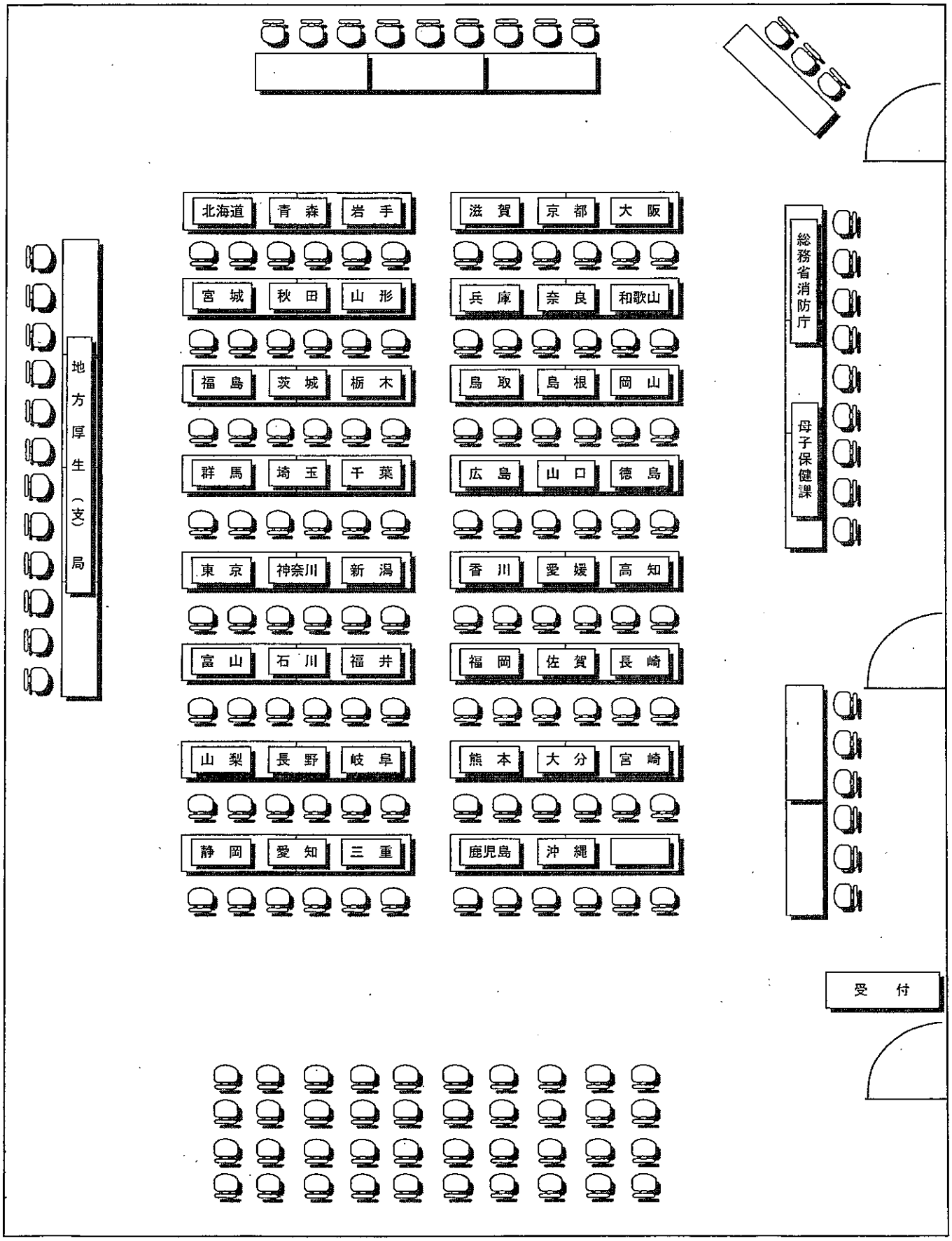
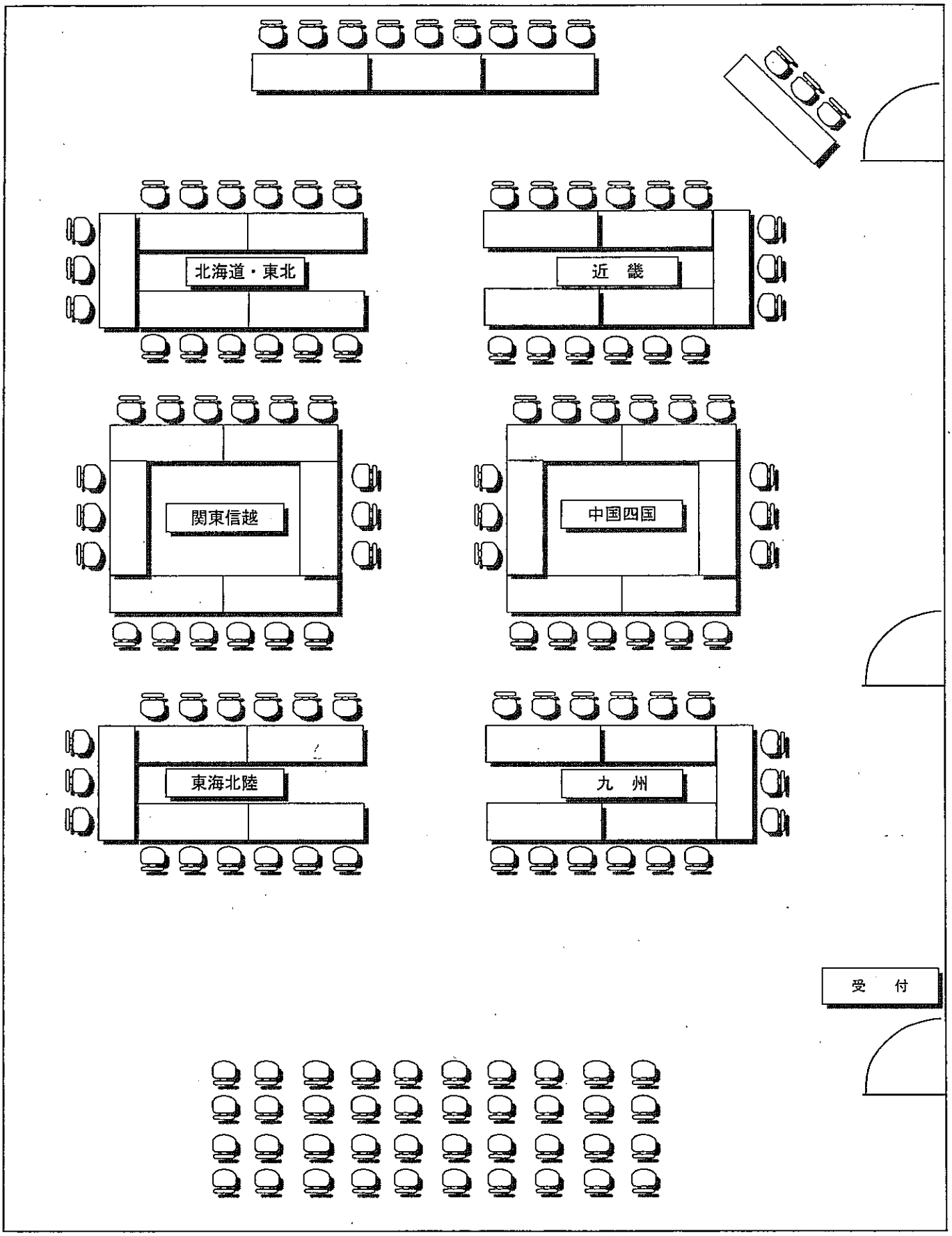
全国救急医療等担当課長会議
（国の報告事項）

平成２０年３月３日（月）
１３：００～１７：００
厚生労働省　専用第１８－２０会議室（１７階）



全国救急医療等担当課長会議
（ワークショップ）

平成２０年３月３日（月）
１３：００～１７：００
厚生労働省　専用第１８－２０会議室（１７階）



全国救急医療等担当課長会議（進行要領）

平成２０年３月３日（月）
１３：００－１７：００
専用１８－２０会議室

開　会
１３：００－１３：０５（５分）
佐藤指導課長

第一部；国からの報告事項（一）
１３：０５－１３：４０（３５分）
① 救急医療体制及び救急搬送受入体制の確保
佐々木課長補佐

総務省消防庁

１３：４０－１４：００（２０分）
② 今後の救命救急センターのあり方
田邉救急医療専門官

１４：００－１４：２０（２０分）
③ 災害医療体制
宮下課長補佐

第二部；国からの報告事項（二）
１４：２０－１５：００（４０分）
④ ドクターヘリの全国的配備等
日巻救急係長

⑤ 小児救急医療体制の整備
猪瀬救急係員

⑥ ＡＥＤの設置状況
但井救急係員

休　憩

１５：００－１５：２０（２０分）

第三部；ワークショップ

１５：２０－１６：５０（９０分）

（１５：２０－１５：３０　オリエンテーション）

（１５：３０－１６：１０　ディスカッション）

（１６：１０－１６：５０　各グループ発表）

総評・閉会

１６：５０－１７：００

伊東医療計画推進指導官

アンケート回収

司会進行；六波羅救急係員

ワークショップ実施要領

（手順）

① 役割分担
（グループ代表、記録係）

② テーマの決定（１または２より）

③ ディスカッション

④ グループ代表による発表、質疑応答

（ワークショップ用テーマ）・・・広域連携について

① 救急搬送受入体制
- 県境を越える患者搬送の連携構築
- 救急医療情報システムの共有

② ドクターヘリ
- 共同運航

③ 小児救急電話相談事業
- 共同運営（全時間帯／一部の時間帯）

④ 災害対応
- 他県への DMAT 派遣時の取り決め

グループ	構成県	テーマ１	テーマ２
北海道・東北	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、（新潟）	ドクターヘリ	災害対応
関東信越	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野	小児救急電話相談事業	救急搬送受入体制
東海北陸	富山、石川、岐阜、静岡、愛知、三重、（神奈川）、（長野）	災害対応	ドクターヘリ
近畿	福井、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山	救急搬送受入体制	ドクターヘリ
中国四国	鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知	ドクターヘリ	小児救急電話相談事業
九州	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄	災害対応	救急搬送受入体制

（注）括弧書きの県は、他グループに１名参加させることとする。

（了）

全国救急医療等担当課長会議

平成２０年３月３日

厚生労働省医政局指導課

【配布資料】

（資料１）　救急医療体制及び救急搬送受入体制の確保

（資料２）　今後の救命救急センターのあり方

（資料３）　災害医療体制

（資料４）　ドクターヘリの全国的配備等

（資料５）　小児救急医療体制の整備

（資料６）　ＡＥＤの設置状況

資料１－１

救急搬送受入体制等の総点検

最近報道された救急搬送に時間を要した事案

- **奈良県橿原市**
  平成19年8月29日　妊婦(36歳)。奈良県、大阪府の9医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで1時間半。(2時44分頃通報)

- **福島市**
  平成19年11月11日　交通事故の患者(79歳女性)。市内の4医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで1時間。(20時15分頃通報)

- **姫路市**
  平成19年12月6日　吐血し、昏睡状態となった患者(66歳男性)。市内外の18医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで1時間。(0時7分通報)

- **大阪府富田林市**
  平成19年12月25日　嘔吐のあった患者(89歳女性)。府内の30医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで1時間半。(4時49分通報)

- **大阪府東大阪市**
  平成20年1月2日　交通事故の患者(49歳男性)。府内の6医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで30分。(22時20分頃発生)

- **宮城県蔵王町**
  平成20年1月6日　火災による熱傷患者(88歳女性)。県内の4医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで1時間。(22時15分頃発生)

- **大阪市都島区**
  平成19年11月30日　拒食症の少女(16歳)。府内の7医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで47分。(22時20分頃通報)

- **東京都清瀬市**
  平成20年1月8日　体調不良で胸痛を訴えた患者(95歳女性)。市内外の11医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで38分。(21時半頃通報)

- **千葉県東金市**
  平成19年8月23日　庭先で倒れているところを通行人が発見し救急要請(56歳男性)。都内の12医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで約60分。(17時過ぎ頃通報)

- **東京都小平市**
  平成20年2月14日　女性(61歳)が自宅で倒れているところを家族が発見し、救急要請。小平市、立川市の15医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで約1時間半。(17時半頃通報)

- **埼玉県春日部市**
  平成20年2月25日、女性(93歳)宅にて倒れているところを訪問したホームヘルパーが発見し、救急要請。13医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで約1時間半。(18時半頃通報)

- **佐賀県唐津市**
  平成20年1月4日、中国人船員(45歳男性)が航行中の船舶内体調不良を訴え、海上保安部を経由して救急要請。唐津市、佐賀市等の15医療機関で受け入れることができず、搬送先決定まで約1時間。(午前1時頃通報)

(報道情報とりまとめ)

平成19年12月10日付連名通知に基づき都道府県から報告された救急搬送受入体制等に関する総点検結果の集計

（平成20年3月3日　厚生労働省医政局指導課）

確認項目					該当する（県数）	一部該当（県数）	該当しない（県数）
(1)救急搬送に対する支援体制	(ア)救急医療情報システム	救急医療情報システムを導入しているか。			44	0	3
		①更新頻度	システムに参画している医療機関において、情報の即時性が確保されているか		6	9	15
			医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼働状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。	入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	8	20	0
				入力者が空床状況等の確認を行っているか。	9	20	0
				緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	4	20	1
				夜間・休日においても、入力が行える状態となっているか。（入力者が不在、入力端末（コンピューター）の電源が切られている、室内に施錠管理されている等の状態がないか）	6	21	0
			システムの管理者（都道府県又は事業を受託した機関）や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。		29	5	3
		②入力情報	都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部に周知しているか。		32	3	1
			診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。		27	0	13
			表示内容が固定されていないか。		16	9	2
			システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、事実関係について照会を行っているか。		18	4	13
	(イ)消防機関と医療機関の連携体制	①医療機関の窓口体制	消防機関等からの搬送照会に対し、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。		14	28	0
			上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。		13	16	1
			この場合、照会応答マニュアルが作成されているか。マニュアルが地域の消防本部にも情報共有されているか。		2	20	8
			救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。		9	30	1
			救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。		4	36	1

		②消防機関における体制	全ての救急隊に救急救命士等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	38	6	0
			救急隊において、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能か。	29	12	0
			また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	2	19	19
			現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	15	28	1
		③メディカルコントロールの活用	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	24	15	5
	(ウ)県境を越える患者の搬送体制		都道府県において、県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	26	4	12
			自県医療機関への搬送が困難な場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	3	8	31
			救急医療情報システムについて、パスワードの提供を行う等共有化が図られているか。	5	4	32
(2)救急医療と周産期医療の連携	(ア)医療機関の救急部門と産科部門の連携		医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	30	15	0
			産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる体制が確保されているか。	25	19	0
	(イ)周産期救急情報システム		必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	19	12	13
(3)地域における産科医療体制の確保	(ア)地域における産科医療体制の確保		医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。	22	20	2
			(かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。)	16	12	2
			(ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。)	24	4	1
			問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	22	3	5

	(イ)産科医の確保	都道府県において、(特に夜間・休日について)県下の産科医の充足状況を十分把握し、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	26	17	0
		県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	2	12	26
(4)妊婦健康診査の受診勧奨	(ア)妊婦健康診査	都道府県・市町村において、地域住民に対し、妊娠・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	24	19	0
		併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、同健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	32	8	0
	(イ)公費負担の実施	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。	18	25	0

「産科救急搬送受入体制等の確保について」の概要

平成19年12月厚生労働省

○ 本年8月、奈良県で妊婦が救急搬送中に死産となった事案を受け、その後の検証等を通じて得られた課題の分析を基に方策を検討。
○ この結果、①直ちに着手可能なものから、②一定の検討を要するものまで、一連の方策を整理。
○ 本通知は、①の方策について、都道府県に対し、速やかな検討を促すべく、包括的に提示するもの。

① 直ちに着手可能なもの 【第1フェーズ】
- 都道府県において、産科救急受入体制の総点検を行い、地域の実情に応じた対策を速やかに検討の上、実施。さらに、対策のフォローアップ、合同訓練等を実施。
- 国においては、必要な関係予算の確保に努める等都道府県の取組を支援。

（スケジュール）
- 平成20年1月末日までに、都道府県は、総点検の結果を国に報告。
- 平成20年2月末日までに、都道府県は、対策をとりまとめ、国に報告。

② 一定の検討を要するもの 【第2フェーズ】
関係省庁において、別途検討会を設置する等、それぞれ必要な検討等を行った上で、年度内までに対応していく予定。
- 救急医療情報システムの仕様の検証
- NICUやその後方病床の確保
- 消防機関と医療機関の連携に関する諸課題の検討
- 「緊急医師確保対策」に基づく各種対策の支援 等

Ⅰ．奈良県の事案等を通じて得られた課題の分析

1.「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査」（10月26日公表）

総務省消防庁と厚生労働省が全国の消防本部に対し、緊急に実施。

- 産科・周産期傷病者に係る搬送人員の約半数は医療機関間の搬送であり、かかりつけ医を中心とするネットワークが機能している。
- 最初の照会により搬送先医療機関が決まったものは全体の92.4%となっている。
- 地域別にみると、大都市部において照会回数の多い事案が多くなる傾向にある。
- 受入に至らなかった理由別の件数をみると、「処置困難」、「手術・患者対応中」、「専門外」等が多い。

2.「周産期医療ネットワーク及びNICUの後方支援に関する実態調査」（10月26日公表）

厚生労働省が全都道府県に対し実施。

- 約7割の総合周産期母子医療センターにおいてＮＩＣＵの病床利用率が90%超。新生児及び母体搬送の受入ができなかった主な理由はＮＩＣＵの満床を挙げている。
- ＮＩＣＵ、又はその後方病床が不足していると認識している自治体が、それぞれ14自治体、25自治体。

3.「2007年8月奈良県妊婦救急搬送事案調査委員会」（ 11月9日報告書とりまとめ）

奈良県が事案発生を受けて9月に設置。以後、計5回の会合を開催。厚生労働省からもオブザーバー出席。

- 夜間・休日における産婦人科一次救急体制の確立、未受診妊婦の解消に係る対策の充実を今後の大きな課題に位置付けている。
- 産婦人科医の確保を、周産期医療を取り巻く根本的な課題と指摘している。

4.「産科救急搬送受入のあり方に関する懇話会」（11月12日開催）

奈良県調査委員会報告書を受け、厚生労働省において開催。産科医療、救急医療及び救急搬送に係る有識者並びに関係省庁（総務省消防庁、文部科学省）による意見交換を実施。

- 医療は患者と医療機関側の協力関係により成立することから、患者側にも一定の健康管理が必要である。
- 産科救急搬送受入体制の確保は全国一律の対応ではなく、地域の実情に応じたアプローチが望ましい。
- 救急搬送に際し、メディカルコントロールの活用が考えられる。また、搬送照会に関し、医療機関の窓口の体制整備が望まれる。

Ⅱ. 産科救急搬送受入体制の確保に係る方策

1. 救急搬送に対する支援体制の確保

・ 救急医療情報システムの充実・改善

更新頻度の増加、入力情報の改善、都道府県等によるフォロー

・ 消防機関と医療機関の連携体制の確保

医療機関の窓口体制の確保、消防機関における体制の確保、救急患者受入コーディネーターの配置、メディカルコントロール体制の活用の検討

・ 県境を越える患者搬送体制の整備

都道府県間協議による搬送ルールの策定、隣接県の救急医療情報システムへのアクセス、ドクターヘリの活用.

2. 救急医療と産科・周産期医療の連携

・ 救急部門と産科・周産期部門の連携体制の確保
・ 周産期救急情報システムの利用の検討

3. 産科医療体制の確保

・ 地域における産科医療体制の確保
・ 産科医の確保

4. 妊婦健康診査の受診勧奨

・ 適切かつ効果的な健康診査及び保健指導の推進
・ 公費負担の充実
・ 早期の妊娠届出の励行

Ⅲ. 総点検・フォローアップ

1. 総点検

・ 現行の産科救急搬送受入体制等に問題がないか点検。→チェックリストの活用
・ 医療計画における救急医療の体制構築に係る取組と連動。

（作業部会の構成員）
都道府県関係部局、地域医師会等の医療関係団体、救急医療・救急搬送に従事する者、メディカルコントロール協議会、住民・患者、市町村等

・「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査」の結果も参照。

2. 対策の実施

・ 地域の実情に応じて必要な対策を速やかに検討。
・ 実施可能なものから適宜、着手。

3. フォローアップ

・ 定期的に点検を実施し、必要に応じて対策を見直し。

4. 訓練の実施

・ 消防機関と医療機関の連携体制が適切に機能するか、医療機関及び消防機関が合同で確認。
・ 救急患者受入コーディネーターを活用する仮想症例や県境を越える搬送を必要とする仮想症例で訓練。

5. 報告

・ 1. の総点検の結果や、2. で検討された対策を国に報告。

参考資料

救急医療情報の把握・提供体制等に関する調査について（結果）

平成２０年２月１４日
厚生労働省医政局指導課

１　目的等

昨年８月、奈良県在住の妊婦が死産した事案が発生したことを受け、同年１２月１０日、厚生労働省は総務省消防庁と共に、都道府県に対し、救急搬送受入体制等に係る総点検及び改善策の実施を要請した。

当該要請の中で、改善策の一つとして、救急医療情報システム（現在、４４都道府県において導入済。）について可能な限りの更新頻度の増加等を促したところであるが、同システムについては、都道府県によってその仕様等が相当異なると思料されたことから、今後の施策を検討するためにも、その運用の詳細について、今般、情報収集を行うこととした。

２　方法等

期　間：平成１９年１２月２６日～平成２０年１月３１日
時　点：平成２０年１月１日現在
方　法：アンケート方式
対　象：全４７都道府県（衛生主管部局）

３　結果（要点）

・システム参画割合

救急医療情報システムに優先的に参画すべき第二次救急医療機関及び第三次救急医療機関のほとんどが同システムに参画していた（それぞれ全体の９３．６％（３，６４５施設）、９６．６％（２００施設））。

・都道府県による入力要請状況

都道府県が医療機関に要請している救急医療情報システムの入力頻度については、１日２回又はそれ以上の入力を基準としているところが大半であった（４４県中４０県）。また、何らかの形で医療機関に対し、入力の督促を行っているところが４１県であった。

・隣接県との連携

救急医療情報システムについて、隣接県と相互利用の形で連携しているところが９県であった。

・有用度

自由記載回答によると、救急医療情報システムは搬送先の救急医療機関が多数存在する場合には有用とする回答が複数あった。また、リアルタイムによる

表示は手間・コスト等の問題があるとの意見があった。

・有効活用のための工夫

都道府県において、救急医療情報システムの有効活用のため、これまでに行った工夫として、搬送先医療機関の選定が困難な事例について、消防本部が複数の医療機関に対し一斉に照会を行うシステムの導入や、入力状況が適切でない救急医療機関に対し、救急告示指定を更新しない旨を通知する等の取組が報告された。

4　項目別結果詳細

（１）救急医療情報の把握と提供の方法（複数回答）

・把握方法

救急医療情報（診療科別医師の在否、診療科別手術及び処置の可否、病室の空床状況等）の把握方法については、医療機関の救急医療情報システムへの入力によるものが４４県、救急医療情報センターの電話・ＦＡＸ等による医療機関への照会によるものが１０県、消防本部の医療機関への事前照会によるものが１４県であった。

・提供方法

救急医療情報の提供方法については、救急医療情報システムの画面表示によるものが４４県、救急医療情報センターのオペレーターからの電話等による回答によるものが１２県であった。

（２）救急医療機関の救急医療情報システムへの参加割合

・類型別参加割合

救急医療機関の類型ごとに救急医療情報システムへの参加割合をみると、そのほとんどが診療所で構成される初期救急医療機関で８．２％（１，８９３施設）、第二次救急医療機関で９３．６％（３，６４５施設）、第三次救急医療機関で９６．６％（２００施設）、「その他」（都道府県が策定する医療計画に位置付けられていない救急告示病院等）で４８．４％（７２１施設）であった。

・特記事項

救急医療情報システムは、救急隊による患者（中等症以上を念頭）の搬送への支援を狙いとしたものであり、その意味で優先的に参画すべき第二次救急医療機関、第三次救急医療機関のほとんどが同システムに参画していることが判明した。

（３）救急医療情報システムの表示内容（複数回答）

・　表示内容の整備状況

４４県中、それぞれ、「医師の在否」は３０県（うち診療科別に区分表示し

ているものは２４県）、「手術の可否」は３６県（同２８県）、「空床状況」は３６県（うち一般・ＩＣＵ等の病床区分別に表示しているものは９県）において表示されていることが判明した。

（４）都道府県による入力要請状況

・入力回数

都道府県が医療機関に要請している救急医療情報システムの入力頻度については、「随時」が５県、「１日２回以上」が１０県、「１日２回」が２５県、「１日１回以上」が３県、「１日１回」が２県、「医療機関の任意」が１県であり、大半が「１日２回」又はそれ以上を基準としていることが判明した。

・督促状況

また、入力の督促状況については、「督促を行っている」が４１県であり、その方法（複数回答）については、「救急医療情報センターの職員が行っている」が２７県、「システムが自動的に行っている」が２５県であった。

（５）救急医療情報システムの連携状況

・隣接県との連携

隣接県と「相互利用」しているところが９県、隣接県へ情報を「開放」しているところが１県であった。

・周産期医療情報システムとの連携

また、周産期医療情報システムと連携しているところが２１県であった。

（６）救急医療情報の提供体制に関する検証

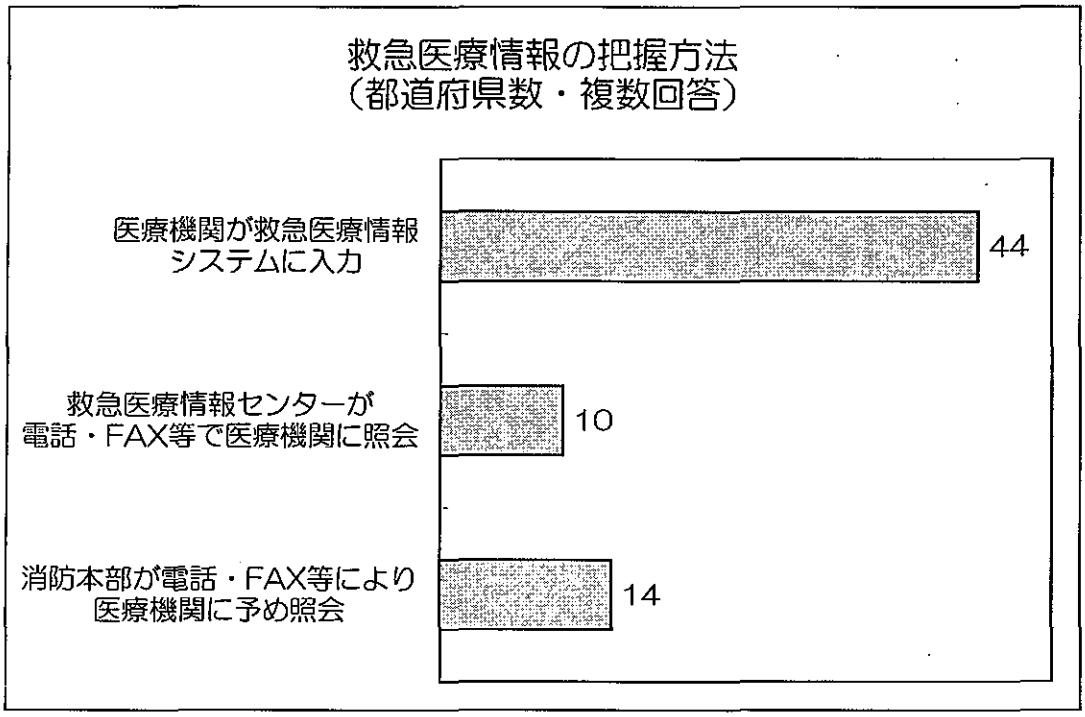
・検討する場の設置状況

救急医療情報の提供体制に関し、検証の場を有するところが４７県中４０県であった。検証の場の種類（複数回答）については、「ＭＣ（メディカルコントロール協議会※）」が８県、「救急医療対策協議会（救急医療作業部会）」が１５県、「その他（救急医療情報システム運営委員会等）」が２４県であった。

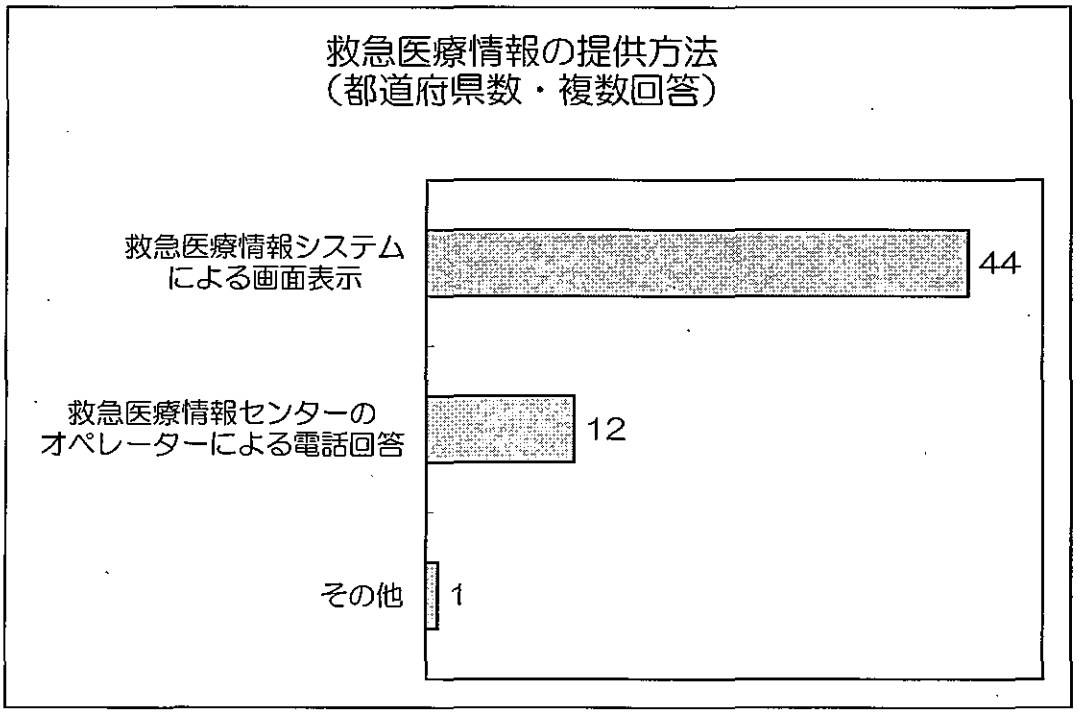
※メディカルコントロール協議会

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体制の整備に係る協議の場。

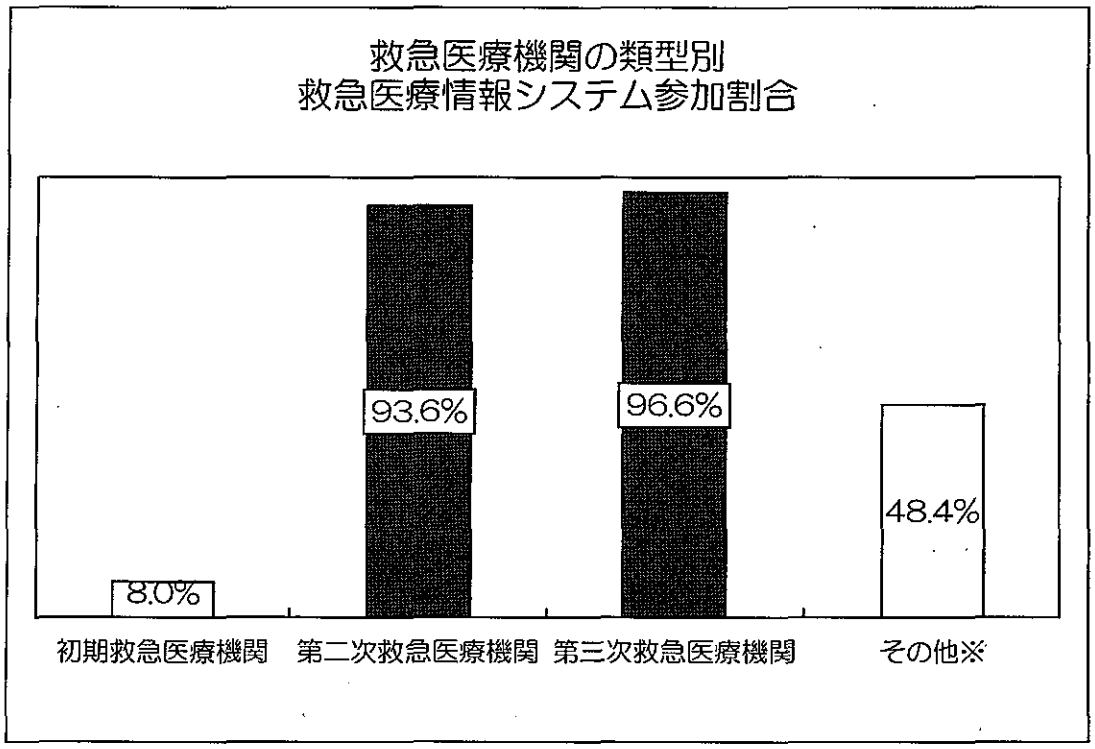
（了）



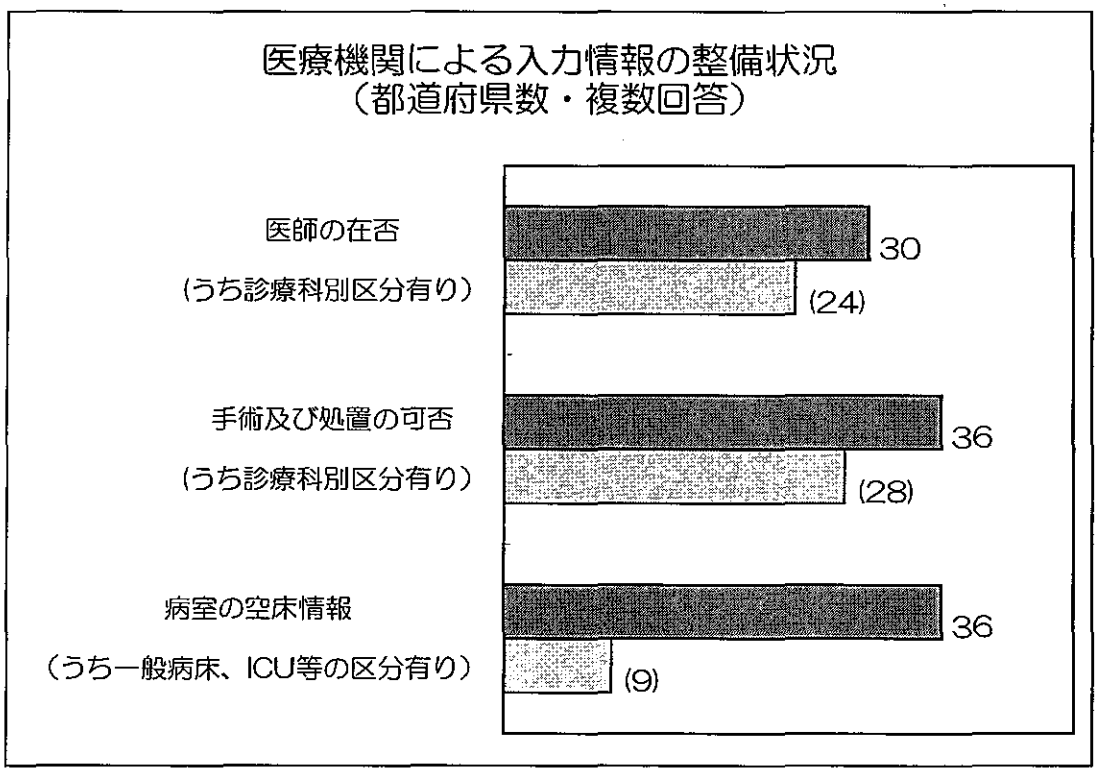
※ここでいう「救急医療情報」とは、診療科別医師の在否、診療科別手術及び処置の可否、病室の空床状況等をいう。

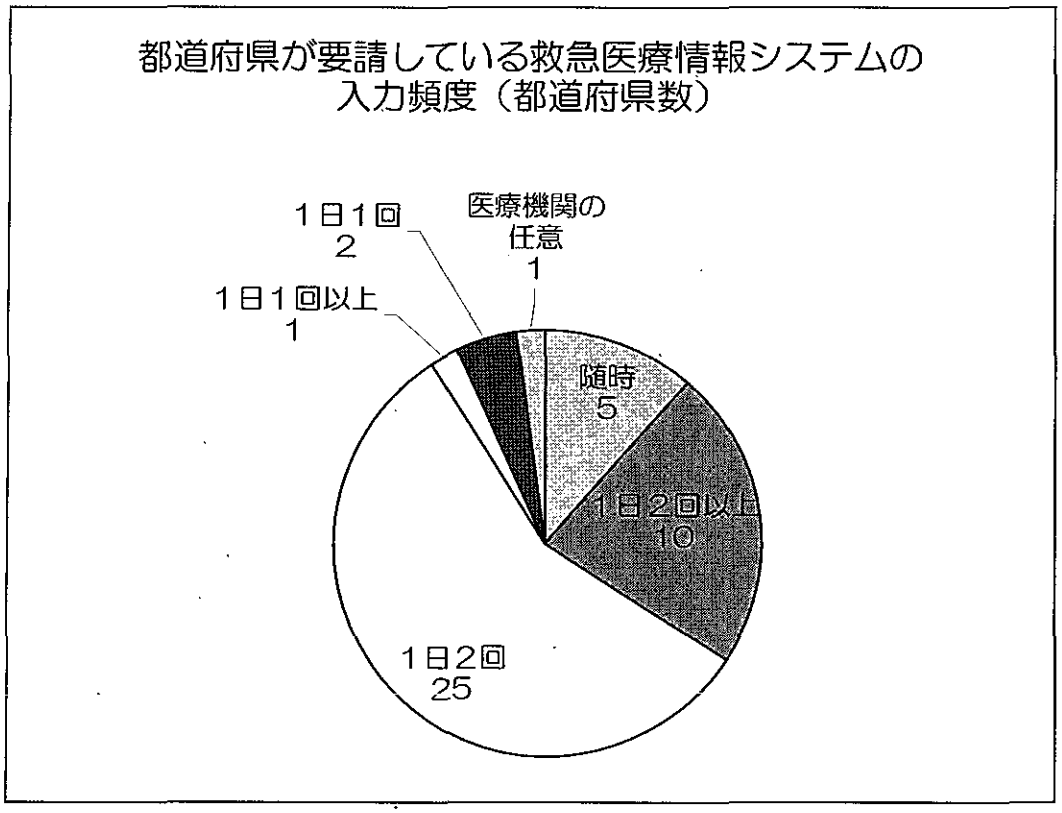


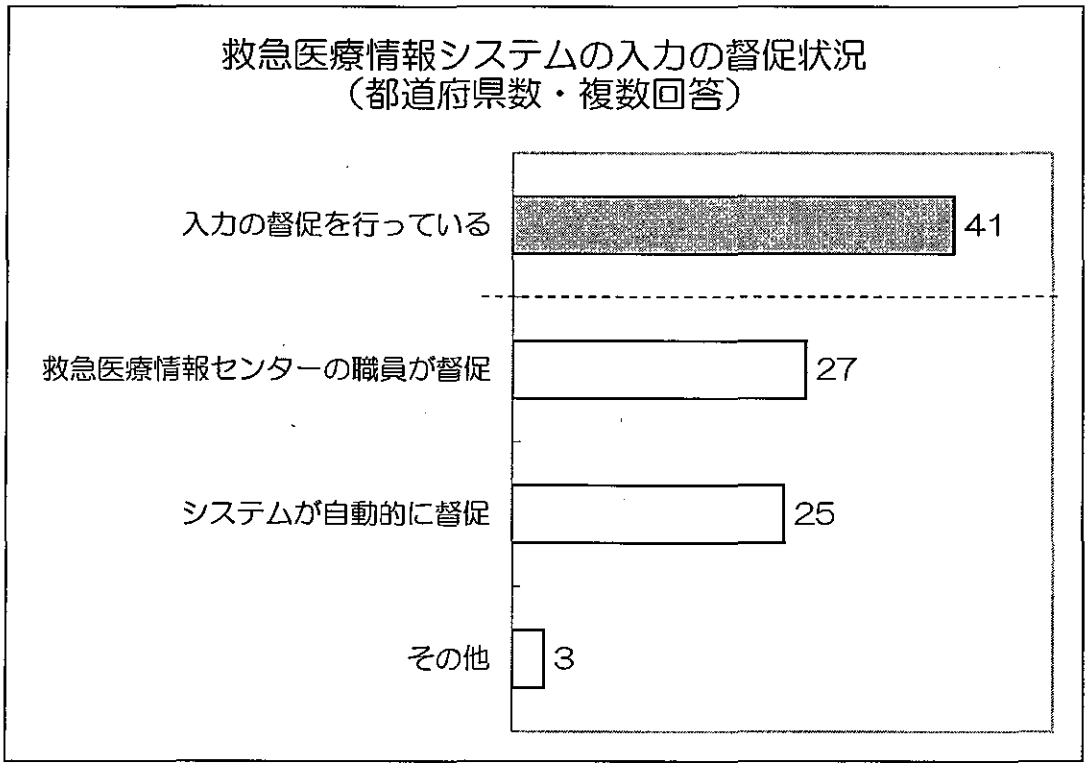
※ここでいう「救急医療情報」とは、診療科別医師の在否、診療科別手術及び処置の可否、病室の空床状況等をいう。



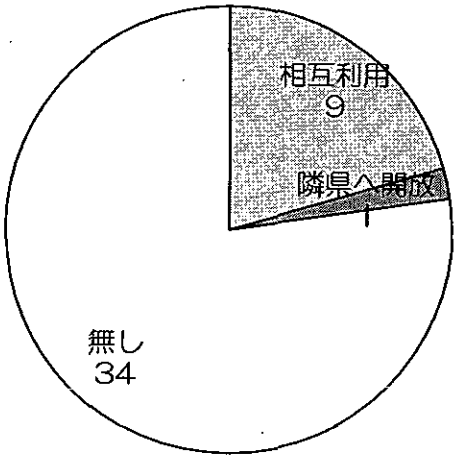
※その他は医療計画に位置付けられていない救急告示病院等




都道府県が要請している救急医療情報システムの
入力頻度（都道府県数）
1日1回
2
医療機関の
任意
1
1日1回以上
1
随時
5
1日2回以上
10
1日2回
25

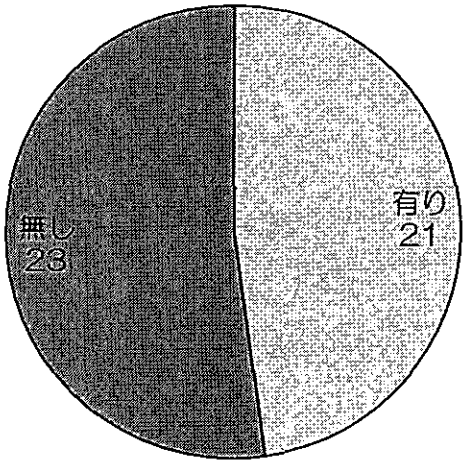

救急医療情報システムの入力の督促状況
（都道府県数・複数回答）
入力の督促を行っている
41
救急医療情報センターの職員が督促
27
システムが自動的に督促
25
その他
3

救急医療情報システムの隣県との連携状況
（都道府県数）



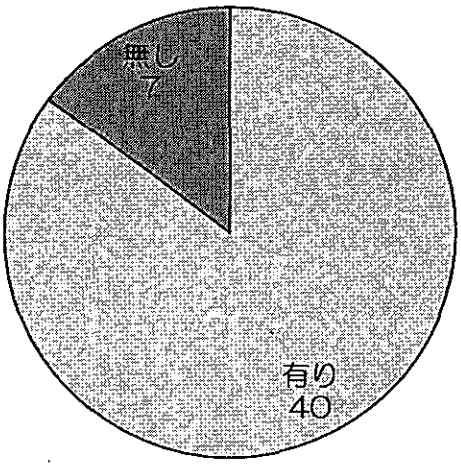
※救急医療情報システムは現在４４都道府県において導入されている

周産期医療情報システムとの連携状況
（都道府県数）



※救急医療情報システムは現在４４都道府県において導入されている

救急医療情報の提供体制に関する検証の場の有無
（都道府県数）



救急医療情報システムの有効活用について

1　救急医療情報システムが有効に活用されていると考える都道府県（３６／４７都道府県）

2　システムの有効性についての自由記載（４７都道府県の要約）

（地域による必要性の違いについて）

・　地域に救急医療機関が多数存在する場合には、病院選定に有効。

・　第二次救急医療機関が少なく、実質的に地域の中核病院が初期～二次（地域により三次も）の救急患者を単独で担う地域があり、これらの地域では情報システムの入力如何に関わらず、当該病院があらゆる患者を引き受けざるを得ない状況であり、そのような場合には費用対効果を考えると情報システムの必要性は低い。

（リアルタイムの情報入力について）

・　医療機関の受入状況は刻一刻と変化し、極論すれば１分前の情報でも不確実な情報。そのため最終的に必ず電話による確認が必要。

・　リアルタイムに近づけようとすると、その分、手間・コストがかかる。

・　更新頻度を上げる等して情報システムの信頼を高め、消防機関の利用率が高まることが必要。

・　入力情報を増やすほど医療機関の入力に要する負担は増え、更新頻度は低くなる。必要最小限に絞り込み、医療機関が入力しやすい環境を整備し、積極的な情報更新を促す必要がある。

・　消防が「情報がリアルタイムではないから活用しない」とするのは、搬送先選定のために活用できる手段の一つを自ら放棄しているとしか言い得ない。

（救急医療情報システムの役割について）

・　搬送先を絞り込むための一次情報（データベース）として有効。「一次的絞り込み検索機能」「事前準備的情報収集」であって、あくまで補完的手段の一つ。それ以上を求めるのは非現実的。

・　あくまでも、搬送先を決定する際の「参考」として活用するものとの位置づけを明確にすべき。

（その他）

・　情報システムへのアクセス数は年々上昇しており、基本的には有効と考えている。

・　各都道府県毎に情報の入力方法、仕様、システム開発業者に違いがあり、容易には他の都道府県の情報を閲覧できない。

・　周産期医療情報システムの情報について、産科医療機関以外にも提供可能な体制が必要。

・　既に救急患者の受入を行っている医療機関に、別の救急隊から搬送の受入について問い合わせがあるなど、消防機関間での情報共有が図られていない。

・　救急搬送に際して救急医療情報を把握すべき消防機関が、このシステムによって、いつ、どの場面で、どのような情報を得たいのか明確にすべき。それがなければ、仮に救急医療情報を提供する側が入力項目を増やし、情報更新頻度を高めるなどしても結局活用されない。

都道府県がこれまでに行った試みとその効果

救急医療情報システムの有効活用のために各都道府県がこれまでに行った試みとその効果について　（自由記載の要約）

（システムの改修等）

・　専用端末による電話回線を利用したシステムから、汎用システムを用いたインターネット回線へ変更。
　→　これにより（医療機関内各所から入力が可能になる等によって）システムへのアクセスが容易となり入力率が上昇した。
・　携帯電話から閲覧できるようにシステムを改善。
・　宿日直医情報を新たにシステムに追加する予定。
・　「産婦人科」に加えて、「婦人科」を追加。
・　現場の救急隊が、搬送先選定困難事例について、複数医療機関に対して一斉受入要請をできるシステムを導入。
　→　一定の効果を発揮した。

（入力の促進の普及・啓発等）

・　パンフレット・ポスター・シールによるＰＲ。
・　操作説明会の実施。
・　受託先（県医師会）による応需情報の定時入力の要請
　→　現在では未入力への催促はほとんど不要となった。
・　毎日２回の自動督促（メール・ＦＡＸ）、その後の職員による電話督促。
・　入力率の低い医療機関に対して文章による入力要請。必要に応じて個別訪問要請。
・　地域の保健所に、情報更新についての病院への指導を依頼。
・　情報更新の入力状況によっては、救急病院の指定の更新を認めないこともあり得ることを通知。

（その他）

・　代行入力の実施。
・　入力医療機関に対して、件数に応じた入力謝金の支払いによる動機付け。
・　利用者側（消防側）のニーズを適宜把握し、システムに反映。（救急隊が搬送先選定に利用している項目に絞る。）
・　救急医療情報システムについてのＱ＆Ａの作成
・　各都道府県の取組の好事例の紹介を求める。都道府県間の連携についても国から働きかけるべき。

救急搬送受入体制等の確保について

～消防機関側の視点からの実態と要望～

総務省消防庁救急企画室

資料

1. 消防機関の救急医療情報システムの利用状況

（消防庁調べ）

2. 消防機関側から見た救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況（消防庁調べ）

3. 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査について（消防庁調べ）

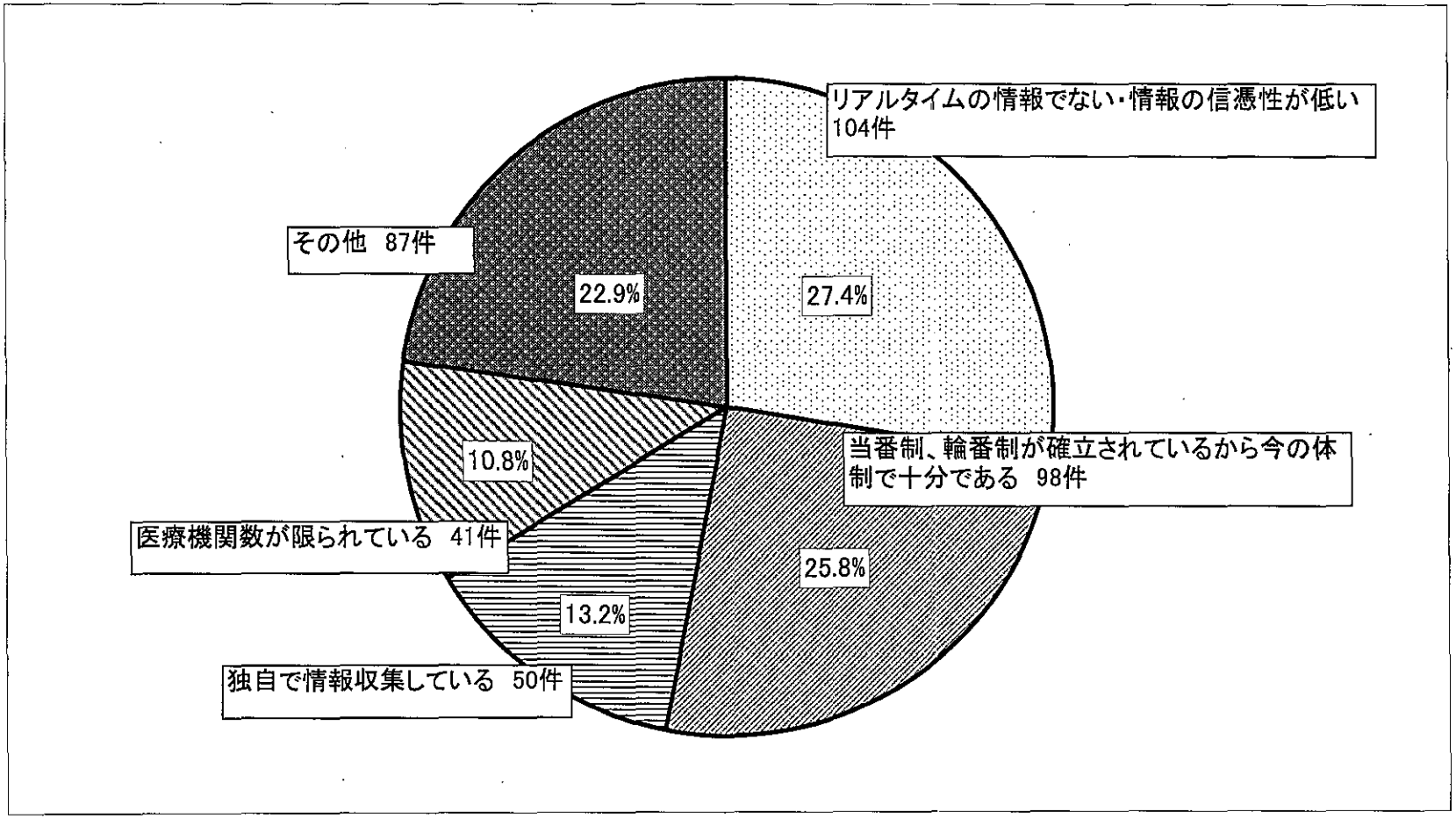
4. 「消防機関と医療機関の連携に関する作業部会」中間とりまとめのポイント（案）

5. 救急医療体制の整備について（消防庁長官要望）

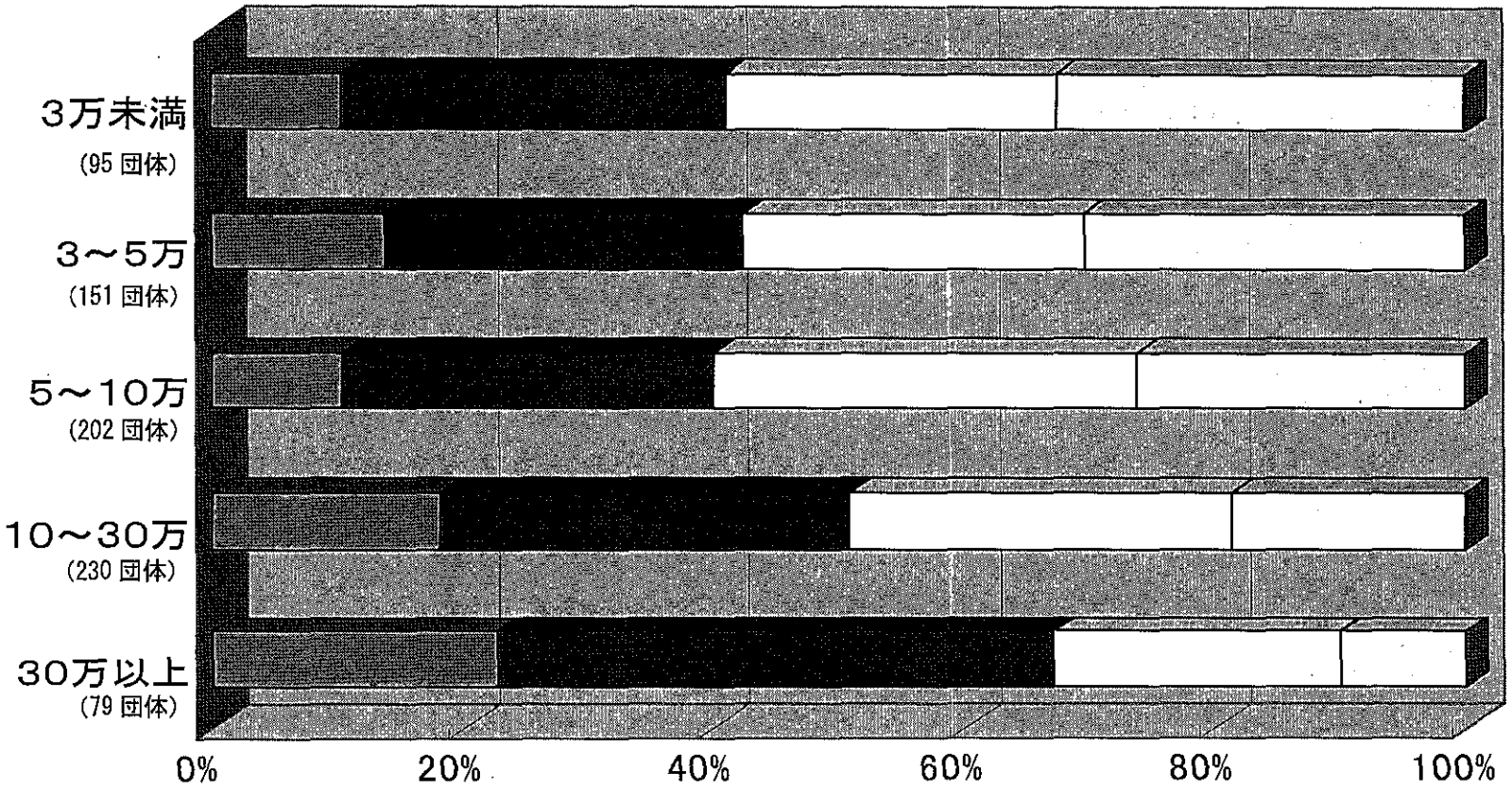
救急医療情報システムの利用状況

番号	都道府県名	システム利用状況 ア 主たる照会手段として利用	イ 補完的な照会手段として利用	ウ ほとんど利用していない	エ 全く利用していない	計	備考
1	北海道	4	10	16	36	66	
2	青森県	3	5	3	3	14	
3	岩手県	1	2	3	5	11	
4	宮城県	0	2	5	5	12	
5	秋田県	0	4	5	4	13	
6	*山形県						救急医療情報システム未整備
7	福島県	6	4	2	0	12	
8	茨城県	8	13	3	2	26	
9	栃木県	0	4	6	3	13	
10	群馬県	1	7	3	0	11	
11	埼玉県	11	12	12	1	36	
12	千葉県	2	14	8	5	29	
13	東京都	3	0	1	2	6	
14	神奈川県	2	8	8	8	26	
15	新潟県	0	5	3	11	19	
16	富山県	0	1	5	7	13	
17	石川県	0	1	4	6	11	
18	福井県	1	2	3	3	9	
19	山梨県	3	2	2	3	10	
20	長野県	0	3	6	5	14	
21	岐阜県	6	9	5	2	22	
22	静岡県	1	8	14	4	27	
23	愛知県	1	8	19	9	37	
24	三重県	5	3	5	2	15	
25	滋賀県	2	5	0	1	8	
26	京都府	2	8	5	0	15	
27	大阪府	8	23	1	1	33	
28	兵庫県	12	12	5	1	30	
29	奈良県	11	2	0	0	13	
30	和歌山県	4	8	1	4	17	
31	鳥取県	2	1	0	0	3	
32	*島根県						救急医療情報システム未整備
33	岡山県	1	4	6	3	14	
34	広島県	0	8	3	3	14	
35	山口県	1	4	5	3	13	
36	徳島県	3	6	2	0	11	
37	香川県	3	2	3	1	9	
38	愛媛県	1	1	10	2	14	
39	高知県	1	9	2	3	15	
40	福岡県	0	8	10	7	25	
41	佐賀県	0	3	3	1	7	
42	長崎県	0	2	2	5	9	
43	熊本県	1	2	6	4	13	
44	大分県	1	2	3	8	14	
45	宮崎県	1	3	5	0	9	
46	鹿児島県	0	2	9	8	19	
47	*沖縄県						救急医療情報システム未整備
合計		112	242	222	181	757	
構成比(%)		14.8%	32.0%	29.3%	23.9%		

救急医療情報システムを利用していない理由(項目別集計値)



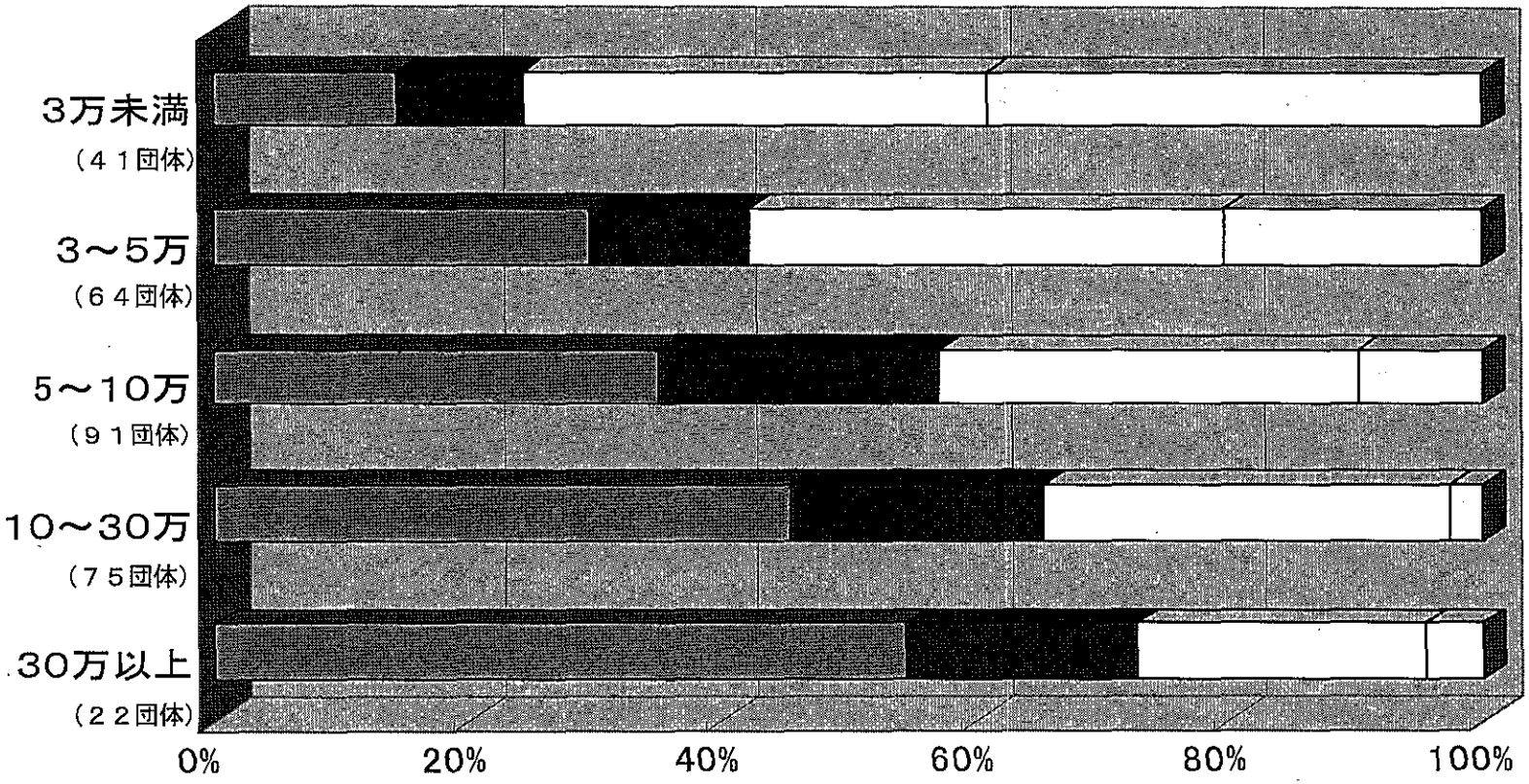
救急医療情報システム利用状況（人口規模別）



：主たる照会手段として利用
：補完的な照会手段として利用
：ほとんど利用していない
：全く利用していない

	主たる手段	補完的	ほとんど	全く
3万未満	11%	31%	26%	33%
3～5万	14%	28%	27%	30%
5～10万	10%	30%	34%	26%
10～30万	18%	33%	30%	19%
30万以上	23%	44%	23%	10%
合 計	15%	32%	29%	24%

救急医療情報システムを利用していない理由（人口規模別）



：リアルタイムでない、信憑性が低い
：独自で情報収集
：当番制、輪番制確立
：医療機関が限られている

（理由が「その他」に分類された消防本部を除く。）

	リアルタイム	独自収集	当番・輪番	医療機関限定
3万未満	15%	10%	37%	39%
3～5万	30%	13%	38%	20%
5～10万	35%	22%	33%	10%
10～30万	45%	20%	32%	3%
30万以上	55%	18%	23%	5%
合 計	35%	17%	33%	14%

救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況（総括表）

消防本部調べ

	都道府県	救急医療機関数 (a)	救急医療情報システム参加機関数 (b)	b/a(%)	情報更新頻度					
					リアルタイム	定時に1日3回以上	定時に1日2回	定時に1日1回	左記以外	合計
1	北海道	328	233	71%	1	4		86	142	233
2	青森県	62	59	95%			14	26	19	59
3	岩手県	59	55	93%			22	22	11	55
4	宮城県	79	76	96%		8	5	39	24	76
5	秋田県	31	31	100%			14	8	9	31
6	※山形県									
7	福島県	86	82	95%		1	81			82
8	茨城県	113	111	98%		12	78	17	4	111
9	栃木県	73	72	99%	1		5	38	28	72
10	群馬県	105	103	98%	2		55	17	29	103
11	埼玉県	196	196	100%		7	43	96	50	196
12	千葉県	177	164	93%		28	80	38	18	164
13	東京都	342	340	99%	337		3			340
14	神奈川県	204	185	91%		25	66	94		185
15	新潟県	73	70	96%			48	11	11	70
16	富山県	52	42	81%			3	18	21	42
17	石川県	67	47	70%			5	30	12	47
18	福井県	62	54	87%		9	14	12	19	54
19	山梨県	48	43	90%			6	20	17	43
20	長野県	95	94	99%			18	35	41	94
21	岐阜県	72	71	99%	7	4	13	28	19	71
22	静岡県	139	98	71%	1	1	18	37	41	98
23	愛知県	217	155	71%	4	1	18	43	89	155
24	三重県	86	85	99%	4	10	9	34	28	85
25	滋賀県	41	41	100%	17		17		7	41
26	京都府	98	96	98%	1	6	71	14	4	96
27	大阪府	270	261	97%	32	18	138	53	20	261
28	兵庫県	253	223	88%	68	2	139	9	5	223
29	奈良県	61	57	93%	2	5	49	1		57
30	和歌山県	70	69	99%	1	7	37	11	13	69
31	鳥取県	26	25	96%				15	10	25
32	※島根県									
33	岡山県	109	109	100%	4		20	12	73	109
34	広島県	172	147	85%			124	21	2	147
35	山口県	78	47	60%			3	28	16	47
36	徳島県	38	38	100%	1			5	32	38
37	香川県	78	76	97%			22	16	38	76
38	愛媛県	60	60	100%			9	26	25	60
39	高知県	39	32	82%			17	5	10	32
40	福岡県	244	230	94%	1	13	19	131	66	230
41	佐賀県	77	69	90%			16	31	22	69
42	長崎県	73	56	77%	1			49	6	56
43	熊本県	84	81	96%				4	77	81
44	大分県	58	46	79%			5	32	9	46
45	宮崎県	59	59	100%		1	39	13	6	59
46	鹿児島県	124	70	56%			1	35	34	70
47	※沖縄県									
合　計		4,878	4,358	89%	485	162	1,344	1,260	1,107	4,358
				比　率	11%	4%	31%	29%	25%	100%

※救急医療情報システム未整備県

平成20年2月1日現在

救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況（救急告示医療機関分）

	都道府県	救急告示医療機関数 (a)	救急医療情報システム参加機関数 (b)	b/a(%)	情報更新頻度					
					リアルタイム	定時に1日3回以上	定時に1日2回	定時に1日1回	左記以外	合計
1	北海道	284	218	77%	1	4		80	133	218
2	青森県	57	54	95%			14	24	16	54
3	岩手県	57	55	96%			22	22	11	55
4	宮城県	71	69	97%		8	5	36	20	69
5	秋田県	31	31	100%			14	8	9	31
6	※山形県									
7	福島県	58	58	100%		1	57			58
8	茨城県	102	100	98%		11	68	17	4	100
9	栃木県	73	72	99%	1		5	38	28	72
10	群馬県	101	99	98%	2		53	17	27	99
11	埼玉県	195	195	100%		7	43	95	50	195
12	千葉県	147	140	95%		27	67	34	12	140
13	東京都	341	339	99%	336		3			339
14	神奈川県	181	167	92%		25	60	82		167
15	新潟県	69	67	97%			46	11	10	67
16	富山県	52	42	81%			3	18	21	42
17	石川県	66	46	70%			5	29	12	46
18	福井県	62	54	87%		9	14	12	19	54
19	山梨県	44	42	95%			6	20	16	42
20	長野県	95	94	99%			18	35	41	94
21	岐阜県	72	71	99%	7	4	13	28	19	71
22	静岡県	137	96	70%	1	1	17	36	41	96
23	愛知県	206	145	70%	3	1	18	42	81	145
24	三重県	71	71	100%	3	10	9	33	16	71
25	滋賀県	33	33	100%	17		16			33
26	京都府	96	95	99%	1	6	71	13	4	95
27	大阪府	270	261	97%	32	18	138	53	20	261
28	兵庫県	194	179	92%	60	2	106	6	5	179
29	奈良県	42	42	100%	2	4	35	1		42
30	和歌山県	66	66	100%	1	7	37	10	11	66
31	鳥取県	22	21	95%				15	6	21
32	※島根県									
33	岡山県	96	96	100%	4		19	11	62	96
34	広島県	171	146	85%			123	21	2	146
35	山口県	69	44	64%			3	25	16	44
36	徳島県	38	38	100%	1			5	32	38
37	香川県	76	74	97%			22	16	36	74
38	愛媛県	60	60	100%			9	26	25	60
39	高知県	39	32	82%			17	5	10	32
40	福岡県	141	139	99%	1	11	16	89	22	139
41	佐賀県	53	53	100%			14	21	18	53
42	長崎県	64	49	77%	1			42	6	49
43	熊本県	75	72	96%				2	70	72
44	大分県	53	41	77%			5	29	7	41
45	宮崎県	59	59	100%		1	39	13	6	59
46	鹿児島県	97	61	63%			1	30	30	61
47	※沖縄県									
合　計		4,386	3,986	91%	474	157	1,231	1,150	974	3,986
				比　率	12%	4%	31%	29%	24%	100%

※救急医療情報システム未整備県

平成20年2月1日現在

救急医療情報システムへの医療機関情報提供状況（救急告示以外の第2次、第3次救急医療機関分）

	都道府県	救急告示以外医療機関数 (a)	救急医療情報システム参加機関数 (b)	b/a(%)	情報更新頻度					
					リアルタイム	定時に1日3回以上	定時に1日2回	定時に1日1回	左記以外	合計
1	北海道	44	15	34%				6	9	15
2	青森県	5	5	100%				2	3	5
3	岩手県	2		0%						0
4	宮城県	8	7	88%				3	4	7
5	秋田県									0
6	※山形県									
7	福島県	28	24	86%			24			24
8	茨城県	11	11	100%		1	10			11
9	栃木県									0
10	群馬県	4	4	100%			2		2	4
11	埼玉県	1	1	100%				1		1
12	千葉県	30	24	80%		1	13	4	6	24
13	東京都	1	1	100%	1					1
14	神奈川県	23	18	78%			6	12		18
15	新潟県	4	3	75%			2		1	3
16	富山県									0
17	石川県	1	1	100%				1		1
18	福井県									0
19	山梨県	4	1	25%					1	1
20	長野県									0
21	岐阜県									0
22	静岡県	2	2	100%			1	1		2
23	愛知県	11	10	91%	1			1	8	10
24	三重県	15	14	93%	1			1	12	14
25	滋賀県	8	8	100%			1		7	8
26	京都府	2	1	50%				1		1
27	大阪府									0
28	兵庫県	59	44	75%	8		33	3		44
29	奈良県	19	15	79%		1	14			15
30	和歌山県	4	3	75%				1	2	3
31	鳥取県	4	4	100%					4	4
32	※島根県									
33	岡山県	13	13	100%			1	1	11	13
34	広島県	1	1	100%			1			1
35	山口県	9	3	33%				3		3
36	徳島県									0
37	香川県	2	2	100%					2	2
38	愛媛県									0
39	高知県									0
40	福岡県	103	91	88%		2	3	42	44	91
41	佐賀県	24	16	67%			2	10	4	16
42	長崎県	9	7	78%				7		7
43	熊本県	9	9	100%				2	7	9
44	大分県	5	5	100%				3	2	5
45	宮崎県									0
46	鹿児島県	27	9	33%				5	4	9
47	※沖縄県									
合　計		492	372	76%	11	5	113	110	133	372
				比　率	3%	1%	30%	30%	36%	100%

※救急医療情報システム未整備県

平成20年2月1日現在

救急医療情報システムを活用するために必要な事項

	都道府県名	リアルタイムの表示	受入可能と表示した場合の確実な受入	表示項目の細分化	他都道府県システムとの連結	その他
1	北海道	41	30	11	1	9
2	青森県	10	8	1		2
3	岩手県	9	7	4	4	3
4	宮城県	10	8	3	3	4
5	秋田県	11	8	4	2	2
6	※山形県	3	3	3	1	
7	福島県	10	11	3	5	0
8	茨城県	21	24	8	8	9
9	栃木県	10	11	5	5	1
10	群馬県	11	10	0	1	0
11	埼玉県	28	31	6	14	3
12	千葉県	28	27	12	11	10
13	東京都	2	2	1	2	
14	神奈川県	20	17	6	5	3
15	新潟県	12	17	6	1	5
16	富山県	6	7	1	1	1
17	石川県	10	9	2	4	
18	福井県	8	6	2	1	
19	山梨県	5	6	1	1	
20	長野県	13	13	2	3	
21	岐阜県	16	14	5	5	1
22	静岡県	22	17	5	6	3
23	愛知県	30	32	5	5	1
24	三重県	13	11	3	3	2
25	滋賀県	2	6	1	5	3
26	京都府	11	13	2	6	2
27	大阪府	29	33	9	11	4
28	兵庫県	27	27	6	9	4
29	奈良県	13	12	2	5	5
30	和歌山県	12	15	2	1	3
31	鳥取県	3	2		1	
32	※島根県	1			1	
33	岡山県	12	9	3	1	2
34	広島県	8	9	2		
35	山口県	10	10	1	1	2
36	徳島県	10	10	4	2	
37	香川県	5	5	2	1	
38	愛媛県	9	10	4		
39	高知県	6	7	1		2
40	福岡県	20	20	1	2	7
41	佐賀県	5	4	1	1	2
42	長崎県	3	4	2	1	2
43	熊本県	9	8	3	2	1
44	大分県	11	9	5	1	1
45	宮崎県					1
46	鹿児島県	11	10	2	1	5
47	※沖縄県	11	6	7		
合　計		577	558	159	144	105
比　率		71%	69%	20%	18%	13%

(注)比率は全国の消防本部数807に対する割合

救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査について

（概要）

１　目　的

救急搬送における医療機関の受入状況については、産科・周産期傷病者について調査を行い、結果を公表（昨年10月末）したところであるが、産科・周産期傷病者以外の救急搬送においても医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案が各地で見られることから、医療機関の受入状況の実態を把握し、今後の救急搬送・受入医療体制の改善に活用する。

２　調査対象

平成１９年の救急搬送事案について、下記の区分に従い集計する。

(1)　初診時傷病程度が重症以上の傷病者を搬送した事案
(2)　救命救急センター等に傷病者を搬送した事案
(3)　産科・周産期傷病者を搬送した事案
(4)　小児傷病者を搬送した事案

３　調査項目

(1)　搬送人員
(2)　医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数
(3)　現場滞在時間区分ごとの件数
(4)　受入に至らなかった理由ごとの件数
(5)　照会回数が多数にわたる事案における受入に至らなかった理由等
(6)　救命救急センター等における救急搬送の受入状況

４　回答要領

各消防本部の回答を都道府県が取りまとめ国に報告

５　調査期間

1月16日(火)に発出、2月25日(月)締め切り、
今年度中に結果をとりまとめ公表(予定)

(参考)調査対象搬送人員は約95万人と推定される。

報道資料

実はここにも
総務省
MIC Ministry of Internal Affairs and Communications

平成１９年１２月１１日
消　　防　　庁

救急業務高度化推進検討会
消防機関と医療機関の連携に関する作業部会の設置

先般、奈良県下の妊婦が搬送途上に死産となった事例を契機として、総務省消防庁は、厚生労働省とともに平成１６年から平成１８年までの３年間における産科・周産期傷病者の救急搬送について緊急実態調査を行い、救急搬送における消防機関と医療機関の連携の重要性が再認識されたところです。

このため、総務省消防庁では、救急業務高度化推進検討会に「消防機関と医療機関の連携に関する作業部会」を設置し、受入医療機関に係る情報収集のあり方や消防機関から医療機関への情報伝達のあり方などについて検討を行うこととしました。

１　検討事項

(1)　受入医療機関に係る情報収集のあり方について
(2)　消防機関から医療機関への情報伝達のあり方について
(3)　救急隊と指令センターの連携方策について

２　作業部会メンバー

有賀　徹	昭和大学医学部教授救急医学講座主任
内田正夫	埼玉県危機管理防災部消防防災課長
海野信也	北里大学医学部産婦人科学教授
桂川勇次	東京消防庁救急指導課長
川村理志	厚木市消防本部救急救命担当課長
佐々木　淳	宮城県保健福祉部技術参事兼医療整備課長
田邉晴山	厚生労働省医政局指導課救急医療専門官
古本百合人	市川市消防局指令課長
益子　博	埼玉県南部地域ＭＣ協議会会長

（五十音順・敬称略）

３　スケジュール

平成１９年１２月１３日（木）に第１回作業部会（場所：三番町共用会議所大会議室）を開催し、年度内に報告書をとりまとめる予定です。

（連絡先）
救急企画室救急企画係
担当：松野課長補佐、小板橋係長
電話：０３－５２５３－７５２９（直通）
FAX　：０３－５２５３－７５３９

中間取りまとめのポイント（案）

Ⅰ　はじめに

（作業部会設置に至った背景、作業部会の検討事項等について記載）

Ⅱ　早急に講じるべき対策

１　受入医療機関情報の収集について

(1)　救急医療情報システムの利用状況

- 救急医療情報システム（以下「システム」という。）は、昭和５２年度に厚生省「救急医療対策事業実施要綱」により事業が開始され、現在４４都道府県において整備されている。
- 全国の消防本部におけるシステムの利用状況は、「主たる又は補完的な手段として利用している」本部が４７％、「ほとんど又は全く利用していない」本部が５３％となっており、利用していない本部の中には、電話等により個別に医療機関に問い合わせを行い情報を収集している本部も多く見られる実態にある。

(2)　救急医療情報システム活用のための改善点

（リアルタイムの情報更新）

- システムを「ほとんど又は全く利用していない」と回答した本部においては利用しない理由として、「リアルタイムの情報でない、情報の信憑性が低い」をあげるものが最も多く、「当番制・輪番制が確立されている」、「地域の医療機関数が限られている」ことを理由としてあげる本部もみられる。
- この理由をさらに管轄人口別に分析すると、人口規模が大きくなるに従い、「リアルタイムの情報でない、情報の信憑性が低い」をあげる本部の比率が高くなっている。
- また、システムを活用するために必要な事項を全消防本部に回答してもらったところ、「リアルタイムの表示」をあげた本部が７１％（８０７本部中５７７本部）となっており、政令指定都市等の消防本部に対する調査においても、１８本部中１６本部がリアルタイムの表示を要望している。
- 以上のことから、情報更新がリアルタイムに行われていないことが、消防本部がシステムを利用しない最大の原因であると考えられるが、逆にこの点が改善された場合、特に人口規模の大きい本部を中心としたシステム利用の可能性が高まると考えられ、リアルタイムな情報更新を確保する仕組みの構築が重要である。

（表示項目の改善）

・ 政令指定都市等の消防本部にシステムの表示項目に関する要望を質問したところ、受入照会を円滑にするための表示項目の改善を求める意見が多く寄せられた。
・ その内容は、診療科ごとの空床情報、手術の可否等に加え、集中治療室情報、病態ごとの検索機能の追加等であるが、表示項目の改善は救急現場に即したものであることが必要であり、消防機関の意見を反映させた上で改善を行うことが必要である。

（表示に従った確実な受入）

・ 全消防本部の６９％（８０７本部中５５８本部）が、システムを活用するために、受入可能と表示した場合の確実な受入が必要であると回答している。
・ 医療機関による情報更新状況や受入可能と表示した場合の実際の受入状況等について検証するための関係者による協議の場を設置する必要がある。

２　消防機関から医療機関への情報伝達について

(1)　傷病者観察と医療機関への情報伝達

（傷病者観察要領、観察カードの活用等について記載）

(2)　救急隊と指令センターの連携

・ 医療機関の選定にあたっては、救急隊から受入照会する場合が多いが、選定困難時には救急隊と指令センターが連携し双方から受入照会を行うことにより選定時間の短縮を図る等の工夫が必要である。

(3)　医療機関との連絡体制

・ 消防機関からの受入照会に対し、収容可否の判断が行える医師等に直接連絡できる体制を確保することが必要である。
・ 受入照会・応答の内容について、消防機関、医療機関双方で記録に残し、必要に応じ後日の検証に活用することが必要である。
・ 消防機関からの受入照会に対し、医療機関が患者対応中等の理由で受入を断わった場合において、その後受入可能となった場合には、状況に応じ照会を行った消防機関へ連絡する等の工夫が必要である。

３　医療機関選定における消防機関と医療機関の連携について

（救急患者受入コーディネーター）

・ 厚生労働省は平成２０年度事業として救急患者受入コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）を各都道府県に配置する予算を確保しているが、医療機関選定困難時の対応として有効であると考えられる。

・ 消防機関としては、どのような場合にコーディネーターに調整を依頼するか等、受入調整を要請する手順についてあらかじめ策定しておくことが必要である。
・ 消防機関からの要請にコーディネーターが常時・迅速に対応できる連絡体制の確保が必要である。

4　救急搬送に関する検証の場の設置について

・ 救急搬送の適正実施を確保するために、医療機関による情報の入力状況、受入可能と表示した場合の実際の受入状況、コーディネーターによる受入調整の状況等について検証する関係者による協議の場の設置が必要である。
・ このような検証の場としては、メディカルコントロール協議会の活用等が考えられる。

Ⅲ　救急医療体制の整備等について

（医師不足や医師配置の偏在の問題、救急医療を取り巻く医療体制等について記載）

消防救第１３号
平成２０年１月３１日

厚生労働事務次官　殿

消防庁長官

救急医療体制の整備について

救急医療体制の整備については、従来からご努力いただいているところであるが、昨今、救急搬送において、医療機関への照会が多数にわたり、搬送に長時間を要し、傷病者が不幸な転帰を来す事案が多発している。このような状況は、救急搬送を担う消防機関として、業務遂行に支障を来すだけではなく、住民の安心・安全を揺るがす大きな問題であり、救急医療体制の充実について、下記の事項について必要な措置が講じられるようお願いする。

記

1　救急医療情報システムの改善

救急医療情報システムが有効に活用されるようにするため、医療機関において、リアルタイムで正確な情報を入力するとともに、受入可能と表示している医療機関において、確実に救急患者の受入が行われるようにすること。また、全都道府県でシステムを導入し、救急医療機関は全て参画するようにすること。

2　救急患者受入コーディネーターの配置

救急隊が搬送先の選定に時間を要する場合に、搬送先医療機関の速やかな調整を行う救急患者受入コーディネーターを全都道府県に配置するようにすること。

3　救急医療機関における確実な救急患者の受入

救急医療機関においては、救急隊の要請に応じ救急患者を確実に受け入れることが出来る体制を確保すること。特に、二次救急医療機関、三次救急医療機関においては、24時間365日、受入が出来る体制とすること。

救急医療の確保のための新たな施策（平成20年4月～）

厚生労働省医政局指導課（平成20年3月3日）

施策＼対象	病院前救急医療	救急医療機関			医師等の医療従事者
		初期救急医療機関	二次救急医療機関	三次救急医療機関	
制度上の措置	医療計画の策定				
	基準病床数制度における特例の対象に周産期疾患に係わる病床を規定（P7）				
			社会医療法人の認定要件の一つに、一定水準以上の救急医療等の実施を規定（P1）		
			社会医療法人の医療保健業について法人税非課税（予定）（P1）		標榜診療科に「救急科」を追加（P6）
		医療機能情報の提供制度（平成19年度創設、平成21年度本格稼働）（P5）			
予算上の措置	救急患者受入コーディネーター確保事業（P13）				救急救命士病院実習受入促進経費の増額（P15）
	救急医療情報システム充実強化事業（P12）				
			地域救命救急センター運営事業（P10）		
			重症外傷機能確保経費（P11）		
	ドクターヘリ導入促進事業（3機追加）		救急医療専門領域医師研修事業（P9）		
診療報酬上の措置	ドクター・ヘリ等による診療の評価（救急搬送診察料）の引き上げ（P17）		入院早期における救命救急入院料の手厚い評価（P16）		
		診療所での夜間等の診療を新たに評価（P17）	精神科疾患への診療の大幅な加算（P18）		
			脳卒中対策として、t-PAによる超急性期の治療の評価（P18）		
		産科、小児科、内科、整形外科、及び脳神経外科に係る入院医療を提供している病院の評価（入院時医学管理加算）（P16）			勤務医負担軽減策の具体的な計画を評価（入院時医学管理加算（再掲））（P16）
					医師事務作業補助体制加算の新設（P16）
			（産科）妊産婦緊急搬送入院加算の新設（P19）		
			（産科）ハイリスク妊産婦の入院管理を評価（P19）		
		（小児）時間外等の外来医療の評価（P19）	（小児）超重症児・準超重症児入院診療加算の引き上げ（P19）		
			急性期後の入院機能の評価（亜急性期入院医療管理料2の新設）		

資料１－２

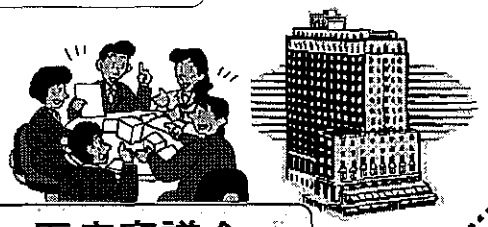
救急医療の確保のための施策

社会医療法人制度のスタート

＜平成20年4月以降認定開始＞

社会医療法人

都道府県知事の認定



医療審議会

認定要件

- ○ 役員、社員等については、親族等が３分の１以下であること
- ○ 定款又は寄附行為において、解散時の残余財産を国等に帰属させる旨定めていること
- ○ 救急医療等確保事業を実施していること　等

税制優遇措置（法人税）

- 収益事業の実施
- 社会医療法人債の発行
- 法人運営の安定化

医療計画に記載された救急医療等確保事業

改正医療法　第３０条の４第２項第５号

- 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）

公立病院等

公立病院等との新たな役割分担・連携の構築

医療法第４２条の２第１項第５号に規定する厚生労働大臣が定める基準を定める告示（案）（社会医療法人部分抜粋）

１．制定の経緯

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成１８年法律第８４号）による改正後の医療法（昭和２３年法律第２０５号。以下「法」という。）により、新たに社会医療法人制度が創設されたところ。

本告示は、厚生労働大臣が定めることとされた社会医療法人が行う救急医療等に係る基準を定めるものである。

２．告示の内容

１．社会医療法人が行う救急医療等に係る基準

法第４２条の２第１項第５号において厚生労働大臣が定めることとされた社会医療法人が行う救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療に係る構造設備、体制、実績に関する基準を以下のように定める。

（１）救急医療に係る基準

法第３０条の４第２項第５号イに掲げる救急医療の確保に必要な事業に係る業務について、法第４２条の２第１項第５号に規定する厚生労働大臣が定める基準は、以下のとおりとする。

① 当該業務を行う病院の構造設備

診察室、処置室、専用病室及びエックス線診療室その他の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。ただし、精神科救急医療にあっては、診察室及び処置室その他の精神科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。

② 当該業務を行うための体制

当該病院が次のいずれにも該当すること。ただし、精神科救急医療にあっては、その所在地の都道府県が作成する医療計画において精神科救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制を構成するものとして記載されており、かつ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和２５年厚生省令第３１号）第５条の２第１号から第３号までに掲げる基準を満たすこと。

イ その所在地の都道府県が作成する医療計画において救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制を構成するものとして記載されていること。

ロ 救急患者に対し医療を提供する体制を常に確保すること。

② 当該業務の実績

当該病院が次のいずれかに該当すること。ただし、精神科救急医療にあっては、当該会計年度前３会計年度において精神疾患に係る時間外等に診療した件数（電話等による再診の件数を除く。）が、その所在地が属する精神科救急医療圏（都道

府県が精神科救急医療の整備を図るべき地域的単位として設定した区域をいう。）内の人口を１万で除した数に７・５を乗じて得た数（その数に小数点以下１位未満の端数があるときは、これを四捨五入する。）以上であること。

イ　当該会計年度前３会計年度における初診料が算定された件数に占める診療時間以外の時間、休日又は深夜（以下「時間外等」という。）において初診を行った場合の加算が算定された件数の割合（（２）③イにおいて「時間外等加算割合」という。）が１００分の２０以上であること。

ロ　当該会計年度前３会計年度における夜間（午後６時から翌日の午前８時までをいうものとし、休日を除く。）若しくは休日に救急自動車及びこれに準ずる車両による搬送を受け入れた件数を３で除した数（（２）③イにおいて「夜間等救急自動車等搬送件数」という。）が７５０以上であること。

（２）災害時における医療に係る基準

法第３０条の４第２項第５号ロに掲げる災害時における医療の確保に必要な事業に係る業務について法第４２条の２第１項第５号に規定する厚生労働大臣が定める基準は、以下のとおりとする。

①　当該業務を行う病院の構造設備

次のいずれにも該当すること。

イ　集中治療室及び備蓄倉庫、簡易ベッド及び携帯用医療機器並びに食料、飲料水及び医薬品その他災害時における医療を行うために必要な施設（診療を行う施設にあっては、耐震構造を有するものとする。）、設備及び物資を有すること。

ロ　災害時において当該病院の近接地にヘリコプターの離発着が可能な敷地を確保すること。

ハ　厚生労働省に登録された災害派遣医療チームを有すること。

②　当該業務を行うための体制

当該病院が次のいずれにも該当すること。

イ　その所在地の都道府県が作成する医療計画において災害時における医療の確保に関する事業に係る医療連携体制を構成するものとして記載されていること。

ロ　救急患者に対し医療を提供する体制を常に確保すること。

③　当該業務の実績

当該病院が次のいずれにも該当すること。

イ　時間外等加算割合が１００分の１６以上又は夜間等救急自動車等搬送件数が６００以上であること。

ロ　当該会計年度の前会計年度において都道府県が行う防災訓練又はこれに準ずるものに参加していること。

ハ　都道府県又は国からの災害派遣医療チームの派遣の要請があった場合に、これに応じたこと。ただし、要請に応じなかったことについて、やむを得ない理由があると認められるときは、この限りでない。

（中略）

２．施行日

本告示は平成２０年４月１日から適用する。

※ただし、平成２０年度においては、（１）③「当該年度前３会計年度」とあるのは「当該年度の前会計年度」と、「件数を３で除した数」とあるのは「件数」と、「７・５」とあるのは「２・５」と、（４）③中「当該年度前３会計年度」とあるのは「当該年度の前会計年度」と、「件数を３で除した数」とあるのは「件数」と、「３以上」とあるのは「１以上」と、（５）③中「当該年度前３会計年度」とあるのは「当該年度の前会計年度」とし、平成２１年度においては、（１）③中「当該年度前３会計年度」とあるのは「当該年度前２会計年度」と、「３で除した」とあるのは「２で除した」と、「７・５」とあるのは「５」と、（４）③中「当該年度前３会計年度」とあるのは「当該年度前２会計年度」と、「３で除した」とあるのは「２で除した」と、「３以上」とあるのは「２以上」と、（５）③中「当該年度前３会計年度」とあるのは「当該年度前２会計年度」とする。

医療機能情報の提供制度の創設　平成19年4月1日施行

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設（薬局についても同様の仕組みを創設）

改正前制度

【患者が医療情報を得る手段】

- ○ 医療機関の行う広告
- ○ インターネット等による広報
- ※ 医療機関側による任意の情報
- ○ 利用者に対する医療機関内の院内掲示

等

【見直しの視点】

- ○ 必要な情報は一律に提供
- ○ 情報を集約化
- ○ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ○ 相談・助言機能の充実

現行制度

医療機関

医療機関の管理者に対し、医療機能に関する一定の情報について、報告を義務化

都道府県

- ○ 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- ○ 医療安全支援センター等による相談、助言

住民

- ○「一定の情報」は医療機関でも閲覧可能
- ○ 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- ○ 患者等からの相談に適切に応ずるよう努める責務

【「一定の情報」の例】 ※具体的な範囲は、厚生労働省医政局内に常設する検討会で検討

- ○ 管理・運営・サービス等に関する事項（診療科目、診療日、診療時間、病床数、外国語対応　等）
- ○ 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医〔※広告可能なものに限る〕、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制等）
- ○ 医療の実績、結果に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数　等）

※死亡率など治療結果情報のアウトカム指標については、今後、データの適切な開示方法等、客観的な評価が可能となったものから順次追加予定

標榜診療科の見直し後の例

※ 医療法施行令の一部改正（平成20年2月27日公布）による。新たに標榜することができる診療科名は、今後、通知等において示す予定。

（医科）

内科
呼吸器内科
循環器内科
消化器内科
血液・腫瘍内科
（血液内科、腫瘍内科）
糖尿病・代謝内科
内分泌内科
腎臓内科
神経内科
心療内科
感染症内科
小児科
精神科
皮膚科
眼科
耳鼻咽喉科
アレルギー科
リウマチ科
放射線科
（放射線診断科、放射線治療科）

外科
呼吸器外科
心臓血管外科
消化器外科
乳腺外科
小児外科
気管食道外科（※）
肛門外科
整形外科
脳神経外科
形成外科
美容外科
泌尿器科
産婦人科（産科、婦人科）
リハビリテーション科
救急科
病理診断科
臨床検査科

※ 耳鼻咽喉科等との組み合わせも可能

（歯科）

歯科
小児歯科
矯正歯科
歯科口腔外科

医療法施行規則の一部を改正する省令（案）等
（特例病床部分抜粋）

平成２０年２月１５日

１．改正の経緯

（前略）

（２）　医療計画の基準病床数制度においては、既存病床数が基準病床数を上回る地域における新たな病床の設置については、原則として都道府県知事の勧告等が行われることとなるが、特定の病床については、地域の実情に応じて、特例的に勧告等が行われないこととされているところ。この特定の病床について、周産期医療の確保及び治験の推進の観点から、必要な見直しを行うこととした。

（中略）

２．改正の内容

２．医療計画の基準病床数制度において特例の対象となる特定の病床に関する事項

医療計画の基準病床数制度において、特例の対象となる特定病床について、以下のとおり改正する。

（１）後方病床の不足等によってNICU（新生児集中治療室）からの退院に支障を来している状況を踏まえ、MFICU（母体胎児集中治療室）・NICU以外の周産期医療に係る病床の確保を図る観点から、専ら周産期疾患に関し診断・治療・調査研究・研修を行う病院等の当該機能に係る病床のうち、母体胎児集中治療室（MFICU）・新生児集中治療室（NICU）に係る病床に限って特例の対象とされていたところを、専ら周産期疾患に関し診断・治療・調査研究・研修を行う病院等の当該機能に係わる病床全てを特例の対象とする。

（中略）

５．施行期日等

（１）　本省令案の施行を平成２０年４月１日（予定）とする。

（後略）

救急医療体制の整備等

（厚生労働省）

（平成19年度予算額）　（平成20年度予算案）
[　8,948百万円　→　9,989百万円　]

救急医療対策は、昭和５２年度から、初期、二次、三次救急医療施設及び救急医療情報センターの計画的かつ体系的整備を推進してきたところであり、平成２０年度においても、引き続き、小児救急を含むこれらの救急医療体制の確保を図る。

〔体系的な救急医療体制の拡充整備、ドクターヘリ導入促進事業、小児科・産科医療体制の集約化・重点化、救急救命士病院実習受入促進経費、自動対外式除細動器普及啓発事業等の一部については、医療提供体制推進事業（統合補助金）１７２億円の内数となる。〕

（１）体系的な救急医療体制の拡充整備　[　7,803百万円]
　① 小児救急電話相談事業等　〈　569百万円〉
　　ア．小児救急電話相談事業（ 47か所）　（　520百万円）
　　イ．小児救急医療啓発事業（ 47か所）　（　49百万円）
　② 初期救急医療体制 ……　〈　51百万円〉
　　小児救急地域医師研修事業（200拠→47か所（市町村等事業→都道府県事業））
　③ 第二次救急医療体制 ……　〈　2,251百万円〉
　　ア．共同利用型病院（ 11地区）　（　122百万円）
　　イ．小児救急医療支援事業（200地区→ 238地区）　（　1,223百万円）
　　ウ．小児救急医療拠点病院（ 50か所→　38か所）　（　821百万円）
　　} オンコール体制も可
　　エ．ヘリコプター等添乗医師等確保経費　（　2百万円）
　　オ．救急医療専門領域医師研修事業（新規）　（　83百万円
　④ 第三次救急医療体制 ……　〈　3,153百万円〉
　　ア．救命救急センター（ 71か所→ 70か所）　（　2,588百万円）
　　イ．地域救命救急センター（新規）（ 6か所）　（　200百万円）
　　ウ．心臓病等の専門医確保経費（71か所→ 70か所）　（　146百万円）
　　エ．小児救急専門病床確保経費（ 10か所）　（　187百万円）
　　オ．重症外傷機能確保経費（新規）（ 7か所）　（　31百万円）
　⑤ 救急医療情報センター等 ……　〈　1,778百万円〉
　　ア．救急医療情報センター（44か所→47か所）　（　987百万円）
　　イ．救急医療情報システム充実強化事業（新規）（44か所）　（　77百万円）
　　ウ．救急患者受入コーディネータ確保事業（新規）（47か所）　（　695百万円）
　　エ．中毒情報基盤整備事業　（　18百万円）

（２）ドクターヘリ導入促進事業（13か所→ 16か所）　[　1,359百万円]
　早期治療の開始と迅速な搬送による救命率等の向上を図るため、救命救急センターにドクターヘリ（医師が同乗する救急専用ヘリコプター）を委託により配備する。

（３）小児科・産科医療体制の集約化・重点化　[　436百万円]
　集約化・重点化を実施する地域において、拠点病院とのネットワーク化を進めるため、小児科・産科の病床を削減し、医療機能の変更（他科病床、他の診療機能など）を行う連携病院等を対象に支援を行う。

（４）救急救命士病院実習受入促進経費　[　89百万円]
　救急救命士の資質の向上を図るため、救急救命士の病院実習の受け入れ促進措置を講ずる。

（５）自動体外式除細動器（AED）普及啓発事業　[　132百万円]
　非医療従事者がAEDを用いた積極的な救命活動が行われるよう講習の実施や普及・啓発等を行う。

（６）災害医療対策費（新規）　[　20百万円]
　災害時における医療体制の整備を図るため、災害医療調査事業や災害拠点病院等活動に必要な整備を行う。

（７）広域災害・救急医療情報システム　[　27百万円]
　災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行う。

（８）災害派遣医療チーム研修事業　[　67百万円]
　災害発生時に迅速な派遣が可能な災害派遣医療チーム（DMAT）の研修を実施する。

（９）救急医療関係者研修経費　[　21百万円]
　救急医療に従事する救急専門医、看護師、救急救命士等の研修等を実施する。

（10）国立病院等救急医療センター等　[　33百万円]
　交通事故による外傷患者に対応するため、国立病院（ナショナルセンター）に救急医療センター等を設置する。

（11）救急救命普及推進費　[　4百万円]
　国民に対し救急医療に関する知識の普及啓発を図る。

（注）計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

救急医療専門領域医師研修事業（新規）

20年度予算案
８３百万円

入院を要する救急医療を担う医療機関等において診療を行う医師を対象に、脳卒中・急性心筋梗塞・小児救急・重症外傷等に対する専門的な救急医療に対応する研修を救命救急センター等において実施する。

（対象か所数）４７か所
（補 助 先）　都道府県（委託を含む）
（補 助 率）　１／２（負担割合：国1/2、都道府県1/2）
（積算単価）　３，５２８千円／１か所
（対象経費）　講師謝金、実習材料費
（創設年度）　平成２０年度

地域救命救急センター運営事業（新規）

20年度予算案
２００百万円

既存の救命救急センターまでのアクセスに相当の時間を要する地域に対し、地域救命救急センター（仮称）の設置促進を図る。
（新型救命救急センターを変更し、地理的設置基準を新たに設けるなど、未整備地域を対象に重点的に整備を図る。）

（対象か所数）６か所
（補 助 先）　都道府県（間接補助先：厚生労働大臣の認める者（公立分除く））
（補 助 率）　１／３（負担割合：国1/3、都道府県1/3、事業者1/3）
（積算単価）　103,651千円／１施設（10床型）
（対象経費）　医師等確保経費、材料費等
（創設年度）　平成２０年度

重症外傷機能確保経費（新規）

（救命救急センター運営事業の加算）

20年度予算案
３１百万円

重症外傷に対する救命医療の機能強化を図るため、救命救急センターに重症外傷に対応した専門医を配置するための促進策として基準額の加算を行う。

（対象か所数）７か所
（補 助 先）　都道府県（間接補助先：厚生労働大臣の認める者（公立分除く））
（補 助 率）　１／３（負担割合：国1/3、都道府県1/3、事業者1/3）
（積算単価）　13,265千円／１施設
（対象経費）　重症外傷専門医師等確保経費
（創設年度）　平成２０年度

救急医療情報システム充実強化事業（新規）

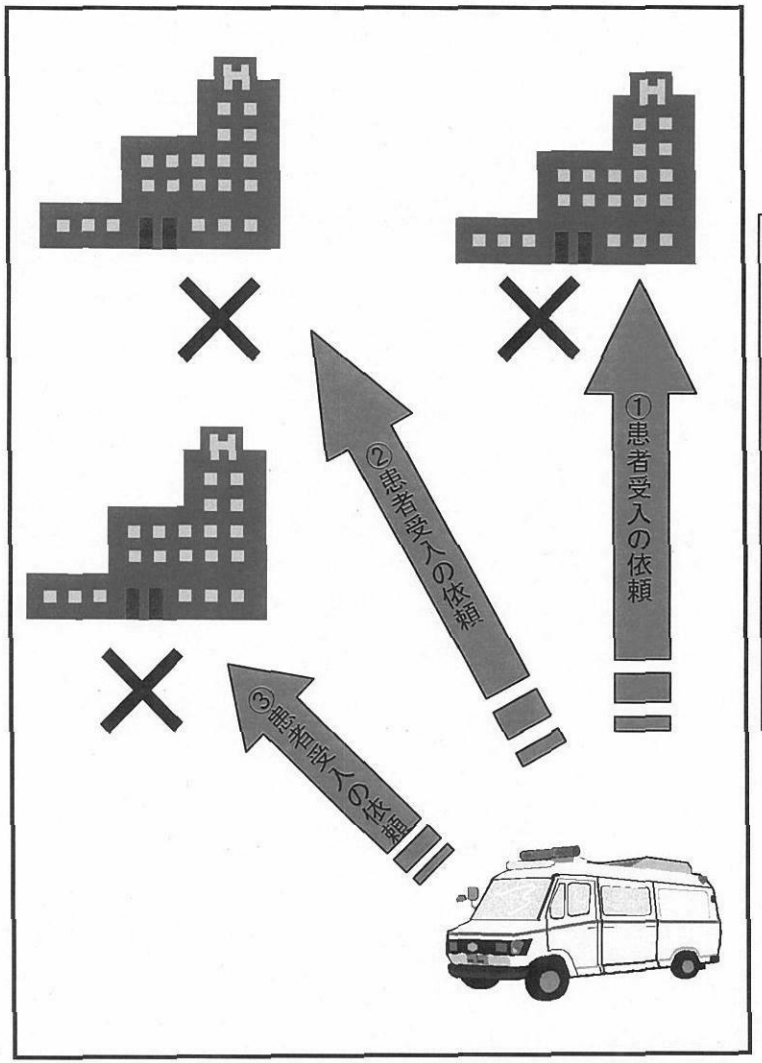
20年度予算案
７７百万円

救急患者の受入が一層円滑に行われる体制を構築するため、既存の救急医療情報システムにおいて、医療機関による救急患者受入可否等の救急医療情報の随時更新や、隣接県・周産期医療情報システムとの相互連携などを促進するためのシステム改修に必要な経費を補助する。

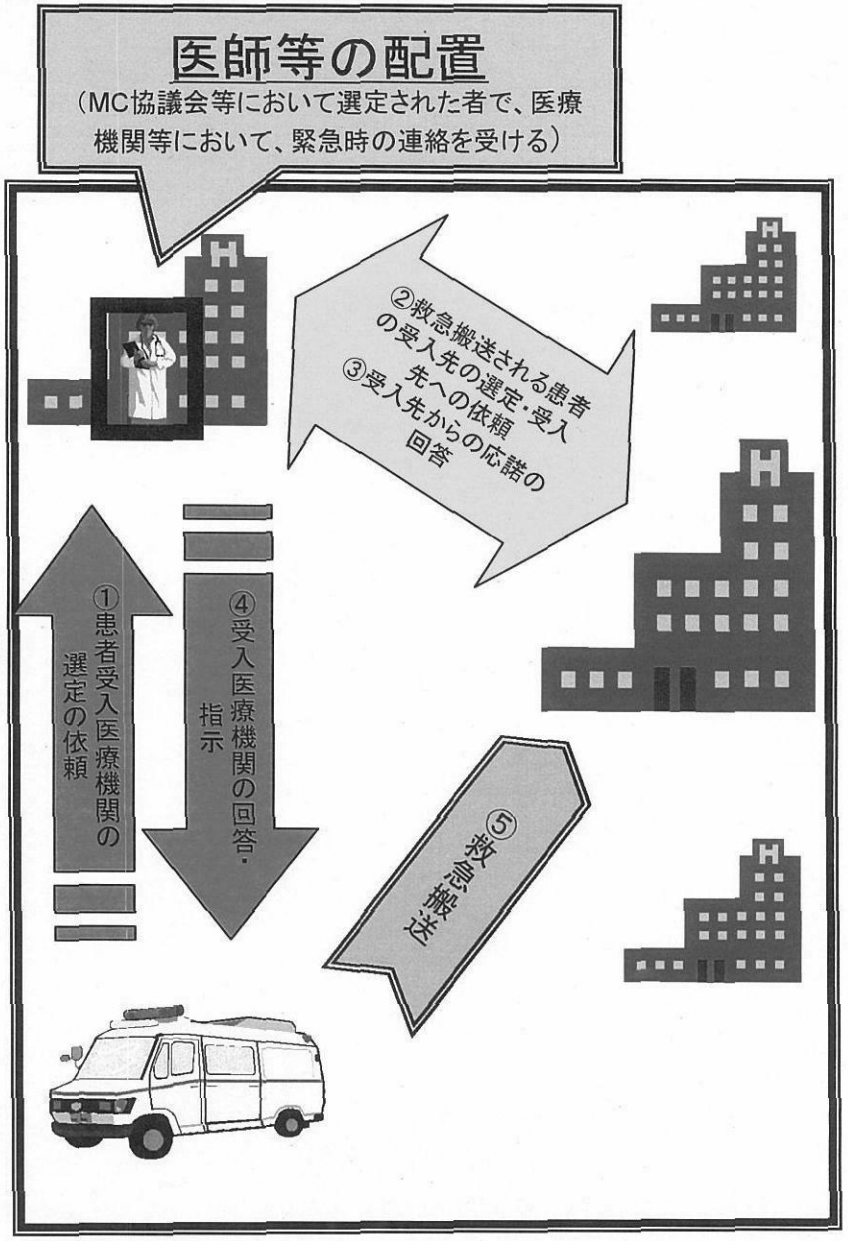
（運営か所数）４４か所
（補助先）　都道府県（委託を含む）
（補助率）　１／３（負担割合：国1/3、都道府県2/3）
（積算単価）　5,250千円／１か所
（対象経費）　システム改修費
（創設年度）　平成２０年度

医師等による救急搬送患者の受入医療機関の選定

（救急患者受入コーディネータ確保事業）



医師等を配置し、患者の受入先が容易に見つからない場合など患者の状態等に応じて、医学的な判断も踏まえた受入医療機関の選定を調整



救急患者受入コーディネータ確保事業（新規）

20年度予算案
６９５百万円

救急隊による受入医療機関の選定に相当の時間を要するなどの事例について、地域の事情に精通した救急医を医療機関に配置するなどして、関係医療機関との調整等を実施する。

（対象か所数）４７か所
（補 助 先）　都道府県（委託を含む）
（補 助 率）　１／２（負担割合：国1/2、都道府県1/2）
1回あたり：@36,040×（365日（夜間）×2回＋91日（休日））
（積算単価）　29,589千円／１か所
（対象経費）　コーディネータ医師等確保経費
（創設年度）　平成２０年度

救急救命士病院実習受入促進経費

20年度予算案　（19年度予算額）
８９百万円　（　５４百万円）

救急救命士の資質の向上を図るため、救急救命士を受け入れて実習を行う病院に対して必要な経費を補助する。

（対象か所数）１３０か所
（補 助 先）　都道府県（間接補助先：市町村、その他厚生労働大臣の認める者）
（補 助 率）　１／２（負担割合：国1/2、都道府県1/2）
（積算単価）　1,369千円／１か所
（対象経費）　実習受入の調整を行うコーディネーター医等及び指導医経費
（創設年度）　平成１５年度

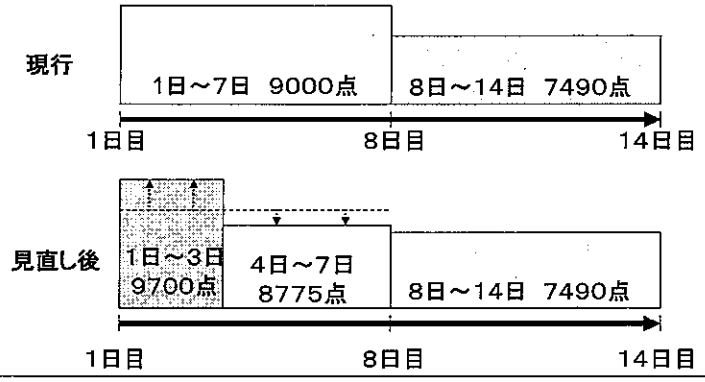
救命救急入院料の見直し

- 趣旨

  救命救急センターでの入院医療について、入院早期を手厚く評価する。

- 期待される効果

  新規入院患者の受入増加により、救急患者の受入が円滑となる。



※ 中央社会保険医療協議会資料を基に医政局指導課で作成したもの。(平成20年2月21日)

第二次救急医療機関における勤務医負担の軽減

地域の中核病院の勤務医負担の軽減

- 地域の急性期医療を担っている病院で、**勤務医負担軽減策が具体的に計画**されている場合を評価

  ①外来縮小計画　②外部の医療機関との診療分担の推進
  ③院内の職種間の業務分担の推進　④当直明けの勤務の軽減　等

  入院時医学管理加算 60点→120点(14日まで)

病院勤務医の事務負担の軽減

- 地域の急性期医療を担っている病院で、**医師の事務作業を補助する職員を配置**している等、病院勤務医の事務作業負担を軽減する体制を評価

  (新) 医師事務作業補助体制加算　(入院初日)

  一般病床数に対する医師事務作業補助員の配置割合によって評価

25対1※	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点

※高度な救急医療を担う医療機関のみ

※ 保険局医療課資料を抜粋

初期救急医療機関における時間外患者への対応

病院の時間外救急負担の軽減

- 病院の**軽症の時間外救急患者を、診療所で受けとめる体制を推進**するため、診療所での夜間・早朝等の診療を新たに評価
  - 平日　：　6～8時、18～22時
  - 土曜　：　6～8時、12～22時
  - 日祝日：　6～22時　　(新) 初・再診料　夜間・早朝等加算　50点

医師負担が大きい技術の再評価

- **既存の手術の技術料**を、医師の負担を踏まえて適正に評価
  （手術72項目について平均約3割引上げ）
- **感染症患者の手術**における加算の引上げ
- **帝王切開術における麻酔管理**の加算を創設
- 先天性心疾患等の患者の**高度な全身麻酔**を評価
- **穿刺技術の評価**の引上げ（上顎洞穿刺等の再評価）　等

※ 保険局医療課資料を抜粋

救急搬送診療料の見直し

- 患者を救急用の自動車等（ドクターヘリも含む）で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。

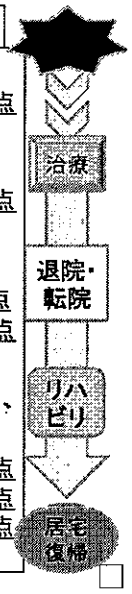
650点 → 1300点

※ 中央社会保険医療協議会資料を基に医政局指導課で作成したもの。（平成20年2月21日）

脳卒中対策

超急性期から回復期にわたる脳卒中医療の総合的評価

- **超急性期の治療（t－PAによる治療）の評価**
  (新) 超急性期脳卒中加算　12,000点
- **急性期後の入院医療を行った場合の評価**
  (新) 亜急性期入院医療管理料2　2,050点
- **地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）の対象**疾患に脳卒中を追加
  地域連携診療計画管理料　900点
  地域連携診療計画退院時指導料　600点
- **回復期リハビリテーション病棟の**、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合といった、**質に着目した評価**
  回復期リハビリテーション病棟入院料1　1,690点
  重症者回復病棟加算　50点
  回復期リハビリテーション病棟入院料2　1,595点



※ 保険局医療課資料を抜粋

精神科対応

- 自殺未遂者等への
  救命救急センターにおける精神医療の評価
  （新設） 救命救急入院料に、精神保健指定医による診療の加算
  3000点

※ 中央社会保険医療協議会資料を基に医政局指導課で作成したもの。（平成20年2月21日）

産科医療

周産期医療を担う地域のネットワークの支援

- 救急搬送とされた**妊産婦の受入れ**を評価

  (新) 妊産婦緊急搬送入院加算　5,000点（入院初日）

- **ハイリスク妊産婦**の治療に当たる医療機関の**連携**を評価

  ハイリスク妊産婦共同管理料　対象拡大（Ⅰ　500点／Ⅱ　350点）

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

- **ハイリスク妊婦の入院管理**を評価

  (新) ハイリスク妊娠管理加算　1,000点（1日につき）

- **ハイリスク妊産婦の分娩管理**の評価の充実

  ハイリスク分娩管理加算　1,000点　→　2,000点（1日につき）、対象拡大

- **ハイリスク妊婦の検査**の充実

  ノンストレステスト　対象拡大、入院中　1週間につき1回　→　3回

  外来　1月につき1回　→　1週間につき1回

※ 保険局医療課資料を抜粋

小児医療

小児の入院医療の充実

- 高度な小児医療を提供する医療機関・**子ども専門病院の評価**

  (新) 小児入院医療管理料　1（区分新設）　4,500点

- **障害を持つ乳幼児**の入院医療の評価

  超重症児（者）入院診療加算　300点　→　6歳未満　600点

  準超重症児（者）入院診療加算　100点　→　6歳未満　200点

小児の外来医療の評価の充実

- 病院・診療所の**小児科医師の連携**による救急医療体制の評価

  地域連携小児夜間・休日診療料1　300点　→　350点

  地域連携小児夜間・休日診療料2　450点　→　500点

- **乳幼児の外来医療**の評価

  小児科外来診療料　処方せんを交付する場合　初診時　550点　→　560点　等

※ 保険局医療課資料を抜粋

資料１－３

救急医療体制の現状

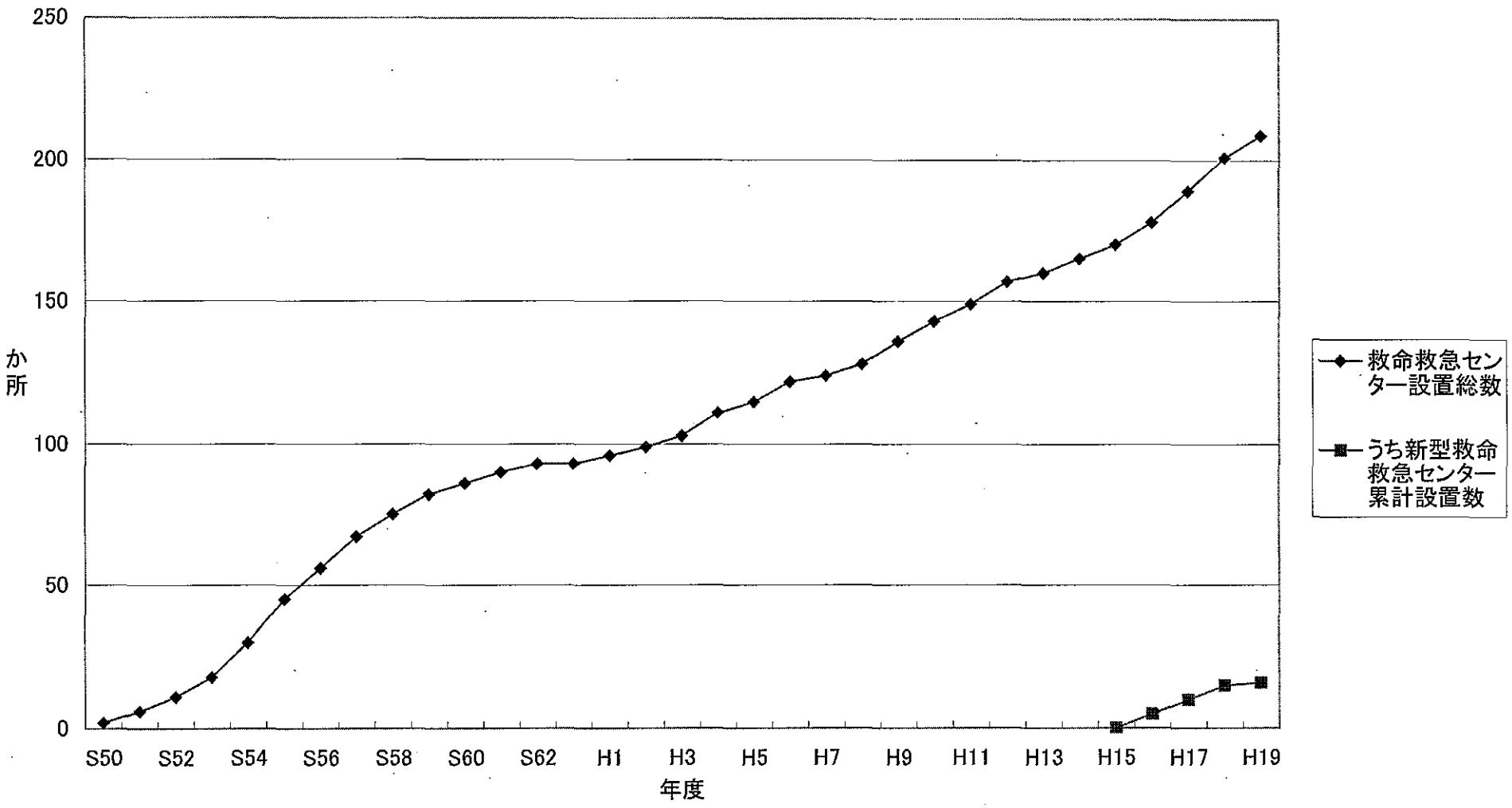
第三次救急医療機関の数の推移

第二次及び第三次救急医療機関数の推移（平成１０年～１９年）

都道府県	第二次救急医療機関数										第三次救急医療機関数									
	10'	11'	12'	13'	14'	15'	16'	17'	18'	19'	10'	11'	12'	13'	14'	15'	16'	17'	18'	19'
北海道	112	114	113	106	127	117	113	127	127	127	6	6	7	7	8	8	9	10	10	10
青森	24	26	26	25	24	24	24	24	21	21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
岩手	41	40	39	40	43	40	40	41	41	43	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
宮城	47	47	49	50	57	52	50	41	41	39	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
秋田	12	12	12	13	15	13	16	20	20	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
山形	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
福島	68	71	70	69	68	68	68	68	68	58	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
茨城	32	42	49	49	50	51	50	49	50	50	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
栃木	26	26	25	26	26	27	27	27	29	28	2	3	3	3	5	5	5	5	5	5
群馬	67	67	68	66	68	64	63	62	62	62	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
埼玉	140	140	140	142	142	154	157	149	140	135	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6
千葉	160	180	174	168	161	160	151	151	151	147	7	7	8	8	8	8	8	8	9	9
東京	429	419	278	272	275	273	276	278	276	266	16	16	20	21	21	21	21	21	21	21
神奈川	210	205	198	192	187	184	177	171	171	171	7	7	7	7	7	7	7	7	8	11
新潟	68	70	68	68	67	65	65	67	66	64	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
富山	18	17	19	19	19	19	19	20	20	20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
石川	12	11	12	11	11	11	11	11	11	11	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
福井	6	6	6	6	9	9	9	9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
山梨	38	35	35	35	36	34	34	34	34	33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
長野	53	51	51	53	54	54	54	54	53	51	3	3	3	3	3	3	3	3	5	7
岐阜	45	45	45	45	45	45	45	44	44	40	4	4	4	5	5	5	6	6	6	6
静岡	80	77	79	73	72	68	64	63	63	62	4	4	4	4	5	5	6	6	6	6
愛知	121	120	121	118	118	115	116	115	115	113	8	8	8	8	9	11	12	12	12	12
三重	36	36	37	36	36	36	32	33	33	33	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
滋賀	23	23	23	23	23	24	24	24	23	23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
京都	94	97	95	92	93	91	91	90	89	87	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
大阪	109	108	110	254	261	257	255	273	271	265	8	9	9	10	10	10	10	10	10	10
兵庫	197	196	195	194	187	184	184	174	180	171	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
奈良	46	47	47	47	45	47	47	45	45	45	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
和歌山	40	43	43	43	43	43	43	43	42	41	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3
鳥取	19	19	19	21	20	21	21	21	21	19	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
島根	16	17	19	19	20	19	19	19	19	19	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3
岡山	25	26	26	25	25	25	25	25	24	24	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
広島	60	63	60	61	63	61	64	65	63	63	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5
山口	45	45	45	45	44	43	43	43	42	42	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4
徳島	31	30	25	25	25	25	25	23	22	22	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
香川	17	17	17	17	15	17	17	17	17	17	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
愛媛	49	47	47	46	47	49	49	48	46	45	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
高知	31	30	33	33	32	32	32	31	31	34	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
福岡	337	318	318	313	311	307	308	299	299	299	6	6	6	6	6	6	6	6	6	8
佐賀	87	79	72	68	61	61	60	57	56	58	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
長崎	41	40	40	40	40	41	41	42	42	42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
熊本	42	42	42	43	43	43	43	43	43	42	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
大分	26	27	27	34	34	37	38	37	38	38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
宮崎	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
鹿児島	140	136	133	130	122	123	123	121	114	112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
沖縄	7	7	7	7	8	22	23	23	25	25	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3
計	3,344	3,331	3,174	3,279	3,289	3,271	3,253	3,238	3,214	3,153	136	142	151	158	165	170	176	178	189	201

※各年とも３月３１日現在の数値を計上

救命救急センター累計設置数



救命救急センターの整備（平成14年度→平成18年度）

	平成14年度[1]	平成18年度[2]
施設数	165	201 ↑
総病床数	5,668	6,390 ↑
1施設当たりの病床数	34.35	31.79 ↓
1施設当たりの医師数（専任）	8.16	8.55 ↑
1施設当たりの医師数（兼任）	28.38	33.34 ↑

1) 平成15年3月31日現在
2) 平成18年12月1日現在

救急搬送の動向

救急搬送の現状

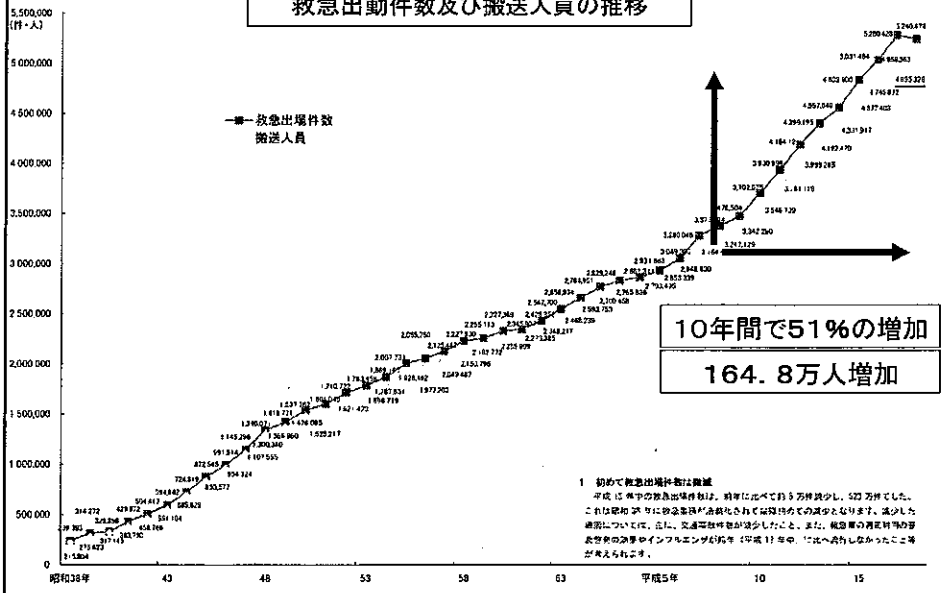
○ 年間救急搬送人員数　4、895、328人

○ 人口1万人あたり(全国)　383件数(出動件数)
- 大阪府　565.6件
- 福井県　285.5件

○ 一日あたり搬送人員数　13、411人
- 東京都　1、738人
- 鳥取県　57人
- 平均(単純に47で割り算したもの)　285人

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

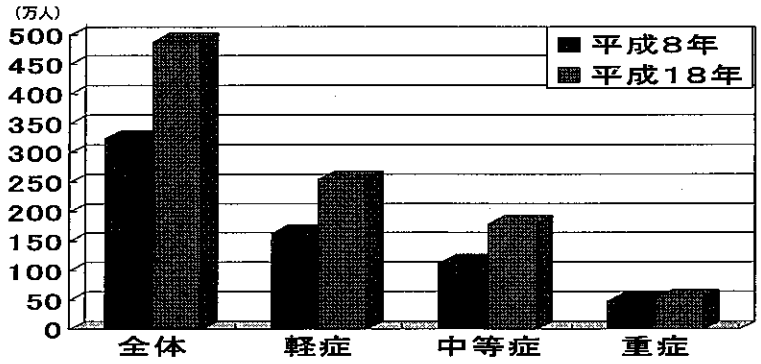
救急出動件数及び搬送人員の推移



(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場分を含む。
　　2　各年とも1月から12月までの数値である。

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)

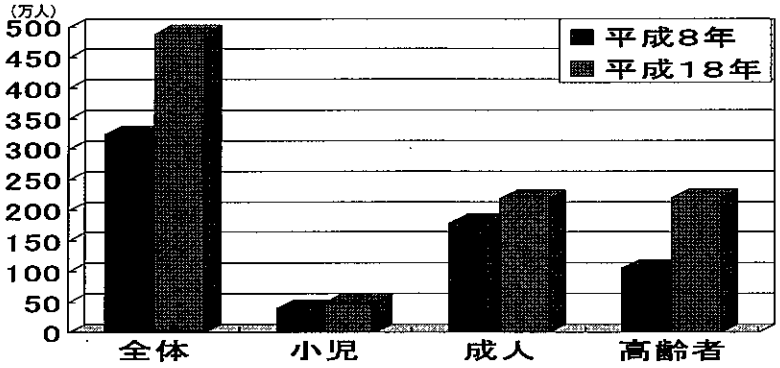
10年間の救急搬送人員の変化（重症度別）



	全体	軽症	中等症	重症（死亡も含む）
平成8年	324. 7万人	162. 8万人	113. 4万人	48万人
↓	164. 8万人増（+51%）	91. 8万人増（+56%）	66. 5万人増（+59%）	6. 1万人増（+13%）
平成18年	489. 5万人	254. 6万人	179. 9万人	54. 1万人

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化（年齢別）

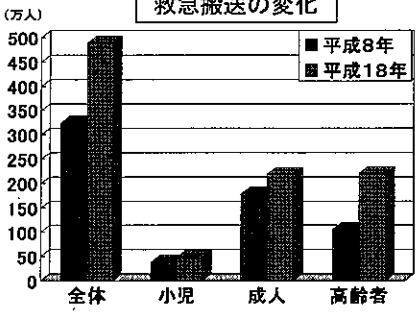


	全体	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
平成8年	324. 7万人	39. 3万人	179. 1万人	105. 9万人
↓	164. 8万人増（+51%）	10. 1万人増（+26%）	40万人増（+22%）	114. 8万人増（+108%）
平成18年	489. 5万人	49. 4万人	219. 1万人	220. 7万人

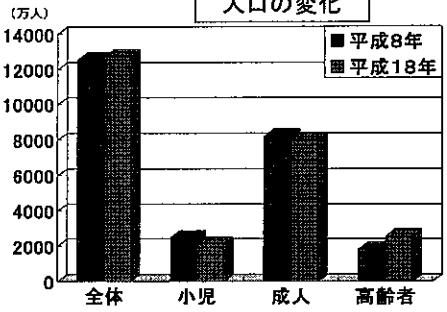
「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化
（年齢別の人口との比較）

救急搬送の変化



人口の変化

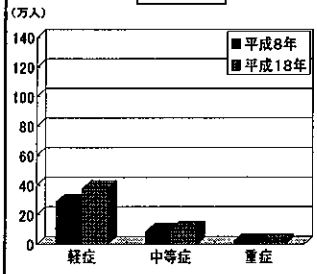


	小児（18歳未満）		成人（18歳～64歳）		高齢者（65歳以上）	
平成8年	39. 3万人	2496万人	179. 1万人	8221万人	105. 9万人	1826万人
↓	10. 1万人増（＋26%）	362万人減（－15%）	40万人増（＋22%）	194万人減（－2%）	114. 8万人増（＋108%）	741万人増（＋40%）
平成18年	49. 4万人	2134万人	219. 1万人	8027万人	220. 7万人	2567万人

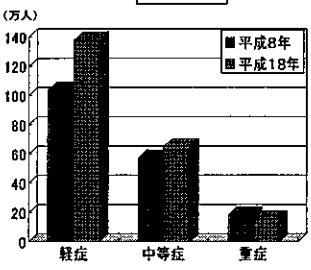
「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化（年齢・重症度別）

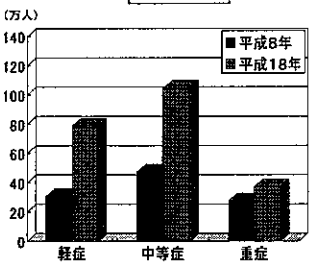
小児



成人



高齢者



平成8年中

全体	小児	成人	高齢者
重症	2. 2万人	18. 3万人	27. 5万人
中等症	8. 7万人	57. 2万人	47. 6万人
軽症	28. 4万人	103. 6万人	30. 8万人

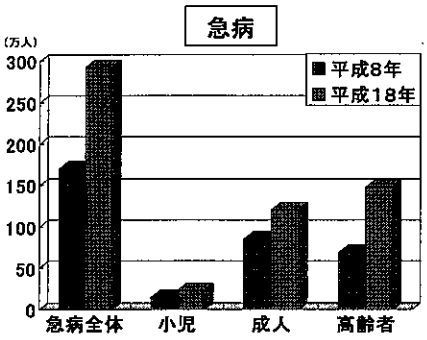
→

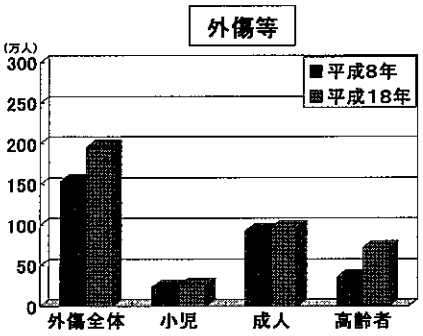
平成18年中

全体	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
重症	1. 6万人 0. 6万人減 －27%	15. 5万人 2. 8万人減 －15%	37. 2万人 9. 7万人増 ＋35%
中等症	10. 2万人 1. 7万人増 ＋19%	65. 2万人 8. 0万人増 ＋14%	104. 4万人 56. 8万人増 ＋119%
軽症	37. 8万人 9. 4万人増 ＋33%	138. 1万人 34. 5万人増 ＋33%	78. 8万人 48. 0万人 ＋156%

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

10年間の救急搬送人員の変化（年齢・病傷別）





平成8年中

	全体	小児	成人	高齢者
急病	171．2万人	15．1万人	86．1万人	70．0万人
外傷等	153．5万人	24．3万人	93．2万人	35．9万人

平成18年中

	全体	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
急病	293．0万人 121．8万人増 ＋71%	23．0万人 7．9万人増 ＋52%	121．6万人 35．5万人増 ＋41%	148．5万人 78．6万人増 ＋112%
外傷等	196．2万人 42．7万人増 ＋28%	26．4万人 2．1万人増 ＋9%	97．6万人 4．4万人増 ＋5%	72．2万人 36．3万人増 ＋101%

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータを基に分析したもの

第三次救急医療機関における
医師の勤務実態

救命救急センターで勤務する医師の勤務実態

平成19年9月14日
医政局指導課まとめ

○　調査の概要

全国の全救命救急センター（２０２ヶ所）あてにアンケート調査を郵送し、その回答を集計したもの。

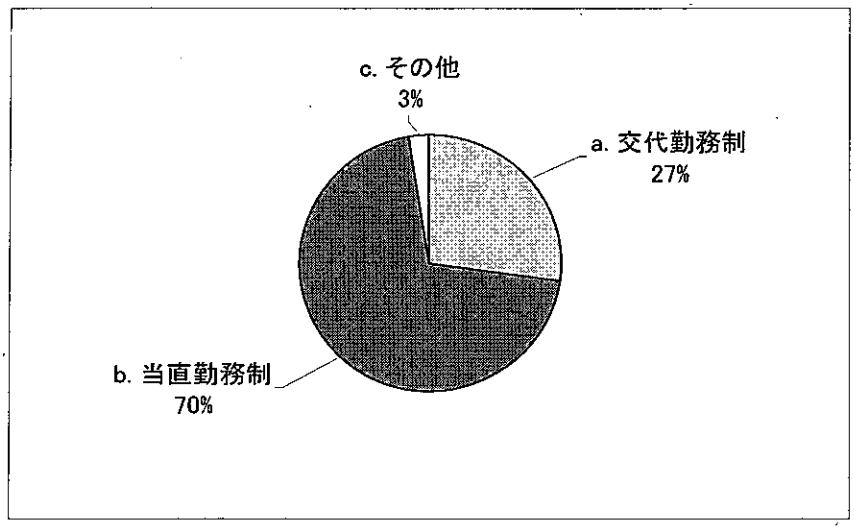
平成１９年度　厚生労働科学研究補助金事業において実施されている。

（主任研究者：山本保博　「メディカルコントロール体制の充実強化に関する研究」）

○　調査結果

アンケート回収率　　５６％（１１６／２０２）

（１）夜間の勤務体制



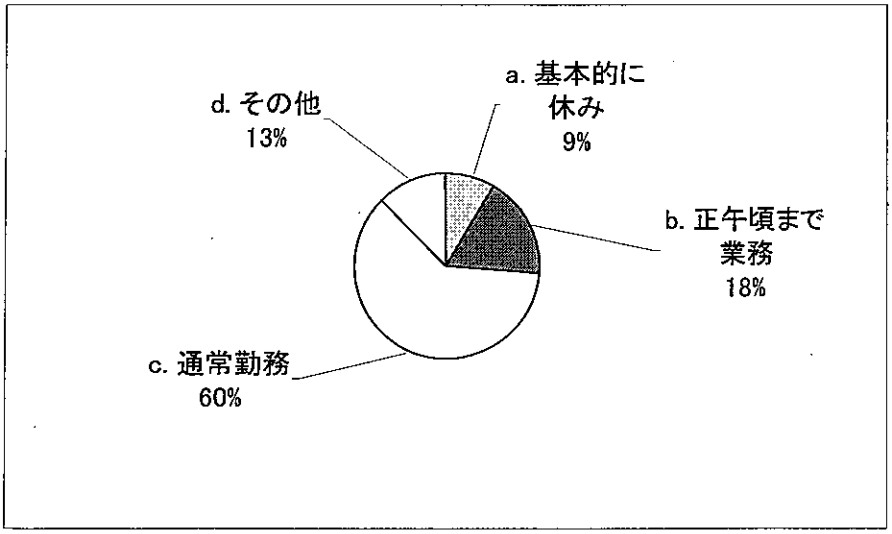
夜間の勤務体制

	回答数	回答率
a. 交代勤務制	31	27.2%
b. 当直勤務制	80	70.2%
c. その他	3	2.6%
計	114	100%

その他の内容

・準夜帯は時間内、深夜帯は当直扱い
・ドクターカー当直と変則ナイトシフト
・管理業務（入退出の許可）のみ

（２）当直後の日勤時間帯（平日）の勤務状況



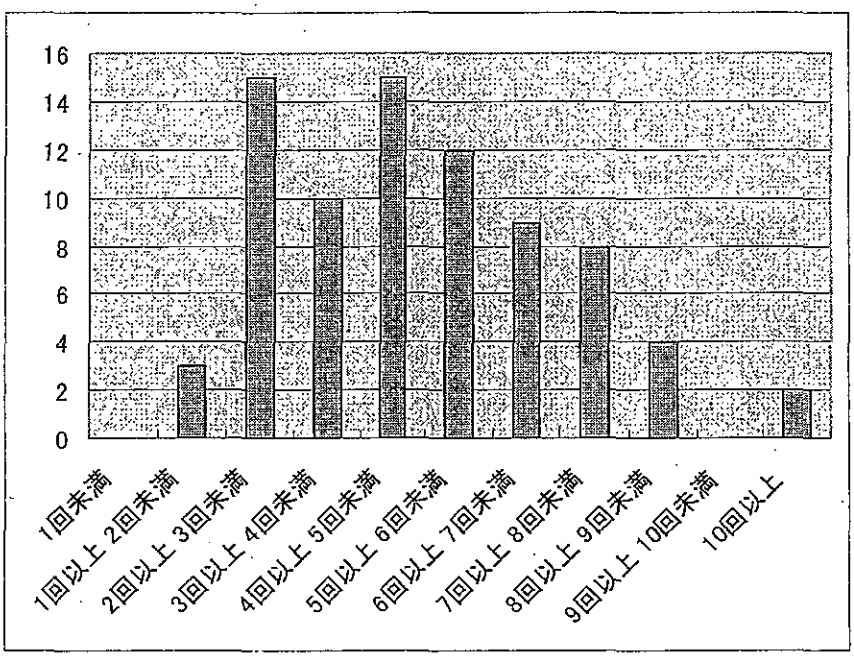
当直後の日勤時間帯（平日）の勤務状況の実態

	回答数	回答率
a. 基本的に休み	7	8.8%
b. 正午頃まで業務	14	17.5%
c. 通常勤務	49	61.3%
d. その他	10	12.5%
計	80	100%

（3）　施設の平均当直・日直回数（1ヶ月あたり）

平均回数　4．6回／月　（最大　13．5回、 最小　1．5回）

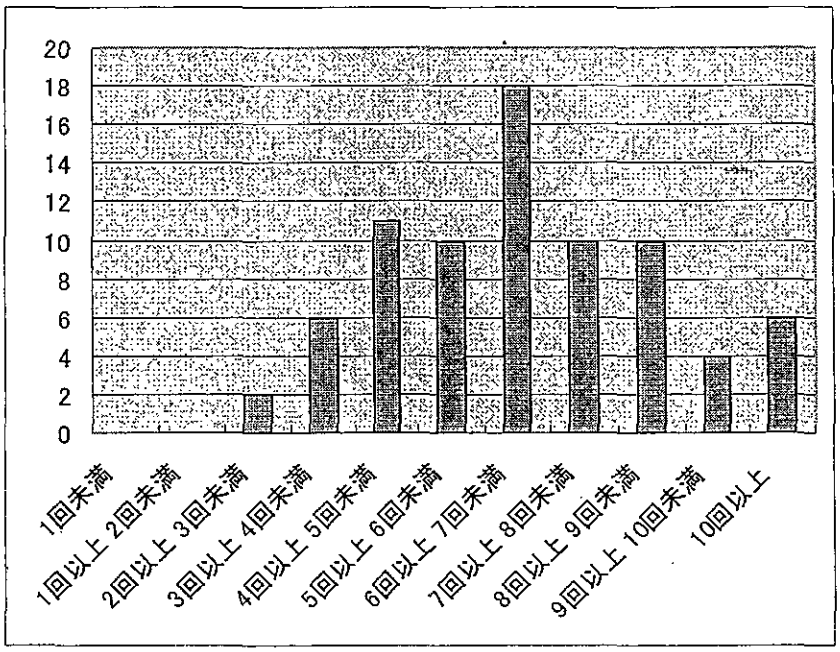
	回答数	回答率
1 回未満	0	0.0%
1 回以上 2 回未満	3	3.8%
2 回以上 3 回未満	15	19.2%
3 回以上 4 回未満	10	12.8%
4 回以上 5 回未満	15	19.2%
5 回以上 6 回未満	12	15.4%
6 回以上 7 回未満	9	11.5%
7 回以上 8 回未満	8	10.3%
8 回以上 9 回未満	4	5.1%
9 回以上 10 回未満	0	0.0%
10 回以上	2	2.6%
計	78	100%



（4）　施設の最も当直・日直回数の多い医師の当直・日直回数（1ヶ月あたり）

平均回数　6．4回／月　（最大　20回、 最小　2回）

	回答数	回答率
1 回未満	0	0.0%
1 回以上 2 回未満	0	0.0%
2 回以上 3 回未満	2	2.6%
3 回以上 4 回未満	6	7.8%
4 回以上 5 回未満	11	14.3%
5 回以上 6 回未満	10	13.0%
6 回以上 7 回未満	18	23.4%
7 回以上 8 回未満	10	13.0%
8 回以上 9 回未満	10	13.0%
9 回以上 10 回未満	4	5.2%
10 回以上	6	7.8%
計	77	100%



基発第0319007号
平成１４年３月１９日

都道府県労働局長　殿

厚生労働省労働基準局長
（公　印　省　略）

医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について

一部の医療機関においては、休日及び夜間勤務について、労働基準法第４１条及び労働基準法施行規則第２３条に基づく許可を受け、断続的労働である宿日直勤務として取り扱っているところであるが、このような医療機関のうち、救急医療を行う一部の医療機関において、宿日直勤務中に救急医療等の通常の労働が頻繁に行われているなど断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことが適切でない例などが少なからず認められるところである。

また、休日及び夜間における宿日直勤務に係る問題については、労働基準監督機関に対する申告が散見されるとともに、報道機関においても取り上げられているなど社会的な問題として顕在化しつつある状況がみられる。

ついては、これまでに宿日直勤務に係る許可を行った医療機関等に対して、今般、下記により宿日直勤務を中心とした休日及び夜間勤務の適正化を図ることとしたので遺憾なきを期されたい。

なお、社団法人日本病院会等に対しては、別添のとおり、休日及び夜間勤務の適正化等について要請を行っているので申し添える。

記

１　基本的な考え方

労働基準法（以下「法」という。）第４１条及び労働基準法施行規則第２３条においては、断続的労働である宿日直勤務について、所轄労働基準監督署長の許可を受けた場

合には、これに従事する労働者を法第３２条の規定にかかわらず使用することができるとしている。したがって、これらの労働者については、突発的に通常の労働を行った場合を除き、法第３６条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、法第３７条に基づく割増賃金を支払うことなく、法定労働時間を超えて労働させることができるものである。

ここでいう宿日直勤務とは、所定労働時間外又は休日における勤務の一態様であり、当該労働者の本来業務は処理せず、構内巡視、文書・電話の収受又は非常事態に備えて待機するもの等であって常態としてほとんど労働する必要のない勤務である。医療機関における原則として診療行為を行わない休日及び夜間勤務については、病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務のみが行われている場合には、宿日直勤務として取り扱われてきたところである。

しかしながら、宿日直勤務に係る許可を行った医療機関等においては、宿日直勤務において突発的に行われる通常の労働に対して割増賃金を支払っていないもの、宿日直回数が許可時の条件を上回っているものなどの問題が認められるものも散見される。また、救急医療体制の体系的な整備が進められてきたことに伴い、宿日直勤務において救急医療が頻繁に行われ、断続的労働である宿日直勤務として対応することが適切でない状況にあるにもかかわらず、断続的労働である宿日直勤務として法第３６条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、法第３７条に基づく割増賃金を支払うことなく労働させているものも少なからず認められるところである。

今回の一連の取組は、このような状況を踏まえ、宿日直勤務に係る許可を行った医療機関等を対象として、休日及び夜間勤務について、その労働実態を把握し、法第４１条に基づく断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことが適切であるかについて確認を行い、問題が認められる場合には、宿日直勤務に係る許可基準に定められた事項の履行確保を図ること又は宿日直勤務に係る許可の取消を行うことにより、その適正化を図ることとしたものである。

なお、本通達に基づく取組の対象とならない医療機関であっても、労働基準法等関係法令上の問題が認められる場合には、監督指導を実施するなどにより適切に対処することとする。

２　対象事業場

宿日直勤務に係る許可を受けた医療機関とすること。

３　具体的な対応

次の（１）から（３）まで順次実施すること。

（１）自主点検表の送付・回収による宿日直勤務の労働実態の把握及び分類

上記２の宿日直勤務に係る許可を受けた医療機関全数に対して、自主点検表を送付し、これを回収すること。また、回収した自主点検表に基づき、医療機関の現状の労働実態に応じて、以下に示すところにより分類を行うこと。

ア　交代制を導入するなどにより既に宿日直勤務を行っていない医療機関

イ　宿日直勤務について、許可基準に定められた事項を満たしており、問題がないと考えられる医療機関

ウ　宿日直勤務について、一部許可基準に定められた事項を満たしてないものの、その労働実態から、引き続き休日及び夜間について断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことが可能であると考えられる医療機関

エ　宿日直勤務中に救急医療が頻繁に行われるなどの労働実態から、休日及び夜間勤務を断続的労働である宿日直勤務として取り扱うことが適切でないと考えられる医療機関

（２）集団指導等の実施

ア　（１）のアであって、宿日直勤務に係る許可を行っている医療機関については、その必要性がなくなっているので、現在の労働実態を確認の上、許可を取り消すこと。

イ　（１）のウに対しては、集団指導を実施し、法第４１条に基づく断続的労働である宿日直勤務の趣旨及び許可基準に定められた事項の説明を行うなどにより、宿日直勤務の適正化等について改善指導を行うとともに、一定期日を付して、報告書の提出を求めること。

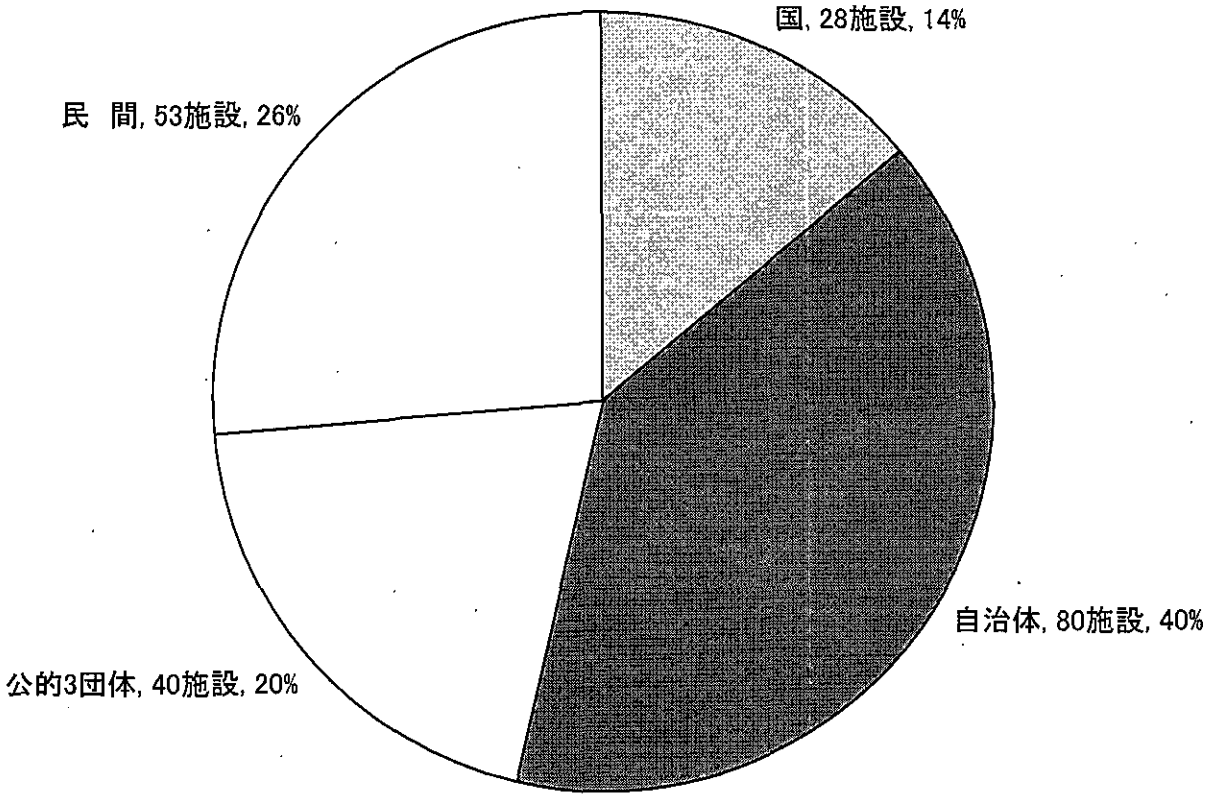
ウ　（１）のエ及び自主点検表の未提出事業場に対しては、集団指導を実施し、法第４１条に基づく断続的労働である宿日直勤務の趣旨及び許可基準に定められた事項の遵守又は交代制の導入等勤務体制の見直しを行う必要があることについて説明し、一定期日を付して報告書の提出を求めること。また、監督指導を通じて、休日及び夜間勤務の労働実態から断続的労働である宿日直勤務で対応することが適切でないことが明らかになった場合には、許可の取消を行う旨の説明を行うこと。

エ　集団指導に出席しない上記イ及びウの医療機関に対しては、別途文書による指導を行い、報告書の提出を求めること。

（３）監督指導の実施及び許可の取消

上記（２）のイ、ウ及びエにより指導を行ったにもかかわらず、報告書を提出しない医療機関及び報告書の内容から、断続的労働である宿日直勤務に問題があると考えられる医療機関に対しては、監督指導を実施すること。その結果、通常の労働が行われているにもかかわらず法第３７条に基づく割増賃金を支払っていないなど許可基準に定められた事項上の問題点が認められた場合には、法違反として指摘するなど所要の措置を講ずること。また、その労働実態から、断続的労働である宿日直勤務で対応することが適切でないことが明らかとなったものについては、許可の取消を行うこと。

救命救急センターの設置者別割合　（平成18年12月現在）



※　「国」は、国立病院機構、国立大学法人等である。
※※「公的3団体」は、日赤、済生会、厚生連である。

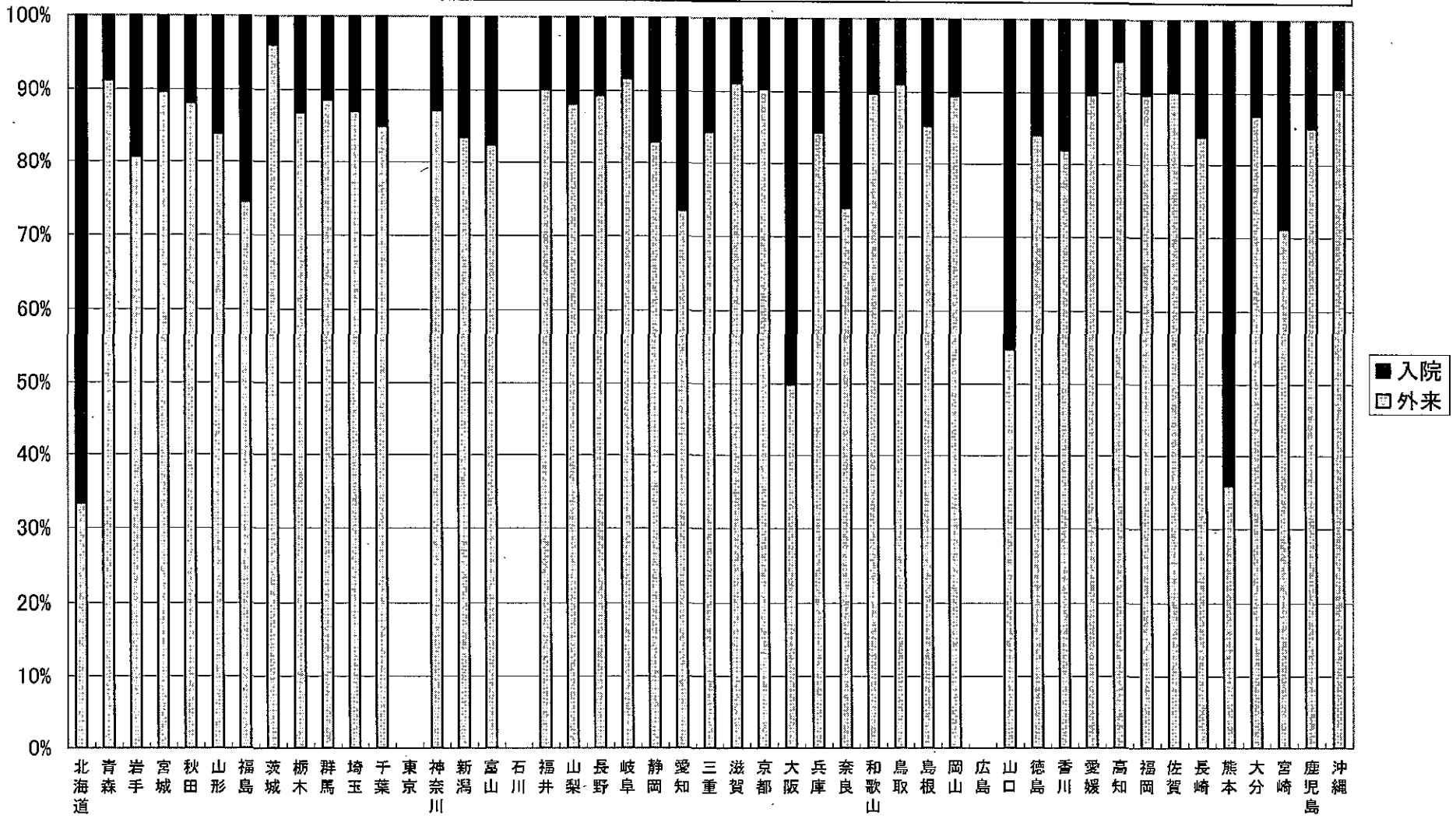
（厚生労働省医政局指導課調べ）

第二次救急医療機関の現状

外来患者／入院患者の割合 【輪番】

(H19.3.31現在　医政局指導課調べ)

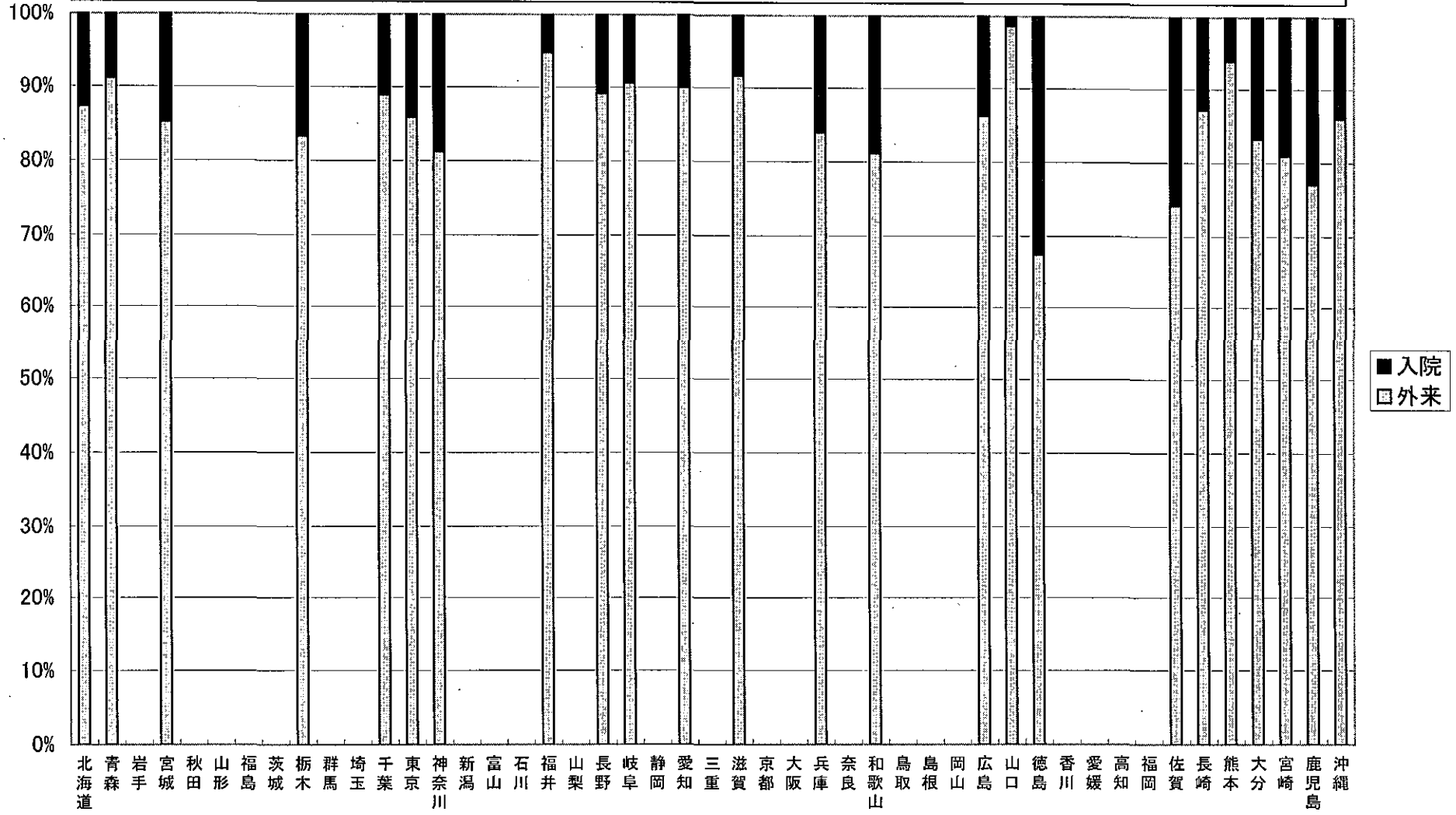
本来、入院治療を行う医療機関として位置付けられているが、実態としては、外来患者の割合が多く、また、都道府県間でばらつきがある。



外来患者／入院患者の割合 【拠点】

(H19.3.31現在 医政局指導課調べ)

「輪番」と同様に、外来患者の割合が多く、また、都道府県間でばらつきがある。



入院を要する救急医療機関及び初期救急医療機関における体制 （H19.3.31現在　医政局指導課調べ）

北海道

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
119	269.8	8.3	23.4	15.6	6.5	3.6	983.7

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	56	15	35	10	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
8	313.5	5.9	21.3	2.7	10.5	2.0	729.6

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	3	4	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1652		5755.6	106.8

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
14	1.9	10778.0	493.0

青森県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
17	307.0	8.2	33.0	2.9	6.6	5.0	706.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	5	3	8	0	1

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
3	361.7	4.7	37.3	3.3	10.7	3.5	762.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	3	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
322		2105.6	4.5

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
3	2.3	10833.3	191.3

岩手県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
43	239.9	7.3	11.9	2.3	5.8	2.1	345.8

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	31	2	9	1	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
499		4539.8	4.6

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
3	1.7	3187.0	75.0

宮城県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
43	206.2	6.5	24.2	2.5	4.5	5.4	259.8

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	21	5	8	8	1

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
4	257.8	7.0	23.7	3.5	5.0	4.7	301.8

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	1	2	0	1

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
514		5332.8	29.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
9	2.3	12720.6	434.8

秋田県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
20	346.5	12.6	24.4	2.9	10.3	2.4	431.6

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	7	3	8	2	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
134		819.3	24.3

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
5	1.2	2824.4	61.2

山形県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
37	261.8	6.6	18.6	3.0	6.9	2.7	723.6

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	16	9	8	4	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
150		2683.7	13.7

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
10	1.5	2909.1	71.8

福島県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
67	242.1	10.2	14.9	3.8	7.9	1.9	218.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	42	10	11	4	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
815		5800.7	36.3

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
5	1.8	8354.0	326.8

茨城県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
64	236.6	7.2	13.0	0.5	6.0	2.2	395.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	38	13	10	3	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
471		2018.8	256.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
10	1.3	3797.1	67.4

栃木県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
25	327.4	13.3	21.2	2.8	7.0	3.0	550.2

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	4	13	6	2	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
2	280.0	8.0	27.0	4.5	3.6	7.5	1925.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	1	1	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
181		5517.6	196.3

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
12	1.3	5287.9	114.5

群馬県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
62	209.5	6.6	14.0	1.6	4.2	3.3	202.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	38	7	12	3	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1096		8731.4	40.3

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
10	1.7	4626.1	77.0

埼玉県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
135	189.5	6.1	13.1	1.7	4.2	3.1	294.2

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	81	28	24	0	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
528		2886.0	8.4

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
29	1.5	4181.2	58.9

千葉県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
158	185.0	8.7	11.3	1.7	4.2	2.7	249.8

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	97	37	22	2	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	241.0	10.0	18.0	2.0	3.0	6.0	1286.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	1	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1240		3977.9	66.3

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
22	3.8	6134.3	205.3

東京都

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
267	257.5	5.1	18.4	2.6	6.9	2.7	1537.6

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	125	72	43	24	3

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
2476		5215.8	21.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
72	1.5	2872.9	46.2

神奈川県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
159	223.7	6.7	14.8	1.9	4.7	3.1	493.1

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	75	43	38	0	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	356.0	10.0	16.0	3.0	8.0	2.0	1154.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	1	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
406		1521.3	7.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
47	1.9	8242.5	147.7

新潟県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
63	250.6	6.3	17.5	2.9	4.7	3.7	268.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	24	20	16	2	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
419		2761.4	3.2

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
19	1.3	4207.4	93.3

富山県

入院を要する救急医療機関

輪番							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
20	373.5	8.1	40.4	7.1	10.9	3.7	1281.9

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	5	4	7	3	1

拠点							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番			
参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
293		1472.6	2.4

休日夜間急患センター			
参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	2.2	20412.3	337.7

石川県

入院を要する救急医療機関

輪番							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
11	336.5	7.7	N/A	N/A	2.7	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

拠点							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番			
参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
447		2775.3	27.3

休日夜間急患センター			
参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
1	2.0	1493.0	31.0

福井県

入院を要する救急医療機関

輪番							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
7	557.1	10.0	63.9	6.3	14.7	4.3	225.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	4	2	1

拠点							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
2	199.0	3.5	62.5	3.3	10.5	6.0	9.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	1	0	0	1

初期救急医療機関

在宅当番			
参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
119		2272.8	N/A

休日夜間急患センター			
参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	2.3	2961.8	54.5

山梨県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
33	165.7	4.0	10.9	1.3	3.7	2.9	326.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	18	9	6	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
370		3247.9	N/A

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
19	1.5	2110.0	N/A

長野県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
50	252.8	7.8	24.5	2.6	6.7	3.7	379.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	17	11	17	4	1

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
3	373.3	12.0	12.9	1.4	5.0	2.6	1006.7

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	2	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1066		6373.9	64.6

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
9	1.3	3951.9	90.7

岐阜県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
40	223.3	6.2	27.6	2.3	6.3	4.4	385.9

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	15	11	7	5	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
4	351.8	3.5	31.9	3.0	4.0	8.0	1223.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	1	1	1	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
326		1903.6	25.7

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
10	1.2	2049.8	39.5

静岡県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
60	295.1	5.1	24.6	4.2	7.9	3.1	831.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	21	12	18	9	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1392		10888.3	71.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
13	2.0	11211.5	368.9

愛知県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
111	222.4	6.4	20.7	5.5	5.6	3.7	321.7

当番日平均患者数別でみた医療機関数 (不明: 1)

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	48	22	29	9	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
3	504.7	6.7	79.1	7.9	10.0	7.9	2699.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	1	1	1

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1126		3727.5	28.4

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
53	1.5	3795.7	74.0

三重県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
27	280.3	10.2	26.8	4.2	6.0	4.5	1145.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	10	5	5	7	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
5	286.4	2.3	22.1	187.4	4.5	4.9	1278.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	3	2	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
160		701.2	11.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
11	1.3	4186.4	117.3

滋賀県

入院を要する救急医療機関

輪番							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
20	353.8	10.6	41.9	3.7	11.3	3.7	814.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	6	5	7	1

拠点							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
3	306.7	8.3	66.2	5.5	9.5	7.0	2141.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	2	1	0

初期救急医療機関

在宅当番			
参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
104		2511.6	175.5

休日夜間急患センター			
参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	1.8	3050.8	66.5

京都府

入院を要する救急医療機関

輪番							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
83	193.5	4.5	9.3	0.9	3.7	2.5	23.1

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	71	3	2	6	1

拠点							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番			
参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
28		426.0	1.0

休日夜間急患センター			
参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
11	1.7	4532.3	54.7

大阪府

入院を要する救急医療機関

輪番							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
234	219.3	6.0	25.3	12.7	5.2	4.9	1422.6

当番日平均患者数別でみた医療機関数(不明: 12)					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	122	46	32	16	6

拠点							
施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数					
患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番			
参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
N/A		N/A	N/A

休日夜間急患センター			
参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
44	35.3	10966.8	85.0

兵庫県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
177	174.8	6.8	12.8	2.0	3.7	3.5	194.7

当番日平均患者数別でみた医療機関数(不明: 1)

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	100	41	24	2	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	452.0	15.0	49.3	7.9	14.0	3.5	2697.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	1	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
657		4346.7	25.4

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
18	1.3	9453.7	220.0

奈良県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
44	195.2	6.6	11.1	2.9	3.1	3.6	217.2

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	26	10	7	1	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
20		1019.5	26.5

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
14	1.6	3244.9	68.1

和歌山県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
39	152.3	3.8	13.7	1.4	2.7	5.1	52.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	27	2	8	2	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	150.0	4.0	6.9	1.3	2.0	3.5	36.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	0	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
54		1858.5	9.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
7	1.8	5450.3	98.7

鳥取県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
21	214.8	4.5	32.5	2.9	9.3	3.5	79.6

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	10	3	3	1	4

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
N/A		N/A	N/A

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	1.0	2709.0	48.0

島根県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
17	246.1	5.1	18.4	2.7	6.6	2.8	624.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	8	3	5	1	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
144		781.3	8.6

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	1.2	1432.8	22.5

岡山県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
24	330.8	10.4	38.0	4.0	7.0	5.4	405.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数(不明: 1)

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	8	9	4	1

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
394		3736.3	14.8

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	1.3	3882.8	N/A

広島県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
59	227.5	6.7	4.5	22.0	7.6	0.6	474.9

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	29	14	8	5	3

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
3	352.3	8.0	30.6	4.2	5.0	6.1	1553.7

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	0	1	1	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
2037		6163.5	37.4

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
10	1.9	4632.8	154.4

山口県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
38	226.9	5.4	20.1	9.1	10.5	1.9	354.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	16	9	10	3	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	201.0	15.0	104.0	1.4	3.0	34.7	816.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	0	0	1

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
592		2477.8	31.7

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
9	2.1	5256.3	58.1

徳島県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
18	145.5	15.4	6.9	1.1	5.9	1.2	444.4

当番日平均患者数別でみた医療機関数(対象外: 1)

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	12	3	2	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
4	196.8	2.0	4.3	1.4	3.0	1.4	763.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数(不明: 1)

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	3	0	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
357		2205.8	53.2

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
2	1.8	13213.0	171.0

香川県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
16	323.9	18.3	12.2	2.2	5.7	2.1	545.2

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	9	3	4	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
460		6694.6	31.7

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
1	2.0	13386.0	441.0

愛媛県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
64	179.1	7.4	43.8	4.5	7.2	6.1	475.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	20	17	14	5	8

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
408		3089.3	27.1

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
5	8.9	4939.6	172.2

高知県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
8	107.9	12.9	7.1	0.4	1.8	3.9	47.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	6	2	0	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
144		3077.5	N/A

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
1	1.0	6273.0	126.0

福岡県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
252	151.5	3.6	9.7	1.0	4.0	2.4	55.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	186	30	27	7	2

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1641		5253.2	462.5

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
1	1.0	936.0	11.0

佐賀県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
61	96.7	2.3	20.2	2.0	3.0	6.7	29.9

当番日平均患者数別でみた医療機関数(不明: 7)

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	24	11	14	4	1

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	337.0	24.0	22.5	5.8	8.0	2.8	1.2

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	1	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
345		4951.7	319.8

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
8	1.7	6039.6	137.8

長崎県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
40	217.4	7.0	14.9	2.4	6.3	2.4	351.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	19	11	10	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
2	291.0	5.0	19.5	2.5	4.0	4.9	900.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	0	1	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
941		4038.1	30.2

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
2	2.5	8537.0	201.0

熊本県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
41	210.9	7.4	14.2	9.1	6.9	2.1	456.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	21	12	7	0	1

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
1	57.0	4.0	8.2	0.5	4.0	2.1	147.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	0	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
1042		7923.8	43.3

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
2	2.5	20236.5	714.0

大分県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
24	178.8	3.8	9.9	1.3	3.7	2.7	223.2

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	14	5	5	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
15	270.0	8.8	18.5	3.1	10.3	1.8	1014.8

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	4	4	7	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
563		5076.1	28.4

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
1	1.5	818.0	93.0

宮崎県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
4	213.8	9.8	6.6	1.9	5.5	1.2	668.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	3	1	0	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
6	249.0	15.0	16.3	3.1	9.6	1.7	1148.0

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	4	1	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
681		10327.1	81.4

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
4	2.8	12622.8	365.5

鹿児島県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
112	81.6	2.3	10.1	1.5	2.3	4.4	64.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	72	22	17	1	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
4	203.0	3.0	7.0	1.6	5.0	1.4	506.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	3	1	0	0	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
973		6648.0	55.0

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
2	2.0	12147.8	442.0

沖縄県

入院を要する救急医療機関

輪番

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
2	394.5	12.0	25.7	2.4	11.0	2.3	687.5

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	1	0	1	0	0

拠点

施設数	1施設当たり平均病床数	うち救急専用病床数	1施設当たり平均患者数(a)	うち入院患者数	1施設当たり当番日医師数(b)	医師当たり患者数(a/b)	1施設当たり救急自動車受入件数(年間)
3	356.7	10.0	45.0	6.3	10.7	4.2	1447.3

当番日平均患者数別でみた医療機関数

患者数	0-9	10-19	20-49	50-99	100-
病院数	0	0	2	1	0

初期救急医療機関

在宅当番

参加施設数		1当番群当たり当番日患者数(年間)	1当番群当たり当番日転送患者数(年間)
N/A		N/A	N/A

休日夜間急患センター

参加施設数	1施設当たり当番日医師数	1施設当たり当番日患者数(年間)	1施設当たり当番日転送患者数(年間)
2	3.0	4161.0	128.0

資料2

今後の救命救急センターのあり方

平成１９年１２月７日

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」（救命救急医療について）

１ 趣 旨

救命救急センターについては、これまでに質・量ともに一定の整備がなされてきたところ。しかしながら、今後も増大する見込みの救急医療需要に対して、一層の充実を図っていく必要がある。

特に、これまでの重症外傷等への対応に加え、今後増加が懸念される脳卒中、急性心筋梗塞等の急病への対応が課題である。また依然、受入病院の決定までに長時間を要する救急車搬送事案も発生しており、これらへの対策についても考えていく必要がある。

こういった状況を踏まえ、今後の救命救急医療のあり方について検討を行う。

２ 検討内容

- 救命救急センターの全国的な整備のあり方
- 高度救命救急センターのあり方
- 救命救急センターの評価方法のあり方

３ 会の位置付け等

- 指導課長による検討会
- 会は、原則公開
- 更に専門的な調査や検討を要する場合には、必要に応じ作業部会を開く（作業部会は非公開）

４ 会議のメンバー等

（別紙１のとおり）

５ 事務局

- 医政局指導課にて行う。

６ 第1回検討会

日　時：平成１９年１２月７日（金）１０：００～１０：４５
場　所：厚生労働省議室（９階）（千代田区霞が関１－２－２）
（※　第１回検討会終了後、作業部会を開催する。）

７ 開催スケジュール

- １２月より会を数回開催し、年度内を目途にとりまとめを行う。

（別記）

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」（救命救急医療について）

＜メンバー＞

石井　正三　　日本医師会常任理事

泉　　陽子　　茨城県保健福祉部長

坂本　哲也　　帝京大学医学部救命救急センター教授

篠崎　英夫　　国立保健医療科学院長

島崎　修次　　(財)日本救急医療財団理事長　／　杏林大学救急医学教授

豊田　一則　　国立循環器病センター　内科脳血管部門　医長

野々木　宏　　国立循環器病センター　心臓血管内科　部長

藤村　正哲　　大阪府立母子保健総合医療センター　総長

前川　剛志　　山口大学医学部長

松下　　隆　　帝京大学医学部整形外科主任教授

山本　保博　　日本医科大学救急医学主任教授

＜オブザーバー＞

荒木　裕人　　総務省消防庁救急企画室

＜省内関係部局＞

雇用均等・児童家庭局　母子保健課

保険局　医療課

救命救急センターの充実度段階評価について

○　平成11年度から、救命救急センター全体のレベルアップを図ることを目的として実施。以後、毎年実施している。

○　前年の1年間の実績に基づき、各救命救急センターからの報告結果を点数化して、充実度段階A・B・Cとして3段階に区分。

○　評価は、救命救急センターの救急専用電話の有無、空床の確保数、診療データの集計の有無、専任医師数等の診療の体制面を中心に実施。

○　評価結果は、施設の運営費補助金や診療報酬の加算に反映される仕組みであり、充実度評価結果は公表される。

○　平成18年度・19年度は、全ての施設において充実度段階がA評価であった。

新しい充実度評価の基本的な考え方（案）

①　第３次救急医療機関に求められる機能を明確にする。

②　それぞれの機能について、体制および実績を評価する。

③　それぞれの施設からの報告を元にした評価を基本とするが、第３者の視点による評価項目も加える。また、必要に応じて報告の内容について検証が可能な項目をできるだけ取り入れる。

④　評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口、重症患者数等の状況に応じて、求められる水準を調整する。

⑤　評価の前に試行を行い、その結果を踏まえ実情に応じて調整する。また、必要に応じて適宜基準を修正する。

① 第3次救急医療機関に求められる機能を明確にする。

第3次救急医療機関に求められる4本の柱（案）

（1） 重症・重篤患者の診療機能

- 地域において発生した救命救急医療が必要と考えられる重症・重篤搬送患者を疾病の種類によらず24時間365日受け入れ、適切な診療を行う。
- 搬送・来院後に重症重篤化する患者を的確にトリアージするなど、すべての救急患者に対して適切で質の高い診療を行う。
- 救命救急センター長は、病院全体の救急医療体制において中心的な役割を担う。

（2） 地域の救急搬送・救急医療体制の支援機能

- 自施設内のみならず、地域の救急搬送・救急医療体制の質の向上のため、メディカルコントロール体制に積極的に関与する。
- 地域の救急医療体制の構築、救急医療の質の管理に積極的な役割を担う。
- 地域の他の医療機関では診療が困難な救急患者について、地域の救急医療の最後の砦として受け入れる。

（3） 救急医療の教育機能

- 病院内の職員のみならず、地域における学生、医師、看護師、救急救命士等の医療関係者への救急医療に関する教育・研修において積極的な役割を担う。

（4） 災害医療対応機能

- 平時において、外傷、熱傷等の診療を行う救命救急センターを有する病院は、災害発生時には院内外の災害医療の中心としての役割を担う。

③　それぞれの施設からの報告を元にした評価を基本とするが、第3者の視点による評価項目も加える。必要に応じて報告の内容の検証が可能な項目をできるだけ取り入れる。

第3者の視点・検証が可能な評価について

（現状）

○　評価の質を維持するために、評価の開始後しばらくは個々の施設の実態についてサンプル調査を実施する等の対応がなされていた。

○　近年はそういった調査は実施されず、評価と実態に解離がある施設もあるとの指摘がなされているところ。

（対応）

○　必要に応じて報告の内容について検証が可能な項目をできるだけ採用する。

○　また、これまでの各施設からの報告のみならず、都道府県などによる評価項目を加える。

○　なお、評価の質を担保するためには行政（都道府県）等による実態調査の実施が不可欠。

④ 評価項目によっては、施設の所在地の状況や周辺人口、重症患者数等の状況に応じて、求められる水準を変更する。

地域における救急医療の確保という視点について

（現状）

○　平成16年より、周辺人口が少ない地域であるものの、既存の救命救急センターへのアクセスに長時間を要する地域にも、救命救急センターの設置を促すため、通常の病床数（30床）より小規模（20床以下）な施設（新型救命救急センター）の整備も推進することとし、これまで17ヶ所設置されてきたところ。

○　こういった地域にある新型救命救急センターについては、患者受入数、医師数等について、通常のセンターと同一の水準を求めることは困難であるとして、これらの評価項目については一段低いが設定されてきた。

（対応）

○　今回の改訂においても、最寄の救命救急センターへのアクセスに長時間を要するセンターについては、同様の対応を盛り込んではどうか。

資料3

災害医療体制

新潟県中越沖地震への対応について

７月１６日（月）

１０：１３	地震発生
３０	新潟県が広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）を災害運用に切替
３３	ＥＭＩＳにより全国のＤＭＡＴに待機要請
１１：０５～	**新潟県のＤＭＡＴが出動　（新潟市民病院・村上総合病院）**
５５	日本医科大学千葉北総病院ＤＭＡＴにドクヘリでの派遣要請
１３：１２	**日本医大千葉北総病院（千葉県）ＤＭＡＴがドクヘリで長岡赤十字病院着**
１３：３５	最初のＤＭＡＴ（新潟市民病院）が刈羽郡総合病院へ到着 病院支援、トリアージを開始
１３：５０	刈羽郡総合病院から長岡赤十字病院へ自衛隊ヘリ(CH-47)で２名搬送
１４：０２	厚生連村上総合病院が刈羽郡総合病院へ到着
１４：１９	**刈羽郡総合病院に患者が殺到していることを受け、新潟県からの要請により、ＥＭＩＳを通じ、隣接県のＤＭＡＴは刈羽郡総合病院に参集するよう要請（指導課経由）**
１５時以降	刈羽郡総合病院へ各地からＤＭＡＴが集まり始める。
１５：４５	左大腿骨開放骨折患者を刈羽郡総合病院から千葉北総病院のドクヘリで新潟県庁臨時ヘリポートへ搬送（患者は救急車により新潟大学へ搬送）
１９：１４	千葉北総病院ドクヘリのミッションの終了決定 **（この間１５都県４２チームが活動）**

７月１８日（水）

１０：００	災害急性期におけるＤＭＡＴとしての活動は終了（発災から概ね４８時間）

新潟中越沖地震への対応について

EMISを通じてのDMAT待機のお願い

→ 全国のDMAT隊員、救命救急センター、

災害拠点病院、都道府県　等

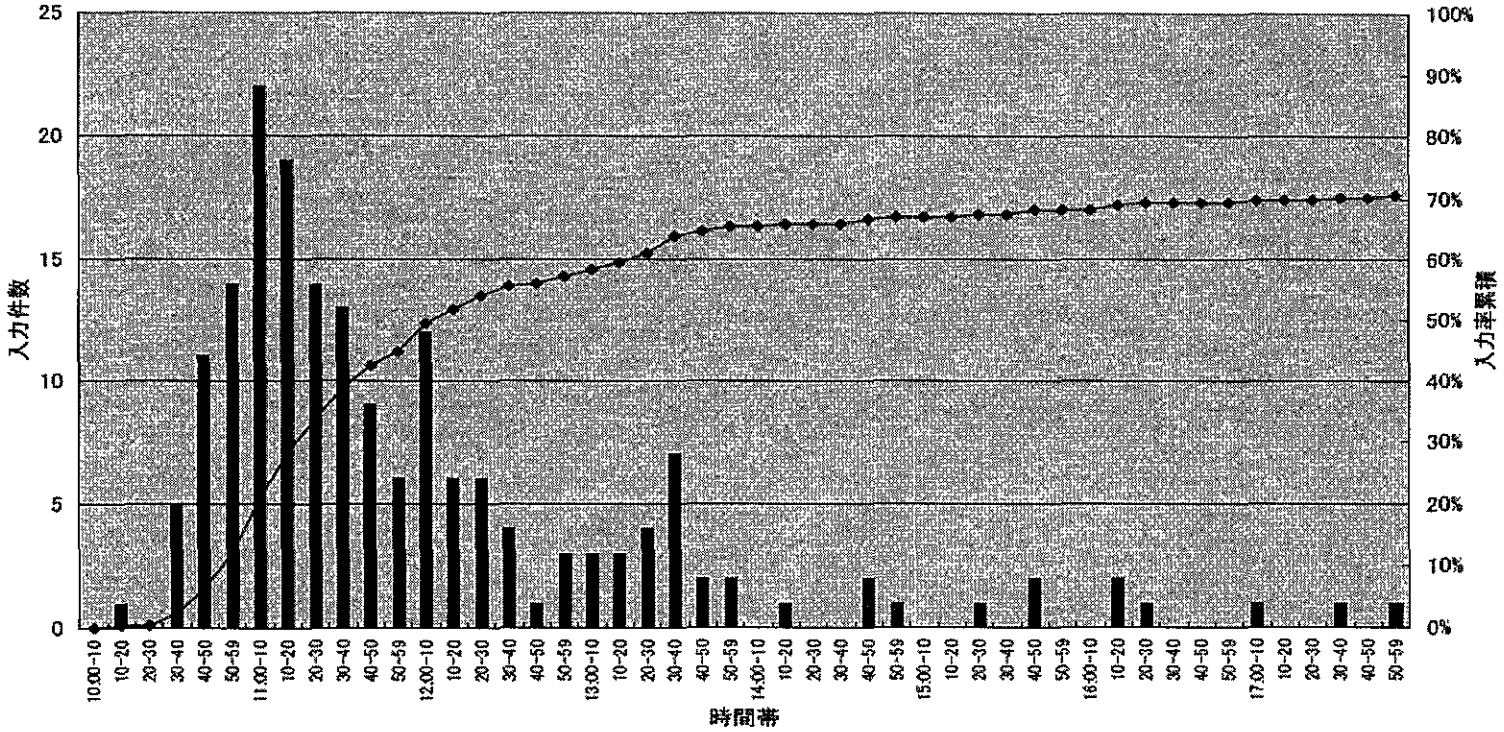
No.	レベル	タイトル（通報日時）	
		手段	通報者
1036	緊急	新潟県上中越沖地震（2007/07/16 10:33:58）	
		メール,FAX	厚生労働省医政局指導課

内容
新潟県上中越沖で大きな地震(震度6強)がありました。 傷病者多数発生等可能性がありますので、ニュース等を注視いただくとともに、DMATの出動が必要となる可能性がありますので、病院において待機をお願いします。

新潟中越沖地震への対応について
EMISによるDMAT活動状況の入力率

【新潟県中越沖地震】DMAT活動状況入力率　　平成19年7月16日（月）　10時～18時

時間帯別入力率：全国



※2007年7月16日新潟県中越沖地震発生後にDMAT活動状況入力を実施した医療機関数の時系列推移
※対象医療機関：日本DMAT隊員養成研修受講医療施設（255機関）

新厚発第２１号
平成１９年　７月２５日

内閣総理大臣　安倍晋三　様

新潟県厚生農業協同組合連合
経営管理委員会会長　柳澤武

新潟県厚生農業協同組合連合
刈羽郡総合病院
病院長　小林

新潟県中越沖地震への対応について（御礼）

謹啓

盛夏の候、内閣総理大臣及び政府自民党におかれましては、ますますご隆盛のこととお喜び申し上げます。

日頃から本会厚生連事業につきまして特段のご理解・ご高配を賜り、衷心より厚く御礼申し上げます。

さて、７月１６日に発生いたしました新潟県中越沖地震におきまして地元新潟県柏崎市にございます本会の刈羽郡総合病院は地域基幹病院・災害拠点病院として早速救急患者の受入れを開始し、診療態勢の確保に努めたところであります。

しかしながら、当院においても被災を受け、特にライフラインの停止により通常の診療機能に障害が生じるなど過去にない大変な状況となりました。

こうしたなか、国による災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）のご派遣及び救援物資のご支援等、迅速且つ適切な措置によりまして、何とか急場をしのぐことができました。これも偏に安倍総理を始めとする政府与党の皆様方によります格別なるご配意・ご支援の賜物と深く感謝申し上げます。

これから、震災復旧に向け組織を挙げてがんばっていく所存でありますので、今後とも変わらぬご支援・ご理解を賜りますよう重ねてお願い申し上げ、取り急ぎ御礼の挨拶とさせていただきます。

謹白

○ 県から厚生労働省への派遣要請は当日の午後1時半

○ 県としては既に何隊かが自主派遣で現地に向かっていた上、被災状況の把握途中で、判断材料をつかみきれなかった。

○ 「要請後に出発したが、到着したら『午後3時頃までが戦場だった』と言われた。本当はそこにいなければならなかったのに」

○ 「結果的に無駄足になっても、迅速な要請が望ましい」とする声の一方で、「行政だけで必要性を見極めるには無理がある。専門家の後押しが必要だ」

○ 「自主派遣の場合、費用負担をどうするのかが問題となる。要請があった方が（費用の問題がクリアされ）動きやすい。

潮流 時流

初動体制 ばらつきも

中越沖地震の避難所で被災者の診療に当たるDMAT隊員ら。本来の救急医療に加え、こうした避難所巡回も行われた＝7月16日午後11時すぎ、柏崎市の元山コミュニティセンター

費用や補償 協定未整備

緊急砂防事業 7カ所を採択

DMAT運用に関する今後の課題

ー新潟県中越沖地震での活動等を踏まえてー

○ **派遣要請の方法等の問題（初動体制の確立）**

→ *都道府県からの要請が来ない、遅い*

○ **統括DMATの役割**

→ *統括の役割が明確でない。統括者のサポート体制も必要*

○ **被災地への交通手段**

→ *被災地内を走行するためには緊急車両が必要*

○ **被災地内での情報通信**

→ *DMAT間や災害対策本部等との情報通信方法が確立していない*

○ **EMISの諸問題**

→ *DMAT管理メニューの使い勝手が悪い*

○ **ヘリコプター運用の諸問題**

→ *消防防災ヘリとドクヘリの役割分担、要請方法が不明確*

→ *ドクヘリの広域災害時の運用が不明確*

等々

平成20年度予算案（新規事業）の概要

1．災害医療調査ヘリコプター運用事業（案）

（1）目　的

地震等大規模災害発生時に、災害医療の専門家が、速やかにヘリコプターをチャーターして被災地に入り、被災地の医療に係る被害状況を把握し、被災都道府県や消防機関等の関係機関と連携し、情報の共有化を図ることにより、迅速かつ適切な医療の確保を図ることを目的とする。

（2）補助対象

独立行政法人国立病院機構災害医療センター

2. 災害拠点病院等活動支援事業（案）

○ 防災訓練等参加費

（1）目　的

総合防災訓練の一環として行われる広域医療搬送実働訓練や国民保護訓練など国又は国と地方公共団体との合同で実施される防災訓練等へのDMATの参加を促進することを目的とする。

（2）補助対象

都道府県からDMAT指定医療機関として指定を受けた病院の開設者

（3）基準額

厚生労働大臣が必要と認めた額

（4）対象経費

旅費、需用費（自動車借料、燃料費）

（5）補助率　　10／10

○ DMAT活動費

（1）目　的

災害発生時に被災都道府県又は厚生労働省から派遣要請を受けたDMATが、被災地における、災害現場での医療、病院支援、患者搬送等の災害急性期での医療の確保のための活動を有機的かつ効果的に実施できるよう支援することを目的とする。

（2）補助対象

都道府県の指定を受けたDMAT指定医療機関の開設者が行うDMAT活動に対して都道府県が補助する事業

（3）基準額

厚生労働大臣が必要と認めた額

（4）対象経費

報酬、給料、職員手当等、旅費、需用費（消耗品費、医薬材料費、医療用消耗品費、自動車借料、燃料費、食糧費）、役務費（通信運搬費）

（5）補助率　　1／2（国1／2、都道府県1／2）

日本DMAT活動要領の見直し

現　行

（派遣要請）

・ DMATの派遣は、被災地の都道府県からの要請に基づくものである。

・ 緊急でやむを得ない場合、厚生労働省、都道府県等は、被災地の都道府県の要請がなくとも、医療機関の自発的な活動に期待した要請を行うことができるものとする。

（統括DMAT）

・ DMATの運用に関する専門的知見を持ち、厚生労働省に認定されたものとする。

・ 日本DMAT隊員養成研修において指導的役割を果たす。

・ 災害時においては、DMATの運用の指導的役割を果たし、責任者となるものである。

（都道府県と医療機関の協定）

・活動は、都道府県と医療機関等との間で締結された協定基づくものである。

（費用の支弁）

・ 都道府県との事前の協定に基づいて支弁されるものとする。

・災害救助法が適用され場合には、災害救助法による費用の支弁が可能となる。

見直し（素案）

（派遣要請）

・ DMATの派遣は、被災地の都道府県又は厚生労働省からの要請に基づくものとする。

※被災都道府県は統括DMAT、災害医療専門家の助言を得る。

厚生労働省からの派遣要請は、被災地の都道府県からの要請とみなすものとする。

・ 被災都道府県のDMATは、一定規模以上（例：震度6弱以上の地震が発生した場合　等）の災害が発生した場合は、都道府県又は厚生労働省の派遣要請に依らず、出動するものとする。（地域防災計画等に明記）

・ 県域を越えた出動基準は検討中

・「医療機関の自発的な活動に期待した要請」は削除

（統括DMAT）

・ 役割、資格要件、具体的業務等を追記

例：災害時、時間とともに変化する様々な局面において、関係する組織と連携・調整を図りつつDMATを統括する者

（都道府県と医療機関の協定）

・ 運用計画、協定書の雛形を例示

（費用の支弁）

・ 平成20年度新規事業（DMAT活動費）を追記

災害救助法が適用されない災害であって、被災都道府県又は厚生労働省が要請した場合（DMAT指定医療機関に限る）

資料4

ドクターヘリの全国的な配備等

ドクターヘリ導入促進事業について

概　　要

○　厚生労働省において平成１１年度及び平成１２年度に川崎医科大学付属病院高度救命救急センター（岡山県）、東海大学医学部付属病院救命救急センター（神奈川県）の全国２ヶ所で「ドクターヘリ試行的事業」を実施し、これまでの実績においても救命救急医療上、顕著な成果をあげている。

○　内閣（内政審議室）に設けられた「ドクターヘリ調査検討委員会」において、ドクターヘリ事業の実施を強く期待する報告書（平成１２年６月）がとりまとめられ、平成１３年度から、救急医療体制のさらなる充実を図るため、ドクターヘリ事業を全国展開している。

○　平成１３年度は、岡山県（川崎医科大学附属病院）、静岡県（聖隷三方原病院）（平成１８年度より県単独事業として実施）、千葉県（日本医大千葉北総病院）、愛知県（愛知医科大学附属病院）、福岡県（久留米大学病院）の５県で導入。

平成１４年度は、神奈川県（東海大学病院）、和歌山県（和歌山県立医大附属病院）の２県で導入。

平成１５年度は、静岡県にて２機目（順天堂大学医学部附属静岡病院）を導入。

平成１７年度は、北海道（手稲渓仁会病院）、長野県（佐久総合病院）の２道県で導入。

平成１８年度は、長崎県（長崎医療センター）で導入。

平成１９年度は、埼玉県（埼玉医科大学総合医療センター）、大阪府（大阪大学医学部附属病院）、福島県（福島県立医科大学附属病院）の３府県で導入。

※　平成２０年１月末現在、１３県・１３機にて事業を実施。

平成２０年度予定額

事 業 名　ドクターヘリ導入促進事業

予 算 額　１，３５９百万円（前年度１，１０３百万円）

箇 所 数　１６ヶ所（前年度１３ヶ所）

補 助 率　１／２（負担割合：国１／２、都道府県１／２）

基 準 額　１ヶ所当たり年間約１７０百万円

実施主体　救命救急センター等

※　医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）（17,159百万円）の内数

※　「ドクターヘリ」とは、救急専用の医療機器を装備したヘリコプターを救命救急センターに常駐させ、消防機関・医療機関等からの出動要請に基づき救急医療の専門医・看護師が同乗し、救急現場等に向かい、現場から救命救急センターに搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことのできる専用ヘリコプター。

ドクターヘリ導入促進事業では、民間ヘリコプター会社を活用し、委託により専用ヘリコプターを救命救急センターに常駐させる。

これまでのドクターヘリの配備状況

年度	13	14	15	16	17	18	19
北海道					手稲渓仁会病院		
青森							
岩手							
宮城							
秋田							
山形							
福島							福島県立医大
茨城				(H16.7.1～千葉県と連携)			
栃木							
群馬							
埼玉							埼玉医大
千葉	日本医大千葉北総病院						
東京							
神奈川		東海大					
新潟							
富山							
石川							
福井							
山梨			(H15.4.1～神奈川県と連携)				
長野					佐久総合病院		
岐阜							
静岡	聖隷三方原病院		順天堂医大静岡病院			(県単独事業)	
愛知	愛知医大						
三重		(H15.1.1～和歌山県と連携)					
滋賀							
京都							
大阪							大阪大学
兵庫							
奈良		(H15.1.1～和歌山県と連携)					
和歌山		和歌山県立医大					
鳥取							
島根							
岡山	川崎医大						
広島							
山口							
徳島							
香川							
愛媛							
高知							
福岡	久留米大						
佐賀			(H15.9.30～福岡県と連携)				
長崎						長崎医療センター	
熊本							
大分						(H18.4.25～福岡県と連携)	
宮崎							
鹿児島							
沖縄							
箇所数累計	5	7	8	8	10	11	14

「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」の概要

ドクターヘリの定義

医師等が搭乗するドクターヘリに限る。 ※消防防災ヘリ等は対象としない。

整備の目標

地域の実情を踏まえつつ全国的に整備（以下の事項に留意）

ア <u>必要に応じて消防機関、海上保安庁等との連携・協力</u>

イ へき地における救急医療

ウ 広域にわたる（都道府県の区域を超えた）連携・協力

国が行うこと

○医療法に基づく「基本方針」に、ドクターヘリを用いた救急医療確保に関する事項を記載

○都道府県に対し、予算範囲内において、費用を補助（補助率1/2）

<u>○助成金交付事業を担う法人制度の設置</u>

○健康保険等の適用に係る検討（法施行後3年）

都道府県が行うこと

○医療法に基づき、基本方針に即して、「医療計画」に、ドクターヘリを用いた救急医療確保を記載

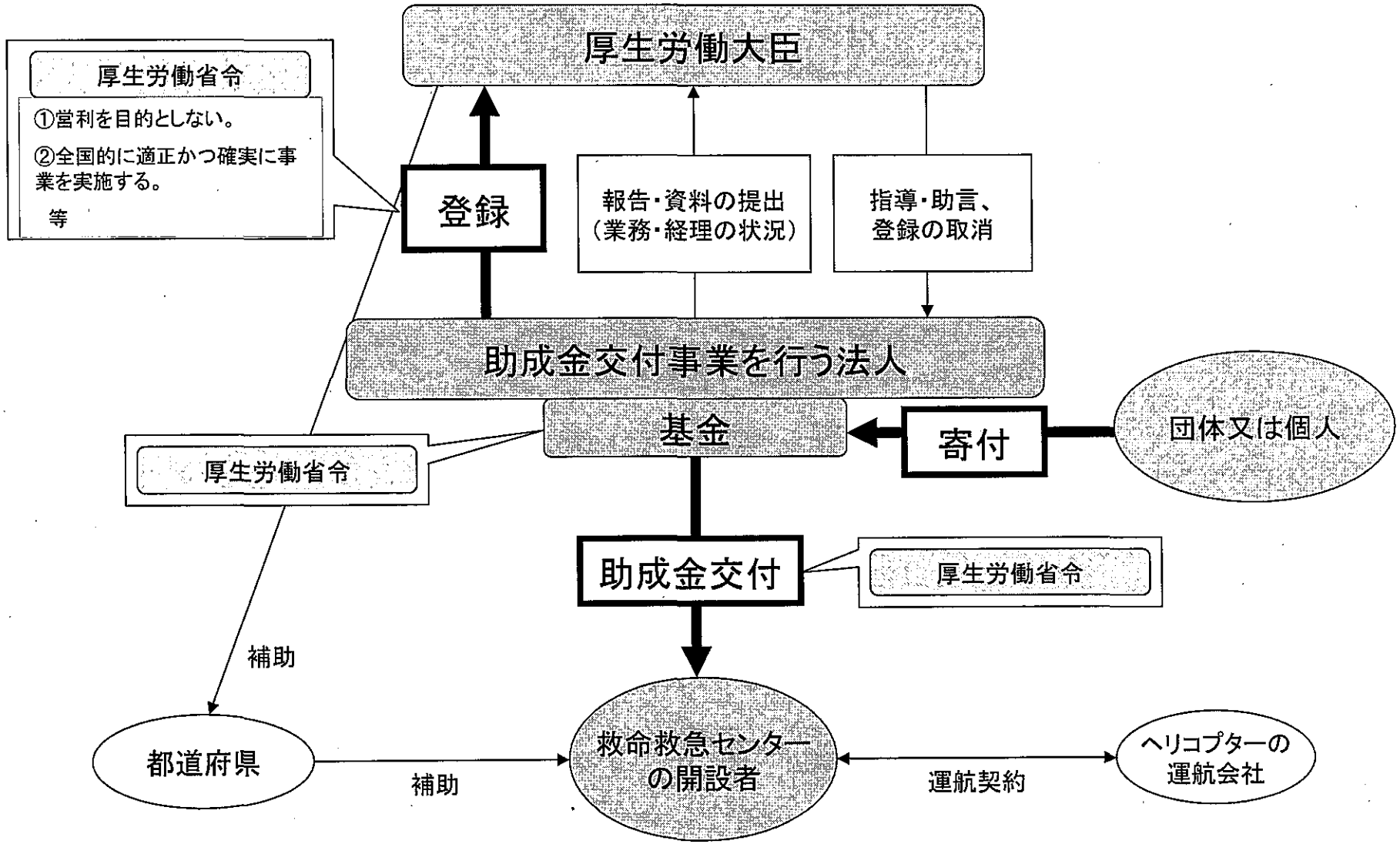
○運航に係る環境整備（搬送に関する基準作成、着陸場所の確保、隣接県との共同運航の調整等）

○病院の開設者に対する費用の補助

施行等

公布日（平成19年6月27日）施行 ※法人制度の設置は平成20年6月27日まで。

助成金交付事業制度（概念図）



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に規定する助成金交付事業に係る登録に関する省令（案）の概要

１．制定の趣旨

平成１９年６月２７日に救急医療用ヘリコプターの全国的な整備を図ることを目的とした「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」（以下「法」という。）が公布され、同法において、病院の開設者に対し救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供に要する費用に充てるための助成金を交付する事業（以下「助成金交付事業」という。）を行う法人の登録制度が創設されたところ。

本省令は、当該登録制度の設置に関し、助成金交付事業の内容、登録法人の基準等を定めるものである。

２．省令の内容

（１）法第９条第１項において厚生労働省令で定めることとされた助成金交付事業については、以下のいずれかの費用に充てるための助成金を交付する事業であって、営利を目的とするものでないものとする。

①救急医療用ヘリコプターの確保及びその運航のための基盤整備に要する費用
②救急医療用ヘリコプターの運航に要する費用
③救急医療用ヘリコプターの運航の支援に要する費用

（２）法第９条第３項第１号において厚生労働省令で定めることとされた基金に関する基準については、以下のとおりとする。

①その管理者が置かれていること。
②その収入は、寄附金及び当該基金の運用により生じた収益で構成されていること。
③その支出は助成金の交付及びこれに要する費用並びに当該基金の管理及び運用に要する費用以外に充てられていないこと。
④③で定める費用の額が実費を勘案して合理的であると認められる範囲内であること。
⑤その支出について、（３）の⑤の委員会の意見を聴取していること。

⑥その運用の状況に関する記録が作成されていること。

（３）法第９条第３項第２号において厚生労働省令で定めることとされた登録法人に関する基準について、以下のとおりとする。

①その役員に救急医療に関する識見を有する者が含まれていること。

②救急医療の充実に関する事業について相当の実績を有すること。

③助成金交付事業を継続的に実施できると認められる計画を有すること。

④特定の地域に偏ることなく全国的に助成金交付事業を実施すること。

⑤医療、法律、会計等に関して識見を有する第三者からなる委員会を設置していること。

⑥助成金交付事業を適確かつ円滑に実施するに足りる経理的基礎及び技術的能力があること。

⑦役員のうちには、各役員について、当該役員並びにその配偶者及び３親等以内の親族が役員の総数の３分の１を超えて含まれることがないこと。

⑧社員その他の構成員又は役員及びこれらの者の配偶者又は３親等以内の親族に対して特別の利益を与えないこと。

⑨不適正な経理が行われていないこと。

⑩不正の行為又は法令に違反する事実その他公益に反する事実がないこと。

⑪その定款又は寄附行為（以下「定款等」という。）において、登録が取り消された場合は、その基金の全額を国、地方公共団体又は他の登録法人に贈与する旨の定めがあること。

②その定款等において、当該法人の解散があった場合は、その残余財産が国、地方公共団体又は他の救急医療の充実を目的とする法人に帰属する旨の定めがあること。

（４）法第９条第１項の登録を受けようとする法人は、申請書に次に掲げる書類を添付して、厚生労働大臣に提出しなければならない。

１　定款等

２　法第９条第２項各号の規定に該当しない旨を説明した書類

３　（２）及び（３）の規定に該当する旨を説明した書類

（５）法第９条第１項の登録を受けている法人は、毎事業年度経過後３月以内に、助成金交付事業の実施状況を厚生労働大臣に報告しなければならない。

（６）本省令の施行日を平成２０年４月１日とする。

「救急医療用ヘリコプターの導入促進に係る諸課題に関する検討会」におけるドクターヘリの全国的な配備等に関する検討項目

【全国的な整備のあり方】

○　広域連携等の検討

○　地域ごとのドクターヘリ導入の必要性

○　複数か所への配備

○　補助事業における整理

○　救急医療への他のヘリコプターの活用

【運用ベースにおける工夫】

○　ヘリポートが救命救急センターから離れて設置されている場合

○　複数の医療機関による共同運航方式

○　季節により、ヘリの基地医療機関を変更する方式

ドクターヘリの記事

(2007.7.2)

- 高速道路への着陸（福岡県）

(2008.1.23)

- 県域を越えた消防機関と医療機関の連携
（静岡県、愛知県）

(2008.2.26)

- 一般道路への着陸（長崎県）

■ 九州道事故にドクターヘリ　関西以西で高速道に初着陸

６月28日午前11時25分ごろ、佐賀県基山町の九州自動車道上り線で、車線変更のトラックを避けようとした熊本県天草市の男性会社員（50）の乗用車が横転、男性と助手席の妻（46）が一時、車内に閉じこめられ、妻が右手首を骨折した。救急隊がドクターヘリの出動を要請。久留米大病院（福岡県久留米市）のヘリが、現場から約300メートル離れた本線上に着陸し、女性を治療しながら同病院に搬送した。

西日本高速道路によると、同社が管理する関西以西の高速道路で、ドクターヘリが本線上に着陸したのは初めて。救急医療の関係者によると、東名高速では過去に数例の着陸例があるという。

高速へのドクターヘリ着陸は約２年前に各地で検討が始まり、久留米大でも道路規制などのマニュアルが整備された昨年10月から、この日の事故現場を含む九州道太宰府―久留米インター間で離着陸が可能になった。久留米大病院高度救命救急センター長の坂本照夫教授は「本線上に着陸できれば治療が早く始められ、ドクターヘリの有用性がさらに認められると思う。全国の高速道の事故で活用が広がってほしい」と話している。　【共　同】

1/23(水)

朝日35面

心肺停止3歳、無事退院

愛知、氷張る用水池から救助

素早くヘリで搬送、奏功

愛知県内の用水池でおぼれ、心肺停止で意識不明になっていた3歳の男の子が22日、静岡県立こども病院（静岡市、吉田隆実院長）を退院した。愛知、静岡両県の消防機関と病院が連携し、医師が同乗するヘリコプターで男の子を搬送。素早い対応が救命につながったという。

この日、元気な笑顔を見せたのは、愛知県田原市、会社員玉越立佳さん(42)＝写真左＝の長男光ちゃん(3)＝同右。爆音先の同県設楽町で2日午前10時ごろ、氷に覆われた用水池（水深約160㌢）に光ちゃんが沈んでいるのを、玉越さんが見つけて救助した。光ちゃんの体温は28度まで下がり、心肺停止状態が10～30分間続いたとみられ、意識不明の重体だったという。119番通報で駆けつけた消防隊員は、すぐにドクターヘリを要請。光ちゃんは、発見から約1時間45分で静岡県立こども病院に運ばれ、治療を受けた。同病院では、脳の中が腫れて脳障害を引き起こさないように、体温を低く保つ「脳低温療法」で治療。4日後に意識を取り戻し、後遺症もなかったという。

静岡県内の救命救急医や消防機関が参加する「県メディカルコントロール協議会」の作業部会は昨年7月、全国で初めて子どもの重症患者の搬送基準を作った。心肺停止や大量出血、重症呼吸不全などの重症例は、すべて同病院へ運ぶ取り決めを交わしていた。愛知県など県境地域とも意見交換を行っていたという。素早い対応が救命につながったという。

読売38面

ヘリ搬送70キロ 3歳児 奇跡の回復

愛知で心肺停止 ▼ 静岡の病院へ

愛知県の山間部の池でおぼれ、心肺停止状態になった3歳児が、70キロ以上離れた静岡市葵区の静岡県立こども病院に運ばれて救命され、22日、元気に退院した。一命を取り留めたのは愛知県田原市の会社員玉越立佳さん(42)の長男光ちゃん。喝をまたいだドクターヘリでの迅速な搬送や治療が奏功し、後遺症もみられないという。玉越さんは「元の姿に戻れるとは思わなかった」と奇跡的な回復を喜んでいる。

事故があったのは今月2日午前10時ごろ。愛知県設楽町の実家に帰省中、近くのため池に光ちゃんが沈んでいるのを玉越さんが見つけた。光ちゃんは心肺停止状態が10～30分間続いたとみられ、体温は28度に下がって危険な状態だった。

通報で駆け付けた救急隊員が、救命処置をしながら、浜松市内に待機している静岡県のドクターヘリに出動を要請。同10時半すぎに到着したヘリは、1時間余りで、東海地区で唯一24時間体制の小児集中治療室がある県立こども病院に搬送した。病院では、脳機能を保護するため体温を33～34度に保つ脳低温療法が行われ、6日に意識が戻った。

同病院の植田育也・小児集中治療センター長は「重症の子どもを24時間受け入れできる救急施設はほとんどない。全国的な整備を望みたい」と話している。

元気な様子で退院した玉越光ちゃん(左)と父親の立佳さん(静岡市葵区の静岡県立こども病院で)

毎日31面

ドクターヘリ 連携奏功

ため池落下 心肺停止の3歳児退院

愛知・静岡

今月2日に愛知県設楽町でため池に落ち心肺停止状態になった玉越光ちゃん(3)が22日、搬送先の静岡県立こども病院（静岡市葵区）を退院した。直後にドクターヘリで約80キロ離れたこども病院に運び「脳低温療法」を施したことが奏功した。光ちゃんを抱いて病院で記者会見した父の立佳さん(42)は「元気な顔が見られてうれしい」と話した。

一家は正月、設楽町の妻の実家に帰省。2日午前、姿が見えなくなった光ちゃんを捜していた立佳さんが近くのため池の氷に穴が開き、ブーツが浮いているのを発見し、光ちゃんを池から引き上げた。

愛知県のドクターヘリが出動中で、静岡県西部の聖隷三方原病院のドクターヘリが小児集中治療室のあるこども病院に運んだ。治療は発見の1時間46分後に始まった。脳低温療法は体温を33～34度に保ち、脳障害の進行を遅らせる。10～30分間の心肺停止状態で、脳の組織が肥大する「脳浮腫」となる恐れも高かったが、光ちゃんは4日後に目を覚まし、後遺症もなかった。発見時に体温が28度まで下がったことで、酸素不足に耐えられたらしい。

ドクターヘリは医療設備を備え、専門医が治療をしながら患者を運ぶ。同病院の植田育也・小児集中治療センター長は「現場は山間部で、救急車では救命は絶望的だった」と話した。【鈴木真、写真も】

心肺停止状態から回復した玉越光君。父の立佳さんに抱かれて退院した

2月26日のながさきニュース
長崎新聞
http://www.nagasaki-np.co.jp/images/clear.gif

国道にヘリ着陸しけが人搬送　雲仙市小浜で軽自動車事故

二十五日午後零時五十分ごろ、雲仙市小浜町の国道で、軽乗用車とコンクリート圧送ポンプ車が衝突。軽乗用車に乗っていた生後九カ月の男児ら四人がけがをし、病院に緊急搬送するため県のドクターヘリが事故現場近くの国道に着陸した。男児と母親(31)を大村市の国立長崎医療センターに運び、命に別条はないという。

雲仙署の調べでは、軽乗用車が中央線をはみ出しポンプ車と衝突。車内から子どもの泣き声がしたため、ポンプ車の男性や付近住民らが、軽乗用車の後部座席で母親に抱かれていた男児と、助手席のチャイルドシートの女児(1つ)を救出した。

現場近くは同署が通行止めにしており、要請で出動したヘリが国道に着陸。救急隊員から酸素マスクを当てられた男児を病院に搬送した後、現場に折り返し、数キロ離れた空き地で母親を乗せて同センターに搬送した。女児と、軽乗用車を運転していた祖母(59)は救急車で雲仙市内の病院に搬送された。

県によると、県内にはグラウンドなど約四百三十カ所の着陸場所を確保しているが、事故などの現場から遠い場合は一般道路に着陸することもある。今回のように交通量が多い国道に降りるのは珍しいという。

資料5

小児救急医療体制の整備

小児救急医療体制の取組状況調査について（結果）

平成２０年３月３日
厚生労働省医政局指導課

１　目的等

小児救急医療体制の整備については、各都道府県においてその推進を図っていただいているところであるが、平成１９年９月１２日に総務省行政評価局が公表した「小児医療に関する行政評価・監視」において、以下の勧告を受けたところ。

> 「子ども・子育て応援プラン」で掲げた平成２１年度までにすべての小児救急医療圏で、夜間、休日でも適切な小児救急医療を提供できる体制を整備するとの目標が達成できるよう、当省のアンケート調査結果を参考に、一層効果的な対策を検討・実施するとともに、都道府県に対し、次の措置を講ずる必要あり
> ①　整備済みとしている地区における小児救急医療の空白時間帯の状況を的確に把握し、地域の実情に応じその解消に向けた取組を推進するよう助言
> ②　小児救急医療の提供体制の整備に関する効果的な取組事例の収集と都道府県への情報提供

厚生労働省としては、同勧告を踏まえ、小児救急医療体制の一層の整備に資するため、各都道府県に対し、取組状況の調査を行った。

２　方法等

期　間：平成１９年１１月８日～平成１９年１１月３０日
時　点：平成１９年９月１日現在
方　法：調査票記入方式
対　象：全４７都道府県（衛生主管部局）

３　結果（概要）

（１）入院を要する小児救急医療体制の取組状況

①　小児救急医療圏数

調査の結果、全国の小児救急医療圏の数は３７８地区であった。これは昨年度より１８地区（５県：石川県・三重県・岡山県・福岡県・宮崎県）の減であった。

（参考）「子ども・子育て応援プラン」策定時（平成１６年度）における小児救急医療圏の数は４０４地区

② 小児救急医療体制の整備状況

○ 常時診療体制が確保されている医療圏

全国における小児救急医療圏のうち、小児科医の常勤又は宿直体制により、常時（２４時間３６５日の意。以下同じ。）診療体制を確保しているものの割合は６５％（２４５地区）であった。

さらに、入院を要する小児救急医療機関にかかる患者の９割以上は軽症であると指摘されていることから、オンコール体制（より専門的な処置が必要な場合等に、小児科医が速やかに駆け付け対応する体制）によって、常時、診療体制を確保しているものを加えると、その割合は８９％（３３８地区）となった。

なお、今回の調査により、オンコール体制の大半において、小児科医が３０分以内に病院に駆け付けられる体制を確保していることが判明した。

○ 空白時間帯が存在する医療圏

常時の診療体制が確保されていない（空白時間帯が存在する）ところは、計４０地区であった。このうち、平成１８年９月１日現在において、小児救急医療体制が「整備済」としていたものは１４地区であった。

（２）小児救急医療体制の好事例（主なもの）

・医療圏の見直し

二次医療圏をより広域化した小児救急医療圏を設定し、地域における小児救急医療体制の確保を行っている。

・初期救急医療体制の充実

二次医療機関等に初期救急を担う診療所を設置し、地元の開業医が初期診療を担当、二次医療機関等においては病院勤務医が二次救急を担当するなどの役割分担を実施し、病院勤務医の負担の軽減を図っている。

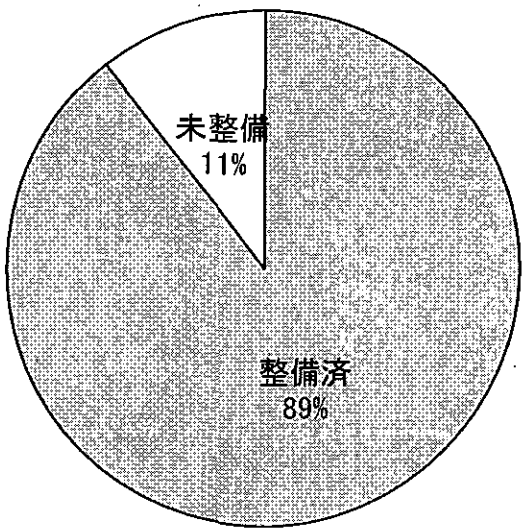
二次医療機関等に開業医等が参集し、休日・夜間の救急診療に参加している。

・国庫補助事業の活用

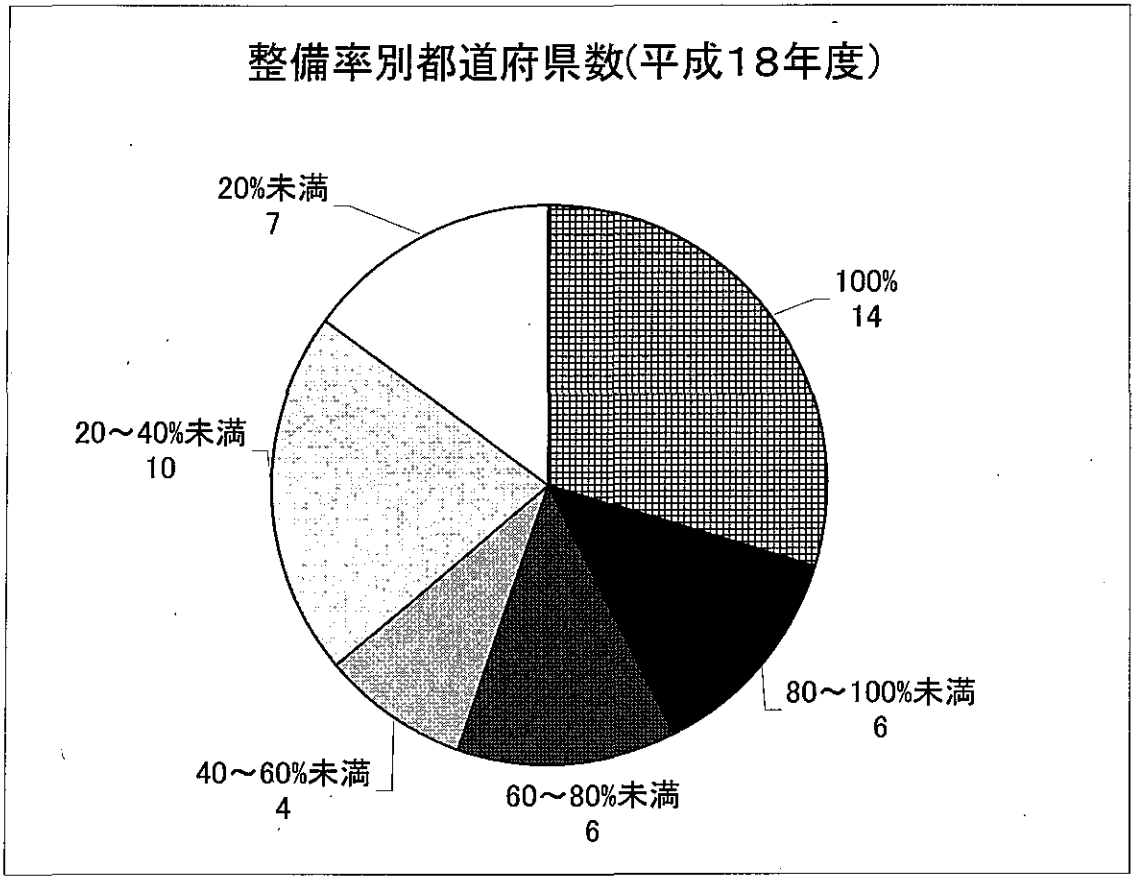
小児救急地域医師研修事業による開業医の初期救急診療能力の向上や小児救急電話相談事業による保護者の不安解消など、各種補助事業の活用による総合的な取り組みを行っている。

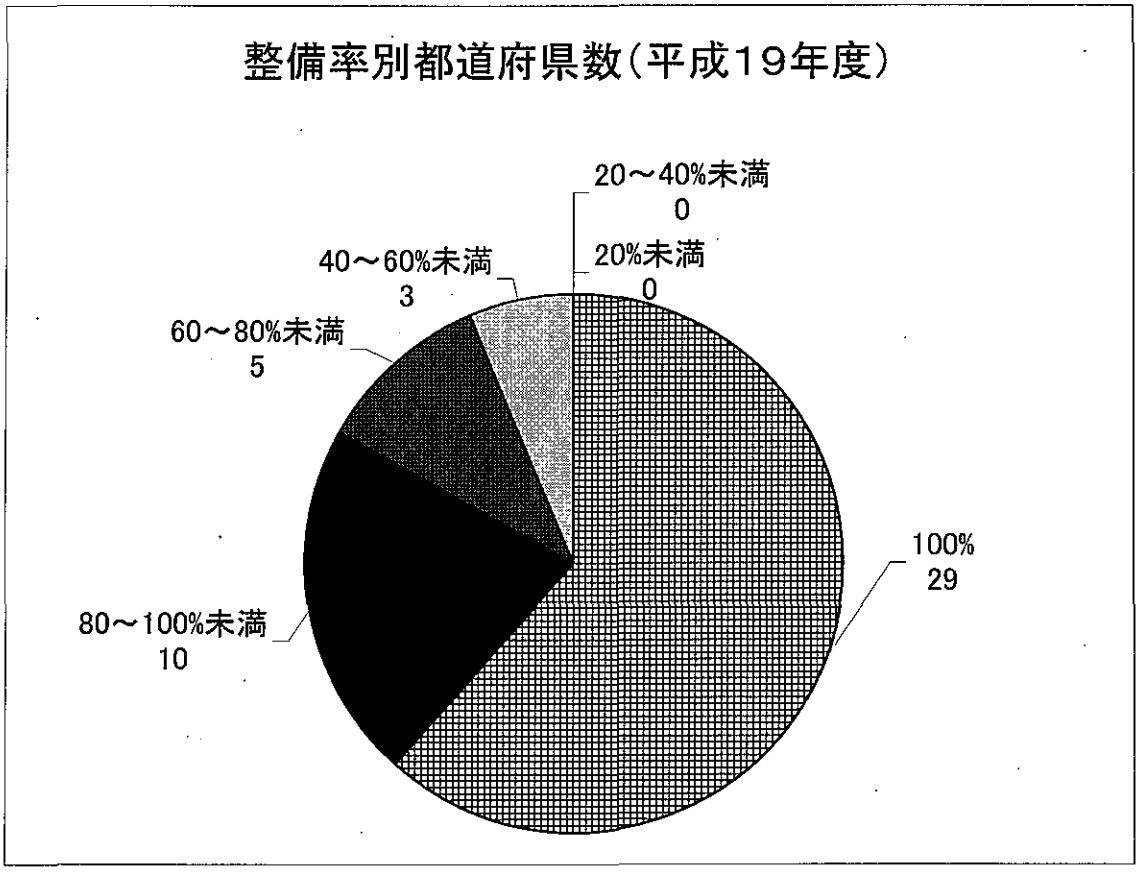
（了）

小児救急医療体制の整備状況（平成19年度）



※「整備済」地区は、オンコール体制により常時診療体制を確保している地区を含む。


整備率別都道府県数(平成18年度)
20%未満
7
100%
14
20～40%未満
10
80～100%未満
6
40～60%未満
4
60～80%未満
6


整備率別都道府県数(平成19年度)
20～40%未満
0
40～60%未満
3
20%未満
0
60～80%未満
5
100%
29
80～100%未満
10

入院を要する小児救急医療体制の取組状況

（平成19年9月1日現在）

	入院医療を要する（二次）医療圏数	小児救急医療圏数	国庫補助事業整備地区						県単事業等整備地区（国立機関の対応、地域独自の取組による対応含む）	通常の輪番制で確保されている地区	整備済地区（昨年度基準）		オンコール体制により確保されている地区	小児救急支援事業実施地区のうち空白時間帯のある地区	整備済地区	
			小児救急医療支援事業			小児救急医療拠点病院										
			１８年度以前より実施	１９年度に実施	計	１８年度以前より実施	１９年度に実施	計								
1 北海道	21	21	8 (8)		8 (8)	13 (5)		13 (5)			21	100%			21	100%
2 青森	6	6	1 (1)		1 (1)						1	17%	5		6	100%
3 岩手	9	9	1 (1)		1 (1)						1	11%	8		9	100%
4 宮城	10	10	1 (1)		1 (1)						1	10%	7		8	80%
5 秋田	8	7	2 (2)		2 (2)						2	29%	5		7	100%
6 山形	4	7	1 (1)		1 (1)						1	14%	6		7	100%
7 福島	7	7	1 (1)		1 (1)				1		2	29%	4		6	86%
8 茨城	9	12	2 (2)		2 (2)	6 (2)		6 (2)	3		11	92%			11	92%
9 栃木	5	10	3 (3)		3 (3)						3	30%	2		5	50%
10 群馬	10	5	4 (4)		4 (4)						4	80%	1		5	100%
11 埼玉	9	16	12 (12)		12 (12)	4 (2)		4 (2)			16	100%		△4	12	75%
12 千葉	9	15	4 (4)		4 (4)	6 (3)		6 (3)	2	3	15	100%			15	100%
13 東京	13	13	12 (12)	△1 (△1)	11 (11)				1		12	92%			12	92%
14 神奈川	11	14	12 (12)		12 (12)	2 (1)		2 (1)			14	100%			14	100%
15 新潟	7	7	1 (1)		1 (1)						1	14%	5		6	86%
16 富山	4	4	1 (1)		1 (1)					3	4	100%			4	100%
17 石川	4	4								1	1	25%	3		4	100%
18 福井	4	2	2 (2)		2 (2)						2	100%			2	100%
19 山梨	4	2	2 (2)		2 (2)						2	100%			2	100%
20 長野	10	10								1	1	10%	9		10	100%
21 岐阜	5	5				3 (2)		3 (2)			3	60%	2		5	100%
22 静岡	8	12	9 (9)		9 (9)						9	75%	2	△1	10	83%
23 愛知	11	11	2 (2)		2 (2)						2	18%	6		8	73%
24 三重	4	10	2 (2)	1 (1)	3 (3)				4		7	70%	3		10	100%
25 滋賀	7	7	6 (6)		6 (6)						6	86%	1	△1	6	86%
26 京都	6	6	3 (3)		3 (3)					1	4	67%	2	△1	5	83%
27 大阪	8	11	10 (10)		10 (10)						10	91%	1		11	100%
28 兵庫	11	12	11 (11)		11 (11)	1 (1)		1 (1)			12	100%		△6	6	50%
29 奈良	5	2	2 (2)		2 (2)						2	100%			2	100%
30 和歌山	7	7	3 (3)	1 (1)	4 (4)						4	57%	1	△1	4	57%
31 鳥取	3	3	2 (2)		2 (2)				1		3	100%			3	100%
32 島根	7	7							2		2	29%	5		7	100%
33 岡山	5	5	2 (2)		2 (2)					1	3	60%			3	60%
34 広島	7	14	3 (3)		3 (3)	8 (3)		8 (3)	1	1	13	93%	1	△1	13	93%
35 山口	8	8	1 (1)	△1 (△1)		4 (2)	2 (1)	6 (3)			6	75%	2		8	100%
36 徳島	6	3	2 (2)		2 (2)	1 (1)		1 (1)			3	100%			3	100%
37 香川	5	5	3 (3)		3 (3)				1	1	5	100%			5	100%
38 愛媛	6	6	2 (2)		2 (2)						2	33%	4		6	100%
39 高知	4	4	1 (1)		1 (1)						1	25%	2		3	75%
40 福岡	13	4	2 (2)		2 (2)					2	4	100%			4	100%
41 佐賀	5	5								5	5	100%			5	100%
42 長崎	9	9	1 (1)		1 (1)				1		2	22%	7		9	100%
43 熊本	11	11				6 (3)		6 (3)			6	55%	3		9	82%
44 大分	10	10	3 (3)		3 (3)	3 (1)		3 (1)			6	60%	1		7	70%
45 宮崎	7	3							1		1	33%	2		3	100%
46 鹿児島	12	12				3 (1)		3 (1)		1	4	33%	8		12	100%
47 沖縄	5	5	4 (4)		4 (4)	1 (1)		1 (1)			5	100%			5	100%
計	359	378	144 (144)		144 (144)	61 (28)	2 (1)	63 (29)	18	20	245	65%	108	△15	338	89%

※ 小児救急医療支援事業の左数字は地区数、右（ ）数字は事業数である。

※ 小児救急医療拠点病院の左数字は地区数、右（ ）数字は所数である。

※ 「国庫補助事業整備地区」及び「県単事業等整備地区」は１９年度までの整備地区（予定を含む）を集計し、「小児救急医療支援事業」と「小児救急医療拠点病院」の重複地区については、「小児救急医療拠点病院」の重複地区を除き、「県単事業等整備地区（国立機関による対応、地域独自の取組みによる対応含む）」及び「通常の輪番制で確保されている地区」は、国庫補助事業との重複地区を除き、「オンコール体制による確保」については国庫補助事業又は「県単事業等整備地区（国立機関による対応、地域独自の取組みによる対応含む）」及び「通常の輪番制で確保されている地区」との重複地区を除く。

常時の診療体制が確保されていない小児救急医療圏一覧

都道府県名	二次医療圏地区名（小児救急医療圏）	うち前回(18.9.1)整備済とした医療圏	新たに小児救急医療支援事業の対象となったが空白時間帯のある医療圏	空白時間帯における具体的な対応内容
宮城県	黒川			仙台医療圏にて対応
	登米			仙台医療圏にて対応
福島県	相双			通常の救急体制の中で対応
茨城県	鹿行南部			他地域の医療機関への紹介等
栃木県	塩谷			近隣の医療圏の中核的病院等へ搬送
	鹿沼			近隣の医療圏の中核的病院等へ搬送
	日光			近隣の医療圏の中核的病院等へ搬送
	南那須			近隣の医療圏の中核的病院等へ搬送
	小山			三次医療機関（自治医大）で対応
埼玉県	中央	○		他医療圏の医療機関で対応
	児玉	○		圏域外の病院へ搬送
	深谷	○		圏域外の病院へ搬送
	熊谷	○		圏域外の病院へ搬送
東京都	島しょ			島しょ医療の基幹病院等にヘリにより搬送
新潟県	県央			
静岡県	賀茂	○		２次救急の当番病院へ搬送
	北遠			隣接する西遠医療圏の病院へ搬送
愛知県	尾張中部			広域２次救急医療体制により対応
滋賀県	甲賀	○		
京都府	山城南	○		圏域内の救急告示病院や山城北送医療圏の小児救急２次機関に搬送
兵庫県	東阪神	○		病院群輪番制の病院や阪神南圏域の２次救急医療機関で対応
	西阪神			
	三田	○		圏域外に２次待機病院を設定し対応
	北播磨	○		北播磨小児救急医療電話センターが必要に応じて受診医療機関を案内
	西播磨	○		隣接圏域との連携
	但馬	○		
	丹波	○		他圏域の医療機関を利用
和歌山県	有田			隣接する他圏域の医療機関で対応
	御坊		○	他圏域の医療機関で対応
岡山県	高梁・新見			近接の圏域に搬送
	真庭			近接の圏域に搬送
広島県	佐伯大竹			広島市立舟入病院で対応
	庄原	○		応急的に他の診療科の医師が対応し小児科医を呼ぶ等。三次も対応
熊本県	有明			玉名地区は熊本市内の小児救急医療拠点病院が対応。荒尾地区は隣接福岡県の大牟田市立総合病院が対応
	鹿本			熊本市内の小児救急拠点病院で対応
大分県	東国東			別杵速見医療圏内の病院を紹介・搬送
	臼津			大分医療圏内の病院を紹介・搬送
	大野			大分医療圏内の病院を紹介・搬送
	竹田直入			大分医療圏内の病院を紹介・搬送
	宇佐高田			大分医療圏内の病院を紹介・搬送
地区数計	40	14	1	

小児救急医療体制の好事例として都道府県が紹介する事例一覧

1 北海道	なし	
2 青森	なし	
3 岩手	○ 準夜間帯（18時から20時まで）の小児初期救急の在宅当番医制の実施（H15～両磐医療圏、H18から成人にも拡大） ○ 既存の休日診療所を活用した準夜間帯（18時30分から21時まで）の小児初期救急医療の実施（H19.6～胆江医療圏） ○ 小児科医のバックアップの下での看護師のみによる夜間小児救急電話相談の実施（H16.10～全県対象、毎日19時から23時まで）	
4 宮城	なし	
5 秋田	・救急告示病院の小児科において、地域の小児科医の参画を得て小児夜間・休日診療を実施し、小児の初期救急医療体制の充実を図っている。	
6 山形	なし	
7 福島	・病院と診療所の連携による夜間小児救急医療事業（南相馬市立総合病院、公立相馬総合病院） 郡市医師会から南相馬市立総合病院に開業医を派遣してもらい、当病院において開業医が夜間の初期救急医療を実施する一方、当病院の勤務医の負担を軽減し二次救急に専念することにより、初期救急医療体制と二次救急医療体制を効果的に確保している。 ・小児救急医療整備支援事業（県単事業） 小児救急電話相談事業により保護者の不安の解消を図るとともに、医師研修事業により、小児科以外の主に開業医が小児救急の診療能力を向上させるため研修事業を実施している。	
8 茨城	なし	
9 栃木	なし	
10 群馬	群馬県には10の二次医療圏があるが、県内を大きく4ブロック5地区に分けて広域の小児医療圏を設定している。 二次医療圏ごとで維持・確保できない365日体制を、広域化することで維持し、地区の中に必ず小児科医師を配置する。 住居地の二次医療圏内で受診できないこともあるため、県民にとっては移動時間が多いこともあるが、小児医療圏内で365日体制を整備することで安心・安全な小児医療提供体制を実現している。 現在は5地区のうち4地区で小児救急医療支援事業を実施。	
11 埼玉	なし	
12 千葉	○ 佐倉市が印旛市郡医師会の協力により「印旛市郡小児初期急病診療所」を運営し、印旛地域における小児夜間救急をカバーしている。併せて、同診療所がトリアージ機能も有し、必要な患者を二次救急に照会している。 二次救急体制については、大学病院など5病院が輪番により対応している。 ○ 東京女子医科大八千代医療センターの中に設置されている「やちよ夜間　小児急病センター」は、八千代医師会を中心に周辺市の医師も協力し夜間の小児救急に対応している。小児患者のトリアージも行い、重篤な場合は、　直ちに東京女子医科大八千代医療センターが対応する体制になっており、 より安心・安全な医療の提供を目指した体制が敷かれている。	
13 東京	なし	
14 神奈川	なし	
15 新潟	なし	
16 富山	なし	
17 石川	なし	
18 福井	なし	
19 山梨	本県では小児科医が全県で100名程度しかおらず、また、地域的に偏在が顕著であるため、開業医と勤務医が協力して小児の初期救急を担うとともに、病院が二次救急を分担する体制を整備することが必要である。 このため、平成17年3月、県と市町村の共同事業として、全県を対象とした小児初期救急医療センターを甲府市内に整備し、小児科病院勤務医と開業医の連携の下、交替出務の方式で初期救急対応を行う体制をスタートした。 センターの開設以来、多くの利用がなされ、平成18年度実績は18，293人にのぼり、子どもを持つ親のよりどころになるとともに、二次救急に加え、多くの初期救急患者が集中している病院勤務医の負担の軽減にも役立っている。 更に、富士・東部地域に県内2箇所目のセンター設置に向けて、現在、協議進めている。	
20 長野	長野県は小児初期医療体制の確保に重点を置き、小児患者の受診が集中する準夜帯に対応する、夜間の小児初期救急医療施設を地域の開業医等の協力により運営する施設を支援し、小児初期救急医療体制の整備を推進しているが、本年6月に開設した小児夜間急病センターでは、当初予想の2倍の1日平均14人の患者が利用しており、近隣病院の小児科勤務医の負担軽減に繋がっている。窮状が指摘されている小児救急の受け皿として住民ニーズに応えた形で高い評価を得ている。	
21 岐阜	○小児夜間救急室の整備（西濃圏域） 西濃圏域の小児一次救急体制として、大垣市民病院の救急室の一部を利用し、大垣市が夜間救急室を開設（木・土曜の18:00～22:00） ・小児救急については、大垣市民病院の救命救急センターに患者が集中していたが、一次救急室を開設することで一極集中を緩和 ・夜間救急室に参加する医師について、大垣市医師会以外の市・郡医師会の医師（内科医等を含む）にも協力を仰ぎ、圏域連携体制で対応 ・一次救急で対応困難な患者については、大垣市民病院の高次医療体制へ円滑に引継可能	
22 静岡	特になし。	
23 愛知	なし	
24 三重	中勢伊賀保健医療圏内の津地域及び伊賀地域においては、小児救急医療拠点病院の国立病院機構三重病院と輪番病院の岡波総合病院それぞれの敷地内に小児を対象とした休日・夜間応急診療所を設置し、ここで救急患者の診察を行い、重症患者のみ当該病院へ転送するという方式を取っている。これによって初期救急患者と二次救急患者のトリアージが可能となり、各病院の勤務医が的確に重症患者の診察を行うことのできる体制を構築し	
25 滋賀	休日急患診療所等がない地域において、地域のほぼ全ての開業医が、拠点となっている病院での休日の救急診療に参加している。	
26 京都	なし	
27 大阪	なし	
28 兵庫	○阪神北広域こども急病センターの整備 阪神北圏域の3市1町（伊丹市、宝塚市、川西市、猪名川町）では、地元医師会などの出務協力を得て、夜間・休日の小児初期救急を行う「阪神北広域こども急病センター」の開設の準備を進めている。平成20年4月に、伊丹市昆陽池にオープンする予定。兵庫県も、医師の派遣調整や運営主体となる新設財団への基本財産の出捐等を行い、その設置を支援している。 ○小児救急医療研修事業 小児科専門医以外の医師等の救急医療関係者に対する小児救急医療研修を実施している。	
29 奈良	県の中南和地域の橿原市休日夜間応急診療所が平日の深夜帯についても小児科医が常時対応することになり、それにあわせて、県の中南和地域の全市町村に対し負担金を求め、他市町村の患者を積極的に受け入れるようになった。 このことから、中南和地域の1次救急患者が今まで以上に橿原市休日夜間応急診療所に受診するようになり、これまで集中していた中南和の2次輪番病院の患者の集中が緩和された。	
30 和歌山	和歌山市の夜間・休日応急診療センターを小児初期救急の拠点として、周辺の圏域の開業医、勤務医が、参加し、ローテーションで、深夜帯を含む、診療体制を提供し、他市町村を含めた、広域の受入を行っている。これに併せ、センターの近隣の病院が輪番をくんで後方支援を行っている。	
31 鳥取	なし	
32 島根	なし	
33 岡山	平成18年度から小児救急医療体制整備事業を実施、地域の小児科を専門としない医師の小児初期救急対応の研修を行うとともに 県内の5病院を小児救急医療支援病院に指定し、小児科の少ない地域の開業医との連携体制の強化を図っている。	
34 広島	なし	
35 山口	なし	
36 徳島	南部の徳島赤十字病院において、医師の交代勤務により、24時間365日の小児救急医療体制を執っている。	
37 香川	なし	
38 愛媛	なし	
39 高知	なし	
40 福岡	飯塚病院（地域連携ささえあい小児診療）	筑豊地域の小児科開業医が、月に10～12日程度、休日夜間の準夜帯(19:00～22:00)に飯塚病院に出務し、当直小児科医と連携し小児科診療を実施。（病院独自の取り組み） ※22:00以降は当直の小児科医で対応
	久留米地域（小児救急医療支援事業）	地域の小児科開業医、病院勤務医等が休日夜間の準夜帯(19:00～23:00)に聖マリア病院へ出務し、当直小児科医と連携し、小児科診療を実施。（小児救急医療支援事業） ※23:00以降は当直の小児科医で対応 ※基本的に、重症患者は聖マリア病院小児科医、軽症患者は開業小児科医が診療を行う。 当該事業により、小児科医の負担が軽減し、さらに待ち時間が大幅に縮小された。（事業実施前待ち時間　約1時間～約20分）
41 佐賀	なし	
42 長崎	なし	
43 熊本	なし	
44 大分	なし	
45 宮崎	なし	
46 鹿児島	なし	
47 沖縄	なし	

平成20年度以降における小児救急医療体制整備計画

	平成20年度	平成21年度
1 北海道	行政評価・監視(平成18年9月1日現在)では、整備率が95%(21医療圏中20医療圏)であったが、平成19年1月から整備率が100%となったところであり、引き続き二次救急医療体制の確保に努める。	引き続き二次救急医療体制の確保に努める。
2 青森	医療計画の推進にあわせ、地理的状況や医療資源の状況など、地域の現状に適した小児救急医療連携体制について、関係者等による協議検討を進め体制整備を目指す。 方向性としては、小児科医療資源が比較的存在する地域では病院間の輪番体制等による連携体制の構築を、また、小児科医療資源に乏しい地域では、地域の医療資源全体を有効に活用して病院勤務医の負担を軽減しつつ小児救急医療が確保される体制構築を図る。	同　左
3 岩手	○地域の開業医の参加・協力を得て、地区医師会、市町村及び地域医療の核となる県立病院が連携したオープン方式による小児夜間初期救急医療体制の構築を目指している。(小児夜間初期救急医療体制が未整備な地区の中から1医療圏を対象にモデル的に実施)	○左記の実施状況を見ながら、他の医療圏への拡大を検討
4 宮城	○ 現在、休日に実施している小児救急医療支援事業を平日夜間も実施することをめざす。 ○ 二次救急医療体制について、少ない医療資源を効率的に活用するため、近隣の医療機関が協力して1カ所でのオンコール体制を構築する。 ○ 現在、休日夜間に実施しているこども休日夜間安心コール事業の平日夜間への拡大を図る。 ○ ドクターバンク事業等医師確保事業を推進する。 ○ 医療圏統合による広域化を図る。	同左
5 秋田	◇ 二次救急医療機関へ患者が集中する準夜帯(概ね午後7時30分から午後10時30分まで)や、土・日において、小児科を標榜する二次救急医療機関が、地域の診療所の小児科医師らと連携して実施する、初期小児救急医療の取り組みを推進する。	同左
6 山形	本県においては、それぞれの地域の基幹病院において、小児救急患者を含めて救急患者に対して適切に対応しており、小児の重篤な救急患者に対しては、小児科医がオンコール体制をとり対応している(全ての小児救急医療圏でオンコール体制をとっている病院があり、空白時間は生じていない)。 なお、本県において、休日の初期救急医療体制は整備されているものの、平日夜間の整備が十分ではなく、県内の多くの救急病院が夜間の初期救急を担っており、高度医療機関への軽症患者の集中や病院勤務医の疲弊につながるなど大きな問題となっている。そのため、地域における救急医療体制の充実に向けた検討経費及び充実された場合の初期運営経費に対する助成制度を創設している。平成20年度も引き続き地域の取組を支援してまいりたいと考えている。	同　左
7 福島	・小児救急医療支援事業を継続し、小児二次救急医療体制の確保を図る。 ・小児科を標榜する休日夜間急患センターに対して県単事業により支援を行い、小児初期救急医療体制の確保を図る。 ・小児電話相談事業及び小児医師研修事業を県単事業により実施し、小児初期救急医療体制の環境整備を支援する。	・小児救急医療支援事業を継続し、小児二次救急医療体制の確保を図る。 ・小児科を標榜する休日夜間急患センターに対して県単事業により支援を行い、小児初期救急医療体制の確保を図る。 ・小児電話相談事業及び小児医師研修事業を県単事業により実施し、小児初期救急医療体制の環境整備を支援する。
8 茨城	・ 小児科の医療資源の集約化・重点化計画について検討中。	・ 未定
9 栃木	単独の小児救急医療圏で二次救急が整備できない地域を解消するため、第5期保健医療計画の策定の中で、小児二次救急医療圏の再編を実施する予定。	
10 群馬	①一次患者の救急について ・2次救急病院を受診する患者のうち、軽症患者の割合が多いことから、市町村実施、医師会協力の「休日夜間急患センター」の実施時間拡大を支援する。 ②二次救急病院の体制について ・小児救急医療支援事業を実施する病院の医師を維持・補充するため、病院が小児科医を確保する際に補助を行い、空白日の発生を抑える。 ・小児救急医療に従事している医師の負担の軽減を推進する。	平成20年度に同じ。
11 埼玉	本県の小児救急医療体制は、二次救急医療圏ごとに小児救急医療支援事業又は小児救急拠点病院事業を実施し、全医療圏において体制の整備が完了されている。	本県の小児救急医療体制は、二次救急医療圏ごとに小児救急医療支援事業又は小児救急拠点病院事業を実施し、全医療圏において体制の整備が完了されている。
12 千葉	地域において、日常的な小児医療を実施する小児科一般病院、かかりつけ診療所及び小児初期救急医療機関が相互に連携を図り、小児初期救急医療を担います。 また、手術や入院が必要な中等症の場合は、二次医療圏の「地域小児科センター」において、重篤な症状の場合は、全県(複数圏域)対応の小児中核病院等において高度小児専門医療を受けられるよう、小児医療におけるそれぞれの役割分担を明確化し、初期、二次及び三次の小児救急体制を整備します。	同　左
13 東京	都では、休日・全夜間診療事業(小児科)を実施し、夜間・休日に常時小児科医が診療にあたる二次救急医療機関を島しょ地域を除く全ての二次保健医療圏において固定・通年で確保している。 また、島しょ地域においても入院治療が必要な救急患者については、ヘリコプター等により、島しょ医療の基幹病院である都立広尾病院を中心として、受入可能な病院に速やかに搬送し、救急医療を提供する体制を整えている。	引き続き都内全ての地域での小児救急医療体制の維持に努めていく。
14 神奈川	本県では、全ての小児救急医療圏で小児救急医療支援事業又は小児救急医療拠点病院運営事業を実施している。	
15 新潟	・従前から引き続き、県単事業により、初期救急医療機関(休日夜間急患センター)と二次救急医療機関(病院群輪番制病院)との連携により、複数市町村が共同して広域的に小児救急医療体制を構築することを支援する。 ・小児二次救急医療体制の整備については、病院群輪番制の実施日時の拡大検討及び輪番参加病院等のオンコール体制により取り組む。	・20年度同様

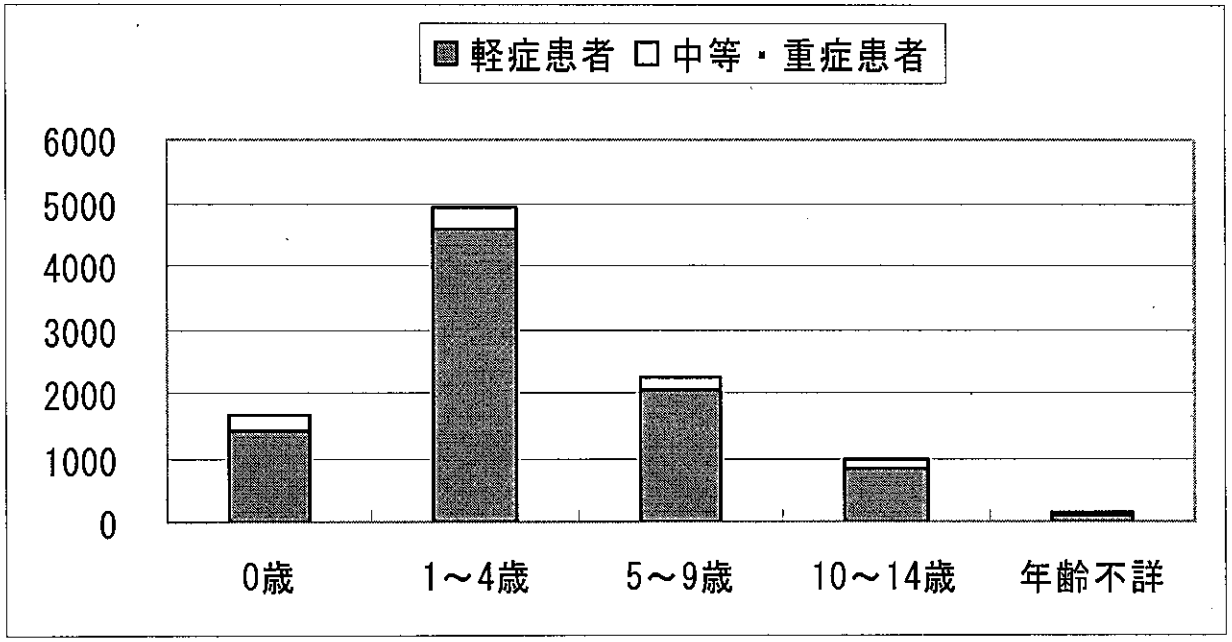
	平成20年度	平成21年度
16 富山	当県では小児救急医療体制については、各医療圏で整備済みである。 平成20年度においては、正しい医療機関の受診の仕方や子供の急病時の対応についての小児救急ガイドブックを増刷・配布し、保護者の不安軽減による時間外診療の減少を図ることにより、病院の勤務医等の負担の軽減に努めることとしている。	
17 石川	在宅当番医制の活用や未設置地域における休日夜間急患センターの設置を検討するとともに、地域の基幹病院と開業医が連携して「地域連携小児夜間診療」を運営するなど、地域の実情に応じた医療機関相互の協力体制の強化について検討。	同左
18 福井	県内全医療圏で小児救急医療支援事業を実施	
19 山梨		
20 長野	特に、病院に勤務する小児科医が不足し、勤務条件が過酷な現状において、すぐに、小児科医による24時間体制の病院群輪番制を敷くことは難しい状況あるため、一般の2次機関（拠点型）や一般の2次機関（輪番型）による体制を敷いている。 現在、各医療圏の地域医療検討会において、小児科医療の集約化・重点化についての検討が進められており、今後、地域の実情に応じた小児医療体制の整備が図られるよう努めてまいりたい。 なお、小児患者の多くが軽症患者であるため、小児初期救急医療体制の充実が、病院に勤務する小児科医の負担の軽減に繋がることから、長野県は小児初期医療体制の確保に重点を置き、小児患者の受診が集中する準夜帯に対応する、夜間の小児初期救急医療施設を地域の開業医等の協力により運営する施設を支援し、小児初期救急医療体制の整備を推進している。	
21 岐阜	○ 岐阜市が実施する休日夜間急患センター（岐阜市休日急病診療所）及び小児初期救急センター（小児夜間急病センター）について、対象地域を近隣市町に拡大する。（岐阜圏域） ○関市について、小児初期救急センターを中濃厚生病院内に設置する。（中濃圏域）	
22 静岡	小児救急医療支援事業（医療提供体制推進事業費補助金）の新設メニュー（⑱夜間加算、⑲電話相談加算）を積極的に取り込み、各医療圏ごとの小児救急医療体制の確保充実を支援している。 県予算額 平成18年度実績　62, 951千円 平成19年度見込　93, 658千円 平成20年度予算案（見込）　96, 614千円	現在、12医療圏中、9医療圏で実施している小児救急医療支援事業について、11医療圏での実施を目指す。
23 愛知	・ 医療圏においては小児医療に関する検討会が開催されている所もあり、小児救急医療体制に対応できることについて、話し合われている。	・ 今後も、各医療圏において、小児医療に関する検討会等の開催により理解を深める。
24 三重	現在オンコール体制により休日・夜間に救急体制を構築している地域に対して、医療機能提供体制推進事業費補助金や県単独補助金等により常勤もしくは非常勤医による当直体制を確保するよう各病院に働きかけを行っている。	南勢志摩保健医療圏域と東紀州保健医療圏域を対象とした小児救急医療拠点病院の指定を行うため、当該年度に病院の建て替えを行う山田赤十字病院に対し働きかけを行っていく。
25 滋賀	平成20年度に各地域において、小児救急医療体制のあり方を病院や医師会等関係者と検討する予定	
26 京都	各医療圏とも一定の小児救急医療体制が整備されているとの認識であるが、今後、地域の保健医療協議会等の場で検討を進め、丹後・中丹・山城南医療圏については、更なる体制の充実を図っていく予定	
27 大阪	初期救急医療体制については市町村が整備するものとされているが、近年の小児科医の減少傾向に加えて、新医師臨床研修制度が実施されたことにより、研修医のマンパワーが期待できなくなったため、従来の小児救急医療体制を維持することが困難となってきている。 そこで、地域のマンパワーの広域的な有効活用による充実を図ることを目的として、複数の市町村が共同して小児初期救急医療体制を整備する場合に、その立ち上がりを支援するため、施設・設備整備費、運営費に対して一定の補助を行う「小児救急広域連携促進事業」を実施している。 未整備地域（南河内北部）の解消に向けて取り組む。	未整備地域（中河内、泉州南部）の解消に向けて取り組む。
28 兵庫	1. 小児施設整備について ○阪神北広域こども急病センターの整備 阪神北圏域の3市1町（伊丹市、宝塚市、川西市、猪名川町）では、地元医師会などの出務協力を得て、夜間・休日の小児初期救急を行う「阪神北広域こども急病センター」の開設の準備を進めている。平成20年4月に、伊丹市昆陽池にオープンする予定。兵庫県も、医師の派遣調整や運営主体となる新設財団への基本財産の出捐等を行い、その設置を支援している。 2. 小児救急医（小児科医）の人材育成、確保について ○小児救急医療研修事業 小児科専門医以外の医師等の救急医療関係者に対する小児救急医療研修を実施している。 ○女性医師再就業支援センターの設置 結婚・出産等により離・退職した女性医師等（小児科医、産婦人科医）を対象に研修等を実施するセンターを（社）兵庫県医師会内に設置し、共同で事業を実施している。 ○研修医師の県採用による確保 臨床研修修了医師を対象に、地域の医療機関へ派遣する医師を養成コースごとに募集し、県職員として採用している（養成コースは、小児科、産科、麻酔、総合診療科、救急医養成コース）。	―
29 奈良	北和地域についても、小児科の1次救急の拠点化を市町村に働きかけていきたい	北和地域についても、小児科の1次救急の拠点化を市町村に働きかけていきたい
30 和歌山	・特に小児初期救急に関し、勤務医と開業医との連携体制を構築することにより各地域の医療提供体制の充実を図る。 ・小児救急電話相談事業の実施時間を拡大し（年間72日→365日）保護者、医師双方の負担の軽減を図る。 ・小児科の重点化・広域化につき、その具体的な検討を行う。 ・小児科医師確保の諸施策を推進する。	同 左
31 鳥取	小児救急地域医師研修事業を実施予定。	未定
32 島根	◆医師確保対策 ◆小児救急電話相談事業「＃8000」	◆医師確保対策 ◆小児救急電話相談事業「＃8000」
33 岡山	小児救急拠点病院等により体制整備を検討。	

	平成20年度	平成21年度
34 広島	・小児救急医療拠点病院運営事業や小児救急医療支援事業、小児救急電話相談事業及び小児救急地域医師研修事業を引き続き積極的に活用し、体制整備を図る。 ・限られた小児医療資源の集約化・重点化を促進する。	同左
35 山口	当県において、小児救急医療体制提供については、救命救急センターを含めて整備する方針で進めており、現在、全圏域において、小児救急医療体制が整備されていると考えている。今後は、小児救急医療機関への適切な受診についての普及啓発等により二次・三次救急医療機関の小児科医の負担軽減を図りながら、この体制を維持していく。	同左
36 徳島	今年度改定作業を進めている医療計画の中で、小児救急医療体制の整備計画を定める予定	
37 香川	特になし	
38 愛媛	本県では、医療機能の集約化・重点化を進めるとともに、医療機関相互の連携を強化し、体系的な小児医療提供体制の整備を図ることとしており、 小児救急医療については、地域の医療事情に応じて、初期、二次、三次の機能分担を明確化し、患者が症状に応じて適切な医療機関を受診する仕組みを作るとともに、医療機関相互の連携を強化し、必要な場合には、確実に専門的な医療を受けることができる体制を構築できるよう努めることとしている。 なお、かかりつけ医機能の活用による予防の徹底や子どもの健康管理についての保護者教育や県民に対する適切な救急受診の働きかけなど、救急医療体制が円滑に運用されるよう総合的な取り組みも行うこととしている。	左記について、より効果的で、実効性のあるものとなるよう努める。
39 高知	第5期高知県保健医療計画(見直し中)に基づき「小児医療体制検討会議(仮称)」を設置し、小児救急医療体制についての検討を行う。	
40 福岡	・小児救急医療圏の中でも身近な地域において、小児救急医療に対応できるよう体制整備を進める。 ・小児救急医療ガイドブックの作成及び配布 母子健康手帳等の交付時に配布　計45,000部 ※19年度の取り組み 平成19年5月から、母子健康手帳等の交付時に配布　計45,000部 平成19年10月から、乳幼児健康診査時に3歳以下の小児を持つ保護者に配布(保育所、幼稚園にも配布)　計189,600部	・小児救急医療圏の中でも身近な地域において、小児救急医療に対応できるよう体制整備を進める。 ・小児救急医療ガイドブックの作成及び配布 母子健康手帳等の交付時に配布　計45,000部
41 佐賀	県内5つの二次保健医療圏においては、地域のかかりつけ医や休日夜間急患センター等で担うこととし、重症・重篤な救急患者や高度専門医療を必要とする患者に対しては、二次医療圏を基本とした「中部＋東部」医療圏、「北部＋西部」医療圏、「南部」医療圏という大きく3つの小児医療圏を設定し、その中で、地域小児科センター、小児中核病院といった高次医療機関を整備して対応していきます。 また、日常生活圏等の地域の実情に応じて、東部保健医療圏においては福岡県の久留米医療圏と、西部保健医療圏においては長崎県の佐世保医療圏と、南部保健医療圏の一部については長崎県の県央医療圏との県境を越えた広域的な連携が取られており、隣接する他県医療圏を含めた連携体制の構築についても推進していきます。	同左
42 長崎	小児科、産科医師の養成・確保対策および周産期医療の確保、並びに病院拠点化や診療機能ネットワークの構築等について検討・協議するため、大学教授や中核病院長等を委員とする専門部会を新たに設置した。また、この部会のワーキンググループにおいて、新生児・小児の死亡率が高いことの原因究明を行う。	
43 熊本	小児救急二次医療体制が未整備である県北地域(有明・鹿本二次医療圏)において、小児科医の集約化を行うため、小児医療の重点化病院の整備に向けた関係者の合意形成を図っていく。また、現在はオンコール体制で二次医療体制を維持している県南地域(八代・芦北・球磨二次医療圏)についても、医療体制の整備についての関係者による協議を行っていく。	同左
44 大分	20年度から適用する医療計画において、小児救急医療圏を設定することとしている。(現行10医療圏 → 6) 大分大学医学部と連携して小児科医師確保対策を実施する。	20年度に引き続き、大分大学医学部と連携して小児科医師確保対策を実施する。
45 宮崎	○こども医療圏プロジェクト推進事業 小児科専門研修医への研修資金の貸与や症例研究の実施により、小児科医の安定的な確保を図るとともに、県内医療機関の拠点病院化等に取り組み、小児医療体制の充実を図る。(平成20年度～) ① 小児科専門医育成確保事業 ・研修資金貸与事業 ・症例研究事業 ② 小児救急拠点病院整備事業 ③ 小児救急医療電話相談事業	・小児救急拠点病院事業の適用病院の拡充 ・上記事業拡充に向けた小児科医の確保対策
46 鹿児島	現在、1)小児圏域の統合、2)各圏域における拠点病院の設置、3)拠点病院と地域の診療所等の連携体制の構築等を検討しているところであるが、具体的な年度ごとの計画までは立てていない。	
47 沖縄	現状 本県における小児救急体制の整備率は80%となっている。 (5医療圏の内4医療圏で小児救急医療支援事業を行っている) 未整備の中部救急医療圏では、県立中部病院(救命救急センター)が1次～3次を担っており、補助事業は受けていないが、小児救急体制は確保されている。 整備率を高めるための工夫 ①県立中部病院(救命救急センター)が、救命救急センターとは、別体制で小児科医を確保して、整備率を100%とする。 ②中部救急医療圏の民間病院参画型の輪番体制で整備率を100%とするか検討を行う。	整備率を高めるための工夫 ①県立中部病院(救命救急センター)が、救命救急センターとは、別体制で小児科医を確保して、整備率を100%とする。 ②中部救急医療圏の民間病院参画型の輪番体制で整備率を100%とするか検討を行う。

参考資料

小児二次救急医療機関を訪れる90%以上は軽症患者

資料1　小児二次救急医療施設を訪れる患者数（年齢別・重症度別）



（内訳）
来院患者総数
9,777人
うち軽症患者数
8,854人
（90.6%）

出典：平成14年　日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書

資料2　東京都の小児二次救急施設（51か所）における患者数

来院患者総数	331,615人	
うち入院を要しなかった患者数	315,757人	**（95.2%）**

出典：平成16年度東京都休日・全夜間診療事業（小児科）実績報告

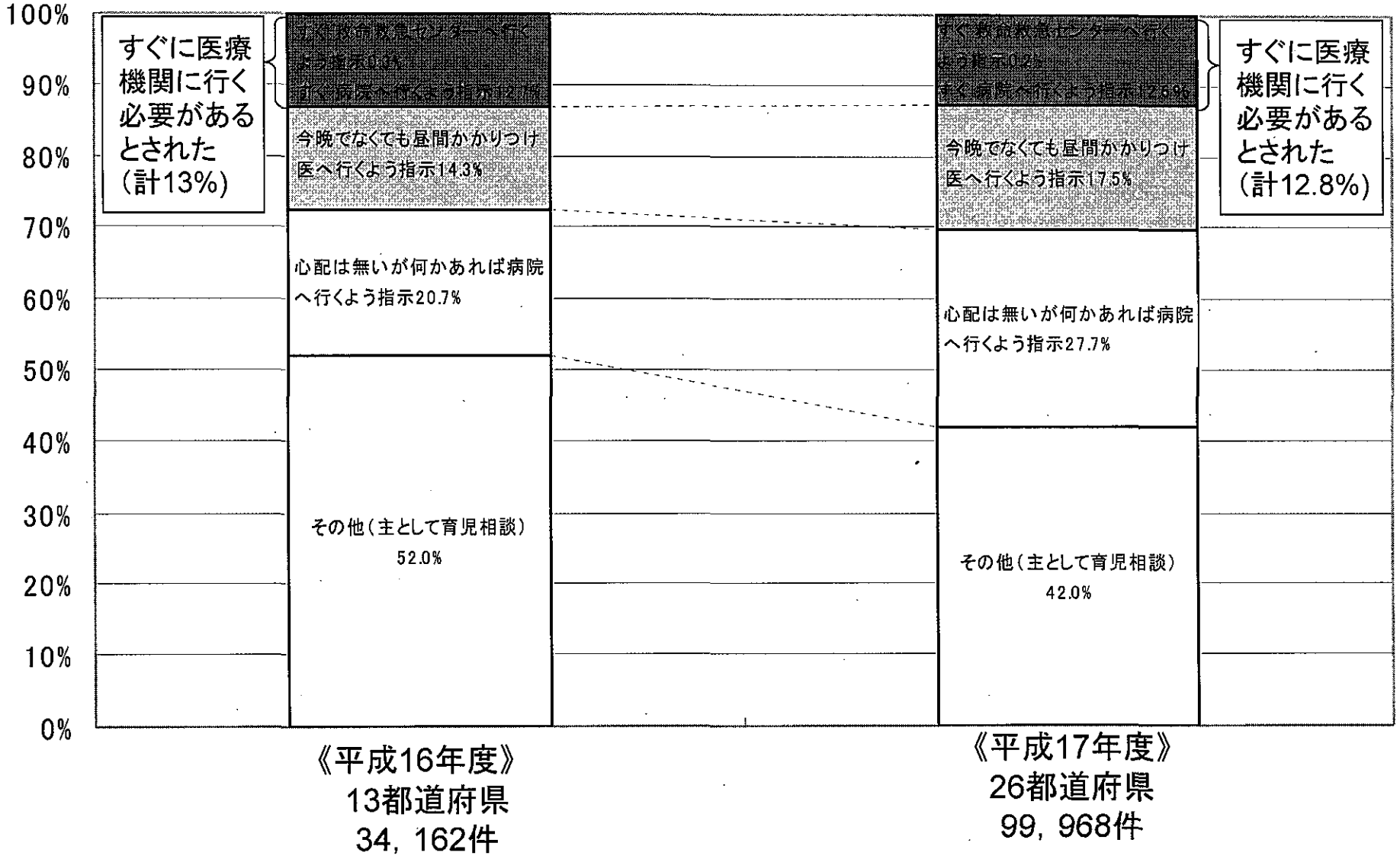
小児救急電話相談事業実施状況

（平成20年1月1日現在）

	実施予定 有 国庫補助	実施予定 有 県単事業	実施予定 検討中	事業開始（実施予定）年月日	実施日	実施時間帯	一般電話番号	携帯電話から「#8000」接続の可否	実施日・時間帯の拡大について	備考
1 北海道	○			H16.12.20	平日のみ	19:00 ～ 23:00	011-232-1599	○	検討中	
2 青森	○			H18.12.2	休日のみ	19:00 ～ 22:30	017-722-1152	○	予定なし	
3 岩手		○		H16.10.1	平日・休日	19:00 ～ 23:00	019-605-9000	○	検討中	
4 宮城	○			H17.6.11	休日のみ	19:00 ～ 23:00	022-212-9390	○	検討中	
5 秋田	○			H18.10.2	平日のみ	19:30 ～ 22:30	018-884-3373	○	検討中	
6 山形	○			H19.3.1	月～土	19:00 ～ 22:00	023-633-0299	○	予定なし	
7 福島	○			H19.7.27	平日・休日	19:00 ～ 翌朝8:00	024-521-3790	○		（民間業者）T-PEC
8 茨城	○			H16.8.25	平日・休日	18:30 ～ 22:30	029-254-9900	○	予定なし	
9 栃木		○		H17.11.15	平日・休日	19:00 ～ 23:00	028-600-0099	○	検討中	
10 群馬	○			H17.6.1	平日・土 日・祝日	19:00 ～ 22:00 9:00 ～ 17:00		○	予定なし	
11 埼玉	○			H19.6.20	月～土 休日	19:00 ～ 23:00 9:00 ～ 23:00	048-833-7922	○	予定なし	
12 千葉	○			H17.9.3	休日のみ	19:00 ～ 22:00	043-242-9939	○	検討中	
13 東京	○			H16.7.1	平日 休日	17:00 ～ 22:00 9:00 ～ 17:00	03-5285-8898	○	検討中	
14 神奈川	○			H17.7.1	平日・休日	18:00 ～ 22:00	045-722-8000	○	検討中	
15 新潟	○			H17.3.12	休日のみ	19:00 ～ 22:00	025-288-2525	○	検討中	
16 富山			○							休日夜間急患センターの付随業務として実施している。
17 石川	○			H16.9.11	平日・休日	18:00 ～ 23:00	076-238-0099	○	予定なし	
18 福井	○			H17.4.1	平日・休日	19:00 ～ 23:00	0776-25-9955	○	予定なし	
19 山梨	○			H19.8.1	平日・休日	19:00 ～ 23:00	055-226-3369	○		
20 長野	○			H18.12.1	平日・休日	19:00 ～ 23:00	0263-72-2000	○	予定なし	
21 岐阜	○			H17.8.1	月～土 日・祝日	19:00 ～ 23:00 9:00 ～ 23:00	058-240-4199	○	予定なし	
22 静岡	○			H18.7.1	平日・休日	18:00 ～ 23:00	054-247-9910	○	予定なし	
23 愛知	○			H17.4.1	休日のみ	19:00 ～ 23:00	052-263-9909	検討中	検討中	
24 三重	○			H14.4.1	平日・休日	19:30 ～ 23:30	059-232-9955	○	検討中	
25 滋賀	○			H17.7.2	休日のみ	18:00 ～ 23:00	077-524-7856	○	検討中	
26 京都	○			H17.1.24	平日・日・祝日 土	19:00 ～ 23:00 15:00 ～ 23:00	075-661-5596	○	検討中	
27 大阪	○			H16.9.1	平日・休日	20:00 ～ 翌朝8:00	06-6765-3650	検討中	－	
28 兵庫	○			H16.11.21	月～土 日・祝日	18:00 ～ 22:00 9:00 ～ 22:00	078-731-8899	○	H19年度予定	
29 奈良	○			H16.6.5	休日のみ	18:00 ～ 23:00	0744-21-1199	○	予定なし	
30 和歌山	○			H17.10.2	日・祝日のみ	19:00 ～ 23:00	073-431-8000	○	検討中	
31 鳥取			○							
32 島根	○			H19.9.1	平日 休日	19:00 ～ 23:00 9:00 ～ 23:00	03-3478-1060	○		（民間業者）ダイアルサービス
33 岡山	○			H16.7.31	平日 休日	19:00 ～ 23:00 18:00 ～ 23:00	086-272-9939	○	検討中	
34 広島	○			H17.9.5	平日・休日	19:00 ～ 22:00	082-505-1399	○	検討中	
35 山口	○			H16.7.1	平日・休日	19:00 ～ 22:00	083-921-2755	○	検討中	
36 徳島	○			H19.6.16	休日のみ	18:00 ～ 23:00	088-621-2365	○	検討中	（民間業者）東京海上日動メディカル
37 香川	○			H17.1.29	休日のみ	19:00 ～ 23:00	087-823-1588	○	検討中	
38 愛媛	○			H20.1.1	休日のみ	19:00 ～ 23:00	089-913-2777	○	検討中	（民間業者）（株）保健同人社
39 高知	○			H19.12.15	休日のみ	20:00 ～ 翌日1:00	088-873-3090	○	検討中	
40 福岡	○			H16.10.30	平日・休日	19:00 ～ 23:00	093-662-6700 092-725-2540 0942-37-6116 0948-23-8270	○	検討中	
41 佐賀	○			H17.2.21	平日・休日	19:00 ～ 23:00	0952-30-1255	○	検討中	
42 長崎			○							H19年度中を予定
43 熊本	○			H17.6.1	平日・休日	19:00 ～ 23:00	096-364-9999	○	検討中	
44 大分	○			H17.4.1	月～土 日・祝日	19:00 ～ 翌朝8:00 9:00 ～ 17:00 19:00 ～ 翌朝8:00	097-503-8822	○	－	
45 宮崎	○			H17.11.3	休日のみ	19:00 ～ 23:00	0985-35-8855	検討中	検討中	
46 鹿児島	○			H19.8.20	平日・休日	19:00 ～ 23:00	099-254-1186	○		
47 沖縄			○							
計	41	2	4							

※「休日」には土日・祝祭日・年末年始の休暇を含む。

小児電話相談実績（平成16年度、17年度比較）



（注）電話相談を受けた小児科医、看護師等による回答ぶりについて集計したものであって、実際の受療行動ではない。

出典：厚生労働省医政局指導課調べ

平成20年2月25日
「安心と希望の医療確保ビジョン」第4回会議
花田先生提出資料

岡崎の例

○「おかざき小児救急フォーラム」を開催

≪目的≫
保護者の皆様に救急医療体制等について理解を深めて頂くとともに、救急医療機関への適正な受診を図ることを目的とする。

≪日　時≫　平成18年11月18日（土）午後1時30分～4時
≪会　場≫　福祉会館6階ホール
≪参加者≫　73名
≪プログラム≫
1.講演「子どものインフルエンザ」
花田　直樹（岡崎市小児救急医療対策協議会 医師）
2.シンポジウム「どうしたらいい？　子どもの急病」
座長　村山　憲（岡崎市小児救急医療対策協議会 医師）
シンポジスト
○ 冨田　博（岡崎市小児救急医療対策協議会 医師）
○ 大原眞希子（岡崎市小児救急医療対策協議会 保護者代表）
○ 長井　典子（岡崎市民病院 医局小児科循環器部長）
○ 鈴木　若弘（岡崎市中消防署本署 救急救命士）
○ 宮澤　孝彦（岡崎市保健所長）
3.小児の心肺蘇生法
消防署職員による実演及び参加者の一部も体験

○岡崎市広報番組特集「小児救急を考える」の放映

〔放映年月〕
平成18年12月(8日間)

〔放映の目的〕
全国的に小児救急医療現場の医師不足が問題となっているなか、岡崎市では平成16年6月に夜間急病診療所に小児科医を配置した結果、夜間急病診療所の受診者が急増しています。
しかし、実際には軽症の受診者が多く、本当に救急を要する子どもの待ち時間が長くなってしまうという現象が起こっています。
今回の特集では、小児救急医療の現場を様々な角度から調査し、私たち（保護者）がどのように小児救急医療を利用すべきかを考えてみたいと思います。

※ DVDの貸出し可

○平成16年7月24日　岡崎市小児救急医療対策協議会を設置

小児救急医療体制のあり方を総合的に検討し、その充実を図るため、岡崎市小児救急医療対策協議会を設置。

[協議事項]
(1) 小児救急医療に関する情報収集及び分析に関すること。
(2) 小児救急医療の情報の提供に関すること。
(3) 小児救急医療体制の充実方策の検討に関すること。
(4) 上記に掲げるもののほか、協議会の目的を達成するために必要な事項に関すること。

[委員数等]　当初10名　→　現在8名
当初：大学関係者3名 、市民公募2名、保育・幼稚園関係2名、岡崎市医師会員3名
現在：市民公募2名、保育・幼稚園関係3名、岡崎市医師会員3名

適正な受診及び利用へ向けての主な協議会事業

○子どもの急病！ガイドブックの発行

休日や夜間など、病院や診療所が休みの時に、急にお子さんの具合が悪くなったら

- どうすればよいのか
- 誰に相談したらよいか
- 今すぐに救急医療機関へ行くべきか
- 明日まで待つべきか

迷うことはないでしょうか。
このことを解決するひとつの方法として、平成17年3月に初版を発行し、平成18年3月に改訂版を発行しました。

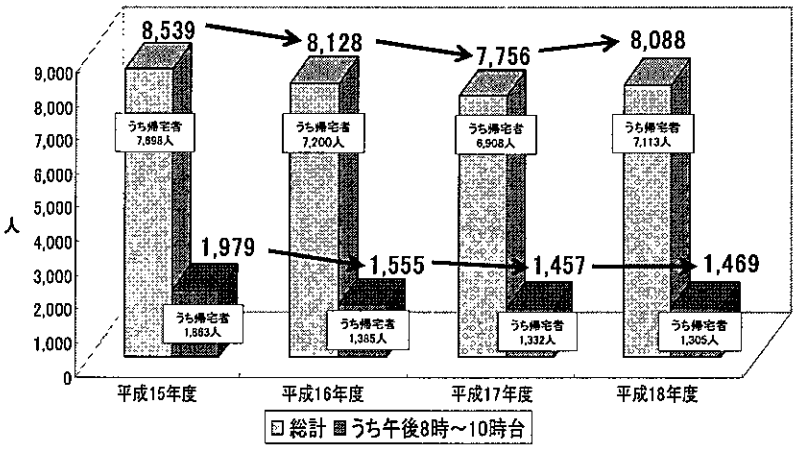
○出前講座

従来からの各種メディアを通じた啓発活動を継続するとともに、各保育園・幼稚園や子育てサークルなど、保護者の皆様が集まる機会などに出張（出前）し、ガイドブックのPR、「かかりつけ医を持つことの重要性」などについての啓発活動を行い、この小児救急医療体制を守り育てる環境づくりを推進する。

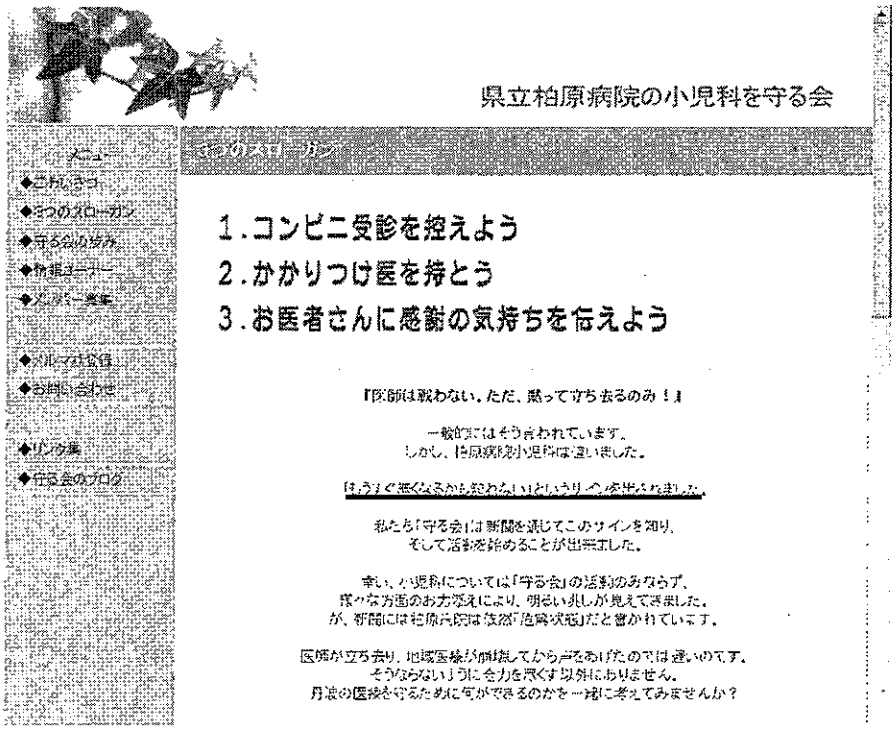
H20年2月20日が第41回目

市民病院救急外来小児科受診者数の推移

市民病院救急外来小児科受診統計



柏原の例



県立柏原病院の小児科を守る会

メニュー
◆ごあいさつ
◆3つのスローガン
◆守る会の歩み
◆新聞コーナー
◆メンバー募集
◆メルマガ登録
◆お問い合わせ
◆リンク集
◆守る会のブログ

3つのスローガン

1.コンビニ受診を控えよう
2.かかりつけ医を持とう
3.お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう

『医師は戦わない。ただ、黙って立ち去るのみ！』

一般的にはそう言われています。
しかし、柏原病院小児科は違いました。

はうすが無くなるかも知れないというリスクに直面されました。

私たち「守る会」は新聞を通じてこのサインを知り、
そして活動を始めることが出来ました。

幸い、小児科については「守る会」の活動のみならず、
様々な方面のお力添えにより、明るい兆しが見えてきました。
が、新聞には柏原病院は依然「危機状態」だと書かれています。

医師が立ち去り、地域医療が崩壊してから声をあげたのでは遅いのです。
そうならない！ように全力を尽くす以外にありません。
月波の医療を守るために何ができるのかを一緒に考えてみませんか？

現在の小児医療の問題点

① 不当な診療報酬の低さとフリーアクセスによる患者数の多さ

② 病院小児科勤務医の減少

③ 乳児医療無料化と救急外来のコンビニ化

④ 訴訟リスクとクレーマー

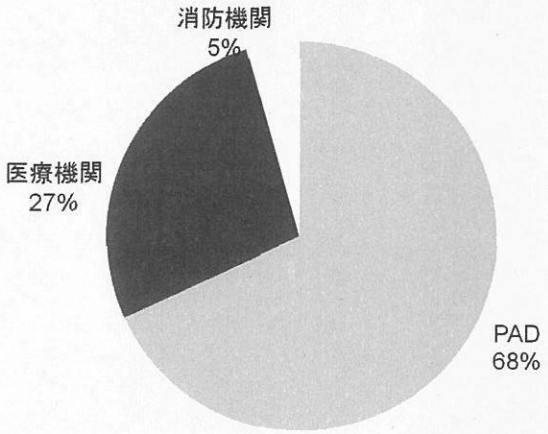
資料6

AEDの設置状況

平成20年3月3日
医政局指導課

AEDの設置状況について

○AEDの普及状況（平成19年12月現在）



・総数　129,475

　－PAD　88,265

　－医療機関　35,483

　－消防機関　5,727

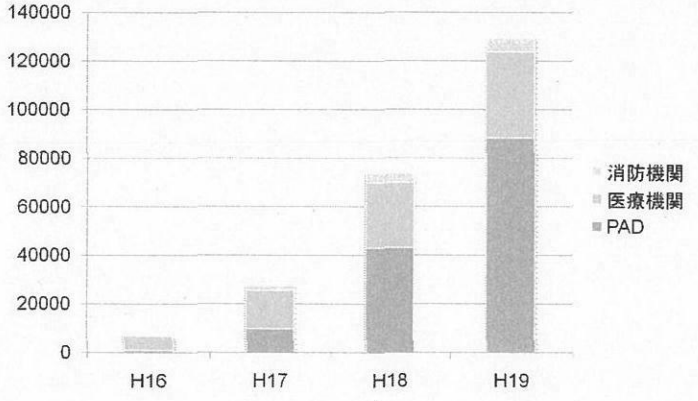
・人口10万人対設置数　101.33

　－PAD　69.08

　－医療機関　27.77

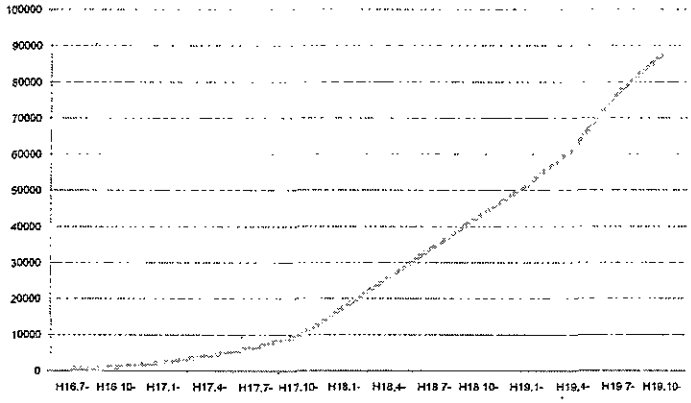
　－消防機関　4.48

・累計



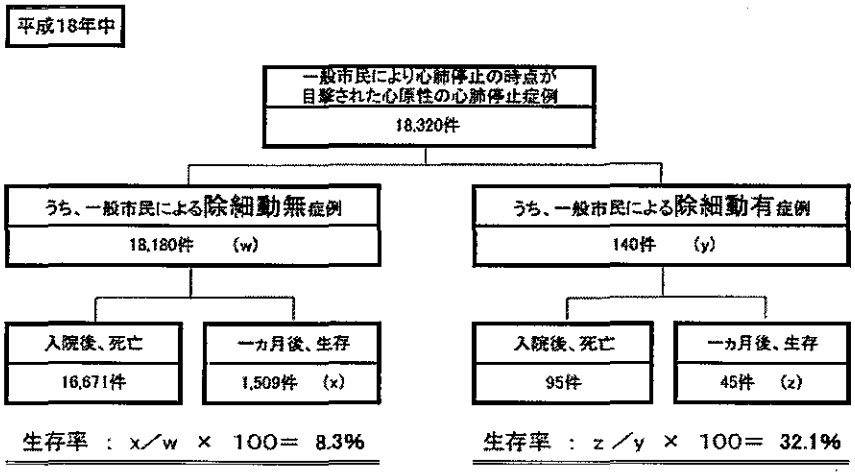
「AED設置状況の調査」厚生労働科学研究（主任研究者　丸川征四郎）平成19年度

○PAD の設置数（累計）



「AED 設置状況の調査」厚生労働科学研究（主任研究者　丸川征四郎）平成 19 年度

○一般市民による AED 使用の効果



「様々な条件下での救命救急処置の生存率への効果に関する結果報告」総務省消防庁 平成 19 年

○今後の課題

・一般市民への心肺蘇生も含めた AED の適切な使用方法の啓発

・適切な管理についての啓発

・設置場所の把握

別添

都道府県別PADの設置数（平成19年12月現在）

都道府県	PAD設置数			人口10万対PAD設置数		
	H17	H18	H19	H17	H18	H19
北海道	186	1,287	3,574	3.31	22.87	63.51
青森県	152	682	1,070	10.58	47.47	74.48
岩手県	127	504	966	9.17	36.39	69.75
宮城県	319	933	1,534	13.52	39.53	64.99
秋田県	48	213	673	4.19	18.59	58.75
山形県	74	364	811	6.08	29.93	66.68
福島県	86	630	1,274	4.11	30.12	60.92
茨城県	103	874	1,993	3.46	29.38	66.99
栃木県	97	374	1,127	4.81	18.55	55.89
群馬県	179	615	1,382	8.84	30.38	68.28
埼玉県	376	2,265	5,010	5.33	32.11	71.02
千葉県	345	1,590	3,490	5.70	26.25	57.62
東京都	1,792	6,892	13,259	14.25	54.80	105.43
神奈川県	505	1,932	4,604	5.74	21.98	52.37
新潟県	91	679	1,723	3.74	27.93	70.86
富山県	168	524	951	15.11	47.13	85.54
石川県	38	269	555	3.24	22.91	47.27
福井県	274	669	964	33.35	81.43	117.33
山梨県	88	503	971	9.95	56.87	109.78
長野県	245	1,014	1,712	11.16	46.17	77.96
岐阜県	188	840	1,681	8.92	39.86	79.77
静岡県	216	1,244	2,752	5.70	32.80	72.57
愛知県	831	2,952	5,710	11.45	40.69	78.71
三重県	112	910	1,776	6.00	48.74	95.13
滋賀県	79	380	870	5.72	27.53	63.03
京都府	170	774	1,561	6.42	29.23	58.96
大阪府	713	2,656	5,453	8.09	30.12	61.85
兵庫県	585	2,255	4,175	10.46	40.34	74.68
奈良県	86	289	547	6.05	20.33	38.49
和歌山県	67	387	837	6.47	37.36	80.79
鳥取県	38	192	330	6.26	31.63	54.36
島根県	53	271	525	7.14	36.51	70.73
岡山県	150	500	1,156	7.66	25.55	59.06
広島県	139	715	1,423	4.83	24.86	49.47
山口県	110	519	967	7.37	34.77	64.79
徳島県	131	443	721	16.17	54.69	89.02
香川県	51	277	665	5.04	27.36	65.69
愛媛県	67	361	1,076	4.56	24.59	73.31
高知県	51	382	680	6.40	47.97	85.40
福岡県	325	1,397	2,284	6.44	27.66	45.23
佐賀県	29	412	679	3.35	47.55	78.37
長崎県	61	347	618	4.13	23.47	41.80
熊本県	53	394	940	2.88	21.39	51.03
大分県	55	394	739	4.55	32.57	61.10
宮崎県	92	391	848	7.98	33.91	73.54
鹿児島県	92	466	897	5.25	26.58	51.16
沖縄県	69	251	712	5.07	18.43	52.29
総計	9,906	43,212	88,265	7.75	33.82	69.08

※「AED設置状況の調査」厚生労働科学研究（主任研究者　丸川征四郎）　平成19年度

平成２０年３月３日
厚生労働省医政局指導課
雇用均等・児童家庭局母子保健課
総務省消防庁救急企画室

都道府県による救急搬送受入体制等の総点検結果（項目別一覧表）

平成１９年８月に発生した奈良県の妊婦救急搬送事案を受け、同１２月１０日、都道府県に対し、産科をはじめ救急搬送受入体制等に関する総点検を要請（医政局指導課長、雇用均等・児童家庭局母子保健課長、総務省消防庁救急企画室長連名通知）し、その結果についての報告（平成２０年１月末締切）をとりまとめたもの。

	都道府県	(1)救急搬送に対する支援体制 (ア)救急医療情報システム 救急医療情報システムを導入しているか。していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	①更新頻度 システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼働状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。 入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等事実上入力が行えない状態となっていないか。	システムの管理者(都道府県又は事業を受託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。	②入力情報 都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
1	北海道	平成13　年10月から運用しており、現在、総合周産期母子医療セ　ンター(6箇所)、地域周産期母子医療センター(25箇　所)、三医育大学及び北海道立子ども総合医療・療育セン　ターで、ハイリスク児・ハイリスク妊娠における受入可能　状況について情報提供できる体制となっている。	○応需情報の更新については、道からの依頼により、1日1回入力することになっているが、システム参加医療機関での入力については、バラツキがあるとともに、医療圏におけるシステムの利用状況についても差が生じている。					○情報更新の督促等は実施していない。 ○システム参加医療機関での更新状況については、システムの管理運営委託先から、毎日(土日を除く。)送信されている。	○表示項目については、「産科」「小児科」に分けて入力している。(入力項目等は別表2のとおり)			○照会等は実施していない。
2	青森県	導入している	更新頻度は以下のとおり、即時性は確保されているとはいえない。 参加医療機関のほとんどは朝・夕の2回入力しているケースが多いため、即時性は確保されているとはいえない。なお、即時性、つまりリアルタイムの情報が必要とされるのであれば、運用及びシステムの基本的な考え方を大幅に見直す必要がある。	医療機関個々の状況により、そのような体制となっていない例が多い。 規模の大きな病院にあっては事務担当者が診療科・病棟の状況を取りまとめ入力することになっているケースが多い。その過程で医療機関全体の状況を把握するため時間を要した旨している。					行っている。 システム就会画面は一覧性があり、わかりやいものとなっており、県としても消防本部の利用状況を把握し、各消防本部担当者へ内容説明等を行っている。	設けられている。	一部医療機関にそのようなものもある、システムには入力時間が明示されるが、受入可能で状況が変わらないときには更新するための入力を行わない医療機関もあり、信頼性を低下させている。	県は毎日行っていない。また、一部の消防本部は疑義ある場合には確認している。
3	岩手県	導入している 岩手県広域災害・救急医療情報システム 導入時期:昭和57年2月 参加医療機関数:127件	診療応需情報については、昼間応需と当直応需について、それぞれ午前9時と午後4時に定時入力することとしている。 平成19年4月～12月において、県内各2次医療圏において救急輪番制に参加している医療機関における更新頻度は、月平均1医療機関あたり34.73回で、1日に1～2回の更新が行われていると推測される。 ただし、更新頻度は医療期間毎に大きなばらつきがあり、盛岡圏域の医療機関は多いのに対し、同一圏域内の医療機関数が少ない医療機関ほど頻度が低い傾向が見られる。 圏域に受入病院が少ない場合、要請側がシステムに頼らず、電話等で直接応需連絡を行っているものと考えられる。	当該システムは各病院の医事課等に設置され、事務職員又はケースワーカー等が入力に当たっている。 また、本システムの運営は(社)岩手県医師会に委託しており、未入力医療機関に対しては岩手県医師会より入力指導を行うこととしている。					救急医療情報として設定する出入力項目は次のとおり。 ・診療科目毎の診療の可否(応需可能科目) ・男女別の空床数　・血液の保管情報 ・病院群輪番制病院当番情報 ・在宅当番医制当番情報 ・休日夜間急患センター情報 ・医薬品情報(リンク) 医療機関への入力指導については、(社)岩手県医師会に委託し行われている。	システム上の区分は「産婦人科」であり、「産科」のみの区分は設けられていない。	医療機関への入力指導については、(社)岩手県医師会に委託し行われている。	医療機関への入力指導については、(社)岩手県医師会に委託し行われている。
4	宮城県	救急医療情報システムは、医療機関や消防本部に対して、患者の転搬送に必要な病院の診療可否や空床情報等を提供しており、平成19年度からは、利便性の向上を図るため、Web化を行った。	127医療機関が参加し、情報の更新を1日2回程度行うこととしているとともに、4日間更新が無い場合は入力の督促を行う等の取組を行っているが、即時性を実現するためには、情報を随時入力する職員の確保等が必要であり負担が大きい。	「救急搬送患者への対応に係る医療機関への調査」を平成20年1月に救急医療機関を対象に実施し、結果を、救急搬送時間短縮化のための施策立案に反映することとしている。				(周産期医療情報システム) 空床情報の更新は、総合周産期母子医療センターは毎日2回、地域周産期母子医療センターは最低週2回は行うこととしており、情報の更新が無い場合は、入力の督促を行っている。	救急医療情報システムで提供する情報内容等については、救命救急科医師、消防機関等による会議を開催し意見を得る等、利便性の向上に向けた取組を実施している。	診療科別の応需状況については、「産科」のみの区分が別途設けられている。		
5	秋田県	秋田県では平成9年に「秋田県災害・救急医療情報システム」を整備。 県内の全病院(78施設)、全消防本部(13施設)及び各保健所等、災害・救急医療関連する関係団体がシステムに参加しています。	救急告示病院において、月～金曜日では、全ての医療機関で時間を定めて情報の更新がなされています。情報の更新を1日2回以上実施する医療機関は28施設で全体の9割を占めています。また、定時の更新以外にも、必要に応じて情報の更新を行う体制としている医療機関は13施設となっています。 土曜日において情報の更新を実施している医療機関は、16施設、日曜日・祝日においては12施設となっています。	ほとんどの医療機関で事務職員が入力を担当しています。なお、入力担当者の約7割が当該医療機関の機能・体制等に精通している職員となっています。	入力を担当する職員が、直接、空床情報等を確認している施設は12施設となっています。		夜間・休日に稼働していない施設が14施設であり、この時間帯は情報の更新が実施されていません。		平成19年4月にシステムを更新しています。更新にあたり、平成19年3月に県内8ヶ所を会場として、各病院、消防機関等、関係機関を対象とした説明会を実施し、操作方法、入力項目等について周知しています。	「産科」の項目を設けています。なお、情報は、他の診療科目と並列に同時に表示されます。		情報センターの運営は県医師会に委託しており、救急告示病院の応需情報の更新状況を平日、週末午前10時、午後3時の計2回確認しています。情報の更新がなされていない場合は、電話連絡にて督促を行っています。
6	山形県	①本県では、15消防本部と、3つの三次救急医療機関、37の救急告示病院が中心となり、救急搬送体制を構築している。 ②パソコン等を活用した救急医療情報システムは運用していないが、地域の実情にあわせ、消防機関が日々宿直医等の情報を確認する体制等を構築している地域や、地域内に限られた救急病院しかないため消防機関からの搬送照会があった際は完全に受け入れる体制を構築している地域などがある。 ③こうした地域の実情に応じた体制を構築、充実していくことで、救急搬送に対する支援体制は確保されていると認識している。										
7	福島県	導入している。	1日2回の定時入力をしており、その他に変動が生じた場合には随時送信することとしている。	精通している。	入力者が直接確認をしている(一部の医療機関では確認者を決めて入力者へ報告する体制をとっている)。	伝達されている。	入力できる。	定時入力時間を10分経過すると自動音声案内、FAX及び電話による督促をする体制となっている。	定義や表示項目は操作説明書に記載し、システム上に操作説明書を掲載して周知している。	ある	されていない	情報センターで入力状況を確認しており、消防本部でも応需情報を電話で確認した上で搬送している。

	都道府県	(イ)消防機関と医療機関の連携体制 ①医療機関の窓口体制 消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。この場合、照会応答マニュアルが作成されているか。同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	②消防機関における体制 全ての救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能か。また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	③メディカルコントロールの活用 地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	(ウ)県境を越える患者の搬送体制 都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の応需情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
1	北海道	産科病棟で直通で受け、受入の可否を伝達。 → 35病院 救急担当で電話受理後、病棟へ受入の可否を確認、産科病棟内で受入可否について回答 → 33病院 それ以外 → 31病院 (108医療機関中有効回答99機関)	○ほとんどの産科医療機関において、直ちに受入判断の可否が行える体制が整えられている状況である。(上記(ウ)の中で直ちに受入判断の照会を行うことができる体制にない産科医療機関は5病院となっている。)	○メディカルコントロール体制として、心肺停止等の場合は、全ての消防本部が医師の指示を受けれる体制となっている が、産科救急搬送に限ると、68消防本部の中では、33 本部のみにホットラインが敷設されている。 また、そのうち17本部が医師とホットラインがつなが っている状況。		○道内全ての消防本部に配置済みである。 また、道内救急隊のうち、約8割が救急救命士運用隊となっている。	○北海道救急業務高度化推進協議会では、周産期に係るプロトコルを決定しており、68消防本部の中で60本部で、妊婦を前提として傷病者の観察等が可能となっているが、8本部では全ての救急隊員に周知されていないという状況。 ○妊婦の搬送に係る手順書等が整備されているのは、68消防本部の中で10本部であるが、その他の消防本部では、一般的な手順書や、搬送先が限られいることから、敢えて書き物として整備しなくても問題はない状況。	○救急隊と指令センターとの連携が取られている消防本部は、68消防本部の中で、52本部となっている状況。その他の本部では、搬送先が限られいるので、そのような連携が 必要なかったり、以前そのような体制が取られていた本部も、病院から、指令センターを通すと、病状が又聞きになるので止めるように言われたりと、必ずしもそのような体制が必要ない状況。	○心肺停止など重篤な場合は、24時間いつでもメディカルコントロールが利く体制となっている。			
2	青森県	概ねとられている。 医療機関によって異なるが、ほとんどの医療機関では看護師が消防本部からの照会に対応し、医師の判断を直接聞きながら対応している。	されていない。 対応については、事実上対応にあたった職員に任されている状況であり、消防本部側にもこの点に関しては情報提供されていない。	すべての救急医療機関には設置されていない。 地域の中核的役割を担う医療機関には設置されていることが多いが、全ての救急医療機関には設置されていない。なお、設置されているものについては、医師と連絡がとれる状態となっている。	作成している。	配置されている。 基本的に救急救命士が救急車に乗るようにはなっているが、救急救命士の充足状況から、すべて時間帯において乗るようになっていない。	妊娠を確認した場合には観察は可能だが、手順書等はない。 その様子から分かる場合、また本人の申告により妊娠が判明した場合には、それを前提に観察を行うことは可能だが、それらがない場合には対応できるかわからない。また手順書等については、特に作成していない。	とられている。	体制が整備されている。	把握していない。(恒常的に県外の医療機関に搬送している消防分署が1ある。)	定めていない。	共有化を図っていない。
3	岩手県	平日:体制あり 9 休日/夜間:体制あり 7 なし 2 (総数13、有効回答数9)	体制あり 2 マニュアルは作成されていない。	ホットラインあり 6 ホットラインなし 3 対応者は医師かどうか。 医師 4 それ以外 2	作成している 5 作成していない 4	(消防本部総数12 有効回答数12) 配置されている 11 配置されていない 1	可能 12 手順書は作成されている 1 手順書は作成されていない 11	連携体制がある 7 連携体制がない 5	(総数12、有効回答数12) 相談・助言体制を確立している 8 相談・助言体制を確立していない 4	把握している。	ルールが定められている 1 定められていない 11	共有化はしていない。 隣県へのパスワードの提供はしていない。また、隣県からもパスワードの提供は受けていない。
4	宮城県	「救急搬送患者への対応に係る医療機関への調査」を平成20年1月に救急医療機関を対象に実施し、結果を、救急搬送時間短縮化のための施策立案に反映することとしている。				県内の全ての救急隊に、救急救命士又は救急科課程修了者が常時配置されている。	妊娠を前提とした傷病者の観察に関しては、救急救命士でなくてはできず、当直隊員によっては観察不可となる隊が、3本部で4救急隊あり、救急救命士の育成促進が求められる。 妊婦の救急搬送に関する医療機関への連絡方法等を示した手順書等を備えている消防本部はない。 医療機関への連絡方法のプロトコールに類するものの作成の可否については、検討を要する。	県内全ての消防本部において、救急隊と指令センターが連携して照会を行う体制を採っている。 119通報時に重症患者と判断された場合を除けば、指令センターと連携して照会するか否かは現場における判断にかかる部分が大きいと考えられ、早期連携を図るためのルール作成の可否については、検討を要する。	10消防本部において、受入照会困難時に、メディカルコントロール担当医療機関に相談することができる。 うち8本部は、契約に基づかず、慣例的に医療機関の協力のもと相談をうけてもらっているのが実情である。 受入医療機関困窮などの受入照会支援がメディカルコントロールの趣旨に沿うものであるかどうか、メディカルコントロール協議会での検討を要する。	県においてはこれまで、県外医療機関への救急搬送の統計調査等の実態把握を行ってきておらず、隣接県との相互の搬送ルール等も定めていない。		他県の救急医療情報システムのパスワードの交付を受けている消防本部はない。
5	秋田県	消防機関からの搬送照会には、医療従事者である医師又は看護師が応対しています。事務員が応対する医療機関はありません。また、看護師が対応した場合において、医師に対して速やかに受入の照会がなされる体制が全ての病院で確保されています。	照会応答マニュアルを作成している医療機関は10施設となっています。また、マニュアルを地域の消防本部に提供している医療機関は10施設の内の7施設となっています。	消防機関からのホットラインが敷設されている医療機関は18施設と半数以上を占めています。この他、消防機関から救急部門の電話に直接連絡が届く、または、救急部門を担当する医師、看護師の携帯電話等に直接連絡がなされる対応もとられています。 受付を経由して電話が転送されるなど、直接救急部門に連絡できる体制が取られていない医療機関が7施設ありますが、搬送照会に応対する職員は医師または看護師となっています。	作成している医療機関は、31施設中、8施設となっています。	全ての救急隊に救急医療に関する知識を有する職員が配置されています。	全ての救急隊において観察が可能です。 妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法を示した手順書等は、いずれの消防本部でも作成されていません。	現地の救急隊のみでは搬送受入が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられている消防本部は、13本部中、8本部となっています。 なお、他の5本部においては、現状では救急隊での対応で十分な状態となっています。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているのは、すべての協議会となっています。	平成18年での県境を越える患者搬送件数は161件(転院搬送153件、転院搬送以外8件)となっています。 県境を越えての搬送件数が多いのは、隣接県と接する地域及び、高速道路等、交通事情が良い地域となっています。 転院搬送以外の8件は、かかりつけ医が隣接県の医療機関であるため、または、患者本人の希望によるものとなっており、自県内での搬送先医療機関の選 定に困難を来し、他県に搬送したケースはありません。	隣接する都道府県間で搬送に係るルールや、搬送照会等の対応を行う医療機関を予め定めてはいません。	他県の救急医療情報システムとの共有化は図られていません。
6	山形県	○窓口体制としては、医師直通のPHS等で対応する体制や、救急部門直通の連絡先で対応する体制、代表電話等の窓口から院内医師等に対し速やかに受入判断の照会を行える体制などを各救急病院において講じている。				県内消防本部の各救急隊は、全ての隊に救急救命士又は救急課程修了者が配置され、救急医療に関する知識を有する職員により運用されている。	救急医療に関する知識を有する職員により運用され妊娠を前提とした傷病者の観察が可能な体制がとられている。	必要に応じ指令センターと連携して照会する体制をとっている消防機関もある。	産科傷病者を搬送する際、傷病者の容態やその後の変化など必要に応じ医師からの指示又は指導を受けることができる体制がとられている。 また、各消防機関と医療機関等の間で定期的に話合う機会を設け、救急搬送が円滑に行われるための搬送・受入体制等の協議がなされている。	県内の一部地域が、県境を越えた病院の医療圏に含まれていることから、当該地域を所轄する救急隊が、通常の搬送先の一つとして当該病院への越境搬送を日常的に行っているが、その他の消防機関では、転院搬送の場合を除き、県外医療機関への搬送実績は殆どない状況となっている。	各消防機関においては、県内での搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合がないため、県境を越える搬送に関するルールの設定や他県救急医療情報システムへのアクセスによる応需情報の把握は行われていない。	他県救急医療情報システムへのアクセスによる応需情報の把握は行われていない。
7	福島県	医師が直接応対しているか、すぐに医師に照会できる体制になっている。	即時に医師に受入判断を確認できる体制になっている。マニュアルにより迅速・的確な対応を行っている病院もある。	大部分の医療機関は、ホットラインを設置しているか、即時に医師に接続できる体制をとっている。	医療機関によっては、応答記録を作成している。	配置されている。	教育課程の教科目に含まれており、妊婦の観察は可能である。 医療機関への連絡方法を示した手順書までは備えていない。	消防本部により照会体制は異なるが、救急隊と指令センターとの連携体制は整っている。	とられている。	把握している。	現段階では定めていない。	他県から本県システムへアクセスすることは可能なシステム構成である。本県から他県へのアクセスは、他県のシステム構成による。

	都道府県	(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保					(4) 妊婦健康診査の受診勧奨		
		(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保		(ア) 妊婦健康診査		(イ) 公費負担の実施
		医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等同部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。 （かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空日時間帯は存在しないか。）	（ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。）	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、（特に夜間・休日について）県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上で、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊娠・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、同健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内のる市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
1	北海道	○消防からの妊婦救急搬送照会を救急部門で受けている分娩実施医療機関(分娩実施施設)は、全道で33箇所となっているが、救急部門と産科部門の連携体制は確保されている。		○当システムについては、パスワードの発給により閲覧できることとなっているが、ほとんどの産科医療機関が加入している状況。また、消防機関については、消防本部、消防署を含め、324箇所中117箇所が加入しており、当システムの周知及び加入の促進について通知している。	○ハイリスク分娩のみならず正常分娩にも対応可能な産科医療提供体制を構築するするため、総合周産期母子医療センター等に北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学の三医育大学から産婦人科医師の派遣を受け、産婦人科医師の優先的かつ重点的な確保を図るとともに、産婦人科医師の配置が十分でない地域の医療機関に対し、産婦人科医師の派遣を推進するなど、地域において安全で安心して出産できる環境を整備することとしている。		○検証等は実施していない。 ○妊婦の救急搬送に対して、輪番制を整備している地域がある他、輪番制は実施していないものの、各圏域に所在している総合周産期母子医療センター等へ搬送することとしているなど、各地域における搬送体制は確立されている。	○産科医師の充足状況は把握している ○総合周産期母子医療センター等へ優先的かつ重点的に産婦人科医師の確保を図り、勤務環境の改善を図し、医学生や研修医で産婦人科医師を志望するインセンティブを高め、若い医師を育成するなどにより増員を図ることとしている。 ○産婦人科医師の確保については、女性医師バンクや国の緊急臨時的医師派遣システムなどを通じて、産婦人科医師不足に対応することとしている。		○平成19年度から妊婦健康診査が2回から5回程度の実施ができるよう交付税措置が拡大されたことから、市町村に対し妊婦健康診査の拡充について通知するとともに、様々な機会を通じ、市町村への啓発を行っている。	○かかりつけ医をもち、母子健康手帳の交付を受け、定期的に妊婦健康診査を受けることが重要であることから、母性や乳幼児の健康の保持や増進を目的とした講習会を開催するなど、母子保健に関する内容が正確により一層の周知徹底を図るよう市町村に対し依頼した。	○平成19年度以降の実施予定回数について、次のとおり確認している。 平成19年11月時点　平成20年度実施予定 実施回数 市町村数　実施回数 市町村数 10回以上　4　10回以上　5 6~9回　1　6~9回　2 5回　9　5回　108 5回未満 166　4回　3 3回　8
2	青森県	確保されている 妊婦の搬送照会は、常に産科部門が受入可否の判断を行うこととなっており、ファーストコールが救急部門であっても同様の取扱いがなされている。	確保されている 産科部門を有する全ての医療機関は、周産期救急情報システムと並行して救急医療情報システムにアクセス可能となっており、必要に応じて救急部門との連携確保が可能となっている。	体制がとられている 産科部門を有する全ての医療機関とともに、県内全ての消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制となっている。	確保されている 通常の診療時間として夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所はないが、県内1か所の総合周産期母子医療センター及び県内4か所の地域周産期母子医療センターにおいて24時間体制で緊急分娩の取扱いとハイリスク症例の受入を行っている。		検証が行われている 問題となる過去の搬送症例が発生した場合は、総合周産期母子医療センター、発生圏域の関係医療機関、消防機関等による「周産期医療システム連絡会」を随時開催し、事例検証及び連携体制の強化を図っている。	把握している 県内の産科医の充足状況は把握している。その上で、本県に医師を誘引し、定着させるための医師確保策としてUIターン医師などの受け皿となる「あおもり地域医療・医師支援機構」の創設や、医師確保の各本指針となるグランドデザインを策定し、医師確保のための具体的な環境整備等に取組んでいる。	正常分娩費用は自由診療であり、県下の医療機関の分娩費用を個別には把握していない。しかし、正常分娩費用は、通常は出産育児一時金(35万円)の範囲内に設定されており、医療機関による大きな変動はないと認識している。	啓発活動を行っている 「妊婦連絡票」により医療機関との連携が図られており、市町村では、妊娠届出時に医療機関から提出された妊婦連絡票により、妊娠中の生活、リスクの兆候等について指導し、啓発活動を行っている。また、妊娠についての悩み等の相談窓口として保健所の「女性健康相談」について市町村広報を通じて周知している。	受診勧奨を行っている 市町村防災主管課長会議等を通じて、公費負担措置及び妊婦健康診査の必要性を啓発するよう働きかけを実施した。また、県広報で妊婦健康診査の必要性について啓発を行っている。	5回以上の公費負担制度が全市町村において導入されつつある 平成19年度中に公費負担回数を40市町村中、16市町村が5回以上としている。平成20年度には32市町村が6回以上の実施を予定しており、残る8市町村においても拡大を検討中としている。
3	岩手県	確保されている(100%)	確保されている(91.7%) 確保されていない医療機関には、救急に対応する専門診療科が少ない 本県では、産科医師不足により平成19年中にも2病院が分娩を休止しており、産科救急の受け入れ体制は確保されていないため、搬送先のトリアージが重要となっている。	消防機関が、直接周産期救急情報システムを利用できる体制にはなっていない。 本県の周産期医療ネットワークは、かかりつけ医が母体・胎児のリスクを判断し、総合周産期母子医療センターなどに電話やFAXなどで対応を相談し、総合周産期母子医療センターの専門医がリスク程度に対応できる医療機関を調整し、確実に搬送する仕組みとなっている。分娩を取り扱うすべての医療機関は周産期医療ネットワークを活用できる体制にある。 総合周産期母子医療センターのNICUが満床の場合にあっても、相対的に軽症の児から後方支援病床に移すなどして受入している。空床情報だけでは受入不可能となるところだが、産科と小児科が連携して調整を図っている。	産科医師の減少から、分娩可能施設は激減しており、県内の周産期医療体制の確保は喫緊の重要課題となっている。特に、分娩施設まで遠隔地域では、自宅から分娩施設まで自家用車で60分~90分を要する。本県の医療計画では、遠隔妊婦健診やITを活用した周産期医療ネットワークなど、機能分担と地域連携により周産期医療体制を確保することとしている。		各地域においては、医療機関、消防機関等からなる関係者による症例検討が行われている。産科救急において問題となった搬送症例があったかまでは、把握していない。	産科医師数は把握しているが、夜間・休日の勤務体制までの把握は行っていない。 医師確保対策のために、医師確保のためのアクションプランを策定するとともに、医師確保対策室をおき、医師確保にむけた取組を実施している。	県下の医療機関における分娩費用の把握や、金額設定に係る指導助言は行っていない。	思春期保健に係る健康教育において妊娠や性感染症の予防については啓発普及をおこなっているが、妊娠の兆候があった場合の医療機関受診についての啓発活動は十分把握していない。 市町村における小中学生の赤ちゃんふれあい体験の事前学習として、母子手帳を活用した健康教育が実践されており、県では赤ちゃんふれあい体験事業の支援事業を推進し拡充に努めている。 市町村の母子手帳発行時に併せて、県が作成したパパ手帳を併せて配布し、妊婦健康診査の必要や妊娠中の流早産の予防について啓発している。	市町村においては、妊婦健康診査の公費負担を行い、受診勧奨をしている。	「妊婦健康診査の公費負担の望ましいありかたについて」(平成19年1月16日　厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知)に基づき、妊婦健康診査の拡充に努めているが、市町村によっては交付数であることから5回の実施に至らないところもある。
4	宮城県	県内における複回受入照会事案においては、かかりつけ医のいない患者や、人工中絶の後遺症、事件・事故による特殊な症例に関して処置困難、医師不在で受入不可とされたケースが多い。 産科医不足が叫ばれる中、効率的な救急搬送受入の実現のため、消防機関と医療機関の連携の下、体制の構築を図る必要があるが、限られた地域医療資源を有効に活用し、現場に混乱を招くことのない実効性のある体制とするため、慎重な検討が必要である。		治療が必要な母胎・新生児の受入機関の早期決定・搬送を行うために必要な空床情報等を医療機関や消防本部に提供している。	1カ所の総合周産期母子医療センターと11カ所の地域周産期母子医療センター等との連携を図り、周産期医療体制の整備を進めている。 医師確保策を推進しているが、宮城県の人口10万人に対する産科・産婦人科医師数は、75人であり、全国値より下回っているほか、地域偏在も見られる。 特に県北地域の医療資源の不足が顕著であり、集約化・重点化を図ることで、安全で適切な医療を効率的・効果的に提供できる体制の構築を図っていくこととしている。 仙台地域では、産科セミオープンシステムが導入され、機能分担と連携による産科医療提供体制が構築されており、緊急時には、妊婦が分娩予約をした病院が対応することとしている。 長期間にわたり人工呼吸管理が必要となる新生児に必要なNICU及びNICU後方病床が不足し、他県への搬送も発生している。		県内における複回受入照会事案においては、かかりつけ医のいない患者や、人工中絶の後遺症、事件・事故による特殊な症例に関して処置困難、医師不在で受入不可とされたケースが多い。	医師確保策を推進しているが、宮城県の人口10万人に対する産科・産婦人科医師数は、75人であり、全国値より下回っているほか、地域偏在も見られる。 特に県北地域の医療資源の不足が顕著であり、集約化・重点化を図ることで、安全で適切な医療を効率的・効果的に提供できる体制の構築を図っていくこととしている	一部について把握している。	妊婦健診を受けずに、出産間際になって病院に救急搬送される妊婦が毎年おり、母子だけではなく、病院にとっても大きな負担となっている。このため、妊婦健康診査の受診に関する啓発活動として、県でポスターを作成し、平成20年3月にJR東日本電車中吊りで広報を行うとともに、市町村にも配布を行う予定である。	各市町村では、妊娠届を受け取り、母子健康手帳を交付する際に、妊婦に対し妊婦健康診査について説明を行い受診勧奨を行っている。	妊婦健康診査の平成20年の公費負担は、36市町村中(括弧書きは市町村数)、10回(1)、5回(20)、4回(2)、3回(3)、2回(5)、検討中(5)となっており、多くの市町村が、5回以上の公費負担を行う予定となっている。(平成19年12月集計段階の状況)
5	秋田県	県内で分娩を取り扱う病院は17施設であり、これらの施設は全て救急告示病院となっています。このため、同医療機関の救急部門で妊婦の搬送照会を受けた場合、周医療機関の産科部門に連絡、または、携帯電話で産科医に連絡することで、確実に連絡がとれる連携体制が確保されています。	分娩を取り扱う病院において、他部門の診療を必要とする搬送照会を受けた場合、症状に応じて、同病院の救急部門、同一医療圏の救急部門、または、他の医療圏の救急部門に連絡する連携体制が確保されています。	救急医療情報システムに産科に係る救急情報を含んだ内容で運用しており、消防機関においても産科に係る情報を得ることが可能となっています。	分娩を取り扱う病院において、産科医師はオンコールも含め24時間対応を行っています。土曜日、日曜日・祝日においても同様となっています。	ハイリスク症例に対応するため、県央地区に総合周産期母子医療センターを1カ所指定しています。また、県北、県南地区に地域周産期母子医療センターを各1施設認定しています。このほか、大学医学部附属病院においても、ハイリスク症例の受入がなされています。	「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査」において、問題となるケースが発生していないことから、医療機関、消防機関等からなる検証は行っていません。	分娩を取り扱う病院において、産科医が2名以下の病院が半数を占め、日直・当直やオンコールによる待機など勤務医の負担が過重となっているなど、産科医が絶対的に不足しています。 このため、産婦人科等の特定診療科に従事しようとする大学院生又は研修医に対する修学資金又は研修資金等の貸与を行うなどの各種取り組みを実施し、医師確保に取り組んでいます。	医療機関における分娩費用について把握は行っていません。また、適当な金額との判断材料が無いことから、指導・助言を実施したことはありません。 なお、保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により、入院助産を受けることができない妊産婦に対して助産を行う、助産施設(児童福祉施設)を12カ所指定し、助産に関しての支援が行われています。	市町村において、医療機関との連携のもと、母親教室(パパママ教室等)で、妊娠の経過等、妊娠中の注意を含め教育を行っています。 また、市町村の広報や健康相談等でも妊婦健診の無料受診券制度を周知するとともに受診勧奨をしています。		平成15年度から、県事業として妊婦健康診査の無料券5回(歯科健診1回)を限度とし、市町村に補助しており、市町村の独自分を入れても、公費で負担されている妊婦健診(検査券も含み)は、最低9回分(ほとんどが10回)となっています。
6	山形県	産科を有する医療機関においては、産科への連絡体制は整備されており、多くの医療機関はオンコール体制で対応している。産科を有しない医療機関に妊婦が搬送された場合においては、同一医療圏の産科を有する病院への紹介を行う等、両部門の連携体制が確保されている。 また、産科部門から他診療科受診を要する患者への対応については、自医療機関内での専門医による対応、または医療圏内の専門病院に紹介する等の連携を図っている。		本県では、周産期救急医療情報システムは有していないが、(1)(ア)のとおり地域の実情に応じた救急搬送体制を構築しており、搬送照会への支障はないと認識している。	第5次保健医療計画に、一般産婦人科医院からリスクの高い分娩に対応できる拠点病院、さらに高度周産期医療機関まで連携した、県全体をカバーした周産期体制の構築を盛り込んでいる。		過去において問題となった搬送症例はない。	産科医の状況や各病院における医師充足希望等については、把握している。 本県では、具体的な産科医の確保策として、平成17年度から修学資金制度を創設する等、県としての対策を講じているところである。さらに、医師に対する子育て・介護情報を提供する等のサポート事業も展開している。	県内医療機関における分娩料金は、条例で定める県立病院の料金とほぼ同等の水準である。	・医療機関受診や妊婦健康診査の受診勧奨のため、県及び市町村において チラシの配布をはじめ、ホームページ、広報誌やマスメディア 等を活用しての啓発を行っている。 各市町村において、母子手帳交付時や広報誌等により公費負担制度について周知を図っている。 また、未受診者に対して個別の受診勧奨を行っている市町村もある。		県内の大部分の市町村が、20年度当初予算において6回以上の公費負担の要求を行っている。
7	福島県	連携体制が確保されている。	連携体制が確保されている。	周産期救急情報システムは平成14年度から稼働しており、消防機関が利用している。	県立医科大学附属病院に総合周産期母子医療センターを設置し、周産期医療システムを構築している。		周産期医療協議会において検証を行っている。	県立医科大学医学部の入学定員の増員や地域推薦枠の設定、ドクターバンクの運用、公的病院等への医師派遣、修学資金の貸与など産科医を含めた医師確保対策に積極的に取り組んでいる。	分娩費用は把握しておらず、具体的な指導助言は行っていない。	約半数の市町村で広報誌、ホームページ等で啓発活動を実施している。未実施の市町村においても、今後実施予定あり。(一部、人口(対象者)が少なく重点勧奨が可能との理由により、啓発活動を行わない市町村あり。)	全市町村で母子健康手帳交付時に窓口で受診勧奨を実施している。公費負担措置についても、多くの市町村で、母子健康手帳交付時の他、広報誌、ホームページ等で周知を図っており、未実施の市町村においても、全ての市町村で今後実施を予定している。	19年8月の厚生労働省調査で、全妊婦に対し県平均5.8回(全国平均2.8回)の公費負担を実施している。また、県の補助制度により、第3子以降を出産する妊婦に対し、5回を超えて公費負担を実施している市町村は、35市町村。20年度以降、公費負担の回数増を行う市町村はさらに増える見込み。

	都道府県	(1) 救急搬送に対する支援体制 (ア) 救急医療情報システム										
			① 更新頻度						② 入力情報			
		救急医療情報システムを導入しているか、していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼動状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。 入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等事実上入力が行えない状態となっていないか。	システムの管理者(都道府県又は事業を委託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフローを行っているか。	都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
8	茨城県	導入している 応需情報がリアルタイムの情報になっていないため、救急隊が搬送照会を行うときに医療機関の診療状況と応需情報の内容が合っていない場合がある 救急車内から応需情報を閲覧できないため、救急現場で情報システムを活用することができない	1日2回以上の入力を要請(約8割の医療機関が2回以上入力している)	93%の施設で精通している者が入力している	76%の施設が空床確認を行っている	63%の施設で伝達される仕組みになっている	76%の施設が休日等における入力を行っている	センターの職員が更新状況を確認し、督促を行っている	マニュアルを作成し、システム導入時に説明会を実施しており、内容は理解されている センターが医療機関からのシステムに関する問い合わせに対応している	有	確認していない	無
9	栃木県	導入している	概ね1日1、21回の更新	本県では、約83%の救急医療機関において、医療機関の機能・体制等に精通した者がシステムに入力しており、約92%の医療機関において空床状況の確認を行っている				丸3日、入力を行わない医療機関に対し、入力の督促を行うなど、フォローを行っている	周知を図っている	「産科」のみの区分は設けていない	固定されていない	事実関係について照会を行っていない
10	群馬県	救急医療情報システムを導入している。	産科救急の中核医療機関にあっては、1日1回以上の更新が行われている。	医師・看護師等の医療機関の機能・体制に精通した者が入力している。	医師、看護師等が空床状況の把握を行っている	一部の医療機関を除き、十分な状況伝達体制がとられている。	一部の医療機関においては、入力責任者が不在等の場合、システムへ情報入力ができない場合がある。	システム管理者(事業の委託先)において、随時、更新に係る督促等を行っている。	概ね5年毎にシステム全体の更新を行っているため、更新の都度、内容に係る周知を図っているとともに、必要に応じ周知徹底に努めている。	「産科」のみの区分を設けている。	産科救急の中核医療機関にあっては、1日1回以上の更新が行われている。	システム管理者(事業の委託先)において、適宜、表示内容の確認を行っている。
11	埼玉県	○	毎日入力79.3%	△対応82.8%	△対応75.9%	△対応68.6%	△62.1%	△全ての医療機関に対し、文書やシステムのお知らせ画面で、入力更新の励行を依頼している。	○新システムへの移行に伴い、医療機関及び消防本部を対象に説明会を行った。	○	△	△救急医療情報センターで必要に応じ照会を行っている。
12	千葉県	導入している	毎日朝夕2回定期的に情報の更新を行うこととしている (実施率 52.8%)	医師・看護師が病院全体について入力 3施設 医師・看護師が診療科目毎に入力 6施設	入力者が確認 17施設 入力者以外が確認後、入力者へ報告 13施設	6施設が対応している	夜間に入力をしている 20施設 休日に入力をしている 26施設	更新がないと自動でFAXを送ることになっている	システム更新時(平成17年11月)に周知を図り、その後滞りなく運用されている	周産期応需情報において設定されている	更新日時の管理はしているが、内容の管理はしていない	システム管理者としては行っていない 消防機関では、11機関が照会を行っている
13	東京都	導入している	・変更がある都度医療機関が入力し、内容が更新される。	・端末は救急外来等に設置し、医師、看護師等が迅速・的確に入力できる体制をとっている。 ・東京都指定二次救急医療機関においては、夜間・休日も通年で常時対応する体制をとっている。				・更新状況に疑義が生じた際などには、消防機関及び救急医療所管課が適宜入力更新状況を確認し、個別指導等を行っている。	・医師会等を通じて周知を行っている。	・産科と婦人科を区分して表示している。	・変更がある都度入力することが原則であり、固定化はしていない。	・表示内容に疑義が生じている場合やシステム障害発生時等に必要に応じて確認している。
14	神奈川県	昭和57年より「神奈川県救急医療情報システム」を構築し、神奈川県救急医療中央情報センターにおいて、消防機関、地域情報センター及び医療機関からの問い合わせに対して、救急患者の搬送が可能な医療機関の案内及び情報提供を行っている。	・システム参画医療機関に対しては、毎日、朝・夕の2回の定期入力と、状況の変化に伴う入力を依頼することによって、情報のリアルタイム化を図っている。 (平成18年度の入力実績は、1機関平均入力数1.6回／日)	・入力者については、県から「職種」は指定しておらず、医療機関等に機能しやすい方法で対応しており、実際に、各医療機関によって、医師、看護師、事務職員、守衛等となっている。				・システムの情報管理については、神奈川県が神奈川県医師会に委託して設置している「神奈川県救急医療中央情報センター」にて行っており、システムへの入力が滞っている医療機関に対しては、救急医療中央情報センターが定期的に督促等を行っている。	・システム運用マニュアルや、説明会等において、応需情報等の定義、内容については、説明しており、医療機関及び地域の消防本部には十分周知されている。	・現在、「産科」のみの区分は設定しておらず、「産婦人科」として括っている。	・表示内容が事実上固定されているような場合があっても、毎日の情報入力の結果としてのことであれば、当然あり得る。	・システムの更新状況により、入力が滞っている医療機関に対しては、救急医療中央情報センターにおいて、応需情報入力の督促、内容確認等を行っているが、定期的に更新がなされている医療機関に対して、その表示内容について、誤りの有無など事実関係を確認することは行っていない。 ・なお、救急医療中央情報センターが実際に搬送先を選定する際には、応需情報の表示内容について当該医療機関に照会し、受入可否の確認をした上で搬送している。
15	新潟県	周産期医療情報システムを導入している。 総合周産期母子医療センターを含めた7医療機関の空床情報(MFICU、NICU)を提供している。(消防機関や一般分娩取扱機関が閲覧可能)	1日最低2回の更新を行っている。状況が変われば随時更新している。	精通した者が入力…4医療機関 (小児科医、産婦人科医、看護師長等) その他の者が入力…2医療機関 (事務職員、当直師長)	精通した者が入力する医療機関は、その者自身が空床状況を確認している。 一方、事務職員等が入力を担当している場合、入力者が直接空床状況の確認はしていないが、医師からの指示により入力している。	事務職員等が入力を担当している場合は、緊急処置や手術の状況が伝達されてはいない。	ほとんどの医療機関においては、夜間、休日も入力を行っている一方で、夜間、休日の入力を行っていない医療機関もあった。	情報を管理している新潟県救急医療情報センターが、未更新の場合は督促し、情報の更新をするよう促している。	周産期医療協議会において、システム設置時に表示項目等を検討し決定した。閲覧を希望される消防機関や一般医療機関にはパスワードを付与し閲覧してもらっている。	周産期医療情報システムに登載している医療機関はすべて「産科」あり。	NICUについては、常時満床に近い状態にあるため受入可能なときは少ないが、随時状況は更新している。 なお、総合周産期母子医療センターは、自医療機関が受入不可能な場合は、県内医療機関の空床状況を確認し、調整を図っている。	搬送前に該当医療機関に確認を行っている。

	都道府県	(イ)消防機関と医療機関の連携体制							(ウ)県境を越える患者の搬送体制		
		①医療機関の窓口体制				②消防機関における体制		③メディカルコントロールの活用			
		消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか、この場合、照会応答マニュアルが作成されているか、同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか、また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	全ての救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能か、また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の応需情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
8	茨城県	搬送照会の受付窓口で即断して回答している施設は42%であり、事務職員が窓口の場合は即断できない割合が高くなる	受付窓口者が受入判断ができない施設は、直ちに医師に確認あるいは電話を転送して受け入れの可否を判断している 一部の施設においては、電話を事務職員→看護師→医師に転送や医師に受入確認と看護師に空床の確認を行うケースもある マニュアルについては、32%の施設が作成している	36%の施設がホットラインを有しているホットラインを有する施設の半数強で医師が対応している	53%の施設が応答記録を作成している	救急救命士の救急隊運用率は85%(19.4現在)。救急課程修了者は全ての救急隊に配置。	可能 手順書は作成されていない	指令センターと連携したうえで搬送先を探すこともあるが、搬送先選定の重複を避けるためあえて救急車のみで探すこととしている本部もある。	一部の消防本部では、協力的な医師との間で行われている。 その外では制度として確立してはおらず、あまり行われていない。	県外に搬送された患者数は把握しているが、県外から県内に搬送された状況は把握していない	作成していない	広域災害情報システムは共有化されているが、その他は共有していない
9	栃木県	平日昼間においては約75%の医療機関で、夜間・休日においては約71%の医療機関で、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接対応する体制がとられている		救急専用のホットラインとしては、分娩施設を有する救急医療機関においては約67%の施設に敷設されている	50%の医療機関で作成しており、分娩施設を有する救急医療機関においては、約75%の施設で作成している	配置されている。	93%の消防機関で可能 産科の手順書はない(脳卒中の手順書はある)	93%の消防機関でとられている	とられている	本県から県外への搬送件数は把握している。また、主に県南地域において救急や周産期医療について、高次の医療機能を持つ自治医大や足利日赤等に近隣県から多くの患者が来院し問題となっていることから、これらの病院への搬送件数については把握に努めている	定めていない。	現在のところ対応していない
10	群馬県	ほとんどの医療機関において、医師が直接対応する体制となっている。	医師以外の者が受入照会の対応を行う場合であっても、全ての医療機関において医師に受入の判断を確認できる体制が取られている。	一部の医療機関を除き、代表番号以外にホットラインを有している。 ホットラインの初期対応者は、医師以外の者である場合もある。	一部の医療機関では、応答記録の作成を行っていない。	救急隊には、救急救命士、救急標準課程または救急Ⅱ課程修了者が配置されている。よって、一般的な観察や処置は全ての救急隊において可能である。	妊婦の救急搬送に関する手順書等はないが、基本的な観察は可能である。	運用の中で連携して照会する体制ができている。	現状で事後検証等を実施しているが、搬送支援に係る助言体制までは至っていない。	隣接県への救急搬送の総数、また、母体及び新生児の搬送状況については、概ね把握している。	母体及び新生児を県外に搬送する場合、基本的には、総合周産期母子医療センターの医師が県外医療機関との調整を行っている。 県外から県内に搬送されてくる場合は、搬送の受入依頼があった周産期医療施設において、受入可能な状況である場合、県外搬送を受け入れている。	現状では、共有化は図られていない
11	埼玉県	△対応89.7%	体制がとられていない場合→3医療機関 窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行え る体制が確保されているか △対応65.7% 照会応答マニュアルが作成されているか × 照会応答マニュアルが医療機関の職員のみらず、地域の消防本 部にも情報共有されているか	救急医療機関に消防機関からのホットラインが敷設されているか △対応55.2% ホットラインの対応者は医師等と定められているか △対応41.4%	△対応98.6%	○	救急隊において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能か ○ 消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか △	△	△	×	×	×
12	千葉県	体制がとられている施設　24施設 うち1施設は平日昼間のみ	体制がとられていない　10施設 医師等に照会を行える　10施設 マニュアルの作成　5施設 共有化は図られていない	ホットラインがある　16施設 うち医師等が対応　8施設	作成している　20施設	配置されている	救急隊において、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能　26機関 手順書がある　1機関	体制がとられている　26施設	体制がとられている消防本部　3 (対象 8箇所)	管外搬送の状況としては把握している	10施設が、県外の医療機関リストを作成しており、そのうち、5施設がルールを定めている。	現在、共有化は図られていない
13	東京都	・東京都指定二次救急医療機関においては、夜間・休日も通年で常時対応する体制をとっている。受入判断は医師が行うが、看護師等を経由しての確認となることもある。		・救命救急センターにはホットラインが整備されており、必ず医師が対応している。他の施設は、救急外来直通又は代表電話経由で担当科に連絡している。	・病院の判断により作成されている。	・配置されている。	・救急科及び救急救命士課程において教育されており、観察可能である。 ・東京都メディカルコントロール協議会による検討を経た救急活動基準により実施している。	・とられている。	・東京都メディカルコントロール協議会として救急隊指導医体制を確保するとともに、事後検証委員会等の体制をとっている。	・救急車を利用した搬送については、把握している。	・特に定めていない。	・可能ではない。
14	神奈川県	直ちに医師等の受入判断を行える者が直接対応できる体制について、確認した結果、平日昼間、夜間・休日ともに体制が確保されている医療機関は約42%、平日昼間のみの体制確保が約10%、夜間休日のみの体制確保が約3%となり、平日昼間、夜間・休日ともに体制が確保されていない医療機関は約45%であった。 回答数141(回答率76.2%))	上記体制について、平日昼間、夜間・休日のいずれか一方でも体制が取られていない医療機関(82医療機関)に確認した結果、速やかに医師等に照会する体制を確保している医療機関は約98%であった。 また、医師等以外の者が対応する場合の照会応答マニュアルについては、約43%の医療機関が作成しているが、一方で、地域の消防本部とマニュアルを共有している医療機関は約1%であった。	消防機関からのホットラインを敷設している医療機関は約53%、また、対応者を医師等と定めている医療機関は、そのうちの約53%であった。 回答数141(回答率76.2%)	搬送照会に係る応答記録を作成している医療機関は約47%。 ただし、このほかに、受入を断った場合、休日・夜間のみ、来院できなかった場合など対象を限定した上で作成している医療機関はあった。 回答数139(回答率75.1%)	消防法施行令で、救急隊員は、 一　救急業務に関する講習で総務省令で定めるものの課程を修了した者 二　救急業務に関し前号に掲げる者と同等以上の学識経験を有する者として総務省令で定める者 とされているおり、全ての救急隊に救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されている。	全ての救急隊に救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されており、妊娠を前提とした傷病者の観察は可能。 消防機関への調査の結果、医療機関への連絡方法等を示した手順書等がある消防本部は全26消防本部のうち3本部。	消防機関への調査の結果 照会を行う等の体制がとられている消防本部 全26消防本部のうち17本部 照会を行う等の体制がとられていない消防本部 全26消防本部のうち9本部	・県内各地区メディカルコントロール協議会(5地区)において、救急救命士への指示体制を確保している。 ・また、救急救命士の質の向上、指示医師のスキルアップ、地区格差の解消のため、症例検討会、指示医師研修会、検証医師連絡会等を開催し、救急搬送支援体制の推進を図っている。	県境を越える救急患者の搬送は相当数あるものと思われるが、当県において、具体的な搬送実態は把握していない。	当県では搬送に係るルールは定めていない。 また、搬送照会等の対応を行う医療機関等についても予め定められてはいない。	・救急医療情報システムは、各都道府県がそれぞれの地域性や実状に応じて運用しているものであり、現時点においては、パスワードの提供を行う等、システムの共有化は図っていない。
15	新潟県	NICUを整備している周産期母子医療センターにおいては、夜間、休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられている。	上記体制がとられていないセンターにおいても、窓口から医師等に速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されている。 マニュアルは作成されていない。	救命救急センターに消防機関からのホットラインが敷設されており、医師からの指示が必要な場合は、救命救急センター当直医師が持つ携帯電話に連絡してもらうこととしている。	応答記録用紙という様式はないが、各周産期医療機関において、電話応対の記録をとっている。それにより、年間の搬送対応状況を把握することは可能である。	すべての救急隊に救急救命士又は救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されている。	全救急隊員が救急科課程等を修了しており、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能である。 また、妊婦の救急搬送に関しては、医療機関への連絡方法等について内部で手順を定めている本部もあるものの、手順書までは作成されていない。	救急隊による受入照会が困難な場合には、救急隊と指令センター双方が連携を行うこととしている本部が多いが、救急隊による照会ではほとんどの事例の受入先決定が可能であるため、救急隊のみで照会を行っている本部もある。	消防本部から相談、提案等があれば、協議会において検討することとしている。	把握している。 (平成19年1月～12月の妊婦救急搬送件数) 県外搬送　1件	県外への妊産婦や新生児の搬送について特にルールを定めてはいないし、しかし、県外へ搬送を要する事例が生じた場合には、総合周産期母子医療センターが県外医療機関との調整を行っている。	現在、他県の応需情報へのアクセスの共有化は図られていない。 搬送は、出産後の家族の負担を考えれば、原則県内に留めることが現状であり、県外への搬送は極めて例外的な事例と考える。すべての医療機関での情報の共有化は必要ないが、少なくとも総合周産期センター同志の連絡はとれるようにしておくべきと考える。

都道府県	(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保					(4) 妊婦健康診査の受診勧奨		
	(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保		(ア) 妊婦健康診査		(イ) 公費負担の実施
	医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。 （かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。）	（ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。）	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、（特に夜間・休日について）県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上で、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊婦・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、同健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
8 茨城県	産科部門を有する医療機関では、産科担当医に連絡できる体制がとられている。	院内の他部門への連絡体制はとられている。	利用できない（利用できるよう検討中）	原則として受診中の妊婦に対する受け入れは確保されている	周産期医療体制でハイリスク患者の受け入れは確保されている	一般の救急を含めMC協議会で検証が行われている	産婦人科医数を把握した上で、医師確保対策を実施している	把握していない	妊娠の早期届出と妊婦検診受診の広報(広報誌、ポスター等) 妊娠届出者に対する訪問保健指導 妊婦検診受診結果に基づく訪問指導 妊婦教室の開催	妊婦検診受診の広報(広報誌、ポスター等) 妊娠届出者に対する訪問保健指導 妊婦教室の開催 (公費負担措置周知) 広報誌、ポスター等による広報 婚姻届、妊娠届時、個別訪問時の周知 妊婦教室での周知	H20年度から全市町村で妊婦検診5回分の公費負担を実施予定
9 栃木県	分娩機能を有する救急医療機関においては約92%の医療機関で確保されている	分娩機能を有する救急医療機関は、100%確保されている。	とられている	周産期医療に係る医療体制が構築されている		産科に係る搬送症例の検証は行っていない 今後の検討課題である	各病院・診療所における常勤医師数、分娩件数について把握している	把握していない	早期の妊娠届出の勧行や、妊娠届出時に母子健康手帳の配付に併せて妊婦健診の受診を奨励するとともに、妊婦健診費用の負担を軽減するめ、公費負担の拡充を行っている。また、健康診査で異常が発見された妊婦等、ハイリスク妊婦に対しては、必要に応じたフォローアップを行っている。 なお、今般の「産科救急搬送受入体制の確保に係る方策」を受け、早期の妊娠届出の勧行及び妊婦健康診査の受診の勧奨について、さらなる配意を行うよう、市町に依頼するとともに、県の広報紙やホームページにより、県民に対して広く勧奨を行ったところである		平成19年10月現在の栃木県内市町における妊婦健康診査の公費負担回数は、平均で4.1回であるが、5回を下回っている11市町においても、平成20年度以降は、5回以上の実施を検討している状況である。
10 群馬県	救急部門と産科部門における連携体制は確保されている。	本県の周産期医療を担う12の拠点病院のうち、11の施設は総合病院であり、同一病院内での連携が図られており、残る1医療機関も近隣の総合病院と連携を取り、対応している。	消防機関が周産期救急情報システムを利用することはできないが、消防機関から搬送照会を受けた一般産科医療機関がシステムを利用し搬送先を探すことは可能であり、間接的であるが、利用できる体制はとられていると考えている。	何らかの理由でかかりつけ医が対応できない場合は、各地域の拠点病院(地域周産期母子医療センターや協力医療機関)で対応している。	搬送元産科医療機関からの受入調整依頼を受けた総合周産期母子医療センターまたは地域周産期母子医療センターによる搬送先医療機関の確保など、「群馬県周産期医療システム母体・新生児搬送マニュアル」に基づいた対応が取られている。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送全般の事後検証等を行う中で産科に係る検証も実施している。	産科医の不足の状況を踏まえ、医師確保修学資金貸与制度や小児・周産期医療体制整備補助金など各種の医師確保対策を進めている。	分娩費用の把握及び指導・助言は行っていない。	県並びに市町村においては、ホームページ及び広報誌等により、早期の妊娠届出の推進並びに母子保健事業等について啓発活動を実施している。	県では、母子健康手帳の別冊を作成し、全妊婦に市町村窓口にて配布するとともに、市町村では、広報誌への妊婦健診受診勧奨の掲載等を行っている。また、県では、妊娠が確認された妊婦が早期に妊娠届出を市町村へ提出することを推進するため、日本産婦人科医会群馬県支部と妊娠届出指導業務について業務委託を行い、妊婦への普及啓発活動を実施している。	平成20年度には、ほとんどの市町村で5回以上の公費負担を予定している。
11 埼玉県	△対応86.2%	△対応69.0%	×	△医療計画には周産期医療体制として構築。ハイリスク時における連携状況等については医療対策協議会提言書参照		×埼玉県医師会母子保健委員会において県下36消防本部の協力を得て行った母体搬送実態調査によると、本県で搬送中死産などの事例はない。	○医療対策協議会において産科医療の現状を検討、同協議会の提言を受け、各種対策に取り組む。	×	△	都道府県・市町村において、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか ○ 健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか ○	○
12 千葉県	救急部門と産科部門との連携体制は一部確保されている。	概ね対応できている	ちば救急医療ネットにおいて、周産期応需情報を提供している	平成19年10月1日より、周産期医療センター及び同クラスの病院の連携による母体搬送システムを実施		妊婦の救急搬送に関し、受入困難事例が発生したことを受け、意見交換会を開催した。	国の統計に基づき、把握している。 後期臨床研修医に対する研修資金の貸付制度等を創設し、医師確保対策を実施している	把握していない	早期に医療機関の受診や妊娠届出を勧奨している市町村は、37市町村であり、啓発の方法は広報・ホームページのほかに市町村独自の子育てガイドブックなどの小冊子により啓発している。 また、妊娠届出時に出産・妊娠に伴うリスク等が考えられる場合は、50市町村で家庭訪問等の活動に継続させ、保健指導を行なうとともに適正な医療機関の受診を勧奨している。	全ての市町村において、妊婦健康診査の重要性や公費負担による措置がなされていることを周知している。	現状では、2回が53市町村、3回以上が3市町村となっている 20年度においては、5回以上に拡大する見込みである
13 東京都	・病院によって連絡体制は様々であるが、必要に応じ関係診療科相互で連絡をとっていると理解している。		・東京消防庁総合指令室にシステム端末が設置されており、周産期医療情報システムの情報を適宜活用している。	・東京都保健医療計画(平成20年度改定)原案において、周産期医療に係る各医療機能を担う医療提供施設の役割と相互の連携について記載している。 ・産科・産婦人科標榜医療機関数707施設のうち、分娩取扱施設(基本的に夜間対応)は192施設である。 ・ハイリスク分娩対応可能な周産期母子医療センター22か所で、24時間の受入体制を確保している。		・東京都メディカルコントロール協議会の事後検証委員会等での検討体制をとっている。 ・周産期医療協議会に、周産期母子医療センター、医師会、産婦人科医会、東京消防庁等の委員が入り、周産期に係る事例等を検討する体制をとっている。	・産科医師の充足状況を含めた調査を実施中である。	・19年度の周産期母子医療センターの分娩費用の状況は把握している。 ・左記の内容の指導については、行っていない。国の明確な見解を示されたい。	・区市町村の母親学級等での地域医師・助産師等による普及啓発や、妊婦健診受診票結果による区市町村の事後フォローなどの形で実施している。	・妊婦健診の受診勧奨や公費負担措置の周知は、受診券配布時に区市町村が実施している。その他、母親学級等でも受診勧奨を実施している。	・現行、各区市町村で、最低2回以上の公費負担を実施している。総体的には、回数増の方向へ向け取組中である。
14 神奈川県	救急部門に妊婦の搬送依頼があった時点で、直ちに産科部門へつなぎ、産科部門において受入可否の判断や、搬送後の処置を行う体制を確保している。 場合によっては、産科部門の助言等バックアップを待た上で、救急部門において受入可否の判断や搬送後の処置を行うこともある。	同一医療機関内の他部門との連携体制については、概ね確保されている。	・消防機関が必要に応じて周産期救急医療情報システムにアクセスし、情報を閲覧することは可能である。 ・ただし、周産期救急医療情報システムは、ハイリスク周産期救急患者を分娩施設から高度医療機関へ転送することを目的としていることから、救急車による未受診妊婦搬送などシステムの目的と合致しない案件については、一般救急と同様、救急隊が搬送先を確保することとなる。	・医療計画において、妊娠・出産から新生児に至る総合的な周産期救急医療体制の充実を図ることとしている。 ・周産期施設や設備を充実するとともに、医療機関の能力に応じた役割分担による救急体制である周産期救急医療システム及び医療機関情報を迅速に提供する周産期救急医療情報システムを構築している。		・毎年、周産期医療協議会において、周産期救急医療システムにおける産科搬送、新生児搬送の実態調査を行い、対応を検討している。 ・また、神奈川県産科婦人科医会において、定期的に症例報告会などを実施しており、平成19年度には、消防機関との意見交換等を実施した。	・「産科医療及び分娩に関する調査」を平成18年、平成19年に実施し、県下の分娩施設、医療従事者の状況を把握(夜間・休日の状況については、未実施。)した上で、医師確保対策に係る具体的な取り組みを実施(計画)している。	・県としては、一部の医療機関について、分娩費用を把握しているが、分娩費用の設定について具体的な指導・助言は行っていない。	・神奈川県では、県ホームページ上に「すこやかな妊娠と出産のために」を掲載し、妊婦健康診査の必要性や公費負担の実施を含めた「妊娠中の健康管理」や「妊婦健診の内容」、「妊娠中の健康相談」に関する情報提供を実施している。 ・また、本年1月には、妊婦健康診査の受診勧奨を目的としたポスター（妊婦健康診査の公費負担措置についても記載）を県で作成し、県内市町村への配布のほか、県医師会や助産師会、薬剤師会等関係団体に医療機関や助産院、薬局等への配布を依頼するなど、妊婦健康診査の受診勧奨や公費負担の周知を図っている。 ・そのほか、県広報紙や新聞において、女性の健康相談と併せて、妊婦健康診査の受診勧奨及び公費負担の周知を図っている。 ・市町村については、ホームページや広報等を用いて、妊婦健康診査の受診勧奨、公費負担の案内などを実施し、地域住民に対する周知を図っている。	・各市町村において、母子健康手帳と一緒に妊婦健康診査の無料受診券または補助券を配布している。 ・妊婦健康診査の公費負担回数については、平成19年度においては、各市町村によって2回、3回、4回、5回となっている。 ・国通知による公費負担の5回実施については、今年度公費負担実施5回未満の自治体の多くが、次年度以降に向けて回数増の実施を検討している。
15 新潟県	すべての周産期医療機関において、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されている。	(院内) 産科医が院内の救命救急センターや該当科に連絡をする等連携体制がとれる病院がある一方で、婦神経科がない等で対応できない事例もある。 (他医療機関との連携) 他医療機関と予め連携体制をとっている病院もある。	周産期救急情報システムは、パスワードを付与された消防機関が閲覧できるようになっている。	県内の周産期母子医療センターは、24時間対応可能な体制をとっている。		問題となった搬送症例は今のところないが、もった場合は消防機関も要員となっている周産期医療協議会において検証することとなる。	県内の産科医数については把握しているが、個々の医療機関の夜間・休日等の人員体制については把握していない。 取組については、総合的な医師確保対策を実施する中で産科医の確保に努めるとともに、平成20年度からの重点奨学金貸与の条件として産科を含む特に不足している診療科に勤務することを盛り込むほか、医師確保・へき地医療支援会議で女性医師の支援策について検討している。	医療機関における分娩費用は把握していない。 分娩費用は自由診療となっており、指導・助言は特に行っていない。	各市町村において、妊娠届時や母親教室などの母子保健事業実施時に、必要な指導・支援を行っている。 また、県のホームページで各市町村の妊婦健診公費負担状況を情報提供している。	各市町村において、妊娠届時に、妊婦健診公費負担受診券を交付しているほか、県のホームページで各市町村の妊婦健診公費負担状況を情報提供している。	H19.10.1現在、20／35市町村が5回以上の妊婦健診公費負担を実施している。平成20年度以降、5回以上の公費負担実施市町村数はさらに増加する見込みである。

都道府県		(1) 救急搬送に対する支援体制 (ア) 救急医療情報システム										
			① 更新頻度						② 入力情報			
		救急医療情報システムを導入しているか。していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼動状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。				システムの管理者(都道府県又は事業を受託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。	都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
				入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等事実上入力が行えない状態となっていないか。					
16	富山県	導入している	二次救急を担う輪番制病院の7割が毎日更新(うち、お産を取り扱う病院に限定すると9割以上)	二次救急を担う輪番制病院の6割が精通者が入力を担当	二次救急を担う輪番制病院の約7割が確認を行っている	二次救急を担う輪番制病院の半数以上が伝達される仕組みになっていない	二次救急を担う輪番制病院の半数が夜間・休日にも入力を行える状態である	システムの運営を委託されている県医師会が行なっている	今年度中にシステムを改修予定であり、3月に新システムの説明会を開催する	新システムで対応予定	更新頻度に比例	行っていない
17	石川県	平成9年1月より「石川県災害・救急医療情報システム」を導入	1日に2度の更新をお願いしているところである。	ほとんどの産科救急医療機関が精通している者が入力している。	約半数の産科救急医療機関が行っている。	約3割の医療機関が伝達される仕組みとなっている	約3割の医療機関が夜間・休日において入力を行える状態となっている	3日間情報入力が行われなかった場合には、FAXにより督促を行っている。	・定義や表示項目について、理解が困難という意見が出ていないため、周知していない。	設けられていない(「産婦人科」と表示)	更新の際に確認してもらうため固定されていない	行っていない
18	福井県	導入している	・1日2回更新するよう指導している。	・空床状況、診療科別の手術 ・処置の可否を入力する体制が確保されている。 ・産科を有する救急医療機関 (以下「産科救急医療機関」という。)のほとんどは精通者が入力し、 入力者が空床状況等の確認をし、夜間・休日でも入力できる状態になっている。				・7日間更新がない場合は、入力の督促をしている。	・定義等を理解しやすくし、その周知も図っている。	・「産婦人科」「産科」の区分が設けられている。	・医療機関の実情に応じ入力されている。	・適宜行っている。
19	山梨県	○導入している。	○ほぼ全ての医療機関で毎日更新している。	○全ての医療機関において入力者は当医療機関に精通した者となっており、また、入力時の空床状況等の確認についてもほぼ全ての医療機関で行っている。 ○しかしながら、医療機関の中には、特定の事務職員が入力しているため、休日などに入力が行うことができない事例も見られた。				○更新していない医療機関がシステム画面に表示され、当該医療機関に対し、県救急医療情報センター職員(県が事業委託)が直接、督促を行っている。	○応需情報等に係る定義や表示項目は適切に理解されやすいものとなっており、周知も図られている。	○別途設けられていない。	○毎日、更新されている。	○行っていない。

		(イ)消防機関と医療機関の連携体制								(ウ)県境を越える患者の搬送体制		
		①医療機関の窓口体制				②消防機関における体制			③メディカルコントロールの活用			
	都道府県	消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。この場合、照会応答マニュアルが作成されているか。同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	全ての救急隊に救急救命士や救急科標榜修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能か。また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の救急情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
16	富山県	二次救急を担う輪番制病院の8割以上で直接対応の体制がとられている	体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。 →確保されている 照会応答マニュアルが作成されているか。 →作成されている マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。 →ホットラインがないところは共有している	二次救急を担う輪番制病院のほぼ全てで敷設されており、対応者は医師等となっている	輪番制病院の約半数で作成している。作成していないところでは、搬送照会のあった全てを受け入れていた。	配置されている	救急隊において、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能か。 →可能である 妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか →13の消防本部のうち、手順書があるのは2ヶ所	体制あり	相談助言を行う体制があると回答したMC事務局は半数。 ないと回答したところはこれまで相談等がなかっただけであり、必要があれば相談助言を行うことは可能。	救急事故の発生地域、傷病者の症状等の事情により、県境を越える搬送があることは把握しているが、搬送先医療機関、件数等の詳細は不明である。	定めていない	新システムで対応するか検討中
17	石川県	ほとんどの産科救急病院において直ちに医師等の受入判断を行えるものが直接応対する体制がとられている	上記に該当しない全ての産科救急病院が窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されている。マニュアルについては職員のみで情報共有されている	ほとんどの救急病院にホットラインが敷設されており、医師等受入判断ができる者が対応している。	6割程度の医療機関が作成している	配置されている	大半の消防本部で、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能となっている。なお、手順書がある消防本部は11消防本部中2となっている。	体制がとられている	各消防本部では、指示医療機関との間に「救急救命士の特定行為に関する指示協定」が締結され、特定行為に係る指示をもらうための体制が確保されている	把握している。(平成18年における各消防本部の搬送先医療機関については調査済み)	定められていない	図られていない
18	福井県	・産科救急医療機関のほとんどは直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられている。		・産科救急医療機関のほとんどで敷設されている。 ・対応者は医師等になっている。	・産科救急医療機関のほとんどは作成している。	配置されている。	可能である。かかりつけ医に行き、そこから総合周産期母子医療センター等に連絡、搬送する体制になっている。	現地の救急隊のみで搬送受入照会が困難な事例はないが、万一の場合の体制はとられている。	妊婦の救急搬送で問題となった事例はないが、体制はとられている。	県境を越える搬送に関して問題となった事例はない。 疾病別の搬送実態は把握可能である。	本県の周産期医療体制においては、リスクの高い妊娠や高度な新生児医療を提供し、安心して子どもを産み育てることができる環境づくりを推進するため、平成16年度から県立病院内に総合母子医療センターを設置するとともに、県内の主要な病院を地域周産期母子医療センターに指定し、NICUで低出生体重児の治療に当たってきた。また、NICUが満床状態で推移する中、県立病院のNICUを増床し、県内で治療ができる体制を積極的に進めてきた。 しかし、重篤な患者であり、県内で手術等ができない場合など、限られた事案について、隣県の石川県や近畿の大学病院等へ個別具体的に受け入れの要請を行い、手術等の処置を行っている。こうしたことは、主に県立病院や福井大学附属病院が実施することとなり、随時実態の把握に努めている。 また、近畿2府7県において、奈良県で起こった事案を受けて、平成19年9月に近畿ブロック周産期医療広域連携体制の確保に向けた検討を行い、実施要領を作成の上、近畿地域での広域的な患者の受け入れ連携体制を構築し、各府県における広域連携調整拠点病院を設置したところである。本県においては、総合周産期母子医療センターのある県立病院が、県外医療機関からの受け入れ要請に対する窓口となって調整にあたることとなっている。	パスワードの共有等の救急システムの共有化については、情報システムの運用方法の違いや県内患者の受け入れ先の確保の観点から、実現は困難な状況であるが、本県においては、周産期医療協議会を設置し、患者の状態に応じた受入分担を行うなどすでに連携を図っており、隣接の府県との連携について、救急の際の電話連絡等による確認で十分機能するものと考えている。
19	山梨県	○2／3の医療機関において、消防機関からの搬送照会に対し、直ちに医師等が対応できる体制が整備されている。	○上記残りの医療機関においては、医師等に速やかに伝達され受入判断ができる体制が整備されている。 ○半数程度の医療機関でマニュアルの作成が進んでいるが、作成している医療機関でも消防機関にそのマニュアルを提供しているのは少ない。	○消防機関とホットラインを敷設している医療機関は1／3であり、その対応者が医師である医療機関は少ない。	○応答記録を作成している医療機関は1／3となっている。	○全ての消防機関において、救急医療の知識を有する職員が救急隊に配置されている。	○半数の消防機関で妊婦を前提にした傷病者の観察が可能であるが、妊婦の救急搬送に対し医療機関への連絡方法を示した手順書を作成している消防機関は少ない。	○全ての消防機関において、救急隊と指令センターが早期に連携して照会が行えうる体制が整備されている。	○本県では県レベルでメディカルコントロール協議会を設置しているが、その中で、相談・助言を行える体制がとられている。	○実態を把握している。	○搬送先の選定に困難をきたす消防本部においてルールが定められており、照会先医療機関も定められている。	図られていない

		(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保					(4) 妊婦健康診査の受診勧奨			
		(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保		(ア) 妊婦健康診査			(イ) 公費負担の実施
	都道府県	医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。	（かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。）	（ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。）	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、（特に夜間・休日について）県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上で、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊娠・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、問健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
16	富山県	確保されている	確保されている	とられている	構築されている			これまで問題事案なし →もしあれば 地域MCで検証を行うことになる	把握しており、取組も実施している	把握していない	母子手帳交付時、母親教室等で実施している	地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。 →母子手帳交付時、母親教室等で実施している 健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか →新聞、公報等で周知	全市町村で4回以上実施
17	石川県	ほとんど全ての産科医療機関において確保されている	〃	消防機関からの要請に対し、総合周産期母子医療センターが必要に応じ周産期救急情報システムを活用し、適切な受入先について調整することとしている	構築されている 県立中央病院内の「いしかわ総合母子医療センター」をはじめとする県内の4病院で常時受け入れ体制をとっている		確立している	行われていない	把握している。また、産科医を目指す医学生については、修学資金を貸与するなど、産科医の養成・確保に努めている。	把握している	日本産科医会石川県支部及び日本助産師会石川県支部、市町との連携により、啓発活動に取り組んでいる。（健やか妊娠育児支援推進事業等）	県広報に掲載し周知を行うとともに、実施主体の市町は全戸配布している	平成19年度より、全ての市町において公費負担による妊婦健診の回数が2回から5回に拡大。
18	福井県	全ての産科救急医療機関で前段の連携体制が確保され、全ての分娩取扱医療機関で後段の連携体制が確保されている。 リスクの高い妊娠や高度な新生児医療の提供を行うため、総合周産期母子医療センターにおいては、24時間体制で母体や新生児を管理しており、救急指定病院に指定されていることから、救急搬送があった場合の救急部門と周産期医療部門の連携体制は、確保されている。また、地域周産期母子医療センターの各病院においても、リスクの高い妊娠等に対応するための医療体制を整えている。さらに各病院の代表や救急部門で構成する周産期医療協議会において、救急搬送体制等について検討し、受け入れ分担をするなど、さらなる連携を図っているところである。		本県の周産期医療情報ネットワークは、広域災害救急情報システムの道路メニューとして整備し、情報を蓄積するサーバーを共有するとともに、総合母子医療センターや地域周産期母子医療センターである各病院のほか、消防関係や地域の分娩医療機関からもアクセスすることが可能となっている。	全ての分娩取扱医療機関が夜間も分娩を取り扱っており、空白時間帯はない。		確立している	問題となった事例の報告はないが、万一、問題の事例が生じれば既存の協議会で検証可能	医療機関ごとの産科医の配置状況を把握している。 具体的な取組も実施している。	把握している。 不適当と思われる事例がないため、指導等は行っていない。	妊婦健康診査の受診、早期の妊娠届出の勧奨について、機会を捉えて、各市町に周知している。また、市町においては、広報誌やホームページ等で普及啓発するとともに、妊婦健康診査の助成制度について、医療機関の協力も得ながら、周知を図っている。		すべての妊婦に対して、妊婦健康診査の一部無料化(3回～14回)を実施している。 また、本県独自の取組みとして、3人目以降の妊婦に対しては、県の補助制度を設け、妊婦健康診査を原則無料(4回まで)とし、出産にかかる費用の軽減を図っている。
19	山梨県	分娩を扱う全ての病院において、救急部門と産科部門との連携が図られている。	分娩を扱う全ての病院において、産科部門と同一医療圏の他の病院の救急部門との連携が図られている。	現行システムでは消防機関が利用できる体制がとられていないが、本年度、システムの見直しを行っており、次年度から消防機関が利用できる体制になる予定。	構築されている。			行われていない。	充足状況について把握しており、また、各種の医師確保対策を実施 （例）・奨学金	把握している。	○県では県愛育連合会などを通じ県民に対し情報提供や啓発活動などを行っている。 ○また、市町村では妊婦届提出時等に受診の勧奨や公費負担妊婦健診について説明している。		○全ての市町村が県内共通の受診票により国が示した健診時期、項目を参考として、5回の公費負担による妊婦健診を実施している。また、一部の市町村ではさらに独自の健診助成を行っている。これらの平均回数は5.64回であり、昨年8月の全国平均である2.8回を大きく上回っていることや、国が原則としている5回を超えていることから、現段階における本県の公費負担妊婦健診の水準は、十分とはいえないまでも必要レベルを満たしている。

	都道府県	(1) 救急搬送に対する支援体制 (ア) 救急医療情報システム										
			①更新頻度						②入力情報			
		救急医療情報システムを導入しているか、していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼動状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。 入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等事実上入力が行えない状態となっていないか。	システムの管理者(都道府県又は事業を受託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。	都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
20	長野県	導入している	・ 長野県広域災害・救急医療情報システム(以下「救急医療情報システム」という。)については、原則「1日2回」、応需情報を入力することとしているが、医療機関への調査では、1日に1回:35(51.5%)で最も多く、次いで1日に2回:21(30.9%)という結果でした。 ・ 半数以上の医療機関において、原則としている1日2回の入力がされていない状況でした。 ・ また、夜間・休日の更新頻度については、平日昼間と「異なる」とした医療機関は32(47.1%)で、さらに、25(36.8%)の医療機関は「更新していない」と回答している(回答数:68) ・ なお、情報の更新頻度の改善の可能性については、1日2回が限度:25(38.5%)と回答している一方、随時:27(41.5%)、1日3回:8(12.3%)と、更新頻度を増やすことを可能とする回答もあった。更新頻度を改善するための条件として、「人的体制の整備」や「病院内システムとのシステム連携」を掲げている。(回答数:65) <改善可能性の条件> ・ 病院内システムとのシステム連携が必要(各診療科における直接入力) ・ 院内の人的体制の整備(オペレーターの専任化) ・ システム上のルール化が必要 <改善は必要としないとする意見> ・ 基本的に昼間、夜間で勤務が変わるため、2回以上にする必要性が無い。 ・ 応需情報に急な変更が無いため。 ・ 現行のままで問題は無い。 ・「救急医療情報の把握・提供体制等に関する調査」において、消防機関からはリアルタイムの情報更新を望む回答があり、情報の提供者側と利用者側とは意識の差が伺える。	・ 医師の在否や空床状況などの把握・確認方法についての調査では、入力者が直接把握・確認している医療機関は、診療科別医師の在否:55(82.1%)、空床状況:48(71.6%)、緊急処置や手術の状況:38(56.7%)という結果でした。「入力者による直接確認以外の方法」とする医療機関は、「確認者(医師・看護師)が、口頭で入力者に状況を伝えている。」等としている。(回答数:67) <入力者への伝達方法> ・ 確認者(医師・看護師)が入力者に口頭で伝える。 ・ 診療科担当責任者が入力者に伝える。 ・ 日報で伝える。 ・ 次に、夜間・休日における医師の在否や空床状況などの把握・確認方法についての調査では、把握・確認方法が平日昼間と「異なる」とした医療機関は25(40.6%)という結果でした。さらに、19(29.7%)の医療機関では「入力していない」と回答しています。(回答数:64)					・ 救急医療情報システムについては、自動督促機能により、最後に応需情報更新を行った日時より7日経過している場合に、自動的に督促を行っているが、表示内容の更新状況を確認し督促するなどのフローは行っていない。なお、現在の督促方法が妥当か検証を行いたい。	・ 多くの消防本部は、救急医療情報システムを使用していない状況にあり、更新頻度を高めるための方策や表示項目が適切かなと再検証する必要がある。	・ 救急医療情報システムにおける診療科は、内科以下38科の区分が設けられている。なお、産科に係る区分としては(産婦人科、産科、婦人科)と区分されている。		
21	岐阜県	岐阜県広域災害・救急医療情報システム(以下「システム」という)を平成13年度から導入。今年度改修を行なっている。	医療機関によって更新頻度が異なる。 システム改修の機会に適切に対応するよう依頼予定。	医療機関によって対応が異なる。 システム改修の機会に適切に対応するよう依頼予定。				今回、マニュアル作成にあたり、更新が適時になされていない医療機関について状況を聞き、対応を依頼した。	活用しやすいシステムの改修をすすめるとともに、説明会等を行なっている。	システム改修の際に、「産科」のみの区分がないため、区分を設置するよう進める。	医療機関によって対応が異なる。 システム改修の機会に適切に対応するよう依頼予定。	特に照会は行なっていない。 システム改修の機会に対応を依頼予定。
22	静岡県	導入している	1日1回(90%以上の参加医療機関がクリア)	・空床状況や手術等の状況は入力の都度、入力担当者が確認している。情報が自動的に集約されるような体制をとる病院も3割程度ある。 ・休日・夜間の入力当番を明確に決めている病院は2割程度。				システム管理者(静岡県)が医療機関に対し、督促を行っている。	文書にて周知している。	設けられている	病院の状況に応じて変更はなされている。	システム管理者が随時確認し、疑義がある場合、電話にて照会している。
23	愛知県	導入している	平成19年12月の状況によれば、305の参加医療機関における応需日数の平均値は236日であった また、1日あたりの応需回数の平均値は、1.7回であった。 したがって、ある一定の更新頻度は保たれていると考えている。 しかしながら、月に数回しか更新しない医療機関や、一日1回しか更新しない医療機関もあることから、すべての医療機関において即時性が確保されているとは 言い難い。	更新頻度は、医療機関によってバラツキがある。毎日10回以上更新する医療機関も若干ながらあるものの、多くの医療機関において、空床情報や医師等医療従事者の稼動状況を適切かつ迅速にシステムに入力する体制が確保されているとは 言い難い。				委託先である県医師会の救急医療情報センターにおいて、毎日更新状況を確認し、更新していない医療機関があれば督促する体制をとっている。	平成16年6月、従来のシステムを見直して現行のインターネット方式を採用した。 医療機関、消防機関、保健所などのシステムの参加機関に対して説明会を実施し、参加機関すべてに操作説明書を配布、24時間対応のヘルプデスクを設置しているが、現在設定されている応需情報等に係る定義や表示項目などについては、理解しにくいものと思われる。	設置している	1日あたり複数回情報更新する医療機関が多いことから、表示内容が固定化しているとは考えていない。	委託先である県医師会の救急医療情報センターにおいて、電話による患者からの問い合わせに対応する際、患者の症状に応じた医療機関を紹介するため、システム情報から選択した医療機関に、受診可能かどうかの電話確認を必ず行っており、誤りがあった場合は、可能な限りシステム情報を修正している。	
24	三重県	導入している	各医療機関により異なるが、一日につき何回か更新されている。	精通している	確認を行っている	伝達される仕組みとなっている	夜間・休日に入力が行うことができる	行っている	図っている。	設けている		
25	滋賀県	導入している	1日2回(8:30まで、夕方17:30まで)の応需情報の更新をお願いしている。 ・状況が変わるたび随時更新(12病院) ・1日2回更新(19病院)	・精通している(24病院) ・あまり精通していない(1病院) ・その日の入力担当者によって違う(5病院)	・「はい」(24病院) ・「いいえ」(7病院) ・定期更新時間になったら、入力担当者が医師等に確認を行う機関がほとんどである。 ・状況の変化があれば、看護部等から入力担当者へ連絡が入る、という体制の機関が多い。(16病院)		・いつでも入力可能(23病院) ・日による(4病院)	1日2回の自動督促(9:30、17:30)と、県担当職員による督促(10:00、18:00)を行っている。	周知を図っている。	設けている。		入力情報の中に齟齬があれば必要に応じて確認をしている

	都道府県	(イ)消防機関と医療機関の連携体制								(ワ)県境を越える患者の搬送体制			
		①医療機関の窓口体制				②消防機関における体制			③メディカルコントロールの活用				
		消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。この場合、照会応答マニュアルが作成されているか、同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	全ての救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能か。また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の応需情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
20	長野県	・ 消防機関からの搬送照会への対応についての調査では、医師等の受入判断を行える者が直接応対している医療機関は、平日の昼間:54(71.1%)、夜間・休日:50(65.8%)という結果でした。	・「その他の方法」とする医療機関は、「受付者(看護師・事務職員)が担当医師に状態等について伝え指示を待る。」等としている。 <消防機関からの搬送照会への対応方法> ・ 受付者(看護師・事務職員)が担当 医師に状態等について伝え指示を 待る。 ・ 受付者が対応可能な医師に状態 等について指示を待る。 ・ 照会対応マニュアルの作成についての調査では、作成している医療機関は26(34.2%)という結果でした。(回答数:76) ・ また、照会対応マニュアルを作成している医療機関において、当該マニュアルを消防機関と情報を共有している医療機関は、8(30.0%)という結果でした。(回答数:26) ・ なお、消防機関からの搬送照会への対応について、平日の昼間若しくは夜間・休日に「その他の方法」とする医療機関(30)における照会対応マニュアルの作成については、作成している医療機関は7(23.3%)という結果でした。(回答数:30)	・ 消防機関からのホットライン(消防機関と病院の救急救命室を繋ぐ専用電話)の敷設についての調査では、敷設している医療機関は25(32.5%)という結果でした。(回答数:77)	・ 搬送照会に係る応答記録の作成についての調査では、応答記録を作成している医療機関は17(22.7%)という結果でした。(回答数:75) ・ また、応答記録を作成している医療機関において、医師等による事後検証など定期的な検証を行っている医療機関は、11(64.7%)という結果でした。(回答数:17)	・ 県内の救急隊は116隊あり、救急救命士を常時運用している救急隊が92隊(79.3%)、一部運用が11隊(9.5%)であり、全く運用していない救急隊は13隊(11.2%)となっている。 ・ なお、救急課程(救急科)修了者は全ての救急隊で常時運用されている。(回答数:14)	・ 妊婦を前提とした傷病者の観察は、13(92.9%)の消防本部でおおむね可能と回答し、不可能と回答した消防本部はなかった。(回答数:14) ・ 妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等は、全ての消防本部でないと回答している。(回答数:14)	・ 現場の救急隊と指令センターとの連携は10(71.4%)の消防本部でとられていると回答し、2(14.2%)の消防本部がとられていないと回答している。(回答数:14) ・ その他、救急隊では搬送受入照会は行わず全て司令センターで行っている消防本部と携帯電話不感地域への出動時のみ協力体制をとっている消防本部がそれぞれ1本部ずつあった。(回答数:14)	・ 地域メディカルコントロール協議会における事後検証を実施するとともに、救命救急センター等の医師による救急救命士への指示・助言を行っている。	・ 平成19年中に県内医療機関で受入が困難な救急患者を県外に搬送した事例は1(7.1%)消防本部で1例の報告があった。(回答数:14)	・ 隣県への搬送する際、搬送に係る何らかのルールを定めている消防本部はなかった。(回答数:14)	・ 隣接県から救急医療情報システムのパスワードの提供を受けている消防本部はなかった。(回答数:14)
21	岐阜県	三次周産期医療機関及び救命救急センターにおいては、ほとんどが医師等が直接対応する体制がとられている。一部の医療機関のみ事務者が対応しているが、判断できる医師に連絡する体制が取られている。	速やかに対応する院内体制は確保されている。 マニュアルの整備はできていない状況。	三次周産期医療機関及び救命救急センターにおいては、ほとんどの医療機関が救急隊とのホットラインがある。一部の医療機関において、院内体制が整えられていることからホットラインを設定していない。	三次周産期医療機関及び救命救急センターにおいては、ほとんど記録が取られている。	配置されている。	県レベルのマニュアルを作成している。	各消防署において、必要な体制が取られている。	現在、特にメディカルコントロール協議会での議論は行なわれていない。今後、マニュアルの周知や課題の検討を行っていただくよう進める。	件数を把握している。	他県からの受け入れは行なうが、搬送はしないという高度医療機関もあり、地域の実情(隣県の医療機関が近い等)によって各医療機関による連携体制がとられている。	パスワードの共有を行っていない。
22	静岡県	最初の応答者が医師・看護師の病院が約4割、その他は事務職員が応答し直ちに救急部門へ転送。	応答マニュアルは6割の病院が明文化。	ホットラインの設置病院は6割。設置病院のうち58割は医師・看護師が応答。	8割の病院が応答記録を作成。	配置されている。	観察は可能である。 妊婦の救急搬送に関する手順書等はない。	体制がとられている。	県内全域で地域メディカルコントロール協議会を設置(8地域)。事後検証会等を開催し検証、相談、助言を行っている。	県境を越える搬送実態があることは承知しているが、疾病別による搬送先医療機関やその件数等については把握していない。	救急搬送業務は市町村の業務であり、県としては承知していない。なお、県のドクターヘリの運用にあたっては、愛知県、神奈川県との間で相互に応援出動することがある。	図ることは可能である。
23	愛知県	救命救急センターにおいては、消防機関等からの搬送照会に対し、担当医が直接対応する体制がとられている。		全救命救急センターにホットラインの敷設がされている。	救命救急センターで、搬送照会に係る応答記録を作成している。	配置されている(消防本部数 37消防本部)	可能な消防本部数(4消防本部) 手順書等のある消防本部(33消防本部)	体制がとられている消防本部数(10消防本部)	国の通知に基づく常時指示体制はとられている。、	本県では、常態化した県外搬送の実態はないと承知している。	搬送を行う救急隊が患者の希望等により判断し、搬送を行なっているものと理解している。	隣接する他の都道府県等との応需情報の共有化等は図っていない。
24	三重県	とられている		敷設されている 対応者は医師等と定められている	作成していない	配置している	観察可能、手順書は無い。	無	有	把握している	定めている	共有化されている(奈良県・和歌山県)
25	滋賀県	33病院中17病院でとられている。	体制が確保されていない病院 10病院 内訳 ・マニュアル作成 10／15病院 うち、情報共有 3／10病院	ホットラインの敷設 58% うち、対応者が医師等と定められている病院 58%	作成率 55%	配置されている。	可能である。 消防学校救急科では、妊婦に関する教育科目があり、全ての救急隊員は習得している。 4消防本部で教育訓練を実施している。手順書はない。	現地の救急隊と指令センターとが連携し照会している。	7地域のうち、3地域で体制が整備されている。	他県の医療機関への搬送数は把握している。	定めていない。	図っていない。

都道府県		(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保					(4) 妊婦健康診査の受診勧奨		
		(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保		(ア) 妊婦健康診査		(イ) 公費負担の実施
		医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。 （かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。）	（ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。）	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、（特に夜間・休日について）県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上で、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊娠・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、同健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
20	長野県	・ 救急告示医療機関で産科を標榜している医療機関(31)のうち23機関から回答があり、そのうち産科の救急搬送を受け入れている機関は15機関であった。 ・ 救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ同院の産科部門に確実に連絡がとれる等連携体制が確保されている医療機関は14(93.3%)であった。(回答数:15)	・ 産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送照会を受けた場合、同院又は医療圏内の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等の連携体制が確保されている医療機関は13(86.7%)であった。(回答数:15)	・ 日頃から周産期医療システムを利用している消防本部はなく、時々利用しているが2(14.3%)消防本部、利用していないが12(85.7%)の消防本部となっている。 ・ 利用していない代表的な理由としては、「近隣の病院で受入可能なため支障を生じていない」、「救急隊が直接電話した方が早い」、「情報が更新されていない、不正確である」などであるが、「システムを承知していない」消防本部5本部あった。 <利用していない理由> ・当消防本部管轄内には、総合病院が3箇設あるため、 ・医療機関も少数であることから問い合わせ等がスムーズであり、問題が生じた例は無い。 ・近隣の病院での受け入れが可能。 ・包括医療協議会等の協力により輪番制が構築されており救急搬送に現在支障はない。 ・管内及び隣接する二次医療圏の医療機関が少ないため、電話連絡した方が早い。 ・情報システムを活用する前に、傷病者の掛かり付けや近隣の産婦人科標榜医療機関に収容できているため。 ・更新されていないので利用していない。救急隊が直接病院へ電話したほうが早い。 ・情報が不正確であり参考にならない。必要な情報が少ない。 ・情報システムがリアルタイムの情報でない。 ・当消防本部管内の総合病院・産婦人科医院で、産科救急の全てを受入れていただいているため。 ・周産期救急情報システム(周産期応需情報)について知りませんでした。	・ 現在策定中の第5次長野県保健医療計画において、「周産期医療」に関し、「正常分娩等」、「地域周産期医療」、「総合周産期医療」及び「療養・療育支援」の4つの医療機能を明確化し、二次医療圏ごとに対応する医療機関名を明示している。	・ 平成12年9月に長野県周産期医療システムを構築し、県立こども病院を総合周産期母子医療センターとし、5箇所の地域周産期母子医療センター及び高度周産期センター等が連携し、ハイリスク分娩等に対応している。	・ 本県において今まで問題となった搬送症例はないものと認識している。	・ 保健所が中心となり、二次医療圏ごとに「地域医療検討会」を開催し、産科医療機関や産科医師の動向を把握するとともに、地域の実情に即した対策を講じている。 ・ 医師確保対策をさらに推進するため組織を拡充し、医療政策課医師確保対策係(4人体制)から医師確保対策室(8人体制)へと平成20年2月1日に組織変更した。 ・ ドクターバンク事業、医師研究資金貸与事業など医師確保対策の充実を図るとともに、医師の勤務負担の軽減や職場環境の改善を図り、医師の離職防止・確保を図るための各種施策を総合的に推進している。	・ 各医療機関の分娩費用については自由診療の範疇であり、その把握は考えていない。	・ 母子手帳交付時の説明など、すべての市町村において啓発が行われている。また、ホームページへの掲載や広報誌への掲載などの方法で啓発している市町村が28団体ある。	・ 公費負担措置がなされている旨の周知は、上記啓発に合わせて各市町村において行われている。	平成20年度は、すべての市町村において5回以上又は相当金額以上の助成を予定しており、国が示す最低基準を満たすことになる。
21	岐阜県	各医療機関内において連携がとれている。	周産期医療ネットワーク体制により、体制を確保している。	現在、消防の救急応需情報と、周産期医療情報システムが連動していないところがある。システム改修により対応予定。	保健医療計画の中で、周産期医療ネットワーク体制を明確にしている。 周産期医療ネットワーク体制の中で、かかりつけ医がない場合や不在の場合の対応について、二次周産期医療機関を設置し、対応を依頼している。		三次周産期医療機関及び救命救急センターにおいては、多くが検証を行う搬送症例がなかったために実施していないが、一部では実施されている。 消防機関においては、救急活動の医学的視点から医師による事後検証は実施しているが、搬送に関する検証が実施されていない場合もある。	大学及び医師会等と連携をとり進めている。	分娩費用については把握していない。	各市町村、保健所、県広報紙などで啓発を行なっている。	各市町村、保健所、県広報紙などで周知を図っている。	各市町村において、公費負担が行なわれている。
22	静岡県	7割以上の病院で円滑な連携体制が確保されている。	5割以上の病院で円滑な連携体制が確保されている。	周産期医療情報システムを整備している	医療計画では体制整備を推進している。 しかし医師不足のため、分娩取扱い医療機関が十分確保できているとは 言い難い。		過去に、問題となった搬送症例はない。	産科医が不足してるという状況は把握している。 医師確保対策も積極的に進めている。	分娩費用は把握していない。産科医が確保できるよう分娩費用の値上げが必要である。	実施している	20年度から回数増となるので、それに合わせて各種広報を実施予定。	県内市町は20年度から、全て5回以上公費助成する。
23	愛知県	救急部門と、産科部門との連携状況は、会議や、マニュアルにより、病院として意思統一が図られたうえで、18病院中13病院が「病状にかかわらず産科に必ず連絡する」と回答した。(注:全救命救急センター13と全周産期母子医療センター12を対象に調査した。但し重複する病院が7箇所あるため、病院数は18)	産科部門で他診療科との連携状況は、同一医療機関内では、「小児科・婦人科とは18病院中17病院」が連携できている、「それ以外との診療科とは18病院中14病院」が連携できていると回答した。 産科部門で他医療機関との連携状況は、18病院中、5医療機関にとどまっている。	周産期医療システムは、ハイリスク妊婦等に対応する2次及び3次医療機関につなぐ産科医療機関相互の情報システムのため、消防機関が直接に周産期医療システムを利用できる体制はとっていない。	周産期医療システムにより、ハイリスク症例の受入には対応しているものの、産科医の総数が減少している中、地域における産科医療体制が十分に確保されているとまでは言い難い。 特に、夜間の分娩対応について、名古屋市以外では、産科における輪番制を超めるほどの医療機関がないこと、また現実に行われている当直やオンコール体制での医師の夜間勤務体制では、24時間体制を必要とする産科医療では、十分な医療体制といえるのか甚だ疑わしい現実である。	ハイリスク妊婦受入れのため、1つの総合周産期母子医療センター、11の地域周産期母子医療センター、4大学病院等協力医療機関により周産期医療システムを整備してきた。(平成10年度～)	地域における産科医療体制の確保という観点から、産科の搬送症例について検証する場はない。 しかしながら、産科のみならず救急医療体制の確保という観点から、救命救急センター長等が集まる会議において、単発的に産科の搬送症例について議論したことはある。また、周産期医療協議会に県の消防保安課が参加し、産科の搬送症例について議題としたことがある。	県内において出産に対応できない2次医療圏(東三河北部医療圏)が存在しており、同医療圏の産科医が不足していることは明らか。 その他の医療圏においても、分娩対応を休止している医療機関が存在しており、県全体として産科医が不足する状況となっている。 また、他府県との相対比較(15歳から49歳女性人口10万対産科医師数比較)においても、全国38．7人に対し、本県36．2人と全国平均を下回っている。 なお、産科医の充足状況については、24時間体制で出産に対応する産科医の特性から、何をもって「充足」していると判断できるのか不明であるため、産科医の必要数の明確な基準が必要と考える。 産科医確保対策については、本県においてもドクターバンクなど県独自の取組に努めているが、産科医の総数が減少する中で、県レベルの取組には限界があり、24時間体制で出産に対応しなければならない産科医の特性や、出産に伴うリスクについて十分配慮した上で、国レベルの抜本的な対策を検討・実施する必要があると考える。	愛知県産婦人科医会による平成18年度分娩費用調査結果 正常分娩平均金額 名古屋地区 391,231円 尾張地区 378,344円 三河地区 359,727円 正常分娩費用は、自由診療のため指導権限は原則ないと考える。	19年12月3日付けの厚生労働省母子保健課事務連絡「妊婦健康診査の受診及び早期の妊娠届出の勧奨について」を受け、県は市町村に周知した。 名古屋市では、妊婦健康診査の受診勧奨等を実施している。 ・母子健康手帳交付時に全妊婦に配布する母子等による周知・啓発の実施 ・母子健康手帳交付時の妊婦面接での周知・啓発、受診勧奨の実施 ・両親教室での周知・啓発、受診勧奨の実施		20年度から愛知県所管の全市町村(政令市・中核市以外)で5回以上の公費負担健診実施となる予定である。 (19年8月現在) 公費負担回数 全国平均 2．8回 愛知県平均4．2回
24	三重県	確保されている	確保されている	利用できない	産科医療体制は確保されている。 県内において空白時間帯は存在しない。	確立している	行われている	医師・歯科医師・薬剤師調査(夜間・休日なし)により、2年に1回産科医の充足状況の把握をしている。その上で医師確保対策に取組を実施している。	把握していない	実施している	行っている	県内全ての市町において、平成20年4月から現行の2回から5回に助成回数を増やす予定となっている。
25	滋賀県	各医療機関で、救急部門と産科部門への連携体制が確保されている。	院内での他部門との連携体制は整っている。他院への連絡や相談体制をとっているところもある。	今年度、周産期救急情報システムの改修を行い、救急システムと連携できる予定。	周産期医療体制は整備されており、周産期医療ネットワークにより、ハイリスク妊婦・新生児の緊急搬送システムを構築している。		問題となるような、照会回数が多く、時間を要した事例はない。	調査等で把握に努めている。周産期医療ネットワークの12病院の時間外診療の体制については把握している。 取組については、県内における医師の地域偏在、診療科偏在に対応するため、医師の確保や離職防止等にかかる対策を「滋賀県医師確保総合対策事業」として多方面から実施している。	把握していない	妊婦自身でリスクの自己評価ができるように母子手帳別冊にリスクスコア表を掲載し、啓発している。	母子手帳交付時に受診勧奨を行うとともに、公費負担の制度についても説明を行っている。	公費負担の回数増加にむけて、県内市町が現在調整中。

都道府県		(1) 救急搬送に対する支援体制 (ア) 救急医療情報システム										
		救急医療情報システムを導入しているか。していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	①更新頻度 システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼働状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。 入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等事実上入力が行えない状態となっていないか。	システムの管理者(都道府県又は事業を受託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。	②入力情報 都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
26 京都府		導入している	1日2回必須、その他随時・ 更新データは速やかに提供データに反映されている。	入力者がシステム等に精通している割合 99%	入力者が空床情報等の確認を行っている割合 91%	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっている割合 84%	夜間・休日においても入力体制が確保されている割合 86%	情報センター職員が直接行っている。	医療機関や消防機関の意見等を踏まえシステムを見直し、4月から新システムで運用予定	「産科」の区分が設けられている	固定されていない	明らかな誤りについては、職員が機関に確認の上修正
27 大阪府		導入している	状況変わる度(29病院)、 1日2回以上(107病院)、 1日1回(18病院)、 2～3日に1回(6病院)、 ほとんど更新せず(9病院) 未回答(2病院)	精通している(114病院)、 やや精通(42病院)、 あまり精通していない(8病院)、 その他(3病院)、未回答(4病院)	行っている(143病院)、 行っていない(15病院)、 その他(10病院)、未回答(3病院)	伝達される(125病院)、 伝達されない(25病院)、 その他(15病院)、未回答(6病院)	入力可(124病院)、入力不可(31病院) その他(7病院)、未回答(9病院)	常に行っている 1機関 行ったことがある 10機関 行ったことがない 22機関 その他(不具合が生じたとき申し入れ) 1 機関				常に行っている 1機関 行ったことがある 7機関 行ったことがない 23機関 その他(不具合が生じたとき申し入れ) 3機関
28 兵庫県		導入している	更新頻度等について医療機関に確認のうえ点検を実施したところ、多くの医療機関では1日に2回は更新しているところである。また、入力者がシステムに精通している割合及び入力者が空床情報等の確認を行っている割合とも約8割程度となっているのに比して、緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みとなっている医療機関は約7割となっており、若干低くなっている。	・ 入力者がシステム等に精通している割合 84.3%	・ 入力者が空床情報等の確認を行っている割合 79.8%	・ 緊急処置等の状況が入力者に伝達される仕組みの整備 70.4%		・定時更新が行われない場合は、メール、FAX、電話による督促を行い徹底を図っているほか、H19年12月に定時更新以外でも状況変化に応じた情報更新を図るよう参加医療機関に通知している。	・システム変更等に応じて説明会を開催し、周知を図っている。	・設けている。産科関連では「産婦人科」と「産科重症」を区分している。	・変更の都度入力することとしており、固定化はしていない。	・誤りがあるとの連絡に対しては照会を行うこととしている。
29 奈良県		導入している	1日2回(32病院)、3回(7病院)、4回(2病院)、随時(8病院) (即時性の確保) 合致(42病院)、合致していない(4病院)	平日:医師(1病院)、看護師(3病院)、事務職員(42病院)、警備員(1病院) 休日夜間:医師(3病院)、看護師(3病院)、事務職員(40病院)、警備員(2病院)		ある(28病院)、なし(18病院)	(代替入力者が確保されている) いる(44病院)、いない(2病院) (休日夜間の入力体制) いる(44病院)、いない(2病院)	1日2回更新の督促を実施(センターから督促)	図っている。(等年講習会を実施)	区分していなかったが、システムを改良し対応済み	更新状況を確認し未更新の医療機関には督促を実施(センターから督促)	更新状況を確認し未更新の医療機関には督促を実施(センターから督促)
30 和歌山県		導入している	分娩取扱い救急応需医療機関(全14機関)の多くが、少なくとも1日2回の更新を行っている。	ほとんどの分娩取扱い救急応需医療機関において、入力する際には当該医療機関の機能・体制等に精通している者を充てている。そうでない者が入力する場合でも看護部門からの報告に基づき入力を行っている。	分娩取扱い救急応需医療機関では、入力者が空床状況等の確認を行っている。	分娩取扱い救急応需医療機関の多くで緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みとなっている。入力者に伝達する仕組みがない場合でも、システムの端末で手術室の状況が分かるようになっていたり、入力者が必要に応じて照会を行うなどしている。	ほとんどの分娩取扱い救急応需医療機関において、夜間・休日においても入力が行える状態となっている。	システムの自動督促メールにより、更新を行っていない医療機関に対して督促を行っている。また、必要に応じシステムの管理者が督促を行っている。	現行システム導入時(平成17年7月)までに医師会、病院協会など医療機関関係者が構成メンバーである県地域保健医療協議会保健医療情報システム専門委員会において、システムの内容について検討を行っている。また、導入時には県消防長会総会でシステムについて説明を行うなど消防本部への周知を図るとともに、その後も必要に応じ消防機関と個別に協議を行っている。なお、導入後においても、システムの管理者である救急医療情報センター事務局職員が、システム参画医療機関からの電話照会に応じる体制をとっている。	設けていない。	入力内容は基本的に更新されており、表示内容が固定されているということはない。	システムの管理者等が、一般県民からの電話照会があった時に、案内先の医療機関に対して、確認を行っている。
31 鳥取県		導入している	原則1日1回更新している。 即時ではないが、この更新で特に問題は生じていない。	入力する体制が確保されている。				行っている。(具体的に?)	周知を図っている。	当日直医情報は診療科が分かるようになっているが、空床情報には診療科による仕分けは無い。	固定されていない。	行っている。
32 島根県		島根県では救急医療情報システムは導入しておらず、搬送照会は専用回線電話・救急無線等により行われている。 当県の実情として、各地域で救急搬送の受入を行う病院は限られており、特に産科についてはごく少数の特定の救急病院しか該当しない。 この実態は、消防機関の救急隊にも周知されており、救急隊からはその少数の特定の救急病院に対して照会が行われる状況にある。 このため当県では、近接地域の多数の医療機関から受入可能な病院を選択することを目的とした当該システムが有効に活用される状況にはないと考えられ、 消防機関・医療機関からも当該システムが利用できないため支障が生じている旨の意見・報告が寄せられることもない。										
33 岡山県		導入している	更新頻度が少ない医療機関も見受けられるが、概ね適正に更新されている。	システム入力体制については、概ね適正に確保されている。				岡山県から、更新のない医療機関に対して、朝夕2回督促を行っている。	運用開始時に周知しているが、システムの画面上でも周知を図っている。	「産科」の区分が設けられている	表示内容が事実上固定されている医療機関も見受けられる。	消防本部において表示内容の確認等の照会を行っている。

都道府県		(イ)消防機関と医療機関の連携体制								(ワ)県境を越える患者の搬送体制		
		①医療機関の窓口体制				②消防機関における体制			③メディカルコントロールの活用			
		消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断を行える体制が確保されているか。この場合、照会応答マニュアルが作成されているか。同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	全ての救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能か。また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の応需情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
26	京都府	基本的に直ちに対応されているが、時間帯で体制は異なっている。	上記体制がとられていない場合、速やかに受入判断を行える体制が確保されている割合 100% マニュアルの作成 57% 消防機関への情報提供 8%	ホットラインの敷設されている割合 57% 対応者は医師等と定められている割合 22%	作成している割合 65%	配置されている	全ての救急隊において妊婦を前提とした傷病者の観察が可能である。 また手順書等がある救急隊の割合は40%	すべて体制がとられている	体制がとられている割合 33%	把握している	定めていない	一部対応(兵庫県、大阪府、奈良県)
27	大阪府	はい(121病院)、いいえ(35病院)、その他(10病院)、未回答(4病院)	確保されている(44病院)、 確保されていない(9病院)、 その他(4病院) (照会応答マニュアルの作成) 作成されている(26病院) 作成されていない(24病院) その他(2病院) マニュアルの共有 共有されている(2病院) 共有されていない(35病院) その他(2病院)	敷設されている(80病院)、 敷設されていない(77病院) その他(3病院)、未回答(11病院) (対応者) 医師(19病院)、医療従事者(30病院)、 事務職員(30病院)、その他(7病院)	作成している(70病院)、 作成していない(57病院)、 その他(15病院)、未回答(29病院)	配置されている	1)救急隊において、産科・周産期傷病者を前提とした傷病者の観察が可能ですか。 ア 全ての救急隊で可能 29 機関 イ 一部の救急隊でのみ可能 2 機関 ウ その他 3 機関 (一部の救急隊でのみ不可能) 2)産科・周産期傷病者の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等がありますか。 ア ある 1 機関	体制がある 26 機関 体制は整備していない 5 機関 その他(状況に応じて連携)3 機関	地域メディカルコントロール協議会において、産科・周産期傷病者の救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられていますか。 ア 体制あり 4 機関 イ 体制未整備 27 機関 ウ その他 3 機関 (検証会議や救命CCで可、病状はあり等)			
28	兵庫県	・搬送照会に対し直ちに受入可断を行える者が直接対応する仕組の整備 69.5%	・上記体制がとられていない場合、速やかに受入判断を行える体制の整備 86.6% ・照会マニュアルの作成 28.8%	・救急医療機関における消防機関からのホットラインの敷設 38.1%		・全ての救急隊に救急救命士1名以上の配置を実施している。		・全ての本部で体制がとられている。	・体制がとられている。	・県北部の但馬地域から鳥取県(鳥取市内等)及び県中北部の丹波地域から京都府(福知山市内)への県境を越える救急患者搬送の実態があることについて承知している。 ・隣接する府県のうち京都府、大阪府との間では救急医療情報システム上の応需情報を共有している。 ・現時点では府県間での搬送に係るルールの設定はできていないが、救急医療情報システムでのパスワード提供などの取組は既に進めており、今後ルール設定等についても協議を進めていく。		
29	奈良県	平日:医師対応(4病院)、医師に確認し看護師対応(20病院)、医師に確認し事務員対応(24病院)、その他対応(2病院) 休日夜間:医師対応(6病院)、医師に確認し看護師対応(16病院)、医師に確認し事務員対応(27病院)、その他対応(1病院)	(速やかに受入判断行える体制) ある(5病院)、なし(5病院) (マニュアルの有無) ある(2病院)、なし(8病院) (マニュアルの共有化) できている(0病院)、医療機関内のみ(2病院)、いない(1病院)	ある(2病院)、なし(8病院) うち 医師対応(0病院)、医師以外(2病院)	いる(7病院)、いない(3病院)	いる(13消防)100%	観察可能(12消防)、不可(1消防) 手順書ある(13消防)	ある(13消防)100%	ある(13消防)100%	把握している(10消防)、いない(3消防)	ルールが定められている(2消防)、いない(11消防) 医療機関が定められている(1消防)、いない(12消防)	できる(13消防)100%
30	和歌山県	多くの分娩取扱い救急応需医療機関で当該体制をとっている。	上記体制がとられていない医療機関すべてで、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されている。 上記医療機関のうち半数で照会応答マニュアルが作成されている。 上記のマニュアルを作成している医療機関のうち半数で地域の消防本部にも情報共有されている。	分娩を取り扱う救急告示医療機関(全12機関)のうち約半数で敷設されている。 上記ホットラインを敷設している医療機関のほとんどで対応者が医師等と定められている。そうでない医療機関でもすぐに看護師に引き継ぐこととしている。	分娩を取り扱う救急告示医療機関のうち約半数で作成。	救急隊は全て救急課程(標準課程、Ⅱ課程、若しくはⅠ課程)を修了した3名以上で編成されている。 県下62隊の内、58隊において救急救命士を運用(常時運用47隊+一時運用11隊)している。	救急課程の特殊病態別応急措置において、妊婦の観察・処置を修得済み。手順書等はない。	受入照会のみならず、救急業務全般(病院選定、医師の指示・指導要請、応援要請、ドクターカー・ドクターヘリ要請等)について、救急隊と本部指令センターの連携体制は構築されている。	当県においては地域MC協議会は未設置、県MC協議会にあっても該当する体制はない。	把握していない。	周産期の緊急医療の広域連携体制整備について、現在近畿ブロック知事会議参加府県(福井県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、徳島県)で担当部署による検討会を設置している。それぞれの府県で、広域搬送調整の拠点となる広域搬送調整拠点病院を設置しているが、搬送手順等の詳細については今後検討していくこととなっている。	三重県、大阪府、奈良県の応需情報にアクセスできるようになっている。
31	鳥取県	とられている。	一部の救急医療機関では窓口を通す体制となっているが、この場合でも医師等につなげるためのマニュアル、ルールが関係者に共有されている。	ホットラインは敷設され、医師等による対応となっている。	作成している。	配置されている。	手順書等はないがルールは徹底されている。	とられている。	とられている。	県(の消防担当部局)としては把握しておらず、県内の消防局において独自に把握しているところがある。	ルール等の定め無し	図られていない。
32	島根県	医療機関の体制に関しては、産婦人科を標榜している県内の救急病院16機関 (分娩を取り扱っていない病院を含む)に照会をした。 結果、消防機関からの搬送照会に対しては、全病院で医師等が対応する体制がとられており、受入判断において特に問題はないことが確認された。 また、このうち分娩を取り扱っていない病院は産婦人科を休診している病院については、その旨が地域の消防機関及び地域住民に周知されているため、産科に係る搬送照会は通常行われておらず、また照会があった場合も当直医等が適切に他の医療機関への振り分けを行っているためトラブル等は報告されていない。 なお、照会応答マニュアルを作成している病院は無かったが、一部では、消防機関とサマリーを共有する等、症例に応じた対応の情報共有のある病院があった。		分娩を取り扱っている12機関のうち、消防機関との専用回線電話を設置している病院は5機関であり、電話機は救急外来に設置され医師・看護師が受電する体制が取られている。また、応答記録は半数の病院で作成されている。 なお、専用回線電話を設置していない病院についても、救急業務一般電話により救急外来の医師等と消防機関の連携が図られており、情報伝達において特に大きな問題があるとの報告はなかった。		配置されている。	可能である。手順書は特に作成されていない	全ての消防本部で救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う体制がとられている	救急搬送支援に係る相談・助言を行う必要がある地域では全て体制がとられている。特に行っていない地域もあるが、その必要がない場合のみである。	各消防本部へ照会したところ、県外搬送については H18年中で10件(うち転院搬送7件)であることが確認された。疾病別による搬送医療機関までは把握していないが、県外搬送は少なく、また、その多くが転院搬送であるため受入にあたって問題は生じていない。	このような状況にあるため、隣接する県への搬送に係るルール等及び搬送照会 を行う医療機関について定める必要性がなく、特に定められていない。	救急医療情報システムを当県では導入していないが、現在のところ特に支障は生じていない。
33	岡山県	搬送受入の判断は医師等が行っている。	窓口から院内の医師等に対しての受入判断照会は行われているが、照会応答マニュアルを作成していない医療機関もあり、消防機関等との情報共有は図られていない。		実際に搬送されなかった搬送照会記録を作成している医療機関は少ない。	配置されている。	可能である。手順書はない。	体制がとられている消防本部 8 体制がとられていない消防本部 6	体制がとられている消防本部 3 体制がとられていない消防本部 11	14消防本部中、12消防本部が県境を越える搬送実態を把握している。	隣県との間で搬送に係るルールを定めている消防本部はない。	現在隣県との情報の共有化は図られていないが、パスワードの提供要請があれば、提供可能である。

		(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保					(4) 妊婦健康診査の受診勧奨		
		(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保		(ア) 妊婦健康診査		(イ) 公費負担の実施
	都道府県	医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。 （かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。）	（ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。）	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、（特に夜間・休日について）県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊娠・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、同健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
26	京都府	約4割が確保されている	確保されている	利用できる体制がとられている	産科に係る医療体制が構築されている。 夜間等空白時間は存在しない。 ハイリスク症例の受け入れ体制が確立されている。		MC協議会等において検証が行われている。	把握している。 医師確保の取り組みも実施している（奨学金制度、研修・研究事業など）	一部把握している	妊娠届及び母子健康手帳交付時に、若年出産（10代の妊婦）、高齢出産、未婚等、支援が必要と思われる妊婦には面接、又は後日保健師が家庭訪問を実施し、必要に応じ医療機関への受診勧奨等を行っている。	地域住民に対しては、市町村広報等で適宜周知されている。また、公費負担措置については、妊娠届出があった妊婦に受診券を交付し、公費負担が受けられることを説明している。	平成19年度の各市町村における妊婦健康診査の公費負担の状況、及び平成20年度の公費負担状況については別添のとおり。 平成18年度までは、府内全市町村で1回の妊娠につき2回（妊娠前期、後期にそれぞれ1回）の健診費用を公費負担。平成19年度は、公費負担回数を増やした市町が4か所、平成20年度に回数を増やす予定の市町村が18か所となっている。20年度には、全市町村のうち約9割の市町村が公費負担回数を増やす措置をとる予定。
27	大阪府	確保している（16病院） 確保していない（2病院） その他（2病院）	確保している（15病院） 確保していない（4病院）									
28	兵庫県	・連携体制がとられている。	・連携体制がとられている。	本県では、平成8年から、広域災害・救急医療情報システムに周産期関連の項目を追加し、空床情報等の検索が行えるようにし、平成19年6月には独立した周産期医療情報システムとして、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの周産期医療の空床の有無、緊急手術の可否などの応需情報を提供することとしてシステムを再構築した。周産期救急医療システムには、産科医療機関と各消防本部など100あまりの機関が利用可能となっている。	本県の保健医療計画では、周産期医療に係る医療体制の構築について記載している。それに基づき県内を7圏域に区分し、総合周産期母子医療センター（1カ所）及び地域周産期母子医療センター（9カ所）を整備し、ハイリスク症例の受入体制を確立している。 一方で、全国的な産科医師の不足を受けて、本年4月改定予定の保健医療計画の中では、圏域の見直し等を実施する予定である。		メディカルコントロール協議会、周産期医療協議会等で検討を実施している。	本県では、「地域医療確保対策」を昨年3月に策定し、県内勤務医師の量的確保対策や医師の偏在対策など、総合的な取組を進めている。 産科医師の確保については、医師の診療科対策として、産科医師の多い女性医師の再就業を進めるために、離・退職した女性医師等のための女性医師再就業支援事業や、後期研修医の県職員採用等の施策を進めている。		① 妊娠・出産に伴うリスクがあった場合に、医療機関を受診することの啓発活動をおこなっているか ・行っている 30市町（73.2%） 妊婦配布冊子に啓発文を掲載、 ・今後行う予定 3市町（7.3%） HP掲載等 ・行っていない 8市町（19.5%） ② 妊娠の兆候があった場合に医療機関を受診することの啓発活動をおこなっているか ・行っている 11市町（26.8%） ポスター・チラシ、HP掲載等 ・今後行う予定 8市町（19.5%） ・行っていない 22市町（53.7%）	③ 妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか ・行っている 35市町（85.4%） 妊婦配布冊子に啓発文掲載、電話・訪問 ・今後行う予定 4市町（9.8%） マタニティセミナー、HP掲載等 ・行っていない 2市町（4.8%） ④ 妊婦健康診査に公費負担措置されている旨の周知を図っているか ・行っている 41市町（100.0%） チラシ、ポスター、市広報、HP掲載等 ・今後行う予定 0市町（0.0%） ・行っていない 0市町（0.0%）	平成20年1月4日時点の実施状況については、兵庫県平均15回の公費負担が行われている。 ○ 公費負担回数状況（平成20年1月4日時点） 1回 19市町 2回 21市町 3回 0市町 4回 0市町 5回 1市町
29	奈良県	いる（8病院）、ない（1病院）	いる（8病院）、ない（1病院）	利用はできないが、コーディネーターを介して利用できるよう改善（全ての端日の配置はできていない。）	（医療計画に）周産期医療体制についての記載はあるが、構築されているとは言い難い。 夜間に分娩取り扱う医療機関や助産所等の確保については、一部空白あるが確保（空白日を在宅当番医制、病院群輪番制により体制確保を協議中）	いない。（5月末までにセンターを整備、基本構想を策定中）	一部あり。（昨年8月の事案は検証。今後周産期医療協議会を設置し検証予定）	把握している。（県内医療機関に調査を実施） 取組も実施している。（修学資金貸与制度、ドクターバンク事業など）	分娩費用については一部把握している。 具体的な指導・助言は行っていない。 （なお、県立病院については、県下の状況を参考に改訂する予定）	実施している。	受診勧奨を行っている。	全国平均を下回る。（市町村に対し、充実を要請）
30	和歌山県	連携体制が確保されている。	連携体制が確保されている。	周産期救急情報システムは、県内の産科とNICUを併せ持つ5医療機関について、それぞれのNICUの空床情報、母体搬送の可否、夜間当直医等の情報をインターネット上で公表しており、消防機関も利用することは可能である。	産科について、同じ医療機関又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門との連携が図られている。 また、県内の全医療圏において、夜間に産科医師が宿直、又はオンコール体制で待機している。	ハイリスク症例については、県立医科大学の総合周産期母子医療センターを中心として、社会保険紀南病院の地域周産期母子医療センターや日本赤十字社和歌山医療センター等が、地域の病院、診療所、助産所等からの搬送を受け入れることとしている。	過去3年間において問題となった搬送症例がない。	夜間、休日における産科の診療体制は把握できている。 わかやまドクターバンク制度、青洲医師ネットの運営などにより、産科医師の確保に努めている。	ほぼ把握している。特に指導等は行っていない。（多くの機関では、30～40万円。）	妊娠・出産に伴うリスク等については、市町村において母子健康手帳を交付する際に、様々な妊娠中の健康を守るための注意事項等を解説した、県が発行する「赤ちゃんとお母さんの健康ガイド」を妊婦にあわせて配布してもらい、啓発を行っている。また、妊娠の兆候があった場合の医療機関受診や妊婦健康診査の受診勧奨については、厚生労働省から送付を受けた図案等をもとに、市町村に対して啓発活動を依頼する等、機会を捉えて啓発活動を行っている。	平成19年度地方財政措置の中で、妊婦健康診査も含めた少子化対策について総額において拡充の措置がなされたことを各市町村に通知するとともに、早期の妊娠届出を励行させ、母体や胎児の健康確保を図ると同時に、経済的条件等により健康診査及び保健指導が受けられない者が生じないよう配意する観点からも、各市町村に対し妊婦健康診査の公費負担の充実に対する積極的な取り組みを行うよう依頼したところである。	平成19年度は、中核市を除く県内29市町村のうち1市が3回分の公費負担とした他は妊娠前期1回、後期1回の合計2回の公費負担となったが、今後公費負担の充実が図られるよう引き続き働きかけていくこととしている。
31	鳥取県	確保されている。	確保されている。	周産期救急情報システム（ネットや専用回線等によるもの）は未整備。	平成20年度からスタートする医療計画には掲載予定。		医療機関と自治体の関係者等によるハイリスク妊娠に対応するチームを作っている事例有り。	県内病院に対して平成20年1月1日現在での診療科ごとの医師の充足状況の調査を実施したが、夜間・休日の診療に関する充足状況までは把握していない。 当該調査結果は、医師確保対策にかかる平成20年度当初予算要求の資料として活用している。	把握していない。	各自治体により取組状況は様々である。 〔実施例〕 ・ホームページでの呼びかけ ・母子手帳発行時の保健師による指導 ・健康教育の場の設定 ・健康ガイド・市報・国保ガイドへの掲載 等	各自治体により取組状況は様々である。 〔実施例〕 ・ホームページでの呼びかけ ・母子手帳発行時における窓口で呼びかけ及び保健師による指導 ・妊婦教室を開催時での呼びかけ ・健康ガイド・市報・国保ガイドへの掲載	〔現状〕 県内19市町村のうち、1町が7回分公費負担、1町が5回、2市が3回、残りの市町村は2回。 〔平成20年4月1日以降〕 現在公費負担が5回未満の市町村すべてが5回分の公費負担を行う予定。
32	島根県	分娩を取り扱っている全ての病院でオンコール等による産婦人科医師との連携が図られている。一方で、分娩を取り扱っていない病院については、分娩を取り扱っている病院への紹介が適切に行われ連携体制が確保されている。 県内で分娩を取り扱っている病院には、他の診療科も併設されており、他部門の診療を必要とする患者については、院内での連携体制が確保されている。 また、同一の医療機関で対応できない症例については、他の医療圏も含めて高次医療機関へ連絡し搬送する体制が確保されている。			現在、平成20年度から5カ年を計画期間とする医療計画を策定中であり、総合・地域母子周産期医療センターを中心とした周産期医療に関する医療連携体制を構築している。全ての医療圏において分娩を取り扱う病院が確保されており、夜間の対応も行われている。		搬送症例の検証については、各地区のMC協議会において、産科を含め重症症例を中心に行われている。	平成18年度から県内の全病院に対して「勤務医師実態調査」を実施し、各病院から必要としている医師数（診療科別）について報告を受けている。 また、医療対策課内に医師確保対策室を設置し、専任スタッフによる医師との面接、広報等の各種PR、各種研修関連事業、ブロック制度の実施など、「呼ぶ」「育てる」「助ける」を3本柱にした取り組みを行っている。 これら医師確保のための対策は、周産期医療体制の確保においても重要な取り組みだと考えており、今後も継続して行っていく。	病院の分娩費用の把握については、今のところ、産科医の確保において必要だと考えていないため、行っていない。	島根県では、県・市町村の広報誌やホームページ等で妊婦健診の受診勧奨及び公費負担措置の周知を図るとともに、妊娠届け出時や母親教室等の保健指導の際にも制度周知に係る個人通知を行うなどきめ細かな受診勧奨を行っている。 また、妊婦健康診査に関する住民啓発については、母子保健課所管の「健やか親子21」の島根県版となる「健やか親子しまね」計画でも、関係機関の連携の者で推進することとしている。 健康診査を受けない所謂「飛び込み出産」の状況については、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会の調査結果で、当県内でも年間に数例ある旨が報告されているが、今後、県でも実態把握を行う予定にしている。併せて、県及び各医療圏単位で周産期医療に関する検討会を開催し、医療機関、市町村、保健所等関係者の連携を図る中で、ハイリスク妊婦等の早期支援を行うこととしているが、このような取り組みにより未受診の出産を繰り返す妊産婦等に対して、その把握と適切な指導・助言を行うことができると考えている。		島根県内で妊婦健康診査について5回以上の公費負担措置をしている市町村は10市町村あるが、平成20年度からは全ての市町村で5回以上の公費負担措置がなされる予定である。
33	岡山県	・救急部門と産科部門との連携は取れている。 ・県内に2つの総合周産期母子医療センター及び4つの地域周産期母子医療センターがあり、妊婦搬送等を受け入れているが、これらすべてがいわゆる総合病院であり、診療科をまたがる対応が可能である。		消防機関が周産期救急情報システムを利用することが可能である。	第5次岡山県保健医療計画（平成18年4月策定）において、2ヶ所の総合周産期母子医療センター、4ヶ所の地域周産期母子医療センターを指定し、これらのセンターと地域の産科・小児科医院とのネットワークを構築してハイリスクの母体・新生児に高度な周産期医療を24時間体制で提供する体制を整えている。 また、周産期医療施設オープン病院化事業を実施し、病診連携システムの構		過去の搬送症例については、岡山県周産期医療協議会の場での検証を行っている。現在のところ、問題になった症例はない。	県内各圏域ごとの分娩取扱い施設、産科医師数、分娩数等を把握している。 これらの状況を踏まえ、岡山県医療対策協議会産科医療対策部会を開催し（第1回を平91115に開催、第2回は平20220開催予定）、産科医師確保対策を検討して	分娩費用は把握していない。	母子健康手帳の交付の際に、保健師等による個別相談を行ない、妊婦健康診査の受診を勧奨するとともに、早期に医療機関を受診することの必要性について啓発を行っている。妊婦健康診査に公費負担措置がなされていることも個別相談の中で周知している。 また、新たに医療機関の協力を得て、早期の妊娠届出を励行させるための広報を実施することとしている。		県内27の全ての市町村に対し、公費負担による妊婦健康診査が5回以上行われるよう働きかけている。

		(1) 救急搬送に対する支援体制 (ア) 救急医療情報システム										
			① 更新頻度						② 入力情報			
	都道府県	救急医療情報システムを導入しているか。していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼働状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。 入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等実上入力が行えない状態となっていないか。	システムの管理者(都道府県又は事業を受託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。	都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
34	広島県	導入している	「救急医療情報システム」は、受入体制に変わりがない場合は、1日に2回自動的に更新されている。受け入れ体制が変わった場合は、随時更新されている。	受入体制に変わりがない場合は、1日に2回自動的に更新されている。受け入れ体制が変わった場合は、随時更新されている。			システムの入力端末は、常に入力可能な状態である。		「広島県救急医療情報ネットワークシステム運用要綱」を定め、各医療機関や消防本部に周知を図っている。	「救急医療情報システム」の診療科別の応需情報においては「産婦人科」と区分しており、「産科」のみの区分は設けていない。	「救急医療情報システム」は、受入体制に変わりがない場合は、1日に2回自動的に更新されている。受け入れ体制が変わった場合は、随時更新されている。	事実関係について、照会は行っていない。
35	山口県	導入している	・毎日(1回以上)　34機関 ・その他　10機関	・精通している　35機関 ・精通していない　9機関	・確認している　27機関 ・確認していない　17機関	・伝達されている　17機関 ・伝達されていない　27機関	・入力できる　23機関 ・入力できない　21機関	本年度実施したシステム運用説明会において全てのシステム参加医療機関に対して入力更新をお願いするなど取組みを進めているところである。	システムの運営管理を委託している情報センターにおいて、現行システムを導入した際に説明会を実施するなど、周知に努めているところである。	システムの診療科別の応需情報において、「産科」を設けている	更新している医療機関については、内容を更新している。	システムの運営管理を委託している情報センターにおいて、表示内容について、随時、確認を行っている。 ・地域の消防本部による表示内容について、電話照会等の確認。 確認している　3本部 (確認方法:現場から車載携帯により確認、毎朝電話で確認) 確認していない　10本部
36	徳島県	導入している	システムに参画している医療機関(以下「医療機関」という)において、現在、随時の更新を行っている医療機関は少ないのが現状である。刻々変化する空床状況等を入力する人員の確保が一番の課題であるが、今後、随時の更新について協力をお願いするとともに、救急医療機関と消防の一層の連携を図っていく。	上記体制の確保にあたっては、平日における入力体制は、 各医療機関において確保できている。 当該医療機関の機能・体制等に精通している者が入力としている体制もとられているが、 特に夜間・休日の入力体制の確保が課題となっている。				現在のところ、督促等の実施はできていない。	システム導入時に説明会を開催して以降、積極的な周知は行えていない。	「産婦人科」という区分になっている。	システムの更新に関しては各医療機関での対応となっており、県としては、現在のところ表示内容の確認等は出来ていない。	システム表示内容の確認は行えておらず、現在は、救急搬送時に消防機関が個別に電話をして照会をしているという運用である。
37	香川県	導入している	更新頻度について、朝夕2回の更新を行っている医療機関はほとんどなく、即時性を有した入力となっているとは言えない。	情報の更新入力は、主に事務職が行っている。空床状況は半数以上で確認を行っておらず、また手術の状況などについて、伝達される体制は全くとられていなかった。夜間・休日については、3分の2の病院で入力できる体制となっている。				本県では、長期間にわたり応需情報の更新がなされていない医療機関については、入力を督促するメッセージを画面上に掲示している。また、昨年9月には各救急告示医療機関に対し、朝夕2時の更新等の協力依頼文書を送付している。	応需情報の入力操作方法については、平成17年7月のシステム更新時に、各医療機関の担当者を対象に説明会を開催している。また、同様に消防機関に対しても説明会を開催している。	本県では、応需科目に産科、産婦人科を選択できるシステムとなっている。	朝夕の応需情報の更新を行っている医療機関においては、院内の状況を確認した上で入力していると考えており、表示内容に変更がなくても問題はないと考える。	特に表示内容の確認は行っていない。消防機関においては、搬送前に受入の可否について電話照会を行っている。
38	愛媛県	導入している	県内のシステム参加医療機関に対し、1日2回以上の更新を依頼しているが、入力担当人員の不足など医療機関側の都合もあり、更新が頻繁に行われていない機関も見られる。	体制整備を依頼しているが、実態は把握していない。				県内の保健所において、医療機関の応需情報を確認(原則毎日)し、入力が低調である医療機関に対して、適宜、積極的な入力を依頼することとしている。	周知を図っている。	設けられていない(産婦人科のみ)。	更新されているかどうかは把握は出来るが、表示内容が固定されているかどうかは把握が困難である。	事実関係の照会は行っていない。
39	高知県	導入している	変更があるたびに更新(朝、夕各1回は入力)することになっているが、変更事項がない等のため更新していない医療機関もあり、回数は0～3回程度の入力回数となっている。 おおむね即時性は有るが、常にリアルタイムで入力することは困難なケースがある。	システムの入力体制が確立できていない医療機関もある、体制がない理由として、専属の入力職員がいないことがあげられる。 院内体制について、基本的に受入を断ることがないように対応している為、システムへの随時対応に必要性を感じないといった意見もある。 (入力者が機能・体制等に精通している)ある程度精通しているが、夜間等に入力を行う担当者が、事務担当者でない宿直等の場合には精通していない状況がある。 (空床状況等の確認) 概ね確認している。 (救急処置や手術の状況の伝達) 状況把握できる救急外来受付職員等とシステム入力者が異なる場合等に、救急は処置後でないと伝達できないため、入力が困難な場合がある。 (夜間・休日の入力状況) 担当者の不在、専属職員がいない、施錠され入室不可といった理由で入力できない状況が見受けられる。				定期的に更新している医療機関が更新しなくなったときに、救急医療情報センターから督促を行っている。	入力項目は簡潔でわかり易いものになっている。また、一覧で医療機関の状況把握ができるので、すぐみてわかる画面になっている。 空床状況は数まで入力することになっていない。 消防本部に周知を図っている。	設けられていない。	表示内容の固定が見受けられる。	システム表示に疑問点があった場合に、救急医療情報センターから照会を行っている。
40	福岡県	導入している	1日2回(朝、夕)、応需情報の即時性は確保されている。	当該医療機関の救急担当者による入力を原則としている。また、医療機関によっては、医師、看護師等が入力を行っている。このため、空床状況等の確認はなされている。				福岡県メディカルセンター(委託機関)が医療機関の更新状況を確認し、必要に応じて入力要請を行っている。	平成16年度、救急医療情報システムを更新する際に、医療機関や消防機関等で構成する委員会で協議し、相互に利用しやすいシステムに変更済み。 また、年1回、医療機関や消防機関を対象に説明会を開催している。	「産科」は設定されている。	産科が受入可能な医療機関は限られていることから、結果として固定化されている状況である。	福岡県メディカルセンター(委託機関)が、必要に応じ応需内容をチェックする体制になっている。

		(イ)消防機関と医療機関の連携体制								(ウ)県境を越える患者の搬送体制		
		①医療機関の窓口体制				②消防機関における体制			③メディカルコントロールの活用			
都道府県		消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。この場合、照会応答マニュアルが作成されているか。同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	全ての救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能か。また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関や その件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか、その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の応需情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
34	広島県	産科を標榜する救急医療機関 産婦人科医:3施設(17%) 産科の助産師・看護師:5施設(28%) 救急の医師:3施設(17%) 夜間休日受付:3施設(17%) 産科の救急受入をしていない:4施設(22%)	産科を標榜する救急医療機関のうち、産婦人科医以外が対応する11施設において「体制が確保されている」のは10施設、残り1施設は、「照会を行う体制は確保されているが、照会までに時間を要する場合がある」であった。 産科を標榜する救急医療機関において、照会対応マニュアルは作成されていなかった。(産科についてのみなので要確認)	救急部門にホットラインが敷設されているのは、13施設(57%)であった。 ホットラインの対応者は、医師であった。	○作成している: 9施設(41%) ○作成していない:11施設(50%) ○その他:2施設(9%)・夜間休日のみ作成 ・メモ用紙に記録	配置されている:14本部(100%)	全救急隊で観察可能:14本部(100%) 手順書 ある:1本部(7%) ない:13本部(93%) ・周産期医療情報システムの活用 ・原則としてかかりつけ医への搬送 ・現場救急隊の判断	とっている:11本部(79%) とっていない:2本部(14%) その他:1本部(7%) ・受入照会は指令課で実施	とっている:3本部(21%) とっていない:3本部(21%) その他:1本部(7%) ・話し合う場を設ける場合あり 無回答:7本部(50%)	県境を越える搬送実態を把握するシステムになっておらず、実態を把握していない	定めていない:14本部(100%)	共有化は図られていない
35	山口県	体制をとっている 54機関 体制をとっていない 15機関	確保されている 15機関 確保されていない 0機関 マニュアルが作成されている 6機関 マニュアルが作成されていない 9機関 マニュアルが消防機関に共有されている	ホットラインが施設されている 27機関 ホットラインが施設されていない 42機関 ホットラインの対応者(複数回答) 医師 13機関 看護師 13機関 事務員 6機関	作成している 29機関 作成していない 40機関	69救急隊の内、67の救急隊に救急救命士が配置されている。	観察できる 2本部 どちらともいえない 11本部 マニュアルの有無 ある 2本部 ない 11本部 マニュアルの種別 マニュアルや手順書 1本部 連絡先一覧表 1本部	連携体制になっている 11本部 連携体制になっていない 2本部	体制になっている 8本部 体制になっていない 5本部	県境を越える搬送実態については把握していない。 本通知を受けて、県内消防本部へ照会したところ、平成18年中は411件で、主な搬送理由はかかりつけ・関係者の要請、転院搬送、病院近接等であった。	定めていない 9本部で県境搬送を行うに際して、県内の患者搬送と異なる問題点がある	現在は行っていないが、来年度、システムを見直す中で検討してまいりたい。
36	徳島県	ほぼ半数の医療機関において、医師等が直接応対する体制がとられている。 また、直接医師が応対する体制がとられていない医療機関でも、看護師や事務員が医師に確認を取り、迅速な応対をとる体制が敷かれている。	ほぼ全ての医療機関において、受入判断の照会を行える体制が確保されている。 照会応答マニュアルが作成されている医療機関はほぼ半数程度である。 地域の消防本部に照会応答マニュアルが情報共有されている医療機関は、現在のところない。	約半数の医療機関において、消防機関からのホットラインが敷設されている。	搬送照会に係る応答記録を作成している医療機関は半数以下というのが現状である。	全ての消防本部において救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されている	半数以上の消防機関において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能 妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等がある消防機関は無かった。	ほぼ全ての消防機関において、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられている。 指令センターを有しない消防において、救急医療情報システムを利用し、各医療機関における医師の宿直体制表を各救急隊が保有し、医療機関に対し照会を行っている。	オンラインで指示ができる体制がとられている	県西部では、地理的要因や医師のネットワーク等から、従来から香川県で受療することが多く、産科のハイリスク症例においても香川県善通寺市の国立病院機構香川小児病院に搬送する体制が取られている。こうした実態を踏まえて、県では当該医療機関に照会を行い搬送実態の把握に努めている。 本県は、近畿ブロック知事会の一員として、近畿ブロック周産期医療広域連携検討会に参加し、2府7県で、近畿府県内で搬送先医療機関をより円滑に確保できるよう実施要領等を定めるとともに、各府県で「広域搬送拠点病院」を定め、搬送照会等の一元化の体制整備を図った。	現在、隣接県との間で搬送に係るルールは定められていない。 搬送照会等の対応を行う医療機関は、定められていない。	現在のところ、救急医療情報システムの共有化は図られていない。
37	香川県	消防機関からの搬送照会に対しては、医師若しくは看護師が対応しているが、対応マニュアルを作成している医療機関は少ない。ホットラインを有する医療機関は69.2%で、対応者は概ね医師である。応答記録は作成しているところが38.5%と少ない。				本県では、9消防本部のうち8消防本部で全ての救急隊に救急救命士や救急科過程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されている。	全ての救急隊において、妊婦を前提とした傷病者の観察が可能であるが、手順書等が作成されているのは1消防本部だけである。	9消防本部のうち6消防本部で、現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられている。	本県では、1県1MC体制である。昨年12月に、プロトコール・救急活動記録系の見直しその他メディカルコントロールに係る諸問題の具体的な検討をするため香川県メディカルコントロール協議会の下に検討部会を設置した。その検討部会で救急搬送支援に係る相談・助言を行うことは可能である。	県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送件数は、18年度で1件(産科関連以外)であった。	定められていない	本県においては、総合周産期医療センターとの連携も問題なく行われており、産科救急搬送で隣県に搬送することは現在のところ発生していない。救急搬送全般でも問題事案が発生していないこともあり、救急医療情報システムについて、隣県との共有は図っていない。
38	愛媛県	救急専用窓口を設け、受入の判断を行える体制は一応取れている。		消防本部に確認したところホットラインは敷設できていないのではないかとのこと。	把握していない。	すべての救急隊に配置している。	全救急隊において観察可能。 手順書については、未作成の消防本部有り。	一部体制がとられていない消防本部有り、	地域メディカルコントロール協議会において救急搬送支援おける相談・支援体制は既にとられている。	県においては把握していない。	県では特段定めていない。	共有化を図っていない。
39	高知県	二次及び三次周産期医療機関では、平日昼間、夜間、休日とも、体制あり。	二次及び三次周産期医療機関でも、マニュアルの作成はなく、簡単な注意事項や連絡網等で対応している。 注意事項や連絡網は、関係職員に会議等を通じて周知し、各人へ配布している。 直通番号等連絡先を伝えている。搬送依頼はすべて受け入れる体制としている施設は、その旨を伝えている。	二次及び三次周産期医療機関では、ホットライン専用回線あるいは、専用PHS等で対応している。 一部専用回線を持たない施設もある。 三次周産期医療機関では、医師が対応している。二次では医師及び看護師と定めている。	記録作成をしているのは、三次周産期医療機関の1施設。	配置している。	観察は、救急標準課程、救急救命士養成課程において習得した範囲において可能。妊婦の救急搬送に関した手順書については15消防本部すべて作成していない。	15消防本部のうち9消防本部は連絡体制あり。	体制はできていない。	把握している。 県内で対応できない小児外科以外での県外搬送例はない。	高次病院が連携して県内での受入確保に努力し、確保が困難な場合は、最終の調整及び受入を総合周産期母子医療センターで行うこととしている。 なお、県外2施設に対し、知事名で搬送の受入の協力をしている。 搬送のルール等の定めはないが、事例に応じて対応しており、作成中の搬送マニュアルへ記載予定。	共有化は図っていない。
40	福岡県	高度周産期医療機関においては、原則として産科医師が対応する体制が確保されている。		救急隊からの応急処置等の直接的指示及び指導助言の要請等について、医師が常時対応できる体制が構築されている	救急医療機関においても、応答記録は残されている。	県内全ての救急隊に救急救命士又は救急科課程修了者が配置されている。	救急救命士新規養成課程及び救急科課程で産科・周産期に関する教育が実施されており、全ての救急隊で妊婦を前提とした傷病者の観察が可能である。 また、医療機関への連絡方法等を示した手順書等の作成状況等は各消防本部で異なるが、搬送先病院の選定の決 定については、各消防本部毎に運用が定められているところである。	全ての消防本部において、救急隊と指令センター双方で照会を行う体制がとられている。	県内全ての地域メディカルコントロール協議会において、医師による直接的指示・指導助言の体制が構築されて いる。	各消防本部が総務省消防庁に提出している救急業務実施状況調では、管内搬送と管外搬送の区分があるのみであり、県境を越える搬送実態は把握していない。	都道府県間では具体的な搬送に係るルールは定められていないが、個別の3次病院間ではベッド清床時等における患者搬送に係る協力が行われている。	共有化は図られていない。

		(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保						(4) 妊婦健康診査の受診勧奨		
		(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保			(ア) 妊婦健康診査		(イ) 公費負担の実施
都道府県		医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。 (かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。)	(ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。)	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、(特に夜間・休日について)県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊娠・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか、また、問健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
34	広島県	○体制が確保されている:23施設(82%) ○産科医3名体制のため、他施設の妊婦搬送は受け入れていない:1施設(4%) ○分娩の取り扱いを休止しているので、妊婦の搬送照会がない:4施設(14%)		システムを利用できる体制を整備	夜間に分娩を取り扱う医療機関の確保やハイリスク症例の受入体制は確立している。		検証は未実施。 周産期医療協議会等で症例の共有行っている。	産科医数の把握はしているが、夜間・休日の産科医の体制については、把握不十分。	今年度の周産期医療協議会で、県下の分娩料の調査を実施している。 地域の周産期医療の安定のための適正な分娩料について、周産期医療協議会で調査結果をまとめる。	○実施している:10市町(広報誌・妊婦教室・母子手帳交付時・個別相談・子育てガイドブック等) ○検討中:3市町 ○実施なし:10市町	○(妊婦健診の受診勧奨について)実施している:23市町(ほとんどが母子手帳交付時に受診勧奨を行っており、地域住民全体への受診勧奨は、広報誌やHPに掲載している) ○(公費負担がなされている旨の周知について)実施している:23(全ての市町で母子手帳交付時に実施している。広報誌・HPに掲載し周知を行っているのは10市町である)	○平成19年度における妊婦健康診査の公費負担回数 2回:13(うち生活保護及び市民税非課税世帯等は追加あり7) 3回:1 4回:1 5回:6(うち町村民税非課税世帯等は追加あり1) 6回:2(うち所得税非課税世帯等は追加あり2) 8回:1 ○平成20年度における妊婦健康診査の公費負担回数の実施計画 5回:20 6回:2 10回:1
35	山口県	確保している　18病院 確保していない　0病院 その他　1病院	確保している　18病院 確保していない　1病院	一般の救急医療情報システムの外、NICUを有する医療機関について、周産期救急搬情報が照会できるシステムを設けている。	総合及び6カ所の地域周産期母子医療センターによる周産期医療システムを構築し、24時間診療体制を確保し、ハイリスク症例の受け入れ体制を整備している。正常分娩の24時間対応については、輪番病院等の仕組みが必要という意見もあり、今後に向けて検討を要する。		産科診療科を有する公的病院で構成する周産期医療研究会により、年数回症例検討会を開催し、関業医等の参加も求め結果を還元している。	県内の産科医の状況は、把握している。また、医師確保対策に係る具体的な取組を実施している。	出産育児手当金相当を費用としているため、35万円前後の医療機関が多い。	リスクがある場合受診について、周産期医療システムを県のホームページで周知する他、県内の関業医等の医療機関には、ハイリスク母子の周産期母子センターへの紹介・搬送を周知している。	妊婦健診の受診勧奨は、市町が主体となり、市町のホームページ、広報、健康カレンダー等を通じ周知すると共に、妊娠届時や母親学級、家庭訪問等を通じて妊婦本人・家庭への勧奨を行っている。	妊婦健診は、現在市町により2回程度の公費負担が行われているが、次年度以降の公費負担回数を5回程度まで拡充を行うと共に、健診内容の拡充も行うように検討している。
36	徳島県	産科を標榜する医療機関においては、連携体制が確保されている。		本県のハイリスク症例時に高度な医療を提供する周産期医療システムは、総合周産期母子医療センター、及びそれに準じる施設の2カ所で構築し、この2施設間で総合周産期母子医療センターが中心となって受入調整を行っている。 また、このシステムは直接電話で問い合わせるシステムであり、消防機　関からも利用可能。	現在策定作業中の医療計画において、周産期医療体制の構築を記載している。	ハイリスク症例は、総合周産期母子医療センター又はそれに準じる施設で受け入れる徳島県周産期医療システムを構築。	MC協議会等において事後検証が行われている。	産科には特化したものではないが、「医師修学資金貸与事業」や「夏期地域医療研修」の実施など医師確保に積極的に取り組んでいる。	現在のところ、把握できていない。	妊婦健康診査の必要性・重要性について、新聞・ラジオ・ホームページ・電光掲示板等で広く周知しているほか、市町村に対しても受診勧奨の徹底を願いするとともに啓発用ポスターを配布。	各市町村では妊娠届出時や広報誌等により受診勧奨を図っている。なお、公費負担措置で受診できることについてもこれらの場で行われている。	市町村に対して5回を基準とした公費負担の実施を要請したところ、県内全ての市町村から、来年度、5回実施に向けた予算要求がなされた。
37	香川県	救急告示病院で産科(産婦人科を含む)を標榜している病院のうち、産科診療を行っているところでは、全て救急部門との連携体制が確保されている。		香川県周産期医療情報システムの運用開始(平成17年7月1日)時から、各消防本部に対して(K機関コード)及びパスワードを設定し、本システムを活用できる体制を取っている。	現在策定中の第五次香川県保健医療計画において、産科医療体制の確保について記載しており、本県においては空白時間帯は生じていない。		産科に関する搬送症例に限らず、全般にわたり、救急活動について検証するため、救急医、消防職員等で構成する事後検証会議を開催している。	本県における産科医数は、平成18年12月現在87名(出生1万人当たり1004名)であり、減少傾向にある。産科医の不足を訴える自治体病院に対しては、香川大学医学部に派遣要請を行うとともに、自治医を配置するなど具体的な取り組みも積極的に行っている。	県内における分娩費用については把握していない。また、自由診療であり、費用について県からの具体的な指導・助言は行っていない。	本県では、県及び全ての市町で、地域住民に対し、妊娠や出産に伴うリスクや妊娠の徴候があった場合の医療機関受診についての啓発活動を実施している。県ではパンフレット(みんな子育て応援団)を配布したり、またホームページを利用して啓発している。 また、市町においては、全ての市町が妊娠届時を利用して説明しており、他には、リーフレットやポスターなどの利用2市町、マタニティ教室3市町や健康教室1市町、両親学級1市町などとなっていた。	本県では、県及び全ての市町で、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨や健康診査の一部が公費負担措置がなされている旨の周知を行っている。県ではパンフレット(みんな子育て応援団)を配布したり、またホームページを利用して行っている。 また、市町では、ほとんどが妊娠届時を利用して受診勧奨や公費負担の説明を行っており、他には、広報誌や地区組織を利用しての周知を行っている市町もあった。	平成19年8月現在の県下の市町の公費負担の平均回数については、39回となっており、全国的にも高い水準である。 平成20年度については、国が原則としている公費負担回数5回以上になるのが、17市町中、12市町の見込みである。
38	愛媛県	産科救急において、他の医療部門の診療を受ける必要がある場合には、救急搬送を受け持つ消防と連携を取り合って、適切に対応できるようにしている。		インターネット上における周産期情報システムは整備していないが、消防機関との連携により受入体制は整備されている。そのため、本県においては妊産婦の死亡事故はゼロであるとともに、新生児死亡率も全国ベスト1位となっている。	分娩を取り扱っているかかりつけ医は、自らの患者に対しては夜間救急体制を整備している。 また、ハイリスク妊婦に対する受入体制は、総合・地域周産期母子医療センターを中心に完全に整備されている。 なお、問題となった過去の搬送症例はないが、他県の事故等については周産期医療協議会の中で検証するとともに、本県の周産期体制の再確認を実施している。			県内の産科医療機関の医師数及び助産師数を把握するとともに、夜間・休日の救急当番時には対応できる体制が整備されている。 なお、医師不足等により勤務医の労働条件が厳しいものとなっていることから、産科医の派遣・確保については、愛媛大学医学部を中心に検討しているところである。 また、県下の分娩費用については把握しておらず、具体的な助言等も行っていな		市町において、母子健康手帳交付時に、受診指導を行っている。また、公費負担については、市町の広報や産科医療機関の窓口等で周知している。		
39	高知県	三次周産期医療機関では、救急部門と産科部門の連携体制は確保されている。一次および二次医療機関で、自院で対応できないハイリスク妊婦については、より高次の病院へ照会し搬送することとし、医療圏は問わない。	合併症妊婦の搬送照会を受けた場合、一次及び二次医療機関はより高次の医療機関へ照会し搬送することとし、医療圏域は問わない。	利用できないが、救急医療情報センターを通じて照会する。今後、消防機関からの関覧も検討していく。	夜間を含めすべて、かかりつけ医での対応を基本としている。かかりつけ医を持たない、あるいはかかりつけ医に連絡が取れない場合は、救急医療対応が可能な一次、二次周産期医療機関で対応することとしている。三次周産期医療機関では、ハイリスク妊婦に対応できるよう、正常産は一次・二次周産期医療機関へ受診するよう、消防本部等関係機関の協力が必要であり、「母体・新生児搬送マニュアル」を改訂中である。	周産期医療機関を一次、二次、三次と機能分化し、よりリスクの高い症例を、より高次の病院で受入るように体制整備をしている。搬送受入病院として7施設を定め、空床情報をインターネットで閲覧できるようにしている。	特に問題になった症例はないが、周産期医療協議会小児科部会で、早期新生児死亡例の分析を毎年行い、搬送時期等に問題が無かったか検討を行っている。	高次病院では当直制がとられ、それ以外の病院ではオンコール体制がとられている。 具体的な取組は以下の通り。 ・平成20年度から、保健医療圏域に1か所しかない産科医療機関への経営支援を行う(国事業名:産科医療機関等確保事業) ・総合周産期母子医療センターの産科、小児科の実働勤務制の拡充に向けて補助を行う(国事業名:医師交代勤務性導入促進事業)	公的病院のみ把握している(分娩分助料91,200円～150,000円) 具体的な指導・助言は特に行っていないが、総合周産期母子医療センターの値上げの相談に対して、医師待遇改善につなげることの重要性を説明した経緯がある。	平成18年度に高知大学医学部が市民講座として、妊娠にともなうリスクについてセミナーを実施した。 市町村では、思春期教室時に妊婦健診や母子健康手帳の意義について学習する工夫や、個別相談で対応している。県では、来年度早期受診についてポスター等により啓発を行う予定。	妊婦健診の受診勧奨について、県は、厚生労働省が作成した啓発用デザインを活用して、受診勧奨及び早期の妊娠届出の勧奨を行うよう、市町村へ通知した。 市町村では、公費負担拡充の広報を用い、妊婦健康診査の受診勧奨を行っている。 また、妊婦健診に公費負担措置がされていることの周知について、各市町村が広報誌やホームページ等を通じて行っている。個別には、母子健康手帳	平成20年1月現在で、34市町村のうち、公費負担の回数は、5回が11市町村、4回が1町、2回が22市町村となっている。平成20年度からは、全市町村が5回に拡充する予定である。
40	福岡県	県内の高度周産期医療機関は、いずれも2次以上の救急病院であり、救急部門と産科部門は必要に応じて連携する院内体制が確保されている。	県内の高度周産期医療機関は、いずれも3次以上の救急病院であり、救急部門と産科部門は必要に応じて連携する院内体制が確保されている。	消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制は取っていない。 なお、産科の3次救急搬送受入れについては、要請を受けた医療機関が受入れ困難な場合、当該医療機関がホットライン(専用電話回線)等を活用し、受入れ可能な医療機関を照会・確保するシステムとしている。	医療計画において周産期医療システムを構築している。 本県では分娩を取り扱う医療機関が30病院があるが、そのうち25病院が24時間救急体制を備えている 分娩取扱病院がない二次医療圏もあるが、生活圏単位では、いずれも周産期母子医療センターを整備し、高度周産期医療体制を整えている。	県内の高度周産期医療機関においては、24時間体制でハイリスク症例に対応している。	救急隊が希望する搬送症例については、各地域メディカルコントロール協議会での事後検証が実施されている。	県内の分娩医療機関の医師数については調査するとともに、高度周産期医療機関については、夜間・休日体制の　状況を把握している。 具体的な取組については、産婦人科に多い女性医師の就労環境改善に資するため、同様の趣旨で活動している県医師会に対し支援を行う　とともに、総合周産期母子医療センターについては、今後、当直体制の強化と医師確保対策を講じる予定にして　いる。	分娩費用は把握しておらず、金額についての具体的な指導・助言は行っていない。	市町村に母子健康手帳交付時や、母親(両親)教室受講時などに啓発を行われるよう指導している	市町村を通じて勧奨・周知している。	平成20年度については、県内市町村の半数以上から5回分費用負担する計画中である。

都道府県		(1) 救急搬送に対する支援体制 (ア) 救急医療情報システム										
			① 更新頻度						② 入力情報			
		救急医療情報システムを導入しているか。していない場合、救急隊からの搬送紹介に関し、支障が生じていないか。	システムに参画している医療機関における更新頻度はどのような状況か。即時性は確保されているか	医療機関において、空床状況や医師等医療従事者の稼働状況を適切かつ迅速に把握の上、システムに入力する体制が確保されているか。 入力者が、当該医療機関の機能・体制等に精通している者か。	入力者が空床状況等の確認を行っているか。	緊急処置や手術の状況が入力者に伝達される仕組みになっているか。	夜間・休日において、入力者が不在である、入力端末(コンピューター)の電源が切られている、又は、室内に世情管理されている等事実上入力が行えない状態となっていないか。	システムの管理者(都道府県又は事業を受託した機関)や地域の消防本部が、表示内容の更新状況を確認し、更新を行っていない医療機関に対し、その督促を行う等のフォローを行っているか。	都道府県において、応需情報等に係る定義や表示項目を適切で理解しやすいものとした上で、システム参画医療機関及び地域の消防本部にその周知を図っているか。	診療科別の応需情報において、「産科」のみの区分が別途設けられているか。	「受入可能」と表示している医療機関がほぼ毎日同じである等、表示内容が事実上固定されていないか。	システムの管理者や地域の消防本部が、表示内容を確認し、誤りがないか等事実関係について照会を行っているか。
41	佐賀県	導入している	産科救急関連医療機関の調査では、1日2回程おおむね更新されていた。医療機関に対し、現在は最低1日2回の更新を依頼している。	おおむね更新されている。医師の意見としては、空床があるからといって受入可能というものではなく、複数の科との調整が必要な場合もあるとの意見あり。 医師稼働状況を把握できるものが、入力可能となっている。			産科救急関連医療機関の調査では、おおむね休日も電源が切られることはないが、一部の機関は管理上の問題から電源を切っている。	システム管理者において、表示内容の更新状況について毎日確認を実施している。(休日以外) 3日以上更新がなされない場合は、佐賀県救急医療協議会より督促を実施している。(休日以外)	項目に対し、「○」、「×」、数字、の記載とし、一目でわかりやすい表示としている。メーカーで開発されたソフトを利用し、標準化された表示となっている。医師会を通じ説明を行い、「医師会報」にも、毎月システムについての啓発を行っている。隣県の関係医療機関には、直接担当者が出向き説明を行った。	区別あり	更新と同様で確認を行い、3日以上更新されない場合は、督促を行っている	随時の表示内容変更が生じた場合は、病院が直接入力し、協議会で確認を実施している。また、年に1回2月に全ての医療機関に調査を実施し、表示内容の更新している。
42	長崎県	・平成17年4月より、本県独自の救急医療情報システムを導入。 ・県内の10の消防本部のうち、離島については搬送する医療機関が限られているため二次救急医療機関や救急告示病院がシステムに参画しておらず、このため離島の4消防本部についてはシステムの利用はない。また、本土の6消防本部のうち、3消防本部が、情報が最新ではないため、必要な情報がない、として利用していない。	・医療機関における更新頻度は、入力者の確保が困難なため1日1回程度であり、即時性は確保されていない。そのため、各消防機関は、最新の情報は電話での確認をしている。					・システムの管理者は、更新履歴を確認し、1日更新されていない場合は、医療機関へ更新の依頼を行っている。	・救急医療情報システム検討委員会において、システム参画医療機関や表示項目等について検討を行った。	・確認できる診療科目は、内科一般、外科一般、整形外科、小児科、産婦人科、脳卒中、冠動脈疾患の7項目で「産科」のみの区分は設けていない。 また、空床情報や手術の可否等については、「連絡事項」の区分を設けて、入力している。		・表示内容に誤りがないかの照会は行っていない。
43	熊本県	導入している	・1日2回更新が原則。リアルタイムではないが、状況に変化あれば随時入力している。	・医師又は救急担当課職員が入力している。	実施している。	・特定の事務担当者ではなく、救急部の者が入力しているため、状況は把握可能。	・行えない状態とはなっていない。	・更新状況は確認しているが、状況に変化があれば入力することとなっているため、未更新に対する督促は行っていない。	・表示項目の見直し等については周産期医療協議会で協議を行う。 ・関係医療機関や消防にはパスワードを配付している。	・周産期応需情報として掲載のため、母体及び新生児の受け入れ状況の確認が可能である。	・固定はない。状況に変化があれば入力され、更新日時順に、表示される医療機関の順番が入れ替わるようになっている。	・いわゆる応需関連の情報については、照会を行っている消防本部もあるが、大半は行っていない。
44	大分県	導入している	1日1回以上の更新が行われている。	設置医療機関において、入力者はほぼ固定されている。	行っている。		ほとんどの分娩取扱い救急応需医療機関において、夜間・休日においても入力が行える状態となっている。					
45	宮崎県	導入している	1日2回の入力(救急隊は要請の都度、電話で確認)	基本的に当該医療機関の機能・体制等に精通している者が対応している。	入力者が行っている。		代替入力者が設定されている。	自動督促を行っている。	システム運営委員会等で周知を図ってきている。	設定している	必ずしも固定ではない。	各消防本部で、システムの入力状況に関わらず、医療機関への直接の照会・確認を行っている。
46	鹿児島県	導入している	医療機関には、随時の更新を要請している。また、システム上では、情報更新の日時を分単位で確認できるので、搬送機関は、どの時点の情報であるのか判断可能である。	システムに入力する情報は、診療科別・疾患別の受入の可否であり、空床状況や医療従事者の稼働状況等の入力は行っていない。				県から入力督促のメールを送信している。	各機関に対しては、システムに関する説明会を実施した。また、各項目の定義等も記載されているマニュアルも配布している。	設けられていない	情報更新が毎日なされている医療機関においては、表示内容は固定されていない。	事実関係についての照会は行っていない。
47	沖縄県	① 平成19年11月27日に開催した「沖縄県周産期保健医療協議会」で、総務省消防庁及び厚生労働省が共同で実施した「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査」(平成19年10月26日発表)を基に、 患者のたらい回しや転送の有無、搬送指針の見直しの必要性について、総合周産期センターや各消防本部から意見を聴取した。 ② 平成20年1月9日に開催した「沖縄県救急医療協議会」で、県内の平成18年度における救急搬送人員51,011人の内50,952人(99.9%)は転送なしで医療機関に収容されていることが確認された。 ③ 平成20年1月22日に開催した「沖縄県周産期保健医療協議会」で計画外自宅分娩時の母体・新生児搬送及び未受診妊婦搬送について意見を聴取した。 以上の会議等では、沖縄県においては、全救急医療圏に県立病院が配置されており、24時間365日体制での救急搬送体制受入を行っていることや、全県的な周産期ネットワークが構築され、 総合周産期センター等6病院から空床・情報等を収集し、還元していることなどから、概ね救急搬送受入体制は確保されているとの意見であった。										

	都道府県	(イ)消防機関と医療機関の連携体制								(ワ)県域を越える患者の搬送体制		
		①医療機関の窓口体制				②消防機関における体制			③メディカルコントロールの活用			
		消防機関等からの搬送照会に対し、平日昼間はもとより、特に夜間・休日において、直ちに医師等の受入判断を行える者が直接応対する体制がとられているか。	上記体制がとられていない場合、窓口から院内の医師等に対し、速やかに受入判断の照会を行える体制が確保されているか。この場合、照会応答マニュアルが作成されているか。同マニュアルが医療機関の職員のみならず、地域の消防本部にも情報共有されているか。	救急医療機関に、消防機関からのホットラインが敷設されているか。また、ホットラインの対応者は医師等と定められているか。	救急医療機関において、搬送照会に係る応答記録を作成しているか。	全ての救急隊に救急救命士や救急科課程修了者等の救急医療に関する知識を有する職員が配置されているか。	救急隊において、妊娠を前提とした傷病者の観察が可能か。また、消防本部に、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書等があるか。	現地の救急隊のみでは搬送受入照会が困難な場合、救急隊と指令センター双方が早期に連携し照会を行う等の体制がとられているか。	地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送支援に係る相談・助言を行う体制がとられているか。	都道府県において、県内医療機関だけでは受入が困難な救急患者の県境を越える搬送実態(疾病別による搬送先医療機関やその件数等)を把握しているか。	自県内の搬送先医療機関の選定に困難をきたす場合等において、隣接する都道府県間で搬送に係る何らかのルール(搬送条件、搬送方法、搬送手順等)を定めているか。その場合、搬送照会等の対応を行う医療機関が予め定められているか。	救急医療情報システムの画面上で隣接する他の都道府県等の応需情報にもアクセスできるよう、パスワードの提供を行う等その共有化が図られているか。
41	佐賀県	産科救急医療機関調査では、全ての機関で、医師が直接・間接に必ず対応し、判断している。	産科救急医療機関調査では、半数の機関が、消防との応答マニュアル等を作成している。	救急救命センター指定された、佐賀大学医学部附属病院、佐賀県立病院(佐賀県)、久留米大学病院、聖マリア病院(福岡県)にあり、周産期救急を担っているNHO佐賀病院に設置ないが、必ず産科医長へ連絡するシステムがあり、ホットラインに近い機能を果たしている。 ホットライン設置の機関については、全て医師が対応している。	産科救急医療機関では機関によっては常時ではないが、「夜間のみ」「搬送を受け入れられない場合」を含めると、記録を作成している。1ヶ所は搬送拒否しないため、記録なし	配置している。	観察可能。 手順書　1消防本部　あり　6消防本部　なし ただし、手順書はないが、消防本部ごとにかかりつけ医がいる場合とそうでない場合の連絡先と搬送ルールを予め定めている。	6消防本部　体制あり 1消防本部　体制なし	協議会の検証作業部会の検証作業を通じて、相談・助言を実施している。	全数については事故種別ごとの救急出場件数及び救急搬送人員のみを集計している。また、産科救急については、周産期ネットワーク佐賀(代表:佐賀大学教授)の協力で、県外の1医療機関について搬送状況の調査を実施している。	改正保健医療計画策定に、福岡・長崎両県の医療機関を搬送先に記載し、記載各医療機関及び両県の了承を待っている。	搬送実績を考慮し、 福岡県:久留米大学病院、聖マリア病院、新古賀病院 長崎県:NHO長崎医療センター、長崎ろうさい病院の隣接県6医療機関に応需情報へのパスワードを提供し、共有化している。
42	長崎県	・県内の周産期医療者幹病院において、消防機関からの搬送照会に対し、速やかに受入可否の回答を行うことができる体制が確保されている。				離島の1消防本部を除き、救急隊には救急科課程修了者が1名以上配置されている。	県内の10消防本部のうち、7消防本部において妊娠を前提とした傷病者の観察が可能である。一部の消防本部を除き、妊婦の救急搬送に関し、医療機関への連絡方法等を示した手順書は整備されていないが、産科救急搬送の場合、ほとんどが転院搬送であり、かつ全ての事例において医療機関の受入が可能である。		地域メディカルコントロール協議会において、運営、救急搬送支援に係る協議が　行われている。	県内における妊婦・新生児等の周産期医療に係る患者については、最終的に総合　周産期母子医療センターの「国立病院機構長崎医療センター」で受け入れており、 ほとんどの事例が県内で完結している。 しかしながら、NICU不足等の理由により、ごく稀に県外搬送された事例につい　ては、事後に報告を受けている。		
43	熊本県	・処置室で搬送照会を受けるなど、受入の可否判断が可能な体制が確保されている。		・ホットライン(専用回線)は敷設されていない。	・作成している。	概ね配置されている。	観察は可能。 妊婦搬送に限ったマニュアルはない。	概ね体制を整えている。	概ね体制を整えている。	平成17年1月～12月については調査を実施した。平成18年以降についても、経年的な状況を把握するため、毎年実施する予定。	定められていない。	図られていない。
44	大分県				搬送照会に係る応答記録(応答の経緯・結果、受入可否の判断を行った者の氏名、応答に要した全時間等)を、産科医療機関においては作成するよう要請する。応答記録の記載項目及び様式の統一及びすべての医療機関においても応答記録を作成するよう要請することについては、今後の検討課題とする。							
45	宮崎県	直ちに受入判断を行える医師等が直接対応する体制となっている。		敷設されている医療機関とされていない医療機関があるが、本県の場合、各地域における開業医と新生児医療センターの医師との相互連携体制(地域分散型周産期医療体制)が確保されている。	作成していない医療機関が多い。	配置されている。	可能。手順書無し	とられている。	とられている。	把握している。	2消防本部で有り、医療機関の定め:無し	図られていない。
46	鹿児島県	それぞれの医療機関により状況は異なる。	それぞれの医療機関により状況は異なるが、医師以外の者が照会を受けた場合には、速やかに医師と連絡をとれる体制は確保されていると思われる。	それぞれの医療機関により状況は異なる。	それぞれの医療機関により状況は異なるが、通常応答記録は作成していると思われる。	配置されている。	把握していない。	把握していない。	とられていない。(体制未整備:必要に応じて今後協議する。)	把握していない。	一部市町村等では、隣接する他県の市町村等と救急業務応援協定を締結し搬送を行っている。医療機関については定めていない。(生活圏が隣接県に及んでいる地域では、日常的に隣接県に搬送が行われている。)	隣接県へのパスワードの提供は行っていない。
47	沖縄県											

	都道府県	(2) 救急医療と周産期医療の連携			(3) 地域における産科医療体制の確保						(4) 妊婦健康診査の受診勧奨		
		(ア) 医療機関の救急部門と産科部門の連携		(イ) 周産期救急情報システム	(ア) 地域における産科医療体制の確保			(イ) 産科医の確保			(ア) 妊婦健康診査		(イ) 公費負担の実施
		医療機関の救急部門において妊婦の搬送照会を受けた場合、必要に応じ、産科部門に確実に連絡がとれる等両部門間の連携体制が確保されているか。	産科部門を有する医療機関において、他部門の診療を必要とする患者の搬送紹介を受けた場合、同一又は県内同一医療圏の他の医療機関の救急部門等に連絡がとれる等連携体制が確保されているか。	一般の救急医療情報システムでの対応が困難な場合の患者搬送に備え、必要に応じ、消防機関が周産期救急情報システムを利用できる体制がとられているか。	医療計画において、産科に係る医療体制が構築されているか。 （かかりつけ医等の他に、夜間に分娩を取り扱う医療機関や助産所が十分確保されているか。県内において空白時間帯は存在しないか。）	（ハイリスク症例の受入体制が確立しているか。）	問題となった過去の搬送症例について、医療機関、消防機関等からなる関係者による検証が行われているか。	都道府県において、（特に夜間・休日について）県下の産科医の充足状況を十分把握しているか。その上で、各種の医師確保対策に係る具体的な取組を実施しているか。	県下の医療機関における分娩費用を把握しているか。その上で、適当な金額になるよう具体的な指導・助言を行っているか。	都道府県・市町村において、関係機関の連携により、地域住民に対し、妊婦・出産に伴うリスクや妊娠の兆候があった場合の医療機関受診について啓発活動を実施しているか。	併せて、地域住民に対し、妊婦健康診査の受診勧奨を行っているか。また、同健康診査に公費負担措置がなされている旨の周知を図っているか。	県内の各市町村において、妊婦健康診査の費用について十分な公費負担が図られているか。
41	佐賀県	達成されている。	達成されている。	周産期救急システムは未整備であるが、救急情報システムで周産期関係機関の情報把握は可能である。	かかりつけ医が中心に行い、救急でかかりつけ医が対応困難な場合は、NHO佐賀病院で対応している。 また、NHO佐賀病院、佐賀大学医学部附属病院は24時間、産科受入可能。	産科救急についてはNHO佐賀病院妊婦の産科外救急は佐賀大学附属病院 出生児の小児外科は県立病院好生館、がそれぞれ対応するよう、周産期医療協議会で了解。	MC協議会は医師と消防関係職員で構成され、定期的に開催される。検証作業部会において、問題事例と認識された事例については検証作業を実施している。	産科救急についてはNHO佐賀病院が妊婦の産科外救急は佐賀大学附属病院が、それぞれ要請があれば100%受け入れることとなっている。 県の医師確保の具体的な取組としては、 ・平成16年度から自治医科大学卒業医師に対する不足診療科への勤奨 ・平成17年度入試から佐賀大学医学部推薦入試における「地域枠」の設置 ・平成17年度から小児科医確保のため修学資金貸与制度を設置し、翌18年度から産科を追加。 ・平成20年度入試から佐賀大学医学部推薦入試に「佐賀県推薦入学特別選抜」枠の設置	把握していない。 診療は、医師と妊婦の契約で行われるものであり、行政は指導していない。 医療安全支援センター業務の医療相談において、産科診療費用に関する苦情や相談はみられない。	妊娠出産時にリスクがあった場合の受診については、母親学級等で啓発。妊娠の兆候がある場合の受診勧奨は、思春期教育（性教育）や県のホームページで啓発している。 また、厚生労働省の啓発ポスターを、県内の産婦人科、家族計画会、市町村へ配布し、啓発をしている。	妊娠届けの時に受診勧奨を実施。 公費負担がなされている旨については、市町、県のホームページへの掲載及び妊娠届け時に周知を図っている。	平成20年度から各市町で5回の公費負担を目指し、健診内容も合わせて検討している。 H19年度の実施状況：2回－17市町、3回－1市、5回－2町
42	長崎県	・県内の周産期医療基幹病院において、救急部門と産科部門との連携は問題なく実施されている。		・周産期救急情報システムは整備していないが、消防機関と周産期医療基幹病院が直接連絡を取ることにより、消防機関と医療機関の連携は確保されている。	県下の周産期医療システムは、一部圏域で産科医師が不足するものの、概ね有効に機能している。 周産期医療に係る体制整備については、平成18年3月に策定した「長崎県保健医療計画」において施策の方針を示しているが、平成20年度内に改訂版を策定する。		長崎県における産科救急は、有効に機能しており、過去に問題となった搬送症例は、ないことから、検証等は行われていない。.	県下の周産期医療システムは、一部圏域で産科医師が不足するものの、概ね有効に機能している。 小児科、産科の医師確保対策として、小児科、産科を希望する医師に対し、平成20年度より「研修資金貸与制度」を創設する。貸与する研修資金は月額20万円で、貸与期間の1．5倍の期間、県内公的医療機関の小児科または産婦人科に勤務すると、貸与が免除される。	県下の医療機関における分娩費用は、把握していない。 「適当な金額になるよう具体的な指導・助言」については、今後の課題。	県においては、ホームページへ掲載したり、また、母子健康手帳別冊版を作成し、各市町を通して該当者へ配布する等受診勧奨に努めている。 各市町においては、地域住民への広報誌及びホームページを利用した制度の周知　を行い、母子健康手帳交付時には、各種リーフレット等を利用した健診の必要性及び健診の公費負担について説明し、受診勧奨を行っている。 また、母親学級の案内及び参加等への保健指導も併せて行っており、制度の啓発及び受診勧奨は十分図られている。		県内全市町の妊婦健康診査費用については、平成20年度より、これまでの2回から5回へ、超音波検査費については1回から3回の公費負担へ拡充して実施予定であり、十分な公費負担が図られている。 県においては、平成20年度より市町が実施する超音波検査費用負担に対して補助予定であり、妊婦の安全安心な妊娠の継続及び出産を図っている。
43	熊本県	・調査中	・体制を整備中	利用できる体制がとられている。	体制を整備中	確立している。	現在のところ問題となった事例は発生していない。	日頃から状況把握に努めており、医師が不足している地域では、医療機関の連携や集約化等の体制整備に取り組むとともに、女性医師の就業継続に関する支援等の医師確保対策を実施している。	把握していない。	市町村では、母子推進員活動や民生委員等から寄せられた情報に対しては、適宜支援を行っている。妊娠に関する相談窓口として女性相談センターで電話と面接の相談を受付け、必要な相談者には、医療機関の受診について勧奨をしている。 県HPに妊娠の早期届出や、妊婦健康診査の必要性、公費負担制度など掲載している。	母子健康手帳交付については市町村広報で、妊婦健康診査については手帳交付時に説明がなされている。 妊婦健康診査の必要性と公費負担制度の周知徹底を市町村が行うよう再度保健所へ依頼した。 県HPに妊娠の早期届出や、妊婦健康診査の必要性、公費負担制度など掲載している。	厚生労働省から示された5回分の健診に要する公費負担を図るために、各市町村において、20年度予算にかかる財政当局との折衝が行われている。 県においても、公費負担の確保が図られるよう各市町村に働きかけを行い、経過を見守っているところ。
44	大分県			大分県立病院総合周産期母子医療センター、大分大学医学部附属病院周産母子センター、別府医療センター、大分市医師会立アルメイダ病院の4病院が、病床の空床情報、受入可否等の情報を入力・提供している。これらの情報は、パスワードを与えられた産科医療機関のみ閲覧可能。	救急要請における妊婦搬送において、当該妊婦にかかりつけの医療機関がある場合は、かかりつけ医に連絡して受入の可否を照会する。かかりつけ医が受入できない場合は、かかりつけ医が受入可能な医療機関を照会し受入先を決定のうえ、救急隊に受入可能医療機関への搬送を指示する。	ハイリスク症例は、大分県立病院総合周産期母子医療センター、大分大学医学部附属病院周産母子センター、別府医療センター、大分市医師会立アルメイダ病院において常に受け入れ可能な体制を確保する。	大分県周産期対策協議会専門部会（平成20年1月21日開催）において、総務省消防庁及び厚生労働省が共同で実施した「救急要請における産科・周産期傷病者搬送実態調査」（平成19年10月26日発表）の結果、照会回数が2回以上の事案について追跡調査を行い、その調査結果をもとに検証を行った。	県内の産科医の状況は、把握している。産婦人科医師確保対策として、平成19年度から県内の医療機関において後期研修を行う者に対する研修資金貸与を行っている。	分娩費用については一部把握している。 具体的な指導・助言は行っていない。	各市町村で母子健康手帳交付時や母親学級等の母子保健事業を通じて妊婦に働きかけるとともに、市町村広報誌・パンフレット・ホームページなどで周知しているが、各市町村で情報提供の内容が異なるため、県としてのベースラインを検討中。	妊婦健診の公費負担回数を5回に増やすため、市町村に対して公費負担回数の増加について理解を求めるとともに、産科医療機関に妊婦健診の実施状況についてのアンケート調査を行い、市町村の代表や産婦人科医師を交えて、検査項目や検査費用を協議し、実施に向けての環境づくりを進めてきた。	平成19年10月から県内18市町村中11市町村において、妊婦健診の公費負担回数が5回に増加した。平成20年度は、全市町村で5回の公費負担が行われる予定。
45	宮崎県	確保されている。	確保されている。	周産期救急情報システムは導入していないが、それに代わる体制がとられている。	医療計画における産科医療体制：確保されている。 ○平成6年に、乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率は全国で最も高率であった。そのため、平成8年度から問題解決に取り組んだ。平成10年度、解決の方向性として「地域分散型の周産期医療体制を構築し推進することとした。 ○ 平成13年度から地域周産期医療体制づくり連絡会を設置し、中核医療機関を中心とした4つの圏域ごと及び各保健所ごとに連絡会、研修会、周産期医療マニュアルを整備した。 ○現在は、地域分散型の周産期医療体制の充実により、母子保健指標が改善した。		ブロックごとに、医師（産科、小児科）、看護師、消防署、市町村、保健所を交えた、連絡会・研修会を年1回以上行っている。 なお、過去に問題となった搬送症例はない。	・県下産科医の充足状況の把握 把握している。 ・医師確保対策に係る具体的取組 県で医師を採用し、医師不足の自治体病院等へ派遣する「医師派遣システム」や医学生に向けた修学資金制度を整備している。（但し、産科に限定したものではない。	把握していない。	地域での妊婦の状況については、母子保健推進員や民生委員、医療機関からの検診結果より情報を収集し、保健師等の訪問や面接に結びつけている。	全市町村において、母子保健健康手帳及び妊娠届出時に健診の受診勧奨等を行っている。 また、地域住民に対しての公費負担措置に関する周知については、広報やホームページ、パンフレット等により、実施している。	県内の妊婦健診の充実を図るため、医師会及び市町村に対してよりよい妊婦健診の推進のため、アプローチを個々に行っている。 平成20年度には、市町村を集めての説明会等を開き、県内市町村が公費負担を図るための協議の場を提供したところである。 現時点での公費負担回数を増加している市町村数：8（5回）
46	鹿児島県	個々の医療機関の状況までは把握していないが、通常、医療機関内の連携体制は確保されていると思われる。	それぞれの医療機関により状況は異なるが、救急告示医療機関であれば転送等に備えて協力医療機関を定めており、一定の連携体制は確保されていると思われる。	周産期救急情報システムは導入していない。	小児科・産科医療圏でみると、地域の拠点病院において比較的高度な周産期医療が提供されている。 小児科・産科医療圏でみると地域の拠点病院若しくは三次医療機関において24時間対応がなされている。	総合周産期母子医療センターにおいて、ハイリスク症例の受入体制は確立している。	把握していない。（MCでの検証は行っていない。これまで、特に問題があったとの報告も受けていない。）	H19に産科医療機関を対象にアンケートを実施しており、各医療機関の分娩取扱医数は把握している。これまでの取組に加え、医師確保対策事業を検討中。	正常分娩については、自由診療であるため、分娩費用については把握していない。	県においては、ホームページでの情報提供とともに、各市町村に対して啓発の強化を促し、産婦人科医会に協力を求めた。また、母子保健推進員等の母子保健関係者を対象とした研修会及び民生委員・児童委員の研修会において、情報提供及び啓発を行っている。 市町村においては、母子健康手帳交付時、妊婦教室等の機会ある毎に妊婦やその家族に対して情報提供や啓発を行っている。		国の通知に基づき、平成19年度中は5市町が5回の公費負担を実施し、平成20年度は全ての市町村が5回実施で予算要求を行っている。 今後も、より一層の公費負担の充実が図られるよう各市町村に対して促していくこととしている。
47	沖縄県												