

- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」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こと。
なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

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

4 課題の抽出

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

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

5 数値目標

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

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案すること。

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

6 施策

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

7 評価

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

8 公表

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

災害時における医療体制の構築に係る指針

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

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

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

第1 災害医療の現状

1 災害の現状

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

(1) 自然災害（地震に伴う津波や火事を含む。）

自然災害の代表的なものとして、地震、風水害、火山災害、雪害等がある。

① 地震

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

昭和23年の福井地震の後、死者が一千名を超える地震災害としては、平成7年1月の阪神・淡路大震災（死者6,433名）、平成23年3月の東日本大震災（死者15,893名、行方不明者2,556名（平成28年12月9日現在））がある¹。また、平成28年4月14日と16日に最大震度7の地震が熊本県を中心とした九州地方に発生し、その被害は死者49名、重傷者345名、軽傷者1,318名（平成28年5月31日時点）に上った²。さらに、平成30年9月6日に最大震度7の地震が北海道胆振地方で発生し、その被害は死者42名、重軽傷者762名に上った。また、日本で初めてとなるエリア全域に大規模停電（ブラックアウト）が発生し、道内全域において最大約295万戸が停電、概ね全域に供給できるまで45時間程度を要した³。

このため、遠くない時期に発生することが懸念されている東海地震、東南海・南海トラフ地震、首都直下地震、日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震はもちろんのこと、それ以外の地域でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、全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。

¹ 平成28年12月9日警察庁緊急災害警備本部調べ

² 厚生労働省「平成28年版 厚生労働白書」

³ 内閣府「令和元年版 防災白書」

② 風水害等

近年、短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、大河川の氾濫も相次いでいる。令和元年には、相次ぐ台風の接近・上陸により、関東地方や東北地方を中心に大きな被害が生じた。また、線状降水帯の発生により記録的な大雨となった令和2年7月大雨では、九州地方を中心に死者・行方不明者86名、負傷者77名、住家被害16,599棟の被害が生じた。さらに、令和3年7月の大雨では、静岡県熱海市の土砂災害を中心に死者・行方不明者28名、負傷者11名、住家被害3,626の被害が生じ、同年8月の大雨では、西日本から東日本の広い範囲で大雨となり、九州地方を中心に死者・行方不明者13名、負傷者17名、住家被害8,209の被害が生じた⁴。このように豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしており、今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されている。

<令和3年度における風水害等の状況>

災害名	死者行方不明者	住家被害
令和3年7月 令和3年7月1日 からの大雨	28名	3,626棟
令和3年8月 令和3年8月の大 雨	13名	8,209棟

内閣府「防災情報のページ 災害情報」

(2) 事故災害

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

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

2 災害医療の提供

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

さらに、平成7年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、以下の体制が整備され、平成23年に発生した東日本大震災を踏まえて見直しが行われたところである。

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

(1) 災害拠点病院

平成8年度以降、災害拠点病院（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）の整備が図られ、令和4年4月現在、全国で765病院が指定されている。

⁴ 内閣府「防災情報のページ 災害情報」 <https://www.bousai.go.jp/updates/index.html>

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。

「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年 3 月 21 日付け医政発 0321 第 2 号厚生労働省医政局長通知。以下「災害医療通知」という。）に基づき、それぞれの災害拠点病院の機能強化を図ることとなっており、同時に指定した災害拠点病院が指定要件を充足しているか毎年確認することが重要である。

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

※ 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) 災害拠点精神科病院

災害拠点精神科病院は、災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れ、DPAT の派遣に係る対応等を行う。平成 23 年の東日本大震災では被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。また、平成 28 年の熊本地震でも被災した精神科病院から 595 人の患者搬送が行われており、今後想定される南海トラフ地震等の大規模災害においても、同様に多数の精神科患者の搬送が必要となる可能性がある。一方で、災害拠点病院の有する精神科病床数は約 1 万床（全精神科病床の約 3%）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。

このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を整備することとし、「災害拠点精神科病院の整備について」（令和元年 6 月 20 日付け医政発 0620 第 8 号厚生労働省医政局長・障発 0620 第 1 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、災害拠点精神科病院については人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備することを定めた。

令和元年度以降、災害拠点精神科病院の整備が図られ、令和 5 年 1 月現在、全国で 38 病院が指定されているが、25 道府県においては、未だ県内において 1 医療機関も指定がされていない状況である。

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

平成 17 年度以降、災害急性期（概ね発災後 48 時間）にトレーニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に出向いて救命医療を行うことが、予防できる被災者の死の回避につながるとの認識の下、「災害派遣医療チーム (DMAT)」の養成が開始された。令和 4 年 4 月 1 日現在、15,862 名が養成されている。

DMAT の果たす任務と役割は、大地震及び航空機・列車事故等の災害時や新興感染症等のまん延時において、都道府県の要請に基づき、都道府県庁、航空搬送拠点臨時医療施設 (SCU: Staging Care Unit。以下「SCU」という。)、災害現場、医療施設等において、本部活動、搬送、医療活動等を行うことである。

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

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

また、東日本大震災（平成 23 年）や平成 28 年熊本地震（平成 28 年）、今後発生が懸念される南海トラフ地震、首都直下地震、日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震などによって甚大な人的被害が発生するような災害では、これらの対応に加えて、遠隔地域からも DMAT が被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ多数広域医療搬送する際の医療支援を行う。

これまでの DMAT の活動実績としては、東日本大震災（平成 23 年）において 47 都道府県の DMAT が出動し、被災県に約 380 チームが病院支援や城内搬送、広域医療搬送を実施した事例や、新潟県中越沖地震（平成 19 年）や岩手・宮城内陸地震（平成 20 年）において、近隣県から DMAT が出動し、病院支援や現場活動等が行われた事例が挙げられる。

平成 28 年熊本地震では、4 月 14 日の最大震度 7 の地震の発生時は、熊本県及び九州地域の DMAT に派遣を要請し、4 月 16 日の最大震度 7 の地震の発生時は、全国の DMAT に派遣を要請し、計 466 チームが活動⁶（平成 28 年 4 月 17 日時点）した。

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

また、令和 2 年の新型コロナウイルス感染症において、DMAT 資格を有する者が、災害医療の経験を活かして、感染症の専門家とともに、ダイヤモンド・プリンセス号での対応のほか、都道府県庁の患者受入れを調整する機能を持つ組織・部門での入院調整や、クラスターが発生した介護施設等での感染制御や業務継続の支援等を行った。これを踏まえ、令和 4 年改正法により、災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時に都道府県知事の求めに応じて派遣される人材を国が養成・登録する仕組みが法に位置づけられ、令和 6 年 4 月 1 日より施行されることとされた。

都道府県は、改正後の法に基づき、医療機関との間であらかじめ DMAT の派遣に係る協定を締結するとともに、DMAT の研修・訓練等の支援を行うことが必要である。

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

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

平成 23 年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成 24 年度に「災害派遣精神医療チーム (DPAT)」の仕組みが創設され、平成 25 年よりその養成が開始されている。DPAT は、都道府県が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームであり、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成される。DPAT は、「被災地での精神科医療の提供」、「被災地での精神保健活動への専門的支援」、「被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。）」、「支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援」等の役割を担う。DPAT のうち、発災から概ね 48 時間以内に、被災した他都道府県においても活動できるチームを先遣隊と定義している。

⁶ 平成 28 年度厚生労働省科学研究補助金「首都直下型地震・南海トラフ地震等の大規模災害時に医療チームが効果的、効率的に活動するための今後の災害医療のあり方に関する研究」平成 28 年熊本地震報告書

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

また、令和 2 年から新型コロナウイルス感染症において、DPAT 隊員が、災害精神科医療の経験を活かして、感染症の専門家とともに、ダイヤモンド・プリンセス号での対応を行っているほか、令和 3 年度以降も都道府県 DPAT 調整本部等において入院搬送調整の支援や、クラスターが発生した医療機関等でのゾーニングや感染管理体制の確立支援、業務継続の支援等を行っている。

令和 5 年 1 月時点では、46 都道府県において先遣隊が整備されている。今後の災害に備え、地域防災計画において DPAT の役割について明示することなどにより、DPAT 活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

都道府県は、令和 4 年改正法による改正後の法に基づき、医療機関との間であらかじめ DPAT の派遣に係る協定を締結するとともに、DPAT の研修・訓練等の支援を行うことが必要である。

(5) 災害支援ナース

災害発生時における看護ニーズに迅速に対応できるよう、日本看護協会及び都道府県看護協会において、災害支援ナースの養成を行っている。災害支援ナースは、被災地域に派遣されて、被災した医療機関における看護業務、避難所の環境整備や感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援、医療チームへの患者の引継ぎ及び救急搬送等の活動を行う。

災害支援ナースの主な活動実績としては、平成 23 年 3 月の東日本大震災の際に、40 都道府県から派遣された延べ 3,770 人が活動を行った実績や、平成 28 年 4 月の熊本地震の際に、15 都道府県から派遣された延べ 1,688 人が活動した等の実績があり、災害発生時における看護ニーズへの迅速な対応に貢献している。

災害支援ナースの登録者数は、令和 3 年 3 月末現在で 10,251 人となっている。

災害支援ナースについては、今後、令和 4 年改正法による改正後の法に基づき、医療機関との間であらかじめ災害支援ナースの派遣に係る協定を締結するとともに、災害支援ナースの研修・訓練等の支援を行うこととすることを検討している。

今後の災害に備え、地域防災計画において災害支援ナースの役割について明示することなどにより、災害支援ナースの活動が円滑に行われるよう配慮することも重要である。

(6) 保健医療活動チーム

災害が沈静化した後においても、被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、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、様々な保健医療活動チーム（日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム（被災都道府県以外の都道府県、市町村、日本看護協会等の関係団体や医療機関から派遣された看護職員を含む）、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援チーム（JRAT）、その他の災害医療に係る保健医療活動を行うチーム）が、DMAT、DPAT とも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。

特に JMAT は、東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の

医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。

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

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

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

災害時の迅速な対応が可能となるよう、医療機関の患者の受入れ可否等の情報、ライフラインの稼動状況や DMAT の活動状況等の情報を、災害時において一元的に収集・提供し、関係者間で情報共有する広域災害・救急医療情報システム（EMIS）が全国的に整備され、平成 26 年に全都道府県において導入された。

EMIS については、過去の災害の経験を踏まえ機能を拡充してきたが、災害時において有効に活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者が、EMIS 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、被災した医療機関に代わって都道府県や保健所等が、EMIS への代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要である。

(8) 保健医療福祉調整本部

平成 28 年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成 28 年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成 28 年 7 月 20 日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。

こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

その後、令和 3 年防災基本計画及び厚生労働省防災業務計画に災害派遣福祉チーム等の整備が追加され、令和 3 年度厚生労働科学研究の「災害発生時の分野横断的かつ長期的ケアマネジメント体制構築に資する研究」において、保健医療のみでは福祉分野の対応ができず、保健・医療・福祉の連携が重要であるとされたことを踏まえ、保健医療調整本部を保健医療福祉調整本部に改めたところである。

なお、都道府県は様々な保健医療活動チームと協力することが必要であることから、災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームとともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認することが必要である。

(9) 災害医療コーディネーター

災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部並

びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者である。

都道府県は、災害時の保健医療提供体制を効率的に調整するため、都道府県の保健医療福祉調整本部に配置される都道府県災害医療コーディネーターと保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される地域災害医療コーディネーターの両者を整備することが必要である。

また、都道府県は、災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進することが重要である。

なお、厚生労働省では、平成 26 年度より都道府県災害医療コーディネーター及び地域災害医療コーディネーターの養成研修に必要な経費を補助し、災害医療コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

災害医療コーディネーターの運用や活動内容については、「災害医療コーディネーター活動要領」（平成 31 年 2 月 8 日付け医政地発第 0208 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を参照されたい。

(10) 災害時小児周産期リエゾン

災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療福祉活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部において、被災地の保健医療福祉ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者である。

なお、厚生労働省は、平成 28 年度から災害時小児周産期リエゾン養成研修を実施し、災害時小児周産期リエゾンの養成に努めている。

災害時小児周産期リエゾンの運用や活動内容については、「災害時小児周産期リエゾン活動要領」（平成 31 年 2 月 8 日付け医政地発 0208 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を参照されたい。

(11) 災害薬事コーディネーター

災害薬事コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、都道府県が設置する保健医療福祉調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことを目的として、都道府県において任命された薬剤師である。

各都道府県において、災害薬事コーディネーターの研修事業等を実施し、災害薬事コーディネーターの養成及びその能力向上に努めている。

(12) 業務継続計画（BCP）

業務継続計画（BCP）とは、災害などの緊急時に低下する業務遂行能力（医療機関の場合は診療機能）について、その影響を最小限に抑え、早期復旧を可能とするための準備体制及び方策をまとめたものであり、平成 23 年に発生した東日本大震災を踏まえて、「災害発生時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年 3 月 21 日付け医政発 0321 第 2 号厚生労働省医政局長通知）において、全ての医療機関に、災害対策マニュアル及び業務継続計画を策定することを求めている。

また、平成 29 年より、災害拠点病院の指定要件に、業務継続計画（BCP）を整備することを追加している。

業務継続計画（BCP）の策定は、地域における医療機関の役割やライフライン復旧対策など他機関（行政・消防・関連業者等）との連携・協力が必要な内容を含む

ため、地域防災計画など他のマニュアルとの整合性をとる必要があり、医療機関が独自に策定するのは困難である場合があることから、厚生労働省は、平成 29 年度から BCP 策定研修事業等により、全ての医療機関における業務継続計画（BCP）の策定を支援している。なお、平成 30 年 12 月 1 日時点において、全病院のうち BCP 策定済みの病院は、25%であった。（全病院総数 8,372 病院のうち回答病院数は 7,294 病院）⁶

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第 1 災害医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす関係機関、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こと。

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 及び DPAT を直ちに派遣できる体制

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

・ 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

2 各医療機能と連携

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

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

(1) 災害時に拠点となる病院

① 災害拠点病院

ア 目標

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

イ 医療機関に求められる事項

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

- ・ 災害時に多発する重篤な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

⁶ 厚生労働省地域医療計画課調べ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06012.html

- ・ 基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
- ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- ・ 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保していること
- ・ 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、少なくとも3日分の水の確保に努めること
- ・ 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること。
- ・ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄していること
- ・ 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等*において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）
- ・ 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- ・ 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- ・ EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- ・ 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- ・ 厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定すること
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
- ※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

② 災害拠点精神科病院

ア 目標

- ・ 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
- ・ 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること

- ・ 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
 - ・ DPATの派遣機能を有すること
 - ・ 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること
- ### イ 医療機関に求められる事項
- 災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。
- ・ 災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所（体育館等）を確保していること
 - ・ 重症の精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
 - ・ 診療に必要な施設が耐震構造であること
 - ・ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
 - ・ 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
 - ・ 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
 - ・ 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
 - ・ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄していること
 - ・ 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等*において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）
 - ・ 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成（都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
 - ・ EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
 - ・ 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
 - ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うこと
 - ・ 厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定すること
 - ・ 整備された業務継続計画（BCP）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
 - ・ 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
 - ※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

- 災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること
- 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うよう努めること
- 厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定すること
- 整備された業務継続計画（BCP）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- 診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること
- EMISへ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

(3) 都道府県等の自治体

① 目標

- 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
- 保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

② 自治体に求められる事項

- 平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること
- 災害医療コーディネート体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
- 都道府県は、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討すること
- 都道府県によっては、災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れるなど、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域

の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例もあることから、これも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討すること

- 都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者とともに、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認すること
- 風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等への医療関係者の参画を促進すること
- 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
- 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
- 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成28年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
- 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと
- 都道府県や医療機関は、災害時等において、医療コンテナ等を検査や治療に活用する。具体的には、災害時の医療提供体制を維持するために医療コンテナ等を活用し、例えば、仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行う。
- 都道府県は、平成26年に改正された消防法施行令（昭和36年政令第37号）により新たにスプリンクラーの設置義務が生じた病院・有床診療所等について、設置状況を把握し、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業を活用しつつ設置義務の猶予期限である令和7年6月30日までに整備を完了すること。

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

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

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

(1) 医療資源・連携等に関する情報

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

- ・ 医薬品、医療（衛生）材料等の備蓄、供給体制

(2) 指標による現状把握

別表7に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 圏域の設定

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

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

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

3 連携の検討

- (1) 都道府県は、災害時における医療体制を構築するに当たって、受援又は応援派遣、救命医療及び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こと。

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

- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して関係機関の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

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

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

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

また記載に当たっては下記の点に留意すること。

- ① 災害時に拠点となる病院

災害拠点病院、災害拠点精神科病院については、地勢的・地質的状况、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こと。また、対応するエリアも明記すること。

- ② 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）

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

4 課題の抽出

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

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

5 数値目標

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

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案すること。

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

6 施策

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

7 評価

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

8 公表

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

小児医療の体制構築に係る指針

小児医療の体制については、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」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、小児救急医療のみならず地域での一般の小児医療との連携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 医療体制の構築に必要な事項」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。なお、本指針においては、二次医療圏と同一である場合も含め小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称する。

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小児医療圏を設定し、その小児医療圏ごとの医療機関と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を行えるようにすること。

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2.3万人、外来で約72万人となっている¹。

- ① 入院については、「周産期に発生した病態」（25.8%）のほか、「先天奇形、変形及び染色体異常」（13.1%）、「神経系の疾患」（9.2%）、「呼吸器系の疾患」（7.9%）が多い¹。
- ② 外来については、急性上気道感染症（12.8%）をはじめとする呼吸器系の疾患（29.6%）が圧倒的に多い¹。

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、小児救急診療については、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1,000対）は3.4、乳児死亡率（出生1,000対）は1.7、幼児（1歳から4歳まで）、児童（5歳から9歳まで）、児童（10歳から14歳まで）の死亡率（人口10万対）はそれぞれ、13.8、6.7、8.3となっている²。

幼児（1歳から4歳まで）の死亡の主な原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」（20.5%）、「悪性新生物」（11.0%）、「不慮の事故」（10.3%）となっている。一方、児童（10歳から14歳まで）の主な原因は、「自殺」（29.0%）、「悪性新生物」（18.6%）、「不慮の事故」（11.8%）となっている²。

(3) 小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成12年の1,847万人から令和2年の1,500万人まで減少している³。）にもかかわらず、18歳未満の救急搬送数は増加傾向であった。近年は平成17年の約51万人から平成27年の約46万人、令和元年の29万人、令和2年の17万人と、減少傾向にある⁴。

また、同搬送における軽症者の割合は約72%となっている⁴。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以前より指摘されている⁵。このように、小児救急患者⁶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。

※ 小児救急患者

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

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⁶。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。

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⁶。

このような状況を背景として、夜間や休日に、子どもの病気やけがへの対応について、保護者等の不安を軽減し、不要不急の受診を抑制するため、全国共通ダイヤルで看護師や小児科医師からアドバイスを受けられる「子ども医療電話相談事業（#8000事業）」を平成16年度から開始している。平成22年度以降は全都道府県で実施されており、年間相談件数は、平成22年度の46.6万件から、令和元年度には111.5万件と増加している⁷。また、平成30年12月に「上手な医療のかかり方を広めるための懇談会」において『「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！』が取りまとめられ、患者・家族の不安を解消する取組を最優先で実施すること、緊急時の相談電話やサイトを導入・周知・活用すること等が求められており、具体的な事項として、#8000事業の体制整備や周知徹底が挙げられている。さらに、「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」（令和元年調査）においては、就学前の子どもがいる方を中心として認知の割合が向上していたが、「電話がつかぬまでの時間が長かった」等の意見があり、適切な回線数の確保等が求められている。

2 小児医療の提供体制

(1) 小児医療の提供体制

- ① 平成14年から令和2年までの間に小児科を標榜している一般病院は24.9%減少（3,359から2,532）、診療所は27.3%減少（25,862から18,798）、小児科が主たる標榜である一般診療所は4.3%増加（2,991から3,119）している⁸。

³ 総務省「国勢調査」（令和2年）

⁴ 消防庁「平成28年版 救急・救助の現状」（令和3年）

⁵ 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

⁶ 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）

⁷ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

⁸ 厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）

¹ 厚生労働省「患者調査」（令和2年）

² 厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（令和3年）

- ② 小児慢性特定疾患を取り扱う医療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（398 地区）や小児救急医療拠点病院（31 か所）の整備を推進している（数値はいずれも令和 2 年 4 月現在。）。
- ④ 高度な医療を提供する NICU を有する医療機関数は、令和 2 年に 352 施設、小児集中治療室（以下「PICU」という。）を有する医療機関数は、令和 4 年に 36 施設となっている⁹。
- ⑤ このような状況のなかで、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（平成 27 年度以降は小児慢性特定疾病医療）、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・子育てビジョン」（平成 22 年）にも目標値として盛り込まれた。
- ⑥ 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、集約化推進通知において、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。
- ⑦ また、平成 21 年 7 月に示された「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の中間取りまとめに基づき、消防法による小児救急患者への対応を含む実施基準の策定や、小児救命救急センターの整備、PICU の整備等が行われてきたところである。さらに、「少子化社会対策大綱」（令和 2 年）、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年）においても、継続して小児医療の充実に取り組んでいる。
- ⑧ 平成 30 年 7 月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」により、令和 2 年度より医師偏在指標に基づいた医師偏在対策を行うこととなり、産科医師・小児科医師についても、各都道府県において、産科・小児科の医師偏在指標を活用し、医療圏の見直しや医療資源の更なる集約化・重点化等を含む産科・小児科の医師確保計画を策定している。産科・小児科の医師確保計画の考え方や構造については、医師確保計画策定ガイドラインにおいて示している。
- ⑨ 平成 30 年 12 月に成立した育成基本法に基づく育成医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針が令和 3 年 2 月 9 日に閣議決定され、育成医療の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などの各分野の横断的な視点での総合的な推進を行うこととされた。

(2) 小児医療に係る医師等の状況

- 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⁹。
- ② 平成 14 年から令和 2 年までの間に小児科医の数は 14,481 人から 17,997 人と約 3,500 人増加している¹⁰。また、小児人口 1 万人当たりの小児科医数でみると、7.7 から 12.0 と増加傾向にある。なお、女性医師の割合は、36.0%である。

第 2 医療体制の構築に必要な事項

1 都道府県における小児医療体制の整備

⁹ 日本小児科学会調べ（平成 18 年）

¹⁰ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

(1) 小児医療に関する協議会

① 小児医療に関する協議会の設置

都道府県は、小児医療体制の整備に関する協議を行うため、小児医療に関する協議会を設置すること。構成員は、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含むことを基本とし、歯科医師、薬剤師、保健師、保健医療関係機関・団体の代表、児童福祉関係者、学校・教育関係者、医育機関関係者、消防関係者、学識経験者、都道府県・市町村の代表、住民等から、地域の実情に応じて選定すること。なお、小児医療体制について協議するに当たり、適切な既存の協議の場が他にある場合にあっては、当該既存の協議の場を活用することで差し支えない。

② 協議事項

小児医療に関する協議会は、次に掲げる事項について、少なくとも年 1 回、必要に応じて年に複数回、定期又は臨時で開催すること。また、必要に応じオンラインで開催すること。協議事項は次のアからサまでに掲げるとおりであり、その内容について、都道府県は住民に対して情報提供を行うこと。なお、小児患者の搬送及び受入れ、災害対策等、他事業・疾患との連携を要する事項については、小児医療に関する協議会と、メディカルコントロール協議会、消防防災主管部局等の関連団体や各事業の行政担当者と連携し、地域の実情に応じて、実施に関する基準等を協議すること。また、出生後の児を円滑に周産期医療から引き継ぐ観点から、周産期医療と強く結びつく必要があるため、周産期医療に関する協議会との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進めること。

ア 小児医療体制に係る調査分析に関する事項

イ 医療計画（小児医療）の策定に関する事項

ウ 小児科の医師確保計画の策定に関する事項

エ 小児患者の搬送及び受入れ（圏域を越えた搬送及び受入れ（ドクターヘリ等の運用による場合を含む。）を含む。）、小児の死亡や重篤な症例に関する事項

オ 他事業との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の小児期に合併する疾患に関する医療等）

カ 小児の外傷、熱傷等小児科以外の診療科と連携が必要な領域を含む、小児医療に関する事項

キ 医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制に関する事項

ク 子どもの心の問題や児童虐待に係る、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制（子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業等）の構築に関する事項

ケ 小児医療関係者に対する研修に関する事項

コ 新興感染症の発生、まん延時における医療体制に関する事項（小児の受入先等の救急搬送体制を含む。）

サ その他、特に検討を要する事例や小児医療体制の整備に関し必要な事項

③ 都道府県医療審議会等との連携

小児医療に関する協議会については、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の作業部会として位置付けるなど、都道府県医療審議会及び地域医療対策協議会と密接な連携を図ること。また、地域医療構想調整会議等、連携を要する他事業に関する協議会との整合性に留意すること。

(2) 小児医療における災害対策

これまでの震災を踏まえた研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘された。また、小児・周産期医療については平時から独自のネットワークが形成されていることが多く、災害時にも既存のネットワークを活用する必要性が指摘された¹¹。そのため、都道府県は、災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部等において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命し、次に挙げる事項を整備すること。また、災害時小児周産期リエゾンに任命された者は、各都道府県において平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築すること。

- ① 災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、平時より訓練を実施
- ② 自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災都道府県からの搬送受け入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築

(3) 小児医療における新興感染症の発生・まん延時の対策

新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児医療を実施する医療機関について、地域の小児医療に関する協議会等においてあらかじめ協議すること。また、適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討すること。さらに、新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討すること。

2 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」及び「中核病院小児科・地域小児科センター登録事業」を参考に、全ての小児医療圏（令和3年4月現在 310 地区）で小児救急医療を含めて常時小児の診療ができる体制を確保すること。

その際、小児医療圏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体制の構築を行うこと。また、医療機関の機能や患者のアクセス等を考慮し、小児医療圏の見直しを適宜行う等により小児医療圏毎の小児医療提供体制を検討すること（日本小児科学会「小児医療提供体制委員会報告」（平成27年）を参照のこと。）。

(1) 子どもの健康を守るために、家族等を支援する体制

- 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 医療的ケア児、慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する身体的及び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 小児医療圏において、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
- ④ 身体機能の改善や ADL の向上のため、早期からのリハビリテーションを実施する体制
※ 医療的ケア児、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①～④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、体制の確保を図ること。

(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、小児医療圏の見直しや医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制
- ③ 医療資源の集約化・重点化により小児医療へのアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行う体制

(4) 療養・療育支援が可能な体制

- ① 医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制
- ② 退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できる体制
- ③ 退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受け入れ体制

(5) 医師の勤務環境の改善が可能な体制

小児医療、特に新生児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において小児医療を維持・確保することを目的として、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や小児科の医師偏在対策を検討する体制

3 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、小児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こと。

(1) 地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能

① 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

ア 目標

- ・ 子ども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すること

¹¹ 厚生労働省「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見のとりまとめ」（平成28年度）

- ・ 小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること
- イ 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・夜間等に子どもの急病等に関する相談体制を確保すること(子ども医療電話相談事業(＃8000 事業)やその他の電話相談事業について、応答率等を確認し、回線数を増やすなどの改善の必要性を適宜検討すること。また、＃8000 対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図ること。さらに、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報(こどもの救急、教えて!ドクター等)についても周知を行うこと。
 - ・ 小児の受療行動に基づき、急病等の対応等について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
 - ・ 医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制を構築し、医療機関の参画を促すこと
 - ・ 地域において、子どもの心の問題や児童虐待に対応するため、子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施等により、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制を構築すること

(2) 地域において、日常的な小児医療を実施する機能【一般小児医療】

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】

- ア 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
- イ 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
 - ・ 地域における医療と保健・福祉・教育との連携の促進の役割を担うこと
 - ・ 軽症患者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、PICU 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
 - ・ 訪問看護事業所、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

- ・ 医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること
- ・ 家族等に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること
- ・ 医療的ケア児、慢性疾患児等の急変時に備え、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

ウ 医療機関等の例

- ・ 小児科を標榜する診療所(小児かかりつけ医を含む。)
- ・ 一般小児科病院、小児地域支援病院*
- ・ 連携病院(集約化推進通知に規定されるもの)
- ・ 訪問看護事業所
- ※ 小児地域支援病院は日本小児科学会の「地域振興小児科A」に相当する。

② 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

ア 目標

- ・ 初期小児救急医療を実施すること

イ 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

ウ 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、小児地域支援病院
- ・ 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) 小児医療圏において中心的に小児医療を実施する機能【小児地域医療センター】
(日本小児科学会の「地域小児科センター」に相当するもの)

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のこと。)

ア 目標

- ・ 3(2)①の機能(一般小児医療)を担う医療機関では対応が困難な患者に対する小児専門医療を実施すること

イ 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実施すること
- ・ 一般小児医療を担う医療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実施すること

- ・ 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の連携や、在宅医療を支援していること
- ・ 家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ 医療機関の例

- ・ 地域小児科センター
- ・ 連携強化病院（集約化推進通知に規定されるもの）

② 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】

（人員体制、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のこと。）

ア 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

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を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における医療機関と連携し、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
- ・ 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、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対応すること
- ・ 家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ 医療機関の例

- ・ 地域小児科センター
- ・ 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
- ・ 輪番制・共同利用に参加している病院

(4) 三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの）

① 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

（人員体制、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のこと。）

ア 目標

- ・ 小児地域医療センター等では対応が困難な患者に対する高度な小児専門入院医療を実施すること
- ・ 当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 広域の小児中核病院や小児地域医療センター等との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・ 家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ 医療機関の例

- ・ 中核病院小児科

- ・ 大学病院（本院）
- ・ 小児専門病院

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のこと。）

ア 目標

- ・ 小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた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
- ・ 小児の集中治療を専門的に実施できる診療体制（小児専門施設であればPICUを運営することが望ましい。）を構築することが望ましい。
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携し、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対し救命医療を実施すること
- ・ 家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ 医療機関の例

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

(5) 小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】

小児中核病院又は小児地域医療センターがない小児医療圏において、最大の病院小児科であり、小児中核病院又は小児地域医療センターからアクセス不良（車で1時間以上）であるものと定義される。日本小児科学会の分析によると、小児人口の5.4%をカバーしているに過ぎないものの、小児医療圏の面積は全国の約25%と広く、小児医療資源が乏しいため、他地域の小児科との統廃合は不相当であるとされている。

ア 目標

- ・ 小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること

イ 医療機関に求められる事項

- ・ 原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、小児医療体制を構築するに当たって、(1)及び(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握すること。

さらに、(3)に示す、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握すること。

なお、(1)及び(2)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 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）

- ・ 乳児、乳幼児、小児（15才未満）の死亡率（人口動態統計）
 - ・ 小児人口（住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査）
 - ・ 出生率（人口動態統計）
 - ・ 特別児童扶養手当数等（福祉行政報告例等）
- (2) 医療資源・連携等に関する情報
- ① 小児科標榜病院数とその所在
 - ② 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）
 - ③ 小児科標榜診療所数とその所在
 - ④ 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）
 - ・ 小児科を標榜する診療所及び病院の初期救急体制への関与状況
 - ・ 休日・夜間の薬局の運営状況（開局時間、薬剤師人数等）
 - ⑤ 小児救急医療に携わる施設とその位置（衛生主管部局）
 - ⑥ 救急医療機関の人員（衛生主管部局）
 - ⑦ 休日・夜間等における子どもの急病等に関する相談事業
 - ・ 回線数、相談件数、認知度、応答率等
 - ⑧ 医療的ケア児に対する医療を提供する施設間の連携の状況
 - ⑨ 災害時の小児医療体制に関する事項
 - ・ 災害時小児周産期リエゾンの任命状況
 - ・ 小児医療施設や小児患者等の被害を想定した災害訓練の実施状況
 - ⑩ 新興感染症発生・まん延時の小児医療体制に関する事項
 - ・ 感染症の罹患または罹患が疑われる小児に対して医療を実施する施設
 - ・ 災害時小児周産期リエゾンの任命状況（再掲）
- (3) 指標による現状把握
- 別表 11 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。その際、地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標（重点指標）、その他国が提供するデータや独自調査データ、データの解析等により入手可能な指標（参考指標）に留意して、把握すること。

2 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 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医療センター、小児中核病院といった各種機能を明確にして、小児医療圏を設定すること。
- (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、一つの医療機関で小児地域医療センターや小児中核病院の医療機能を担いきれない場合には、複数の医療機関で連携してそれらひとつの医療機能を担うこともあり得る。また、小児医療圏内に機能を担う施設が存在しない場合には、小児医療圏の再設定を行うこともあり得る。

- (3) 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域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こと。また、第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療圏との連携の下、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化すること。一本化するに当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制がとれるように留意すること。
- (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こと。

3 連携の検討

- (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こと。また、都道府県内における医療的ケア児等の支援に関わる医療・福祉等の関係機関と連携を図ること。
- さらに、医療機関、消防機関、消防防災主管部局、地域医師会等の関係者は、診療情報の共有、連携する施設・医師等専門職種の情報共有に努めること。
- (2) 保健所は、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」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こと。
- 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。
- 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。逆に、ひとつの医療機関で小児地域医療センターや小児中核病院の医療機能を担いきれない場合には、複数の医療機関で連携してそれらひとつの医療機能を担うこともあり得るため、分かりやすい周知に努めること。
- さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が小児医療圏内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載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こと。
- (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 課題の抽出

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

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も

考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り小児医療圏ごとに課題を抽出すること。

5 数値目標

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、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載すること。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第十一に掲げる諸計画に定められる目標を勘案すること。

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

6 施策

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

7 評価

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

8 公表

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