

令和4年度第1回川崎地域地域医療構想調整会議 資料8

報告：地域医療構想をめぐる国の検討状況等について

目次

- 1 第8次医療計画等に関する検討会の開催・検討状況
- 2 地域医療構想及び医師確保計画に関するWGの開催・検討状況
- 3 在宅医療及び医療・介護連携に関するWGの開催・検討状況
- 4 救急・災害医療提供体制等に関するWGの開催・検討状況

※ 資料の分量が多いことから、本日お示しするものは一部を抜粋したものになります。
詳細は、厚生労働省HPの各検討会(WG)の掲載ページにてご確認ください。

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingiother_127238.html

1. 第8次医療計画等に関する検討会の開催・検討状況

開催状況

- これまで、計8回開催（6／1時点）されている。直近の内容は以下のとおり。
本日は、第7・8回の内容について概要を説明。

回数	時期	内容
第1回	R 3.7.29	・本ワーキンググループの今後の進め方について ・令和3年度病床機能報告の実施について
⋮		
第6回	R 3.12.23	・外来機能報告等に関する報告
第7回	R 4.3.4	・第8次医療計画、地域医療構想等について
第8回	R 4.5.25	・医療圏、基準病床数、指標 について

目次

1. 第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組の進め方 ……P. 3
2. 医療提供体制を取り巻く状況～超高齢化・人口急減の到来～ ……P. 9

- (参考)
1. 新型コロナウイルス感染症への対応関係 ……P. 25
2. 地域医療構想関係 ……P. 59
3. 外来医療・かかりつけ医機能関係 ……P. 82
4. 医師の働き方改革・医師確保対策関係 ……P. 95
5. その他 ……P.101

○ 今後の検討・取組に当たり次の2点について求められるとしている

1. 新型コロナ対応に関する課題	<ul style="list-style-type: none">・ 人材面を始めとした高度急性期対応・ 地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む）・ チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化・ デジタル化・見える化への対応 <p style="text-align: right;">など</p>
2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応	<ul style="list-style-type: none">・ 生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保・ 人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応・ 超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化・ 医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部） <p style="text-align: right;">など</p>

【第7回】医療提供体制を取り巻く状況～超高齢化・人口急減の到来～

- 国は、同検討会で次の3つの視点から、各種データも交えつつ、課題提起を行っている。※データ等の詳細は国検討会資料をご参照ください。

第7回 第8次医療計画等に関する検討会
資料1(抜粋)

人口動態

- ・ 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来
- ・ 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化
- ・ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生
- ・ 高齢者の減少と現役世代急が同時に起こる2次医療圏が数多く発生

マンパワー

- ・ 2025年以降、人材確保がますます課題となる
- ・ 働き方改革への対応と地域医療確保両立が必要となる
- ・ 提供者側（医師）の高齢化も進展している

医療需要 の変化

- ・ 入院患者数は、全体としては増加傾向にある
- ・ 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い
- ・ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する
- ・ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する
- ・ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる
- ・ 介護施設等・他の医療へ退院する患者数が増加
- ・ 医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

【第8回】医療圏、基準病床数、指標 について

- 第8回会議では、医療計画上の記載項目のうちの標題にある3点について、現行の整理及び8次計画策定に当たっての論点が示された。

【資料概要】

医療圏 … 医療圏の概要、7次計画における医療圏見直しの考え方、二次医療圏の見直しの状況、医療圏に関する論点 等

基準病床数 … 制度について、基準病床数と関連する検討会等、病床数・病床利用率等の推移、算定式について 等

指標 … 指標例の活用状況（第7次医療計画）、ロジックモデルの活用例

- 二次医療圏は、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況や交通事情等の社会的条件を考慮し、各都道府県において設定されている。現在、二次医療圏の多くは人口20万人未満となっているが、**2040年にかけて各地域で人口減少が進み、更に人口規模の小さい区域の増加が見込まれる中で、二次医療圏の在り方についてどのように考えるか。**
- 二次医療圏について、以下の事項を踏まえ、第8次医療計画策定に当たっても引き続き各都道府県に見直しを求めることについてどのように考えるか。
 - ① **これまで、人口規模や患者の流出入の状況から、入院医療を提供する区域として成り立っていないと考えられる場合には、二次医療圏の設定の見直しについて検討することとしてきたこと**
※具体的な基準については、今後公表される令和2年患者調査を踏まえて議論・設定
 - ② 医療計画作成指針や地域医療構想策定ガイドラインにおいて、一般の入院医療を提供することが相当な地域単位である二次医療圏について、病床の機能分化・連携を図るための**構想区域と一致させることが適当**であると示していること
 - ③ 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、**医師偏在指標上の医師少数区域に該当する二次医療圏であって、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合に、限られた医療資源を効率的に活用し、近隣の二次医療圏に医療資源を集約する観点から、二次医療圏の設定を見直すことが適当**であると示していること
- 医療計画の作成指針において、**隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない旨**を示しているが、大都市圏における都道府県圏域を超えた医療の提供等について、広域的なマネジメントや地方自治体間の役割分担の明確化を図るための対応としてどのようなものが考えられるか。

- 基準病床数の算定について、直近の令和2年病院報告のデータは新型コロナウイルス感染症による影響を受けていると考えられる中で、第8次医療計画においてはどのようなデータを用いるのが適当か。
- 基準病床数の算定式のうち、
 - ① 「平均在院日数」については、一律の短縮率を見込むのではなく、平均在院日数の経年推移、各地方ブロックの差異等を勘案して設定することとしているが、こうした算定方法についてどのように考えるか。
 - ② 「介護施設及び在宅医療等対応可能数」については、地域医療構想と統合的な設定とする観点から、第7次医療計画においては、令和7年における在宅医療等で追加的に対応すべき量から、第7次医療計画の終期（令和5年）時点の値を算出して用いることとしていた。
第8次医療計画においても、計画期間中に令和7年が到来することに留意しつつ、在宅医療の整備目標と統合的に、その算定方法を検討することとしてはどうか。
- 新型コロナウイルス感染症への対応が引き続き想定される中で、基準病床制度の特例の活用や手続の簡素化についてどのように考えるか。

- 5疾病・6事業及び在宅医療ごとの指標について、国が提示する指標例の活用状況にばらつきがあること、重点指標であっても必ずしも活用されていないこと等の状況や、指標作成の留意点についてどう考えるか。
また、一部の都道府県で行われているロジックモデルの取組例についてどのように考えるか。

2. 地域医療構想及び医師確保計画に関するWGの開催・検討状況

開催状況

- これまで、計4回開催（6/1時点）されている。各回の内容は以下のとおり
本日は、第3回・4回の内容について概要をご説明

回数	時期	内容
第1回	R 3. 7. 29	<ul style="list-style-type: none">・本ワーキンググループの今後の進め方について・令和3年度病床機能報告の実施について
第2回	R 3. 12. 3	<ul style="list-style-type: none">・地域医療構想に関する地域の検討・取組状況について・都道府県からの事例発表
第3回	R 4. 3. 2	<ul style="list-style-type: none">・第8次医療計画、地域医療構想等について・地域医療構想の進め方に関する通知について
第4回	R 4. 5. 11	<ul style="list-style-type: none">・医師確保計画を通じた医師偏在対策について

地域医療構想の進め方に関する通知について

○ 標題の通知について、基本的な考え方等が示された。

※「第8次医療計画～構想等について」は、第8次医療計画等に関する検討会と同内容のため、省略。

項目	各都道府県に対して追加的に示す留意点
①基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後、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2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。 ○ その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。 ○ また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、こうした動きも見据え、各構想区域において、地域医療構想の実現に向けた取組を進め、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図ることが重要であることに十分留意する。 ○ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。
②具体的な取組	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「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」（令和3年7月1日付け通知）2.（3）において、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等、地域医療構想の実現に向けた今後の工程に関しては、新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行いながら、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしている。」としていたことについては、2022年度及び2023年度において、公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととする。 ○ このうち公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

地域医療構想の進め方に関する通知について

項目	各都道府県に対して追加的に示す留意点
②具体的な取組(つづき)	<p>○ また、民間医療機関を含め、議論の活性化を図るため、必要に応じて以下の観点も参照するとともに、重点支援区域の選定によるデータ分析等の技術的支援なども併せて活用し、議論を行う。</p> <p>※民間医療機関を含めた議論の活性化を図るための観点の例（2020年3月19日の地域医療構想ワーキンググループにおける議論より）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期・急性期機能を担う病床…厚生労働省の診療実績の分析に含まれていない手術の一部や内科的な診療実績、地理的要因を踏まえた医療機関同士の距離 ・回復期機能を担う病床…回復期リハビリテーションとそれ以外の機能について、算定している入院料、公民の違いを踏まえた役割分担、リハビリの実施状況、予定外の入院患者の状況 ・慢性期機能を担う病床…介護保険施設等への転換の意向や転換の状況
③地域医療構想調整会議の運営	<p>○ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、地域医療構想調整会議の運営に当たっては、感染防止対策を徹底するとともに、医療従事者等の負担に配慮する。</p> <p>○ 年間の開催回数についても、必ずしも一律に年4回以上行うことを求めるものではないが、オンラインによる開催も検討し、必要な協議が十分に行われるよう留意する。</p> <p>○ 感染防止対策の一環として会議の傍聴制限を行った場合には、会議資料や議事録等の公表について、とりわけ速やかに行うよう努める。</p>
④検討状況の公表等	<p>○ 検討状況については、定期的に公表を行う。具体的には、2022年度においては、2022年9月末及び2023年3月末時点における検討状況をP4に示す様式に記入し、厚生労働省に報告するとともに、各都道府県においてはその報告内容を基にホームページ等で公表する。</p> <p>○ 各都道府県ごとの検討状況については、今後、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等に報告することを予定している。</p> <p>○ また、様式に定める事項以外にも厚生労働省において、随時状況の把握を行う可能性がある。</p>
⑤重点支援区域	<p>○ 重点支援区域については、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定しているが、今後、全ての都道府県に対して申請の意向を聞くことを予定している。</p>
⑥その他	<p>○ 第8次医療計画の策定に向けては、現在、第8次医療計画等に関する検討会や同検討会の下でのWG等において「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しに関する議論を行っているが、この検討状況については適宜情報提供していく。</p>

地域医療構想調整会議における検討状況の国への報告様式【案】

第3回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料2(抜粋)

- 地域医療構想の検討状況の定期的な報告・公表について、各都道府県は、以下の様式に記入し、厚生労働省へ報告するとともに、この報告内容を基にホームページ等で公表する。
- なお、個別の医療機関の具体的な検証内容については、公表することにより地域や医療機関の自主的な取組に影響を与えるおそれがあることから、本定期報告様式には盛りこまず、厚生労働省において、別途報告様式を示し、各都道府県に対して調査する。

●●県（20●●年●月末現在）

1. 全体（2及び3の合計）

	総計	対応方針の策定・検証状況					
		合意・検証済		協議・検証中		協議・検証未開始	
病床数ベース	●●床	●●床	●●%	●●床	●●%	●●床	●●%
医療機関数ベース	●●機関	●●機関	●●%	●●機関	●●%	●●機関	●●%

2. 公立・公的医療機関等（平成29年度病床機能報告未報告等医療機関を含む。）

	総計	対応方針の策定・検証状況					
		合意・検証済		協議・検証中		協議・検証未開始	
病床数ベース	●●床	●●床	●●%	●●床	●●%	●●床	●●%
医療機関数ベース	●●機関	●●機関	●●%	●●機関	●●%	●●機関	●●%

3. 2以外の医療機関（平成29年度病床機能報告未報告等医療機関を含む。）

	総計	対応方針の策定状況					
		合意済		協議中		協議未開始	
病床数ベース	●●床	●●床	●●%	●●床	●●%	●●床	●●%
医療機関数ベース	●●機関	●●機関	●●%	●●機関	●●%	●●機関	●●%

目次

- 1. 医師確保計画の概要 ……P. 3
- 2. 医師確保計画の策定状況及び取組状況 ……P. 9
- 3. 医師偏在指標について ……P. 23

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（取組み全体）

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1(抜粋)

医師養成課程における取組

【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の採用枠の上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）**を設定することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

各都道府県の取組

【医師確保計画】

- **医師偏在指標**により医師偏在の状況を把握
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

<具体的な施策>

● **大学と連携した地域枠の設定**

● **地域医療対策協議会・地域医療支援センター**

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減等）を実施

● **キャリア形成プログラム（地域枠医師等）**

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

● **認定医師制度の活用**

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度**を活用し、医師不足地域の医師を確保

医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（WGにおける主な意見）

第4回地域医療構想及び医師確保計画
に関するWG 資料1(抜粋)

【医師偏在指標】

- 医師偏在指標は、少しでも実情に合って望ましい指標になるように、定期的な見直しをすべきではないか。
- 医師偏在指標は、データの更新をし、それを基に圏域で議論していくべきではないか。
- 医師偏在指標を作成する各都道府県や医師配給側の大学などに理由を丁寧に説明すべきではないか。

【医学部定員と地域枠】

- 少なくとも医師不足県は、現時点の医学部定員増の継続や地域枠の枠組みの維持が必要である。医師需給分科会とも十分調整をし、議論を進めるべきではないか。
- 地域枠を削減する場合、若い年齢の医師が多い等、都道府県毎の要因のデータを集積、分析をしていくべきではないか。

【医師少数区域で勤務する医師等】

- 医師少数区域認定医師は、認定者数を示し、現状を分析した上で、さらなる制度の周知をすべきではないか。
- 医師少数区域では総合医が非常に役立つと思うが、どのような科の医師がいるのか把握し、医師の機能という視点からも議論すべきではないか。

【地域医療構想等との関係】

- 病院の統合・再編や医師の働き方改革を考慮して次期医師確保計画を策定すべくガイドラインに盛り込んでいく必要があるのではないか。
- 回復期や急性期でどのような専門性の医師が勤務しており、どのくらい不足しているかは、地域医療構想の病床数と密接にリンクしており、把握した上で都道府県毎に検討するべきではないか。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（医師需給分科会第5次中間取りまとめ）

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1(抜粋)

今後の偏在対策等に関する提言

【医師確保計画】

- 令和6年度から開始される次期計画の策定に向け、令和3年度から令和4年度にかけて、現行計画の取組状況や効果を把握・評価した上で、「医師確保計画策定ガイドライン」及び「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」の改正に向けた検討が行われることとなっており、引き続き検討していただきたい。

【キャリア形成プログラム】

- キャリア形成プログラムについては、地域医療に従事する医師を増やす取組、学生時から地域医療に貢献・従事したいという意識を涵養・醸成させる取組、及び地域医療の従事と医師としての研鑽を両立可能とする取組を進める観点から、各都道府県において、キャリア形成プログラムの対象者の満足度等の意見聴取も踏まえながら、更なる充実・魅力化を積極的に進めていくことが重要である。
- 国は、都道府県における効果的な取組を促進するため、先進的な事例やノウハウを全国に展開していくための技術的支援や地域医療介護総合確保基金による支援等を行うことが必要である。

【医師少数区域経験認定医師】

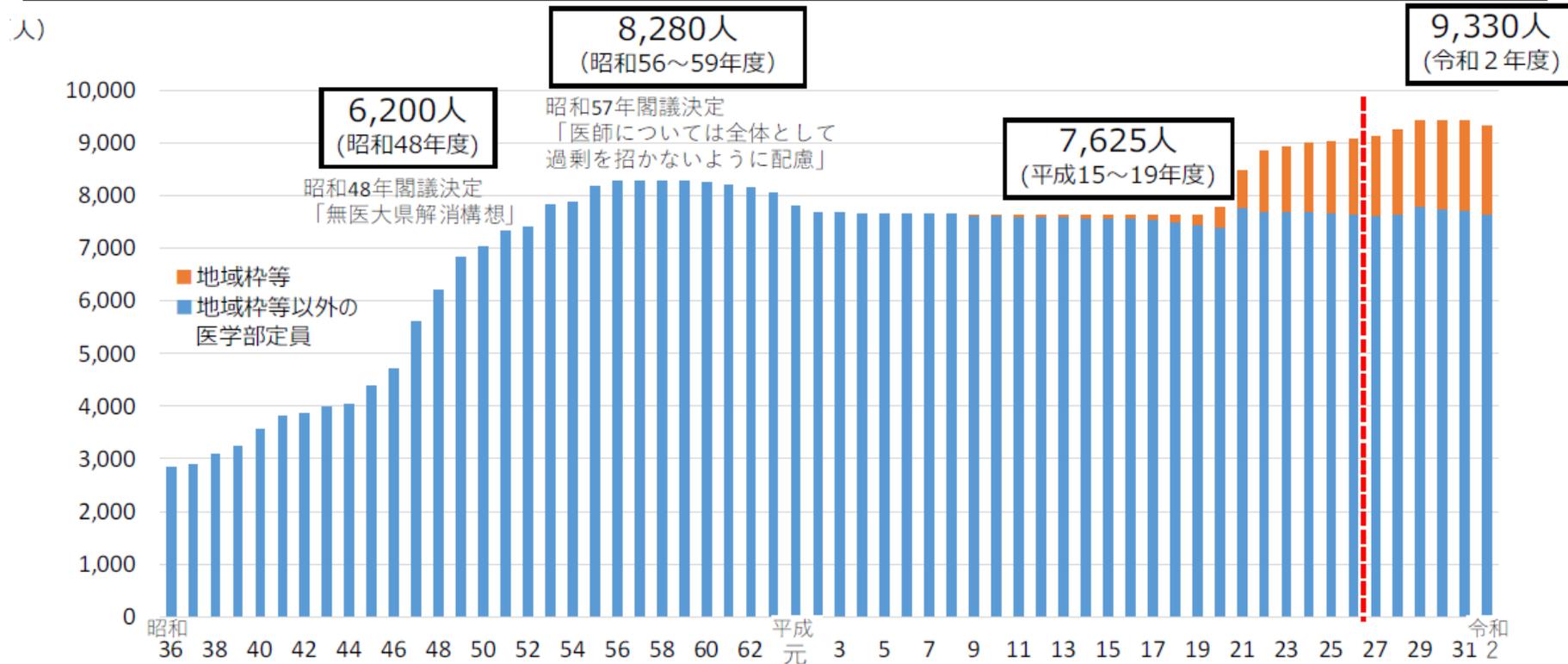
- 医師不足地域での勤務に対するインセンティブを高める観点から、医師少数区域経験認定医師制度についても、必要な対応を「第8次医療計画等に関する検討会」などにて引き続き検討していくとともに、このような取組の一層の推進により、医師養成課程を通じた対策だけでは長時間かかると予想される医師偏在の是正を加速することが重要である。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（医学部定員年次推移）

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するWG 資料1(抜粋)

- 平成20年度以降、**医学部の入学定員**を**過去最大規模**まで増員。
- 医学部定員に占める**地域枠等***の数・割合も、**増加**してきている。
(平成19年度183人(2.4%)→令和2年1679人(18.2%))

・地域枠等* : 地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、地元出身者を選抜する枠や大学とその関連病院に勤務することを目的とした枠も含む。奨学金貸与の有無を問わない。



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
地域枠等以外の医学部定員	7452	7395	7780	7697	7709	7713	7670	7649	7628	7667	7807	7757	7745	7651
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%	8.4%	13.2%	13.8%	14.4%	15.4%	15.9%	16.7%	17.5%	17.3%	17.9%	18.0%	18.2%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

(地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省医学教育課調べ)

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（医師偏在指標に係る要望）

第4回地域医療構想及び医師確保計画
に関するWG 資料1(抜粋)

現在の医師偏在指標に対して、これまでに都道府県等からいただいている主な要望は以下のとおり

- 医師偏在指標は診療科別に算定することが望ましい。
- 医療機関までのアクセス時間などの地理的条件や診療科の偏在等の地域の実情を反映してはどうか。
- 離島の地理的事情を偏在指標に反映してはどうか。
- 医師偏在指標の受療率の計算には都道府県別受療率を採用してはどうか。
- 大学病院等に勤務する医師が他の医療機関へ非常勤医師として派遣されていることを加味してはどうか。
- 臨床研修医は労働力を差し引いて式に反映してはどうか。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（医師偏在指標検討小委員会とりまとめ）

第4回地域医療構想及び医師確保計画
に関するWG 資料1（抜粋）

具体的な医師偏在指標の改善に向けた提案

（診療科の取扱）

- 診療科別偏在指標については、産科・小児科以外に拡張するのは現時点では難しいのではないかと。
- 検討に際しては、「診療科別医師数の将来推計」との整合も必要となる。

（地理的条件の取扱）

- 医師偏在指標という一つの指標で表現することは、技術的に難しく、複数の次元を一つの指標に盛り込むと、かえって指標の解釈が難しくなる側面もある。
- 地理的な医師の状況は往診に係る時間など局所では必要な情報であるが、大局的に行う場合には人口だけ加味していればよいのではないかと。

（流出入・受療率の考え方）

- 流出入の補正は現状通り反映する方針でいいのではないかと。
- 受療率は、「医療の提供を均していく」という思想を踏まえると、全国受療率が適しているのではないかと。

（医療需要の時点の考え方）

- 令和2年度は、入院・入院外ともに医療需要の減少が大きい。また、月によっても減少幅にばらつきがある。令和2年以前の方がバイアスは少ないのではないかと。
- 現時点では、評価が定まっていない令和2年度ではなく、平成29年度医療需要の方が妥当ではないかと。

医師確保計画を通じた医師偏在対策について（医師偏在指標の見直しに関する論点）

第4回地域医療構想及び医師確保計画
に関するWG 資料1(抜粋)

「医師偏在指標検討小委員会取りまとめ」等を踏まえ、本ワーキンググループで御議論いただきたい論点は以下のとおり

- 大学病院等に勤務する医師が他の医療機関へ非常勤医師として派遣されている実態をどう反映するか。（現在の医師偏在指標では、主たる従事先のみを考慮しており従たる従事先は考慮していない）
- 医師偏在指標の受療率の計算には、引き続き全国受療率を用いることについてどのように考えるか。
- 医療需要（受療率）は患者調査より算出するが、直近のコロナ禍に実施した令和2年調査（本年6月公表予定）では、入院・入院外ともに医療需要の減少が予測されるため、平成29年調査を用いることについてどのように考えるか。

3. 在宅医療及び医療・介護連携に関するWGの開催・検討状況

開催状況

- これまで、計3回（6/15時点）開催されている。直近の内容は以下のとおり
本日は、第3回の内容について概要を説明

回数	時期	内容
第1回	R 3.10.13	1. 座長の選出 2. 本ワーキンググループの今後の進め方について
第2回	R 4.3.9	第8次医療計画策定に向けた在宅医療について
第3回	R 4.6.15	在宅医療における急変時対応及び看取り・災害時等の支援体制について

(1) 在宅医療の基盤整備

- 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等、在宅医療提供に係る基盤の整備について
- 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導のほか、リハビリテーション、栄養指導を含む多職種連携、在宅医療・介護の関係機関の連携の推進について
- 情報通信機器等の活用を含む、効率的な在宅医療提供体制の在り方について

(2) 患者の状態に応じた、質の高い在宅医療提供体制の確保

- 複数の診療科の医師間の連携や、急変時対応等入院医療との連携を含めた、住み慣れた地域における、看取りを含む患者の病状に応じた在宅医療提供体制の整備について【③急変時の対応、④看取り】
- 近年増加傾向にある医療的ケア児をはじめとする小児に対する、小児医療や訪問看護等との連携を踏まえた在宅医療の体制整備について

(3) 災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制

- 新興感染症拡大時及び災害時における医療提供体制の確保や事業継続に係る体制構築について【②日常の療養支援】
- 災害時における在宅人工呼吸器・在宅酸素患者の安否確認体制の構築や緊急時の医療機器の確保について【②日常の療養支援】

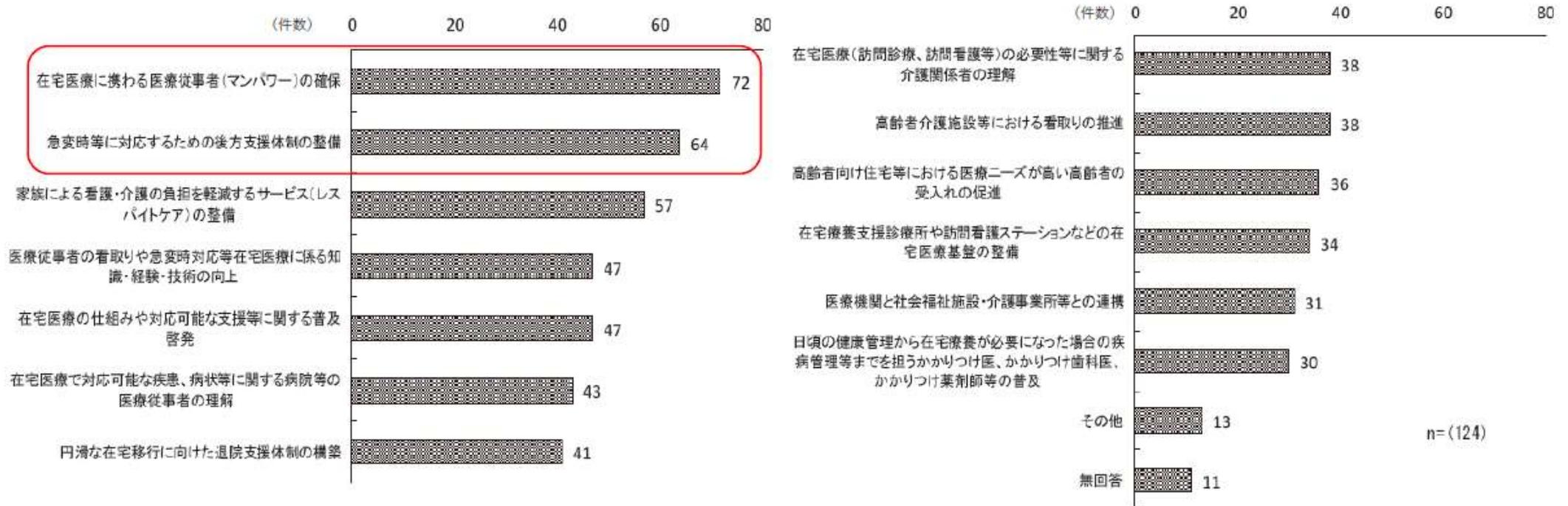
- 新型コロナウイルス感染症の自宅療養患者への医療提供の状況を踏まえた、今後の新興感染症拡大時における在宅医療提供の在り方や整備について(※)

※「第8次医療計画等に関する検討会」での議論を踏まえ、検討を進める予定。

急変時対応の現状・課題、取組について（課題）

第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料(抜粋)

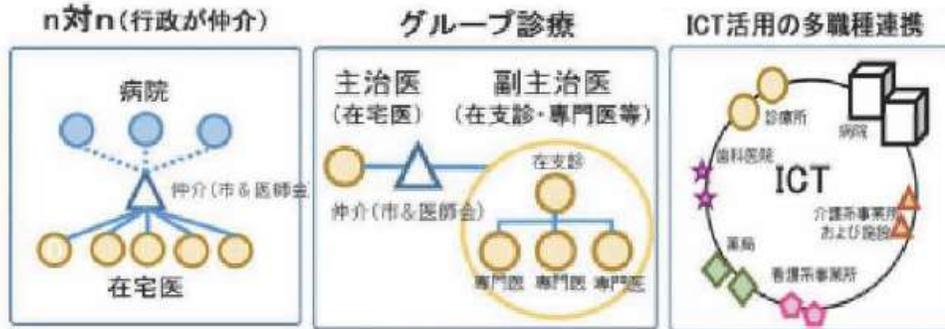
○「在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書」（平成29年度）によると、地域の診療所で在宅医療を維持・推進する上での課題として、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」が最も多く、次いで「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」等が挙げられていた。



急変時対応の現状・課題、取組について (地域で有効に機能している在宅医療連携モデル)

○ 診療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携に基づく水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域がある。

訪問診療を行う医師のグループ形成によるバックアップ (千葉県柏市)



→柏市と医師会が中心となり、地域の多職種も巻き込みつつ、体制を構築。

○垂直連携 (柏市が事務局として実施)

・病診連携：急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

○水平連携 (主に、柏市と柏市医師会にて実施)

・診診連携：かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ

・多職種連携：情報共有システムの利活用

在宅医・多職種向け研修会の開催

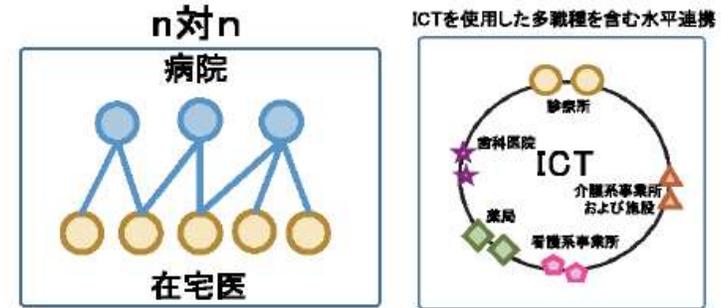
○市民への在宅医療の支援：柏市地域医療連携センター※ (柏市が設置)

・在宅主治医がいない市民の方に対して紹介

・多職種への『在宅医療多職種連携研修会』等の実施

※土地提供は柏市、建物は柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会の寄附により建立。

患者急変時のICTを活用した患者情報連携 (新潟県長岡市)



→医師会が中心となって、長岡市の協力を得て、医師と訪問看護師グループの連携が実現。

○垂直連携 (医師会及び市内10病院で実施)

・救急医療機関との後方支援体制や地域の医療機関とのバックアップ体制を構築。

→長岡地域救急懇談会(事務局：消防署、2か月に1回程度)において、病院関係者・医師会・市役所・警察署・弁護士会・報道機関が参加し、地域の救急体制について議論を実施。

○水平連携 (長岡市・医師会・訪問看護ステーション協会にて実施)

・ICTを利用した、多職種間で患者情報を連携(医師会)

→長岡フェニックスネットワーク協議会(事務局：医師会、年2回程度)で、長岡市、訪問看護ステーション協会、歯科医師会、薬剤師会の各団体が参加し、連携ルールの構築や課題等について協議。

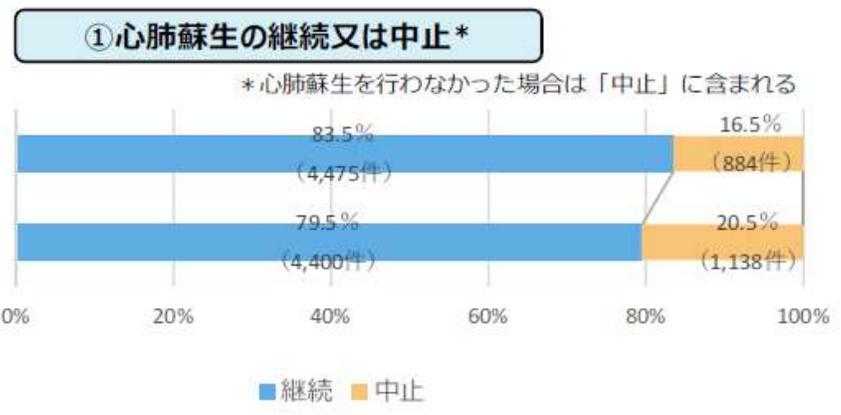
出典：H29年度医政局委託事業 在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

論点

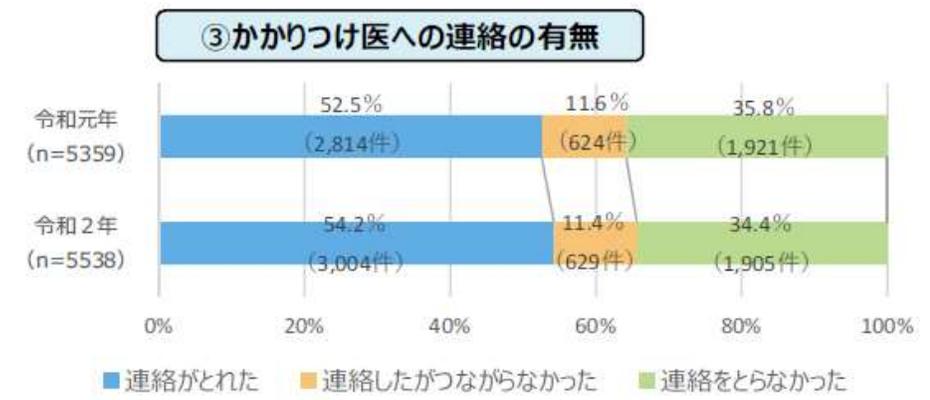
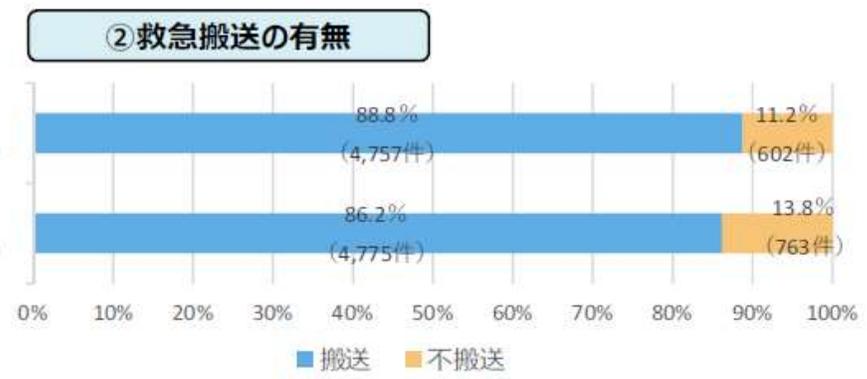
在宅療養患者が住み慣れた地域で最期まで過ごせるよう、ICTを活用した診診連携・病診連携・多職種連携の体制整備や、在宅療養患者における後方支援機能を有する医療機関等への入院ルール作り等を含め、地域全体でどのように考えるか。

看取りの現状・課題、取組について (心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動)

- 消防庁によると、救急隊が出動した後、心肺機能停止状態の傷病者が「心肺蘇生を拒否する意思表示」をしていたことを、医師や家族等から伝えられた事案は、令和元年で5,359件、令和2年で5,538件であった。
- その中で「心肺蘇生の継続」、「搬送」となった割合は相対的に高いものの、「心肺蘇生の中止」、「不搬送」となった件数は、増加傾向にある。



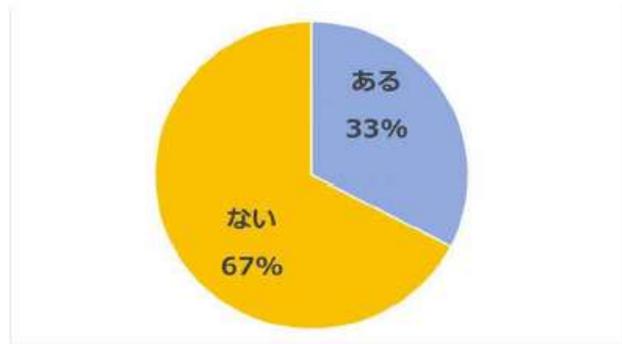
<参考>
全救急出動件数：6,639,767件 (令和元年)
5,935,694件 (令和2年)
出典：「令和3年版 救急・救助の現況 (総務省消防庁)」



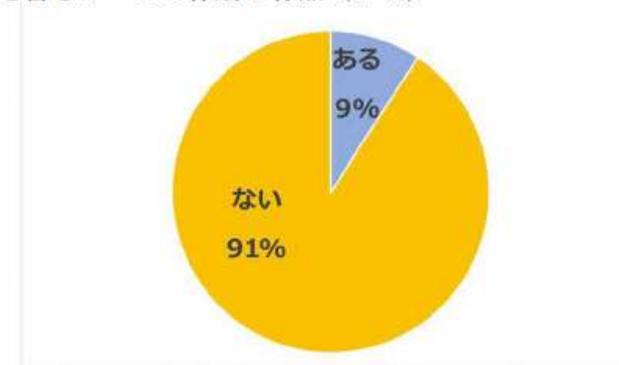
看取りの現状・課題、取組について (課題2 在宅医療を受けている患者の救急搬送への対応状況)

厚生労働省が都道府県に対し、市町村の在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制を調査した結果は以下のとおりであった。

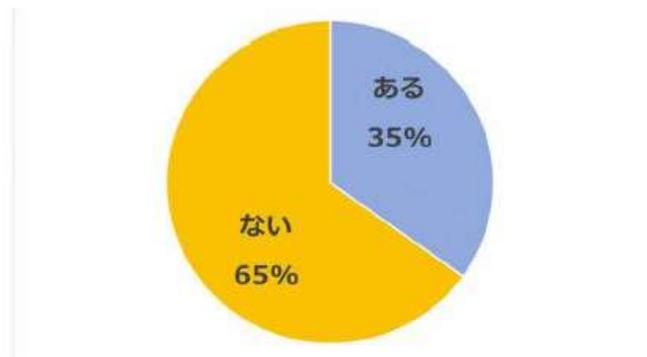
①在宅療養患者本人の診療・DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成の有無 (n=43)



②在宅療養患者における救急搬送について受入医療機関の指定等を含むルールの作成の有無 (n=43)



③消防機関と都道府県との間で、DNAR等の方針が示されている在宅療養患者の救急搬送の取り決めの有無 (n=43)



【作成している搬送ルール(例)】

- 脳卒中患者は県内を4ブロックにわけてその中で急性期病院に搬送するルールが消防と共有できている。
- 二次医療圏域ごとに、病院の機能分化を進めており、それぞれ関係団体で共有されている。
- 傷病者の状態に応じて受入れ実施基準等に基づいて搬送先医療機関を選定している。

看取りの現状・課題、取組について (救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例②)

東京都 (東京消防庁)

【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」(以下、運用の要件)
 下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

(出典：東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html>)

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致する

【事例の紹介】静岡県静岡市

【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築(在宅看取りのための診療所連携システム)」

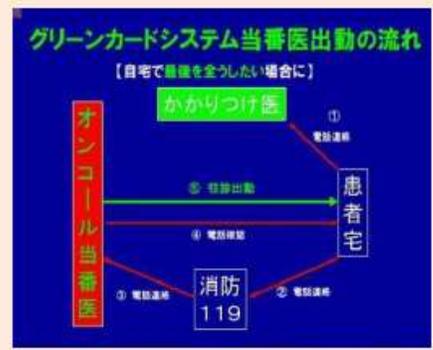
(出典：静岡市静岡医師会ホームページ <https://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/>)

あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医表をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする



看取りの現状・課題、取組について

(在宅療養患者に対する看取り機能強化のために現在取り組んでいる施策)

第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料(抜粋)

現在、厚生労働省では、人生の最終段階における医療・ケア体制整備の支援に係る事業を実施している他、一部の自治体において、地域医療介護総合確保基金を活用している事例もある。

【人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業】

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、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。また、国民への普及啓発も併せて実施している。

研修事業

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)	意思決定する力について (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 (ACP)
講義	ACPの実践を学ぶ 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
ロールプレイ1	
講義 (STEP3)	本人の推定を推定する 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 (グループワークと発表)
(STEP4)	
グループワーク3	

※ 令和2年度以降は、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も作成。

近年の開催実績

- 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：293チーム・1,100名が相談員研修を受講（在宅分野を中心としたプログラムは151施設・186名）。普及啓発動画作成。
- 令和3年度：215チーム・807名が相談員研修を受講（在宅分野を中心としたプログラムは394施設・431名）。普及啓発動画作成。

【地域医療介護総合確保基金の活用】

令和元年度

徳島県 ICT地域医療・介護連携推進事業

平成30年度までに構築したICTを用いた在宅医療システムの運用を行い、在宅医療を提供する医師を中心とした多職種が当該システムを円滑に利用できる体制を継続する。

症例検討をベースにした情報共有体制を構築し多職種間でシステム活用された症例について共有し、在宅における重症症例や看取り症例の受入体制を構築する。

令和2年度

兵庫県 在宅医療地域ネットワーク整備事業

①地域における在宅医療体制の充実を図るため、医師及び多職種間の連携を円滑に進めるICTシステムの導入を支援する。

②主治医不在時でも当番医による看取りを可能とするため、死亡診断書の即時発行や患者情報 (ACP情報等) を共有し、在宅看取りネットワークシステムの導入を支援する。

※令和元・2年度都道府県計画の「居宅等の医療の提供に関する事業」からの抜粋。
※事業の内容は、事業内容の一部を記載。

看取りの現状・課題、取組について（論点）

第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料(抜粋)

論点

- 望まれない救急搬送事例が報告される中、在宅療養患者に対して引き続きACPの普及を進めるとともに、在宅医療機関及び救急医療機関・消防機関との情報共有や連携の強化（救急搬送時のルール¹の策定等）を地域全体としてどのように考えるか。

在宅療養患者における災害時の支援体制について

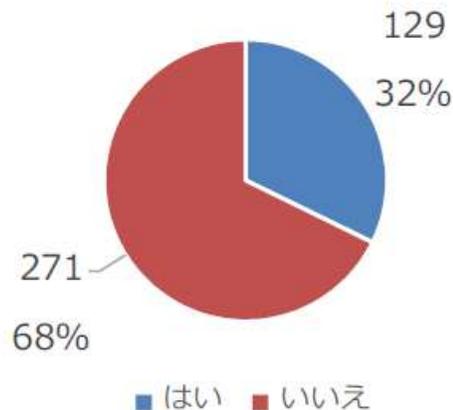
第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料(抜粋)

医療機関におけるBCP策定として求めていること

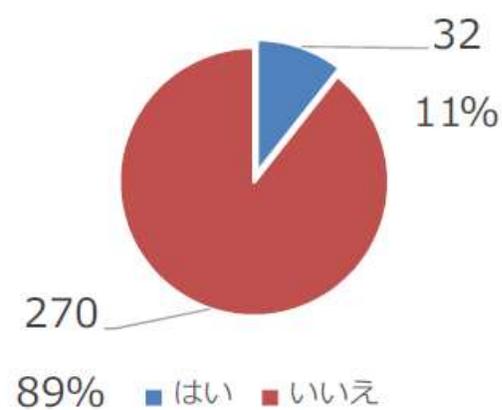
- 「在宅医療の体制構築に係る指針」（平成29年3月31日 医政地発0331第3号）において、在宅医療に係る機関は「災害時にも適切な医療を提供するための計画」の策定が求められている。また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関は当該計画に加え、さらに他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことが求められている。
- 「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日 医政発0321第2号）において全医療機関及び都道府県に対して以下のように依頼。
「医療機関は自ら被災することを想定して**災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。**
また、**人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。**なお、**都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。**」

令和2年1月以前（新型コロナウイルス感染症拡大以前）の事業継続計画（BCP）策定状況について、在宅療養支援病院等に対し、調査を実施した結果は以下のとおりであった。

在宅療養支援病院（N=400）



在宅療養支援診療所（N=302）



在宅療養患者における災害時の支援体制について

(在宅医療機関での業務継続計画(BCP)の策定)

第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料(抜粋)

- ◆ 在宅医療機関が被災した場合、発災後の在宅療養患者の安否確認を含め、人工呼吸器等の医療機器を使用している患者等をかかえる医療機関も多く、緊急性も高く、事業の継続が必要となり、BCPの策定は重要である。
- ◆ しかし、診療所を始め在宅医療・介護を担う事業所は小規模体が多いため、BCPの策定率も低く、策定したBCPの運用(BCM: Business Continuity Management)面での課題も多い。
- ◆ そのため、厚生労働省では、「在宅医療の事業継続計画策定に係る研究」(令和3年度厚生労働科学特別研究事業)において、「BCP作成の手引き(案)」を策定した。

BCP/BCMのステップ

ステップ1: プログラムの導入と組織構築

→基本方針と目的の明確化、組織づくり

ステップ2: リスクアセスメント

→遭遇する可能性のある“リスク”が起きる頻度と、それによる影響を明確にした上で、これらに対する備えを検討する

ステップ3: 緊急・初期対応(インシデントマネジメント)

→いわゆる災害時対応マニュアル(事象ごとに作成:地震、水害、感染症等)

ステップ4: 業務影響分析(BIA)

→日々の業務の棚卸、その中から重要業務の抽出、経営資源・収入へ影響、ボトルネックの分析

ステップ5: 業務継続のための戦略(BCS)

ステップ6: 業務継続計画(BCP)の開発と構築

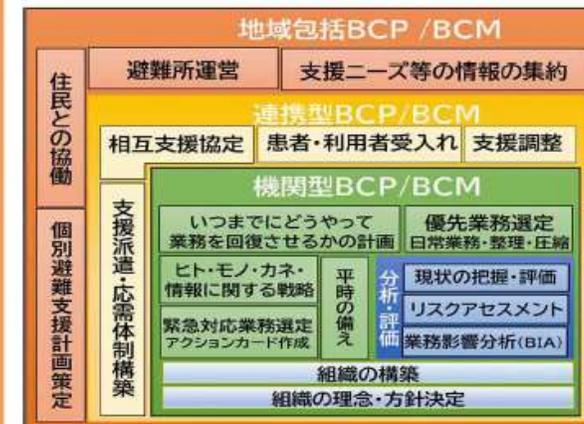
→業務継続のための戦略(方針)、戦法(作戦)、戦術(具体的な方法)を検討、BCPの開発

ステップ7: 連携型BCPの作成/地域包括BCPの策定

→有事の際の支援派遣、支援応需の相互支援協定を含む、主に同種事業所間の連携によるBCPを備える。さらには、地域全体の医療・ケア提供の継続と早期復旧を目指す地域包括BCP策定

ステップ8: 業務継続マネジメントBCM(演習・評価・維持プログラム含む)

→BCPが緊急時に有効に機能するためには、スタッフへの教育・演習を実施するなどの平常時のマネジメントが重要。そして常に“備え”のある状態を維持するために、“演習・評価・維持”するプログラムの構築が必要であり、これら一連の管理プロセスであるBCM(事業継続マネジメント)を確立



在宅療養患者における災害時の支援体制について（論点）

第3回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
資料(抜粋)

論点

- 在宅医療機関でのBCP策定率が低いことや、「在宅医療の体制構築に係る指針」上で在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を踏まえ、まずは在宅医療において積極的役割を担う医療機関が自らBCP策定を進めてはどうか。
- また、当該医療機関が周囲の在宅医療を担う医療機関や事業所との連携及び相互の医療機能を補完する視点を含めたBCP策定を進めることについてどう考えるか。

4. 救急・災害医療提供体制等に関するWGの開催・検討状況

開催状況

- これまで、計5回開催されている。直近の内容は以下のとおり
本日は、第4回の内容について概要を説明

回数	時期	内容
第1回	R 3.10.13	1. 座長の選出 2. 本ワーキンググループの今後の進め方等について
第2回	R 4.2.9	1. 令和3年救命救急センターの充実段階評価について 2. 日本DMAT活動要領の改正（報告）
第3回	R 4.4.14	1. 令和3年救命救急センター充実段階評価の除外項目の追加について
第4回	R 4.4.28	1. 第8次医療計画策定に向けた救急医療について①
第5回	R 4.6.15	1. 第8次医療計画策定に向けた救急医療について

第8次医療計画策定に向けた救急医療について

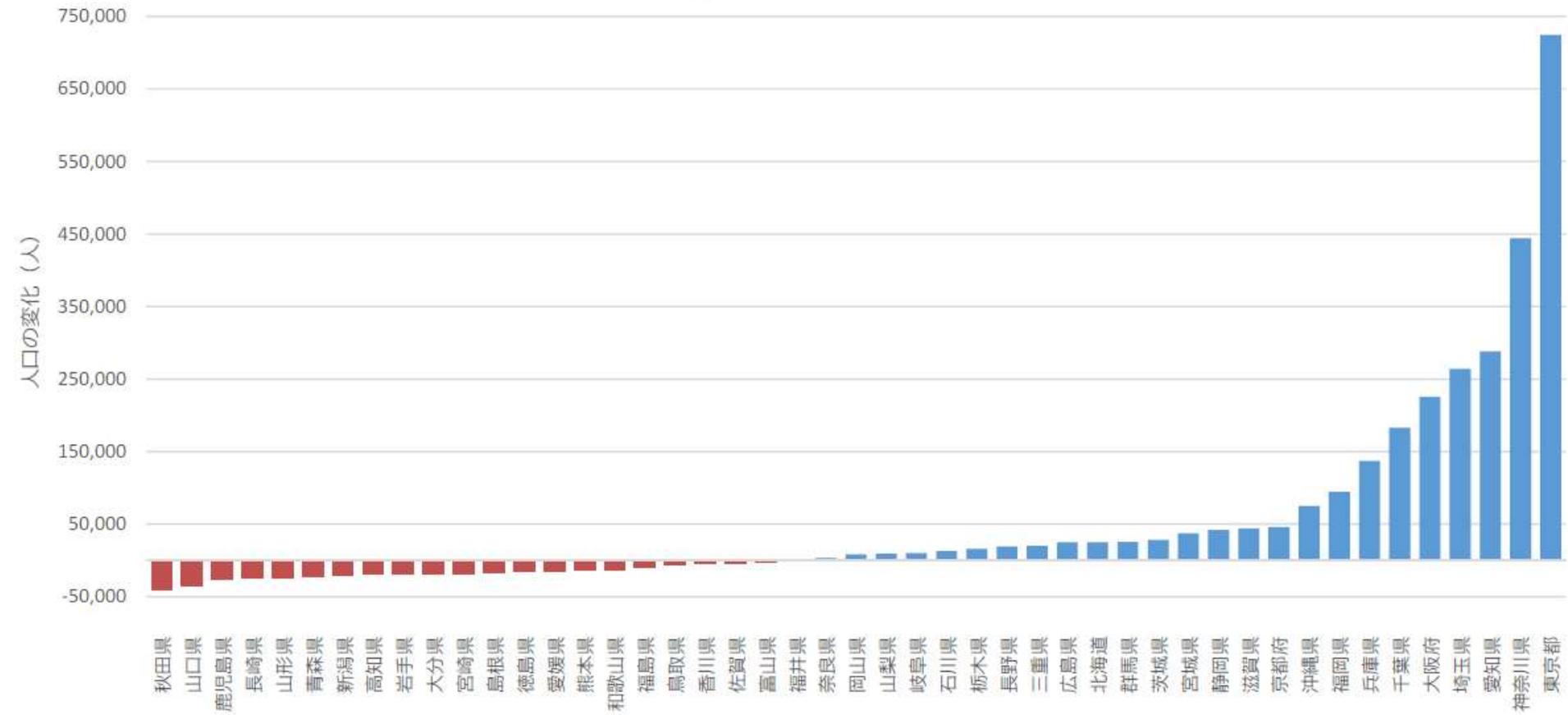
目次

1. 2040年頃を見据えた課題
 - (1) 人口動態の推計等 P.2～8
 - (2) 疾患別入院患者数等の推計 P.9～15
2. 病院前救護活動の現状 P.16～22
3. 救急医療機関の役割 P.23～49
4. 新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療 P.50～65

高齢者数の増加の地域差

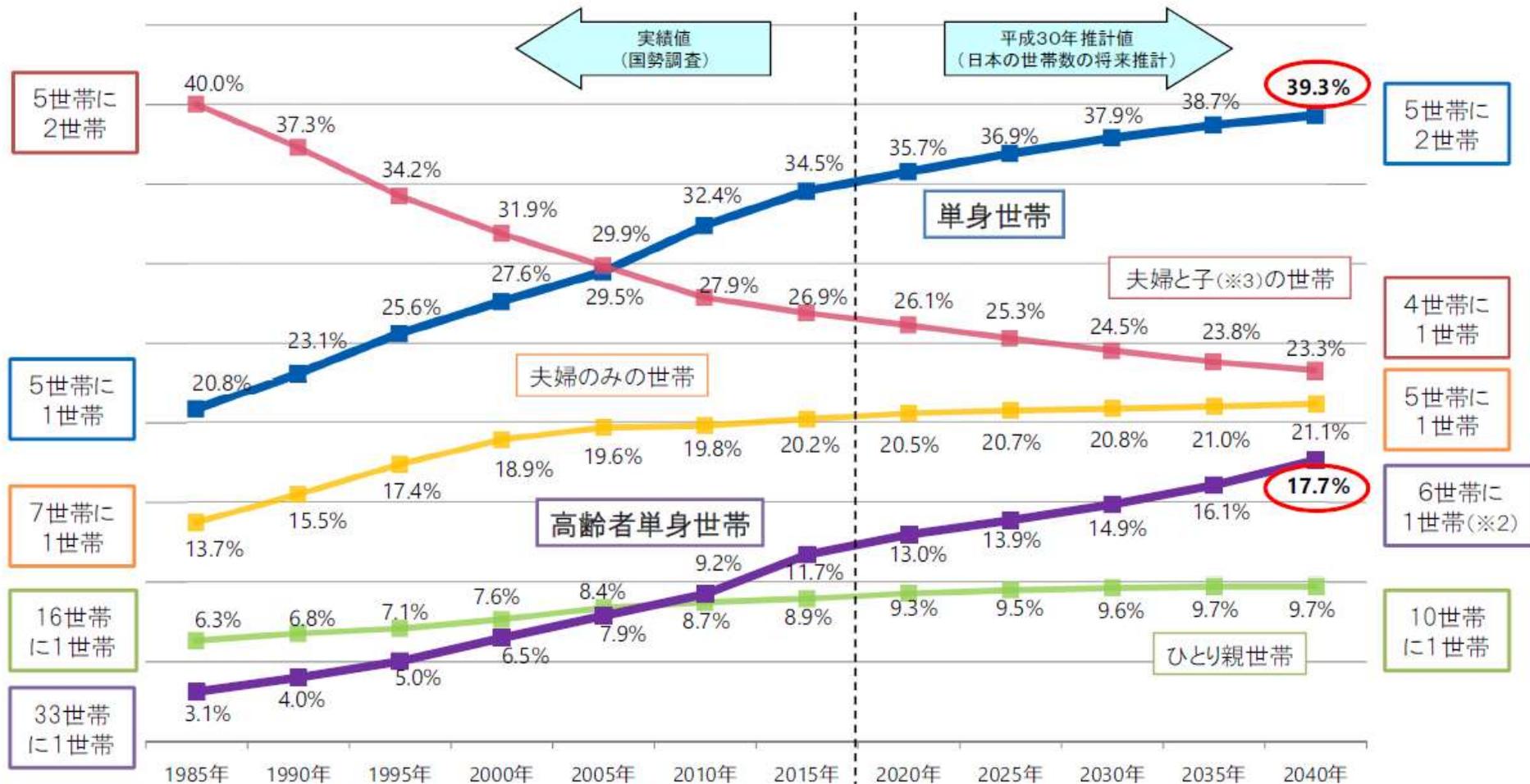
- 高齢者数の増加には、地域差があり、都道府県単位で見ると、首都圏をはじめとする都市部を中心に増加する。
- 他方、2025年から2040年にかけて、高齢者数が減少する都道府県が発生する。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



単身世帯・高齢者単身世帯の増加

○ 単身世帯、高齢者単身世帯(※1)、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。



(出典) 総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2018年推計)」

(※1) 世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

(※2) 全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、32.6%(2015年)から40.0%(2040年)へと上昇。

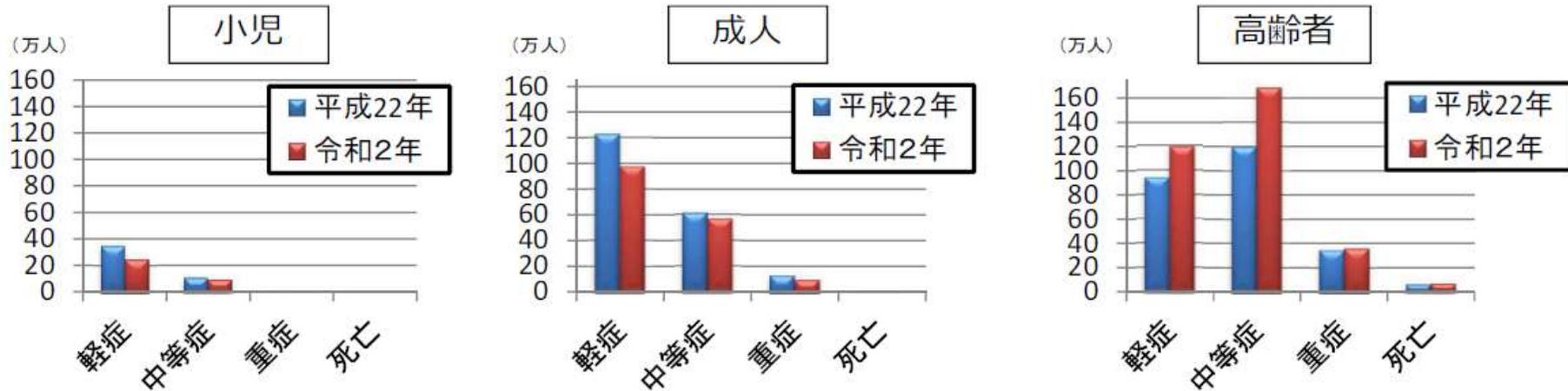
(※3) 子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

2040年頃を見据えた課題（まとめ）

- 現役世代（生産年齢人口）の減少と高齢者の増加が続き、2042年、高齢者数がピークを迎える。
- 高齢者数の増加には地域差があり、都市部を中心に増加するが、減少する都道府県もある。
- 単身世帯、高齢者単身世帯の増加が見込まれる。
- 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、在宅・介護施設の要介護高齢者の増加が見込まれる。
- 65歳以上の退院患者のうち、介護施設等や、他の医療施設へ退院する患者の増加が見込まれる。
- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死亡の場所については、病院・診療所の割合が大きいですが、近年は自宅や介護施設等も増加傾向にある。
- 高齢者数の増加に伴い、脳梗塞・肺炎・心不全・骨折などによる入院が増加することが見込まれる。認知症有病者も増加することが見込まれる。

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

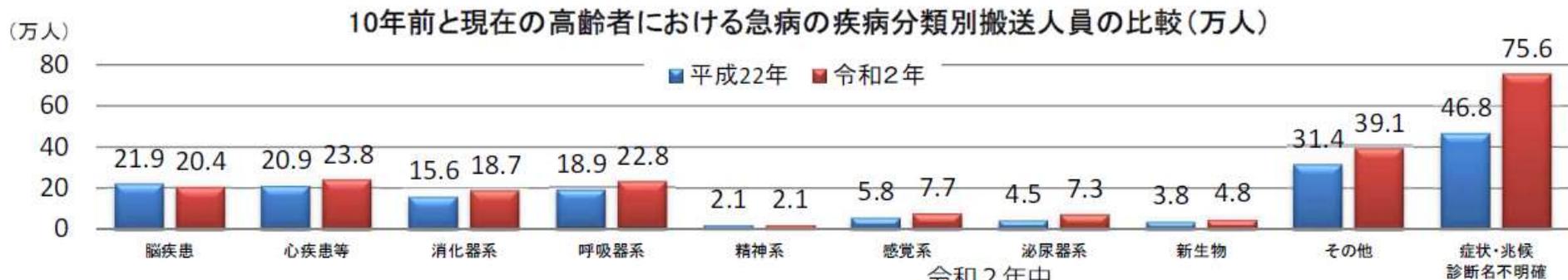
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

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

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

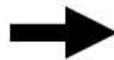
10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



令和2年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

救急医療の現状（まとめ）

- 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、**年々増加傾向**である。
- 高齢者の搬送割合の中でも、**特に75歳から84歳、85歳以上**の割合が増加傾向にある。
- 「交通事故」は減少し、「**急病**」と「**一般負傷**」の搬送割合が徐々に増加している。
- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者**の救急搬送人員が増加し、中でも**軽症・中等症**が増加している。
- 急病の疾病分類別搬送人員のうち、特に高齢者の「**症状・徴候・診断名不明確**」が増加している。

「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（平成30年7月）

救急医療体制について

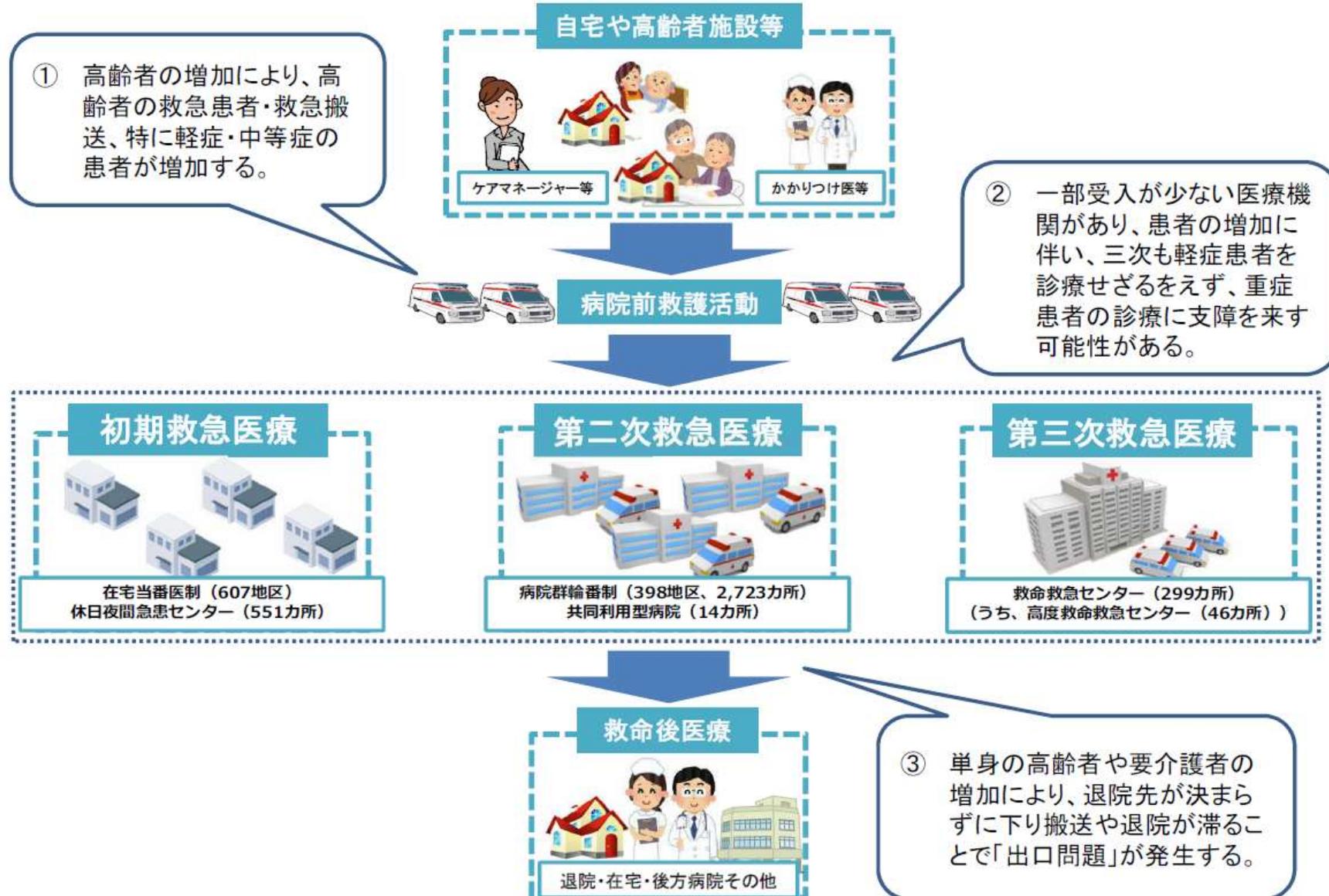
（現状と課題）

- 「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知）により、これまで初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。
- 高齢化等社会経済構造の変化に対応できるよう、これまでも救急医療体制の在り方については議論がされてきたが、こうした変化に十分対応できる仕組みへの変更がなされるには至っていない。
- さらなる高齢化の進展、継続して増加する救急搬送件数、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、これ以上の時間的猶予はなく、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。

（主な意見）

- 現在の初期、二次、三次救急医療体制の概念は、地域における多様性を前提とすれば、敢えて変える必要はないのではないか。
- 地域の救急医療体制に係る指標として、傷病者受入れ要請に対し、断らずに受け入れる体制、地域内の医療機関で受け入れた割合、救急車受入台数、生命予後や機能予後への寄与等を含めた総合的評価があるのではないか。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、傷病者の緊急度、重症度、生命予後や機能予後への寄与等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないか。
- 消防機関等の把握しているデータと医療機関が把握しているデータを連結し評価等に活用することは、救急医療の質の向上につながるのではないか。
- 高齢者救急の増加に応じ、搬送力の増強だけでなく、患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を取り入れる必要があるのではないか。

救急医療の現状と課題（イメージ）



1. 超高齢化・人口減少が地域ごとに進み、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、地域の実情に応じた第三次・第二次救急医療機関の果たすべき役割についてどのように考えるか。例えば、
 - 重症者を含めて幅広く救急患者を受け入れる
 - 脳卒中・心筋梗塞等といった専門性の高い疾患の救急患者を特に受け入れる
 - かかりつけ医等と連携して在宅や介護施設の高齢者を中心に受け入れるなど、地域の需要に応じて、役割分担・連携を図っていくことについてどのように考えるか。
2. 「地域包括ケアシステムやACPIに関する議論の場」への消防機関の参加率と、「心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針策定の場」への介護関係者や在宅医療関係者の参加率を高めるため、関係者から参加を呼びかける等の取組が必要ではないか。また、心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針の策定を普及させるためには、どのような方策が有効であるか。

新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療の主な課題と対応

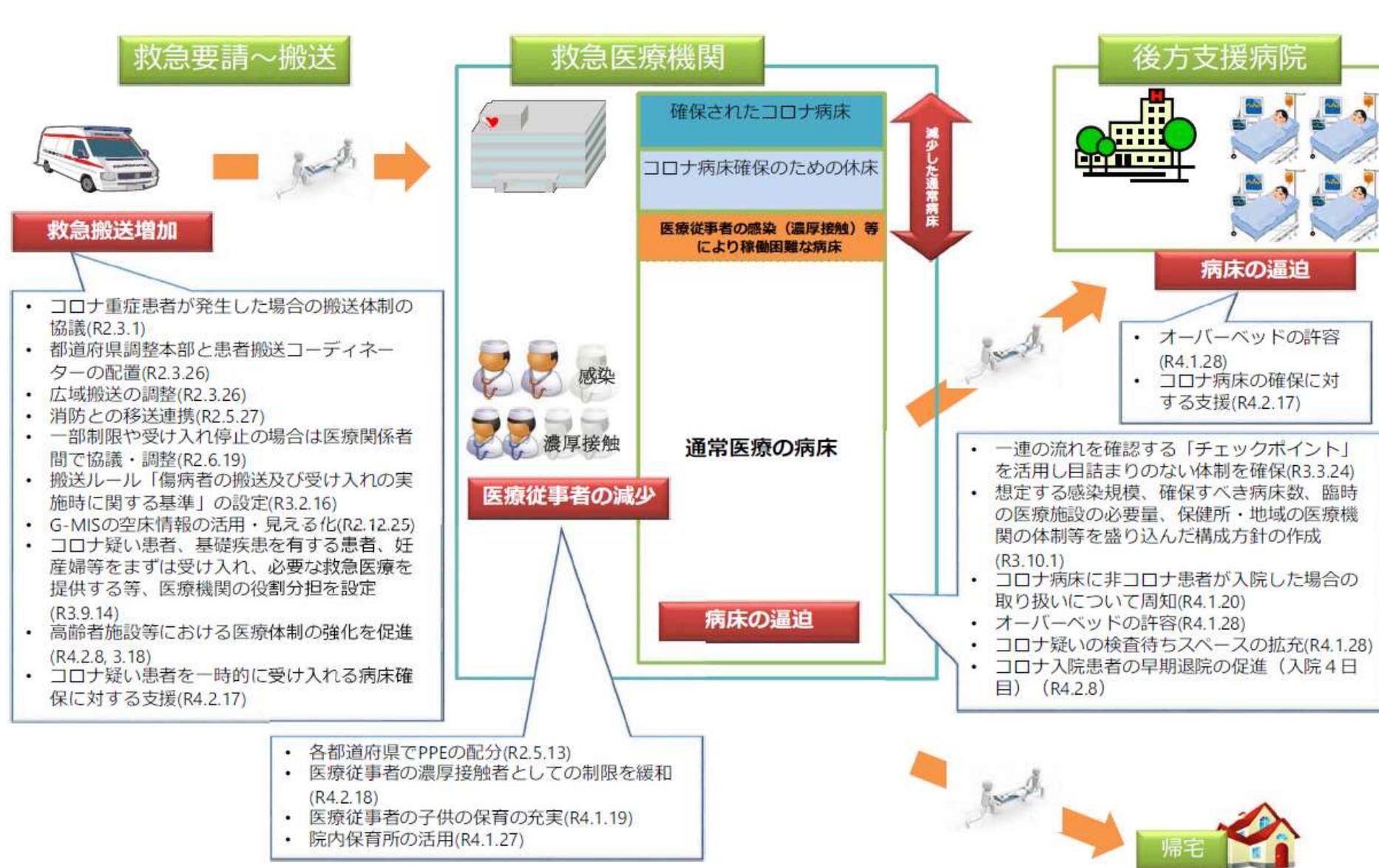
第5波（重症者対応）

- 重症者対応可能な人材の不足
 - 重症者対応が可能な医療従事者の派遣、電話相談、搬送調整を行う（重症者利用搬送調整等支援事業）
 - 重症者対応が可能な人材の育成を行う（新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業）
 - 遠隔によるサポートで人材不足を補う（遠隔ICU体制整備促進事業）

第6波（救急搬送の受入）

- 救急搬送の増加
 - 救急搬送された患者を一時的に受け入れる病床確保に対する財政支援
 - 医師・看護師を派遣する体制の構築、基本的な感染防止策の徹底、オンライン面会の推奨等、高齢者施設での医療体制の強化
- 医療従事者の減少
 - 医療従事者の濃厚接触者としての制限を緩和、医療従事者の子どもの保育の充実
- 急性期病床の逼迫
 - 一連の流れを確認する「チェックポイント」を活用し目詰まりのない体制を確保
- 後方支援病院の病床の逼迫
 - オーバーベッドの許容、コロナ病床確保のための財政支援

新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療体制の強化に係る取組（全体像）



1. 重症者に対応できる救急医療体制をどのように構築していくべきか。感染症まん延時等の有事に、迅速かつ柔軟に切替え可能な体制の構築のため、重症者に対応できる医師・看護師等の医療人材の育成についてどう考えるか。
2. オミクロン株の流行時は高齢者を中心に救急搬送困難事案が急増したが、今後の超高齢化を見据えれば、今回の対応を踏まえて、在宅医療や高齢者施設等における医療体制の強化とともに、単身の高齢者や要介護高齢者の出口問題への対応策を含めて、今後の救急医療の在り方を検討すべきではないか。

説明は以上です。