

救急医療の体制構築に係る指針

我が国の救急医療の需要は増加傾向にある。救急搬送人数を例にとると令和元年には過去最多の約 598 万人となった¹。令和 2 年には、新型コロナウイルス感染症のまん延の影響により約 529 万人に減少したが、救急医療の需要が増加する傾向は今後も続くことが予想される²。救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関が連携し、地域が一体として小児救急、周産期救急、精神科救急を含め、全ての救急患者に対応できる救急医療体制を構築することが重要である。

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

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第 3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また必要となる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関と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 救急医療の現状

1 救急医療をとりまく状況

わが国における救急医療の受療動向は、およそ以下のとおりになっている。

(1) 救急患者数

一日の救急患者[※]は、全国で約 5 万人であり、うち約 1.3 万人が入院していると推測される³。

※ 救急患者

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

(2) 救急搬送人員数

救急搬送人員は、平成 22 年に約 498 万人であったが、令和 2 年には約 529 万人（31 万人、6.2%増）を数えるなど、増加傾向にある¹。その背景として、主に、高齢化の進展が挙げられている。

(3) 高齢者救急の増加

救急搬送された高齢者（満 65 歳以上）についてみると、平成 22 年には約 254 万人であったが、令和 2 年には、約 330 万人を数え、この 10 年間で約 76 万人増となっている。令和 2 年における救急搬送人員の約 62%を 65 歳以上の高齢者が占めており、後も、高齢者の増加に伴い高齢者救急の件数は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 22 年には急病が 61.8%（約 308 万人）、令和 2 年には、65.2%（約 345 万人）を占めるに至り¹、この 10 年間で急病の救急搬送人員は 37 万人増加している。今後も急病の対応が

1 総務省消防庁「令和 3 年版 救急・救助の現況」（令和 3 年）

2 総務省消防庁「令和 3 年度 救急業務のあり方に関する検討会報告書」（令和 4 年 3 月）

3 厚生労働省「患者調査」表番号 31（令和 2 年）

増加し、特に、高齢者救急の増加に伴い、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折などによる入院が増加するものと見込まれる。

(5) 救急患者の動向

令和2年における急病の救急搬送人員のうち、「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「心疾患等」が最も多く約8.6万人、次いで「症状・徴候・診断名不明確の状態」が約7.6万人、「脳疾患」が約6.6万人となっている。急病のうち死亡が最も多いのは、「心疾患等」であり、「死亡」に占める割合は40.7%ある¹。

したがって、重篤な患者の救命救急医療体制を構築するに当たって、重症外傷等の外因性疾患への対応に加えて、脳卒中、急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病への対応が重要であるほか、初診時に「症状・徴候・診断名不明確」の状態である患者への対応が必要である¹。

また、救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が46%程度を占める¹。この中の一部には不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見される²。救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過重な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となる。このことについて、住民に理解を促すことが重要である。

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

(6) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されている。精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計されている⁴。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告⁵がある。

また、総務省消防庁の調査では、令和2年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が40.6分であったのに対して、事故種別が「急病」で、さらに精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の平均は約44.2分と長かった¹。このように精神疾患を主な理由として搬送された傷病者の搬送に時間を要している現状があり、適切なトリアージと精神科救急体制との連携が必要とされている。

(7) 新型コロナウイルス感染症まん延時の救急医療の動向

新型コロナウイルス感染症まん延等においては、新型コロナウイルス感染症患者受入専用の初療室を確保したことによる救急初療室の減少、新型コロナウイルス感染症疑い患者を救急外来内で隔離するために同時に受け入れが可能な救急患者数が減少したこと、入院が必要な患者に対する新型コロナウイルス感染症のスクリーニ

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

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

ングによる待機時間の発生などが生じたことから、救急外来の機能が制限された。また、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床を確保するために相対的に一般病床が減少したこと、医療従事者が濃厚接触や感染によって出勤できなくなるケースが増加したことによる人員不足、さらに、退院や転院が滞ることによる出口問題などが生じたことから、入院病床の機能も制限された。このように、救急外来や入院病床における複合的な要因によって、救急患者の受入れが困難になる事案が全国的に増加し、救急医療における様々な課題が顕在化した。

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となっている。

(1) 医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談機能

近年の救急搬送人員の増加に伴い、総務省消防庁においては、救急車等のより適切な利用を促すための啓発活動の一環として、「救急車利用マニュアル」や「救急受診ガイド」等を活用して国民の理解を求めるほか、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる「救急安心センター事業（＃7119）」を実施しており、厚生労働省と連携し全国展開に向けた普及活動を進めている。

また、厚生労働省においては、休日・夜間の子どもの症状に対応するための電話相談窓口である「子ども電話医療相談事業（＃8000）」を全都道府県で実施している。

(2) 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普通救命講習だけでも、令和2年中、37万人が受講している¹。

この結果、令和2年中に救急隊員によって搬送された心肺機能停止傷病者のおよそ51.5%に対して家族等による人工呼吸や胸骨圧迫等の救急蘇生法が実施されており、その割合は毎年上昇している¹。

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

② 消防機関による救急搬送と救急救命士及びメディカルコントロール体制

救急隊は、原則として、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されている。1隊につき1名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、令和3年4月には99.5%の救急隊で救急救命士が同乗している¹。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、救急救命処置の範囲が拡大され、平成26年4月からは心肺機能停止前の傷病者に対する輸液等が可能となった。また、令和3年10月に改正救急救命士法が施行され、「病院前」から延長して「救急外来*まで」においても、救急救命士が救急救命処置を実施することが可能となった。医療機関で働く救急救命士においても、業務の質を担保する仕組みとして、救急救命士に対する研修と、研修体制等を整備する委員会の設置が義務づけられた。

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

※ 救急外来

救急診療を要する傷病者が医療機関に来院してから入院に移行するまで（入院しない場合は、当該医療機関に滞在している間）に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

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

これらプロトコールの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うメディカルコントロール体制^{*}については、各都道府県にメディカルコントロール協議会を設置するなど、全国的に整備されてきた。しかし、地域によっては、プロトコールの策定状況の見直しを定期的に行っていないところもあるなど、その活動実態には地域差があることが指摘されている⁷。医療機関に所属する救急救命士の活動も含めて、地域のメディカルコントロール体制の一層の充実強化が必要である。

※ メディカルコントロール体制

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

平成 13 年以降、メディカルコントロール体制の整備が進められ、全都道府県と 251 地域にメディカルコントロール協議会が設置されている（令和 2 年 1 月現在）。適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入体制の構築に向け、メディカルコントロール協議会等をさらに活用する必要がある。

③ 搬送手段の多様化とその選択

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

ヘリコプターによる救急搬送については、ドクターヘリが 46 都道府県 56 機（令和 4 年 4 月現在）で運用され、その出動件数は年間 29 千件（平成 30 年度）に上る。また、消防防災ヘリコプターについても全国で 76 機（令和 3 年 11 月現在）が運用され、救急搬送のために年間 2.4 千件近く出動している¹。都道府県によっては、より効率的なドクターヘリの運航を行うため、近隣都道府県と協議し、ドクターヘリが都道府県境を越えて運航する広域連携が行われている。

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

※ 救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）

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に鑑み、ドクターヘリを用いた救

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

急医療の全国的な確保を図ることを目的に、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）が、平成 19 年 6 月 27 日に施行された。

同法第 5 条に基づき、都道府県が医療計画を策定するに当たって、ドクターヘリを用いた救急医療の確保について定めるとき又は変更するときには、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院に関する事項」について記載すること、並びに「都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項」及び「病院の医師、消防機関、都道府県及び市町村の職員、診療に関する学識経験者その他の関係者の連携に関する事項」について記載することに努めることが求められる。

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

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

一方、受入医療機関の選定困難事案は依然存在しており、救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・患者対応中」、「処置困難」、「ベッド満床」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられている⁸。特に、新型コロナウイルス感染症のまん延時においては、前述のように救急外来や入院病床の機能が制限されたことにより、救急患者の受入れが困難になる事案が増加した。（第 1 の 1 (7) 参照）

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

これまで、各都道府県において、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きた。こうした取組に加えて、新型コロナウイルス感染症のまん延時においては、各医療機関の入院受入可能病床等について、都道府県内の関係者間で情報を共有し、いわゆる「医療の見える化」を進めるため、医療機関等情報支援システム（G-MIS：Gathering Medical Information System）が構築され、新型コロナウイルス感染症患者の入院調整等に活用された。実施基準の運用により受入医療機関の選定困難事案を

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

解消していくためには、これらの取組が地域の実情に応じて、より実効的かつ有効的なものとなるよう改善していく必要がある。

また、近年、救急隊が心肺停止傷病者の心肺蘇生を望まないと伝えられる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。総務省消防庁が全国の消防本部を対象に調査を行ったところ、心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針を定めていると回答した本部は、399 か所 (55.0%) (令和2年度調査) から 446 か所 (61.6%) (令和3年度調査) と増加しており、地域において対応方針の検討が進められている。

(3) 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。

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

(4) 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

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

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

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

また、輪番制病院制度は、地域の救急医療を担う人材をはじめとする医療資源が限られている中で、医療資源を分散して整備する必要があることや、住民・消防機関にとってどの医療機関が当番を担っているか等が分かりにくいといった問題も踏まえ、一年を通じて、診療科にかかわらず広く救急医療を行う医療機関が参加するよう検討する必要がある。その際、今後の高齢化・人口減少に加え、医師の働き方改革への対応等により医療資源の効率的な活用がより重要となることも踏まえ、地域医療構想による医療機能の分化・連携の取組もあわせて検討する必要がある。

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）は、脳卒中や急性心筋梗塞等に対する専門的な医療を要する患者を含め、救急搬送される患者の大部分を受け入れてきたが¹、今後は、特に増加が見込まれる高齢者救急についても、主な受入れ先としての役割を担う必要があり、当該医療機関の更なる充実と救命救急医療機関（第三次救急医療機関）との役割分担の明確化が必要である。

(5) 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・高度救命救急センター

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（全国 100 か所程度）に、このうち、特に高度な救急医療を提供する施設が高度救命救

⁹ 厚生労働省「救急医療対策事業調査」（平成 27 年）

急センターとして整備してきたが、現在、全国に300か所（うち高度救命救急センター46か所）の施設が指定されている（令和4年7月現在）。

② 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する救急医療

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

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

③ アクセス時間を考慮した体制の整備

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

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

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

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

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

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

※ GIS (Geographic Information System)

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

④ いわゆる「出口の問題」

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

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

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

この問題を改善するには、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進することが求められる。例えば、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。具体的には、受入れ先となる医療機関と患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことが望ましい。緊急性の乏しい転院搬送については、本来、消防機関が実施するものではないため、医療機関が所有するいわゆる病院救急車、消防機関が認定する患者等搬送事業者等の民間救急の活用が求められている。また、地域医療構想による病床機能の分化・連携の取組により、救急医療機関における患者の重症度・緊急度に応じた役割分担と連携を進めることも重要である。

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。

(6) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

都道府県は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の11に基づき、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。都道府県又は政令指定都市は、精神科救急医療体制整備事業を活用して、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、精神科救急医療施設の確保や円滑な運営を図ってきている。また、精神科救急情報センターを整備し、救急医療情報センターや救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、身体疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者の搬送先医療機関の紹介に努めてきている。あわせて、厚生労働省は、精神科救急医療体制整備事業の実施要綱に基づき、精神科救急医療圏域単位での精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制の確保に向けた検討を実施するとともに、関係機関（警察、消防、一般救急等）との研修を通じた相互理解の推進を求めている。

さらに、自殺対策基本法に基づいて、第3次「自殺総合対策大綱」（平成29年7月25日閣議決定）を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきた。直近では、第4次「自殺総合対策大綱」（令和4年10月14日閣議決定）が策定され自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医や精神保健福祉士等の専門職からなるチームによる診療体制、精神科医療機関との診療協力体制等の充実を図る必要がある。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「1 救急医療の現状」を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす各関係機関、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こと。

(1) 医療機関の受診や救急要請の相談に対応することが可能な体制

- ① 全国共通番号の電話相談体制（#7119、#8000）の整備
- ② 地域住民等が電話相談等により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制

- (2) 適切な病院前救護活動が可能な体制
 - ① 本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施
 - ② メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
 - ③ 実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ
 - ④ 地域住民の救急医療への理解
- (3) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制
 - ① 患者の状態に応じた適切な救急医療の提供
 - ② 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
 - ③ 必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制
 - ④ 脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制
 - ⑤ 複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者を受け入れる体制
 - ⑥ 精神疾患を有する患者や障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる体制
 - ⑦ 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、医療機能の分化・連携により地域の他の医療機関に転院させ、又は一般病棟へ円滑に転棟させることができる体制
- (4) 増加する高齢者救急を受け入れる体制
 - ① 増加する高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ
 - ② 特に高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制
- (5) 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、後遺症のある患者等について、高次の救急医療施設から適切な医療機関への必要な転院搬送ができる体制
 - ② 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
 - ③ 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制
- (6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療
 - ① 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する体制
 - ② 医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制
 - ③ 救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制（#7119、#8000等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制
 - ④ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制
 - ⑤ いったん患者を幅広く受け入れ、必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じて、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患

者等を受け入れる医療機関をあらかじめ検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入れに対応できる体制

2 各医療機能と連携

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

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

(1) 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能

① 目標

- ・ 患者又は周囲の者が、必要に応じて、居住している地域にかかわらず、速やかに電話相談窓口等への相談できること
- ・ 電話相談の実施により、適切かつ速やかな救急要請又は適切な医療機関への受診が行われること

② 関係者に求められる事項

ア 都道府県

- ・ 全ての地域の住民が、質の高い相談窓口のサービスを受けられるよう、電話相談窓口等の整備や周知を実施すること

(2) 病院前救護活動の機能【救護】

① 目標

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

② 関係者に求められる事項

ア 住民等

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

イ 消防機関の救急救命士等

- ・ 住民等に対し、応急手当、AED の使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること

- ・ 搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救命救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること
 - ・ 地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
 - ・ 搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
 - ・ 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること
- ウ メディカルコントロール協議会
- ・ 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
 - ・ 実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、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・助言する体制が確立されていること
 - ・ 救急救命士等への再教育を実施すること
 - ・ ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
 - ・ ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用には、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県協付近の患者からの要請時における都道府県境を越えた隣接都道府県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること
 - ・ ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること
 - ・ 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること
 - ・ 必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること
- エ 地域の救急医療関係者
- ・ 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（以下「ACP」という。）に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
 - ・ 自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと
 - ・ ACP に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること

(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

- ・ 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

② 医療機関に求められる事項

主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

- ・ 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること
- ・ 休日・夜間急患センターの設置や在宅当番医制などにより、地域で診療の空白時間が生じないように努めること
- ・ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- ・ 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
- ・ 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

③ 医療機関の例

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

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

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。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・看護師が常時診療等に従事していること
- ・ その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること
- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
- ・ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
- ・ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- ・ 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- ・ 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- ・ 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
- ・ 第三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと

- ・ 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
- ・ 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
- ・ 救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること
- ・ 数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること
- ・ 救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）によって定められる救急病院であること

③ 医療機関の例

- ・ 病院群輪番制病院、共同利用型病院
- ・ 一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所
- ・ 地域医療支援病院（救命救急センターを有さないもの）
- ・ 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

(5) 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、救急搬送の受入れに応じること
- ・ 患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

② 医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難かつ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な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。さらに、救命救急センターの中でも、高度救命救急センターについては、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な重症外傷等の診療を担う。

- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて 24 時間 365 日必ず受け入れることが可能であること
- ・ 集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師（日本救急医学会が認定する救急科専門医等）・看護師が常時診療等に従事していること
- ・ その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること
- ・ 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看

看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。

- ・ 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、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること
 - ・ 第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
 - ・ 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
 - ・ 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
 - ・ DMAT^{*}派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
 - ・ 災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料を含む。）、受水槽（備蓄する飲料水を含む。）の保有が望ましい
 - ・ 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
 - ・ 救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること
 - ・ 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
 - ・ 救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること
- ※ DMAT（災害派遣医療チーム）については、災害時における医療体制の構築に係る指針を参照のこと。

(6) 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】

① 目標

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

② 医療機関に求められる事項

- ・ 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
- ・ 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること

- ・ 救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
 - ・ 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両を活用すること
 - ・ 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、薬局、訪問看護事業所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
 - ・ 地域包括ケア病棟を有する病院
 - ・ 診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。）
 - ・ 訪問看護事業所

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

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

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

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名や担当部局を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

(1) 救急患者動向に関する情報の収集

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

(2) 救急医療の医療資源に関する情報の収集

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

(3) 救急医療連携に関する情報の収集

① 救急搬送等

- ・ 地域メディカルコントロール協議会の活動状況（協議会の開催頻度、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が参加した開催回数、事後検証の実施症例数、救急救命士の病院実習の実施状況等）
- ・ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から、例えば 30 分以上、又は 4 医療機関以上に要請を行った、一定期間における件数とその原因分析、全搬送件数に占める割合
- ・ 救急要請（覚知）から救急医療機関へ収容するまでに要した平均時間
- ・ 救急要請から救命救急センターへの搬送までに要した平均時間
- ・ 救命救急センター等の各救急医療機関において、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた人員の割合
- ・ 1 時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率

② 救急医療に関連する施設の連携状況

- ・ 救急医療機関への搬送手段及び搬送元の分類（現場からの搬送、転院搬送）
- ・ 救急医療機関に搬送された救急患者の退院経路
- ・ 転棟・転院を調整する者を常時配置している救命救急センターの数
- ・ 休日・夜間に対応できる薬局の数

(4) 指標による現状把握

別表 6 に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載すること。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、救急医療体制を構築するに当たって、「第 2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定すること。
- (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、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。
- (3) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に救急医療・救急搬送に従事する者、現に精神科救急に従事する者、消防防災主管部局、都道府県又は地域メディカルコントロール協議会、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。

3 連携の検討

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