

医療計画作成指針等の概要

第7次医療計画の見直しの概要

1. 5疾病・5事業及び在宅医療について

- 引き続き現状の5疾病・5事業及び在宅医療について、重点的に取組を推進。
- 「急性心筋梗塞」から「心筋梗塞等の心血管疾患」への名称の見直し等、必要な見直しを実施。

2. 指標について

- 都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較するため、共通の指標による現状把握を実施。
- 現状を踏まえた上で、PDCAサイクルを適切に回すことができるよう、指標の見直しを実施。

3. 地域医療構想について

- 地域医療構想調整会議において議論する内容及び進め方の手順について整理。

4. 医療・介護連携について

- 地域医療構想や介護保険事業（支援）計画と整合性がとれるよう、都道府県と市町村の協議の場を設置。
- 地域の実情を把握するための指標を充実させ、多様な職種・事業者の参加を想定した施策を検討。

5. 基準病床数について

- 基準病床数と病床の必要量の関係性の整理を行い、基準病床数の算定式について必要な見直しを実施。
- 療養病床の取扱い等、一部検討が必要な事項については、今後整理を行う予定。

6. その他

- ロコモティブシンドローム、フレイル等については、他の関連施策と調和をとりながら、疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した総合的な対策を講じることが重要。

医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0331第57号 平成29年3月31日)別紙)

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。

(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれにかかる医療連携体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 住民の健康状態や患者の状態(成果)、患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 成果を達成するために必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関及び**独法医療機関並びに社会医療法人**の役割、病病連携及び病診連携に留意。必要な場合、**歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)**、**薬局**、**訪問看護ステーション**の役割についても記載する。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

3

5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

6 医療の安全の確保

7 基準病床数

8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標

9 地域医療構想の取組

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、アレルギー疾患対策、今後高齢化に伴い増加する疾患等対策(ロコモティブシンドローム、フレイル等)、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組など。

11 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。

4

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針
(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(医政地発0331第3号 平成29年3月31日)別紙)

1 現状の把握	○患者動向、医療資源・医療連携等に関する現状を把握
2 圏域の設定	○従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
3 連携の検討	○医療機能を明確化した上で、関係機関の連携を検討し、医療機関等の名称を記載
4 課題の抽出	○指標例を参考に医療圏ごとの課題を抽出
5 数値目標	○各地域における医療提供体制の課題を解決するに当たっての数値目標を設定
6 施策	○数値目標の達成及び各医療機能がより発揮されるために行う施策を策定
7 評価	○評価を行う組織や時期を明記し、数値目標の達成状況、施策の進捗状況を評価
8 公表	○指標、課題、数値目標、施策、評価等について、ホームページ等で公表

5

がんの医療体制

【概要】

- これまでがん医療の均てん化を目指し体制整備を行ってきたが、がん医療が高度化、複雑化してきていることを踏まえ、均てん化が必要な分野、集約化が必要な分野を検討し、今後のがん医療体制を整備する。
- がんの予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援に取り組む。

均てん化の取組

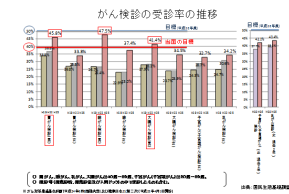
- 拠点のない二次医療圏に地域がん診療病院の整備を進める。
- 外来におけるがん診療に関し、拠点病院等を中心とした、その他医療機関(在宅医療提供施設含む)との地域における連携体制を構築する。

集約化の取組

- がんの放射線治療やゲノム医療、希少がん、小児がん等の高度・希少な分野については、それぞれの拠点病院等が担う機能の分化・連携を進める。
- がんの高精度放射線治療や粒子線治療、ゲノム医療等の高度な医療の実施のため、それぞれの拠点病院等の機能分化・連携と合わせ、それを担う人材についても集約化や育成を進める。

がんの予防、検診

- 科学的根拠に基づいたがん検診の実施、精度管理、受診率向上に取り組む。

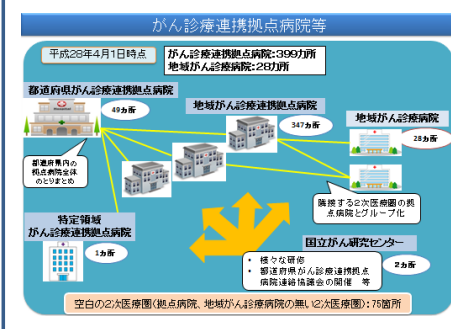


治療と職業生活の両立支援等の取り組み

- 第2期がん対策推進基本計画においてがん対策における就労支援が盛り込まれ、拠点病院において、就労の専門人材を配置する等の取組を実施。

両立支援に関する取組について更なる充実を図る

6



均てん化と集約化のバランスを勘案した新たな医療提供体制へ

脳卒中の医療体制

【概要】

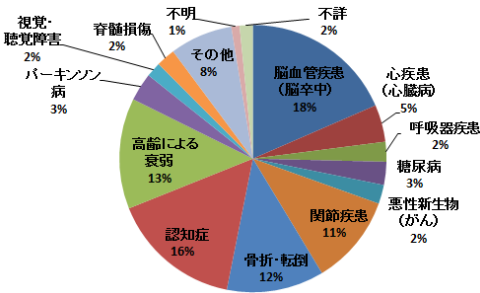
- 脳血管疾患による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な急性期診療を実施する体制の構築を進める。
- 急性期から慢性期を通じて、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた、一貫した医療を提供する体制を構築する。

急性期の課題例

- 急性期脳梗塞に対し、rt-PA療法、血管内治療が有効であるが、普及が不十分。

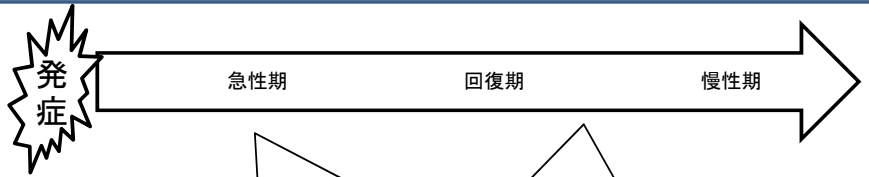
慢性期の課題例

- 脳卒中は、介護の原因疾患の第一位。



平成25年国民生活基礎調査

- 脳卒中は、発作後1年で10%、5年で50%と高率に再発する。



適切な急性期治療

- 近年の標準治療の進歩を踏まえた、急性期医療体制の構築
 - ・rt-PA療法施行可能時間の、3時間から4.5時間への延長
 - ・脳梗塞に対する急性期血管内治療の科学的根拠の確立
- 発症早期からの急性期リハビリテーションの推進

回復期・慢性期の後遺症軽減・再発/合併症予防

- 回復期、慢性期まで一貫したリハビリテーションの実施
- 服薬や、リスク管理等の再発予防の継続
- 誤嚥性肺炎予防のための嚥下リハビリテーションや、医科歯科連携等の、合併症予防の取組の推進

脳卒中の臨床経過を踏まえた、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築

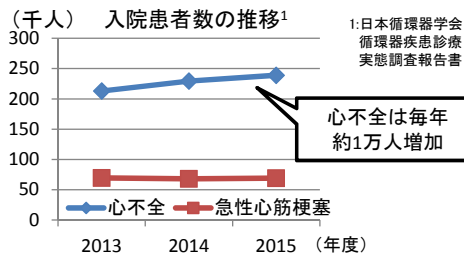
心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

【概要】

- 「急性心筋梗塞」を「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直し、心不全等の合併症等を含めた医療提供体制の構築を進める。
- 急性心筋梗塞による突然死を防ぐため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進める。
- 急性期の治療に引き続き、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築する。

急性期の課題例

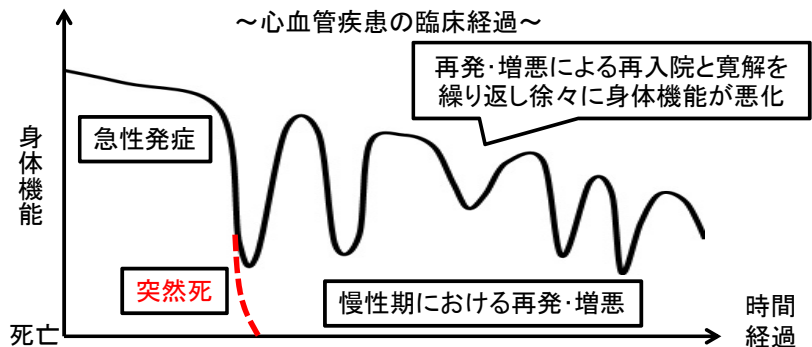
- 急性心筋梗塞死亡例の半数以上は院外心停止である。
- 急性大動脈解離は発症後2日での死亡率が50%に達する。
- 心血管疾患の終末的な病態である心不全は増加傾向にある。



慢性期の課題例

- 1年間で慢性心不全患者の約20~40%は再入院する。

心不全等の合併症や、他の心血管疾患(大動脈解離等)を含めた医療提供体制の構築



急性期の死亡率抑制

- カテーテル治療に代表される、低侵襲な治療法の発達を踏まえた急性期医療体制の構築。
- 情報の早期共有等、病院前救護と救急医療機関との連携の推進。

回復期・慢性期の再発・増悪予防

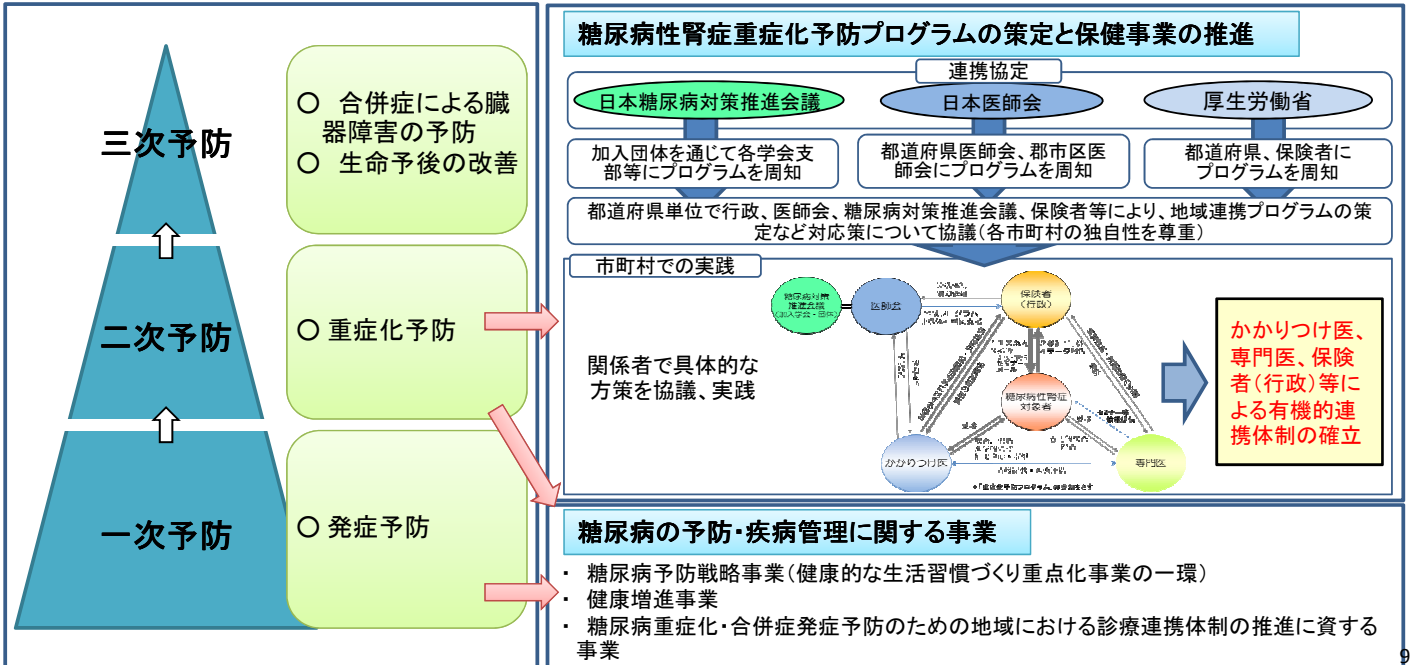
- 発症後早期からの心臓リハビリテーションの推進。
- 適切な運動療法や薬物療法の推進に向けた、医療機関相互の連携体制の構築。

心血管疾患の臨床経過を踏まえた、急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療体制の構築

糖尿病の医療体制

【概要】

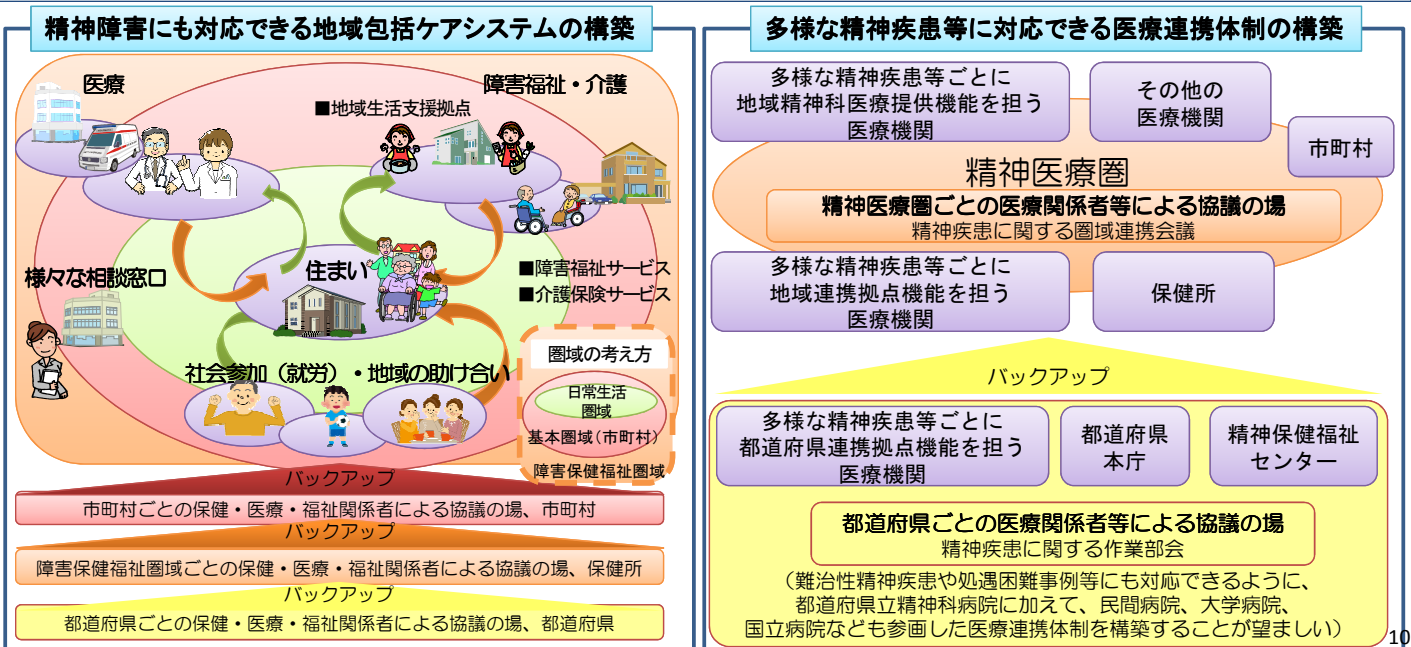
- 発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、地域における連携体制の構築を目指す。
- 重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と薬局、保険者が連携する取組を進める。
- 日常生活に近い場でも栄養・運動等の指導を受ける事が可能となるよう、医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加できる機会を創出する。



精神疾患の医療体制

【概要】

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す。このため、平成32年度末・平成37年(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら基盤整備を推し進める。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。



救急医療の体制

【概要】

- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組を進める。
- 救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点を取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。
- 初期救急医療機関の整備とともに休日夜間対応できる薬局、精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。

救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の構築

円滑な救急搬送や受入体制を確保するため、医療機関と介護施設等の連携を推進する。

八王子市の例

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

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

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

全20団体

※行政だけでなく、様々な機関が参加していることが特徴。



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

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

八王子消防署資料より一部改変

救命救急センターの充実段階評価の見直し

平成27年度は、ほとんどの救命救急センターの充実段階評価がA評価となっている。さらなる機能の充実を図るため、地域連携の評価を含め、救急救命センター充実段階評価を見直す。

平成27年度
救命救急センターの充実段階評価

- A評価: 269カ所
- B評価: 1カ所
- C評価: 1カ所

(平成26年度実績)

評価基準

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

災害医療の体制

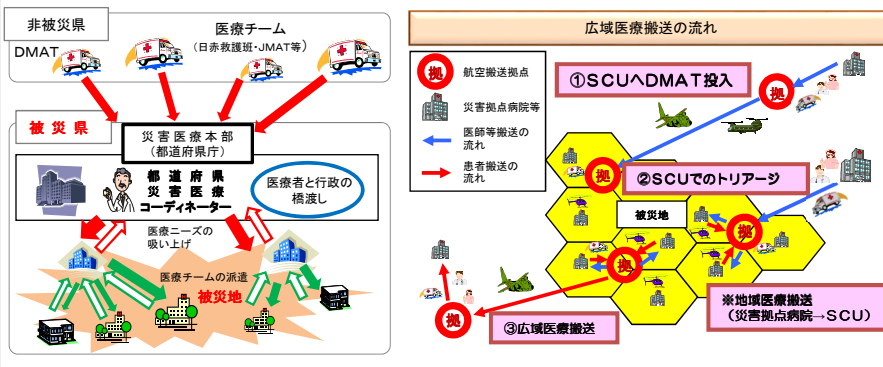
【概要】

- 被災地域の医療ニーズ等の情報収集や医療チーム(DMAT、DPAT、JMAT等)との連絡調整等を行う災害医療コーディネータ体制の整備を進める。
さらに、大規模災害時に備え、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。
- 災害時の診療機能の低下軽減や早期回復を図るため、事業継続計画(BCP)の策定について、推進する。

被災地域における災害医療提供体制の整備と連携強化

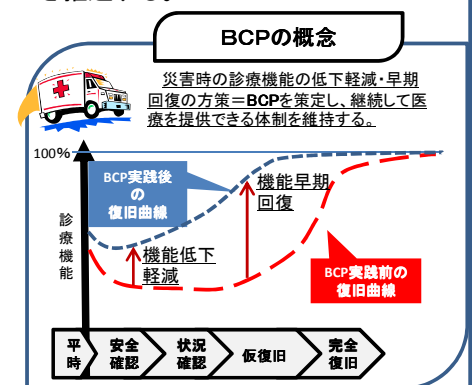
- 都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム(DMAT、DPAT、JMAT等)との連絡調整等を行う災害医療コーディネータ体制の整備を進める。

さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。



BCP策定の推進

- 災害時に診療機能の低下軽減や病院機能の早期回復を図り、継続して医療を提供するため、BCPの策定は今後災害拠点病院だけではなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進する。



へき地医療の体制

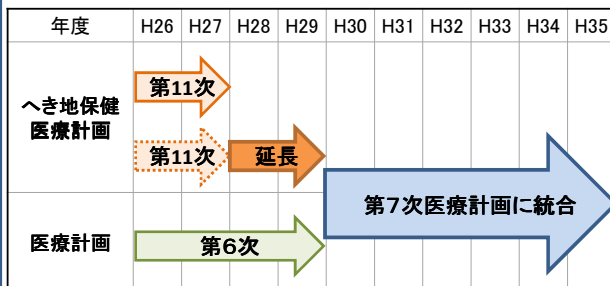
【概要】

- へき地における医療従事者の確保やチーム医療の充実については、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化した上で、医療計画における医療従事者の確保等の取組と連動して進める。
- へき地における巡回診療等の実績に基づいて、へき地医療拠点病院の要件を見直す。

「へき地保健医療計画」と「医療計画」の一本化

平成26年度へき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」の実施期間を平成29年度まで延長し、平成30年度から実施する「第7次医療計画」と一体的に検討を行う方針とされた。

<イメージ図>



へき地医療拠点病院の活動状況

へき地医療拠点病院の指定は受けているが、人員不足等から、巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれも実施していない施設が一定程度存在する(77施設(24.8%)、平成28年1月1日時点)。

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

このため、へき地医療拠点病院の要件を見直し、現状を明確化するとともに数値目標を示し、へき地医療拠点病院のさらなる充実を図る必要がある。

【へき地医療拠点病院の活動目標】

へき地医療拠点病院の主たる3事業である

- ① へき地における巡回診療、
 - ② へき地への医師派遣、
 - ③ へき地への代診医派遣
- の実績が年間12回(月1回)以上

周産期医療の体制

【概要】

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。
- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進める。
- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊婦への対応ができるような体制整備を進める。

アクセス等の実情を考慮した圏域の設定

周産期医療の体制整備に当たっては、妊婦の居住地から分娩取扱医療機関への適正なアクセスの確保が肝要。

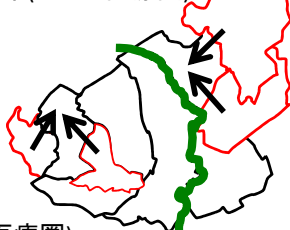
現行の二次医療圏を基本としつつ、出生数規模や流入のみならず、地域の実情に即して基幹病院とその連携病院群の適正アクセスのカバーエリア等を考慮した周産期医療圏を設定する。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

出生者の住所から		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上
分娩医療機関	出生数	949,319	82,874	15,483	3,002
	割合	92.1%	6.1%	1.5%	0.3%
周産期母子医療センター	出生数	618,881	282,768	108,848	21,687
	割合	60.0%	27.5%	10.4%	2.1%

(例示)

B県(4 二次医療圏)



※赤線で囲まれた医療圏は患者流出が多い。こういった患者の流出に加え、アクセス時間や近隣県の状況も踏まえた検討が必要。

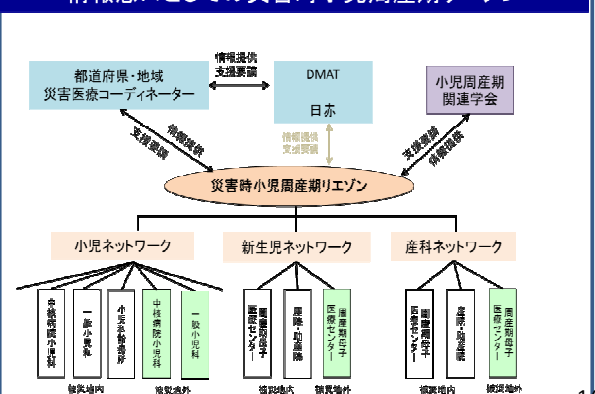
A県(6 二次医療圏)

災害に備えた対応の充実

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。

平成28年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始。すべての都道府県に「災害時小児周産期リエゾン」を設置する。

情報窓口としての災害時小児周産期リエゾン



小児医療の体制

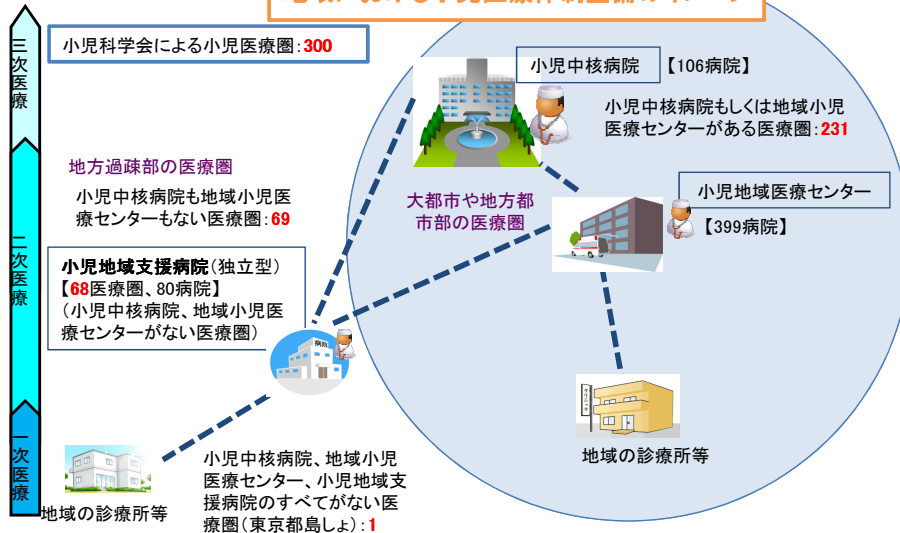
【概要】

- 日本小児科学会の提言も踏まえ、小児中核病院、地域小児医療センターのどちらも存在しない圏域では、「小児地域支援病院(仮称)」を設定し、拠点となる医療機関等と連携しつつ、地域に必要な入院診療を含む小児診療体制を確保する。
- 研修等を通じて地域で活躍する人材の育成を図るとともに、引き続き小児救急電話相談事業(#8000)の普及等を進める。

地域の実情に応じた体制の整備

拠点となる医療機関が存在しない地域では、それに準じた医療機関を小児地域支援病院として設定し、近隣圏との連携強化を図ることにより、地域の小児医療体制を整備する。また、中核病院や地域小児医療センターと小児科かかりつけ医等との連携を推進する。

地域における小児医療体制整備のイメージ



人材育成と住民への情報発信の推進

地域における受入れ体制を構築するための人材の育成や、地域住民の小児医療への理解を深めるための取組を進める。



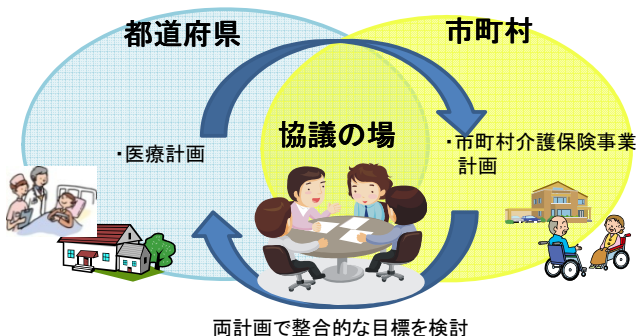
在宅医療の体制

【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組、市町村が担う地域支援事業と連携した取組など、より効果的な施策を実施する。

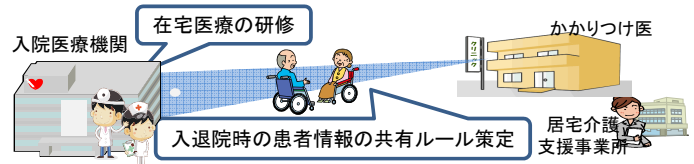
実効的な整備目標の設定

- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置し**、介護保険事業計画等における整備目標と統合的な目標を検討。
- ※ 例えばサービス付き高齢者向け住宅等の整備等に関する計画や療養病床の動向など在宅医療の提供体制を考える上で地域において留意すべき事項や、協議の進め方について、今後、国において整理し、都道府県に示していく。



多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。
- (例) 地域住民に対する普及啓発
 - ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
 - ・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための連携ルール等の策定等



地域支援事業と連携した取組

- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。
- 特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（公印省略）

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の4の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。以下同じ。）の5事業並びに居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）について医療計画に記載することとされています（以下、5疾病及び5事業並びに在宅医療を「5疾病・5事業及び在宅医療」という。）。

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

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

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

なお、本通知は法第30条の8に基づく技術的助言であることを申し添えます。

また、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成24年3月30日付け医政指発0330第9号厚生労働省医政局指導課長通知）は廃止します。

記

1 法的根拠

法第30条の4第4項の規定に基づき、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の5事業（以下「5疾病・5事業」という。）並びに在宅医療に係る医療連携体制を構築するための方策を医療計画に定めることとなっている。

また、法第30条の3第1項の規定に基づき、医療提供体制の確保に関する基本方針（平成19年厚生労働省告示第70号。以下「基本方針」という。）の改正を行ったところである。

また、基本方針第四の二及び三に示すとおり、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を各都道府県が構築するに当たっては、地域の医療提供施設の医療機

能を医療計画に明示することにより、患者や住民に対し、分かりやすい情報提供の推進を図る必要がある。

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

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

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

2 策定に当たっての留意点

別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」は、国として、①5疾病・5事業及び在宅医療の医療機能の目安を明らかにした上で、②各医療機能を担う地域の医療機関が互いに信頼を醸成し、円滑な連携を推進するために、都道府県の実施すべき手順を示したものである。

都道府県におかれては、地域において切れ目のない医療の提供を実現するための、良質かつ適切な医療を効率的に提供するための医療計画策定に当たり、本指針を参考にされたい。

なお策定に当たっては、次に掲げる点に留意されたい。

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

3 本指針の位置付け及び構成

5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を含めた、新たな医療計画制度の全体像については、「医療計画について」（平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知）の別紙「医療計画作成指針」により別途提示しているところである。

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

(別表)

【法第 30 条の 3】
厚生労働大臣は基本方針を定め

基本方針

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

【法第 30 条の 8】
厚生労働大臣は、技術的事項について必要な助言ができる。

医療計画作成指針

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

本指針

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

(別紙)

【法第 30 条の 4 第 1 項】
都道府県は基本方針に即して、かつ地域の实情に応じて医療計画を定める。

医療計画

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

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

目次

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

がんの医療体制構築に係る指針 (P10)

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

脳卒中の医療体制構築に係る指針 (P18)

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

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る指針 (P28)

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

糖尿病の医療体制構築に係る指針 (P38)

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

精神疾患の医療体制構築に係る指針 (P46)

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

救急医療の体制構築に係る指針 (P64)

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

災害時における医療体制の構築に係る指針 (P78)

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

へき地の医療体制構築に係る指針(P89)

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

周産期医療の体制構築に係る指針(P98)

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

小児医療の体制構築に係る指針(P116)

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

在宅医療の体制構築に係る指針(P127)

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

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針

第1 趣旨

人口の急速な高齢化が進む中、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病（以下「5疾病」という。）については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められている。

また、地域医療の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急を含む。以下同じ。）の5事業（以下「5事業」という。）についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

さらに、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療に係る医療体制の構築が求められている。

疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、効率的で質の高い医療体制を具体的に構築することが求められる。

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

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

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

第2 内容

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

1 医療体制の政策循環

5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態（成果（アウトカム））などをもって施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。

- ・ アウトカム（成果）
 施策や事業が対象にもたらした変化
- ・ アウトプット（結果）

施策や事業を実施したことにより生じる結果

- ・ インパクト（影響）
施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

2 指標

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

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

3 必要となる医療機能

例えば脳卒中の場合に、急性期、回復期から維持期にいたるまでの病期ごとの医療機能を明らかにすると同様、他の疾病・事業及び在宅医療についても明らかにする。

4 各医療機能を担う医療機関等の名称

前記3の各医療機能を担う医療機関等については、後記第3の2に示すとおり、地域の医療提供者等が作業部会等に参加し、検討する。なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

その検討結果を踏まえ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載する。

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

5 課題、数値目標及び施策の方向性

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

数値目標の設定に当たっては、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められる目標を勘案するものとする。

第3 手順

1 情報の収集

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

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

なお、重点指標及び参考指標については、平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書及び平成28年度厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」研究報告書を参考とすること。

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

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

国においては、都道府県の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組を支援するため、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの指標を提供することとしているが、各都道府県の取組等を踏まえ、各指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、医療計画の評価手順のあり方の検討等も随時行っていくこととしている。

都道府県においても、地域の実情に応じて独自の指標を開発していくことが望ましい。独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、厚生労働省に報告することをお願いする。

2 作業部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療体制を構築するため、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。必要によっては、さらに、圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

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

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

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

(1) 作業部会

① 構成

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

ア 地域医師会等の医療関係団体

イ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者

ウ 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定するサービス事業者

エ 医療保険者

オ 医療・介護サービスを受ける患者・住民

カ 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村

キ 学識経験者

ク その他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者

② 内容

作業部会は、下記の事項について協議する。

ア 地域の医療資源の把握と現行の医療計画の評価

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

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

イ 圏域の設定

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

ウ 課題の抽出

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

以下に、課題の抽出に当たって想定される手順を示す。

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

(イ) 次に、指標が示すデータから得られた課題について、データの留意点や限界を踏まえ、検討する。さらに、当該地域を全国平均若しくは都道府県内平均と比較することにより、仮に対策を行った場合の影響（インパクト）を考

慮した上で、課題として設定するとともに、その緊急度と重要度を検討する。

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

エ 数値目標の設定

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

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画等に定められた目標等も勘案するものとする。なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定する。

オ 施策

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

施策の検討に当たっては、課題について原因分析を行い、検討された施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらさうかという観点を踏まえること。

(2) 圏域連携会議

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

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

① 構成

各医療機能を担う全ての関係者

② 内容

下記のアからウについて、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

ア 医療連携の必要性について認識の共有

イ 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

ウ 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

なお、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

3 患者・住民の意見の反映

都道府県は、患者・住民の作業部会への参加やタウンミーティングの開催、患者・住民へのヒアリングやアンケート調査、医療計画のパブリックコメントなどにより、患者・住民の意見を反映させること。

4 医療計画への記載

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

また、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称も記載するものとする。

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

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

5 変更が生じた場合の措置

医療計画策定後、医療機能を担う医療機関の変更が生じた場合は、できるだけ速やかに記載内容を変更する必要がある。

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

第4 連携の推進等

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

第5 評価等

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

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

評価に当たっては、策定体制に関わった者以外の第三者による評価の仕組みを講じること等も有効である。さらに、施策及び事業評価の際には、施策及び事業の結果（アウトプット）のみならず、地域住民の健康状態や患者の状態（アウトカム）、地域の医療の質などの成果（プロセス）にどのような影響（インパクト）を与えたかといった観点からの施策及び事業の評価を行い、必要に応じて計画の内容を改善することが重要である。

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

（参考：評価指標の考え方¹）

- ・ 評価指標とは
 - 最終的な成果（アウトカム）の達成に向け、施策や事業を進捗管理し、評価するために設ける指標。
 - 良い評価指標は以下の頭文字を取り、SMARTな指標と言われている。
 - ① 具体性、特異性（Specific）
具体的であるかどうか、施策や事業に特異的であるかどうか。
 - ② 測定可能性（Measurable）
数値目標、達成期間、期待する達成度などが明示され、測定可能であるかどうか。

③ 達成可能性（Attainable）

達成可能であるかどうか。コスト、スケジュール、従事者の質と量、社会環境への適合性に問題はないか。関係者の反対はどうか。

④ 現実性（Realistic）

現実的かどうか。目標を達成するための手段は適切な因果関係となっているかどうか。

⑤ 期限明示（Time-bound）

実施時期、終期、期限などが明示されているか。

救急医療の体制構築に係る指針

我が国の救急医療の需要は増加傾向にある。救急搬送人数を例に取ると平成 27 年には過去最多の約 548 万人となっており¹、この傾向は今後も続くことが予想される²。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関が連携し、地域が一体として小児救急、周産期救急、精神科救急を含め、すべての救急患者に対応できる救急医療体制を構築することが重要である。

本指針では、「第 1 救急医療の現状」で救急医療の需要及び供給体制について概観し、次に「第 2 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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

第 1 救急医療の現状

1 救急医療をとりまく状況

わが国における救急医療の受療動向は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 救急患者数

一日の救急患者[※]は、全国で約 5.9 万人であり、うち約 1.2 万人が入院していると推測される³。

※ 救急患者

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

(2) 救急搬送数

救急搬送人員は、平成 17 年に約 496 万人であったが、平成 27 年には約 548 万人（52 万人、10.5%増）を数えるなど、増加傾向にある¹。その背景として、高齢化の進展、国民の意識の変化等が挙げられている。

(3) 高齢患者の増加

救急搬送された高齢者（満 65 歳以上）についてみると、平成 17 年には約 220 万人であったが、平成 27 年には、約 310 万人を数え、この 10 年間で約 90 万人増となっている。今後も、高齢化の進展とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと見込まれる。

(4) 疾病構造の変化

昭和 41 年には、救急搬送全体のおよそ半数を交通事故等による外傷患者が占め、急病は 39.9%（15.3 万人）を占めるに過ぎなかった。ところが、平成 17 年には急病が 59.4%（294 万人）、平成 27 年には、63.7%（349 万人）を占めるに至り¹、この 10 年間で急病の救急搬送人員は 55 万人増加している。今後も急病の対応が増加するものと見込まれる。

(5) 重症患者の動向

平成 27 年における急病の救急搬送人員のうち、「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「脳疾患」（6.9 万人）、「心疾患等」（8.1 万人）となっている。また、急病のうち死亡が最も多いのは、「心疾患等」（38.0%）である¹。

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

(6) 軽症患者の動向

救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が 50%程度を占める。この中の一部には不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見される²。救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過大な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となる。このことについて、住民に理解を促すことが重要である。

このような状況に対して、総務省消防庁においては、「救急受診ガイド」等の活用により国民の理解を求める等、救急車等のより適切な利用を促すための啓発活動が行われている他、緊急性の高い傷病者に確実に救急医療資源を提供するため、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業が進められている。

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されている。精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されている⁴。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告⁵がある。

また、消防庁の調査では、平成 27 年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は約 43.1 分と長かった¹。このように精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の搬送に時間を要している現状があり、適切なトリアージと精神科救急体制との連携が必要とされている。

2 救急医療の提供体制

救急医療の提供体制は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 病院前救護活動

① 市民への救急蘇生法の普及と、自動体外式除細動器(AED)の設置

¹ 消防庁「平成 28 年版 救急・救助の現況」（平成 28 年 12 月）

² 消防庁「平成 27 年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書」（平成 28 年）

³ 厚生労働省「患者調査」表番号 20 及び 21（平成 26 年）

⁴ 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚）（平成 19 年）

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

これまで様々な主体によって、救急蘇生法の講習が行われてきた。例えば、消防機関が主体となって実施する普通救命講習だけでも、平成27年中、136万人が受講している¹⁾。

この結果、平成27年中に救急隊員によって搬送された心肺機能停止傷病者のおよそ48.1%に対して家族等による人工呼吸や胸骨圧迫等の救急蘇生法が実施されており、その割合は毎年上昇している¹⁾。

平成16年より一般住民の使用が可能となったAEDについては市中（病院外）での設置が急速に広がり、全国で60万台（累積）が設置されるに至り⁶⁾、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待される。

② 消防機関による救急搬送と救急救命士及びメディカルコントロール体制

救急隊は、原則として、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されている。1隊につき1名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、平成28年4月には98.4%の救急隊で救急救命士が同乗している¹⁾。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、救急救命処置の範囲が拡大され、平成26年4月からは心肺機能停止前の傷病者に対する輸液等が可能となった。

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

これらプロトコルの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うメディカルコントロール体制[※]については、各都道府県にメディカルコントロール協議会を設置するなど、全国的に整備されてきた。しかし地域によっては、プロトコルの策定状況の見直しを定期的に行っていないところもあるなど、その活動実態には地域差があることが指摘されている⁷⁾。

※ メディカルコントロール体制

病院前救護におけるメディカルコントロール体制とは、①事前プロトコルの策定、②救急救命士に対する医師の指示体制及び救急活動に対する指導・助言体制、③救急救命士の再教育及び④救急活動の医学的観点からの事後検証体制のことであり、これらの充実を図ることにより、病院前救護に関わる者の資質向上と地域における救命効果の更なる向上を目的とする。これらに加えて、メディカルコントロール協議会の役割として、⑤地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証、⑥傷病者の受入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整を行うこととしている。適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入体制の構築に向け、メディカルコントロール協議会等をさらに活用する必要がある。

平成13年以降、メディカルコントロール体制の整備が進められ、全都道府県と243地域にメディカルコントロール協議会が設置されている（平成28年10月現在）。

③ 搬送手段の多様化とその選択

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

ヘリコプターによる救急搬送については、ドクターヘリが40道府県49機（平成29年2月現在）で運用され年間24千件（平成27年度）の出動件数を数え、消防防災ヘリコプターについても全国で76機（平成27年10月現在）が運用され、救急搬送のために年間3.5千件近く出動している¹⁾。

今後も、緊急度が高く、患者の治療を行う医療機関への搬送が長距離におよぶ患者に対しては、ヘリコプター等の利用が期待される。

※ 救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）について

救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）を用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性をかんがみ、ドクターヘリを用いた救急医療の全国的な確保を図ることを目的に、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）が、平成19年6月27日に施行された。

都道府県が医療計画を策定するに当たって、ドクターヘリを用いた救急医療の確保について定めるとき又は変更するときには、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項」について記載すること、「都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項」及び「関係者の連携に関する事項」について記載することに努めることが求められる。

④ 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施

平成18年から平成20年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案が発生したことを契機として、平成21年5月に消防法（昭和23年法律第186号）が改正され、都道府県に、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定及び実施基準に係る協議、調整等を行う協議会（以下「法定協議会」という。）の設置等が義務付けられている。現在、全ての都道府県において実施基準が策定済みとなっており、今後は、実施基準のより円滑な運用及び改善が必要なため、法定協議会（メディカルコントロール協議会等をこれに位置付けることも可能）において実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況の調査及び検証を行い、必要があるときは基準の見直しを行うなどにより、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を構築することが期待される。

一方、受入医療機関の選定困難事案は依然存在していると指摘されている。

救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・患者対応中」、「処置困難」、「ベッド満床」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられている⁸⁾。

⁶⁾ 厚生労働科学研究「心臓突然死の生命予後・機能予後を改善させるための一般市民によるAEDの有効活用に関する研究（主任研究者 坂本哲也）（平成27年度）

⁷⁾ 消防庁「メディカルコントロール体制に関する実態調査結果（解説版）」（平成28年12月28日）

⁸⁾ 消防庁「平成27年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」（平成26年12月）

この問題を改善するためには、受入困難の原因を詳細に把握分析し、それぞれの地域の実状に応じて消防機関と救急医療機関（小児救急、周産期救急、精神科救急を含む。）とが一体となり対応する必要がある。

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

(2) 救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター

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

現在、全国に 284 か所（平成 29 年 1 月現在）の施設が指定されている。

② 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する救急医療

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

今後も、これらの医療機関を含めて、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要がある。（脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患については、それぞれの医療体制構築に係る指針を参照）

③ アクセス時間を考慮した体制の整備

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

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

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

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

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

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

※ GIS (Geographic Information System)

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

④ いわゆる「出口の問題」

前述の受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられている。

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

具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされている。

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

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

(3) 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

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

多くの地域でこれらの体制が取られているが、その活動の実態は様々である。例えば病院群輪番制において、輪番日であっても救急患者をほとんど受け入れない救急医療機関がある一方で、輪番日にかかわらず多くの救急患者を受け入れている救急医療機関があり、輪番制という実態を伴わない地域もある⁹。

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

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

脳卒中や急性心筋梗塞等に対する専門的な医療については、救命救急センター以外の救急医療機関においても実施してきたことについて前述したが、これらの病院も含め、救急搬送される患者の大部分が、入院を要する救急医療を担う医療機関へ搬送されており¹、当該医療機関の更なる充実が重要である。

(4) 初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

⁹ 厚生労働省「救急医療対策事業調査」（平成 27 年）

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

しかし、曜日、時間帯や初期救急を担う医療機関の診療科などにより、入院を要する救急医療を担う医療機関に、多くの軽症患者が直接受診することもあり、結果として、入院を要する救急医療を担う医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来す可能性が指摘されている。今後も軽症患者の救急需要の増大が予想される中、地域の実情に応じた初期救急医療を構築する必要がある。

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 19 条の 11 に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保や円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。

平成 28 年度における精神科救急医療体制整備事業の実施要綱改正により、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

さらに、自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）に定める「自殺総合対策大綱」（平成 19 年 6 月 8 日閣議決定）に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医等の専門職からなるチームによる診療体制、精神保健指定医による診療協力体制等の充実を図る必要がある。

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

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

(1) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- ① 本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施
- ② メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
- ③ 実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ
- ④ 地域住民の救急医療への理解

(2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

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

⑤ 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、一般病棟へ円滑に転棟できる体制

(3) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ① 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制
- ② 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
- ③ 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、救急の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

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

(1) 病院前救護活動の機能【救護】

① 目標

- ・ 患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること
- ・ メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
- ・ 実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
- ・ 地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

② 関係者に求められる事項

ア 住民等

- ・ 講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AED の使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- ・ 傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること
- ・ 日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

イ 消防機関の救急救命士等

- ・ 住民等に対し、応急手当、AED の使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること
- ・ 搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
- ・ 地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること

- ・ 搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
 - ・ 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること
- ウ メディカルコントロール協議会
- ・ 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコルを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
 - ・ 実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコルを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
 - ・ 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること
 - ・ 救急救命士等への再教育を実施すること
 - ・ ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
 - ・ ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること
 - ・ 必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること
- (2) 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

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

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

- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間 365日必ず受け入れることが可能であること
- ・ 集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
- ・ 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること

- ・ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
 - ・ 急性期のリハビリテーションを実施すること
 - ・ 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること
 - ・ 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
 - ・ DMAT[※]派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
 - ・ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること
 - ・ 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
 - ・ 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
 - ・ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）によって定められる救急病院であること
- ※ DMAT（災害派遣医療チーム）については、災害時における医療体制の構築に係る指針を参照。

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

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
- ・ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
- ・ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- ・ 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- ・ 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
- ・ 救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること

- ・ 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと
 - ・ 数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること
 - ・ 救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること
- ③ 医療機関の例
- ・ 病院群輪番制病院、共同利用型病院
 - ・ 一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所
 - ・ 地域医療支援病院（救命救急センターを有さない）
 - ・ 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所
- (4) 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】
- ① 目標
- ・ 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること
- ② 医療機関に求められる事項
- 主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。
- ・ 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること
 - ・ 休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること
 - ・ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
 - ・ 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
 - ・ 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること
- ③ 医療機関の例
- ・ 休日・夜間急患センター
 - ・ 休日や夜間に対応できる診療所
 - ・ 在宅当番医制に参加する診療所
- (5) 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】
- ① 目標
- ・ 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること
 - ・ 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること
- ② 医療機関に求められる事項
- ・ 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
 - ・ 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
 - ・ 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
 - ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること
 - ・ 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること

- ・ 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること
 - ・ 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
 - ・ 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ③ 医療機関等の例
- ・ 療養病床を有する病院
 - ・ 精神病床を有する病院
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院
 - ・ 診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。）
 - ・ 訪問看護ステーション

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、救急医療の体制を構築するに当たって、(1)～(3)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(4)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(4)の各項目について、参考として調査名や担当部局を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 救急患者動向に関する情報の収集

- ・ 救急搬送患者数（年齢別・性別・疾患別・重症度別）（消防防災主管部局）
- ・ 救急車により搬送された入院患者の流入割合、流出割合（患者調査）
- ・ 搬送先医療機関（年齢別・性別・疾患別・重症度別、応需率等）（消防防災主管部局、衛生主管部局）

(2) 救急医療の医療資源に関する情報の収集

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

(3) 救急医療連携に関する情報の収集

① 救急搬送等

- ・ 地域メディカルコントロール協議会の活動状況（協議会の開催頻度、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が参加した開催回数、事後検証の実施症例数、救急救命士の病院実習の実施状況等）
- ・ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば 30 分以上、あるいは 4 医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合
- ・ 救急要請（覚知）から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間
- ・ 救急要請から救命救急センターへの搬送までに要した平均時間

- ・ 救命救急センター等の各救急医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合
 - ・ 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率
- ② 救急医療に関連する施設の連携状況
- ・ 救急医療機関への搬送手段及び搬送元の分類(現場からの搬送、転院搬送)
 - ・ 救急医療機関に搬送された救急患者の退院経路
 - ・ 転棟・転院を調整する者を常時配置している救命救急センターの数
 - ・ 休日・夜間に対応できる薬局の数
- (4) 指標による現状把握
- 別表6に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標(重点指標)、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標(参考指標)に留意して、把握すること。
- 2 圏域の設定
- (1) 都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。
- (3) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に救急医療・救急搬送に従事する者、現に精神科救急に従事する者、消防防災主管部局、都道府県又は地域メディカルコントロール協議会、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。
- 3 連携の検討
- (1) 都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が提供されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
- また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報(提供可能な救急医療等)の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報に共有に努める。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示第374号)の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」(平成19年7月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知)を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

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

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4 課題の抽出

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

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

5 数値目標

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

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

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

6 施策

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

7 評価

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

8 公表

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

別表6 救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後の医療
ストラクチャー	運用救急救命士数	救急担当専任医師数・看護師数		初期救急医療施設数	転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数
	住民の救急蘇生法の受講率	救命救急センター数	2次救急医療機関数	一般診療所の初期救急医療への参画率	
	救急車の運用数	特定集中治療室のある医療機関数			
	● 救急搬送人員数				
	AEDの設置台数				
プロセス	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救命救急センター充実段階評価Aの割合			緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数
	救急車の受入件数				
	● 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間				
	● 受入困難事例の件数				
		2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数			
アウトカム	●	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)の一ヶ月後の予後			

災害時における医療体制の構築に係る指針

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

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

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

第1 災害医療の現状

1 災害の現状

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

(1) 自然災害（地震に伴う津波や火事を含む。）

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山災害、雪害等がある。

① 地震

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

昭和23年の福井地震の後、死者が一千名を超える地震災害としては、平成7年1月の阪神・淡路大震災（死者6,433名）、平成23年3月の東日本大震災（死者15,893名、行方不明者2,556名（平成28年12月9日現在））がある¹。また、平成28年4月14日と16日に最大震度7の地震が熊本県を中心とした九州地方に発生し、その被害は死者49名、重傷者345名、軽傷者1,318名（平成28年5月31日時点）に上った²。

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

② 風水害等

近年、短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、大河川の氾濫も相次いでいる。平成26、27年は、台風については計10個の台風が上陸し大きな被害をもたらした。特に、平成26年8月20日の広島土砂災害では死者・行方不明

者76名、負傷者68名の被害が、平成27年関東・東北豪雨では、死者・行方不明者8名、負傷者80名の被害が生じた。今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されている。

また、火山噴火では、平成26年9月、御嶽山が噴火し、死者63名、負傷者69名の大きな被害が生じた。また、平成27年5月、口永良部島の新岳が噴火し、島滞在者全員が屋久島へ避難する事態も発生した³。

<平成26、27年における風水害等の状況>

災害名	死者行方不明者	住家全壊
平成26年8月 広島土砂災害	76名	179棟
平成26年9月 御嶽山噴火	63名	0棟
平成27年5月 口永良部島噴火	0名	確認中
平成27年9月 関東・東北豪雨	8名	80棟

(2) 事故災害

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

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

2 災害医療の提供

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

さらに、平成7年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、下記のような整備がなされており、平成23年に発生した東日本大震災を踏まえて見直しが行われたところである。

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

(1) 災害拠点病院

平成8年度以降、災害拠点病院（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）の整備が図られ、平成28年4月現在、全国で712病院が指定されている。

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

¹ 平成28年12月9日警察庁緊急災害警備本部

² 厚生労働省「平成28年版 厚生労働白書」

³ 内閣府「平成28年版 防災白書」

「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日付け医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知。以下「災害医療通知」という。）の中で、それぞれの災害拠点病院の機能強化を図ることとなり、同時に災害拠点病院の要件を充足しているか随時確認することが重要である。

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

精神科病院については、平成23年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成28年の熊本地震でも被災した精神科病院から595人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神病床数は約1万床（全精神病床の約3%）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要がある。

※ 挫滅症候群

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

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

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

平成28年4月1日現在、1,508チームが養成されている。

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

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

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

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

これまでのDMATの活動実績としては、東日本大震災（平成23年）において47都道府県のDMATが出動し、被災県に約380チームが病院支援や域内搬送、広域医療搬送を実施した事例や、新潟県中越沖地震（平成19年）や岩手・宮城内陸地震

（平成20年）において、近隣県からDMATが出動し、病院支援や現場活動等が行われた事例が挙げられる。

平成28年熊本地震では、4月14日の最大震度7の地震の発生時は、熊本県及び九州地域のDMATに派遣を要請し、4月16日の最大震度7の地震の発生時は、全国のDMATに派遣を要請し、最大216チーム（平成28年4月17日時点）が出動した。

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

なおDMATの活動は、都道府県と医療機関の間で平時において締結された協定等に基づいて運用されている。

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

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

平成23年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成24年度に「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」の仕組みが創設され、平成25年よりその養成が開始されている。DPATは、都道府県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成される。

DPATは、「被災地での精神科医療の提供」、「被災地での精神保健活動への専門的支援」、「被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む）」、「支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援」等の役割を担う。DPATのうち、発災から概ね48時間以内に、被災した他都道府県においても活動できるチームを、先遣隊と定義している。

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

平成29年3月時点では、29府県において先遣隊が整備されている。今後の災害に備え、地域防災計画においてDPATの役割について明示することなどにより、DPAT活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(4) 医療チーム（救護班）

災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、日本医師会災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team）、日本赤十字社や各種医療団体等を中心とした医療チームが、DMAT、DPATとも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

特にJMATは、平成23年の東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。

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

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

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

災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼動状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する広域災害・救急医療情報システム (以下「EMIS」という。) が全国的に整備され、平成 26 年に全都道府県において導入された。

災害時において機能する情報システムを構築し、活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者が、この情報システムについて理解し、日頃から入力訓練等を行う必要がある。

また、実際に災害が起きた際には、被災した病院に代わって県や保健所等が、情報システムへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要である。

(6) 都道府県災害医療コーディネーター

災害医療通知で、様々な医療チームの派遣調整等を行うために、派遣調整本部においてコーディネート機能を十分に発揮できる体制整備を各都道府県に求めている。すなわち、都道府県においては、災害対策本部のもとに派遣調整本部を設置し、医療チームの派遣調整等を行うとともに情報の共有を行う。さらに、保健所管轄区域や市町村単位等では、保健所等を中心に地域災害医療対策会議を開催し、派遣調整本部から派遣された医療チーム等の派遣調整等を行う。

なお、厚生労働省では、平成 26 年度より都道府県災害医療コーディネーター研修事業を実施し、都道府県災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

平成 28 年熊本地震においても、計 14 名の都道府県災害医療コーディネーターが、災害対策本部において医療チームの調整を行った。

(7) 災害時小児周産期リエゾン

東日本大震災後の研究や検討で、被災地や周辺地域における情報伝達網の遮断や、小児・周産期医療に精通した災害医療従事者の不足等を原因として、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。

また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された。そのため、災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を養成することとした。

これを受け、厚生労働省は平成 28 年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始した。災害時小児周産期リエゾンに認定された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築することが期待されている。

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

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

また構築に当たっては、地域の防災計画と整合性を図る。

(1) 災害急性期 (発災後 48 時間以内) において必要な医療が確保される体制

① 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制

② 必要に応じて DMAT、DPAT を直ちに派遣できる体制

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

・ 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

2 各医療機能と連携

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

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

(1) 災害時に拠点となる病院

① 災害拠点病院

ア 目標

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

イ 医療機関に求められる事項

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

- ・ 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
- ・ 多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
- ・ 基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
- ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- ・ 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
- ・ 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
- ・ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
- ・ 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと (ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等^{*}において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。)

- ・ 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- ・ 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- ・ EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- ・ 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
- ※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

② 災害拠点精神科病院

ア 目標

- ・ 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
- ・ 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること
- ・ 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
- ・ DPAT の派遣機能を有すること
- ・ 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

イ 医療機関に求められる事項

- 災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的役割を担う。
- ・ 災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所を確保していること（体育館等）
 - ・ 重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
 - ・ 診療に必要な施設が耐震構造であること
 - ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
 - ・ 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
 - ・ 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
 - ・ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること

- ・ 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等^{*}において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）
- ・ 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成（都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- ・ EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- ・ 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
- ※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努めること
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- ・ EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること

(3) 都道府県等の自治体

① 目標

- ・ 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
- ・ 保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症

のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

② 自治体に求められる事項

- ・ 平時から、災害支援を目的とした DMAT、DPAT の養成と派遣体制の構築に努めること
- ・ 災害医療コーディネート体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
- ・ 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
- ・ 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
- ・ 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成 28 年 12 月 5 日付け医政地発 1205 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
- ・ 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit。以下「SCU」という。）の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

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

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

なお、(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 医療資源・連携等に関する情報

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

(2) 指標による現状把握

別表7に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、

医療計画に記載する。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災し医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県をまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制を定める。

また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関、日本赤十字社の開設する病院等）の参画も得ることとする。

- (2) 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に災害医療に携わる者、消防防災主管部局、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、受援あるいは応援派遣、救命医療、健康管理の各機能が被災時においても確保されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有に努める。

- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日付け健総発第0720001号厚生労働省健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

- (3) 医療計画には、原則として、各機能を担う医療機関の名称を記載することとする。なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。また記載に当たっては下記の点に留意する。

- ① 災害拠点病院

災害拠点病院については、地勢的・地質的状況、地理的バランス（分散により、同時に被災する危険性を低下させる場合がある。）、受入能力、広域医療搬送ルート等を考慮の上、医療計画に記載する。また、対応するエリアも明記する。

- ② SCU

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

4 課題の抽出

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

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

5 数値目標

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

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第九に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

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

6 施策

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

7 評価

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

8 公表

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

別表7 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	災害時に拠点となる病院	災害時に拠点となる病院以外の病院	都道府県
ストラクチャー	病院の耐震化率		医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数
	● 災害拠点病院における業務継続計画の策定率	● 災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数
	複数の災害時の通信手段の確保率	● 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	
	多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合		
プロセス	● EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合		
	● 災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数		
	● 災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数		
	● 広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数		
	● 被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合		
		● 基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数	
アウトカム			