

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

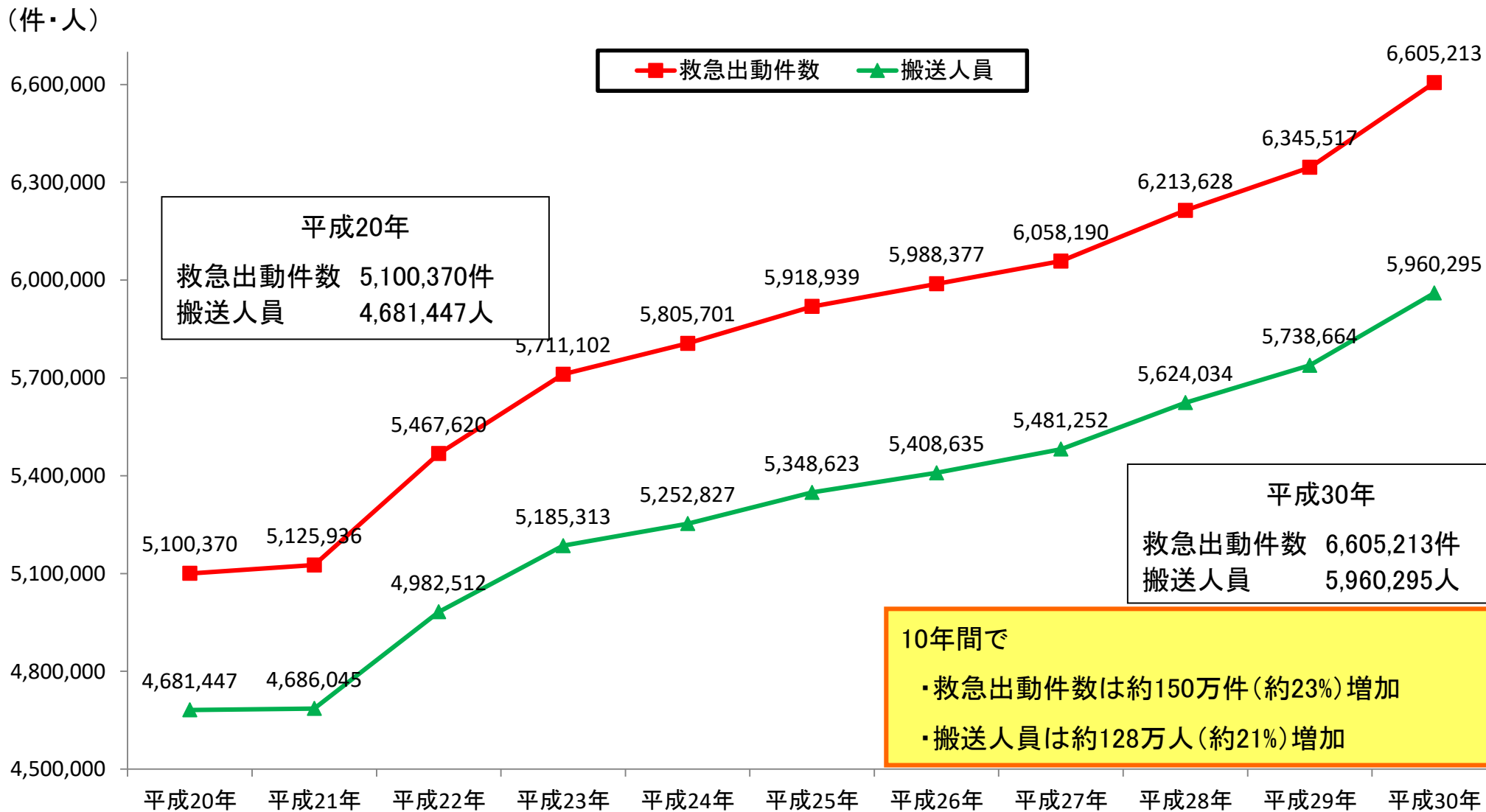
2013（平成25年）救急医療体制等のあり方に関する検討会

- －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

2018（平成30年）救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

救急出動件数及び搬送人員の推移

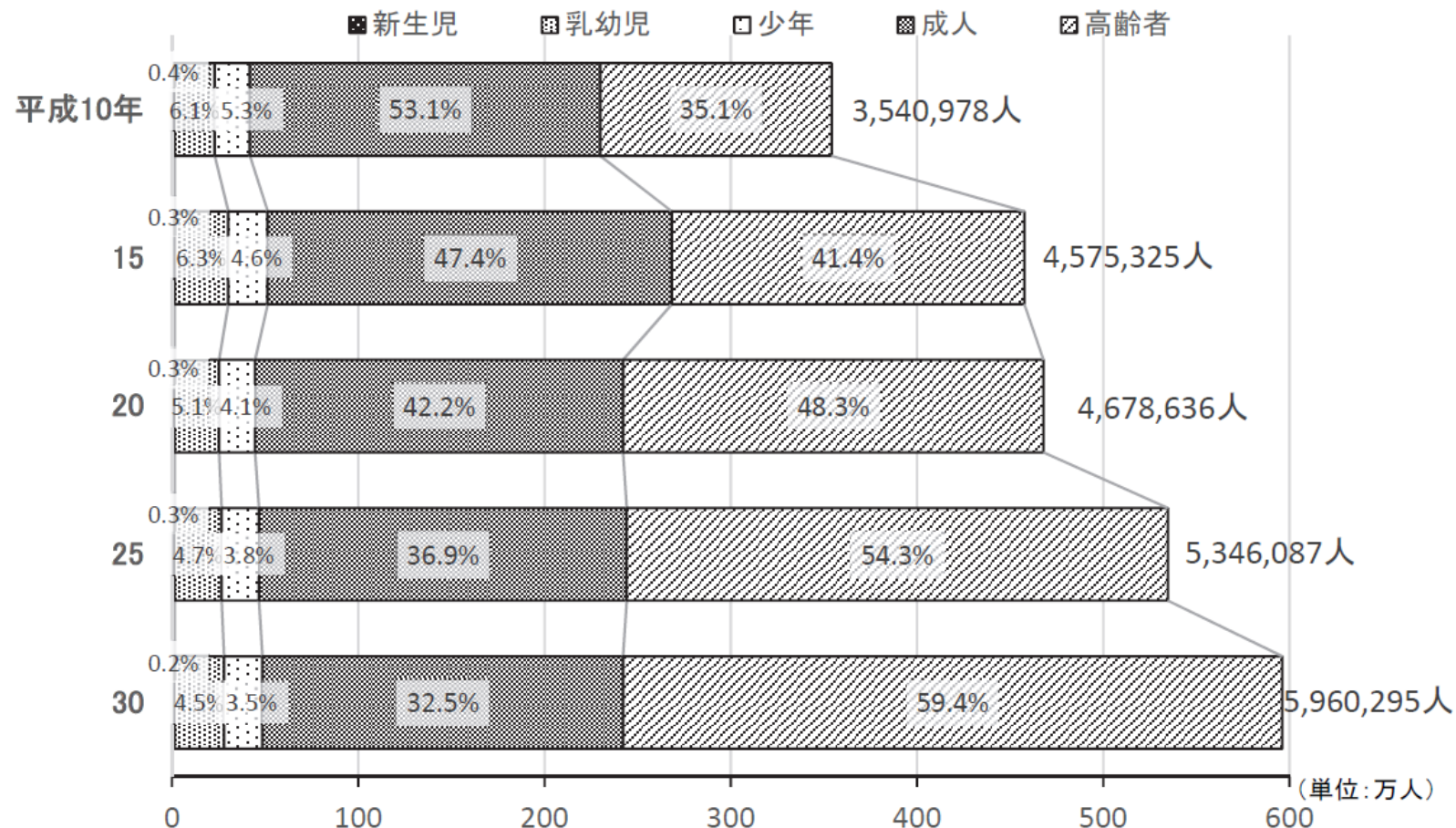
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年連続の増加となり、過去最多となった。



(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

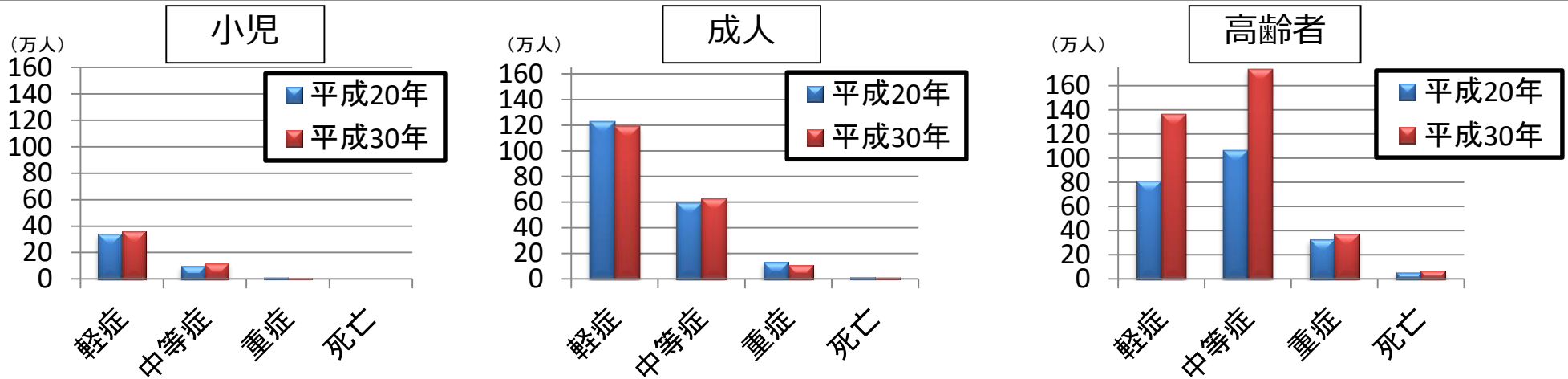
○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にある。



- (注) 1 平成10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20年中

全体	小児	成人	高齢者
死亡	0.9万人	1.6万人	5.3万人
重症	1.1万人	12.9万人	32.6万人
中等症	9.4万人	59.8万人	106.4万人
軽症	33.7万人	122.9万人	81.1万人

平成30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	0.6万人 0.3万人減 -26%	1.2万人 0.4万人減 -25%	6.5万人 1.2万人増 22%
重症	0.9万人 0.2万人減 -17%	10.6万人 2.3万人減 -17%	37.1万人 4.5万人増 13%
中等症	11.6万人 2.2万人増 23%	62.7万人 2.9万人減 -4%	173.7万人 67.3万人増 63%
軽傷	35.7万人 2.0万人減 -5%	118.8万人 4.1万人減 -3%	136.3万人 55.2万人増 68%

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

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（292カ所）
（うち、高度救命救急センター（42カ所））

令和元年12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)

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、292カ所が指定されている (令和元年12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)

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)

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

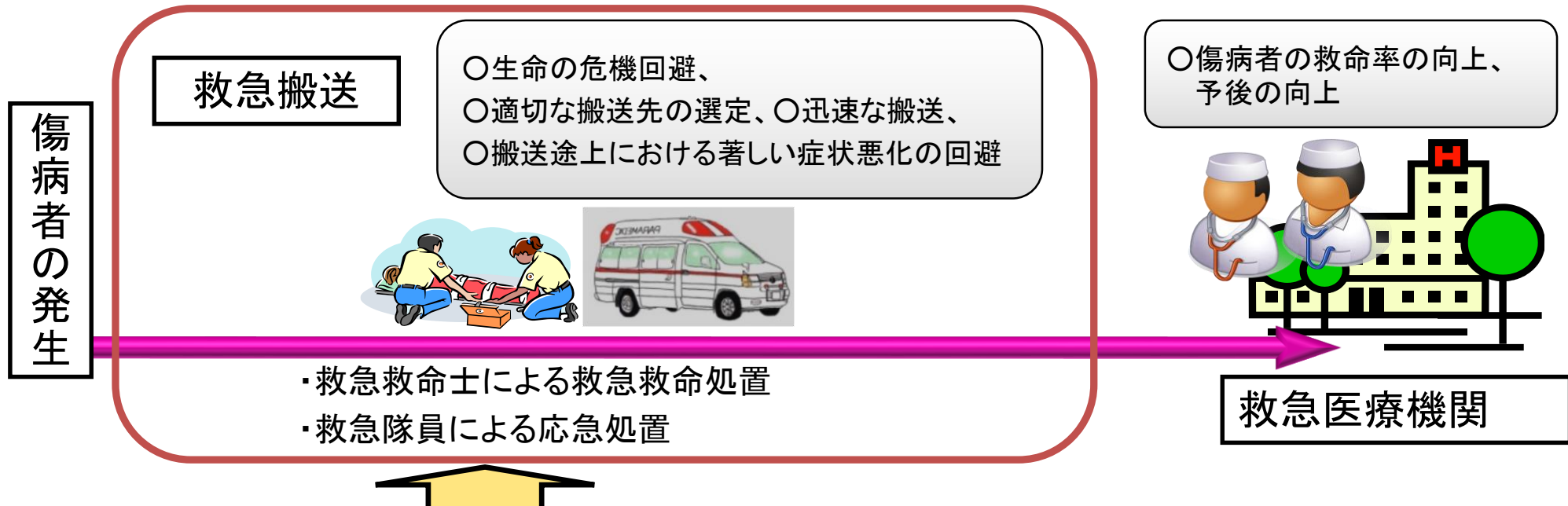
平成3年 救急隊員の行う応急処置等の基準の一部改正等について

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）



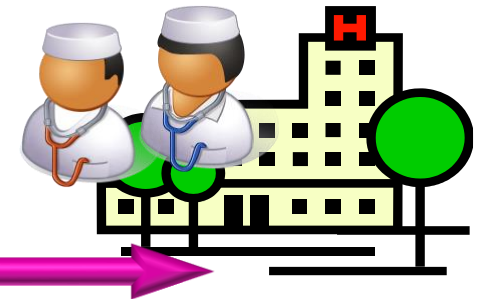
救急搬送

- 生命の危機回避、
- 適切な搬送先の選定、○迅速な搬送、
- 搬送途上における著しい症状悪化の回避



- ・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

- 傷病者の救命率の向上、予後の向上



救急医療機関

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

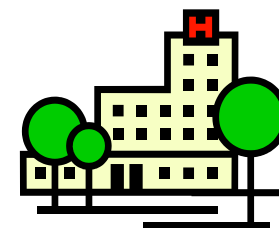
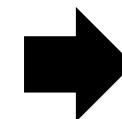
第53条 次の号のいずれかに該当する者は、六月以下の懲役若しくは三十万円以下の罰金に処し、又はこれを併科する。

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

医師の具体的指示 (特定行為)

- ・ 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
- ・ 特定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 (※)
- ・ 的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
- ・ 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充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成15年4月 医師の具体的な指示が必要な行為である除細動を包括的指示で実施可能なように見直し

<p>「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令の施行について」 (平成15年3月26日医政発第0326002号厚生労働省医政局長)</p>	<p>(抜粋) 第3 留意事項 1. メディカルコントロール体制の整備について (前略)プロトコルの作成及び普及、講習カリキュラムに沿った必要な講習の実施、プロトコルに沿った実施等についての事後検証体制の整備など、事前・事後のメディカルコントロール体制の整備が包括的指示の下での除細動実施の条件となることに十分留意されたいこと。なお、こうしたメディカルコントロール体制の整備については、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」(平成14年7月23日付け消防庁次長、医政局長通知)等関連通知を参照されたいこと。</p>
<p>「メディカルコントロール体制の充実強化について」 (平成15年3月26日消防救第73号・医政指発第0326002号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長)</p>	<p>(抜粋) 1. メディカルコントロール体制の構築 救急業務の更なる高度化を図るためには、メディカルコントロール体制を構築することが必要であり、都道府県メディカルコントロール協議会及び地域メディカルコントロール協議会の適切な運用を図り、常時指示体制、事後検証体制及び再教育体制の一層の充実等に努めること。 2. 事後検証体制の整備 包括的指示下での除細動及び医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置等を実施した場合には、メディカルコントロール体制の下で事後検証を実施すること。(中略)事後検証の結果については、定期的に地域メディカルコントロール協議会へ報告すること。 3. 包括的指示下での除細動の実施に当たっての留意事項 (1)プロトコルに沿った実施 プロトコルについては「包括的指示下での除細動に関する研究会」において検討されたものを十分に活用するとともに、必要に応じて地域メディカルコントロール協議会で見直し等を行うように努めること。救急救命士は、プロトコルに習熟した上で、プロトコルに沿って早期除細動に努め、救命効果の向上を図ること。 (2)所要の知識の習得 包括的指示下で除細動を実施する救急救命士は、救急救命士の国家試験に合格した者であって、包括的指示下での除細動に関する講習(4時間以上)を修了している者とするとし、今後の養成課程の見直しにより、包括的指示下での除細動での実施に関する教育を修了することとなる者を除き、同様であること。 (3)事後検証体制の確立 包括的指示下での除細動については、地域メディカルコントロール協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、こうした条件の成就した地域において実施されるものであること。</p>
<p>「メディカルコントロール体制の整備について」 (平成15年7月28日消防救第178号・医政発第0728010号消防庁次長・厚生労働省医政局長)</p>	<p>(抜粋) 1 包括的指示下での除細動の早期実施 早期除細動については、延命効果の向上に大きく寄与するものであることから、「包括的指示下での除細動」を実施できていない地域においては、早期実施を目指し、事後検証体制を確立するなどメディカルコントロール体制の整備を図ること。 2 救急医の養成・確保 メディカルコントロール体制の整備・充実に当たっては、救急医の養成・確保を図ることが必要であり、関係部局等で十分に連携を図りながら取組みを推進すること。</p>

メディカルコントロール体制の充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成16年7月 気管内チューブによる気道確保を特定行為に追加

<p>「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施について」 (平成16年3月23日医政発第0323001号厚生労働省医政局長)</p>	<p>(抜粋) 第1 改正の趣旨及び内容 医師の具体的な指示に基づき、気管内チューブによる気道確保でなければ気道確保が困難な重度傷病者(心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態にある者に限る。)の場合に限り認められるものであり、その実施主体は、事前及び事後のメディカルコントロール体制の下、必要な講習・実習を修了する等の諸条件を満たした救急救命士に限られるものであること。 第2 留意事項 1 メディカルコントロール体制の整備について 実施に際して、常時、医師の具体的な指示が受けられる体制の整備はもちろん、プロトコルの作成、事後検証体制、再教育体制等の整備など、メディカルコントロール体制の整備が実施の前提条件となることに十分留意されたいこと。なお、こうしたメディカルコントロール体制の整備については、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」(平成14年7月23日付消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知)、「メディカルコントロール体制の整備について」(平成15年7月28日付消防庁次長、厚生労働省医政局長連名通知)等において周知してきたところであるが、気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化については、別途通知することとしているので参考にされたい。</p>
<p>「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」 (平成16年3月23日消防発第58号医政指発第0323071号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長)</p>	<p>(抜粋) 1. 医師からの具体的な指示・指導体制の充実 救急救命士が気管内チューブによる気道確保等を適切に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施にあたり、常時医師からの具体的な指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。 2 プロトコルに沿った実施 気管内チューブによる気道確保のプロトコル(以下「プロトコル」という。)については、平成14年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「気管挿管の業務プロトコル」を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会で作成すること。 3 所要の知識の習得 医師の具体的な指示下での気管内チューブによる気道確保を実施する救急救命士は、救急救命士の国家試験に合格した者であって、気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習を修了していることとし、救急救命士学校養成所指定規則(平成16年文部科学省・厚生労働省令1号)の改正後の救急救命士学校養成所指定規則(平成3年文部科学省・厚生労働省令第2号)に基づく教育内容を履修した者についても、救急救命士の国家試験合格後、実習を修了する必要があること。 4 事後検証体制の確立等 医師の具体的な指示下での気管内チューブによる気道確保については、地域メディカルコントロール協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、事後検証を行う際には、気管内チューブによる気道確保を実施した際の観察結果、固定状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、平成15年通知にある事後検証表を参考にし、必要に応じて、地域メディカルコントロール協議会で見直し等を行うよう努めること。</p>

メディカルコントロール体制の充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成18年4月 気管内チューブによる気道確保を特定行為に追加

<p>「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領について」 (平成16年3月23日医政指発第0323049号厚生労働省医政局指導課長)</p>	<p>(抜粋) 1 講習について 原則として次の条件を満たすものであり、講習実施施設の長は、その内容について、都道府県メディカルコントロール協議会(以下「都道府県MC協議会」という。)又は地域メディカルコントロール協議会(以下「地域MC協議会」という。)と十分協議すること。なお、本講習終了後に2の実習が円滑に実施できるよう、各都道府県関係部局は連携して講習の受講者数等も含めて、講習の実施について、都道府県MC協議会又は地域MC協議会とも十分協議すること。 (1)対象者について 救急救命士の資格を有する者(救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令(平成16年文部科学省・厚生労働省令第1号。以下「改正省令」という。))の施行日(平成16年4月1日)後に実施される救急救命士の試験の合格者(以下「新試験合格者」という。))を除く。 (2)講習内容及び講習時間について 別表に定める内容を含む62時間(1時間は50分)以上のものであること (7)講習修了証明書の発行について 適切な筆記試験及び実技試験を行い、その試験に合格した者について、講習実施施設の長が、講習修了証明書を発行すること。 2 実習について 原則として、次の条件を満たすものとし、実習受入施設の長は、その内容について、都道府県MC協議会又は地域MC協議会と十分協議すること。なお、実習の取り扱いについては、『「病院(手術室)実習ガイドライン」の取りまとめについて』(平成16年1月16日付事務連絡)で予め準備のため周知していたので、併せて参考にされたい。 (1)対象者について 救急救命士の資格を有し前期1の講習を修了した者又は新試験合格者であって、都道府県MC協議会又は地域MC協議会が対象として認めた者。 (2)実習内容について 実習生1人につき気管挿管の成功症例(成功症例とは、患者に有害結果を与えず、2回以内の施行で気管挿管を完了したものを言う。)を、30例以上実施させること。 (3)施設基準について 当該実習受入に関する理解や実習指導医の配置状況等をふまえ、都道府県MC協議会又は地域MC協議会が選定した施設であること。 (7)実習修了証明書について 30例以上の成功症例を経験した者については、実習受入施設の長が、実習修了証明書を発行すること。 3 実習及び講習修了者の認定及び登録について 気管内チューブによる気道確保を行う際には、常時オンラインメディカルコントロールによって、医師の具体的な指示を受けることになるので、その円滑な運用を図るために、1の講習を修了して、講習修了認定書の交付を受けた者及び新試験合格者のうち、2の実習を修了して、実習修了認定書の交付を受けた救急救命士を把握する必要がある。都道府県MC協議会は、救急救命士の資格を有し、1(7)及び2(7)に基づく各々の修了書等によって、上記の把握ができた者に対して、医師の具体的な指示下での気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定書を交付し、また、その認定を受けた救急救命士を登録するための名簿を作成、管理するとともに、気管内チューブによる気道確保の円滑な運用のために地域MC協議会と情報を共有すること。 4 再教育について 気管内チューブによる気道確保を行う際に必要な知識、技能を修得し、3の認定証を交付された救急救命士に対し、その技術を維持するために必要な再教育を行うこと。</p>
<p>(参考) 『「病院(手術室)実習ガイドライン」の取りまとめについて」 (平成16年1月16日事務連絡厚生労働省医政局指導課)</p>	<p>(抜粋) 今後の実習病院の選定等病院実習の体制整備を図る上での参考にされるとともに「救急救命士病院実習受入促進事業」の活用に向けて検討いただきたい。 なお、気管挿管に係る救急救命処置の処置範囲拡大については、今年度中に、講習・実習に係る実施要領等も含め、法令改正及び通知の発出等、所要の手続きを行う事としており、については、どの動向に留意いただくと共に、(中略)事前・事後の十分なメディカルコントロール体制の充実等が必要とされることから、更なる体制整備を図られるようお願いしたい。 (2)実習受入方法 ①病院実習受講資格要件を満たし、病院実習を希望する救急救命士を有する消防機関が地域MC協議会に対し文書に推薦する。 ②地域MC協議会が実習受講の対象者を添付する。</p>

メディカルコントロール体制の充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成18年4月 エピネフリン(アドレナリン)を用いた薬剤投与を特定行為に追加

<p>「救急救命士の薬剤(エピネフリン)投与の実施について」 (平成17年3月10日医政発第0310001号厚生労働省医政局長)</p>	<p>(抜粋) 第1 改正の趣旨及び内容 重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者を対象として、救急救命士法施行規則(平成3年厚生省令第44条)第21条第3号として、「厚生労働大臣の指定する薬剤の投与」を規定し、新たに「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき、厚生労働大臣の指定する薬剤(平成17年3月10日厚生労働省告示第65号)」として「エピネフリン」を定めるものである。</p> <p>第2 留意事項 1 メディカルコントロール体制の整備について 実施に際して、常時継続して医師の具体的指示が受けられる体制の整備はもちろん、プロトコルの作成、事後検証体制、再教育体制等の整備など、メディカルコントロール体制の整備が実施の前提条件となることに十分留意されたいこと。なお、こうしたメディカルコントロール体制の整備については、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」(平成14年7月23日付消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知)、「メディカルコントロール体制の整備について」(平成15年7月28日付消防庁次長、厚生労働省医政局長連名通知)等において周知してきたところであるが、特に薬剤投与については、報告書にもあるとおり、「薬剤投与が除細動や気管挿管に比較しても、誤投与が生じた場合の影響が不可逆的であるなど、より危険を伴う行為」である。このため薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化については、別途通知するので参考にされたい。</p>
<p>「救急救命士の薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について」 (平成17年3月10日消防救第70号医政指発第031000号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長)</p>	<p>(抜粋) 1. 医師からの具体的指示・指導体制の充実 救急救命士が薬剤投与等を適切に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施にあたり、常時継続して医師からの具体的指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。</p> <p>2 プロトコールに沿った実施 薬剤投与のプロトコール(以下「プロトコール」という。)については、平成16年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「薬剤投与の適応と業務プロトコール」を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会(以下、「地域MC協議会」)で作成すること。</p> <p>3 所要の知識の習得 医師の具体的指示下での薬剤投与を実施する際、平成18年3月31日以前の救急救命士の国家試験に合格した者は、「救急救命士の薬剤投与のための講習及び実習要領について」(平成17年3月10日医政指発第0310002号厚生労働省医政局指導課長通知)に定める講習及び実習(以下、「追加講習及び実習」という)を修了する必要があること。なお、平成18年4月1日以降の救急救命士の国家試験に合格した者は、救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令(平成17年文部科学省・厚生労働省令第1号)による改正後の救急救命士学校養成所施行規則に基づく教育内容を修得していることから、追加講習及び実習を修了する必要はないこと。</p> <p>4 事後検証体制の確立等 医師の具体的指示下での薬剤投与については、地域MC協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、事後検証を行う際には、薬剤投与を実施した際の観察結果、投与状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、事後検証表を参考にし、必要に応じて、地域MC協議会で見直し等を行うよう努めること。</p>

メディカルコントロール体制の充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成18年4月 エピネフリン(アドレナリン)を用いた薬剤投与を特定行為に追加

「救急救命士の薬剤投与の実施のための講習及び実習要領について」(平成17年3月10日医政指発第0310002号厚生労働省医政局指導課長)

(抜粋)

救急救命士法施行規則の一部を改正する省令(平成17年3月10日厚生労働省令第26号)の施行日(平成18年4月1日)後に実施される救急救命士の試験の合格者(以下「新試験合格者」という。)については、「救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令」(平成17年3月10日文科科学省・厚生労働省令第1号)による改正後の教育の内容を修得していることから、当該通知で定めるいわゆる追加講習及び実習を受講する必要はないものであることに留意されたい。

1 講習について

原則として、次の条件を満たすものであり、講習実施施設の長は、その内容について、**都道府県メディカルコントロール協議会(以下「都道府県MC協議会」という。)**又は**地域メディカルコントロール協議会(以下「地域MC協議会」という。)**と十分協議すること。なお、本講習終了後に2の実習が円滑に実施できるよう、各都道府県関係部局は連携して講習の受講者数等も含めて、講習の実施について、都道府県MC協議会又は地域MC協議会とも十分協議すること。

(1)対象者について

救急救命士の資格を有する者(新試験合格者を除く。)

(2)講習内容及び講習時間について

別表1に定める内容以上のものであること

(7)講習修了証明書の発行について

適切な筆記試験及び実技試験を行い、その試験に合格した者について、講習実施施設の長が、講習修了証明書を発行すること。

2 実習について

原則として、次の条件を満たすものとし、実習受入施設の長は、その内容について、**都道府県MC協議会又は地域MC協議会**と十分協議すること。なお、実習の取り扱いについては、平成16年厚生労働科学研究「救急救命士による到底行為の再検討に監査する研究」報告書にある「病院内での薬剤投与実習ガイドライン」を併せて参考にされたい。

(1)対象者について

救急救命士の資格を有する者(新試験合格者を除く。)

(2)実習内容について

別表1に定める内容以上のものであること

(3)施設基準について

当該実習受入に関する理解や実習指導医の配置状況等をふまえ、**都道府県MC協議会又は地域MC協議会**が選定した施設であること。

(7)実習修了証明書について

実習を修了した者については、実習受入施設の長が、実習修了証明書を発行すること。

3 実習及び講習修了者の認定及び登録について

薬剤投与を行う際には、常時オンラインメディカルコントロールによって、医師の具体的な指示を受けることになるので、その円滑な運用を図るために、1の講習を修了して、講習修了認定書の交付を受けた者のうち、2の実習を修了して、実習修了認定書の交付を受けた救急救命士を把握する必要がある。**都道府県MC協議会**は、救急救命士の資格を有し、1(7)及び2(7)に基づく各々の修了書等によって、上記の把握ができた者に対して、医師の具体的指示下での薬剤投与の実施に係る認定書を交付し、また、その認定を受けた救急救命士を登録するための名簿を作成、管理するとともに、薬剤投与の円滑な運用のために**地域MC協議会**と情報を共有すること。

4 再教育について

薬剤投与を行う際に必要な知識、技能を修得し、3の認定証を交付された救急救命士に対し、その技術を維持するために必要な再教育を行うこと。

(参考)病院内での薬剤投与実習ガイドライン

(6)実習受入方法

既取得者(既に救急救命士国会資格を取得している者)については、所属する組織から**MC協議会**に対し文書で推薦を受け、**MC協議会**が知識や資格が十分であると承認を得たもの

メディカルコントロール体制の充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成26年4月 心肺機能停止前患者に対する輸液及び低血糖発作患者へのブドウ糖溶投与を特定行為に追加

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施について(平成26年1月31日医政発0131第1号厚生労働省医政局長)

(抜粋)

第1 改正の趣旨及び内容

救急救命士法施行規則第21条を改正し、特定行為を行う対象として、重度傷病者のうち心肺機能停止状態でない患者を加え、第1号を「厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた輸液」に改め、当該患者に対する救急救命処置に関して、第1号「厚生労働大臣の指定する薬剤を用いた輸液」及び第3号「厚生労働大臣の指定する薬剤の投与」とするとともに、第3号「厚生労働大臣の指定する薬剤の投与」に係る薬剤について「ブドウ糖液」を新たに加えることとする。

第2 留意事項

1 **メディカルコントロール体制**の整備について

実施に際して、常時継続して医師の具体的指示が受けられる体制の整備はもちろん、プロトコールの作成、事後検証体制、再教育体制等の整備など、**メディカルコントロール体制**の整備が実施の前提条件となることに十分留意されたいこと。なお、こうした**メディカルコントロール体制**の整備については、「**メディカルコントロール協議会の設置促進について**」(平成14年7月23日付消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知)「**メディカルコントロール体制の整備について**」(平成15年7月28日付消防庁次長、厚生労働省医政局長連名通知)等において周知してきたところであり、「救急救命士の薬剤投与の実施に係る**メディカルコントロール体制の充実強化について**」(平成17年3月10日消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局長連名通知)等、救急救命処置の拡大の都度、その充実強化を依頼しているところである。救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る**メディカルコントロール体制**の充実強化については、別途通知するので参考にされたい。

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る**メディカルコントロール体制の充実強化**について(平成26年1月31日消防救第13号・医政指発第0131第3号消防庁救急企画室長・厚生労働省医政局指導課長)

(抜粋)

1. 医師からの具体的指示・指導體制の充実

救急救命士が心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施を適切に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施にあたり、常時継続して医師からの具体的指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。

2 プロトコールに沿った実施

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与のプロトコール(以下合わせて「プロトコール」という。)については、**地域メディカルコントロール協議会(以下、「地域MC協議会」)**で作成すること。その際には、平成25年度厚生労働科学研究「救急救命士の処置範囲に係る研究」報告書にある「『心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与』のプロトコール及び『心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液』のプロトコール」を参考にすること。

3 所定の知識の習得

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を実施する際は、「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施のための講習及び実習要領並びに修了の認定等について」(平成26年1月31日医政指発0131第2号厚生労働省医政局指導課長通知)に定める講習及び実習(以下、「追加講習」という。)を修了し、都道府県**メディカルコントロール協議会**より認定を受ける必要があること。なお、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与に係る内容を含んだカリキュラムを修了した上で救急救命士国家資格に合格した者については、追加講習の対象外となる予定であることを申し添える。

4 事後検証体制の確立等

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与については、**地域MC協議会**が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、当該処置を実施した際の観察結果、投与状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、事後検証表を参考にし、処置が適切に実施されたかについて事後検証を実施すること。

メディカルコントロール体制の充実強化について

—具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の見直しの経緯から—

平成26年4月 心肺機能停止前患者に対する輸液及び低血糖発作患者へのブドウ糖溶投与を特定行為に追加

「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖等溶液の投与の実施のための講習及び実習要領並びに修了の認定等について」
(平成26年1月31日医政指発0131第2号厚生労働省医政局指導課長通知)

(抜粋)

「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」(平成26年1月31日厚生労働省令第7号)により追加された、救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖等溶液の投与に係る内容を含んだカリキュラムを修了した上で救急救命士国家試験に合格した者については、本講習及び実習の対象外となる予定であることを申し添える。

1 講習及び実習について

原則として、次の条件を満たすものであり、講習及び実習の実施施設の長は、その内容について、[都道府県メディカルコントロール協議会](#)(以下「[都道府県MC協議会](#)」という。)又は[地域メディカルコントロール協議会](#)(以下「[地域MC協議会](#)」という。)と十分協議すること。

(1)対象者について

救急救命士の資格を有する者で、かつ、心臓機能停止の状態である傷病者に対する薬剤(エピネフリン)投与の実施のための講習及び実習を修了した者。

(2)講習内容及び講習時間について

別表に定める内容を含む基本時限数24時限(1時限は50分)以上のものであること。心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖等溶液の投与に係る講習内容は一体であり、単独行為のみの講習内容は認められないこと。あわせて、受講生の講習の開始に先立ち、薬剤(エピネフリン)投与に関する基礎知識、手技の確認を行うこと。

(7)講習及び実習修了証明書の発行について

適切な筆記試験及び実技試験を行い、その試験に合格した者について、講習及び実習の実施施設の長が、講習及び実習修了証明書を発行すること。

2 講習及び実習修了者の認定及び登録について

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖等溶液の投与を行う際には、オンラインメディカルコントロールによって、医師の具体的な指示を受けることになるので、その円滑な運用を図るために、講習及び実習修了認定書の交付を受けた救急救命士を把握する必要がある。[都道府県MC協議会](#)は、救急救命士の資格を有し、1(7)に基づく修了証明書によって、上記の把握ができた者に対して、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖等溶液の投与の実施に係る認定書を交付し、また、その認定を受けた救急救命士を登録するための名簿を作成、管理するとともに、これらの処置の円滑な運用のために[地域MC協議会](#)と情報を共有すること。

4 再教育について

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖等溶液の投与を行う際に必要な知識、技能を修得し、2の認定証を交付された救急救命士に対し、その技術を維持するために必要な再教育を行うこと。

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

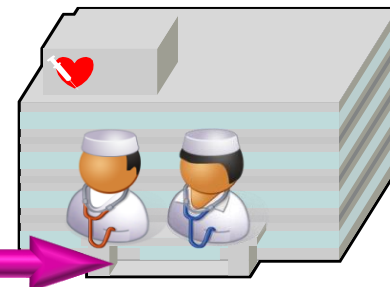
全国メディカルコントロール協議会連絡会

- ・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あたっては、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。

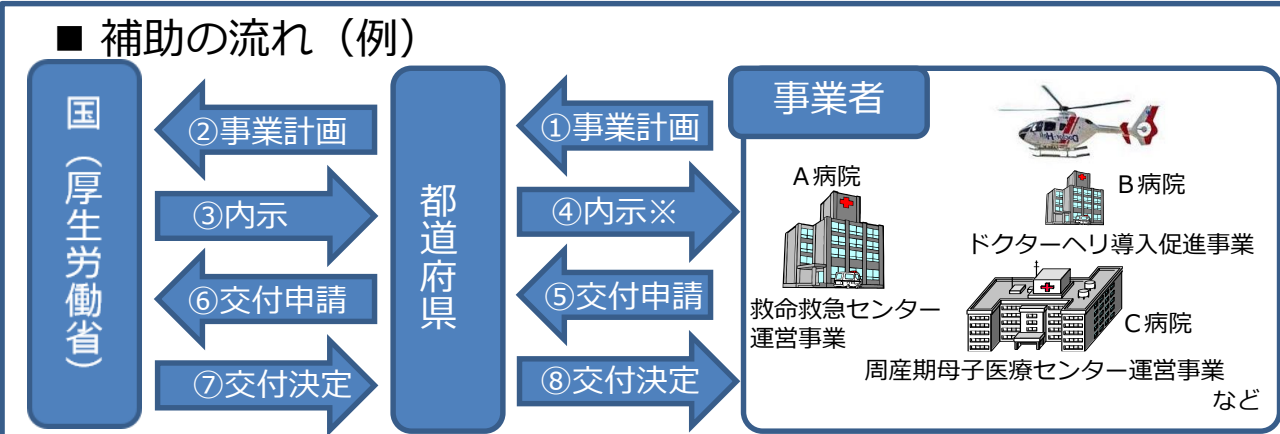
■ 事業一覧

【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



※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)

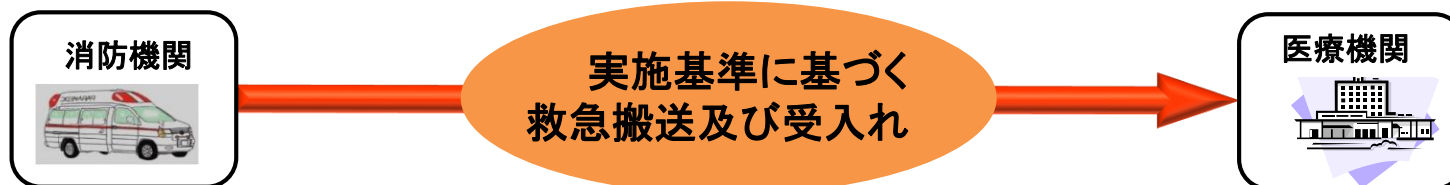
消防機関は、搬送・受入れルールを遵守しなければならない

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)

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

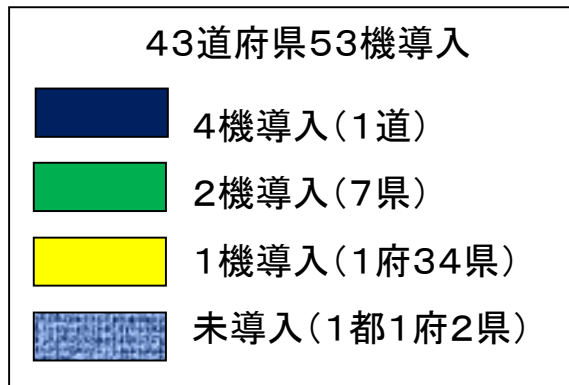


ドクターヘリの内部



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)



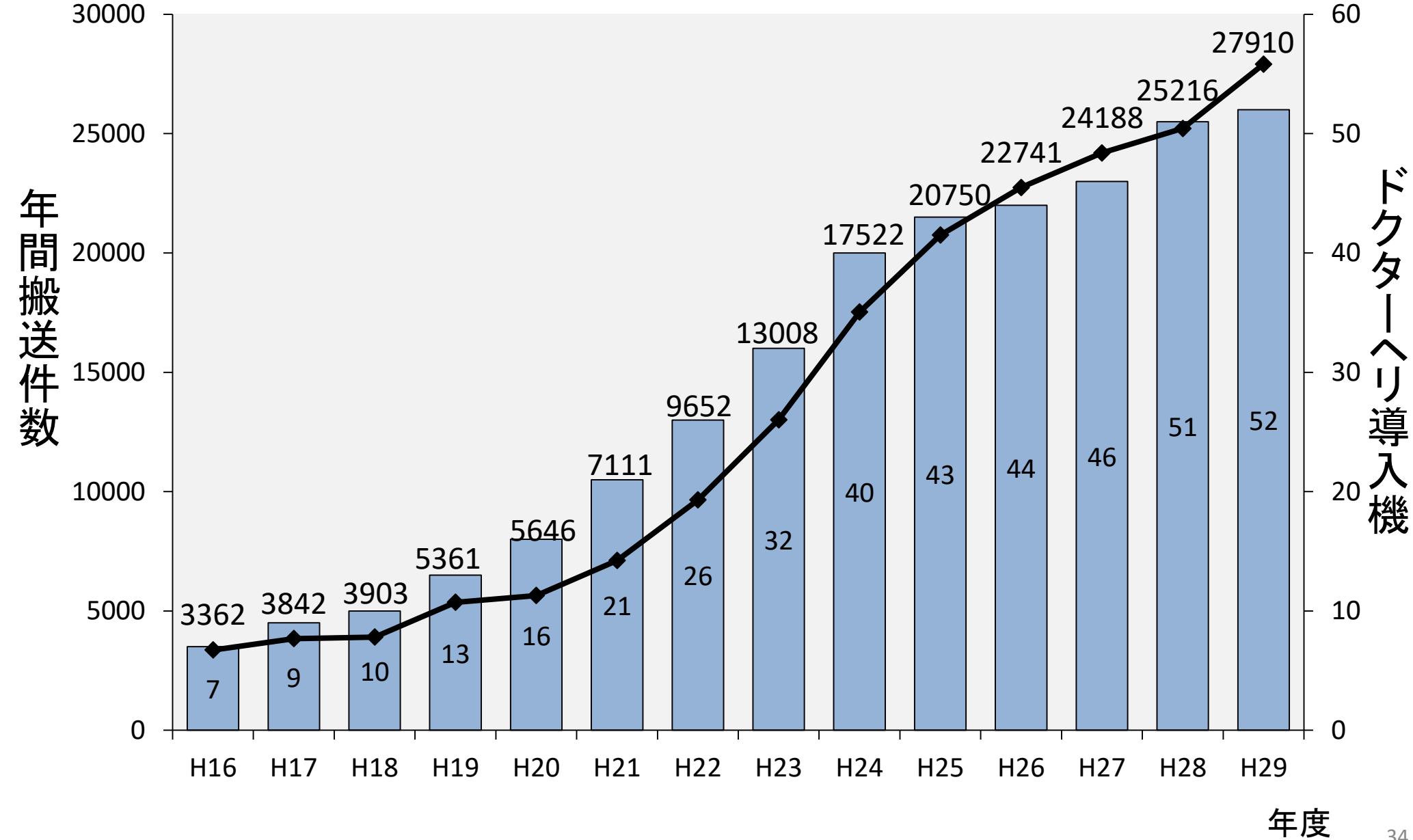
- 平成13年度 岡山県、静岡県、千葉県
愛知県、福岡県
- 平成14年度 神奈川県、和歌山県
- 平成17年度 北海道、長野県
- 平成18年度 長崎県
- 平成19年度 埼玉県、大阪府、福島県
- 平成20年度 青森県、群馬県、沖縄県
- 平成21年度 千葉県(2機目)、静岡県(2機目)
北海道(2機目、3機目)、栃木県
- 平成22年度 兵庫県、茨城県、岐阜県、
山口県、高知県
- 平成23年度 島根県、長野県(2機目)、熊本県
鹿児島県、秋田県、三重県
- 平成24年度 青森県(2機目)、岩手県、山形県
新潟県、山梨県、徳島県、
大分県、宮崎県
- 平成25年度 広島県、兵庫県、(2機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

令和2年度予算案

予算案 67.3億円【医療提供体制推進事業費補助金(231.6億円)の内数】
箇所数 53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



都道府県間の効率的運用

協定締結の状況

○ 相互応援 (ドクターヘリ導入道府県間の応援)

19地域、28府県

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

○ 共同運用 (他県のドクターヘリを活用)

7府県、9ドクターヘリ (延べ数)

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

※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)

都道府県間の協定の締結により、相互応援や共同運用が行われはじめている。

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

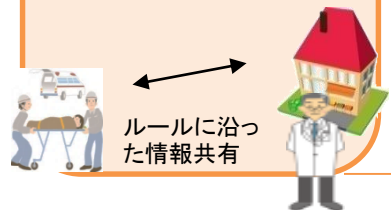
連携ルール運用に至るまでの手順や、運用後の課題等ととりまとめ、全国の自治体に情報提供することで、参加自治体以外への横展開を推進

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

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



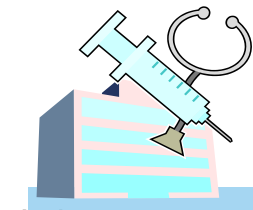
一般救急医療圏域



一般救急医療圏域



A精神科救急圏域
(常時対応型で対応)



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

外来対応施設

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

B精神科救急圏域
(病院群輪番型で対応)



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

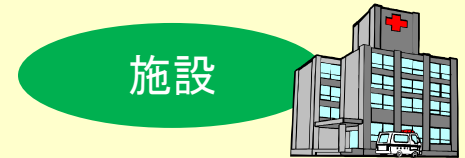
災害医療体制の経緯

- 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

災害拠点病院指定要件(令和元年7月17日一部改正)

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日分程度の備蓄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。
- ・ 少なくとも3日分以上の受水槽の保有、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

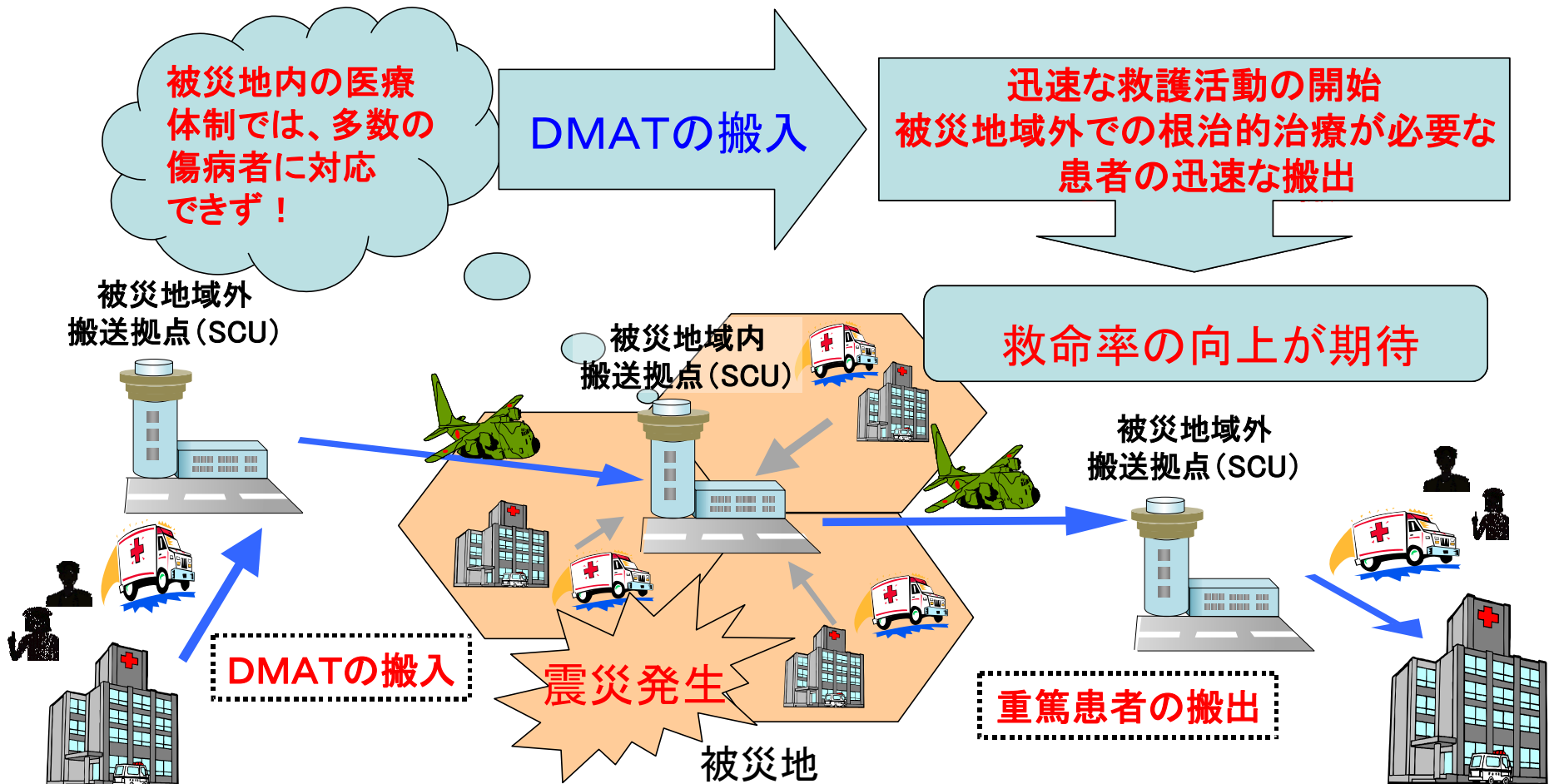
都道府県	基幹	地域
石川県	1	9
福井県	1	8
山梨県	1	8
長野県	1	9
岐阜県	2	10
静岡県	1	22
愛知県	2	33
三重県	1	14
滋賀県	1	9
京都府	1	12
大阪府	1	18
兵庫県	2	16
奈良県	1	6
和歌山県	1	9
鳥取県	1	3
島根県	1	9

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。

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)

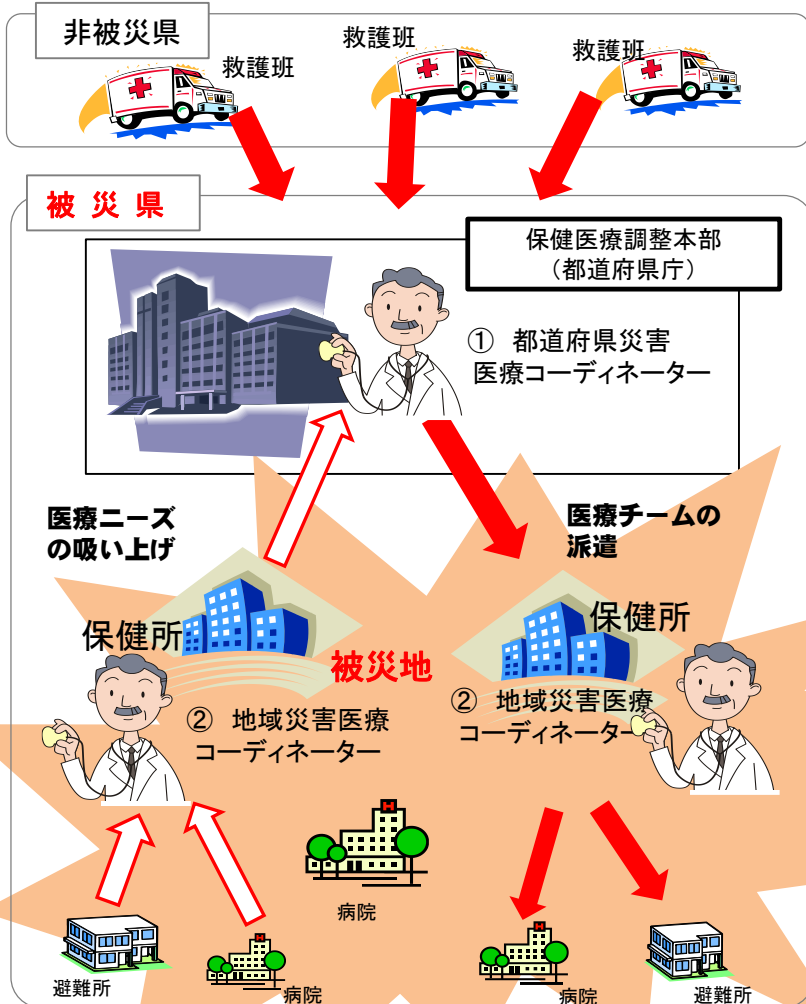


(医療チームの被災地での活動)



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 ・災害拠点病院における医療チームの受け入れ ・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
(実施主体) ① 国立病院機構災害医療センター ② 都道府県	
(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)	

【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>

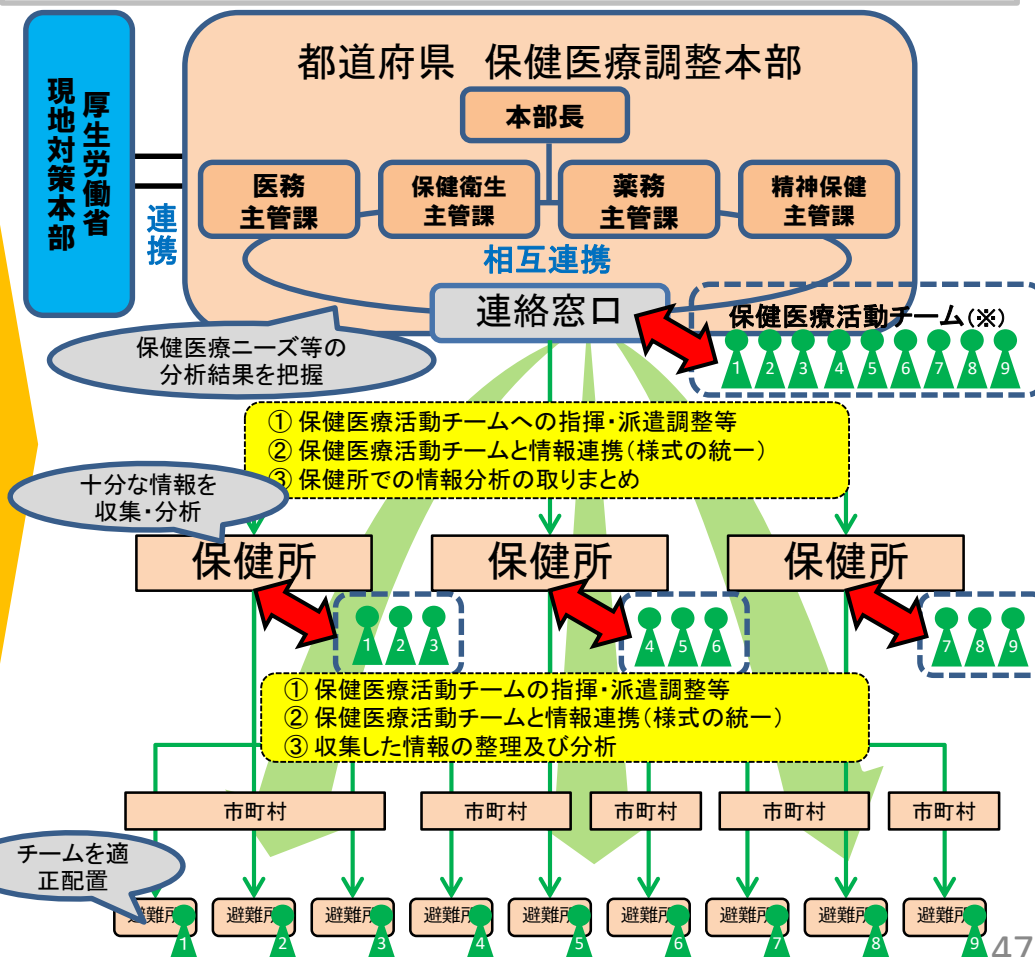
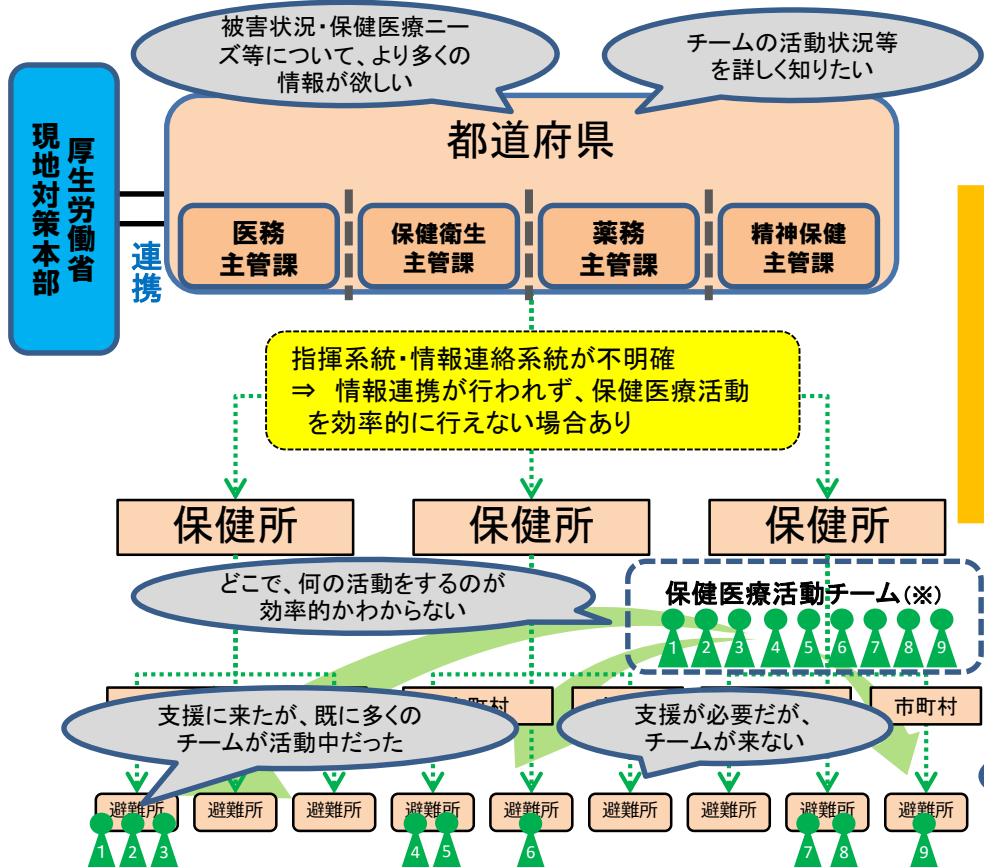
○ 被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で被害状況・保健医療ニーズ等、保健医療活動チームの活動状況等について情報連携が行われず、保健医療活動が効率的に行われない場合があった。

<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。

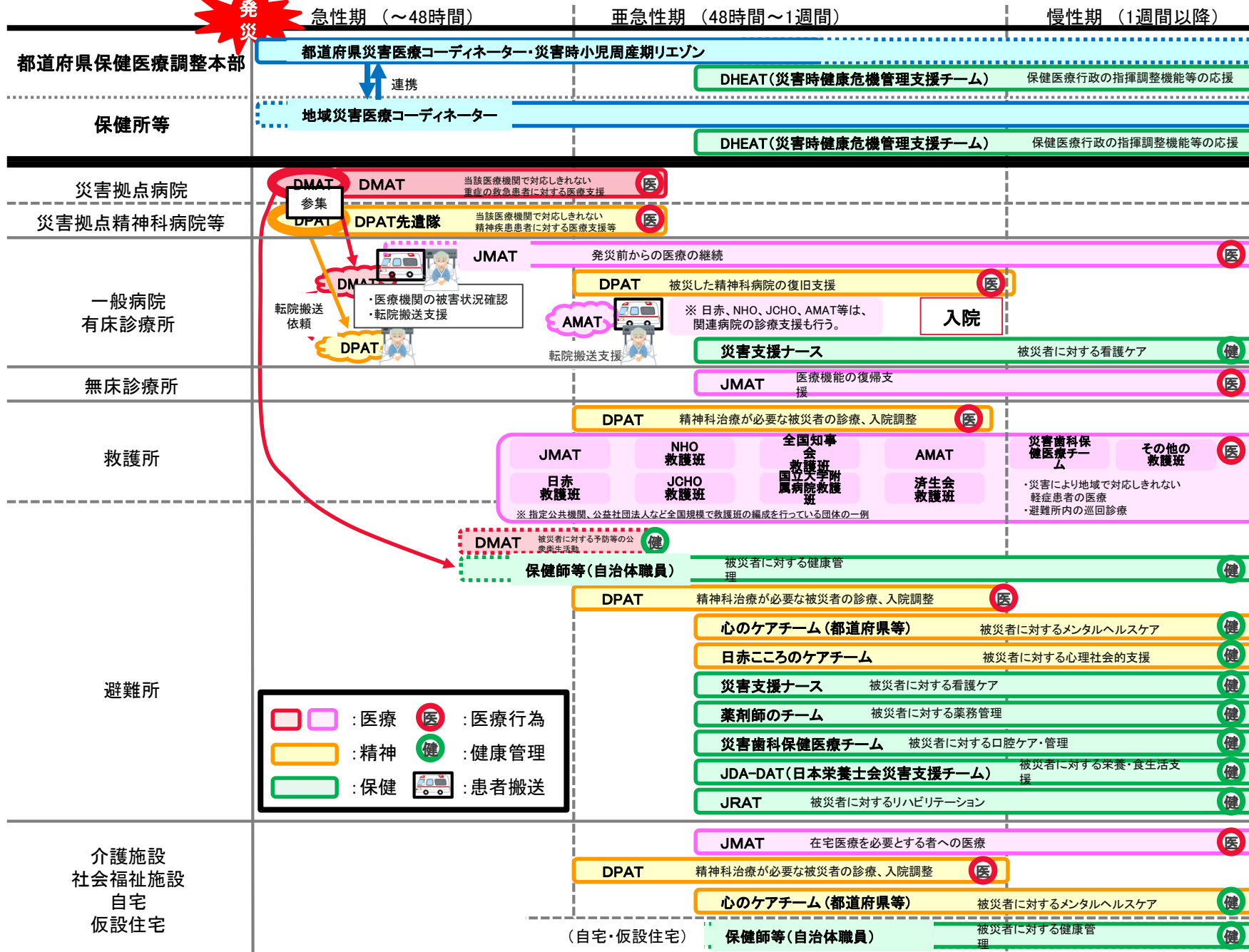
○ 被災都道府県に設置された保健医療調整本部において、保健所と連携し、

- 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**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**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。

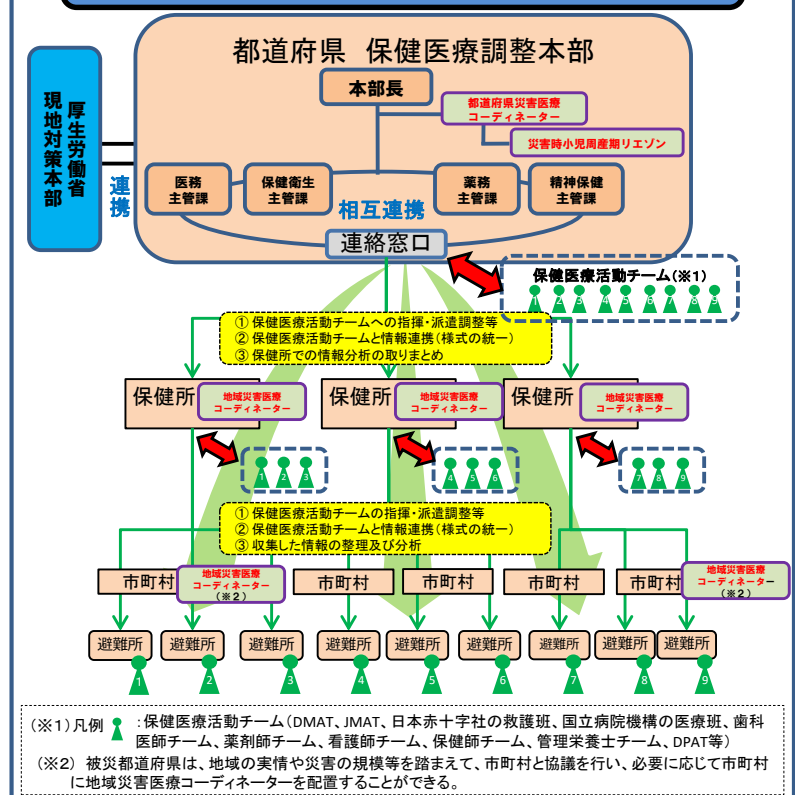
- 2 災害医療コーディネーターの業務
災害医療コーディネーターは、以下の事項について、助言及び調整の支援を行う。
(1) 組織体制の構築
(2) 被災情報等の収集、分析、対応策の立案
(3) 保健医療活動チームの派遣等の人的支援及び物的支援の調整
(4) 患者等の搬送の調整
(5) 記録の作成及び保存並びに共有
- 3 災害医療コーディネーターの活動の終了

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、

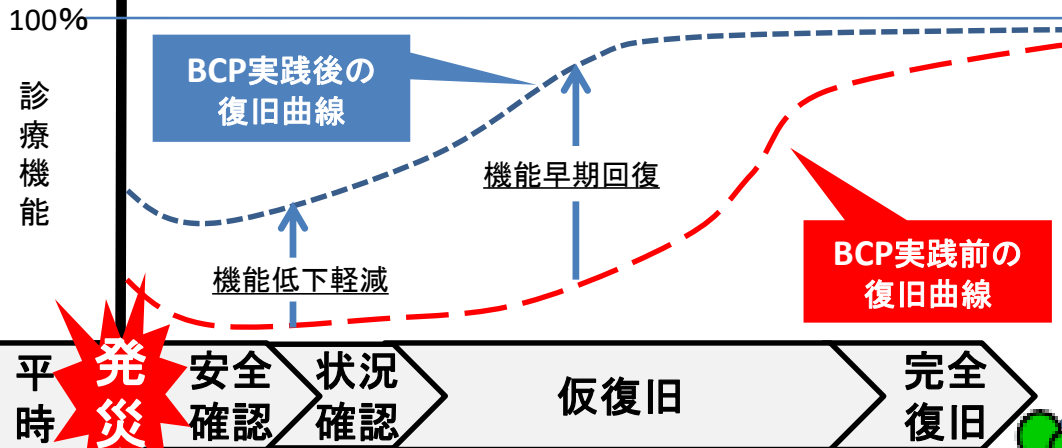
①BCPの整備のために必要なスキルやノウハウがないこと

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

