

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

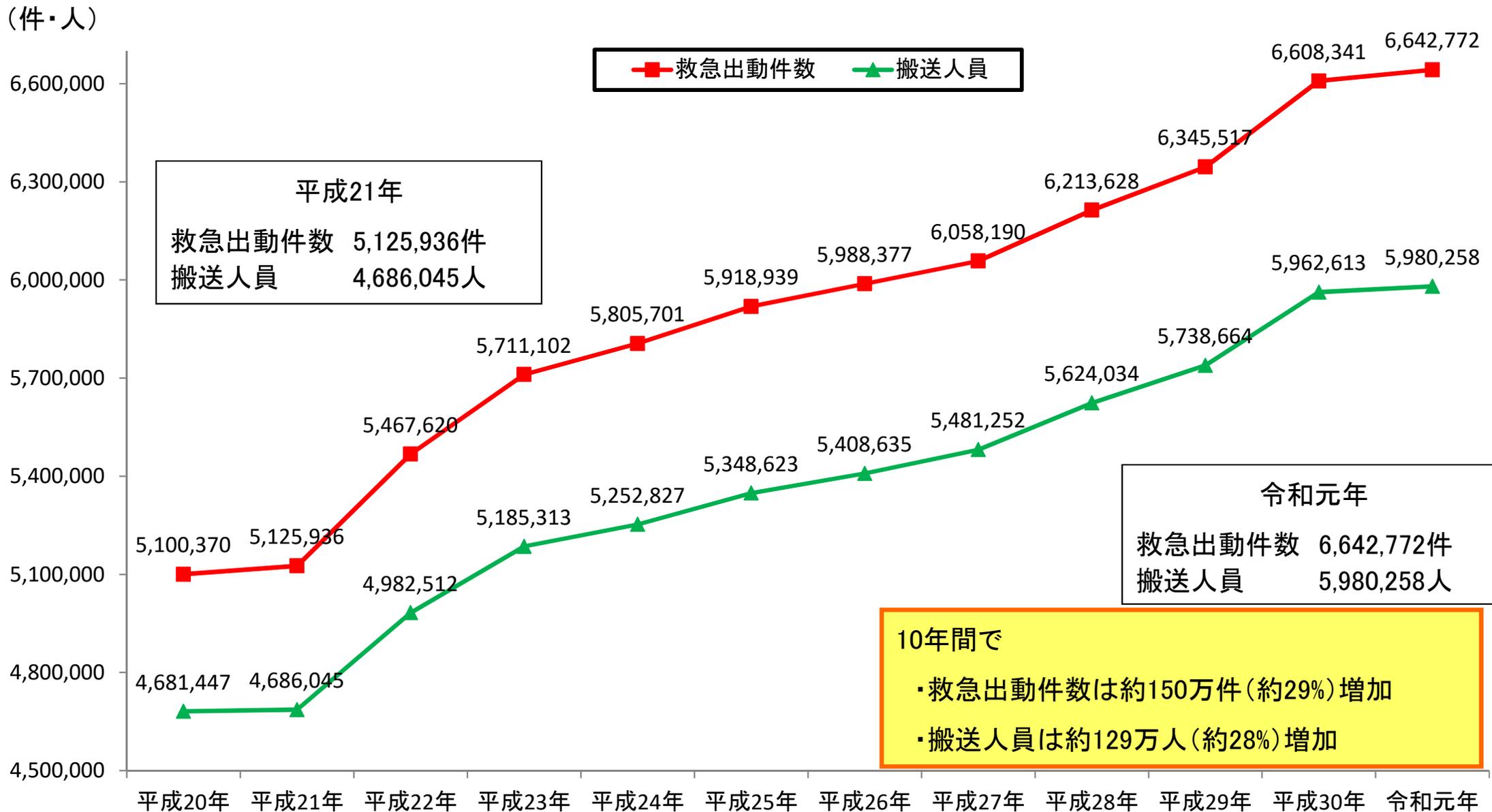
- －救急患者搬送・受入体制の機能強化について
- －救急医療機関・救急医療体制の充実強化について
- －救急患者の搬送等について
- －小児救急医療における救急医療機関との連携について
- －母体救命に関する救急医療機関との連携について
- －精神疾患を有する患者の受入れ及び対応後の精神科との連携体制の構築について

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

2021（令和3年）救急救命士法改正

救急出動件数及び搬送人員の推移

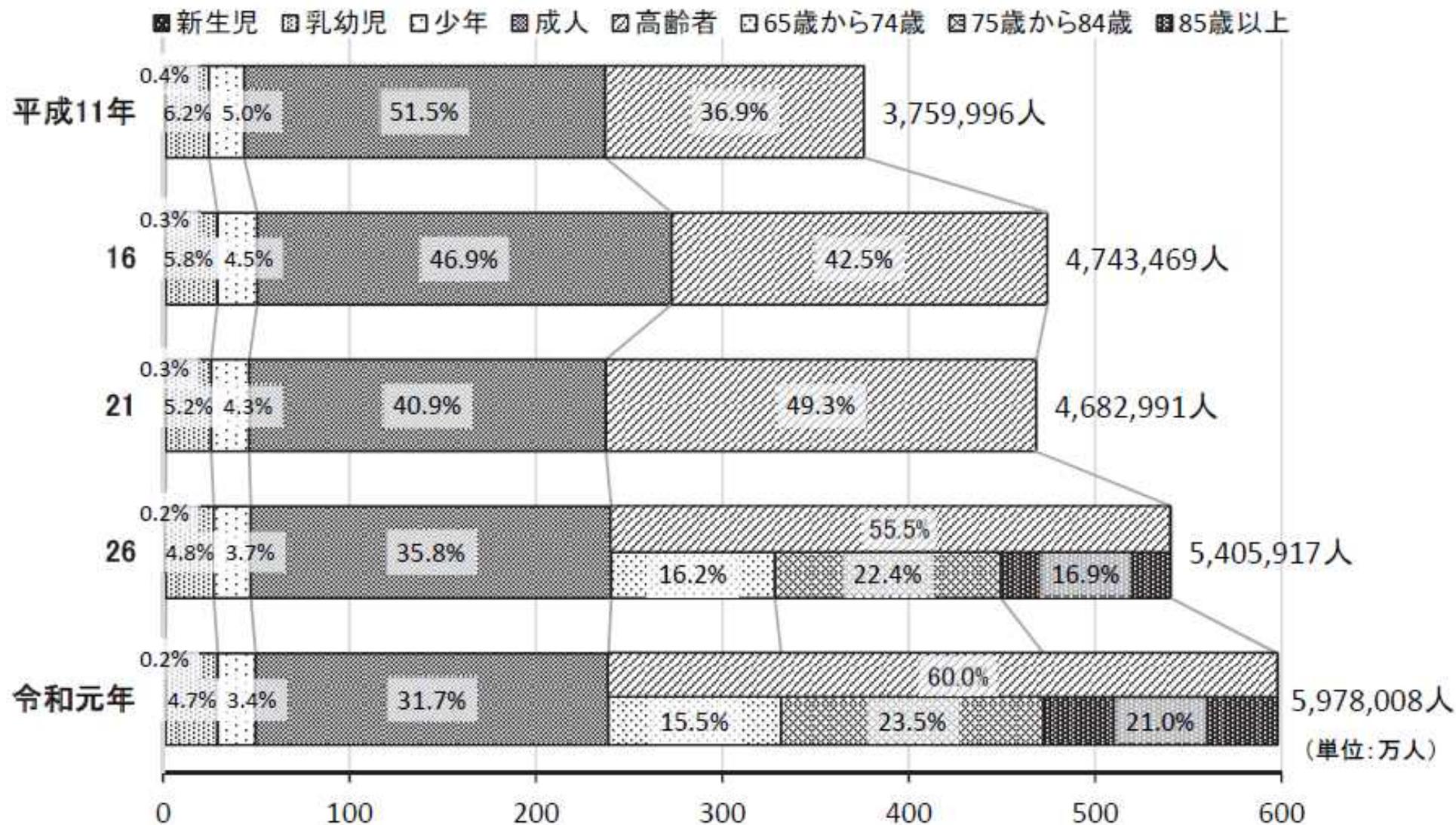
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年連続の増加となり、過去最多となった。



(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。 4
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。

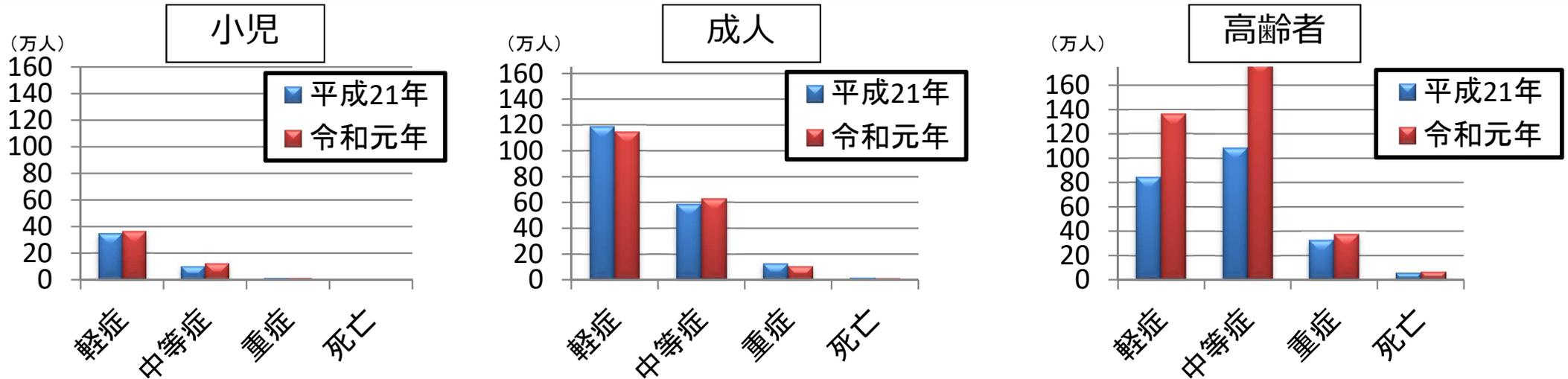


(注) 端数処理 (四捨五入) のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

(令和2年版 救急・救助の現況)

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21年中

全体	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.4万人
重症	1.2万人	12.5万人	32.5万人
中等症	10.2万人	58.4万人	108.4万人
軽症	34.6万人	118.7万人	84.2万人

令和元年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.07万人 0.02万人減 -22%	1.2万人 0.4万人減 -25%	6.4万人 1.0万人増 +19%
重症	1.0万人 0.2万人減 -17%	10.5万人 2.0万人減 -16%	37.2万人 4.7万人増 +14%
中等症	12.3万人 2.1万人増 +21%	62.7万人 2.9万人減 -4%	179.1万人 70.7万人増 +65%
軽傷	36.2万人 1.6万人増 +5%	114.6万人 4.1万人減 -3%	136.1万人 51.9万人増 +62%

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週間以上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・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

救急医療の体制

重症度



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

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

転院時連携

在宅等での生活

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（297カ所）
（うち、高度救命救急センター（45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。

令和3年5月1日現在

ドクターヘリ（54カ所）

令和3年5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（398地区、2,723カ所）

共同利用型病院（14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。

令和2年4月1日現在

初期救急医療

在宅当番医制（607地区）

休日夜間急患センター（551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。

令和2年4月1日現在

○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、297カ所が指定されている (令和3年5月1日時点)

	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	令和元年	令和2年
センター数	259	266	271	279	284	289	290	293	295

(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り、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

【参考】救急救命士法改正（新旧）

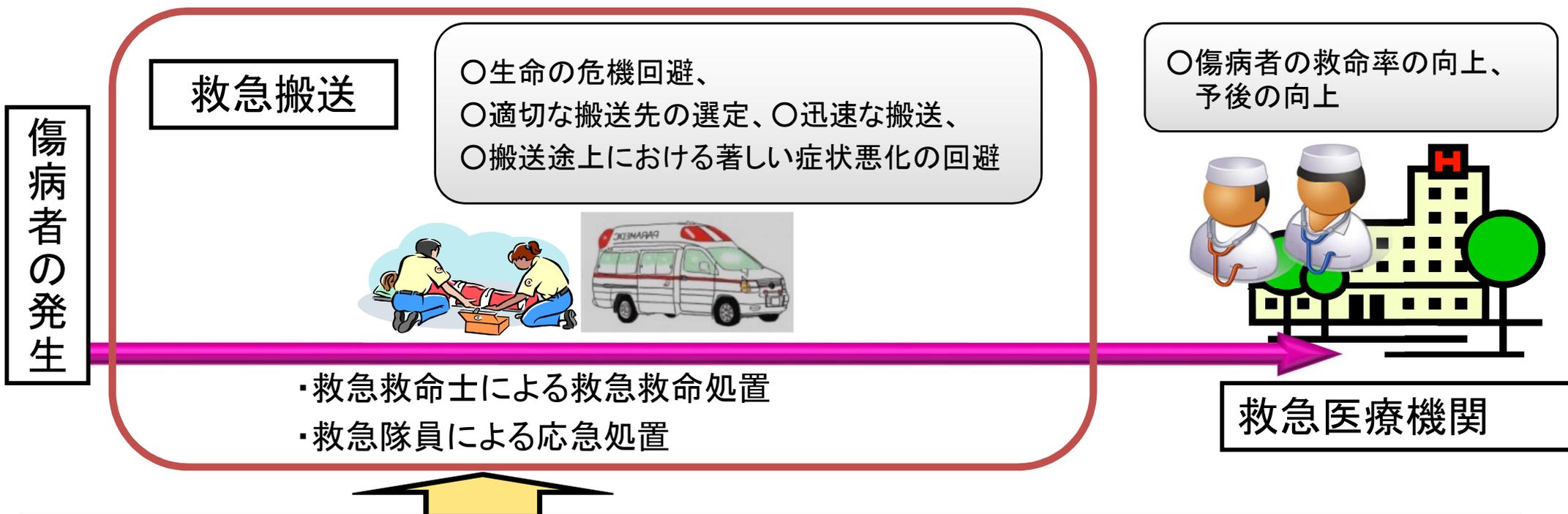
○ 救急救命士法（平成三年法律第三十六号）（抄）（第十二条関係）
 【令和三年十月一日施行】

（傍線の部分は改正部分）

改 正 案	現 行
<p>(定義) 第二条 この法律で「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、若しくはその生命が危険な状態にある傷病者（以下この項並びに第四十四条第二項及び第三項において「重度傷病者」という。）が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間（当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間。同条第二項及び第三項において同じ。）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つて、当該重度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。</p> <p>② (略)</p> <p>(特定行為等の制限) 第四十四条 (略)</p> <p>② 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つて厚生労働省令で定めるもの（以下この項及び第五十三条第二号において「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つてはならない。ただし、病院若しく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又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院す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、この限りではない。</p> <p>③ 病院又は診療所に勤務する救急救命士は、重度傷病者が当該病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救急救命処置を行うときは、あらかじめ、厚生労働省令で定めるところにより、当該病院又は診療所の管理者が実施する医師その他の医療従事者との緊密な連携の促進に関する事項その他の重度傷病者が当該病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救急救命士が救急救命処置を行うために必要な事項として厚生労働省令で定める事項に関する研修を受けなければならない。</p>	<p>(定義) 第二条 この法律で「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（以下この項及び第四十四条第二項において「重度傷病者」という。）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つて、当該重度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。</p> <p>② (略)</p> <p>(特定行為等の制限) 第四十四条 (略)</p> <p>② 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つて厚生労働省令で定めるもの（以下この項及び第五十三条第二号において「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つてはならない。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。</p> <p>(新設) ③</p>

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、重度傷病者が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間(当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間)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、令和3年に改正)



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)が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間(当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間)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)

- ・ 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、ラリンゲ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**
- ・ 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 (※)
- ・ 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

具体的な指示を必要とする救急救命処置(「特定行為」)の追加に係る救急救命士の業務の質の確保に係るプロセスについて

- メディカルコントロール協議会設置以降、特定行為の新規追加の都度、メディカルコントロール体制の充実強化を都道府県に依頼してきた。

概要

特定行為の新規追加



メディカルコントロール体制の整備の必要性の周知

救急救命士の特定行為の実施に際して、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。

新規特定行為に係るメディカルコントロール体制の充実強化を依頼

- 医師からの具体的な指示・指導体制の充実を受けられる体制の充実を図ること。
- プロトコルについては**地域メディカルコントロール協議会**で作成すること。
- 追加された特定行為の実施に必要な所要の知識を修了する必要があること
- 特定行為の実施については、**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となること。

具体化

具体化

新規特定行為の実施に必要な知識の習得のための追加講習(実習)実施要領を周知

※追加された特定行為の実施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。(気管挿管実習を除く)

- 追加講習(実習)の対象者、内容、実習施設等については、**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**と十分協議すること。
- 追加講習(実習)を修了した者については、**都道府県メディカルコントロール協議会**で認定を行うこと。

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

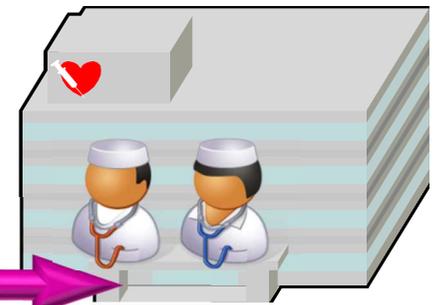
傷病者の発生

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

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】

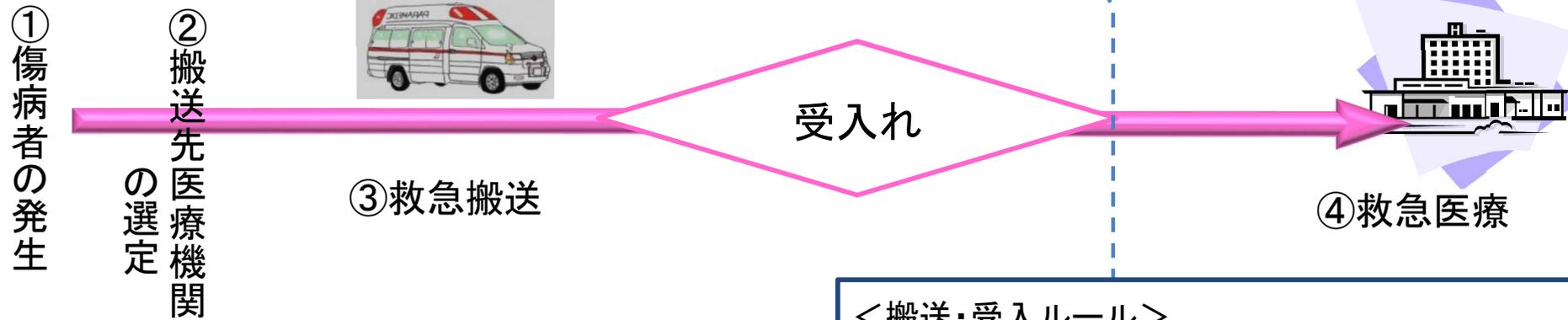
長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても受け入れる医療機関を確保し、搬送困難事例解消、地域における円滑な救急医療体制の構築を図るため、救急患者を確実に受け入れるために必要な体制（空床等）を確保する医療機関に対し、必要な経費等について財政支援を行うもの。

【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
※1 必ず救急患者を受け入れる医療機関が対象
- 基準額 1 医療機関あたり 76,285千円（※1）、12,621千円（※2）
※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
- 補助率 1/3（国1/3、医療機関2/3）

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。



“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)



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

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



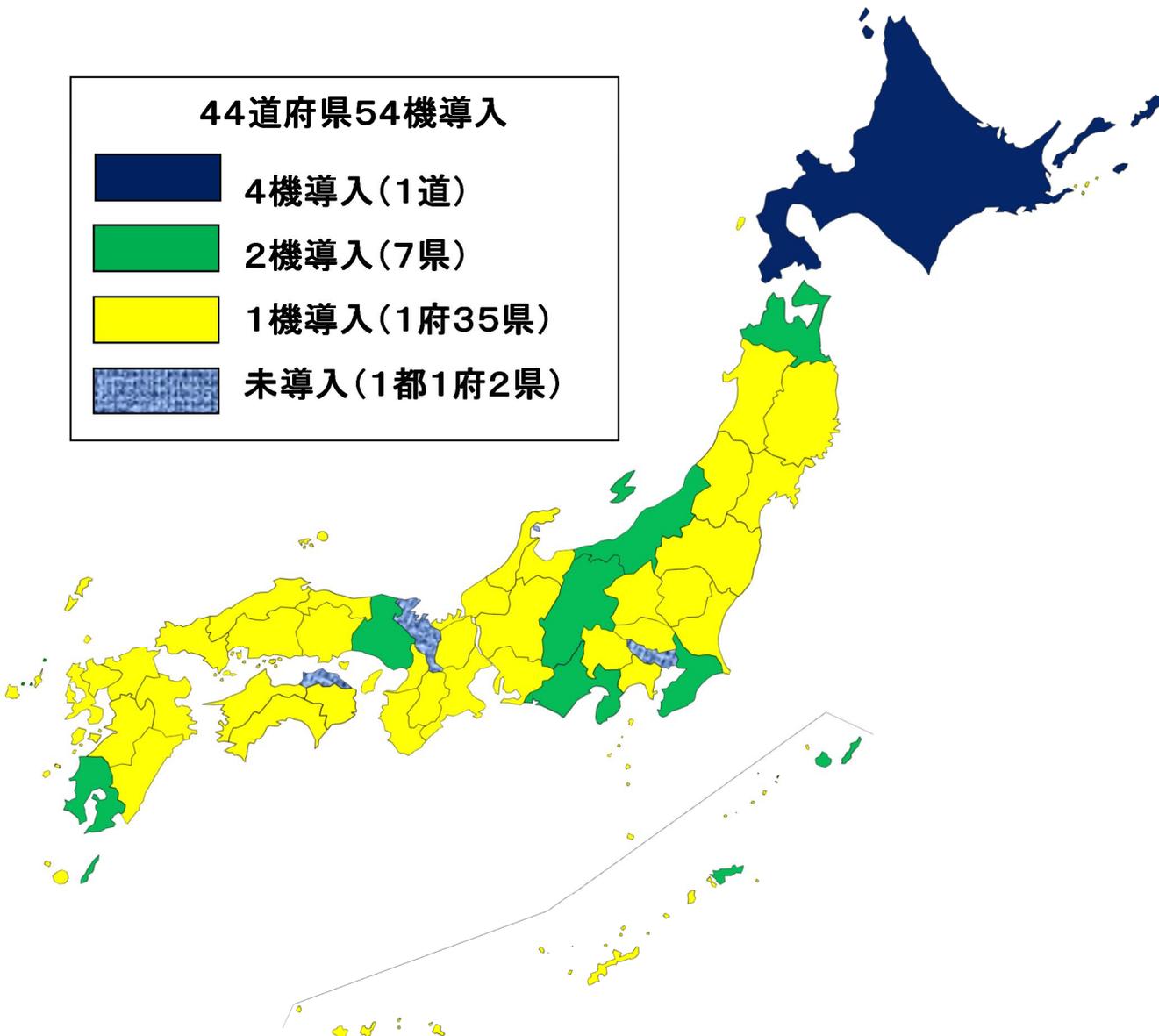
ドクターヘリの内部



ドクターヘリの導入状況(R3.5.24現在)

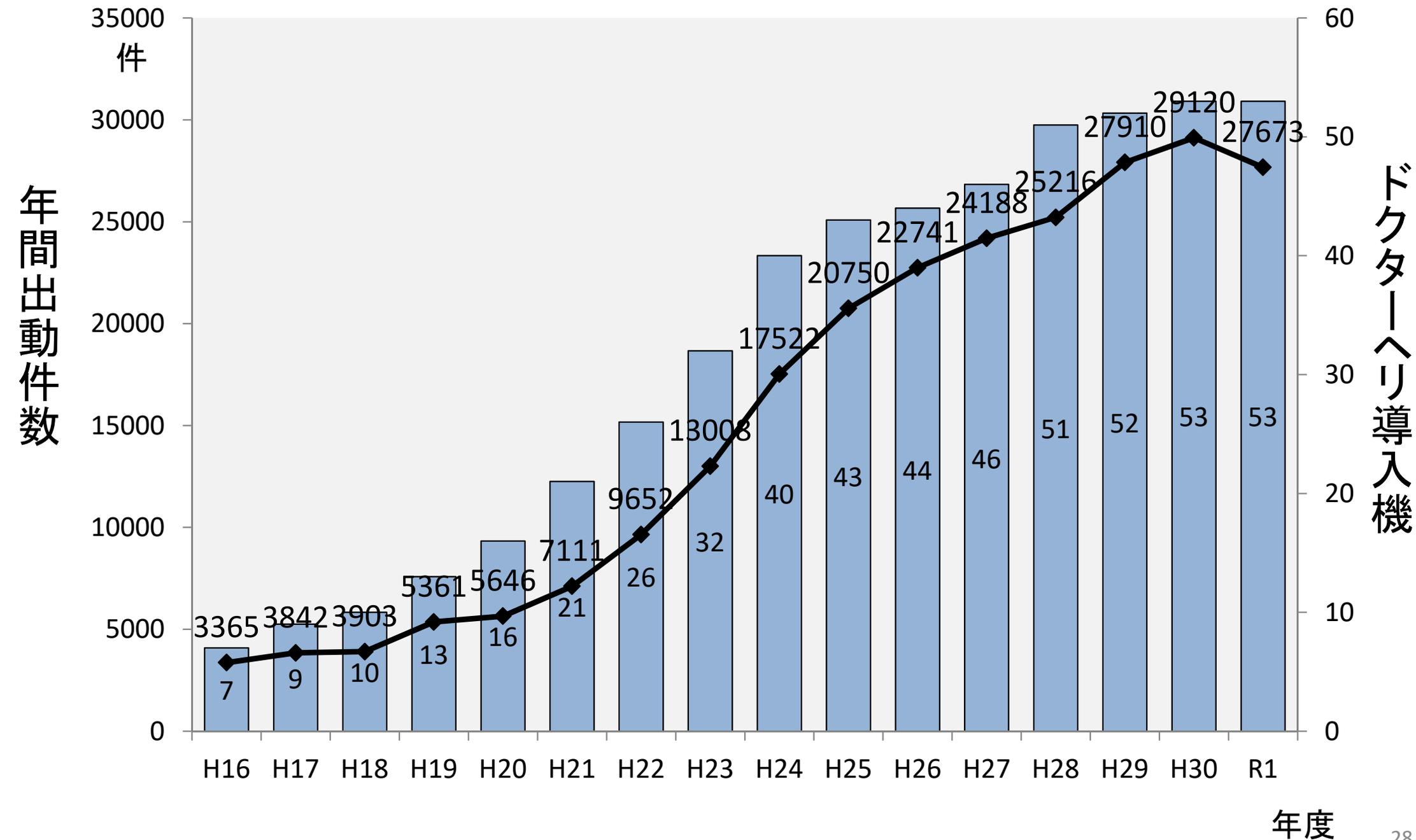
44道府県54機導入

- 4機導入(1道)
- 2機導入(7県)
- 1機導入(1府35県)
- 未導入(1都1府2県)



都道府県	基地病院
北海道	旭川赤十字病院
北海道	市立函館病院
北海道	市立釧路総合病院
北海道	手稲溪仁会病院
青森県	青森県立中央病院
青森県	八戸市立市民病院
岩手県	岩手医科大学附属病院
宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター
宮城県	東北大学病院
秋田県	秋田赤十字病院
山形県	山形県立中央病院
福島県	福島県立医科大学附属病院
茨城県	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター
茨城県	水戸済生会総合病院
栃木県	獨協医科大学病院
群馬県	前橋赤十字病院
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	国保直営総合病院君津中央病院
千葉県	日本医科大学千葉北総病院
神奈川県	東海大学医学部附属病院
新潟県	長岡赤十字病院
新潟県	新潟大学医学総合病院
富山県	富山県立中央病院
石川県	石川県立中央病院
福井県	福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院佐久医療センター
長野県	信州大学医学部附属病院
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院
静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院
静岡県	聖隷三方原病院
愛知県	愛知医科大学病院
三重県	伊勢赤十字病院
三重県	三重大学医学部附属病院
滋賀県	済生会滋賀県病院
大阪府	大阪大学医学部附属病院
兵庫県	公立豊岡病院
兵庫県	兵庫県立加古川医療センター
兵庫県	製鉄記念広畑病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
鳥根県	鳥根県立中央病院
岡山県	川崎医科大学附属病院
広島県	広島大学病院
山口県	山口大学医学部附属病院
徳島県	徳島県立中央病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
高知県	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
福岡県	久留米大学病院
佐賀県	佐賀県医療センター好生館
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院
長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター
熊本県	熊本赤十字病院
大分県	大分大学医学部附属病院
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
鹿児島県	鹿児島市立病院
鹿児島県	県立大島病院
沖縄県	浦添総合病院

ドクターヘリの実績推移



都道府県間の協定締結の状況

27地域、40府県で県境を越えた運航に関する協定が締結されている。

【相互利用】※1

- 青森県－岩手県－秋田県
- 岩手県－宮城県
- 宮城県－山形県
- 宮城県－福島県
- 秋田県－山形県
- 山形県－福島県－新潟県
- 福島県－茨城県
- 茨城県－栃木県－群馬県
- 群馬県－埼玉県
- 群馬県－新潟県
- 神奈川県－静岡県－山梨県
- 三重県－奈良県－和歌山県
- 関西広域連合(滋賀県－京都府－大阪府－兵庫県－鳥取県－徳島県)
- 和歌山県－関西広域連合
- 中国地方5県(鳥取県－島根県－岡山県－広島県－山口県)
- 関西広域連合－中国地方5県
- 愛媛県－広島県
- 愛媛県－高知県－関西広域連合
- 福岡県－佐賀県
- 佐賀県－長崎県

【共同利用】※2

- 千葉県⇒茨城県
- 富山県⇒岐阜県
- 岐阜県⇒福井県
- 関西広域連合⇒福井県
- 関西広域連合⇒奈良県
- 福岡県⇒大分県

【災害時】※3

富山県－石川県－福井県－
長野県－岐阜県－静岡県－
愛知県－三重県

※1 相互利用:ドクターヘリ導入道府県間の相互応援。

※2 共同利用:他県のドクターヘリを共同利用。「A⇒B」の場合、AのドクターヘリをBの圏域において共同利用していることを表している。

※3 災害時:大規模災害発生時における広域連携協定。

(参考) 鹿児島県と沖縄県間については、協定は未締結だが、鹿児島県一部地域における広域連携に関する内容について合意済みであり、実態上連携して対応していると考えられる。

在宅医療・救急医療連携セミナー

＜背景・課題＞ 本人の意思に沿わない(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

- 国民の多くが、人生の最期を自宅等の住み慣れた場所で迎えることを希望している。しかし、実際には、人生の最終段階を迎えた者において、あらかじめ家族等と話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われることや、また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じているとの指摘がある。
- 高齢化に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれていることや、昨今の高齢者の救急搬送件数が年々増加していることから、本人の意思を尊重するための在宅医療・救急医療の連携体制の構築が必要となっている。

＜対策＞ 本人の意思を関係機関間で共有するための連携ルール等の策定支援

- 先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者との協議の場を設け、在宅療養者等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定や、人生の最終段階の医療・ケアをどのように考えていくか等についての住民向け普及・啓発に取り組んでいる。
- このような取組を参考に、複数の自治体を対象とした研修セミナーを実施し、必要な連携ルール等の策定するための工程が進むよう、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ための環境整備を進める。

問題意識

看取り期における本人の意思に沿わない搬送例が散見

対策の方向性

- ・ 自治体、救急医療(消防)、在宅医療機関関係者が、地域の実情に応じ、本人の意思を共有するために必要な情報や連携するためのルール等を策定していく工程の支援を実施
- ・ 医療・介護従事者向けの意思決定支援に関する研修や、人生会議※に関する住民向けの普及・啓発等を実施

平成29年度～令和元年度

先進事例の調査

- ・ 既に連携ルール等を運用している先進自治体(市町村)の取組(連携ルールの運用に至る工程、課題等)※を調査
- ※(例)
 - ・ 救急現場や医療機関等における本人の疾病等や療養に関する希望等の把握・共有する方法
 - ・ 救急要請時の搬送に関するローカルルールの策定、運用
 - ・ 入院が必要な際にスムーズに受け入れるための連携体制や病院側が必要とする患者情報
 - ・ 在宅療養に戻る際に在宅医療関係者が必要とする患者情報等
 - ・ 人生会議の住民向け普及・啓発等

市町村版セミナーの実施

- ・ 有識者や先進自治体(市町村)の支援のもと、連携ルールの検討等に必要の工程表の策定について、講習やグループワークを実施。
- (対象:自治体職員、在宅医療関係者、救急医療関係者等)
- ・ 策定した工程表の実施状況の把握等フォローアップを実施。
- ・ 実施後の報告書には、今後、他の市町村で取り組むようマニュアルを盛り込む。

令和2年度～

都道府県版モデル事業の実施

- ・ 都道府県(2か所程度)に管下市町村の連携ルール作りに取り組んでもらう。
- ・ この際、過去の当セミナーの内容を参考にしつつ、シンクタンク等業者が事業実施を支援。
- ・ 実施後、シンクタンク等業者は事業の効果等を検証し報告書にまとめる。また、都道府県が管下市町村を指導するためのマニュアルを作成し、新たな課題等に応じて改訂する。

将来の目標

- 各都道府県が管下市区市町村と協力し、
- ・ MC協議会と在宅医療機関の橋渡し
- ・ 地域での本人の意思の共有手法の協議等を実施する。



※人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)
人生の最終段階の医療やケアについて、あらかじめ家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス

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実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

受入先
情報

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業の事業メニューの中で実施

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

医療計画の中間見直しにおける議論の整理(救急医療)

第18回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年11月20日
資料
3改

【第7次医療計画における「救急医療」の見直し概要】

- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車の適正利用等についての理解を深めるための取組みを進める。
- 救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点を取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間、受入れ実績が無い場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。
- 初期救急医療機関の整備とともに休日夜間対応できる薬局、精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。



第7次医療計画の中間見直しについて

中間見直しにおいては、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細かな取組を行うことができる体制を評価するために、以下の対応を検討してはどうか。

- 指標として、以下のものを「現状把握のための指標例」の目標項目として追加。
 - 地域で行われている多職種連携会議の開催回数
 - 中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数
 - 救急車の受入件数
 - 救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間

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

災害医療体制の経緯

2020年

◇ **令和2年7月豪雨**

2021年

- 医療施設浸水対策事業の開始
- 「災害拠点病院指定要件についてのQ&Aの送付について」(事務連絡)
- 「医療施設における避難の実効性の確保及び防災対策の実態把握について」
(医政局地域医療計画課長・国土保全局河川環境課長・砂防部砂防計画課長
連名通知)
ー市町村地域防災計画に位置づけられた医療施設の実態把握 他

災害拠点病院指定要件(令和元年7月17日一部改正)

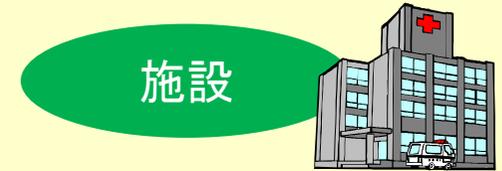
① 運営について

- ・ 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3年4月1日現在までに759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	12
山形県	1	6
福島県	1	7
茨城県	2	16
栃木県	1	10
群馬県	1	16
埼玉県	3	19
千葉県	4	22
東京都	2	82
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	9
長野県	1	12
岐阜県	2	10
静岡県	1	22
愛知県	2	33
三重県	1	16
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	10
広島県	1	18
山口県	1	14
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	12
熊本県	1	14
大分県	2	12
宮崎県	2	10
鹿児島県	1	13
沖縄県	1	12
合計	64	695

基幹災害拠点病院
地域災害拠点病院

原則として各都道府県に1か所設置する。
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)について

災害派遣医療チーム(DMAT)の概要

- ・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3年4月1日現在 15,645名 1,747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派遣にかかる費用(実費)は、災害救助法により措置される。

災害派遣医療チーム(DMAT)体制整備事業

業務委託先:独立行政法人国立病院機構本部

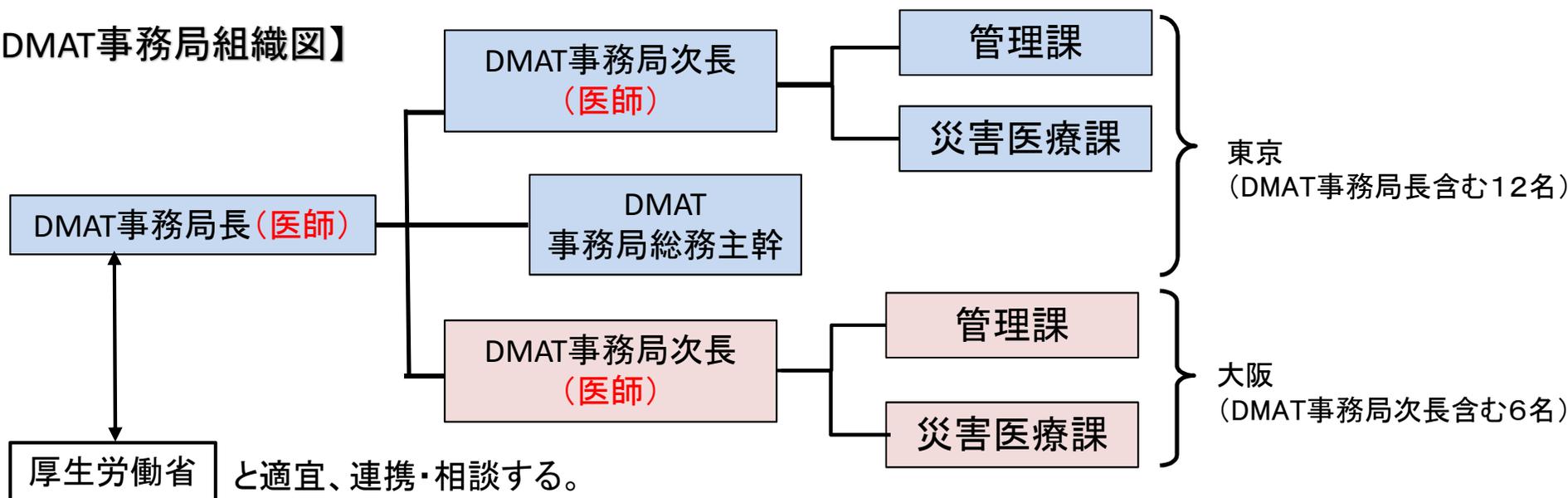
① DMAT事務局の運営

- ・国立病院機構本部内にDMAT事務局を設置
- ・業務は東京都、大阪府それぞれで、2課体制で管理・運営を行う
- ・人員体制:医師6名を含む18名体制

② DMAT事務局が行う研修・訓練

- ・研修(DMAT隊員養成研修、技能維持研修、統括DMAT研修等)の企画・実施
- ・訓練(大規模地震時医療活動訓練・DMAT地方ブロック訓練)の企画・実施

【DMAT事務局組織図】



○災害派遣医療チーム(DMAT)の司令塔機能

①被災都道府県へDMATを派遣する司令塔

日本DMAT活動要領(平成28年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)《抜粋》

IV 初動

1. DMATの派遣要請

- ・ 被災地域の都道府県は、当該都道府県外からの医療の支援が必要な規模の災害に対応するため、DMATの派遣を他の都道府県、厚生労働省、国立病院機構等に要請する。
- ・ 被災地域の都道府県は、以下の基準に基づき、管下の統括DMAT登録者等の意見を聴いて、必要に応じて速やかにDMATの派遣要請を行う。

① 震度6弱の地震又は死者数が2人以上 50人未満若しくは傷病者数が20名以上見込まれる災害の場合

管内のDMAT指定医療機関に対してDMATの派遣を要請

② 震度6強の地震又は死者数が50人以上 100人未満見込まれる災害の場合管内のDMAT指定医療機関並びに被災地域の都道府県に隣接する都道府県及び被災地域の都道府県が属する地方ブロックに属する都道府県に対してDMATの派遣を要請

③ 震度7の地震又は死者数が100人以上見込まれる災害の場合

管内のDMAT指定医療機関並びに被災地域の都道府県に隣接する都道府県、被災地域の都道府県が属する地方ブロックに属する都道府県及び被災地域の都道府県が属する地方ブロックに隣接する地方ブロックに属する都道府県に対してDMATの派遣を要請

④ 南海トラフ地震(東海地震、東南海・南海地震を含む)又は首都直下型地震の場合管内のDMAT指定医療機関及び全国の都道府県に対してDMATの派遣を要請

- ・ 厚生労働省は、被災地域の都道府県の派遣要請に応じ、都道府県、文部科学省、国立病院機構等に対してDMATの派遣を要請する。
- ・ 被災地域外の都道府県は、被災地域の都道府県の派遣要請に応じ、厚生労働省と連携し、管内のDMAT指定医療機関及び日本赤十字社支部に対してDMATの派遣を要請する。
- ・ 厚生労働省は、当分の間、被災地域の都道府県の派遣要請が無い場合においても、緊急の必要があると認めるときは、被災地域以外の都道府県に対して被災地域へのDMATの派遣を要請できる。

②被災都道府県内での活動に係る司令塔

日本DMAT活動要領(平成28年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)《抜粋》

V 被災都道府県災害医療本部、各DMAT本部等の役割

1. 被災都道府県災害医療本部

- ・ 被災地域の都道府県は、管内等で活動するすべてのDMATをDMAT都道府県調整本部を通じて統括する、災害医療本部を設置する。
- ・ 災害医療本部は、被災地域の都道府県災害対策本部の指揮下に置かれる。

2. DMAT都道府県調整本部

- ・ 被災地域の都道府県、DMATの派遣要請を受けた都道府県および患者の受け入れ要請を受けた都道府県は、管内等で活動するすべてのDMATを指揮するDMAT都道府県調整本部を設置する。

災害派遣医療チーム(DMAT)に関する法的根拠

○災害派遣医療チーム(DMAT)の法的な根拠

災害対策基本法(昭和36年法律第223号)

(防災基本計画の作成及び公表等)

第三十四条 中央防災会議は、**防災基本計画**を作成するとともに、災害及び災害の防止に関する科学研究の成果並びに発生した災害の状況及びこれに対して行なわれた災害応急対策の効果を勘案して毎年**防災基本計画**に検討を加え、必要があると認めるときは、これを修正しなければならない

防災基本計画(令和2年5月29日中央防災会議決定)

○国[厚生労働省]は、災害発生時に迅速な派遣が可能な**災害派遣医療チーム(DMAT)**に参加する医師、看護師等に対する教育研修を推進するものとする。

○被災地域内の医療機関は、状況に応じ、**災害派遣医療チーム(DMAT)**・災害派遣精神医療チーム(DPAT)・救護班(以下「災害派遣医療チーム(DMAT)等」という。)を派遣するよう努めるものとする。

※災害の定義

災害対策基本法(昭和36年法律第223号)

(定義)

第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

一 **災害** 暴風、竜巻、豪雨、豪雪、洪水、崖崩れ、土石流、高潮、地震、津波、噴火、地滑りその他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度において**これらに類する政令で定める原因**により生ずる被害をいう。

災害対策基本法施行令(昭和37年政令第288号)

(政令で定める原因)

第一条 災害対策基本法(以下「法」という。)第二条第一号の政令で定める原因は、放射性物質の大量の放出、多数の者の遭難を伴う船舶の沈没その他の大規模な事故とする。

災害派遣医療チーム(DMAT)に関する法的根拠

○災害派遣医療チーム(DMAT)の身分の取扱いと補償

災害救助法(昭和二十二年法律第百十八号)

(救助の種類等)

第四条 救助の種類は、次のとおりとする。

四 **医療**及び助産

(費用の支弁区分)

第十八条 第四条の規定による救助に要する費用(救助の事務を行うのに必要な費用を含む。)は、救助を行った都道府県知事等の統括する都道府県等が、これを支弁する。

災害救助事務取扱要領(令和2年5月内閣政策統括官(防災担当))

日本DMAT活動要領、都道府県DMAT運用計画等に基づき**被災地に派遣されるDMATにかかる費用については、災害救助法が適用**され、かつ以下の要件を満たした場合に、**法による医療として費用支弁を行うものとする。**

- 1 都道府県とDMAT指定医療機関の間で締結された事前協定に基づくこと。
- 2 被災都道府県の要請に基づき、DMAT派遣が行われていること。

※日本DMAT活動要領(平成28年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

Ⅲ 通常時の準備

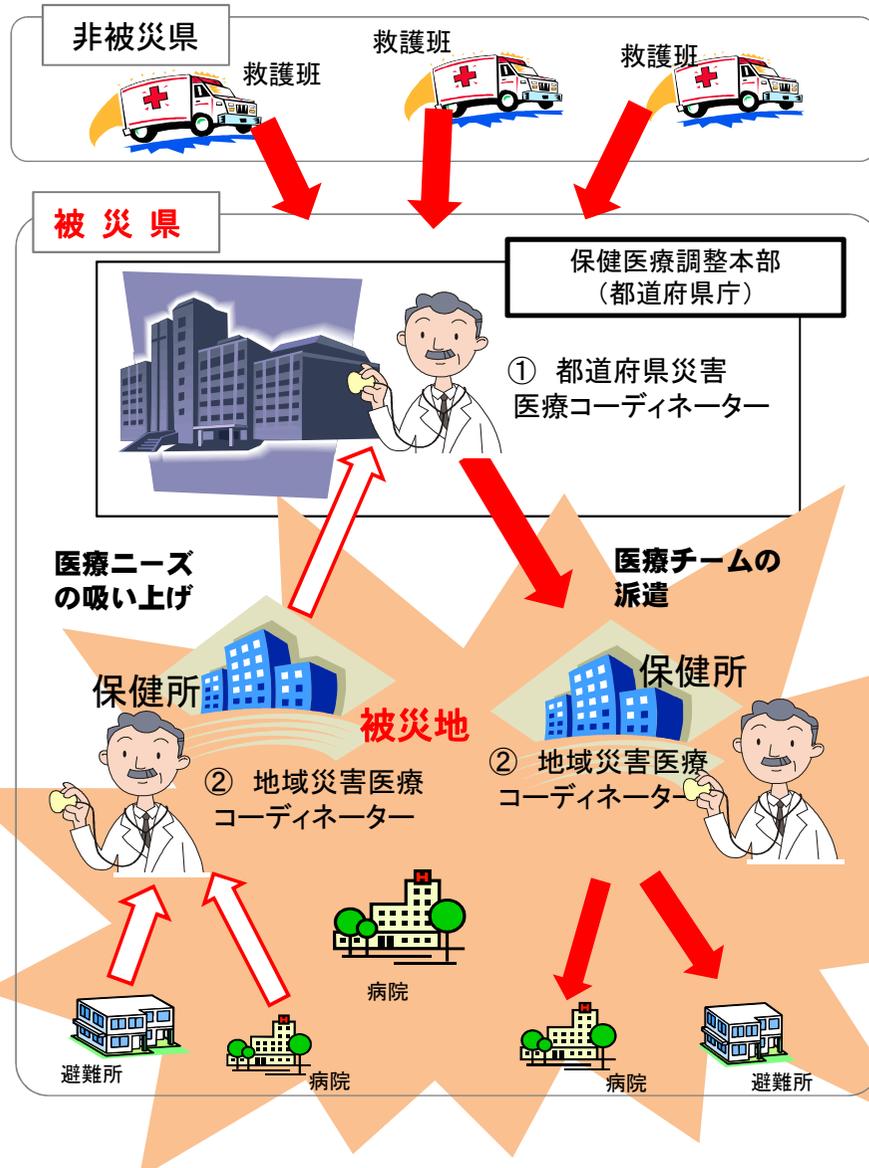
2. DMAT指定医療機関の指定、業務計画の策定及び協定等

- ・都道府県は、管内のDMAT指定医療機関を災害時の業務計画に明示し、運用に関する必要な事項について協定を締結する。
- ・都道府県とDMAT指定医療機関等の協定は、以下の事項を含むものとする。

要請方法、指揮系統、業務、ロジスティクス活動費用、DMATに参加する要員の身分の取扱いとDMAT活動における事故等への補償

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行い、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行い、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 国立病院機構本部 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30年度	161名
平成27年度	175名	平成29年度	162名	令和元年度	160名
					計 1004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>

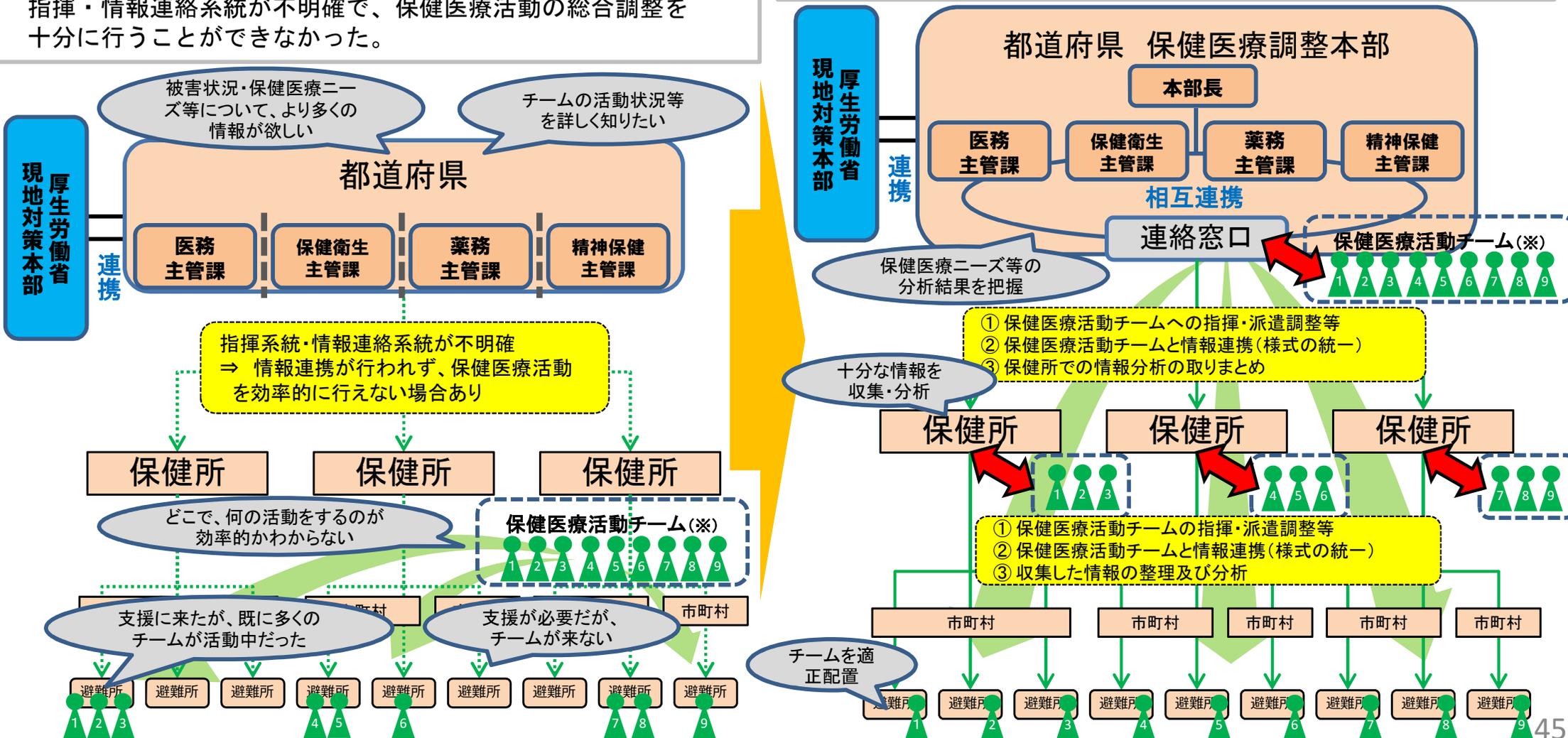
○ 被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの中で被害状況・保健医療ニーズ等、保健医療活動チームの活動状況等について情報連携が行われず、保健医療活動が効率的に行われない場合があった。

<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



	急性期 (～48時間)	亜急性期 (48時間～1週間)	慢性期 (1週間以降)	
都道府県保健医療調整本部	都道府県災害医療コーディネーター・災害時小児周産期リエゾン			
保健所等	連携	DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム) 保健医療行政の指揮調整機能等の応援		
	地域災害医療コーディネーター	DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム) 保健医療行政の指揮調整機能等の応援		
災害拠点病院	DMAT (当該医療機関で対応しきれない重症の救急患者に対する医療支援)			
災害拠点精神科病院等	DPAT先遣隊 (当該医療機関で対応しきれない精神疾患患者に対する医療支援等)			
一般病院 有床診療所	JMAT (発災前からの医療の継続)	DPAT (被災した精神科病院の復旧支援)	入院	
	DMAT (医療機関の被害状況確認・転院搬送支援) DPAT (転院搬送支援)	AMAT (※日赤、NHO、JCHO、AMAT等は、関連病院の診療支援も行う。)	災害支援ナース (被災者に対する看護ケア)	
無床診療所	JMAT (医療機能の復帰支援)			
救護所	DPAT (精神科治療が必要な被災者の診療、入院調整)	JMAT (日赤救護班), NHO救護班, JCHO救護班, 全国知事会救護班, 国立大学附属病院救護班, AMAT (済生会救護班)	災害歯科保健医療チーム (災害により地域で対応しきれない軽症患者の医療), その他の救護班 (避難所内の巡回診療)	
	DMAT (被災者に対する予防等の公衆衛生活動)	保健師等(自治体職員) (被災者に対する健康管理)		
避難所	DPAT (精神科治療が必要な被災者の診療、入院調整)	心のケアチーム(都道府県等) (被災者に対するメンタルヘルスケア)	日赤こころのケアチーム (被災者に対する心理社会的支援)	
		災害支援ナース (被災者に対する看護ケア)	薬剤師のチーム (被災者に対する薬務管理)	
		災害歯科保健医療チーム (被災者に対する口腔ケア・管理)	JDA-DAT(日本栄養士会災害支援チーム) (被災者に対する栄養・食生活支援)	
		JRAT (被災者に対するリハビリテーション)		
		JMAT (在宅医療を必要とする者への医療)		
		DPAT (精神科治療が必要な被災者の診療、入院調整)	心のケアチーム(都道府県等) (被災者に対するメンタルヘルスケア)	
		保健師等(自治体職員) (被災者に対する健康管理)		
介護施設 社会福祉施設 自宅 仮設住宅		JMAT (在宅医療を必要とする者への医療)	DPAT (精神科治療が必要な被災者の診療、入院調整)	
		心のケアチーム(都道府県等) (被災者に対するメンタルヘルスケア)	保健師等(自治体職員) (被災者に対する健康管理)	

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

被災地の既存の医療・保健資源へ順次移行

(自宅・仮設住宅)

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

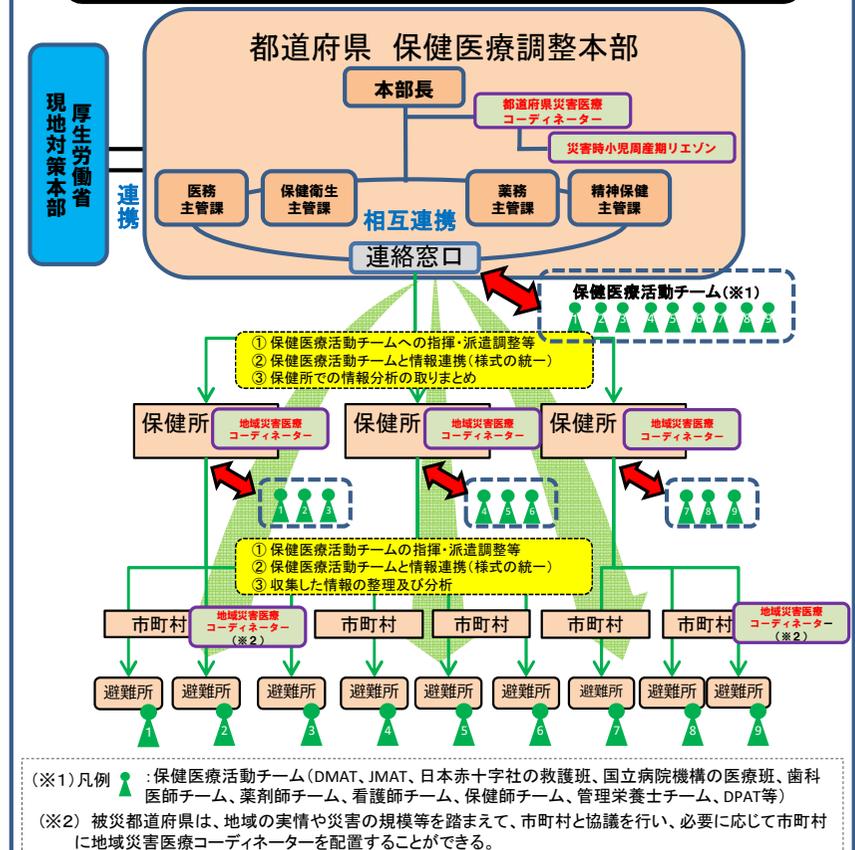
- 1 災害医療コーディネーターの招集、配置、運用
被災都道府県は、
○ 都道府県災害対策本部の下に、保健医療調整本部を設置し、都道府県災害医療コーディネーターを配置する。
○ 地域における保健医療活動の調整等が円滑に行われるよう、
一 必要に応じて保健所注に地域災害医療コーディネーターを配置する。
一 地域の実情や災害の規模等を踏まえて、市町村と協議を行い、必要に応じて市町村注に地域災害医療コーディネーターを配置することができる。
- 2 災害医療コーディネーターの業務
災害医療コーディネーターは、以下の事項について、助言及び調整の支援を行う。
(1) 組織体制の構築
(2) 被災情報等の収集、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日付け科発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(医療機関の場合は診療機能)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、

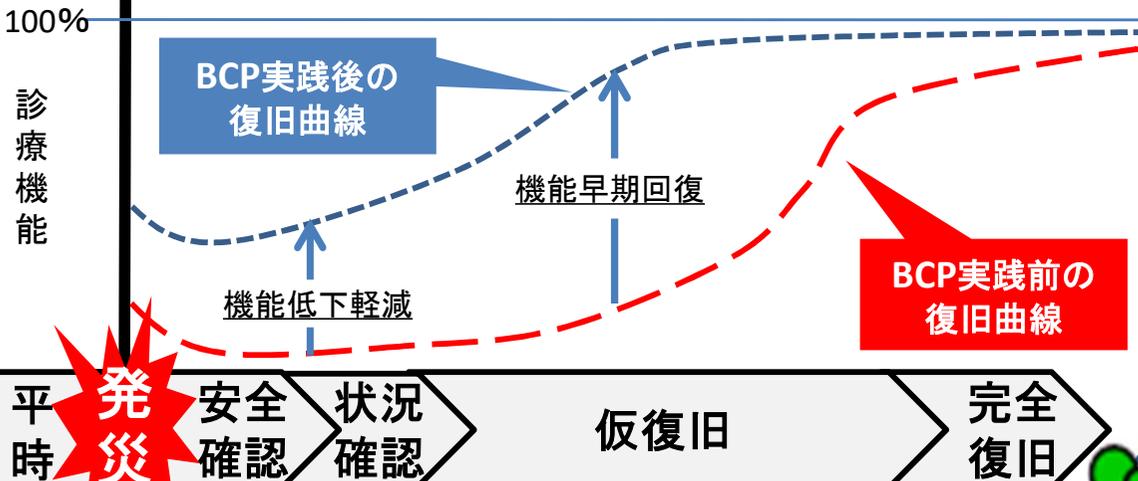
①BCPの整備のために必要なスキルやノウハウがないこと

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おり、厚生労働省では、よりいっそうのBCP策定の推進のため平成29年度よりBCP策定研修事業を行っている。→しかしながら、当該研修は予算の制約があり、これまで必ずしも希望者全員が受講できていない。

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)

医療機関に勤務するBCP策定等従事者

(内容)

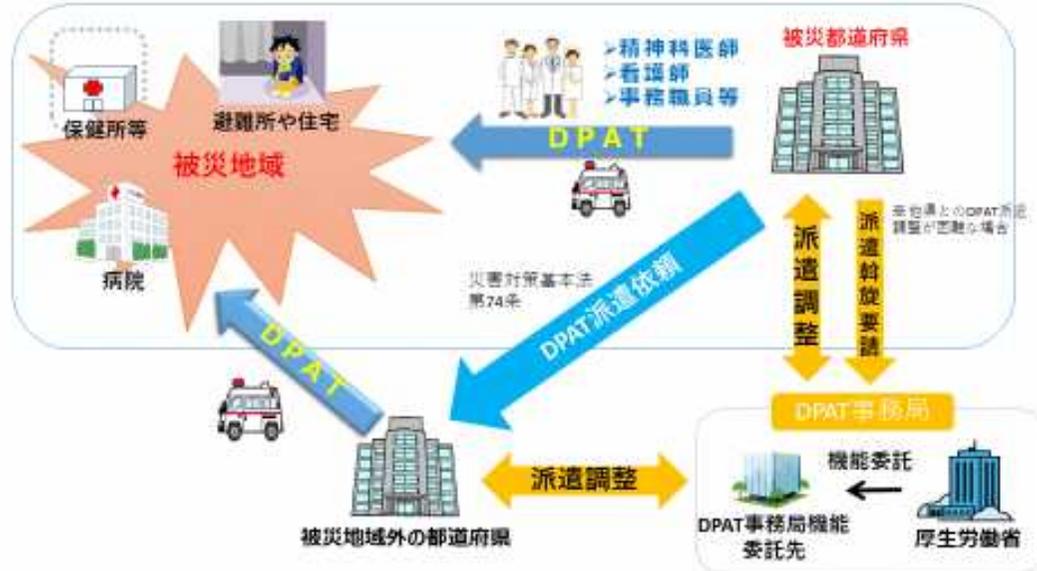
- ・ BCP策定体制の構築
- ・ 現況の把握/被害の想定
- ・ 通常業務の整理/災害応急対策 業務の整理
- ・ 業務継続のための優先業務の整理
- ・ 行動計画の文書化
- ・ BCPのとりまとめ 等



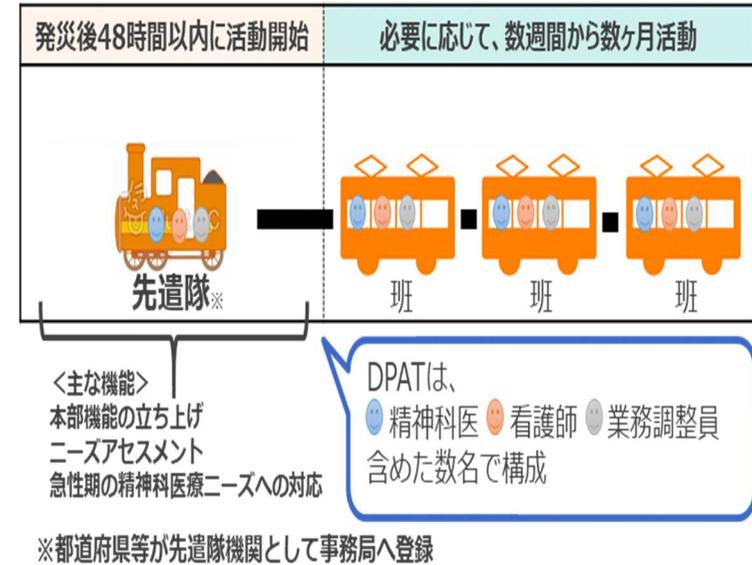
災害派遣精神医療チーム DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) 概要

1. 災害派遣精神医療チームDPATとは

自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の際、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチーム



2. DPATの構造



3. DPAT体制整備状況

名称	班数
先遣隊 (先遣隊を組織できる機関数をカウント)	88班 (令和3年2月現在)
先遣隊を除くDPAT (医師・看護師・業務調整員3名を基に計算)	1087班 (令和2年12月現在)

4. DPAT活動実績 (令和2年7月現在)

発災日	名称	発災日	名称
平成26年8月	広島県豪雨土砂災害	平成30年9月	平成30年北海道胆振東部地震
平成26年9月	御嶽山噴火	令和元年8月	令和元年8月の前線に伴う大雨
平成27年9月	平成27年9月 関東・東北豪雨	令和元年9月	台風15号
平成28年4月	平成28年熊本地震	令和元年10月	台風19号
平成29年3月	那須雪崩事故	令和2年2月	ダイヤモンドプリンセス号船内等活動 ※新型コロナウイルス感染症対応
平成29年7月	九州北部豪雨	令和2年7月	令和2年7月豪雨
平成30年7月	平成30年7月豪雨		

災害拠点精神科病院

以下のような機能を有し、24時間対応可能な緊急体制を確保すること等により、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- 医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能
 - 精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能
 - 災害派遣精神医療チーム(DPAT)の派遣機能
- 等

<災害拠点精神科病院の位置づけ>

- 必要性：「災害時における医療体制の構築に係る指針(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号)」に位置づけられている。
- 「災害拠点精神科病院の整備について(令和元年6月20日付け医政発0620第8号, 障発0620第1号)」により、都道府県が災害拠点精神科病院を指定する(平成31年4月1日より適用)。



指定要件

運営体制

- ・24時間の緊急対応し、被災地内の患者の受入れ及び搬出が可能な体制を有する
 - ・被災地からの精神科医療の必要な患者の受入れ拠点となる
 - ・DPATの保有及びその派遣体制を有する
- 等

施設及び設備

- ・病棟、診療棟等精神科診療に必要な部門を設置する
 - ・耐震構造を有する
 - ・3日分程度の燃料の確保、食料、飲料水、医薬品等の備蓄をする
 - ・病院敷地内等に患者の一時的避難所を運営するための施設を前もって確保する
- 等

<整備方針>

人口規模や地理的条件、都道府県における精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、都道府県ごとに必要な数を整備(少なくとも各都道府県内に1カ所以上)

※ 令和3年9月9日現在の指定状況は、全国で31施設(青森県3、茨城県2、東京都1、神奈川県1、新潟県1、石川県1、静岡県4、愛知県2、大阪府3、奈良県1、岡山県1、島根県1、広島県1、山口県1、徳島県1、香川県2、愛媛県1、福岡県2、沖縄県2)

医療計画の中間見直しにおける災害医療の指針の見直しについて

第17回医療計画の見直し
等に関する検討会
令和2年1月15日

資料
3
一部改

指針見直しの背景について

- 第7次医療計画の災害時における医療体制の構築にかかる指針においては、災害時に都道府県が、様々な医療チームの派遣調整を行うために、派遣調整本部を立ち上げ、そこ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。

その一方で、

- 熊本地震に係る初動対応検証チームの指摘において、被災地に派遣された保健師チーム、医療チーム等の情報共有の課題が指摘された。それを受け、大規模災害時の保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動情報の連携・整理・分析等の総合調整を行う保健医療活動本部の設置に関して5部局連名の通知を发出した。（平成29年7月）
- また、従来、医療計画の指針において派遣調整本部における医療チームの派遣調整を行うことを主な業務とする者として、災害医療コーディネーターが例示されていたが、新たに、保健医療調整本部等における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を行う者として、災害医療コーディネーターの位置づけ、運用に関する指針である「災害医療コーディネーター活動要領」を发出した。（平成30年2月）

第15回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

- 第7次医療計画施行後の上記流れを踏まえ、医療計画の中間見直しにおいて、指針の一部見直しについて事務局案を提示



対応方針

- 上記検討会での議論を踏まえ、
- ・「保健医療調整本部について指針に明示する」
 - ・「災害医療コーディネーターの記載について、活動要領を踏まえた内容とする」
- こととする。