

医政地発0331第14号
令和5年3月31日
最終改正 医政地発0629第3号
令和5年6月29日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の4の規定に基づき、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疾病並びに救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の6事業（以下あわせて「5疾病・6事業」という。）並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に5疾病・6事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められています。

医療機能の明確化から連携体制の推進に至るこのような過程を、以下、医療体制の構築ということとします。

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めましたので、新たな医療計画作成のための参考としていただきますようお願いします。

なお、本通知は法第30条の8に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）は廃止します。

記

1 法的根拠

法第30条の4第4項の規定に基づき、都道府県は、5疾病・6事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項等を医療計画に定めることとされている。

また、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、法第30条の3第1項に基づき厚生労働大臣が定める医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）第

四の二及び三に示すとおり、地域の医療提供施設の医療機能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

一方、基本方針第二の二に示すとおり、国は5疾病・6事業及び在宅医療について調査及び研究を行い、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに求められる医療機能を明らかにすることとされており、本通知は、国として当該医療機能を明らかにすること等により、都道府県の医療体制構築を支援するものである。

なお、医療機能に関する情報の提供については、法第6条の3に基づく医療機能情報提供制度が別途実施されている。

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、当該制度により都道府県に報告された医療機能情報を活用できること、特に、患者や住民に情報を提供するためだけでなく、地域の医療関係者が互いに情報を共有することで信頼を醸成し、円滑な連携を推進するためにも活用すべきであることに留意されたい。

2 策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①5疾病・6事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県が取るべき手順を示したものである。

都道府県においては、地域において良質かつ適切な医療を切れ目なく効率的に提供するため、本指針を参考にしつつ、医療計画の策定に当たられたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

- ① 5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源など地域の実情に応じて構築するものであること。
- ② したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。
- ③ 5疾病・6事業ごと及び在宅医療の医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むべきものであること。
- ④ 医療計画の実効性を高めるよう、5疾病・6事業及び在宅医療ごとにPDCAサイクルを効果的に機能させ、政策循環の仕組みを強化するため、それぞれの指標を活用すること。
- ⑤ 本指針は国における現時点での知見に基づくものであり、今後も検討、調査及び研究を続けて適宜提示するものであること。

3 本指針の位置付け及び構成

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制を含めた、医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

「医療計画作成指針」と「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」との関係は別表のとおりであり、各都道府県におかれては、新たな医療計画の作成に当たり、「医療計画作成指針」を参考に計画全体の構成、作成の手順等を検討した上で、本指針により5疾病・6事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を図られたい。

(別表)

【法第 30 条の 8】

厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

基本方針

- 医療提供体制確保の
 - ・基本的事項
 - ・調査及び研究
 - ・目標
- 医療連携体制
- 医療機能情報の提供
- 医療従事者の確保
- 計画作成と事業評価
- その他重要事項

医療計画作成指針

- 計画作成の趣旨
- 一般的留意事項
- 計画の内容
- 計画作成の手順等
- 計画の推進等
- 計画に係る報告等

本指針

- 医療体制構築の
 - ・趣旨
 - ・内容
 - ・手順
 - ・連携の推進等
 - ・評価等
- 疾病・事業別の体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・新興感染症発生・まん延時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療（小児救急を含む。）
 - ・在宅医療

【法第 30 条の 4 第 1 項】

都道府県は基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて医療計画を定める。

医療計画

- 基本的な考え方
- 地域の現状
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・がん
 - ・脳卒中
 - ・心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・新興感染症発生・まん延時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療（小児救急を含む。）
 - ・在宅医療
 - ・その他特に必要と認める医療
- 地域医療構想
- 地域医療構想を達成する施策
- 病床機能の情報提供の推進
- 外来医療に係る医療提供体制の確保
- 医師の確保
- 医療従事者（医師を除く。）の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他医療提供体制の確保に必要な事項

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

- 第1 趣旨
- 第2 内容
- 第3 手順
- 第4 連携の推進等
- 第5 評価等

がんの医療体制構築に係る指針 (P10)

- 第1 がんの現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P19)

- 第1 脳卒中の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P30)

- 第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P41)

- 第1 糖尿病の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P53)

- 第1 精神疾患の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

救急医療の体制構築に係る指針 (P76)

- 第1 救急医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

災害時における医療体制の構築に係る指針 (P94)

- 第1 災害医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

新興感染症発生・まん延時における医療体制の構築に係る指針 (P108)

- 第1 新興感染症発生・まん延時における医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

へき地の医療体制構築に係る指針 (P121)

- 第1 へき地の医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

周産期医療の体制構築に係る指針 (P131)

- 第1 周産期医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

小児医療の体制構築に係る指針 (P154)

- 第1 小児医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

在宅医療の体制構築に係る指針 (P167)

- 第1 在宅医療の現状
- 第2 医療体制の構築に必要な事項
- 第3 構築の具体的な手順

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

第1 趣旨

人口の減少及び高齢化が進む中、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（以下「5疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。

また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の6事業（以下「6事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

さらに、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制を整備し、地域包括ケアシステムを構築することが求められている。

疾病構造の変化や地域医療の確保等の課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を構築することが求められる。

具体的には、各都道府県において、5疾病・6事業及び在宅医療について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。

加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。

以下、第2「内容」、第3「手順」、第4「連携の推進等」及び第5「評価等」において、医療体制の構築に当たって5疾病・6事業及び在宅医療に共通する事項を示すとともに、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれの指針において、それぞれに特有の事項を示すので参考とされたい。

第2 内容

5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれについて、まず「1 医療体制の政策循環」を実現するため、「2 指標」を活用し、「3 必要となる医療機能」を明らかにした上で、「4 各医療機能を担う医療機関等の名称」及び「5 課題、数値目標及び施策の方向性」を記載する。

1 医療体制の政策循環

5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）などを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組み（PDCAサイクル等）を、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。施策の検討に当たっては、成果（アウトカム）と施策の結果（アウトプット）の関連性を明確にし、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討すること。また、当該ロジックモデル等のツールを活用した評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映す

ることによりPDCAサイクル等の実効性を確保すること。

(用語の定義)

- ・ 成果 (アウトカム)
施策や事業が対象にもたらした変化
- ・ 結果 (アウトプット)
施策や事業を実施したことにより生じる結果
- ・ 影響 (インパクト)
施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度
- ・ ロジックモデル
施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの (別添)

2 指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、ロジックモデル等のツールも活用し、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること¹。

(用語の定義)

- ・ アウトカム指標
住民の健康状態や患者の状態を測る指標
- ・ プロセス指標
実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
- ・ ストラクチャー指標
医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

3 必要となる医療機能

例えば、脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期・生活期に至るまでの病期ごとの医療機能を明らかにするなど、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれについて明らかにすること。

4 各医療機能を担う医療機関等の名称

前記3の各医療機能を担う医療機関等については、後記第3の2に示すとおり、地域の医療提供者等が参加する作業部会等において検討し、検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載すること。なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うことも想定される。

また、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合には、別途当該医療機関等の名称を表示したホームページのURLを医療計画上に記載する等の方法をとることも差し支えない。

¹ 厚生労働科学研究「地域医療構想策定及び医療計画PDCAサイクルの推進に資する都道府県の人材育成等手法に関する研究」(研究代表者 熊川寿郎)(平成26年度)を参考に記載
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23651>

5 課題、数値目標及び施策の方向性

5 疾病・6 事業及び在宅医療のそれぞれの課題について、地域の実情に応じた数値目標を設定し、課題解決に向けた施策の方向性を記載すること。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第十一に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案すること。

第3 手順

1 情報の収集

都道府県は、医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等の医療体制に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

医療提供体制等に関する情報のうち、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）について、指標間相互の関連性を踏まえ、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握すること。

なお、重点指標及び参考指標については、厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」²、厚生労働科学研究「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」³及び厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」⁴の令和4年度研究報告書を参考とすること。

また、既存の統計・調査等のみでは現状把握ができない場合、医療施設・関係団体等に対する調査や患者・住民に対するアンケート調査、ヒアリング等、積極的に新たな調査を行うことが重要である。

(既存の統計・調査等の例)

- (1) 人口動態統計
- (2) 国民生活基礎調査
- (3) 患者調査
- (4) 国民健康・栄養調査
- (5) 衛生行政報告例
- (6) 介護保険事業状況報告調査
- (7) 病床機能報告
- (8) レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB)
- (9) 診断群分類 (DPC) データ
- (10) 医療施設調査
- (11) 病院報告
- (12) 医師・歯科医師・薬剤師統計 (旧：医師・歯科医師・薬剤師調査)
- (13) 地域保健・健康増進事業報告
- (14) 介護サービス施設・事業所調査
- (15) 介護給付費等実態統計 (旧：介護給付費等実態調査)

国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能

² 厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」(研究代表者 今村知明) (令和4年度)

³ 厚生労働科学研究「糖尿病の実態把握と環境整備のための研究」(研究代表者 山内敏正) (令和4年度)

⁴ 厚生労働科学研究「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」(研究代表者 西大輔) (令和4年度)

させる取組を支援するため、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。

都道府県においても、地域の実情に応じて、他の指標との関連性を踏まえた独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告されたい。

2 作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、法第72条に規定する都道府県医療審議会又は法第30条の23第1項に規定する地域医療対策協議会の下に、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置すること。また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置すること。

協議に際しては、数値目標の設定やそれを達成するための施策の実施により、地域格差が生じたり、患者・住民が不利益を被ったりすることのないよう配慮すること。

なお、作業部会と圏域連携会議は、緊密に連携しながら協議を進めることが重要である。

(1) 作業部会

① 構成

作業部会は、地域の実情に応じた医療体制を構築するため、例えば次に掲げる者を代表する者により構成すること。

ア 地域医師会等の医療関係団体

イ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者

ウ 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定するサービス事業者

エ 医療保険者

オ 医療・介護サービスを受ける患者・住民

カ 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村

キ 学識経験者

ク その他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

② 内容

作業部会は、下記の事項について協議すること。

ア 地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価

「1 情報の収集」において把握した情報から、地域において各医療機能の要件を満たす医療機関を確認する。また、患者動向等も加味して、地域において不足している医療機能又は調整・整理が必要な医療機能を明確にすること。特に、5疾病については、まずは二次医療圏を基礎として医療資源を把握すること。

あわせて、現行の医療計画において設定された課題及びそれに対する施策に加え、施策の中で実施した事業について整理を行うこと。その際、課題解決につながっていない施策や事業については、見直しを含む改善を行うこと。

イ 圏域の設定

上記アに基づき、圏域を検討・設定すること。その際、5疾病・6事業及び在宅医療に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。

ウ 課題の抽出

上記アにより把握した現状を分析し、求められる医療機能とその連携体制など、目指すべき方向を踏まえ、地域の医療提供体制の課題を抽出すること。その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性を考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出すること。

以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。

(ア) まず、アウトカム指標を確認すること。例えば、アウトカム指標が全国平均と乖離している等の問題があればそれを課題とすること。

(イ) 次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討すること。さらに、当該地域を全国平均又は都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討すること。

(例：仮に全国平均値であった場合に、治療等の対応が可能であった患者数などを推計し、優先的に課題解決に向けた資源投入をするか否かを判断すること。)

エ 数値目標の設定

抽出した課題をもとに、事後に定量的な比較評価が行えるよう、地域の実情に応じた数値目標、目標達成に要する期間を定めること。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案すること。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

オ 施策

課題に対応した数値目標の達成のために行う具体的な施策を盛り込んだ計画を策定すること。

施策の検討に当たっては、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討し、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらさうかという観点を踏まえること。

(2) 圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際、保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

① 構成

各医療機能を担う全ての関係者

② 内容

以下のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定すること。また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行うこと。

- ア 医療連携の必要性について認識
- イ 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報
- ウ 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報

3 患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させた上で、医療計画の内容について分かりやすく公表し、周知すること。

4 医療計画への記載

都道府県は、前記第3の2に示すとおり、医療機能ごとに医療機関等に求められる事項、数値目標等について検討し、医療計画に記載すること。

また、前記第2の4に示すとおり、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載すること。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともあり得ること。

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めること。

5 変更が生じた場合の措置

医療計画の策定後に、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要がある。

この場合、都道府県医療審議会の議をその都度経なくても済むよう、変更に伴う手続をあらかじめ定めておく必要がある。

第4 連携の推進等

計画の推進体制については、第3の2に定める作業部会等を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましい。

第5 評価等

医療計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要である。

都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、評価を行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策及び事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うこととし、課題に対する数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況については、3年ごとの中間評価も踏まえつつ、少なくとも6年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更すること。

評価に当たっては、策定に関わった者以外の第三者による評価の仕組みを取り入れること等も有効である。さらに、施策及び事業の評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態や地域の医療の質などの成果（アウトカム）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点から、施策

の検討時に用いたロジックモデル等のツールを再度活用することにより施策及び事業の評価を行い、必要に応じて計画の内容を改善することが重要である。

課題の評価に当たっては、次のような数値目標を設定した指標を活用することも重要である。また、最終的な成果（アウトカム）を達成するための過程を確認し、過程のどの段階に課題があるかといった観点からの評価も重要である。

（参考：評価指標の考え方¹）

評価指標：最終的な成果（アウトカム）の達成に向け、施策や事業を進捗管理し、評価するために設定する指標。

良い評価指標は以下の頭文字を取り、SMARTな指標と言われている。

- ① 具体性、特異性 (Specific)
具体的であるかどうか、施策や事業に特異的であるかどうか。
- ② 測定可能性 (Measurable)
数値目標、達成期間、期待する達成度などが明示され、測定可能であるかどうか。
- ③ 達成可能性 (Attainable)
達成可能であるかどうか。コスト、スケジュール、従事者の質と量、社会環境への適合性に問題はないか。関係者の反対はどうか。
- ④ 現実性 (Realistic)
現実的かどうか。目標を達成するための手段は適切な因果関係となっているかどうか。
- ⑤ 期限明示 (Time-bound)
実施時期、終期、期限などが明示されているか。

災害時における医療体制の構築に係る指針

災害時における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要不可欠である。

本指針では、「第1 災害医療の現状」で災害医療がどのようなものであるのかについて概観し、次に「第2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築するのかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を明確に理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関間の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにすること。

第1 災害医療の現状

1 災害の現状

災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで様々な種類がある。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なる。

(1) 自然災害（地震に伴う津波や火事を含む。）

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山災害、雪害等がある。

① 地震

我が国においては、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり建物が崩壊したりするなど、これまでも多大な被害が発生してきた。

昭和23年の福井地震の後、死者が一千名を超える地震災害としては、平成7年1月の阪神・淡路大震災（死者6,433名）、平成23年3月の東日本大震災（死者15,893名、行方不明者2,556名（平成28年12月9日現在））がある¹。また、平成28年4月14日と16日に最大震度7の地震が熊本県を中心とした九州地方に発生し、その被害は死者49名、重傷者345名、軽傷者1,318名（平成28年5月31日時点）に上った²。さらに、平成30年9月6日に最大震度7の地震が北海道胆振地方で発生し、その被害は死者42名、重軽傷者762名に上った。また、日本で初めてとなるエリア全域に大規模停電（ブラックアウト）が発生し、道内全域において最大約295万戸が停電、概ね全域に供給できるまで45時間程度を要した³。

このため、遠くない時期に発生することが懸念されている東海地震、東南海・南海トラフ地震、首都直下地震、日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震はもちろんのこと、それ以外の地域でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、全ての地域で地震に対する災害医療体制を構築する必要がある。

¹ 平成28年12月9日警察庁緊急災害警備本部調べ

² 厚生労働省「平成28年版 厚生労働白書」

³ 内閣府「令和元年版 防災白書」

② 風水害等

近年、短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、大河川の氾濫も相次いでいる。令和元年には、相次ぐ台風の接近・上陸により、関東地方や東北地方を中心に大きな被害が生じた。また、線状降水帯の発生により記録的な大雨となった令和2年7月大雨では、九州地方を中心に死者・行方不明者86名、負傷者77名、住家被害16,599棟の被害が生じた。さらに、令和3年7月の大雨では、静岡県熱海市の土砂災害を中心に死者・行方不明者28名、負傷者11名、住家被害3,626棟の被害が生じ、同年8月の大雨では、西日本から東日本の広い範囲で大雨となり、九州地方を中心に死者・行方不明者13名、負傷者17名、住家被害8,209棟の被害が生じた⁴。このように豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしており、今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されている。

<令和3年度における風水害等の状況>

災害名	死者行方不明者	住家被害
令和3年7月 令和3年7月1日 からの大雨	28名	3,626棟
令和3年8月 令和3年8月の大雨	13名	8,209棟

内閣府「防災情報のページ 災害情報」

(2) 事故災害

事故災害として、鉄道災害、道路災害、大規模な火事災害、林野災害等の大規模な事故による災害等が挙げられる。

例として、昭和60年に発生した日航機墜落事故（搭乗員524名中520名死亡）や平成17年4月に発生したJR福知山線尼崎脱線転覆事故（死者107名、負傷者555名）等が挙げられる。

2 災害医療の提供

我が国の災害医療体制は、国や自治体が一部支援しつつ、関係機関（救急医療機関、日本赤十字社、地域医師会、地域歯科医師会、地域薬剤師会、都道府県看護協会等）において、地域の実情に応じた体制が整備されてきた。

さらに、平成7年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、以下の体制が整備され、平成23年に発生した東日本大震災を踏まえて見直しが行われたところである。

なお、原子力災害、危険物等災害及びテロ等への対策については、関係する法律に基づき体制整備がなされるものであり、本指針では対象としない。

(1) 災害拠点病院

平成8年度以降、災害拠点病院（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）の整備が図られ、令和4年4月現在、全国で765病院が指定されている。

⁴ 内閣府「防災情報のページ 災害情報」 <https://www.bousai.go.jp/updates/index.html>

災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う。

「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年 3 月 21 日付け医政発 0321 第 2 号厚生労働省医政局長通知。以下「災害医療通知」という。）に基づき、それぞれの災害拠点病院の機能強化を図ることとなっており、同時に指定した災害拠点病院が指定要件を充足しているか毎年確認することが重要である。

なお、地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群^{*}等が多く発生するが、平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、災害拠点病院は救命救急センター又は第二次救急医療機関の機能を有する必要がある。

※ 挫滅症候群

身体の一部、特に四肢が瓦礫等により圧迫されると筋肉等が損傷を受け、壊死した筋細胞からカリウム等が漏出する。その後、圧迫が解除されると、血液中にそれらが大量に流れ込むことにより、不整脈や急性腎不全等を来し致命的になる疾患。

(2) 災害拠点精神科病院

災害拠点精神科病院は、災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れ、DPAT の派遣に係る対応等を行う。平成 23 年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成 28 年の熊本地震でも被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約 1 万床（全精神病床の約 3%）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。

このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を整備することとし、「災害拠点精神科病院の整備について」（令和元年 6 月 20 日付け医政発 0620 第 8 号厚生労働省医政局長・障発 0620 第 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、災害拠点精神科病院については人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備することを定めた。

令和元年度以降、災害拠点精神科病院の整備が図られ、令和 5 年 1 月現在、全国で 38 病院が指定されているが、25 道府県においては、未だ県内において 1 医療機関も指定がされていない状況である。

(3) 災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）

平成 17 年度以降、災害急性期（概ね発災後 48 時間）にトレーニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に出向いて救命医療を行うことが、予防できる被災者の死の回避につながるとの認識の下、「災害派遣医療チーム（DMAT）」の養成が開始された。令和 4 年 4 月 1 日現在、15,862 名が養成されている。

DMAT の果たす任務と役割は、大地震及び航空機・列車事故等の災害時や新興感染症等のまん延時において、都道府県の要請に基づき、都道府県庁、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit。以下「SCU」という。）、災害現場、医療施設等において、本部活動、搬送、医療活動等を行うことである。

一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣の DMAT が災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行う。

新潟県中越地震（平成 16 年）や尼崎列車事故（平成 17 年）等の規模で人的被害が発生するような災害では、近隣の DMAT が、災害現場で医療支援を行うことに加えて、災害拠点病院等の負傷者の集まる被災地域の病院で医療支援を行い、場合によっては、患者を近隣地域の災害拠点病院へ搬送する際の医療支援を行う。

また、東日本大震災（平成 23 年）や平成 28 年熊本地震（平成 28 年）、今後発生が懸念される南海トラフ地震、首都直下地震、日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震などによって甚大な人的被害が発生するような災害では、これらの対応に加えて、遠隔地域からも DMAT が被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ多数広域医療搬送する際の医療支援を行う。

これまでの DMAT の活動実績としては、東日本大震災（平成 23 年）において 47 都道府県の DMAT が出動し、被災県に約 380 チームが病院支援や域内搬送、広域医療搬送を実施した事例や、新潟県中越沖地震（平成 19 年）や岩手・宮城内陸地震（平成 20 年）において、近隣県から DMAT が出動し、病院支援や現場活動等が行われた事例が挙げられる。

平成 28 年熊本地震では、4 月 14 日の最大震度 7 の地震の発生時は、熊本県及び九州地域の DMAT に派遣を要請し、4 月 16 日の最大震度 7 の地震の発生時は、全国の DMAT に派遣を要請し、計 466 チームが活動⁵（平成 28 年 4 月 17 日時点）した。

現地において DMAT は傷病者の応急処置を行うとともに、建物の倒壊リスクやライフライン途絶等により、転院搬送が必要となった 10 か所の病院から約 1,500 人の搬送を行うなど、災害急性期医療に対応した。

また、令和 2 年の新型コロナウイルス感染症において、DMAT 資格を有する者が、災害医療の経験を活かして、感染症の専門家とともに、ダイヤモンド・プリンセス号での対応のほか、都道府県庁の患者受入れを調整する機能を持つ組織・部門での入院調整や、クラスターが発生した介護施設等での感染制御や業務継続の支援等を行った。これを踏まえ、令和 4 年改正法により、災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時に都道府県知事の求めに応じて派遣される人材を国が養成・登録する仕組みが法に位置づけられ、令和 6 年 4 月 1 日より施行されることとされた。

都道府県は、改正後の法に基づき、医療機関との間であらかじめ DMAT の派遣に係る協定を締結するとともに、DMAT の研修・訓練等の支援を行うことが必要である。

また、地域防災計画において DMAT の役割について明示することなどにより、DMAT 活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(4) 災害派遣精神医療チーム (DPAT : Disaster Psychiatric Assistance Team)

平成 23 年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成 24 年度に「災害派遣精神医療チーム (DPAT)」の仕組みが創設され、平成 25 年よりその養成が開始されている。DPAT は、都道府県が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成される。DPAT は、「被災地での精神科医療の提供」、「被災地での精神保健活動への専門的支援」、「被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。）」、「支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援」等の役割を担う。DPAT のうち、発災から概ね 48 時間以内に、被災した他都道府県においても活動できるチームを先遣隊と定義している。

⁵ 平成 28 年度厚生労働省科学研究補助金 「首都直下型地震・南海トラフ地震等の大規模災害時に医療チームが効果的、効率的に活動するための今後の災害医療のあり方に関する研究」 平成 28 年熊本地震報告書

平成 28 年の熊本地震においては、全国から被災地に DPAT が派遣され、同年 10 月 28 日までに、41 都道府県から延べ 1,242 隊が派遣された。

また、令和 2 年から新型コロナウイルス感染症において、DPAT 隊員が、災害精神科医療の経験を活かして、感染症の専門家とともに、ダイヤモンド・プリンセス号での対応を行っているほか、令和 3 年度以降も都道府県 DPAT 調整本部等において入院搬送調整の支援や、クラスターが発生した医療機関等でのゾーニングや感染管理体制の確立支援、業務継続の支援等を行っている。

令和 5 年 1 月時点では、46 都道府県において先遣隊が整備されている。今後の災害に備え、地域防災計画において DPAT の役割について明示することなどにより、DPAT 活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

都道府県は、令和 4 年改正法による改正後の法に基づき、医療機関との間であらかじめ DPAT の派遣に係る協定を締結するとともに、DPAT の研修・訓練等の支援を行うことが必要である。

(5) 災害支援ナース

災害発生時における看護ニーズに迅速に対応できるよう、日本看護協会及び都道府県看護協会において、災害支援ナースの養成を行っている。災害支援ナースは、被災地域に派遣されて、被災した医療機関における看護業務、避難所の環境整備や感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援、医療チームへの患者の引継ぎ及び救急搬送等の活動を行う。

災害支援ナースの主な活動実績としては、平成 23 年 3 月の東日本大震災の際に、40 都道府県から派遣された延べ 3,770 人が活動を行った実績や、平成 28 年 4 月の熊本地震の際に、15 都道府県から派遣された延べ 1,688 人が活動した等の実績があり、災害発生時における看護ニーズへの迅速な対応に貢献している。

災害支援ナースの登録者数は、令和 3 年 3 月末現在で 10,251 人となっている。

災害支援ナースについては、今後、令和 4 年改正法による改正後の法に基づき、医療機関との間であらかじめ災害支援ナースの派遣に係る協定を締結するとともに、災害支援ナースの研修・訓練等の支援を行うこととすることを検討している。

今後の災害に備え、地域防災計画において災害支援ナースの役割について明示することなどにより、災害支援ナースの活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(6) 保健医療活動チーム

災害が沈静化した後においても、被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、様々な保健医療活動チーム（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（被災都道府県以外の都道府県、市町村、日本看護協会等の関係団体や医療機関から派遣された看護職員を含む）、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チーム（JRAT）、その他の災害医療に係る保健医療活動を行うチーム）が、DMAT、DPAT とともに連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

特に JMAT は、東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の

医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。

また、被災地における医療提供体制の回復を目的として、被災地の実情に応じた長期間の支援を行う事も特徴で、東日本大震災では1,834日間（平成23年3月15日～平成28年3月21日）で計2,763チーム（延12,628名）が、平成28年熊本地震では104日間（平成28年4月15日～平成28年7月26日）で計568チーム（延2,556名）が被災地において活動した。

今後、わが国の高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となる。

(7) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System）

災害時の迅速な対応が可能となるよう、医療機関の患者の受入れ可否等の情報、ライフラインの稼動状況やDMATの活動状況等の情報を、災害時において一元的に収集・提供し、関係者間で情報共有する広域災害・救急医療情報システム（EMIS）が全国的に整備され、平成26年に全都道府県において導入された。

EMISについては、過去の災害の経験を踏まえ機能を拡充してきたが、災害時において有効に活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者が、EMISについて理解し、日頃から入力訓練等を行う必要がある。

また、実際に災害が起きた際には、被災した医療機関に代わって都道府県や保健所等が、EMISへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要である。

(8) 保健医療福祉調整本部

平成28年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成28年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成28年7月20日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。

こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

その後、令和3年防災基本計画及び厚生労働省防災業務計画に災害派遣福祉チーム等の整備が追加され、令和3年度厚生労働科学研究の「災害発生時の分野横断的かつ長期的ケアマネジメント体制構築に資する研究」において、保健医療のみでは福祉分野の対応ができず、保健・医療・福祉の連携が重要であるとされたことを踏まえ、保健医療調整本部を保健医療福祉調整本部に改めたところである。

なお、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ともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認することが必要である。

(9) 災害医療コーディネーター

災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに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、保健医療福祉調整本部並

びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、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、都道府県に任命された者である。

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ことが必要である。

また、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ことが重要である。

なお、厚生労働省では、平成 26 年度より都道府県災害医療コーディネーター及び地域災害医療コーディネーターの養成研修に必要な経費を補助し、災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

災害医療コーディネーターの運用や活動内容については、「災害医療コーディネーター活動要領」（平成 31 年 2 月 8 日付け医政地発第 0208 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を参照されたい。

(10) 災害時小児周産期リエゾン

災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療福祉活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部において、被災地の保健医療福祉ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。

なお、厚生労働省は、平成 28 年度から災害時小児周産期リエゾン養成研修を実施し、災害時小児周産期リエゾンの養成に努めている。

災害時小児周産期リエゾンの運用や活動内容については、「災害時小児周産期リエゾン活動要領」（平成 31 年 2 月 8 日付け医政地発 0208 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を参照されたい。

(11) 災害薬事コーディネーター

災害薬事コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、都道府県が設置する保健医療福祉調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことを目的として、都道府県において任命された薬剤師である。

各都道府県において、災害薬事コーディネーターの研修事業等を実施し、災害薬事コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

(12) 業務継続計画（BCP）

業務継続計画（BCP）とは、災害などの緊急時に低下する業務遂行能力（医療機関の場合は診療機能）について、その影響を最小限に抑え、早期復旧を可能とするための準備体制及び方策をまとめたものであり、平成 23 年に発生した東日本大震災を踏まえて、「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年 3 月 21 日付け医政発 0321 第 2 号厚生労働省医政局長通知）において、全ての医療機関に、災害対策マニュアル及び業務継続計画を策定することを求めている。

また、平成 29 年より、災害拠点病院の指定要件に、業務継続計画（BCP）を整備することを追加している。

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など他機関（行政・消防・関連業者等）との連携・協力が必要な内容を含む

ため、地域防災計画など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困難である場合があることから、厚生労働省は、平成 29 年度から BCP 策定研修事業等により、全ての医療機関における業務継続計画（BCP）の策定を支援している。なお、平成 30 年 12 月 1 日時点において、全病院のうち BCP 策定済みの病院は、25%であった。（全病院総数 8,372 病院のうち回答病院数は 7,294 病院）⁶

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第 1 災害医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす関係機関、それらの関係機関相互の連携により、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築すること。

また、構築に当たっては、地域の防災計画と整合性を図る。

- (1) 災害急性期（発災後 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制
 - ① 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制
 - ② 必要に応じて DMAT 及び DPAT を直ちに派遣できる体制
- (2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制
 - ・ 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、災害医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(3)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定すること。

(1) 災害時に拠点となる病院

① 災害拠点病院

ア 目標

- ・ 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部等へ共有すること
- ・ 災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤な救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること
- ・ 患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること
- ・ 自己完結型の医療チーム（DMAT を含む。）の派遣機能を有すること
- ・ 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

イ 医療機関に求められる事項

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。地域災害拠点病院は、各地域において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- ・ 災害時に多発する重篤な救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
- ・ 多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること

⁶ 厚生労働省地域医療計画課調べ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06012.html

- ・ 基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
- ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- ・ 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保していること
- ・ 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、少なくとも3日分の水の確保に努めること
- ・ 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、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高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること。
- ・ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄していること
- ・ 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等*において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）
- ・ 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- ・ 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- ・ EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- ・ 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- ・ 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）を策定すること
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
- ※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

② 災害拠点精神科病院

ア 目標

- ・ 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
- ・ 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること

- ・ 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
- ・ DPAT の派遣機能を有すること
- ・ 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

イ 医療機関に求められる事項

災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- ・ 災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所（体育館等）を確保していること
 - ・ 重症の精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
 - ・ 診療に必要な施設が耐震構造であること
 - ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
 - ・ 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
 - ・ 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
 - ・ 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、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高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
 - ・ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄していること
 - ・ 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等^{*}において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）
 - ・ 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成（都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
 - ・ EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
 - ・ 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
 - ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うこと
 - ・ 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）を策定すること
 - ・ 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・訓練を実施すること
 - ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
- ※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院

① 目標

- ・ 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部等へ共有すること
- ・ 被災をしても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を含め、平時からの備えを行っていること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 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こと
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うよう努めること
- ・ 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）を策定すること
- ・ 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・訓練を実施すること
- ・ 診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること
- ・ EMISへ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること
- ・ 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、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高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

(3) 都道府県等の自治体

① 目標

- ・ 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
- ・ 保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネータ体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

② 自治体に求められる事項

- ・ 平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること
- ・ 災害医療コーディネータ体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
- ・ 都道府県は、精神疾患を有する患者、障害者、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こと
- ・ 都道府県によっては、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など、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もあることから、これも参考に、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と

- ・ 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ともに、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認すること
- ・ 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への医療関係者の参画を促進すること
- ・ 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
- ・ 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
- ・ 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成28年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
- ・ 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと
- ・ 都道府県や医療機関は、災害時等において、医療コンテナ等を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。
- ・ 都道府県は、平成26年に改正された消防法施行令（昭和36年政令第37号）により新たにスプリンクラーの設置義務が生じた病院・有床診療所等について、設置状況を把握し、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業を活用しつつ設置義務の猶予期限である令和7年6月30日までに整備を完了すること。

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、災害時の医療体制を構築するに当たって、(1)に示す項目を参考に、人口、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。

さらに、(2)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。

(1) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 地勢情報、地質情報
- ・ 人口分布（時間帯別人口の状況）
- ・ 過去の災害発生状況（種別、地域別、件数）
- ・ 地域防災計画、管内の各自治体の防災計画、地域のハザードマップ
- ・ 他の関係部局における体制（救助、搬送に係るシステム、インフラ）
- ・ 医療資源（医療機関、緊急医療チーム）

- ・ 医薬品、医療（衛生）材料等の備蓄、供給体制
- (2) 指標による現状把握

別表7に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災した場合に医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県をまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制について定めること。
- また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関、日本赤十字社の開設する病院等）の参画も得ること。
- (2) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に災害医療に携わる者、消防防災主管部局、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、受援又は応援派遣、救命医療及び健康管理の各機能が被災時においても確保されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮すること。
- また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報や、連携する施設・医師等専門職種の情報に共有に努めること。
- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、各機能を担う医療機関の名称を記載すること。
- なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。
- さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めること。
- また記載に当たっては下記の点に留意すること。
- ① 災害時に拠点となる病院
- 災害拠点病院、災害拠点精神科病院については、地勢的・地質的状况、地理的バランス（分散により、同時に被災する危険性を低下させる場合がある。）、受入能力、広域医療搬送ルート等を考慮の上、医療計画に記載すること。また、対応するエリアも明記すること。
- ② 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）

広域医療搬送を想定し、SCU の設置場所及び協力を行う医療機関をあらかじめ定めること。

4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の災害医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載すること。

その際、現状把握に用いたストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出すること。

5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な災害時の医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載すること。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案すること。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定すること。

6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策について、医療計画に記載すること。

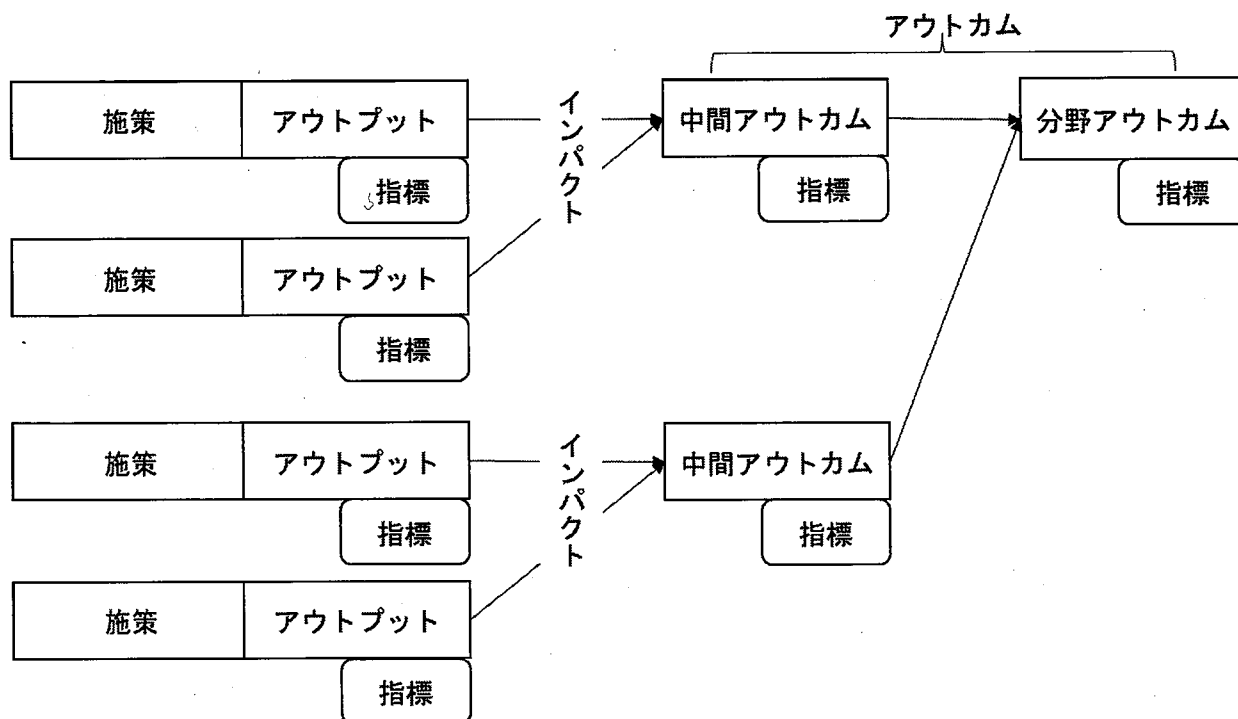
7 評価

計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載すること。この際、少なくとも施策の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも6年（在宅医療、医師の確保及び外来医療に関する事項については3年）ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、「都道府県はその医療計画を変更すること。

8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めること。

ロジックモデルの構成要素の例示



注：

・アウトカムは、「分野アウトカム」「中間アウトカム」など、段階に分けて記載する。例えば、政策分野の目標である長期成果（分野アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる中間成果（中間アウトカム）を設定し、当該中間成果（中間アウトカム）を達成するために必要な個別施策を設定する。

・この図において、分野アウトカムに関する指標は、アウトカム指標又はプロセス指標を、中間アウトカムに関する指標はプロセス指標又はストラクチャー指標を使用することが想定される。アウトプットに関する指標は、その施策の実施状況を示すものを使用する。

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

災害時に拠点となる病院		災害時に拠点となる病院以外の病院		都道府県	
		病院の耐震化率			
ストラクチャー	複数の災害時の通信手段の確保率		自家発電機の燃料の備蓄(3日分)の実施率	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	
	多数傷病症に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	●	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数・割合	
		●	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域災害医療コーディネーターの任命者数	
			浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在す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	災害時小児周産期リエンジニア任命者数	
		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			
	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合			
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察、保健所、市町村等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数			
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネーター機能の確認を行う災害訓練の実施回数			
プロセス	●	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数			
	●	被災した状況を想定した災害実動訓練を実施した病院の割合	都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数		
			都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数		
アウトカム					

(●は重点指標)

令和4年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

