

救急災害医療対策委員会  
報 告 書

平成24年3月

日 本 医 師 会  
救急災害医療対策委員会

平成24年3月

日本医師会長

原 中 勝 征 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22年8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対策の推進」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 井戸 俊夫（岡山県医師会会長）
- 委員 有賀 徹（日本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）
- 〃 大木 實（福岡県医師会常任理事）
- 〃 小池 哲雄（新潟県医師会副会長）
- 〃 小濱 啓次（川崎医療福祉大学教授）
- 〃 坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院救命救急センター長）
- 〃 杉本 壽（星ヶ丘厚生年金病院長）
- 〃 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（姫野病院救急総合診療科部長）
- 〃 西本 泰久（大阪府医師会理事）
- 〃 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）
- 〃 横田 裕行（日本医科大学付属病院高度救命救急センター部長）

# 目次

はじめに .....	- 1 -
<b>災害医療対策</b> .....	- 2 -
I. 日本医師会と JMAT 活動 総論.....	- 2 -
1. 東日本大震災からの教訓.....	- 2 -
2. 災害医療の現状と今後の取組みについて.....	- 3 -
3. JMAT のDMAT との連携.....	- 4 -
4. ドクターヘリの積極的活用.....	- 5 -
5. 災害医療の患者像.....	- 5 -
6. 死体検案.....	- 7 -
7. NBC (CBRN) 災害への対応.....	- 8 -
II. 各論 .....	- 11 -
1. 日本医師会の役割.....	- 14 -
2. 都道府県医師会の役割.....	- 19 -
3. 郡市地区医師会の役割.....	- 21 -
4. 被災地のコーディネーター機能下における JMAT 活動.....	- 22 -
5. JMAT のチーム編成、派遣.....	- 23 -
III. 災害医療研修 .....	- 26 -
1. 「災害医療に関する調査」(参考1) より.....	- 26 -
2. JMAT 教育研修プログラム案.....	- 27 -
3. すべての医師会員を対象とした災害医療研修.....	- 28 -
IV. 災害に備えた医師会の体制 (Disaster Preparedness) .....	- 29 -
1. 防災行政における医療の位置付けの強化.....	- 29 -
2. 災害時医療救護協定の締結.....	- 29 -
3. JMAT II .....	- 30 -
4. 具体的な医師会の取り組み事例.....	- 30 -

<b>救急医療対策</b> .....	- 32 -
I. 救急蘇生法の普及啓発.....	- 32 -
1. 一般市民、非医療従事者.....	- 32 -
2. 医師、医療従事者：日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修	- 35 -
II. 救急医療体制のあり方.....	- 38 -
1. 「二次救急医療体制」 .....	- 38 -
2. 救急電話相談事業（#8000、#7119 他） .....	- 43 -
3. 救急医療情報システム.....	- 44 -
III. 救急搬送・救急医療の連携.....	- 47 -
1. 平成 21 年消防法改正に基づく実施基準の今後.....	- 47 -
2. 超高齢社会における救急搬送・救急医療体制.....	- 48 -
3. 一般救急医療と精神科救急医療との連携.....	- 50 -
IV. 病院前救護体制 .....	- 55 -
1. 医師によるプレホスピタルケア.....	- 55 -
2. 救急救命士.....	- 56 -
おわりに .....	- 58 -
別添 1：J M A T 要綱	
別添 2：J M A T の課題整理	
別添 3：放射線の基礎知識	
参考 1：「災害医療に関する調査」結果	
参考 2：J M A T の経緯	

## はじめに

東日本大震災において、被害に遭われた多くの方々に、心より哀悼の意とお見舞いを申し上げます。またご自身の被災にもかかわらず、被災者の医療に尽力された医師の方々、医療従事者の皆様に敬意を表します。

日本医師会は、我が国最大のNGO（民間非政府組織）であり、あらゆる立場の医師が個人の資格で参加する団体である。東日本大震災の発生にあたり、日本医師会は、本委員会が震災一年前に提言したJMAT（日本医師会災害医療チーム）の派遣を決定し、各都道府県医師会に要請した結果、多数のチームが派遣された。

被災地に派遣されたJMATは、避難所等における医療や医療機関への支援と同時に、避難所や在宅等の被災者の健康管理、避難所等の生活環境の改善や被災地の医療復興に大きく貢献した。また、米軍（トモダチ作戦）等の協力による大量の医薬品搬送、被災者健康支援連絡協議会に結実した関係者の結集や仮設診療所の設置支援などは、JMAT活動との間で相乗的な効果を生み出したと思われる。

他方、別添の課題整理に掲げた通り、JMATには、災害発生前（平時）、派遣決定時、派遣中及び撤収（被災地の医療再建時）の各段階において、編成・派遣、活動、情報の共有、指揮命令系統、関係者との連携や災害医療・防災行政との関係などにおいて様々な課題が残されている。

本委員会では、東日本大震災におけるJMAT活動について、委員からの報告、JMAT派遣元都道府県医師会がまとめた活動記録集、災害医療小委員会による「災害医療に関する調査」結果などを基に検討を重ねた結果、報告書本文並びに別添「JMAT要綱（案）」及び「放射線の基礎知識」により、課題への一定の解決策を提示した。また本年3月10日には本委員会審議の成果の一つとして、「JMATに関する災害医療研修会」が開催される予定である。

災害対策は、Disaster Preparedness（災害への備え）である。日本は、地震、火山噴火や津波など多くの自然災害リスクを抱え、さらに原子力施設や化学コンビナートなどを数多く保有する国である。日本医師会には、JMATの体制整備、環境整備をさらに推進することを期待する。

## 災害医療対策

### I. 日本医師会とJMAT活動 総論

#### 1. 東日本大震災からの教訓

およそ災害とは、暴風、洪水、地震、津波、噴火など異常な自然現象によって生じる被害と航空機事故、鉄道事故、大火災などの主に人為的被害などに大別されるが、突発的かつ破壊的である。

我が国は地震、台風などの自然災害や航空機事故など極めて大きな災害に見舞われた過去の経験から、前期本委員会では、このような災害時に、日本医師会はただ手をこまねいているのではなく、迅速に被災地に医療チームを派遣し、被災現場の医療機関、医師会と協力して地域の医療を支援するシステムを持つべきであるとの意見が相次いだ。

そのために日本医師会の果たすべき役割は何かを議論し、これまで各都道府県医師会が個別に取り組んできた災害医療についての取組みを一元化して災害時における被災地の医療支援を行う「JMAT（Japan Medical Association Team）構想」について検討し、東日本大震災の1年前に当たる平成22年3月、報告書としての取りまとめを行い、日本医師会長に提出した。

今期の本委員会では、更なるJMAT構想を都道府県医師会に提示した上で意見集約を図り、今後の具体的取組みを推進することとしていたが、その過程において、東日本大震災（平成23年3月11日）が発生し、それに伴う大津波、さらに東京電力福島第一原子力発電所の放射能汚染という未曾有の事故に遭遇することになった。

JMAT構想が未完成の段階にはあったとはいえ、この構想を抛り所として、全国の都道府県医師会が日本医師会の下に結束して、東北3県及び茨城

県に災害医療チームの派遣が行なわれたことは評価しうるものである。

JMATの派遣数は、派遣を終了した平成23年7月15日で1395チームを数え、その後を受けた「JMAT II」はJMAT岩手を中心として、平成24年2月16日現在407チームとなっている。

JMATに参加した多数の日本医師会員の勇気ある行動と結束力に、多くの国民から医療への信頼と今後の期待が寄せられている。

本委員会では、今回の大災害におけるJMAT活動を検証しながら、今後にも更なる検討を加えた。平時では災害医療対策への努力・研鑽を積み重ね、災害時では被災地現場での医療活動の充実、地域住民の信頼の確保に努めていかなければならない。それが16万5000人の医師会員を擁する日本医師会のプロフェッショナル・オートノミー（職業的良心、自律）そのものであると考える。

さらに、医師会の被災地支援活動は、単に狭義の災害医療に限られるものではなく、被災した人々が人間としての尊厳を保つために、医療、公衆衛生活動を行うことでもある。

## 2. 災害医療の現状と今後の取組みについて

今回、本委員会災害医療小委員会において実施した「災害医療に関する調査」結果（参考1）などを総合すると、多くの都道府県医師会において、既に地域医師会単位で医療救護班が編成され、行政との災害時医療救護協定の締結や訓練が行われてきた。出動時の費用負担、医師等の二次災害に対する補償などを含め、十分な対策が整備されている地域もある。

他方、都道府県行政の姿勢によっては、次第に災害医療に対する取組みが疎かになり、実践的な訓練なども行われず、また、医薬品・医療器材の備蓄等も各卸業者に任された結果、直ちに調達できなかった例もあったといわれ



ている。災害時医療救護協定についても、定期的な見直しや新規事項の追加の検討などは、東日本大震災発生前では殆ど行われていなかったと思われる。また、DMATや災害医療拠点病院の整備・訓練の方向性、消防・防災ヘリや全国的に普及してきたドクターヘリの活用に関する議論が関係機関の連携・調整のないまま進められ、その結果として様々な齟齬が生じてきた。

以上の通り、備蓄、搬送、情報交換、協定など、災害医療への取組みの形骸化に対して警鐘を鳴らしておきたい。

### 3. JMATのDMATとの連携

国が平成17年4月に発足させた日本DMATは、おおむね48時間以内の災害急性期医療を担うものであり、中央防災会議による防災基本計画に記載されている。

厚生労働省は、平成19年7月に、「4疾病5事業」に関する医政局指導課長通知<sup>1</sup>を発出したが、「災害時における医療」については、医療機関とその連携の目指すべき方向として、「①災害急性期において必要な医療が確保される体制（被災地の医療の確保、被災した地域への医療が支援可能な体制）」、「②急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制（救護所、避難所における健康管理が出来る体制）」を示している。従って被災現地の実情を熟知した医療関係者が指揮命令系統にコマンダーとして参加し、DMATとJMATチームが相互理解と協働の下での活動によって、その後の医療を円滑に引継いでいくことが必須の課題となる。

厚生労働省は、既に「災害医療等のあり方に関する検討会」報告書において、DMATの活動内容の見直しを提示しているが、これらの具現化に当たっては、日本医師会との間で協議、検討をしていくべきである。特に、DM

---

<sup>1</sup> 「疾病又は事業ごとの医療体制について」（医政指発 0720001）中の「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」

A Tの派遣期間の延長は、あくまでも J M A T等が到着し、活動を開始するまでの期間であることを確認する。

さらに、D M A T隊員が、D M A T派遣終了後に J M A Tとして参加を希望する場合は、被災都道府県医師会、派遣元都道府県医師会の了解の下で、認める体制の構築を目指すべきである。

#### 4. ドクターヘリの積極的活用

ドクターヘリは、医師と看護師が搭乗している救急医療専用のヘリコプターである。平成24年度には40機が導入され、ほとんどの道府県に導入される。阪神・淡路大震災においては、被災地が陸の孤島となり、ヘリコプターが必要であったのに、わずか1名しかヘリコプターで救命治療搬送されず、多くの防ぎえる外傷死（Preventable Trauma Death；P T D）が発生した。このためドクターヘリが導入され、東日本大震災においては、18機のドクターヘリが出動し、D M A Tと協力し、石巻市民病院の患者転送も含めて、162名の救命治療搬送を行った。

今後の災害においても、機動力のある救急医療専用のドクターヘリを積極的に活用すべきである<sup>2</sup>。

#### 5. 災害医療の患者像

平成7年1月17日の阪神・淡路大震災での死者数は6,433人、行方不明は3人、負傷者数は4万3792人であった。医療救護活動に関しては、時間の経過とともに、災害による外傷等よりも、内因性疾患への対応が重要性を増した。

また東日本大震災では、災害による外傷など、急性期として対応すべき事

---

<sup>2</sup> 参考資料：東日本大震災におけるドクターヘリ活動（2011.3.11～17）（第1報）（日本航空医療学会雑誌12巻第1号）

例よりも、避難所等や在宅の患者への医療、医療機関への応援など地域医療への参加、検案が主な活動であった。

東日本大震災と阪神・淡路大震災の患者像 厚生労働省「第2回 災害医療等のあり方に関する検討会」資料		
	東日本大震災	阪神・淡路大震災
人的被害	死者:15,520名、行方不明者:7,173名 負傷者:5,388名 (7月1日時点) <small>(警察庁緊急災害警備本部調べ)</small>	死者:6,434名、行方不明者:3名 負傷者:43,792名 <small>(消防庁確定報)</small>
死因	<p><small>(警察庁刑事局捜査第一課調べ)</small></p>	<p><small>(兵庫県警察医調べ)</small></p>
震災による医療ニーズの特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・津波災害による死者、行方不明者が多く、負傷者が少なかった。</li> <li>・超急性期、外傷傷病者への救命医療のニーズ把握は困難であった。反面、慢性疾患を持つ被災者に対する医療支援ニーズが高い状態が、長期に渡り続いた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・建物倒壊による圧死が最多で、負傷者は死者の約7倍に上った。</li> <li>・圧挫症候群をはじめ、外傷傷病者に対する超急性期医療のニーズが高かった。</li> </ul>

従って被災地での医療救護活動は、透析患者や重症患者の適切な病院への搬送、避難所等での急病への対応や健康管理、災害前からの医療の継続、薬品調達、衛生管理など地域医療体制をできるだけ早く復旧させることへの取り組みであったと言ってよい。新潟県中越地震（平成16年）などにおいても、同様である。

以上により、災害医療における患者像は、外傷、熱傷、クラッシュシンドロームのようなケースばかりではない。特に発災後一定期間（ほぼ一週間）を経過した後は、内因性の患者数が、外因性の患者数と同程度となり、さらに増加していく。

「阪神・淡路大震災に係る初期救急医療実態調査－疾病患者の発生及び入

院状況」(平成7年度厚生科学研究費補助金)<sup>3</sup>によれば、「肺炎、脱水、心不全及び喘息では避難所での発症が優位」とされた。また、「地域別に見ても、震災による被害の大きかった地域で疾病の発症率が高く、震災の影響を強く示唆するものであった」とし、その原因としては、「集団生活や粉塵、寒さなどの生活環境の悪化、ストレスや疲労、基礎疾患に対する治療の継続が不可能になったことなどが考えられる」とした。

同研究では、避難所における疾病の発症率は自宅の5倍以上に相当するとして、避難所での発症が自宅に比べて優位であった疾患のうち肺炎、心不全、喘息のピークは震災1週間後とされた。脱水は直後から1月28日まで毎日ほぼ同数の発症を認め、乳幼児は下痢などの合併、高齢者は飲食量の減少のため、長期にわたって持続したものと思われるとした。また、大災害が疾病構造に変化をもたらし、肺炎などの急性疾患の入院が増加したと報告した。

さらに、補足的な検討として、地震による被害の大きさと疾病の入院及び発生率との関係を明確にするために、全壊全焼世帯の地域総世帯数に占める割合と疾病による震災後の新入院症例の地域人口比との相関を検討したところ、有意な相関を認め、被害の大きさが疾病の入院率を増加させたことが強く示唆されたとした。

## 6. 死体検案

東日本大震災は、地震及び津波によって、死者数は1万5836人、行方不明3,650人(平成23年11月11日現在、警察庁調べ)となり、震災当初から、遺体収容や死体検案は、公衆衛生上、重要な活動であった。

また東日本大震災は、死亡者6,434名中圧死が83.3%、焼死が12.8%であった阪神・淡路大震災とは対照的に、死亡者の92.5%が津波による溺死(平成23年7月1日現在)であったことが大きな特徴であり、

---

<sup>3</sup> 日医雑誌第118巻・第13号/平成9年12月15日掲載

検案活動にも大きな影響を与えた。

なお現在、日本医師会と日本警察医会とが連携して、警察医会の全国組織化が進められているが、それが実現すれば、災害時における死体検案活動にも大きく貢献すると思われる。

また、連携体制の構築と同時に、死体検案を一層円滑に進めるための体制づくりが課題であり、死体検案に関する研修会開催や基礎知識の研修、検案認定医制度の検討・推進が施策として考えられる。

また、JMATとして被災地に出動した場合であっても、災害の状況によっては、検案業務を行わなければならない事態もありうる。JMAT参加医師に対して検案に関する基本的な知識の研修も必要である。その観点から、「JMAT教育研修プログラム」に「災害時における遺体検案」の講義項目を加えた。

## 7. NBC（CBRN）災害への対応

### 別添3：放射線の基礎知識

これまで最も遅れた取り組みの中で整備すべきものとして、特殊災害、つまり“CBRN”（Chemical, Biological, Radiological and Nuclear）災害への対応がある。

- (1) 東京電力福島第一原子力発電所事故による放射能汚染は、今後も長期間にわたり対応していくことが求められる。我が国は世界で唯一の被ばく国であり、これまでも放射能汚染事故があったにもかかわらず、医療関係者における災害時の対応も、一般国民に対する啓発も十分にされずにきた。

前期本委員会においても、特殊災害に対して日ごろからの準備（研修、

体制整備、訓練等)が行われていないことに懸念の声が上がった。すなわち、「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上に、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極めて困難である」、さらには「医療関係者においても、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。東日本大震災では、こうした懸念、指摘事項が現実のものとなったといえる。

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。さらに、生物化学兵器や、現実には被ばくの危険性は低いですが社会不安の惹起を狙うダーティーボム(核汚染を引き起こす爆弾)などを含むテロリズムの脅威もある。

日本医師会では、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をさらに強め、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、関連制度等の情報を、地域医師会や医療機関に提供することが重要であると考えます。

その一環として、本委員会では、郡山一明氏((公財)原子力安全研究協会放射線災害医療研究所所長)、明石真言氏((独)放射線医学総合研究所理事)の協力の下、一般の医師に対する放射線の入門テキストを作成した。本書は、一般の医師が患者に説明できるよう、わかりやすく解説されており、被ばくや放射線に関する基本的な事項を含んだものとなっている。

## (2) 特殊災害時における地域医療の支援

東日本大震災による福島原発事故は、被災地の医療体制に極めて大きなダメージを与えた。福島県「浜通り地区」の医療体制は、中央部に福島

原発が位置していたため、南北に分断された。例えば浜通り地区の救命救急センターは南部のいわき市にしかなく、北部の相馬市、南相馬市、新地町は孤立した。さらに、震災発生時は、被ばくを恐れて食料・燃料、医薬品など必要物資の供給が止まり、医療チームの派遣や活動にも深刻な影響が生じた。現在も、被災地の住民人口の大幅な減少、健康不安、医師・看護職員等の医療従事者の流出、患者の長期避難、医療機関の再開困難が起きている。

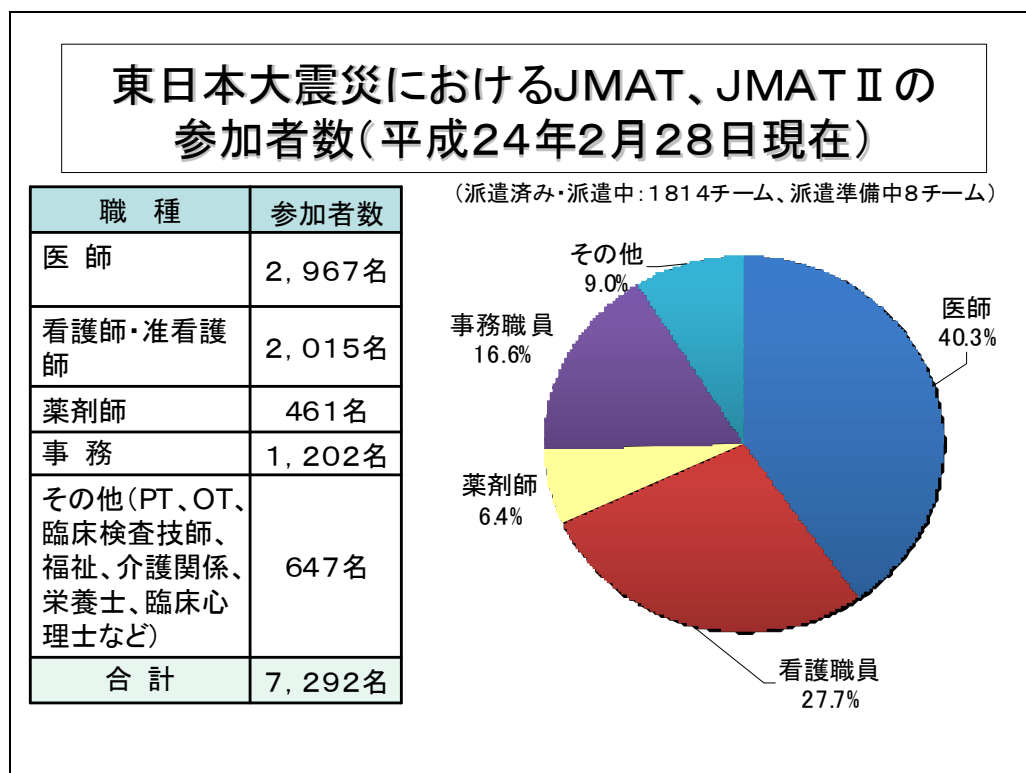
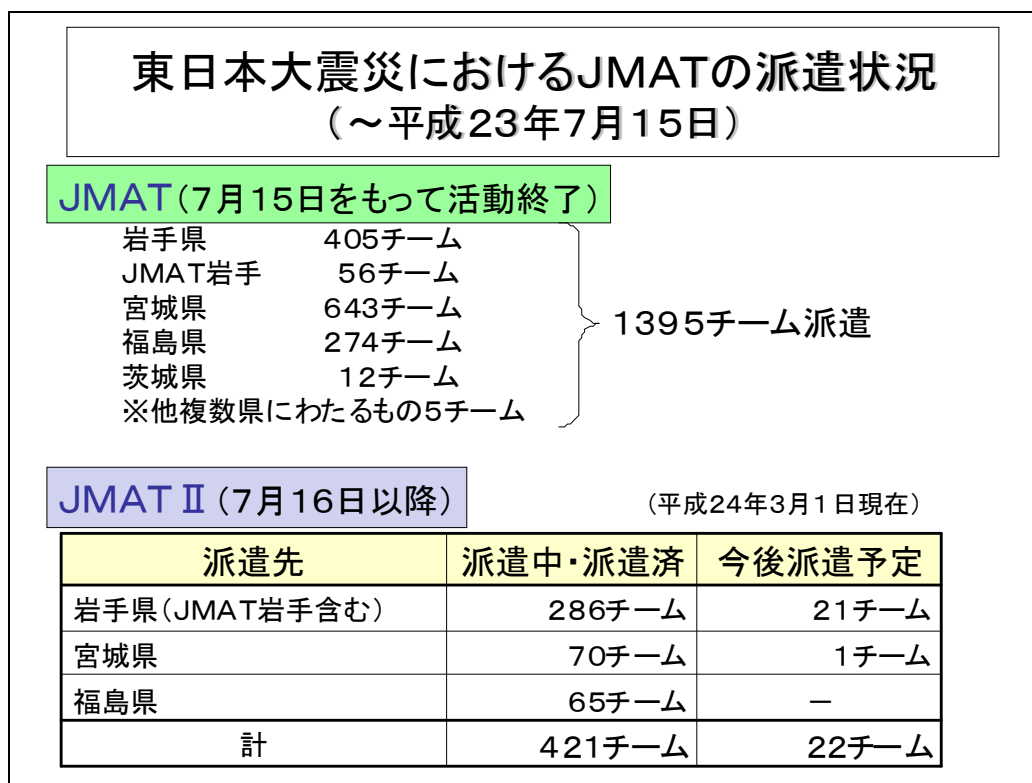
日本医師会では、日医総研による医療機関の被害調査・再建支援を実施するとともに、復興基金（平成23年度第3次補正予算による地域医療再生基金として実現）の創設と柔軟活用や、医療従事者の雇用維持のための助成制度への要望、福島県知事へのナショナルセンターの創設要望などを行っている。また、各都道府県医師会・郡市区医師会の協力により、浜通り地区へのJMAT、JMATⅡの派遣を継続している。

日本医師会は、引き続き、福島県の地域医療復興に向け、様々な面からの支援を行っていくべきである。さらに、今後特殊災害が発生したときにおいても、現地の医療体制の復興、避難先での被災者の健康支援、医療従事者の確保・雇用維持に尽力するべきである。

また、特殊災害を専門に取り扱うのは“Military Medicine”（軍陣医学、軍事医学）であろうから、日常の医学教育（卒前、卒後）に自衛隊医官らとの交流を積極的に行うべきである。

## II. 各論

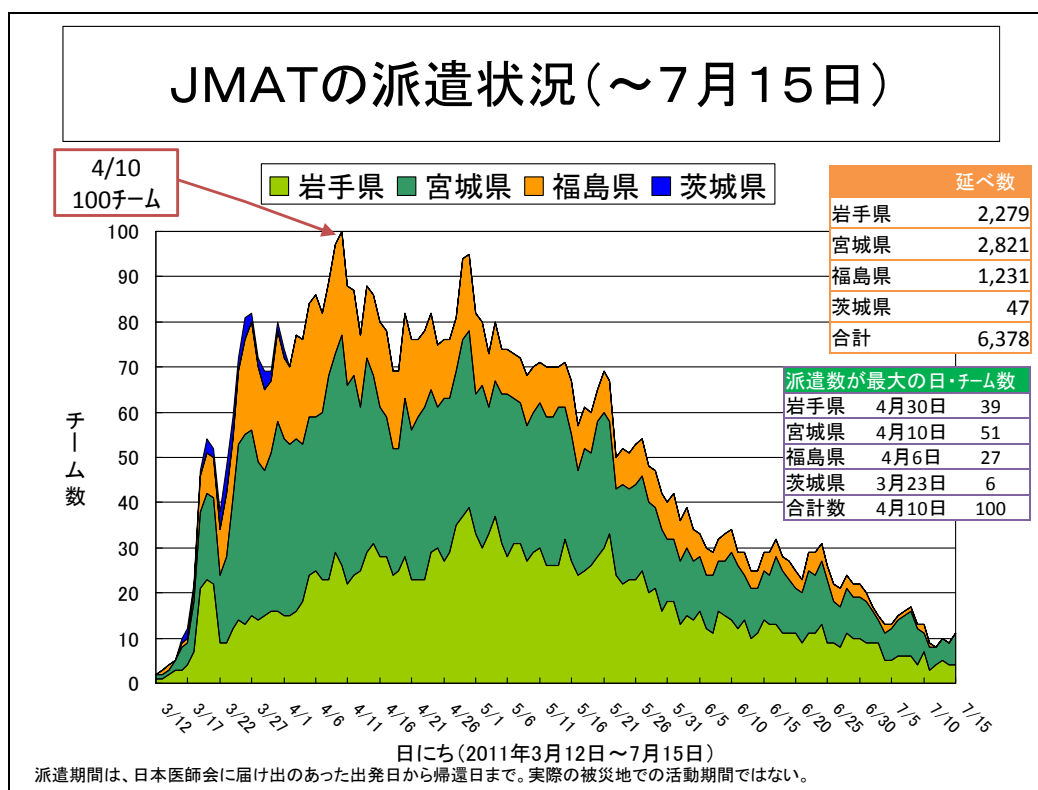
- ・ 別添1：JMAT要綱
- ・ 別添2：JMATの課題整理



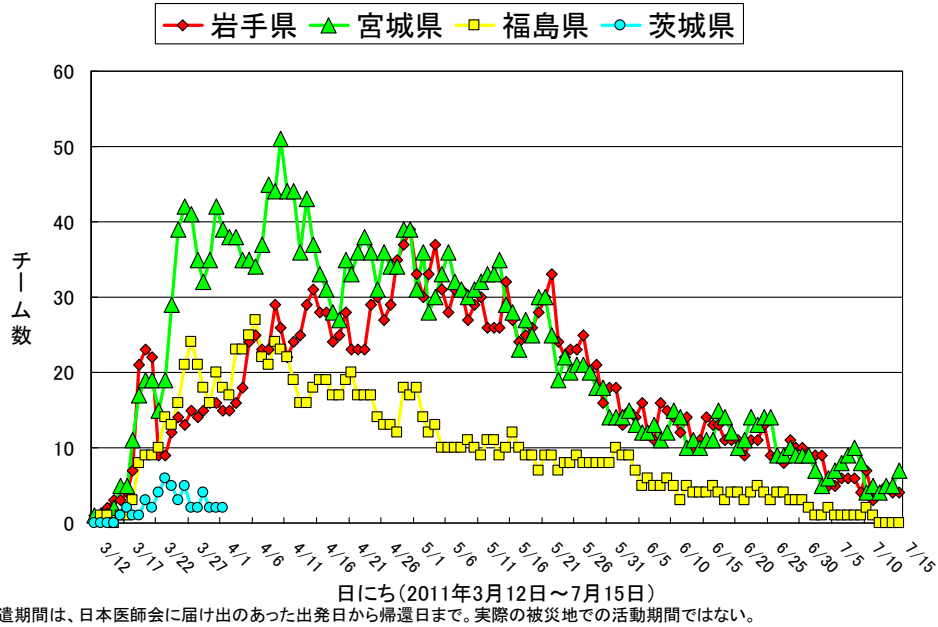


JMAT 都道府県医師会等からの派遣状況 (平成23年7月15日までの派遣)

		岩手	宮城	福島	茨城	複数	合計			岩手	宮城	福島	茨城	複数	合計
1	北海道	33	41	3		1	78	25	滋賀			7			7
2	青森	25					25	26	京都			13			13
3	岩手	56					56	27	大阪	29	1				30
4	宮城						0	28	兵庫		39	7		2	48
5	秋田	56					56	29	奈良		25				25
6	山形		9				9	30	和歌山	7					7
7	福島						0	31	鳥取		8				8
8	茨城						0	32	島根		3				3
9	栃木	41	42	9			92	33	岡山		32	1			33
10	群馬	1	4				5	34	広島		9				9
11	埼玉	1	13	9	1		24	35	山口		5				5
12	千葉	49	15	2			66	36	徳島	1	18				19
13	東京	20	46	21			87	37	香川		1				1
14	神奈川		9				9	38	愛媛		11				11
15	新潟		44				44	39	高知		5				5
16	富山	2		12			14	40	福岡	10	13	32	2		57
17	石川		1	23			24	41	佐賀		8		1		9
18	福井			1			1	42	長崎			12			12
19	山梨		2				2	43	熊本		13	1	1		15
20	長野	12	9	2			23	44	大分		5	1			6
21	岐阜			3			3	45	宮崎		19		1		20
22	静岡	19		15			34	46	鹿児島		8		6		14
23	愛知		15	22			37	47	沖縄	29					29
24	三重	46	5	1			52		その他団体	24	165	77		2	268
									合計	461	643	274	12	5	1395

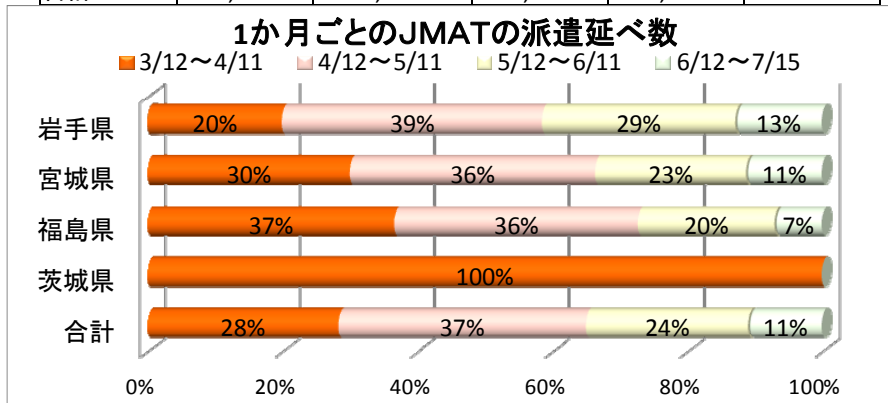


## JMATの派遣状況(～7月15日)



## JMATの派遣状況(～7月15日)

	延べ数	3/12～4/11	4/12～5/11	5/12～6/11	6/12～7/15
岩手県	2,279	456	877	651	295
宮城県	2,821	850	1,020	636	315
福島県	1,231	451	445	248	87
茨城県	47	47	0	0	0
合計	6,378	1,804	2,342	1,535	697



## 1. 日本医師会の役割

### (1) 国との連携

日本医師会は、防災基本計画、医療計画（精神疾患を含む5疾病5事業）に関する基本方針等において、国の防災行政・災害医療行政にJMATを明確に位置づけるよう、働きかけを強めるべきである。

また、被災地の医師会が災害に取り組む様々な医療チームをコーディネートする体制の構築を目指すべきである。

- ① 中央防災会議への参画等、日本医師会の国の防災行政への関与強化
- ② JMATの防災基本計画、地域防災計画への位置づけの推進
- ③ DMATとの協力体制、役割分担の推進
- ④ 日本医師会の災害医療への取組み（JMAT等）の国に対する認知度の向上、国民への広報
- ⑤ 関係省庁（厚生労働省、消防庁、内閣府、警察庁、自衛隊、海上保安庁等）との連携体制の構築：情報の共有、意思疎通
- ⑥ 災害時の医療体制、感染症対策、公衆衛生対策、検案、医療器材提供、交通手段等について定期的な意見交換や議論が行える場の設置要求
- ⑦ JMATの整備に関する予算措置の要求
- ⑧ 「被災者健康支援連絡協議会」<sup>4</sup>への関係省庁の参加継続の要請
- ⑨ 災害救助法に関するスキームの見直しの要請
- ⑩ 医療機関の防災能力（耐震化促進（特に、公的補助の対象外の医療機関）、防災マニュアルの整備など）の向上
- ⑪ 病院船導入の要望

---

<sup>4</sup> 当初、民主党内の被災者健康対策チームとして発足。その後、政府「被災者生活支援特別対策本部」より正式な要請を受けて、日本医師会が中心となって設立。平成24年2月1日現在、18組織34団体により構成。会議には、内閣府、総務省、厚生労働省及び文部科学省も参画。平成23年6月14日、8月29日の二回に渡り、防災相に要望を実施。同年11月7日の会議には、防災相も出席し、岩手県、宮城県、福島県の医師会、行政、大学関係者との間でTV会議を実施。被災地への医師派遣のシステムも運用。

## (2) 関係機関・関係団体との連携（被災者健康支援連絡協議会）

日本医師会として、次に来るべき災害に備え、各関係団体等と連携を密にしておく必要がある。

東日本大震災において、日本医師会が中心となって、被災者健康支援連絡協議会が立ち上げられた。これは、日本を代表する医療・介護・保健に関する職能団体、病院団体など18組織（34団体）が参加し、政府（内閣府、厚生労働省、総務省、文部科学省）からも担当者が出席し、被災地の医療ニーズを把握し、被災者の健康支援を目的とするものである。

被災者健康支援連絡協議会	
（平成24年1月17日現在）	
1 日本医師会	10 日本栄養士会
2 日本歯科医師会	11 東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体（日本リハビリテーション医学会 他）
3 日本薬剤師会	12 全国老人保健施設協会
4 日本看護協会	13 日本慢性期医療協会
5 全国医学部長病院長会議	14 チーム医療推進協議会（日本医療社会事業協会（医療ソーシャルワーカー） 他）
6 日本病院会	15 日本救急救命士協会
7 全日本病院協会	16 日本放射線技師会
8 日本医療法人協会	17 日本病院薬剤師会
9 日本精神科病院協会	18 日本赤十字社

※ 内閣府、総務省、厚生労働省、文部科学省がオブザーバー参加

日本医師会は、東日本大震災収束後も被災者健康支援連絡協議会を継続させるとともに、来るべき次の災害発生に備え、以下の通り、関係者間の有機的な連携の下、有効かつ効率的な活動の検討を行っていくべきである。

- ① JMAT・都道府県医師会等の災害拠点病院との防災訓練の推進
- ② JMAT参加者のDMAT研修・訓練への参加の実現

- ③ 保健・医療・介護・福祉関連団体等との災害時における医療協力体制の基盤整備
- ④ 民間支援組織等（女性・妊産婦、小児、高齢者、難病患者、障害者等の支援）との連携のあり方の検討
- ⑤ 先発 J M A T ・後継 J M A T 間、J M A T ・他の医療チーム・被災地医師・医師会間の情報共有・引継ぎ
- 東日本大震災時に作成したトリアージカードの改善（名称変更（例：J M A T 患者情報カード）、読みやすさ、見やすさ、記入欄の拡大など）、避難所チェックリストの改善
  - トリアージカード、避難所チェックリストの周知、認知度向上
  - 統一様式の複写式カルテの作成、導入の検討（複写式：自院への持ち帰り用、後継チームへの引継ぎ用）
- ⑥ 情報・通信についての整備（無線、携帯電話、衛星（携帯）電話、インターネット、地理情報システム（G I S）等）
- 国の各関係機関から提供された情報を、都道府県医師会との間で共有することのできる体制の構築
  - 非常時における日本医師会・都道府県医師会間の情報連絡手段
  - 通信施設・設備の環境整備（J A X A<sup>5</sup>等の通信衛星の利用含む）
  - S A A S<sup>6</sup>／クラウド型電子カルテ

### （3）都道府県医師会との連携

日本医師会は、平常時から各都道府県医師会の災害時医療救護計画について掌握しておくことが必須である。また、災害発生時においては可能な限り日本医師会自らも現地調査を行い、得られた情報を速やかに各都道府県に提供する必要がある。日本医師会は、自らは J M A T を持たず、災害

<sup>5</sup>（独）宇宙航空研究開発機構

<sup>6</sup> Software as a Service

時に直接派遣することはできないが、都道府県医師会から出動する J M A T を統括する能力を有することから、J M A T 派遣の決定、派遣先の決定、撤収時期の決定に関与するとともに、二次災害時の身分補償、派遣費用の扱い等に対応すべきである。

- ① 都道府県医師会の J M A T 出動マニュアルの策定、災害医療研修会の開催への協力
- ② 都道府県・都道府県医師会間の災害時医療協定締結の推進、協定の締結状況の把握
- ③ J M A T の統括
- ④ 災害医療コーディネーターの養成推進
- ⑤ 検案のできる医師の養成推進
- ⑥ 特殊災害に関する啓発、研修の推進
- ⑦ 都道府県医師会との情報・通信体制の整備の推進
- ⑧ 都道府県行政、医療関係者等に対する J M A T の認知度の向上要請
- ⑨ 都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会の適宜開催

#### (4) 災害時の対応

- ① 災害対策本部の設置
- ② 非被災都道府県医師会に対する J M A T の編成・派遣の要請
  - ・既に医療チームが派遣されていた場合は、事後の申し込みにより J M A T として取り扱う。
  - ・ J M A T が、都道府県行政の要請により出動した場合も含む（日本医師会、行政の双方からの出動要請による「二枚看板」）
  - ・傷害保険への加入
- ③ 情報収集と情報交換
  - ・国からの情報の都道府県医師会への迅速な伝達

#### ④ 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）における情報の活用

#### ⑤ インターネットの活用

- ・東日本大震災では、日本医師会はメンバーズルーム（会員向けサイト）内に情報交換用の掲示板を開設したが、利用件数はごく少数にとどまった。他方、EMIS内のDMAT管理機能上の掲示板では活発な情報交換が行われていた。

- ・被災地への交通事情、避難所等の状況を含め、多様な情報を、派遣中のJMATや派遣元都道府県医師会・医療機関等がインターネット上で共有できるようにする必要がある。

#### ⑤ 災害発生直後の被災地の医師による医療活動

被災地が超急性期の混乱期にあっても、被災医療機関は相互に協力し被災地外からDMAT等の医療チームが到着するまで住民を守りぬく視点が必要である。これまでも被災地内で自らが被災しながら、DMAT等、災害医療チームが到着するまでの間において、災害医療に全力をあげたケースが、少なからず報告されている。また東日本大震災においても、震災直後より、被災地の医師・医療従事者が避難先等で診療に従事し続けてきた。被災地の医師が、医師としての使命感から過酷な条件下で行った医療活動を評価する配慮は、日本医師会にとっても必要である。

### （５）病院船の導入

災害が広範囲や同時多発で発生した場合は、陸海空から、災害医療活動を行う必要がある。その観点から、海上から被災地に出動し、多くの被災患者を受け入れ、必要な治療を行うための病院船を導入することが必要である。さらに、病院船への離発着及び広域搬送が可能なヘリコプターも必要となる。

また現在、東海地震、東南海地震や南海地震が連動して発生することが懸念されている。東日本大震災のように広範囲な被害が発生した場合に備え、自衛隊や海上保安庁などの既存の船舶とも併せて、複数の病院船からなるグループで運用できるようにすることが望ましい。

病院船への医療のニーズは、災害の態様（地震、津波、事故、テロ）、被害の大きさ、さらには時間の経過によって、異なってくる。そのため、病院船で活動する医療チームは、自衛隊やDMATに限られず、被災地に派遣されたJMATなど（様々な診療科、専門領域で構成）多様性を持つべきである。

また、災害の収束段階では、病院船の入院患者の受け入れ、医療器材の融通など、地域の医療機関へのスムーズな移行も重要である。

## 2. 都道府県医師会の役割

### （1）他の都道府県医師会、日本医師会との連携

- ① ブロックごとの災害医療協議会の設置、隣接する都道府県医師会相互の連携体制構築の促進
- ② 研修会の開催等への協力要請
- ③ その他、災害に関する情報の共有体制の推進

### （2）都道府県行政等との連携

- ① 都道府県防災会議における医療の重要性の主張
- ② 都道府県防災計画へのJMATの記載
- ③ 医療計画（「5疾病5事業」の災害医療対策）へのJMATの記載
- ④ 都道府県知事等との災害時医療救護協定の締結
  - ・ 災害医療チーム（JMAT）の編成、災害時の派遣



したがって、都道府県医師会災害医療チームは、日本医師会からの要請に基づくJMATとしての派遣と、知事からの要請に基づく派遣が重複し、「二枚看板」となる場合もある。

- ・費用弁済規定、二次災害時の身分補償規定、緊急時には医師会の判断で出動でき、事後に知事の承諾を得ることで、都道府県が費用や補償責任を負う規定、定期的な見直し規定など
- ⑤ 都道府県防災訓練への参加
- ⑥ 日本DMAT、地域DMATとの連携
- ⑦ 都道府県消防防災部局、警察、自衛隊、海上保安庁等との連携
- ⑧ 原子力発電所、石油コンビナート等CBRN災害に関する連携と訓練の実施
- ⑨ JMATの交通手段、宿泊先の確保等に関する協力要請

### (3) 郡市地区医師会との連携

- ① 郡市区医師会へのJMATの編成要請（平常時）
- ② 災害時のJMATの派遣要請
- ③ JMAT研修会の実施
- ④ 行政等の訓練への参加、災害拠点病院の訓練への参加
- ⑤ JMATの携行品の整備、機材、食糧、医薬品などのリストの提示
- ⑥ 地域医師会の医療情報システムの整備

### (4) チーム医療体制構築

- ① 歯科医師会、薬剤師会、看護協会等関係団体との連携
- ② 介護関連団体、コメディカル、栄養士、福祉関係者との連携

### (5) 被災時の対応

- ① 災害状況の把握、ブロック内各都道府県医師会、日本医師会への連絡
- ② 都道府県災害対策本部への参画（重要ポスト）、都道府県レベルのコーディネイト機能
- ③ 日本医師会に対する J M A T の派遣要請、J M A T に関する調整
- ④ 情報の共有
- ⑤ 医師会ブロック、都道府県知事等との災害時医療救護協定に基づく措置の実行
- ⑥ J M A T 撤収後において、長期にわたる医療救護活動が必要な場合の支援要請（J M A T II）

### 3. 郡市地区医師会の役割

#### （1）J M A T の編成

- ① 所管地域における災害リスクの評価、対策の検討
- ② J M A T 参加者の登録、災害時医療救護訓練への参加
- ③ 災害医療に対する研修会参加、マニュアルの標準化及びその周知、連絡網等の作成
- ④ 近隣の郡市区医師会との連携

#### （2）消防機関等との連携及び搬送

- ① 地域の消防機関、保健所、警察、自衛隊、海上保安庁等行政との連携を協議
- ② 機動的な交通手段の確保（消防・防災ヘリ、ドクターヘリ、警察・自衛隊・海上保安庁等のヘリコプターなど）による診療体制、搬送に関する連携体制構築
- ③ 市町村防災訓練への参加、市町村消防防災行政への参画と医療の位置づけの強化

### (3) 被災時の対応

- ① 現地のコーディネイト機能の確立
- ② 被災発生時における災害状況の把握と都道府県医師会への報告
- ③ 人工透析、人工呼吸器使用者、周産期、高齢者、重症患者等、特に自院患者の状況把握、近隣住民からの情報収集と伝達
- ④ 発災直後（DMATその他、被災地外からの医療チームの到着前）における被災地医師の医療
- ⑤ DMAT到着後の対応：DMATとの役割分担、トリアージ、公衆衛生・感染症対策等
- ⑥ JMAT到着後の対応：JMATとの連携・情報の共有、被災地の医療再建に向けた活動
- ⑦ JMAT撤収後：被災地の医療再建、通常診療の再開

#### 4. 被災地のコーディネーター機能下におけるJMAT活動

被災地の現場においては、多数の団体・機関からの医療チームが集結するが、指揮命令系統の一元化が何よりも求められるべきであり、JMATもその下で活動することになる。

各都道府県医師会、郡市区医師会にあつては、災害時を想定して、行政機関や災害拠点病院等との連携、協議を行い、災害医療コーディネーター機能を果たすための準備（責任者、権限の範囲、役割分担等）をするべきである。

また、特にJMATが活動する災害急性期以降については、厚生労働省「災害医療等のあり方に関する検討会」報告書において、①都道府県に対しては、医療チーム等の受け入れや派遣に関して日本医師会等の派遣元の関係団体と受入医療機関等のコーディネイト機能を担う派遣調整本部（仮称）について、

②保健所や市町村に対しては、災害時に行政担当者と地域医師会等の医療関係者等が定期的に情報交換し、避難所等の医療ニーズの把握・分析、医療チームの配置調整等のコーディネート機能を担う地域災害医療対策会議（仮称）について、述べられている。さらに、平時からの準備として、災害を想定した訓練への医師会等の参加促進、都道府県・災害拠点病院と医師会等との連携等も重要であるとしている。

## 5. JMATのチーム編成、派遣

JMATは、都道府県医師会が、主に郡市地区医師会ないし病院・診療所を単位として編成する。

### ① JMATのチーム構成

- ・東日本大震災時の「医師1名、看護職員2名、事務職員1名」という構成はあくまでも「例」であり、薬剤師や理学療法士など被災地の状況に応じて、柔軟に対応すべきことを併せて周知すべきである。
- ・事務職員等の業務内容を整理し、場合により複数名の派遣とする（派遣先での調整、派遣元医師会・医療機関への連絡、活動記録の作成、医療クラーク、運転手等）。
- ・一つのJMATの各参加者の所属医療機関・団体が、同一のものである必要はない。

### ② JMATの登録制の検討（事前に都道府県医師会に登録）

- ・事前登録は教育研修や迅速なチーム編成等で効率的であり、JMATを編成、派遣する都道府県医師会において、参加者を登録しておくことが望ましい。
- ・他方、災害時は、事前登録や医師会員資格の有無にかかわらず、全国の医師等がプロフェッショナル・オートノミーに基づいて参集するこ

とが期待される。

③ 被災都道府県医師会からの要請に基づく派遣

- ・ J M A T は、災害発生後、被災都道府県医師会の要請に基づく日本医師会からの依頼により、派遣することが原則である。
- ・ 日本医師会からの要請による派遣先と、行政からの要請による派遣先とが異なる場合は調整を行う。

④ J M A T の派遣先地域

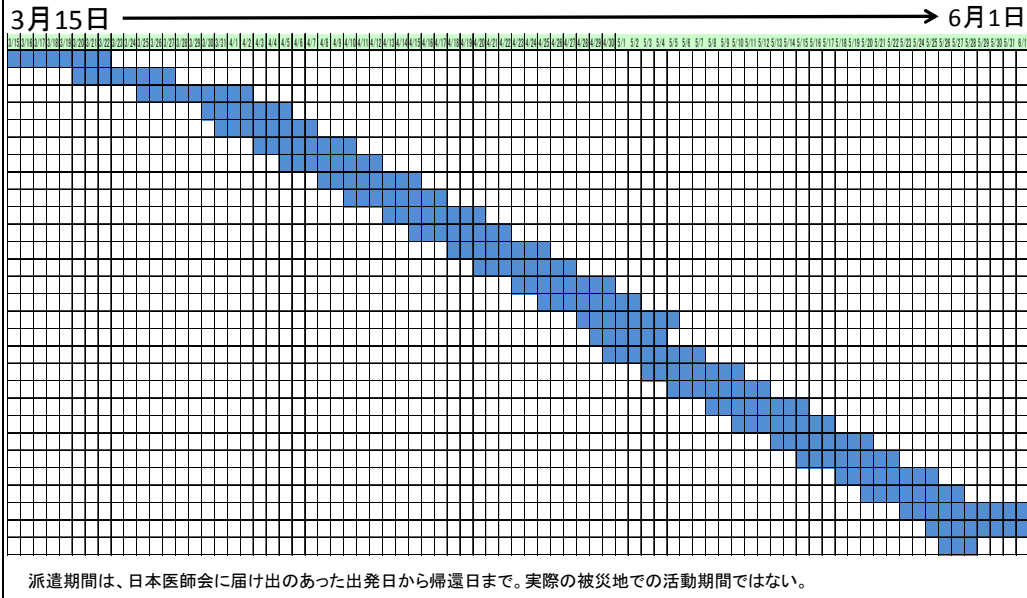
- ・ 複数の都道府県に被害が発生した広域災害の場合は、医師会ブロックを単位として、派遣先の都道府県を決定する。その際は、派遣元都道府県医師会と被災都道府県との地理的關係や交通ルート、派遣元医師会の規模（会員数）を考慮する。
- ・ 具体的な派遣先地域は、被災都道府県医師会から日本医師会への要請後、被災・ J M A T 派遣元の双方の都道府県医師会との調整により決定する。

⑤ 「派遣カレンダー」による派遣

災害発生直後の大量派遣時期が経過した後は、現地のニーズを踏まえた上で、同一の都道府県医師会から同じ地域へ時系列的、計画的に派遣することを基本とする。

## 「派遣カレンダー」 連続的、計画的なJMATの派遣

岩手県大槌町における、A県医師会チームの例



### ⑥ JMATの活動内容

- ・ 救護所・避難所等における医療・健康管理
- ・ 被災地病院、診療所への診療支援(災害発生前からの医療の継続)
- ・ 避難所の公衆衛生対策、感染症対策(感染制御)、被災者の食生活・栄養状態の把握、医療支援が行き届いていない地域(医療支援空白地域)の把握と巡回診療の実施など

### ⑦ 「自己完結原則」の徹底(交通手段、宿泊手段、携行資器材等)

### ⑧ 災害医療・保健・介護・福祉関連団体との連携、及び協力要請

### ⑨ 被災地に派遣された各医療チーム・現地医師・各関係者による合同会議(ミーティング)への参加、問題点の共有、調整

### ⑩ 活動記録、カルテや日報等の作成、引継ぎ業務の円滑化

### ⑪ 撤収時期の判断

### ⑫ JMAT参加者に対するPTSD対策

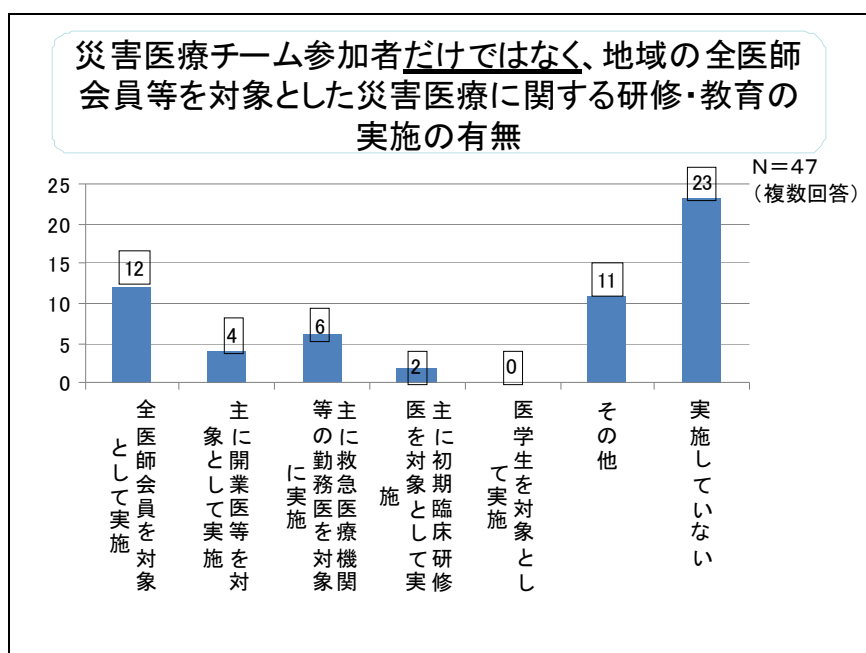
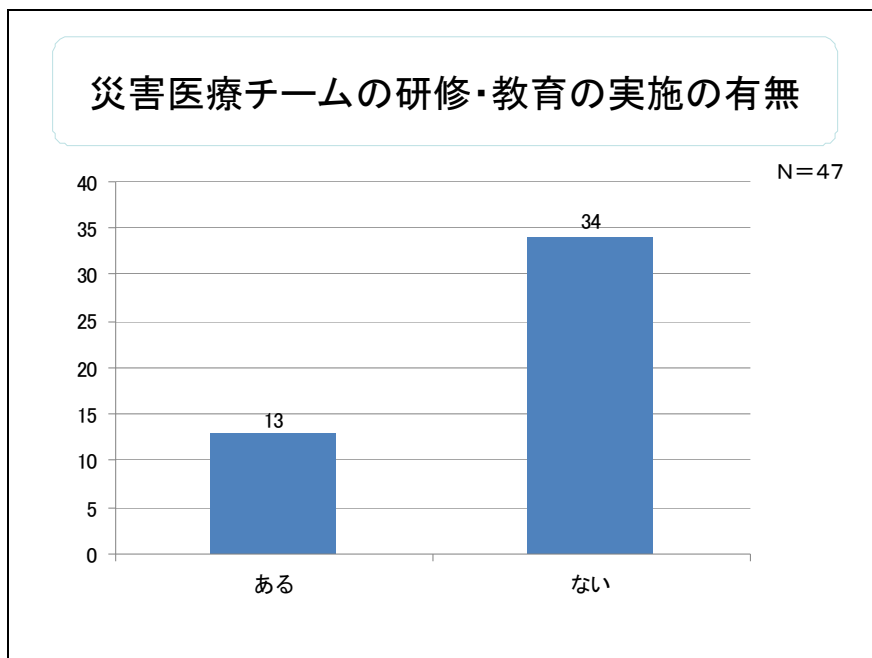
### ⑬ 活動報告のとりまとめ

### ⑭ 費用の扱い(災害救助法、行政との協定等)

### Ⅲ. 災害医療研修

#### 1. 「災害医療に関する調査」(参考1)より

JMATの教育研修については、47医師会中13では何らかの形での教育研修が実施されていた。また、全ての会員医師を対象とした災害医療研修については、47医師会中23が未実施であったが、全会員を対象として実施しているとした回答も12あった。



## 2. JMAT教育研修プログラム案

日本医師会は、下記のJMAT教育研修プログラム<sup>7</sup>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（対処法その他、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

<sup>7</sup> 参考 日本医師会「JMATに関する災害医療研修会」（平成24年3月10日）



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。

### 3. すべての医師会員を対象とした災害医療研修

日本は地震、津波、火山噴火、原子力災害等の災害リスクを多く抱える国であり、いずれの地域であっても災害が発生しうる。被災地の医師は、災害が発生した瞬間から、自身も被災しながら被災者の医療に尽力する。

したがって、すべての会員医師を対象とした、災害発生時に被災地で初療に当る地域の医師のための教育・研修も重要である。日本医師会として、生涯教育制度に関連付けて、被災地の医師・医師会が外部からの支援が到着する前の「災害発生ゼロ時」から対応できるよう、地域特性に基づく災害リスクの評価、その評価に基づいた体制の構築、医学的なスキル、DMATやJMATとの連携などを内容とする研修を検討すべきである<sup>8</sup>。

---

<sup>8</sup> 「北九州市医師会災害医療プログラム」、「福岡県医師会災害医療プログラム」参照

## IV. 災害に備えた医師会の体制 (Disaster Preparedness)

### 1. 防災行政における医療の位置付けの強化

平成23年10月、原中日本医師会長が、中央防災会議「防災対策推進検討会議」委員に日本医師会長の立場で就任した。しかし、我が国の防災行政において、災害医療対策が、災害発生前、災害発生直後、急性期、急性期以降、収束・再建時の各段階で重要であることを主張するためには、今後も継続して災害対策基本法に基づく「指定公共機関」の指定及び中央防災会議委員を目指すべきである。

さらに、JMATを国の防災基本計画に位置付けるためにも、日本医師会の中央防災会議への参画、指定公共機関の指定が必要である。

また、都道府県（市町村）防災計画及び「5疾病5事業」（災害医療）に基づく医療計画においても、JMATが記載されることが望ましい。

### 2. 災害時医療救護協定の締結

災害時医療救護協定は、JMAT活動の基礎となるもので、医師会間の協定と医師会・行政間そして行政間の協定などがある。「災害医療に関する調査」（参考1）では、都道府県医師会と行政との協定について質問した。

回答のあった47医師会中43（93.6%）が締結しており、そのうち行政が医療チームの派遣費用を負担するのは37（災害救助法適用時の負担を含む）、二次災害時の補償でも37であった。「緊急時でやむを得ない場合は医師会の判断で派遣し、事後報告で知事等の要請があったものとみなす」規定があるのは30であった。他の都道府県へ派遣した場合の規定（経費負担等）があるのは9であった。また、定期的な見直し規定があるのは12、協定の形骸化の懸念等の課題があるとしたのは28であった。

震災を契機に、各地域で協定の見直しや新規締結が行われつつあるが、日本医師会は、協定内容の平準化と充実に寄与し、また、その成果を把握していくべきである。その際に重要視すべき項目は、医療の専門職としての判断に基づく J M A T の派遣を事後で追認する「みなし条項」、日当と実費弁済そして二次災害時には準公務員として補償する規定、都道府県域を超えた活動を同等に扱う規定、また、条項全体を毎年双方から見直す条項である。

### 3. J M A T II

J M A T II は、東日本大震災の発生前から医師等の不足や医療へのアクセス困難が深刻で、さらにそれが悪化した被災地の状況を考慮したものである。避難所生活の長期化の問題点、特に仮設住宅孤独死や心のケアの必要性等に十分な配慮を行い、災害関連死などを未然に防ぐことを最大の目標とする。

J M A T II は、医師、及び医師を含むチーム構成とし、J M A T と同様に被災県医師会の要請に基づく。主な活動内容は、診療支援、心のケア、訪問診療、健診、予防接種支援、巡回など多岐・多様なものが想定された。岩手県医師会の県内被災地への支援である「J M A T 岩手」が多くを占めている。

発生が懸念される東海地震、東南海地震、南海地震も、甚大かつ広範囲の被害が予想され、また被災地には医師等不足地域を含む。日本医師会は、心のケア、医師等不足が深刻化した地域への長期支援などについても、さらなる検討を行うべきである。

### 4. 具体的な医師会の取り組み事例

- (1) 各地域における災害リスクの評価と災害医療ニーズの検討としては、福岡県医師会災害医療プログラム、北九州市医師会災害医療プログラムがある。災害を、地域限定・地域全体・原因特定・原因不明の視点から4つのカテゴリーに分けた上で、地域の災害リスクを地理上、交通路、

産業などの特性で評価し、具体的なシナリオを作成している。

- (2) 医療機関の防災能力、災害時対応能力の強化では、大阪府医師会「災害対応標準マニュアル」がある<sup>9</sup>。同マニュアルは、多数の傷病者が医療機関に殺到した場合を想定し、災害時に必要となる普遍的な「役割」名で指揮命令系統を作成してあるため、あらゆる病院において使用できる。実際の災害時には、これらの「役割」を、在院する職員で分担することで指揮命令系統を確立し、統制のとれた災害対応を行うことになる。また、個々の「役割」に対応するアクションカードを作成し、「役割」を付与された職員が確実に任務を遂行できるように配慮されている。

---

<sup>9</sup> [http://www.osaka.med.or.jp/member/mem\\_format.html#ks](http://www.osaka.med.or.jp/member/mem_format.html#ks)

## 救急医療対策

### I. 救急蘇生法の普及啓発

#### 1. 一般市民、非医療従事者

日本医師会、都道府県医師会及び郡市区医師会は、医師の生涯教育、医療従事者への教育と共に、市民への啓発、指導においても重要な役割を担っている。

今般、国際蘇生連絡委員会（ILCOR<sup>10</sup>）による国際コンセンサス<sup>11</sup>及び日本版救急蘇生ガイドライン（JRC蘇生ガイドライン2010）が策定され、救急蘇生法の指針も改訂された。また、日本における「救命の連鎖」（Chain of Survival）の概念（心停止の予防、早期認識と通報、一次救命処置（CPRとAED）、二次救命処置と心拍再開後の集中治療）も改められた。

消防庁によれば、平成22年中に家族等により応急手当が実施された傷病者数は、全国の救急隊が搬送した心停止傷病者数11万5250人のうち、4万9249人（42.7%）である<sup>12</sup>。平成5年に日本医師会監修により「救急蘇生法の指針」（市民用）が発行されたが、その2年後の平成7年は9,389人（13.0%）であったため、およそ5.2倍に達している。1ヵ月後生存率も、4.7%から6.3%に上昇している。また、AED（自動体外式除細動器）による一般市民の除細動の実施件数も、着実に増加している。

他方で、救急搬送された心肺停止傷病者のうち、心原性かつ一般市民により目撃のあった症例の「1ヵ月後生存率」及び「1ヵ月後社会復帰率」

<sup>10</sup> 国際蘇生連絡委員会（International Liaison Committee on Resuscitation）

<sup>11</sup> 2010 Consensus on Science with Treatment Recommendations

<sup>12</sup> 平成22年版救急・救助の現況

は、ウツタイン統計等（現、救急蘇生統計）によれば平成17年以降上昇傾向にあったが、平成22年はそれぞれ横ばい、微減となった。また、心停止の目撃のあった時刻から救急隊員が心肺蘇生を開始した時刻までの時間区分ごと（平成17年から22年までの合計）で見ると、「1か月後生存率」及び「1か月後社会復帰率」は、5分～10分以内では12.6%、7.3%、10分～15分では8.3%、4.1%となる<sup>13</sup>。

心停止傷病者の生存率、社会復帰率の向上のためには、一般市民に対する救急蘇生法の普及啓発を一層進める必要がある。

日本医師会では、平成23年6月の日本版救急蘇生ガイドライン（JRC蘇生ガイドライン2010）の策定を受け、救急蘇生法の指針（市民用）の策定に先立って、救急の日ポスター、CAB+Dカード及び救急蘇生法サイト（<http://www.med.or.jp/99/>）を改めた。特にCAB+Dカードは、これまでは「ABC+Dカード」としていた呼称を、胸骨圧迫（Circulation / Chest compression）を強調するために表現を改めたものである。

救急の日ポスターは、平成22年より日本医師会雑誌に同封して全会員に配布した。CAB+Dカードは約200万枚作成し、都道府県医師会を通して、全国の会員ないし医療機関、高等学校、自動車教習所に配布した。

---

<sup>13</sup> 平成23年救急・救助の概要

救急の日ポスター

救急蘇生法サイト

CAB+Dカード

なお、一般市民がAEDを使用できるようになってから、心原性の心停止への胸骨圧迫が強調されている。しかしながら、近年のマスコミ報道では、AEDのみの紹介に終わっている。CoSTR2010に際して科学的な検討が行われた結果、世界の潮流として、胸骨圧迫は必ず行うこととして、人工呼吸は救助者が可能であれば行うこととした経緯がある。その上で、救急蘇生法の指針（市民用・解説編）では、人工呼吸を教える意義は大きいと

説明している。

救急蘇生法の啓発・教育は、社会全体を見ながら考え、実際の教育を行っていきべきである。今回の見直しでは、ビデオ等を用いた胸骨圧迫とAEDの講習の導入も行われたが、日本医師会として、救急蘇生法の全体について、引き続き啓発を行っていくことが必要である。

さらに、今般改められた救命の連鎖では、「心停止の予防」が第一の鎖とされた。急性冠症候群や脳卒中発症時の初期症状の気付きや小児による不慮の事故の防止などは、地域医師会が開催している市民公開講座や学校保健活動等が貢献すると思われる。

## 2. 医師、医療従事者：日本医師会A C L S（二次救命処置）研修

あらゆる医師は救命処置のトレーニングを受けるべきである。

日医A C L S（二次救命処置）研修事業は、平成15年度末に開始されて以来、来年で10年目を迎える。平成22年度までに、1,841研修会を指定し、15,041名に修了証を交付（他に、再修了証を680名、オプション研修修了証を1,413名に交付）してきた。

平成22年の医師総数に対する修了証交付者（再修了、オプション研修除く）の割合は、5.36%である。

### 日本医師会A C L S研修 研修会の指定数

	平成 15年度	16	17	18	19	20	21	22	23	合計
医師会	3	99	201	111	92	55	97	50	35	743
国・地方公共団体	0	4	8	0	0	0	0	6	0	18
病院、大学、NPO等	5	154	201	238	130	128	145	114	59	1,174
総計	8	257	410	349	222	183	242	170	94	1,935

※ 平成23年度は、平成24年2月28日現在のもの



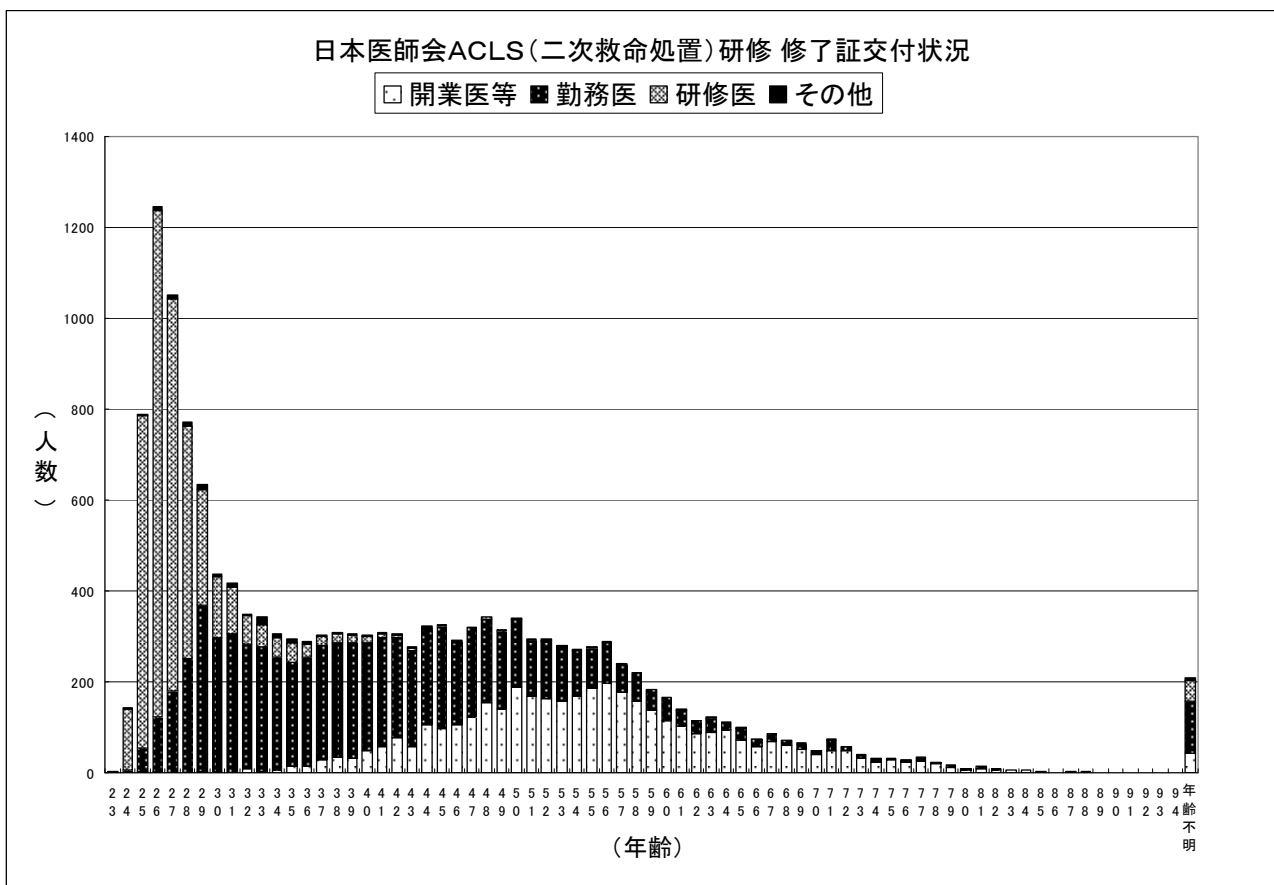
### 日本医師会ACLS研修 修了証等の交付数

	平成 15年度	16	17	18	19	20	21	22	23	合計
修了証	115	2,499	4,188	2,938	1,995	1,090	1,372	844	466	15,507
オプション修了証		300	192	387	171	119	197	47	26	1,439
再修了証		44	69	162	154	48	146	57	37	717
合計(延べ数)	115	2,843	4,449	3,487	2,320	1,257	1,715	948	529	17,663

※1 「再修了」：以前に修了証を交付した医師が、再び別の指定研修会を修了した場合に交付するもの

※2 「オプション」：日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修実施要綱に定める標準カリキュラムの内容を超える課程（外傷、脳卒中、不整脈、急性冠症候群、その他）を修了した場合に交付するもの。通常の修了証と重複して交付する場合がある。

しかし、現在の研修会指定数、修了証交付者数は、減少傾向にあり、また、修了証交付者の年齢や属性に偏りもみられる。



日本医師会として、CoSTR2010 及び日本版救急蘇生ガイドラインの策定、

救急蘇生法の指針（医療従事者用）の改訂を契機に、医学的な内容変更と同時に、学習目標・到達目標、教育内容を見直すべきである。さらに、各都道府県医師会、郡市区医師会や医療機関に対する周知活動も行う必要がある。

その際は、「オプション研修」（学習目標やカリキュラム等を超えるものと認められる研修：脳卒中への初期対応、外傷への初期対応、不整脈への初期対応、急性冠症候群への初期対応、その他、適当とみとめられるもの）の充実、特に、小児科医以外の医師に対する小児救急医療への初期対応研修の位置付け強化を図るべきである。

## Ⅱ. 救急医療体制のあり方

### 1. 「二次救急医療体制」

#### (1) 二次救急医療体制に関する動き

二次救急医療体制は、休日及び夜間において、入院治療を必要とする救急患者を受け入れるものであり、平成23年3月31日現在、全国で病院群輪番制が409地区、3,278施設、共同利用型が10施設で実施されている。

二次救急医療体制については、厚生労働省「救急医療の今後のあり方に関する検討会」中間まとめ（平成20年7月20日）では、「**第二次救急医療機関を一部の病院に拠点化することも救急医療体制を確保する一つの方策ではあるが、**地方自治体において様々な創意工夫や地域の実情に応じた取組によって、円滑に事業が実施されている場合においては、**第二次救急医療機関の拠点化を含め、全国一律的な体制を求めるべきではなく、むしろ国は、そうした地域の実情に応じた取組を支援すべきである。**」とする一方で、今後の整備として、「**一定の診療体制や活動実績のある第二次救急医療機関については、その評価に応じた支援を検討すべきである。**」とされた。

また、社会保障審議会医療部会（平成23年9月22日開催）では、「二次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、**多くの救急受入実績を有する等地域の救急医療において、より大きな役割を果たしている医療機関の位置づけと支援について、どのように考えるか。**また、そのような医療機関の要件について、**どのように考えるか。**例)・救急車の受入台数・休日・夜間の診療体制（当直する医師数など）など」が論点として示された。

他方で、東京都及び東京都医師会では、「東京ルール」として、地域救急

医療センター、救急患者受入コーディネーターが導入されている。また、平成21年消防法改正においても、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合のルールとして、同様の方策が取り上げられている。

今後、患者の症状、重症度や緊急度などに応じて、搬送先の医療機関が選定されるという方法や地域のセンター的な救急医療機関がコーディネート機能を担うことが定着、普遍化したとき、初期、二次、三次という現在の区分のあり方も変わってくる可能性がある。

なお同時に、医療資源が豊富な大学病院は、地域によって二次救急医療機関として登録されているが、三次救急医療機関としての役割を担うべきである。さらに、医学教育において、救急診療を充実させるべきである。

## (2) 二次救急医療機関の状況

平成13年から平成22年までの二次救急医療体制への参加医療機関数は、全国的には3,279施設から3,231施設へと、大きな変動はないが、都道府県別にみると増減に違いがある。通年制から輪番制への移行や、輪番制への参加日数の減少も懸念される。

これに対し、医療施設調査の平成14年調査と20年調査とを比較すると、二次救急医療機関（入院を要する救急医療体制）は総数で860施設減少した（3913施設→3053施設）。そのうち、医療法人立・個人立病院が688施設の減少（2423→1735）である一方、国立・公的医療機関立病院では91施設の減少にとどまった（991→900）。

また、消防庁のまとめによる救急病院、救急診療所の推移を見ると、平成13年4月1日現在で「私的」救急病院が3,067、診療所が854であるのに対し、平成23年4月1日現在では、それぞれ2,660、367と大幅に減少している。対照的に、公設医療機関（国立、公立、公的等）は、1,280から1,254と減少数は比較的少ない。

民間医療機関は、主に二次救急医療体制に参画していると思われるが、救急自動車による搬送人員の半数以上を占めている<sup>14</sup>。民間医療機関の二次救急医療体制からの撤退を防ぐことが必要である。

また、二次救急医療機関が受け入れる患者で、実際に入院するケースは少ない。二次救急医療機関が疲弊し、撤退していく要因には、医療費の削減、医師・看護職員等の医療従事者の確保困難、医療訴訟の増加、患者の高度医療の要求、未払い医療費問題や小児やその保護者を含む軽症患者への対応などがある。そのような問題点を考えたうえで、体制を構築していく必要がある。

### (3) 二次救急医療体制のあり方

#### ① 二次救急医療体制の全体的な底上げ

二次救急医療機関は、その地域における中核的な救急医療機関として大きな役割を担っている。

二次救急医療体制は、個々の医療機関の患者受け入れ実績、医師配置数も大きな違いがある<sup>15</sup>。さらに、疾病等で専門分化をしている場合もある。

つまり、二次救急医療体制は非常に多様である。それは、二次救急体制が、軽症患者に対応する初期救急と、重篤患者に対応する三次救急の間にあって、広い範囲で、入院治療が必要な救急医療を担っているからである。

したがって、二次救急医療体制を一括りにして、集約化を議論すること

---

<sup>14</sup> 平成23年救急・救助の現況によれば、私的救急医療機関では病院が238万9905名、診療所が3万4207名、その他の医療機関では29万9893名、11万7697名受け入れている。

<sup>15</sup> 平成21年度実績（全国）によれば、救急車による搬送患者の年間受入人数では最大6,576、最少0で、500件未満は1407施設、4000件以上は105施設など。当番日の救急担当医師数では、1名が71%、2名以下が90%（厚生労働省調査）

には慎重であるべきである。さらに、患者受け入れ実績等で二次救急医療機関を選別し、統廃合・集約化が起きたときは、結果として、重点評価の対象外となった医療機関の救急医療からの撤退、縮小が起こり、三次救急医療機関への患者集中、現場の疲弊につながり、ひいては地域の救急医療の崩壊を招きかねない。評価が低くなる二次救急医療機関を否定し、切り捨てるような施策はするべきではない。

むしろ、最も多くの傷病者の受入れを行っている二次救急医療体制の全体的な底上げが重要である。

現在の二次救急病院を否定するような方法ではなく、患者受け入れ実績等が少ない医療機関を引っ張りあげ、実績が多く三次救急医療機関に近い機能（2．5次）を担っている医療機関はさらに機能が増すような、二次救急医療体制全体を押し上げる施策を採るべきである。

同時に、減少を続ける有床診療所（救急告示診療所、急性期後の患者受入れ）への支援、救急医療体制や急性期医療における位置づけの強化が必要である。

## ② 初期救急医療体制と二次救急医療体制

本稿では、二次救急医療体制に焦点を当てているが、入院治療が必要な救急患者に対応する二次救急病院の負担を軽減し、その機能を十分に発揮してもらうためには、地域医師会が担う初期救急医療体制の充実が不可欠である。

特に、地域医師会が、市町村からの委託を受けるなどして、二次救急病院を含む拠点的な病院に初期救急医療施設を設置する例が近年見られる。二次病院が受け入れた救急患者の多くが、入院を要しない外来診療のみの患者であるため、患者の病院志向への現実的対応と勤務医負担軽減への貢

献にもつながる。

日本医師会は、初期、二次の救急医療体制の役割分担を進めるため、地域医師会によるかかりつけ医機能の推進、在宅当番医制や休日夜間急患センターの運営に対し、公的支援の充実に努めるべきである。

### ③三次救急医療体制

平成23年度に公表された救命救急センターの充実度段階評価（22年度実績）において、新方式では初めてのB評価が複数例なされた。救命救急センターの評価は、自己申告が基本であること、地域性への一定の考慮はあるものの全国画一の基準であること、公的補助や診療報酬上の加算が評価結果の高いセンターに行われることが、課題として指摘された。また、評価の際においては、一律的な数値を用いるのではなく、地域の実情に合わせた評価基準を考慮する必要がある。

医師等の不足や設備の老朽化など医療資源の不足などにより評価基準上は不利であっても、医師会などその地域の関係者からは重要な役割を担っていると評価され、また、地域の他の医療機関との機能分担と連携を果たしているようなセンターは、むしろ、公的補助など政策的に機能の補強がなされるべきである。

また、三次救急医療機関が救急医療に携わる院内メディカルスタッフ、特に医師、看護師に対する重要な教育施設であるという視点からも、教育に対する評価項目を充実・追加すべきであると考ええる。

低い評価がなされた結果、公的補助額や診療報酬収入が減少して予算削減が行われていた場合は、さらなる医療資源の劣化が起こる。それが悪循環となれば、センターの機能回復は望めず、地域の三次救急医療は崩壊す

る。

さらに、大学病院は、他の医療機関に比べて医療資源に恵まれていることから、三次救急医療体制に積極的に参画するべきである。

## 2. 救急電話相談事業（#8000、#7119 他）

いわゆる#8000や#7119の救急電話相談事業は、患者教育、早期の受診が必要な患者の掘り出し、不要不急の夜間受診や救急車の不適正利用を抑制する機能を果たしている。

しかし、人員確保、財源、複数事業での実施や住民への広報などに課題も多い。行政間の横断的な対応と医師会の協力も求められる。

#8000（小児救急医療電話相談事業）は、現在、47都道府県の全てで実施され、実施時間はおおむね準夜帯（19時ごろ～23時ごろ）で、翌朝にかけて実施しているのは11地域である。そのうち、都道府県直営が3地域、医師会委託が18地域（一部県直営との併用）（平成22年10月1日現在）であり、民間のコールセンター会社へ委託している場合もある。事業参加医師・看護職員の負担、財源不足や受託コールセンター会社の撤退が課題である。

#7119は、東京都が独自事業として始め、その後、総務省の「救急安心センター」モデル事業として、愛知県、大阪市（府）、奈良県で実施されたものである。消防機関で対応するため、相談内容により必要と判断すれば119番対応することも可能であり、医療と消防が直結する新たなトリアージ機能として全国的な普及が期待できた。しかし、平成22年に実施された総務省による行政事業レビュー（省内仕分け）により、モデル事業は「廃止」とされた。



国による救急電話相談事業の他に、地域によっては地方単独事業も別個に行われている。複数の救急電話相談事業が実施されている場合、都道府県、医療現場や利用者等で混乱、財源や医療資源の非効率も指摘され得る。

住民の側に立って考えれば、相談する電話番号は何でもよく、相談を受けてから、育児相談や救急相談などに分かれていくシステムも有用であるが、地域の特性により、対象者・領域が異なるため、慎重に議論を重ねるべきである。

日本医師会や都道府県医師会が、医療現場を代表して、国や都道府県に対し、電話相談が住民に安心感を与え、また救急医療現場の負担軽減につながることを主張して、救急電話相談事業の充実を求めるべきである。さらに相談に応じる人員、システム開発や広報活動などの共管と十分な財源の確保が不可欠であり、都道府県負担分の財源確保がなされなければ、国庫補助事業は遂行できない。

### 3. 救急医療情報システム

救急医療情報システムが機能しないと、これからの医療は成り立たない。救急患者に対して、迅速に最適の医療を提供するという根本的な問題に関わるものである。

救急医療情報システムは、多くの都道府県で導入されているが、実際の運用、稼働状況は充分ではない。厚生労働科学研究調査<sup>16</sup>によれば、救急医療情報センターの充実方策、予算措置、人員確保、依存度や稼働率などに地域差がみられる。各医療機関の診療応需情報のシステムへの入力回数は1日平均

---

<sup>16</sup> 「全国救急医療情報センター実態調査」（平成21年度、22年度厚生労働科学研究における分担研究）

1. 3回であり、救急隊は、救急医療機関のリアルタイムな応需情報の把握に苦慮している。

他方で、救急・周産期医療情報ネットワーク構築実証事業（平成21・22年度 厚生労働省、経済産業省）では、①周産期医療と救急医療の情報システムが別個に構築されてきたため、応需情報の連携に障壁があること、②都道府県ごとのシステム構築のため、他県の情報閲覧ができず県域を超えた広域での運用に障壁があることが、問題点として指摘された。その上で、平成21年度消防法改正に伴う傷病者の搬送・受入実施基準を取り込んだ疾患別応需情報の活用、簡易な入力可能な端末活用、救急・周産期の両情報の結合表示、院内情報のリアルタイムな収集、都道府県域を超えた応需情報の共有などの実証事業を行っている。

また、愛知県においては、救急搬送情報共有システム（ETIS）を導入し、「携帯電話を活用し、救急車の搬送情報を共有し活用することで、限られた医療資源の有効活用、受入確認回数の減少、広域搬送が必要なケースでの管轄地域に捉われない医療機関選定」を行おうとしている。

消防業務が実質的に東京消防庁という1つの機関で行われている東京都では、医療機関の情報の集約もでき、病院情報についての更新の催促や搬送先病院の把握も可能である。これに対し、他道府県では、市町村や一部事務組合等で運用されている。特に、地方から、基幹病院のある大都市圏へ管轄外搬送する場合は、搬送先の情報がわからないという問題もある。高度医療を必要とする三次救急疾患への対応は、ドクターヘリ全国展開を鑑み、都道府県単位の情報システムが必要と考える。

救急医療情報システムは、リアルタイムでの情報入力を含め、医療機関情報の集約により、各都道府県で情報を入れ込んだシステムを運用できるよう

にすれば、情報の相互利用も可能となり、救急患者に対する医療提供の充実につながる。例えば奈良県では、各消防本部が機能的に1つの本部のように動くような仕組みに変えていこうとしている。これは、最大の奈良市や生駒市の消防本部から小規模の本部まで、各本部の情報を集めて県下全体として運用できるようにするものである。

また、医療機関情報と消防機関情報とを突合することで、救急搬送の精度や、これを含めた作業全体も向上できる。

救急医療情報システムの改善、充実は、実際に利用する医療提供者から、システムの構築を担う行政に対して、予算措置や行政担当部署間の横断的な連携などを主張していくことが必要である。

日本医師会として、患者に適応したより良い医療を提供するため、救急医療情報システムの充実を推進していくべきである。

### Ⅲ. 救急搬送・救急医療の連携

#### 1. 平成21年消防法改正に基づく実施基準の今後

救急隊の出動件数、搬送人員数は、平成20、21年に横ばいとなっていたが、高齢者の搬送件数が平成22年より急増している。平成22年の伸び率は、それぞれ全体で6.6%、6.3%であり、平成23年も同様の見込みである<sup>17</sup>。

また、救急隊の現場到着までの時間、病院収容までの所要時間も、全国平均では延長傾向に改善が見られない。

さらに、救急隊の医療機関への受入照会回数が4回以上の事案は、平成20年から21年にかけては改善していたが、平成22年は重症以上傷病者、産科・周産期傷病者、小児傷病者及び救命救急センターの搬送事案のいずれも、悪化した。現場滞在時間30分以上についても同様である。<sup>18</sup>

#### (1) 搬送・受入れ実施基準の修正、補完

救急患者の搬送受入困難事例の発生を契機とした、平成21年消防法改正に基づく傷病者の搬送・受入れの実施基準は、全ての都道府県で策定、運用されている。

実施基準の策定・運用は、制度開始当初では、それぞれの都道府県で整備、充実がなされている分野から取り掛かったり、現状を追認したりする形で行うべきであるが、その後は、見直し規定などに基づき、他の分野の整備、充実を図り、全体の底上げ策を考えるべきである。

そのため、各都道府県は、実施基準について、消防庁・厚生労働省通知に示されている通り、少なくとも1年に1回の見直し作業を行い、不十分な点の洗い出し、修正、補完を図るべきである。

---

<sup>17</sup> 平成23年版救急・救助の概要

<sup>18</sup> 平成22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

## (2) 搬送・受入れ実施基準の考え方

実施基準の運用・見直しでは、地域のこれまでの取り組みが認められなくなり、その結果、医療資源を失うことがないようにしなければならない。また、救急搬送・救急医療との連携に資するデータ収集に必要となる患者受入れ医療機関、特に限られた人員配置で業務を行っている私的二次救急医療機関に対する人的、経済的な負担の軽減を図る必要がある。

救急搬送患者を受け入れる医療機関の側に、必要な人員、設備がなければどうにもならない。患者の受け入れに尽力しているが、本来の施設要件を満たせていなかったり、特定日にしか対応できなかったりする場合がある。そのような医療機関がリストに掲載されない場合には、特に二次救急医療体制から撤退するケースも現れる。システムに縛られたゆえ、安易な搬送による同症例患者の集中などの弊害がもたらされている。

また、医療機関リストの公表の影響について、医療機関リストをみた軽症患者の三次救急医療機関への集中による現場の負担増加が一部地域で懸念されたがその状況など、地域性も含めて検証するべきである。

さらに、救急搬送患者の医療機関への受入困難事例に関しては、多くの医師と医療設備を有する大学病院等の総合病院が国の援助の下、24時間体制で受け入れができるよう整備されるべきであると考えられる。

なお、受け入れ困難理由として多い精神疾患については、後述の「一般救急医療と精神科医療との連携」において触れる。

## 2. 超高齢社会における救急搬送・救急医療体制

### (1) 高齢化と救急搬送に関する将来推計

平成22年以降に急増した救急隊の出動件数、搬送人員数は、高齢者の増大に伴うものと思われる。

搬送人員の構成比では、急病患者の搬送件数が増加しており、その6割弱は高齢者である。高齢化の進展が搬送件数の増加につながることは、人口推計と年齢別の搬送率を基にした消防庁の将来推計にも示されており、平成37年の出動件数は約600万件、搬送人員数は約547万人とされる<sup>19</sup>

また、年齢階層別にみた院外心停止（C P A cardiopulmonary arrest）事案発生率と搬送率は、特に70歳以上で急上昇する。将来推計においても、高齢化に伴い、平成37年には搬送人員数の伸びと比例して約40万人増加するとされている。

なお、平成20、21年の一時的な横ばい、減少の要因として、啓発キャンペーンの奏功や交通外傷の減少だけでは説明がつかない。重症患者も減少したということは、医療費の患者負担増や経済状況などで受診抑制が働いていることが要因とも考えられる。特に高齢者の内因性疾患では、我慢して重症化することもありうる。現に、搬送人員数に占める中等症や重症の割合は、他の世代に比べて大きい。また、地域の高齢者の独居率が高ければ、119番通報がなされない背景といえる。

高齢化の進展や受診抑制による搬送数の停滞が重症化を促し、平成22年以降の出動件数、搬送人員数の急増につながったのではないかという見方も重要である。これが事実であるとすれば、平成23年に50周年を迎えた国民皆保険に基づく、早期発見・早期治療という我が国の医療の長所が失われることになりかねない。

---

<sup>19</sup> 救急業務高度化推進検討会

## (2) 高齢化と救急医療

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るべきである。

また、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。

また、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。

## 3. 一般救急医療と精神科救急医療との連携

### (1) 連携の課題

総務省消防庁が平成20年に東京都の搬送事案について実施した調査<sup>20</sup>によれば、「救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由

---

<sup>20</sup> 平成20年12月1週間の全数調査(9,414事案)

として明確に回答した」457件のうち、急性アルコール中毒は135件、背景として精神疾患ありは120件、薬物中毒は29件、認知症は21件であった。

精神科疾患患者の一般救急医療機関での受け入れ・一般救急医療機関からの精神科医療機関の受入れについての相互連携問題が解決されなければ、搬送時間の短縮にはつながらない。

どのようなスキームであれば、一般救急医療と、精神科救急医療とのコラボレーションが可能となるかが課題である。

精神科と一般救急医療との接点を持つて、お互いの患者のコンサルトが容易にできる仕組みが必要である。その際、診療報酬（他科受診、対診）についても配慮が必要である。

前期本委員会報告書では、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」を紹介した。同制度は、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ることを推進するものである。

また、救急医療との連携方策だけではなく、様々な施策（産業保健での自殺対策、薬物中毒患者の更生、福祉など）を総合的に行う必要がある。

## （２）平成２１年消防法改正と精神科救急医療

平成２１年消防法改正による搬送・受入実施基準の導入の狙いの一つは、特に精神科疾患、身体合併症、アルコール中毒、自殺企図、大量服薬など、受け入れ困難事例への対応である。そうした患者は決して重症ではないが、一般の救急医療機関では受け入れが困難であり、搬送先の選定に時間を要する要因となってくる。各都道府県の実施基準が重症患者に重点を置いたルールを策定した結果、かえって混乱を来すことのないようにする必要がある。



ある。

また、実施基準に精神科疾患患者の搬送、受け入れが定められていないケースもある。定めている場合はその充実が求められる。実施基準における精神疾患の位置付けの地域格差是正が必要である。

### (3) 連携に関わる行政・医療提供者の課題、「5疾病5事業」

精神科救急医療の最大の問題点は、救急医と精神科医の医師同士のコミュニケーションが取りにくいことであり、それは、行政の救急医療、精神科救急医療の担当部署間でも同様である。一般救急医療と精神科救急医療との連携に関わる公的補助制度の周知も不足している。

各医療機関では、医療費削減のための在院日数短縮、病床削減により、救急患者の受け入れ能力が低下している。しかし、実際のニーズがあるところに必要な施策が行われなければならない。

今般、精神疾患が「5疾病5事業」に疾病として追加されることとなったが、各都道府県においては、本稿に述べるような一般救急医療との連携体制の構築が求められる。

医療提供側においても、一般の救急医には、精神科患者の重症度がわからない。また、一般の救急医療は医師会、精神科救急医療は精神科病院協会に対応している。医師会、病院団体、行政が重なって対応していくシステムの構築がなければ、問題解決は難しい。

精神科救急医療の輪番制は精神科のみの体制であるが、一般の救急医療とは別のものとして扱うのではなく、精神科医師、医療機関を巻き込む形で行う体制整備を図るべきである。

精神科医師のいない一般の救急医療機関が、身体状態が軽度の自殺企図

や薬物中毒等の患者を受け入れてくれる精神科医療機関を常に連携できるパートナーとして確保することは困難である。

各都道府県に、身体合併症の精神科患者を受け入れることのできる「スーパー精神科救急医療機関」を少なくとも1か所は整備することも必要である。

一般救急医療機関で受け入れた精神科疾患患者の多くは、1日で退院できる。しかし、患者が暴れたりして、自傷他害事例が起きた時は責任問題となる。また、人手を要する割には診療報酬や補助事業上のメリットがない。さらに、夜中に精神科疾患関係で来院した患者は、不払いリスクがある。

例えば薬物中毒患者で搬送先の選定が困難となっているケースは、重篤には至らず、処置後に薬物コントロール下に置き、1日ないし数時間入院させればよい患者である。そのような患者は、医療面では処置後は点滴をすればよいだけであるが、目を離すことはできない。また、デトックスセンター等で対応し、翌日他の必要な施設に転院させるようにする方策もある。

#### **(4) 精神科患者に対する役割分担への評価**

精神科患者を一般救急医療機関に搬送する際は、二次救急医療機関、三次救急医療機関との間で、役割分担が必要である。

リストカットや薬物中毒の事例は、通常、三次救急ではなく、二次救急で対応しているものである。現在、二次救急医療機関で、多くの薬物中毒等の患者を受け入れている。しかし現在の診療報酬体系では、十分な配慮がなされていない。さらにこうした患者のケアは非常に手がかかり、二次救急医療機関の負担となっている。三次救急患者だけではなく、救急患者

の多くを二次救急医療機関が受け入れている点を考慮すべきである。

診療報酬上、救命救急センターの精神保健指定医による自殺企図等の患者への診断治療に救命救急入院料の加算が認められたのは評価できる。しかし、同診療料を算定できる患者は身体的には重篤患者である一方、精神保健指定医の診断治療を受ける患者は、救命救急入院料の適応ではないけれども、自殺企図の可能性が高く、加算は現実的ではない。加算の対象は、救命救急センターが算定する診療報酬以外にも広げるべきであり、それが自殺の予防にも有効となる。

また、二次救急医療機関も対象である「身体合併症救急医療確保事業」は、診療報酬ではなく補助事業なので、都道府県でも財源を担保しないと実施されない。

## IV. 病院前救護体制

### 1. 医師によるプレホスピタルケア

#### (1) ドクターヘリ

全国でドクターヘリの導入数が増加し、出動件数も増加する中、全国で共通するドクターヘリの出動・判断基準が導入されているが<sup>21</sup>、距離や患者の状態、ドクターヘリ・ドクターカーの使い分けも図るべきである。さらに、都道府県域を超えた隣接地域での複数機のドクターヘリの相互救援体制の構築が望まれる。

また、キャンセルやオーバートリアージを恐れない、積極的な出動要請がなされる。ドクターヘリ導入都道府県にあっては、キャンセルやオーバートリアージをした場合も出動要請をした者の責任は問われないことを含め、要請実績の少ない市町村へのキャンペーンなどをさらに推進するべきである。

北海道ドクターヘリ運航実績報告書では、夜間、季節要因・気象条件（降雪、濃霧他）、航続距離の長さなど、運用上の課題も報告されているが、現在行っている連携病院の整備やモデル事業の実施、さらには公的補助の充実などにより、課題の解決を図るべきである。

なお北海道では、平成22年度に1か月間のメディカルウイング（医療優先固定翼機）の研究運航が実施された。さらに、平成22年補正予算による地域医療再生基金において、3年間で合計12か月の研究運航実施が認められた。医療優先固定翼機の役割については、緊急に高度・専門医療を必要とする傷病者や緊急な高度・専門医療技術者の広域搬送、移植用の臓器や医薬品の緊急搬送、地方への医師派遣を含む社会的医療搬送などが

---

<sup>21</sup> 参考：厚生労働科学研究「ドクターヘリ、ドクターカーの実態を踏まえた搬送受入基準ガイドラインに関する研究」平成21年度報告書

考えられるとされている。広大な面積や離島を有する他都道府県にも参考となるものであり、今後に期待したい。

## (2) ドクターカー

ドクターカーについて、病院車を利用する場合と、消防機関の高規格救急車による場合（市立病院へのワークステーション設置など）とで、それぞれ長所、課題（予算確保、費用の負担者、医師・看護職員の負担、出動の是非の判断者、市町村を超える搬送など）がある。また、救命救急センター間で、ドクターカーの運用実績に格差がみられる。

特に、119番通報から傷病者の医療機関への搬送まで長時間を要する都市部においては、ドクターカーの導入がより多くの救命率の向上に役立つと思われる。

病院車を利用する場合にあっては、24時間運用を可能にするだけの公的補助の充実（運転手の人件費など）、消防機関の高規格救急車による場合は、その市町村域を超える出動・搬送を実現させるための近隣市町村との連携・費用負担と医師による出動の判断の担保などを図るべきである。

## 2. 救急救命士

救急救命士は、救急救命士を含む救急隊の本来の役割は搬送業務であることを前提とした上で、下記の通り、前期本委員会報告書における提議及び業務範囲の拡大の是非が課題である。

また、現場での特定行為の実施、救命率、搬送時間の相関関係を、ウツタイン統計を用いて検証すべきである。そのためには、救急救命士の特定行為に関するデータの研究について、受け入れ先の医療機関が協力でき、データをきちんと出せるようなシステムが必要である。

- 救急救命士の業務拡大に関して実証研究中の「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 $\beta$ 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」の3行為について。
- 救急隊の救急救命士が、搬送先の救急医療機関において、医師に引き継ぐまでの間、救急救命処置を行うことについて。(救急救命士に対する教育内容の見直しを含む)
- 特に大学や専門学校を卒業して消防機関に就職しなかった救急救命士資格保有者の就業先について。

## おわりに

今期の本委員会は、東日本大震災が発生するまで、災害医療小委員会（委員長：井戸俊夫副委員長）により、JMAT参加者や全ての医師会員を対象とする研修のあり方について検討を行っていたところであった。また、日本航空123便墜落事故（昭和60年）や阪神・淡路大震災（平成7年）などの過去の医師会活動や、平成23年1月に噴火した新燃岳への対応に関する調査研究も途中の段階にあった。震災を受け、これらの委員会活動は中断された形となったが、日本医師会は、今後災害医療のあり方等を検討するに当たっては、東日本大震災を大切な教訓として加え、災害時における医師会活動の充実、強化に取り組みたい。

今期は、日本医師会などで構成する日本蘇生協議会が組織したアジア蘇生協議会がILCORに加盟して初めての国際コンセンサスが策定され、同時に、公式にこれを踏まえて我が国独自の救急蘇生ガイドラインも取りまとめられた。救急蘇生法の指針（市民用、医療従事者用）も改訂され、日本医師会により、一般市民や日本医師会員に対する周知活動も行われているところであるが、医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進し、救急患者の救命率及び社会復帰率の向上に資するという目的のため、日本医師会ACLS（二次救命処置）研修事業の内容の見直し及び周知徹底が必要である。

一般救急医療と精神科（救急）医療との連携は、本委員会では、救急患者の搬送・受入れに関わる重要課題として捉え、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課の担当官も招いて、活発な討議を行った。

救急救命士については、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」の検討結果により、三行為につき、メディカルコントロール体制が十分に確保された地域において実証研究を行い、その結果を踏まえて、さらに検討することとされた。具体的な地域はこれから選定されるが、日本医師会としても、救急救命士の業務内容や業務場所等について、検討を深めていくことが必要である。

今期は、災害対策に関する論議に多くの時間を費やした。日本医師会の災害への取り組みはJMATという直接的な医療支援活動にとどまらないが、中でも災害医療対策は、平常時の救急医療対策との間で強い関連性を有する。救急医療後の患者の後方連携体制を含む地域の救急医療体制の充実とともに、各都道府県医師会等と問題意識を共有しながら、JMATの公的な位置づけの強化、生涯教育と関連付けた災害医療研修の定着など国民の期待に応える体制整備を、日本医師会が主体的に推進する事が期待されている。