

救急災害医療対策委員会

報 告 書

平成22年3月

日 本 医 師 会

救急災害医療対策委員会

平成22年3月

日本医師会長

唐澤祥人 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20年7月23日開催の第1回委員会において、貴職から、「1. 救急災害医療における連携のあり方」及び「2. 医師会の災害時医療救護対策」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（帝京平成大学教授）
- 副委員長 井戸 俊夫（岡山県医師会会長）
- 委員 有賀 徹（日本臨床救急医学会代表理事）
- 〃 石原 哲（東京都医師会救急委員会委員長）
- 〃 稲坂 博（愛知県医師会理事）
- 〃 岡本 喜雄（熊本県医師会理事）
- 〃 小濱 啓次（川崎医療福祉大学教授）
- 〃 小林 勲（新潟県医師会理事）
- 〃 杉本 壽（大阪府医師会副会長）
- 〃 鈴木 明文（秋田県医師会常任理事）
- 〃 永田 高志（姫野病院救急総合診療科部長）
- 〃 野口 宏（愛知県救急医療情報センター統括センター長）
- 〃 野島 丈夫（鳥取県医師会副会長）
- 〃 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
- 〃 山本 保博（日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院長）

目 次

要旨	1
I. 救急災害医療における連携のあり方	4
1. 医療と消防の連携	4
(1) 救急患者の搬送・受け入れ体制に関する消防法改正	4
(2) メディカルコントロール協議会の今後	6
(3) 救急搬送体制の充実	7
(4) 救急救命士の業務の場所の拡大（提議）	9
(5) 救急搬送体制と医師会	10
2. 救急医療体制のあり方	12
(1) 救急医療体制の今後	12
(2) 救急医療情報システム	19
(3) ドクターヘリ	20
(4) ドクターカー	22
(5) 今後の検討課題	23
II. 医師会の災害医療対策	25
1. 日本医師会の役割	25
(1) 日本医師会の災害対応への実行能力について	25
(2) 日本医師会の防災行政への参画	26
2. JMAT（Japan Medical Association Team）の提案	29
(1) JMAT（Japan Medical Association Team）	29
(2) 医師会 JMAT の基本方針等	30
3. 特殊災害における対応	34
(1) 特殊災害に関する教育の必要性	34
(2) 正確で迅速な情報提供の必要性（放射線災害を例として）	35
4. 国際貢献	36
おわりに	38
医師会 JMAT（Japan Medical Association Team）基本方針	39
別紙 救急救命士の業務の場所の拡大（提議）＜論点＞	46

要旨

今期は、救急医療や災害医療など「4疾病5事業」の新しい医療計画の施行、さらには救急患者の搬送・受入れの円滑な実施を図るための消防法改正に代表される、我が国の救急災害医療にとって大きな基点となる期であった。

本委員会では、これらを背景として、8回の本委員会及び2回の災害医療小委員会を開催して会長諮問に基づき検討を行い、報告書を取りまとめた。以下は、その概要である。

I. 救急災害医療における連携のあり方

1. 医療と消防の連携

- 消防法改正により医療提供者側と消防機関側との連携が進むことが期待されるが、日本医師会、都道府県医師会及び郡市区医師会に対して、医療と消防の連携に向けた一層の努力が求められるとした。
- MC協議会については、たとえ行政組織であったとしても、そこで行われる検討や事後検証等は医師によって行われるものであり、プロフェッショナル・オートノミーの立場から、自律的、専門的かつ多様な視点で行われることが必要であるとした。
- 救急搬送体制の広域化や、医療関係者・消防関係者がそれぞれ保有する各種データの統合・集約化等という観点からも、医療と消防の連携の推進、並びに医師会の果たす役割について述べた。
- 救急医療は急性期後の受入れ、慢性期医療や介護等まで包含する地域医療全体で捉えるべきものであり、また救急医療・救急搬送体制は地域の実情を踏まえて構築されるべきであるとの観点から、日本医師会、都道府県医師会及び郡市区医師会によるMC体制への参画・関与を求めた。
- 救急救命士の業務の場所について、①救急隊（消防機関）の救急救命士が、患者搬送先医療機関で「救急救命処置」を行うこと、②救急救命士（専門学校卒、大学卒）が、救急医療機関に就業し、自院内で「救急救命処置」を行うことの2点の提議を行った。この提議は、是非を含め、日本医師会内外での議論を喚起し、衆知を集めるためのものである。

2. 救急医療体制のあり方

- 救急医療体制の充実、地域における医療機能に応じた役割分担の確立、機能の発揮につながる観点から、重篤患者に対応する救命救急医療体制（3次）、入院救急医療体制（2次）、休日夜間における救急体制（初期）、いわゆるER体制のそれぞれの課題について述べた。
- 救急医療に関する病床の確保問題等の解決のため、医療・介護・福祉の見地から、地域内で完結できる「後方体制」の整備充実を求めた。
- 一般救急医療と専門・特殊救急医療との関係では、周産期医療、小児救急医療、精神科救急医療を挙げて、日本医師会として、都道府県医師会に対し、一般救急医療関係者と周産期、小児、精神科関係者とで共に議論し、情報交換をする場を設定するよう求めるべきであるとした。
- 救急医療情報システムについては、日本医師会に対し、全国の状況を検証する場の設置を国に対して要求することを求めた。
- ドクターヘリについては、全国への展開、消防防災ヘリコプター等の活用について述べるとともに、患者を受け入れる救命救急センターの充実、救急医療機関の連携、後方体制の整備、かかりつけの医師の役割等、地域医療の視点から見た考え方を示した。また、財源についても触れた。
- ドクターカーについては、「搬送困難事案」が大都市圏で特に多いことを背景として、重症患者の緊急転院等に利用できることから、都市部を中心とした普及を求めた。
- 今後の検討課題として、今後予定される「救急蘇生法の指針」等の改訂への対応をはじめとする項目を列挙した。

II. 医師会の災害時医療救護対策

- 日本医師会の防災行政への関与として、中央防災会議への参画や日本DMATとの関わり等について、具体的に述べた。
- 日本医師会が災害対応への実行能力を具備するための方策として、日本医師会の名の下に、全国の都道府県医師会が、郡市区医師会を単位として編成する災害医療チーム、“JMAT”（Japan Medical Association Team：医師会JMAT）を提案した。
- 医師会JMATは、災害発生後、日本医師会による都道府県医師会への要請に基づいて出動するものであり、DMAT及び被災地医師会との間で役割分担と有機的な連携を行いつつ、主に災害急性期の医療、被災地医師会等との協力、活動支援を担うものである。

- 「医師会 J M A T 基本方針」を作成し、日本医師会、都道府県医師会、
郡市区医師会の役割、医師会 J M A T の構成、研修、活動内容、地域 D
M A T との連携等について示した。
- 特殊災害における対応については、特殊災害に関する教育の必要性、日
本医師会による関係機関との連携、災害発生時における地域医師会や医
療機関への正確で迅速な情報提供を求めた。
- 医師会 J M A T 構想の延長線上にあるものとして、将来的には日本医師
会の国際貢献にも資することを求めた。

I. 救急災害医療における連携のあり方

1. 医療と消防の連携

(1) 救急患者の搬送・受け入れ体制に関する消防法改正

平成21年5月に消防法改正法が公布され、都道府県に対して、下記の「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」）を定めることが義務付けられるとともに、実施基準の作成や連絡調整を行うための協議会を設置することが規定された。

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するためのルール

改正法上、実施基準は、医学的知見に基づき、かつ、医療計画との調和が保たれるように定められなければならないとされている。

また、消防機関には実施基準の遵守義務が規定されるとともに、医療機関には実施基準の尊重が求められている。これらの点でも医療と消防の連携が明確化されている。

さらに実施基準は、少なくとも1年ごとに搬送と受け入れの状況を調査・分析し、必要があるときは見直すことになっているが、医療技術の向上、制度改正への対応、形骸化の防止のため、定期的な検証・見直しの徹底が必要である。

今回の消防法改正は、救急患者の搬送と、救急医療機関での円滑な受け入れ体制を構築するため、総務省消防庁の「救急業務高度化推進検討会」において検討されてきた経緯を踏まえたものである¹。救急患者の搬送と受け入れ体制の構築に、国レベルでは総務省消防庁と厚生労働省、都道府県レベルでは消防防災主管部局と衛生主管部局とが共同所管して臨むという画期的な改正であるといえる。

日本医師会では、本委員会における検討内容を踏まえ、鳩山邦夫総務大臣及び石崎岳総務副大臣（いずれも役職は当時）に面会し、消防法改正に賛同するとともに、下記の要望を行った。

- ① 総務省、厚生労働省の間の継続的で密接な連携が必要である。
- ② メディカルコントロールとは、医療サイドによる搬送サイドの質の保障である。そのため、各都道府県で策定する搬送・受入の実施基準は、医学的知見に基づいて定められるべきである。国も、必要な助言をすべきである。
- ③ 都道府県医療計画は地域の実情に応じて作成されることになっている。そのため、搬送・受入の実施基準にあっても、同様に地域の実情が反映されるべきである。
- ④ 地域の消防・医療関係者、住民・患者が混乱しないよう、搬送・受入の実施基準は、医療計画との調和を保つべきである。
- ⑤ 協議会では、都道府県全体の見地から救急搬送・受け入れ体制を協議するため、地域全体の医療提供者を代表する都道府県医師会が主導することが必要である。
- ⑥ 平素より、都道府県医師会、消防防災部局、衛生主管部局の三者をはじめとする関係者の連携を密にするべきである。
- ⑦ 全国メディカルコントロール協議会連絡会は、全国の消防・医療関係者が一同に会し、各地域の様々な取り組みや問題を共有する有意義な場である。今後とも連絡会の充実・発展に努めるべきである。

今後、実施基準の作成・見直し作業等を通して、医療提供者側と消防機関側との連携が進むことが期待される。

日本医師会及び地域医師会（都道府県・郡市区）には、今回の消防法改正を契機として、医療と消防の連携に向けた一層の努力が求められる。

¹ 同検討会における検討を受けた消防審議会答申は、平成21年2月9日に行われた。

(2) メディカルコントロール協議会の今後

今回の消防法改正により法制化された実施基準は、都道府県のメディカルコントロール（MC）体制の一部である。各MC協議会（都道府県・地域）は、MC体制の当初目的である医学的観点からの救急救命士の業務の質の確保のため、相当な責任を負ってきた。そのため、本委員会では、全国MC協議会連絡会での議論も踏まえ、MCの権限や責任の所在の明確化のための法制化を求める意見が出された経緯がある。

他方、消防法改正により各都道府県に設置が義務付けられた実施基準に関する協議会は、実際には、都道府県MC協議会や救急医療対策協議会など既存の協議会がその任に当たると思われる。各都道府県では、法改正を契機として、MC協議会を条例で規定し、正式な行政組織として位置づける例も出ている。

本来、MC協議会は行政組織という位置づけがなされるところでも、そこで行われる検討や事後検証等は、医師という高度専門職によって行われるものである。そのため、プロフェッショナル・オートノミーの立場から、自律的、専門的かつ多様な視点で行われることが必要である。

なお、搬送先医療機関が1施設しか存在せず、実施基準の策定では問題の解決策にならないなど、地域によって実情は大きく異なる。法制化の趣旨は、救急患者の搬送・受入れの迅速かつ適切な実施にあるのだから、各地域においては、実情に即した対応も求められる²。

MC体制には、いっそう多様で大きな役割を担うべく、その機能や質を高める論議と行動が必要であり、最終的には、その地域における救急搬送及びその搬送患者を受け入れる救急医療のグランドデザイン作成に発展することが望ましい。

そのためには、MC協議会は、自律的な組織として、地域の実情に応じ、専門的かつ自由な議論が保障されるべきである。

² 総務省消防庁・厚生労働省「傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会」報告書、両省庁通知においても、実施基準の具体的内容は、地域の実情に応じて定めることを求めている。

(3) 救急搬送体制の充実

① 救急搬送体制の広域化

医療と消防の連携の推進に当り、地域での所管の異同が障壁となりうる。医療は、医療法上、都道府県が所管する一方、消防（救急業務）は市町村やその広域的共同処理方式³である。

また、医療では、救急医療をはじめとする4疾病5事業ごとに各々の医療圏を設定しての医療連携体制の構築が行われ、消防では、市町村合併とともに、国により広域化が進められている。さらに実際には、市町村の圏域を越えて搬送ルールが作られ、搬送も行われている。

このような中で、消防と医療のそれぞれの圏域は、両者の連携に資するものでなければならない。

なお本委員会では、前期報告書において、「救急搬送体制は、面積の小さい地域では県単位とするべきである。そもそも、災害医療やヘリコプターによる搬送を考えると、市町村単位の消防はそぐわない。」とし、「都道府県による『消防広域化推進計画』の策定時や、広域化対象市町村による『広域消防運営計画』策定時などに、地域医師会が協議・検討の場に参画するなど関与するべきである。」としたところである。

総務省消防庁・厚生労働省・日本医師会間、あるいは都道府県の消防防災主管部局、衛生主管部局、都道府県医師会間で取り決めをしても、それを各都道府県消防防災部局が各消防長に行わせる権限がない。県全体で医療と消防の連携に統一的に取り組むことが困難と考えられる。

県下で、関係者間の情報の共有化やその利用の平準化を進めることで、医療と消防の連携を図るべきである。

また、救急搬送体制の都道府県単位への広域化、さらには市町村から都道府県知事への救急業務の移管により、医療と消防の連携を推進する方策も考えられる。

³ 救急業務実施市町村（1,753）のうち、事務委託方式は135、一部事務組合方式（広域連合を含む）は1,127（平成20年版救急・救助の現況より）。

ただし、救急業務（搬送体制）を消防業務から切り離して都道府県単位、知事の所管とすることは、救急業務の強化につながる一方で、消防組織を救急業務部門と消防業務部門とに分離することが困難であること、各地で進められているPA連携⁴等への取り組みに支障を来すことに留意する必要がある。

② 医療と消防のデータの活用

医療と消防の連携の一環として、両者が保有する各種データを統合、集約させて指標化、データベース化を図ることが考えられる。

すでに総務省消防庁及び厚生労働省の共管により、「平成20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」が実施された例があるが、データを救急全体として活用することにより、わが国の救急搬送・医療体制の充実を図るべきである。医療と消防の双方がデータ活用の重要性を認識し、データが提出される仕組みが必要である。

そのためには、都道府県医師会が中心となって、都道府県MC協議会や救急医療対策協議会等の場で、都道府県衛生行政当局、市町村担当者や救急医療機関の代表との連携を確立すること、また、都道府県知事等と連名で管下救急医療機関に対して協力要請をすることが、重要である。

また、ウツイン様式での活動記録については、その導入の趣旨が用語の整理を含む統一的なデータ収集であることから、当面は医師が責任を持ってメディカルチェック、修正をし、問題点をフィードバックすることが重要である。

③ 救急救命士の業務

構造改革特区への提案を契機として、厚生労働省において救急救命士の業務に関する検討が進められている⁵。また平成21年には、アナフィラキシーショック状態にある重度傷病者（あらかじめ自己注射が可能なエピネフリン製剤を交付されている者）に対するエピネフリン（アドレナリン）の投与⁶が認められた。

⁴ 消防車（Pumper）と救急車（Ambulance）が連携して救急活動を行うこと。

⁵ 「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」。血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与、重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用、心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施を検討対象。

⁶ 自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリンの投与

今後も、医療技術の進歩や新たな知見により、救急救命士の業務範囲が拡大することが考えられる。

迅速な搬送により救急医療機関における医師の処置・治療を受けることが最優先であること、その業務範囲の拡大に医学的観点からの妥当性があること、直接的・間接的MCによる質の確保が担保されていることが、前提とされるべきである。

(4) 救急救命士の業務の場所の拡大（提議）

本委員会では、救急救命士の業務の場所を拡大することについて、その是非も含め、日本医師会内外での議論を喚起するため、提議する（別紙参照）。

本提議による業務場所の拡大は、①救急隊（消防機関）の救急救命士が、患者搬送先医療機関で「救急救命処置」を行うためのもの、②救急救命士（専門学校卒、大学卒）が、救急医療機関に就業し、自院内で「救急救命処置」を行うためのものの2点である。いずれも、医師の指示に基づくことは言うまでもない。また本提議は、教育研修の場所としてだけでなく、業務の場所としての拡大である。

本委員会における審議では、救急医療の現場における深刻な医師不足により、救急隊による搬送患者を受け入れても即時の処置が困難な例も指摘された。また、救急医療機関内では、救急車等内よりもMCが確保されやすいことは言うまでもない。

さらに、現在でも専門学校や大学の救急救命士養成過程を修了し、資格を取得した者が医療機関に勤務しているケースはあるが、看護補助者（資格不要）としての就業であり、救急救命処置を含む診療の補助行為は行えない現状にある。

他方で、制度の趣旨や歴史的経緯から、救急救命士の多くが消防機関で養成されるなど、医師や看護職員等とは異なる立場、位置づけにあることも指摘される。

救急医療に従事する医師や看護職員の養成・確保など、他に優先すべき課題はあり、賛否も分かれると思われるが、本提議により、衆知を集め、その是非も含めて検討されることを望むものである。

(5) 救急搬送体制と医師会

① 日本医師会の消防審議会への参画等

日本医師会は、前述の総務大臣・副大臣への面会に際し、救急災害医療担当役員を消防審議会に委員として参画させるよう要望をした。

その理由として、①救急患者の搬送・受け入れに関わる法整備を検討する審議会に参画する必要があること、②防災に関わる審議会に参画する必要があることを挙げた。

特に①については、救急医療とは、患者の発生から始まり、救急搬送に対するMC、救急医療の提供、さらには急性期後の受け入れ、リハビリテーション、慢性期医療や介護、さらには予防や重症化予防まで包含する地域医療全体で捉えるべきものであり、日本医師会が地域医療を担う医師や医療提供者を代表する立場にあることから、その体制作り全般に深く関与する必要があるためとした。

② 都道府県医師会の搬送・受け入れ実施基準協議会への参画

今般の消防法改正に当り、日本医師会より各都道府県医師会に対し、実施基準の作成や連絡調整を行う協議会への参画⁷を求めたところである。

今後は、救急医療機関の質の評価が重要となる。ただ受入れてもらうだけではいけない時代が到来しつつある。搬送と受入のルール策定が、地域の実情を踏まえて全国に進められるためには、医師会の役割が重要となる。

多くの都道府県で県医師会長がMC協議会長を務めているが、各医師会には、今回の法改正を契機として、各地域の搬送・受け入れ体制の充実に取り組んでもらう必要がある。

⁷ 都道府県医師会は、消防法上、「診療に関する学識経験者の団体の推薦する者」として参画が求められる。

③ 都道府県医師会、郡市区医師会とMC体制

病院前救護体制がしっかりすることは、救急医療の崩壊を防ぐ必要条件の一つである。しかし、一部の郡市区医師会や医師会員には、消防の救急業務に関心が低いことが指摘される。

都道府県医師会では、日本医師会から送付されてきた総務省消防庁関係の通知を会員に周知するとともに、会内委員会や医師会報づくりでも救急医療に配慮している。しかし、会員からの反応が少ないことが、本委員会では指摘された。

MC協議会の当初の事業は、救急救命士等への医師の指示・指導、処置に対する事後検証、救急救命士に対する再教育であった。しかし現在は、対象が拡大し、地域によっては病院前の救急医療体制をカバーするところまでである。実施基準の作成や連絡・調整を行う協議会が法制化されたことを踏まえ、医師会として、MC協議会の今後についてどのように考えるのかは、これからの重要な課題である。

都道府県医師会が知事に働きかけてMC体制の財源確保を実現することを含め、医師会がコーディネーター役を担い、行政との密接な連携により、MC体制の充実を図ることが期待される。

医療と消防とが協力しなければ、現在の救急患者搬送に関する困難な諸問題は解決できない。都道府県医師会長は、MC協議会の会長を務めて消防との連携を図るとともに、救急医療機関の医師と一層連携し、救急救命士等の教育訓練に積極的に参画し、ACLS（2次救命処置）研修を全会員に徹底するなど、様々な形で地域の救急医療に関与していくべきである。

2. 救急医療体制のあり方

(1) 救急医療体制の今後

救急医療体制の充実、地域における医療機能に応じた役割分担の確立と、その役割に応じた機能の発展につながる。救急医療は、地域のセーフティーネットとして、採算性に関わらず提供されることが最も求められる医療分野であり、それぞれの体制に応じた公的支援が必要である。

① 重篤患者に対応する救命救急医療体制（3次）

1) 初期、2次救急医療体制との役割分担

救命救急センターがその機能を十分に発揮し、本来行うべき救命救急医療に専念するためには、救急医療体制・後方体制の役割分担、高齢者の疾患の急性増悪防止と早期治療、精神疾患等の社会的背景を持った患者への対応が必要である。

救急患者受入れ困難事例について、受け入れに至らなかった理由として、3次では「手術中・患者対応中」が全体の32.6%で第1位、「ベッド満床」が第2位（同25.0%）である⁸。

また、救命救急センターやそれを併設する病院全体の病床利用率は8割前後であるため、実際には、「常に」満床というわけではなく、一時的な満床の場合、CCUやSCU等の利用区分を行っているため空床があっても実質的に受入れられない場合、人手や医療資器材が足りないために受入れが困難な場合が考えられる⁹。

そこで、救命救急センター等搬送傷病者であって照会回数11回以上の事案を、覚知時間別にみると、18時～翌朝6時に多数分布していることがわかる。したがって、「手術中・患者対応中」、「ベッド満床」への対応策として、主に休日夜間の入院救急医療体制を引き受ける2次体制の充実が必要である。

⁸ 「平成20年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」（平成21年3月総務省消防庁、厚生労働省）

⁹ 「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」（平成20年3月総務省消防庁）及びサンプル調査

他方、大学病院のように設備や規模が充実している病院は積極的に3次をはじめとする救急医療に参画するべきである。また、3次の施設要件を満たしていない2次病院であっても、「3次並」の救急医療を提供している施設は、何らかの評価を行うべきである。

2) 救命救急センターの評価の見直し

平成22年度より実施される救命救急センターの評価方法の見直し（前年度実績を評価）は、社会科学的な視点から行われることが本来必要である。しかし実際には、「A評価が増えたから、B評価を作ろう」というような視点で見直しが行われた。救命救急センターの評価方法の見直しが、その目的や根拠がより明確にわかる形で行われれば、今後の進歩につながる。

また、今回の見直しでも一部取り入れられているが、センターの評価は、自己評価ではなく、地域の行政、医師会や医療機関による必要がある。

なお、日本医療機能評価機構の病院機能評価事業には、地域における高次救急（3次救急医療、もしくはそれに準ずる救急医療）を担うことを役割としている病院を対象として、「救急医療機能」の付加機能評価（モジュール）がある。「救急部門の地域における役割と基本方針」をはじめとする調査票は、救命救急センターの評価に有用である。

評価方法の見直しは、救命救急センターの辞退に及びかねない懲罰的なものではなく、病院を支援するものでなければならない。特に、人員確保が困難な地方の救命救急センターなどを対象としたB、C評価への緩和措置が必要である。また、自己評価や地域医療対策協議会等による評価の結果の公表については、全国的に平準化した上で行うべきである。

② 入院救急医療体制（2次）

平成14年以降の2次病院数の減少など、2次体制の疲弊が指摘されているが、2次の範囲は非常に広く、3次救急医療機関レベルの医療を提供している病院までである。全てをまとめて議論すると混乱する。

したがって、2次体制のあり方は、地域の実情を勘案しなければならない。東京都のように通年制を導入する地域がある一方で、輪番制を取り入れる地域もある。地域の選択肢を狭めないため、現行の病院群輪番制及び共同利用型の維持・充実を図るべきである。国が、一つの類型を地域に押し付けるべきではない。

また、救急患者受入れ困難事例について、受け入れに至らなかった理由が、2次では「処置困難」が第1位(23.6%)、「専門外」が第2位(18.8%)と、3次と対照的である。2次の現場では、当番時間帯に医師が1ないし2名の病院が70.9%(2,203施設)を占めている¹⁰。このために、本来2次体制で対応すべき患者が3次救急医療機関に搬送される問題が起きている。

2次体制の再建には、各地域において、医師等の人員強化とともに、各2次病院の機能に応じた連携の推進が図られることが必要である。

他方、一般財源化により、現在は、病院群輪番制に係る地方交付税は、市町村に交付されており、市町村単位で2次救急医療体制が運営されている地域もある。そのような地域では、都道府県医師会が県当局に予算確保を求めても、市町村次第となる(東京都は不交付団体)。

郡市区医師会には、市町村との折衝により、2次救急医療体制の財源の確保・充実に努めることが期待される。

③ 休日夜間における救急体制(初期)

経済危機の中、共働きをせざるを得ない家庭が増えていると思われるが、休日夜間の医療を担う初期救急医療や電話相談事業は、住民の高まる医療ニーズに対応できる。

2次病院の一施設あたりの患者数(当番対応時間内)をみると、入院を要しない外来診療のみの患者が8割を占める¹¹。したがって、近年増加している、地域医師会が2次病院や中核的な病院に設置された休日夜間急患センターを管理運営し、会員を出務させる取り組みは、重要である。

¹⁰ 「平成19年度救急医療対策事業の現況調」

④ ER体制

いわゆるER型の救急医療体制とは、症状や重症度に関係なく全ての救急患者を受け入れるものである。そのため、ER後の患者を受け入れる院内の各診療科・病棟との連携が欠かせない。

わが国にはERが140施設ほどあるとされるが、コーディネーター機能を含めてそれぞれの状況を把握し、標準的なモデルを示して、各地域において地域完結の救急医療体制を目指すべきである。

そのためには、日本救急医学会をはじめとする関連医学会の意見、評価が反映されることが必要である。

⑤ 後方体制（医療・介護・福祉）

救急患者は、救命処置・急性期医療を終えた後も、引き続き医療が必要なことが多い。

救急医療に関する病床の確保問題には、「救命救急センター等の救急医療の病床の確保ができないこと」及び「院内外で、救命救急センター等から患者を受け入れる病床の確保ができないこと」という二つの側面がある。

その問題解決には、救命処置・急性期医療を終えた患者を受け入れ、救急医療と連携する「後方体制」の整備充実が必要である。

病院病床は、以前は同じ病床に様々な患者を入院させることができたが、現在は機能分化が進められ、さらに療養病床の削減が行われている。医療療養病床を含め後方体制が立ち行くような施策がなければ、救急医療機関からの患者を受け入れることができない。

地域の一般病床、医療療養病床、有床診療所や介護施設、在宅療養を活用し、基本的には地域内で完結できる「後方体制」を構築しなければならない。

ここでいう後方体制とは、以下の通りである。

- 1) 院内の後方病床：救急医療機関、救命救急センターの附属先の病院の各診療科
- 2) 後方医療機関：病院、診療所
- 3) 通院医療、在宅医療：病院、診療所
- 4) 介護施設・社会福祉施設（障害児・者）
- 5) 在宅療養サービス

救命救急センター等の施設を持つ病院の多くはDPCに参加しており、その場合は、在院日数短縮の結果、院内のベッドが空いており、また、専門医も多くいるものと思われる。したがって、複数の診療科に渡る重篤患者を受け入れる救命救急センターと、院内の各診療科との間に連携が必要である。

一般病床（亜急性期、回復期）、療養病床等の削減が進められているが、病床削減により病床稼働率が増して満床が常態となれば、結果として救急患者の受け入れ能力も低下する。

制度改正や診療報酬改定により、救急医療機関の評価を高める一方で、後方体制を担う医療機関の評価を低めることは、結果として、救急医療体制の崩壊を招く。

救急医療と後方体制との連携支援策としては、平素より救命救急センターが、地域の医療機関との間で救急処置後の患者受入れについて調整することへの支援が考えられる。しかし実際には、調整を行うコーディネーターのシステムが機能するとは限らない。「空床補償」など、後方医療機関に対する患者受入れへの経済的インセンティブ付与も必要である。

また、療養型の病院であっても、救命処置後の医療必要度の高い患者を受け入れることは、現場の看護職員のモチベーションを高めることにつながる。ただし、空床確保策を論じる前に、地域では病院自体がなくなっており、現実はずっと厳しい状況にあることを認識する必要がある。

後方体制は、亜急性期、回復期、入院療養、通院医療だけではなく、介護・福祉体制も含む。介護・社会福祉施設の未整備、満床が起これば、急性期後の医療を担う有床診療所等から患者を受け入れることができず、結果として、救急医療機関の満床状態にもつながる。重度障害等を持ち、在宅での療養が容易ではない患者を受入れる施設の整備（施設整備、リハビリテーションなどの設備、運営費等）が必要である。

さらに、総務省消防庁調査では、「処置困難」を患者受入に至らなかった理由としている場合、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」など、患者の社会的背景が指摘されている。

したがって、自殺企図者、アルコール中毒、生活困窮者、独居老人、未収金問題等のある患者など、社会的問題を抱えた患者に対応するため、自殺対策や社会福祉政策を含めた幅広い体制の構築が必要である。

⑥ 一般救急医療と、専門・特殊救急医療との関係

1) これまで、一般救急医療の問題は、周産期、小児、精神科を含めずに考えられてきた。

これに対し、医師会ならば、行政の会議と異なり、比較的自由に議論ができる。例えば、大阪府医師会の救急災害部会には行政、消防機関に加え、周産期、小児科、精神科の関係者も参画している。

日本医師会として、都道府県医師会に対し、一般救急医療関係者と周産期、小児、精神科関係者とで共に議論し、情報交換をする場を設定するよう求めるべきである。

2) 周産期救急医療

（総合・地域）周産期母子医療センターには、ハイリスクの周産期医療に医療資源が集中され、地域の産科医療機関との医療機能に応じた役割分担が進んでいるが、それを支援するための周産期母子医療センターへの空床補償等を措置する必要がある。日本医師会では、東京都における妊婦搬送事案を受け、本委員会における審議内容を踏まえ、平成20年11月に「周産期医療、救急医療体制の構築と連携について」を取りまとめた。今後は、これをどのようにして具体化していくかが課題である。

なお、厚生労働省内では統合されたが、周産期救急医療と救急医療を担う都道府県の担当部署が異なる例がある。周産期救急医療の場でも起きている行政間のタテ割りによる弊害を解消しなければならない。

3) 小児救急医療

小児の重症例で圧倒的に多いのは交通事故等の外因性のものであり、そうした患者は救命救急センターが対応してきた。厚生労働省「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」中間取りまとめ（平成21年7月）では、NICUを設置する病院を除き、小児特有の疾病を担う小児専門病院（こども病院等）で、「小児の救急医療に果たす役割については十分であったとは言えない」とされている。

小児専門病院の医師と救命救急センター等の医師とが接点を持ち、協議をする場が必要である。

なお同検討会では、超急性期¹¹を担う救命救急センターや小児専門病院等の整備とともに、救命救急センターと小児専門病院との連携、小児ICU、超急性期から急性期への転床・転院、小児救命救急及び専門的医療と地域医療との連携等が提言されている。

地域医師会の役割としては、各医療機関間の連携促進、小児の初期救急医療体制の充実、地域の医師に対する小児二次救命処置（PALS）研修の実施、電話相談事業の実施などが挙げられる。

4) 精神科救急医療

精神科救急医療施設や精神科救急情報センターの整備とともに、精神科医療機関間や身体合併症等受入れ可能な一般救急医療機関・総合病院精神科との連携の強化を図るなど精神科救急医療体制の充実が挙げられる。

また自殺対策では、自殺未遂者に対する救急医療の現場医師と精神科医師との連携が重要である。

¹¹ 超急性期：発症直後の重篤な時期、急性期：超急性期に続く専門的医療や集中治療が必要な時期

熊本県医師会等により創設された「くまもと自殺予防 医療サポートネットワーク制度」では、「救急医療で救命された自殺未遂者を適切な精神科医療に繋げる」という認識に立ち、救急医療現場若しくは救命治療後に、精神科のメンタルケア・治療が適切に行えるような体制の整備を図っており、必要に応じて精神科医師が救急医療機関を訪問して自殺の再発防止、うつ病等の精神疾患の治療に当たっている。

全国的にも熊本県の取り組みを参考として、地域医師会が、関係団体・学会等とともに、救急医療機関と精神科医師・医療機関に働きかけ、救急医療機関による自殺未遂者・自殺リスクのある患者の精神科医療機関への紹介、精神科医療機関における患者の受け入れや救急医療機関への訪問（アウトリーチ的手法）などのネットワーク構築を図ることが考えられる。

(2) 救急医療情報システム

救急医療情報システムは、医療と消防の連携に不可欠なものであり、両者が有効に活用することができるよう構築されなければならない。

救急医療情報センターが消防側にきちんとした情報を伝達するためには、それぞれの病院の機能等を把握しておくことが必要である。現状でそれができていない地域では、救急隊は情報システムを利用できない。救急医療情報システムは昭和50年代に国庫補助事業となったが、これまで、交付後に補助金がどのように活用されているかの視点に立つことはなかったと思われる。

全国では、大阪府や愛知県のように医師会が受託しているケースや、東京都のように消防庁が運営して全域をカバーしているケースがある。全国MC協議会連絡会のように全国の状況を検証する場が必要であるが、日本医師会は、そのような場の設置を国に対して要求していくべきである。

(3) ドクターヘリ

① 全国への展開

平成21年12月1日現在のドクターヘリの導入状況は、16道府県、20機であるが、ドクターヘリは広域の医療連携に有効であり、最終的には全都道府県での導入が必要である。

ドクターヘリの全国展開には、次の方策が考えられる。各都道府県医師会には、医師会ブロックや近隣県医師会相互の連携により、全国展開を推進する必要がある。

- 地域間連携：複数県での実施の推進
- 複数機導入、機体購入費・経費（燃料費・人件費）高騰への対応
- 国庫補助率の引上げ、地方負担分の低減
- 夜間飛行（定点飛行など）の推進
- 機長判断による緊急時の必要な場所での離着陸の実現（消防防災ヘリや県警ヘリは可能）
- 医師・看護職員等の確保
- メディカルコントロール（MC）の確立
- 都道府県単位の広域救急情報体制の構築

② 消防防災ヘリコプター等

消防防災ヘリコプターは、全出動件数（2007年中6,349）のうち約半数（3,167）が救急業務に使用され、2003年の2,087件と比較して2007年では1080件も増加している。また、海上保安庁、自衛隊及び警察ヘリは、離島からの患者搬送等に使用されている。

ドクターヘリの全国展開が当面達成できない現状では、すでに整備されている消防防災ヘリを活用することを選択する地域もある。消防防災ヘリ等を活用するのであれば、以下の通り行うべきである。

- 1) ドクターヘリの出動要請基準の策定及び要請手続きに関するマニュアルの作成
- 2) 出動要請窓口の消防への一本化

- 3) 事後検証に基づくプロトコール等の改善
- 4) 必要な医療資器材の整備
- 5) 県域や行政管区を越えた広域搬送、都道府県・管区間の連携

③ 地域医療の視点から見たドクターヘリ

ドクターヘリの視点だけではなく、ドクターヘリを支える地域の医療体制の視点に立ち、以下の点について考える必要がある。

- 1) 患者を受入れる救命救急センターの充実（ヘリポートの設置）
- 2) 救命救急センターと、初期、二次救急医療体制との連携
- 3) 後方体制の整備充実
- 4) 重篤患者を出さないための予防、早期発見・早期治療、再発防止など、かかりつけの医師の役割
- 5) 地域住民に対するドクターヘリの活用方法等についての啓発

④ 財源

ドクターヘリの補助事業の対象（医師・看護師の待機費用、運航経費等）は、診療行為ではないため診療報酬には適さず、現行補助事業の充実拡大を進めるべきである¹²。

その際、ドクターヘリの補助事業は、国が二分の一を負担し、さらに都道府県に対する特別地方交付税の形でも負担しているが、都道府県による負担が必要なので、都道府県に対してより強く働きかける必要がある。

また、不況が続く中で、助成事業の財源となる基金を、どのようにして民間から集めるかが今後の課題である。

¹² 参考：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附則第2条

(4) ドクターカー

「平成20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」¹³の内、「重症以上傷病者搬送事案」についてみると、①救急隊が医療機関に救急患者の受け入れの照会を4回以上行った事案の占める割合、及び②救急隊の現場滞在時間が30分以上の事案の占める割合の両方が全国平均（3.6%、4.1%）を上回っているのは、宮城県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県、奈良県である。これらの都府県の多くは山間地域や島嶼も有しているので一概には言えないが、同調査報告では、搬送先の「選定困難事案」は首都圏や近畿圏等の大都市部に多く見られる傾向があると指摘されている。

このような状況下にある都市部の救急医療体制にとって、救命救急センター等の医師が重症患者のプレホスピタルケアを担うドクターカーは、有用な方策である。また、重症患者の緊急転院等にも利用することができる。そのため、救命救急センターのドクターカー配備のための公的補助の充実や、消防署の支署を救命救急センター内に設置して高規格救急車に医師が搭乗する方式の普及が必要である。

また、都道府県単位のドクターヘリと異なり、ドクターカーの配備推進には、各都市や医療圏を単位として、圏内の郡市区医師会、行政及び消防の三者が連携することが重要である。

ドクターカーの普及には、搭乗する医師の負担軽減、救命救急センターの病床確保等の方策が不可欠である。そのためには、各郡市区医師会が中心となって、地域における各救急医療機関の役割分担、住民に対する救急医療の利用方法の啓発、医師会員に対するACLS教育等の取り組みを行うことが期待される。

¹³ 平成19年調査は総務省消防庁、平成20年調査は総務省消防庁及び厚生労働省により実施

高齢社会が進展し、在宅療養が推進される中で、一般の病院や診療所、在宅医療の現場で、救命救急医療が必要な重篤患者が発生する例が増加することが予想される。

ドクターカーは、特に都市部において、重症患者の緊急転院等の医療連携にも、重要な役割を果たすことができる。

なお、ドクターカーではないが、医師によるプレホスピタルケアの一つの類型として、平成20年4月に普通用自動車を想定した「医療機関が救急現場に医師を派遣するために使用する自動車」が、道路交通法上の緊急自動車の指定対象に追加されたところである¹⁴。

(5) 今後の検討課題

- ① 来年度に予定される国際蘇生法連絡協議会（International Liaison Committee on Resuscitation, ILCORE）による勧告に従い、我が国でも、日本版心肺蘇生法ガイドライン・「救急蘇生法の指針」の改定が行われる。

日本医師会は、全会員に対し、改定内容の周知徹底を行うとともに、一般市民への普及啓発に努めるべきである。

さらに、「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修」（日医ACLS）の標準カリキュラムやテキストの見直しが必要である。また、脳卒中や外傷等、標準カリキュラム等を超えるものと認められる研修に、小児救急医療を明確に位置づけることも必要である

同時に、受講者（再研修受講者を含む）の増加策として、地域医師会に対し、研修会の開催、関係学会・団体との連携、インストラクターの養成等を働きかけることが必要である。

¹⁴ 本件の指定に当たっては、救急業務を行う市町村等の要請により医療機関が医師を現場に派遣する仕組みが確立されていること、医療機関が救急医療機関であること等が想定されている。また、医師派遣用自動車の緊急走行に当たっては、別途、救急用自動車が救急現場に出動することが前提とされている。

② 以上に加え、救急医療体制における今後の検討課題として、次の点が考えられる。

1) 救急救命士の業務の今後

2) 救急医療における歯科医師、薬剤師、看護職員等の医療関係職種（臨床検査技師、診療放射線技師、救急救命士、臨床工学技士等）の業務、連携

3) 119番通報とコールトリアージ、救急電話相談との関係

4) 2次病院の今後

5) 国公立・公的病院の再編、集約化

6) 地域連携クリティカルパスとの関わり

7) 一般の救急医療と専門的な救急医療との連携

- 脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、がん、COPD、在宅医療、小児医療、その他

- 周産期、精神科の救急情報システムとの関係

8) ドクターカー等の今後

- 病院救急車の位置づけ、消防機関との役割分担

- 救命救急センター等と消防機関との連携

9) 小児ICUの設置、充実

Ⅱ. 医師会の災害医療対策

1. 日本医師会の役割

(1) 日本医師会の災害対応への実行能力について

① 現状

日本医師会は、約16万5000人から成る医師の職能団体として最大の組織であり、かつ、別法人格とはいえ、全ての地域医師会（都道府県医師会及び郡市区医師会等）を束ねる立場にある。

日本医師会が現在、取りうる災害医療対策には、次のようなものが挙げられる。

- 1) 平常時では、各都道府県医師会・郡市区医師会との連携、関係省庁・関係団体との連携、災害医療に関する生涯教育の実施等
- 2) 災害発生時では、都道府県医師会等との連携・情報交換、関係省庁との連絡、保険診療や公費医療の維持、義援金の募集等
- 3) 災害収束後では、医療体制再建のための国庫補助、優遇税制、公的融資の実現等

しかし会内に常設の災害医療チームは置かれておらず、現時点において、日本医師会には、災害発生直後において、被災現場等での災害医療活動を実行する能力は備わっていないといえる。

② 地域医師会と日本医師会

新型インフルエンザ対策においても重要な役割を果たしているように、地域医師会は、地域の医療活動にとって必要不可欠な存在である。

また、医師会の組織構造は、日本医師会の会員資格が都道府県医師会の会員であり、かつ、都道府県医師会の会員資格が郡市区医師会の会員であるという特色を持つ。日本医師会が災害医療チームを編成する場合、その構成メンバーは個々の医師会員が中心となるが、会員医師個人と直接の接点を持つのは、郡市区医師会、続いて都道府県医師会である。

③ 日本医師会による災害医療チーム

②により、日本医師会の名の下に、全国の都道府県医師会が、郡市区医師会を単位として編成する災害医療チーム（※ 名称の提案は、後述）のシステムを構築することにより、日本医師会は、被災地での災害医療活動を実行する能力を具備することになるといえる。

④ 日本医師会災害医療チームのシステム

システムの構築に当っては、各都道府県医師会との意見交換、協議を行った上で、以下の事項を内容とするガイドラインを定める必要がある。

- 1) 日本医師会、都道府県医師会及び郡市区医師会の役割（被災地外、あるいは被災地医師会としての役割を含む）
- 2) 医師会災害医療チームの実施要領
 - 目的、運用方針
 - 構成、編成方法
 - 業務内容
 - 補償、費用負担
 - 教育研修、訓練
 - 災害時の派遣判断基準、撤退基準
 - 事後承諾基準（都道府県医師会の自己判断による出動があった場合の追認）
 - 派遣要請手順
 - 関係行政機関等との連携（協定）
 - DMA Tや日赤等との役割分担、連携

（2）日本医師会の防災行政への参画

① 日本医師会の中央防災会議への参画の意義

日本医師会は医師の職能団体として最大の組織であり、中央防災会議、つまり国の防災行政に参画し、災害医療の重要性を高めるべきである。

そのため、本委員会では、長年に渡り、日本医師会の災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定、及び中央防災会議への参画を求めてきたところである。

ただし、現在の「指定公共機関」を見ると、事業者団体はなく、NHKや電力会社等の事業者が指定を受けている。日本医師会と異なり、それぞれの事業者は、放送や電力供給等の実行力を有している。日本医師会は、災害医療チームのシステム構築により、実行力を具備することが、第一に必要である。

② 医師会の災害医療活動への影響

日本医師会が国の防災行政に参画することで、地域医療の視点から、災害発生前の体制から収束後の地域医療体制の再建に至るまで、各段階での対策の重要性を国に対して主張することができる。

災害医療対策は、災害発生の初期段階にとどまるものではない。また、被ばく医療など特殊災害を担う医療機関・研究機関と、地域の医療機関との連携も重要である。

また、日本医師会が中央防災会議に参画することは、各地域医師会の防災行政（防災会議、防災計画、災害時医療協定、防災訓練等）への関与の深化にもつながる。

特に、日本DMAT（Disaster Medical Assistance Team）は防災基本計画や厚生労働省防災業務計画に記載があるが、地域医師会等関係組織との災害時の役割分担や連携の規定が、日本DMAT活動要領には必要である。

また、「大分DMAT」は県医師会の下に関係者が参集して構想が立てられたが、各都道府県において、行政、医師会、DMAT指定医療機関等が参画してDMATの運用と関係者間の連携を図ることが重要である。

さらに、災害時の情報収集能力があるセクション（行政機関）との連携が取れているかどうかは、災害対応の重要な点である。日本医師会が、国の災害対策本部との連携により、医療ニーズや災害医療チームの派遣先等の情報を把握し、対応策を判断し、地域医師会に情報提供をすることができる体制が必要である。

③ 具体的な参画方法

国の防災行政への参画には、次のような態様が考えられる。

1) 災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定を目指す

「指定公共機関」とは、独立行政法人、日本銀行、日本赤十字社、日本放送協会その他の公共的機関及び電気、ガス、輸送、通信その他の公益的事業を営む法人で、内閣総理大臣が指定するもの。事業者団体は指定されていない。

2) 中央防災会議への委員就任を目指す

医学医術に関わる学識経験者として委員に就任することを目指す。

3) 他の防災関係会議への参加を目指す

平成21年度より、日本医師会救急災害医療担当常任理事が消防審議会委員に就任したところである。

なお、新潟県中越地震では、行政が機能しない中、医師会だけが機能したことが、災害関係者に強く印象付けられている。指定公共機関の指定交渉に備え、過去の災害における地域医師会の活動を整理する必要がある。

<参考>

○ 災害対策基本法第6条（指定公共機関及び指定地方公共機関の責務）

第1項 指定公共機関及び指定地方公共機関は、その業務に係る防災に関する計画を作成し、及び法令に基づきこれを実施するとともに、この法律の規定による国、都道府県及び市町村の防災計画の作成及び実施が円滑に行なわれるように、その業務について、当該都道府県又は市町村に対し、協力する責務を有する。

第2項 指定公共機関及び指定地方公共機関は、その業務の公共性又は公益性にかんがみ、それぞれその業務を通じて防災に寄与しなければならない。

○ 都道府県医師会の防災行政への具体的な係わり、対応

→ 平成13年度日本医師会調査では、都道府県防災会議において、「災害医療の確保に充分重点を置いた議論がなされている」と回答した医師会は、10医師会／43医師会（23.3%）。

→ 同調査では、都道府県防災計画の中で、「医療に関する規定がある」との回答は41医師会／46医師会（89.2%）であり、その内「内容も充分」が16医師会／46医師会（34.8%）、「内容は不充分」が25医師会／46医師会（54.4%）。

○ 都道府県医師会、郡市区医師会の指定地方公共機関への指定（消防庁防災課回答）

（防災六法平成18年版より）

1) 医師会を指定地方公共機関とすることができるか（昭和44年）

お見込みの通り。

医師会は公益社団法人として組織されており、災害時において被災者の救助に積極的に参加している実態からみて、知事の判断により指定地方公共機関として指定できる。

2) 都道府県知事が当該都道府県医師会を指定すれば、その都道府県内の市町村医師会も指定地方公共機関に指定したものとみなしてさしつかえないか（昭和48年）

みなすことはできない。

市町村医師会は、都道府県医師会とは別個の独立した社団法人であるから、事実上、下部組織の様相を呈しているとしても、別途指定する必要がある。

2. J M A T (Japan Medical Association Team) の提案

(1) J M A T (Japan Medical Association Team)

本委員会として、日本医師会の名の下に、都道府県医師会が、郡市区医師会を単位として編成し、被災地で活躍する災害医療チームの名称として、“J M A T” (Japan Medical Association Team) (以下、「医師会 J M A T」)を提案する。

医師会 J M A T の名称の提案は、医師会の災害医療チームと D M A T との違いを明確化するとともに、「日本医師会 (J M A) の災害医療チーム」、「全国 (Japan) の医師会 (Medical Association) により日本全体を包含している」、「D M A T (日本・地域) からの継続性」という意味を込めている。

医師会 J M A T は、災害発生後、日本医師会による都道府県医師会への要請 (事後承諾の場合を含む) に基づいて待機・出動するものであり、災害発生直後からの連続した時間において、D M A T (日本・地域) 及び被災地医師会との間で役割分担と有機的な連携を行いつつ、主に災害急性期の医療、被災地医師会等との協力、活動支援を担うものである。

ただし、日本医師会からの要請と、災害時医療協定に基づく都道府県からの要請とが、競合しないようにする必要がある。

(2) 医師会 J M A T の基本方針等

- ① 医師会 J M A T は、「**医師会 J M A T (Japan Medical Association Team) 基本方針**」に基づいて、組織を構築するべきである。また、医師会 J M A T と日本医師会・都道府県医師会・郡市区医師会の関係は、図 1 及び図 2 のイメージのとおりである。

日本医師会、都道府県医師会及び郡市区医師会の役割の明確化、医師会 J M A T の構成、研修体制、活動内容、D M A T (日本・地域) との役割分担と連携が重要となる。

- ② すでに多くの都道府県医師会や郡市区医師会において、行政との間で、医師会災害医療チームの派遣を規定した災害時医療協定が締結されている¹⁵。

日本医師会及び都道府県医師会には、医師会 J M A T の実現過程における意見交換、協議を通し、医師会 J M A T とこれらの既存の災害医療チームとの調整を図る必要がある。

その上で、日本全体での医師会災害医療活動の実施のため、既存のチームの内、医師会 J M A T の条件を満たすものは医師会 J M A T として認め、そうではないものには「医師会 J M A T 基本方針」に沿ったものとなるよう方策を講じる必要がある。

- ③ 各医師会は「自身が被災者になりうる」という視点を持つことも重要である。特に大規模災害の場合、被災地の郡市区医師会にあっては、その機能が停止し、医師会 J M A T としての対応を取ることができない事態が想定される。そのような場合であっても、近隣の開業医師会員同士が、自発的・組織的に避難所や臨時診療施設に集合して災害医療活動に従事することができる仕組みを、郡市区医師会が市町村と連携して構築することが、医師会 J M A T のシステム構築と平行して必要である。

¹⁵ 日本医師会「医師会の災害医療体制に関する調査」(平成 13 年 6 月)では 35 都道府県医師会・都道府県間で災害医療チームの派遣を規定(平成 12・13 年度本委員会報告書)

被災地郡市区医師会、医師会 J M A T、D M A T の関係

	被災地郡市区医師会	医師会 J M A T	D M A T (日本・地域)
災害発生前 (平時)	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム編成、隊員登録 ・ 研修の実施 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 日医・県医との連携
災害発生直後 (D M A T 到着前)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被災地医師会による自主的活動 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 待機、出動準備 ・ 被災都道府県医師会→日本医師会→都道府県医師会からの出動要請 (自己判断での出動→日本医師会・都道府県医師会の事後承諾) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 待機、出動準備
災害超初期			<ul style="list-style-type: none"> ・ 出動 ・ 統括 D M A T の下で活動
D M A T 到着後	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会 J M A T との協力 	<ul style="list-style-type: none"> ・ D M A T との連携の下、避難所・臨時診療施設での現場トリアージ等 ・ 被災地郡市区医師会との協力、支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 統括 D M A T の下で活動
D M A T 撤収後	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被災地の医療体制の建て直し ・ 通常診療の再開 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 撤収後も災害医療に従事する D M A T メンバーの医師会 J M A T への位置づけ ・ 撤収時期等の判断 	

図 1

医師会 JMAT と日本医師会・都道府県医師会・郡市区医師会のイメージ（平時）

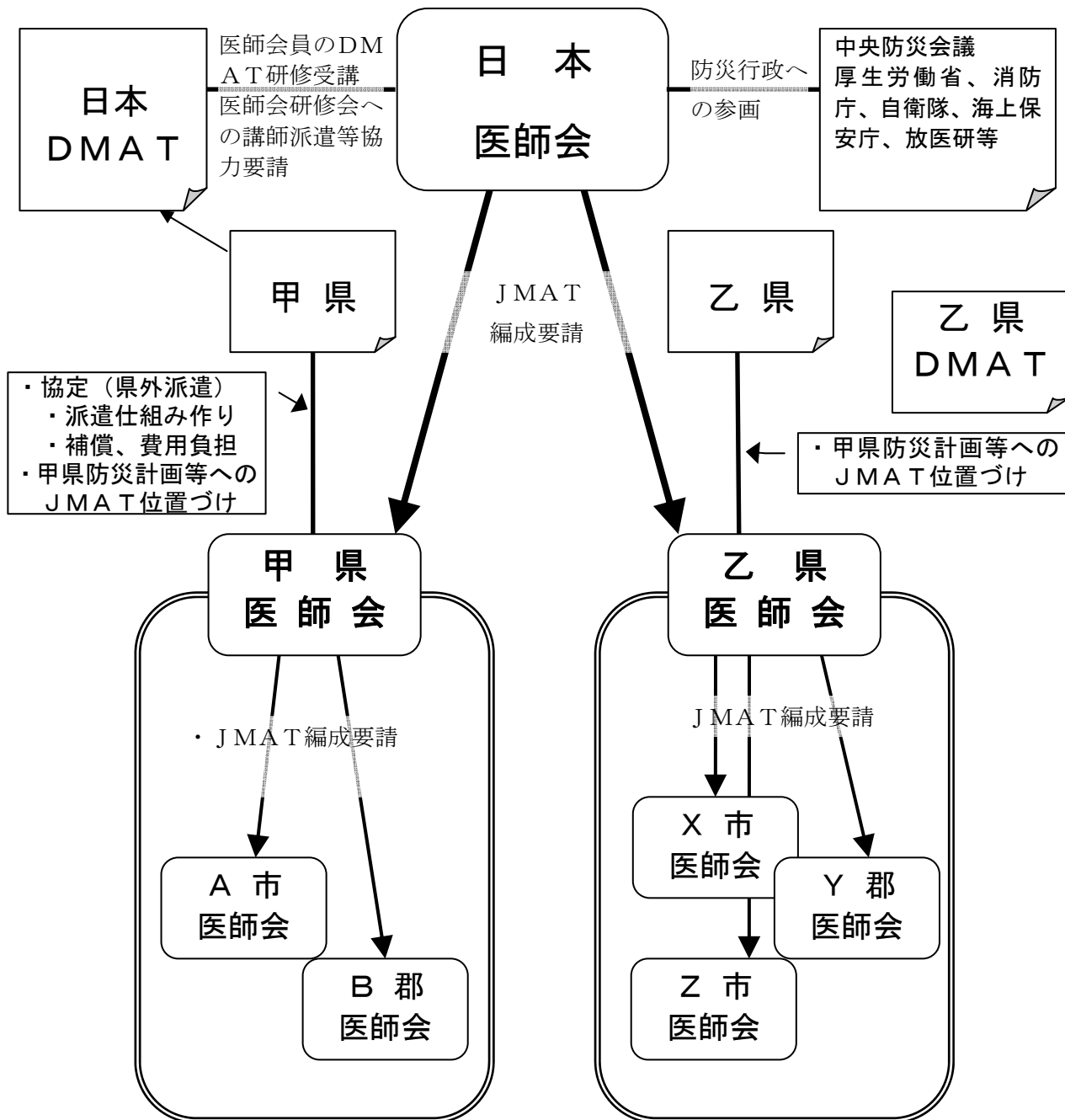
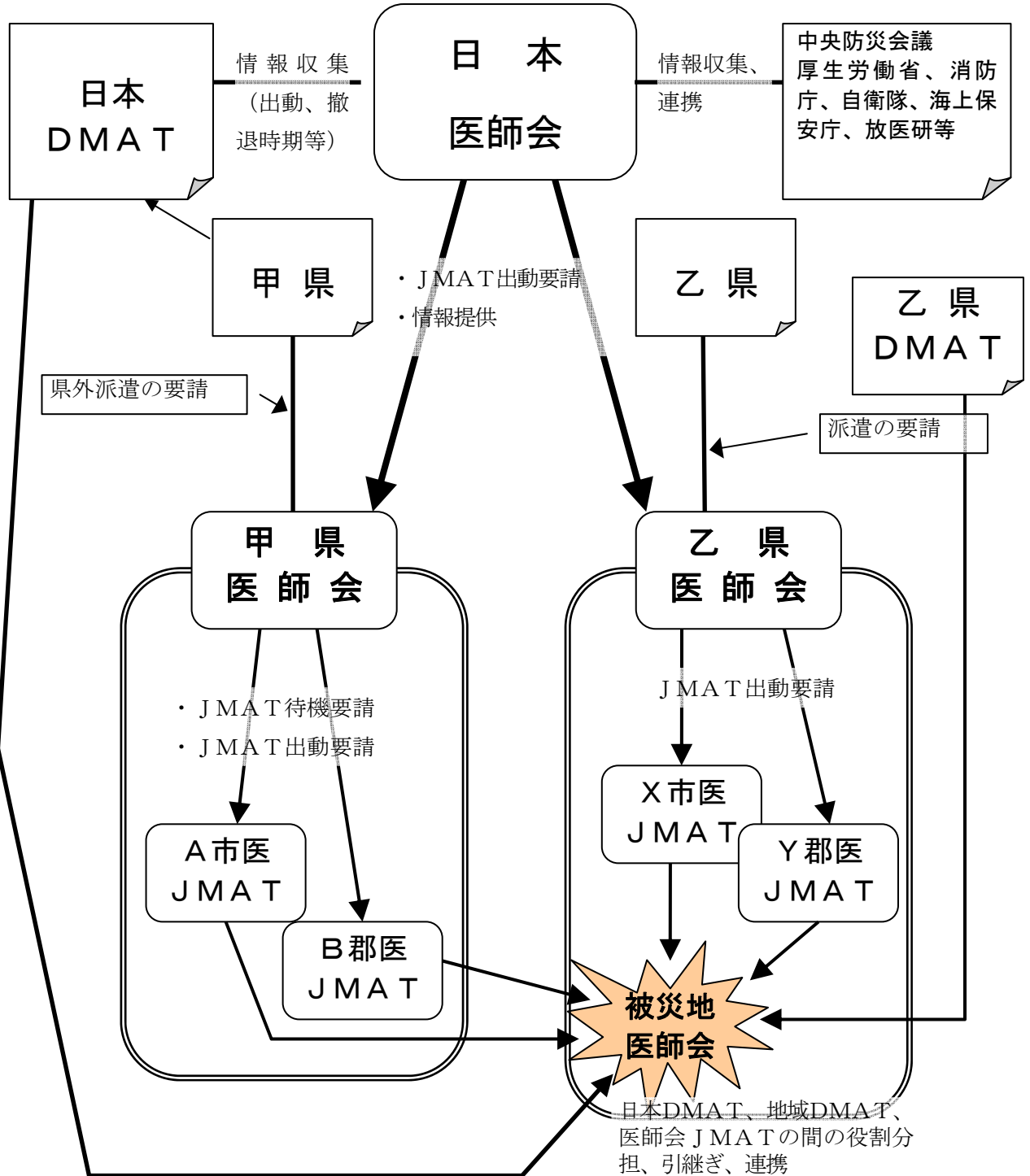


図2

医師会 JMAT と日本医師会・都道府県医師会・郡市区医師会のイメージ（災害時）



3. 特殊災害における対応¹⁶

(1) 特殊災害に関する教育の必要性

“C B R N” (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear) をはじめとする特殊災害は、発生頻度が極めて少ないため、日ごろからの準備（研修、体制整備、訓練等）が行われていないことが懸念される。

そのため、地域医療の現場において、それぞれの特殊災害に特有の用語や疾病、病態や対処方法の周知ができていない、患者の症状から特殊災害との因果関係を推定することが難しい、医療関係者に放射性物質や放射線等への不安がある、などの課題が指摘された。

例えば、放射線は五感で感じることはできないが、人体への影響は定量的に扱うことができる。原子力施設の立地する県の災害医療関係者は教育を受けているかもしれないが、非立地県の者はいたずらに不安感を抱く。また、工業団地が被災した場合は、一般の医師には馴染みのない化学物質による汚染が懸念される。そのような場合の汚染物質の同定や対処策等には、自衛隊の能力が非常に重要である。

以上の通り、特殊災害への対策が、我が国の災害医療対策の中で孤立している現状にあるが、発熱外来だけでは対応できなかった新型インフルエンザへの教訓を踏まえ、広く医師会 J M A T や D M A T 等において、正しい知識の平準化がなされる必要がある。

日本医師会として、自衛隊や（独）放射線医学総合研究所等の特殊災害を担う機関との連携の下、平時及び災害発生時において、それぞれの特殊災害の概要、考えられる疾患とその診断方法、主な症状、治療方法、被ばく・汚染等の二次災害・被害拡大の防止策、行政への報告制度等の情報を、地域医師会や医療機関に提供することが重要である。

¹⁶ 「緊急被ばく医療のあり方について」(原子力安全委員会原子力施設等防災専門部会 平成13年6月、平成20年10月一部改定)を参照。

(2) 正確で迅速な情報提供の必要性（放射線災害を例として）

特殊災害の発生時にあっては、正確な情報を、いかに迅速に地域に伝達するかが、重要である。新潟県中越沖地震における原子力施設の被災は、海外では過剰に報道され、大きな風評被害が発生した。

特殊災害の被災地やその周辺地域では、被ばく・汚染のない者を含め、多くの住民が健康不安を抱き、受診を求めることが考えられる。

例えば、新潟県中越沖地震では、原子力発電所の被災に関する情報開示が遅れたことが指摘されたが、原子力施設の被災時には、まず原子力施設の周囲から始めて放射能汚染の有無を計測し、地域住民に対して情報を正確かつ迅速に伝達する必要がある。

特に地域の医師は住民から信頼されている。被災地域の医師が、地方自治体等から正確で迅速な情報提供を受け、それに基づく説明を行うことが住民の安心につながる。

4. 国際貢献

(1) 海外における災害へ取り組み

最近の国連統計によるとアジアは自然災害の多発地帯であり、東南アジアだけで、世界の自然災害の60%を占める。しかし自然災害から甚大な経済損失を被むって来たにも拘らず、これまで諸国の動きは極めて鈍かった。

漸く今回、東南アジア諸国連合（ASEAN）10カ国では、日本、韓国、中国、インド、オーストラリア、ニュージーランドも加わった首脳会議

（EAS）を開催し、自然災害の対策とリスク軽減のために一致して協力の水準を高めることになった¹⁷。今後、災害への対応手順の標準化、連絡網の構築を行うなど、自然災害に対する地域レベルの対策強化を進めることになる。

(2) 日本医師会の果たすべき役割

医師会 J M A T には、以上の活動の延長線上にあるものとして、国際貢献が期待される。地球温暖化、テロリズム等により、新たな災害の発生も懸念される。医師会 J M A T の編成、研修、実践、活動評価等を通して、その充実を図り、将来的には日本医師会の国際貢献にも資するよう努めるべきである。

なお、日本医師会は、下記のような国際的な活動を実施しているところである。

- 世界医師会（WMA）への加盟
 - 医学教育・医学・医術および医の倫理における国際的水準を高め、また、すべての人々を対象にしたヘルスケアの実現に努めることを目的に設立された組織。現在、95カ国医師会が加盟。
- アジア大洋州医師会連合（CMAAO）の設立
 - アジア・大洋州における医師の交流の促進、情報交換、地域住民の保健水準向上を図ることを目的に日本医師会が中心となって設立した組織。現在、18カ国医師会が加盟。

¹⁷ 「東アジア首脳会議（EAS）防災に関する声明」（外務省ホームページ（http://www.mofa.go.jp/mofaJ/area/eas/shuno_4th_bousai.html）参照）

- 国際医学生連盟（IFMSA）との交流

- WHO、WMAにより医学生を代表する国際フォーラムとして公認を受け、現在100ヶ国以上が加盟している組織。その日本組織の事務局を日医会館内に置き交流を図っている。

また、今期（平成20・21年度）に発生した各国の大災害¹⁸に対しては、義援金の募集とともに、AMD A（Association of Medical Doctors of Asia：1984年に設立された国際医療ボランティア組織）と連携を取り、その緊急医療活動に対する支援を実施した例がある。

¹⁸ 2008年5月2日発生 ミャンマー連邦中・南部の大型サイクロン・ナーギス（Nargis）、2008年5月12日発生 中国四川大地震（汶川地震）

おわりに

医療と消防は、国民が安心して生活を送ることのできる社会にとって不可欠な要素である。患者の救命、社会復帰のため、救急医療と救急搬送とが連携を密にし、「車の両輪」となって機能することが求められる。

平成21年に行われた消防法の改正は、救急患者の搬送・受入れの円滑な実施を図るため、医療と消防の連携を推進するものである。現在、その具体化に向けた取り組みが進められているが、国と地域のそれぞれのレベルで、医療関係者と消防関係者の連携が進められることが望まれる。

その連携には、地域の連携及び地域間の広域連携があり、それぞれ適切なMCの下で行われなければならない。そのためには、日本医師会や地域医師会（都道府県医師会・郡市区医師会）の役割が重要となる。日本医師会には、MC体制における地域医師会の重要性の主張、全国MC協議会連絡会の充実・発展、厚生労働省と総務省消防庁との連携への関与をはじめ、地域医療の担い手の立場から、我が国の救急医療体制の再生に取り組むことが求められる。

今後、今回の法改正を契機として、MC協議会の在り方や、全国連絡会の充実と日本医師会のかかわり方などについて、各県の実施基準の作成や施行の状況を踏まえ、日本医師会と各都道府県医師会担当役員との意見交換をする機会も重要である。

災害医療についても、医療と消防の連携が重要となることは言うまでもない。さらには、国・地方の防災行政全般における医療の位置づけの向上が必要である。日本医師会には、将来的に中央防災会議への参画を果たし、その役割を担うことが期待される。そのためには、日本医師会は災害対応への実行能力を具えるとともに、各地域医師会を対象に、災害時医療救護協定の締結状況、防災計画・防災会議等の状況等について、調査を行うべきである。

今期のキーワードとなった「連携」であるが、それは、「医学的観点からの質の確保」というMCの理念に立脚することが重要である。その観点から、本報告書では、「救急救命士の業務場所の拡大」ということを提示した。医療と消防との連携、あるいは医療関係者間の連携に関する議論に資することを期待する。

医師会 J M A T（Japan Medical Association Team）基本方針

（1）日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会の役割

① 日本医師会の役割

平時（災害発生前）	災害発生時
<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県医師会に対する医師会 J M A T の編成要請 ● 国の関係機関等との連携 ● 病院団体等との連携 ● 都道府県医師会と都道府県との災害時医療協定の締結の推進 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 各地域の災害医療協定の締結状況の把握 ➢ 参考となる協定の雛形等、有用な情報の提供 ● 日本 D M A T との連携、医師会 J M A T 研修への協力要請 	<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県医師会に対する医師会 J M A T の待機要請、派遣要請 ● 各都道府県ごとの医師会 J M A T の派遣順番、派遣時期の決定 ● 医師会 J M A T による活動 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 現場での情報収集、必要物資の要請 ➢ 医療の実施 ● 医師会 J M A T の後方支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 国等からの情報収集 ➢ 都道府県医師会への情報提供 ● 国との折衝 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 感染症、地域保健対策 ➢ 保険診療の確保 ➢ 医療機関の再建支援（国庫補助、優遇税制、公的融資等） ➢ 国の災害医療対策見直しへの参画

1）都道府県医師会と都道府県との災害時医療協定の締結の推進

- 都道府県ごとに行政から医師会に派遣要請がなされる仕組みでは、県外の災害や複数県での広域災害時には非効率なものとなるため、ブロックごと、あるいは日本医師会が機会を設けて全国単位で、都道府県医師会と都道府県行政との間で一括した協定の締結を推進する。
- 協定には、当該都道府県医師会が、医師会 J M A T として活動する場合の規定を設けるよう求める。
- 協定には、医師会 J M A T が、県外で発生した災害に出動する場合の規定を設けるよう求める。
- D M A T の要員が、D M A T としての活動を終えた後も引き続き現地に残り、医師会の災害医療活動に従事することを望んだ場合にも、

医師会 J M A T として認められるよう求める。

- 各都道府県医師会等による協定の締結状況、協定の内容、実際の災害対応例、見直し状況等について、定期的な情報収集とフィードバックを行い、協定内容の充実や、協定の形骸化防止を図る（各都道府県医師会と行政との協定の他、ブロック内の医師会間の協定、都道府県医師会と管下郡市区医師会との協定）。

2) 地域医師会、医師会 J M A T への後方支援

- 災害発生時、国の関係機関と連携し、必要な情報を収集して地域医師会、医師会 J M A T に提供することが必要である。特に、特殊災害：“C B R N”（Chemical, Biological, Radiological, Nuclear）に関しては、その概要、考えられる疾患とその診断方法、主な症状、対処方法、被ばく・汚染等の二次災害防止策、行政への報告制度等の情報が重要である。
- 医師会 J M A T の活動を有効なものとするため、D M A T や各災害医療チームの要否や派遣先の決定などを行える経験を積んだ専門家を確保し、医師会 J M A T に参加させることも必要である。

3) 災害医療対策の見直しへの参画

災害から得られた教訓を基に、国の災害医療対策が見直されることがありうる。防災基本計画や「災害時における医療体制の構築に係る指針」¹⁹の見直し作業に、地域医療の立場で参画する。

② 都道府県医師会の役割

平時（災害発生前）	災害発生時
<ul style="list-style-type: none"> ● 郡市区医師会に対する医師会 J M A T の編成要請 ● 都道府県庁（医療、公衆衛生、福祉、消防防災当局）、警察、自衛隊、海上保安庁等との連携 ● 原子力施設等との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ● 郡市区医師会に対する医師会 J M A T の待機要請、派遣要請 ● 各医師会 J M A T の派遣順番、派遣時期の決定 ● 郡市区医師会への情報提供 ● 都道府県との折衝

¹⁹ いわゆる「4 疾病 5 事業」の一つ。

<ul style="list-style-type: none"> ● 県行政による防災訓練への参加 ● 病院団体等との連携 ● 都道府県防災計画、災害時医療計画策定への参画 ● 都道府県との災害時医療協定の締結 ● 日本DMAT指定医療機関、地域DMATとの連携 ● 医師会JMAT研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (県外災害の場合) 県外への医師会JMATの出動に当り、知事等の承諾取得 ➤ 医師会JMATの費用負担 <p><被災医師会></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 被災地の状況把握 ● 日医への医師会JMAT派遣要請 ● ブロック・近隣医師会への協力要請 ● 都道府県等からの情報収集と郡市区医師会への情報提供 ● 都道府県との折衝 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 医師会JMATの交通手段の確保 ➤ 感染症、地域保健対策、保険診療 ➤ 医療機関の再建支援(公的補助、優遇税制、公的融資等) ● 県の災害医療対策見直しへの参画
--	---

1) 都道府県との災害時医療協定の締結

都道府県医師会が被災地に医師会JMATを派遣するためには、あらかじめ行政との間に協定を締結し、医師会JMATについて、次のような規定を設けることが必要である。

- 都道府県防災計画や災害時医療計画への位置づけ
- 業務内容
- 行政(都道府県等)による身分補償や費用弁償等の負担
- 災害発生時には、医師会の判断により出動させ、行政はそれを事後承諾して身分補償や費用弁償等を行う旨の規定
 - 事後承諾規定が適用される場合の出動の判断基準の明確化が必要
 - 災害医療チームの派遣は「要請主義」であるが、迅速な対応システムを確立するため
- 出動先が県外の場合であっても、上記2点が適用される規定
 - 被災地が他の都道府県であった場合に備えるもの
- 1年後の見直し条項の規定
 - 新たな災害の出現、行政組織改革、制度改正等への対応の他、協定の形骸化や死文化の回避のため

<参考>

- 新潟県医師会では、県医災害時医療救護活動基本計画により、当会または郡市医師会の会員等が救護活動要員として災害時に出務した場合の身分補償及び費用弁済を規定（災害救助法の規定により救護班の出務手当や費用弁済、補償等がなされる場合、または災害救助法の適用にかかわらず新潟県が新潟県災害時医療救護活動マニュアルで規定している救護班等の出務にかかる費用等を弁済する場合には対象としない）。
 - ◇ 災害時に出務した場合に使用した医薬品や医療材料等は、実費を弁済
 - ◇ 出務にかかる手当等は、日当1万7400円、旅費は医師会旅費規程の通り。
 - ◇ 普通傷害保険への加入：最大医師10名、看護師等20名を対象とし、医師は死亡・後遺障害で5000万円。

- 愛知県医師会では、保険会社との間に「愛知県医師会情報センター災害補償プラン」を契約し、情報センターより診療依頼した医師及び看護師の身分補償を実施。
 - ◇ 医師及び看護師（被保険者50名）
 - ◇ 死亡・後遺障害：70,140千円

2) 都道府県医師会の郡市区医師会に対する役割

管下の郡市区医師会が災害時にどのような活動をするべきかについて、マニュアル化、標準化を図り、統一的な行動ができるようにする。

防災訓練等を通じて郡市区医師会とDMAT（日本・地域）との連携を推進する。また、DMATの医師等による郡市区医師会への講習を実施する。

③ 郡市区医師会の役割

平時（災害発生前）	災害発生時
<ul style="list-style-type: none"> ● 医師会 J M A T の編成、隊員の登録 ● 市町村庁（医療、公衆衛生、福祉）、消防、警察等との連携 ● 市町村防災計画、災害時医療計画策定への参画 ● 空港等の管理者との災害時医療協定の締結 ● 原子力施設、化学工場等との連携 ● 医師会 J M A T 研修の実施 ● 自ら被災した時の医療活動の仕組みづくり、訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師会 J M A T の編成、出動 <p data-bbox="842 1400 1038 1435"><被災医師会></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 被災状況の把握 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 管内医療機関 ➤ 在宅医療患者、要介護者 ➤ 避難所、臨時診療施設の配置 ➤ 医療ニーズ ● 都道府県医師会への医師会 J M A T 派遣要請 ● 近隣郡市区医師会への協力要請 ● 会員への情報提供 ● 市町村庁との折衝 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 感染症、地域保健対策、保険診療 ➤ 医療機関の再建支援（公的補助、優遇税制、公的融資等） ➤ 医師会 J M A T の交通手段の確保 ● 市の災害医療対策見直しへの参画

(2) 医師会 J M A T の構成

我が国では、比較的中小規模病院が多い民間立病院（医療法人＋個人）が病院全体の 70.6% を占め、救急患者搬送受入れ件数も過半数を超える。また地域では、それぞれの専門性を持って独立した開業医が、様々な疾患の患者に対応している。

医師会 J M A T は、このような医療資源に支えられるものとなる。つまり、医師会 J M A T は、中小病院の勤務医師・看護職員等や診療所開業医師会員が中心となって構成されることになる。

しかし中小病院では、深刻な医師や看護職員不足が起きており、医師会 J M A T への参加が困難な場合が想定される。また、必ずしも救急医が参加できるとは限らない。

他方、診療所開業医師会員の場合であっても、出勤している間は自院を閉院しなければならないので、長期間の活動はできない。

中小病院が多く、また広い地域に病院が 1 施設しかない例がある県内の医療事情を反映した「大分 D M A T」を参考とすると、医師 1 名・看護職員 1 名の計 2 名を最小単位とし、都道府県医師会の判断で他のコメディカルや業務調整員を追加することが考えられる。また、短期間での交代を前提として編成する必要がある。

(3) 医師会 J M A T の研修

日本医師会は、各地域における医師会 J M A T 研修の実施を支援するべきである。例えば、日本 D M A T の講習プログラム（4 日間）から広域医療搬送（S C U Staging Care Unit）等を除いた課程を参考とし、医師会 J M A T の標準的な研修課程を提示するべきである。同時に、日本 D M A T に協力を要請し、研修会への講師派遣を求めるべきである。

医師会 J M A T の研修は、現行の「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修」事業に基づく研修会を修了した者を対象とし、かつ、日本医師会の生涯教育制度の対象とするべきである。

研修内容には、どの時期に被災地の医師や医療機関だけに任せて撤収すればよいかを見極めるトレーニングが含まれるべきである。

また、現在のDMATは病院単位で指定されるが、個々の医師会員が日本DMATの講習を受けられる方策を検討する必要がある。

例えば、DMATの講習受講を希望する医師会員のため、都道府県医師会が県内の希望者を集め、例えばA病院の勤務医と看護師、B診療所の開業医を1グループとして参加させたり、DMAT指定医療機関の枠で当該病院の医師等とともに会員を参加させる方法が考えられる。

(4) 医師会 JMAT の活動内容

医師会 JMAT に求められる活動は、DMAT のような超初期の災害医療ではなく、災害急性期医療、被災地医師会等との協力、活動支援である。

被災地医師会の医師会員は、自身の診療所が被災しながらも、被災者のための医療に従事している。被災地の医療機関が行ってきた透析、周産期医療、あるいは、往診している患者、在宅酸素療法患者、独居老人や要介護者等の居場所の情報に基づいた医療の提供等を担うことができるのは、被災地の医師会である。医師会 JMAT が、被災地の医師会と協力して担う役割は重要である。

医師会 JMAT の主な活動として、次のような事柄が考えられる。

- 現場トリアージ
- 必要な医療物資の把握、送付要請
- 避難所・臨時診療施設における医療
 - 災害の初期医療の実施
 - 感染症対策や廃用症候群等の対策の実施
 - 災害前からの医療の継続：人工透析等、周産期、高齢者、在宅医療等
- 被災地の医師会員の医療・介護継続への支援
- 被災地医師会を中心とする現地対策本部への助言（各災害医療チームの配置、撤収時期判断、後継チームへの引継ぎ等）

(5) 医師会 JMAT と地域DMAT

日本DMATとは別に、都道府県内の自然災害や交通事故等の都市型災害などを主な活動範囲とする「地域DMAT」が各地で編成されている。

地域DMATは、各都道府県の医療事情等の地域特性によって、日本DMAT実施要領への準拠の度合い、DMAT指定医療機関の要件、チーム構成（医師、看護職員、事務職・業務調整員）、日本DMAT研修修了の有無、出動基準（災害の規模、被災患者数等）などが異なる²⁰。

例えば、大分県医師会の提唱により創設された「大分DMAT」では、チーム構成は医師1人・看護師1人が最小単位、県内の小規模な災害・事故も対象（傷病者1名以上）、緊急やむをえない自主的な判断での出動が可能、DMAT指定病院を災害拠点病院や救命救急センター等に制限しないなどの特徴がある。

都道府県医師会は、県内の災害を主な対象とする地域DMATの創設、運用（体制の構築、DMAT隊員登録、講習、事後検証等）に関わるとともに、医師会JMATとの役割分担と連携を明確化するべきである。

また、地域DMATの医師に、医師会JMATの研修を実施してもらうことにより、DMATと医師会員との意思疎通も図られる。

²⁰ 大分DMAT、高知DMAT関係資料より。

別紙 救急救命士の業務の場所の拡大（提議）＜論点＞

① 目的

- 1) 救急医療現場の負担軽減
- 2) 人的資源（近年増加している専門学校や大学卒の資格取得者）の活用、雇用の創出

② 前提条件

- 1) 救急救命士の業務は、救急救命士法で定める、医師の指示に基づく「救急救命処置」であること
- 2) 医療の安全と質が担保されること（メディカルコントロール、養成カリキュラム）
- 3) 救急医療機関の施設基準の強化（集約化）や、医療費削減策につながらないこと
- 4) 業務場所の拡大の結果について、検証を行うこと

③ 救急救命士の業務の場所の拡大先

- ・救急医療機関（救急告示病院・診療所、2次・3次救急医療機関）の施設内

④ 課題

1) 共通テーマ

- ・救急救命士法の改正（場所の拡大）が必要であること
- ・救急救命士が、「救急救命処置」の他に、院内でどのような行為が行えるかについて、整理が必要であること（現行法でも可能な行為、法解釈変更や法令改正が必要な行為）
- ・院内のどのような施設を、業務場所として認めるかについて、整理すること

2) 救急隊（消防機関）の救急救命士による、患者搬送先医療機関の処置室等での処置

- ・救急救命士法の他、消防法等の関係部分（救急業務（患者搬送業務））についても、改正に関する検討が必要である
- ・救急隊の救急救命士が、院内で処置を行うに当り、その管理責任は誰が負うか（特に、当院の医師の指示の下で処置を行った結果、救急救命士の過失による事故があったとき）
- ・救急隊所属の救急救命士には、業務できる場所を限定するべきか（例：救急外来や処置室に限り、ICUや手術室は認めない）。そのような限定は法律上可能か

3) 救急救命士が、救急医療機関に就業し、自院の処置室等での処置（消防機関により養成された救急救命士ではなく、専門学校や大学の養成課程を修了した者を想定）

- ・そもそも救急救命士の養成は、救急隊（消防機関）に従事することを前提として行われてきた
- ・医療職として、医療機関で働くことを前提とした専門学校や大学の教育・研修の見直し、質の確保が必要である
- ・救急医療に従事する看護職員の養成が優先するべきことではないか