

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

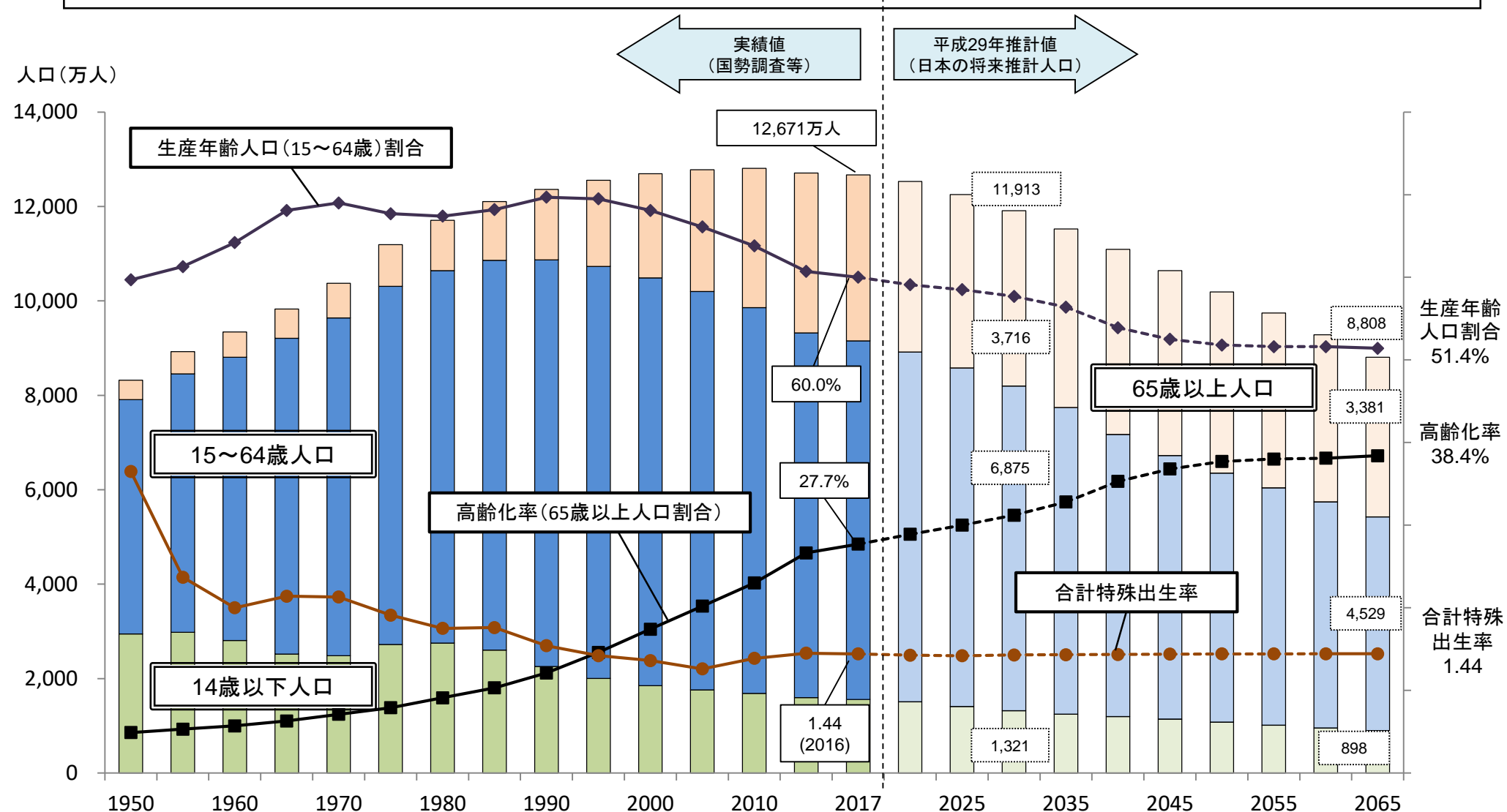
- －二次医療機関、三次医療機関の充実
- －救急搬送における課題と円滑な受入推進について

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

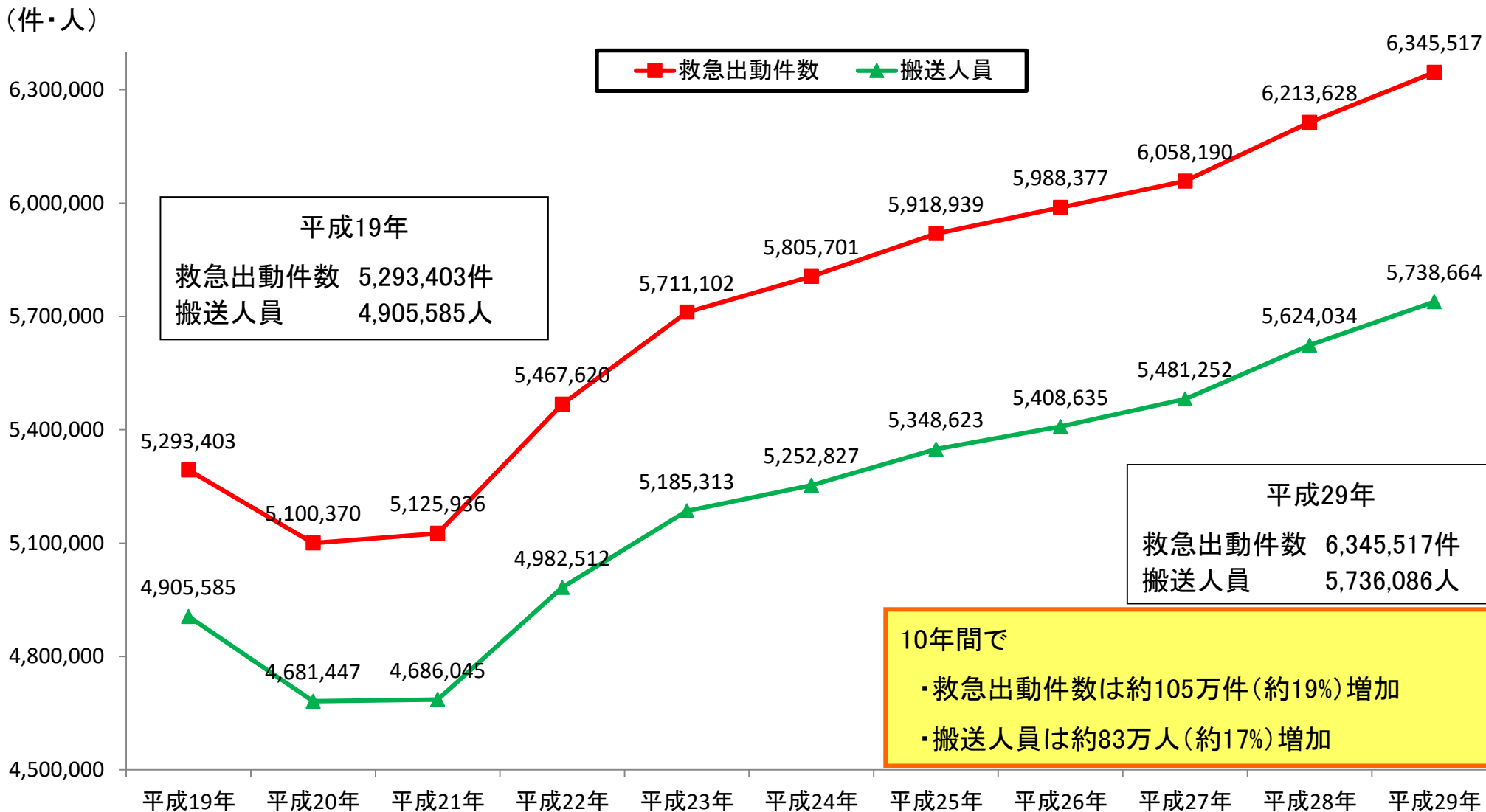
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



(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

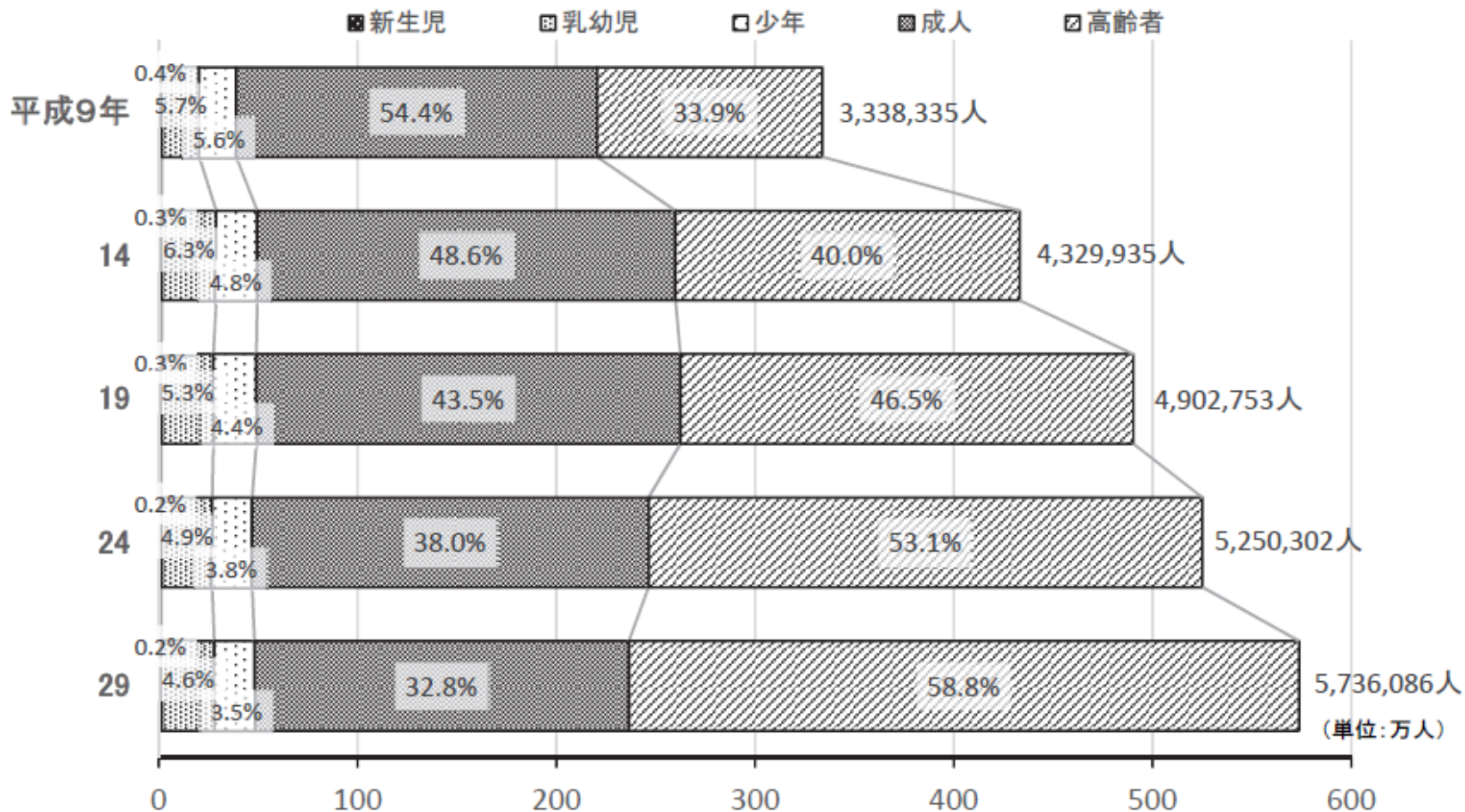
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、9年連続の増加となり、過去最多となった。



(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

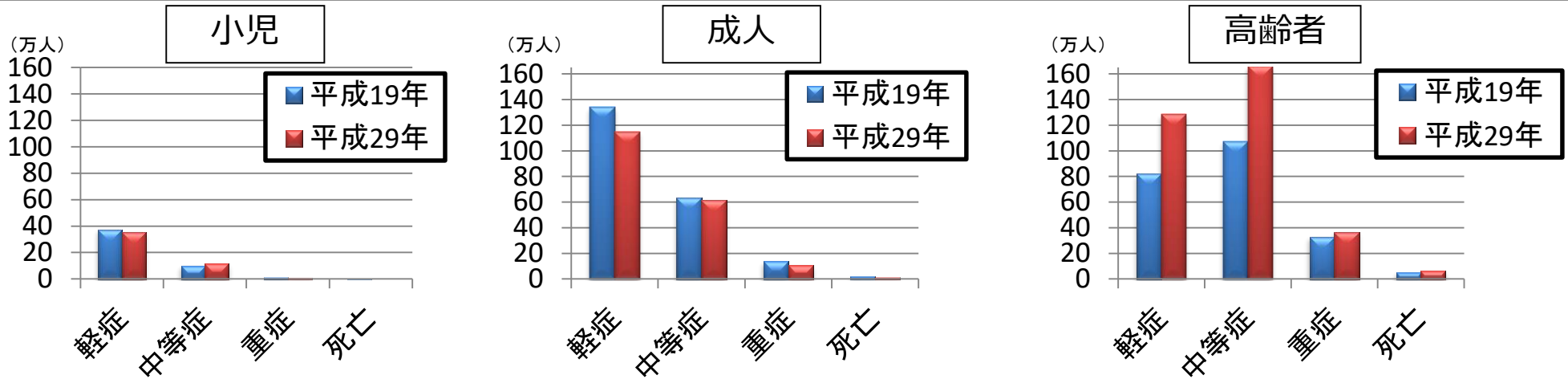
○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にある。



- (注) 1 平成9年の年齢区分別の搬送人員については、傷病程度が判明したもののみを計上している。
 2 端数処理 (四捨五入) のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

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19年中

全体	小児	成人	高齢者
死亡	0.3万人	2.1万人	5.3万人
重症	1.3万人	13.6万人	32.9万人
中等症	10.1万人	63.4万人	107.3万人
軽症	37.3万人	134.0万人	82.1万人

平成29年中

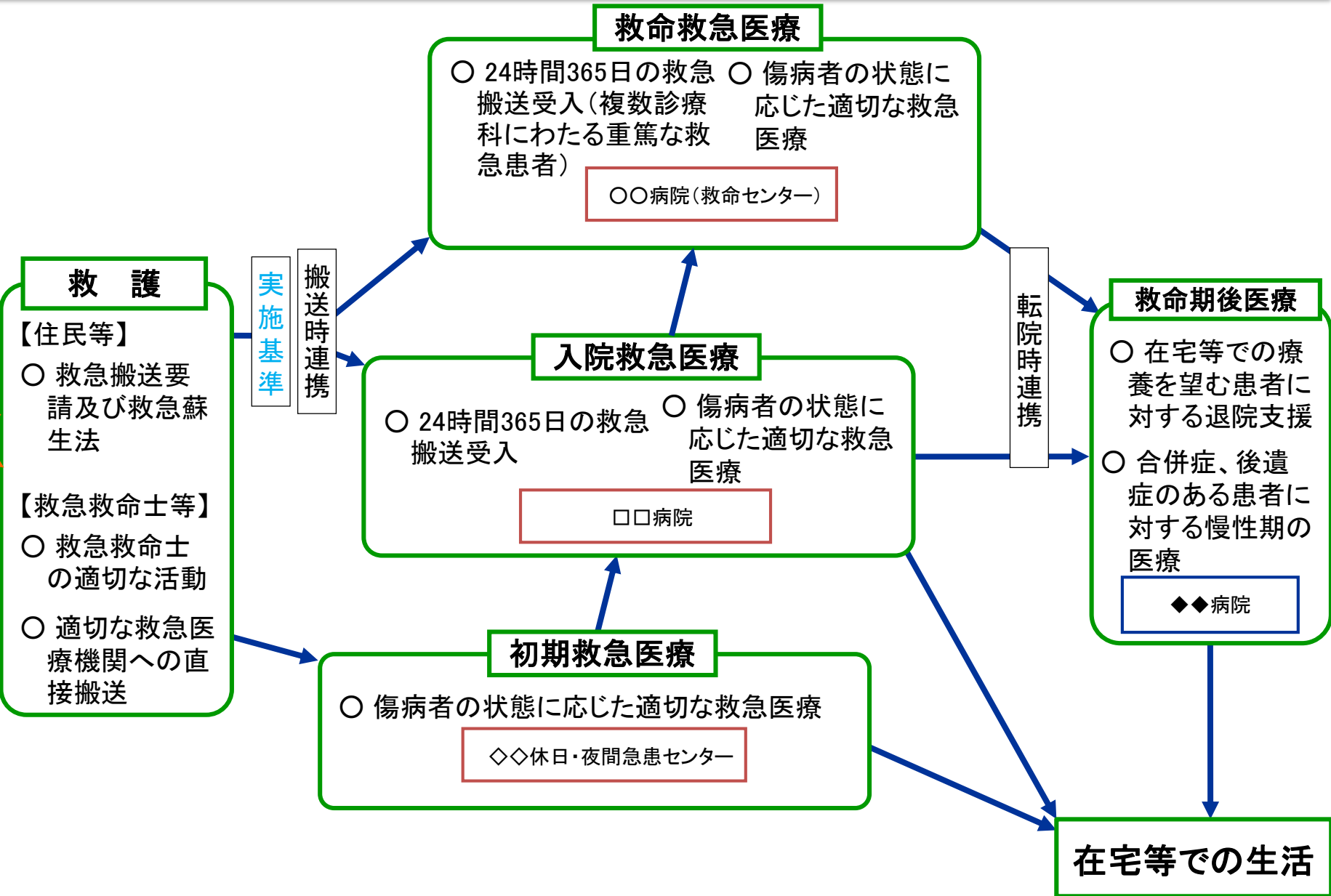
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.7万人 0.2万人減 -73%	1.2万人 0.9万人減 -42%	6.4万人 1.2万人増 23%
重症	0.9万人 0.2万人減 -22%	10.7万人 2.8万人減 -21%	36.5万人 3.6万人増 11%
中等症	11.6万人 1.5万人増 15%	61.4万人 1.9万人減 -3%	165.6万人 58.3万人増 54%
軽傷	35.3万人 1.9万人減 -5%	114.8万人 19.0万人減 -14%	128.2万人 46.0万人増 56%

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。

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

救急医療の体制

重症度



時間の流れ

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（291カ所）
（うち、高度救命救急センター（42カ所））

令和元年7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（421地区、2,851カ所）

共同利用型病院（22カ所）

平成30年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（625地区）

休日夜間急患センター（575カ所）

平成30年4月1日現在

○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。

○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。

○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。

○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。

○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。

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、290カ所が指定されている (令和元年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	平成30年
センター数	221	221	246	259	266	271	279	284	289	290

(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

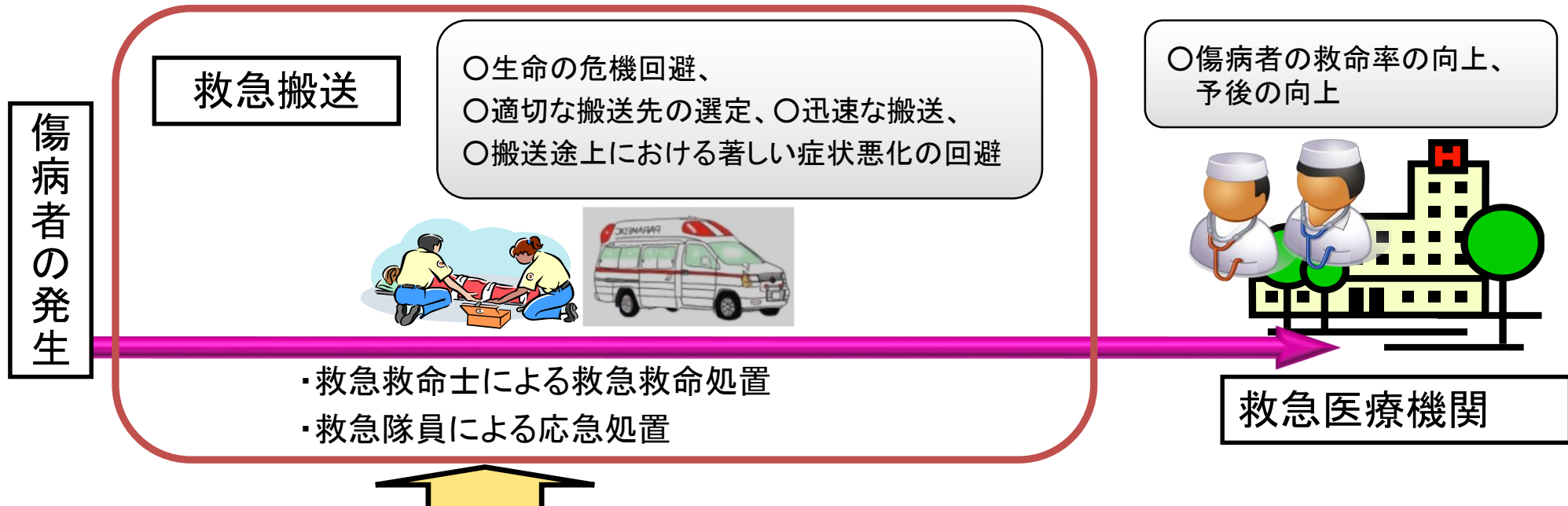
平成3年 救急隊員の行う応急処置等の基準の一部改正等について

応急処置の拡大(9項目)

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

- 業務のプロトコールの作成
- 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

救急救命士とは

(救急救命士法第2条)

- 「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、救急救命処置を行うことを業とする者をいう。
- 「救急救命処置」とは、その症状が著しく悪化するおそれがあり、又はその生命が危険な状態にある傷病者(重度傷病者)が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重症傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものをいう。

救急救命士が業務を行う場所の規定

- 救急救命士は、救急用自動車その他の重度傷病者を搬送するためのものであって厚生労働省令で定めるもの（「救急用自動車等」という。）以外の場所においてその業務を行ってはならない。ただし、病院又は診療所への搬送のため重度傷病者を救急用自動車等に乗せるまでの間において救急救命処置を行うことが必要と認められる場合は、この限りでない。（救急救命士法第44条第2項）
- 「救急自動車等」とは、重度傷病者の搬送のために使用する救急用自動車、船舶及び航空機であって、法第二条第一項の医師の指示を受けるために必要な通信設備その他の救急救命処置を適正に行うために必要な構造設備を有するものとする。（救急救命士法施行規則第22条）

罰則

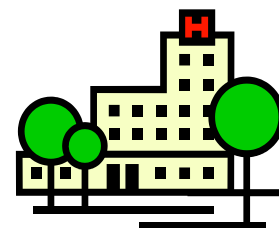
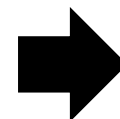
第53条 次の号のいずれかに該当する者は、六月以下の懲役若しくは三十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

一 （略）

二 第44条第2項の規定に違反して、救急用自動車等以外の場所で業務を行った者



救急用自動車等



病院又は診療所

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)

医師の包括的な指示

- ・ 特定の在宅療法継続中の傷病者の処置の維持
- ・ 口腔内の吸引
- ・ 経口エアウェイによる気道確保
- ・ バッグマスクによる人工呼吸
- ・ 酸素吸入器による酸素投与
- ・ 自動体外式除細動器による除細動 (※)
- ・ 用手法による気道確保
- ・ 胸骨圧迫
- ・ 呼吸吹き込み法による人工呼吸
- ・ 圧迫止血
- ・ 骨折の固定
- ・ ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去
- ・ 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察
- ・ 必要な体位の維持、安静の維持、保温

救急救命士のみ

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫
- ・ 心マッサージの施行

医師の具体的指示 (特定行為)

- ・ 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

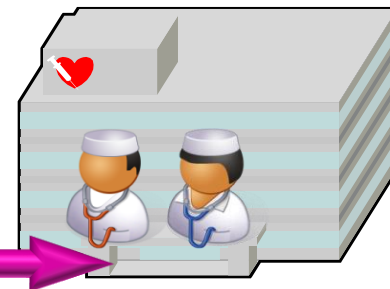
全国メディカルコントロール協議会連絡会

- ・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

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

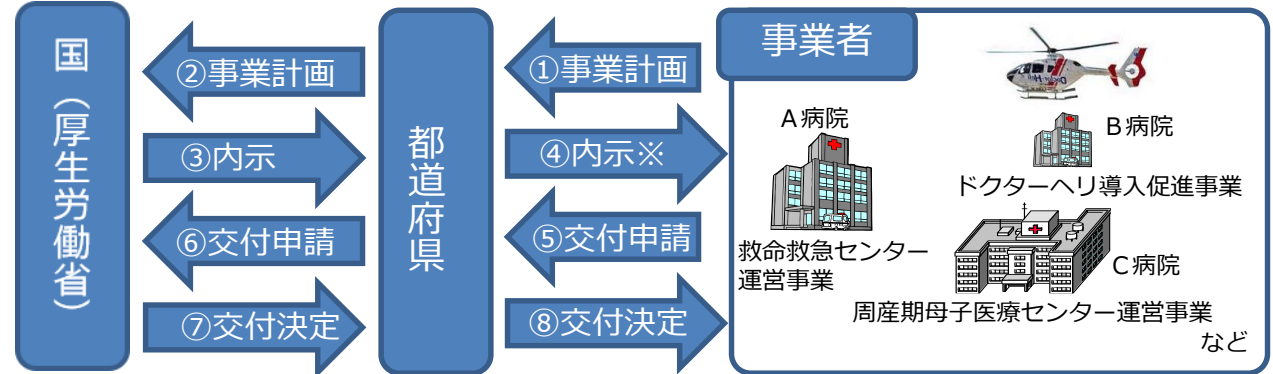
【運営等事業（21事業）】

- 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

※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

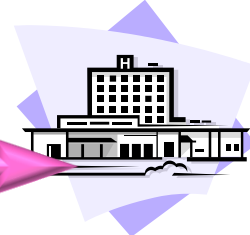
② 搬送先医療機関の選定



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)

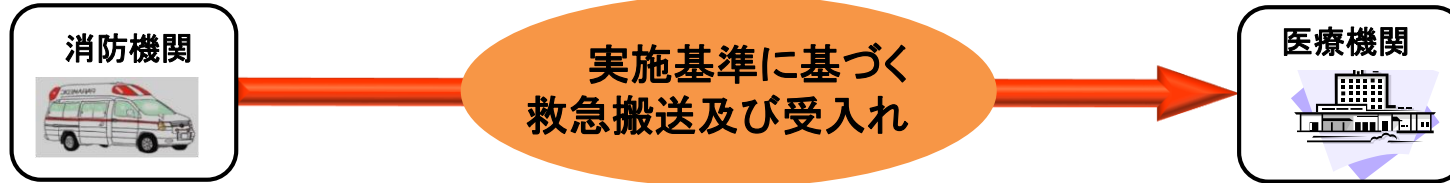
消防機関は、搬送・受入れルールを遵守しなければならない

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

実施基準について

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」
(平成21年10月27日 消防救第248号 医政発第1027第3号)



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

都道府県

ルール策定



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

消防法第35条の5 第2項

実施基準においては、都道府県の区域又は医療を提供する体制の状況を考慮して都道府県の区域を分けて定める区域ごとに、次に掲げる事項を定めるものとする。

1. 分類基準(消防法第35条の5 第2項第1号)
2. 医療機関リスト(消防法第35条の5 第2項第2号)
3. 観察基準(消防法第35条の5 第2項第3号)
4. 選定基準(消防法第35条の5 第2項第4号)
5. 伝達基準(消防法第35条の5 第2項第5号)
6. 受入医療機関確保基準(消防法第35条の5 第2項第6号)
7. その他基準(消防法第35条の5 第2項第7号)

「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

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

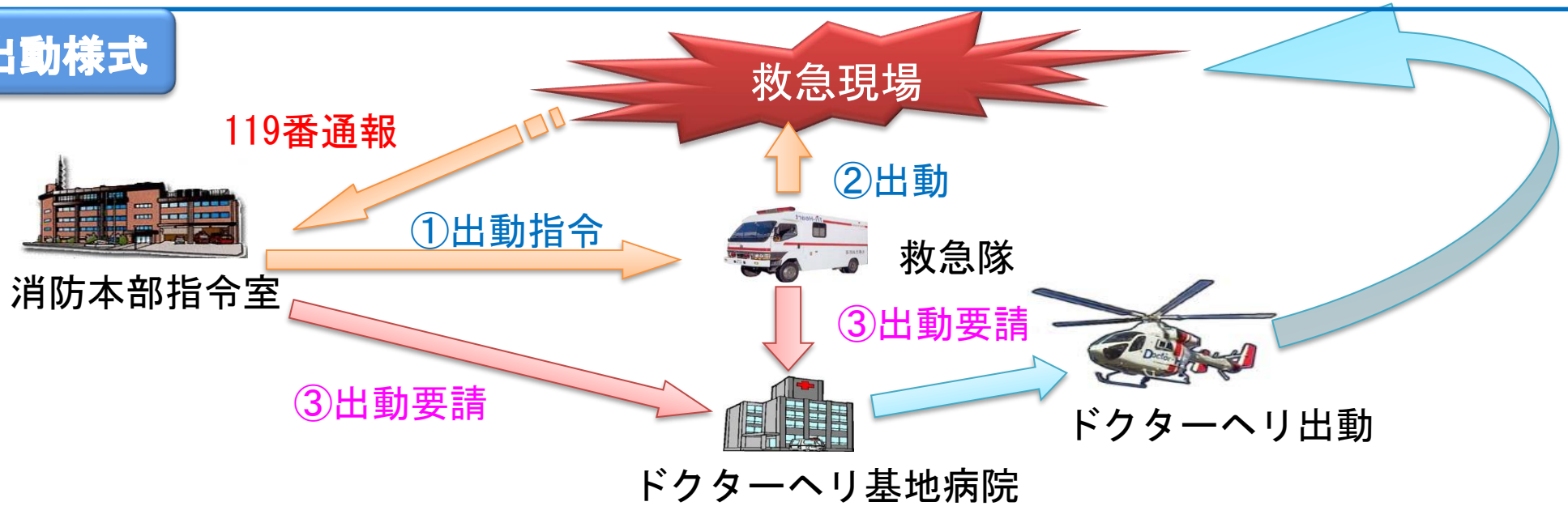


ドクターヘリの内部



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。

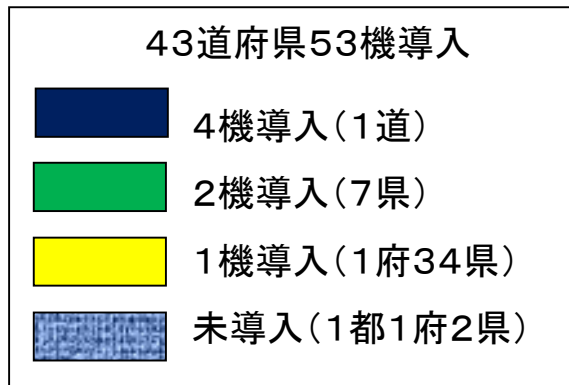
一 当該救急医療用ヘリコプターの出動のための病院(※)に対する傷病者の状態等の連絡に関する基準

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

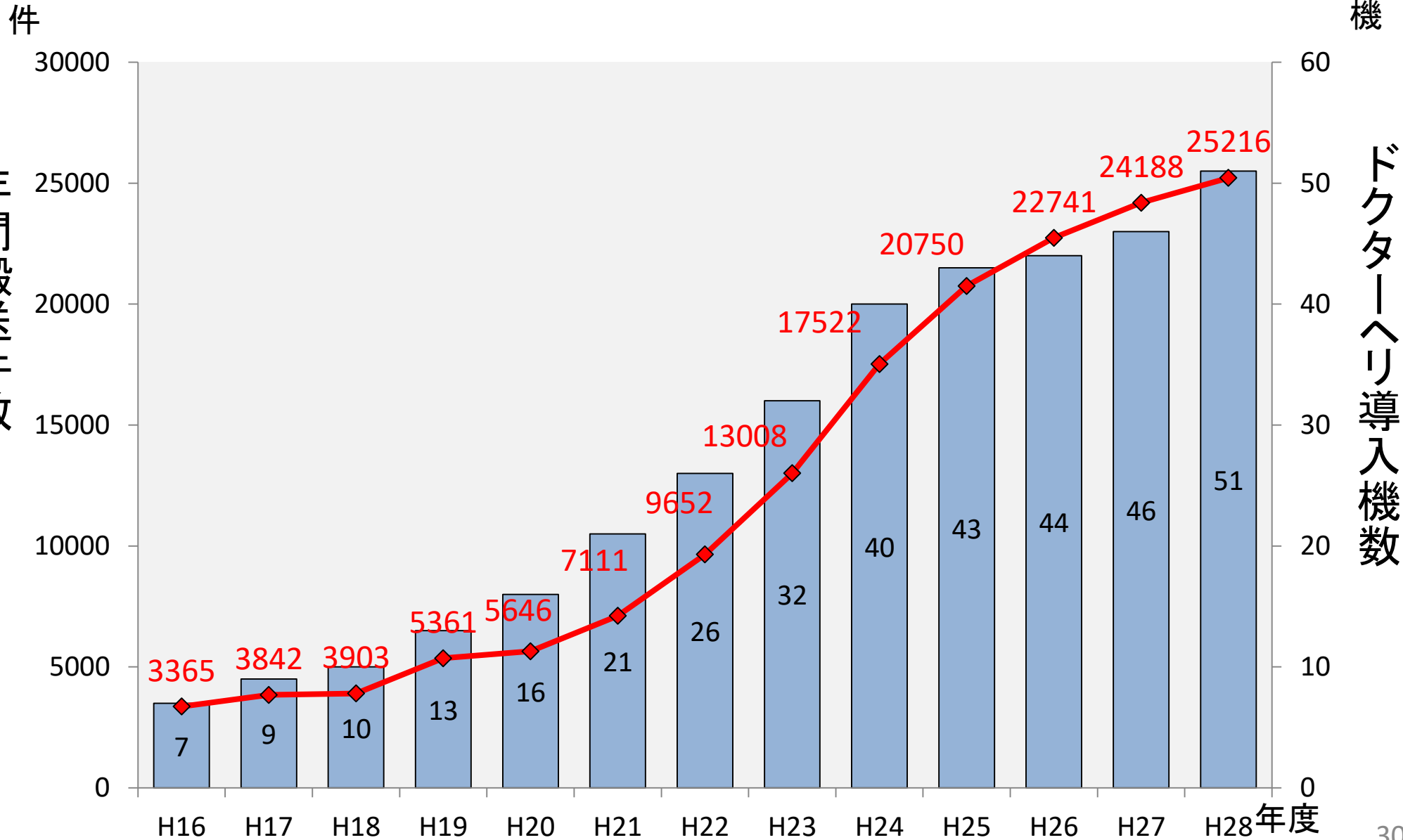
平成30年度予算

- 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)

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。



人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書 (平成30年3月29日公表)【抜粋】

普及・啓発の目的と必要性

- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透し、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。
- このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)※等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性について、一層の普及・啓発が必要。

※ 人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

普及・啓発の内容・方法(抜粋)

- 普及・啓発は、対象の属性に応じ、提供する情報の内容や支援方法を次のとおり分けて検討することが必要。

- ① 人生の最終段階における医療・ケアの在り方を自分ごととして考える時期にある方
- ② ①の方を身近で支える立場にある家族等
- ③ 本人や家族等を支える医療・ケアチーム
- ④ 国民全体

本人や身近な人のもしものときに備えて、日頃から考え、家族等の信頼できる者と繰り返し話し合いを行い、その内容を共有しておくことが重要であること

【国】考える日の設定や、この日に合わせたイベントの開催、関連情報のポータルサイトやeラーニング等の学習サイトの開設、ACPについて国民に馴染みやすい名称の検討

【地方自治体】リーフレットの配布、市民向けのセミナーの開催

【民間団体】結婚、出産、介護保険加入、介護休業、退職等のライフイベントに関連する手続きの機会を通じたリーフレットの配布、セミナーの開催

【教育機関】学校における生命や医療・ケアに関する授業や講義の機会を通じ、人生の最終段階における医療・ケアに関する教育 等

ACPの普及啓発のためのリーフレットについて

○ ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○ 都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※ リーフレット掲載HP

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html

※ 「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」（平成30年7月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）等を通じて周知を実施。

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

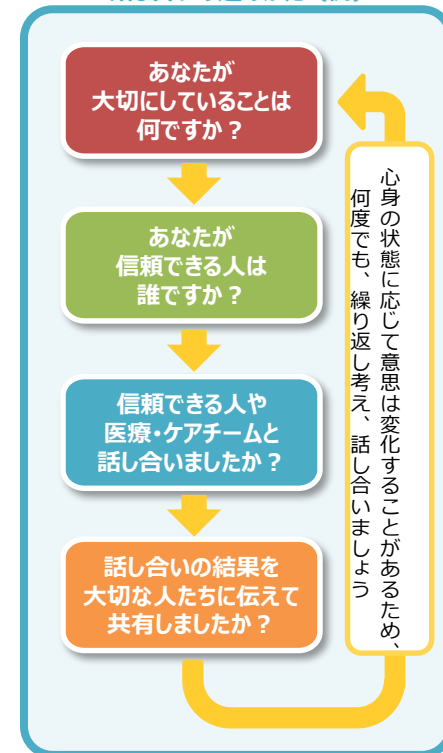
誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



話し合いの進めかた（例）



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の 愛称が「人生会議」に決まりました！



11月30日（いい看取り・看取られ）は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。



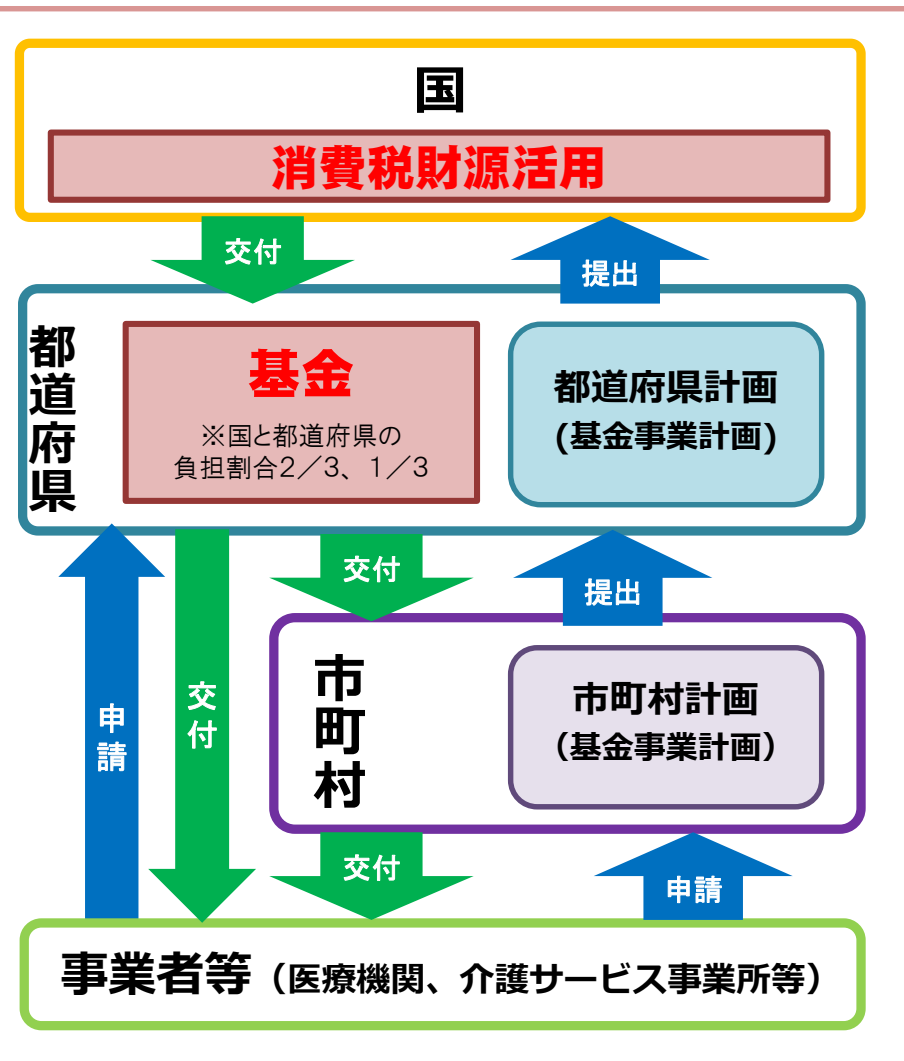
詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html



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

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

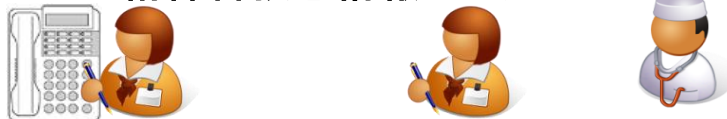
圏域毎の検討部会

- ・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

災害医療体制の経緯

- 1995年 ◇ **阪神・淡路大震災**
- 「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療体制のあり方に関する研究会」
－広域災害・救急医療情報システムの整備について 等
- 1996年 ● 「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」(健康政策局長通知)
－広域災害・救急医療情報システムの整備 等
- 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の運用開始
- 2001年 ● 「災害医療体制のあり方に関する検討会」
－日本版災害派遣医療チーム(DMAT)構想について 等
- 2005年 ● 災害派遣医療チーム(DMAT)の養成開始
- 2010年 ● DMAT事務局の設置
- 2011年 ◇ **東日本大震災**
- 「災害医療等のあり方に関する検討会」
－災害拠点病院について
－DMATについて
－中長期における医療提供体制・その他について

災害医療体制の経緯

- 2012年 ● 「災害時における医療体制の充実強化について」(医政局長通知)
－都道府県における災害医療コーディネーターの設置
－災害拠点病院の指定要件を改正 等
- 2014年 ● DMATロジスティックス研修の開始
● 都道府県災害医療コーディネーター研修の開始
- 2016年 ◇ **平成28年熊本地震**
● 「医療計画の見直し等に関する検討会」
－平成28年熊本地震の医療活動について
● 「災害拠点病院指定要件の一部改正について」(医政局長通知)
－災害拠点病院の指定要件として、業務継続計画の策定等を追加
● 小児周産期リエゾンの養成開始
- 2017年 ● 「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」(大臣官房厚生科学課長、医政局長他5部局連名通知)
－保健医療調整本部の設置
- 2018年 ● 「救急・災害医療提供体制等のあり方に関する検討会」
－DMAT事務局の体制整備について
－EMISのあり方について

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

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
- 令和元年4月1日現在までに742病院を指定

都道府県	基幹	地域
北海道	1	33
青森県	2	8
岩手県	2	9
宮城県	1	15
秋田県	1	13
山形県	1	6
福島県	1	7
茨城県	2	12
栃木県	1	10
群馬県	1	16
埼玉県	1	20
千葉県	4	22
東京都	2	80
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	22
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	18
山口県	1	12
徳島県	1	10
香川県	1	9
愛媛県	1	7
高知県	1	11
福岡県	1	30
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	681

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。

緊急点検の背景・目的

平成30年9月28日内閣官房国土強靱化推進室プレスリリース資料より

- 平成30年7月豪雨、平成30年台風第21号、平成30年北海道胆振東部地震等により、これまで経験したことのない事象が起こり、重要インフラの機能に支障を来すなど、国民経済や国民生活に多大な影響が発生した。
- 直近の自然災害で、インフラの機能確保に関して問題点が明らかになった事象に対して、電力や空港など国民経済・生活を支え、国民の生命を守る重要インフラが、あらゆる災害に際して、その機能を発揮できるよう、全国で緊急点検を実施する。

緊急点検の対象とする重要インフラ

- 直近の自然災害で、問題点が明らかになり、国民経済・国民生活を守る、又は、人命を守るため、点検の緊急性が認められるものとして、以下の①～③を対象。
 - ①ブラックアウトのリスク・被害を極小化する必要がある電力供給に係る重要インフラ
 - ②電力喪失等を原因とする致命的な機能障害を回避する必要がある重要インフラ
 - ③自然災害時に人命を守るために機能を確保する必要がある重要インフラ

緊急点検の実施概要

- 11府省庁において、重要インフラの機能確保について、118項目の点検を実施。
(内閣府、警察庁、金融庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、国土交通省、環境省) ※点検の実施項目は、今後、追加もあり得る。
- 平成30年11月末を目途に、対応方策をとりまとめ。

(参考)「重要インフラの緊急点検に関する関係閣僚会議」における総理発言(平成30年9月21日)

電力や空港など、私たちの生活を支える重要なインフラがあらゆる災害に対し、その機能を維持できるよう、全国で緊急に点検を行い、本年11月末を目途に対策を取りまとめます。

災害拠点病院等の電気・水の確保に関する規定について

- ・災害拠点病院については、東日本大震災の後に開催された「災害医療等のあり方に関する検討会」の報告書を踏まえ、**電気については自家発電の保有、3日間程度の燃料備蓄が要件に定められた。**
- ・水については受水槽の保有や井戸設備の整備、優先的な給水協定の整備を例示し、水の確保を要件としたが、飲料水の備蓄(3日分程度)を除き、具体的な数値は定めなかった。

災害拠点病院指定要件(抄) 平成24年3月21日付医政局長通知により改正。

(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。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい。

(エ) 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。

イ. (略)

ウ. その他食料、飲料水、医薬品等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度を備蓄しておくこと。～

※ 改正前は「水、電気等のライフラインの維持機能を有すること」が指定要件となっていた。

緊急点検結果の詳細

(自家発電設備の状況)

	総数	自家発電設備あり	非常用自家発電設備の燃料がガスのみ(診療機能を3日程度維持する備蓄無し)	非常用自家発電設備の燃料タンクの容量で病院の診療機能を維持できる期間が3日未満
災害拠点病院	736	736	11	114
救命救急センター	7	7	1	1
周産期母子医療センター	79	79	1	29
計	822	822	13	144

※ 各施設とも、平成30年10月1日時点で指定されているものとして、都道府県より緊急点検結果が報告されてきたもの。

※ 救命救急センターは、災害拠点病院に指定されている施設を除く。(重複除く。以下同じ。)

※ 周産期母子医療センターは、災害拠点病院、救命救急センターに指定されている施設を除く。(重複除く。以下同じ。)

(給水設備の状況)

	総数	受水槽あり		受水槽なし		受水槽なしかつ地下水利用もなし
		うち地下水利用もあり	うち地下水利用はあり	うち地下水利用はあり	うち地下水利用はあり	
災害拠点病院	736	726	431	10	8	2
救命救急センター	7	7	5	0	0	0
周産期母子医療センター	79	77	48	2	1	1
計	822	810	484	12	9	3

(受水槽の水確保の状況)

	総数	受水槽あり	受水槽容量3日未満	
			うち地下水利用あり	うち地下水利用なし
災害拠点病院	736	726	477	177
救命救急センター	7	7	5	1
周産期母子医療センター	79	77	65	26
計	822	810	547	204

災害拠点病院等の自家発電設備の燃料確保に関する緊急対策

概要: 平成30年北海道胆振東部地震を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に非常用自家発電設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。

府省庁名:厚生労働省

非常用自家発電設備の増設等の補助

箇所:125病院

期間:2020年度まで

実施主体:民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

内容:非常用自家発電設備の増設等(※)に必要な経費の補助を行う。

※ 3日程度診療機能を維持するために必要な非常用自家発電装置の燃料タンクの増設、病院内に燃料備蓄が可能な非常用自家発電装置への更新

※ 公立病院については総務省において地方財政措置を講じる予定

達成目標:

災害時に特に重要な医療機能を担う災害拠点病院等において、病院の診療機能を3日程度維持できる非常用自家発電設備の整備を完了

(非常用自家発電装置)



災害拠点病院等の給水設備の強化に関する緊急対策

概要: 平成30年7月豪雨を踏まえ、全国の災害拠点病院等を対象に給水設備の整備状況等の緊急点検を行った結果、災害時において病院の診療機能を3日程度維持するために設備の増設等が必要な災害拠点病院等に対して、整備に要する経費の一部を支援する。
府省庁名: 厚生労働省

給水設備の増設等の補助

箇所: 124病院

期間: 2020年度まで

実施主体: 民間等の災害拠点病院、
救命救急センター及び周産期母子医療センター

内容: 給水設備の増設等(※)に必要な経費の補助を行う。

※ 3日程度診療機能を維持するために必要な受水槽の増設、地下水利用給水設備の整備

※ 公立病院については総務省において地方財政措置を講じる予定

達成目標:

災害時に特に重要な医療機能を担う災害拠点病院等において、病院の診療機能を3日程度維持できる給水設備の整備を完了

(受水槽増設)



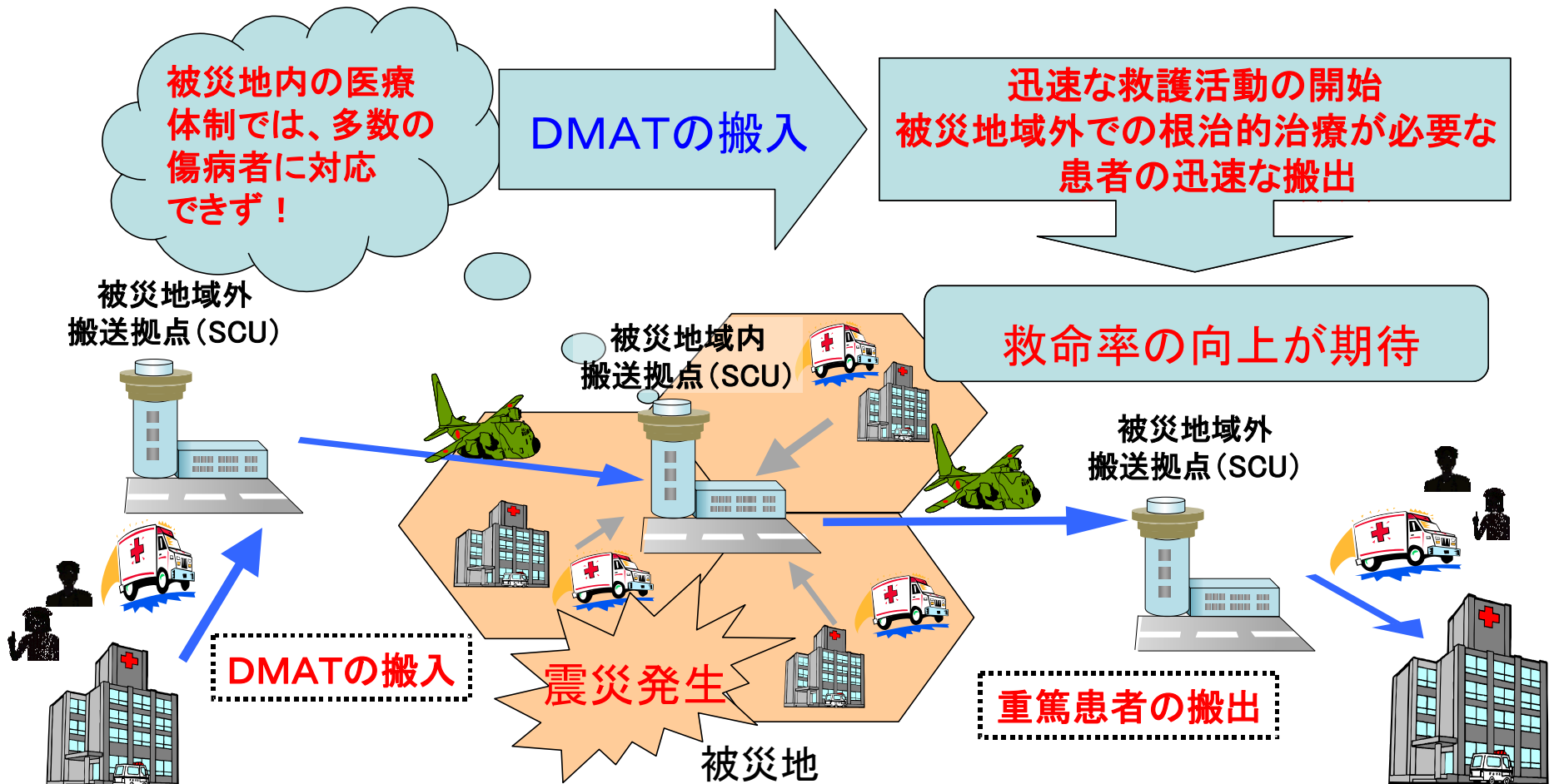
(地下水利用システム整備)



災害時を想定した「多様な水源の活用」の一策 ⇒ 2元給水化
自社の水確保だけでなく、水供給による地域貢献も可能に

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。
- ・令和元年4月1日現在 14,204名 1,686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。



DMATの活動事例

北海道胆振東部地震(平成30年9月)

- 活動チーム数: 67チーム
- 主な活動内容: 本部活動、医療機関被害状況に関する情報収集、病院支援、搬送支援等
- ロジスティックチーム活動: 59名
本部活動(DMAT本部、東胆振東部3町医療救護保健調整本部等)等

平成30年7月豪雨

- 活動チーム数: 119チーム
- 主な活動内容: 本部活動、医療機関被害状況に関する情報収集、病院支援、搬送支援、避難所での情報収集・救護活動等
- ロジスティックチーム活動: 48名、本部活動等

平成28年熊本地震(平成28年4月)

- 活動チーム数: 466チーム(内、ロジスティック活動 49チーム)
- 派遣都道府県: 47都道府県
- 主な活動内容: 病院支援、地域医療搬送、入院患者の搬送、全国から派遣されたDMATの活動場所の調整や被災地の医療ニーズ等の情報収集等
- ロジスティックチーム活動: 84名、本部活動等

東日本大震災

- 活動チーム数: 約380チーム 隊員数: 約1,800人
- 派遣都道府県: 47都道府県
- 主な活動内容: 病院支援、地域医療搬送、広域医療搬送、入院患者の救出と搬送等

主な活動内容

- 病院支援 - 被災地域内の病院の診療支援と情報の発信
 - 本部設置、トリアージ、治療、後方搬送を実施
- 地域医療搬送 - ドクターヘリや救急車により、被災地域内医療機関から被災地域外の近隣の医療機関等へ患者を搬送
- 広域医療搬送 - 自衛隊機等による被災地外への患者搬送。
- 入院患者の救出と搬送 - 入院患者救出活動に参加、トリアージや応急処置の実施

(被災地へ向かう医療チーム)



(医療チームの被災地での活動)



平成28年熊本地震におけるDMAT等の活動

- 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

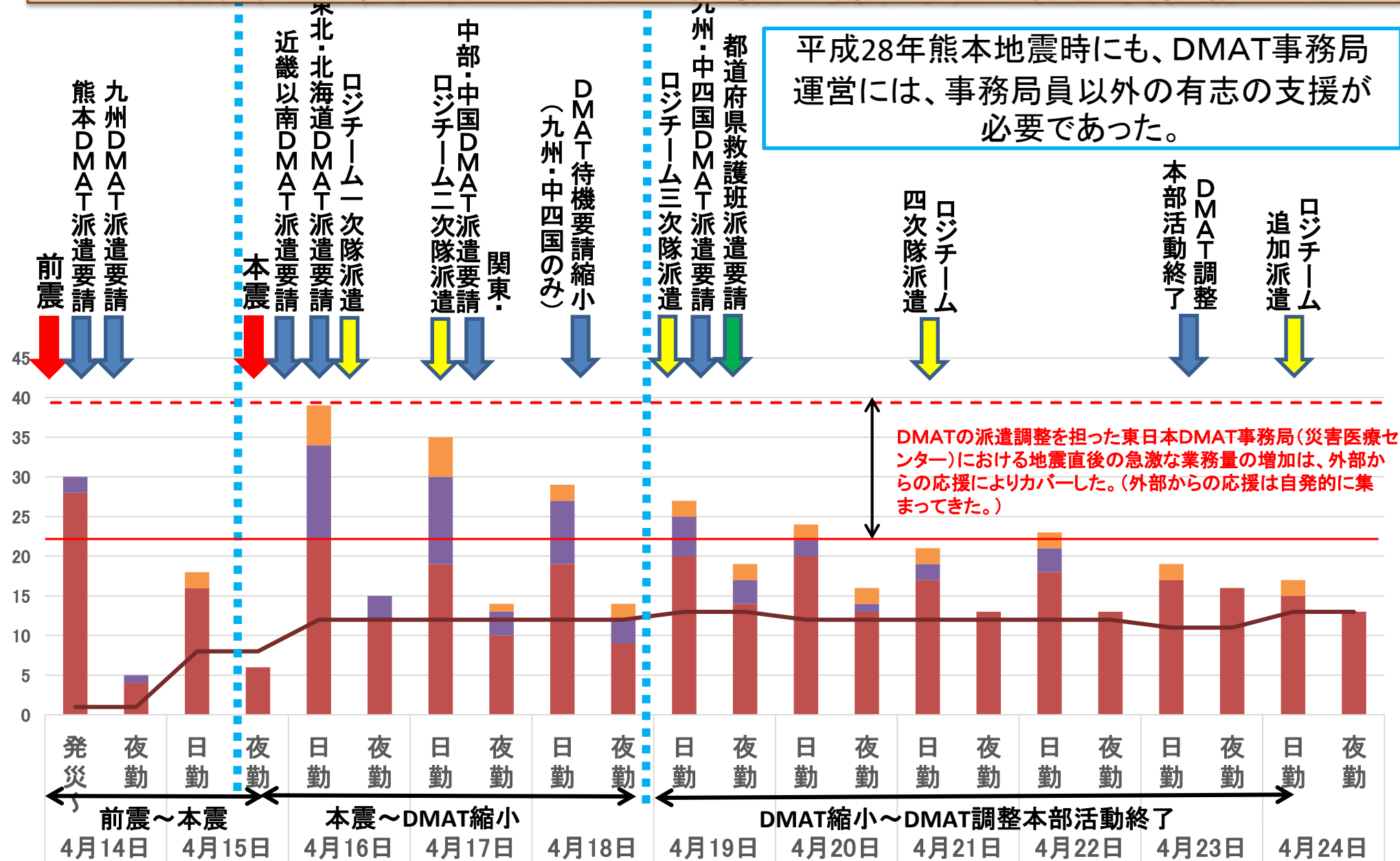
○ 医療活動の中で指摘された課題

- ・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BCPの整備

* BCP: Business Continuity Plan、事業継続計画

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。



— 東日本DMAT事務局の人数 (23名)
 ■ 災害医療センター (熊本に派遣された人員含む)
 ■ 外部支援
 ■ 学生
 — 熊本派遣 (東・西合計)

DMAT事務局の体制強化の方向性(案)

【対策の方向性】 大規模災害時に備え、以下の対策を講じてはどうか。

- DMAT事務局の人員増強を行う。(併任を減らし、常勤のロジスティクス専門員等を配置)
- DMAT事務局を、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。



【今後検討を進める対策の具体策】

- DMAT事務局に、専任の事務局長・次長を置くとともに、ロジスティクスについて一定程度の知識があり、指導できるロジスティクス専門の常勤職員を配置する。(平時は下記研修を企画・実施する。)
- DMAT事務局が病院内の組織となっている現状を改め、大規模災害時に、他の病院等からDMATの派遣調整等ができる職員がDMAT事務局に参集できる仕組みを構築する。
- 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)を外部から得られる仕組みを構築する。
- 支援団体や参与については厚生労働省防災業務計画等に明記し、制度として明確に位置づける。
- 支援団体(参与)になる者などを対象としたDMAT事務局業務のための研修事業を創設し、DMAT事務局の業務ができる人材の養成を行う。

※ 厚生労働省防災業務計画・・・災害対策基本法(昭和36年法律第223号)第36条第1項並びに大規模地震対策特別措置法(昭和53年法律第73号)第6条第1項、南海トラフ地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法(平成14年法律第92号)第5条第1項及び日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法(平成16年法律第27号)第6条第1項の規定に基づき、厚生労働省の所掌事務について、防災に関し講ずるべき措置及び地域防災計画の作成の基準となるべき事項等を定め、もって防災行政事務の総合的かつ計画的な遂行に資することを目的とする。

広域災害・救急医療情報システム(EMIS)を活用した情報収集体制の強化について

背景

広域災害・救急医療情報システム(EMIS)は、災害拠点病院をはじめとした医療機関、医療関係団体、消防機関、保健所、市町村等との情報ネットワーク化及び国、都道府県間との広域情報ネットワーク化を図り、災害時における被災地内、被災地外における医療機関の活動状況など、災害医療に関わる情報を収集・提供し被災地域での迅速かつ適切な医療・救護活動を支援することを目的としたシステムである。

課題

EMISは、発災時における医療機関が必要とする支援情報を迅速に収集することを目的の一つとしているが、平成30年7月豪雨、台風第21号、平成30年北海道胆振東部地震において、停電や断水により長期にわたりライフラインが途絶した際に必要な情報を十分に把握できず、電話やDMATや保健所職員等が直接現地に赴き確認するなどの全数調査を余儀なくされた。

この要因としては、現行EMISは、①システムの操作性が悪いこと、②入力を促すプッシュ型システムとなっていないことにより病院からの入力が少なかったこと、③断水時の給水支援、停電時の自家発電の燃料補給、非常用電源がない場合の電源車派遣に必要な入力情報が不足していることが挙げられる。

また、停電時に固定回線によるインターネットが使えなくなると情報発信できないことも、課題となっている。

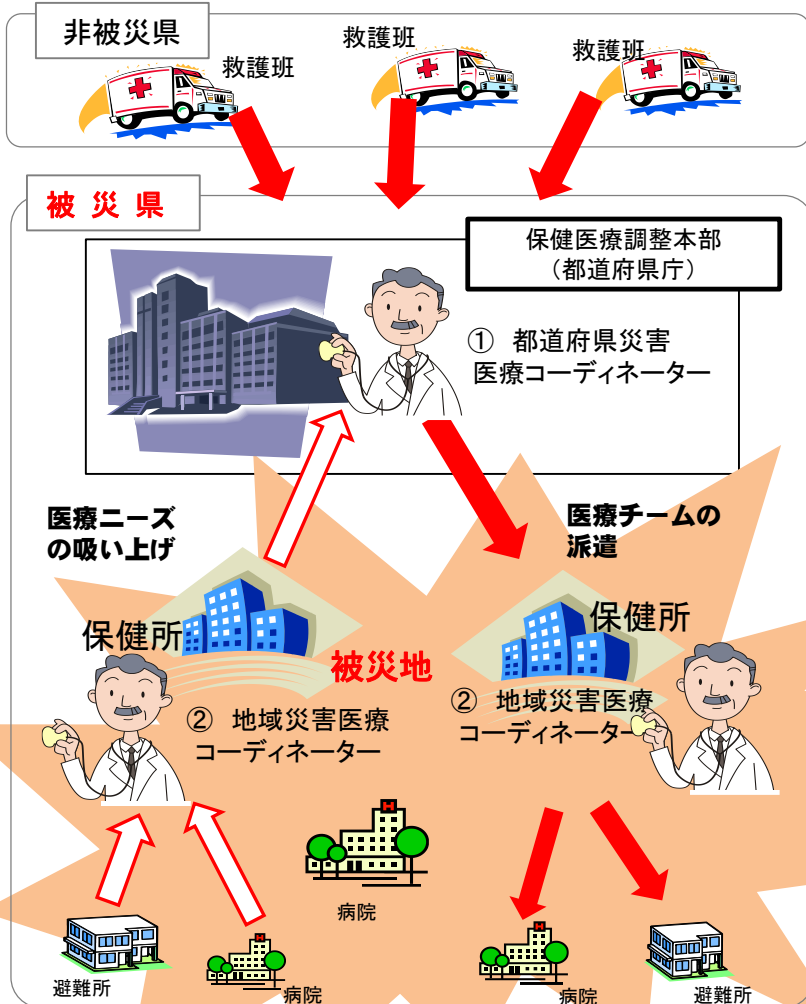
これらの課題を解決するため、EMISの操作性、機能の改善、情報項目の追加や停電時にも対応可能なスマートフォン入力アプリの開発を行う必要がある。

課題と対応案の整理

	これまで指摘されていた課題	平成30年7月豪雨や北海道胆振東部地震で新たに顕在化した課題	対応策(案)
登録機関 (網羅性)	<ul style="list-style-type: none"> 全ての病院の登録が推奨されているが、まだ未登録の病院がある。(H30.4登録率 93%) 	<ul style="list-style-type: none"> 長期の停電が想定されたため、病院のみならず有床診療所や無床の透析診療所、在宅療養支援診療所の情報収集も必要となった。 	<ul style="list-style-type: none"> 登録基準を設け、ライフラインの途絶が生命の危険に直結する患者を受け入れる病院や診療所の登録を義務化(登録のインセンティブ検討)
入力率	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関において発災後に自病院の被災状況を自ら入力しない。 	<ul style="list-style-type: none"> 情報収集のため、電話やDMATや保健所職員等が直接現地に赴き確認するなどの全数調査を余儀なくされた。 	<ul style="list-style-type: none"> 操作性やデザインの改善 入力を促すプッシュ型システムやアプリの開発 e-learningを用いた研修プログラムの開発 訓練モードの設定
入力項目		<ul style="list-style-type: none"> 長期間の断水や停電の際の医療機関の支援に必要な情報が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 平時から入力する基礎情報項目(貯水槽や自家発電機の有無、容量、燃料種別等)と被災時に入力する情報項目(残量や何時間もつか等)の追加
情報通信環境	<ul style="list-style-type: none"> 通信環境が悪い野外でも操作しやすい設定が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 停電でパソコン等が使えない又は固定回線が不通であっても入力や閲覧可能な環境が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 停電時やオフラインでも使えるスマートフォンアプリの開発

災害医療コーディネーター研修事業

首都直下地震等の大規模災害時において、**全国から支援に参集したDMAT等の救護班(医療チーム)の派遣調整を行う人材**(①都道府県災害医療コーディネーター)を養成する。また、市町村単位の医療ニーズの把握や情報収集などをきめ細やかにいき、都道府県災害医療コーディネーターとの連携、DMAT等の医療チームの派遣調整を実施する地域単位の**人材**(②地域災害医療コーディネーター)を養成することにより我が国の災害医療体制を一層充実することを目的とする。



現状 東日本大震災の課題を踏まえ(※)、平成26年度より、「災害医療コーディネーター研修」実施し、全国の都道府県で災害医療コーディネーターが整備されてきている。

※ 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)より「各都道府県に対して、救護班(医療チーム)の派遣調整等を行うために、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が求められる。」

課題 今後、発災が想定される首都直下地震や南海トラフ地震等の大規模災害の場合、被災地域が広大で医療ニーズも甚大となり、都道府県単位の災害医療コーディネーターのみでは速やかな対応ができない事態が想定される。大規模災害時においても適切かつ迅速な医療活動を実施するため、市町村単位の医療ニーズの把握や情報収集などをきめ細やかにいき、都道府県、医療チーム等との連絡調整等行う地域単位の**人員**(災害医療コーディネーター)の養成が必要である。

災害医療コーディネーター研修

(補助先) 都道府県	(内容) ・災害時の医療行政 ・医療チームの派遣・連携
(実施主体) ① 国立病院機構災害医療センター ② 都道府県	・災害拠点病院における医療チームの受け入れ
(対象者) ① 災害医療に携わる医師、都道府県職員 ② 保健所職員(医師、保健師等)	・薬剤、物資の流通 ・災害医療コーディネートの現状と課題 ・支援者のメンタルケア など

【これまでの受講者数(都道府県災害医療コーディネーター研修)】

平成26年度	179名	平成28年度	167名
平成27年度	175名	平成29年度	162名
			計 683名

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>

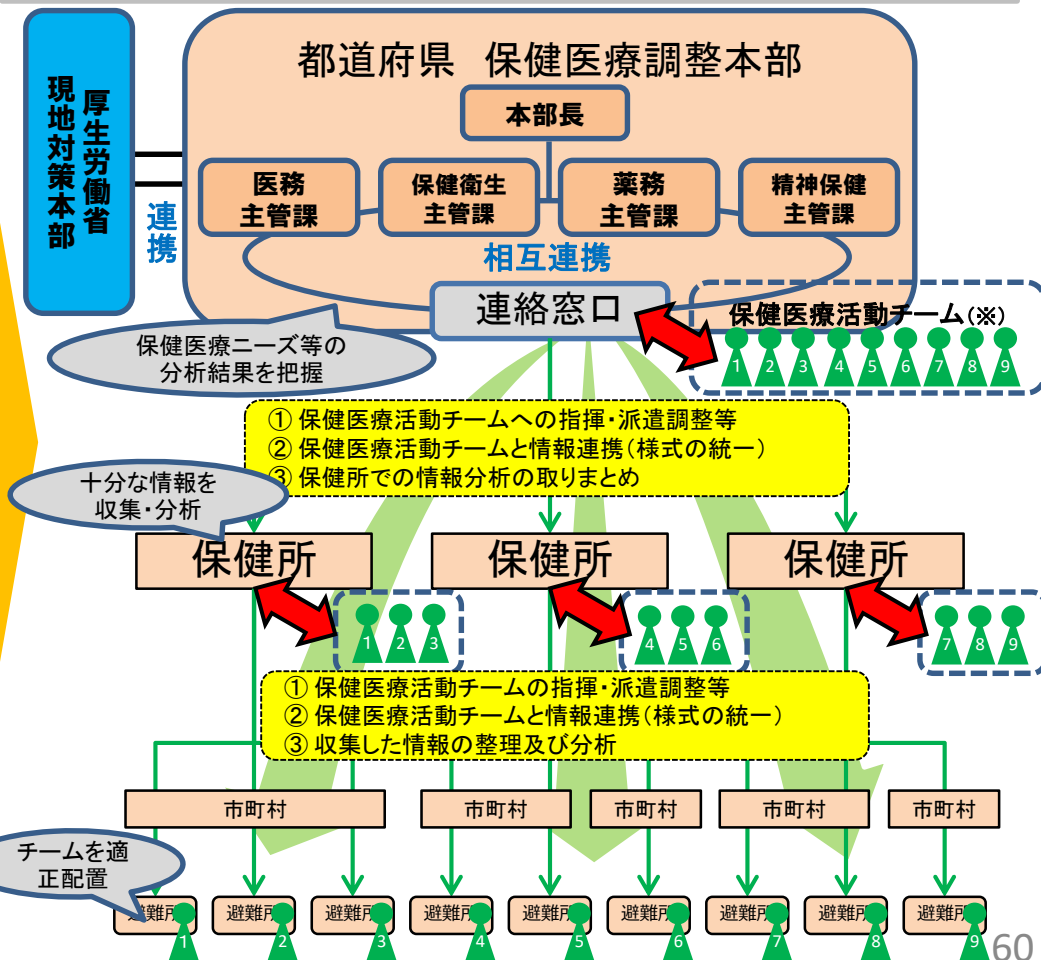
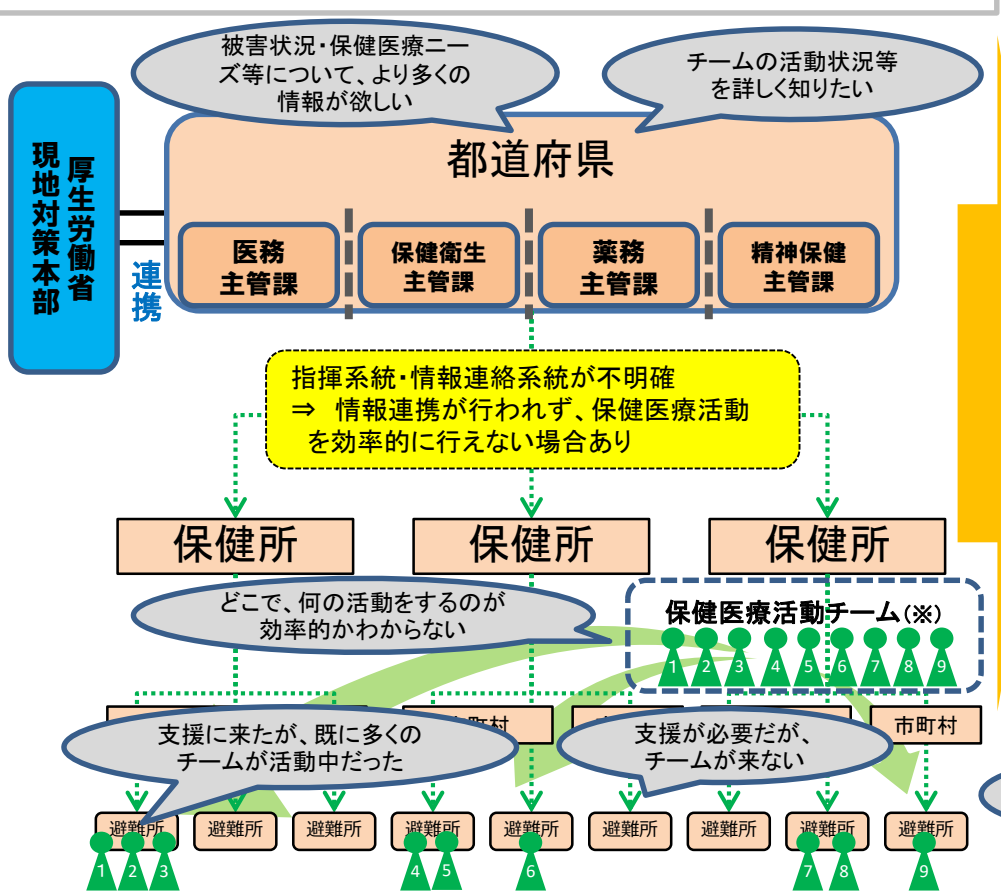
○ 被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で被害状況・保健医療ニーズ等、保健医療活動チームの活動状況等について情報連携が行われず、保健医療活動が効率的に行われない場合があった。

<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。

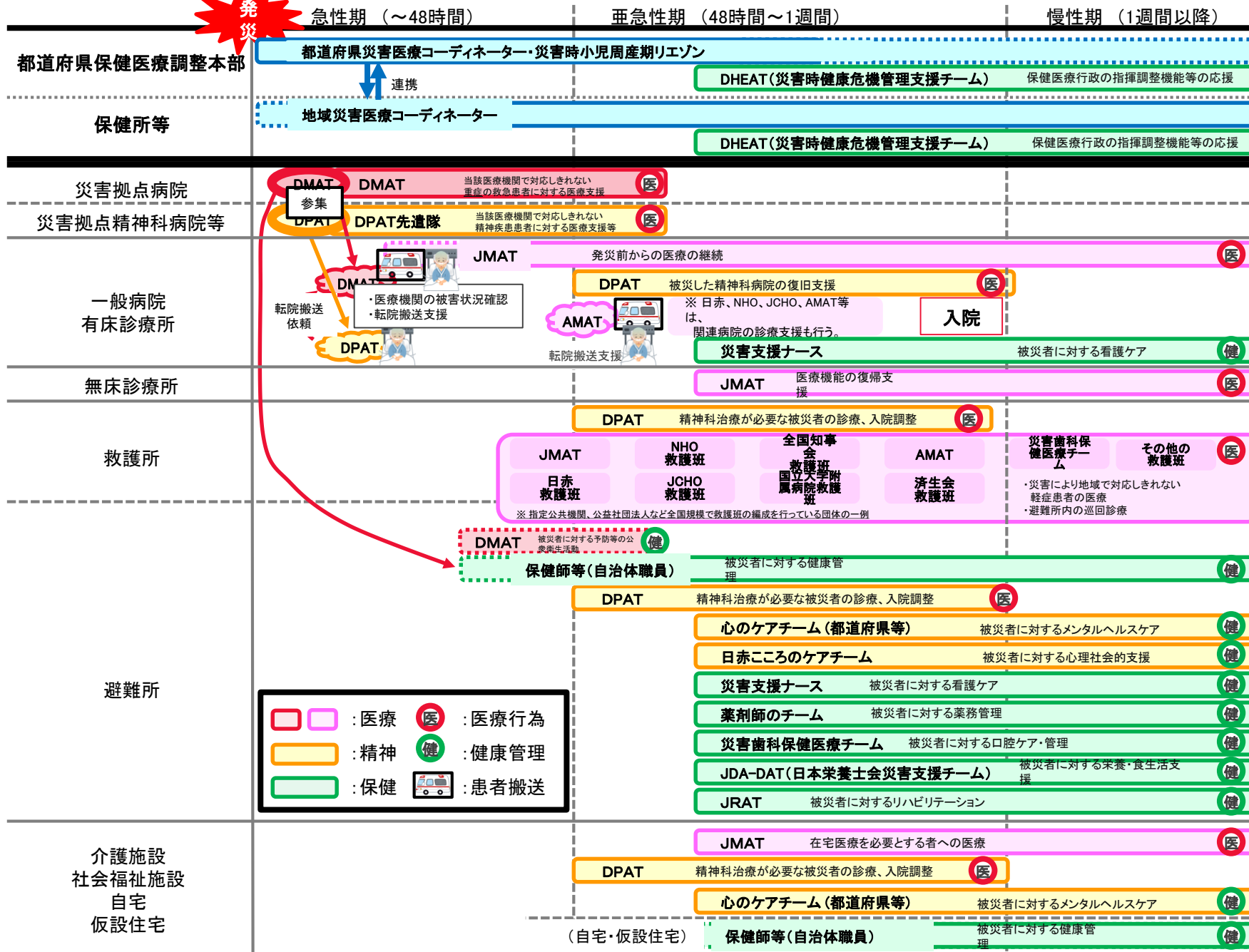
○ 被災都道府県に設置された保健医療調整本部において、保健所と連携し、

- 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)

(参考) 災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例



 : 医療 医 : 医療行為
 : 精神 健 : 健康管理
 : 保健 : 患者搬送

被災地の既存の医療・保健資源へ順次移行

災害医療コーディネーター活動要領の概要

○ 大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるよう、災害医療コーディネーターの運用、活動内容等について定めたものである。

■ 災害医療コーディネーター*とは

* 災害医療コーディネーターのうち、都道府県の保健医療調整本部に配置される者を都道府県災害医療コーディネーター、保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部に配置される者を地域災害医療コーディネーターと呼称する。

- 災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、**保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うこと**を目的として、都道府県により任命された者である。
- **平常時から当該都道府県における医療提供体制に精通しており**、専門的な研修を受け、災害対応を担う関係機関等と連携を構築している者が望ましい。

■ 活動要領の内容

第1 概要

- 1 背景
- 2 本要領の位置付け
- 3 用語の定義
- 4 災害医療コーディネーターとは
- 5 運用の基本方針

第2 平常時の準備

- 1 運用に係る計画の策定
- 2 任命及び協定
- 3 災害医療コーディネーターの業務
災害医療コーディネーターは、以下の事項について、助言を行う。
(1) 平常時の医療提供体制等を踏まえた、災害時における医療提供体制の構築（都道府県の地域防災計画及び医療計画の改定等）
(2) 都道府県による関係学会、関係団体又は関係業者との連携の構築
- 4 研修、訓練等の実施
- 5 EMISの活用のための準備

第3 災害時の活動

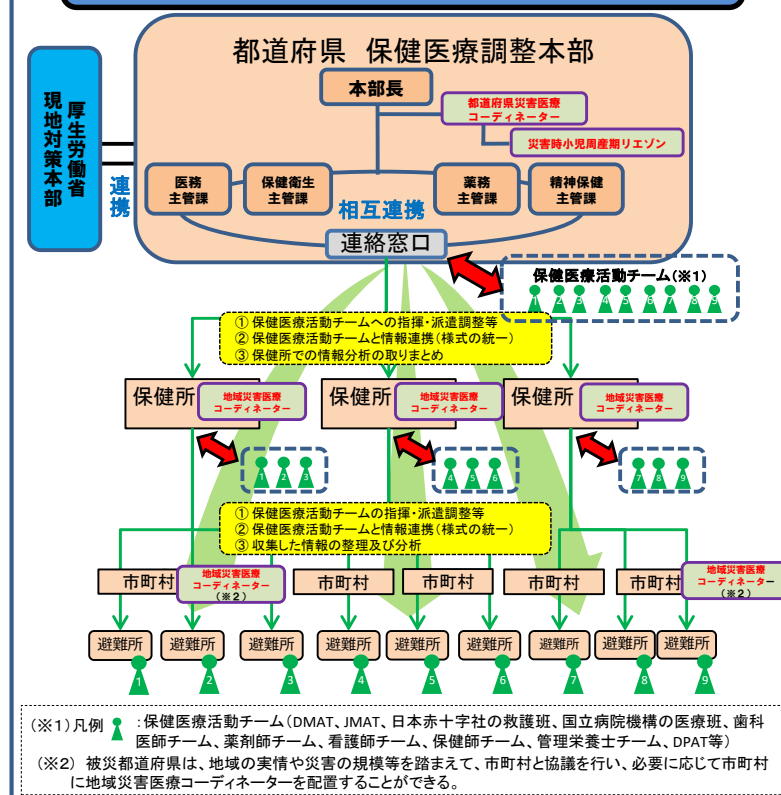
- 1 災害医療コーディネーターの招集、配置、運用
被災都道府県は、
○ 都道府県災害対策本部の下に、**保健医療調整本部**を設置し、都道府県災害医療コーディネーターを配置する。
○ 地域における保健医療活動の調整等が円滑に行われるよう、
一 必要に応じて**保健所**注)に地域災害医療コーディネーターを配置する。
一 地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて**市町村**注)に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。
- 2 災害医療コーディネーターの業務
災害医療コーディネーターは、以下の事項について、助言及び調整の支援を行う。
(1) 組織体制の構築
(2) 被災情報等の収集、分析、対応策の立案
(3) 保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整
(4) 患者等の搬送の調整
(5) 記録の作成及び保存並びに共有
- 3 災害医療コーディネーターの活動の終了

注) 保健所又は市町村における保健医療活動の調整等を担う本部

第4 費用の支弁と補償

都道府県は、災害医療コーディネーターとの事前の協定に基づいた費用支弁を行う。

災害医療コーディネーターを活用した、大規模災害時の体制のモデル



「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日付科発0705第3号・医政発0705第4号・健発0705第6号・薬生発0705第1号・障発0705第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬・生活衛生局長及び社会・援護局障害保健福祉部長連名通知)より引用・改変

事業継続計画（BCP:business continuity plan）策定研修事業

背景

医療機関は地震などの大規模災害が発生し、医療設備への被害、ライフラインの途絶した場合においても、被災患者や入院患者に対して継続して医療を提供し続ける必要がある。

事業継続計画（BCP）は、災害などの緊急時に低下する業務遂行能力（**病院の場合は診療機能**）について、事業をできる限り損失を少なく、早期の復旧をするための準備体制、方策をまとめたものであり、すべての医療機関はBCPを策定することが求められている。

現状

平成30年度から平成35年度を計画期間とする医療計画の策定に向けて開催した「医療計画の見直し等に関する検討会」における指摘も踏まえて一部改正（平成29年3月31日）した災害拠点病院指定要件において、既に指定している災害拠点病院にあっては、平成31年3月までにBCPを整備することを前提に指定を継続することを可能としたところである。

課題と対応

平成25年に内閣府が実施した調査（「特定分野における事業継続に関する実態調査」）によると、多くの病院が、

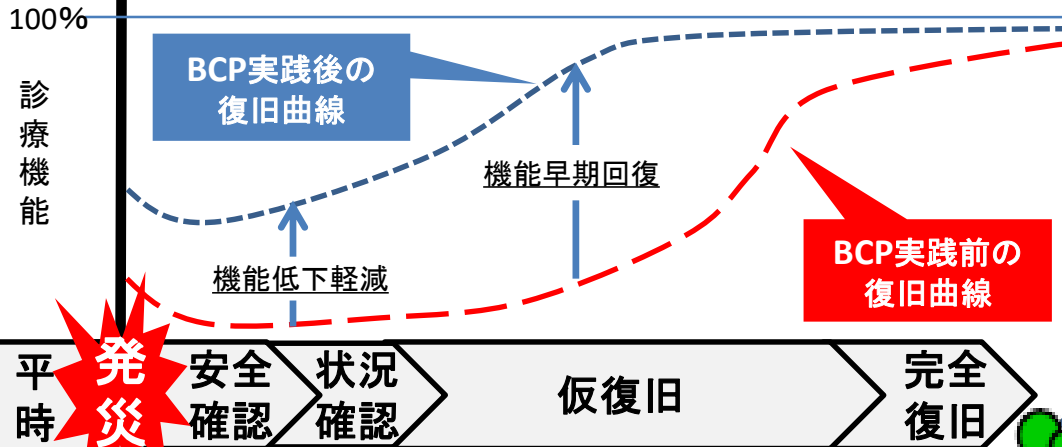
①BCPの整備のために必要なスキルやノウハウがないこと

②BCPの内容に関する情報が不足していること

などを整備が進まない理由として回答している。厚生労働省はこれまでも各種通知等に対応してきたところであるが、よりいっそうのBCP策定の推進のため、平成29年度よりBCP策定研修事業を開始した。

BCPの概念

災害時の診療機能の低下軽減・早期回復の方策＝BCP
を策定し、継続して医療を提供できる体制を維持する。



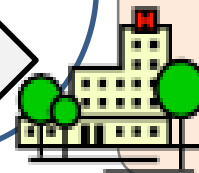
BCP策定研修

（対象）

災害拠点病院等に勤務する、BCP策定等従事者

（内容）

- ・ BCP策定体制の構築
- ・ 現況の把握／被害の想定
- ・ 通常業務の整理／災害応急対策 業務の整理
- ・ 業務継続のための優先業務の整理
- ・ 行動計画の文書化
- ・ BCPのとりまとめ 等



病院のBCP策定状況調査について

調査の目的

平成30年台風第21号、平成30年北海道胆振東部地震等により、病院において長期の停電や断水が生じ、診療業務の継続に多大な影響を受けた。
これらを踏まえ、BCP策定状況と停電時の非常用自家発電機や、断水時の給水設備の整備などの防災・減災対策の状況について把握するため、調査を実施した。

調査の概要

調査対象:平成30年10月1日時点における各都道府県下の全ての病院(医療法(昭和23年法律第205号)第1条の5に規定されている病院をいう)(総数:8,372病院)
調査期間:平成30年11月14日から12月28日(回収不良のため3月20日まで回収期間延長)
調査方法:都道府県を通じたアンケート調査
調査内容:病院における業務継続計画(BCP)の策定状況等調査の調査項目

BCPの策定状況等調査の結果の概要(抜粋)

策定状況(平成30年12月1日時点。医療施設動態調査(平成30年9月末概数)の病院の施設数8,372病院)が対象。【速報値】

	総数	回答数	未回答数	回答率	BCP策定有り	割合	BCP策定無し	割合(※3)
災害拠点病院	736	690	46	93.8%	491	71.2%	199	28.8%
救命救急センター(※1)	7	6	1	85.7%	4	66.7%	2	33.3%
周産期母子医療センター(※2)	79	68	11	86.1%	21	30.9%	47	69.1%
上記以外の病院	7,550	6,530	1,020	86.5%	1,310	20.1%	5,220	79.9%
全病院	8,372	7,294	1,078	87.1%	1,826	25.0%	5,468	75.0%

※1 災害拠点病院を含まない。指定要件としての明示なし。

※2 災害拠点病院及び救命救急センターを含まない総合・地域周産期母子医療センターの和。総合周産期センターは指定要件としての明示あり。

※3 回答数に対するBCP策定無しと回答した病院の割合。