

2. 救急医療、周産期医療、小児医療、災害医療及びへき地医療について

(1) 救急医療の確保

- 救急医療は直接患者の生死に関わる医療であり、地域の医療機関が連携し、地域全体で救急患者を円滑に受け入れられる救急医療体制を構築する必要がある。
- しかし、救急利用が大きく増加するとともに、軽症患者が二次・三次救急医療機関を直接受診する等により、これらの病院の受入能力に限界が生じている。また、救急医療を担う病院勤務医については、過酷な勤務環境の下で疲弊していると指摘されている。さらに、救急患者が急性期を脱した後も転院できず、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れられないという「出口の問題」も指摘されている。

このように救急医療には様々な課題が生じており、国、地方公共団体、医療関係者、患者・家族等が力を合わせて、救急医療の確保に取り組んでいく必要がある。

(初期・二次救急医療体制の整備)

- 初期・二次救急医療体制の整備については、平成16年度からの三位一体改革等により国の補助金が順次一般財源化され、その実施は地方自治体の裁量に委ねられている。各都道府県においては、地域に必要な初期・二次救急医療の確保のため、救急患者の受入実績等に応じて医療機関に補助金が支給されるよう配慮し、必要な予算を確保するようお願いする。

なお、平成22年度の新規の特別交付税措置として、医療計画において二次救急医療機関として位置付けられた民間の救急告示医療機関に対する助成に係る経費について支援措置が講じられることとされている（総務省において具体的な算定方法を検討中）。
- また、平成22年度予算案において、初期・二次救急医療に関する新規事業として、
 - ① 傷病者の搬送及び受入れの実施基準に基づき受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する支援
 - ② 診療所医師が二次救急医療機関等で夜間・休日に診療支援を行う場合の支援
 - ③ 急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

(三次救急医療体制の整備)

- 三次救急医療体制（救命救急センター）の整備については、「救急医療の今後のあり方に関する検討会中間取りまとめ」（平成20年7月）において、概ね100万人に1か所というそれまでの整備目標について、「救命救急センターと同等の役割を果たしており、地域において必要性が認められている施設については、救命救急センターとして位置付けていくことが適当」という旨の考え方が示された。

平成21年度から、これまで補助対象となっていなかった救命救急センターも補助対

象となるよう、救命救急センター運営事業を拡充（か所数の増、補助基準額の増）しているので、各都道府県においては、上記の考え方を踏まえ、地域の実情に応じた適切な救命救急センターの整備をお願いします。

なお、公立の救命救急センターに対する特別交付税措置についても、平成21年度から増額されているところである。

- また、救命救急センターの新たな充実度評価については、平成22年度評価（評価対象年度は平成21年度）から実施するので、各都道府県においては、十分留意するとともに、救命救急センターに対する一層の支援をお願いします。
- さらに、平成22年度予算案において、三次救急医療に関する新規事業として、
 - ① 急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援
 - ② 「超急性期」にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター（仮称）」の運営に対する支援を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

(救急患者の医療機関による円滑な受入れ)

- 救急患者の受入医療機関による受入れの状況について、「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」（平成21年3月19日総務省消防庁）によると、平成20年に救急搬送された約470万人のうち、受入医療機関が決定するまでに救急隊等が行った照会回数が4回以上のものは14,732件（0.32%）、11回以上のものは903件（0.02%）であり、地域別には、首都圏、近畿圏等の大都市周辺部において照会回数が多くなっている。また、救急車の現場滞在時間が30分以上のものは16,980件（0.36%）、60分以上のものは1,663件（0.036%）であった。
- このような状況を改善し、救急患者の搬送及び受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、平成21年5月に消防法の一部改正（平成21年法律第34号）が行われ、都道府県は、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を定めるとともに、実施基準に関する協議等を行うための消防機関、医療機関等を構成員とする協議会を設置することとされた。

厚生労働省及び総務省消防庁では、平成21年10月に「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書」を取りまとめ、各都道府県に対し、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」（平成21年10月27日付け医政発第1027第3号・消防救第248号）を発出したところである。

各都道府県においては、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書」を参考にして、地域の医療提供体制、傷病者の搬送及び受入れの状況等地域の実情に応じた、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を速やかに策定するようお願いする。

- また、平成22年度予算案において、新規事業として、
 - ① 傷病者の搬送及び受入れの実施基準に基づき受入困難患者の受入れを確実に行う医療機関の空床確保に対する支援
 - ② 急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進するため、施設内・施設間の連携を担当する専任者の配置に対する支援
 を盛り込んでいるので、各都道府県においては、消防部局と連携を図りつつ、補助事業を積極的に活用し、救急患者が円滑に医療機関に受け入れられるために必要な取組を進めるようお願いする。
- さらに、傷病者の搬送及び受入れの実施基準を有効に機能させるためには、いわゆるPDC Aサイクル(plan-do-check-act cycle)による実施基準の評価・見直しが重要であり、各都道府県においては、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実態調査を行うようお願いする（平成22年度予算案において、実態調査のための経費を盛り込んでいる）。

(救急利用の適正化)

- 平成20年の救急車による搬送人員は約470万人であり、平成19年と比べると4.6%（約23万人）減少しているが、この10年間では31.9%（約113万人）増加している。また、救急車で搬送される患者のうち、半数は軽症者であり、不要不急にも関わらず救急車を利用している事例もあると指摘されている。
 - ※ 平成21年上半年期の救急車による搬送人員は前年同期と比べて2.1%（約5万人）減少しており、総務省消防庁が減少した消防本部に要因と思われる事由を質問したところ（複数回答）、「市民への救急自動車の適正利用等の広報活動」（62.0%）「頻度利用者への個別指導と毅然たる対応」（16.4%）等の回答であった。
- 安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）は、医療機関に過度な負担をかけ、真に救急対応が必要な患者への救急医療に支障をきたすおそれがある。
 平成22年度予算案において、
 - ① 地域の小児科医等が休日・夜間の小児患者の保護者等からの電話相談に応じる小児救急電話相談事業（#8000）
 - ② 急病時の対応等についての住民向けの啓発や相談窓口設置の支援（医療連携体制推進事業）
 - ③ 患者・家族と医療従事者等との懇談会等の開催の支援（患者・家族対話推進懇談会事業）
 等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、地域における既存の取組が事業対象となるか改めて確認するなど、これらの補助事業を積極的に活用し、救急利用の適正化を推進するようお願いする。

(ドクターヘリの導入)

- ドクターヘリ（医師が同乗する救急医療用ヘリコプター）の導入は、早期治療の開始と迅速な搬送により、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げている。

○ 平成21年7月に超党派からなるドクターヘリ推進議員連盟の「中間とりまとめ」が取りまとめられ、ドクターヘリの導入促進、財政措置の強化、人材の育成・確保等について提言がなされたところであり、平成22年度予算案において、

① ドクターヘリ導入促進事業の充実（補助基準額：約170百万円→210百万円、か所数：24機分→28機分）

② ドクターヘリ夜間搬送モデル事業

③ ドクターヘリ事業従事者研修（ドクターヘリに搭乗する医師及び看護師の研修（委託事業））

を盛り込んでいるので、各都道府県においては、地域の実情に応じて、ドクターヘリの導入について検討するようお願いする。特に、ドクターヘリを導入しておらず、消防防災ヘリを救急業務で使用する多くの都道府県においては、ドクターヘリの導入を十分に検討するようお願いする。

○ 平成21年4月に「認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク（HEM-Net）」がドクターヘリ特別措置法第9条の「助成金交付事業を行う法人」として厚生労働大臣の登録を受けたところであり、平成22年4月から、HEM-Netが「医師・看護師等研修助成事業」を実施する予定としているので、ドクターヘリの導入を具体的に予定している都道府県においては、当該事業により行われる研修を積極的に活用願いたい。

（救急医療関係研修）

○ 救急医療対策の一環として、救急医療施設に勤務する医師や看護師、救急救命士等を対象に研修を行い、救急医療・災害医療に携わる者の養成及び資質の向上に努めているところである。各都道府県においては、関係機関等に研修の趣旨の周知を図るとともに、対象者の積極的な参加について配慮をお願いする。

（研修会予定）

A 医師救急医療業務実地修練（専門研修）

・開催時期 平成22年9月頃予定（1週間程度）

・対象者 救急医療施設において救急医療に従事する医師

B 看護師救急医療業務実地修練（専門研修）

・開催時期 平成22年10月頃予定（2週間程度）

・対象者 救急医療施設において救急医療に従事する看護師

C 救急救命士業務実地修練

・開催時期 平成23年2月頃予定（1週間程度）

・対象者 消防機関及び救急医療施設において救急医療業務に従事する救急救命士

D 保健師等救急蘇生法指導者講習会

・開催時期 平成22年9月頃予定（2日間程度）

・対象者 保健所に勤務する保健師等

- E 救急救命士養成所専任教員講習会
 - ・開催時期 平成22年11月頃予定（2週間程度）
 - ・対象者 養成所において専任教員として従事する救急救命士等
- F 病院前救護体制における指導医等研修
 - ・開催時期 （上級）平成23年2月頃予定（3日間程度）
（初級）平成22年12月頃予定（3日間程度）
 - ・対象者 メディカルコントロール協議会において事後検証に直接関わる医師
- G 災害派遣医療チーム（^{ディーマット}DMA T）研修
 - ・開催時期 （東日本）年10回程度予定（4日間程度）
（西日本）年10回程度予定（4日間程度）
 - ・対象者 救命救急センター及び災害拠点病院等の災害派遣医療チーム（医師、看護師等）
- H NBC災害・テロ対策研修
 - ・開催時期 年3回程度予定（3日間程度）
 - ・対象者 救命救急センターに勤務する医師、看護師、放射線技師、臨床検査技師

（救急救命士の処置範囲の拡大の検討）

○ 救急救命士については、医師の指示の下に、傷病者が病院又は診療所に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことを業とする者であるが、現在、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」において、病院前救護を強化し、傷病者の救命率の向上等を図る観点から、救急救命士の処置範囲の拡大に関する検討を行っているところである。

具体的には、①血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与、②重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用、③心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施について、医学的有効性・安全性等に関する検討を行っており、平成21年度中に報告書を取りまとめる予定である。

報告書が取りまとまった後、都道府県には改めて情報提供を行うが、各都道府県においても、あらかじめご了承ください。

（救急救命士国家試験の実施）

○ 第32回救急救命士国家試験については、財団法人日本救急医療財団により、平成22年3月21日（日）に北海道、東京都、愛知県、大阪府及び福岡県の5か所で実施され、合格発表が同年4月13日（火）に行われる予定である。

なお、救急救命士国家試験については、平成18年度から年1回の実施となっている。

（自動体外式除細動器（AED）の普及啓発）

○ 自動体外式除細動器（AED）については、「非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用について」（平成16年7月1日付け医政発第0701001号）におい

て、救命現場に居合わせた一般市民によるAEDの使用には、一般的に反復継続性が認められず、医師法違反とされないと考えられることが示され、平成17年度予算から、非医療従事者によるAEDを用いた積極的な救命活動が行われるよう、都道府県に協議会を設置し、講習や啓発を行う事業（自動体外式除細動器（AED）普及啓発事業）が行われているところである。

- これらの取組により、近年、AEDの設置が急速に進んでいるが、一方で、AEDが使用される際にその管理不備により性能を発揮できないなどの事態を防止するため、AEDの適切な管理を徹底する必要がある。

このため、AEDの設置者等が日常点検や消耗品（電極パットやバッテリー）の管理等を適切に行うよう、「自動体外式除細動器（AED）の適切な管理等の実施について」（平成21年4月16日付け医政発第0416001号・薬食発第0416001号）を発出し、注意喚起を行ったところである。また、平成22年度予算案において、都道府県によるAEDの適切な管理を行うための取組についても、上記の自動体外式除細動器（AED）普及啓発事業の支援対象に追加することとしているので、各都道府県においては、積極的に活用願いたい。

（「救急の日」及び「救急医療週間」について）

- 「救急の日」及び「救急医療週間」については、国民の救急医療及び救急業務に対する理解と認識を深める等のため、毎年9月9日及び当該日を含む1週間を原則として、各都道府県で各種の行事が実施されているところであり、厚生労働省においても、関係機関との共催による中央行事「救急フェア」の開催、ポスターの配布等を行っているところである。

各都道府県においては、今後とも、関係機関と十分な連携を図りながら、救急医療体制の体系的な仕組みとその適正な利用、ドクターヘリ事業の救命効果、救急蘇生法等について地域住民に対する普及啓発の充実を図るようお願いする。

（中毒情報センター情報基盤（データベース）の整備について）

- 財団法人日本中毒情報センターにおいては、化学物質・医薬品・動植物の毒等によって起こる急性中毒の中毒情報（起因物質成分・毒性・治療法等）に関するデータベースを整備しており、日本中毒情報センター会員向けホームページ（2,000円／年）において、中毒情報データベースを掲載するほか、化学物質・医薬品・動植物の毒等による集団中毒事故・事件等が発生した場合には、当該事故・事件等の中毒情報を掲載しているところである。また、電話による問合せへの情報提供（一般市民向け：無料、医療機関・行政機関等向け：2,000円／1件）を行うとともに、「医療機関向け中毒情報検索システム」（CD-ROM）を発行し、医療機関・行政機関等に対して情報提供を行っている。

各都道府県においては、化学物質・医薬品・動植物の毒等による集団中毒事故・事件等が発生した場合には、速やかに情報を入手するとともに、保健所、救命救急センター、災害拠点病院等において情報が共有される体制を構築するようお願いする。

(参考) 財団法人日本中毒情報センター

TEL 029-856-3566

ホームページ会員：2,000円/年（何件でも情報入手可能）

電話による情報入手：2,000円/1件

(2) 周産期医療の確保

- 周産期医療体制については、国民が安心して子どもを産み育てることができる医療環境の実現に向け、一層の整備が求められている。
- 平成8年度から開始した周産期医療対策事業は、分娩に伴って大量出血を生じた妊婦の救命、未熟児の救命等に大きく寄与し、妊産婦死亡率や新生児死亡率の改善が図られてきた。しかし、産科疾患による死亡が減少する中で、脳血管障害など産科以外の疾患による妊産婦死亡が新たな課題となっている。

(周産期医療体制整備指針の見直し)

- 「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」（平成21年3月）を受け、「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）の一部改正を行い、周産期医療対策事業の実施要綱に基づく「周産期医療体制整備指針」の見直しを行うため、平成22年1月に「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日付け医政発0126第1号）を発出したところである。各都道府県においては、速やかに周産期医療体制整備計画を策定するようお願いする。
- 「周産期医療体制整備指針」の概要は、以下のとおりである（下線部分が見直しによる追加）。
 - (1) 周産期医療協議会の設置
 - 都道府県は、周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療協議会を設置する。
 - (2) 周産期医療体制整備計画の策定
 - 都道府県は、周産期医療協議会の意見を聴いて、周産期医療体制整備計画を策定する。
 - 周産期医療体制整備計画は、地域の実情に応じて、NICUの整備（出生1万人対25～30床を目標）、NICUの後方病床（GCU、重症児に対応できる一般小児病床、重症心身障害児施設等）の整備等に留意して策定する。
 - ※ NICU：新生児集中治療管理室、GCU：NICUに併設された回復期治療室
 - ※ 「子ども・子育てビジョン」（平成22年1月29日）において、NICUについて、平成26年度までに、出生1万人当たり25～30床を目標に整備を進めることが閣議決定された。
 - ※ これまでのNICU必要病床数は、出生1万人対20床としていた。

(3) 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター

- 都道府県は、必要な機能等を有する医療施設を総合周産期母子医療センターとして指定し、必要な機能等を有する医療施設を地域周産期母子医療センターとして認定する。
- 周産期母子医療センターは、必要な機能等を満たさなくなった場合は、その旨を速やかに都道府県に報告するものとし、当該報告を受けた都道府県は、当該医療施設に対して適切な支援及び指導を行う。
- 都道府県による支援及び指導後も周産期母子医療センターが改善しない場合は、都道府県は、総合周産期母子医療センターの指定又は地域周産期母子医療センターの認定を取り消すことができる。

① 総合周産期母子医療センターの機能等

- ・ 総合周産期母子医療センターは、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、自施設又は他施設の関係診療科と連携して産科合併症以外の合併症を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定する。
- ・ 総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備する。ただし、都道府県の面積、人口、交通事情等を考慮し、三次医療圏に複数設置することができる。
- ・ MFICUは6床以上、NICUは9床以上（12床以上が望ましい）とする。
※ MFICU：母体・胎児集中治療管理室
- ・ 24時間体制で産科を担当する複数の医師、24時間体制で新生児医療を担当する医師、麻酔科医、臨床心理技術者、NICU入院児支援コーディネーター等の確保に努める。

② 地域周産期母子医療センターの機能等

- ・ 地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）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都道府県が認定する。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、都道府県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができる。
- ・ 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整備する。
- ・ 24時間体制で病院内に小児科を担当する医師、産科を有する場合は帝王切開術が必要な場合に迅速に手術への対応が可能となる医師（麻酔科医を含む。）、新生児病室に適当数の看護師、臨床心理技術者等の配置が望ましい。
※ 現在の新生児病室の看護師数は「常時3床に1名」としている。

(4) 周産期医療情報センターの設置

- 都道府県は、総合周産期母子医療センター等に、周産期救急情報システムを運営

する周産期医療情報センターを設置する。

- 周産期医療情報センターについては、救急医療情報システムとの一体的運用や相互の情報参照等により、救急医療情報システムと連携を図る。

(5) 搬送コーディネーターの配置

- 都道府県は、周産期医療情報センター等に、搬送コーディネーターを配置することが望ましい。

(6) 周産期医療関係者に対する研修

- 都道府県は、医師、助産師、看護師、搬送コーディネーター、NICU入院児支援コーディネーター等に対し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、研修を行う。

(予算補助事業の活用)

- 平成22年度予算案においては、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書」を踏まえ、NICU等の確保、産科合併症以外の合併症を有する母体の受入れ、勤務医の負担軽減、長期入院児の在宅への移行促進等を図るため、

- ① 総合周産期母子医療センターの運営に対する支援 (MFICU・NICU・GCUの運営支援、産科合併症以外の合併症を有する母体を受け入れる体制整備の支援、診療所医師が夜間・休日の診療支援を行う場合の支援)

- ② 地域周産期母子医療センターの運営に対する支援 (MFICU・NICU・GCUの運営支援、診療所医師が夜間・休日の診療支援を行う場合の支援)

- ③ NICUにおいて、新生児を担当する医師の手当に対する支援

- ④ NICU等に長期入院している児童が在宅療養へ移行するための地域療育支援施設 (仮称) を設置する医療機関への支援

- ⑤ 在宅に移行した児童をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援等を盛り込んでいる。

各都道府県においては、これらの補助事業を積極的に活用し、地域の周産期医療体制の整備に取り組むようお願いする。

- このうち周産期母子医療センターのMFICU・NICU・GCUの運営に対する支援については、周産期母子医療センターの評価に応じた補助金の交付を行う予定であり、現在、評価項目等について、厚生労働科学研究班において検討しているところである。評価項目等の決定後、各都道府県に調査を依頼することとしているので、ご協力をお願いする。

(NICU等長期入院児について)

- NICU等に長期入院している児童の状況把握及びその対応策の策定・実施については、「新生児集中治療管理室等に長期入院している児童に対する適切な療養・療育環境の確保等の取組について」(平成19年12月26日付け医政発第1226006号・雇児発第1226004号・社援発第1226002号・保発第1226001号)において、その取組をお願いし

ているところである。

情報提供していただいた都道府県の状況を取りまとめたところ、

- ・ N I C U等に長期入院している児童は189名であり、このうち心身の状況等から、
- ・ 引き続きN I C U等に入院することが望ましい児童は、36名（19.0%）
- ・ 退院することが望ましい児童は、153名（81.0%）となっており、具体的な望ましい移行先としては、
- ・ 一般の小児科病床への移行が、41名〔21.7%〕
- ・ 重症心身障害児施設等の福祉施設への移行が、70名〔37.0%〕
- ・ 在宅療養への移行が、40名〔21.2%〕

となっている。

○ 平成22年度予算案において、

① 周産期母子医療センターのN I C U・G C Uの運営に対する支援

② N I C U等に長期入院している児童が在宅療養へ移行するための地域療育支援施設（仮称）を設置する医療機関への支援

③ 在宅に移行した児童をいつでも一時的に受け入れる医療機関に対する支援

等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、引き続き、N I C U等長期入院児について、一人一人の児童にふさわしい療養・療育環境への移行の促進に取り組むようお願いする。

（周産期医療の連携体制を担う医療機関が取得する施設に係る不動産取得税）

○ 平成22年度税制改正案において、周産期医療の連携体制を担う医療機関が周産期医療の用に供する不動産（分娩施設、陣痛室、新生児室等）を取得した場合に、当該不動産の価格の2分の1を課税標準から控除する不動産取得税の特例措置について、適用期限を6年延長（控除割合は段階的に縮減）の上、廃止することとされている。

各都道府県においては、地域の周産期医療体制を整備していく上で本特例措置が活用されるよう、周産期医療機関に対する情報提供をお願いする。

（周産期医療に係る特例病床）

○ 病床過剰地域であっても特例的に整備できる特例病床制度について、平成20年4月から、周産期医療に係る特例病床の範囲を拡大し、周産期疾患に係る病床を特例病床の対象とした。

各都道府県においては、周産期医療に係る特例病床も活用しながら、地域の実情及び必要性に応じた周産期医療体制を整備するようお願いする。

(3) 小児医療の確保

（重篤な小児患者に対する救急医療等の確保）

○ 小児医療については、他の先進国と比べ、乳児死亡率は低いものの、1～4歳児死亡率は高くなっており、小児の救命救急医療を担う医療機関等を整備する必要性が指

摘されている。

- このため、平成21年7月の「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会中間取りまとめ」において、
 - ① 改正消防法に基づき都道府県に設置する協議会に小児科医も参加し、小児救急患者の搬送及び受入れの実施基準を策定
 - ② 救命救急センターの小児専門病床の要件緩和
 - ③ 小児救急患者への医療提供体制の特に整った救命救急センターや小児専門病院・中核病院について、「超急性期」の小児の救命救急を担う医療機関として位置付け、整備する
 - ④ 「超急性期」を脱した小児救急患者に「急性期」の集中治療・専門的医療を提供する小児集中治療室の整備のための支援が必要
- 等が盛り込まれたことを踏まえ、平成22年度予算案において、
- ① 「超急性期」にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター（仮称）」の運営に対する支援
 - ② 超急性期後の「急性期」にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備に対する支援
 - ③ 小児への集中的・専門的医療を担う小児科医を養成するための研修に対する支援を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

(入院を要する小児救急医療の確保)

- 入院を要する小児救急医療体制の充実を図るため、
 - ① 小児救急患者の受入れが可能な病院を当番制により確保する小児救急医療支援事業
 - ② 広域（複数の二次医療圏）で小児救急患者の受入れを行う小児救急医療拠点病院に対する支援
- を進めているが、依然として、小児救急医療体制が未整備の地域が残っている。

- 平成20年度より、オンコール体制（より専門的な処置が必要な場合等に、小児科医が速やかに駆けつけ対応する体制）による小児救急医療体制の整備も補助の対象としているので、各都道府県においては、積極的に活用するようお願いする。

※ 「子ども・子育てビジョン」（平成22年1月29日）において、平成26年度までに、すべての小児救急医療圏で常時診療体制を確保することを目標とすることが閣議決定された。

(初期小児救急の確保等)

- 小児の入院救急医療機関にかかる患者の9割以上は軽症であると指摘されており、症状に応じた適切な対応が図られるよう、平成22年度予算案においても、
 - ① 休日・夜間に小児の軽症患者の診療を行う小児初期救急センターの運営に対する支援

② 地域の小児科医等が休日・夜間の小児患者の保護者等からの電話相談に応じる小児救急電話相談事業（#8000）

③ 急病時の対応等についての住民向けの啓発や相談窓口設置の支援（医療連携体制推進事業）

等を盛り込んでいるので、各都道府県においては、積極的な活用をお願いします。

(4) 災害医療の確保

- 災害時における医療については、災害発生時に、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が、そのためには、平時から、災害を念頭においた関係機関による連携体制を構築しておく必要がある。各都道府県においては、災害拠点病院を中心として災害医療が適切に提供されるよう、地域における医療関係者、行政関係者等の訓練や研修等に取り組むようお願いする。

(災害医療に関する研修)

- 災害時に迅速に活動できる機動性を持った災害派遣医療チーム（DMAT）の研修について、平成22年度も、引き続き、東日本会場と西日本会場の2か所で実施する予定である。また、NBC（放射能、生物剤、化学剤）災害・テロの被害者に対する診断・治療等に関する研修も引き続き実施する予定であるので、医療関係者の積極的な参加に配慮をお願いします。
- 災害派遣医療チーム（DMAT）については、養成研修で得た知識・技術を維持していく必要があることから、平成22年度から、国立病院機構災害医療センターにDMAT事務局を設置し、DMAT事務局の事業として、DMAT技能維持研修を地方ブロック毎に実施することとしている。さらに、地方ブロック毎に自衛隊、消防等との連携を図るためのDMAT訓練補助事業も実施する予定であるので、DMAT隊員の積極的な参加にも配慮をお願いします。

(災害医療体制の確保)

- 平成22年度予算案において、災害拠点病院等活動費として、
 - ① 災害拠点病院の総合防災訓練等への参加に必要な経費に対する補助
 - ② 災害派遣医療チーム（DMAT）が被災地へ派遣された際の活動に要する経費に対する補助を引き続き盛り込んでいるので、各都道府県においては、災害医療体制の確保に取り組むようお願いする。

(広域災害救急医療情報システム（EMIS）)

- 広域災害救急医療情報システム（EMIS）については、平成22年度においても、都道府県担当者を対象とした国の災害対策やシステムの運用、操作実習等の説明会を実施する予定であるので、担当者の参加についてご配慮願いたい。

なお、平成22年度から、災害による広域搬送時に患者情報を管理するシステムを追加するなど、EMISの機能拡充を図って行くこととしている。

- EMISを導入していない県があるが、EMIS未導入県においては、災害時を想定した入力訓練を実施し、病院の被災状況等を確実に把握できるか否か検証した上で、検証の結果、病院の被災状況等が把握できない場合は、早急にEMISの導入を検討するようお願いする。

(医療機関の耐震化)

- 医療機関の耐震化については、基幹災害医療センター施設整備事業、地域災害医療センター施設整備事業、地震防災対策医療施設耐震整備事業及び医療施設耐震整備事業の耐震工事に係る調整率を0.5へ引き上げ、地方公共団体等の財政負担の軽減を図っている。
- また、平成21年度第1次補正予算において、医療施設耐震化臨時特例交付金を創設し、各都道府県へ必要額を交付したところである。交付金については、都道府県が基金として運用することから、特に厳格な管理をお願いする。
- 平成22年1月5日に公表した「病院の耐震改修状況調査」において、「I s 値0.3未満の建物」を有する病院が全国で164病院あることが明らかになった。「I s 値0.3未満の建物」については、震度6程度の地震を想定した上で、地震の震動及び衝撃に対して倒壊し、又は崩壊する危険性が高いとされており、早急に耐震化を進める必要があることから、平成22年度予算案から、医療施設耐震整備事業の対象に「I s 値0.3未満の建物」を有する病院（地方公共団体及び地方独立行政法人の病院を除く。）を追加し、「I s 値0.3未満の建物」を有する病院の耐震整備を優先的に採択する予定としているので、各都道府県においては、「I s 値0.3未満の建物」を有する病院に対し、「I s 値0.3未満の建物」の危険性を周知した上で、補助事業を活用し早急に耐震整備を行うよう指導するようお願いする。

(緊急地震速報の受信装置の病院への導入)

- 緊急地震速報の受信装置の病院への導入については、地震発生時に、エレベーターへの閉じ込め防止等に有効であると指摘されている。
東海地震に係る地震防災対策強化地域など大規模地震が発生するおそれのある地域に所在する病院等が緊急地震速報の受信装置等を取得する場合の税制軽減措置（所得税・法人税・固定資産税）については、平成22年度税制改正案において、固定資産税の軽減措置について、平成26年3月31日まで延長した上で廃止することとされた。各都道府県においては、緊急地震速報の受信装置の病院への導入促進について配慮をお願いする。

(5) へき地医療の確保

- へき地医療については、各都道府県において、「第10次へき地保健医療計画」（平成18～22年度）を策定した上で、その内容を医療計画に反映し、地域の実情に応じたへき地保健医療対策を推進している。

（「第11次へき地保健医療計画」の内容の検討）

- 平成21年7月から、「へき地保健医療対策検討会」（座長：梶井英治・自治医科大学地域医療学センター長）において、平成23年度から開始される「第11次へき地保健医療計画」の内容について検討を行っており、平成21年度内に報告書を取りまとめる予定である。同報告書を踏まえ、「第11次へき地保健医療計画」の策定に関する指針を発出し、平成22年度中に、へき地を有する都道府県において「第11次へき地保健医療計画」を策定いただくこととしているので、ご了解おきいただきたい。

なお、都道府県において計画を策定するための支援措置として、平成22年度予算案において、へき地医療支援機構運営費中の「協議会経費」を大幅に増額しているところであり、協議会の開催経費やへき地医療の状況を調査・分析するための調査費（人件費、旅費、役務費）として積極的にご活用いただくようお願いする。

（予算補助事業の活用）

- 平成22年度予算案においては、
 - ① 各都道府県のへき地医療支援の企画・調整等を担う「へき地医療支援機構」の運営費の助成
 - ② へき地医療を担う医療機関（へき地医療拠点病院、へき地診療所等）に対する運営費や施設・設備整備費の助成
 - ③ へき地に派遣される医師の移動等に要する手当への財政的支援
 - ④ 医師不足地域に医師派遣を行う病院等に対する支援等を引き続き計上している。

各都道府県においては、これらの補助事業を活用し、地域に必要なへき地医療の確保を図るようお願いする。

- 特に、「へき地医療支援機構」については、へき地医療に関する現況調において、専任担当官がへき地の業務に専任できていなかったり、へき地診療所への関与が少ないといった現状が明らかとなった。へき地保健医療対策検討会においても、機構の充実強化を求める意見が出たこと等から、「へき地医療支援機構」に係る予算の増額を行うこととしている。各都道府県においては、補助事業を有効に活用し、「へき地医療支援機構」の活動の一層の充実に取り組み、機構を中心として、二次医療圏を超えた広域的なへき地医療の支援体制を構築するようお願いする。

- また、へき地保健医療対策検討会における意見を踏まえ、へき地診療所等における医師住宅等の基準面積についても大幅に引き上げることとしたので（へき地診療所50㎡→80㎡、へき地医療拠点病院64㎡→80㎡）、各都道府県においては、補助事業を活

用し、へき地勤務医師等の住環境の改善に取り組むようお願いする。

(へき地医療拠点病院の要件の見直し)

- へき地医療拠点病院については、現行の「へき地保健医療対策事業実施要綱」において、「へき地医療支援機構」の指導・調整の下に、巡回診療、代診医の派遣等へき地における医療活動を継続的に実施できると認められる病院を都道府県が指定するものとされているが、へき地医療拠点病院の中には、へき地医療における医療活動の実施実績を有しない病院も存在するところである。
- このため、「へき地保健医療対策事業実施要綱」を改正し、平成22年度から、へき地医療拠点病院の指定要件を見直し、①又は②を満たす病院をへき地医療拠点病院として指定するものとする予定であるので、各都道府県においては、へき地医療拠点病院、へき地医療支援機構等に対しこの旨を周知するとともに、へき地医療拠点病院がへき地医療における医療活動を実施できるよう支援・指導するようお願いする。
 - ① 前年度に、「へき地医療支援機構」の指導・調整の下に、次に掲げる事業（ア、イ又はカのいずれかの事業は必須）を実施した実績を有すること
 - ア 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること
 - イ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること
 - ウ 特例措置許可病院への医師の派遣に関すること
 - エ 派遣医師等の確保に関すること
 - オ へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること
 - カ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること
 - キ その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対する協力に関すること
 - ② 当該年度に、①に掲げる事業（ア、イ又はカのいずれかの事業は必須）を実施できると認められること
- なお、平成22年度診療報酬改定についての中央社会医療保険協議会の答申（平成22年2月12日）において、DPCにおける新たな機能評価係数として、「地域医療への貢献に係る評価」で、へき地医療拠点病院に指定されている場合又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている場合は、1ポイントの加算が与えられることとされている。

(社会医療法人のへき地医療の認定要件)

- ・へき地に所在する診療所（当該病院が所在する都道府県内のへき地に所在する診療所に限る。）に対する医師の延べ派遣日数（派遣日数を医師数で乗じた日数をいう。）が53人日以上であること。
- ・当該病院においてへき地（当該病院が所在する都道府県内のへき地に限る。）における巡回診療の延べ診療日数（診療日数を医師数で乗じた日数をいう。）が53人日以上であること。