

第9次静岡県保健医療計画の策定

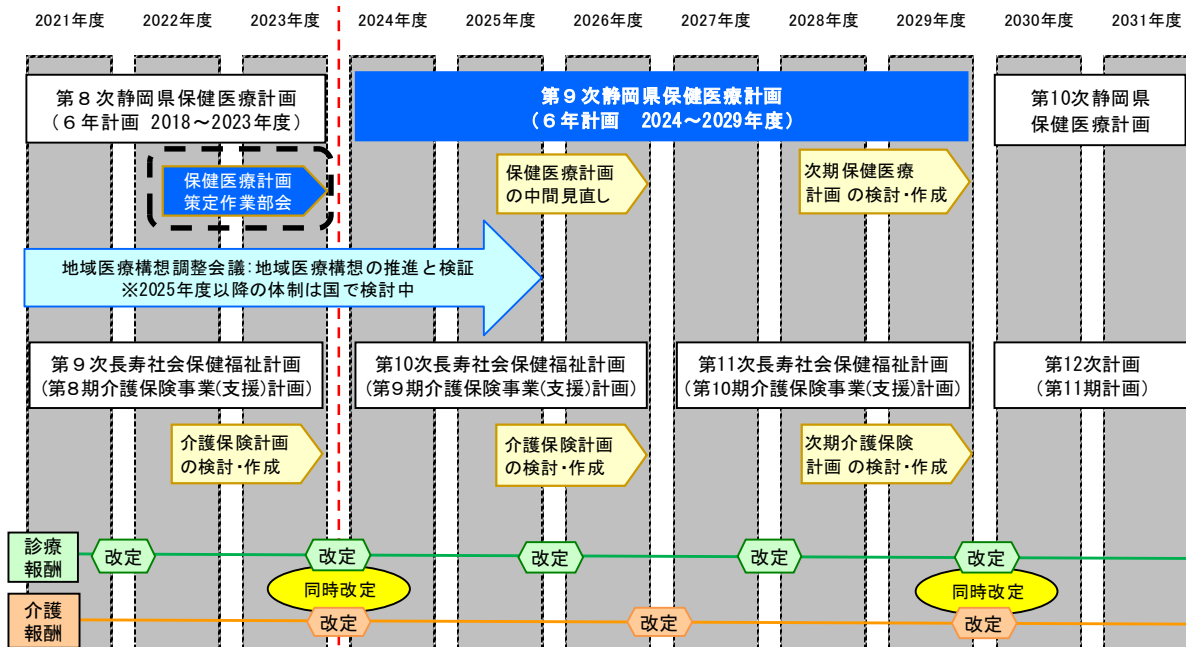
1 要旨

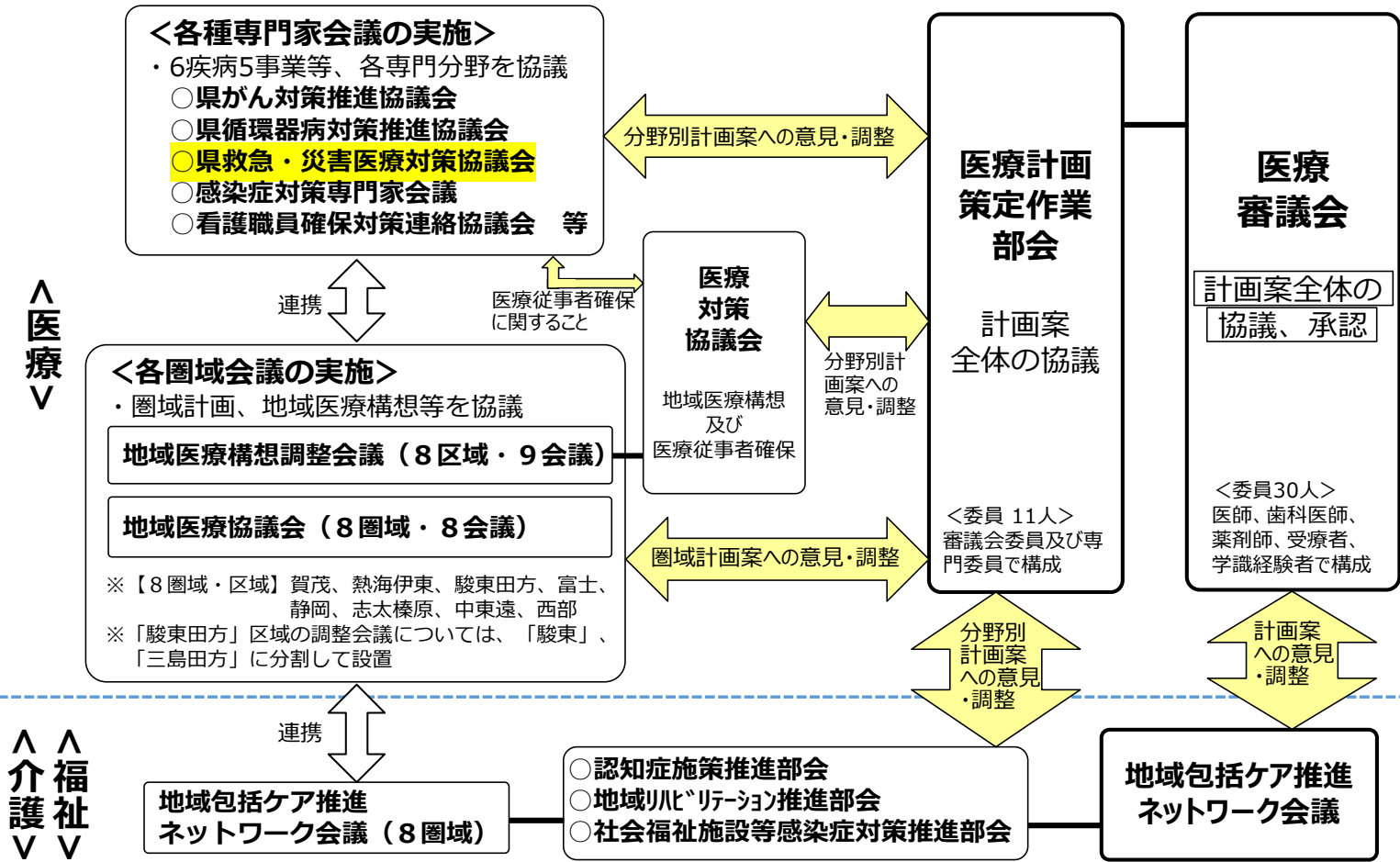
次期計画である第9次静岡県保健医療計画の策定に向けた今後の取組等について、本部会において計画に関する協議を行う。

2 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	病床整備の上限値 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

3 保健医療計画及び長寿社会保健福祉計画（介護保険事業（支援）計画）の計画期間





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											
	12月	1月	2月	3月	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)					第1回【骨子】				第2回【素案】			第3回【最終】
	保健医療計画策定作業部会	第1回 (12/1)				第1回		第2回【骨子】				第3回【素案】				第4回【最終】
	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)		・国指針の確認 ・医療圏の設定 ・計画記載項目等		第1回				第2回			第3回	
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				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			
救急・災害医療対策協議会			第1回				第1回				第2回				第3回	
事務局	本庁関係各課	疾病・事業別の課題整理 対応方策検討	県民意向調査(委託)	在院患者調査	策定指針の提示(厚労省)			2次医療圏・構想区域			計画(素案)作成		計画(最終案)作成	パブコメ	関係団体意見聴取	次期医療計画(最終案)
		疾病・事業別の課題整理 対応方策検討				基準病床数			圏域版(素案)作成			圏域版(最終案)作成				
	各保健所	疾病・事業別の課題整理 対応方策検討				圏域別計画の作成										

医師の時間外労働規制について

一般則

(例外)
・年720時間
・複数月平均80時間
(休日労働含む)
・月100時間未満
(休日労働含む)
年間6か月まで

【時間外労働の上限】

(原則)
1か月45時間
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
→将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A: 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1: 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2: 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。 ※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

第9回検討会資料4を一部改変

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合等

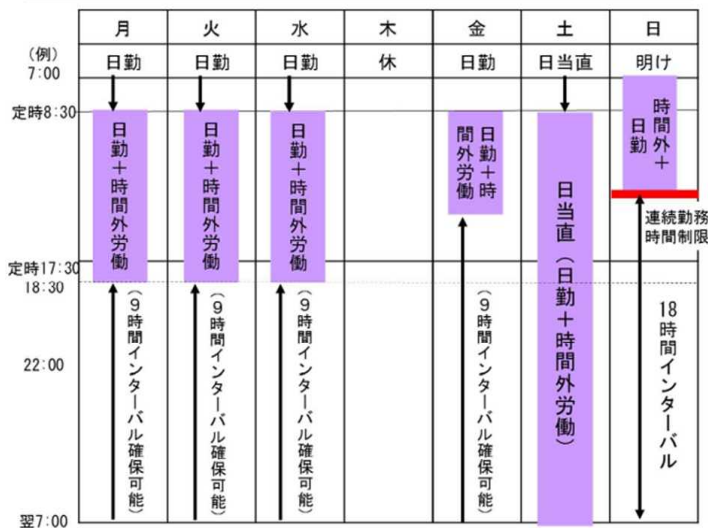
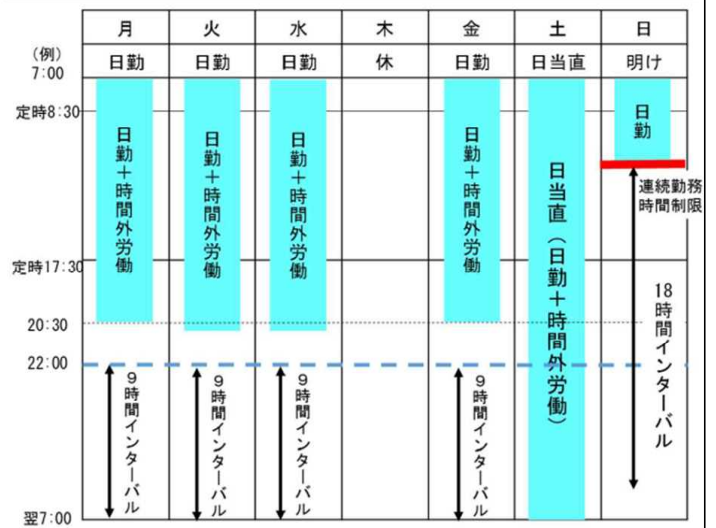
病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



(参考) 法定労働時間※と比較した超過時間数の目安

	0～10時間	10～20時間	20～30時間	30～40時間	40～50時間	50～60時間	60時間～
A: 週の超過分							
B: 月の超過分 (A×4)	0～40	40～80	80～120	120～160	160～200	200～240	240～
C: 年の超過分① (B×12)	0～480	480～960	960～1,440	1,440～1,920	1,920～2,400	2,400～2,880	2,880～
D: 年の超過分② (A×52)	0～520	520～1,040	1,040～1,560	1,560～2,080	2,080～2,600	2,600～3,120	3,120～

※労働基準法第32条に定める週40時間との比較であり、個々の労働者について変形労働時間制等が採用されている可能性は捨象している。
※「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール(通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと)の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。

(A)・(B)の上限水準に極めて近い働き方のイメージ**(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)****(B) 時間外労働年1,800時間程度≒週38時間の働き方(例)**

※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働（早出又は残業）
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め平均14時間弱の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

5

厚生労働省ホームページ

医療機関における宿日直許可～申請の前に～

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

○断続的な宿日直の許可基準（一般的許可基準） ※S22発基17号

・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。

1. 勤務の態様

- ① 常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

2. 宿日直手当

宿直勤務1回についての宿直手当又は日直勤務1回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人1日平均額の1/3以上であること。

3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

断続的な宿日直の許可基準について

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
(通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。 ※R1基発0701第8号で業務の例示を現代化
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

輪番日以外の日なども可能です

※R1基発0701第8号で取扱いを明記

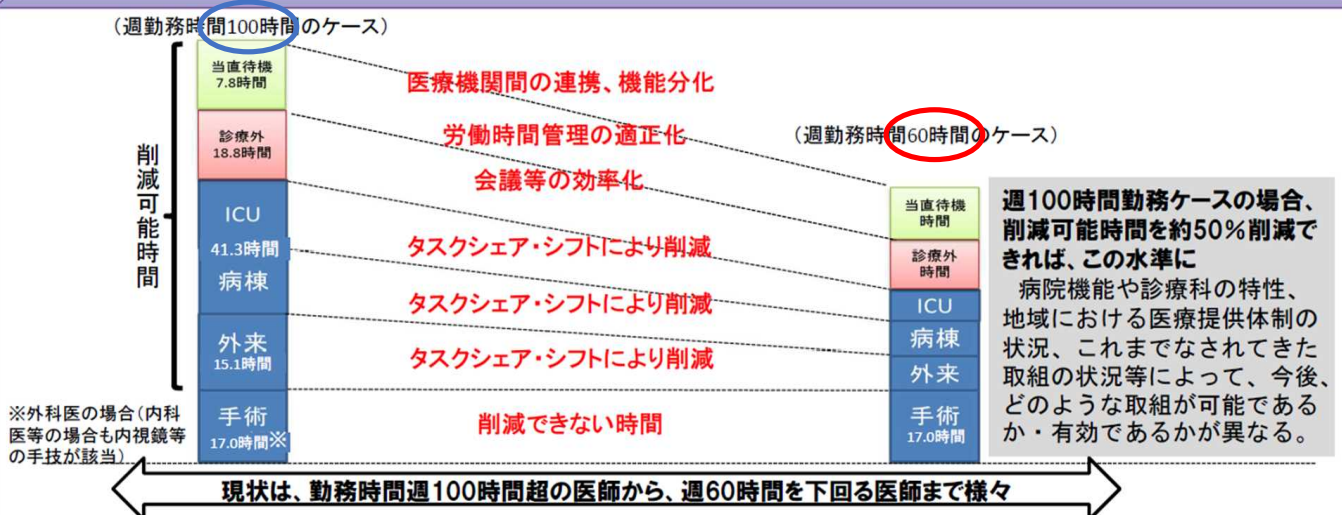
○宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行なった場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

4

医師の労働時間短縮について(イメージ)



時間数イメージ	削減のイメージ(例)	現状、週100時間勤務の場合	現状、週80時間勤務の場合
	病棟・ICU業務の6割を特定行為研修了看護師、クラーク、集中治療医等と分担	週25時間程度削減	週20時間程度削減
	外来業務の6割を地域の診療所へ紹介・総合診療医と分担等	週9時間程度削減	週7時間程度削減
	2次救急の輪番制導入等により、救急当直日を2分の1にすることで待機時間を半減	週4時間程度削減	週3時間程度削減
	非効率な会議を効率化(週2回・2時間の会議の出席者を半減)	週2時間削減	

※表中の削減可能時間は、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する研究」(研究代表者 国立保健医療科学院種田憲一郎)において実施された「病院勤務医の勤務実態調査(タイムスタディ調査)」結果における勤務時間の内訳を元に、「削減のイメージ(例)」に沿って算出したもの。

医師の労働時間短縮等に関する指針

○厚生労働省告示第7号（令和4年1月19日）

短縮目標ラインは、各医療機関が着実に対象となる医師の労働時間を短縮することができるよう、（略）**3年ごとの段階的な目標値を設定**することとし、令和6年4月時点における年間の時間外・休日労働時間数に応じて**別表のとおり**設定する。

別表（第2関係）

	短縮目標ライン
令和9年の時間外・休日労働時間数	$t - (t - 960) / 4$ 時間以下
令和12年の時間外・休日労働時間数	$t - 2 \times (t - 960) / 4$ 時間以下
令和15年の時間外・休日労働時間数	$t - 3 \times (t - 960) / 4$ 時間以下
令和18年の時間外・休日労働時間数	960 時間以下

地域医療確保暫定特例水準の引下げは、短縮目標ラインとは別途見直しの検討を行う。

○明定されていないが、**別途見直しの結果**、各医療機関の短縮目標ライン通りの特例水準引下げが行われた場合 ⑨1,635時間→⑫1,410時間→⑮1,185時間→⑰960時間

1 救急医療機関の役割

国

○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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

1 救急医療機関の役割

○「救急医療」に求められる医療機能の表修正

	救護	初期救急医療	入院救急医療	救命医療	慢性期医療
ポイント	○適切な病院内救護活動の実施	○外来治療を実施	○必要に応じて入院治療	○他の医療機関では対応できない、重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対するの退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対するの慢性期医療の提供
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> 住民等による遠やかな搬送要請、適切な医療機関受診、応急手当やAED等による救命処置の実施 消防機関における救急救命士等の適切な活動の実施、適切な搬送方法の選択と適切な医療機関への搬送 メディカルコントロール協議会によるプロトコルの策定、改定、検証、救急救命士への再教育、救急搬送・受入基準の調整 	<ul style="list-style-type: none"> 【休日夜間急患センター、在宅番医】 ・主として外来における救急医療を実施 ・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携 【薬局】 ・地域における休日・夜間の急病患者の処方箋調剤実施 	<ul style="list-style-type: none"> 【病院群輪審判病院】 ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ 	<ul style="list-style-type: none"> 【救命救急センター】 ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤救急患者の治療を実施 【高度救命救急センター】 ・広範困難例等の高度専門的救急医療に対応 【ドクターヘリ】 ・重症患者の救命率向上や後遺症軽減のため救急専門医を現場に急行させ救命救急処置を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開等のある患者の受入れ ・遅延性意識障害等を有する患者の受入れ ・精神疾患を合併する患者の受入れ ・地域包括ケアシステムの構築に向けた居宅介護サービスの調整
		<p>【救急告示病院、診療所】</p> <p>・病院群輪審判病院以外での救急医療に協力し、救急患者の入院を受入れ</p>			

県対応案

⇒第三次救急医療機関が役割を遂行できるよう、医療機関の入退院支援（救急患者退院コーディネーター事業）を継続する。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

1 救急医療機関の役割

国

○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。

【参考】

R4. 4. 28 第4回救急・災害医療提供体制等に関するWG（厚生労働省）より

先行研究等においては3日以内の再受診患者さんの37%は再受診の予防が
可能という報告もあります。また、帰宅後の症状悪化や病気を抱えて生活
することへの不安から再度救急搬送を要請する患者も少なくないという報
告もございました。そのため、看護師が帰宅する高齢者の患者様に対して
療養指導等を行い、さらに必要な患者さんについては社会的リソースにつ
なぐ体制を構築していくことが今後、生活上、あるいは社会的な問題を解
決し、地域における療養生活の継続を支援し、ひいては度重なる救急搬送
を防ぐことにもつながるのではないかと考えております。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

1 救急医療機関の役割

県
対
応
案

○計画に追加
⇒救急患者退院コーディネーター事業を
継続し、引き続き、医療機関の入退院
調整を支援する。

【参考】現行計画（在宅医療）

○病院において、入退院支援担当者を配置し、外来通院時や入院初期から退院後の生活を見据え
た入退院支援が実施できる体制を強化するほか、受け手側である在宅医療に携わる関係機関と
地域の実情にあったルールづくりを進めることで、入退院調整機能の強化を図ります。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

1 救急医療機関の役割

国

○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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

1 救急医療機関の役割

県対応案

○現計画に記載あり

○医療機関と消防機関の連携体制を強化し、傷病者の症状等に応じた救急搬送及び医療機関への受入れが迅速かつ円滑に行われるように、傷病者の疾患の種別、重症度や緊急度等の分類基準と受入可能な医療機関のリスト、消防機関が搬送先を選定するための基準等を策定し、受入可能な医療機関のリストについては毎年度更新を行っています。

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に、精神疾患、小児、妊婦、透析患者を受け入れることができる医療機関のリストがあり、毎年度MC作業部会で更新しているため、引き続き、同取組を継続していく。

2 高度救命救急センター等の体制整備

国

- 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重症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。

2 高度救命救急センター等の体制整備

県対応案

- 厚生労働省が実施する外傷外科医等研修事業等、国の動向を注視しつつ、計画への記載を検討

【参考】現行計画

- 浜松医科大学を始めとする各機関で医療従事者の育成が行われているほか、各救命救急センターが、救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成します。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門医研修ネットワークプログラム」を始め、各種の人材育成支援事業により、県内での救急医療を担う人材の育成を図ります。
- 高度化、多様化する看護業務に対応するため、認定看護師等の育成に関して、関係機関等における体系的な研修の実施及び参加を促進します。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

3 高次の医療機関からの転院搬送の促進

国

○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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

3 高次の医療機関からの転院搬送の促進

県
対
応
案

○現計画の記載を修正

⇒救急患者退院コーディネーター事業を継続し、引き続き、医療機関の入退院調整を支援する。

【参考】現行計画

○各救命救急センターにおいて、急性期を乗り越えた患者を一般病棟へ円滑に転棟するための体制整備支援を検討します。

3 高次の医療機関からの転院搬送の促進

国

○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。

3 高次の医療機関からの転院搬送の促進

県対応案

○厚生労働省が実施する病院救急車活用モデル事業の動向を注視しつつ、計画への追加を検討

【参考】救急医療対策事業実施要綱（病院救急車活用モデル事業）

この事業は、医療機関間等（在宅療養患者の自宅、高齢者施設を含む）の患者搬送において、医療機関が所有する救急用自動車（以下「病院救急車」という。）を活用し、医療機関に所属する救急救命士の同乗による搬送中の医療の質を担保した上で、患者搬送をモデル的に実施する。

これにより、消防救急車による緊急搬送を要しない患者について、適切な搬送手段の選択及び搬送先病院の選定による救急医療体制の最適化を図るとともに、本事業による地域の救急医療体制に与える効果検証を行い、その検証結果を全国へ横展開することを目的とする。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

4 相談体制等の整備

国

○患者ができるだけ救急医療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促進する。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

4 相談体制等の整備

県対応案

○#8000については、現計画（小児）の記載に、相談時間の延長等を追加

【参考】現行計画

○子どもの病気やけがへの対応について電話で専門科に相談できる小児救急電話相談は、2006年7月に開始し、2007年度には相談時間を毎夜間に、2010年10月からは相談時間を18時～翌朝8時に延長して体制を充実してきました。さらに、2015年3月からは、土曜は13時～翌8時、休日は8時～翌8時に時間を延長するとともに、相談が集中する時間帯（18時～23時）の電話回線の数を増やしています。

○#7119については現計画に記載あり
⇒引き続き導入に向けて検討を進める。

【参考】現行計画

○県民の不安解消や適切な緊急時の受診を進めるため、関係消防機関等と連携して、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業を検討します。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

5 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

国

○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等について検討する。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

5 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

県
対
応
案

○現計画（在宅医療）の記載や、今後国から提示される方針の内容を踏まえ、計画（救急医療）への反映について、関係部署と検討

○「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）⁹」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー等が患者の医療情報や介護サービス情報を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。

⇒患者等を中心とした多職種チーム内で様々な情報を共有するシステムである「シズケア*かけはし」が構築されていることから、システムの運営を行う県医師会と連携し、システムの活用方法等について、関係部署と検討を進める。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

5 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

国

○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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

5 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

県
対
応
案

○現計画（在宅医療）の記載や、今後国から提示される方針の内容を踏まえ、計画（救急医療）への反映について、関係部署と検討

【参考】現行計画（在宅医療）

○人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（人生会議）やリビングウィル¹¹（意思表示書）について、普及啓発を実施します。

医療・介護関係者向け研修会及び県民向けセミナーの開催やエンディングノート作成などに取り組んでいる市町等と連携したACPの普及の推進 等

県保健医療計画の見直し（救急医療）

5 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

国

○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、地域の関係者が協力して検討する。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

5 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

県
対
応
案

○現計画に記載あり

【参考】現行計画

○地域包括ケアシステムの構築のため、救急医療機関、回復期を担う医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関がより密接に連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携した取組を進めます。

⇒地域包括ケア関係者に救急・災害医療対策協議会やMC協議会へ参加していただくことを検討する。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

6 ドクターカー・ドクターヘリ

国

- 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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

6 ドクターカー・ドクターヘリ

県対応案

- ドクターヘリについては計画に追加
 - ⇒「神奈川県、山梨県及び静岡県ドクターヘリの広域連携に係る基本協定」及び「大規模災害時におけるドクターヘリ広域連携に関する基本協定」締結済み。
- ドクターカーについては、現在、厚生労働省において全国の運用形態等を調査・研究中のため、国の動向を注視しつつ、計画への記載を検討する。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

7 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

国

- 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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

7 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

国

- 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。

県保健医療計画の見直し（救急医療）

7 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

国

○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診療を行った上で、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

県保健医療計画の見直し（救急医療）

7 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

県対応案

○今後国から提示される方針の内容を踏まえ、関係部署と調整の上、計画への追加を検討する。

1 DMAT等の位置づけ・明確化

国

- 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な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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

1 DMAT等の位置づけ・明確化

県対応案

- 医療法が改正され、DMAT等を想定した「災害・感染症医療業務従事者」を法律に明記（R6年4月1日施行）
⇒計画において、DMAT等の医療チームの位置づけ等を明確化し、隊員の活動に対する所属医療機関からの理解を得られるよう務めていく。
- DMAT等を中心に、新型コロナウイルス感染症のクラスター発生施設に対し、支援を実施している
⇒計画への記載向け、検討を進めていく。
- 災害派遣精神医療チームの体制整備及び活動については「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」（厚生労働省）に規定。
⇒国の動向を注視し、検討を進める。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

2 多職種連携

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

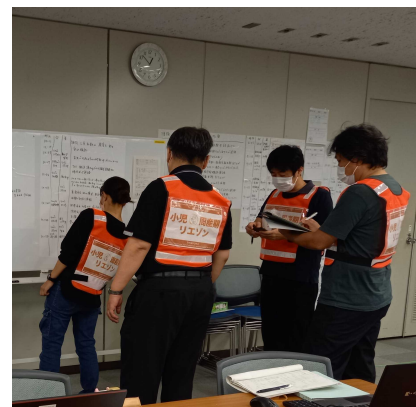
2 多職種連携

県対応案

○総合防災訓練や地震対策オペレーション等の訓練に、DMAT、日赤リエゾン、JMATリエゾン、小児周産期リエゾン等が参加し、各機関との連携を検証している。
引き続き訓練等を通じて連携を図っていく。



日赤無線を活用した医療資機材等の要請訓練（航空自衛隊浜松基地）



小児周産期リエゾンの訓練参加（県庁医療救護本部）

県保健医療計画の見直し（災害医療）

2 多職種連携

国

○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（※）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。

（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

県保健医療計画の見直し（災害医療）

2 多職種連携

県対応案

○災害時には、保健医療福祉調整本部において、保健医療福祉活動の総合調整を行っていく。

【参考】現計画での記載（広域受援）

○平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療調整本部¹⁸を設置し、医療救護施設等の保健医療ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。

⇒保健医療福祉調整本部における総合調整について検討を進める。

⇒JRATや県栄養士会との災害協定の締結など、関係団体との連携体制強化を推進する。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

2 多職種連携

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

2 多職種連携

県対応案

○本県では委嘱していない都道府県災害医療コーディネーターを計画に位置づける。

⇒県災害医療コーディネーターの委嘱を進めていく。
(地域災害医療コーディネーターは委嘱済)

○地域災害医療対策会議において、地域の実情を勘案して委嘱をおこなっている。また災害医療コーディネーターの資質向上、連携強化が必要。

⇒国の研修への推薦や災害医療コーディネーター研修の開催、保健所への参集訓練等を引き続き実施していく。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、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。

【参考】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月国通知）
「地域災害拠点病院」については原則として二次医療圏ごとに1か所、「基幹災害拠点病院」については原則として都道府県ごとに1か所整備することが必要であること。

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

○現計画に記載あり

○より多くの災害時医療拠点を確保するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院の指定を積極的に推進します。

⇒賀茂医療圏においては、訓練等を通じて、災害時の医療救護体制を検討していく。

○整備を進めるための支援については、医療提供体制施設整備交付金（災害拠点精神科病院施設整備事業）を活用している

⇒国の動向を注視し、検討を進める

県
対
応
案

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

県対応案

○医療救護訓練等に関係機関が参加し、連携体制の強化を図っている。

【参考】大規模地震時医療救護訓練（政府訓練）参加団体
DMAT、DPAT、災害時小児周産期リエゾン、透析コーディネーター、
JMAT（県医師会）、JRAT、DWAT、災害薬事コーディネーター、
日赤救護チーム、DHEAT、県看護協会、県栄養士会

【参考】現計画での記載（広域受援）

○災害時における医療の確保を図るため、新たに妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾン¹⁹を養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施や連絡会議の開催により、救護活動をになうDMATやJMAT、生活不活発病の予防を担うJRAT²⁰、精神科医療を提供するDPAT等の医療チーム、DWAT²¹等の福祉チーム、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

⇒多様な主体が参画する体制構築を進めていく。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

県
対
応
案

○災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策を実施や、その機能や地域における役割に応じた医療の提供について、国の動向を注視しつつ、計画への記載を検討する

⇒各病院のBCP策定状況等の実態把握に努める。
⇒BCPを策定及び国の補助金等を活用した耐震等の促進を図るとともに、防災訓練等を活用したEMIS入力訓練等は引き続き実施していく。

（参考）

- ・医療提供体制施設整備交付金
（医療施設等耐震整備事業、非常用自家発電設備及び給水設備整備事業）

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

県対応案

○本県は既に災害拠点病院以外の救護施設について計画に規定

医療救護施設（R4.4.1時点）	指定	受入れ患者
災害拠点病院（23病院）	県	重症患者
救護病院（83病院）	市町	中等症患者
救護所（319箇所）	市町	軽症患者
災害拠点精神科病院（4病院）	県	精神疾患を有する患者

⇒引き続き、役割分担に応じて相互に補完しあう医療救護体制を整備していく。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

3 災害時の拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

県対応案

○救急・災害医療対策協議会、DMAT連絡協議会、地域災害医療対策会議等に関係機関が参画している。

⇒医療救護訓練等において、関係機関の役割の確認や、他機関との連携を強化していく。

4 止水対策を含む浸水対策

国

- 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。

4 止水対策を含む浸水対策

県対応案

- 災害拠点病院及びその他の病院の浸水対策について、計画への記載を検討
- ⇒各病院のBCP策定状況等の実態把握に努める。
- ⇒国の補助金等を活用した浸水対策を促進していく。

参考補助金の紹介

- 医療提供体制施設整備交付金（医療施設浸水対策事業）
医療施設における浸水対策の充実・強化を図り、洪水等の発生時でも必要な医療が受けられる体制の確保を目的として助成。
 - ・止水板等の設置費用・医療用設備の移設費用 等

県保健医療計画の見直し（災害医療）

4 止水対策を含む浸水対策

国

○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。

県保健医療計画の見直し（災害医療）

4 止水対策を含む浸水対策

県対応案

○県防災会議に県医師会や日赤静岡岡県支部等が委員として参画している。また、救急・災害医療対策協議会に医療関連団体や医療機関が委員として参画している。

⇒引き続き、医療活動が機能するために、協議会等に医療関係者の参画を促進していく。

4 止水対策を含む浸水対策

国

○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る。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。

4 止水対策を含む浸水対策

県対応案

○現計画に記載あり

○病院において、被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画（BCP）の整備と、整備された業務継続計画（BCP）に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。

○県は、平常時から、病院における業務継続計画（BCP）の整備を働きかける。

⇒引き続き、国のBCP策定研修事業等の活用を促していく。

また、東京海上日動火災保険株式会社と包括連携協定を活用したBCP策定研修会を開催しており、今後も医療機関のBCP策定を促す。

5 医療コンテナの災害時における活用

国

- 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。

【参考】現行計画
「医療コンテナの普及促進に向けた実用性検証事業」
(厚生労働省 令和5年度予算資料)

1 事業の目的

- 令和3年度に実施した「医療コンテナ調査分析事業」により、災害時における医療コンテナの活用事例の収集等を行った。
- 今後、医療コンテナの全国的に普及させるため、国立病院機構DMAT事務局に医療コンテナを導入し、実災害を想定した訓練での活用や実災害での活用により、実用性を検証する。

2 事業の概要・スキーム

- 対象経費等
DMAT体制整備事業において、医療コンテナ及びコンテナに搭載する医療費機材の経費（40百万円）を計上。
- ※(独)国立病院機構に委託して実施している「DMAT体制整備事業」を指す。

3 実施主体

委託事業（独立行政法人 国立病院機構）



5 医療コンテナの災害時における活用

県対応案

- 国の動向を注視し、医療コンテナの導入等の対応を検討していく。

【参考】

令和4年度大規模地震時医療活動訓練（政府訓練）において、全国に先駆け、医療コンテナを活用した訓練を実施（富士山静岡空港）



1 災害医療コーディネーター位置づけ・役割

○静岡県災害医療コーディネーター設置運営要綱（平成25年9月）

○災害医療コーディネーター活動要領（平成31年2月 厚生労働省）

災害時に、都道府県・保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部や保健所・市町村の保健医療活動調整等の本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県により任命された者である。

区 分	都道府県災害医療コーディネーター	地域災害医療コーディネーター
配 置 (活動場所)	都道府県の保健医療福祉調整本部（ <u>県庁</u> ）に配置	<u>保健所又は市町村</u> における保健医療活動の調整等を担う本部
本県の 委嘱数	<u>0人</u> 本県においては、DMAT調整本部長が同等の役割を果たすことを想定	51名（うち1名は重複） 2次医療圏ごとに設置する地域災害医療対策会議にて人選
業 務 (助言・支援 の内容)	○保健医療調整本部の組織体制の構築 ○被災情報等の収集、分析、対応策の立案 ○保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整 ○患者等の搬送の調整 ○記録の作成及び保存並びに共有	○保健所・市町村の保健医療活動本部の組織体制の構築

静岡県災害医療コーディネーターについて

2 国の指針（第8次医療計画等に関する検討会 意見のとりまとめ）

（多職種連携）

- 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

3 対応方針（県の委嘱）

○静岡県災害医療コーディネーター設置運営要綱を改正し、「都道府県災害医療コーディネーター」を新たに委嘱する

○静岡DMAT運用計画で、登庁が規定されている方に委嘱する

所属病院名	氏 名	(参考) 登庁順位
静岡県立総合病院	大場 範行	第1位
静岡赤十字病院	中田 託郎	第2位
静岡県立総合病院	登坂 直規	第3位