

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
における議論の整理
(案)

平成 30 年 7 月

救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

内容

I.	はじめに	3
II.	方針が明確化された論点	3
1.	DMAT事務局の体制強化について	3
2.	災害時を想定した平時における燃料等の供給手段の確保について	4
3.	病院前医療の提供手段について	5
(1)	病院前医療の効率的な提供に係る地域の協議について	5
(2)	ドクターヘリの安全運航について	6
III.	方向性を検討すべき論点	7
1.	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の在り方について	7
2.	災害派遣精神医療チーム（DPAT）について	8
3.	災害拠点精神科病院について	9
4.	救急医療体制について	9
5.	その他の個別的事項	10
(1)	救急医療情報センターについて	10
(2)	ICTの推進について	11
(3)	救急救命士の業務を行う場について	11
(4)	ドクターヘリの効率的な運用について	11
(5)	都道府県災害医療コーディネーターについて	11

I. はじめに

- 平成 30 年度から各都道府県において第 7 次医療計画が策定され、救急医療提供体制については地域連携の取組や救急医療機関の充実に向けた見直し、災害医療提供体制についてはコーディネート体制や連携体制等の構築に向けた見直し等を進めているが、更にこれらの医療の充実を図っていく必要がある。
- 救急医療については、地域の実情に応じた体制構築にあたり、出動件数が増加しているドクターヘリの安全運航の在り方や、救命救急センターを含む救急医療体制の在り方等について検討が必要である。
- 災害医療については、今後発生が予想される南海トラフ地震、首都直下地震にも対応が可能な体制構築するにあたり、DMAT 事務局の組織・運用の在り方や、広域災害・救急医療情報システムの在り方等について検討が必要である。
- 上記を含めた、救急・災害医療提供体制等の課題について検討することを目的として、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」（以下「検討会」という。）が平成 30 年 2 月に設置され、以降、平成 30 年 6 月まで計 5 回にわたり開催された。
- 今回、今後の検討会における議論の方向性を考えるに当たって、これまでの検討会において掲題された論点を整理し、今後の対応が定まった論点及び今後も継続して検討すべき論点を明確化することとする。

II. 方針が明確化された論点

1. DMAT 事務局の体制強化について

（現状と課題）

- DMAT 事務局は、平成 22 年度に NHO 災害医療センター、平成 25 年度に NHO 大阪医療センターに設置され、平時には DMAT の養成及び隊員管理や活動の向上に係る業務を行い、災害時には被災地への DMAT 派遣調整等の業務を行っている。
- DMAT 事務局には、東西の事務局に 33 人の人員が配置されているが、専任の常勤職員は 3 名であり、併任や非常勤職員が大部分を占めて

おり、体制が脆弱である。

- 平成 28 年の熊本地震では、発災直後の急激な業務量の増加を、外部からの応援を得て対応した。しかし、応援する者があらかじめ任命されていたのではなく、日頃からのつながりを頼ることにより、専門家の協力が得られたというものであった。

(方針)

- 大規模災害時に備え、DMAT 事務局の人員増強を行うとともに、大規模災害時に他の病院等からロジスティクスを含めた災害医療の専門知識をもつ者の応援が得られる体制を整備する。
- また、DMAT 事務局が病院内の一部門となっている現状を改める。また、あらかじめ DMAT 事務局を支援する団体(専門家)を決めておき、災害時に DMAT 事務局におけるリーダー人材(DMAT 事務局参与に任命)や応援人員を外部から得られるようにする。これらの人材育成のための研修事業を創設し、DMAT 事務局の業務を担う人材を確保する。
- なお、「経済財政運営と改革の基本方針 2018」(平成 30 年 6 月 15 日閣議決定)では、「災害派遣医療チームの司令塔機能の強化等を進める」と明記されている。

2. 災害時を想定した平時における燃料等の供給手段の確保について

(現状と課題)

- 平成 30 年 2 月に発生した福井県等における豪雪において、一部地域の幹線道路の通行止めなどにより燃料配送の遅延が発生し、ある基幹病院の燃料供給について、平時には取引を行っていない石油販売業者に対して燃料供給の緊急要請が行われたため、業者が納入する燃料等の情報収集に時間を要し、円滑に燃料供給できなかった事例が発生した。
- 災害拠点病院の指定要件には、燃料について 3 日分程度の確保とともに、食料、飲料水、医薬品等については地域の関係団体・業者との協定を締結し、災害時に優先的に供給される体制を整えておくことを定めている。しかし、燃料については地域の関係団体・業者と

の協定締結を指定要件に明記していない。また、災害拠点病院以外の病院についても、災害時においてライフラインを確保できるよう平時からの備えについて万全を期すことを認識してもらう必要がある。

(方針)

- 災害拠点病院については、食料、飲料水、医薬品だけでなく、燃料についても、地域の関係団体(組合等)・業者との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えることをその指定要件に加え、特定の業者が、被災等で燃料を配送できなくなる事態に備え、平時から協定を締結した相手と、燃料の供給を受けるために必要な情報の共有等の関係構築を図るよう求める。
- 災害拠点病院以外の医療機関に対しても、食料、飲料水、医薬品、燃料について、特定の業者が被災等で配送ができなくなる事態に備え、平時から複数の業者等と、災害時に優先的に燃料の供給を受けるためには、協定を締結することが必要である旨を周知する。
- 都道府県の設置する保健医療調整本部には、災害時における診療機能維持のための優先的な食料、飲料水、医薬品、燃料の供給について、医療機関間の調整を行った上で、地域の関係団体(組合等)・業者に必要な情報を提供する役割を担うことが期待されている旨を周知する。

3. 病院前医療の提供手段について

(1) 病院前医療の効率的な提供に係る地域の協議について

(現状と課題)

- ドクターヘリ、ドクターカーやメディカルジェット等、病院前医療の提供手段が多様化している中、地域の有限な医療資源を有効に活用し、救急医療の質を向上させるため、医師派遣及び患者搬送手段の選択や、効率的な運用方法等について地域の救急医療関係者間で十分に協議する必要がある。
- ドクターヘリ及びドクターカーの両者を活用可能な地域において、両者の効率的な要請のための明確なルール(距離や搬送時間等による要請における優先順位等)は多くの地域で策定されておらず、ま

たドクターヘリ事案においては事後検証がされていない地域や、要請基準等の改訂がされていない地域がある等、地域の救急医療関係者間の協議は十分でない。

(方針)

- ドクターヘリやドクターカー等の効率的な運用のためには、事後検証を経て適切に要請基準を改訂する等、地域で一体的に協議する。
- 地域の救急医療関係者間の協議の場として、メディカルコントロール協議会を活用する。

(2) ドクターヘリの安全運航について

(現状と課題)

- 平成 13 年度から、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）の整備は、救急医療対策の整備事業に位置付けられ、「ドクターヘリ導入促進事業」として国庫補助金の対象となった。平成 19 年 6 月には「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」（平成 19 年法律第 103 号）が制定されるなど、ドクターヘリの全国展開に向けた取組が進められ、現在全国 42 道府県 52 機の配備がなされている。
- このような中、平成 27 年厚生労働科学特別研究「ドクターヘリの適正な配置及び安全基準のあり方に関する研究」においては、その運航に当たっての安全管理の必要性について検討された。また、平成 28 年には、神奈川県ドクターヘリが到着する事故も発生した。これらを受け、安全管理の検討を行い、平成 29 年厚生労働科学研究「ドクターヘリの適正配置・利用に関する研究」において、「ドクターヘリの安全な運用・運航のための基準」がとりまとめられた。

(方針)

- 多職種・多機関が連携して関わっているドクターヘリの安全な運用・運行のため、事業者に対して、従来行われている各機関の安全管理に加えて行うべき安全教育、多職種連携及び包括的な安全情報の共有等を「ドクターヘリの安全な運用・運航のための基準」を踏まえて、安全管理体制として求める方針を示す。

III. 方向性を検討すべき論点

1. 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の在り方について

（現状と課題）

- EMIS は、阪神・淡路大震災を契機として、被災地の医療機関の状況や医療支援者による支援状況を行政機関が把握できることが必要であるとの問題意識の下で構築された情報システムであり、被災地の医療機関の被害状況、DMAT 等の活動状況の情報を閲覧・共有することができる。
- 平成 25 年度には全ての都道府県が EMIS の導入を完了し、平成 30 年度には全ての病院の 93% がアカウントを保有している。また、医療機関以外にも医師会、保健所、市町村等もアカウントを保有し、EMIS 上は、災害医療に携わる関係機関の多くが災害発生後の被災状況等を迅速に把握・共有することが可能になっている。
- 「平成 28 年熊本地震時の医療機関を中心とした EMIS 活用の実態に関する調査」において熊本地震での EMIS 活用の実態及び課題について調査したところ、地震発生後 12 時間で被害状況の入力率は 80% を超えていたが、自ら入力できたのは 2 割にとどまっていた。
- EMIS は機能ごとに主たる入力者、入力場所が異なることが想定され、利用者に応じた使いやすさが必要であり、操作性やデザイン（見やすさ）についての改善要望が多く寄せられている。

（主な意見）

- EMIS の議論をするに当たり、従来通り救急医療情報システムと連携するのか、災害時に特化したシステムにしていくべきか、といったシステムの根本的な設計思想について、議論が必要ではないか。
- 病院における入力担当者の異動、勤務時間の問題及び問題認識自体の欠如等に対応するため、EMIS を入力する訓練や日常からの利用が必要ではないか。
- EMIS の項目が多いほど、判断、運営及び事後検証に役立つ一方、必要な入力項目及びその優先順位等を再度検討すべきではないか。普段使いとユーザーフレンドリーの両者を兼ね備えたシステムが必要

ではないか。

- 非常時に EMIS の入力を促すプッシュ型システムや EMIS アプリの作成、オフラインでも使用可能なシステムが必要ではないか。

2. 災害派遣精神医療チーム（DPAT）について

（現状と課題）

- DPAT は、災害時の精神保健医療ニーズの把握、専門性の高い精神科医療の提供、精神保健活動の支援等を行う専門的な研修・訓練を受けたチームである。
- DPAT 活動には、発災後 48 時間以内に先遣隊が活動を開始し、本部機能を立ち上げ、急性期の精神科医療ニーズに対応するフェーズと、発災後、数週間から数ヶ月程度、必要に応じて DPAT 隊を継続派遣し、医療・保健活動の支援を行うフェーズに分けられる。
- DPAT 先遣隊は、主に DMAT と連携し、被災地における精神医療の支援や被災精神科病院の転院支援等を行うが、国及び都道府県において、DPAT を主管する部局が DMAT を主管する部局と異なるため、熊本地震では連携が困難だったという課題が生じた。
- なお、熊本地震においては、発災 1 週間後からは、医療ニーズだけでなく保健ニーズも生じたが、ニーズの種類によりカウンターパートが異なっている。

（主な意見）

- 災害急性期の DPAT 活動においては DMAT との連携が必要なため、その所管を災害医療担当部署に統一してはどうか。
- DPAT の所管を災害医療担当部署に統一すると、精神保健担当部署との連携が逆にうまくいかなくなるのではないか。
- 災害急性期から DPAT による対応が必要であるため、保健医療調整本部を立ち上げる際には、DPAT と災害医療コーディネーターとの連携が必要ではないか。

3. 災害拠点精神科病院について

(現状と課題)

- 平成 23 年の東日本大震災、平成 28 年の熊本地震では、被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われた。精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難である。
- 災害時に精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有する精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の整備が必要である。
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(医政地発 0731 第 1 号平成 29 年 7 月 31 日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) に災害拠点精神科病院の目標、求められる機能が示されたが、具体的に認定するための指定要件は明示されていない。

(主な意見)

- 災害拠点精神科病院の整備促進のためには、具体的な指定要件の提示が必要ではないか。
- 教育の拠点として、都道府県レベル、国レベルそれぞれで基幹となる施設が必要ではないか。
- 災害拠点精神科病院の指定要件が決定した際には、ハードとしての整備に対し、何らかの支援が必要ではないか。

4. 救急医療体制について

(現状と課題)

- 「救急医療対策の整備事業について」(昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号厚生省医務局長通知) により、これまで初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。
- 高齢化等社会経済構造の変化に対応できるよう、これまでも救急医療体制の在り方については議論がされてきたが、こうした変化に十分対応できる仕組みへの変更がなされるには至っていない。

- さらなる高齢化の進展、継続して増加する救急搬送件数、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、これ以上改革を進めるための議論を許容できる猶予はなく、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。

(主な意見)

- 現在の初期、二次、三次救急医療体制の概念は、地域における多様性を前提とすれば、敢えて変える必要はないのではないか。
- 地域の救急医療体制に係る指標として、傷病者受入れ要請に対し、断らずに受け入れる体制、地域内の医療機関で受け入れた率、救急車受入台数等を含めた総合的評価があるのではないか。
- 救急医療機関の評価指標として、傷病者の受入れ数だけでなく、傷病者の緊急度、重症度、及び生命予後や機能予後に寄与したか等、客観的なデータを用いた質の評価があるのではないか。
- 消防機関等の把握しているデータと医療機関が把握しているデータを連結し評価等に活用することは、救急医療の質の向上につながるのではないか。
- 高齢者救急の増加に応じ、搬送力の増強だけでなく、患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を取り入れる必要があるのではないか。

5. その他の個別的事項

(1) 救急医療情報センターについて

(主な意見)

- 救急医療情報センターが地域によっては形骸化しており、改善が必要ではないか。
- EMIS の議論をするに当たり、従来通り救急医療情報システムと連携するのか、災害時に特化したシステムにしていくべきか、といったシステムの根本的な設計思想について、議論が必要ではないか。(再掲)

(2) ICT の推進について

(主な意見)

- 救急情報キットは、ICT の活用を進めるべきではないか。これらは救急の搬送時及び退院時の支援となるのではないか。

(3) 救急救命士の業務を行う場について

(主な意見)

- 医師及び看護師の働き方改革などの視点より、救急救命士が救急外来でも救急救命処置が可能となるように検討をすべきではないか。

(4) ドクターヘリの効率的な運用について

(主な意見)

- ドクターヘリの要請件数のうち、出勤後キャンセル、未出勤における出勤前キャンセル及び重複要請が増加傾向であり、要請方式を含めた要請基準について検討すべきではないか。これらの検討は、ドクターヘリの効果的・効率的な運用による安全性の向上につながるのではないか。
- 全国ドクターヘリの運用状況を継続的に把握し、効果的・効率的な運用を検討するためには、ドクターヘリ症例登録システム（レジストリ）を構築し、基地病院は登録を義務化すべきではないか。

(5) 都道府県災害医療コーディネーターについて

(主な意見)

- 厚生労働省は、都道府県災害医療コーディネーター研修を実施し、都道府県災害医療コーディネーターの能力の向上を図っている。都道府県は、都道府県災害医療コーディネーターの質を担保すべきではないか。