

令和4年度 第3回 静岡県医療対策協議会

日時 令和5年3月14日(火)午後4時～
場所 グランディエールブuketーカイ 4階 シンフォニー
(静岡市葵区紺屋町17-1)

次 第

1 開 会

2 議 題

静岡県医師確保計画の一部改正

3 報 告

(1) 次期(第9次)静岡県保健医療計画の策定

(2) 地域医療構想調整会議の開催状況

(3) 令和5年度地域医療介護総合確保基金(医療分)事業

(4) 医師確保部会の開催結果

(5) 医師の働き方改革(特定労務管理対象機関の指定)

4 閉 会

第3回静岡県医療対策協議会 出席状況

任期(令和3年4月1日～令和5年3月31日)

敬称略

区分	所属団体	団体職名	氏名	備考	会場	WEB
診療に関する学識経験者の団体	静岡県医師会	副会長	齋藤 昌一	会長		
診療に関する学識経験者の団体	静岡県医師会	理事	小野 宏志			
特定機能病院	静岡県立静岡がんセンター	病院長	上坂 克彦		欠席	
地域医療支援病院	静岡県立こども病院	院長	坂本 喜三郎			
公的医療機関	伊東市民病院	管理者兼病院長	川合 耕治			
公的医療機関	富士市立中央病院	院長	児島 章			
公的医療機関	藤枝市立総合病院	院長	中村 利夫			
公的医療機関	磐田市立総合病院	事業管理者	鈴木 昌八			
臨床研修指定病院	順天堂大学医学部附属 静岡病院	院長	佐藤 浩一			
臨床研修指定病院	静岡県立総合病院	院長	小西 靖彦			
臨床研修指定病院	聖隷三方原病院	院長	荻野 和功			
民間病院、地域の医療関係団体	伊豆今井浜病院	院長	小田 和弘			
大学その他医療従事者の養成 に関する機関	浜松医科大学	副学長	松山 幸弘		欠席	
その他厚生労働省令で定める者 (独立行政法人国立病院機構)	国立病院機構 静岡医療センター	院長	中野 浩			
その他厚生労働省令で定める者 (地域の医療関係団体)	静岡県病院協会	会長	毛利 博			
その他厚生労働省令で定める者 (関係市町村)	静岡市長会	焼津市長	中野 弘道			
その他厚生労働省令で定める者 (関係市町村)	静岡県町村会	森町長	太田 康雄	副会長	欠席	
その他厚生労働省令で定める者 (地域住民を代表する団体)	静岡県地域女性団体 連絡協議会	会長	岩崎 康江			
その他厚生労働省令で定める者 (地域住民を代表する団体)	静岡県社会福祉協議会	会長	神原 啓文			
その他厚生労働省令で定める者 (地域住民を代表する団体)	静岡新聞社	編集局記者	河村 英之			
地域医療構想アドバイザー	静岡県医師会	会員	小林 利彦			
地域医療構想アドバイザー	浜松医科大学	特任教授	竹内 浩視			
その他健康福祉部長が必要と 認める者	静岡社会健康医学 大学院大学	副学長	浦野 哲盟			

出席委員 20 9 11
委員総数 23

オブザーバー	静岡県立静岡がんセンター	副院長	小野 裕之			
--------	--------------	-----	-------	--	--	--

令和4年度第3回 静岡県医療対策協議会 座席表

(日時:令和5年3月14日(火) 午後4時～ 場所:グランディエールブuketーカイ 4階シンフォニー)

中村委員 藤枝市立総合病院 院長	毛利委員 県病院協会 会長
---------------------	------------------

齋藤会長 静岡県医師会 副会長

荻野委員 聖隷三方原病院 院長

竹内委員 地域医療構 想アドバイザー
鈴木委員 磐田市立総合 病院 事業管理者

WEB参加 委員(11名) 小野委員(静岡県医師会理事)、川合委員(伊東市民病院院長) 佐藤委員(順天堂大学医学部附属静岡病院院長)、小田委員(伊豆今井浜病院院長) 中野(浩)委員(静岡医療センター病院院長)、中野(弘)委員(焼津市長) 岩崎委員(静岡県地域女性団体連絡協議会会長)、神原委員(静岡県社会福祉協議会) 河村委員(静岡新聞社)、小林委員(地域医療構想アドバイザー)、 浦野委員(静岡社会健康医学大学院大学副学長)
WEB参加 オブザーバー 小野裕之氏(静岡県立静岡がんセンター副院長)

児島委員 富士市立中 央病院 院長

坂本委員 県立こども病 院 院長

小西委員 県立総合病 院 院長

加藤 福祉長寿 政策課長	赤堀 健康局長
--------------------	------------

青山 感染症対策 局長	後藤 健康福祉部 部長代理
-------------------	---------------------

紅野 健康福祉部 理事	奈良 健康福祉部 参事
-------------------	-------------------

高須 医療局長	藤森 医療政策 課長
------------	------------------

内野 地域包括 ケア推進 室長	宮田 健康政策 課長
--------------------------	------------------

櫻井 感染症対策 課長	米山 新型コロナ 対策企画 課長
-------------------	---------------------------

松林 地域医療 課長	村松 医療人材 室長
------------------	------------------

永井 疾病対策 課長	松本 医療政策課 長代理 (司会)
------------------	----------------------------

島村 健康増進 課長

米倉 薬事課長	大石 精神保健 福祉室長
------------	--------------------

安間 東部 保健所長	田中 静岡市 保健所長
------------------	-------------------

木村 西部 保健所長	下窪 医療政策課 技監
------------------	-------------------

--	--

--	--

--	--

--	--

事務局(WEB参加) 本間 賀茂保健所長、伊藤 熱海保健所長、馬淵 御殿場保健所長、 鉄 富士保健所長、岩間 中部保健所長 板倉 健康医療課参与(浜松市保健所長 代理出席)	報道席
---	-----

静岡県医師確保計画の一部改正

1 概要

静岡県医師確保計画（令和2年～5年）の一部を改正し、医療法において、医療計画（医師確保計画）に定めるものとされている「医師の確保を特に図るべき区域」である医師少数スポットを追加設定する。

2 改正の理由

令和4年12月の「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」を踏まえ、医師少数スポットを追加設定することにより、「医師の確保を特に図るべき区域」に派遣される医師の能力開発及び向上を図る取組を強化し、医師偏在解消に資するため。

3 医師少数スポット

医師の確保を特に図るべき区域（医療法第5条の2第1項）

医師の確保を特に図るべき区域 (法第5条の2第1項)	医師少数区域 (国指定)	法第30条の4第6項
	医師少数スポット (県設定可能)	法施行規則第1条の2

(医師確保策)

「医師の確保を特に図るべき区域」については、派遣される医師の能力の開発及び向上を図るとともに、同区域の医師確保に資する計画（キャリア形成プログラム）に関して、医療対策協議会（医師確保部会）において協議を行う（法第30条の23第2項第1号）。

4 国の設定地域の考え方に係る見直し（令和4年12月）

「局所的に医師が不足する地域」としていた医師少数スポットについて、原則、市区町村単位と考え方を明確化した。

5 追加設定の考え方

人口当たり病院勤務医数が、県内の医師少数区域と同等以下の市区町を追加。
(人口10万人当たり医療施設従事医師数)

区分	全国順位（本県状況）	全国
病院勤務医	40位（142.2人）	171.6人
診療所	29位（77.2人）	85.0人

6 追加設定案

圏域	医師の確保を特に図るべき区域		
	医師少数区域	医師少数スポット	
		現行	追加設定（案）
賀茂			
熱海伊東			伊東市（80.4）
駿東田方			三島市（55.8）、御殿場市（73.8）、裾野市（21.6）、伊豆市（90.8）、函南町（92.7）
富士			
静岡			駿河区（80.4）、清水区（56.7）
志太榛原			牧之原市（60.1）
中東遠			
西部		浜松市天竜区	湖西市（50.0）

()内は、人口10万人当たり病院勤務医数（医師少数区域 93.8）

7 スケジュール

時期	項目	内容
6月～11月	静岡県医療対策協議会医師確保部会	追加設定案の検討（全3回）
2月～3月	各地域医療協議会	追加指定への意見聴取（各市町長等）
3月2日	静岡県医療対策協議会医師確保部会	追加設定案の決定
3月14日	医療対策協議会	静岡県医師確保計画一部改正への 意見聴取
3月27日	医療審議会	
4月1日	改正計画の施行・公表	

8 その他

（1）次期計画に向けた検討

追加設定案以外に医師少数スポット追加設定要望のあった地域については、次期医師確保計画（令和6年度～）に向けて検討を継続。 など

（2）キャリア形成プログラム適用者の勤務見込み

入学年度	専門研修 開始年度	医師少数区域等 勤務始年度	キャリア形成 プログラム適用	（参考） 地域枠医師
平成27年度	令和5年度	令和8年度	2名	3名
平成28年度	令和6年度	令和9年度	1名	11名
平成29年度	令和7年度	令和10年度	1名	14名
平成30年度	令和8年度	令和11年度	令和5年度申出	24名
平成31年度	令和9年度	令和12年度	令和6年度申出	35名
令和2年度	令和10年度	令和13年度		48名
令和3年度	令和11年度	令和14年度		62名
令和4年度	令和12年度	令和15年度		65名
令和5年度	令和13年度	令和16年度		68名

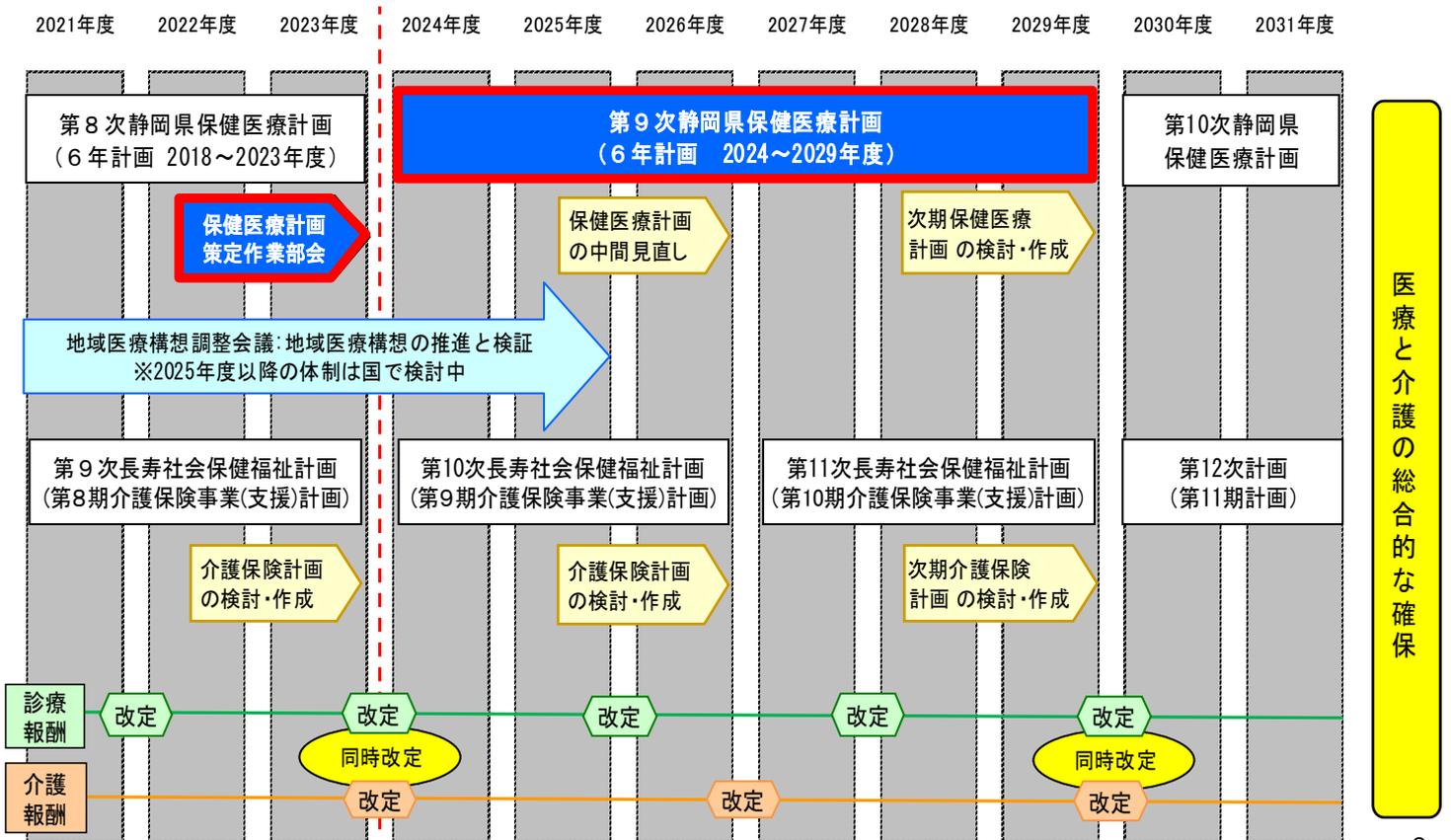
令和2年度以降入学の地域枠医師は、キャリア形成プログラムの適用必須

< 現計画（第8次静岡県保健医療計画）の概要 >

区分	内容
法的根拠	医療法第30条の4及び6
計画の性格	県の総合計画（富国有徳の美しい“ふじのくに”の人づくり・富づくり）の分野別計画であり、本県における保健医療施策の基本指針
計画期間	2018年度（平成30年度）から2023年度（令和5年度）までの6年間
2次保健医療圏	入院医療の提供体制を確保するための一体の区域（県下8医療圏）
基準病床数	療養病床及び一般病床 26,720床（8圏域） 精神病床 5,388床（県全圏域） 結核病床 82床（県全圏域） 感染症病床 48床（県全圏域）
疾病・事業等に係る医療連携体制の構築	6疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、肝炎、精神疾患） 5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。）） 在宅医療（訪問診療の促進、訪問看護の充実、歯科訪問診療の促進、かかりつけ薬局の促進、介護サービスの充実）
圏域別計画	医療資源や住民の健康状態等は圏域ごとに実状が異なることから、地域の状況に応じて、6疾病5事業及び在宅医療に関する圏域別の計画を策定。
その他	団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けた取組、医療機関の機能分担と相互連携、地域包括ケアシステムの構築 ほか

1

保健医療計画及び長寿社会福祉計画の計画期間



現計画（第8次静岡県保健医療計画）項目一覧

<全県版>

第1章 基本的事項
 第1節 計画策定の趣旨
 第2節 基本理念
 第3節 計画の位置付け
 第4節 計画の期間
 第5節 2025年に向けた取組
 第6節 地域包括ケアシステムの構築

第2章 保健医療の現況
 第1節 人口
 第2節 受療動向
 第3節 医療資源

第3章 保健医療圏
 第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方
 第2節 保健医療圏の設定
 1 2次保健医療圏
 2 3次保健医療圏
 第3節 基準病床数

第4章 地域医療構想
 第1節 構想区域
 第2節 2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量
 第3節 実現に向けた方向性
 第4節 地域医療構想の推進体制

第5章 医療機関の機能分担と相互連携
 第1節 医療機関の機能分化と連携
 第2節 プライマリーケア
 第3節 地域医療支援病院の整備
 第4節 公的病院等の役割
 1 公的病院等の役割
 2 公立病院改革への対応
 3 県立病院
 (1) 県立静岡がんセンター
 (2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構
 第5節 医療機能に関する情報提供の推進
 第6節 病床機能報告制度

第6章 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築
 第1節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制
 第2節 疾病
 1 がん
 2 脳卒中
 3 心筋梗塞等の心血管疾患
 4 糖尿病
 5 肝炎
 6 精神疾患
 第3節 事業
 1 救急医療
 2 災害時における医療
 3 へき地の医療
 4 周産期医療
 5 小児医療（小児救急医療を含む。）
 第4節 在宅医療
 1 在宅医療の提供体制
 2 在宅医療のための基盤整備
 (1) 訪問診療の促進
 (2) 訪問看護の充実
 (3) 歯科訪問診療の促進
 (4) かかりつけ薬局の促進
 (5) 介護サービスの充実

第7章 各種疾病対策等
 【中間見直し：新規】新型コロナウイルス感染症対策
 【中間見直し：新規】新興・再興感染症対策
 第1節 感染症対策
 第2節 結核対策
 第3節 エイズ対策
 第4節 難病対策
 第5節 認知症対策
 【中間見直し：新規】地域リハビリテーション
 第6節 アレルギー疾患対策
 第7節 臓器移植対策
 第8節 血液確保対策
 第9節 治験の推進
 第10節 歯科保健医療対策

第8章 医療従事者の確保
 第1節 医師
 第2節 歯科医師
 第3節 薬剤師
 第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
 第5節 その他の保健医療従事者
 第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター
 第7節 介護サービス従事者

第9章 医療安全対策の推進

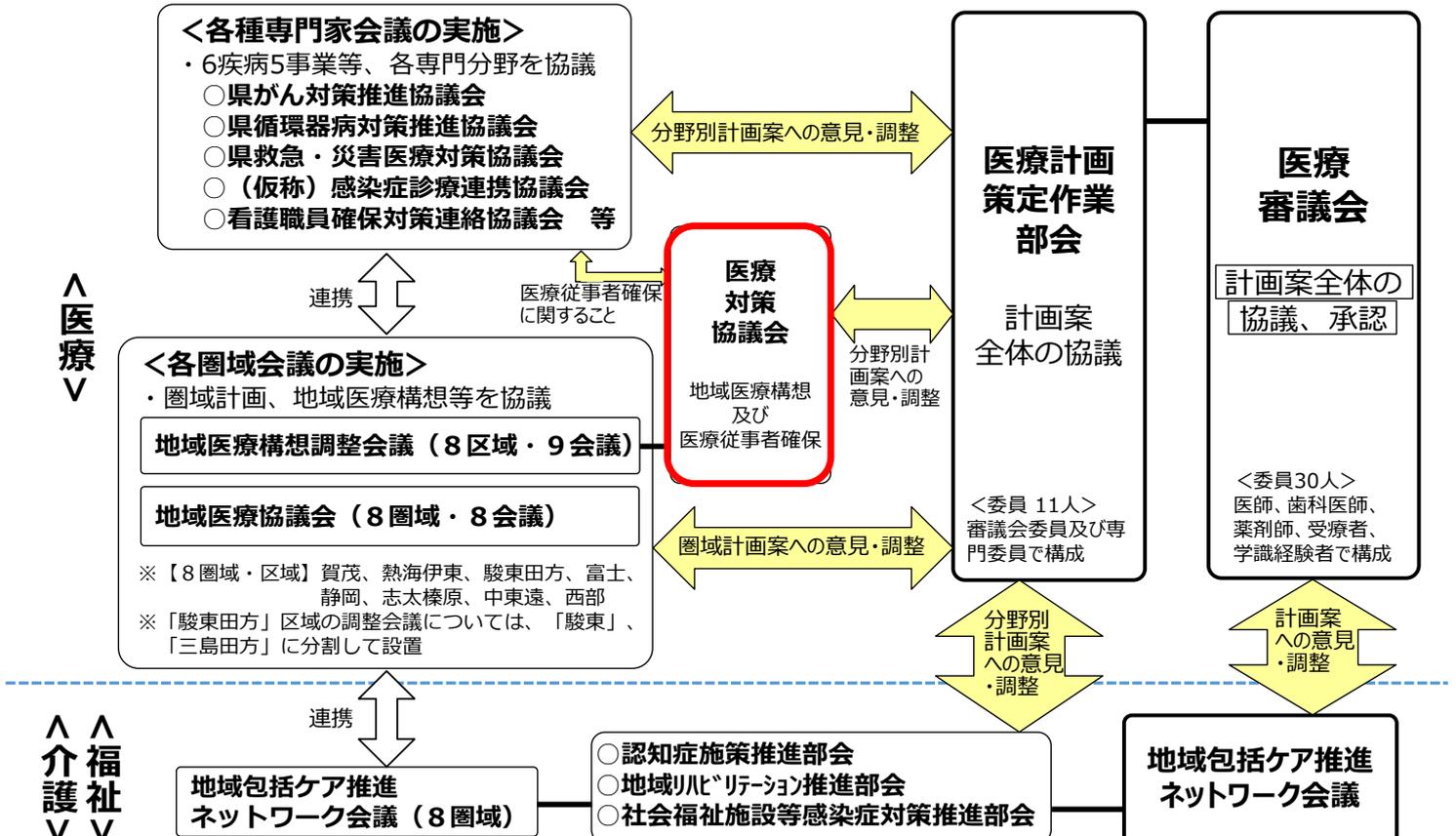
第10章 健康危機管理対策の推進
 第1節 健康危機管理体制の整備
 第2節 医薬品等の品質確保と適正使用の推進
 1 医薬品等に対する薬物乱用防止対策
 2 麻薬・覚醒剤等に対する薬物乱用防止対策
 第3節 食品の安全衛生の推進
 第4節 生活衛生対策の推進

第11章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進
 第1節 健康寿命の延伸
 1 県民の生涯を通じた健康づくり
 (1) 健康経営の推進による健康づくり
 (2) 特定健康診査・特定保健指導等の促進
 (3) 食育による健康づくりの推進
 (4) たばこ対策の推進
 2 科学的知見に基づく健康施策の推進
 第2節 高齢化に伴い増加する疾患等対策
 第3節 高齢者保健福祉対策
 第4節 母子保健福祉対策
 第5節 障害者保健福祉対策
 第6節 保健施設の機能充実
 1 保健所（健康福祉センター）
 2 発達障害者支援センター
 3 精神保健福祉センター
 4 静岡県総合健康センター
 5 環境衛生科学研究所
 6 市町保健センター
 第7節 地域医療に対する住民の理解促進

第12章 計画の推進方策と進行管理
 第1節 計画の推進体制
 第2節 数値目標等の進行管理
 第3節 主な数値目標等

<2次保健医療圏版>
 第1章 第8次静岡県保健医療計画「2次保健医療圏版」について
 1 「2次保健医療圏版」作成の趣旨
 2 「2次保健医療圏版」を作成する単位
 3 「2次保健医療圏版」の記載内容
 4 指標から見る各医療圏の状況
 第2章 2次保健医療圏における計画の推進
 1 賀茂保健医療圏
 2 熱海伊東保健医療圏
 3 駿東田方保健医療圏
 4 富士保健医療圏
 5 静岡保健医療圏
 6 志太榛原保健医療圏
 7 中東遠保健医療圏
 8 西部保健医療圏

第9次静岡県保健医療計画の策定体制



静岡県保健医療計画策定における主な専門家会議

項目		関連会議名称
計画全体		医療審議会（医療計画策定作業部会）
保健医療圏、地域医療構想		医療対策協議会 、地域医療構想調整会議（各圏域）
6 疾病 5 事業 在宅	がん	がん対策推進協議会
	脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患	循環器病対策推進協議会
	糖尿病	糖尿病等重症化予防対策検討会
	肝炎	肝炎医療対策推進委員会
	精神疾患（発達障害含む）	精神保健福祉審議会、発達障害者支援地域協議会
	救急医療、災害時医療	救急・災害医療対策協議会
	へき地の医療	へき地医療支援計画推進会議
	周産期、小児（小児救急含む）	周産期・小児医療協議会
	在宅医療	シズケアサポートセンター企画委員会
各種 疾病 対策	感染症対策	（仮称）感染症診療連携協議会
	結核対策	結核対策推進協議会
	エイズ対策	エイズ対策推進委員会
	認知症対策	地域包括ケア推進ネットワーク会議（認知症施策推進部会）
	地域リハビリテーション	地域包括ケア推進ネットワーク会議（地域リハ推進部会）
	アレルギー疾患対策	アレルギー疾患医療連絡協議会
	歯科保健医療対策	ふじのくに健康増進計画推進協議会
医療 従事者 確保	医師	医療対策協議会 （医師確保部会）
	看護職員	看護職員確保対策連絡協議会、 医療対策協議会
	薬剤師	薬事審議会、 医療対策協議会
	医療勤務環境改善支援センター	センター運営協議会、 医療対策協議会
その他	健康寿命の延伸、高齢化に伴う疾患	ふじのくに健康増進計画推進協議会
	高齢者保健福祉対策	長寿社会保健福祉計画推進・策定部会
2次医療圏版		地域医療協議会（各圏域）

5

第9次静岡県保健医療計画の策定スケジュール（案）

区分	令和4年度	令和5年度												
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
県 全体	医療審議会	第2回 (3/27)	・国指針の確認 ・医療圏の設定 ・計画記載項目等				第1回 【骨子】 (8/30)				第2回 【素案】 (12/22)			第3回 【最終】 (3/26)
	保健医療計画 策定作業部会	第1回 (12/1)	第1回 (5/24)			第2回 【骨子】 (8/9)				第3回 【素案】 (12/6)			第4回 【最終】 (3/12)	
	医療対策協議会 ※地域医療構想、医療従 事者確保を協議	第3回 (3/14)			第1回 【骨子】 (7/12)				第2回 【素案】 (11/21)			第2回 【最終】 (2/29)		
各 圏域	地域医療協議会		骨子案作成に向けて適宜 協議実施					素案作成に向けて 適宜協議実施				最終案作成に向け て適宜協議実施		
	地域医療構想 調整会議													
関連会議 (各専門家会議)														
事務局	本庁関係各課	策定指針の提示 (厚労省)	2次医療圏・構想区域				次期医療計画 (骨子案)	計画(素案)作成				次期医療計画 (素案)	計画(最終案)作成	
			基準病床数					パブコメ					関係団体 意見聴取	
事務局	各保健所		在院患者調査					圏域版(素案)作成					圏域版(最終案)作成	
			圏域別計画の作成											

国検討会での意見を踏まえ検討が必要な事項※詳細は別添「参考資料1」参照

区分	次期医療計画において検討が必要な事項
2次医療圏	見直し基準については、現行計画における考え方を踏襲（基準の変更なし）
医師確保	医師確保計画策定ガイドラインの見直し内容を反映 （医師少数スポット、目標医師数、医学部地域枠の取組（キャリア形成支援）等）
薬剤師確保	薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師の確保策を講じること 等
看護職員確保	訪問看護に従事する看護職員確保の方策、特定行為研修に係る研修体制整備計画の策定 等
医療連携体制に関する事項	「新興感染症発生・まん延時における医療」を6事業目として計画に位置付ける ※具体的な内容は、国検討会で協議中
感染症対応	（がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、救急医療、周産期医療、小児医療に関する項目） 新興感染症の発生・まん延時に備えた医療体制の整備
救急医療	救急医療機関の役割の明確化（高次からの転院搬送の促進、地域包括ケアとの連携） 等
災害時医療	災害対応に必要な多職種の連携促進、止水対策を含む浸水対策の促進 等
へき地医療	へき地における遠隔医療の活用 等
周産期医療	保健・福祉分野との連携（妊婦のメンタルヘルスケア）、医師の働き方改革への対応
小児医療	医師の働き方改革への対応（新生児医療）、災害時小児周産期リエゾンの養成 等
在宅医療	「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の位置付け 等

7

静岡県保健医療計画策定作業部会 概要

医療計画策定に関して集中的に協議を行うため、静岡県医療審議会に部会を設置

区分	内容																									
根拠法令	医療法施行令第5条の21																									
部会員構成	医療審議会委員 及び 医療審議会専門委員 ※医療審議会会長が指名																									
部会員 (11名)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="10">医療 審議会 委員</td> <td>齋藤 昌一</td> <td>（静岡県医師会副会長）※部会長</td> </tr> <tr> <td>毛利 博</td> <td>（静岡県病院協会会長）</td> </tr> <tr> <td>大内 仁之</td> <td>（静岡県歯科医師会専務理事）</td> </tr> <tr> <td>山口 宜子</td> <td>（静岡県薬剤師会常務理事）</td> </tr> <tr> <td>小野 達也</td> <td>（静岡県市長会（伊東市長））</td> </tr> <tr> <td>太田 康雄</td> <td>（静岡県町村会（森町長））</td> </tr> <tr> <td>長野 豊</td> <td>（全国健康保険協会静岡支部長）</td> </tr> <tr> <td>今野 弘之</td> <td>（国立大学法人浜松医科大学学長）</td> </tr> <tr> <td>渡邊 昌子</td> <td>（静岡県看護協会会長）</td> </tr> <tr> <td>専門 委員</td> <td>小林 利彦</td> <td>（地域医療構想アドバイザー）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>竹内 浩視</td> <td>（地域医療構想アドバイザー）</td> </tr> </table>	医療 審議会 委員	齋藤 昌一	（静岡県医師会副会長）※部会長	毛利 博	（静岡県病院協会会長）	大内 仁之	（静岡県歯科医師会専務理事）	山口 宜子	（静岡県薬剤師会常務理事）	小野 達也	（静岡県市長会（伊東市長））	太田 康雄	（静岡県町村会（森町長））	長野 豊	（全国健康保険協会静岡支部長）	今野 弘之	（国立大学法人浜松医科大学学長）	渡邊 昌子	（静岡県看護協会会長）	専門 委員	小林 利彦	（地域医療構想アドバイザー）		竹内 浩視	（地域医療構想アドバイザー）
	医療 審議会 委員		齋藤 昌一	（静岡県医師会副会長）※部会長																						
毛利 博			（静岡県病院協会会長）																							
大内 仁之			（静岡県歯科医師会専務理事）																							
山口 宜子			（静岡県薬剤師会常務理事）																							
小野 達也			（静岡県市長会（伊東市長））																							
太田 康雄			（静岡県町村会（森町長））																							
長野 豊			（全国健康保険協会静岡支部長）																							
今野 弘之			（国立大学法人浜松医科大学学長）																							
渡邊 昌子			（静岡県看護協会会長）																							
専門 委員		小林 利彦	（地域医療構想アドバイザー）																							
	竹内 浩視	（地域医療構想アドバイザー）																								

8

次期計画のポイント

令和4年度第1回医療計画策定作業部会（R4.12.1）より

○2次医療圏

- ・国基準等に基づき、圏域について見直しを検討

○6疾病・5事業

- ・5事業に、新興感染症への対応を新規追加
- ・6疾病における肝炎の位置付けを検討

○医療DX

- ・質の高い医療の提供や効率化を図るため、医療分野におけるデジタル化の推進

○その他検討すべき事項

- ・「かかりつけ医」、「医療従事者確保（働き方改革）」等

今後、国が医療計画作成指針を公表予定（R5.3月末見込）

9

令和4年度第1回医療計画策定作業部会（R4.12.1）委員意見①

<2次医療圏>

- 医療圏は現状のままで良いと思っはいるが、賀茂や駿東田方圏域は、都心から多くの観光客も流入してくる地域。安心して滞在してもらうには、医療が安定して提供できることが重要。
- 仮に圏域はそのままで、特に伊豆半島などは、圏域ごとの検討も行いながら、伊豆半島全体や東部地域全体で協議するなど重層的な対応も大事ではないか。

<肝炎の位置付け>

- 10年以上経過し見直すことは良い事だと思うが、専門部会できちんと議論していただいた上で、検討するのが良いと思う。

<医療DX>

- マイナンバーの活用を含め医療の重要な方向性が示されることになると思うので、医療DXについては協議すべき。
- 病院間の情報共有等について、互換性を持たせるようなことを国で検討を始めていると聞いている。県も、国の施策に配慮しながら、進めていっていただきたい。
- 医療DXに関しては、診療データをリアルタイムに集約・共有する仕組みが東西に長い静岡県では必要ではないか。今後、県で感染症管理センターを作っていくことを踏まえて、現場の診療データを集約・共有する仕組みは大事だと思う。
- 医療機関等の提供側からの議論が多いが、中山間地域での遠隔医療等、住民側、受療者の視点も大事ではないか。
- 医療DXについては、自治体でも取り組んでいるが、システム改修や人材確保の負担が大きい。そのため、手戻りがないようお願いしたい。

<かかりつけ医>

- 現状、県では「かかりつけ薬局」の記述はあるが、「かかりつけ医」の記載があまりない。国でも様々な検討をしている。病院と診療所の連携が重要となる中、文言として入れたほうが良いと思う。
- 早めの発見、早めの治療として予防医療やかかりつけ医が大事になってくる。

<医療人材確保・働き方改革>

- 看護師の特定行為研修について、目標と実態に乖離が大きく、対策を講じる必要がある。特定行為は、タスクシフト・シェアにも関わってくる。
- 特定行為の看護師等について、県民の認識が低い。タスクシフト・シェアの中で重要な取組だと考えているので、情報発信をもっと行っていくことが必要ではないか。
- 夜間において、不要不急な受診をしないといった地域住民の理解も必要。
- 働き方改革を全面に出して、医療DXや特定行為研修看護師の活用を強く出さないと、県外からの医師も来なくなる。

<健診等予防対策>

- 健診も大事だが、予防を自分たちで考えることも重要であり、その点を計画に盛り込んで啓蒙してもらいたい。
- 予防、未病対策、重症化予防対策という意味で口腔健康管理は大事だと考える。

地域医療構想調整会議の開催状況

1 概要

- ・県内の各公立病院では、2023年度までに「公立病院経営強化プラン」を策定し、地域医療構想調整会議で協議することとなっている。
- ・今回、公立病院経営強化プランの策定に係る総務省の事前調査が実施されており、各公立病院から提出された策定状況のうち、現状の課題や機能分化・連携強化の取組、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組等を一覧に取りまとめ、共通議題として協議を行った。
- ・また、報告事項として、非稼働病床の再稼働計画、外来機能報告の開始時期の延期について、地域医療介護総合確保基金について、医療機能情報提供制度における全国統一システムの稼働について、地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業に関する報告を行った。

2 各区域における議論の概要

設置区域	開催日等	共通議題 (公立病院経営強化プランの策定状況)	その他協議内容等
賀茂	第2回 2月27日 (Web)	【来年度策定予定】 下田メディカルセンター 【意見等】 ・高齢者が多い地域なので、医療と介護の連携が重要となる。	<病棟編成> ・回復期リハビリテーション病棟から地域包括ケア病棟への変更は、病棟活用の幅が広がるため、有効な取組である。 <その他の意見> ・報告事項を伝えるだけでなく、圏域内の固有の課題について、調整会議で議論すべき。
熱海 伊東	第2回 2月20日 (Web)	【来年度策定予定】 伊東市民病院 【意見等】 ・医師以上に看護師の不足が深刻。伊東市では移住者に対する奨学金返済や家賃への補助、子育て支援も含めた充実した支援を行っており、約80人が市内の医療機関や介護や福祉の事業所などに就職をしている。今後も引き続き活用を継続する。	<その他の意見> ・医師の働き方改革により、圏域の2次救急に支障が出てくるのではないかと危惧している。 ・病診連携の観点から、医師会、歯科医師会、薬剤師会の連携が重要である。

設置区域	開催日等	共通議題 (公立病院経営強化プランの策定状況)	その他協議内容等
駿 東	第 2 回 2月 15 日 (Web)	【来年度策定予定】 静岡県立静岡がんセンター 沼津市立病院 【意見等】 ・県立静岡がんセンターでは、患者の高齢化が進み、がん以外の疾患を抱えている患者が増えており、他の医療機関との連携が今後の課題となっている。 ・沼津市立病院では、救急体制の確保が課題となっている。	<地域医療連携推進法人への参画> ・地域医療連携推進法人東部メディカルネットワークに、日本赤十字社(伊豆赤十字病院)が参画した。
三 島 田 方			
富 士	第 2 回 3月 9 日 (Web)	【来年度策定予定】 富士市立中央病院 富士宮市立病院 共立蒲原総合病院 【意見等】 ・当圏域は圏域外への流出入がある。圏域を超えた連携も視野に入れる必要がある。	<非稼働病床の再稼働計画> ・長期間続く病床の非稼働を解消する方法として、東部で活用されている地域医療連携推進法人等の考え方を参考にしようか(地域医療構想アドバイザー)。
静 岡	第 2 回 11月 8 日 (実地)	-	<静岡県立総合病院の精神病床> ・県内の精神科における身体合併症は高齢化と共に増えており、県中部地区に身体合併症病床ができることは大変ありがたい。

設置 区域	開催日等	共通議題 (公立病院経営強化プランの策定状況)	その他協議内容等
静岡	第3回 2月21日 (Web)	<p>【来年度策定予定】</p> <p>静岡県立総合病院 静岡県立こども病院 静岡市立静岡病院 静岡市立清水病院</p> <p>【意見等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・少子化が進行する一方で、医療的ケアが必要な児童は増えている。小児の急性期を脱した患者の長期フォローなど心と体のケアが必要 ・医療需要はあと5年、10年のスパンで考えて行くべき。 ・公立病院経営強化プランの実現に向け、県の積極的な関与をお願いしたい。 	<p><その他の意見></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想調整会議で議論すべき内容について、議論できていない。調整会議のメンバーの中から主要なメンバーを絞り、調整会議とは別に定期的に議論する機会を設ける必要がある。
志太 榛原	第2回 2月17日 (Web)	<p>【来年度策定予定】</p> <p>島田市立総合医療センター 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院 榛原総合病院</p> <p>【意見等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・志太榛原圏域の患者数は2015年がピークで2018年から数字が落ちており、コロナの前から入院患者数が下がっている。「課題がない」「機能の重複がない」という病院もあったが、様々な疾病や事業で同様の認定を受けていれば、類似した機能があると理解している(地域医療構想アドバイザー) 	<p><地域医療構想調整会議委員の追加></p> <ul style="list-style-type: none"> ・委員の追加については、協議の結果保留となった。

設置 区域	開催日等	共通議題 (公立病院経営強化プランの策定状況)	その他協議内容等
中東遠	第2回 3月24日 (Web)	<p>【今年度策定】 中東遠総合医療センター 聖隷袋井市民病院</p> <p>【来年度策定予定】 磐田市立総合病院 市立御前崎総合病院 菊川市立総合病院 公立森町病院</p> <p>【意見等】 (未実施)</p>	-
西部	第2回 3月9日 (Web)	<p>【来年度策定予定】 浜松医療センター 浜松市リハビリテーション病院 浜松市国民健康保険佐久間病院 市立湖西病院</p> <p>【意見等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浜松医療センターでは、今後も救急の要の一つとして高度急性期・急性期の体制を充実していく。 ・浜松市リハビリテーション病院では、気管切開等も対応可能な回復期病院を目指す。 ・佐久間病院では、病院で複数の機能への対応が必要。小規模多機能型の病院を目指す。 ・市立湖西病院では、協定を締結した浜松医療センターと、市内の浜名病院と連携していく。 	<p><浜松医療センター及び市立湖西病院における地域医療提供体制の確保に関する連携協定></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本協定を基に、圏域内での病床の機能分化と連携を進めていく。 <p><外来医療体制、在宅医療体制></p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療所医師の高齢化等の問題が指摘されたことから、今後、外来医療及び在宅医療についても更に議論を深める。

重点支援区域支援事業

1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該地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。

2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、「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

3 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。

4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

- これまでに以下の12道県18区域の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）選定】 ・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）選定】 ・北海道（南空知区域、南樺山区域） ・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）選定】 ・山形県（置賜区域） ・岐阜県（東濃区域）	【4回目（令和3年12月3日）選定】 ・新潟県（上越区域、佐渡区域） ・広島県（尾三区域）	【5回目（令和4年4月27日）選定】 ・山口県（下関区域）
--	---	--	---	----------------------------------

地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業

令和5年度予算額 1.7億円（1.7億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

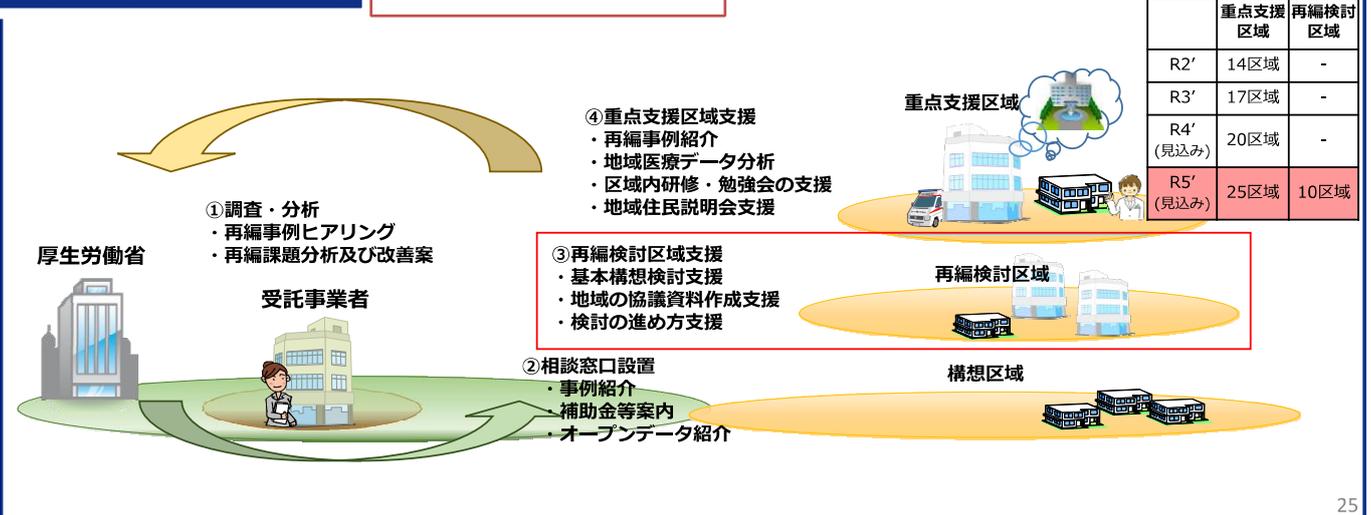
- 地域医療構想の中で特に実施が困難な複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。
- 重点支援区域への支援で得られた知見や過去の再編事例等の調査を通じて、地域医療構想を推進する上での課題に対し、参考となる有効な分析、制度等の活用・改善方策を検討する。

2 事業の概要

- ① 地域医療構想を推進するための課題の調査・分析【拡充】
- ② 再編等を検討している医療機関等からの相談窓口の設置
- ③ 重点支援区域への申請の前段階の再編を企画・検討する区域に対する支援（重点支援区域の設定の要否を判断するまで支援）【拡充】
- ④ 国が重点的に支援する重点支援区域への再編の支援（事例紹介、データ分析 等）

3 事業スキーム・実施主体等

実施主体：委託事業（コンサル等）



令和5年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業

1 令和5年度基金事業予算

（単位：千円）

区分	R4 当初予算 A	R5 当初予算 B	B - A
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	892,567	608,046	284,521
- 2 病床機能再編支援	147,000	106,000	41,000
居宅等における医療の提供	348,884	349,119	235
医療従事者の確保	1,687,512	2,036,905	349,393
勤務医の労働時間短縮に向けた 体制の整備	219,744	226,765	7,021
計	3,295,707	3,326,835	31,128

2 令和5年度基金事業提案（医療分）の反映状況

関係団体等から24件の提案があり、提案趣旨を踏まえ16件の内容を事業に反映予定（新規・拡充・継続事業実施等に加え、予算措置を伴わない事業実施段階での反映予定等も含む）

区分	提案件数	反映件数	備考（反映内容）
：地域医療構想の達成	2	1	
（1）医療提供体制の改革等	2	1	継続：1
（2）その他「病床の機能分化・連携」等	0	0	
：在宅医療の推進	10	9	
（1）在宅医療を支える体制整備等	7	6	新規：1、 継続：5
（2）在宅医療（歯科）の推進等	2	2	継続：2
（3）在宅医療（薬剤）の推進等	1	1	継続：1
：医療従事者の確保・養成	11	6	
（1）医師の地域偏在対策等	2	2	拡充：1、 継続：1
（2）診療科の偏在対策等	1	1	新規：1
（3）女性医療従事者支援等	0	0	
（4）看護職員等の確保等	2	2	拡充：1、 メニュー追加：1
（5）医療従事者の勤務環境改善等	1	1	継続：1
（6）その他「医療従事者等の確保・養成」等	5	0	
その他（整理不能等）	1	0	
合計	24	16	

提案反映状況

新規事業化	2	事業形態の変更	0
継続事業の拡充実施	2	継続事業実施	11
継続事業へのメニュー追加	1	継続事業実施段階での内容反映を検討	0
反映件数計			16

3 事業提案を反映した主な事業

心不全再入院予防診療支援事業 【区分： (1)】

提案	提案団体	浜松医科大学医学部附属病院		
	提案内容概要	<ul style="list-style-type: none"> 心不全は、急性期病院、リハビリテーション提供施設、かかりつけ医及び療養施設が地域で一体となり包括的に診療をしていくべき疾患であるが、十分に連携体制が構築されていない。 心不全増悪の早期診断を可能とするスマートデバイスを導入し、早期治療に結びつけることにより、心不全再入院率の減少、心不全治療の連携体制強化を図る。 		
事業反映	反映内容概要	【新規事業化】 ・浜松医科大学に体制構築等を委託する。		
	所管課	疾病対策課（がん対策班）	予算額（基金）	5,000千円

小児救急リモート指導医相談支援事業 【区分： (2)】

提案	提案団体	静岡県立病院機構（県立こども病院）		
	提案内容概要	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医が減少し、地域によっては小児救急の維持が困難となりつつある 地域の小児救急医療機関の医師のオンコール対応の負担軽減等を目的として、県内の拠点となる小児救急医療機関に診療支援医師を配置し、隣接する医療圏の小児救急医療機関をオンラインで接続し連携体制強化を行う。 		
事業反映	反映内容概要	【新規事業化】 ・県立こども病院に体制構築等を委託する。		
	所管課	地域医療課（地域医療班）	予算額（基金）	21,000千円

看護の質向上促進研修事業（看護師特定行為研修派遣費助成）【区分： (4)】

提案	提案団体	静岡県看護協会		
	提案内容概要	<ul style="list-style-type: none"> タスクシェア/シフトにおいて大きな役割を果たす特定行為研修修了者について、期待が大きくなっている一方で、実際の活動の場は広がっていない現状を踏まえ、活動の場を広げるため、役割を発揮できる体制構築、PR、マッチング等を行う。 		
事業反映	反映内容概要	【継続事業の拡充実施】 ・地域ごとの研修開催により取組事例を共有し、修了者の活動の場を広げ、看護の質の向上やタスク・シフト/シェアの取組を支援する。		
	所管課	地域医療課(看護師確保班)	予算額（基金）	2,100千円

静岡県ドクターバンク運営事業費 【区分： (1)】

提案	提案団体	静岡県医師会		
	提案内容概要	・医師確保に向けたサポートを目的として運用を開始した「静岡県医師バンク」の運営、機能・広報の拡充		
事業反映	反映内容概要	【継続事業の拡充実施】 ・引き続き求職者への細やかな対応を行う ・利用促進のため、紹介動画の制作等コンテンツの拡充		
	所管課	地域医療課（医師確保班）	予算額（基金）	14,015 千円

看護の質向上促進研修事業（新規メニュー追加） 【区分： (4)】

提案	提案団体	静岡県看護協会		
	提案内容概要	・新型コロナウイルス感染症の収束が見込めない中、風水害時の、救護所・避難所・福祉避難所における看護師の関わり・役割が重要。 ・災害に対応した看護師の育成、潜在看護師の掘り起こしを行う。		
事業反映	反映内容概要	【継続事業のメニュー追加】 ・災害時に地域における活動に対応できる看護師の養成を図るため、災害支援看護師の研修実施に対して助成する。		
	所管課	地域医療課(看護師確保班)	予算額（基金）	780 千円

令和5年度 地域医療介護総合確保基金(医療分) 事業提案及び反映状況(継続要望分)

区分 : 病床機能分化・連携推進、 : 在宅医療推進、 : 医療従事者等確保

(単位:千円)

No.	区分	提案団体	提案項目	提案事業内容	基金事業名(予定)	R5計画(予定) (基金充当額)	担当課
1	(3)	県薬剤師会	研修会開催等	地域包括ケアシステム構築のため、地域連携薬局の推進による多職種との連携強化や、在宅医療を担う薬剤師を養成	かかりつけ薬剤師・薬局普及促進事業	9,000	薬事課 (薬事企画班)
2	(2)	県歯科医師会	相談窓口運営・研修会開催	潜在歯科衛生士の掘り起こしによる人材確保、医療・介護職種等への口腔管理の重要性の周知等の充実	在宅歯科医療連携体制整備事業費助成	14,756	健康増進課 (地域支援班)
3	(2)	県歯科医師会	研修会開催等	県民の健康増進ならびに医療費削減を目的として周術期口腔機能管理を推進する(医科歯科連携の一層の充実)	がん医科歯科連携推進事業	900	疾病対策課 (がん対策班)
4	(1)	中東遠総合医療センター、ふじのくにパーチャルメガホスピタル協議会(事務局:病院機構(県立総合病院))	設備整備	地域における医療連携を進めるため、病病/病診間の医療情報の共有を行っている「ふじのくにねっと」の機器整備に要する費用への助成継続	地域医療連携推進事業費助成	65,500	医療政策課 (医療企画班)
5	(1)	県医師会	研修会	若手医師確保のため、臨床研修医が一堂に会する「Welcome Seminar」や、キャリアパス支援事業「屋根瓦塾 in Shizuoka」等の開催	臨床研修医定着促進事業費	6,278	地域医療課 (医師確保班)
6	(5)	県医師会	研修会	医師の働き方改革を推進するための医療クランクの教育体制整備に向けた研修会、女性医師就労支援に向けた講演会等の開催	医師・看護師事務作業補助者教育体制整備事業費 女性医師就労支援事業費	4,920	地域医療課 (医師確保班)
7	(1)	県医師会	普及啓発	外来機能の情報十分得られず、患者の大病院指向が見受けられる等の課題を解決するため、かかりつけ医を持つこと等について普及啓発する	医療・介護一体改革総合啓発事業	4,250	医療政策課 (医療企画班)
8	(1)	県医師会	拠点運営	地域包括ケアシステムの整備に向け、在宅医療・介護連携のためのネットワーク形成の拠点となる「シズケアサポートセンター」の運営継続	在宅医療・介護連携推進事業費	30,000	福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)
9	(1)	県医師会	助成	『地域包括ケア対応型』へとモデルチェンジした「シズケア*かけはし」の一層の活用拡大に向け、地域の普及拠点づくりのほか、職種やサービス種別に応じた新たな活用方法の検討・活用拡大	地域包括ケア情報システム連携拠点推進事業	15,300	福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)
10	(1)	県医師会	研修会	地域での体制づくりの核となる認知症サポート医リーダーを養成する研修会や、養成したリーダーが情報共有・意見交換を行う連絡会の開催	認知症関係人材資質向上等事業 (介護メニュー)	(1,720)	福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)
11	(1)	県医師会	研修会	かかりつけ医を対象とした地域リハビリテーション基礎研修の実施や、かかりつけ医への支援、市町・地域包括支援センターとの連携づくりの協力を行う「サポート医」の養成	地域リハビリテーション強化推進事業	1,687	福祉長寿政策課 (地域包括ケア推進班)

静岡県医療対策協議会医師確保部会の開催結果

1 趣旨

医師確保に係る事項について集中的・専門的に議論を行う「静岡県医療対策協議会医師確保部会」を開催したので、その結果について報告する。

2 開催概要

日 時：令和5年3月2日（木） 午後5時から午後6時40分まで

場 所：浜松医科大学会議室（オンライン開催併用）

出席委員：松山部会長、浦野委員、荻野委員、小野委員、佐藤委員、小西委員

細則第7条出席：田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事

3 協議事項

(1) 令和5年度医学修学研修資金被貸与者の配置調整（案）

- ・配置調整医師と事務局等で作成した医学修学研修資金被貸与者281人分の令和5年度勤務先について、事務局から説明し、原案どおり御了承いただいた。

(2) 令和6年度臨床研修医募集定員（案）

- ・令和6年度における各病院の臨床研修医の募集定員（案）について事務局から説明し、事務局案について御了解いただいた。

(主な意見)

- ・300人に近づくなど県内の臨床研修医の数は順調に増えており、研修修了後の県内定着が重要である。

(3) 静岡県医師確保計画の改正（案）

- ・静岡県医師確保計画を一部改正し、医療法に定める「医師の確保を特に図るべき区域」として、医師少数スポットを追加設定することについて事務局案を説明し、原案どおりご了承いただいた。

(4) 特定診療科について

- ・静岡県キャリア形成プログラムについて、県立病院機構及び浜松医科大学において先行実施した再検証の途中経過を報告し、先行再検証後に改めて特定診療科について協議することとした。

(5) 次期医師確保計画・保健医療計画について

- ・次期医師確保計画・保健医療計画の策定体制、スケジュール及び国の見直しの方角性について事務局より説明し、御意見を伺った。

4 その他報告事項

上記のほか、以下の事項について報告を行った。

- ・令和5年度専門研修プログラムの採用状況
- ・令和5年度当初予算（医師確保関連）行事予定
- ・医師の働き方改革（特定労務管理対象機関の指定） など

医師の働き方改革（特定労務管理対象機関の指定）

1 要旨

- ・令和6年4月から医師の労働時間の上限規制が法定化される。
- ・医療機関が年960時間を超えて医師時間外労働を行わせる場合には、都道府県知事による特定労務管理対象機関の指定を受ける必要がある。
- ・指定に当たっては、国の医療機関勤務環境評価センター受審後、医療法（昭和23年法律第205号）第113条第5項等の規程により県医療審議会に意見を聴く必要がある。

2 特定労務管理対象機関の指定

(1) 特例水準の概要

区 分		令和6年4月～	令和17年度末
原 則		年960時間以下	年960時間以下
特定 労務 管理 対象 機関	地域医療確保 暫定特例水準	B水準 (救急医療等)	年1,860時間以下 解 消 (段階的)
	集中的技能 向上水準	C水準 (専門研修等)	年1,860時間以下 将来に向けて 縮 減 方 向

(2) 審議会意見聴取前の手続き

水 準	各水準適用の理由	意見聴取手続き（案）
B水準（地域医療確保暫定特例水準）		
B水準 (特定地域医療 提供機関)	救急医療等のために特例水準 適用が必要	各圏域地域医療協議会（又は地 域医療構想調整会議(以下同じ)） 静岡県医療対策協議会及び同医 師確保部会
連携B水準 (医師派遣)	他の医療機関に医師派遣を行 うために特例水準適用が必要	各圏域地域医療協議会 静岡県医療対策協議会医師確保 部会（医療対策協議会に報告）
C水準（集中的技能向上水準）		
C-1水準 (技能向上集中 研修機関)	臨床研修又は専門研修を受け るために特例水準適用が必要	各圏域地域医療協議会 静岡県医療対策協議会医師確保 部会（医療対策協議会に報告）
C-2水準 (特定高度技能 研修機関)	C-1以外で高度な技能習得 の研修のために特例水準適用 が必要(厚生労働大臣の確認を 受けた者に限る)	各圏域地域医療協議会 静岡県医療対策協議会医師確保 部会（医療対策協議会に報告）

(3) 令和5年度スケジュール

区 分	時 期		
評価センターの受審申請 (約4か月)	~ R 5 . 1月	~ R 5 . 4月	~ R 5 . 8月
県への指定申請	R 5 . 4月	R 5 . 8月	R 5 . 12月
地域医療協議会	R 5 . 6月	R 5 . 10月	R 6 . 2月
県医療対策協議会	R 5 . 7月	R 5 . 11月	R 6 . 2月
(医師確保部会)	(R 5 . 6月)	(R 5 . 10月)	(R 6 . 2月)
医療審議会	R 5 . 8月	R 5 . 12月	R 6 . 3月

令和6年1月以降の申請については書面による意見聴取を検討
 法施行は令和6年4月1日であるが法施行前の申請及び指定が可能(改正医療法(令
 和3年法律第49号)附則第5条~第8条)

第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ

令和4年12月28日

第8次医療計画等に関する検討会

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第8次医療計画の「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提供体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

I 医療計画全体に関する事項

1 医療計画の作成について

これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進等の取組を進めてきた。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下に必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。

一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワー確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、2040年を見据えた人口構造の変化への対応を図ることが必要である。さらに、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている。

令和6年度から始まる第8次医療計画を作成する際には、これらの課題を踏まえ、地域の実情に応じて、関係者の意見を十分に踏まえた上で行うこととする。

2 医療提供体制について

（医療連携体制に関する事項）

令和3年の医療法改正により、第8次医療計画から医療計画の記載事項として、新興感染症への対応に関する事項が追加される。

したがって、医療連携体制に関する事項は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の

心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病、救急、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。）及び新興感染症発生・まん延時における医療の6事業並びに在宅医療を、医療計画に定めることとする。

また、地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用であると考えられるため、第8次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できるよう指針で示すほか必要な取組を行うこととする。

なお、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病（CKD）については、医療計画に記載すべき5疾病に加えることとはしないものの、現状を把握した上で、その対策については健康増進施策等関連施策と調和をとりながら講じることが必要である。

（外来医療に係る医療提供体制の確保）

平成30年医療法改正により、医療計画の記載事項として「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加された。第8次医療計画における外来医療計画の策定に当たり、「Ⅲ 外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項」の内容を踏まえ、見直しを行う。

なお、「外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、地域で十分に発揮することが期待されている「かかりつけ医機能」については、現在、その機能が発揮されるための具体的な方策について検討が進められており、今後、それらの検討を踏まえ、必要に応じて同ガイドラインにおける取扱いについて検討を行う。

（地域医療支援病院の整備）

令和3年の省令改正により、都道府県知事が地域の实情に応じて、地域医療支援病院の責務を追加できるようになったことを踏まえ、医療計画の策定及び見直しの際には必要に応じて責務の見直しを検討する。また、今後感染症法等の改正により、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供が義務づけられることを踏まえ、地域医療支援病院の整備の目標を定める際には、医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。また、紹介受診重点医療機関との関係についてわかりやすく説明することが求められるほか、今後の外来機能報告等の状況も踏まえ地域医療支援病院のあり方については引き続き議論が必要である。

3 医療従事者の確保等の記載事項について

(1) 医師の確保について

平成30年医療法改正により、医療計画において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は令和元年度までにPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を策定し、その他の取組とも連携しながら医師偏在対策を行っている。

第8次医療計画における医師確保計画の策定に当たり、三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標等について、「IV 医師確保計画策定ガイドラインに関する事項」の内容に基づき見直しを行う。

なお、2024年4月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行され、その後も、医療機関において、労働時間の短縮に向けた取り組みが進められる。その際、医師の労働時間短縮と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、個別の医療機関における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組や医師確保の取組とを連動させ、推進する。

(2) 医師以外の医療従事者の確保について

① 歯科医師の確保について

地域包括ケアシステムの中で歯科医療提供体制を確保するには、病院と地域の歯科診療所等の連携体制を構築することが重要である。

地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や種類に応じて地域の歯科専門職を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。

また、歯科専門職確保のための地域医療介護総合確保基金の積極的な活用を行う。

② 薬剤師の確保について

薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、病院への薬剤師派遣）の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。

また、取組の検討及び実施に当たっては、都道府県、都道府県薬剤師会・病院薬剤師会、関係団体等が連携する。

③ 看護職員の確保について

看護職員の需給の状況は地域（都道府県、二次医療圏）ごとに差異があることから、都道府県ナースセンター等の関係者との連携に基づき、都道府県・二次医療圏ごとの看護職員確保に係る課題を把握し、看護師等養成所による養成、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」（令和6年度運用開始予定）等を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援、医療機関の勤務環境改善による離職防止など、新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組を推進していく。

また、地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、地域の実情を踏まえて、地域医療介護総合確保基金の活用や都道府県ナースセンターにおける取組の充実など、訪問看護に従事する看護職員を確保するための方策を定める。

感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革に伴うタスクシフト／シェアの推進のため、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進していく。特定行為研修に係る指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、医道審議会看護師特定行為・研修部会における議論に基づき、都道府県ごとの特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標を設定する。なお、これらの目標を設定する際には、可能な限り二次医療圏ごとや分野・領域別の設定を検討する。

4 医療の安全の確保等について

医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に係る現状及び目標として、病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促す観点から研修の受講割合を盛り込むとともに、病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価を受審している病院数の割合を新たに項目へ盛り込むこととする。

医療安全支援センターについては、医療安全に関する情報提供、研修等求められる業務に即した項目を盛り込むとともに、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合を追加する。また、医療安全推

進協議会については、その開催状況についても把握する。

5 二次医療圏及び基準病床数について

(1) 二次医療圏の設定

既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとする。その基準は第7次医療計画における考え方を踏襲し、見直しを行わない場合においてはその理由（地理的条件、面積、交通アクセス等）を明記することとする。5疾病・5事業及び在宅医療における圏域については、引き続き弾力的に設定することを可能とする。

人口100万人以上の大規模な二次医療圏については、二次医療圏としてよりも構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いが、その場合都道府県は協議の場を分割するなど、その運用を工夫することとしつつ、必要に応じて二次医療圏も見直すこととする。

隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定については、現在も指針において設定が可能であることを明記しているが、実務上の課題から、実際にはそのような医療圏の設定はされていない。一方で、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合もあり、その場合は連携する都道府県と協議を行い、具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めることとする。

都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告するよう求める。

中長期的には更なる人口動態の変化が予測されていることから、将来的な医療圏のあり方については第8次医療計画での取組を踏まえつつ引き続き検討を行うこととする。

(2) 基準病床数

① 基準病床の算出に用いる数値について

一般病床退院率や療養病床入院受療率、病床利用率等の基準病床の算出に用いる数値については、これまで、直近の患者調査等のデータを用いて算定することとしていたが、直近のデータは新型コロナウイルス感染症の影響を受けている値となっていることから、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない最新の数値を用いる（令和2年以降は除外する）こととする。

② 平均在院日数について

一般病床の基準病床数の算定に当たって用いる平均在院日数は、第7

次医療計画では平成 21 年及び平成 27 年病院報告から短縮率を算出し、また、直近の病院報告（平成 27 年）までの 6 年間（平成 21～27 年の 6 年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、地域差の是正を進める観点から一定の条件を設けていた。

第 8 次医療計画においても同様に短縮率を平成 27 年及び新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない令和元年病院報告から算出したところ、その推移としては依然として短縮傾向にある中で従前ほどの短縮率は認められないこと、一方で地域差に関しては縮減していないことを踏まえ、基準病床数の算定に用いる平均在院日数については第 7 次医療計画と同様の算出を行うこととする。

③ 精神病床の基準病床数の算定式について

精神病床の基準病床数の算定式については、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」における議論を踏まえ、近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするとともに、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするよう見直しを行う。

6 医療計画の作成手順等について

（1）他計画との関係

医療計画の策定に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれ、関連する施策との連携を図ることが重要である。

また、第 8 次医療計画の開始時期である令和 6 年度は、市町村において策定する介護保険事業計画等の開始時期でもあることから、それらの計画の策定スケジュールを都道府県と市町村とで共有しながら議論を進める体制を整える必要がある。

また、医療計画の一部である、外来医療計画や医師確保計画においては、二次医療圏を 1 つの単位とすることから、5（1）に記載のとおり、医療圏の設定について優先的に議論を行う必要がある。

（2）地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場（地域医療構想調整会議）が構想区域ごとに設置されている。

新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の

背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。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。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCA サイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況を分かりやすく公表を行うこととする。さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特徴だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。

(3) 住民への周知・情報提供

医療計画の内容のうち、必要な情報を分かりやすい形で住民に対して情報提供を行うことが重要である。周知の際には、住民向けの概要版の作成や用語の解説を加える等の工夫に努めるほか、限られた医療資源を有効に使う観点から地域の医療提供体制の課題や見通しなどを示し、住民の理解・協力を得られるよう努めることとする。

Ⅱ 5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項

1 5 疾病について

(1) がんに関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- がんに関する医療提供体制の構築に当たっては、「がん対策推進基本計画」及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日付け厚生労働省健康局長通知）の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第4期がん対策推進基本計画においても、引き続き、治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援等に取り組む。
- がん医療圏の設定については、各都道府県の実態を踏まえ、二次医療圏との整合が取れる範囲で、柔軟に設定できることとする。
- 指標については、第4期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後のがん対策推進協議会における議論の内容を参考に見直す。

② 具体的な内容

（役割分担を踏まえた集約化）

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。

（多職種連携によるチーム医療の推進）

- 多職種連携によるチーム医療の提供をさらに充実させる観点から、拠点病院等において、地域の医療機関等との連携も含め、チーム医療の提供体制の整備を進める。

（特性に応じたがん対策について）

- 小児・AYA世代のがん対策をさらに充実させるため、小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん診療提供体制の整備を進める。
- 高齢がん患者が、例えば、他臓器の合併症を併発している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進める。

（新興感染症の発生・まん延時でも機能を維持できる医療体制の整備）

- 新型コロナウイルス感染症の拡大時等においても、必要ながん診療を提供できるよう、平時における準備等の対応を含めて、地域の実情に応じた連携体制の整備を進める。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 指針に基づく検診の実施率
- ・ 精密検査受診率
- ・ 診断から手術までの日数
- ・ 初診から確定診断までが1か月未満の患者の割合
- ・ 緩和ケア研修会修了者数
- ・ がん相談支援センターでの新規相談件数

（2）脳卒中に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 脳卒中に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
 - ・ 循環器病に係る指標の更新
 - ・ 関係する諸計画との連携
 - ・ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備を提示しており、上記に係る見直しを行う。
- 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、7つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（病院前救護における患者スクリーニング）

- 救急隊による、治療適応の判断を含めた適切な患者の評価と、評価に基づく搬送先選定が可能な救護体制を構築する。

（標準治療の普及・均てん化）

- 脳梗塞に対する血管内治療について、rt-PA 静注療法とともに、標準的治療として全国で提供されるような体制を構築する。
- 医療の地域格差を解消し、標準治療の均てん化を図るため、一般社団法人日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」を実施できるような遠隔医療のシステムを拡充していく。

（回復期や維持期における医療体制の強化、就労支援の充実）

- 急性期の医療機関と、回復期の医療機関との機能分化を推進するとともに、ある程度の重症者であっても回復期の医療機関において受入が可能な体制を整備する。
- 回復期や生活期・維持期の医療では、リハビリテーションの取組に加え、生活の質を向上させる観点から、就労両立支援に係る人材の充実等により、脳卒中患者の疾病罹患後の就労両立支援を推進する。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数
- ・ 脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
- ・ リハビリテーション科医師数
- ・ 両立支援コーディネーターの受講者数
- ・ 脳卒中患者に対する療養・就労両立支援件数

（3）心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。
- 第2期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、
 - ・ 循環器病に係る指標の更新
 - ・ 関係する諸計画との連携
 - ・ 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備
 を提示しており、上記に係る見直しを行う。
- 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、3つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（感染拡大時でも必要かつ十分な診療を行える医療体制の整備）

- 有事の際にも必要かつ十分な診療を行えるよう、平時から医療機関間・地域間連携や回復期・慢性期の医療体制の強化等を進める。

(デジタル技術を含む新たな技術の活用)

- 限られた医療資源の効果的活用及び効率的な医療機関間・地域間連携の推進の観点から、アプリ・AI等を用いた診断・治療の補助等に係る取組や、ICTを活用した連携体制の構築を推進する。

(ACPの推進)

- 個人の意思決定に基づいた医療の提供を推進する観点から、ACPを適切に実施できる体制を整備する。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率
- ・ 大動脈疾患患者に対する手術件数
- ・ 両立支援コーディネーターの受講者数
- ・ 心血管疾患における介護連携指導料算定件数
- ・ 特定保健指導の実施率

(4) 糖尿病に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、国民健康づくり運動プラン(健康日本21(第二次))や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理する。その他、診療提供体制に係る記載について、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容等を踏まえ、必要な見直しを行う。
- 糖尿病の発症予防、糖尿病の治療・重症化予防、糖尿病合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点をおいて取組を進めるための医療体制の構築を目指す。
- 指標の見直しに当たっては、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

(診療科間及び多職種連携体制の構築)

- 糖尿病や糖尿病合併症の治療・重症化予防には定期的な眼底検査、腎機能検査、栄養指導等の療養指導等、関係する診療間での連携や職種間の連携が必要であり、各学会から公表されている紹介基準等を参考に、糖尿病診療におけるかかりつけ医と専門家等との連

携や多職種連携等の医療連携体制の整備を引き続き推進する。

(糖尿病の発症予防に係る取組及び予防と医療の連携の推進)

- 地域の保健師と連携した糖尿病発症予防に係る取組を引き続き推進するとともに、保健師等と医療機関との連携体制の構築や健診後の受診勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療の連携に係る取組を強化する。また、患者及びその家族等に対する教育や、国民に対する正しい知識の普及啓発等に係る取組を引き続き推進する。

(糖尿病の治療・重症化予防に係る取組の推進)

- 糖尿病の重症化予防の観点から糖尿病治療中断者数を減少させることや早期からの適切な指導・治療を行うことが重要であり、就労支援（両立支援、治療継続支援）、健診受診者や治療中断者への受診勧奨（糖尿病性腎症重症化予防プログラム等）等の取組を推進する。

(新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の医療体制)

- 今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進める。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療者
- ・ 糖尿病治療を主にした入院患者数
- ・ 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数（もしくは割合）
- ・ HbA1c もしくは GA 検査の実施（患者もしくは割合）
- ・ 糖尿病専門医数（もしくは在籍する医療機関数、割合）

(5) 精神疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。

- 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々
の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護
その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する。
- 患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切
れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支
援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段
階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、
第7次医療計画における指標例を含めて定める。

② 具体的な内容

（医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制
の整備）

- 精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困
りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救
急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急
性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要
である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福
祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮
らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応において
は、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外
医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）に
ついて、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護
事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望まし
い。
- また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべ
ての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害に
も対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療
計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連
携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の
助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備してい
くことが重要となる。
- なお、精神疾患の医療体制の構築に係る指針の策定に当たって
は、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症について
も勘案することが望まれる。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数、相談支援の実施件数
- ・ 心のサポーター養成研修の実施回数、修了者数
- ・ 在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数
- ・ 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数

2 6 事業

(1) 救急医療

① 見直しの方向性

- 増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリ・ドクターカーについて、地域においてより効果的な活用ができるような体制を構築する。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

② 具体的な内容

(救急医療機関の役割)

- 高齢者の救急搬送が増加していく中で、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。
- 特に高齢者の患者が帰宅する際には、受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導や、必要な支援へのつなぎを進める。
- 精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。

(高度救命救急センター等の体制整備)

- 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する。

(高次の医療機関からの転院搬送の促進)

- 高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。具体的には、受け入れ先となる医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておく。
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。

(相談体制等の整備)

- 患者ができるだけ救急外来を受診しなくても済むよう、引き続き地域におけるプライマリケアをすすめるとともに、#7119、#8000等による医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談体制の整備を推進する。

(居宅・介護施設の高齢者の救急医療)

- 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムや ACP に関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討する。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。
- ACP に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催するなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討する。

(ドクターヘリ・ドクターカー)

- 都道府県は隣接都道府県と協議し、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県境付近の患者からの要請時に、より効率的な対応ができるような広域連携体制を構築する。
- ドクターカーについては、地域にとって効果的な活用方法を検討するため、まずは、全国の様々な運行形態を調査し、救急医療提供

体制の一部としてより効果的に活用する。

(新興感染症の発生・まん延時における救急医療)

- 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する。
- 医療機関は、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する。
- 救急外来を受診しなくても済むような電話等による相談体制（#7119、#8000等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応可能な体制を整備する。
- 新興感染症の発生・まん延時に、救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関、および地域全体において必要な体制を構築する。
- 精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を含め、新興感染症の発生・まん延時に受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。例えば、いったん患者を幅広く受け入れ必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じた体制を平時から検討する。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの一ヶ月後社会復帰率を追加
- ・ 心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合を追加
- ・ 救命救急センターの応需率を追加

(2) 災害時における医療

① 見直しの方向性

- DMAT・DPAT等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を進める。
- 災害時に拠点となる病院、それ以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。

- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
- 医療コンテナの災害時における活用を進める。

② 具体的な内容

(DMAT 等の位置付け・明確化)

- DMAT・DPAT 等の派遣や活動を円滑化する観点から、所属医療機関における隊員の活動に対する理解がより得られ、派遣しやすくなり、また研修や訓練に参加しやすくするような仕組みの明確化について検討を進める。
- DMAT・DPAT は、災害時のみならず、新興感染症のまん延時における感染症患者の入院・搬送調整や感染症専門家と協力しクラスターが発生した施設等における感染制御等の活動に対する支援を実施する。
- DPAT の業務として新興感染症対応を明確に位置付けるため、活動要領改正を行う。

(多職種連携)

- 災害時において、都道府県は様々な保健医療活動チームと協力することが必要であることから、災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認する。
- 被災都道府県は、大規模災害発生時に、都道府県の関係課及び保健所の職員、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター等で構成される保健医療福祉調整本部を設置し、当該本部は保健所・DHEAT、各種保健医療活動チーム（DMAT、DPAT、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）等）との連絡及び情報連携を行うための連絡窓口を設置し、災害時における保健医療福祉活動の総合調整を行う。
- 都道府県は、災害時の保健医療提供体制を効率的に調整するため、都道府県の保健医療福祉調整本部に配置される都道府県災害医療コーディネーターと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地域災害医療コーディネーターの両者を整備する。

- 都道府県は、災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進する。

(災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院)

- 都道府県は、災害拠点病院について、地域の実情に応じて引き続き指定を進める。
- 災害拠点精神科病院について、整備を進めるための支援について検討する。
- 都道府県は、精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討する。
- 災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害発生時に自院にいる患者への診療を継続するために、平時から、業務継続計画（BCP）を策定した上で、施設の耐震化や、自家発電機の整備、また、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を実施するほか、EMISを用いて発災時に自らの被災情報を発信できる体制の構築を徹底し、災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。
- 都道府県によっては、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例（災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れる医療機関を指定等）もあることから、これらも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討する。
- これらの取組が進むように、都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認する。

(止水対策を含む浸水対策)

- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じる。
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在するその他の医療機関は、浸水対策を講じるように努める。

- 風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等に医療関係者の参画を促進する。
- 業務継続計画（BCP）の策定は、地域における医療機関の役割やライフライン復旧対策等、他機関（行政・消防・関連業者等）を含めた地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等の他のマニュアルとの整合性をとる必要があり、医療機関が独自に策定するのは難しいことから、地域の防災状況や連携を研修内容に組み込んでいる厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定する。

（医療コンテナの災害時における活用）

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

③ 指標の見直し（例）

- ・ DMAT 感染症研修を受講した DMAT 隊員の隊員数及び割合
- ・ 既存の指標の災害医療コーディネーター任命数を廃止し、都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域災害医療コーディネーター任命数
- ・ 災害拠点病院以外の病院における自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率
- ・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において浸水対策を講じている病院の割合
- ・ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、業務継続計画（BCP）を策定している病院のうち浸水を想定した業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合

（3）へき地の医療

① 見直しの方向性

- へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。
- へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、

国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。

- へき地医療拠点病院の主要3事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣。以下同じ。）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取組を着実に進める。

② 具体的な内容

（へき地で勤務する医師の確保）

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

（遠隔医療の活用）

- 医療機関が遠隔医療を実施するに当たっては、資金やハード面の整備を含む自治体からの支援が重要であることが示唆されているため、都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

（へき地医療拠点病院の主要3事業）

- 主要3事業の実績の向上に向けて、オンライン診療の導入が有用である可能性が示唆されており、オンライン診療を活用し行った巡回診療・代診医派遣についても、事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

③ 指標の見直し（例）

- ・ へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数
- ・ へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数

（4）周産期医療

① 見直しの方向性

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

② 具体的な内容

(周産期医療圏の設定)

- 産科医師や分娩取り扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しつつ、二次医療圏にこだわらず周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保する。

(周産期医療に関する協議会)

- 構成員には、地域の周産期医療に携わる医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とする。また、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 将来的な医療の質の向上、安全性の確保のために、周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討する。
- 周産期医療については、出生後の児を円滑に小児医療につなげる観点から、小児医療と強く結びつく必要があるため、「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。
- 医療と母子保健等との連携を推進する観点から、保健福祉部局の担当者の参画を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援策についての情報共有を図り、母子に対して切れ目ない支援を進める。

- 協議会は少なくとも年1回、必要な場合は年に複数回、定期又は臨時で開催するものとする。また、必要に応じオンラインで開催する。

(ハイリスク妊産婦への対応)

- NICU・MFICU や周産期・新生児専門医などの高度専門人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 総合周産期母子医療センターは、周産期医療関係者研修事業を活用し、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割も担う。
- 地域における妊産婦の精神疾患に対する医療体制を整備するため、周産期医療に関する協議会の構成員として、妊婦のメンタルヘルスに携わる人材の参画を検討する。(再掲)
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して支援等を行っている自治体の例を収集し、これらも参考に、地域の実情に応じて対策を検討する。

(在宅ケアへの移行支援)

- 周産期医療関連施設は、NICU 長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支援施設運営事業を活用して、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。
- 地域の医療機関は、在宅において療養・療育を行っている児の家族に対し、日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施する。

(産科区域の特定)

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

(医師の勤務環境の改善)

- 周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討する。
- ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、ハイリスクでない分娩は、その他の産科病院や産科有床診療所等で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関においても、妊婦健診や産前・産後のケアの実施や、オープンシステム・セミオープンシステムの活用をすすめるなど、医療機関の役割を分担し、周産期医療と母子保健を地域全体で支える。
- 地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアを進める。

(新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制)

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、地域の周産期医療に関する協議会等においてあらかじめ協議する。
- 適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、その活用について平時から検討する。
- 周産期医療に関する協議会の構成員として、消防関係者の参画を検討し、平時及び新興感染症の発生・まん延時における妊産婦の受け入れ先等の救急搬送体制について協議する。(再掲)

③ 指標の見直し(案)

- ・ 院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
- ・ NICU入院時の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数
- ・ NICU長期入院児が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数
- ・ 退院支援を受けたNICU・GCU児数
- ・ 妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情

報提供を行っている周産期母子医療センター数

(5) 小児医療（小児救急医療を含む。）

① 見直しの方向性

- 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。
- 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
- 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
- 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（＃8000）を推進する。
- 小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

② 具体的な内容

（小児医療圏の設定、医療機能の明確化等による医療の確保）

- 第8次医療計画の策定に当たっては、第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化する。一本化に当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制がとれるよう留意する。
- 一般小児医療機能を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。
- 集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。

（小児医療に関する協議会）

- 構成員には、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含むことを基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画を検討する。また、医療的ケア児や被虐待児等福祉が必要な児の成育に関する必要な対策を検討する観点から、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤

師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。

- 小児の外傷、熱傷等小児科以外の診療科と連携が必要な領域を含む、小児医療に関する事項についても幅広く協議する。
- 小児医療については、出生後の児を円滑に周産期医療から引き継ぐ観点から、周産期医療と強く結びつく必要があるため、「小児医療に関する協議会」と「周産期医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。
- 協議会は少なくとも年1回、必要に応じて年に複数回、定期又は臨時で開催する。また、必要に応じオンラインで開催する。

(医療的ケア児への支援)

- 医療的ケア児が入院する医療機関は、地域全体で取り組まれている、医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制に参画する。
- 医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養生活上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制を整える。また、退院後の医療的ケア児の緊急入院に対応できる体制を整備する。
- 保護者の負担を軽減するため、日中一時支援事業を活用し、レスパイトの受け入れ体制等の医療体制を整備する。

(子どもの成育に関する保健・教育・福祉との連携)

- 小児医療に関する協議会の構成員として、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含む事を基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画、また、医療だけでなく、保健・教育・福祉にわたり、子どもたちの成育について広く協議する為に、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。(再掲)
- 地域で子どもの心の問題や児童虐待への医療・保健福祉の連携体制を構築し(子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施など)、医療機関においては、これらに参画する。また、市町村が開催する要保護児童対策地域協議会への参加や、不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の整備の実施について、検討する。

(子ども医療電話相談事業(＃8000)の対応状況)

- #8000 について、応答率等を確認し、回線数を増やすなどの改善の必要性を適宜検討する。
- #8000 対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図る。
- 都道府県は、相談体制を補完するものとして、信頼できる小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急、教えて！ドクター等）についても積極的に周知を行う。

（医師の勤務環境の改善）

- 小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、労務管理等の働き方改革を進めつつ、地域において必要な小児医療を維持・確保することを目的として、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や小児科の医師偏在対策を検討する。

（新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制）

- 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児診療を実施する医療機関をあらかじめ協議する。
- 適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討する。
- 新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討する。

③ 指針の見直し（案）

- ・ 子ども医療電話相談の応答率
- ・ 在宅小児の緊急入院に対応している医療機関数
- ・ 在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数
- ・ 退院支援を受けた NICU・GCU 入院児数

（6）新興感染症発生・まん延時における医療

本項目については引き続き検討会で議論を行い、別途とりまとめる。

3 在宅医療

（1）在宅医療の提供体制

- ① 見直しの方向性
- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。
 - 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
 - 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。
- ② 具体的な内容
(在宅医療の体制整備)
- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計や、小児の在宅医療について実態を把握するためのデータを提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて体制整備を進める。なお、訪問診療及び訪問診療の推計については、現時点の受療率を元に算出するため、制約のある値であることに留意する。
 - 具体的には、地域の実情に応じ、地域医療介護総合確保基金等も活用し、以下について取り組む。
 - ・ 訪問診療における、医療機関間の連携や ICT の活用等による対応力強化、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新たに開業する医療機関の訪問診療への参入促進等
 - ・ 訪問看護における、退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24 時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT の活用等による機能強化・業務効率化等
- (「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」)
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の目標や求められる事項については、医療機関や当該拠点がそれぞれ担うべき機能や役割を整理する。
 - 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとする。
 - 医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」以外の診療所及び

病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

(圏域の設定)

- 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市区町村や保健所圏域等の単位毎の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとする。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも1つは設定することとする。

(在宅医療・介護連携)

- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」が、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備状況や「在宅医療・介護連携推進事業」との連携について、実態把握と進捗確認を行う。
- 在宅医療の体制整備においては、これまでの介護サービス基盤の整備状況や今後の見込みも踏まえる必要があることから、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を図るため、医療計画策定の際に、都道府県や市区町村における医療・介護の担当部局間で協議を行うこととする。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 機能強化型在宅療養支援診療所数及び機能強化型在宅療養支援病院数

(2) 急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備

① 見直しの方向性

- 在宅療養患者の急変に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。
- 平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとと

もに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

② 具体的な内容

（急変時・看取りの体制）

- 在宅療養患者の急変に対応する入院医療機関としては、在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等が想定される。在宅医療の関係者間で情報共有や連携のあり方に関するルールを共有するため、在宅医療における急変時対応に関する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。

（災害時等の支援体制）

- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、引き続き、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することとする。
- 災害時には、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

（3）在宅医療における各職種の関わり

① 見直しの方向性

- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。
- 在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

② 具体的な内容

（各職種の関わり）

- 在宅療養患者への医療・ケアの提供に当たり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある。
- 在宅療養患者の身体機能及び生活機能の回復・維持を図る観点から、口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理について、関係職種間での連携を推進する。

(訪問看護)

- 退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT化等による機能強化、業務効率化等について、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の実情に応じて、取組を進める。(再掲)
- 本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。(再掲)

(訪問歯科診療)

- 在宅療養患者に対する口腔の管理は重要であり、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて、次期指針における在宅医療の現状や医療体制の構築に必要な事項の項目等に盛り込む。
- 在宅歯科医療を進めるに当たり、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携は重要な課題であり、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」も活用し、圏域内の状況を踏まえ、地域の在宅歯科医療の目指す姿について、関係機関等と共有しつつ、連携体制構築を進める。

(訪問薬剤管理指導)

- 入退院時における医療機関等との情報共有をはじめ、関係機関との協力を通じて、薬局と在宅医療に係る他機関との連携体制を構築することは重要である。多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図る。
- 都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備する。

- 地域連携薬局については、令和3年度に制度が開始されたばかりであり、都道府県によって認定状況に差があるため、地域連携薬局の在宅医療への貢献について、今後調査を進めることとし、その結果も踏まえて、取組を検討する。

(訪問リハビリテーション)

- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について、明確化する。

(訪問栄養食事指導)

- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について、明確化する。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数及び小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 24時間対応可能な薬局数
- ・ 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数及び医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者数
- ・ 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数及び訪問栄養食事指導を受けた患者数

Ⅲ 外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項

1 外来医師偏在指標を活用した取組について

(1) 外来医師偏在指標について

- 外来医師偏在指標については、引き続き現行の計算式を使用するとともに、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループにお

ける医師偏在指標に係る議論を踏まえ、使用するデータの時点については、平成29年の外来受療率を用いることとする。

(2) 外来医師偏在指標を活用した取組について

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、策定した外来医療計画は、住民に対しわかりやすく周知するほか、取組の実効性を確保する観点からは、金融機関等へ情報提供を行うことが重要である。
- さらに、外来医師多数区域以外や新規開業者以外においても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができることとする。なお、外来医療の体制整備に当たっては、医師確保の観点も必要であるが、特に外来医師多数区域以外については、医師確保計画とも整合性をとりながら進めることとする。
- 地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める観点から、都道府県は、地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めることとする。また、救急医療や在宅医療の施策との連携が考えられるほか、学校医の確保については都道府県等の教育委員会との連携も重要である。
- 外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行う。

2 医療機器の効率的な活用について

(1) 医療機器の配置・稼働状況等の可視化について

- 都道府県においては、地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、医療機器の配置・稼働状況に加え、共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても可視化を進め、必要な共同利用を促進することとする。

(2) 共同利用計画について

- 地域の医療資源を可視化する観点から、新たに医療機器を購入する医療機関に対して、購入後の当該医療機器の稼働状況について、都道府県へ報告を求めることとする。

3 地域における外来医療の機能分化及び連携について

(1) 外来医療計画の記載事項について

- 地域の医療機関の外来機能の明確化や連携状況を可視化し、患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的に、紹介受診重点医療機関となる医療機関の名称に加え、外来機能報告で把握可能な、紹介受診重点外来の実施状況等の情報を新たに盛り込む。

(2) 外来機能報告の活用方法について

- 都道府県においては、外来機能報告により入手可能な重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととする。

IV 医師確保計画策定ガイドラインに関する事項

(1) 医師偏在指標

① 見直しの方向性

- 医師偏在指標の精緻化を行う。
- 都道府県が地域の実情に応じた施策を検討する際の参考となるよう、国が新たに勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

② 具体的な内容

（複数の医療機関に勤務する医師の取扱い（三師統計の「従たる従事先」の反映））

- 医師偏在指標の算定式における「性年齢階級別医師数」の算出に当たっては、複数の医療機関に勤務する医師の取扱いについて、医師偏在指標の精緻化を図る観点から見直す。
- 具体的には、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

（医師偏在指標の算定で用いる受療率及びその時点）

- 現在は全国受療率を用いて医師偏在指標を算出している。都道府県別受療率を用いた場合、受療率が高い都道府県で更に多くの医師

を配置する必要性が生じることとなり、地域偏在の解消が進まなくなる恐れがあることから、次期医師偏在指標においても、現在の医療提供体制が維持できるよう十分配慮をした上で、引き続き全国受療率を用いる。

- 令和2年の患者調査は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられる。今後の受療率の見通しの予想は困難であり、現時点においては、少なくとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成29年の患者調査を用いて医師偏在指標を算出する。

(勤務施設別の医師偏在指標)

- 都道府県単位及び二次医療圏単位では引き続き従前の医師偏在指標（上記の内容を反映したもの）を用いて、医師少数区域・医師多数区域等を設定する。
- 新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

(診療科間の医師偏在)

- 診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。現時点では診療科ごとの医師偏在指標は算出が困難であるが、都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にすることが考えられる。

(2) 医師少数スポット

① 見直しの方向性

- 医師少数スポットの設定地域の考え方を明確化するとともに、医師少数スポットの設定理由を医師確保計画に明記する。

② 具体的な内容

- 医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とし、医師少数スポットの設定の理由を医師確保計画に明記することにする。
- 医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定箇所の見直しを行う。
- 都道府県の医師少数スポットに対する施策による効果を把握でき

ていないため、現時点では医師少数スポットに係る一定の基準の設定は困難であるが、今年度から厚生労働省において、医師少数スポット等の医師確保の実態について把握することとしており、今後その結果を分析することにより当該基準について検討する。

(3) 目標医師数

① 見直しの方向性

- 特に医師少数区域以外の区域における目標医師数の設定における考え方を示す。
- 国が新たに「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を都道府県に提示する。

② 具体的な内容

- 医師少数都道府県の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位 1/3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。
- 医師少数都道府県以外は、現ガイドラインに引き続き、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、下記に記載する自県の二次医療圏の設定上限数の合計が、都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、各二次医療圏の目標医師数を設定する。
- 医師少数区域の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位 1/3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。ただし、計画期間開始時に既に下位 1/3 に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。
- 医師少数区域以外の目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。
- なお、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮し、目標医師数の設定を行う。

(4) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

① 見直しの方向性

- 都道府県は、安定した医師確保を行うため、地域枠に加えて地元出身者枠についても、恒久定員内への設置を進めるとともに、地域枠等の医師のキャリア形成を支援する。

② 具体的な内容

- 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置について、積極的に大学と調整を行うこととする。
- 特に医師少数県においては、自県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進する。
- 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。
- 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。

(5) 産科・小児科医師偏在指標

① 見直しの方向性

- 産科医師偏在指標及び小児科医師偏在指標の精緻化を行う。

② 具体的な内容

- 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において「過

去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数を用いる。また、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」と変更する。

- 分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も（1）の医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先を記載している医師については、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出する。

（6） 医師確保計画の効果の測定・評価

① 見直しの方向性

- 医師確保計画における効果の測定・評価の方法について見直しを行う。

② 具体的な内容

- 第8次（前期）医師確保計画に記載する第7次医師確保計画の効果の測定・評価については、計画終了時の医師偏在指標の見込みの算出が困難であることから、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として評価することとする。ただし、病床機能報告は一般病床及び療養病床のデータのみであることに留意する。
- 三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図る。

（7） その他

① 見直しの方向性

- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 子育て支援は個々の医療機関の取組としてだけでなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取り組む。

② 具体的な内容

（医師確保に関する施策）

- 医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医

師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとする。

- 自県内に所在する大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組については、これまで一部の都道府県において行われてきたが、各都道府県はそれらの取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を推進することとする。
- 上記取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、県外に所在する大学に寄附講座を設置するなどし、都道府県は県外からも医師の派遣調整を行うこととする。
- 都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師を取得可能になるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を促進することとする。
- 当該医師確保に関する各都道府県の取組の中で参考となるものについては、国は、好事例として周知することとする。

(子育て支援等)

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下しており、また、子育て世代の医師に対する取組は男女問わず重要であると考えられることから、妊娠中の支援や子育て支援（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの活用等）については、個々の医療機関の取組としてだけでなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組むこととする。
- 子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。

病床機能報告における定量的基準 「静岡方式」の導入

～病床機能選択の目安～

静岡県健康福祉部
医療局医療政策課

1

< 内 容 >

I 導入の背景

- ・ 病床機能報告制度の現状と課題
- ・ 厚生労働省からの要請

II 定量的基準「静岡方式」

- ・ 「静岡方式」について
- ・ 「静岡方式」による基準
- ・ 「静岡方式」の位置付けと取り扱い

III 「静岡方式」の適用結果（参考）

2

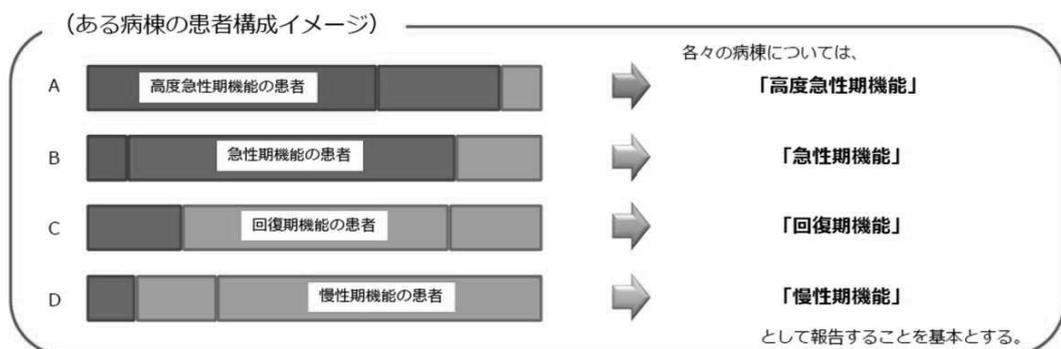
I 導入の背景

導入の背景 ～病床機能報告制度の現状と課題～

◆ 病床機能報告制度の現状と課題

- ・ 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告しますが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟で最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本としています。
- ・ 一方で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を区分する基準が不明瞭のため、現在報告されている内容の妥当性や実態の把握に課題があることが指摘されています。

【参考】医療機能の選択における基本的な考え方（厚生労働省「病床機能報告マニュアル」より）



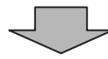
◆ 厚生労働省からの要請

- ・ 病床機能報告の課題や一部府県の取組を踏まえ、厚生労働省から各都道府県に対して、地域医療構想調整会議の議論を活性化する観点から、**地域の実情に応じた定量的な基準の導入を求める通知**が発出されています。



【参考】「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」（平成30年8月16日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

- ・ 病床機能報告に関しては、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。
- ・ 各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。



静岡県においても、関係者の御意見を踏まえ、実情に応じた「定量的基準」を導入します

Ⅱ 定量的基準「静岡方式」

定量的基準「静岡方式」について

<検討経緯>

- ・平成30年度に地域医療構想アドバイザーである小林利彦氏に作成を依頼
- ・令和3年度病床機能報告の報告内容の変更を受け、「静岡方式」の見直しを実施

<視点>

◆ 現場の病院事務職員の負担軽減

- ・日常診療で忙しい現場の関係者があまり労力を割かなくてもすむよう、極めてシンプルな定量的基準
- ・「特定入院料」「重症度、医療・看護必要度」「平均在棟日数」による区分

◆ 医療機能を選択する際の「目安」を提供

- ・医療機関の裁量的判断は許容することを前提

<機能区分の流れ>

- ① 特定入院料等からの区分（厚労省指針を大原則にして）



- ② 病院の「高度急性期+急性期」グループから「高度急性期」を抽出

7

「静岡方式」の具体的な基準（病院）

【病院の基準】

① 特定入院料等からの区分

- ◆ 救命救急、ICU、HCU、SCU、PICU、NICU、MFICU、GCU、小児入院医療管理料1
→ 「高度急性期」
- ◆ 小児入院医療管理料2・3 → 「急性期」
- ◆ 急性期一般入院料4～6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4・5、回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料 → 「回復期」
- ◆ 一般病棟特別入院基本料、療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料
→ 「慢性期」



急性期一般入院料（1～3）、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料について

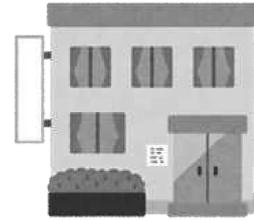
② 「高度急性期」「急性期」の振り分け

- ◆ 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」
 - ・ [I：40%以上 II：35%以上] かつ平均在棟日数11日未満 → 「高度急性期」
- ◆ 上記を満たさない病棟
(重症度、医療・看護必要度の記載のないものを含む) → 「急性期」



8

【有床診療所の基準】



① 入院基本料からの区分

◆ 有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



② 「急性期」と「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

◆ 年間の「手術」件数が100件以上 or 「放射線治療」あり or 「化学療法」件数が50件以上

→ 「急性期」

◆ 上記をひとつも満たさない診療所 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」

「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院料等による区分】	【「重症度、医療・看護必要度」及び平均在棟日数による区分】	
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU・HCU・SCU PICU・NICU・MFICU・GCU 小児入院医療管理料 1 	<急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「重症度、医療・看護必要度」が [Ⅰ:40%以上,Ⅱ:35%以上] かつ平均在棟日数11日未満	-
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 2・3 	<急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの	<ul style="list-style-type: none"> 手術あり(年間100件以上) 放射線治療あり 化学療法あり(年間50件以上)
回復期	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 4～6 地域一般入院料 小児入院医療管理料 4・5 回復期リハ病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料 	-	・上記、下記を 1 つも満たさない診療所
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟特別入院基本料 療養病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料 	-	・有床診療所療養病床入院基本料

※「回復期」には地域医療構想の「在宅医療等」相当を含む。 ※区分は目安であり、医療機関の自主的判断も尊重する。

◆「静岡方式」の位置付け

- ・「静岡方式」については、病床機能報告制度の課題を踏まえ、より実態に近い内容となるよう努めるとともに調整会議の議論を活性化し、地域の実状を踏まえた医療機能の分化・連携を進めるための目安として活用します。

◆「静岡方式」の病床機能報告上の取り扱い

- ・基準はあくまで「目安」であり、病床機能の選択を強制するものではありません。
- ・各医療機関においては、これまでどおり自主的に病床機能を選択いただくこととなります。

◆「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い

- ・基準に沿った報告を求めるものではないため、病棟別データの公表は行いません。
- ・なお、参考に自院の区分を知りたいなどといった場合には、個別にお問い合わせいただければ対応いたします。

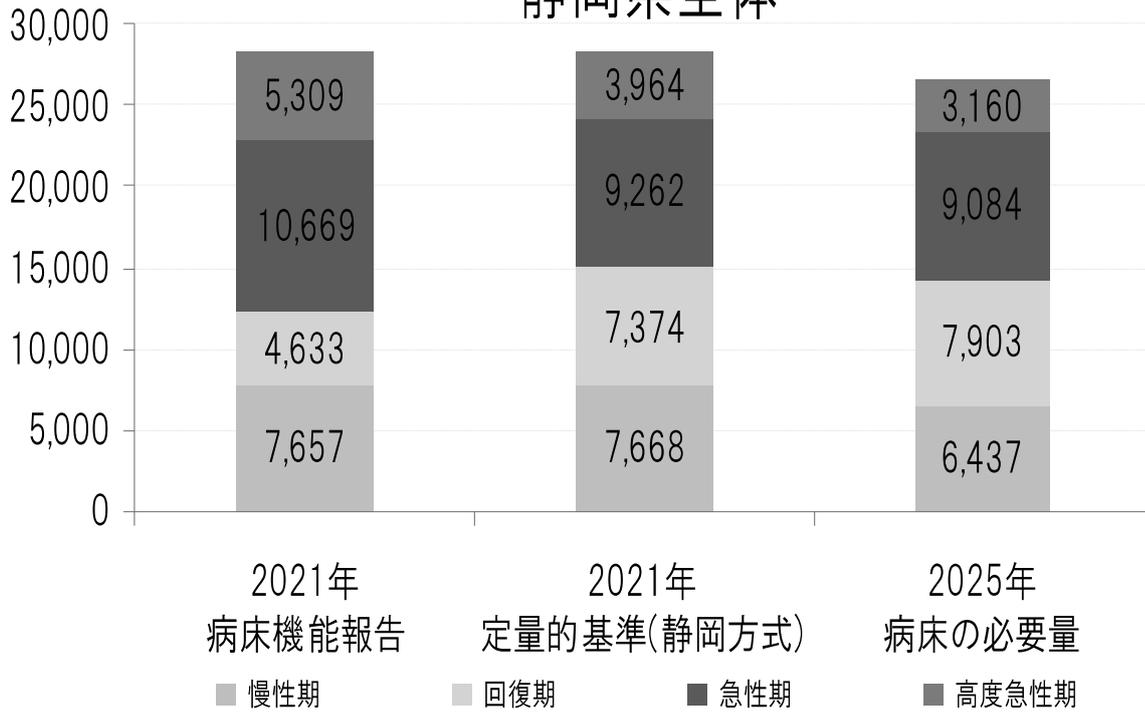
11

Ⅲ 参考：「静岡方式」の適用結果

(最大使用病床数ベース)

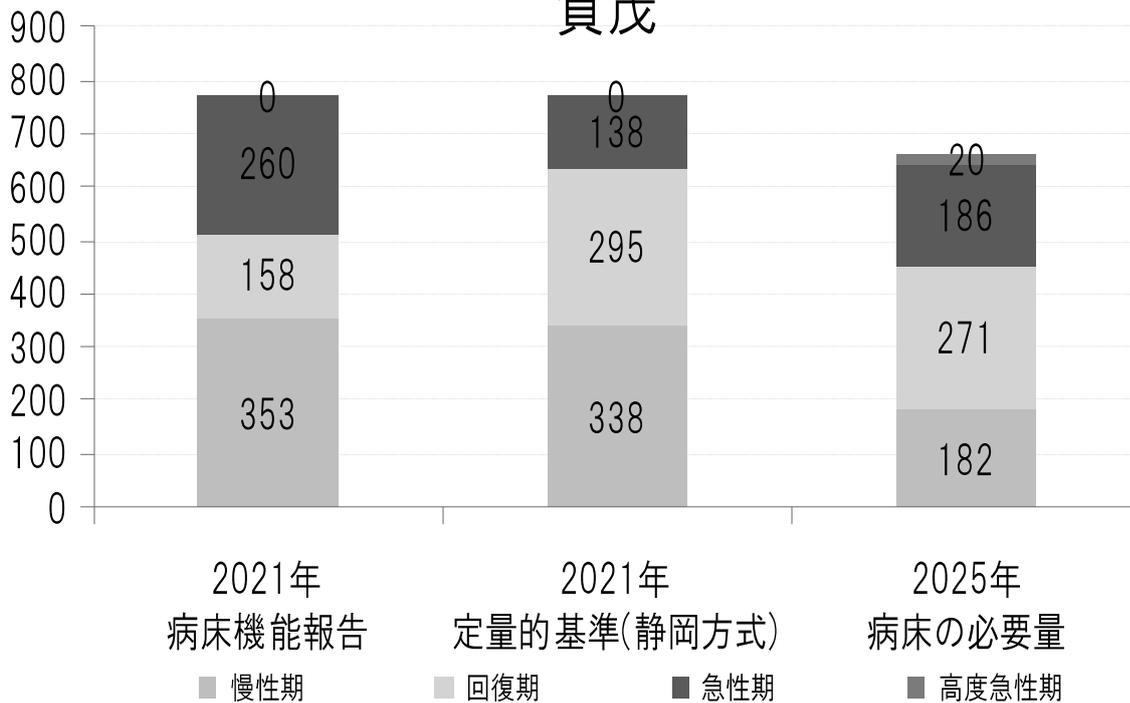
12

静岡県全体



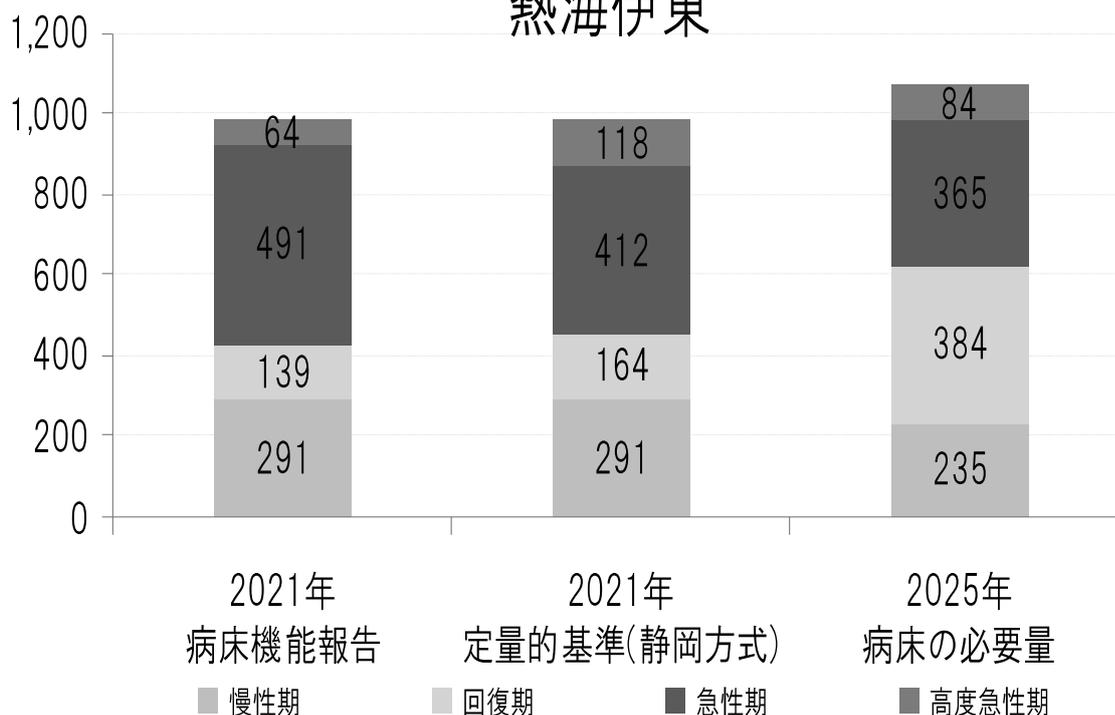
13

賀茂



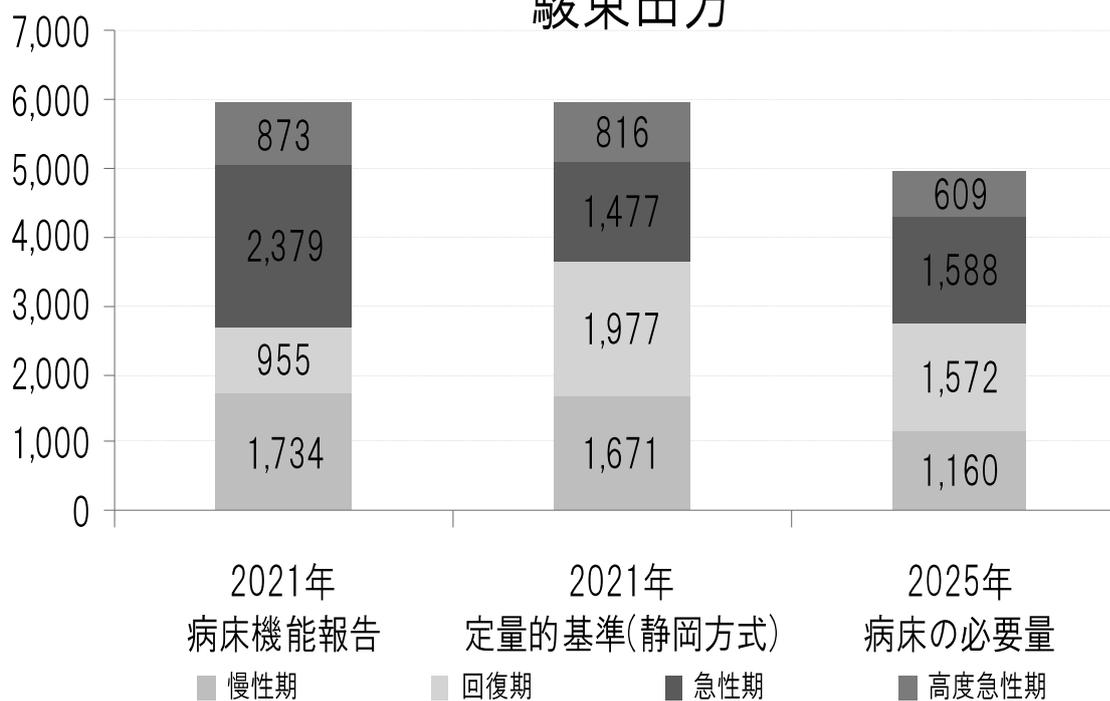
14

熱海伊東

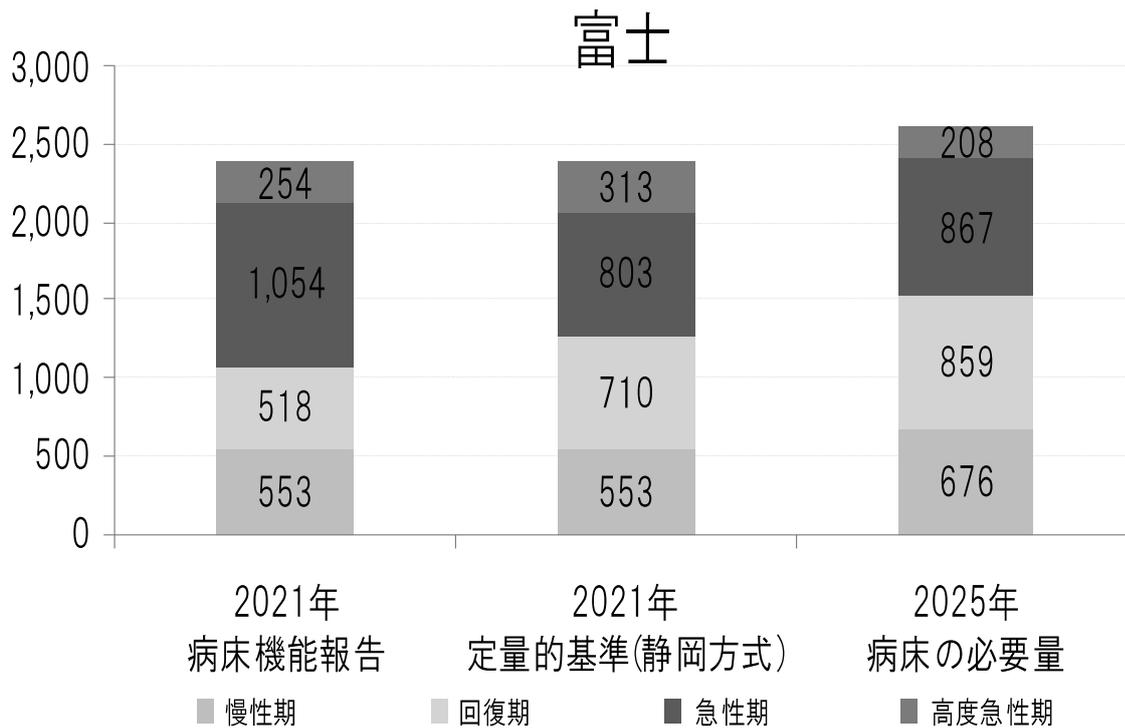


15

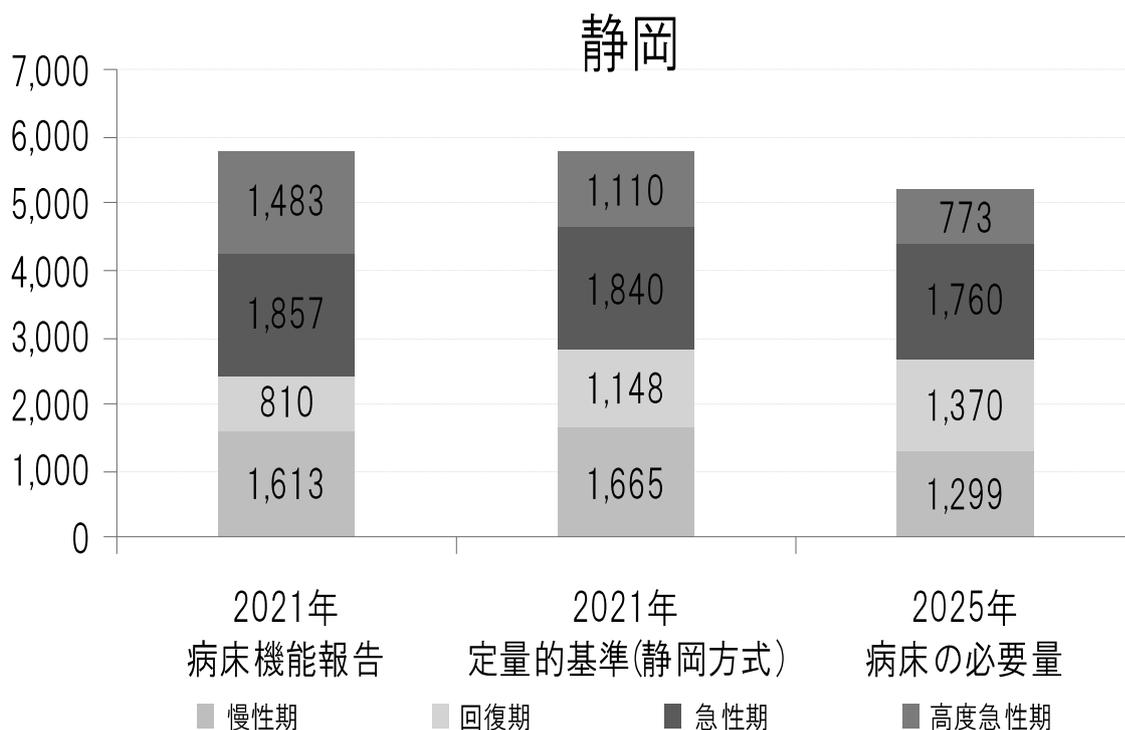
駿東田方



16

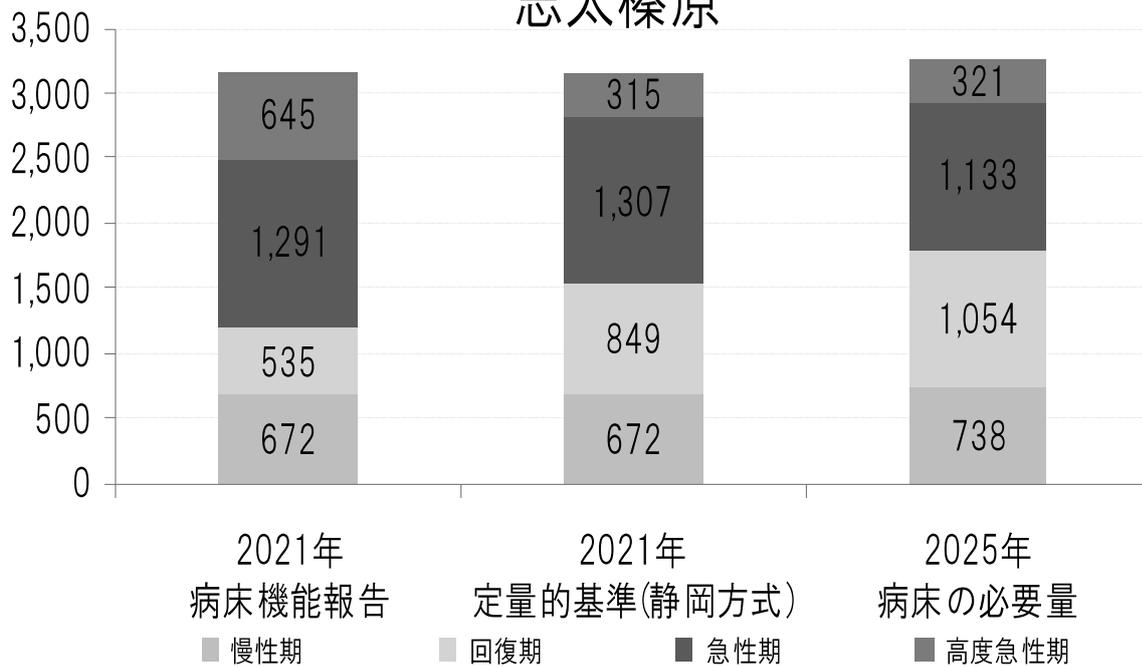


17



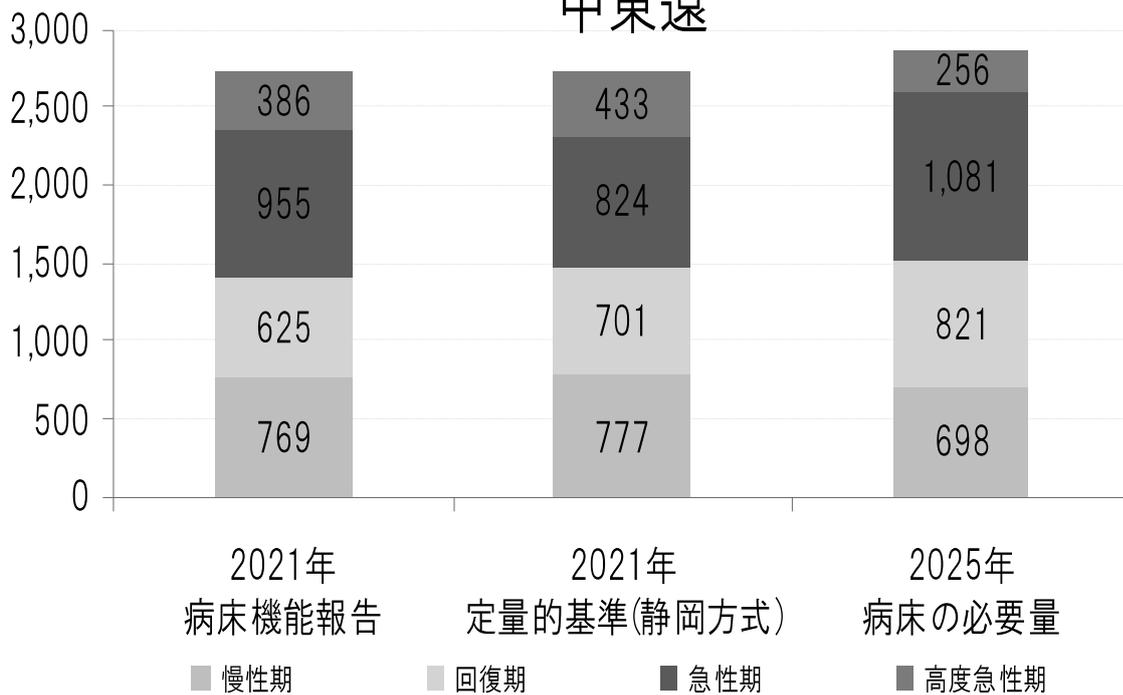
18

志太榛原



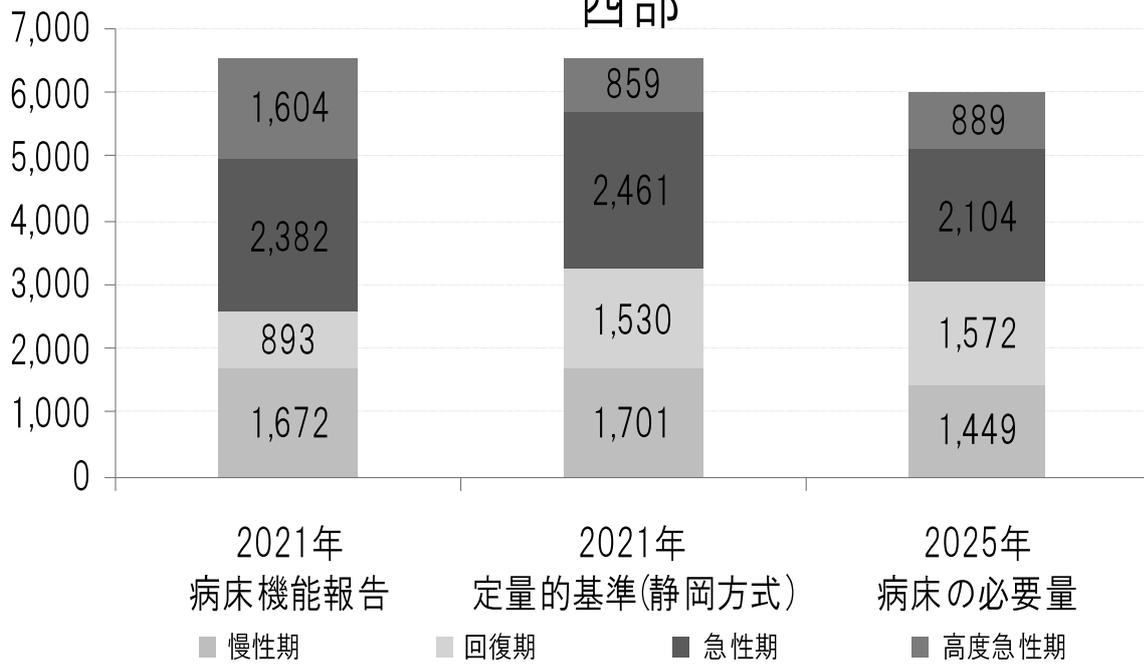
19

中東遠



20

西部



静岡県医療対策協議会設置要綱

(設置)

第1条 医療法(昭和23年法律第205号)第30条の23第1項の規定に基づき、静岡県医療対策協議会(以下「協議会」という。)を設置する。

(協議内容)

第2条 協議会は、静岡県において必要とされる医療提供体制の確保及び医師等医療従事者の確保に関する方針並びに実施に必要な事項について協議する。

(構成・委員)

第3条 協議会は、次に掲げる者の管理者その他の関係者の中から、健康福祉部長が委嘱する委員を持って組織する。

- (1) 特定機能病院
- (2) 地域医療支援病院
- (3) 公的医療機関
- (4) 臨床研修指定病院
- (5) 診療に関する学識経験者の団体
- (6) 大学その他の医療従事者の養成に係る機関
- (7) 社会医療法人
- (8) 独立行政法人国立病院機構
- (9) 地域の医療関係団体
- (10) 関係市町
- (11) 地域住民を代表する団体
- (12) その他健康福祉部長が必要と認める者

2 協議会に会長及び副会長各1名を置き、委員の互選によりこれを定める。

3 会長は、会務を掌理する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故等があったとき又は欠けたときに職務を代行する。

(委員の任期)

第4条 委員の任期は2年とする。ただし終了任期が年度途中の場合は、その年度の3月31日までとする。

2 委員の再任は妨げない。

3 委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任委員の残任期間とする。

(会議)

第5条 会長は、協議会を招集し、その議長となる。

2 会長は、必要があると認めるときは、協議会に委員以外の者の出席を求め、意見を聞くことができる。

(部会)

第6条 協議会に、専門的な事項を検討するため部会を設置することができる。

2 部会は、委員4名以上10人以内で組織する。

3 部会長及び部会に属する委員については、会長が指名する。

4 部会の決議は、協議会の決議とみなす。ただし、会長が特に必要と認められた事項は、協議会において協議する。

5 部会で決議した事項は、次の協議会において報告しなければならない。

6 部会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

(庶務)

第7条 協議会の庶務は、健康福祉部医療局医療政策課において処理する。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成16年6月10日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成19年6月25日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成21年11月24日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成26年4月4日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は 令和2年4月1日から施行する。