

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、がんの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について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ がん検診受診率（国民生活基礎調査など）
- ・ 喫煙率（国民生活基礎調査、国民健康・栄養調査など）
- ・ がん患者の在宅死亡割合（人口動態統計）
- ・ 年齢調整死亡率（人口動態統計）
- ・ 都道府県の地域がん登録に基づく情報

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

① がん診療機能

- ・ 手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況
- ・ 緩和ケアの実施状況
緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師
緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況 等
- ・ 診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況
- ・ 院内がん登録の実施状況
- ・ 地域連携クリティカルパスの整備状況
- ・ がん診療に関する情報提供の状況
パンフレットの配布、ホームページでの情報提供 等
- ・ 相談支援センターの整備状況
相談員の研修状況 等

② 在宅療養支援機能

- ・ 在宅療養における24時間対応の有無
- ・ 疼痛等に対する緩和ケアの実施状況
- ・ がん診療機能を有する病院等との連携状況

③ がん予防

(医療機関等)

- ・ 禁煙外来の実施状況
- ・ 敷地内禁煙の実施状況
- ・ 薬局の禁煙指導状況

(行政)

- ・ がん検診の受診状況
- ・ 市町村における精度管理・事業評価の状況

(3) 指標による現状把握

(1) 及び (2) の情報を基に、例えば下記に示すような指標により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

(参考：指標の例)

- ストラクチャー指標
 - ・ がん診療連携拠点病院数
 - ・ がん診療拠点病院以外で専門的ながん診療を行う病院数
 - ・ がん診療連携拠点病院の整備状況
 - 放射線療法や外来化学療法の実施状況
 - 緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況
 - 診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況
 - 相談支援センターの整備状況
 - 地域連携クリティカルパスの整備状況 等
 - ・ 院内がん登録の実施状況
 - 院内がん登録を実施している医療機関数
 - 拠点病院における院内がん登録の実施状況
 - 必要な研修を受講したがん登録の実務を担う者の配置状況 等
 - ・ 緩和ケアの実施状況に関する指標
 - 緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師数
 - 緩和ケアチームを設置する医療機関数
 - 緩和ケアが提供できる訪問看護ステーション数 等
 - ・ がん医療に関する情報提供の体制に関する指標
 - がんに関するパンフレットを配布している医療機関数 等
 - ・ がんの予防に関する取組み状況の指標
 - 禁煙外来を行っている医療機関数 等
 - ・ がん検診に関する取組み状況の指標
 - がん検診の受診率や精度管理・事業評価を行っている市町村数 等
- プロセス指標
 - ・ 喫煙率
 - ・ 医療用麻薬の消費量
 - ・ がん患者の在宅死亡割合
- アウトカム指標
 - ・ がんの年齢調整死亡率（75歳未満）

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、専門診療、標準的診療、療養支援等に関する医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たっては、専門的な診療を行う医療機関における集学的治療の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現にがん診療に従事する者、がん患者・家族、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、予防から専門的治療、緩和ケア、再発予防や在宅療養まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
そのために、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示）の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「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医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

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、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など、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ものとする。

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、がんの良質かつ適切な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、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5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とする。

脳卒中の医療体制構築に係る指針

脳卒中を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に機能回復のためのリハビリテーションが開始される。リハビリテーションを行ってもなお障害が残る場合、中長期の医療及び介護支援が必要となる。

このように一人の脳卒中患者に必要な医療・介護はその病期・転帰によって異なる。さらに、重篤な患者の一部には、急性期を乗り越えたものの、重度の後遺症等によって退院や転院が困難となる状況のあることが指摘されており、それぞれの機関が相互に連携しながら、継続してその時々に必要な医療・介護・福祉を提供することが必要である。

本指針では、「第1 脳卒中の現状」で脳卒中の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、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医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には県全体で評価まで行えるようにする。

第1 脳卒中の現状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。

脳梗塞は、さらに、アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性脳塞栓の3種類に分けられる。

また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものである。

脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なるが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

1 脳卒中の疫学

1年間に救急車によって搬送される急病患者的約11%、約33万人が脳卒中（脳

血管疾患)である¹。また脳卒中によって継続的に医療を受けている患者数は約137万人と推計される²。

さらに、年間約13万人が脳卒中を原因として死亡し、死亡数全体の11.8%を占め、死亡順位の第3位である³。

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがある。

寝たきりの原因の30%が脳卒中であり、脳卒中を発症した場合、発症後1か月で23%が、1年後で19%が寝たきりの状態にある⁴。

介護が必要になった者の25.7%は脳卒中が原因であり第1位である⁵。

これらの統計から、脳卒中は、発症後生命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きいと言える。

2 脳卒中の医療

(1) 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要である。その他、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

(2) 発症直後の救護、搬送等

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要である。できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対処を行う。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制^{*}の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール(活動基準)に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に直接搬送することが重要である。

※ メディカルコントロール体制については、「救急医療の体制構築に係る指針」を参照。

¹ 総務省消防庁「平成18年版 救急・救助の現況」

² 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

³ 厚生労働省「人口動態統計月報年計(概数)」(平成18年)

⁴ 秋田県の脳卒中患者登録

⁵ 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成16年)

脳梗塞では、発症後3時間以内に急性期の治療を行う医療機関を受診している患者は全体の37%である⁶。発症3時間以内の来院を阻む要因として、複数の医療機関を経由すること、睡眠中など非活動時の発症、高度な麻痺がないために安心してしまうこと、救急車以外の手段で来院することなどが挙げられる。

(3) 診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRアンギオグラフィ等）を行うことで正確な診断が可能になる。最近ではCTの画像解像度が向上し、脳梗塞超急性期の所見が報告され、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになった。

また、救急患者のCT画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられる。

(4) 急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われる。

① 脳梗塞では、まず発症後3時間以内の超急性期血栓溶解療法の適応患者に対する適切な処置が取られる必要がある。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後3時間以内に治療を開始することが重要である。その際の目安は、発症から医療機関到着まで2時間以内、来院してから治療の開始まで1時間以内である。

また超急性期血栓溶解療法の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要である。

② 脳出血の治療は、血压管理が主体であり、出血部位（被殻出血や小脳出血等）によって手術が行われることもある。

③ くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行う。

また脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室^{*}等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきている。

※ 専門医療スタッフが急性期からの濃厚な治療とリハビリテーションを組織的かつ計画的に行う脳卒中専用の治療病室。例えば、診療報酬上で脳卒中の入院医療管理料が算定できる治療室

⁶ 厚生科学研究「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究」(主任研究者 山口武典)(平成12年度)

である脳卒中ケアユニット等。

(5) リハビリテーション

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられる。

- ① 急性期に行うリハビリテーションは、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始する。
- ② 回復期に行うリハビリテーションは、機能回復や日常生活動作（ADL）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施する。
- ③ 維持期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施する。

(6) 急性期以後の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈等）の継続的な管理が行われる。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受ける。脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対する適切な対応の教育等といった再発に備えることが重要である。

なお、重篤な患者の一部には、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられる。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症があるため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されている。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化が必要である。

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 脳卒中の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築する。

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

- ① 発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送
- ② 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始

(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

- ① 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施
- ② 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施
- ③ 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

(3) 在宅療養が可能な体制

- ① 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

2 各医療機能と連携

前記「目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(6)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。

(1) 発症予防の機能【予防】

- ① 目標
 - ・ 脳卒中の発症を予防すること
- ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

 - ・ 高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
 - ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること

- ・ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

- ・ 脳卒中の疑われる患者が、発症後 2 時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

② 関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

- ・ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

- ・ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
- ・ 急性期医療を担う医療機関へ発症後 2 時間以内に搬送すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

① 目標

- ・ 患者の来院後 1 時間以内（発症後 3 時間以内）に専門的な治療を開始すること
- ・ 廃用症候群や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 血液検査や画像検査（X線検査、CT検査、MRI検査）等の必要な検査が 24 時間実施可能であること
- ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が 24 時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。）
- ・ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後 1 時間以内（もしくは発症後 3 時間以内）に組織プラスミノゲンアクチベーター（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること
- ・ 外科的治療が必要と判断した場合には来院後 2 時間以内の治療開始が可能であること
- ・ 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能であること
- ・ リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること

- ・ 回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③ 医療機関の例

- ・ 救命救急センターを有する病院
- ・ 脳卒中の専用病室を有する病院

(4) 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

① 目標

- ・ 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応が可能であること
- ・ 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- ・ 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③ 医療機関の例

- ・ リハビリテーションを専門とする病院
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院

(5) 日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】

① 目標

- ・ 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び（日常生活の）継続を支援すること

② 医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビ

- リテーションを含む) が実施可能であること
- ・ 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
- ・ 回復期（あるいは急性期）の医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③ 医療機関等の例

- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所

(6) 生活の場で療養できるよう支援する機能【維持期】

① 目標

- ・ 患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施すること
- ・ 最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うこと

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
- ・ 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること
- ・ 回復期（あるいは急性期）の医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ・ 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ・ 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと
- ・ 介護支援専門員と連携し居宅介護サービスを調整すること

③ 医療機関等の例

- ・ 診療所
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 療養通所介護事業所
- ・ 薬局

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、脳卒中の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について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 年齢調整受療率（患者調査）
- ・ 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
- ・ 高血圧疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査）
- ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）（患者調査）
- ・ 退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 発症1年後におけるADLの状況（新たな調査を要する）
- ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合（調査を要する）
- ・ 脳卒中を主な原因とする要介護認定者数（国民生活基礎調査）
- ・ 年齢調整死亡率（人口動態調査）

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

① 救急搬送

- ・ 救急搬送件数
- ・ 搬送先医療機関
- ・ 発症から受診までに要した平均時間
- ・ 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間

② 医療機関等

ア 救命救急センター、脳卒中の専用病室を有する医療機関

- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
- ・ 実施可能な治療法（t-PAによる脳血栓溶解療法を含む）、リハビリテーション
- ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、転院前の待機日数等）

イ リハビリテーションを専門とする病院、回復期リハビリテーション病棟を有する病院

- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
- ・ 実施可能な脳卒中の治療法、リハビリテーション
- ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、入院中のケアプラン策定状況等）

- ウ 介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所
 - ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
 - ・ 介護サービスの実施状況、介護サービス事業所との連携の状況
- エ 在宅医療を行っている診療所
 - ・ 連携の状況（他の医療機関、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等との診療情報や治療計画の共有の状況）
 - ・ 居宅等における看取りの実施状況
- オ 介護保険による通所サービス、訪問サービスを行う介護サービス事業所
 - ・ 介護サービスの実施状況
- カ 訪問看護ステーション
 - ・ 訪問看護の実施状況

（３）指標による現状把握

（１）及び（２）の情報を基に、例えば下記に示すような指標により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

（参考：指標の例）

- ストラクチャー指標
 - ・ 脳卒中の専用病室を有する医療機関及びその病床数【急性期】
 - ・ t-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準（日本脳卒中学会によるもの）を満たす医療機関数【急性期】
 - ・ リハビリテーションが実施可能な医療機関等の数【急性期・回復期・維持期】
 - ・ 訪問看護ステーション数【維持期】
- プロセス指標
 - ・ 健康診断・健康診査の受診率【予防】
 - ・ 発症から救急通報を行うまでに要した平均時間【救護】
 - ・ 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間【救護】
 - ・ t-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施率及び実施数【急性期】
 - ・ 地域連携クリティカルパス導入率【急性期・回復期・維持期】
 - ・ 入院中のケアプラン策定率【回復期・維持期】
- アウトカム指標
 - ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合
 - ・ 発症１年後におけるADLの状況
 - ・ 脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数（要介護度別）
 - ・ 年齢調整死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たっては、発症後3時間以内の脳梗塞における血栓溶解療法の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に脳卒中医療に従事する者、介護サービス事業者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、維持期まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
そのために、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示)の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「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。
- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

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、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等

が存在する場合など、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ものとする。

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、脳卒中の良質かつ適切な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、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5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とする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、患者の症例登録等を行うことが今後必要である。

急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針

心筋梗塞を発症した場合、まず急性期医療において内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して心臓リハビリテーションが開始される。その際、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって治療法や予後が大きく変わる。

また、在宅復帰後においても、基礎疾患や危険因子の管理など、継続した治療や長期の医療が必要となる。

このように、一人の急性心筋梗塞患者に必要とされる医療はその生命予後に直結するため、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、継続して実施されることが必要である。

本指針では、「第1 急性心筋梗塞の現状」で急性心筋梗塞の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、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相互の連携の検討を行い、最終的には県全体で評価まで行えるようにする。

第1 急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別される。

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもあるが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本指針においては一括して記載することとする。

1 急性心筋梗塞の疫学

年間約25万人が発症していると推定され¹、うち少なくとも14%以上が病院外で心停止状態となっており、その大部分は心室細動などの致死性不整脈が原因である²。また、救急車で搬送される急病の約9.4%、約28.4万人が心疾患である³。

虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている患者数は約86

¹ 厚生科学研究「急性心筋梗塞の診療エビデンス集—EBMより作成したガイドライン—」（主任研究者 上松瀬勝男）（平成10年度）

² 日本救急医療財団心肺蘇生法委員会「改訂3版 救急蘇生法の指針2005」

³ 総務省消防庁「平成18年版 救急・救助の現況」

万人と推計される⁴。

さらに、年間約17万人が心疾患を原因として死亡し、死亡数全体の15.9%を占め、死亡順位の第2位である。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は心疾患死亡数全体の約26.1%、約4.5万人である⁵。

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要である。また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要である。

2 急性心筋梗塞の医療

(1) 予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、高脂血症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要である。

(2) 発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行う。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAEDの使用により、救命率の改善が見込まれる。

急性心筋梗塞の患者が病院の心臓病専用病室（CCU）に入院するまでに平均3時間以上を要している⁶と報告されている。住民による心肺停止症例に対する心肺蘇生等は34%に実施されており、AEDは全国に約7万台普及している状況である。

(3) 診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、X線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になる。

特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要である。

⁴ 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

⁵ 厚生労働省「人口動態統計月報年計(概数)」(平成18年)

⁶ 東京都CCUネットワークのデータより

非ST上昇型心筋梗塞で薬物療法にもかかわらず、胸痛が持続する患者や再燃する患者および血行動態不安定な患者等は冠動脈造影を考慮すべきである。

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症について確認することも重要である。

(4) 急性期の治療

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病体に応じた治療が行われる。

また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われる。

- ① ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈形成術（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体である。特に発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高く、発症後1時間以内に治療を開始した場合に最も死亡率が低い¹。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）等の外科的治療が第一選択となることもある。
- ② 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法が基本であるが、必要に応じてST上昇型心筋梗塞と同様に緊急での冠動脈造影、PCI、CABGを行う。

(5) 心臓リハビリテーション

心臓リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法等を実施する。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施する。

喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なる。

(6) 急性期以後の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、高脂血症、喫煙、糖尿病等）の継続的な管理が行われる。

また、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要である。

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 急性心筋梗塞の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築する。

(1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

- ① 周囲の者による速やかな救急要請及びCPRの実施
- ② 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(2) 発症後、速やかな専門的診療が可能な体制

- ① 医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始

(3) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制

- ① 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションの実施
- ② 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施

(4) 在宅療養が可能な体制

- ① 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施
- ② 再発予防のための定期的専門的検査の実施

2 各医療機能と連携

前記「目指すべき方向」を踏まえ、急性心筋梗塞の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)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。

(1) 発症予防の機能【予防】

- ① 目標
 - ・ 急性心筋梗塞の発症を予防すること
- ② 医療機関に求められる事項
 - 次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること

- ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
- ・ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

- ・ 急性心筋梗塞の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

② 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- ・ 発症後速やかに救急要請を行うこと
- ・ 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること

(救急救命士を含む救急隊員)

- ・ 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール(活動基準)に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること
- ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

① 目標

- ・ 患者の来院後30分以内に専門的な治療を開始すること
- ・ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること
- ・ 再発予防の定期的専門的検査を実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、器械的補助循環装置等必要な検査および処置が24時間対応可能であること
- ・ 急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること
- ・ ST上昇型心筋梗塞の場合、来院後30分以内に冠動脈造影検査が実施可能であること
- ・ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が

可能であること

- ・ 冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能であることが望ましい
- ・ 電氣的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能であること
- ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施可能であること
- ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること
- ・ 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

③ 医療機関の例

- ・ 救命救急センターを有する病院
- ・ CCU等を有する病院

(4) 身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能【回復期】

① 目標

- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- ・ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
- ・ 在宅等生活の場への復帰を支援すること
- ・ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドライン則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- ・ 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- ・ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・ 運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションが実施可能であること
- ・ 急性心筋梗塞の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- ・ 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③ 医療機関の例

- ・ 内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所

(5) 再発予防の機能【再発予防】

① 目標

- ・ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- ・ 在宅療養を継続できるよう支援すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- ・ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- ・ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
- ・ 在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・薬局が連携し実施出来ること

③ 医療機関の例

- ・ 病院又は診療所

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、急性心筋梗塞の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について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 年齢調整受療率（患者調査）
- ・ 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
- ・ 高血圧疾患患者の年齢調整外来受療率（患者調査）
- ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）（患者調査）
- ・ 退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合（新たな調査を要する）
- ・ 年齢調整死亡率（人口動態調査）

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

① 救急搬送

- ・ 救急搬送件数
- ・ 搬送先医療機関
- ・ 発症から受診までに要した平均時間
- ・ 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間
- ・ 医療機関収容までに心停止していた患者の割合
- ・ 心肺停止が疑われる者に対して現場に居合わせた者により救急蘇生法を実施した割合
- ・ 心肺停止を目撃してから除細動までの時間（AED）

② 医療機関等

ア 救命救急センター、CCU等を有する病院

- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
- ・ 実施可能な治療法、リハビリテーション
- ・ 患者来院後、血栓溶解療法または心臓カテーテル検査を開始するまでに要する時間
- ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）

イ 回復期のリハビリテーションを行う病院・診療所

- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
- ・ 実施可能な急性心筋梗塞の治療法、リハビリテーション
- ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連

携室の稼働状況等)

(3) 指標による現状把握

(1) 及び (2) の情報を基に、例えば下記に示すような指標により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

(参考：指標の例)

- ストラクチャー指標
 - ・ CCUを有する病院及びその病床数【急性期】
 - ・ 冠動脈造影検査及び治療が実施可能な医療機関数【急性期】
 - ・ 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数【急性期】

- プロセス指標
 - ・ 健康診断・健康診査の受診率【予防期】
 - ・ 発症から救急通報を行うまでに要した平均時間【救護】
 - ・ 救急要請（覚知）から医療機関収容までに要した平均時間【救護】
 - ・ 来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間【急性期】
 - ・ 地域連携クリティカルパス導入率【急性期・回復期・二次予防】

- アウトカム指標
 - ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合
 - ・ 年齢調整死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、急性心筋梗塞の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。

- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

- (3) 圏域を設定するに当たって、急性心筋梗塞は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に急性心筋梗塞の診療に従事する者、消防機関、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討及び計画への記載

(1) 都道府県は、急性心筋梗塞の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

そのために、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報共有を図る。

(2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示)の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「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医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

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、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など、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ものとする。

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、急性心筋梗塞の良質かつ適切な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、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5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とする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、患者の症例登録等を行うことが今後必要である。

糖尿病の医療体制構築に係る指針

糖尿病は、様々な遺伝素因に種々の環境因子が作用して発症する。糖尿病が疑われる場合には食事療法・運動療法、生活習慣改善に向けての患者教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には薬物療法まで含めた治療が行われる。

また、糖尿病は脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来たすことが多い。

予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。

一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要である。

本指針では、「第1 糖尿病の現状」で糖尿病の発症・転帰がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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、また各医療機能を理解にした上で、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相互の連携の検討を行い、最終的には県全体で評価まで行えるようにする。

第1 糖尿病の現状

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群である。

糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満等などの環境因子及び加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別される。

インスリン作用不足により高血糖が持続すると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、さらに合併症を発症する。糖尿病合併症には、インスリン作用不足が高度になって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症がある。

- ① 急性合併症には、ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等がある。
- ② 慢性合併症は、全身のあらゆる臓器に起こるが、特に細小血管症に分類される糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害や、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞・

狭心症、糖尿病性壊疽がある。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能である。合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要である。

糖尿病の医療は、1型糖尿病と2型糖尿病によって異なるが、適切な血糖コントロールを基本とした医療は共通であることから、本指針においては一括して記載することとする。

1 糖尿病の疫学

糖尿病が強く疑われる者は740万人であり、過去5年間で50万人増加している。また、糖尿病の可能性が否定できない者は880万人であり、過去5年間で200万人増加している¹。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約247万人である²。

また、15.6%が糖尿病神経障害を、15.2%が糖尿病腎症を、13.1%が糖尿病網膜症を、1.6%が糖尿病足病変を合併している³。人工透析導入患者のうち、糖尿病腎症が原疾患である者は約1万4千人（42.0%）である⁴。

さらに、年間約1万4千人が糖尿病を原因として死亡し、死亡数全体の1.3%を占め、死亡順位の第11位である⁵。

2 糖尿病の医療

糖尿病の診断、治療等に関する現状を参考として以下に示すが、詳細は日本糖尿病学会によるガイドライン及びその要約版である日本糖尿病対策推進会議編『糖尿病治療のエッセンス』等の診療ガイドラインを参照されたい。

なお、以下、糖尿病における「診療ガイドライン」は上記を指すこととする。

（1）予防

2型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、適切な食習慣、適度な運動習慣が重要である。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防する。

¹ 厚生労働省「糖尿病実態調査」(平成14年)

² 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

³ 厚生労働省「糖尿病実態調査」(平成14年)

⁴ (社)日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現状」(平成17年末)

⁵ 厚生労働省「人口動態調査」(平成17年)

近年、糖尿病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、医療保険者による、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導が重要である。

(2) 診断

健診によって、糖尿病あるいはその疑いのある者を見逃すことなく診断し、早期に治療を開始することは、糖尿病の重症化、合併症の発症を予防する上で重要である。

(参考：日本糖尿病対策推進会議編『糖尿病治療のエッセンス』より)

- 早朝空腹時血糖値 126mg/dL 以上、随時血糖値 200mg/dL 以上、75g 経口ブドウ糖負荷試験(OGTT) 2 時間値 200mg/dL 以上のいずれかであれば糖尿病型と判定する。
- 糖尿病型でかつ糖尿病の典型的症状があるか、HbA1c 6.5%以上であれば、糖尿病と診断できる。
- 糖尿病型であるが、HbA1c 6.5%未満で身体的特徴もない場合は、もう一度別の日に検査を行い、糖尿病型が再度確認できれば糖尿病型と診断できる。
- 糖尿病型の場合は、再検査で糖尿病と診断が確定しない場合でも、生活指導を行いながら経過を観察する。
- 境界型（空腹時血糖値 110～125mg/dL または OGTT 2 時間値 140～199mg/dL）は糖尿病予備軍であり、運動・食生活指導などが必要な場合が多い。

(3) 治療・保健指導

糖尿病の治療は、1 型糖尿病と 2 型糖尿病で異なる。

1 型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いが、2 型糖尿病の場合は、2～3 ヶ月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬又はインスリン製剤を用いた薬物療法を開始する。

薬物療法開始後、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量又は中止できることがあるため、管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等の専門職種と連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を十分に実施する。

慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療など内科的治療を行うことによって病期の進展を阻止または遅らせることが可能である。血糖コントロールの指標として、患者の過去 1～2 ヶ月の平均血糖値を反映する指標である HbA1c が用いられる。HbA1c 値が 8.0%以上が持続する場合はコントロール不可の状態であり、教育入院等を検討する必要がある。

(表：血糖コントロール指標と評価)

指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c値(%)	5.8未満	5.8～6.5未満	6.5～7.0未満	7.0～8.0未満	8.0以上
空腹時血糖値 (mg/dl)	80～110未満	110～130未満	130～160未満		160以上
食後2時間 血糖値(mg/dl)	80～140未満	140～180未満	180～220未満		220以上

また、糖尿病患者には、シックデイ（発熱、下痢、嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができないとき）の対応や、低血糖時の対応について事前に十分な指導を行う。

(4) 合併症の治療

① 急性合併症

ケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療を実施する。

② 慢性合併症

糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等の合併症の早期発見や治療を行うために、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関と連携して必要な治療を実施する。

ア 糖尿病網膜症の治療は、増殖前網膜症又は早期の増殖網膜症に進行した時点で、失明予防の観点から光凝固療法を実施する。硝子体出血及び網膜剥離は手術療法を実施する。

イ 糖尿病腎症の治療は、血糖及び血圧のコントロールが主体であり、そのために食事療法や薬物療法を実施し、腎不全に至った場合は透析療法を実施する。

ウ 糖尿病神経障害の治療は、血糖コントロールや生活習慣の改善が主体であり、薬物療法を実施することもある。

(脳卒中及び急性心筋梗塞については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照)

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 糖尿病の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築する。

(1) 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制

- ① 糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施
- ② 良好な血糖コントロール評価を目指した治療の実施

(2) 血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

- ① 教育入院等による、様々な職種が連携したチーム医療の実施
- ② 急性増悪時の治療の実施

(3) 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

2 各医療機能と連携

前記「目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)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。

(1) 合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

- ① 目標
 - ・ 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
 - ・ 良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施すること
- ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

 - ・ 糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること
 - ・ 75 g OGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
 - ・ 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
 - ・ 低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
 - ・ 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

- ③ 医療機関の例
 - ・ 病院又は診療所

(2) 血糖コントロール不可例の治療を行う機能【専門治療】

- ① 目標
 - ・ 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること
- ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

 - ・ 75 g OGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
 - ・ 各専門職種ของทีมによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること
 - ・ 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
 - ・ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
 - ・ 糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ③ 医療機関の例
 - ・ 病院又は診療所

(3) 急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

- ① 目標
 - ・ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること
- ② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

 - ・ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること
 - ・ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
 - ・ 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ③ 医療機関の例
 - ・ 病院又は診療所

(4) 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

- ① 目標

- ・ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。

- ・ 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）
- ・ 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること
- ・ 糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること
- ・ 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③ 医療機関の例

- ・ 病院又は診療所

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、糖尿病の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について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 年齢調整受療率（患者調査）
- ・ 健康診断・健康診査の受診率（国民生活基礎調査）
- ・ 高血圧疾患患者の年齢調整受療率（患者調査）
- ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、傷病小分類別）（患者調査）
- ・ 退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 健診を契機に受診した患者数（患者へのアンケート調査を要する）
- ・ 発症数、発症率（健康増進計画参照）
- ・ 有病者数・予備群数（健康増進計画参照）
- ・ 治療中断率（医師の判断によらないものに限る）（診療録の分析を要する）
- ・ 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数（レセプトデータの分析を要する）
- ・ 糖尿病による失明発生率（社会福祉行政業務報告）
- ・ 糖尿病腎症による透析導入患者数（日本透析医学会データ）

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

- ① 初期・安定期の治療を行う診療所
 - ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 糖尿病教室等患者教育の状況
 - ・ 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- ② 血糖コントロール不可例等の治療を行う病院・診療所
 - ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 糖尿病教室等患者教育の状況
 - ・ 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
- ③ 合併症治療を行う病院・診療所
 - ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 実施可能な慢性合併症の治療法
 - ・ 医療連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）

(3) 指標による現状把握

(1) 及び (2) の情報を基に、例えば下記に示すような指標により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

(参考：指標の例)

○ ストラクチャー指標

- ・ 糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関数【初期・安定期治療、専門治療】
- ・ 教育入院を行う医療機関数【専門治療】
- ・ 急性合併症の治療を行う医療機関数【急性増悪時治療】

○ プロセス指標

- ・ 地域医療連携クリティカルパスの導入率【初期・安定期治療、専門治療、慢性合併症治療】

○ アウトカム指標

- ・ 薬物療法からの離脱実績
- ・ 治療中断率（医師の判断によらないものに限る）
- ・ 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数
- ・ 糖尿病による失明発症率
- ・ 糖尿病腎症による新規透析導入率
- ・ 年齢調整死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、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。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に糖尿病の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。
また糖尿病対策推進会議（日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が、糖尿病の発症予防等を目指して共同で設立した会議）を活用すること。

3 連携の検討及び計画への記載

(1) 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、血糖コントロールを中心として、多種多様な合併症についても連携して治療を実施できるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。

そのために、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。

また都道府県は、関係団体等との連携、特に日本糖尿病対策推進会議の活用により、標準的な治療の普及、協力体制の構築を図る。

(2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示)の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「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医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

(3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

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、例えば圏域内に著しく多数の医療機関が存在する場合など、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ものとする。

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、糖尿病の良質かつ適切な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、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5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とする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、患者の症例登録等を行うことが今後必要である。

救急医療の体制構築に係る指針

我が国の救急医療の需要は年々増加している。救急搬送人員を例にとると過去10年間で約60%増加しており¹、この傾向は今後も続くことが予想される。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関が連携し、地域が一体としてすべての救急患者に対応できる救急医療体制を構築することが重要である。

本指針では、「第1 救急医療の現状」で救急医療の需要及び供給体制について概観し、次に「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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。

第1 救急医療の現状

1 救急医療をとりまく状況

わが国における救急医療の受療動向は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 救急患者数

一日の救急患者[※]は、全国で約6.5万人であり、うちおよそ7500人が入院していると推測される²。

※ 救急患者

救急車等によって救急搬送される患者や、休日・夜間等の通常の診療時間外に医療機関を受診する患者等

(2) 救急搬送数

救急搬送人員は、平成7年に316万人余りであったが、平成17年には496万人（180万人、57%増）を数えるなど、年々増加傾向にある¹。その背景として、高齢化の進展、国民の意識の変化等が挙げられている。

(3) 高齢患者の増加

救急搬送された高齢者についてみると、平成7年には100万人であったが、平成17年には、220万人を数え、この10年間で120万人増となっている。今後も、高齢化の進展とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割

¹ 総務省消防庁「平成18年版他 救急・救助の現況」

² 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

合も増加するものと見込まれる。

(4) 疾病構造の変化

昭和41年には、救急搬送全体のおよそ半数を交通事故等による外傷患者が占め、急病は39.9%（15.3万人）を占めるに過ぎなかった。ところが、平成7年には急病が52.4%（166万人）、平成17年には、59.4%（294万人）を占めるに至り¹、この10年間で急病による救急搬送人員が128万人増加している。今後も急病の対応が増加するものと見込まれる。

(5) 重症患者の動向

全救急搬送人員のうち、「重症」（「死亡」も含む。）と分類されたものをみると、「外傷等」（約10.8万人）、「脳疾患」（8.3万人）、「心疾患系」（7.2万人）の順となっている。さらに、「急病」のうち死亡が最も多いのは、「心疾患等」である¹。

したがって、重症患者の救命救急医療体制を構築するに当たって、重症外傷等の外因性疾患への対応に加えて、今後は脳卒中、急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病への対応が重要である。

(6) 軽症患者の動向

救急車で搬送される患者のうち、軽症者が50%程度を占める。この中には不要不急にも係わらず安易に救急車を利用している例も散見される³。救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過大な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となる。

このような状況に対して、救急車等のより適切な利用を促すための啓発活動が各地域で行われている他、地域によっては救急出動現場において明らかに緊急性が認められない場合には、患者自身で医療機関を受診する様に促すなどの試みが行われている。

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件⁴、この中で、身体合併症があり精神疾患、身体疾患ともに入院医療を要する程度のもは約2%⁵の頻度で発生しているとの報告がある。

³ 総務省消防庁「救急需要対策に関する検討会 報告書」

⁴ 厚生労働省障害保健福祉部調（平成17年）

⁵ 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（主任研究者 保坂隆）（平成18年）

2 救急医療の提供体制

救急医療の提供体制は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 病院前救護活動

① 市民への救急蘇生法の普及と、自動体外式除細動器（AED）の設置

これまで様々な主体によって、救急蘇生法の講習が行われてきた。例えば、消防機関が主体となって実施するものだけでも、毎年、百万人を越える国民が救急蘇生法を受講している。

この結果、救急隊員によって搬送される心肺停止患者のおよそ34%に対して家族等による人工呼吸や胸骨圧迫等の救急蘇生法が実施されており、その割合は毎年上昇している¹。

平成16年より一般住民の使用が可能となったAEDについても、全国で4万台余り（医療機関や消防機関に設置された3万台を除く）が設置されるに至り⁶、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待される。

② 消防機関による救急搬送と救急救命士等

救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されている。平成3年からは、救急救命士制度の発足により、1隊につき1名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、平成18年4月には82%の救急隊に救急救命士が同乗している¹。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、徐々に業務範囲が拡大され、平成18年4月からは心肺停止患者に対する薬剤投与が可能となった。

心肺停止患者への対応については、救急救命士を含む救急隊員（以下「救急救命士等」という。）の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）が策定され、全国に普及している。これによって、救急救命士等が心肺停止患者に対してより適切に観察、判断、処置を行えるようになり、救急救命士等の質が向上し、業務が標準化された。

これらプロトコールの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うメディカルコントロール^{*}体制については、各都道府県にメディカルコントロール協議会を設置するなど、全国的に整備されたところである。しかし地域によっては、年間に一度も協議会が開催されていないところもあるなど、その活動実態には地域差があることが指摘されて

⁶ 厚生労働科学研究「自動体外式除細動器を用いた心疾患の救命率向上のための体制の構築に関する研究」(主任研究者 丸川征四郎) (平成18年度)

いる⁷。

※ メディカルコントロール

病院前救護における「メディカルコントロール」とは、救急現場から救急医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士の活動等について医師が指示、指導・助言及び検証することにより、病院前救護の質を保障することを意味するものである。

平成13年より、メディカルコントロール体制の整備のため、各都道府県と地域にメディカルコントロール協議会の設置が開始された。

③ 搬送手段の多様化とその選択

従来の救急車に加えドクターカー、救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)[※]、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつある。

ヘリコプターによる救急搬送については、ドクターヘリが10県で運用され年間4千件余りの出動件数を数え⁸、消防防災ヘリコプターについても全国で70機が運用され、救急搬送のために年間2千5百件近く出動している¹。

現状では、救急搬送全体に占める航空機の利用はわずかであるが、今後は、緊急度が高くかつ適切な医療機関への搬送が長距離に及ぶ患者に対しては、ヘリコプター等の利用が期待される。

また、消防機関の救急救命士等が、メディカルコントロール体制のもとに適切な観察と判断等を行い、地域の特性と患者の重症度・緊急度に応じて搬送手段を選択し、適切な医療機関に直接搬送できる体制の整備が重要である。

※ 救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)について

救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)を用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性をかんがみ、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の全国的な確保を図ることを目的に、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」が、平成19年6月27日に施行された。

都道府県が医療計画を策定するに当たって、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保について定めるとき又は変更するときには、下記事項について記載することが求められる。

- ・ 都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項
- ・ 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項
- ・ 関係者の連携に関する事項

④ 救急搬送先病院と転送

救急医療機関の整備については、これまで、重症度・緊急度に応じて、階層的

⁷ 厚生労働科学研究「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」(主任研究者 山本保博)(平成18年度)

⁸ 厚生労働科学研究「新たな救急医療施設のあり方と病院前救護体制の評価に関する研究」(主任研究者 小濱啓次)(平成17年度)