

5疾病・5事業について (その2;5事業について)

目次

1. 第2回検討会での議論について
2. 救急医療について
3. 災害時における医療について
4. へき地の医療について
5. 周産期医療について
6. 小児医療(小児救急医療を含む)について

1. 第2回検討会での議論について

医療計画における記載すべき疾病及び事業について

5疾病

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

5事業[=救急医療等確保事業]

(医療法第30条の4第2項第5号)

次に掲げる医療の確保に必要な事業(以下「救急医療等確保事業」という。)に関する事項(ハに掲げる医療については、その確保が必要な場合に限る。)

イ 救急医療

ロ 災害時における医療

ハ へき地の医療

ニ 周産期医療

ホ 小児医療(小児救急医療を含む。)

ヘ イからホまでに掲げるもののほか、都道府県知事が当該都道府県における疾病の発生の状況等に照らして特に必要と認める医療

疾病・事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日付 医政指発0720001号)

疾病・事業のそれぞれについて、内容として次の事項を記載することとした。

①「必要となる医療機能」 ②「各医療機能を担う医療機関等の名称」 ③「数値目標」

第6次医療計画

- 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
 - ・急性心筋梗塞
 - ・糖尿病
 - ・精神疾患
 - ・救急医療
 - ・災害時における医療
 - ・へき地の医療
 - ・周産期医療
 - ・小児医療(小児救急含む)
 - ・その他特に必要と認める医療
- 居宅等における医療
- 医療従事者の確保
- 医療の安全の確保
- 医療提供施設の整備目標
- 基準病床数
- その他の医療提供体制の確保に必要な事項
- 事業の評価・見直し 等

5疾病の考え方

- ・広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（医療法第30条の4第2項第4号）

具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

5事業 [救急医療等確保事業] の考え方

- ・医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」（医療法第30条の4第2項第5号）

具体的な考え方

- ・医療を取り巻く情勢から政策的に推進すべき医療
- ・医療体制の構築が、患者や住民を安心して医療を受けられるようになるもの

※ なお、このような考え方から、それぞれの疾病及び事業について、医療計画作成指針では次のことを記載することとしている。

- ①患者動向、医療の現状把握
 - ②必要となる医療機能
 - ③数値目標の設定、必要な施策
 - ④各医療機能を担う医療機関等の名称 等
- （平成24年3月30日付 医政発0330第28号）

5疾病・5事業に関する論点

| | |
|-------------------------|----|
| 第2回医療計画の見直し 等に関する検討会 | 資料 |
| 平成28年6月15日 | 2 |

地域での医療提供体制の実情を考慮した上で、高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化に対応するため、医療計画に記載すべき疾病・事業について、次のような観点から検討することとしてはどうか。

1. 医療計画に記載すべき疾病について

- ・ 医療計画に記載すべき疾病は、広範かつ継続的な医療の提供が必要なこと等の理由から、医療計画以外の他の健康増進計画等と調和を取りながら対策を進める必要がある。
- ・ このようなことを踏まえ、医療計画に記載すべき疾病のあり方について、今後の疾病構造の変化を踏まえ、どのように考えるか。
- ・ 例えば、高齢化の進展に伴い今後さらに増加する疾病については、他の関連施策と調和を取りながら、予防を含めた地域包括ケアシステムの中で対応することとしてはどうか。

2. 医療計画に記載すべき事業について

- ・ 医療計画に記載すべき事業については、地域における医療の確保に必要な基本的なものであり、引き続き現状の5事業について重点的に取り組むこととしてはどうか。

第2回検討会での主な意見

医療計画見直し等に関する検討会第3回参考資料1より抜粋

- 5事業については、現在の5事業とすることに賛成。引き続き現行のものを充実させていけばよい。
- 災害医療について、前回の第6次医療計画のとき中長期の視点を新たに加えたが、今回の熊本地震等で十分にそれが発揮されたか検証が必要。
- 救急医療だけでなく、周産期医療と小児救急も含む小児医療は二次医療圏で完結するようにすべき。人口減少が進む医療圏では、医療圏を統合する必要があるのではないか。
- 患者や住民が安心して医療を受けられるための対策には、地域差が生じているので、地域の特性を強調する必要があるのではないか。

5事業に関する検討等の経緯について

| 年次 | 医療計画 | 救急 | 災害 | へき地 | 周産期 | 小児 | | |
|--------|--|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|--------|--|
| 平成22年度 | 医療計画の見直し等に関する検討会(平成22年12月～23年12月) ↓ 第6次医療計画策定に向けた指針等を通知(平成24年3月) | | (東日本大震災) | | | | | |
| 平成23年度 | | | 災害医療等のあり方に関する検討会(平成23年7月～10月) | 第11次へき地保健医療計画 | 周産期医療体制整備計画 | 日本小児科学会の医療体制に関する提言・登録制度開始 | | |
| 平成24年度 | | 救急医療体制等のあり方に関する検討会(平成25年2月～26年2月) | | ↓ へき地保健医療対策検討会(平成26年8月～27年3月) | ↓ | | | |
| 平成25年度 | 第6次医療計画開始 | | | | | | | |
| 平成26年度 | ↓ | | | | ↓ 周産期医療体制のあり方に関する検討会(平成27年8月～) | ↓ 子どもの医療制度の在り方等に関する検討会(平成27年9月～平成28年3月) | | |
| 平成27年度 | | | | | | | | |
| 平成28年度 | | | | (熊本地震) | | | (計画延長) | |
| 平成29年度 | | | | ↓ | ↓ | | | |

2. 救急医療について

医療計画における救急医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- ・救急医療を5事業に位置づけ
- ・救急医療機関の機能分化を明示し、地域の実情に応じた地域連携体制を構築するため、現状把握のための指標を例示

第6次医療計画(平成25年～)

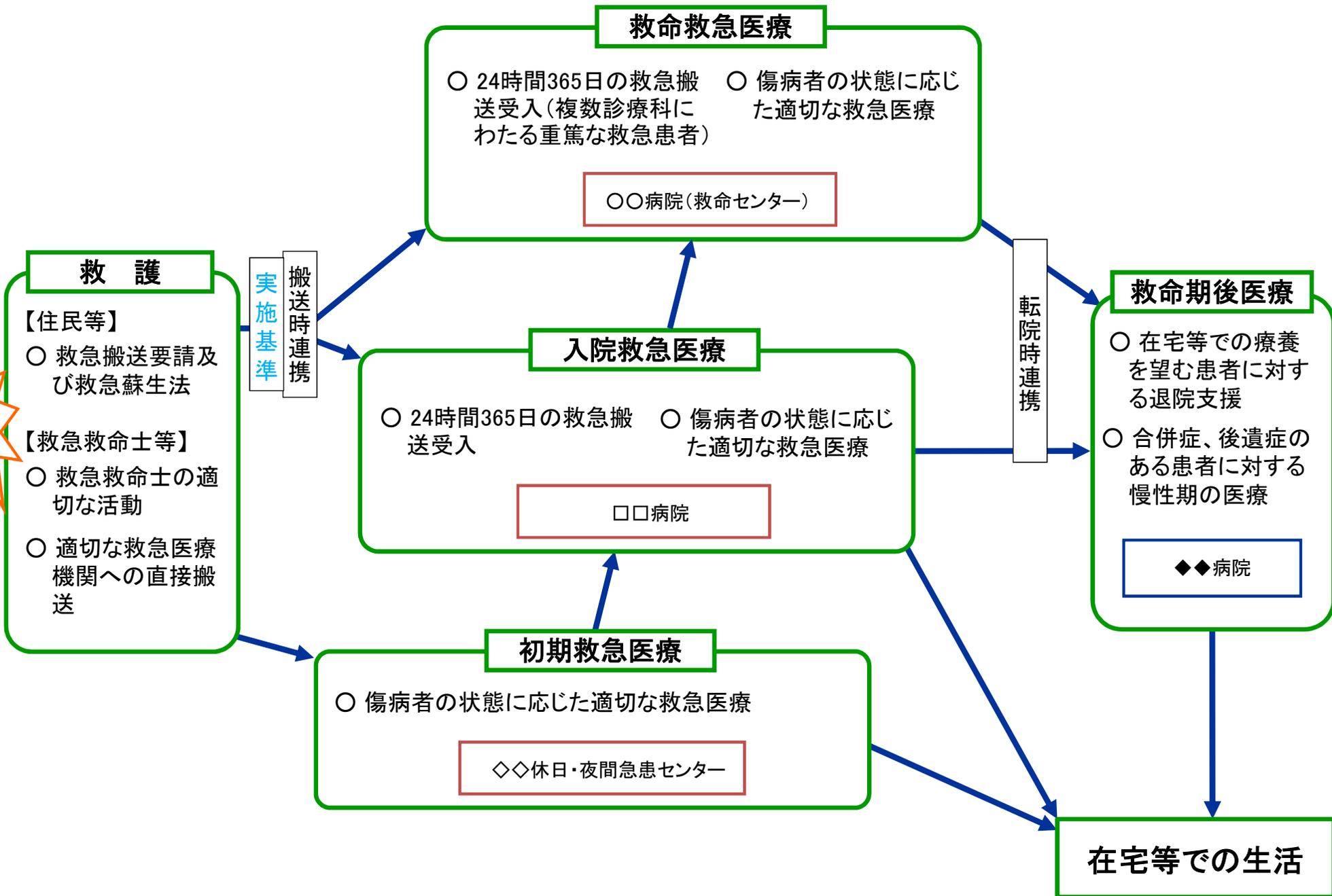
- ・傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準(実施基準)の策定と実施を追加
- ・現状把握のための指標を、医療機関及びストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類した項目として提示
〈追加・修正項目の例〉
 - ―地域メディカルコントロール協議会の開催回数【救護・ストラクチャー】
 - ―地域メディカルコントロール協議会で自己検証を行った症例数【救護・プロセス】
 - ―救急搬送患者の地域連携受入件数【救命期後医療・プロセス】
 - ―都道府県の救命救急センターの充実段階評価Aの割合【救命医療・プロセス】
 - ―救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合【救護・救命医療・入院救急医療・ストラクチャー】

救急医療体制等のあり方に関する検討会(平成25年2月～26年2月)

- ・救急患者の適切な医療機関での受入体制の機能強化や医療機関の充実強化等について

第6次医療計画における救急医療体制

重症度



時間の流れ

救急医療体制の体系

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（284カ所）
（うち、高度救命救急センター（35カ所））

平成28年8月1日現在

ドクターヘリ（46カ所）

平成27年8月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（399地区、2,758カ所）

共同利用型病院（11カ所）

平成27年3月31日現在

初期救急医療

在宅当番医制（613地区）

休日夜間急患センター（560カ所）

平成27年3月31日現在

「救急医療対策の整備事業について」より

○ 重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

○ 二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

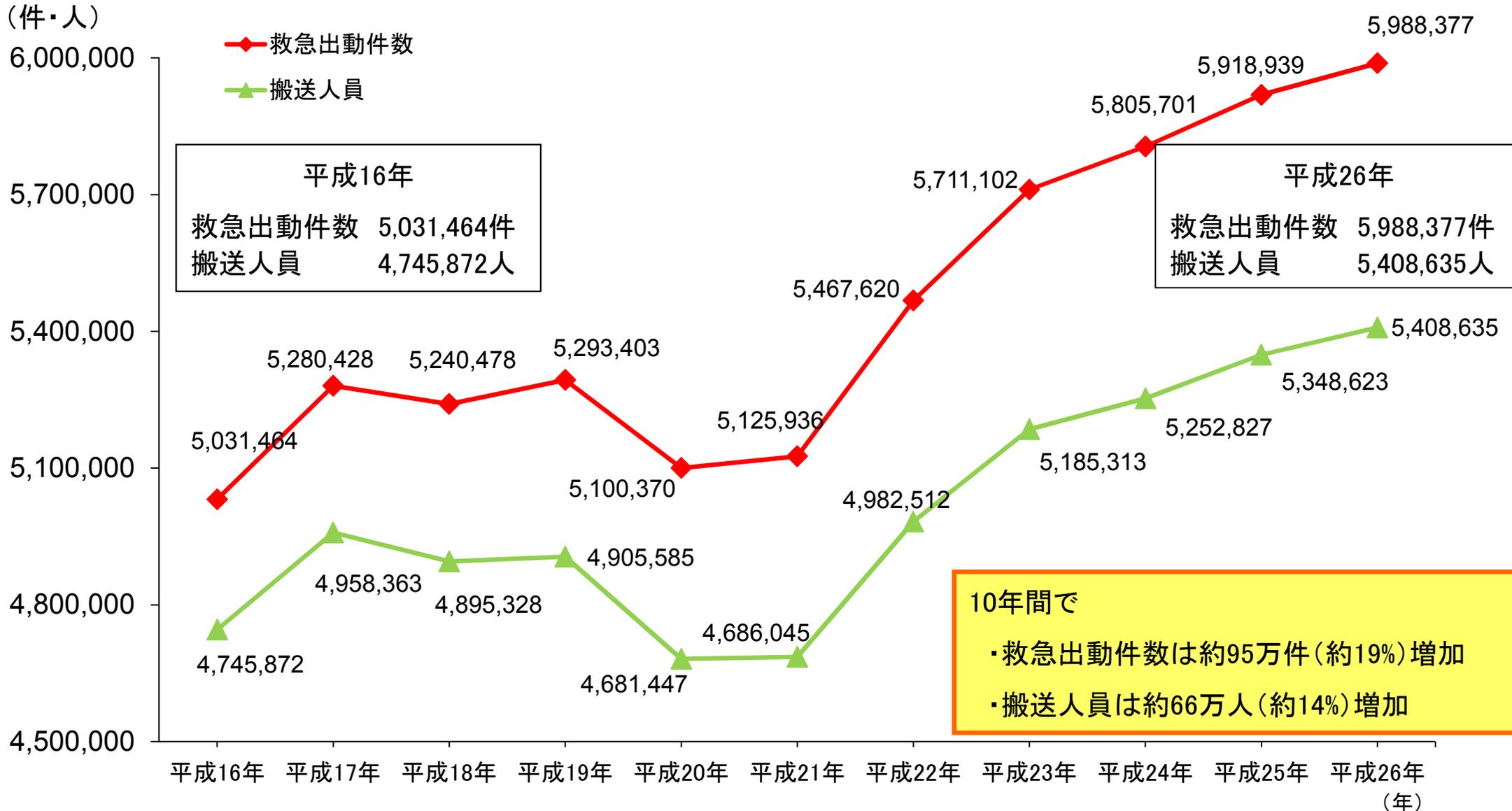
○ 二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

○ 郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

○ 地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、6年連続の増加となり、過去最多となった。



(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

救急搬送における医療機関の受入状況（重症以上傷病者）

○ 医療機関の照会回数4回以上の事案が14,114件（全体の3.2%）あり、現場滞在時間30分以上の事案が23,500件（5.3%）ある。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

| | | 1回 | 2～3回 | 4～5回 | 6～10回 | 11回～ | 計 | 4回以上 | 6回以上 | 11回以上 |
|---------|----|---------|--------|--------|-------|------|---------|--------|-------|-------|
| 重症以上傷病者 | 件数 | 365,319 | 60,114 | 10,011 | 3,675 | 428 | 439,547 | 14,114 | 4,103 | 428 |
| | 割合 | 83.1% | 13.7% | 2.3% | 0.8% | 0.1% | 100.0% | 3.2% | 0.9% | 0.1% |

現場滞在時間区分ごとの件数

| | | 15分未満 | 15分以上 30分未満 | 30分以上 45分未満 | 45分以上 60分未満 | 60分以上 120分未満 | 120分 以上 | 計 | 30分 以上 | 45分 以上 | 60分 以上 |
|---------|----|---------|----------------|----------------|----------------|-----------------|------------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 重症以上傷病者 | 件数 | 238,044 | 178,003 | 17,500 | 3,784 | 2,029 | 187 | 439,547 | 23,500 | 6,000 | 2,216 |
| | 割合 | 54.2% | 40.5% | 4.0% | 0.9% | 0.5% | 0.0% | 100.0% | 5.3% | 1.4% | 0.5% |

○ 首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数が多い、又は現場滞在時間が長い事案の比率が高い。

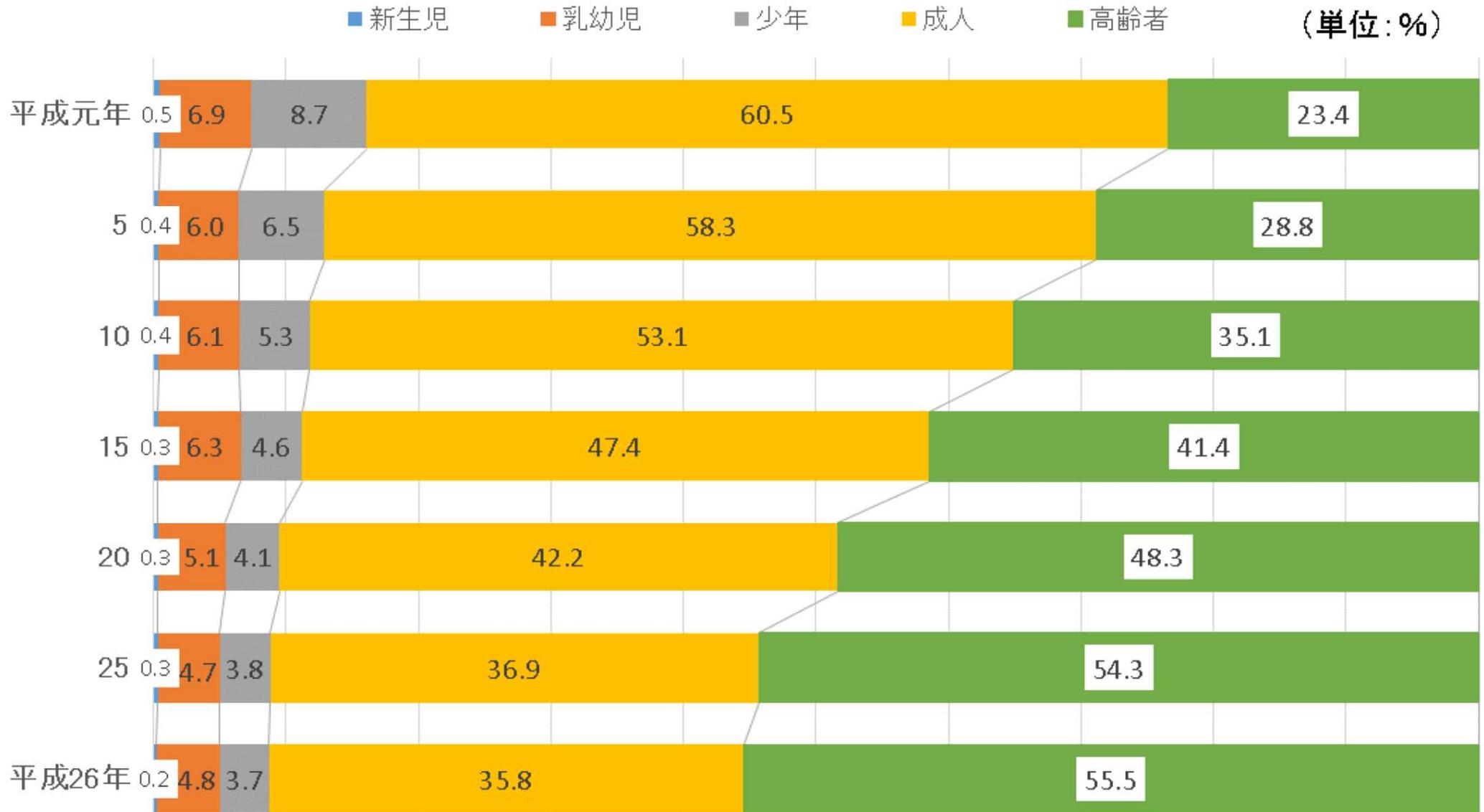
■ 4回以上の事案、30分以上の事案の割合がいずれも全国平均を上回る団体

| 都道府県 | 4回以上 | 30分以上 |
|------|-------|-------|
| 宮城県 | 6.6% | 10.1% |
| 茨城県 | 4.3% | 6.2% |
| 栃木県 | 4.0% | 5.7% |
| 埼玉県 | 7.8% | 15.6% |
| 千葉県 | 5.0% | 12.4% |
| 東京都 | 5.1% | 6.1% |
| 三重県 | 4.3% | 5.6% |
| 大阪府 | 7.2% | 5.6% |
| 兵庫県 | 5.0% | 5.7% |
| 奈良県 | 12.0% | 16.2% |
| 平均 | 3.2% | 5.3% |



年齢区分別搬送人員構成比率の推移

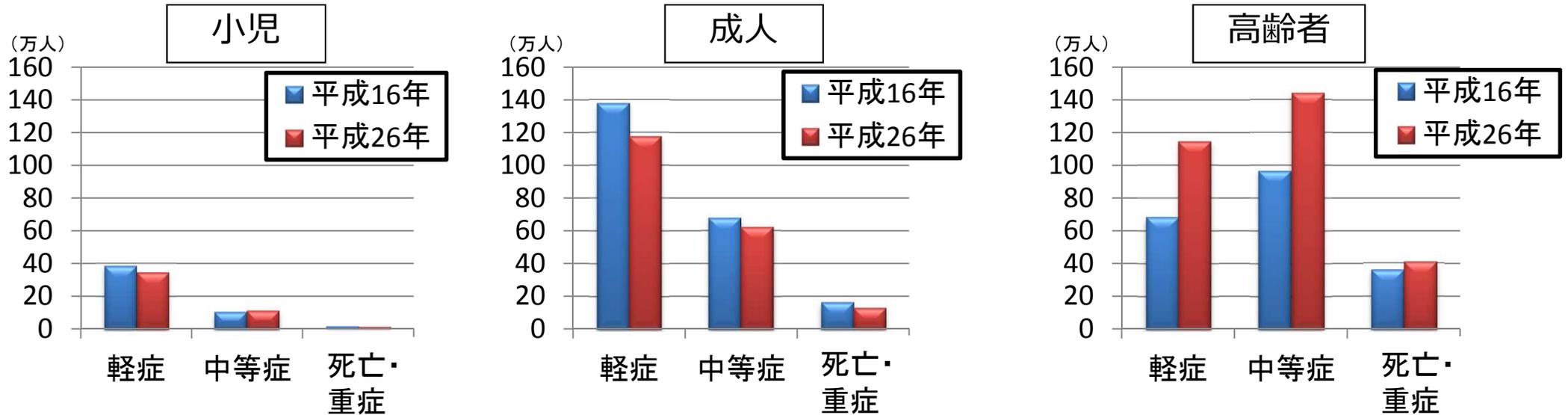
○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあり平成26年には5割以上を占めている。



(平成27年度版 救急・救助の現況)

10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成16年中

| 全体 | 小児 | 成人 | 高齢者 |
|-------|--------|---------|--------|
| 死亡・重症 | 1.5万人 | 16.4万人 | 36.1万人 |
| 中等症 | 10.3万人 | 67.9万人 | 96.7万人 |
| 軽症 | 38.5万人 | 137.8万人 | 68.5万人 |

平成26年中

| 全体 | 小児 (18歳未満) | 成人 (18歳~64歳) | 高齢者 (65歳以上) |
|-------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 死亡・重症 | 1.2万人 0.3万人減 -20% | 13.0万人 3.4万人減 -21% | 40.9万人 4.8万人増 +13% |
| 中等症 | 11.1万人 0.8万人増 +1% | 62.2万人 5.7万人減 -8% | 144.2万人 47.5万人増 +49% |
| 軽症 | 34.6万人 3.9万人減 -10% | 117.7万人 20.1万人減 -15% | 114.6万人 46.1万人増 +67% |

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

救急医療体制の整備状況の推移

- 三次救急医療機関は、すべての都道府県で整備され、さらに増加している。
- 二次救急医療機関は、平成23年以降、年間約100施設ずつ減少している。

(各年3月31日時点)

| | | 22年 | 23年 | 24年 | 25年 | 26年 | 27年 |
|------------------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 三次救急 (救命救急) | 救命救急センター(数) | 221 | 235 | 249 | 259 | 266 | 271 |
| 二次救急 (入院を要する) | 入院を要する救急医療施設(数)※ | 3,231 | 3,305 | 3,269 | 2,904 | 2,836 | 2,769 |
| | (地区数)※※ | (407) | (409) | (408) | (403) | (404) | (410) |

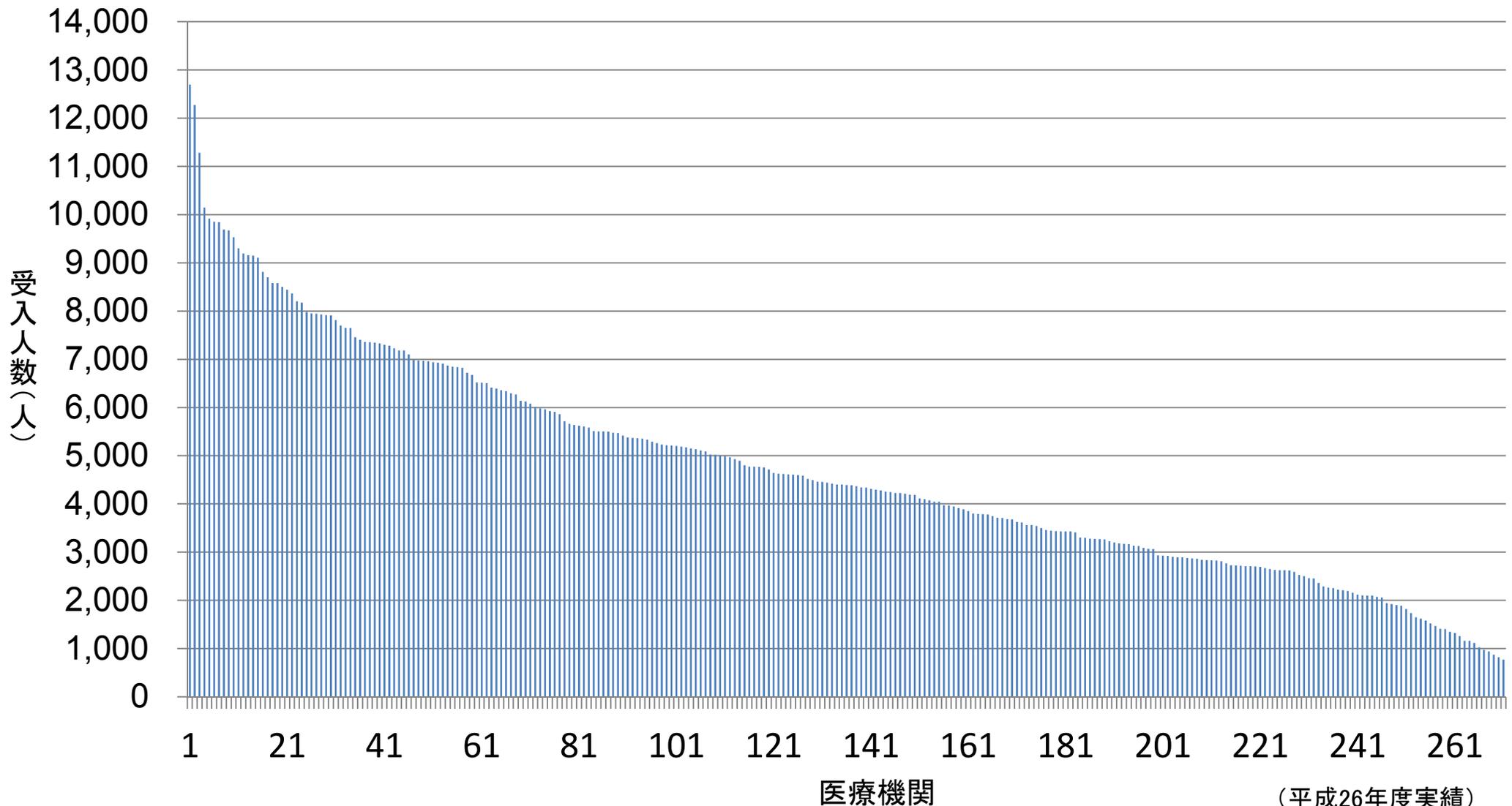
※ 平成24年までは、輪番制病院及び共同利用型病院にも属さない施設数が換算されている。

※※ 二次救急の地区数は「輪番制地区＋共同利用型地区等」の数値。

救命救急センターの状況 (医療機関: 271か所)

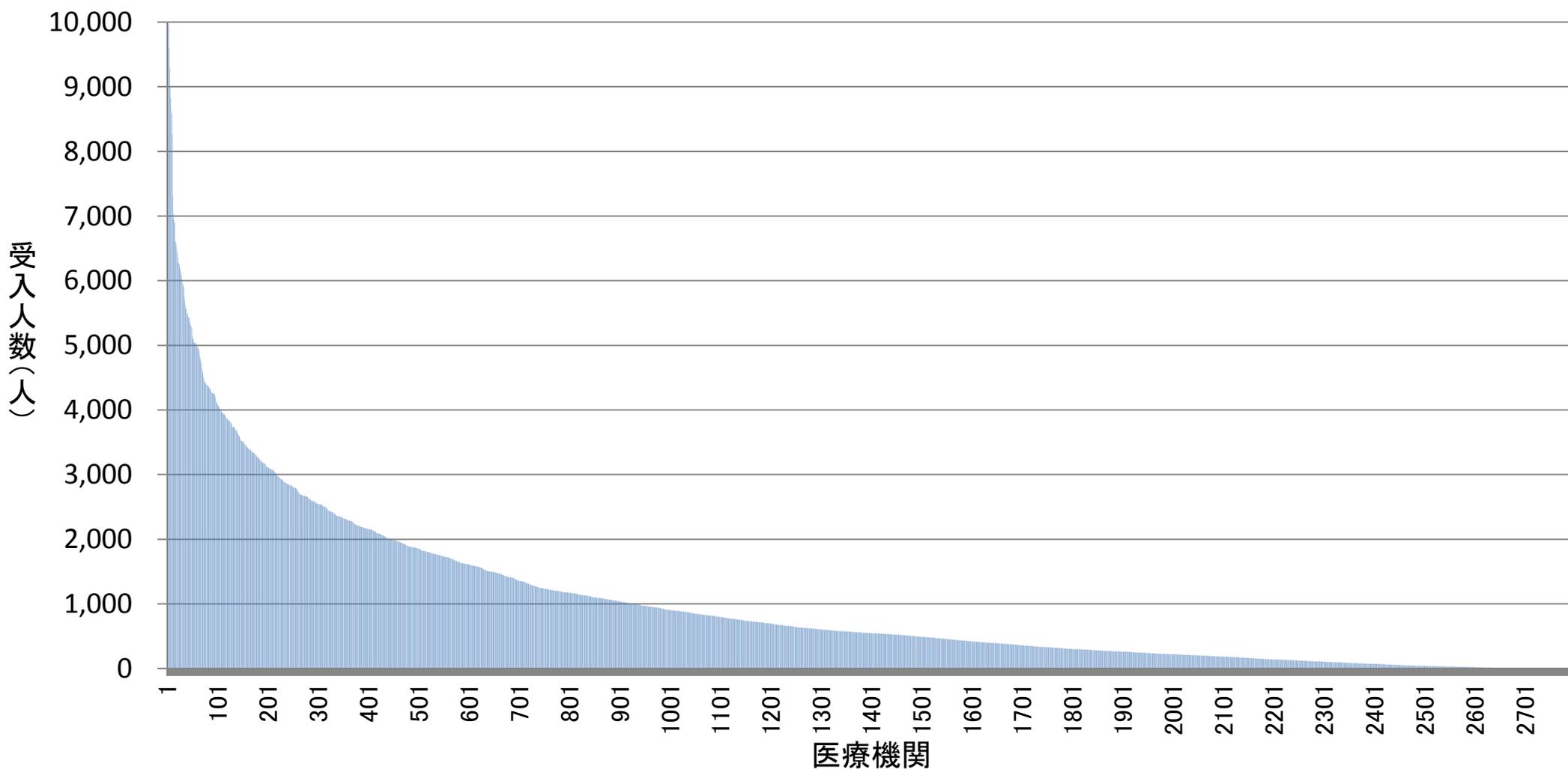
(一施設当たりの年間救急搬送患者数)

○救急車により搬送される救急患者数は、救命救急センターにより差が見られた。
(最大12,701人/年、最少772人/年)



二次救急医療機関の状況 (医療機関: 2,769か所) (一施設当たりの年間救急搬送患者数)

○ 救急車により搬送される救急患者数(通常の診療時間内の受入も含む)は、二次救急医療機関により大きな差がみられる。(最大10,000人/年、最少0人/年)



救急医療体制等のあり方に関する検討会

1. 趣旨

近年における救急医療需要の増大に対応し、救急患者の適切な医療機関での受入体制の機能強化や救命救急センター、二次救急医療機関の充実強化等について検討するため、有識者による検討会を開催する。

2. 主な検討内容

- (1) 救急患者搬送・受入体制の機能強化について
 - ・メディカルコントロール体制の充実強化について
 - ・救急医療情報の活用と地域連携について
 - ・#8000について
 - ・院内トリアージについて
- (2) 救急医療機関・救急医療体制の充実強化について
 - ・救命救急センターの充実強化について
 - ・高度救命救急センターの充実強化について
 - ・二次救急医療機関の充実強化について
 - ・初期救急医療機関の充実強化について
- (3) 救急患者の搬送等について
 - ・ドクターヘリ等について
 - ・高次医療機関からの転院搬送等について
- (4) 小児救急医療における救急医療機関との連携について
- (5) 母体救命に関する救急医療機関との連携について
- (6) 精神新刊を有する患者の受入れ、及び対応後の精神科との連携体制の構築について

3. 構成員（敬称略、五十音順、○は座長）

- 阿真 京子 『知ろう！小児医療 守ろう！子ども達』の会代表
○有賀 徹 昭和大学病院院長
石井 正三 日本医師会常任理事
市川 光太郎 市立八幡病院院長
加納 繁照 加納総合病院院長
許 勝栄 相澤病院救急総合診療科統括医長
久保 隆彦 国立成育医療研究センター周産期・母性診療センター産科医長
嶋津 岳士 大阪大学救急医学講座教授
鈴川 正之 自治医科大学救急医学講座教授
高城 亮 奈良県医療政策部長
田邊 晴山 救急救命東京研修所教授
千葉 潜 医療法人青仁会理事長
行岡 哲男 東京医科大学救急医学講座教授
横田 順一朗 市立堺病院副院長

4. 検討過程

第一回：平成25年2月6日

1. 救急医療を取り巻く現状について
2. 救急患者の適切な医療機関での受入体制の機能強化について
3. その他

第二回：平成25年3月15日

1. 救命救急センターおよび二次救急医療機関の充実強化について
2. その他

第三回：平成25年4月25日

1. 初期救急医療体制の充実強化について
2. 小児救急にかかる相談体制及び小児における救急医療機関との連携
3. 母体救命事案における救急医療機関との連携
4. 緊急性の高い身体合併症があり、精神疾患をもつ患者の受入体制の構築について
5. その他

第四回：平成25年5月29日

1. 救命救急センターおよび二次救急医療機関の充実強化について
2. ドクターヘリの現状について
3. 緊急性の高い身体合併症があり、精神疾患をもつ患者の受入体制の構築について
4. これまでの議論を踏まえた意見・論点の整理
5. その他

第五回：平成25年6月26日

1. これまでの議論を踏まえた意見・論点の整理
2. 中間とりまとめ(案)について(前回のとりまとめ)
3. その他

第六回：平成25年7月17日

1. これまでの議論を踏まえた意見・論点の整理
2. 中間とりまとめ(案)について(前回のとりまとめ)
3. その他

第七回：平成25年9月18日

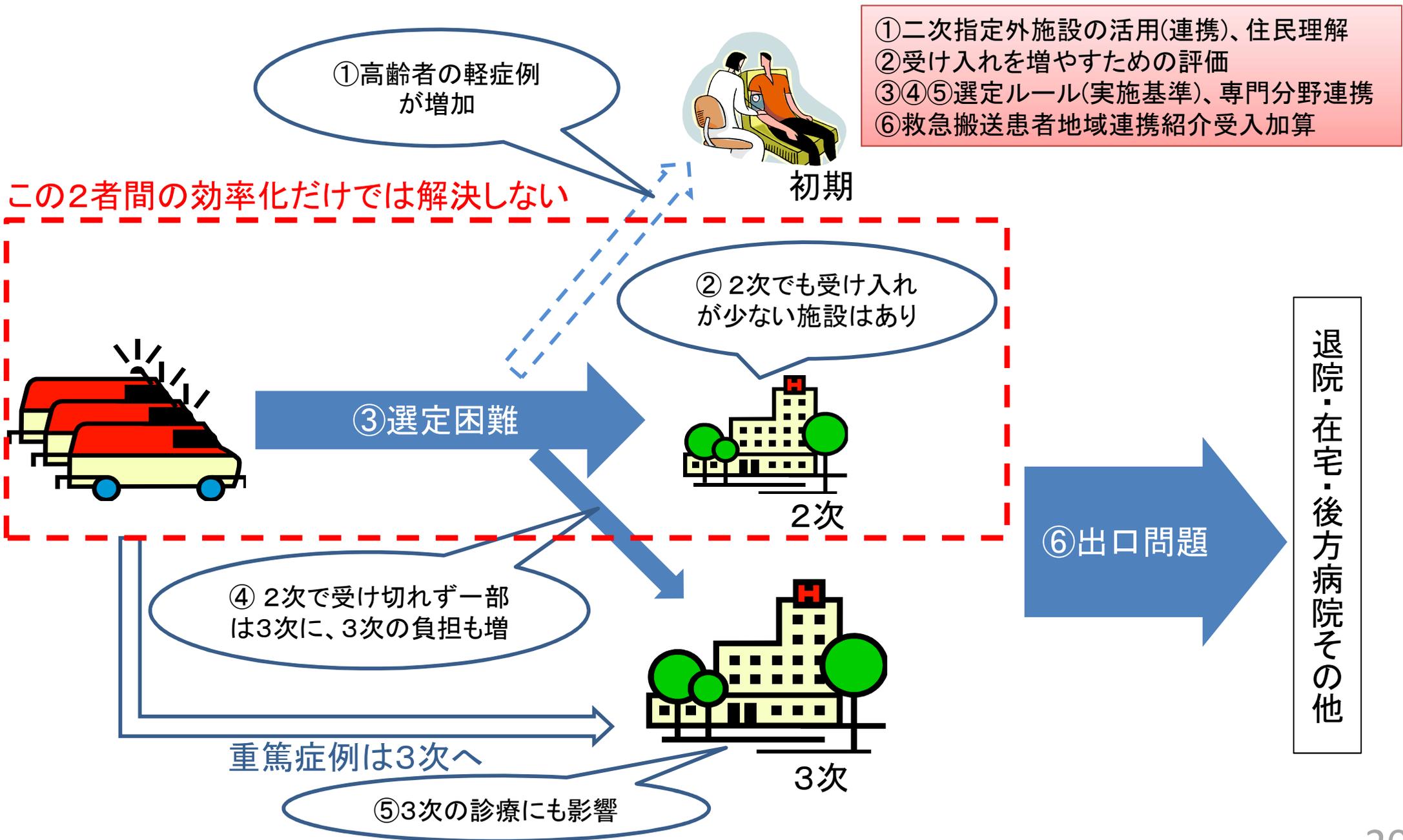
1. 中間取りまとめ(案)について
2. 高度救命救急センターについて
3. MC体制・MC協議会について
4. 救急医療の適正利用について
5. その他

第八回：平成25年12月26日

1. 「救急医療体制等のあり方に関する検討会」報告書(案)について
2. その他

救急医療の現状と課題

救急医療体制等のあり方に関する検討会
参考人資料を改変



救急医療の充実

(救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書 (平成26年2月)を改変)

- ・ICT活用した搬送システムの構築
- ・地域の搬送・受入ルールの策定
- ・MC協議会への専任医師の配置
- ・一時的であっても必ず受け入れる医療機関の整備
- ・ドクターヘリの全国的な配備や広域連携 等

三次救急医療(救命救急医療)

救命救急センター(284力所)
(うち、高度救命救急センター(35力所))
※ ドクターヘリ(46力所) 平成28年8月1日現在

- ・転院等が可能な地域の体制確保
- ・転院等や施設間連携を図るための専任者の配置
- ・情報開示と国民の理解 等

二次救急医療(入院を要する救急医療)

・病院群輪番制病院(399地区、2,758力所)
・共同利用型病院(11力所) 平成27年3月31日現在

・「出口の問題」解消

後方病院

初期救急医療

・在宅当番医制(613地区)
・休日夜間急患センター(560力所) 平成27年3月31日現在

転院・転床
退院



在宅
社会復帰

・地域の医療機関が連携しつつ、救急医療提供体制を整備・充実
・救急医療を担う医師の労働環境の改善

- ・診療実績に応じた、救命救急センターや二次救急医療機関への支援の充実
- ・診療所医師の救急医療への参画の推進
- ・救急医療を担う医師に対する手当への支援
- ・院内トリアージを行う看護師等の配置、医師事務作業補助者の配置 等

・適切な振分け
・円滑な搬送・受入

救急患者
の発生

搬送・受入

・救急利用の適正化

- ・住民への普及啓発
- ・救急医療情報キット等の推進
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充 等

救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書に対応する主な取組について

- ・メディカルコントロール協議会への専任医師の配置
- ・一時的であっても必ず受け入れる医療機関の整備

- ・メディカルコントロール体制強化事業を創設
- ・搬送困難事例受入医療機関支援事業を創設

- ・ドクターヘリの全国的な配備や広域連携

- ドクターヘリ導入促進事業(38道府県46機)
- ・相互応援(ドクターヘリ導入道府県間の連携)
: 11地域、23府県
- ・共同運用(他県のドクターヘリを活用)
: 10府県(ドクターヘリ未導入3府県)、13機(延べ数)
(平成28年9月5日現在、厚生労働省医政局地域医療計画課調べ)

- ・救急医療情報キット等の推進

- ・地域医療対策事業で都道府県に補助

- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充

- ・普及と認知度向上の活動

- ・救命救急センターや二次救急医療機関への支援

- 平成28年診療報酬改定において
- ・救急医療管理加算1
- ・夜間休日救急搬送医学管理料
等で、救急医療の評価を充実

- ・救命救急センター充実段階評価の見直しについて、厚生労働科学研究で検討中

メディカルコントロール体制の確保

メディカルコントロール体制

消防機関と医療機関との連携によって、①各種プロトコルの作成、②医師の指示、指導・助言、③救急活動の事後検証、④再教育等により、医学的観点から、救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証する仕組み。

地域メディカルコントロール協議会

(医療機関(救急医など)、郡市区医師会、消防機関、県(衛生部局、消防部局)等)

- ・業務のプロトコルの作成
- ・医師の指示、指導・助言体制の整備
- ・救急活動の事後検証体制の確保
- ・救急救命士等の教育機会の確保
- ・地域の医療機関と消防機関の連絡調整 等



都道府県メディカルコントロール協議会

(医療機関(救命救急センター長など)、都道府県医師会、消防機関、県(衛生部局、消防部局)等)

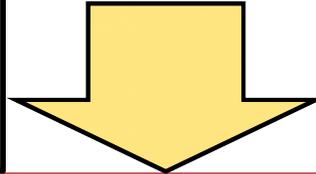
- ・地域のメディカルコントロール体制間の調整
- ・地域メディカルコントロール協議会からの報告に基づき指導、助言 等

全国メディカルコントロール協議会連絡会

- ・全国の関係者間での情報共有及び意見交換の促進等

【メディカルコントロール体制強化学業】

地域の救急医療の実情に精通した医師をMC協議会に配置することにより救急搬送困難事例の解消等を図り、円滑な救急搬送受入及び検証体制等を構築する。



傷病者の発生

救急搬送

- ・救急救命士による救急救命処置
- ・救急隊員による応急処置



救急医療機関

平成27年度救命救急センター充実段階評価結果

○ 平成27年度の充実段階評価では、271か所のうち、ほとんどの救命救急センターがA評価であった。

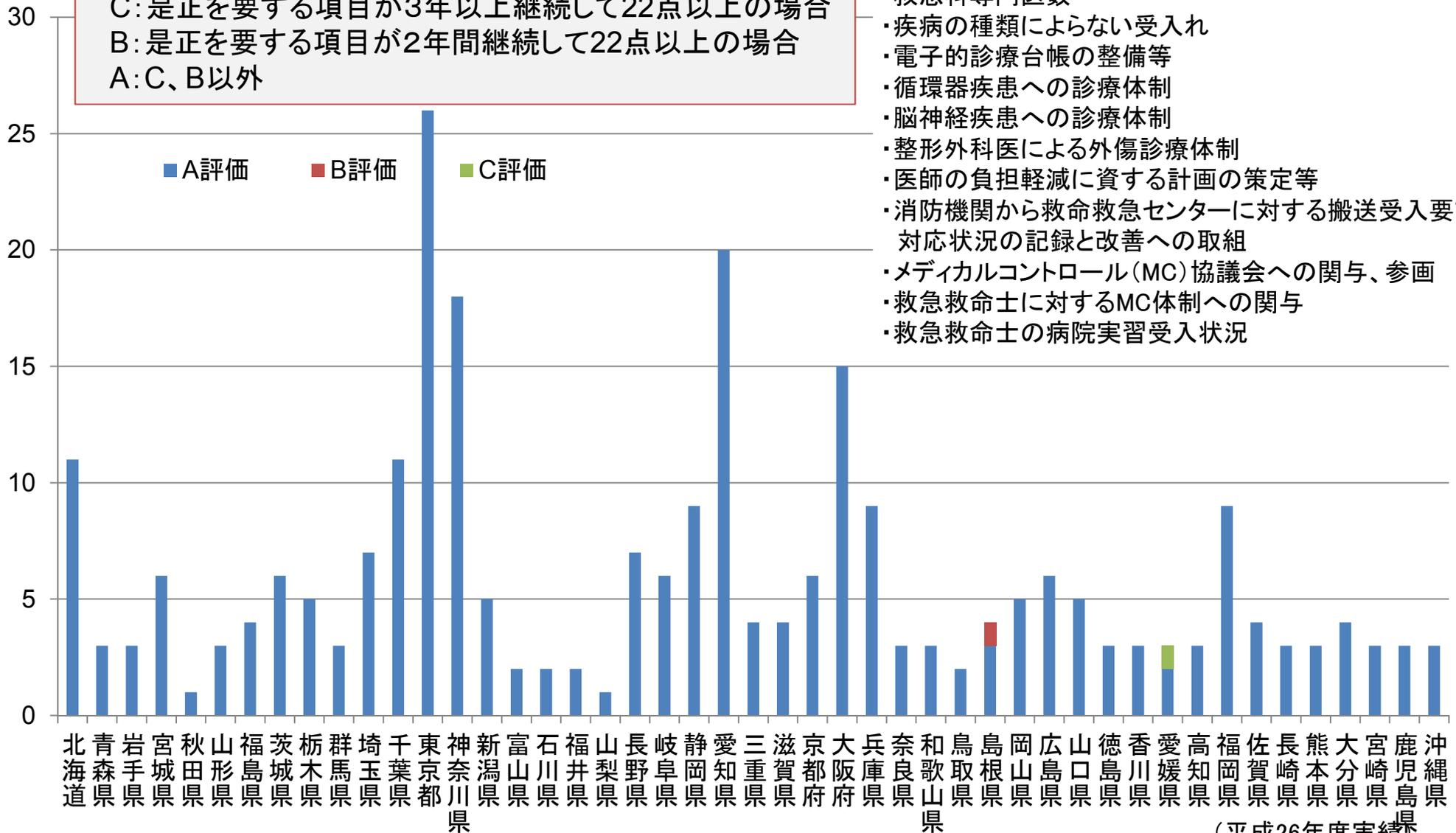
評価基準

C: 是正を要する項目が3年以上継続して22点以上の場合
 B: 是正を要する項目が2年間継続して22点以上の場合
 A: C、B以外

主な是正を要する項目

- ・救急科専門医数
- ・疾病の種類によらない受入れ
- ・電子的診療台帳の整備等
- ・循環器疾患への診療体制
- ・脳神経疾患への診療体制
- ・整形外科医による外傷診療体制
- ・医師の負担軽減に資する計画の策定等
- ・消防機関から救命救急センターに対する搬送受入要請への対応状況の記録と改善への取組
- ・メディカルコントロール(MC)協議会への関与、参画
- ・救急救命士に対するMC体制への関与
- ・救急救命士の病院実習受入状況

施設数



(平成26年度実績)

(参考)精神科救急医療体制整備事業

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市 【補助率】 1/2

【事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会、医療連携研修会等
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業、精神・身体合併症救急医療確保事業

平成28年7月15日これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会第5回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会資料より

平成27年度予算: 1,320百万円 → 平成28年度予算: 1,400百万円

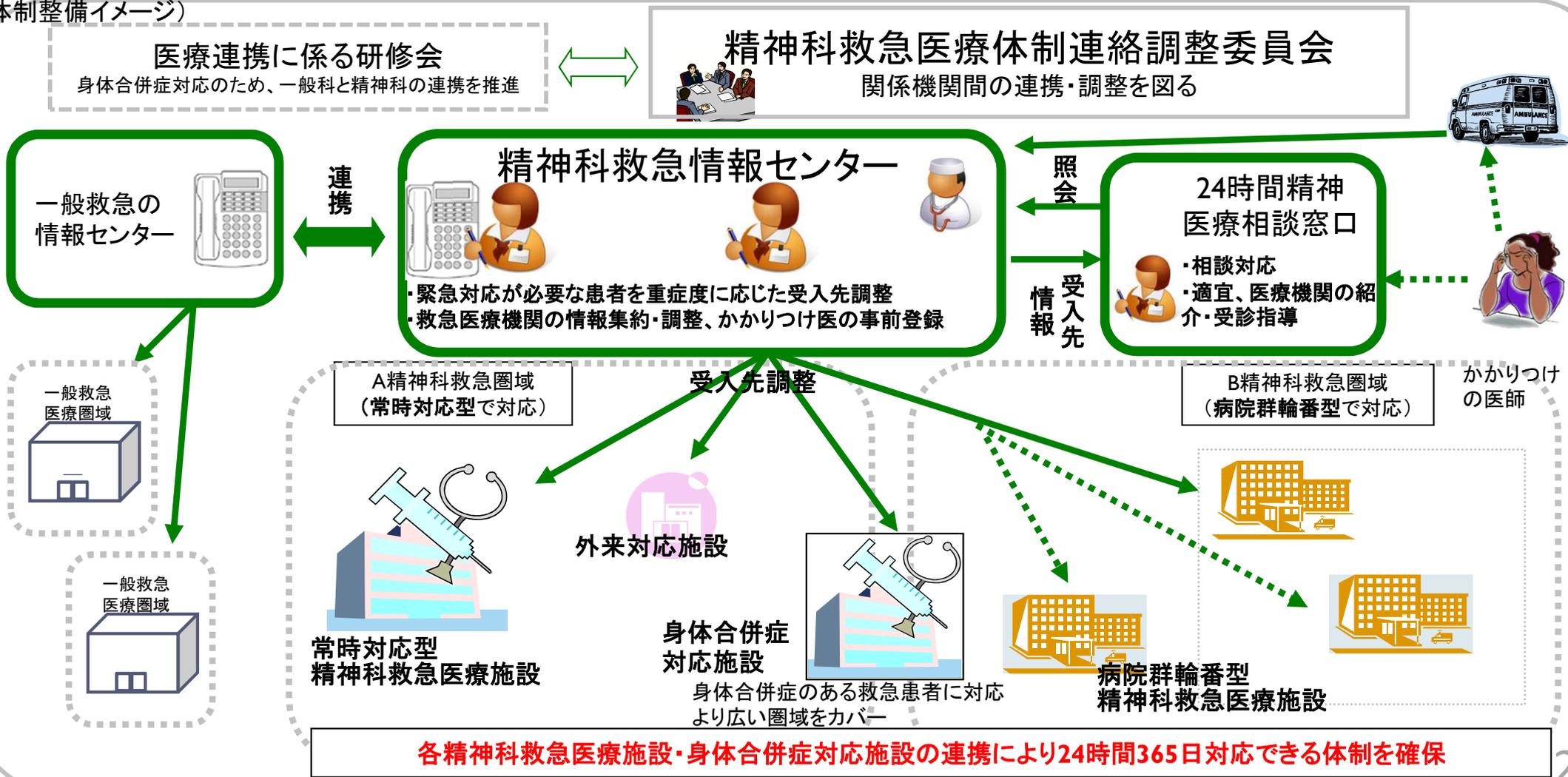
都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

(体制整備イメージ)

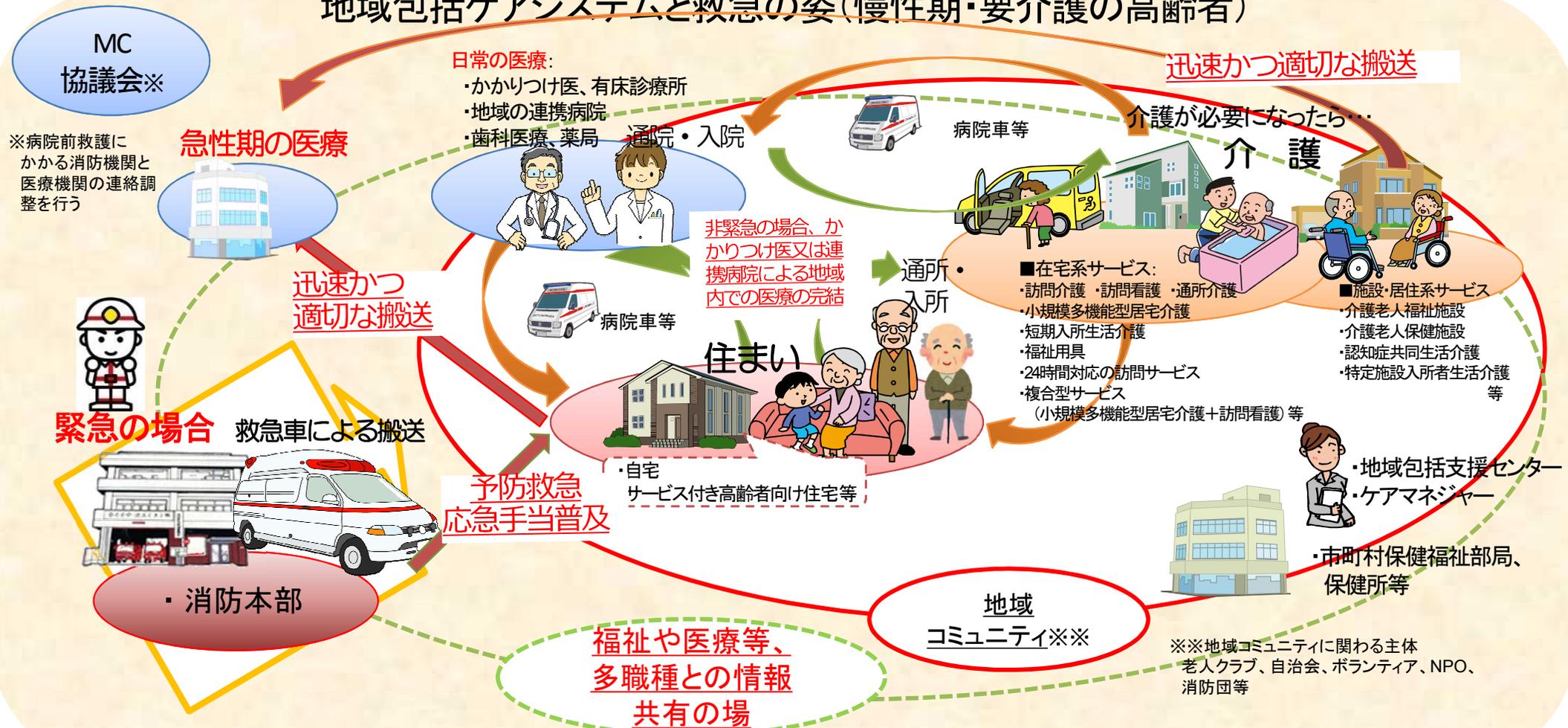


地域包括ケアシステムにおける救急(慢性期・要介護の高齢者)

「救急業務のあり方に関する検討会」(消防庁)資料を改変

○ 慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネージャー・民生委員等、地域の福祉や在宅医療に支えられていることが多く、それらと消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、福祉に従事する者に対して救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらい、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結させることで在宅療養に戻りやすくする。介護施設等に入居している高齢者についても、可能な限り提携病院を含めた地域の中で完結させることが望ましい。緊急度から判断して救急搬送の必要が生じた場合には迅速な病院選定につながり、消防機関は地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を果たす。

地域包括ケアシステムと救急の姿(慢性期・要介護の高齢者)



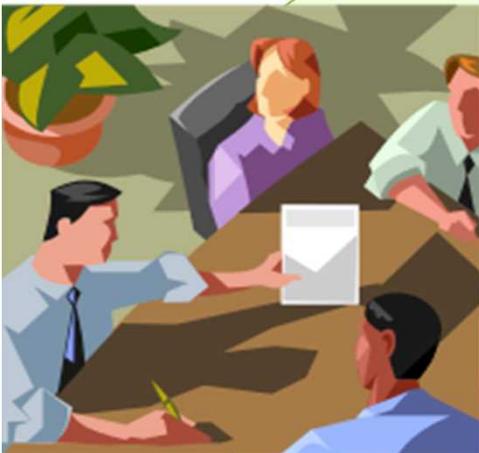
○ 地域包括ケアシステムを担う関係者間のマネジメントが重要

連携を踏まえた救急医療情報の活用

八王子市の例

○高齢者及び高齢者施設等の利用者への安全な救急搬送体制を確保するため、八王子消防署と八王子市救急業務連絡協議会で調整、“八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会”を設置。

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会



- ・八王子市救急業務連絡協議会
- ・救命救急センター・救急センター
- ・介護療養型病院
- ・医療療養型病院
- ・八王子施設長会
- ・八王子社会福祉法人代表者会
- ・八王子特定施設連絡会
- ・精神科病院
- ・八王子介護支援専門員連絡協議会
- ・八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
- ・高齢者あんしん相談センター
- ・八王子医師会
- ・八王子市
- ・町会自治会連合会
- ・八王子消防署
- ・八王子薬剤師会
- ・八王子老人保健施設協議会
- ・八王子市赤十字奉仕団
- ・八王子市民生委員児童委員協議会
- ・八王子市社会福祉協議会

全20団体

※行政だけでなく、様々な機関が参加していることが特徴。

自宅、高齢者施設、救急隊、急性期医療機関、慢性期医療機関、市のそれぞれについて推奨事項や努力事項が示された。

このうち、「**自宅/高齢者施設**」の推奨事項として、「**救急医療情報の作成**」を行うこととなった。

【検討項目】

- ・高齢傷病者の急性期医療に対する搬送システム及び早期受入体制の確立
- ・高齢傷病者の慢性期医療の対応、施設在宅における支援体制について
- ・本会参画機関の連携強化
- ・提携医療機関の連携強化
- ・参画機関職員の技能維持向上
- ・救命講習等の普及推進
- ・高齢者の事故防止対策及び救急車の有効活用の創造

救急医療における見直しの方向性

<現状と課題>

- 救急搬送人員は年々増加傾向である。特に、高齢者の救急搬送が全体の半数以上となり、内訳として軽症・中等症の搬送が増加している。
- 救命救急センター等救急医療体制の整備は進んでいるが、医療機関によって受入状況に差が見られる。
- また、いわゆる救急医療の出口問題等に対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や関係機関との連携がより重要となっている。

<見直しの方向性>

- 適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入体制の構築に対応するため、地域のメディカルコントロール(MC)協議会等をさらに活用するとともに、地域住民の救急医療への理解を深めるための取組も進めることが必要ではないか。
- いわゆる出口問題等に対応する観点から、救命救急センターを含む救急医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にしつつ、地域包括ケアシステムの構築に向け、より地域で連携したきめ細かな取組が必要ではないか。

3. 災害時における医療について

医療計画における災害医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- ・ 5事業に位置づけ

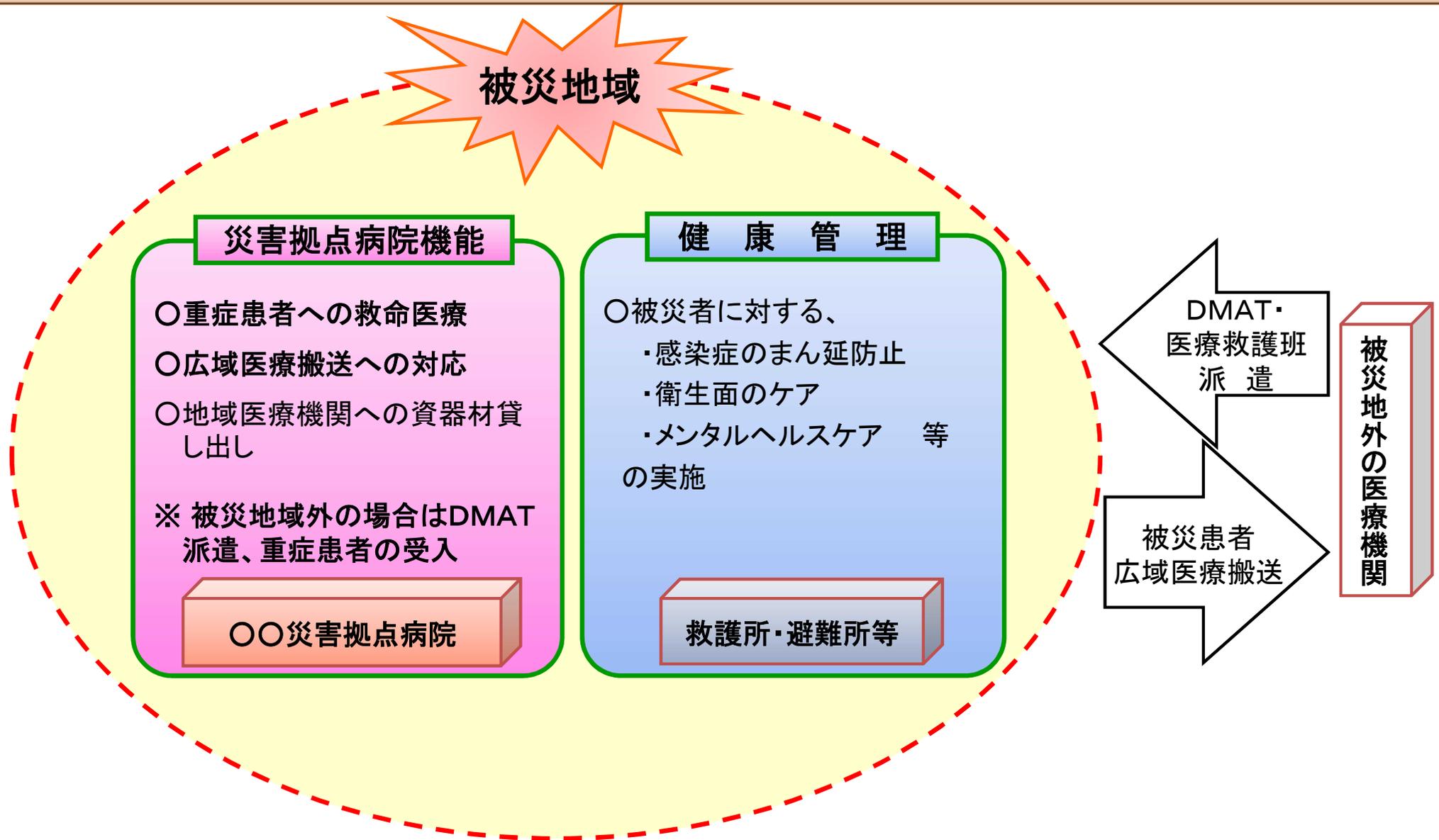
東日本大震災(平成23年3月11日)

災害医療等のありかたに関する検討会(平成23年7月～10月)

第6次医療計画(平成25年～)

- ・ 災害拠点病院の機能強化のための要件追加
- ・ 超急性期から中長期に関わるJMAT、日本赤十字社、医療関係団体等の派遣調整を行う、災害医療コーディネート体制の整備
- ・ 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の機能強化
- ・ 医療計画の実効性を高めるため、また都道府県間の指標設定のばらつきを改善するため、
 - 推奨指標の提示
 - ✓ すべての施設が耐震化された災害拠点病院の割合
 - ✓ 災害拠点病院のうち、災害に備えて医療資機材の備蓄を行っている病院の割合
 - ✓ 災害拠点病院のうち、傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合 等
 - PDCAサイクルの具体的手順へ「課題抽出」「施策」等を指針に追加

第6次医療計画における災害医療体制



※ 災害派遣医療チーム (Disaster Medical Assistance Team: DMAT)
; 災害時に被災者の生命を守るため、被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うため、厚生労働省の認めた専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チーム

厚生労働省防災業務計画での災害医療

○厚生労働省防災業務計画(平成13年2月14日厚生労働省発総第11号) (最終改定 平成25年10月1日厚生労働省発社援1001第1号修正)

第1編 第3章 第2節 災害医療体制の整備(抄)

第3 災害拠点病院の整備

都道府県は、災害時の患者受入機能、水・医薬品・医療機器の備蓄機能が強化され、応急用資機材の貸出し等により、地域の医療施設を支援する機能等を有する災害時に拠点となる災害拠点病院を選定し、又は設置することにより、災害時医療体制の整備に努める。

第4 災害派遣医療チーム(DMAT)等の体制整備

1 厚生労働省医政局は、災害派遣医療チーム(DMAT)等の運用に係る体制を整備するために、日本DMAT活動要領を策定する。

第5 災害時情報網の整備

厚生労働省医政局、健康局及び都道府県は、大規模災害発生時において医療機関における傷病者数等の状況等の被害の規模を推測するため、広域災害及び救急医療に関する情報システムにより国・都道府県間、都道府県・市町村・保健所間、保健所・医療施設間等の災害時における情報収集及び連絡体制の整備に努める。

第6次医療計画における災害医療の論点と現状

災害拠点病院の機能強化のため要件の追加

- ・DMATの保有
- ・自家発電設備の保有
- ・受水槽、井戸設備、優先的な給水協定等



全国で災害拠点病院712病院
(基幹災害拠点病院62病院、
地域災害拠点病院650病院)
(平成28年4月1日時点)

DMATの機能強化・調整能力の向上のため

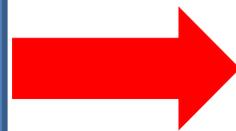
- ・DMATロジスティックス研修
- ・都道府県災害医療コーディネート研修
を平成26年度より開催



DMATロジスティックス研修
: のべ357人が受講

都道府県災害医療コーディネート研修
: 349人が受講
(平成28年4月1日時点)

災害時の情報共有・支援が必要な医療機関の
情報収集の迅速化を図るため、広域災害・救
急医療情報システム(EMIS)の機能強化・導入
促進



平成25年全国の災害拠点病院に導入

全国9,517の医療機関に導入
(平成28年5月31日時点)

災害拠点病院指定要件

○災害時における医療体制の充実強化について

(平成24年3月21日付け医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知) 別紙 災害拠点病院指定要件 (抄)

① 運営について

- ・ 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること
- ・ 災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること
- ・ 災害派遣医療チーム(DMAT)を保有し、その派遣体制があること
- ・ 地域の第二次救急医療機関とともに定期的な訓練を実施し、災害時に地域の医療機関への支援を行う体制を整えていること 等

② 施設及び設備について

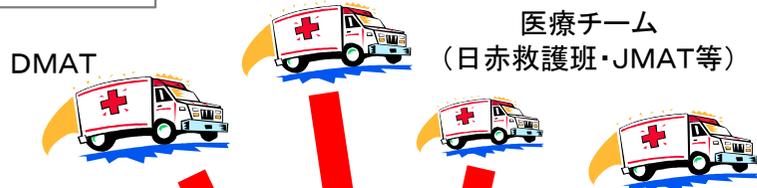
- ・ 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備
- ・ 患者の多数発生時に対応可能なスペース(入院患者は2倍、外来患者は5倍)
- ・ 患者多数発生時用の簡易ベッド
- ・ 病院敷地内のヘリコプターの離着陸場の設置
- ・ 診療機能を有する施設の耐震化
- ・ 通常時の6割の程度の発電容量のある自家発電設備、3日分程度の燃料
- ・ 食料、飲料水、医薬品等の3日分程度の備蓄
- ・ 適切な容量の受水槽、停電時にも使用可能な井戸設備、優先的な給水協定の締結
- ・ 衛星電話の保有、衛星回線インターネットが利用できる環境
- ・ DMATや医療チームの派遣に必要な緊急車両の保有
- ・ 被災地における自己完結型の医療救護に対応できる器材の保有



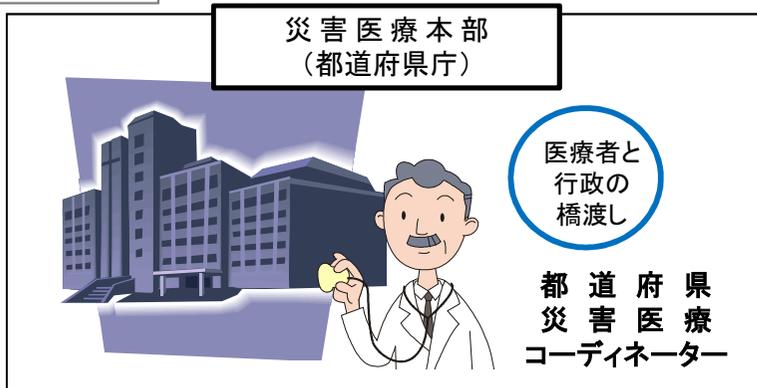
都道府県災害医療コーディネーター研修事業

救護班の派遣等に関する調整体制を強化するため、災害時に被災都道府県の災害対策本部の下に設置される災害医療本部において、救護班の派遣調整業務等を行う災害医療コーディネーターの養成を行うことを目的とする。

非被災県



被災県



現状

各都道府県において、地域の医師等が災害医療コーディネーターに指名・委嘱され始めている

災害時における医療体制の充実強化について(平成24年3月21日、医政局長通知)

※ 各都道府県に対して、救護班等の派遣調整等を行うため、派遣調整本部においてコーディネート機能を十分に発揮できる体制整備を求めている

課題

- 全国の事例が共有できていない
- 業務の標準化ができていない



全国研修の実施

都道府県災害医療コーディネーター研修

(受講対象)

災害時、都道府県の災害医療本部において、救護班等の派遣調整等を行う災害医療コーディネーター
※都道府県担当者も同時に受講

(研修内容)

災害医療コーディネーター能力の向上を図るため、以下の事項について座学及び演習を行う。

(日程) 3日間

(受講者数)

64名 × 3回 (予定)

- 救護班の派遣調整等の体制確保に関する事項

- 被災都道府県下の災害医療活動に対して都道府県に対し助言を行う体制に関する事項

(実施主体)

国立病院機構災害医療センター

(協力体制)

研修の企画・運営には日本医師会、日本赤十字社が協力

広域災害・救急医療情報システム(EMIS)

取り扱う情報

緊急時入力情報

発災直後、医療機関から入力してもらう情報

建物・施設被害の有無
患者収容の可否
ライフラインの可否
その他

詳細入力情報

医療機関の状況がある程度把握できた頃に入力してもらう情報

医療機関の機能
手術受入可否
人工透析受入可否
受入実績(重症・中等症)
転送が必要な患者数(重症・中等症)
ライフライン状況
その他

システム画面イメージ

2007/02/10 13:36:32 時点の情報を表示しています。
再表示間隔: 再表示しない 表示期: 医療機関名順に表示
現在、「再表示しない」「医療機関名順に表示」に設定されています。

緊急情報表示 詳細情報表示

緊急時入力 詳細入力

※現在このページは「詳細情報表示」です。

| 医療機関名 | 代行入力 | 患者の受け入れが困難 倒壊・倒壊の恐れ有り 受入人数限界超過 | ライフライン使用不可 | その他有り | 手術患者受入不可 | 人工透析患者受入不可 | 受け入れ患者数 | | 患者転送情報 | | ライフライン | | その他有り | 更新日時 |
|----------|------|--------------------------------------|------------|-------|----------|------------|---------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|------------------|
| | | | | | | | 重症 | 中等症 | 重症 | 中等症 | 電気使用不可 | 水道使用不可 | | |
| △△県 | | | | | | | | | | | | | | |
| ××××××病院 | 緊急 | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | ◆ | ◆ | 2006/10/10 11:00 |
| ××××××病院 | 緊急 | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | ◆ | ◆ | 2006/10/10 11:00 |
| ××××××病院 | 緊急 | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | ◆ | ◆ | 2006/11/10 11:00 |
| ××××××病院 | 緊急 | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | ◆ | ◆ | 2006/10/10 11:00 |
| 小計 | | | | | | | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | | | |
| □□地方 | | | | | | | | | | | | | | |
| ××××××病院 | 緊急 | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | ◆ | ◆ | 2006/10/10 11:00 |
| ××××××病院 | 緊急 | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | ◆ | ◆ | 2006/10/10 11:00 |
| 小計 | | | | | | | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | | | |
| 合計 | | | | | | | 10000 | 10000 | 10000 | 10000 | 10000 | | | |

患者受入が可能な医療機関(水色)

患者受入ができない医療機関(赤色)

情報共有
・
活用

【広域災害・救急医療情報システムの特徴】

- 医療機関と行政機関との情報共有ツール
- 共有する情報
(医療機関の被災状況、患者受入可否情報など)
⇒病院支援を必要とする医療機関が判明

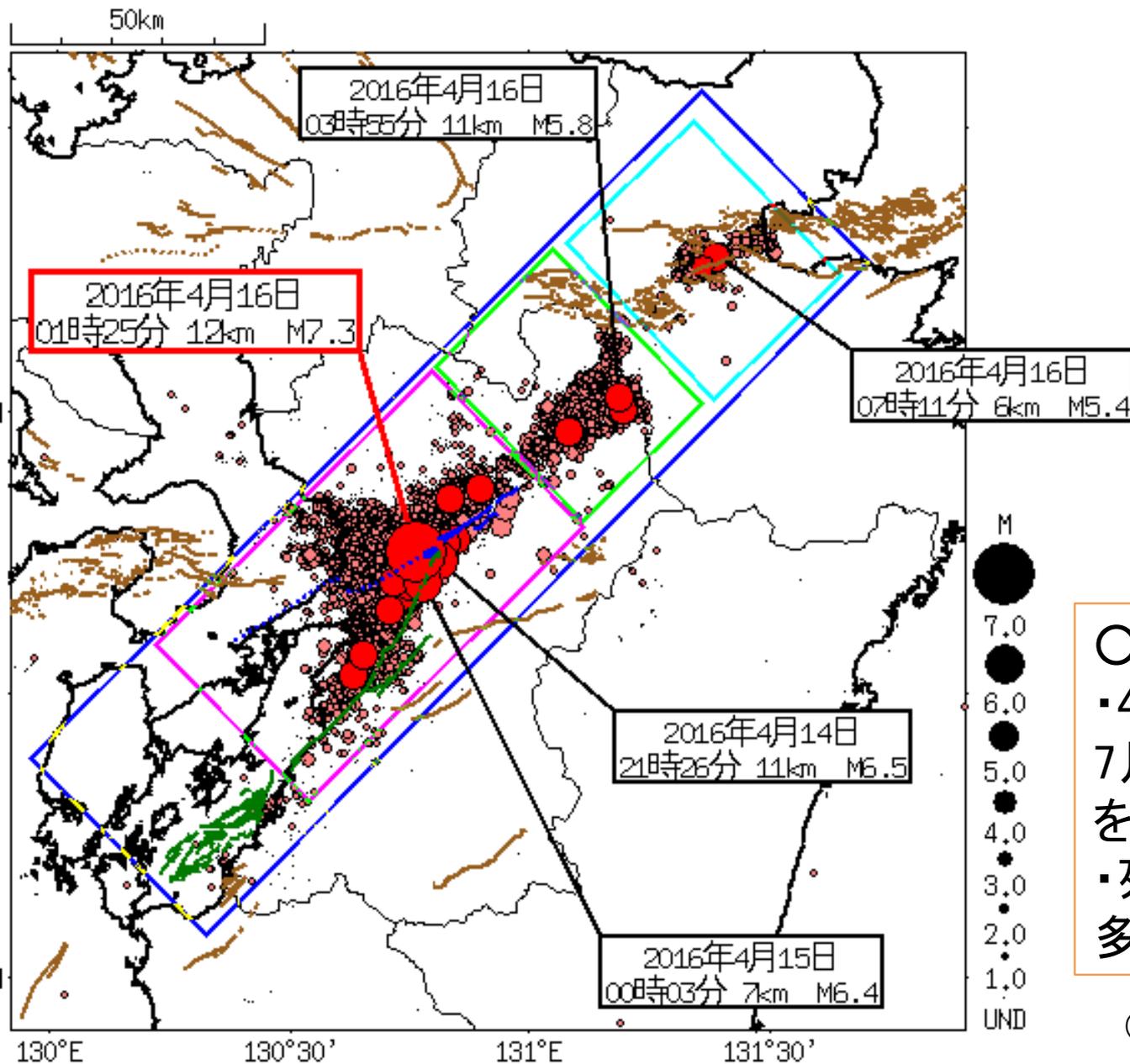
広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の機能強化

- ① 病院被害状況入力内容の改定
 - － 緊急入力・詳細入力の項目拡大
(院内資源の備蓄残量明示、病院職員数、受入可能患者数等)
- ② 医療ニーズ・支援情報の項目拡大
 - － 病院だけでなく、診療所、現場、避難所、救護所等に拡大
 - － DMAT、救護班の活動状況
- ③ 医療の指揮系統図の明示
- ④ 地図等による医療ニーズと医療支援情報表示の一元化

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

:災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としている。

平成28年熊本地震の概要



| | |
|------------------------|-------------------|
| 死者 | 49名 |
| 行方不明者 | 1名 |
| 負傷者 | |
| 重症 | 369名・軽症 1,367名 |
| 倒壊家屋 | |
| 全壊 | 5,676棟・半壊 11,866棟 |
| (熊本県災害対策本部 7月1日 13:30) | |

○今回の災害の特徴

- ・4月14日21時26分の地震以降、7月12日10時00分現在、震度1以上を観測する地震が1879回発生
- ・死者、負傷者に比して倒壊家屋が多かった

(報道発表資料 平成28年7月12日10時30分 気象庁)

平成28年熊本地震におけるDMAT等の活動

- DMAT **466チーム、2,071名**が活動（熊本県内DMATは除く）
最大時には216チームが活動
- ロジスティックチーム **19チーム、84名**が派遣され、急性期の指揮系統立ち上げや災害医療コーディネーターの活動を補助
- 熊本県災害医療コーディネーター**14名**が災害初期から継続し活動し、急性以降も継続的な支援体制を構築
- ドクターヘリ **13機**が活動
(熊本、福岡、佐賀、長崎、宮崎、鹿児島、山口、広島、岡山、高知、徳島、兵庫豊岡、兵庫加古川)
- 病院避難を**10病院**で実施し、計約**1,500名**の大規模転院を実施

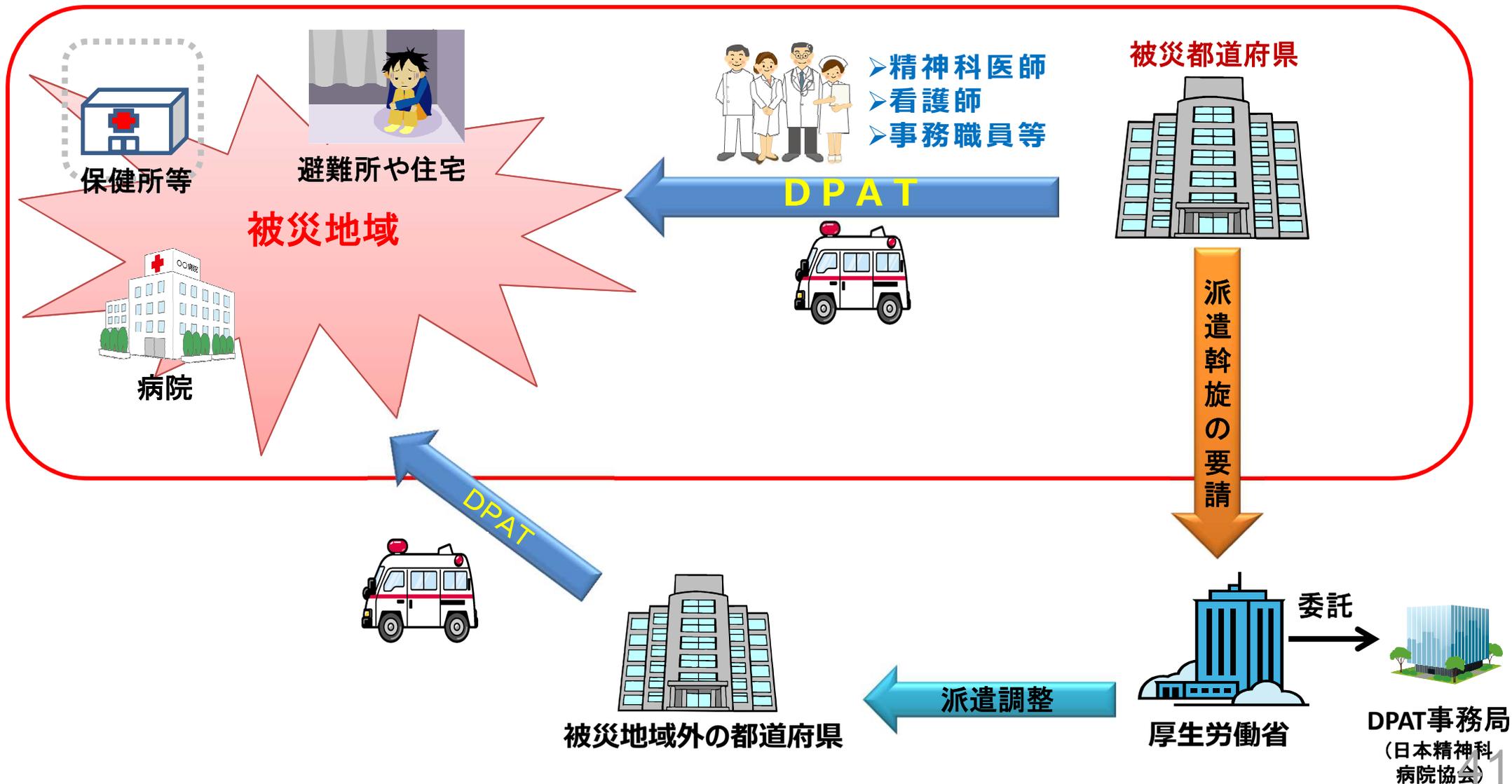
○ 医療活動の中で指摘された課題

- ・ロジスティックチームの派遣の迅速化および機能強化
- ・災害医療コーディネート体制の強化と各地域での連携体制の構築
- ・DMATの急性期活動から、急性期以降・慢性期活動を担う医療救護班への円滑な引継ぎ
- ・EMIS導入を含めた各医療機関のBCPの整備

* BCP: Business Continuity Plan、事業継続計画

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

➤ 自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の際、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム。



平成28年熊本地震におけるDPATの活動

● 災害概要

- ⇒ H28 4/14 21:26頃発生：マグニチュード6.5
- 4/16 1:25頃発生：マグニチュード7.3

● 人的被害（H28 6/7現在）

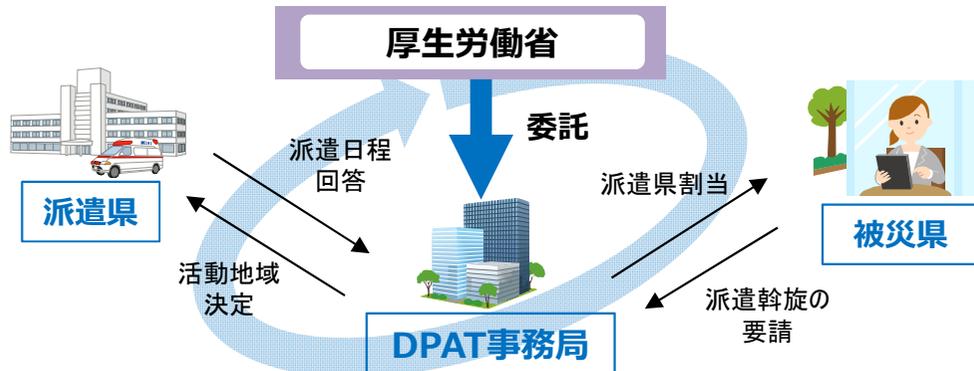
- ⇒ 死者69人、行方不明1人、重軽傷者1,737人
- ⇒ 避難者6,904人、建物損壊13万2,209棟



➤ 平成28年熊本地震における派遣の流れ

● 派遣の流れ

- ⇒ 被災県は、DPAT統括者と協議し、派遣県に派遣要請
- ⇒ 派遣県は、DPAT統括者と協議し、派遣可能日程をDPAT事務局を介して被災県に回答
- ⇒ 派遣DPATは、活動内容、活動場所、スケジュール等を被災県及びDPAT事務局と協議し、支援に入る



➤ 平成28年熊本地震における活動概要

● DPAT活動概要（H28 6/6現在）

- ⇒ 延941隊が活動
- ⇒ 巡回した避難所の延数は2,439力所
- ⇒ 被災した精神科医療機関から合計591人（県内319人、
県外272人）の患者を搬送
- ⇒ 支援者支援を実施

過去の派遣状況

● 広島土砂災害（H26 8/20～）

- ⇒ 断続的な大雨で土砂災害
- ⇒ 広島県・広島市DPAT7隊が活動

● 御嶽山噴火（H26 9/27～）

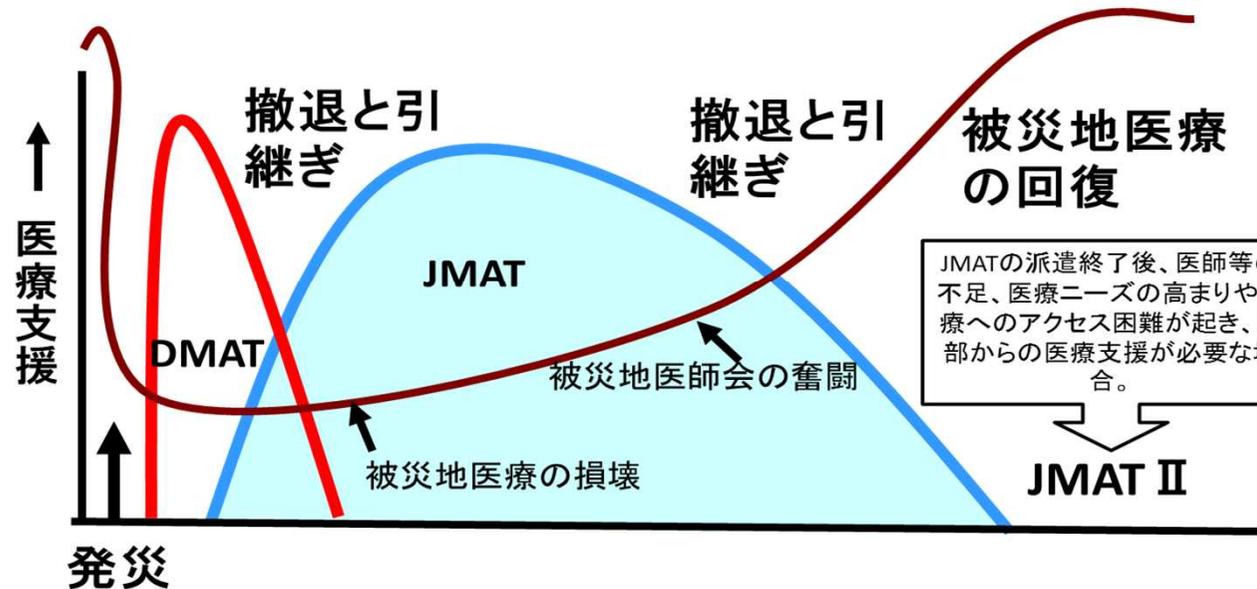
- ⇒ 3kmを超える噴煙、多くの噴石飛散
- ⇒ 長野県DPAT1隊が活動

JMAT（日本医師会災害医療チーム）

役割

- 救護所、避難所等における医療・健康管理
 - 被災地の病院・診療所の医療支援（災害発生前からの医療の継続）
- ① 避難者に対する医療、健康管理
 - ② 避難所等の公衆衛生対策：感染症対策、避難者の健康状態、食生活の把握と改善
 - ③ 在宅患者の医療、健康管理
 - ④ 派遣先地域の医療ニーズの把握と評価
 - ⑤ 医療支援が行き届いていない地域（医療支援空白地域）の把握、及び巡回診療等の実施
 - ⑥ 現地情報の収集・把握、共有
 - ⑦ 被災地の医療関係者間の連絡会の設置支援
 - ⑧ 患者移送
 - ⑨ 再建後の被災地医療機関への引継ぎ

DMATとJMATの役割分担（概念図）



日本医師会「JMATに関する災害医療研修会」（平成24年3月10日）資料
（「DMATとJMATの連携」（小林國男 日本医師会「救急災害医療対策委員会」委員長（当時））

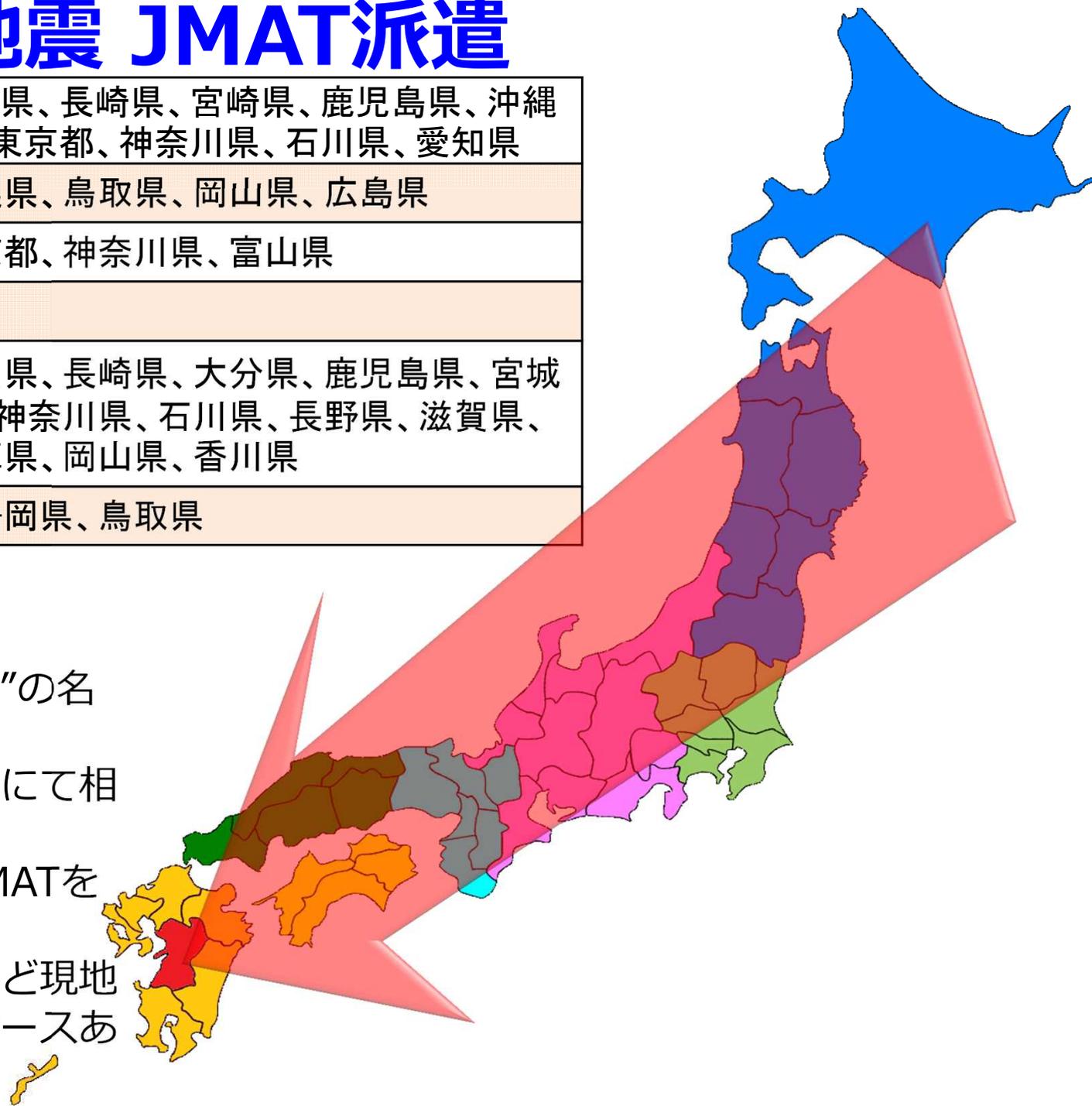
平成28年熊本地震 JMAT派遣

| | |
|-------|---|
| 熊本市 | 熊本県、福岡県、佐賀県、長崎県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県、宮城県、埼玉県、東京都、神奈川県、石川県、愛知県 |
| 阿蘇市 | 熊本県、東京都、山梨県、鳥取県、岡山県、広島県 |
| 南阿蘇村 | 熊本県、福岡県、東京都、神奈川県、富山県 |
| 宇土市 | 熊本県、鹿児島県 |
| 益城町 | 熊本県、福岡県、佐賀県、長崎県、大分県、鹿児島県、宮城県、福島県、東京都、神奈川県、石川県、長野県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、香川県 |
| 大津町ほか | 熊本県、神奈川県、静岡県、鳥取県 |

今回のJMAT活動の特徴

- 東日本大震災時に比べて“JMAT”の名前が浸透
- 災害前から、九州医師会連合会にて相互支援協定を締結
- 熊本県医師会でも災害前からJMATを編成
- 兵庫県医師会、沖縄県医師会など現地のコーディネーター役を担うケースあり

※他に、知事の要請により医師会が組織したチーム(長崎県、北海道、秋田県、茨城県、新潟県、山口県など)、民医連、JRAT、日本小児科学会チームとしてのJMATあり



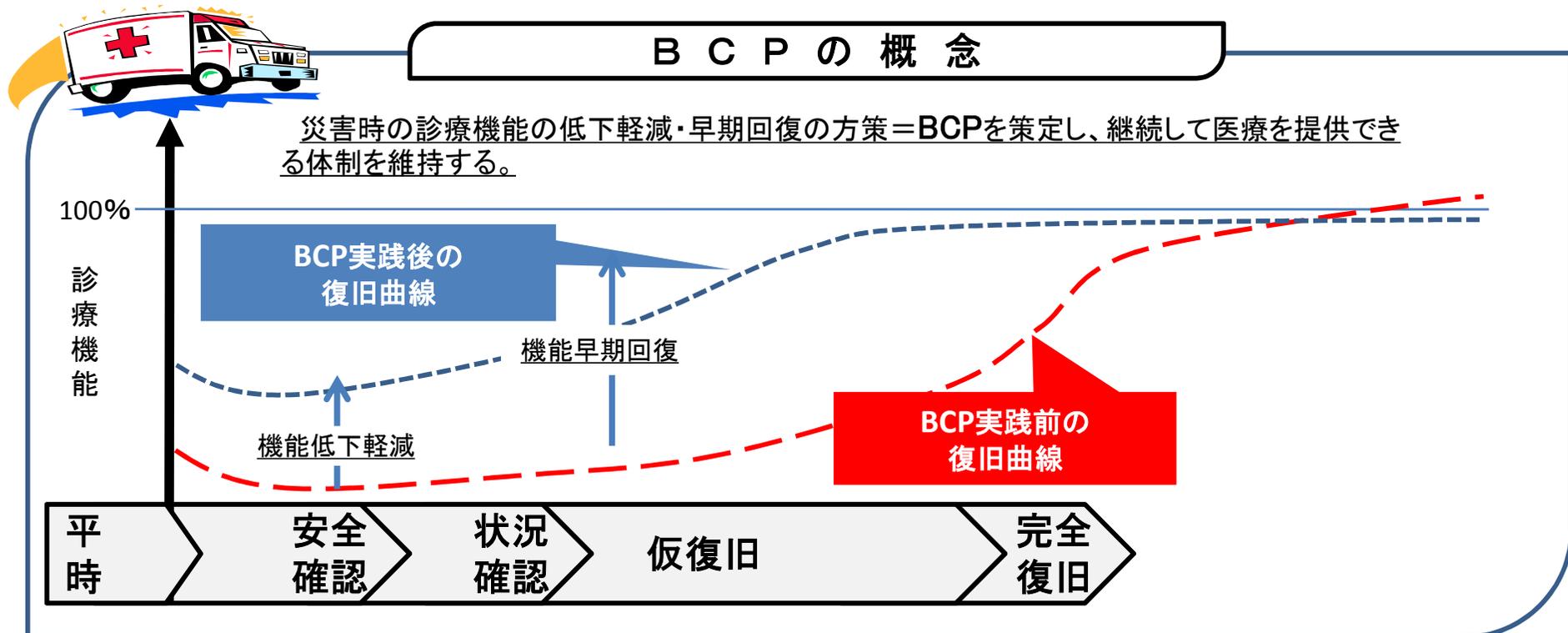
防災基本計画(平成28年5月31日最終改定)

- 災害対策基本法に基づいた国の計画
- DMAT等について以下のように記載(主なものを抜粋)
 - 国〔厚生労働省〕及び都道府県は、医療の応援について近隣都道府県間における協定の締結を促進するなど医療活動相互応援体制の整備に努めるとともに、災害派遣医療チーム(DMAT)の充実強化や実践的な訓練等を通じて、救急医療活動等の支援体制の整備に努めるものとする。
 - 国〔厚生労働省〕及び都道府県は、災害派遣精神医療チーム(DPAT)等の整備に努めるものとする。
 - 都道府県は、災害派遣医療チーム(DMAT)による活動と並行して、また、災害派遣医療チーム(DMAT)活動の終了以降、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社、独立行政法人国立病院機構、国立大学病院、日本歯科医師会、民間医療機関等からの医療チーム派遣等の協力を得て、避難所、救護所も含め、被災地における医療提供体制の確保・継続を図るものとし、その調整に当たっては災害医療コーディネーターを活用するものとする。その際、医療チーム等の交代により医療情報が断絶することのないよう、被災地における診療情報の引継ぎが適切に実施されるよう、努めるものとする。

医療機関におけるBCP

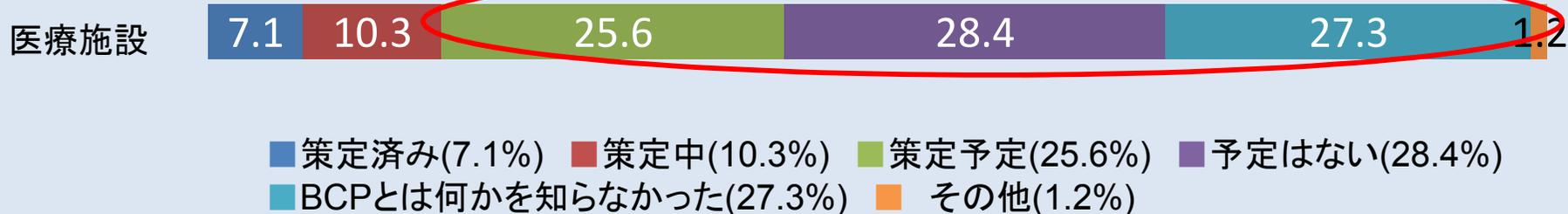
(BCP: Business Continuity Plan、事業継続計画)

- ・病院機能を維持した上での被災患者を含めた患者全ての診療を継続
- ・超急性期から慢性期へと変化するフェーズに対応
- ・病院機能の損失をできるだけ少なくし、機能の立ち上げ、回復を早急に行い、継続的に被災患者の診療を行うための計画



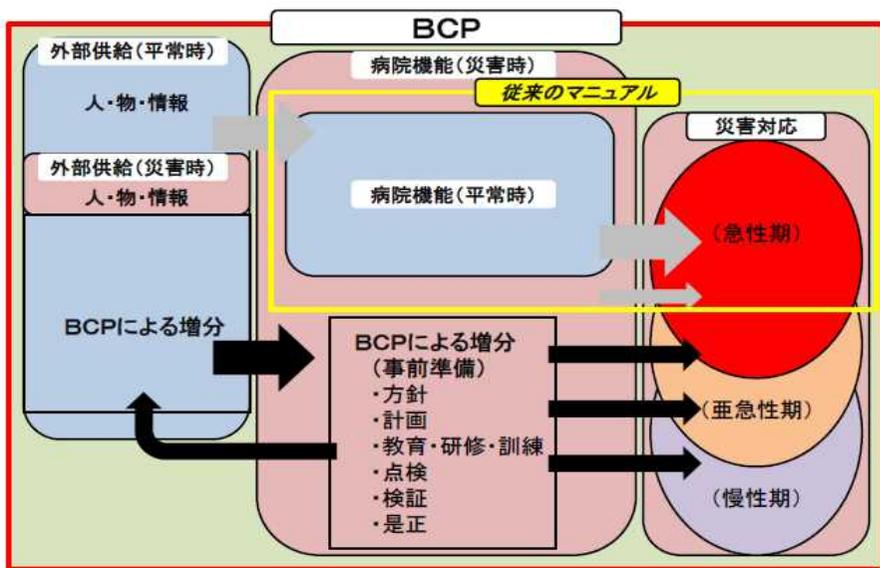
医療機関におけるBCPの策定状況

特定分野における事業継続計画における実態調査(平成25年8月30日 内閣府調べを改変)



BCP導入の効果

病院機能維持、避難のための準備体制、方策が確立

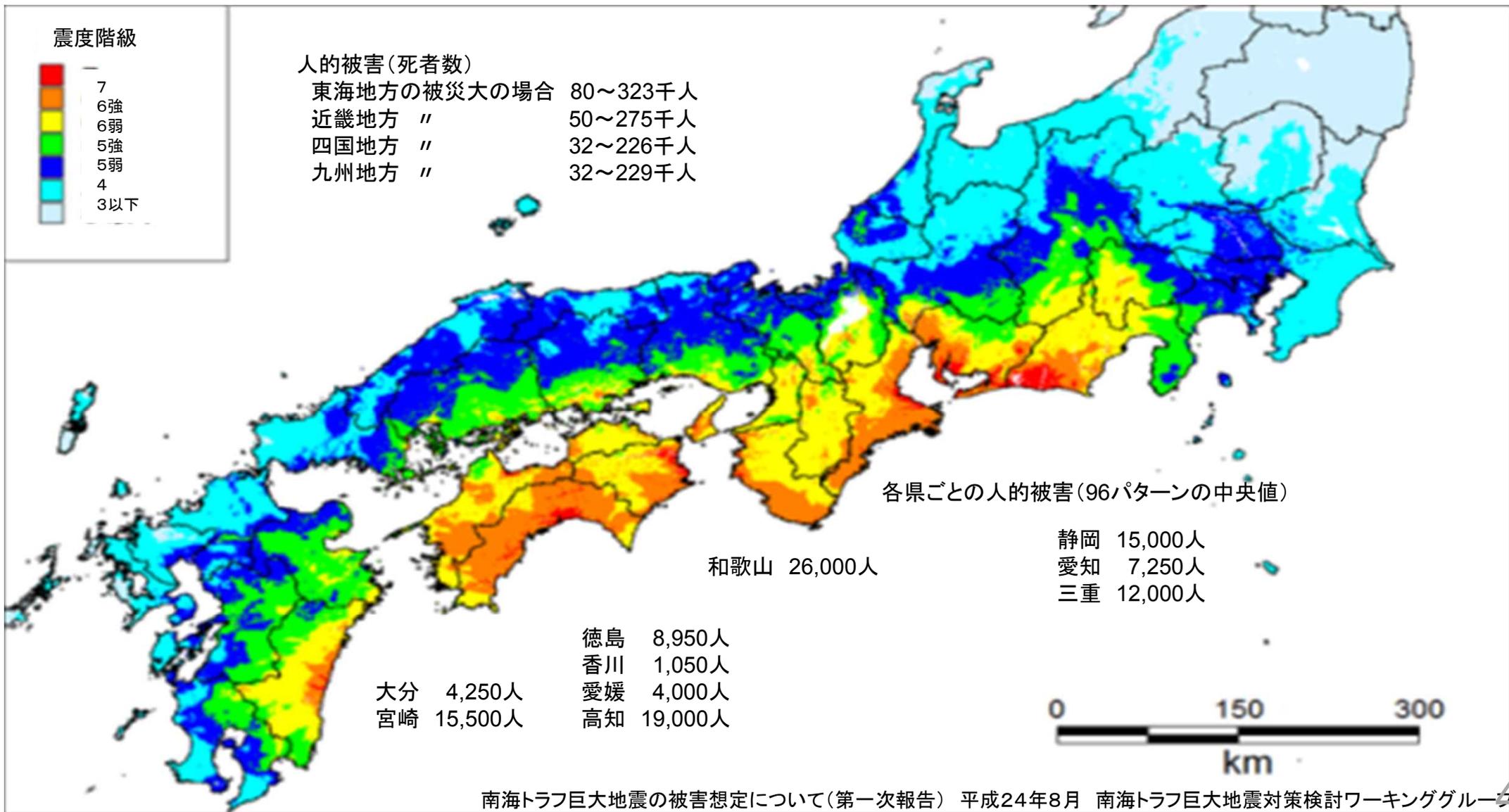


- 自施設の脆弱部分の洗い出しにより、機能強化がより効率的となる
- 「不測の事態」の分析により多くの事態に対応が可能となる
- 初動期、急性期～慢性期の活動が継ぎ目なく行える
- 病院機能の損失が減少し、継続的に被災者の診療にあたることができる
- 地域の医療ニーズの変化に耐えうる病院機能を保つことができる
- 患者を安全に避難することが可能となる

病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアルについて
(平成25年9月4日 医政指発0904第2号 厚生労働省医政局指導課長通知)

南海トラフ巨大地震における被害想定

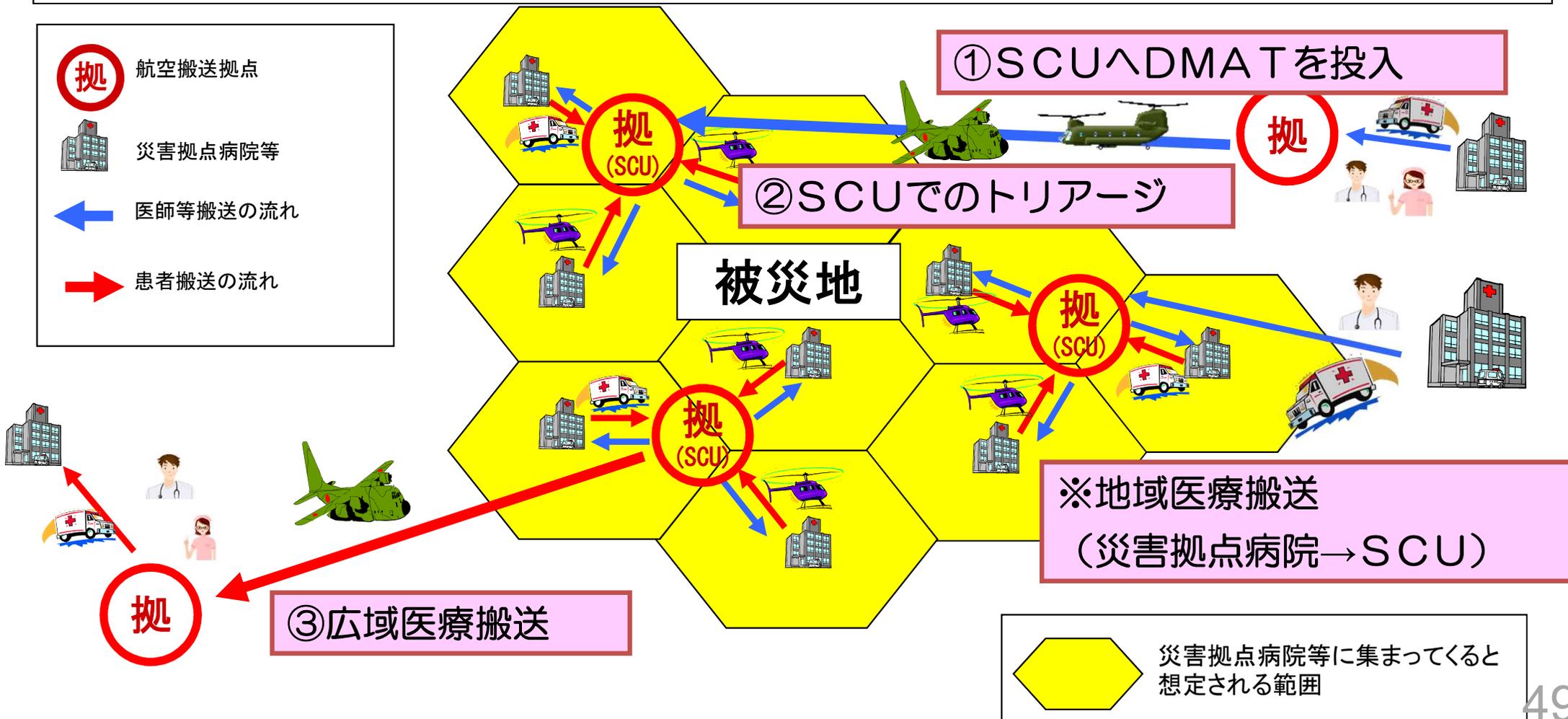
- 最大の被害想定では、人的被害で死亡者数約32万人、負傷者数62万人が見込まれている。
- 発災後、防災関係機関が被害の全容の把握を待つことなく災害応急対策活動を直ちに開始し、被害が特に甚大と見込まれる地域に対し、被災地外の人的・物的資源を重点的かつ迅速に投入することが必要であるとされており、広域医療搬送も想定した訓練が必要と考えられる。



災害時における広域医療搬送体制

災害時における広域医療搬送

- ・**広域医療搬送**: 国が各機関の協力の下、自衛隊等の航空機を用いて対象患者を被災地内の航空搬送拠点から被災地外の航空搬送拠点まで航空搬送する医療搬送をいう。
- ・**地域医療搬送**: 被災地内外を問わず、都道府県、市町村及び病院が、各防災関係機関の協力を得て、ヘリコプター、救急車等により患者を搬送する医療搬送(県境を越えるものを含む)。
- ・**SCU(航空搬送拠点臨時医療施設: Staging Care Unit)**: 航空機での搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、被災地及び被災地外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して都道府県により設置されるもの。



災害医療における見直しの方向性

<現状と課題>

- 東日本大震災後、厚生労働省では災害拠点病院のさらなる整備、DMAT(DMATロジスティックチーム含む)、災害医療コーディネーターの養成、EMISの配備を主要な項目として取り組んできた。
- 一方で、災害拠点病院におけるBCPの策定はまだ十分でなく(平成25年時点で約2割)、早急に整備することが必要。
- 今後想定される南海トラフ巨大地震、首都直下地震等の大規模災害時に備えるためには広域医療搬送を含めた訓練が必要となる。

<見直しの方向性>

- 都道府県医療対策本部の機能向上を目的としたロジスティックチームとともに、被災地域の医療ニーズ等の情報収集を行い、都道府県や医療チームとの連絡調整を行う災害医療コーディネート体制を引き続き整備・強化していくべきではないか。
- BCPの策定(EMISの導入含む)は、災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても重要であることから、今後、推進することが必要ではないか。
- 広域医療搬送(SCU設置も含む)を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する必要があるのではないか。

4. へき地の医療について

医療計画におけるへき地の医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- ・ 5事業の一つとしてへき地医療体制について記載
- ・ へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所、へき地保健指導所を位置づけ
- ・ へき地保健医療計画の概要を併記

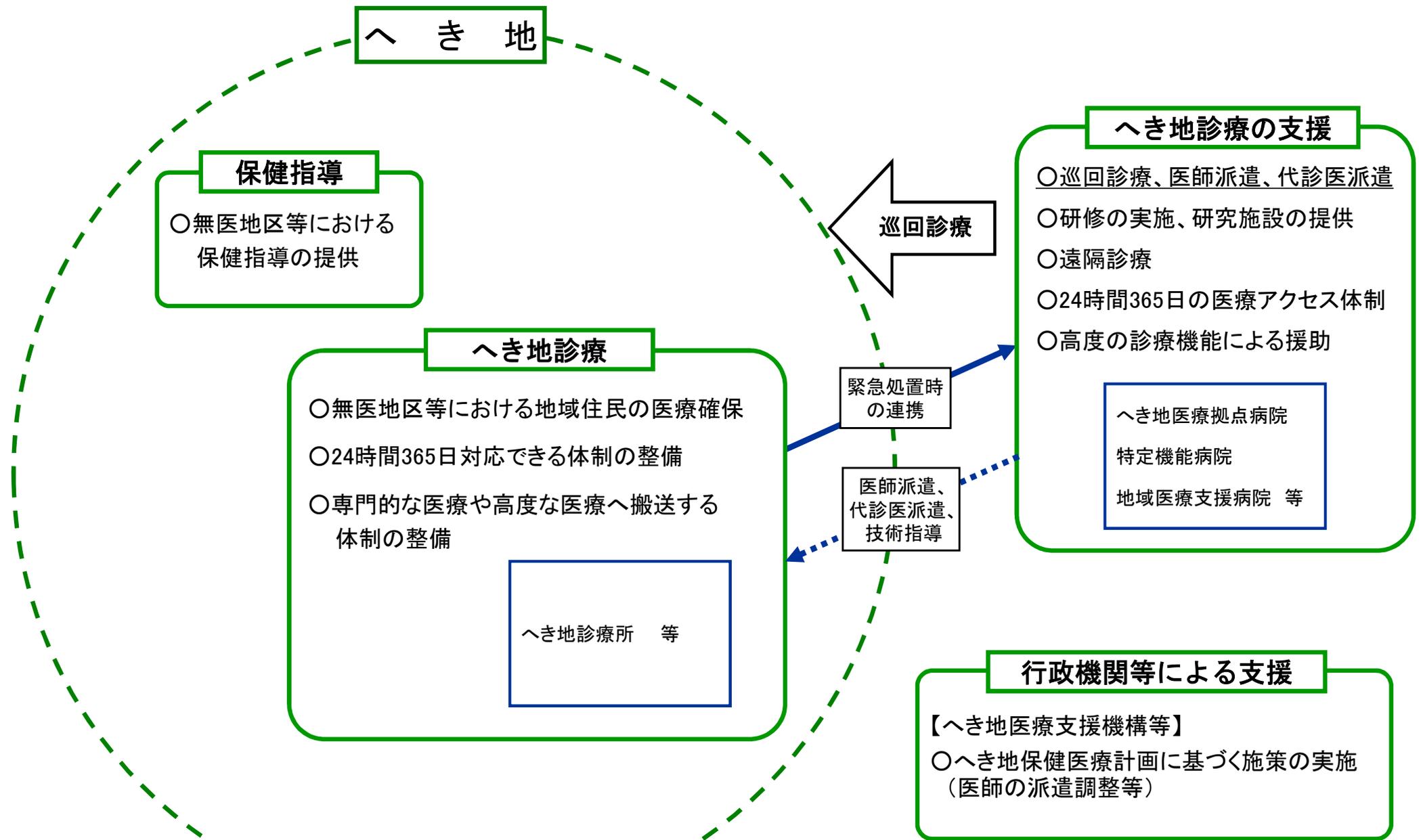
第6次医療計画(平成25年～)

- ・ へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実について記載
- ・ 情報通信技術(IT)、ドクターヘリ等の活用について記載

へき地保健医療対策検討会(平成26年8月～27年3月)

- ・ へき地保健医療計画と医療計画の一本化について
- ・ へき地医療拠点病院の指定要件等の検討
- ・ 地域医療支援センターとへき地医療支援機構における医師のキャリア形成支援 等

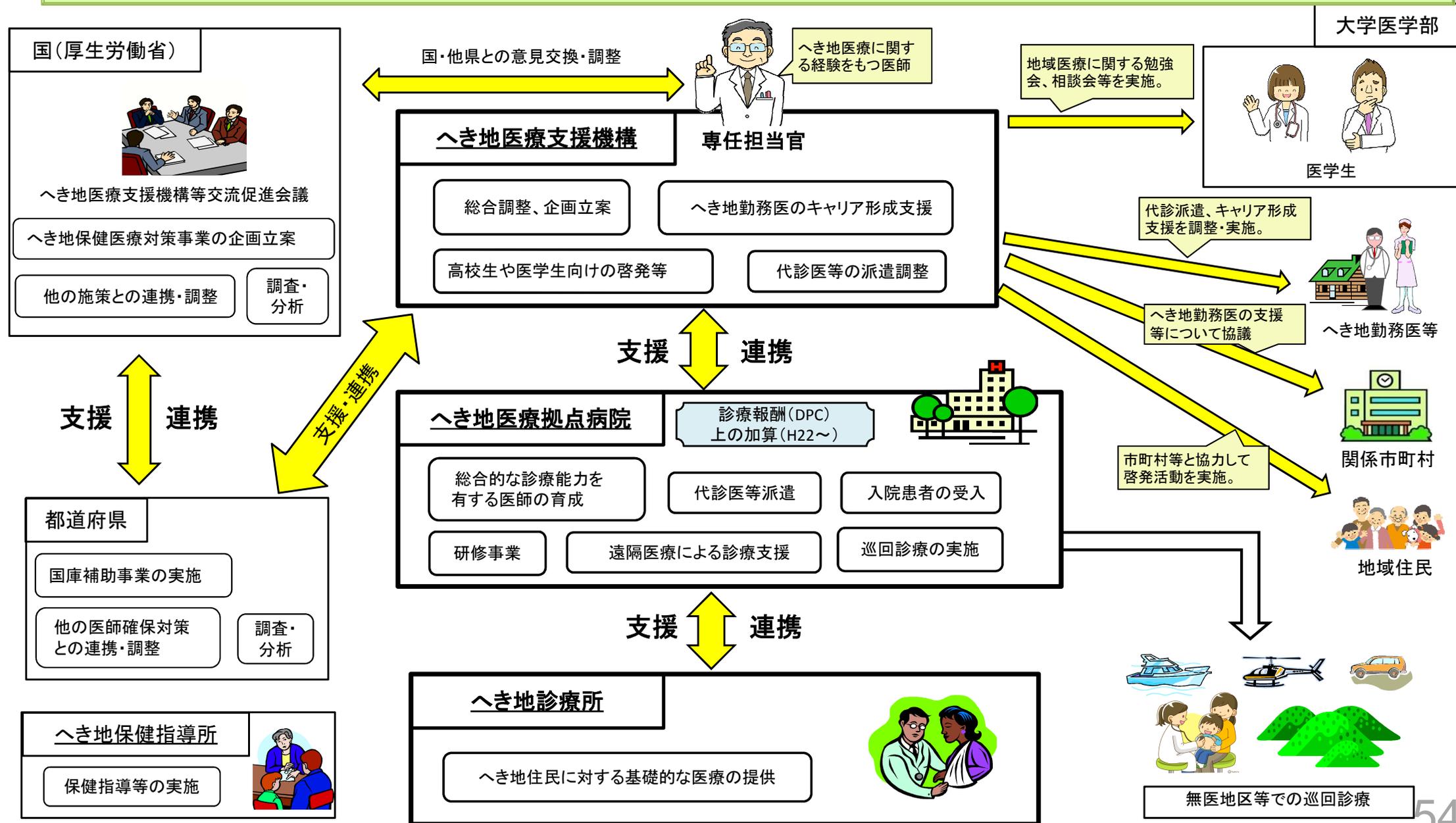
第6次医療計画におけるへき地の医療の体制



注)無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地区の中心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。

第6次医療計画におけるへき地の医療の体制

へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、へき地の住民がそれぞれ連携・協力し、効果的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



へき地医療対策事業

(1) へき地医療支援機構の運営

都道府県単位の広域的な支援体制を図るため、各都道府県に「へき地医療支援機構」を設置し、支援事業の企画、調整及び医師派遣の実施等を補助する。

(2) へき地医療拠点病院等の運営

へき地における医療の提供など支援事業を実施する医療機関等の運営に必要な経費を補助する。

- ア へき地医療拠点病院運営費
- イ へき地保健指導所運営費
- ウ へき地診療所運営費

(3) へき地巡回診療の実施

無医地区等の医療の確保を図るため、医師等の人件費及び巡回診療車等の経費を補助する。

- ア 巡回診療車〔船〕（医科・歯科）
- イ 巡回診療ヘリ（医科）
- ウ 離島歯科診療班

(4) 産科医療機関の運営

分娩可能な産科医療機関を確保するため産科医療機関の運営に必要な経費を補助する。

(5) へき地患者輸送車（艇）運行支援事業

無医地区等における医療提供体制の確保を図るため、無医地区等と近隣医療機関を巡回する患者輸送車（艇）の運行に必要な経費を補助する。

へき地保健医療計画と医療計画の経緯について

| | へき地保健医療計画(局長通知に基づく) | 医療計画(医療法に基づく) |
|--------|------------------------------------|---------------|
| 昭和31年度 | へき地保健医療計画策定開始 (国で策定し、都道府県に協力要請) | |
| 平成19年度 | 第10次へき地保健医療計画開始 (各都道府県で策定) | |
| 平成20年度 | | 第5次医療計画開始 |
| 平成23年度 | 第11次へき地保健医療計画開始 | |
| 平成26年度 | | 第6次医療計画開始 |

- 「第5次医療計画」から、各都道府県は、医療計画においてもへき地の医療連携体制に関する計画を作成することとなった。
- そのため、各都道府県は「第11次へき地保健医療計画」と「第6次医療計画」にて、へき地における保健医療対策についてそれぞれ作成する必要性が生じた。

へき地保健医療対策検討会

目的

- 無医地区及び無歯科医地区における医療を提供する体制を確保するため、昭和31年からへき地保健医療計画に基づきへき地保健医療対策を実施してきたところであるが、平成27年度において第11次計画が終了する。
- このため、無医地区等の実態を調査し、その結果に基づき検討を行うとともに、今後の第12次へき地保健医療計画策定の検討に資することを目的とする。

検討事項

今後、進めるべきへき地保健医療対策について

構成員

(◎は座長)

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| ・有澤 賢二 (日本薬剤師会常務理事) | ・澤田 努 (高知県へき地医療支援機構専任担当官) |
| ◎梶井 英治 (自治医科大学教授) | ・白石 吉彦 (隠岐広域連合立隠岐島前病院院長) |
| ・金田 道弘 (社会医療法人緑社会金田病院理事長) | ・白川 博一 (全国離島振興協議会会長) |
| ・金丸 吉昌 (美郷町地域包括医療局総院長) | ・高村 艶子 (広島県看護協会訪問看護事業局局長) |
| ・釜萮 敏 (日本医師会常任理事) | ・畠山 とき子 (朝顔のたね - 千厩病院を守り隊) |
| ・工藤 裕子 (北海道枝幸町役場保健福祉課保健予防グループ主幹) | ・前田 隆浩 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科) |
| ・佐々木 俊則 (日本歯科医師会理事) | ・松岡 史彦 (六ヶ所村国保尾駁診療所・保健相談センター所長) |

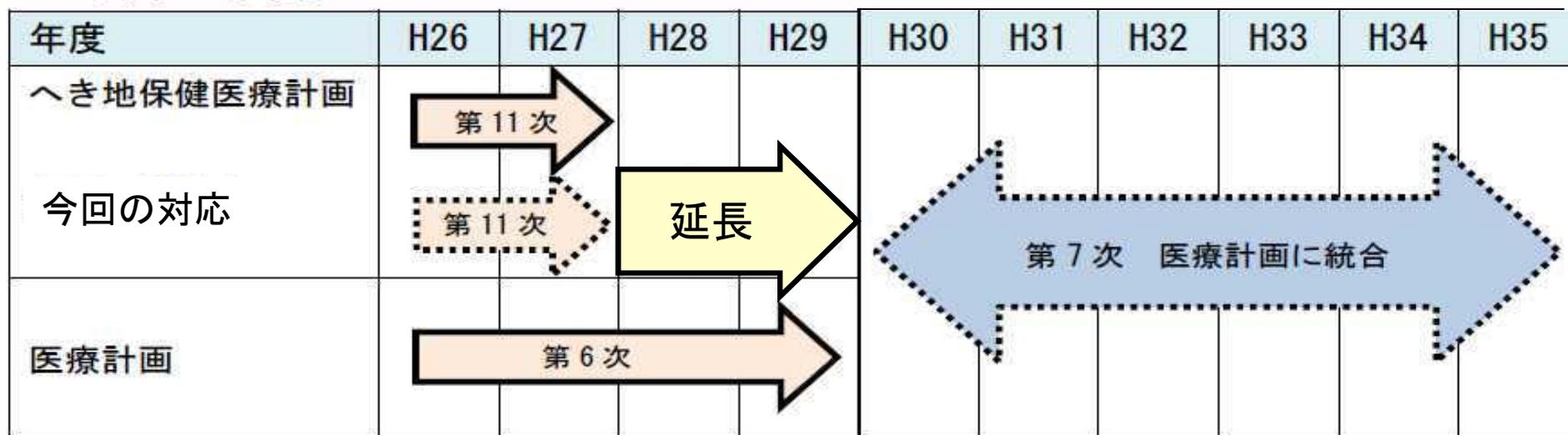
スケジュール

- 平成26年8月より、4回の検討会を開催し、平成27年4月に報告書を取りまとめ。

へき地保健医療対策検討会の取りまとめについて ①

- 平成26年度のへき地保健医療対策検討会において、当初平成27年度までであった第11次へき地保健医療計画の実施時期を平成29年度まで延長し、平成30年度から実施する第7次医療計画策定期間に合わせ、「へき地保健医療計画」を「医療計画（へき地の医療）」の中で一体的に検討を行う方針とされた。
- 第7次医療計画策定に際し、従来のへき地保健医療計画に相当する部分をどのように位置付けるかということについて、検討が必要である。

<イメージ図>



へき地保健医療対策検討会の取りまとめについて ②

- へき地医療拠点病院の指定は受けているが、人員不足やへき地医療支援機構の調整不足から、主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣が実施できず、拠点病院の役割を果たせていない施設が一定程度存在する。
- へき地医療拠点病院の現状を明確化するとともに数値目標を示し、へき地医療拠点病院のさらなる充実を図る必要がある。
 - へき地を有する43都道府県のうち、へき地医療拠点病院は42都道府県にて計312施設が指定されている(平成28年1月1日)。
 - 巡回診療、医師派遣、代診医派遣の**いずれも実施していないへき地医療拠点病院は77施設(24.7%)**であった。

| 巡回診療 | 医師派遣 | 代診医派遣 | 実施無し |
|------|------|-------|-----------|
| 90 | 102 | 94 | 77(24.7%) |

※このうち遠隔医療等の各種診療支援を行っている施設
42施設

へき地医療拠点病院の指定要件について

へき地医療拠点病院

【目的】

へき地医療支援機構の指導・調整の下に各種事業を行い、へき地における住民の医療を確保すること。

【指定要件】

以下の事業（ア、イ又はカのいずれかの事業は必須）を実施した実績を有する又はこれらの事業を当該年度に実施できると認められる病院

ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。

イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。

ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。

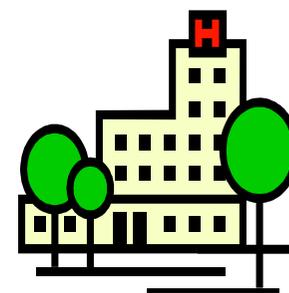
エ 派遣医師等の確保に関すること。

オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。

カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。

キ 総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。

ク 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する協力に関すること。



へき地医療拠点病院の指定要件(案)

巡回診療、医師派遣、代診医派遣の3事業の年間12回(月1回)以上の実績があること

※ 医師派遣、代診医派遣の派遣先については都道府県の指定するへき地診療所とする。

- 指定要件(案)を現状に当てはめた場合、へき地医療拠点病院312施設のうち、96施設(32%)が要件を満たさない。

| 実施事業の合計件数 | 施設数 | 割合(全312施設に対し) |
|-----------|-----|---------------|
| 0件 | 77 | 24.7% |
| 12件未満 | 32 | 10.3% |
| 52件以下 | 81 | 26.0% |
| 100件以下 | 46 | 14.7% |
| 101件以上 | 76 | 24.4% |

- 指定要件を満たさない病院を明確化し、一方で、数値目標以上に実施している病院に対しては積極的な取組を評価するため、以下のような段階評価も考慮すべき。

| A評価 | B評価 | C評価 | D評価 |
|---------|---------|--------|--------|
| 年101件以上 | 年100件以下 | 年52件以下 | 年12件未満 |

へき地の医療における見直しの方向性

<現状と課題>

- 昭和31年度より策定が開始された「へき地保健医療計画」は現在第11次計画を実施し、全国で300を超えるへき地拠点病院が整備されてきた。
- 一方で、巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれも実施していないへき地医療拠点病院が一定程度存在し、へき地における医療提供体制をより整備する必要がある。
- また、へき地の保健医療体制の確保にあたっては、特に、県全体における医療従事者の養成・確保策と連動することが必要。



<見直しの方向性>

- へき地医療対策を医療計画における医療従事者の確保等の他の取組と連動し、より充実したものするため、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化した上で、推進することとしてはどうか。
- 要件の見直し等を通じて巡回診療等のへき地拠点病院の取組みを着実に進めるとともに、地域における医師確保の取組みと併せて、へき地の医療提供医体制をさらに充実させる必要があるのではないか。

5. 周産期医療について

医療計画における周産期医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- 4疾病・5事業(周産期を含む)を位置づけ
- 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- 現状把握のための指標や数値目標を例示

第6次医療計画(平成25年～)

- 周産期医療体制整備計画との整合性をはかり、周産期母子医療センターの要件等について記載を追加
- 救急医療との連携、麻酔科医をはじめ、他診療科との連携により重篤な合併症や母体救命を要する症例の対応について強化

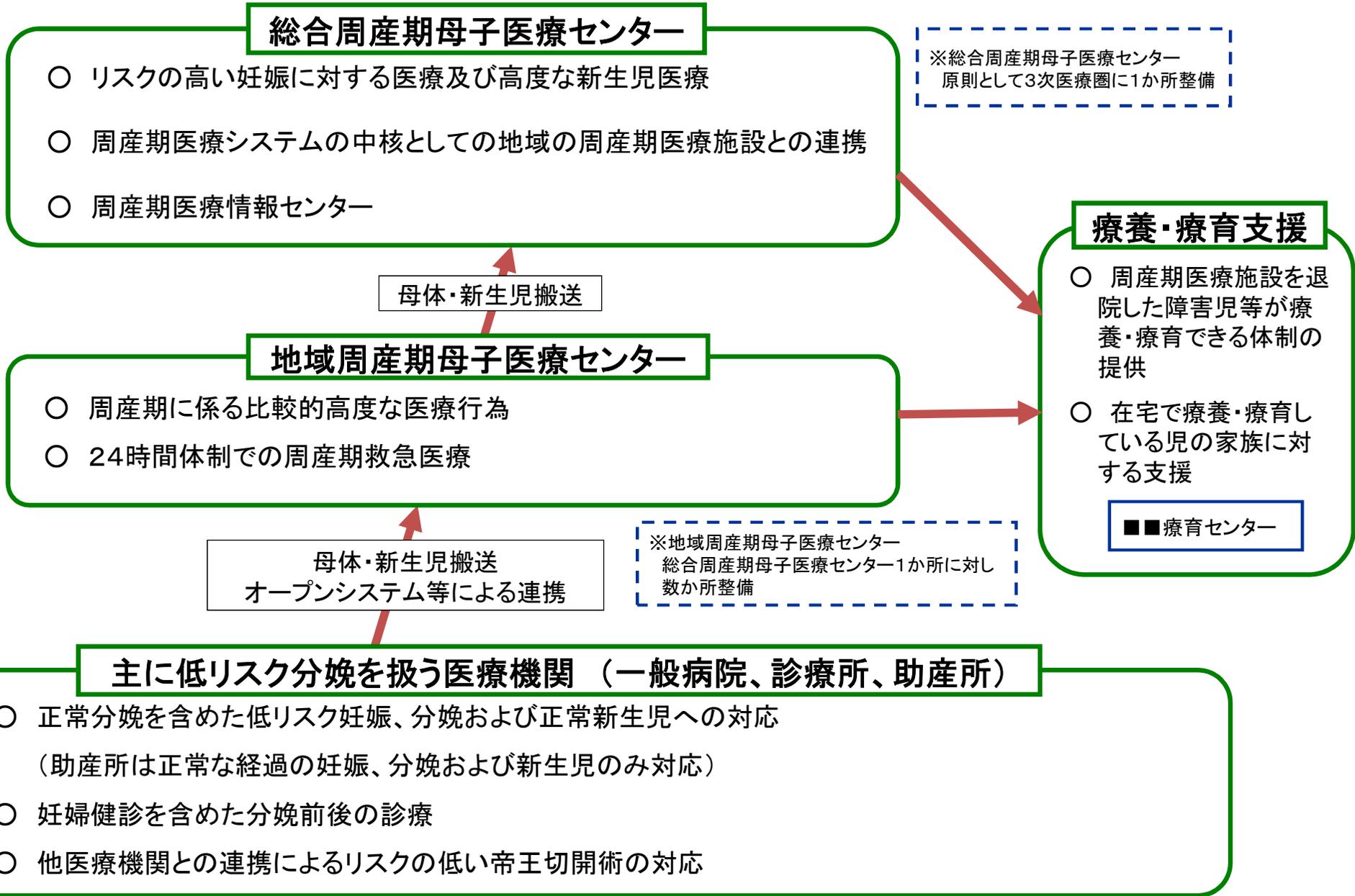
周産期医療体制のあり方に関する検討会(平成27年8月～)

《議題》

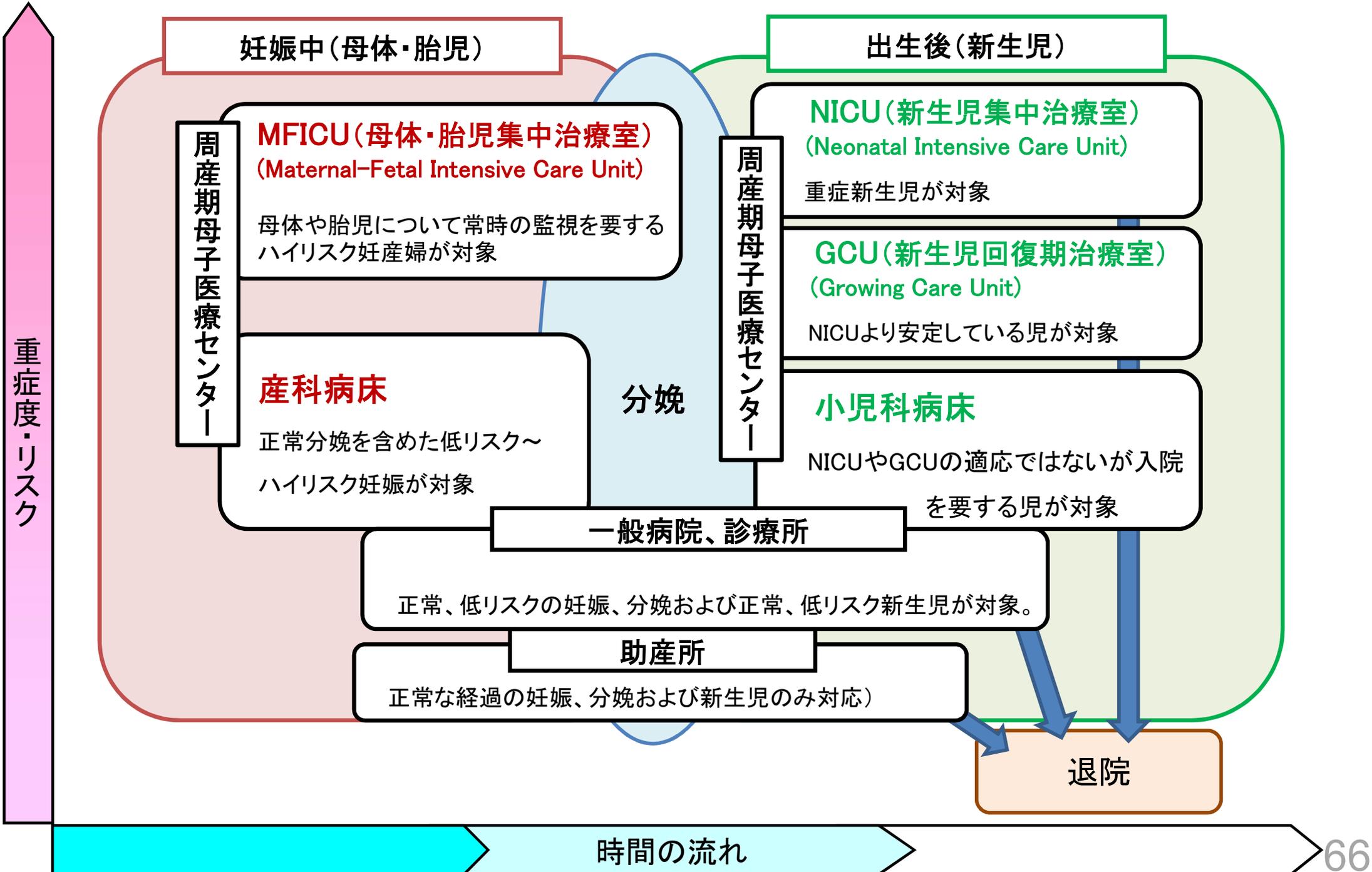
- 周産期医療体制整備計画と医療計画の一本化について
- 周産期救急搬送のあり方について
- 災害時の周産期医療体制について
- 合併症を有する妊娠と周産期医療について 等

第6次医療計画における周産期医療の体制

分娩のリスク



周産期医療の体制(病床)



周産期医療体制のあり方に関する検討会

目的

- 平成22年に現行の周産期医療体制整備指針が示されたが、周産期母子医療センターの災害対策、産科危機的出血への対応など、新たに解決すべき課題が認められるようになった。
- また、周産期医療に従事する医師の地域偏在等の問題が指摘され、新たな周産期医療体制整備の方向性を示す必要性が生じている。
- さらに、平成26年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働特別研究事業である「持続可能な周産期医療体制の構築のための研究班」が周産期医療体制の課題整理や周産期医療体制に関する将来推計に基づいた研究を行った。
- これらの課題整理を踏まえ、平成27年度内に周産期医療体制のあり方に関する検討会を開催し、周産期医療体制整備指針の改定も含めた議論を行う必要があるため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 周産期医療体制のあり方を検討すること
- (2) 周産期医療体制整備指針の改定ポイントを明示すること

構成員

- (◎は座長)
- ・阿真 京子 (知ろう小児医療守ろう子ども達の会 代表)
 - ・飯田 裕美子 (共同通信社 大阪支社 次長)
 - ◎五十嵐 隆 (国立研究開発法人 国立成育医療研究センター理事長)
 - ・今村 定臣 (公益社団法人 日本医師会 常任理事)
 - ※第6回以降 温泉川 梅代 (公益社団法人 日本医師会 常任理事)
 - ・海野 信也 (北里大学病院 病院長 産婦人科(産科)主任教授)
 - ・岡井 崇 (社会福祉法人恩賜財団 母子愛育会 愛育病院 院長)
 - ・田村 正徳 (埼玉医科大学総合医療センター 小児科学教授)
 - ・鶴田 憲一 (静岡県理事(医療衛生担当))
 - ・福井 トシ子 (公益社団法人 日本看護協会 常任理事)
 - ・峯 真人 (峯小児科 理事長)
 - ・山本 詩子 (公益社団法人日本助産師会 副会長)

今後のスケジュール (予定)

- 平成28年度秋頃をめどにとりまとめ予定。

周産期医療体制整備の流れ

周産期医療体制のあり方に関する検討会資料より

| 年度 | 医療法, 医療計画 | 母子保健+周産期(雇児局) | 周産期(医政局) | 都道府県の周産期医療体制 |
|-------|-----------|--|--|-------------------|
| H7年度 | | 「母子保健医療施設整備事業の実施について」(H7.4.3 児発第379号) | | |
| H8年度 | | 「周産期医療対策整備事業の実施について」(H8.5.10 児発第488号) 「周産期医療対策事業実施要綱」 【周産期医療システム整備指針】(H8.4.1~適用) | | → 次の医療計画に反映する旨を記載 |
| H9年度 | 第3次医療法改正 | | | |
| H12年度 | 第4次医療法改正 | | | |
| H17年度 | | 「母子保健医療対策等総合支援事業の実施について」(H17.8.23 雇児発第0823001号)【母子保健医療対策等総合支援事業実施要綱】(H17.4.1~適用) | | |
| H18年度 | 第5次医療法改正 | | | |
| H19年度 | | | 【医療計画作成指針】(H19.7.20) | → 医療計画策定 |
| H20年度 | 第5次医療計画開始 | | ≪周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会≫(H20.11~H21.2) 「懇談会報告書」(H21.3.4) 「周産期医療対策事業等の実施について」(H21.3.30 医政発第0330011号) 「周産期医療の確保について」(H22.1.26 医政発0126第1号) 【周産期医療体制整備指針】 | → 医療計画(周産期)開始 |
| H21年度 | | | | |
| H22年度 | | | | 周産期医療体制整備計画策定 |
| H23年度 | | | 【医療計画作成指針】(H24.3.30) | 周産期医療体制整備計画開始 |
| H24年度 | | | | 医療計画策定 |
| H25年度 | 第6次医療計画開始 | | | 医療計画(周産期)開始 |
| H26年度 | 第6次医療法改正 | | | |

周産期医療は別立て

母子保健については継続

周産期医療体制整備計画策定
周産期医療体制整備計画開始

医療計画策定

医療計画(周産期)開始

地域の実情をふまえた周産期医療体制整備へ①

周産期医療体制のあり方に関する検討会資料より改変

医療機能と受診アクセス(運転時間)

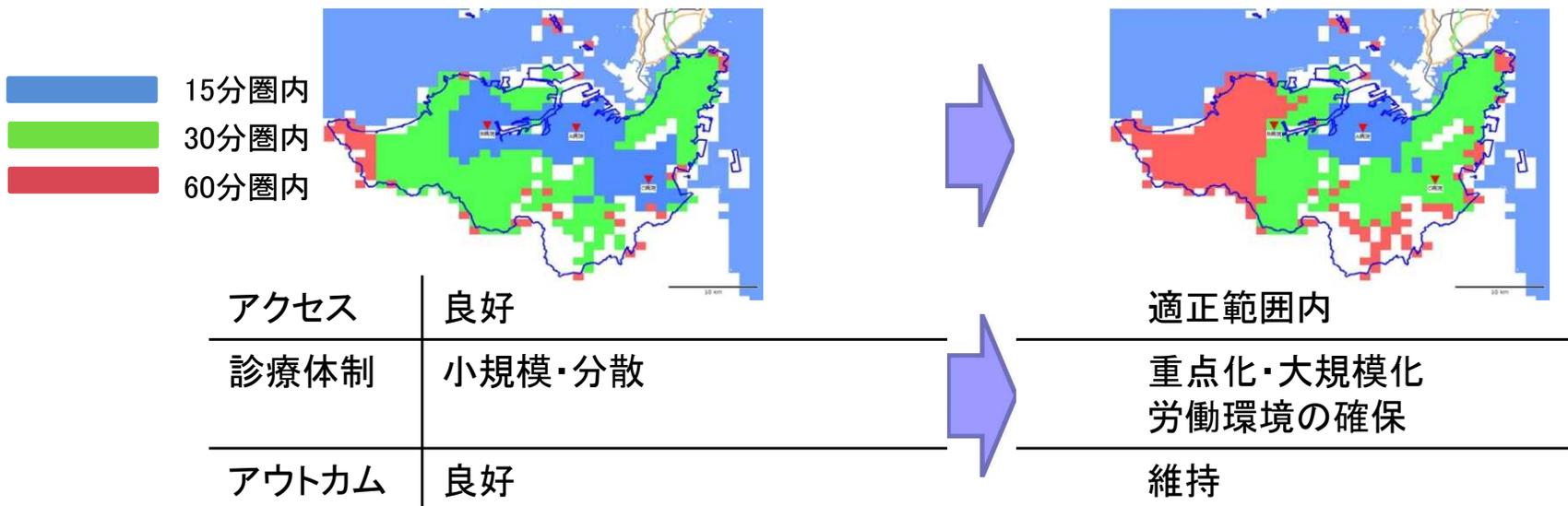
周産期医療体制の検討にあたっては、妊婦の居住地、及び医療機関からみた適正アクセスの確保が肝要であると考えられる。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

| 出生者の住所から | | 15分未満 | 15分以上 30分未満 | 30分以上 60分未満 | 60分以上 |
|-------------|-----|---------|-------------|-------------|--------|
| 分娩医療機関 | 出生数 | 946,316 | 62,974 | 15,493 | 3,082 |
| | 割合 | 92.1% | 6.1% | 1.5% | 0.3% |
| 周産期母子医療センター | 出生数 | 616,881 | 282,769 | 106,548 | 21,667 |
| | 割合 | 60.0% | 27.5% | 10.4% | 2.1% |

重点化・大規模化のイメージ(例)

適正なアクセスを一定程度確保しながら、基幹病院の重点化・大規模化を進めていくことで、ハイリスク分娩に対する診療体制が充実し、医療の質が維持される。加えて、医師の労働環境が改善し、医師の安定的な確保にも寄与することが期待される。県境を越えたシミュレーションが有用であろう。



地域の実情をふまえた周産期医療体制整備へ②

周産期医療体制のあり方に関する検討会資料より改変

弾力的な医療圏の設定

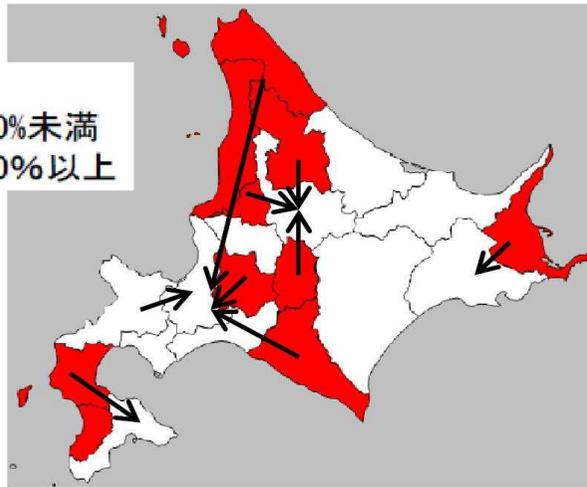
- 周産期医療圏の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則として出生数規模や流出入等を考慮して医療圏の統合を検討する方法や、二次医療圏にこだわらず、基幹病院(候補含む)とその連携病院群の適正アクセス範囲のカバーエリアを考慮して設定する方法等が考えられる。
- 予想される症例数と受入れキャパシティとの関係も合わせて検討する必要があるのではないか。

現行の二次医療圏を原則として出生数規模や流出入の割合等を考慮し設定

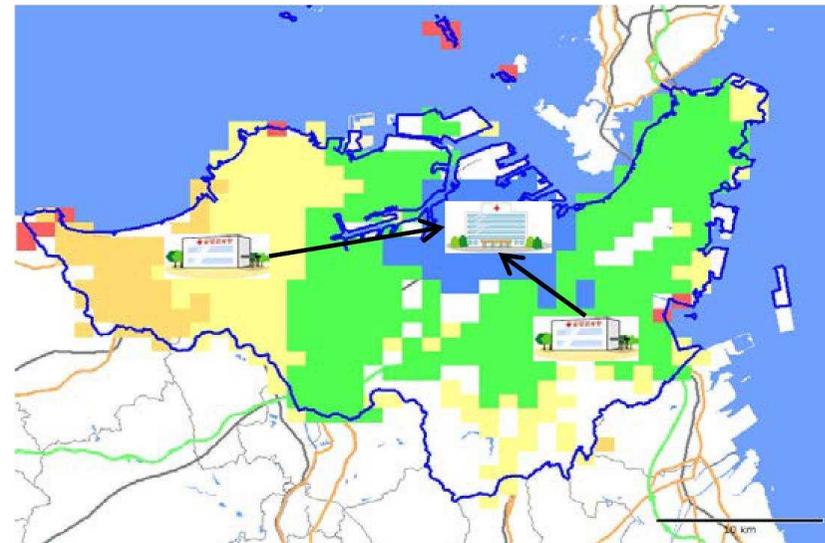
基幹病院(候補含む)とその連携病院群の適正アクセスカバーエリアを考慮し設定

図はイメージ

■ 人口20万人未満
かつ患者流入率20%未満
かつ患者流出率20%以上



DPC データ等



地理情報システム

災害時の小児・周産期医療

周産期医療体制のあり方に関する検討会資料より改変

東日本大震災での問題点

- 小児周産期医療ニーズへの対応
- 被災地における医療ネットワーク形成
- 災害時支援物資の供給体制
- DMAT等の救護班との連携体制

日本小児科学会報告書

- 災害時の小児・周産期医療システムが行政と乖離している点が問題
- 災害対策本部の下で適切な助言を行うコーディネーターの配置が必要

東日本大震災の課題からみた今後の災害医療のあり方に関する研究(研究代表者 小井土雄一)

- 医療・保健・行政が連動できるような災害対策ネットワークの平時からの形成
- 災害医療コーディネーターを中心とし、災害拠点病院と総合周産期母子医療センターが連動する体制構築が必要

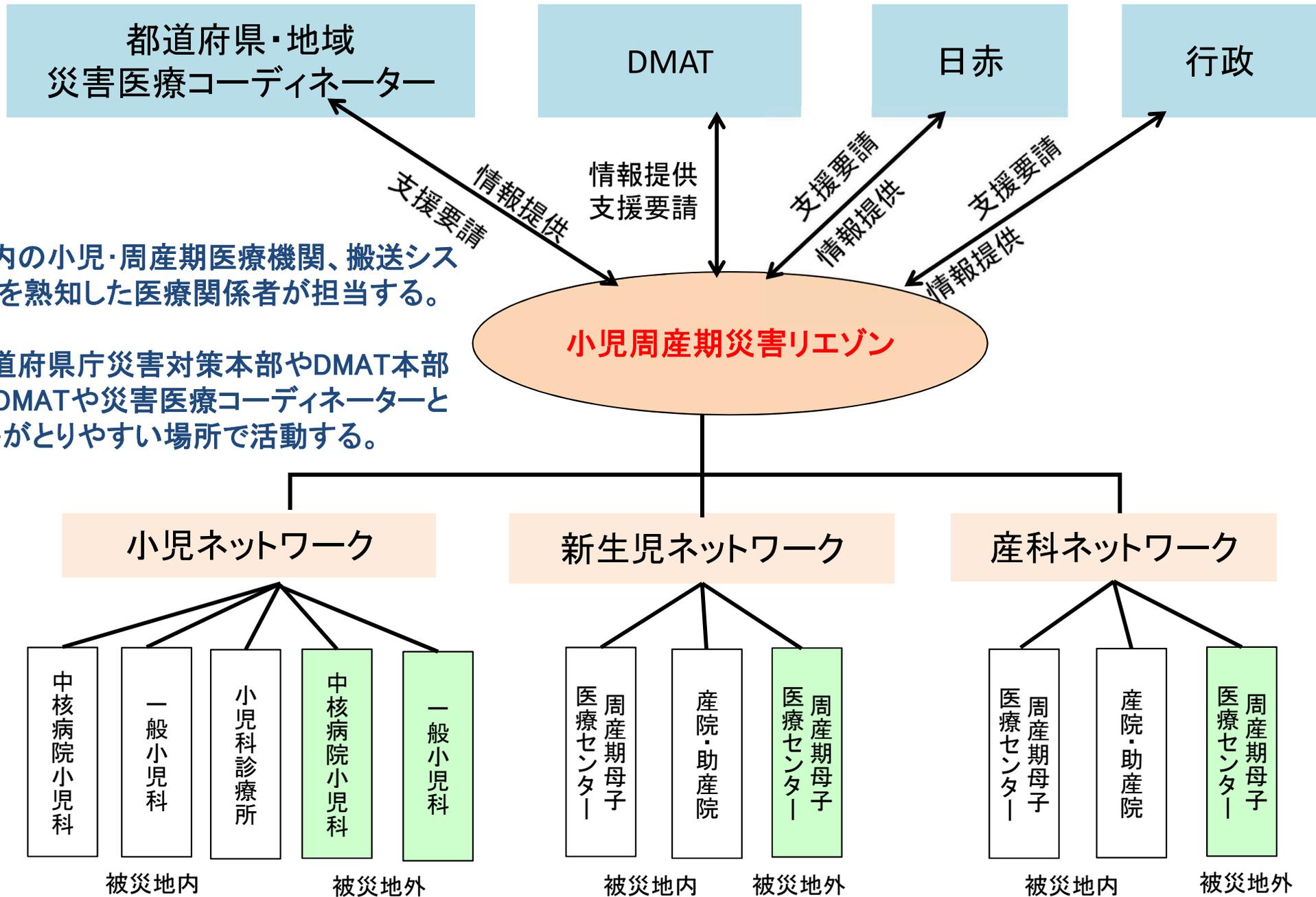
「東日本大震災被災地の小児保健に関する調査研究班」(研究代表者 呉繁夫)

「産科領域の災害時役割分担、情報共有のあり方検討ワーキンググループ」(研究分担者 菅原準一)

→ 平成28年度より 「小児周産期災害リエゾン」研修事業開始

情報窓口としての小児周産期災害リエゾン

周産期医療体制のあり方に関する検討会資料より改変



周産期医療における見直しの方向性

<現状と課題>

- 第5次医療計画において周産期医療を事業と位置づけるとともに、追加的にハイリスク妊産婦及び新生児に係る医療の整備を図る目的で「周産期医療体制整備計画」を策定してきた。
- 新生児集中治療管理室(NICU)等周産期医療体制の整備は進んできたものの、都道府県をまたぐ広域の母体搬送といった新たな課題が明らかとなってきた。
- 災害時における小児・周産期医療ニーズへの対応や、災害医療との連携が不十分であったとの指摘がなされている。

<見直しの方向性>

- ハイリスク妊産婦及び新生児に係る整備を都道府県全体の医療体制整備と連動したものとしてさらに進めるため、「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化した上で、推進することとしてはどうか。
- 周産期医療の体制を整備するにあたり、二次医療圏を原則としつつも、基幹病院等の適切なアクセス範囲とともに医療資源等の実情に応じ、圏域を弾力的に設定することが必要ではないか。
- 災害時において、医療のサポートが不足しがちとなる小児・周産期医療について、しっかりと対応できる体制構築が必要ではないか。

6. 小児医療(小児救急医療を含む)について

医療計画における小児(小児救急)医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- 4疾病・5事業(小児・小児救急を含む)を位置づけ
- 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- 現状把握のための指標や数値目標を例示

重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会(平成21年3月～7月)

- 《議題》
- ・重篤な小児患者のための高度な救急医療体制のあり方
 - ・メディカルコントロール協議会との連携のあり方
 - ・県域を越えた広域連携のあり方
 - ・PICUの要件について 等

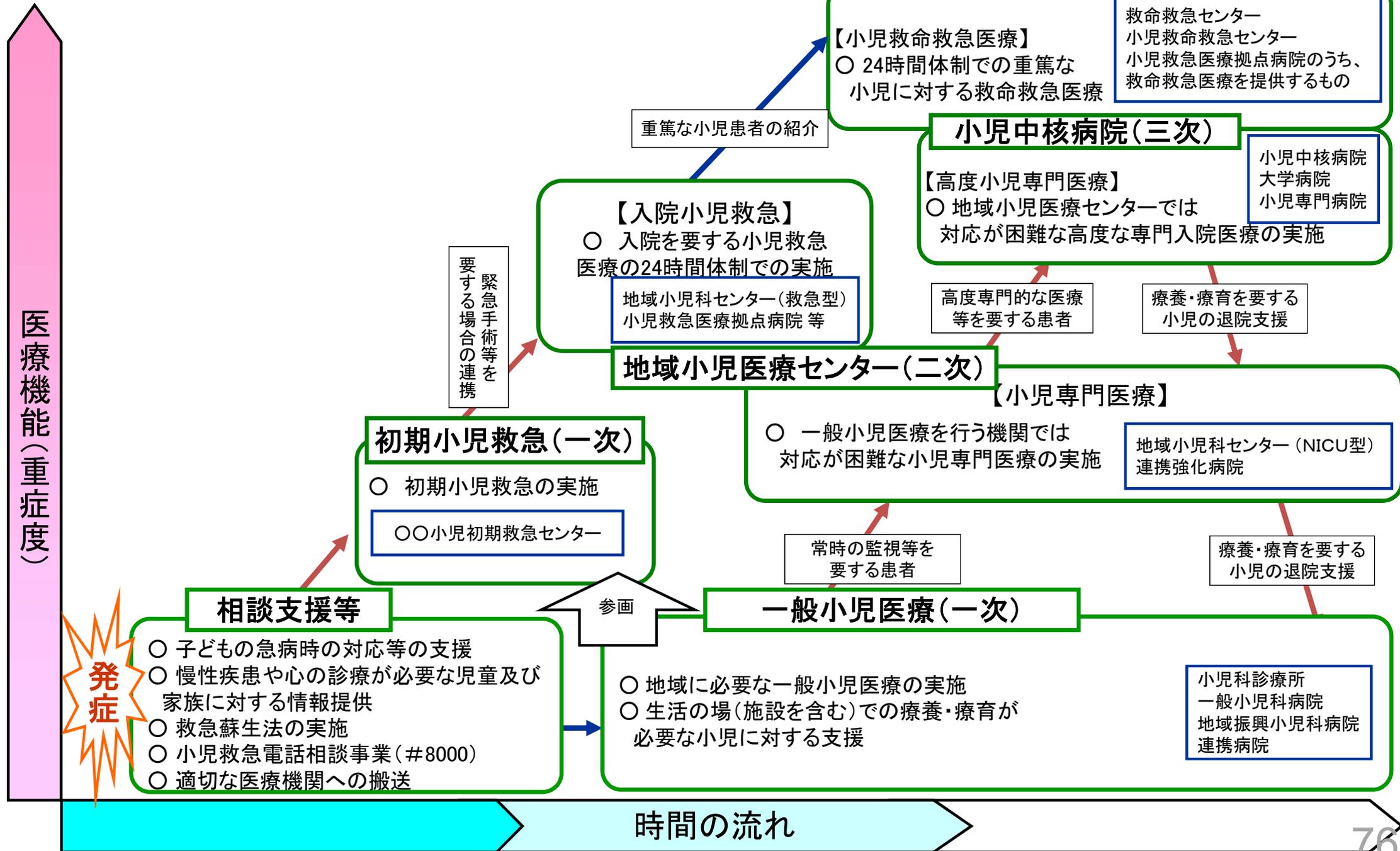
第6次医療計画(平成25年～)

- 日本小児科学会が示す「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」における医療施設の登録が完了し、「地域振興小児科」の要件、登録施設が設定された。
- 小児救命救急医療センターや小児特定集中治療室(PICU)の整備をすすめた。

子どもの医療制度の在り方等に関する検討会(平成27年9月～平成28年3月)

- 《議題》
- ・地域における小児科のかかりつけ医機能の充実について
 - ・小児高度医療の重点化について 等

第6次医療計画における小児医療の体制

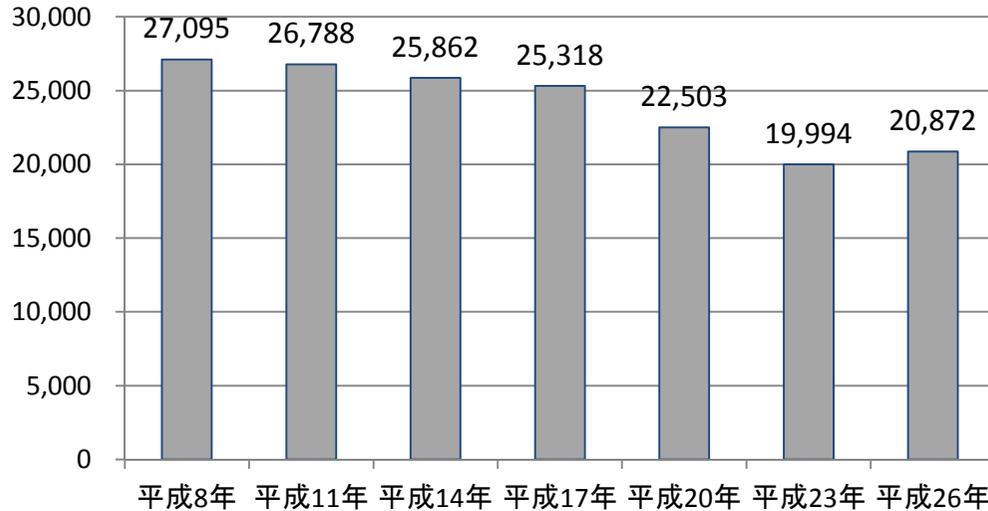


小児医療の体制

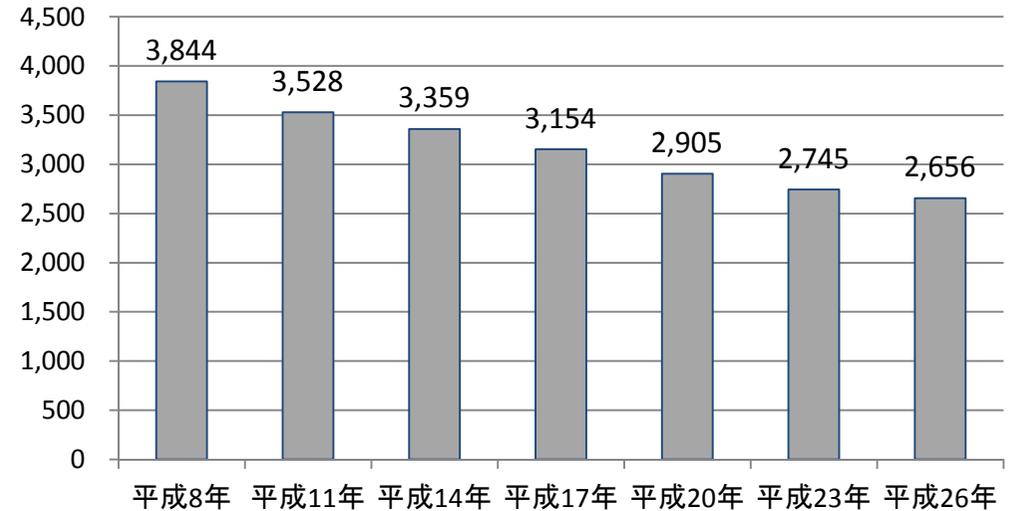
| | 【相談支援等】 | 【一般小児医療】 | 【地域小児医療センター】 | 【小児中核病院】 | | | |
|------------|---|--|--|---|--|--|---|
| 機能 | ●健康相談等の支援機能 | ●一般小児医療(初期小児救急医療を除く) | ●初期小児救急 | ●小児専門医療 | ●入院を要する小児救急医療 | ●高度な小児専門医療 | ●小児の救命救急医療 |
| 目標 | ●子供の急病時の対応等の支援 ●地域医療の情報提供 ●救急蘇生法等の実施 | ●地域に必要な一般小児医療の実施 ●療養・療育が必要な小児に対する支援 | ●初期小児救急の実施 | ●一般の小児医療機関では対応が困難な患者に対する医療 | ●入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること | ●地域小児医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療 ●当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること | ●24時間体制での小児の救命救急医療 |
| 医療機関例 | | ●小児科診療所 ●一般小児科病院 ●地域振興小児科病院 ●連携病院 | ●一般小児科病院 ●地域振興小児科病院 ●休日夜間急患センター ●小児初期救急センター ●在宅当番医 等 | ●地域小児科センター(NICU型) ●連携強化病院 | ●地域小児科センター(救急型) ●連携強化病院 ●小児救急輪番制の参加病院 ●小児救急医療拠点病院 等 | ●中核病院 ●大学病院(本院) ●小児専門病院 | ●救命救急センター ●小児救命救急センター ●小児救急医療拠点病院(救命救急医療を提供する場合) |
| 求められる事項(抄) | (家族等周囲にいる者) ●不慮の事故の原因となるリスクの排除 ●心肺蘇生法等適切な処置の実施(消防機関等) ●救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関への速やかな搬送等(行政機関) ●小児救急電話相談事業(#8000)の実施等 ●慢性疾患や心の診療が必要な児童及び家族に対する情報提供 | ●一般的な小児医療に必要なとされる診断・検査・治療の実施 ●軽症の入院診療 ●療養・療育が必要な小児に対する支援 ●医療、介護及び福祉サービスの調整 ●家族に対する精神的サポート ●慢性疾患の急変時に備えた、対応可能な医療機関との連携 | ●小児初期救急センター等における初期小児救急医療 ●緊急手術や入院等を要する場合に備えた、対応可能な医療機関との連携 ●開業医等による、病院の開放施設や初期小児救急医療への参画 | ●高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療 ●常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療 ●地域の小児医療機関との連携体制形成 | ●小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療の24時間365日体制 ●地域医療機関との連携による、入院を要する小児救急医療 | ●広域の小児中核病院や地域小児医療センターとの連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流等を含めて地域医療に貢献すること | ●地域小児医療センターからの紹介患者や救急搬送による患者を中心とした、重篤な小児患者に対する24時間365日体制の救急医療 ●小児の集中治療を専門的に実行できる診療体制(小児専門施設であればPICUの運営が望ましい)を構築することが望ましい |
| 連携 | | より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 | | | | | |
| | | 療養・療育を要する小児の退院支援に係る連携 | | | | | |
| 現状把握 | ●小児救急電話相談の相談件数 | ●一般小児医療を担う病院・診療所数 | ●NICUを有する病院・診療所数 | ●PICUを有する病院・診療所数 | | | |
| | | 地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数 | | | | | |
| | | 特別児童扶養手当数、児童育成手当(障害手当)数、障害児福祉手当公布数等 | | | | | |
| | | ●小児人口 ●出生率 ●乳児死亡率 ●幼児死亡率 ●小児(15才未満)の死亡率 | | | | | |

小児科を標榜している施設数

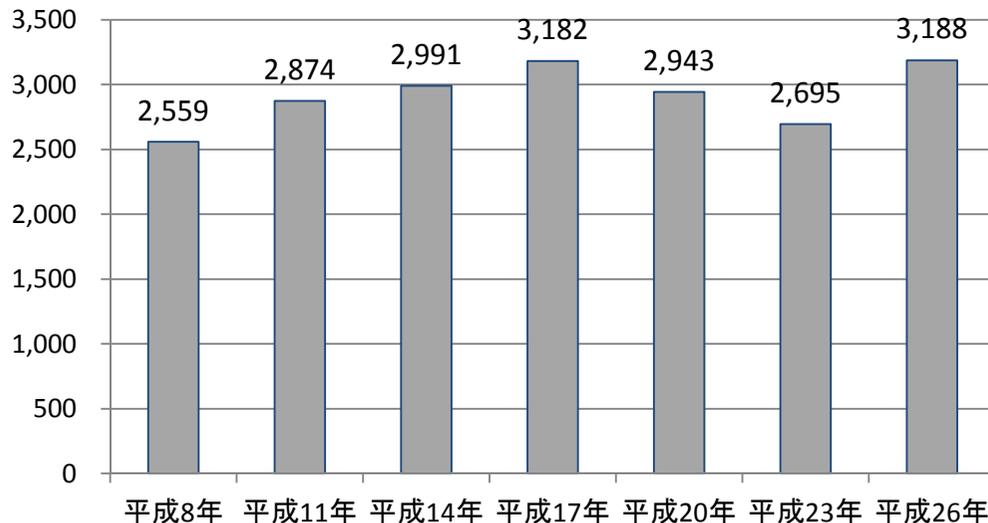
診療所数(主たる診療科が小児科以外の診療所を含む)



病院数



診療所数(主たる診療科が小児科の診療所のみ)



小児科が主たる診療科である医師数

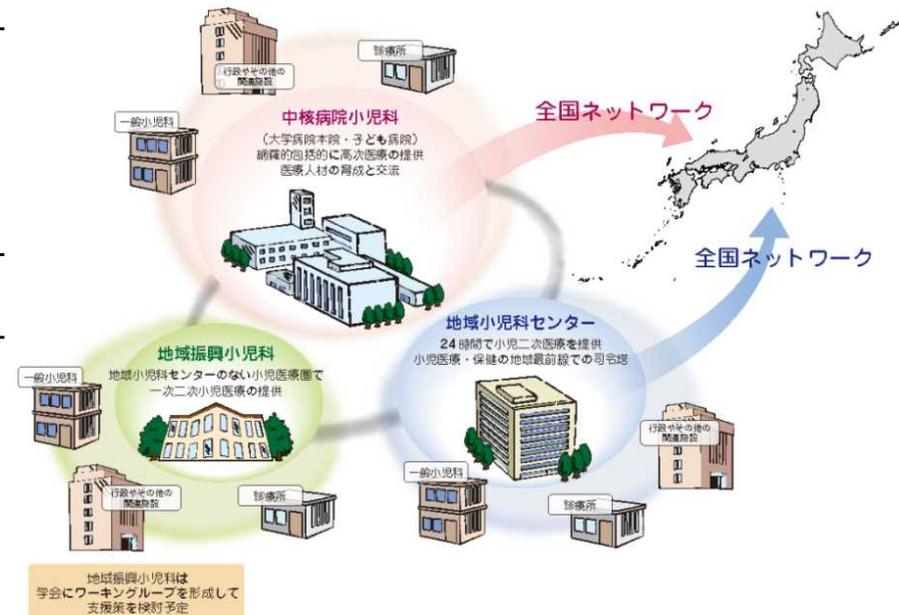
| 勤務場所 | H14 | H26 | 増減 |
|------|--------------|---------------|---------------|
| 総数 | 14,481 | 16,758 | +1,859 |
| 病院 | <u>8,429</u> | <u>10,108</u> | <u>+1,679</u> |
| 診療所 | <u>6,052</u> | <u>6,650</u> | <u>+598</u> |

- 小児科を標榜している病院数は減少している。
- 小児科を主として標榜する診療所の数は横ばいである。
- 病院、診療所に勤務する小児科医師数は増加傾向にある。特に病院小児科については集約化が進んでいると考えられる。

出典) 医療施設数: 医療施設(静態・動態)調査
 医師数: 医師・歯科医師・薬剤師調査

地域における小児医療体制の整備(日本小児科学会)

| 今後形成を目指す小児科の型 | 対象人口など | 提供する小児医療 |
|---------------|--------------------------------------|---|
| 小児科診療所 | 対象人口は不定 | 一般小児科 地域小児科センターの一次救急に当番参加 |
| 一般小児科(病院) | 対象人口は不定 | ・一般小児科 軽症用入院病床を設置し、それ以上は地域小児科センターへ紹介 ・地域小児科センターの一次救急に当番参加 |
| 地域振興小児科(病院) | 対象人口は不定 | ・地理的に孤立し、その地域に不可欠の小児科＝他地域の小児科と統廃合が不相当である小児科 軽症用入院病床を設置し、それ以上は地域小児科センターへ紹介 |
| 地域小児医療センター | (救急型) 人口 30(10-)・50万人 | 1.入院管理体制の整った一般小児科 2.小児救急 ・一次、二次救急 365日、24時間診療 ・うち一次は市町村(複数共同も含む)の運営で、地域小児科医との共同参加 |
| | (NICU型) 人口 30(10-)・50万人 | 1.入院管理体制の整った一般小児科 2.小児救急は行わない |
| | (救急+NICU型) 人口 50-100万人 | 1.小児専門医療 2.小児保健、育児援助、学校保健など 3.小児救急 ・一次、二次救急(~三次) 365日、24時間診療 ・一次は市町村(複数共同も含む)の運営で、地域小児科医との共同参加 ・救急部がある場合、参加 |
| 小児中核病院 | 三次医療圏の中心総合病院、又は小児病院等 人口 100-300万人 | 1.小児高度専門医療 2.小児救急科 一次は地域小児科医との共同運営 3.二次、三次救急は小児救急科で感染病室を設置する PICUを設置する 4.救急搬送(入院・転送) 5.小児救命救急センターを検討 |



日本小児科学会ホームページより

(参考)

平成23年に登録事業を開始し、平成27年に医療機関リストを公開。

(注) 「地域小児科医」とは、日常的に一般小児科の診療を担当している医師。小児科認定医、専門医に加えて、いわゆる内科・小児科など小児科標榜医を含む。臓器専門医研修中の医師を含む。

地域における小児医療体制整備のイメージ

三次医療

・小児科学会による小児医療圏: **300**

地方過疎部の医療圏

小児中核病院も地域小児医療センターもない医療圏: **69**
小児人口の5.5%、面積25.5%

地域振興小児科(独立型)
【**68**医療圏、80病院】

(小児中核病院、地域小児医療センターがない医療圏)
小児中核病院・地域小児医療センターへのアクセスが不良(車で1時間以上)の地域小児科
小児人口の5.3%、面積24.8%



・小児中核病院、地域小児医療センター、地域小児科のすべてがない医療圏(東京都島しょ): **1**
小児人口の0.2%、面積0.7%

二次医療



小児中核病院 【106病院】



小児中核病院もしくは地域小児医療センターがある医療圏: **231**
小児人口の94.5%、面積74.5%

大都市や地方都市部の医療圏

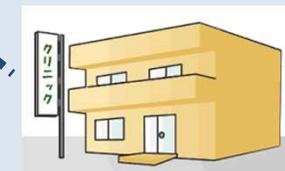


【399病院】

地域小児医療センター

地域振興小児科(連携型)
【**52**医療圏、77病院】

(小児中核病院and/or地域小児医療センターがある医療圏)
他の病院小児科からアクセスが不良、地域に必須の小児保健・救急・新生児医療の機能を持つ地域小児科
小児人口の18.2%、面積25.8%



一次医療

子どもの医療制度の在り方等に関する検討会

目的

少子高齢化が進む中、子育て支援、地方創生、地域包括ケア等に関して実効性のある施策の展開が求められており、子どもの医療分野において、そうした観点から今後の在り方等についての検討を行うため、有識者で構成する「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」を開催する。

検討事項

- (1) 子どもの医療に関する現状
 - 受診状況
 - 提供体制
 - 自己負担 など
- (2) 子どもの医療に関する課題・対応
 - 子どもの医療のかかり方
 - 子どもの医療提供体制
 - 子どもの医療の自己負担の在り方、国保の国庫負担の在り方 など
- (3) その他

スケジュール

- 第1回 平成27年9月2日
- 第2回 平成27年10月30日
- 第1回 平成28年1月27日
- 第1回 平成28年2月25日
- 第1回 平成28年3月22日
- 議論の取りまとめ 平成28年3月28日

構成員

- ・阿真京子 一般社団法人 知ろう小児医療守ろう子ども達の会代表
- ・五十嵐隆 日本小児科学会会長／国立成育医療研究センター理事長
- ◎遠藤久夫 学習院大学経済学部教授
- ・小黒一正 法政大学経済学部教授
- ・小野崎耕平 日本医療政策機構理事
- ・釜菴敏 日本医師会常任理事
- ・島崎謙治 政策研究大学院大学教授
- ・竹内千恵 日本歯科医師会理事
- ・中板育美 日本看護協会常任理事
- ・前田正子 甲南大学マネジメント創造学部教授
- ・松田宣子 関西国際大学保健医療学部教授
- ・宮崎望 三鷹市子ども政策部調整担当部長
- ・宮澤誠也 聖籠町保健福祉課長
- ・山本圭子 栃木県保健福祉部保健医療監
- ・横田裕行 日本医科大学大学院教授

(◎は座長)

小児医療の充実について

子どもの医療制度の在り方等に関する検討会資料

乳幼児期から学童期まで、継続性のある小児科外来診療を評価するとともに、重症小児等の診療に積極的に取り組んでいる入院・在宅医療の評価及び連携の充実を図る。

① 小児かかりつけ医として、幼児期までの継続的な診療を評価



新生児期



乳児期



幼児期

② 重症小児の受入体制・連携体制の強化



<入院医療等>

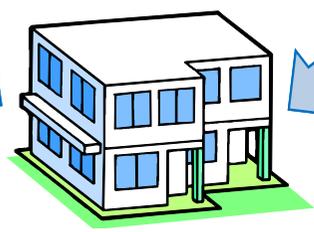
- NICU等における重症児の入院日数を延長
- 重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関を評価
- 医療型短期入所サービス利用中の処置等を評価
- 小児慢性特定疾病の患者における入院の対象年齢を延長

機能の強化と連携の推進



<在宅医療>

- 機能強化型在支診・病の実績要件として重症小児の診療を評価
- 機能強化型訪問看護ステーションの実績要件として重症小児の看護を評価
- 小児病棟に入院した月の在宅療養指導管理等を評価



<外来医療>

- 小児慢性特定疾病に関する医学管理を評価

■在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

【趣旨、事業概要】

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。
- 国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

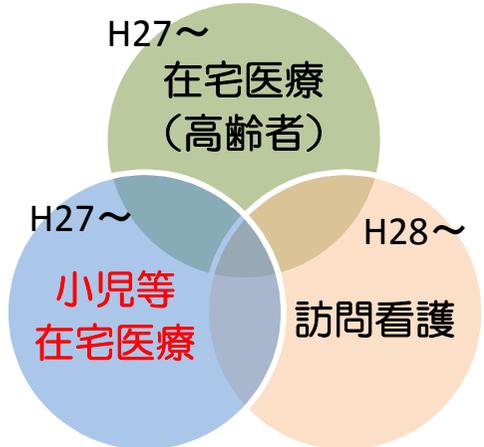
【事業概要】

- 医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」と、看護師を対象とした「③訪問看護」の3つの分野ごとに、研修プログラム作成や全国研修を実施する。

国（関係団体、研究機関、学会等）

◆研修プログラムの開発

- ・ 職能団体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- ・ プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



◆全国研修の実施

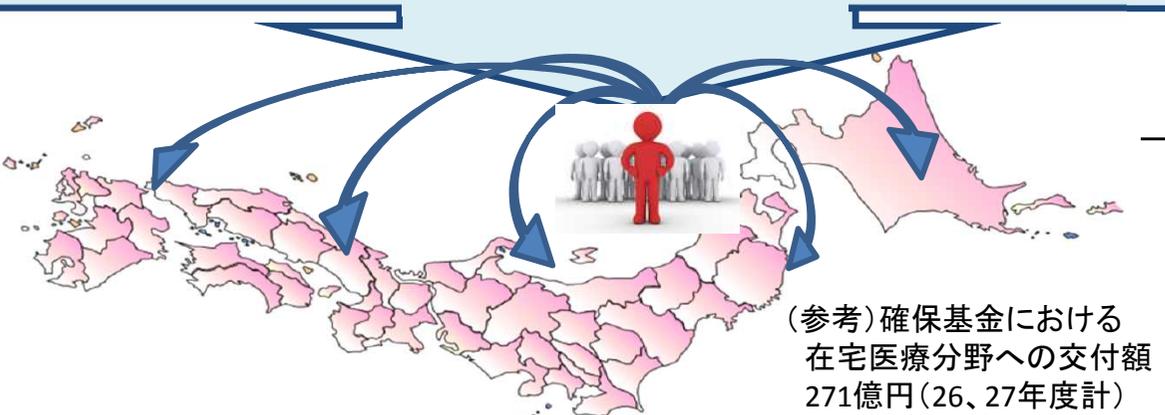
- ・ 開発したプログラムを活用し全国研修を実施。
- ・ 受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

* 全国研修の様子(平成27年度)



都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金等を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施



(参考)確保基金における在宅医療分野への交付額
271億円(26、27年度計)

* 27年度の全国研修の状況

<高齢者向け在宅医療>
日時：平成28年1月17日
於：日本医師会館大講堂
約280名の医師が参加

<小児向け在宅医療>
日時：平成28年2月7日
於：国立成育医療研究センター
約140名の医師が参加

※訪問看護分野は平成28年度より実施予定

小児救急電話相談事業（#8000）

事業概要

平成16年度より

地域の小児科医師等による小児患者の保護者等向けの電話相談
地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
全国どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられるようにする

- ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応
- ・ 緊急性を伝えることによる保護者の不安解消

休日、夜間における地域の小児救急医療体制の充実のひとつ

→ 地域医療介護総合確保基金により支援（平成26年度～）

実施状況

- 47都道府県で実施（平成28年4月1日現在）
- 実施日は地域の実状に応じた対応
- 実施時間帯は概ね準夜帯（19:00～23:00）をカバー
- 携帯電話から短縮番号「#8000」への接続が可能
- 平成26年度全国相談実施件数：631,595件



新たな小児医療の体制のイメージ

医療機能（重症度）



相談支援

【行政機関】
○ 小児救急電話相談事業 (#8000)

【消防機関】
○ 適切な医療機関への搬送

初期小児救急（一次）

- 初期小児救急の実施
- ○小児初期救急センター

要する緊急手術等を
緊急手術等を
要する場合の連携

地域小児医療センター（二次）

【小児専門医療、入院小児救急、新生児医療】

- 一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療の実施
- 入院を要する小児救急医療の24時間体制での実施

常時の監視等を
要する患者

小児中核病院（三次）

- 地域小児医療センターでは対応が困難な高度な専門入院医療の実施
- 24時間体制での小児の救命救急医療

【高度小児専門医療や小児救命救急医療】

地域振興小児科（独立型・連携型）（一次～二次）

- 地理的に孤立した地域に不可欠で、他地域の小児科と統廃合が不相当である小児科
- 軽症用入院病床を設置し、一次から二次医療を担う
- 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援

△△病院小児科

一般小児医療（一次）

- 地域に必要な一般小児医療の実施
- 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援

□□小児科医院, △△病院小児科

重篤な小児患者の紹介

高度専門的な医療等を要する患者

療養・療育を要する小児の退院支援

療養・療育を要する小児の退院支援

時間の流れ

小児医療（小児救急医療を含む）における 見直しの方向性

<現状と課題>

- 第6次医療計画において、日本小児科学会が示す「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考にして、小児医療体制の整備を進めることとした。
- 近年、小児科を標榜する病院の数は減少しているものの、病院一施設あたりの医師数は増加しており、集約化や重点化が一定程度進んでいると考えられる。
- 限られた医療資源を適正に利用するためには、小児科のかかりつけ医機能を充実させるとともに、保護者に対して子どもの状態に応じた受診の在り方を説明することが必要と考えられる。
- 日本小児科学会としては、小児医療に係る圏域のうち、小児中核病院、地域小児医療センターのどちらも存在しない圏域では、地域振興小児科（独立型）を設置し、地域に必要な診療を担うこと等を提言している。

<見直しの方向性>

- 日本小児科学会の提言も踏まえ、小児人口が少なく拠点となる医療機関が存在しない地域においては、拠点となる医療機関と連携しつつ、地域のニーズを踏まえた医療体制とすることが必要ではないか。
- 拠点となる医療機関と小児科のかかりつけ医等との連携を推進させるとともに、人材の育成、地域住民の小児医療への理解を深めるための取組も進めることが必要ではないか。