

第2部 各論

第1章 事業別の医療体制の整備・充実

- 患者や住民が安心して地域で医療を受けられるように、地域医療の確保は重要な課題です。地域の医療資源に限りがある中で、地域の医療機関が連携し、精神科救急も含めた救急、小児医療、周産期医療の医療体制を構築することが求められています。
- また、災害時を念頭においた医療救護体制を整備することも重要です。
- 必要なときに必要な医療が適切に提供される体制の整備充実を進めます。

第1節 総合的な救急医療

- 救急医療は、昼夜の区別なく急病や事故等から県民の生命を守る使命を担っています。
- 県では、比較的軽症の患者を対象とした初期救急医療、緊急の入院や手術が必要な患者を対象とした二次救急医療、そして高度で特殊・専門医療が必要な重篤・重症患者を対象とした三次救急医療と、役割分担と連携のもと病状に応じた適切な医療が受けられるよう救急医療体制の体系的な整備を進めています。
- 現在、救急医療をめぐる状況は、総じて、供給側(医療体制)では、医師の高齢化、女性勤務医の増加、医師・診療科の偏在等により、救急医療を担う医師の絶対数が不足し、当直医の勤務負担が増大する一方、需要側(患者・家族等)では、少子化、核家族化、夫婦共働き、高齢化といった社会情勢等の変化を背景に、より一層、地域で安心して生活するために必要な医療が必要なときに提供される医療環境へのニーズが高まっており、今後、更に医療体制と医療ニーズの間のミスマッチが拡大する懸念があります。
- このことを踏まえ、県における救急医療体制を強化し、持続可能なものとするために、初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療の更なる機能分化・連携を推進し、病状に応じた適切な医療が必要なときに受けられる救急医療体制を確保します。
- また、県民が迅速で適切な救急医療が受けられるよう、バイスタンダー(※1)による応急手当てや救急救命士によるプレホスピタル・ケア(※2)を推進します。

現状

(1) 病院前救護

- 平成 27 年中の一般市民が目撃した心肺機能停止のうち心肺蘇生(除細動含む。)を実施した場合の1か月生存率は 16.1%、実施しなかった場合は 9.2%と約 1.8 倍の差があり、現場に居合わせた人の心肺蘇生行為等が救命率の向上に大きく寄与しています。
- 平成 27 年中の県内の応急手当普及講習(普通・上級講習)の受講者数は 82,464 人で、人口1万人あたり 90 人が受講しています。
- 平成 29 年6月現在、県内に設置された自動体外式除細動器(AED:Automated External Defibrillator)は、17,898 台あります。
- 平成 27 年4月1日現在、県内の救急隊のうち常に救急救命士が同乗している割合は、全国で唯一

100%であり、全国の 87.7%よりも高い割合となっています。

- 病院前救護活動における救急救命士が実施する医行為の質を確保する観点から、神奈川県メディカルコントロール(※3)協議会と県内5地区に各地区メディカルコントロール協議会が設置されています。
- 傷病者を受入れる医療機関が速やかに決定されないことがある問題を解消するため、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を平成 23 年 3 月に策定し、平成 24 年2月には「妊産婦にかかる基準」、平成 25 年3月には「精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準」、平成 25 年6月には県内すべての地域において「受入医療機関確保基準」を策定しています。

(2) 初期救急

- 初期救急医療体制については、休日夜間急患診療所等及び在宅当番医制(※4)により実施しており、医科で 17 市1町、歯科で 17 市に所在しています。
- 休日夜間急患診療所等の平成 27 年度診療患者数は、医科 397,360 人、歯科 11,242 人となっており、医科の診療患者数では、49%が小児科を受診、36%が内科を受診しています。

【休日夜間・急患診療所体制】

(平成 29 年4月1日現在)

	箇所数	所在地	患者数
医科	48 か所	17 市1町	397,360 人(うち 49%が小児科受診、36%が内科受診)
歯科	20 か所	17 市	11,242 人

(3) 二次救急

- 二次救急医療体制については、病院群輪番制(※5)(14 ブロック)及び救急病院等の認定(※6)を受けた計 184 医療機関(平成 29 年4月1日現在)により実施していますが、この体制に参加する医療機関数は微減しています。

【参加医療機関数】

平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
188 機関	189 機関	187 機関	184 機関

(4) 三次救急・ドクターヘリ

- 三次救急体制については、大学病院をはじめとする 21 か所(平成 29 年4月1日現在)の救命救急センターで、24 時間体制で高度・専門的な医療を提供しています。
- 救命救急センターの整備方針としては、原則として二次保健医療圏に1か所とし、地域の実情に応じて複数設置も考慮することとしており、平成 29 年4月の指定により全ての二次保健医療圏に救命救急センターが設置されました。
- 県では、救命救急センターへの患者搬送システムとして、平成 14 年7月からドクターヘリ(※7)を東海大学医学部付属病院に配備しています。平成 19 年9月からは高速道路における運用を開始するとともに、また平成 26 年8月からは県と山梨県及び静岡県の3県で広域連携体制を構築し、互いの県境を越えて相互に支援を行っています。

【ドクターヘリ搬送実績】

(延べ実績:平成 14 年～28 年度)

平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	延べ実績
253 件	281 件	212 件	4,624 件

【平成 27 年度実績における重症度の内訳】

重篤(※8)	重症(※9)	中等症(※10)	軽症(※11)
46 件(20.5%)	113 件(50.5%)	63 件(28.1%)	2 件(0.9%)

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急

- 内科・小児科を主体とする初期から二次までの救急医療体制では対応が難しい耳鼻咽喉科及び眼科救急患者に対応するため、県内を6ブロックに分け、休日(日中)において休日夜間急患診療所及び在宅当番医制による初期救急医療を県独自に実施しています。
- 耳鼻咽喉科救急における平成 28 年度救急取扱患者数は、10,818 人で、内、102 人(0.9%)が転院搬送されており、重症患者の主な受入れ先は、救命救急センター設置病院で全体の6割を占めています。また、休日診療を実施する一般の耳鼻咽喉科診療所が少なく、主に休日夜間急患診療所等が初期救急医療を提供しています。
- 眼科救急における平成 28 年度救急取扱患者数は、3,136 人で、内、34 人(1.1%)が転院搬送されており、重症患者の主な受入れ先は特定機能病院(※12)などの大学附属病院で全体の6割を占めています。また、休日診療を実施する一般の眼科診療所は都市部を中心に散在しているものの、コンタクトレンズ装着等の特定目的の診療が多く、主に休日夜間急患診療所等が初期救急医療を提供しています。

(6) 高齢者救急

- 神奈川県内における平成 27 年の救急搬送件数は、394,313 件と東京都、大阪府に次ぐ全国3位です。平成 23 年(372,909 件)比で 5.7%増加しています。
- このうち、高齢者搬送件数は、217,734 件と救急搬送件数全体の 55%(平成 23 年では 50%)を占めており、高齢化の進展により高齢者搬送の割合が高まっています。

(7) 情報システム

- 神奈川県救急医療情報システム(ウェブサイト)において、救急関係機関(医療機関、消防本部(局)等)が常時、応需情報(※13)の閲覧ができる運用体制となっています。
- また、神奈川県救急医療中央情報センターでは、救急関係機関に対し、患者搬送に必要な情報を 24 時間体制で提供するとともに、救急患者搬送先選定の代行にも取り組んでいます。
- 救急関係機関による平成 28 年度の救急医療情報システム利用件数は 150,485 件、また、神奈川県救急医療中央情報センターにおける平成 28 年度の電話照会受付件数は 4,306 件となっています。

(8) 適正受診の促進

- 平成 27 年度における二次救急医療機関に救急受診した患者数の内、軽症患者の割合が 72.8%、三次救急医療機関では、中等症・軽症患者の割合が 91.9%を占めており、また、二次・三次救急医療機関に救急受診した小児患者の内、中等症・軽症患者が 99.6%を占めています。このことから、軽症患者の流入により、二次・三次救急医療機関に救急搬送される重篤・重症患者に対する救急医療の提供に支障が生じています。

課題

(1) 病院前救護

- 救命率の向上を図るため、県民による救急法など応急手当ての実施や、自動体外式除細動器(AED)の使用法の普及、設置場所の周知が必要です。
- 救急救命士の業務範囲の拡大や高度化への適切な対応や質の向上、救急救命士が適切な活動を実施するためのメディカルコントロール体制の強化・充実が必要です。
- 高齢化の進展に伴い救急搬送に占める高齢者の割合が高まるなか、増加する高齢者救急に対応していくため、多臓器・多疾患の患者特性を踏まえた効率的な救急搬送と受入医療機関の確保が課題です。

(2) 初期救急

- 救急医療体制を持続的に確保する観点から、初期救急へのアクセスが要請される軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入することで、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じることのないよう、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。
- 医師の高齢化等により、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、初期救急へのアクセスの公平性の観点を踏まえた市町村・地域単位での持続的な初期救急医療体制の確保が課題です。

(3) 二次救急

- 二次救急医療における平成 27 年度の救急取扱い患者数の内訳をみると、軽症患者が二次救急医療機関へと流入していることから、軽症患者に対する救急外来の診療負担が大きくなることにより二次救急医療機関に搬送される患者(中等症)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じています。

【平成 27 年度の救急取扱い患者数】

死亡	重症	中等症	軽症
4,448 人(0.5%)	60,542 人(6.5%)	188,639 人(20.2%)	679,743 人(72.8%)

- 高齢化の進展に伴い、高齢者の脳・心血管疾患による入院件数の増加や、在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」(※14)の増加により、二次救急に搬送される救急患者が増加すると考えられます。
- 地域完結型医療(※15)を推進していくため、三次救急との機能分化・連携を推進していくとともに二次救急医療体制を強化するための、二次救急医療機関の量的確保と質の充実(救急機能の底上げ)が課題です。
- 二次救急医療機関の「出口問題」(※16)については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。

(4) 三次救急・ドクターヘリ

- 救命救急医療の進歩に伴い高度化・専門化が進んでおり、特に脳・心血管疾患については迅速な医

療へのアクセスが要請されることから発症から入院医療の提供までを含めた総合的な診療機能体制の整備が必要です。

- 全ての二次保健医療圏に救命救急センターが整備されたことから、今後は、地域の医療資源・医療ニーズを踏まえた量的確保とセンター機能の質の充実が課題です。
- 救命救急センターの国の充実段階評価が見直されることから、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直す必要があります。
- 救命救急センターの「出口問題」については、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化が課題です。
- ドクターヘリに関して、現状では、ヘリコプターの特性を活かした重篤・重症患者の搬送は適正に行われています。更なる救命率の向上を図るため、トリアージ(※17)、出動要請及び出動決定が適切に行われることが必要です。

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急

- 医師の高齢化等により、休日夜間急患診療所等における輪番当直医の確保が困難になっており、県内6ブロックでの持続的な初期救急医療体制の確保が課題です。

(6) 高齢者救急

- 今後、高齢者の脳・心血管疾患の初発による入院件数の増加や在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」の増加により、地域消防機関の救急搬送資源の逼迫化と在宅療養(後方)支援病院(※18)など、緊急時の入院受入れに対応できる医療機関の確保が課題です。

(7) 情報システム

- 神奈川県救急医療情報システムは、救急患者の症状に応じた適切な医療機関への迅速な患者搬送に資するため、精度の高い応需情報の収集・提供が求められます。
- 横浜市が平成28年1月から開始した救急安心センター事業(#7119)(※19)の全県での実施を検討する場合、神奈川県救急医療情報システムが収集している応需情報と、神奈川県救急医療中央情報センターが持つ医療機関検索等の医療資源の有効活用も含めた検討が必要です。

(8) 適正受診の促進

- 軽症患者が二次・三次救急医療機関へ流入し、二次・三次救急医療機関に搬送される患者(重篤から中等症まで)の円滑な救急入院の受入れに支障が生じてきていることから、救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進(県民の意識の向上)が必要です。
- また、全ての県民が安心して地域で暮らせるよう、患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」などを持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーション(※20)の必要性を認識してもらうことが課題です。

施策

(1) 病院前救護（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 県民による応急手当が救急現場において更に実施されるよう、自動体外式除細動器(AED)を用いた救急法講習会の実施や救急蘇生法の普及・啓発を行ないます。
- 救急救命士がより適切に活動できるよう救急救命士の業務範囲の拡大等、救急業務の高度化の対応のために、救急救命士の再教育の更なる検討を行い、適切な再教育を実施します。
- 医師による救急隊への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を柱とするメディカルコントロール体制の更なる充実を図ります。
- 高齢化の進展に伴い増加する高齢者救急に適応した救急搬送体制や、患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が適切に提供されるための救急搬送のあり方について、関係機関と検討します。

(2) 初期救急（市町村、県、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 軽症患者の二次・三次救急医療機関への流入を少なくするため、休日夜間急患診療所等による初期救急機能の強化や、軽症患者の適正受診を促進するための啓発等を行い、二次・三次救急医療機関の診療負担の軽減を図ります。
- 休日・夜間帯においても初期救急へのアクセスが確保されるよう、引き続き、休日夜間急患診療所等を市町村・地域単位で確保するための初期救急医療の提供に必要な支援等を行います。
- また、休日夜間急患診療所等による初期救急機能が、更に効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資するための全県民を対象にした 24 時間 365 日の救急電話サービス(救急電話相談・医療機関案内)の段階的な導入について検討します。

(3) 二次救急（市町村、県、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 病院群輪番制に参加する医療機関を市町村・地域単位で確保するための二次救急医療機関等に対する救急医療の提供に必要な支援等を行います。
- 二次救急医療機関等に対する耐震整備事業等の国庫補助を活用し、二次救急機能の量的確保と質の充実を図ります。
- 二次救急医療機関の「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者の更なる増加等を踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。

(4) 三次救急・ドクターヘリ（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 全ての二次保健医療圏で救命救急センターが設置されたことから、今後は、地域の二次・三次救急医療機関の医療資源・医療需要を踏まえた量的確保を図るとともにセンター機能の質の充実に向けた取組みについて検討します。
- 救命救急センターの国の充実段階評価の見直しに伴い、県の救命救急センターの指定などについて、地域の二次・三次救急医療機関との機能分化・連携等の視点などを踏まえて見直しを検討します。
- 救命救急センターの「出口問題」については、高齢化の進展に伴う独居高齢者のさらなる増加等を

踏まえ、在宅復帰が困難な医療必要度が高い患者の長期療養の受け皿となる医療・介護施設の量的確保と連携強化に向けた取組みを検討します。

- ドクターヘリの安定的な運用を図るため、適切なトリアージ、出動要請及び出動決定のもとに運航できる体制を強化します。

(5) 耳鼻咽喉科救急・眼科救急（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 引き続き6ブロック体制を維持することにより、休日の重症患者発生時の円滑な高次医療機関への救急受入れを確保するとともに、輪番当直医の診療負担を軽減するため、地域の医療需要に適応した効率的な初期救急体制について検討します。

(6) 高齢者救急（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 高齢化の進展に伴う高齢者救急の増加に対応するため、引き続き二次救急医療機関等を中心に急性期治療経過後のリハビリテーション機能を担う回復期リハビリテーション病棟や在宅等急病時の入院受入れ機能を担う地域包括ケア病棟への転換を促進し、高齢者救急における地域完結型医療を推進します。
- 在宅・介護施設等の患者の急病による「時々入院」が、在宅医療を担う診療所との病診連携のもと、地域内で切れ目なく完結されるよう、緊急時の入院受入れ機能を担う在宅療養(後方)支援病院の量的確保を推進します。
- 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療が患者・家族、医療・介護提供者の合意形成のもと適切に提供される医療体制のあり方について議論を深め、実施方策を含め検討していきます。

(7) 情報システム（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者）

- 神奈川県救急医療情報システムを引き続き運用し、救急関係機関への応需情報の提供を続けるとともに、情報精度の向上など機能の充実に努めます。
- 県の救急医療体制の機能分化・連携を支援するため、神奈川県救急医療情報システム及び神奈川県救急医療中央情報センターの医療資源をより有効活用できる方策について検討します。

(8) 適正受診の促進（県、市町村、関係機関、医療機関・医療関係者、県民）

- 救急医療体制に関する理解や適切な医療機関の選択等に係る適正受診の促進、並びに患者や家族が身近に相談できる「かかりつけ医」等を持つことを通じて健康寿命の延伸のためのセルフメディケーションの必要性を認識してもらい、県民が主体的に医療に関わっていくよう、普及啓発に取り組みます。
- 二次・三次救急医療機関への軽症患者の受診を抑制し、休日夜間急患診療所等の初期救急機能が効率的かつ効果的に発揮されるよう、適正受診の促進に資するための全県民を対象にした 24 時間 365 日の救急電話サービス(救急電話相談・医療機関案内)の段階的な導入について検討します。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成 35 年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
重症以上傷病者の搬送件数全体に占める、現場滞在時間が 30 分以上の割合	7.62% (消防庁「平成 27 年救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」)	7.87%	高齢化による救急搬送の増加に伴う伸び率を抑制するため、県における平成 27-23 年の平均 7.87%以下を目指す	重症以上傷病者の搬送件数の増加を見込んだうえで、左記目標値を現行レベルに抑制することで、救急医療へのアクセスを確保するための指標となるため
心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動実施件数	135 件 (平成 28 年度版救急救助の現況)	148 件	平成 24 年から 27 年までの一般市民による除細動実施件数実績を考慮し、計画期間中の伸び率 1.1 倍増を目指す	県民に対する AED とその使用方法の普及施策の指標となるため
二次救急を担う医療機関に対する病院群輪番制参加医療機関の割合	82.5% (平成 29 年県独自調査)	80.0%	医療機関数が減少傾向にある中で、80%の参加率を維持する	課題である二次救急医療機関の量的確保と質の充実を図る指標となるため

■用語解説

※1 バイスタンダー

救急現場に居合わせた人(発見者、同伴者等)のこと。

※2 プレホスピタル・ケア

急病人などを病院に運び込む前に行う応急手当。主として、救急車内で行うものをいう。病院前救護。プレホスピタル・ケアを担う代表的な職種が救急救命士であり、救急救命士の業務として、救急救命処置を行う。救急救命士の処置範囲の拡大と業務の高度化を図るため、平成 15 年以降、心肺機能停止傷病者に対する医師の包括的指示下での除細動、気管挿管、薬剤(アドレナリン)投与が認められた。さらに平成 21 年には、アナフィラキシーショックにより生命が危険な状態にある傷病者が、あらかじめ自己注射が可能なアドレナリン製剤(エピペン)を処方されている者へのアドレナリン製剤(エピペン)の投与、平成 23 年には、気管挿管においてビデオ喉頭鏡の使用、平成 26 年には、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が認められている。

※3 メディカルコントロール

救急現場から医療機関への搬送途上において、救急救命士を含む救急隊員の応急処置の質を医学的観点から保

障すること。

※4 在宅当番医制

地区医師会に所属する医療機関等が、当該地区医師会の区域において、休日、夜間に交代で自院において初期救急患者の診療を行うこと。

※5 病院群輪番制

救急車による直接搬送や、かかりつけの診療所など初期救急医療機関から転送されてくる重症救急患者に対応するための制度。各市や地域単位で、休日や夜間に対応できる医療機関が日を決めて順番に担当する輪番制で対応。

※6 救急病院等の認定

医療機関(病院及び診療所)から都道府県知事に対して、救急業務に関し、協力する旨の申し出があったもののうち、「救急病院等を定める省令」に基づき、都道府県知事が認定・告示すること。

※7 ドクターヘリ

医師、看護師が同乗し患者を搬送する救急専用のヘリコプターのこと。

※8 重篤

生命の危険が切迫しているもの。

※9 重症

生命に危険があるもの。

※10 中等症

生命の危険はないが、入院の必要があるもの。

※11 軽症

入院の必要がないもの。

※12 特定機能病院

高度の医療の提供、高度の医療に関する開発・評価及び研修を行う能力を備える病床数400床以上の大学病院の本院等が承認の対象。県では、公立大学法人横浜市立大学附属病院、聖マリアンナ医科大学病院、北里大学病院、東海大学医学部付属病院が指定を受けている。

※13 応需情報

手術の可否、空床の有無等、診療依頼に応じられるか否かの情報。

※14 「時々入院」

在宅療養の過程において、生活習慣病等に起因する心臓・肺・肝臓等の慢性疾患は、時々重症化しながら、徐々に機能が低下していくコースをたどるため、時々の急性増悪による入院対応が求められる。

※15 地域完結型医療

医療機能の分化・連携を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制。

※16 「出口問題」

二次・三次救急医療機関に搬送された患者が救急医療用の病床を長時間使用することで、新たな救急患者の受け入れが困難になること。具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害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こと等により、自宅への退院や他の病院への転院が困難となっている。

※17 トリアージ

最善の治療を行うため、傷病者の緊急度に応じて、搬送や治療の優先順位を決めること。

※18 在宅療養(後方)支援病院

在宅療養支援病院(許可病床200床未満)、在宅療養後方支援病院(許可病床200床以上)は、施設基準に位置付けられた病院で、在宅療養において、24時間連絡を受ける体制、24時間の往診・訪問看護体制(在宅療養後方支援病院を除く。)、緊急時の入院体制を確保するなど、在宅医療を担う診療所との病診連携が行われている医療機関。

※19 救急安心センター事業(#7119)

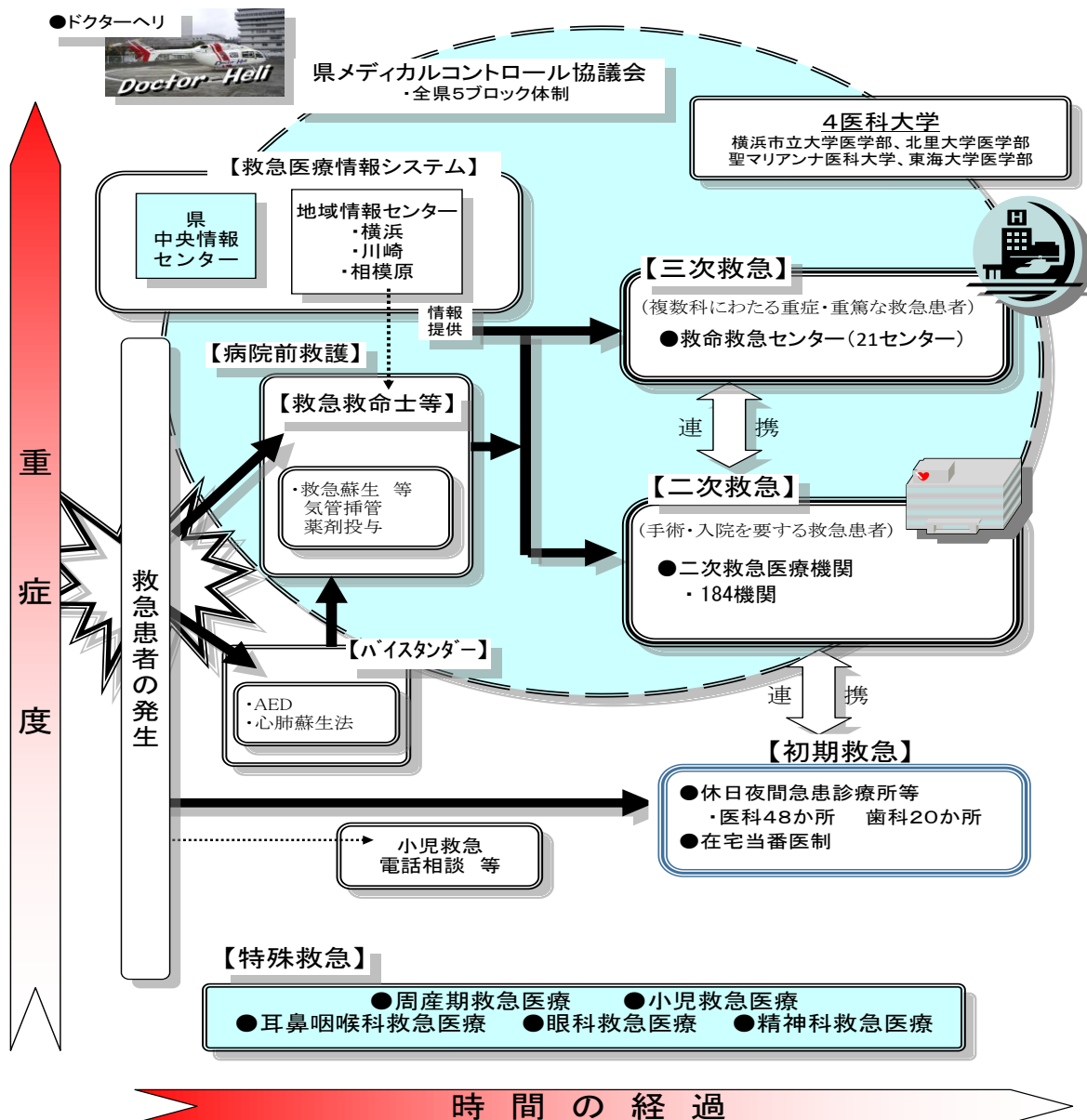
総務省消防庁が推進する、共通の短縮ダイヤル「#7119」を使用し、医師、看護師、相談員等が、すぐに救急車を呼ぶべきか、すぐに医療機関を受診すべきか等の医療相談、受診可能な医療機関案内等、判断に悩む住民(全年齢)からの相談に助言を行う24時間365日の救急電話サービス。

※20 セルフメディケーション

自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること。

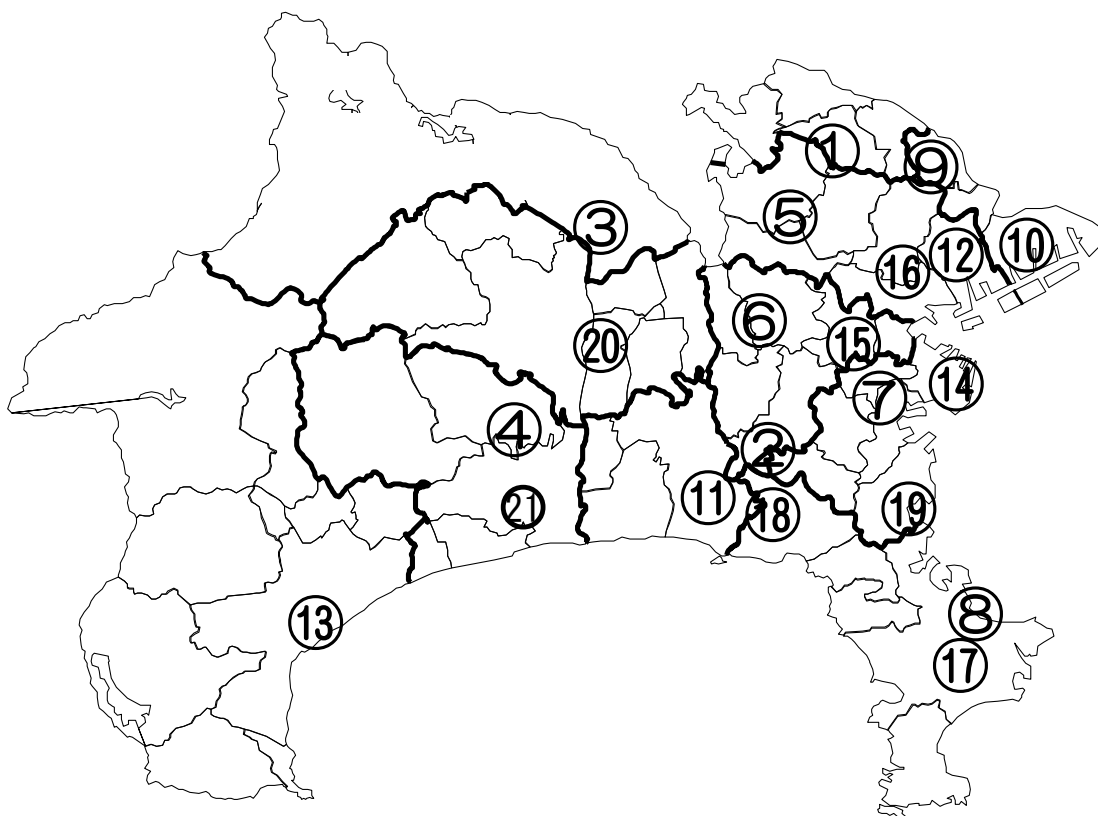
■神奈川県内の救急医療体制

平成29年4月現在



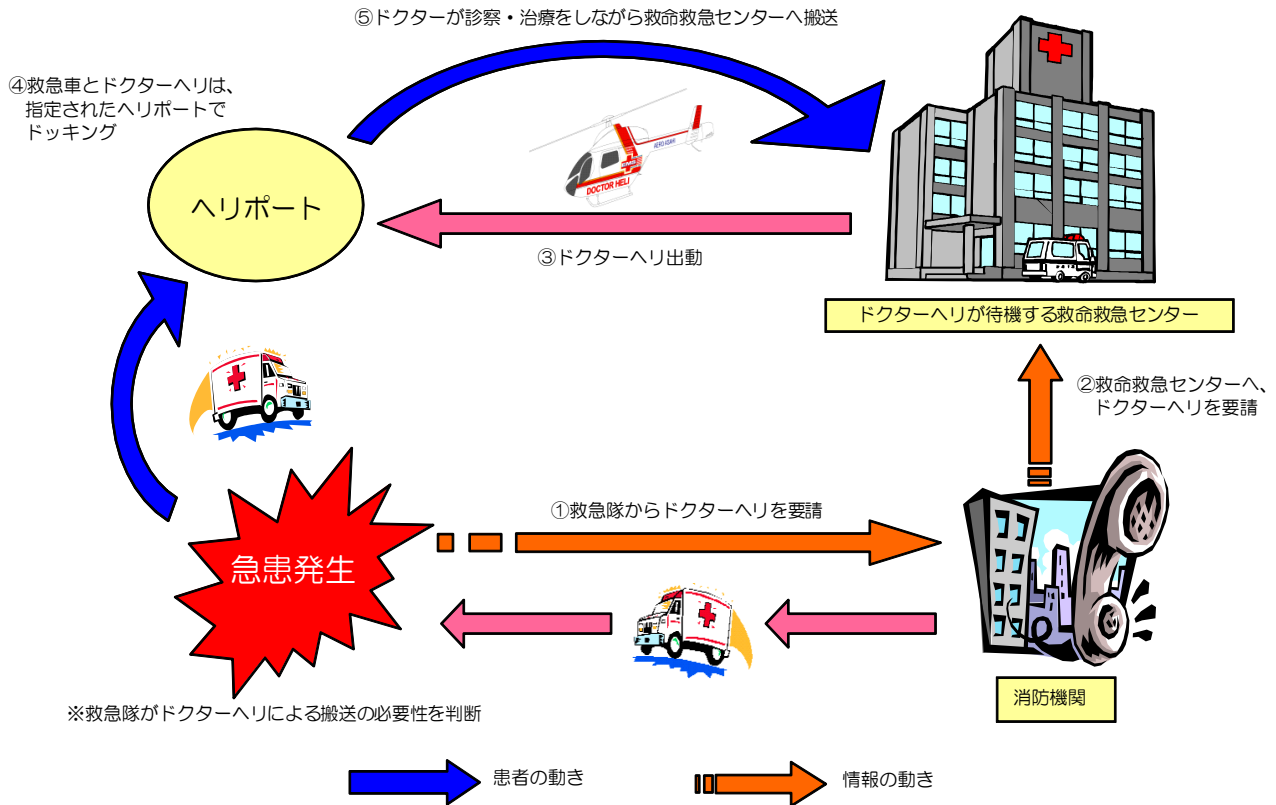
■救命救急センター設置状況（神奈川県が指定）

平成29年4月現在



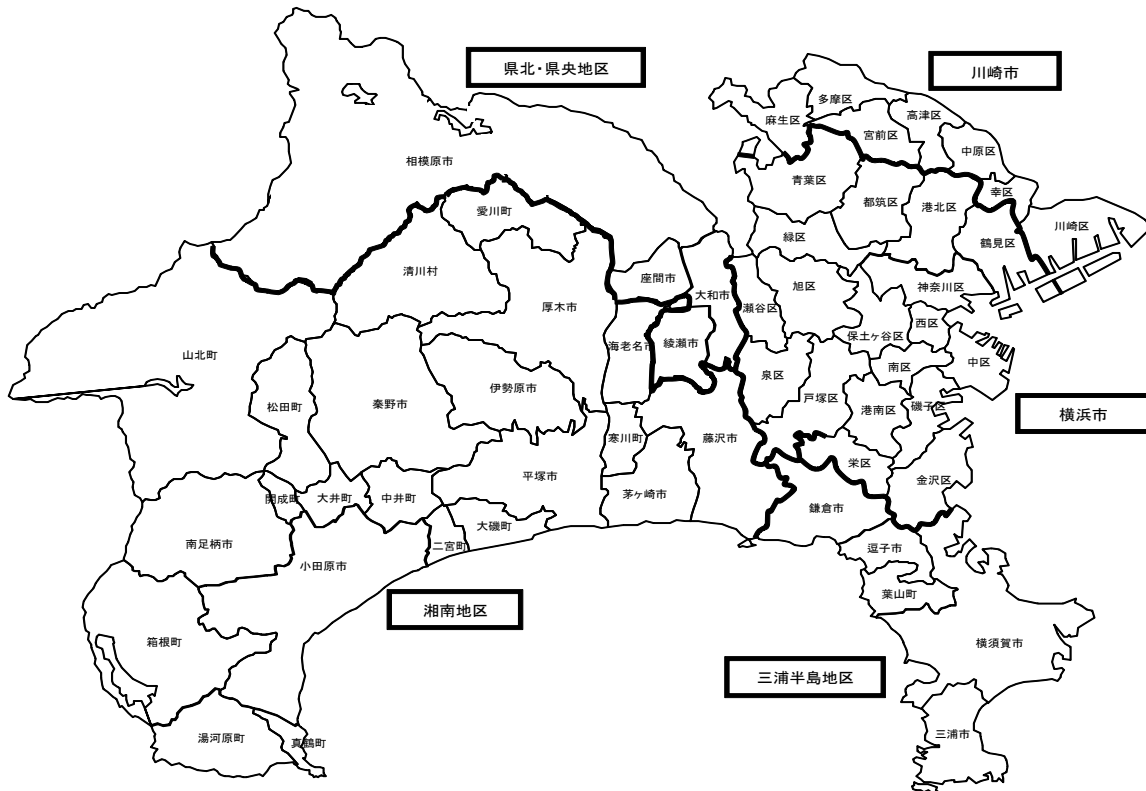
- ① 聖マリアンナ医科大学病院（川崎市宮前区）
- ② 国立病院機構横浜医療センター（横浜市戸塚区）
- ③ 北里大学病院（相模原市南区）
- ④ 東海大学医学部附属病院（伊勢原市）
- ⑤ 昭和大学藤が丘病院（横浜市青葉区）
- ⑥ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院（横浜市旭区）
- ⑦ 横浜市立大学附属市民総合医療センター（横浜市南区）
- ⑧ 横須賀共済病院（横須賀市）
- ⑨ 日本医科大学武蔵小杉病院（川崎市中原区）
- ⑩ 川崎市立川崎病院（川崎市川崎区）
- ⑪ 藤沢市民病院（藤沢市）
- ⑫ 済生会横浜市東部病院（横浜市鶴見区）
- ⑬ 小田原市立病院（小田原市）
- ⑭ 横浜市立みなと赤十字病院（横浜市中区）
- ⑮ 横浜市立市民病院（横浜市保土ヶ谷区）
- ⑯ 横浜労災病院（横浜市港北区）
- ⑰ 横須賀市立うわまち病院（横須賀市）
- ⑱ 湘南鎌倉総合病院（鎌倉市）
- ⑲ 横浜南共済病院（横浜市金沢区）
- ⑳ 海老名総合病院（海老名市）
- ㉑ 平塚市民病院（平塚市）

ドクターヘリ運用の流れ



■地区メディカルコントロール協議会の区割り図

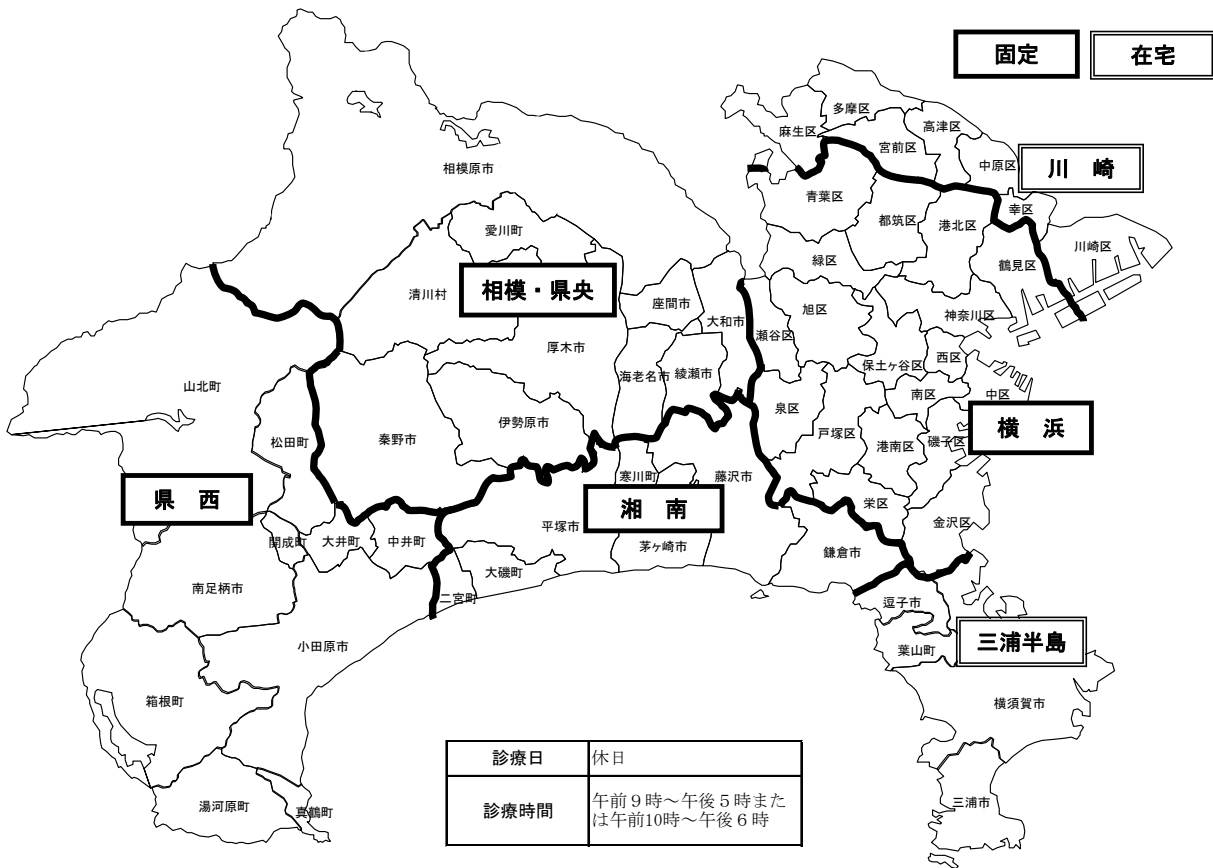
平成29年4月現在



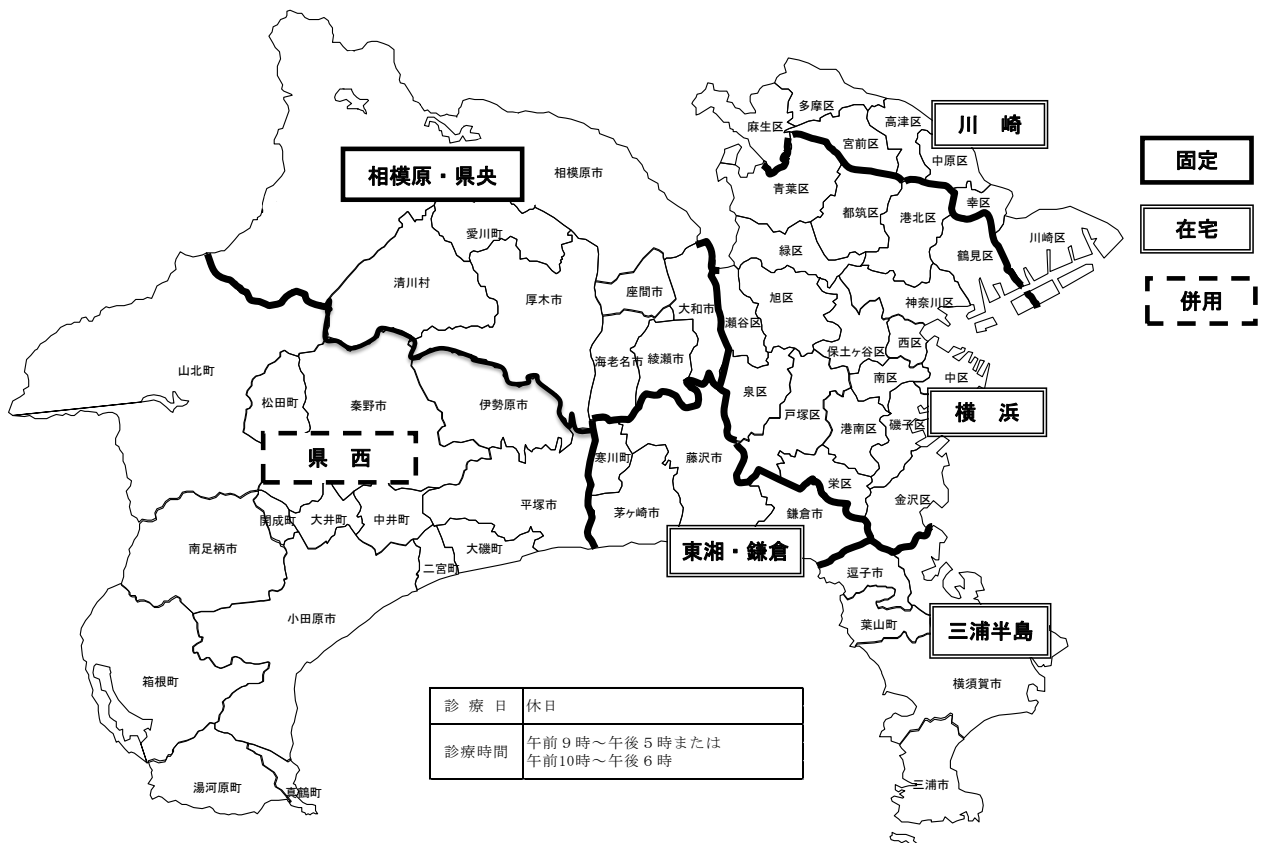
■耳鼻咽喉科救急・眼科救急医療システム体制図

平成29年4月現在

■耳鼻咽喉科救急システム体制図



■眼科救急医療システム体制図



第2節 精神科救急

- 精神科救急医療体制は、急な発症や症状の悪化により早急に適切な精神科医療が必要な場合に、本人や家族からの相談に対応し医療機関につなげるとともに、精神保健福祉法に基づく診察等を行うものです。
- 県と横浜市、川崎市及び相模原市が協調し、県内の精神科医療機関の協力を得て、実施しています。
- 精神障がい者の人権を尊重し、症状に応じた適切な医療を、いつでも身近なところで安心して受けられるように、精神科救急医療提供体制等のさらなる充実を図ります。

現状

(1) 精神科救急医療体制

- 精神科救急医療体制は、平成19年10月から、初期救急（外来診療のみで入院を要しない者に対応する精神科救急）、二次救急（患者の同意による任意入院、家族等の同意による医療保護入院を要する者に対応する精神科救急）、三次救急（精神保健福祉法第23条の規定に基づく警察官の通報）について、365日24時間体制を整備しています。
- 精神科救急医療に対応できる医療機関が偏在し、身近な地域での受入体制の確保が困難な地域もあることから、精神科救急医療圏を全県1圏域として受入体制を整備しています。
 - 精神科救急医療相談窓口（開設時間：17：00～翌8：30）における初期・二次救急の相談受付件数は、平成28年度は8,570件となっており、平成24年度からほぼ横ばいです。そのうち、かかりつけ医療機関がある患者は約70%を占めています。
 - 精神保健福祉法第23条の規定に基づく警察官の通報件数は、平成28年度は1,615件となっており、平成24年度に比べて1.4倍増加しています。時間帯別で見ると、夜間から深夜の通報件数が他の時間帯に比べて特に増加しています。
 - 夕方から夜間にかけて、患者及びその家族等からの相談受付体制や救急医療機関の受入体制の切替わりに伴い、医療機関の紹介や三次救急対応が困難な時間帯があります。
 - 平成25年4月から、土日の夕方から夜間における受入医療機関を増やし、受入体制を強化しています。
 - 夜間から深夜にかけて、患者及びその家族等からの相談や警察官の通報が複数件重なり、救急のベッドが満床となった場合、医療機関の紹介や三次救急対応が翌日まで持ち越されてしまうことがあります。
 - 平成29年4月から、警察官の通報件数の多い夜間から深夜の時間帯に対応するため、新たに深夜帯の受入医療機関を増やし、受入体制を強化しています。

【精神科救急医療体制参加医療機関数（平成29年4月現在）】

基幹病院（※1）	7病院	平日輪番病院（※2）	37病院
休日輪番病院（※3）	44病院	夜間輪番病院（※4）	28病院
土日午後輪番病院（※5）	44病院	深夜輪番病院（※6）	8病院
身体合併症転院受入病院（※7）	3病院		

- ※1 基幹病院 休日・夜間・深夜の二次・警察官通報の受入を行う病院
- ※2 平日輪番病院 輪番で平日昼間の警察官通報の受入を行う精神科病院等
- ※3 休日輪番病院 輪番で休日昼間の初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院
- ※4 夜間輪番病院 輪番で夜間の初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院
- ※5 土日午後輪番病院 輪番で土日の14時から20時に初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院
- ※6 深夜輪番病院 輪番で深夜の初期・二次・警察官通報の受入を行う精神科病院
- ※7 身体合併症転院受入病院 精神科病院から身体合併症患者の転院を受入れる専用病床を持つ病院

（2）身体合併症等の受入体制

- 精神科救急医療体制を利用して入院後、身体疾患の治療が必要になった場合、身体疾患の治療を行うための受入医療機関について、平成19年度から身体合併症転院事業を実施しています。
- 精神疾患と身体疾患を合併する救急の取組みとして、「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」における精神疾患を有する傷病者に係る基準の受入医療機関確保基準に記載する広域（2つの二次保健医療圏域を合わせた程度の範囲をいう。第2節においては以下同じ。）の身体合併症対応施設が平成28年3月に新たに4医療機関指定され、計6医療機関が身体合併症対応施設として指定されています。
- 県西部における精神疾患を伴う救急患者の受入れを拡充するため、平成28年度から2年間で県域の救命救急センター2ヶ所において、精神疾患対応救急医の人材養成を行いました。
- 精神疾患を有する妊産婦については、救急搬送先の選定が円滑に進まない場合があります。

（3）薬物等依存症患者の受入体制

- 薬物等依存症の治療及び回復支援の充実を図るため、平成26年10月に「依存症治療拠点機関設置運営事業」（国のモデル事業）により県内精神科医療機関1ヶ所を依存症治療拠点機関として指定し、依存症に関する専門的な相談支援・研修、関係機関との連携・調整、県民への普及啓発等を推進しています。
- 精神科救急医療体制の中で薬物等依存症患者に医療を提供できる地域の専門医療機関が少ない状況です。

課題

（1）精神科救急医療体制の充実

- 平日の夕方から夜間にかけて、受入医療機関数が限られており、身近な地域での受入が困難

なことから、アクセスの改善に向けた取組みが必要です。

- また、平日の夕方から夜間にかけて、患者及びその家族等からの相談受付体制や救急医療機関の受入体制の切替わりに伴う受入困難な時間帯の解消に向けた取組みが必要です。
- 初期・二次救急においては、かかりつけ医療機関がある患者の割合が高いという課題があります。

(2) 身体合併症等の受入体制整備

- 横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設が指定されていないことから、引き続き身体合併症対応施設の整備が必要です。
- 精神疾患と身体疾患の救急医療体制については、一般救急医療機関の受入体制の強化、後方受入れ病院の確保、地域医療機関の連携などについて総合的に強化することが必要です。
- 精神疾患を有する妊産婦については、救急搬送先の選定が円滑に進まない場合があるため、対応策の検討を進めていく必要があります。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備

- 地域において薬物等依存症に対応できる医療機関を整備し、依存症専門医療機関として明確にすることが必要です。

施策

(1) 精神科救急医療体制の充実（県、政令指定都市、医療機関・医療関係者）

- 身近な地域での受入体制を確保し、平日の夕方から夜間にかけて、アクセスの向上を図るため、受入医療機関数を増やします。
- 切れ目のない受入体制を確保するため、平日の夕方から夜間にかけて、受入医療機関の病院機能や役割を踏まえつつ、精神科救急医療体制を見直します。
- 初期・二次救急において、より適切な医療を救急患者に提供するため、精神科救急医療機関とかかりつけ医療機関との連携を強化する取組みを推進します。

(2) 身体合併症等の受入体制整備（県、政令指定都市、消防機関、医療機関・医療関係者）

- 全県域に対応可能な身体合併症の受入体制を構築するため、横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設を新たに指定します。
- 精神疾患と身体疾患の救急医療体制について、関係機関（精神科救急医療機関、一般救急医療機関、消防機関）との連携を強化する取組みを推進します。
- 精神疾患を有する妊産婦の救急搬送が円滑に進むよう、原因の調査及び方策の検討を進めていきます。

(3) 薬物等依存症患者の受入体制整備（県、政令指定都市、医療機関・医療関係者）

- 薬物等依存症に対応できる医療機関を依存症専門医療機関として選定し、薬物等依存症患者の受入体制の整備を進めるとともに、精神科医療機関や精神科医療機関以外の医療機関の医療

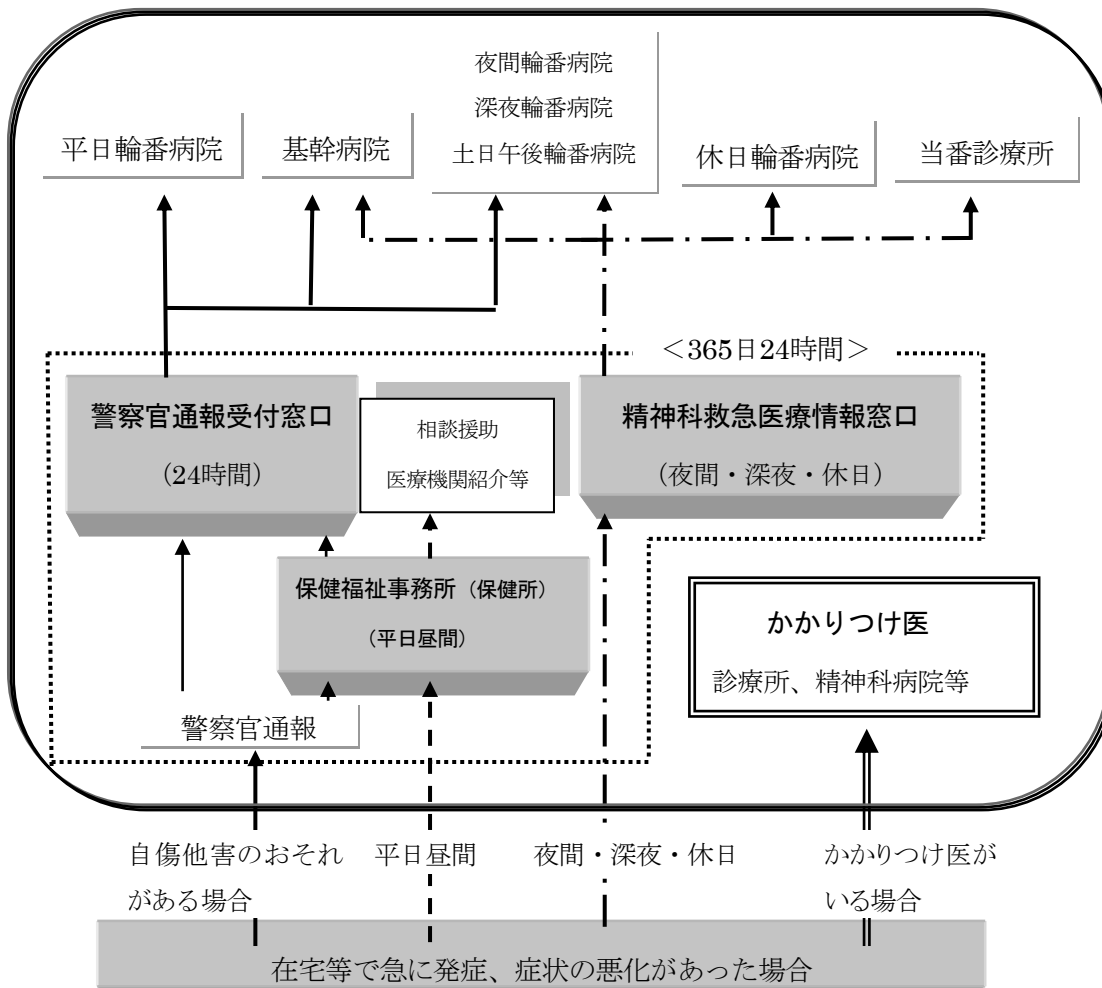
従事者等を対象とした研修を実施し、医療連携体制の構築を推進します。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
平日の夕方から夜間の受入医療機関数（本掲）	8施設	9施設	現状より受入医療機関数を増やす	平日の夕方から夜間にかけて切れ目のない体制の整備とアクセスの向上を図るため
精神科救急・身体合併症対応施設数（本掲）	6施設	7施設	横須賀・三浦地域を含む広域の身体合併症対応施設1施設を整備する	県全域に対応できるように広域の身体合併症対応施設を整備する必要があるため

（※現状はいずれも県独自調査）

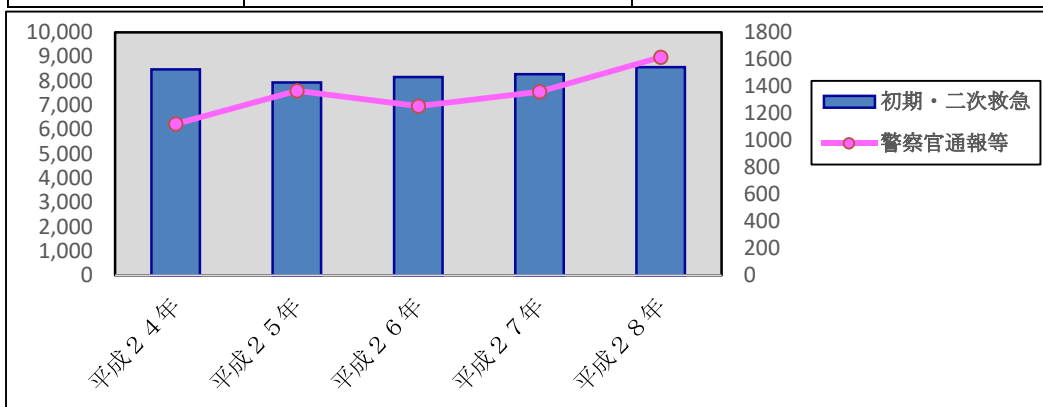
■ 神奈川県精神科救急医療体制



<精神科救急医療体制 受付状況>

※ 平日昼間を除く

年度	受付総件数	
	初期・二次救急 ※	警察官通報等
平成24年	8,472	1120
平成25年	7,932	1367
平成26年	8,155	1252
平成27年	8,269	1359
平成28年	8,570	1615



第3節 災害時医療

- 平成28年熊本地震等の検証を踏まえ、今後発生が予測される都心南部直下地震、三浦半島断層群の地震、神奈川県西部地震、東海地震、南海トラフ巨大地震、大正型関東地震等とそれらに伴って発生する大規模な災害や局地的な風水害、大規模な事故等の局地災害に備え、県民の命と健康を守るため、「神奈川県保健医療救護計画」（令和2年10月改定）に基づき、災害拠点病院を中心とした医療救護体制を構築する必要があります。
- そのため、災害拠点病院の機能強化等を図り、災害時保健医療体制の整備を促進します。

現状

（１）災害拠点病院の整備

- 災害拠点病院は、多発外傷（※1）、挫滅症候群（※2）、広範囲熱傷（※3）等、災害時に多発する重症者の救命医療を行うための高度な診療機能を有しています。
- また、災害派遣医療チーム（※4 DMA T：Disaster Medical Assistance Team）等の活動拠点となるなど、被災地域の医療の中心的な役割を果たしています。
- 県が指定している災害拠点病院は、平成30年3月現在で33病院です。

（２）DMA Tの整備

- 災害拠点病院は全てDMA Tを保有しており、複数のDMA Tを保有する災害拠点病院は平成29年3月現在で15病院です。
- 県内で発生した大規模災害を対象に活動する神奈川DMA T－L（※5）を保有する災害拠点病院は平成29年3月現在で26病院です。

（３）災害時保健医療体制の整備

- 県では、災害時に迅速かつ的確な医療を確保するため、県災害対策本部の下に保健医療調整本部を設置するとともに、災害医療に精通した県内の複数の医師で構成される県災害医療コーディネーターを委嘱し、県医師会、災害拠点病院等の関係機関と連携した医療救護活動を実施します。
- また、各地域では、原則として二次保健医療圏ごとに地域災害医療対策会議を設置し、県保健福祉事務所が事務局となり、郡市医師会、災害拠点病院等の医療関係者、地域災害医療コーディネーター、市町村（政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市及び寒川町を除く）、消防等の行政関係者等と連携した医療救護活動を実施します。
- 政令指定都市、藤沢市、茅ヶ崎市（寒川町含む）は、管轄区域単位で地域災害医療対策会議に相当する会議を設置し、県と連携して医療救護活動を実施します。

（４）災害拠点精神科病院の整備

- 災害拠点精神科病院は、災害時において、被災した精神科病院からの患者の受け入れや、患者

搬送のための一時的避難所を運営するなど、精神科医療を行うための診療機能を有しています。

- また、被災地域等における精神科医療及び精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）の派遣機能を有しています。
- 県では令和2年4月に地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立精神医療センターを災害拠点精神科病院に指定しています。

（5）DPATの整備

- 災害時、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害によるストレス等により、新たに精神的問題が生じることがあります。このような場合に、被災地域の精神保健医療のニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援等を行うために、災害派遣精神医療チーム「かながわDPAT（※6）」を整備しています。

課題

（1）災害拠点病院の整備

- 「災害拠点病院指定要件の一部改正について」（平成29年3月31日付医政発第0331第33号）により、災害拠点病院の要件として、被災後、早期に診療機能を回復するための業務継続計画の整備及び同計画に基づく研修及び訓練の実施等が追加され、早急な対応が求められています。

（2）DMATの整備

- 災害時の現場対応力の充実強化を図るため、中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMATの整備が必要です。
- 医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMAT-1の整備が必要です。

（3）災害時保健医療体制の整備

- 災害時に被災地内で行われる医療救護活動を効率的に行うため、県保健医療調整本部等におけるコーディネート機能を強化し、DMATや保健医療活動チーム等の受入・派遣調整能力を高めることが必要です。
- 県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備し、発災時の円滑な情報伝達を確立することが必要です。
- 災害時の公衆衛生の分野について、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備することが必要です。
- 災害時における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、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関してより質の高いサービスを提供することが必要です。
- 災害時には多数の傷病者の発生が見込まれることから、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成することが必要です。
- 平常時から実践的な訓練を行い、災害急性期における対応力の充実強化を図ることが必要です。

- 県外発災時における応援派遣について、その実施体制を整備することが必要です。

(4) 災害拠点精神科病院の整備

- 災害拠点精神科病院の要件として、被災後に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画が整備されていること及び同計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること、地域の精神科医療機関及び地域医師会等の医療関係団体とともに定期的な訓練や研修を実施することとされており、早急な体制整備が必要です。

(5) DPATの整備

- 災害の規模や程度に応じた被災者への専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行うために、DPATの体制整備の推進を図ることが必要です。
- かながわDPATの構成員が現場において迅速にかつ適切に対応できるように人材を育成することが必要です。そのために、平常時から実践的な訓練を行い、災害時における対応力の充実強化を図ることが必要です。

施策

(1) 災害拠点病院の整備（医療機関・医療関係者）

- 県は、災害拠点病院の施設整備等を進め、災害時の病院の機能強化を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

(2) DMATの整備（県、医療機関・医療関係者）

- 県は、被災時に中心的な役割を担う災害拠点病院について、複数のDMATの整備を進めます。
- 県は、医療救護体制の強化を図るため、神奈川DMAT-Lの整備を進めます。
- 県と災害拠点病院は、国主催の大規模地震時医療活動訓練や関東ブロックDMAT訓練に参加し、他の都道府県DMATとの連携強化を図ります。

(3) 災害時保健医療体制の整備（県、市町村、医療機関・医療関係者）

- 県は、平時においても、災害医療コーディネーターを中心に構成される会議体を通じて、医療救護体制や人材育成、訓練のあり方などを常に検討し、災害時保健医療体制の充実強化を図ります。
- 県は、災害拠点病院に準ずる設備・機能を有する「災害協力病院」の指定をさらに進め、医療救護体制の強化を図ります。
- 県、市町村及び医療機関は、発災時の円滑な情報伝達を確立するため、県内各地域に設置される地域災害医療対策会議について、所管区域内での連絡体制を整備します。
- 県は、災害時の公衆衛生の分野においても、県保健医療調整本部と県内各地域の連絡体制及び指揮系統を整備します。
- 県は、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、生活不活発病等の防止、要配慮者へのサポートに関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、体制整備に取り組みます。

- 県は、災害時に、現場において迅速かつ適切に対応できる人材を育成するため、医療機関、県、市町村の職員を対象にトリアージ技術習得等の研修を実施します。
- 県と市町村及び医療機関は、「ビッグレスキューかながわ（県・市総合防災訓練）」等の訓練に参加し、消防を含めた市町村、災害拠点病院、一般医療機関等の連携強化を図ります。
- 県は、災害時に、病院の被害状況を迅速に把握するため、全病院を対象としたE M I S（※7）操作訓練を実施します。
- 県は、県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、医療救護体制における小児・周産期分野の体制強化を進めていきます。「災害時小児周産期リエゾン」は、厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。
- 県は、県外発災時における応援派遣についても実施体制を整備します。

（４）災害拠点精神科病院の整備

- 県は、災害拠点精神科病院との調整を進め、精神科医療において実効性のある災害対策を推進する体制整備を図ります。
- 医療機関・医療関係者は、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備や、業務継続計画に基づく研修及び訓練の実施等に取り組みます。

（５）D P A Tの整備

- 県は、D M A Tや医療救護班、精神科病院協会、精神神経科診療所協会等、関係機関との連携強化を図り、災害時に円滑な精神科医療の提供や精神保健活動の支援ができるように調整を行います。
- 県は、災害が発生し、必要な場合には、県内外のD P A Tチームの受入・派遣調整等を行います。
- 県は、平時においても、災害時の精神医療について検討する会議体を通じて、災害派遣精神医療体制や人材育成、研修などのあり方を常に検討し、災害派遣精神医療体制の充実強化を図ります。
- 県は、平時から、D P A Tに関する研修会を開催するなど、災害時に適切な対応ができる人材育成を行います。
- 県は、保健医療救護計画に基づきかながわD P A Tの体制整備を推進するとともに、市町村、保健福祉事務所等と連携して災害時のこころのケア対策の体制整備を行います。

目標

目標項目	現状 (平成29年度)	目標値 (令和5年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
複数のDMATを保有する災害拠点病院の数	15	30	複数DMATを保有する災害拠点病院の数を現状の2倍とする	複数のDMATを保有することにより、急性期における医療救護活動の強化を図ることができるため。
EMISの操作訓練を実施している病院の割合	32.7% (※平成28年度の数値)	100%	全病院のEMIS操作訓練の参加	病院がEMISの操作方法を習得し、災害時に被災状況等を発信することにより、迅速な医療救護活動が可能となるため。
かながわDPAT登録機関等の数	12	18	各医療圏域に配置する登録機関を2機関とする	DPATの登録機関等の数を増やすことで迅速な災害派遣精神医療体制の充実強化を図ることができるため。

(※現状はいずれも県独自調査)

■用語解説

※1 多発外傷

生命にかかわるような重い外傷が、頭部と胸部、腹部と手足など身体の複数部分に同時にみられる状態。

※2 挫滅症候群

身体の一部が長時間挟まれるなどして圧迫され、その解放後に起こる様々な症候。

※3 広範囲熱傷

ショック症状や重症感染症、多臓器不全など全身の重篤な症状が表れる熱傷。

※4 災害派遣医療チーム(DMAT)

災害の急性期(災害発生から48時間以内)に活動できる機動性を持ち、厚生労働省が実施する「日本DMAT隊員養成研修」を受講した救急治療を行うための専門的な訓練を受けたチームのことで、「Disaster Medical Assistance Team」の略であり、医師、看護師、業務調整員で編成されている。

※5 神奈川DMAT-L

「神奈川Disaster Medical Assistance Team Local」の略であり、厚生労働省が認めた研修プログラムに基づいて、都道府県が実施する「DMAT隊員養成研修」を受講した神奈川県内を活動場所とする救急治療を行

うための専門的な訓練を受けたチームのことで、医師、看護師、業務調整員で編成されている。

※6 かながわD P A T

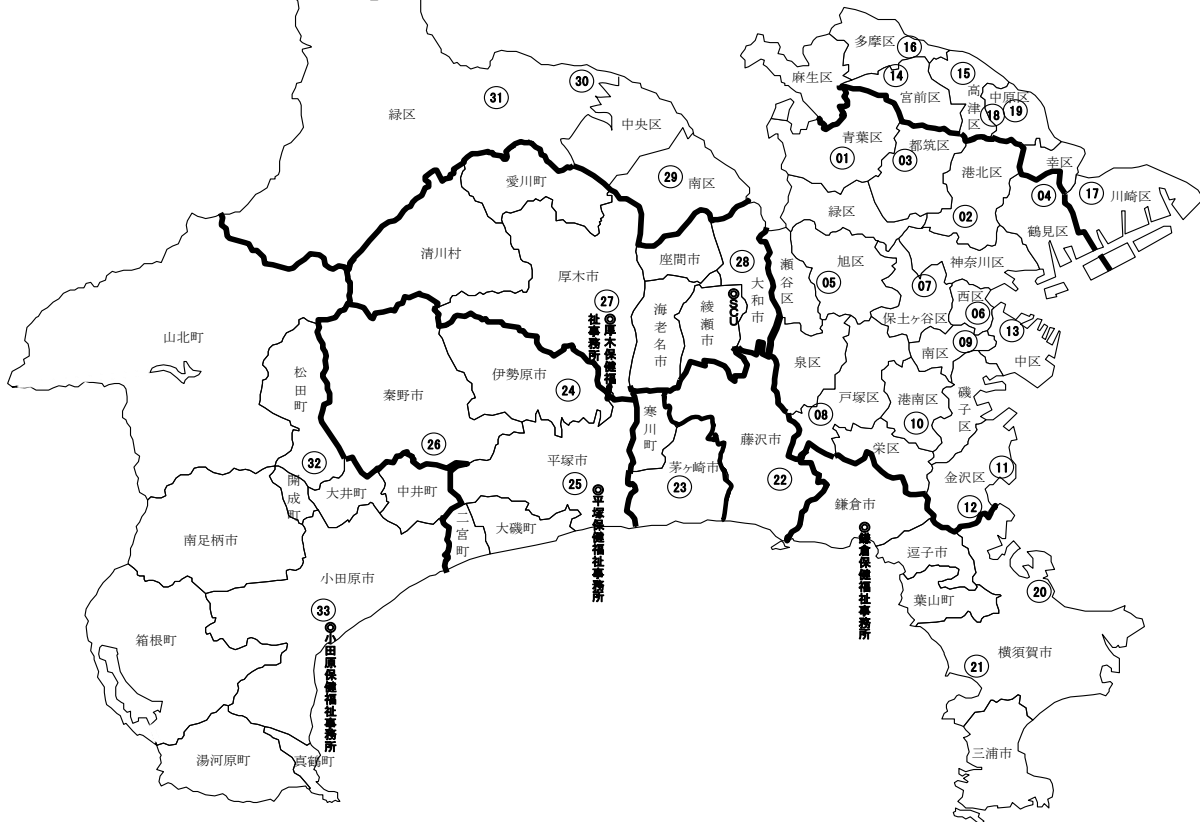
「かながわDisaster Psychiatric Assistance Team」の略であり、県と政令指定都市が、被災地に継続して派遣する災害派遣精神医療チームのことで、精神科医師、保健師又は看護師、業務調整員で編成されている。

※7 E M I S

広域災害・救急医療情報システム。「Emergency Medical Information System」の略であり、災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報の集約・提供を行うもの。最新の医療資源情報、超急性期の診療情報、急性期以降の患者受入情報、D M A T活動情報等を収集する。

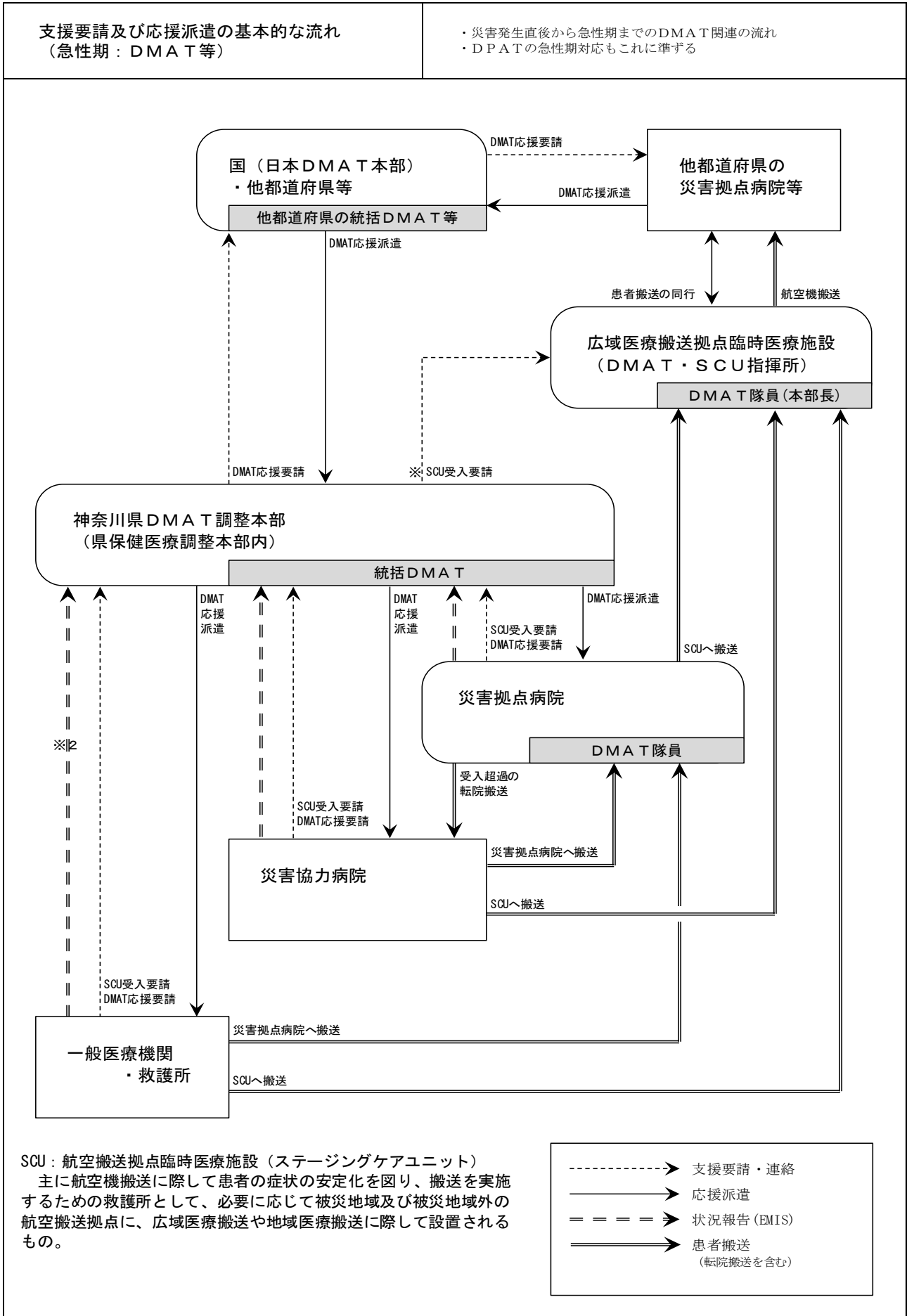
■神奈川県災害拠点病院等の配置状況

神奈川県 災害拠点病院等の配置状況
(平成30年4月1日現在)



医療圏	No	病院名	医療圏	No	病院名
横浜	01	昭和大学藤が丘病院	横須賀三浦	20	横須賀共済病院
横浜	02	横浜労災病院	横須賀三浦	21	横須賀市立市民病院
横浜	03	昭和大学横浜市北部病院	湘南東部	22	藤沢市民病院
横浜	04	済生会横浜市東部病院	湘南東部	23	茅ヶ崎市立病院
横浜	05	聖マリアンナ横浜市西部病院	湘南西部	24	東海大学医学部付属病院
横浜	06	けいゆう病院	湘南西部	25	平塚市民病院
横浜	07	横浜市立市民病院	湘南西部	26	秦野赤十字病院
横浜	08	国立病院機構横浜医療センター	県央	27	厚木市立病院
横浜	09	横浜市大市民総合医療センター	県央	28	大和市立病院
横浜	10	済生会横浜市南部病院	相模原	29	北里大学病院
横浜	11	横浜市大附属病院	相模原	30	相模原協同病院
横浜	12	横浜南共済病院	相模原	31	相模原赤十字病院
横浜	13	横浜市立みなと赤十字病院	県西	32	県立足柄上病院
川崎	14	聖マリアンナ医科大学病院	県西	33	小田原市立病院
川崎	15	帝京大学医学部附属溝口病院			
川崎	16	川崎市立多摩病院			
川崎	17	川崎市立川崎病院			
川崎	18	関東労災病院			
川崎	19	日本医科大学武蔵小杉病院			

■災害時医療救護体制



SCU：航空搬送拠点臨時医療施設（ステージングケアユニット）
 主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、必要に応じて被災地域及び被災地域外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して設置されるもの。

- > 支援要請・連絡
- > 応援派遣
- ====> 状況報告 (EMIS)
- > 患者搬送
(転院搬送を含む)

第4節 周産期医療

- 県では、厚生労働省医政局通知「周産期医療対策事業等の実施について(平成21年3月30日付)」の周産期医療対策事業等実施要綱の第1の4に定める周産期医療体制整備指針(第1の3(3))「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日付))に基づき、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を策定し、周産期医療体制の推進を図ってきましたが、同指針が、平成28年度末に廃止となるとともに、保健医療計画への一本化の方向性が示されたことを受け、「神奈川県周産期医療体制整備計画」を第7次神奈川県保健医療計画に組み込むこととしました(本県の周産期医療の現状と連携体制の詳細については、第5部別冊第2章に記載されています。)
- 県は、出生数の減少や高齢出産の増加など、社会情勢が変化している中で、安心して子どもを産み、育てる環境づくりを推進していきます。

現状

(1) 周産期救急医療システムの充実

- 県における母親の年齢別出生数を見ると、35歳未満の割合が減少し、35歳以上の割合が増加しています。
- 県における体重別出生数を見ると、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加しています。
- 昭和60年6月から、「神奈川県周産期救急医療システム」を運用しており、ハイリスク妊婦から新生児まで、高度な医療水準により一貫した対応を24時間体制で確保しています。
- 平成6年8月から、「神奈川県周産期救急医療情報システム」を運用しており、県救急医療中央情報センター、県周産期救急医療システム受入病院、消防機関、県関係機関等が県周産期救急医療システム受入病院の状況を閲覧することができます。
- また、本システムは、同じく県で運用している「神奈川県救急医療情報システム」と並行して閲覧できるように整備しており、総合周産期母子医療センターを筆頭とした周産期救急医療システム受入病院へ、産科合併症以外の精神疾患等の合併症を有する妊婦が救急搬送された際、迅速に対応可能病院を検索できるように配慮されています。

【県における母親の年齢別出生数】

年	総数	35歳未満					35歳以上				不詳				
		15歳未満	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50歳以上					
		件数	割合	件数	割合	件数	割合								
H12	82,906	3	1,033	8,238	30,747	31,638	71,659	86.4%	10,115	1,101	29	0	11,245	13.6%	2
H17	76,196	5	880	6,869	21,806	31,433	60,993	80.0%	13,478	1,674	50	1	15,203	20.0%	0
H22	78,077	1	765	5,921	19,542	29,722	55,951	71.7%	18,903	3,145	76	2	22,126	28.3%	0
H23	76,000	1	745	5,532	18,885	28,637	53,800	70.8%	18,591	3,535	72	2	22,200	29.2%	0
H24	75,477	1	755	5,046	18,553	28,009	52,364	69.4%	19,101	3,909	97	3	23,110	30.6%	0
H25	74,320	4	725	4,880	17,887	27,517	51,013	68.6%	18,908	4,311	85	3	23,307	31.4%	0
H26	72,996	0	664	4,546	16,849	27,525	49,584	67.9%	18,727	4,561	121	3	23,412	32.1%	0
H27	73,475	1	685	4,641	16,736	27,733	49,796	67.8%	19,019	4,540	117	3	23,679	32.2%	0

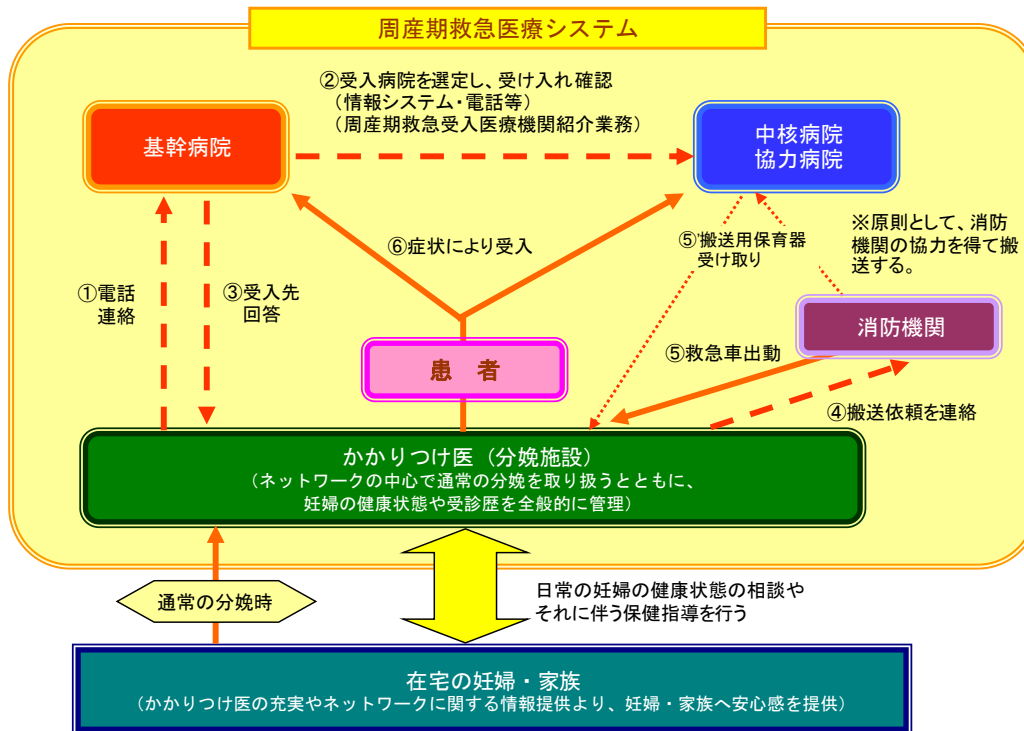
(出典：人口動態調査)

【県における体重別出生数】

年	総数	出生体重別										2,500g以上	不詳	
		500g未満		500-999g		1,000-1,499g	極低出生		1,500-1,999g	2,000-2,499g	低出生			
		件数	割合	件数	割合		件数	割合						
H12	82,906	12	176	188	0.23%	318	506	0.61%	902	5,824	7,232	8.72%	75,666	8
H17	76,196	19	212	231	0.30%	322	553	0.73%	948	5,769	7,270	9.54%	68,913	13
H22	78,077	18	218	236	0.30%	360	596	0.76%	885	6,027	7,508	9.62%	70,555	14
H23	76,000	22	225	247	0.33%	318	565	0.74%	882	5,812	7,259	9.55%	68,724	17
H24	75,477	21	194	215	0.28%	365	580	0.77%	885	5,860	7,325	9.70%	68,142	10
H25	74,320	18	181	199	0.27%	312	511	0.69%	844	5,598	6,953	9.36%	67,358	9
H26	72,996	28	209	237	0.32%	292	529	0.72%	831	5,601	6,961	9.54%	66,027	8
H27	73,475	17	190	207	0.28%	276	483	0.66%	823	5,636	6,942	9.45%	66,528	5

超低出生(超低出生体重児)…出生体重1,000g未満の新生児
 極低出生(極低出生体重児)…出生体重1,500g未満の新生児
 低出生(低出生体重児)…出生体重2,500g未満の新生児
 (出典：人口動態調査)

【神奈川県周産期救急医療システム概要図】



(2) 近隣都県との連携体制の構築

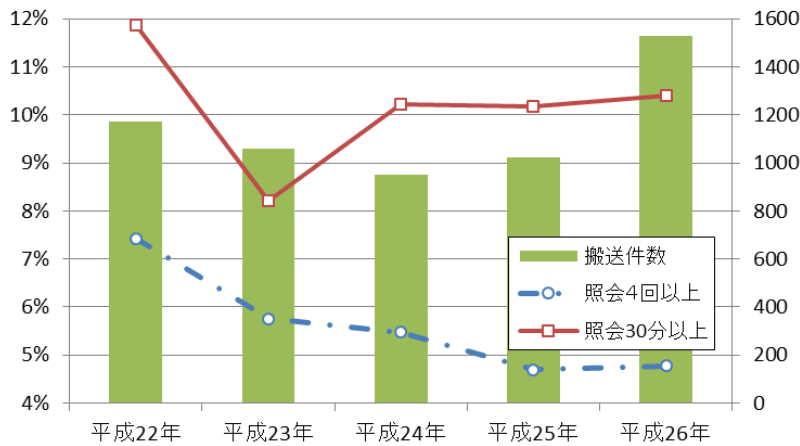
- 平成24年1月から、県内において受入病院が見つからず、やむを得ず県域を越えた搬送を行うに当たり、東京都との間で広域搬送連携体制を構築し、県外搬送の円滑化、搬送時間の短縮及び医師の負担軽減を図ることを目的に、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を実施しています。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

- 平成24年度に、傷病者の搬送及び受け入れにあたり、受け先が決定しない場合に受け入れる医療機関(受入医療機関確保基準病院)を設定しました。

- 救急隊が病院に4回以上照会を行った割合は、減少傾向にあります。救急隊が病院に30分以上照会を行った割合は概ね横ばいとなっています。

【妊産婦の搬送件数と救急隊が病院に4回(30分)以上照会を行った割合】



(4) NICU等周産期施設等の整備・充実

- 県におけるNICU設置数は、平成23年度では185床となっていました。平成28年度では、213床となっています。
- 周産期母子医療センターのNICUに勤務する看護師は平成23年度には415人でしたが、平成26年度では、454人と増加しています。

【県におけるNICU設置数の推移】

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
NICU設置数	185	195	198	210	213	213

(出典：県独自調査)

【周産期母子医療センターのNICUに勤務する看護師数の推移】

	23年度	24年度	25年度	26年度
看護師数	415	422	421	454

(出典：周産期医療体制調・周産期母子医療センターの評価)

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

- 県における体重別出生数を見ると、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加しています。
- 県における周産期母子医療センターのNICU長期入院児(1年以上入院をしている児)は、平成22年度には6人でしたが、平成27年度には10人となっています。

【県における周産期母子医療センターのNICU(GCU)長期入院児数】

	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
NICU長期入院児童数	6	5	8	4	10	10
GCU長期入院児童数	10	8	2	9	6	5

出典：周産期医療ネットワークに関する実態調査(22～23年度)、周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価(24～27年度)

※ 22～23年度は各年度の12/31時点、24～27年度は各年度の4/1時点の数値

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組の推進

- 県における分娩取扱医師数は平成22年度では479人でしたが、平成29年度では、518人と微増しています。
- 新生児医療担当医師については、小児科と新生児科を兼任する医師がいるなど、実態に即した数値を捉えることが難しいところですが、平成28年時点で県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数は、187人となっています。
- 無痛分娩や帝王切開のより安全な実施に必要なとなる麻酔科医について、周産期母子医療センターにおいては、平成28年時点で、282人となっています。

【県における分娩取扱医師数の推移】

分類	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
病院	322	340	335	359	380	412	418	422	415	411	401	407
診療所	90	98	102	96	99	99	101	102	112	106	108	111
合計	412	438	437	455	479	511	519	524	527	517	509	518

(出典：産科医療及び分娩に関する調査)

※ 本調査は20年度から調査方法に変更があったため、単純な時系列比較はできません。

【県内における日中にNICU等を担当する常勤医師等の数】

	27年	28年
医師数	170	187
周産期母子医療センター	109	136
その他の受入病院	61	51

(出典：周産期医療体制に係る調査及び周産期母子医療センターの評価)

※ 周産期救急医療システム受入病院を対象に調査を実施

※ 数値は日中に主にNICU・GCUを担当する小児科・新生児医師数(周産期母子医療センター)と初期研修医を除く新生児医療を担当する常勤医師数(周産期母子医療センター以外の周産期救急医療システム受入病院)の合計値です。

(7) 1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策

- 県の分娩取扱施設数は平成23年度には158施設でしたが、平成28年度は149施設となっており、減少傾向にあります。
- 県の出生数は平成22年に78,077人でしたが、平成27年には73,475人となっており、減少傾向にあります。また、周産期医療体制の地区別(※)に見ると、特に西湘地区の減少率が高くなっています。
- また、県においては、ほぼ全ての地域から、分娩医療機関まで30分以内及び周産期母子医療センターまで60分以内に到着することができます。

※ 周産期医療では、通常の二次医療圏とは異なる医療圏を独自に設定しています。(詳細は、第5部別冊第2章262ページを参照)

【県の分娩取扱施設数】

分類	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
病院	73	66	65	65	64	65	64	62	63	61	60	61
診療所	58	63	62	59	59	58	57	57	58	58	62	62
助産所	29	31	37	38	37	35	33	31	30	28	26	24
合計	160	160	164	162	160	158	154	150	151	147	148	147

(出典：産科医療及び分娩に関する調査)

※ 本調査は20年度から調査方法に変更があったため、単純な時系列比較はできません。

【県の出生数】

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
出生数（人）	79,118	79,193	79,179	78,057	78,077	76,000	75,477	74,320	72,996	73,475

（出典：県衛生統計年報）

【県における周産期関連施設へのアクセス状況】

	横浜 北部	横浜 西部	横浜 南部	川崎 北部	川崎 南部	横須賀 ・三浦	湘南 東部	湘南 西部	県央	相模原	県西	全体
分娩施設へ30分 以上要する地域	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%
周産期母子医療センター へ60分以上要する地域	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

（出典：持続可能な周産期医療体制の構築のための研究（厚生労働科学特別研究事業））

（8）周産期医療における災害対策

- 東日本大震災において小児・周産期に関する患者の把握や搬送、情報共有が円滑になされなかったことから、小児や周産期に特化したコーディネート機能を強化する必要性が指摘されています。

課題

（1）周産期救急医療システムの充実

- 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます。
- そのため、今後も神奈川県周産期救急医療システムを安定的に運用し続けていく必要があります。
- また、精神疾患等の産科合併症以外の疾患を有する妊産婦の場合、搬送先の選定が円滑に進まない場合があるため、対応策の検討を進めていく必要があります。

（2）近隣都県との連携体制の構築

- 東京都と連携し、「県域を越えた周産期搬送体制構築に向けた試行」を引き続き実施し、当該連携体制の強化に向けた検討を行う必要があります。

（3）救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

- 救急隊から直接搬送される患者の受入は円滑になりつつありますが、さらなる体制整備を検討する必要があります。

（4）NICU等周産期施設等の整備・充実

- 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスク分娩や低出生体重児及び極(超)低出生体重児の増加が見込まれます。
- そのことを踏まえつつ、NICU等の周産期施設等の整備やNICU等で勤務する看護師の確保について、検討を行う必要があります。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備

- 妊産婦の高齢化に伴い、低出生体重児及び極(超)低出生体重児の出生割合が増加することが見込まれます。
- それに伴い、NICU入院児数も増加することが見込まれるため、NICUの円滑な運用に向け、長期入院児の増加を抑制する必要があります。

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進

- 産科医師、新生児担当医師及び麻酔科医師については、周産期医療協議会などの会議体では、医師不足についての意見が示されていますが、当該数値からは当直の可否が不明であるなど、必ずしも実態を反映し切れていません。
- そのため、充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について検討を進める必要があります。
- また、ワーク・ライフ・バランスを重視した勤務状況となるよう、医師の勤務時間についても考慮する必要があります。

(7) 1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策

- 分娩取扱施設の減少に伴い、地域でお産をする施設を見つけることに困難をきたしていますが、その一方、出生数は減少傾向にあることから、分娩取扱施設数を著しく増加させることが現実的に難しいという側面もあります。
- そのため、分娩取扱施設数を維持しつつ、1施設あたりの分娩取扱数の増加を図る必要があります。
- また、妊婦健診のみ対応している診療所の中には夜間・休日の診察に対応していない施設もあり、容態が急変した際、かかりつけ医の診療がかなわず、救急搬送にいたるケースも見受けられます。

(8) 周産期医療における災害対策

- 東日本大震災で明らかになったように、災害時における小児・周産期医療に関する準備が不足しており、対策が求められています。

施策

(1) 周産期救急医療システムの充実（県、医療機関・医療関係者、関係機関）

- 引き続き、周産期救急医療システムの円滑な運用を推進し、周産期救急患者に適切な医療を提供するとともに、救急時に搬送先医療機関を迅速に確保する体制を整備します。
- 精神疾患等の産科合併症以外の疾患を有する妊産婦の搬送が円滑に進むよう、原因の調査及び方策の検討を進めていきます。
- 総合的な周産期医療体制の整備・推進に向け、引き続き、周産期医療協議会において協議を行っていきます。

(2) 近隣都県との連携体制の構築（県、医療機関・医療関係者、関係機関）

- 引き続き、東京都との連携体制の強化に向けて、検討を進めていきます。

(3) 救急隊により直接搬送される患者の円滑な受入体制の構築

（県、医療機関・医療関係者、関係機関）

- 救急隊から直接搬送される患者の更なる円滑な受入を促進するために、消防機関と情報共有を図った上で、対応の検討を進めていきます。

(4) NICU等周産期施設等の整備・充実（県、医療機関・医療関係者）

- 今後の社会的要因を踏まえつつ、NICU等周産期施設等の整備やNICU等で勤務をする看護師の確保について、今後の方向性を検討していきます。

(5) 新生児病床を退院した児の療養・療育環境の整備（県、市町村）

- 長期入院児の抑制に向け、NICUや小児病棟から在宅へ移行した後の受入体制を整備することで、保護者の負担軽減を図ります。
- 医療的ケアを必要とする小児等が、地域で安心して療養できるよう保健・医療・福祉・教育関係機関との体制整備に取り組みます。また、県は研修を通じて、医療従事者、福祉従事者等を支援します。【P119再掲】

(6) 周産期関係医師の確保に向けた取組みの推進（県、医療機関・医療関係者）

- 産科医師、新生児担当医師及び麻酔科医師の充足状況を把握した上で、医師の確保のために必要な方策について、医師の労働環境改善の観点からも、分娩施設の拠点化と地域連携の強化を含めた検討を進めていきます。
- また、今後の出生数の減少する中で、産科医師や新生児担当医師の技術を維持・向上させるための取組についても充実させることを検討していきます。
- 医療対策協議会や地域医療支援センター運営委員会等における医師確保対策に係る分析や協議等を踏まえ、県内医科大学の地域枠出身者や自治医科大学出身者等を県内の医療機関に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の解消に取り組むとともに、県内定着を図ります。

(7) 1施設あたりの分娩取扱数の増加に向けた方策（県、医療機関・医療関係者）

- 各分娩取扱施設の分娩取扱数を増加させるための方策について検討を進めていきます。

(8) 周産期医療における災害対策（県、医療機関・医療関係者）

- 県保健医療調整本部に県災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」は厚生労働省の実施する養成研修を修了した者を中心に、災害発生時に県保健医療調整本部に参集可能な医師を指定します。
- 高度な医療機能を有する総合周産期母子医療センターについて、災害時における業務継続計画の策定を進めていきます。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
NICU設置数 (出生1万人あたり)	29.0 (平成28年度県独自調査)	29.0	出生数の減少が見込まれる中、現状と同程度の維持を目指す。	出生数の減少に伴い、病床の減少が想定される一方、ハイリスク患者の増加も見込まれることから、現行の病床数の維持が望ましいため。
妊産婦死亡率 (出産10万件あたり)	5.3 (平成27年度人口動態調査)	3.8以下	全国値以下を目指す。	安心して子どもを産むためには、妊産婦死亡率は0が望ましいが、実現性を考慮したため。
NICU・GCU長期入院児	16人 (平成26年度周産期医療体制調)	13人以下	全国値以下を目指す。	長期入院児の増加が見込まれることから、受入体制を整備し、在宅移行を進める必要があるため。

■用語解説

※1 低出生体重児

出生体重2,500g未満の児

※2 極(超)低出生体重児

出生体重1,500g(1,000g)未満の児

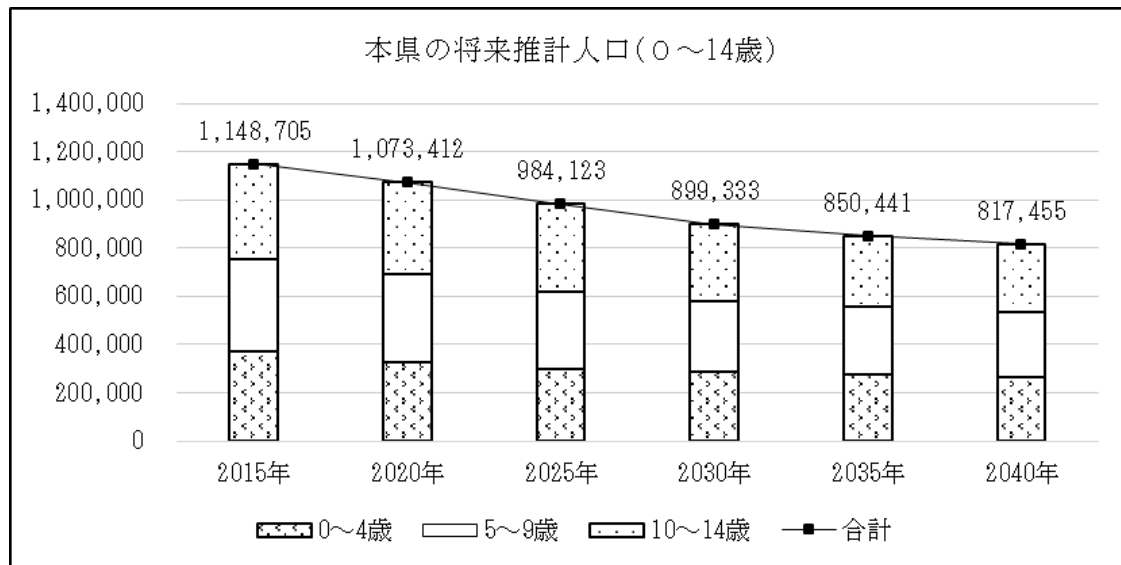
第5節 小児医療

- 少子化、核家族化、夫婦共働き世帯の増加といった社会情勢や家庭環境の変化などにより、子どもを育てる環境は大きく変化しています。
- 安心して子どもを産み、育てることができる環境を整備するため、小児医療の充実、特に夜間や休日の小児救急医療体制や重篤な小児救急患者の医療提供体制の確保・充実を図っていきます。

現状

(1) 小児医療に係る需要の現状

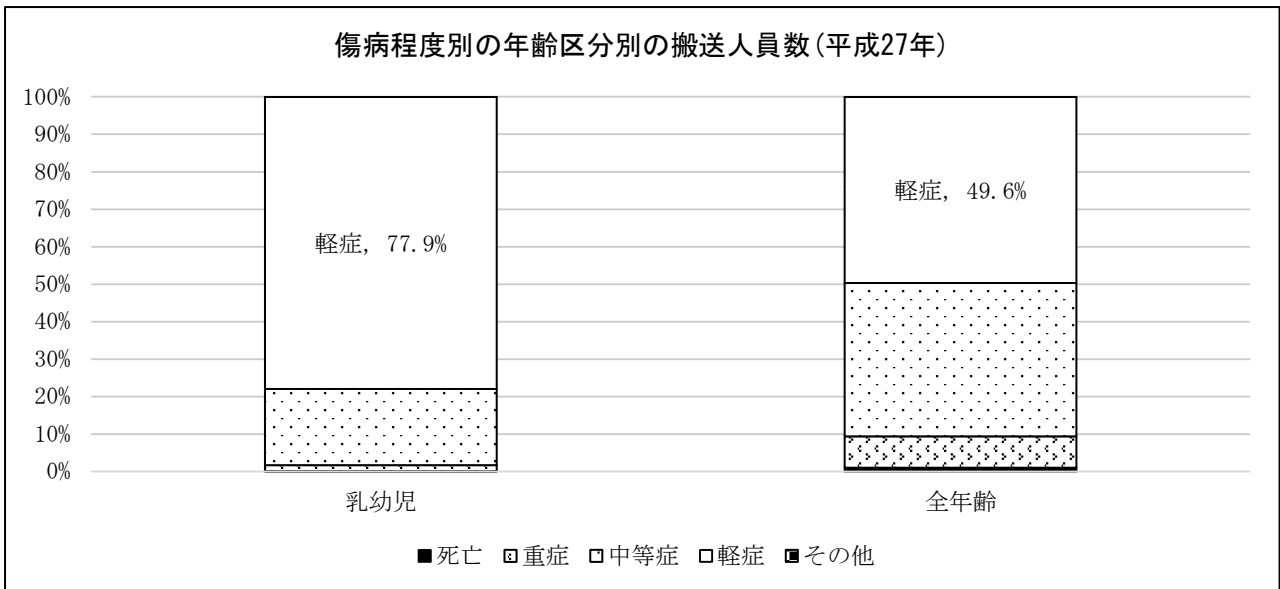
- 県の小児人口は1,169,741人で全国平均（347,267人）の約3.4倍（「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」平成28年1月1日）、出生率は8.2で全国平均（8.0）と比べてやや高い（「人口動態調査」平成27年）ことから、県は他都道府県と比較して小児医療に係る需要が多いと考えられます。
- なお、県の将来推計人口（0～14歳）は、平成27年が1,148,705人、平成32（2020）年が1,073,412人、平成37（2025）年が984,123人となっており、今後しばらくの間は現状と同程度の需要が続くものと考えられます。



出典：「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所

(2) 小児患者の現状

- 県の乳児死亡率は1.9（乳児千人あたり）で全国平均と同じ、幼児死亡率（幼児千人あたり）は0.5で全国平均と同じ、小児（15才未満）の死亡率（小児千人あたり）は0.2で全国平均と同じです（「人口動態調査」平成27年）。
- 県の傷病程度別の乳幼児の搬送割合は軽症が77.9%であり、全年齢平均（49.6%）の約1.6倍となっています。

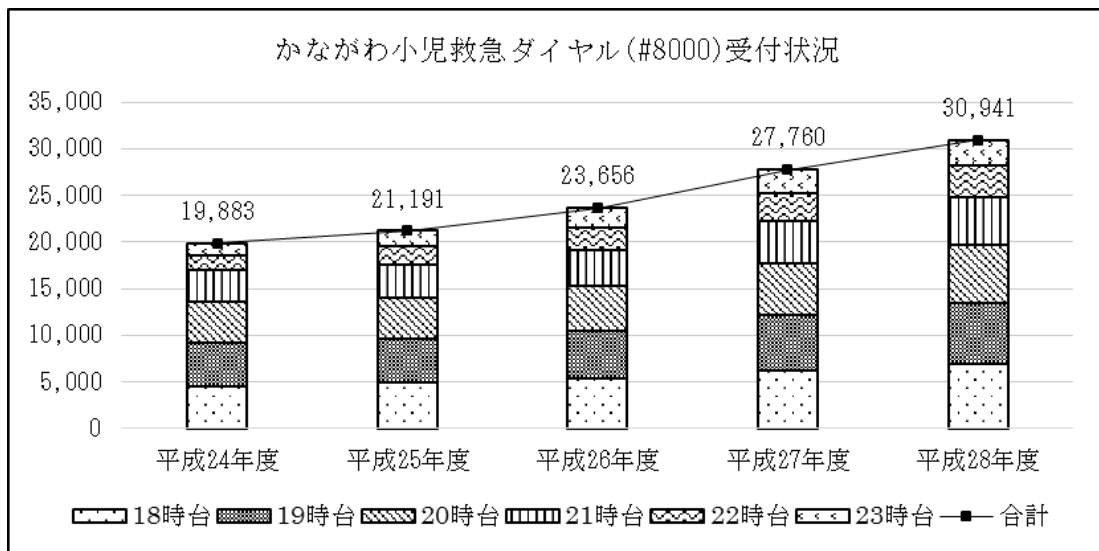


出典：「平成28年版救急・救助の現況」消防庁

(3) 小児医療に係る供給の現状

ア 小児の健康状態の相談を行う機能

- 夜間における子どもの体調の変化や症状に関し、保護者等が判断に迷った場合に、電話により看護師等が必要な助言を行うかながわ小児救急ダイヤル「#8000」を実施しています。
- 県の#8000事業は、毎日18時～22時は3回線、22時～24時は2回線で実施しており、平成28年度は30,941件の相談を受け付けました。



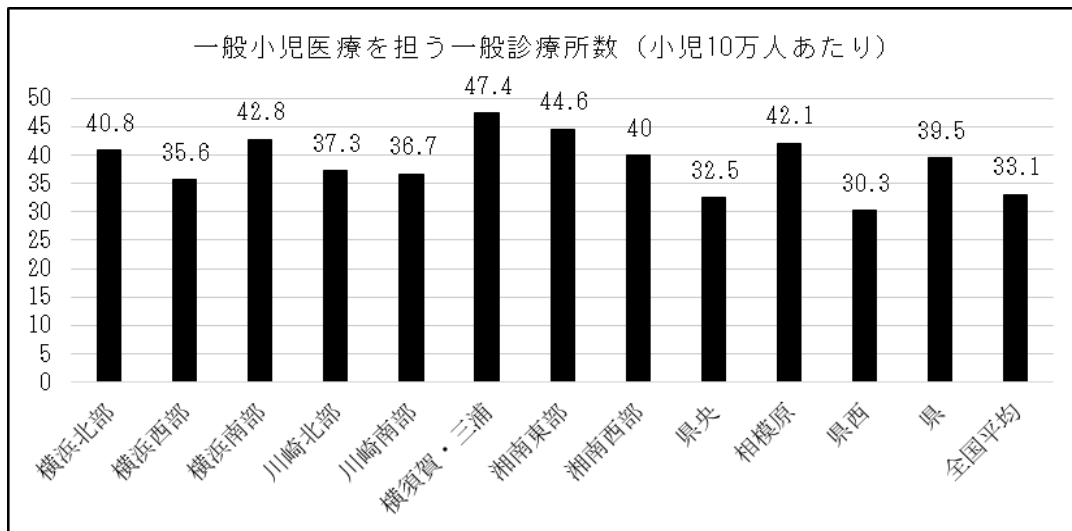
- 平均して1時間あたり1回線で5.3件の相談を受け付けており、回線の余裕は少ない状況です。
- なお、横浜医療圏では、#8000事業の全年齢対応版とも言える#7119事業を実施しており、毎日24時間体制で相談を受け付けています。

イ 初期救急医療体制

- 初期救急（比較的軽症の小児救急患者の医療）については、市町村又は複数の市町村を単位とした休日夜間急患診療所等で対応していますが、全33市町村のうち、4市11町1村は、

各市町村域内に小児初期救急に対応する休日夜間急患診療所等を持ちません。

- 県の一般小児医療を担う一般診療所数（小児10万人あたり）は39.5で全国平均(33.1)の約1.2倍となっており、他都道府県と比較して初期救急に係る医療資源は多い状況ですが、県央医療圏及び県西医療圏では、一般小児医療を担う一般診療所数（小児10万人あたり）の全国平均(33.1)を下回っており、県下全域に十分な医療資源があるとはいえません。

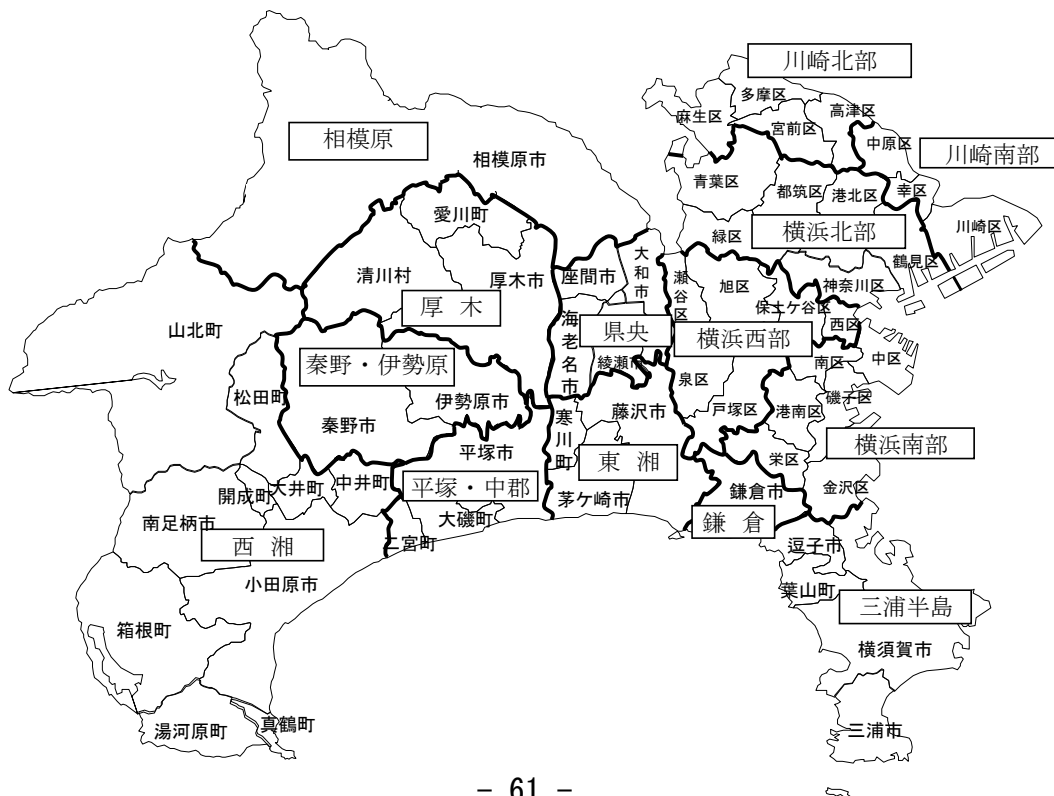


出典：「医療施設調査（平成 26 年）」厚生労働省（医政局地域医療計画課による特別集計）

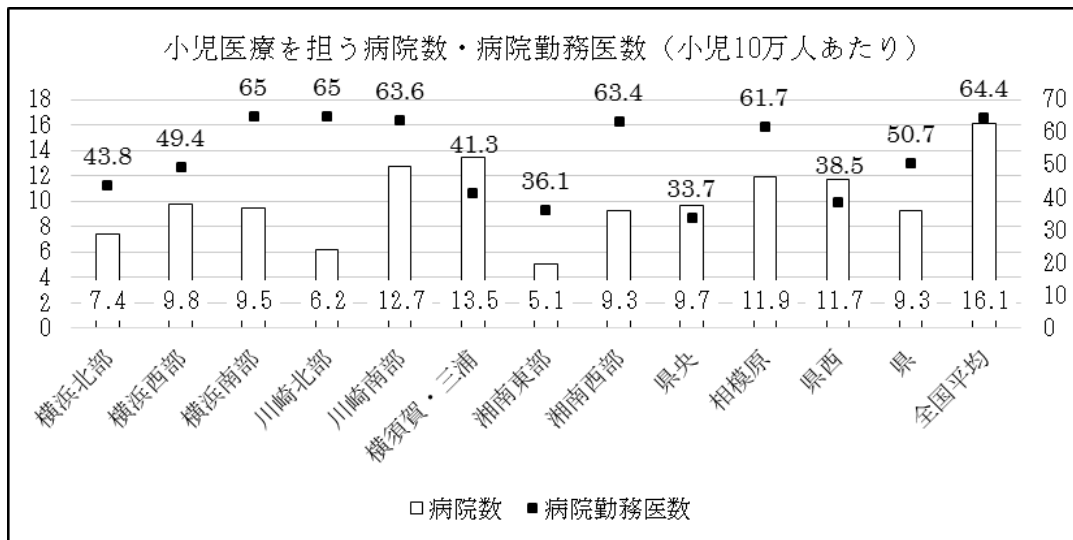
ウ 二次救急医療体制

- 二次救急（緊急手術や入院を必要とする小児救急患者の医療）については、全県 14 ブロック体制で小児輪番病院や小児救急医療拠点病院で対応していますが、輪番体制は各ブロックにより差があり、複数の病院で輪番体制が組めているブロックがある一方、1 病院で担っているブロックも存在します。

■小児二次救急医療体制ブロック図

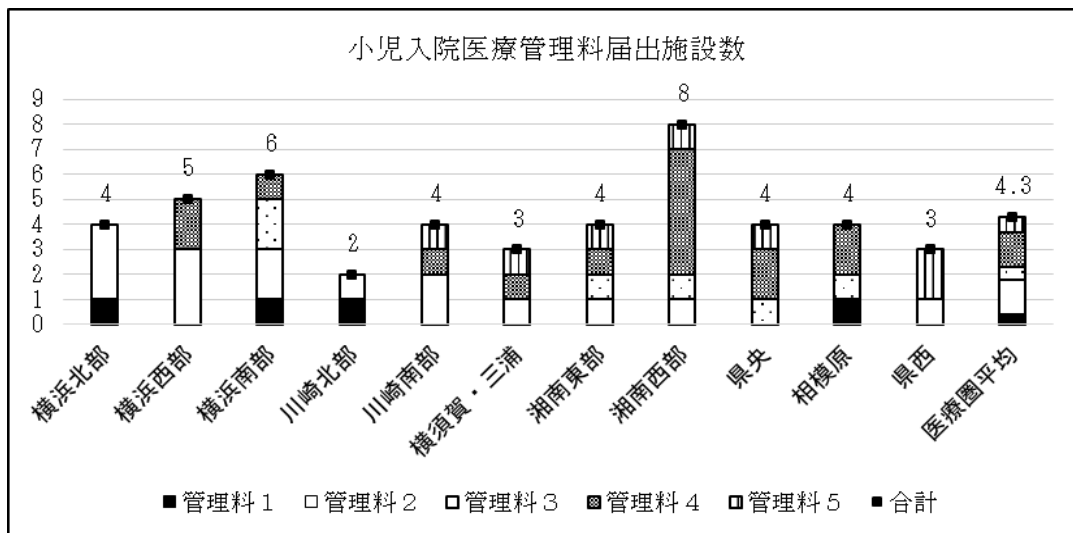


- 県の一般小児医療を担う病院数（小児 10 万人あたり）は 9.3 で全国平均(16.1)の約 0.6 倍となっており、全ての医療圏で全国平均(16.1)を下回っています。特に湘南東部医療圏は 5.1 と非常に厳しい状況となっており、他都道府県と比較して二次救急に係る医療資源は少ない状況です。



出典：「医療施設調査（平成 26 年）」厚生労働省（医政局地域医療計画課による特別集計）

- 県では、全ての二次医療圏に小児入院医療管理料を取得した医療機関が複数存在しており、医療圏平均は 4.3 医療機関ですが、医療機関数は各医療圏により差があり、最も多い医療圏(湘南西部)が 8 医療機関を有する一方、最も少ない医療圏(川崎北部)では 2 医療機関となっています。



出典：「診療報酬施設基準（平成 28 年 3 月 31 日）」厚生労働省

エ 三次救急医療体制

- 三次救急医療（より高度で特殊・専門医療が必要な重症の小児救急患者への医療）については、県立こども医療センターと、21 箇所の救命救急センターで対応しています。救命救急センターは各医療圏に 1 か所以上存在し、人口 10 万人あたり 0.2 で全国平均と同じです。

- なお、県における周産期母子医療センターの NICU 長期入院児（1年以上入院をしている児）は、平成 22 年度には 6 人でしたが、平成 26 年度には 10 人となっています（「第 4 節 周産期医療」参照）。

課題

（１）小児の健康状態の相談を行う機能の充実

- #8000事業の電話回線数に余裕が少なく、相談時間帯が18時～24時のため、相談の需要に十分に答えられていないことから、小児の健康状態の相談を行う機能のさらなる充実が必要です。

（２）小児救急医療体制の安定的な確保

- 小児医療に係る需要が多い一方、供給(特に二次救急に係る医療資源)が不十分なうえ、軽症患者が多く二次・三次医療機関に流入しており、少ない供給をさらに圧迫している状況です。
- 夜間や休日の小児救急医療体制や重篤な小児救急患者の医療提供体制を安定的に確保するためには、小児救急医療の供給量の維持・充実に努めるとともに、小児救急に係る医療資源の効率的な活用を進める必要があります。

ア 初期救急医療体制

- 患者の病状に応じた適切な医療機関への受診を促進することで、二次・三次医療機関への軽症患者の流入を抑える必要があります。
- 併せて、小児救急患者の大部分を占める軽症患者を受け入れることができる初期救急医療体制が求められます。

イ 二次救急医療体制

- 二次救急に係る医療資源が少ないため、供給量の維持・充実が必要です。

ウ 三次救急医療体制

- 三次救急医療を必要とする重症の患者が素早く治療を受けられるよう、受入先の医療機関を決定する速度の向上や、搬送時間の短縮に努める必要があります。

エ 退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実

- 退院して在宅医療に移行できる患者を積極的に地域で受け入れることで、二次・三次医療機関の病床回転率を上げ、少ない医療資源を効率的に活用する必要があります。

施策

（１）小児の健康状態の相談を行う機能の充実

（県、市町村、医療機関・医療関係者、関係機関、県民）

- 引き続き、#8000事業を実施し、同事業の更なる周知を図るとともに、同事業の更なる拡充や、#7119事業との連携など、より効果的な施策も検討します。

(2) 小児救急医療体制の安定的な確保

(県、市町村、医療機関・医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関)

- 引き続き、患者の病状に応じた小児救急医療体制の維持・充実に努めます。
- また、引き続き、退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実に図ります。
 - ア 初期救急医療体制
 - 各地域内の診療所の医師による、積極的な初期救急体制への参画や、休日夜間急患診療所における救急診療への協力などの連携を図り、各地域内における初期救急体制を維持します。
 - イ 二次救急医療体制
 - 小児輪番病院及び小児救急医療拠点病院により、各医療圏における二次救急体制を維持します。
 - 医療対策協議会や地域医療支援センター運営委員会等における医師確保対策に係る分析や協議等を踏まえ、県内医科大学の地域枠出身者や自治医科大学出身者等を県内の医療機関に配置することにより、診療科や地域による医師の偏在の解消に取り組むとともに、県内定着を図ります。
 - ウ 三次救急医療体制
 - 救急医療情報システムを活用した小児救急患者の搬送に必要な情報提供や、ドクターヘリ、ドクターカーを利用した小児救急患者の病院間搬送体制を維持・充実します。
- エ 退院後の患者を在宅医療等により地域で受け入れる機能の充実
 - NICU や PICU で療養中の重症心身障害児等が在宅や適切な施設、後方支援病院に移行できる医療提供体制を整備します。
 - 小児も対象にした訪問看護ステーションや医療的ケアに対応できる福祉事業所の増加、療育機能の充実など、在宅の療養患者や重症心身障害児等の生活環境の整備を進めます。

目標

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
傷病程度別の乳幼児の搬送割合	軽症77.9% (平成28年版救急・救助の現況)	軽症49.6%以下	全年齢平均が49.6%であり、全年齢平均を目指す	課題である軽症患者の二次・三次医療機関への流入量の指標となるため
一般小児医療を担う病院数(小児10万人あたり)	9.3 (平成26年医療施設調査(医療計画作成支援データベース))	16.1以上	全国平均が16.1であり、全国平均を目指す	課題である二次救急に係る医療資源の量の指標となるため

目標項目	現状	目標値 (平成35年度)	目標値の考え方	目標項目設定理由
小児医療に係る病院勤務医数（小児人口10万人当たり）	50.7 (平成26年医療施設調査（医療計画作成支援データベース）)	64.4以上	全国平均が64.4であり、全国平均を目指す	課題である二次救急に係る医療資源の量の指標となるため

■小児救急の医療連携体制

