

# 地域医療計画課

## 1. 医療計画・地域医療構想について

### (1) 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制について

○ 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方について、「医療計画の見直し等に関する検討会」等において議論を重ね、令和2年12月15日付けで、以下の内容がとりまとめられたところ。

- ・ 新興感染症等の感染拡大時に、対応可能な医療機関や病床の確保等、医療提供体制に関して必要な対策が機動的に講じられるよう、「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し「6事業」にする（※1）。

※1 医療法改正法案を通常国会に提出（令和3年2月2日提出）。

- ・ 中長期的な視点に立った「地域医療構想」については、病床の必要量の推計・考え方などその基本的な枠組みを維持し、機能分化・連携に関する地域での議論が進められている医療機関・地域に対しては積極的な支援を進めていく。
- ・ 地域医療構想の実現に向けた今後の工程については、新型コロナウイルス感染症対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定を検討することとする（※2）。

※2 2023年度に各都道府県において、第8次医療計画（2024～2029年度）の策定作業が進められることから、2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要。

【PI計5】

### (2) 重点支援区域について

○ 骨太の方針2019において、「地域医療構想の実現に向け、（中略）、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行う」とされたことを踏まえ、国による技術的・財政的支援を集中的に行う「重点支援区域」の選定について、申請を随時募集し、順次選定を実施しているところ（これまでに11道県14区域を選定）。

- 重点支援区域への具体的な支援としては、
  - ・ 地域の医療提供体制や医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
  - ・ 都道府県と連携した関係者間の調整等の技術的な支援に加え、

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
  - ・ 同基金に令和3年度より追加される「新たな病床機能の再編支援」の一層手厚い実施
- による財政的支援を実施している。

- 現在も申請は随時募集中のため、都道府県においては、医療機能の再編等の議論を進めるために、国による支援が必要と考えられる事例がある場合には、重点支援区域の申請を検討いただくようお願いする。

【PI計6】

(3) 地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設について

- 複数医療機関の再編・統合に関する計画（再編計画）について、厚生労働大臣が認定する制度を創設するための法案を通常国会に提出した（令和3年2月2日提出）。

- 認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関し、登録免許税を優遇する方針（租税特別措置法改正法案を通常国会に提出）。

- ① 土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20）
- ② 建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4）

【PI計6】

(4) 人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について

- 「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和2年1月17日付け医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知。以下「要請通知」という）において、「人口100万人以上の構想区域の公立・公的医療機関等についても、「類似かつ近接」に係る具体的対応方針の再検証等に必要な検討を追って整理することとしていること」としていたところ。

- 第31回地域医療構想に関するワーキンググループ（令和3年2月12日）において、人口100万人以上の構想区域の取扱いについて、人口100万人以上の構想区域の特性を踏まえれば、いわゆる「類似かつ近接」に係る分析スキームに則した分析結果を基に再検証対象医療機関を定め、具体的対応方針の再検証を求めるよりも、

- ・ むしろ、まずは、各公立・公的医療機関等において、自らの診療実績や周辺医療機関の診療実績、医療需要の推移など地域の实情に関する各種データを踏まえつつ、

- ・ 自らが担うべき役割・医療機能など各々の具体的対応方針の妥当性について確認する
- などし、地域医療構想調整会議等で改めて議論するよう求めることが望ましいと整理された。

※ 人口 100 万人以上の構想区域の特性

- ・ 人口 100 万人以上の構想区域における人口や医療資源の密度は、人口 50 万人以上 100 万人未満の構想区域と比べても相当程度高い傾向。
- ・ 人口 100 万人以上の構想区域は、2025 年まで人口が増加する区域が半数を超え、2040 年まで人口が増加する区域も 1 / 3 程度となっている状況。

※ いわゆる「診療実績が特に少ない」に係る分析による具体的対応方針の再検証は、100 万人以上の構想区域における医療機関も対象となっているところ。

- これを踏まえ、人口 100 万人以上の構想区域については、以下のとおり取り扱うこととしている。
  - ・ 人口 100 万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証に当たっては、当該構想区域の特性を踏まえ、要請通知 1.(2) に示す再検証対象医療機関の基準のうち、「『類似かつ近接』の要件に 6 領域全て該当している公立・公的医療機関等」の基準は用いないこととした。
  - ・ その上で、都道府県は、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」のうち、人口 100 万人以上の構想区域の公立・公的医療機関等の具体的対応方針について、地域医療構想調整会議において改めて議論すること。この際、当該医療機関のうち、2019 年 3 月末までに策定し合意された具体的対応方針が、第 7 次医療計画における役割及び平成 29 年度病床機能報告上の病床数からの変更を伴っていない医療機関等については、構想区域の他の医療機関の診療実績や医療需要の推移等を踏まえ、当該医療機関の具体的対応方針の妥当性について改めて確認するなどし、引き続き議論いただきたい。

【PI 計 7】

(5) 令和3年度以降の病床機能報告における入院診療実績の報告の通年化について

- 病床機能報告では、「具体的な医療の内容に関する項目」として、従来、1か月分の入院診療実績（報告年度の6月診療分）の報告を求めてきたが、1か月分の実績だけでは季節変動等の要素が影響することが懸念されてきたところ。
  
- このため、令和3年度病床機能報告から、1年分（報告前年度の4月～3月）の月別の入院診療実績の報告を求めることとする。
  
- 入院診療実績の報告の通年化に伴い、取り扱うデータ量が増大することから、令和3年度以降の実施に当たっては、以下のとおり、病床機能報告対象病院等の負担軽減を図ることとする。
  - ・ 国から各医療機関に提供する入院診療実績データについて、公費レセプト分を含めることとするとともに、報告様式に自動的に転記できるようにする。
  - ・ 電子レセプトに病棟コードを記録していない医療機関は、可能な範囲で病棟別に振り分けて報告すれば足りることとする（病院全体の入院診療実績を特定の病棟の診療実績にまとめた上で報告することも可能）。
  
- 病床機能報告時における医療機関の負担軽減の観点を踏まえつつ、病棟単位での入院患者に提供する医療の内容が把握できるよう、全診療月の入院分の電子レセプトに病棟コードを記録する必要があることについて、医療機関に対し、改めて周知いただくようお願いする。  
今後、実態に即した報告が行われるよう、令和4年度診療報酬改定に向けて、各病院で病棟コードが確実に記録されるような方策を検討する。

【PI計7】

## 1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者間で議論・準備を行う必要

### 医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似  
⇒ いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施  
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

### ◎ 具体的な記載項目（イメージ）

#### 【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備）
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等（感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等）
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

#### 【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担（感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

### ◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
  - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
  - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
  - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
  - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
  - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

## 2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

### (1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
  - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
  - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持**しつつ、着実に取組を進めていく。

### (2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め**、地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 \* 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

### (3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定（※）について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定  
・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証  
・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

# 重点支援区域について

## 1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行う**こととされた。

## 2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する**。なお、**選定は複数回行う**こととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を定めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要**。

## 3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の医療機能再編等事例」**とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例
- 重点支援区域申請は、当面の間、**随時募集**する。

### 【優先して選定する事例】

- 以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。
- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
  - ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統合を検討する事例
  - ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
  - ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

## 4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

- **【技術的支援】（※）**
  - ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
  - ・ 関係者との意見調整の場の開催 等
- **【財政的支援】**
  - ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
  - ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

## 5 選定区域

これまでに以下の**11道県14区域**の重点支援区域を選定。

- 【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】
  - ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
  - ・ 滋賀県（湖北区域）
  - ・ 山口県（柳井区域、萩区域）
- 【2回目（令和2年8月25日）に選定した重点支援区域】
  - ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
  - ・ 新潟県（県央区域）
  - ・ 兵庫県（阪神区域）
  - ・ 岡山県（県南東部区域）
  - ・ 佐賀県（中部区域）
  - ・ 熊本県（天草区域）
- 【3回目（令和3年1月22日）に選定した重点支援区域】
  - ・ 山形県（置賜区域）
  - ・ 岐阜県（東濃区域）

# 地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設

（登録免許税）

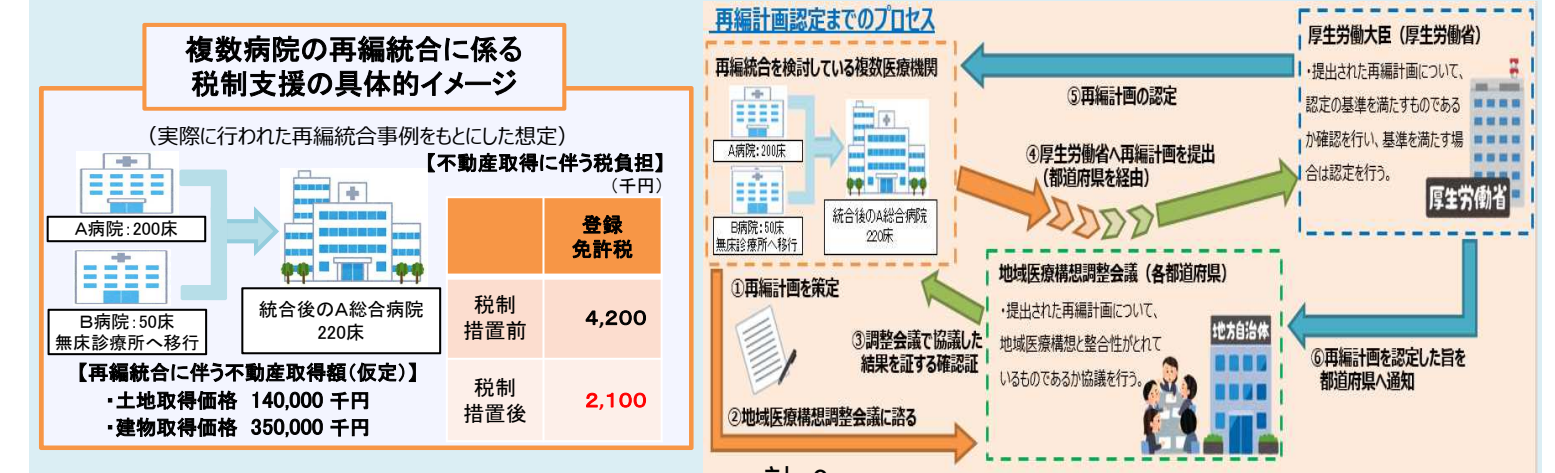
## 1. 概要

令和3年度税制改正大綱を踏まえ、「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案」の施行の日から令和5年3月31日までの間の措置として、医療機関の開設者が、再編計画に基づき、医療機関の再編に伴い取得する土地又は建物の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率を、次のとおり軽減する措置を講ずる。

- ① 土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20）
- ② 建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4）

## 2. 制度の内容

厚生労働大臣が認定した再編計画（地域医療構想調整会議における協議に基づくものであることが条件）に基づき、医療機関の開設者が再編統合のために取得した資産（土地・建物）について、登録免許税の税率を軽減する。



# 人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について

## 1. これまでの経緯

### ○公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け地域医療計画課長通知）（抄）

#### 3. 留意事項について

- (4) 今後、人口100万人以上の構想区域の公立・公的医療機関等についても、「類似かつ近接」に係る具体的対応方針の再検証等に必要な検討を迫って整理することとしていること。

## 2. 第31回地域医療構想に関するワーキンググループ（令和3年2月12日）における議論のポイント

### (1) 人口100万人以上の構想区域の特性

- 人口100万人以上の構想区域における人口や医療資源の密度は、人口50万人以上100万人未満の構想区域と比べても相当程度高い傾向。  
また、人口100万人以上の構想区域は、2025年まで人口が増加する区域が半数を超え、2040年まで人口が増加する区域も1/3程度となっている状況。

### (2) 人口100万人以上の構想区域の取扱い

- 人口100万人以上の構想区域の特性を踏まえれば、いわゆる「類似かつ近接」に係る分析スキームに則した分析結果を元に再検証対象医療機関を定め、具体的対応方針の再検証を求めるよりも、むしろ、まずは、各公立・公的医療機関等において、自らの診療実績や周辺医療機関の診療実績、医療需要の推移など地域の实情に関する各種データを踏まえつつ、自らが担うべき役割・医療機能など各々の具体的対応方針の妥当性について確認するなどし、地域医療構想調整会議等で改めて議論するよう求めることが望ましい。

※ いわゆる「診療実績が特に少ない」に係る分析による具体的対応方針の再検証は、100万人以上の構想区域における医療機関も対象となっているところ。

## 3. 100万人以上の構想区域の取扱いに関する整理のポイント

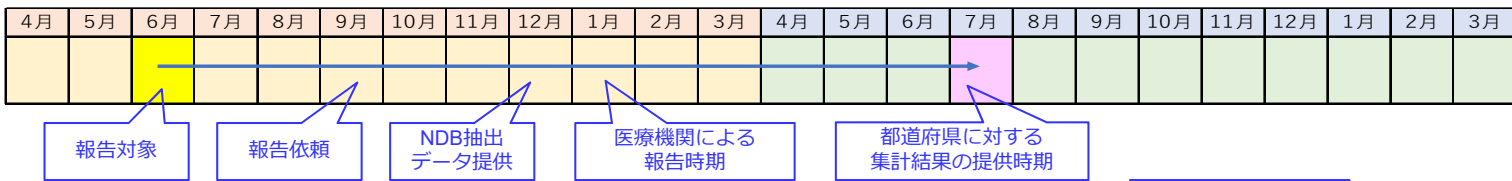
- 人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証に当たっては、「『類似かつ近接』の要件に6領域全てに該当している公立・公的医療機関等」の基準は用いないこととする。
- その上で、都道府県は、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」のうち、人口100万人以上の構想区域の公立・公的医療機関等の具体的対応方針について、地域医療構想調整会議において改めて議論すること。この際、当該医療機関のうち2019年3月末までに策定し合意された具体的対応方針が、第7次医療計画における役割及び平成29年度病床機能報告上の病床数からの変更を伴っていない医療機関等については、構想区域の他の医療機関の診療実績や医療需要の推移等を踏まえ、当該医療機関の具体的対応方針の妥当性について改めて確認するなどし、引き続き議論を進めること。

## 令和3年度以降の病床機能報告における入院診療実績の報告の通年化について

- 病床機能報告では、「具体的な医療の内容に関する項目」として、従来、1ヶ月分の入院診療実績（報告年度の6月診療分）の報告を求めてきたが、1ヶ月分の実績だけでは季節変動等の要素が影響することが懸念されてきたところ。このため、令和3年度病床機能報告から、1年分（報告前年度の4月～3月）の月別の入院診療実績の報告を求めることとする。
  - 入院診療実績の報告の通年化に伴い、取り扱うデータ量が増大することから、令和3年度以降の実施に当たっては、以下のとおり、病床機能報告対象病院等の負担軽減を図る。
    - ・ 国から各医療機関に提供する入院診療実績データについて、公費レセプト分を含めることとするとともに、報告様式に自動的に転記できるようにする。
    - ・ 電子レセプトに病棟コードを記録していない医療機関は、可能な範囲で病棟別に振り分けて報告すれば足りることとする（病院全体の入院診療実績を特定の病棟の診療実績にまとめた上で報告することも可能）。
- ※ 実態に即した報告が行われるよう、各病院で電子レセプトに病棟コードが確実に記録される必要がある。

### 入院診療実績の報告通年化イメージ

旧方式（～令和2年度報告）



新方式（令和3年度報告～）





# 参考資料

## 医療計画について

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

### 計画期間

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

### 記載事項(主なもの)

#### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

##### 二次医療圏

**335医療圏**（令和2年4月現在）

##### 【医療圏設定の考え方】

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

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

##### 三次医療圏

**52医療圏**（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

##### 【医療圏設定の考え方】

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

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

#### ○ 地域医療構想

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

#### ○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

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

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

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

#### ○ 医師の確保に関する事項

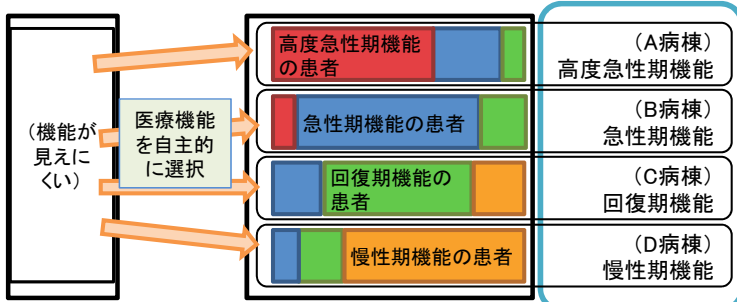
- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

#### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

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

# 地域医療構想について

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



医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月) **病床機能報告**

## 「地域医療構想」の内容

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

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

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

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

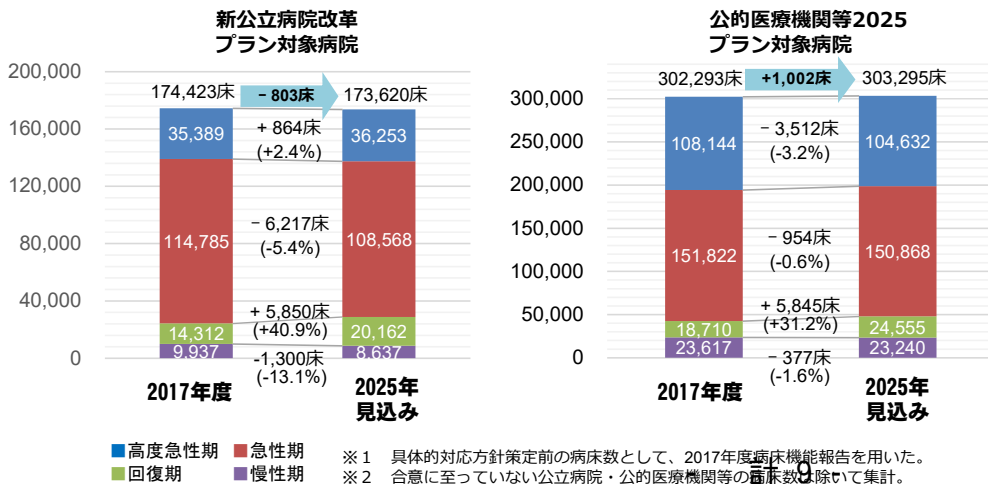
- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

都道府県 医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

## 地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるよう要請。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」では、以下が挙げられている。
  - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
  - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

### 2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込み)の比較



- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
- トータルの病床数は横ばい。
- 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

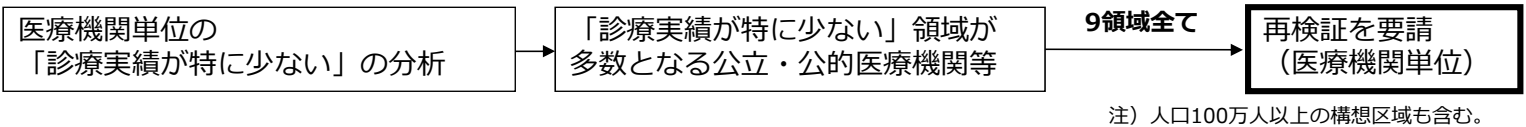
# 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組（具体的対応方針の再検証）

○ 各医療機関の診療実績データにより、公立・公的医療機関等でなければ担えない役割（※）に重点化されているか分析

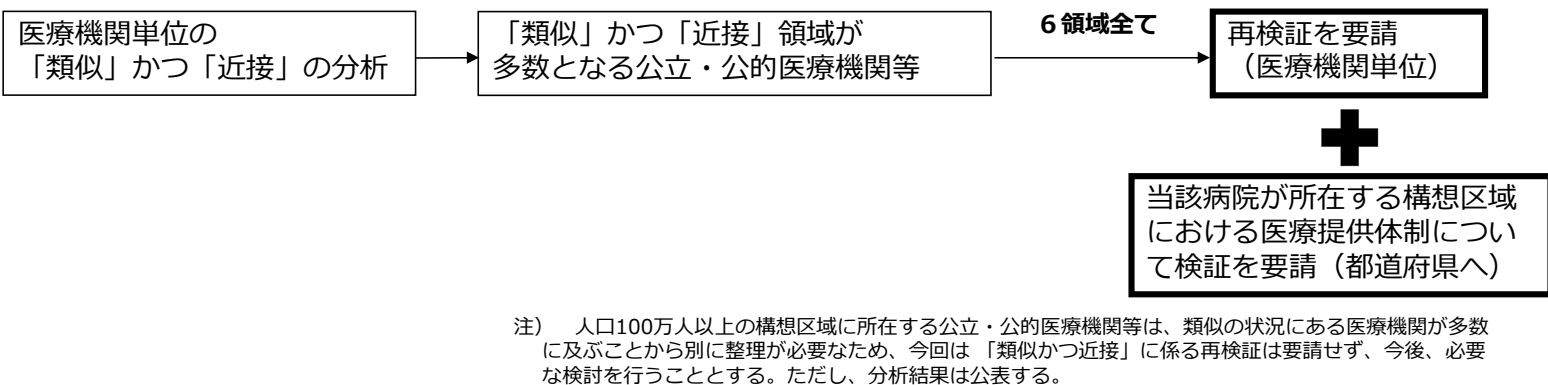
※ 民間医療機関では限界のある高度・先進医療（県立がんセンター・県立循環器病センターなど）救急・小児・周産期・災害などの不採算部門、民間医療機関の立地が困難な過疎地等における医療研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

## A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能の9領域）

○ 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって診療実績は影響を受けることから、構想区域を①「人口100万人以上」、②「人口50万人以上100万人未満」、③「人口20万人以上50万人未満」、④「人口10万人以上20万人未満」、⑤「人口10万人未満」の5つのグループに分けて、診療実績の分析を行う。



## B) 「類似かつ近接」の分析（がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期の6領域）



## 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の地域医療構想の進め方について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ（令和2年10月21日）資料

○ 「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）を踏まえ、「具体的対応方針の再検証等の期限について」（令和2年8月31日付け医政発0831第3号厚生労働省医政局長通知）を发出。

### 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け通知）

当面、都道府県においては、「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」における**一連の記載（※）**を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※経済財政運営と改革の基本方針2019の記載

- 医療機関の再編統合を伴う場合  
→ 遅くとも2020年秋頃
- それ以外の場合  
→ 2019年度中

### 経済財政運営と改革の基本方針2020（令和2年7月17日閣議決定）

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、**可能な限り早期に工程の具体化**を図る。

### 具体的対応方針の再検証等の期限について（令和2年8月31日付け通知）

**再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方**について、「経済財政運営と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、**厚生労働省において改めて整理の上、お示し**することとする。

○ 人口100万人以上の構想区域は、人口50万人以上100万人未満の構想区域より小さい面積の中に、約2倍の病院が存在する傾向。

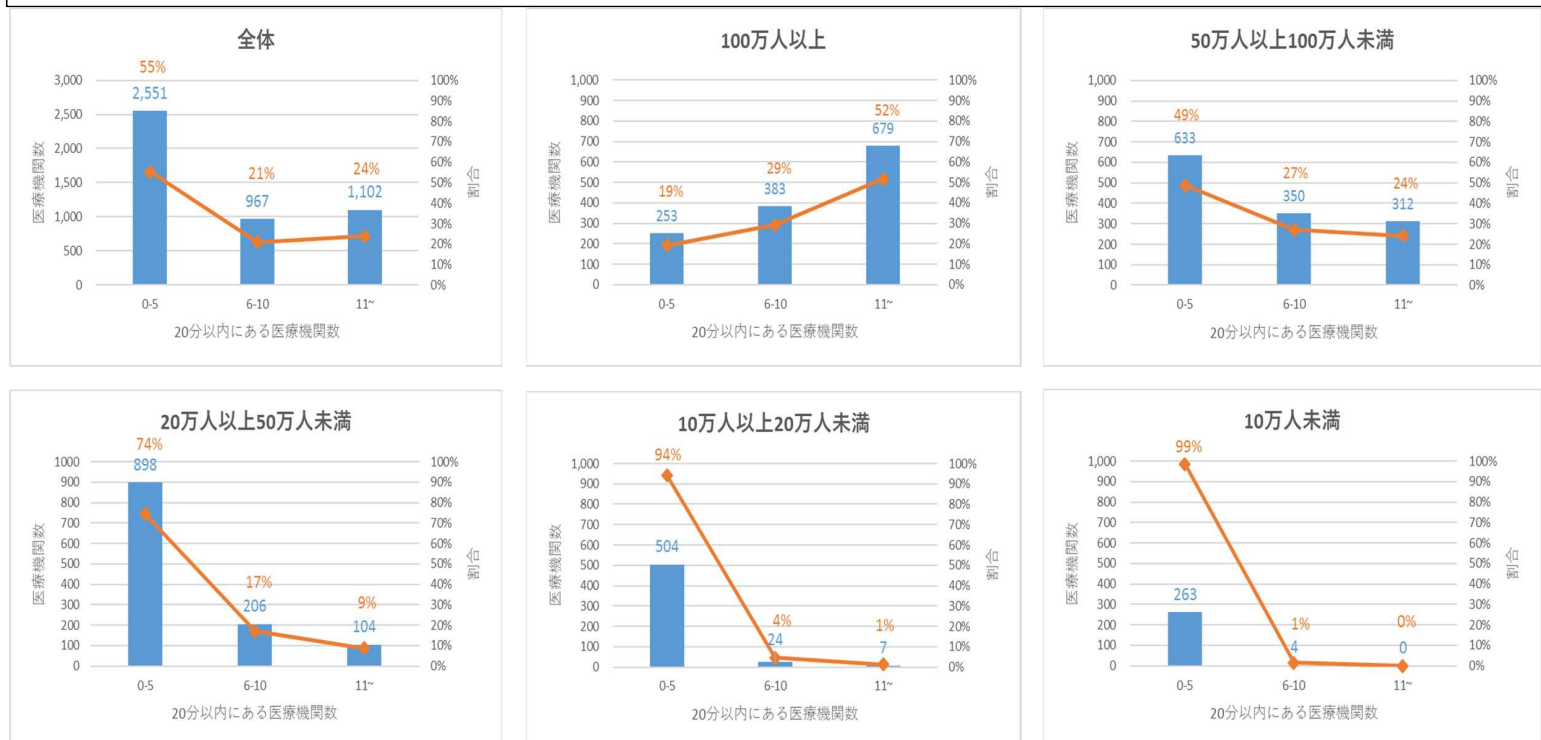
構想区域	区域数	平均（構想区域あたり）										
		平均病院数				平均病床数				常勤換算医師数	人口(千人)	上段：面積
		公立	公的等	民間	合計	上段：一般病床	下段：療養病床	合計	下段：可住地面積(km <sup>2</sup> )			
100万人以上	25	3.8	6.7	67.2	77.7	1,378	2,654	6,652	10,684	2,984.1	1,627.3	578.5
						14	32	2,992	3,039			305.5
50万人以上 100万人未満	55	3.0	3.7	29.7	36.3	839	1,226	2,654	4,719	1,252.5	695.3	799.5
						24	26	1,590	1,640			366.8
20万人以上 50万人未満	100	2.8	2.4	14.0	19.1	593	735	1,046	2,374	518.8	322.9	1,313.7
						36	29	754	819			478.9
10万人以上 20万人未満	77	2.3	1.1	7.6	11.0	367	275	421	1,063	193.2	145.0	1,061.0
						37	14	426	477			315.1
10万人未満	82	1.7	0.5	3.2	5.4	220	109	134	462	74.7	61.7	1,237.1
						24	12	183	219			269.2

【出典】  
 ・令和元年度病床機能報告（精査中）  
 ・平成31年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）  
 ・国土地理院「平成29年全国都道府県市区町村別面積調」  
 ※ 公立・公的等・民間については、個別医療機関の2025年に向けた具体的対応方針策定時に設定した定義を令和元年度病床機能報告時に時点修正したもの。  
 公立：令和元年度病床機能報告時に開設主体を以下の通り報告された病院  
     ・都道府県                    ・市町村                    ・地方独立行政法人  
 公的等：令和元年度病床機能報告時に開設主体を以下の通り報告された病院または特定機能病院、地域医療支援病院  
     ・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  
     ・済生会  ・厚生連  
     ・健康保険組合及びその連合会                    ・共済組合及びその連合会  
     ・北海道社会事業協会                            ・国民健康保険組合  
 民間：上記以外の病院  
     ・日赤  
     ・国民健康保険団体連合会

12

## 同一の構想区域内において20分以内にある病院数の分布状況（人口区分別）

○ 個々の病院を中心として車で20分圏内に所在する病院数について分析を行ったところ、人口100万人以上の構想区域においては、車で20分圏内に10を超える他病院が所在する病院が、半数以上みられた。

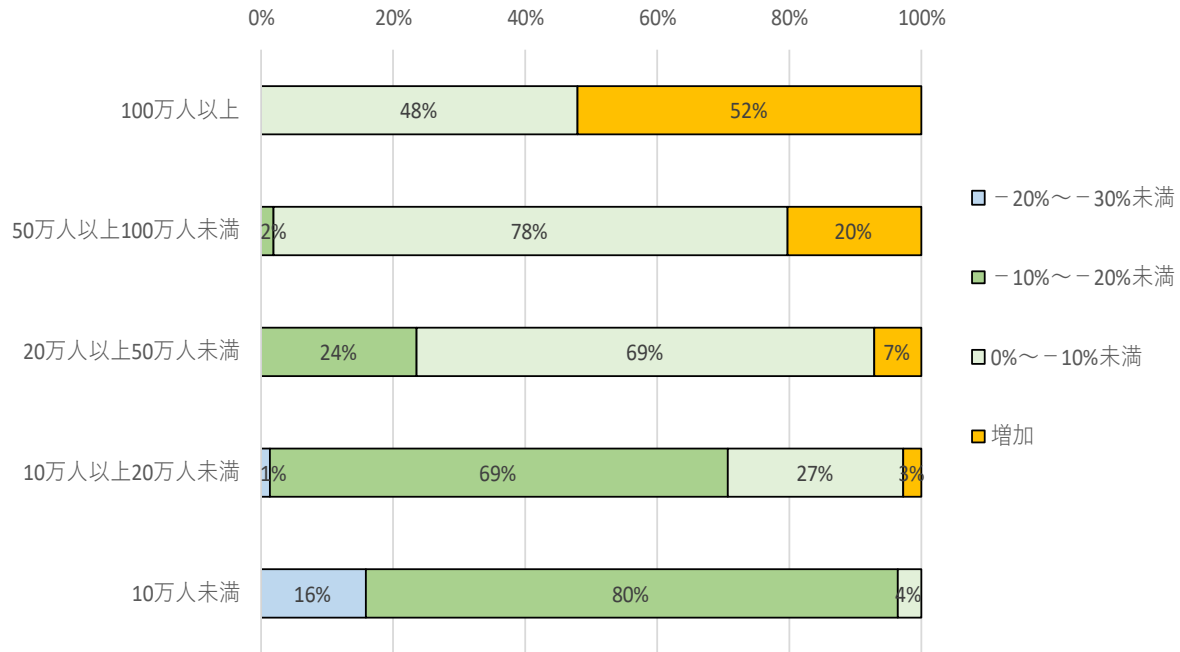


【出典】  
 分析に用いた病院：平成29年度病床機能報告において高度急性期・急性期機能を有すると報告のあった病院  
 ※ 20分以内にある医療機関数に係る20分以内の判定については、国土交通省総合交通分析システム（NITAS（ver.2.5（2019年3月版））を用いており、道路の整備状況は2016年3月時点の道路ネットワーク情報を使用している。計算は「道路モード」（有料道路が存在する場合は、有料道路を利用）で行い、自動車の速度は法定速度としている。  
 ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

13

# 人口区分ごとの構想区域の2025年までの人口減少率別の割合

第31回地域医療構想に関するワーキンググループ  
(令和3年2月12日) 資料

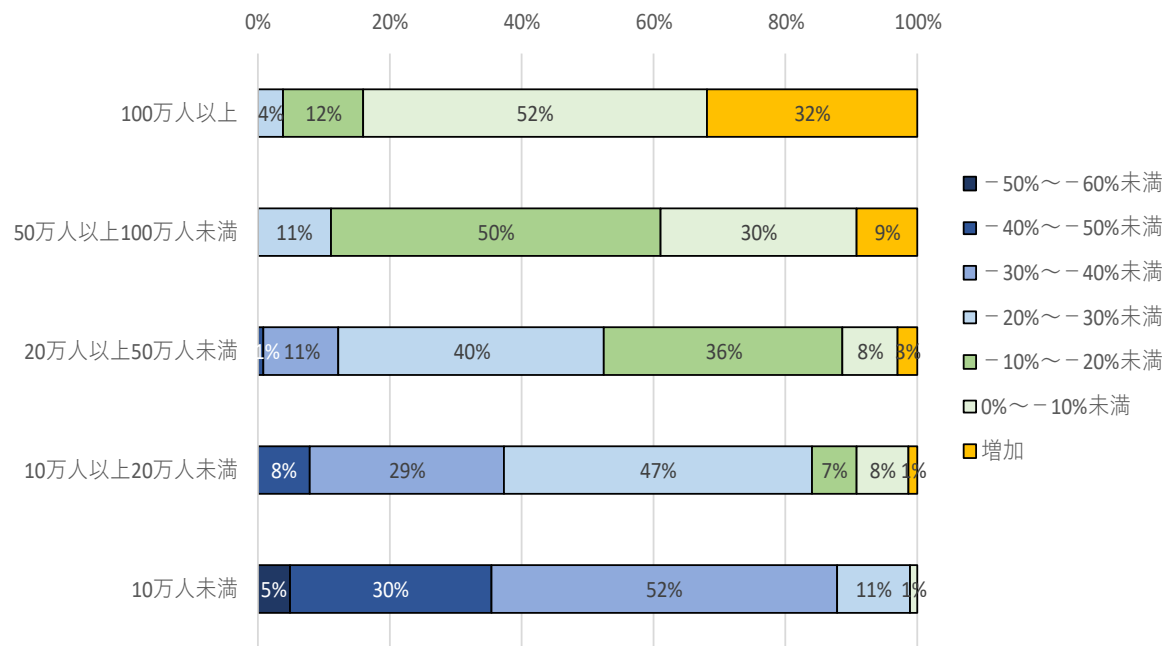


【出典】

- ・ 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年推計）」
- ・ 平成29年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）
- ※ 福島県については、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年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、グラフ上に含まれていない。
- ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

# 人口区分ごとの構想区域の2040年までの人口減少率別の割合

第25回地域医療構想に関するワーキンググループ  
(令和2年3月19日) 資料（一部改）



【出典】

- ・ 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年推計）」
- ・ 平成29年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（市区町村別）
- ※ 福島県については、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年推計）」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、グラフ上に含まれていない。
- ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

1. 入院診療実績の報告対象期間の通年化等について

平成31年2月22年に開催した第19回地域医療構想に関するワーキンググループでは、各医療機関が担っている役割に関する重要な指標となり得る手術等の診療実績について、報告対象が1ヶ月分(6月診療分)の実績であるため、季節等の要素で報告値が診療の実態を十分に反映していないという課題があることから、通年化するよう見直しを進めていくこととされました。

本年8月14日の第26回地域医療構想に関するワーキンググループにおける検討結果を踏まえ、以下のとおり取り扱うこととしました。

- ① 令和3年度以降の病床機能報告においては、入院患者に提供する医療の内容のうちレセプト情報による方法で報告を行うこととなっている項目(以下「入院診療実績」という。)の報告対象を通年(前年4月～3月分)の実績とすること。

2. 報告対象期間の通年化に向けた対応について

病床機能報告における入院診療実績の報告対象期間の通年化に向け、電子レセプト情報による方法により年間の診療実績等を報告する際に病棟別の診療実績を報告できるよう、別添3「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」(令和2年3月16日付け医政地発0316第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)において、診療報酬請求時の電子レセプトにあらかじめ病棟情報を記録するための留意事項等を示していますので、取扱いに遺漏のないようお願いいたします。

※参考

「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」

(令和2年3月16日付け医政地発0316第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) 抜粋

第2 電子レセプトへの病棟情報の記録の内容

2 具体的な記録方法

現在、6月診療分であって7月請求分である入院分の診療報酬請求において、入院基本料等を算定する病棟を基本として、当該病棟の病棟コードを電子レセプトに記録することとしているが、令和2年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて、全診療月の入院分の電子レセプトに病棟コードを記録すること。

なお、自費等で入院している患者については、一連の入院期間中に診療報酬請求が発生しない場合は病棟コードの記録はないが、診療報酬請求が発生する場合には、入院基本料等の算定の有無に関わらず、入院分の電子レセプトに病棟コードを記録すること。

季節変動に関する意見

第19回地域医療構想WG	資料2
平成31年2月22日	

- 手術等の診療実績に係る報告は、1ヶ月分の実績(6月診療分)の報告に留まっており、季節変動などの要素で報告値が変動する懸念。

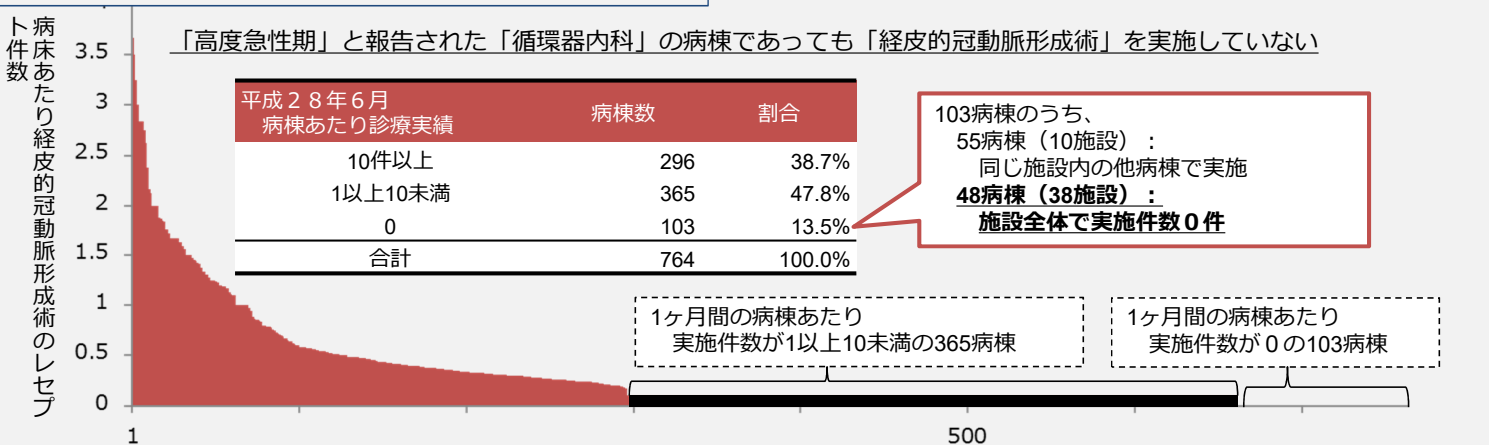
【第7回地域医療構想に関するWG 議事抜粋】

- 伊藤構成員 資料2-1の8ページになりますけれども、病棟ごとに提供されている医療の内容で、フキダシの括弧にありますように、48病棟(38施設)で実施件数ゼロというものがあるのですが、これは一体どれぐらいの期間でこれを測定されたかということ。特に循環器系の疾患は季節要因が大変大きいわけで、それを十分に加味した上でこういう数字が出ているのかどうかも確認したいと思います。

- 伯野医師確保等地域医療対策室長 期間としては、6月の1カ月間でございます。

- 伊藤構成員 そうすると6月は比較的循環器系疾患の発生が少ない時期になるわけですし、これはきっちりした形である程度の期間、しかも季節要因を考慮して1年間の症例数を提示していただくことが必要ではないかと思っておりますので、よろしくをお願いします。

第7回地域医療構想に関するWG 資料2-1を一部加工



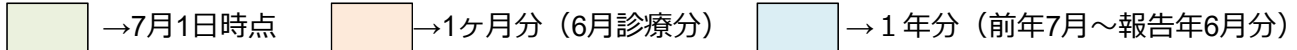
# 現在の報告項目と対象期間・時点の関係

## 報告項目

第19回	地域医療構想	資料
平成31年	2月22日	2

医療機能等		入院患者に提供する医療の内容	
<p>医療機能(現在/6年後の方向) ※介護施設に移行する場合は移行先類型 ※任意で2025年時点の医療機能の予定</p>	<p><b>手術の多い手</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>手術件数(臓器別)・全身麻酔の手術件数</li> <li>人工心臓を用いた手術</li> <li>胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数</li> </ul> <p><b>のがん治療・脳卒中・心筋梗塞等への対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>悪性腫瘍手術件数</li> <li>病理組織標本作製・術中迅速病理組織標本作製</li> <li>放射線治療件数・化学療法件数</li> <li>がん患者指導管理料・抗悪性腫瘍剤局所持続注入</li> <li>肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入</li> <li>超急性期脳卒中加算・脳血管内手術</li> <li>経皮的冠動脈形成術・分娩件数</li> <li>入院精神療法・精神科リエンチーム加算</li> <li>認知症ケア加算・精神疾患診療体制加算</li> <li>精神疾患診断治療初回加算</li> </ul> <p><b>重症患者への対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊産婦共同管理料</li> <li>救急搬送診療料・観血的肺動脈圧測定</li> <li>持続緩徐系血液濾過・大動脈バルーンポンピング法</li> <li>経皮的心臓補助法・補助人工心臓・植込型補助人工心臓</li> <li>頭蓋内圧持続測定</li> <li>血漿交換療法・吸着系血液浄化法・血球成分除去療法</li> <li>一般病棟用の重症度・医療・看護必要度を満たす患者割合</li> </ul> <p><b>救急医療の実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>院内トリアージ実施料</li> <li>夜間休日救急搬送医学管理料</li> <li>精神科疾患患者等受入加算</li> <li>救急医療管理加算</li> <li>在宅患者緊急入院診療加算</li> <li>救命のための気管内挿管</li> <li>体表ペーシング法/食道ペーシング法</li> <li>非開胸的心マッサージ、カウンターショック</li> <li>心臓穿孔・食道圧迫止血チューブ挿入法</li> </ul>	<p><b>在宅復帰への支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援加算・救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算</li> <li>地域連携診療計画加算・退院時共同指導料</li> <li>介護支援連携指導料・退院時リハビリテーション指導料</li> <li>退院前訪問指導料</li> </ul> <p><b>全身管理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中心静脈注射・呼吸心拍監視・酸素吸入</li> <li>観血的動脈圧測定・ドレーン法・胸腔若しくは腹腔洗浄</li> <li>人工呼吸・人工腎臓・腹膜灌流</li> <li>経管栄養カテーテル交換法</li> </ul> <p><b>疾患に応じた/早期からのリハビリテーション</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾患別リハビリテーション料・早期リハビリテーション加算</li> <li>初期加算・摂食機能療法</li> <li>リハビリテーション充実加算</li> <li>休日リハビリテーション提供体制加算</li> <li>入院時訪問指導加算</li> <li>リハビリテーションを実施した患者の割合</li> <li>平均リハ単位数/1患者1日当たり</li> <li>1年間の総退院患者数</li> <li>1年間の総退院患者数のうち入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退院時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数</li> </ul> <p><b>長期療養患者等の受入</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料・褥瘡評価実施加算</li> <li>重度褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算</li> <li>難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算</li> <li>超重症(者)入院診療加算・準超重症(者)入院診療加算</li> <li>強度行動障害入院医療管理加算</li> </ul> <p><b>有床診療所の多様な機能</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>往診患者延べ数・訪問診療患者延べ数</li> <li>看取り患者数(院内/在宅)・有床診療所入院基本料</li> <li>有床診療所療養病床入院基本料</li> <li>急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割</li> <li>過去1年間の新規入院患者のうち他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合</li> </ul> <p><b>科医連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>歯科医師連携加算・周術期口腔機能管理後手術加算</li> <li>周術期口腔機能管理料</li> </ul>	
<p><b>病床数・人員配置・機器等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>許可病床数・稼働病床数(一般・療養別)</li> <li>病棟全体が非稼働である場合はその理由</li> <li>経過措置(1床当たり面積)に該当する病床数</li> <li>算定する入院基本料・特定入院料</li> <li>主とする診療科・設置主体</li> <li>部門別職員数(医師、歯科医師、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、薬剤師数、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士)</li> <li>DPC群の種類</li> <li>特定機能病院、地域医療支援病院の承認</li> <li>施設基準届出状況(総合入院体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)</li> <li>在宅療養支援病院である場合は看取り件数</li> <li>三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無</li> <li>高額医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダウインチ))</li> <li>退院調整部門の設置状況</li> <li>※退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)</li> </ul> <p><b>入院患者の状況</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1年間の新規入棟患者数(予定入院・緊急入院別)</li> <li>在棟患者延べ数・退棟患者数</li> <li>1年間/月間の新規入棟患者数(入棟前の場所別)</li> <li>1年間/月間の退棟患者数(退棟先の場所別、退院後の在宅医療の予定別)</li> </ul>			

## 期間・時点



## 論点1：報告内容及び報告方法について(診療実績)

第31回地域医療構想に関するワーキンググループ(令和3年2月12日) 資料

○ 令和3年度病床機能報告における診療実績については、病棟ごとに1年分を報告することとなるため、病床機能報告対象病院等に対し過度な負担増加につながらないように十分に配慮しつつ、実態に即した報告が行われるよう、以下のとおり対応することとしてはどうか。

	これまでの取扱い	令和3年度以降の取扱い(案)
報告内容	○ 1ヶ月分の診療実績を病棟別に報告(年1回)。	○ <b>1年分の月別の診療実績</b> を病棟別に報告(年1回)。 ○ 地域における病床機能分化・連携の議論の活性化や、地域医療構想調整会議等におけるデータの利活用状況等を踏まえつつ、 <b>活用頻度の低い項目を報告対象外とすることも含め、適切な項目設定について検討。</b>
報告方法	○ 国において、NDBにより、公費レセプトを除いた診療実績データを整理し、各医療機関に対して提供。  ○ 各医療機関において、以下の作業を実施した上で、診療実績を報告。 ① 国から提供されたデータを、病床機能報告の様式に手作業(コピー・アンド・ペースト等)で転記 ② 公費レセプト、労災レセプト、自賠責レセプト、紙レセプトによる診療実績を、病床機能報告の様式に追加入力  ※ 各医療機関に対し、レセプトへの病棟コードの記録を求めており、国では病棟コードを元に病棟別の診療実績データを整理・提供。レセプトに病棟コードを記録していない医療機関は、可能な範囲で、診療実績を病棟別に振り分けて報告。	○ 国において、NDBより、 <b>公費レセプト分を含めた診療実績データ</b> を整理し、各医療機関に対して提供。 ※ 公費レセプト分を含めることで、診療報酬請求レセプトのうち98%をカバー。(残り2%は、紙レセプト請求分) ※注 注：レセプト請求形態別の請求状況 令和2年9月診療分(社会保険診療報酬支払基金HPより)  ○ 各医療機関において、以下の作業を実施した上で、診療実績を報告。 ① 国から提供されたデータを、病床機能報告の様式に自動的に転記( <b>反映ボタンを押下するだけで月別、病棟別に報告様式に反映されるよう運用</b> ) ② 労災レセプト、自賠責レセプト、紙レセプトによる診療実績を、病床機能報告の様式に追加入力  ※ 令和2年7月診療分(8月請求分)のレセプト請求において、レセプトに病棟コードを記録している医療機関は6割弱。レセプトに病棟コードを記録していない医療機関は、引き続き、可能な範囲で、診療実績を病棟別に振り分けて報告。 <b>(病院全体の実績を特定の病棟にまとめた上で報告することも可能)</b> なお、実態に即した報告が行われるよう、令和4年度診療報酬改定に向けて、各病院で病棟コードが確実に記録されるような方策を検討。

## 論点2：報告内容及び報告方法について（その他）

第31回地域医療構想に関するワーキンググループ  
(令和3年2月12日) 資料

- 診療実績の報告内容・方法のほか、令和3年度以降の病床機能報告において、以下のとおり対応することとしてはどうか。

### 対応1：診療実績以外の年間実績の報告について

- 1年間の新規入棟患者数（予定入院・緊急入院別）や救急車の受入件数など、**従前から年間実績を報告することとなっている項目についても、医療機関における実務の状況を踏まえつつ、月別に報告することとしてはどうか。**

なお、**月別の診療実績の報告が困難な医療機関においては、医療機関の負担を踏まえ、当面、月別の報告は任意とし、報告対象病院等における毎月病棟コードの記録が実施されることとなった段階（前頁参照）において、月別の報告を必須とすることとしてはどうか。**

### 対応2：紙媒体による報告について

- 診療実績について病棟ごとに1年分を報告することとなり、取り扱うデータ量が大幅に増加することから、医療機関側（報告）と行政側（集計・精査）の双方の業務効率化を図る観点から、紙媒体により病床機能報告を行っている医療機関に対し、**令和3年度より電子による報告を促しつつ、紙媒体とする理由を把握しながら、令和5年度を目途に、原則として電子による報告とし、やむを得ない事情がある場合に限り、紙媒体による報告を行うことも可能としてはどうか。**なお、業務負荷の観点から、紙媒体による報告を行う場合、診療実績については、月別ではなく年間合計数のみ報告すれば足りることとしてはどうか。

※ 紙媒体により病床機能報告を行っている医療機関（令和2年度）：

1083医療機関（104病院、979有床診療所）（令和3年1月末現在）



## 2. 地域における医師の確保について

### ○ 基本的な考え方（課題・取組の考え方）

医師の養成数については、平成 20 年度（2008 年度）より、特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠を中心に、段階的に医学部定員を臨時に増加しており、長期的には医師の供給が需要を上回ると考えられる。

しかしながら、全国的な医師数を増やしても、実効的な医師偏在対策が講じられなければ、地域における医師不足の解消にはつながらない。

このため、医師確保計画による取組や医師養成課程の様々な段階での取組により、地域偏在、診療科偏在是正を進める必要がある。

### （1）医師確保計画・外来医療計画について

- 医師確保計画及び外来医療計画については、令和元年度中に各都道府県において策定いただいたところであり、引き続き、地域の実情に応じた医師偏在対策等の取組を着実に進めていただきたい。

- 今般、令和 3 年度予算（案）で、地域医療介護総合確保基金（医療分）の在宅医療（区分 2）及び医療従事者確保（区分 4）については、対前年度同額を計上していることから、医師確保計画等に基づいた医師偏在対策等の取組を進める上でご活用いただきたい。

令和 3 年度の基金（区分 2 及び 4）の配分については、本年度より「医師確保計画」による取組が開始されていることを踏まえ、医師少数都道府県や医師少数区域など、特に医師の確保が困難な地域に対して、重点的に支援する予定である。

なお、医師少数都道府県や医師少数区域等による評価は、各都道府県の医師偏在の状況を評価しているものの、各都道府県における医師偏在対策の取組状況を反映できていないことから、令和 4 年度以降の基金の配分に向け、各都道府県における医師確保の取組状況を公平に評価できる評価項目を検討する予定である。

【PI 計 19-21】

### （2）医師少数区域等で勤務した医師の認定制度について

- 医師少数区域等における勤務の促進のため、医師少数区域等において診療、保健指導、他の医療機関との連携等に一定期間従事した者を厚生労働大臣が評価・認定する制度を創設し、令和 2 年度から運用を開始している。

認定を受けた医師については、地域医療支援病院のうち、医師派遣機能等を有する病院の管理者として評価することとしている。

また、認定医師が勤務する医師少数区域等の医療機関に対し、研修受講料、旅費等を補助することとしているため、管内の医療機関等に周知いただき、医師少数区域等における認定医師の勤務の促進につなげていただきたい。

(参考) 医師少数区域等(医師少数区域、医師少数スポット)については、厚生労働省ホームページにおいて公表しているので、関係者への周知をお願いしたい。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/kinkyu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/kinkyu/index.html)

【PI 計 19-21】

### (3) 地域医療支援センターについて

- 今後、地域医療支援センターの派遣対象となる地域枠医師等の数が増加するが、医師少数区域等での勤務には、その勤務負担や仕事内容、キャリア形成上の不安、子供の教育等の観点から様々な不安があることから、こうした不安を解消するための環境整備を図ることが重要となる。  
このため、医療機関の勤務環境の改善を行う医療勤務環境改善支援センターと医師の派遣調整を行う地域医療支援センターとの連携を進め、医師不足区域等における手厚い支援を行っていただきたい。

- 地域医療支援センターによって医師が少ない地域等に派遣調整される地域枠医師等の不安を解消するための環境整備を図るツールである「医師が不足する地域における若手医師等のキャリア形成支援事業」について、令和3年度予算案においても約2.7億円を計上している。

この事業は、医師偏在対策の一環として、

- ・ 地域枠出身の若手医師が医師の不足する地域への派遣により地域診療義務を果たす場合
- ・ 地域医療支援センターと大学の連携により、地域枠出身以外の医師が医師不足地域で一定期間地域診療に従事する場合
- ・ 地域医療支援センターの調整の下、総合的な診療能力を持つ医師がセカンドキャリアとして医師不足地域等で従事することを希望する場合

等において、医師不足地域へ派遣される医師のキャリア形成や勤務負担軽減を図るため、具体的な方策をモデル的に実施し、全国へ公表(他の都道府県へ横展開)することを目的としている。各都道府県においては、工夫を凝らした事業を是非考案いただきたい。

【PI 計 22】

(4) ICTを活用した産科医師不足地域に対する妊産婦モニタリング支援事業について

- この事業は、核となる周産期母子医療センターにおいて、地域の分娩取扱施設の妊産婦・胎児を、ICTを活用して遠隔でモニタリングし、適切な助言を行う体制の整備を促進するものとして、令和3年度予算案に約6.5億円計上したところである。

これにより、質の高い周産期医療を効率的に提供可能となり、勤務環境の改善等に資するものと考えている。

各都道府県においては、当該事業の積極的な活用をお願いしたい。

【PI計22】

# 医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール

公布

施行日	H30年度	H31/R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度
主要事項のスケジュール								
医療提供体制 ・地域医療構想 ・第7次医療計画				● 骨太の方針2017に基づく 見直し時期(※)				
三師調査結果公表			● R1. 12公表 (H30年調査)		● R3. 12公表 (R2年調査)		● R5. 12公表 (R4年調査)	● R7. 12公表 (R6年調査)
主な改正内容								
新たな医師の認定制度の創設	R2. 4. 1施行				認定制度の開始			
医師確保計画の策定	H31. 4. 1施行	指標策定	医師確保計画策定作業		医師確保計画に基づく医師偏在対策の実施			
地域医療対策協議会の役割の明確化等	公布日施行				医師確保について協議する場			
地域医療支援事務の追加	公布日施行				事務の追加			
外来医療機能の可視化／協議会における方針策定	H31. 4. 1施行		計画策定作業		計画に基づく取組の実施			
都道府県知事から大学に対する地域枠／地元枠増加の要請	H31. 4. 1施行				地域枠／地元枠の要請の開始			
都道府県への臨床研修病院指定権限付与	R2. 4. 1施行				新制度に基づく臨床研修病院・募集定員の指定			
国から専門医機構等に対する医師の研修機会確保に係る要請／国・都道府県に対する専門研修に係る事前協議	公布日施行				要請／事前協議の開始			
新規開設等の許可申請に対する知事権限の追加	公布日施行				新たな知事権限の運用開始			

※経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版(抄) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を動案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる。

R6. 4. 1 (改正法の施行日から5年後)を目途に検討を加える

## 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

### 背景

- ・人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

### 医師の偏在の状況把握

#### 医師偏在指標の算出

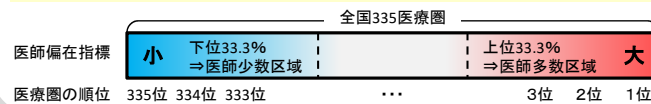
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・医療需要(ニーズ)及び将来の人口・人口構成の変化
- ・患者の流出入等
- ・へき地等の地理的条件
- ・医師の性別・年齢分布
- ・医師偏在の種類(区域、診療科、入院/外来)

#### 医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



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

### 『医師確保計画』(=医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」)の策定

#### 医師の確保の方針

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- (例)・短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
- ・中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

#### 確保すべき医師の数の目標(目標医師数)

(三次医療圏、二次医療圏ごとに策定)

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

#### 目標医師数を達成するための施策

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

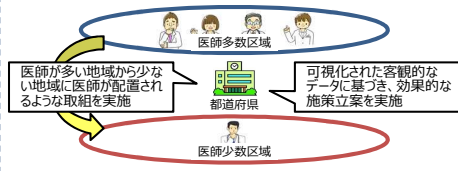
- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

### 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次		第8次(前期)		第8次(後期)		計			

\*2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年(医療計画全体の見直し時期と合わせるため)

#### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



# 産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 背景

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

## 産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

### 産科・小児科における医師偏在指標の算出

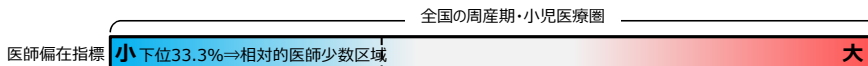
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

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

### 相対的医師少数区域の設定

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



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

## 『医師確保計画』の策定

### 医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

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

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

### 偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

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

### 偏在対策基準医師数を踏まえた施策

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

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

## (施策の具体的例)

### ① 医療提供体制等の見直しのための施策

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

### ② 医師の派遣調整

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

### ③ 産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

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

### ④ 産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

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

## 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

### 経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項(以下、「**外来医療計画**」)が追加されることとなった。

### 外来医療計画の全体像

#### 外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left( \frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成と変化、患者の流出入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

#### 新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

- ※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要がある。
- ※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

#### 外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。  
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急(夜間・休日の診療)、公衆衛生(学校医、産業医、予防接種等)等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業に対し、臨時的協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時的協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**等

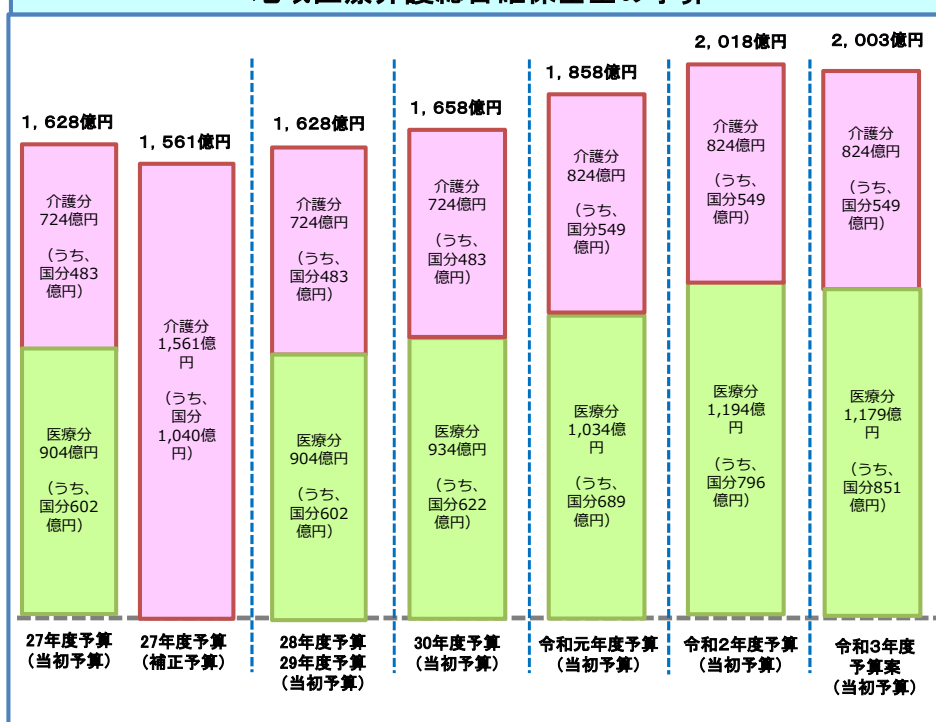
### 今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の任組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

# 地域医療介護総合確保基金の令和3年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和3年度予算(案)は、**公費ベースで2,003億円(医療分1,179億円(うち、国分851億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))**を計上

## 地域医療介護総合確保基金の予算



## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に係る事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業 (地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

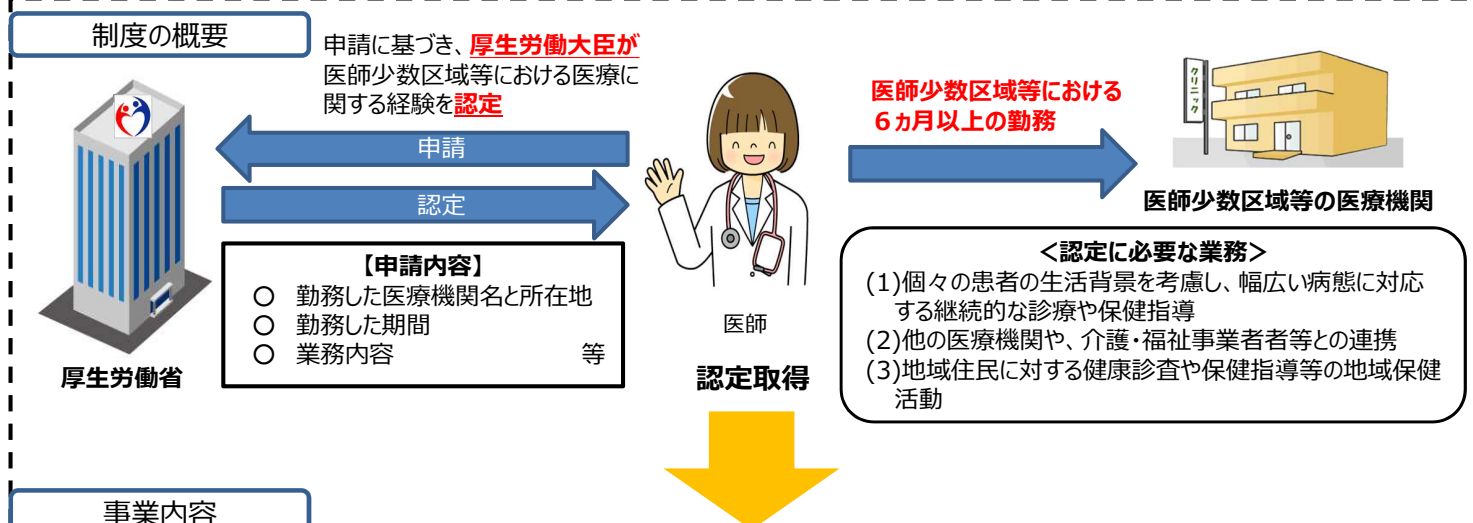
※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1-1、2、4を、平成27年度は介護を対象として3、5が追加を、令和2年度より医療を対象として6が追加された。

さらに、令和3年度より医療を対象として1-2が追加される(予定)。

## 認定制度を活用した医師少数区域等における勤務の推進事業

令和3年度予算案  
411,582千円 (204,027千円)

- 医師少数区域等において一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度が令和2年4月に施行された。本制度が医師偏在の解消に資するよう、認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を継続するための経済的支援を行う。



## 事業内容

### 医師少数区域等で勤務する医師の質の向上等にかかる経済的支援

認定を取得した医師が医師少数区域等で診療を実施する際の医療レベルの向上や取得している資格等の維持に係る以下の経費について支援を行う。

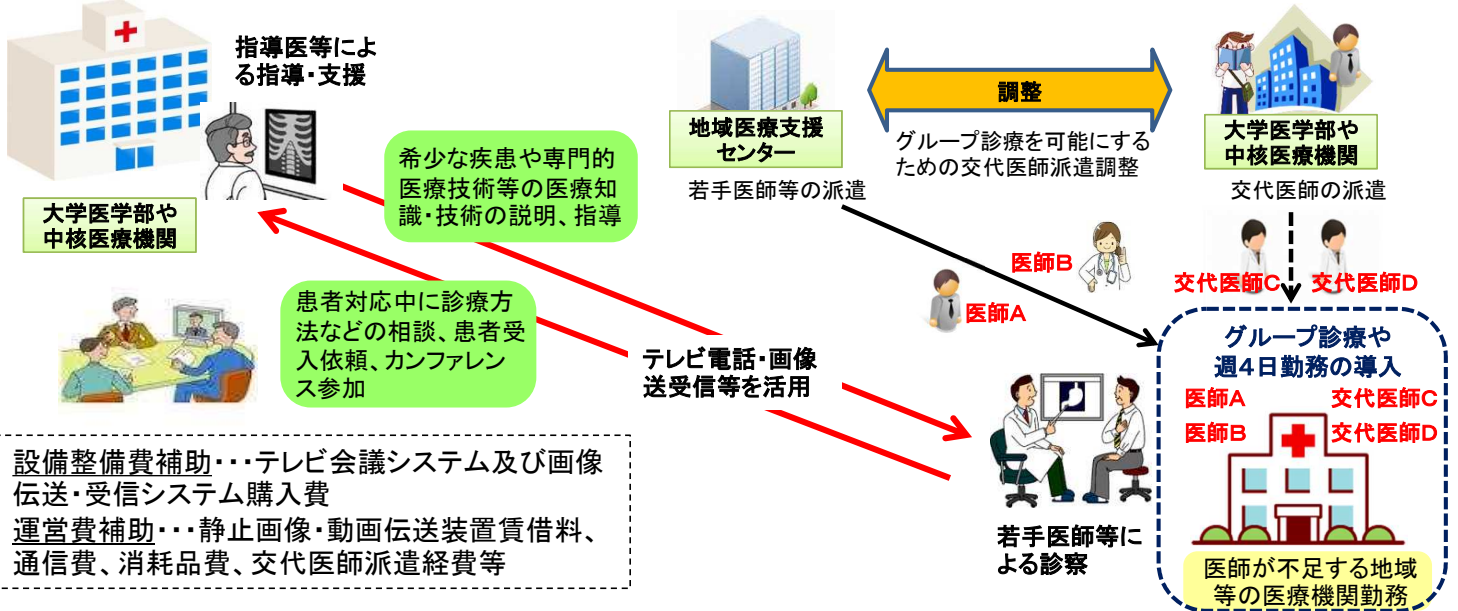
- 医師少数区域等で必要な医療等を学ぶための研修の受講に必要な経費 (研修受講料、旅費)
- 医師少数区域等で必要な医療等を学ぶための新たな専門書の購入に必要な経費 (医学用図書購入費)
- 専門領域のレベル維持のために他病院等で実績を積むための経費 (旅費)

## 【課題】

- 平成29年4月6日に取りまとめられた「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書では、地方で勤務する意思のある医師も多い中、医師が勤務を敬遠する理由として、労働環境への不安や希望する内容の仕事ができないという理由の他、特に若い世代では診療や研修環境などキャリア形成への不安が挙げられている。
- 医師の地域偏在を解消するには、こうした不安を取り除くための支援が必要である。
- ※平成22年度に地域枠として入学した医学生は平成28・29年度の臨床研修を終え、平成30年度から医師不足病院等へ配置される

## (事業内容)

地域枠出身の若手医師が医師が不足する地域への派遣により地域診療義務を果たす場合や、地域枠出身以外の若手医師が自主的に医師が不足する地域で一定期間地域診療に従事する場合等に、週3日は休暇・自己研さん等に充てられる週4日勤務制の導入、休日を確実に取得できるようにする休日代替医師の派遣、複数医師によるグループ診療、テレビ電話等を活用した診療支援等をモデル的に実施し、派遣される医師のキャリア形成や勤務負担軽減を図るために必要な経費を支援する。また、派遣される医師に対して指導を行う大学医学部や中核医療機関に対してもモデル事業に必要な経費を支援する。



設備整備費補助・・・テレビ会議システム及び画像伝送・受信システム購入費  
運営費補助・・・静止画像・動画伝送装置賃借料、通信費、消耗品費、交代医師派遣経費等

## ICTを活用した産科医師不足地域に対する妊産婦モニタリング支援

令和3年度予算案: 654,983千円 (552,491千円)  
(運営費: 204,983千円 設備整備費: 450,000千円)

**背景**  
他の診療科と比べて産科医師は少数であり、分娩取り扱い施設において、経験豊富な医師が確保できなかったり、妊産婦モニタリングに必要な体制を十分確保できないために長時間勤務が余儀なくされているケースもあり、医師確保や勤務環境改善にあたっての課題となっている。

**事業内容**  
複数の分娩取り扱い施設の医療情報をICTにより共有し、核となる周産期母子医療センターにおいて、周産期専門の医師等が集約的に妊産婦と胎児をモニタリングし、遠隔地から現場の医師少数地域へ派遣された若手医師等に対し適切な助言を行う体制の整備を促進することにより、医療の生産性の向上の観点から踏まえた勤務環境の改善を行う。

**設備投資費**

- ・複数の分娩取り扱い施設を連結するネットワーク構築費
- ・複数の分娩取り扱い施設を効率良くモニタリング可能なICT基盤の整備費(※)

※複数の分娩取り扱い施設の患者のモニタリング情報、電子カルテ情報等を集約・統合し、多数の患者を効率的にモニタリングできる重症度予測システム等の診療補助システムを組み込んだ情報プラットフォームを目指す。

**運営経費**

- ・複数の分娩取り扱い施設をネットワークで連携するために必要な運営経費(回線使用料等)
- ・中心的な分娩取り扱い施設で患者のモニタリング業務に従事する医師、看護師等の person 費

### 現状

昨日も先生遅くまでいたし、この程度の胎児心拍モニターなら、先生に声をかけず様子見ていいかしら？

このモニターは緊急手術が必要？ 高次施設へ搬送するべき？ 昨日当直だった先生を病院に呼んだほうがいいかしら？

**各分娩取り扱い施設**

- 胎児心拍モニター
- 電子カルテ
- 入院中の妊産婦
- 産科の医師
- 産科研修中の若手医師
- 助産師等

・分娩を扱う医療機関では、産科医師や助産師等が昼夜を問わず妊婦の治療にあたっている。

・産科医師が少ない地域に若手が勤務しながらの理由として、夜間の勤務が多いこと、特に休日・夜間等に一人で分娩を取り扱うことが不安であることがあげられる。

月5回は当直で、月10回はon callで緊急で呼び出される

月10回は当直で、月5回はon callで緊急で呼び出される

### 妊産婦モニタリングを導入した場合(特に夜間・休日帯等において)

分娩取り扱い施設 (同一の当該医療圏内の分娩取り扱い施設を想定)

カメラ

Aクリニック B病院 C病院

研修中の若手医師や助産師でも診療の質が担保される。

研修中の若手医師や助産師に対応可能

データ転送

必要時指示を出す等診療を補助

若手も含め産科医師が休息をとれるようになる。

妊婦・胎児の生体情報を周産期母子医療センターに集約化

各医療機器データ統合

産科専門の医師の集約化

研修中の若手医師に対応可能

妊婦・胎児の生体情報を集約化し、特に夜間帯等に、産科専門の医師による監視及び必要時分娩取り扱い施設の産科医、助産師に助言を行う。産科医の有効活用が可能。

周産期母子医療センター

### 3. 地域医療介護総合確保基金について

#### (1) 令和3年度予算案及び令和2年度繰越予定額について

- 地域医療介護総合確保基金については、令和3年度予算案において2,003億円（公費ベース）を計上しており、このうち、1,179億円（公費ベース）を医療分としている。

また、令和2年度予算の残額約565億円（公費ベース）について令和3年度への繰越額として計上される見込みとなっている。

#### (2) 令和3年度配分方針について

<評価項目について>

- 令和3年度の医療分の配分に当たっては、各都道府県の計画額を、予算の範囲内に一律圧縮の上、以下の評価項目を基に調整する。

##### 【地域医療構想の評価項目・方法】

重点支援区域が属する都道府県は配分額を加算

##### 【医師確保の評価項目・方法】

- ① 医師少数都道府県や医師少数区域を有する都道府県に対する配分額を加算

※ ①に該当しない場合、医師少数スポットを設定している都道府県に対する配分額を加算

- ② 臨床研修の都道府県別採用枠上限数の設定に当たり、地理的要件等（※）により配慮している都道府県について、基金の配分額においても加算

※ 臨床研修の採用枠上限設定における配慮項目

- ・ 離島加算（離島の人口に応じて加算）
- ・ 面積当たり医師数加算（全国平均よりも少ない場合に加算）

- 上記に加え、今般の新型コロナウイルス感染症対応で様々な医療従事者の確保・調整が困難な現状を踏まえ、通常時以上の取組を行う必要が生じている場合には、上述した評価項目に追加して、令和3年度の評価項目に加えることとしている（内容については追って連絡。）。

<事業区分ごとの配分について>

- 事業区分Ⅰ-1「地域医療構想の達成に向けた施設又は設備の整備に関する事業」については、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるため、これに重点化し、約789億円（令和2年度繰越予定含む）を充てることとする。



- 事業区分Ⅱ「居宅等における医療の提供に関する事業」及び事業区分Ⅳ「医療従事者の確保に関する事業」については、約 501 億円（令和 2 年度繰越予定含む）を充てることとする。

また、これまでに各都道府県に配分した本基金のうち、今後執行する具体的な計画がない金額（未計画額）については、令和 3 年度配分に当たっての財源として活用することとする。よって、各都道府県の要望額（配分必要額）は以下のとおりとなるので改めてご承知おきいただくようお願いする。

各都道府県の計画額 － 各都道府県の未計画額（※） ＝ 各都道府県の要望額（配分必要額）

（※）令和 2 年度執行状況調査で算出された未計画額

- 事業区分Ⅵ「勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業」については、約 258 億（令和 2 年度繰越予定含む）円を充てることとする。

また、計画額の計上にあたっては、令和 3 年度以降の配分に際して、以下の取扱いとするので留意すること。

① 前年度に事業区分Ⅵを活用していない医療機関に限り、1 床当たりの標準単価（133 千円）を通常の 2 倍まで可とする（2021 年度限りの措置）。

② 本事業の対象医療機関であって、他の医療機関へ医師派遣を行うことによって当該派遣される医師の労働時間がやむを得ず長時間となる医療機関については、年の時間外・休日労働時間の上限が 960 時間を超えた 36 協定の締結や締結の検討を行うことについての要件は適用しない。

③ 医療提供に関する実績について、緊急事態宣言期間の実績を控除し、同等期間を遡及して実績を求めることなど、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を踏まえた診療報酬の臨時的な取扱いに準じる。

（注）新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その 26）（令和 2 年 8 月 31 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等

（3）予算執行調査を踏まえた対応について

- 「「令和 2 年度 予算執行調査」における地域医療介護総合確保基金（医療分）に対する指摘を踏まえた今後の対応」で連絡したとおり、令和 3 年度以降の、地域医療介護総合確保基金（医療分）について下

記の取扱を講じることとしているのでご承知おき願いたい。

(今後の対応)

- 事業区分Ⅰ－１のうち、標準事業例５「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について、医療機関支援に係るソフト事業に関しては、基幹となる医療機能の分化・連携の取組（機能転換、病床削減、複数医療機関の再編等）と一体的に行われる事業に限定するので、他の区分の利用を検討するなど適切に対応願いたい。

※ 事業区分Ⅰ－１の「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」に関し、医療機関支援に係るソフト事業については「地域医療構想の関係性及びスケジュール」を「都道府県計画」に記載いただく必要がある。

- また、以下については、事前に重点的なヒアリングを行った上で必要な調整を行う。

- ・ 事業区分Ⅰ－１のうち「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について「都道府県計画」の記載項目を確認した際、地域医療構想との関係性が明確でない事業
- ・ 標準事業例以外の事業（他の財政措置が活用可能かどうか、基金の事業区分ごとの目的と事業内容との関係が明確かどうか、人件費等の経費を支出する場合であっても一時的なものかどうか）
- ・ 標準事業例に記載の事業か否かに関わらず、アウトプット指標の設定が適切かどうか確認が必要な事業

- 更に、事前に重点的なヒアリングを実施した事業については、必要に応じて事後においても現地確認を実施し、適切かつ効果的な事業が実施されているか確認を行うこととするので、ご承知おきいただきたい。

(４) 病床機能再編支援事業の配分について

- 現在、令和２年度に創設した「病床機能再編支援制度」を、消費税増収分を活用した財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業（事業区分Ⅰ－２）として位置付け、全額国負担とする旨の法案を通常国会へ提出している。今後のスケジュール等については、追って連絡することとしている。

※ 法案が成立した場合、事業区分Ⅰは事業区分Ⅰ－１に、「病床機能再編支援制度」は事業区分Ⅰ－２となる予定

(5) 令和4年度以降の配分方針について

- 「令和3年度地域医療介護総合確保基金（医療分）の配分方針及び調査票等の作成について」において依頼のとおり、各都道府県における医師確保の取組状況を公平に評価できる評価項目を検討するための資料を依頼しているところ。

各都道府県からの提出資料を基に令和4年度以降の評価項目として医師偏在の是正に向けて積極的に取り組む都道府県を評価するための評価項目を追加する予定としている。

(6) 令和3年度の配分スケジュールについて

- 令和3年度の配分スケジュールは、以下のとおり予定している。

4月～5月 事業区分Ⅰ-1、Ⅱ、Ⅳ、Ⅵの都道府県ヒアリング  
(書面により要望事業確認後WEB等で実施)

4月～6月 要望事業の精査、未計画額の算定

8月上旬 都道府県へ内示

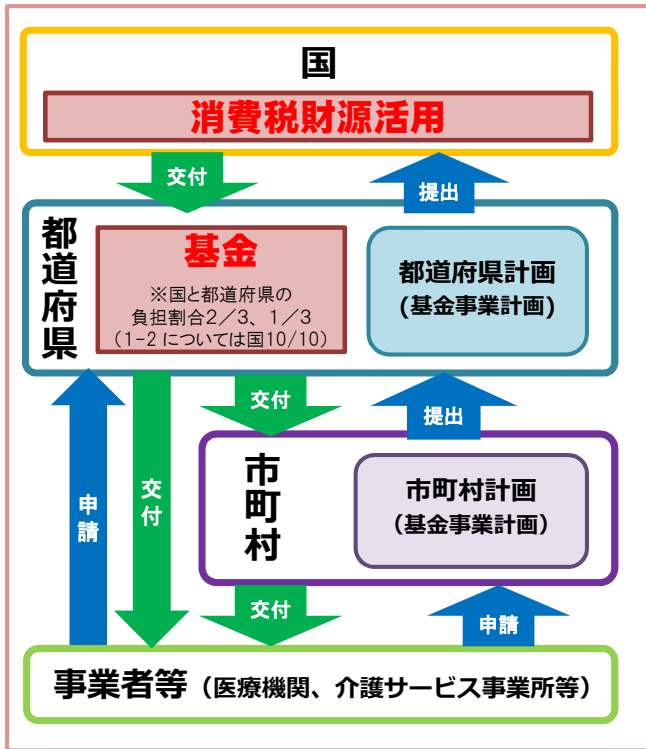
8月中旬以降 都道府県計画の提出、交付決定

- ヒアリングまでに各都道府県が計画を予定している事業について内容の確認等をさせていただき、ヒアリング後に円滑に内示ができるよう準備を進めたいのでご協力いただきたい。

# 地域医療介護総合確保基金

令和3年度予算案:公費で2,003億円  
(医療分 1,179億円、介護分 824億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

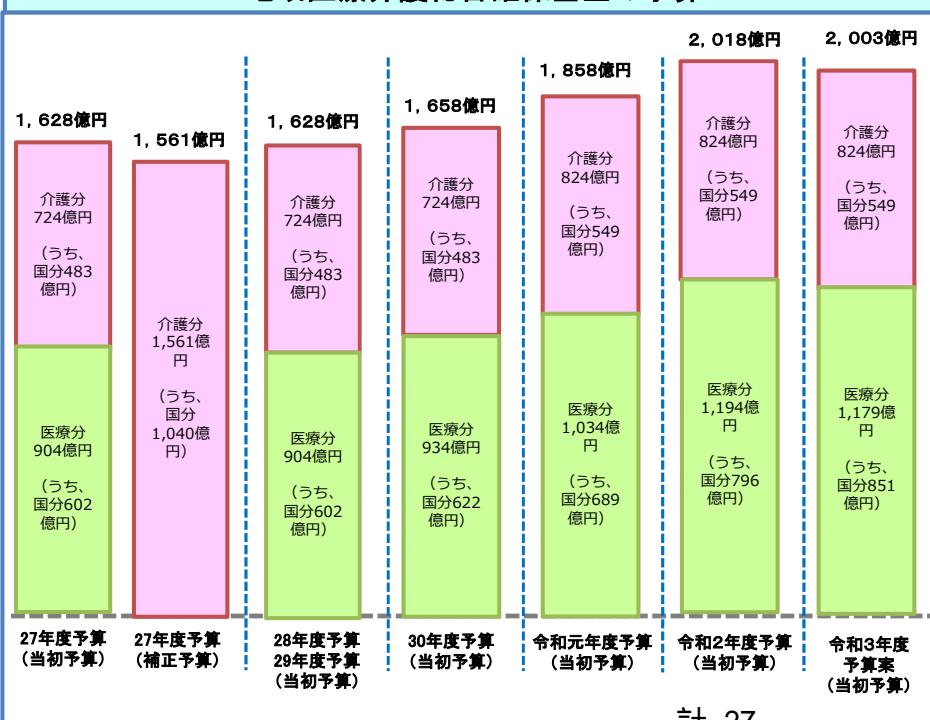
- 1-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業(令和3年通常国会に法案提出)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

○他の区分との流用不可

## 地域医療介護総合確保基金(医療分)の令和3年度予算案について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和3年度予算案は、**公費ベースで2,003億円(医療分1,179億円(うち、国分851億円)、介護分824億円(うち、国分549億円))**を計上

## 地域医療介護総合確保基金の予算



## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 1-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業
- 6 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1-1、2、4を、平成27年度は介護を対象として3、5が追加を、令和2年度より医療を対象として6が追加された。

さらに、令和3年通常国会に1-2を追加するための法案を提出。

## 1. 制度の概要

医療施設が医療機能の分化・連携の議論を踏まえた病床機能の再編を行う際、雇用や債務承継など特に困難な課題に対応するための一般財源による財政支援（令和2年度創設）

（対象経費）

- ① 病床削減や病院統合により病床を廃止する際の支援
- ② 病院統合に伴って引き継がれる残債務を、より長期の債務に借り換える際に発生する支払利息の全部又は一部に相当する額

（補助先・補助率）

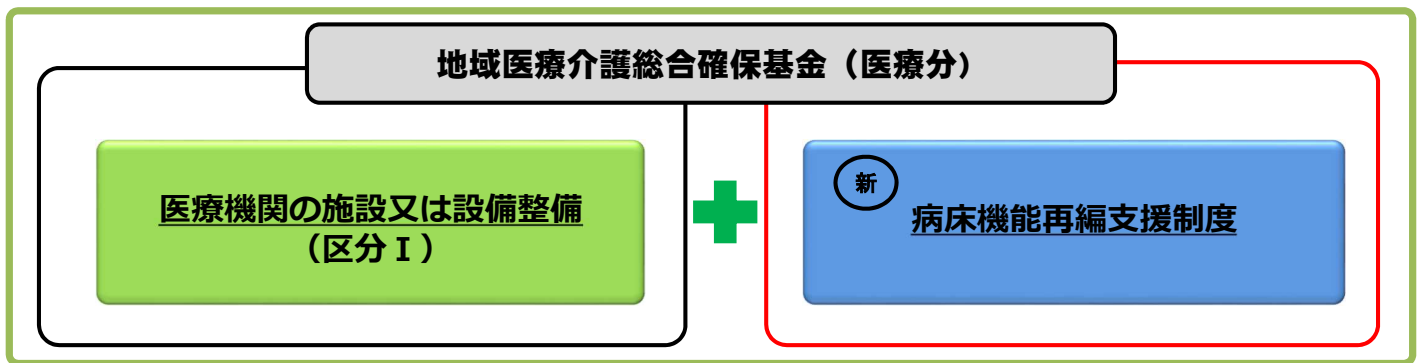
補助先：都道府県（間接補助先は病院・有床診療所） / 補助率：定額（10/10相当）

## 2. 令和3年度以降について

大臣折衝（令和2年12月17日）を踏まえ、「病床機能再編支援制度」を、消費税増収分を活用した財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業に位置付け、全額国負担とする旨の法案を通常国会へ提出中。

（参考）対象経費等は令和2年度事業と同様

地域医療構想の実現に向けて、「地域医療介護総合確保基金」による医療機関の施設・設備整備支援とあわせて一体的に支援を行う。



## 新たな病床機能の再編支援について

令和3年度予算案 195億円  
※地域医療介護総合確保基金（医療分）1,179億円の内数

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的に病床を削減する際や病院の統合による病床削減等に取り組む際の財政支援を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】
- 令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床機能の再編支援を実施する。

### 「単独病院」の取組に対する財政支援

病床機能の再編をし、病床を削減した病院等（統合により廃止する場合も含む）に対し、削減病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を交付

- ※ 病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること
- ※ 許可病床から休床等を除いた稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合に対象

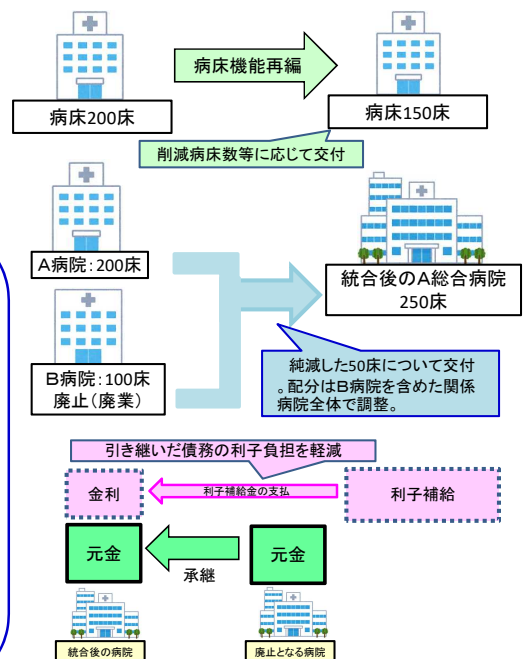
### 「複数病院」の取組に対する財政支援

**【統合支援】** 統合（廃止病院あり）に伴い病床を削減する場合の**コスト等に充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付**（配分は関係病院で調整）

- ※ 重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援
- ※ 病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

**【利子補給】** 統合（廃止病院あり）に伴い病床を削減する場合において、**廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付**

- ※ 病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象
- ※ 承継に伴い当該引継債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。



## 令和3年度の配分方針

- 各都道府県の計画額を、予算の範囲内に一律圧縮の上、以下の評価項目を基に調整します。

### 【地域医療構想の評価項目・方法】

重点支援区域が属する都道府県は配分額を加算

### 【医師確保の評価項目・方法】

- ① 医師少数都道府県や医師少数区域を有する都道府県に対する配分額を加算

※①に該当しない場合、医師少数スポットを設定している都道府県に対する配分額を加算

- ② 臨床研修の都道府県別採用枠上限数の設定に当たり、地理的要件等（※）により配慮している都道府県について、基金の配分額においても加算

※臨床研修の採用枠上限設定における配慮項目

- ・ 離島加算（離島の人口に応じて加算）
- ・ 面積当たり医師数加算（全国平均よりも少ない場合に加算）

- 上記に加え、今般の新型コロナウイルス感染症対応で様々な医療従事者の確保・調整が困難な現状を踏まえ、通常時以上の取組を行う必要が生じている場合には、上述した評価項目に追加して、令和3年度の評価項目に加えることとしています（内容については追って連絡いたします。）。

## 令和3年度以降の事業区分VIについて

- 計画額の計上にあたっては、令和3年度以降の配分に際して、以下の取扱いとします。

- ① 前年度に事業区分VIを活用していない医療機関に限り、1床当たりの標準単価（133千円）を通常の2倍まで可とする（2021年度限りの措置）。
- ② 本事業の対象医療機関であって、他の医療機関へ医師派遣を行うことによって当該派遣される医師の労働時間がやむを得ず長時間となる医療機関については、年の時間外・休日労働時間の上限が960時間を超えた36協定の締結や締結の検討を行うことについての要件は適用しない。
- ③ 医療提供に関する実績について、緊急事態宣言期間の実績を控除し、同等期間を遡及して実績を求めることなど、新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を踏まえた診療報酬の臨時的な取扱いに準じる。

（注）新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等

5

## 「令和2年度 予算執行調査」における地域医療介護総合確保基金（医療分）に対する指摘を踏まえた今後の対応について

- 事業区分I-1のうち、標準事業例5「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について、医療機関支援に係るソフト事業に関しては、基幹となる医療機能の分化・連携の取組（機能転換、病床削減、複数医療機関の再編等）と一体的に行われる事業に限定するので、他の区分の利用を検討するなど適切に対応願います。

※ 事業区分I-1の「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」に関し、医療機関支援に係るソフト事業については「地域医療構想の関係性及びスケジュール」を「都道府県計画」に記載いただく必要があります。

- また、以下については、事前に重点的なヒアリングを行った上で必要な調整を行います。

- ・ 事業区分I-1のうち「病床の機能分化・連携推進のための基盤整備」について「都道府県計画」の記載項目を確認した際、地域医療構想との関係性が明確でない事業
- ・ 標準事業例以外の事業（他の財政措置が活用可能かどうか、基金の事業区分ごとの目的と事業内容との関係が明確かどうか、人件費等の経費を支出する場合であっても一時的なものかどうか）
- ・ 標準事業例に記載の事業が否かに関わらず、アウトプット指標の設定が適切かどうか確認が必要な事業

- 更に、事前に重点的なヒアリングを実施した事業については、必要に応じて事後においても現地確認を実施し、適切かつ効果的な事業が実施されているか確認を行うこととするので、ご承知おき願います。

## 病床機能再編支援事業の配分について

現在、令和2年度に創設した「病床機能再編支援制度」を、消費税増収分を活用した財政支援制度である「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業（事業区分I-2）として位置付け、全額国負担とする旨の法案を通常国会へ提出しているところですので、今後のスケジュール等については、追って連絡いたします。

## 令和4年度以降の基金の配分方針

各都道府県における医師確保の取組状況を公平に評価できる評価項目を検討するための資料を別途事務連絡において依頼しています。各都道府県からの提出資料を基に令和4年度以降の評価項目として医師偏在の是正に向けて積極的に取り組む都道府県を評価するための評価項目を追加する予定です。

## 1. 主な照会事項と回答

- Q1 削減支援給付金と統合支援給付金、地域医療介護総合確保基金の区分1が重ねて申請可能な理由について教えてください。
- A1 地域医療介護総合確保基金では、施設・設備の整備にかかる費用が基本となり、病床機能再編支援補助金による支援では病床削減・統廃合に伴う財政支援などを目的としています。  
また、病床機能再編支援補助金のうち削減支援給付金においては単独病院等における病床削減を支援することを目的に、統合支援給付金は統合計画に参加する病院等に対して支援することが目的としており、上記の組み合わせにより地域医療構想の推進を加速させるものであり、補助目的が異なるため重ねて申請が可能です。
- Q2 平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までに再編又は削減した病院の支給対象病床の計算方法について
- A2 令和2年度事業であれば平成30年度病床機能報告時から令和2年4月1日までの間に対象3区分の病床再編または休棟、病床削減等が行われた場合においては、QA22の通り削減前の病床数は、平成30年度病床機能報告時の対象3区分の稼働病床数、又は令和2年4月1日時点の対象3区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準として算出してください。
- ※ ただし、病床再編や休棟、削減等を行っておらず患者数の変動により稼働病床数に変化があった場合は、平成30年度病床機能報告の値を参照することとしています。

7

## 令和3年度基金の配分スケジュール

- 4月～5月 事業区分I-1、II、IV、VIの都道府県ヒアリング（書面により要望事業確認後WEB等で実施）
- 4月～6月 要望事業の精査、未計画額の算定
- 8月上旬 都道府県へ内示
- 8月中旬以降 都道府県計画の提出、交付決定

※事業区分I-1、II、IVと事業区分VIの内示日は前後する可能性があります。

※内示後に残額が生じている場合は二次募集を行う可能性があります。

※事業区分I-2については「地域医療介護総合確保基金」の新たな事業に位置付け、全額国負担とする旨の法案を通常国会へ提出中であるため、追って連絡いたします。

## 令和2年度からの変更点

- 主な変更点は以下のとおりです。
  - ① 重点支援区域における事業区分Ⅰ－1（旧事業区分Ⅰ）の重点支援の対象病院の施設設備整備等の事業については、他の整備事業と区分して1つの事業として計画し、将来的な要求計画案を提出
  - ② 事業区分Ⅵの活用を促進するため、令和3年度以降の取扱いを変更（詳細についてはP5参照）
    - ※ 事業区分Ⅵでは、当該医療機関の作成する「勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に基づき医師も含めて利用できる院内保育事業や病児病後児保育等にも活用可能
  - ③ 「令和2年度 予算執行調査」における地域医療介護総合確保基金（医療分）に対する指摘を踏まえ、令和3年度以降の取扱いを変更（詳細についてはP6参照）
  - ④ 医師需給分科会における議論の状況も踏まえつつ、各都道府県における医師確保の取組状況を公平に評価できる評価項目を検討するための資料を提出

## 令和3年度の地域医療介護総合確保基金（医療分）の計画額計上に当たっての留意点

- 事業区分Ⅰ－1で「ICTを活用した地域医療情報連携ネットワーク基盤の整備事業」を行っている都道府県には、令和2年度より、同ネットワークが地域医療介護総合確保基金の支援対象となる最低限の要件を満たしているか確認するための資料の提出を依頼していますが、令和3年度も引き続き提出してください。
- 事業区分Ⅵの計画額計上に当たっては、「医療介護提供体制改革推進交付金、地域医療対策支援臨時特例交付金及び地域介護対策支援臨時特例交付金の運営について」の別紙「地域医療介護総合確保基金管理運営要領」別記3に記載の要件を踏まえて、事業区分Ⅳと対象医療機関の事業内容に重複が生じないように計上してください。



#### 4. 在宅医療の推進について

##### (1) 在宅医療の第7次医療計画の中間見直しについて

- 在宅医療の第7次医療計画の中間見直しについては、都道府県が記載する事項や指標等について、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「在宅医療及び医療・介護連携に関するWG」において議論を行い、昨年3月に意見がとりまとめられた。

その主な事項は、(1)在宅医療の充実に向けた取組の進め方(2)在宅歯科医療の提供体制(3)小児在宅医療の提供体制であるが、都道府県においては、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」(令和2年4月13日付け医政地発0413第1号)や「医療計画及び介護保険事業(支援)計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」(令和2年8月25日付け医政局・保険局・老健局連名通知)を参考に、引き続き、都道府県内の医療資源や課題等を分析の上、数値目標等について見直しを進めていただきたい。

- なお、「国保データベース(KDB)システムのデータ活用に関する技術的支援について」(令和2年2月10日付け厚生労働省医政局・老健局連名事務連絡)を都道府県へ送付し、データを提供している。都道府県においては、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的需の整備目標の設定等に活用いただきたい。

【PI計38-40】

##### (2) 在宅医療と介護・福祉等の多分野との連携について

- 平成26年の介護保険法改正により、在宅医療と介護の連携推進に係る事業は、介護保険法の地域支援事業に位置づけられ、平成30年4月には全ての市区町村で取り組むこととされたが、一般的に、市区町村には医療施策にかかる取組の実績が少ないことから、市区町村の実情に応じて、都道府県が積極的に支援していくことが求められている。
- また、医療計画と介護保険(事業)計画の整合性を確保するため、在宅医療の整備目標や、介護の見込み量等について協議の場を設置することとなっている。
- 在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等を地域で支えるためには、小児等在宅医療及び重症心身障害児等支援の地域体制を都道府県が中心となって整備していくことが重要である。

- 在宅医療及び障害福祉の連携に関して、昨年3月の「医療計画の見直し等に関する検討会」の意見のとりまとめにおいても、第8次医療計画に向けて、障害福祉計画等と整合性を確保しながら検討することと示されており、都道府県においては、令和元年10月に開催した「都道府県の在宅医療担当者及び障害児支援担当者による合同会議」で示された先進事例等も参考にしながら、地域での障害福祉、教育、医療、子育て、保健分野等の連携体制の構築に努めていただきたい。

【PI計40-41】

### (3) 在宅医療の人材育成について

- 在宅医療の提供体制の充実のためには、都道府県が中心となって、医師、看護職員等の医療関係職種に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行うことが重要である。
- 厚生労働省においても、「在宅医療関連講師人材養成事業」として、日本医師会等の関係団体の協力の下、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる講師人材の養成に取り組んでいるところであり、都道府県においては、都道府県医師会等の関係団体と連携し、当該事業の資料や受講者及び地域医療介護総合確保基金も活用しながら、小児を含む在宅医療の人材育成を進めていただきたい。

【PI計41-42】

### (4) 災害時における在宅療養患者の安否確認等について

- 災害時において、在宅療養患者の安否確認は最も重要な事項の1つであるが、災害時の行政対応は緊急かつ膨大でありながら時間的・人的な限りがある。そのため、平時からの事前準備が重要である。
- 近年の災害では、訪問診療等の在宅医療を提供する医療機関の被災状況がわからず、在宅人工呼吸療法患者や在宅酸素療法患者等の在宅療養支援診療所等を通じた安否確認に時間を要している。都道府県においては、EMISに当該医療機関を登録し、在宅医療を提供する医療機関の被災状況について把握していくことを検討していただくとともに、毎月、地方厚生（支）局から都道府県に対し情報提供している、届出受理医療機関名簿を整理した当該医療機関の一覧について適宜ご活用いただきたい。

【PI計43】

(5) 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）について

- 人生の最終段階における医療・ケアについては、本人・家族等へ十分に情報が提供された上で、これに基づいて本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合う取組（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）を行い、本人の意思決定を基本として行われることが重要である。
- 厚生労働省では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を示し、医療従事者等に対して、本人の意思決定を支援出来る体制を構築するため、育成研修を地方ブロックごとに開催している。都道府県においては、医療機関等への周知を図り、当該研修への積極的な参加を促していただきたい。また、国民に対しては、「人生会議」の取組を普及・啓発するためのイベントや映像配信を実施している。既に独自に取り組まれている都道府県がある旨も承知しているが、引き続き、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族等と共有する取組である「人生会議」について、市区町村と連携の上、普及・啓発を積極的に進めていただきたい。
- また、本人の意思に沿わない救急搬送等が行われないう、市区町村等を対象に、救急医療や在宅医療関係者間における患者情報の共有や連携ルールの策定等を支援するためのセミナーを実施している。令和3年度においては、これまでの実績から見えてきた課題を踏まえて、令和2年度同様、都道府県でモデル事業を実施する予定であり、都道府県内で同様の課題を認識し、解決に向けて検討中等の都道府県においては、積極的な参加をご検討いただきたい。

【PI計 43-45】

# 第7次医療計画の中間見直しについて

第1回医療政策研修会 第1回地域医療構想アドバイザー会議	資料 4
令和2年10月9日	

○ 医療計画の中間見直しに関して、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、中間見直しの際に反映が適切と考えられる事項（「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」（令和2年3月2日））が整理され、これを踏まえ、令和2年4月13日付けで「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の一部改正を実施。

○ 今般の一部改正では、検討会とりまとめを踏まえ、各疾病・事業等の医療体制構築に係る現状把握のための指標例を中心に改正を実施。

○ 都道府県による医療計画の中間見直しの時期については、今般の新型コロナウイルス感染症の感染状況等を考慮し、見直しの議論を令和2年度内に終わることができず、見直し後の医療計画の適用が令和4年度以降となったとしても差し支えないこととしている。

## 医療計画の見直し等に関する検討会

### 第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ（令和2年3月2日）

#### 在宅医療の見直しの方向性

- 都道府県において取り組むべき事項を整理した通知※の内容を、指針に反映する。  
※「在宅医療の充実に向けた取組の進め方について」（平成31年1月29日厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・老人保健課長通知）
- 「在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会」における議論の整理を踏まえ、在宅歯科医療をより推進するための指標例を追加する。
- 小児在宅医療の提供体制について、小児医療に係る体制整備と整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、現状把握に必要な指標例を追加する。近年、増加傾向にある医療的ケア児に必要な支援については、第8次医療計画に向けて検討する。
- 第8次医療計画に向けて、原則として設定する指標やアウトカム指標、多職種による在宅医療提供体制や地域性を踏まえた在宅医療提供体制、災害対応や介護との連携を含めた今後の在宅医療のあり方について、介護保険事業（支援）計画及び障害福祉計画等の関連する計画と整合性を確保しながら検討する。

# 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例の見直し

第17回医療計画の見直し  
令和2年1月15日

資料  
2  
改

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	退院支援担当者を配置している 診療所・病院数	訪問診療を実施している 診療所・病院数	往診を実施している 診療所・病院数	在宅看取り（ターミナルケア）を 実施している診療所・病院数
	退院支援を実施している 診療所・病院数	小児の訪問診療を実施している 診療所・病院数		
	介護支援連携指導を実施している 診療所・病院数		追加 在宅療養支援診療所・病院数、医師数	
	退院時共同指導を実施している 診療所・病院数	訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している 訪問看護ステーション数
			機能強化型の訪問看護ステーション数	
		小児の訪問看護を実施している 訪問看護ステーション数	項目名 修正 24時間体制を取っている 訪問看護ステーション数、 従事者数	
		歯科訪問診療を 実施している診療所・病院数		
プロセス	退院支援（退院調整）を 受けた患者数	訪問診療を 受けた患者数	往診を受けた患者数	在宅ターミナルケアを 受けた患者数
	介護支援連携指導を 受けた患者数	小児の訪問診療を 受けた患者数		看取り数 （死亡診断のみの場合を含む）
	退院時共同指導を受けた患者数	訪問歯科診療を 受けた患者数	追加	在宅死亡者数
	退院後訪問指導料を 受けた患者数	歯科衛生士を帯同した 訪問歯科診療を受けた患者数		
		項目名 修正 訪問口腔衛生指導を 受けた患者数		
		訪問看護利用者数		
		訪問薬剤管理指導を 受けた者の数		
	小児の訪問看護利用者数			

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表11（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）より

※下線は、第7次医療計画で新たに追加された指標

第1回医療政策研修会  
第1回地域医療構想アドバイザー会議  
令和2年10月9日  
資料  
4

## 在宅医療の整備目標の設定プロセスについて（令和2年8月25日一部改正）

○ 「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い生じる「介護施設・在宅医療等の追加的需要」に対する受け皿については、療養病床から介護施設への 転換意向調査の結果や、既存の統計データ等を活用しながら、都道府県と市町村等の協議の場における協議を経て、サービスごとの目標を設定していくこととした。

「医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」抜粋（平成29年8月10日厚生労働省医政局地域医療計画課長・厚生労働省老健局介護保険計画課長・厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知（令和2年8月25日一部改正））

### 3 医療計画における在宅医療の整備目標について (2) 追加的需要に対する在宅医療の考え方

介護施設・在宅医療等の追加的需要は、基本的に療養病床からの移行によるものである。地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律により、指定介護療養型医療施設の廃止の期限が令和5年度末とされ、新たなサービス類型として介護医療院が創設されたことから、療養病床からの移行分としては、まずは、医療療養病床及び指定介護療養型医療施設から介護医療院等の介護保険施設への移行を念頭に置く必要がある。（中略）

このため、医療計画及び介護保険事業（支援）計画の策定に係る医療療養病床を有する医療機関及び介護療養型医療施設からの転換意向を把握するための調査に基づき、都道府県と市町村の連携の下で把握する介護保険施設等への移行の意向を踏まえる必要がある。具体的には、医療療養病床については意向調査により把握した令和5年度末時点の見込み量を医療療養病床からの追加的需要の下限として設定することとし、指定介護療養型医療施設については意向調査により把握した医療保険適用病床への転換予定を除く全数に相当する数を追加的需要として設定すること。

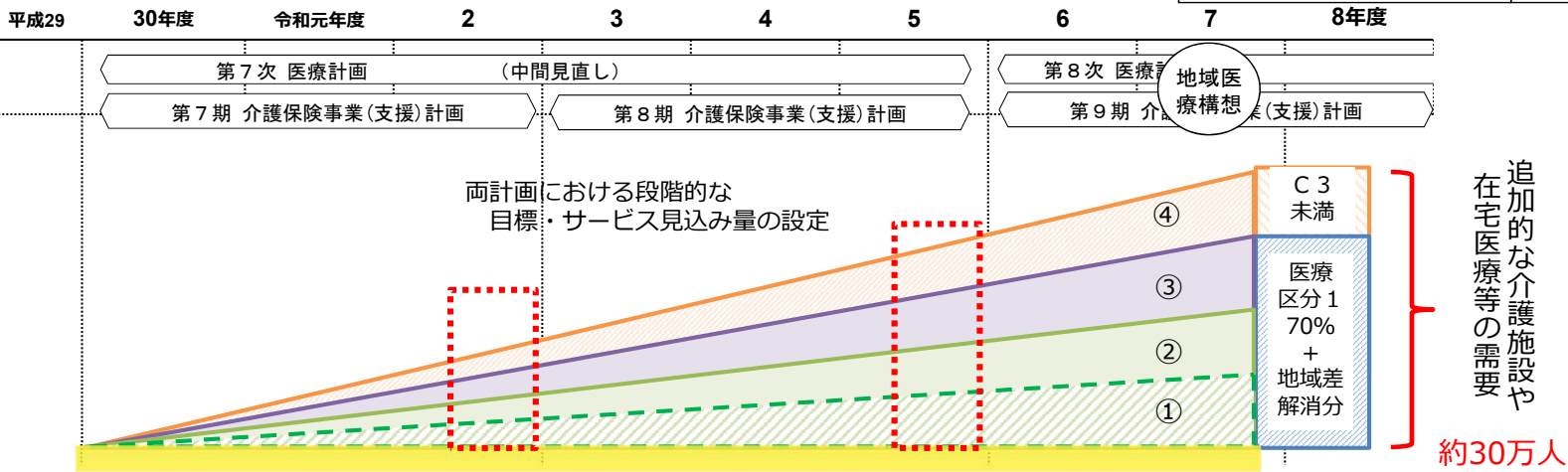
2025年の推計における追加的需要については、その多くはこれらの移行によるものと考えられるが、2(2)により比例的に算出した追加的需要分に満たない部分は、その他の介護施設・在宅医療等への移行、高齢化の動向に伴う需要増等によるものと考えられる。これらについては、以下のような資料を参考としつつ、今後、各都道府県、市町村において、現在の療養病床の数、これまでの在宅医療・介護サービス基盤の整備状況、今後の病床機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの深化・推進を踏まえた将来の在宅医療・介護サービスの在り方を踏まえて、在宅医療と介護保険施設との間でその対応する分を按分した上で、在宅医療の整備目標に反映させること。この際、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て設定すること。また、以下については、基本的に現状の退院先等を参考とするものであることに留意が必要である。

- ア) 患者調査や病床機能報告における療養病床を退院した患者の退院先別のデータ等を参考にしつつ、必要な在宅医療や介護サービスを検討する。
- イ) 各市町村において国保データベースを活用し、当該市町村における療養病床を退院した者の訪問診療や介護サービスの利用況等を把握し、必要な在宅医療や介護サービスを検討する。
- ウ) その他、各市町村における独自アンケート調査、現状における足下の統計データ等を活用して、必要な在宅医療・介護サービスを検討する。

# 追加的需要に対応する在宅医療の考え方について

- 増大する需要のうち、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的需要への対応の考え方については、両計画の整合性の確保に資するよう、国から検討プロセスを提示。

地域医療構想WG・在宅医療WG合同会議  
資料2改  
平成30年3月2日



## 【追加的需要に対する在宅医療の考え方】

### STEP 1 ①の部分

まず、医療療養病床及び指定介護療養型医療施設から介護医療院等の介護保険施設へ移行することにより対応する分（介護サービスにより対応する分）を、転換意向調査の結果を活用して設定。

### STEP 2 ②③の部分

①以外に必要なサービスの受け皿について、以下のような資料等を参考としつつ、在宅医療と介護保険施設との間でその対応する分を按分した上で、在宅医療の整備目標に反映させる。

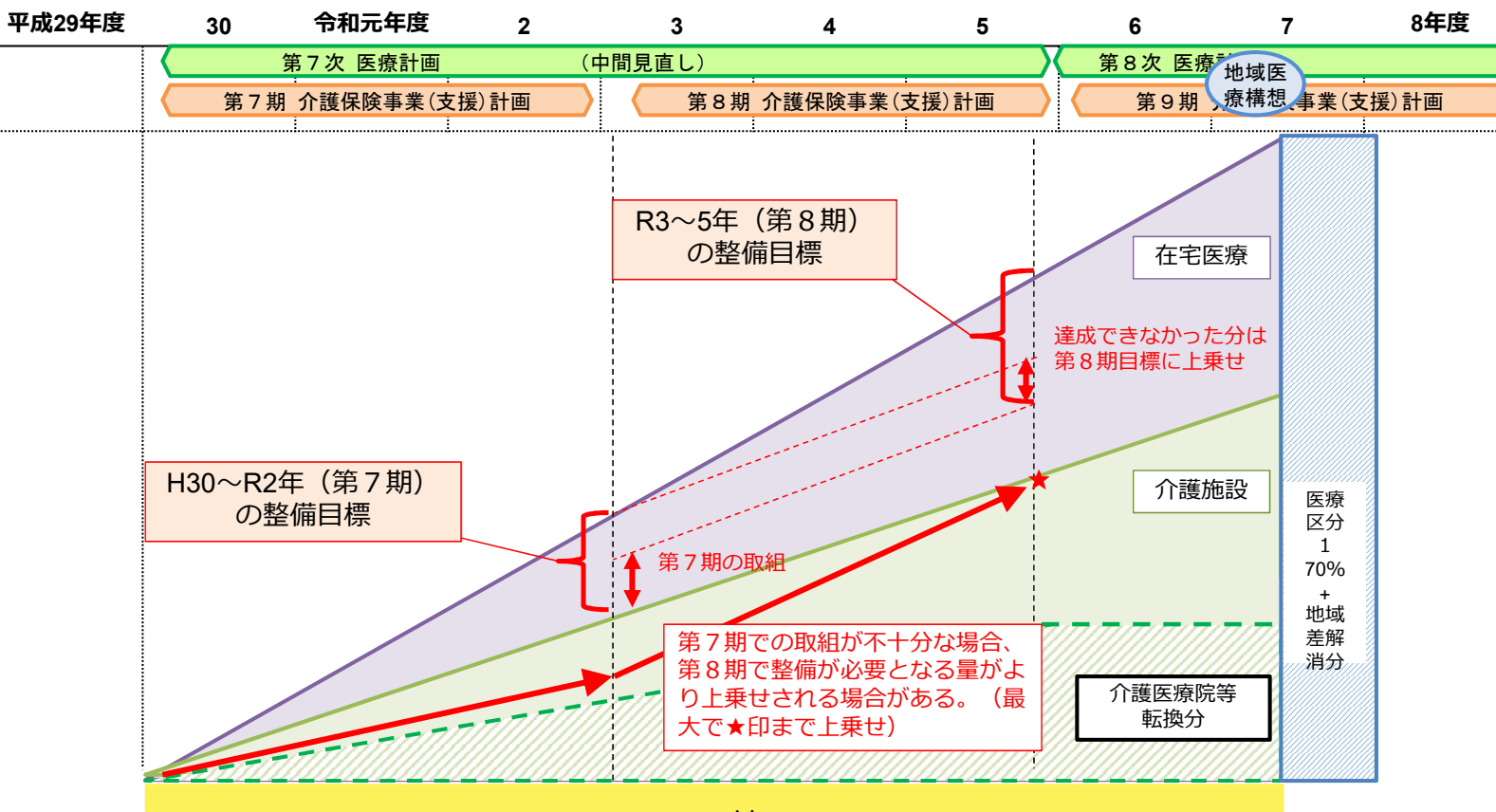
- ア) 患者調査や病床機能報告における療養病床を退院した患者の退院先別のデータ等
  - イ) 各市町村において国保データベースを活用し、当該市町村における療養病床を退院した者の訪問診療や介護サービスの利用況等
  - ウ) その他、各市町村における独自アンケート調査、現状における足下の統計データ等
- この際、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て設定すること。

※④については、外来医療により対応することを基本とする。 4

# 目標の中間見直しについて

第11回医療計画の見直し等に関する検討会  
資料2改  
平成29年6月30日

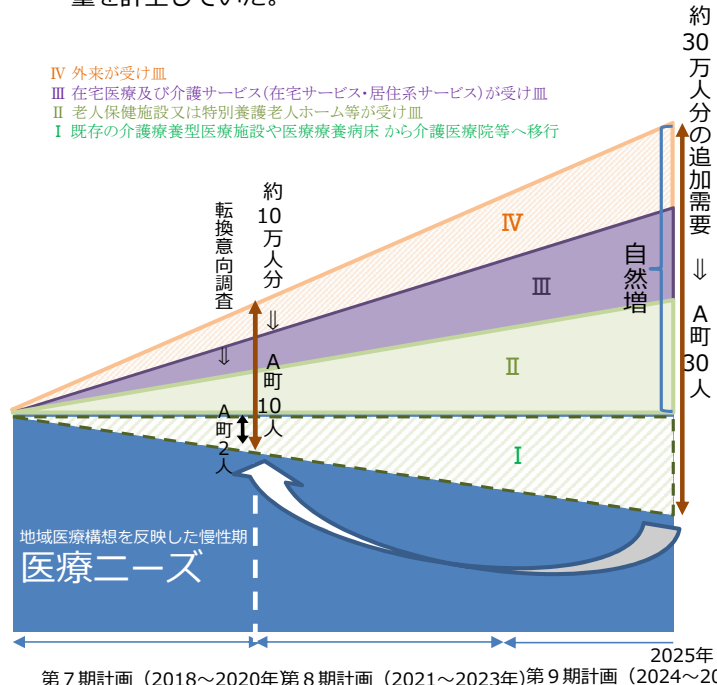
- 在宅医療の整備目標について、医療計画の中間及び第7期介護保険計画の終期において見直すこととし、その際、協議の場を活用して実績を評価した上で、次の整備目標に反映することを基本とする。



第7期介護保険事業計画策定時

- 第7期の介護保険事業計画を策定する際、地域医療構想に伴う介護ニーズ等増分については、2025年度における追加的需要の増約30万人分を第7期末時点（2020年）に割り返し、各市町村に割当数（機械的試算）を示していた。
- 各市町村は、介護医療院への転換意向調査の数値を下限として割当数を勘案して計画に介護施設等のサービス量を計上していた。

- IV 外来が受け皿
- III 在宅医療及び介護サービス(在宅サービス・居住系サービス)が受け皿
- II 老人保健施設又は特別養護老人ホーム等が受け皿
- I 既存の介護療養型医療施設や医療療養病床から介護医療院等へ移行



第8期介護保険事業計画策定

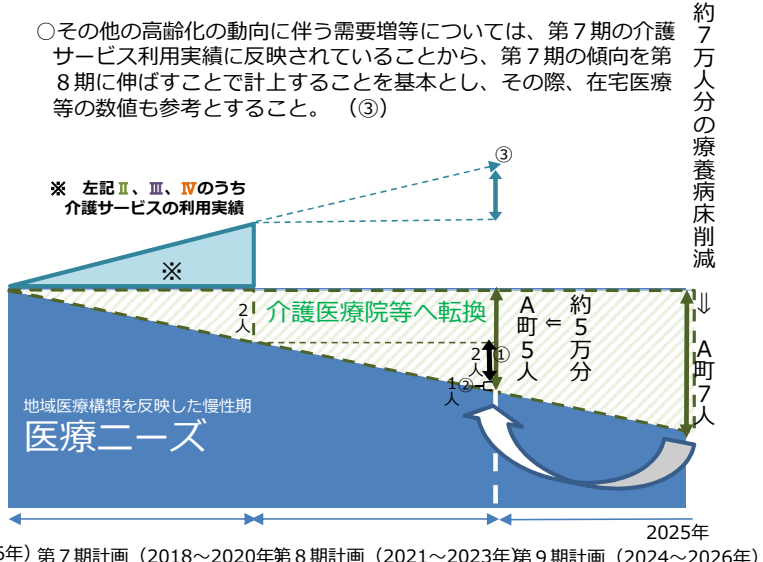
- 第7期と同様に、転換意向調査に基づき、市町村と都道府県が連携し、高齢者の利用ニーズや医療療養病床を有する医療機関又は指定介護療養型医療施設の転換意向を把握し、医療療養病床については意向調査により把握した令和5年度末時点の見込量を下限とし、指定介護療養型医療施設については意向調査で把握した医療保険適用病床への転換予定を除く全数に相当する数を追加的需要としつつ、見込むこととする。(①)

下図の例：8期意向調査2人(①)

- さらに、地域医療構想における2025年の療養病床の減少数から、令和5年度末の数値を比例的に逆算して推計した減少数に相当する追加需要に満たない部分は、都道府県と市町村の間の協議の場における協議を経て、見込み量を検討し、設定することが重要である。(②)

下図の例：A町5人-7期転換済2人-8期意向調査2人(①) = 1人(②)

- その他の高齢化の動向に伴う需要増等については、第7期の介護サービス利用実績に反映されていることから、第7期の傾向を第8期に伸ばすことで計上することを基本とし、その際、在宅医療等の数値も参考とすること。(③)



在宅医療の整備目標の設定プロセスについて (国保データベース (KDB) システムの活用)

- 「国保データベース (KDB) システム」とは、国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報 (健診・医療・介護) 等から、保健事業等の実施に資する資料として①「統計情報」・②「個人の健康に関するデータ」を作成するシステム。

第11回医療計画の見直し等に関する検討会	資料1改
平成29年6月30日	

(平成25年10月稼働開始) ※KDBシステム運用状況 (平成29年5月末現在) 「市町村数1,741中 1,736市町村 (99%)」

KDBシステムが保有する情報

○健診・保健指導情報 ・健診結果情報、保健指導結果情報等	○医療情報 (国保・後期高齢者療) ・傷病名、診療行為、診療実日数 等	○介護情報・要介護 (要支援) 状態区分、利用サービス 等
---------------------------------	--	-------------------------------

- KDBシステムを活用して医療保険と介護保険の審査・支払情報を加工したデータを抽出し、分析することで、医療機関を退院した者のうち、退院後に介護保険サービスを利用する者の動向等を統計として把握することも可能。

<分析例>

療養病床から退院した高齢者 (65歳以上) における介護サービスの利用状況 (同一県内の3市町村の分析例)

- ・療養病床から退院した高齢者 (65歳以上、医療区分1) のうち、退院後介護サービスを利用した者の割合  
27年4月~8月までの退院患者：251人  
退院後6ヶ月以内に介護サービスを利用した者：207人  
\*上記の算出に当たっては、入院、退院、介護サービスの利用を、入院レセプトの有無、介護レセプトの有無等で定義判定
- ・療養病床から退院した高齢者 (65歳以上、医療区分1) のうち、退院後介護サービスを利用した者の利用動向

# 追加的需要への対応に活用し得るデータの長所・短所の整理

- 介護施設・在宅医療等の追加的需要の受け皿となるサービスの検討に資するデータとして提示した3つのデータを比較した場合、集計データの精緻さの観点ではKDBデータが最も優れている。

地域医療構想WG・在宅医療WG合同会議  
資料2改  
平成30年3月2日

【概要】	患者調査	病床機能報告	国保データベース(KDB)
調査周期	3年に1度(直近はH29年度)	毎年	/
調査時期	9月	10月1日	
結果の公表	調査翌年	調査翌年	

## 【長所・短所】

情報	項目	患者調査	病床機能報告	国保データベース(KDB)
「退院後の行き先」等について得られる情報	退院先	○	○	○
	退院患者の医療区分	× 医療区分別の退院患者の集計はできない	△ 医療区分別の退院患者の集計はできない 報告対象の病棟に入院中の患者の医療区分は分かる	○ 医療区分1の退院患者に限定した集計が可能
	退院後の在宅医療・介護サービスの利用量	× サービスごとの利用量は分からない	× サービスごとの利用量は分からない	○ サービスごとの利用量を把握できる
	集計単位の粒度	△ N数が少ないため、全国または都道府県単位の集計でなければ、有効な集計値が得られない	△ 患者住所地での集計はできない(医療機関所在地ベースであれば、市町村単位で集計が可能)	○ 患者住所地ベースで、市町村単位の集計が可能
利用するにあたっての作業負担	○ 厚生労働省にて一定の集計値を公表済み	○ 病床機能報告事務局(厚労省委託)にて一定の集計作業を実施し、都道府県に結果を提供する仕組み	△ 患者単位のデータであり、データ量が膨大	

第9回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG  
資料1  
令和元年9月6日

## ■在宅医療・介護に係る分析支援データ集計業務事業

### 【趣旨】

国保データベース(KDB)システムを活用し、都道府県において在宅医療の体制整備にかかる取組状況を評価できるよう支援をする。

### 【事業概要】

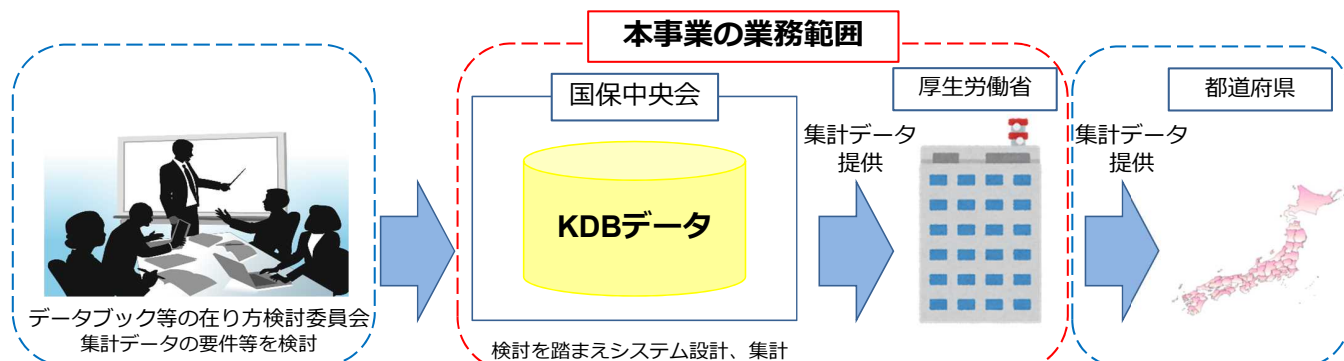
国民健康保険中央会(以下、国保中央会という。)において、以下のシステム設計及びデータ設計を行い、国に提供を行う。

① 2020年度の第7次医療計画の中間見直し及び第8期介護保険事業(支援)計画の策定に向けて、地域医療構想に伴う在宅医療等で受ける新たなサービス量の按分に際し、各都道府県の療養病床に入院している医療区分1の患者の70%及び療養病床入院受療率の地域間格差の改善に伴い在宅医療及び介護サービスが受け皿になった者の割合等について把握するためのデータの集計を行う。

② 都道府県が地域の在宅医療の提供体制の状況を適切に把握するとともに、医療計画に基づく施策の進捗把握を簡便に行えるよう、介護に関する情報を含め、二次医療圏単位及び市町村単位で、都道府県の地域の医療提供体制の把握に資する在宅医療・介護に関するデータの集計を行う。

### 【委託先】

国民健康保険中央会



※青枠線...地域医療構想・医師偏在対策推進事業で対応



## 1 概要

地域医療構想に伴う追加的ニーズの検討に際し、療養病床の医療区分1の患者及びその他の病床等に入院している患者が退院後に受けた在宅医療、介護サービスの状況を把握するためのデータ。

## 2 使用データ

2018年4月から2019年9月のKDBデータ

## 3 対象

以下の病床等からの退院患者

- ・一般病棟
- ・回復期リハビリテーション病棟
- ・地域包括ケア病棟
- ・療養病棟、（再掲）療養病棟（医療区分1）
- ・介護老人保健施設

## 4 方法

「3 対象」の病床から退院した患者について、退院後3、6、12ヶ月の医療、介護サービスを把握することにより、在宅医療、介護サービスの利用状況や在宅医療の利用者数と介護施設入居者数の比率等を集計。

### ・「3 対象」の病床から退院した患者の定義

分析対象期間に診療報酬（介護報酬）のレセプトデータで「3 対象」に該当する入院基本料等が算定され、かつ対象期間のうちいずれかの月の入院レセプトが途切れた者。

退院患者の対象期間は、3、6ヶ月は2018年4月～2019年3月退院分、12ヶ月は2018年4月～2018年9月退院分を集計した。

### ・在宅医療利用者、介護施設入居者の定義

「在宅医療利用者」は診療報酬のレセプトデータで在宅患者訪問診療料、往診料のいずれかを算定している者、「介護施設入居者」は介護報酬のレセプトデータでサービス種類コード51（介護老人福祉施設系サービス）、52（介護老人保健施設サービス）、53（介護療養型医療施設サービス）、55（介護医療院サービス）のいずれかを請求している者とした。

同一月に在宅医療と介護施設の両方の請求がある者については、「介護施設入居者」として集計した。

## 在宅医療・介護連携推進事業の見直しイメージ

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料  
令和2年7月31日

### ①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

#### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

#### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

### ②地域の関係者との関係構築・人材育成

#### （カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

### ③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

#### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

#### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

#### （オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

#### （キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

#### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつ、PDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする  
観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

### 地域のめざす理想像

- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

### ①現状分析・課題抽出・施策立案

#### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

#### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

#### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### ②対応策の実施

#### （オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

#### （キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

#### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

#### （カ）医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

#### ●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

### ③対応策の評価・改善

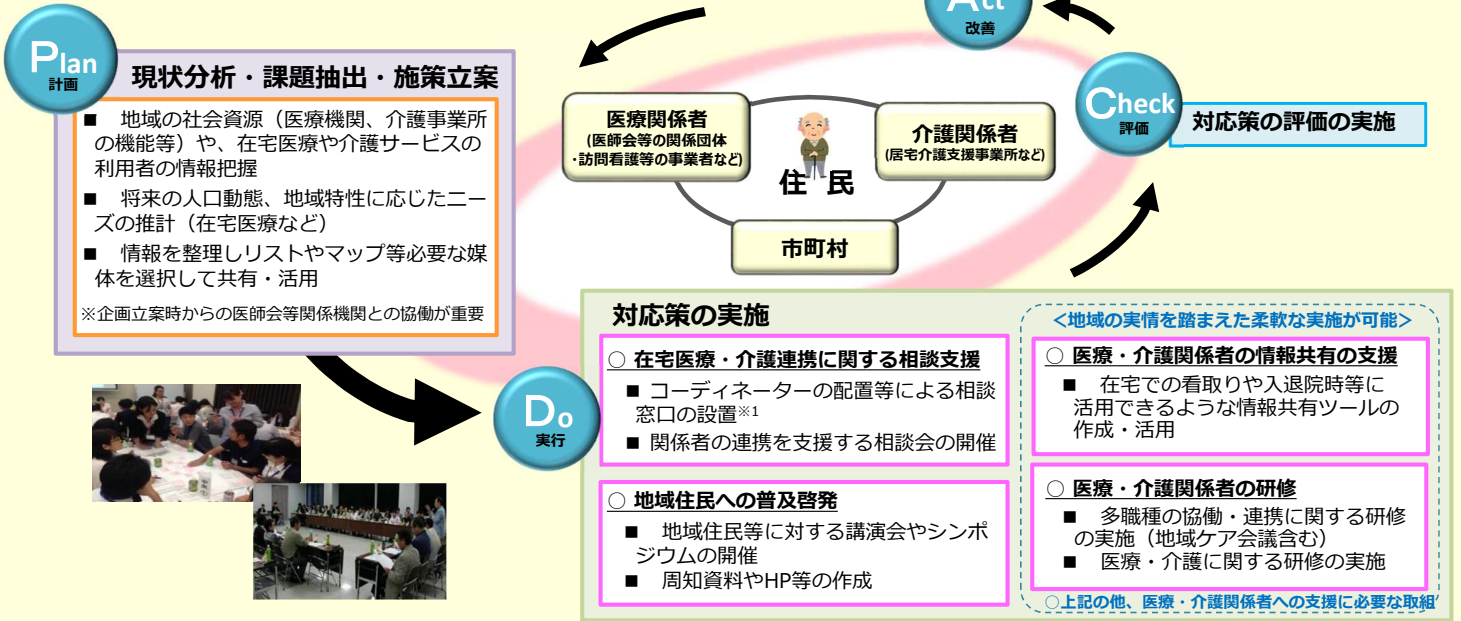
#### 都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築  
(看取りや認知症への対応を強化)

地域のめざすべき姿



<市町村における庁内連携> 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
  - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
  - 他市町村の取組事例の横展開
  - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
  - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
  - 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
  - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 地域医療構想・医療計画との整合

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

医療的ケア児の地域支援体制構築に係る行政担当者合同会議

令和元年10月11日開催

■ 目的

医療的ケア児の支援にかかる取組は保健、医療、障害福祉、保育、教育等の多分野に及んでいることから、各分野の行政担当者を一堂に会し、医療的ケア児等への支援にかかる国の動向や地域の好事例の発信、また自治体同士の意見交換等を行うことで、行政担当者間の連携を円滑に行い、地域における実効性のある取組につなげていく。

動画配信中



■ 主催

- ・ 厚生労働省医政局地域医療計画課
- ・ 厚生労働省健康局難病対策課
- ・ 厚生労働省子ども家庭局保育課
- ・ 厚生労働省子ども家庭局母子保健課
- ・ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
- ・ 内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)付
- ・ 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課

■ 対象

- 都道府県、指定都市、希望する市町村
- ①在宅医療部門担当者
  - ②保健・衛生部門担当者
  - ③障害福祉部門担当者
  - ④保育部門担当者
  - ⑤教育部門担当者

■ プログラム

時間	内容
10:30~10:35	開会の挨拶
10:35~11:35	行政説明 ① 障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室 ② 医政局地域医療計画課 ③ 健康局難病対策課 ④ 子ども家庭局保育課 ⑤ 文科省初等中等教育局特別支援教育課

時間	内容
11:45~12:15	事例報告
13:30~15:00	① 長野県（長野県（障害）、関係者） ② 三重県（三重県（障害・医療）、三重県医師会） ③ 福岡県久留米市（障害） ④ 三鷹市・武蔵野市（保育） ⑤ 岡山県教育委員会（教育）
15:15~17:00	グループディスカッション テーマ：医療的ケア児にかかる協議の場の効果的な運用について
17:00	閉会

# ■在宅医療関連講師人材養成事業

令和3年度予算案 23,421千円  
(令和2年度予算額 23,450千円)

## 【趣旨】

在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材養成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

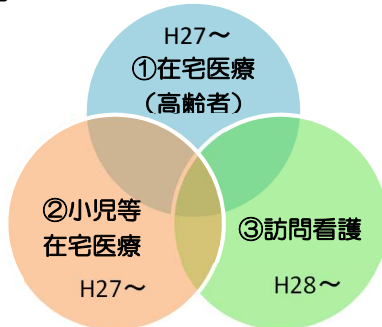
## 【事業概要】

医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の3分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**  
(②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施)  
令和元年度より、都道府県・市町村の、研修を受けた人材の活用状況について調査の上、事例集を作成し、優良事例の横展開を行っている。

## 国（関係団体、研究機関、学会等）

### ◆研修プログラムの開発

- ・職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- ・プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



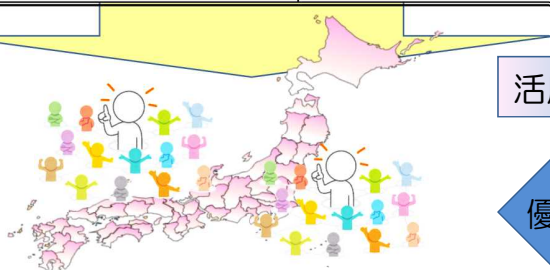
### ◆中央研修の実施

- ・開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。
- ・受講者が、地域で自治体と連携しながら人材養成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

### \* 令和元年度の全国研修の状況

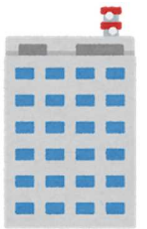
- ① 高齢者向け在宅医療  
参加者：103名（医師）
- ② 小児向け在宅医療  
日時：令和2年1月19日  
参加者：258名  
（医師163名・行政95名）
- ③ 訪問看護  
日時：令和元年11月29日  
参加者：125名  
（看護師91名・行政34名）

研修修了者が各自治体において実施した人材養成事業を調査し、地域での先進的な優良事例について全国的な横展開を実施する。



活用事例の調査

優良事例の展開



## 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療の充実のための取組例

### 在宅医療の充実

#### ■ 在宅医療の提供体制の充実

##### □ 訪問診療・往診

- ・医師の在宅医療導入研修
- ・24時間体制等のための医師のグループ化

##### □ 訪問歯科医療

- ・在宅歯科医療連携室の設置支援
- ・在宅歯科医療技術研修

##### □ 医療機関間の連携体制構築、情報共有等

##### □ 訪問看護

- ・強化型訪問看護STやST空白地域への設置支援
- ・新任訪問看護師の研修充実、研修機関の集約化

##### □ 薬局・訪問薬剤管理指導

- ・衛生材料等の供給拠点の設置支援
- ・訪問薬剤管理指導導入研修

#### ■ 在宅医療推進協議会の設置・運営

在宅医療の推進について県内の在宅医療関係者等で協議を行う。

#### ■ 個別の疾患、領域等に着眼した質の向上

医療関係者に対する専門的な研修や専門的に取り組む医療機関を支援

- 看取り
- 末期がん
- 疾患に関わらない緩和ケア
- 小児等在宅医療
- 難病在宅医療
- 在宅療養にかかる意思決定支援 等
- 認知症
- 精神疾患
- 褥瘡
- 口腔・栄養ケア
- リハビリ

#### ■ 在宅医療に関する普及啓発

一般住民に対する在宅医療に関する理解を深めるための講演会の実施等

### 在宅医療・介護連携の推進

#### 在宅医療・介護連携に関する事業

※在宅医療・介護連携のための事業で、右記以外の事業については、地域医療介護総合確保基金を活用することが可能

- ・在宅医療・介護連携のための相談員（コーディネーター）の育成
- ・ICTによる医療介護情報共有 等

※市区町村との役割分担を明確にした上で、都道府県が広域的又は補完的に在宅医療と介護の連携に関する事業を行う場合は、地域医療介護総合確保基金を活用して差し支えない。

#### 介護保険の地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）での取組 （地域支援事業交付金）

- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発

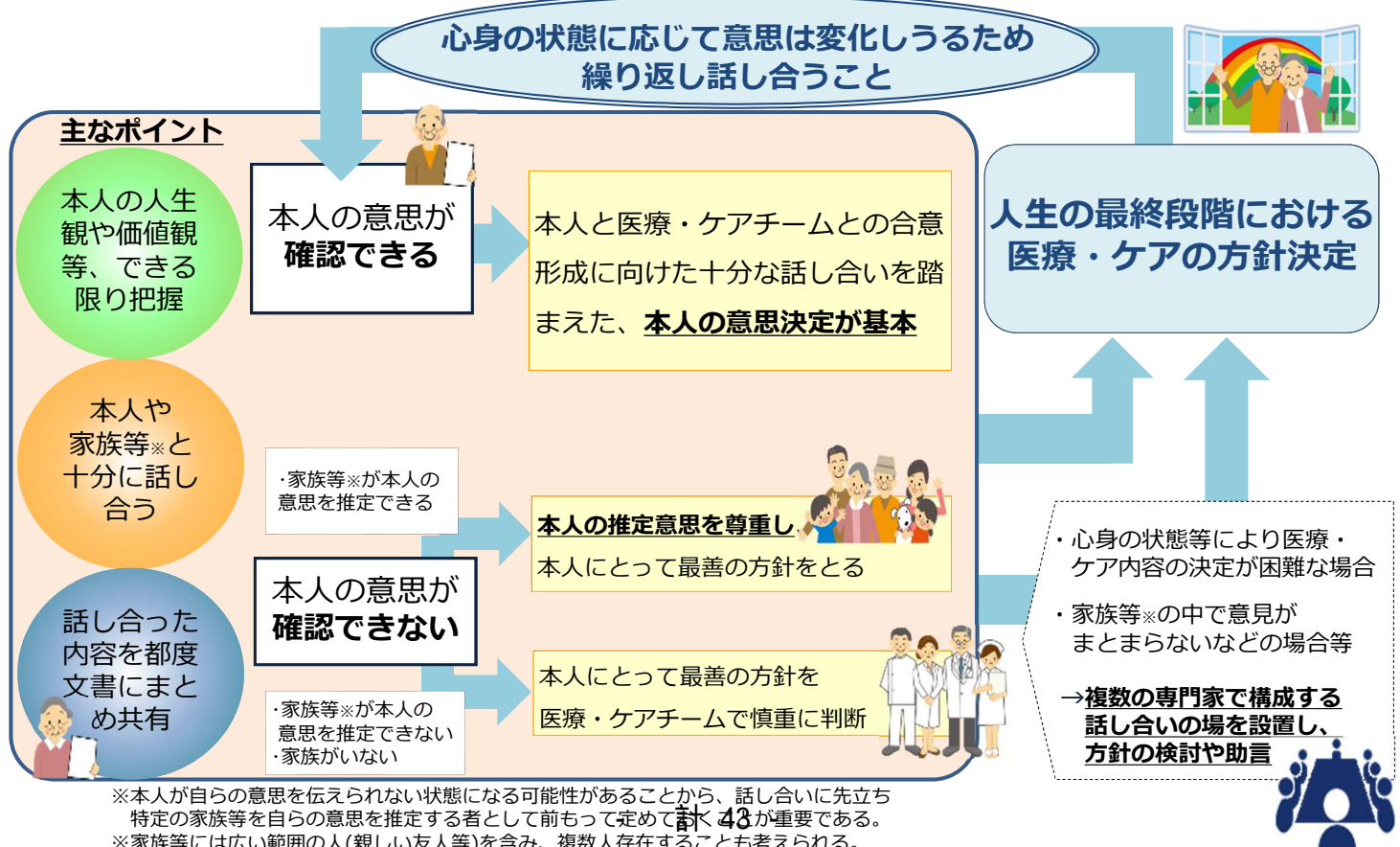
## EMISへの医療機関(病院、有床診療所等)の登録について

- 医療機関の被災状況を早期に把握することは、その病院への適切な支援を早期に行う観点から重要である。厚生労働省では、災害時の病院の情報収集として、EMISを用いており、都道府県に対して全病院の登録を依頼している(※)が、その登録率は未だ100%でなく(令和2年8月時点:99%)、改めて登録の徹底をお願いしたい。【P143-147】
- また、全国の有床診療所に関しても、病院と同様に災害時に入院患者等への対応が発生することから、その状況を早期に把握することが重要である。昨年度のEMIS改修において、医療機関のカテゴリーに有床診療所を設けたことから、都道府県におかれては、EMISへの有床診療所の登録を進めていただきたい。【P143-147】
- また、近年の災害において、訪問診療等の在宅医療を提供する医療機関の被災状況がわからず、在宅人工呼吸療法患者や在宅酸素療法患者等の在宅療養支援診療所等を通じた安否確認に時間を要したことから、都道府県においてもEMISに当該医療機関を登録し、その被災状況について把握していくことを検討していただけないか。なお、毎月、地方厚生(支)局から都道府県に対し、届出受理医療機関名簿を整理の上、当該医療機関の一覧を情報提供しており、適宜ご活用いただきたい。【P148】

※ 医政発0321第2号平成24年3月21日「災害時における医療体制の充実強化について」

## 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



# 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取組 人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

令和3年度予算案 100,840千円  
(令和2年度予算額 101,180千円)

## 【事業内容】

人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成28年度から医療・ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国で実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。平成29年度からは国民への普及啓発も併せて実施している。

## 研修事業

### 対象者

医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム  
(診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設等が連携し、多職種チームで参加することも推奨)

### プログラム

※ 令和2年度は、在宅での人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定等にかかる内容を中心とした研修プログラムを作成予定。

プログラム	主旨、構成内容
講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説
講義 (STEP1)	意思決定する力ついて (グループワークと発表)
グループワーク 1	
講義 (STEP2)	本人の意思の確認ができる場合の進め方 (グループワークと発表)
グループワーク 2	
講義	アドバンス・ケア・プランニング
講義	ACPの実践を学ぶ
ロールプレイ 1	もしものときについて話し合いを始める 本人の意思を推定する者を選定する 治療の選考を尋ね、最善の選択を支援する
講義 (STEP3)	本人の推定を推定する
(STEP4)	多職種及び家族等も含め、本人にとって最善の方針について合意する
グループワーク 3	(グループワークと発表)

### 開催実績/予定

- 平成26・27年度：モデル事業として実施。2014年度10か所 **24名**、2015年度5か所 **25名**が研修を修了。
- 平成28年度：**90名**の講師人材を育成し、214チーム・**751名**が相談員研修を受講。
- 平成29年度：**61名**の講師人材を育成し、277チーム・**979名**が相談員研修を受講。市民公開講座は**129名**が参加。
- 平成30年度：**97名**の講師人材を育成し、319チーム・**1,136名**が相談員研修を受講。一般向け学習サイト (<http://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/>) 作成。
- 令和元年度：**98名**の講師人材を育成し、358チーム・**1,343名**が相談員研修を受講。イベントは参加者22,980名。
- 令和2年度：300チーム・960名以上が相談員研修を受講することを目標。イベントは参加者15,000名目標。

## 普及啓発事業

### 対象者

一般の方

### 事業概要

「人生会議」普及啓発のための国民向けイベントの開催  
(全国8か所、計10回以上)



(※2017年度公開講座チラシ)

# 在宅医療・救急医療連携セミナー

令和3年度予算案 16,965千円  
(令和2年度予算額 16,977千円)

## <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、人生の最期を自宅等の住み慣れた場所で迎えることを希望している。しかし、実際には、人生の最終段階を迎えた者において、あらかじめ家族等と話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- 高齢化に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれていることや、昨今の高齢者の救急搬送件数が年々増加していることから、本人の意思を尊重するための在宅医療・救急医療の連携体制の構築が必要となっている。

## <対策> 本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、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ための環境整備を進める。

### 問題意識

看取り期における本人の意思に反した搬送例が散見

### 対策の方向性

- 自治体、救急医療(消防)、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施
- 医療・介護従事者向けの意思決定支援に関する研修や、人生会議\*に関する住民向けの普及・啓発等を実施

## 平成29年度～令和元年度

### 先進事例の調査

- 既に連携ルール等を運用している先進自治体(市町村)の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題等)\*を調査
- ※(例)
- 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
- 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
- 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
- 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
- 人生会議の住民向け普及・啓発等

### 市町村版セミナーの実施

- 有識者や先進自治体(市町村)の支援のもと、連携ルールの検討等に必要となる工程表の策定について、講習やグループワークを実施。
- (対象)自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等
- 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
- 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組めるようマニュアルを盛り込む。

## 令和2年度～

### 都道府県版モデル事業の実施

- 都道府県(2か所程度)に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
- この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
- 実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

### 将来の目標

各都道府県が管下市区町村と協力し、**MC協議会と在宅医療機関の橋渡し**  
・地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。



\*人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)  
人生の最終段階の医療やケアについて、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス

# ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

○ ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○ 都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※ リーフレット掲載HP

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)

※ 「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」(平成30年7月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)等を通じて周知を実施。

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために  
ACP  
人生会議 「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～  
11月30日 (い) 認知取り・聴取(ら) は人生会議の日

話し合いの進めかた (例)

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？


話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて意見は変化することがあるため、何度も繰り返し考え話し合ってください。

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議 (ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)



## 5. 救急医療について

### (1) 救急医療の確保

- 救急医療の需要は増加傾向にあり、この傾向は今後も続くことが予想される。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携しすべての救急患者に対応できる救急医療体制の構築が重要であり、国、地方公共団体、医療関係者等が力を合わせて、救急医療の確保に引き続き取り組んでいく必要がある。

### (2) 救急患者の医療機関による円滑な受入れ

- 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定及び実施基準に係る協議、調整を行う協議会（メディカルコントロール協議会等）においては、救急需要の増大、搬送受入困難事例の増加や多岐にわたる救急疾患等があることから、受入困難の原因を詳細に把握分析し、それぞれの地域の実情に応じて、消防機関と救急医療機関（小児救急、周産期救急、精神科救急を含む。）とが一体となり対応し、更なる病院前医療体制の強化が図られるようお願いする。なお、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた救急医療提供体制の構築については、（8）にて後述する。
- また、令和3年度予算案においては、令和2年度に引き続き、地域に設置されているメディカルコントロール協議会への医師の配置を支援する事業や、長時間搬送先が決まらない救急患者を受け入れる二次救急医療機関への支援事業を盛り込んでいる。各都道府県においては、消防部局と連携を図りつつ、救急患者が円滑に医療機関に受け入れられるために必要な取組を進めるようお願いする。

【P I 計 50】

### (3) 救命救急センターの新しい充実段階評価

- 救命救急センターの充実段階評価については、充実度を評価する事により、個々の救命救急センターの機能の強化、質の向上を促し、もって全国の救急医療体制の強化を図る目的で毎年実施している。現在運用している評価項目及び評価区分については、「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日医政地発0216第1号）に基づいて実施している。また令和2年の充実段階評価の実施に当たっては、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」においてその取扱いを議論し、新型コロナウイルス感染症の影響を受けると考えられる評価項目の一部を除外する例外的な対応を行うこととした。これを踏まえ、「救命救急センターの充実段階評価に係る調査について（依頼）」（令和3年2月9日医政地発0209第1号）にて調査を行った。本調査の対象である令和2年1月1日から令和2年12月31日までの結果に関しては、現在集計中であり、本年

度中に公表予定である。

各都道府県におかれては、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために、充実段階評価を参考に、管下の救命救急センターが担う重症及び複数の診療科領域にまたがるすべての重篤な患者への救急医療提供のための機能の強化・質の向上について一層の取組を促すとともに、各病院への支援をお願いする。

#### (4) ドクターヘリ運航体制の構築

- ドクターヘリ導入促進事業について、令和3年度予算案においては、令和3年度に新規導入予定の2機分を追加する全国55機分の運行経費を計上した。また、基準額について、人件費の増など、実情に合わせた見直しを実施するとともに、飛行時間に基づく支援を行う予定としている。なお、地方公共団体が実施するドクターヘリの運航等に係る地方負担については、引き続き地方財政措置を講じることとしており、先般、総務省自治財政局調整課と連名で「救急医療用ヘリコプターの運航等に要する経費に係る財政措置について」（令和3年1月28日付け厚生労働省医政局地域医療計画課・総務省自治財政局調整課事務連絡）を发出している。

さらに、ドクターヘリによる診療の効果等の有効性を検証するため、引き続きドクターヘリが介入した症例データの登録に要する経費についても計上している。

- 一方、平成28年8月にドクターヘリの着陸事故事案が発生したことを踏まえ、「ドクターヘリの安全運航のための取組について」（平成30年7月25日医政地発0725第3号）を平成30年に发出した。各道府県におかれても、内容について御了知いただくとともに、本通知の趣旨等に基づき、ドクターヘリを活用する医療機関に対し必要な指導を行うとともに、消防機関及び関係機関等に対し、改めて周知方お願いする。
- また、大規模災害時にドクターヘリが効果的かつ効率的に活動できるよう、全国からの参集方法や参集後の活動方法等を含む「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制の構築にかかる指針について」（平成28年12月5日医政地発1205第1号）を平成28年に发出した。

各道府県におかれては、平時から所属する地域ブロック内の関係機関や近接する道府県との相互応援、共同運用等の協定締結に努めるなど、本指針の内容について御了知いただくとともに、貴管下の関係団体、医療機関等に対しても周知方お願いする。

【PI計50】

#### (5) 救急車利用の適正化

- 令和元年の救急車による搬送人員は、この10年間で28%（約130万人）増加している。そのうち半数以上が65歳以上の高齢者であり、今後も増加することが考えられる。
- 限りある救急搬送資源を緊急性の高い事案に確実に投入するために、緊急性の乏し



い転院搬送については、患者等搬送事業者や医療機関が保有する救急車を活用した体制整備などに努められたい。

(6) 自動体外式除細動器（AED）の普及啓発

- AEDに関しては、各都道府県のAEDの設置登録情報が、日本救急医療財団のウェブサイトにてAEDマップとして公開されている。この旨は、「自動体外式除細動器（AED）設置登録情報の有効活用等について（通知）」（平成27年8月25日医政発0825第7号）において示しており、各都道府県におかれては、提供される情報を参考に、市民へAEDの普及啓発をさらに進めていただきたい。

(7) 災害に対応したインフラ整備について

- 救命救急センターは、「救命救急センターの充実段階評価」において、災害対策の項目として、BCPの策定と必要に応じた見直し、院内における研修や災害訓練、都道府県または地域における災害訓練への参加等が求められている。
- また、平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」「医療計画の見直し等に関する検討会」において議論を行い、「疾病・事業及在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日付け医政地発0413第1号）の別紙中、救急医療の体制整備の構築に係る指針の中で、救命救急センターが災害時においても高度な救急医療を提供できる体制を構築するために、  
災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有が望ましい。  
としており、救命救急医療機関の機能として明示したところである。  
以上のことを踏まえ、各都道府県におかれては、救命救急センターの体制整備状況などを確認するとともに、必要な指導を行っていただきたい。

(8) 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた救急医療提供体制の構築について

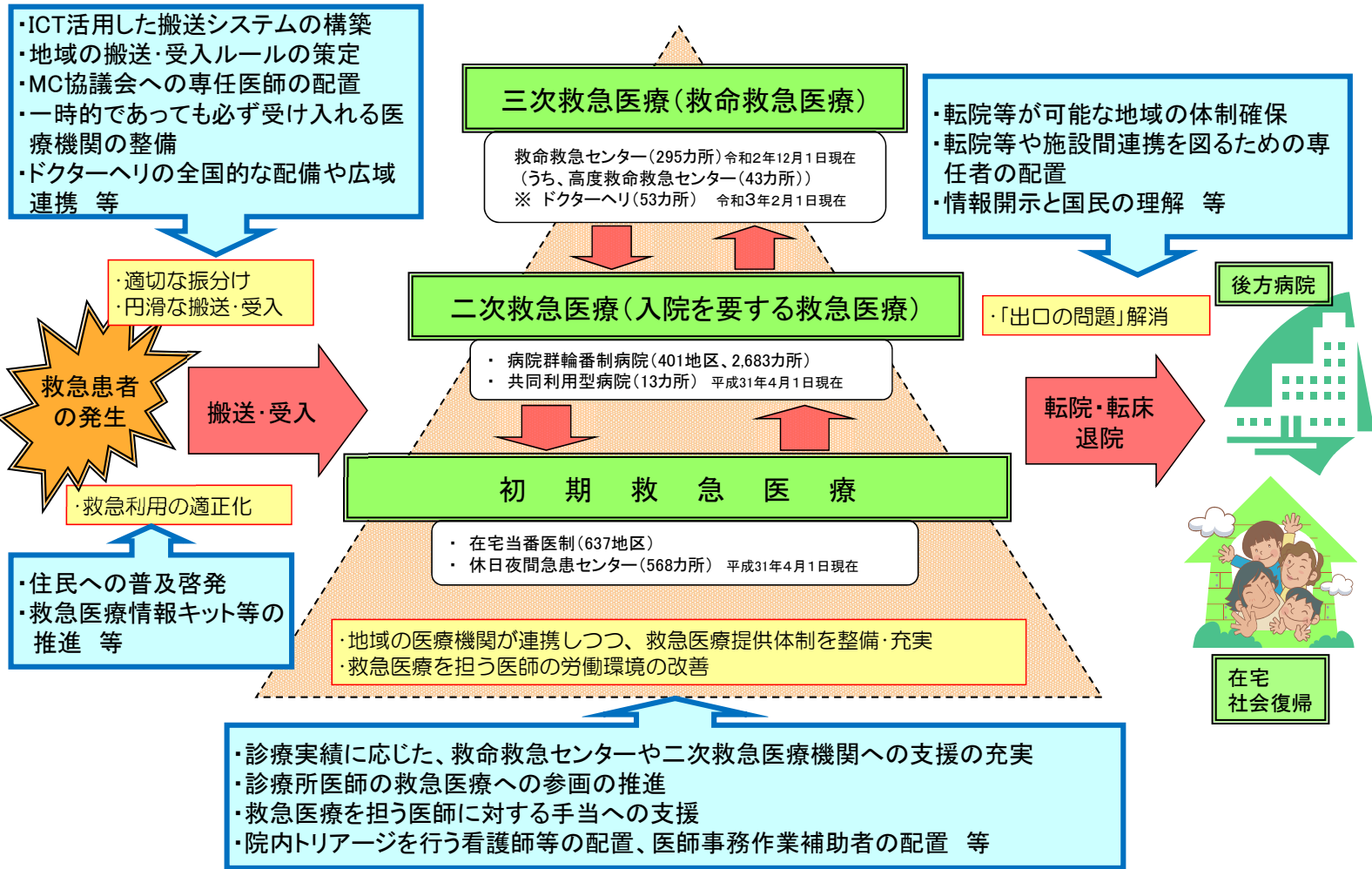
- 令和2年1月以降に発生した新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、これまで救急医療提供体制の整備として、「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について」（令和2年3月1日付け事務連絡。）、「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について（第2版）」（令和2年3月26日付け事務連絡。）、「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等に関する救急医療の実施について」（令和2年5月13日付け事務連絡。）、「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」（令和2年6月19日付け事務連絡。）、「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制確保について」（令和2年12月25日付け事務連絡。）、「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の整備に向けた一層の取組の推進について」（令和3年2月16日付け事務連絡。）等の事務連絡において、都道府県が行う必要な救急医療提供体制の構築につい

をお願いしているところである。

- 現時点で新型コロナウイルス感染症の収束は見通すことが出来ない状況であることから、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況と、地域の救急医療提供体制の実情を踏まえ、必要な体制の構築に努められたい。

これに関し、厚生労働省としても、これまで好事例の展開などを行っているところではあるが、引き続き、各都道府県における取組を全力で支援してまいりたい。

# 救急医療の充実



## ドクターヘリ運航体制の構築

### 背景・課題

地域において必要な救急医療が適時適切に提供できる体制の構築を目指し、早期の治療開始、迅速な搬送を可能とするドクターヘリの運航体制を構築する。

ドクターヘリ導入促進事業 令和3年度予算案75.2億円  
 (医療提供体制推進事業費補助金239.5億円の内数)

ドクターヘリの全国展開を推進するために、ドクターヘリの運航に必要な経費について財政支援を行い、救命率の向上及び広域患者搬送体制の確保を図る。

- ・補助先：都道府県等 ・実施主体：救命救急センター
- ・箇所数：55か所 (導入済みの53ヶ所分+令和3年度に2ヶ所導入予定)

ドクターヘリの運航



ドクターヘリの内部



ヘリポート周辺施設 施設整備事業  
 (医療提供体制施設整備交付金25.1億円の内数)

降雨や降雪等によるドクターヘリの機体劣化等を防止するために必要な、ヘリポート周辺施設の整備に対する財政支援を行う。

- ・補助先：都道府県等
- ・実施主体：救命救急センター
- ・対象設備：格納庫、給油施設、融雪施設

○ 43道府県53機にて事業を実施(令和3年2月1日現在)

平成13年度	5県	岡山県、静岡県、千葉県、愛知県、福岡県
平成14年度	2県	神奈川県、和歌山県
平成17年度	2道県	北海道、長野県
平成18年度	1県	長崎県
平成19年度	3府県	埼玉県、大阪府、福島県
平成20年度	3県	青森県、群馬県、沖縄県
平成21年度	4道県	千葉県(2機目)、静岡県(2機目)、北海道(2機目、3機目)、栃木県
平成22年度	5県	兵庫県、茨城県、岐阜県、山口県、高知県
平成23年度	6県	島根県、長野県(2機目)、鹿児島県、熊本県、秋田県、三重県
平成24年度	8県	青森県(2機目)、岩手県、山形県、新潟県、山梨県、徳島県、大分県、宮崎県
平成25年度	3県	広島県、兵庫県(2機目)、佐賀県
平成26年度	1道	北海道(4機目)
平成27年度	2県	滋賀県、富山県
平成28年度	5県	宮城県、新潟県(2機目)、奈良県、愛媛県、鹿児島県(2機目)
平成29年度	1県	鳥取県
平成30年度	1県	石川県
計	50	

## 6. 災害医療について

### (1) 医療施設の非常用自家発電設備及び給水設備の整備について

- これまで、災害時における医療提供体制の充実・強化を図ることを目的として、災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センター、災害拠点精神科病院、へき地医療拠点病院及びへき地診療所を対象に、災害時において診療機能を3日程度維持するために必要な非常用自家発電設備や給水設備の整備への支援を実施してきた。

また、昨年12月に閣議決定された「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」に基づき、令和2年度第3次補正予算において、特定機能病院及び地域医療支援病院を補助対象としている。

各都道府県は、この補助事業を周知し、適切に活用していただくようお願いする。

【PI計54】

### (2) 医療施設の非常用通信設備の整備について

- 令和元年房総半島台風（台風第15号）では、停電による通信障害が発生し医療機関の被災状況の確認に困難をきたすこととなった。

このため、昨年12月に閣議決定された「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」に基づき、救命救急センター等に対して非常用通信の整備を補助する予算を令和2年度第3次補正予算に54百万円計上した。

各都道府県は、この補助事業を周知し、適切に活用していただくようお願いする。

【PI計55】

### (3) 医療施設のブロック塀の改修等について

- 平成30年6月に発生した大阪北部地震において、小学校のブロック塀が倒れて登校中の児童が亡くなる事案が発生した。これを踏まえて、厚生労働省で全国の病院を対象に調査を行ったところ、敷地内に倒壊の危険性があるブロック塀を保有している病院が1割近くあることが判明した。

このため、患者や周辺住民への被害を防ぐ観点から、昨年12月に閣議決定された「防災・減災、国土強靱化のための5か年加速化対策」に基づき、病院が行うブロック塀の改修等を補助する予算を令和2年度第3次補正予算に188百万円計上した。

各都道府県は、この補助事業を周知し、適切に活用していただくようお願いする。

【PI計55】

#### (4) 医療機関におけるBCPの策定について

- 医療機関におけるBCPの策定が進んでいないことを踏まえて、これまで非常用自家発電装置や給水設備を優先的に整備してきた医療機関及びハザードマップにおいて災害発生リスクの高い地域に存在する医療機関に対して、優先的に策定を促すこととしている。(参考：令和2年2月3日開催「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」)

今後、都道府県を通じて、医療機関のBCPの策定状況に関する調査の実施を検討しているので、ご協力をお願いします。

また、病院のBCP策定に関する研修を実施するために必要な経費を令和3年度予算案にも引き続き計上しており、今年度については、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて開催することとしているため、各都道府県は、この研修も活用しながら未策定の病院に対してBCP策定を働きかけていただくようお願いする。

【PI計56】

#### (5) 災害拠点病院の機能の充実・強化について

- 災害拠点病院については、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における議論を踏まえ、令和元年7月の指定要件の改正により、電気の確保については、災害時に電力供給・燃料補給が途絶しても3日程度自家発電機等により病院の機能を維持できるよう自施設において燃料を備蓄する体制を、水の確保については、平成30年に発生した一連の災害において病院等における水不足が問題となったことを踏まえ、貯水や地下水の活用等により、少なくとも3日分の病院の機能を維持できる体制を令和3年3月までに整えておくこととなっている。

このため、各都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこととなっているので、管内の災害拠点病院の状況を把握するようお願いする。

【PI計57-59】

#### (6) 災害拠点精神科病院の指定について

- 災害拠点精神科病院については、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における議論を踏まえ、被災した精神科病院からの患者の受け入れ等を役割とした、災害拠点精神科病院の整備を少なくとも各都道府県に1カ所以上求めているところである。令和2年4月1日現在で同病院を指定している都道府県は9都道府 15カ所と増加しつつあるが、今後の指定見込みが立っていない都道府県が一定数あるところである。

このため、各都道府県に対し、災害拠点精神科病院の創設の趣旨に鑑み、令和元年12月に令和2年度中を目処に早期に指定を行っていただくよう求めているが、上述のとおり、指定が進んでいない都道府県も見受けられるので、早期に指定を行っていただくようお願いしたい。

また、災害拠点精神科病院の整備を補助するための経費として、先述（（1）医療施設の非常用自家発電設備及び給水設備の整備）した経費のほか、施設設備及び設備整備を行うための経費を令和2年度補正予算に計上したところであるので、各都道府県は、この補助事業も活用の上、災害拠点精神科病院の指定を進めていただくよう併せてお願いする。

加えて、発災から概ね48時間以内に被災した都道府県等において活動するDPAT先遣隊についても、一部の都道府県で整備できていないところである。災害拠点精神科病院の指定の要件において、将来的にはDPAT先遣隊の配置の必須性を見込んでいるため、DPAT先遣隊の整備についても進めていただくよう重ねてお願いする。

【PI計60-68】

#### （7）広域災害・救急医療情報システム（EMIS）について

○ EMISについては、令和元年房総半島台風（台風第15号）や令和元年東日本台風（台風第19号）等により医療機関に大きな被害が生じた経験を踏まえて、令和2年6月に改修したところであるが、令和3年度においてもシステムの拡充や入力負荷の軽減等のためのシステム改修を予定しているので、ご了承のほどお願いする。

○ 近年の災害では、訪問診療等の在宅医療を提供する医療機関の被災状況がわからず、在宅人工呼吸療法患者や在宅酸素療法患者等の在宅療養支援診療所等を通じた安否確認に時間を要している。都道府県においては、EMISに当該医療機関を登録し、在宅医療を提供する医療機関の被災状況について把握していくことを検討していただくとともに、毎月、地方厚生（支）局から都道府県に対し情報提供している、届出受理医療機関名簿を整理した当該医療機関の一覧について適宜ご活用いただきたい。

【PI計69】

## 医療施設給水設備強化等促進事業

## 概要

災害時においても診療機能を維持するため、「防災・減災、国土強靱化のための3か年緊急対策」において災害拠点病院、救命救急センター及び周産期母子医療センターの給水設備の整備に対する支援を盛り込んだほか、令和元年度補正予算においてはさらに災害拠点精神科病院、へき地医療拠点病院及びへき地診療所も補助対象に追加したところである。

しかしながら、現在補助対象となっていない医療機関についても災害時に重要な役割を担っているものについては、補助対象として追加する必要がある。

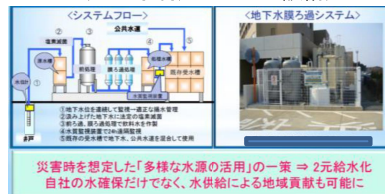
【事業概要】特定機能病院及び地域医療支援病院を補助対象に追加して給水設備<sup>(※)</sup>の整備に対する支援を行う。 ※ 3日程度診療機能を維持するために必要な受水槽、地下水利用のための設備

【補助対象】※いずれも公立を除く

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院

【調整率】0.33

(地下水利用のための設備)



(受水槽)



## 医療施設非常用自家発電装置施設整備事業

## 概要

災害時においても診療機能を維持するため、「防災・減災、国土強靱化のための3か年緊急対策」において災害拠点病院、救命救急センター及び周産期母子医療センターの非常用自家発電装置の整備に対する支援を盛り込んだほか、令和元年度補正予算においてはさらに災害拠点精神科病院、へき地医療拠点病院及びへき地診療所も補助対象に追加したところである。

しかしながら、現在補助対象となっていない医療機関についても災害時に重要な役割を担っているものについては、補助対象として追加する必要がある。

【事業概要】特定機能病院及び地域医療支援病院を補助対象に追加して非常用自家発電装置<sup>(※)</sup>の整備に対する支援を行う。 ※ 3日程度診療機能を維持するために必要な非常用自家発電装置、燃料タンク

【補助対象】※いずれも公立を除く

- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院

【調整率】0.33

(非常用自家発電装置)



## 医療施設非常用通信設備整備事業

## 概要

災害時において医療機関が都道府県やDMAT（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）等を情報交換を行って患者救助にあたるためには通信の確保が重要である。

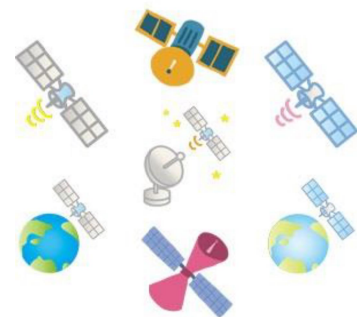
しかし、令和元年度台風第15号においては停電による通信障害が発生し、現地に赴かないと被災しているか確認できない事例が相次いだ。

そのため、要件化されている災害拠点病院や災害拠点精神科病院以外の医療機関に対して非常用通信の整備に必要な支援を行う。

【事業概要】非常用通信の整備に必要な経費の補助を行う。

【補助対象】 ※いずれも公立を除く

- ・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（有床診療所のみ）
- ・特定機能病院
- ・地域医療支援病院



【補助率】 1／3

## 医療施設ブロック塀改修等施設整備事業

## 概要

平成30年6月に発生した大阪北部地震において、小学校のブロック塀が倒れて登校中の児童が亡くなり、文部科学省において安全性に問題があるブロック塀への対策を求めているところである。

厚生労働省が全国の病院を対象に調査を行ったところ、7,334病院中706病院が敷地内に倒壊の危険性のブロック塀を保有していると回答している。

患者や周辺住民への被害を防ぐため、病院が行うブロック塀の改修等に対する支援を行うものである。

【事業概要】倒壊の危険性があるブロック塀の改修等に必要な費用を支援する。

【補助対象】

- ・病院

【補助率】 1／3

（倒壊したブロック塀）





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

令和3年度予算案 5,379千円(5,379千円)

## 背景

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

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

## 現状

近年、毎年のように激甚災害が発生し、医療機関においても浸水被害等により診療機能の低下が見られることから医療機関におけるBCPの重要性はさらに増しているところである。厚生労働省としては、医療機関に対してBCPの策定について依頼するとともに、BCP策定の手引きを作成し周知を図ってきたところであるが、全病院におけるBCPの策定率は25.0%と低調な結果となっている。

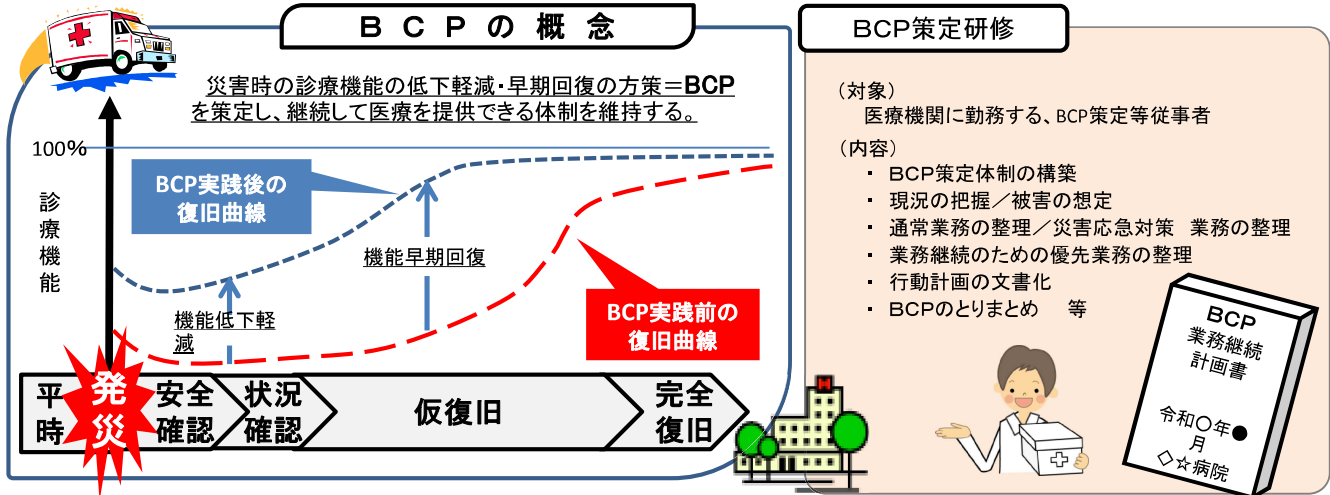
## 課題と対応

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

①BCPの整備のために必要なスキルやノウハウがないこと

②BCPの内容に関する情報が不足していること

などを整備が進まない理由として回答している。厚生労働省は、医療機関におけるBCP策定のよりいっそうの推進のため、BCP策定に必要なスキルやノウハウ等を医療機関の担当者が習得することを目的とし、平成29年度よりBCP策定研修事業を開始した。



各道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
( 公 印 省 略 )

災害拠点病院指定要件の一部改正について

標記については、「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日付け医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知)別紙「災害拠点病院指定要件」(以下「指定要件」という。)により示し、必要に応じ改正を行ってきたところである。

今般、救急・災害医療提供体制等の課題について検討することを目的として開催した「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、災害拠点病院の指定要件の見直しについて議論が行われ、電気の確保については、災害時に電力供給・燃料補給が途絶しても3日程度自家発電機等により病院の機能を維持できるよう、自施設における燃料の備蓄を要件として明示するとともに、水の確保については、平成30年に発生した一連の災害において病院等における水不足が問題となったことを踏まえ、貯水や地下水の活用等により、少なくとも3日分の病院の機能を維持できる水を確保することが望ましい旨明示することとの結論を得たところである。

これらを踏まえ、指定要件の一部を別紙のとおり改正することとしたので、貴職におかれては、改正内容等について御了知いただきたくとも、貴管下医療機関に対し周知方お願いする。

なお、指定要件は、今後も検討会等における議論や、新たな知見等を踏まえ再度見直しがあることについて、併せて留意されたい。

別紙 災害拠点病院指定要件

医政発0321第2号  
平成24年3月21日  
最終改正  
医政発0717第8号  
令和元年7月17日

#### (1) 運営体制

災害拠点病院として、下記の要件を満たしていること。

- ① 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。
- ② 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。なお、「広域災害・救急医療情報システム(EMIS)」が機能していない場合には、被災地からとれあえずの重症傷病者の搬送先として傷病者を受け入れること。また、例えば、被災地の災害拠点病院と被災地外の災害拠点病院とのヘリコプターによる傷病者、医療物資等のピストン輸送を行える機能を有していること。
- ③ 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。また、災害発生時に他の医療機関のDMATや医療チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えていること。
- ④ 救命救急センター又は第二次救急医療機関であること。
- ⑤ 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ ヘリコプター搬送の際には、同乗する医師を派遣できることが望ましいこと。

#### (2) 施設及び設備

##### ① 医療関係 ア. 施設

災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。

- (ア) 病棟(病室、ICU等)、診療棟(診察室、検査室、レントゲン室、手術室、人工透析室等)等救急診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(入院患者については通常時の2倍、外来患者については通常時の5倍程度を想定)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。

- (イ) 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。
- (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。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。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検討することが望ましい。
- (エ) 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくことや又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましいこと。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えないこと。

イ. 設備

- (ア) 災害拠点病院として、下記の診療設備等を有すること。
  - (イ) 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。また、複数の通信手段を保有していることが望ましい。
  - (イ) 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。すなわち、情報を入力する複数の担当者を事前に定めておき、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行うこと。
  - (ウ) 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
  - (エ) 患者の多発発生時用の簡易ベッド
  - (オ) 被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急医療資器材、応急医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等
- (カ) トリアージ・タッグ

ウ. その他

食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄しておくこと。その際、災害時に多数の患者が来院することや職員が帰宅困難となることを想定しておくことが望ましい。

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（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）。

② 搬送関係  
ア. 施設

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。病院敷地内に離着陸場の確保が困難な場合は、必要に応じて都道府県の協力を得て、病院近接地に非常時に使用可能な離着陸場を確保するとともに、患者搬送用の緊急車両を有すること。

なお、ヘリコプターの離着陸場については、ヘリコプター運航会社等のコンサルタントを受けるなどにより、少なくとも航空法による飛行場外離着陸場の基準を満たすこと。また、飛行場外離着陸場は近隣に建物が建設されること等により利用が不可能となることがあることから、航空法による非公共用ヘリポートがより望ましいこと。

イ. 設備

DMA T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。その車両には、応急用医療資器材、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等の搭載が可能であること。

(3) 基幹災害拠点病院

- ① (1) ③について、複数のDMA Tを保有していること。
- ② (1) ④について、救命救急センターであること。
- ③ 災害医療の研修に必要な研修室を有すること。
- ④ (2) ①ア、(イ)について、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。
- ⑤ (2) ②アについて、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。

(4) その他

災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年（原則として4月1日時点）確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、(2) ①ウ. についての要件を満たしていないものについては令和2年3月までに実施することを前提に、また、(1) ④ (2) ①ア、(イ) 又は (2) ②ア. の要件を満たしていないものについては当面の間、指定を継続することも可能とする。

指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。

なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。

(別紙)

改正案	現行
<p>別紙 災害拠点病院指定要件</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 施設及び設備</p> <p>① 医療関係</p> <p>ア. 施設</p> <p>災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。</p> <p>(ア)・(イ) (略)</p> <p>(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。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するためには、必要設備について、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検討することが望ましい。</p> <p>(エ) 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。</p>	<p>別紙 災害拠点病院指定要件</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 施設及び設備</p> <p>① 医療関係</p> <p>ア. 施設</p> <p>災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。</p> <p>(ア)・(イ) (略)</p> <p>(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検討することが望ましい。</p> <p>(エ) 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。</p>

<p>イ・ウ (略)</p> <p>② (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) その他</p> <p>災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年(原則として4月1日時点)確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、(1)⑤又は⑥の要件を満たしていないものについては、平成31年3月までに、(2)①ウ、(2)①ウ、(イ)又は(イ)を実施すること。また、(1)④(2)①ア、(イ)又は(イ)の要件を満たしていないものについては平成32年3月までに整備し、又は(2)②アの要件を満たしているものについては当面の間、指定を継続することとする。</p> <p>指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。</p> <p>なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。</p>	<p>イ・ウ (略)</p> <p>② (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) その他</p> <p>災害拠点病院の指定に当たっては、都道府県医療審議会等の承認を得ることとし、指定されたものについては医療計画に記載すること。また、都道府県は指定した災害拠点病院が要件に合致しているかどうかを毎年(原則として4月1日時点)確認し、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこと。なお、既に指定している災害拠点病院であって、(2)①ウ、(イ)又は(イ)の要件を満たしているものについては平成31年3月までに整備し、又は(2)②アの要件を満たしているものについては当面の間、指定を継続することとする。</p> <p>指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。</p> <p>なお、災害拠点病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。</p>
---	--

医政発 0620 第 8 号  
障 発 0620 第 1 号  
令和元年 6 月 20 日

各都道府県知事 } 殿  
各政令市長

厚生労働省医政局長  
( 公 印 省 略 )  
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長  
( 公 印 省 略 )

と。なお、指定又は指定の解除を行った際には、速やかに厚生労働省医政局地域医療計画課精神科医療等対策室まで報告されたいこと。

また、災害拠点精神科病院については人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の姿態などを考慮し、都道府県ごとに必要な教を整備すること（少なくとも各都道府県内に1カ所以上を整備すること。）。

#### 災害拠点精神科病院の整備について

災害医療体制における精神疾患を有する患者の受入れについては、平成 23 年の東日本大震災、平成 28 年の熊本地震では、被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われたが、精神科病院からの患者の受入れや精神症状の安定化等について災害拠点病院のみで対応することは困難であり、これまで整備してきた体制等についての課題が明らかになったところである。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 29 年 7 月 31 日付け医政地発 0731 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）においては、災害拠点精神科病院の目標、求められる機能が示されているが、具体的に認定するための指定要件は明示されていない。

そこで、これらの課題等について被災地を含めた災害医療関係の有識者が検討する場として「教急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」を開催し、同検討会における議論を踏まえ、災害拠点精神科病院の整備についての方針を定めた以下のとおり通知する。

本通知は平成 31 年 4 月 1 日より適用する。

#### 記

各都道府県においては、別紙に示す指定要件を満たす災害拠点精神科病院について指定を行い、指定要件を満たさなくなった場合には指定の解除を行うこ

## 別紙 災害拠点精神科病院指定要件

### (1) 運営体制

災害拠点精神科病院として、下記の要件を満たしていること。

- ① 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入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ② 災害発生時に、被災地からの精神科医療の必要な患者の受入れ拠点にもなること。なお、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」が機能していない場合には、被災地からとりあえずの精神科医療の必要な患者の搬送先として患者を受け入れること。また、例えば、被災地の災害拠点精神科病院と被災地外の災害拠点精神科病院とのヘリコプターによる患者、医療物資等のピストン輸送等を災害派遣医療チーム（DMAT）と協力して実施できる機能を有していること。
- ③ 災害派遣精神科医療チーム（DPAT）（なお、DPATはDPAT先遣隊（DPAT 統括者及び災害発災から概ね 48 時間以内に被災都道府県等において活動できる医療チームをいう。以下同じ。）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。また、災害発生時に他の精神科医療機関の DPAT その他の医療チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制を整えていること。
- ④ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十九条の八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。
- ⑤ 被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画が整備されていること。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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

- ① 医療関係ア. 施設

災害拠点精神科病院として、下記の診療施設等を有すること。

(ア) 病棟（病室、保護室等）、診療棟（診察室、検査室、レントゲン室等）等精神科診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。

(イ) 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。

(ウ) 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 日程度の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、自家発電機等から必要な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。

(エ) 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。

### イ. 設備

災害拠点精神科病院として、下記の設備等を有すること。

(ア) 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。また、複数の通信手段を保有していることが望ましい。

(イ) 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。すなわち、情報を入力する複数の担当者を事前に定めておく、入力内容や操作方法などの研修・訓練を行うこと。

(ウ) 被災地における自己完結型の医療に対応出来る携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等

(エ) トリアージ・タッグ

### ウ. その他

食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3 日分程度を備蓄しておくこと。その際、災害時に多数の患者が来院することや職員が帰宅困難となることを想定しておくことが望ましい。

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

整備またはDMAT等との連携体制の整備など、適切な対応を進めること。

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（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）。

## ② 搬送関係

### ア. 施設

患者搬送については、DMATの協力を得つつ実施されるため、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輛については不要とする。ただし、円滑な搬送を実現させるため、近隣の活用可能なヘリコプターの離着陸場の状況については情報を把握しておくことが望ましい。

また、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。

### イ. 設備

DPAT先遣隊等の派遣に必要な緊急車輛を有することが望ましい。その車輛には、応急用医療資器材、テント、発電機、飲料水、食料、生活用品等の搭載が可能であること。

また、広域搬送が必要な精神疾患を有する患者のための一時的避難所を運営するに当たり、受け入れ想定患者数に見合った水、食料、医薬品等の備蓄も行うこと。

## (3) その他

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

指定又は指定の解除を行った際には、その内容について厚生労働省に報告すること。

なお、災害拠点精神科病院は、厚生労働省及び都道府県の行う調査に協力すること。

今後、災害拠点精神科病院へのDPAT先遣隊の配置の必須化を見込んでおり、DPAT先遣隊を配置していない災害拠点精神科病院は、可能な限り早い時期に配置できるよう努めること。

また、身体疾患を合併する患者の受け入れが行えるよう、院内の診療体制の

医政地発 1225 第 3 号  
障精発 1225 第 1 号  
令和元年 12 月 25 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
（ 公 印 省 略 ）  
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
精 神 ・ 障 害 保 健 課 長  
（ 公 印 省 略 ）

#### 災害拠点精神科病院の指定の促進について

災害医療体制における精神疾患を有する患者の受入れについて、平成 23 年の東日本大震災、平成 28 年の熊本地震において明らかになった課題等に対応するため、被災地を含めた災害医療関係の有識者が検討する場として「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」を開催し、同検討会における議論を踏まえ、災害拠点精神科病院の指定に関して、「災害拠点精神科病院の整備について」（令和元年 6 月 20 日付け医政発 0620 第 8 号・障発 0620 第 1 号厚生労働省医政局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）のとおり各都道府県知事等に対して通知したところ  
です。

同通知において、災害拠点精神科病院を「少なくとも各都道府県内に 1 カ所以上を整備すること」を各都道府県に対して求めたところですが、令和元年 10 月 1 日現在の指定状況は全国で 3 カ所（全て大阪府）であり、現状指定が進んでおりません。つきましては、災害拠点精神科病院の創設の趣旨を鑑み、早期に指定を行っていただくよう、よろしくお願いたします（指定の目処としては令和 2 年度中まで。）。

（参考）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成 29 年 3 月 31 日付け医政地発 0831 第 3 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」（災害時における医療体制の構築に係る指針 2 災害医療の提供（1） 災害拠点病院）（抄）  
精神科病院については、平成 23 年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成 28 年の熊本地震でも被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神科病床数は約 1 万床（全精神科病床の約 9%）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。



## 概要

災害拠点精神科病院は、災害時における精神科患者の受入、DPAT先遣隊の派遣等の機能を担うものである。

各都道府県において災害拠点精神科病院の設置を進め、災害時における精神科医療の体制を強化するため、指定要件となっている施設及び設備等の整備について支援を行う。

## 【事業概要】

災害拠点精神科病院として指定要件を満たすために必要な以下の経費を補助する。

- ①施設の耐震整備
- ②DPAT先遣隊の装備品の整備 等

## 【補助対象】

- ①災害拠点精神科病院
- ②災害拠点精神科病院+DPAT先遣隊を有する病院

## 【補助率】

- ①0.50
- ②1/3

(耐震整備)



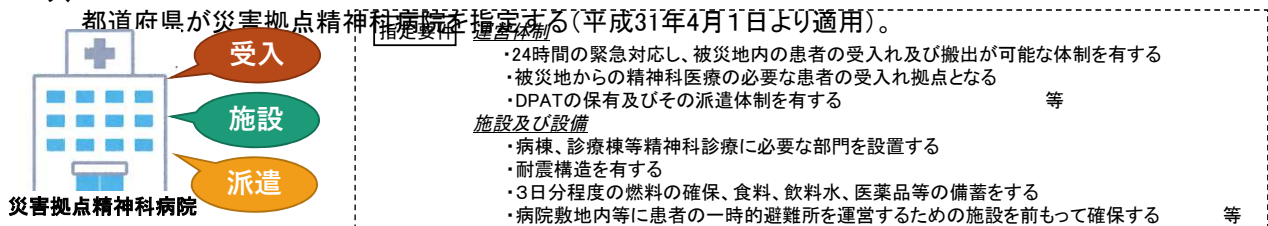
## 災害拠点精神科病院

以下のような機能を有し、24時間対応可能な緊急体制を確保すること等により、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- 医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能
- 精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能
- 災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣機能 等

## &lt;災害拠点精神科病院の位置づけ&gt;

- 必要性：「災害時における医療体制の構築に係る指針(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号)」に位置づけられている。
- 「災害拠点精神科病院の整備について(令和元年6月20日付け医政発0620第8号, 障発0620第1号)」により、



## &lt;整備方針&gt;

人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備(少なくとも各都道府県内に1カ所以上)

※ 令和3年2月1日現在の指定状況は、全国で15施設(東京都1、神奈川1、静岡4、愛知県2、大阪府3、奈良県1、岡山県1、島根1、広島県1)。

「災害拠点精神科病院の整備について  
(令和元年6月20日付け医政発0620第8号, 障発0620第1号)」抜粋

(3) その他

(略)

今後、災害拠点精神科病院へのDPAT先遣隊の配置の必須化を見込んでおり、DPAT先遣隊を配置していない災害拠点精神科病院は、可能な限り早い時期に配置できるよう努めること。

(略)

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会	資料
令和元年11月20日	4

## 災害拠点精神科病院について

# 災害拠点精神科病院

以下のような機能を有し、24時間対応可能な緊急体制を確保すること等により、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- 医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能
- 精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能
- 災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣機能 等

## <災害拠点精神科病院の位置づけ>

- 必要性：「災害時における医療体制の構築に係る指針(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号)」に位置づけられている。
- 「災害拠点精神科病院の整備について(令和元年6月20日付け医政発0620第8号, 障発0620第1号)」により、都道府県が災害拠点精神科病院を指定する(平成31年4月1日より適用)。



災害拠点精神科病院

指定要件	運営体制
	・24時間の緊急対応し、被災地内の患者の受入れ及び搬出が可能な体制を有する
	・被災地からの精神科医療の必要な患者の受入れ拠点となる
	・DPATの保有及びその派遣体制を有する 等
施設及び設備	
	・病棟、診療棟等精神科診療に必要な部門を設置する
	・耐震構造を有する
	・3日分程度の燃料の確保、食料、飲料水、医薬品等の備蓄をする
	・病院敷地内等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する 等

## <整備方針>

人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備(少なくとも各都道府県内に1カ所以上)

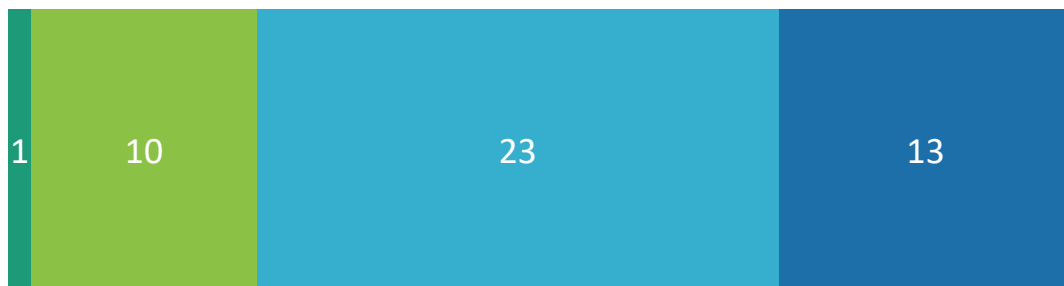
※ 令和元年10月1日現在の指定状況は、全国で3施設(大阪府のみ)。

## 災害拠点精神科病院に関する過去の議論の状況

- ①H30.6.21 第4回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会  
災害拠点精神科病院の現状及び課題や今後議論すべき論点が示された。
- ②H30.7.6 第6回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会  
「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会における議論の整理(案)(※)」が提示され、「方向性を検討すべき論点」として「災害拠点精神科病院」の指定要件の明示、基幹的な施設等の整備方針や支援について議論すべきとされた。  
(※) H30.7.30 「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会における議論の整理」としてとりまとめ
- ③H31.2.6 第11回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会  
災害拠点精神科病院の要件(案)と整備方針(案)について示された。
- ④H31.3.29 第12回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会  
災害拠点精神科病院の要件(案)について示され、了承された。  
(指定要件に関する通知は、令和元年6月20日付けで各都道府県知事等に発出。)
- ⑤R.1.7.18 第15回救急・災害医療体制等の在り方に関する検討会  
災害拠点精神科病院の指定要件を令和元年6月20日付けで各都道府県知事等に発出した旨の報告がされた。

# 災害拠点精神科病院の指定状況

■ 指定済み ■ 今年度中指定見込み ■ 来年度以降指定に向けて調整中 ■ 未定



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課精神科医療等対策室調べ(令和元年11月14日現在)

## 災害拠点精神科病院に係る現状及び課題

### 【現状及び課題】

- 災害医療体制における精神疾患を有する患者の受入れについて、精神症状の安定化等の観点から災害拠点病院のみで対応することは困難であるため、災害拠点精神科病院を都道府県ごとに必要な数を整備（少なくとも各都道府県内に1カ所以上）整備することとした（第15回救急災害検討会資料6）。
- しかしながら、令和元年10月1日現在の指定状況は、全国で大阪府（3施設）のみ。今後の指定見込みが立っていない都道府県が13ある。



### 【対応】

- 災害拠点精神科病院の指定状況等を踏まえ、都道府県や関係団体に対してさらなる指定を促すこととしたい。

## (参考) 「災害時における医療体制の構築に係る指針」

災害拠点精神科病院についての記載 (抜粋)

精神科病院については、平成23年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成28年の熊本地震でも被災した精神科病院から595人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約1万床(全精神病床の約3%)であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。



## 7. へき地医療等について

### (1) へき地における医療提供体制の充実

- へき地・離島等における医療確保の取組としては、昭和31年から概ね5年毎に策定している「へき地保健医療計画」に基づき、へき地診療所の運営に対する支援や、無医地区等から近隣の医療機関への患者輸送の実施に対する支援など様々な対応を行ってきたが、第7次医療計画より「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化し他事業との連携も含めた対策を実施していただいている。

また、今般の第7次医療計画中間見直しにあたっては、

- ・ へき地医療拠点病院の「主要3事業」である(1)へき地への巡回診療、(2)へき地診療所等への医師派遣、(3)代診医派遣の年間実績が合算で12回以上のへき地医療拠点病院の割合を100%にすること等を数値目標とすることや、
- ・ 「主要3事業」に、遠隔医療による支援を加えた「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、都道府県が当該年度の現状を確認すること

などを指針に盛り込んだところ。

当該指針の内容も踏まえながら、引き続き、第7次医療計画を着実に実行することにより、更なるへき地医療の充実に取り組むようお願いする。

### (2) 医療機関におけるCLTの活用について

- 医療機関の整備については、「公共建築物等における木材の利用の促進に関する法律」（平成22年法律第36号）に基づき、木材の利用の促進に尽力いただいている。また、林業及び木材産業の成長産業化を推進し、地方の持続的な産業の育成と雇用の確保を図り、地方創生を実現すること等を目的に、CLT（Cross Laminated Timber）（直交集成板）の公共建築物等への幅広く積極的な活用に向けて、「CLT活用促進に関する関係省庁連絡会議」を開催するなど、CLT活用促進のための取組を政府として行っている。

- このため、「医療機関における木材利用の促進及びCLTの活用について」（令和3年2月9日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）により医療機関に積極的な木材及びCLTの活用をお願いしており、引き続きよろしく願います。

【PI計71】

事 務 連 絡  
令和 3 年 2 月 9 日

各都道府県医政主管（部）局 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

医療機関における木材利用の促進及び CLT の活用について

医療機関における木材利用については、「公共建築物等における木材の利用の促進に関する法律」（平成 22 年法律第 36 号）に基づき、木材の利用の促進に御尽力いただいているところである。

また、林業及び木材産業の成長産業化を推進し、地方の持続的な産業の育成と雇用の確保を図り、地方創生を実現すること等を目的に、公共建築物等に対する CLT（Cross Laminated Timber の略称、いわゆる直交集成板）の幅広く積極的な活用に向けて、「公共建築物における木材の利用の促進に関する基本方針」を踏まえ、CLT 活用促進のための取組を政府として行っているところである。

については、医療機関の整備に当たり、木材及び CLT の積極的な活用にご配慮いただくとともに、管内医療機関に対して、木材及び CLT を積極的に活用していただくよう周知方お願いする。

（参考）内閣官房 CLT 活用促進のための政府一元窓口

[URL:https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/cltmadoguchi/](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/cltmadoguchi/)

厚生労働省医政局地域医療計画課  
救急・周産期医療等対策室  
担当係名 へき地医療係  
TEL 03-5253-1111（内線 2551）  
03-3595-2185（直通）



## 8. 小児・周産期医療について

小児・周産期医療体制については、少子化社会対策大綱やニッポン一億総活躍プランにおいても、国民が安心して子どもを産み育てることができる環境の実現に向けて、より一層の整備が求められている。

【PI計 77-81】

### I 小児医療の確保

小児医療については、医療計画を通して、圏域ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目標に、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携の構築を行うこと、また、医療機関の機能や患者のアクセス等を考慮し、小児医療に係る医療圏の見直しを適宜行う等により圏域毎の小児医療提供体制を検討することを求めている。

各都道府県においては、小児医療の関係団体、各医療機関種の医療従事者、行政、住民等が継続的に議論できるよう、小児医療の提供体制に係る協議会等を開催し、(1)に示す予算補助事業の活用等についても検討するようお願いしたい。

また、近年、医療的ケアが日常的に必要な児が増加傾向にあり、必要な支援を円滑に提供できるよう、保健、医療、福祉等の各関連分野の支援を行う機関との、連絡調整を行うための体制整備が求められていることを踏まえ、小児医療と在宅医療それぞれの提供体制が整合的となり、成育過程を踏まえた整備が可能となるよう、在宅医療に係る協議会等との整合性に留意されたい。

#### (1) 予算補助事業の活用

小児救急医療については、小児初期救急センター、二次医療圏単位での小児医療の確保が困難な地域において複数の二次医療圏を対象に患者を受け入れる小児救急医療拠点病院、さらに、小児の救命救急医療を担う小児救命救急センターの整備等の支援を盛り込んでおり、各都道府県においては、積極的な活用をお願いしたい。

また、地域医療介護総合確保基金を活用した小児医療を担当する勤務医等の支援についても、小児医療に関する協議会等の意見を踏まえ、各都道府県の実情に応じた検討を行った上で、引き続き取り組んでいただきたい。

#### (2) 子ども医療電話相談事業（#8000事業）

#8000事業については、休日・夜間における地域の小児医療体制の充実を図るため、地域の実情に応じて、地域医療介護総合確保基金を活用して実施していただいているところ。平成30年に開催した「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」においては、『「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！』が取りまとめられ、行政が取り組むべきことのひとつに、「#8000の体制整備を進め、周知を徹底する」ことが挙げられている。また、令和元年7月に実施した「医療のかかり

方・女性の健康に関する世論調査」においては、就学前の子どもがいる方を中心として認知の割合が向上しており、全国における広報啓発の効果が得られてきていると考えるが、「電話がつながるまでの時間が長かった」等の意見があり、適切な回線数の確保等が求められている。

都道府県においては、引き続き深夜帯の実施や適切な回線数の確保を含めた体制整備、住民への啓発、相談対応者の研修会への参加の推進等の取組をお願いしたい。なお、適切な回線数の確保等を検討するに当たっては、応答率等を把握し、その結果も参考とするなど、一層の取組をお願いする。

また、平成 29 年度から、相談対応者の質の向上と保護者への啓発等を目的に相談内容や対応等に関する情報の収集や分析を実施する事業を実施している。平成 30 年度の分析結果については、厚生労働省のウェブサイトにおいて公表しており、各都道府県においては住民への啓発や#8000事業の体制整備の参考にされたい。

## II 周産期医療の確保

周産期医療については、平成 27 年～28 年度に開催した「周産期医療体制のあり方に関する検討会」における検討を踏まえ、第 7 次医療計画より、周産期医療体制整備計画を医療計画に一本化し、

- 分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮した圏域の設定等の体制整備の推進
  - 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成の推進
- 等について新たに求めている。
- 災害時小児周産期リエゾンは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地に保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として都道府県により任命された者である。
  - 都道府県においては、厚生労働省が委託事業として行っている「災害時小児周産期リエゾン養成研修事業」を活用するとともに、大規模災害時に、適格かつ迅速に医療を提供できる体制を構築するため、災害時小児周産期リエゾンの任命を進めるようお願いしたい。

### (1) 予算補助事業の活用

周産期医療については、これまでも、NICU等の確保、合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等の支援に関する予算事業を設けている。

また、令和 3 年度予算案においても、

- 産科医の地域偏在を解消するため、産科医等の不足する地域の医療機関に産科医等を派遣する病院等に対して、その派遣手当や旅費等の支援や

○ 分娩施設が少ない地域において、新規に分娩施設を開設する場合や、病院に産科等を増設し新規に分娩を取り扱う施設等に対して、必要な施設整備・設備整備の支援

等を計上している。

さらに、妊産婦に対する健康管理の推進や、妊産婦が安心できる医療体制の充実などの課題について検討を行うため、平成31年2月に「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」が設置され、「議論の取りまとめ」（令和元年6月10日）において、医療提供に関することとして、

- ・ 産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携
- ・ 妊産婦に対する診療の質の向上

等に取り組んでいく必要があるとされた。これを踏まえて、令和2年度より、

- 産科及び産婦人科以外の診療科の医師に対する妊婦の診療に係る研修
- 総合周産期母子医療センター等における、地域の産科及び産婦人科以外の診療科の医師からの相談に応じる相談窓口の設置

に対する支援を行っている。

都道府県においては、周産期医療協議会等において協議の上、補助事業等を活用し、先日都道府県に送付した「妊婦の診療に係る医療提供体制整備事業」に用いるテキストを用いて、地域の周産期医療体制の整備に取り組むようお願いしたい。

## (2) 安全な無痛分娩の実施体制の構築

無痛分娩については、平成29年7月末に「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究班」を立ち上げ、平成30年3月に「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」（以下「提言」という。）が取りまとめられた。都道府県においては、無痛分娩取扱施設に対し、提言において求められている体制の整備が徹底されるよう周知をお願いするとともに、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の際に、提言及び自主点検表を参考に、診療体制の確保について確認し、必要に応じて助言するようお願いしたい。

また、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会が、提言において整備することが求められていた「無痛分娩の安全な診療のための講習会」を令和元年度から開始しており、同連絡協議会のウェブサイト（※）において、講習会の開催情報が確認可能となっている。なお、当該講習会については、医療提供体制推進事業費補助金の活用も可能である。

さらに、自施設の無痛分娩の診療体制等に関する情報公開を行う無痛分娩取扱施設を取りまとめたリストについても、同連絡協議会のウェブサイト（※）において平成31年3月より公開されており、妊婦の方々に対する情報提供をお願いする。

（※）<https://www.jalosite.org/>

## Ⅲ 産科・小児科の医師偏在対策について

平成30年7月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布され、令和2年度よ

り医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行っている。特に、産科・小児科については、産科及び小児科の医師確保計画を策定し、医療提供体制の見直しや医師派遣等を進めることとしており、医師の確保や負担軽減、分娩環境の確保等を行えるよう、引き続き、地域医療介護総合確保基金や医療提供体制推進事業費補助金等を活用して支援していく。

各都道府県においては、「医師確保計画策定ガイドライン」に示す通り、周産期医療及び小児医療に係る課題に対する対応について、適切に産科・小児科における医師確保計画へ反映することができるよう、地域医療対策協議会の意見とともに周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見も聴取するなど、各医療圏における周産期医療又は小児医療の提供体制についての検討の機会に併せて協議を行うようお願いする。

#### IV 小児医療・周産期医療における災害対策について

##### (1) 災害時小児周産期リエゾンについて

災害時小児周産期リエゾンについては、平成 28 年度から養成研修事業を開始し、令和元年度までに約 650 名が受講を終えている。また、平成 31 年 2 月には、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」における検討を踏まえ、災害時小児周産期リエゾン活動要領を取りまとめた。都道府県においては、活動要領の内容について御了知いただくとともに、災害時小児周産期リエゾンの任命及び協定の締結を行い、平時からの訓練等を通じて災害時小児周産期リエゾンが必要な関係者と緊密な連携がとれるよう、配慮をお願いしたい。

なお、第 7 次医療計画の中間見直しにおいては、「災害時小児周産期リエゾン任命者数」を重点指標としている。

##### (2) 災害に対応したインフラ整備について

「周産期医療体制のあり方に関する検討会」の意見の取りまとめ（平成 28 年 12 月）においては、災害に備えた体制の確保として、周産期母子医療センターを有する医療機関については、事業継続計画（BCP）の策定が必要であるとされ、第 7 次医療計画より、総合周産期母子医療センターは災害時を見据えて BCP を策定することとしている。

しかし、平成 30 年 12 月時点で調査したところ、BCP が未策定の周産期母子医療センターが一定割合あった。また、平成 30 年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院、救命救急センター、周産期母子医療センターを対象として非常用自家発電設備及び給水設備の整備状況等の緊急点検を行ったところ、診療機能を 3 日程度維持するために設備の増設等が必要な病院があった。これを踏まえ、「医療計画の見直し等に関する検討会」においては、周産期母子医療センターに求められている医療機能を踏まえ、災害時においても高度な周産期医療を提供できる体制を構築するために、

- 非常用自家発電設備や給水設備の保有等に係る整備について、総合周産期母子医療センターの指定要件として、災害拠点病院と同等の要件を定めること、また、地域周産期母子医療センターについても、同等の整備を行うことが望ましいこと
- BCP 策定について、総合周産期母子医療センターは既に指定要件となっているが、

取組みを促すために、策定の期限を設けること、また、地域周産期母子医療センターについても、認定要件とすること  
としている。

**<事業内容>** 産科医や小児科医(以下「産科医等」)の地域偏在を解消するため、産科医等の不足する地域の医療機関に産科医等を派遣する医療機関に対して、その派遣に必要な費用の一部を補助し、分娩取扱施設の確保や産科医等の勤務環境改善を進める

**<補助の例>** 産科医等の派遣に必要な給与費の一部を補助 【(目)医療施設運営費等補助金】

**<補助率等>** 補助率: 1/2 交付先: 医療機関 創設年度: 平成29年度

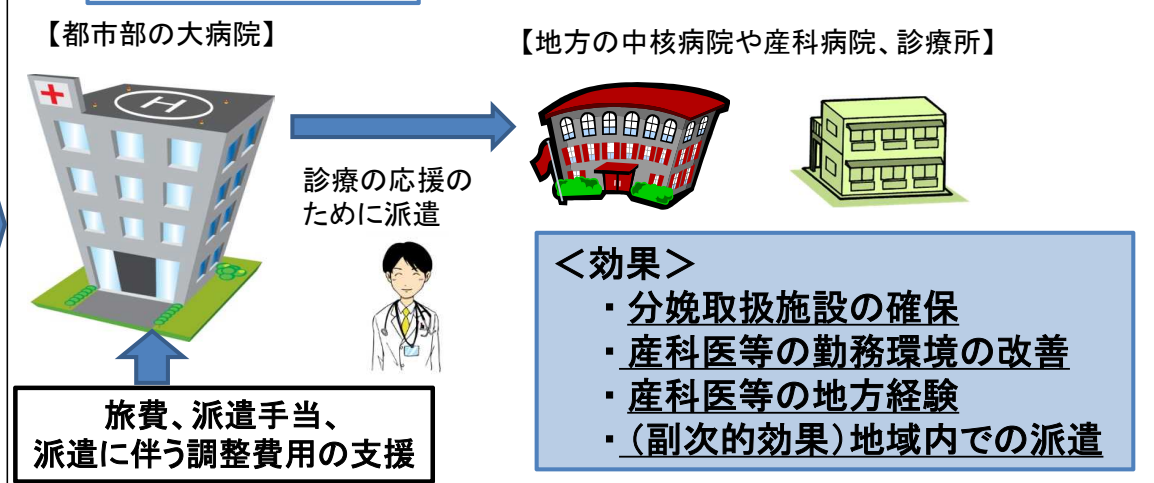
ニッポン一億総活躍プラン

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

背景

- ・産科医の地域偏在が指摘
  - 出生1000人当たり産婦人科医師数 東京17人、埼玉9.4人
- ・地域偏在は、都道府県内でも深刻な状況
  - 二次医療圏内の人口10万人当たり産婦人科医師数 栃木県 最大18人、最小1.4人
- ・地方は人材がそもそも不足

事業のイメージ



地域の分娩取扱施設 施設・設備整備 事業

令和3年度予算案 (施設) 76,898千円( 76,898千円)  
(設備) 100,350千円(100,350千円)

**<事業内容>** 身近な地域で安心して出産できる環境を整備するため、分娩取扱施設が少ない地域において、分娩取扱施設を開設する場合、病院に産科等を増設し新規に分娩を取り扱う場合等に対して、その施設・設備整備に要する費用の一部を補助し、分娩取扱施設の確保などを図る

**<補助の例>** 分娩取扱施設の施設・設備整備に要する費用の一部を補助  
【(目)医療施設等施設整備費補助金】、【(目)医療施設等設備整備費補助金】

**<補助率等>** 補助率: 1/2 交付先: 医療機関創設年度: 平成28年度(施設整備事業) : 平成29年度(設備整備事業)

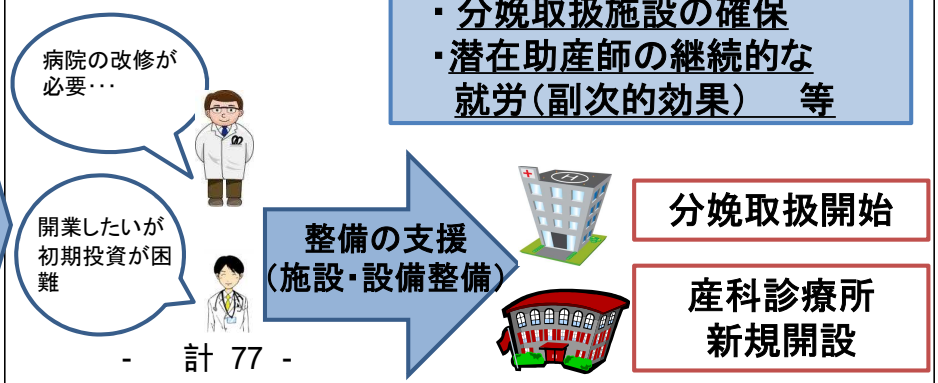
ニッポン一億総活躍プラン

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

背景

- ・産婦人科・産科のある病院数は24年間連続して減少
  - 産婦人科・産科を標ぼうする病院・診療所数 平成2年 8,451 ⇒ 平成26年 4,830
  - 分娩取扱病院・診療所数 平成8年 3,991 ⇒ 平成26年 2,284
- ・住民が分娩施設の新設や継続を強く要望している地域も存在

事業のイメージ



# 妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会

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

## 構成員

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

## 検討事項

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

## 「妊産婦の医療や健康管理等に関する調査」

- 【目的】 妊産婦の保健・医療に関するニーズの実態把握
- 【調査対象医療機関】 分娩を取り扱う病院、診療所 500カ所  
地域別に、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター・周産期母子医療センター以外の病院、診療所を無作為に抽出
- 【調査対象者】 調査対象医療機関に外来受診・入院した妊産婦  
・ 妊娠28週0日以降、妊婦健康診査のために外来受診した妊婦  
・ 正期産後、産後8日以内の入院中の産婦  
・ 正期産後、産後2週間・1か月等の産婦健康診査のために外来受診した産婦
- 【調査内容】
- 妊娠・出産歴や基礎疾患の有無等の基本属性、妊娠中の医療機関の受診状況
  - 妊娠中・産後の診療で十分配慮されていると感じた経験、妊娠中・産後の診療で配慮が不十分と感じた経験、妊娠中・産後の診療で特に配慮が必要と考える事項
  - 妊娠中・産後の健康管理で留意している事項、妊娠中・産後の健康管理に関して受けている支援等の事項 等

## 検討のスケジュール

- ◆ 2019年2月15日 第1回 フリーディスカッション
  - ◆ 2019年3月15日 第2回 妊産婦に対する医療
  - ◆ 2019年4月18日 第3回 妊産婦に対する保健
  - ◆ 2019年5月16日 第4回 これまでの議論の整理
  - ◆ 2019年6月6日 第5回 これまでの議論の取りまとめ
- ※ 妊産婦に対する診療報酬上の評価の在り方については、検討会の取りまとめを踏まえ、中央社会保険医療協議会で必要な検討を行う。

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

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

### 【妊産婦の不安】

- 妊産婦の不安や負担は時期によって異なる
- 妊娠中の健康管理で困ったこと  
⇒ 栄養・食事に関すること
  - 産後の健康管理で困ったこと  
⇒ 授乳に関すること

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

産婦の不安解消には産後ケアが有効

### ●不安を感じる妊産婦が相談できる仕組み

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



妊娠届出時の妊婦の状況把握



妊娠中から出産後や子育てのイメージを持てるようなパンフレット

### 【妊産婦の診療の現状】

- 産婦人科以外の診療科から診療を断られることがある  
妊婦が産婦人科以外の診療科を受診する際に求める気配り
- ・ 診療・薬の内容について文書を用いて説明
  - ・ 経験が十分にある医師の診療
  - ・ 母子健康手帳の確認

### 【産婦人科の現状】

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

### 【産婦人科以外の診療科の現状】

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

### ●産婦人科以外の診療科と産婦人科の医療機関の連携

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

### ●診療の質の向上に向けた取組

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

【産婦人科】 ← 連携 → 【産婦人科以外の診療科】



研修  
サポート体制

**[支援を必要とする妊産婦への対応]**

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

**[母子健康手帳]**

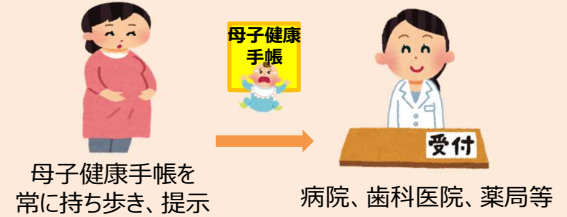
母子健康手帳は広く活用されている  
妊産婦自身の健康管理のために活用できるのではないかと  
増加しつつある外国人の妊産婦への支援が必要

**● 妊娠期から子育て期までつながる支援**

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

**● 母子健康手帳の活用**

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



**[妊婦健診、産婦健康診査]**

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

**[妊婦健診以外の診療の評価等]**

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

**● 妊婦健診、産婦健康診査について**

以下について引き続き検討

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

**● 診療に対する評価等について**

単に妊婦を診療したのみで加算されるといった、前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない  
妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要であり、具体的な要件や名称等については、中央社会保険医療協議会で議論  
妊産婦が受診する際の負担が、これから子どもをほしいと思う人にとって、ディスインセンティブとならないようにすることが必要であり、他の受診者との均衡や政策効果といった点を勘案し、引き続き検討すべき

**妊婦の診療に係る医療提供体制整備事業**

令和3年度予算案 120,696千円(120,696千円)

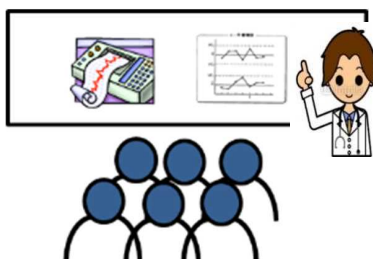
**課題**

これまで妊婦に対する医療の提供については、周産期医療体制の整備を通じてハイリスク妊婦に対する診療の充実などが図られてきた。  
一方、妊婦の診療については、通常よりも慎重な対応や胎児への配慮が必要であるため、診療に積極的でない医療機関が存在するとの指摘がある。  
このため、妊婦自身の負担にも配慮しつつ、妊婦が安心安全に受診できる医療提供体制を充実していくことが必要である。

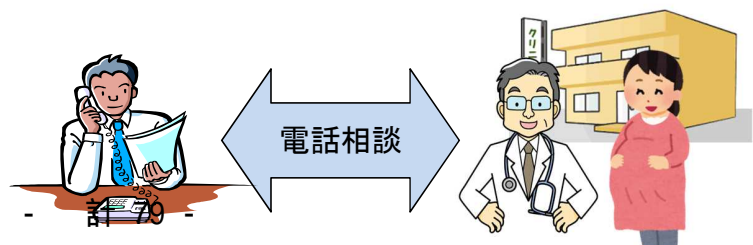
**事業内容**

- 妊婦が安心安全に受診できるよう産科及び産婦人科以外の診療科医師に対する研修を実施する。
- 医師が妊婦の診療について必要な情報を得られるよう相談窓口を設置する。

**研修の実施**



**相談窓口の設置**





# 産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 背景

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

## 産科医師・小児科医師の偏在の状況把握

### 産科・小児科における医師偏在指標の算出

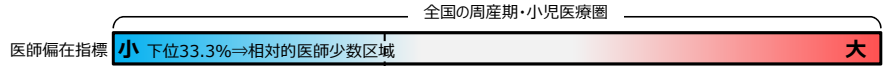
三次医療圏・周産期・小児医療圏ごとに、**産科・小児科における医師の偏在の状況を客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや、医師の性年齢構成等を踏まえた**産科・小児科における医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき要素

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

### 相対的医師少数区域の設定

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



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

## 『医師確保計画』の策定

### 医師の確保の方針

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

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

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

### 偏在対策基準医師数

(三次医療圏、周産期・小児医療圏ごとに策定)

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

### 偏在対策基準医師数を踏まえた施策

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

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

## (施策の具体的例)

### ① 医療提供体制等の見直しのための施策

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

### ② 医師の派遣調整

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

### ③ 産科・小児科医師の勤務環境を改善するための施策

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

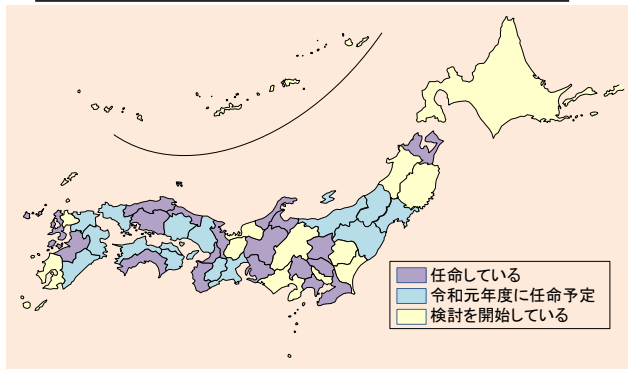
### ④ 産科・小児科医師の養成数を増やすための施策

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

## 全国における災害時小児周産期リエゾンの任命状況

- 災害時小児周産期リエゾンは、19自治体(40%)で、計186名が任命されている。
- 95%が医師(うち産婦人科医45%、小児科医53%)で主に総合周産期母子医療センターに所属する。

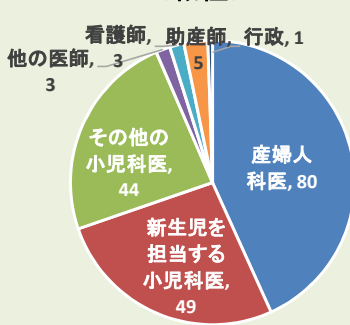
### <災害時小児周産期リエゾンの任命状況>



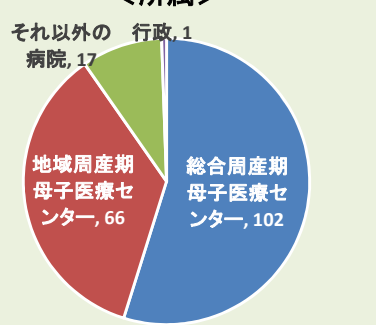
### <各都道府県における任命人数>

都道府県	人数	都道府県	人数
北海道	0	滋賀	0
青森	9	京都	9
岩手	0	大阪	12
宮城	0	兵庫	0
秋田	0	奈良	0
山形	0	和歌山	8
福島	0	鳥取	8
茨城	0	島根	6
栃木	0	岡山	0
群馬	9	広島	8
埼玉	20	山口	0
千葉	3	徳島	0
東京	0	香川	0
神奈川	16	愛媛	0
新潟	0	高知	7
富山	10	福岡	0
石川	12	佐賀	0
福井	0	長崎	10
山梨	8	熊本	8
長野	0	大分	0
岐阜	8	宮崎	0
静岡	0	鹿児島	0
愛知	15	沖縄	0
三重	0	全国	186

### <職種>



### <所属>



# 災害時小児周産期リエゾン活動要領の概要

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

## ■ 災害時小児周産期リエゾンとは

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

## ■ 活動要領の内容

### 第1 概要

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

### 第2 平常時の準備

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

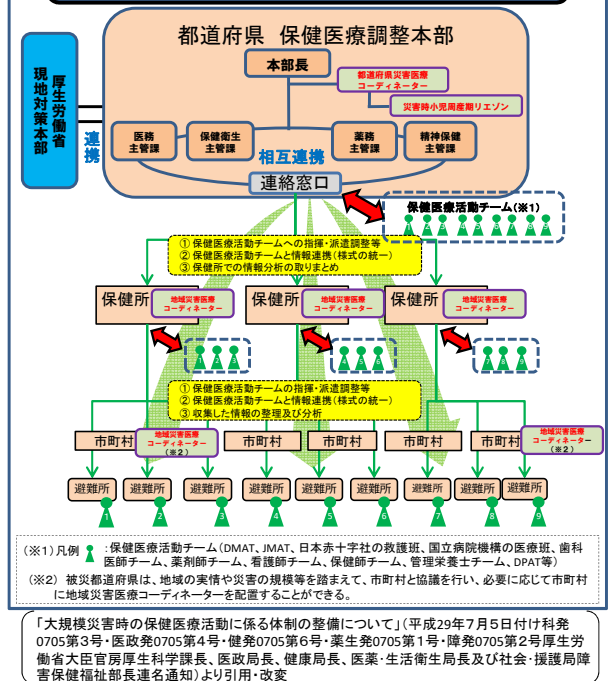
### 第3 災害時の活動

- 1 災害時小児周産期リエゾンの招集、配置、運用  
被災都道府県は、都道府県災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置し、災害時小児周産期リエゾンを配置する。
- 2 災害時小児周産期リエゾンの業務  
災害時小児周産期リエゾンは、以下の事項について、都道府県災害医療コーディネーター\*とともに、助言及び調整の支援を行う。  
(1) 組織体制の構築  
(2) 被災情報等の収集、分析、対応策の立案  
(3) 保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整  
(4) 患者等の搬送の調整  
(5) 記録の作成及び保存並びに共有  
\* 災害医療コーディネーターのうち、都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。
- 3 災害時小児周産期リエゾンの活動の終了

### 第4 費用の支弁と補償

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

## 災害時小児周産期リエゾンを活用した、大規模災害時の体制のモデル



# 防災基本計画（令和元年5月31日中央防災会議決定）

## 防災基本計画の概要

- 災害対策基本法（昭和36年法律第223号）第34条第1項の規定に基づき、中央防災会議が作成する、政府の防災対策に関する基本的な計画である。
- 我が国の災害対策の根幹をなすものであり、防災分野の最上位計画として、防災体制の確立、防災事業の促進、災害復興の迅速適切化、防災に関する科学技術及び研究の振興、防災業務計画及び地域防災計画において重点をおくべき事項について、基本的な方針を示している。
- この計画に基づき、指定行政機関及び指定公共機関は防災業務計画を、地方公共団体は地域防災計画を作成している。  
(引用：内閣府「防災情報のページ」 URL:<http://www.bousai.go.jp/taisaku/keikaku/kihon.html>)

## 災害医療コーディネーター・災害時小児周産期リエゾンに関する記載（一部抜粋）

### 第2編 各災害に共通する対策編

#### 第1章 災害予防 第6節 迅速かつ円滑な災害応急対策、災害復旧・復興への備え

#### 2 情報の収集・連絡及び応急体制の整備関係 (5) 防災関係機関相互の連携体制

- 国〔厚生労働省〕及び都道府県は、医療の応援について近隣都道府県間における協定の締結を促進するなど医療活動相互応援体制の整備に努めるとともに、災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾン、災害派遣医療チーム(DMAT)の充実強化や実践的な訓練、ドクターヘリの災害時の運用要領の策定や複数機のドクターヘリ等が離着陸可能な参集拠点等の確保の運用体制の構築等を通じて、救急医療活動等の支援体制の整備に努めるものとする。

#### 5 救助・救急、医療及び消火活動関係 (2) 医療活動関係

- 災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンは、都道府県が災害時における医療提供体制及び関係団体等との連携を構築する際、都道府県に対して適宜助言を行うものとする。等

### 第2章 災害応急対策 第4節 救助・救急、医療及び消火活動

#### 2 医療活動 (1) 被災地域内の医療機関による医療活動

- 被災都道府県は、災害派遣医療チーム(DMAT)等及びドクターヘリに関する派遣計画の策定等により、医療活動の総合調整を行うものとする。その際、災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンは、被災都道府県に対して適宜助言及び支援を行うものとする。
- 国〔厚生労働省〕、地方公共団体及び医療機関は、医療施設の診療状況等の情報を広域災害・救急医療情報システム等により迅速に把握し、応援の派遣等を行うものとする。その際、災害医療コーディネーター及び災害時小児周産期リエゾンは、地方公共団体に対して適宜助言を行うものとする。

※ その他、(2)被災地域外からの災害派遣医療チーム(DMAT)等の派遣、(3)被災地域外での活動、(4)広域後方医療施設への傷病者の搬送 にも記載あり。

## 9. 医療監視について

### I. 医療監視

#### (1) 医療の安全に係る立入検査の実施について

ア 都道府県、保健所設置市又は特別区における立入検査については、「令和2年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の実施について」（令和2年9月3日医政発0903第4号）及び「医療法第25条第1項の規程に基づく立入検査要綱の一部改正について」（令和2年9月3日医政発0903第3号）に基づき実施しているが、特に

○医療機関において発生した医療事故について再発防止策が院内に周知されているとともに、遵守されていること

○医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策を講ずること

など医療安全に関する項目について厳正に確認し、必要に応じて指導方願いする。

イ また、特定機能病院に対する立入検査の実施については、定期・非定期にかかわらず、国と所管自治体との連携が不可欠なことから、各地方厚生（支）局の医療指導監視監査官等と連絡を密にし、立入検査が両者合同で円滑に実施されるよう引き続き協力をお願いする。

ウ 立入検査は、全ての病院に対して少なくとも年1回、診療所・助産所に対しても、3年に1回程度、実施するようお願いする。

なお、令和3年度の立入検査の実施方針については、おって連絡する。

#### (2) 重大事故事例に係る情報提供の依頼等について

医療機関における医療事故等の報道が相次いでいるが、厚生労働省としても、その内容によっては迅速に実態を把握する必要があることから、医療機関において、管理上、特に重大な事件・事故があった場合、また、重大な医療関係法規の違反があった場合、その他、軽微な事案であっても参考になると判断される事案があった場合等には、引き続き、その概要を厚生労働省医政局地域医療計画課に情報提供していただくようお願いする。また、管下医療機関に対し、管理上重大な事件・事故等が発生した場合は、保健所等へ速やかに連絡を行うよう周知いただくとともに、立

入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

また、院内感染及び医療事故等の発生予防の観点から、立入検査による指導のみならず、日頃から管下医療機関との信頼関係及び顔の見える関係を構築するとともに、日常における医療機関からの相談に応じられる体制を確保し、当該医療機関に対し実行可能な解決策の提案や助言を積極的に行うようお願いする。

## Ⅱ. 院内感染対策について

### (1) 医療機関における院内感染対策の留意点について

○ 院内感染対策については、医療法第6条の12、医療法施行規則第1条の11第2項第1号及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日付け医政発0330010号）をはじめとする関係法令等に基づき、医療機関の管理者の下で、院内感染対策のための委員会の開催、従業員に対する研修の実施、当該医療機関内での発生状況の報告等、院内感染防止体制の確保が徹底されるよう、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

○ MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）、VRE（バンコマイシン耐性腸球菌）、MDRP（多剤耐性緑膿菌）、MDRA（多剤耐性アシネトバクター）、CRE（カルバペネム耐性腸内細菌科細菌）等の多剤耐性菌に起因する院内感染事例が、各地の医療機関において依然として散発しており、特に「医療機関における薬剤耐性アシネトバクター感染症等の院内感染対策の徹底について」（令和元年11月8日医政局地域医療計画課、健康局結核感染症課事務連絡）のとおり、薬剤耐性アシネトバクターの感染症等の院内感染事例が報告されているので、改めて院内感染防止対策の徹底について立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

### (2) アウトブレイクを含む重大な院内感染事例発生時の対応について

○ 医療機関内におけるアウトブレイクに対する考え方と対応については、「医療機関における院内感染対策について」（平成26年12月19日付け医政地発1219第1号）において、アウトブレイクはそれぞれの医療機関が判断することとしていることから、疑われる事案が発生した場合は速やかに保健所へ報告又は相談し、アウトブレイクの早期発見及び早期対策により、拡大予防が行われるよう指導方お願いする。

○ 院内感染が発生した医療機関においては、当該医療機関内の対応のみならず、保健所及び地域の専門家等と連携し適切な対応がなされるよう、積極的な支援をお願いする。また、管下の医療機関において重大な院内感染事例が発生した場合又は発生したことが疑われる場合には、必要に応じて直ちに厚生労働省に報告す

るとともに、地方衛生研究所、国立感染症研究所、地域の大学等の協力を得ることについても検討をお願いする。

(3) 新型コロナウイルス感染症に係る院内感染対策について

- 新型コロナウイルス感染症に係る院内感染対策については、新型コロナウイルス対策本部と合同で対策を行っている。具体的には、医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援、診療報酬の特例的な対応による新型コロナからの回復患者の転院支援等（参照：【P I コ 3】）のほか、関係学会のガイドライン等の周知による技術的な助言の実施などを行っており、管下の医療機関に対して、院内感染防止対策の徹底について、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

### Ⅲ. 医療放射線等の安全対策について

#### (1) 診療用放射線に係る安全管理体制について

- 医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 31 年厚生労働省令第 21 号）が平成 31 年 3 月 11 日に公布され、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 6 条の 12 及び新規則第 1 条の 11 第 2 項第 3 号の 2 の規定に基づき、診療用放射線に係る安全管理体制の確保について令和 2 年 4 月 1 日に施行されたことから、「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について（平成 31 年 3 月 12 日付け医政発 0312 第 7 号）に示す改正の要点及び施行に当たり留意すべき事項について、改めて御了知頂くとともに、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。

#### (2) 眼の水晶体の被ばく限度見直しについて

- 平成 30 年 3 月 2 日に放射線審議会会長から厚生労働大臣に対し、眼の水晶体に受ける等価線量に係る限度等に関する意見具申がなされたこと等を踏まえ、放射線診療従事者等が眼の水晶体に受ける等価線量に係る被ばく限度を引き下げる、医療法施行規則の一部を改正する省令（令和 2 年厚生労働省令 81 号）が、令和 3 年 4 月 1 日より施行される。これに伴う留意事項については、「眼の水晶体に受ける等価線量限度の改正に係る具体的事項等について」（令和 2 年 10 月 27 日付け医政発 1027 第 4 号）において示しており、御了知頂くとともに、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。
- 医療機関において実施している外部被ばく線量の適切な測定並びに放射線測定器の適切な装着等については、「放射線業務従事者等に対する線量測定等の徹底及び眼の水晶体の被ばく線量に係る放射線障害防止対策の再周知について」（令和元年 11 月 6 日付け医政地発 1106 第 1 号）のとおり、引き続き医療機関において放射線被ばく線量が適切に管理されるよう、立入検査等を通じ、必要な指導等を行うようお願いする。
- 眼の水晶体の被ばく限度見直しに伴い、都道府県等（保健所）と労働基準監督

署が連携を図ることについて「放射線障害防止対策に係る都道府県労働局との連携について（令和3年1月28日付け医政地発0128第4号）」においてその具体的な方法を示しており、改めて御了知頂きたい。

#### IV. 病院におけるアスベスト（石綿）対策について

病院におけるアスベスト（石綿）対策については、「病院におけるアスベスト（石綿）使用実態調査に係るフォローアップ調査の結果の公表及び今後の対応等について（通知）」（令和2年2月14日付け医政発0214第1号厚生労働省医政局長通知）により、アスベストの使用状況等の調査結果を公表するとともに、今後の対応について指導を要請したところである。

保健所設置市又は特別区の医療監視部門と十分連携するとともに、必要に応じて都道府県労働局に相談の上、病院に対する指導等をお願いする。

なお、病院に対する立入検査等に当たっては、「令和2年度医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査の実施について」（令和2年5月12日厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）において、令和2年度の立入検査の実施について、立入検査要綱の実施時期（原則年1回）にかかわらず、緊急事態宣言の発令状況、今般の新型コロナウイルス感染症の地域における感染状況等を考慮し実施の判断を行うこととされていることを踏まえて対応されたい。

また、令和3年度予算案においても今年度に引き続き、アスベスト（石綿）のばく露のおそれのある場所について除去等の措置を推進するため、アスベスト（石綿）の除去等に必要な費用を補助する「アスベスト除去等整備事業」及びアスベスト（石綿）含有保温材等の使用状況等の調査に必要な費用を補助する「アスベスト除去等整備促進事業」を盛り込んでいるので、積極的に活用されたい。

#### 【調査結果の概要（令和元年7月1日時点）】

##### <吹付けアスベスト（石綿）>

- ・アスベストのばく露のおそれのある場所を有する病院数：10病院
- ・分析調査依頼中又は分析調査依頼予定の病院数：8病院
- ・未回答の病院数：0病院

##### <アスベスト（石綿）含有保温材等>

- ・アスベストのばく露のおそれのある場所を有する病院数：79病院



- ・ 分析調査依頼中又は分析調査依頼予定の病院数：238 病院
- ・ 未回答の病院数：2 病院

## 10. 医療関連サービス及び検体測定室について

### (1) 医療関連サービスについて

#### ① 衛生検査所の指導監督について

都道府県等には、「衛生検査所指導要領の見直し等について」（平成30年10月30日付け医政発1030第3号厚生労働省医政局長通知）の別添1「衛生検査所指導要領」に基づき、衛生検査所の立入検査を2年に1回以上実施することをお願いしているところである。

各都道府県等におかれては、衛生検査所の精度管理の重要性を十分に認識したうえで指導監督を実施していただき、「臨床検査技師等に関する法律施行規則」（昭和33年厚生省令第24号）第12条第1項各号に掲げる衛生検査所の登録基準及び衛生検査所指導要領等を遵守・励行していない衛生検査所に対しては、速やかに改善するよう適切な指示、指導を行うとともに、改善状況について継続的な状況把握、確認に努めていただくようお願いする。

なお、厚生労働省では、平成30年12月1日に施行された「医療法等の一部を改正する法律」及びその関係法令等について周知するため、ホームページに専用のコーナーを開設しているので、参考としていただきたい。

（厚生労働省ホームページより「政策について」>「分野別の政策一覧」>「医療」>「施策情報」>「検体検査について」をクリック）

#### ② 業務委託について

医療機関が、医療法第15条の3に規定する業務を委託する場合には、法令等に定める基準に適合した事業者による業務委託が行われるよう、医療機関に対して指導等をお願いするとともに、業務委託の基準が、食品衛生法、クリーニング業法、医薬品医療機器等法等の他の関係法令の規定に及ぶことから、関係部署との連絡を密にして対応していただくようお願いする。

### (2) 検体測定室について

#### ① 検体測定室に関するガイドライン等の周知について

検体測定室で行われる簡易な検査は、血液を取り扱うため、適切な衛生管理等が重要である。また、医療機関のように検査結果をもとに医学的判断（診断等）や指導が行われるものではなく、国民の健康意識の醸成や受診勧奨による疾病

の予防・早期発見が目的であることから、受検者の誤った自己判断により医療機関への受診が遅れ、適切な治療の機会を逸することのないよう運営する必要があるため、検体測定室の運営にあたっては、「検体測定室に関するガイドライン」（平成 26 年 4 月 9 日付け医政発 0409 第 4 号医政局長通知）等を発出し、ガイドライン遵守の励行を行っているところである。

検体測定室については、地域保健に関係するものであること等に鑑み、ガイドラインが遵守されるよう御配慮をお願いしたい。

なお、厚生労働省では、検体測定室で行われる簡易な検査の受検者に対する受診勧奨の必要性や、衛生管理の徹底等の重要性等について、国民及び事業者向けに周知するため、ホームページに専用のコーナーを開設しているので、参考としていただきたい。

（厚生労働省ホームページより「政策について」>「分野別の政策一覧」>「医療」>「施策情報」>「検体測定室等について」をクリック）

## ② 届出等の現況について

令和 3 年 1 月 1 日現在の運営件数は、全国で 2,076 件（47 都道府県）となっている。

設置場所は、薬局・薬店等が 2,040 件（98.3%）であり、その他は商業施設等となっている。