

各都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局指導課長

疾病又は事業ごとの医療体制について

平成18年6月21日付けで公布された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。以下「改正法」という。)により、医療計画の記載事項として、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4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。)の5事業が追加されたところである。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に4疾病及び5事業については、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る。

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にする。

疾病又は事業ごと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たので、新たな医療計画作成のための参考にしていただきたい。

なお、本通知は医療法(昭和23年法律第205号)第30条の8に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

1 法的根拠

改正法により医療法の一部が改正され、このうち改正後の医療法(以下「法」という。)における医療計画に関する規定については、本年4月1日から施行され、新たに、4疾病及び5事業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されたところである。(法第30条の4第3項)

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。)が本年3月30日に告示され、本年4月1日から施行適用されたところである。

基本方針第4の2に示すとおり、4疾病及び5事業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2の2に示すとおり、国は4疾病及び5事業について調査及び研究を行い、疾病又は事業ごと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。

疾病又は事業ごと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「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」は、国として、①疾病又は事業ごとに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、かつ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。

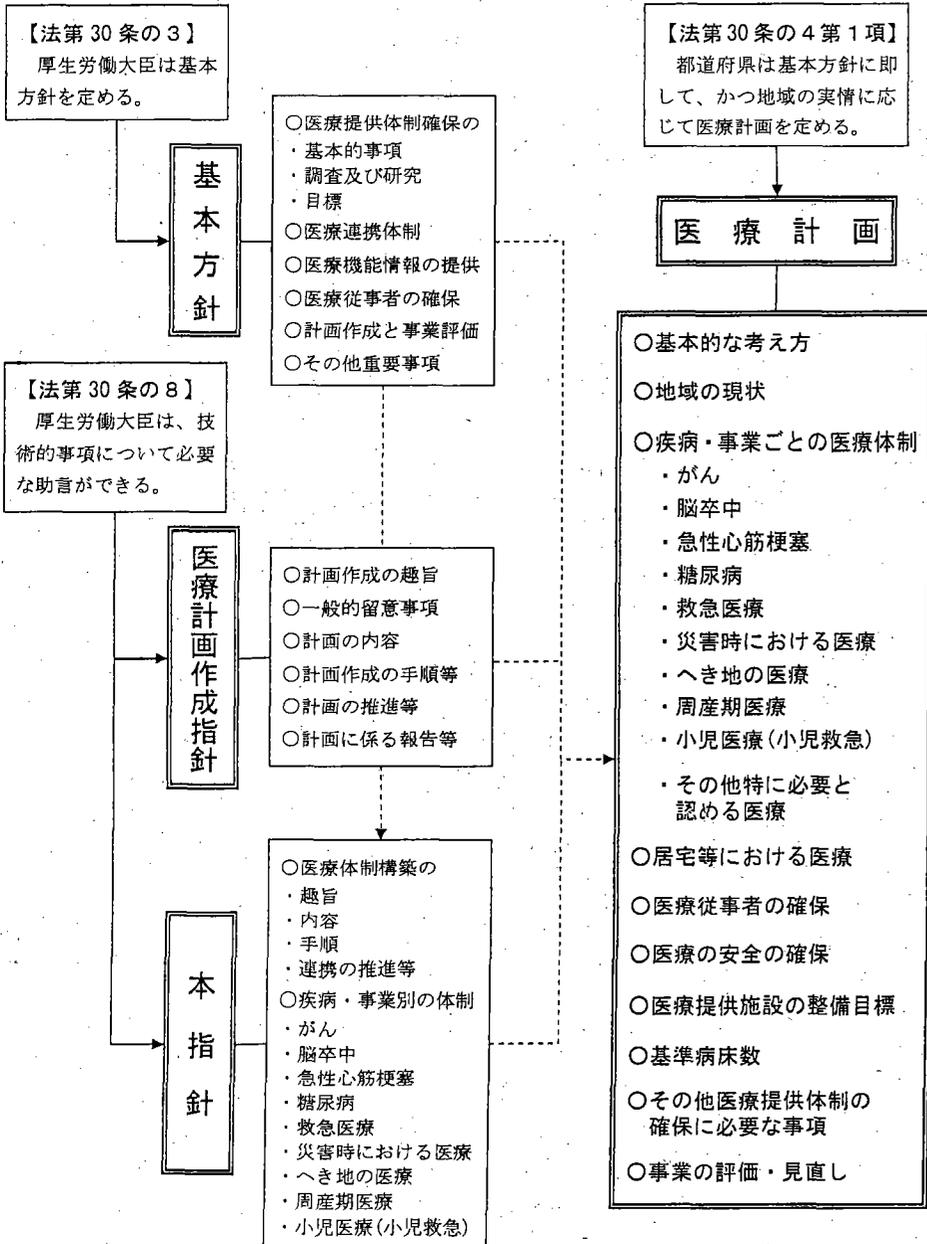
- ① 疾病又は事業ごとの医療体制については、各都道府県が、患者動向、医療資源等地域の実情に応じて構築するものであること。
- ② したがって、本指針は医療体制の構築のための目安であり、必ずしもこれに縛られるものではないこと。
- ③ 疾病又は事業ごとの医療体制構築に当たっては、地域の実情に応じて必要性の高いものから優先的に取り組むことが必要であること。
- ④ ただし、医療と介護・福祉の緊密な連携が求められる典型的な疾病という観点から、脳卒中の医療体制に関しては優先的な取組が必要であり、19年度中にその体制構築を確保する具体的な方策を定められたいこと。
- ⑤ 本指針は国における現時点での知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

疾病又は事業ごと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、平成19年7月20日付け医政発第0720003号医政局長通知「医療計画について」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「疾病又は事業ごとの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

(別表)



疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針

目 次

| | |
|----------------------------|------------|
| 第1 趣旨 | 1 |
| 第2 内容 | 1 |
| 第3 手順 | 2 |
| 第4 連携の推進等 | 5 |
| がんの医療体制構築に係る指針 | 7 |
| 第1 がんの現状 | 7 |
| 第2 医療機関とその連携 | 10 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 14 |
| 脳卒中の医療体制構築に係る指針 | 19 |
| 第1 脳卒中の現状 | 19 |
| 第2 医療機関とその連携 | 23 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 27 |
| 急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針 | 31 |
| 第1 急性心筋梗塞の現状 | 31 |
| 第2 医療機関とその連携 | 34 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 38 |
| 糖尿病の医療体制構築に係る指針 | 41 |
| 第1 糖尿病の現状 | 41 |
| 第2 医療機関とその連携 | 45 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 48 |
| 救急医療の体制構築に係る指針 | 51 |
| 第1 救急医療の現状 | 51 |
| 第2 医療機関とその連携 | 60 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 66 |
| 災害時における医療体制の構築に係る指針 | 71 |
| 第1 災害医療の現状 | 71 |
| 第2 医療機関とその連携 | 76 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 79 |
| へき地の医療体制構築に係る指針 | 83 |
| 第1 へき地の医療の現状 | 83 |
| 第2 医療機関とその連携 | 87 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 90 |
| 周産期医療の体制構築に係る指針 | 93 |
| 第1 周産期医療の現状 | 93 |
| 第2 医療機関とその連携 | 96 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 105 |
| 小児医療の体制構築に係る指針 | 111 |
| 第1 小児医療の現状 | 111 |
| 第2 医療機関とその連携 | 114 |
| 第3 構築の具体的な手順 | 120 |

疾病又は事業ごとの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、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病（以下「4疾病」という。）を含む生活習慣病については、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。

さらには、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。）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。

一方、従来の医療計画は、基準病床数制度に基づく病床の整備等、医療提供施設の量的な整備目標を中心として推進されてきた。

疾病構造の変化や地域医療の確保といった上記の課題に対応するためには、医療提供施設の量的な整備計画だけではなく、健康日本21等に定められた、健康で心豊かな生活を最終目標とし、その手段としての医療体制を具体的に構築する計画となることが求められる。

具体的には、各都道府県において、4疾病及び5事業について、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」及び第4「連携の推進等」において、医療体制の構築に当たって4疾病及び5事業に共通する事項を示すとともに、疾病又は事業ごとの指針において、それぞれ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

4疾病及び5事業のそれぞれについて、まず1. 必要となる医療機能を明らかにした上で、2. 各医療機能を担う医療機関等の名称、3. 数値目標を記載する。

1. 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4疾病及び5事業についても明らかにする。

2. 医療機関等の名称

前記1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協議の場に参加し、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りうる。

その検討結果を踏まえ、法第7条第3項に基づく医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第1条の14第7項の規定*に留意しつつ、原則として、それらを担う医療機関等の名称を記載する。

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

※ 医療法施行規則第1条の14第7項とは
診療所に一般病床を設けようとするとき、許可を受けることを要しない診療所として、次に掲げる場合を定めたもの。

- ① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ② へき地に設置される診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所
- ③ 前記①及び②に掲げる診療所のほか、例えば、周産期医療、小児医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所

3. 数値目標

疾病又は事業ごとに、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画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に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

これらの情報には、次に掲げる既存の統計・調査から得られる情報のほか、関係団体や住民に対するアンケート調査やヒアリング等で得られる情報がある。既存の統

計・調査等のみでは現状把握ができない場合、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) 学校保健統計
- (4) 患者調査
- (5) 国民健康・栄養調査、保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）
- (6) 保健福祉動向調査
- (7) 介護保険事業状況報告
- (8) 医療施設調査
- (9) 病院報告
- (10) 薬事関係業態数調

2. 協議の場の設置

都道府県は、医療審議会もしくは医療対策協議会の下に、4疾病及び5事業それぞれの医療体制を構築するため、疾病又は事業ごとに協議する場（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。

協議に際しては、数値目標の設定や、達成のための措置の結果、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、有機的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 介護保険法に規定するサービス事業者
- エ 医療・介護サービスを受ける住民・患者
- オ 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村
- カ 学識経験者
- キ 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

医療資源・医療連携に関する情報から、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4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。

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、各疾病及び事業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 数値目標の検討

地域の実情に応じた数値目標を定める。

数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画等に定められた目標等を勘案するものとする。

(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. 住民・患者の意見の反映

都道府県は、住民へのアンケート調査やヒアリング、作業部会への参加、医療計画のパブリックコメントの実施等により、住民・患者の意見を医療体制構築に反映させることが重要である。

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など、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

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、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に定める協議の場を設けるなど、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。

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更する。

がんの医療体制構築に係る指針

住民は、がん検診等でがんの可能性が疑われた場合や症状を発した場合、まず精密検査等を受ける。

そして、精密検査等においてがんの発症が確認された場合、進行度や治療法を確定するための診断が行われる。

さらに、がん診療連携拠点病院その他のがん診療に係る専門的な医療機関において、個々のがんの種類や進行度に応じた、手術療法、放射線療法及び化学療法又はこれらを効果的に組み合わせた集学的治療等が実施される。

同時に、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアが開始されることになる。

その後も再発予防のための術後療法や再発の早期発見のための定期的かつ専門的検査等、長期の管理が必要となる。

このように一人のがん患者に必要なとされる医療はがんの種類・病期によって異なるため、それぞれの医療機関が相互に連携しながら、継続して実施されることが必要である。

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

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析するとともに、各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には県全体で評価まで行えるようにする。

第1 がんの現状

がんは、浸潤性に増殖し転移する腫瘍であり、基本的にすべての臓器・組織で発生するものである。このため、がん医療は、その種類によって異なる部分があるが、本指針においてはがん全体において共通する事項を記載することとする。

1 がんの疫学

がんは、我が国において昭和56年(1981年)より死因の第1位であり、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている¹。

また、生涯のうちにがんにかかる可能性は男性の2人に1人、女性の3人に1人とされている²。

¹ 厚生労働省「人口動態統計」

² 厚生労働省研究班の推計による

継続的に医療を受けているがん患者数は140万人以上³、1年間に新たにがんにかかる者は50万人以上⁴と推計されている。

さらに、がんは加齢により発症リスクが高まるが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加していくと推測される。一方で、初期治療の終わったがん経験者が社会で活躍しているという現状もある。

こうしたことから、がんは、「国民病」であると呼んでも過言ではなく、国民全体が、がんを他人事ではない身近なものとして捉える必要性がより一層高まっている。

胃がん及び子宮がん等については、最近10年間で死亡率及び罹患率が横ばいとなっている一方で、食生活の欧米化等により、肺がん、大腸がん、乳がん及び前立腺がん等については増加傾向にあるなど、がんの種類によりその傾向に違いが見られる。

2 がんの予防、がんの早期発見

(1) がんの予防

がんの発生を促す要因には、喫煙及び食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症など様々なものがある。

がんの予防には、これらの生活習慣の改善やウイルスの感染予防等が重要であり、バランスのとれた取り組みが求められる。

(2) がんの早期発見

がんを早期発見するため、胃がんでは胃X線検査、肺がんでは胸部X線検査及び喀痰検査、乳がんではマンモグラフィ検査及び視触診、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸部がんでは細胞診等のがん検診が行われている。

これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらに内視鏡検査及びCT検査等の精密検査が実施される。

3 がんの医療

(1) 診断

がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や症状を発した場合、精密検査により、がんの種類やがんの進行度等が明らかにされ、確定診断が行われる。

³ 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

⁴ 厚生労働省研究班の推計による

(2) がん治療

がん治療には、局所療法として行われる手術及び放射線療法並びに全身療法として行われる化学療法があり、がんの種類や病態に応じて、これら各種療法を単独で実施する治療、あるいは効果的に組み合わせて実施する集学的治療が行われる。

がん治療については、学会等がEBM（科学的根拠に基づく医療）の手法により各種がんの診療ガイドラインを作成しており、現在、乳がん、肺がん、肝がん、胃がん、前立腺がん、食道がん、膵臓がん、胆道がん、大腸がん、腎がん、卵巣がん、皮膚がんについてのガイドラインがある。

また、各医療機関ではこれらの診療ガイドライン等に基づいてクリティカルパスが作成されている。

(3) 緩和ケア

治療の初期段階から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施することが求められている。

がん性疼痛の緩和では、医療用麻薬等による薬物療法や神経ブロック等が行われる。また、疼痛以外の嘔気や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状に対する治療や援助も行われる。

併せて、がん患者には、しばしば不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、精神医学的な対応が行われる。

さらに、患者と同様に様々な苦痛を抱えている家族にも心のケアを行うことが重要である。

(4) がん治療後のリハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

がん治療後は、切除等によって喪失した機能のリハビリテーション、再発したがんの早期発見など、定期的なフォローアップ等が行われる。

また、在宅療養を希望する患者に対しては、患者の意向に沿った医療が提供されるとともに、必要に応じて適切な緩和ケアが行われ、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供される。さらに、終末期には、看取りまで含めた療養が行われる。

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 がんの現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが連携・継続して実施される体制を構築する。

(1) 集学的治療（手術療法、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた治療）が実施可能な体制

- ① 進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
- ② 適切な治療法の選択に関して、患者自らが主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を受けられる体制

(2) 治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制

- ① 終末期だけでなく治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- ② 診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施

(3) 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上

- ① がん診療連携拠点病院による各種研修会、カンファレンス及び症例相談など地域連携・支援の実施
- ② がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、急変時の対応等に関して在宅療養中の患者を支援

2 各医療機能と連携

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

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

(1) がんを予防する機能【予防】

- ① 目標
 - ・ 禁煙などがん発症のリスクを低減させること
 - ・ がん検診の受診率を向上させること
- ② 関係者に求められる事項
（医療機関）

- ・ がんに係る精密検査を実施すること
- ・ 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること
- ・ 禁煙外来を実施していること
- ・ 敷地内禁煙を実施していること

(行政)

- ・ がん検診を実施すること
- ・ 都道府県がん登録を実施すること
- ・ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること
- ・ 検診の精度管理のための協議会を開催するなど、がん検診の精度管理を行うこと

(2) 専門的ながん診療機能【専門診療】

① 目標

- ・ がんの病態に応じて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施すること
- ・ 治療の初期段階から緩和ケアを実施するとともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施すること
- ・ 身体症状の緩和だけでなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを提供すること

② 医療機関に求められる事項

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

- ・ 血液検査、画像検査（X線検査、CT検査、超音波検査、MRI検査、核医学検査）及び病理検査等の、診断・治療に必要な専門的な検査が実施可能であること
- ・ 病理診断や画像診断等の専門的な診断が実施可能であること
- ・ 集学的治療が実施可能であること（化学療法については外来でも実施可能であること）
- ・ 患者の治療方針の決定に際し、異なる専門分野間の定期的なカンファレンス等を実施し、連携していること
- ・ 専門的な緩和ケアチームを配置していること
- ・ 専門的な緩和ケアを外来で実施可能であること
- ・ 治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）が受けられること
- ・ 喪失した機能のリハビリテーションが実施可能であること
- ・ 標準的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること（退院後の緩和ケアを含む）

- ・ 禁煙外来を設置していること

さらに、がん診療連携拠点病院としては以下の対応が求められる。

- ・ 院内がん登録を実施していること
- ・ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること
- ・ 地域連携支援の体制を確保し、研修、診療支援、緊急時の対応により、標準的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関の支援等を実施していること

③ 医療機関の例

- ・ がん診療連携拠点病院

(3) 標準的ながん診療機能【標準的診療】

① 目標

- ・ 精密検査や確定診断等を実施すること
- ・ 診療ガイドラインに準じた診療を実施すること
- ・ 専門的ながん治療を受けた患者に対して、治療後のフォローアップを行うこと
- ・ 治療の初期段階から緩和ケアを実施すること
- ・ がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題への対応が可能であること

② 医療機関に求められる事項

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

- ・ 血液検査、画像検査（X線検査、CT検査、MRI検査、核医学検査）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること
- ・ 病理診断や画像診断等の診断が実施可能であること
- ・ 手術療法又は化学療法が実施可能であること
- ・ 診療ガイドラインに準じた診療が実施可能であること
- ・ 緩和ケアが実施可能であること
- ・ 喪失した機能のリハビリテーションが実施可能であること
- ・ 専門的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（退院後の緩和ケア計画を含む）
- ・ 禁煙外来を設置していること

③ 医療機関の例

- ・ 病院又は診療所

(4) 在宅療養支援機能【療養支援】

- ① 目標
 - ・ がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること
 - ・ 緩和ケアを実施すること
- ② 医療機関に求められる事項
 - ・ 24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
 - ・ 疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
 - ・ 看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供すること
 - ・ 専門的ながん診療機能や標準的ながん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（退院後の緩和ケア計画を含む）
 - ・ 医療用麻薬を提供できること
- ③ 医療機関等の例
 - ・ 診療所
 - ・ ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院
 - ・ 薬局
 - ・ 在宅緩和ケア支援センター
 - ・ 訪問看護ステーション

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、がんの医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

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

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

- ① がん診療機能
 - ・ 手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況
 - ・ 緩和ケアの実施状況
緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師
緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況 等
 - ・ 診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況
 - ・ 院内がん登録の実施状況
 - ・ 地域連携クリティカルパスの整備状況
 - ・ がん診療に関する情報提供の状況
パンフレットの配布、ホームページでの情報提供 等
 - ・ 相談支援センターの整備状況
相談員の研修状況 等
- ② 在宅療養支援機能
 - ・ 在宅療養における24時間対応の有無
 - ・ 疼痛等に対する緩和ケアの実施状況
 - ・ がん診療機能を有する病院等との連携状況
- ③ がん予防
(医療機関等)
 - ・ 禁煙外来の実施状況
 - ・ 敷地内禁煙の実施状況
 - ・ 薬局の禁煙指導状況

(行政)

- ・ がん検診の受診状況
- ・ 市町村における精度管理・事業評価の状況

(3) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

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

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

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

3 連携の検討及び計画への記載

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

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

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

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、がんの良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

脳卒中の医療体制構築に係る指針

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

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

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

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には県全体で評価まで行えるようにする。

第1 脳卒中の現状

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

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

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

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

1 脳卒中の疫学

1年間に救急車によって搬送される急病患者の約11%、約33万人が脳卒中（脳

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

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

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

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

介護が必要になった者の25.7%は脳卒中が原因であり第1位である⁵。

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

2 脳卒中の医療

(1) 予防

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

(2) 発症直後の救護、搬送等

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

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

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

¹ 総務省消防庁「平成18年版 救急・救助の現況」

² 厚生労働省「患者調査」（平成17年）

³ 厚生労働省「人口動態統計月報年計（概数）」（平成18年）

⁴ 秋田県の脳卒中患者登録

⁵ 厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成16年）

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

(3) 診断

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

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

(4) 急性期の治療

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

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

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

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

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

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

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

である脳卒中ケアユニット等。

(5) リハビリテーション

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられる。

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

(6) 急性期以後の医療・在宅療養

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

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

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

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

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

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

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

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

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

(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

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

(3) 在宅療養が可能な体制

- ① 生活の場で療養ができるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

2 各医療機能と連携

前記「目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記

(1) から(6)に示す。

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

(1) 発症予防の機能【予防】

- ① 目標
 - ・ 脳卒中の発症を予防すること
- ② 医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
 - ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること

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

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

- ① 目標
 - ・ 脳卒中の疑われる患者が、発症後2時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
- ② 関係者に求められる事項
(本人及び家族等周囲にいる者)
 - ・ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと
(救急救命士等)
 - ・ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
 - ・ 急性期医療を担う医療機関へ発症後2時間以内に搬送すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

- ① 目標
 - ・ 患者の来院後1時間以内(発症後3時間以内)に専門的な治療を開始すること
 - ・ 廃用症候群や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること
- ② 医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 血液検査や画像検査(X線検査、CT検査、MRI検査)等の必要な検査が24時間実施可能であること
 - ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。)
 - ・ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内(もしくは発症後3時間以内)に組織プラスミノゲンアクチベーター(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること
 - ・ 外科的治療が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること
 - ・ 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療が可能であること
 - ・ リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること

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

③ 医療機関の例

- 救命救急センターを有する病院
- 脳卒中の専用病室を有する病院

(4) 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

③ 医療機関の例

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

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

① 目標

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

② 医療機関等に求められる事項

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

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

リテーションを含む）が実施可能であること

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

③ 医療機関等の例

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

(6) 生活の場で療養できるよう支援する機能【維持期】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

③ 医療機関等の例

- 診療所
- 訪問看護ステーション
- 療養通所介護事業所
- 薬局

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、脳卒中の医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

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

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

① 救急搬送

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

② 医療機関等

- ア 救命救急センター、脳卒中の専用病室を有する医療機関
- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 実施可能な治療法（t-PAによる脳血栓溶解療法を含む）、リハビリテーション
 - ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、転院前の待機日数等）
- イ リハビリテーションを専門とする病院、回復期リハビリテーション病棟を有する病院
- ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 実施可能な脳卒中の治療法、リハビリテーション
 - ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況、入院中のケアプラン策定状況等）

- ウ 介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所
- ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況）
 - ・ 介護サービスの実施状況、介護サービス事業所との連携の状況

エ 在宅医療を行っている診療所

- ・ 連携の状況（他の医療機関、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等との診療情報や治療計画の共有の状況）
- ・ 居宅等における看取りの実施状況

オ 介護保険による通所サービス、訪問サービスを行う介護サービス事業所

- ・ 介護サービスの実施状況

カ 訪問看護ステーション

- ・ 訪問看護の実施状況

(3) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

○ ストラクチャー指標

- ・ 脳卒中の専用病室を有する医療機関及びその病床数【急性期】
- ・ t-PAによる脳血栓溶解療法の実施設基準（日本脳卒中学会によるもの）を満たす医療機関数【急性期】
- ・ リハビリテーションが実施可能な医療機関等の数【急性期・回復期・維持期】
- ・ 訪問看護ステーション数【維持期】

○ プロセス指標

- ・ 健康診断・健康診査の受診率【予防】
- ・ 発症から救急通報を行うまでに要した平均時間【救護】
- ・ 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間【救護】
- ・ t-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施率及び実施数【急性期】
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率【急性期・回復期・維持期】
- ・ 入院中のケアプラン策定率【回復期・維持期】

○ アウトカム指標

- ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合
- ・ 発症1年後におけるADLの状況
- ・ 脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数（要介護度別）
- ・ 年齢調整死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

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

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、脳卒中中の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、維持期まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
そのために、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示)の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

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

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等

が存在する場合など、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、脳卒中中の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

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

急性心筋梗塞の医療体制構築に係る指針

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

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

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

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

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の实情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には県全体で評価まで行えるようにする。

第1 急性心筋梗塞の現状

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

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

1 急性心筋梗塞の疫学

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

虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている患者数は約86

万人と推計される⁴。

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

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

2 急性心筋梗塞の医療

(1) 予防

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

(2) 発症直後の救護、搬送等

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

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

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

(3) 診断

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

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

⁴ 厚生労働省「患者調査」（平成17年）

⁵ 厚生労働省「人口動態統計月報年計（概数）」（平成18年）

⁶ 東京都CCUネットワークのデータより

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

² 日本救急医療財団心肺蘇生法委員会「改訂3版 救急蘇生法の指針2005」

³ 総務省消防庁「平成18年版 救急・救助の現況」

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

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

(4) 急性期の治療

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

また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われる。

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

② 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法が基本であるが、必要に応じてST上昇型心筋梗塞と同様に緊急での冠動脈造影、PCI、CABGを行う。

(5) 心臓リハビリテーション

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

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

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

(6) 急性期以後の治療・在宅療養

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

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

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

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

(1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

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

(2) 発症後、速やかな専門的診療が可能な体制

- ① 医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始

(3) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制

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

(4) 在宅療養が可能な体制

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

2 各医療機能と連携

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

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

(1) 発症予防の機能【予防】

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

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

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

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

② 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

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

(救急救命士を含む救急隊員)

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

(3) 救急医療の機能【急性期】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

可能であること

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

③ 医療機関の例

- ・ 救命救急センターを有する病院
- ・ CCU等を有する病院

(4) 身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能【回復期】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

③ 医療機関の例

- ・ 内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所

(5) 再発予防の機能【再発予防】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

③ 医療機関の例

- ・ 病院又は診療所

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、急性心筋梗塞の医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

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

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

① 救急搬送

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

② 医療機関等

- ア 救命救急センター、CCU等を有する病院
 - ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 実施可能な治療法、リハビリテーション
 - ・ 患者来院後、血栓溶解療法または心臓カテーテル検査を開始するまでに要する時間
 - ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連携室の稼働状況等）
- イ 回復期のリハビリテーションを行う病院・診療所
 - ・ 検査、治療体制（人員・施設設備）
 - ・ 実施可能な急性心筋梗塞の治療法、リハビリテーション
 - ・ 連携の状況（他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況、医療連

携室の稼働状況等)

(3) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

- ストラクチャー指標
 - ・ CCUを有する病院及びその病床数【急性期】
 - ・ 冠動脈造影検査及び治療が実施可能な医療機関数【急性期】
 - ・ 心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数【急性期】
- プロセス指標
 - ・ 健康診断・健康診査の受診率【予防期】
 - ・ 発症から救急通報を行うまでに要した平均時間【救護】
 - ・ 救急要請(覚知)から医療機関収容までに要した平均時間【救護】
 - ・ 来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間【急性期】
 - ・ 地域連携クリティカルパス導入率【急性期・回復期・二次予防】
- アウトカム指標
 - ・ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合
 - ・ 年齢調整死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、急性心筋梗塞の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、急性心筋梗塞は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

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

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、急性心筋梗塞の医療体制を構築するに当たって、予防から救護、急性期、回復期、再発予防まで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
そのために、医療機関、消防機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・医師等専門職種の情報共有を図る。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」(平成6年厚生省告示)の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

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

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

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、急性心筋梗塞の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。
数値目標の設定に当たっては、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。
さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、患者の症例登録等を行うことが今後必要である。

糖尿病の医療体制構築に係る指針

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

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

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

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

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

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

第1 糖尿病の現状

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

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

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

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

狭心症、糖尿病性壊疽がある。

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

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

1 糖尿病の疫学

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

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

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

2 糖尿病の医療

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

なお、以下、糖尿病における「診療ガイドライン」は上記を指すこととする。

(1) 予防

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

¹ 厚生労働省「糖尿病実態調査」(平成14年)

² 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

³ 厚生労働省「糖尿病実態調査」(平成14年)

⁴ (社)日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の実況」(平成17年末)

⁵ 厚生労働省「人口動態調査」(平成17年)

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

(2) 診断

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

(参考：日本糖尿病対策推進会議編『糖尿病治療のエッセンス』より)

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

(3) 治療・保健指導

糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病で異なる。

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

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

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

(表：血糖コントロール指標と評価)

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

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

(4) 合併症の治療

① 急性合併症

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

② 慢性合併症

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

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

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

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

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

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

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

(1) 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制

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

(2) 血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

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

(3) 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

2 各医療機能と連携

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

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

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

- ① 目標
 - ・ 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
 - ・ 良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施すること
- ② 医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること
 - ・ 75g OGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
 - ・ 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
 - ・ 低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
 - ・ 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

- ③ 医療機関の例
 - ・ 病院又は診療所

(2) 血糖コントロール不可例の治療を行う機能【専門治療】

- ① 目標
 - ・ 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること
- ② 医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 75g OGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
 - ・ 各専門職種のチームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む。)が実施可能であること
 - ・ 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
 - ・ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
 - ・ 糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ③ 医療機関の例
 - ・ 病院又は診療所

(3) 急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

- ① 目標
 - ・ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること
- ② 医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。
 - ・ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること
 - ・ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
 - ・ 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ③ 医療機関の例
 - ・ 病院又は診療所

(4) 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

- ① 目標

- ・ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

② 医療機関に求められる事項

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

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

③ 医療機関の例

- ・ 病院又は診療所

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携等について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

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

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

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

(3) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

- ストラクチャー指標
 - ・ 糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関数【初期・安定期治療、専門治療】
 - ・ 教育入院を行う医療機関数【専門治療】
 - ・ 急性合併症の治療を行う医療機関数【急性増悪時治療】
- プロセス指標
 - ・ 地域医療連携クリティカルパスの導入率【初期・安定期治療、専門治療、慢性合併症治療】
- アウトカム指標
 - ・ 薬物療法からの離脱実績
 - ・ 治療中断率（医師の判断によらないものに限る）
 - ・ 糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数
 - ・ 糖尿病による失明発症率
 - ・ 糖尿病腎症による新規透析導入率
 - ・ 年齢調整死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たって、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に糖尿病の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。
また糖尿病対策推進会議（日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が、糖尿病の発症予防等を目指して共同で設立した会議）を活用すること。

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、血糖コントロールを中心として、多種多様な合併症についても連携して治療を実施できるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。
そのために、医療機関、地域医師会等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有を図る。

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

- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示）の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

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

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

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、糖尿病の良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

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

救急医療の体制構築に係る指針

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

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

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

第1 救急医療の現状

1 救急医療をとりまく状況

わが国における救急医療の受療動向は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 救急患者数

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

※ 救急患者

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

(2) 救急搬送数

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

(3) 高齢患者の増加

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

合も増加するものと見込まれる。

(4) 疾病構造の変化

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

(5) 重症患者の動向

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

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

(6) 軽症患者の動向

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

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

(7) 精神科救急医療の動向

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

³ 総務省消防庁「救急需要対策に関する検討会 報告書」

⁴ 厚生労働省障害保健福祉部調(平成17年)

⁵ 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

¹ 総務省消防庁「平成18年版他 救急・救助の現況」

² 厚生労働省「患者調査」(平成17年)

2. 救急医療の提供体制

救急医療の提供体制は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 病院前救護活動

① 市民への救急蘇生法の普及と、自動体外式除細動器（AED）の設置

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

この結果、救急隊員によって搬送される心肺停止患者のおよそ34%に対して家族等による人工呼吸や胸骨圧迫等の救急蘇生法が実施されており、その割合は毎年上昇している⁷。

平成16年より一般住民の使用が可能となったAEDについても、全国で4万台余り（医療機関や消防機関に設置された3万台を除く）が設置されるに至り⁸、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待される。

② 消防機関による救急搬送と救急救命士等

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

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

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

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

いる⁷。

※ メディカルコントロール

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

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

③ 搬送手段の多様化とその選択

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

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

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

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

※ 救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）について

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

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

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

④ 救急搬送先病院と転送

救急医療機関の整備については、これまで、重症度・緊急度に応じて、階層的

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

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

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

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

体制の整備等によって、「救急車の転送⁹」は近年、減少傾向にある¹。

※ 救急車の転送

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

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

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

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

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

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

(2) 救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

① 救命救急センター

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

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

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

② 脳卒中や急性心筋梗塞に対する救急医療

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

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

③ アクセス時間を考慮した体制の整備

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

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

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

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

※ GIS（Geographic Information System）

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

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

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

④ いわゆる「出口の問題」

前述の「電話の転送」の原因のひとつに、「ベッドの満床」が挙げられている。

⁹ 埼玉県「救急傷病者受入要請に係る調査結果」

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

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

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

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

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

(3) 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

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

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

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

また、輪番制病院制度は地域の救急医療を担う人材や設備に限られている中で、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¹²、当該医療機関の更なる充実が重要である。

※ 救急病院

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

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

(4) 初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

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

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

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

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

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

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

さらに、「自殺総合対策大綱」（平成19年6月8日閣議決定）に基づき、自殺未

¹¹ 厚生労働省「救急医療対策事業調査」（平成17年）

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

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

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

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

(1) 適切な病院前救護活動が可能な体制

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

(2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

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

(3) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

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

2 各医療機能と連携

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

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

(1) 病院前救護活動の機能【救護】

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

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

② 関係者に求められる事項

ア 住民等

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

イ 消防機関の救急救命士等

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

ウ メディカルコントロール協議会等

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

(2-1) 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

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

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

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

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

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

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

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

③ 医療機関の例 救急病院

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

（2-3）初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

① 目標

- ・ 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。
- ・ 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること
- ・ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関と連携していること
- ・ 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

③ 医療機関の例

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

（3）救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後医療】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

- ・ 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
- ・ 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること
- ・ 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療

を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること

- ・ 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ・ 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③ 医療機関等の例

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

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、救急医療の体制を構築するに当たって、患者動向、医療資源及び医療連携について、次に掲げる項目を参考に情報等を収集し、現状を把握する。

(1) 救急患者動向に関する情報の収集

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

(2) 救急医療の医療資源に関する情報の収集（新たな調査を要する）

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

(3) 救急医療連携に関する情報の収集（新たな調査を要する）

① 救急搬送等

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

② 救急医療に関連する施設の連携状況（新たな調査を要する）

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

(4) 指標による現状把握

(1) から (3) の情報を基に、例えば下記に示すような指標により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

(参考：指標の例)

- ストラクチャー指標
 - ・ 住民の救急蘇生法講習の受講率【救護】
 - ・ AEDの設置台数とその配置【救護】
 - ・ 救急車の稼働台数と、その配置【救護】
 - ・ 救急救命士が同乗している救急車の割合【救護】
 - ・ 救急医療施設の数と配置【救命医療、入院医療、初期救急医療】
 - ・ 救急医療に携わる医師数（診療所医師、病院勤務医、救急科専門医等）【救命医療、入院医療、初期救急医療】
- プロセス指標
 - ・ 救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率【救護】
 - ・ 一般市民のAED使用症例数とその事後検証実施率【救護】
 - ・ 救急救命士によって行われる特定行為の件数【救護】
 - ・ 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間【救護、救命医療】
 - ・ 1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率【救護、救命医療】
 - ・ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば30分以上、あるいは5医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合【救護、救命医療、入院医療】
 - ・ 救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合（救急搬送応需率）【救護、救命医療】
 - ・ 都道府県の救命救急センターの充実度評価の状況【救命医療】
 - ・ 二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合【救護、入院医療】
 - ・ 診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合【初期救急医療】
- アウトカム指標
 - ・ 心肺停止患者の一ヶ月後の予後

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

(1) 都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定する。

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

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

(3) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に救急医療・救急搬送に従事する者、消防主管部局、メディカルコントロール協議会、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討及び計画への記載

(1) 都道府県は、救急医療体制を構築するに当たって、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が提供されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

そのために、医療機関、消防機関、消防主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報（提供可能な救急医療等）の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報の共有を図る。

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

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

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

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

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切な救急医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

災害時における医療体制の構築に係る指針

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

本指針では、「第1 災害医療の現状」で災害医療がどのようなものであるのかについて概観し、次に「第2 医療機関とその連携体制の目指すべき方向」でどのような医療体制を構築するのかを示している。

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

第1 災害医療の現状

1 災害の現状

災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道事故といった人為災害等に至るまで様々な種類がある。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なる。

(1) 自然災害

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山、雪害等がある。

① 地震

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

昭和23年の福井地震の後、死者が一千名を超える地震災害は、平成7年1月の阪神・淡路大震災（死者6,433名）のみであるが、平成16年10月の新潟県中越地震（死者51名）等のように、数年に1回の頻度で、死者が20人を超える地震災害が発生している。

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

② 風水害等

最近10年間で集中豪雨が著しく増加しており、今後も、地球の温暖化等の影響による、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されている。また平成18年には、相次ぐ竜巻災害により観測史上例を見ない12名の死者が発生している¹。

<平成18年における風水害等の状況>

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

(2) 人為災害

人為災害として、列車事故、原子力災害等の大規模事故やテロ等が挙げられる。

① 交通・列車事故

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

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

② テロ

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

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

2 災害医療の提供

我が国の災害医療体制は、国や自治体が一部支援しつつ、関係機関（救急医療機関、日本赤十字社、地域医師会等）において、地域の实情に応じた体制が整備されてきた。さらに、平成7年に発生した阪神・淡路大震災、地下鉄サリン事件を契機に、下記の

¹ 内閣府「平成19年版 防災白書」

² 内閣府「平成19年版 交通安全白書」

ような整備がなされた。

(1) 災害拠点病院

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

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

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

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

なお、地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群[※]等が多く発生するが、平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、救命救急センターは、災害拠点病院としても整備する必要がある。

※ 挫滅症候群

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

(2) 災害派遣医療チーム

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

平成19年6月1日現在、298チームが編成されている。

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

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

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

また、阪神淡路大震災（平成7年）や、今後発生が懸念される東海地震などによって甚大な人的被害が起こった場合には、これらの対応に加えて、遠隔地域からもDMATが被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ多数広域医

療搬送する際の医療支援を行う。

これまでのDMATの活動実績については、例えば、青森県八甲田山雪崩事故（平成18年）に同県内のDMATが出勤し、災害現場において医療を実施した例や、能登半島沖地震（平成19年）で、被災県に向けて近隣県からのDMATが出勤し、都道府県をまたがる活動が行われた事例等が挙げられる。

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

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

また、DMATの活動に係る医療機関と消防機関との連携について地域における指針を定めることや、地域防災計画においてDMATの役割について明示することなどにより、DMAT活動が円滑に行われるよう配慮することが重要である。

(3) 救護班

災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、地域医師会等を中心とした救護班が、DMATとも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

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

(4) 広域災害・救急医療情報システム

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

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

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

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

(5) NBC災害・テロへの対応

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

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

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

また構築に当たっては、地域の防災計画と整合性を図る。

(1) 災害急性期（発災後48時間以内）において必要な医療が確保される体制

- ① 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制
- ② 必要に応じてDMATを直ちに派遣できる体制

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

- ① 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

2 各医療機能と連携

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

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

- 基幹災害医療センターは、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。災害医療センターは、地域において中心的な役割を担う。
- ・ 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
 - ・ 多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
 - ・ 診療に必要な施設は耐震構造であること
 - ・ 除染設備、表面汚染測定器、防毒マスク等NBCテロ等特殊な災害に対する医療活動に必要な施設・設備を有していること
 - ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
 - ・ 水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
 - ・ 対応マニュアルの整備、研修・訓練等による人材育成を実施すること
 - ・ 基幹災害医療センターにおいては、災害医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと

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

③ 医療機関の例

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

③ 医療機関等の例

- ・ 病院又は診療所

(2) DMAT等医療従事者を派遣する機能【応援派遣】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

③ 医療機関の例

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

(3) 救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【健康管理】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、災害時の医療体制を構築するに当たって、人口、医療資源及び医療連携等について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

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

(2) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

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

- ・ 広域災害救急医療情報システムへに登録している病院の割合

○ プロセス指標

- ・ 各地域における防災訓練の実施回数
- ・ 基幹災害医療センターにおける県下の防災関係医療従事者を対象とした研修の実施回数【救命医療】

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

(1) 都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「第1 情報の収集」で収集した情報を分析し、原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、都道府県をまたがる広域搬送等の広域連携体制を定める。

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

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

3 連携の検討及び計画への記載

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

そのために、医療機関、消防機関、消防主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。

(2) 医療計画には、原則として、各機能を担う医療機関の名称を記載することとする。

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

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

また記載に当たっては下記の点に留意する。

① 災害拠点病院

災害拠点病院については、地勢的・地質的状況、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 広域搬送拠点臨時医療施設

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

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切な災害時の医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

へき地の医療体制構築に係る指針

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

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

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

具体的には、「第1 へき地医療の現状」でへき地医療の状況がどのようなものであるのか、どのような医療が行われているのかを概観し、次に「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各関係機関に求められる機能を理解した上で、機能を担う関係機関とさらにそれらの関係機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第1 へき地の医療の現状

1 無医地区の現状

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 第10次へき地保健医療対策の概要

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

¹ 厚生労働省「無医地区等調査」（平成16年度）

3 へき地の医療提供体制

(1) 医療提供施設等

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

(2) へき地医療を支援する機関等

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

(3) 患者の搬送体制

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

- ② 外海離島（沿海域以遠）
 - ・ ヘリコプターの着陸地点の指定

- ③ 陸上
 - ・ 夜間の搬送体制
 - ・ 夜間等に対応する地域外の当番病院の指定
 - ・ 移動困難時における医療チームの定期的な派遣

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

③ 関係機関の例

- ・ へき地保健指導所
- ・ へき地診療所
- ・ 保健所

(2) へき地における診療の機能【へき地診療】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

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

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

③ 医療機関等の例

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

(3) へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

① 目標

- ・ 診療支援機能の向上を図ること

② 医療機関に求められる事項

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

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

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

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

詳細は策定通知の別添「へき地保健医療対策等について」を参照のこと。

(1) 医療を確保する体制

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

(2) 診療を支援する体制

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

2 各医療機能と連携

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

(1) へき地における保健指導の機能【保健指導】

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

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

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

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

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

③ 医療機関の例

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

(4) 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

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

① 都道府県

- ・へき地保健医療計画の策定及びそれに基づく施策の実施

② へき地医療支援機構及び社団法人地域医療振興協会

- ・へき地保健医療計画に基づく施策の実施

第3 構築の具体的な手順

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

1 情報の収集

都道府県は、へき地の医療体制を構築するに当たって、対象地域の地区ごとに患者動向、医療資源及び医療連携等について、次に掲げる項目を参考に情報を収集し、現状を把握する。

(1) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

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

(2) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

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

2 連携の検討及び計画への記載

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

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

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

(3) 医療計画には、原則として、対象地区及び各機能を担う関係機関の名称を記載することとする。

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

3 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

周産期医療の体制構築に係る指針

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

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

本指針では、周産期の医療体制を構築するに当たり、母子保健通知等を考慮に入れつつ、「第1 周産期医療の現状」で周産期医療をとりまく状況がどのようなものであるのかを概観し、次に「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

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

第1 周産期医療の現状

1 周産期医療をとりまく状況

わが国における周産期医療の受療動向は、およそ以下のとおりとなっている。

(1) 分娩件数及び出生の場所¹

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

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

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

(2) 出産年齢の推移¹

全出産中の35歳以上の割合は、昭和25年（1950年）に15.6%（36.

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

(3) 複産の割合¹

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

(4) 周産期死亡率及び死産率¹

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

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

(5) 帝王切開術の割合¹

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

(6) 低出生体重児¹

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

(7) その他（「健やか親子21」各課題の取組より）

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

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

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

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

2 周産期医療の提供体制

(1) 周産期医療の提供体制

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

¹ 厚生労働省「人口動態調査」

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

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

- ③ このような状況の中で、周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められてきたところである。
- ④ また、平成17年12月22日付け医政局長、雇用均等・児童家庭局長連名通知「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。

（2）産科医の実態

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

（3）助産師の実態

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

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

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

³ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁴ 厚生労働省「衛生行政報告例」

⁵ 厚生労働省「衛生行政報告例」による助産所開設者数を計上

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 周産期医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築する。

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

（1）正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、地域周産期施設間の連携

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

（2）周産期の救急対応が24時間可能な体制

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

* 母子保健通知における「周産期医療システム整備指針」に規定されるもの。

（3）新生児医療の提供が可能な体制

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

（4）NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

- ① 周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援

2 各医療機能と連携

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

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

(1) 正常分娩等を扱う機能（日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）

【正常分娩】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

③ 医療機関の例

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

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

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

（参考：母子保健通知より）

ア 機能

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

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

イ 整備内容

（ア）施設数

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

（イ）診療科目

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

（ウ）設備

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

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

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

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

（エ）医療従事者

以下の医療従事者を配置するよう努めることが望ましい。

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

ウ 連携機能

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

③ 医療機関の例

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

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

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

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

（参考：母子保健通知より）

ア 機能

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

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

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

イ 整備内容

（ア）施設数

総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一所整備するものとする。

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

（イ）診療科目

総合周産期母子医療センターは、産科及び小児科（母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室を有する。）、麻酔科その他の関係診療科目を有するものとする。

なお、総合周産期母子医療センターに小児外科を有しない場合には、小児外科を有する他の施設と緊密な連携を図るものとする。

（ウ）設備等

総合周産期母子医療センターは、以下の設備を備えるものとする。

a 母体・胎児集中治療管理室

- （a）分娩監視装置
- （b）呼吸循環監視装置
- （c）超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものとする。）
- （d）その他母体・胎児集中治療に必要な設備
- （e）母体・胎児集中治療管理室は、必要に応じ個室とすること。

b 新生児集中治療管理室

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

c 後方病室

母体・胎児集中治療管理室の後方病室（母体・胎児集中治療管理室において管理していたもののうち、軽快して管理の程度を緩めうる状態となった者及び同室にて管理を必要とする状態に移行することが予想されるものの現時点では管理の程度が緩やかでよい者並びに比較的风险が低いか又は消失した妊婦、褥婦を収容する室を指す。以下同じ。）、及び新生児集中治療管理室の後方病室（新生児集中治療管理室より退出した児、及び点滴、酸素投与等の処置を必要とする児を収容する室を指す。以下同じ。）に必要な設備。

d ドクターカー

医師の監視のもとに母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療器械を搭載した周産期医療に利用しうるドクターカーを必要に応じ整備するものとする。

e 検査機能

血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものとする。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする。

f 輸血の確保

血小板等成分輸血を含めた輸血の供給ルートを常に確保し、緊急時の大量使用に備えるものとする。

ウ 病床数

(ア) 母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の病床数は、都道府県の人口等に応じ総合周産期母子医療センターとしての適切な病床数を確保することを基本とし、母体・胎児集中治療管理室の病床数は6床以上、新生児集中治療管理室の病床数は9床以上（12床以上とすることが望ましい）とする。ただし、三次医療圏の人口が概ね100万人以下の場合にあっては、母体・胎児集中治療管理室の病床数は3床以上、新生児集中治療管理室の病床数は6床以上とする。

なお、両室の病床数については、以下のとおり取扱うものとする。

- a 母体・胎児集中治療管理室においては、これと同等の機能を有する陣痛室のベットを含めて数えることとして差し支えない。ただし、この場合、陣痛室のベットを含めない病床数は6床を下回ることができない。
- b 新生児集中治療管理室に係る病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について数えるものとする。

(イ) 母体・胎児集中治療管理室の後方病室は、母体・胎児集中治療管理室の2倍以上の病床数を有することが望ましい。

(ウ) 新生児集中治療管理室の後方病室は、新生児集中治療管理室の2倍以上の病床数を有することが望ましい。

エ 医療従事者

母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室は、24時間診療体制を適切に確保するために必要な以下の職員を確保することが望ましい。

(ア) 母体・胎児集中治療管理室

- a 24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が勤務していること。
- b 母体・胎児集中治療管理室の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。

(イ) 新生児集中治療管理室

- a 24時間体制で常時新生児を担当する医師が勤務していること。
- b 常時3床に1名の看護師が勤務していること。

(ウ) 新生児集中治療管理室の後方病室
常時8床に1名の看護師が勤務していること。

(エ) 分娩室

助産師、看護師が病棟とは独立して勤務することを原則とする。
ただし、母体・胎児集中治療管理室の勤務を兼ねることは差し支えない。

オ 周産期医療情報センター

総合周産期母子医療センター等に、周産期医療情報センターを設置し、地域周産期母子医療センターと電話回線等により接続することにより、周産期医療システムの運営に必要な情報の収集を行うとともに、地域周産期医療関連施設、地域住民等に対する情報提供、相談等を行う。

本システムで収集された情報のうち、周産期医療の状況把握に必要と認められる情報について項目を定め、定期的に収集するとともに、これを周産期医療協会へ報告し、同協会において協議の上、地域周産期医療関連施設等に公表するものとする。

(ア) 整備内容

- a 周産期救急情報システム（必置）
周産期医療に関する診療科別医師の存否及び勤務状況、病床の空床状況、手術、検査及び処置の可否、重症例の受入れ可能状況並びに搬送に向く医師の存否等に関する情報を収集、提供する。
- b 周産期医療情報システム
周産期救急情報システムに加え、産科及び新生児の医療に関する各種情報を収集整備し、地域における周産期医療のデータ解析、評価を行うシステムを整備するよう努める。

(イ) 情報収集の方法

- a コンピューター等による収集（毎日定時及び随時必要なもの）
- b 電話、FAX等による収集（情報の変動が比較的少ないもの）

(ウ) 情報提供及び相談

地域周産期医療関連施設等に対し、以下の情報提供及び相談を行う。

- a 周産期医療に関する基礎的知識、最新の技術及び地域周産期医療関連施設から依頼された検査の結果
- b 適切な受け入れ施設の選定、確認及び回答等

カ 周産期医療関係者研修

都道府県は、総合周産期母子医療センターにおいて、地域周産期母子医療センター、地域周産期医療関連施設等の医師、助産師、看護師及び准看護師に対し、周産期医療に必要な専門的・基礎的知識、技術を習得させるため、到達目標を定め、その研修を行う。

(ア) 目標

- a 周産期医療に必要とされる基本的な知識、技術を習得させる。
- b 緊急を要する患者に対する的確な判断力及び高度な技術を習得させる。
- c 地域周産期母子医療センターの医師に対しては、最新の医学的技術を習得させる。

(イ) 研修の内容

- a 産科
 - (a) 胎児及び母体の状況の適切な把握と迅速な対応
 - (b) 産科ショックとその対策
 - (c) 妊産婦死亡とその防止対策
 - (d) 帝王切開の問題点
- b 新生児
 - (a) 新生児蘇生法
 - (b) 新生児の緊急手術
 - (c) ハイリスク新生児の迅速な診断
 - (d) 新生児管理の実際
 - (e) 退院後の保健指導等

③ 医療機関の例

- ・ 総合周産期母子医療センター等

(4) 周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるように支援する機能【療養・療育支援】

① 目標

- ・ 周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）
- ・ 在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施すること

② 医療機関等に求められる事項

- ・ 周産期医療施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受け入れが可能であること
- ・ 児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること
- ・ 訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携に

より、医療、保健及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整し、適切に療養・療育できる体制を提供すること

- ・ 地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
- ・ 重症心身障害児施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③ 医療機関等の例

- ・ 小児科を標榜する病院又は診療所
- ・ 在宅医療を行っている診療所
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 重症心身障害児施設
- ・ 肢体不自由児施設

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、下記に示す患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 出生率（人口動態調査）
- ・ 合計特殊出生率（人口動態調査）
- ・ 分娩数（帝王切開件数を含む。）（医療施設調査）
- ・ 低出生体重児出生率（人口動態調査）
- ・ 新生児死亡率（人口動態調査）
- ・ 周産期死亡率（人口動態調査）
- ・ 妊産婦死亡率（人口動態調査）
- ・ 産後訪問指導を受けた割合（地域保健・老人保健事業報告）

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する）

① 救急搬送

- ・ 母体搬送、新生児搬送等の救急搬送件数
- ・ 搬送先医療機関
- ・ 周産期救急情報システム等の活用状況
- ・ 救急要請から医療機関収容までに要した平均時間
- ・ 搬送先医療機関の選定において問い合わせた周産期医療施設数

② 医療機関等

ア 正常分娩に対応する病院・診療所

- ・ 分娩数等の診療内容及び診療体制等
産科医及び産婦人科医の数
助産師数 等
- ・ 対応可能な分娩
母体、胎児の条件 等
- ・ 医療連携の状況
リスクの低い帝王切開術に対応するための連携状況
オープンシステムへの参加状況
医療機器共同利用の状況
他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況 等

イ 分娩を取り扱う助産所（院内助産所を含む。）

- ・ 分娩数等の診療内容及び診療体制等（助産師数）

- ・ 対応可能な分娩（母体、胎児の条件等）
- ・ 医療連携の状況（嘱託医、嘱託医療機関の産科医との連携状況等）

ウ 周産期医療施設

設備

- ・ 新生児集中治療管理室（NICU）の病床数
- ・ 母体・胎児集中治療管理室（MFICU）の病床数
- ・ ドクターカー 等

分娩数等の診療内容及び診療体制等

- ・ 産科医及び産婦人科医の数
- ・ 新生児の医療を担当する医師数
- ・ 助産師数 等

対応可能な分娩

- ・ 母体、胎児の条件 等

医療連携の状況

- ・ 他の医療機関からの搬送受入状況
- ・ オープンシステムの実施状況
- ・ 医療機器共同利用の状況
- ・ 他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況
- ・ 在宅療養・療育を支援する機能を持った施設等との連携状況 等

エ 在宅療養・療育を支援する機能を持った施設

- ・ 診療内容及び診療体制等
医師数、看護師数 等
- ・ 対応可能な医療内容
人工呼吸器管理、気管切開のケア、痰の吸引のある児 等
- ・ 医療連携の状況
他の医療機関からの紹介状況
救急対応可能な病院等との事前の連携状況
他の医療機関との診療情報や治療計画の共有の状況 等

(3) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

○ ストラクチャー指標

- ・ NICUを有する医療機関及びその病床数【地域周産期医療・総合周産期医療】
- ・ MFICUを有する医療機関及びその病床数【総合周産期医療】

- ・ 分娩を取り扱う産科又は産婦人科病院数【正常分娩】
- ・ 分娩を取り扱う産科又は産婦人科診療所数【正常分娩】
- ・ 分娩を取り扱う助産所数【正常分娩】
- ・ 院内助産所数【正常分娩】
- ・ 産科医及び産婦人科医の数【正常分娩・地域周産期医療・総合周産期医療】
- ・ 新生児を担当する医師数【地域周産期医療・総合周産期医療】
- ・ 助産師数【正常分娩・地域周産期医療・総合周産期医療】

○ プロセス指標

- ・ 出生率（人口動態調査）
- ・ 合計特殊出生率（人口動態調査）
- ・ 低出生体重児出生率（人口動態調査）
- ・ 母体搬送数
- ・ 新生児搬送数
- ・ 分娩数（帝王切開件数を含む。）（医療施設調査）
- ・ NICU収容児数・平均在院日数
- ・ 産後訪問指導を受けた割合（地域保健・老人保健事業報告）

○ アウトカム指標

- ・ 新生児死亡率（人口動態調査）
- ・ 周産期死亡率（人口動態調査）
- ・ 妊産婦死亡率（人口動態調査）

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児、新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が圏域内で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に周産期医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する
また、現行の周産期医療協議会を十分に尊重・活用する。

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、周産期医療の体制を構築するに当たって、分娩の安全確保を考慮した上で、地域の医療機関が妊産婦、胎児、新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担する連携となるよう、また、関係機関・施設の信頼関係を醸成するよう配慮する。
そのために、医療機関、地域医師会等関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。
- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示）の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。
その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。
- (4) 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こととする。

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

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合にあっては、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) 集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。
 - ① 連携強化病院の体制
 - ② 連携病院の体制
 - ③ 連携強化病院と連携病院の連携体制
 - ④ 連携強化病院における地域の周産期医療施設の支援体制
 - ⑤ 医療機関間における搬送体制

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切な周産期医療を提供する体制について、事後に定量的な

比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

小児医療の体制構築に係る指針

小児医療については、これまで未熟児養育医療、小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援事業（育成医療）等に対する公費負担事業や重症度に応じた救急医療体制の整備等の対策を進めてきたところであり、これらの達成目標は、「健やか親子21」（平成12年）や「子ども・子育て応援プラン」（平成16年）にも目標値として盛り込まれているところである。

さらに、平成17年8月に関係省庁により発表された「医師確保総合対策」等において小児科医の不足が指摘されたことから、都道府県に対し、平成17年12月22日付け医政局長、雇用均等・児童家庭局長連名通知「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（以下「集約化推進通知」という。）において、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策であることを示したところである。

しかしながら、小児医療に関連する体制の全てについて、これまで必ずしも一定の体系化の下、整備されてきたわけではない。

このため、当面、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」を参考に、小児救急医療のみならず一般の医療も視野に入れながら、小児の医療体制を構築する。

本指針では、小児医療の体制構築に当たり、「第1 小児医療の現状」で小児医療をとりまく状況がどのような医療が行われているのかを概観し、次に、「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また各医療機能を理解した上で、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 小児医療の現状

1 小児医療をとりまく状況

(1) 小児の疾病構造

1日当たりの全国の小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）患者数（推計）は、入院で約3.4万人、外来で約7.4万人となっている¹。

① 入院については、喘息（10.4%）をはじめとする呼吸器系の疾患（2.4、

2%）のほか、「周産期に発生した病態」（18.5%）、「神経系の疾患」（10.7%）、「先天奇形、変形及び染色体異常」（8.7%）が多い。

② また、外来については、急性上気道感染症（18.5%）をはじめとする呼吸器系の疾患（43.9%）が圧倒的に多い。

また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種、児童虐待への対応等の保健活動が占める割合が大きい。

なお、小児救急については、患者の多くが軽症者であり、また、夕刻から準夜帯（18時から23時まで）にかけて受診者が多くなることが指摘されている。

(2) 死亡の状況

我が国の周産期死亡率（出産千対）は4.8、乳児死亡率（出生千対）は2.8と、諸外国と比較しても最低水準にあるが、幼児（1歳から4歳まで）の死亡率（人口10万対）は25.4と依然、高水準である²。

その主な原因は、「不慮の事故」（20.6%）、「先天奇形、変形及び染色体異常」（16.1%）、「悪性新生物」（8.7%）となっている。

(3) 小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成7年の2,003万人から平成17年の1,752万人まで減少している。）にも関わらず、18歳未満の救急搬送数を見ると、平成8年の39万人から平成17年の51万人と増加傾向にある。

また、同搬送における軽症者の割合は8割弱となっている。さらに、小児の入院救急医療機関（第二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、9割以上は軽症であることが指摘されている³。このように、小児救急患者については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においてさえ軽症患者が多数受診している様子がうかがえる。

小児救急患者の時間帯別の受診状況を見ると、平日では夕刻から準夜帯（18時から22時頃まで）にかけて増加傾向にあり、さらに土・日では多くなっている⁴。このように、小児救急患者は、いわゆる時間外受診が多いことが指摘されている。

このような小児救急における受療行動には、少子化、核家族化、夫婦共働きといっ

² 厚生労働省「人口動態調査」（平成17年）

³ 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」（平成14年）ほか

⁴ 厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」（主任研究者 衛藤義勝）（平成16年度）

¹ 厚生労働省「患者調査」（平成17年）

た社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医指向、病院志向が大きく影響していると指摘されている。

2 小児医療の提供体制

(1) 医療施設の状況

- ① 平成5年から平成17年までの間に小児科を標榜している一般病院は22%減少(4,026から3,154)、診療所は7.5%減少(27,370から25,316)している。
- ② 小児慢性特定疾患を取り扱う機関については各都道府県において指定されている。
- ③ 平成11年度以降、小児救急医療体制の充実を図るため、病院群輪番制(14地区)や拠点病院(28か所)の整備を推進している。(数値はいずれも平成18年9月現在)
- ④ 高度な医療を提供する新生児集中治療室(NICU)を有する一般病院の数は、平成5年の339病院から平成17年の343病院へと微増している。

(2) 小児医療に係わる医師等の状況

- ① 我が国の小児科を標榜する病院一施設当たりの、小児人口は約5千人(例えば、英国では約2万5千人)、小児科医数は平均2名余(英国は約20名)と、他の先進諸国に比べ、医療資源が広く薄く配置されている状況が指摘されている⁵。
- ② 平成6年から平成16年までの間に小児科医の数は13,346人から14,677人と約1,300人増加している。また、小児人口1万人当たりの小児科医数でみても、6.5から8.3と増加傾向にある。
一方、小児の救急搬送件数は増加しており、小児科医1名当たりの小児救急搬送数は増加している。

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

当面、日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」を参考に、小児救急医療のみならず一般の医療も視野に入れながら、医療体制を構築していく。

その際、圏域ごとに少なくとも一箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保することを目標に、既存の医療機関相互の連携や各事業の効果的な組合せ等によって、地域における小児医療の連携の構築を目指すこととする。

(1) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

- ① 急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制
- ② 慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する精神的サポート等を実施する体制
- ③ 家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制

(2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

- ① 地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制
- ② 二次医療圏において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制
- ③ 三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制

※ 慢性疾患児や障害児、心の問題のある児等に関しては、上記①～③の分類に基づく医療提供体制が必ずしも当てはまらない場合が想定されることから、地域の実情に応じ、適宜、体制の確保を図る。

(3) 地域の小児医療が確保される体制

- ① 医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制
- ② 小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制

(4) 療養・療育支援が可能な体制

- ① 小児病棟やNICU等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施

2 各医療機能と連携

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

⁵ 日本小児科学会調

から(4)に示す。

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

(1) 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

① 目標

- ・ 子供の急病時の対応等を支援すること
- ・ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること
- ・ 不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること

② 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- ・ 必要に応じ電話相談事業等を活用すること
- ・ 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
- ・ 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

(消防機関等)

- ・ 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること
- ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- ・ 救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

(行政機関)

- ・ 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること(小児救急電話相談事業)
- ・ 急病時の対応等について受療行動の啓発を実施すること(小児救急医療啓発事業)
- ・ 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導する体制を確保すること(自動体外式除細動器普及啓発事業)
- ・ 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源福祉サービス等について情報を提供すること

(2) 一般小児医療

地域において、日常的な小児医療を実施する。

(2-1) 一般小児医療(初期小児救急医療を除く。)を担う機能【一般小児医療】

① 目標

- ・ 地域に必要な一般小児医療を実施すること
- ・ 生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施する

こと

② 医療機関に求められる事項

- ・ 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- ・ 軽症の入院診療を実施すること(入院設備を有する場合)
- ・ 他の医療機関の小児病棟やNICU等から退院するに当たり、生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること
- ・ 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス(レスパイトを含む。)を調整すること
- ・ 重症心身障害児施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- ・ 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
- ・ 専門医療を担う地域の病院と、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

- ・ 小児科を標榜する診療所
- ・ 一般小児科病院*、過疎小児科病院*
- ・ 連携病院(集約化推進通知に規定されるもの)
- ・ 訪問看護ステーション

※ 平成18年6月日本小児科学会理事会中間報告書「小児医療提供体制の改革ビジョン」(以下「改革ビジョン」という。)に規定されるもの

(2-2) 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

① 目標

- ・ 初期小児救急を実施すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること
- ・ 緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
- ・ 地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設(オープン制度)や小児初期救急センター等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること

③ 医療機関の例

(平日昼間)

- ・ 小児科を標榜する診療所
- ・ 一般小児科病院、過疎小児科病院(改革ビジョンに規定されるもの)

- ・ 連携病院（集約化推進通知に規定されるもの）

（夜間休日）

- ・ 在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター、小児初期救急センター

（3）地域小児医療センター（日本小児科学会の「地域小児科センターに相当するもの」）

小児医療圏において中核的な小児医療を実施する。

（3-1）小児専門医療を担う機能【小児専門医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。）

① 目標

- ・ 一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること
- ・ 小児専門医療を実施すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと
- ・ 一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと
- ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること
- ・ より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③ 医療機関の例

- ・ 地域小児科センター（NICU型）（改革ビジョンに規定されるもの）
- ・ 連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの）

（3-2）入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の連携強化病院に係る記載も参照。）

① 目標

- ・ 入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること

- ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと

- ・ 高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③ 医療機関の例

- ・ 地域小児科センター（救急型）（改革ビジョンに規定されるもの）
- ・ 連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの）
- ・ 小児救急医療拠点病院
- ・ 小児救急医療支援事業により輪番制に参加している病院

（4）小児中核病院

三次医療圏において中核的な小児医療を実施する。

（4-1）高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。）

① 目標

- ・ 地域小児医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 広範囲の臓器専門医療を含め、地域小児医療センターでは対応が困難な患者に対する高度専門的な診断・検査・治療を実施すること
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③ 医療機関の例

- ・ 中核病院（改革ビジョンに規定されるもの）
- ・ 大学医学部附属病院
- ・ 小児専門病院

（4-2）小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

（人的体制、新生児医療等その他の事項については、集約化推進通知の高次機能病院に係る記載も参照。）

① 目標

- ・ 小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること

② 医療機関に求められる事項

- ・ 地域小児医療センターからの紹介患者や救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること
- ・ 小児集中治療室（PICU）を運営することが望ましいこと
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③ 医療機関の例

- ・ 救命救急センター
- ・ 小児救急医療拠点病院のうち救命救急医療を提供するもの

第3 構築の具体的な手順

1 情報の収集

都道府県は、小児医療の体制を構築するに当たって、下記に示す患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する。

(1) 患者動向に関する情報

- ・ 小児患者数（住所の別、軽症・重症の別、外来・入院の別、搬送の種類、受診時間帯）（患者調査）
- ・ 小児（15才未満）の死亡率（人口動態統計）
- ・ 小児救急電話相談利用状況
- ・ 乳幼児死亡率等（人口動態調査）

(2) 医療資源・連携等に関する情報（新たな調査を要する。収集に当たっては関係学会等が実施した調査も参考とする。）

- ・ 小児科標榜病院数とその所在
- ・ 各病院における診療の実態
 - 外来（一般外来、各種専門外来、検診・育児相談・予防接種等）
 - 入院（一般病床数、NICU病床数、PICU病床数、小児入院医療管理料の算定病床数等）
 - 小児医療に係る医師の数（小児科医等）
- ・ 小児科標榜診療所数とその所在
- ・ 時間外の診療対応状況
 - 休日・夜間診療所の運営状況（診療時間、対応疾病、医師人数等）
 - 初期救急体制への小児科を標榜する診療所及び病院の関与状況
 - 休日・夜間薬局の運営状況（開局時間、薬剤師人数等）
- ・ 小児救急医療に携わる施設とその位置（衛生担当部局）
- ・ 救急医療機関の人員（衛生担当部局、一部新たな調査が必要）

(3) 指標による現状把握

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

(参考：指標の例)

- ストラクチャー指標
 - ・ 医療圏ごとの各種の小児医療機関数
 - ・ 24時間365日の対応が可能な体制が確保されている医療圏の整備率（初期救急又は入院救急）
 - ・ 小児医療に係る医師数（小児科医数等）（病院・診療所別）

- ・ 小児救急電話相談の件数
 - ・ 小児救急啓発事業における講習会実施回数
 - ・ 重点化指数（小児科を標榜する病院一施設当たりの小児科医数、小児人口、年間入院患者数、外来受診者数、救急・時間外受診者数の平均値と標準偏差値及びこれらの推移）
- プロセス指標
- ・ 初期医療機関から入院を要する医療を担う機関又は高次機能医療機関への患者転送件数
 - ・ 入院を要する医療を担う医療機関において、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患者の割合
 - ・ 時間外受入患者のうち開業医が対応したものの割合
- アウトカム指標
- ・ 乳児死亡率（人口動態調査）
 - ・ 幼児死亡率（人口動態調査）
 - ・ 小児（15才未満）の死亡率

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

- (1) 都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 情報の収集」で収集した情報を分析し、一般小児医療、地域小児医療センター、中核病院といった各種機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たっては、地域小児医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に小児医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。

3 連携の検討及び計画への記載

- (1) 都道府県は、小児医療の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に医療が提供されるよう、また、関係機関・施設の信頼関係が醸成されるよう配慮する。
- そのために、医療機関、消防機関、消防主管部局、地域医師会等の関係者は、診

療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有を図る。

- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示）の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。
- (3) 都道府県域の県境地域においては、道路状況や地域住民の受療動向により、県内医療機関と県外医療機関との連携体制を検討する。
その場合、隣接都道府県関係者からなる協議会を設置する等により合意を得る。
- (4) 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こととする（前述したとおり、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）。

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

さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内に著しく多数の医療機関等が存在する場合など、地域の実情に応じて記載を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) 集約化・重点化を実施するための計画との整合性を図る。

- ① 連携強化病院の体制
- ② 連携病院の体制
- ③ 連携強化病院と連携病院の連携体制
- ④ 地域の診療所・連携病院の参加による休日・夜間初期小児救急医療体制
- ⑤ 連携強化病院における地域の小児救急医療の支援体制
- ⑥ 医療機関間における搬送体制
- ⑦ 高次機能病院の役割

4 数値目標及び評価

(1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切な小児医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

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

(2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

がん対策推進基本計画 (平成19年)

目 次

| | |
|--|----|
| はじめに | 1 |
| 1 これまでの取組 | 1 |
| 2 がんをめぐる現状 | 1 |
| 3 今後の展開 | 3 |
| 第1 基本方針 | 5 |
| 1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施 | 5 |
| 2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施 | 5 |
| 第2 重点的に取り組むべき課題 | 7 |
| 1 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に 行う医師等の育成 | 7 |
| 2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施 | 7 |
| 3 がん登録の推進 | 8 |
| 第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計る ための個別目標 | 10 |
| 1 目標及びその達成時期の考え方 | 10 |
| 2 全体目標 | 10 |
| (1) がんによる死亡者の減少 | 11 |
| (2) すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに 療養生活の質の維持向上 | 11 |
| 3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標 | 12 |
| (1) がん医療 | 12 |
| ① 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の 育成 | 12 |
| ② 緩和ケア | 15 |
| ③ 在宅医療 | 17 |
| ④ 診療ガイドラインの作成 | 20 |
| ⑤ その他 | 21 |
| (2) 医療機関の整備等 | 22 |
| (3) がん医療に関する相談支援及び情報提供 | 24 |

| | |
|-------------|----|
| (4) がん登録 | 27 |
| (5) がんの予防 | 30 |
| (6) がんの早期発見 | 32 |
| (7) がん研究 | 34 |

第4 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な

| | |
|--------------------------|----|
| 事項 | 37 |
| 1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化 | 37 |
| 2 都道府県による都道府県計画の策定 | 37 |
| 3 関係者等の意見の把握 | 38 |
| 4 がん患者を含めた国民等の努力 | 39 |
| 5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化 | 40 |
| 6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価 | 40 |
| 7 基本計画の見直し | 41 |

がん対策推進基本計画

はじめに

1 これまでの取組

政府におけるがん対策については、昭和59（1984）年度から開始された「対がん10カ年総合戦略」及びこれに引き続き平成6（1994）年度から開始された「がん克服新10か年戦略」により、がんのメカニズムの一端を解明するとともに、各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術も一定の進歩を遂げてきた。

さらに、政府においては、平成16（2004）年度より、がん罹患率と死亡率の激減を目指して、「がん研究の推進」に加え、質の高いがん医療を全国に普及することを目的に、「がん予防の推進」及び「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を柱とする「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。

また、厚生労働省においては、平成17（2005）年5月、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を設置し、がんの病態に応じた部局横断的な連携を推進するとともに、8月に「がん対策推進アクションプラン2005」を策定し、第3次対がん10か年総合戦略の更なる推進を図ってきた。

2 がんをめぐる現状

がんは、我が国において昭和56（1981）年より死因の第1位であり、「人口動態統計」によれば、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている。

また、厚生労働省研究班の推計によれば、生涯のうちにがんに罹る可能性は男性の2人に1人、女性の3人に1人とされている。

さらに、がんは加齢により発症リスクが高まるが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加していくと推測される。一方で、小児の死因を見れば、依然としてがんが上位を占めている。

こうしたことから、がんは、「国民病」であると呼んでも過言ではなく、国民全体が、がんを他人事ではない身近なものとして捉える必要性がより一層高まっている。

一方で、胃がん及び子宮がん等については、最近10年間で死亡率及び罹患率が横ばいとなっているのに対して、食生活の欧米化等により、肺がん、大腸がん、乳がん及び前立腺がん等については増加傾向にあるなど、がんの種類に変化が見られる。

また、「平成17年患者調査」によれば、継続的に医療を受けているがん患者数は140万人以上と推計されているとともに、厚生労働省研究班の推計によれば、1年間に新たにがんにかかるとは現在50万人以上とされている。その一方で、初期治療の終わったがん経験者が社会で活躍しているという現状もある。

こうした中、がん患者を含めた国民は、がんに関する様々な情報に触れ、がん医療に対して期待や希望を寄せ、また、がん医療に参加したいという希望を高める一方で、がん医療の水準に地域間格差や施設間格差が見られ、標準的治療や進行・再発といった様々ながんの病態に応じたがん医療を受けられないなど、実際に提供されるサービスに必ずしも満足できず、がん患者を含めた国民の立場に立って、こうした現状を改善していくことを強く求めている。

一方で、長時間勤務といった医師を取り巻く厳しい勤務状況など、医療従事者をめぐる問題点にも目を向け、その改善を図りつつ、がん医療の充実等を図っていくべきであるとの指摘がある。

しかしながら、我が国のがん医療については、手術の水準が世界の中でも

トップクラスであるのに対して、胃がん等主に手術に適したがんが多かったこともあり、相対的に放射線療法及び化学療法の提供体制等が不十分であるとともに、緩和ケアが必ずしも治療の初期段階から積極的な治療と並行して実施されていないという状況である。

また、がん患者を含めた国民に対して安心・納得できるがん医療を提供するなど、がん対策のより一層の充実を図っていくためには、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータが必要であるが、当該データを系統的に蓄積していく仕組みであるがん登録の整備が、我が国においては諸外国と比較しても遅れているという状況にある。

3 今後の展開

このように、厚生労働省をはじめ政府においては、がん対策を着実に実施し成果を収めてきたものの、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状にかんがみ、がん対策のより一層の推進を図るため、平成19（2007）年4月1日、がん対策基本法（以下「基本法」という。）が施行された。

この「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）は、基本法第9条第1項に基づき策定するものであり、長期的視点に立ちつつ、平成19（2007）年度から平成23（2011）年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）の基本となるものである。

今後は、基本計画に基づき、国及び地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体及びマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み、がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社

会」の実現を目指すこととする。

第1 基本方針

基本方針は、国、地方公共団体及び関係者等が、がん対策を総合的かつ計画的に推進していくに当たって必要不可欠な視点及び考え方を示したものである。

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

基本法は、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっているとの現状認識の下、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として成立したものであり、基本法第2条第3号においては、「がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制の整備」について規定され、がん対策の基本理念として、がん患者の立場に立ったがん対策の必要性が謳われている。

もとより、がん対策の恩恵を享受すべきは、がん患者を含めた国民であることは言うまでもない。

したがって、国、地方公共団体及び関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、「がん患者を含めた国民の視点」に立って、がん対策を実施していく必要がある。

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

がんから国民の生命及び健康を守るためには、多岐にわたる分野における取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

また、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくためには、実現可能な目標を掲げるとともに、がん対策の中でも特に不十分な分野における取組に重点を置いて実施していくことが有効である。

「はじめに」の「2 がんをめぐる現状」で示したとおり、高齢化に伴いがんによる死亡者数が今後とも増加していくことが推測される一方で、食生活の欧米化等により、がんの種類に変化が見られる中、がん患者を含めた国民は、がん医療を中心としたがん対策のより一層の推進を求めている。

こうしたことから、今後のがん対策については、「がんによる死亡者の減少」及び「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を全体目標として、「がん医療」を中心としつつ、「医療機関の整備等」、「がん医療に関する相談支援及び情報提供」、「がん登録」、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん研究」という分野別施策を総合的かつ計画的に実施していくこととする。

特に、がん医療について、がんの種類の変化に対応し、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施していくため、手術と比較して相対的に遅れている放射線療法及び化学療法を推進していくこととする。

同時に、がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進していくこととする。

また、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するとともに、がん患者を含めた国民に対する科学的知見に基づく適切ながん医療の提供に資するよう、がん登録を推進していくこととする。

第2 重点的に取り組むべき課題

1 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成

がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法、全身療法として行われる化学療法がある。

我が国においては、胃がんなど、主として手術に適したがんが多かったこともあり、手術を行う医師が、化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積してきたことから、進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療が各々を専門的に行う医師により実施されていくことが求められている。

このため、放射線療法及び化学療法を専門的に行う医師を養成するとともに、当該医師と協力してがん治療を支えることができるがん治療に関する基盤的な知識や技能を有した医師を養成していくほか、こうしたがん診療を専門的に行う医師が、専門性を発揮できる環境整備を行う必要がある。

また、専門的ながん医療を推進するため、専門的にがん治療を行う医師のみならず、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者が協力して治療に当たる体制を構築していく必要がある。

さらに、こうした取組を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じていく必要がある。

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするた

めには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

3 がん登録の推進

がん登録はがん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの罹患率及び生存率など、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するとともに、がん患者を含めた国民に対して科学的知見に基づく適切ながん医療を提供するために必要なものである。

しかしながら、我が国においては、登録様式が標準化されておらず、また、一部の地域及び医療機関においてのみ行われていること等から、がん登録を更に推進していくことが求められている。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、がん登録を円滑に推進するための体制整備を行っていく必要がある。

第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を

計るための個別目標

1 目標及びその達成時期の考え方

基本法第9条第2項においては、「がん対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする」とされている。

がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくためには、関係者等の理解の下、共通の目標を設定することが有効である。

また、より効果的で実効性のあるがん対策を展開していくためには、その成果や達成度を客観的指標により計ることが重要である。

こうしたことから、基本計画においては、これまでの政府におけるがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、基本計画に定める分野別施策の総合的かつ計画的な推進により達成すべき全体目標を設定するとともに、分野別施策の成果や達成度を計るための指標として個別目標を設定する。

また、これまでの取組による成果及び基本計画による取組を十分に踏まえた上で、必要に応じて全体目標及び個別目標を達成するために要する期間を設定することとする。

2 全体目標

がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を今後10年間の全体目標として設定することとする。

(1) がんによる死亡者の減少

がんは、我が国において昭和56(1981)年より死因の第1位であり、がんによる死亡者数は今後とも増加していくと推測される。

このため、放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成などを内容とする「がん医療」を中心としつつ、「がんの予防」及び「がんの早期発見」など、基本計画に定める分野別施策を総合的かつ計画的に推進することにより、がんによる死亡者を減少させることを目標とする。

ただし、目標値については、高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」とする。

なお、「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」という全体目標を達成するためには、進行・再発がん患者に対するがん医療の更なる充実等を図る必要があるが、これは「5年生存率の改善」にもつながるものと考えられる。

(2) すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者及びその家族は、療養生活において、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、様々な困難に直面している。

こうしたことから、治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(1) がん医療

① 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

(現状)

がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法、全身療法として行われる化学療法がある。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施する必要がある。

我が国においては、胃がんなどのように、早期発見が可能となり、また、手術や内視鏡的治療等の技術が高いとされる部位のがんについては、欧米より生存率が明らかに優れているという評価がある。一方で、放射線療法及び化学療法は、専門的に行う医師の不足や実施件数の少なさ、国民における情報量の不足等の問題が指摘されている。

国においては、国立がんセンター等における研修を実施するとともに、がん診療連携拠点病院(「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定める都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下「拠点病院」という。)の指定要件として集学的治療の実施を義務づけ、その推進を図っている。

がんの専門医認定に関しては、関係学会において、各学会独自の基準(勤務した施設や期間、経験した症例数、セミナーへの参加など)が定められ、自主的に専門医が養成されている。

また、関係学会等が協力して、がん治療全般の基盤的な知識や技能を有する医師の認定制度も新たに創設されている。

看護師、薬剤師等については、国や学会、関係団体において、各種研修を実施している。また、学会や関係団体においては、専門的ながん診療に携わる看護師、薬剤師等の認定を行っている。

医師の養成段階では、各大学において、がんに関する教育内容の充実に努めているが、がん診療に関する教育を専門的に行う教育組織（講座等）を設置していくことが必要との指摘がある。

抗がん剤等がん医療に係る新薬等については、国内既承認薬の効能追加に関しては、適用外の使用について医学薬学上公知であると認められる場合には、それらを基に効能追加等の承認申請を行えるようにするとともに、欧米諸国で承認されているが国内では未承認である医薬品に関しては、医療上必要が高いと認められる場合には、関係企業に早期に治験開始等を要請するなどの取組を進めている。

（取り組むべき施策）

現状は手術を担当する医師が外来診療から化学療法までほぼ全てを行っているとともに、手術のみが標準的治療となっているがんの種類も少なくないことから、その重要性は言うまでもないが、医師それぞれの専門性について国民の理解を得るように努めつつ、手術、放射線療法、化学療法の各々を専門的に行う医師が協力して治療に当たる体制を構築していく。

手術や内視鏡的治療等我が国が欧米より明らかに優れている技術については、学会等との連携を通じて、その水準を引き続き維持していくとともに、がん患者の意向を十分尊重した治療が適切に行われるよう、がんに関する主な治療法（手術、放射線療法、化学療法）の知識を持った医師に加えて、がん治療全般を理解しつつ、最適な手術を提供しうる知識と技能を有する医師を養成していく。

大学において、放射線腫瘍学や腫瘍内科学など、がん診療に関する教育を専門的に行う教育組織（講座等）を設置し、また、拠点病院において、がん治療を専門的に行う部門を設置するなど、手術、放射線療法、化学療法の各々を専門的に行う医師が意欲を持ってその専門性を発揮できる環境整備に努める。

特に、文部科学省では平成19（2007）年度から、専門的にがん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等を養成することを目的とした、大学病院との有機的かつ円滑な連携のもとに行われる大学院のプログラムとして、「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施しているが、各大学における、実施体制の充実も含めた人材養成の取組の更なる推進を図ることが必要である。

専門的ながん医療を推進していくため、専門的にがん診療を行う医師や看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者の卒後研修を更に充実させるとともに、これらの医療従事者が協力して診療に当たる体制を整備していく。

特に、放射線療法については、近年の放射線療法の高度化等に対応するため、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を支援したりする人材の確保が望ましい。

進行・再発がん患者が安心して医療を受けられる仕組みが確保できているかどうかの検証を行う。

抗がん剤等がん医療に係る新薬、新医療機器等については、優れた製品を迅速に医療の現場に提供できるよう、有効性や安全性に関する審査体制の充実強化等を図るなど承認審査の迅速化や質の向上に向けた取組を推進していく。

（個別目標）

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施で

きるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置することを目標とする。

抗がん剤等の医薬品については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮することを目標とする。

なお、放射線療法及び外来化学療法の実施件数を集学的治療の実施状況を評価するための参考指標として用いることとする。

② 緩和ケア

(現状)

緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められており、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対して心のケアを行う医療従事者の育成を行う必要がある。

がん性疼痛の緩和等に医療用麻薬が用いられているが、欧米先進諸国に比べると我が国の消費量はまだ数分の一程度にとどまっている。

国においては、平成18(2006)年12月、適切な管理を図りつつも、医療用麻薬を使用しやすいようにするため、医療用麻薬の管理マニュアルの改訂を行い、患者及びその家族が麻薬を受領することが困難な場合、患者等の意を受けた患者の看護に当たる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等が麻薬を受領することができること等の周知を図った。

国においては、「緩和ケアチームの設置」を拠点病院の指定要件としている。

また、従来、緩和ケア診療加算を算定している緩和ケアチームの専従である医師は外来診療を行うことができなかったが、入院中に診療した患者については、退院後も外来で診療を行っても差し支えないこととし、継続的な緩和ケアを提供しやすい体制の整備に努めている。

(取り組むべき施策)

緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅医療など、様々な場面において切れ目なく実施される必要があることから、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく。

その際には、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や、在宅における緩和ケアの在り方について検討していく必要があり、緩和ケア病棟には、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待される。

身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。

全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実にも努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。

より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成し

ていくための研修を行うとともに、地域における緩和ケアの教育や普及啓発を行っていくことができる体制を整備していく。

また、拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識及び技能を有する医師や看護師が専従的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく。

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、専門的な緩和ケアを提供できる外来を拠点病院に設置していく。

また、地域における在宅療養患者等に対する支援を行うことを目的に在宅緩和ケア支援センターを設置し、必要に応じて介護サービスとも連携していく。

拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく。

(個別目標)

10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする。

原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等ががん診療を行っている医療機関を複数箇所整備することを目標とする。

なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。

③ 在宅医療

(現状)

がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められている。

国においては、平成16(2004)年度より、訪問看護推進事業を実施し、在宅ホスピスケアに関する看護師の資質向上を図っている。

また、平成18(2006)年度より、がんを含めた専門分野における質の高い看護師育成事業として、症状緩和も含めた臨床実践能力の向上に向けた実務研修を実施しているほか、がん患者の在宅での療養にも資する在宅療養支援診療所について診療報酬上の加算を行っている。

平成18(2006)年度より、介護保険において、がん末期の40歳から64歳までの者に対して介護保険の保険給付を可能とするとともに、療養通所介護サービスの創設など、がん末期患者を含めた在宅中重度者へのサービスの充実を図っている。しかしながら、要介護認定の手続きに時間を要し、利用を希望しているがん末期患者の利用に支障をきたすケースがあるとの指摘がある。

(取り組むべき施策)

がん治療を継続する患者の退院時の調整を円滑に行うため、病院の医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション・薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていくために必要な体制を整備していく。

地域連携クリティカルパスの活用等や在宅医療のモデルの紹介等により、各地域の特性を踏まえ、在宅医療が実施できる体制を計画的に整備していく。

また、国においては、今後の我が国が目指す在宅医療の提供体制の

在り方についてのモデルを示していくよう努めていくことが望まれる。

がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るためには、十分なケアを提供しながら放射線療法や外来化学療法を実施する必要があることから、これらを提供していくための体制について検討する。

在宅医療においては、訪問看護の果たすべき役割が大きいことから、訪問看護に従事する看護師の確保を推進するとともに、在宅で療養するがん患者の疼痛緩和及び看取りまでを含めた終末期ケアを24時間安定的に提供できる訪問看護に従事する看護師を活用した在宅療養モデルの紹介等により、訪問看護の24時間連絡体制の整備や事業所の充実等を一層推進する。

また、訪問看護に従事する看護師の専門性を十分に発揮できるような体制を整備していく。

がん性疼痛管理や医療用麻薬に詳しい専門職等の育成や確保を図るため、在宅における緩和ケアの関係者（医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）に対して、それぞれの業務内容に応じた専門的な研修を実施する。

在宅医療に必要となる医薬品等の供給体制を確保するため、医薬品等の供給拠点となる薬局の機能強化など、より一層の充実を図っていく。

また、在宅医療に必要となる医療機器の供給体制のより一層の整備を図っていく。

在宅緩和ケアを行っている医師にも最新のがん医療全般について、その知識を得ていくことが望まれる。

介護保険制度において、要介護・要支援認定の効力は申請日に遡ることとしており、申請日から認定日までの間も介護保険サービスの利

用が可能となっている。そのため、さらに本制度運用の周知徹底を図るとともに、認定の手続きに要する期間が長い原因を究明し、短縮に向けた必要な対応策について検討する。

(個別目標)

がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とする。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとする。

④ 診療ガイドラインの作成

(現状)

国は、医療安全・医療技術評価総合研究事業（厚生労働科学研究費補助金）等において、学会等が行うEBM（科学的根拠に基づく医療）の手法による診療ガイドラインの作成等に対して支援を行っている。がんに関してはこれまでに、乳がん、肺がん、肝がん、胃がん、前立腺がん、食道がん、膵臓がん、胆道がん、大腸がん、腎がん、卵巣がん及び皮膚がんについてのガイドラインが完成している。

財団法人日本医療機能評価機構の医療情報サービス事業（Minds）において、診療ガイドライン等をデータベース化し、インターネットを介して広く情報提供を行っている。また、米国立がん研究所の大規模がん情報ページの日本語版も財団法人先端医療振興財団が毎月更新・配信している。

(取り組むべき施策)

国においては、引き続き、学会等の医師に対する診療ガイドラインの作成に対して支援を行っていく。

なお、診療ガイドラインの作成に当たっては、患者がどのようなことを望んでいるのかという視点を考慮することも検討する。

診療ガイドラインも含めたがん医療について、新薬等の最新情報を収集し、国立がんセンターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という。）のホームページ等に掲載することにより、医療従事者及び一般国民に向けた周知を可能な限り迅速に図っていく。

全国の拠点病院が連携し、化学療法のレジメン等治療に関する情報を共有するとともに、それらを広く公開していく。

（個別目標）

科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とする。

⑤ その他

（取り組むべき施策）

がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める。

また、告知を受けた患者の精神心理的サポートを行う人材の育成など、体制の整備に向けた研究を進めていく。

がん患者は病状の進行により、日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化するということがしばしば見られることから、療養生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対するリハビリテーション等について積極的に取り組んでいく。

働き盛りや子育て世代のがん患者やがん経験者、小児がんの子供を持つ家族を支援する体制の在り方について研究を進めていく。

小児がんについて、長期予後のフォローアップ体制を含め今後より一層の研究を行っていく。

（2）医療機関の整備等

（現状）

がん医療においては、拠点病院が、地域におけるがん医療の連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、連携体制の構築や医療従事者への研修を行うこととなっている。

また、地域のがん患者等に対する情報提供や相談支援を実施することとなっている。

平成18（2006）年度の医療制度改革においても、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することが打ち出されており、特に、がんをはじめとして法令で定められた4疾病及び5事業等について、連携体制の早急な構築が求められている。このため、がん等に係る地域ごとの医療連携体制について都道府県は、平成20（2008）年度からの新たな医療計画に記載し、連携を推進することとされている。

（取り組むべき施策）

標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施、クリティカルパスの作成及び集学的な臨床研究の実施などを通じて、医療機能の分化・連携を推進していく。

がん診療を行っている医療機関には、地域連携クリティカルパスの活

用等により、医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現することが望まれる。その際には、診療に関する学識経験者の団体など関係団体等と協力していくことが望まれる。

患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関において、治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を受けられる体制を整備していく。

地域における連携体制の状況や各医療機関の専門分野等を情報提供することにより、がん患者の不安や悩みを解消していく。

拠点病院については、そのがん医療水準を向上させるため、専門分野の異なるがん診療を行う医師が定期的にカンファレンスを開催し、提供しているがん医療の評価を行う体制を整備していく。

拠点病院については、「がん患者の視点も加えた評価の仕組みの導入」や「放射線治療が実施できること」を指定要件とするなど、更なる機能強化に向けた検討を進めていく。なお、実施している手術件数等が少ない拠点病院が存在するという現状を踏まえ、拠点病院の役割を整理し、その見直しを引き続き行っていく。

拠点病院については、活動状況を適宜把握し、必要に応じて指導を行う。なお、指導により改善できない場合や都道府県内に拠点病院としてより適切な医療機関がある場合は、その指定について取り消しを含めた検討を行う。

拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等が連携すること等により、地域ごとの連携強化を図っていく。

また、がんの種類等によっては、がん患者がその居住する県では必要

とする治療を受けられない場合もあることから、県を超えた医療機関の連携を図ることについて検討する。

国立がんセンターは、我が国のがん対策の中核的機関であり、拠点病院への技術支援や情報発信を行うなど、我が国全体のがん医療の向上を牽引していく。

また、拠点病院は、地域のがん診療を行っている医療機関に対する診療支援や、地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修等を通じて、地域全体のがん医療水準の向上に努めていく。

医療機関の連携の下、適切な診断が行われるようにするために、遠隔病理診断支援等による医療機関の連携を推進していく。

医師は、より専門的な診療が求められるがん患者が受診した場合には、必要に応じ、医療機関を紹介するなど、がん患者が適切ながん医療を受けられるように、日頃より注意を払うことが望まれる。

(個別目標)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、概ね1箇所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする。

(3) がん医療に関する相談支援及び情報提供

(現状)

拠点病院においては、患者及びその家族のがんに対する不安や疑問に適切に対応するための相談窓口として、相談支援センターを設置し、電話やファックス、面接による相談に対応している。

がん対策情報センターにおいては、様々ながん対策に関連する情報の効果的・効率的な収集、分析、発信等に不可欠な中核的組織として、相談支援センターとの「情報提供ネットワーク」により、情報提供体制の整備に努めている。また、相談支援センターにおける相談を支援するためのがん医療に関する一般的な情報を提供するとともに、相談支援センターの相談員に対する研修を行っている。

がん対策情報センターにおいては、国及び都道府県が実施するがん対策に関する国民の理解を促進するため、各都道府県と協力し、がん情報サービス向上に向けた地域懇話会（以下「地域懇話会」という。）を開催している。

学会、関係団体等において、一般国民向けのがんに関する普及啓発、がん患者や家族からの相談への対応といった活動が行われている。

(取り組むべき施策)

国民が、がんをより身近なものとして捉えるとともに、がん患者となった場合でも適切に対処することができるようにする必要がある。

また、進行・再発がん患者に対する誤解を払拭することも重要である。このため、がん対策情報センターにおいて、がんに関する正しい情報の提供を一層強化するとともに、引き続き地域懇話会を開催する。加えて、地方公共団体や企業等とも協力しつつ、がん年齢に達する前の早い段階からがんに関する知識を国民が得られるようにすることに努める。

また、拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れを行うとともに、国民に対して緩和ケアをはじめとするがん医療を身近なものとして感じてもらえるように努める。

がんに関する情報は、がん患者の立場に立って、様々な手段を通じて提供される必要がある。

このため、がん対策情報センター「がん情報サービス」の内容を充実

するとともに、相談支援センターにおける電話やファックス、面接による相談等を着実に実施していく。

また、インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があることから、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携を作成し、拠点病院等ががん診療を行っている医療機関に提供していく。

がん対策情報センターにおいて、引き続き相談支援センターの相談員に対して研修を行う。

相談支援センターには相談員が専任で配置されているが、がん患者の生活には療養上様々な困難が生じることから、適切な指導助言を行うため、相談員を複数人以上専任で配置すること等が望まれる。

その際には、相談支援に関し十分な経験を有する看護師等の医療従事者や患者団体等との連携について検討する。

また、がん患者本人はもとより家族に対する心のケア（精神的支援）が行われる相談支援体制を構築していく。

がん患者や家族等が、心の悩みや体験等を語り合うことにより、不安が解消された、安心感につながったという例もあることから、こうした場を自主的に提供している活動を促進していくための検討を行う。

がん対策情報センターにおいては、拠点病院等との連携強化など、情報収集が円滑に実施できる体制整備を推進する。

その上で、がんに関する一般的な情報のほか、拠点病院における手術件数や放射線治療件数等については、総合的に提供していく。

一方で、今般の医療制度改革を踏まえ創設した医療機能情報の提供制度においては、がんに関する事項を含め、各都道府県における医療機能情報をわかりやすく提供していく。

がん対策情報センターについては、専門家及びがん患者の意見を聞き

つつ、企画立案、医療情報提供、がんサーベイランス、臨床試験支援、診療支援、研究企画の業務を実施し、その機能を更に充実させることが望まれる。

生存率等の情報を積極的に公開していくことは重要である。ただし、がん患者及びその家族の心理面等に配慮し、がんに関する情報提供の在り方を工夫していくことが望まれる。また、必要に応じて、抗がん剤に関する安全性情報の提供等を行っていく。

「いわゆる健康食品」については、正しい知識の普及、健康被害の未然防止や拡大防止のため、科学的根拠のある情報を継続的に収集・蓄積などし、幅広く情報提供していく。

(個別目標)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、相談支援センターを概ね1箇所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することを目標とする。

また、がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させることを目標とする。加えて、当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とする。

さらに、拠点病院における診療実績、専門的ながん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させることを目標とする。

(4) がん登録

(現状)

がん登録には、各医療機関内のがんに関するデータを把握する「院内がん登録」と、こうした院内がん登録のデータを基に各都道府県内のがんの罹患、転帰その他の状況を把握する「地域がん登録」がある。また、学会等が主体となって臓器別のがんに関するデータを収集する「臓器がん登録」がある。

「院内がん登録」については、「標準登録様式に基づく実施」を拠点病院の指定要件としている。

「地域がん登録」については、「都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること」を拠点病院の指定要件としているとともに、厚生労働省研究班において標準登録項目・標準的手順を検討し、報告書として取りまとめ、がん対策情報センターのホームページ等を通じて地方公共団体に対し周知を行っている。

「院内がん登録」については、我が国においては一部の医療機関で行われているのみである。また、「地域がん登録」については、諸外国では、法律に基づき、全国で実施している国も少なくないが、我が国においては現在35道府県1市に限られており、特に罹患数については全国推計値が厚生労働省研究班により、一部地域のデータに基づき推計されているのみである。

なお、健康増進法に基づく地域がん登録事業において、民間の医療機関等が都道府県へがん患者の個人情報を提供することは、個人情報の保護に関する法律等の適用除外の事例に該当すると整理されている。

(取り組むべき施策)

がん登録の実施に当たってはまず、がん患者を含めた国民の理解が必要であることから、その意義と内容について、広く周知を図る。

さらに、個人情報の保護に関する取組をより一層推進するとともに、

その取組を国民に広く周知し、がん登録に関する国民の更なる理解を促進していく。

がん登録の実施に当たっては、医師の協力も必要であるが、その負担軽減を図りつつ、効率的に行っていくためには、がん登録の実務を担う者の育成・確保が必要であることから、こうした者に対する研修を着実に実施していく。

がん対策情報センターは、拠点病院等に対して、知識・技術に関するアドバイス、データの共有・活用及びその前提となる個人情報の保護に関する取組など、がん登録に関する技術的支援を行う。

また、拠点病院は、他の拠点病院に対して各取組例を情報提供するなど、お互いにこうした技術的支援を個別具体的にを行うことにより、がん登録を着実に実施していく。

がん対策情報センターは拠点病院等との協力の下、がん登録の情報を収集し、全国的な傾向や課題などを分析する。

拠点病院以外のがん診療を行っている医療機関についても、院内がん登録を実施していくことが望まれる。

がんに関する情報を正確に把握するため、引き続き、実施体制の標準化について検討を進めていく。

また、予後調査に当たっては、住民基本台帳等の閲覧が有効であるものの、民間の医療機関がその閲覧を行うには、多くの労力を必要とすることから、その方策を検討していくほか、臓器がん登録との連携や小児がん登録の整備など、がん登録の在り方について更なる検討を行っていく。

地域がん登録は、統一的な基準により、国民の合意を得て全国で実施することが望ましいが、個人情報を適切に保護することが必要であり、登録対象の範囲や予後調査の方法を含め、諸外国では法律に基づき実施

されていることも参考としつつ、地域がん登録の実施手法について更なる検討を行う。

(個別目標)

院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善することを目標とする。

また、すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講することを目標とする。

さらに、がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめることを目標とする。

(5) がんの予防

(現状)

がんの原因は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症など様々なものがある。がんの予防に関しては、こうした様々な原因に関する大規模コホート研究等が推進され、その成果を踏まえて「21世紀における国民健康づくり運動（以下「健康日本21」という。）」に基づく普及啓発など、予防対策が行われている。

(取り組むべき施策)

がんの予防においては、たばこ対策を進めることが重要であることから、従来より健康日本21や健康増進法に基づく対策を行ってきたが、平成17（2005）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、我が国においても、受動喫煙防止対策、広告

規制及び普及啓発など、同条約の批准国として、我が国の実情を十分に踏まえ、同条約に規定されている各種の方策を必要に応じて適切に行っていく。

発がんリスクの低減を目指して、喫煙の及ぼす健康影響についての普及啓発を進め、禁煙支援プログラムの更なる普及を図り、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行うための体制を整備していく。

肝炎に関する普及啓発や肝炎ウイルス検査体制の充実を通じて、肝炎患者を早期発見し、早期に治療に結びつけることにより、肝がんの発症予防に努めていく。

大規模コホート研究など、国の施策として位置づけて実施すべき研究の体制整備を推進するとともに、こうした研究のデータを分析することによって得られる科学的根拠に基づくがんの予防対策について、既に得られている知見も含め、がん対策情報センター等を通じて、医療機関はもとより広く国民へ普及啓発し、周知していく。

関係機関及び関係団体の協力の下、学校現場や地域における健康教育を充実させ、子どもの発達段階を踏まえつつ、できる限り早い時期から、健康のために望ましい生活習慣やがんに関する知識を身につけられるようにしていく。

(個別目標)

発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策について、すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること、さらに、禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする。

また、健康日本21に掲げられている「野菜の摂取量の増加」、「1日

の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」等を目標とする。

(6) がんの早期発見

(現状)

がん検診については、昭和57(1982)年度に老人保健法に基づく市町村の事業として、胃がん検診、子宮頸部がん検診が開始された。その後、子宮体部がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診が追加・拡充されてきたところ、平成10(1998)年度に一般財源化され、現在は法律に基づかない市町村事業として整理されている。

企業における福利厚生や健康保険組合等における独自の保健事業の中で、がん検診を実施している場合やがん検診受診の補助を行っている場合がある。また、任意で受診する人間ドック等の中で、がん検診を受けている場合もある。

がん検診の受診率は、「平成16年国民生活基礎調査」によれば、あらゆる実施主体によるものを含め、男女別がん種別で見た場合、13.5%~27.6%となっている。

国においては、がん検診について、対象年齢、受診間隔、検診項目、精度管理等に関する指針を示している。また、国においては「がん検診に関する検討会」を設置し、平成15(2003)年12月からがん検診の在り方について見直しを図っており、現在まで「乳がん」、「子宮がん」、「大腸がん」及び「胃がん」に関しての検討結果を指針に反映させている。

平成20(2008)年度以降、がん検診等については健康増進法に基づく事業(努力義務)として引き続き市町村が行い、糖尿病等の生活

習慣病に着目した健康診査（義務）については医療保険者が行うこととなる。

（取り組むべき施策）

受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を図った上で総合的な対策を推進する。

特に、受診対象者を正確に把握した上で、未受診者に対する普及啓発や受診勧奨を行うなど、未受診者を無くすことに重点を置いたより効率的ながん検診の推進を図る。また、企業やマスメディア等も巻き込んだ普及啓発に関する取組など、都市部や町村部といった地域の特性に合わせたモデル的な取組を評価・普及していく。

市町村によるもののほか、人間ドックや職域での受診を含め、実質的な受診率を把握できるような手法の検討を行うなど、正確な受診率を把握することに努める。

有効性の確認されたがん検診を実施するため、科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制を今後とも維持する。また、精度管理・事業評価についても十分検討する。

これまでの研究成果を応用に結びつけるため、がんの早期発見の手法の改良や開発に関する研究についてより一層の推進を図る。

がん検診の受診につながるインセンティブ等について検討を進めていく。

市町村におけるがん検診と老人保健法における基本健康診査等については、市町村において同じ会場で実施されている場合もあるが、平成20（2008）年度以降も、受診日、受診場所、費用負担などについては、

受診者の利便性が損なわれないよう配慮することが望まれる。

（個別目標）

がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効率的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とする。

また、すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とする。なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとする。

（7）がん研究

（現状）

がんに関する研究については、「第3期科学技術基本計画」において推進することとされているが、厚生労働省、文部科学省、経済産業省が連携し、基礎研究、予防法の開発、診断薬・診断機器の開発、治療薬・治療機器の開発、標準的治療の確立など、様々な側面から推進している。

厚生労働省及び文部科学省においては、臨床研究コーディネーター（CRC）の養成研修を平成10（1998）年度から実施している。

厚生労働省及び文部科学省は、がんを含む治験・臨床研究の活性化のため、共同で「新たな治験活性化5カ年計画」を策定し、平成19（2007）年4月から実施している。

臨床研究の基盤整備については、がん対策情報センターが、多施設が

共同して臨床研究を実施する際のデータセンターとして機能し、新しい治療法の確立を支援しているが、更なる機能強化が必要である。

医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（以下「GCP省令」という。）においては、治験を実施する医師は、当該治験が試験を目的とするものである旨を記載した説明文書を治験参加者に交付し説明を行い、同意を得なければならないと規定されている。

(取り組むべき施策)

がんに関する研究については、難治がんに関する研究、長期的な療養の状況の把握も含む患者のQOL（生活の質）の向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究やがん医療の均てん化など行政的に必要性の高い研究を実施していく。

併せて、基礎研究とともに、重粒子線等を用いた新しい放射線療法、分子標的療法などの新しい治療法及び有用な早期診断技術についての研究開発を推進していくとともに、その普及に当たっては既存の診療との比較による有効性や費用対効果等の評価を行っていく必要がある。

なお、研究を企画・実施する際には国民の意見をより一層反映するよう取り組んでいくことに努める。

期待された結果が得られなかった場合も含め研究成果が国民に対しわかりやすく伝わるように努めるとともに、臨床研究の意義を広く国民に周知し、比較対照研究が、がん患者からの協力などを得て実施されるよう努める。

治験及び臨床研究については、情報の提供や公開を積極的に行うことにより、国民の理解を得られるよう努めていく。

がんに関する研究の実施機関や予算規模について透明性を確保するとともに、効率的な研究の実施体制を構築していく。

治験・臨床研究を円滑かつ積極的に実施するために、国立がんセンターを含む医療機関のネットワークに対して、臨床研究コーディネーター（CRC）やデータマネージャーの充実など、治験・臨床研究の実施基盤の整備・強化を図る。

国立がんセンターにおいては、がん患者に対して、科学的根拠に基づく最善の医療を提供するために積極的に臨床研究に取り組むとともに、多施設が共同して実施する臨床研究に対して、必要な技術的支援を行っていく。

(個別目標)

がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進していくことを目標とする。

第4 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

国、地方公共団体及び関係者等が、「がん患者を含めた国民の視点」に立って、がん対策を総合的かつ計画的に推進していくに当たっては、以下のような事項が更に必要である。

1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

がん対策を実効あるものとして総合的かつ計画的に展開していくためには、国及び地方公共団体をはじめ、関係者等が一体となって取り組む必要がある。

このため、関係者等には、有機的連携・協力の更なる強化を図ることが求められるが、その取組例としては以下のようなものが考えられる。

ア がんの専門医の養成については、がんの専門医認定に関係する学会等が協力すること。

イ 緩和ケアに関する目標値等を立てるための調査活動について、国がサポートしつつ、学会及び関係団体が協力しながら実施していくこと。

ウ 学会及び診療に関する学識経験者の団体は、一般医療に携わっている医師も、緩和ケアを体系化して勉強する必要があることから、お互いに協力することにより、こうした観点も取り入れた教育・研修のカリキュラムを組むこと。

エ 学会は、患者団体や関係団体との協力により、解説資料の作成等を通じて、がん患者やその家族における診療ガイドラインへの理解を助けることができるように努めること。

2 都道府県による都道府県計画の策定

基本法第11条第1項においては、「都道府県は、国が策定するがん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県がん対策推進計画を策定しなければならない」とされている。

また、基本法第11条第2項においては、「都道府県がん対策推進計画は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない」とされている。

「第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の「3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の「(2) 医療機関の整備等」のとおり、都道府県は、医療法に基づく平成20（2008）年度からの新たな医療計画において、がん等に係る地域ごとの医療連携体制について記載し、連携を推進することとされている。

このため、都道府県には、平成20（2008）年度からの新たな医療計画等との調和を図りつつ、がん対策を実施していくため、平成19（2007）年度中に都道府県計画を策定することが望まれる。

なお、策定に当たっては、がん患者及びその家族又は遺族の視点も踏まえることが重要である。

3 関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、関係者等の意見を集約し、これらをごん対策に反映させていくことが極めて重要である。

このため、国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努めるものと

する。

4 がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を享受するだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

基本法第6条においては、「国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない」とされている。

このため、国民は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣とがんとの関係についての知識を得ることに努めるとともに、がん検診を受診するように努めるものとする。

また、がん患者を含めた国民等には、少なくとも以下の努力が望まれる。

ア がん患者及びその家族は、がん医療が医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、相互に信頼関係を構築することができるように努めること。

イ がん患者及びその家族は、医療従事者と協力して治療を進め、治療内容について、医療従事者と共有できるようにすること。

なお、そのためには、がん医療に関する相談支援及び情報提供を行うための体制が整備されている必要がある。

ウ がん患者及び患者団体等は、がん対策において担うべき役割として、医療政策決定の場に参加し、行政機関や医療従事者と協力しつつ、がん医療を変えよとの責任や自覚を持って活動していくこと。

また、患者団体は必要に応じて議論を重ね、より良い医療体制を実現するために連携して行動すること。なお、そのためには、行政機関をはじめ社会全体で患者団体の支援を行っていく必要がある。

エ がん患者を含めた国民は、がんに関する治験及び臨床研究の意義を理解し、積極的に参加すること。

なお、同時にGCP省令を周知することが必要である。

5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん医療を推進する体制を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除及び関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割及び費用負担の分担を図ることとする。

6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

基本法第9条第7項においては、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」とされている。

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、その進捗

管理を行うことが極めて重要である。このため、政府は、目標の達成状況を把握するとともに、国民の意見等を踏まえつつ、がん対策の効果を検証し、施策の見直しを図ることとする。なお、基本計画を変更するときは、当該見直しの結果を反映させる必要がある。

がん対策推進協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握するよう努めるとともに、施策の推進に資するよう必要な提言を行う。

7 基本計画の見直し

基本法第9条第7項においては、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない」とされている。

この基本計画は、がんをめぐる現状を踏まえ、がん対策の基本的方向について定めたものである。今後は、基本計画に定める取組を進めていくこととなるが、がんをめぐる状況変化を的確に捉えた上で、目標の達成状況の把握と効果に関する評価を行い、必要があるときは、計画期間が終了する前であっても、これを変更することとする。

なお、基本法第11条第4項においては、「都道府県は、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県におけるがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、都道府県がん対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない」とされているが、都道府県計画の見直しも、基本計画に合わせて適宜評価・検討の上行われることが望まれる。