

救急・災害医療に係る現状について

救急医療の現状

救急医療体制の経緯①

- 1948 (昭和23年) 消防組織法→消防組織は独立(市町村)
- 1963 (昭和38年) 消防法の一部改正(昭和38年法律第88号)
救急搬送業務の法制化
- 1964 (昭和39年) 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)
⇒救急医療機関告示制度
- 1977 (昭和52年) 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)
初期、第二次、第三次救急医療体制の発足
- (別添)「救急医療対策事業実施要綱」

 - 初期救急医療体制
 - 休日夜間急患センター事業、小児初期救急センター事業
 - 入院を要する(第二次)救急医療体制
 - 病院群輪番制病院、共同利用型病院、小児救急医療拠点
 - 救命救急センター
- 1989 (平成元年) 救急医療体制検討会
- 1991 (平成3年) 救急救命士法

救急医療体制の経緯②

1997（平成9年）救急医療体制基本問題検討会

- －救急医療体制のあり方
- －救急医療体制の個別課題
- －救急医療の啓発普及
- －救急医学教育

2000（平成12年）病院前救護体制のあり方に関する検討会

- －病院前救護体制におけるメディカルコントロールについて
- －地域における病院前救護体制を支える体制作り
- －救急救命士の業務内容、教育と養成について
- －心肺蘇生法の啓発・普及

2008（平成20年）救急医療の今後のあり方に関する検討会

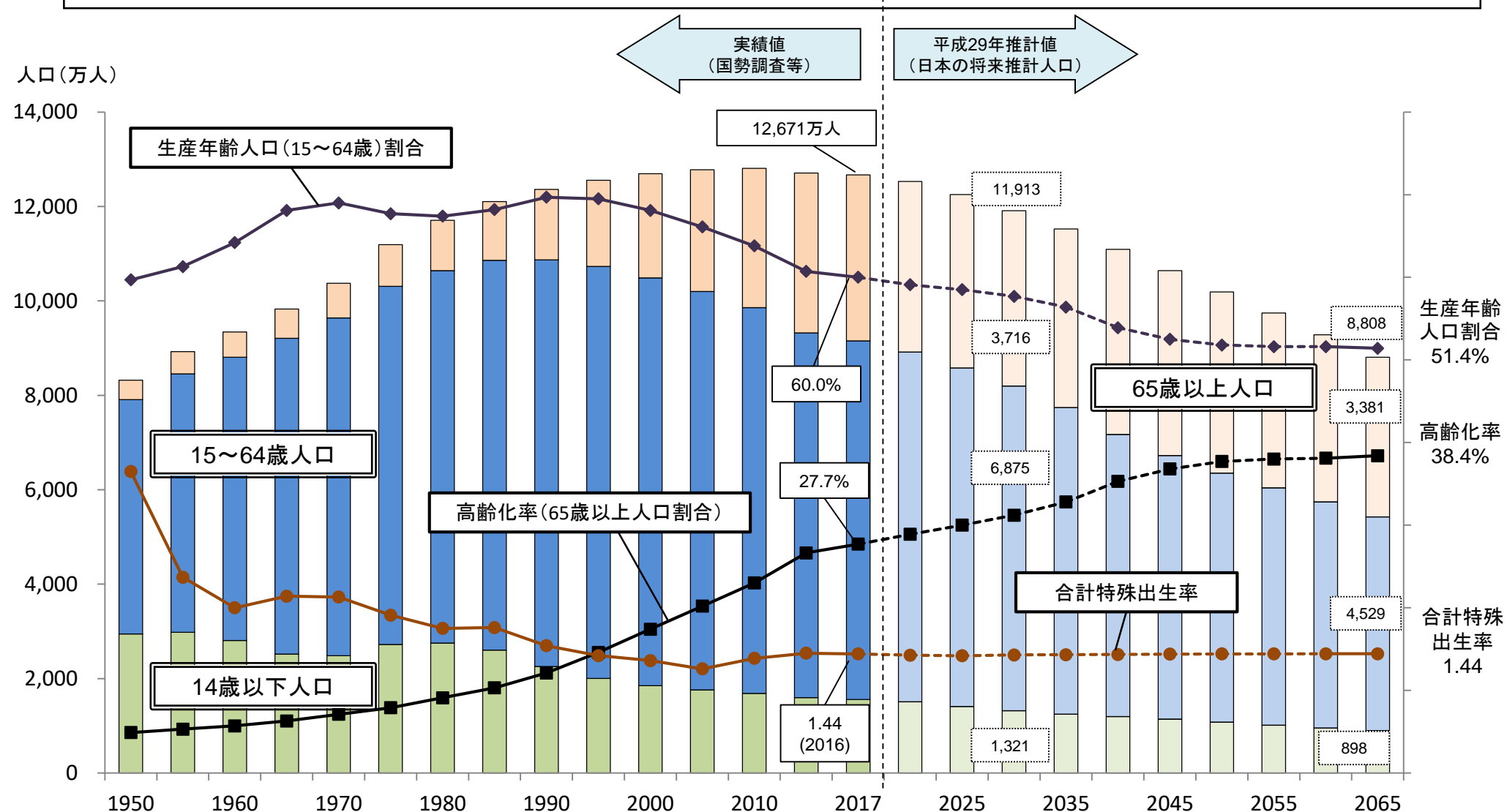
- －二次医療機関、三次医療機関の充実
- －救急搬送における課題と円滑な受入推進について

2013（平成25年）救急医療体制等のあり方に関する検討会

- －救急患者搬送・受入体制の機能強化について
- －救急医療機関・救急医療体制の充実強化について
- －救急患者の搬送等について
- －小児救急医療における救急医療機関との連携について
- －母体救命に関する救急医療機関との連携について
- －精神疾患を有する患者の受入れ及び対応後の精神科との連携体制の構築について

日本の人口の推移

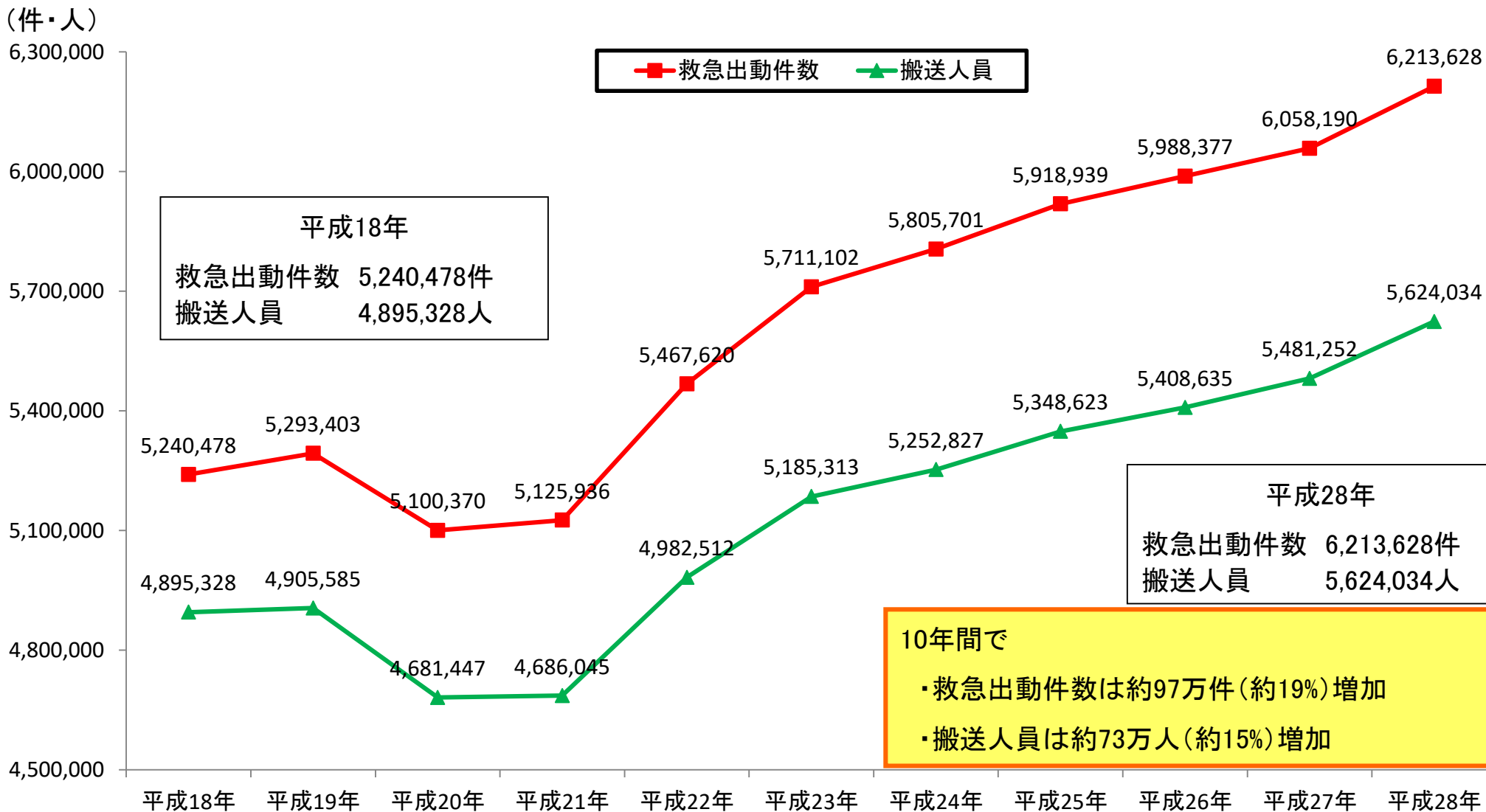
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(出所) 2017年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2017年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2018年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

救急出動件数及び搬送人員の推移

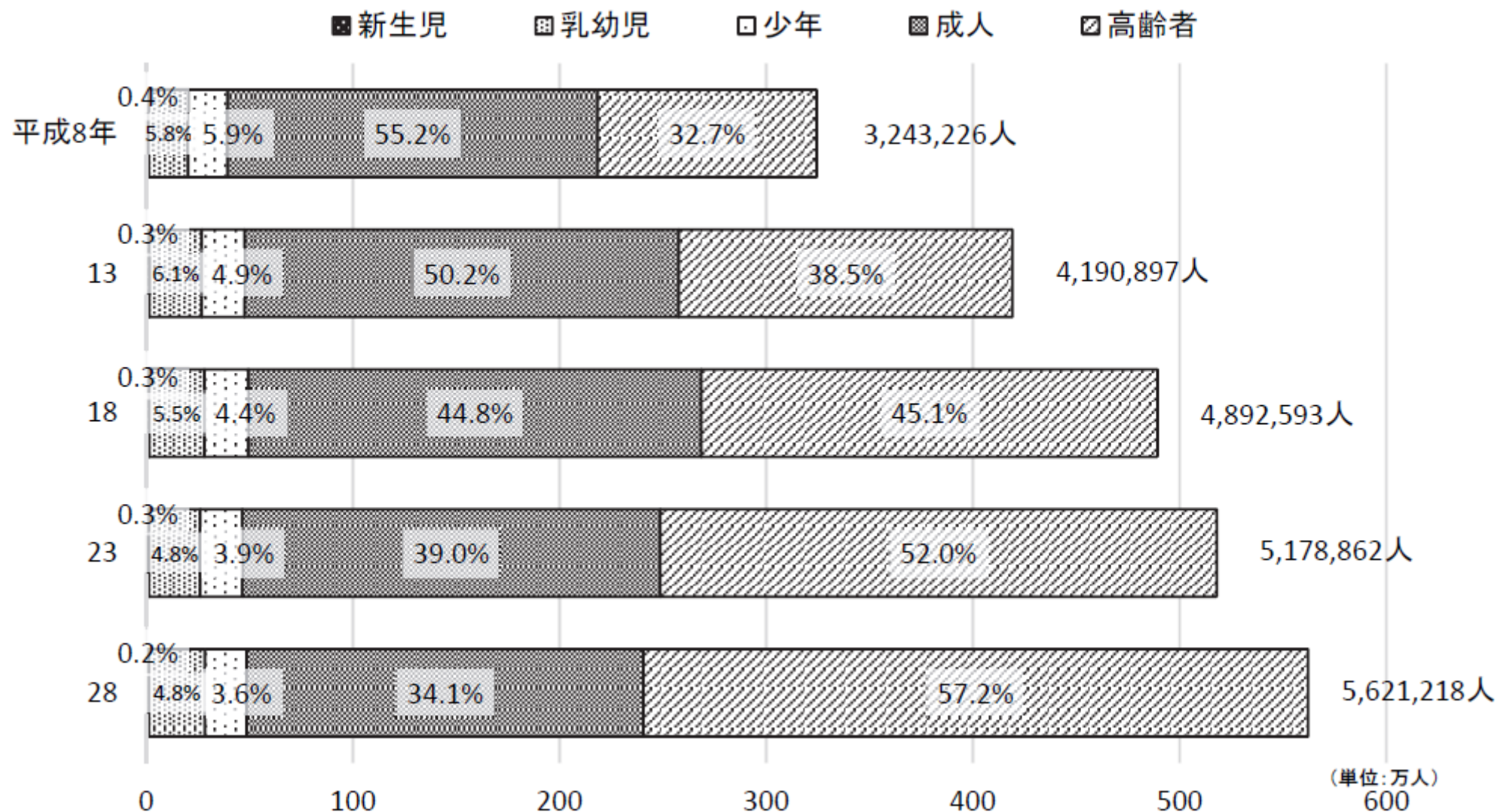
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、8年連続の増加となり、過去最多となった。



(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

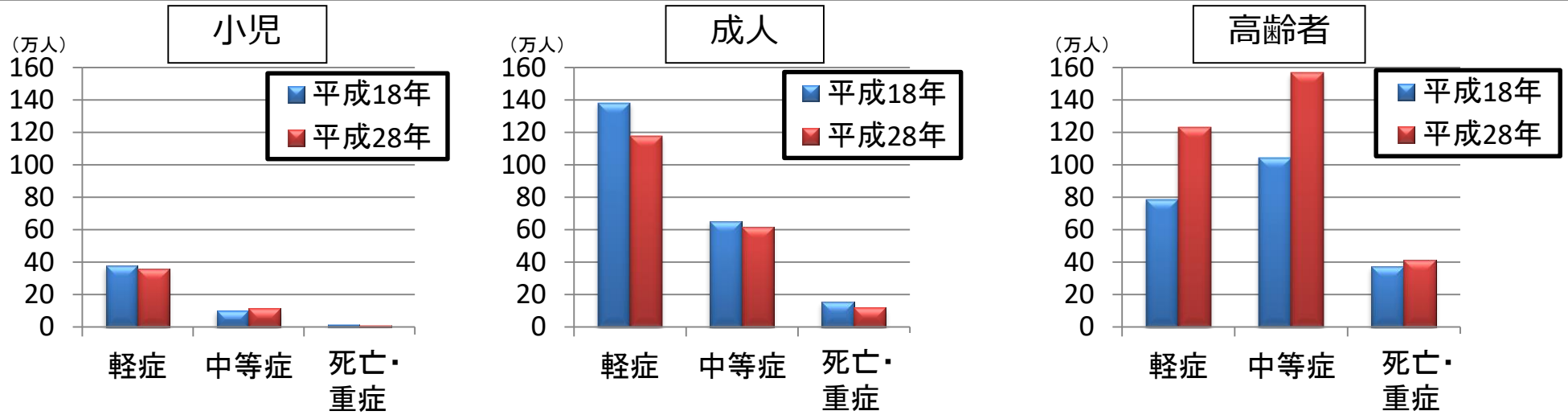
年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあり平成28年には5割以上を占めている。



10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成18年中

全体	小児	成人	高齢者
死亡・重症	1.4万人	15.5万人	37.2万人
中等症	10.2万人	65.2万人	104.4万人
軽症	37.8万人	138.1万人	78.8万人

平成28年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳~64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡・重症	1.1万人 0.3万人減 -27%	12.1万人 3.4万人減 -22%	41.5万人 4.3万人増 +12%
中等症	11.5万人 1.3万人増 +13%	61.9万人 3.3万人減 -5%	156.9万人 52.5万人増 +50%
軽症	36.0万人 1.8万人減 -5%	117.8万人 20.3万人減 -15%	123.1万人 44.3万人増 +56%

死亡: 初診時において死亡が確認されたもの
 重症: 傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症: 傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症: 傷病程度が入院加療を必要としないもの

傷病程度別の救急搬送人員

救急搬送後、傷病者の約半数が軽症と診断され帰宅している。重症以上の患者は10%程度。

傷病程度別の年齢区分別の搬送人員数（平成28年）

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～65歳)	高齢者 (65歳以上)	合計
死亡	784 (0.1)	12,558 (0.7)	62,637 (1.9)	75,979 (1.4)
重症 (長期入院)	9,830 (20.2)	107,958 (5.6)	352,369 (11.0)	470,157 (8.4)
中等症 (入院診療)	114,979 (23.7)	618,859 (32.3)	1,568,711 (48.8)	2,302,549 (41.0)
軽症 (外来診療)	360,041 (74.0)	1,177,850 (61.4)	1,231,310 (38.3)	2,769,201 (49.3)
その他	309 (0.06)	1,229 (0.1)	1,794 (0.1)	3,332 (0.1)
合計	485,943 (100)	1,918,454 (100)	3,216,821 (100)	5,621,218 (100)

約10%

死亡：
初診時において死亡が確認されたもの

重症(長期入院)：
傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

中等症(入院診療)：
傷病程度が重症または軽症以外のもの

軽症(外来診療)：
傷病程度が入院加療を必要としないもの

その他：
医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、並びにその他の場所に搬送したもの

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

傷病者の来院方法と受診後の結果

- 救急車の約75%が二次救急医療機関、約25%が救命救急センターを設置する医療機関へ傷病者を搬送している。
- 二次及び三次救急医療機関において、診察の結果、8割程度が帰宅し、2割程度が入院している。(来院方法を問わず)

重篤患者: 271,252人
 ※重篤患者: 救命救急センターの充実段階評価における来院時の年間重篤患者数

来院方法		救命救急センターを設置する医療機関		第二次救急医療機関
		救命救急センター以外	救命救急センター	
救急車	救急車	306,049	1,047,930	3,944,963
	救急車以外	2,664,281		10,346,248
計		4,018,260		14,291,211



	救命救急センターを設置する医療機関	二次救急医療機関
入院患者数	584,405(14.5%)	2,964,181(20.7%)
外来患者数	3,433,855(85.5%)	11,327,030(79.3%)
計	4,018,260 (100%)	14,291,211 (100%)

救急医療体制体系図

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（289カ所）
（うち、高度救命救急センター（41カ所））

○重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れるもの。

平成30年4月1日現在

ドクターヘリ（53カ所）

平成30年9月24日現在

入院を要する救急医療（第二次救急医療）

病院群輪番制病院（396地区、2,874カ所）

○二次医療圏単位で、圏域内の複数の病院が、当番制により、休日及び夜間において、入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもの。

共同利用型病院（22カ所）

○二次医療圏単位で、拠点となる病院が一部を開放し、地域の医師の協力を得て、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れるもの。

平成29年3月31日現在

初期救急医療

在宅当番医制（600地区）

○郡市医師会ごとに、複数の医師が在宅当番医制により、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

休日夜間急患センター（563カ所）

○地方自治体が整備する急患センターにて、休日及び夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れるもの。

平成29年3月31日現在

救急医療の体制

救命救急医療

- 24時間365日の救急搬送受入(複数診療科にわたる重篤な救急患者)
- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療

○○病院(救命センター)

入院救急医療

- 24時間365日の救急搬送受入
- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療

□□病院

初期救急医療

- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療

◇◇休日・夜間急患センター

救命期後医療

- 在宅等での療養を望む患者に対する退院支援
- 合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療

◆◆病院

在宅等での生活

救護

【住民等】

- 救急搬送要請及び救急蘇生法

【救急救命士等】

- 救急救命士の適切な活動
- 適切な救急医療機関への直接搬送

実施基準

搬送時連携

転院時連携

発症

重症度

時間の流れ

救命救急センターについて①

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付医政指発0331第3号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成29年3月27日付一部改正医政発0327第38号)抜粋)

概要

- ・都道府県の医療計画に基づき、都道府県知事により指定され、救命救急医療機関として位置付けられたもの。
- ・24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
- ・傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること


医療機関に求められる事項

- ・緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。
 - ・その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。
 - ・また、救命救急士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。
-
- ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害も含めて24時間365日必ず受け入れる事が可能であること
 - ・集中治療室(ICU)、心臓病専門病室(CCU)、脳卒中専門病室(SCU)等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
 - ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること(救急科専門医等)
 - ・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
 - ・実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと

救命救急センターについて②

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付医政指発0331第3号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成29年3月27日付一部改正医政発0327第38号)抜粋)

- ・救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
- ・急性期のリハビリテーションを実施すること
- ・急性期を経た後も、重度の脳機能障害(遷延性意識障害等)の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること。
- ・実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・DMAT派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと。
- ・救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること。
- ・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- ・都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
- ・救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)によって定められる救急病院であること。

 現在、47都道府県、289カ所が指定されている (平成30年4月1日時点)

	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
センター数	221	221	246	259	266	271	279	284	289

(各年度末)

第二次救急医療の機能

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付医政指発0331第3号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成29年3月27日付一部改正医政発0327第38号)抜粋)

概要

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

医療機関に求められる事項

- ・地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う。
 - ・脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。
 - ・自施設で対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。
 - ・救急救命士等への教育も一部担う。
-
- ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
 - ・救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。
 - ・救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること。
 - ・初期救急医療や精神科救急医療体制等と連携していること。
 - ・当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること。
 - ・救命医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
 - ・急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること。
 - ・医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと。
 - ・数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること
 - ・救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること。

初期救急医療の機能

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日付医政指発0331第3号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成29年3月27日付一部改正医政発0327第38号)抜粋)

概要

- ・傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

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

救急救命士法の制定と応急処置の拡大

○ 病院又は診療所に搬送されるまでの間の傷病者に対する救急救命処置については必ずしも十分ではない。

平成1年 「救急医療体制検討会小委員会」(厚生省)

平成2年

- ①医師・看護師が現場に出動して高度な応急処置を提供するドクターカー制度の充実・医師の判断を現場に届けるホットラインの導入
- ②医師の指示の下に応急処置を行う救急救命士制度の創設・教育を受けた救急隊員に応急処置を追加して行わせること

「救急業務研究会」(自治省消防庁)

プレホスピタル・ケアの充実のため

- ①医師・看護師による救急現場への出動(ドクターカー方式)
- ②救急隊員の行う応急処置の範囲拡大が考えられるが、①は現実には全国的展開に限界、②が現実的かつ効果的。

平成3年 救急救命士法の制定

法律制定の趣旨

救急救命処置を行うことを業とする者として救急救命士の資格を定め、その資質の向上をはかるとともにその業務が適正に運用されるように規律し、もって医療の普及及び向上に寄与すること

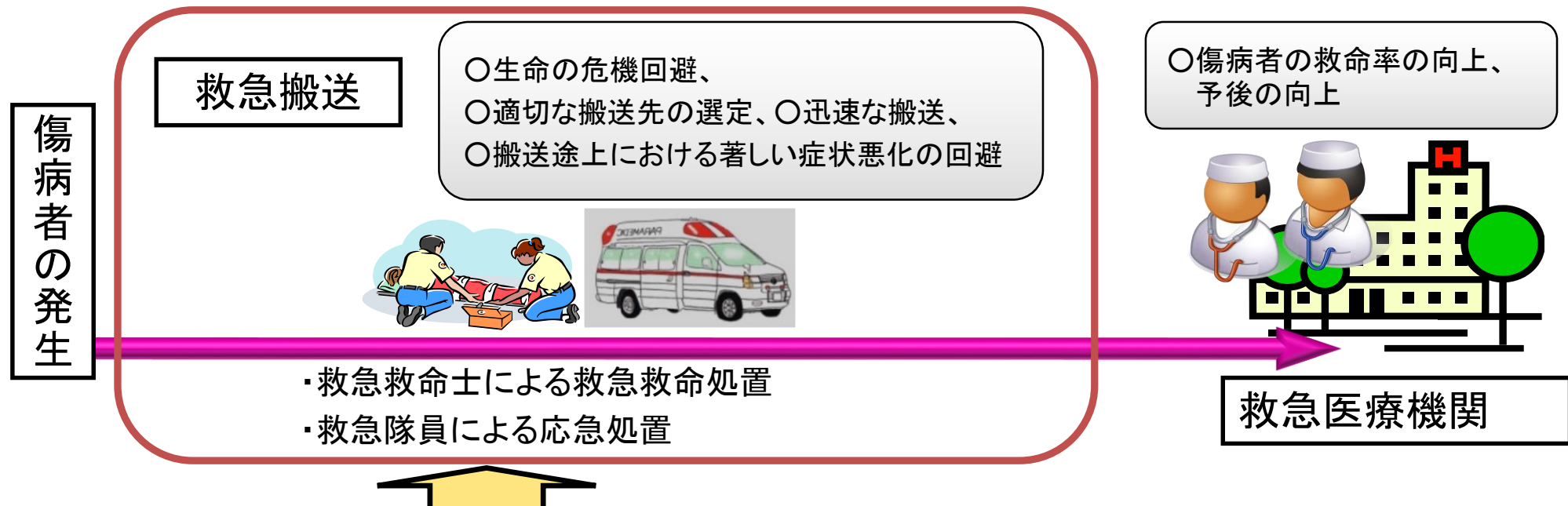
平成3年 救急隊員の行う応急処置等の基準の一部改正等について

応急処置の拡大(9項目)

- | | | |
|------------|------------|-------------|
| ①自動心マッサージ機 | ④血圧測定 | ⑦心電図伝送等 |
| ②在宅療法の継続 | ⑤心音呼吸音聴取 | ⑧経鼻エアウェイ |
| ③ショックパンツ | ⑥血中酸素飽和度測定 | ⑨喉頭鏡・マギール鉗子 |

救急救命士について

救急救命士とは、厚生労働大臣の免許を受けて、救急救命士の名称を用いて、医師の指示の下に、重度傷病者が病院又は診療所に搬送されるまでの間に救急救命処置を行うことを業とする者（平成3年に救急救命士法により制度創設）



メディカルコントロール: 医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

- 業務のプロトコルの作成
- 医師の指示、指導・助言
- 救急活動の事後検証
- 救急救命士等の教育 等

メディカルコントロール協議会

- ・医療機関(救命救急センター長など)
- ・都道府県・郡市区医師会
- ・消防機関
- ・県(衛生部局、消防部局) 等

救急救命士による救急救命処置

（「救急救命処置の範囲等について」平成4年指第17号 改正：平成26年1月31日 医政指発0131第1号をベースとして、
「救急隊員の行う応急処置等の基準」昭和53年消告2号 改正平成16年消告1・21を合わせて作成）

一般人でも可能

医師の包括的な指示

救急救命士のみ

医師の具体的指示 (特定行為)

- ・ 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察
- ・ ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去
- ・ 骨折の固定
- ・ 圧迫止血
- ・ 呼吸吹き込み法による人工呼吸
- ・ 胸骨圧迫
- ・ 用手法による気道確保
- ・ 自動体外式除細動器による除細動 (※)
- ・ 酸素吸入器による酸素投与
- ・ バッグマスクによる人工呼吸
- ・ 経口エアウェイによる気道確保
- ・ 口腔内の吸引
- ・ 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持
- ・ 心マッサージの施行
- ・ 自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫

- ・ 聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取
- ・ 血圧計の使用による血圧の測定
- ・ 心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送
- ・ 鉗子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去
- ・ 経鼻エアウェイによる気道確保
- ・ パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定
- ・ ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定

(250時間)

- ・ 精神科領域の処置
- ・ 小児科領域の処置
- ・ 産婦人科領域の処置
- ・ 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投与
- ・ **血糖測定器を用いた血糖測定**
- ・ 気管内チューブを通じた気管吸引

- ・ 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液 (※)
- ・ 食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク及び気管内チューブ (※) による気道確保
- ・ エピネフリンを用いた薬剤の投与 (※)
- ・ **乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液**
- ・ **低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与**

メディカルコントロール体制の確保

メディカルコントロール

傷病者の救命率や予後の向上のため、①業務のプロトコルの作成、②医師の指示、指導・助言、③救急活動の事後検証、④救急救命士等の教育等により、医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

地域メディカルコントロール協議会

(医療機関(救急医など)、郡市区医師会、消防機関、県(衛生部局、消防部局)等)

- ・業務のプロトコルの作成
- ・医師の指示、指導・助言体制の整備
- ・救急活動の事後検証体制の確保
- ・救急救命士等の教育機会の確保
- ・地域の医療機関と消防機関の連絡調整 等



都道府県メディカルコントロール協議会

(医療機関(救命救急センター長など)、都道府県医師会、消防機関、県(衛生部局、消防部局)等)

- ・地域のメディカルコントロール体制間の調整
- ・地域メディカルコントロール協議会からの報告に基づき指導、助言 等

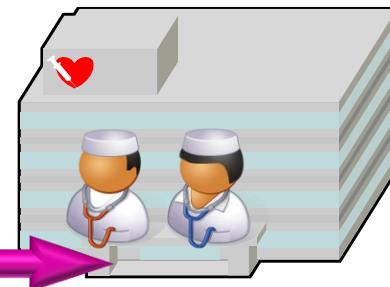
全国メディカルコントロール協議会連絡会

- ・全国の関係者間での情報共有及び意見交換の促進等

傷病者の発生

救急搬送

- ・救急救命士による救急救命処置
- ・救急隊員による応急処置



救急医療機関

メディカルコントロール協議会の役割

- 救急業務の高度化の推進について（平成13年7月4日消防救第204号消防庁救急救助課長通知）
- 病院前救護体制の確立について（平成13年7月4日医政指発第30号厚生労働省医政局指導課長）

(2) メディカルコントロール協議会

ア 構成

メディカルコントロール協議会の構成については、次の者が構成員として必ず含まれるようにするとともに、イに示す役割を果たし、ウに示す協議事項に関し実質的な調整が可能となるような構成とすること。

都道府県消防主管部局、都道府県衛生主管部局、担当範囲内の消防機関、担当範囲内の郡市区医師会、担当範囲内の救急医療機関及び担当範囲内の救命救急センター等に所属する救急医療に精通した医師

イ 役割

メディカルコントロール協議会の担当範囲内の救急業務の高度化が図られるよう、救急救命士に対する指示体制や救急隊員に対する指導・助言体制の調整、救急活動の事後検証に必要な措置に関する調整、研修等に関する調整等いわゆるメディカルコントロール体制の構築に係る実質的な調整を行うこと。

ウ 協議事項

- ア) 救急救命士に対する指示体制及び救急隊員に対する指導・助言体制の調整に関すること
- イ) 救急隊員の病院実習等の調整に関すること
- ウ) 地域における救命効果など地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証に関すること
- エ) 救急活動の事後検証に用いる救急活動記録様式の項目又は検証票様式の項目の策定に関すること
- オ) 救急業務の実施に必要な各種プロトコールの策定に関すること
- カ) 傷病者受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整に関すること
- キ) その他地域のプレホスピタル・ケアの向上に関すること

医療計画でMC協議会に求められる事項

(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」

平成29年3月31日医政地発0331第3号厚生労働省地域医療計画課長通知)

- 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること
- 救急救命士等への再教育を実施すること
- ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
- ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用には、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること
- 必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること

医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）の概要

■ 要 旨

医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性・裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療施設、周産期医療施設等の経常的な経費及び設備整備費に対して補助を行うもの。

■ 事業一覧

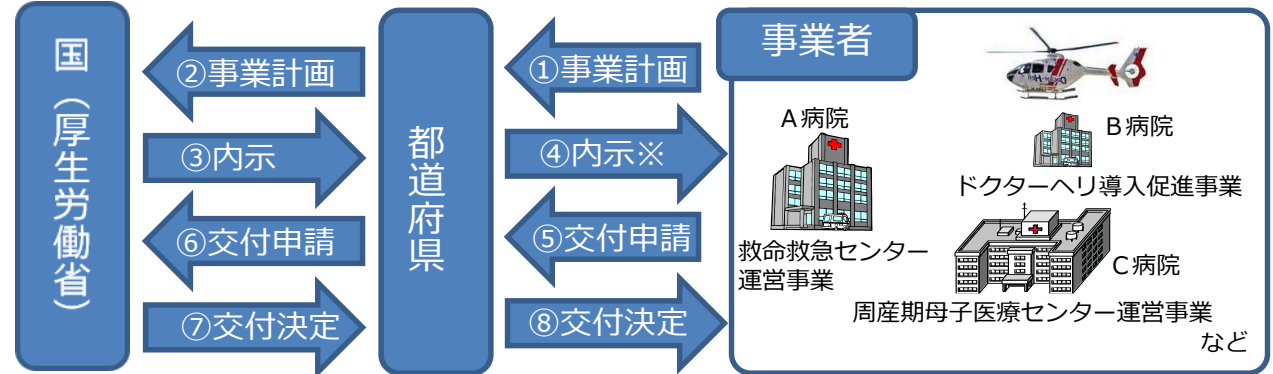
【運営等事業（21事業）】

- 救急医療対策事業
 - ・救命救急センター運営事業
 - ・小児救命救急センター運営事業
 - ・小児初期救急センター運営事業
 - ・共同利用型病院運営事業
 - ・ドクターヘリ導入促進事業
 - ・ヘリコプター等添乗医師等確保事業
 - ・救急救命士病院実習受入促進事業
 - ・自動体外式除細動器（AED）の普及啓発事業
 - ・救急医療情報センター運営事業
 - ・救急・周産期医療情報システム機能強化事業
 - ・救急患者退院コーディネーター事業
- 周産期医療対策事業等
 - ・周産期母子医療センター運営事業
 - ・周産期医療対策事業
 - ・NICU等長期入院児支援事業
- 看護職員確保対策事業
 - ・外国人看護師候補者就労研修支援事業
 - ・看護職員就業相談員派遣面接相談事業
 - ・助産師出向支援導入事業
- 歯科保健医療対策事業
- 院内感染地域支援ネットワーク事業
- 地域医療対策事業
- アスベスト対策事業

【設備整備事業（22事業）】

- ・休日夜間急患センター設備整備
- ・小児初期救急センター設備整備
- ・病院郡輪番制病院及び共同利用型病院設備整備
- ・救命救急センター設備整備
- ・高度救命救急センター設備整備
- ・小児救急医療拠点病院設備整備
- ・小児集中治療室設備整備
- ・小児救急遠隔医療設備整備
- ・小児医療施設設備整備
- ・周産期医療施設設備整備
- ・地域療育支援施設設備整備
- ・共同利用施設設備整備
- ・基幹災害拠点病院設備整備
- ・地域災害拠点病院設備整備
- ・NBC災害・テロ対策設備整備
- ・航空搬送拠点臨時医療施設設備整備
- ・人工腎臓装置不足地域設備整備
- ・HLA検査センター設備整備
- ・院内感染対策設備整備
- ・環境調整室設備整備
- ・内視鏡訓練施設設備整備
- ・医療機関アクセス支援車整備

■ 補助の流れ（例）



※医療計画の実効性を確保するため、事業者への内示額は都道府県の裁量により配分している。

救急医療体制強化事業

① メディカルコントロール体制強化事業

【事業目的】

メディカルコントロール協議会に地域の救急医療の実情に精通した医師を配置し、救急搬送困難事例の解消等を図り、円滑な救急搬送受入体制を構築するなど、メディカルコントロール体制強化を図るため、医師を配置するために必要な経費等について財政支援を行うもの。

【事業概要】

- 補助先 都道府県
- 対象経費 報酬、給料、職員手当等、法定福利費、賃金、諸謝金、報償費、需用費、役務費、通信運搬費、備品購入費、使用料及び賃料、旅費、広報経費、研修費、委託料
- 基準額 43,915千円 ○補助率 1/2（国1/2、都道府県1/2）

② 搬送困難事例受入医療機関支援事業

【事業目的】

長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関を確保し、搬送困難事例解消、地域における円滑な救急医療体制の構築を図るため、救急患者を確実に受け入れるために必要な体制（空床等）を確保する医療機関に対し、必要な経費等について財政支援を行うもの。

【事業概要】

- 補助先 都道府県（間接補助先：医療機関）
- 対象経費 報酬、給料、職員手当等、法定福利費、賃金、諸謝金、報償費、需用費、役務費、通信運搬費、医療機器等備品購入費、使用料及び賃料、旅費、自動車維持費、空床確保経費※1
- 基準額 1医療機関あたり 76,285千円（※1）、12,621千円（※2）
- 補助率 1/3（国1/3、都道府県1/3、医療機関1/3）

※1 必ず救急患者を受け入れる医療機関が対象

※1 必ず救急患者を受け入れる医療機関が対象 ※2 一時的であっても救急患者を受け入れる医療機関が対象

消防法の改正「搬送・受入れルールの策定」

- 都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会(メディカルコントロール協議会等)を設置し、“消防機関による傷病者の搬送”及び“医療機関による当該傷病者の受入れ”の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(実施基準)の策定を義務付け。

① 傷病者の発生

② 搬送先医療機関の選定



③ 救急搬送

受入れ

④ 救急医療

“救急搬送・受入れに関する協議会(メディカルコントロール協議会等)にて地域の搬送・受入れルールを策定

地域の搬送・受入れルールの策定

搬送・受入れの調査・分析

<搬送・受入れルール>

- 傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト
- 消防機関が傷病者の状況を確認し、上記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
- 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
- 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のルール

総務大臣・厚生労働大臣
(実施基準の策定等の援助)

消防機関は、搬送・受入れルールを遵守しなければならない

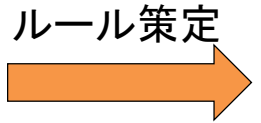
医療機関は、搬送・受入れルールを尊重するよう努めるものとする

施行期日:平成21年10月30日

協議会の組織と実施基準について



都道府県



協議会(第35条の8)

- ・消防機関、医療機関等により構成
- ・実施基準に関する協議
- ・実施基準の実施状況に関する調査・分析等

実施基準(第35条の5)

- ・傷病者の状況に応じて適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト
- ・消防機関がリストの中から搬送先を選定するための基準
- ・傷病者の状況を伝達するための基準
- ・搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に、受入医療機関を確保するための消防機関と医療機関の合意形成基準

① 医療機関のリスト(例)

		傷病者の状況	医療機関のリスト	
緊急性	重症度・緊急度高	重篤(バイタルサイン等による)	A救命救急センター、B救命救急センター	
		脳卒中 疑い	t-PA適応疑い	B救命救急センター、D病院
			その他	C病院、E病院
		心筋梗塞(急性冠症候群)疑い	A救命救急センター、E病院	
		胸痛	A救命救急センター、B救命救急センター、D病院	
		外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
			その他	C病院
		
		専門性	妊産婦	B救命救急センター、F病院、G病院
			小児	B救命救急センター、J病院、K病院
開放骨折	B救命救急センター、H病院			
...	...			
特殊性	急性アルコール中毒	C病院、D病院、E病院		
		

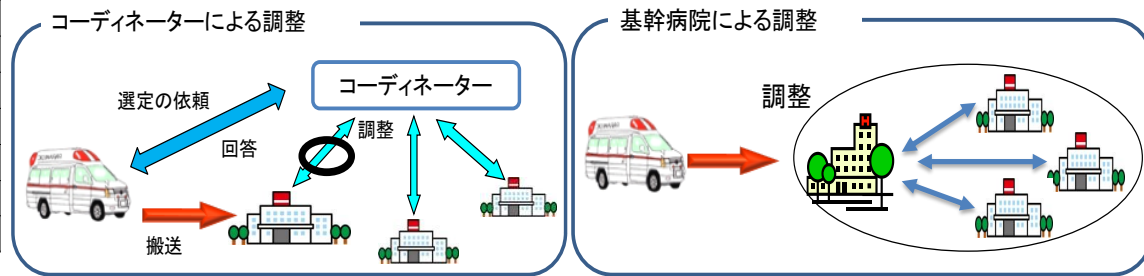
② 選定基準

- ・搬送時間が短い直近の医療機関選定を前提とし、医療機関の受入可否状況や傷病者のかかりつけ医療機関の有無等も考慮

③ 伝達基準

- ・医療機関リストの区分に該当すると判断した症状等の情報等について優先して伝達。

④ 受入医療機関を確保するための方策(例)



※ 上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるものである

「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 (平成21年10月)

第1号(分類基準) 傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われることを確保するために医療機関を分類する基準

緊急性

(ア)重篤

特に重症度・緊急度が高く、生命への影響がきわめて大きいもの。医療資源を特に投入できる救命救急センター等の医療機関に、ただちに搬送する必要がある傷病者の症状等が想定される。

例: 重篤感あり、心肺停止、容体の急速な悪化・変動等

(イ)症状・病態等によって重症度・緊急度「高」となるもの

救命救急センター、または、傷病者の症状等によっては、専門性が高い二次救急医療機関等で対応することについて調節し、体制を構築しておく必要がある

例: 脳卒中、心筋梗塞(急性冠症候群)、重症度・緊急度が高い外傷、熱傷、中毒、腹痛(急性腹症)

専門性

- ①重症度・緊急度が高い妊産婦
- ②重症度・緊急度が高い小児
- ③その他地域において医療資源の確保が困難なもの等

例: 開放骨折、指肢断裂、がん疾患、鼻出血、等

特殊性

搬送に時間を要している等、特殊な対応が必要なもの

(平成20年東京消防庁の搬送事案で、搬送先の選定が困難になるもの)

急性アルコール中毒、精神疾患、透析、未受診の妊婦等

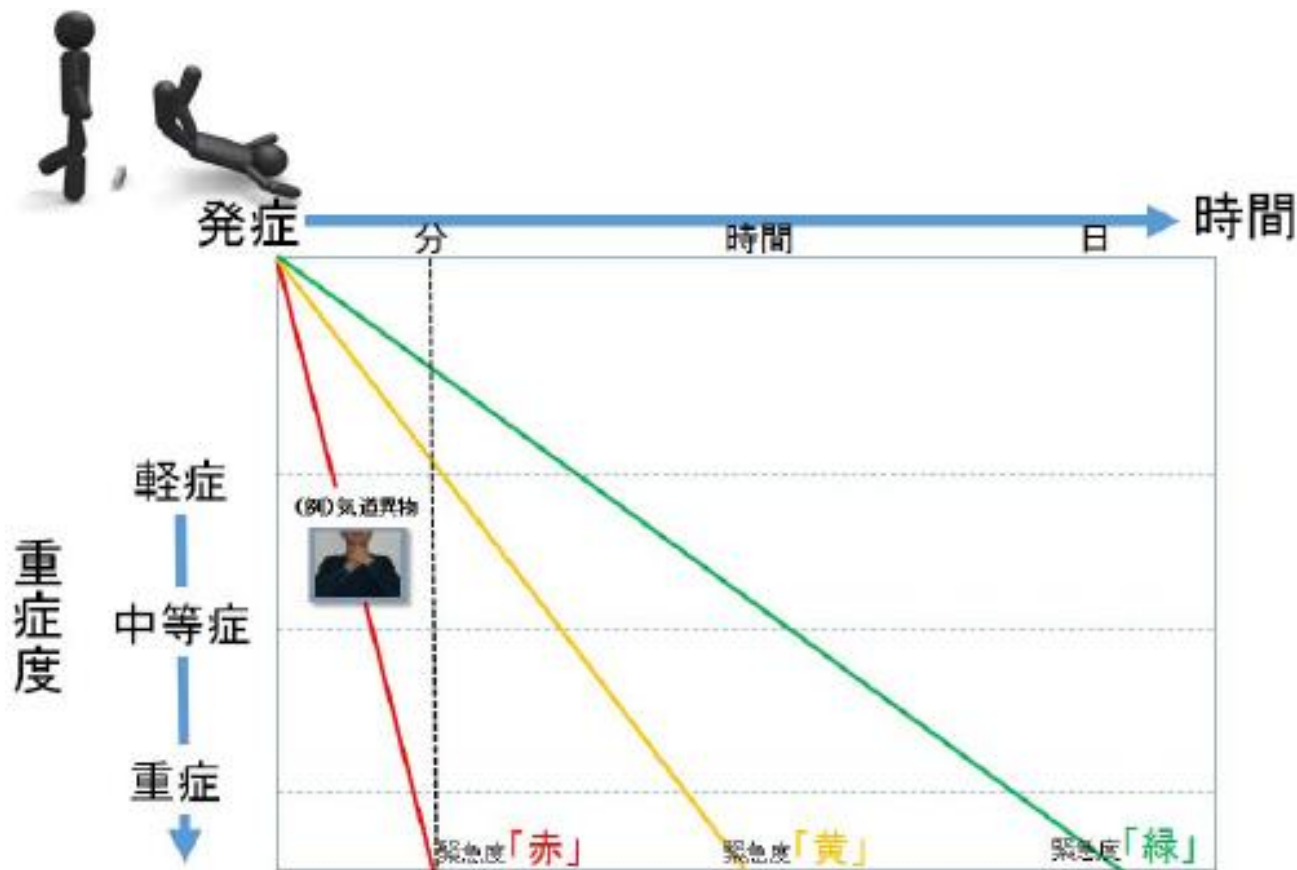
緊急度・重症度とは

緊急度

重症化に至る速度又は重症化を防ぐための時間的余裕を表しており、「時間」の経過による症状の変化の度合いに着目した言葉。

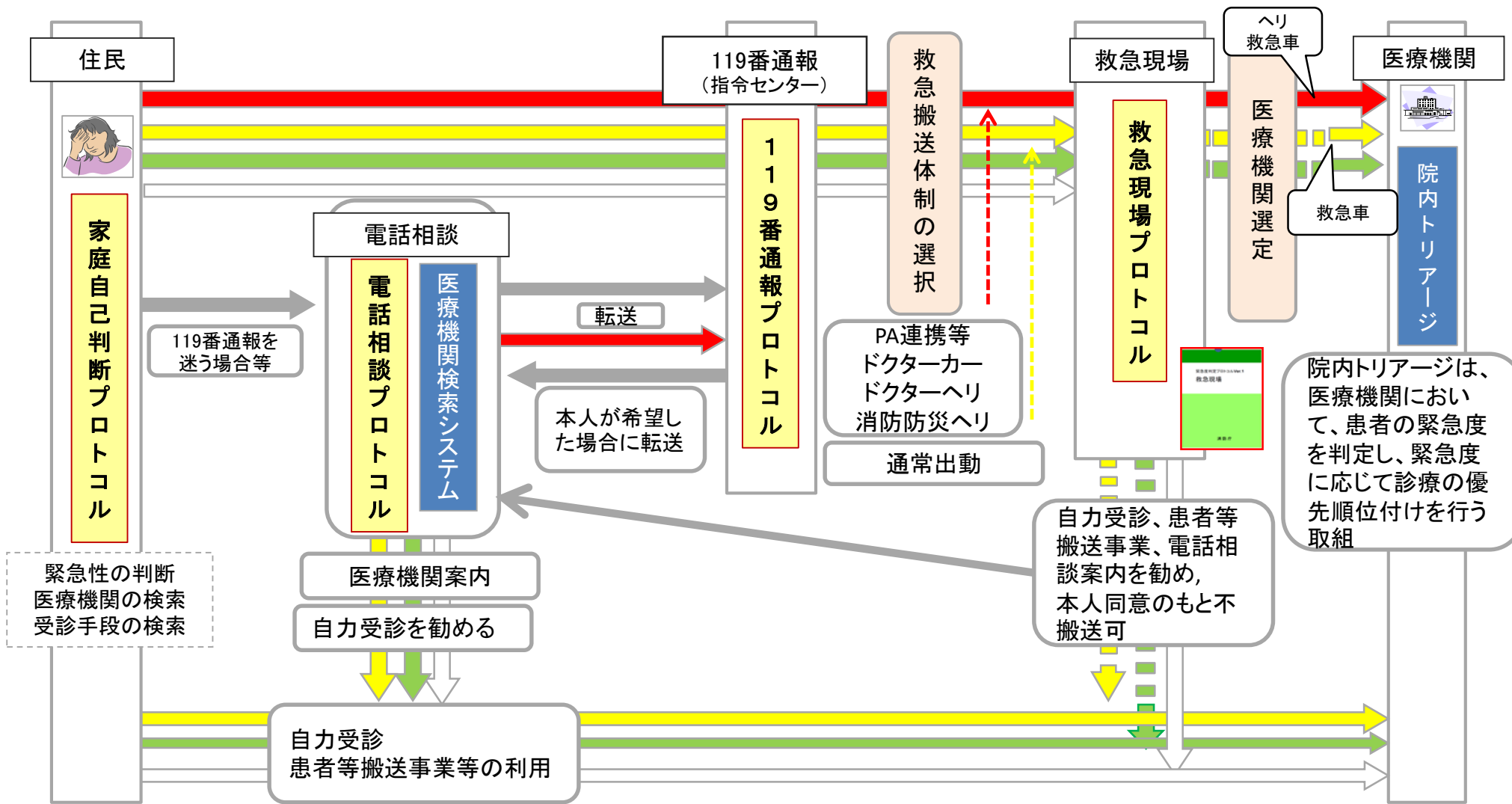
重症度

「病態が生命予後又は機能予後に及ぼす程度」と定義され、時間の概念を含まない。



緊急度判定の体系図

平成28年「救急業務のあり方に関する検討会」(総務省消防庁)



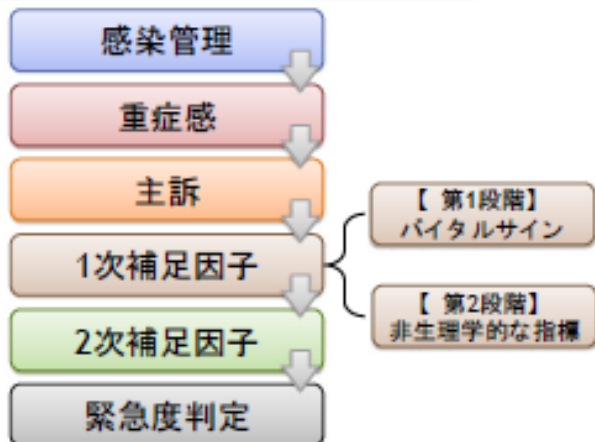
救急現場

総務省消防庁より

緊急度

緊急度	定義	サブカテゴリー
赤 (緊急)	◆すでに生理学的に生命危機に瀕している病態。 ◆増悪傾向あるいは急変する可能性がある病態。 * 気道・呼吸・循環・意識の異常、ひどい痛み、 増悪傾向、急変の可能性から総合的に判断する。	【赤1】極めて緊急性が高い病態であるため、緊急に搬送する必要がある病態。
		【赤2】緊急性が高い病態であるため、緊急に搬送する必要がある病態。
黄 (準緊急)	◆時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態。 * 痛みの程度、訴えや症状の強さについても考慮する。	赤ほど緊急性は高くないが、医療機関への早期受診が必要が病態。
緑 (低緊急)	◆上記には該当しないが、受診が必要な病態。	
白 (非緊急)	◆上記に該当せず、医療を必要としない状態。	

緊急度判定のプロセス



注)

- 重症感とは、直ちに処置や治療が必要な状態をいい、重症感あり、なしと表現する。
- 1次補足因子には、第1段階のバイタルサイン(呼吸、循環、意識、体温)の補足因子と第2段階の疼痛の強さ、出血性素因、受傷機転の補足因子からなる。第1段階は、傷病者の緊急度判定を行うために、まず最初に適用すべきものである。
- 2次補足因子は、特定の主訴の適応される、傷病者に適切な緊急度が割り当てられるように、1次補足因子を補完するものであり、症状により特異的な観察項目をいう。(脱水症)

ドクターヘリの現状

ドクターヘリとは

- 救急医療に必要な機器及び医薬品を装備したヘリコプターであって、救急医療の専門医及び看護師等が同乗し救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間、患者に救急医療を行うことのできる専用のヘリコプターのことをいう。

(ドクターヘリ導入促進事業:救急医療対策事業実施要綱)

ドクターヘリの運航

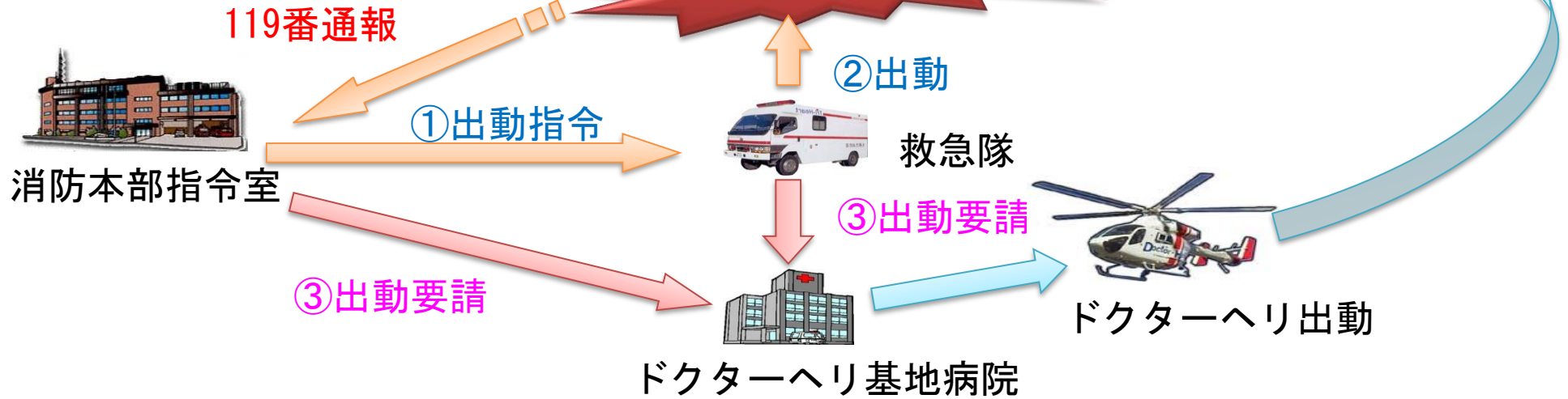


ドクターヘリの内部



ドクターヘリ運航の概要

出動様式



○各都道府県におけるドクターヘリの運航のあり方については、都道府県等に設置されている「運航調整委員会」において検討・決定することとされている。

(参考1)救急医療対策事業実施要綱

第6 ドクターヘリ導入促進事業

3. 運営方針

(1) ドクターヘリの運航に係る関係機関等との調整、地域住民への普及啓発等を行う運航調整委員会を設置し、本事業の実施、運営に関する必要事項に係る諸調整等を行い、ドクターヘリの運行に万全を期すとともに地域住民の理解と協力が得られるよう努めなければならない。

(2) 運航調整委員会の委員は、都道府県、市町村、地域医師会、消防、警察、国土交通、教育委員会等関係官署に所属する者、ドクターヘリ運航会社、ドクターヘリ基地病院及び有識者により構成するものとし、これら関係機関と密接な連携をとって当該事業を実施するものとする。

(参考2)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(平成十九年法律第百三号)

(関係者の連携に関する措置)

第六条 都道府県は、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供が行われる地域ごとに、病院(※)の医師、消防機関、都道府県及び市町村の職員、診療に関する学識経験者その他の関係者による次に掲げる基準の作成等のための協議の場を設ける等、関係者の連携に関し必要な措置を講じるものとする。

一 当該救急医療用ヘリコプターの出動のための病院(※)に対する傷病者の状態等の連絡に関する基準

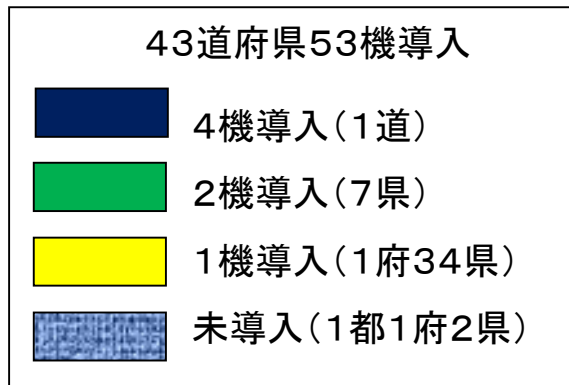
二 当該救急医療用ヘリコプターの出動に係る消防機関等と病院(※)との連絡体制に関する基準

(※)救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院

ドクターヘリの導入状況(H30.9.24現在)

導入状況 43道府県53機にて事業を実施

(平成30年9月24日現在)



- 平成13年度 岡山県、静岡県、千葉県
愛知県、福岡県
- 平成14年度 神奈川県、和歌山県
- 平成17年度 北海道、長野県
- 平成18年度 長崎県
- 平成19年度 埼玉県、大阪府、福島県
- 平成20年度 青森県、群馬県、沖縄県
- 平成21年度 千葉県(2機目)、静岡県(2機目)
北海道(2機目、3機目)、栃木県
- 平成22年度 兵庫県、茨城県、岐阜県、
山口県、高知県
- 平成23年度 島根県、長野県(2機目)、熊本県
鹿児島県、秋田県、三重県
- 平成24年度 青森県(2機目)、岩手県、山形県
新潟県、山梨県、徳島県、
大分県、宮崎県
- 平成25年度 広島県、兵庫県、(2機目)、佐賀県
- 平成26年度 北海道(4機目)
- 平成27年度 滋賀県、富山県
- 平成28年度 宮城県、鹿児島県(2機目)、愛媛県
奈良県、新潟県(2機目)
- 平成29年度 鳥取県
- 平成30年度 石川県

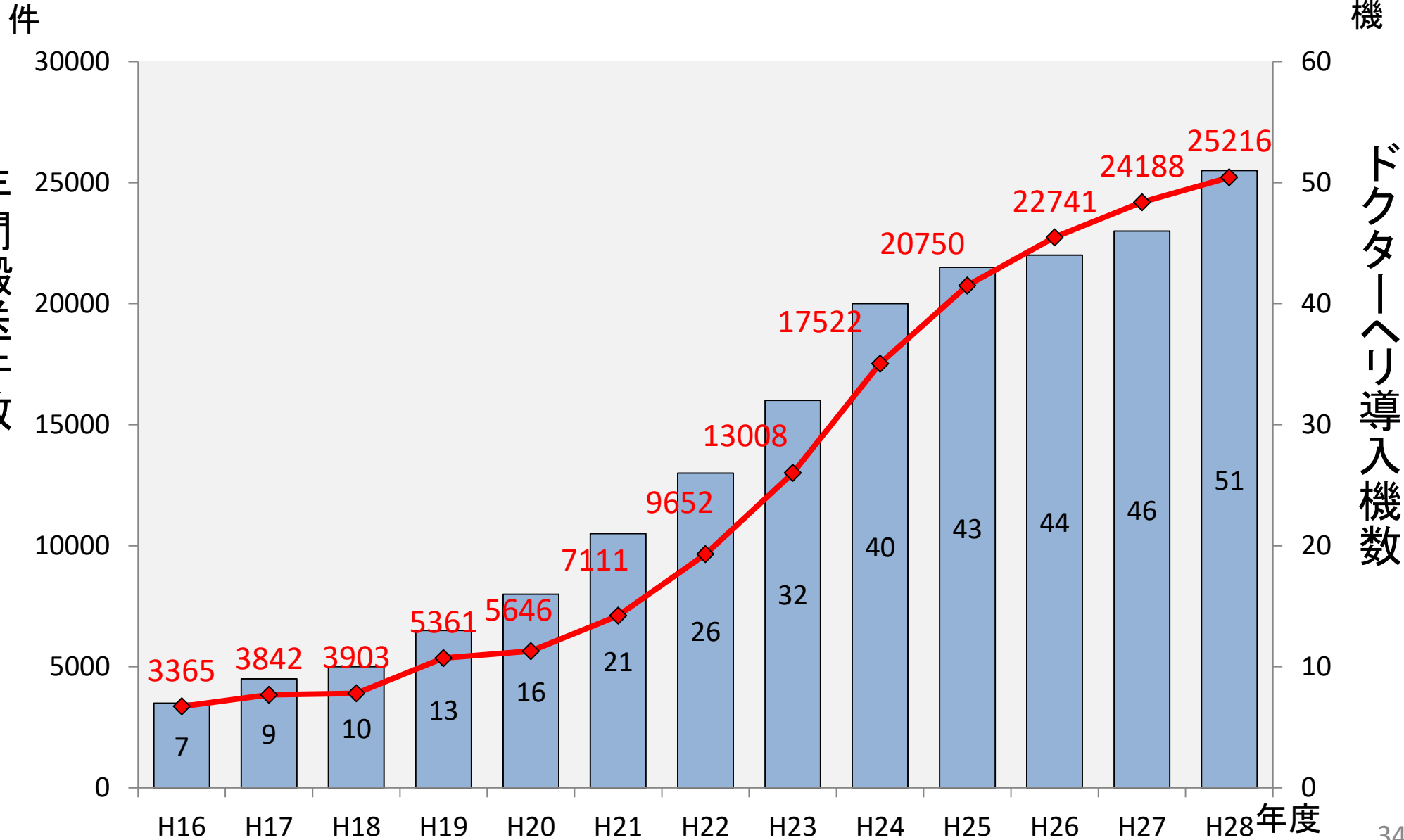
平成30年度予算

予算額	66.4億円【医療提供体制推進事業費補助金(229.2億円)の内数】
箇所数	53ヶ所(29年度52ヶ所)
補助率	1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
基準額	1ヶ所当たり年間 約2.5億円

京都府は滋賀ドクターヘリが府南部をカバーするとともに、大阪・兵庫ドクターヘリが協定の下カバーしている。

ドクターヘリの実績推移

○ドクターヘリの全国の総年間搬送件数は経年的に増加している。



都道府県間の効率的運用

○都道府県間の応援協定は、導入県も増加し特に相互応援数が平成24年度より増加している。

○平成24年度相互応援

5地域、16県

- ・青森－岩手－秋田 ※
- ・山形－福島－新潟
- ・茨城－栃木－群馬
- ・大阪－和歌山－徳島
- ・岡山－島根－山口－広島

※試行運用中

○平成24年度共同運用

11県、15ドクターヘリ(延べ数)

- | | |
|----------------|---------------|
| ・茨城 →千葉ドクターヘリ | ・兵庫 →徳島ドクターヘリ |
| ・山梨 →神奈川ドクターヘリ | ・鳥取※→兵庫ドクターヘリ |
| ・三重 →和歌山ドクターヘリ | 島根ドクターヘリ |
| ・滋賀※→大阪ドクターヘリ | ・佐賀 →福岡ドクターヘリ |
| ・京都※→大阪ドクターヘリ | 長崎ドクターヘリ |
| 兵庫ドクターヘリ | ・大分 →福岡ドクターヘリ |
| ・奈良※→大阪ドクターヘリ | ・鹿児島→沖縄ドクターヘリ |
| 和歌山ドクターヘリ | |

○平成29年度相互応援

19地域、28府県

- | | |
|-----------|--------------|
| ・青森－岩手－秋田 | ・埼玉－群馬 |
| ・岩手－宮城 | ・神奈川－静岡－山梨 |
| ・宮城－山形 | ・富山－岐阜 |
| ・宮城－福島 | ・三重－和歌山 |
| ・秋田－山形 | ・三重－奈良 |
| ・山形－福島－新潟 | ・大阪－和歌山－徳島 |
| ・福島－茨城 | ・大阪－奈良 |
| ・茨城－栃木－群馬 | ・奈良－和歌山 |
| | ・岡山－島根－山口－広島 |
| | ・徳島－高知 |
| | ・福岡－佐賀 |

○平成29年度共同運用

7府県、9ドクターヘリ(延べ数)

- | | |
|---------------|---------------|
| ・茨城 →千葉ドクターヘリ | ・鳥取※→兵庫ドクターヘリ |
| ・滋賀 →大阪ドクターヘリ | 島根ドクターヘリ |
| ・京都※→大阪ドクターヘリ | ・佐賀 →長崎ドクターヘリ |
| 兵庫ドクターヘリ | ・大分 →福岡ドクターヘリ |
| ・兵庫 →徳島ドクターヘリ | |

※はドクターヘリ未導入県

(平成29年4月1日現在、医政局地域医療計画課調べ)

注:相互応援:ドクターヘリを導入している道府県間の応援協定

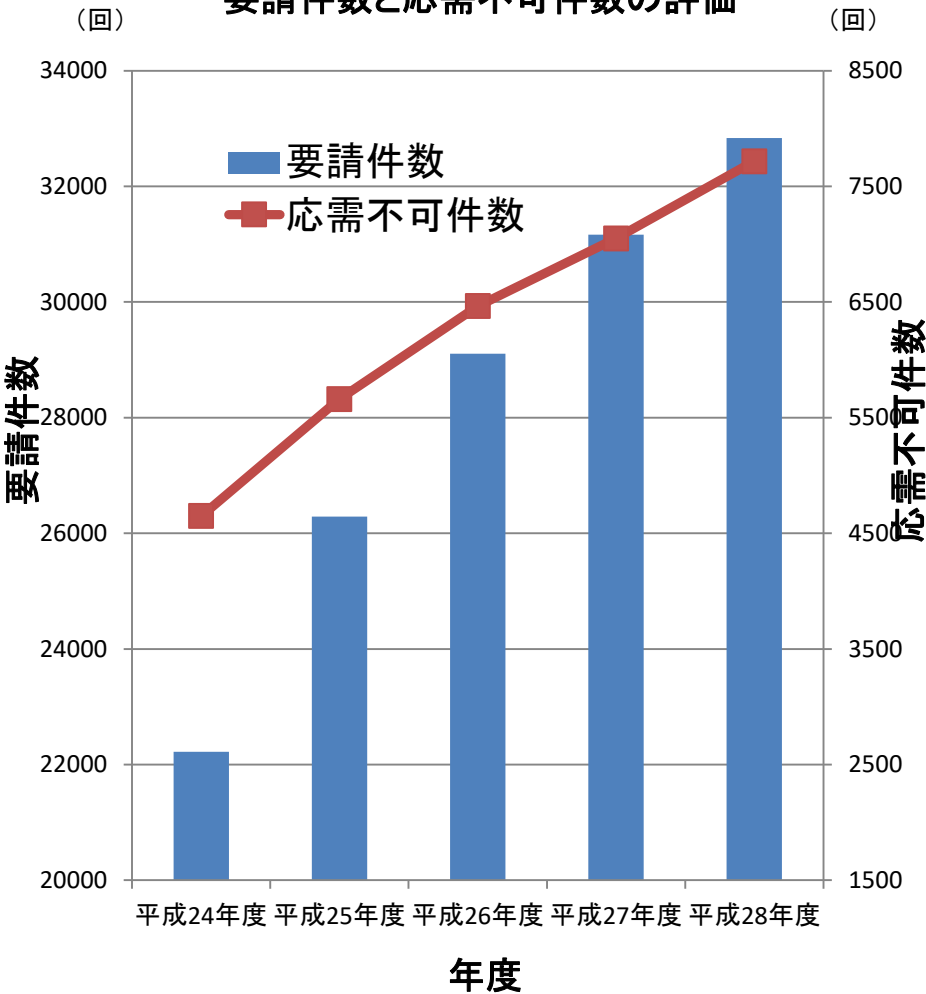
共同運用:ドクターヘリを道府県同士で運用する(県内遠隔地等)

要請への応需について

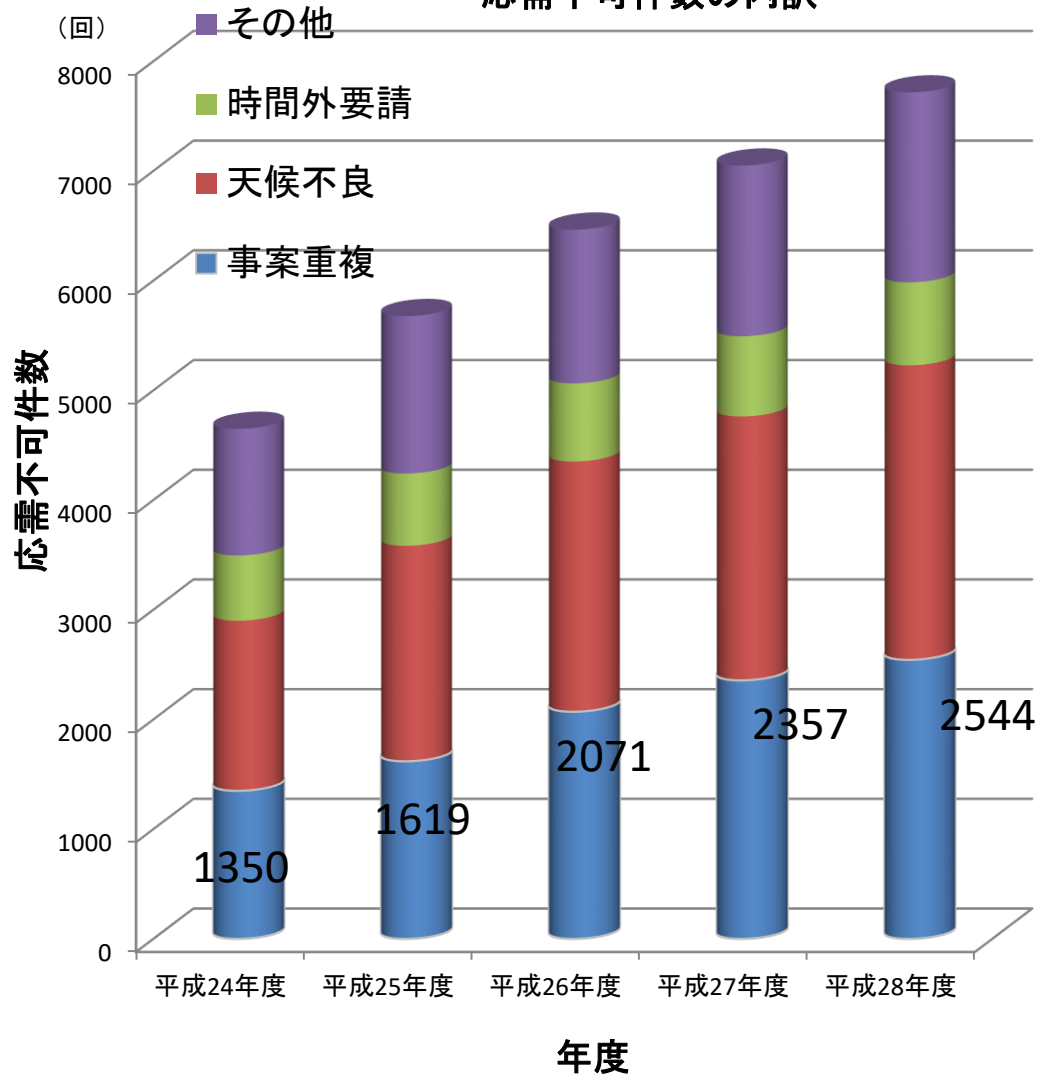
- 都道府県間の応援協定は増えているが、依然として応需不可件数(※)は増加している。
- 事案重複症例も依然として増加傾向にある。

※応需不可件数：未出動件数から出動前キャンセル件数を減じた件数

要請件数と応需不可件数の評価



応需不可件数の内訳



ドクターヘリのインシデントについて

平成28年8月8日 神奈川県ドクターヘリ 着陸事故

(事故概要)

- ドクターヘリが着陸直前に、機体が回転しながら着陸する事故が発生。
- 機体が運航不能となったため、患者はすぐに救急車にて搬送。
- ドクターヘリの運航は、10日後の18日より再開。

(厚生労働省の対応)

- 平成28年9月27日付けで、医政局地域医療計画課から各都道府県宛に、ドクターヘリの安全運航等に関する事務連絡を発出。
- 平成28・29年度の厚生労働科学研究において、ドクターヘリの安全な運用に関する管理基準の策定に向けた研究を実施。

(運輸安全委員会からの航空事故調査報告書より)

- メイン・ローターがボルテックス・リング・ステート*1に陥り、機長が対応をしてもそれに応じた揚力が得られなかったことが原因と考えられる。

*1ボルテックス・リング・ステート:メイン・ローターの吹き下ろし流が、メイン・ローターの円周に沿ってドーナツ状の渦を発生する状態になり、揚力が得られにくい状態となること。



在宅医療・救急医療連携セミナー

<背景・課題> 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

<対策> 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。

在宅医療・救急医療連携セミナー

10～15の自治体（自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等）を対象に、グループワークを実施。

- ・連携ルールの内容検討
- ・連携ルール運用までの工程表の策定 に取り組むための支援を実施



先進事例の紹介

・既に連携ルールを運用している先進自治体の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題)を分かりやすく紹介

有識者による策定支援

・有識者や先進自治体の支援のもと、連携ルールの検討や工程表策定についてグループワークを実施。

継続的なフォローアップ

・セミナーで策定した工程表の実施状況や課題を把握し、工程表の改善等を支援。

全国的な横展開の推進

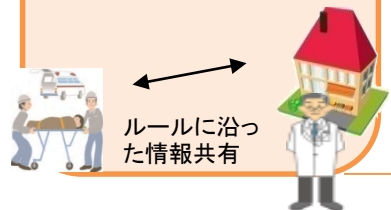
連携ルール運用に至るまでの手順や、運用後の課題等ととりまとめ、全国の自治体に情報提供することで、参加自治体以外への横展開を推進

問題意識

本人の意思に反した搬送例が散見

対策

救急医療、消防、在宅医療機関が、患者の意思を共有するための連携ルール等の策定を支援



ルールに沿った情報共有

方向性

予め、本人の意向を家族やかかりつけ医等と共有し、人生の最終段階における療養の場所や医療について、本人の意思が尊重される取組を推進



救急医療情報センター運営事業

県全域を対象とする救急医療情報センターを整備し、市町村の区域を超えた救急医療情報の収集・提供を行う。また、災害時には医療機関の情報収集などを行うための全国的なネットワークとして機能する。（広域災害・救急医療情報システム）

- （対象経費） システム経費、技術員雇上経費等
- （補助先） 都道府県(委託を含む)
- （補助率） 1/3(負担割合:国1/3、都道府県2/3)
- （創設年度） 昭和52年度

事業内容

(1) 通常時の事業

- ア 情報収集事業(随時更新)
 - ア) 診療科別医師の在否
 - (イ) 診療科別の手術及び処置の可否
 - (ウ) 病室の空床状況(診療科別、男女別、集中治療室等の特殊病室及びその他)
 - (エ) その他救急医療情報センター運営委員会等が必要と認める情報
- イ 情報提供、相談事業
 - 医療施設、消防本部及び地域住民からの問い合わせに対して適切な受入れ施設の選定、確認又は回答を行うものとする。
- ウ 救急医療情報センター運営委員会の開催

(2) 災害時の情報収集及び提供事業

- ア 医療施設状況
- イ 患者転送要請
- ウ 医薬品等備蓄状況
- エ 電気等の生活必需基盤の確保状況
- オ 受入患者状況

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について (平成30年3月14日公表)

1. 見直しの必要性

- 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更)は、その策定から約10年が経過しており、
 - ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があること
 - ・ 英米諸国を中心として、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人の意思が
確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

本人や家族等※と十分に話し合う

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し、
本人にとって最善の方針をとる

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難
- ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が
確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

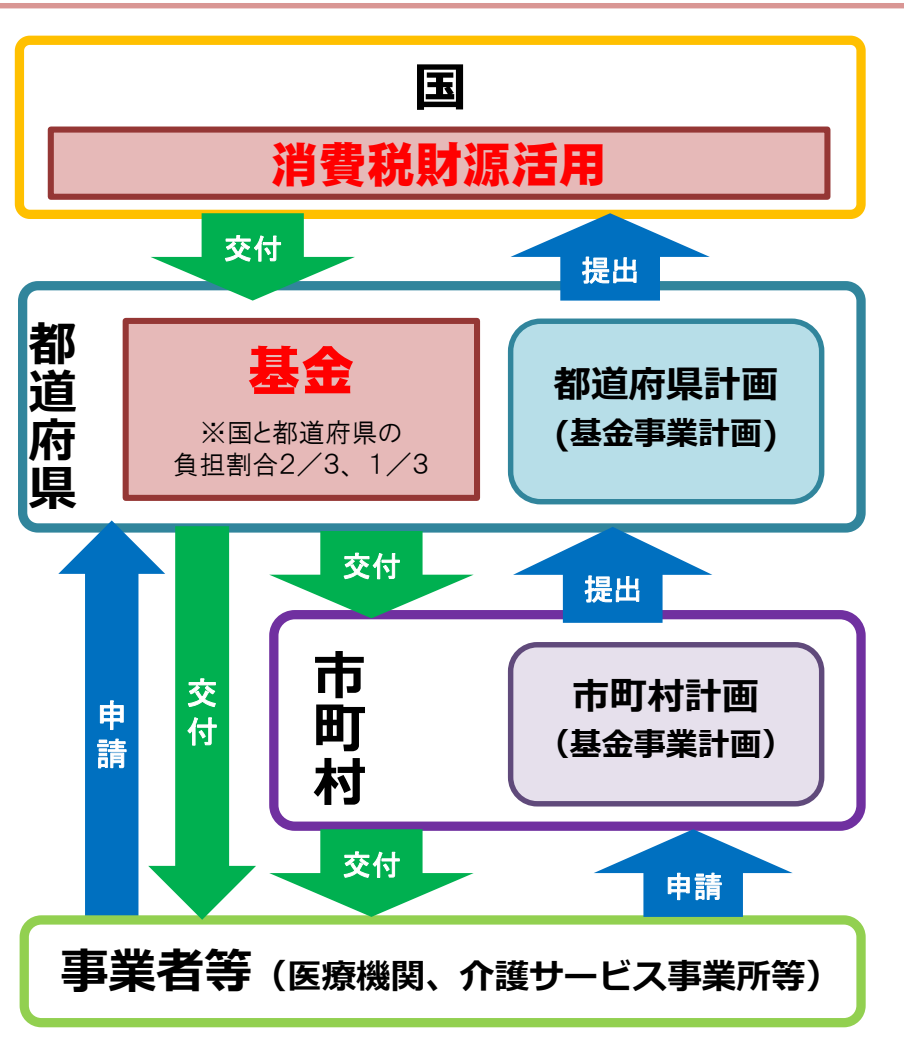
→複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、**方針の検討や助言**

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

地域医療介護総合確保基金の対象事業①

1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。

(病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備)

- ・ 平成27年度以降に策定される地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・ ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業



2. 居宅等における医療の提供に関する事業

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

(在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備)

- ・ 在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営 等

(在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業)

- ・ 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等

(その他在宅医療の推進に資する事業)

- ・ 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等



3. 介護施設等の整備に関する事業

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

(地域密着型サービス施設等の整備への助成)

- ・ 地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対しての支援 ←

(介護施設の開設準備経費等への支援)

- ・ 特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備に要する経費について支援 (※定員30人以上の広域型施設を含む。)
- ・ 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等の支援
- ・ 土地の取得が困難な都市部等での定期借地権の設定のための一時金の支援
- ・ 介護施設で働く職員等の確保のために必要な施設内の保育施設の整備に対する支援

(特養多床室のプライバシー保護のための改修等による介護サービスの改善)

- ・ 特別養護老人ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修に対する支援
- ・ 特別養護老人ホーム等のユニット化改修に対する支援
- ・ 介護療養型医療施設等を老人保健施設等への転換整備に対する支援

(対象施設) 地域密着型特別養護老人ホーム、小規模な老人保健施設・養護老人ホーム・ケアハウス、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、緊急ショートステイ等

※ 定員30名以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている。



地域医療介護総合確保基金の対象事業②

4. 医療従事者の確保に関する事業

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。



(医師確保対策)

- ・ 地域医療支援センターの運営
- ・ 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

(看護職員等確保対策)

- ・ 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- ・ 看護職員が都道府県内に定着するための支援
- ・ 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舍整備 等

(医療従事者の勤務環境改善対策)

- ・ 医療勤務環境改善支援センターの運営
- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

5. 介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する。



(参入促進)

- ・ 地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進
- ・ 若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体験
- ・ 高齢者など地域の住民による生活支援の担い手の養成
- ・ 介護未経験者に対する研修支援
- ・ 過疎地域等の人材確保が困難な地域における合同就職説明会の実施 等

(資質の向上)

- ・ 介護人材キャリアアップ研修支援 / ・ 各種研修に係る代替要員の確保 / ・ 潜在介護福祉士の再就業促進
- ・ 認知症ケアに携わる人材育成のための研修 / ・ 地域包括ケアシステム構築に資する人材育成 / ・ 認知症高齢者等の権利擁護のための人材育成 等

(労働環境・処遇の改善)

- ・ 新人介護職員に対するエルダー、メンター(新人指導担当者)制度等導入のための研修
- ・ 管理者等に対する雇用管理改善方策の普及(雇用管理改善の説明会、介護ロボット導入支援等)
- ・ 介護従事者の子育て支援のための施設内保育施設運営支援 等

精神科救急医療体制整備事業

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の实情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

精神科救急医療体制研修会

- ・精神科救急医療体制の運用ルール周知
- ・個別事例の検討、グループワーク等。

精神科救急医療体制連絡調整委員会

- ・関係機関間の連携・調整を図る

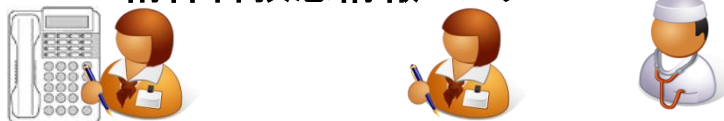
圏域毎の検討部会

- ・地域資源の把握、効果的連携体制の検討
- ・運用ルール等の策定、課題抽出

一般救急の情報センター

連携

精神科救急情報センター



- ・緊急対応が必要な患者を重症度に応じた受入先調整
- ・救急医療機関の情報集約・調整、かかりつけ医の事前登録

照会

情報受入先

24時間精神医療相談窓口

- ・相談対応
- ・適宜、医療機関の紹介・受診指導

受入先調整

A精神科救急圏域
(常時対応型で対応)

B精神科救急圏域
(病院群輪番型で対応)

外来対応施設

常時対応型
精神科救急医療施設

※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

身体合併症対応施設

身体合併症のある救急患者に対応より広い圏域をカバー

病院群輪番型
精神科救急医療施設

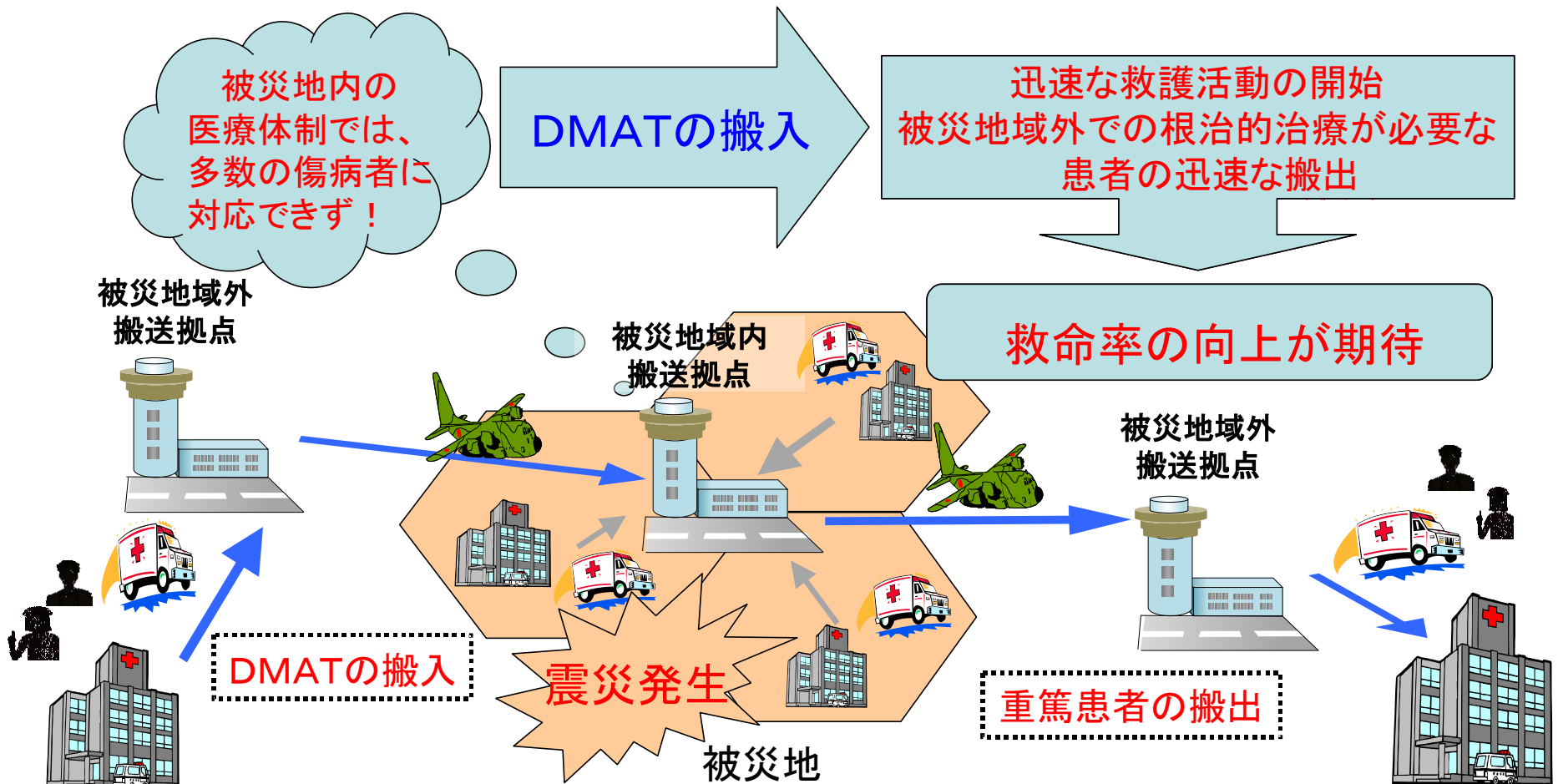
※1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を含む

各精神科救急医療施設・身体合併症対応施設の連携により24時間365日対応できる体制を確保

災害医療の現状

災害派遣医療チーム(DMAT)

- ・災害急性期(発災後48時間以内)に活動を開始できる機動性を持ったトレーニングを受けた医療チーム
- ・平成17年3月から厚生労働省の災害派遣医療チーム研修事業により整備を開始。
- ・平成30年4月1日現在 12,777名 (医師:3,831名 看護師:5,285名 業務調整員:3,661名)
1,630チームが研修修了済
- ・1チームの構成は医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本。



災害医療等のあり方に関する検討会（平成23年平成23年7月～10月）

- 平成23年に「災害医療等のあり方に関する検討会」を開催し、東日本大震災時の対応の中で明らかとなった問題に対して検討を行った。
- 論点として、「災害拠点病院」「DMAT」「中長期の医療提供体制」の3項目について検討を行った。

報告書の概要

災害拠点病院

災害拠点病院は

- ・ 救命救急センターもしくは2次救急病院の指定
- ・ DMATを保有し、DMATや医療チームを受け入れる体制の整備
- ・ 診療機能を有する施設の耐震化
- ・ EMISへ確実に情報を入力する体制の整備
- ・ 通常の6割程度の発電容量を備えた自家発電機を保有し、3日程度の燃料の備蓄
- ・ 食料、飲料水、医薬品等の3日分程度の備蓄 等を有することが望ましい。

DMAT

- ・ DMAT1チームの移動時間を除いた活動時間は、48時間を原則とし、災害の規模に応じて、2次隊・3次隊の派遣を考慮
- ・ 衛星携帯電話を含めた複数の通信手段を保有し、インターネットに接続してEMISに情報を入力できる環境を整備する
- ・ 統括DMAT登録者をサポートするようなロジスティック担当者や、DMAT事務局において後方支援を専門とするロジスティック担当者からなるDMATロジスティックチーム(仮称)を養成する
- ・ 大規模災害時に、DMAT事務局及びDMAT都道府県調整本部等へ、DMAT保有医療機関が、統括DMAT登録者やサポート要員を積極的に派遣する 等の体制整備が望ましい。

中長期の医療提供体制

- ・ 災害時の医療チーム等の派遣について、災害対策本部内の組織(派遣調整本部(仮称))において、コーディネート機能が十分に発揮されるような体制を整備
- ・ 都道府県及び災害拠点病院は、関係機関と連携して、災害時における計画をもとに、定期的に訓練を実施
- ・ 医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用。さらに、医療機関は、業務継続計画を作成することが望ましい。 等

災害拠点病院指定要件の改正(報告書を踏まえた対応①)

① 運営について

- ・ 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有すること。
- ・ 災害発生時に、被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること。
- ・ 災害派遣医療チーム(DMAT)を保有し、その派遣体制があること。
- ・ 救命救急センター又は第二次救急医療機関であること。
- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること。
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。
- ・ 地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。
また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。
- ・ ヘリコプター搬送の際には、同乗する医師を派遣できることが望ましいこと。



② 施設及び設備について

- ・ 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備
- ・ 災害時における患者の多数発生時に対応可能なスペース(入院患者は2倍、外来患者は5倍)及び簡易ベッド等の備蓄スペースを有することが望ましい。
- ・ トリアージ・タッグ
- ・ 原則として病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。
- ・ 診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
- ・ 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保しておくこと。
- ・ 食料、飲料水、医薬品等について、3日分程度を備蓄しておくこと。
- ・ 適切な容量の受水槽の保有、停電時にも使用可能な井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により災害時の診療に必要な水を確保すること。
- ・ 衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること。
- ・ 被災地における自己完結型の医療救護に対応できる資機材の保有
- ・ DMATや医療チームの派遣に必要な緊急車両を原則として有すること。



災害拠点病院の整備状況

- 災害拠点病院は平成8年より整備を開始
- 平成30年4月1日現在までに731病院を指定

都道府県	基幹	地域
北海道	1	33
青森県	2	7
岩手県	2	9
宮城県	1	15
秋田県	1	12
山形県	1	6
福島県	1	7
茨城県	2	13
栃木県	1	10
群馬県	1	16
埼玉県	1	17
千葉県	4	21
東京都	2	78
神奈川県	—	33
新潟県	2	12
富山県	2	6

都道府県	基幹	地域
石川県	1	9
福井県	1	8
山梨県	1	8
長野県	1	9
岐阜県	2	10
静岡県	1	21
愛知県	2	33
三重県	1	14
滋賀県	1	9
京都府	1	12
大阪府	1	18
兵庫県	2	16
奈良県	1	6
和歌山県	1	9
鳥取県	1	3
島根県	1	9

都道府県	基幹	地域
岡山県	1	9
広島県	1	17
山口県	1	12
徳島県	1	10
香川県	1	8
愛媛県	1	7
高知県	1	11
福岡県	1	29
佐賀県	2	6
長崎県	2	11
熊本県	1	13
大分県	1	13
宮崎県	2	10
鹿児島県	1	13
沖縄県	1	12
合計	61	670

基幹災害拠点病院 原則として各都道府県に1か所設置する。
 地域災害拠点病院 原則として二次医療圏に1か所設置する。

災害拠点病院における自家発電機の発電容量について

災害拠点病院指定要件

(2) 施設及び設備

① 医療関係

ア. 施設

災害拠点病院として、下記の診療施設等を有すること。

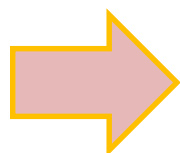
(ア) (イ) 略

(ウ) 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保しておくこと。～

災害医療等のあり方に関する検討会 報告書 (平成23年10月)

災害拠点病院では

- ・ 自家発電機設置あり 99.8%
- ・ 所有する自家発電機は、平均で通常時の71%の発電能力
- ・ 備蓄燃料での自家発電機稼働時間
2～3日 47.4%
4～7日 13.1%
- ・ 救急医療や手術等の急性期の医療機能を発揮できる発電容量 通常の5～6割



通常の6割程度の発電容量である自家発電機の保有が必要

EMISを災害時に効果的に活用することが可能になるよう、機能を強化。

導入状況

平成25年に全国の災害拠点病院に導入

報告書を踏まえて、機能強化を行った内容

① 病院被害状況入力内容の改定

- ・ 緊急入力・詳細入力の項目拡大

(院内資源の備蓄残量明示、病院職員数、受入可能患者数等)

② 医療ニーズ・医療支援活動情報の項目拡大

- ・ 病院だけでなく、診療所、現場、避難所、救護所等に拡大
- ・ DMAT、救護班の活動状況

③ 指揮系統図を明示

④ 地図等による医療ニーズと医療支援情報の一元表示

(統合地図ビューワ)

DMATロジスティックス研修(報告書を踏まえた対応③)

平成26年度以降、

- ①災害時に被災都道府県に設置される都道府県医療本部や都道府県DMAT調整本部において、統括DMAT登録者等のサポートを行う
- ②DMAT事務局において、被災地に対する後方支援を行うロジスティックス担当者の養成を実施。

日本DMAT活動要領

(活動内容)

- ・DMATロジスティックチームは、DMAT都道府県調整本部等の本部業務において、統括DMAT登録者をサポートする。
- ・DMATロジスティックチームは、DMAT都道府県調整本部、DMAT本部の設置される被災地または被災地近傍の広域搬送拠点、高速道路サービスエリア等でロジスティックスを専門とした活動を行う。

〔 ※ロジスティックス:DMATの活動に関わる医薬品、通信手段を確保することをいう。
DMAT活動に必要な連絡、調整、情報収集の業務等も含む。 〕

【DMATロジスティックス研修概要】

(対象者)

DMAT隊員のうち業務調整員 等

(日程)

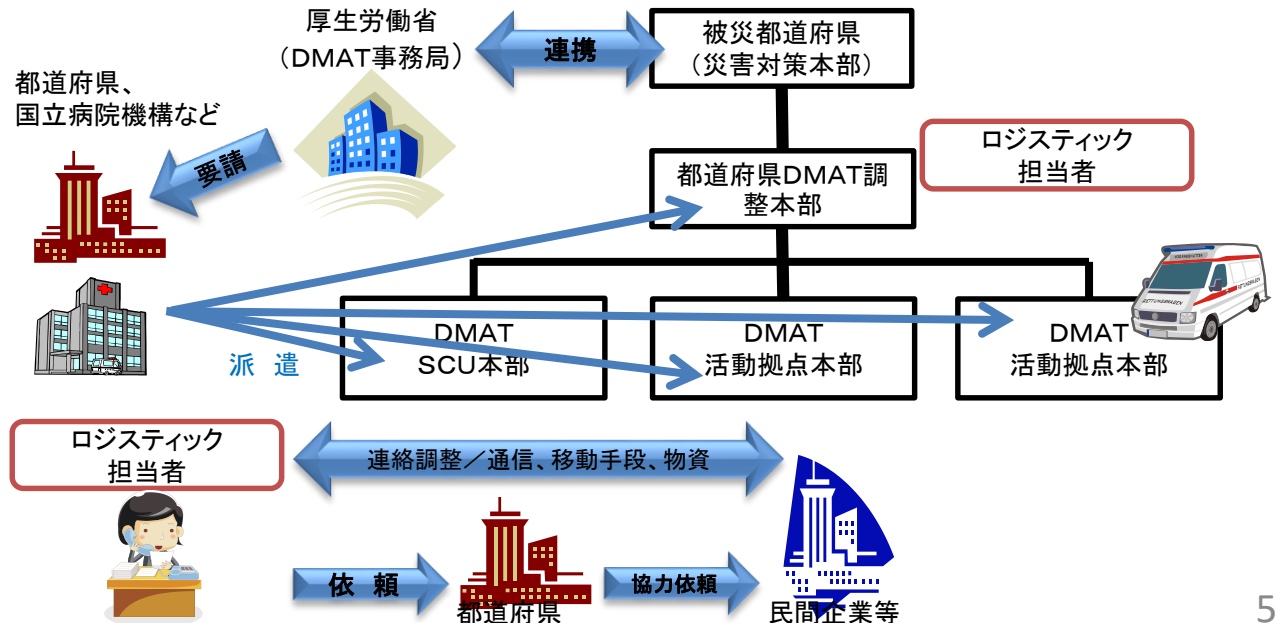
2日間

(養成数)

約 200人/回

(研修内容)

- ・調整本部や活動拠点本部など各本部の役割(指揮階層の理解)
- ・ロジスティックス拠点の設置及び運営など



DMAT事務局(報告書を踏まえた対応③)

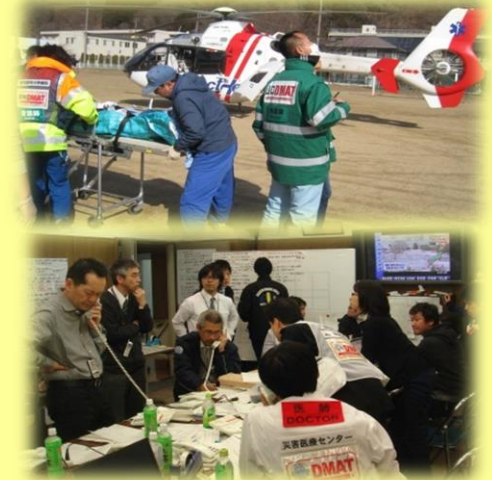
平時におけるDMAT(災害派遣医療チーム)の養成及び隊員の質の維持・向上並びに災害時の急性期対応を円滑に行うため、平成22年にDMAT事務局を設置。報告書を踏まえ、平成25年に大阪DMAT事務局を設置。

○平時の業務

- ① 日本DMAT検討委員会の運営に係る事務
(DMATの養成カリキュラム、活動要領等の見直しに係る事務)
- ② DMAT研修の実施、各地の訓練の管理
- ③ DMAT隊員の登録、登録者の更新
- ④ 政府総合防災訓練の企画・運営
- ⑤ DMAT活動におけるロジスティクスのための関係業界との協定締結
- ⑥ DMAT活動の向上のための研究

○災害時の業務

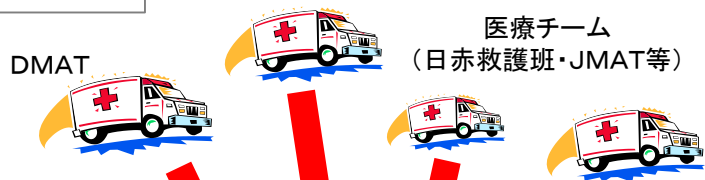
- ① DMAT派遣に関する調整
- ② DMAT活動にかかる方針の策定
- ③ 各DMATへの情報提供
- ④ 搬送手段(自衛隊等)の確保に関する調整及び情報提供
- ⑤ 被災地域外の患者受入医療機関の確保
- ⑥ 物資の調達と輸送手段の確保
- ⑦ 事務局員等の各本部への派遣
- ⑧ DMATロジスティックチーム隊員の派遣に関する調整
- ⑨ 活動終了、2次隊、3次隊等派遣の必要性の判断



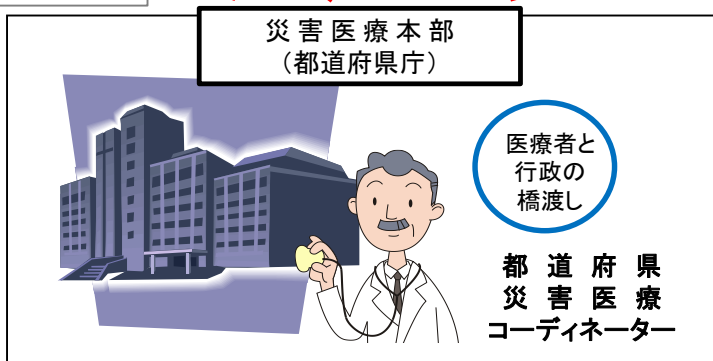
都道府県災害医療コーディネーター研修(報告書を踏まえた対応④)

災害時に被災都道府県に設置される都道府県医療本部において、救護班の派遣調整業務等を行う災害医療コーディネーターの養成を行うことを目的とする研修を平成26年から実施。

非被災県

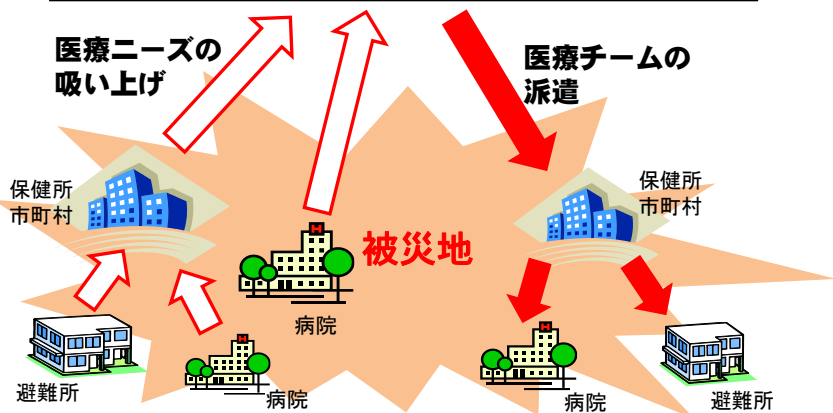


被災県



医療ニーズの
吸い上げ

医療チームの
派遣



現状

各都道府県において、地域の医師等が災害医療コーディネーターに指名・委嘱され始めている

災害時における医療体制の充実強化について(平成24年3月21日医政局長通知)

※ 各都道府県に対して、救護班等の派遣調整等を行うため、派遣調整本部においてコーディネート機能を十分に発揮できる体制整備を求めている

課題

- 全国の事例が共有できていない
- 業務の標準化ができていない



全国研修の実施

都道府県災害医療コーディネーター研修

(受講対象)

災害時、都道府県の災害医療本部において、救護班等の派遣調整等を行う災害医療コーディネーター

※都道府県担当者も同時に受講

(日程) 3日間

(受講者数)

64名 × 3回 (予定)

(実施主体)

国立病院機構災害医療センター

(研修内容)

災害医療コーディネート能力の向上を図るため、以下の事項について座学及び演習を行う。

○ 救護班の派遣調整等の体制確保に関する事項

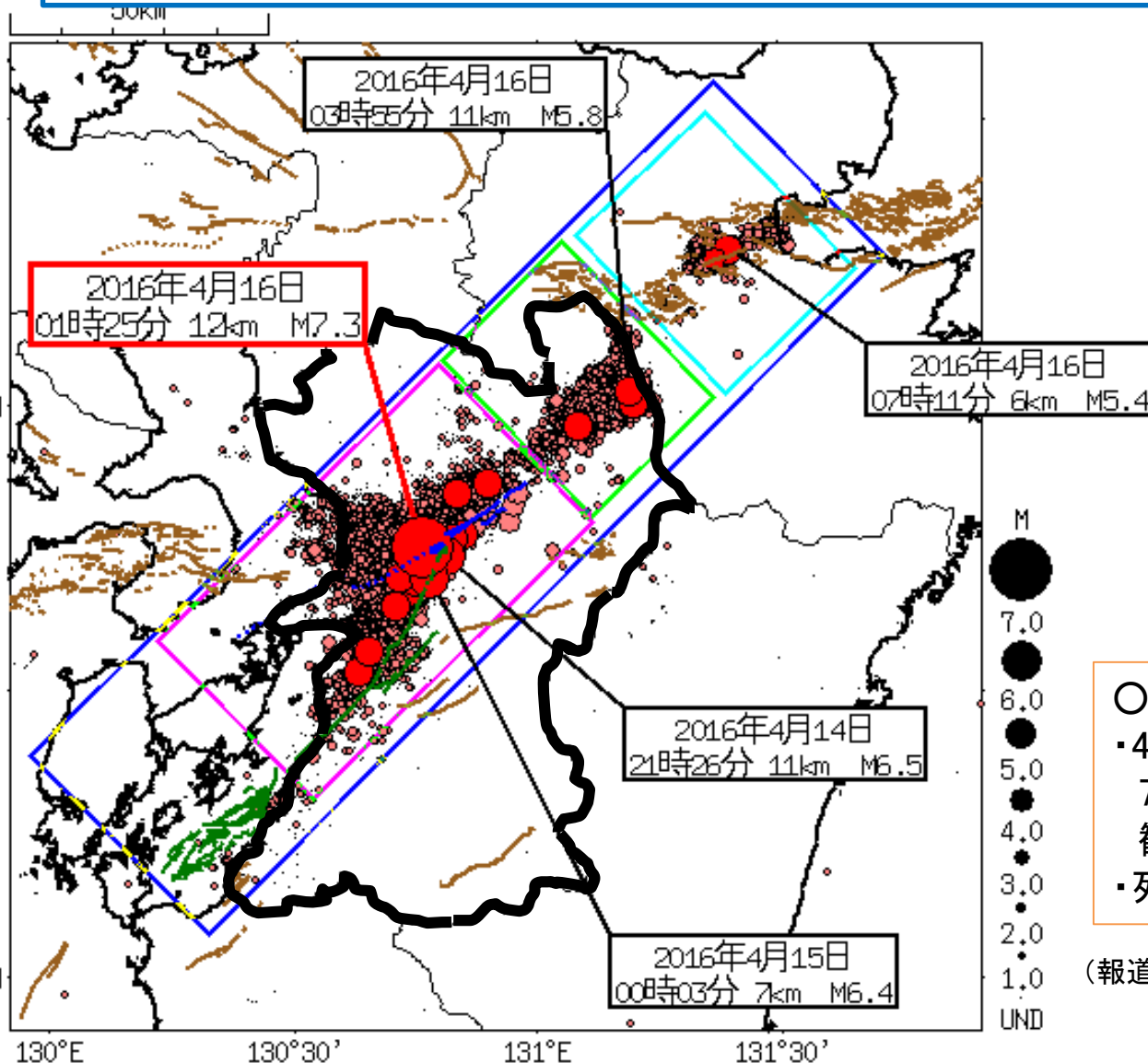
○ 被災都道府県下の災害医療活動に対して都道府県に対し助言を行う体制に関する事項

(協力体制)

研修の企画・運営には日本医師会、日本赤十字社が協力

平成28年熊本地震

平成28年4月14日、16日、熊本県を中心として、最大震度7の地震が発生。



死者 49名
行方不明者 1名
負傷者
重症 369名・軽症 1,367名
倒壊家屋
全壊 5,676棟・半壊 11,866棟
(熊本県災害対策本部 7月1日 13:30)

○災害の特徴

- ・4月14日21時26分の地震以降、7月12日10時00分までの間、震度1以上を観測する地震が1,879回発生。
- ・死者、負傷者に比して倒壊家屋が多かった。

(報道発表資料 平成28年7月12日10時30分 気象庁)

平成28年熊本地震におけるDMAT等の活動

- 東日本大震災以降構築してきた災害医療体制が、一定程度機能した。
- 被災地内での医療チームの活動等の検証の中で、新たな課題も指摘された。

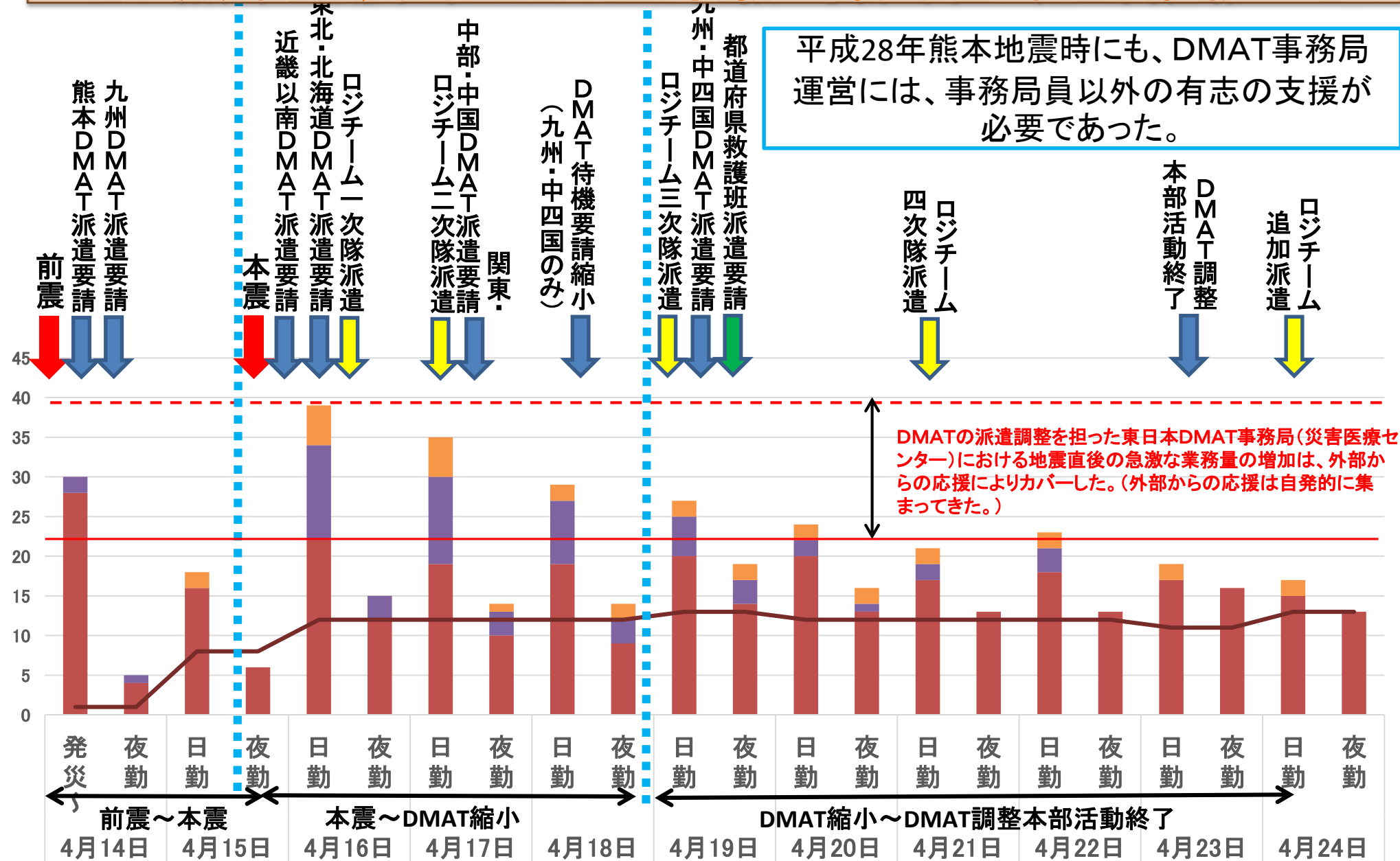
- DMAT 466チーム、2,071名が活動（熊本県内DMATは除く）
最大時には216チームが活動
- ロジスティックチーム 19チーム、84名が派遣され、急性期の指揮系統の立ち上げや災害医療コーディネーターの活動を補助
- 熊本県災害医療コーディネーター14名が災害初期から継続し活動し、急性期以降も継続的な支援体制を構築
- ドクターヘリ 13機が活動
(熊本、福岡、佐賀、長崎、宮崎、鹿児島、山口、広島、岡山、高知、徳島、兵庫豊岡、兵庫加古川)
- 病院避難を10病院で実施し、計約1,500名の大規模転院を実施

○ 医療活動の中で指摘された課題

- ・ロジスティックチームの派遣の迅速化および機能強化
- ・災害医療コーディネート体制の強化と各地域での連携体制の構築
- ・DMATの急性期活動から急性期以降・慢性期活動を担う医療救護班への円滑な引継ぎ
- ・EMIS導入を含めた各医療機関の業務継続計画の整備

熊本地震時のDMAT事務局体制の経時推移

平成28年熊本地震時にも、DMAT事務局運営には、事務局員以外の有志の支援が必要であった。



DMATの派遣調整を担った東日本DMAT事務局(災害医療センター)における地震直後の急激な業務量の増加は、外部からの応援によりカバーした。(外部からの応援は自発的に集まってきた。)

大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

(平成29年7月5日付け厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知)

今後の災害時における保健医療ニーズに総合的に対応するため、「保健医療調整本部」の設置を都道府県に通知。

<課題>

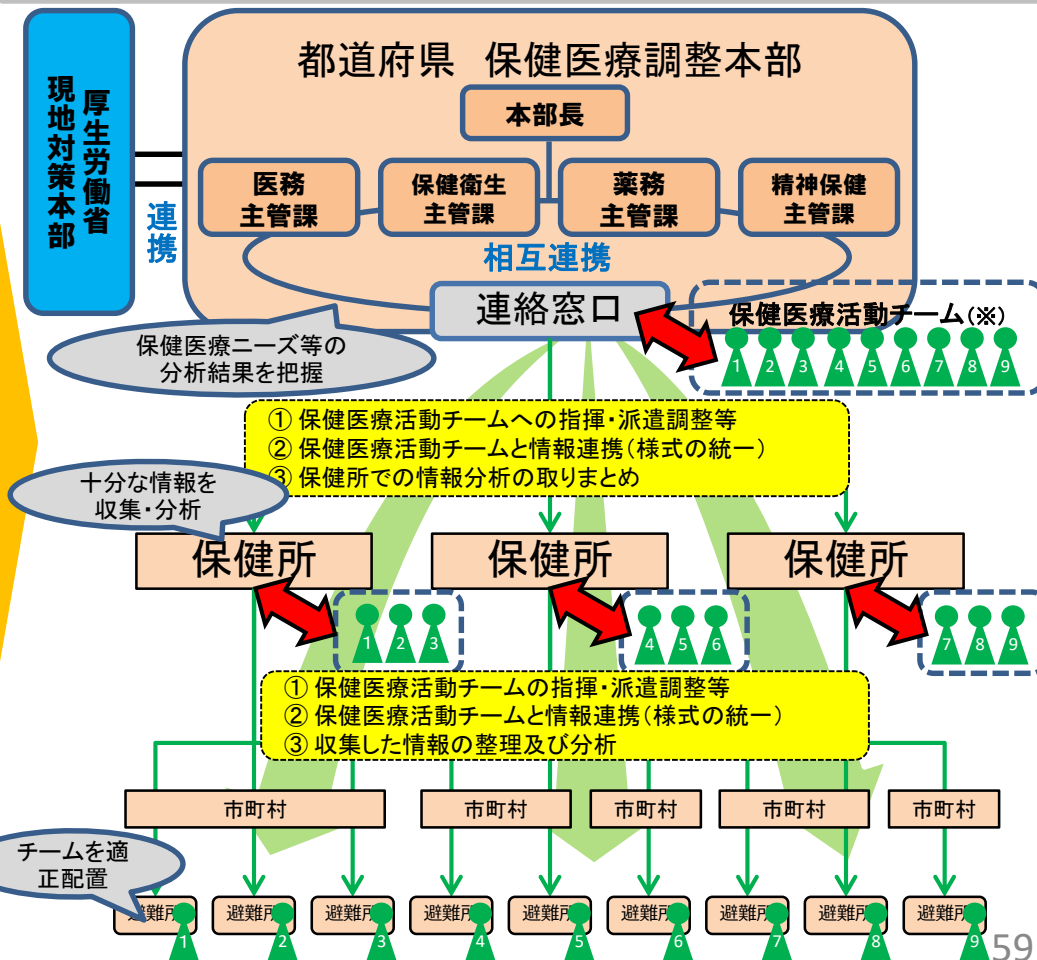
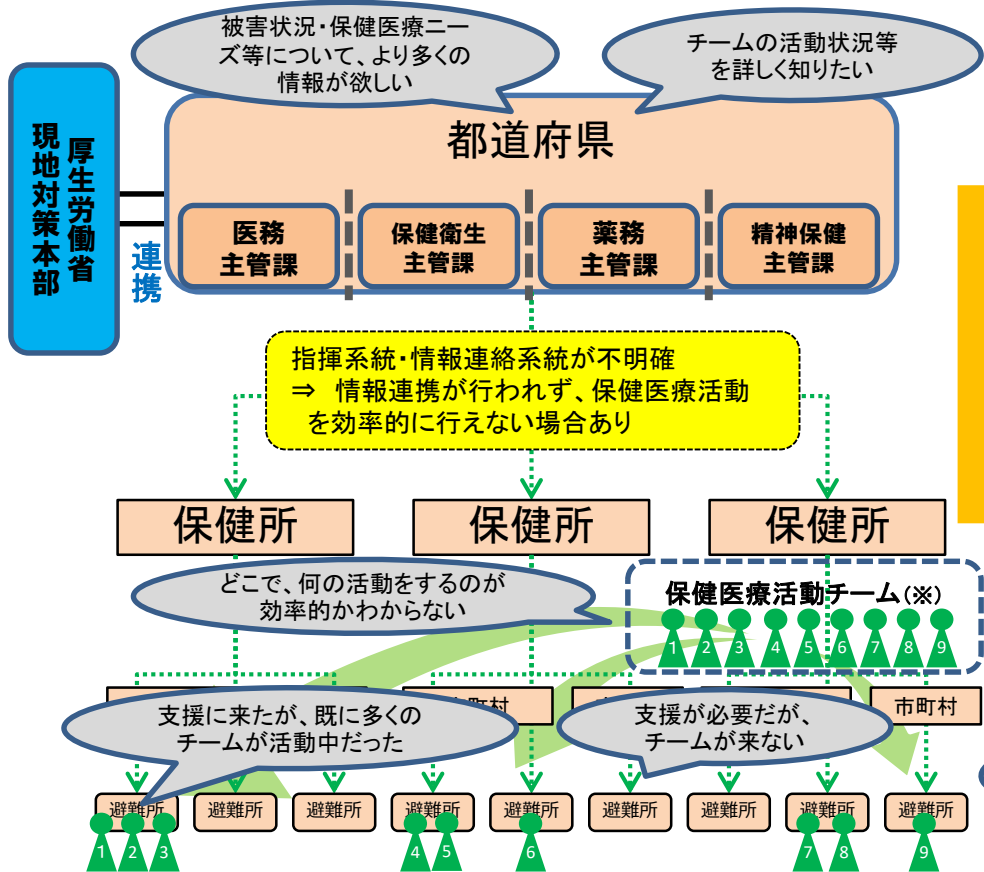
○ 被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で被害状況・保健医療ニーズ等、保健医療活動チームの活動状況等について情報連携が行われず、保健医療活動が効率的に行われない場合があった。

<原因>

○ 被災都道府県及び保健所における、保健医療活動チームの指揮・情報連絡系統が不明確で、保健医療活動の総合調整を十分に行うことができなかった。

○ 被災都道府県に設置された保健医療調整本部において、保健所と連携し、

- ① 保健医療活動チームに対する指揮又は連絡及び派遣調整
- ② 保健医療活動チームと情報連携（様式の統一）
- ③ 収集した保健医療活動に係る情報の整理及び分析を一元的に実施し、保健医療活動を総合調整する体制を整備する。



(※) 凡例 : 保健医療活動チーム (DMAT、JMAT、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、DPAT等)

医療計画の見直し等における検討会（平成28年5月～12月）

- 医療計画の見直し等における検討会において、「医療機関の業務継続計画の整備」等が今後の課題とされた。
- 平成29年度より、災害拠点病院の業務継続計画策定等を義務化。

検討会において、平成28年熊本地震時の医療活動の検証を行った際に、指摘された課題
(平成28年9月9日)

- ・ロジスティックチームの派遣の迅速化及び機能強化
- ・災害医療コーディネート体制の強化と各地域での連携体制の構築
- ・DMATの急性期活動から、急性期以降・慢性期活動を担う医療救護班への円滑な引継ぎ
- ・**EMIS導入を含めた各医療機関の業務継続計画の整備**

災害拠点病院指定要件の一部改正について

(平成29年3月31日付け医政局長通知)

改正の概要

災害拠点病院の指定要件として、災害拠点病院の運営体制について以下の要件を満たすことを追加すること。

- ①被災後、早期に診療機能を回復できるよう、**業務継続計画の整備を行っていること。**
- ②整備された業務継続計画に基づき、**被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること。**
- ③地域の第二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること。また、災害時に地域の医療機関への支援を行うための体制を整えていること。
(要件を満たしていないものについては平成31年3月までに整備し、又は実施することを前提に、指定を継続することも可能とする。)