

救急災害医療対策委員会
報 告 書

平成26年3月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

平成26年3月

日本医師会長

横倉義武 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 小林 國男

本委員会は、平成24年7月26日開催の第1回委員会において、貴職から、「医師会による救急・災害医療体制の整備」について、検討するように諮問を受けました。

これを受け、本委員会では、2年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

救急災害医療対策委員会

- 委員長 小林 國男（全国メディカルコントロール協議会連絡会会長）
- 副委員長 小池 哲雄（新潟県医師会副会長）
- 〃 稲坂 博（愛知県医師会理事）
- 委員 秋富 慎司（岩手医科大学附属病院岩手県高度救命救急センター助教）
- 〃 有賀 徹（昭和大学病院長）
- 〃 石原 哲（東京都医師会救急委員会委員長）
- 〃 上津原 甲一（鹿児島県医師会常任理事）
- 〃 大木 實（福岡県医師会常任理事）
- 〃 郡山 一明（救急振興財団救急救命九州研修所教授）
- 〃 小濱 啓次（川崎医科大学名誉教授）
- 〃 小林 篤（三重県医師会副会長）
- 〃 坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院救命救急センター長）
- 〃 鈴木 明文（秋田県医師会常任理事）
- 〃 妹尾 栄治（兵庫県医師会理事）
- 〃 永田 高志（九州大学大学院助教）
- 〃 西本 泰久（大阪府医師会理事）
- 〃 廣瀬 友彦（香川県医師会常任理事）
- 〃 野口 宏（愛知県救急医療情報センター統括センター長）
- 〃 目黒 順一（北海道医師会常任理事）

目 次

はじめに	- 3 -
I 医師会による救急医療体制の整備	- 5 -
1. 日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修	- 5 -
(1) チーム医療としての A C L S 研修	- 5 -
(2) 日医 A C L S 研修事業の課題	- 5 -
(3) 医師会の役割	- 8 -
(4) A C L S 研修の教育方法	- 10 -
2. 一般市民に対する心肺蘇生法の普及	- 10 -
3. ドクターカー、ドクターヘリの現状と今後のあり方	- 11 -
(1) ドクターヘリ（固定翼機を含む）	- 11 -
(2) ドクターカー	- 13 -
4. 救急救命士の業務、メディカルコントロール	- 14 -
5. 救急医療体制	- 16 -
(1) 小児の救急医療体制	- 16 -
(2) 高齢者の救急医療体制	- 17 -
II 医師会による災害医療体制の整備	- 20 -
1. 医師会の災害医療体制	- 20 -
(1) 事前の準備と現場の判断	- 20 -
(2) 医師会による災害医療体制	- 21 -
(3) インシデントコマンドシステム	- 22 -
(4) 災害時医療協定	- 23 -

(5) 防災行政への関与	- 25 -
2. JMAT携行医薬品等	- 27 -
(1) JMAT携行医薬品リストの考え方	- 27 -
(2) JMAT携行医薬品リストの今後の課題	- 28 -
3. 災害医療研修	- 30 -
(1) これまでの経緯	- 30 -
(2) 日本医師会による災害医療研修の今後	- 33 -
4. 南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）	- 35 -
おわりに	- 37 -
別添1. JMAT携行医薬品リスト	
別添2. 「災害医療に関する調査」結果まとめ	
別添3. 原子力災害における安定ヨウ素剤服用ガイドライン	
別添4-1. 災害医療体制構築の手引き	
別添4-2. ○○医師会災害医療計画	
別添5. 南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）＜日本医師会 アンケート＞結果まとめ	

はじめに

今期本委員会では、会長諮問に基づき、救急医療体制と災害医療体制の2編に分けて、医師会が取り組むべき事項を提言した。

救急医療体制の整備では、まず、日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修要綱の見直しを検討した。J R Cガイドライン2010（日本版心肺蘇生法ガイドライン）や「救急蘇生法の指針2010」との整合を図る必要があったためである。また、減少傾向にある研修会の指定数、修了証等の交付数への対策も必要であった。さらに、本研修事業の認知度の向上や都道府県医師会のこれまでの取り組みを全国に広げることも求めた。

救急救命士については、実証研究や厚生労働省検討会を経て、2件の特定行為の追加が行われたが、業務範囲の拡大に伴う講習・実習の実施、修了認定やプロトコール作成等作業とともに、医師の指示体制、事後検証や再教育体制などの地域格差の解消を図り、都道府県・地域のMC体制の整備充実を図る必要があるとして、日本医師会には全国MC協議会連絡会の共催者としての役割を果たし、都道府県医師会や郡市区医師会には各MC協議会に対して主体的な関与を行っていくべきであるとした。

救急医療体制については、小児と高齢者について言及したが、少子高齢化、救急搬送・受け入れの実施基準、地域包括ケアシステムの推進、救急医療機関の集約等、今後さらに検討していく必要がある。

次に災害医療体制の整備では、前期に続いて設置した災害医療小委員会においても検討を行った。まず、平成25年8月の京都府福知山市での花火大会事故を例として取り上げ、十分な事前の準備と現場の判断は、今後の災害対策を考える上で重要といえると述べた。

また、インシデントコマンドシステム（仮称「緊急時総合調整システム」）を紹介し、災害の時間的経過やニーズの変化に応じて柔軟に部門の設置・解散や拡大縮小ができるものとして、日本医師会の災害対策本部の組織イメージを提言した。

平成25年6月には、「災害医療に関する調査」を取りまとめたが、同調査では、医師会間、医師会・行政間、医師会・医療関係団体間の協定の締結状況の他、各都道府県医師会のJ M A T体制の整備、災害医療研修の実施状況、防災行政への関与、都道府県防災計画

や医療計画上のJMATの位置づけ等を把握した。特に、災害時医療救護協定やJMAT体制整備は現在進行中のものであるため、日本医師会においては、今後も適宜調査を行い、状況把握と対策の立案を図られたい。

JMATが携行すべき医薬品については、バージョン1.0という位置づけとしてリストを作成するとともに、大量の医薬品を受入れる側（被災地）による管理・配分、医薬品の輸送に関する関係者との連携、携行医薬品の備蓄方法・場所など、今後の課題を掲げた。

災害医療研修については、日医ACLS研修事業のオプション研修として災害医療を評価するとともに、前期報告書において提言したプログラム案を引用しつつ、災害医療コーディネーター、自地域が被災したときの対応、災害に関わる諸制度その他についての研修の実施や課題の解決などに取り組むべきであるとした。

I 医師会による救急医療体制の整備

1. 日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修

(1) チーム医療としての A C L S 研修

日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修事業（以下、「日医 A C L S 研修事業」）は、医師の生涯教育研修の一環として位置づけられているため、修了証の交付対象者は医師に限定しているが、本委員会の制度創設に向けた当時（平成 14・15 年度）の議論では、看護師や救急救命士等の職種とともに研修に参加する方が効果的であるとの認識がなされていた。

そのため、日医 A C L S 研修事業は、平成 16 年 3 月の開始当初から、学習目標に「体系的な A C L S アプローチに基づいた、急変患者への適切な対処やチーム蘇生の方法を習得する」と定めるとともに、標準カリキュラムにおいても「ケーススタディによるチーム蘇生実習」(IV 体験学的シミュレーション (メガコード)) を盛り込み、チームコンセプト、チームアプローチを掲げ、コミュニケーションを重視している。

日医 A C L S 研修事業に先駆けて開始され、これまでも多数の研修会の指定や修了証の交付を行ってきた「A C L S 大阪」(大阪府医師会)においても、様々な職種とともに研修を受けることは有意義であると指摘されている。

このような考え方は、I C L S（日本救急医学会 “Immediate Cardiac Life Support”）、J M E C C（日本内科学会 “Japanese Medical Emergency Care Course”）も同様と考えられる。

開業医か否かに限らず、日医 A C L S 研修事業への参加を通して、個人の技術の向上と同時に、組織の中でチームを作っていくことを意識しなければならない。

(2) 日医 A C L S 研修事業の課題

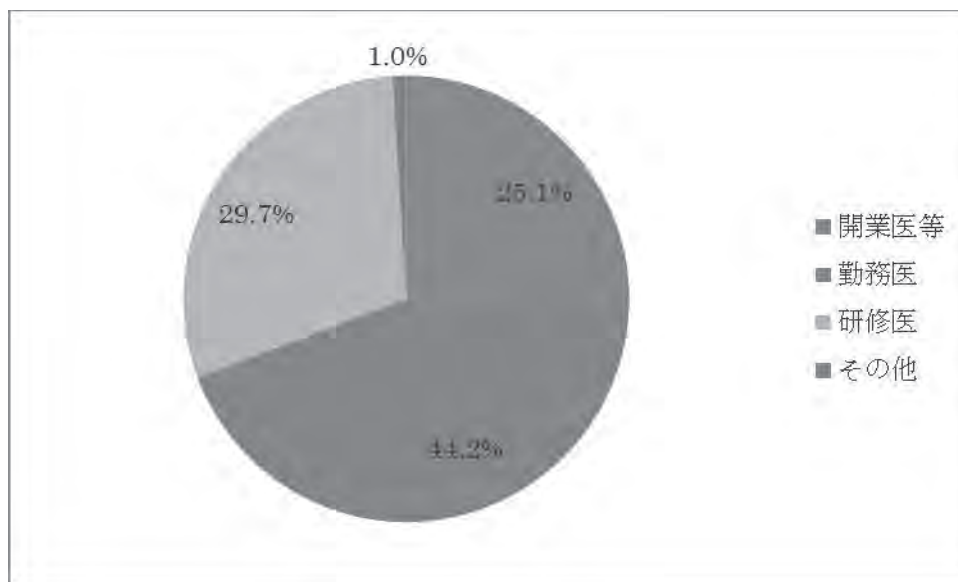
今期の日医 A C L S 研修事業の重要課題の一つに、J R C ガイドライン 2010 (日

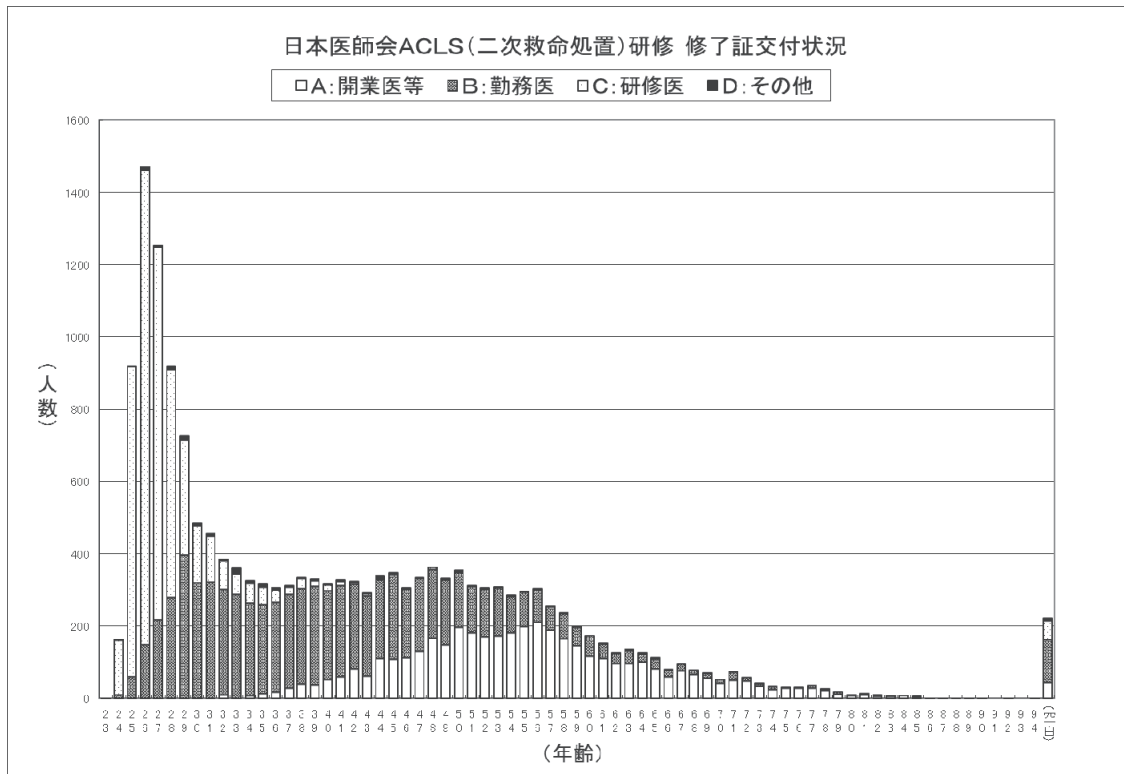
本版心肺蘇生法ガイドライン) や「救急蘇生法の指針2010」との整合が挙げられた。また、東日本大震災における被災地の医師やJMAT活動を踏まえて、全ての医師が災害医療研修を受けることを推進する必要性があった。

そのため、本委員会における検討結果に基づき、平成25年度、日本医師会は他の項目とともに研修要綱の学習目標や標準カリキュラム等の改正を行った。

なお、日本医師会として、将来医師になる医学生に対する教育をどうするかが今後の大きな課題である。また、日医ACLS研修事業の修了証交付者の中で研修医の割合が多く、開業医の参加が比較的少ないことも従来からの課題である。そのため、年齢構造も偏りが大きい。さらに、研修要綱では、ACLS研修会を修了した者は継続的な研鑽に励むよう推進しているが、実際に再修了証（過去に修了証を交付した者が指定研修会を再び修了した場合に交付するもの）の交付実績は低調である。

日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修事業 修了証交付者の内訳





	H15 年度	H16 年度	H17 年度	H18 年度	H19 年度	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	合計
修了証	115	2,499	4,188	2,938	1,995	1,090	1,372	844	725	550	699	17,015
オプション 修了証		300	192	387	171	119	197	47	31	0	75	1,519
再修了証		44	69	162	154	48	146	57	60	44	64	848
合計 (延べ数)	115	2,843	4,449	3,487	2,320	1,257	1,715	948	816	594	838	19,382

最後に、現在各地で行われている取り組みがそれぞれ独自で行われていて、システムチックになっていない。日医ACLS研修事業の基本理念に、「わが国のACLS教育の整合を図るものであること」を掲げているが、日本医師会として、医学生の教育にも関与しうる包括的な二次救命処置の研修システムの構築を目指す必要がある。

<主な課題>

① 研修会に関するもの

- 日本版救急蘇生法ガイドライン2010、「救急蘇生法の指針2010」との整合
 - 研修要綱の改正により対応
- 事業の周知、認知度の向上
- 研修会の開催状況のばらつき（都道府県間）
- 都道府県医師会による管内研修会の把握、指定申請
- e-ラーニングへの対応
 - 研修要綱の改正により対応（研修会前の知識の習得）
- 「オプション研修」（外傷、脳卒中、不整脈、急性冠症候群、その他）
 - 内容・時間（現在、特に規定なし）
 - 小児や災害医療の追加
 - 研修要綱の改正により対応

② 修了証交付者に関するもの

- 修了証交付者数の伸び悩み
- 再修了証交付者数（継続的に研修会を受講、修了する医師）の伸び悩み
- 修了証交付者の所属のばらつき（研修医等、勤務医）
- 修了証交付者の年齢のばらつき

(3) 医師会の役割

前項のような状況において、当面取るべき方策は、日医ACLS研修事業の認知度の向上と、都道府県医師会のこれまでの取り組みを全国に広げることである。

例えば、

- ACLS大阪（大阪府医師会）によって行われているACLS研修は、ほぼ全てが同「二次救命処置コースガイド」を利用しているが、コースガイドブックの割引により参加へのインセンティブを与えている。当初あった大阪府医師会主催のコースはなくなり、同医師会の役割は病院主催の研修会の認定とインストラクターの養成、さらに災害・外傷初期診療（Disaster & Trauma Life

Support) 研修会など新たな事業となっている。

- 秋田県においても当初開催数が少なかったため、県医師会が主催して行ってきた。その目標はインストラクターの養成であり、各病院に中核となる人物をスタッフに加えた。現在は医師会主催を止めたが、補助を行い、県内の数時間のコースのほとんどに関わっている。
- 東京都は、B L S 研修と A L S 研修を分けて開催することで、日常多忙な会員から多数の参加を得るといった効果的な方法をとってきた。
- 愛知県医師会では、従来からの大学病院との密な連携を活かして研修会指定申請や修了証交付申請に対する検討体制を整え、多数の病院における研修会の実施に対応してきた。特に、愛知万博を契機に数が増えている。
- 兵庫県医師会では、県医師会主催コースでも開業医の参加が少なかったが、産業医研修会の要件に入れたところ多くの参加が得られた。

なお、本委員会では、各団体等により実施されている研修会の中には、日本医師会への登録ができていないケースがかなりあるのではないかと指摘がなされた。しかし、日本医師会への登録漏れはあるにせよ、やはり医師の中で A C L S 研修を受講している割合は足りないことが考えられるため、上記に述べたとおり、医師会による研修会の実施や支援が必要である。

また、脳卒中などのオプション研修は、研修要綱に具体的な例示を盛り込んで、研修の企画、開催時の参考となるようにするべきである（参考：上記の大阪府医師会 災害・外傷初期診療（Disaster & Trauma Life Support）研修会）。

日本医師会 A C L S 研修事業は、各地域の医師会、病院や関係団体等が行っている様々な研修会を大きく包み込んで認める、幅が広いものである。その結果として、二次救命処置教育が、救急医に限らず医師全体に行き渡る。日本医師会は、今後も、特に救急医以外の医師が広く参加するよう、事業の充実に尽力していくべきである。

(4) A C L S研修の教育方法

I T技術を利用し、e-ラーニングでカリキュラムを置き換えて受講者の負担を軽減して間口を広げることが、今後の充実方策である。日本版救急蘇生法ガイドライン2010や「救急蘇生法の指針2010」も同様の趣旨である。e-ラーニング プラス チーム蘇生の実習を行っていくべきである。

また半日型コースは、一日型に比べ、受講者だけではなく指導者も参加しやすく、その効果は一日型とほぼ変わらないといえる。一方的に指導するインストラクションの形は取らず、いかに簡素化して根幹部分を伝えるかという観点から、e-ラーニングによる事前の知識習得など、自主的に勉強してもらう方法にシフトすべきである。

2. 一般市民に対する心肺蘇生法の普及

学校での心肺蘇生法教育やA E Dの普及は、学校医活動として、医師が学校に対して必要性を訴えることが必要であり、医師会の協力が必要である。なお、学校への心肺蘇生法教育に対する文部科学省の体制については、学校を所管する部局がスポーツ青少年局とは別であることが指摘される。

J R Cガイドライン2010（日本版心肺蘇生法ガイドライン）は、胸骨圧迫から開始し、人工呼吸はできる場合に行うとし、また人工呼吸の重要性も十分記載している。市民に対するB L Sでは、まずは胸骨圧迫の重要性から知ってもらうというポリシーも述べている。人工呼吸を市民に教える場合、それだけで講習時間の大部分を要してしまい、胸骨圧迫を教える時間が限られてしまう。まずは早期通報と胸骨圧迫・A E Dを教え、人工呼吸ができる人が来たら行ってもらうことを教育する、その上で、次回の受講時は人工呼吸も学んでもらう方策もある。

一般市民による受講へのインセンティブとして、バイスタンダーによる心肺蘇生の結果をわかりやすく周知する必要もある。C P Aの統計に関して、総務省消防庁が示す社

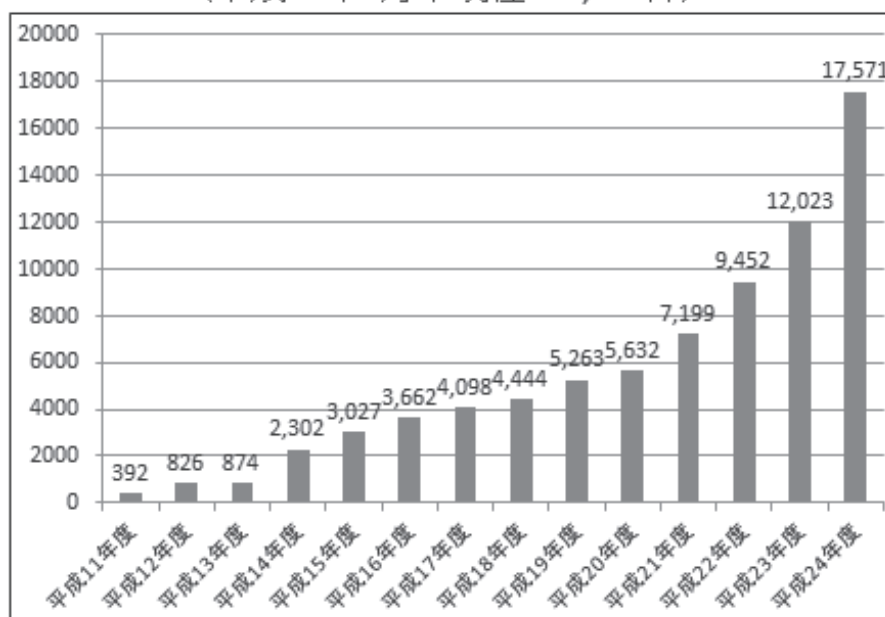
会復帰率は1ヶ月後の段階で意識が戻った者で取っているが、困難ではあるものの完全社会復帰率を示すことを目指すべきである。そのためには、例えば9割程度の社会復帰を把握するとしたら何ヶ月後が目途となるかなどの検討が必要である。

3. ドクターカー、ドクターヘリの現状と今後のあり方

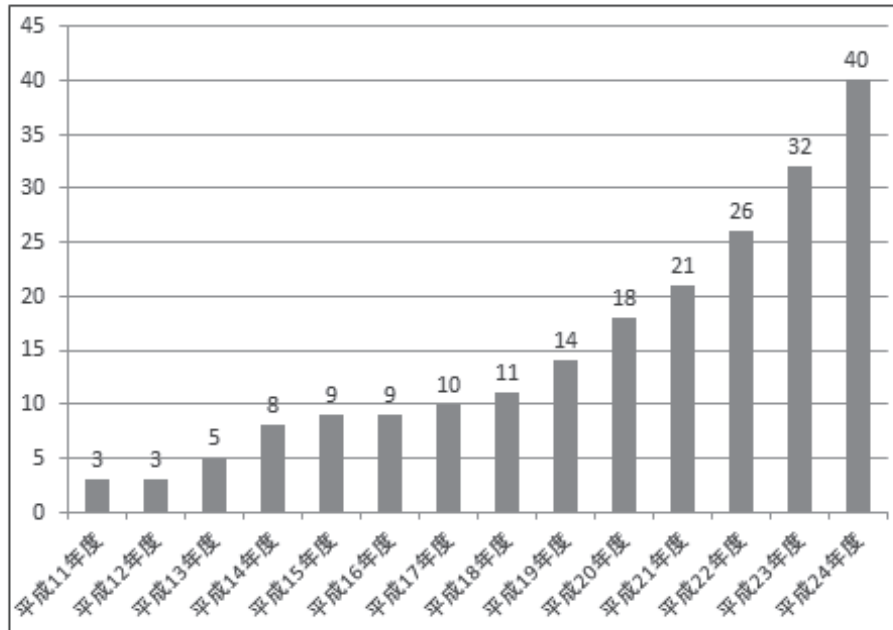
(1) ドクターヘリ（固定翼機を含む）

ドクターヘリは現在、全国36道府県に43機が配備され、共同運航を含めると47箇所の救命救急センターが参加して、重症傷病者の救命に活躍している。平成24年度においては、年間17,571件の救命出動がおこなわれ、平成13年4月におけるドクターヘリの運航開始以来、総計77,665件の出動が人身事故なしに行われている。(表1, 2)、少なく見積もっても10%の傷病者、約8千名の傷病者が救命されたと考えられる。

(表1)ドクターヘリ運行実績の推移
(平成25年3月末現在:77,665件)



(表2)ドクターヘリ基地病院の推移



厚生労働省もドクターヘリをさらに有効に活用しようと、平成26年度の予算請求において48箇所のドクターヘリステーションの配備を目指すと共に、ヘリポート、無線装置等の整備を図ろうとしている。また医師、看護師の研修も行っている。今後ドクターヘリの導入を検討している道県は北海道函館市、宮城県、石川県、滋賀県及び奈良県等である。

ドクターヘリと消防防災ヘリの基本的な違いは、ドクターヘリが、医師が搭乗した救急医療専用のヘリコプターであるのに対して、消防防災ヘリは多目的ヘリで医療設備は装備されておらず、救急医療よりはむしろ災害、消火を主な業務としている。救急医療として運用する場合も医師はピックアップ方式であり、時間を必要としている。

なお、ドクターヘリよりも長距離の患者搬送手段としての固定翼機運航は、従来からその必要性が指摘されてきた。即ち、医療の広域的平準化を図るシステムとして、特に広大な面積を有する北海道では懸案事項であった。

今般、北海道は平成23年11月から平成25年9月迄の3年間、「北海道地域医療再生計画（基金）事業補助金」により、断続的に12ヶ月間研究運航を実施した

(Medical Wings：メディカルウイング)。その結果、運航のための医療的対応、運航管理的対応、事業管理的対応についての成果と課題が明らかになった。

このシステムは北海道のみならず、全国的にも有用と考えられ、同様の地理的条件の沖縄県等も含め、本格運航に向けて更なる検討が必要と考える。

(2) ドクターカー

ドクターカーには、病院の救急車に医師が同乗したドクターカーと消防署が所有する高規格の救急車に医師が同乗したドクターカーとがある。最近では医師のみが乗車して、傷病者発生現場に駆けつけるラピッドカーも運行されている。

ドクターカーは、ドクターヘリより早くから、救命救急センターに配備されていたが、予算が24時間運営されるだけの規模でなかったために、救急患者発生現場に出動する体制にならず、その多くが救命救急センターに入院した患者を後方病院に転院するために運用され、現場に出動するドクターカーにはならなかった。しかし、平成21年に行われた厚生労働科学特別研究で行われた調査では、221救命救急センターに出したアンケートに対して162施設から回答があったが、そのうちの73施設においてドクターカーの運行が行われていた。そのうちの43施設においては24時間体制のドクターカーの運行がおこなわれていた。

このようにドクターカーは、ドクターヘリより早くから傷病者救命のために導入されていたが、今もって制度としてでき上がっていない。早急にドクターヘリと同様の補助事業として運行を開始すべきと思われる。

ドクターヘリの実績から評価すると、都市部においては今後、制度化されたドクターカーの運行が必要と考えられる。

ドクターカーの運行を考える場合、病院の救急車をドクターカーとして運行したほうが良いのか、それとも消防の高規救急車に医師を同乗させて、ドクターカーにしたほうが良いのかの議論があるが、ドクターヘリの効果から考えると病院所属の救急車によるドクターカーの方が良いと考えられる。

ドクターヘリを運航している救命救急センターにおいては、ドクターヘリが昼間しか運航されないため、夜間の重症傷病者のために、夜間にドクターカーを運行しているセンターが増加しつつある。

昭和38年における消防法の改正以来、病院前救護体制は、全て消防機関によって救急業務として行われてきた。傷病者の救命は、救急医療として対応しなければ、病院前の傷病者救命はありえないと考えられる。傷病者が重症であればあるほどいかに早く医師が傷病者に適切な治療を施すかが、傷病者の救命予後の改善に繋がっている。ドクターヘリの導入によって広域の傷病者の搬送が可能になった。重症の三次救急疾患に関しては、都道府県単位の救命指令センターを考え、医師が中心になって重症傷病者の救命に当たることが、今後のあるべき救急医療体制と考える。

医師が病院前に出て、国民に医師の存在を具体的に示し、救急診療を行うことによって、医師に対する国民の評価も高くなる。また、現場で救急隊員と共に傷病者の救出、救助、救命を行うことによって、救急隊員に対するメディカルコントロールが効果的にできると考える。このことは、ドクターヘリが既に証明している。今後ともドクターヘリやドクターカーの充実を図るために、医科大学における医学教育に救急医学の新しい領域として表3. の病院前救急医学を医学教育の中に取り入れることを提言する。

表3. 病院前救急医学

- ドクターヘリ、ドクターカー、DMAT、JMAT
- JATEC、JPTEC、JNTEC、ACLS、ICLS
- ER

4. 救急救命士の業務、メディカルコントロール

今期は、救急救命士の業務として、①血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の

投与、②重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用及び③心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施の3行為について、平成21年3月に設置された厚生労働省「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」における検討を経て、二度にわたる厚生労働科学研究による実証研究が行われた。

その結果、上記のうち①及び③の行為（血糖測定以外は特定行為）が救急救命処置として新たに認められるに至った。

今般の救急救命処置の範囲の拡大に当たり着目すべきは、これまでと異なり、必要な制度改正（救急救命士法施行規則）を行い、メディカルコントロール（MC）体制が十分に確保された地域として選定された39のMC協議会、129消防本部及び2,332名の救急救命士の参加を得て実証研究を実施した点である。さらに、「追加ありき」ではなく、実証研究の結果、症例数が少なく、有効性・安全性の評価ができなかった②の行為の追加を見送った点である。

これまで続いてきた、救急救命士の業務拡大の流れは転換期を迎えたといえるのではないか。これからは、事後検証、生涯教育や再教育などにより、救急救命士の技能の平準化を図るとともに、平成21年消防法改正に基づく消防と医療の連携を推進し、全体の底上げに努めるべきである。

そのためには、今後、救急救命士の業務範囲の拡大に伴う講習・実習の実施、修了認定やプロトコール作成等作業とともに、医師の指示体制、事後検証や再教育体制などの地域格差の解消を図り、都道府県・地域のMC体制の整備充実を図る必要がある。

以上を踏まえ、引き続き、医療側の代表として、日本医師会は全国MC協議会連絡会の共催者としての役割を果たし、都道府県医師会や郡市区医師会においては、各MC協議会に対して主体的な関与を行っていくべきである。

5. 救急医療体制

(1) 小児の救急医療体制

特に小児救命救急センターの現場が疲弊するのは、三次の適応ではない初期、二次の患者を多く受け入れざるを得ない状況にあるからである。

そうした状況への対応策は、介護施設等からの高齢患者の救急搬送受入と同様、地域医師会とも協議しながら解決を図っていくことにある。また、前述の通り、日本医師会 A C L S 研修事業における、小児科医師以外の医師への小児初期救急医療の研修推進が必要である。

小児救命救急センターの新規設置や小児救急医療の集約化には、そこに従事する人員確保などのための財源確保もなされなければならない。各都道府県に救急医療の関係会議が設置され、医師会代表も参加しているが、現場の意見が行政に通るようにしなければならない。

例えば鹿児島市では、小児救急医療を医師会病院と市立病院の二カ所で対応していたが、小児科医の疲弊のため、医師会病院、市立病院、医師を派遣している大学とで話し合い、市立病院に集約することとなった。医師会病院の小児科医 4 人を市立病院に異動させて 1 1 人体制とした結果、小児科医の士気を高める効果があったとされる。

小児科の集中治療や受入困難事例で課題になっているのは、医療の細分化もその一因である。小児外科医、小児脳神経外科医等の外科系医師の確保の難しさが挙げられる。

また、大阪府で受け入れ困難事例を分析した際、小児科ではなく、軽度の小児の整形外科や脳神経外科、たとえば頭をぶつけて 1, 2 回吐いただけでも中々受け入れてくれないことが指摘された。精神科患者の身体合併症のように、小児科ではないが小児を扱うといった、どちらの診療科で扱って良いのか、あるいはどちらにも通じる場合の受け入れが困難となっている。

以上の課題に対し、都道府県医師会や郡市区医師会が行政とともに、各地域における小児救急医療の問題点を踏まえ、今後の発展性を含めた行動計画を策定して示すとともに、行政においても現場の状況を反映した財源確保、体制整備を行っていくべきである。

さらに、医療提供体制や介護体制を総合的に推進していくための制度改革法案（平成26年2月閣議決定）において、小児救急電話相談事業（#8000）を含む、救急医療関係国庫補助事業が「新たな財政支援制度」（基金）へ移行することとなった。

国庫負担率が2／3に増え、また消費税収を財源とするため、事業の充実を図る機会ともいえるが、そのためには都道府県が策定する計画にこれを明記する必要がある。日本医師会は適宜、必要な情報提供を都道府県医師会等に行うとともに、都道府県医師会は管轄地域の実情を反映した計画の策定、財源の確保策に主導的に関わるべきである。

（2）高齢者の救急医療体制

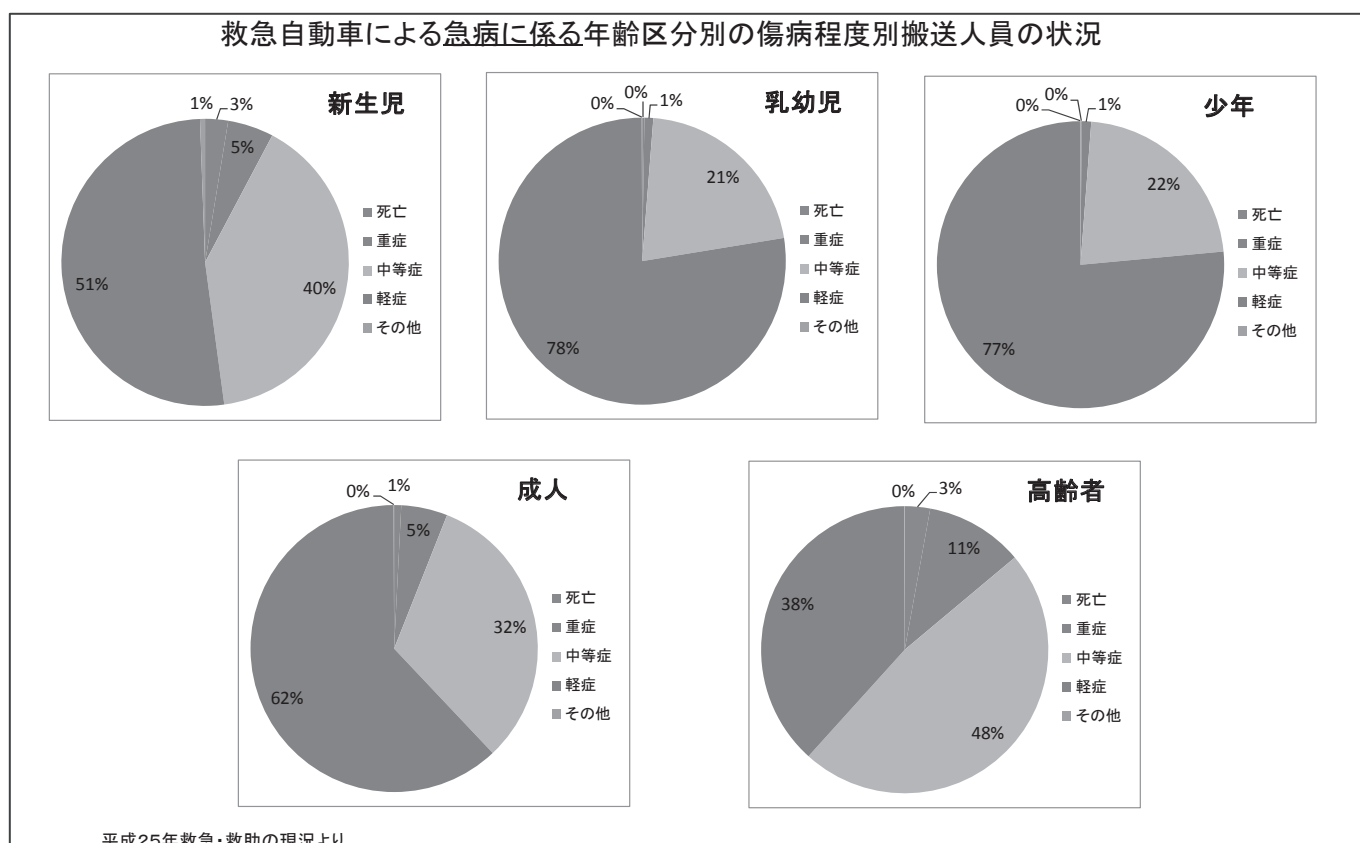
前期本委員会報告書では、総務省消防庁による搬送件数の将来推計、すなわち平成37年の出動件数が約600万件、搬送人員数が約547万人に達するであろうと推計されていることも踏まえ、「超高齢社会における救急搬送・救急医療体制」と題して、次のような主旨の提言を行った。

- 高齢者の場合は、特に介護施設からの搬送例が課題である。家族がだれなのかもわからない状態の高齢者が急変して救急搬送を要請する事例が増加しつつある。これについては、高齢者には必ずいるはずのかかりつけ医が一時的に診ることが重要と考えられる。
- 救命救急センターが介護施設等から終末期の高齢患者の搬送を受け入れていることが、現場の医師のやる気を失わせているという問題も指摘されるが、地域の医師会とで話し合い、介護施設等から医療機関への搬送希望がある場合には、できるだけ二次救急医療機関や有床診療所が受け入れるようにすべきである。
- 特別養護老人ホームや介護老人保健施設においても、同意書を得て、できるだけそこで

看取ることができるようにするべきである。

- 終末期を迎えた高齢患者の心停止事例への対応については、救急搬送・救急医療の領域だけではなく、担当医のD N A R (do not attempt resuscitation) 指示などを含め、医療界全体、さらには国民全体で考えていかななくてはならないテーマである。「施設で看取る」ということについて、地域の文化の中で考え、納得のいく仕組みを作り、それが国全体で共有され、合意形成がなされなければならない。

このような状況は、依然として変わっていないと思われる。また、急病は、各年齢層で事故種別搬送人員の中で最も多いが、下図の通り、高齢者（満65歳以上）は、「軽症」（入院加療を必要としないもの）が過半数を占める他の年齢区分と異なり、「重症」（傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの以上）が11%、「中等症」（傷病程度が重症又は軽症以外のもの）が48%を占めている。



東京都医師会「救急委員会」においても、「高齢社会における救急医療体制『救急入

院調査』及び介護施設等への「高齢者救急に関するアンケート調査」を実施し、救急医療機関における長期入院や、慢性期病院や介護施設からの救急入院患者などの実態から、高齢者に対する救急医療と慢性期医療の緊密な連携、地域密着型の中小病院の重要性、病院救急車の活用等を内容とする提言を取りまとめた（平成25年6月）。

II 医師会による災害医療体制の整備

1. 医師会の災害医療体制

(1) 事前の準備と現場の判断

平成25年8月、京都府福知山市「第72回ドッコイセ福知山花火大会」において爆発火災事故が発生したが、市は、平成13年7月の明石市将棋倒し事故の教訓を基に大型バスの待機を含む必要な警備等の計画を事前に立てており、かつ実際の事故発生時には、負傷者数の多さから市民病院医師との連携による現場の判断で、活動方針の変更（市民病院へ集中搬送し、同病院医師の判断で転院搬送）を実行した。さらに、DMATの派遣や近隣の救命救急センターの協力が行われた。

福知山市の事例のように、十分な事前準備と現場の判断は、今後の災害対策を考える上で重要といえる。

東日本大震災からおよそ3年が経過し、中央防災会議ワーキンググループにより首都直下地震や南海トラフ巨大地震の政府被害想定が取りまとめられた。各都道府県医師会によるJMAT等の体制整備も進められつつある。日本医師会においても、数次にわたる災害医療研修や「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）」

（平成25年11月20日）の実施などの対策を講じているが、今後、災害対策基本法上の「指定公共機関」への指定をはじめ、「災害への備え」（Disaster Preparedness）を強化していかなければならない。

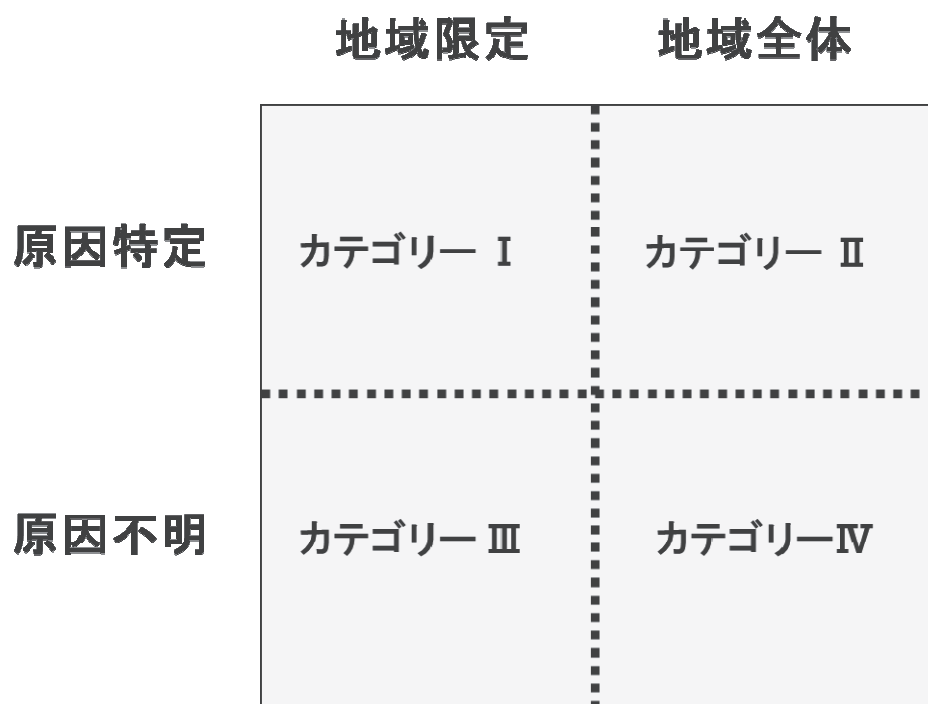
他方、平成25年9月に2020年（平成32年）の東京オリンピック開催が決定したが、同年アメリカで発生したボストン・マラソン爆弾事件のように、テロ等のMass Gathering（一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多数の参加者もしくは見物人の集団）災害への対策構築が急務である。

(2) 医師会による災害医療体制

JMATは、大規模災害時、日本医師会から都道府県医師会への要請により被災地域へ出動する「他都道府県からの派遣チーム」である。

一方で東日本大震災以降、各都道府県医師会において、「〇〇JMAT」が編成されつつある。これは、他都道府県への災害医療支援だけでなく、自地域への派遣も当然対象とするものである。

したがって、各都道府県医師会においては、まず自地域において発生しうる災害の評価・分析を行って類型化し、それぞれの分類に対応した対策を検討、立案する必要がある。これは、甚大な災害につながりやすい施設が立地する地域（空港、原子力施設、工業地帯等）や、人口規模の大きい地域を所管する郡市区医師会においても同様である。下図は、福岡県医師会や北九州市医師会の災害医療プログラムによる分類である。（別添4-1、4-2参照）



カテゴリー I

- ・歌舞伎町ビル火災
- ・中華航空機墜落炎上
- ・明石歩道橋事故
- ・池田小児殺傷事件
- ・JR西日本脱線事故

カテゴリー II

- ・東海豪雨
- ・各地の地震・自然災害
- ・ナホトカ号重油流出事故

カテゴリー III

- ・東海村JCO臨界事故
- ・東海村動燃爆発事故
- ・長野、東京サリン事件
- ・和歌山カレー事件
- ・熊本城山保育園食中毒
- ・神栖有機砒素地下水混入

カテゴリー IV

- ・バリ島帰国者コレラ発生
- ・堺 O-157 集団食中毒
- ・福岡県予防接種副作用
- ・スギヒラタケ(疑)脳症

(3) インシデントコマンドシステム

インシデントコマンドシステム（仮称「緊急時総合調整システム」）は、米国における危機管理・緊急時対応(emergency management)において、個人・組織を統制管理し指揮命令するための標準化されたルールである。災害現場・事件現場へ対応する際の命令系統や管理手法が標準化され、人員・施設・設備・作業手順そして通信の統合を可能とし、災害資源利用を計画・管理するための共通の手順が確立された。

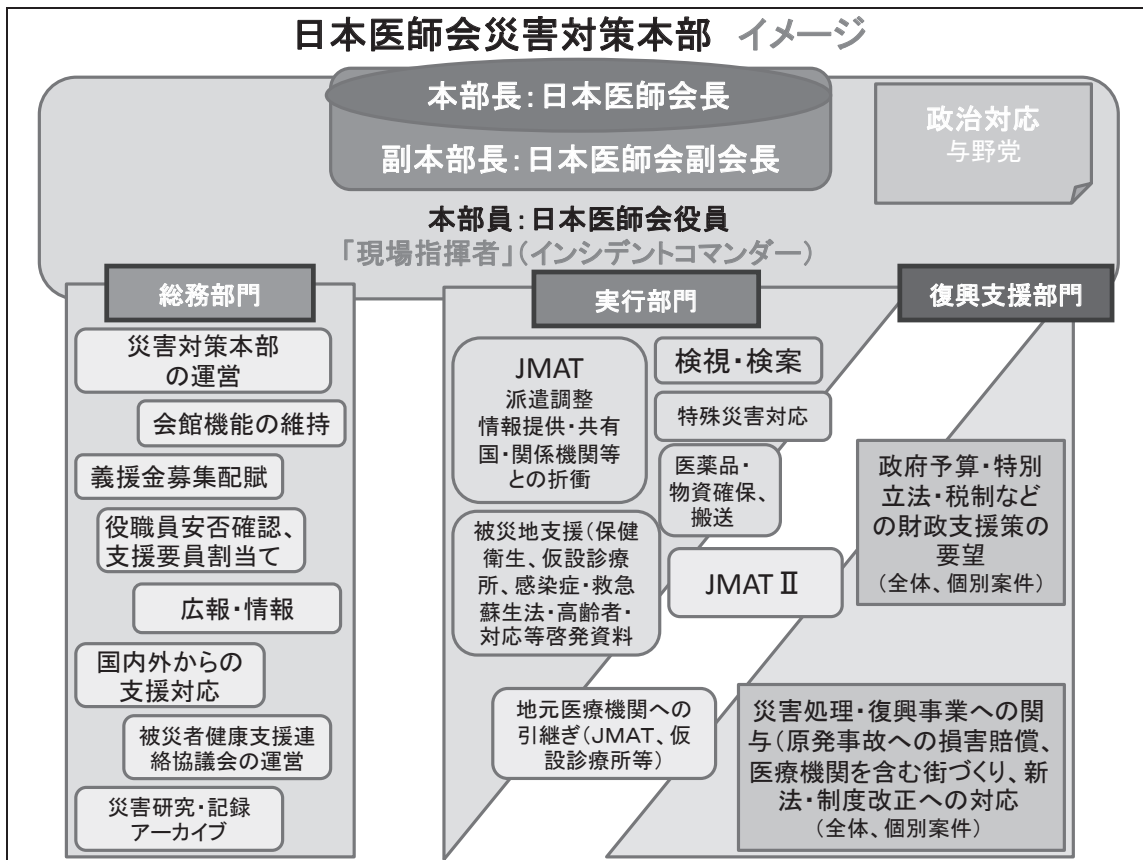
インシデントコマンドシステムでは、以下を基本原理とする（平成25年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会（平成25年6月27日開催）永田委員講演資料より）。

- ① 現場に指揮命令に関する権限を委譲する（delegation of authority）
- ② 組織に関わらず危機管理・緊急時対応において基本的な部分を標準化する（ICS組織図）
- ③ 現場活動に対して支部、本部、中央政府は後方支援に徹する（Coordination）
- ④ 現場そして後方は共通認識図（Common Operational Picture）を通じた情報を共有

日本医師会は都道府県医師会に要請してJMA Tを被災地に派遣する立場であり、

上記の基本原則から、JMATが被災地で十分に機能できるよう、会内体制の整備（災害対策本部の設置、非常時の意思決定手段等）、国等との折衝（被災地の情報収集、交通手段、既存の制度の運用等）、都道府県医師会との情報の共有手段などの整備を図る必要がある。

上記を踏まえ、日本医師会の災害対策本部の組織イメージを下図の通り提言する。災害の時間的経過やニーズの変化に応じて、柔軟に部門の設置・解散や拡大縮小ができる組織を目指す。ここでいう「現場指揮者」（インシデント・コマンダー）は、現場指揮、実行、企画、包括支援、財務総務等の調整を担う。現場指揮者には、救急災害医療主担当常任理事（執務することができない場合は同副担当常任理事）を当てる。



（4）災害時医療協定

本委員会災害医療小委員会では、都道府県医師会を対象として、「災害医療に関する

調査」を実施し、平成25年6月に結果を取りまとめた（別添1）。

なお、東日本大震災の教訓や南海トラフによる巨大地震・首都直下地震の政府被害想定を踏まえ、医師会相互、医師会・行政間、行政相互の協定の締結や見直しは現在も進行中であると思われるので、日本医師会は継続的に情報収集を行うべきである。

特に、先遣隊の派遣、ロジスティックス体制の整備や精神科医師の参加による心のケア活動の早期開始などが協定の追加項目として挙げられる。

また医師会相互の協定では、被災した医師会の機能を支援する体制づくりの規定が必要である。

- ① 災害時の医療に関する協定のうち都道府県医師会と都道府県行政との協定は、被災地への交通手段や費用負担等、JMA T活動にとって有効である。特に、JMA Tの派遣費用の実費弁済、二次災害時の補償、緊急時は医師会の判断で派遣して事後報告により知事からの要請があったものとみなす規定、他の都道府県への派遣（県外派遣）、定期的な協定内容の見直しが重要事項である。

※以下、別添2参照

本調査では、全都道府県医師会（47）が行政との間で協定を締結し、ほぼ全てが「災害医療チームの編成、派遣」を内容としていた。

医療チームの派遣に伴う経費負担や二次災害時の補償責任の規定、さらには「災害時やむを得ない時は知事等からの要請がなくとも医師会の判断で医療チームを派遣でき、事後報告を行えば要請があったものとみなし、知事等が経費等を負担する」旨の規定は、それぞれ7割以上で定められている。

他の都道府県への医療チームの派遣を行った場合の経費負担等が定められている例（県外派遣）は、10件であった。また、協定の形骸化を防ぐためには定期的な見直し規定が必要となるが、13件が該当し、そのうち見直し期間が1年ごとであったのは、8件であった。さらに、形骸化の懸念など協定の現状に具体的な課題が

あると回答した例は30件にのぼった。

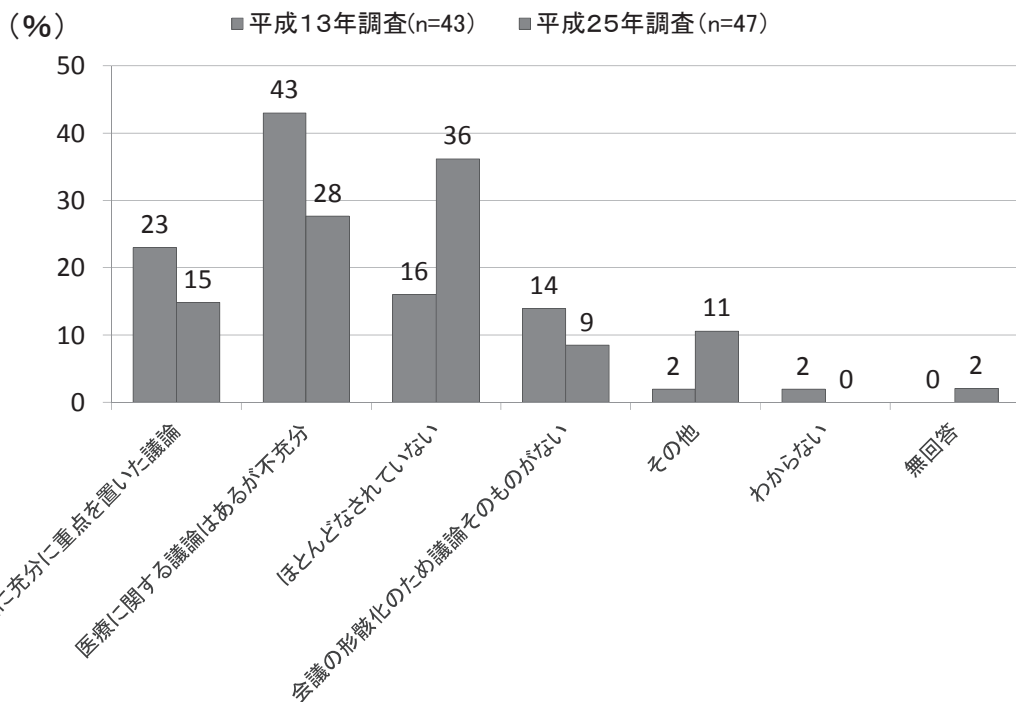
- ② JMATの編成には、医療関係団体との連携が重要となる。都道府県医師会と他の医療関係団体（郡市区医師会との協定を含む。その他、三師会、看護協会、栄養士会、医薬品卸組合、アマチュア無線連盟等）との締結状況では、「締結している」が7件、「締結に向けて具体的に検討・協議中」が4件となったが、他方、「締結していない」は31件であった。
- ③ 都道府県行政の機動力（医療チームの輸送等）を活用することを考えれば、都道府県行政相互の協定も把握しておく必要がある。東日本大震災においても、行政チームをJMATとして認めたり、JMATが行政チームに同行して被災地に向かった例がみられた。本調査の結果、10件の協定が締結されていることが把握された。

（5）防災行政への関与

都道府県医師会は、災害対策基本法上の「指定地方公共機関」であり、都道府県防災会議や防災計画策定への参画により、都道府県防災行政における医療の位置づけの強化を図っていくことが期待される。

「災害医療に関する調査」では、都道府県防災会議における医療に関する議論の状況について問うたが、平成13年度に実施した同様の調査に比べて厳しい評価となった。これは、東日本大震災の経験や南海トラフによる巨大地震・首都直下地震への懸念の高まりから、都道府県医師会の防災行政への要求水準が厳しくなったためと思われる。

都道府県防災会議における医療に関する議論

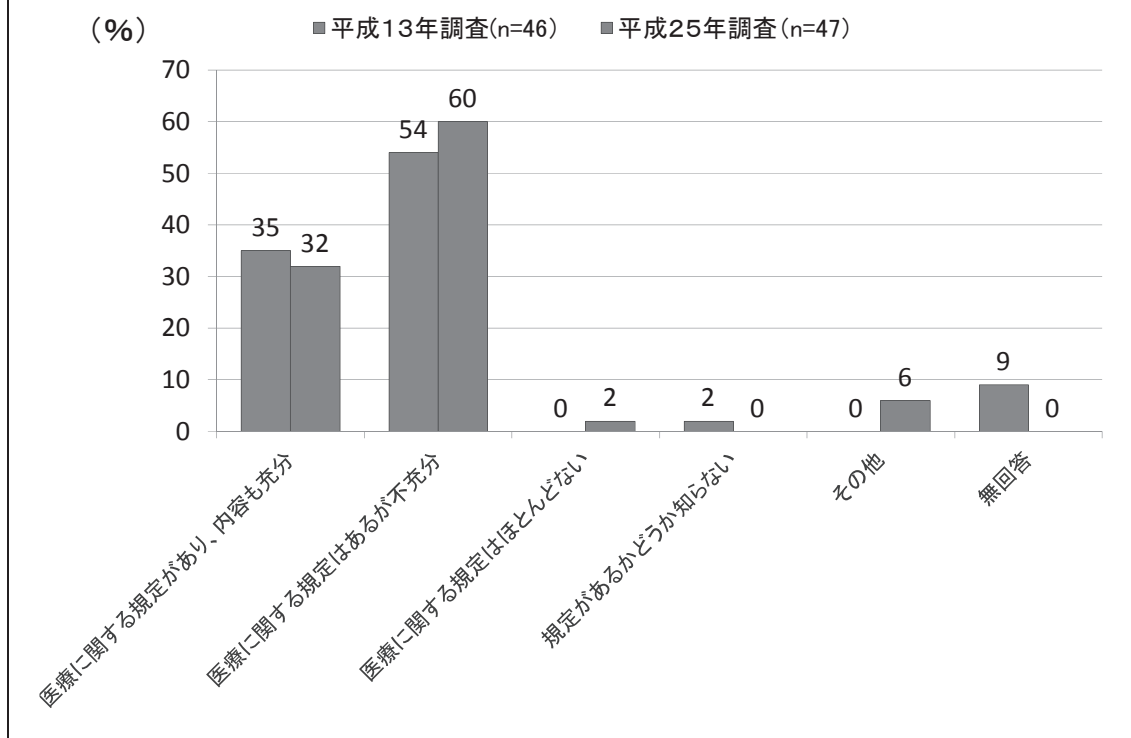


都道府県防災計画の医療に関する規定に対する評価も、平成25年度調査の方が厳しい結果となった。

また、別添2の通り、都道府県防災計画にJMA Tの位置づけがあるとした回答は17%であり、都道府県医療計画（「5疾病5事業」のうち災害時における医療体制）へのJMA Tの位置づけがあるとの回答は43%であった。ただし、位置づけがあるとしても、その記述がわずかにとどまる例も多かった。各都道府県医師会におけるJMA T体制の整備が進められた結果、位置づけも高まっていくものと思われる。

都道府県医師会においては、今後も、防災会議を含む災害対策関係会議への参画と防災行政への医療分野の強化とともに、関係行政機関、災害拠点病院、DMA T、日本赤十字社その他関係団体との間で平素より意思疎通に図られたい。

都道府県防災計画の医療に関する規定



2. JMAT携行医薬品等

(1) JMAT携行医薬品リストの考え方

次の大規模災害、特に南海トラフによる巨大地震や首都直下地震が発生したとき、東日本大震災以上の被害が想定される。膨大な数の避難者が発生し、物流も長期間、広範囲にわたって途絶えることを想定して、外部からの医療支援チームは医薬品を携行する必要がある。

本委員会災害医療小委員会では、JMATが被災地に携行する医薬品のリスト化を検討し、平成25年6月に公表した（別添1）。

リストは、バージョン1.0という位置づけであり、全国の医師、医師会、医療機関、関係学会、医療関係団体などの意見、提言を受け、随時バージョンアップを行っている。

く方針である。

リストは、A（成人基本セット）からG（消毒関係）までであるが、さらに今後、H（特殊災害関係）を追加していくべきである。

また、実際にJMATが携行する薬剤を選定するに当たり、必須項目として下記3点を提案した。本リストも、これらの項目を基礎としている。

- 大多数の医療従事者が知っていて扱いやすいこと
- 値段が安価であること
- 流通上のフローとストックで確保しやすいこと

（2）JMAT携行医薬品リストの今後の課題

今後の課題として、次のような点が挙げられる。また、JMATにおける情報共有の中で、被災現地での薬剤の流通状況も重要な項目である。

① 被災地外から送られた医薬品を管理・配分する受け入れ側の課題

東日本大震災では高速道路と鉄道が同時に止まったため、医薬品の供給も止まったということが現実にも各所で起きた。見かけ上、医薬品が山積みになっていたとしても、実際には各所で不足が起きていた。医薬品の不足というよりはむしろ、医薬品はあるが適正に配分されない、どういった薬剤がどこにあるのかを把握するという問題が指摘された。

また東日本大震災の教訓から、今後の大規模災害時には、各地から支援される医薬品にはジェネリックが多く含まれることが十分に考えられる。したがって、薬剤師の役割が災害対策の中により明確に取り入れられるべきである。

② 医薬品の輸送に関する関係者との連携

日本医師会は、東日本大震災時にアメリカ軍や自衛隊の協力を得て被災地に医薬品を搬送したが、自衛隊は人命救助、インフラ整備等に忙殺されており、必ず

しも医薬品輸送やJMATの搬送に協力できるとは限らない。災害時に医薬品を輸送してもらえる民間事業者・団体との連携も必要である。

また、緊急性、非代替性、公共性の三条件を満たせば、自衛隊は都道府県知事からの要請に協力することとなるが、自衛隊の協力をより確実なものとするため、日本医師会、都道府県医師会は、平素から自衛隊と協議を行い、災害時の協力体制を築いていく必要がある。

③ JMATの医薬品携行の必要期間

東日本大震災を踏まえると、我が国の体制では、薬剤師会の支援、製薬会社・卸会社の支援や調剤薬局の再開により、一定期間経過後には薬剤の流通が回復すると思われる。

現地で医薬品が足りている場合、JMATの医師が処方せんを発行して現地の薬剤（地元薬剤師会仮設薬局などでの調剤）を優先しても、自チームが携行してきた医薬品を渡してもよいが、いずれにせよ、派遣先地域で薬剤の流通がなされている場合は、携行する必要はない。

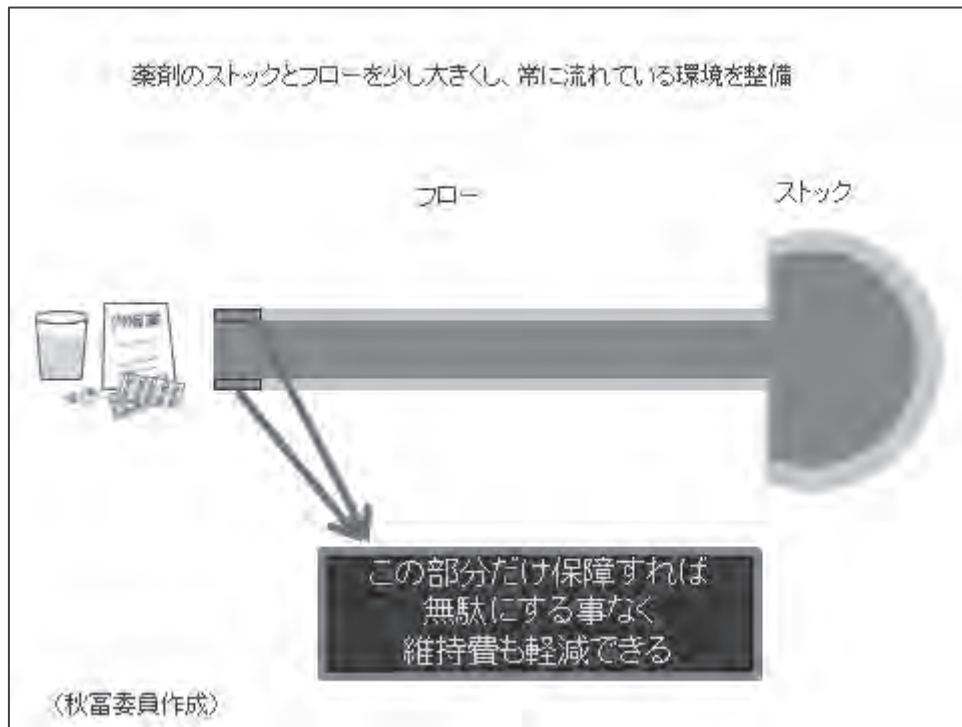
また、東日本大震災時では医薬品の流通について融通性を認める事務連絡等が発出されたが、医療チームが携行したり、被災地外から大量に送った医薬品で余ったものがあつた場合は、被災地の医療復興のため、地元の病院や診療所に譲渡できるようにすべきである。

④ 携行医薬品の備蓄

卸売業者などにより商品の流過程で保有される、いわゆる流通在庫での備蓄という考え方もあるが、流通が止まった東日本大震災の教訓を踏まえれば、慎重にならざるを得ない。他方、一カ所に備蓄した場合、有効期限経過時の廃棄・更新など管理に多額の費用を要することが課題となる。

今期本委員会では、各卸業者や医療機関の在庫を少しずつ増やすことによって、

関係者が分担し合って医薬品を備蓄し、災害時にすぐに携行医薬品を準備できるようにしてはどうかとの提案もなされた。特に医療機関の費用負担の課題もあり、引き続き J M A T 携行医薬品の備蓄について検討が必要であるが、管理上の問題があるため、薬剤師会の協力が必要である。



3. 災害医療研修

(1) これまでの経緯

本委員会では、前期報告書において、下記の通り「J M A T 教育研修プログラム」案を提言した。

また実技に関しては、前述の通り、本委員会の検討結果に基づき、平成 25 年度に日本医師会 A C L S (二次救命処置) 研修事業のオプション研修に「災害医療」を追加したところである。

前期委員会報告書 J M A T 教育研修プログラム案

日本医師会は、下記の J M A T 教育研修プログラムにより、各都道府県医師会や郡市区医

師会等に対し、JMATとしての災害医療研修のモデルを提示していくべきである。

また、その際は、JMAT参加者の理念、DMATへの理解と協力、Disaster Paradigmの理解（災害医療基本事項）、統轄・コマンダー、災害の種類や関連制度、EMISを含む情報収集、ロジスティックス、メディア対策、特殊災害への対応（対処法の他、市民に与える心理的影響や社会的側面などを含む）、死体検案、医療チームの受け入れ（コーディネーター）などに留意するべきである。

JMAT教育研修プログラム（案）

JMAT総論
人道支援と医療提供者の責務
災害時における初期評価
避難所における公衆衛生活動
DMATとJMATの役割分担
緊急被ばく医療
災害時における遺体検案
特殊災害と国民保護法
パンデミック対策
協議、まとめ

JMAT教育研修プログラムでは、具体的な医療支援活動だけではなく、「人道支援と倫理」も重要である。

東日本大震災に限らず、日本では、大規模災害の発生時、被災者は体育館等の避難所において長期間の集団生活が強いられる。避難所での生活が、国際的にみても、先進国では許されざる状況であれば、被災者の人間としての尊厳が大きく損なわれることになる。

また、東日本大震災でも証明された通り、多数の医師がプロフェッショナル・オートノミーに基づく使命感から、JMATなどの医療チームへの参加や個人の立場により、被災地に赴いた。

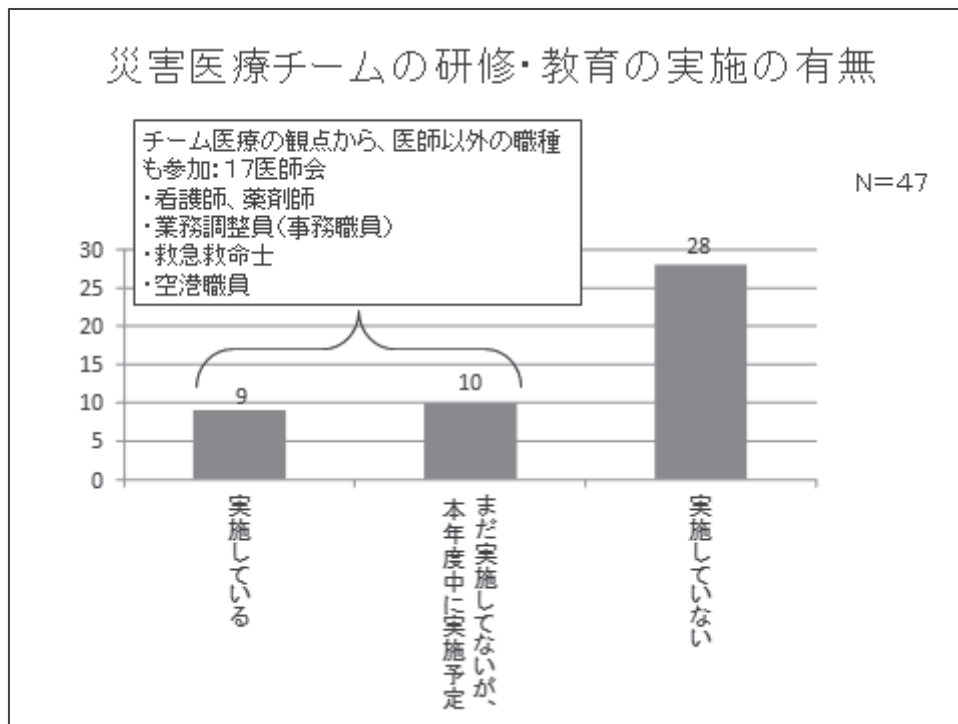
日本医師会は、上記のプログラムを踏まえて「JMATに関する災害医療研修会」を平成24年3月10日に開催したが、その後も、下表の通り機会を捉えて研修を実施してきた。

研修項目	開催日	講師
支援者のメンタルヘルス	平成24年7月26日	松本和紀 東北大学 大学院医学系研究科
大規模災害発生時の医療と法的責任	同上	畔柳達雄 弁護士・日 本医師会参与
地域における災害医療体制構築	平成25年6月27日	郡山一明 救急救命 九州研修所教授
医師会における災害対応組織づくり (Incident Command System)	同上	・永田高志 九州大学 大学院助教 秋富慎司 岩手医科 大学高度救命救急セ

		ンター助教
Mass Gathering Medicine に関する研修会 ・日本における Mass Gathering Medicine 対策 「南海トラフ巨大地震への備え」 「わが国のこれまでの Mass Gathering への医療対応から学ぶ」 「あらゆる危機・災害に対応する米国から学ぶ」 指定発言：福知山市花火大会事故について ・パネルディスカッション	平成25年10月26日	・川崎 朗 陸将補(陸上自衛隊九州補給処処長(兼 目達原駐屯地司令)) ・坂本 哲也 帝京大学医学部主任教授 ・永田 高志 九州大学大学院助教 ・日野原友佳子 消防庁救急企画室救急専門官

「災害医療に関する調査」結果によれば、災害医療チームの研修・教育を実施しているのは、平成25年度中に実施予定を含めて19件であった。そのうち「チーム医療の観点から、医師以外の職種も参加する」と回答した医師会は17件に及んだ。

本委員会における検討においても、前述のACLS研修と同様、医師以外の職種とともに研修を受けることが有効であるとの意見で一致した。



(2) 日本医師会による災害医療研修の今後

日本医師会は、これまでに開催してきた災害医療研修を整理して、冊子やホームページ等から選択的に受講できるようにするとともに、次の課題に取り組むべきである。

① 災害医療コーディネーター（医師会関係者に対する研修）

大規模災害時、被災地の都道府県医師会や郡市区医師会は、行政等とともに、都道府県レベル、地域レベルでのコーディネーター機能を担うことになる。

JMATに限らず、被災地に参集した多数の医療チームを受け入れ、医療支援を必要とする地域に配置し、適宜交替させ、需要の変化に応じて配置換え等も行わなければならない。

その機能の質の担保、充実のため、実際にコーディネーターに就任する者を対象とした研修が必要である。なお、コーディネーターは一機関一人ではなく、複数の者が交代しながら務めるべきである。

② 自地域が被災したときの対応（医師・医療関係者）

災害発生時、DMATやJMATが到着するまで、地元の医療資源で支えなければならない。また、傷病者は診療科に関係なく、近隣の医療機関に来ようとする。そのため、地域の医師会員や医療関係者全般を対象とする、オールハザードアプローチに基づくあらゆる災害・外傷の初期診療研修が必要である。

③ 実習による研修（医師・医療関係者）

特に、災害医療特有の実習が必要である。

大阪府医師会による災害・外傷初期診療（Disaster & Trauma Life Support）研修会の目標は、「1）災害・外傷の初期診療において、傷病者の蘇生と生理学的安定が行える。」：JATECのプライマリサーベイ、「2）外傷傷病者の転送が判断できる。」：専門外の治療ができない場合は傷病者の安定化をして転送すればよ

いというもの、「3) 災害医療のシステムを知る。」: DMAT、JMATなどのシステムを学んでもらうというものである。

大阪府医師会研修会も参考として、日医ACLS研修事業に追加したオプション研修「災害医療」について、今後、具体的なカリキュラムや研修内容の検討が必要である。

④ 災害、諸制度に関する研修（医師会関係者、医師・医療関係者）

日本は、自然災害が多発する国であり、かつ原子力災害等も起こりうる国である。さらに、大規模災害時にはこれらが複合しかねない。そのため、多くの災害関連法規も定められている。東日本大震災を契機として制定、見直しがなされた法令も多い。

したがって、前期報告書の通り、災害の種類、発生要因やメカニズム、主な被害、医療ニーズ等の災害そのものに関する研修や、災害に関連する諸制度、国・地方自治体の体制等についても学ぶ必要がある。

⑤ その他

その他、これまで実施していない項目や上記以外では、ロジスティックス、メディア対策が挙げられる。いずれも、災害活動にとって重要な科目である。

4. 南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）

平成25年1月、日本医師会は、独立行政法人宇宙航空研究開発機構（JAXA）と、大規模災害発生時の災害対策における超高速インターネット衛星「きずな」の活用方法を検討し、災害医療支援活動への適用に関する実験を共同で実施することを目的とした協定を締結した。

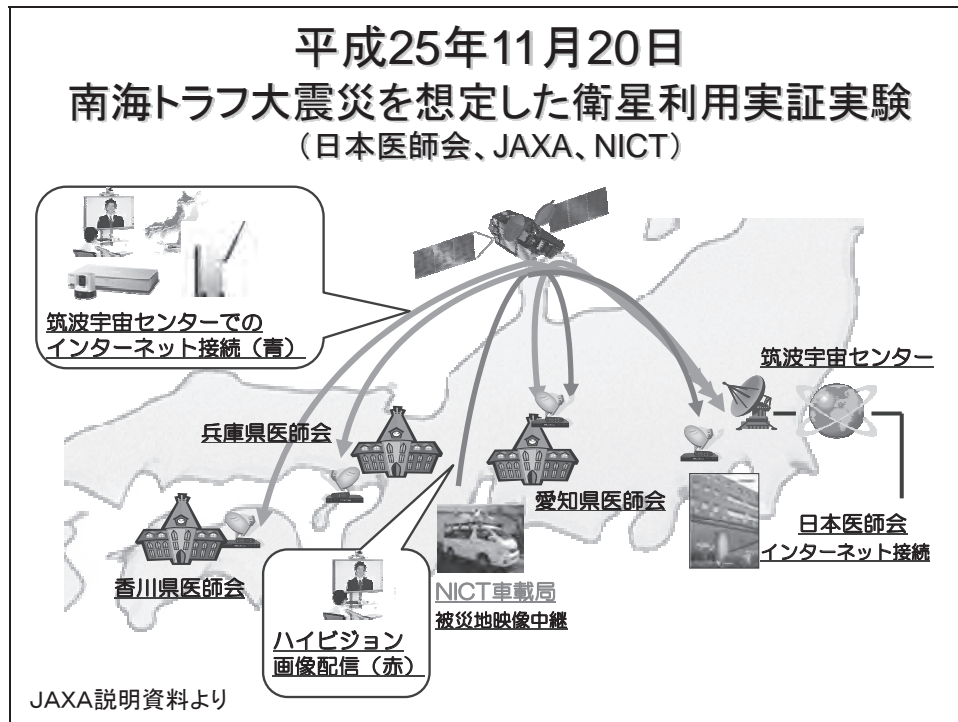
同協定は、24年7月26日に、札幌市や首都圏に大震災が発生したという2本のシナリオの下に、「きずな」を介して、日本医師会、北海道医師会、埼玉県医師会の間でのTV会議及びインターネットを介したクラウド・コンピューティングにより被災地のカルテや避難所の情報などを共有するデモンストレーションを行った結果等を踏まえ、より有効なインターネット衛星による災害時の情報共有手段の確立を目指して締結したものである。

日本医師会は、同協定に基づき、独立行政法人 情報通信研究機構（NICT）の参加も得て、愛知県医師会、兵庫県医師会及び香川県医師会に「きずな」の送受信アンテナを配置して、平成25年11月20日に「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）」を開催した。

訓練の内容は、中央防災会議WG報告「東海地方が大きく被災するケース」を基本とし、平成XX年11月19日16時16時分（日没のおおむね30分前）に巨大地震が発生（マグニチュード9.0。静岡県、愛知県、三重県、徳島県、高知県、宮崎県で、最大震度7）、東海地方を中心に太平洋岸各地で建物倒壊、火災、土砂災害、そして津波が東海、紀伊半島、四国、九州東岸で発生し、死者・行方不明者は数十万人に及ぶ見込みと設定した。

この設定を基に、日本医師会及び「きずな」送受信アンテナ設置3県医師会を中心としたTV会議を行い、被害の状況把握、各都道府県医師会の対応確認やJMATの派遣要請等を実施した。

本委員会では、本訓練の企画、検討を行った。各都道府県医師会からは、別添5の通り、本訓練に対しておおむね高い評価が得られたが、来期以降についても、本委員会において防災訓練の企画や課題への対策の検討等を行っていくべきである。



おわりに

3年前に発生した東日本大震災は未だ復旧ならず、また阪神・淡路大震災の発生から間もなく20年を迎えようとしている今、政府においても南海トラフ巨大地震や首都直下地震の被害想定がなされ、改めて災害への対策を考えなければならない。

本報告書本文において述べたとおり、日本医師会は、災害医療研修を随時開催するとともに、JAXAとの間で締結した協定に基づき「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験（防災訓練）」を実施するなど、次の大規模災害への対策を進めつつある。また、2020年（平成32年）の東京オリンピック開催に向け、今期開催した研修会にとどまることなく、Mass Gathering（集団災害）への対策が必要である。さらに、このような取り組みの継続実施とともに、JMATA携行医薬品リストの更新、並びに本委員会災害医療小委員会及び日医総研により策定された「原子力災害における安定ヨウ素剤服用ガイドライン」（別添3）の全国への普及を行っていくべきである。併せて、各都道府県医師会、郡市区医師会においても、「災害医療体制構築の手引き」（別添4-1）、「〇〇医師会災害医療計画」（別添4-2）を参考として体制の構築、充実に努められたい。

こうした活動の総和により、全国的に医師会の災害対応能力の向上が図られることになり、ひいては国、都道府県、市町村防災行政の医師会活動に対する評価を高めることにもつながる。

他方、救急医療については、国として地域包括ケアシステムの推進が進められ、医療計画への「地域医療ビジョン」の導入が行われようとしている中で、急増する高齢救急患者の在宅・介護施設からの搬送・受入れ体制が大きな課題となる。高齢患者は、認知症等搬送受入れ困難事例にもなりうるため、地域医師会が主体となって、地域の関係者を取りまとめ、搬送・受入のルール作りとその充実に取り組むことが必要となる。

日本医師会においては、「新たな財政支援制度」（基金）や各都道府県による地域医療ビジョンの策定等に対し、都道府県医師会、郡市区医師会が地域医療の担い手として重要な役割を果たせるよう、制度設計や情報の共有等に注力していくことが求められる。

本委員会として、少子高齢化を迎え、また大規模災害の発生が危惧される日本の救急災害医療について、引き続き検討を行い、日本医師会の取るべき方向性を提言していきたい。