

令和4年9月30日	参考資料2
第17回医療介護総合確保促進会議	

# 第8次医療計画等に関する検討会及び 各WGにおける主な意見の整理

# 1. 第8次医療計画等に関する検討会

# 医療計画検討会等における主な意見

※ 令和4年3月2日の第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWGと  
令和4年3月4日の第7回第8次医療計画等に関する検討会においてお示し  
した「第8次医療計画、地域医療構想等について」の資料について、同検討  
会・WGにおいて出された主な意見を事務局において整理したもの

# 1. 2040年を見据えた医療提供体制の在り方

## 【地域医療構想関係】

(第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG (R4.3.2) )

- 地域医療構想について、2025年で一旦完結するという感覚で議論が進んでいる地域があることを危惧している。国として、地域医療構想は2025年で完結するものではなく、次なる協議をするべきだということを示していただきたい。
- 病床機能報告制度は、病床機能の考え方を整理して見込みを立てるべき。見込みを立てるとすると2040年までとするか、間にワンポイント置くか、それによってもやり方が変わる。また、国民に分かりやすい制度にするためには、病床機能ではなく、病院機能に変えるべきではないか。例えば新潟では、「高度な医療を支える病院」「救急拠点型」「地域密着型」という分け方をしており、こういう考え方で整理した方が住民から見ても分かりやすい。
- 今後、高齢者の死亡数の急増が見込まれるが、高齢者世帯の多くは、老老介護や独居であるため、地域に根ざした医療機関が看取り機能を発揮することが求められる。その中で、地域医療構想のいずれの病床機能が、高齢者の看取り機能を担うのか検討していく必要がある。
- 2025年以降、限られた医療人材の資源で必要な入院医療を効率的に提供するためにも、今の中小規模の病院を地域に散在させて医療人材も散在させるということではなくて、地域の中核的な病院に集約して機能を強化していくということが、地域の人口減少への対応、かつコロナ対応にもつながるのではないか。地域医療構想については、2025年以降も検討は続いていくだろうが、地域医療構想調整会議の中で話し合っって自主的に決めていくやり方を継続していくのか。今までの実態を踏まえ、全国一律に協議が行われるよう、2025年以降の協議の在り方についても検討を開始していくべきではないか。
- これまで、地域医療構想に関しては、医療サービスの需要サイドの高齢化が中心に述べられてきたが、2040年以降は、医療従事者等の供給サイドの高齢化が深刻となる。中山間地では既にそうしたことが問題になってきており、そういった地域で必要とされるのは、色々な場面で診療ができる総合診療医である。一方、医学教育の方向性は専門化・高度化に進んでいるので、そのこととのギャップを埋める必要がある。また、ローテーションを組んでへき地診療に当たるような仕組みも必要になってくるのではないか。

# 1. 2040年を見据えた医療提供体制の在り方

- 地域医療構想を推進するためには、民間医療機関の活発な議論が必要。この議論を行うためにも、今後の病床の必要量に関するデータについて、国として示していただきたい。
- 地域医療構想調整会議について、実質的な運営がされているのか疑問である。具体的にどういふことを検討したかといった詳細な報告を求めるべき。調整会議の在り方と公表の仕方について検討が必要ではないか。

(第7回第8次医療計画等に関する検討会 (R4.3.4) )

- 地域医療構想は2025年を目処として進行中であるが、2040年という時点を考えて、次のビジョンや構想を打ち出すべき時期が近づいているのではないか。
- 地域医療構想の推進にあつては、地域医療を面として支える医療機関と集約化による大規模な医療機関の双方が必要であり、それぞれの役割をしっかりと区別して議論することが重要。
- 病院の再編統合にあたり、看護の場合には、看護部の理念、方針、看護手順、看護提供体制の整備や調整、教育体制、看護管理者の在り方等を概ね2年から3年かけて詳細に検討していると聞いている。これらの事項や新潟県における病床機能の再編に当たって示されている看護職のスキル適応の課題は病院運営上、根幹となる部分なので、再編の際には病床数の調整はもちろん、その背景にある課題や、その課題に対する準備について、認識し、対応を支援していく必要がある。
- 2022年9月と2023年3月に報告を受ける地域医療構想調整会議における検討状況について、2022年9月の報告において、何もできていない地域があつてはならず、こういう回答があつたところに対しては、何らかの対応を検討しなければならない。
- 地域医療構想は、医療機関の集約だけではなく、医療機関が存続しながら連携することも選択肢の1つであり、集約と連携という考え方で進めていくべき。

# 1. 2040年を見据えた医療提供体制の在り方

## 【外来医療・かかりつけ医機能関係】

(第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG (R4.3.2) )

- かかりつけ医機能は、紹介を受ける医療機関と車の両輪の関係にあるので、早急に検討が必要。
- 外来医療で重要な要素は、患者の流れをいかに効率的に行うかであり、まずは医療のファーストアクセスを担う、かかりつけ医機能が平時や感染症の有事において、どのような役割を果たして、入院機能を担う医療機関とどう連携するかということが重要な課題で、第8次計画に向けた議論の中で具体的な検討を行う必要がある。
- 効率的な医療提供という観点からかかりつけ医機能を考えると、総合診療専門医の確保が重要になってくる。かかりつけ医機能の明確化に向けた議論の中で、総合的な診療機能をどのように位置づけるかを検討し、さらに次期計画においていかにこれを実効性のある仕組みにしていくかということを経験していきべき。

(第7回第8次医療計画等に関する検討会 (R4.3.4) )

- 外来医療とかかりつけ医機能について、外来の機能も含めて、どのようになっているか、どんな受診行動が求められるのか、かかりつけ医機能とは何で、自分たちがどう行動変容すればいいのかということを経験していきべきでない。そのためには、国民への周知が不可欠。
- 外来医療とかかりつけ医機能は、密接に関係するものである。外来医療提供体制の在り方に応じて、かかりつけ医の在り方や医師養成プロセスも変化することから、一つにまとめて議論する検討会を設置すべきではないか。併せて、これらの将来像について十分に検討を進めていただきたい。
- 外来機能報告制度において、外来における専門性の高い看護師の配置状況についてのデータ報告が始まるが、国が示すガイドラインの作成において、紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を担う医療機関の外来看護職の役割や機能、連携体制の構築を検討する必要性、協議の場への看護職の参加など、具体的に例示することが必要。

# 1. 2040年を見据えた医療提供体制の在り方

## 【在宅医療関係】

(第7回第8次医療計画等に関する検討会 (R4.3.4) )

- 2035年に向け85歳以上人口の増加が見込まれており、外来医療の受診が困難なことが想定されるため、外来機能だけでなく、外来機能及び在宅医療の明確化・連携が重要。
- 在宅療養や在宅での看取りの増加が見込まれることから、在宅療養を支える看護職等を含む、専門性の高い看護職の確保が必要。

## 【マンパワー関係】

(第7回第8次医療計画等に関する検討会 (R4.3.4) )

- マンパワーの確保は、現場において切実な課題となりつつある。都道府県の医療計画に任せるだけではなく、国として、医師需給分科会とは別に検討の場を設けるべきではないか。

# 1. 2040年を見据えた医療提供体制の在り方

## 【その他医療提供体制関係】

(第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG (R4.3.2) )

- ・ 今後の需要推計に当たっては、65歳以上と75歳以上だけでなく、75歳以上と85歳以上も患者層が変わってくるので、85歳以上についてもしっかりと見ていくべきである。

(第7回第8次医療計画等に関する検討会 (R4.3.4) )

- ・ 二次医療圏は、社会的条件等を考慮して都道府県が設定するものであるが、2025年までと2045年までとは、二次医療圏単位の人口構造が全く違う様相を呈していることから、今後のことを考えると二次医療圏の在り方を根本的に検討することが必要ではないか。 おそらく各都道府県において設定の仕方は全く違うので、国が指針を出すことなどを検討する必要があるのではないか。
- ・ 医師の働き方改革の影響について、地域を対象としたアンケート調査は実施されているが、医師を対象に、給与への影響等も含め、調査・検討することが必要。
- ・ 高齢化に伴い増加する脳梗塞や骨折は二次救急の範囲であり、今般のコロナ対応では、中小の民間病院で十分に対応できたことから、これからの高齢化や新興感染症への対応を踏まえても、中小規模の医療機関で足りるのではないか。
- ・ 生産年齢人口の減少に対応するためには、マンパワーの確保だけでは不十分であり、DXやICTによる間接部門の効率の向上が不可欠。 デジタル化はコロナに対応するだけでなく、生産年齢人口の減少にも対応するべき。
- ・ 医療提供体制をどのように計画するのかを考えた際に、入院、外来、在宅のいずれでも医薬品の提供は医療の手段の一つとして非常に重要。 医療計画を検討する際は、「医療に必要な医薬品の提供手段に係る観点」「地域における薬局に関する指標」「医療機関に勤務する薬剤師の確保の必要性、活用等」を組み入れることが必要。
- ・ 病院薬剤師は、単なる医薬品の供給に止まらず、幅広い役割を担っていると同時に、医師の働き方改革にも影響を与えるものであることから、病院薬剤師の地域偏在や確保についても議論するべき。



## 2. 新興感染症等対応関係

(第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG (R4.3.2) )

- ・ 感染症対応においては、地域が有している医療資源に合わせた連携体制の構築とともに、誰が連携体制を構築するのか明確にするべき。集約化ではなく、有機的な機能連携が重要であり、状況に応じて柔軟に対応できる体制の構築が必要。
- ・ 特に高度急性期、ICU、ECMOが回せる病院等、それに対応できる医師が急に必要になり、その地域における整備が感染の拡大より遅れてしまった。また、重症患者を受け入れるICUが複数ないと、コロナ以外の高度医療ができなくなるため、ある程度の規模があってICUも大きくないとコロナの患者も受け入れられない。これは主にデルタ株のときであり、デルタ株だけを考えて医療体制をつくるというのは適切ではない。オミクロン株であれば一般の重い病気を持っている高齢者の寝たきりの方がどんどん重症化していくので、そればかりではデルタ株に対応できない。新興感染症に関しては、様々なパターンを想定した対応を検討する必要がある。
- ・ 重症化した患者をICUで診療して、死亡率を下げるように頑張る人材を集約化させなくてはいけないという面があるが、オミクロン株のように、罹患率が上がり、一般疾患を持つ患者がコロナにかかる場合には、それを重症病院だけで受けたら破綻するため、多くの病院で診てもらわなければならない。その二面を両方考えなければいけない。
- ・ 感染症は予想が難しいが、どれくらいの重症患者に対応できるようにすればいいのか、あるいは軽症の患者をどうすればいいのか、そういった見通しがないとベッドや設備を増やすわけにはいかない。
- ・ 今後の新型コロナの拡大や新興感染症の発生も含めて対応するためには、医療提供体制に余裕があることが必要であり、このような視点からも、効率的・効果的な医療提供体制の在り方を検証していただきたい。

(第7回第8次医療計画等に関する検討会 (R4.3.4) )

- ・ どの施設にどれだけの看護職員や専門性の高い看護師がいるかを把握している二次医療圏では、今回のコロナ対応において、早期に専門性の高い看護師を配置することができたため、第8次医療計画では、二次医療圏単位で、専門性の高い看護師の有無等を把握することが必要であるとともに、看護職員の確保に向けた具体的な方策を記載することが必要。

第10回第8次医療計画等に関する検討会における  
「かかりつけ医機能」の主な意見

# 第10回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見(R4.7.20)

## 【有事と平時】

- ・ かかりつけ医機能とは平時における患者への対応を前提としたものであり、平時と有事を混同して議論を進めるべきではない。
- ・ コロナ禍におけるかかりつけ医機能に関する指摘を受けて平時のかかりつけ医の制度整備の議論をするのは不適切である。
- ・ かかりつけ医機能については、平時と有事併せて議論すべき。
- ・ コロナ禍ではかかりつけ医のいない若年層の感染が拡大し、休日夜間の初期対応を行う医療機関の確保や自宅療養支援という課題がある。

## 【医師の教育】

- ・ 現状の医療教育やキャリアパスを考えれば、総合的な診療を診療所の医師に対応してもらうのは困難。そのような制度整備をするのであればリカレント教育プログラムの強力な推進が必要である。
- ・ かかりつけ医機能の強化という観点では、連携強化による24時間対応やリカレント教育を通じた在宅医療への対応などが考えられる。
- ・ かかりつけ医機能の議論においては、かかりつけ医機能を有する医師をどのように育成するかをという論点が重要であり、すでにリカレント教育に取り組んでいる団体などとも協力して検討を進める必要がある。

## 【患者の受療行動】

- ・ 患者目線でもかかりつけ医について考え方が様々な上、医療提供体制の観点でも地域差があることを考えれば患者の受療行動の適正化を図ることを優先すべきである。医療提供体制の変革となれば、根本的な変革が必要であり現実的ではない。一方で、医療にかかる必要がない人にも、平時からかかりつけ医を持つことを促すことは重要。
- ・ 初診で大病院を受診してしまう課題についてはかかりつけ医機能を制度上明確化して、見える化するとともに、患者向けの医療機関検索ツールのようなインフラの整備も必要である。

## 【地域差】

- ・ かかりつけ医機能の強化については、地域毎の課題を整理の上、必要な強化に論点を絞って議論することが必要である。
- ・ 地域の医療提供体制におけるかかりつけ医機能強化ということであれば、地域の連携強化が必要である。さらに、この連携強化には情報共有が重要であるためデジタル化の推進も重要である。
- ・ かかりつけ医機能については、医療計画における位置付けや盛り込む内容について明確にして欲しい。
- ・ かかりつけ医機能については、2021年度12月の改革工程表において、2022から2023年度まで2年間かけて議論するとあるが、第8次医療計画等に関する検討会では、12月のとりまとめに向けて、その論点や検討スケジュールを整理して議論を進めることが重要。

## 【その他】

- ・ 日本医師会・四病院協団体の定義では、明示的な病院に関する言及はないが、かかりつけ医機能を発揮する医療機関には病院も含まれると考えられる。この際、かかりつけ医機能を担う病院の規模は、一般病床でなくDPC病床200床未満の病院が想定される。

## 2. 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

第13回第8次医療計画等に関する検討会	参考 資料1 (一部改)
令和4年8月25日	

## 地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおける主な意見

## これまでの本WGにおける主な意見①

### <医師偏在指標>

- 医師偏在指標に用いる受療率については以下のようなご意見があった。
  - ・ 全国受療率と都道府県別受療率を比較するとどの程度差があるのか。
  - ・ 平成29年と令和2年の患者調査では受療率がどの程度変わるのか。
- 医師偏在指標に用いる医師数については以下のようなご意見があった。
  - ・ 病院と診療所を区別してはどうか。
  - ・ 臨床研修医や大学病院等から派遣される非常勤医師を考慮してはどうか。
  - ・ 診療科を区別してはどうか。

## これまでの本WGにおける主な意見②

### <医師少数区域・医師少数スポット>

- 医師少数スポットの設定について、地域の事情によりある程度補正する必要があるが、一定の設定基準をガイドラインに記載すべきではないか。

### <目標医師数>

- 医師の総数だけでなく、勤務先を病院、診療所に分けた医師数でも検討するべきではないか。
- 中程度区域、多数区域においてもある程度一定の計算式を用いて目標医師数を設定するべきではないか。
- 偏在対策として地域枠等医師の義務年限後の定着率についても評価する必要があるのではないか。

## これまでの本WGにおける主な意見③

### <将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠>

- 地域枠の設定にあたっては都道府県の人口や必要な診療科も考慮する必要があり、大学と都道府県の連携が重要。
- 大学と都道府県が協議したうえで、どの程度地域枠等を恒久定員内に設置するか決めるべき。

### <産科・小児科における医師確保計画>

- 今後産科医師偏在指標の算出において、算出式における「産科・産婦人科医師数」を「実際に分娩を取り扱う産科医師数」に変更するのであれば、算出式の項目の名称自体の変更もできないか。

### <医師確保計画の効果の測定・評価>

- 三師統計の結果をICT等を駆使してもっと早く公表できないのか。

### <その他>

- 寄附講座は引き続き基金での充当するとともに、実績についても把握すべき。また、国は医師少数区域経験認定医師制度のような実効性のある都道府県間の偏在是正策を進めるべき。
- 子育て支援については、各都道府県で実施されている取組を、しっかり広報すべき。
- 院内保育は大きな医療機関が実施しているので、地域との連携を進めるべき。



### 3. 外来機能報告等に関するWG

## 外来機能報告等に関する報告書

令和 3 年 12 月 17 日

外来機能報告等に関するワーキンググループ

### I. はじめに

- 本年 5 月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和 3 年法律第 49 号）が成立・公布された。同法において、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告等が医療法に位置づけられ、令和 4 年 4 月に施行することとされている。
- このため、第 8 次医療計画等に関する検討会の下に「外来機能報告等に関するワーキンググループ」が設置され、昨年 12 月に「医療計画の見直し等に関する検討会」において取りまとめられた「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」（以下「令和 2 年報告書」という。）を踏まえ、外来機能報告等の施行に向けて必要な事項を検討することとされた。
- これを受けて、本ワーキンググループにおいては、本年 7 月以降、6 回にわたって、
  - (1) 外来機能報告
  - (2) 医療資源を重点的に活用する外来
  - (3) 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
  - (4) 地域における協議の場
  - (5) 国民への理解の浸透について、議論を重ね、今般以下のとおり、報告書を取りまとめた。

## Ⅱ. 外来機能報告

### (基本的な考え方)

- 外来機能報告は、地域の外来機能の明確化・連携のために実施するものである。年間スケジュールとして、病床機能報告と一体的に報告を行い、年度内（初回は令和4年度内）に地域の協議の場における協議が行えるようにする。具体的には、以下のスケジュールとする。

#### <外来機能報告のスケジュール>

4月～	・対象医療機関の抽出(※) ・NDBデータ(前年度4月～3月)を対象医療機関別に集計
9月頃	・対象医療機関に外来機能報告の依頼 ・報告用ウェブサイトの開設 ・対象医療機関にNDBデータの提供
10月頃	・対象医療機関からの報告
12月頃	・データ不備のないものについて、集計とりまとめ ・都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	・地域の協議の場における協議 ・都道府県による「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」の公表 ・都道府県に集計結果の提供

(※)無床診療所の中にも、高額な医療機器等による検査を集中的に実施しているものもあるため、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため、令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

### (報告項目)

- 報告項目は、
    - ①「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」の明確化に資するもの
      - ・医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況
      - ・医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細
      - ・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となる意向の有無
      - ・紹介・逆紹介の状況
    - ②地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議に資するもの
      - ・その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況
      - ・救急医療の実施状況
      - ・紹介・逆紹介の状況（再掲）
      - ・外来における人材の配置状況
      - ・高額等の医療機器・設備の保有状況
- の2つの観点から整理し、報告する医療機関の負担軽減のため、レセプト情

報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」という。）で把握できる報告項目及び病床機能報告で把握できる項目を基本とし、具体的には、P. 4 のとおりとする。なお、これらで把握できないもののうち、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なものとして報告項目とするのは、以下の3項目とする。

- ・「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」となる意向の有無
- ・紹介・逆紹介の状況
- ・外来における人材の配置状況（専門看護師等に係るもの）

○ また、報告項目は、外来機能報告及び地域の協議の場でのデータや議論の蓄積を踏まえて、必要に応じて将来的に見直すことを検討する。

**(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況**

**① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況**〔NDBで把握できる項目〕

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告  
 <報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものとす。

**② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細**〔NDBで把握できる項目〕

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告  
 <報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来		再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

**(2) 「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」となる意向の有無**〔NDBで把握できない項目〕

**(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**

**① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況**〔NDBで把握できる項目〕

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告  
 <報告イメージ>

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	訪問診療料を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(I)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(III)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

**② 救急医療の実施状況**〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告  
 <報告イメージ>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

**③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)**〔NDBで把握できない項目〕

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

**④ 外来における人材の配置状況**〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

- 医師について、施設全体の職員数を報告
- 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ>(専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	—	—	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	—	—	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

**⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況**〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- マルチスライスCT(64列以上、16列~64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5~3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

### **(医療機関における事務の簡素化)**

- 有床診療所については、事務負担を考慮して、紹介・逆紹介の状況及び外来における人材の配置状況（専門看護師等に係るもの。）は任意項目とする（以下「有床診療所任意報告項目」という。）。
- また、後述のとおり、対象医療機関に含めることとした無床診療所については、病床機能報告の対象ではないことから、事務負担を考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。
- なお、将来的に、医療機能情報提供制度が全国統一システムとなった際には、当該データの活用も検討する。

### **(無床診療所)**

- 令和2年報告書において、「無床診療所については、一部に、他の医療機関からの紹介患者も含め、高額な医療機器等による検査を集中的に実施する無床診療所もあることを踏まえ、任意で外来機能報告を行うことができることとする」としており、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。
- その際、対象医療機関に含めることとした無床診療所については、病床機能報告の対象ではないことから、事務負担を考慮して、有床診療所任意報告項目に加えて、救急医療の実施状況、外来における人材の配置状況及び高額等の医療機器・設備の保有状況についても任意項目とする。（再掲）

### **(患者所在地のデータ分析)**

- NDBで把握できる項目について、現在は医療機関所在地のデータ分析しか行えないが、今後、NDBにより患者住所地のデータ分析が行えるようになった場合には、NDBにより患者住所地のデータ分析（患者流出入の状況等）も行うことを検討する。

### Ⅲ. 医療資源を重点的に活用する外来

#### (基本的な考え方)

- 令和2年報告書において、「医療資源を重点的に活用する外来」は、基本的に以下の①～③の機能が考えられるとされつつ、具体的には更に検討するものとして、取りまとめられている。
  - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来
  
- 具体的には、これまでの議論を踏まえ、以下の類型①～③のいずれかの機能を有する外来を「医療資源を重点的に活用する外来」とする。
  - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
    - ・ 次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30日間の外来の受診を、類型①に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。(例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明・検査や術後のフォローアップを外来で受けた等)
    - ✓ Kコード(手術)を算定
    - ✓ Jコード(処置)のうちDPC入院で出来高算定できるもの(※1)を算定  
※1：6000cm<sup>2</sup>以上の熱傷処置、慢性維持透析、体幹ギプス固定等、1000点以上
    - ✓ Lコード(麻酔)を算定
    - ✓ DPC算定病床の入院料区分
    - ✓ 短期滞在手術等基本料2、3を算定
  
  - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
    - ・ 次のいずれかに該当した外来の受診を、類型②に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。
    - ✓ 外来化学療法加算を算定
    - ✓ 外来放射線治療加算を算定
    - ✓ 短期滞在手術等基本料1を算定
    - ✓ Dコード(検査)、Eコード(画像診断)、Jコード(処置)のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの(※2)を算定  
※2：脳誘発電位検査、CT撮影等、550点以上
    - ✓ Kコード(手術)を算定
    - ✓ Nコード(病理)を算定
  
  - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)

・次の外来の受診を、類型③に該当する「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとする。

✓ 診療情報提供料 I を算定した 30 日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

- 「医療資源を重点的に活用する外来」の項目は、外来機能報告及び地域の協議の場でのデータや議論の蓄積、さらには医療機器等の技術革新の状況やその評価なども踏まえて、必要に応じて将来的に見直すことを検討する。

### **(診療情報提供料 I)**

- 紹介患者の外来の受診には、専門的な医療機関への紹介のほか、紹介元医療機関の専門外の診療科の一般的な医療機関への紹介も含まれるが、NDB によるさらなる抽出の基準の設定が困難である中で、「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」を明確化する観点から、まずは、紹介患者の外来の受診は、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとし、引き続き改善を検討する。

### **(救急医療)**

- 救急医療の実施状況については、紹介による受診が想定されない医療であり、「医療資源を重点的に活用する外来」の項目に含めないが、地域の協議の場での外来機能の明確化・連携に向けた協議を進める観点から、報告項目とする。なお、医療機関の事務の簡素化の観点から、救急医療の実施状況に関する報告項目は、全て病床機能報告で把握できる項目とする。

### **(透析)**

- 人工腎臓を算定した外来の受診については、基本的に医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するものであり、「医療資源を重点的に活用する外来」を受診したものとするが、地域の協議の場における、「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」の協議の段階で、医療機関の特性や地域性を考慮することとする。

### **(高額医薬品)**

- 現在分析対象となっていない院外処方 の取扱いや、高額な医薬品の評価なども踏まえ、まずは、基本的に医療機器・設備や人材等の医療資源の大きな活用を要するものとして、「医療資源を重点的に活用する外来」に高額医薬品は含めないものとするが、制度施行後に引き続き検討する。



#### **IV. 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**

##### **(基本的な考え方)**

- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なるため、「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」の明確化に当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとする。
  
- なお、外来医療に関するデータや議論の蓄積が少ない中で、「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」の明確化については、外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化していくものとする。その際、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方についても検討を行う。

##### **(医療資源を重点的に活用する外来に関する基準)**

- 「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」に関する基準は、患者に対するわかりやすさの観点や地域での協議を進めやすくする観点から、初診と再診とで患者の受診行動に相違があることを勘案して設定する。
  
- 具体的な水準については、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院の状況を踏まえ、以下の通りとする。
  - ・ 初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数 (※) の占める割合  
： 初診 40%以上かつ
  - ・ 再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数 (※) の占める割合  
： 再診 25%以上

(※) 医療資源を重点的に活用する外来は、P. 6 の①～③のいずれかに該当する件数とする。

### (紹介率・逆紹介率)

- また、紹介・逆紹介を推進する観点から、地域の協議の場で参考とする指標のうち、特に重要な指標として紹介率・逆紹介率を位置付ける。紹介率の定義については、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院の定義(※)を用いることとする。

(※) 地域医療支援病院の紹介率について

地域医療支援病院紹介率 = (紹介患者の数(注1)) / (初診患者の数(注2)) × 100

(注1)「紹介患者の数」: 開設者と直接関係のない他の病院又は診療所から紹介状により紹介された者の数(初診の患者に限る。また、紹介元である他の病院又は診療所の医師からの電話情報により地域医療支援病院の医師が紹介状に転記する場合及び他の病院又は診療所等における検診の結果、精密検診を必要とされた患者の精密検診のための受診で、紹介状又は検査票等に、紹介目的、検査結果等についてその記載がなされている場合を含む。)

(注2)「初診患者の数」: 患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬入された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置付けられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した患者及び自他覚的症状がなく健康診断を目的とする当該病院の受診により疾患が発見された患者について、特に治療の必要性を認めて治療を開始した患者を除く。)

- 具体的な水準については、現在の分布状況、地域医療支援病院の承認要件及び医療資源を重点的に活用する外来に関する基準への該当状況を勘案して以下の通りとする。

・ 紹介率 50%以上 かつ 逆紹介率 40%以上

### (医療資源を重点的に活用する外来に関する基準及び紹介率・逆紹介率の活用)

- 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たした医療機関については、地域の協議の場において「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」の役割を担う意向を確認することとし、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行い、協議が整った場合に、「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」として都道府県が公表する。

- また、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であって、「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」の役割を担う意向を有する医療機関については、地域の協議の場で協議する際に、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に加えて、紹介率・逆紹介率等を活用して協議を行い、協議が整った場合に、「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」として都道府県が公表する。

### (診療科の取扱)

- 外来医療に関するデータや議論の蓄積が少なく、現在の NDB では診療科ごとのデータ分析には限界がある中で、患者の分かりやすさの観点から、まずは、「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」は、医療機関単位で設定(※)することとする。
  - (※) 医療法上、外来の実施状況及び「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」となる意向の有無等について、医療機関単位で報告する旨を規定している。
- その上で、診療科ごとのデータ分析を行うため、レセプトや外来機能報告における対応など、引き続き改善策を検討する。
- 「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」のうち、一般病床 200 床以上の病院は紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となることとされている。現行の定額負担においては、定額負担の徴収を認められない患者(注1)及び徴収を求めないことができる患者(注2)が定められている(注3)。地域の協議の場においては、除外要件も踏まえつつ、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など、患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて当該医療機関を受診するという受診の流れとならない場合について、医療機関の特性も含めて配慮することが重要であり、この点についてもガイドラインに明記する。
  - (注1) 救急の患者、国の公費負担医療制度の受給対象者など
  - (注2) 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者、特定健康診断・がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者など
  - (注3) 除外要件の見直しについては、中央社会保険医療協議会において審議されることとされている。

## **V. 地域における協議の場**

### **(基本的な考え方)**

- 地域の協議の場における参加者、協議の進め方、協議結果の公表等については、関係者による実質的な議論の活性化、効率的な協議、協議の透明性の確保、個人情報・経営情報の保護等の観点が必要である。
- 令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であり、まずは、地域の協議の場において、外来機能の連携を示す紹介・逆紹介の状況も含めた外来機能報告のデータと医療機関の意向等に基づき、「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」に関する協議を中心に行うこととする。
- 地域によっては、例えば、ある診療科を標榜する医療機関が1か所しかなく、当該医療機関が「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」を担うことにより、住民への医療提供に支障をきたすケースも想定されることから、こうした点について地域における協議の場において十分な検討・協議を行うことが必要である。
- このため、地域の協議の場については、国において都道府県が参考とするガイドラインを示した上で、都道府県が、改正医療法に基づき、ガイドラインを参考として、地域の実情に応じながら運営することができるようにする。

### **(地域の協議の場における参加者)**

- 外来医療計画（外来機能の偏在・不足等への対応）に係る協議が地域の協議の場ですすでに行われ、多くの地域で地域医療構想調整会議が活用されている中で、今回の改正医療法に関する協議の参加者は、これまでの参加者を考慮しつつ、今回の協議に関係する者が参加することとする。具体的には、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・（有床）診療所の管理者、医療保険者、市区町村等とする。
- その上で、次の医療機関については、地域の協議の場における協議の際に、国が示す基準を参考にしつつ、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮した議論が必要であり、当該医療機関の出席を求め、意見を聴取する。
  - (1) 「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」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当するものの、外来機能報告において「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」としての役割を担う意向を有しない医療機関

(2) 「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」の医療資源を重点的に活用する外来に関する基準に該当しないものの、外来機能報告において「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」としての役割を担う意向を有する医療機関

- なお、協議の簡素化のため、地域の実情に応じて、当該医療機関から、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と意向が合致しない理由等の文書の提出を求める等の柔軟な対応も可能とする。

### **(協議の進め方及び結果の公表)**

- 協議は、以下のとおり進めることとする。
    - ・ 外来機能報告データ等の共有、外来医療提供体制の現状と課題の認識の共有。具体的には、外来機能報告データや既存の統計調査等で明らかとなる地域の外来医療提供体制の現状と課題について、参加する関係者で認識を共有する。
    - ・ 「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」の協議については、外来機能報告から整理された、医療機関ごとの「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」の意向の有無、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況等を踏まえて議論。
    - ・ その際、特に、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準と医療機関の意向が合致しない医療機関について、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して議論。
    - ・ 地域の協議の場（1回目）で医療機関の意向と異なる結論となった場合は、当該医療機関において、地域の協議の場での議論を踏まえて再度検討を行っていただき、当該医療機関の再度検討した意向を踏まえ、地域の協議の場（2回目）での協議を再度実施（※）。
- ※地域の協議の場の協議の進め方については、状況に応じて持ち回りとする、文書提出のみとするなどの柔軟な対応も可能とする。
- ・ 「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」について、医療機関の意向と地域の協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、協議が整ったものとして、協議結果を取りまとめて公表。

- 地域の外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れのさらなる円滑化を図るには、住民に医療機関の外来機能を理解して受診してもらうことが重要である。特に、紹介患者への外来を基本とする「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」については、その役割を含めて周知する必要がある、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行う。

## VI. 国民への理解の浸透

### （「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」の呼称）

- 「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」の呼称は、地域住民の分かりやすさの観点を第一に、当該医療機関の性格を表すキーワードをどう盛り込むか、後述するとおり広告可能とすることについて検討することをどう考えるか等を考慮し、「紹介受診重点医療機関」（病院・診療所）とする。

### （国民への周知・啓発）

- 患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、紹介患者への外来を基本とする医療機関である「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」を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻るなど、受診の流れと医療機関の機能・役割について、住民に周知啓発を行うことが必要であり、
  - ・ 国においては、外来機能報告や「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」等の制度上の仕組みや、上記のような「かかりつけ医機能を担う医療機関」を中心とした受診の流れ、医療機関ごとの求められる機能・役割等の周知を行う、
  - ・ 都道府県においては、それらに加えて、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携の状況とともに、個々の「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」について、都道府県報やホームページによる公表、プレスリリース等によるマスコミへの周知、シンポジウム・講演・SNS等による周知・呼びかけなど、幅広い世代の住民に行き渡るように公表を行う、  
こととする。
- また、患者の流れのさらなる円滑化は住民の理解が必要であり、協議プロセスの透明性の確保の観点からも、地域の協議の場に提出する資料のうち、患者情報や医療機関の経営に関する情報（一般的に閲覧可能なものは除く。）は非公開とし、その他の資料、協議結果は住民に公表することとする。
- さらに、「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」については、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能とすることや、医療機能情報提供制度の項目に追加することについて、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」において、引き続き検討を進める。

## **Ⅶ. 今後の検討課題**

### **(外来機能報告等の円滑な施行)**

- このように、本ワーキンググループにおいては、外来機能報告等について必要な事項を検討してきた。厚生労働省においては、本報告書を踏まえて、外来機能報告等の円滑な施行に向けた関係法令等の改正や、都道府県が地域の協議の場において参考とするガイドラインの策定など、必要な措置を速やかに講じるよう求める。

### **(今後の検討課題)**

- 本ワーキンググループにおいては、地域における外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れのさらなる円滑化を図るため、まずは、外来機能報告等に関する点について集中的に議論を進めてきた。今後、外来機能の明確化・連携に向けて、地域におけるかかりつけ医機能の強化や特定機能病院、地域医療支援病院のあり方も含め、来年から本格化する第8次医療計画に向けた取組の検討と併せて、引き続き議論を深めていくべきである。



(参考 1)

## 外来機能報告等に関するワーキンググループ 検討経過

7月7日

- ・外来機能報告等の施行に向けた検討

7月28日

- ・外来機能報告
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・紹介・逆紹介率の調査・分析

9月14日

- ・地域における協議の場
- ・紹介・逆紹介の推進
- ・診療科ごとの外来分析
- ・国民への周知方法

10月20日

- ・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

11月29日

- ・紹介率・逆紹介率
- ・これまでの議論を踏まえた検討の方向性

12月17日

- ・外来機能報告等に関する報告書（案）

(参考2)

外来機能報告等に関するワーキンググループ 構成員名簿

(五十音順)

氏名	所属・役職
◎ いまむら さとし 今村 聡	公益社団法人日本医師会副会長
いまむら ともあき 今村 知明	奈良県立医科大学教授
◎ おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学名誉教授
おかどめ けんいちろう 岡留 健一郎	一般社団法人日本病院会副会長
おぐま ゆたか 小熊 豊	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
おだ まさみち 織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
かのう しげあき 加納 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長
きもり こくと 城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
こうの しょうじ 幸野 庄司	健康保険組合連合会理事
さるき かずひさ 猿木 和久	全国有床診療所連絡協議会副会長
のほら まさる 野原 勝	全国衛生部長会
ますい ひでき 増井 英紀	全国健康保険協会企画部長
◎ まつだ しんや 松田 晋哉	産業医科大学教授
やまぐち いくこ 山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
よしかわ くみこ 吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会理事

◎ : 座長 ○ : 座長代理

## 4. 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

第12回第8次医療計画等に関する検討会	参考 資料1 (一部改)
令和4年8月4日	

## 在宅医療及び医療・介護連携に関するWGにおける主な意見

# これまでの本WGにおける主な意見①

## ＜在宅医療の提供体制＞

- 在宅医療の整備量については、医療機関数だけでなく、実際に訪問サービスが可能な患者数の現状把握を行う必要がある。
- 医師数の多い大都市部では在宅医療に参入する医療機関も多いと思うが、地方では既存や新規開業する、かかりつけ医に可能な範囲で在宅医療に取り組んでいただく必要がある。具体的には、足りない部分を地域の在支診や在支病と患者ごとに緩やかなグループ診療体制を構築し、一時的な入院も含めて、24時間365日対応できるようにすることや、ICTを活用することが挙げられる。
- 今後、在宅患者が増加するエリアにおいては、機能強化型在支診等が在支診等よりも多く訪問診療患者を受け入れているという実績から、より多くの訪問診療をカバーする主軸になると考えられる。
- 訪問看護の整備は在宅医療を支えるためには不可欠な基盤であるため、次期医療計画ではすべての都道府県で訪問看護事業所数や従事者数が記載され、24時間体制の訪問看護ステーションや機能強化型というようなサービスの機能を示す指標の記載もさらに進むことが重要。
- 情報通信機器等の活用に関して、24時間体制に近い形で訪問看護を提供する場合においても、テレナーシングの在り方を検討いただきたい。
- 訪問看護の提供体制の整備に向けては、訪問看護に関する総合な支援機能の確保（訪問看護の人材確保、その後の教育研修、管理者のマネジメントの能力向上等）が重要であり、医療計画においても位置付けてもらいたい。また、訪問看護事業所の大規模化は、24時間対応を含む訪問看護の安定的な供給の一つの方策である。
- 訪問看護利用者数の伸びについては、訪問診療とは異なり、若い年齢層が多い点など、純粹な必要度を反映しているのかどうかということに関して、より慎重に考えるべきである。

## これまでの本WGにおける主な意見②

### <在宅医療の提供体制>

- 在宅医療は暮らしがベース。それを支える福祉職、特に介護職における体制があってこそその在宅医療。これまで以上に医療・介護連携、ケアマネジャー、かかりつけ医との連携と役割が重要であると考えている。
- 在宅医療の継続性に影響を与える大きな要因の一つは居宅介護サービスであり、中でも訪問介護等の日常生活の下支えが必要となる。
- 在宅医療・介護の提供において多職種連携に必要な社会資源が不足している地域では、グループ化を図るのも難しいことから、情報通信機器等を通じて、在宅医療の拠点のほうからバックアップをしていただきたい。
- 訪問診療を行う主治医を中心とした連携モデルが地域の中でもあるが、地域全体での連携の推進が遅いように思う。コロナウイルスの感染症拡大で、様々なICT化が推進されたことを踏まえ、在宅医療連携モデルの推進をお願いしたい。
  
- 小児在宅医療を担う医療機関を増やすことと、いざというときのバックアップとなる病床の確保が非常に重要。
- 小児期は病院の主治医で受け取ってもらえても、年齢が上がると病院の小児科では受けられなくなることもあり、トランジションの問題も含めて地域で体制を整える必要がある。
- 小児の在宅医療に携わっていない医療機関等へ研修会などを実施し、参加してもらえるようにする必要がある。
- 学校における看護師の痰吸引、栄養管理等についてはケアになるが、自宅では看護になる。ケアと看護・医療という観点から、できるだけ垣根がない形で安心して生活できる体制が必要。

# これまでの本WGにおける主な意見③

## ＜在宅医療圏＞

- 二次医療圏は病院の整備という観点で設けられていると思うが、在宅医療を進めていく観点で言うと、市町村単位が最適ではないか。
- 在宅医療圏については、細やかなサービスを進めていただく観点から自治体の小さい単位で進めていただくことに賛同するが、マンパワーやサービスが不足する地域においては解決できない課題も多いため、広域的な二重の枠で支援できるような圏域の構築の仕方もあるのではないか。
- 二次医療圏にこだわらず、地域における在宅医療の各サービスの提供状況を詳細に把握できる圏域を設定し、各サービスの空白地帯がないように、地域の課題と整備目標、整備方策を明確にすることが重要である。
- 在宅医療圏は地域包括システムの圏域と一緒であるべきだが、地域包括ケアシステムの圏域もあいまいであるため、（国としては）考え方のみを示し、市町村を中心に社会資源等を考慮した中で設定していくものかと思う。
- 在宅医療圏域については、現在の日常生活圏域以上、二次医療圏以下という状況から、国のレベルで踏み込んだものに持っていくのは立場上難しく、都道府県の実情に委ねる部分が多いのではないか。

## ＜在宅医療の積極的役割を担う医療機関・連携を担う拠点＞

- 在宅医療を推進するため、在支診・在支病を対象とした在宅医療において積極的役割を担う医療機関と、医師会などを対象とした在宅医療に必要な連携を担う拠点を、医療計画に位置づけ、その機能や役割を明確にした上で、具体的に整備を行う必要がある。
- 拠点の話は地域により様々で、基幹的な病院があれば、そこが拠点であったり、郡市医師会、地域包括支援センター等、地域の実情により変わってくると思う。地域全体を支援する保健所の役割というのも拠点整備と考えられる。
- 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の機能、役割を現行の記載よりも明確にすることは賛成。また記載するだけでなく、どのように実効性を担保するかということを深掘りして、議論していただきたい。

## これまでの本WGにおける主な意見④

### ＜急変時・看取り・災害時等の対応＞

- 患者の意思に沿った救急搬送を実現させていくためには、在宅医療機関、救急医療機関、消防機関に加えて、介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅との連携が必要になると思う。
- 急変時対応も含めて、夜間・休日の対応を強化するために複数の訪問看護ステーションでの連携の仕組みなども必要である。
- 望まれない救急搬送事例について、訪問診療など、地域包括ケアシステムが推進される中で、減少しているように感じているが、まだまだ救急医療機関と消防機関など、地域でのネットワークづくりというものが十分でなく、情報共有というのがなかなか難しい状況にある。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関からBCP策定を進め、在宅医療に必要な連携を担う拠点と協力して、小規模事業者や単独事業者のBCP策定支援を行い、災害時の地域包括ケア体制を構築していく必要がある。
- 訪問看護ステーションにおいても、BCPを知らないと答えているステーションも3割ぐらい認められるという状況であるため、是非BCP策定に関して推進していただきたい。



## これまでの本WGにおける主な意見⑤

### ＜多職種の連携＞

- 医科歯科連携やリハビリテーション・口腔・栄養の連携を充実すべき。また、歯科衛生士に対するニーズの高まりも踏まえ、クローズアップしてはどうか。
- 在宅医療・介護を受けている患者に対し、個別最適化された安全・適正な薬物療法を提供できるよう、かかりつけ医をはじめとした多職種連携が極めて重要である。その際、情報通信機器をはじめICT技術の活用は大変有用。同時に地域医療情報ネットワークの整備についても確実に進めていく必要である。
- 地域連携薬局の在宅医療への寄与は明らかである。今後、地域連携薬局を計画的に整備するためにも、医療計画に位置づけるべきではないか。
- 薬剤師の従事先には業態の偏在があり、地域連携薬局の所在地にも偏りもあることから、医療計画へ記載することは、現時点では適当とは言えず、時期尚早ではないか。
- 在宅療養支援病院等から訪問栄養食事指導を行っていくことは重要。その際、病院・診療所ごとに管理栄養士を配置することはこれからの人口減少社会を考えると難しいため、地域を面でとらえ、栄養ケア・ステーションなどの管理栄養士が訪問する仕組みがよいのではないか。
- 精神科の在宅医療は、多様な問題が関わっていることが多く、支援も多岐にわたるのが特徴であるため、訪問診療に加え、看護師や精神保健福祉士、薬剤師や作業療法士など多職種による連携による訪問支援が必要。
- 多職種が在宅医療に参加することによって、患者へ多様な視点からアプローチができ、患者の重度化防止に寄与するとともに個々の医療従事者への負担も軽減できる。

## 5. 救急・災害医療提供体制等に関するWG

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

# 1. 救急医療

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

# 救急医療機関の役割

## 【第二次医療機関・第三医療機関の役割】

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

## 【人材の確保】

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

## 【高齢者と救急医療】

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

## 【本人の意思に沿った救急医療】

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

### 【その他】

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



# 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

## 【体制整備】

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

## 【人材育成】

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

### 【ドクターカーとドクターヘリ】

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

## 救急救命士

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

## 2. 災害医療

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

## 【DMAT・DPAT等】

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

## 【保健医療チームの連携】

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

### 【災害拠点精神科病院】

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

### 【災害時に拠点となる病院以外の病院】

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

## 止水対策を含めた浸水対策

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



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