

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

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

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

報告

* 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

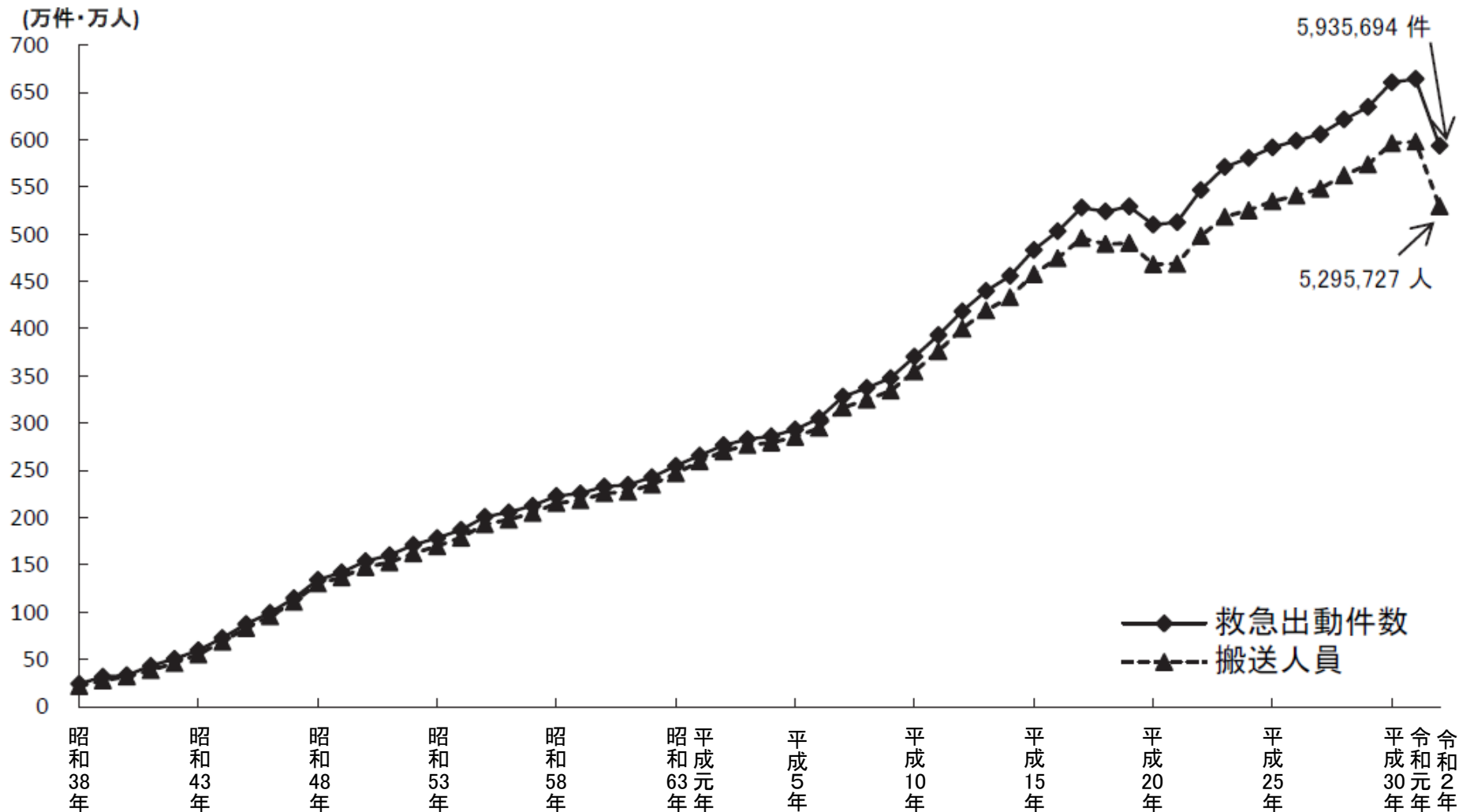
小児医療に係る第8次医療計画に向けた勉強会 令和3年8月～

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

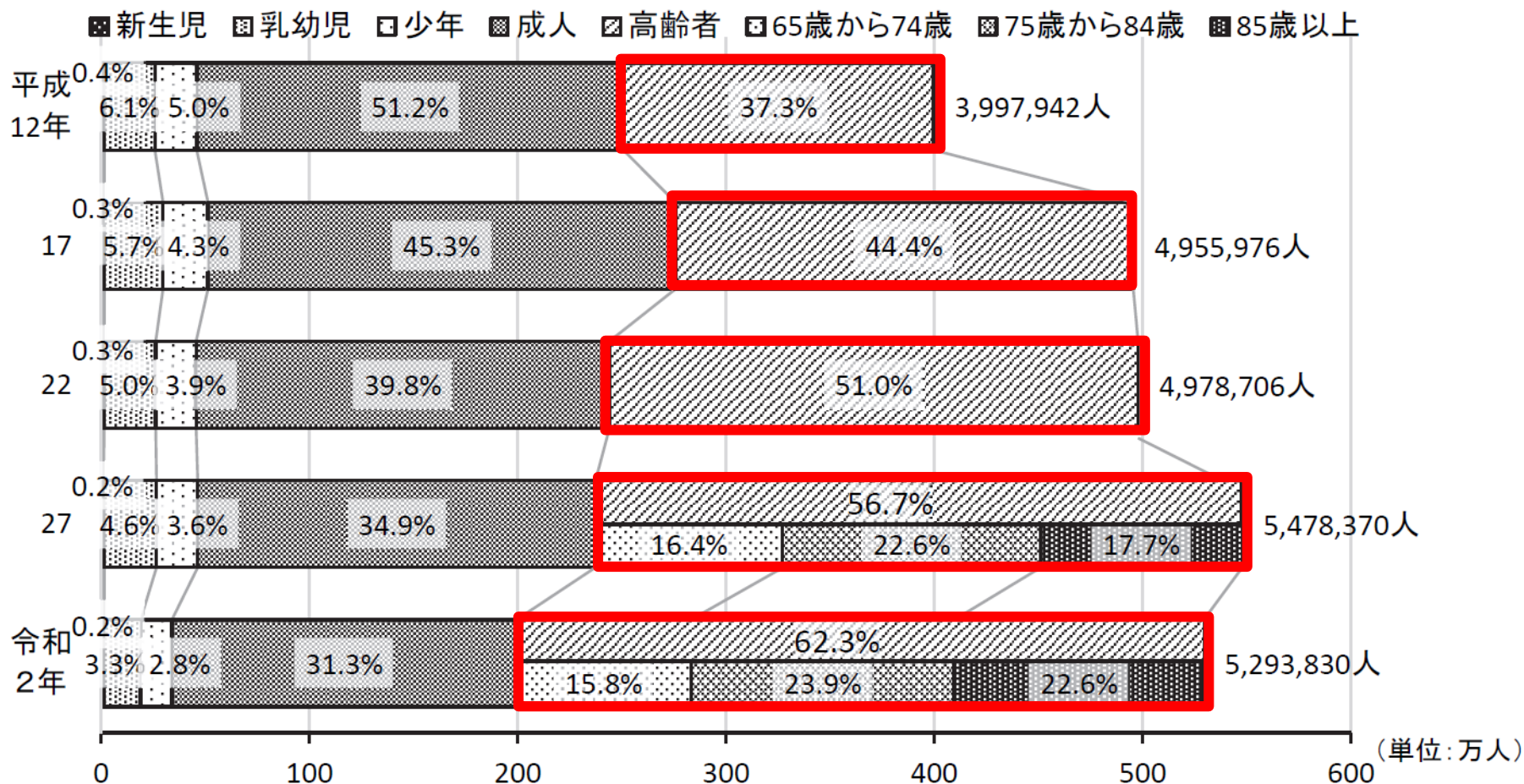
○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。



(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。

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

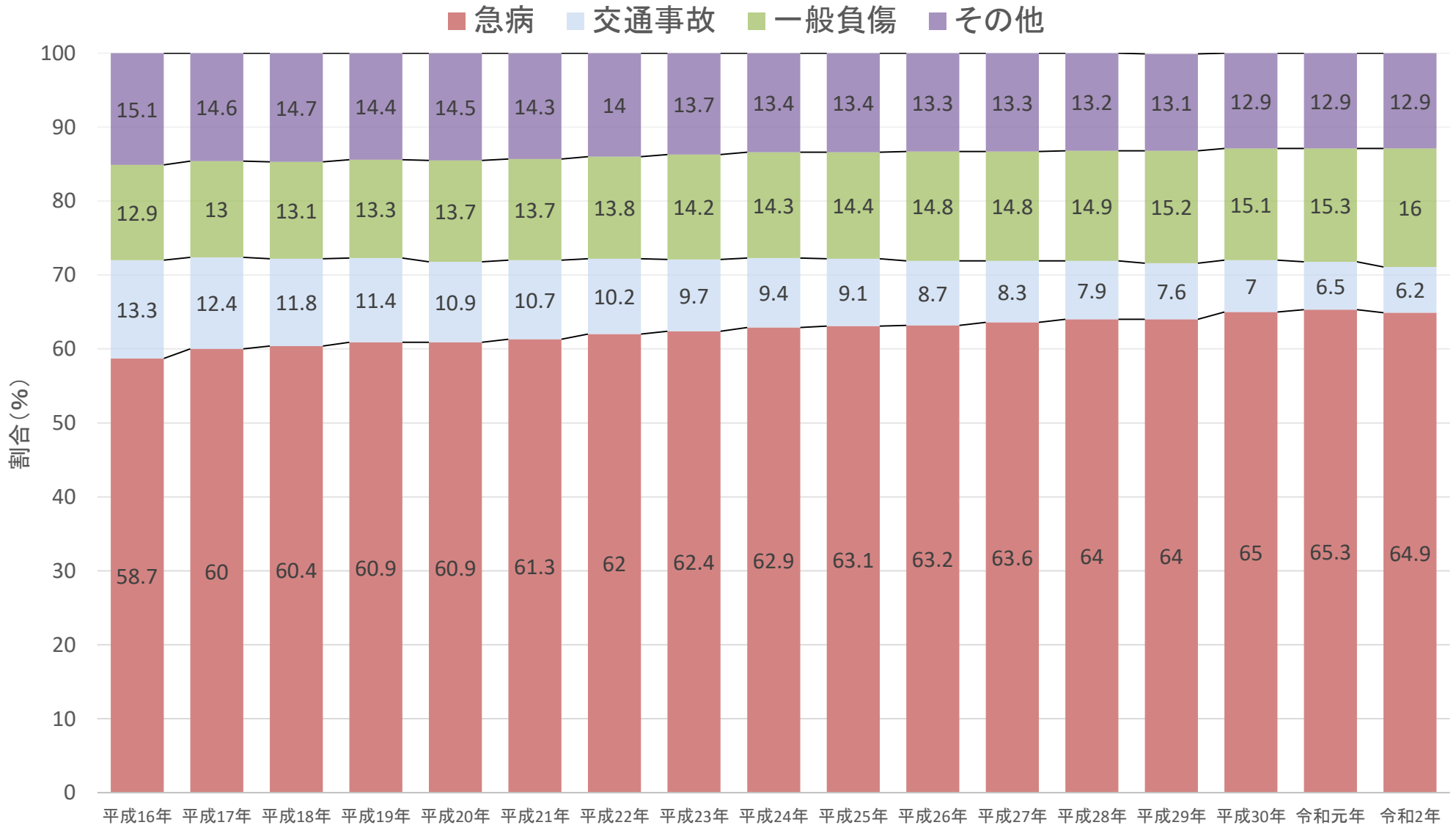
○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 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。

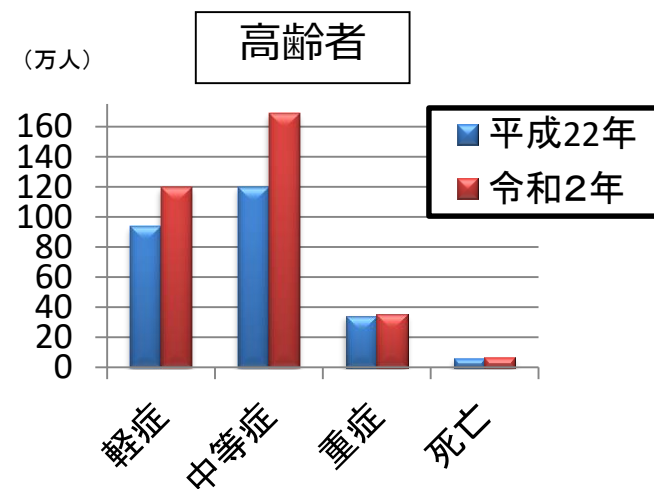
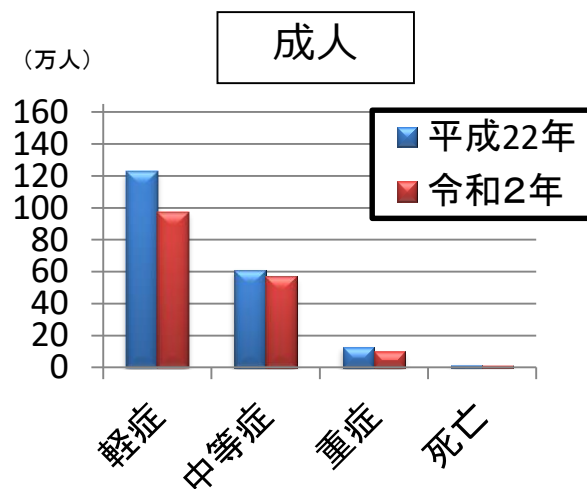
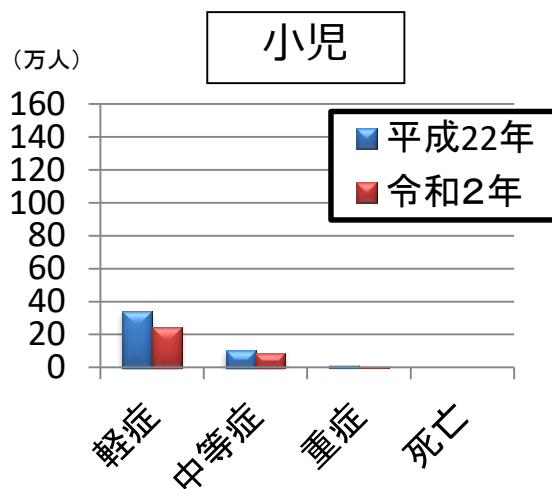
事故種別の救急出動件数と構成比の推移

○「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。

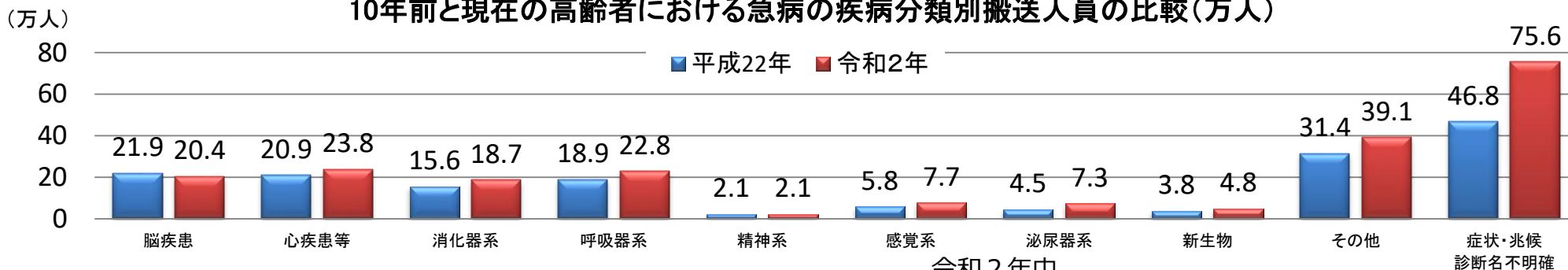
死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「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。

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



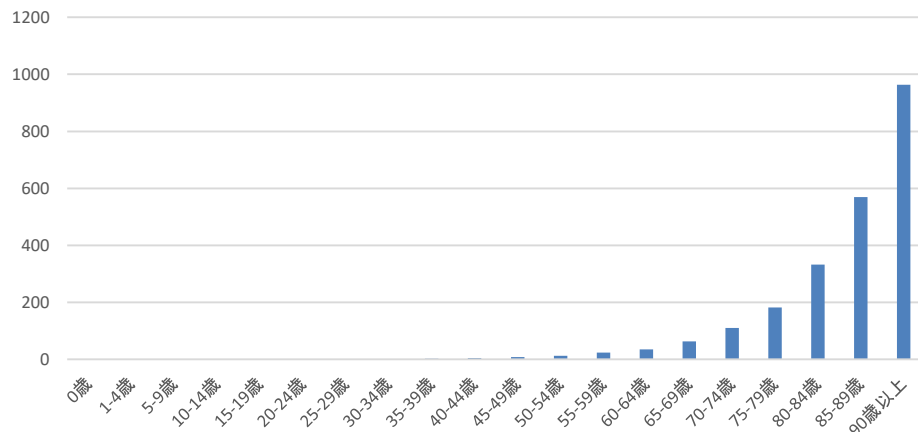
令和2年中

	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)

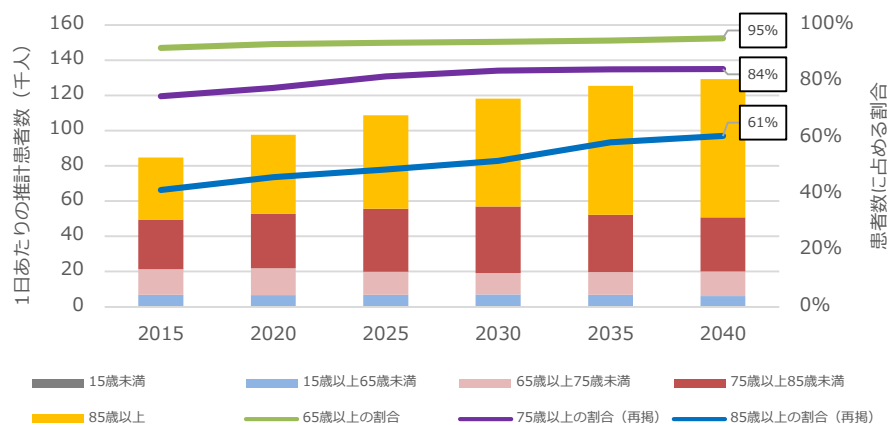
(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

入院患者数の推計（脳梗塞）

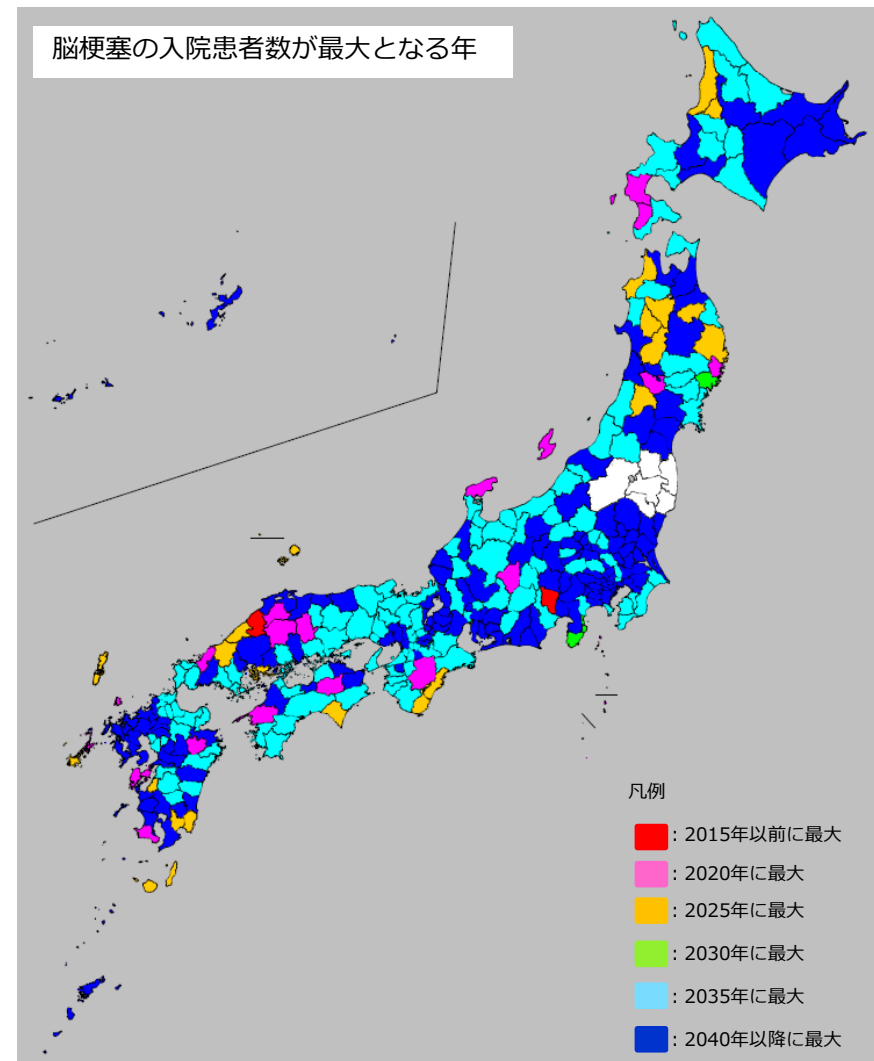
脳梗塞の入院受療率(人口10万対)



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—外来・都道府県別」

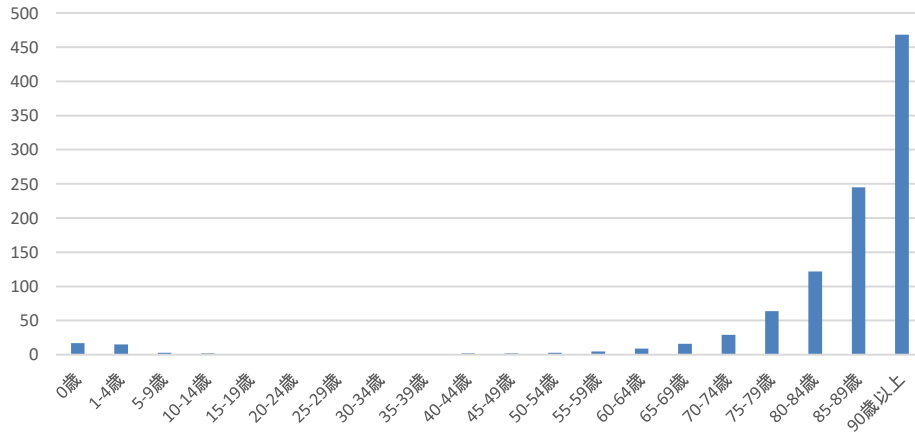
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 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。

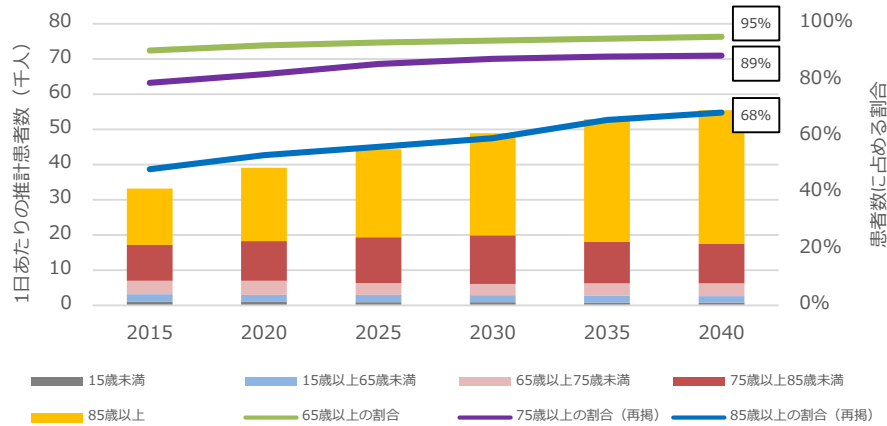
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

入院患者数の推計（肺炎）

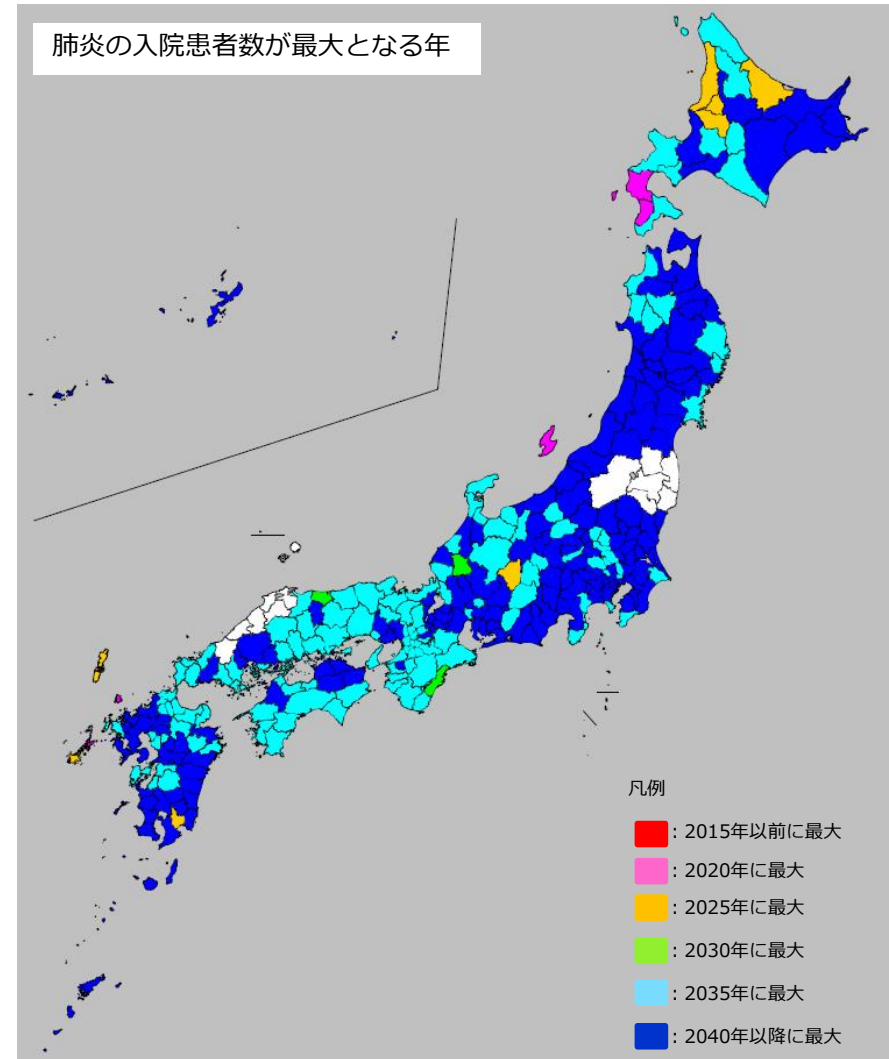
肺炎の入院受療率（人口10万対）



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）」

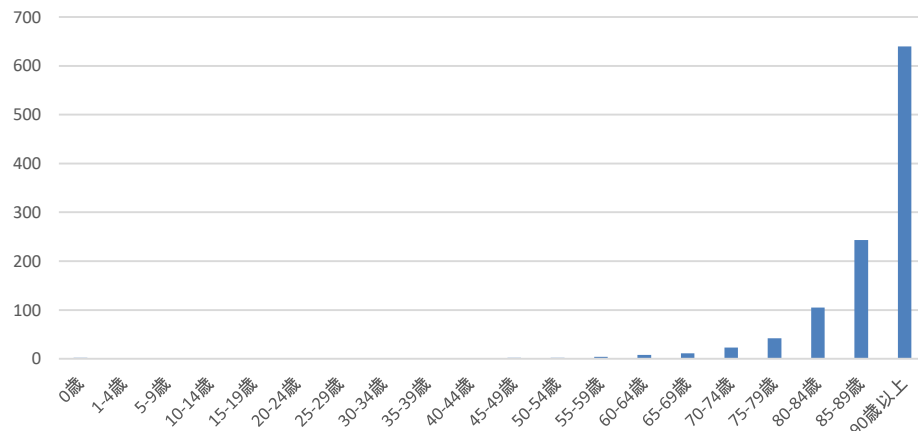
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

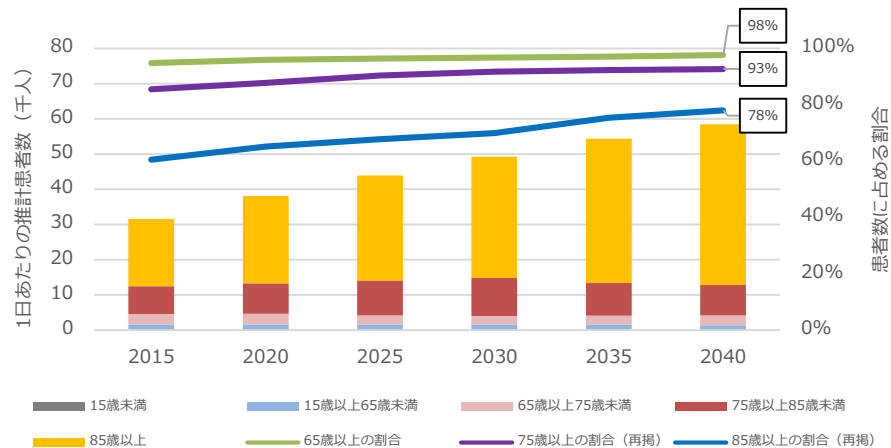
※ 島根県は四捨五入のため各年齢階級の推計患者数が0となっているため、二次医療圏ごとの患者数の推計を行っていない。

入院患者数の推計（心不全）

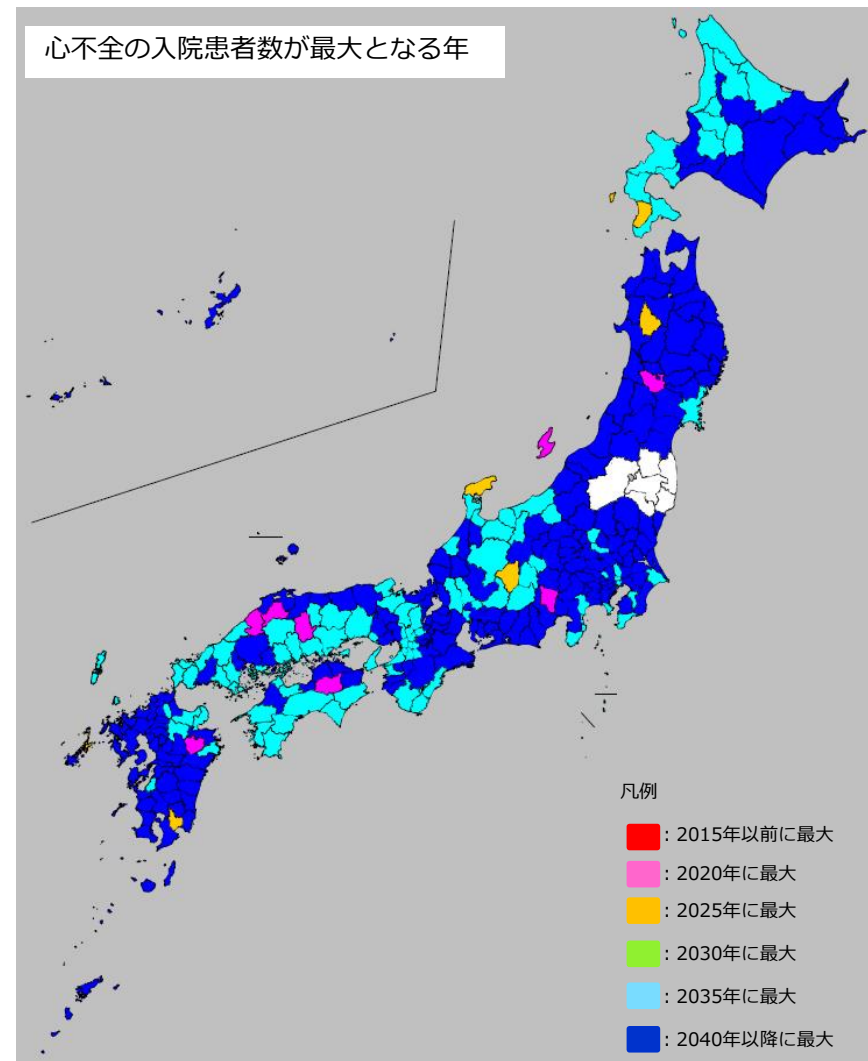
心不全の入院受療率(人口10万対)



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」

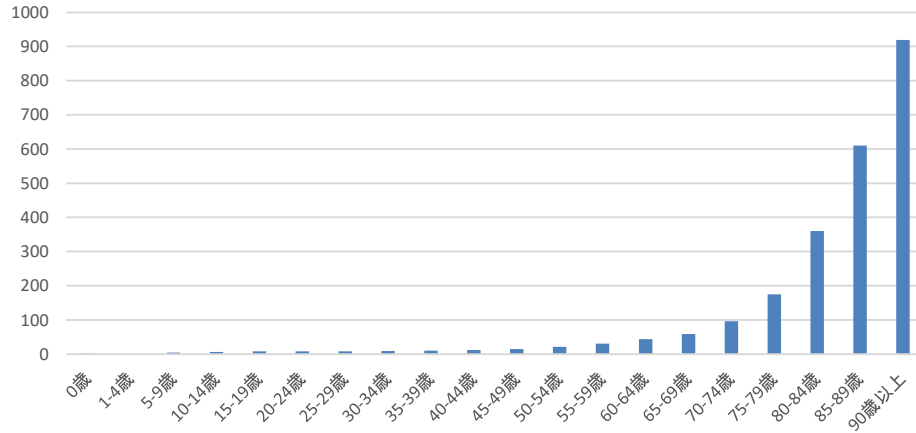
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 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。

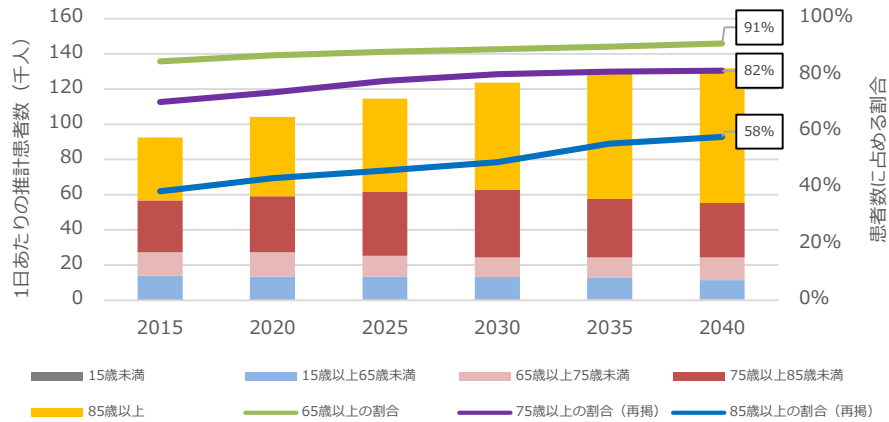
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

入院患者数の推計（骨折）

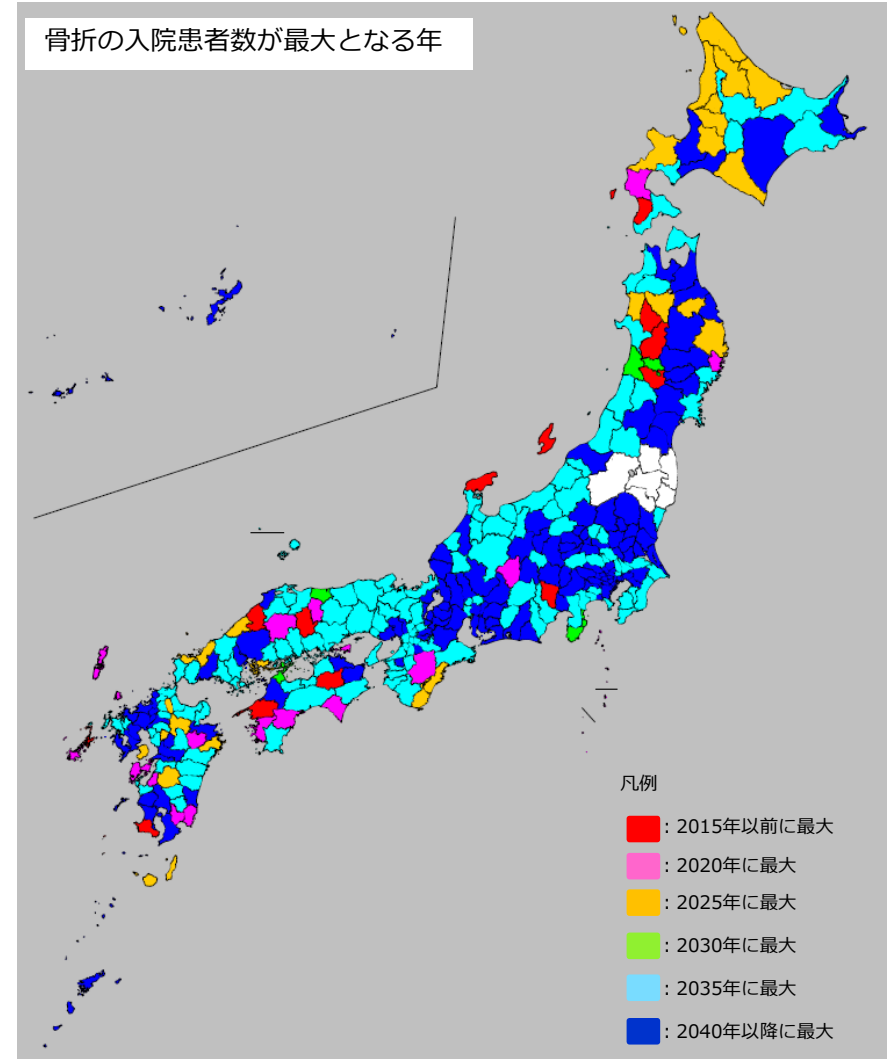
骨折の入院受療率（人口10万対）



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×傷病分類別」

「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院—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。

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。

① 傷病者の発生

② 搬送先医療機関の選定



③ 救急搬送

受入れ

④ 救急医療

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・受入れの調査・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

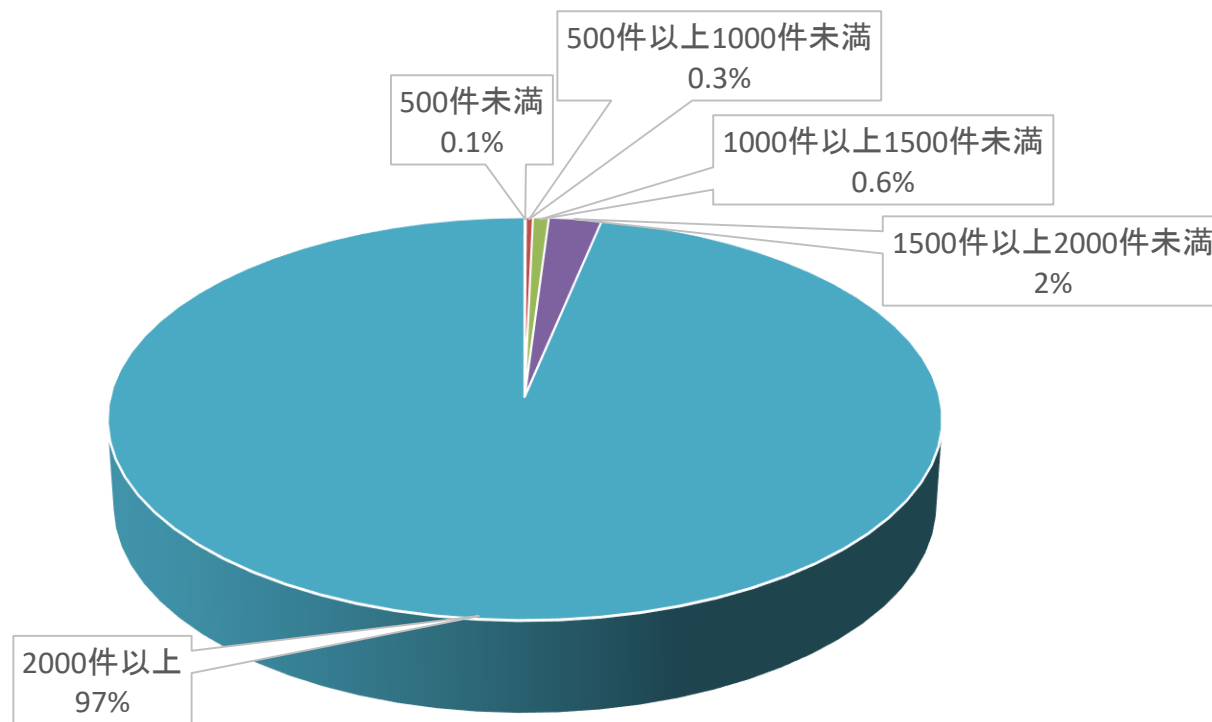
総務大臣・厚生労働大臣
（実施基準の策定等の援助）

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。



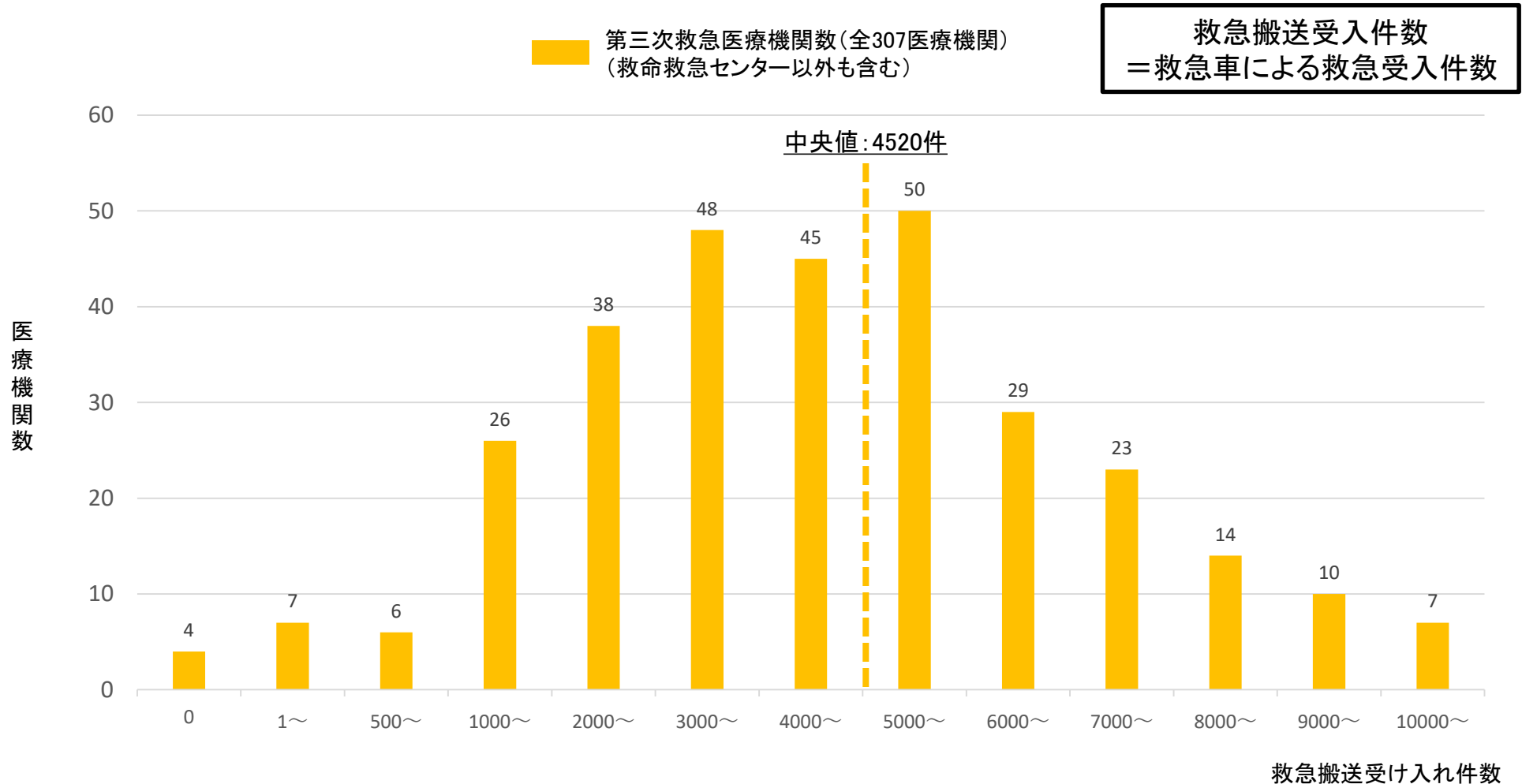
年間救急車受入件数区分	500件未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
第三次救急医療機関数	11	6	8	18	264	307
年間救急車受入件数	806	4,352	9,697	32,381	1,381,807	1,429,043

(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。



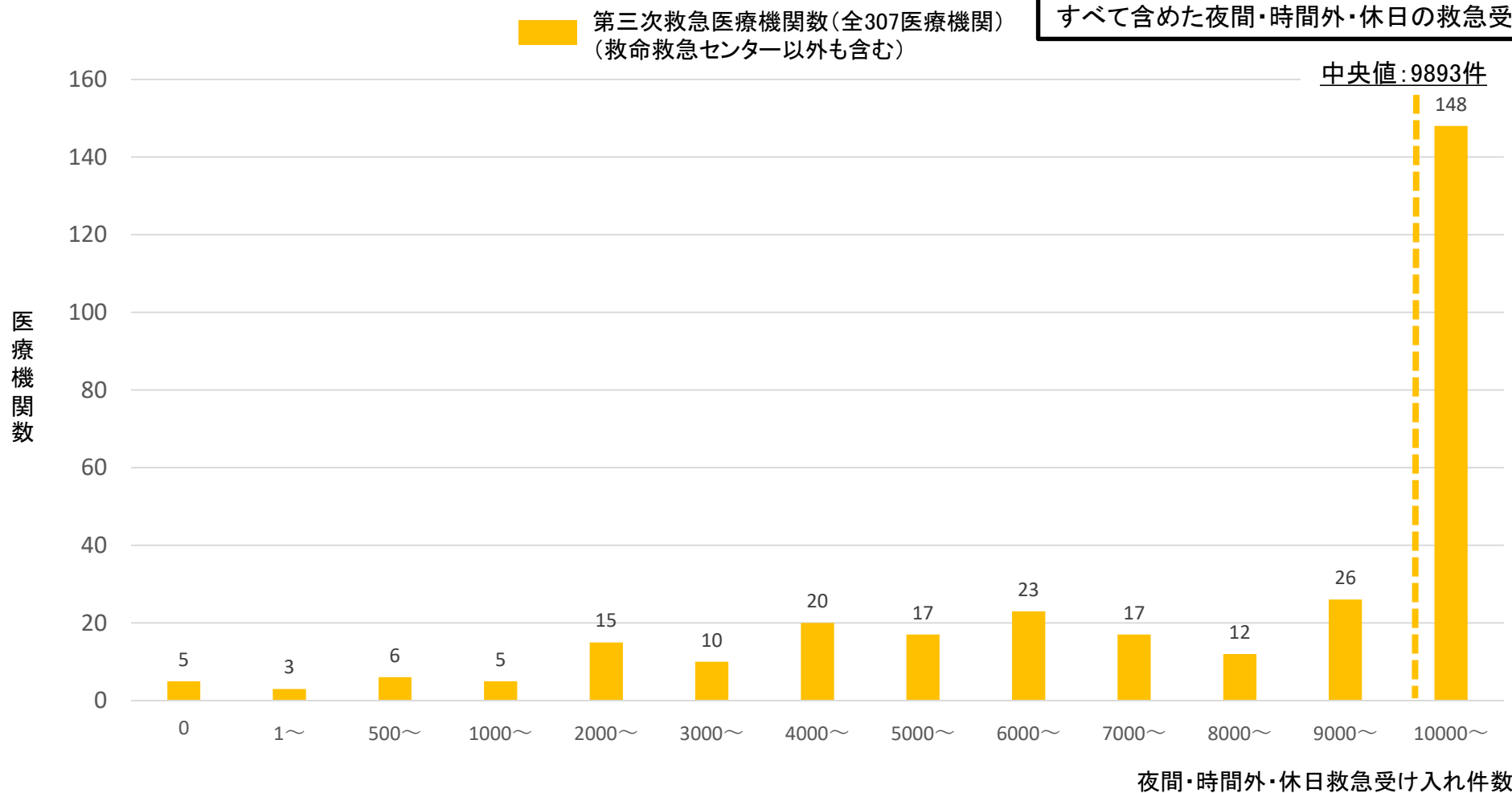
（出典）令和2年度病床機能報告

※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。

夜間・時間外・休日の救急受入件数
 = 救急車による搬送とそれ以外の救急受入も
 すべて含めた夜間・時間外・休日の救急受入件数

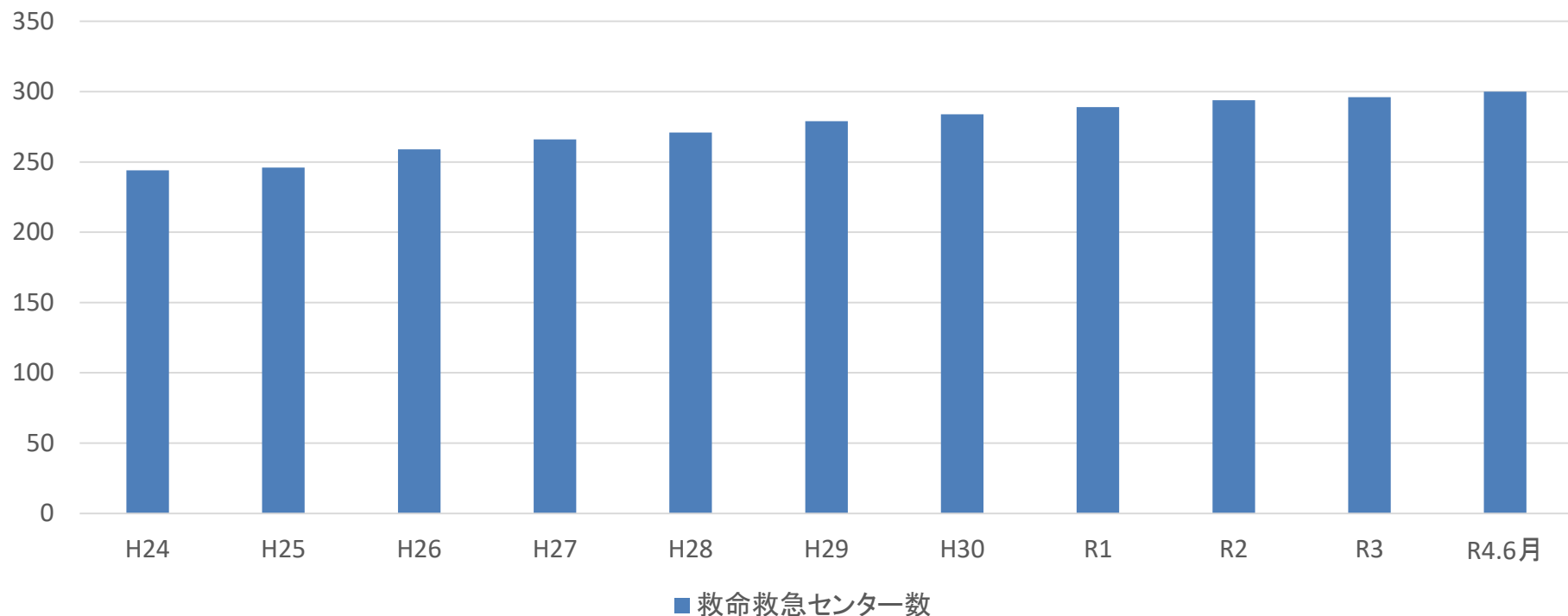


(出典) 令和2年度病床機能報告

※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	244	246	259	266	271	279	284	289	294	296	300
(うち高度救命救急センター数)	(27)	(28)	(29)	(32)	(34)	(36)	(38)	(42)	(43)	(45)	(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

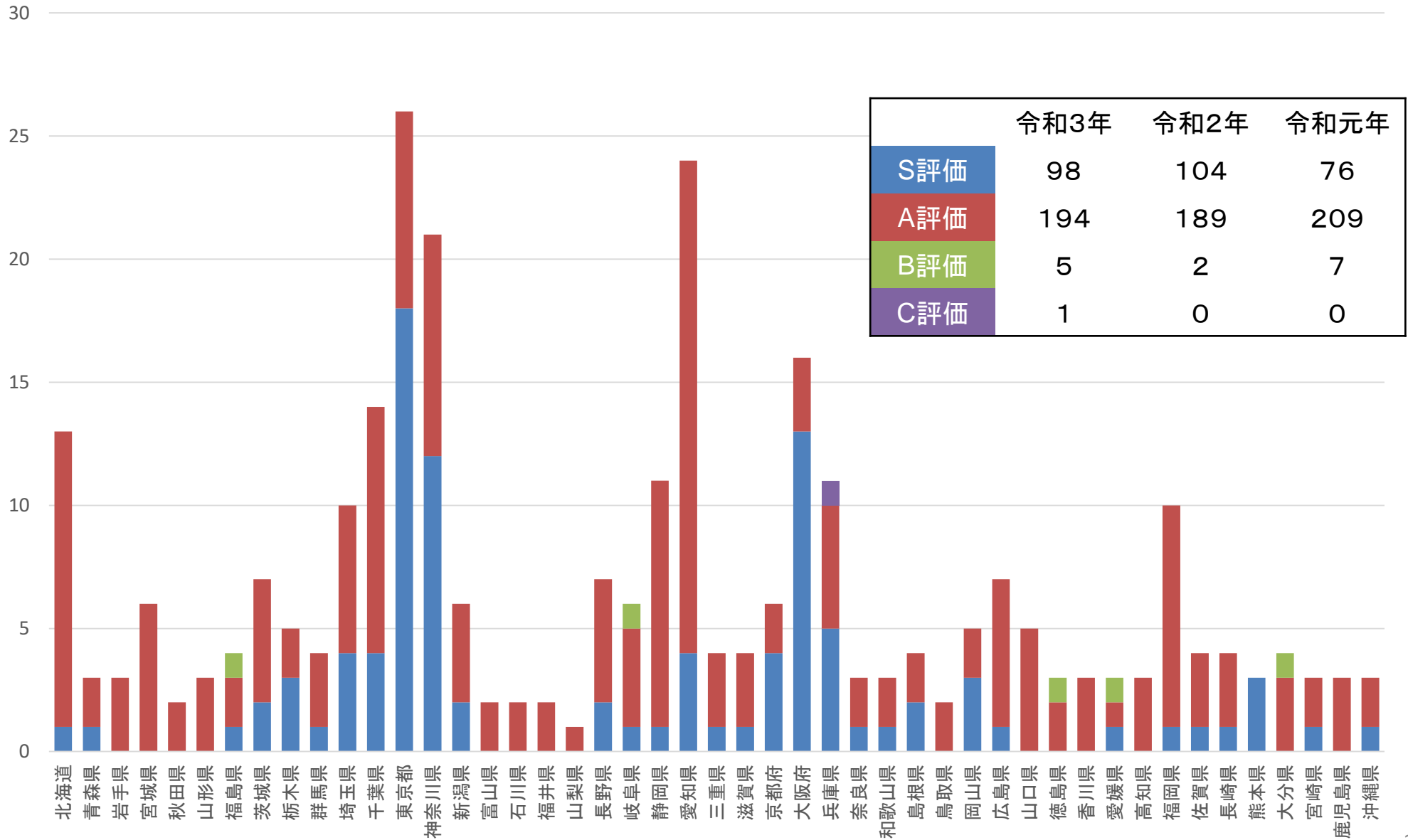
「救命救急センター運営事業」の交付算定基準額の算出に当たり、充実段階評価の結果に応じた係数を乗じる。具体的には以下の通り。

<基準額に乗じる係数>

- 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）

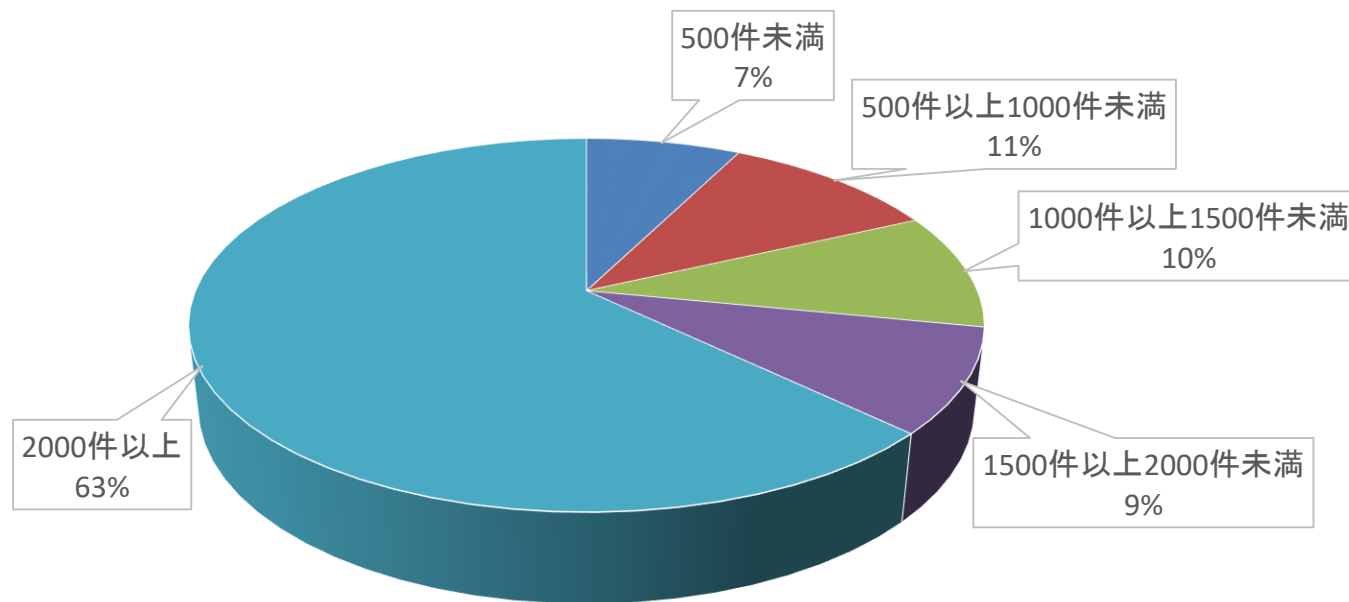
○ S評価が98医療機関、A評価が194医療機関となり、S評価とA評価の施設が全体の98%を占めている。



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。



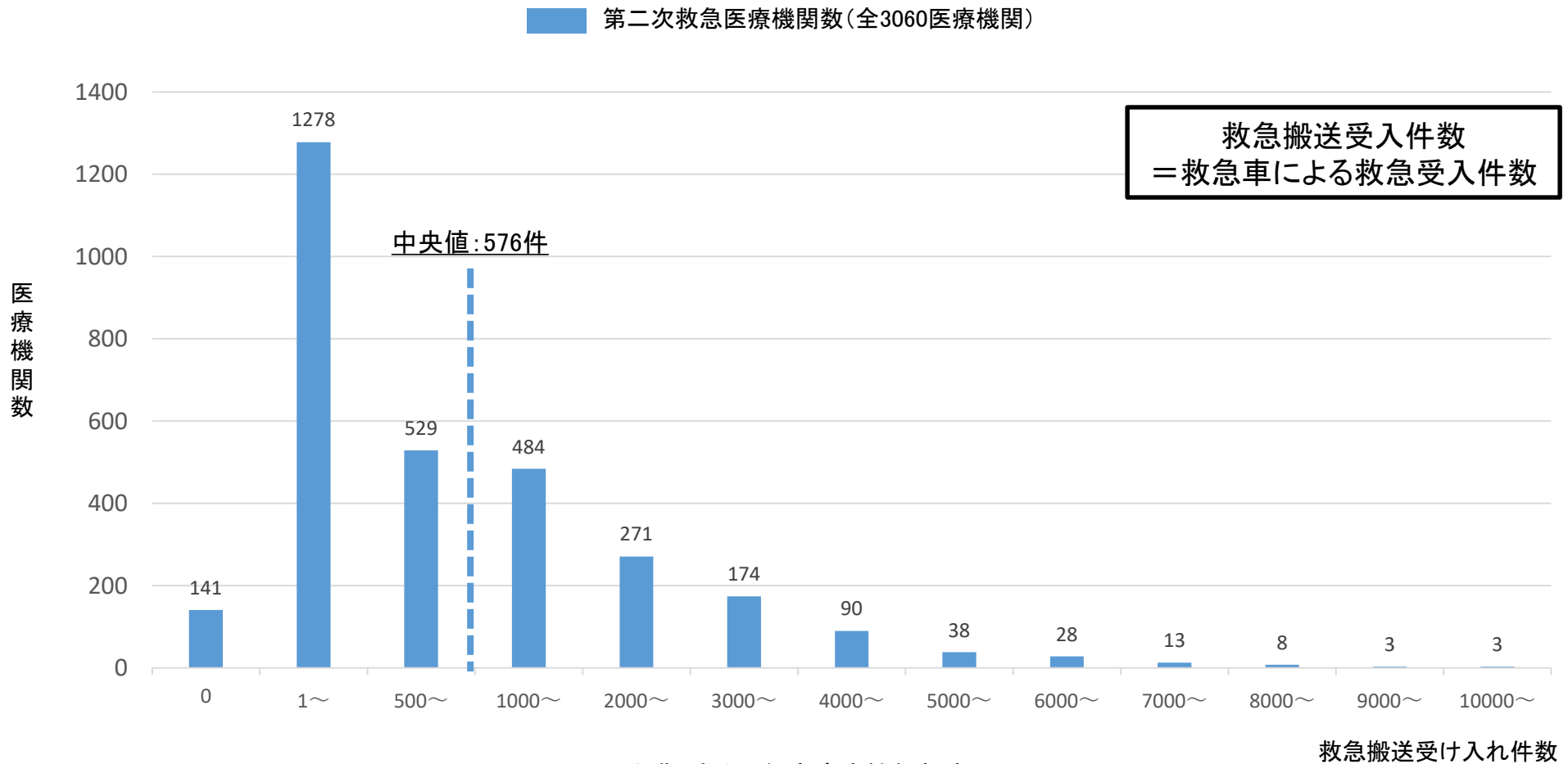
年間救急車受入件数区分	500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
二次救急医療機関数	1419	529	296	188	628	3060
年間救急車受入件数	271,199	382,855	362,377	326,253	2,273,414	3,616,098

（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。

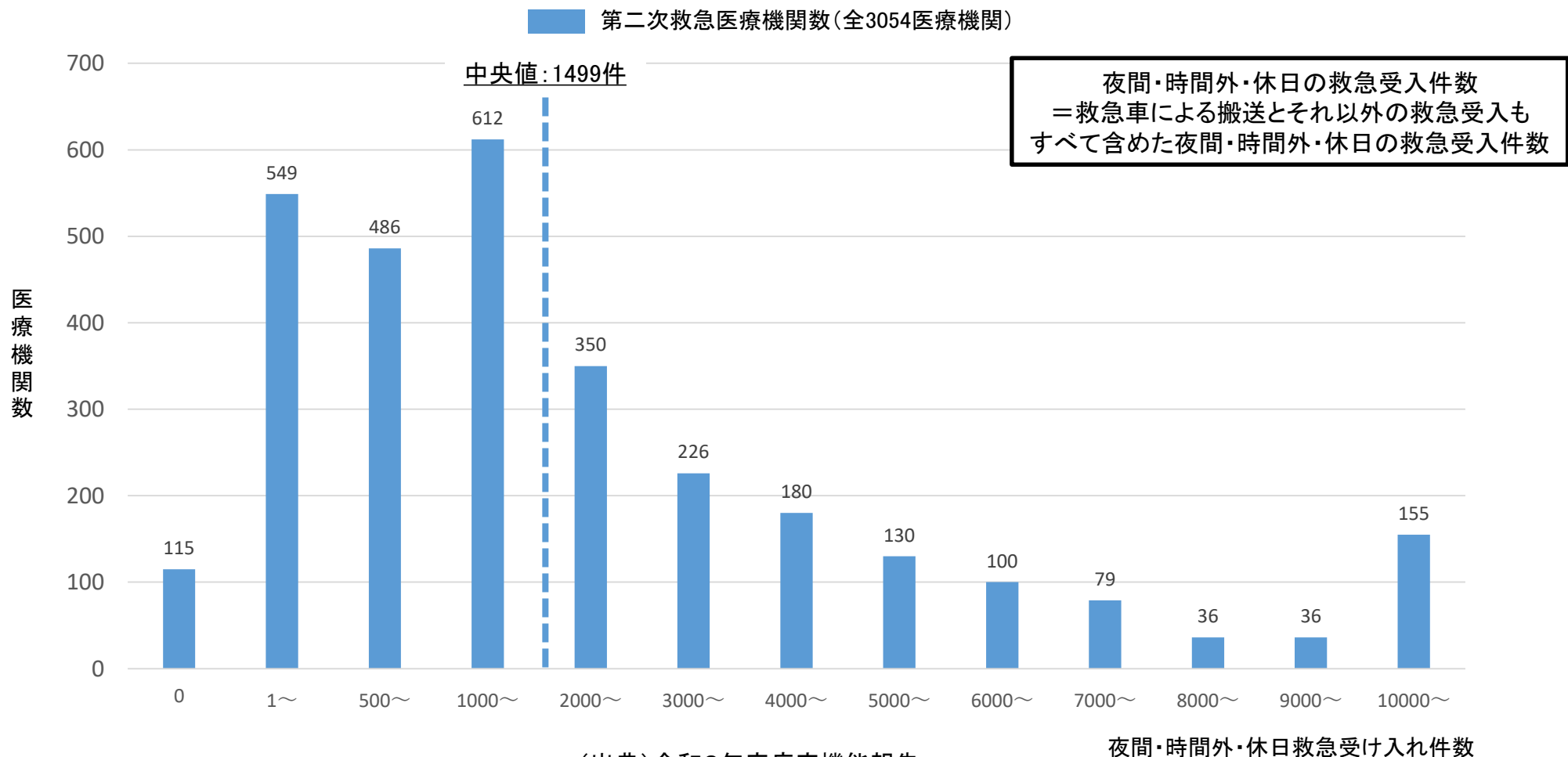


(出典) 令和2年度病床機能報告

※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。



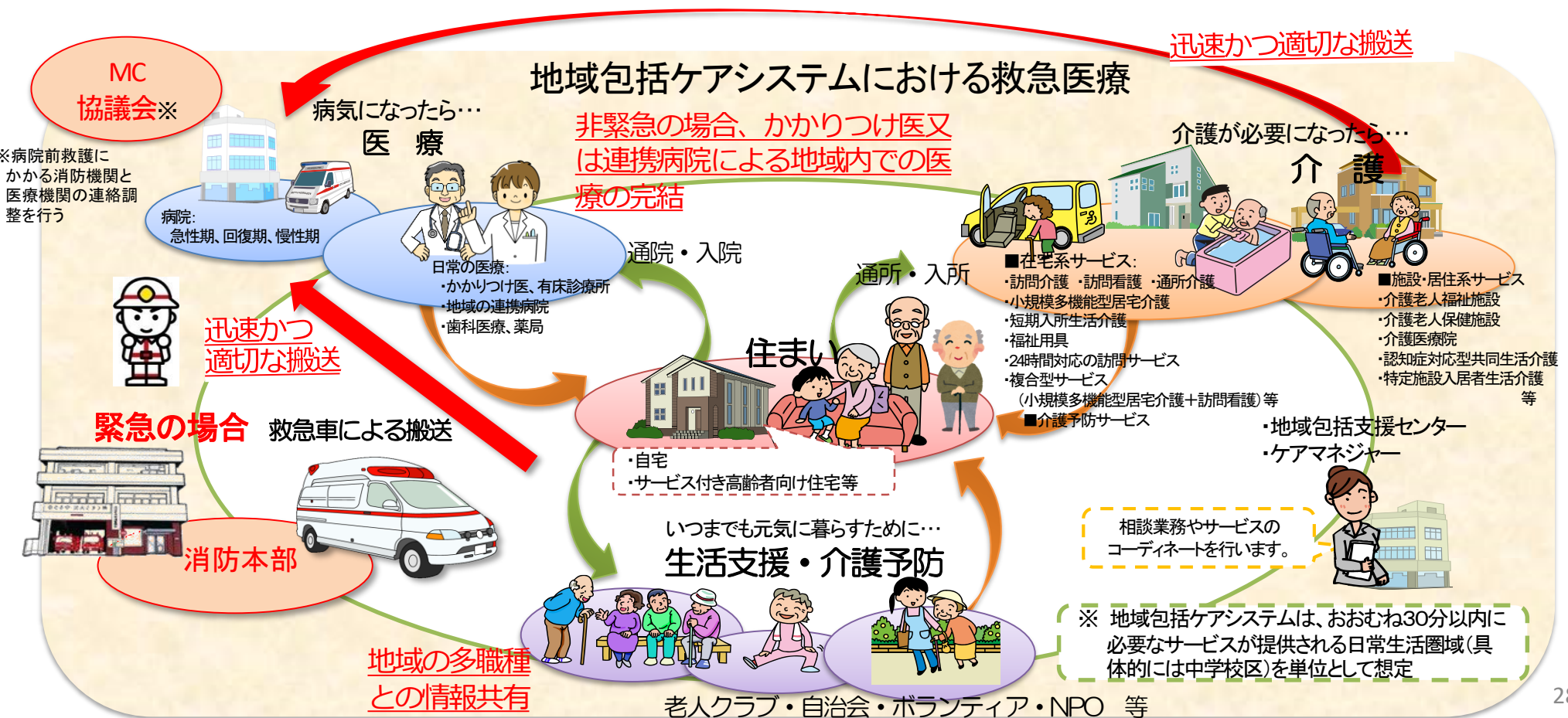
(出典) 令和2年度病床機能報告

※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。

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**



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
 心肺停止の発覚は、救急隊の到着後、現場で確認される。救急隊は、現場で心肺蘇生を開始する。

② 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
 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示された場合には、かかりつけ医等に連絡する。

③ 家族等又は介護施設等を通じてかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に照らして心肺蘇生を中断する。

④ 心肺蘇生を中断する
 心肺蘇生を中断する場合は、救急隊は心肺蘇生を中断する。

4 留意事項

① 家族等又は介護施設等を通じてかかりつけ医等に連絡がつかない場合や、家族等又はかかりつけ医等に連絡がつかない場合は、救急隊は心肺蘇生を開始する。

② 心肺蘇生を望まない、死亡確定や死亡宣告のための前診断、転院希望などから「救急要請」該当しないと考えられるとの判断がなされた場合は、救急隊は中断することとできません。

③ 心肺蘇生の中止は、医師の指示によるものと見なされます。医師以外の医療従事者(看護師、介護士、准看護師等)からの指示や、医師による指示に反対して中断することはできません。

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た場合は、すべて医師の指示の対象となります。東京都ACCP協議会の事後検証委員会により、重症(重症症候群)として扱います。

令和元 年 1 月 2 日
 東京都 消防 局

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

1 背景

① 人口の高齢化に伴って、事前に家族等や医療・ケアチームと話し合い(ACCP)で、重症(人生最終)期、自分が心肺停止となった時に「心肺蘇生を望まない意思」を共有することが求められる。また、家族等がかりつけ医等に連絡し、適切な対応を行うことが求められる。

② 現場では、救急隊が到着後、現場で確認される。救急隊は、現場で心肺蘇生を開始する。

③ 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示された場合には、かかりつけ医等に連絡する。

④ 家族等又は介護施設等を通じてかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に照らして心肺蘇生を中断する。

⑤ 心肺蘇生を中断する
 心肺蘇生を中断する場合は、救急隊は心肺蘇生を中断する。

2 本運用の対象となる場合

① ACP実施下での成人で心肺停止状態にあること
 ② 傷病者が人生の最終段階にあること

③ 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があること
 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と

⑤ 家族等又は介護施設等を通じてかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に照らして心肺蘇生を中断すること

⑥ 救急隊からの連絡内容のみでは、上記項目を判断できない場合には、必要に応じて救急隊から確認すること

⑦ かかりつけ医等への連絡は、救急要請システム等を活用するなどの様々な方法で連絡する。

⑧ 心肺蘇生を中断する
 心肺蘇生を中断する場合は、救急隊は心肺蘇生を中断する。

⑨ 家族等又は介護施設等を通じてかかりつけ医等に連絡がつかない場合や、家族等又はかかりつけ医等に連絡がつかない場合は、救急隊は心肺蘇生を開始する。

⑩ 心肺蘇生を望まない、死亡確定や死亡宣告のための前診断、転院希望などから「救急要請」該当しないと考えられるとの判断がなされた場合は、救急隊は中断することとできません。

⑪ 心肺蘇生の中止は、医師の指示によるものと見なされます。医師以外の医療従事者(看護師、介護士、准看護師等)からの指示や、医師による指示に反対して中断することはできません。

⑫ 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た場合は、すべて医師の指示の対象となります。東京都ACCP協議会の事後検証委員会により、重症(重症症候群)として扱います。

【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

グリーンカード
 (在宅看取り用)

このカードは、自宅看取りを行い、往診を希望する時に活用します。

患者さんが看取りが難しい状態になったり、主治医と連絡がつかない場合は、以下の手順に従ってお問い合わせください。

288-0130
 電話連絡

(1) 救急隊が到着後、現場で確認される。救急隊は、現場で心肺蘇生を開始する。

(2) 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示された場合は、かかりつけ医等に連絡する。

(3) 家族等又は介護施設等を通じてかかりつけ医等に連絡し、傷病者の意思に照らして心肺蘇生を中断する。

(4) 心肺蘇生を中断する
 心肺蘇生を中断する場合は、救急隊は心肺蘇生を中断する。

このカードにより往診依頼が容易になります。

① 電話連絡
 ② 電話連絡
 ③ 電話連絡
 ④ 電話確認
 ⑤ 往診出動

オンコール当番医

患者宅

消防 119

グリーンカードシステム当番医出動の流れ
 【自宅で最後を全うしたい場合に】

救急医療の現状と課題（イメージ）

自宅や高齢者施設等



ケアマネージャー等



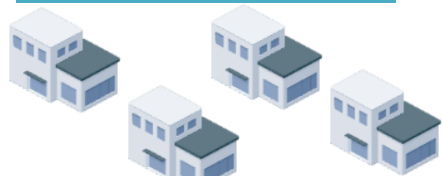
かかりつけ医等

- 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、三度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によって「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

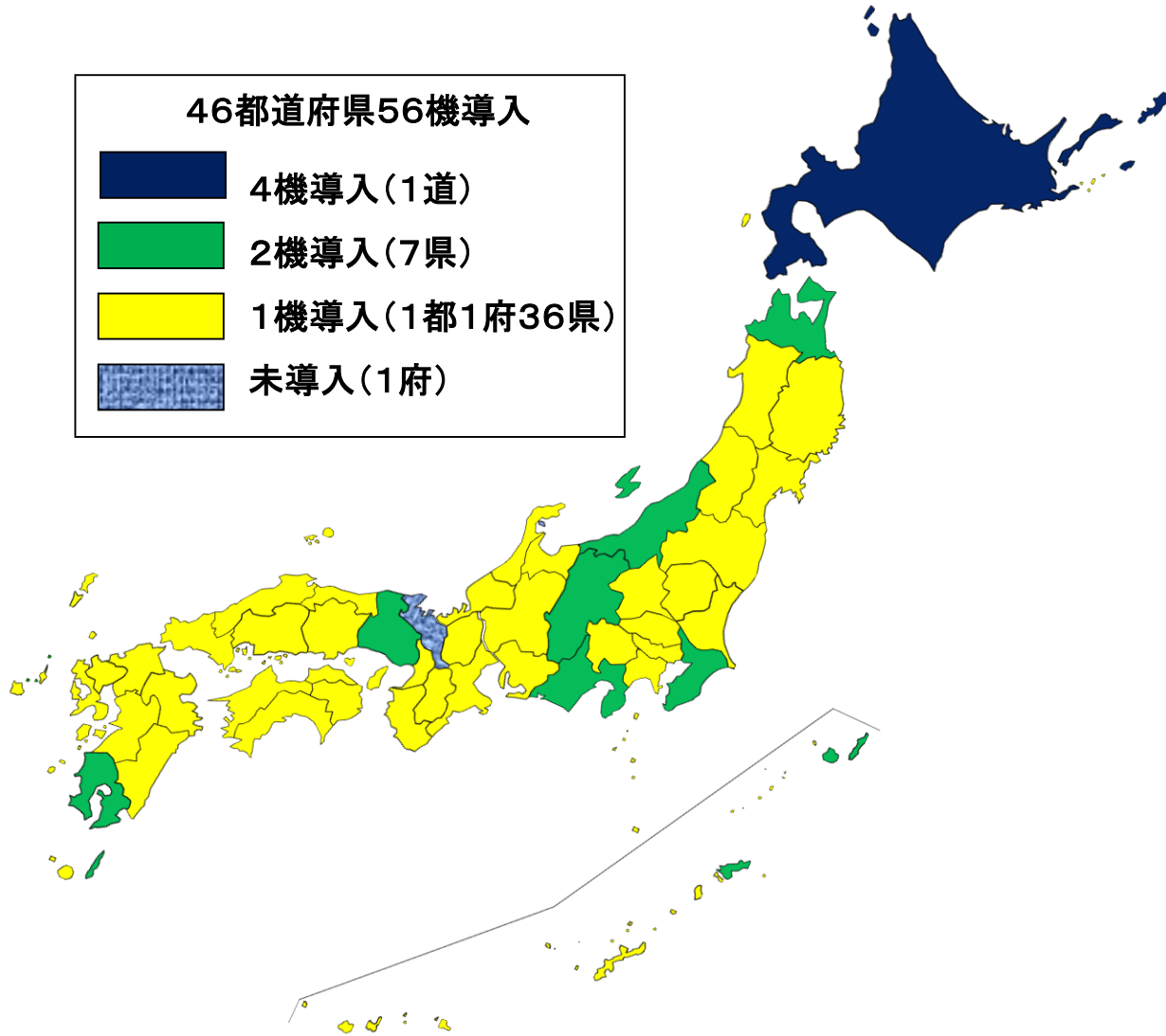
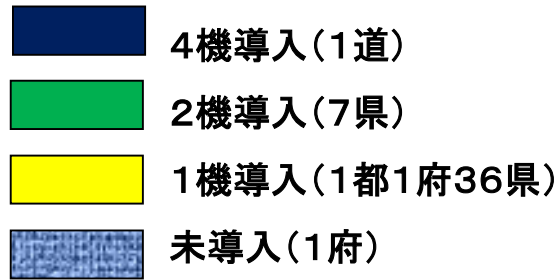


ドクターヘリの内部



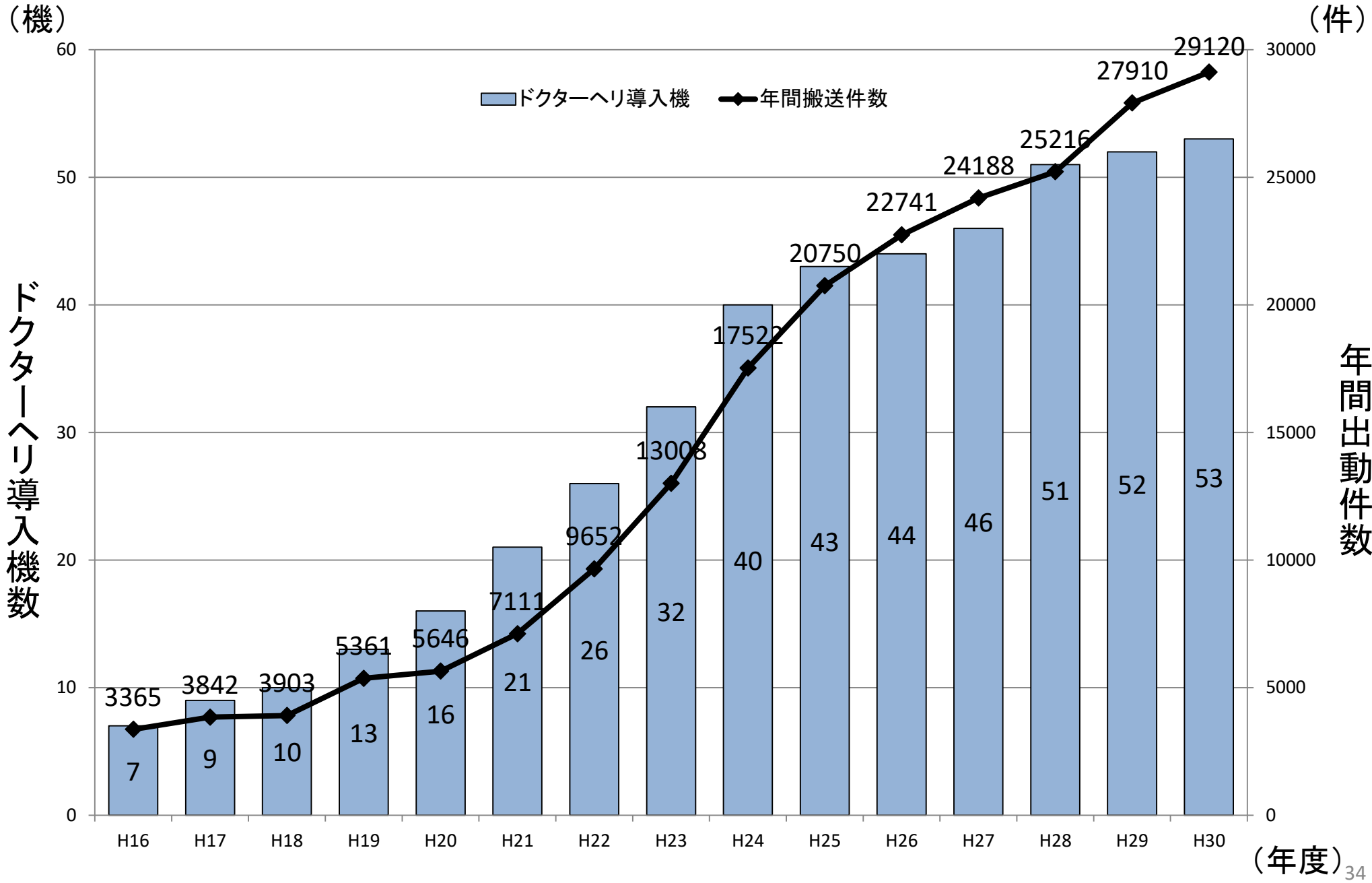
ドクターヘリの導入状況（令和4年4月18日現在）

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	新潟大学歯学総合病院
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
鳥取県	鳥取県立中央病院
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

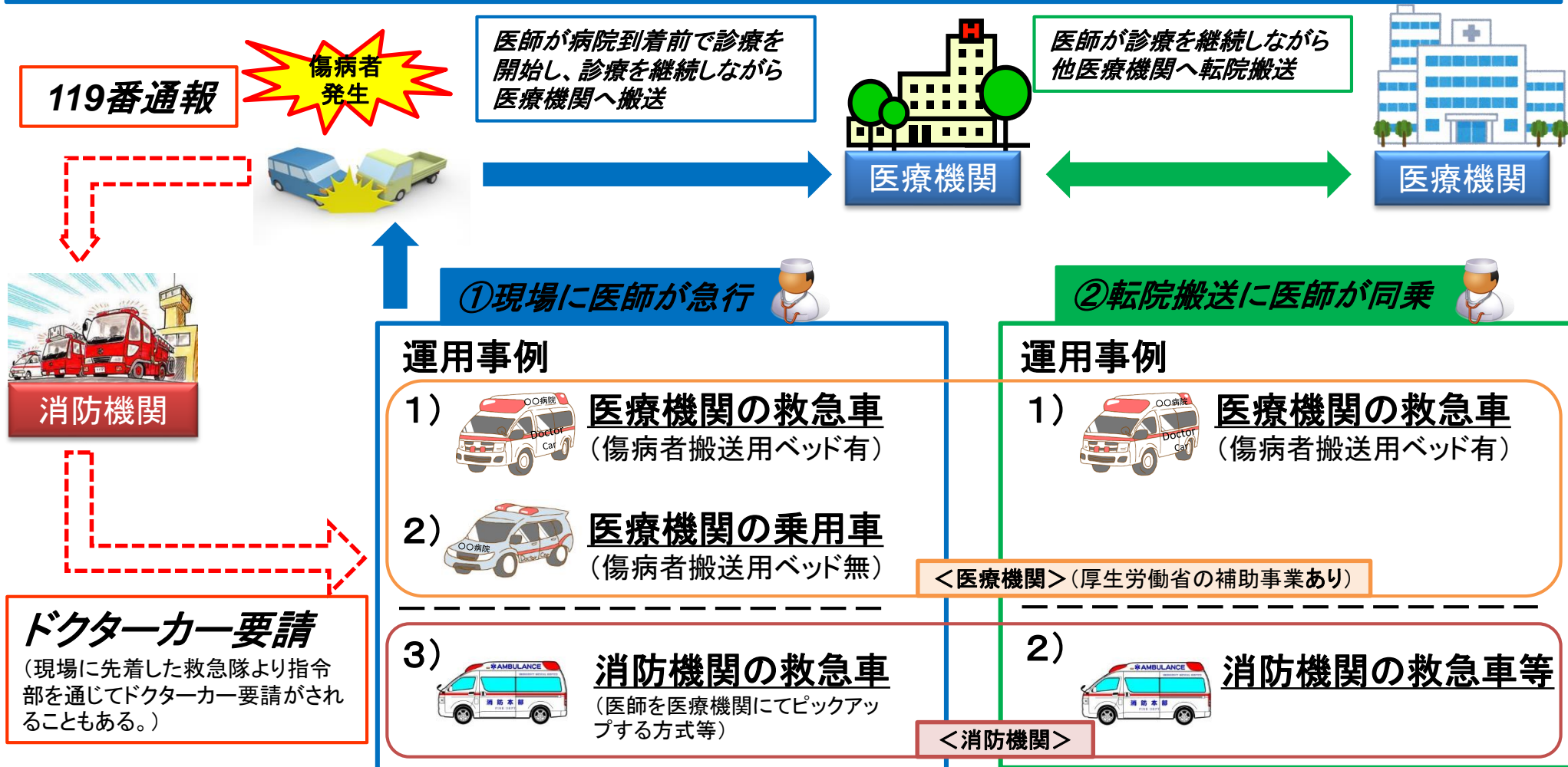
注)このほか、協定書はないが、都道府県境を越えたドクターヘリの活動について運航マニュアルの策定等を行い、広域連携を行っているものがある。

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。

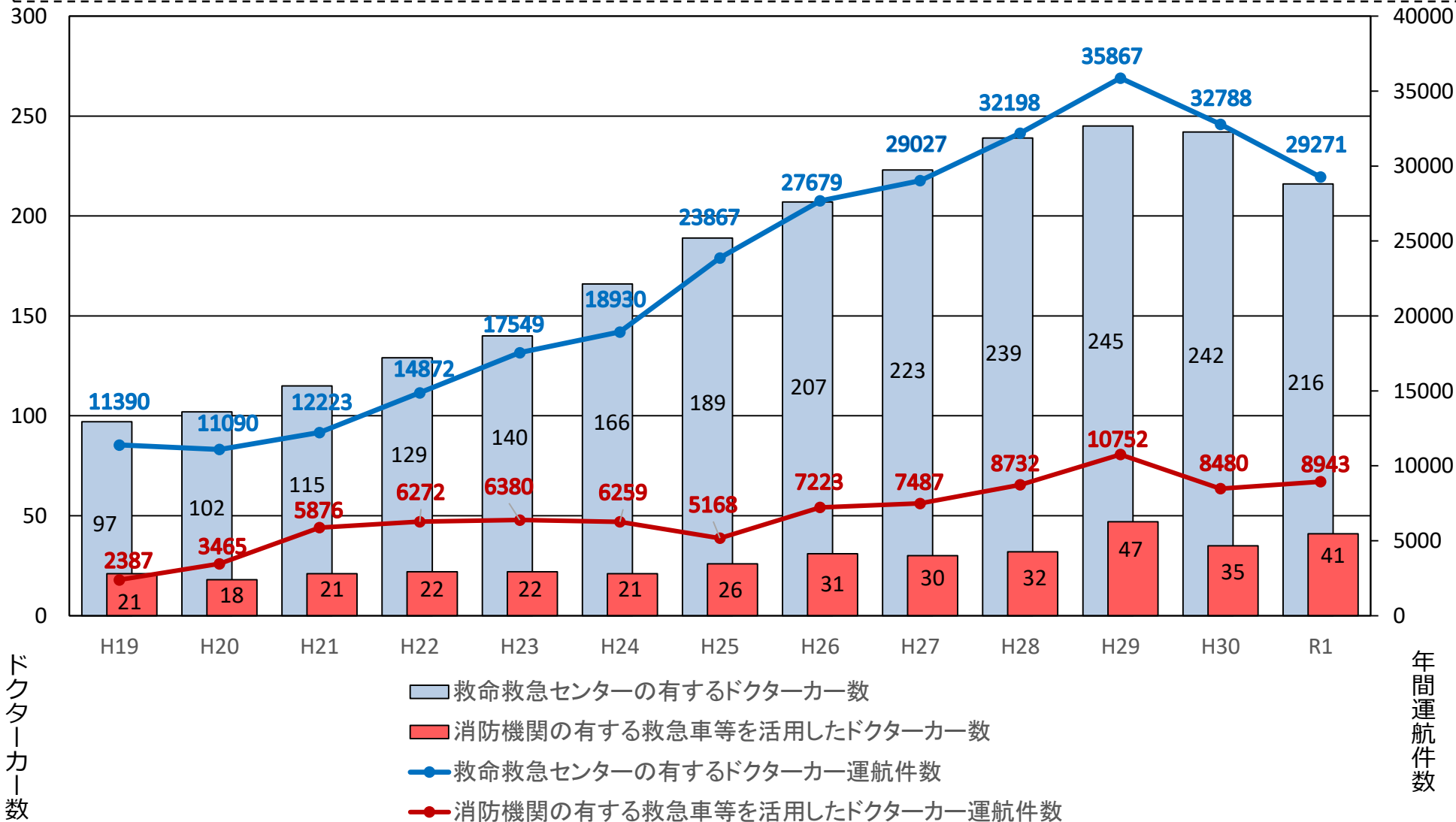
(※)「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より (平成28年度厚生労働科学研究:分担研究者 高山隼人ら)

○ 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。

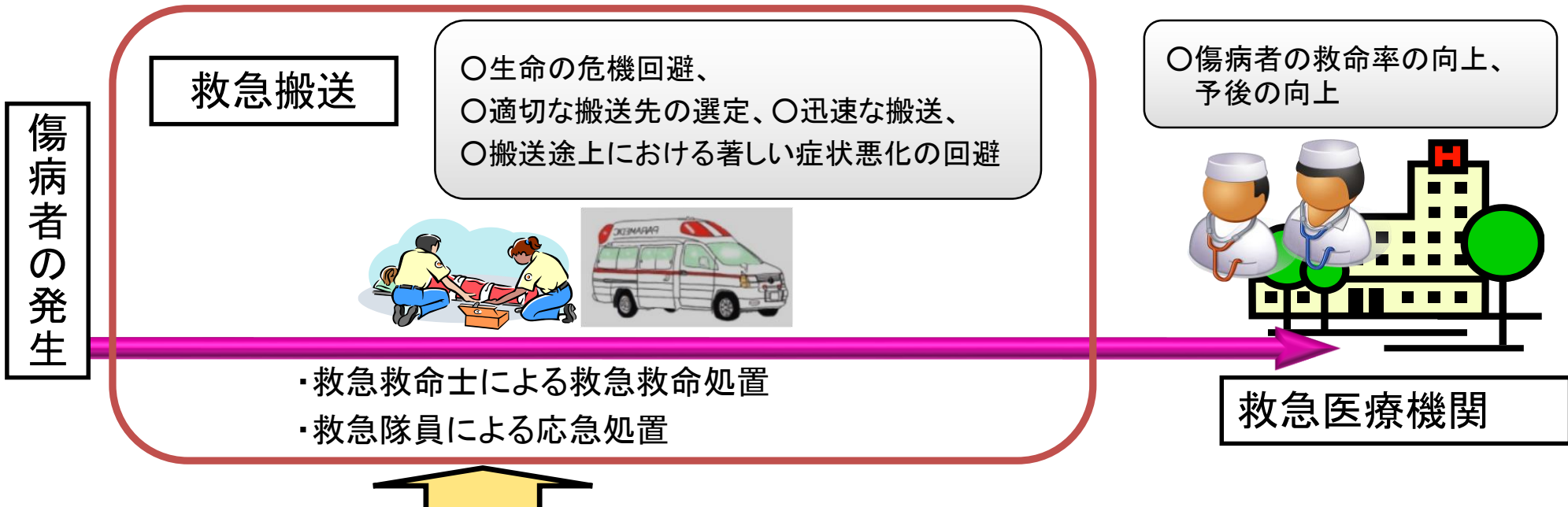


ドクターカー数

年間運航件数

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）



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

- 業務のプロトコールの作成
- 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>

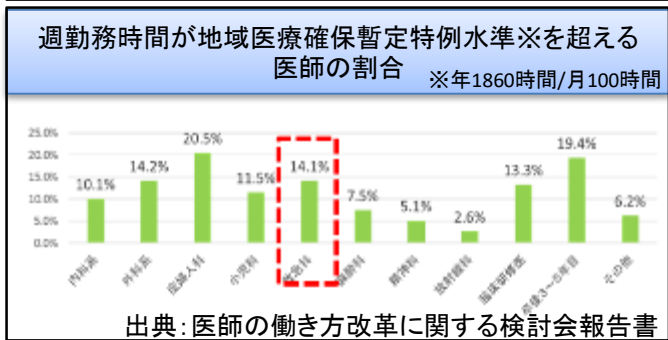
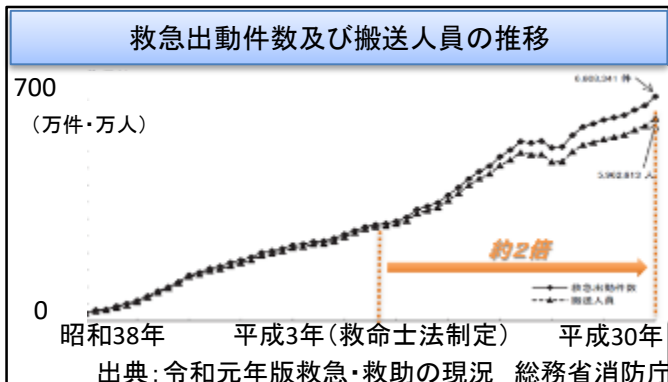
- 救急医療は、病院前における救急業務に始まり、「救急外来」注1)における救急診療を経て、入院病棟における入院診療へと続く。病院前は救急救命士注2)、医療機関に搬入後は医師、看護師等が主な業務を担っている。
- 搬送人員注3)の増加により、救急医療に携わる者にかかる負担は増加している。
- 長時間労働の実態にある医師の中でも、救急科の医師は、時間外労働が年1860時間/月100時間を超える医師の割合が14.1%である。
- 救急医療を担う医師から、他職種へのタスク・シフト/シェアを進める重要性は高い。
- 救急現場における医師の業務の移管先として、まずは行える業務の幅が広い看護師が挙げられるが、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、ACP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

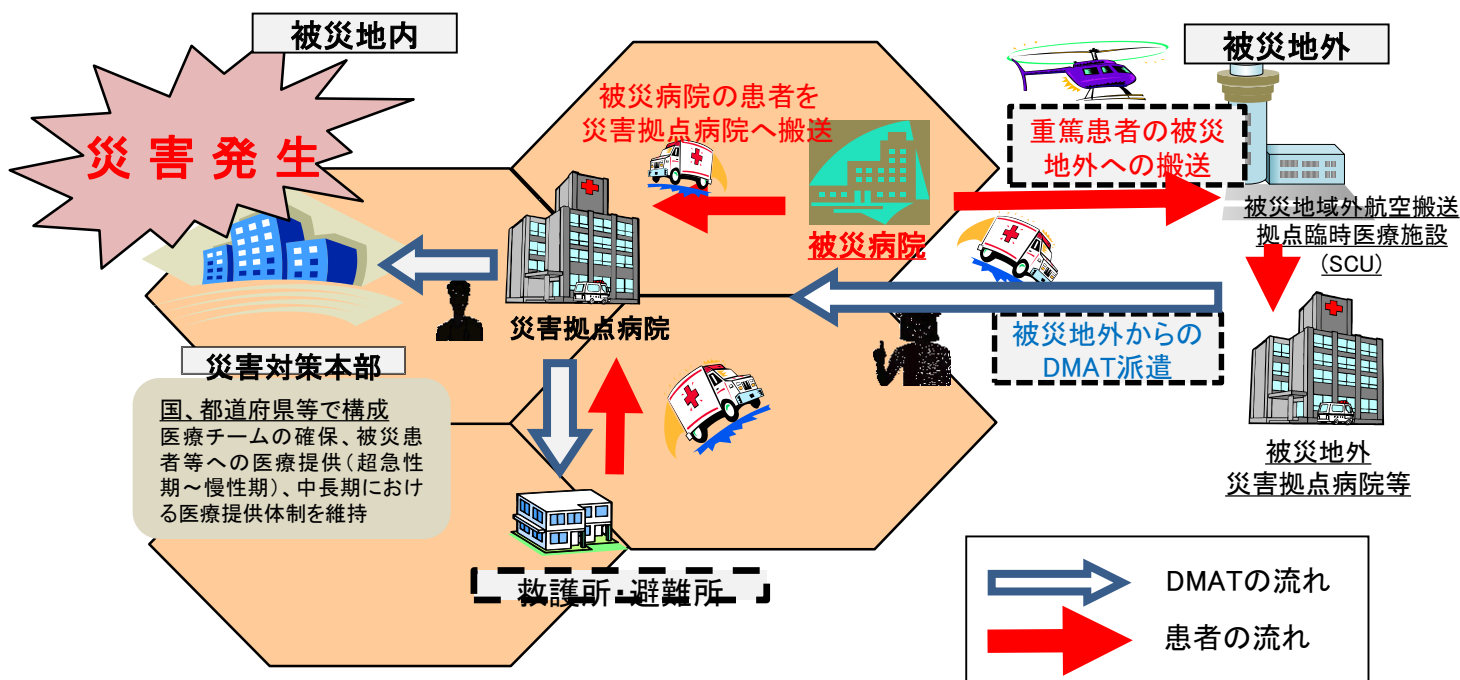
○ドクターヘリ・ドクターカー

- ・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

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DMAT養成隊員数

日本DMAT隊員養成研修受講者数（都道府県別）

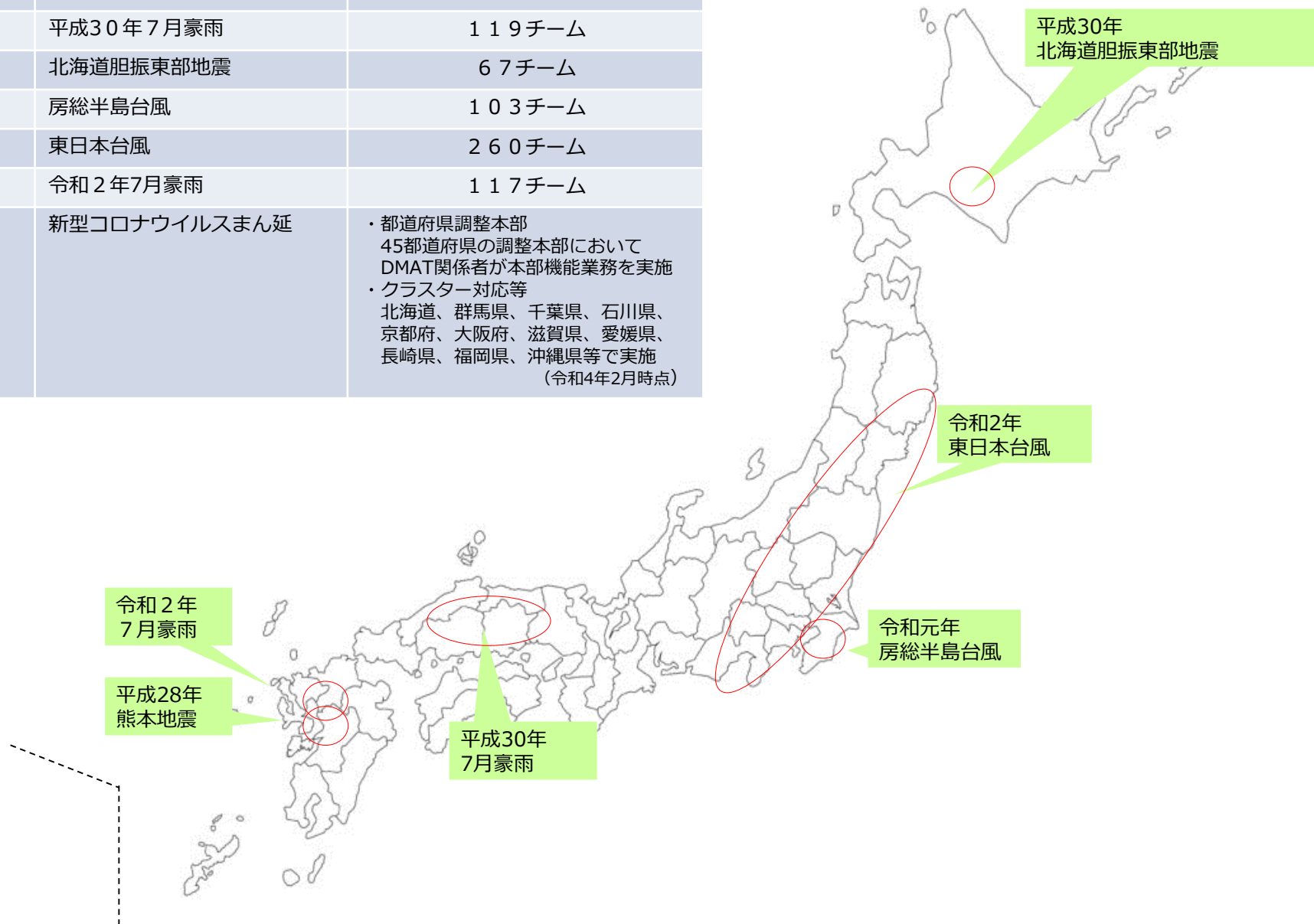
令和4年4月1日時点

都道府県	DMAT 指定医療 機関	チーム数	隊員数	DMAT隊員		
				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	DMAT 指定医療 機関	チーム数	隊員数	DMAT隊員		
				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

DMAT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	<ul style="list-style-type: none"> 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

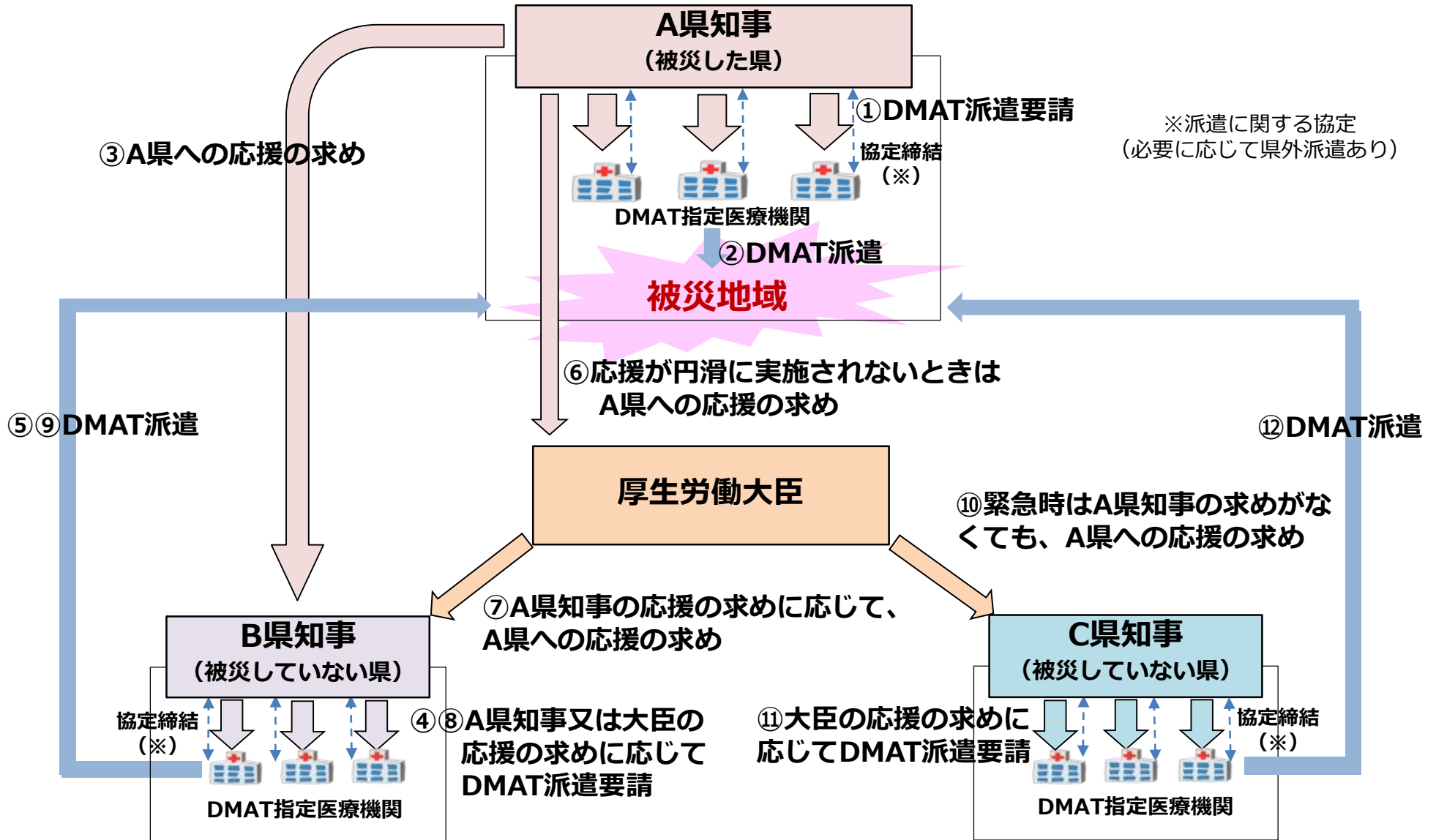
改正の経緯

- 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

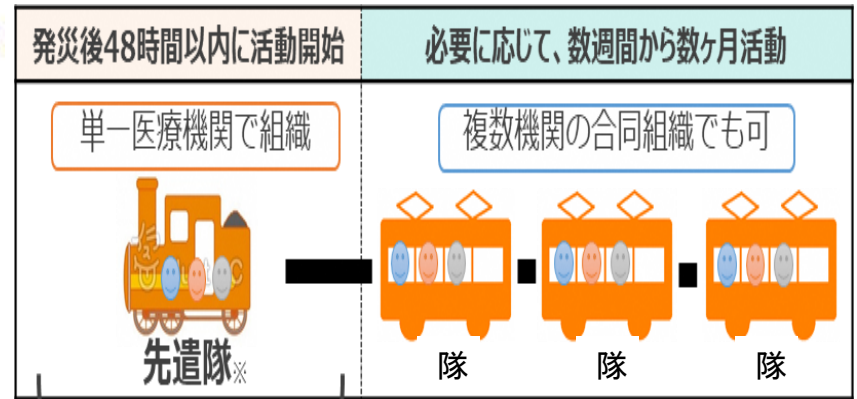
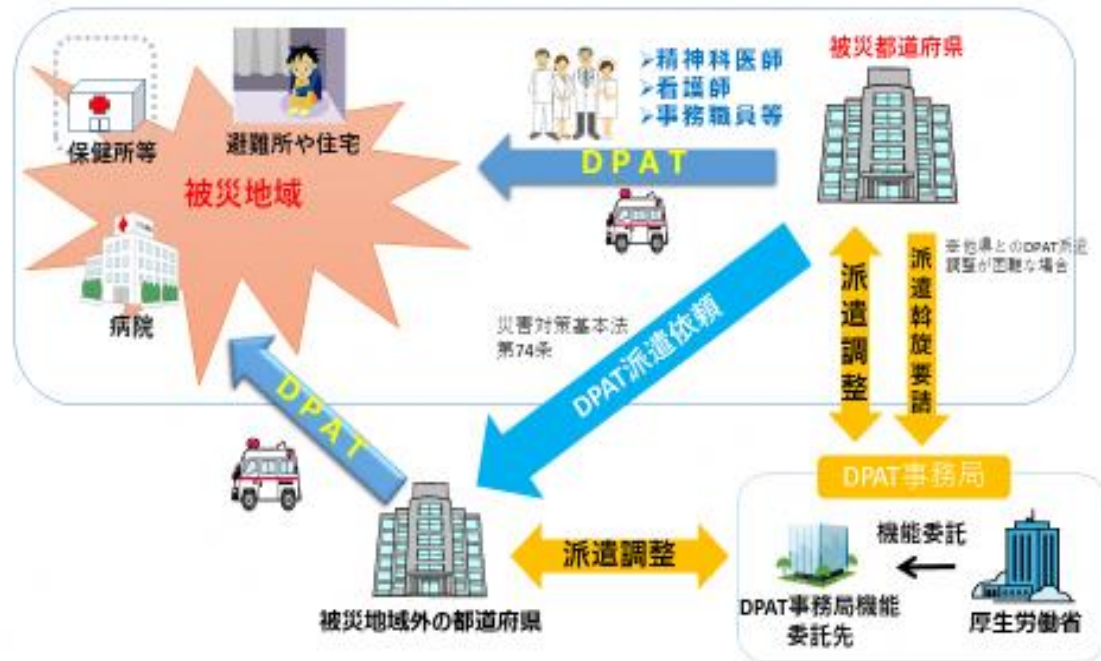
甲 沖縄県那覇市泉崎1丁目 2番2号
沖縄県知事 仲井眞 弘多

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



〈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

都道府県別のDPAT先遣隊養成隊員数

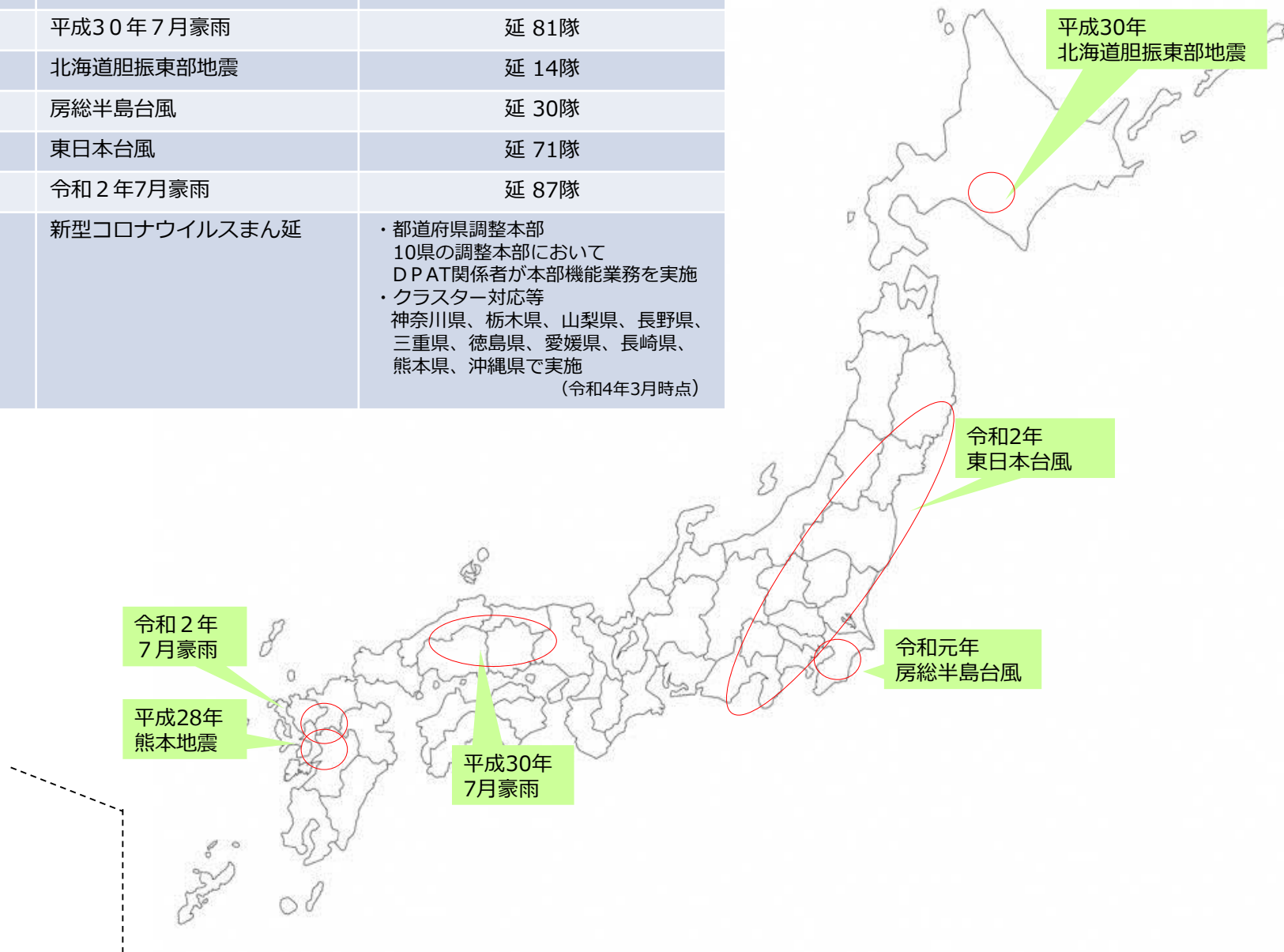
DPAT先遣隊員養成研修受講者数（都道府県別） 令和4年4月1日時点

都道府県名	DPAT先遣隊 指定機関	隊数	隊員数	研修受講者数		
				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	研修受講者数		
				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

DPAT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	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県調整本部 10県の調整本部において DPAT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。

DMAT等に関する最近の動き

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(JDADAT)、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

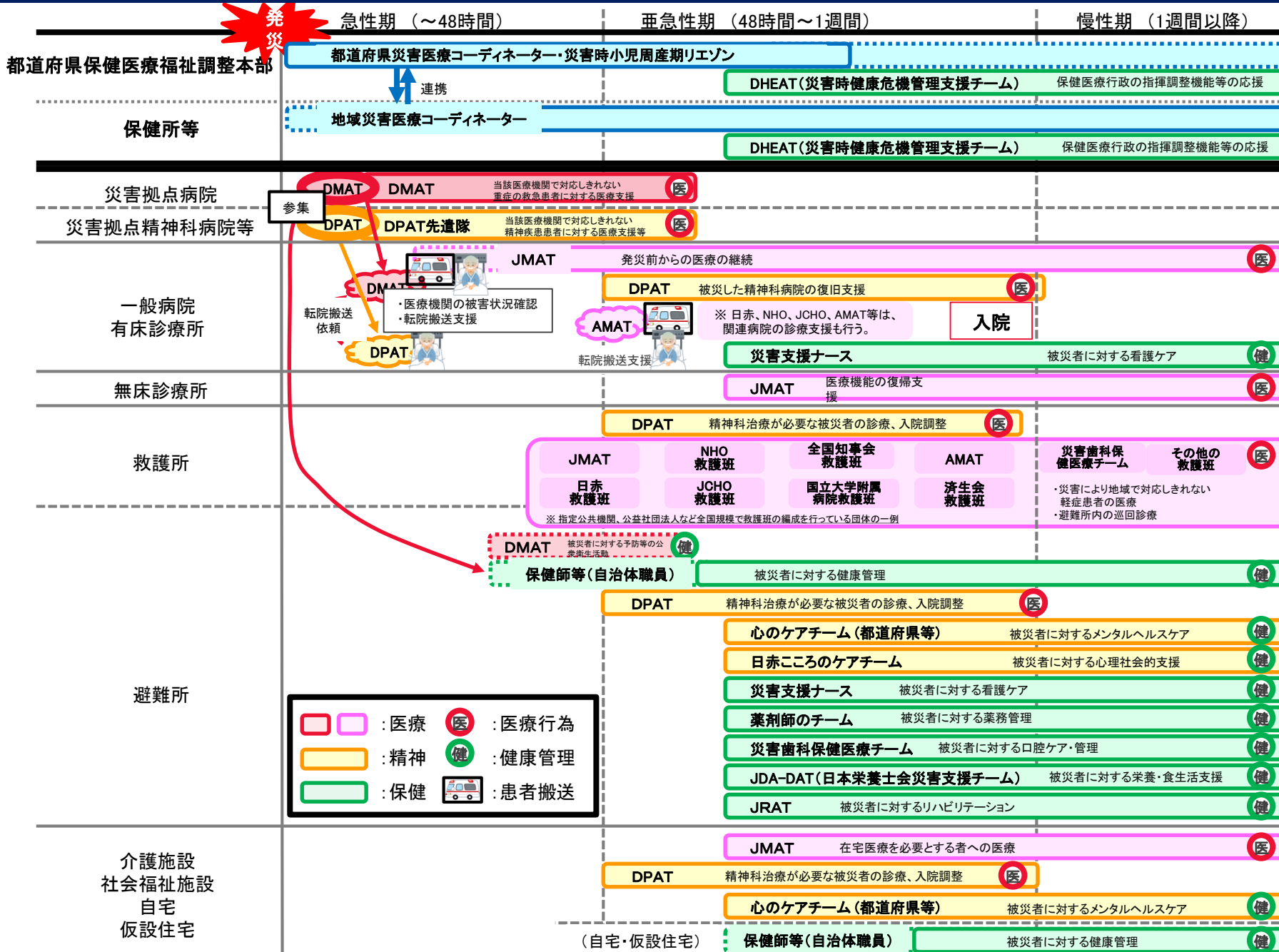
第1 災害医療の現状

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



 : 医療 医 : 医療行為
 : 精神 健 : 健康管理
 : 保健 : 患者搬送

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。
- 熊本地震発生時においては、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。

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帯型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。

平成29年改正

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）



災害時を想定した「多様な水源の活用」の一環 ⇒ 2元給水化
自社の水確保だけでなく、水供給による地域貢献も可能に

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

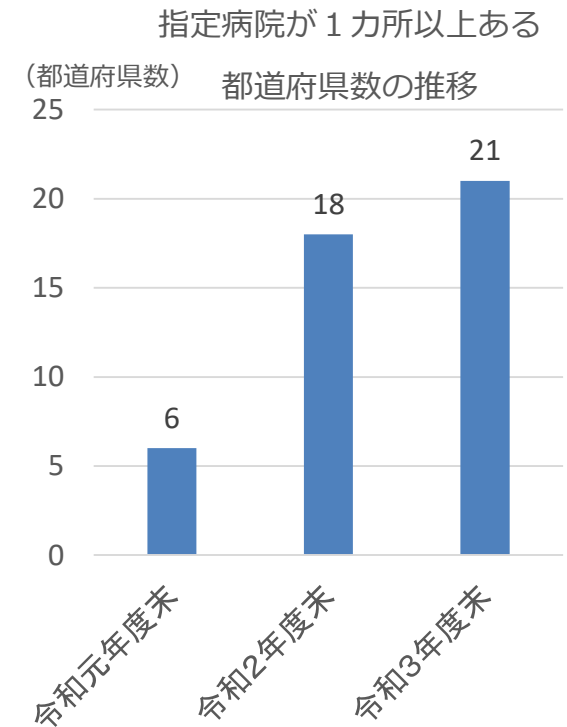
訓練用資機材

- 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)

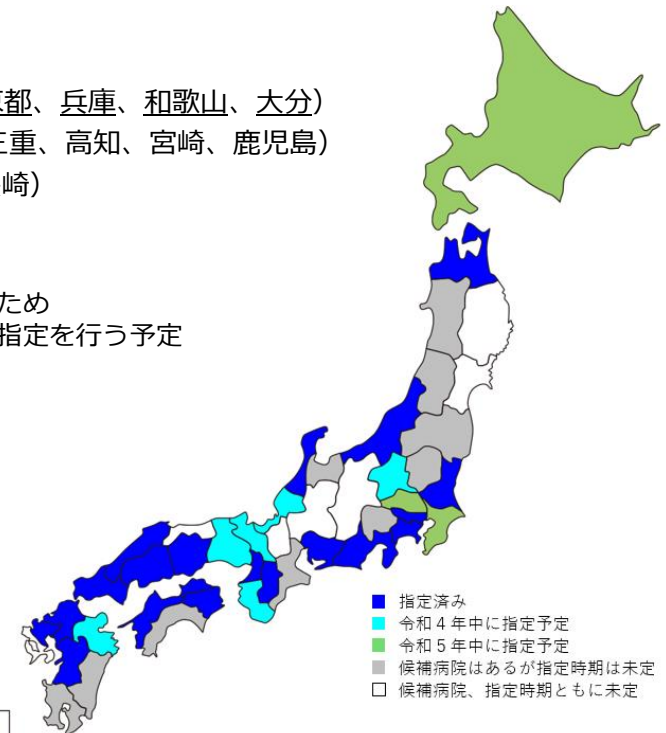
アンケートより

(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け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留槽を整備し、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)

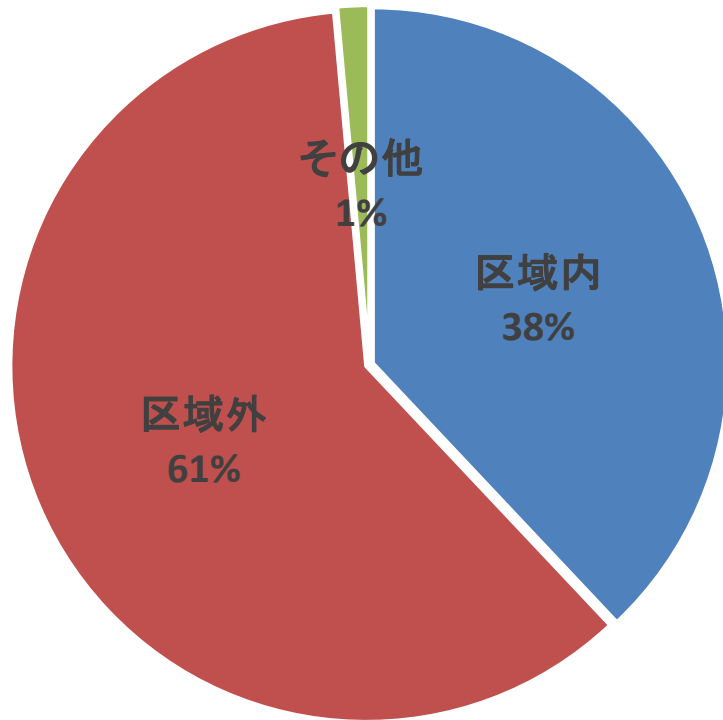


災害拠点病院における浸水対策

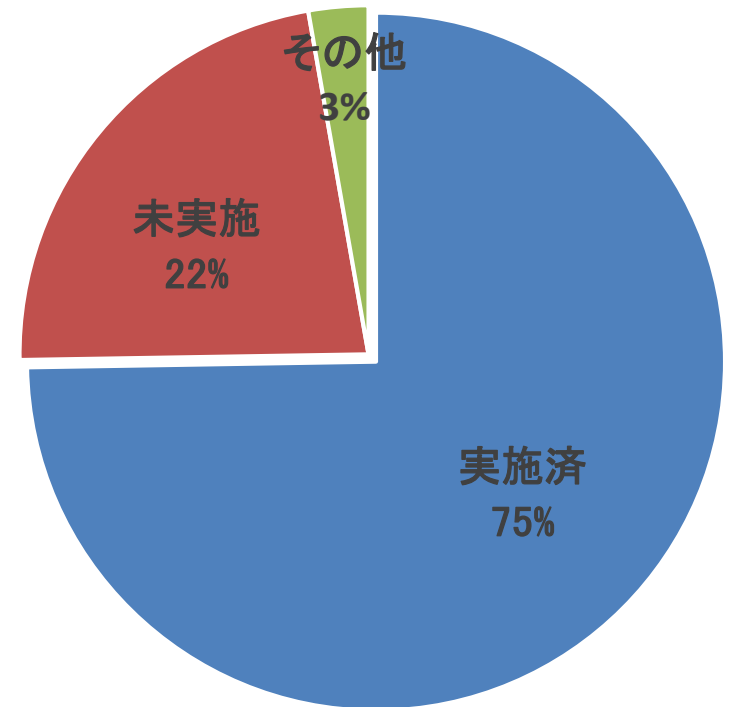
- 災害拠点病院761ヶ所のうち、洪水浸水想定区域に所在する病院は289ヶ所（38%）あり、そのうち何らかの浸水対策※が実施されている病院は216ヶ所（75%）であった。（令和3年時点）

※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】

【主な内容】※新規事項を記載

(へき地保健医療計画)

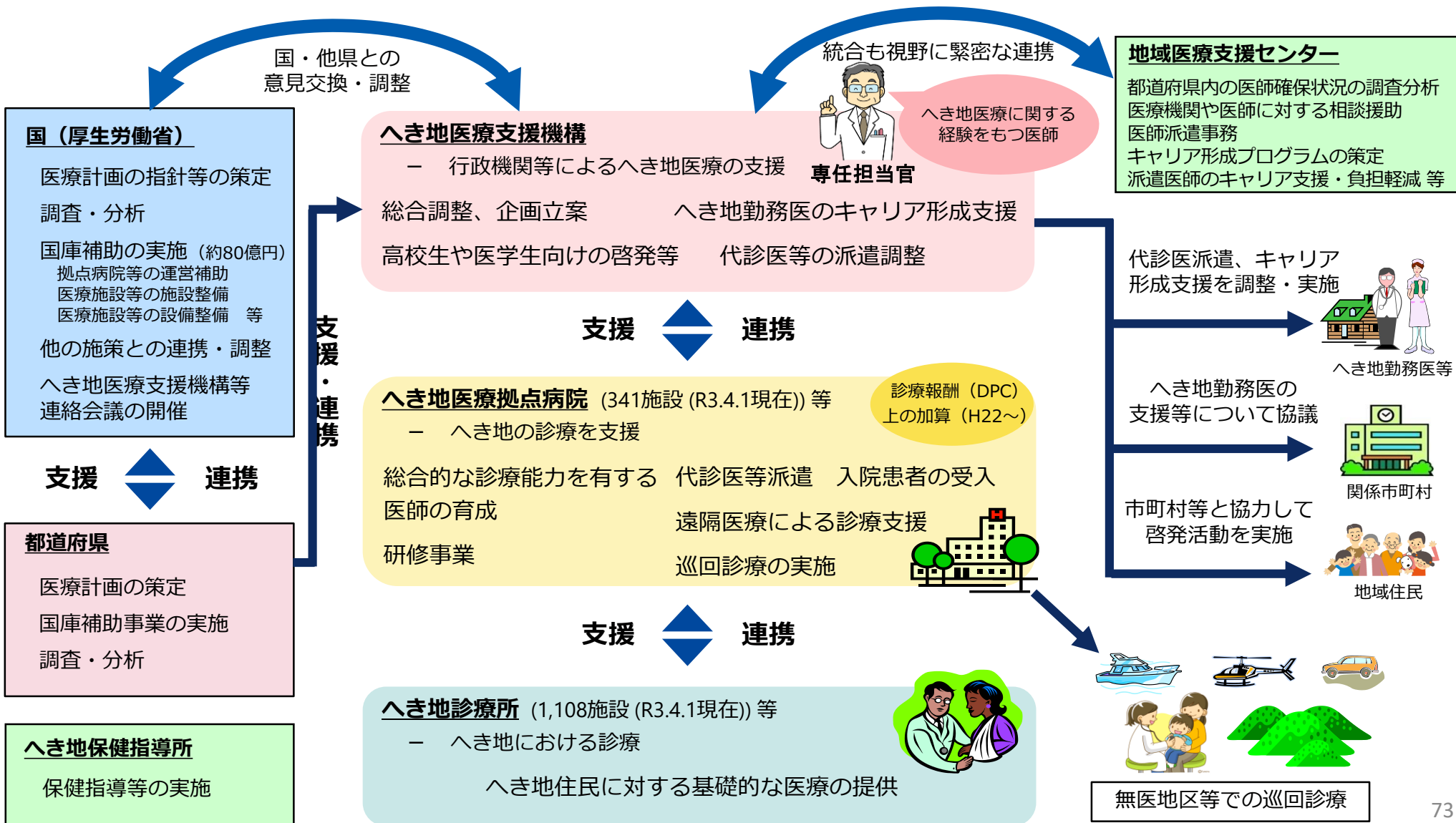
- ・ 第1次計画 (昭和31年度～昭和37年度) へき地診療所の整備
 - ・ 第2次計画 (昭和38年度～昭和42年度) 患者輸送車、巡回診療車等の整備
 - ・ 第3次計画 (昭和43年度～昭和49年度) へき地担当病院医師派遣事業 (S60年度終了)、へき地勤務医師等確保修学資金 (H2年度終了)
 - ・ 第4次計画 (昭和50年度～昭和54年度) へき地保健指導所の整備・運営、へき地中核病院 (H15～へき地医療拠点病院) の整備・運営
 - ・ 第5次計画 (昭和55年度～昭和60年度) 医療情報システムの導入 (へき地診療所診療支援システム)
 - ・ 第6次計画 (昭和61年度～平成2年度) 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)
 - ・ 第7次計画 (平成3年度～平成7年度) 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
 - ・ 第8次計画 (平成8年度～平成12年度) 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)
 - ・ 第9次計画 (平成13年度～平成17年度) 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)
 - ・ 第10次計画 (平成18年度～平成22年度) 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
 - ・ 第11次計画 (平成23年度～平成29年度) 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
- ※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) 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、イ又はカ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：全国の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

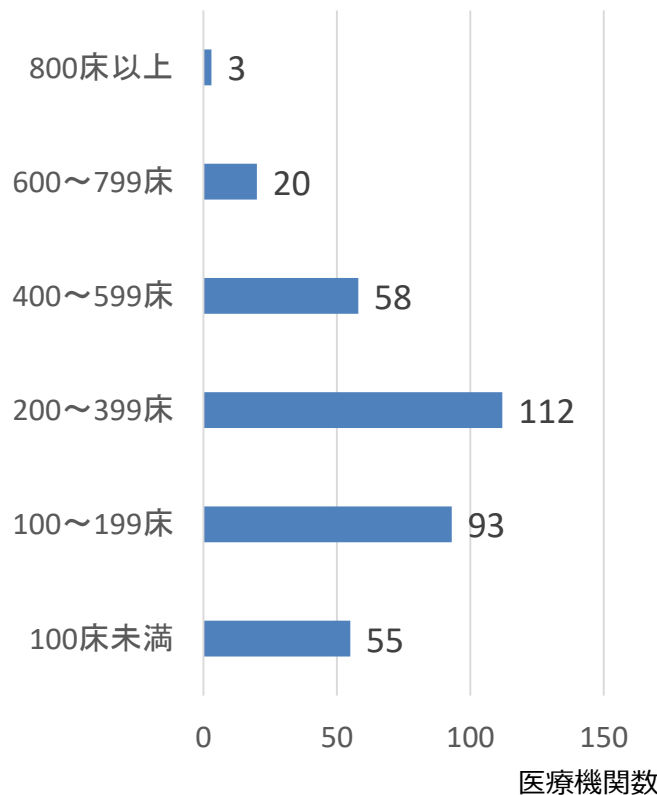
へき地診療所：医療従事者数、巡回診療・往診等の実績、ICTの活用事例 等

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

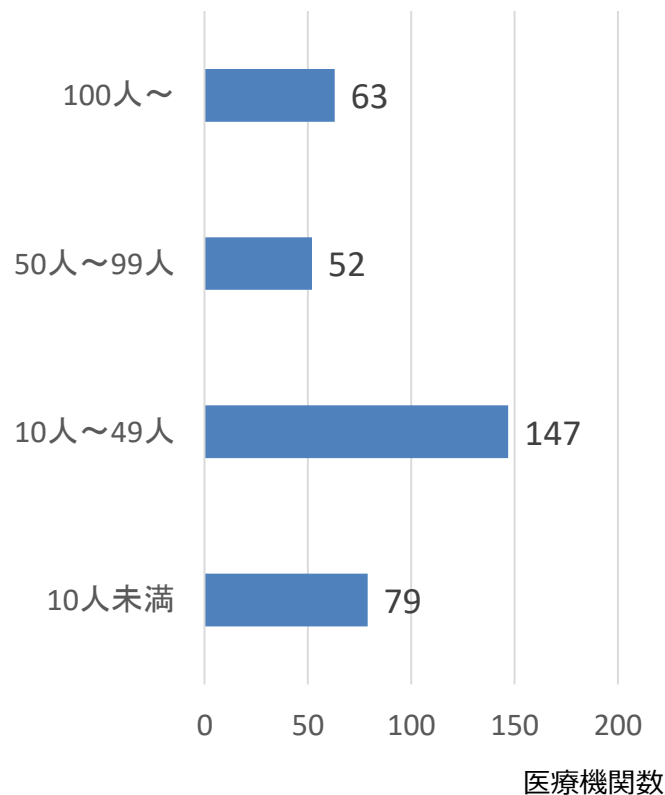
へき地医療拠点病院の許可病床数別・常勤医師数別・開設者別

- 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。

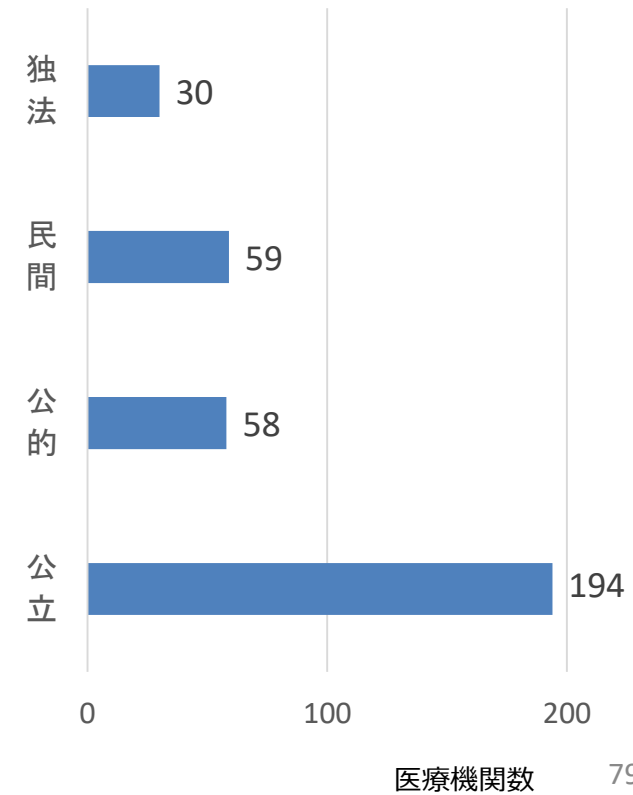
許可病床数別



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			

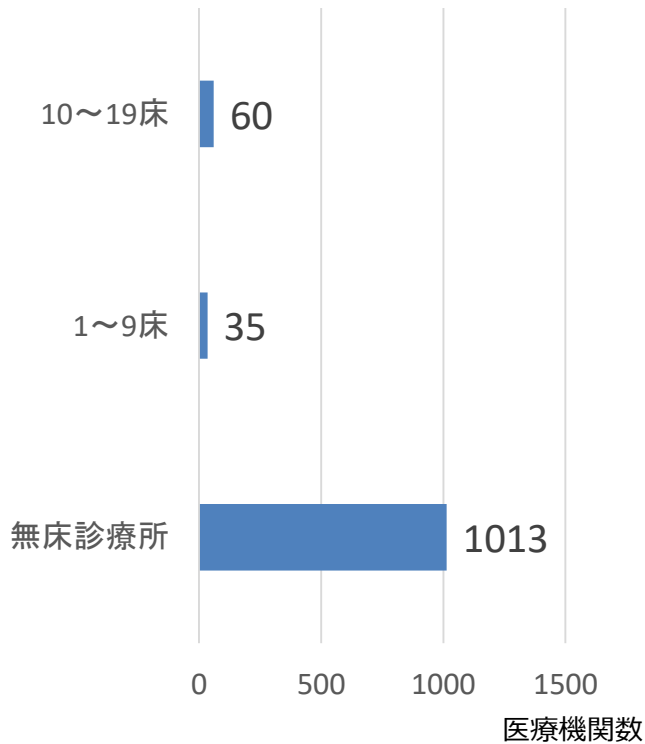
※1 令和3年度現況調査によるへき地医療拠点病院の数から、令和3年4月1日に指定されたへき地医療拠点病院を除いた数。

※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。

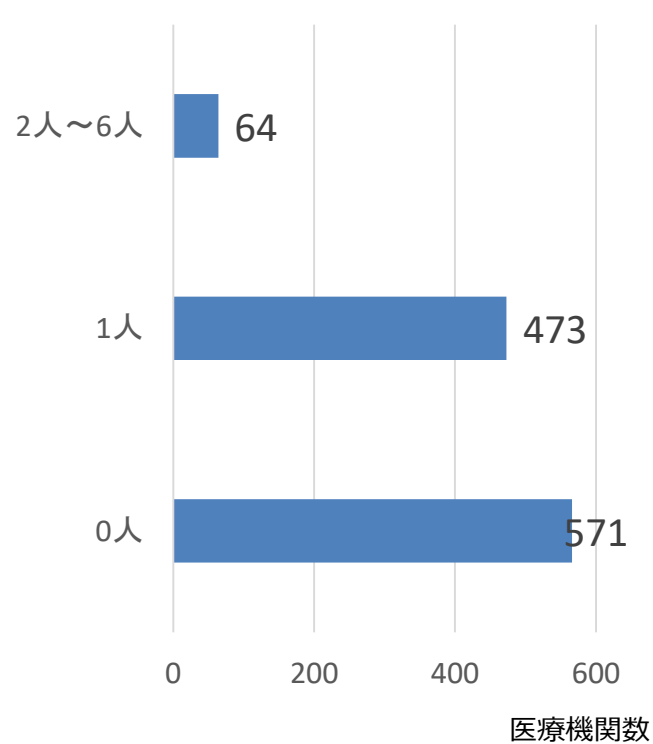
へき地診療所の許可病床数別・常勤医師数別・開設者別

- へき地診療所は、無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下、巡回診療や、へき地診療所等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、1,108医療機関がへき地診療所に指定。
- 90%以上が無床診療所であり、公立公的医療機関である。

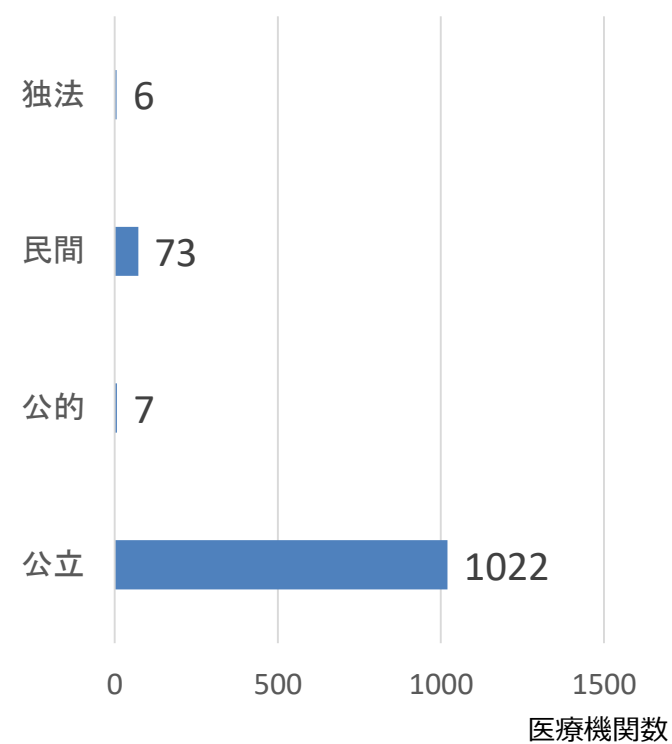
許可病床数別



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も、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

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

※ 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

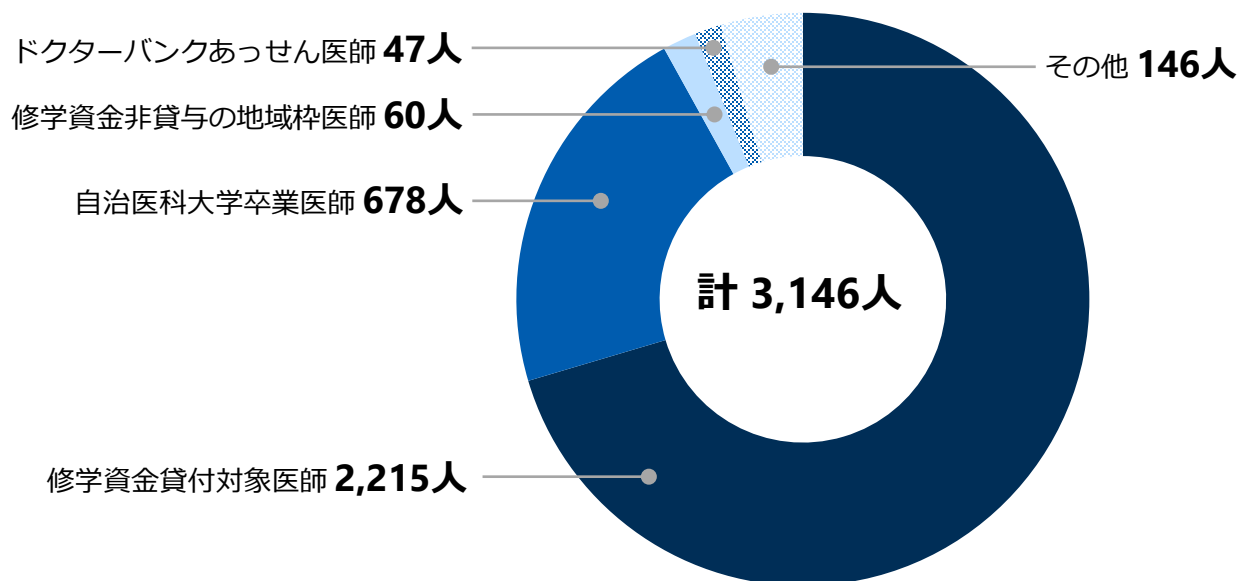
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	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

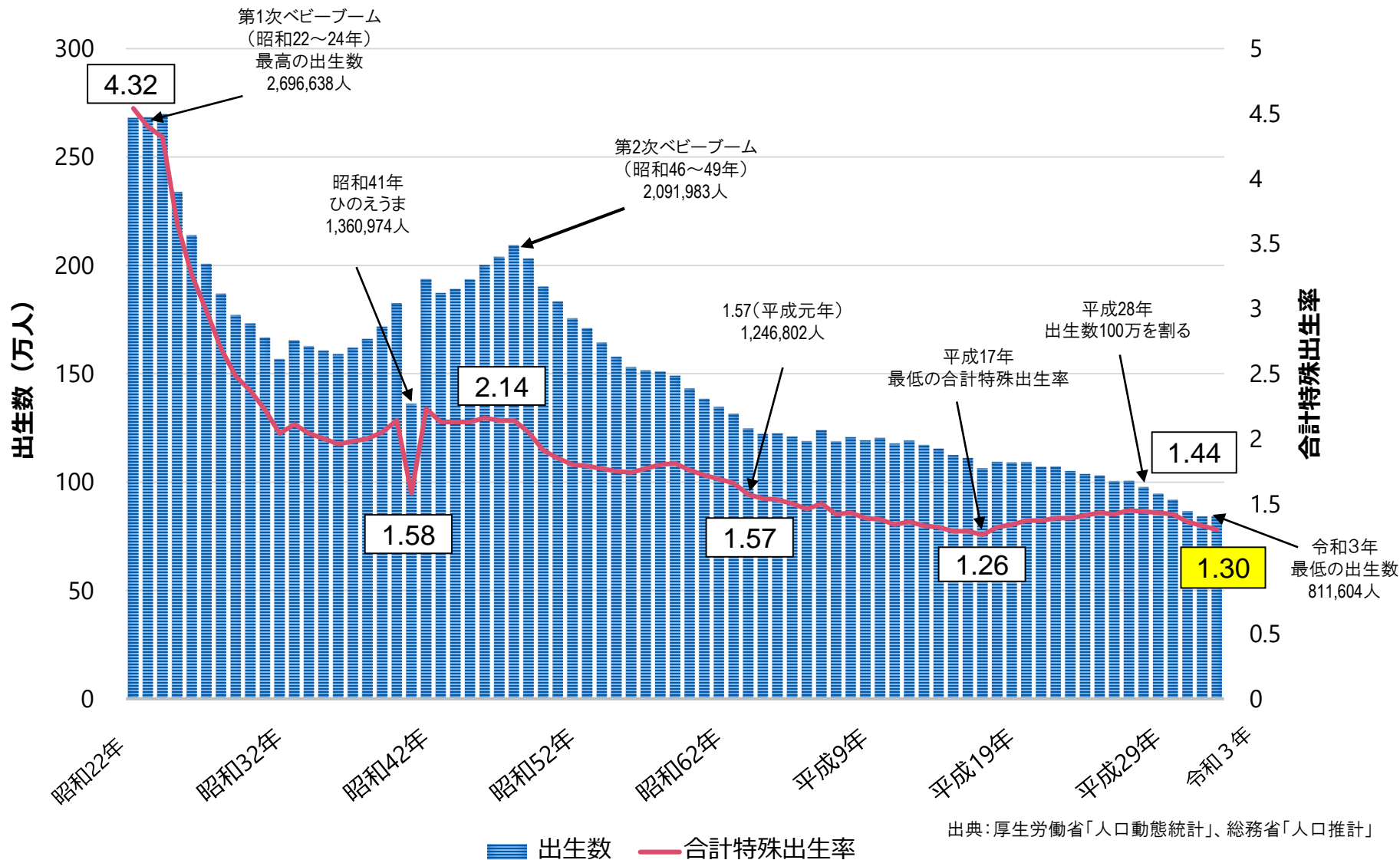
- ・ 遠隔医療（オンライン診療を含む）を活用したへき地医療の体制
⇒へき地の特異性を踏まえた、方式（D to P, D to P with N 等）や長短所の分析
- ・ へき地医療従事者の研修や医学教育、保健指導、感染症対策での活用の実態把握

等

5. 周産期医療

少子化の進行と人口減少社会の到来

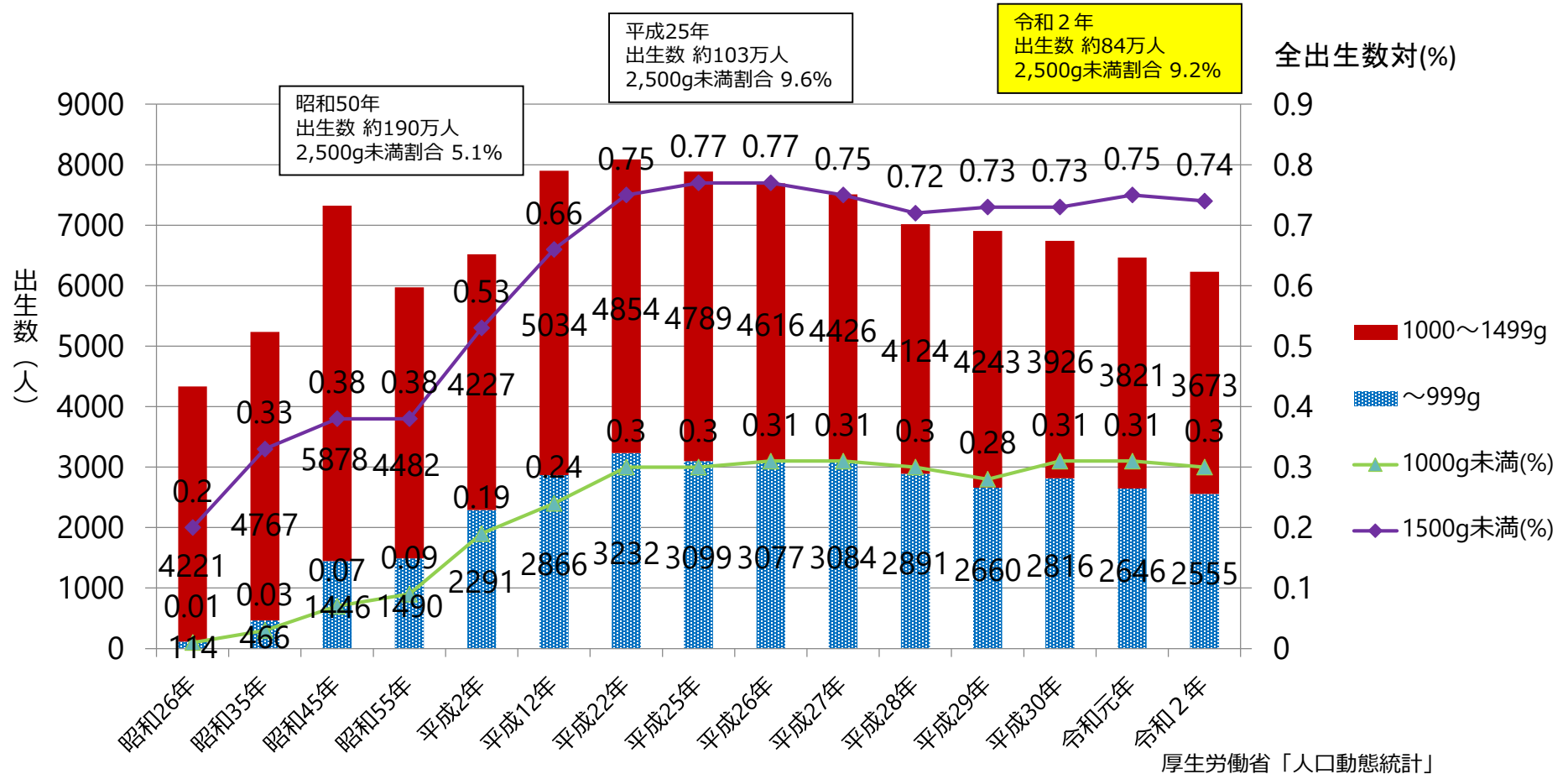
- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



出典: 厚生労働省「人口動態統計」、総務省「人口推計」

出生時体重別出生数及び出生割合の推移

- 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。



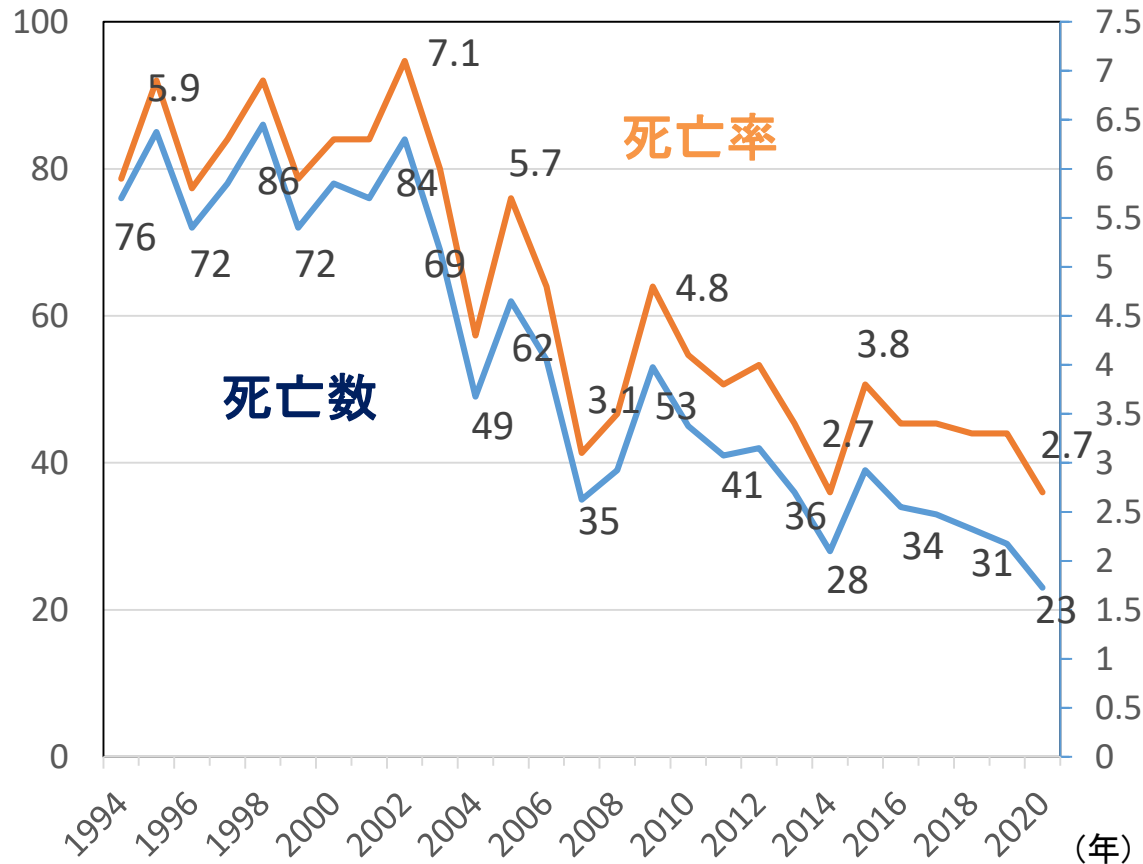
厚生労働省「人口動態統計」

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。

年間妊産婦死亡数（人）

妊産婦死亡率（出産10万対）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

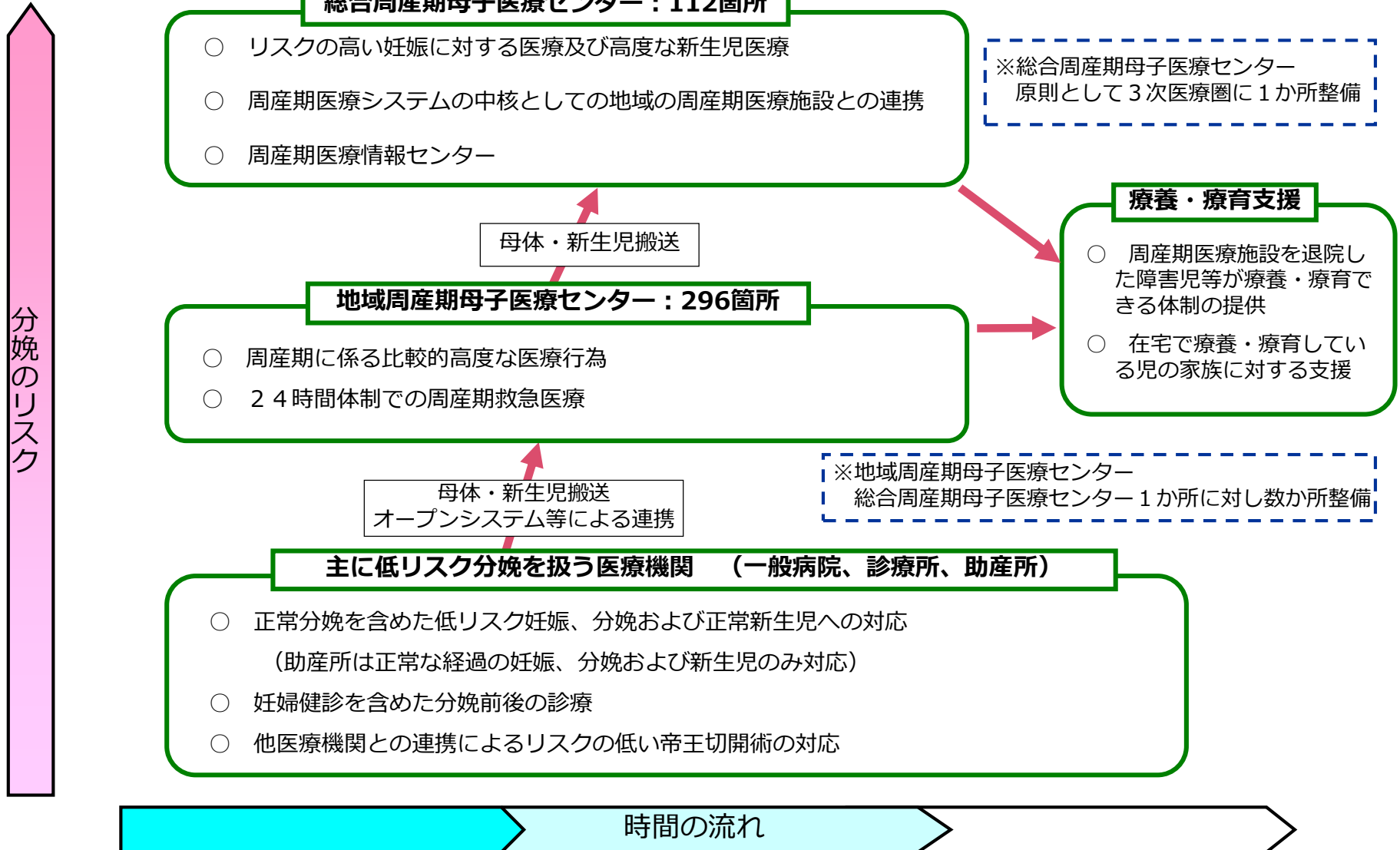
	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*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/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」

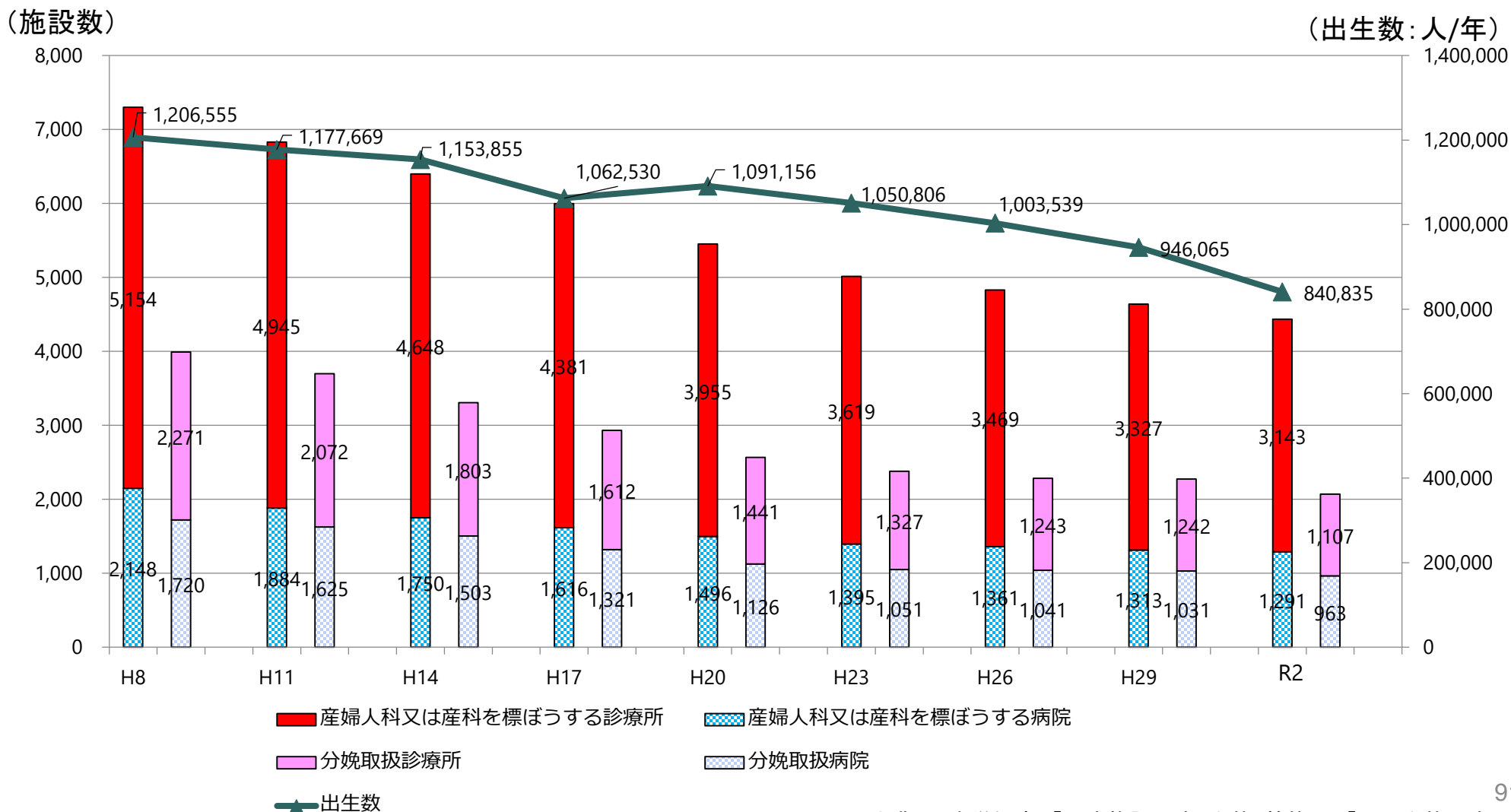
周産期医療体制

- 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

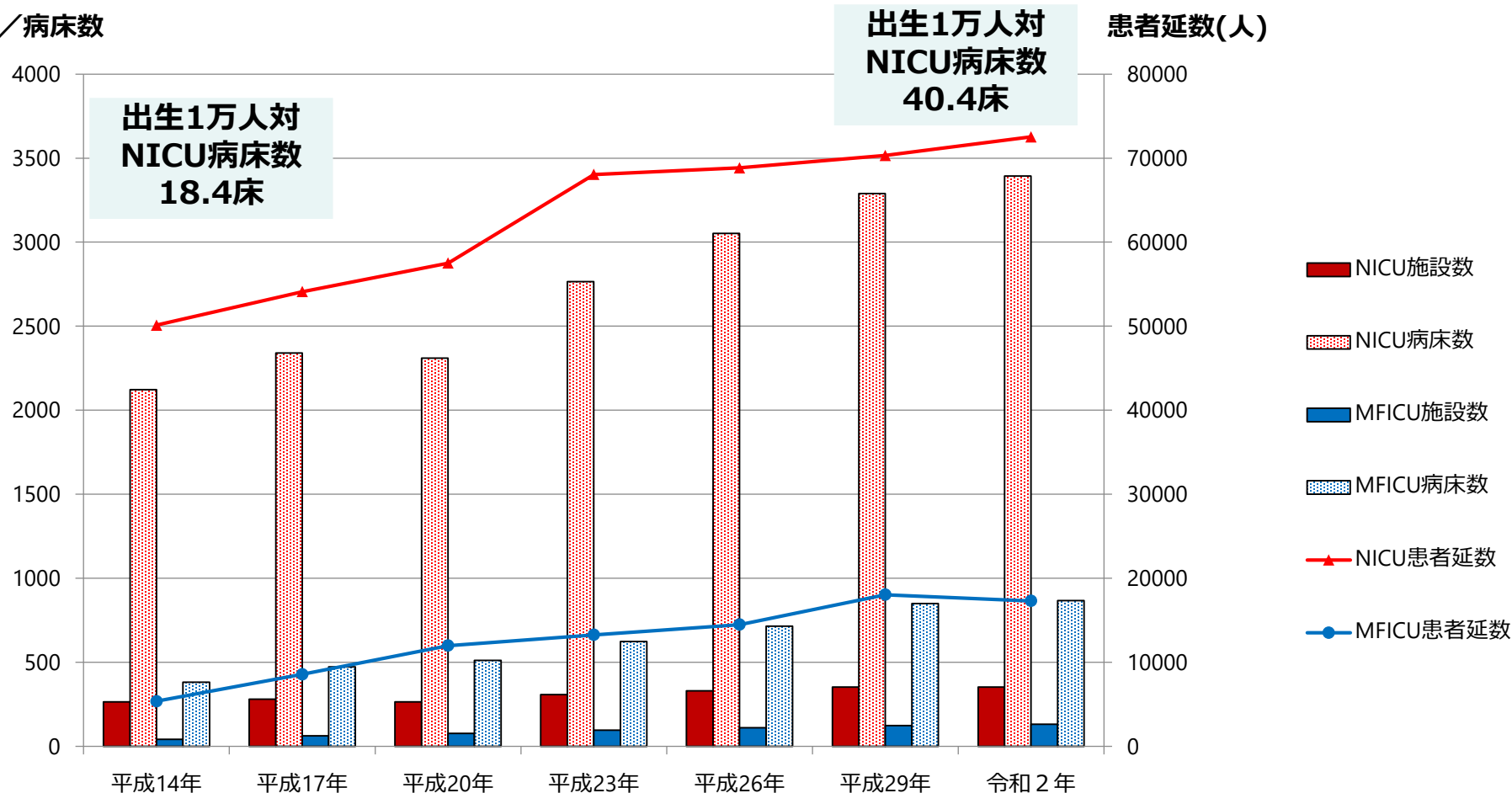
- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



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患者延数は近年も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。

施設数／病床数

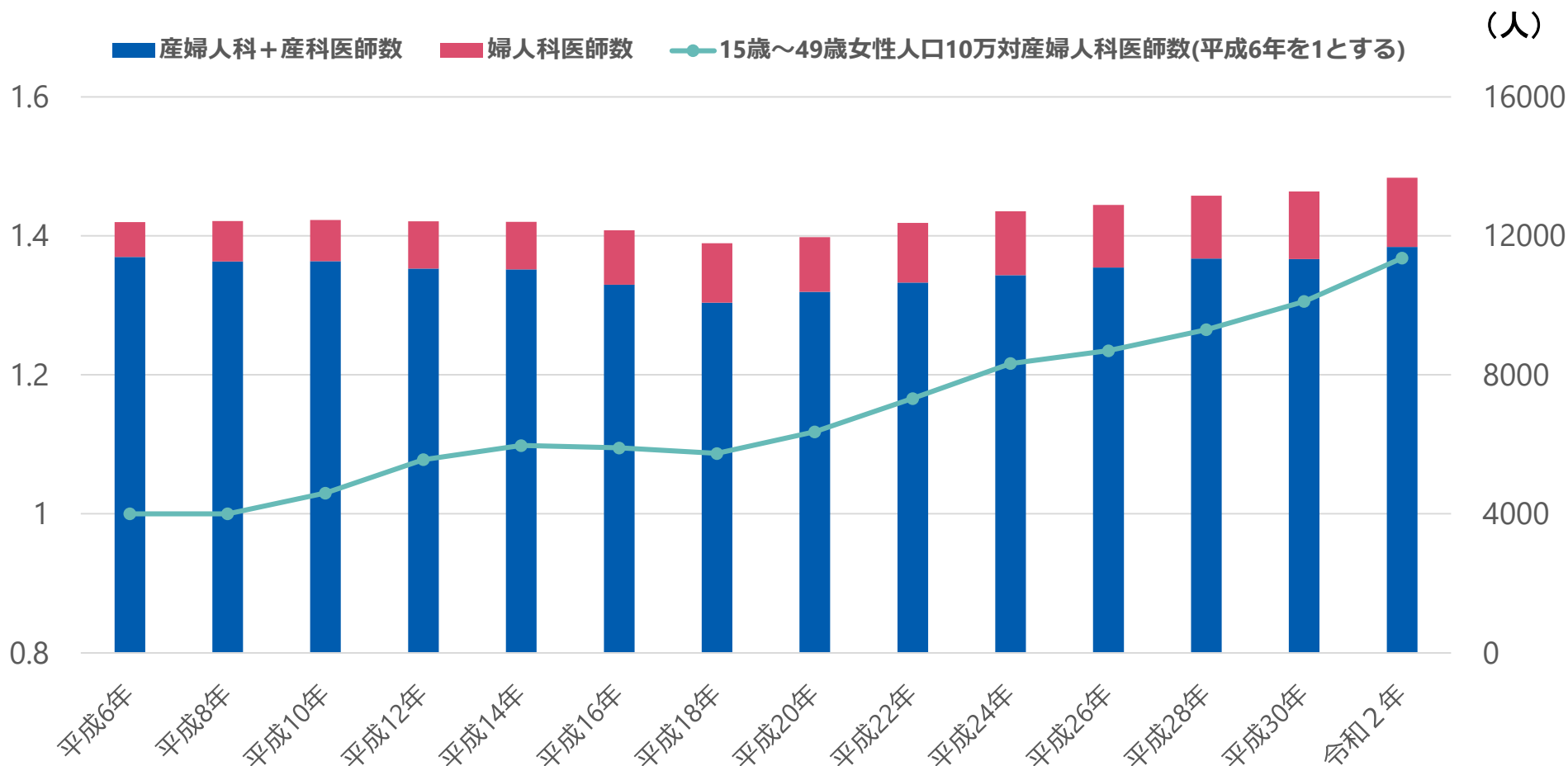


出典：厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査」

※ 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

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

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】

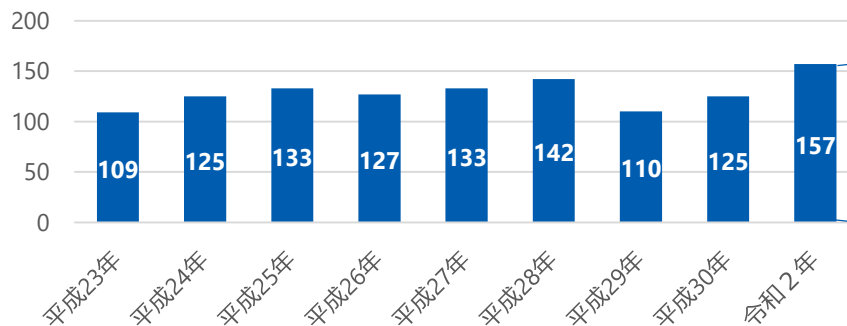
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

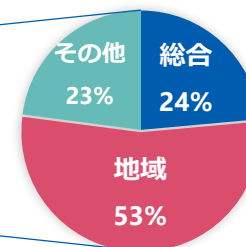
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(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



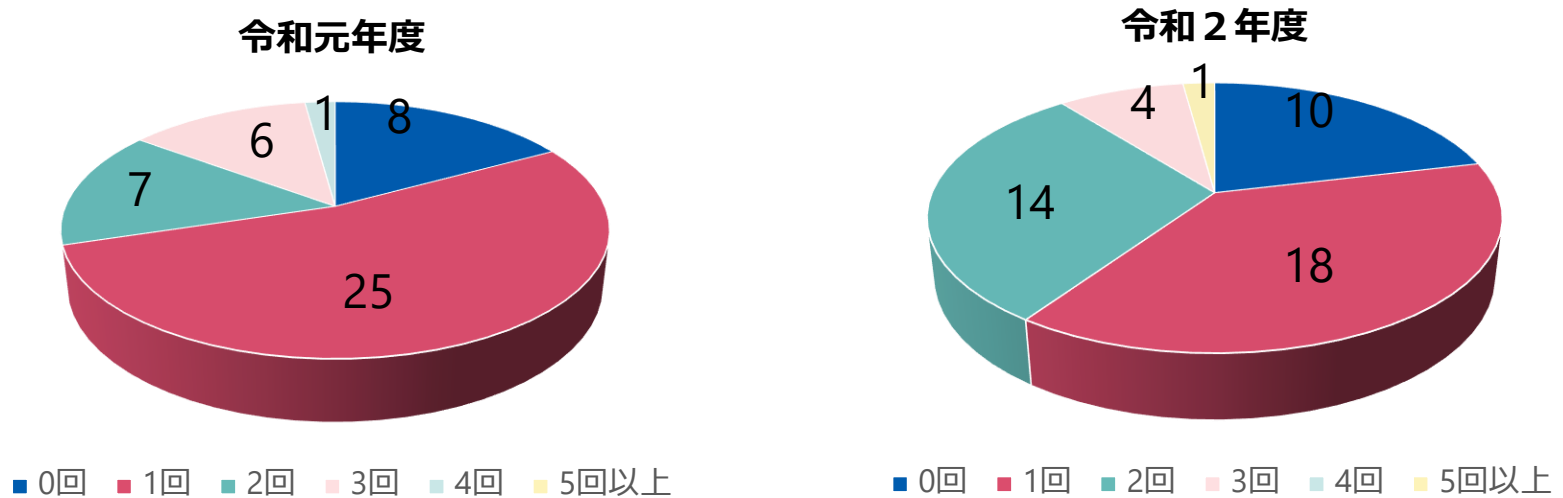
施設の内訳



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

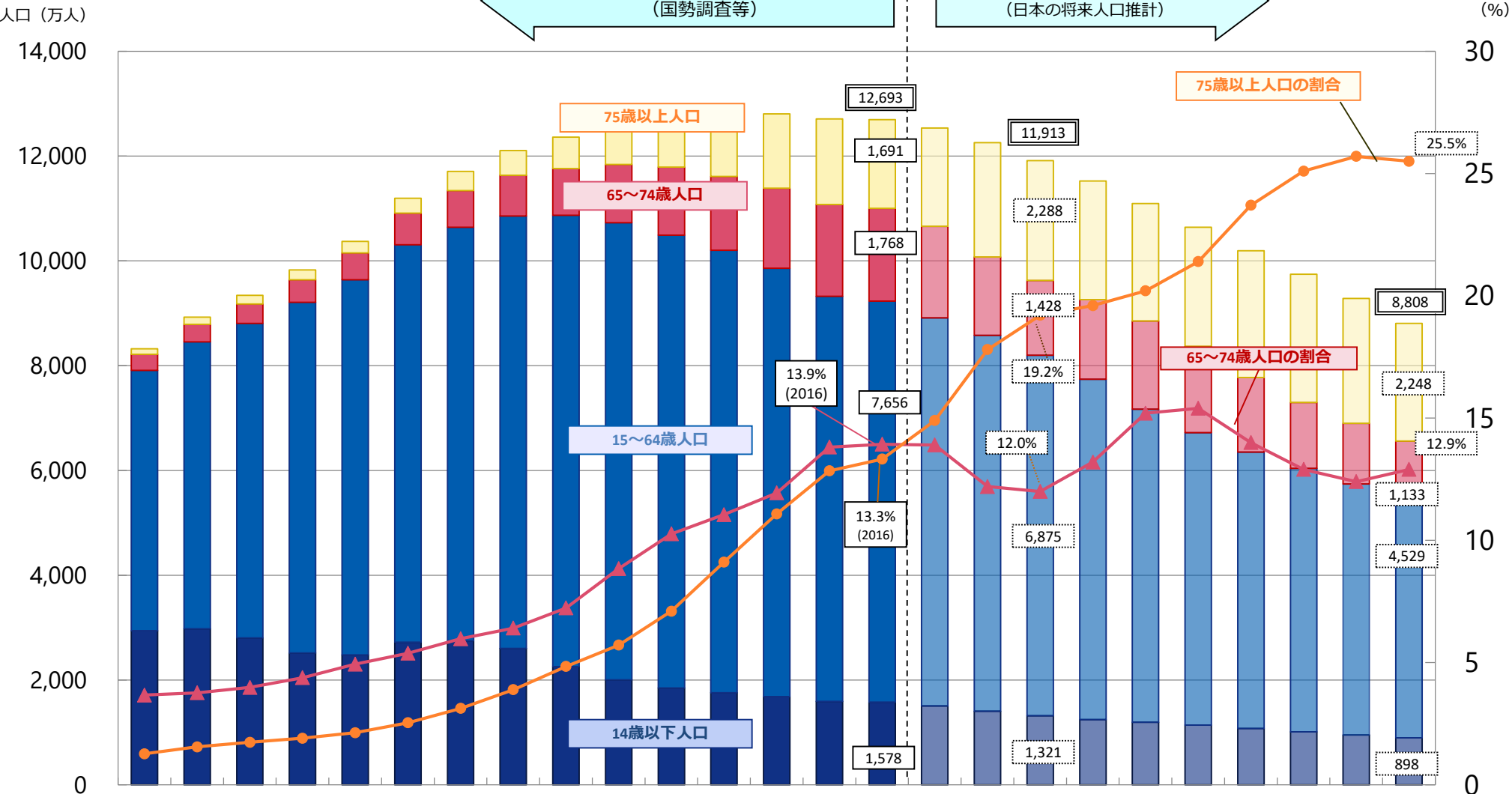
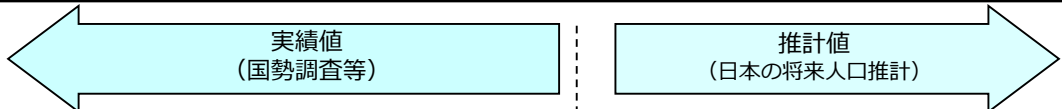
○医療的ケア児への支援

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。

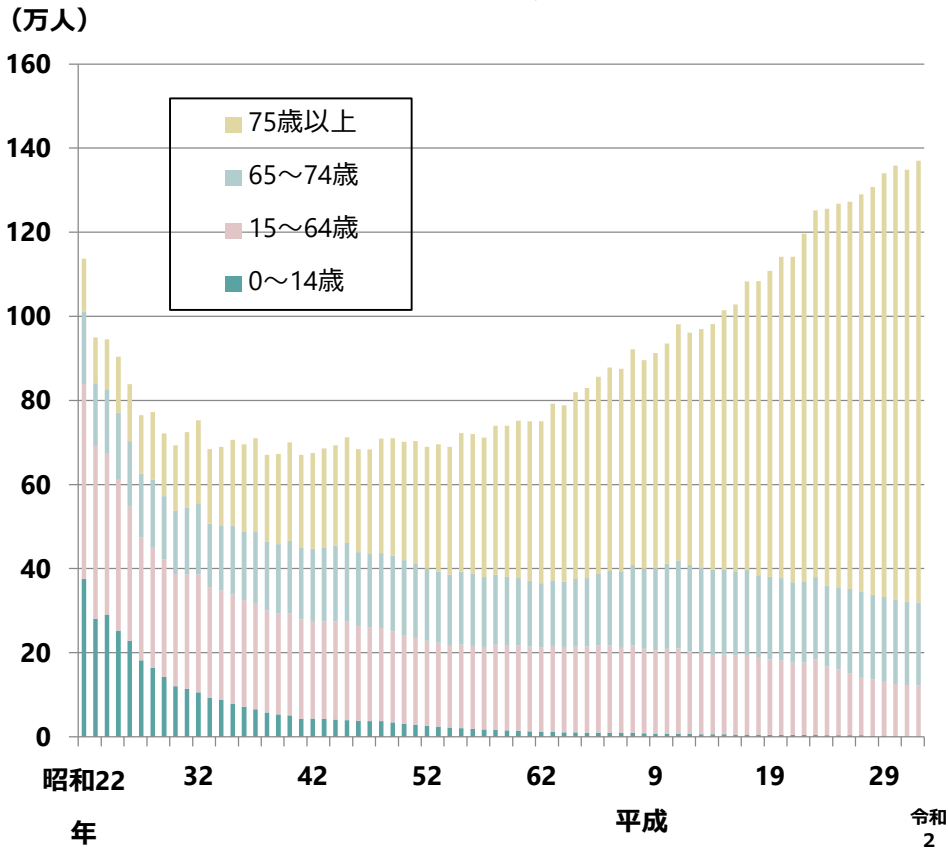


資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

小児・乳児・新生児の死亡者数の状況

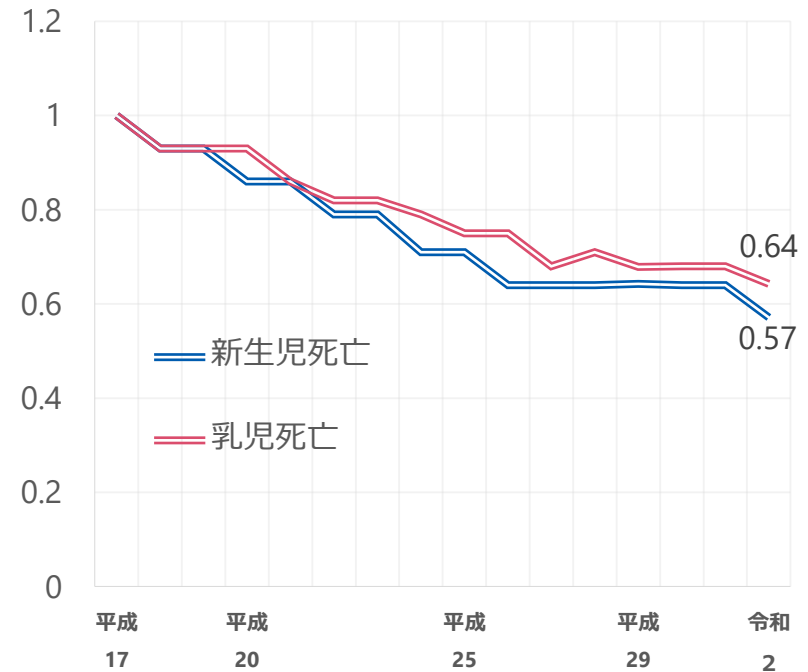
- 小児の死亡者数は減少している。（図1）
- 特に、新生児（生後4週未満）、乳児（生後1年未満）の死亡率が減少している。（図2）

（図1）年齢階級別死亡者数の推移



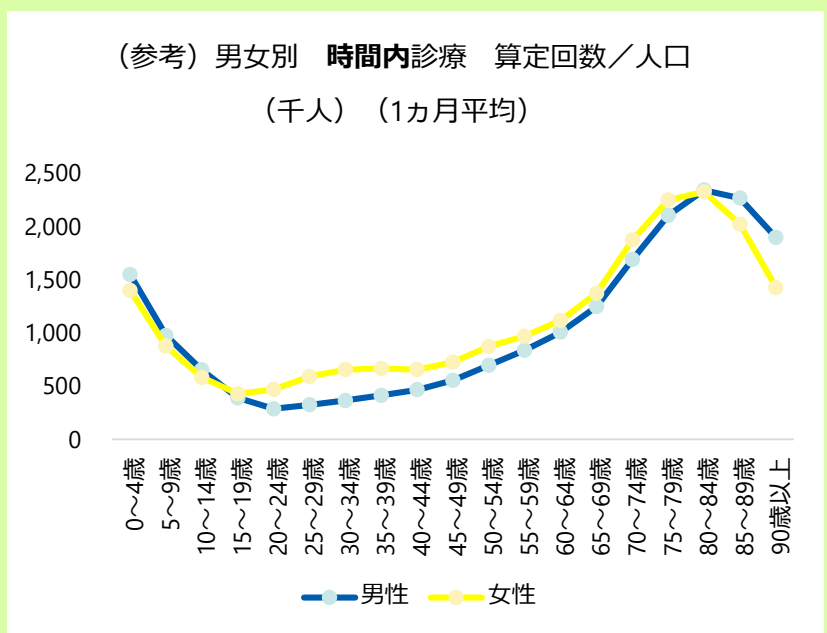
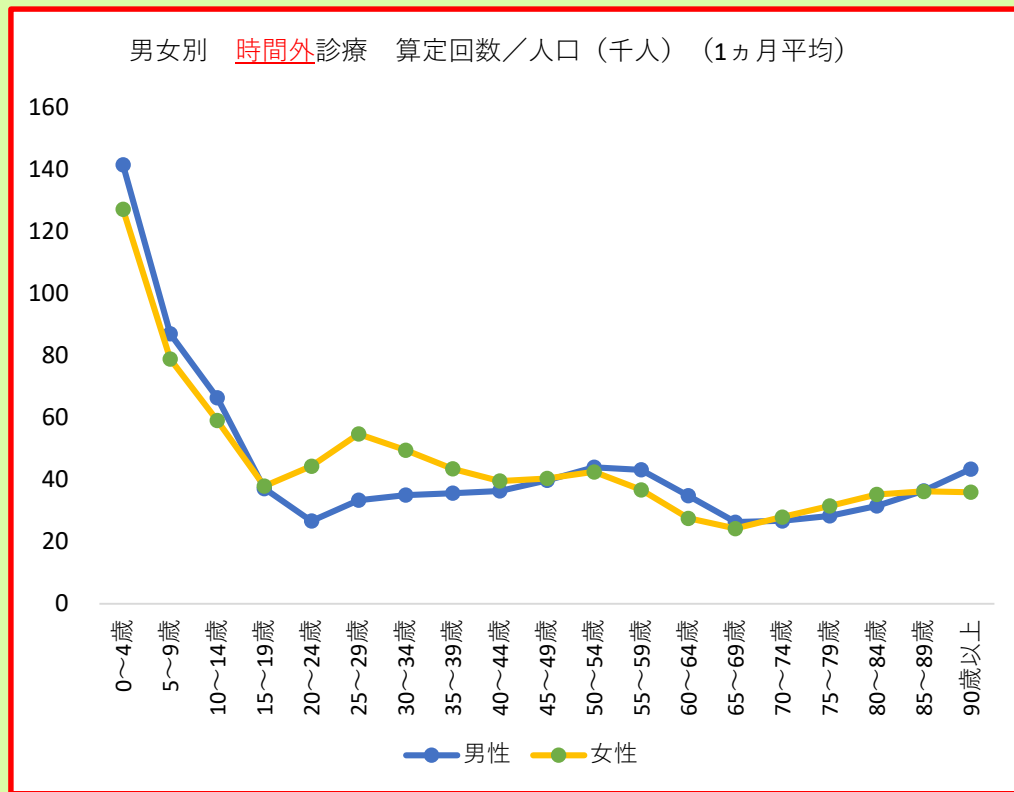
（図2）新生児、乳児死亡率の減少率

（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)

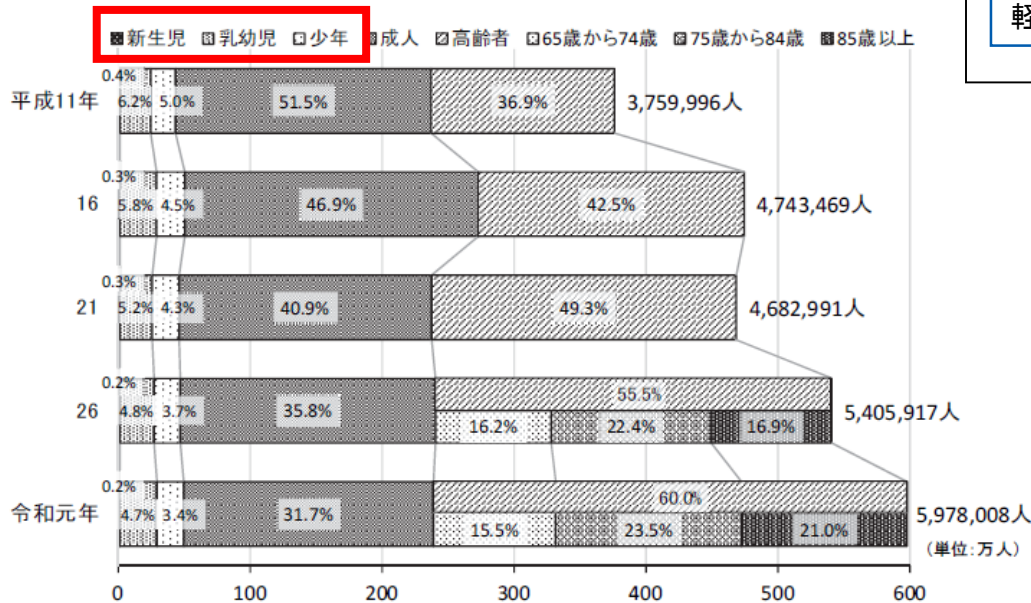
年齢区分別搬送人員構成比率の推移

- 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。

※ 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。

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)

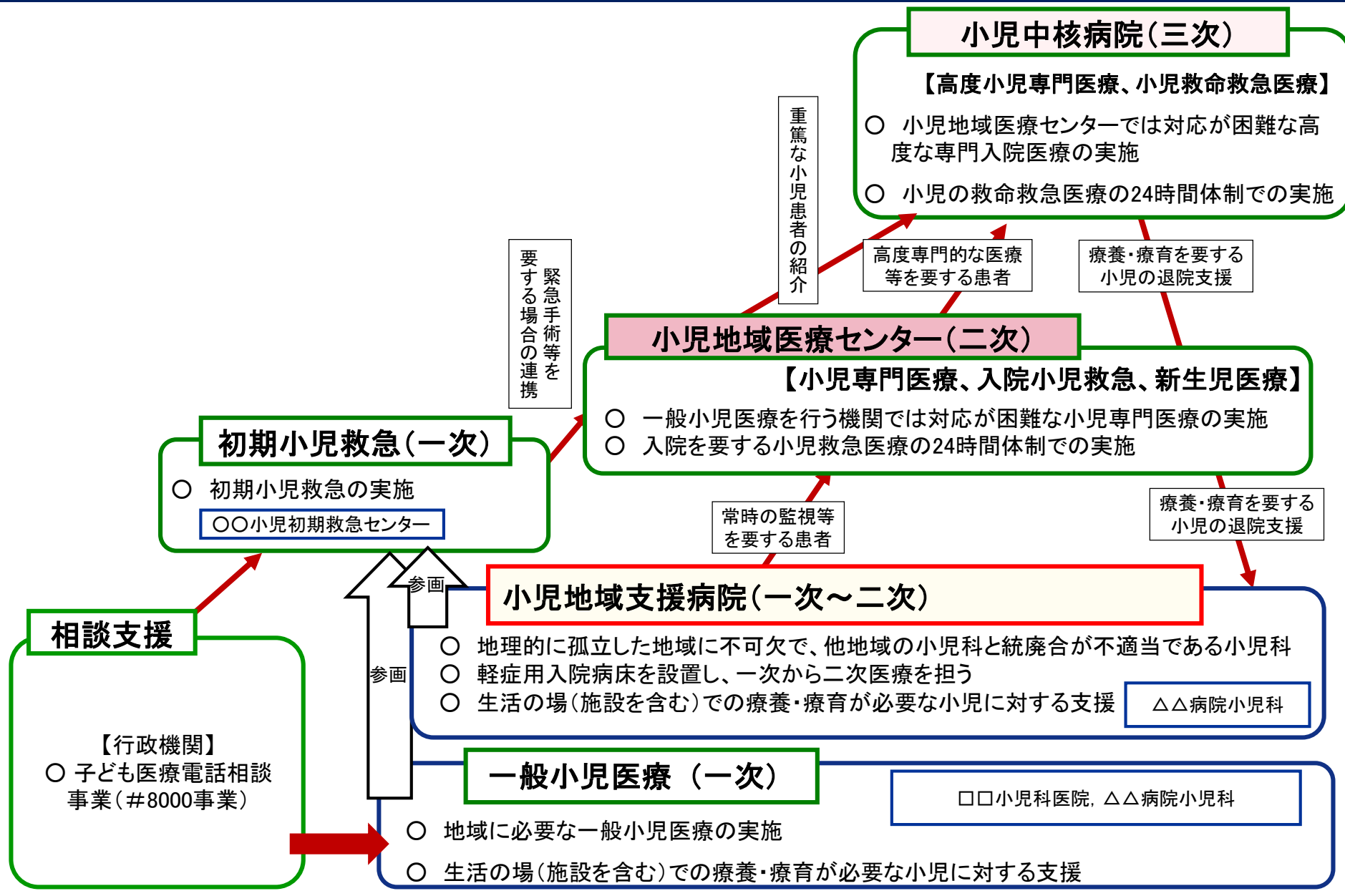
(注) 1 ()内は、構成比(単位：%)を示す。

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

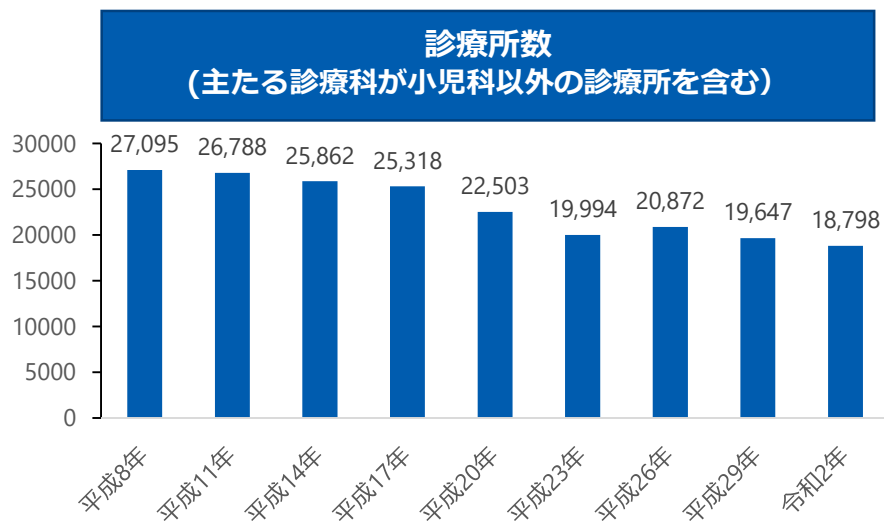
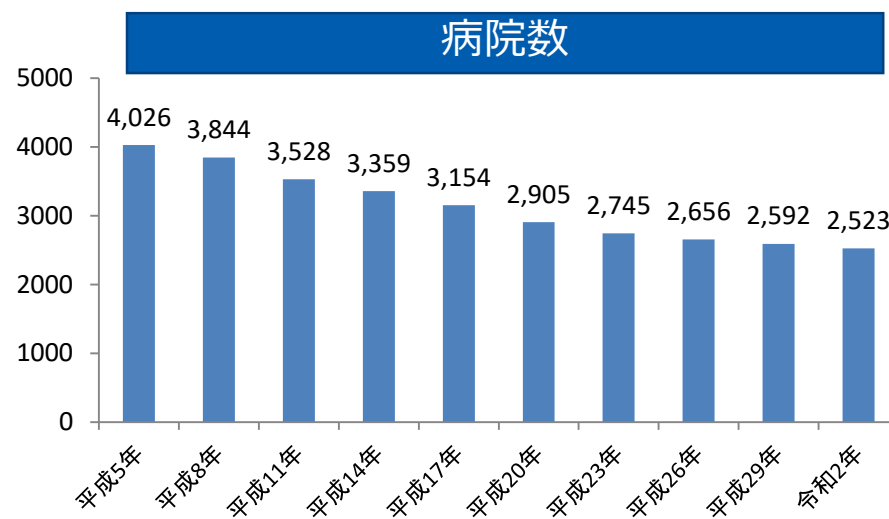
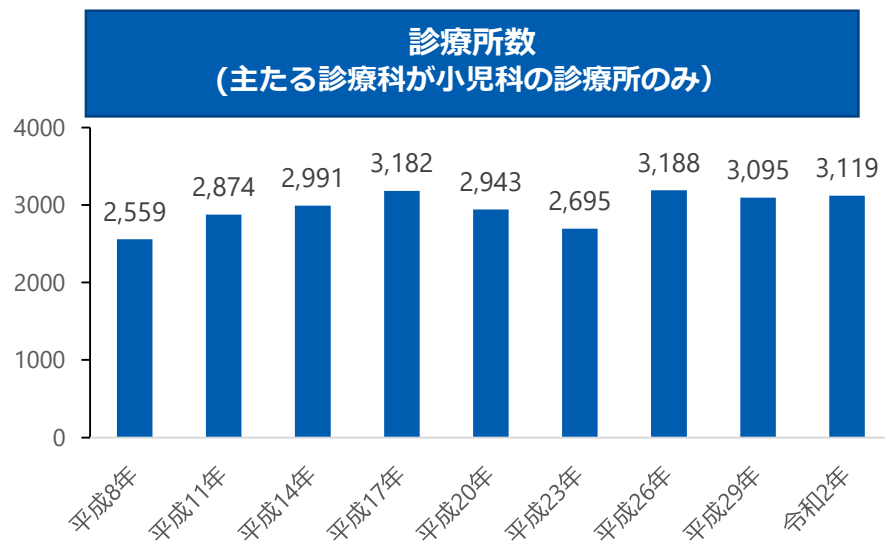
医療機能
(重症度)



時間の流れ

小児科標榜医療機関数、小児科医数の推移

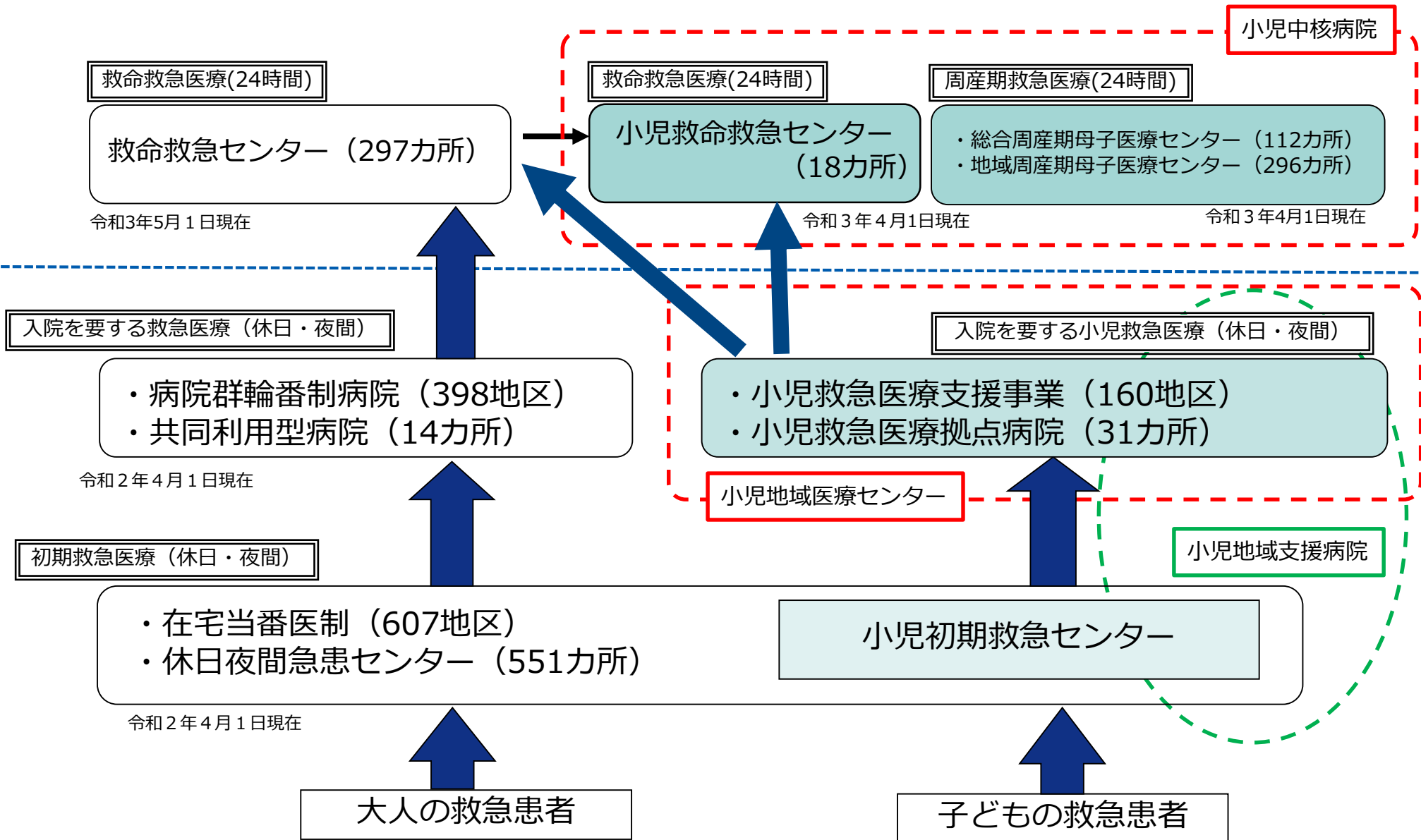
- 小児科を標榜している病院数は減少している。
- 小児科を主として標榜する診療所の数は横ばいである。
- 病院、診療所に勤務する小児科医師数は増加傾向にある。特に病院小児科については集約化が進んできていると考えられる。



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

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)

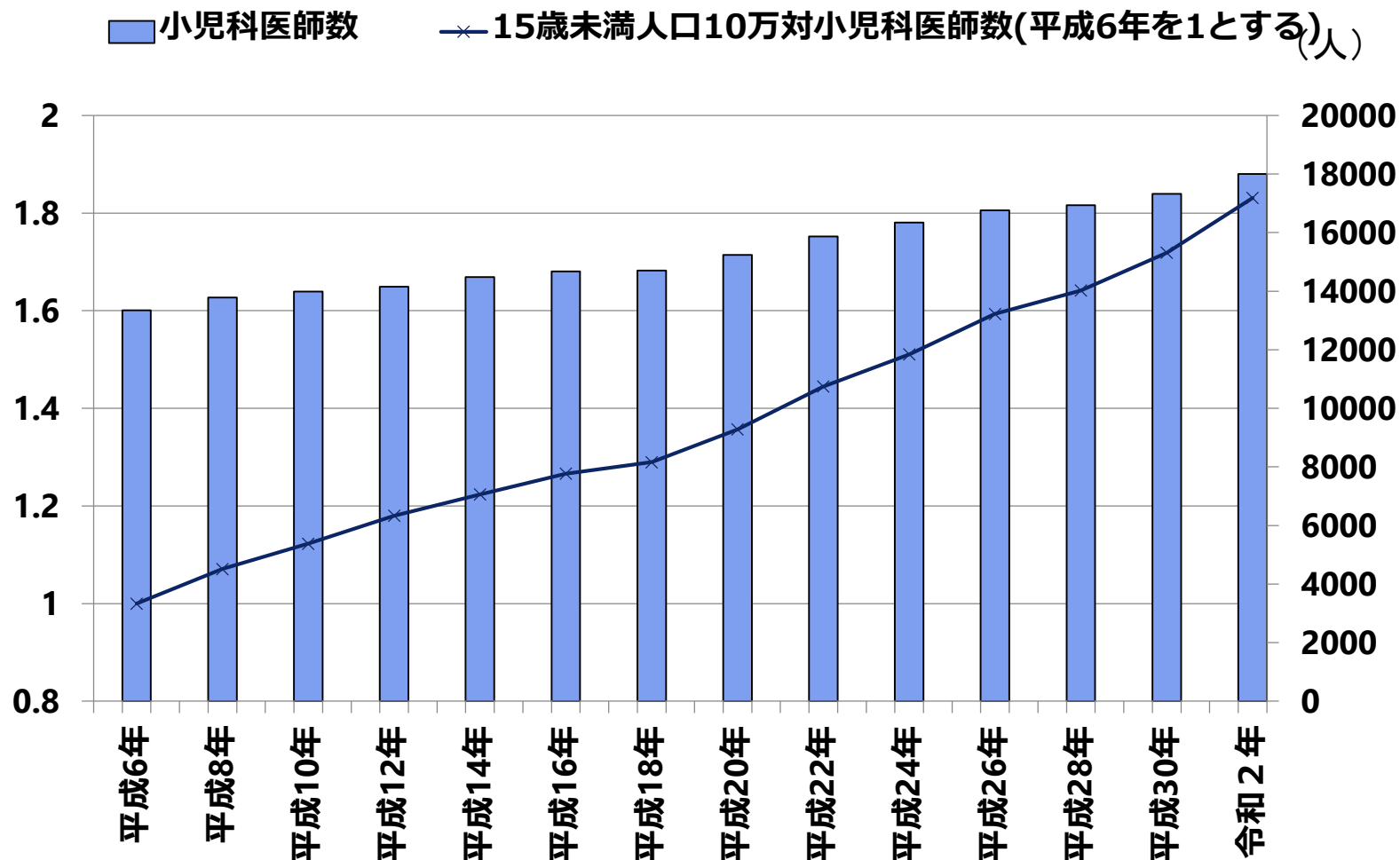
青色：小児医療圏数と小児救急医療圏数が異なる場合

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。



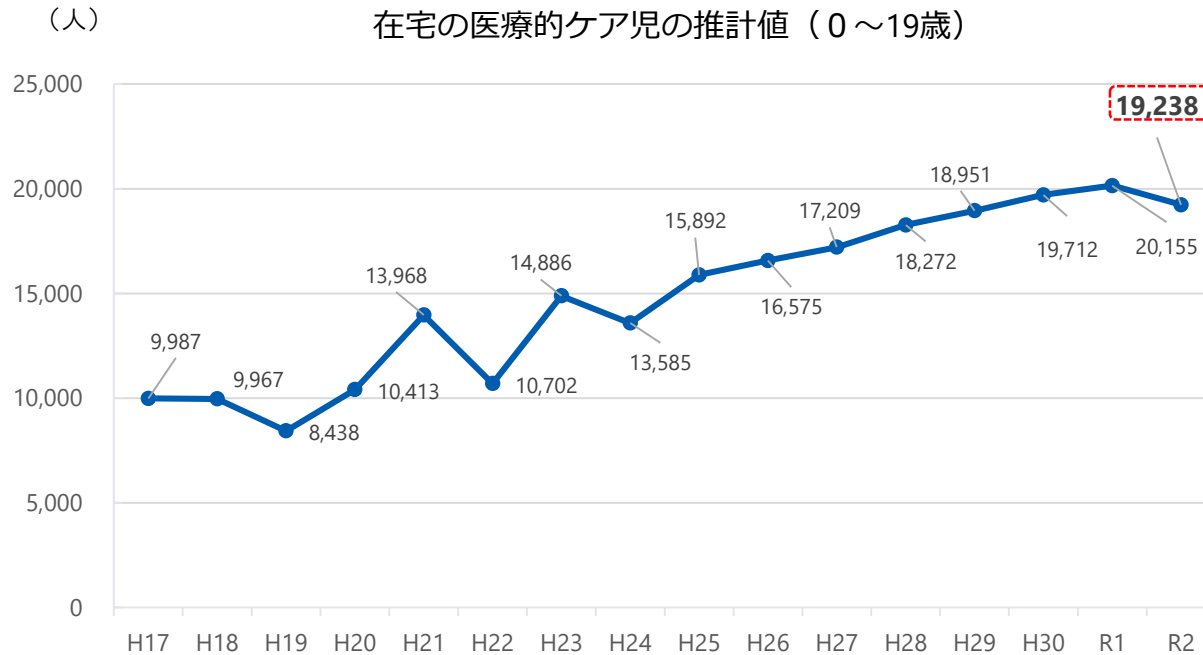
※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※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。



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）

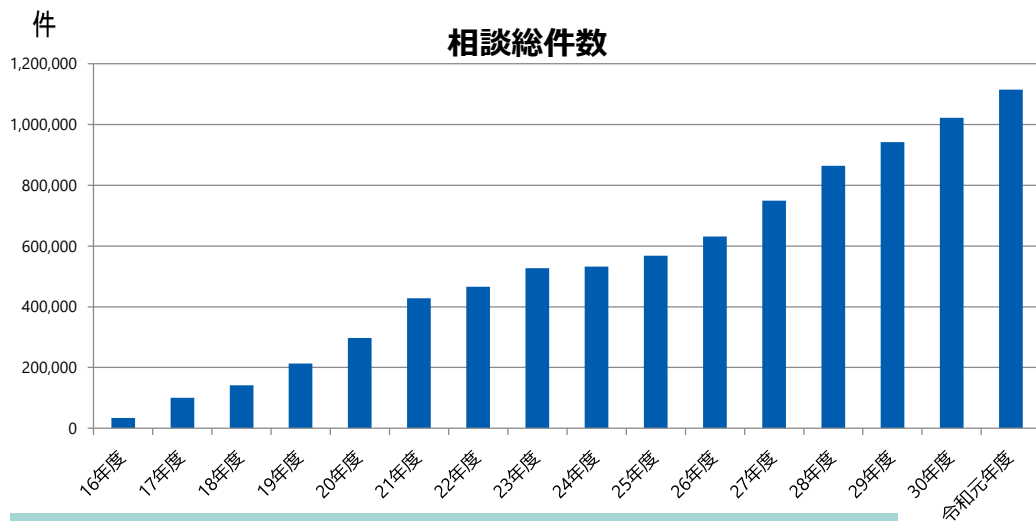
第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

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。

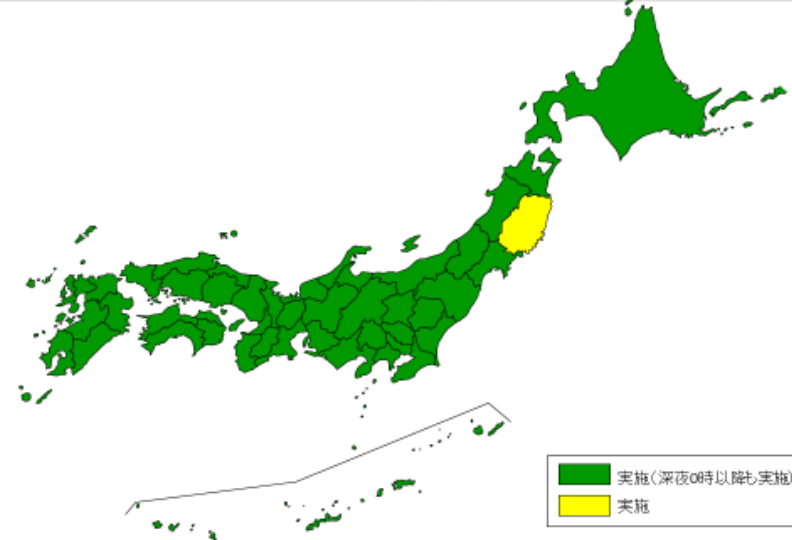


子ども医療電話相談事業（#8000）の整備と周知

- #8000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。



#8000の実施状況 (令和3年4月1日現在)



#8000事業に関する都道府県の取組み状況 (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
<input type="checkbox"/> 満足度※1を把握している。	23	27
<input type="checkbox"/> 認知の割合※2を把握している。	12	12
<input checked="" type="checkbox"/> 応答率、時間内応答率等を把握している。	6	11
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> #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
<input type="checkbox"/> 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

<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。

※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。

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