

医療計画について

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏 (令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

三次医療圏

52医療圏 (令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

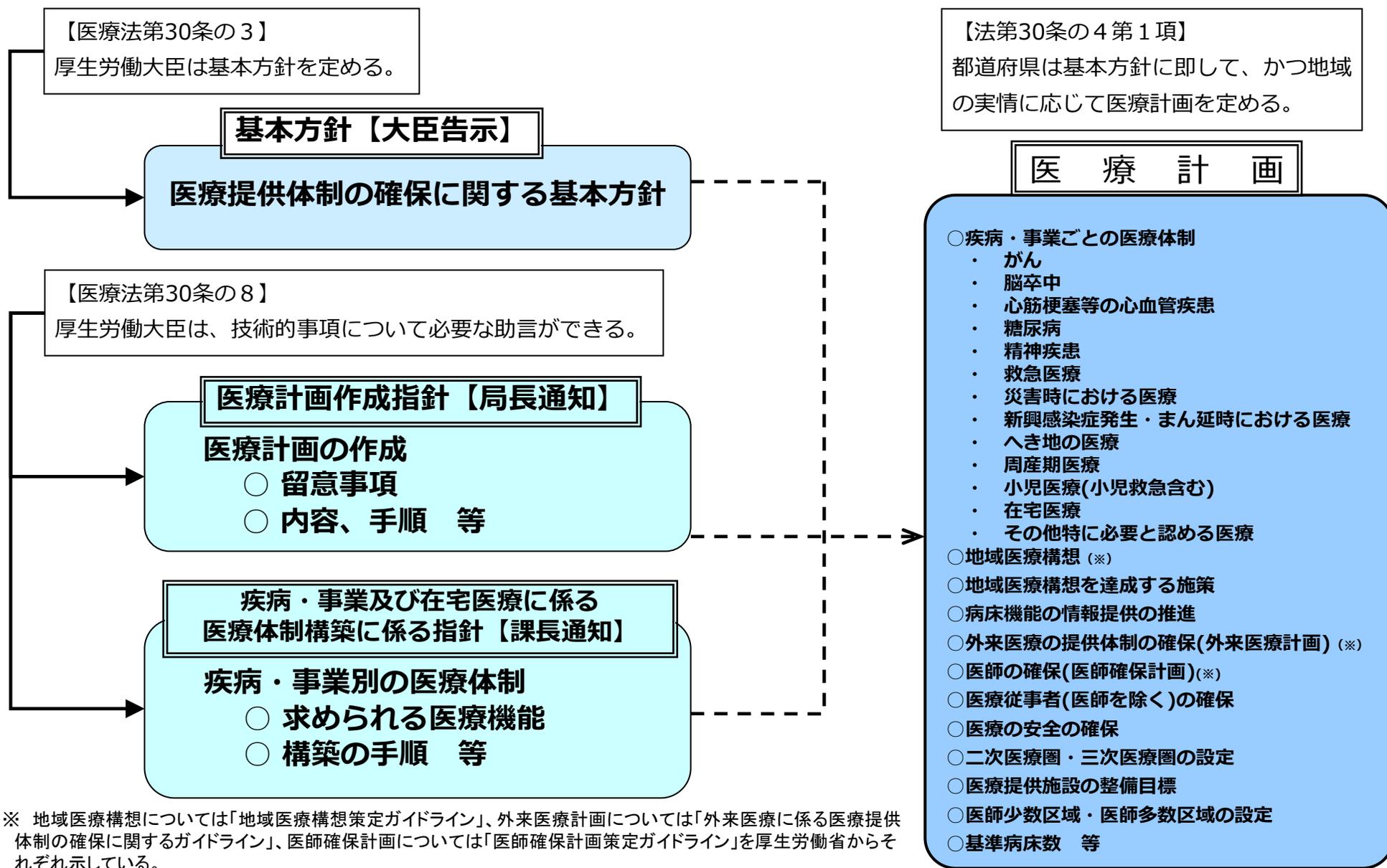
○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

医療計画の策定に係る指針等の全体像



※ 地域医療構想については「地域医療構想策定ガイドライン」、外来医療計画については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」、医師確保計画については「医師確保計画策定ガイドライン」を厚生労働省からそれぞれ示している。

医療計画の状況を踏まえた中医協における議論の進め方

医療計画

- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・ 糖尿病
 - ・ 精神疾患
 - ・ 救急医療
 - ・ 災害時における医療
 - ・ 新興感染症発生・まん延時における医療
 - ・ へき地の医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療(小児救急含む)
 - ・ 在宅医療
 - ・ その他特に必要と認める医療
- 地域医療構想
- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)
- 医師の確保(医師確保計画)
- 医療従事者(医師を除く)の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

○医療計画の項目のうち、

- 入院医療、外来医療、在宅医療については、それぞれのテーマごとに中医協において医療計画との関係性も踏まえつつ議論することとする。
その際、地域医療構想については、第8次医療計画においても毎年度対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて推進することとされていることから、その状況も踏まえることとする。
- 6事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療及び周産期医療、小児医療)のうち新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナウイルス感染症への対応を含めた感染症に対する医療に関する議論の中で別途取り扱うこととし、今回は残りの5事業について議論することとする。
- また、上記6事業を含め、5疾病及び医療の安全の確保等については、今後必要に応じて、個別項目等の議論の中でも取り扱うこととする。

- 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

* へき地医療、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。

・へき地医療

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次医療計画のポイント①

全体について

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題に対応するとともに、人口構造の変化への対応を図る。
- 令和3年の医療法改正により新たな事業として新興感染症への対応に関する事項を追加する。
- 第7次計画期間中に追加した「医師確保計画」「外来医療計画」（計画期間はいずれも3年間）についてもそれぞれのガイドラインに基づき第8次医療計画の策定と併せて見直しを行う。その際、二次医療圏の設定について先行して議論を行う。

5 疾病・6 事業及び在宅医療について

- 地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールを活用する。
 - 新興感染症の発生・まん延時や災害時等においても必要な医療が提供できる体制の整備を進める。
- 【がん】がん医療の均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進する。
- 【脳卒中】適切な病院前救護やデジタル技術を活用した急性期診療体制の構築、回復期や維持期・生活期の医療体制の強化に取り組む。
- 【心血管疾患】回復期及び慢性期の診療体制の強化やデジタル技術の活用等による、急性期から一貫した診療体制の整備に取り組む。
- 【糖尿病】発症予防、糖尿病及び合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いて取り組むための体制構築を進める。
- 【精神疾患】患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制整備を一層推進する。
- 【救急】増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 【災害】災害拠点病院等における豪雨災害の被害を軽減するため、地域における浸水対策を進める。
- 【へき地】医師の確保に配慮するとともに、オンライン診療を含む遠隔医療を活用。※改正離島振興法の内容にも留意。
- 【周産期・小児】保健・福祉分野とも連携し、ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児への支援にかかる体制整備を進める。
- 【在宅医療】「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定するとともに、各職種の機能・役割についても明確化する。また、在宅医療に係る医療機関等に対し災害時におけるBCPの策定を支援する。

第8次医療計画のポイント②

地域医療構想について

- これまでの基本的な枠組み（病症の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクル通じて地域医療構想を推進することとし、策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況について公表を行う等、着実に取組を推進。
※2025年以降の地域医療構想の取組のあり方については、2023～2024年度にかけて、中長期的課題について整理し、検討予定。

外来医療について

- 外来機能報告により得られたデータを活用し、紹介受診重点医療機関となる医療機関を明確化するとともに、地域の外来医療の提供状況について把握し、今後の地域の人口動態・外来患者推計等も踏まえ外来医療提供体制のあり方について検討を行う。

医療従事者の確保について

- 2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行されることを踏まえ、医療機関における医師の働き方改革に関する取組の推進、地域医療構想に関する取組と連動させ、医師確保の取組を推進。
- 医師確保計画の策定において基礎となる、医師偏在指標について精緻化等を実施。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用し、病院と歯科診療所の連携、歯科専門職の確保、薬剤師（特に病院）の確保を進める。
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進する。

医療の安全の確保等について

- 医療事故調査制度運用の要である病院等の管理者の理解をより深めるため、研修の受講を推進する。
- 相談対応の質の向上を図る観点から、医療安全支援センターの相談職員の研修の受講を推進する。

その他の事項

- 地域医療支援病院について、医療計画の見直しの際に必要な応じて責務の追加・見直しを検討するとともに、整備目標を定める際には医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。
- 医療計画の内容のうち、必要な情報についてはわかりやすい形で周知を行い、住民の理解・協力を得られるよう努める。

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

医療
位置
付け

一般病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 886,272床
病床利用率 69.8%
平均在院日数 16.1日

療養病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 285,828床
病床利用率 85.8%
平均在院日数 131.1日

DPC/PDPS

1,755施設 481,444床※2
(▲1,736床)
※2 R3.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

87施設
58,541床 (+366床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設 6,245床 (+112床)

救命救急入院料

入院料1 187施設 3,593床 (+65)	入院料2 26施設 200床 (+4)	入院料3 80施設 1,639床 (▲27)	入院料4 80施設 891床 (▲11)
-------------------------------	---------------------------	------------------------------	----------------------------

特定集中治療室管理料

ICU 1 141施設 1,487床 (+90)	ICU 2 76施設 867床 (+70)	ICU 3 349施設 2,365床 (▲25)	ICU 4 62施設 565床 (▲53)
--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU 1: 621施設 6,153床 (+374床)
HCU 2: 30施設 309床 (+4床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

194施設 1,592床 (+113床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 100床 (▲16床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU 1 80施設 751床 (▲46床)
NICU 2 149施設 885床 (+53床)

総合周産期特定集中治療室管理料

134施設 母児・胎児 857床 (+6床)
新生児 1,755床 (+35床)

新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,899床 (±0床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (±0床)

小児入院

管理料1 80施設
医療管理料 5,436床 (▲2床)

管理料2 182施設
6,308床 (+150床)

管理料3 83施設
2,030床 (▲237床)

管理料4 390施設
8,186床 (+142床)

管理料5 162施設
-

一般病棟入院基本料

579,787床 (▲4,375床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1 900施設 59,381床 (+5,870)	入院料2 189施設 10,002床 (+524)	入院料3 351施設 15,543床 (▲3,269)	入院料4 57施設 2,516床 (▲807)	入院料5 51施設 1,939床 (▲245)	入院料6 37施設 1,459床 (▲417床)
--------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1 1,313施設 43,362床 (+4,381)	入院料2 1,267施設 41,526床 (▲2,277)	入院料3 50施設 1,308床 (▲21)	入院料4 79施設 1,824床 (+32)
----------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

障害者施設等入院基本料

878施設
70,371床 (+102床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (▲42)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1 102施設 5,364床 (▲67床)	病棟入院料2 106施設 7,766床 (+227床)	入院管理料 33施設 466床 (+22床)
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

緩和ケア病棟入院料

入院料1 238施設 4,819床
入院料2 218施設 4,211床

介護療養 病床

13,647床
※R3.6末病院報告

施設基準届出
令和3年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,623施設 62,118床 (▲2,091床)

有床診療所 (療養) 512施設 5,193床 (+487床)

精神科救急入院料

入院料1 167施設 10,773床 (+187)
入院料2 5施設 227床 (+100)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 367施設 16,627床 (+347)
入院料2 8施設 358床 (▲150)

精神病棟 1,150施設 138,818床 (▲4,725床)

精神科救急・合併症入院料
11施設 424床 (+48)

児童・思春期精神科入院
47施設 1,555床 (+64)

精神療養病棟入院料

812施設 89,711床 (▲555)

地域移行機能強化病棟入院料

32施設 1,336床 (▲99床)

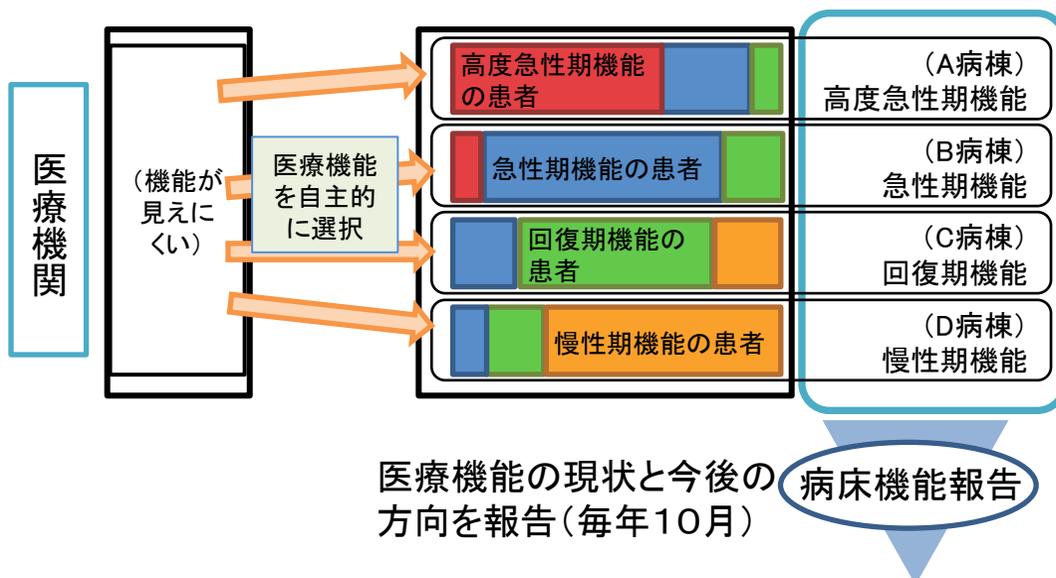
認知症治療病棟入院料

入院料1 550施設 38,154床 (+832)
入院料2 3施設 214床 (▲82)

結核病棟 167施設 3,414床 (▲491床)

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



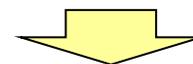
「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告制度

○ 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

2021年度病床機能報告について

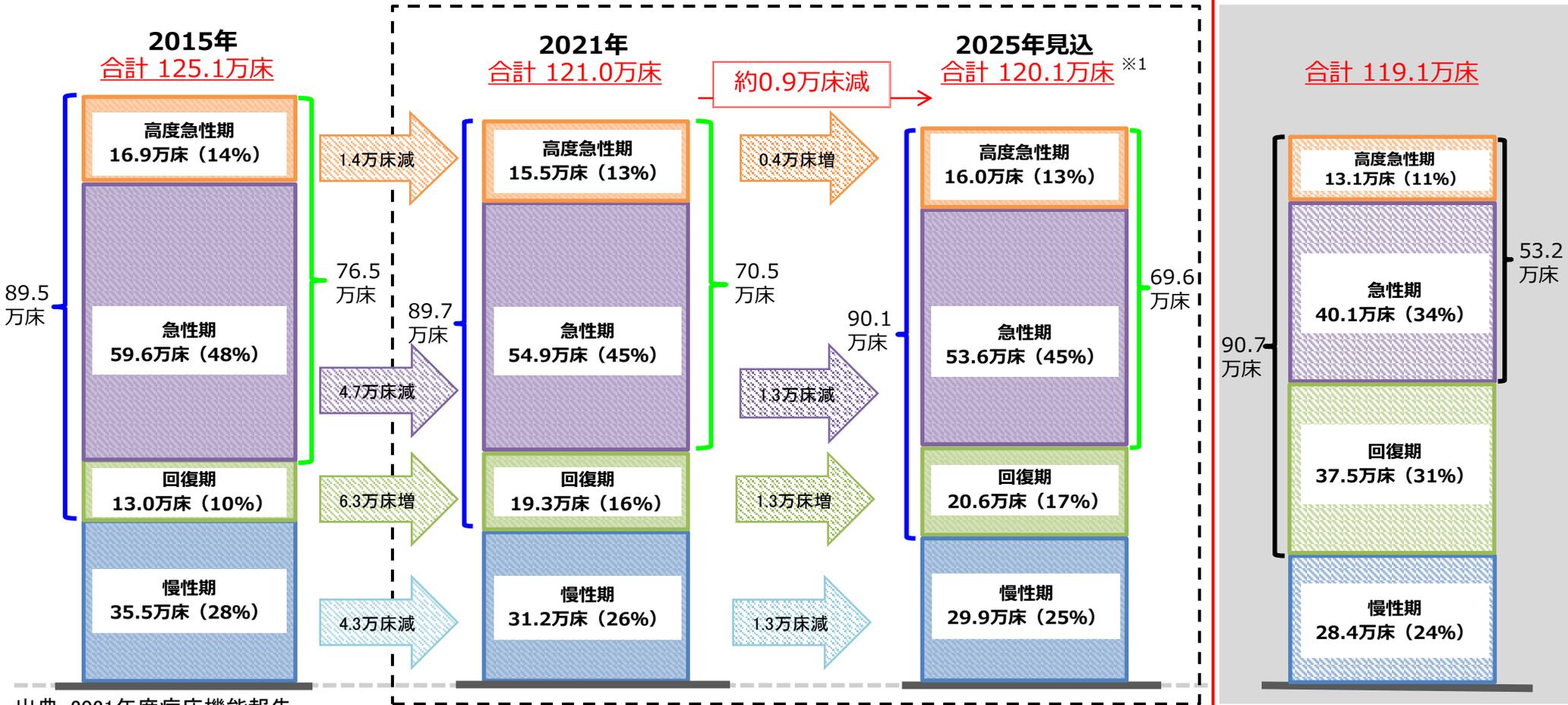
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2021年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典: 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2021年度病床機能報告: 12,484/12,891(96.8%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,645床(参考 2020年度病床機能報告: 18,482床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのはなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料

- 地域包括ケア病棟入院料(※)

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関)*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に**外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)**し、「地域の協議の場」において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(**紹介受診重点医療機関**)を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの**医療機器の配置状況を可視化**し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

*令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の实情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

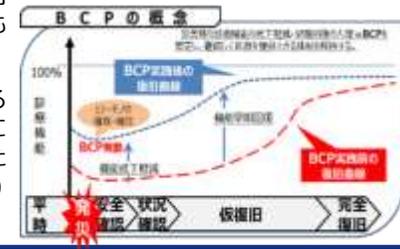
在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。

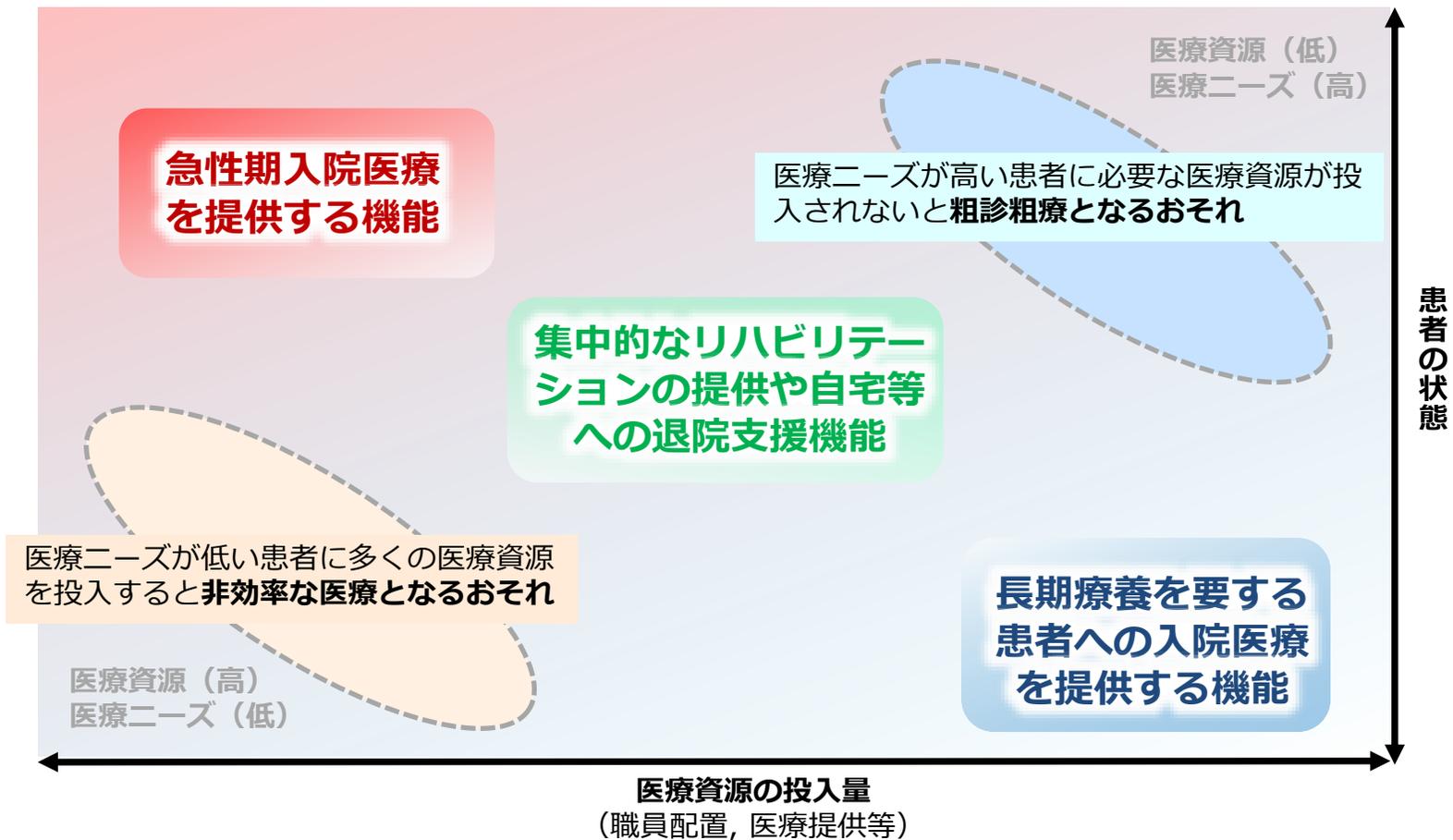


在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

入院医療の評価体系と期待される機能

- 入院医療の評価は、
- 個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましいこと
 - 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがあること
- を踏まえ、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。



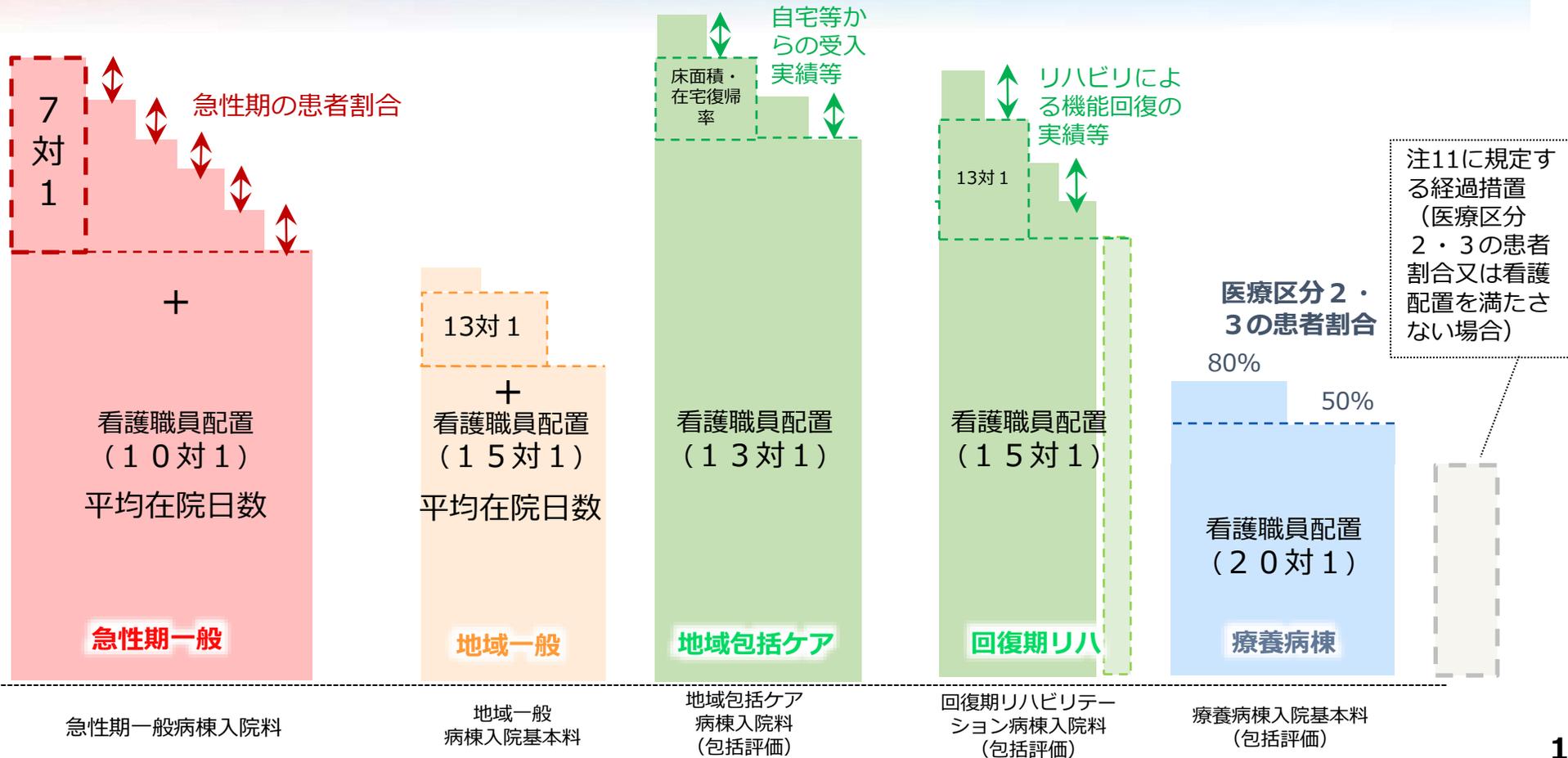
入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。
- ※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



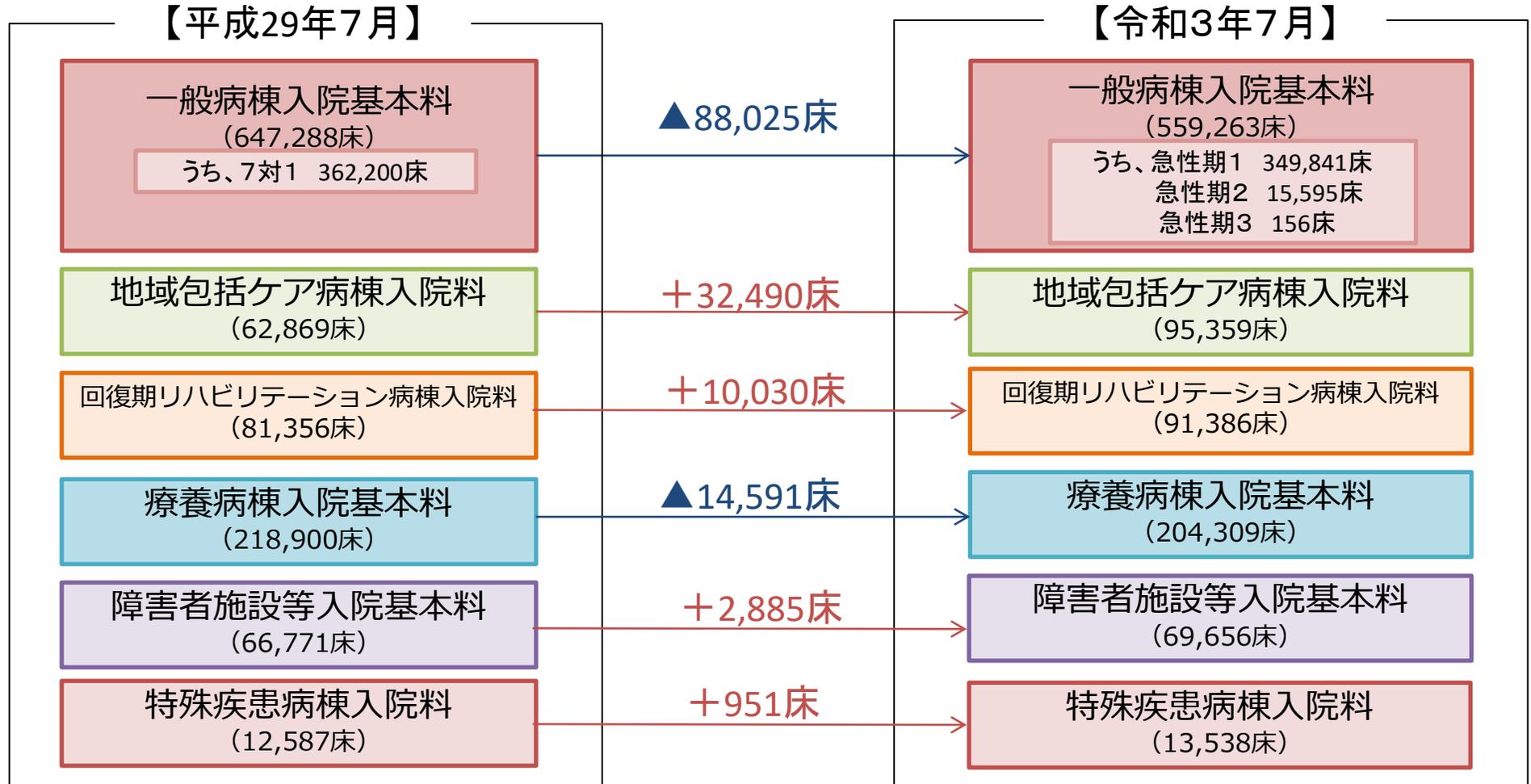
医療提供体制の評価に係る診療報酬改定

○ これまで診療報酬では、累次の改定に地域の実情に応じて必要な医療を提供できるよう、各入院基本料等の設定を行うことにより病床機能の分化と連携を推進してきた。さらに平成26年に医療介護総合確保推進法が制定されてからは、地域医療構想の主旨を踏まえつつ、報酬改定毎に施設基準の見直し等を行ってきた。

	一般病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
～ 平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○7対1入院基本料の創設(H18) ○7対1入院基本料の算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入(H20) ※該当患者が10%以上 ○施設基準の見直し(H24) <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の該当割合基準の引き上げ(15%以上) ・平均在院日数要件の見直し(7対1病棟について19日から18日に短縮、13対1及び15対1病棟における長期療養の適正化) 	<ul style="list-style-type: none"> ○亜急性入院医療管理料の創設(H16) ○亜急性入院医療管理料を回復期リハビリテーションの実施状況に応じた体系に見直し(H24) 	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期リハビリテーション病棟入院料の創設(H12) ○算定要件の拡大(H18)、重症者受入、在宅復帰率の要件を追加(H20) ○入院料1の新設(H24) ※専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上等
○平成26年に医療介護総合確保推進法が成立			
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度基準の名称変更及び急性期患者をより評価する項目へ見直し ・平均在院日数要件の見直し(短期滞在3の患者を計算対象から除外、17対1及び10対1病棟における長期療養の適正化) ・在宅復帰率の導入(7対1病棟について75%以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院料1に体制強化加算を新設 ※専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の見直し(侵襲性の高い治療を評価するC項目の新設等項目の見直し及び該当割合基準について25%以上に引き上げ) ・在宅復帰率の見直し(7対1病棟について80%以上に引き上げ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・500床以上の病院等において、届出病棟数を1病棟までとする ・在宅復帰率の退院先に有床診療所を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価の導入
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の判定基準及び一部項目の見直し、診療実績データ等を用いる「必要度Ⅱ」の新設、該当割合基準の見直し ・在宅復帰率の名称変更及び定義の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○評価体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分との組み合わせによる体系に見直し ・在宅医療や介護サービスの提供等を行う医療機関に対する評価の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ○評価体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・入院料を6区分に見直し ・基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の判定基準の見直し、入院の必要性に基づいた一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・実績要件の見直し ・入退院支援部門の設置を必須とする ・400床以上の場合新規届出を不可とする 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ・管理栄養士の配置要件の見直し
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期充実体制加算の新設 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点に基づく必要度の一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・救急体制に係る要件の追加 ・重症患者割合の引き下げ ・自院一般病棟からの転棟患者の割合に関する要件の拡大 ・自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の引き上げ ・在宅復帰率の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院料の再編 <ul style="list-style-type: none"> ・入院料5の廃止 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・重症患者割合の引き上げ

届出病床数の推移について（概要）

○ 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和3年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



第8次医療計画における事業

- (1) 救急医療
- (2) 災害時における医療
- (3) へき地の医療
- (4) 周産期医療
- (5) 小児医療

※新興感染症発生・まん延時における医療については今後議論

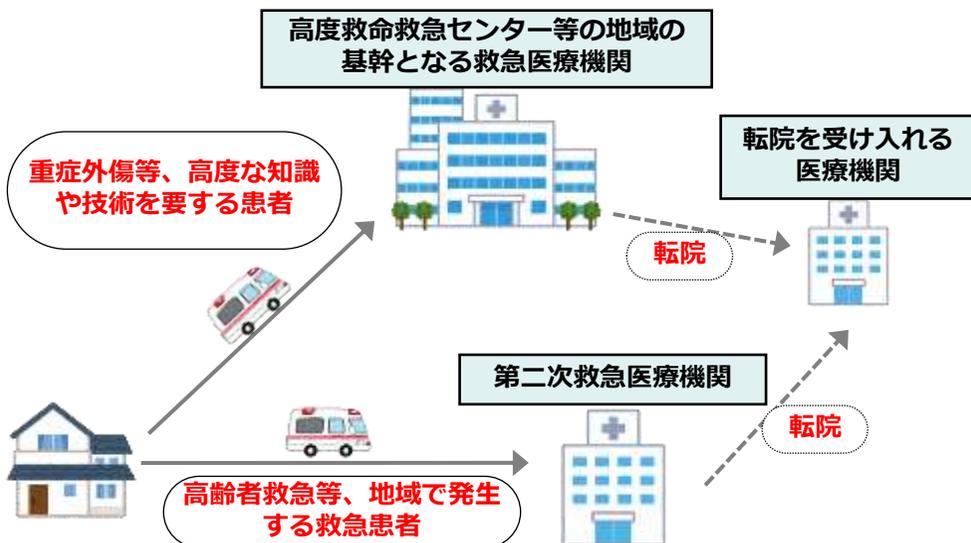
救急医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、全国の様々な運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

救急医療機関の役割等

- 第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する。
- 医療機関間で、転院搬送に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことを通じて、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。



居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者・介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討を進める。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

東京都八王子市の例

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

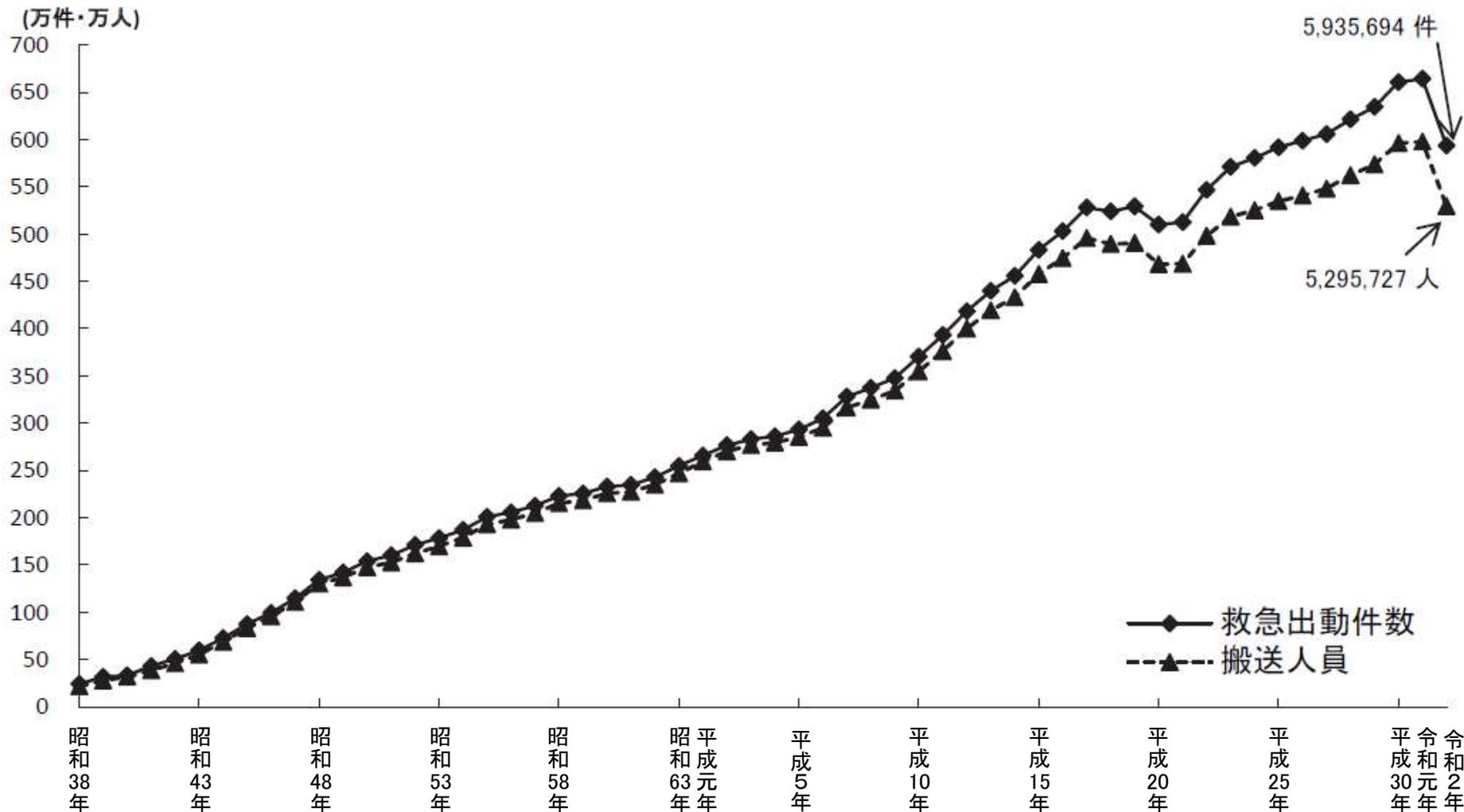
(在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>)

～記入例～ 救急医療情報

姓 名	八王子市 高橋 健 氏 (57歳)	性別	男
住所	東京都八王子市 〇〇区 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号	電話番号	03-XXXX-XXXX
病歴	糖尿病、高血圧、心臓病	アレルギー	卵白、小麦、大豆
かかりつけ医	〇〇病院 〇〇科	主治医	〇〇先生
救急時連絡先	〇〇先生 (〇〇病院)	緊急連絡先	〇〇先生 (〇〇病院)
希望する医療	できるだけ救命 () 延命してほしい () 苦痛をやわらげる処置なら希望する () その他 ()	医師へのメッセージ	もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください。

救急出動件数及び搬送人員の推移

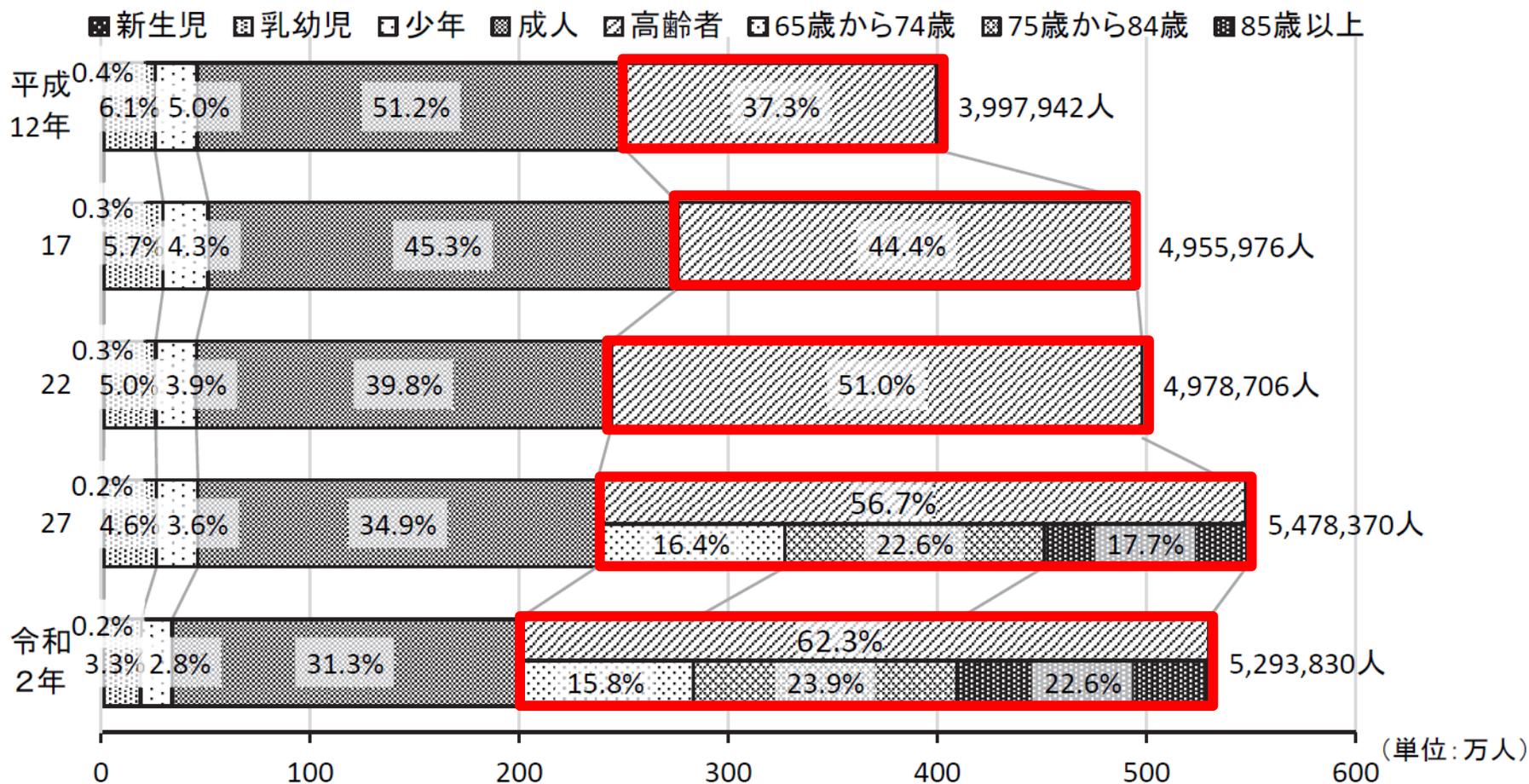
○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。



(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。

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

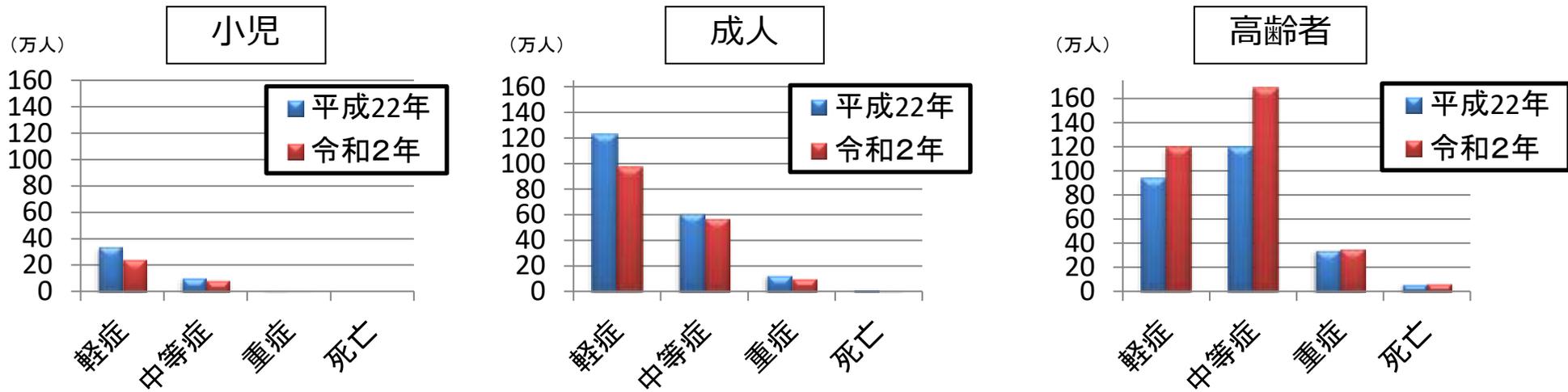
○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 1 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。
- 2 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。

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%

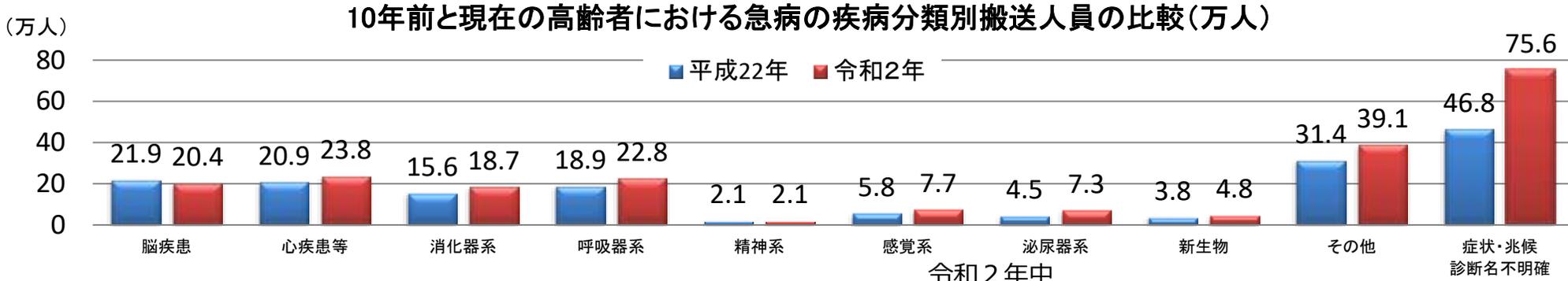
傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

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

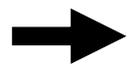
「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

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。



	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



	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)

(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

(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カ所）
（うち、高度救命救急センター（46カ所））

令和4年6月1日現在

ドクターヘリ（56カ所）

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カ所）

共同利用型病院（14カ所）

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カ所）

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。

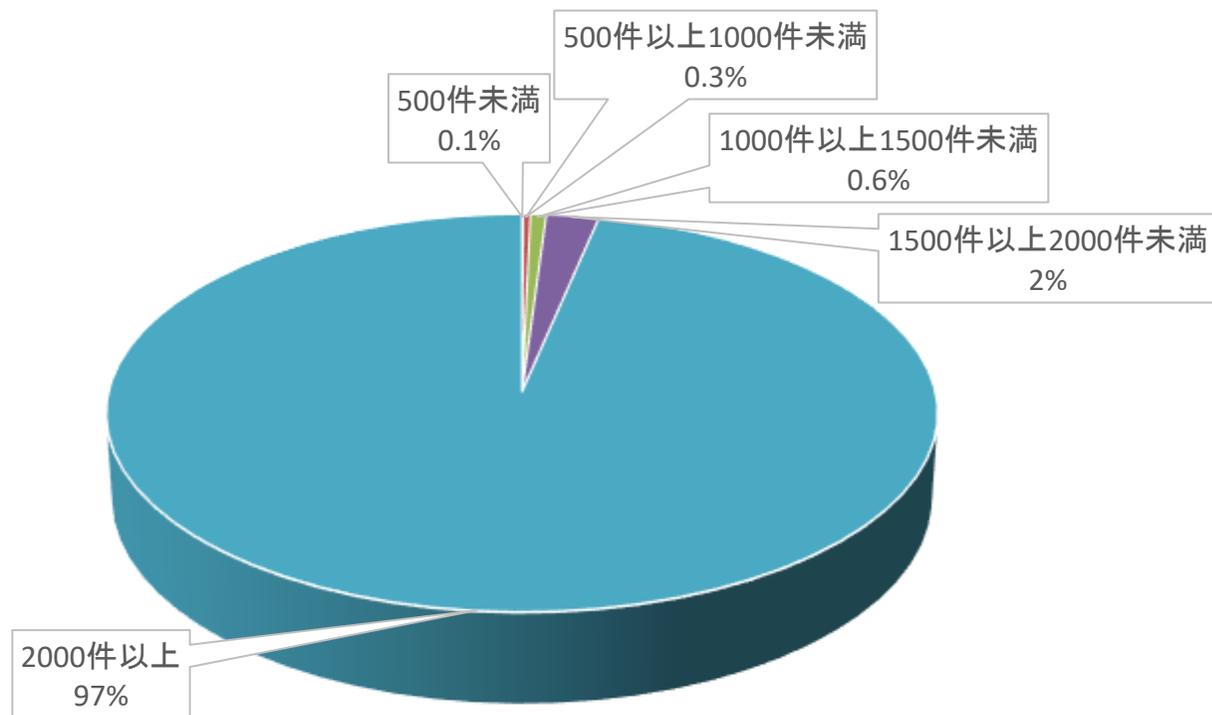
○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

○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。

○ 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。



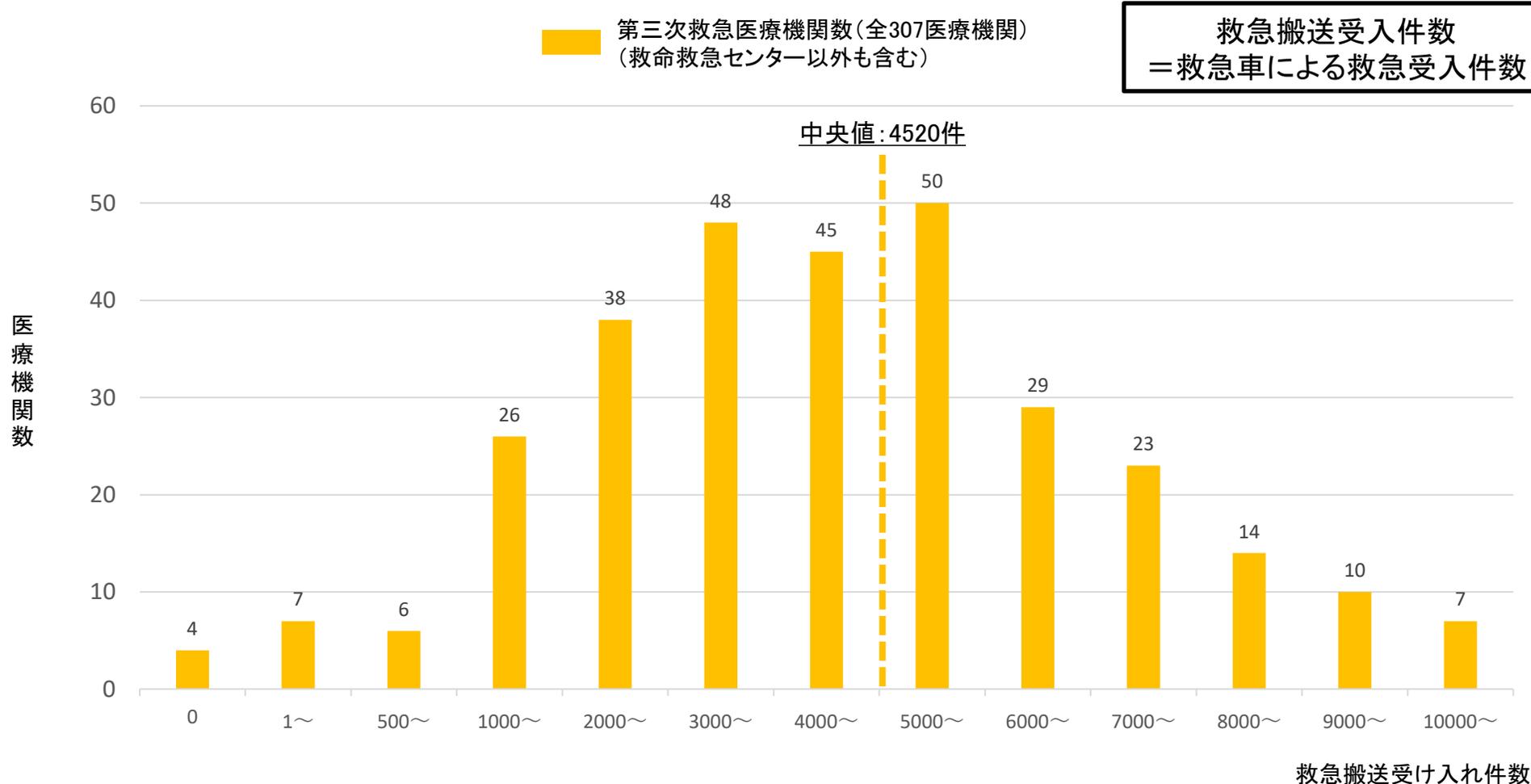
年間救急車受入件数区分	500件未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
第三次救急医療機関数	11	6	8	18	264	307
年間救急車受入件数	806	4,352	9,697	32,381	1,381,807	1,429,043

(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（第三次救急医療機関）

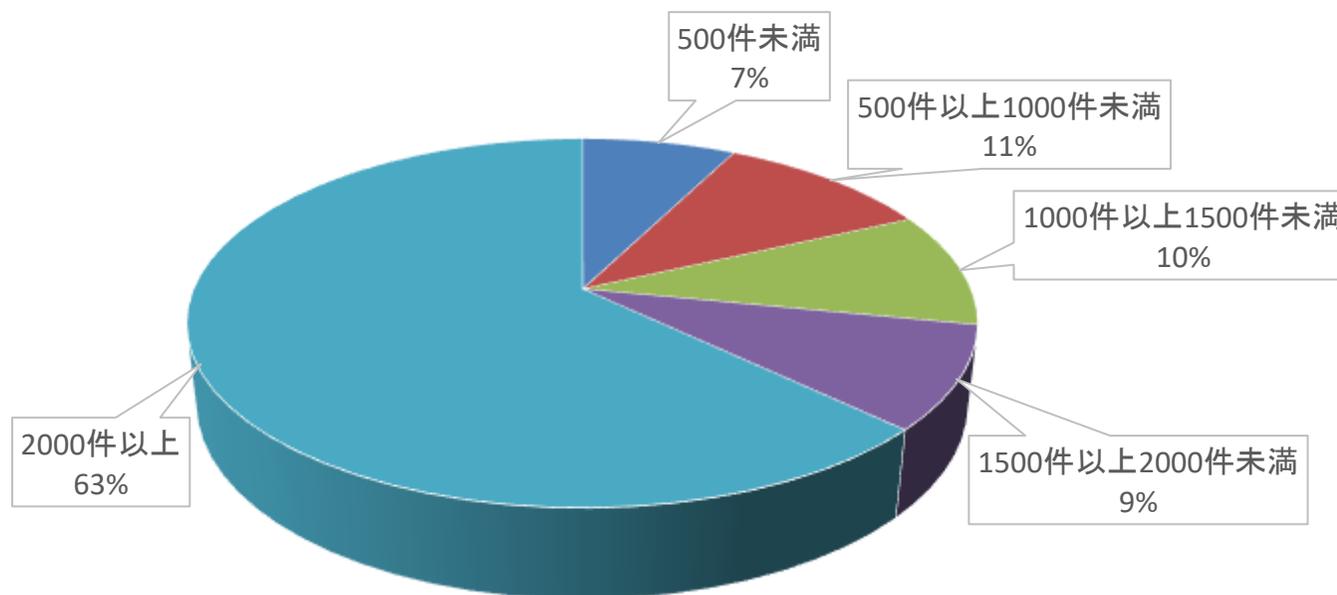
- 第8次医療計画では、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担うこととしている。
- 第三次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は4,520件であった。
- 救急搬送受入件数が1,000件未満と報告した第三次医療機関数は17(全体の5.5%)であった。



(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。

○ 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。



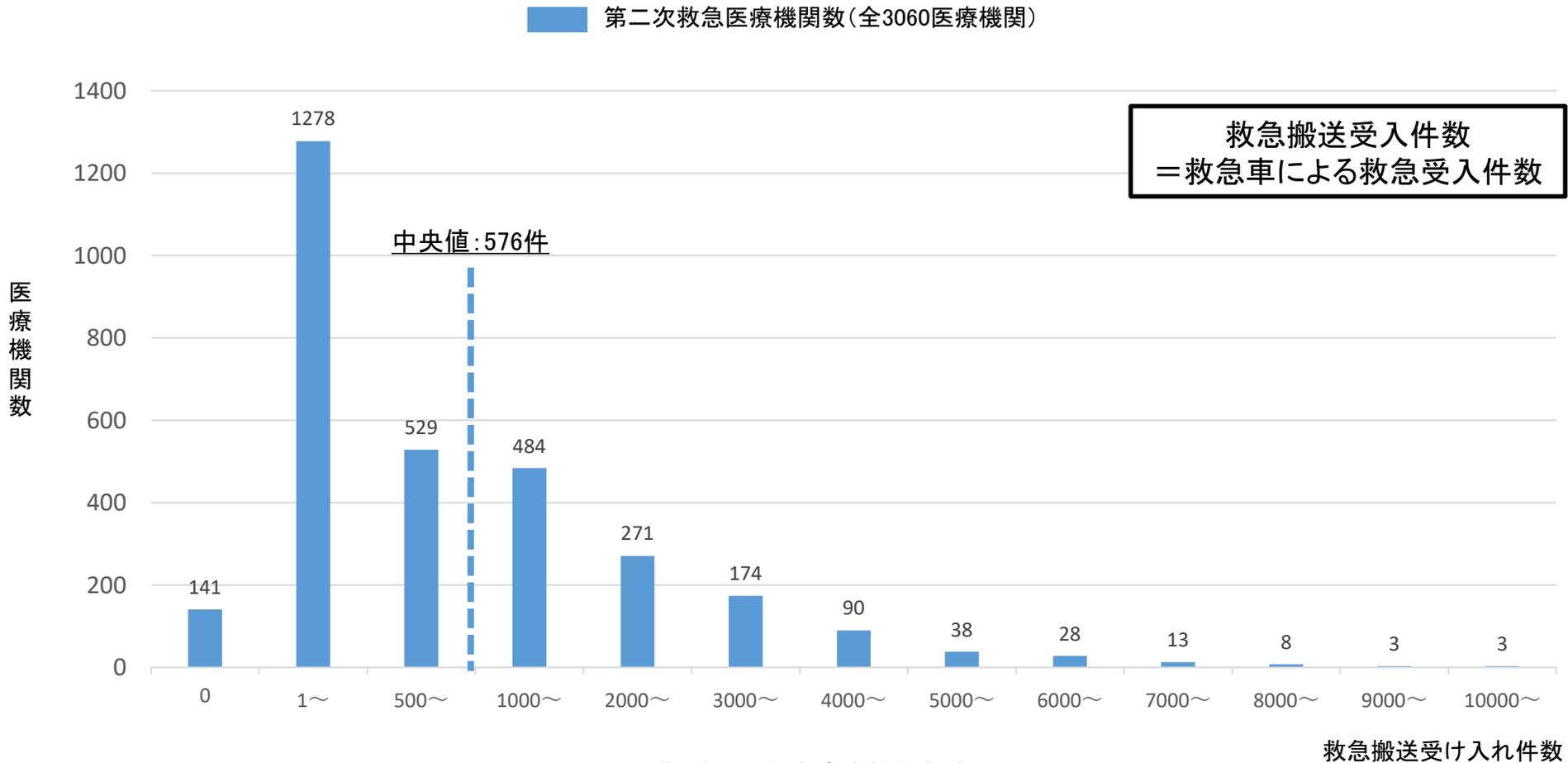
年間救急車受入件数区分	500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
二次救急医療機関数	1419	529	296	188	628	3060
年間救急車受入件数	271,199	382,855	362,377	326,253	2,273,414	3,616,098

（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8次医療計画において、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院診療を主に担うこととしている。
- 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。
- 第二次救急医療機関全体の36%の救急搬送受け入れ件数が1,000件以上である一方で、46%は500件未満であった。

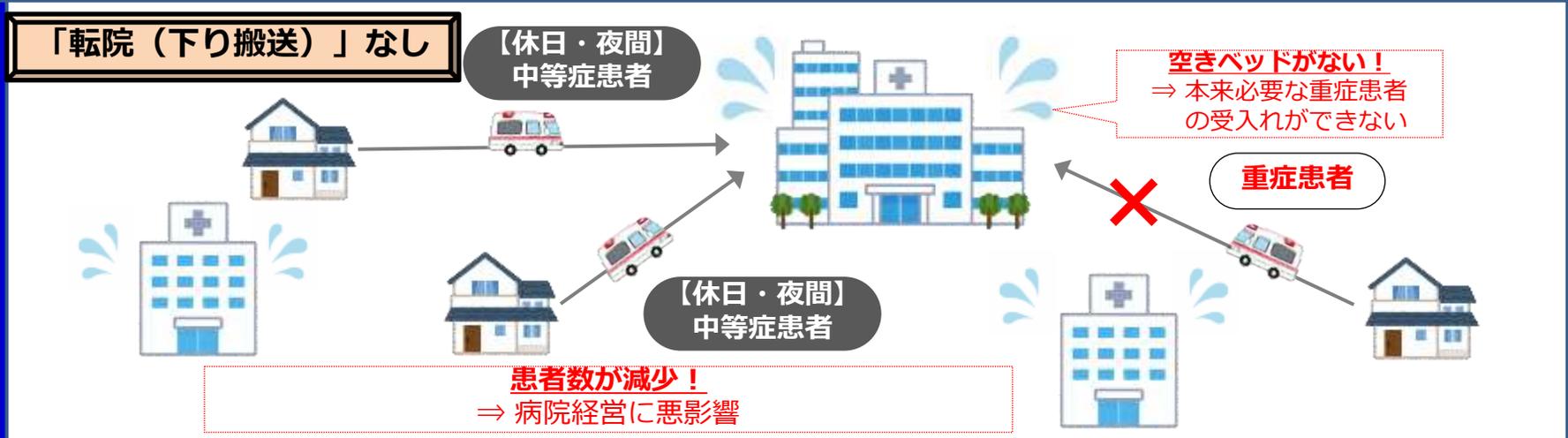


(出典) 令和2年度病床機能報告

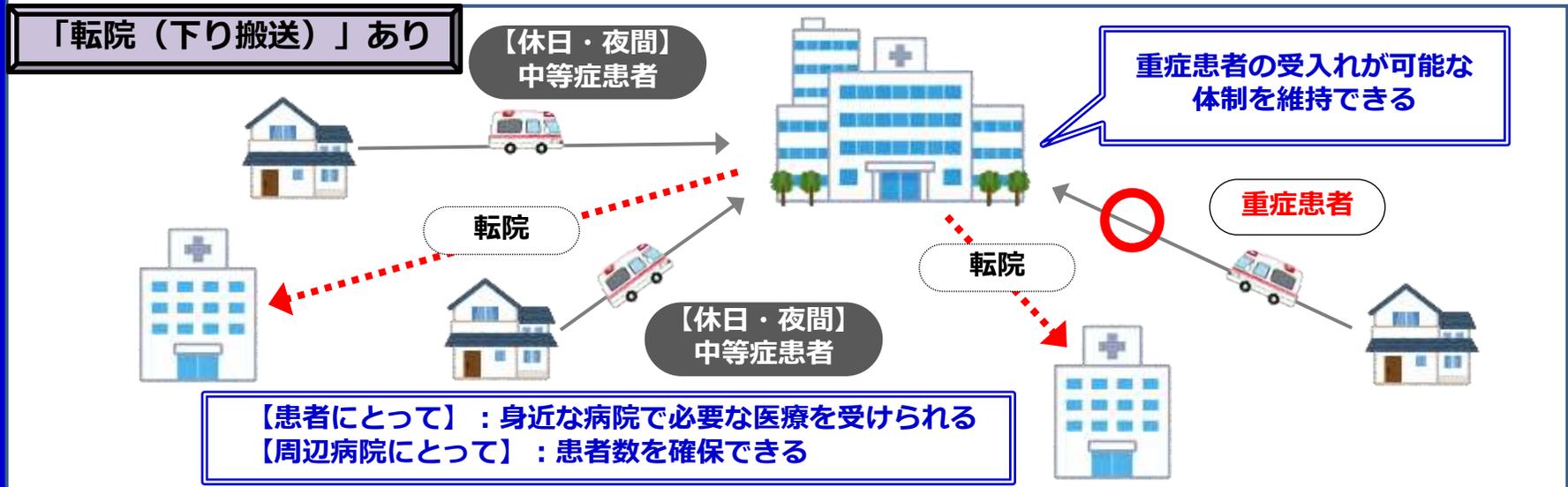
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



転院（下り搬送）の促進



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。

初期救急医療



第二次救急医療



第三次救急医療



救命後医療

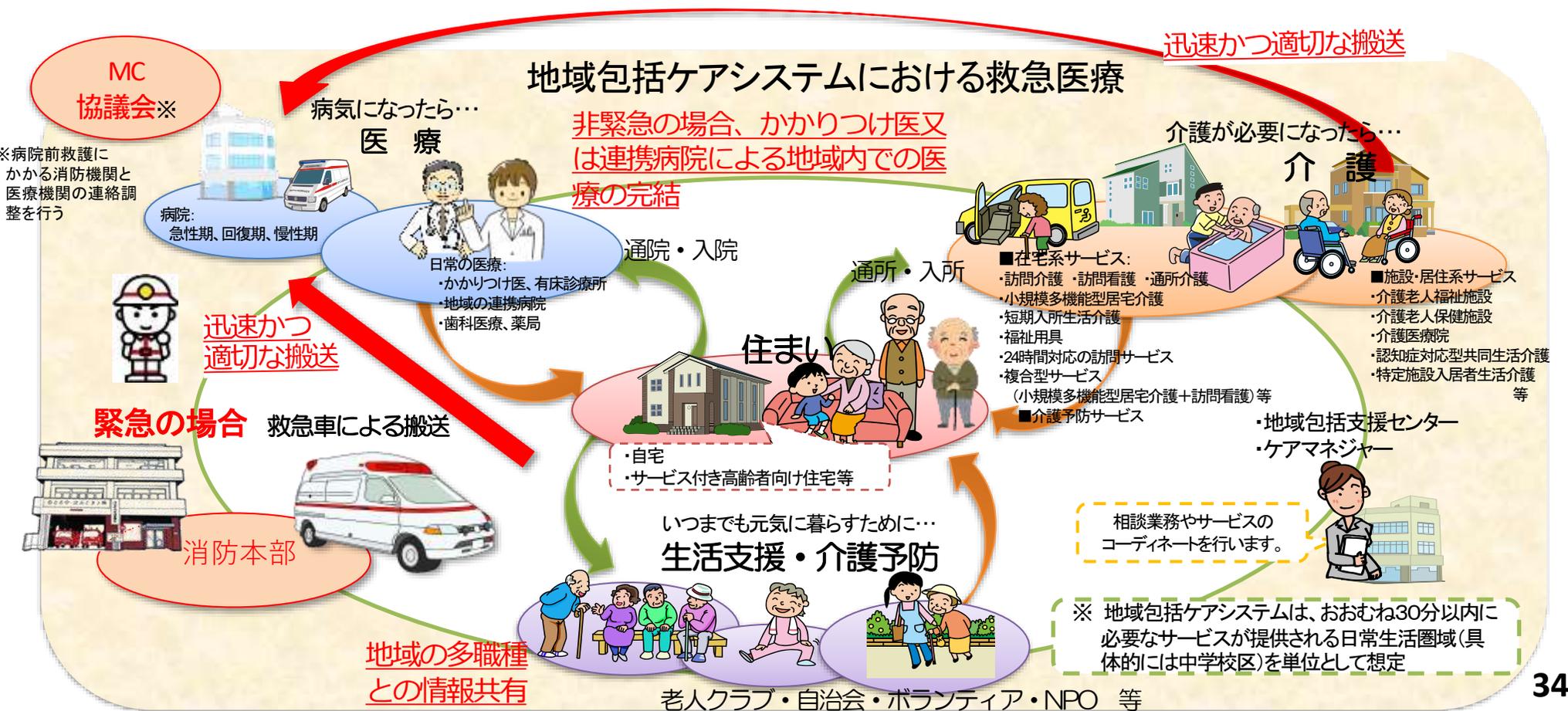


③ 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることによって「出口問題」が発生する。

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。



- 高齢者の救急搬送件数の増加等により、本人の意思に反した救急搬送の増加の可能性が指摘されている。
- これについて、一部自治体では、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、自治体を対象としたセミナーの実施を通じた連携ルール策定のための重点的な支援及び本取組の全国的な横展開の推進により、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こととしている。

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、運用後の課題等ととりまとめ、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

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

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**



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

このパンフレットは、心肺蘇生を望まない傷病者への対応に関する運用要件を詳しく説明しています。ACP（事前指示）の有無、本人の意思、家族の意向、そして現場での状況判断に基づいて、救急隊がどのように対応するかを明確に示しています。

このフローチャートは、救急隊が現場に到着した際の判断プロセスを示しています。まず、患者の状態を確認し、ACPの有無を確認します。次に、本人や家族の意思を確認し、最終的に心肺蘇生を中断するかどうかの判断を行います。

【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)」

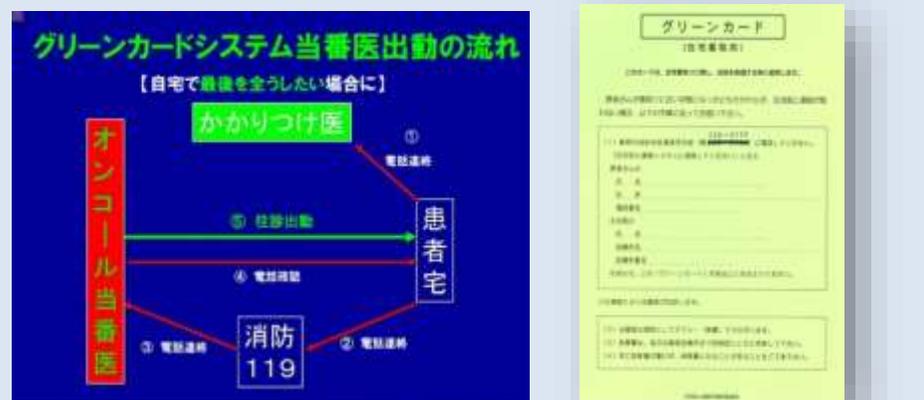
(出典:静岡県静岡医師会ホームページ<https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

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



救急搬送又は救急外来に係る体制等を施設基準とする主な診療報酬項目

項目名		施設基準（抜粋）等
A200	総合入院体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ○24時間の救急医療提供として、救命救急センター又は高度救命救急センターを設置していること。（加算1） ○救急用の自動車及び救急隊の救急自動車並びに緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2000件以上であること。（加算2） ○24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。（加算2及び3） <ul style="list-style-type: none"> ア 入院を要する（第二次）救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関 イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
A200-2	急性期充実体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ○以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> （イ）救命救急センター又は高度救命救急センターを設置していること。 （ロ）救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上、又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床1床あたり6.0件/年以上であること。
A205	救急医療管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ○休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 地域医療支援病院 イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所 ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
A252	地域医療体制確保加算	<ul style="list-style-type: none"> ○以下のいずれかを満たしていること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは総合周産期特定集中治療室管理料又は小児特定集中治療室管理料若しくは新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
A300	救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○救命救急センターを有していること。 <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターの評価基準に基づく評価が一定以上であること。（救急体制充実加算） ・高度救命救急センターであること。（高度医療体制加算）
A308-3	地域包括ケア病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。（ただし、許可病床数が200床未満の場合は、当該保健医療機関内に救急外来を設置していること又は24時間の救急患者を受け入れていることを以て要件を満たす。） ○療養病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること若しくは在宅医療の提供体制に関する要件を満たしていること。
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	<ul style="list-style-type: none"> ○休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 地域医療支援病院 イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所 ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 ○第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
DPC/PDPS	機能評価係数Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療指数（救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価） ・体制評価指数（救命救急センター等の体制や救急車で来院し入院となった患者数の実績を評価）

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
- 2 救急医療管理加算2 420点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態であっても算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ◆ アからサのうち該当する状態(加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック

カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
シ その他の重症な状態

【施設基準】(抜粋)

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
 - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 施設基準に係る届出を行うこと。

救急医療管理加算の見直し

- 患者の重症度に応じた質の高い救急医療を適切に評価する観点から、以下の見直しを行う。

算定対象となる状態の見直し

- 救急医療管理加算の対象患者の状態について、状態の明確化と状態の追加をするとともに、評価の見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）

1 救急医療管理加算 1	950点
2 救急医療管理加算 2	350点

[対象患者]

- ・救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、**ア～サのいずれかの状態**であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。
- ・救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、**ア～サまでに準ずる状態**又は**シ**の状態であって、緊急に入院が必要と認められた重症患者。

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）



改定後

【救急医療管理加算】（1日につき）（7日まで）

1 救急医療管理加算 1	1,050点
2 救急医療管理加算 2	420点

- キ 広範囲熱傷、**顔面熱傷又は気道熱傷**
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA 療法を必要とする状態
- コ **消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態**
- サ **蘇生術を必要とする重篤な状態**
- シ その他の重症な状態（加算 2 のみ）

算定要件の見直し

- 救急医療管理加算の算定において、対象患者の一部の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを要件とする。
- DPCデータの入力において、救急医療管理加算の対象患者の一部の状態の状態指標について、状態指標を記載する時点の明確化を行う。

改定後

[摘要欄記載事項]

- ◆ アからサのうち該当する状態
- ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
- ◆ **イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠（救急医療管理加算 2 においても、イ、ウ及びキに準ずる状態については同様の取り扱いとする。）**
- ◆ 当該重症な状態に対して、入院後 3 日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

[DPC様式 1] ※予定・救急医療入院の患者に限る

患者の状態/状態指標	状態指標の記載時点
意識障害患者/JCS	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
心疾患患者/NYHA	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
呼吸不全の患者/P/F	・救急受診時 ・治療室又は病棟入室時
熱傷患者/Burn Index	・治療室若しくは病棟入室時又は傷病が発生した時点

救急搬送診療料の見直し

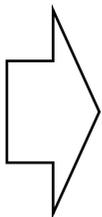
算定要件の見直し

- 入院患者を転院搬送する際に、救急搬送診療料が算定可能な場合を明確化する。

救急搬送診療料 1,300点

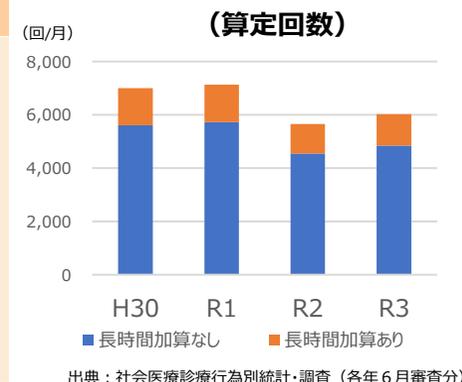
現行

・当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。



改定後

- ・ 救急搬送診療料は、**救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。**
- ・ 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、**以下のいずれかに該当する場合**においては、**入院患者**についても救急搬送診療料を算定することができる。
 - ア **搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師**が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合
 - イ **救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者**について、**関係学会の指針等に基づき**、患者の搬送を行う場合



重症患者搬送に係る診療への評価の新設

- ECMO等を装着した重症患者に対する搬送中の専門性の高い診療の必要性を踏まえ、関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合について新たな評価を行う。

救急搬送診療料 1,300点 **(新) 重症患者搬送加算 1,800点**

[対象患者]
救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による**集中治療を要する状態の患者**。

[算定要件]
関係学会の指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

[施設基準の概要]

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。
 - ア 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - イ 看護師
 - ウ 臨床工学技士
- (2) (1)のアの医師は、重症の小児患者を搬送する場合、小児の特定集中治療の経験を5年以上有することが望ましい。
- (3) (1)のイの看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、適切な研修を修了した看護師であることが望ましい。
- (4) (1)のウの臨床工学技士は、救命救急入院料等を届け出た病棟を有する保険医療機関で5年以上の経験を有することが望ましい。
- (5) 関係学会により認定された施設であること。
- (6) 日本集中治療医学会が定める指針等に基づき、**重症患者搬送が適切に実施**されていること。
- (7) 重症患者搬送チームにより、重症患者搬送に関する**研修を定期的に実施**すること。

夜間休日救急搬送医学管理料及び救急搬送看護体制加算の概要

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料（初診料を算定する初診の日に限り算定） 600点

精神科疾患患者等受入加算	400点
救急搬送看護体制加算1	400点
救急搬送看護体制加算2	200点

【算定要件】(抜粋)

(1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関(都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。)又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日以外の日(休日を除く。))にあつては、夜間に限る。)、休日に、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。))をいう。)及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

(2)、(3) 略

【夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準】

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であつて、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

算定回数



第8次医療計画における事業

- (1) 救急医療
- (2) 災害時における医療
- (3) へき地の医療
- (4) 周産期医療
- (5) 小児医療

※新興感染症発生・まん延時における医療については今後議論

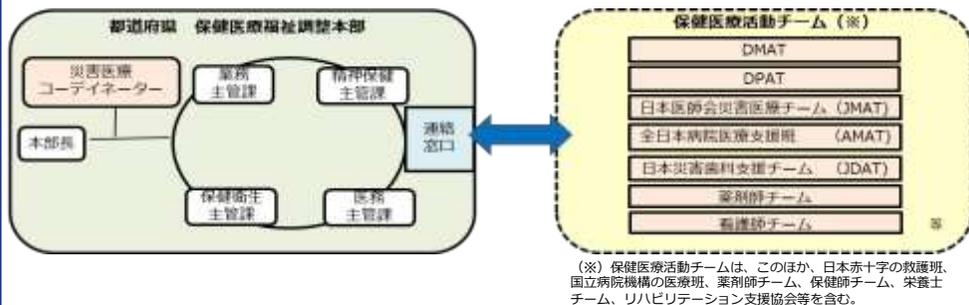
災害医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- DMAT・DPAT等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を推進する。また、DMAT・DPATは災害時のみならず、新興感染症のまん延時における活動に対する支援を実施する。
- 災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。
- 災害拠点病院等における豪雨災害等の被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
- 医療コンテナの災害時における活用を進める。

多職種連携

- 保健医療福祉調整本部の下、災害医療コーディネーターや様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割の確認を推進する。



災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

- 都道府県は、平時より災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携を強化する。
- 災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害時に自院にいる患者への診療を継続するために、防災対策を講じ、災害時には災害時に拠点となる病院と共に、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

災害医療に関連する会議



止水対策を含む浸水対策

- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、浸水対策を推進する。
- BCPの策定は、地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等のマニュアルとの整合性をとり、地域の防災状況や連携を考慮し、実効性の高いBCPの策定を推進する。



(止水板の設置)



(電気設備の移設)

医療コンテナの災害時の活用

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



<自衛隊 野外手術システム>

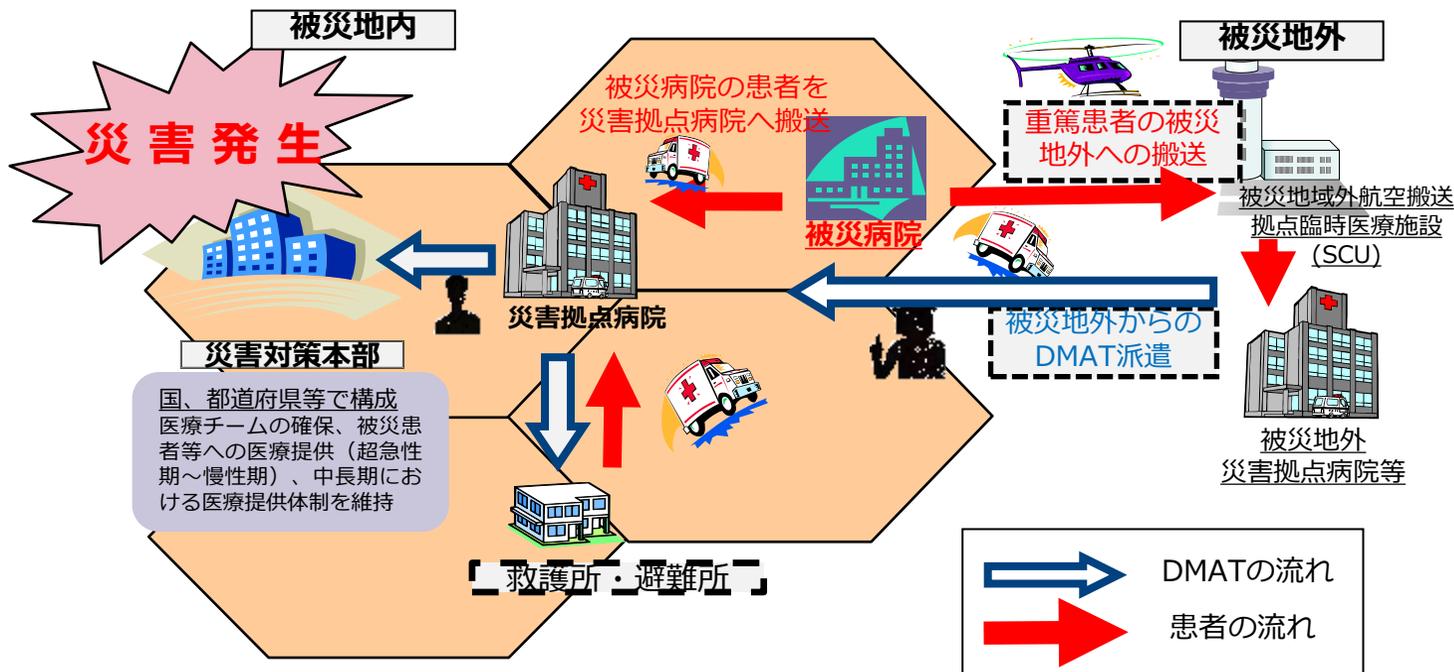


<日本赤十字社 dERU>



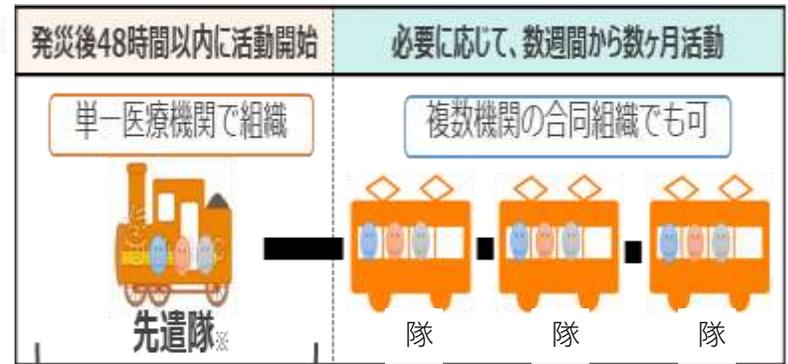
<CTコンテナ>

- 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）。約2,000チームがDMAT指定医療機関に登録済（令和4年4月時点）。



- 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



<主な機能>
本部機能の立ち上げ
ニーズアセスメント
急性期の精神科医療ニーズへの対応

DPATは、
● 精神科医 ● 看護師 ● 業務調整員
含めた数名で構成

※都道府県等が先遣隊機関として事務局へ登録

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

第8次医療計画における事業

- (1) 救急医療
- (2) 災害時における医療
- (3) へき地の医療
- (4) 周産期医療
- (5) 小児医療

※新興感染症発生・まん延時における医療については今後議論

へき地の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。
- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取り組みを着実に進める。

へき地で勤務する医師の確保

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



へき地医療拠点病院の事業

【遠隔医療の活用】

- 都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

【主要3事業の評価】

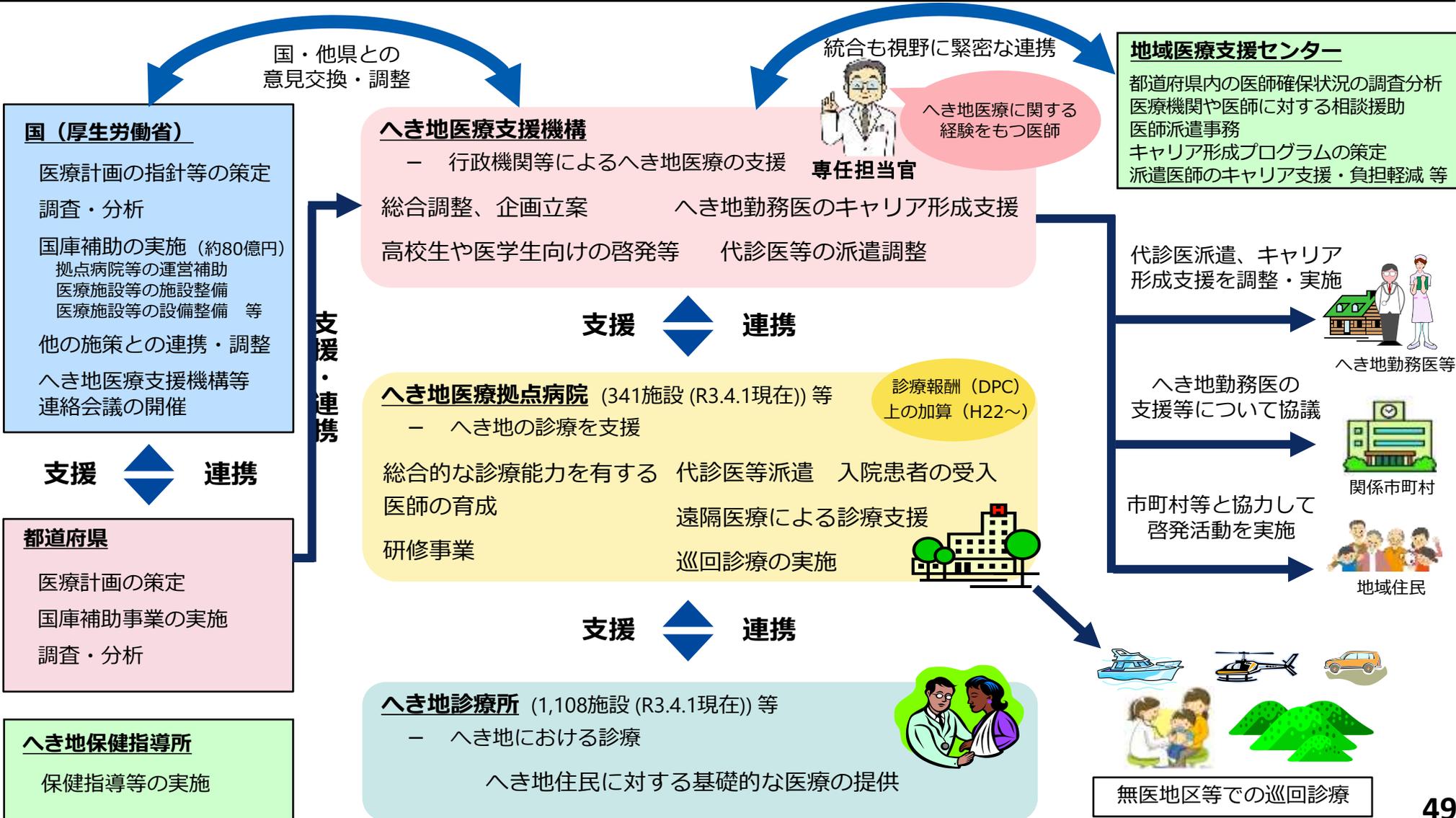
- オンライン診療を活用して行った巡回診療・代診医派遣についても、主要3事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

	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}			

※1 令和3年度実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。48

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主要3事業及び必須事業の実績

令和4年7月27日第11回
第8次医療計画等
に関する検討会 資料1一部改

- 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。

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。

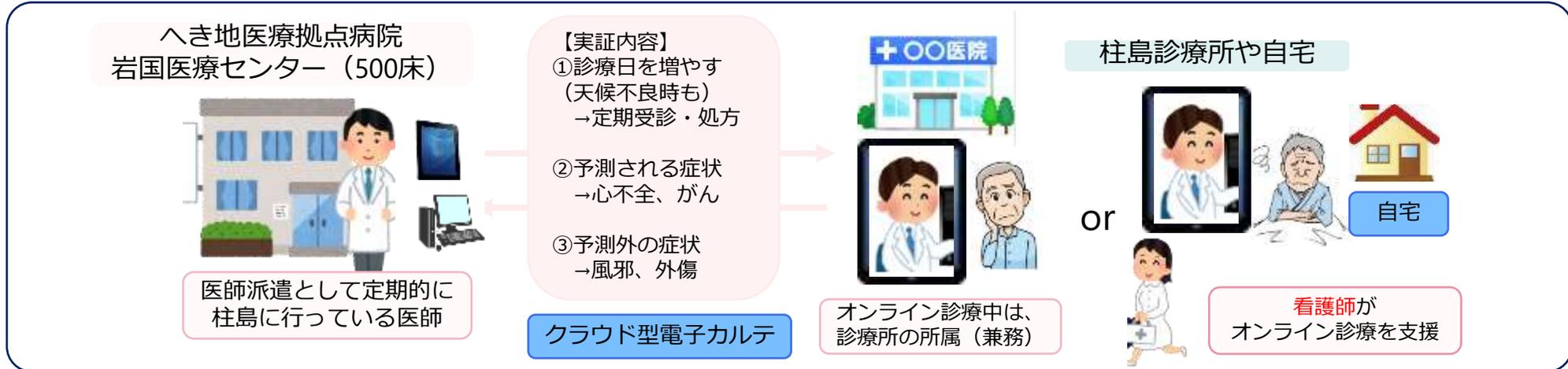
D to Dに対するニーズも潜在している。

※ 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。

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意のもと、看護師がそばにいる状態での診療。医師は診療の補助行為を看護師に指示することで、薬剤の処方に留まらない治療行為などが看護師を介して可能。また、実施可能な診療、診療の補助行為は、診療計画に基づき予測された範囲内で診療の補助行為、点滴や注射が行われるのが望ましいが、予測されていない新しい症状等が出現した場合において、追加的な検査（血液検査や尿検査等）を指示することは可能（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。

・離島等の診療所においては、一定の条件のもと看護師が当該薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処方、点滴等）を届けられることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

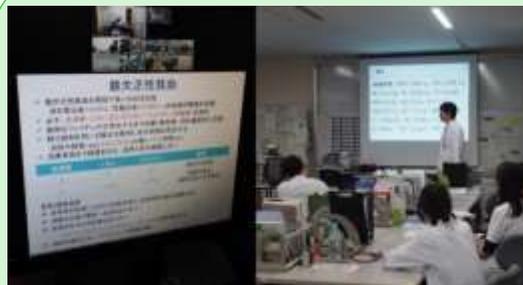
全県的な遠隔医療支援システムを用いたへき地医療支援の事例 (和歌山県の事例)

第11回第8次医療計画等
に関する検討会
(令和4年7月27日)参考資料3(一部改変)

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。

第8次医療計画における事業

- (1) 救急医療
- (2) 災害時における医療
- (3) へき地の医療
- (4) 周産期医療
- (5) 小児医療

※新興感染症発生・まん延時における医療については今後議論

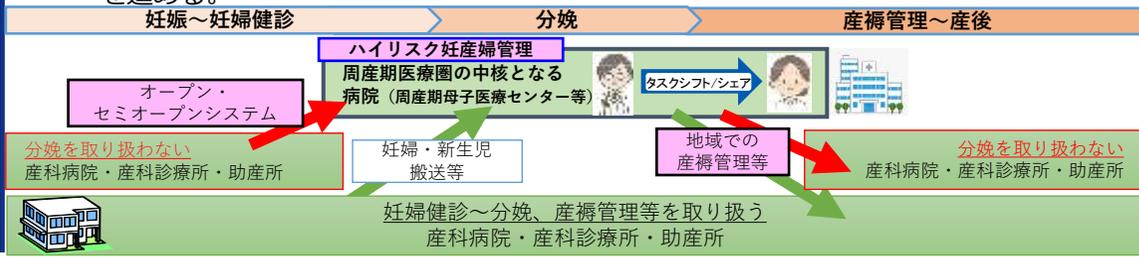
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

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

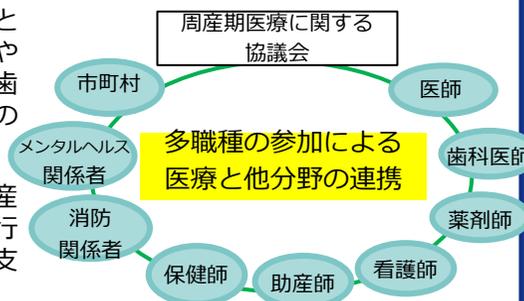
周産期医療の集約化・重点化

- 基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。ハイリスクでない分娩は、その他の産科医療機関で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、産科医師から助産師へのタスクシフト/シェアを進める。



周産期医療に関する協議会

- 医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者、さらに、地域の実情に応じて、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行う保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。



ハイリスク妊産婦への対応

- NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、周産期医療に精通した医療従事者育成を含めて、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

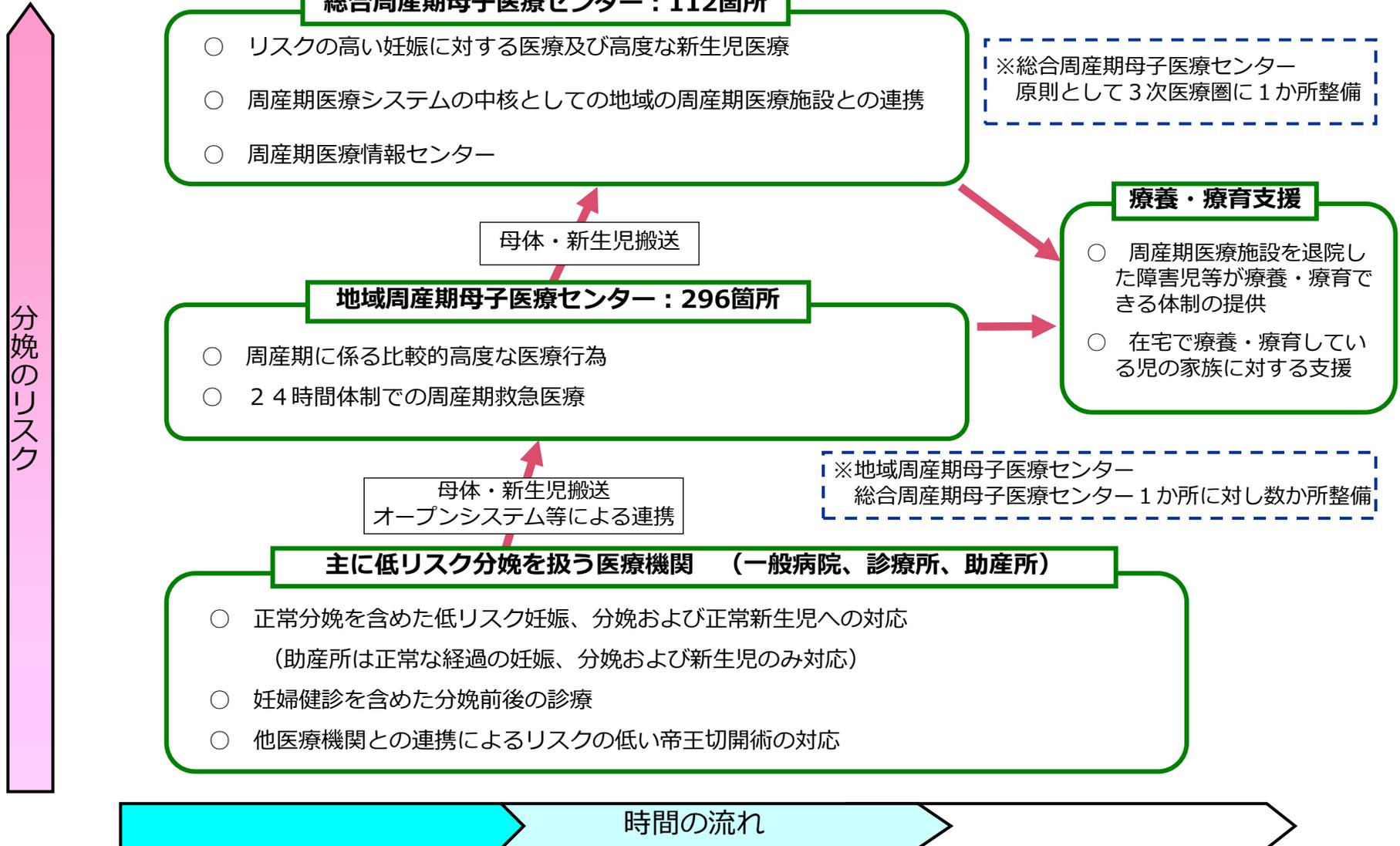
在宅ケアへの移行支援

- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、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、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。

産科区域の特定

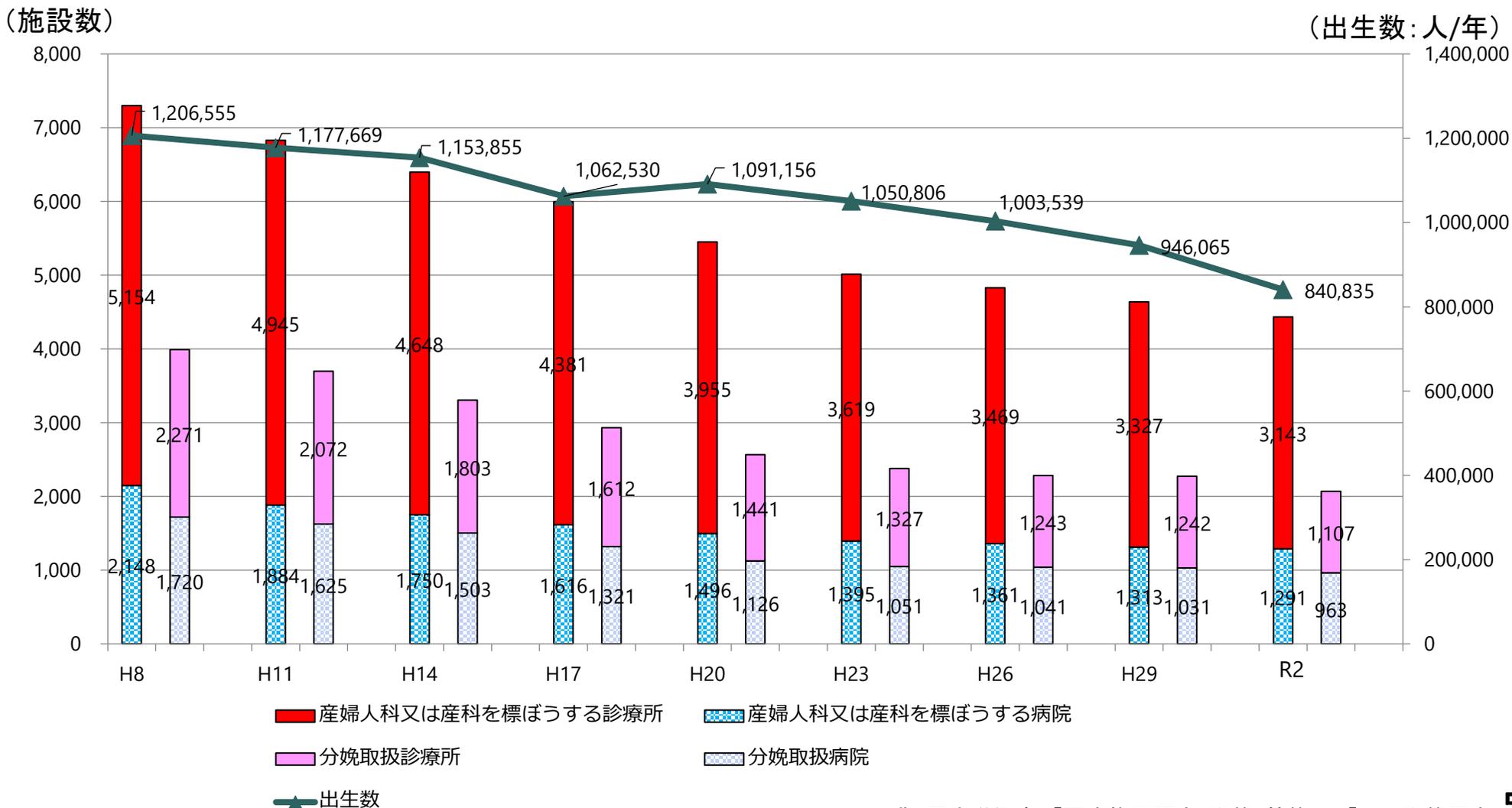
- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

- 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。



周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み (タスク・シフト/シェア)

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

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一因。
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

令和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

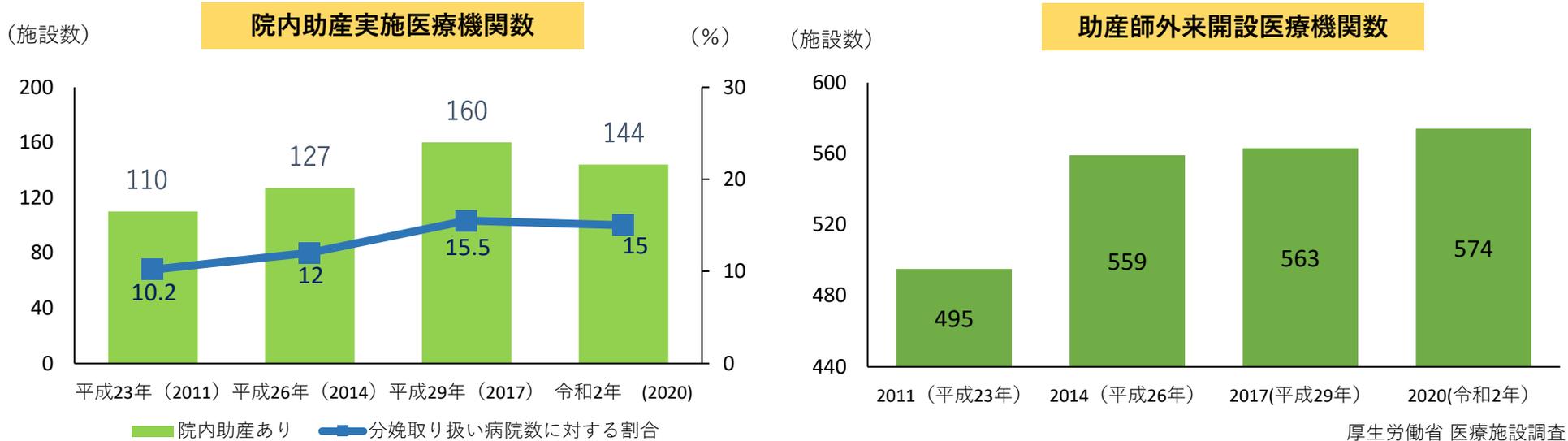


院内助産 緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

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



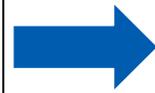
- 地域医療構想による集約化・重点化と医師の偏在対策が急務。
- 分娩を取り扱わないものの妊婦健診や産前・産褥管理を実施する医療施設は、オープンシステム・セミオープンシステムを活用し分娩取り扱い医療機関との情報共有・連携を図ることとしてはどうか。
- 分娩を取扱わない施設で産褥管理を推進することは、産科施設の集約化・重点化にも資するのではないか。
- オープン・セミオープンシステム、院内助産システム、助産師外来の導入など医師の業務負担軽減に資する事業を積極的に推進してはどうか。

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み (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。

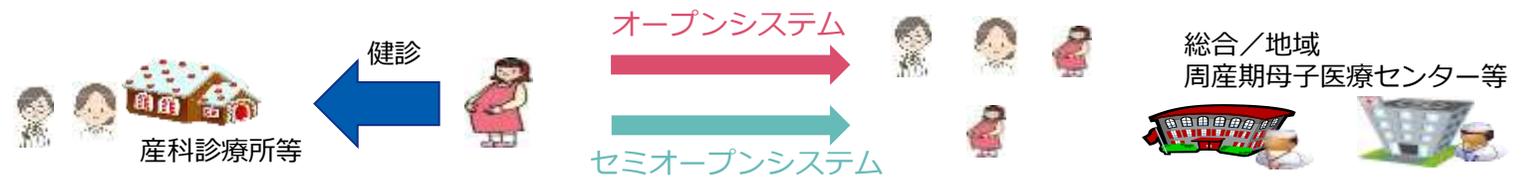
- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】

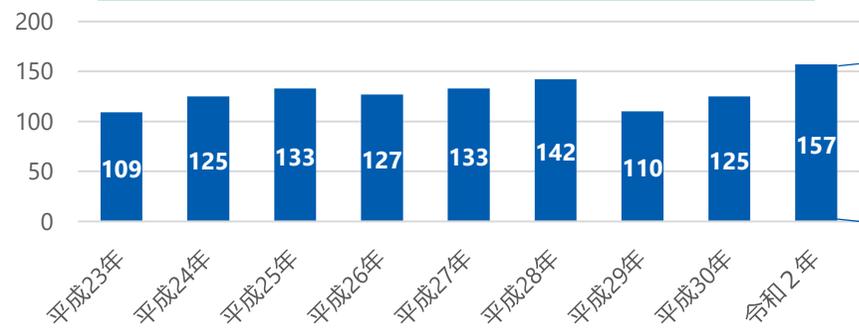
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

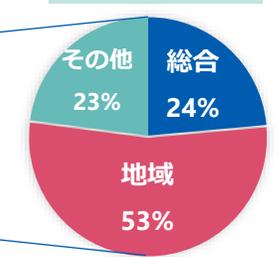
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(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

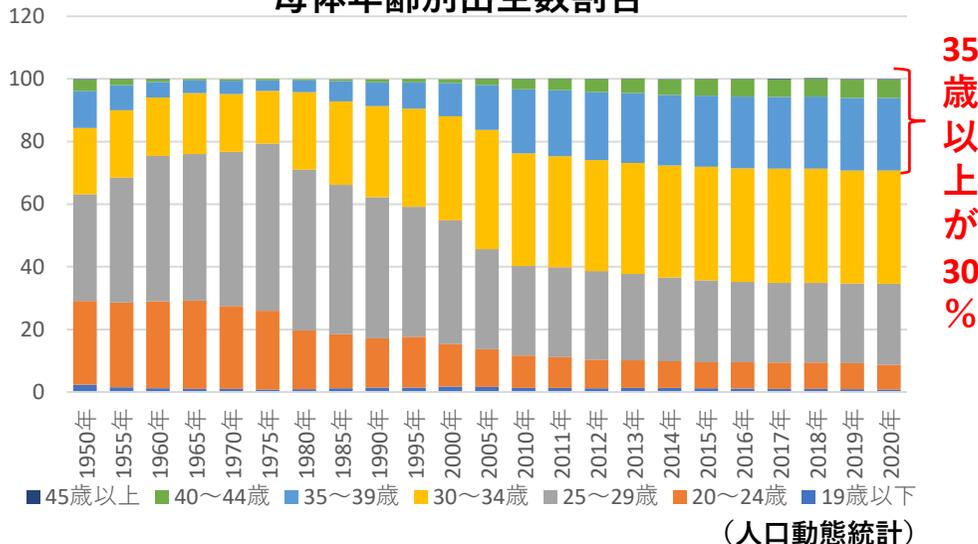


ハイリスク妊産婦の増加

第11回第8次医療計画等
に関する検討会
(令和4年7月27日)参考資料4
(一部改変)

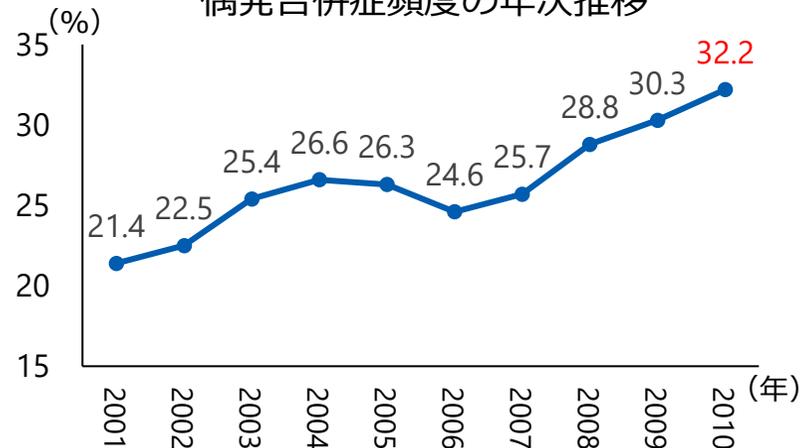
① 高齢出産の増加

母体年齢別出生数割合



② 妊娠における偶発合併症の増加

偶発合併症頻度の年次推移



日本産科婦人科学会周産期登録2001～2010年単胎584,378例 (日本医科大学作成)

③ 社会的ハイリスク妊産婦*の増加

社会的ハイリスク妊産婦の割合
(特定妊婦, 若年など)



- 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。

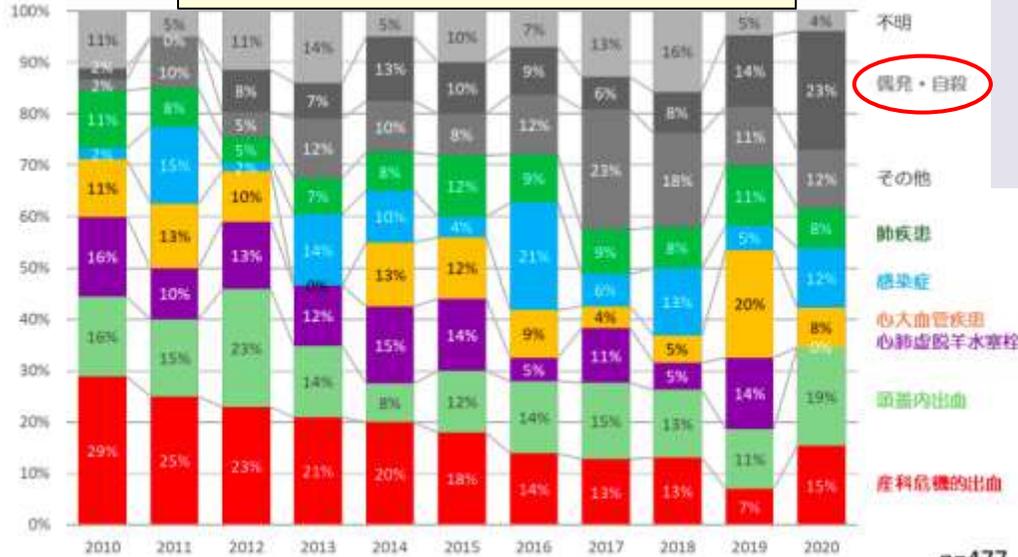
*社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

メンタルヘルスケアの重要性

第11回第8次医療計画等
に関する検討会
(令和4年7月27日)参考資料4
(一部改変)

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」

- ・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

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%

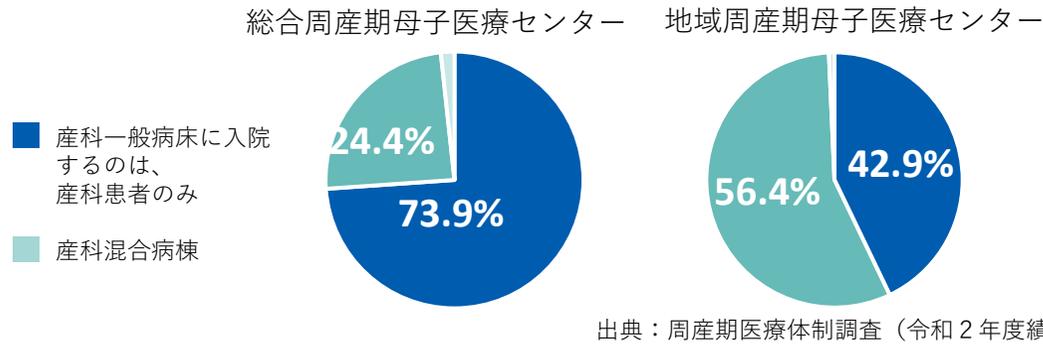
令和3年子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

- 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)
要介入数：回答した各施設により、精神疾患の既往、抑うつ等症状の有無等を元に介入必要と判断されたもの。

- ・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

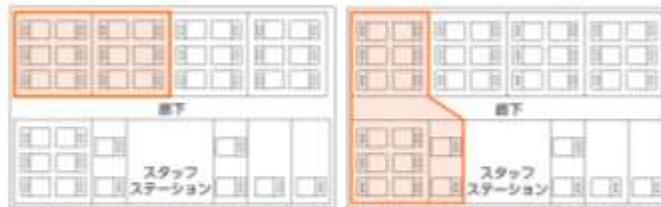
産科混合病棟において病床の区域特定(ユニット化・区域管理)をすることで、母子にとって安全で安心な環境を整備すること

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。



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。

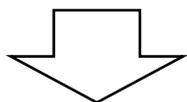
ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

- 精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点
(産科又は産婦人科) (月1回)

現行

[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるもの。



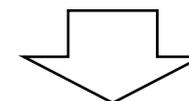
改定後

[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後2月以内であるもの。

ハイリスク妊産婦連携指導料2 750点
(精神科又は心療内科) (月1回)

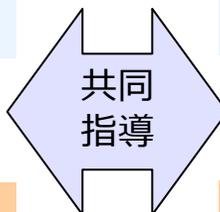
現行

[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるもの。



改定後

[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後6月以内であるもの。



合併症等により、リスクの高い妊婦に対する分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,200点

- 合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理を評価。
- 分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する。

※ 1入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できる

※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

【算定要件】

○対象患者(保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦。妊産婦には産褥婦を含む。)

<p>ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者</p> <p>イ 40歳以上の初産婦である患者</p> <p>ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者</p> <p>エ 妊娠高血圧症候群重症の患者</p> <p>オ 常位胎盤早期剥離の患者</p> <p>カ 前置胎盤(妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。)の患者</p> <p>キ 双胎間輸血症候群の患者</p> <p>ク 多胎妊娠の患者</p> <p>ケ 子宮内胎児発育遅延の患者</p>	<p>コ 心疾患の患者</p> <p>サ 糖尿病の患者</p> <p>シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者</p> <p>ス 白血病の患者</p> <p>セ 血友病の患者</p> <p>ソ 出血傾向のある状態の患者</p> <p>タ HIV陽性の患者</p> <p>チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術(腹腔鏡による手術を含む。)を行った患者又は行う予定のある患者</p> <p>ツ 精神疾患の患者(当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ コ～ソについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、特定機能病院入院基本料(一般病棟、精神病棟)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク分娩管理を行った場合に算定する。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、**3名以上配置**されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が**3名以上配置**されていること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

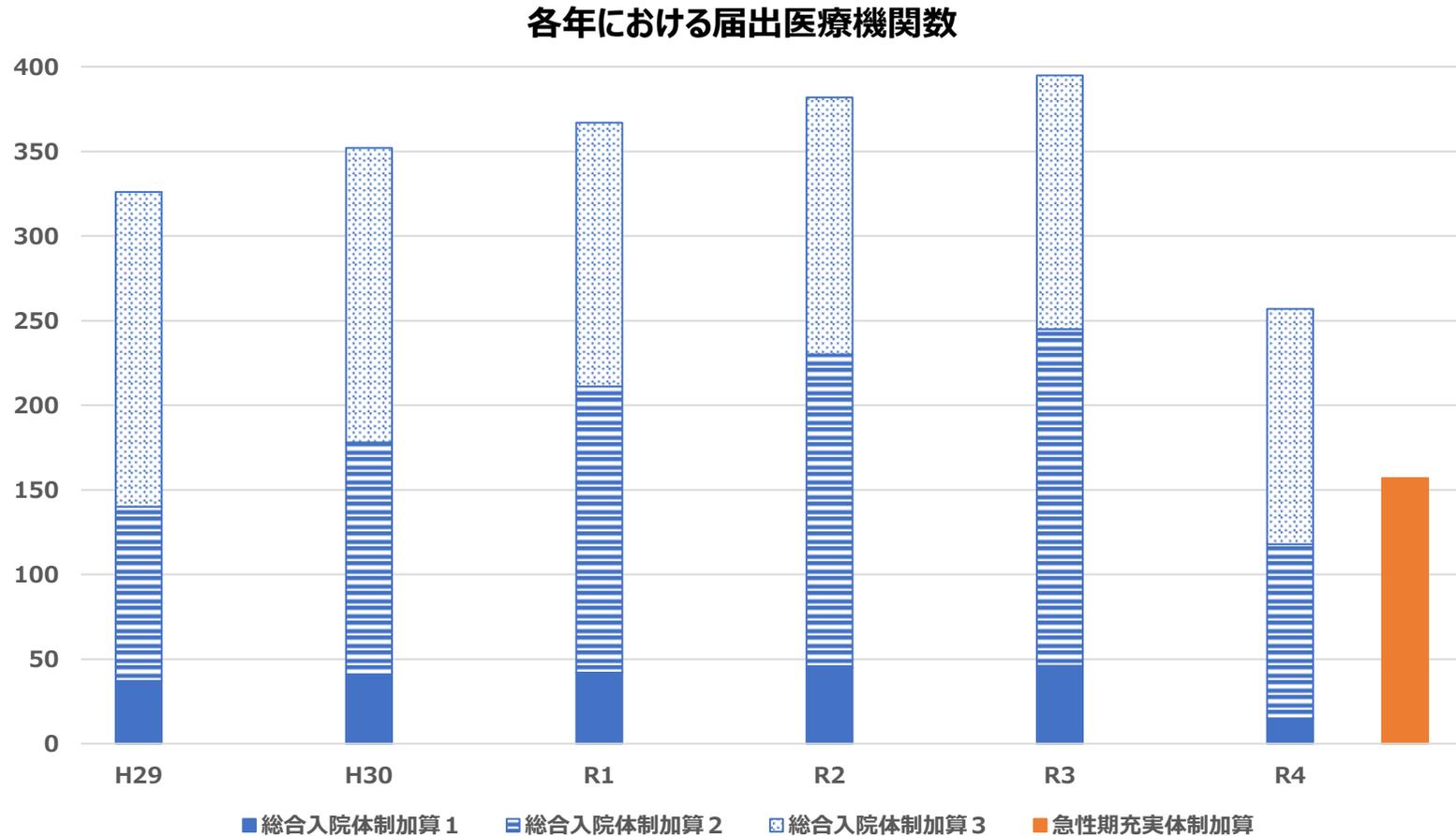
総合入院体制加算の概要

- 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない。) <ul style="list-style-type: none"> ア 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 イ 紹介受診重点医療機関である。 外来を縮小する体制を有すること。(右記) 次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 		
実績要件	<p>(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上</p> <p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 工 放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上</p>		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす —	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす —
精神科要件	<p>(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること</p> <p>精神患者の入院受入体制がある</p> <p>以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p> <p>以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上</p>		
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： 3割3分以上 必要度Ⅱ： 3割以上	必要度Ⅰ： 3割以上 必要度Ⅱ： 2割7分以上

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



第8次医療計画における事業

- (1) 救急医療
- (2) 災害時における医療
- (3) へき地の医療
- (4) 周産期医療
- (5) 小児医療

※新興感染症発生・まん延時における医療については今後議論

小児医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

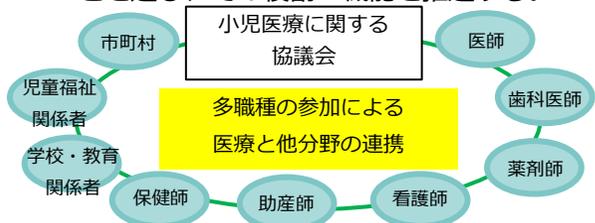
- 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、小児科診療所による地域における役割・機能を推進する。
- 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
- 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
- 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（#8000）を推進する。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

医療へのアクセス確保

- 集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児等に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせることが求められることに留意する。

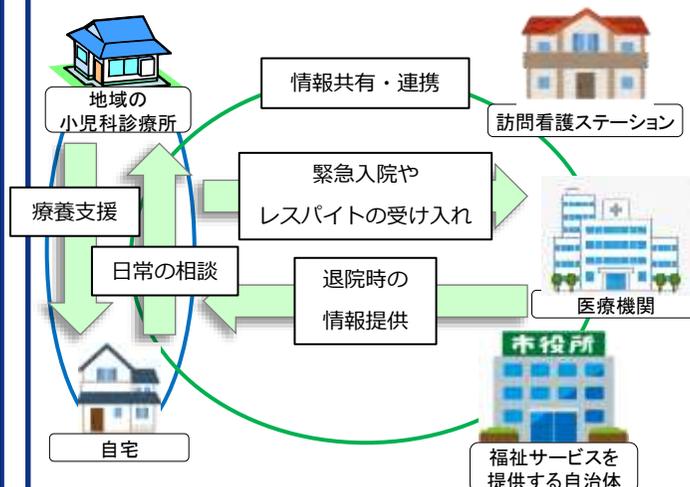
小児医療に関する協議会

- 医師、看護師のほか、地域の実情に応じて、助産師、児童福祉関係者や学校・教育関係者、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種の参画を検討する。
- 小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。



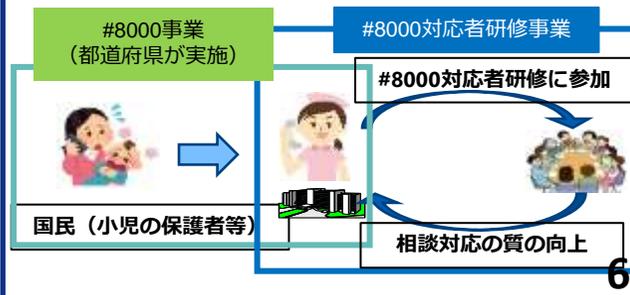
医療的ケア児への支援

- 医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援を行う体制、緊急入院に対応出来る体制、レスパイトの受け入れ体制等を整備する。



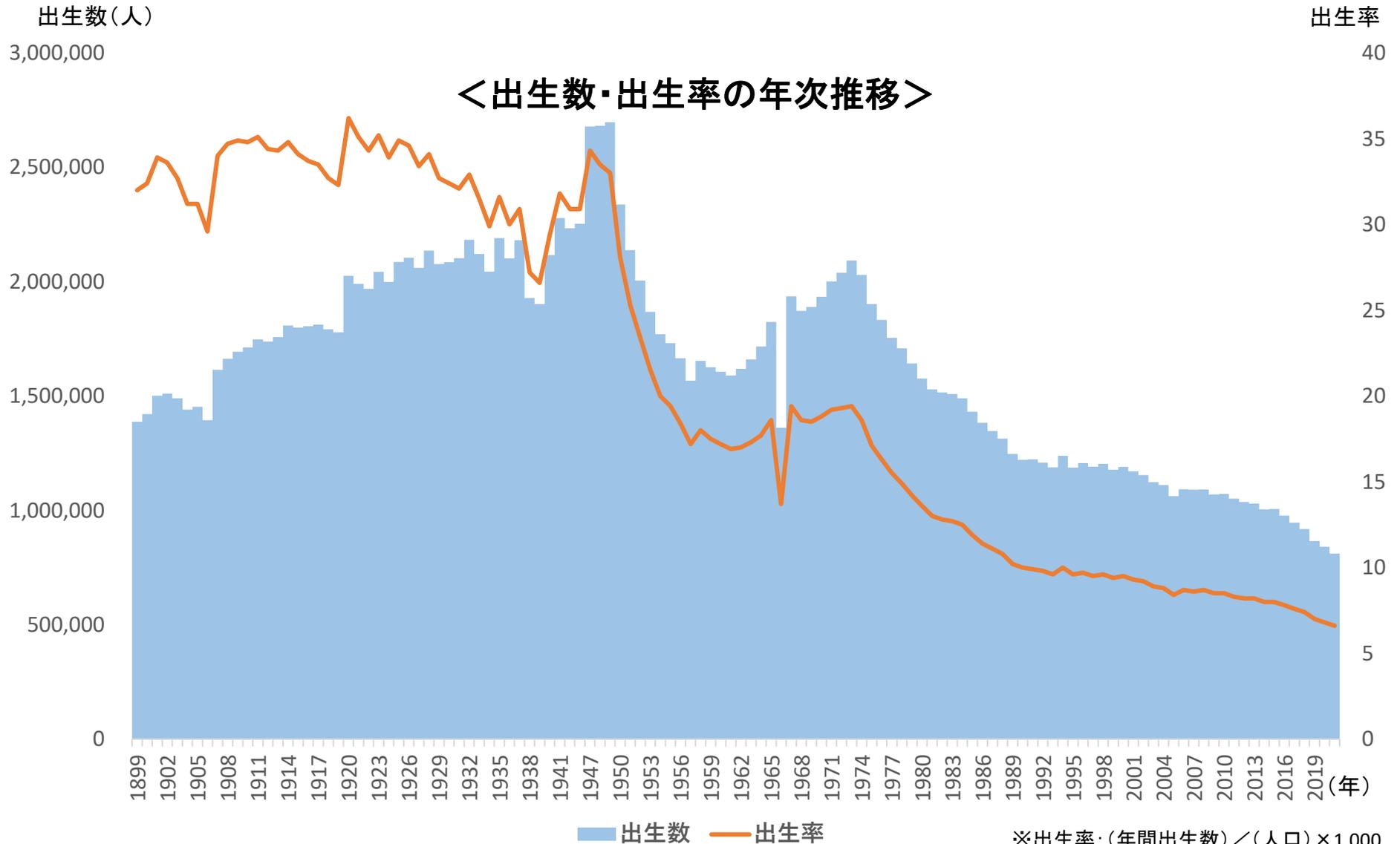
#8000の推進

- #8000について、応答率等を確認し、回線数を増やす等の改善の必要性を適宜検討する。
- #8000対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図る。



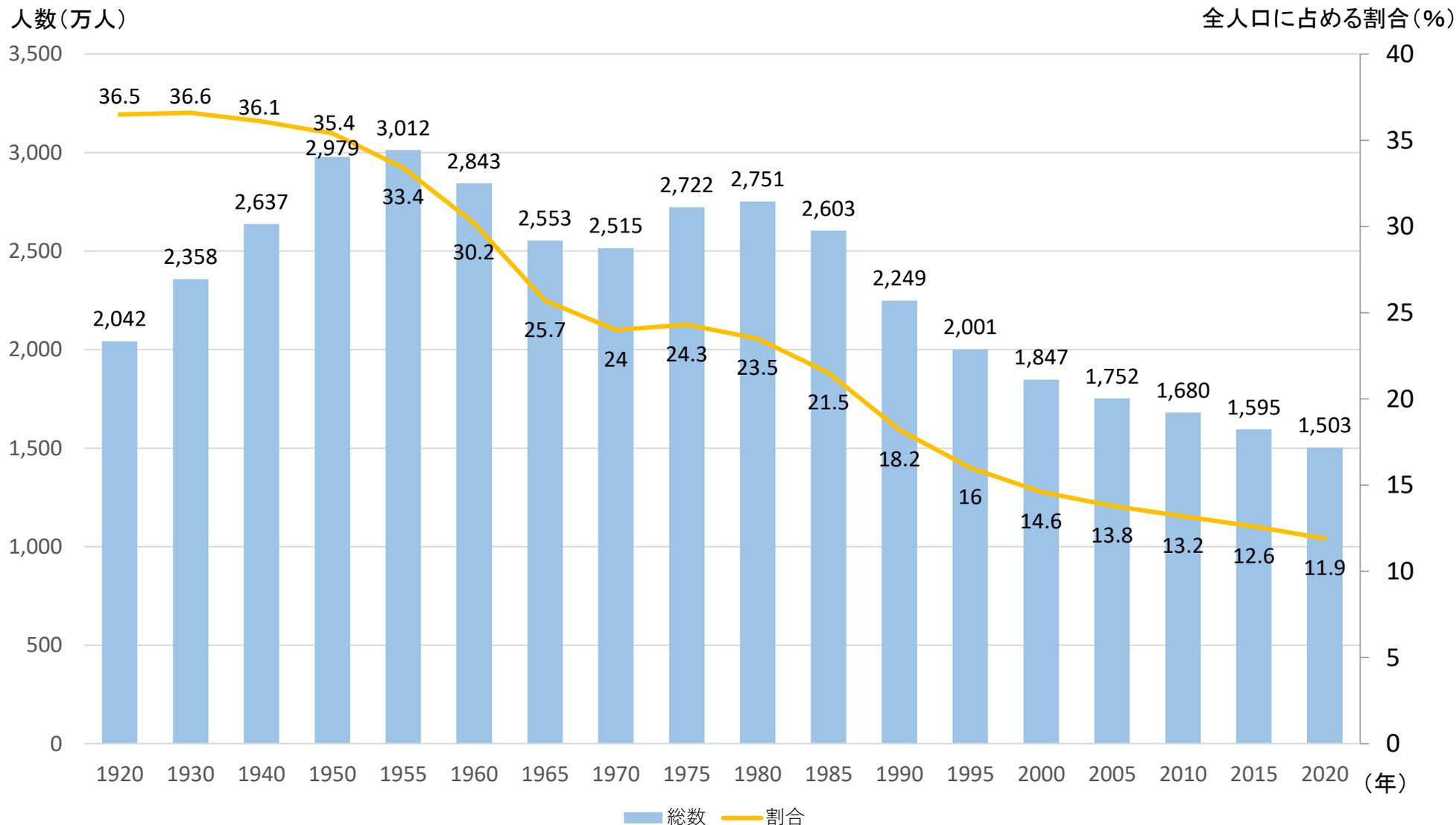
出生数・出生率の推移

○ 日本における出生数・出生率は減少傾向にある。



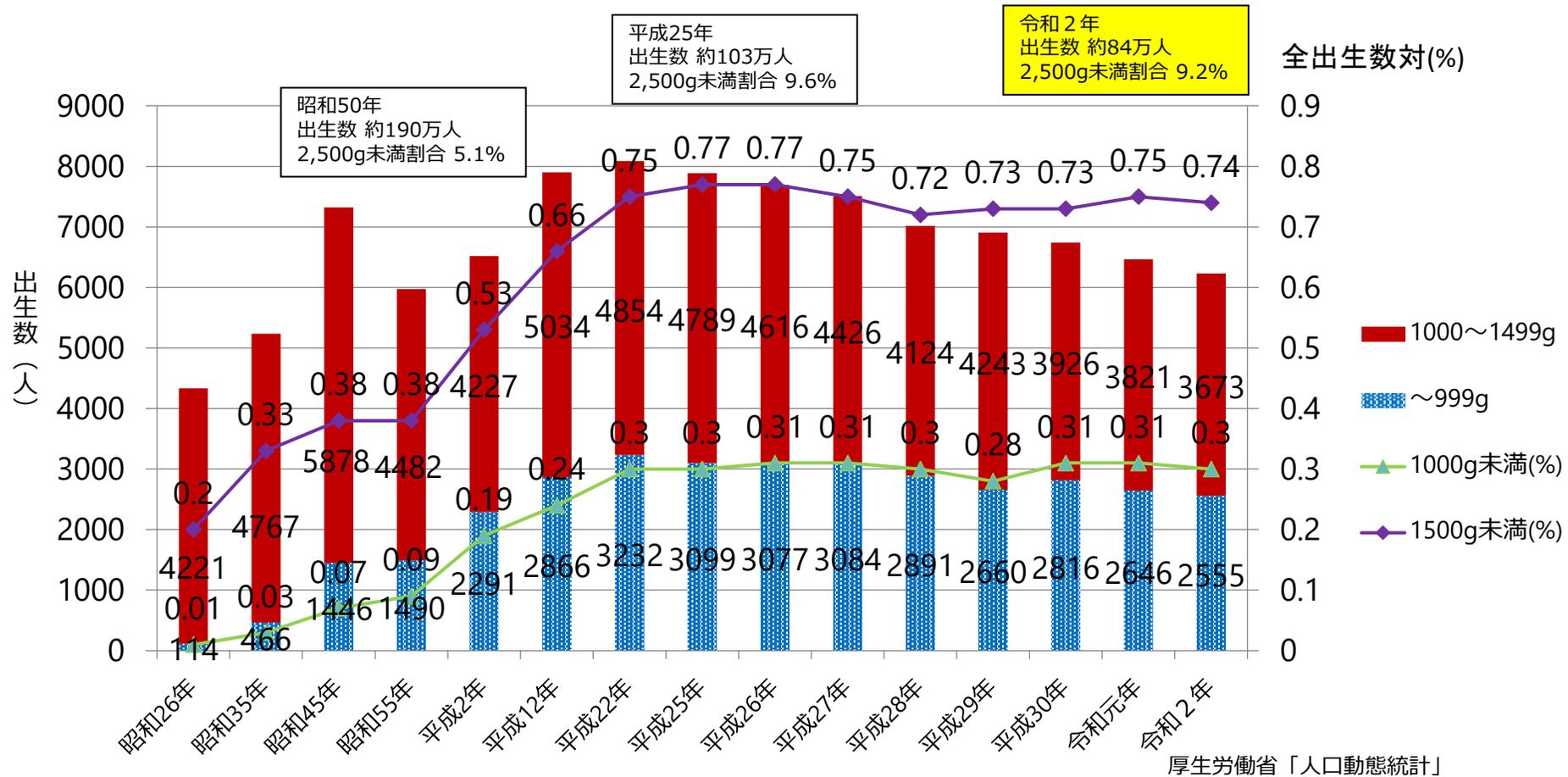
15歳未満人口の推移

○ 15歳未満人口は近年減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。



出生時体重別出生数及び出生割合の推移

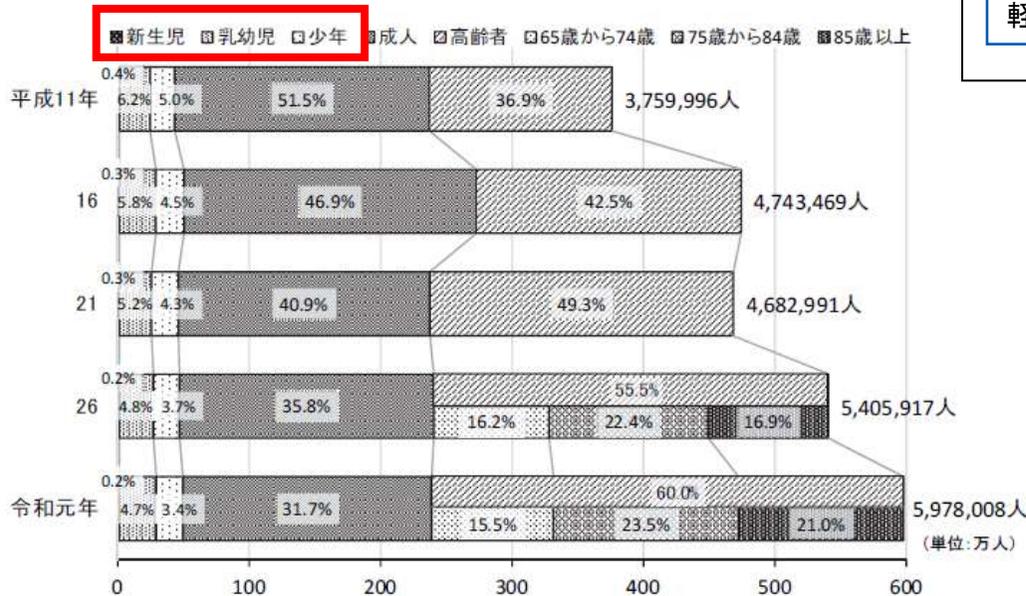
- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g~1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加傾向。
- 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向。



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)

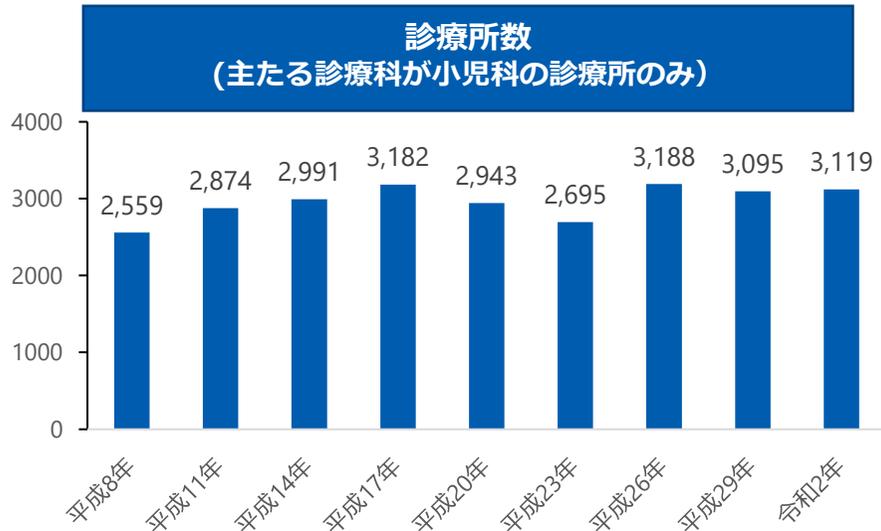
年齢区分	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
程度						
死亡	70 (0.5)	363 (0.1)	280 (0.1)	11,870 (0.6)	64,114 (1.8)	76,697 (1.3)
重症 (長期入院)	1,726 (13.3)	4,259 (1.5)	3,896 (1.9)	104,567 (5.5)	371,716 (10.4)	486,164 (8.1)
中等症 (入院診療)	9,673 (74.8)	64,675 (23.0)	49,078 (24.2)	628,965 (33.2)	1,791,154 (49.9)	2,543,545 (42.5)
軽症 (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

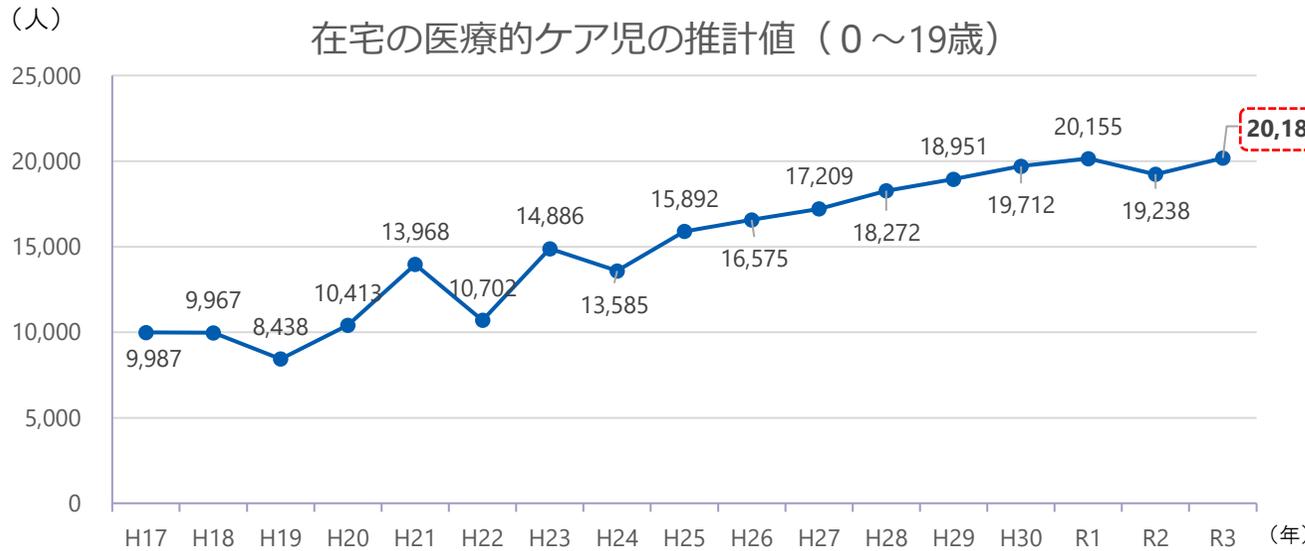
- 小児科を標榜している病院数は減少している。
- 小児科を主として標榜する診療所の数は横ばいである。
- 病院、診療所に勤務する小児科医師数は増加傾向にある。特に病院小児科については集約化が進んできていると考えられる。



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

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）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2万人（推計）である。



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

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）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

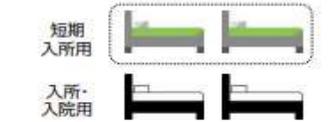
医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

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。



障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」

		併設型	空床利用型
対象者		<重症心身障害児者等> <ul style="list-style-type: none"> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <その他> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者 	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		あり 入所・入院用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する 	なし 空いている入所・入院用ベッドを、ショートステイで使用する 
人員基準	従業者	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる	空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない
報酬単価	基本報酬	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,747単位～3,010単位 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合 ・ 医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,266単位～2,835単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合 	
	主な加算	<緊急短期入所受入加算> 270単位 緊急時の受入れを行った場合 <特別重度支援加算> 120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合	

医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

小児入院医療管理料の概要①

	小児入院医療管理料 1	小児入院医療管理料 2	小児入院医療管理料 3	小児入院医療管理料 4 (病床単位)	小児入院医療管理料 5
点数	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206点
算定対象	入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。				
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置 (※)	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師9名以上	小児科常勤医師5名以上	小児科常勤医師3名以上	小児科常勤医師1名以上
看護配置	看護師 7対1以上 (夜勤時間帯についても9対1以上)	看護師 7対1以上	看護師 7対1以上	看護職員 10対1以上 (7割以上が看護師)	看護職員 15対1以上 (4割以上が看護師)
その他	<ul style="list-style-type: none"> 6歳未満の入院を伴う手術件数が年間200件以上。 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。 年間の小児緊急入院患者数が800件以上。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。 		<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。 	

※ 小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

※ 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

小児入院医療管理料の概要②

小児の療養生活や成長発達等に着目した評価

➤ 注2 加算 100点（1日につき）

[施設基準]

- ① 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ② 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- ③ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

➤ 注4 重症児受入体制加算 200点（1日につき）

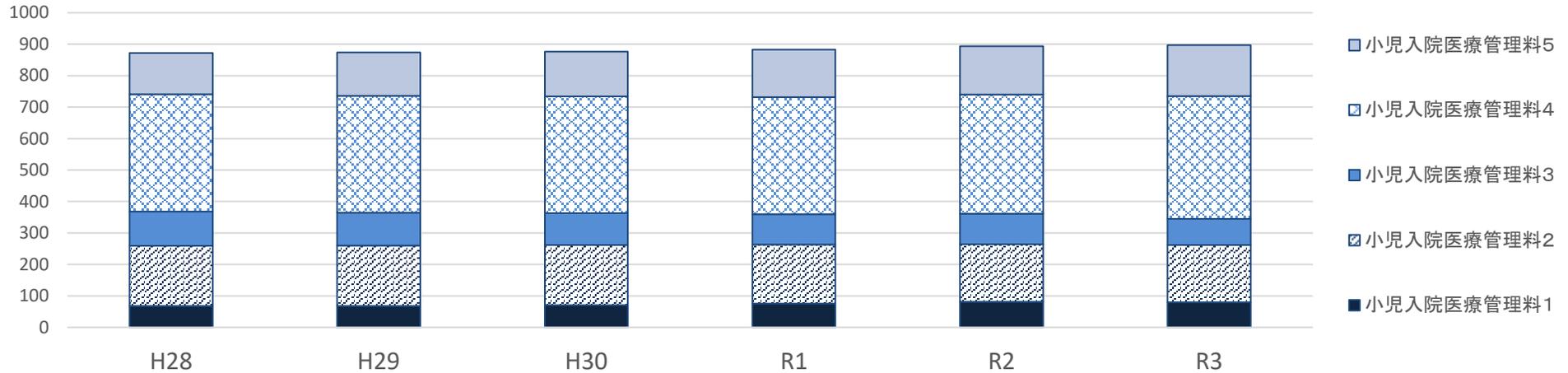
[施設基準]

- ① 小児入院医療管理料3, 4又は5を届け出ている保険医療機関であること。
- ② 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ③ 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- ④ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- ⑤ 当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近1年間に5名以上であること。
- ⑥ 当該病棟において、15歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近1年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて1名として計上すること。

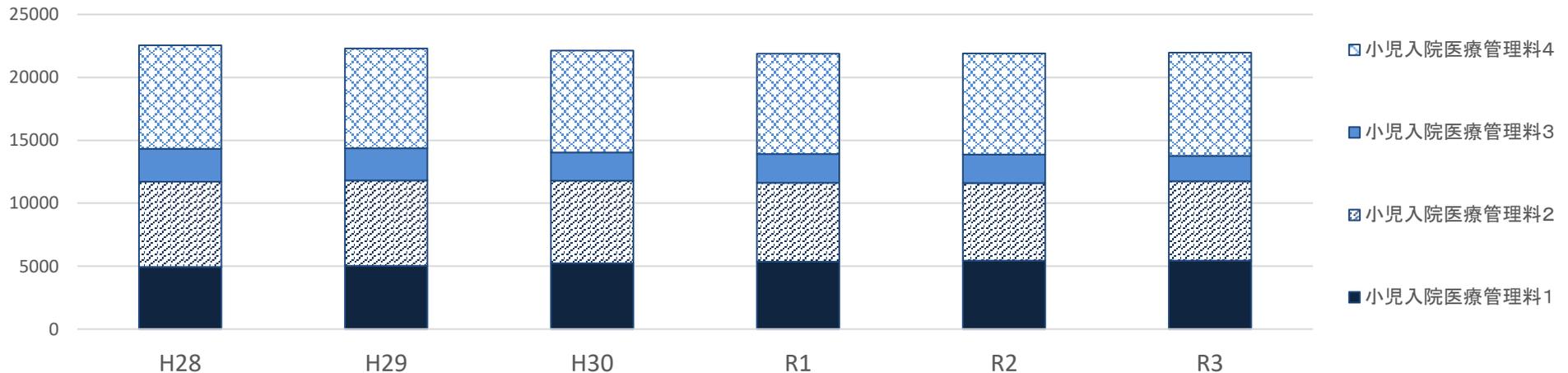
小児入院医療管理料の届出医療機関数・病床数の推移

○ 小児入院医療管理料の届出医療機関数と病床数はともにほぼ横ばいで推移している。

■ 小児入院医療管理料の届出医療機関数の推移



■ 小児入院医療管理料の届出病床数の推移



時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

- 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1

(新) 時間外受入体制強化加算 1 300点 (入院初日)

小児入院医療管理料 2

(新) 時間外受入体制強化加算 2 180点 (入院初日)

[対象患者]

小児入院医療管理料 1 又は 2 を現に算定している患者。

[算定要件]

当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

[施設基準]

(1) 時間外受入体制強化加算 1 の施設基準

- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
- ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
- ③ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**3項目以上**を満たしていること。

ア 11時間以上の勤務間隔の確保	オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
イ 正循環の交代周期の確保	カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	キ 夜間院内保育所の設置
エ 夜勤後の暦日の休日確保	ク ICT、IoT等の活用による業務負担軽減

(2) 時間外受入体制強化加算 2 の施設基準

- ① 小児入院医療管理料 2 を算定する病棟であること。
- ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。
- ③ (1) の③を満たしていること。

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価

- 小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供をした場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 退院時薬剤情報管理指導連携加算 150点 (退院時1回)

[対象患者]

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している
 - ・ **小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
 - ・ **医療的ケア児である患者**

[算定要件]

- ・ 当該保険医療機関の**医師又は医師の指示に基づき薬剤師**が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の**退院時**に、当該患者又はその家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する**必要な指導**を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が選択する**保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供**した場合に、退院の日に1回に限り算定する。保険薬局への情報提供に当たっては、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
 - ア **患者の状態に応じた調剤方法**
 - イ **服用状況に合わせた剤形変更に関する情報**
 - ウ **服用上の工夫**
 - エ **入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報**や変更又は中止後の**患者の状態等に関する情報**
- ・ 情報文書の交付方法は、患者又はその家族等の選択する保険薬局に直接送付することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が保険薬局に持参することでも差し支えない。
- ・ 患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、1回のみ算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。

医療的ケア児等に関わる関係機関の連携

診療情報提供料（I）の見直し

- 診療情報提供料（I）注2における情報提供先に、児童相談所を追加する。
- 診療情報提供料（I）注7における情報提供先に、保育所や高等学校等を追加する。
- 小児慢性特定疾患やアレルギー疾患を有する児童が安心して安全に学校等に通うことができるよう、診療情報提供料（I）注7における対象患者に、小児慢性特定疾病支援及びアレルギー疾患を有する患者を追加する。

現行

【診療情報提供料（I）】

「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）

【診療情報提供料（I）】

注7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【情報提供先】

- ・小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、特別支援学校の小学部、中学部

【対象患者】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者

改定後

【診療情報提供料（I）】

「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、**児童相談所**、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。（以下、略）

【診療情報提供料（I）】

注7 保険医療機関が、**児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**、同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又は**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が**通園**又は通学する**同法第39条第1項に規定する保育所**又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する**学校（大学を除く。）**等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

【情報提供先の追加】

- ・**保育所、認定こども園等、幼稚園**、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程、**後期課程**※、**高等学校**※、特別支援学校の**幼稚部**、小学部、中学部、**高等部等**※、**高等専門学校**※、**専修学校**※（※18歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者）

【対象患者の追加】

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者
- ・**児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者**
- ・**アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者**※
※生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは**食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びIgE抗体等検査陽性に該当する患者に限る）**に該当する患者

小児特定集中治療室管理料（PICU）の概要

- 平成24年度の診療報酬改定において、小児救急医療の充実を図る観点から、小児専門の特定集中治療室（PICU）に対する評価が新設された。

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

7日以内の期間 16,317点

8日以上期間 14,211点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長などに届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児にあっては55日）を限度として算定する。

● 算定対象

15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めたもの。

ア 意識障害又は昏睡	カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	キ 広範囲熱傷
ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む）	ク 大手術後
エ 急性薬物中毒	ケ 救急蘇生後
オ ショック	コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

〈施設基準〉

- 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- 専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。
- 1床あたり15平方メートル以上であること。
- 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい
- 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び危惧を特定集中治療室内に備えていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応出来る場合においてはこの限りではない。（ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、イ 除細動器、ウ ペースメーカー、エ 心電図、オ ポータブルX線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置、キ 体外補助循環装置 ク 血液浄化療法に必要）

○ 次のいずれかの基準を満たしていること

- ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関でA300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料を算定するものに限る）が直近1年間に20名以上であること。
- イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関でC004救急搬送診療料を算定したものに限り）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く）のものに限る）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない）が30名以上）であること。
- ウ 当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

新生児特定集中治療室（NICU）の概要

○ 新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。

	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点(1日につき)
算定対象	次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者 ア 高度の先天奇形、イ 低体温、ウ 重症黄疸、エ 未熟児、オ 意識障害又は昏睡、カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、キ 急性心不全(心筋梗塞を含む)、ク 急性薬物中毒、ケ ショック、コ 重篤な代謝障害、サ 大手術後、シ 救急蘇生後、ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
算定上限 日数	21日 ただし、以下の場合を除く 出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児： <u>(35日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(60日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(90日)</u> 出生時体重が500g以上750g未満であつて慢性肺疾患の新生児： <u>(105日)</u> 出生時体重500g未満であつて慢性肺疾患の新生児： <u>(110日)</u>		
医師の配置	○ 専任の医師が常時、治療室内に勤務		○ 専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○ 緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の 配置	○ 助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○ 1床あたり7平方メートル以上 ○ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい ○ 救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○ 自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数：直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術：年間6件以上実施		○ 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数：直近1年間で30件以上
	○ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターであること ○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること		

(参考)

DPC/PDPSにおける5疾病 6 事業等に係る評価等

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価内容
保険診療指数	<p>【適切なDPCデータの作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。 ・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。 <p>様式1の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式1とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式4とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。（様式1で評価） <p>【病院情報の公表】 自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</p> <p>（【保険診療の質的改善に向けた取組み】：令和6年度からの評価を検討）</p>
地域医療指数	<p>体制評価指数：5疾病5事業等における急性期入院医療を評価</p> <p>定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕</p> <p>1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）についてそれぞれ同配分で評価。</p> <p>DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。</p>
効率性指数	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容②

指数	評価内容
複雑性指数	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 ／ 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
カバー率指数	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数〕 ／ 〔全診断群分類数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払い分類を計算対象とする。</p>
救急医療指数	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数と診断群分類点数表の点数との差額の総和〕</p> <p>※救急医療管理加算2に相当する患者の指数値は1/2</p> <p>【A205救急医療管理加算の施設基準のある施設】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療入院かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 ・ A205救急医療管理加算、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A300救命救急入院料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A301特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料 <p>【「A205救急医療管理加算」の施設基準のない施設】：救急医療入院の患者</p>

機能評価係数Ⅱの評価内容③（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・ t-PA療法の実施(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31,K178-32,K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれか最大値で評価。		
心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中に大動脈解離に対する手術（K5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612イのいずれかが算定されている症例）の診療実績（25%tile値以上の医療機関を0.5P、その他は0P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
へき地	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・ 「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P） 		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（地域医療係数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
災害	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点病院の指定（0.5P）、DMATの指定（0.25P）、EMISへの参加（0.25P）、<u>BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</u> 		
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	<ul style="list-style-type: none"> ・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P 	
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
<u>感染症</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P） ・<u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）</u> ※ <u>上記のいずれも満たした場合（0.75P）</u> ・<u>GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）</u> 		
その他	右記のいずれか1項目を満たした場合（0.1P）	治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)（※）協力施設としての治験の実施を含む。 	

機能評価係数Ⅱの見直し（地域医療係数）

- 各領域の整合性の観点から、領域ごとに複数ある項目（がん、脳卒中、災害）は1項目に整理する。
- 指数値の上限値はDPC標準病院群は6点、大学病院本院群・DPC特定病院群は8点とする。
- 医療計画の見直しの方向性に沿って、各領域で診療実績に応じた評価となるよう見直す。

領域	概要
がん	がんの地域連携実績及びがん診療連携拠点病院等の体制を評価
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績を評価
心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績及び急性大動脈解離に対する手術実績を評価
精神疾患	精神科入院医療の診療実績を評価
災害	災害時における医療への体制を評価
周産期	周産期医療への体制を評価
へき地	へき地の医療への体制を評価
救急	救急車等受け入れ実績及び救急医療の体制を評価
その他	その他重要な分野への貢献を評価

【地域医療係数・体制評価指数の指数設定】

- 実績を有する（0以外）のデータの25%tile値を上限として、それ以下のものは上限値に対する割合を指数化する。
- 脳卒中、急性大動脈解離の実績については、実績を有するデータの25%tile値を満たす場合に実績あり、満たさない場合は指数値はゼロとなる。

診療報酬と補助金の関係について(抜粋)

(1) 診療報酬について

○ 診療報酬は、以下のような特徴を有している。

- ①「個々の患者に対する診療行為に着目して支払われる。」
- ②全体としては必要な費用が賄えるように設定しているものの、個別の診療報酬点数は、「必ずしも厳密な原価計算を行い設定しているものではなく」、費用を負担する側と診療を担当する側との協議を踏まえつつ、その時々医療課題に適切に対応していく観点から設定している。
- ③「保険料や窓口負担に影響を与える」ものであり、被保険者間の公平を図る観点から、「全国一律の点数設定が原則」である。

○ また、診療報酬は、「医療機関に対して支払われる」ものであり、その「用途は各医療機関の裁量」に任されている。

(2) 補助金について

○ 一方、補助金とは「特定の事業の促進を期するため、国又は地方公共団体が公共団体・私的団体・個人に交付する金銭給付」であり、個々の患者に対する診療行為に着目して支払われるものではなく、政策目的に照らして、地域において必要な医療提供体制の構築を促す観点から、奨励的な予算補助事業(施設・設備整備費、運営費、人材確保等)を実施している。

ただし、補助金には、基本的に、国の負担分のほか、都道府県の負担分や事業主(病院等)の負担分が存在する。

○ なお、補助金については、診療報酬とは異なり、対象経費を特定して支給するものである。

課題と論点

(救急医療について)

- 第8次医療計画においては、増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化し、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担うこととなった。
- 救急搬送のうち高齢者が占める割合が62.3%に達しており、軽症、中等症の患者の患者、疾病分類別で「症状・兆候診断名不明確」や「その他」に分類される患者が特に増加している。(小児や成人は軽症、中等症の救急搬送件数は減少傾向。)
- 第三次救急医療機関及び第二次救急医療機関においては、救急搬送の受入件数について医療機関間の偏りが大きい。
- 特に軽症あるいは中等症の単身や要介護高齢者が第三次救急医療機関に入院し、退院調整が滞るなどの「出口問題」の存在及び入院した高齢者のADL低下の懸念などが指摘されている。
- これまで診療報酬では、救急医療管理加算や地域医療体制確保加算等により救急搬送の受入を評価し、また令和4年度診療報酬改定では、地域包括ケア病棟を有する医療機関において救急医療の体制を要件化する等の対応を行っている。

(災害医療について)

- DMATは、大地震等の災害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、専門的な研修・訓練を受けた医療チームであり、現在約2,000チームが登録されている。新型コロナウイルス対応を踏まえて、令和4年2月には、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された。
- 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として、64の基幹災害拠点病院及び701の地域災害拠点病院が指定されている。(令和4年4月時点)
- 災害拠点病院について、診療報酬においては、補助金との関係も踏まえつつ、DPCの機能評価係数Ⅱで評価されている。

課題と論点

(へき地医療について)

- 医療計画においては、へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行うとともに、へき地医療拠点病院の主要3事業(へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣)の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示す等へき地の医療の確保に向けた取り組みを進めることとされている。また、医師少数区域などにおける医師確保の取り組みについても医療計画の項目として含まれている。
- 令和4年度の診療報酬改定では、これまでのオンライン診療料が、初診及び再診における情報通信機器を用いた診療として位置づけられた。へき地のオンライン診療は、D to P with Nの様式が有効とされており、D to P with Nの“N”として訪問看護が提供されたときは、医師のオンライン診療と訪問看護の費用をそれぞれ算定可能となっている。

(周産期医療について)

- 医療計画においては、基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築することとされている。また、集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討することとされている。
- 社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算やハイリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

(小児医療について)

- 少子化とともに小児医療の集約化が進む中、医療計画においては、小児診療所よる地域の医療・保健・福祉等との橋渡しの機能を推進するとともに、集約化された地域においてオンライン診療も活用し医療へのアクセスを確保することとされている。また、医療的ケア児が増加する中、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。
- 診療報酬ではこれまで、小児入院医療管理料等により小児救急医療の体制を評価するとともに、診療情報提供料等による医療的ケア児への対応における関係機関との連携に対する評価等を行っている。



課題と論点

【論点】

（救急医療について）

- 増加する高齢者の救急搬送等も踏まえ、適切な急性期入院医療の提供及び機能分化の観点から、転院搬送を含め、救急医療に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

（災害医療について）

- 地域において災害時に必要な医療提供に一定程度役割を果たす医療機関に係る評価の在り方について、どのように考えるか。

（へき地医療について）

- 今後も地方において人口減少が見込まれる中、へき地における遠隔医療及びオンライン診療の推進について、どのように考えるか。

（周産期医療について）

- 周産期医療について医療機関・機能の集約化・重点化を進める観点や、ハイリスク妊産婦及び精神医療が必要な妊産婦への対応等の観点から、周産期医療や精神科を含めた総合的な診療体制に係る評価の在り方についてどのように考えるか。

（小児医療について）

- 少子化が進行する中、医療的ケア児を含む小児患者に対して救急やレスパイトも含めた必要な医療を確保できるようにする観点から、小児医療に係る評価の在り方についてどのように考えるか。