

な整備（第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、初期救急医療機関）が図られてきた。

体制の整備等によって、「救急車の転送^{*}」は近年、減少傾向にある¹。

※ 救急車の転送

患者を搬送した医療機関が収容不能であったため同一救急隊が引き続いて同一患者を他の医療機関に搬送した場合をいう。

一方、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない「電話の転送」は依然存在していると指摘されている⁹。

この原因には、搬送される傷病者・搬送機関・受入医療機関それぞれの問題がある。

救急医療機関が搬送に応じられない原因として「専門外である」、「手術中・処置中」、「ベッドの満床」、「医師不在」等が挙げられている¹。

この問題を改善するためには、まず各地域においての「電話の転送」の現状を明らかにした上で、その原因を詳細に把握分析し、地域と消防機関、救急医療機関とが一体となり、それぞれの地域の実状に応じて対応する必要がある。

なお、救急医療機関から情報を収集し、医療機関や消防機関等へ必要な情報提供を行い、救急医療に関わる関係者の円滑な連携を構築することを目的に、救急医療情報センターを整備し、診療科別医師の在否や、手術・処置の可否、病室の空床状況等の情報を共有している。「電話の転送」を解消していくためには、これらの取組について、地域に即してより実効的、有効的に改善していく必要がある。

（２）救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター

救命救急医療を担う救命救急センターは、当初100万人に1か所を目途に整備してきたところである。

現在、全国に200か所以上の施設が指定され、人口当たりの数としては十分な整備が行われたところである。

しかしながら、その地理的配置をみると、複数の救命救急センターを持つ地域がある一方で、最寄りの救命救急センターまで長時間の搬送を要する地域も多数存在するなど、課題が残されている¹⁰。

② 脳卒中や急性心筋梗塞に対する救急医療

⁹ 埼玉県「救急傷病者受入要請に係る調査結果」

¹⁰ 厚生労働科学研究「医療計画の実態及びその評価に関する研究」（主任研究者 河原和夫）（平成17年度）

救命救急センターを有する病院においては、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への医療が提供されてきた。ただし、脳卒中や急性心筋梗塞の医療は、救命救急センターを有する病院以外の病院等においても行われてきたところである。

今後、これらの医療機関を含めて、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要がある。(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)

③ アクセス時間を考慮した体制の整備

救急医療（特に、脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療）においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つである。

従って、特に救命救急医療の整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある。

なお、アクセス時間は、単に医療機関までの搬送時間ではなく、発症から適切な医療機関で適切な治療が開始されるまでの時間として捉えるべきである。

そのためには、一定の人口規模を目安にしつつも、地理的な配置を考慮して、地理情報システム（GIS[※]）等の結果を参考に、地理的空白地帯を埋める形で、適切な治療が可能な救命救急医療機関の整備を進める必要がある。

※ GIS（Geographic Information System）

地図に相当する地理情報のデータベースと、表示、案内、検索等の機能を一体とするコンピュータシステムのこと。当該システムの活用により、救急医療機関までのアクセス時間等を計算することが可能となる。

なお、救命救急医療を必要とする患者の発生がそれほど見込めない場合や、十分な診療体制を維持できない場合は、例えば、ヘリコプターで患者搬送を行うといった搬送手段の工夫によりアクセス時間を短縮する等して、どの地域で発生した患者についても、一定のアクセス時間内に、必要な救命救急医療を受けられる体制を構築する必要がある。

今後新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、前記視点に加え、一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である。

④ いわゆる「出口の問題」

前述の「電話の転送」の原因のひとつに、「ベッドの満床」が挙げられている。

その背景として、救急医療機関（特に救命救急医療機関）に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。

具体的には、急性期を乗り越えたものの、いわゆる植物状態等の重度の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされている。

この問題を改善するには、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要である。

また、同様の問題として、救命救急センターを有する病院において、院内の連携が十分でない等の理由により、急性期を乗り越えた救命救急センターの患者が、一般病棟へ円滑に転床できずに、救命救急センターにとどまり、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点も指摘されている。これについても、救命救急医療の機能は病院全体で担う責任があるという観点から、院内における連携体制を強化していく必要がある。

(3) 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

これまで、病院群輪番制病院や共同利用型病院等の整備が進められ、地域の入院機能を担う救急医療機関の確保が図られてきた。

多くの地域でこれらの体制が取られているが、その活動の実態は様々である。例えば病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日に係わらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴わない地域もある¹¹。

今後は、活動の実態に即して、救急医療機関としての役割を評価していく必要がある。

また、輪番制病院制度は地域の救急医療を担う人材や設備が限られている中で、医療資源を分散して整備する必要があることや、住民・消防機関にわかりにくいといった問題もあり、一年を通じて、診療科に係わらず広く救急医療を行う医療機関について検討する必要がある。

¹¹ 厚生労働省「救急医療対策事業調査」(平成17年)

脳卒中や急性心筋梗塞等に対する専門的な医療については、救命救急センター以外の救急医療機関においても実施してきたことについて前述したが、これらの病院も含め、救急搬送される患者の大部分が、入院を要する救急医療を担う医療機関へ搬送されており¹²、当該医療機関の更なる充実が重要である。

※ 救急病院

先の医療計画作成指針（平成10年）において、医療計画に記載された第二次及び第三次救急医療機関を、都道府県知事が救急病院（診療所）として認定することで、医療計画で定められた救急医療体制と、救急病院等を定める省令に基づく救急病院（診療所）との一元化が図られた。これにより、制度上は、従来の救急告示病院と初期、第二次、第三次救急医療体制が併存し、住民や消防機関にとって分かりづらいものとなっていた救急医療体制が、医療計画に基づき一つのものとなるよう整理された。

今後も、住民等にわかりやすい救急医療体制を構築する観点から、救急病院の認定に当たっては、医療計画との整合性をはかる必要がある。

（４）初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

初期救急医療は、診療所及びそれを補完する休日夜間急患センターや在宅当番医制において、地域医師会等の協力により実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者の診療を担ってきた実績がある。

現在、入院を要する救急医療を担う医療機関に、多くの軽症患者が直接受診することで、結果として、これらの医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来す可能性が指摘されている。今後も軽症患者の救急需要の増大が予想される中、地域の実情に応じた初期救急医療を構築する必要がある。

（５）精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療は、平成7年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制等による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきた。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに、休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連絡調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要がある。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要がある。

さらに、「自殺総合対策大綱」（平成19年6月8日閣議決定）に基づき、自殺未

¹² 総務省消防省「救急・救助の現況」（平成18年版）及び厚生労働省「救命救急センター現況調について」（平成18年）

遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要がある。

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「1 救急医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し継続して実施される体制を構築する。

(1) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- ① 本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施
- ② メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
- ③ メディカルコントロールによる搬送手段の選択及び適切な医療機関へ直接搬送する体制の実施

(2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

- ① 患者の状態に応じた適切な救急医療の提供
- ② 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
- ③ 必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制
- ④ 脳卒中・心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制

(3) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ① 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制
- ② 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制

2 各医療機能と連携

前記「目指すべき方向」を踏まえ、救急の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。

(1) 病院前救護活動の機能【救護】

- ① 目標
 - ・ 患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること

- ・ メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
- ・ メディカルコントロールにより、搬送手段を選択し適切な救急医療機関へ直接搬送すること

② 関係者に求められる事項

ア 住民等

- ・ 講習会等の受講により、傷病者に対するAEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- ・ 傷病者の救護のため、必要に応じて速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること

イ 消防機関の救急救命士等

- ・ 住民等に対し、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること
- ・ 搬送先の医療機関の選定に当たっては、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
- ・ 地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
- ・ 搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
- ・ 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

ウ メディカルコントロール協議会等

- ・ 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- ・ 搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- ・ 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること
- ・ 救急救命士等への再教育を実施すること
- ・ ドクターカーやドクターヘリ等の搬送手段の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
- ・ ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用にあたっては、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること

(2-1) 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

① 目標

- ・ 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
- ・ 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

② 医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。

- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、原則として24時間365日必ず受け入れることが可能であること
- ・ 集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
- ・ メディカルコントロール協議会等との連携の上、実施可能な医療機能等を消防機関等に周知していること
- ・ 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- ・ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
- ・ 急性期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 急性期を経た後も、いわゆる植物状態等の重度の後遺症がある患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を、受け入れることができる医療機関等と連携していること
- ・ 地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・ DMA T*派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- ・ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること
- ・ 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること

- ・ 救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
- ・ 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること

※ DMAT（災害派遣医療チーム）については災害時における医療体制の構築指針を参照。

(2-2) 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】

① 目標

- ・ 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
- ・ 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

② 医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
- ・ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床または専用病床を有すること
- ・ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- ・ 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 初期救急医療機関と連携していること
- ・ 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
- ・ メディカルコントロール協議会等との連携の上、実施可能な医療機能等を消防機関等に周知していること
- ・ 救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
- ・ 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと
- ・ 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること

③ 医療機関の例 救急病院

- ・ 二次輪番病院、共同利用型病院
- ・ 一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は診療所
- ・ 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は診療所

(2-3) 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

① 目標

- ・ 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

② 医療機関に求められる事項

主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

- ・ 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること
- ・ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関と連携していること
- ・ 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

③ 医療機関の例

- ・ 休日・夜間急患センター
- ・ 休日や夜間に対応できる診療所
- ・ 在宅当番医制に参加する診療所

(3) 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後医療】

① 目標

- ・ 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること。
- ・ 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること。

② 医療機関に求められる事項

- ・ 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 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
- ・ 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること
- ・ 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、また居宅介護サービスを調整すること

- ・ 救急医療機関及び在宅での療養を支援する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

③ 医療機関等の例

- ・ 療養病床を有する病院
- ・ 精神病床を有する病院
- ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院
- ・ 診療所
- ・ 訪問看護ステーション

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、救急医療の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について、次に掲げる項目を参考に情報等を収集し、現状を把握する。

(1) 救急患者動向に関する情報の収集

- ・ 救急搬送患者数（年齢別・性別・疾患別・重症度別）（消防防災部局）
- ・ 搬送先医療機関（年齢別・性別・疾患別・重症度別、応需率等）（消防防災部局、衛生担当部局、一部新たな調査が必要）

(2) 救急医療の医療資源に関する情報の収集（新たな調査を要する）

- ・ 病院前救護活動（救急救命士の数等）（消防防災部局）
- ・ 搬送手段に係わる情報（救急車、ドクターカー、ドクターヘリ、消防防災ヘリコプター等の活用状況）（消防防災部局、衛生担当部局）
- ・ 救急医療に携わる施設とその位置（衛生担当部局）
- ・ 医療機関の機能（対応可能な疾患・診療科を含む。）と体制（衛生担当部局、一部新たな調査が必要）
- ・ 救急医療機関の人員（衛生担当部局、一部新たな調査が必要）

(3) 救急医療連携に関する情報の収集（新たな調査を要する）

① 救急搬送等

- ・ 地域メディカルコントロール協議会の活動状況（協議会の開催頻度、事後検証の実施症例数、救急救命士の病院実習の実施状況等）
- ・ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば30分以上、あるいは5医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合
- ・ 救急要請（覚知）から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間
- ・ 救急要請から救命救急センターへの搬送までに要した平均時間
- ・ 救命救急センター等の各救急医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合
- ・ 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率

② 救急医療に関連する施設の連携状況（新たな調査を要する）

- ・ 救急医療機関への搬送手段および搬送元の分類（現場からの搬送、転院搬送）
- ・ 救急医療機関に搬送された救急患者の退院経路

(4) 指標による現状把握

(1) から (3) 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
 - ・ 住民の救急蘇生法講習の受講率【救護】
 - ・ A E Dの設置台数とその配置【救護】
 - ・ 救急車の稼働台数と、その配置【救護】
 - ・ 救急救命士が同乗している救急車の割合【救護】
 - ・ 救急医療施設の数と配置【救命医療、入院医療、初期救急医療】
 - ・ 救急医療に携わる医師数（診療所医師、病院勤務医、救急科専門医等）【救命医療、入院医療、初期救急医療】

- プロセス指標
 - ・ 救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率【救護】
 - ・ 一般市民のA E D使用症例数とその事後検証実施率【救護】
 - ・ 救急救命士によって行われる特定行為の件数【救護】
 - ・ 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間【救護、救命医療】
 - ・ 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率【救護、救命医療】
 - ・ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば30分以上、あるいは5医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合【救護、救命医療、入院医療】
 - ・ 救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合（救急搬送応需率）【救護、救命医療】
 - ・ 都道府県の救命救急センターの充実度評価の状況【救命医療】
 - ・ 二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合【救護、入院医療】
 - ・ 診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合【初期救急医療】

- アウトカム指標
 - ・ 心肺停止患者の一ヶ月後の予後

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、救急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、重傷度・緊急度に応じた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。

ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。

(3) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に救急医療・救急搬送に従事する者、消防主管部局、メディカルコントロール協議会、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、救急医療体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が提供されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

そのために、医療機関、消防機関、消防主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報（提供可能な救急医療等）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消防機関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、良質かつ適切な救急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。

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（以後、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 医療機関とその連携体制の目指すべき方向」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。

第1 災害医療の現状

1 災害の現状

災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道事故といった人為災害等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

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山、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は、平成7年1月の阪神・淡路大震災（死者6,433名）のみであるが、平成16年10月の新潟県中越地震（死者51名）等のように、数年に1回の頻度で、死者が20人を超える地震災害が発生している。

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・南海地震、首都直下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があり、すべ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。

② 風水害等

最近10年間で集中豪雨が著しく増加しており、今後も、地球の温暖化等の影響による、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。また平成18年には、相次ぐ竜巻災害により観測史上例を見ない12名の死者が発生している¹。

＜平成18年における風水害等の状況＞

災害名	死者行方不明者	住家全壊
平成18年豪雪	152名	18棟
梅雨前線による豪雨	32名	300棟
台風第13号	10名	159棟
平成18年10月の低気圧	1名	1棟
佐呂間町における竜巻	9名	7棟

（2）人為災害

人為災害として、列車事故、原子力災害等の大規模事故やテロ等が挙げられる。

① 交通・列車事故

鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが進展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になるおそれが指摘されている²。

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 テロ

テロには、銃器の発砲や爆弾等の爆発から、航行中の航空機を使った攻撃まで様々な形態があり、用いられる物質（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）によっても多様な形態をとる。NBCを使ったテロ・災害に対処する災害医療については、特別な対応が求められる。

我が国においては、平成6年6月に松本サリン事件（死者7名、負傷者144名）、平成7年3月に地下鉄サリン事件（死者11名、負傷者3,796名）が発生している。

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、地下鉄サリン事件を契機に、下記の

¹ 内閣府「平成19年版 防災白書」

² 内閣府「平成19年版 交通安全白書」

ような整備がなされた。

(1) 災害拠点病院

平成8年度以降、災害拠点病院（基幹災害医療センター及び地域災害医療センター）の整備が図られ、平成19年5月現在、全国で573病院が指定されている。

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。

災害拠点病院の整備開始からおよそ10年が経過する中で、災害拠点病院間において、その機能の充実度に格差が生じていると指摘されている。

今後は、それぞれの災害拠点病院の持つ機能を客観的に評価した上で、不足する機能の充実等を行うことが重要である。

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、救命救急センターは、災害拠点病院としても整備する必要がある。

※ 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死的になる疾患

(2) 災害派遣医療チーム

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救護班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。

平成19年6月1日現在、298チームが編成されている。

DMATの果たす任務と役割は、災害発生後直ちに被災地に入り、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における診療支援」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現場で行う。

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、阪神淡路大震災（平成7年）や、今後発生が懸念される東海地震などによって甚大な人的被害が起こった場合には、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の活動実績については、例えば、青森県八甲田山雪崩事故（平成18年）に同県内のDMATが出動し、災害現場において医療を実施した例や、能登半島沖地震（平成19年）で、被災県に向けて近隣県からのDMATが出動し、都道府県をまたがる活動が行われた事例等が挙げられる。

なおDMATの活動は、都道府県と医療機関の間で平時において締結された協定等に基づいて運用されるが、協定を締結した都道府県は現在7都道府県（平成19年6月現在）に留まっている。

災害時におけるDMATの活動基準や費用・保障について明確する点からも、すべての都道府県において、都道府県とそれぞれの管下のDMAT派遣機能を持つ医療機関との間で、すみやかに協定が結ばれることが期待される。

また、DMATの活動に係る医療機関と消防機関との連携について地域における指針を定めることや、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が重要である。

（3）救護班

災害が沈静化した後においても、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、地域医師会等を中心とした救護班が、DMATとも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

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、高齢者等の災害弱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。

（4）広域災害・救急医療情報システム

災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼動状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する「広域災害・救急医療情報システム」が全国的に整備されてきた。

また、平成19年には、災害発生時に実際に情報入力を行う医療機関の割合が十分ではない等の課題に対応するため、入力項目や運用方法の改訂を行った。

災害時において機能する情報システムを構築するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者が、この情報システムについて理解し、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、被災した病院に代わって県や保健所等が、情報システム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が重要である。

（5）NBC災害・テロへの対応

これまで、NBC災害・テロ対策設備整備事業等により、災害拠点病院や救命救急センター等に対する設備整備補助や、NBC災害・テロ発生時に対応できる人材の育成を目的としたNBC災害・テロ対応医療チーム研修を実施している。

第2 医療機関とその連携

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、さらに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。

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

- ① 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

(1) 災害拠点病院としての機能【基幹災害医療センター、地域災害医療センター】

- ① 目標
 - ・ 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能
 - ・ 患者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能
 - ・ 自己完結型の医療救護チームの派遣機能
 - ・ 地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能
- ② 医療機関に求められる事項

基幹災害医療センターは、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。災害医療センターは、地域において中心的な役割を担う。

 - ・ 災害時に多発する重篤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
 - ・ 診療に必要な施設は耐震構造であること
 - ・ 除染設備、表面汚染測定器、防毒マスク等NBCテロ等特殊な災害に対する医療活動に必要な施設・設備を有していること
 - ・ 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
 - ・ 水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
 - ・ 対応マニュアルの整備、研修・訓練等による人材育成を実施すること
 - ・ 基幹災害医療センターにおいては、災害医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと

- ・ 必要に応じ、病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離発着場を有していること
- ・ 広域災害・救急医療情報システムの端末を有し、その使用方法に精通していること

③ 医療機関の例

- ・ 救命救急センター
- ・ 入院を要する救急医療を担う医療機関
- ・ 緊急被ばく医療機関

(2) DMAT等医療従事者を派遣する機能【応援派遣】

① 目標

- ・ 被災地周辺に対し、DMAT等自己完結型の緊急医療チームを派遣すること
- ・ 被災患者を受け入れる他の医療機関に被災患者が集中した場合等において、医療従事者の応援派遣を行うこと

② 医療機関に求められる事項

- ・ 国が実施するDMAT研修等必要な専門的トレーニングを受けている医療従事者チームを確保していること
- ・ 被災地における自己完結型の医療救護に対応できる携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機等を有していること
- ・ 災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、地域医師会等を中心とした救護班と関係を図ること

③ 医療機関の例

- ・ 災害拠点病院
- ・ 救命救急センターを有する病院
- ・ 日本赤十字社の開設する病院

(3) 救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【健康管理】

① 目標

- ・ 災害発生後、救護所、避難所に医療従事者を派遣し、被災者に対し、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うこと

② 医療機関に求められる事項

- ・ 感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者を確保していること
- ・ 携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品を有していること
- ・ 災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、DMAT等急性期の医療チームと関係を図ること

- ③ 医療機関等の例
- ・ 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、災害時の医療体制を構築するに当たって、人口、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) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

- ・ 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
- ・ 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

(1) 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

- ・ 災害医療体制に位置付けられる医療機関の数【救命医療、応援派遣、健康管理】
- ・ 救命救急センターのうち、災害拠点病院に位置づけられたものの占める割合
- ・ 病院の耐震化率（耐震化された病院／全病院数）
- ・ 災害医療体制に位置付けられた病院のうち、災害に備えて医療資器材の備蓄を行っている病院の割合
- ・ 基幹災害医療センターが、地域災害医療センターの職員に対して実施した災害医療研修（実施日数×人数 等）
- ・ 災害医療体制に位置付けられた病院のうち、防災マニュアルを策定している病院の割合
- ・ 患者の大量発生を想定した災害実動訓練を実施した、災害拠点病院の占める割合
- ・ 患者受入医療機関における耐震改修実施率、マニュアル整備率、職員の訓練実施率等【救命医療】
- ・ DMA T等緊急医療チームの数及びチームを構成する医療従事者の数【応援派遣】
- ・ 災害時に応援派遣可能な医療従事者の総数【応援派遣】

- ・ 広域災害救急医療情報システムへに登録している病院の割合
- プロセス指標
- ・ 各地域における防災訓練の実施回数
 - ・ 基幹災害医療センターにおける県下の防災関係医療従事者を対象とした研修の実施回数【救命医療】

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、災害時における医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「第1 情報の収集」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、都道府県をまたがる広域搬送等の広域連携体制を定める。

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）の参画も得ることとする。

(2) 検討を行う場合は、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。

3 連携の検討及び計画への記載

(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、救命医療、応援派遣、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。

そのために、医療機関、消防機関、消防主管部局、地域医師会等の関係者は、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) 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とする。

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。

また記載に当たっては下記の点に留意する。

① 災害拠点病院

災害拠点病院については、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。また、対応するエリアも明記する。

② 広域搬送拠点臨時医療施設

広域医療搬送を想定し、広域搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit）の設置に対し協力を行う医療機関をあらかじめ定める。

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

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、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。

へき地の医療体制構築に係る指針

へき地の医療については、これまで、へき地診療所、へき地医療拠点病院、へき地医療支援機構の整備等を通じて、無医地区等の解消に努めてきた。

各都道府県においては、「第10次へき地保健医療計画等の策定について」（平成18年5月16日付け医政発第0516001号厚生労働省医政局長通知。以下、「策定通知」という。）に基づき、平成18年度に第10次へき地保健医療計画を策定し、その内容を平成20年度までに医療計画に反映することとしている。

本指針は、策定した第10次へき地保健医療計画のうち医療計画に反映すべき事項等について、住民・患者の視点に立った計画を作成するという観点から、その考え方を示すものである。

具体的には、「第1 へき地医療の現状」でへき地医療の状況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、また各関係機関に求められる機能を理解した上で、機能を担う関係機関とさらにそれらの関係機関相互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 へき地の医療の現状

1 無医地区の現状

へき地^{*}・離島における医療の確保については、昭和31年度からへき地保健医療計画を策定し各種の施策を講じてきており、平成13年度から開始した第9次へき地保健医療計画においては、へき地医療支援機構の設置、へき地医療拠点病院の設置等を実施し、その充実に努めてきた。

※ 無医地区^{*}、準無医地区^{**}その他へき地診療所が設置されている等、へき地保健医療対策の対象とされている地域

* 原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

** 無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区

無医地区については、昭和41年に2,920地区（人口119万人）存在したが、

その後の9次にわたるへき地保健医療計画の実施により、その解消が継続的に図られ、その結果、平成16年末の無医地区は786地区（人口16万人）となっている¹。

無医地区について、平成11年から平成16年にかけての増減を地域ごとに調査した結果をみると、無医地区が減少しただけではなく、新たに無医地区になるところもみられた。

無医地区が減少したところでは、その理由として、「交通の便がよくなった」という回答が最も多く、この他の理由として、「人口が無医地区の要件である50人未満となった」、「医療機関ができた」と続いていた。

無医地区が増加したところでは、その理由として「医療機関がなくなった」との回答が最も多かった¹。

無医地区の人口をみると、へき地診療所を設置する要件である1,000人以上の地域は10地区、離島においてへき地診療所を設置する要件である300人以上の離島は1地区であった¹。

このように、新たに無医地区となる地区や、人口減によって無医地区でなくなった地区もあり、高齢化の進行によって医療需要が増していることも考慮すると、引き続きへき地保健医療対策を実施することが重要である。

2 第10次へき地保健医療対策の概要

- ・ へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所等については、これらの体制整備を引き続き推進するとともに、相互間の連携強化を図る。
- ・ へき地医療支援機構について、各都道府県におけるへき地医療の確保のための調整機関としての役割を明確に位置付け、非常勤医師を配置するなど、その機能を強化し、医師の派遣調整等広域的なへき地医療支援体制を図る。
- ・ 社団法人地域医療振興協会について、へき地医療支援機構の支援・調整団体としての役割を位置付け、へき地医療情報ネットワーク等を活用した全国的なへき地医療支援を行えるよう努める。
- ・ 診療マニュアルの作成・活用等によるへき地診療所等勤務医師への診療支援など、へき地勤務の環境を改善していく。
- ・ 都道府県は、各地域の実情を踏まえ、へき地保健医療計画を策定し、へき地保健医療対策の推進を図る。

¹ 厚生労働省「無医地区等調査」(平成16年度)

3 へき地の医療提供体制

(1) 医療提供施設等

- ① へき地診療所
 - ・ 無医地区、準無医地区等における地域住民への医療の提供
- ② へき地医療拠点病院
 - ・ へき地医療支援機構のもとでのへき地診療所等の支援
 - ・ 巡回診療
 - ・ 代診医等の派遣 等
- ③ 特定機能病院等高度の診療機能を有し、地域医療で一定の役割を果たすべき病院
 - ・ へき地医療拠点病院の診療援助 等
- ④ へき地保健指導所
 - ・ 無医地区、準無医地区等での保健指導

(2) へき地医療を支援する機関等

- ① 都道府県等
 - ・ 協議会の運営
 - ・ へき地保健医療対策の実施
- ② へき地医療支援機構
 - ・ へき地医療支援事業の企画調整
- ③ 社団法人地域医療振興協会
 - ・ 各へき地医療支援機構間の連携のサポート
 - ・ へき地関連の支援
- ④ 地域医師会等の医療関係団体
 - ・ へき地医療を支えるための協力

(3) 患者の搬送体制

- ① 内海離島（沿海域）
 - ・ 島内での船舶の確保
 - ・ 自家用船で移動する場合の陸上での搬送体制
 - ・ ヘリコプターの着陸地点の指定

② 外海離島（沿海域以遠）

- ・ ヘリコプターの着陸地点の指定

③ 陸上

- ・ 夜間の搬送体制
- ・ 夜間等に対応する地域外の当番病院の指定
- ・ 移動困難時における医療チームの定期的な派遣

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 へき地医療の現状」を踏まえ、個々の機能、それを満たす関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携し継続して実施される体制を構築する。

特に、第10次へき地保健医療対策を踏まえ、無医地区等においては、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所等による医療提供体制の確保及び当該施設相互間の連携の強化を図る。

詳細は策定通知の別添「へき地保健医療対策等について」を参照のこと。

(1) 医療を確保する体制

- ① 初期救急医療及び入院を要する救急医療に24時間365日対応できる体制の整備
- ② 専門的な医療や高度な医療を要する場合に適切に搬送する体制の整備

(2) 診療を支援する体制

- ① 専門的な医療との連携
- ② 救命救急医療との連携
- ③ 情報通信技術（IT）等の活用

2 各医療機能と連携

へき地の医療については、へき地保健医療計画との整合性がとれ、継続的にへき地の医療を支援できる機能が求められる。

(1) へき地における保健指導の機能【保健指導】

- ① 目標
 - ・ 無医地区等において、保健指導を提供すること
- ② 関係機関に求められる事項
 - ・ 保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること
 - ・ 特定地域保健医療システム^{*}を活用していること
 - ・ 地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと

^{*} 平成13年5月16日付け医政発第529号医政局長通知「へき地保健医療対策事業について」の別添「へき地保健医療対策実施要綱」（以下、「要綱」という。）に基づく事業。

特別豪雪地帯等の無医地区等に伝送装置による保健医療情報システム体制を整備し、当該地区住民の保健医療の確保を図るもの。

③ 関係機関の例

- ・ へき地保健指導所
- ・ へき地診療所
- ・ 保健所

（２）へき地における診療の機能【へき地診療】

① 目標

- ・ 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること。
- ・ 24時間365日対応できる体制を整備すること
- ・ 専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ プライマリーの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること
- ・ 必要な診療部門、医療機器等があること
- ・ へき地診療所診療支援システム*を活用していること
- ・ 特定地域保健医療システムを活用していること
- ・ 緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院**等と連携していること
- ・ へき地医療拠点病院等における職員研修等に計画的に参加していること

※ 要綱に基づく事業。へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院がへき地診療所の診療活動等を援助するもの。

※※ 要綱に基づく事業。へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院として、都道府県知事が指定するもの。

③ 医療機関等の例

- ・ へき地診療所及び過疎地域等特定診療所
- ・ 特例措置許可病院
- ・ 巡回診療・離島歯科診療班

（３）へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

① 目標

- ・ 診療支援機能の向上を図ること

② 医療機関に求められる事項

- ・ へき地医療拠点病院支援システム*を活用していること
- ・ へき地診療所支援システムを活用していること

- ・ 巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること
- ・ へき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助を行うこと
- ・ へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること
- ・ 遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと
- ・ その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること
- ・ へき地保健医療情報システム^{※※}の各種データの登録・更新等を行うこと
- ・ 24時間365日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること
- ・ 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること

※ 要綱に基づく事業。小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。

※※ 要綱に基づく事業。へき地医療拠点病院、へき地診療所、行政機関や医師会・歯科医師会等の関係機関を結ぶ全国的情報ネットワークを構築し、へき地医療に関する各種情報を共有化するもの。

③ 医療機関の例

- ・ へき地医療拠点病院
- ・ 特定機能病院
- ・ 地域医療支援病院
- ・ 臨床研修病院
- ・ 救命救急センターを有する病院

(4) 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

都道府県は、へき地保健医療計画の策定に当たり、地域や地区の状況に応じて、医療資源を有効に活用しながら都道府県の実情にあわせて「医師を確保する方策」、「医療を確保する方策」、「診療を支援する方策」又は「へき地医療の普及・啓発」を定めることから、医療計画にもこれらの方策及び行政機関等が担うへき地医療の支援策を明示する。

① 都道府県

- ・ へき地保健医療計画の策定及びそれに基づく施策の実施

② へき地医療支援機構及び社団法人地域医療振興協会

- ・ へき地保健医療計画に基づく施策の実施

第3 構築の具体的な手順

へき地における医療体制は、へき地保健医療計画を策定することにより構築されるものであるが、医療計画への反映に当たっては、患者や住民の視点に立った対象地域ごとの情報となるよう、分かりやすく工夫する必要がある。

1 情報の収集

都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、対象地域の地区ごとに患者動向、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) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

- ・ へき地医療支援機構からの支援策
- ・ へき地医療拠点病院からの支援策
- ・ 最寄りへき地診療所
- ・ 当該地区の解消策とその時期
- ・ 当該時点の支援策と解消までの支援策（解消策）
- ・ 類型（外海離島型、内海離島型等の別）
- ・ その他の問題点等

(2) 指標による現状把握

(1) 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
 - ・ へき地の数
 - ・ 保健指導の場の数【保健指導】
 - ・ へき地診療所の数【へき地診療】
 - ・ へき地医療拠点病院の数【へき地診療の支援医療】
- プロセス指標
 - ・ 応急手当受講率【保健指導】
 - ・ 医療機能情報公開率【保健指導】
 - ・ へき地医療支援機構派遣医師数の伸び率【へき地診療の支援医療】
 - ・ 代診医派遣延べ数の伸び率【へき地診療の支援医療】
 - ・ へき地からの紹介患者受け入れ数【へき地診療の支援医療】

2 連携の検討及び計画への記載

(1) 都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、保健指導、へき地診療及びへき地診療の支援医療が互いに連携するよう、また、関係機関や医療機関の信頼関係を醸成するよう配慮する。

そのために、関係機関、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、対象地区及び各機能を担う関係機関の名称を記載することとする。

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り得る。

3 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切なへき地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。

周産期医療の体制構築に係る指針

周産期とは妊娠22週から出生後7日未満のことをいう。これまで地域における総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりの推進を図ってきたところである。

具体的には、地域の実情に応じた周産期医療体制として、「母子保健医療対策等総合支援事業の実施について」（平成17年8月23日雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知。以下「母子保健通知」という。）に基づき、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び搬送体制の整備等を行い、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を推進してきたところである。

本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、母子保健通知等を考慮に入れつつ、「第1 周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、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、また分娩のリスクに応じて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 周産期医療の現状

1 周産期医療をとりまく状況

わが国における周産期医療の受療動向は、およそ以下のとおりとなっている。

(1) 分娩件数及び出生の場所¹

分娩件数は、平成8年に123万件であったが、平成17年には108万件と約12%減少している。

出生場所は、昭和25年（1950年）には「自宅・その他」で95.4%が出生していたが、昭和45年（1970年）には3.9%となり、代わりに「病院・診療所」が85.4%、「助産所」が10.6%と増えている。

さらに平成17年（2005年）には「病院・診療所」が98.8%、「助産所」が1.0%と推移している。

(2) 出産年齢の推移¹

全出産中の35歳以上の割合は、昭和25年（1950年）に15.6%（36.

¹ 厚生労働省「人口動態調査」

5万人)であったが、昭和45年(1970年)には4.7%(9.1万人)、平成17年(2005年)には16.4%(17.4万人)と推移している。

(3) 複産の割合¹

全出産中の複産の割合は、平成7年(1995年)に0.9%、平成17年(2005年)には1.2%と微増している。

(4) 周産期死亡率及び死産率¹

周産期死亡率は、昭和55年(1980年)に20.2%、平成7年(1995年)が7.0%、平成17年(2005年)には4.8%と減少している。

妊娠満22週以後の死産率は、昭和55年(1980年)が16.4%、平成7年(1995年)が5.5%、平成17年(2005年)には3.8%と減少している。

(5) 帝王切開術の割合¹

全分娩における帝王切開術の割合は、平成2年(1990年)には一般病院で11.2%、一般診療所で8.3%であったが、平成17年(2005年)にはそれぞれ21.4%、12.8%と大幅に上昇している。

(6) 低出生体重児¹

低出生体重児(2,500グラム未満)の出生割合は、平成2年(1990年)に6.3%、平成12年(2000年)に8.6%、平成17年(2005年)に9.5%と増加している。また、1,500グラム未満について言えば、平成2年に0.5%、平成12年に0.7%、平成17年に0.8%と同様に増加している。

(7) その他(「健やか親子21」各課題の取組より)

妊産婦死亡率(出生10万対)は、平成12年の6.6が、平成16年には4.3となっている。

産後うつ病の発生率は、平成13年の13.4%が、平成15年には12.8%となっている。

産婦人科医師数は、平成12年の12,420人が、平成16年には12,156人となっている。

助産師数は、平成12年の24,511人が、平成16年には25,257人となっている。

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療の提供体制

① 施設分娩のうち、診療所と病院がそれぞれ約半数を担い、助産所は1%程度を担っている¹。

また1～2名の医師による有床診療所が全分娩の約半数を担い、病院に勤務する産婦人科医も平均3名程度であるなど、施設の規模（1施設当たりの医師数）が小さい施設が多い²。

このように、わが国の周産期医療提供体制は、比較的小規模な多数の分娩施設が分散的に分娩を担うという特徴を有している。

③ このような状況の中で、周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきたところである。

④ また、平成17年12月22日付け医政局長、雇用均等・児童家庭局長連名通知「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。

（2）産科医の実態

平成6年から平成16年までの間に医師全体の数が約4万人増加した一方、産科医（及び産婦人科医）の数は逆に約900人減少している³。

（3）助産師の実態

昭和30年の5.5万人から平成4年頃の2.3万人まで減少したが、平成16年には2.5万人まで回復している⁴。

助産所の数は、平成8年に947施設であったものが、平成16年には722施設と減少傾向にあり、その理由としては、助産所開設者の高齢化に伴う閉鎖も指摘されている⁵。

² 日本産婦人科学会「最終報告書—わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するための具体策の提言—」

³ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁴ 厚生労働省「衛生行政報告例」

⁵ 厚生労働省「衛生行政報告例」による助産所開設者数を計上

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 周産期医療の現状」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、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築する。

構築に当たっては、母子保健通知に基づく周産期医療体制の構築とともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保についても取り組むこととする。

(1) 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、地域周産期施設間の連携

- ① 正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む。）や妊婦検診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制
- ② ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制

(2) 周産期の救急対応が24時間可能な体制

- ① 総合周産期母子医療センター※、地域周産期母子医療センター※及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による、24時間対応可能な周産期の救急対応

※ 母子保健通知における「周産期医療システム整備指針」に規定されるもの。

(3) 新生児医療の提供が可能な体制

- ① 新生児搬送や新生児集中治療管理室（NICU）の後方病室確保を含めた新生児医療の提供が可能な体制

(4) NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

- ① 周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉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、救急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) 正常分娩等を扱う機能（日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）

【正常分娩】

① 目標

- ・ 正常分娩に対応すること
- ・ 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
- ・ 地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること
- ・ 正常分娩を安全に実施可能であること
- ・ 他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
- ・ 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること

③ 医療機関の例

- ・ 産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所
- ・ 連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）
- ・ 助産所

(2) 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期医療】

① 目標

- ・ 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- ・ 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

② 医療機関に求められる事項

母子保健通知の「周産期医療システム整備指針」第2（2）地域周産期母子医療センターの項を参照されたい。

（参考：母子保健通知より）

ア 機能

（ア）地域周産期母子医療センターとは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設をいう。

（イ）同センターは、地域周産期医療関連施設と連携を図り、入院及び分娩に関する連絡調整を行うことが望ましい。

イ 整備内容

（ア）施設数

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センター1か所に対して数か所の割合で設けるものとし、1つ又は複数の2次医療圏に1か所ないし必要に応じそれ以上設けることが望ましい。

(イ) 診療科目

産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連各科を有することが望ましい。

(ウ) 設備

a 産科には、緊急帝王切開術等高度な医療を提供することのできる施設及び以下の設備を備えることが望ましい。

- (a) 分娩監視装置
- (b) 超音波診断装置
- (c) 微量輸液装置
- (d) その他産科医療に必要な設備

b 小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える新生児集中治療管理室を設けることが望ましい。

- (a) 新生児用呼吸循環監視装置
- (b) 新生児用人工換気装置
- (c) 保育器
- (d) その他新生児集中治療に必要な設備

(エ) 医療従事者

以下の医療従事者を配置するよう努めることが望ましい。

- a 産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）は、それぞれ24時間体制を確保するために必要な職員
- b 産科については、帝王切開術が必要な場合30分以内に児の娩出が可能となるような医師及びその他の各種職員
- c 新生児病室には、以下の職員
 - (a) 24時間体制で小児科を担当する医師が勤務していること。
 - (b) 新生児集中治療管理室には、常時3床に1名の看護師が勤務していること。
 - (c) 後方病室には、常時8床に1名の看護師が勤務していること。

ウ 連携機能

地域周産期母子医療センターは、産科に係る開放型病床を保有するなど、地域周産期医療関連施設との連携機能を有し、症例検討会等を開催することが望ましい。

③ 医療機関の例

- ・ 地域周産期母子医療センター等
- ・ 連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの）

（３）母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期医療】

① 目標

- ・ 合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等の母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療を実施すること
- ・ 周産期医療システムの中核として地域の各周産期医療施設との連携を図ること
- ・ 周産期医療情報センターとして機能し、また、他の周産期医療施設の医療従事者に対する研修を実施すること

② 医療機関に求められる事項

母子保健通知の「周産期医療システム整備指針」第２（１）総合周産期母子医療センターの項を参照されたい。

（参考：母子保健通知より）

ア 機能

（ア）総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことのできる医療施設をいう。

（イ）同センターは、主として地域周産期医療関連施設からの搬送を受け入れるとともに、周産期医療システムの中核として地域周産期医療関連施設との連携を図る。

（ウ）同センターは、原則として周産期医療情報センターとしての機能を有するとともに、地域周産期医療関連施設の医療従事者に対する研修を行う。

イ 整備内容

（ア）施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。

ただし、都道府県の面積、人口、地勢、交通事情、周産期受療状況及び地域周産期医療関連施設の所在等を考慮し、３次医療圏に複数設置することができるものとする。

（イ）診療科目