・セミオープンシステムを活用し分娩取り扱い医療機関との情報共有・連携を図ること。

【ハイリスク妊産婦への対応】

- ・出生数や分娩数、ハイリスク妊産婦の受入れ実績、医療従事者の配置状況、医師の働き方改革等を踏まえつつ、NICU・MFICU及び周産期・新生児専門医など高度専門人材の配置などの集約化・重点化について検討し、総合周産期母子医療センターを中心として、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児にリスクの高い妊娠に対応する体制をとること。
- ・総合周産期医療センターは、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した医療従事者育成の役割を担うこと。
- ・妊産婦の死亡原因として自殺が増加傾向であることから、周産期母子医療センターにおいては、当該施設が精神科を有さない場合は連携して対応する協力医療施設を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えること。

【周産期医療に関する協議会】

- ・周産期医療に関する協議会の構成員として、地域の周産期医療に携わる医師、助産師等看護職を含むことを基本とし、消防関係者や妊婦のメンタルヘルスに携わる人材を含むこと。
- ・都道府県及び市町村が提供する死産、流産を経験した女性等に対する支援体制について、協議会内で情報共有を行い、適切に提情報供できる体制を構築すること。
- ・周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討すること。

【新興感染症まん延時の周産期医療体制】

- ・感染症まん延時において、感染症診療と産科的緊急症を含む産科診療を継続的に提供できる体制について平時から検討するとともに、その医療体制の維持を目的として、適切に感染妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成および活用についても平時から検討すること。

【産科混合病棟】

- ・分娩を取り扱う医療機関は、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましく、医療機関の実情を踏まえた適切な体制の整備を行うこと。

【分娩施設までのアクセス確保】

- ・集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化する地域に居住する妊産婦に対しては、アクセスを確保するための対策について検討すること。

【医療的ケア児】

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

【医師の働き方改革への対応】

- ・産科医師・小児科医師の勤務環境が適切に保たれるよう、医療機関・機能の集約化・重点化を検討し、地域医療構想や医師確保計画と整合性のある体制整備を行うこと。
- ・産科医師の負担軽減を図るため、院内助産や助産師外来の活用を検討すること。

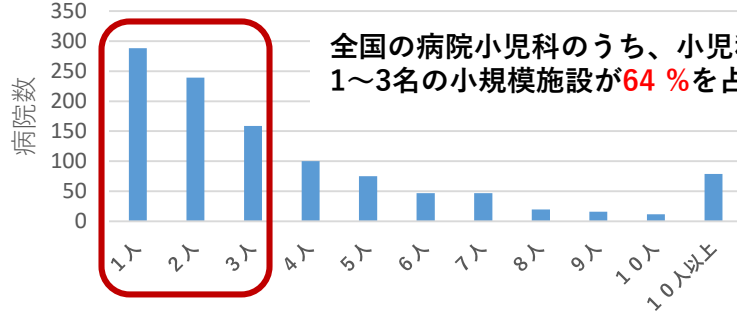
- ・ 資料 1 5 疾病・ 5 事業について（その 2 ; 5 事業について）（P.3～115）
- ・ 参考資料 1 第 4 回～第 6 回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループでこれまでに頂いた主なご意見（P.117～131）
- ・ 参考資料 2 ヘき地医療拠点病院における主要 3 事業等の実施状況（P.133～137）
- ・ 参考資料 3 第 8 次医療計画に向けて（ヘき地の医療）（参考人資料）（P.139～158）
- ・ 参考資料 4 第 8 次医療計画に向けて（周産期医療）（参考人資料）（P.160～173）
- ・ 参考資料 5 第 8 次医療計画に向けて（小児医療）（参考人資料）（P.175～189）

第8次医療計画に向けて (小児医療)

日本小児科学会 平山雅浩
日本小児科医会 佐藤好範

小児医療提供体制に関わる小児科学会提案とその妥当性

病院小児科の小児科医師数



全国の病院小児科のうち、小児科医師数が1～3名の小規模施設が**64 %**を占める

(出典：病院小児科の将来需要について、日本小児科学会 2005年4月6日)

全ての地域の全ての子どもたちに、良質な小児医療を継続的に提供する

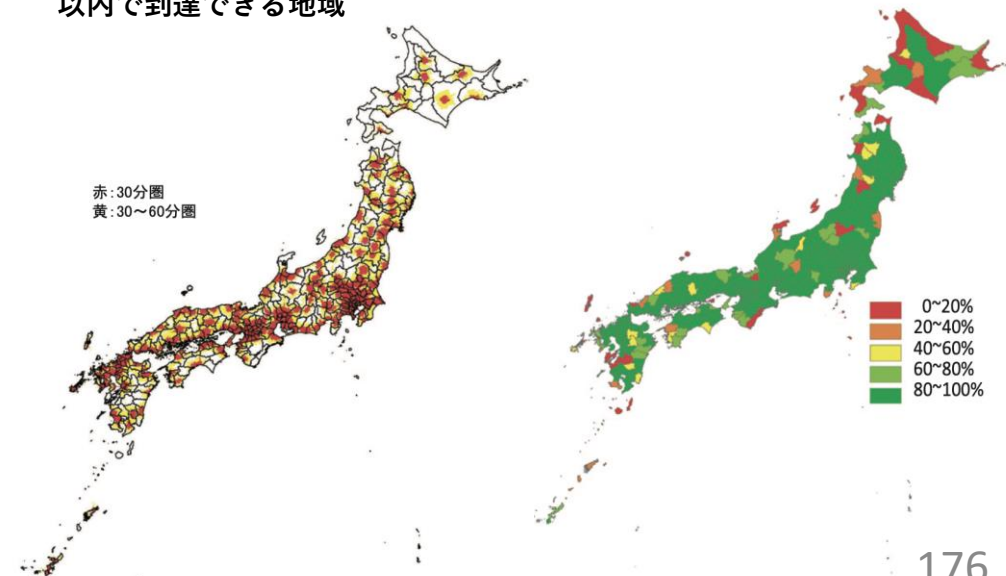
- ・入院・救急の集約化（重点化）
- ・救急・入院医療の広域化（カバーエリア）
- ・病診連携の強化
- ・女性医師の増加
- ・身近な医療の継続
- ・労働条件への配慮

医療計画の策定と診療報酬改定が上手に融合して小児医療提供体制の構造改革は飛躍的に進んだ

全国小児の**94.3%**は、60分以内に中核病院／地域小児科センターに到達できる

自動車を使い、中核病院／地域小児科センターに60分以内で到達できる地域

60分以内に到達できる医療圏に居住する小児人口の割合



医療計画と小児科学会の示す小児医療機能

都道府県が「小児中核病院」「小児地域医療センター」「小児地域支援病院」と考える小児医療機関に対し、日本小児科学会が提案する小児医療施設の分類のどれに当たるかを質問。

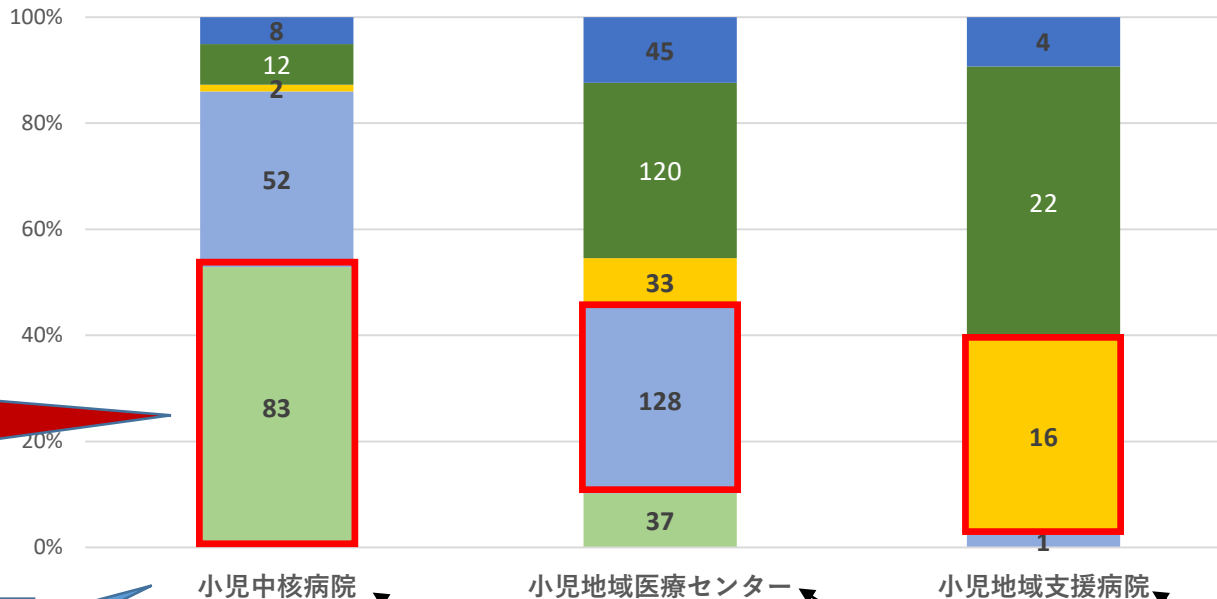
三次医療圏に1か所
・三次救急医療・集中治療、専門医療を提供
・周産期母子医療センター・小児科専門医育成
・小児入院医療管理料1～2（小児科医師少なくとも20名）
・医師派遣機能 等

二次医療圏・小児医療圏に1か所以上
24時間の入院医療・二次救急医療、専門医療を提供
周産期母子医療センター
小児入院管理料2～3（小児科医師少なくとも9名）
等

中核病院小児科・地域小児科センターいずれもない
医療圏において最大の病院小児科
・隣接医療圏からアクセス1時間以上
・小規模な入院診療 等

日本小児科学会からの提案

■ 中核病院小児科 ■ 地域小児科センター ■ 地域振興小児科 ■ 一般小児科 ■ わからない



厚労省と小児科学会との機能が一致

医療計画に示された病院機能

小児の高度な専門医療や救命救急医療を担う

小児の専門医療や入院を要する救急医療を担う

小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において、最大の病院小児科

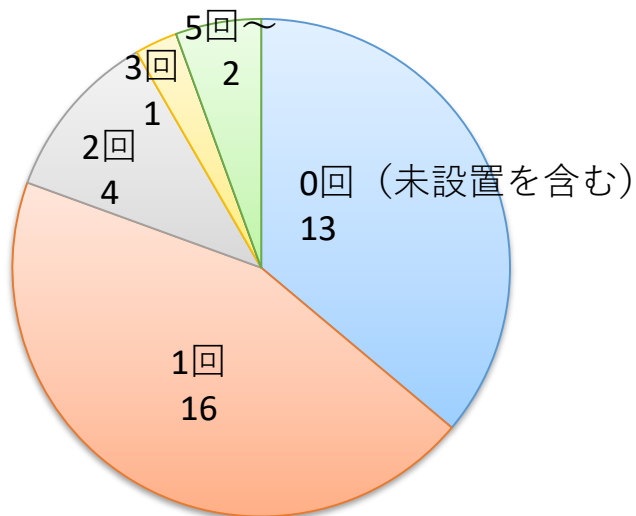
- 小児科学会の提案は逼迫する小児救急と人材不足を解消するために提案された。
- 医療計画では、人員配置は規定していない。
- 求められる機能と規模との不一致が形成され、日本小児科学会の要件を満たせない施設が存在している。
- 自らの施設が地域においてどのような位置付けにあるのかを知らされていない施設も多い。

出典：吉村健佑、厚生労働省研究班「小児医療体制に関する全国実態調査」第125回日本小児科学会総会、分野別シンポジウム1

- 地域小児医療体制で中心的な役割を担う医療機関においても、小児科医数等の日本小児科学会が求める要件を満たせていない現状がある。
- 複数の医療機関で小児中核病院や小児地域医療センターの機能を担うことを検討するべきではないか。

小児医療に関わる協議会の開催の有無

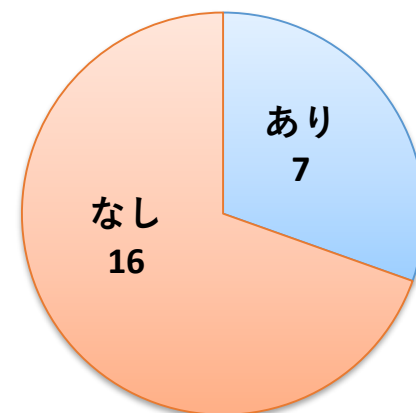
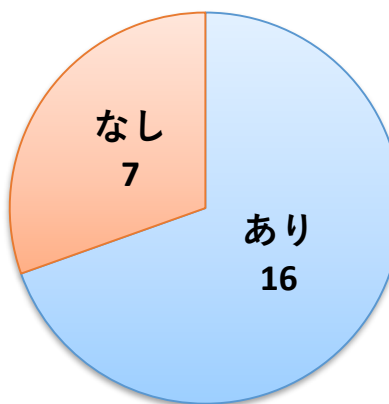
小児医療に関する協議会の開催回数（令和３年度）



小児医療に関する協議会を開催した都道府県のうち、

周産期医療に関する協議会との連携

地域医療構想調整会議との連携



小児医療に関する協議会の構成員（回答：24都道府県）

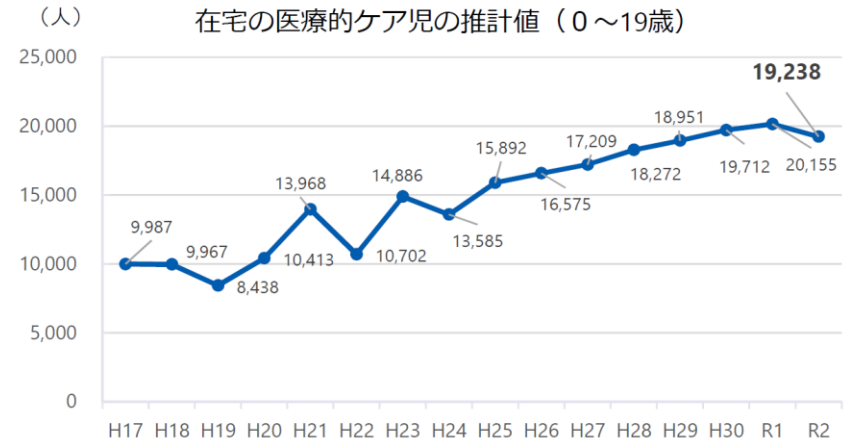
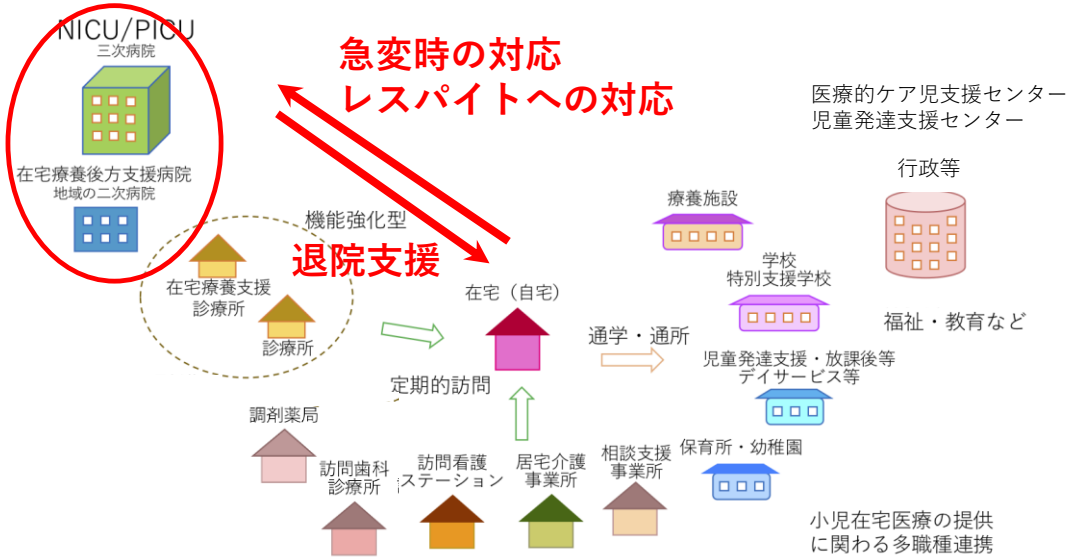
小児科医師	救急科医師	産科医師	看護師	保健師	助産師	行政担当者	医育機関担当者	消防関係者
24	5	11	14	1	11	20	16	13

厚労省医政局 地域医療計画課調べ

- 第7次医療計画の中間見直しで、小児医療に関する協議会の開催を求めたにも関わらず、小児医療に関する協議会が開催されていない都道府県がある。
- 小児医療に関わる幅広い人材（学校教育関係者、福祉関係者等）が協議会に参加し、小児医療体制に関する包括的な議論を行うべきではないか。
- また、小児医療と周産期医療は関連が深いため、周産期医療に関する協議会との連携が必要ではないか。

医療的ケア児について

○医療的ケア児を地域で支えるためには、医療と保健・福祉・教育等との連携が重要である。特に、小児医療においては、退院時支援、急変時の対応、レスパイトへの対応が求められる。



(出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」及び当該研究事業の協力のもと社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)により厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室で作成)

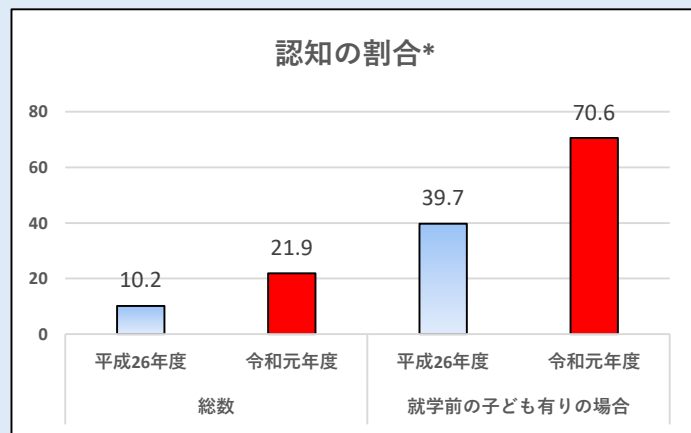
- 小児の在宅医療の提供は、日常生活を支えるための地域での連携が最も重要である。
- 医療計画において、医療的ケア児への支援として、関係医療機関間の連携体制の強化、レスパイトの受入体制等の医療体制整備が明記されるべきではないか。

安心して出産・育児ができる土地にしか人は住まない。
少子化対策の切り札は、小児科対策である。

子ども医療電話相談事業（#8000）について

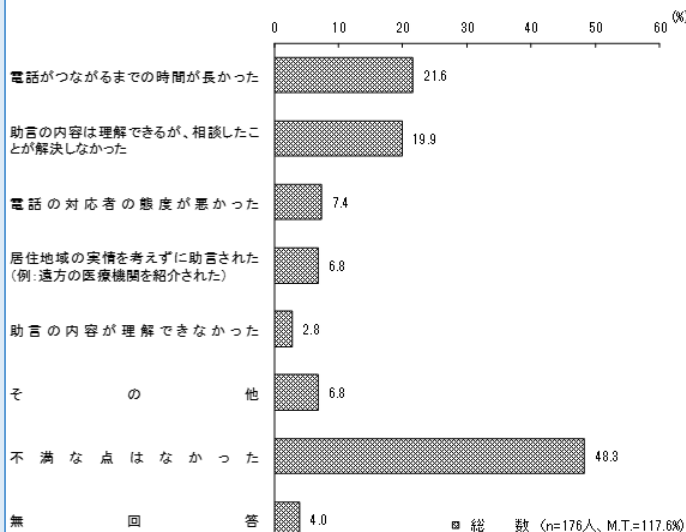
- 令和元年度の調査において、就学前の子どもがいる方を中心として認知の割合は7割であり、全国における広報啓発の効果が得られてきている。
- 利用者の意見を踏まえた、回線数や対応の質等を含めた適切な体制の確保が引き続き必要である。

#8000の認知度について（世論調査）



出典:「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」の概要(令和元年11月内閣府政府広報室)より引用

(「#8000(子ども医療電話相談)」を「知っていて、利用したことがある」と答えた者に、複数回答)



相談事業の役割を補完するようなウェブサイト



#8000事業に関する都道府県の取組み状況

取組事項	該当する都道府県数	
	令和元年度	令和3年度
☐ 満足度※ ¹ を把握している。	23	27
☐ 認知の割合※ ² を把握している。	12	12
☐ 応答率、時間内応答率等を把握している。	6	11
☐ 子どもの医療相談について、電話以外によるサービス提供を実施又は検討している。(メール、チャット等。)	2	1
☐ #8000に相談した者のうち、時間外外来を受診した小児の患者の割合を把握している。	2	2
☐ 時間外外来を受診した小児の患者のうち、#8000に相談した者の割合を把握している。	なし	1

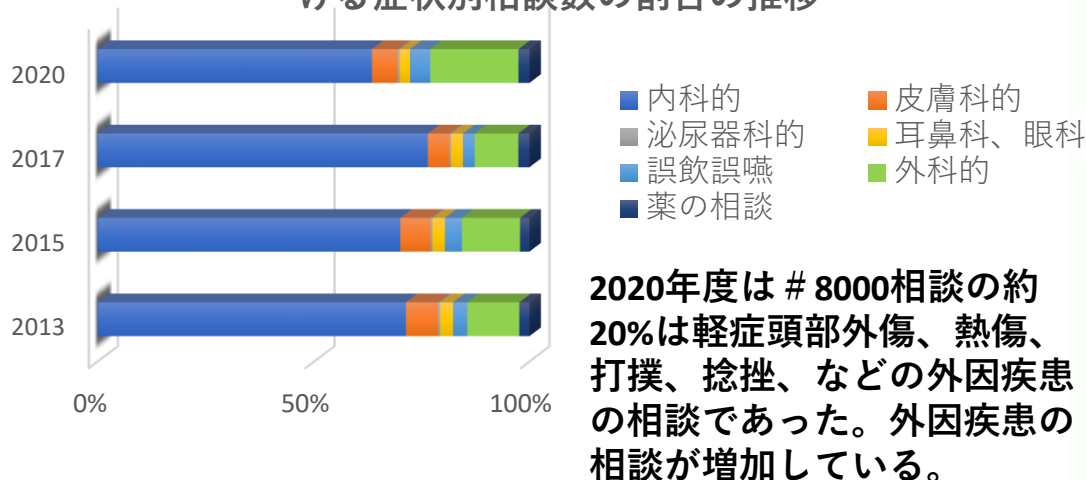
- #8000事業については、利用者から様々な意見があることから、応答率等の把握や対応の質の確保を行い、適切な体制を維持する必要があるのではないか。
- また、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報源についても周知を行ってはどうか。

(医政局地域医療計画課調べ)



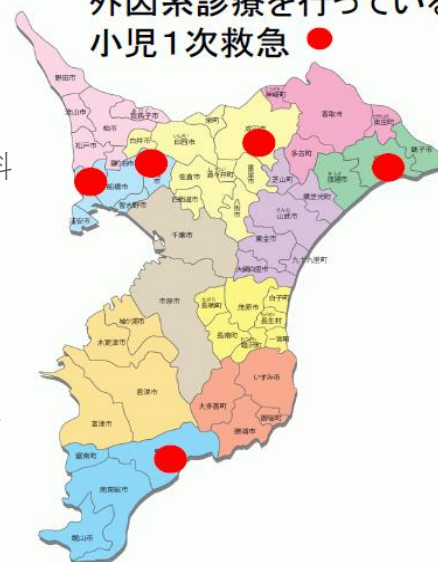
外因系疾患と医療体制の整備について

千葉県子ども医療電話相談事業（#8000事業）における症状別相談数の割合の推移



千葉県小児救急電話相談事業（#8000）症状別相談統計より作成

外因系診療を行っている小児1次救急



- 千葉県内の小児1次救急施設17のうち、外因系診療できると回答したのは、6施設のみであった。
- 外因疾患の電話相談が増加しているが、その受け入れ医療機関が十分ではない。

わが国における軽症頭部外傷診療の実態（国立成育医療研究センター調べ）
脳神経外科（48%）、**小児科（20%）**、外科（14%）、救急科（11%）

日本小児救急医学会雑誌 14;2014:287.

外傷診療に付随する課題

- ・画像検査に伴う鎮静処置
- ・処置に伴う鎮痛処置
- ・外傷の背景にある虐待評価
- ・外傷の背景にある傷害（事故）予防評価
- ・外傷後の心理サポート、発達評価

⇒外科や脳外科で対応した小児外因系疾患においても、これらの観点について、小児科医の参画が非常に重要である。

- 小児の外傷、熱傷等に対する救急医療については、小児科以外の診療科が対応する可能性が高いことから、小児科医の積極的な参画を促すために、こうした外因系の疾患の対応体制について、小児医療に関する協議会で検討する必要があるのではないか。

新興感染症まん延時の小児医療体制について

課題

○感染拡大時には、新型コロナ感染重症児を受け入れる小児医療機関においては、新型コロナウイルス以外の子どもの治療に一定程度治療延期等が生じた。

⇒**新興感染症まん延時において、感染症診療のみならず通常診療を維持できる体制について、平時より検討することが必要。**

例：対応医療機関の差別化、状況に応じた広域化

○感染拡大時には、地域の診療所等で診察した子どもが入院が必要となった際に、地域の小児医療体制に精通した人材が入院調整を行う必要があった。

⇒**感染小児の入院等調整について、各地域におけるキーパーソン（例：災害時小児周産期リエゾンなど）を設定し、地域対策本部と情報共有することが必要。**

<新興感染症まん延時の小児医療提供体制における要点・論点>

- ・成人診療科との情報共有・連携
- ・地域行政との情報共有・連携
- ・成人、小児病床数の分配に関する検討
（原則的に感染症は小児におけるまん延が多い）
- ・平時から小児医療に関わる看護師等コメディカルスタッフの養成
- ・有効性のある感染対策の実践
（成人と小児の違いを評価、過剰対応による健康被害を防止）
- ・地域における小児医療情報ネットワークの構築
（感染症に関する情報共有のあり方、メーリングリスト、Web会議など）
- ・学校、保育施設等集団感染発生時の対応
（現場支援：感染対策助言、児童等の心理的援助、誹謗中傷対策など）

ICTの活用について

- 慢性疾患の小児の診療において、医療機関まで時間がかかる場合などにオンライン診療が活用されている。
- 新型コロナウイルス流行下では、病院での感染を避けたい等の理由からオンライン診療が活用されている。

千葉県における小児オンライン診療の事例

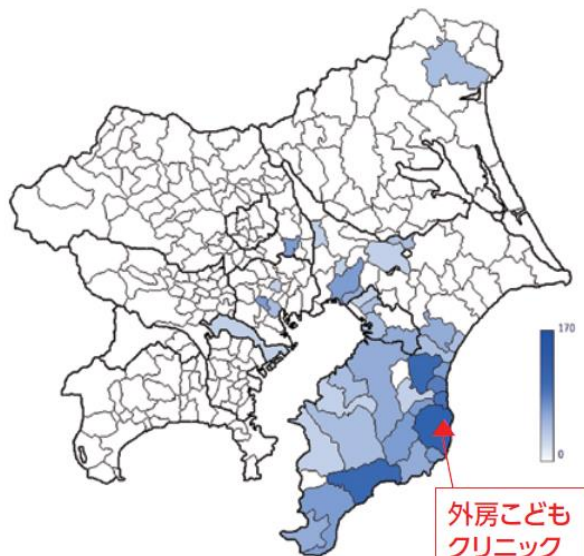
千葉県 外房こどもクリニック 黒木春郎先生 提供

2020年5月31日現在

●図表4 外房こどもクリニックのオンライン診療患者数と分布

2020年9月30日現在 1,089人

東京都	港区	9
	渋谷区	25
	文京区	4
	神奈川 川崎市	1
埼玉県	草加市米町	29
	茨城県 水戸市	6
千葉県	千葉市中央区	7
	千葉市花見川区	4
	千葉市稲毛区	5
	千葉市緑区	0
	船橋市	21
	館山市	0
	木更津市	0
	茂原市	0
	東金市	38
	習志野市	14
	勝浦市	1
	市原市	0
	流山市	0
	鴨川市	143
	鎌ヶ谷市	0
	君津市	0
	富津市	15
	袖ヶ浦市	0
	印西市	17
千葉県	南房総市	0
	いすみ市	23
	大網白里市	21
	印旛郡栄町	2
	山武郡九十九里町	0
	長生郡一宮町	0
	長生郡睦沢町	144
	長生郡長生村	1
	長生郡白子町	6
	長生郡長南町	4
千葉県	夷隅郡大多喜町	0
	夷隅郡御宿町	0
兵庫県	淡路市	5



病 名	人数
鉄欠乏性貧血	2
中枢性尿崩症	1
気分障害	19
身体表現性障害	4
睡眠障害	4
会話及び言語の特異的発達障害	1
学習能力の特異的発達障害	1
自閉スペクトラム症	16
注意欠如・多動症	29
夜尿症	6
てんかん	2
片頭痛	1
脳性麻痺	1
アレルギー性結膜炎	5
起立性調節障害	1
アレルギー性鼻炎	100
慢性副鼻腔炎	1
気管支喘息	53
慢性胃腸炎	1
過敏性腸症候群	1
便秘症	15
アトピー性皮膚炎	32
蕁麻疹	3
月経困難症	3
嚥下障害	2
反復性発熱	2
食物アレルギー	6
COVID-19の疑い	3
検査結果、急性期フォロー	2
	317

優位点

- ・ 非対面 : 感染暴露の危険がない
- ・ アクセス : 距離に関係なく医療行為が可能
- ・ WEB画面 : プライベートな空間で患者に安心感がある

限界

- ・ 処置は不可能
 - ・ 従って、対面診察の確保は前提
 - ・ 触診、聴診は不可能
- ※ただし、診断の8割は問診で可能であり、診療上の不利益はほとんどないだろう。

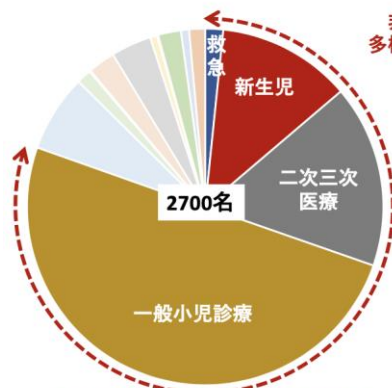
●小児医療へのアクセスのために、都道府県においてICTの活用について検討してはどうか。

小児科医の活動範囲は多様

小児科医が担う業務について

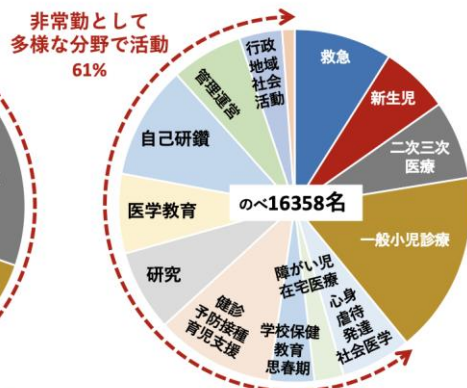
- 2021年3月～2022年3月にWeb調査
- 小児科専門医 3559名（小児科専門医の21.5%）が回答
- 勤務先、活動分野別のエフォートを調査

主たる活動分野

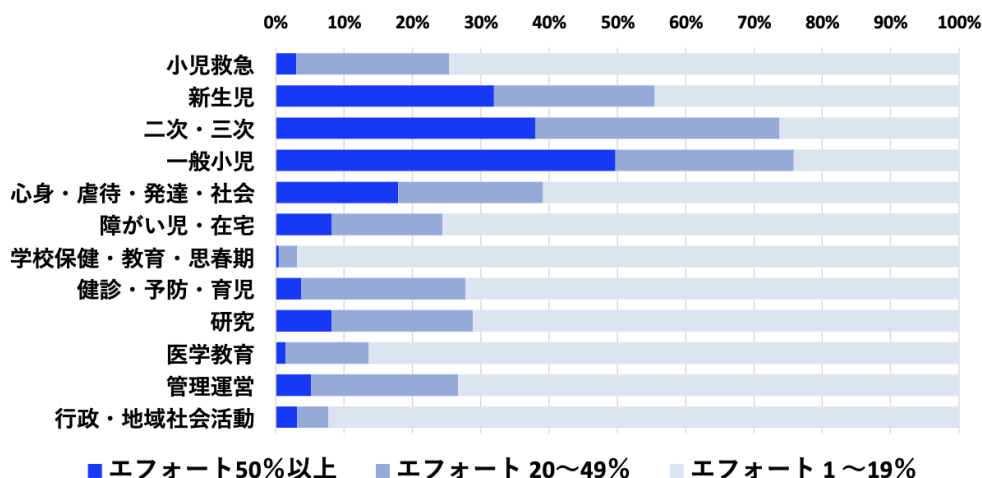


主たる活動分野は80%が急性期医療

全てのエフォート



活動分野ごとのエフォート分布（専門医の人数）



多くの活動分野は兼業者（エフォート50%未満）で成り立っている。

小児科医の診療範囲について

- ・ 日本小児科学会からの小児医療提供体制の提案
- ・ 医療計画では、小児救急と周産期医療を重点的に充実させた



健診、 予防接種 など	一般小児 診療	小児救急	新生児医 療	専門分野 別
-------------------	------------	------	-----------	-----------



- ・ 実情は、小児科＋新生児科＋小児集中治療に分化している
- ・ 小児救急と新生児救急には、それぞれ人材が必要
- ・ 小児科における医師偏在指標の計算では、一般小児医療と高度専門医療の区別がない計算式になっている

- 主たる活動分野(エフォート率50%以上)を見ると、80%が急性期医療に携わっていた。
- その一方で、全てのエフォートで見ると、61%は行政や地域の社会活動をはじめ、医学教育、学校保健、障がい児在宅医療、健診など多様な分野で活動していた。専門医一人当たり平均で、2.6機関で勤務し、4.6分野で活動をしている。
- 新生児医療、二次・三次医療、一般小児診療ではそれを本務とする常勤者の割合が比較的多いが、小児救急やその他の分野では常勤者の割合が著しく少なく、多くの非常勤の兼務者によって支えられている。
- 小児科医師の診療範囲は多岐に渡っているが、小児科における医師偏在指標では、考慮されていない。

新生児医療に関わる医師数と労働時間

NICU勤務医師の実態

当直医1名を置くためには、最低8名の医師が必要

総合周産期NICUであれば16名以上※、
地域周産期NICUであれば8名以上
※NICUの病床が16床以上である場合には、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい。（周産期医療の体制構築に係る指針より）

日本の新生児医療は3600名の医師が支えている

総合周産期母子医療センター 1057名
地域周産期母子医療センター 1431名

総合 平均 8.24人 地域 平均 5.96人

新生児医療提供体制・医師勤務状況調査結果報告
日本新生児成育医学会雑誌 33(3): 60-78, 2021

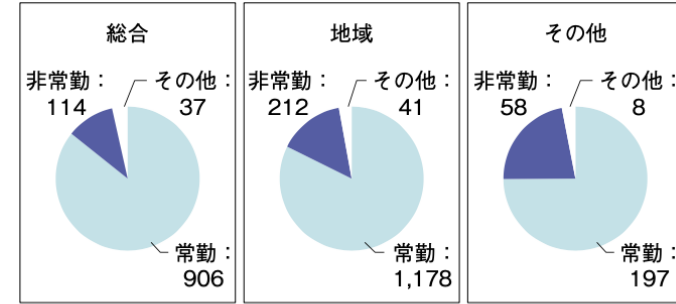


図16 総合・地域・その他別の回答施設の医師数合計

周産期母子医療センターの常勤医師の職種（総合周産期母子医療センターの76%、地域周産期母子医療センターの44%が回答）

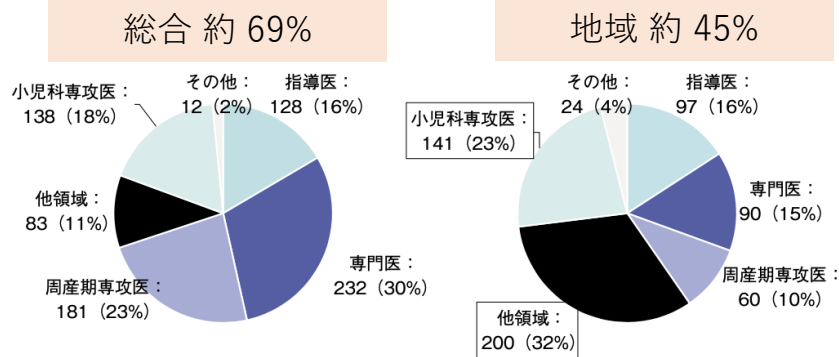


図21 回答常勤医の医師職種割合

総合周産期の医師の7割は新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師も多い
地域周産期では医師の4割が新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師が多くを占める

新生児医療は新生児専門の医師だけでは提供できない

新生児医療を担当する医師の勤務時間

新生児医療に従事する医師の65%が週50時間以上働いている

全医師の週あたりの総労働時間

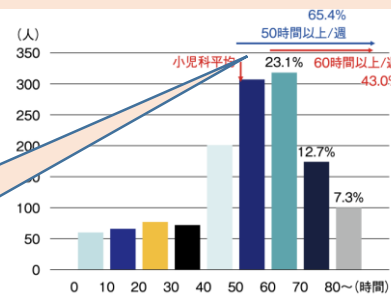


図30 全医師の週あたり総労働時間の分布 (時間/週)
所定労働時間帯の外勤時間も含む。休憩・自己研鑽時間を除く。

全医師の4週あたりの総時間外労働時間

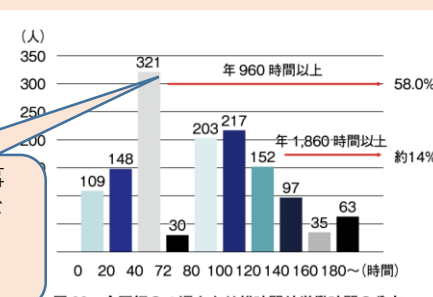


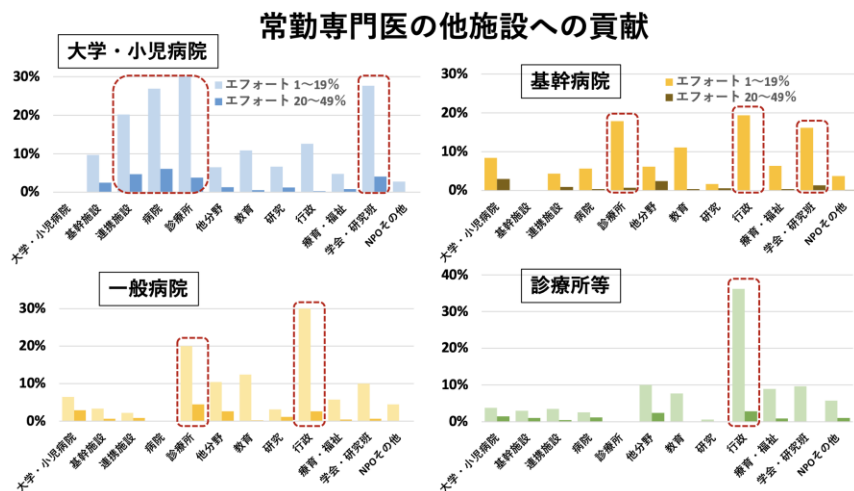
図38 全医師の4週あたり総時間外労働時間の分布

新生児医療に従事する医師の58%が年間960時間以上働いている

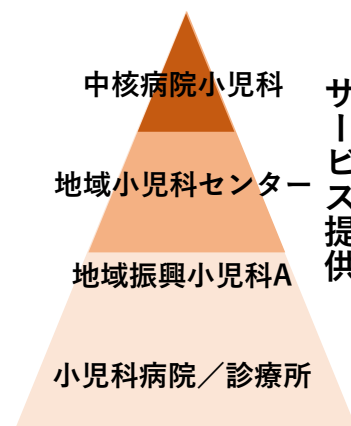
●新生児医療等の高度な専門医療については、これまでの集約化、重点化のもとに、医師の働き方改革も踏まえ、適切な医師の配置について検討されるべきではないか。

小児科医のキャリアパスと持続可能な人材育成

- 小児科専門医はさまざまな社会インフラを支えており、小児医療体制により構築された病院群が、社会インフラを支える根幹である。

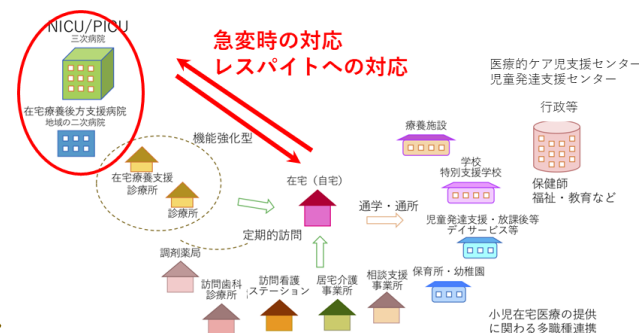


社会インフラとしての
小児医療提供システム
一般小児救急、入院

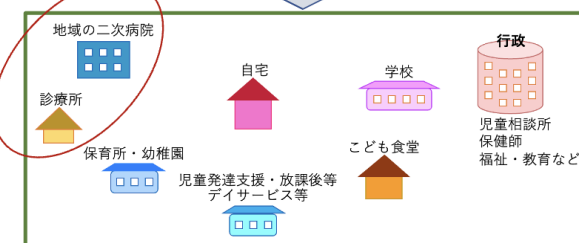


サービス提供

小児在宅医療



発達支援・児童虐待・育児支援
介入

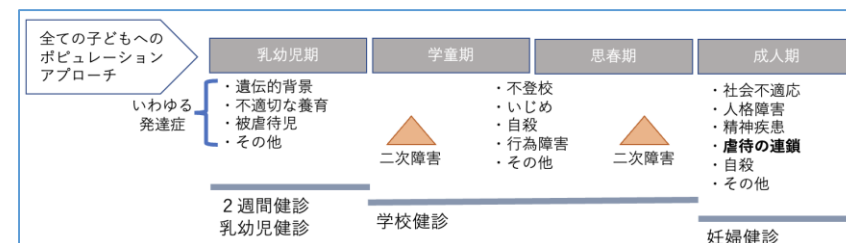


- ・勤務する施設により貢献している場所が異なる。
- ・年齢により勤務施設が変化していく。

- ・それぞれの小児医療提供体制の階層が、地域に必要な人材の供給源となっている。
- ・派遣された人材が、システムの中で教育されている。
- ・三次施設・二次施設などで育てられた人材が、やがて地域における一次医療や社会インフラを支える人材となる。(キャリアパスの構築)

- 人材の供給システムを上手に回すことが、人材の育成システムとなり、システム全体の持続可能性を高めるのではないかな。
- 一般小児医療を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との連携の要としての役割が必要ではないかな。

社会インフラとしての検診システム



第8次医療計画に向けた提案

(医療機能の明確化及び圏域の設定)

- 第8次医療計画の策定にあたっては、第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化すること。
- 一本化に当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制が存在しない小児医療圏がないよう設定すること。
- 小児の医療資源の制限等により、ひとつの医療機関で「小児中核病院」「小児地域医療センター」の医療機能を担うことが難しい地域もあることから、ひとつの医療機関で医療機能を果たすことができない場合には、複数の医療機関で連携して医療機能を担うことも検討すること。
- 一般小児医療機能を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との連携の役割を担うこと。

(医療的ケア児に対する小児医療体制)

- 医療的ケア児への支援として、関係医療機関間の連携体制の強化、医療的ケア児等コーディネーターとの連携、レスパイトの受入体制等の医療体制を整備すること。

(小児医療に関する協議会の充実)

- 小児医療については、周産期医療と関連性が深いため、周産期医療に関する協議会と連携し検討すること。
- 医療だけでなく、保健、教育、福祉にわたり、子どもたちの成育について広く協議できる場となるようにするため、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参加について検討すること。
- 小児の外傷、熱傷等に対する救急医療については、小児科以外の診療科が対応する可能性が高いことからこうした外因系の疾患の対応体制について協議会で検討すること。

(#8000について)

- #8000事業については、47都道府県で実施され、保護者における認知度が8割程度まで増加するなど、一定の役割が果たされているものの、依然として、電話がつながりにくい等の声もあることから、応需率等の把握や応対の質の確保を行い、適切な相談体制の維持を行うこと。
また、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急、教えて！ドクター等）についても周知を行うこと。

(新興感染症まん延時の小児医療体制)

- 感染症まん延時において、入院が必要な感染症小児の診療と感染症以外の小児の診療を継続的に提供できる体制について、平時から検討すること。
- 感染症まん延時にオンライン診療を活用できるよう、平時からICTの導入について検討すること。
- 感染症小児の入退院調整については、各地域の小児医療の情報に通じた災害時小児周産期リエゾン等の人材を活用すること。

(医師の働き方改革への対応)

- 勤務環境が適切に保たれるよう小児科医師の確保に引き続き取り組みつつ、小児医療の集約化・重点化のもとで、新生児医療等の高度な小児医療機能を維持できる体制を検討すること。
- 小児医療へのアクセスの確保のために、ICTの活用について検討すること。