第４回、第５回、第６回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料

・第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P. 2 ～95）

・第５回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P.97～152）

・第６回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P.154～224）

第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ	資料1
令和４年４月２８日	

第８次医療計画策定に向けた救急医療について

目次

1.　2040年頃を見据えた課題

（１）人口動態の推計等　P. ２～８

（２）疾患別入院患者数等の推計　P. ９～15

2.　病院前救護活動の現状　P.16～22

3.　救急医療機関の役割　P.23～49

4.　新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療　P.50～65

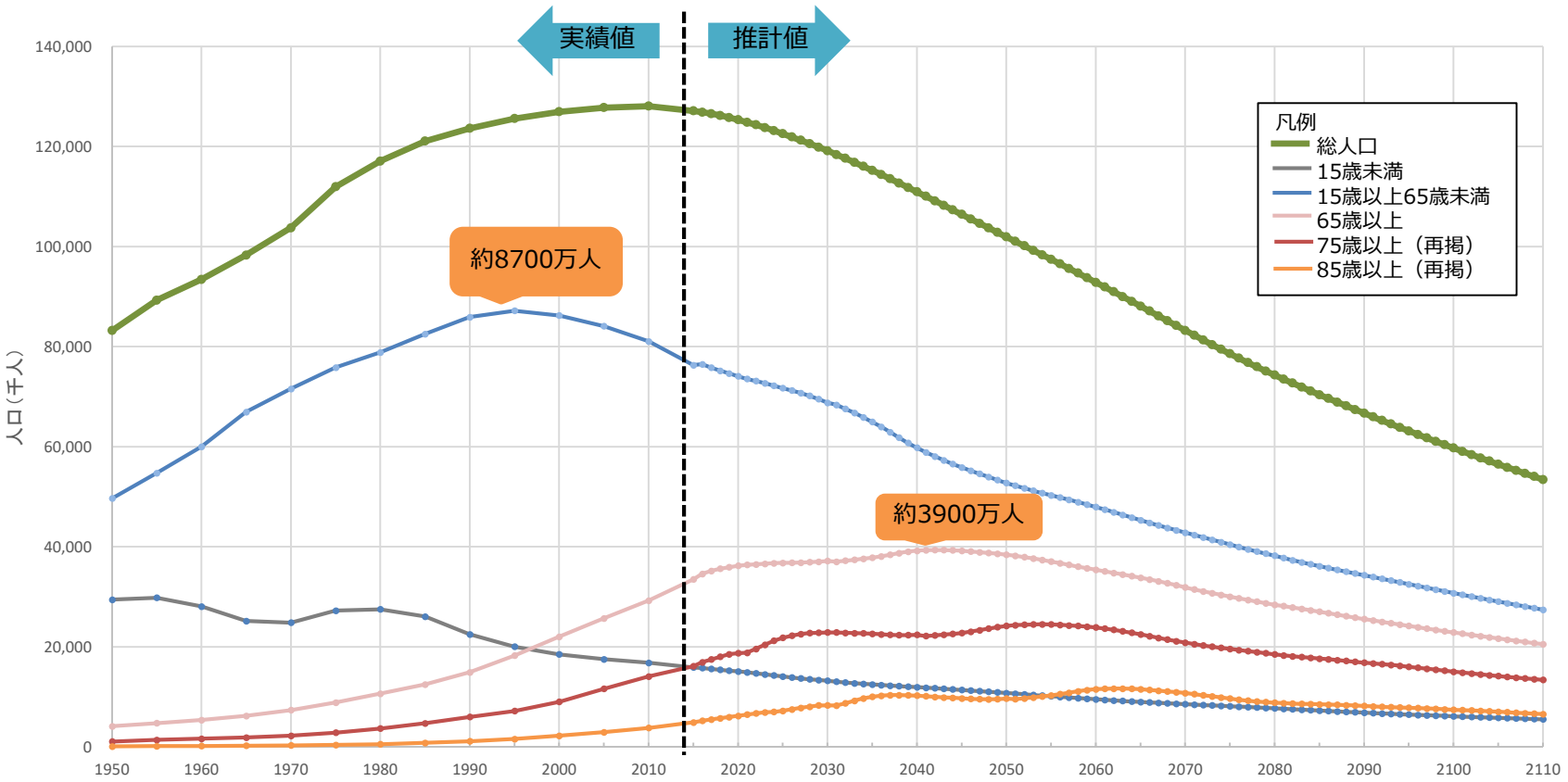
1．2040年頃を見据えた課題

（１）人口動態の推計等

高齢者数の増加

○　我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。

○　2042年、高齢者数がピークを迎える。高齢者、特に75歳以上・85歳以上の高齢者数の増加により救急患者・救急搬送の増加が見込まれる。

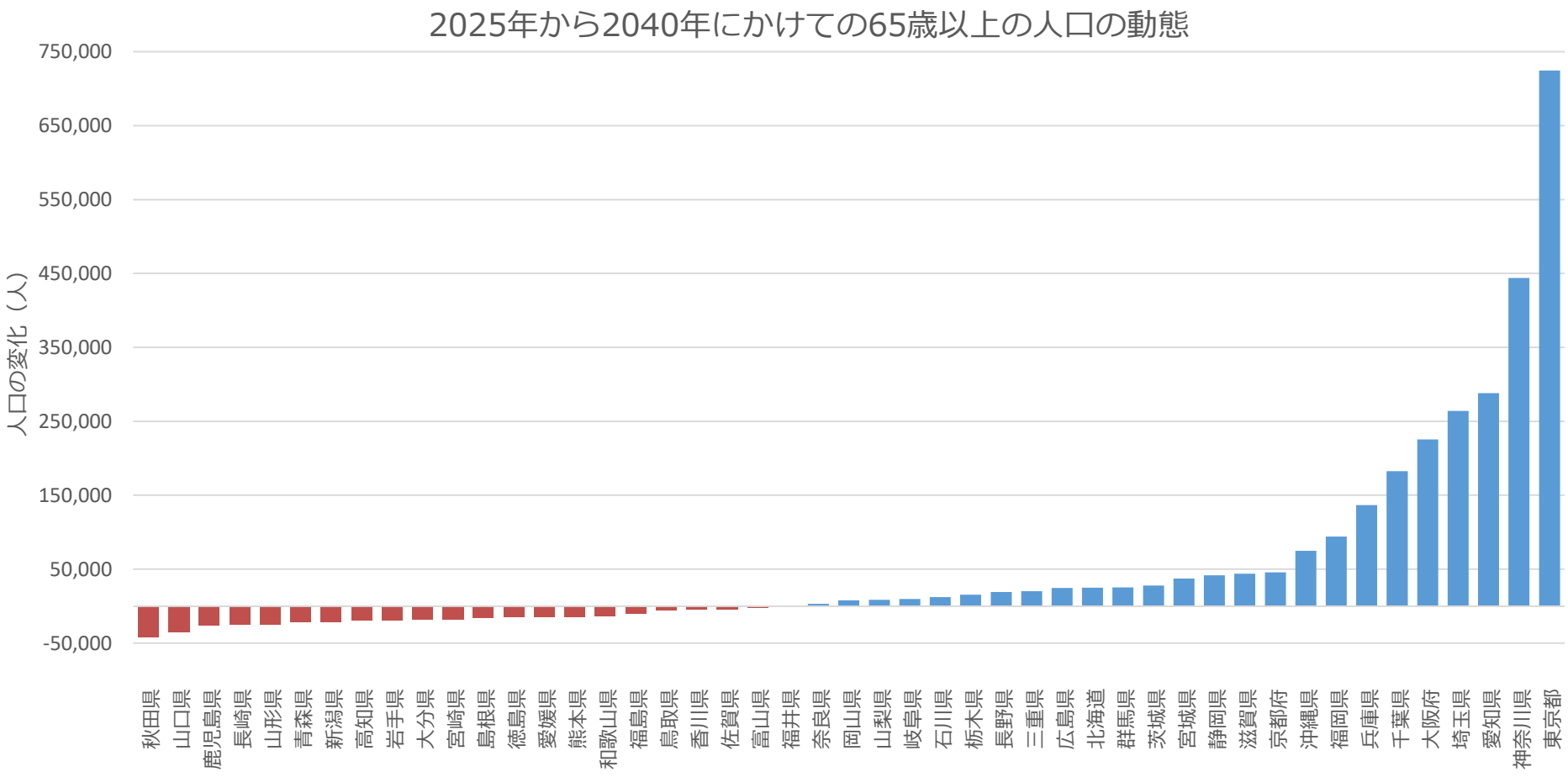


出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（４区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢４区分別総人口および年齢構造係数」

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

高齢者数の増加の地域差

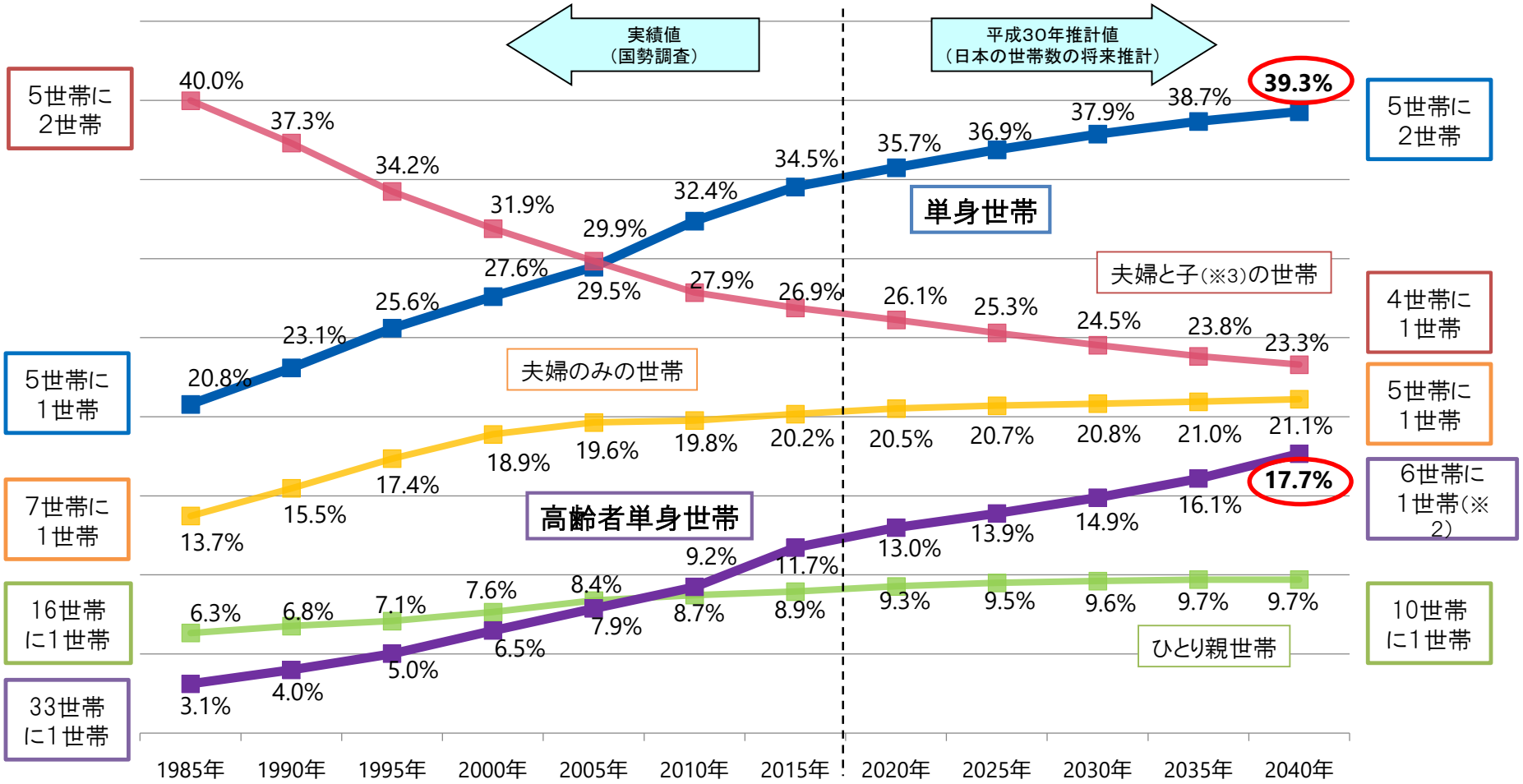
○ 高齢者数の増加には、地域差があり、都道府県単位でみると、首都圏をはじめとする都市部を中心に増加する。
○ 他方、2025年から2040年にかけて、高齢者数が減少する都道府県が発生する。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

単身世帯・高齢者単身世帯の増加

○ 単身世帯、高齢者単身世帯（※1）、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。



（出典）総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018年推計）」

（※1）世帯主が65歳以上の単身世帯を、高齢者単身世帯とする。

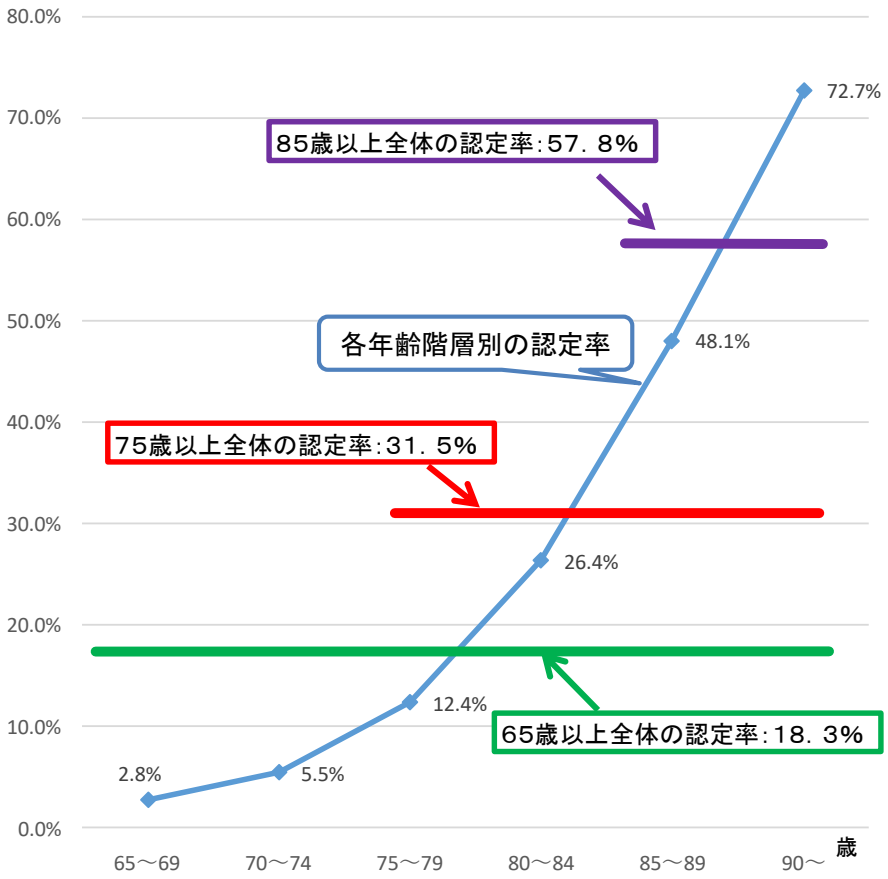
（※2）全世帯数に対する高齢者単身世帯の割合はグラフのとおりだが、世帯主年齢65歳以上世帯に対する割合は、32.6%（2015年）から40.0%（2040年）へと上昇。

（※3）子については、年齢にかかわらず、世帯主との続き柄が「子」である者を指す。

在宅・介護施設の要介護高齢者の増加

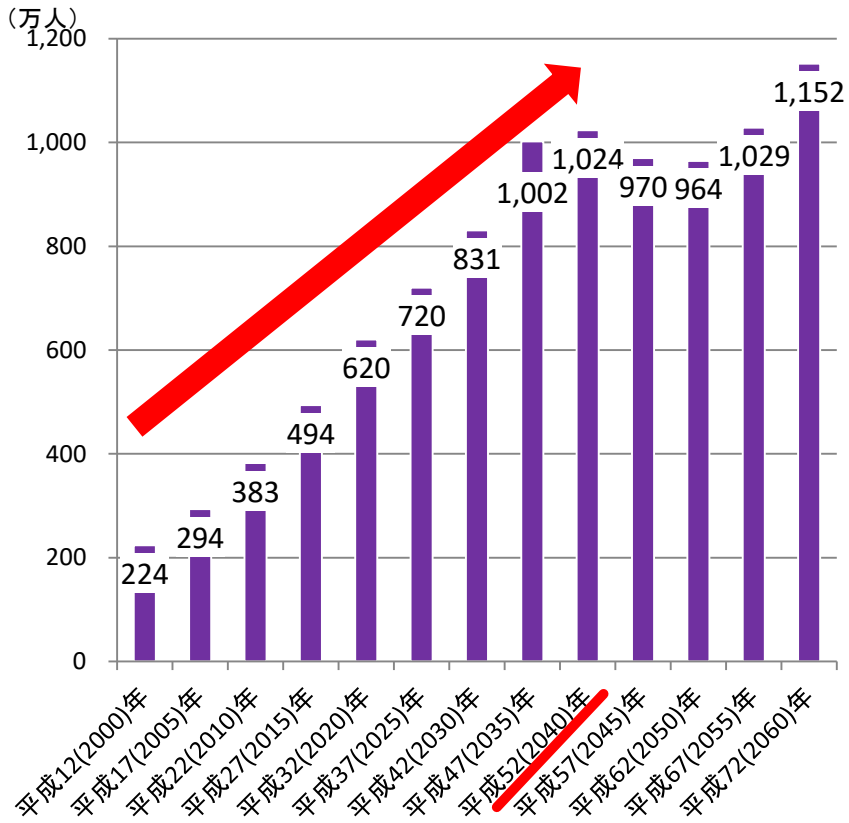
○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○　85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、在宅・介護施設の要介護高齢者の増加が見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移

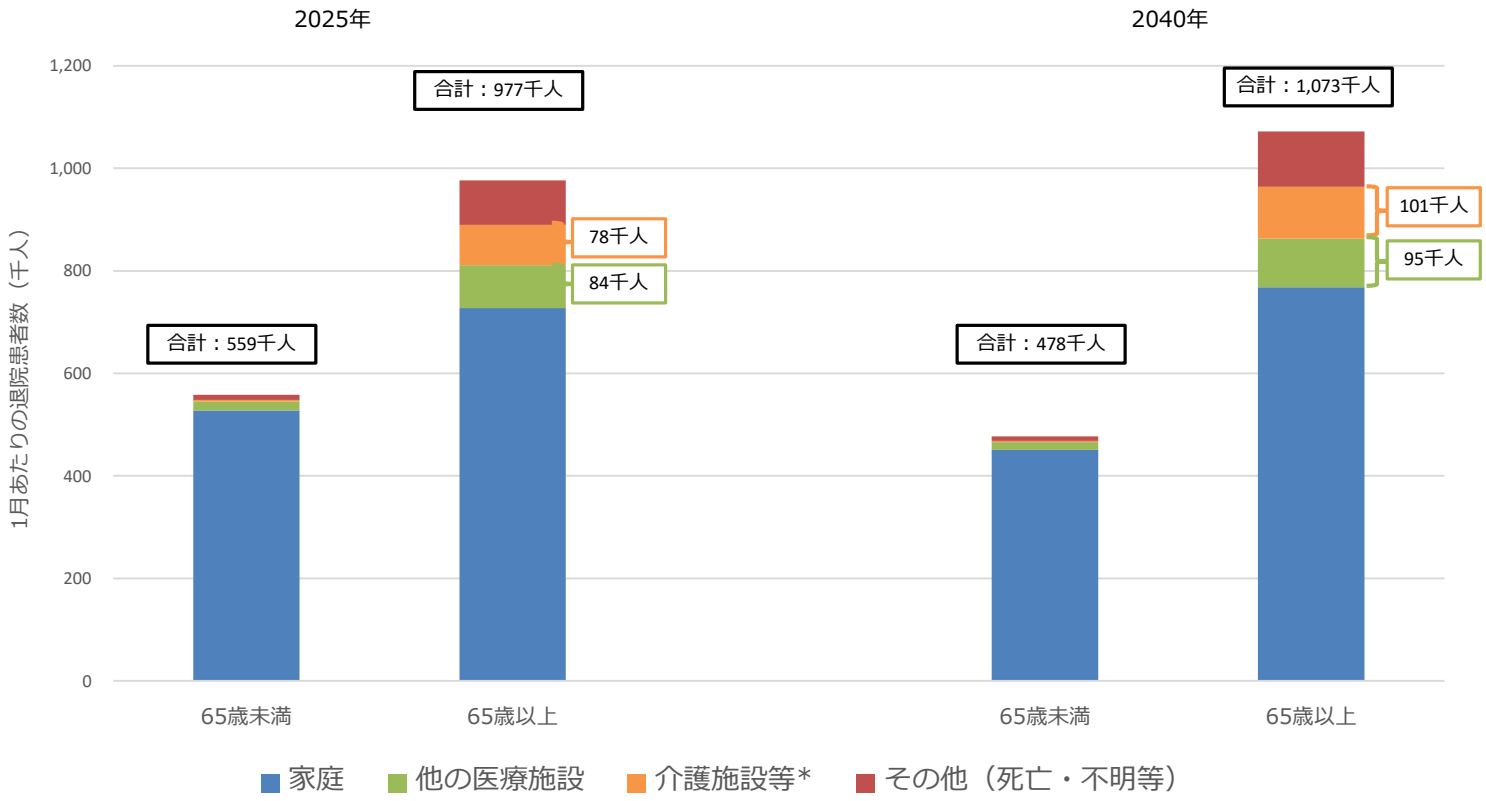


出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
　実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数の増加

○　65歳以上の退院患者数は2040年に向けて10%増加するが、そのうち、介護施設等（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設）へ退院する患者数は29%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は13%増加すると見込まれる。

退院患者の退院先の推移



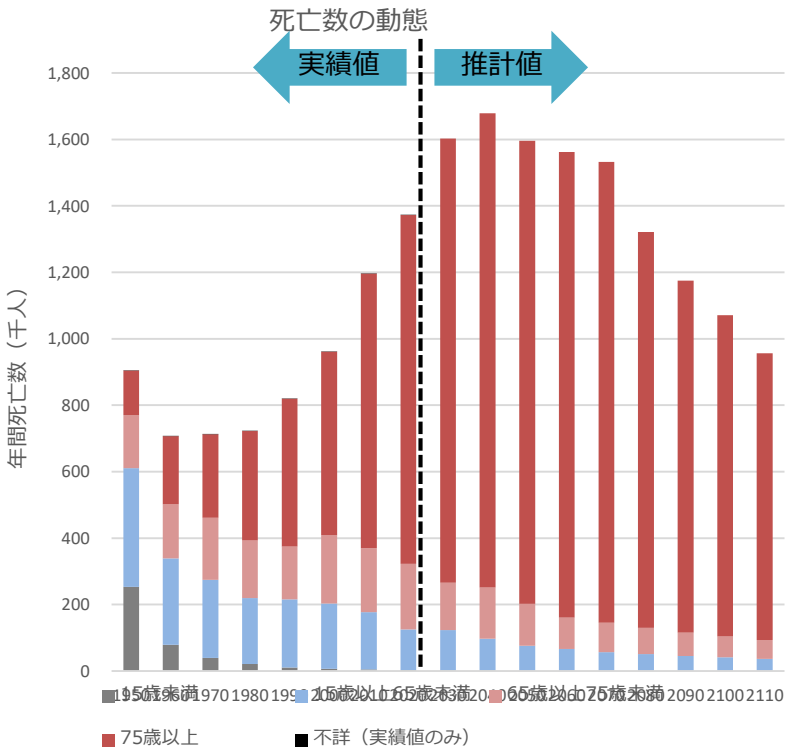
出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

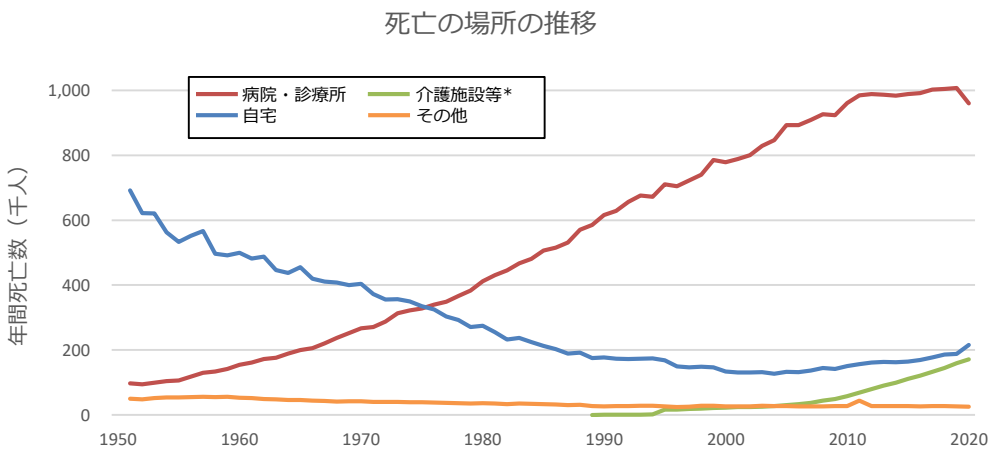
*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設

※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。

死亡者数の増加

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
○ 死亡の場所については、病院・診療所の割合が大きいが、近年は自宅や介護施設等も増加傾向にある。



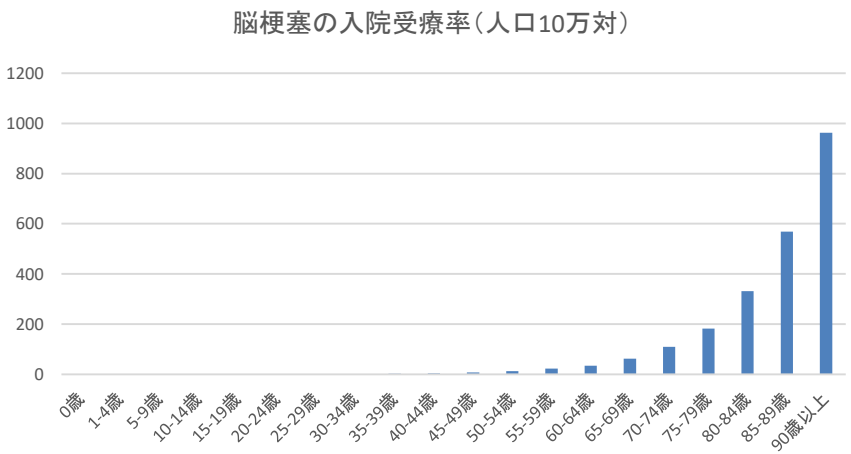


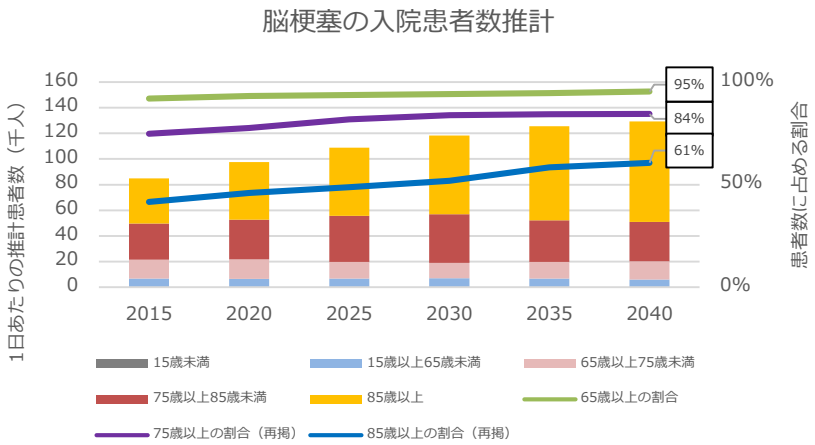
出典：国立社会保障・人口問題研究所「性、年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」
*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム
※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

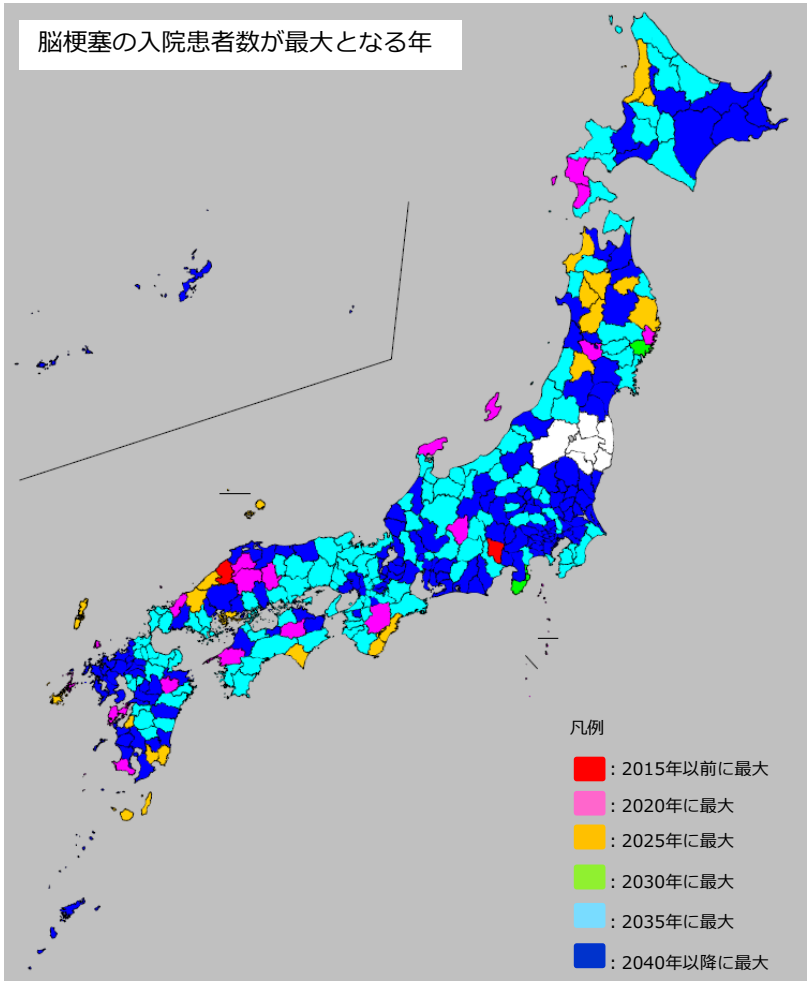
1．2040年頃を見据えた課題

（２）疾患別入院患者数等の推計

入院患者数の推計（脳梗塞）





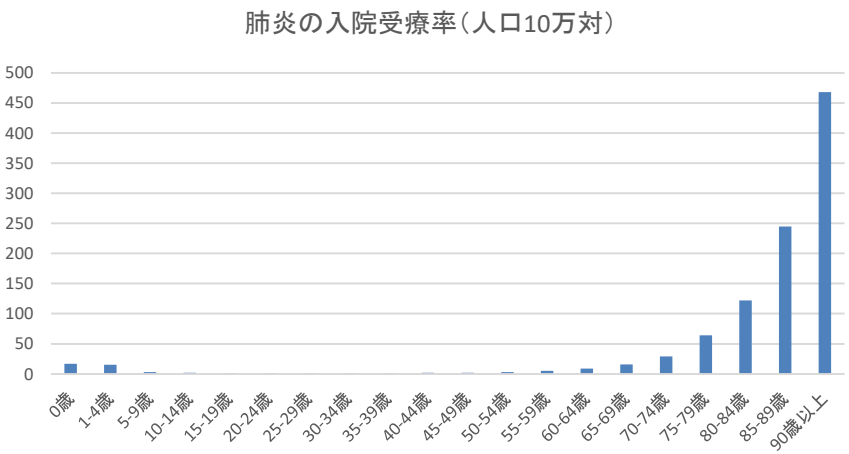


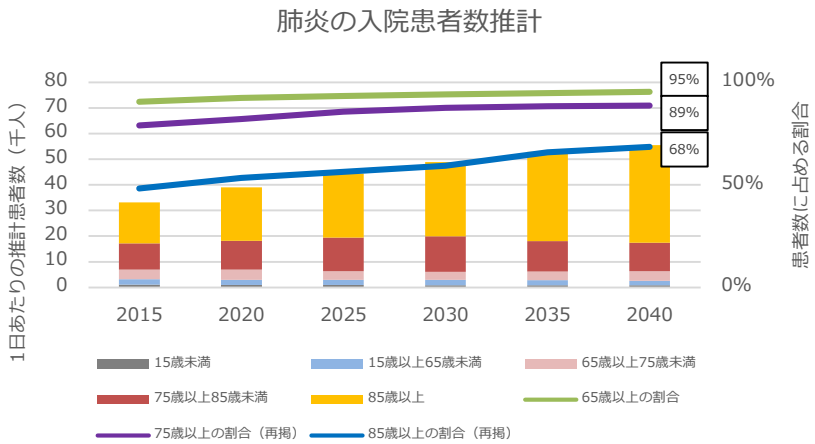
出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」
「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院ー外来・都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

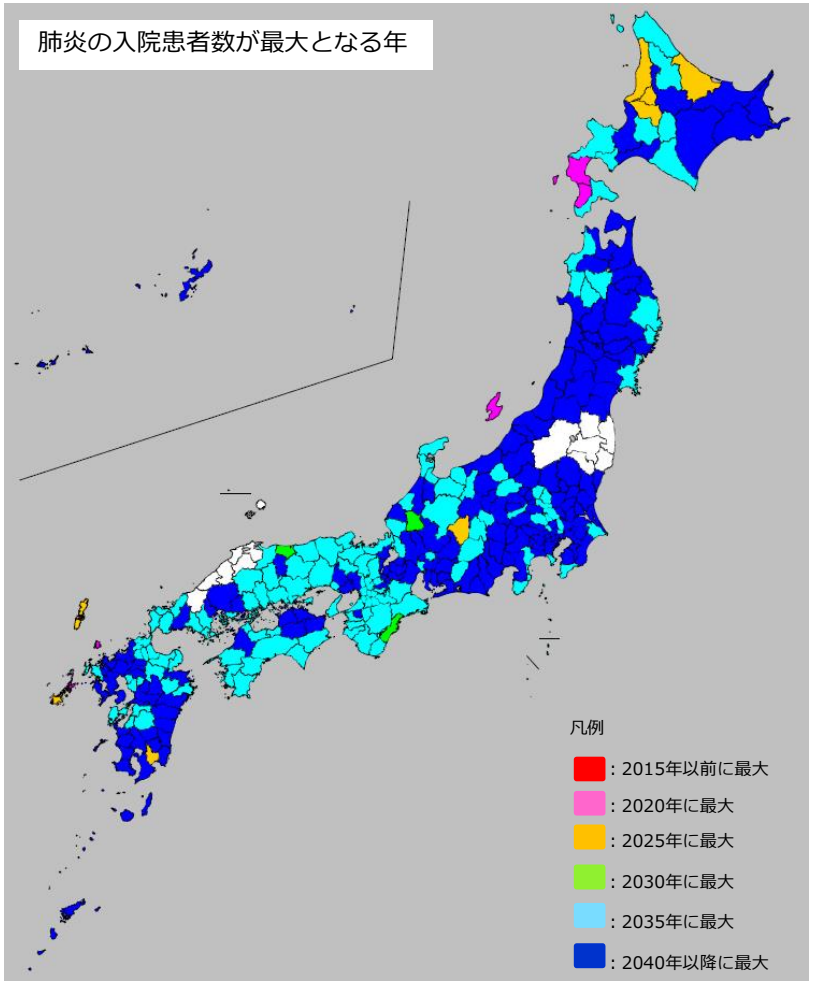
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

入院患者数の推計（肺炎）







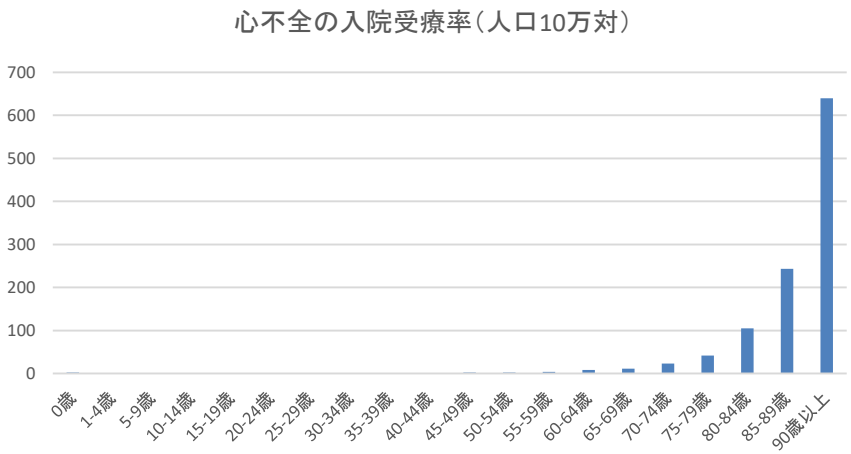
出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」
「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院ー外来・都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

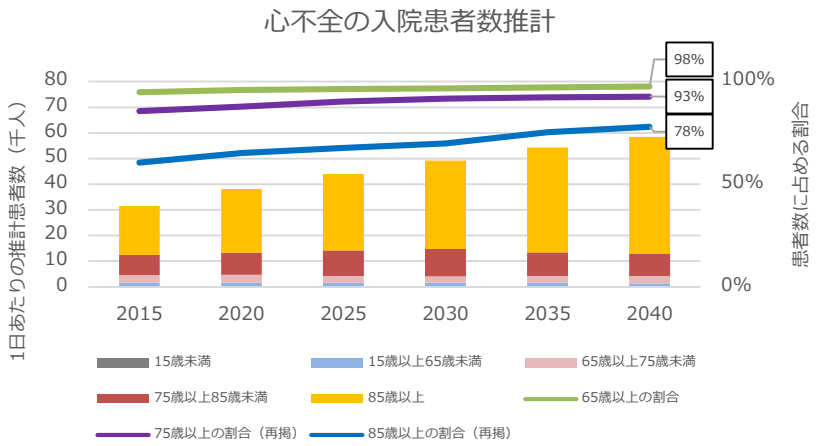
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

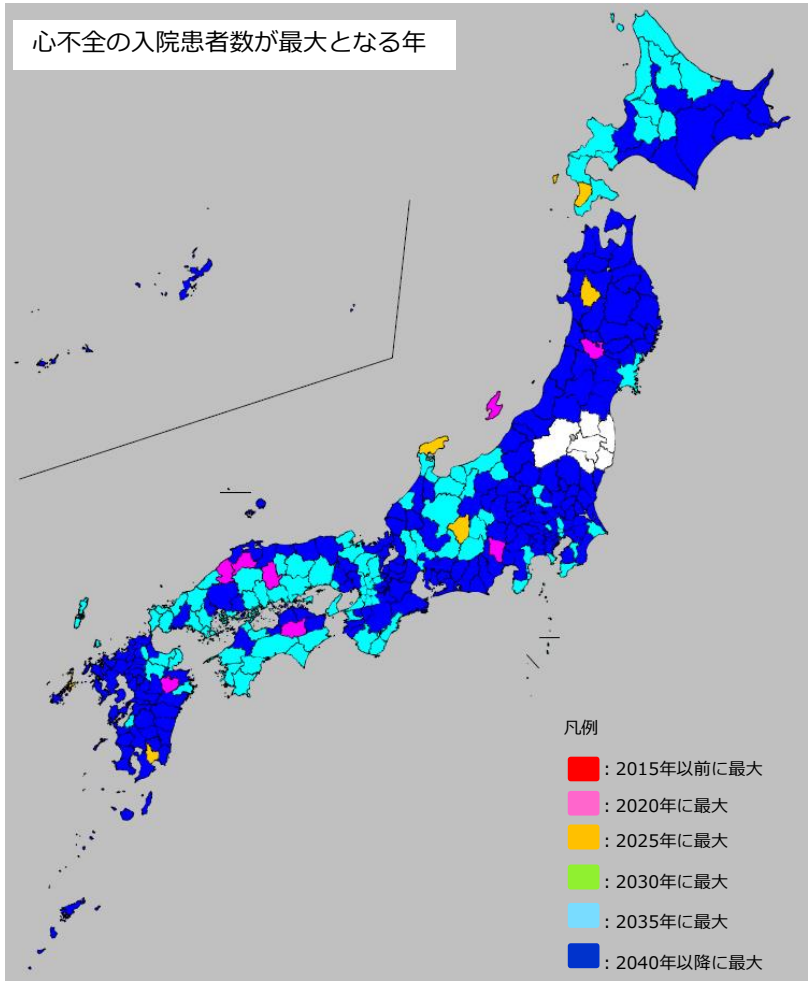
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

※ 島根県は四捨五入のため各年齢階級の推計患者数が0となっているため、二次医療圏ごとの患者数の推計を行っていない。

入院患者数の推計（心不全）





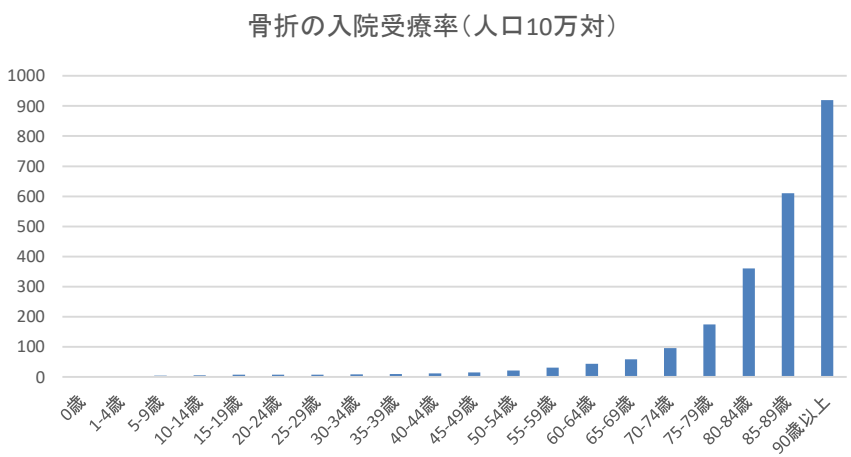


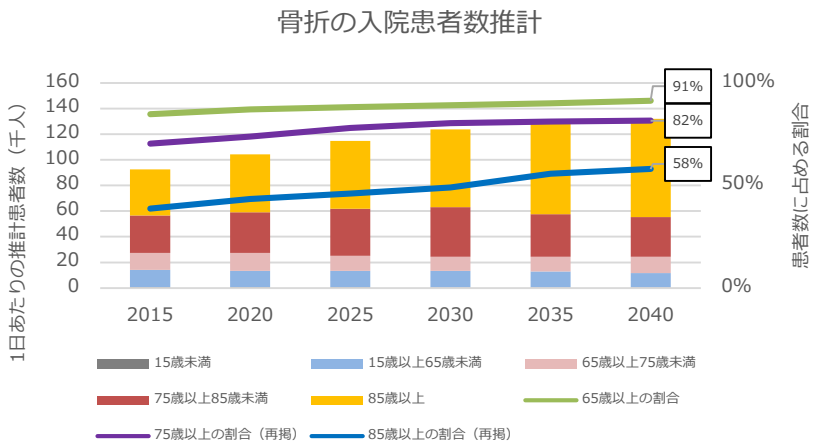
出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病小分類別」
「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病小分類×入院ー外来・都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

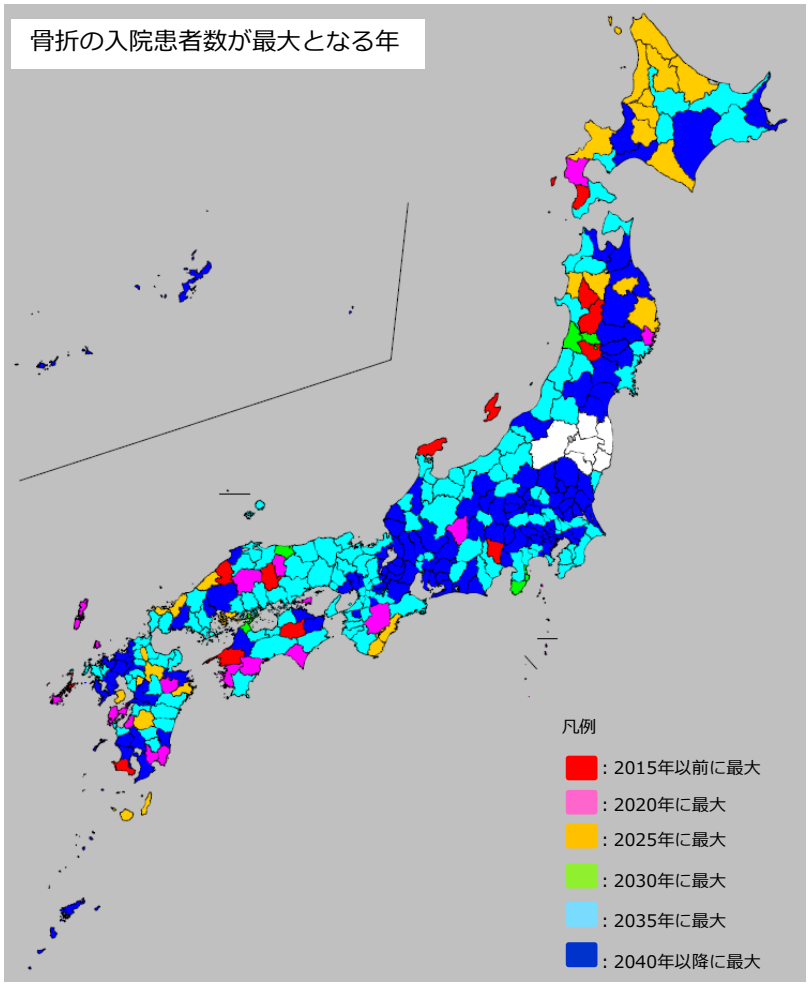
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

入院患者数の推計（骨折）







出典：患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」
「推計患者数（患者所在地）、性・年齢階級×傷病大分類×入院ー外来・都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

認知症の有病者数の推計

○ 認知症有病率調査を踏まえた推計等（※） によれば、認知症の有病者数は2012年の462万人から、2025年に約675万人、2040年に約802万人に増加することが見込まれる。

年	平成24年（2012）	平成27年（2015）	令和2年（2020）	令和7年（2025）	令和12年（2030）	令和22年（2040）	令和32年（2050）	令和42年（2060）
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

（※） 出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率（2025年）。

- 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
- 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。

注） 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。

本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

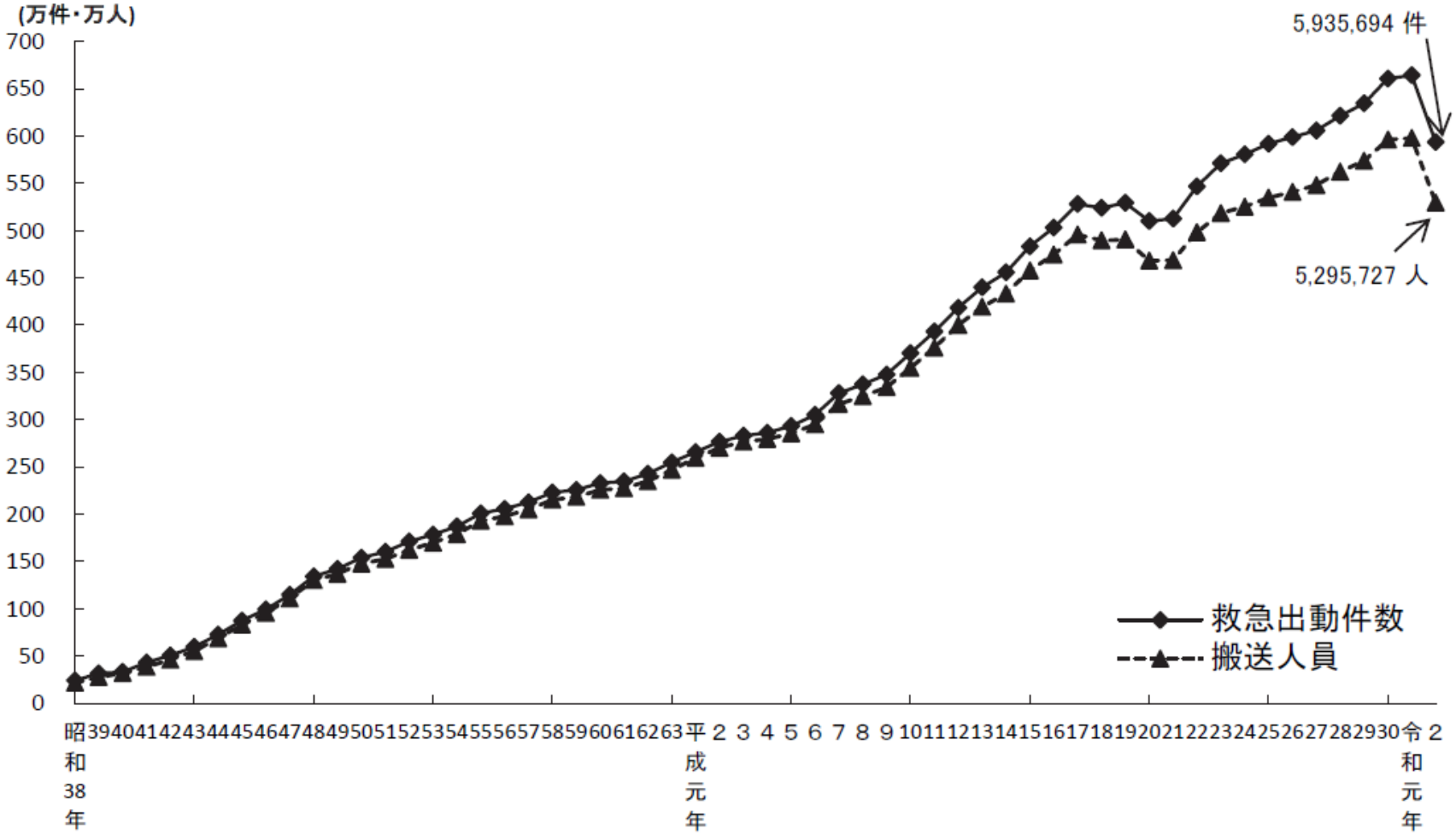
2040年頃を見据えた課題（まとめ）

- ○ 現役世代（生産年齢人口）の減少と高齢者の増加が続き、2042年、高齢者数がピークを迎える。
- ○ 高齢者数の増加には地域差があり、都市部を中心に増加するが、減少する都道府県もある。
- ○ 単身世帯、高齢者単身世帯の増加が見込まれる。
- ○ 85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、在宅・介護施設の要介護高齢者の増加が見込まれる。
- ○ 65歳以上の退院患者のうち、介護施設等や、他の医療施設へ退院する患者の増加が見込まれる。
- ○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- ○ 死亡の場所については、病院・診療所の割合が大きいが、近年は自宅や介護施設等も増加傾向にある。
- ○ 高齢者数の増加に伴い、脳梗塞・肺炎・心不全・骨折などによる入院が増加することが見込まれる。認知症有病者も増加することが見込まれる。

2. 病院前救護活動の現状

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は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。

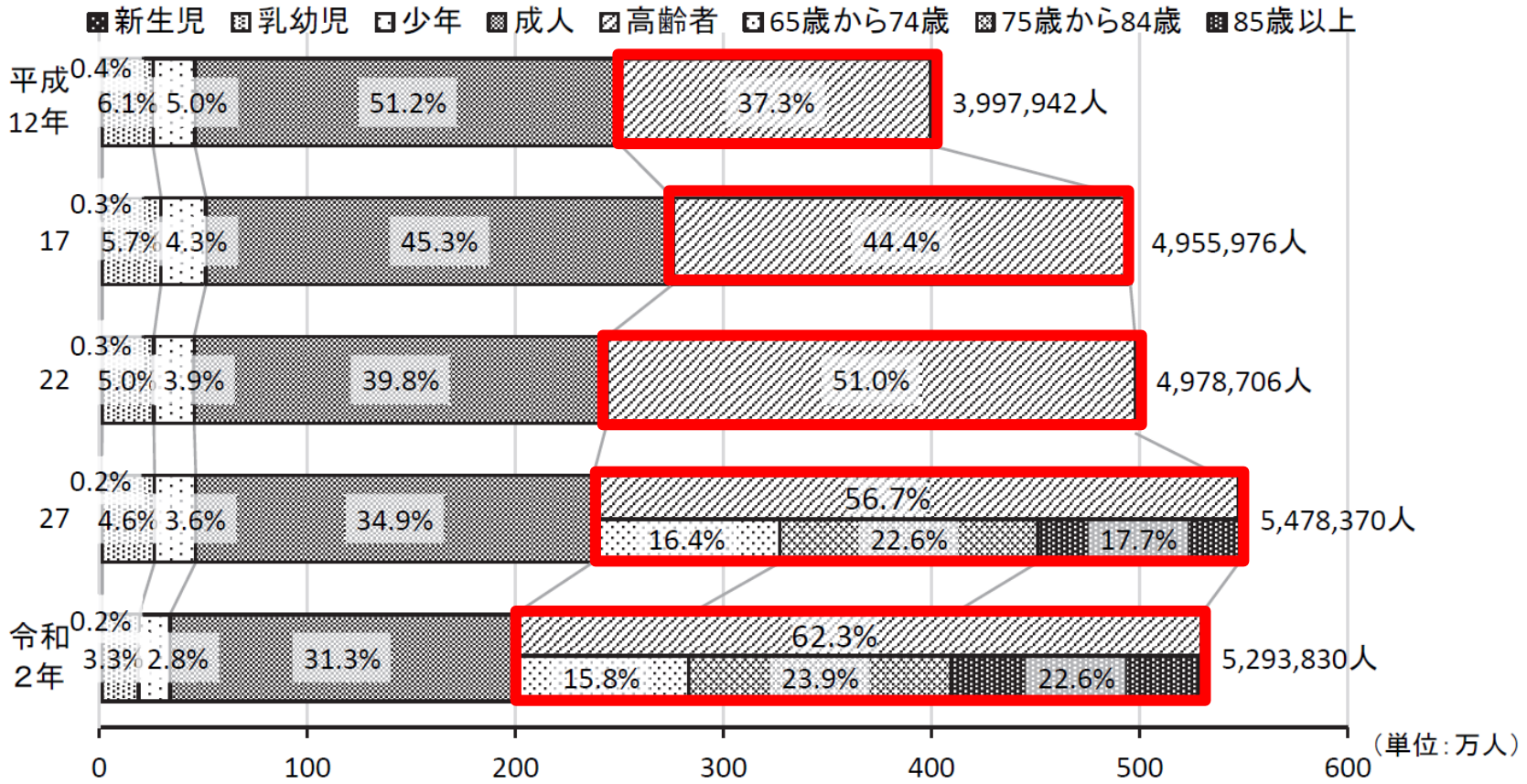


（注） 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。
2 各年とも１月から12月までの数値である。

（出典）令和3年版 救急・救助の現況（総務省消防庁） 第16図より一部改変

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



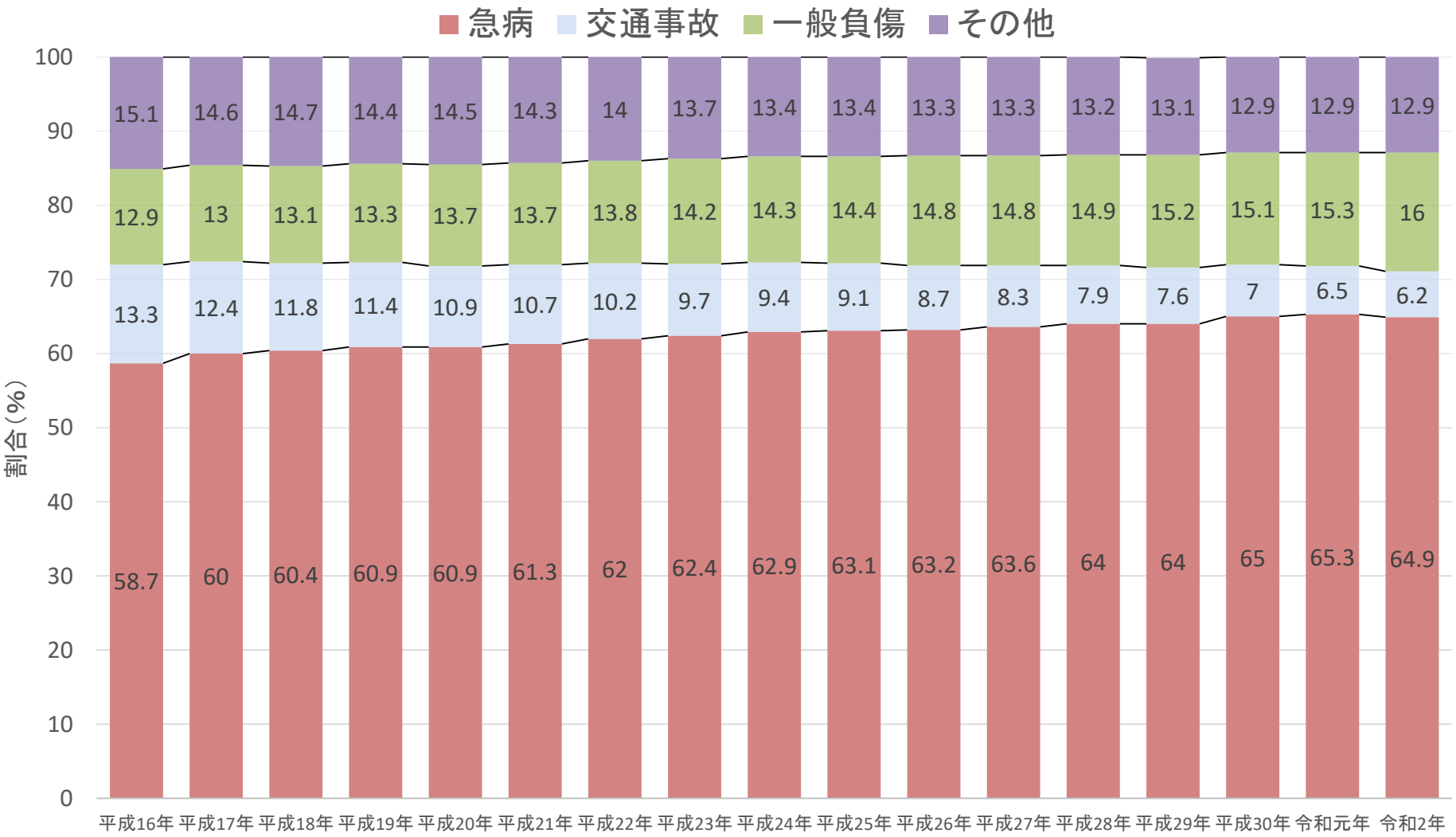
1　割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は 100%にならない場合がある。

2　東日本大震災の影響により、平成 22 年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

（出典）令和3年版　救急・救助の現況（総務省消防庁）　第30図

事故種別の救急出動件数と構成比の推移

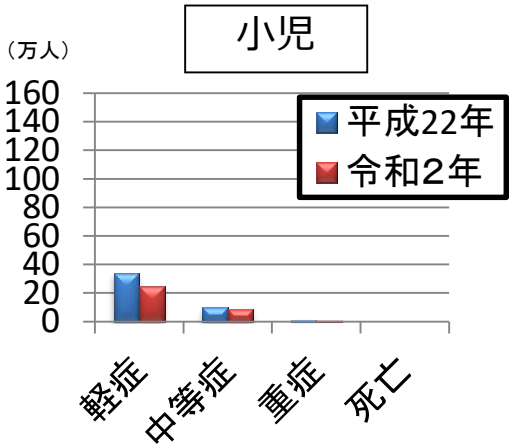
○「交通事故」は減少し、「急病」と「一般負傷」の搬送割合が徐々に増加している。

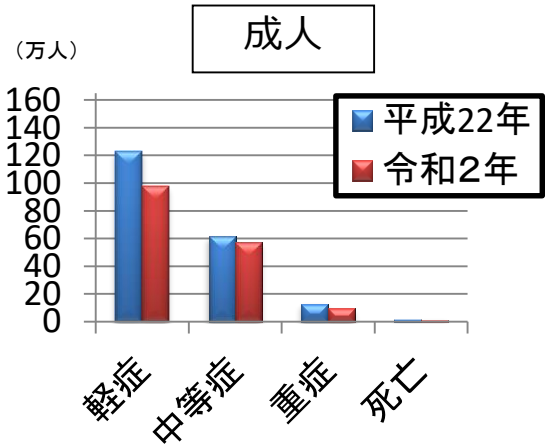


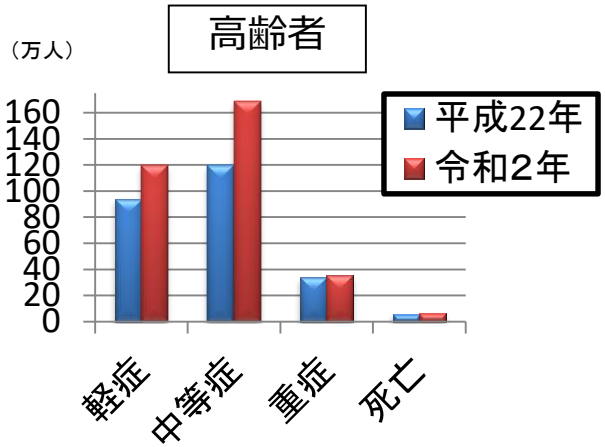
（出典）令和3年版　救急・救助の現況（総務省消防庁）　第20図（一部改変）

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。







平成２２年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

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

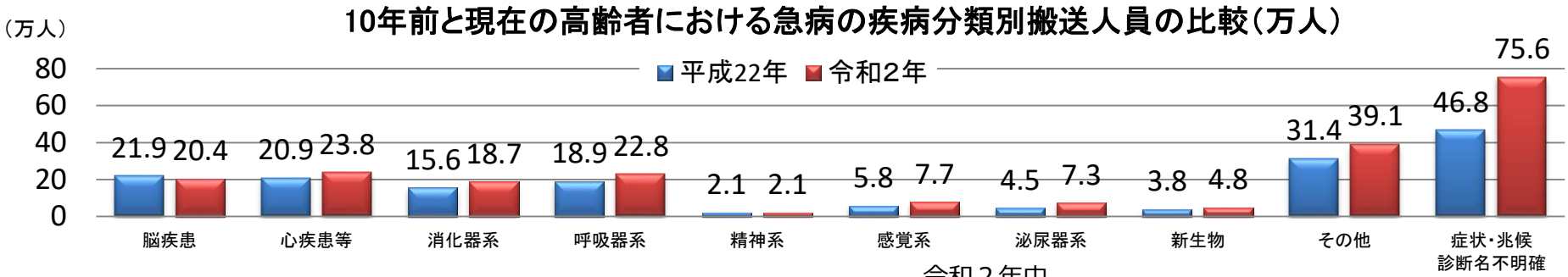
「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

令和２年中

	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
死亡	0．06万人 0．03万人減 ▲33%	1．2万人 0．4万人減 ▲25%	6．5万人 0．6万人増 10%
重症	0．7万人 0．4万人減 ▲36%	9．7万人 3．0万人減 ▲24%	35．3万人 1．3万人増 4%
中等症	8．8万人 1．4万人減 ▲14%	57．0万人 4．2万人減 ▲7%	168．5万人 48．7万人増 41%
軽傷	24．4万人 10．3万人減 ▲30%	97．4万人 25．4万人減 ▲21%	119．4万人 25．5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成２２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和２年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 （0.3万人減）	5.7万人 （2.5万人減）	20.4万人 （1.5万人減）
心疾患等	0.1万人	5.9万人 （1.1万人減）	23.8万人 （2.9万人増）
消化器系	1.0万人 （0.6万人減）	11.3万人 （3.9万人減）	18.7万人 （3.1万人増）
呼吸器系	1.5万人 （1.0万人減）	5.5万人 （0.8万人減）	22.8万人 （3.9万人増）
精神系	0.4万人 （0.1万人減）	7.2万人 （2.7万人減）	2.1万人
感覚系	1.3万人 （0.5万人減）	6.0万人 （0.2万人減）	7.7万人 （1.9万人増）
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 （0.1万人減）	7.3万人 （2.8万人増）
新生物	0.01万人	1.2万人 （0.2万人減）	4.8万人 （1.0万人増）
その他	3.7万人 （1.3万人減）	19.5万人 （3.6万人減）	39.2万人 （7.8万人増）
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 （1.2万人減）	37.8万人 （7.0万人増）	75.6万人 （28.8万人増）
総人口	1835.9万人 （213.7万人減）	7176.0万人 （631.7万人減）	3602.7万人 （654.3万人増）

（出典）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

病院前救護活動の現状（まとめ）

- ○ 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、年々増加傾向である。
- ○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。
- ○「交通事故」は減少し、「急病」と「一般負傷」の搬送割合が徐々に増加している。
- ○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- ○ 急病の疾病分類別搬送人員のうち、特に高齢者の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。

3．救急医療機関の役割

救急医療体制体系図

（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13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31年4月18日付一部改正医政発0418第16号）抜粋）

救命救急医療（第三次救急医療）

救命救急センター（299カ所）
（うち、高度救命救急センター（46カ所））

令和４年４月18日現在

ドクターヘリ（56カ所）

令和４年４月18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。

高度救命救急センターは、救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れるもの。

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）

令和２年4月1日現在（令和２年度救急現況調査より）

○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。

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）

令和２年4月1日現在（令和２年度救急現況調査より）

○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。

搬送・受入れルール

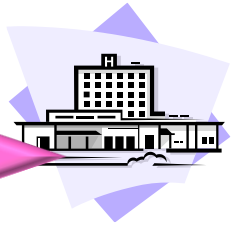
○ 消防法に基づき、都道府県に医療機関、消防機関等が参画する協議会（メディカルコントロール協議会等）を設置し、“消防機関による傷病者の搬送”及び“医療機関による当該傷病者の受入れ”の迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定が義務づけられている。

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・受入ルールを策定

＜搬送・受入ルール＞

○ 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

地域の搬送・受入ルールの策定

搬送・受入の調査・分析

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・受入ルールを遵守しなければならない

医療機関は、搬送・受入ルールを尊重するよう努めるものとする

方向性を検討すべき論点

救急医療体制について

（現状と課題）

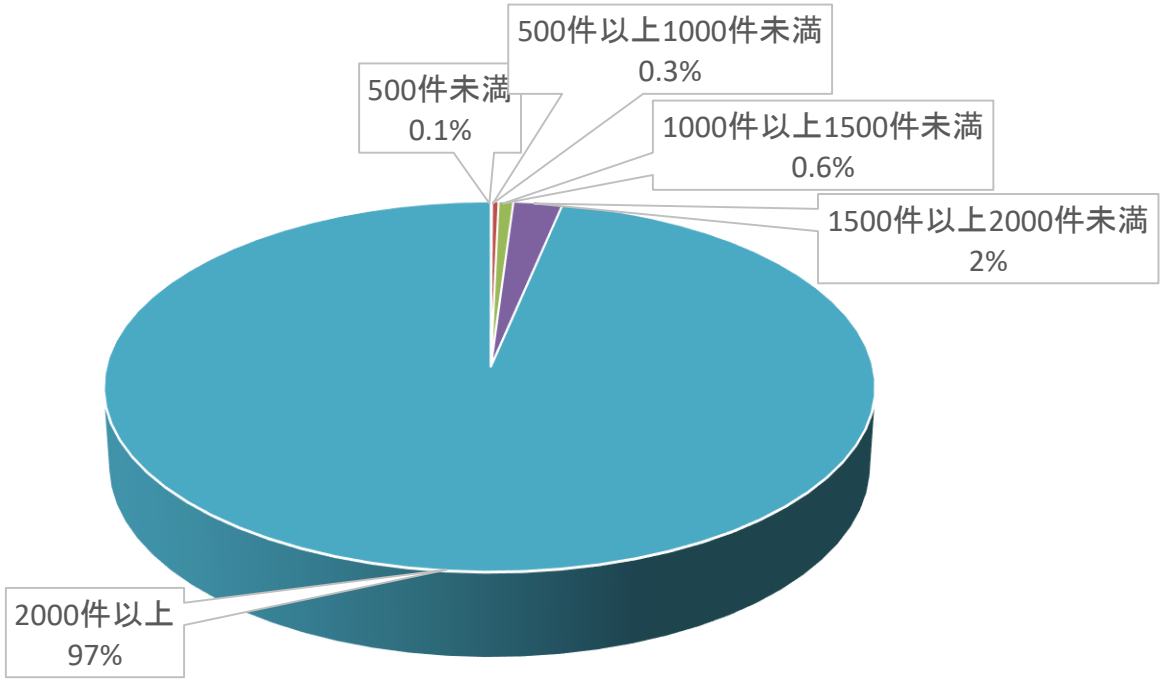
- 「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年7月6日医発第692号厚生省医務局長通知）により、これまで初期・二次・三次救急医療機関の整備が行われてきた。
- 高齢化等社会経済構造の変化に対応できるよう、これまでも救急医療体制の在り方については議論がされてきたが、こうした変化に十分対応できる仕組みへの変更がなされるには至っていない。
- さらなる高齢化の進展、継続して増加する救急搬送件数、医師の働き方に関する議論等、救急医療を取り巻く状況を踏まえると、これ以上の時間的猶予はなく、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分化・連携について、今回の検討会において決着が図られるよう真摯に議論を深める必要がある。

（主な意見）

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

救急搬送受入件数区分別の年間救急車受入件数（第三次救急医療機関）

○ 年間2,000件以上の救急車を受け入れている第三次救急医療機関が、第三次救急医療機関で受け入れている救急車全体の97%を受け入れている。



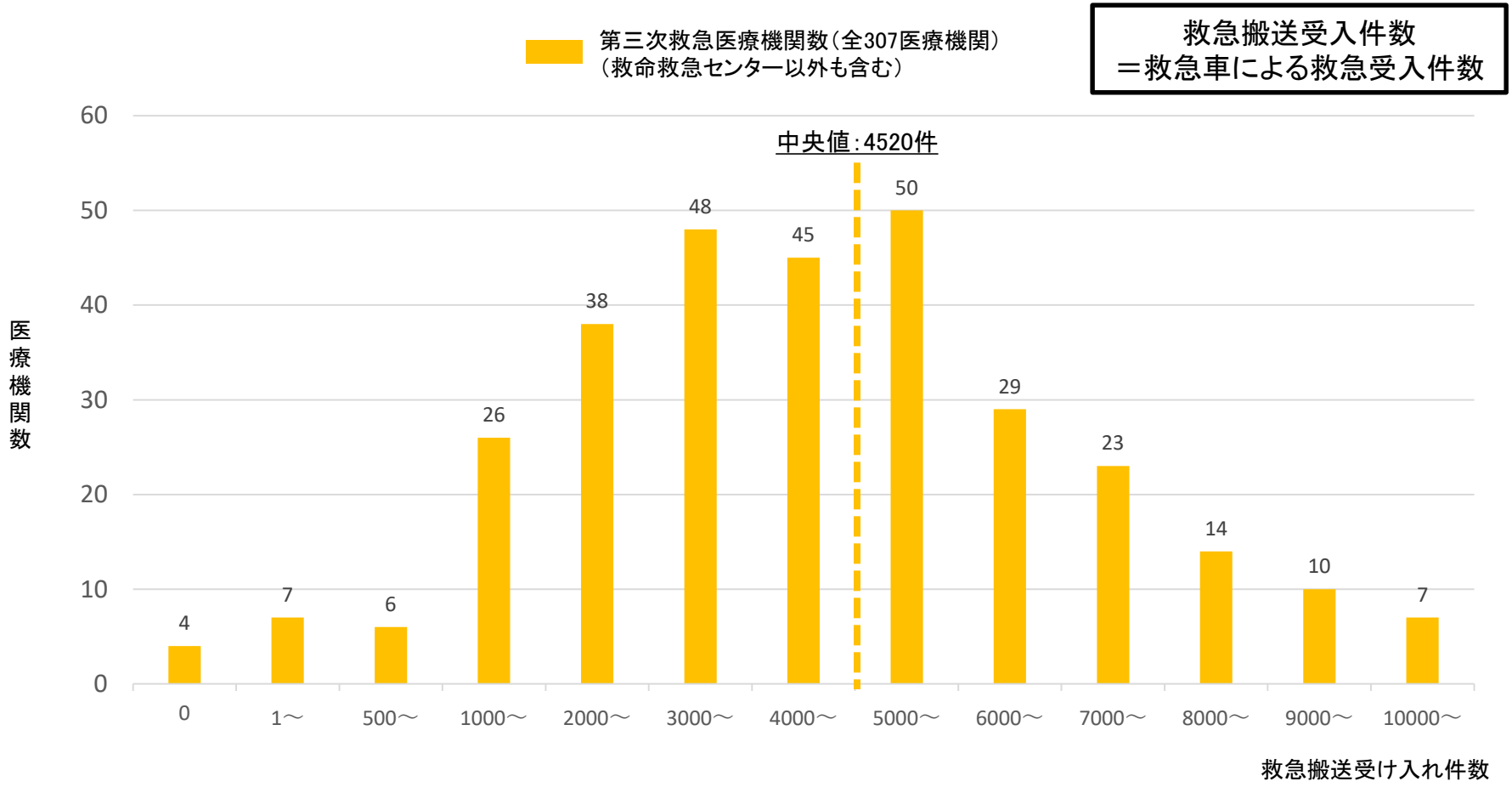
年間救急車受入件数区分	500件未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
第三次救急医療機関数	11	6	8	18	264	307
年間救急車受入件数	806	4,352	9,697	32,381	1,381,807	1,429,043

（出典）令和２年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

救急搬送受入件数の分布（第三次救急医療機関）

○ 第三次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は4,520件であった。
○ 救急搬送受入件数が1,000件未満と報告した第三次医療機関数は17（全体の5.5%）であった。

救急搬送受入件数
＝救急車による救急受入件数

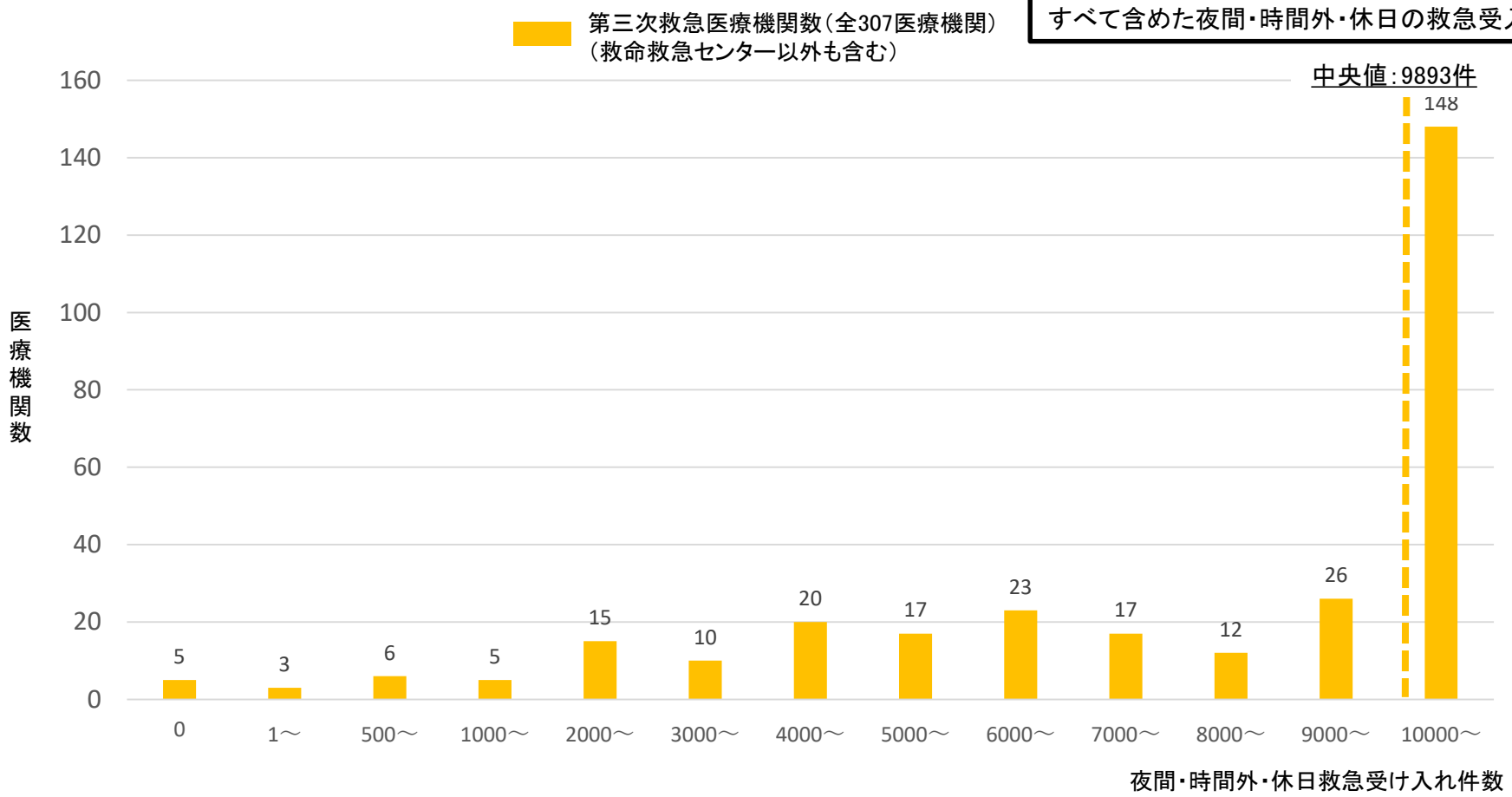


（出典）令和2年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

夜間・時間外・休日の救急受入件数の分布（第三次救急医療機関）

○ 第三次救急医療機関における、救急搬送患者を含む夜間・時間外・休日の急患受入件数の中央値は9,893件であった。
○ 1,000件未満の第三次救急医療機関は14（全体の4.5%）であった。

夜間・時間外・休日の救急受入件数
＝救急車による搬送とそれ以外の救急受入も
すべて含めた夜間・時間外・休日の救急受入件数

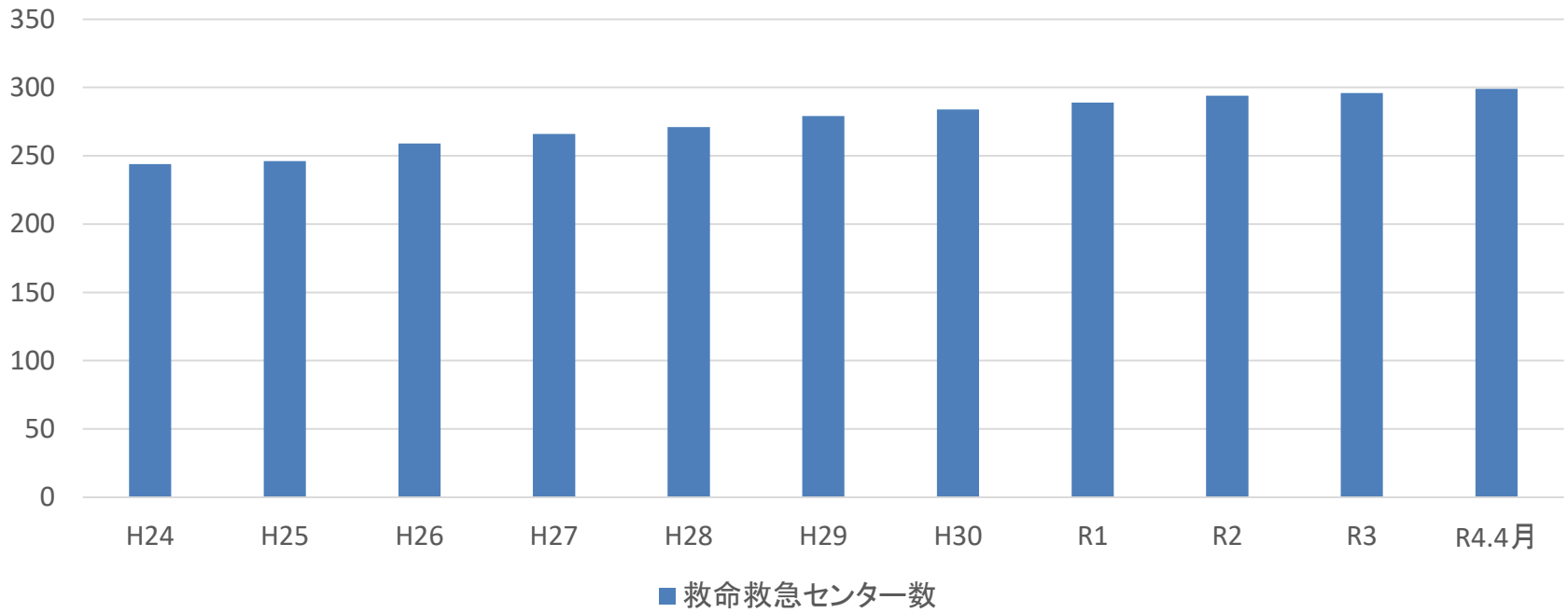


（出典）令和2年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

第三次救急医療機関の整備

○ 救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在299施設まで増加が続いている。

○ 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。



	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.4月
救命救急センター数 （うち高度救命救急センター数）	244 （27）	246 （28）	259 （29）	266 （32）	271 （34）	279 （36）	284 （38）	289 （42）	294 （43）	296 （45）	299 （46）

（出典）令和2年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究」（研究代表　山本保博）
分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）（一部改変）

救命救急センター充実段階評価

- ○ 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」にて、「既存の救命救急センターを再評価し、その機能を強化する」との提言を受け、平成11年より救命救急センターの質の向上を図ることを目的として救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- ○ 平成20年「救急医療の今後のあり方に関する検討会」を経て、平成22年に充実段階評価を改正した。
  - 是正を要する項目の合計点で評価を行い、是正を要する項目の合計点が2年間継続して22点以上の場合はB評価、3年以上22点以上の場合はC評価とした。
  - メディカルコントロール体制への関与の状況等について、都道府県及び消防機関による評価項目を設けた。
- ○ 平成30年「医療計画の見直し等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」等において議論が重ねられ、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年２月16日付け医政地発0216第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により充実段階評価を改正した。
  - ストラクチャーを中心とした評価体系から、プロセスも含めた評価体系へ見直しを行い、地域の関係機関との連携の観点からの評価を追加した。
  - 新たにS評価を追加した。
- ○ 令和２年において、予定していた評価区分の段階的な引き上げが完了した。
- ○ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、令和２年と令和３年の救命救急センターの充実段階評価において、一部の項目を評価の対象外とする例外的な対応を行った。
- ○ 充実段階評価については、令和４～６年度の地域医療基盤開発推進研究事業「持続可能な救急医療提供体制の構築に関わる研究」において、評価項目の内容について検討することとしている。

診療報酬点数

充実段階評価の結果に基づき、救命救急入院料に以下が加算される。

＜救命救急入院料に係る加算＞

○ 救急体制充実加算１	（S評価）	1,500点
○ 救急体制充実加算２	（A評価）	1,000点
○ 救急体制充実加算３	（B評価）	500点

医療提供体制推進事業費補助金

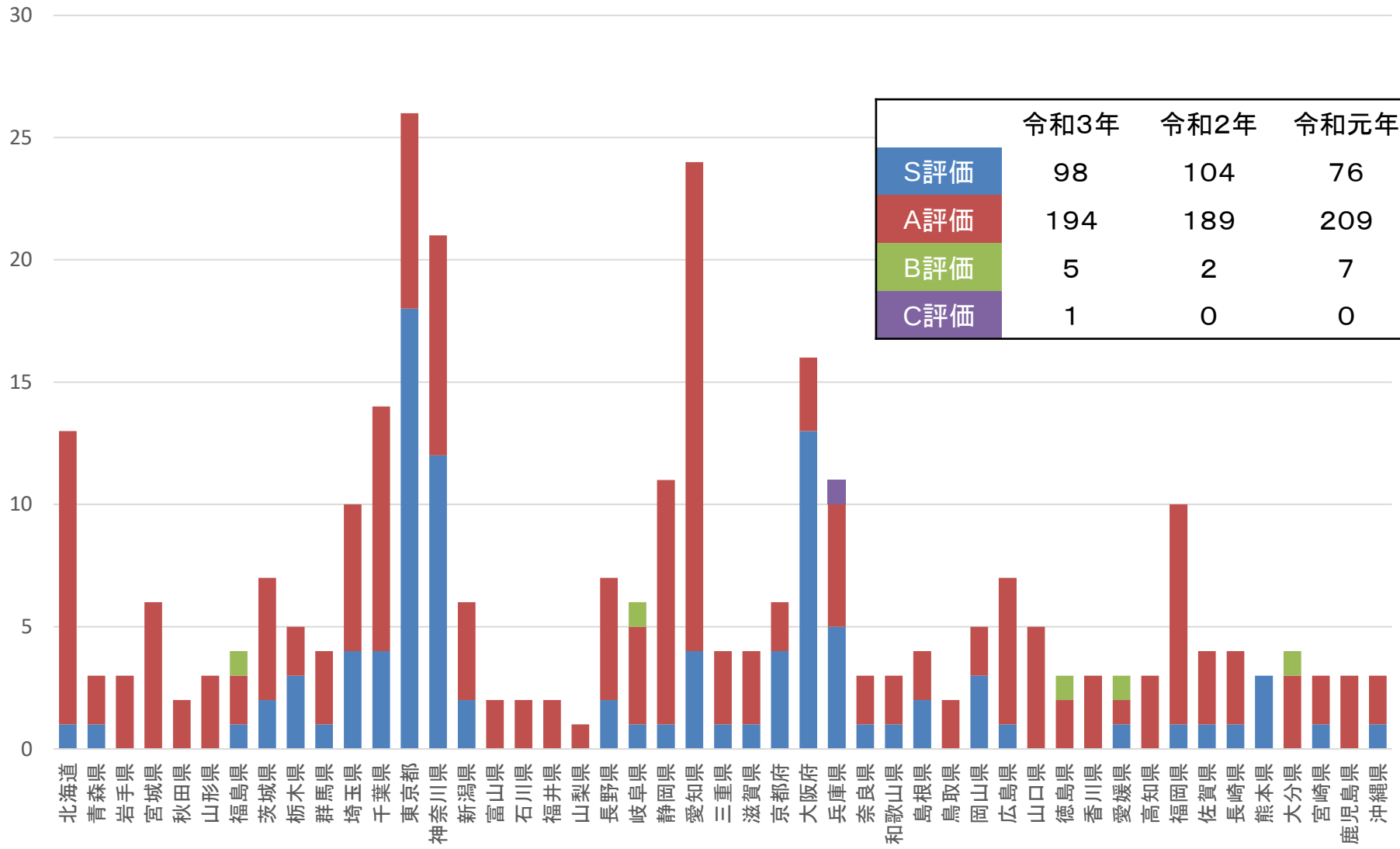
「救命救急センター運営事業」の交付算定基準額の算出に当たり、充実段階評価の結果に応じた係数を乗じる。具体的には以下の通り。

＜基準額に乗じる係数＞

○ S・A評価	100%
○ B評価	90%
○ C評価	80%

令和３年救命救急センター充実段階評価の結果（都道府県別）

○ S評価が98医療機関、A評価が194医療機関となり、S評価とA評価の施設が全体の98%を占めている。

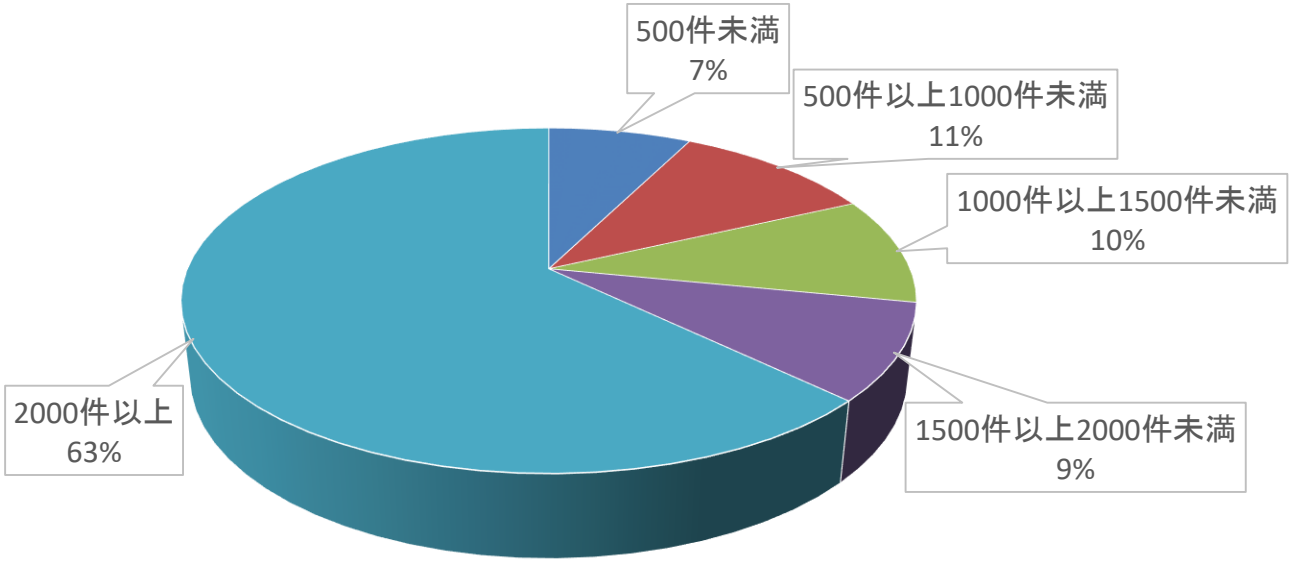


	令和3年	令和2年	令和元年
S評価	98	104	76
A評価	194	189	209
B評価	5	2	7
C評価	1	0	0

救急搬送受入件数区分別の年間救急車受入台数（第二次救急医療機関）

○ 年間2,000件以上の救急車を受け入れている第二次救急医療機関が、第二次救急医療機関で受け入れている救急車全体の63%を受け入れている。

○ 年間1,000件未満の救急車を受け入れている第二次救急医療機関においても、第二次救急医療機関で受け入れている救急車全体の18%を受け入れている。

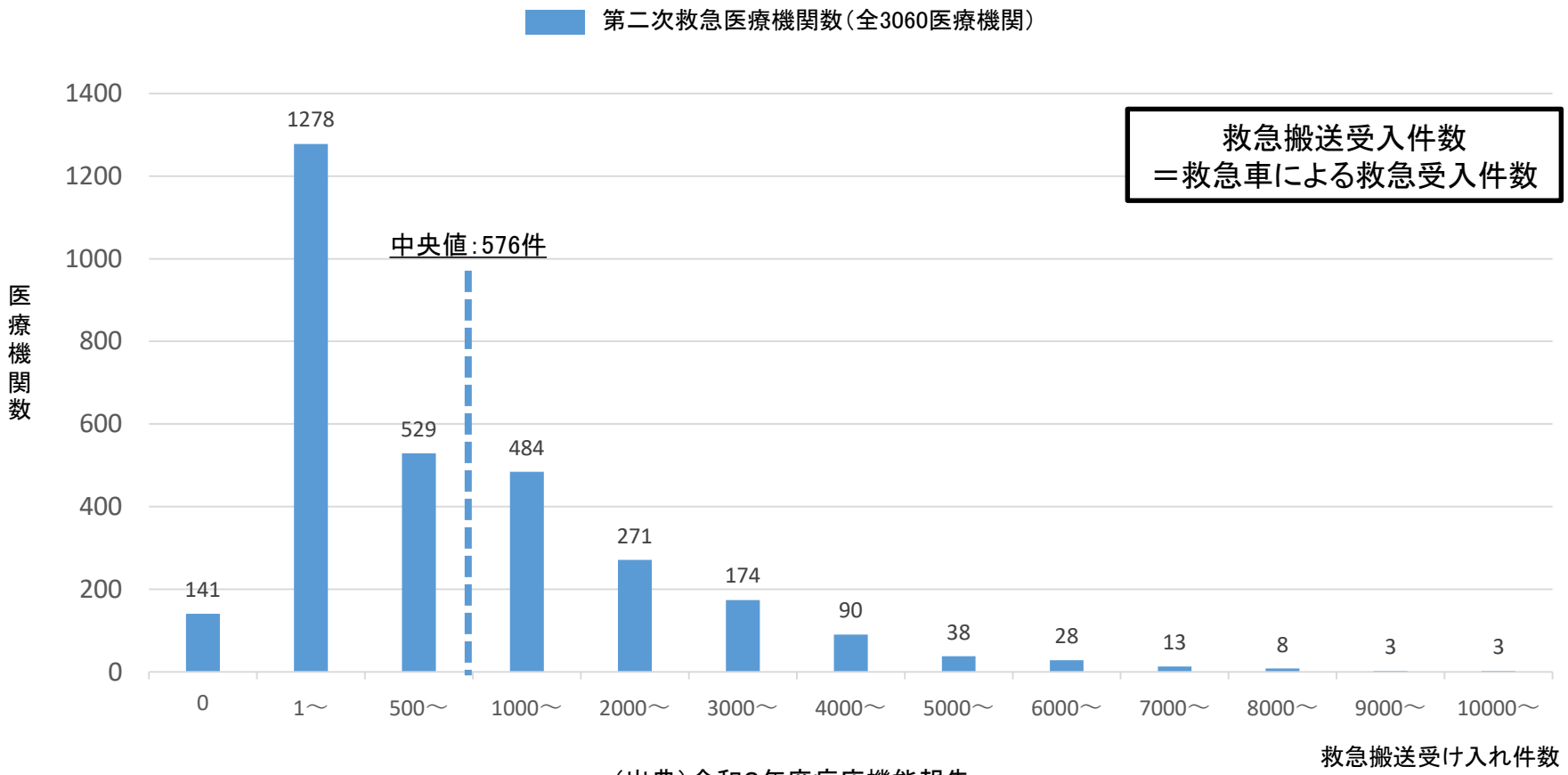


年間救急車受入件数区分	500台未満	500台以上1000台未満	1000台以上1500台未満	1500台以上2000台未満	2000台以上	合計
二次救急医療機関数	1419	529	296	188	628	3060
年間救急車受入件数	271,199	382,855	362,377	326,253	2,273,414	3,616,098

（出典）令和２年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

救急搬送受入件数の分布（第二次救急医療機関）

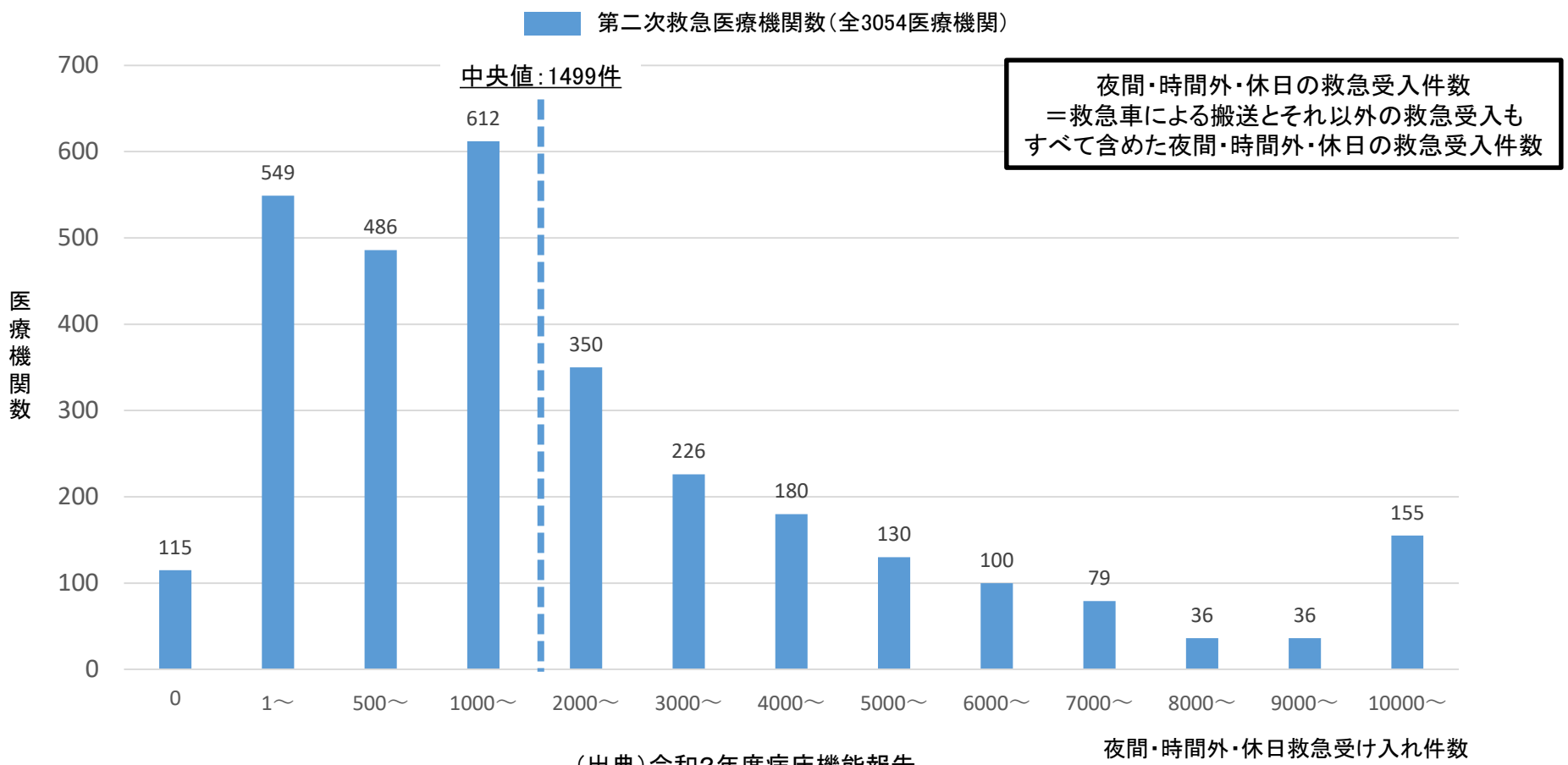
- ○ 第二次救急医療機関における救急搬送受入件数の中央値は576件であった。
- ○ 救急搬送受け入れ件数が1,000件未満の第二次救急医療機関は1,948（第二次救急医療機関全体の63.6%）であり、このうち141の医療機関において受入実績が0件であった。
- ○ 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること」とされている。



（出典）令和2年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

夜間・時間外・休日の救急受入件数の分布（第二次救急医療機関）

- ○ 第二次救急医療機関における、救急搬送患者を含む夜間・時間外・休日の急患受入件数の中央値は1,499件であった。
- ○ 1,000件未満の第二次救急医療機関は1,150（第二次医療機関全体の37.7%）であり、このうち115の医療機関において受入実績が0件であった。
- ○ 医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「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」とされている。



（出典）令和2年度病床機能報告
※データが欠損している医療機関は除く。誤入力の可能性もある外れ値をそのまま含む。

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。

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

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

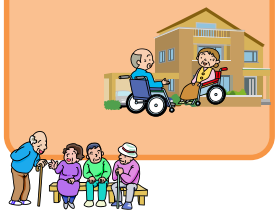
・セミナーで策定した工程表の実施状況や課題を把握し、工程表の改善等を支援。

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、運用後の課題等をとりまとめ、
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

方向性

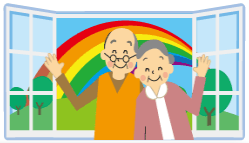
予め、本人の意向を家族やかかりつけ医等と共有し、人生の最終段階における療養の場所や医療について、本人の意思が尊重される取組を推進



「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

本人や家族等※と十分に話し合う

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**

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

・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

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定

・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

→**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・ケア体制整備等事業

令和４年度予算額（令和３年度当初予算額）：86百万円（101百万円）

1 事業の目的

【背景・課題】

- 高齢多死社会を迎え、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療・ケアのあり方が大きな課題となる。
- 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、本人が医療・ケアチームと話し合いを行い、本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「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」（平成19年策定、平成27年改称、平成30年改訂）を策定している。
- しかしながら、平成29年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療・ケアに関する研修も十分に行われていない状況である。

【事業内容】

- 人材育成研修会及び研修会の拡充と継続性の担保のための講師人材の育成、国民への普及啓発事業を実施し、人生の最終段階を穏やかに過ごすことのできる環境を整備する。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

H26～27年度
試行事業

モデル事業（15医療機関）

人材育成研修会

研修プログラムを開発

【医療・ケアチーム】
医師、看護師、MSW等

本人や家族等の相談を実施

試行事業の成果
- 医療機関の相談対応力の向上
- 家族等の満足度の向上

H28年度～
全国の主要都市で人材育成研修を実施

R2年度～
在宅分野を中心としたプログラムも実施

◆研修会の講師を担う人材の育成

全国の主要都市
人材育成研修会

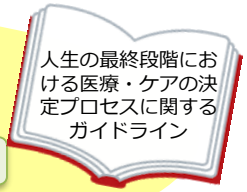
300チーム程度

病院の
医療・ケアチーム

診療所と訪看等の
医療・ケアチーム

病院の
医療・ケアチーム

診療所と訪看等の
医療・ケアチーム



H29年度、H30年度
国民向け普及啓発の開発・実施

H29年度
市民公開講座

H30年度
学習サイトの開設

R１年度～
国民向け普及啓発事業の実施

R１年度～
人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）普及啓発イベントの開催等

実施主体

委託事業：コンサル、研究機関を想定

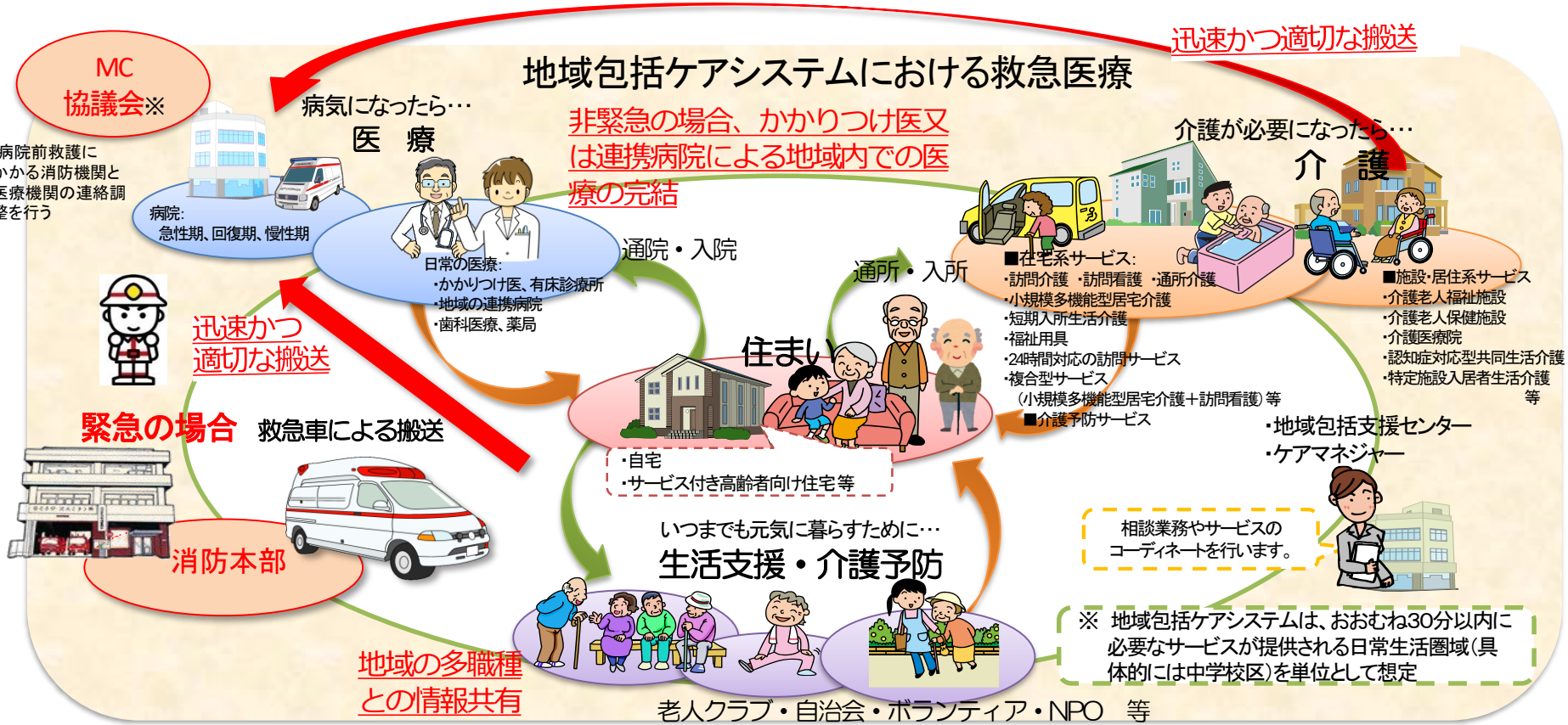
地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割（在宅・介護施設の高齢者の支援）

平成28年９月第４回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変

○慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。

○こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。

○介護施設等に入所している高齢者についても、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましい。

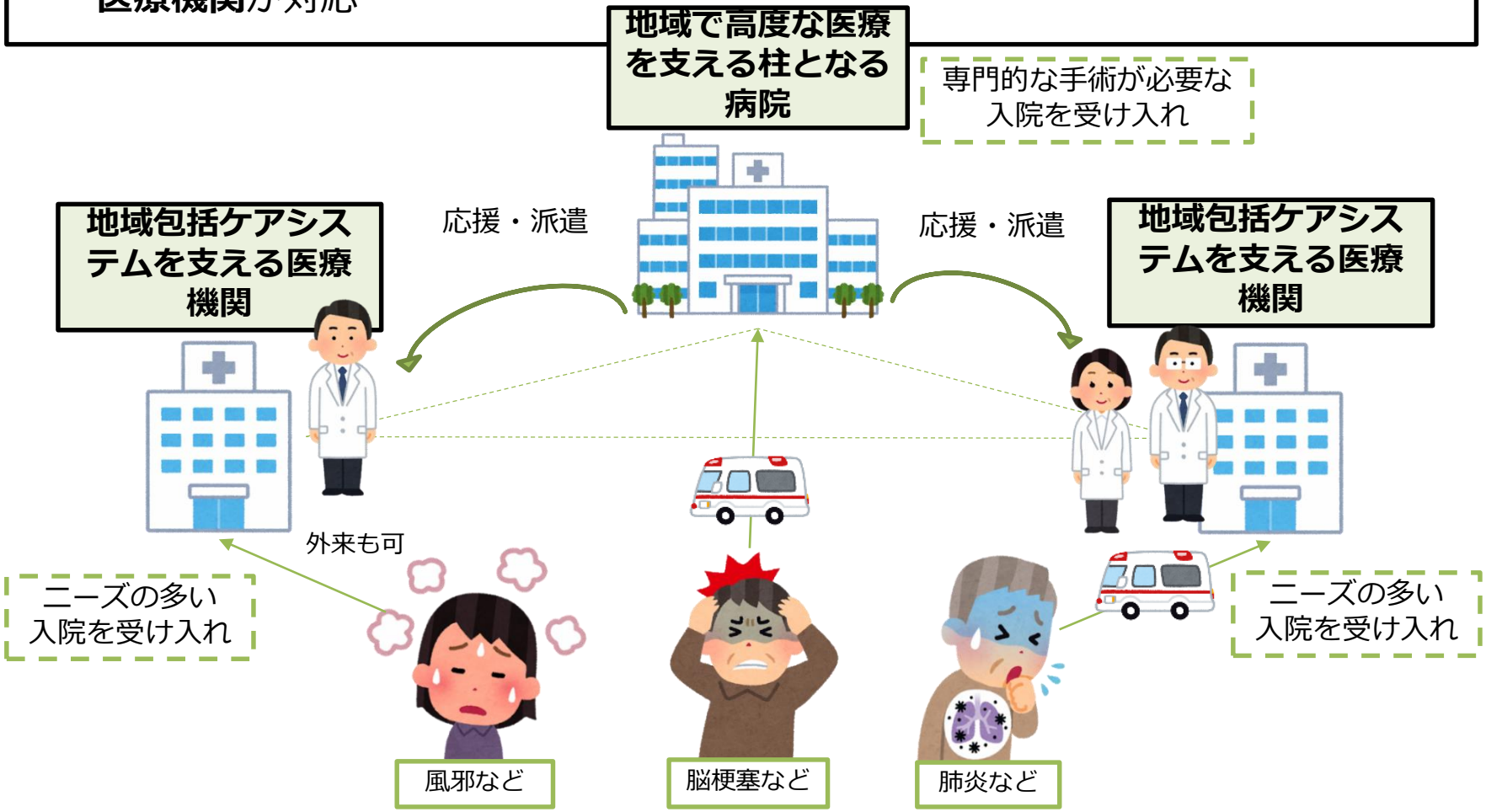


地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の方向性（イメージ）

第２回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
（令和3年12月３日）　新潟県提出資料

○　**「地域で高度な医療を支える柱となる病院」**の体制が強化され、**専門的な手術や救急で入院**が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供

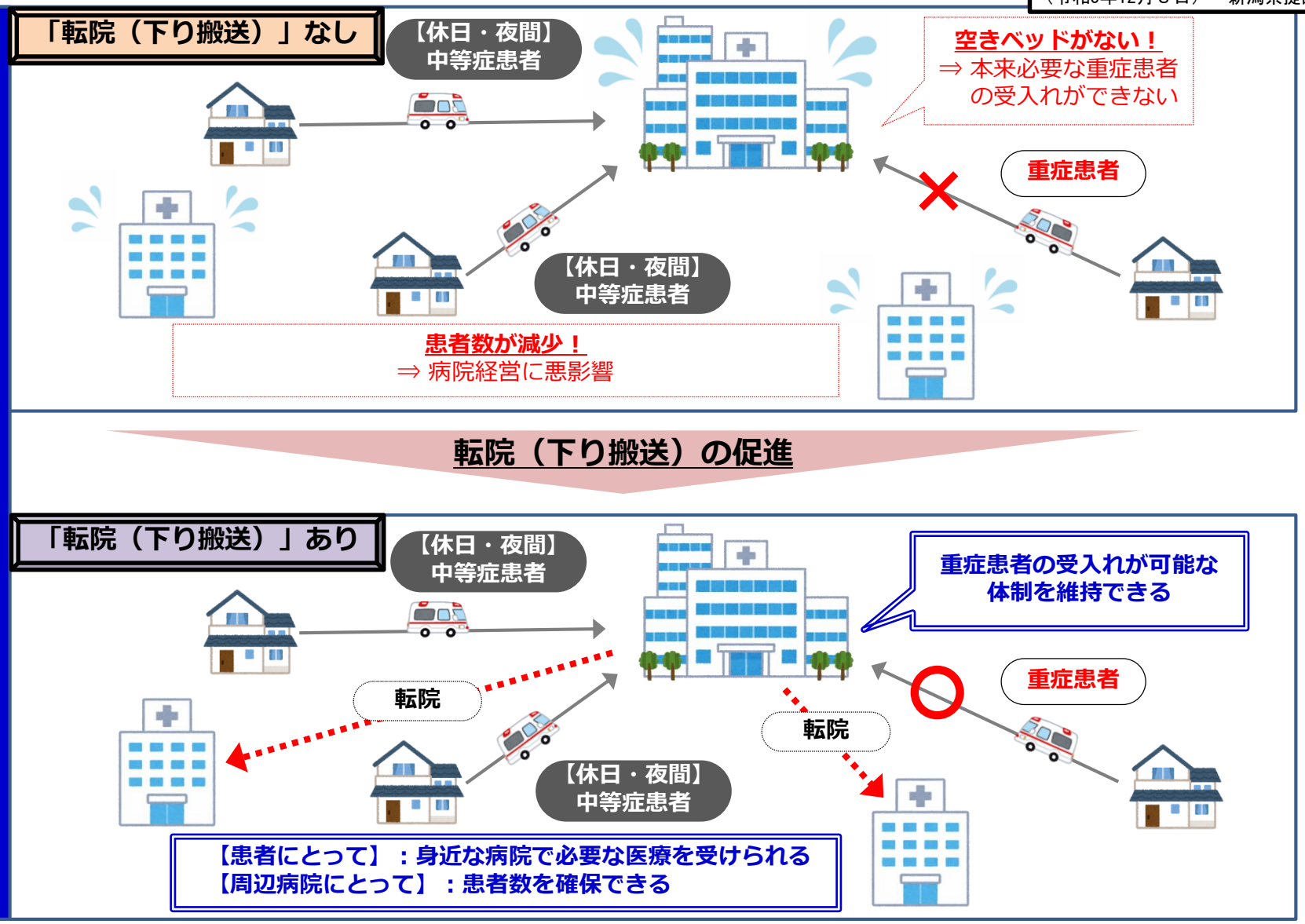
○　**ニーズの多い入院**（後期高齢者等）については、**地域包括ケアシステムを支える医療機関**が対応



転院（下り搬送）の必要性

第２回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
（令和3年12月３日）　新潟県提出資料

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



救急医療と在宅医療の連携（福岡市南区の取り組み例）

増悪時や看取りの際の支援体制を明確化。**積極的な治療を希望/必要としない患者は、ブロック支援病院に指定された市内9病院のいずれかに転院。**

福岡県福岡市南区の「ブロック支援病院体制」の概要

概要

- 救急現場と在宅医療現場の負担軽減を目指した仕組み
- 南区あんしん救急医療連携
  - 基幹病院でのトリアージにより、積極的な治療を必要としない、 あるいは希望しない患者をかかりつけ医と相談の上、直ちにブロック支援病院に搬送
- 南区あんしん在宅医療連携
  - ブロック支援病院への情報登録に同意した在宅療養者を、看取りや治療あるいはレスパイト入院等を目的に24時間365日体制で受け入れ

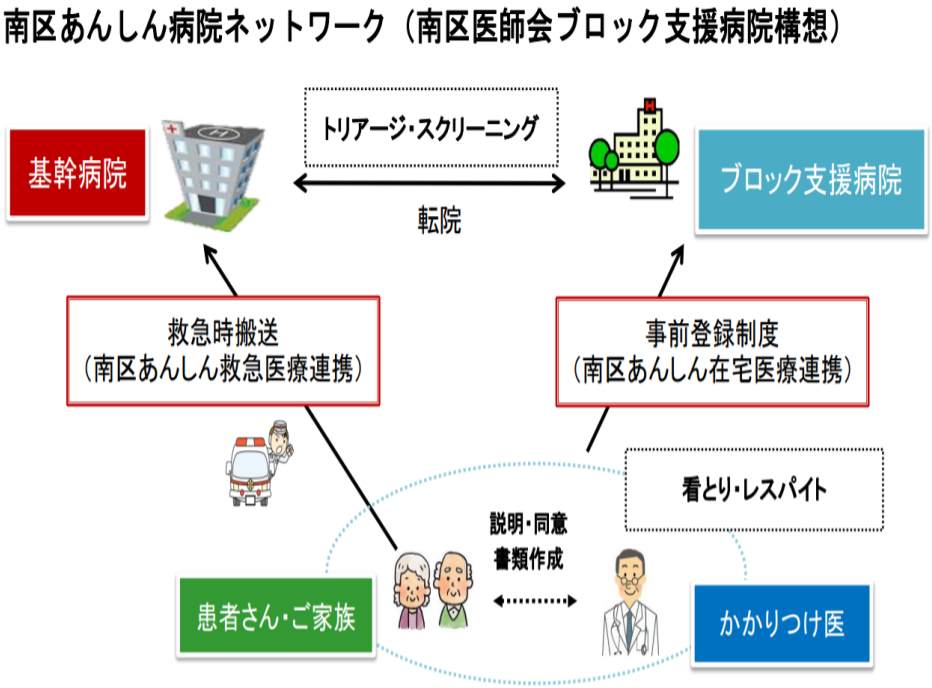
参加者

「ブロック支援病院」
- 福岡市南区9病院
- 南区あんしん救急医療連携9病院で南区全域を担う
- 南区あんしん在宅医療連携5病院で南区全域を担う

運営者

- 運営主体：福岡市南区医師会

多職種連携のイメージ



（出典）令和2年11月25日　在宅医療・救急医療連携セミナー　第1部　資料（一部改変）

救急医療と在宅医療の連携（千葉県柏市の取り組み例）

在宅療養患者の急性増悪時は、原則、在宅側スタッフが訪問し、**退院元病院が受入れることを合意**形成

千葉県柏市の「病院のバックアップ体制」の概要

概要

- 患者の急変時等への対応について、在宅側と病院側の役割と意義を明確化
- 急性増悪時、原則として在宅の主治医又は訪問看護師が訪問する
- 訪問した結果、入院が必要な場合は、在宅の主治医（副主治医）から病院の救急担当に対して必要な診療情報や患者・家族の意向について情報提供
- 原則、退院元の病院が受け入れる
- 在宅医療移行時、在宅側の要望を踏まえた様式「在宅移行時に必要な情報」を使用

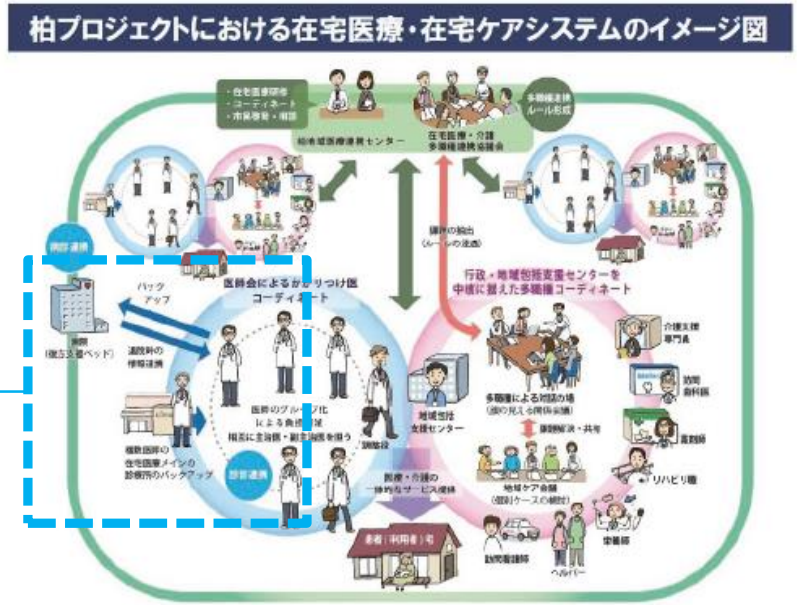
参加者

- 退院元病院（=バックアップベッド）、在宅医療チーム 等

運営者

- 事務局：柏市

多職種連携のイメージ



急性増悪時の対応について、**在宅医療チーム側とバックベッド側（退院元病院）間で役割と意義を理解**

（出典）令和2年11月25日　在宅医療・救急医療連携セミナー　第1部　資料（一部改変）

救急医療と在宅医療の連携（福井県坂井地区の取り組み例）

坂井地区内の7**病院と在宅医療対応診療所間で協定を締結。バックアップ体制を担う医療機関を明確化**

福井県 坂井市、あわら市の「7病院のサポート体制」の概要

概要

- 坂井地区医師会と坂井地区内の7病院は「坂井地区医師会在宅医療連携体制に関する協定」を締結
- 「カナミックネットワークTRITRUS」（*前掲）等在宅医療連携の推進に資する内容が定められている
- 本協定をベースに、情報共有、入院時の連絡体制の整備等、坂井地区の在宅医療に対するバックアップ体制を構築

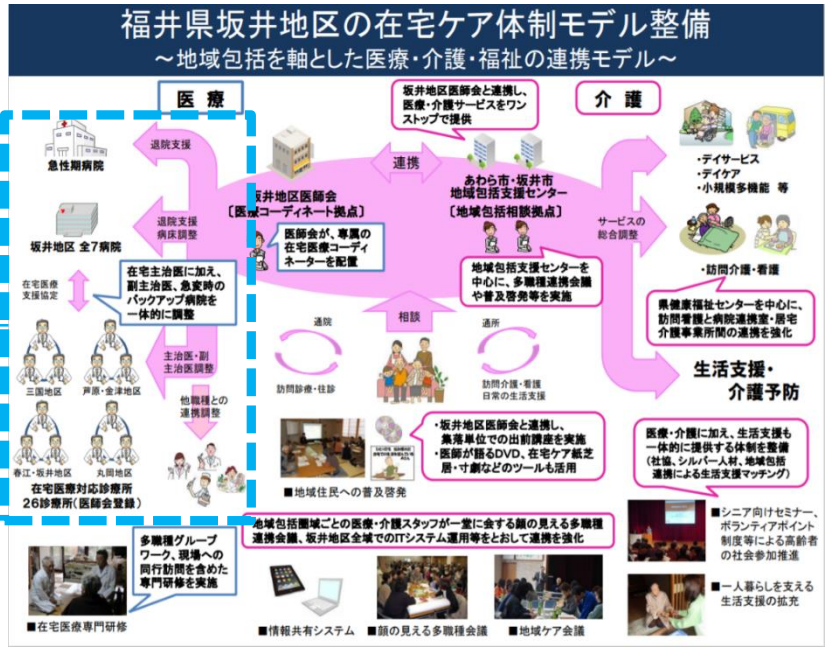
参加者

- 坂井地区の7病院
- 在宅医療実施の坂井地区医師会員

運営者

- 坂井地区在宅ケアネット事業運営委員会（坂井地区医師会）

多職種連携のイメージ（再掲）



日頃から**在宅医療支援協定を締結**し、連携医療機関を明確化

（出典）令和2年11月25日　在宅医療・救急医療連携セミナー　第1部　資料（一部改変）

救急医療と在宅医療の連携（長崎県の取り組み例）

搬送打診時に、あじさいネットを利用し、**診療データや画像等で共有。適切な搬送先に患者を搬送**

長崎県の「あじさいネット」の概要

概要

- 地域に発生する診療情報を患者の同意の元、複数医療機関で共有
- 長崎県全域で拠点病院の電子カルテを共有
- 在宅医療支援機能や、診療支援・生涯教育支援機能（遠隔画像診断やTV会議等）等も有する
- 救急の場合、病院に送る段階で、相手病院に患者情報を送信し、搬送前の段階で、電話だけでなくあじさいネットを併用しながら搬送先決める１次・２次病院から３次病院へ紹介する際、上記のような搬送前トリアージで適応外が半減

共有情報

- 画像情報（MRI、CT、内視鏡ほか）
- 検査情報（検体検査、生理検査）
- 治療内容（処方・注射、手術・処置）
- 診療記録（医師・看護記録、指導内容、サマリー、熱型表、リハビリ情報）

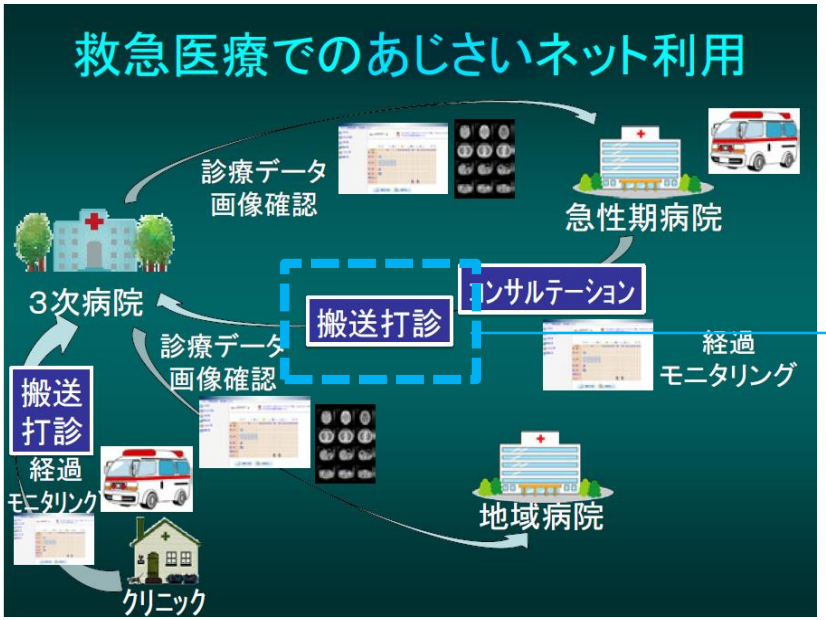
利用者

- 診療所・クリニック、拠点病院、訪問看護ステーション、介護事業所 等
- 在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師、救急隊 等

管理者

- 運営主体：特定非営利活動法人 長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会
- 事務局：長崎医師会内

多職種連携機能概要図



搬送打診の前に、あじさいネットを利用し、**診療データや画像を送信。適切な搬送先を選定**

（出典）令和2年11月25日　在宅医療・救急医療連携セミナー　第1部　資料（一部改変）

救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例①

東京都八王子市

【救急医療情報（キット）】

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

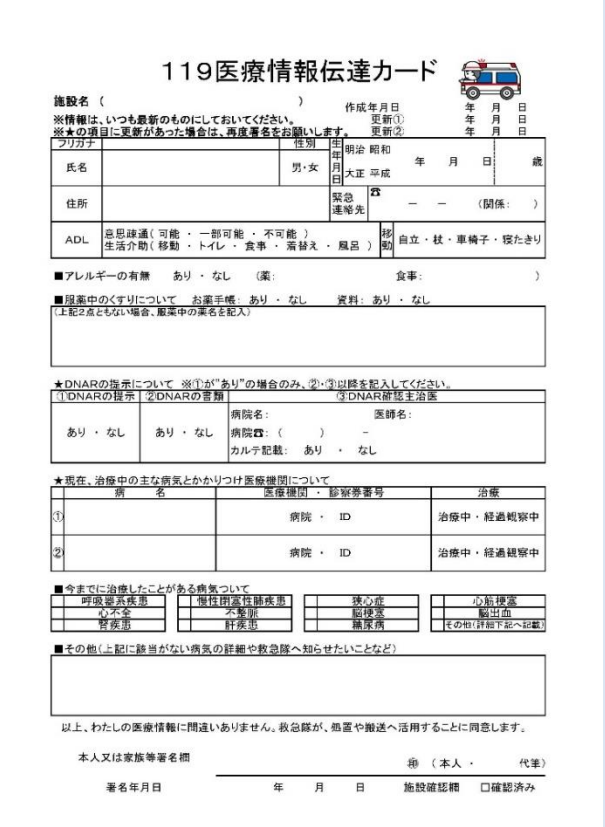
（在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf）

愛知県岡崎市

【119医療情報伝達カード】救急要請・搬送時のルール

氏名や緊急連絡先他、疾患やアレルギーの状況、ならびにDNARについての記載欄に記入しておく。

（出典：愛知県岡崎市ホームページ
https://www.city.okazaki.lg.jp/1550/1572/1653/p020461.html）



（出典）令和3年度版・連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き（一部改変）

救急医療情報収集・搬送ルールに関する取り組み例②

東京都（東京消防庁）

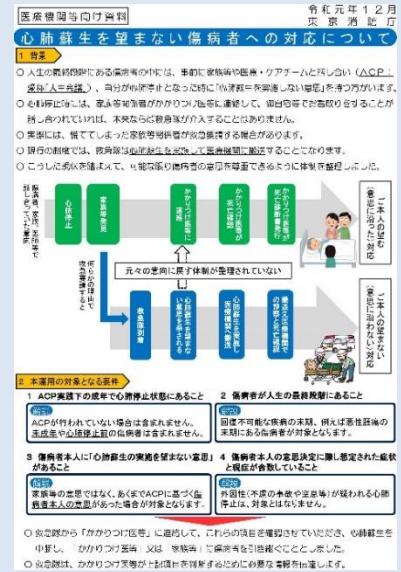
【心肺蘇生を望まない傷病者への対応】

「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」（以下、運用の要件）

下記の運用要件を満たした場合、救急隊から在宅医/かかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。「在宅医/かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。

（出典：東京消防庁「心肺蘇生を望まない傷病者への対応について」
https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/lfe/kyuu-adv/acp.html）

#	運用要件
1	ACPが行われている成人で心肺停止状態である
2	傷病者が人生の最終段階にある
3	傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」
4	傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致する



【事例の紹介】静岡県静岡市

【グリーンカードシステム】在宅療養者の意思表示

「グリーンカードシステムの構築（在宅看取りのための診療所連携システム）」

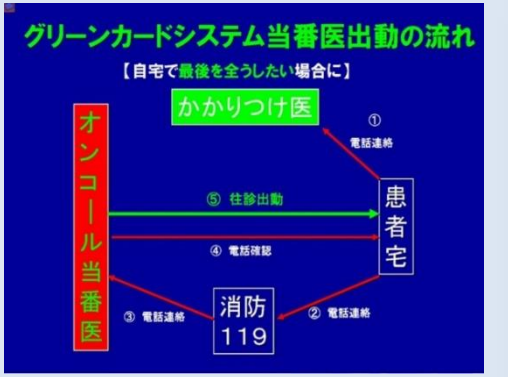
（出典：静岡市静岡医師会ホームページhttps://shizuoka-city-med.or.jp/e2net/house/ ）

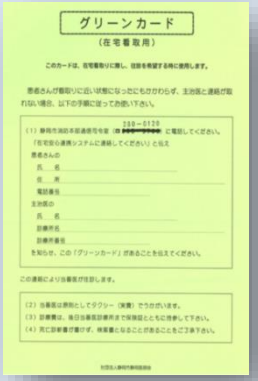
あらかじめ在宅主治医が記載した「在宅患者サマリーカルテ」に患者情報を記載し、グリーンカードと一緒に在宅療養者のベッドサイドに設置する

在宅療養者の看取りの状態となるも主治医と連絡がつかない場合、在宅療養者の家族はグリーンカードに記載してある手順に則り静岡市消防署に連絡を入れる

静岡市消防署は、あらかじめ静岡医師会から連絡されていた在宅往診当番医表をもとに、往診依頼の連絡を入れる

連絡を受けた在宅往診当番医は当該の在宅療養者へ往診し、看取りの診察をする





（出典）令和3年度版・連携ルール策定等に関する市区町村等支援の手引き（一部改変）

救急医療の現状と課題（イメージ）

① 高齢者の増加により、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する。

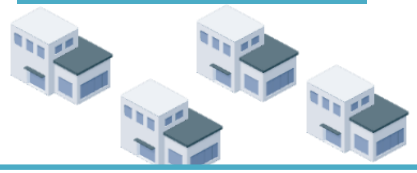
② 一部受入が少ない医療機関があり、患者の増加に伴い、三次も軽症患者を診療せざるをえず、重症患者の診療に支障を来す可能性がある。

③ 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらずに下り搬送や退院が滞ることで「出口問題」が発生する。

自宅や高齢者施設等

病院前救護活動

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）

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）

第三次救急医療

救命救急センター（299カ所）
（うち、高度救命救急センター（46カ所））

救命後医療

退院・在宅・後方病院その他

論点①

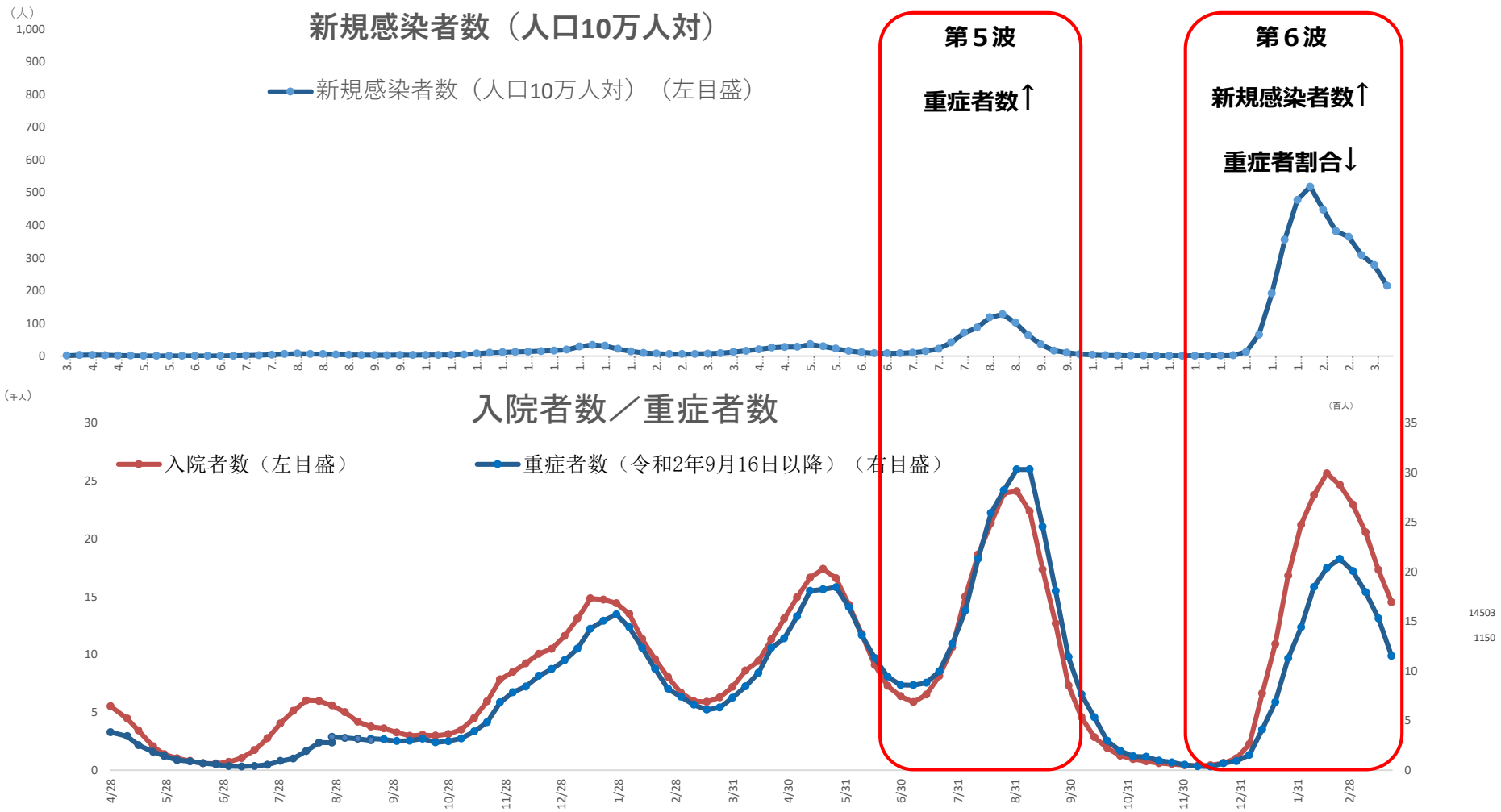
1. 超高齢化・人口減少が地域ごとに進み、高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、地域の実情に応じた第三次・第二次救急医療機関の果たすべき役割についてどのように考えるか。例えば、
   - 重症者を含めて幅広く救急患者を受け入れる
   - 脳卒中・心筋梗塞等といった専門性の高い疾患の救急患者を特に受け入れる
   - かかりつけ医等と連携して在宅や介護施設の高齢者を中心に受け入れる

   など、地域の需要に応じて、役割分担・連携を図っていくことについてどのように考えるか。
2. 「地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場」への消防機関の参加率と、「心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針策定の場」への介護関係者や在宅医療関係者の参加率を高めるため、関係者から参加を呼びかける等の取組が必要ではないか。また、心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針の策定を普及させるためには、どのような方策が有効であるか。

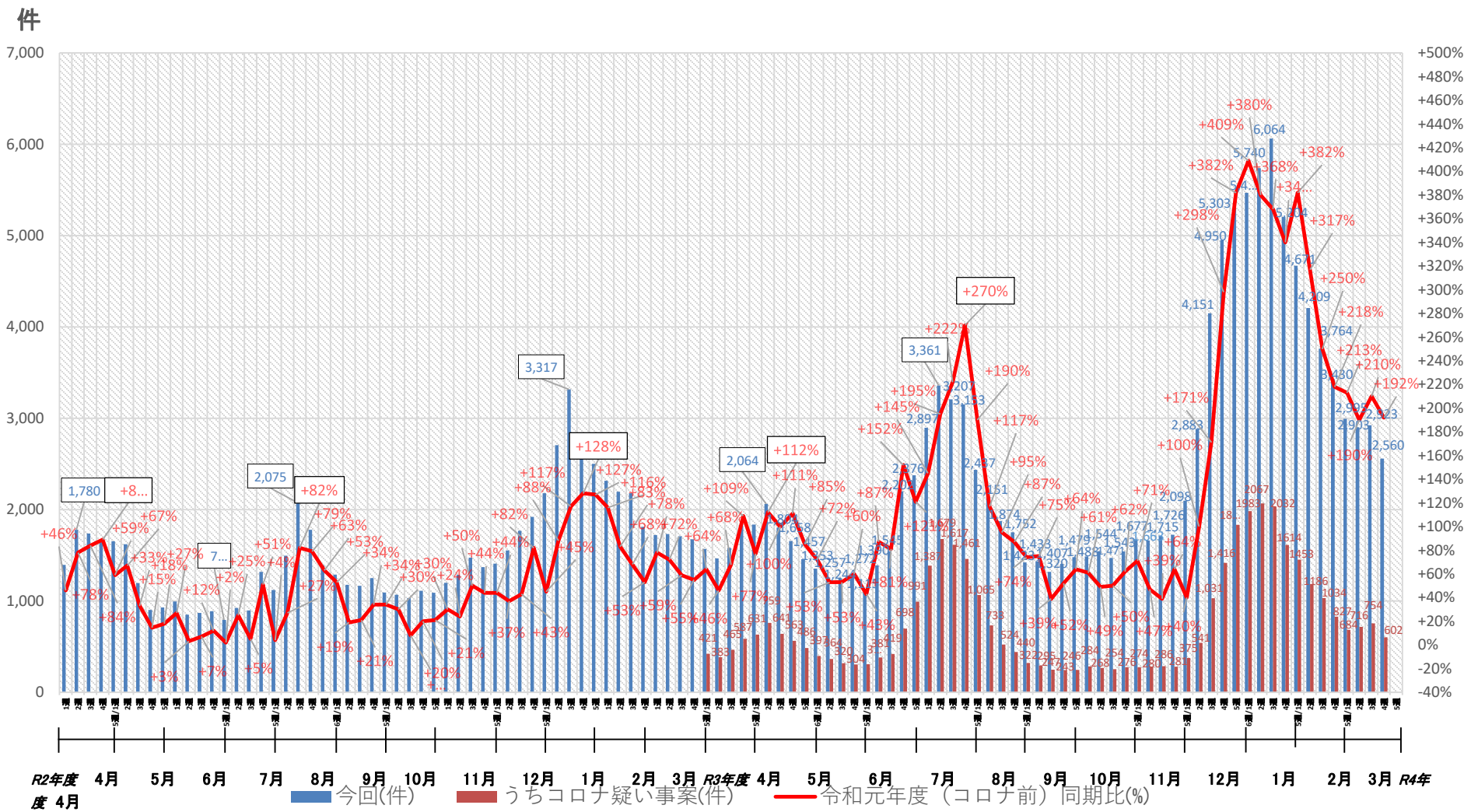
４．新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

新型コロナウイルス感染症新規感染者数、入院者数/重症者数の推移

第５波では**重症者対応**が、第６波では**救急搬送の受入**が、課題となった。



救急搬送困難事案の推移



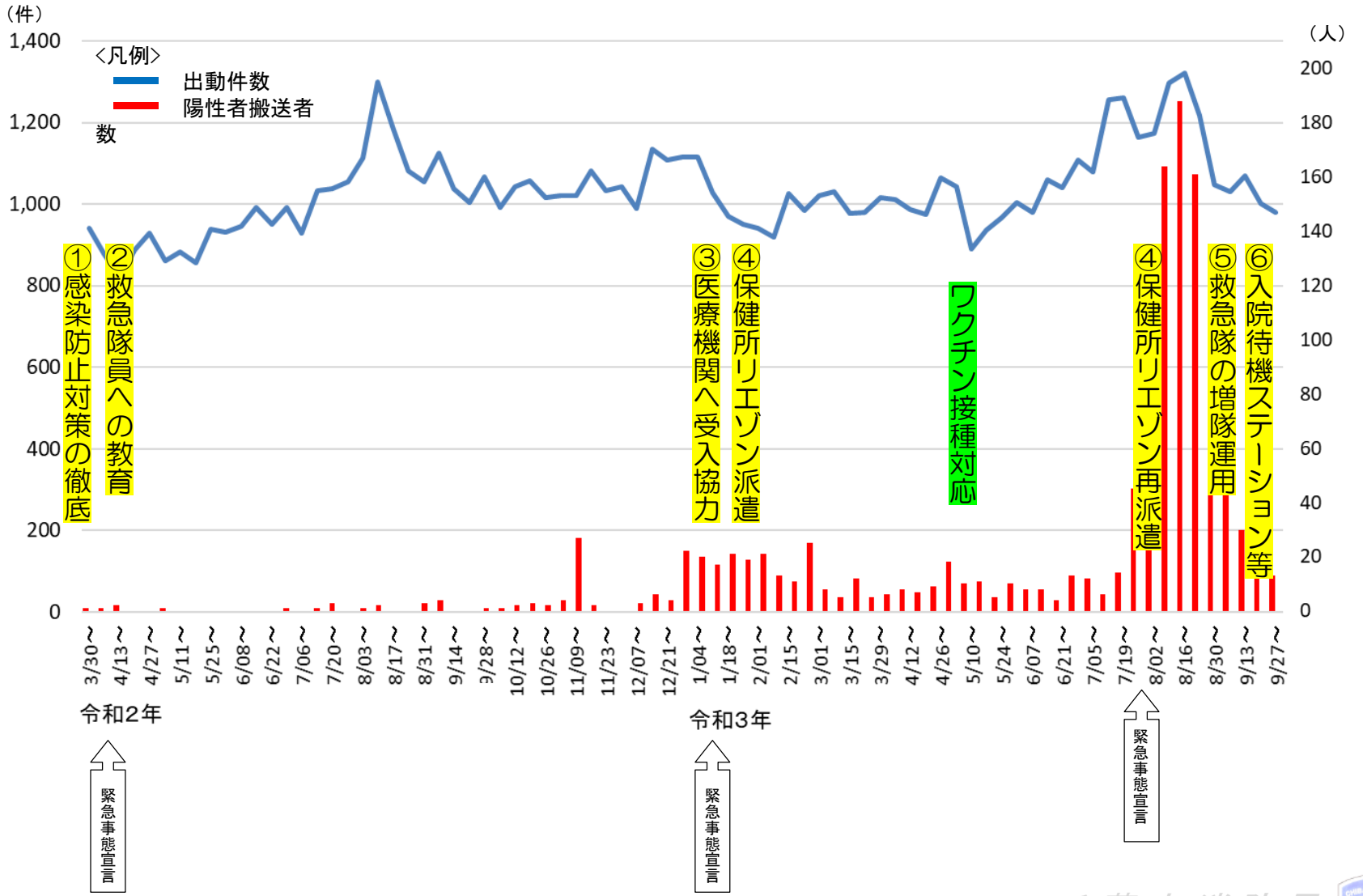
※１　本調査における「救急搬送困難事案」とは、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数４回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁あて報告のあったもの。
※２　調査対象本部＝政令市消防本部・東京消防庁及び各都道府県の代表消防本部　計52本部
※３　コロナ疑い事案＝新型コロナウイルス感染症疑いの症状（体温37度以上の発熱、呼吸困難等）を認めた傷病者に係る事案
※４　医療機関の受け入れ体制確保に向け、厚生労働省及び都道府県等と状況を共有。
※５　この数値は速報値である。
※６　本調査には保健所等により医療機関への受入れ照会が行われたものは含まれない。

R4.4.26　総務省消防庁

1　当局の対応

第３回第８次医療計画等に関する検討会	資料9
令和３年１０月１３日	

「週別出動件数」及び「陽性患者搬送者数」（R2.3.31～R3.10.3）



千葉市消防局
Fire Prevention Bureau City of Chiba

新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療の主な課題と対応

第５波（重症者対応）

- 重症者対応可能な人材の不足
  - 重症者対応が可能な医療従事者の派遣、電話相談、搬送調整を行う（重症者利用搬送調整等支援事業）
  - 重症者対応が可能な人材の育成を行う（新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業）
  - 遠隔によるサポートで人材不足を補う（遠隔ICU体制整備促進事業）

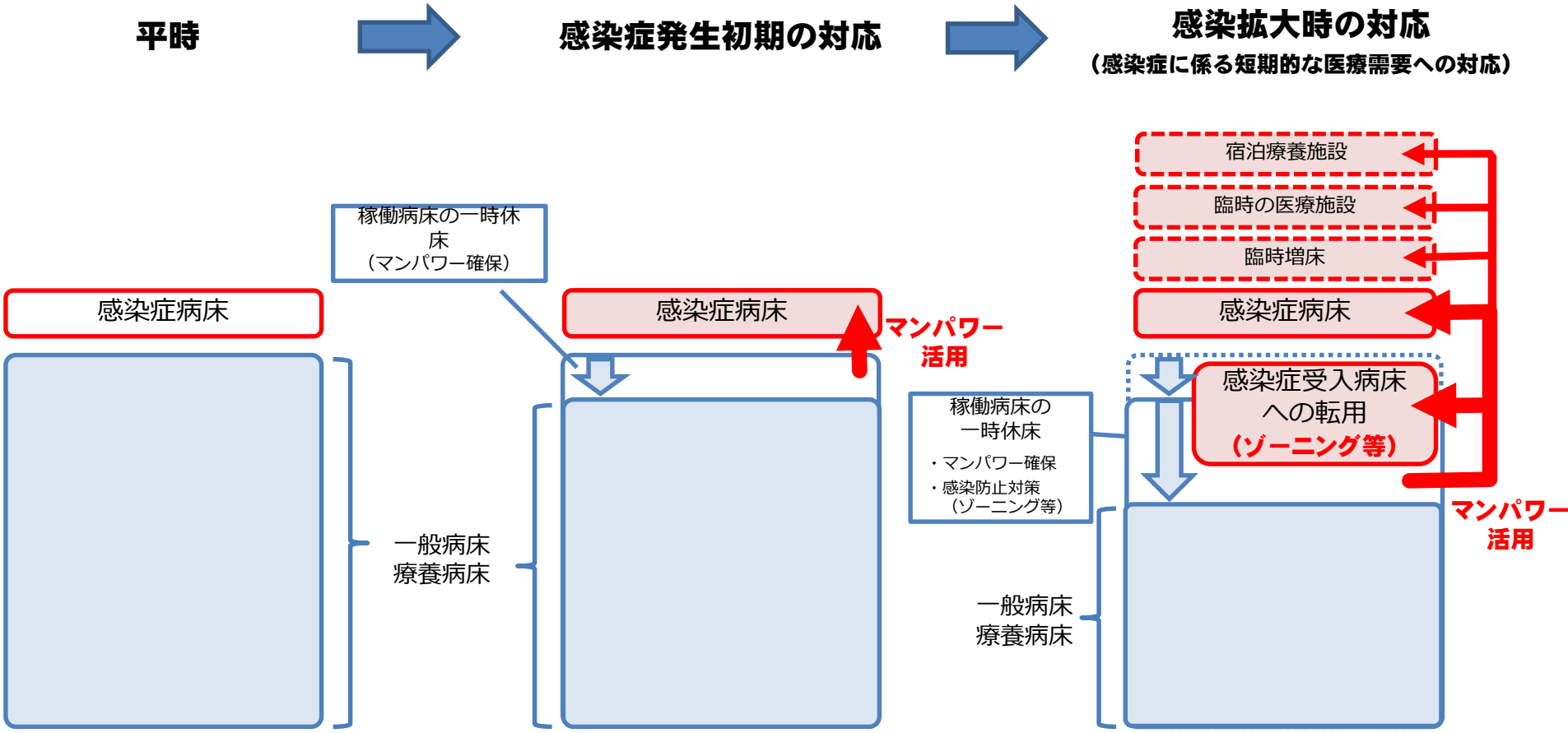
第６波（救急搬送の受入）

- 救急搬送の増加
  - 救急搬送された患者を一時的に受け入れる病床確保に対する財政支援
  - 医師・看護師を派遣する体制の構築、基本的な感染防止策の徹底、オンライン面会の推奨等、高齢者施設での医療体制の強化
- 医療従事者の減少
  - 医療従事者の濃厚接触者としての制限を緩和、医療従事者の子どもの保育の充実
- 急性期病床の逼迫
  - 一連の流れを確認する「チェックポイント」を活用し目詰まりのない体制を確保
- 後方支援病院の病床の逼迫
  - オーバーベッドの許容、コロナ病床確保のための財政支援

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）

第28回地域医療構想に関するワーキンググループ
（令和２年11月５日）　資料６（一部改）

○ 新型コロナの病床確保に当たっては、感染状況に応じて、新型コロナ以外の通常医療の稼働病床を一時的に休止し、感染防止のためのゾーニングの実施やマンパワー配置の工夫により、新型コロナ病床に転用するとともに、臨時の医療施設等を活用することで対応が行われた。



重症者治療搬送調整等支援事業

事業目的

新型コロナウイルス感染症患者への治療提供について、集中治療に習熟した専門家のネットワーク等により、医療機関のサポートを行い、全国での医療提供体制を支えることを目的とする。

事業内容

① 集中治療専門医等による相談窓口等業務
診療にあたっている医師から、人工呼吸管理方法、ECMOの導入方法、ECMOの管理方法等について、電話等により相談があった場合に、必要な指導及び対応を行う。

② ECMOの取扱いに精通した医師等の派遣調整業務
ECMOの導入や管理に要する技術的支援を行うECMOの取扱いに精通した医師等を、要請のあった医療機関に派遣する。

※人工呼吸器やECMOを用いた治療が可能な医療従事者を養成するための研修については、別途「**新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業**」において実施。

③ 都道府県調整本部※等における搬送調整業務支援　※県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門
都道府県の求め等に応じて、搬送調整業務等に係る支援等を行う。　等

実施状況及び事業の実績

○ 令和2年度の実績は以下。49名のECMO専門家が24時間対応。
①相談窓口業務：　電話相談：133件（令和2年5月～令和3年3月31日までの期間。）
②派遣調整業務：　現地訪問・指導：44件
③搬送調整業務支援：　搬送調整の依頼があった件数：151件。実際に搬送支援を行った件数：149件（※）
（うちECMO導入済み患者の搬送：14件）

※一部は、搬送時に同乗するECMO専門家を派遣して搬送を実施。

○ 令和3年度については、日本集中治療医学会に委託し実施。

新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業

事業目的

（令和４年度予算額：前年度繰越予算を活用）

新型コロナウイルス感染症の重症患者に対応可能な医療提供体制を構築するよう、体外式膜型人工肺（ECMO）及び人工呼吸器を扱うことのできる医療従事者を養成することを目的とする。

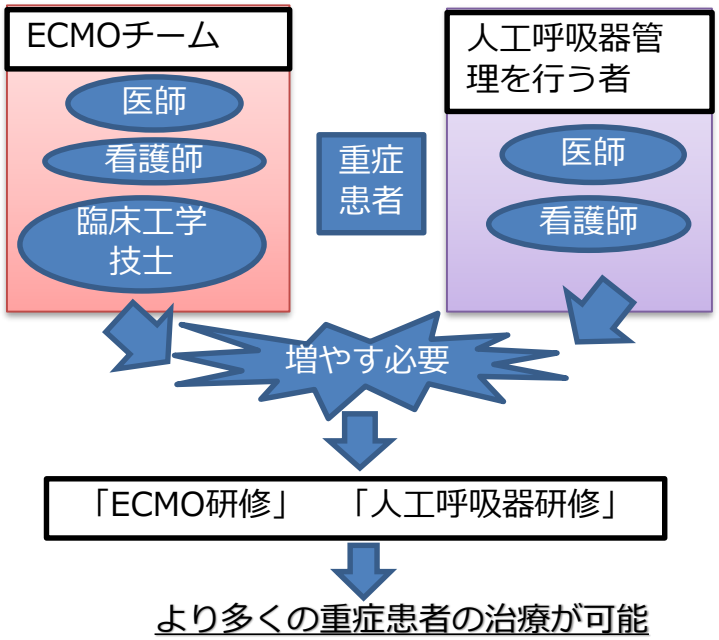
事業内容

新型コロナウイルス感染症の重症患者に対して、ECMO及び人工呼吸器を適切に取り扱うことのできる医療従事者を養成するため、次の研修を実施する。

（ア）新型コロナ患者対応ECMO研修
（イ）新型コロナ患者対応人工呼吸器研修

〔実施者〕
都道府県

〔基準額〕
・新型コロナ患者対応ECMO研修（基礎編及び応用編）
　１開催当たり　4,500,000円
・新型コロナ患者対応人工呼吸器研修（基礎編及び応用編）
　１開催当たり　2,000,000円



新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業

【事業目的】新型コロナウイルス感染症の対応には、看護職員の人材確保が不可欠である。その為、新型コロナウイルス感染症患者に対応するために必要な知識や技術を身につけた看護職を養成することで、各地域の医療提供体制を維持・確保することを目的とする。必要な知識・技術は、看護を提供する患者の重症度等により異なるため、内容に応じ複数の種類の研修が必要とされる。また、研修コンテンツ及び研修スキームを作成することで、臨床現場や開催者（都道府県等）の研修実施に係る負担軽減を図る

Ⅰ．研修実施事業　新型コロナウイルス感染症に対応するための看護職員向け各種研修を実施する（都道府県）

1.重症患者対応研修

新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する看護実践のために必要な知識・技術の向上

①特定行為研修

◆対象◆
特定行為研修修了者で新型コロナウイルス感染症に係る高度な行為（呼吸器操作等）を実践する可能性のある看護師
◆内容◆
新型コロナウイルス感染症患者への看護実践において必要とされる、新型コロナウイルス感染症の看護実践に関連する特定行為の知識・技術

②集中治療室等用

◆対象◆
集中治療室等において新型コロナウイルス感染症重症患者への対応を行う可能性のある看護職員

◆内容◆
新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践のために必要な知識・技術（主に人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）が必要な患者の全身状態の観察や管理について）

2.軽～中等症患者対応研修

新型コロナウイルス感染症軽～中等症患者に対する看護実践のために必要な知識・技術の向上

③一般病棟・入院待機施設用

◆対象◆
一般病棟（集中治療室等以外）、入院待機施設で新型コロナウイルス感染症の対応を行う可能性がある看護職員
◆内容◆
新型コロナウイルス感染症軽～中等症患者への看護実践のために必要な知識・技術（特に重症化予防、早期発見、急変時対応等）

④自宅療養者用

◆対象◆
新型コロナウイルス感染症の自宅療養者の対応を行う可能性がある看護職員
◆内容◆
新型コロナウイルス感染症軽～中等症の自宅療養者への看護実践のために必要な知識・技術（特に自宅療養者の全身管理、家族への指導、行政等との連携、ICTの活用）

Ⅱ．研修準備事業　②③で使用可能な研修コンテンツ・研修体制の準備を行う（日本看護協会）

研修実施事業の実施主体における負担を軽減するため、研修実施事業の②③で活用可能な研修コンテンツの企画・作成や、コンテンツ配信、広報・周知、修了者リスト作成等の、研修体制の構築を行う。

遠隔ICU体制整備促進事業

※事業名をTele-ICU体制整備促進事業」から「遠隔ICU体制整備促進事業」に変更する

令和4年度予算額　201,788千円【運営費: 51,788千円　設備整備費: 150,000千円】
（令和3年度予算額　545,789千円【運営費: 95,789千円　設備整備費: 450,000千円】）

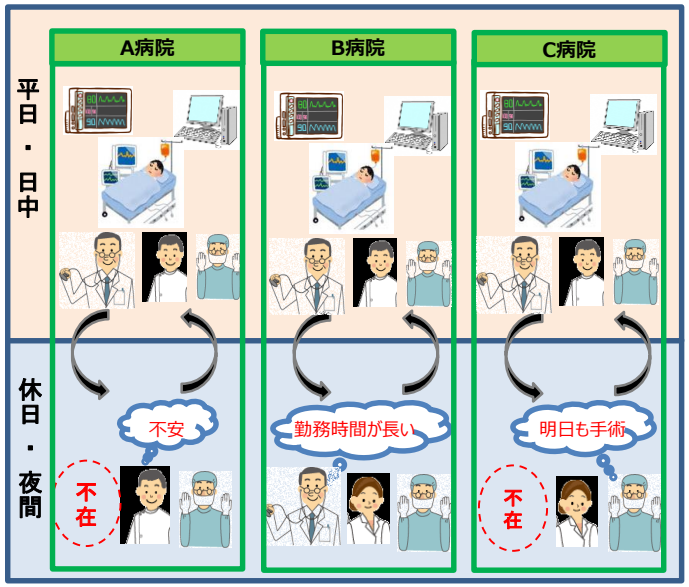
背景

救急・集中治療領域において、集中治療室における重症入院患者の治療は昼夜を問わない手厚い医療提供体制が必要であり、各診療科の主治医（心臓血管外科等）が外来・手術等の本来業務に加え、夜間も集中治療室において重症患者の治療にあたらなくてはならない等、医師の長時間労働の一因となっている。

事業内容

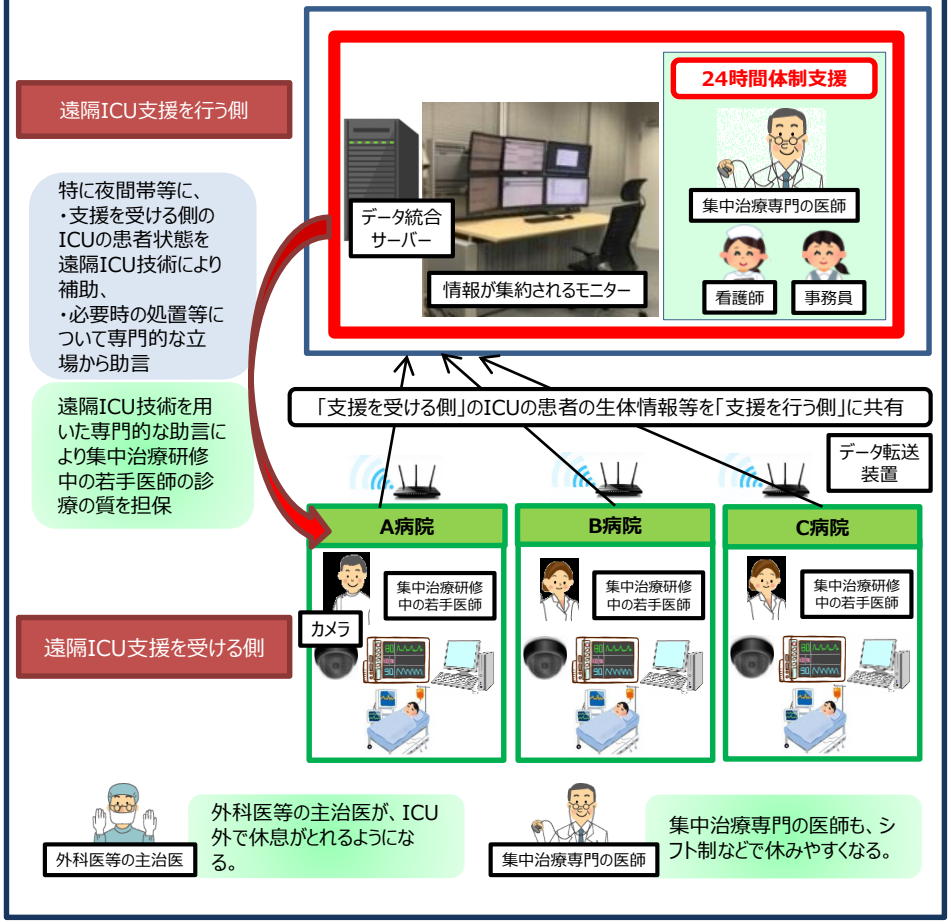
本事業は、「遠隔ICU支援を行う側」に勤務する集中治療を専門とする経験豊富な医師が、「遠隔-ICU支援を受ける側」に入院する複数の患者を集中的にモニタリングし、若手医師等に対し適切な助言等を行う体制を整備するために必要な設備整備費、運営経費を支援する事業であり、令和元年度から実施している。

整備前のＩＣＵの診療体制



- 特に重症患者を扱う救命救急センターや大学病院等のICUでは、集中治療専門の医師、集中治療研修中の若手医師や外科等主治医が昼夜を問わず患者の治療にあたっている。
- 外科医等主治医が集中治療室での治療を任すことのできる集中治療専門の医師は不足しており、夜間は不在のことも多い。
- 集中治療専門の医師の診療補助が得られない状況で、外科医等の主治医が夜間も集中治療室の診療を主体的に行うことは翌日の手術等の本来業務に影響を及ぼす。

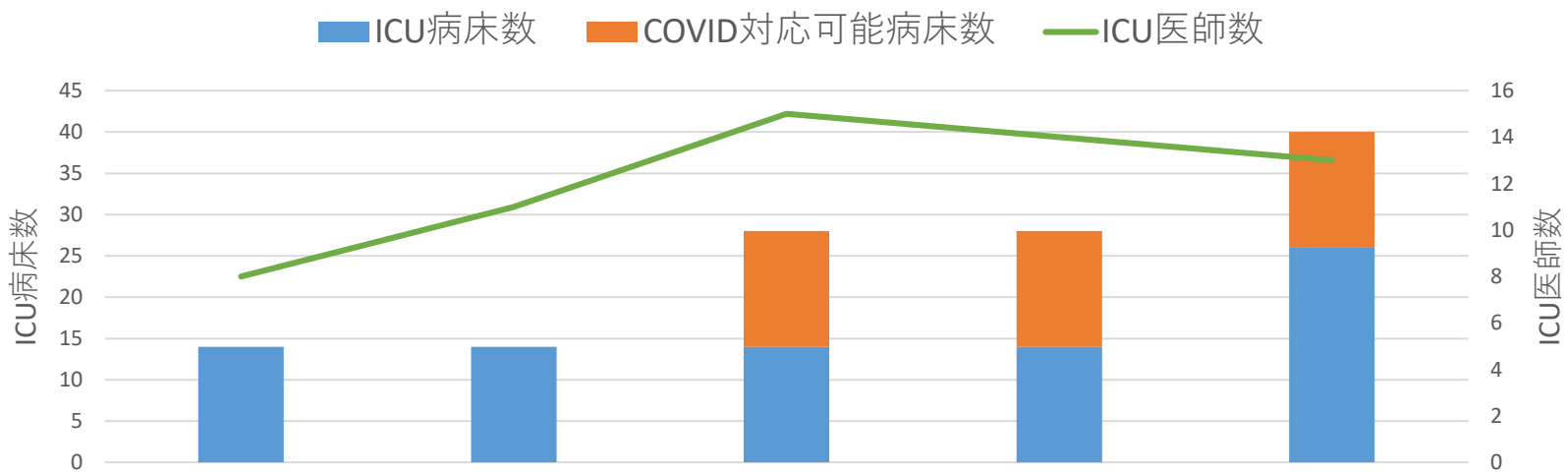
遠隔ICU体制イメージ



遠隔ICU支援センターを用いたCOVID-19への対応

- 2020年7月からICUを2フロア28床に増床し2倍の人員が必要であったが、遠隔ICU支援センターと現場業務内容の見直し・簡略化を行った結果、集中治療医は1名の増員で対応することができた。
- 2021年11月からはICU病床をさらに10床増床したが、遠隔支援されているためICU医師数の増員は行わず運用している。

昭和大学病院におけるICU医師数とICU病床数の変化



年	2018	2019	2020	2021	2022
ICU医師数	**8**	**11**	**15**	**14**	**13**
うち集中治療専門医数	5	5	6	6	6
ICU病床数 (COVID対応可能病床数)	**14** **(0)**	**14** **(0)**	**28** **(6→14)**	**28** **(14)**	**38** **(14)**

注）遠隔ICU支援センターは2018年4月に開設。医師数は全て4月１日時点

SHOWA UNIVERSITY
INTENSIVE CARE MEDICINE

昭和大学医学部集中治療医学講座　小谷教授より資料提供

新型コロナウイルス感染症のまん延時における救急搬送の受入の課題と対応

課題	対応 （事務連絡を発出した日時）
○ 濃厚接触者の医療者が増えており、救急の受け入れが厳しくなっている。	○ 医療関係者は毎日検査をすることによって濃厚接触者であっても勤務可能であること旨を再周知（R4.1.18） ○ 医療関係者は4日目と5日目に抗原定性キットで陰性確認後、5日目に隔離解除可能であることを周知（R4.1.28）
○ 保育園の休園などで出勤できない医療職種が増えている。	○ 都道府県ナースセンター等を活用し、代替要因の確保に努めることや、都道府県に病院内保育所において臨時・追加的な学童保育を実施した際に必要な経費の財政支援を積極的に活用するよう、周知（R4.1.19） ○ 近隣の医療機関の看護職員等の子どもも利用できるようにするなど、病院内保育所の柔軟な運用について、周知（R4.1.27）
○ 例年冬の時期は救急搬送者数が増えるが、コロナ病床を確保するために、一般病床に使える病床が減っていることの影響が考えられる。	○ コロナ病床において救急患者を受け入れることも可能であることやコロナ疑いの患者の受け入れを促す旨、周知（R4.1.20） ○ コロナ以外の患者を受け入れた場合には、当該患者受入分を病床使用率の算出上、除外し、病床確保料の算定に当たり、受入れが不利にならない取扱いを明確化し、再周知（R4.1.28）
○ 院内感染を防ぐため、検査結果が判明するまで個室等で管理する必要があり、救急患者の受け入れができない。	○ 駐車場、敷地内のテント等を用いて救急患者の検査結果待ちスペースを確保する等の取組の積極的な実施を周知（R4.1.28）
○ 後方支援病院の病床がひっ迫しているため、転院ができず、特に非コロナの急性期病床が空かないため、救急患者の受け入れができない。	○ コロナ病床を有している救命センター、患者の転院先の病院について、コロナ以外の患者についても超過病床の減額措置が適用されない診療報酬の特例について周知（R4.1.28） ○ コロナ入院患者の早期退院の促進（入院4日目）（R4.2.8） ○ 転院・入院されるコロナ患者の病床確保のため、2月以降に新たに確保したコロナ用病床1床あたり450万円を緊急的に支援（R4.2.17）
○ 高齢者施設で発熱などがあると救急車を呼んでしまい、一度入院すると引き取らない施設が多く、病床を埋めてしまう。	○ 医師・看護師を派遣する体制の構築、基本的な感染防止策の徹底、オンライン面会の推奨等、高齢者施設での医療体制の強化を周知（R4.2.8）
○ 救急搬送患者におけるコロナ患者の割合の増加に伴い、救急搬送された患者に対応するスタッフへの負荷が増大している。	○ 救急搬送された患者を一時的に受入れる病床を確保した場合、主に救急現場で働くスタッフの人件費として、1病院あたり最大900万円を緊急的に支援（R4.2.17）

転院・入院・救急搬送にかかるコロナ患者・コロナ疑い患者の受入拡大を図るための緊急支援

○　感染者の増加により新型コロナ患者を受け入れる病床が一部の地域で逼迫している中で、入院４日間経過後の病状が落ち着いた患者を受け入れる病床など、新型コロナ患者の病床を緊急に確保することにより、転院・入院を円滑化する（転入院支援）とともに、新型コロナ疑い患者搬送受入体制を強化（緊急搬送受入支援）することにより、救急困難事案の発生を極力抑制する。

１．対象医療機関

（転入院支援）

○　都道府県から２月１日以降に、新型コロナ患者の確保病床を追加で割り当てられ、即応病床とした医療機関

（救急搬送受入支援）

○　東京都または政令指定都市のうち、まん延防止等重点措置区域の指定を受けた地域において、コロナ病床を5床以上確保かつ救急搬送件数1,000台/年以上である医療機関として都道府県が必要性を認めた医療機関（ただし、2月又は3月（まん延防止等重点措置が解除されるまでの間）の１日あたりの救急搬送の受入実績が同年1月の受入実績を上回っていること）

※医療機関は、転院受入病床等のコロナ病床を確保すること。都道府県からの患者受入要請を正当な理由なく断らないこと。G-MIS等に必要な情報の入力を確実に行うことにより入院受入状況等を正確に把握すること。

２．補助基準額（まん延防止等重点措置が解除されるまでの間の特例）

新たに確保した新型コロナ患者の即応病床数　×　450万円

新型コロナ疑い患者を一時的に受入れる病床数（※）×　450万円

※１医療機関あたり上限２床であり、確保病床とは別途確保すること。病床使用率が70%以上であり、病床確保料の対象外であること。

３．対象経費

○　令和４年２月1日から3月31日までにかかる人件費及び感染拡大防止等に要する費用（人件費は補助額の2/3以上）

高齢者施設等における医療支援体制の徹底・強化

○ 今冬の感染拡大では、高齢者にも多くの感染が生じている地域では、病床等のひっ迫の状況などにより、高齢者施設等の入所者で感染された方について、施設内での療養を余儀なくされる状況が生じた。
○ このため、高齢者施設等で療養される方への医療支援の更なる強化について、3月18日に事務連絡を発出し、高齢者施設等に対して協力医療機関の確保の有無等の調査の実施をしつつ、取組を要請。(4月22日までに取組結果を国に報告する予定。)
○ オミクロン株による感染の再拡大に備えて、上記の対策の徹底・強化を図るため、下記の内容について、事務連絡を発出する。

1. 目指すべき医療支援の体制について

(感染制御や業務継続の支援体制について)

○ 入所者に陽性者が発生した施設(※)については、派遣を希望しない場合等を除き、24時間以内(遅くとも一両日中)に感染制御・業務継続支援チームを派遣できる体制の構築を目指す。(沖縄では、陽性者が発生した施設のうち6割に派遣。) また、施設等が、陽性者が発生した場合の相談先を理解していることが重要であり、都道府県に専用の相談窓口を設置するとともに、その窓口等について施設への個別の周知等を実施する。

※ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

(医師や看護師による往診・派遣を要請できる医療機関を事前に確保できていることの確認について)

○ 全ての施設等において、必要な場合に医師や看護師による往診等の医療を確保できる体制となっていることを確認する。
具体的には、今回、施設に実施中の調査において、以下のいずれかに該当する旨の回答を全ての施設等から得ることを目指す。
- 医師・看護師の往診・派遣を要請できる協力医療機関を事前に確保できている(嘱託医・当該施設等の医師がコロナ治療に対応できる場合も含む。)
- 各自治体が指定する医療機関や医療チームの往診派遣を要請できる

○ このため、施設等の判断の参考となるよう、圏域・地域ごとに往診・派遣できる協力医療機関を指定・登録する仕組みを設け、施設等に対し提示することが考えられる。

(体制構築に向けた取組みについて)

○ 都道府県の体制構築にあたっては、医療関係部局と介護関係部局が密接に連携し、地域の医療関係者・施設関係者、市町村の福祉部局と協議しつつ、構築していくことが重要。
○ 国としても、都道府県の医療関係部局・介護関係部局それぞれから個別に相談できる伴走型の体制を構築する。

2. 高齢感染者の受入れを想定したコロナ対応病床の更なる確保や回転率向上について

○ 医療機関に対し、以下について、積極的な働きかけを実施。
- 臨時の医療施設をはじめとする既存の確保病床について、要介護の高齢者に対応した人員配置、環境整備を行うことによる、高齢感染者の受入れのキャパシティの拡充
- 地域包括ケア病棟、慢性期病棟等における高齢の感染者の療養解除前の転院を含めた積極的な受入れ
- コロナ対応医療機関以外の医療機関に対し、後方支援医療機関として療養解除後の高齢患者の受入れ

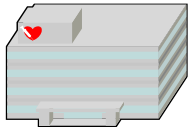
新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療体制の強化に係る取組（全体像）

救急要請～搬送

救急搬送増加

- コロナ重症患者が発生した場合の搬送体制の協議(R2.3.1)
- 都道府県調整本部と患者搬送コーディネーターの配置(R2.3.26)
- 広域搬送の調整(R2.3.26)
- 消防との移送連携(R2.5.27)
- 一部制限や受け入れ停止の場合は医療関係者間で協議・調整(R2.6.19)
- 搬送ルール「傷病者の搬送及び受け入れの実施時に関する基準」の設定(R3.2.16)
- G-MISの空床情報の活用・見える化(R2.12.25)
- コロナ疑い患者、基礎疾患を有する患者、妊産婦等をまずは受け入れ、必要な救急医療を提供する等、医療機関の役割分担を設定(R3.9.14)
- 高齢者施設等における医療体制の強化を促進(R4.2.8, 3.18)
- コロナ疑い患者を一時的に受け入れる病床確保に対する支援(R4.2.17)

救急医療機関



確保されたコロナ病床

コロナ病床確保のための休床

医療従事者の感染（濃厚接触）等により稼働困難な病床

減少した通常病床

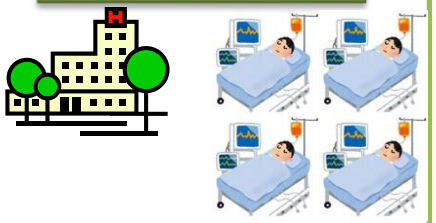
通常医療の病床

医療従事者の減少

病床の逼迫

- 各都道府県でPPEの配分(R2.5.13)
- 医療従事者の濃厚接触者としての制限を緩和(R4.2.18)
- 医療従事者の子供の保育の充実(R4.1.19)
- 院内保育所の活用(R4.1.27)

後方支援病院



病床の逼迫

- オーバーベッドの許容(R4.1.28)
- コロナ病床の確保に対する支援(R4.2.17)

- 一連の流れを確認する「チェックポイント」を活用し目詰まりのない体制を確保(R3.3.24)
- 想定する感染規模、確保すべき病床数、臨時の医療施設の必要量、保健所・地域の医療機関の体制等を盛り込んだ構成方針の作成(R3.10.1)
- コロナ病床に非コロナ患者が入院した場合の取り扱いについて周知(R4.1.20)
- オーバーベッドの許容(R4.1.28)
- コロナ疑いの検査待ちスペースの拡充(R4.1.28)
- コロナ入院患者の早期退院の促進（入院４日目）（R4.2.8）

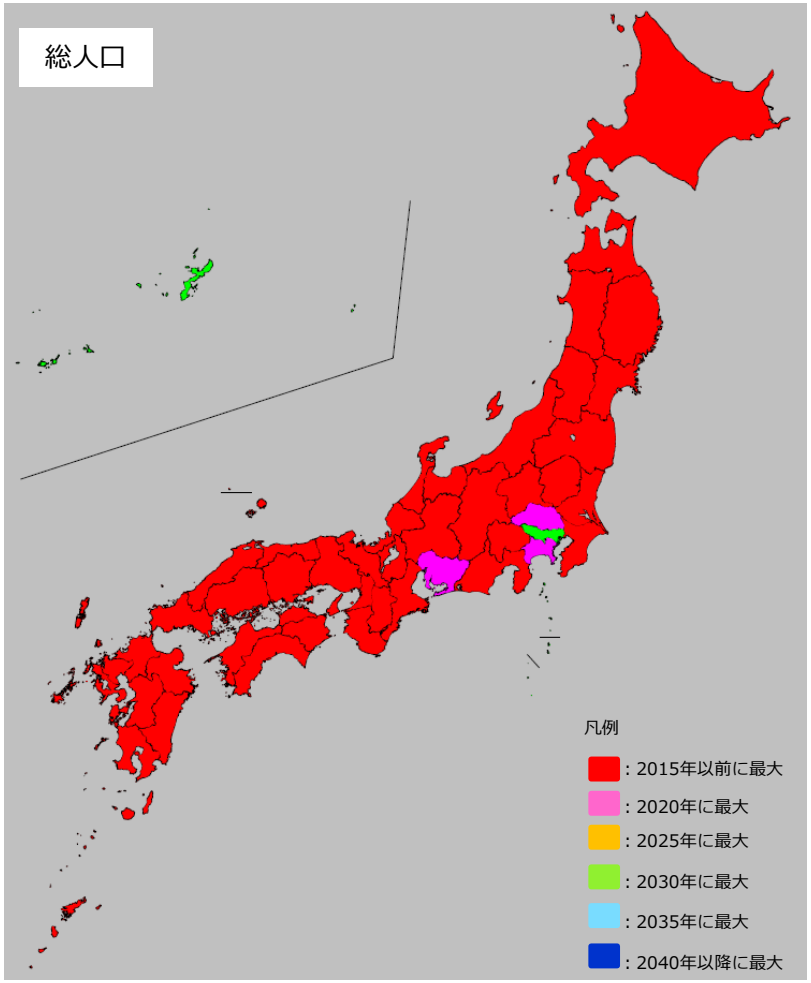
論点②

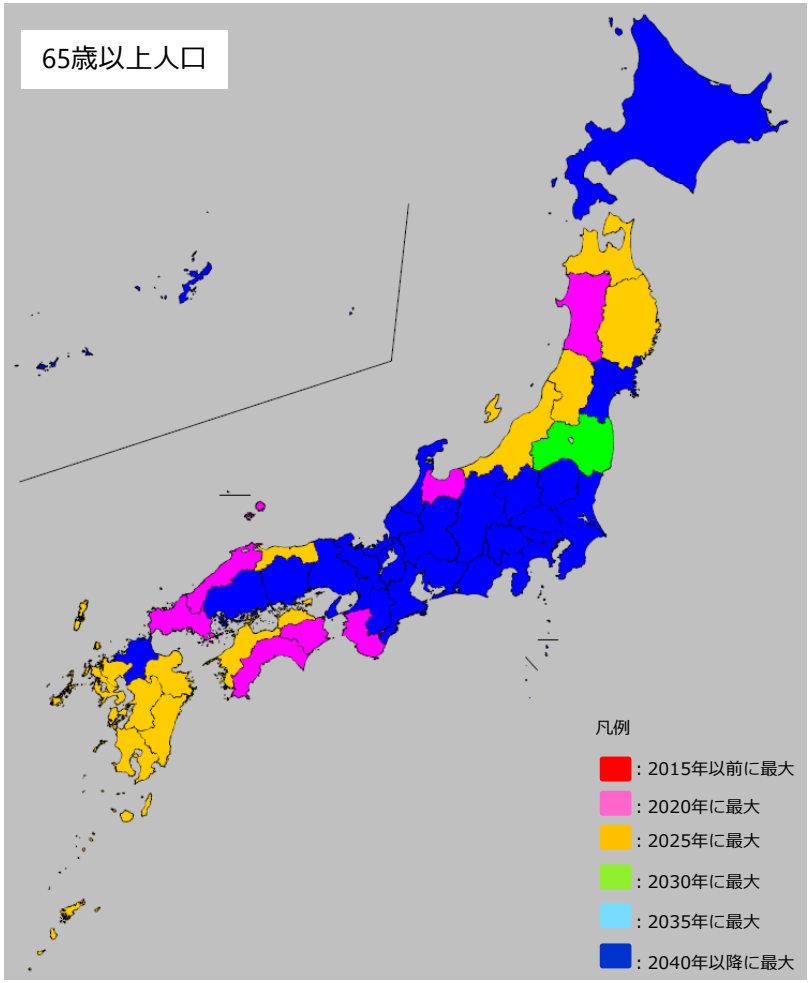
1. 重症者に対応できる救急医療体制をどのように構築していくべきか。感染症まん延時等の有事に、迅速かつ柔軟に切替え可能な体制の構築のため、重症者に対応できる医師・看護師等の医療人材の育成についてどう考えるか。

2. オミクロン株の流行時は高齢者を中心に救急搬送困難事案が急増したが、今後の超高齢化を見据えれば、今回の対応を踏まえて、在宅医療や高齢者施設等における医療体制の強化とともに、単身の高齢者や要介護高齢者の出口問題への対応策を含めて、今後の救急医療の在り方を検討すべきではないか。

都道府県別の人口推計

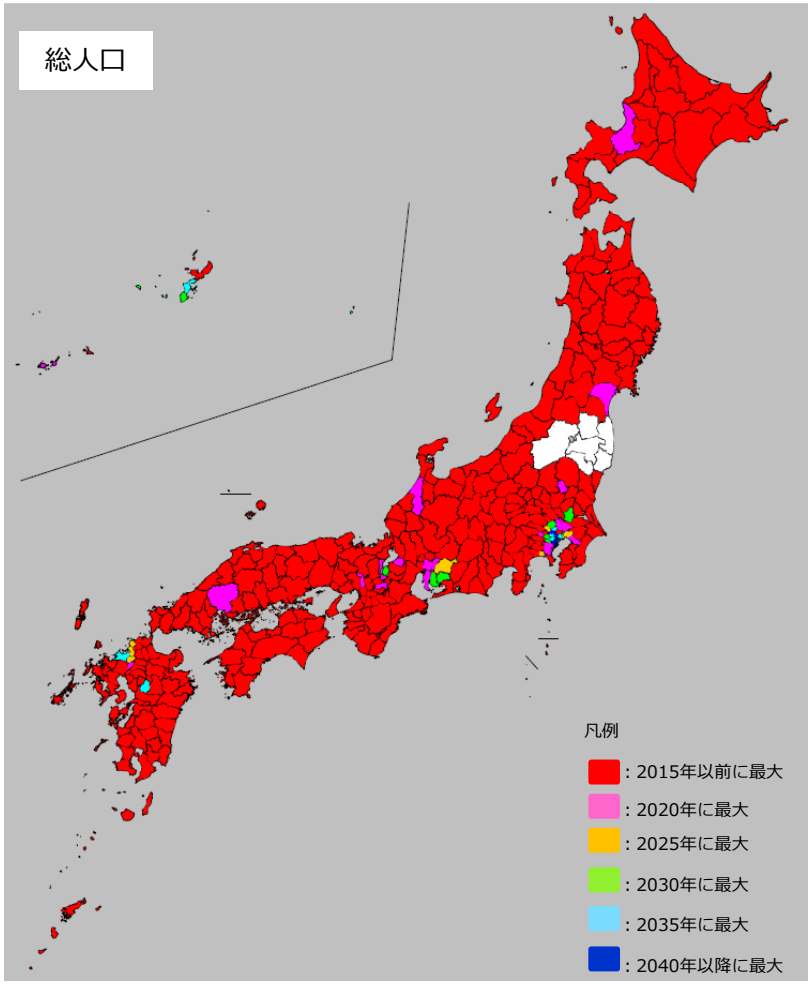
都道府県ごとの人口が最大となる年

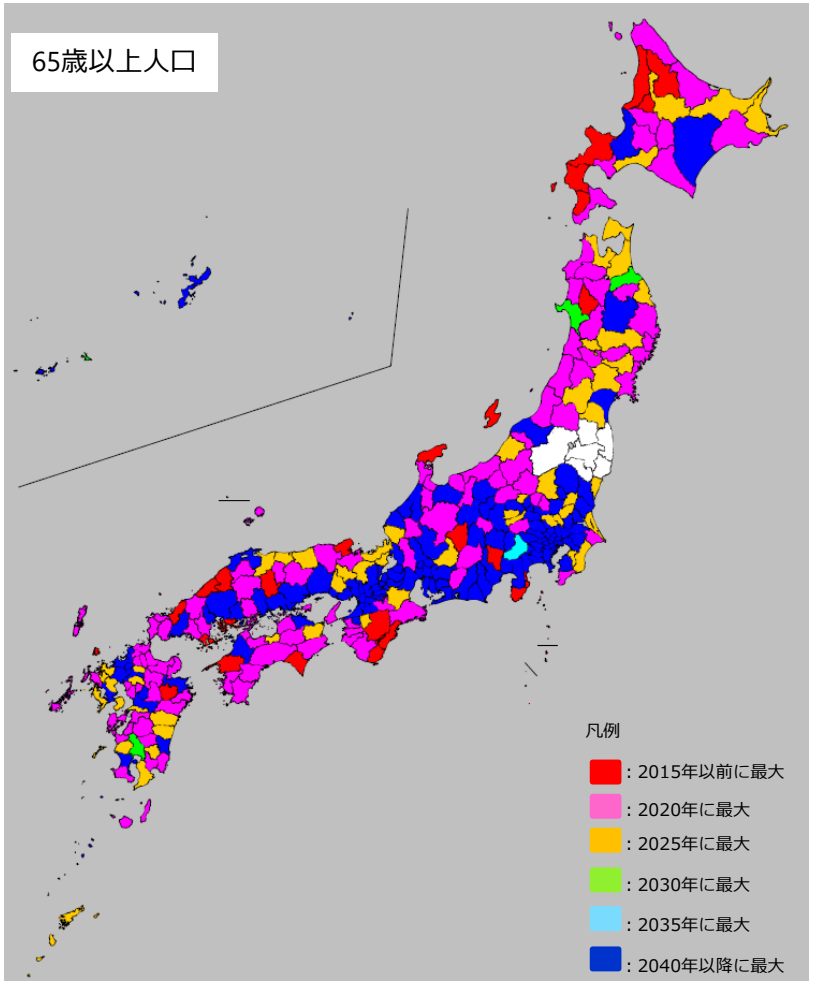




出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 2015年は国勢調査の実績値

二次医療圏ごとの人口が最大となる年





出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

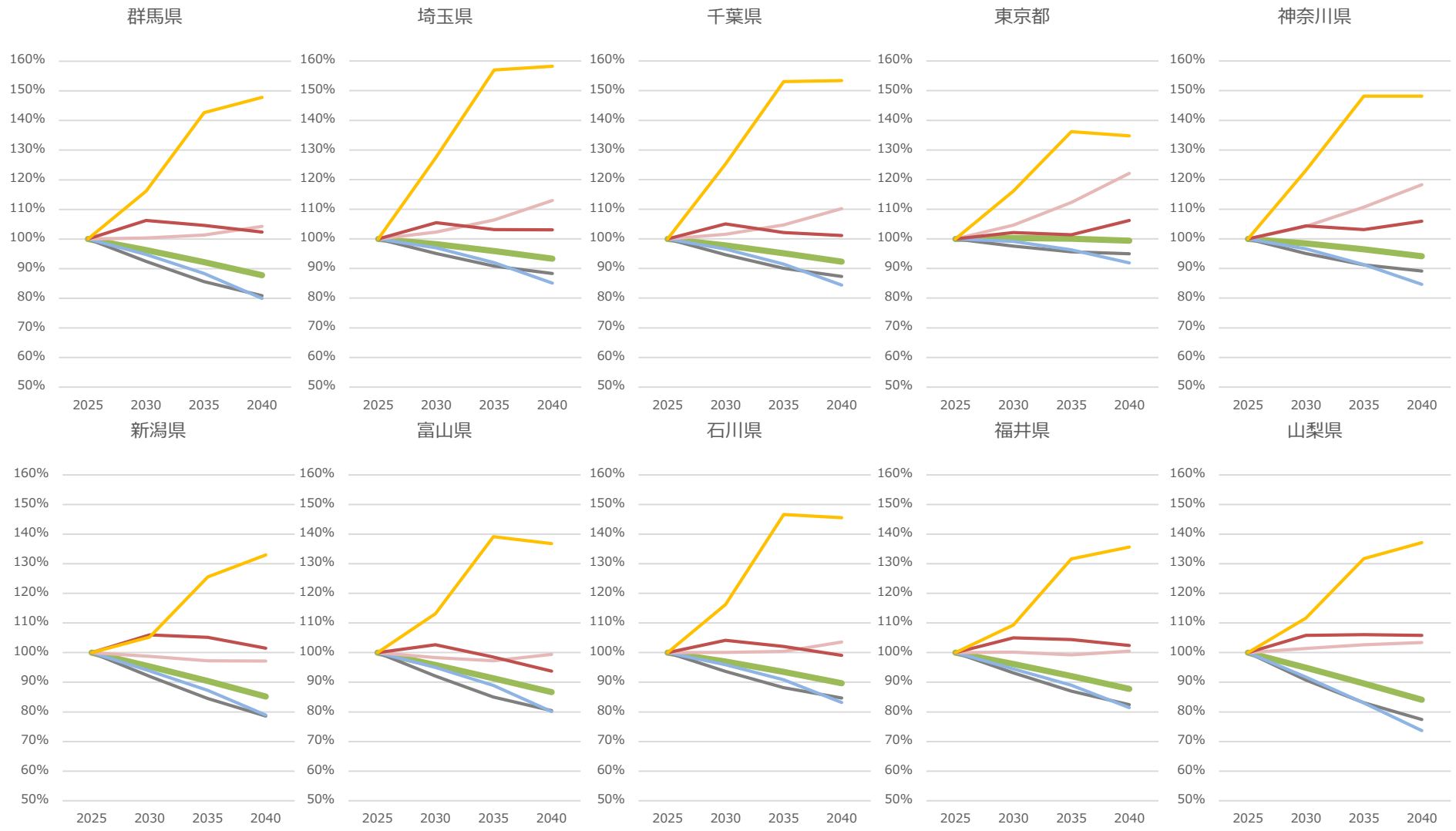
※ 2015年は国勢調査の実績値。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

都道府県別の人口推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」※2015年は国勢調査の実績値

都道府県別の人口推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」※ 2015年は国勢調査の実績値

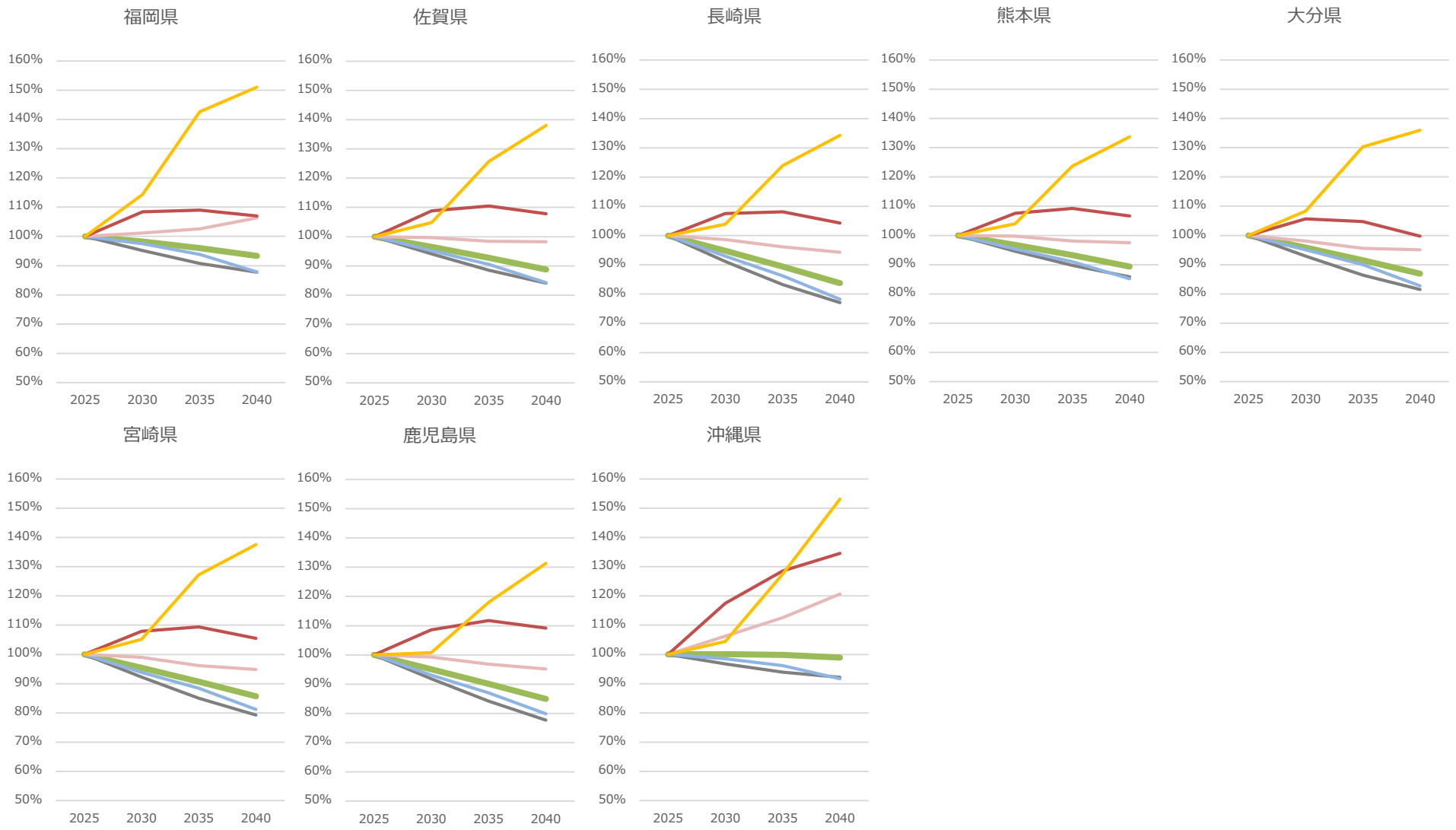
都道府県別の人口推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」※2015年は国勢調査の実績値

都道府県別の人口推計

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」※2015年は国勢調査の実績値

都道府県別の人口推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」※2015年は国勢調査の実績値

救急医療体制の整備と救急医療機関の機能

1．救急医療体制の整備

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
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
救急病院又は救急診療所の告示制度

1977（昭和52）年　救急医療対策の整備事業について
初期、第二次、第三次救急医療体制の発足

1991（平成３）年　救急救命士法

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
－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

救急医療体制の経緯②

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

2009（平成21）年　消防法の一部改正
- 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の策定
- 実施基準に係る協議、調整等を行う協議会の設置等

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
- 救急医療機関・救急医療体制の充実強化
- 救急患者の搬送等
- 小児救急医療における救急医療機関との連携
- 母体救命に関する救急医療機関との連携
- 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

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
- DMAT事務局の体制強化
- 病院前医療の提供手段
- 救急医療機関の機能分化・連携
- 新型コロナウイルス感染症対策
- 救急救命士法の改正に向けた検討

2020（令和2）年　救急救命士法の一部改正

医療計画における救急医療の体制構築に関する経緯

第5次医療計画（平成20年～）

- 救急医療を5事業に位置づけ
- 救急医療機関の機能分化を明示し、地域の実情に応じた地域連携体制を構築するため、現状把握のための指標を例示

第6次医療計画（平成25年～）

- 傷病者の搬送及び傷病者の受け入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施を追加
- 現状把握のための指標を、医療機関及びストラクチャー、プロセス、アウトカムに分類した項目として提示

第7次医療計画（平成30年～）

- 救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の構築
- 救命救急センターの充実段階評価の見直し

第7次医療計画中間見直し（令和2年～）

- 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できるよう、現状把握に必要な指標例を追加
  - 地域で行われている多職種連携会議等の開催回数
  - 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等

第７次医療計画における「救急医療」の見直しのポイント

【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。

救急医療機関と関係機関との連携・協議体制の構築

円滑な救急搬送や受入体制を確保するため、医療機関と介護施設等の連携を推進する。

八王子市の例

○ 高齢者及び高齢者施設等の利用者への安全な救急搬送体制を確保するため、八王子消防署と八王子市救急業務連絡協議会で調整、“八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会”を設置。

八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会

- 八王子市救急業務連絡協議会
- 救命救急センター・救急センター
- 介護療養型病院
- 医療療養型病院
- 八王子施設長会
- 八王子社会福祉法人代表者会
- 八王子特定施設連絡会
- 精神科病院
- 八王子介護支援専門員連絡協議会
- 八王子介護保険サービス事業者連絡協議会
- 高齢者あんしん相談センター
- 八王子医師会
- 八王子市
- 町会自治会連合会
- 八王子消防署
- 八王子薬剤師会
- 八王子老人保健施設協議会
- 八王子市赤十字奉仕団
- 八王子市民生委員児童委員協議会
- 八王子市社会福祉協議会

全２０団体

※行政だけでなく、様々な機関が参加していることが特徴。

自宅、高齢者施設、救急隊、急性期医療機関、慢性期医療機関、市のそれぞれについて推奨事項や努力事項が示された。

このうち、「自宅/高齢者施設」の推奨事項として、「救急医療情報の作成」を行うこととなった。

八王子消防署資料より一部改変

救命救急センターの充実段階評価の見直し

平成27年度は、ほとんどの救命救急センターの充実段階評価がA評価となっている。さらなる機能の充実を図るため、地域連携の評価を含め、救急救命センター充実段階評価を見直す。

平成２７年度
救命救急センターの充実段階評価
Ａ評価：269ヵ所
Ｂ評価：１ヵ所
Ｃ評価：１ヵ所

評価基準
C評価：
是正を要する項目が３年以上継続して22点以上の場合
B評価：
是正を要する項目が２年間継続して22点以上の場合
A評価：
B、C評価以外

第７次医療計画の中間見直しにおける「救急医療」の見直しのポイント

○　第7次医療計画の中間見直しにおいて、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、「救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例」について新たに赤字部分を追加した。

		救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命後の医療
ストラクチャー		運用救急救命士数	救急担当専任医師数・看護師数		初期救急医療施設数	● 転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数
		住民の救急蘇生法の受講率	救命救急センター数	2次救急医療機関数	一般診療所の初期救急医療への参画率	
		救急車の運用数	特定集中治療室のある医療機関数			
	●	救急搬送人員数				
		AEDの設置台数				
プロセス		心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救命救急センター充実段階評価S及びAの割合			緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数
			救急車の受入件数			
			転院搬送の受入件数			
				転院搬送の実施件数		
	●	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				
	●	受入困難事例の件数				
		2次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会や多職種連携会議等の開催回数				
アウトカム	●	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）の一ヶ月後の予後				

（●は重点指標）

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表6「救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例」
平成29年３月31日医政局地域医療計画課長通知（平成29年７月31日一部改正）より引用

2.　救急医療機関の機能

初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

目標

- 患者の状態に応じた適切な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。

詳細な項目

- 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、地域で診療の空白時間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。

（出典）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日付医政指発0331第3号）

入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】

目標

- 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主な事項

- 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。
- 医療機関によっては、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。
- 自施設では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。

詳細な項目

- 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。

（出典）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日付医政指発0331第3号）

救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

目標

- 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主な事項

- 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。
- 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。
- 医療計画において救命救急医療機関として位置づけられたものを救命救急センターとする。

詳細な事項

- 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。

（出典）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日付医政指発0331第3号）

救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】

目標

- 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること
- 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること。
- 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること。
- 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること。
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること。
- 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること。
- 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること。
- 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。
- 診療所等の維持期にいける他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。

（出典）疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日付医政指発0331第3号）

傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生（総務省消防庁）

傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会（平成30年度）

平成30年度　救急業務のあり方に関する検討会のもとで検討

委員　会田　薫子（東京大学大学院人文社会系研究科特任教授）
荒木　暁子（公益社団法人日本看護協会常任理事）
岩田　太（上智大学法学部教授）
岡芹　正美（公益社団法人全国老人福祉施設協議会研修委員長）
久保　富嗣（広島市消防局警防部救急担当部長）
久保野　恵美子（東北大学大学院法学研究科教授）
田邉　晴山（救急救命東京研修所教授）
長島　公之（公益社団法人日本医師会常任理事）
西　研（東京医科大学哲学教室教授）
橋爪　隆（東京大学大学院法学政治学研究科教授）
部会長　樋口　範雄（武蔵野大学法学部特任教授）
紅谷　浩之（オレンジホームケアクリニック理事長）
三浦　敏也（大阪市消防局救急部救急課長）
行岡　哲男（一般財団法人日本救急医療財団理事長）
（オブザーバー）
松岡　輝昌（厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長）

回数	開催日	主な議題
第1回（WG）	平成30年5月30日	・救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応と現状について ・実態調査　概要（案）について
第2回（WG）	平成30年6月28日	・救急現場における心肺蘇生を望まない傷病者への対応の現状について ・実態調査（案）について
第3回	平成30年9月5日	・実態調査の結果について ・論点（案）について
第4回	平成30年10月24日	・とりまとめの方向性（案）について
第5回	平成30年12月13日	・医療政策における在宅医療の位置付け ・とりまとめの方向性（案）について
第6回	令和元年2月14日	・全国老人福祉施設協議会について ・検討部会報告書（素案）
第7回	令和元年7月3日	・検討部会報告書

令和元年8月5日　第1回「救急業務のあり方に関する検討会」において、報告書の内容を報告。その後、消防庁HPでもアップ。
令和元年11月8日　消防庁より、報告書の要点を概説するとともに、心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査や対応の手順等を定めた場合の消防庁への情報提供を求める通知を消防本部へ送付。

傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生に関する検討部会　報告書（概要）

1 背景

○近年、救急隊が心肺停止の傷病者の心肺蘇生を望んでいないと言われる事案の対応について、多くの消防本部で課題として認識されている。

2 実態調査

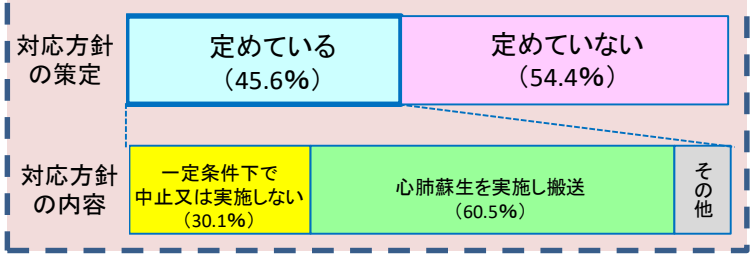
全国 728 の消防本部を対象に、

○ 傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望まないと伝えられる事案の有無。

○ 事案があった本部のうち対応の取り決めの有無。

○ 対応方針の内容（心肺蘇生の実施 または 医師の指示等による中止）等について、調査を実施。

事案があった（又はあったと思われる）⇒616本部（約85%）



3 検討する上での基本的な認識

○ 救急隊は救命を役割とし、事前に傷病者の意思が共有されていないなど、時間的、情報的制約がある中では、速やかな心肺蘇生の実施が基本。

○ 一方で、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方が広まりつつあり、**今後、医療・ ケアチームとの十分な話合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は尊重されていく方向**。

4 検討・考察内容

（1）心肺蘇生の対応について

○ **大阪市消防局では**、傷病者の生命保護を最優先とし、**心肺蘇生を継続して搬送**。

○ **広島市消防局や埼玉西部消防局では**、かかりつけ医等と連絡し、**心肺蘇生中止の指示が出たら、心肺蘇生を中止**。

（※ かかりつけ医等については、傷病者の人生の最終段階における医療ケアに携わっていれば、傷病者の状態や病状を評価し、医学的な観点と併せて、心肺蘇生中止の判断が可能と考える。）

（2）救急隊の対応について

○ 傷病者が心肺停止となった経緯や、心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲・内容、かかりつけ医との連絡の有無など、**救急現場の状況は千差万別であり、救急隊の対応については十分な検討が必要**。

○ **心肺蘇生を中止している消防本部では**、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけではなく、必要に応じてオンラインMC医と相談しながら、**状況に応じた丁寧な対応を行っていることに留意すべき**。

（3）救急搬送について

○心肺蘇生中止の際、救急隊の長時間待機が課題（医師の到着までに時間がかかる）。

○心肺蘇生を実施しない、死亡確認等のためだけの搬送は、本来的には、在宅医療や高齢者施設において速やかに死亡診断を行う体制を整えることで、解消すべき課題。

（4）活動の事後検証等について

○ 救急現場の状況や、救急隊の対応は多様であり、MC協議会において事後検証の対象とすることを検討すべき。

5 今後の対応

○傷病者本人が心肺蘇生を望まない意思を示していたにもかかわらず、救急要請される事案について、集計している消防本部が一部にとどまるなど、**実態が十分に明らかになったとは言いがたい**。

- 各地域での検証を通じた、**事案の集積による知見の蓄積が必要。**
- **国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取組状況等を見極める必要。**

将来的には、救急隊の対応の標準的な手順等について検討を進めていくべき。

検討部会の報告書を踏まえた対応

「平成30年度救急業務あり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書について（令和元年11月8日付け消防救205号消防庁救急企画室長通知）

＜報告書の要点＞

①基本的な認識

・ 救急隊は救命を役割とし、心肺停止状態の傷病者については速やかに心肺蘇生を実施することを基本に活動している。

・ 一方で厚生労働省は、平成30年３月、ACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）の考え方を「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」に盛り込むなど、本人の意思を尊重しながら、医療・介護従事者、家族等も参加して、生き方・逝き方を探る努力がなされている。

・ 救急現場等においても、時間的情報的な制約がある中ではあるが、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人の生き方・逝き方は、尊重されていくものと考える。

②現場での対応等

・ 救急現場等では、救急要請に至る経緯や、傷病者が心肺停止になった経過、傷病者と心肺蘇生の中止等について話し合った関係者の範囲、傷病者の意思等を記した書面の有無、書面がある場合には署名の有無など、千差万別な状況である。

・ 加えて、救急現場等は緊急の場面であり、多くの場合医師の臨場はなく、通常救急隊には事前に傷病者の意思は共有されていないなど時間的情報的な制約がある。

③今後の方向性

・ 実態調査の結果、救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案の実態が必ずしも十分に明らかになったとは言えないところであり、今後、事案の実態を更に明らかにしていくとともに、各地域での検証を通じた、事案の集積による、救急隊の対応についての知見の蓄積が必要であると考えられる。

・ 患者本人や家族等がどのような最後を迎えたいか考え、かかりつけ医等を要とする医療従事者、介護従事者とも話し合い、準備を進める、ACPに取り組んでいくことが重要である。

＜今後、消防機関に求められること＞

○ 地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への参画
○ 救急隊の対応の検討等
① 在宅医療や介護に関わる関係者の参画も得るなど、メディカルコントロール協議会等における十分な議論
② 具体的な対応件数の集計及びメディカルコントロール協議会における事後検証の検討

＜消防庁からのお願い＞

○ 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数の調査に協力いただくこと （調査対象期間：平成31年1月1日～令和2年12月31日）
○ 対応の手順等を定めた場合に消防庁へ情報提供いただくこと

心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数

「心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査」より

（1）調査概要

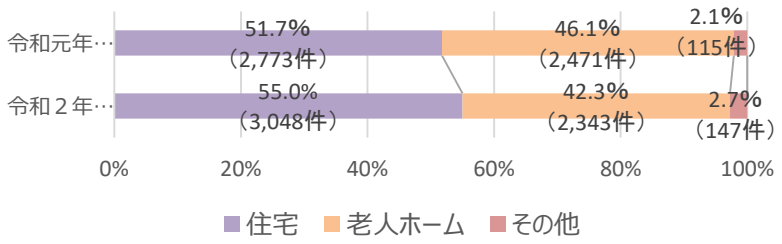
〇調査対象　全国の消防本部
〇報告対象調査期間　平成31年1月1日～令和2年12月31日

（2）調査結果

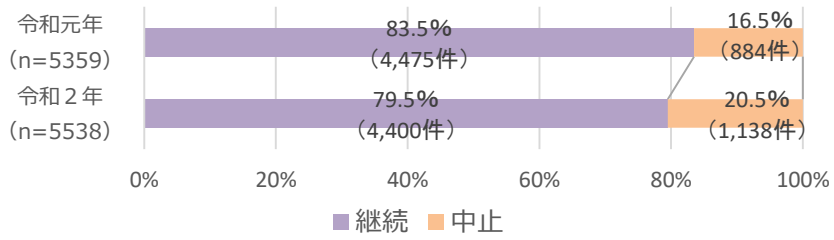
◎心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数　5,538件（令和2年）、5,359件（令和元年）

〇発生場所別でみると、老人ホームで発生した事案の割合が減少している。
〇心肺蘇生の継続又は中止の別でみると、中止している事案の割合が増加している。
〇救急搬送の有無の別でみると、不搬送としている事案の割合が増加している。
〇かかりつけ医への連絡の有無の別でみると、連絡がとれた事案の割合が増加している。

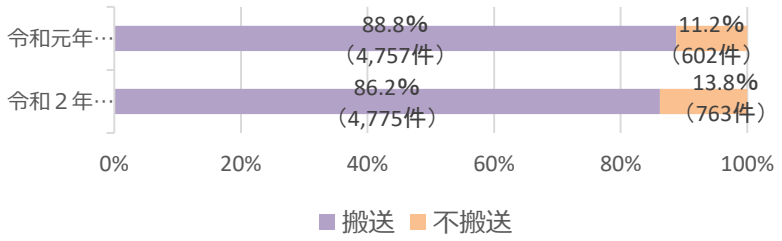
①発生場所



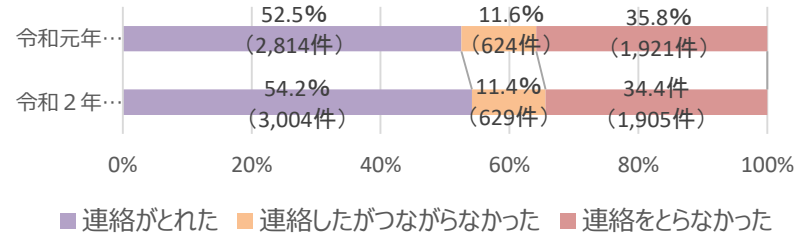
②心肺蘇生の継続又は中止



③救急搬送の有無



④かかりつけ医への連絡の有無



心肺蘇生を望まない傷病者への対応方針について

「救急業務体制の整備・充実に関する調査」より

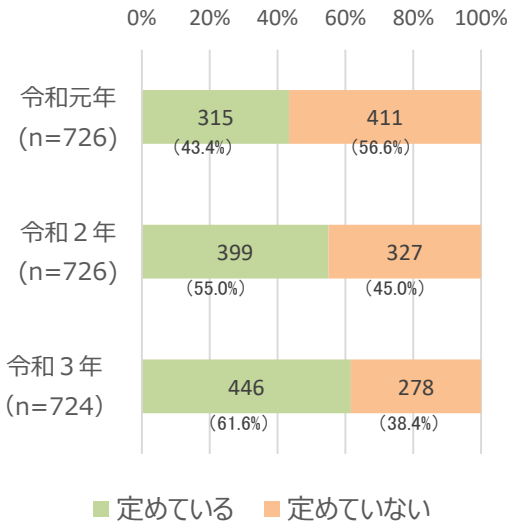
（1） 調査概要

〇調査対象　　全国の消防本部
〇調査基準日　　毎年8月1日
※救急業務体制の整備・充実に関する調査のうち、傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生に係る質問項目を抜粋

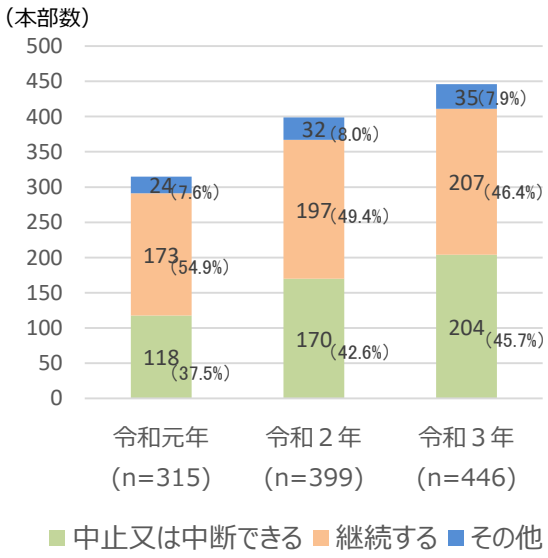
（2） 調査結果

〇対応方針を定めている消防本部は、2年間で131本部増加している。
〇定めている対応方針の内容が「心肺蘇生を中止又は中断できる」である消防本部は、2年間で86本部増加している。
〇対応方針の策定を「県または地域MC協議会」で行った消防本部は、2年間で88本部増加している。

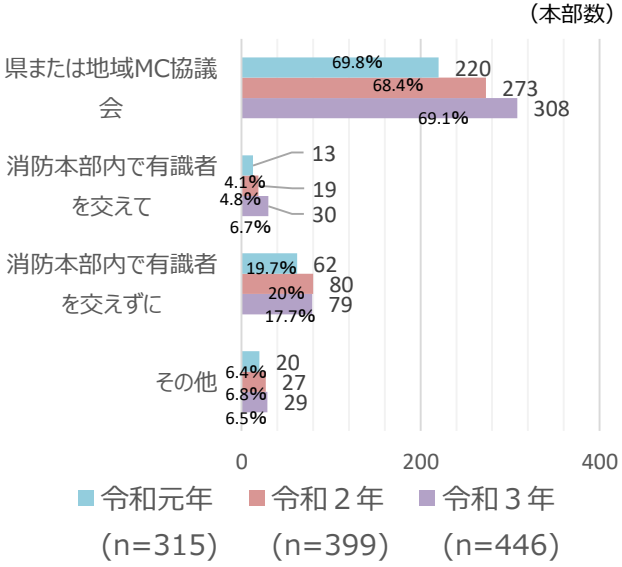
①対応方針を定めているか



②対応方針の内容について



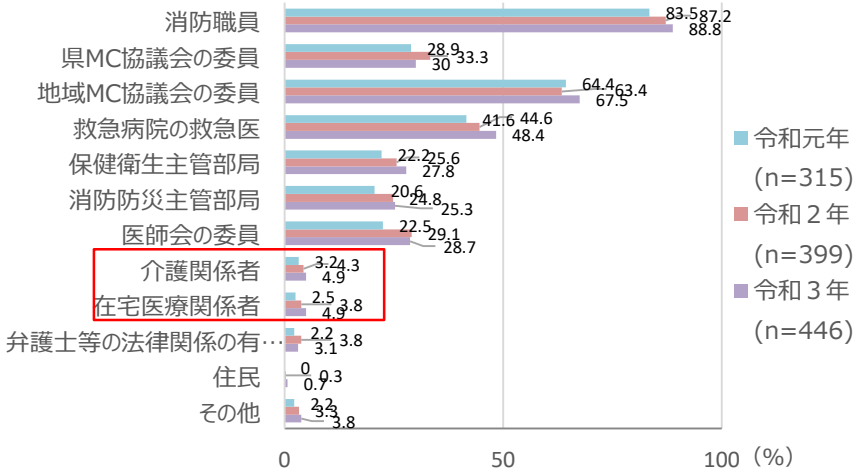
③策定の検討が行なわれた場



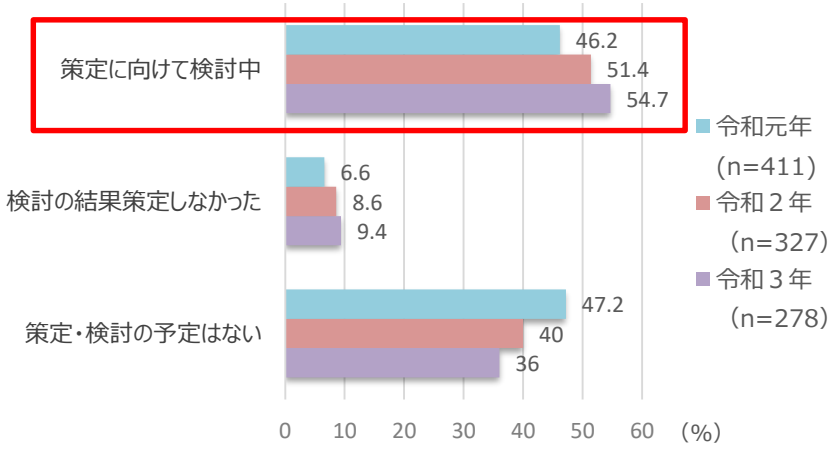
（2） 調査結果（続き）

〇介護関係者、在宅医療関係者が対応方針策定の場に参加している割合は、徐々に増加しているものの、その水準は低い。
〇対応方針を定めていない消防本部のうち、「策定に向けて検討中」としている割合は増加している。
〇約8割の消防本部が、心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案の事後検証を行っている。
〇事後検証を行う場は、7割以上が「都道府県または地域MC協議会」である。

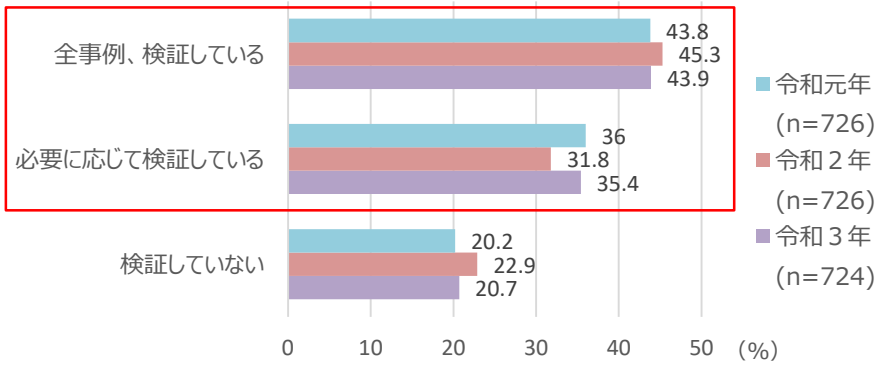
④「定めている」消防本部について
対応方針策定の場に参加したのはどのような職種か（複数回答）



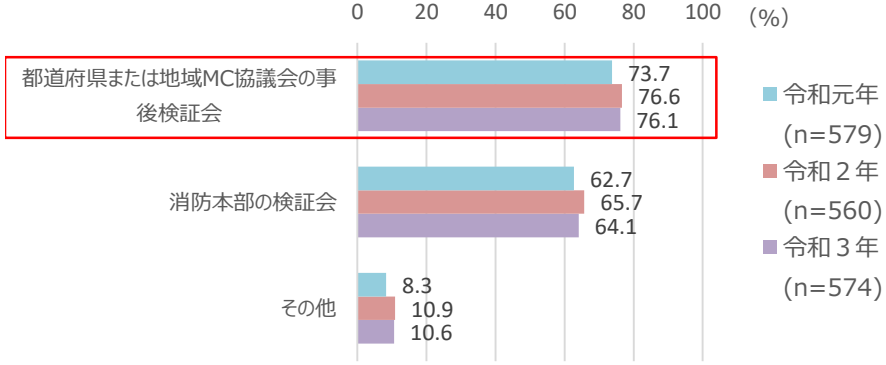
⑤「定めていない」消防本部について
方針策定の予定はあるか



⑥心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案を事後検証の対象としているか



⑦事後検証を「全事例行っている」「必要に応じて行っている」消防本部について
事後検証を行う場（複数回答）



地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場への消防機関の参加状況

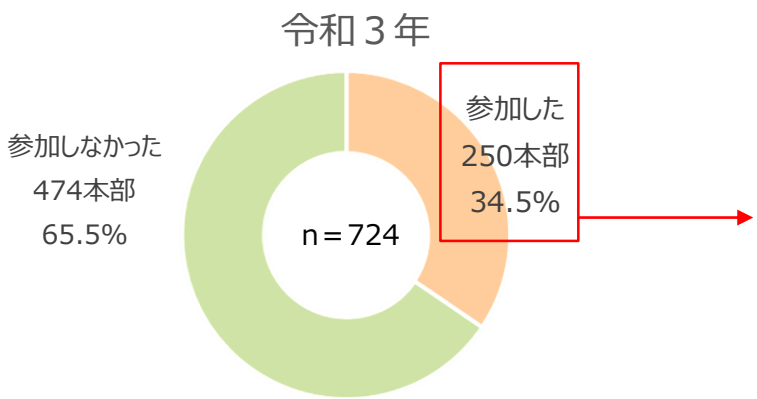
「救急業務体制の整備・充実に関する調査」より

調査結果

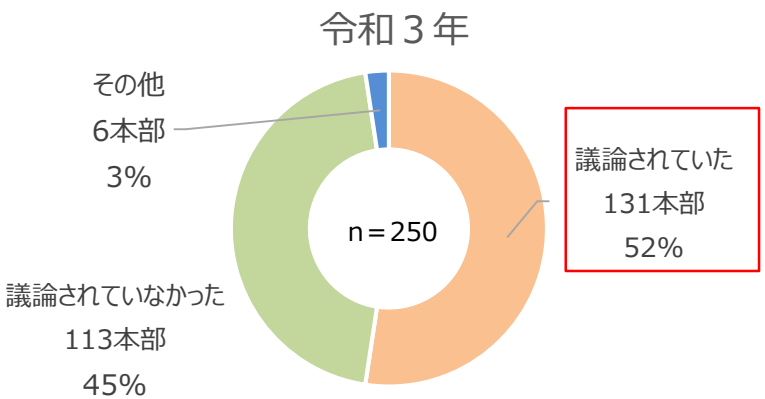
〇地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に参加した消防本部は約35%
〇消防本部が参加した議論の場において、心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案について議論されたのは約半数

※（参考）ACP（Advance Care Planning・愛称：人生会議）とは
人生の最終段階の治療、療養について、患者家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスであり、平成30年に厚生労働省が作成したガイドラインに盛り込まれた。

①地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場に参加したか



左記の議論の場に「参加した」と回答した消防本部について
②消防本部が参加した議論の場で、心肺蘇生を望まない傷病者に係る事案について議論されたか



・第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P. 2 ～95）

・第５回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P.97～152）

・第６回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P.154～224）

前回頂いた主なご意見

※　第４回ＷＧにおいて出された主な意見を事務局において整理したもの

１．救急医療機関の役割

【３次医療機関・２次医療機関の役割】

- 二次救急を担う医療機関では、救急医療だけを提供しているわけではなく、１つの医療機関で全てに対応することが現実的かどうかは地域によって異なるため、地域で今後どうあるべきかという発想が必要。初期・二次・三次という既存の建て付けは残したとしても、内容・役割は地域の実情に応じて考え、いくつかのモデル・パターンを厚労省で示すのがよいのではないか。
- 役割分担・連携という観点では、今回の新型コロナウイルス感染症対応の中でできた、医療機関の役割についての会議体や仕組みが活用できるのではないか。
- 三次救急に関しては、初期の目的は100万人に１ヶ所であったが、今は既に299ヶ所ある。これからの高齢者救急で果たして救命救急センターが必要なのか。三次救急は多発外傷とか交通事故の時代に考えて作られた組織であるため、救命・災害という面で必要性は認識している。二次救急から三次救急まで対応する病院がある地域もあるが、高齢者が増えるにつれて増加する脳梗塞、骨折、肺炎などの疾患は、都会では二次救急でほとんど診られている。高齢者救急の中においては、これから三次救急がどういう役割をするのかもう一度検証しないといけない時期に来ているのではないか。
- 三次救急も重要だが、そこに人数を集めるよりも、やはり二次救急、初期救急等に職員を集めていかざるを得なくなってくるのではないか。三次救急をどんどん充実させていくことが本当にいいのかというところはしっかり議論していくべき。
- 高齢者の救急患者・救急搬送、特に軽症・中等症の患者が増加する中で、軽症・中等症というだけではなく、症状・症候・診断名不明確が増加している。重症が減っているというよりは、もともと複数の疾患を持っていて、たまたま新しい疾患等の発症によって救急搬送が必要になって搬送された場合に受け入れが困難となる、または診断自体が難しいケースが多い。障害者、高齢者施設、外国人、無保険、合併症、認知症などが救急の発端となった病気と別の理由で対応困難となる事例が多く、二次救急機関での受け入れが難しい場合は三次救急医療機関でバックアップしてもらうことになる。重症だけではなく、多様化する複数疾患合併例または診断困難事例についての対応が課題ではないか。

１．救急医療機関の役割

- 三次救急機関の件数の中に二次救急と思われる件数がかなり含まれており、三次救急の病院に対しての負荷は、その二次救急の部分であるとするならば、救急としての搬送の仕分けの仕方が大事ではないか。
- 初期・二次・三次の救急医療機関の在り方については、都市部と非都市部では大きく違ってくる。重症者を含め幅広く救急患者を受け入れることに関しては下り搬送の促進が不可欠だが、現場で救急隊がいくら重症度を判断しても、病院に到着してみないと本当の重症度は分からないし、実際に重症であってもその患者が高度の医療を望むのか、あるいは無理のない医療を望むのかによって、その後の治療を高度な救急医療機関で行ったほうがいいのか、二次救急医療機関で行ったほうがいいのかも分からない。下り搬送は誰が担うのかが課題。通常であれば消防機関の本来の業務ではないため、病院間の搬送システムの構築と、病院間の日常の連携が必要ではないか。
- 三次救急医療施設の適応となるような重症患者の数からいって、これほど多くの患者を救命救急センターが重症患者として受け入れているというのは少しデータがおかしいのではないか。このデータを基に救命救急センターの在り方や果たしている役割等を検討されるのは注意してほしい。
- 救命救急センターの充実段階評価の中で重篤患者数を出しているので、三次救急を要する患者をどうするかということに関しては、その数値を見ることがよいのではないか。
- 三次施設には財政的な補助がしっかりあるが、二次救急病院にはない。二次と三次の役割分担をしていくためには、補助金が出るのであれば、充実度を評価し、体制の整っている医療機関に何らかの財政的な支援をする等して、二次病院に対する何らかのインセンティブを与えるべきではないか。

１．救急医療機関の役割

【人材の活用】

- 患者がいても医療者がいない。医療従事者をどうしていくのか、増やしていくのかどうなのか、しっかり考えていかないと、夢みたいなことを語っていたら絶対に無理である。本当に医療者がどれくらいいるのかと考えていかないと、医療は成り立っていかないのではないか。今後、医療従事者、特に医師・ナースがどういう人数になっていくのか、都道府県の医療従事者、少なくとも医師・ナースがどのような動態になっているのかというデータで出していただきたい。
- 救命救急センターの充実段階評価の結果を見ると、S評価をたくさん取っているような都市部に比べると、地方はS評価をほとんど取れておらず、救急医療に関して地域格差が大きいことを表している。働き方改革が地域格差を考えないで強行されると、医師不足の地域では救急の確保・維持ということが非常に難しくなるのではないか。
- 2024年の働き方改革の観点で、かなりの時間を外勤という形で二次救急医療機関の当直業務等をして地域の救急医療を支えているが、その労働時間を全部含めていくとかなり厳しい状況になっていく中で、総労働時間を減らしていくと、生産性をあげた医療をしていかなければならず、タスクシフト・シェアもあるが、やはり集約ということも考えていかざるを得ないのではないか。
- 「救急外来における医師・看護師配置に関する実態調査」の結果を踏まえて、専門性の高い看護師を含めた看護師の配置に関する基準等の議論をしていただきたい。

１．救急医療機関の役割

【高齢者と救急医療】

- 2040年に向け、どのような疾患の救急患者が増えるかという予測データを地域に提供していくことが重要。予測データに即して、現時点で対応できる医療機関があるか、どのようなことに対応可能な医療機関が望ましいのかを地域医療構想や医療計画で考える必要がある。
- 地域医療構想というのは病棟単位だが、救急搬送するに当たっては、病院単位の発想に立つだろう。
- 在宅医療であれば主治医がいるが、高齢者施設だと嘱託医がいないため、高齢者施設からの救急患者が一番の検討課題と考えられる。救急医療の関係者と地域包括ケアの関係者、特に介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などをも含めた高齢者施設の関係者の連携が必要であり、救急医療の会議体と、地域包括ケアの会議体で、関係者がお互いの会議体に参加するなど、歩み寄りが必要である。
- 高齢者医療をどうするかというのが今後の救急のポイントであり、高齢者をどこで診ていくのかを検討すべきではないか。
- 高齢者が、入院ではなく、自宅または施設に移っているなか、救急搬送の依頼が増えているのは仕方のないことだが、救急車は依頼があるとそれを全て医療機関に搬送するということになる。在宅の段階でもう少し選別できるようにすべきではないか。
- 療養施設やホテルに医師が出向いて医療を行った実態もあり、救急診療所や在宅の救急医療といった活動も解決策の一つとして検討すべきではないか。
- 高齢者は、感染の流行状況といった条件によって医療側の対応が変わりやすい。安定化するためには、ACPを取っておくことも大事だが、初期の在宅、施設といったところで今後高齢者が増えていくのが現実であり、救急現場に近いようなところで救急にならないようにする必要があり、プライマリ・ケアを充実させていくことが大事ではないか。

１．救急医療機関の役割

- 地域包括ケア病床などを持っているようなところは救急をやることが義務づけられており、亜急性期をみるような救急という概念も今後は必要ではないか。
- 在宅医療の主治医がいて訪問診療を定期的に受けている患者は相談相手がいるが、介護施設では、何かあったら救急車を呼ぶように、連携している医師が指示しているところも少なくない。元の状態にならないと介護施設に戻れないとすると、急性期医療機関と介護施設の間で患者さんが宙に浮いてしまうことも多く、そこの連携を考えることが地域包括ケアの中でも重要ではないか。
- 在宅看取りについては、今後に向けて更なる体制の整備を目指していくべきではないか。
- 救急外来を受診し、入院せずに帰宅する患者、特に高齢者等に対しての体制構築が必要ではないか。３日以内の再受診患者の37%は再受診の予防が可能という報告もあり、帰宅後の症状悪化や病気を抱えて生活することへの不安から再度救急搬送を要請する患者も少なくないという報告もある。帰宅する高齢者に対して看護師が療養指導等を行い、さらに必要な患者については社会的リソースにつなぐ体制を構築していくことが、生活上または社会的な問題を解決し、地域における療養生活の継続を支援し、ひいては度重なる救急搬送を防ぐことにもつながるのではないか。

１．救急医療機関の役割

【本人の意思に沿った救急医療】

- ACPは現場では判断できないため、医師や医療・介護スタッフのもとでご家族と一緒に考え、事前に共有しておくことが重要である。その中で、ICTを情報共有などに活用しているところもあり、そういった好事例を展開すべきである。
- ACPのうちでDNAR、つまり心停止時に心肺蘇生をしないということはごく一部の問題であって、肺炎になったら人工呼吸器をつけるかどうか、腎臓の機能が悪くなったら透析までするのかどうかなどを日頃から考え、いざ、その様な状況になったときに救急医療をどこまでするかは、単に心停止時に心肺蘇生をするかしないかということ以上に大きな問題である。
- かかりつけ医が出したDNARの指示書がいつまで有効なものなのかといったことを議論しないといけない。一定のルールやモデルを作る必要がある。
- 自宅にいる高齢者まで含めてしまうと進めていくことが難しいため、施設入所者、特に施設の管理者等、かかりつけ医、救急隊、受け入れ側の医療機関が一緒になってACPについて対応ができる体制をつくっていくことが必要ではないか。

２．新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

【体制整備】

- コロナの場合は、感染者などの数の変化と、変異株による質の変化が急激であったため災害的な側面をもたらすため、通常の救急医療への負担を考慮するとあくまで災害的なものとして、通常の仕組みに災害対応的な仕組みを上乗せするという考えが必要ではないか。
- 基本的にコロナ患者は、救急の診療科だけが診ればいいというものではなく、コロナの重症者に対応しつつも、日常の救急医療体制をどのように維持していくべきかを考えないといけない。
- 全ての医療機関が感染症に備えることが重要だが、急激に感染者数が増加するときには、大規模な感染症専門病院があることは地域にとって負担が減って、患者にとってもいいのではないか。感染症専門病院である程度急激に多くの患者が発生したときに吸収できるようなシステムがつくれないかどうか。そこで働く医師や看護師を普段から育ててキープしておくのはどうか。
- 地域によって感染症が災害レベルになるかどうかで、救急の対象になるかどうかという考え方になるのではないか。

２．新型コロナウイルス感染症まん延時における救急医療

【人材育成】

- 人材の育成は重要だが、感染症対策の医療人材育成であり、必ずしも救急の課題ではないため、分けて考えるべき。
- 三次も二次も、日頃からの標準予防策としてICNを中心に感染対策がきちんと行われていた医療機関が対応していた面があった。重症例のための人材育成という面もあるが、むしろ救急患者を受け入れるときの感染対策をきちんとやれるために必要な人材を育成するということも述べておくべきではないか。
- 平時から重症患者対応が可能な看護師の育成は必要な議論ではないか。
- 第５波で重症患者があふれ、それまで人工呼吸器がついた患者を診たこともないような二次病院の看護師が人工呼吸患者を診なければいけない状態になってしまった。三次もしくは重症のコロナ患者を診る病床数が、結局は重症患者を管理できる看護師の頭数で決まってしまうため、ＩＣＵで働ける看護師を増やすことが重要ではないか。

【精神科における感染症対応】

- 精神科病院では、コロナで転院がほとんどできなかった。東大病院でさえ、精神疾患患者の受入病床は1床であった。精神科病院、いわゆる障害者施設等にどのようなサポートをしていくのか。感染症の専門医と感染症の専門ナースを送っていただいたら対応がかなり違うため、そのことも考えていただきたい。

３．その他

- 消防庁の集計における軽症は、気管支喘息で死にかけて本当に大変の状況でも、病院到着後に点滴を実施し外来で帰宅した方は軽症になる。中等症という中に重症患者も含んでおり、いろいろな症状の患者を含んだ、入院を必要とする患者であるという認識を持って対応すべきで、入院する患者は中等症、重症は３週間以上入院の患者であると意味を取り違えないように認識して、救急に関して考えていかなければならない。
- 救急搬送患者の重症度の定義は救急医療で患者の緊急度・重症度を加味しながらいろいろなことを検討しなくてはならない。基礎データとなる救急搬送患者の重症度というのが、入院が３週間以上だと重症だとか、外来で帰れたら軽症というのは、ミスリードしてしまうと思う。実際の検討の上でそぐわないので、緊急度、重症度に合わせて分類できるよう見直しをするべき。
- 千葉市のデータによると、コロナの搬送は全体の１割以下であり、コロナ以外の救急患者を日本はしっかり診られていたことを示すものであり、欧米と比較して日本がうまくいっていたことを示しているのではないか。

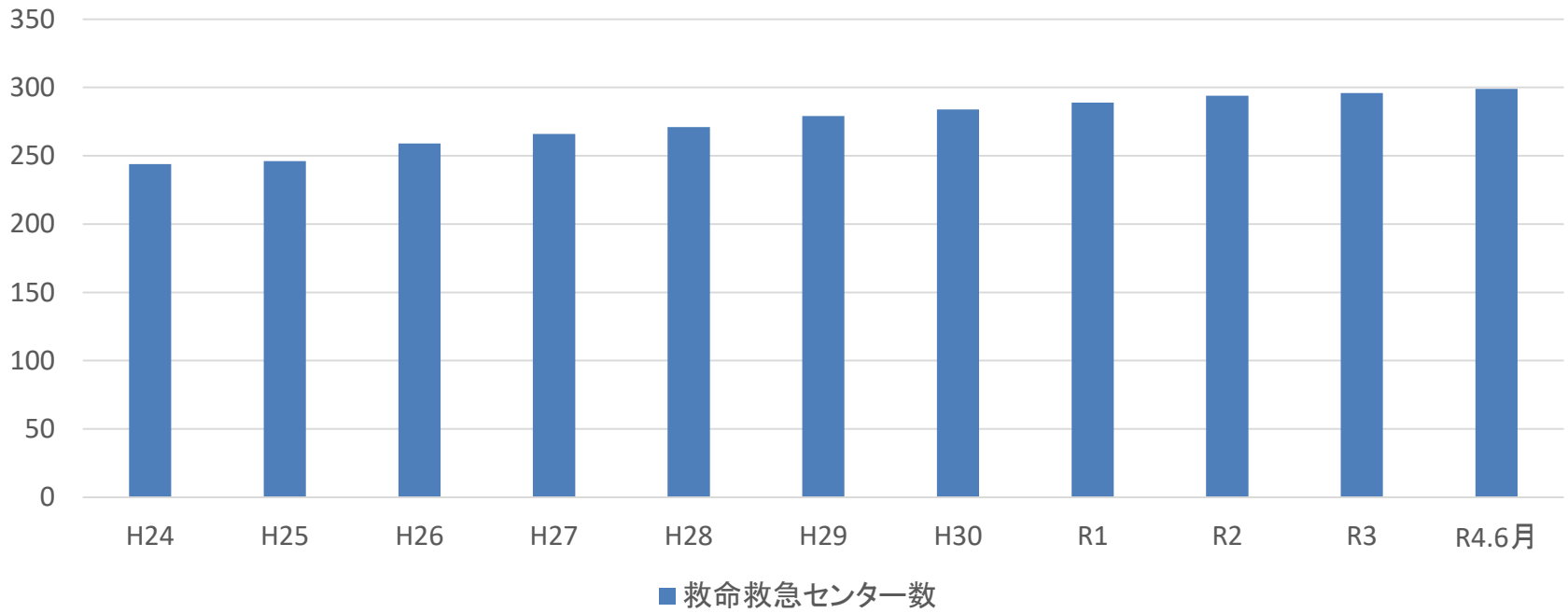
追加説明資料

１．第三次救急医療機関数と救急搬送件数等の推移

第三次救急医療機関の整備

○　救命救急センターは当初、増大する救急医療需要に対応するため、概ね100万人に1か所を目標に整備がなされてきたが、現在300施設まで増加が続いている。

○　医療計画の「救急医療の体制構築に係る指針」では、「一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要がある」としつつも、新たに救命救急医療施設等の整備を進める際には、「一施設当たりの患者数を一定以上に維持する等して質の高い救急医療を提供することが重要である」とされている。

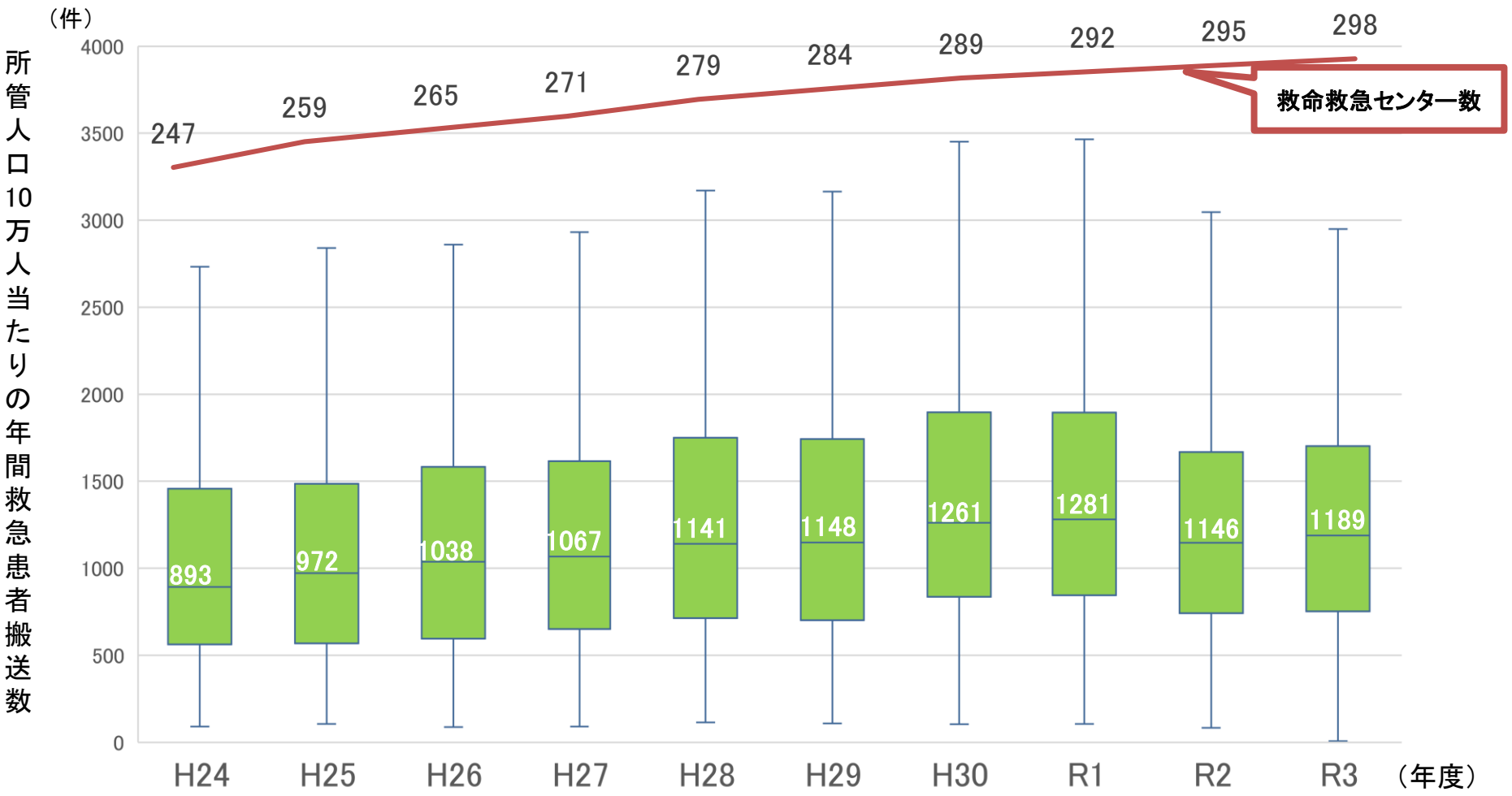


	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4.6月
救命救急センター数 （うち高度救命救急センター数）	244 （27）	246 （28）	259 （29）	266 （32）	271 （34）	279 （36）	284 （38）	289 （42）	294 （43）	296 （45）	300 （46）

（出典）令和2年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「地域医療構想を見据えた救急医療提供体制の構築に関する研究」（研究代表　山本保博）
分担研究「救命救急センターの現状と評価に関する研究」（坂本哲也担当）（一部改変）

救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間救急搬送件数の推移

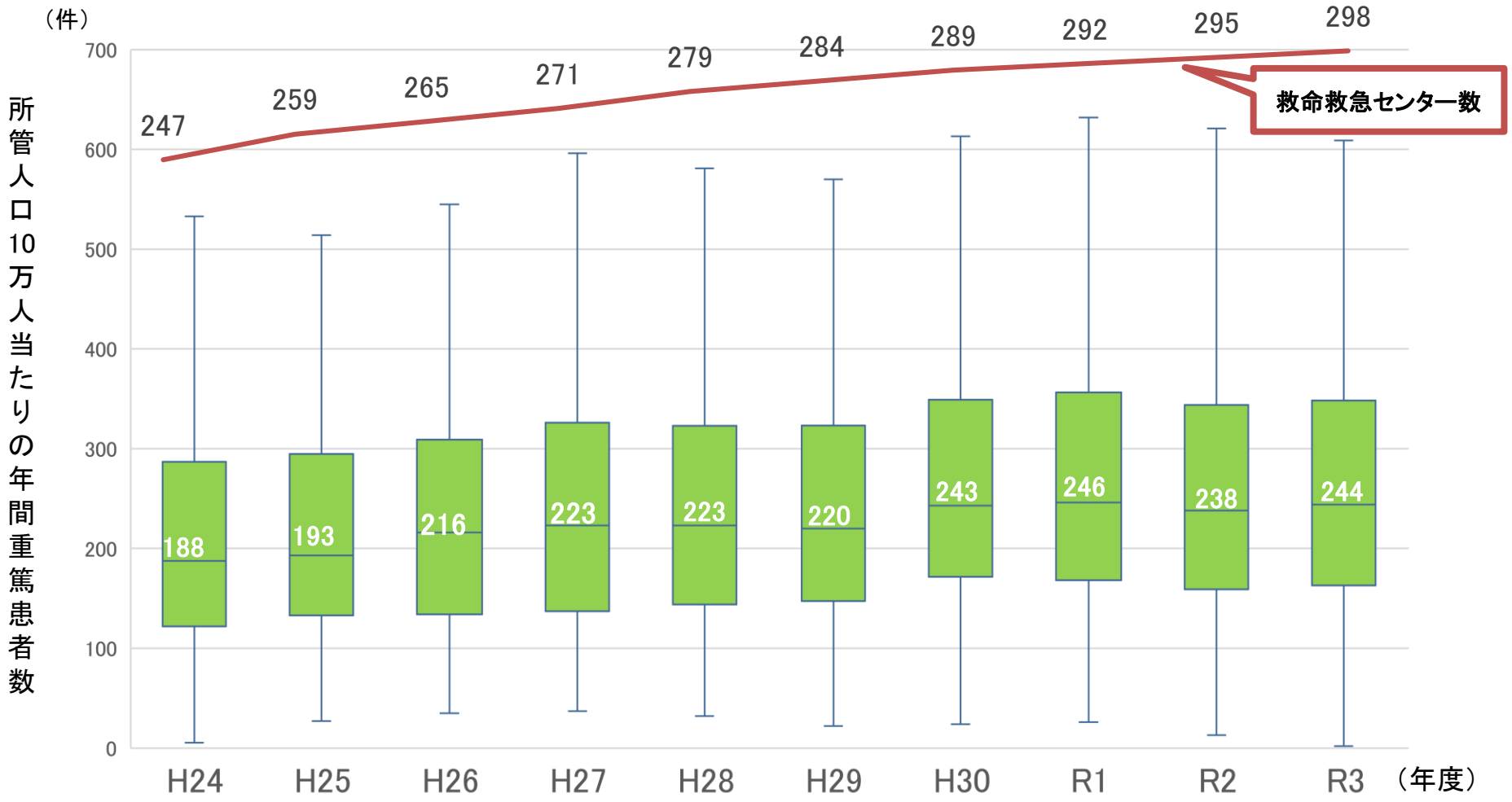
○　救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間救急搬送件数の中央値は増加している傾向がある。



（出典）平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間重篤患者数の推移

○　救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たり、所管人口10万人当たりの年間重篤患者数の中央値は増加している傾向がある。



（出典）平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

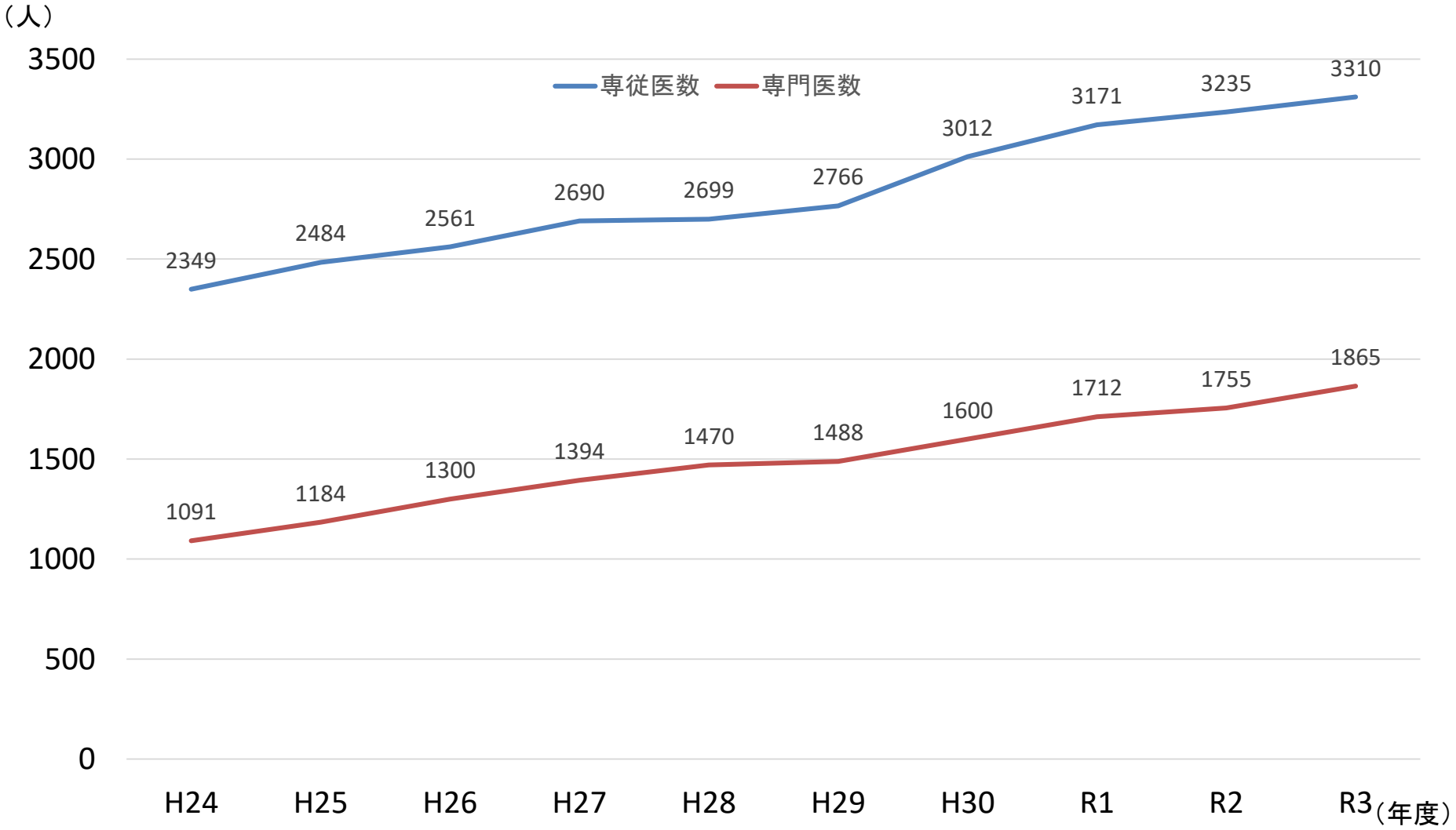
（参考）救命救急センター充実段階評価における重篤患者の定義

1	病院外心停止	病院への搬送中に自己心拍が再開した患者及び外来で死亡を確認した患者を含む。
2	重症急性冠症候群	切迫心筋梗塞又は急性心筋梗塞と診断された患者若しくは緊急冠動脈カテーテルによる検査又は治療を行った患者
3	重症大動脈疾患	急性大動脈解離又は大動脈瘤破裂と診断された患者
4	重症脳血管障害	来院時JCS100以上であった患者、開頭術、血管内手術を施行された患者又はtPA療法を施行された患者
5	重症外傷	Max AISが3以上であった患者又は緊急手術が行われた患者
6	重症熱傷	Artzの基準により重症とされた患者
7	重症急性中毒	来院時JCS100以上であった患者又は血液浄化法を施行された患者
8	重症消化管出血	緊急内視鏡による止血術を行った患者
9	重症敗血症	感染性SIRSで臓器不全、組織低灌流又は低血圧を呈した患者
10	重症体温異常	熱中症又は偶発性低体温症で臓器不全を呈した患者
11	特殊感染症	ガス壊疽、壊死性筋膜炎、破傷風等と診断された患者
12	重症呼吸不全	呼吸不全により、人工呼吸器を使用した患者（1から11までを除く。）
13	重症急性心不全	急性心不全により、人工呼吸器を使用した患者又はSwan-Ganzカテーテル、PCPS若しくはIABPを使用した患者（1から11までを除く。）
14	重症出血性ショック	24時間以内に10単位以上の輸血が必要であった患者（1から11までを除く。）
15	重症意識障害	来院時JCS100以上の状態が24時間以上持続した患者（1から11までを除く。）
16	重篤な肝不全	肝不全により、血漿交換又は血液浄化療法を施行された患者（1から11までを除く。）
17	重篤な急性腎不全	急性腎不全により、血液浄化療法を施行された患者（1から11までを除く。）
18	その他の重症病態	重症膵炎、内分泌クリーゼ、溶血性尿毒症性症候群等に対して持続動注療法、血漿交換又は手術療法を施行された患者（1から17までを除く。）

注1） 来院時の患者の状態を基にして記入する。病棟入院中の状態悪化や手術後の集中管理のために救命救急センターで受け入れた患者は除く。
注2） 一つの症例で複数の項目に該当する場合は、最も適切なもの一つのみを選択する。

救命救急センターにおける専従医数・専門医数の合計数の推移

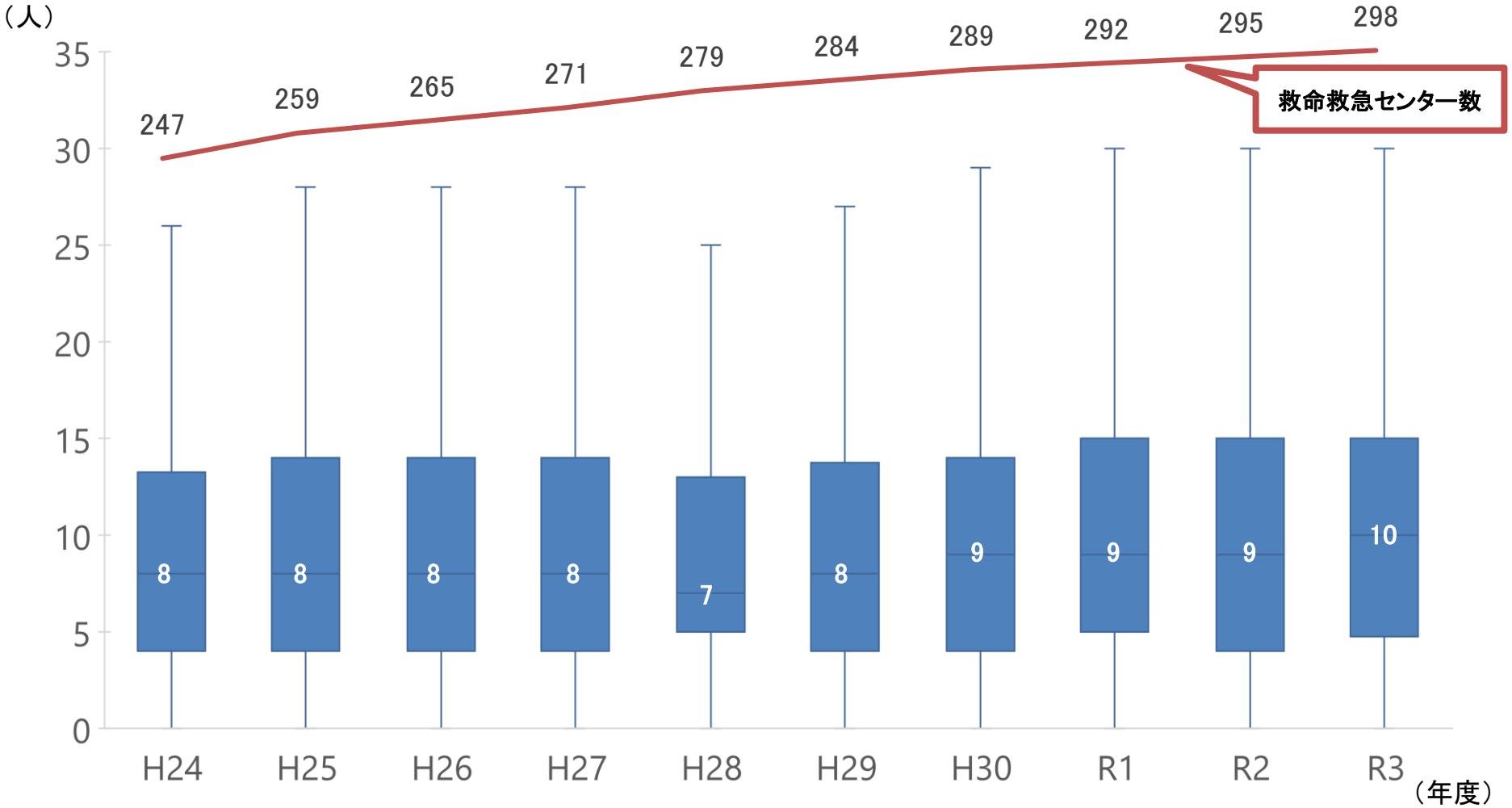
○　救命救急センター数における専従医数、専門医数はともに増加している。



（出典）平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

救命救急センター１施設当たりの専従医数の推移

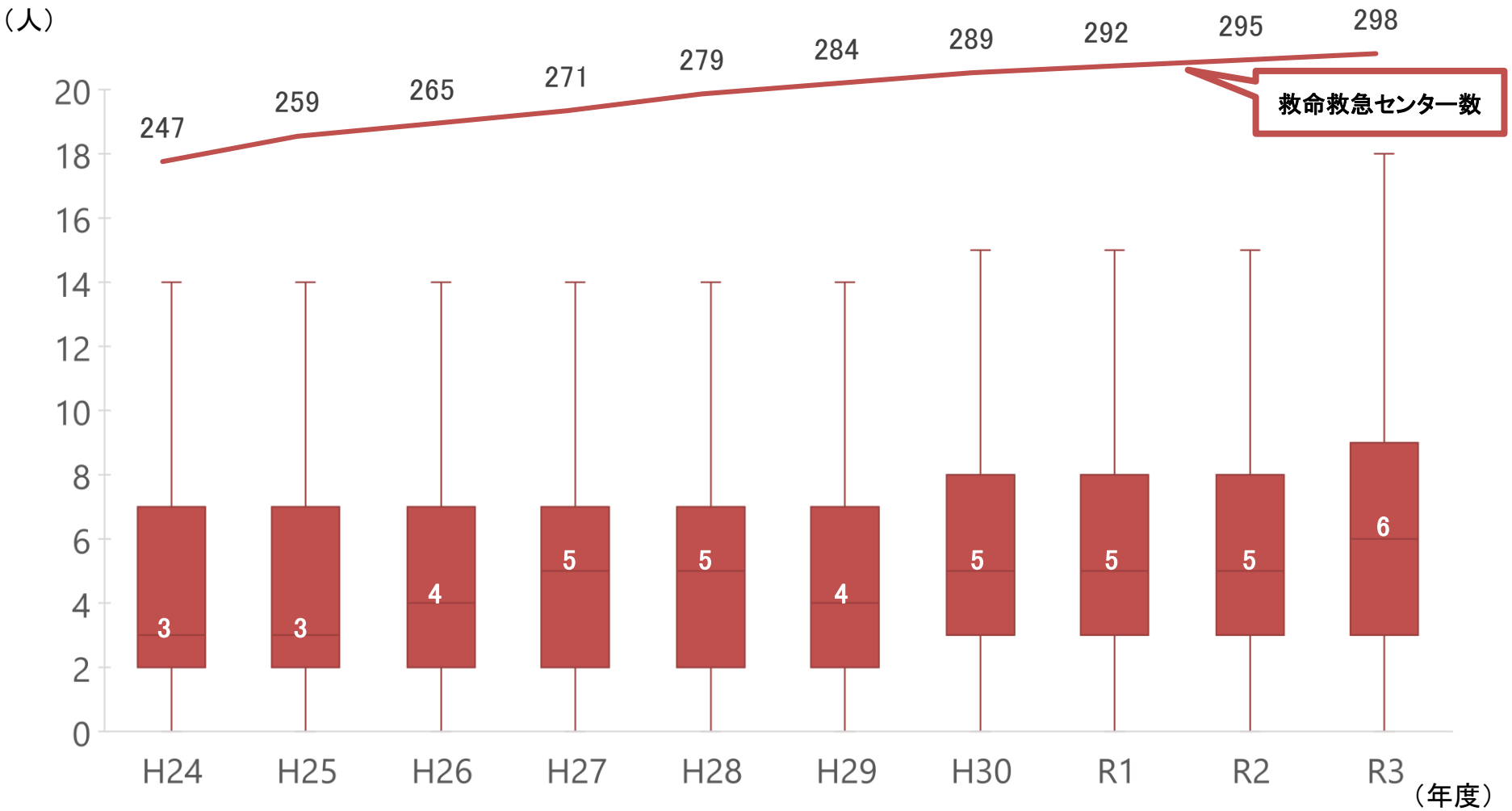
○　救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たりの専従医数の中央値は増加している傾向がある。



（出典）平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

救命救急センター１施設当たりの専門医数の推移

○　救命救急センター数が増加している中においても、救命救急センター1施設当たりの専門医数の中央値は増加している傾向がある。



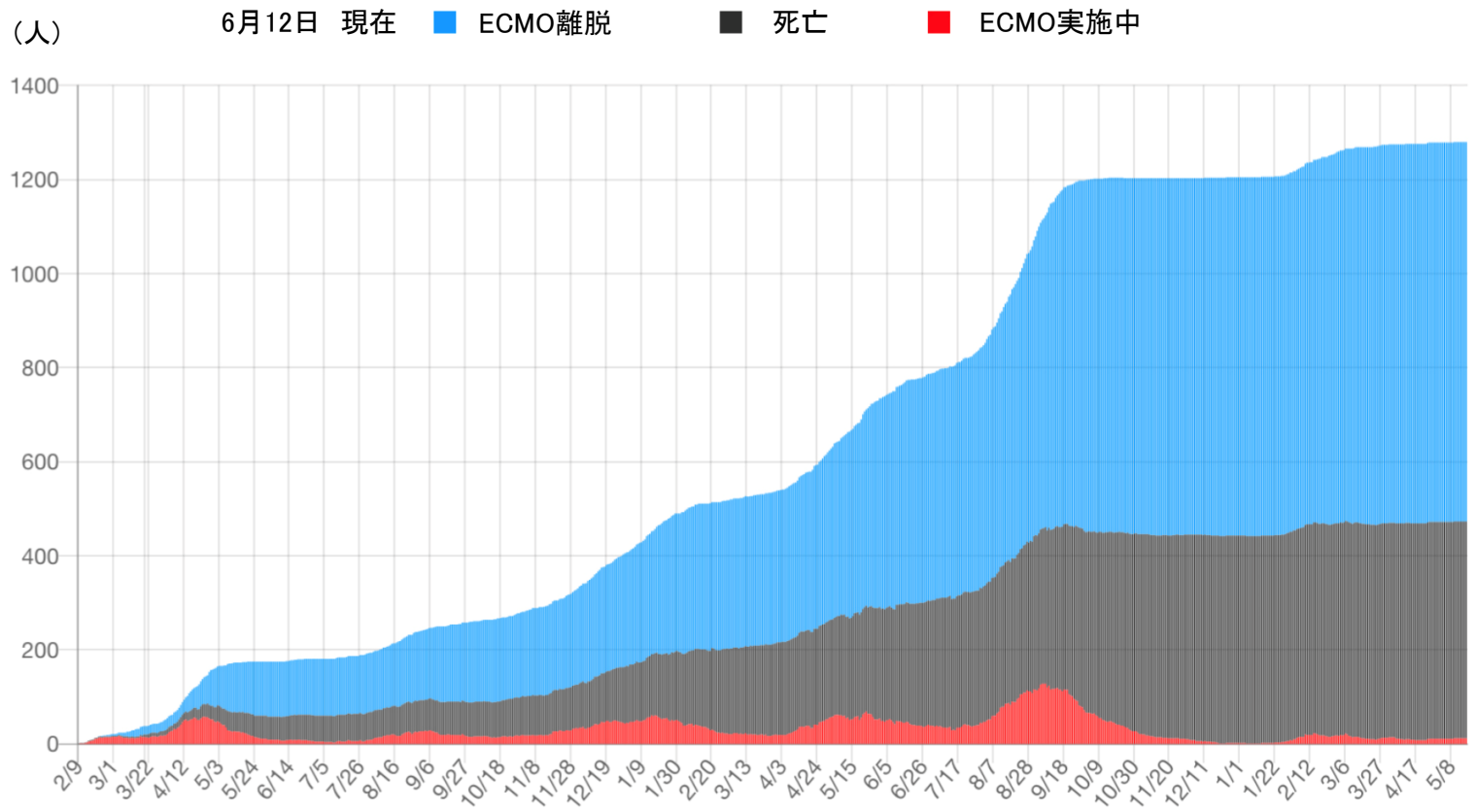
（出典）平成24年～令和3年度救命救急センター充実段階評価

２．コロナ禍におけるECMO治療

国内のＣＯＶＩＤ－１９におけるＥＣＭＯ治療

○　横断的ICU情報探索システム(CRISIS)※ によると、2020年2月9日から2022年6月12日にかけてECMOによる治療を受けた総ECMO装着患者1287名のうち、ECMOを軽快離脱できた患者は814名、死亡した患者は 466名であった。なお、6月12日時点でECMO装着を継続している患者は7名であった。

※　NPO法人日本ECMOnetが作成したCOVID-19重症患者のデータベース。日本全国600以上の医療施設が参加しており、日本全体のICU病床の約8割をカバーしている。



（出典）CRISIS公開データ重症患者状況 https://crisis.ecmonet.jp　2022/6/13

３．医師の需給推計

医学部臨時定員増に係る方針について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回　医師需給分科会
令和2年8月31日　資料2

平成18年度からの医学部臨時定員増に係る方針

① **「新医師確保総合対策」**（平成18年8月31日４大臣※合意→地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、**平成20～29年度まで**の間、医師不足が特に深刻と認められる10県について、各県10名（加えて自治医科大学も10名）までの暫定的な増員
※４大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣

② **「緊急医師確保対策」**（平成19年5月31日政府・与党決定）に基づき、原則**平成21～29年度まで**の間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに５名まで（北海道は15名まで）の暫定的な増員

③ **「経済財政改革の基本方針2009」**（平成21年6月23日閣議決定）及び**「新成長戦略」**（平成22年6月18日閣議決定）に基づき、平成21年度から都道府県が策定することとされた地域医療再生計画等に基づき、**平成22～31年度までの間**、地域枠による都道府県ごとに毎年原則10名までの暫定的な増員等

④ **「経済財政運営と改革の基本方針2018」**（平成30年６月15日閣議決定）
2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。**2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。**

⑤ **「経済財政運営と改革の基本方針2019」**（令和元年６月21日閣議決定）
医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。**2022 年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。**

新型コロナウイルス感染拡大の影響

当初、大学医学部の定員設定に向けた準備期間を十分にとる観点から、2020年４月までを目途に、医師需給推計の結果を踏まえ、2022年以降の医師養成数の方針を示す予定としていた。しかし、新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、2020年4月までの間に十分な議論を行うことができなかった。

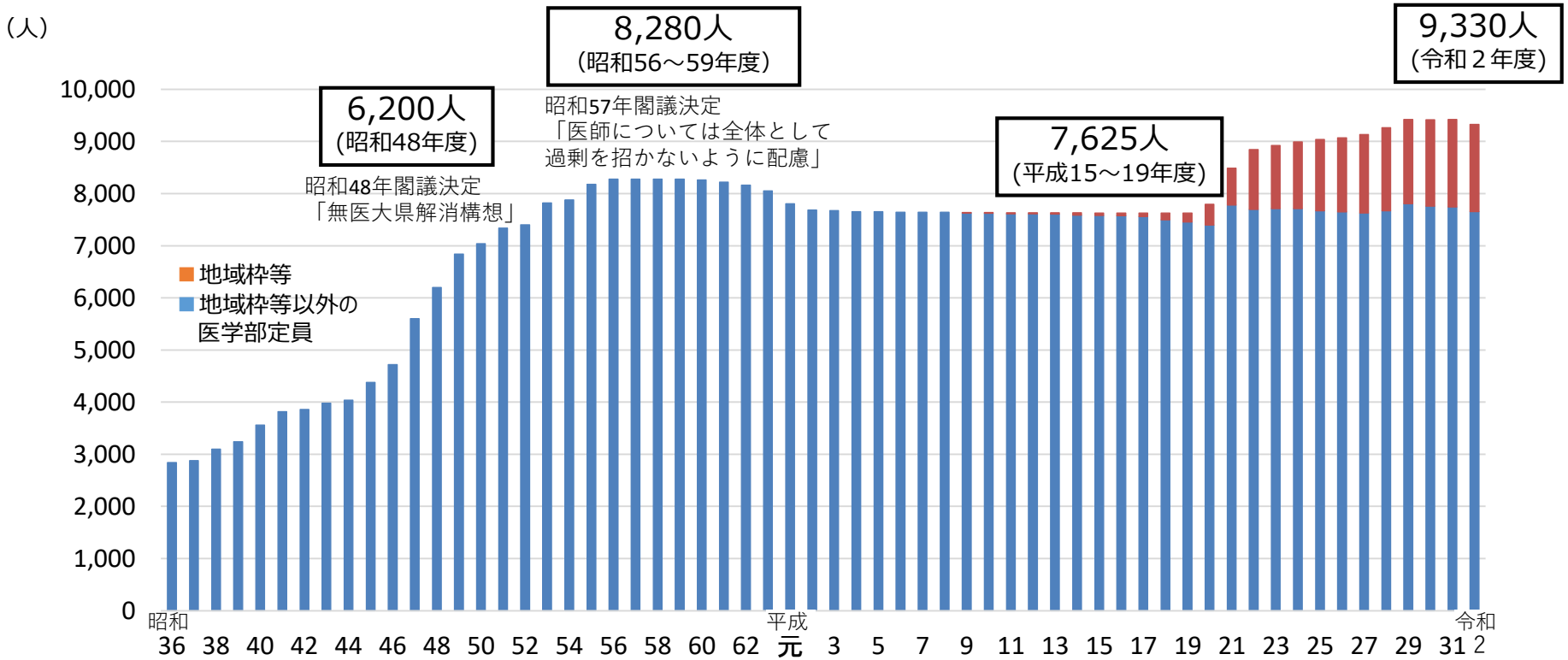
医学部入学定員と地域枠の年次推移

○　平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。

○　医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。

（平成19年度183人（2.4%）→令和２年1679人（18.2%））

・地域枠等*　：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、地元出身者を選抜する枠や大学とその関連病院に勤務することを目的とした枠も含む。奨学金貸与の有無を問わない。



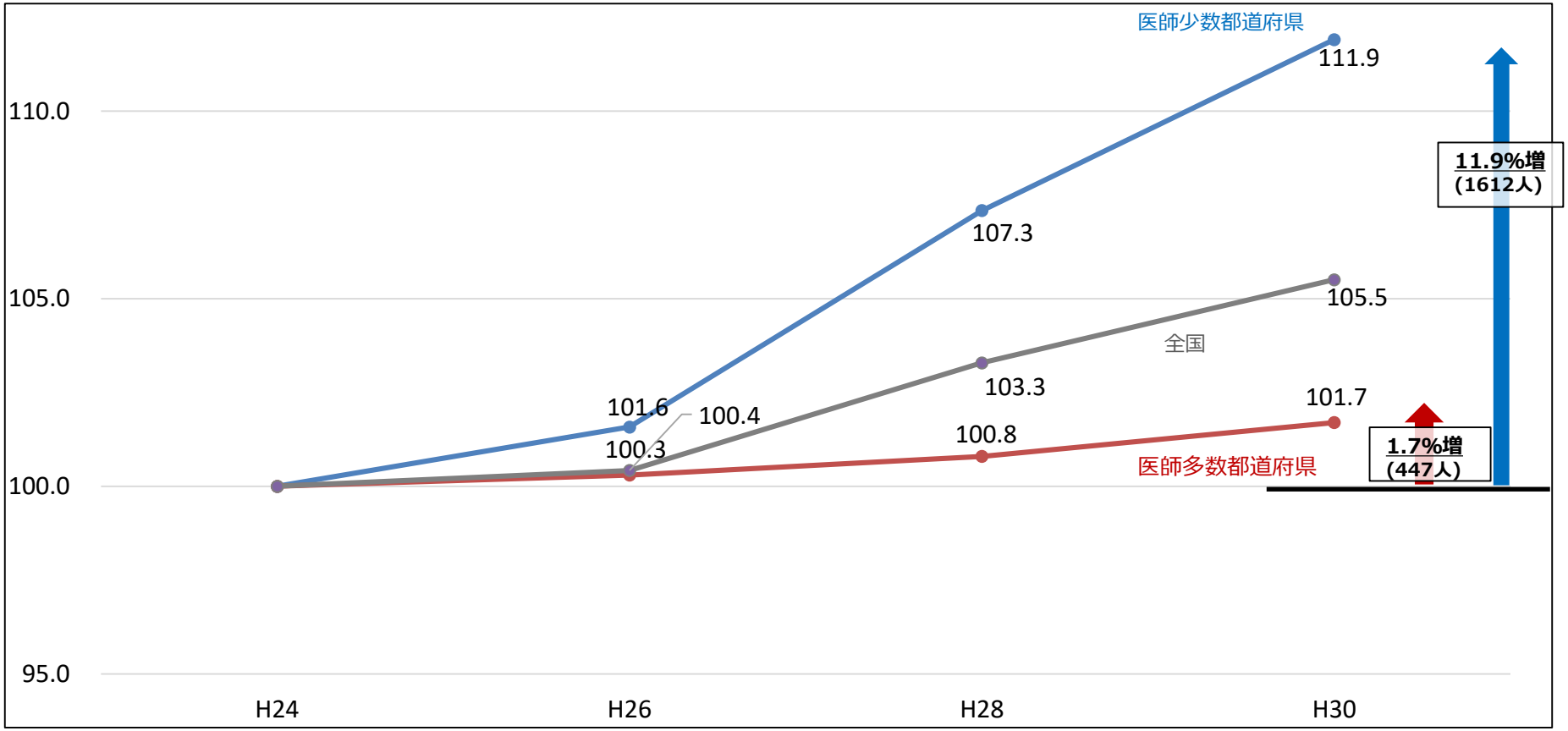
	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
地域枠等以外の医学部定員	7452	7395	7780	7697	7709	7713	7670	7649	7628	7667	7807	7757	7745	7651
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%	8.4%	13.2%	13.8%	14.4%	15.4%	15.9%	16.7%	17.5%	17.3%	17.9%	18.0%	18.2%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、文部科学省医学教育課調べ）

35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

○平成20年からの臨時定員（地域枠）の増員による地域偏在是正効果は、平成26年より顕在化する。
○平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手の医師数は、医師多数都道府県と比較し、大きく伸びている。



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

令和2年度　医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会
第35回　医師需給分科会
令和2年8月31日　資料1

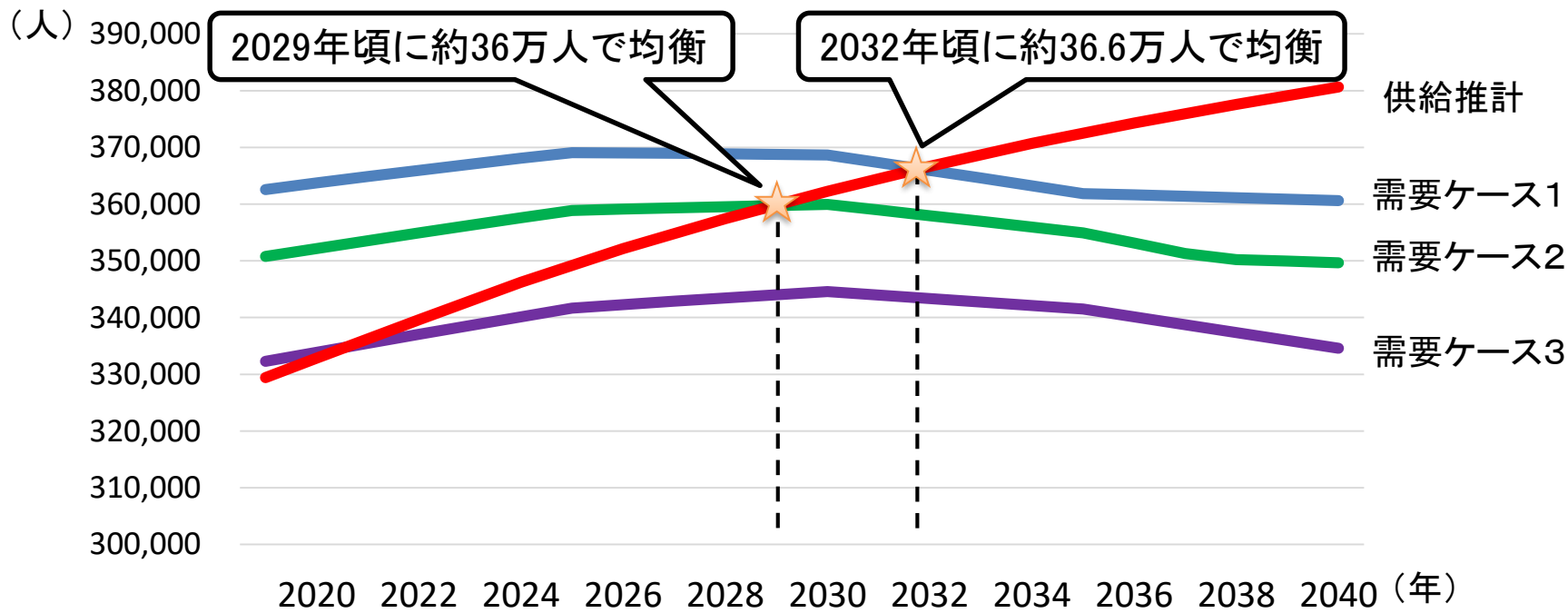
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年（**令和5年）の医学部入学者が医師となると想定される2029年（令和11年）頃に均衡**すると推計される。

・供給推計　今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

※　性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計　労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1（労働時間を週55時間に制限等　≒年間720時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース2（労働時間を週60時間に制限等　≒年間960時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース3（労働時間を週78.75時間に制限等 ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当）



医師需給分科会第5次中間とりまとめ（概要）

1. はじめに

○　医師需給分科会は、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、将来の医師需給推計、医師偏在対策等について　検討を重ね、これまで4つの中間とりまとめを公表し、これらのとりまとめを踏まえて、関係者において様々な取組が行われてきている。本とりまとめでは、これまでの取組を総括するとともに、令和5年度の臨時定員を含め、今後の医師需給の考え方について整理を行う。

2. 医師の養成数と医師需給推計について

○　平成20年度より地域枠等を中心に、段階的に医学部定員を増員することで、全国レベルで医師数は毎年3,500～4,000人程度増加している。中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡し、その後人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面になるため、今後の医師の増加のペースについては見直しが必要である。

3. 医師偏在対策の概要について

○　本分科会の検討を踏まえ、医師養成課程を通じた偏在対策が開始された。都道府県においては、改正医療法・医師法に基づき、医師偏在指標による医師確保計画の策定等が図られている。また、医師少数区域等での勤務に対するインセンティブの設定や外来医療機能の不足・偏在に対する対策も講じられている。

4. 将来の医師需給に関する本分科会の考え方

○　中長期のマクロの医師需給の見通しに大きな変化はないと考えられるが、新型コロナウイルス感染症の流行のような事態にも対応できる医療提供体制の構築が求められている。

○　このため、今後は、地域医療構想の推進及びマクロの需給推計に基づく医師養成数の見直しに加え、改正医療法により位置付けられた新興感染症対策が盛り込まれた医療計画とその一部を構成する医師確保計画等の策定を通じて、適切な医療提供体制や適正な医師の配置について議論を深め、必要な措置を講じていくことが重要となる。

○　令和5年度の医学部定員については、歯学部振替枠を廃止し、地域枠臨時定員として地域医療や社会におけるニーズに対応するための枠組みを充実させるために活用することとする。令和6年度以降の医学部定員は、医療計画の策定を通じた医療提供体制や医師の配置の適正化と共に検討する必要があるため、「第8次医療計画等に関する検討会」等における検討状況を踏まえ、検討する必要がある。

5. 今後の偏在対策等に関する提言

○　地域における医師の確保を図るため、恒久定員を含む医学部定員に、地域の実情に応じて地域枠の設置・増員を進めていく必要がある。

○　これまで医師需給分科会で議論を進めてきた医師確保計画及び外来医療計画については、今後、「第8次医療計画等に関する検討会」において、医療計画や地域医療構想と一体的に議論されることが望ましい。

○　診療科偏在の背景には、医師の専門分化が進んだことが一因として考えられるが、偏在対策を進める上では、限られた医療資源において、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を持つ医師を育成することが重要である。

○　今後はICT・AIの進歩、タスク・シフト/シェアの推進、仕事と家庭の両立のための勤務環境の改善といった医師の働き方改革をめぐる要因も踏まえる必要がある。

搬送手段の多様化について
（ドクターヘリ・ドクターカー）

１．ドクターヘリ

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

ドクターヘリの目的

ドクターヘリ導入促進事業（救急医療対策実施要綱）

１．この事業は、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）の趣旨に基づき、救命救急センターにドクターヘリを委託により配備し、救急患者の救命率等の向上、広域救急患者搬送態勢の向上及びドクターヘリの全国的導入の促進を図ることを目的とする。

救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）

第1条

・この法律は、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性にかんがみ、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の全国的な確保を図るための特別の措置を講ずることにより、良質かつ適切な救急医療を効率的に提供する体制の確保に寄与し、もって国民の健康の保持及び安心して暮らすことのできる社会の実現に資することを目的とする。

ドクターヘリの経緯

1999 （平成11年） ドクターヘリ試行的事業を実施

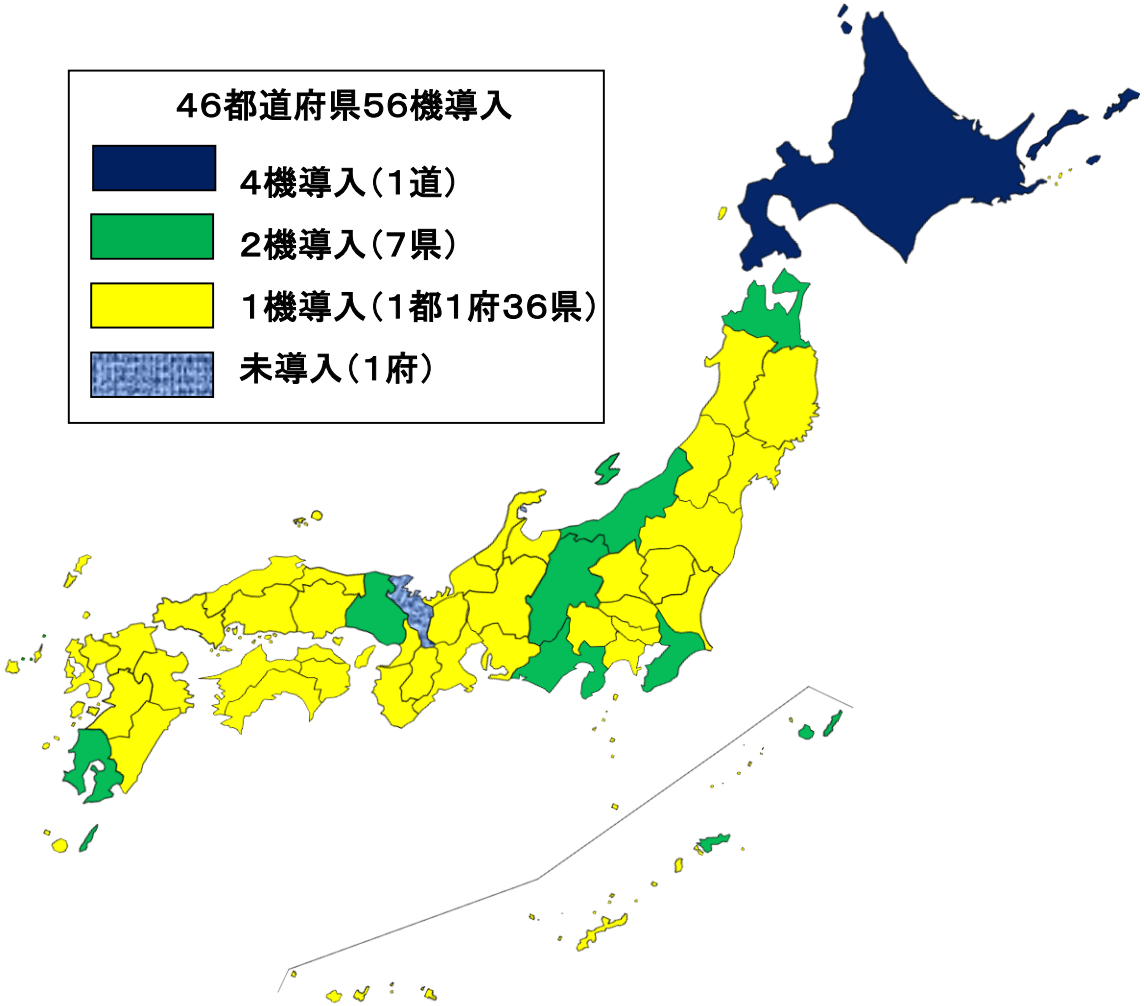
2000 （平成12年） ドクターヘリ試行的事業を実施

2001 （平成13年） **「ドクターヘリ導入促進事業」開始**

2007 （平成19年） **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（法律第103号）**

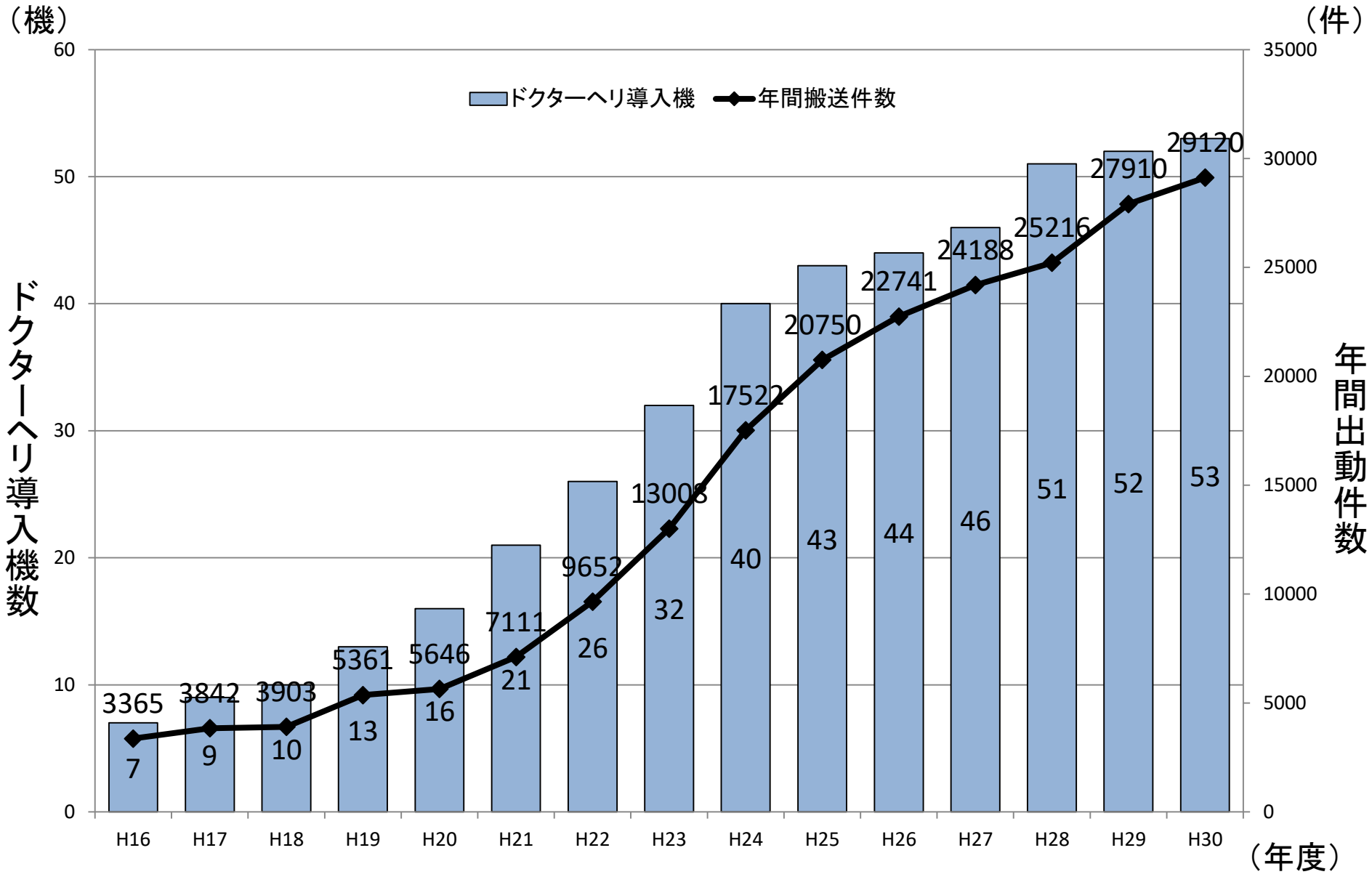
2022 （令和4年） 香川県の導入で、実質的な全国配備が完了。
（46都道府県、56機の配備が完了する。）
※ 未導入の京都府は、関西広域連合として一体的に運用しており、独自に導入する予定はないと聞いている。

ドクターヘリの導入状況（令和４年４月18日現在）



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	手稲渓仁会病院
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・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・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
東京都	杏林大学医学部附属病院
神奈川県	東海大学医学部付属病院
新潟県	長岡赤十字病院
新潟県	新潟大学医歯学総合病院
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・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
島根県	島根県立中央病院
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
香川県	香川県立中央病院・香川大学医学部附属病院
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



都道府県境を越えた広域連携の協定締結状況

○ 40府県において28の協定が締結され、ドクターヘリの都道府県境を越えた広域連携が行われている。

連携している都道府県の双方のドクターヘリが、一部の圏域を相互に都道府県境を越えてカバーし合う。

○ 自都道府県のドクターヘリを優先的に要請するパターンと、そうでないパターンの2種類に分けられる。

◇ **自都道府県のドクターヘリを優先的に要請する**：重複要請や多数傷病者発生事案等の理由により、自都道府県のドクターヘリが出動できない、もしくは自都道府県のドクターヘリのみでは対応できない場合に、他都道府県のドクターヘリを要請することができる。

◆ **地理的条件によっては、他都道府県のドクターヘリを優先的に要請することができる**：基地病院から現場までの距離等によって、自都道府県のドクターヘリの状況にかかわらず、他都道府県のドクターヘリを要請することができる。

◇ 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
◇ 大阪府　徳島県－和歌山県
◇ 京都府　滋賀県－福井県
◆ 鳥取県－島根県－岡山県－広島県－山口県－関西広域連合
◇ 徳島県－愛媛県－高知県
◇ 愛媛県－広島県
◇ 福岡県－佐賀県
◇ 佐賀県－長崎県

他都道府県のドクターヘリが都道府県境を越えてカバーする。

例）A⇒Bは、AのドクターヘリがBの一部地域をカバー。

- 千葉県⇒茨城県
- 富山県⇒岐阜県
- 岐阜県⇒福井県
- 大阪府 ⇒京都府
- 大阪府⇒奈良県
- 兵庫県⇒京都府 鳥取県
- 徳島県⇒兵庫県
- 福岡県⇒大分県

大規模災害時における広域連携について協定を結んでいる。

富山県－石川県－福井県－長野県－岐阜県－静岡県－愛知県－三重県

注）このほか、協定書はないが、都道府県境を越えたドクターヘリの活動について運航マニュアルの策定等を行い、広域連携を行っているものがある。

地域医療計画課調べ（令和4年5月）

災害医療体制とドクターヘリに関する議論の経緯

2011年
（平成23年）

東日本大震災

● 「災害医療等のあり方に関する検討会」
① 消防機関等からの要請がなければ緊急出動ができないこと
② 災害時におけるドクターヘリの運航要領が各都道府県で策定されていないこと
③ 大規模災害時における全国規模でのドクターヘリの運用体制が確立されていないこと

2013年
（平成25年）

● **「航空法施行規則の一部を改正する省令」（平成25年国土交通省令第90号）**
航空法施行規則（昭和27年運輸省令第56号）の一部を改正。第176条に次の１号を加える。
三　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）第五条第一項に規定する病院の使用する救急医療用ヘリコプター（同法第二条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。）であつて救助を業務とするもの

● **「航空法施行規則第176 条の改正に伴うドクターヘリの運航について（通知）」（平成25年11月29日付け医政指発1129第１号厚生労働省医政局指導課長通知）**
- 平時に置ける消防機関等の依頼又は通報に基づかない運航について
- 災害時の運航について

2015年
（平成27年）

● 救急・災害等の課題に対する研究会
－災害時のドクターヘリ参集方法について

2016年
（平成28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

● **「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に係る指針について」（平成28年12月５日付け医政地発1205第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）**
- 平時からの体制整備について
- 大規模災害時の参集方法について
- 被災地内でのドクターヘリの活動について

大規模災害時のドクターヘリ運用体制構築に係る指針

○ 指針の目的

東日本大震災において課題とされた大規模災害時の全国規模でのドクターヘリの運用体制の整備について、全国のドクターヘリが被災地に参集する仕組み、被災地における活動時の指揮命令系統等を示す。

○ ドクターヘリ基地病院地域ブロック

- 全国を１０の地域ブロックに分割
- 地域ブロック内で被災地活動の調整を行う
  「ドクターヘリ連絡担当基地病院」を設定

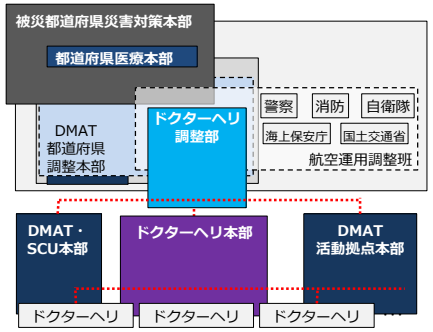
- ブロック化により平時からの相互応援協定等の締結を促進
- 連絡担当基地病院により、災害時の連絡調整を効率化

<ドクターヘリ基地病院地域ブロック>
（H28.10.11時点）

○ 被災地における活動時の指揮命令系統

- 参集拠点に参集したドクターヘリは、ドクターヘリ本部の指揮下で活動
- 関係機関との調整は**ドクターヘリ調整部**が実施

※ドクターヘリ調整部
被災都道府県災害対策本部内のＤＭＡＴ都道府県調整本部の内部組織
また、航空運用調整班に所属し、消防、自衛隊等と航空機運用に関して情報共有・連携を実施

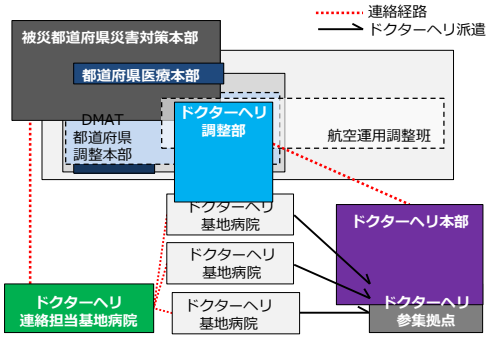


○ 大規模災害時の参集方法

- 単一都道府県・複数都道府県の発災時における、ドクターヘリの被災地への参集に係る連絡体制を提示

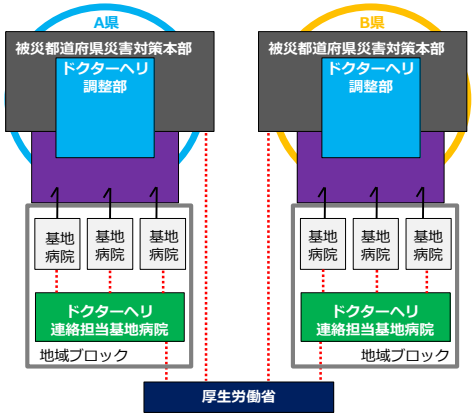
◇ 単一都道府県の発災時◇

- 被災都道府県災害対策本部は所属する地域ブロックの連絡担当基地病院へドクターヘリ派遣を要請
- 連絡担当基地病院は地域ブロック内の基地病院と派遣・待機を調整



◇ 複数都道府県の発災時◇

- 被災都道府県災害対策本部はドクターヘリのニーズを厚生労働省に報告
- 厚生労働省は被災都道府県から概ね300km圏内にある連絡担当基地病院へドクターヘリの派遣調整を依頼
- 連絡担当基地病院は地域ブロック内の基地病院と派遣・待機を調整



２．ドクターカー

ドクターカーとは

○ ドクターカーは、過去の研究において**「診療を行う医師を派遣するための緊急走行が可能な車両」**（※）と定義されており、医師が病院到着前に早期に診療を開始することができ、また、搬送中の診療の継続を可能とするものである。

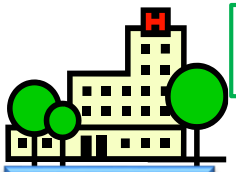
（※）「ドクターカーの活用と類型化についての研究」より （平成28年度厚生労働科学研究：分担研究者 高山隼人ら）

○ 現場に医師が急行する場合や転院搬送に医師が同乗する場合など多様な運用事例がある。今後、どのような患者に対して運用されているか、また、時間帯、気象状況や地理的条件による運用方法等について、令和4年度より実施する「ドクターカーの運用事例等に関する調査研究事業」において把握・分析し、今後の活用方法について検討していく。

119番通報

傷病者発生

医師が病院到着前で診療を開始し、診療を継続しながら医療機関へ搬送



医療機関

医師が診療を継続しながら他医療機関へ転院搬送

医療機関

消防機関

ドクターカー要請

（現場に先着した救急隊より指令部を通じてドクターカー要請がされることもある。）

①現場に医師が急行

運用事例

1）

医療機関の救急車
（傷病者搬送用ベッド有）

2）

医療機関の乗用車
（傷病者搬送用ベッド無）

3）

消防機関の救急車
（医師を医療機関にてピックアップする方式等）

②転院搬送に医師が同乗

運用事例

1）

医療機関の救急車
（傷病者搬送用ベッド有）

2）

消防機関の救急車等

＜医療機関＞（厚生労働省の補助事業あり）

＜消防機関＞

ドクターカーに関する財政支援

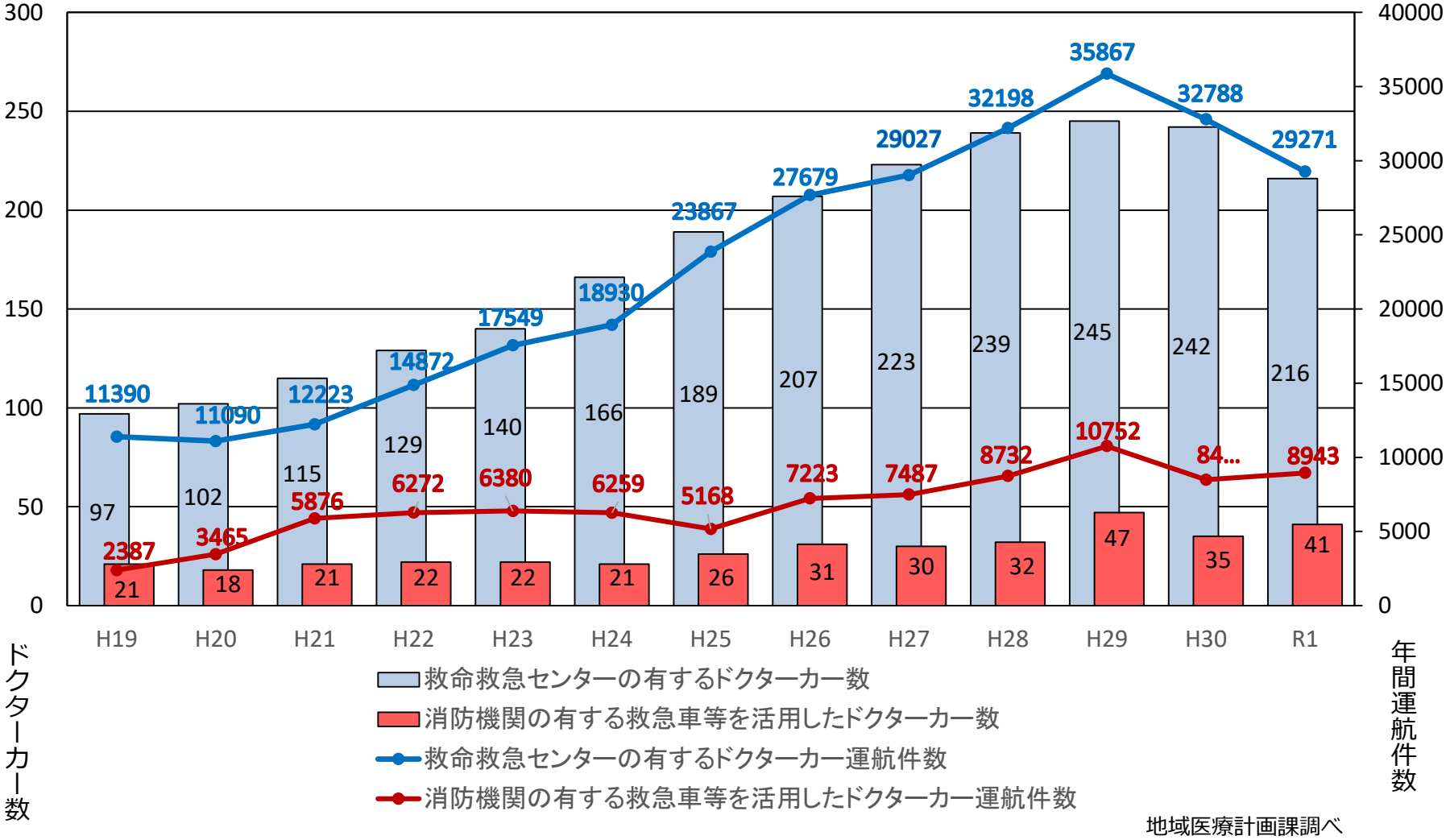
○　厚生労働省では、医療提供体制推進事業費補助金により、救命救急センターに対して、ドクターカーの車両の購入費、ドクターカーに搭載する医療機器等の購入費、運転手の確保経費の支援を行っている。

医療提供体制推進事業費補助金　令和４年度予算額240億円の内数
令和３年度予算額239億円の内数

事業区分	基準額	対象経費	補助率	補助実績（直近3カ年）
救命救急センター設備整備事業	１ヵ所あたり 58,737千円	ドクターカー及びドクターカーに搭載する医療機器等の購入費	３分の１	平成30年度（交付確定） 3カ所、16,538千円 令和元年度（交付確定） 3カ所、31,484千円 令和２年度（交付決定） 3カ所、38,704千円
救命救急センター運営事業	ドクターカーの運転手を確保する場合 4,701千円×確保月数/12	職員の給与等	３分の１	平成30年度（交付確定） 101カ所の内数、3,366,120千円の内数 令和元年度（交付確定） 105カ所の内数、3,339, 771千円の内数 令和２年度（交付決定） 103カ所の内数、4,612,308千円の内数

ドクターカーの実績推移

○　救命救急センターの有するドクターカーの台数及び年間運航件数は、平成29年度までは増加傾向にある。



地域医療計画課調べ

論点

- ドクターヘリについては、実質的な全国配備が完了したところであり、ドクターヘリの広域連携を一層進めていく必要があるのではないか。

- ドクターカーとドクターヘリの連携についてどのように考えるか。

救急救命士について

救急救命士とは

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）

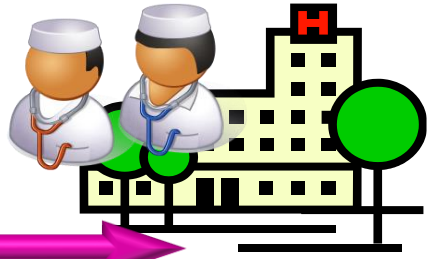
傷病者の発生

救急搬送

〇生命の危機回避、
〇適切な搬送先の選定、〇迅速な搬送、
〇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

〇傷病者の救命率の向上、
予後の向上



救急医療機関

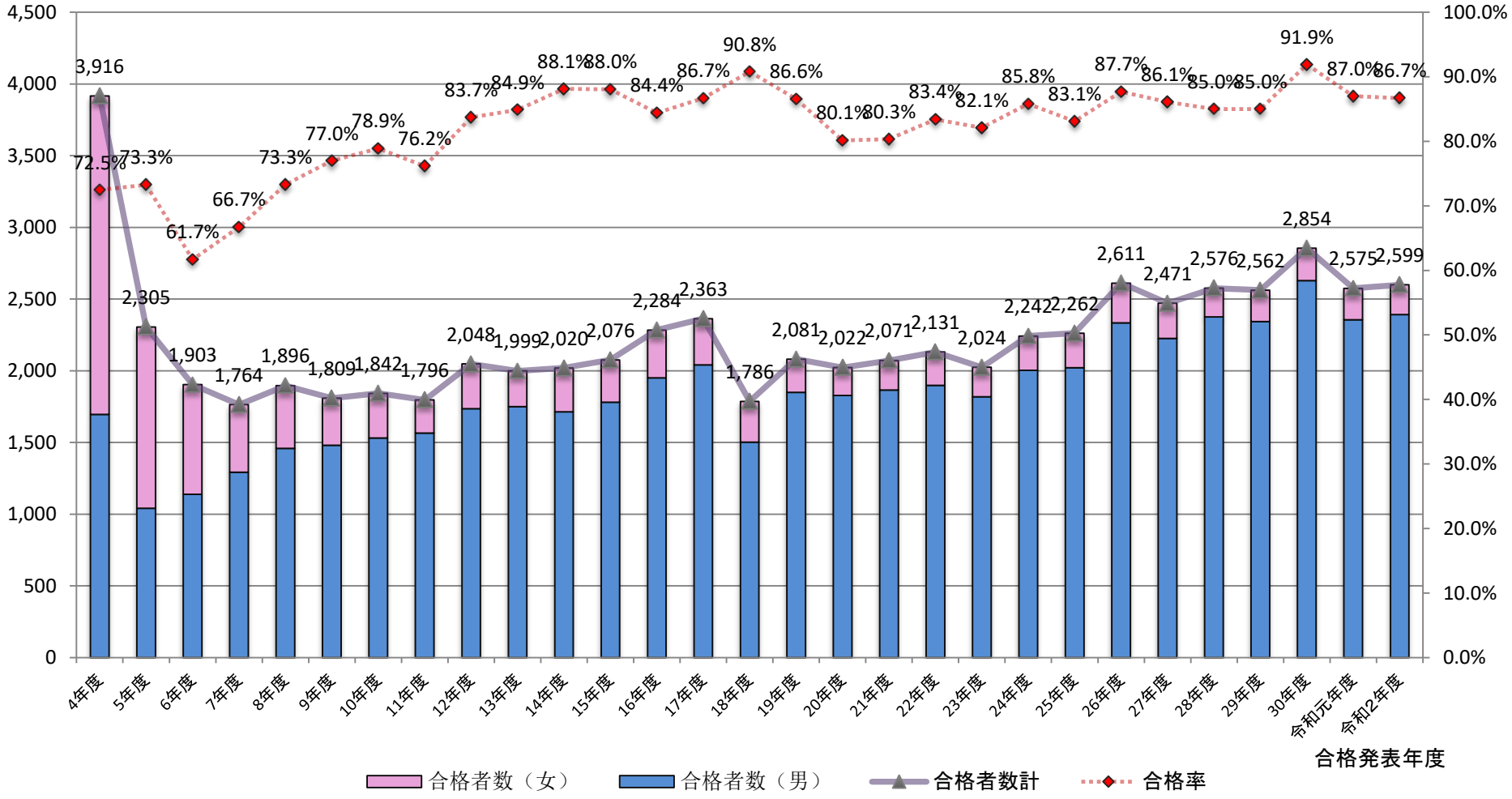
メディカルコントロール：医学的観点から、救急救命士の救急救命処置等の質を保障

- 〇　業務のプロトコールの作成
- 〇　医師の指示、指導・助言
- 〇　救急活動の事後検証
- 〇　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

救急救命士年度別国家試験合格者数



救急救命士免許登録者の内訳

登録者数　56,456 人（平成30年 3 月末）

うち女性　10,387人（18.4%）

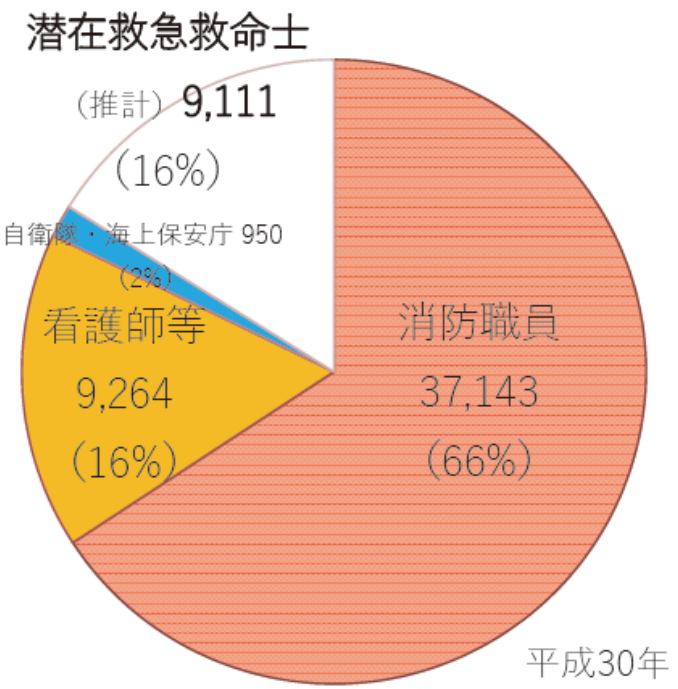
医師　319,480人※届出 平成28年 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」
看護師 147,2508人※就業数（准看護師も含む）平成28 年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況

資格を有効活用できていない救命士

①消防機関に就職できなかった者
②消防機関を定年・途中退職した者　など
（出産・育児を機に離職した女性を含む）

※潜在看護師　約71万人（推計）
資格を保有しながらも未就業の看護師数

・看護師とのダブルライセンスの者



救急救命士免許登録者、消防職員の救急資格の状況等からの推計
（消防機関を退職した救急救命士も含む）

厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（研究代表者　山本保博　平成30年）

「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」の概要

○　日本医師会※1、日本救急医学会※2、四病院団体協議会※3より、救急救命士の業務の場の拡大や医師から救急救命士に対する業務移管の必要性等について言及された。

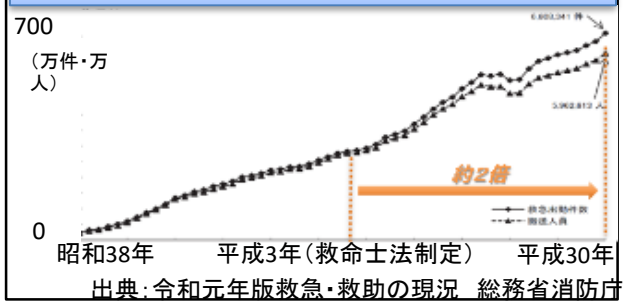
○　上記を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」において、救急医療提供体制の充実等に関する議論に関連する事項として、救急救命士の資質活用にむけた環境の整備等についての議論を計6回行い、令和2年3月に「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」を取りまとめた。

※1)「救急救命士の業務の場所の拡大に関する「提議」」(平成22年3月17日)　※2)「医師の働き方改革に関する追加提言」(平成31年1月18日)　※3)「要望書～医師のタスク・シフティング/シェアリングについて～」(令和2年1月15日)

＜救急医療をとりまく現状＞

- 救急医療は、病院前における救急業務に始まり、「救急外来」注1)における救急診療を経て、入院病棟における入院診療へと続く。病院前は救急救命士注2)、医療機関に搬入後は医師、看護師等が主な業務を担っている。
- 搬送人員注3)の増加により、救急医療に携わる者にかかる負担は増加している。
- 長時間労働の実態にある医師の中でも、救急科の医師は、時間外労働が年1860時間/月100時間を超える医師の割合が14.1%である。
- 救急医療を担う医師から、他職種へのタスク・シフト/シェアを進める重要性は高い。
- 救急現場におおける医師の業務の移管先として、まずは行える業務の幅が広い看護師が挙げられるが、現状、「救急外来」の看護師が担う業務の量及び種類が多いとの意見があるが、救急外来における看護師の勤務実態は明らかとなっていない。
- 看護師については、医療法において外来における看護配置の基準が定まっているが、「救急外来」に特化した基準はない。

救急出動件数及び搬送人員の推移



出典：令和元年版救急・救助の現況　総務省消防庁

週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準※を超える医師の割合　※年1860時間/月100時間

出典：医師の働き方改革に関する検討会報告書

＜課題＞

- 高齢化の進展により救急医療のニーズが今後更に高まると予想される中、救急医療に従事する者の確保を行う必要がある。

基本的方向性

①　「救急外来」における看護師の配置状況や業務実態の調査研究を行い、その結果を踏まえ、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で議論し、「救急外来」等への看護師の配置に関する基準等について検討し、必要な措置を行う。

②　救急救命士が救急医療の現場において、その資質を活用できるように、救急救命士法の改正を含め、具体的な議論を進める。

注1)「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。
注2)救急救命士は、傷病者発生現場及び医療機関への搬送途上において、救急救命処置が可能な職種。(救急救命士法)
注3)搬送人員とは、救急隊が傷病者を医療機関等へ搬送した人員(医療機関等から他の医療機関等へ搬送した人員を含む。)をいう。

救急救命士法改正の概要

救急救命士の活動範囲の拡大

- 「病院前」から延長して「救急外来[注1)]まで」においても、救急救命士が救急救命処置が可能とした。
- 「救急外来」で救急救命処置の対象となる傷病者は、救急診療を要する重度傷病者[注2)]である。
- 実施可能な救急救命処置は、「救急救命処置の範囲等について」[注3)]で規定される処置内容である。

注1)「救急外来」とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院（病棟）に移行するまで（入院しない場合は、帰宅するまで）に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。
注2)「重度傷病者」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。（救急救命士法第2条第1項）
注3)「救急救命処置の範囲等について」（平成26年1月31日医政指発0131第1号）

医療機関に就業する救急救命士の資質及び当該救急救命士が行う業務の質を担保する仕組みの整備

- 救急救命士の資質及び救急救命士が行う業務の質の担保を目的として、救急救命士を雇用する医療機関は、当該医療機関内に委員会を設置し、以下の研修体制等を整備すること。

  （実施可能な救急救命処置の範囲等に関する規定の整備　／　研修体制の整備
  救急救命処置の検証を行う体制の整備　／　組織内の位置づけの明確化）

- 救急救命士を雇用する医療機関は、所属する救急救命士に対して、以下の研修を行うこと。

  （【医療機関就業前に必須となる研修】 医療安全、感染対策、チーム医療
  【研鑽的に必要な研修】 救急救命処置行為に関する研修等）

救急救命士による救急救命処置

（平成4年指第17号「救急救命処置の範囲等について」 改正：平成26年1月31日　医政指発0131第1号）

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
医師の 包括的な指示	・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 ・自動体外式除細動器による除細動（※） ・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 ・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 ・気管内チューブを通じた気管吸引 ・用手法による気道確保 ・胸骨圧迫 ・呼気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 ※は心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

救急救命処置の業務拡大の推移

平成3年

救急救命士法施行

1．医師の具体的な指示が必要なもの （特定行為）

・半自動式除細動器による除細動（→平成15年まで）　・乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液　※
・ラリンゲアルマスク等の器具による気道確保　※

2．医師の包括的な指示で行うもの

→　重度傷病者（心肺機能停止状態の患者も含む。）に対して行う

・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
・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電送
・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

平成15年　「自動体外式除細動器（AED）による除細動」を2．に追加

平成16年　「気管内チューブによる気道確保 ※」（気管挿管）を1．に追加

平成18年　「エピネフリンの投与 ※」を1．に追加

平成21年　「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の投与」を2．に追加

平成23年　「ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管挿管 ※」を1．に追加

平成26年　心肺機能停止前の患者に対して行う「乳酸リンゲルを用いた静脈路確保及び輸液」「ブドウ糖溶液投与」を1．に追加、「血糖測定器を用いた血糖測定」を2．に追加、その他「応急手当」の範囲を2．に追加

※は、心肺機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

平成26年に実施された処置範囲見直しの経緯①

平成20年

構造改革特区提案募集における提案

千葉県印旛地域救急業務メディカルコントロール協議会より、以下3処置の要望が提出された
① 血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与
② 重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用
③ 心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施

「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」立ち上げ
（座長：島崎修次　杏林大学教授）

厚生労働科学研究（平成21年度）「救急救命士の救急救命処置に関する研究」
（分担研究者　野口宏）

救急救命処置の拡大について、諸外国の教育体制も参考に、処置の検討基準を定義

平成22年

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会報告書
（平成22年4月28日）

提案のあった3処置について、メディカルコントロール体制が十分に確保された地域において、厚生労働科学研究班が中心となって、医療関係者と消防関係者が共同で実証研究を行い、救急救命士による実施の有効性、必要性、安全性、必要となる体制等を分析・評価する。

厚生労働科学特別研究（平成22年度）「救急救命士の処置範囲に係る実証研究のための基盤的研究」
（主任研究者　野口宏）

実証研究の実施のためのプロトコル等を整備

平成23年

厚生労働科学研究（平成23～26年度）「救急救命士の処置範囲に係る研究」
（主任研究者　野口宏）

実証研究実施のための準備として、「救急救命士等の教育体制」「倫理的側面から実証研究が適切に実施できる体制」「実証研究の経過や結果を検証する体制」を構築し、実証研究に参加する地域MC協議会を公募

平成26年に実施された処置範囲見直しの経緯②

平成24年

実証研究のための省令改正（平成24年４月６日）、告示（平成24年７月９日）

体制の整った129消防本部を指定し、提案のあった3処置を適切に実施できるとして認定された救急救命士にのみ、当該処置を1年間のみ実施可能とした。

厚生労働科学研究（平成23～26年度）「救急救命士の処置範囲に係る研究」
（主任研究者　野口宏）

- 39MC協議会、129消防本部、2332名の救急救命士が参加し、提案のあった3処置について実際の傷病者に実施し、救命率の向上や後遺症の軽減等、運用の実効性を検証するため、実証実験を実施した。
- 実際に処置を実施する「介入期」と、処置は実施しないが、処置の対象となるかどうかを判断するのみの「非介入期」をそれぞれ3か月設定し、「介入期」と「非介入期」にそれぞれ登録された傷病者の状況の比較を行った。
  - 「重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用」については、対象症例数が少なく、有効性、安全性の評価はできなかった。
  - 「血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」については、意識レベルの改善効果が確認でき、疾患の鑑別や搬送先選定に有用であると評価を得た。
  - 「心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施」については、介入自体と入院率との正の相関関係が確認された。
- 実証実験の結果を踏まえ、運用開始にあたっての標準プロトコール、追加講習カリキュラムを策定した。

平成25年

救急救命士の業務のあり方等に関する検討会報告書

（平成25年８月７日）

- 「重症喘息患者に対する吸入β刺激薬の使用」については、有効性・安全性の評価ができず、救急救命処置への追加は見送り。
- 「血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」「心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実施」については、一定の有効性、安全性、実行性が確認できたため、救急救命処置に追加。

※教育プログラムは講義・実習24単位を標準とし、拡大に当たっては、24時間、医師から指示・指導を受けることができる体制、教育・研修体制、事後検証を行う体制など、事前から事後に渡る地域MC体制が十分に確保されていること。

省令・通知改正（平成26年１月31日・３月７日）

平成26年

救急救命処置の追加と、運用にあたっての標準プロトコール、追加講習カリキュラムを周知。

施行　平成26年４月１日　　体制の整った地域ごとに運用を開始

救急救命処置の範囲の見直しの経緯

	項目	契機	検討の場
平成15年4月	除細動を特定行為から除外	法制定当時からの懸案事項	病院前救護体制のあり方に関する検討会（平成12年） 救急救命士の業務のあり方に関する検討会（平成14年）
平成16年7月	気管チューブを用いた気管挿管を特定行為に追加		
平成18年4月	エピネフリンの投与を追加		
平成21年3月	エピペン（自己注射型エピネフリン製剤）の使用を追加	国会での要望	厚生労働科学研究
平成23年8月	ビデオ挿管用喉頭鏡を使用可能資機材に追加	新しい資機材に対する照会	救急業務高度化推進検討会（消防庁）
平成26年4月	• 心停止前の輸液、ブドウ糖溶液の投与を特定行為に追加 • 血糖測定を追加	構造改革特区の要望	救急救命士の業務のあり方等に関する検討会

「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」（令和2年3月）より抜粋

「今後の処置範囲の拡大に関しては、（中略）、一貫性のある評価方法を検討する必要があるのではないか」との意見があった。（救急救命士の業務のあり方等に関する検討会（平成25年）報告書より）

平成27年度から、救急救命処置の追加、除外に関する提案・要望の窓口、提案・要望のあった処置の評価等を一本化するために、「救急救命処置検討委員会」を設置。

救急救命処置検討委員会

役　職	氏　名	現　　職
委　員	岡本　透	東京消防庁救急部長 （全国消防長会救急委員会常任委員・参与）
委　員	郡山　一明	北九州総合病院　救命救急センター
委　員	坂本　哲也	帝京大学医学部救急医学講座主任教授
委　員	嶋津　岳士	大阪大学大学院医学系研究科救急医学教授
委　員	髙橋　正裕	仙台市消防局救急担当部長 （全国消防長会救急委員会事務局）
委　員	田中　秀治	国士舘大学大学院救急システム研究科教授
委　員	田邉　晴山	救急救命東京研修所教授
委　員	長島　公之	公益社団法人　日本医師会常任理事
委　員	溝端　康光	大阪市立大学大学院医学研究科救急医学教授
委　員	山勢　博彰	一般社団法人　日本救急看護学会代表理事 （山口大学大学院医学系研究科臨床看護学講座教授）
委　員	横田　裕行	日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授

救急救命処置検討委員会における救急救命処置の検討状況

- 救急救命処置検討委員会においては、救急医療分野の有識者が、新しい処置の要望・提案について、安全性、必要性、難易度、必要となる教育体制等の視点から、救急救命処置に追加するべきかどうか、さらなる検討が必要かどうかについて、評価を行う。
- 提案のあった処置は、評価に応じて下表のように振り分けられており、救急救命処置として追加するために厚生労働科学研究班等による研究の追加または厚生労働省の検討会等による審査によるさらなる検討が必要と判断された処置（カテゴリーⅡ）に、現在、4処置が振り分けられている。
- 当該4処置を救急救命処置に追加する場合に必要となる教育・研修体制、指示・指導・助言体制、事後検証体制、倫理問題については、令和3年度からの厚生労働科学研究において、研究を継続している。
- 令和4年3月10日の国家戦略特別区域諮問会議（第53回）においても、「重度傷病者の生命の危機を回避することを目的とした救急救命処置の範囲の拡大について、全国的な実施に当たって更なる検討を要すると救急救命処置検討委員会で判断された処置（カテゴリーⅡ）を対象として、国家戦略特別区域において先行的な実証を実施し得るものを検討の上、同区域で先行的な実証を開始することについて2022年度中に一定の結論を得る。」とされており、検討の継続が必要となっている。

カテゴリー	基準
Ⅰ	新たな研究や厚生労働省の検討会による審議を追加しなくても救急救命処置として追加、除外、見直すことが望ましいと判断する。
Ⅱ	救急救命処置として追加、除外、見直すためには厚生労働科学研究班等による研究の追加もしくは厚生労働省の検討会等による審査によるさらなる検討が必要と判断する。
Ⅲ	救急救命処置として追加、除外、見直すことが現時点では適当ではないと判断する。
未了	提案内容について精査中であり、委員会としての判断に至っていない。
差戻し	必要な情報やそれを裏付ける資料が十分に示されていないため、提案内容の評価を行うことができない。

※現在、カテゴリーⅡとされている処置
① 心肺停止に対するアドレナリンの投与等の包括指示化
② アナフィラキシーに対するアドレナリンの筋肉内投与
③ 気管切開チューブの事故抜去時にチューブの再挿入
④ 自動式人工呼吸器による人工呼吸

出典：救急救命処置に関する提案への評価と振り分けの結果について（平成31年　一般財団法人救急医療財団 救急救命処置検討委員会）

今後の対応

- 「救急外来」における医師・看護師等の配置状況や業務実態の調査研究を行い、「救急外来」における多職種の配置、連携等について検討する。

- 令和3年10月に改正救急救命士法が施行され、いわゆる救急外来における医療従事者の負担の減少の状況を含め、法改正の効果の検証を行う。

- 救急救命処置への追加・除外・見直しに向けて、必要な実証研究の検討を含め、厚生労働科学研究班が研究を継続している処置（カテゴリーⅡ）について、救急救命処置へ追加の可否について結論を出す。

病院前から医療機関内に至る救急医療を一体的に議論するため、救急医療を担う多職種が参画した新たな検討の場を設置する。

・第４回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P. 2 ～95）

・第５回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P.97～152）

・第６回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ資料（P.154～224）

第6回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ	資料1
令和4年7月8日	

第８次医療計画策定に向けた災害医療について

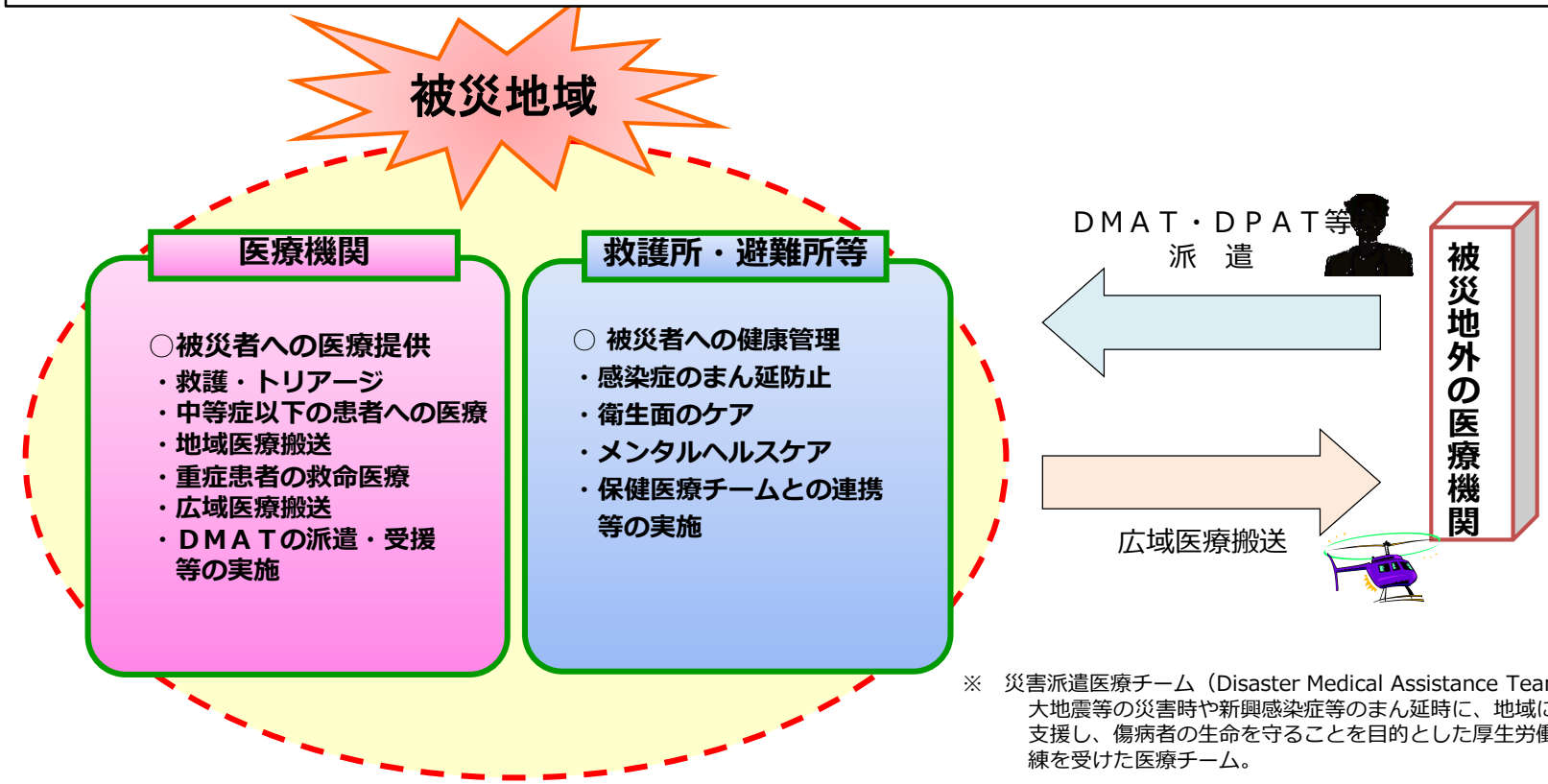
目次

1. 災害医療の体制構築に関する経緯　P.2～8
2. 災害派遣医療チーム(DMAT)・災害派遣精神医療チーム(DPAT)　P.9～22
3. 災害時に拠点となる病院　P.23～31
4. 止水対策を含む浸水対策　P.32～37
5. 医療コンテナの災害時等における活用　P.38～41

1．災害医療の体制構築に関する経緯

医療計画における災害医療提供体制

○　被災地における災害医療提供体制は、重症患者を対象に災害拠点病院が中心となって医療提供を行う。また、救護所や避難所等において健康管理を行う。
○　都道府県の要請に基づいて、まずは、被災地域の保健医療チームで対応するが、医療提供体制が維持できない場合は、被災していない都道府県からの保健医療チームの派遣や被災していない都道府県に患者を広域医療搬送する。



※　災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team: DMAT）
大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。

※　災害派遣精神医療チーム（Disaster Psysiatric Assistance Team: DPAT）
DPATとは、災害時の精神保健医療ニーズに対応することを目的とした専門的な研修・訓練を受けた医療チーム

医療計画における災害医療の体制構築に関する経緯

第５次医療計画 2008（平成20）年～

- 災害医療を５事業に位置づけ

災害医療等のあり方に関する検討会　2011（平成23）年7月～10月

第６次医療計画 2013（平成25）年～

- 災害拠点病院の機能強化のための要件追加
- 医療チームのコーディネート体制の整備
- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の機能強化
- 医療計画の実効性を高めるため、また都道府県間の指標設定のばらつきを改善するため、
  ー推奨指標の提示
  - ✓ すべての施設が耐震化された災害拠点病院の割合
  - ✓ 災害拠点病院のうち、災害に備えて医療資機材の備蓄を行っている病院の割合
  - ✓ 災害拠点病院のうち、傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合　等

  ーＰＤＣＡサイクルの具体的手順へ「課題抽出」「施策」等を指針に追加

第７次医療計画 2018（平成30)年～

- ロジスティック担当の業務調整員の養成を引き続き進める
- 様々な医療チームをコーディネートできる体制を都道府県・二次医療圏単位で構築する
- 研修等を通じてBCP策定の支援と策定状況の把握
- 被災地における医薬品の提供体制が確保されるよう連携体制の構築
- 災害拠点精神科病院を含む精神科の災害医療体制の整備等を進める　等

救急・災害医療提体制等の在り方に関する検討会　2018（平成30）年4月～2021（令和3）年7月

第７次医療計画の中間見直し 2020（令和2年）年

- 保健医療調整本部の設置
- 災害医療コーディネーター活動要領の発出を踏まえて任命数を指標例に追加
- 災害拠点病院のBCP策定率を指標例から削除　等

災害医療体制の経緯①

1995(平成 7)年　阪神・淡路大震災

1996(平成 8)年　「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療提供体制のあり方に関する研究会」

「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)

-災害拠点病院指定要件、広域災害・救急医療情報システムの整備について　等

EMISの運用開始

2001(平成13)年　「災害医療体制のあり方に関する検討会」

-日本版DMAT構想について　等

2005(平成17)年　災害派遣医療チーム(DMAT)の養成開始

2006(平成18)年　「日本DMAT活動要領について」 (指導課長通知)

2011(平成23)年　東日本大震災

「災害医療等のあり方に関する検討会」

-災害拠点病院の整備、DMATの体制強化、中長期的な医療提供体制の確保

2012(平成24)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）

-医療機関における業務継続計画の作成

2013(平成25)年　災害派遣精神医療チーム(DPAT)の養成開始

-DPAT活動要領の策定

2014(平成26)年　災害医療コーディネーター研修開始

災害医療体制の経緯②

2016(平成28)年　熊本地震

2017(平成29)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」　（医政局長ほか連名通知）
-保健医療調整本部の設置

「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）
-業務継続計画（BCP）の策定等を追加

2018(平成30)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

北海道胆振東部地震

2019(平成31)年　災害医療コーディネーター活動要領策定

2019(令和元)年　「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）
-3日程度病院の機能を維持できるよう電気の燃料や水の備蓄を追加

「災害拠点精神科病院の整備について」（医政局長ほか連名通知）
-災害拠点精神科病院の指定要件の明示と整備についての方針の策定

新型コロナウイルス感染症のまん延

2022(令和４)年　「日本DMAT活動要領の一部改正について」（地域医療計画課長通知）
-DMAT調整本部の立ち上げ基準
-新興感染症に係るDMAT活動の位置付け　等

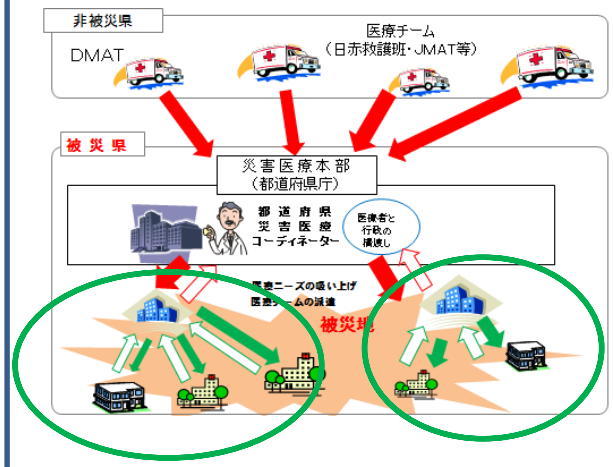
第7次医療計画における災害医療の見直しのポイント

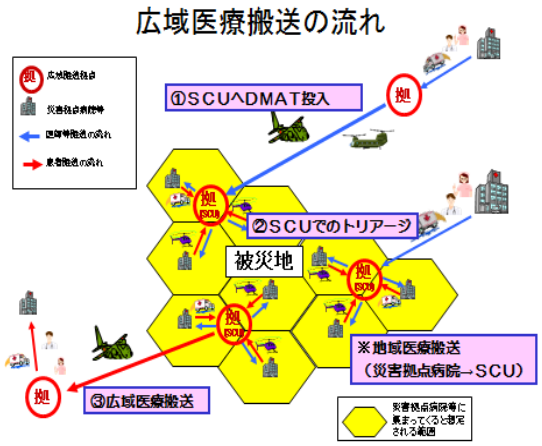
概　　要

○　都道府県災害医療本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備をすすめる。さらに、大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。

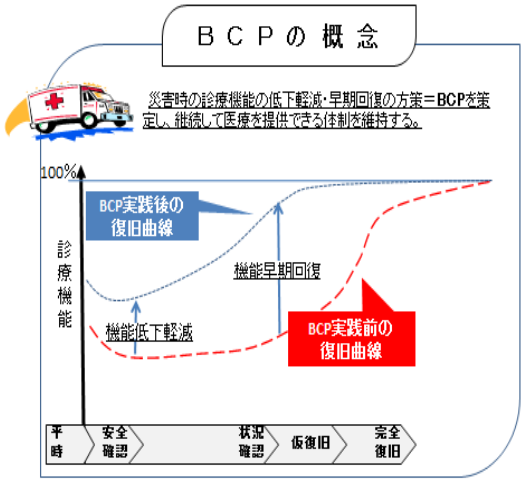
○　事業継続計画（BCP）の策定について、災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても引き続き推進する。

都道府県災害医療本部における災害医療コーディネート体制だけでなく、被災地内の二次医療圏等の地域単位でも災害医療コーディネート体制の整備を進めるとともに、南海トラフ地震等の大規模災害に備え広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施し、近隣都道府県との連携を強化する。





BCPの策定は今後災害拠点病院だけではなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進する。



災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標例（７次中間見直し）

※黄色セルは追加、赤字は追記/修正箇所

	災害時に拠点となる病院		災害時に拠点となる病院以外の病院		都道府県	
ストラクチャー		病院の耐震化率				医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数
	●	~~災害拠点病院における業務継続計画の策定率~~	●	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率		DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数
		複数の災害時の通信手段の確保率	●	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率		災害医療コーディネーター任命者数
		多数傷病症に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合				災害時小児周産期リエゾン任命者数
プロセス	●	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合い				
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察、保健所、市町村等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数				
	●	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数				
	●	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数				
	●	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合				都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数
		基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数				都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数
アウトカム						

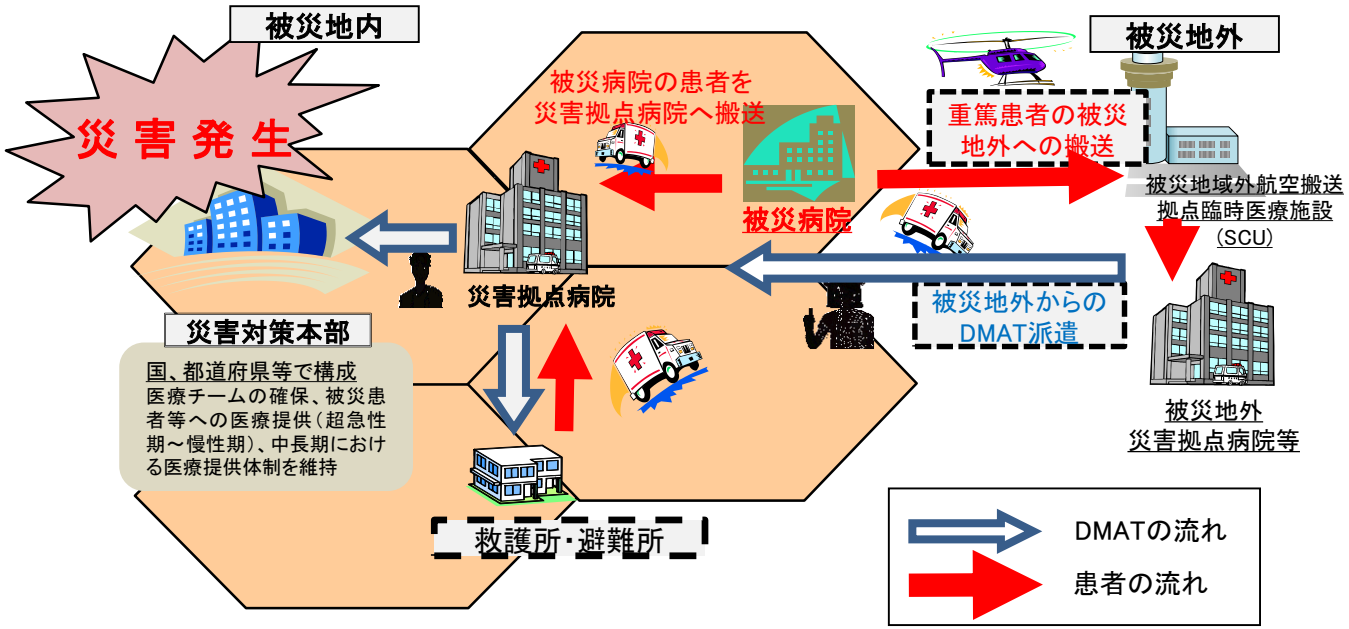
（●は重点指標）

令和元年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

２．災害派遣医療チーム(DMAT)
災害派遣精神医療チーム(DPAT)

災害派遣医療チーム(DMAT)

○　DMATとは、大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。
○　災害時の対応を想定し、平成17年3月から養成を開始（国立病院機構に委託）。新型コロナ対応を踏まえ、令和4年2月に日本DMAT活動要領を改正し、新興感染症等のまん延時における対応も活動内容に追加。
○　DMAT1隊は医師１名、看護師２名、業務調整員１名の４名を基本として構成。
○　DMATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
○　15,862名が研修修了済 (令和４年4月時点)。2,040チームがDMAT指定医療機関に登録済 (令和４年４月時点)。



都道府県別のＤＭＡＴ養成隊員数

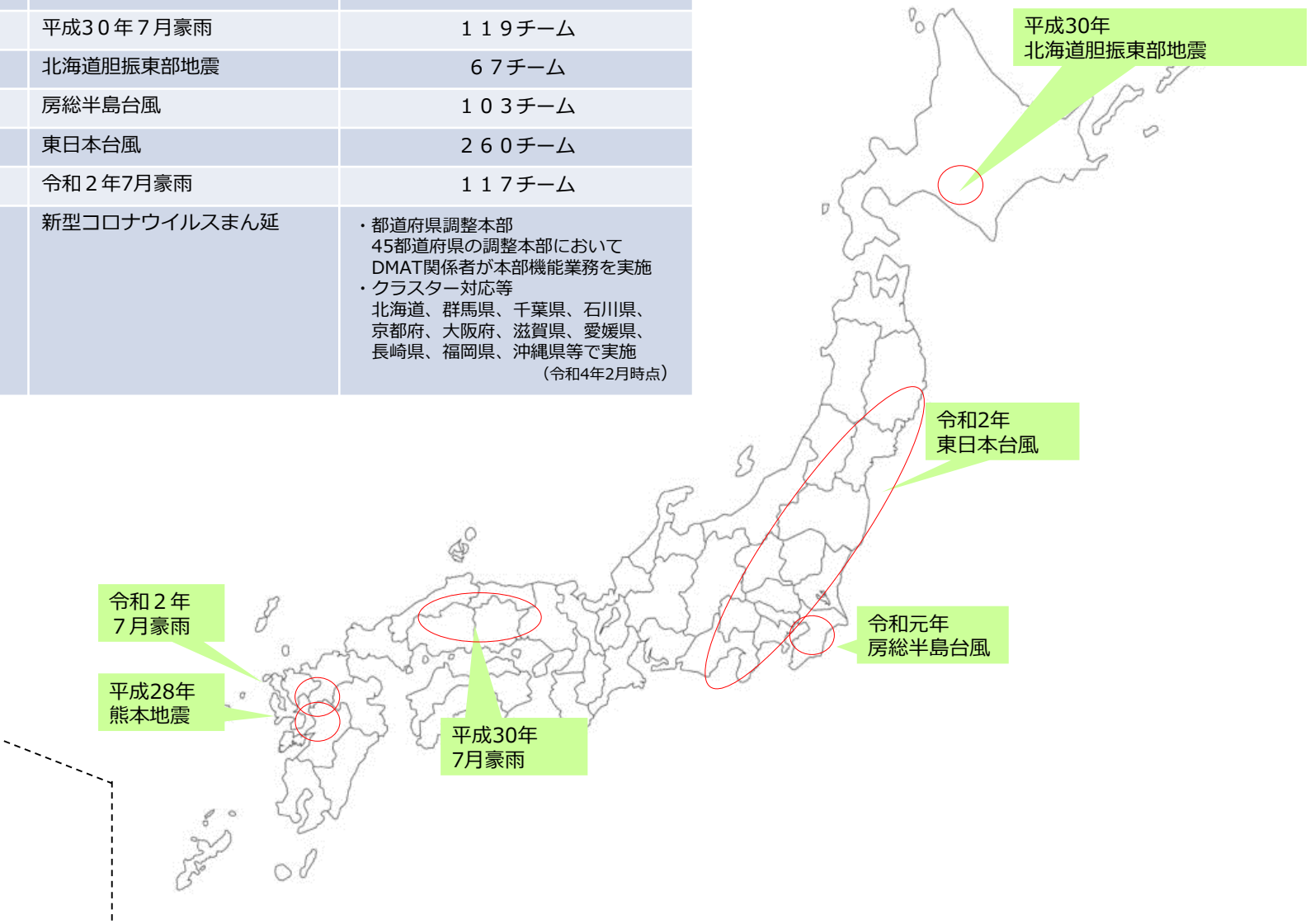
日本ＤＭＡＴ隊員養成研修受講者数（都道府県別）　令和４年４月１日時点

都道府県	ＤＭＡＴ指定医療機関	チーム数	隊員数	医師	看護師	業務調整員
北海道	34	58	512	169	209	134
青森県	10	24	220	69	89	62
岩手県	11	43	311	90	132	89
宮城県	16	33	346	99	140	107
秋田県	15	30	226	57	95	74
山形県	8	28	222	68	92	62
福島県	13	35	272	74	116	82
茨城県	22	29	313	95	134	84
栃木県	14	34	266	68	117	81
群馬県	17	32	389	111	161	117
埼玉県	22	31	351	99	152	100
千葉県	26	44	407	117	170	120
東京都	82	130	1,321	382	576	363
神奈川県	33	49	521	172	216	133
新潟県	15	25	276	75	127	74
富山県	8	26	187	50	76	61
石川県	12	34	269	72	112	85
福井県	11	25	216	63	91	62
山梨県	13	37	275	76	116	83
長野県	14	61	402	111	166	125
岐阜県	13	29	264	75	104	85
静岡県	24	41	397	111	161	125
愛知県	35	84	617	190	250	177
三重県	17	31	306	98	127	81

都道府県	ＤＭＡＴ指定医療機関	チーム数	隊員数	医師	看護師	業務調整員
滋賀県	10	37	317	102	124	91
京都府	14	28	350	102	143	105
大阪府	19	77	667	216	267	184
兵庫県	19	34	579	180	214	185
奈良県	11	28	195	51	74	70
和歌山県	11	26	256	78	105	73
鳥取県	4	15	156	32	65	59
島根県	11	21	208	58	84	66
岡山県	11	22	286	96	102	88
広島県	19	31	325	95	121	109
山口県	18	32	284	84	122	78
徳島県	17	32	261	70	112	79
香川県	11	34	307	80	131	96
愛媛県	8	26	201	58	83	60
高知県	20	46	341	83	147	111
福岡県	27	58	480	145	208	127
佐賀県	8	21	192	48	85	59
長崎県	17	31	268	77	117	74
熊本県	17	43	253	71	108	74
大分県	22	29	267	85	108	74
宮崎県	14	31	239	67	105	67
鹿児島県	19	33	240	63	109	68
沖縄県	16	26	259	84	108	67
その他			45	6	19	20
計	828	1,754	15,862	4,622	6,590	4,650

ＤＭＡＴの近年の主な活動実績

日時	名称	活動チーム数
平成　２８年	熊本地震	４６６チーム
平成　３０年	平成３０年７月豪雨	１１９チーム
平成　３０年	北海道胆振東部地震	６７チーム
令和　　元年	房総半島台風	１０３チーム
令和　　元年	東日本台風	２６０チーム
令和　　２年	令和２年7月豪雨	１１７チーム
令和　　２年～	新型コロナウイルスまん延	・都道府県調整本部 45都道府県の調整本部において DMAT関係者が本部機能業務を実施 ・クラスター対応等 北海道、群馬県、千葉県、石川県、 京都府、大阪府、滋賀県、愛媛県、 長崎県、福岡県、沖縄県等で実施 （令和4年2月時点）



日本DMAT活動要領の改正

改正の経緯

○　かつてDMATは、東日本大震災や熊本地震などの地震災害を主な活動の場としてきたが、近年は、頻繁に発生した豪雨災害の支援など、徐々に活動の場を広げてきた。一方で、地震災害時と豪雨災害の活動は、都道府県の被害の性質や組織の立ち上げ方などにも違いがあり、被災地で求められる活動が必ずしも活動要領の記載にそぐわない場面も見られた。DMATが現場でより効果的に活動するため、令和元年度に活動要領の改正を行う予定であったが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響等を受けて延期となっていた。

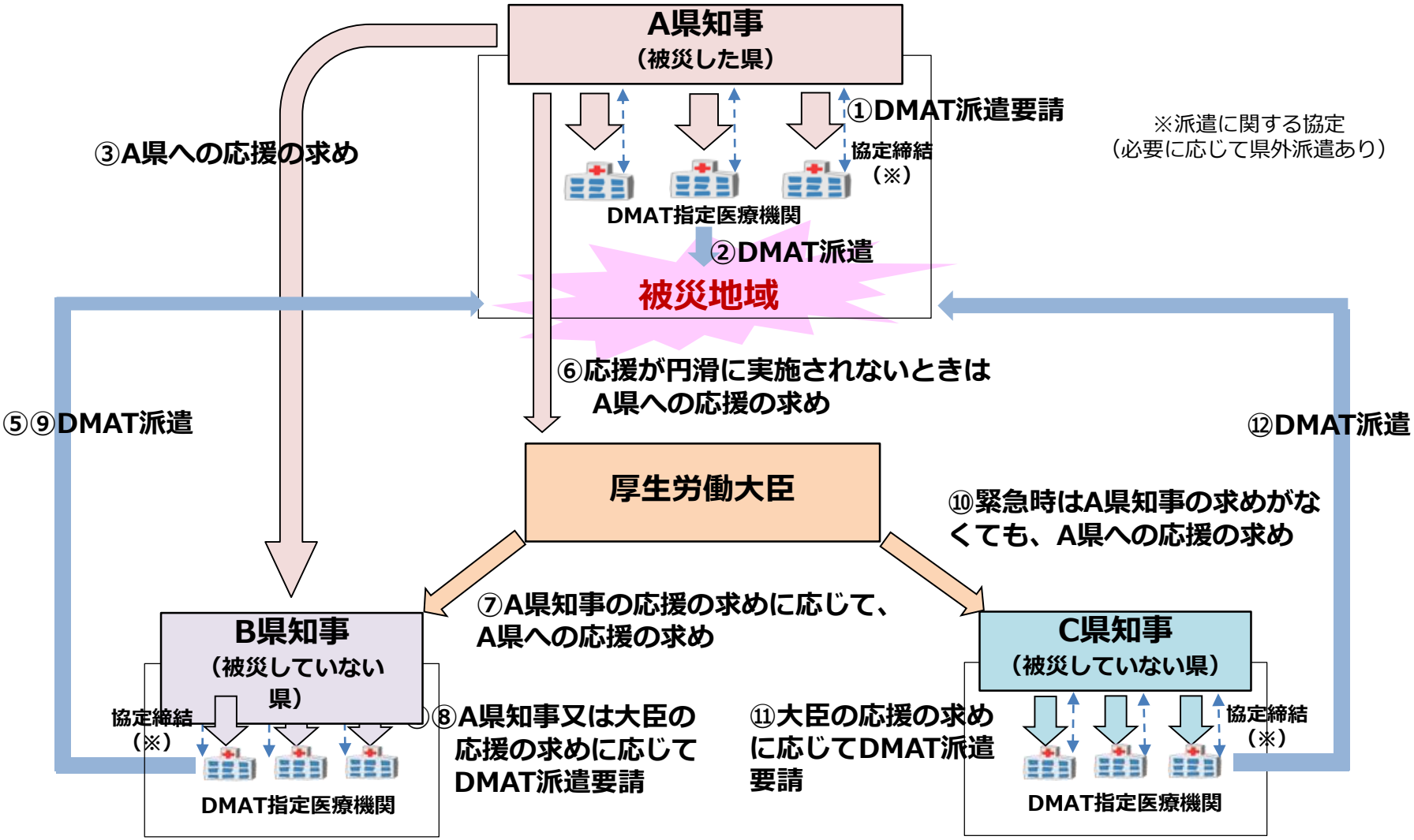
○　他方、この間、DMATは、新型コロナウイルス発生からまん延時において、ダイヤモンドプリンセス号や都道府県調整本部に入り、災害医療マネジメントの知見を活用して、感染症患者の入院・搬送調整に係る支援を行うとともに、感染症の専門家と協力して感染制御と業務継続の両面の支援が可能な支援チームを形成し、介護施設等においてクラスター対応を行った。

主要な改正事項

○　災害発生時においてDMATがより効果的に活動するための視点に加え、新興感染症まん延時におけるDMATの活動を明確化する観点から、以下の点に関して、令和４年２月に日本DMAT活動要領を改正した。

①保健医療調整本部と都道府県DMAT調整本部の関係の明確化
②搬送調整業務における災害医療コーディネーターとDMATの役割の明確化
③災害発生時のDMAT自動待機及び解除基準の見直し
④都道府県DMAT調整本部立ち上げの目安の明確化
⑤新興感染症に係るDMATの活動の位置付け

ＤＭＡＴの派遣協定の全体像（イメージ）



都道府県とＤＭＡＴ指定医療機関との協定書（例）

沖縄DMATの派遣に関する協定

沖縄県知事（以下「甲」という。）と沖縄県立北部病院長（以下「乙」という。）は、別に定める沖縄DMAT運営要綱（以下、「要綱」という。）に基づき、大規模な災害・事故等の発生時における沖縄県災害派遣医療チーム（以下「沖縄DMAT」という。）の派遣に関し、次のとおり協定を締結する。

（目的）

第1条　この協定は、災害等の急性期において、日本DMAT隊員養成研修等の専門的な訓練を受けた医師、看護師及び業務調整員等で編成する沖縄DMATが、災害等の現場に出動し、迅速な救命処置等を行うことにより、傷病者の救命率の向上及び後遺症の軽減を図ることを目的とする。

（派遣等）

第2条　甲は、要綱第7条第1項の規定により沖縄DMATの派遣が必要と認めるときは、乙に対してその派遣を要請するものとする。

２　乙は、前項の規定により甲から要請を受けた場合には、直ちに沖縄DMATを甲が指定する災害現場等に派遣するものとする。

３　乙は、前2項の規定にかかわらず、要綱第8条第2項の規定により、沖縄DMATを派遣することができるものとする。この場合、乙は、可能な限り速やかに甲に報告を行い、当該派遣に対する甲の承認を得なければならない。

４　前項の規定により甲が承認した沖縄DMATの派遣は甲の要請に基づく派遣とみなす。

（沖縄DMATの業務）

第3条　乙が派遣する沖縄DMATは、災害等の現場において消防機関等と連携して、原則として次に掲げる業務を行うとともに、必要に応じ、医学的観点からの助言を行うものとする。

(1) 災害現場での医療情報の収集と伝達

(2)災害現場でのトリアージ、救命処置、搬送支援

(3) 被災地内の病院における診療支援

(4)医療搬送拠点におけるトリアージ、救命処置、搬送支援

(5) その他災害現場における救命活動に必要な措置

（派遣先）

第4条　乙が派遣する沖縄DMATは、原則として、県内において前条の業務を行う。

２　甲が必要と認めた場合には、県外において前条の業務を行うことができる。

（指揮命令等）

第5条　乙が派遣する沖縄DMATに対する指揮命令及び業務の連絡調整は、甲が指定する者が行うものとする。

（身分）

第6条　乙が派遣する沖縄DMATの隊員（以下「隊員」という。）は、派遣元である乙の職員として業務に従事する。

（現地までの移動手段）

第7条　乙が派遣する沖縄DMATの災害等の現場までの移動手段は、原則として乙が確保するものとする。

（費用負担）

第8条　第2条の規定により乙が派遣した沖縄DMATが第3条の業務を実施するために要した次の費用は、甲が負担するものとする。

(1)　派遣に要する経費

(2)　携行した医薬品等を使用した場合の実費

（傷害保険の加入）

第9条　甲は、乙が派遣した沖縄DMATが第3条に規定する業務に従事したことに伴う事故等に対応するため、甲の負担により、派遣される沖縄DMAT隊員を傷害保険に加入させるものとする。

（定めのない事項）

第10条　この協定に定めのない事項及びこの協定に関し疑義が生じたときは、甲、乙協議して定めるものとする。

（有効期間）

第11条　この協定の有効期間は、協定締結の日から翌年3月31日までの期間とする。ただし、この協定の有効期間満了の日から1月前までに、甲乙いずれからも何らの意思表示がない場合は、有効期間満了の日から起算して1年間延長されるものとし、延長期間が満了したときも同様とする。

この協定の締結を証するため、本書2通を作成し、甲、乙記名押印の上、それぞれ1通を保管する。

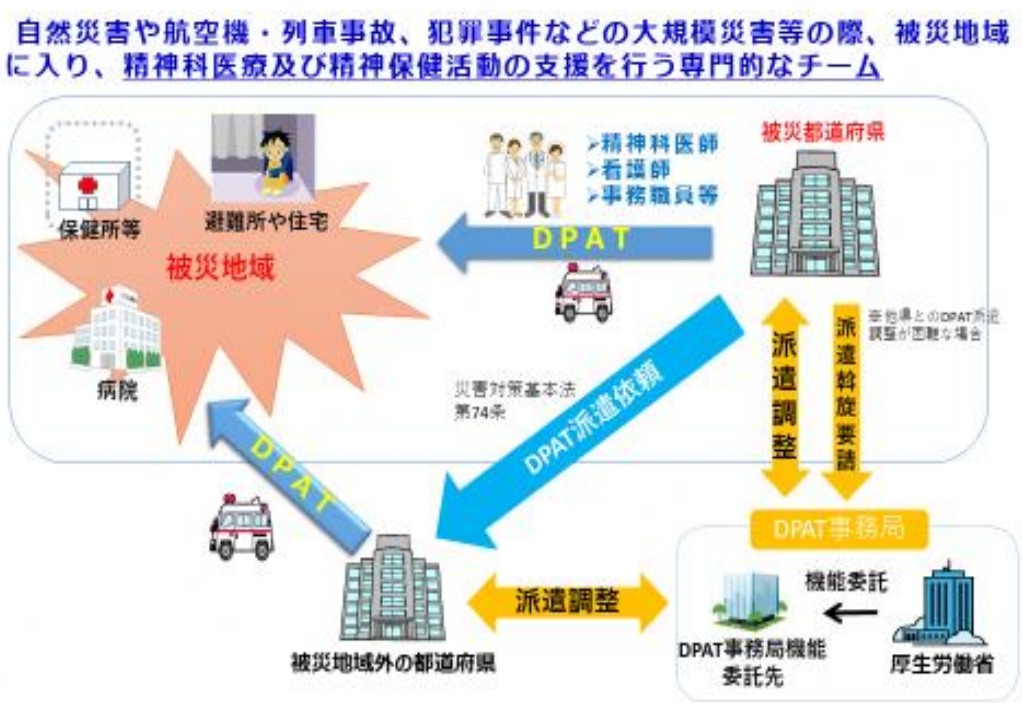
平成26年3月27日

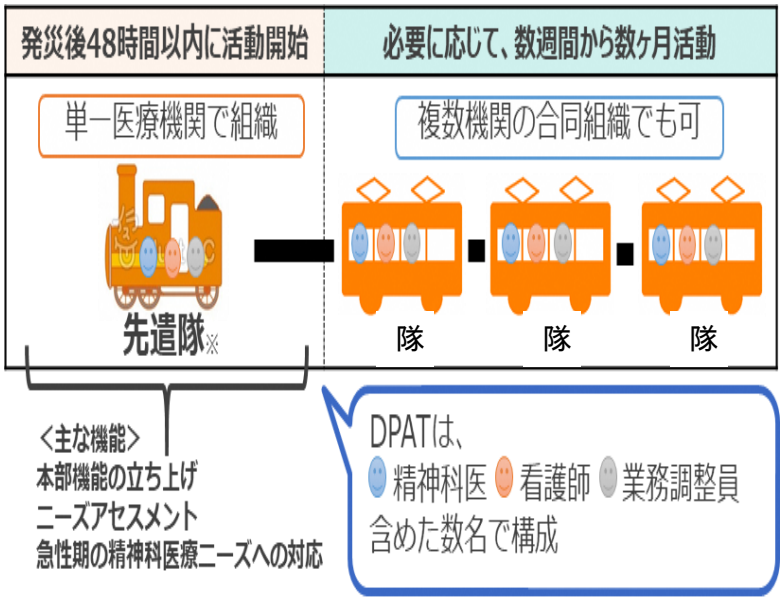
甲　沖縄県那覇市泉崎1丁目 2番2号
沖縄県知事　　仲井眞　弘多

乙　沖縄県名護市大中2丁目12番3号
沖縄県立北部病院
院長　　上原　哲夫

災害派遣精神医療チーム（DPAT）

○　DPATとは、大地震等の災害時に、地域において必要な精神保健医療ニーズに対応することを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた精神医療チーム。
○　災害時の対応を想定し、平成25年４月から養成を開始。
○　DPAT１隊は、精神科医師、看護師、業務調整員を含めた数名で構成。
○　DPATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
○　DPATのうち、特に、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県において、本部機能の立ち上げや急性期の精神科医療ニーズへの対応等を行う隊を「DPAT先遣隊」として位置付けている。
○　DPAT先遣隊は、810名が研修終了済（令和4年4月時点）。約255隊が指定機関に登録済（令和4年4月時点）





※都道府県等が先遣隊機関として事務局へ登録

都道府県別のＤPAT先遣隊養成隊員数

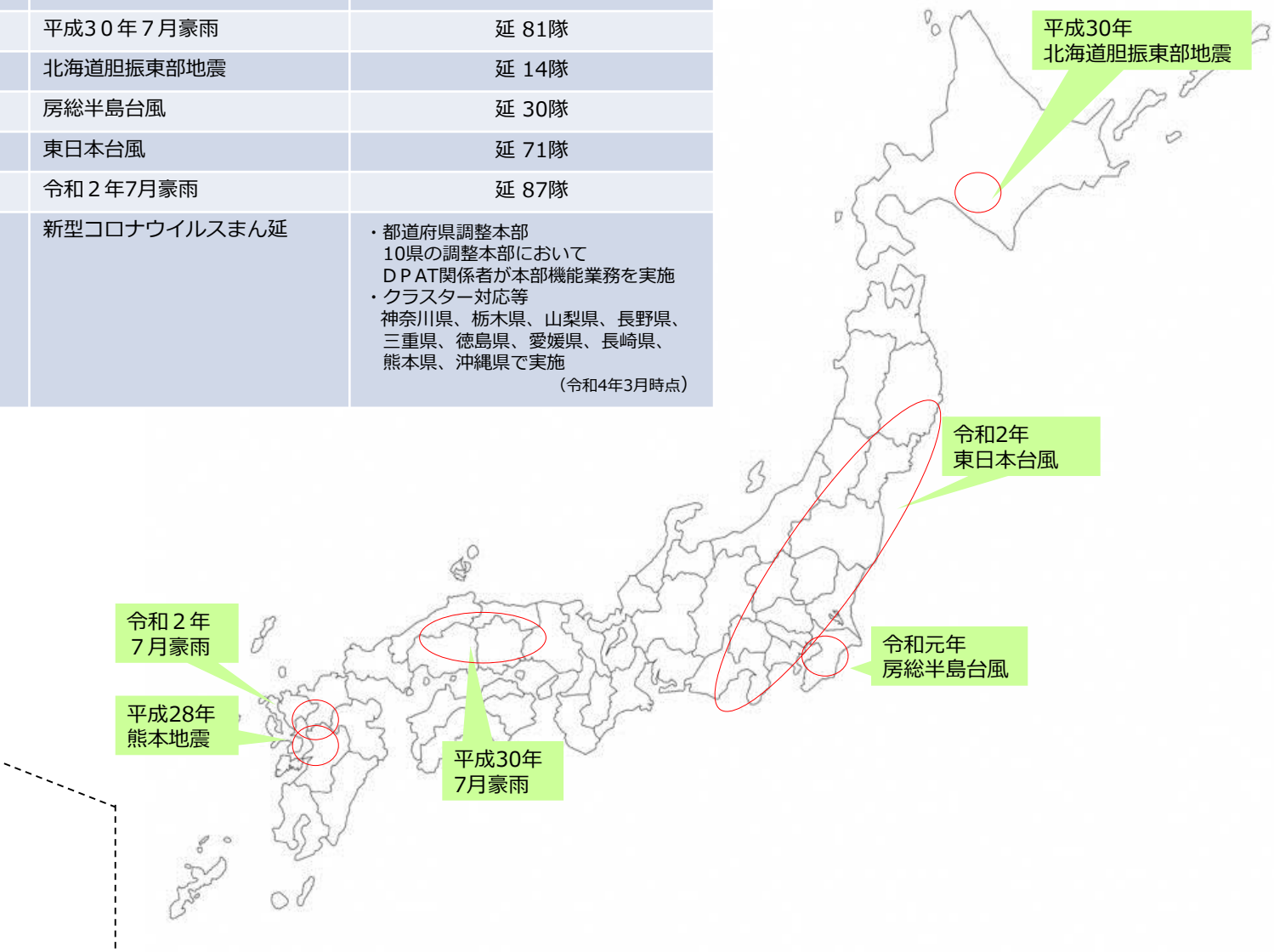
DPAT先遣隊員養成研修受講者数（都道府県別）　令和4年4月1日時点

都道府県名	DPAT先遣隊指定機関	隊数	隊員数			
				医師	看護師	業務調整員
北海道	3	5	16	5	6	5
青森県	3	10	30	5	16	9
岩手県	1	2	6	2	1	3
宮城県	1	3	9	3	4	2
秋田県	1	2	6	2	2	2
山形県	1	3	9	2	4	3
福島県	1	4	13	5	4	4
茨城県	2	8	23	8	9	6
栃木県	2	8	25	8	9	8
群馬県	2	6	19	4	10	5
埼玉県	1	5	16	5	6	5
千葉県	2	7	22	9	8	5
東京都	0	0	0	0	0	0
神奈川県	3	14	42	11	16	15
新潟県	2	8	24	6	10	8
富山県	1	2	5	2	2	1
石川県	2	3	9	3	3	3
福井県	5	6	19	6	8	5
山梨県	1	2	7	2	2	3
長野県	1	4	12	4	4	4
岐阜県	0	0	0	0	0	0
静岡県	3	7	21	7	7	7
愛知県	3	7	20	7	9	4
三重県	2	8	24	7	9	8

都道府県名	DPAT先遣隊指定機関	隊数	隊員数			
				医師	看護師	業務調整員
滋賀県	1	1	3	1	1	1
京都府	1	4	12	4	4	4
大阪府	3	10	30	9	12	9
兵庫県	3	6	17	5	5	7
奈良県	0	0	0	0	0	0
和歌山県	1	5	15	5	5	5
鳥取県	2	5	15	3	7	5
島根県	3	6	18	5	8	5
岡山県	1	3	9	2	3	4
広島県	2	8	25	7	10	8
山口県	1	4	13	3	6	4
徳島県	1	3	8	2	4	2
香川県	2	5	15	4	5	6
愛媛県	2	6	18	6	6	6
高知県	1	1	3	1	1	1
福岡県	9	16	48	15	21	12
佐賀県	3	6	18	6	7	5
長崎県	1	2	5	1	2	2
熊本県	6	13	40	10	13	17
大分県	2	3	8	2	4	2
宮崎県	3	10	29	9	12	8
鹿児島県	2	5	16	6	5	5
沖縄県	3	8	24	7	11	6
その他			44	15	12	17
計	96	255	810	241	313	256

ＤＰＡＴの近年の主な活動実績

日時	名称	活動隊数
平成　２８年	熊本地震	延 1242隊
平成　３０年	平成３０年７月豪雨	延 81隊
平成　３０年	北海道胆振東部地震	延 14隊
令和　　元年	房総半島台風	延 30隊
令和　　元年	東日本台風	延 71隊
令和　　２年	令和２年7月豪雨	延 87隊
令和　　２年～	新型コロナウイルスまん延	・都道府県調整本部 10県の調整本部において ＤＰAT関係者が本部機能業務を実施 ・クラスター対応等 神奈川県、栃木県、山梨県、長野県、三重県、徳島県、愛媛県、長崎県、熊本県、沖縄県で実施 （令和4年3月時点）



DPATの新型コロナウイルス感染症に対する活動の現状

○　DPATは、地震や豪雨などの自然災害を主な活動の場としてきたが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、DMATと同様、都道府県調整本部において入院搬送調整の支援や、感染症の専門家と協力して、クラスターが発生した医療機関等における感染制御と業務継続の両面の支援を行ってきた。
○　新型コロナウイルス対策におけるDPATの活動を踏まえ、今後も、災害時のみならず、新興感染症のまん延時にも精神科医療機関等においてDPATの特長等をより有効的に活用していくことが求められる。
○　他方、DMATと比較して、新興感染症まん延時におけるDPATの活動が、活動要領の基本方針等に明確化されておらず、現場の隊員は、新興感染症に対する十分な研修などが受けられない中で、個々の尽力により活動を維持している状態である。

（参　考）
令和3年度厚生労働科学研究費　災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動期間及び質の高い活動内容に関する研究
分担研究「新型コロナウイルス感染症のクラスター対応に関するDPAT活動の調査」
【調査方法】
令和4年1月31日～2月14日に都道府県のDPAT事業担当課へのアンケート、さらにDPATによるクラスター対応実績のある都道府県のDPAT事業担当職員とDPAT隊員に対してインタビューを実施。
（令和3年4月1日付け医政発0401第８号・健発0401第11号・薬生発0401第18号発出後の令和3年4月～令和4年2月中旬頃までの状況を調査）
【調査結果概要】
○回答した36都道府県のうち、実際に活動したのは７都道府県（延べ11活動）
○DPAT調整本部の立上げ回数は11活動中７活動、期間は最短２～３週間、最長２か月以上
○派遣を依頼した機関数は延べ68機関、隊員数は延べ1,183名
○DPATの活動は、災害時とほぼ同じ活動で以下の通り
・DPAT調整本部における活動
-クラスター発生の病院・施設等に関する情報収集
-DPAT派遣調整
-厚生労働省及び DPAT 事務局との連絡調整
-感染管理体制の確立支援といった組織体制の確立　等
・クラスターの発生した病院・施設等内本部支援、感染管理体制の確立支援　等
・ICD・ICNの感染制御の専門家派遣調整
○精神科病院での対応は、DPAT隊員が平時より精神疾患を抱える患者への対応や閉鎖的な病棟での対応を熟知していることから、DPAT以外の災害医療チームでは難易度が高かった。
○必ずしもICD（感染管理医師）、ICN（感染管理看護師）がいない中で活動した事例もあった。
○活動前にPCRや補償の説明があったのが２都道府県であり、事前の説明のない都道府県もあった。また、補償等が何もない所属医療機関も散見された。

DMAT等に関する最近の動き

新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について《抜粋》

2022年6月15日
新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議

３．政府の取組から見える課題

(1)　感染拡大防止と社会経済活動の両立に向けた課題と取り組むべき方向性

①　医療提供体制の強化に関する事項

災害派遣医療チームは、新型コロナウイルス感染症対応でも、クラスターの発生した医療機関への支援や、入院調整等で活躍したが、そうした役割の法令上の位置付けがなく、事前の訓練もされていなかったため、都道府県が設置する入院調整本部において既存の都道府県DMAT調整本部の機能が十分に活用されないなど、非効率な対応がなされるケースがあった。

新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性《抜粋》

令和4年6月17日
新型コロナウイルス感染症対策本部決定

Ⅱ　感染初期から速やかに立ち上がり機能する保健医療体制の構築等

１．　医療提供体制の強化

(3)　広域での医療人材の派遣などの調整権限創設等

国による広域での医師・看護師などの派遣や、患者の搬送などについて円滑に進めるための調整の仕組みを創設するとともに、DMAT(災害派遣医療チーム)等の派遣・活動の強化に取り組む

(具体的事項)

▷　DMAT等の派遣や活動をより円滑に行えるようにする

保健医療活動チームの連携

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 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、社会・援護局障害保険福祉部長 通知）《抜粋》

１．保健医療調整本部の設置等について

（２）組織
②連絡窓口の設置
　保健医療調整本部は、保健所、保健医療活動チーム（災害派遣医療チーム（DMAT）、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人 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、災害派遣精神医療チーム（ DPAT その他の 災害対策に係る保健医療活動を行う チーム （被災都道府県以外の都道府県から派遣されたチーム を含む。）をいう。以下同じ。その他の保健医療活動に係る関係機関（以下単に「関係機関」という。） との連絡及び情報連携を行うための窓口を設置すること。
　この場合において、保健医療調整本部は、関係機関との連絡及び情報連携を円滑に行うために必要があると認めるときは、当該関係機関に対し、当該関係機関の担当者を当該窓口に配置するよう求めることが望ましいこと。

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和2年4月13日付 医政局地域医療計画課長通知）《抜粋》

災害時における医療体制の構築に係る指針

第1　災害医療の現状
2　災害医療の提供
（4）医療チーム（救護班）
　災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、日本医師会災害医療チーム（JMAT : Japan Medical Association Team）、日本赤十字社や各種医療団体等を中心とした医療チームが、DMAT、DPAT とも連携しつつ、引き続いて活動を行っている。特にJMATは、平成23年の東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームであり、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等である。（以下略）

論点

○　DMATは、災害を主な活動の場としてきたが、新型コロナ対応を踏まえて、令和4年2月に活動要領を改正し、新興感染症に係る活動をDMATの業務として位置づけたところであるが、今後、さらにDMAT の派遣や活動をより円滑に行えるようにするためには、法令上の位置付けの必要性も含め、どのような対応が考えられるか。

○　DPATの新興感染症対応は、未だにDPATの活動要領に明確化されていないところであり、今後の新興感染症のまん延時に備えて、活動要領を改正するほか、DPAT の派遣や活動をより円滑に行えるようにするためにはどのような対応が考えられるか。

○　DMAT・DPAT以外にも、各種職能団体等において災害時等に支援活動を行う人材の養成が行われているが、今後の連携強化についてどのように考えるか。また、災害時等において特に課題となる看護師をより確実に派遣するため、DMATと同様、都道府県知事と医療機関との協定に改めていくことについてどのように考えるか。

３．災害時に拠点となる病院

災害拠点病院・災害拠点精神科病院

災害拠点病院の指定状況

○　平成８年5月10日付け厚生省健康政策局長通知に基づき、災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院の整備を開始した。

○　災害拠点病院には基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院がある。

※基幹災害拠点病院：原則として都道府県に1箇所設置

※地域災害拠点病院：原則として二次医療圏に1箇所設置

○　令和４年４月１日までに765病院が指定されている。

※基幹災害拠点病院：　64病院

※地域災害拠点病院：701病院

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	10
茨城県	2	16
栃木県	1	12
群馬県	1	16
埼玉県	3	19
千葉県	4	22
東京都	2	81
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	10
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	34
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	701

災害拠点病院指定要件の改正

○　これまで、大規模災害時の課題を踏まえて、必要に応じて災害拠点病院の指定要件を改正してきた。
○　熊本地震発生時においては、災害拠点病院であっても業務継続計画の策定が不十分であったことから、平成29年３月の改正により、BCPの整備や当該BCPに基づく研修や訓練の実施について要件として明示した。
○　北海道胆振東部地震により、病院において長期の停電や断水被害が生じたことから、令和元年７月の改正により、３日分程度の自家発電機の燃料の備蓄や水の確保について要件として明示した。

① 運営体制

- 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。

平成29年改正

② 施設及び設備

- 病棟、診療棟等救急診療に必要な部門を設けていること。
- 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。
- 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。
- 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を有すること。
- 災害時における患者の多数発生（入院患者については２倍、外来患者については５倍を想定）時の簡易ベッドや備蓄スペースを有すること。
- 被災地における自己完結型の医療に対応できる携行式の応急用医療資器材等を有していること。
- 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。また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体間の協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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についても差し支えない。

令和元年改正

災害拠点病院の整備に対する財政支援

耐震整備

○　診療に必要な施設の耐震整備

備蓄倉庫

○　食料、飲料水、医薬品等を３日分程度備蓄するための倉庫の整備

非常用自家発電設備

○　災害時においても診療機能を３日程度維持するために必要な非常用自家発電設備及び燃料タンクの整備

ヘリポート

○　傷病者の搬送や医療物資の輸送を行うために必要となるヘリポートの整備

給水設備

○　災害時においても診療機能を３日程度維持するために必要な給水設備（地下水利用のための設備や受水槽）の整備

（地下水利用のための設備）

（受水槽）

研修室

○　災害医療の研修に必要な研修室の整備（基幹災害拠点病院に限る）

医療機器等

○　災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための診療設備
○　患者の多数発生時用の簡易ベッド
○　被災地における自己完結型の医療救護に対応できる携行用の応急用医療資機材等

緊急車両

○　災害派遣医療チームを派遣するための緊急車両

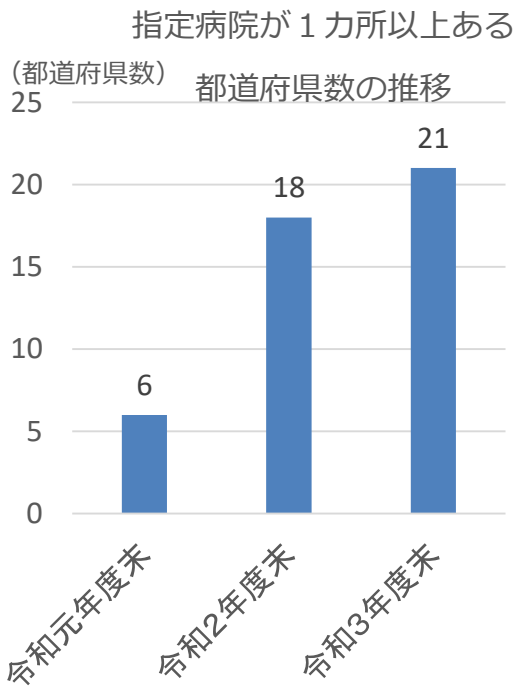
訓練用資機材

○　地域の二次救急医療機関や地域の医師会、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ために必要な訓練用資機材

災害拠点精神科病院の指定状況

○　令和元年６月20日付け厚生労働省医政局長及び社会・援護局障害保健福祉部長通知に基づき、令和元年から、災害時における精神科の医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点精神科病院の整備を開始した。
○　都道府県には、人口規模や地理的条件、地域の精神科医療の提供体制の実態などを考慮し、必要な整備（少なくとも各都道府県内に１カ所以上）を求めている。
○　令和４年４月１日までに21都府県36病院が指定されている。

都道府県	指定数	都道府県	指定数	都道府県	指定数
北海道	0	石川県	1	岡山県	1
青森県	3	福井県	0	広島県	1
岩手県	0	山梨県	0	山口県	1
宮城県	0	長野県	0	徳島県	1
秋田県	0	岐阜県	0	香川県	2
山形県	0	静岡県	4	愛媛県	1
福島県	0	愛知県	2	高知県	0
茨城県	2	三重県	0	福岡県	2
栃木県	0	滋賀県	0	佐賀県	1
群馬県	0	京都府	0	長崎県	0
埼玉県	0	大阪府	3	熊本県	3
千葉県	0	兵庫県	0	大分県	0
東京都	2	奈良県	1	宮崎県	0
神奈川県	1	和歌山県	0	鹿児島県	0
新潟県	1	鳥取県	0	沖縄県	2
富山県	0	島根県	1	合　計	36



令和４年度以降の災害拠点精神科病院の指定の見通し

○　令和４年４月１日時点で、２６道府県が、県内に１カ所も整備がされていない。
○　このうち、９道府県は、令和５年度までに整備を予定している。また、１０県は、整備時期は未定であるが、指定候補の病院があるため、各県において、指定に向けた具体的な調整を進めている。
○　残り７県については、関係機関等の協議が十分に出来ていないことから、整備時期及び指定候補の病院が決まっていない。

（参　考）

令和4年度災害拠点精神科病院の指定に係る各都道府県の意向調査

【調査方法】

令和4年4月6日～4月20日に都道府県のDPAT事業担当課へ災害拠点精神科病院の指定の現状及び今後の見通しについてアンケートを実施。（47都道府県中47都道府県から回答）。その後、災害拠点精神科病院の指定の施設も時期も未定の都道府県にヒアリング調査を実施（7県）。

【調査結果概要】

○回答した47都道府県のうち、
- ・令和４年４月１日現在で指定医療機関は21都府県36医療機関
- ・令和５年度末までに指定予定 {下線は令和4年}　：９道府県（北海道、<u>群馬</u>、埼玉、千葉、福井、<u>京都</u>、<u>兵庫</u>、<u>和歌山</u>、<u>大分</u>）
- ・候補病院はあるが、指定時期は未定　：10県（秋田、山形、福島、栃木、富山、山梨、三重、高知、宮崎、鹿児島）
- ・候補病院、指定時期ともに未定 {ヒアリング実施}　：７県（岩手、宮城、長野、岐阜、滋賀、鳥取、長崎）

アンケートより

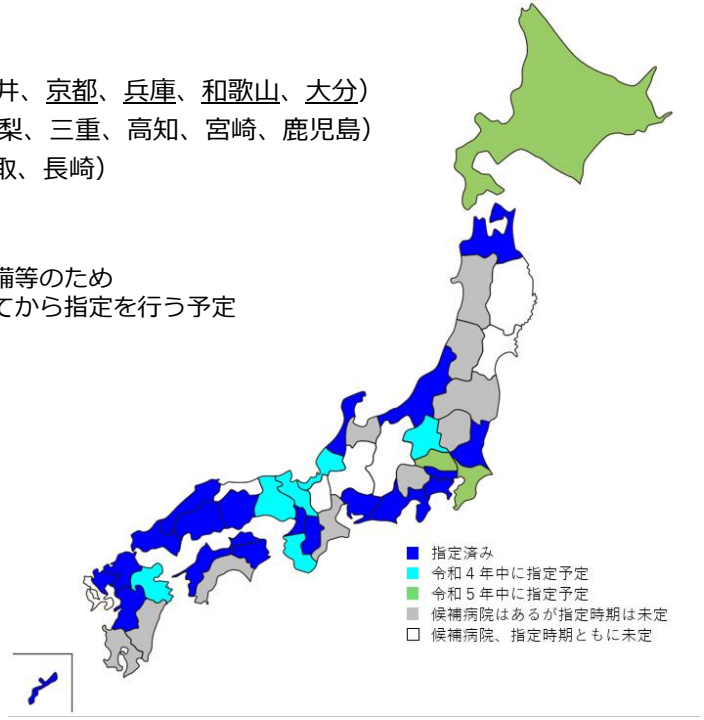
（指定要件を満たすための施設設備の整備が不十分）
- 簡易ベット等の備蓄スペースや給水確保体制（井戸設備や給水協定）といった施設設備の未整備等のため
- 候補病院が、耐震構造について充分満たしているとは言えないため、建設中の新病棟が完成してから指定を行う予定

（関係医療機関との協議が進んでいない）
- コロナ禍で、関係医療機関との指定要件の協議が進んでいない

ヒアリングより：候補病院、時期共に未定７県に実施

✓ 施設はほぼ決定しているが設備の整備が不十分（４県から回答）
✓ 施設はほぼ決定しているが病床不足とコロナで話し合いができず（１県から回答）
✓ 施設はほぼ決定しているがコロナで話し合いができず（１県から回答）
✓ 施設が全くの未定（１県から回答）

→築年数の古い精神科病院は設備整備が不十分、大学病院・総合病院は病床数が不足傾向、コロナの影響で話し合いが進んでいない



災害拠点精神科病院の指定要件

○　令和元年６月に、災害拠点精神科病院の指定要件を定め、各都道府県の整備を進めている。

① 運営体制

- 24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の精神科医療の必要な患者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、被災地からの精神科医療の必要な患者の受入れ拠点にもなること。
- 災害派遣精神医療チーム（DPAT）（なお、DPATはDPAT先遣隊であることが望ましい。）を保有し、その派遣体制があること。
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準（厚生労働省平成8年厚生労働省告示第90号）に適合した精神科指定病院又は当該告示の基準を満たす精神科病院であること。
- 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。
- 地域の精神科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や災害精神科医療に関する研修を実施すること。また、災害時に地域の精神科医療機関への支援を行うための体制を整えていること。

② 施設及び設備

- 病棟、診療棟等精神科医療に必要な部門を設けるとともに、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。
- 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。
- 災害時も主な診療施設や病棟等を機能させるのに必要な電力を確保するため、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。
- 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。
- 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）に参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと。
- 被災地における自己完結型の医療に対応できる携行式の応急用医療資器材等を有していること。
- 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。また、食料、飲料水、医薬品、燃料等について、地域の関係団体・業者との協定の締結により、災害時に優先的に供給される体制を整えておくこと。
- 患者搬送については、DMATの協力を得つつ実施させるため、原則として敷地内のヘリコプターの離着陸場及び患者搬送用の緊急車両については不要とする。ただし、被災した精神科病院に入院する精神疾患を有する患者等の広域搬送等のため、一時的に多くの患者を受け入れる場合を想定し、病院敷地内もしくは病院近接地に、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しておくこと。
- DPAT先遣隊等の派遣に必要な緊急車輌を有することが望ましい。

災害拠点精神科病院の整備に対する財政支援

耐震整備

○　診療に必要な施設の耐震整備

非常用自家発電設備

○　災害時においても診療機能を３日程度維持するために必要な非常用自家発電設備及び燃料タンクの整備

給水設備

○　災害時においても診療機能を３日程度維持するために必要な給水設備（地下水利用のための設備や受水槽）の整備

（地下水利用のための設備）

（受水槽）

災害用資機材

○　DPAT先遣隊の携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品、衛星電話　等

論点

○　災害拠点精神科病院については、全ての都道府県において１カ所以上の整備が進むよう、期限を区切って進めるべきであり、例えば、第8次医療計画が開始するまでの間に整備を求めることとしてはどうか。

４．止水対策を含む浸水対策

近年の激甚災害の指定状況

○　近年、我が国において、激甚災害に指定されている豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしている。

	豪雨災害	地震災害
平成29年	①梅雨前線（九州北部豪雨等）・台風第３号 ②台風第18号 ③台風第21号	―
平成30年	①梅雨前線（平成30年7月豪雨等） 台風第５号・第６号・第７号・第８号 ②台風第19号・第20号・第21号 ④台風第24号	③平成30年北海道胆振東部地震
平成31年/ 令和元年	①梅雨前線・台風第３号・第５号 ②前線による豪雨・台風第10号・第13号・ 第15号・第17号 ③台風第19号・第20号・第21号	―
令和２年	①梅雨前線（令和２年７月豪雨等）	―
令和３年	①梅雨前線 ②前線による豪雨・台風第９号・第10号	―
令和4年		①令和4年3月16日の地震（福島県）

（内閣府「防災情報のページ」より引用）

医療施設浸水対策事業

○　近年増加している豪雨災害による被害を踏まえて、令和２年度から医療施設が行う浸水対策に対して、医療施設浸水対策事業により財政支援を行っている。

（令和３年度補正予算　2.9億円）

事業目的

・浸水想定区域や津波被害警戒区域に所在し、地域の医療提供体制の観点から浸水想定区域等から移転することができない医療機関に対し、医療用設備や電気設備の想定浸水深以上への移設や止水板や排水ポンプの設置のための財政支援を行い、医療機関における浸水被害の防止又は軽減を図る。

事業内容

（１）止水板等の設置

建物内への浸水を有効に防止できる場所に止水板等を設置

（２）医療用設備の移設

想定浸水深又は基準水位より高い位置に医療用設備を移設

（３）電気設備の移設

想定浸水深又は基準水位より高い位置に電気設備を移設

（４）排水ポンプ及び雨水貯留槽の設置

排水ポンプ及び雨水貯水槽を整備し、雨水貯留槽内に貯まった雨水等を河川や雨水管等に排水するポンプを設置

補助対象施設

（１）日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会等の設置する病院及び診療所

（２）災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救命救急センター、周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、へき地診療所等

（止水板の設置）

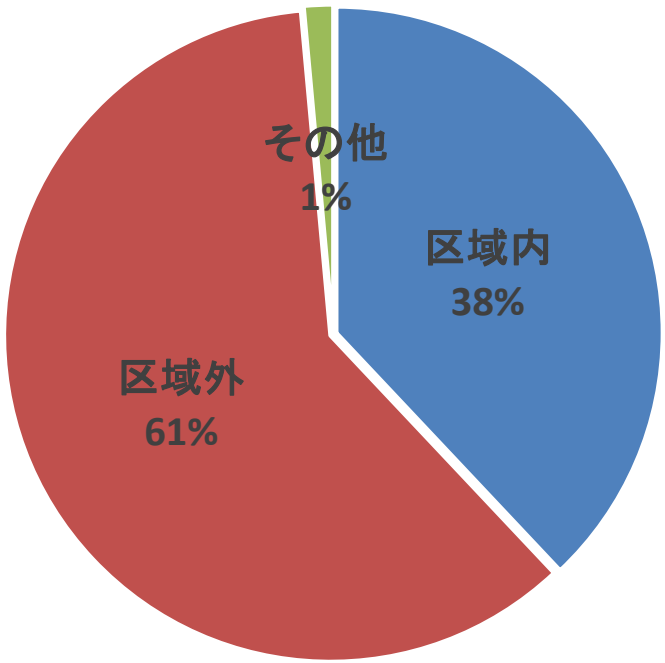
（電気設備の移設）

災害拠点病院における浸水対策

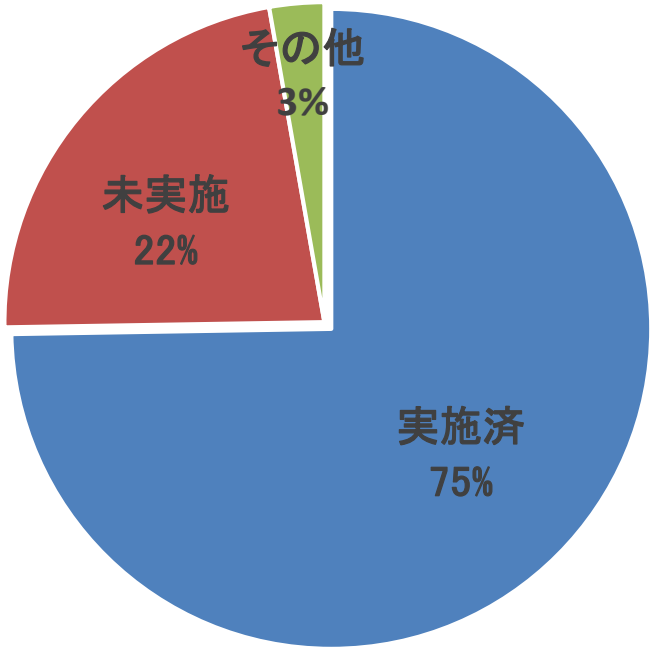
○　災害拠点病院761ヶ所のうち、洪水浸水想定区域に所在する病院は289ヶ所（38%）あり、そのうち何らかの浸水対策※が実施されている病院は216ヶ所（75%）であった。（令和3年時点）

※洪水や内水の浸水により想定される被害に対しての具体的な対策の有無

災害拠点病院のうち
浸水想定区域内に所在している病院の割合



浸水想定区域内に所在する災害拠点病院のうち
浸水対策を実施している病院の割合



厚生労働省地域医療計画課調べ

災害拠点病院の指定要件及び災害時における医療体制の構築に係る指針における浸水対策

○　令和元年度の会計検査により、適切に浸水・止水対策がなされていない災害拠点病院があることが明らかとなり、令和３年６月の参議院決算委員会において「災害拠点病院の指定に当たって、浸水想定区域に所在する場合には、浸水対策として自家発電機等の設置場所のみならず、止水対策も要件に含めることを検討すべき」との措置要求決議がなされている。
○　現在、災害拠点病院は、浸水対策として「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」とされている。

○　参議院決算委員会
令和元年度決算審査措置要求決議（令和３年６月７日）

４災害拠点病院における自家発電機等の不十分な浸水対策について

厚生労働省が所管する独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人地域医療機能推進機構の３機構において、63病院が災害拠点病院として指定されている。会計検査院が検査したところ、このうち６病院について、浸水想定区域に所在しながら、自家発電機等において浸水対策を実施していなかったり、浸水を防ぐための止水板の高さが不十分であったりして、水害により商用電源が途絶した場合に自家発電機等が浸水して稼働せず、継続して医療を提供する上で必要な電気を確保できないおそれがあることが明らかとなった。
政府は、近年の風水害の頻発化、激甚化に鑑み、３機構による浸水対策の改善状況を確認するとともに、**災害拠点病院の指定に当たって、浸水想定区域に所在する場合には、浸水対策として自家発電機等の設置場所のみならず、止水対策も要件に含めることを検討し、災害時の医療体制の継続に万全を期すべきである**。

○　災害拠点病院指定要件（令和元年7月17日）
（２）施設及び設備
①医療関係
ア．施設
（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日分程度の備蓄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。**

○　災害時における医療体制の構築に係る指針

浸水対策に関わる記載無し

論点

○　豪雨災害の被害を軽減するために、災害拠点病院等に対して、電気設備などの高所移設や止水板等の設置による浸水対策の実施など、より具体的な対応を求めていくべきではないか。

５．医療コンテナの災害時等における活用

医療コンテナの災害時等における活用①

○　医療コンテナは、2018年の「国土強靭化基本計画」において、「総合的な防災拠点施設にて医療コンテナをはじめとする診療ユニットについて平時活用を含め検討する」と記載されたほか、2022年の「経済財政運営と改革の基本方針」においても「医療コンテナの活用を通じた医療体制の強化等の地域防災力の向上や事前防災に資する取組を推進する」と記載され、災害時等の活用が期待されている。

○　厚生労働省は、令和3年度に医療コンテナ調査分析事業を行い、災害時・新型コロナ対応での活用事例を調査・分析した。

○　医療コンテナは、
- ・テントと比べて
  - -清潔性、堅牢性、耐候性に優れていること
  - -水や電気の供給設備の配備やＣＴ等の大型の医療機器を搭載できること
- ・プレハブと比べて
  - -医療機器を搭載した状態で運搬が可能であり、災害時に被災地に運搬し医療提供が可能なこと

等、災害時等の活用における利点がある。

○　過去には、
- ・災害時に、被災した病院の診察室、ＣＴ等検査機能の補完や避難所の巡回診療等に活用
- ・今般の新型コロナ対応では、発熱外来やPCR検査室としての活用（国内で20以上の施設が導入）
  長崎港においてクルーズ船で感染した乗客の重症度判定のためにＣＴ搭載の医療コンテナを活用

という事例があった。

＜発熱外来＞

＜CTコンテナ＞

＜野外手術システム（陸上自衛隊）＞

＜dERU（日本赤十字社）＞

医療コンテナの災害時等における活用②

○　過去の大規模災害においては、日本赤十字社や陸上自衛隊等のコンテナが仮設診療所等として活用された。また、過去のサミット開催時にも要人の治療目的でコンテナが設置された。

用途	保有者	用途	運用期間
自然災害			
平成23年東日本大震災	日本赤十字社	仮設診療所（24時間診療）	発災当日から1ヶ月程度
	陸上自衛隊	仮設診療所として5カ所に設置	発災3日目から1ヶ月程度
平成28年熊本地震	日本赤十字社	仮設診療所、手術室としてテントを設置、コンテナはレントゲン室として活用し50件程度撮影	発災4日目から1ヶ月程度
	Sansei（MC-Cube）	熊本市民病院において外来診療継続のためCTコンテナを活用	発災1ヶ月後から2ヶ月程度
平成30年西日本豪雨	PWJ（ピースウィンズジャパン）	仮設診療所（3台設置）約450名を診療。医療従事者の宿泊・休憩スペースとして活用	発災10日目から2週間程度
イベント			
G20大阪サミット	日本赤十字社 （島根医大とユニット）	要人の不測の事態に対応（ダメージコントロール）	
伊勢志摩サミット	陸上自衛隊 （日本医大とユニット）	要人の不測の事態に対応（ダメージコントロール）	

論点

○　災害時等における医療コンテナの活用についてさらなる普及を図るためには、どのような方策が考えられるか。

ＡＭＡＴ
（All Japan Hospital Medical Assistance Team）
全日本病院 災害時医療支援活動班

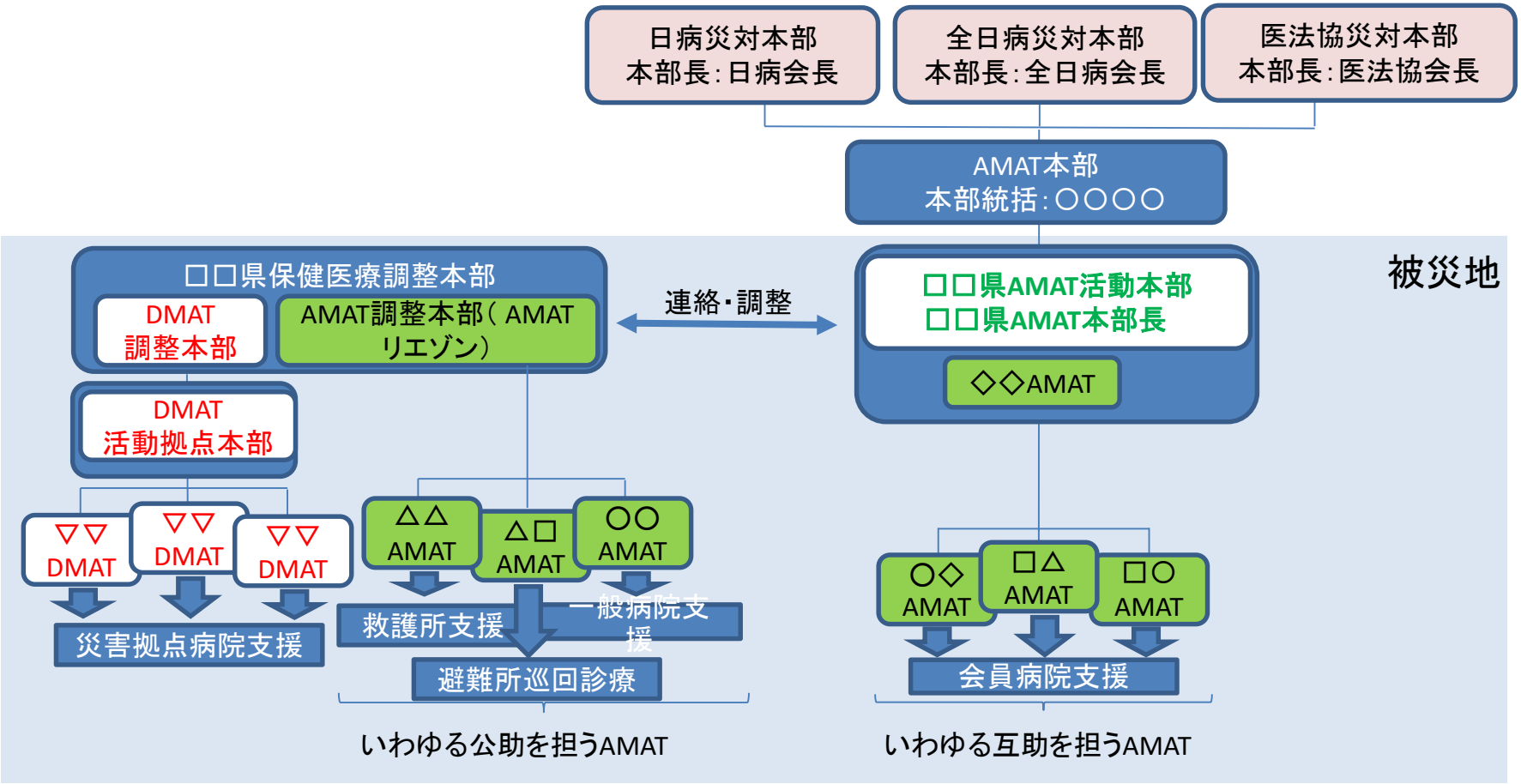
○全日本病院協会が中心となり、四病協団体の加盟医療機関で組織される保健医療活動チームで、互助と共に公助も担う

○医師１名、看護師１名、業務調整員１名の３名を基本として構成され、災害の種類や規模、ニーズに応じて救急救命士や薬剤師等が加わる

○災害の急性期から亜急性期において、災害時要援護者にも配慮した医療支援活動を行う

○研修は、医療法人協会と協働で開催され、日本病院会からも研修生を受け入れ、 令和４年4月時点で1,284名が研修修了

AMAT指揮命令系統図



AMAT研修・実動訓練・災害派遣年表

実施年月日		内容等		
H20	10月18日	災害時医療支援活動規則 制定		
H25	11月1日	AMAT活動要領 制定		
H26	2月8・9日	第1回研修会	東京都	全日本病院協会　27病院から105名受講
H26	2月22日	第1回実動訓練	大阪府	大阪暁明館病院・旧大阪暁明館病院
H27	2月14日	第2回実動訓練	兵庫県	赤穂中央病院
H28	2月20日	第3回実動訓練	兵庫県	明石リハビリテーション病院
H28	4月14-16日	熊本地震	熊本県・大分県	
H29	2月5日	第4回実動訓練	徳島県	ホウエツ病院
H29	6月24日	第5回実動訓練	東京都	東京曳舟病院・旧白鬚橋病院
H29	7月29日	第6回実動訓練	大阪府	加納総合病院（大規模地震時医療活動訓練）
H29	10月15日	第7回実動訓練	東京都	平成立石病院
H30	2月17日	第8回実動訓練	大阪府	加納総合病院（DMAT近畿ブロック訓練）
H30	2月18日	第9回実動訓練	茨城県	筑波記念病院
H30	7月6日	H30年7月豪雨	岡山・愛媛・広島県他	
H31	1月19・20日	第10回実動訓練	徳島県	ホウエツ病院
R1	9月9日	台風15号風水害	千葉県	
R1	10月13日	台風19号風水害	東京都	
R2	2月11-16日	新型コロナウイルス	神奈川県	ダイヤモンド・プリンセス号
R2	2月22日	第11回実動訓練	愛知県・岐阜県	大同病院・松波総合病院（南海レスキュー）
R4	2月4-6日	第20回研修会	東京都	全日本病院協会　AMAT病院227、隊員数1283名
~~R4~~	~~2月11-13日~~	~~第12回実動訓練~~	~~高知沖~~	~~自衛隊艦艇等を活用した災害医療活動訓練~~

AMAT実派遣実績詳細

①平成28年熊本地震
活動期間　：平成28年4月15日～4月28日
活動隊員数：延べ11チーム43名

②平成30年7月豪雨
活動期間　：平成30年7月9日～7月16日
活動隊員数：延べ21チーム77名

③令和元年台風15号
活動期間　：令和元年9月10日～令和元年9月23日
活動隊員数：延べ52チーム170名

④令和元年東日本台風（台風19号）
活動期間　：令和元年10月13日
活動隊員数：延べ2チーム8名

⑤クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号における活動
活動期間　：令和2年2月11日～令和2年2月16日
活動隊員数：　延べ13名　（うち医師9名、看護師1名、業務調整員1名、薬剤師2名）

平成28年熊本地震　東病院　病院支援
DMATとの協働と業務の引継ぎ

病院救急車を用いた医療搬送の実例

H28年4月22日　熊本地震
宇城総合病院から転院搬送
急性心筋梗塞症例

H29年7月14日　H30年7月豪雨
薗小学校避難所から医療搬送
中等症熱中症症例

R元年9月18日　台風15号風水害
安房地域医療センターから医療搬送
重症多発外傷蘇生後

○病院勤務者で構成されたチームにより、高度な医療管理下の搬送が可能

○病院救急車を活用して、被災地の消防救急の負荷を減らすことにも貢献

R元年台風15号風水害に対する医療支援

日付	AMAT調整本部	安房地域医療センター病院支援指揮所（業務）	活動隊ナンバー																			活動隊数
			1 ロジチーム	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	18	19	
9月10日	救急・防災委員会				南多摩AMAT	菅間記念AMAT			花と森の東京AMAT														3
9月11日	救急・防災委員会			筑波記念AMAT	南多摩AMAT	菅間記念AMAT																	3
9月12日	救急・防災委員会			筑波記念AMAT	南多摩AMAT			江東AMAT		永生AMAT	つくばセントラルAMAT①	つくばセントラルAMAT②											6
9月13日	救急・防災委員会				南多摩AMAT					永生AMAT			いずみ記念AMAT										3
9月14日	救急・防災委員会				南多摩AMAT		東京曳舟AMAT						いずみ記念AMAT										3
9月15日	救急・防災委員会			筑波記念AMAT			東京曳舟AMAT						いずみ記念AMAT	新東京AMAT									5
9月16日	救急・防災委員会	平成立石AMAT	平成立石AMAT			菅間記念AMAT	東京曳舟AMAT		花と森の東京AMAT					新東京AMAT	京都きづ川AMAT	松波総合AMAT							7
9月17日	救急・防災委員会	筑波記念AMAT		筑波記念AMAT		菅間記念AMAT	東京曳舟AMAT		花と森の東京AMAT						京都きづ川AMAT	松波総合AMAT	南町田AMAT						7
9月18日	救急・防災委員会	平成立石AMAT	平成立石AMAT												京都きづ川AMAT	松波総合AMAT	南町田AMAT	荻窪AMAT					5
9月19日	救急・防災委員会	筑波記念AMAT		筑波記念AMAT														荻窪AMAT	町田AMAT				3
9月20日	救急・防災委員会	町田AMAT																荻窪AMAT	町田AMAT	齋藤藤記念AMAT			3
9月21日	救急・防災委員会	町田AMAT																	町田AMAT	齋藤藤記念AMAT			2
9月22日	救急・防災委員会	東京曳舟AMAT					東京曳舟AMAT													齋藤藤記念AMAT	青木AMAT		3
9月23日	救急・防災委員会	石心会AMAT																				石心会AMAT	1

○組織力を生かし、全国の医療機関からLineを組んで継続的な支援が可能

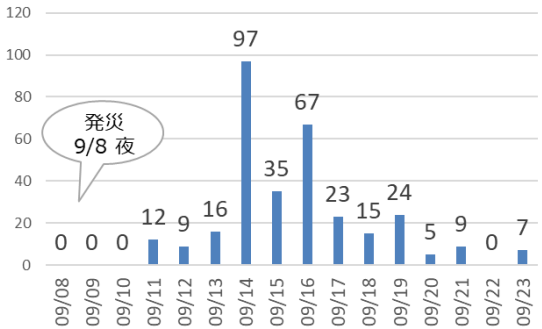
R元年台風15号風水害に対する医療支援

令和元年第15号台風 J-SPEED診療概況データ(千葉県)

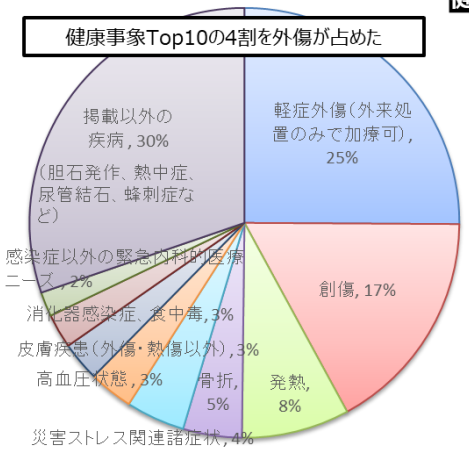
2019年10月23日時点データ

診療件数推移：

千葉県　累積319件(男性175件、女性144件)



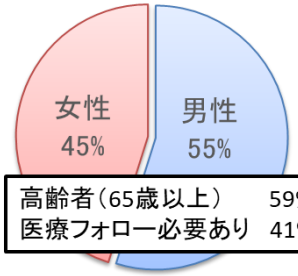
健康事象Top10の4割を外傷が占めた



健康事象TOP10：

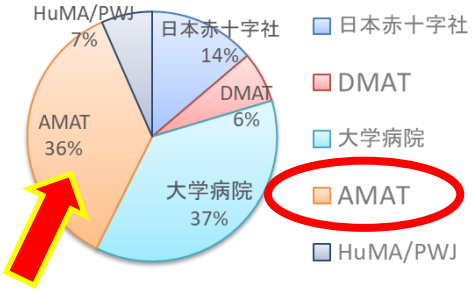
- 軽症外傷(外来処置のみで加療可)
- 創傷
- 発熱
- 骨折
- 災害ストレス関連諸症状
- 高血圧状態
- 消化器感染症、食中毒
- 皮膚疾患(外傷・熱傷以外)
- 感染症以外の緊急内科的医療ニーズ
- 掲載以外の疾病

受診男女比



高齢者(65歳以上)　59%
医療フォロー必要あり　41%

組織区分日報報告数



①累計319件のの被災傷病者情報がリアルタイムに可視化された
②最多の健康事象は軽傷外傷であった(同年の台風19号と違いが認められた)
③医療のフォローが必要な診療が4割を占めた(WHO国際標準項目、初の運用)

○組織として貢献

作成:J-SPEEDオフサイト解析支援チーム（問い合わせ：support@j-speed.org）

第6回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ	参考資料
令和4年7月8日	2

災害支援ナースについて

第6回 救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ
2022年7月8日
公益社団法人　日本看護協会

災害支援ナースとは

看護職能団体の一員として、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるようと努めるともに、被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職のことであり、都道府県看護協会に登録されている。

災害支援ナース登録者数

10,251名（2021年3月末現在）

災害発生時の対応

レベル1（単独支援対応）	被災県看護協会が派遣調整
レベル2（近隣支援対応）	日本看護協会が派遣調整
レベル3（広域支援対応）	

災害支援ナースの活動の位置づけと課題

現状

災害支援ナースは、活動の位置づけが不明確
個人が“休暇”を取得して活動していることが多い

指揮系統

活動場所（医療機関、避難所等）における業務や派遣の責任の所在が不明確

事故補償

個人が休暇を取得して活動する場合、活動中の事故は労災保険の対象とならない

活動の対価

派遣される職員に対し、都道府県又は市町村からの災害派遣手当が支給されない

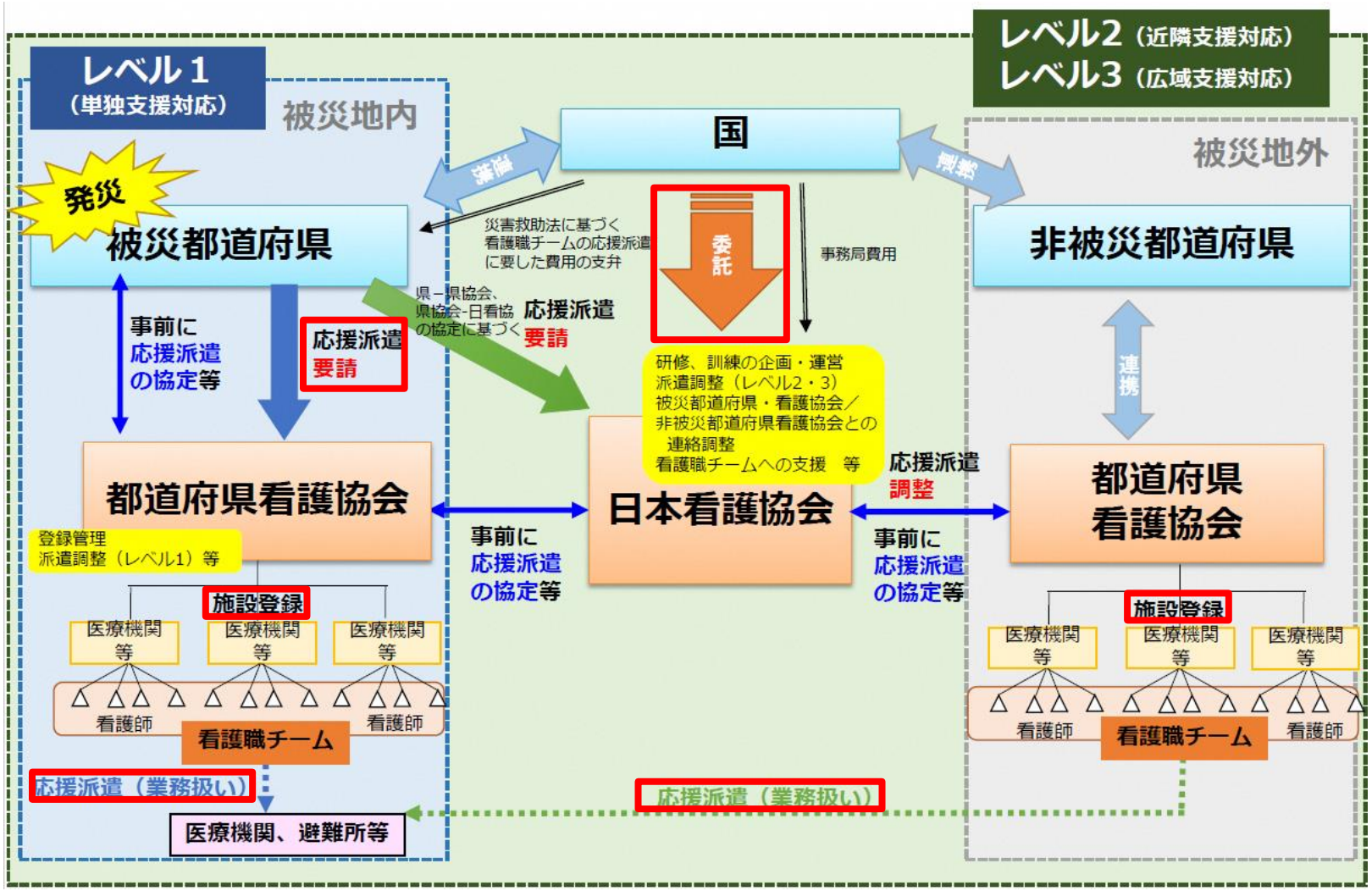
より安全を担保した位置づけ

新たな枠組みの構築

《基本的考え方》

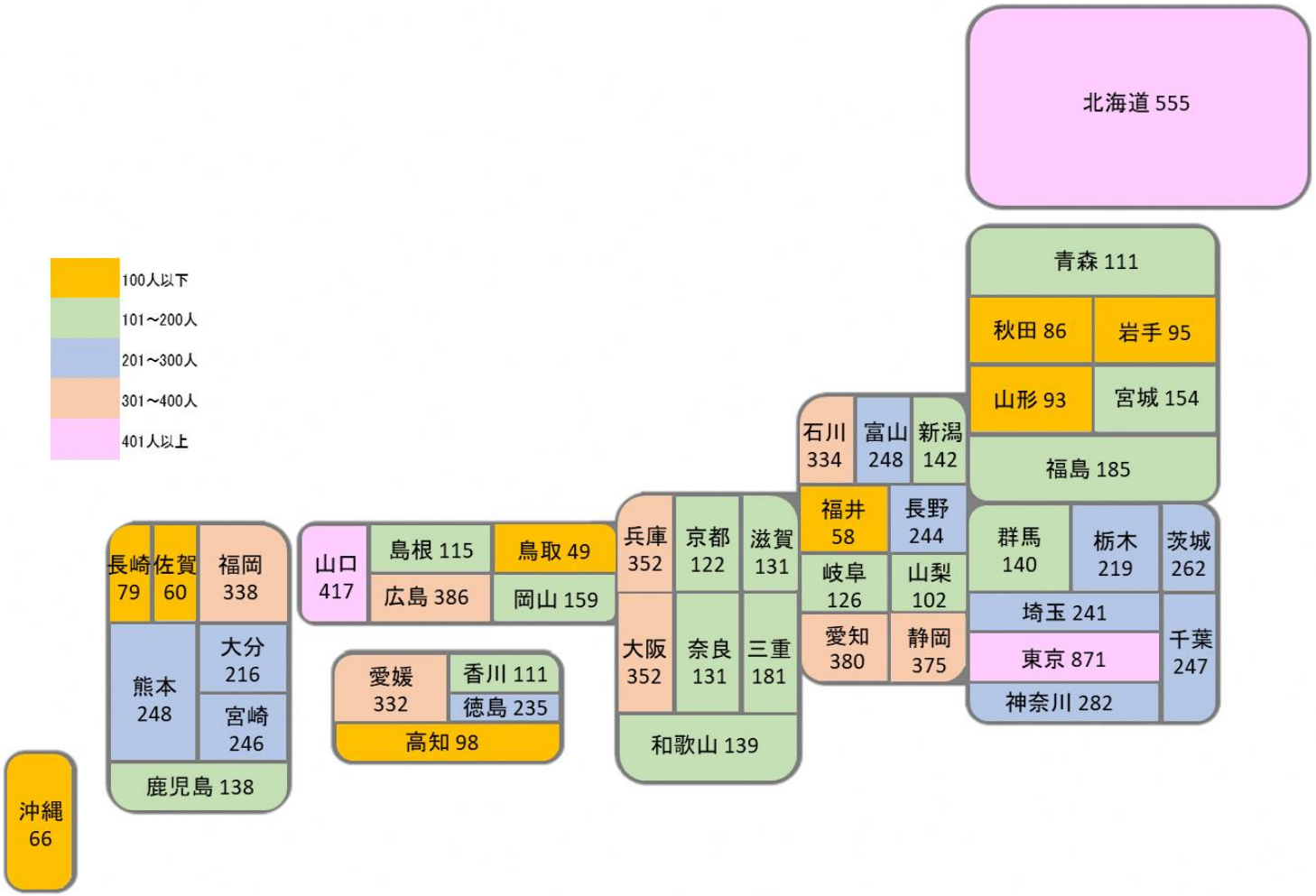
- **都道府県の派遣要請に基づく活動**
- **休暇の取得（ボランティア）を前提としない派遣形態**
- **所属施設ごとの登録**

日本看護協会が提案する
看護職チームによる応援派遣スキーム（案）



参考1

都道府県別災害支援ナース登録者数



第6回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ	参考資料
令和4年7月8日	3

救急・災害医療提供体制等に関する
ワーキンググループ　提出資料
（2022年7月8日）

日本医師会災害医療チーム（JMAT）のご紹介

公益社団法人　日本医師会
常任理事　細川　秀一

JMATとは

（JMAT要綱より）

- JMAT（Japan Medical Association Team ）は、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする。
- JMATへの参加は医師としてのプロフェッショナル・オートノミーによるものであり、医師会活動への参画である。また、医師以外の各職種についてもそれぞれの使命感に基づく。

日本医師会の災害支援の最終目標

→　被災地に、地域医療を取り戻す

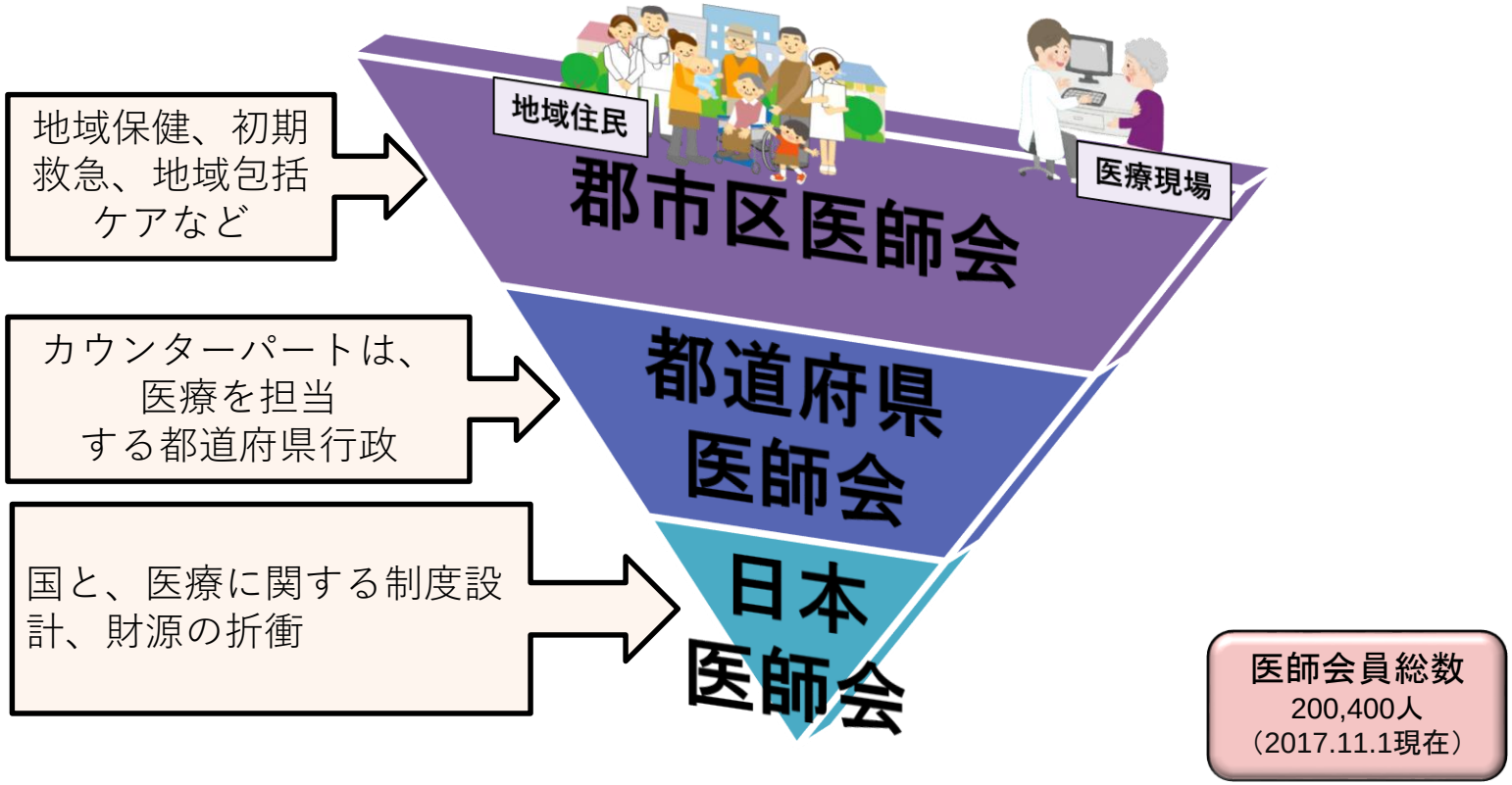
JMATの役割

主に、災害急性期以降における避難所・救護所等での医療や健康管理（災害前からの医療の継続）。
さらに、被災地の医療機関への円滑な引き継ぎに至るまで、多様かつ広範囲に及ぶ 。

（１）医療支援と健康管理
（２）公衆衛生支援
（３）被災地医師会支援
（４）被災地行政支援
（５）検視・検案支援（可能な場合）
（６）現地の情報の収集・把握、及び派遣元都道府県医師会等への連絡
（７）その他、被災地のニーズに合わせた支援

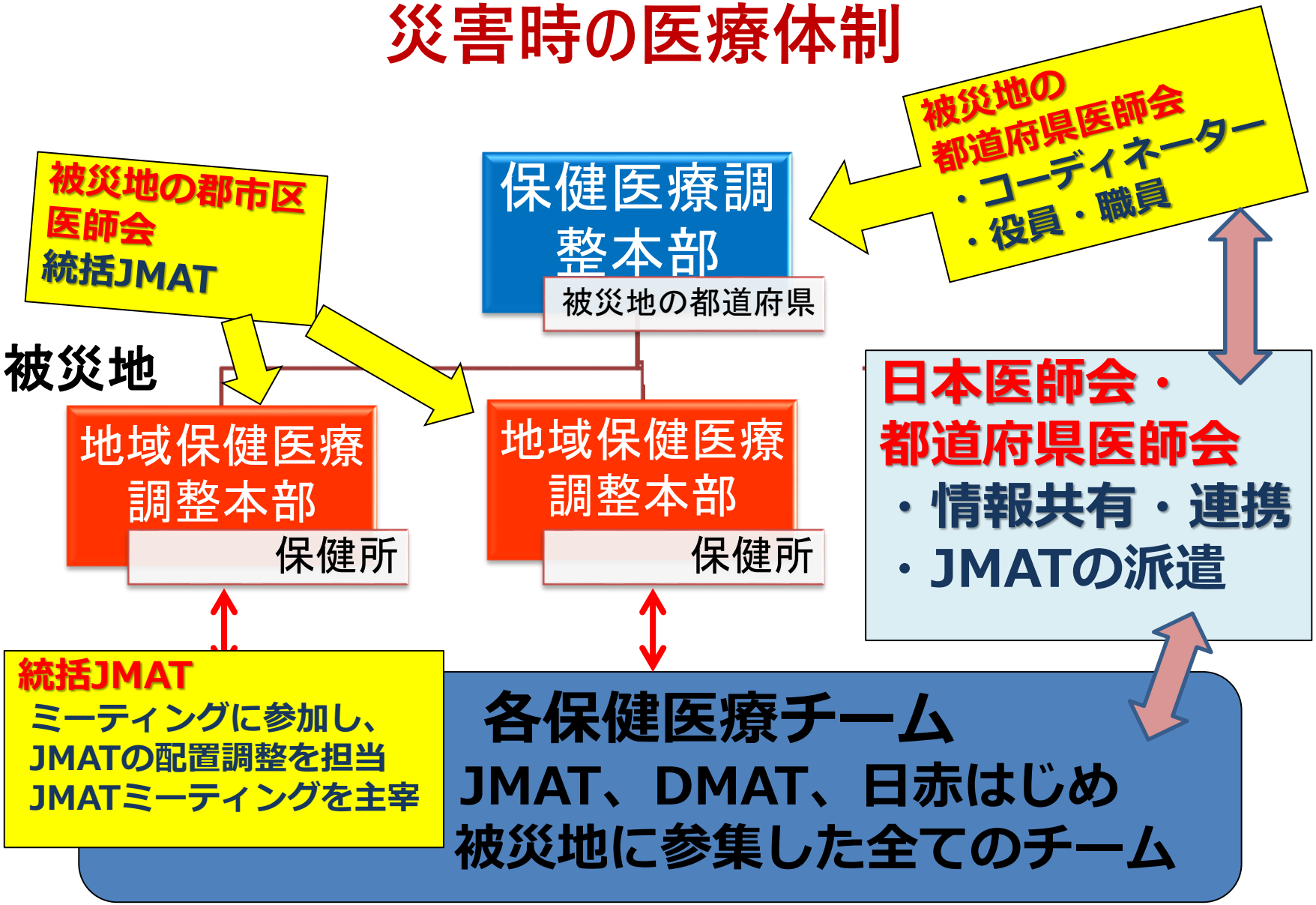
地域医師会と日本医師会との連携

- 郡市区医師会は、地域住民や医療現場に最も近く、
- 都道府県医師会は、医療行政を担う都道府県のカウンターパート



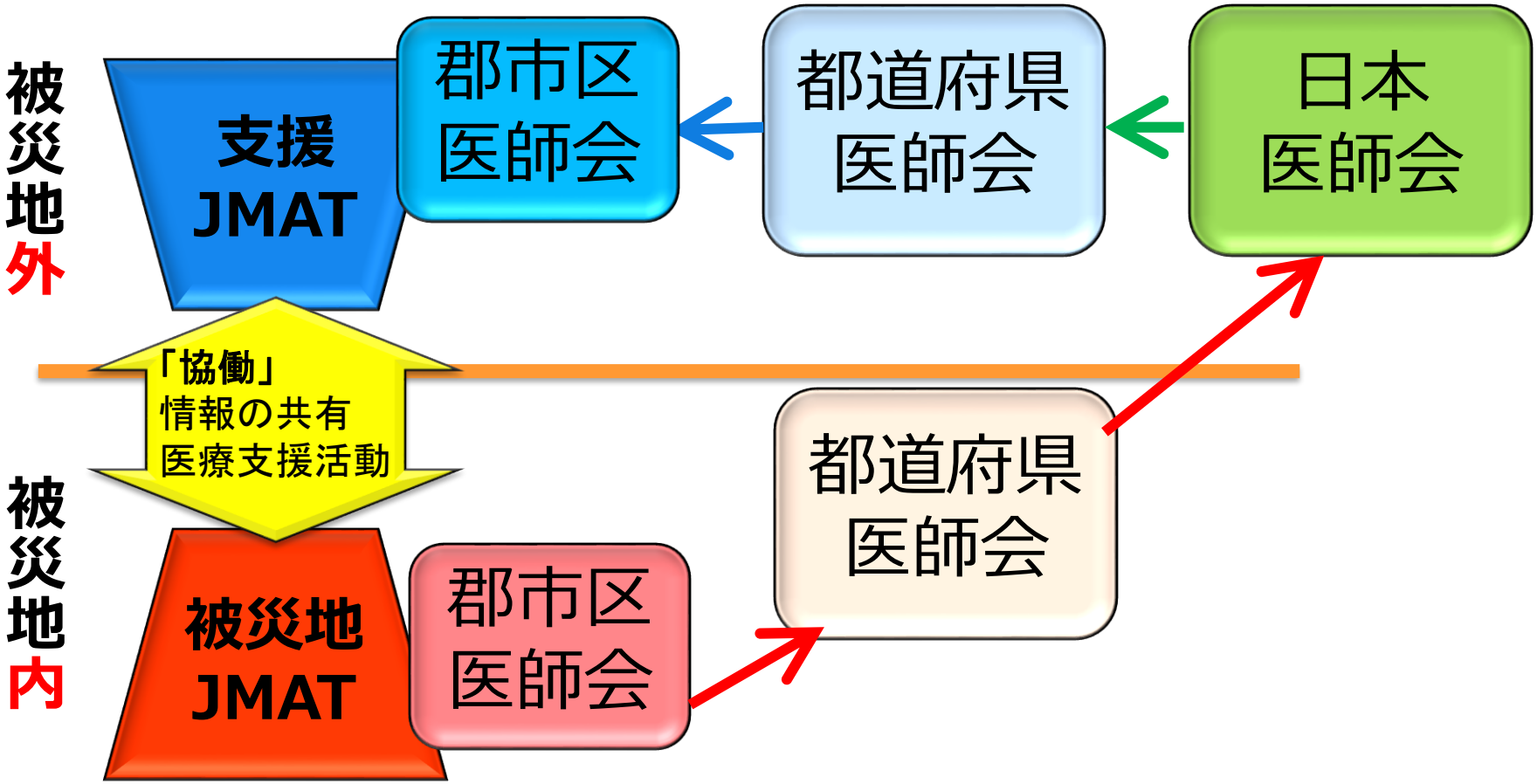
医師会組織は、市区町村、都道府県、国で、全国あまねく設立され、活動している。この強みを活かし、国民の生命と健康を守る体制を充実させていく。

災害時の医療体制



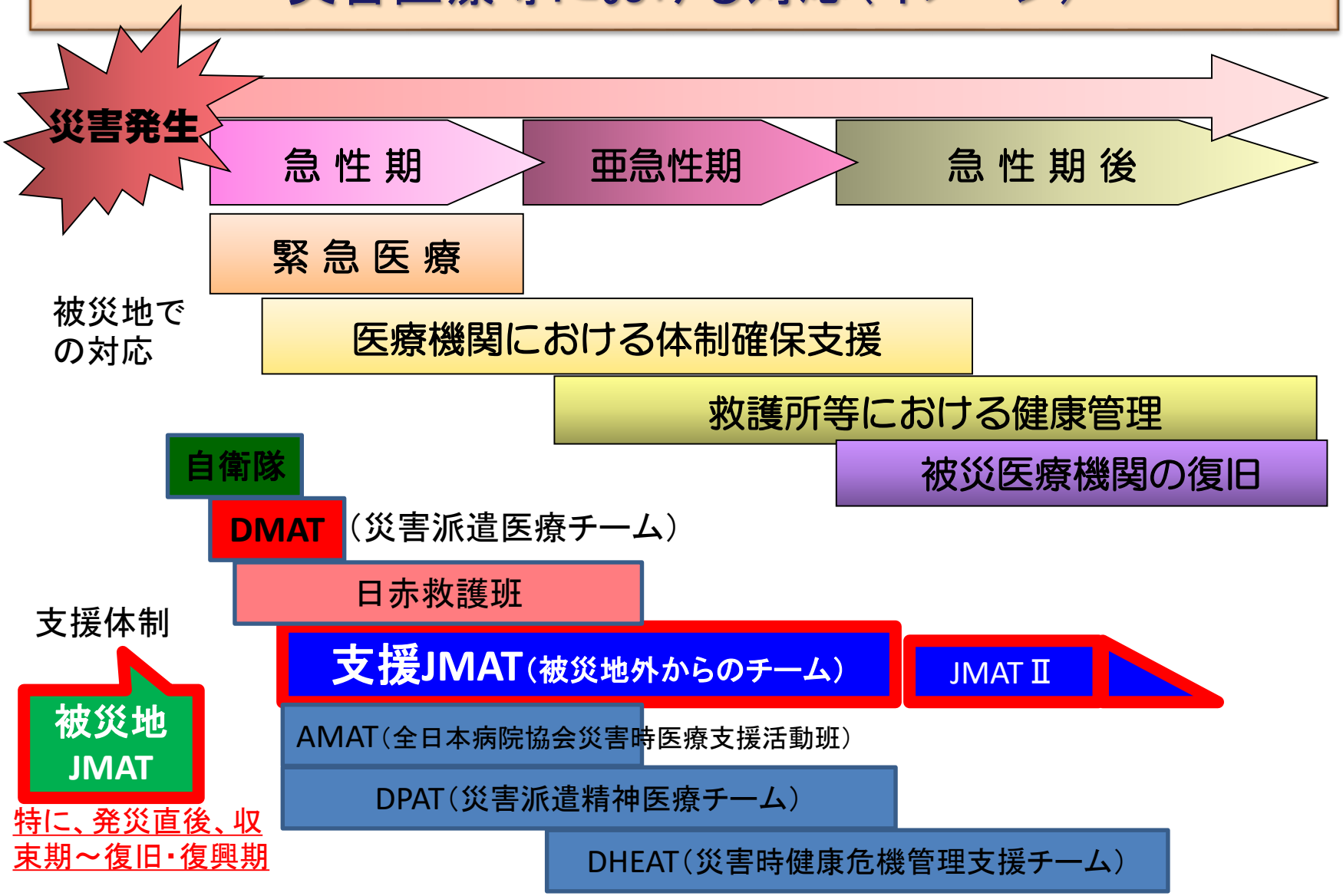
2017年7月5日付厚生労働省大臣官房厚生科学課、医政局長等連名通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」を基に作成

JMATのコンセプト



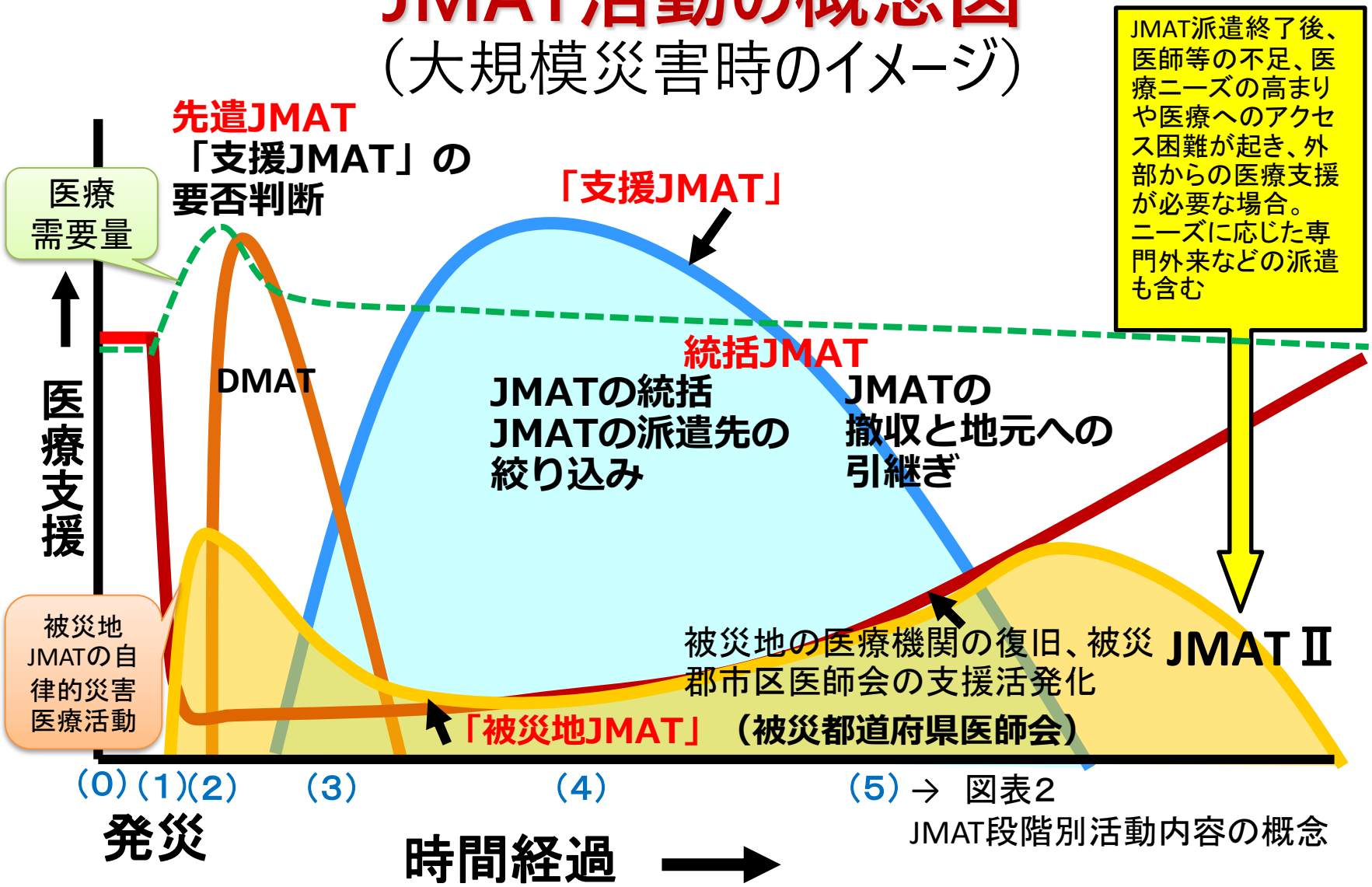
JMAT活動とは、被災地の医師会による「被災地JMAT」と、被災地外の医師会が派遣する「支援JMAT」からなる全国の医師会の協働である。

災害医療等における対応（イメージ）



個々の災害によって、各チームの活動の始期、終期は異なります。

JMAT活動の概念図
（大規模災害時のイメージ）



日本医師会「JMATに関する災害医療研修会」（2012年3月10日）資料（「DMATとJMATの連携」（小林國男　日本医師会「救急災害医療対策委員会」委員長（当時）を改変したもの

JMATの段階別活動内容（概念図）

	JMAT活動	
（1）災害発生前 **【登録・研修・啓発】**	• 医師資格証・薬剤師資格証等への登録、JMAT隊員予定者の事前登録 • 関係者間の「顔の見える関係」の醸成 • 支援をする立場、支援を受ける立場での研修・訓練	
（2）災害発生直後 （ＤＭＡＴ等の到着前） **【活動開始の決定・事前確認・派遣】**	• 主に、被災地の都道府県医師会による派遣（被災地JMAT：近隣の郡市区医師会や医療機関チームなど）（DMAT等や行政等の支援が行き届かない地域含む） • 先遣JMATの派遣と被災地医師会の災害対策本部への支援 • 在宅等の要配慮者の把握	先遣JMAT
（3）ＤＭＡＴ等の活動中 （発災後４８時間以内～中長期的な医療提供体制が都道府県によって確立されるまでの必要な期間） **【医療・検視検案】**	• DMATが担う重篤症例以外の医療の提供（救護所・避難所などでのトリアージ、重篤以外の急性期患者、災害前からの医療の継続が必要な患者への対応） • 検視・検案の実施（対応可能な場合） ※防災基本計画等では、JMAT等の活動は、DMATの活動と並行して、またその終了後とされている。	先遣～統括JMAT
（4）ＤＭＡＴ等の撤収後 （ロジスティックス等として活動する場合を含む） **【医療支援継続・多職種連携・健康管理・公衆衛生・福祉支援】**	• 避難所における医療、健康管理、巡回診療 • 被災地の公衆衛生、感染症対策 • 医療支援の不足・空白地域の把握 • 被災医療機関への支援 • 医療・介護・福祉連携	
（5）被災地の医療体制の復旧に目途（JMAT撤収に向けて） **【医療再開支援、引き継ぎシステム構築】**	• 医療・介護・福祉連携 • 被災地の医療機関との引き継ぎ・情報共有 • 被災住民への説明（撤収へのロードマップ）	

統括JMAT、先遣JMAT

日本医師会「防災業務計画」別添「JMAT要綱」より

＜統括JMAT＞

災害発生後、被災地の医師会を支援しながら情報の把握・評価を行って日本医師会に発信するとともに、現地においてJMAT活動を統括するJMAT。

＜先遣JMAT機能＞

統括JMATのうち、災害発生直後に出動し、JMAT派遣の必要性や被災地で求められる機能や派遣量等の情報の把握・評価を行い、日本医師会等に発信するもの。

JMATのチーム編成・例

医師1名、看護職員2名、事務職員・業務調整を担うロジスティックス担当者1名

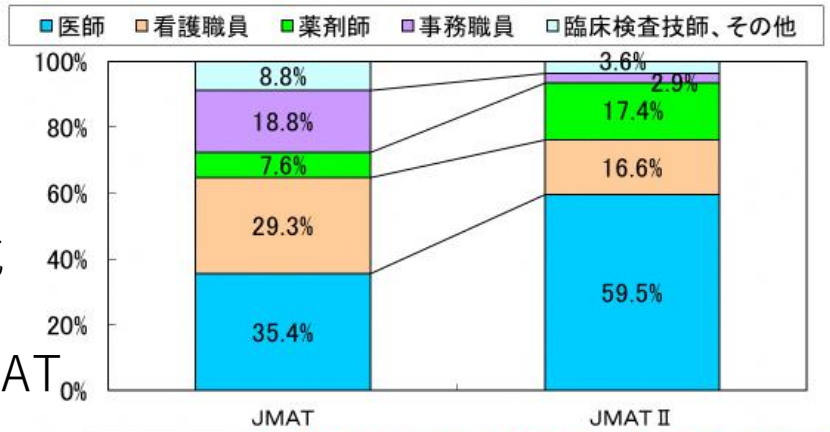
この構成例はあくまでも例。職種・人数は、現地でのニーズなど、状況に応じて柔軟に対応。

歯科医師（検視・検案、歯科口腔ケア）
薬剤師（調剤、医薬品管理、患者への説明等）
理学療法士、作業療法士、
臨床検査技師、診療放射線技師、
救急救命士、介護・福祉関係者、
管理栄養士等

※１つのJMATの参加者が、同一の医療機関・団体に所属する者で構成される必要はない。

※チームリーダーに就任する者は、JMAT研修を修了していることが望ましい。（研修修了は義務ではない）

東日本大震災におけるＪＭＡＴ、ＪＭＡＴⅡの参加職種の割合



	ＪＭＡＴⅠ	ＪＭＡＴⅡ	全　体
チーム数	１，３９８	１，３６５	２，７６３

近年の自然災害に対するJMAT派遣実績

年	災害	活動期間	派遣チーム数、派遣人数
2011	・**東日本大震災**	・2011年7月15日まで（JMAT Ⅰ） ・2011年7月15日～2016年3月21日（JMAT Ⅱ）	・1,398チーム、延べ6,054名（JMAT Ⅰ） ・1,365チーム、延べ6,574名（JMAT Ⅱ）
2016	・**平成 28 年熊本地震**	・4月16日～7月26日	・568 チーム、延べ2,556 名
2017	・**平成29年7月九州北部豪雨**（福岡県）	・7月10日～7月15日	・10 チーム、延べ 44 名
2018	・**平成30年7月豪雨**（岡山県、広島県、愛媛県） ・**北海道胆振東部地震**	・7月8日～8月23日 ・9月9日～9月24 日（9月7日先遣JMAT派遣）	・251 チーム、延べ 1,029 名 ・43 チ ーム、延べ 246 名
2019	・**令和元年九州北部大雨災害** ・**令和元年台風第15号**（千葉県） ・**令和元年台風第19号**（宮城県、福島県、茨城県、栃木県、千葉県）	・9月3日～9月8日 ・9月13日～9月16日 ・10月12日～11月22日	・12チーム、延べ46名 ・10 チーム、延べ 19 名 ・67 チーム、延べ 258 名
2020	・**令和2年7月豪雨**（熊本県） ・**令和3年足利市山林火災**	・7月7日～8月27日 ・2月25日～3月2日	・106 チー ム、延べ 482 名 ・3 チーム、延べ 8 名
2021	・**令和3年7月1日からの大雨による災害**（静岡県）	・7月12日～8月1日	・13 チーム、延べ 58 名

職種別のCOVID-19 JMATの派遣状況

（2022年3月31日）

職種	JMAT隊員数							合計
	宿泊療養施設	地域外来・検査センター（PCR外来）	訪問診療	酸素ステーション	ワクチン接種	点滴投与	その他	
医師	15,537	18,192	248	107	3,352	46	1,406	38,888
歯科医師		70			11			81
薬剤師	64	1,419		3	798	36	14	2,334
看護職	22,612	12,093	134	170	5,475	42	1,454	41,980
その他の医療関係職種	214	3,178	9	2	459		239	4,101
事務職	869	16,068	45	5	3,335	41	534	20,897
不明	302	10		11				323
合計	39,598	51,030	436	298	13,430	165	3,647	108,604

※ダイヤモンド・プリンセス号への派遣に引き続き、COVID-19 JMATとして派遣
※地域医師会は、地域の実情に応じてCOVID-19 JMATとは別の枠組みで取り組んでいる場合も多いので、表の数値は従事している医師・看護職員等の実際の数を表したものではない。（実際の数はもっと多い）

ＪＭＡＴ研修
（令和4年6月末時点で延べ1,493名受講）

目的

JMAT（日本医師会災害医療チーム）に関する研修を行うことにより、災害への備えを十分なものとし、かつ、災害発生時において、**被災地の都道府県医師会や郡市区医師会等との協働による医療支援活動の充実に資する**ことを目的とする。

基本理念

（1）医師会による災害時保健医療支援活動が、被災地と全国の医師会間の協働により、**災害発生直後から収束・復旧期に至るまで円滑かつ有効に行われる**ことを目指す。

（2）災害の発生に備え、JMATの体制や、地域の関係者との連携や災害対応の環境の構築、充実を図る。

（3）災害発生時、**被災地内外から派遣されるJMATが、被災地のコーディネート機能に従って、一体的・組織的な保健医療支援活動を行うことを推進**する。

（4）統括JMATが、被災地の都道府県医師会・郡市区医師会との緊密な連携のもと、情報の把握・評価、JMATの統括やロジスティクス、保健医療支援ニーズの評価等を行うことによって、適切な支援活動を展開することを推進する。

JMAT研修プログラム

基本編

- 災害時、被災地内外から派遣されるJMAT（日本医師会災害医療チーム）として、一体的・組織的な医療支援活動を行えるようにする。
- 被災地のコーディネート機能に従って、適切な災害医療活動が行えるよう、災害医療に関する基本的な知識・知見を身につける。また、自地域で災害が発生した時は、地域防災計画や所属医師会のマニュアル等に従って、「被災地JMAT」としての活動を迅速に行えるようにする。

統括JMAT編

- 災害時、被災地内外から派遣されるJMAT（日本医師会災害医療チーム）として、一体的・組織的な医療支援活動を行えるようにする。
- 統括JMAT（先遣JMAT機能を含む）として、被災地の都道府県医師会・郡市区医師会との緊密な連携のもと、被災地の情報の把握・評価、日本医師会や全国の医師会への情報発信、被災地に派遣されたJMAT（状況によっては他の医療チーム）の統括や支援（ロジスティクス）、医療及び公衆衛生上の支援ニーズの判断等を行えるようにする。

地域医師会JMATコーディネーター編

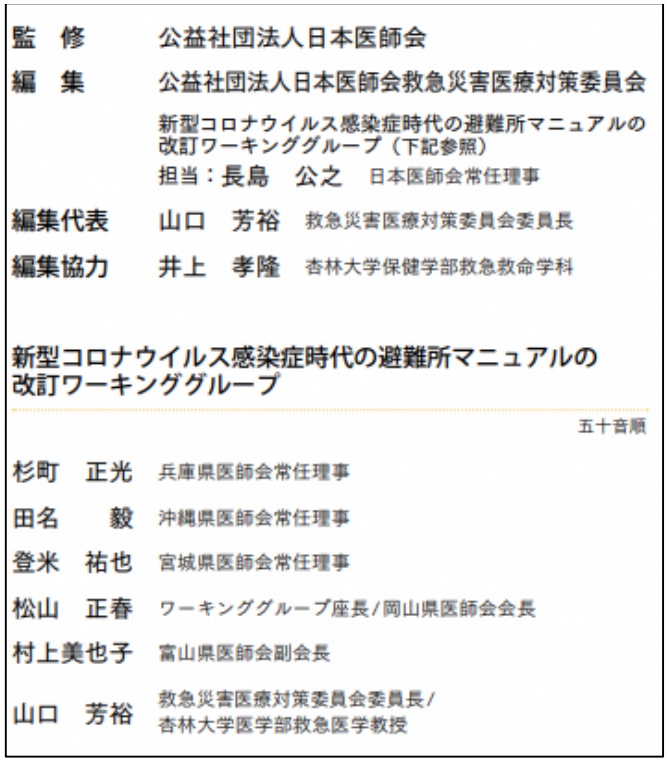
- 自地域の災害体制づくりへの参画、要配慮者対策、防災行政における医療の位置づけの向上を図ることができるようにする。
- 被災地の地域医療や地域包括ケアシステムの災害対応力向上、早期復旧、JMAT活動の体制づくりを行えるようにする。
- 災害発生時には被災地JMATや受援側としてコーディネート機能を担えるようにする。

ロジスティクス編

- 災害時、JMAT（日本医師会災害医療チーム）またはJMATの派遣／受入を担う医師会活動において、被災地の医師会や都道府県保健医療調整本部・地域拠点との関係を構築し、地域拠点におけるミーティングの調整、J-speed使用、支援・受援、生活環境の確保、必要物品の確保等、運営・庶務担当としてロジスティクスの役割を果たすことができるようになる。

「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」

2020年、日本医師会「救急災害医療対策委員会」委員長である山口芳裕先生（杏林大学医学部救急医学教授）に取りまとめていただいたもの。
今般、新たな知見も取り入れ、書籍として刊行。災害医療関係者や避難所に詰める行政関係者等が携行しやすいサイズと適度なページ数としている。
（本会一般向けホームページより無償ダウンロードも可能）



監　修	公益社団法人日本医師会	
編　集	公益社団法人日本医師会救急災害医療対策委員会	
	新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアルの改訂ワーキンググループ（下記参照） 担当：長島　公之	日本医師会常任理事
編集代表	山口　芳裕	救急災害医療対策委員会委員長
編集協力	井上　孝隆	杏林大学保健学部救急救命学科

新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアルの改訂ワーキンググループ

五十音順

杉町　正光	兵庫県医師会常任理事
田名　　毅	沖縄県医師会常任理事
登米　祐也	宮城県医師会常任理事
松山　正春	ワーキンググループ座長/岡山県医師会会長
村上美也子	富山県医師会副会長
山口　芳裕	救急災害医療対策委員会委員長/杏林大学医学部救急医学教授

日本医師会新型コロナ感染症特設ページに掲載

※本書をテキストとして、JMAT研修COVID-19オプション研修を実施予定

災害支援ナースの近年の活動実績

参考2

発災時期	災害名	災害支援ナースの派遣調整	活動場所
2011年3月	東日本大震災	**日本看護協会による派遣調整 （40都道府県看護協会より延べ3,770名）**	病院（6カ所）、避難所（39カ所）、 福祉施設（3カ所）、保健センター（1カ所）
2012年7月	九州北部豪雨	熊本県看護協会による派遣（延べ58名）	避難所（2カ所）
2013年7月	山口島根豪雨	山口県看護協会による派遣	避難所
2014年8月	平成26年8月豪雨	広島県看護協会による派遣（延べ185名）	避難所
2015年9月	平成27年9月 関東・東北豪雨	茨城県看護協会による派遣（延べ192名） **日本看護協会による派遣調整（7都県看護協会より延べ488名）**	避難所（8カ所）
2016年4月	平成28年熊本地震	熊本県看護協会による派遣（延べ273名） **日本看護協会による派遣調整 （15都府県看護協会より延べ1,688名）**	レベル1：避難所（6カ所） レベル2・3：避難所（29カ所）
2016年10月	鳥取県中部地震	鳥取県看護協会による派遣（延べ62名）	避難所（6カ所）
2017年7月	九州北部豪雨	大分県看護協会、福岡県看護協会による派遣	大分県：避難所、福岡県：避難所(6カ所)
2018年7月	平成30年7月豪雨	岡山県看護協会、広島県看護協会、愛媛県看護協会による派遣 **日本看護協会による派遣調整（6府県看護協会より延べ336名）**	岡山県：避難所（5カ所） 広島県：避難所（5カ所）
2018年9月	平成30年北海道胆振東部地震	北海道看護協会による派遣（延べ248名）	避難所（5カ所）
2019年8月	令和元年８月の前線に伴う大雨	佐賀県看護協会による派遣（延べ91名）	避難所
2019年9月	令和元年台風15号	千葉県看護協会による派遣（延べ79名）	医療機関、避難所
2019年10月	令和元年台風19号	福島県看護協会（延べ59名）、栃木県看護協会（延べ29名） 長野県看護協会（延べ61名）、宮城県看護協会（延べ116名） による派遣 **日本看護協会による派遣調整（2県協会より延べ208名）**	宮城県：避難所 福島県：病院（4カ所）、避難所 長野県：避難所 栃木県：家庭訪問
2020年7月	令和2年7月豪雨	熊本県看護協会、大分県看護協会による派遣	熊本県：避難所（5カ所） 大分県：避難所（2カ所）、 避難所巡回（7カ所）
2021年7月	熱海市伊豆山地区土砂災害	静岡県看護協会による派遣	避難所（2カ所） 感染症対策：ホテルを避難所として設置