救急災害医療対策委員会

報　　告　　書

平成２０年２月

日　本　医　師　会

救急災害医療対策委員会

平成２０年２月

日本医師会長

唐　澤　祥　人　殿

救急災害医療対策委員会

委員長　小 林 國 男

本委員会は、平成１８年７月３１日開催の第１回委員会において、貴職から、「わが国における救急災害医療のあり方について」について、検討するように諮問を受けました。

これを受け、本委員会では、２年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

救急災害医療対策委員会

委 員 長　小林　國男（帝京大学医学部名誉教授、帝京平成大学教授）

副委員長　井戸　俊夫（岡山県医師会副会長）

〃　　鈴木　弘祐（千葉県医師会副会長）

委　　員　安藤　高夫（東京都医師会理事）

〃　　石原　　哲　（東京都医師会救急委員会委員長）

〃　　稲坂　　博　（愛知県医師会理事）

〃　　小濱　啓次（川崎医療福祉大学教授）

〃　　杉本　　壽　（大阪府医師会副会長）

〃　　鈴木　明文（秋田県医師会常任理事）

〃　　半澤　一邦（大分県医師会常任理事）

〃　　目黒　順一（北海道医師会常任理事）

目　　次

概要.....－ 1 －

Ⅰ．救急医療のあり方.....－ 3 －

＜総論＞.....－ 3 －

１．救急医療における地域格差の拡大.....- 3 -

２．救急医療における集約化と医療連携.....- 7 -

＜各論＞.....－ 10 －

１．「初期、二次、三次」の救急医療体制の今後.....- 10 -

２．ドクターカー、ドクターヘリ.....- 14 -

３．救急搬送体制とメディカルコントロール.....- 16 -

４．ＡＣＬＳ（二次救命処置）研修.....- 19 -

５．一般市民への救急蘇生法の普及啓発.....- 21 -

Ⅱ．災害医療のあり方.....－ 23 －

１．医師会とＤＭＡＴによる災害時医療救護活動.....- 23 -

（１）ＤＭＡＴについて.....－ 23 －

（２）医師会とＤＭＡＴによる災害時医療救護システム.....－ 23 －

（３）各課題への対応.....－ 24 －

２．災害医療の今後の課題.....- 27 -

（１）日本医師会のあり方.....－ 27 －

おわりに.....－ 29 －

概要

今期の救急災害医療対策委員会報告書は、唐澤祥人会長からの諮問「わが国における救急災害医療のあり方について」に対し、**「地域格差の拡大」**と**「医療資源の集約化」**を主題に据えて答申を行うものである。

報告書は、**Ⅰ．救急医療のあり方**及び**Ⅱ．災害医療のあり方**の二部構成としている。

「Ⅰ．救急医療のあり方」では、**＜総論＞**の章で、まず近年における救急医療の地域格差の拡大と集約化は、相互に作用しあって進行し結果として従前の「初期、二次、三次」の救急医療体制の概念をも根本的に改めるものであるとの認識を示した。次いで、**地域格差の拡大**と**医療資源の集約化**による様々な問題点を指摘した。前者では、医師の不足・偏在、救急医療機関の対応能力の低下、及び救急搬送体制やメディカルコントロール（ＭＣ）体制整備について述べた。

特に、奈良県下の妊婦死産例（平成１９年８月）をはじめとする救急患者の搬送受け入れ不能問題の主たる要因は、医師の不足・偏在による救急医療機関の対応能力の低下等であり、その結果として地域格差の拡大がわが国の医療全体を崩壊に至らしめつつある証左であるとした。

後者では、救急医療資源の集約化と、医師の不足・偏在、４疾病５事業の医療体制、国公立病院等の再編･統廃合、及び搬送体制やＭＣ体制とのそれぞれの関係や影響について述べた。

＜各論＞の章では、初期、二次及び三次救急医療体制の今後として三点を取上げ、見解や提言を述べた。すなわち、①救急医療資源の集約化の考え方は、「集約」と合わせて「分散」を前提とするべきであり、救命処置後の入院患者受け入れや外来機能の地域全体への分散と連携を担保する仕組みが必要である。さらに、集約化による患者の集中に対し、地域を面でつなぐコーディネーター機能が重要である。②三次救急医療における後方医療機関の整備・充実は、救急医療資源の集約化の前提条件である。救命処置後の患者を受け入れ、診療やリハビリテーション、介護を提供する体制が不充分な状態では安易な集約化をするべきではない。③二次救急医療体制は、地域の一般病院が担ってきたが、医師等の確保や医業経営問題に直面している中で、今後のあり方として専門特化や通年制を挙げるとともに､各地域において必要な役割･機能等のスタンダードを明示する必要があるとした。

その他、電話相談、都市型システムとしてのドクターカー、今期法制化がなされたドクターヘリ、転院搬送やトリアージを含む救急搬送体制とＭＣ、ＡＣＬＳ研修、一般市民へ

の救急蘇生法の普及啓発等の各テーマについて、上記二つの主題の見地から、問題点を指摘し、提言を述べた。

「Ⅱ．災害医療のあり方」では、わが国の災害医療救護活動において大きな役割を担うこととなったＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム；Disaster Medical Assistance Team）に焦点を当て、日本医師会及び都道府県医師会のＤＭＡＴに対する関わりのあり方、特に、指揮命令系統の構築やＤＭＡＴと医師会救護チームとの役割分担・連携を中心に検討を行い、提言を述べている。また、日本医師会の中央防災会議への参画を改めて要請している。

Ⅰ．救急医療のあり方

＜総論＞

地域の医療提供体制における救急医療を考えるとき、重要なカギとなる最近の事象は**「地域格差の拡大」**と**「医療資源の集約化」**である。

現在、救急医療における地域格差の拡大は、都道府県間、都市部と地方、医療圏間で、国民的課題となっている。

その要因として、医師の不足・偏在、新医師臨床研修制度の導入、患者・医師の意識変化、高齢社会の進展による在宅・介護施設からの救急患者の増加、「看護配置７：１」等診療報酬改定、市町村合併、消防の広域化、自治体財政の悪化等が挙げられるが、その根源はことごとく医療費抑制策にあることは衆目の一致するところである。

他方、救急医療における地域格差の拡大と密接に関わる事象として、医療資源の集約化がある。特に、小児科・産科については、平成１７年１２月に国が集約化・重点化のスキームを打ち出しているところである[1]。

しかし、救急医療資源の集約化は、小児科・産科にとどまらず救急医療全体の流れでもあり、上記の地域格差の発生・促進要因により政策的あるいは自然発生的に進むものであると認識する必要がある。救急医療の地域格差の拡大と集約化は、相互に作用し合って進行し、医師や看護職員等の人的資源、救急医療機関（施設配置、入院機能、医療設備、対象患者、対応可能な傷病等）、救急搬送体制（搬送所要時間、メディカルコントロール（ＭＣ）等）など各地域の救急医療・搬送機能に大きな影響を与え、従前の「初期、二次、三次」の救急医療体制の概念をも根本的に改めるものである。

したがって、本報告書では、**「地域格差の拡大」**と**「医療資源の集約化」**を主題に据え、地域における救急医療体制の今後について論じることとする。

１．救急医療における地域格差の拡大

国の医療費抑制策は、わが国の医療における地域格差を拡大させ、ひいては医療全体の崩壊を引き起こしつつある。

当期は、１９年８月に発生した奈良県下の妊婦死産例をはじめ、救急患者の搬送受け

---

[1] 「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について ～小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進～」（地域医療に関する関係省庁連絡会議小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ）及び厚生労働省通知参照

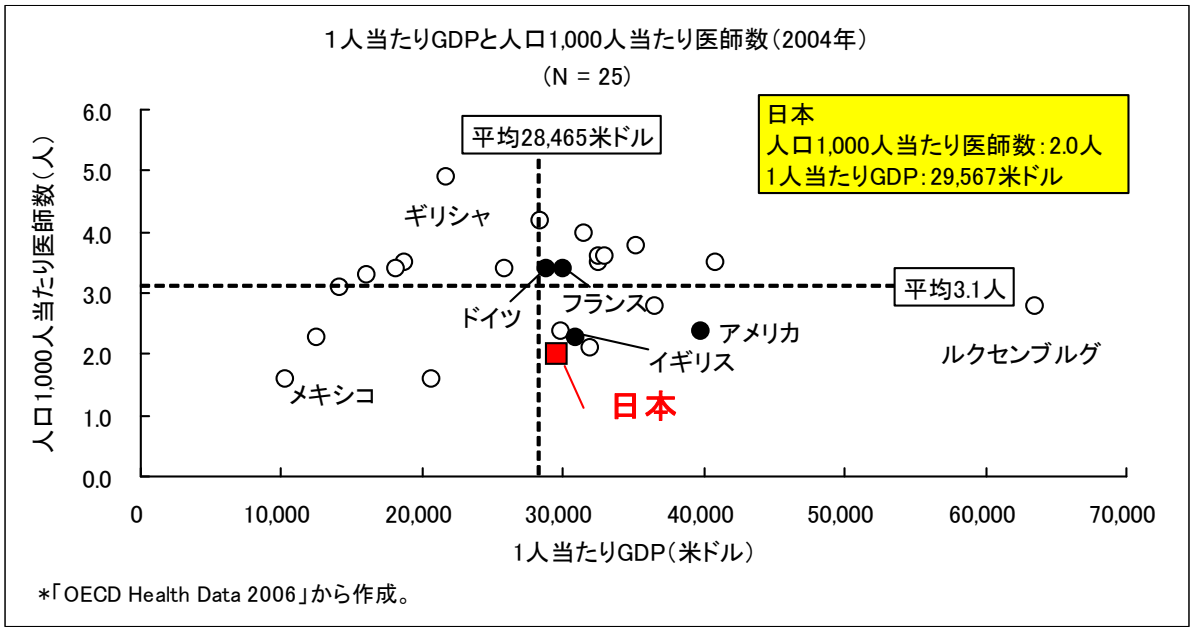
入れ不能問題が相次いで発生した。救急医療機関が救急患者を受け入れることができず、死産や死亡・重篤化に至ることは、国民の救急医療に対する信頼を大きく損なう事態である。

こうした事態は、妊婦検診の受診等患者の受療行動も一因であるが、医師の不足・偏在による救急医療機関の対応能力の低下等が主たる要因となって、引き起こされている。まさに救急患者の搬送問題とは、国の医療費抑制策が根源となって起こる地域格差の拡大が、わが国の医療全体を崩壊に至らしめつつある証左であるといえる。

国民の救急医療に対する信頼を守るためには、早急に救急患者の搬送問題を解決しなければならない。そのために、日本医師会は、国に対して医療費抑制策やいわゆる「三位一体の改革」の是正を主張していくべきである。

（１）医師の不足・偏在

わが国では、診療科、地域あるいは医療機関の間の医師偏在が従前指摘されてきたとおりである一方、現時点ではその経済力に比して医師数が少ないことは事実である。ＯＥＣＤ諸国と比較すると、１人当たりＧＤＰが平均以上の国のグループにおいて、日本の人口１，０００人当たり医師数は最下位である[2]。



まず、診療科における医師の不足・偏在は外科、小児科、産婦人科等を中心に起きているが、その原因には、大学附属病院の変化（新医師臨床研修制度の導入による入

2 日本医師会グランドデザイン 2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－総論

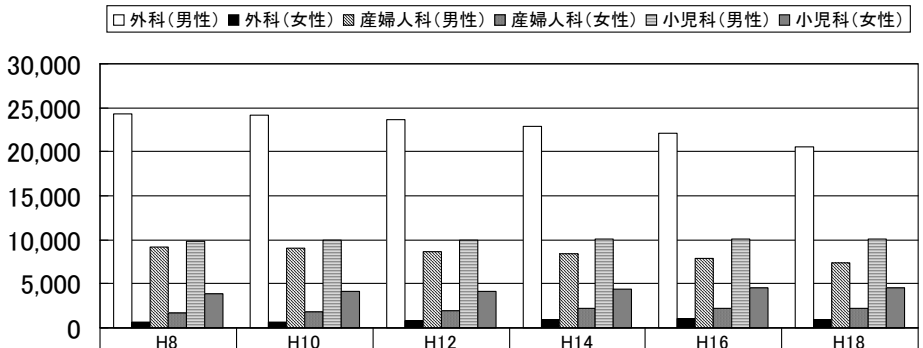
局医師の減少や地方病院への派遣能力の喪失)、勤務医の過重労働、院内の各種委員会・文書作成等の業務増加、医事紛争・刑事事件の増加、外科系の各科医師の減少や女性医師の増加などがある。

さらに、国による医療資源の集約化・重点化は、医師の不足・偏在をさらに推し進める要因ともなる。

また、新医師臨床研修制度の導入（平成１６年）の影響もあり、都道府県や医療圏の間での医師数の格差が広がっている。救急医療に従事する医師数の地域格差は、不足地域における救急医療機能を失わしめるものである。

その他、三十代からの診療所開業、病院・診療所の医師数割合などの変化が、診療科や地域での医師不足・偏在と複合している状況にある。

外科、産婦人科、小児科の医師数の推移



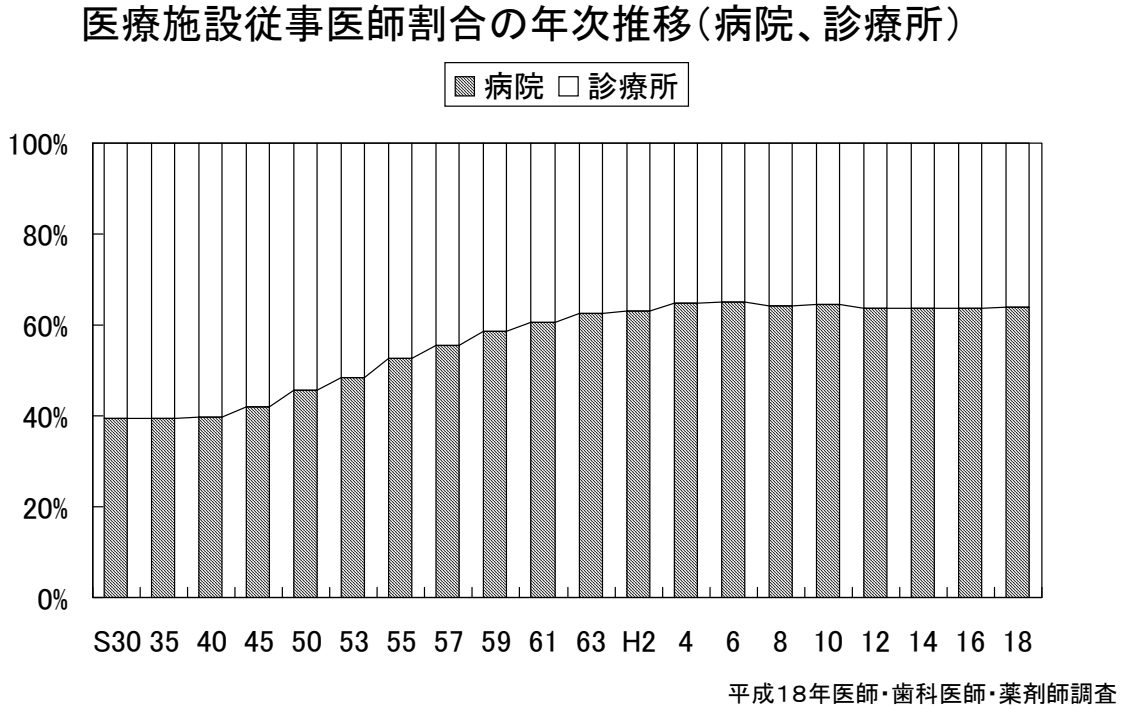
	H8	H10	H12	H14	H16	H18
□外科（男性）	24,320	24,204	23,633	22,926	22,160	20605
■外科（女性）	599	657	811	942	1,080	969
▧産婦人科（男性）	9,211	9,094	8,707	8,416	7,951	7401
■産婦人科（女性）	1636	1822	1878	2202	2212	2191
▤小児科（男性）	9887	9893	10001	10034	10105	10118
■小児科（女性）	3894	4096	4155	4447	4572	4582

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より。診療科ごとの数は、その科を主たる診療科としている医師の数を意味する。
平成18年調査より、「救命救急」、「病理、「研修医」の項目が追加されていることに注意。

平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	人口10万人当たり従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり従事医師数(県内)	県内での差
北海道	203.6	上川中部	284.6	3.0倍	石川県	238.8	石川中央	303.0	2.4倍	岡山県	246.3	県南東部	282.6	2.2倍
		根室	95.8				能登北部	124.4				高梁・阿新	127.4	
青森県	164	津軽地域	241.6	2.6倍	福井県	202.7	福井・坂井	276.2	2.6倍	広島県	224.9	呉	276.3	1.6倍
		西北五地域	94.7				奥越	104.9				広島中央	174.3	
岩手県	167.9	盛岡	247.4	2.4倍	山梨県	186.8	甲府地区	311.5	3.3倍	山口県	224.1	宇部・小野田	364.9	2.3倍
		二戸	102.7				東部	93.8				萩	159.9	
宮城県	188	仙台	291.6	6.5倍	長野県	181.8	松本	295.5	2.6倍	徳島県	262.4	東部Ⅰ	302.0	1.7倍
		黒川（※1）	45.1				木曽	114.5				西部Ⅱ	179.2	
秋田県	181.9	秋田周辺	250.4	2.5倍	岐阜県	165	岐阜	213.7	1.8倍	香川県	236.6	高松	301.8	2.2倍
		湯沢・雄勝	101.0				中濃	120.2				小豆	140.3	
山形県	184.2	村山	225.6	1.8倍	静岡県	168.5	西遠	219.8	2.6倍	愛媛県	223.9	松山	267.9	1.6倍
		最上	126.3				北遠	84.7				今治	165.8	
福島県	171	県北	223.4	2.2倍	愛知県	174.9	尾張東部	317.1	4.9倍	高知県	261.4	中央	293.8	1.9倍
		南会津	99.4				尾張中部	64.2				高幡	151.4	
茨城県	142.3	つくば	322.2	4.0倍	三重県	176.8	中勢伊賀	228.5	1.6倍	福岡県	253.2	久留米	385.9	3.1倍
		常陸太田・ひたちなか	80.1				東紀州	145.4				京築	126.0	
栃木県	189.8	県南	235.7	2.0倍	滋賀県	189.7	大津	307.4	2.8倍	佐賀県	216.4	中部	277.8	1.9倍
		県西	118.4				甲賀	110.4				西部	149.9	
群馬県	192.2	前橋	368.6	2.8倍	京都府	258.3	京都・乙訓	341.4	3.3倍	長崎県	247.2	長崎	318.4	3.0倍
		太田・館林	131.8				山城南	104.2				上五島	106.0	
埼玉県	129.4	西部第二	222.3	2.6倍	大阪府	231.2	大阪市	315.2	1.9倍	熊本県	235.4	熊本	352.8	3.2倍
		児玉	84.8				中河内	163.5				阿蘇	109.9	
千葉県	146	安房	253.4	3.0倍	兵庫県	197.3	神戸	254.9	2.0倍	大分県	226.9	別杵速見	295.0	2.3倍
		夷隅長生	84.3				西播磨	128.7				東国東	128.6	
東京都（※3）	264.2	区中央部（※2）	1,190.6	9.6倍	奈良県	196.7	中和	236.5	1.6倍	宮崎県	206.9	宮崎東諸県	283.3	2.5倍
		西多摩	123.5				西和	146.4				西都児湯	114.4	
神奈川県	167.4	川崎南部	232.8	2.0倍	和歌山県	236.8	和歌山	313.3	2.1倍	鹿児島県	212.9	鹿児島	319.9	3.2倍
		県央	116.6				那賀	146.8				熊毛	100.0	
新潟県	166.9	新潟	311.2	3.1倍	鳥取県	258.3	西部	351.9	2.0倍	沖縄県	196.3	南部	235.2	1.6倍
		十日町	99.6				中部	176.7				宮古	149.7	
富山県	213.6	富山	257.7	1.5倍	島根県	238.1	出雲	360.1	2.7倍					
		新川	167.5				雲南	133.4						

※1　黒川（大和町、大郷町、富谷町、大衡村）
※2　区中央部（千代田区、中央区、港区、文京区、台東区）
※3　島しょ医療圏を除く。



（２）救急医療機関の対応能力の低下

病院の施設数や病床数は減少傾向にあるが、それは、医師や看護職員等の不足・偏在問題とも関連し合い、救急患者の受け入れ能力の地域格差を拡大させかねないものである。

いわゆる看護配置７：１等の診療報酬による政策誘導は、特に中小病院の経営に大きな影響を与え、病院の廃止や規模縮小（病床削減、診療所化）にもつながる。

また、国による病床削減策、平均在院日数短縮策は、急性期医療の現場に過大な負担を与えた。他方、これらの政策による在宅患者の増大により、急性増悪による在宅・介護施設からの救急搬送件数の増加につながる。

なお、自治体の財政悪化は従前からの課題であるが、いわゆる「三位一体の改革」（国庫補助廃止、税源移譲、地方交付税交付金改革）等により、将来的に自治体間の財政力の格差を助長させかねない。自治体の財政力格差は、自治体病院経営や補助金等、救急医療機関の整備にも関わってくる課題である。

国は一定の基準を満たす救命救急センターへは救急医療の中核として財政支援を行っているが、地方では救急の専門医師の不足から設置が困難な状況である。地方の救急医療は各診療科の医師が担っている場合が多いが、２４時間体制で救急医療を行っていても国からの財政支援を充分に受けることが出来ない。従って、救急医療に関わるスタッフ不足や設備、体制の不備は改善されず、医師をはじめとしたスタッフの負

担が続いている。

（３）救急搬送体制の広域化、メディカルコントロール

近年、国が推進したいわゆる「平成の大合併」により市町村立病院の再編・統廃合が行われた場合には、救急隊の救急医療機関への搬送時間に影響を与え、救急搬送体制の地域格差を拡大させかねない。

また、夕張市に代表される自治体財政の悪化は、住民サービスの低下を招き、救急搬送体制の維持にも影響を与える。自治体の財政力の優劣によって、救急搬送体制の地域格差が拡大しかねない。

ＭＣ体制については地域格差が大きく、体制そのものや体制の維持にかかわる医師の数、質、活動内容は様々である。特定行為、搬送病院の選定、現場トリアージなど救急救命士の業務が拡大する一方で、それらを医師が常時コントロールする体制が不備のままでは病院前医療の質の維持が危惧される。

２．救急医療における集約化と医療連携

（１）小児科・産科の集約化・重点化

医師確保を目的とした小児科・産科の集約化・重点化は、以前より関係学会等が提唱してきたが、平成１７年１２月に、地域医療に関する関係省庁連絡会議ワーキンググループによって集約化・重点化のスキームが公表されて以来、フォローアップ調査の実施等国策として進められてきた。

小児科・産科の集約化・重点化スキームは、そもそも「医師確保が困難な地域における緊急避難的な措置」とされ、各都道府県において「集約化・重点化の是非について検討を行い、その必要性が認められた場合には、集約化・重点化計画を策定するもの」である。平成１９年１１月１日現在、集約化・重点化の必要性があるとした都道府県は、小児科が１７県、産科が１４県である[3]。

（２）医師の不足・偏在と集約化

専門医師の不足・偏在対策や下記の４疾病５事業ごとの医療連携体制の構築によって、がん、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する専門的治療施設と救急対応する医療資源の集約化が進む可能性がある。

[3]全国厚生労働関係部局長会議（平成２０年１月１６日）資料より

現在は、地域のどの病院にも同じ程度の数の医師がいて、それぞれで夜間勤務をしなければならないという状況にある。しかし、地域の病院全てに高度な救急医療を求めることは現実的ではなく、効率的でもない。少ない医師で地域の救急医療を担っている病院では全ての疾患で一定のレベルの治療を行うことは出来ず、医師の労働条件と医療の質を考えれば、救急医療資源の集約化・重点化はやむを得ない側面がある。

ただし、現状の集約化・重点化は他のさまざまな事情から結果的に進んでいるものの、医師の労働条件や医療の質を大前提にかかげて進められているわけではない。集約化した拠点病院に医師が必ずしも増えておらず、拠点病院の医師の労働条件は悪化する一方である。すなわち規律なき集約化・重点化であり、このままでは救急医療そのものを崩壊させかねない。

また、医師を地域の中核的な病院に集約させるマグネット・ホスピタル構想も提唱されているが、集約後の人員の相互乗り入れについては、病院運営の形態や診断アルゴリズムや手技の相違など様々の課題が残されている。救急医療資源の集約化に当たっては、地域医療における歴史的経緯に鑑み、また、小規模ながら地域で重要な救急医療拠点の役割を果たしてきた私立病院の倒産などが増加している点を踏まえ、とりわけ慎重な配慮が必要とされる。

（３）４疾病５事業ごとの医療連携体制の構築

今後、救急医療の集約化を全国的普遍的に促進する要素として、いわゆる４疾病５事業ごとの医療連携体制の構築が挙げられる。

「第５次医療法改正」における医療計画制度の見直しにより、４疾病５事業ごとに、必要となる医療機能を明らかにした上で、各医療機能を担う医療機関等の名称や数値目標が医療計画に記載されることになる[4]。

これにより、各地域で医療提供体制の見直しや再編が行われるが、当然、その過程で医療機能の集約化が進むことになる。

救急医療は、４疾病５事業の一つを構成するとともに、脳卒中や急性心筋梗塞をはじめ他の疾病・事業のいずれにおいても密接不可分な関連性を有し、特別に重要な位置を占めるものである。

また、医療連携体制の構築に当たっては、地域医師会とＭＣ協議会参加医師等の関

[4]厚生労働省医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成 19 年 7 月 20 日付医政指発第 0720001 号）参照

係者が、情報の共有・一元化を図り、共同歩調をとることが必須である。

４疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病 **５事業**：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療、その他

（４）国公立・公的病院の再編・統廃合と集約化

救急搬送の約４５％を受け入れている国公立・公的の救急医療機関[5]は、今後、財政悪化や「平成の大合併」の他、指定管理者制度や社会医療法人制度の導入等公的サービスの外部委託の流れなどにより、統廃合や再編が促進され、集約化されていく可能性が高いと思われる。

（５）救急搬送体制の広域化、メディカルコントロール

入院機能を含む救急医療資源の集約化は、搬送先の救急医療機関の減少（場合によっては消滅）や、一ないし少数の病院への特化を意味し、当然救急搬送の広域化に繋がるものである。

さらに、「平成の大合併」を契機とした市町村立病院等の再編・統廃合により、特定の病院への救急医療資源の集約化が行われることになる。救急医療機関が集約化された地域では、救急隊の救急医療機関への搬送の長時間化につながるおそれがある。

また、救急医療資源の集約化は、指示医の確保などＭＣ体制にも影響を与える。

[5] 平成１８年度救急・救助の現況（総務省消防庁）。数値は救急病院等に限る。

＜各論＞

１．「初期、二次、三次」の救急医療体制の今後

（１）「初期、二次、三次」の救急医療体制

医師不足・偏在等による地域格差の拡大や、一箇所の病院への患者集中をもたらす医療資源の集約化は、医療現場の負担を過大なものとする。

このような事態は、わが国の救急医療を担ってきた地域の一般病院に重大な影響を及ぼすものである。特に、輪番制等二次救急医療から撤退する病院の増加は、二次救急の患者が救命救急センターに搬送されることにもつながり、地域の救急医療機能が特に都市部の三次救急医療機関へ集中する要因となる。

また、小児科や産科の集約化が進むことにより、専門医師が他の医療機関に異動した三次救急医療機関では、小児・産科の救急医療への対応が困難となる。

さらに、４疾病５事業ごとの医療連携体制の構築では「それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要がある」とされているが、特に脳卒中や急性心筋梗塞では、救急医療が、予防を除く最初の段階である急性期を担い、その後に回復期、維持期が続くため、二次、三次という従来の救急医療体制の考え方がなじまない点が指摘される。

以上のように、救急医療に関わる近年の状況変化は著しく、そのいずれもが従来の「初期、二次、三次」の救急医療体制の概念の抜本的見直しにも関わるものである。

これからの救急医療体制は、地域の救急医療機関の役割分担と連携を確立することが前提となるべきである。

以後の論点として、とりわけ、①救急医療資源の集約化の考え方、②三次救急医療における後方医療機関の整備・充実、③二次救急医療体制の今後、の三点に焦点を当てる。

① 救急医療資源の集約化の考え方

救急医療資源の集約化は、「集約」と合わせて「分散」を前提とするべきである。

救急医療資源の集約化は、結果として救急患者を集約先の病院に集中させるものである。したがって、適切な医療資源の集約化を実現するためには、拠点となる病院に重篤患者への対応機能を「集約」させる一方で、救命処置後の入院患者受入機能や外来機能を担う医療機関を地域全体に「分散」させ、それぞれの機能に応じた役割分担

と連携を担保する仕組みが必要である。

その上で、下記②・③の他、救急医療資源の集約化に当たっては、まず、「集約化される」地域への配慮が重要である。都市部では、医療資源が集中しており、類似の部門を集約して整理することは比較的容易であるが、地方では基幹病院が一つしかない地域も多い。そのような地域で病院が一層集約化される事は、集約先病院辺縁部の患者のアクセスを困難にする。特に、東北・北海道のように広範な地域に救急医療を担う病院が点在している地域では、救急搬送体制を含めた配慮がなければならない。すなわち、地域の実情に応じたシステム作りが重要である。

次に、わが国の医療資源の集約化は、医療機能に応じた役割分担や医師の不足・偏在問題対策など地域医療にとって必要な目的のために図られるべきであり、医療費抑制を目指した病床削減や在院日数の短縮が目的とされるべきではない。また、地域での段階的プロセスによらずに手術件数を算定要件とするなど集約化を目的とした安易な診療報酬による誘導はむしろ地域医療の崩壊を招来するおそれがあり、行うべきではない。

最後に、救急医療資源の集約化により、患者が特定の医療機関（救命救急センターなど）に集中することは避けられない。

日本医師会では、「グランドデザイン２００７各論」[6]の中で、「日本型ＥＲ」を提言しているが、救急患者を重症度や脳卒中等の疾病に対応して振り分け、地域を面でつなぐコーディネーター機能を発揮しなければ、地域住民の高いニーズに応えながら救急医療を提供することはできない。日本型ＥＲを救命救急センターに併設する一方で、地域の実情に応じて、一方で、ＥＲ的機能をフロントライン側に設置して高次救急との振り分け機能を持たせることもありうる。

限りのある救急医療資源を有効に運用し、患者への治療に遅滞が生じないようにするには、各地域において、産婦人科や精神科等を含めた救急医療を担う診療科相互の病院間のネットワーク構築が急務である。さらに近隣地域ともネットワークを構築しておき、その上で、コーディネーター機能を導入しコンセンサスを得た方法で患者搬送先の決定を行えば、救急隊が搬送先を探して搬入が遅れることは回避することができるだろう。

---

6 日本医師会「グランドデザイン 2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－各論」58 ページ

しかし、ネットワークを構成するほとんどの病院で救急対応する余裕が常時無いのならば、特定の施設でいったん全ての患者を受け入れ、振り分け機能を発揮しつつ、適切な医療を提供していくシステムの導入を検討するべきである。

② 三次救急医療における後方医療機関の整備・充実

医療資源の集約化により、三次救急医療機関である救命救急センターに救急患者が集中する一方で、その受入可能な患者数が限られている状況にあって、三次救急医療体制の充実のためには、救命処置後の患者を受け入れる後方医療機関の整備、充実が必要である。

後方医療機関の確保は以前からの課題であるが、高齢者の三次救急患者の増加により、深刻化している。

特に、国の在院日数短縮政策による早期の転退院、地域の病院の二次救急医療からの撤退による搬送件数増加や、在宅患者や介護施設入所者の急性増悪の増加に、救命救急センターが対応できなくなりつつある。

さらに、救急医療と在宅医療との間が抜け落ちてしまう事態が生じている。急性期以降の医療を担う回復期リハビリテーション病棟が充足している地域が全国的に少ない。また、介護保険制度の改正や診療報酬改定により、療養病床の削減が進められて療養患者の受け皿がなくなったため、急性期医療の後に直接居宅へ移行する患者が増えつつある。療養病床から転換した介護老人保健施設により退院した高齢患者を受け入れるとしても、療養病床より明らかに機能が劣ることは間違いない。

救急医療資源の集約化の観点からも、後方医療機関の確保は前提条件となる。三次救急患者は重篤であり、救命救急医療を終了した後も、重度の合併症や後遺症、障害を持つことが少なくない。そのような患者を受け入れ、適切な診療やリハビリテーション、介護の提供を実施することができる医療施設等がない状態では、安易な集約化をするべきではない。

③ 二次救急医療体制の今後

三次救急医療機関に向けた医療資源の集約化が進められ、また、休日夜間などの初期救急医療の重要性が公的に主張されている[7]。

初期・三次救急医療に対し、両者の中間に位置する二次救急医療は、主に地域の一般病院がこれを担ってきたが、診療報酬改定や医師・看護職員等の不足など医業経営

[7]厚生労働省「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」（平成 19 年 4 月 17 日）参照

の危機に直面し、救急医療から撤退せざるを得ない病院が少なくない。

このような状況の下で、二次救急医療体制の今後のあり方が問われている。

二次救急医療体制の現在のあり様は、都道府県や市町村で様々であって、フォーマットはない。すでに厚生労働省研究班により「入院機能を有する救急医療機関」として役割・機能や体制等が示されている[8]が、各地域において必要な二次救急医療体制のスタンダードを示し、自院がどの位置にあるのか自己評価ができるようにし、自助努力を促すような仕組みをつくるべき事も考えられる。

今後、４疾病５事業ごとの医療連携体制、特に脳卒中や急性心筋梗塞、周産期や小児医療ごとに体制を構築する中で、専門特化した二次救急病院が整備されていくものと思われる。

したがって、専門特化した病院を別立てで置くとともに、診療科に関わらず広く対応することのできる病院を固定輪番制として両立させる方法などにより、地域全体で責任を全うすることができる体制づくりを推進することが喫緊の課題となってくる。

さらに、４疾病５事業ごとの医療連携体制の構築では、従来の輪番制病院制度を医療資源の分散や住民・消防機関にわかりにくいと評価するとともに、「入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）の機能」の目標として「２４時間３６５日、救急搬送の受け入れに応じること」を掲げている[9]。

地域の特性があるので、現時点では、全ての地域の二次救急医療体制が、東京都のように２４時間、３６５日運用する通年制になることは難しい。しかし今後、一つの病院に二次救急医療資源が集約された場合には、通年制が原則とならざるを得なくなる。

（２）電話相談事業

救急医療の地域格差の拡大や医療資源の集約化は、患者・保護者の救急医療・搬送へのアクセスを低下させるものであり、小児に限らず電話相談事業は、その対応策として期待される。

電話相談での応答には地域性が顕れ、都市部か地方かで対応が異なってくる。大都市圏など相談者の近隣に対応可能な医療機関が多く開設されている場合は、比較的容易に受診を勧めることができる。しかし、特に広範な面積を持つ地方の場合は医療へ

[8]平成１６年度厚生労働科学研究費補助金「救急医療評価スタンダードとスコアリングガイドラインを利用したベンチマーキングに関する研究」（坂本哲也帝京大学教授）参照

[9]厚生労働省医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成 19 年 7 月 20 日付医政指発第 0720001 号）中の「救急医療の体制構築に係る指針」参照

のアクセスが困難なので、容易に受診を勧めることはできず自宅待機で良いのかどうかの判断を迫られることになる。

小児救急電話相談事業（＃８０００）は、初期、二次、三次の救急医療体制を補完する仕組みとして平成１４年に導入されて以来、平成２０年１月１日現在、４３都道府県で実施されている。

事業がスタートしてから５年が経過し、通話中の多さ、深夜帯での相談対応、相談体制の全国的な質の確保（マニュアル整備、相談員の研修など）、小児科医などの相談員の確保、相談事業の全国実施などが主な課題として挙げられている。

上記のような課題を解決するため、日本小児科医会委員会により全国センターの設置を求める有意義な提言が出されたところである[10]。日本医師会は、これまでも小児救急電話相談事業の導入・充実に努めてきたが、今後も、同事業の検証を行いつつ、全国センターの設置実現等事業の充実に向けて努めるべきである。

（３）精神科救急医療体制

自殺者が３万人台を推移する中、身体と精神の救急医療の連携体制の確立が重要である。

精神科救急医療においては、心身合併症の救急患者の受け入れ体制が課題である。救急医療の現場では、精神科の患者を、精神科以外の疾病で受け入れることが実際には多い。精神科がない病院の場合は、精神科の転送先の確保が困難な例がある。

２．ドクターカー、ドクターヘリ

救急患者の救命率及び社会復帰率の向上のため、ドクターカーやドクターヘリの普及を進め、医師が病院前救護の段階から出動して救命処置・治療を実施するべきである。

また、ドクターカーやドクターヘリは、救急医療における地域格差の拡大や医療資源の集約化を補完するなど、重要な役割を担うことが期待される。

（１）ドクターカー

現在、三大都市圏などにおいても、収容所要時間[11]の遅延が進行している。その要因には、医療機関の減少、長距離搬送（管轄外搬送）、救急救命士の制度化や業務拡大などが挙げられる。このような状況下において、ドクターカーの普及は、都市部におけ

---

10 「＃８０００小児救急電話相談基本構想策定委員会」報告（平成 19 年 10 月）

11 覚知から医療機関等に収容するのに要した時間

る迅速な病院前救護体制の確立、充実にとって有用な方策であり、その推進を図るべきである。

他方で、ドクターカーの普及が進まない理由として、搭乗する医師の確保が困難なことと運転手の人件費等コストが負担となることが挙げられる。集約化により搭乗医師の確保ができたときには、ドクターカーの運用が可能となって役割を果たすことができるが、医師の絶対数が不足している地方では、救急救命士による病院前救護の充実やＭＣの整備が優先される場合もある。

本来は公的補助の拡大・充実により救命救急センターのドクターカーが整備されるべきであったが、今後は消防機関との連携などが解決策となりうる。救急ステーションを救命救急センター内に設置し、高規格救急車に医師が搭乗する船橋市等の取組みが参考となる。消防機関と連携するのであれば、ドクターカーの運用を救急隊員の教育と関連付けることができ、その理解を得やすいことも挙げられる。

また、これらの取組みは船橋市や札幌市等の一定規模以上の都市で行われる、市医師会、市及び消防の三者が連携した都市型システムであり、今後の都市部における迅速な病院前救護体制の確立、充実にとって、有用な仕組みということができる。

日本医師会は、このようなシステムによるドクターカーの運用について、実施地域の拡大に向けた国家予算確保に努めるべきである。

（２）ドクターヘリ

① ドクターヘリの法制化と今後のあり方

ドクターヘリや固定翼機の活用による迅速かつ適切な救命処置・治療は、救急医療における地域格差の解消や、医療資源の集約化や災害医療への手段として重要である。

平成１９年６月、ドクターヘリ法[12]が成立、施行された。これに先立ち、本委員会では、ドクターヘリ法制化の問題点を議論し、その結果を基にして、日本医師会が与党ワーキングチームのヒアリングに出席して意見を述べた経緯がある。

ドクターヘリは、医師によるプレホスピタルケアを推進するものであり、その全国への普及拡大につながる法制化は評価することができる。

日本医師会や都道府県医師会は、医療提供者の代表として、ドクターヘリの整備や医療計画への規定、ＭＣの確保（救急隊によるドクターヘリ出動要請のプロトコール、事後検証等）などに主体的、積極的に関わるべきである。

12 「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」

② ドクターヘリ運用費の財源

ドクターヘリの運用費（航空会社への委託費等）の負担財源として、保険財源を利用することは、今後も認められない。保険財源からの運用費の支出あるいは基金への拠出は、給付財源がそれだけ減ることにつながり、医療提供体制の持続可能性に影響を与えることになる。

ドクターヘリは、平時における危機管理であり、その運用は国・都道府県が責任を負うべきである。保険財源は診療行為に対して適用されるべきものであり、医療そのものとは直接関係のない運用費の財源は公費又は基金とするべきである。

成立した普及促進のための本法にあるように、今後は全国を網羅する体制づくりを実現するために、寄付財源の確保と運用について衆知を集めて対応する必要がある。

③ ドクターヘリの運用

ドクターヘリは都道府県全域など広域的に運用されるため、市町村消防ではなく、都道府県の指令台で対応しなければ、適切に対応することができない。

さらに、ドクターヘリの環境整備（高速道路など着陸場所の確保、夜間飛行（定点飛行）の確立)、都道府県による補助の財源確保、都道府県の負担率の適正化（国・都道府県の負担割合の見直し)、都道府県間の連携の確保（隣接県との共同運用、ブロック単位での共同運用）およびＭＣ体制整備の推進を図るべきである。

３．救急搬送体制とメディカルコントロール

（１）救急搬送体制の広域化と医師会

市町村合併とともに、国により消防体制の広域化が進められているが、それは、救急搬送体制と二次医療圏との齟齬を発生させる要因になる。さらに、４疾病５事業ごとの医療連携体制の構築では、それぞれに医療圏を設定することとなっている。

したがって、消防と各医療圏との整合、調整をどのように行うかがこれからの大きな課題となる。また、診療科や地域における医師不足問題など、格差是正のための広域搬送体制の充実が必要である。これらの対策には、地域の医療者を代表する医師会の関与が不可欠である。

救急搬送体制は、面積の小さい地域では県単位とするべきである。そもそも、災害医療やヘリコプターによる搬送を考えると、市町村単位の消防はそぐわない。さらに、都道府県による「消防広域化推進計画」の策定時や、広域化対象市町村による「広域

消防運営計画」策定時などに、地域医師会が協議・検討の場に参画するなど関与するべきである。

なお、救急搬送体制の広域化に伴って、固定翼機による救急搬送の実現や拡大に向けて検討するべきである。

（２）メディカルコントロール

前述の通り、救急医療の地域格差の拡大や医療資源の集約化は、広域化の進展やＭＣなど救急搬送体制にも大きな影響を与える。

このような状況の下で、ＭＣ体制は都道府県単位において地域内連携体制とより広域な地域間連携の両者に配慮し、行政責任も明確化した仕組みとするべきである。その観点からも、救急搬送体制の県単位の運用も含めた広域化が必要となる。

さらに、ＭＣ体制の取組み状況には各都道府県間での格差が生じていることが指摘されている。全国的な取組みにより、ＭＣ体制の質的向上を図り、救急搬送体制の充実を図る必要がある。

平成１９年、日本医師会が共催者となり、「全国メディカルコントロール協議会連絡会」が発足した。年数回開催のシンポジウム等の活動によって、今後わが国におけるＭＣの連携体制強化と質的向上を推進することが期待されている。

なお、本来ＭＣは、救急救命士など救急隊員のみならず、一般市民、救急救命士を目指す学生、海上保安庁などの消防機関以外で働く救急救命士、また救急隊員以外の消防隊員、警察官など、広い意味での病院前救護に携わる関係者全体の質的向上や体制の整備を図ることを含めて考えるべきである。

（３）転院搬送

いわゆる「転院搬送」とは、救急隊によって、傷病者を一つの医療機関から他の医療機関へ搬送することをいう。今後、高齢者の増加や在宅医療の推進とともに、地域格差の拡大や医療資源の集約化による救急医療機関の減少や救急対応能力の低下が起こり、転院搬送へのニーズが増加するものと思われる。

転院搬送における問題点として、診療所からの転院搬送時の取扱い、転院元の医師等が同乗した場合の帰院方法、救急搬送の必要性の低い転院搬送の対処などが挙げられる。

いずれにせよ、転院搬送の問題は制度運用上のものであり、何らかの標準化が必要

である。現在、神戸市や横浜市では転院搬送のガイドラインが策定され、名古屋市においても、２０年度より救急隊の出場判断の見直しの中で、同様の取組みを開始する予定である。

しかしながら、消防の広域化や管轄外搬送が進む中で、市町村消防だからといって地域によって転院搬送のルールが異なるべきではなく、都道府県単位あるいは全国的に統一された指針が必要である。

その上で、診療所からの転院搬送の場合や、緊急性の高い転院搬送の場合は、転院元医療機関を救急現場と同様に取扱い、医師等が同乗した場合には、搬送後、救急車で彼らを帰院させるべきである。

また、救急医療機関から後方医療機関への搬送など、救急搬送の必要性の無い転院搬送の対処については、後述する民間の患者搬送事業者等（いわゆる「民間救急」）の活用が挙げられる。さらに、救急隊の負担軽減と効率的な運用という観点からは、救急搬送の必要性がある転院搬送についても、医療機関が保有する救急用自動車（病院救急車）の配備推進とより一層の活用も重要である。各地域で消防救急車が待機状態であることは、現場到着までの時間短縮が図れ、住民の安心が確保される。なお、病院救急車については、多数配備されてはいるが、経費負担が大きいことから、実際の運用が滞っていることも指摘されているため、総務省消防庁検討会において、複数医療機関での共同活用についてのモデルが提案され[13]、現在その実証的運用が開始されているところである。

なお、平成１７年４月１日施行の消防組織法施行令等の改正[14]により、転院元の医療機関に勤務する医師、看護師、准看護師又は救急救命士が救急自動車に同乗している場合には、救急隊の編成は２人でよいこととされた。この改正を受け、転院搬送時の医師等の同乗が求められるケースが増加しているものと思われる。診療所などでは、医師等が同乗した場合はその間の診療が実施できなくなる可能性も指摘される。

他方、救急搬送の必要性が無い場合では、民間患者搬送事業者を利用することになる。ただし、救急搬送の必要性の有無は、転院元の医師の判断に委ねられるべきである。

（４）救急搬送のトリアージ、民間救急搬送の活用

13 「救急搬送業務における民間活用に関する検討会」（平成１８年３月）
14 消防組織法施行令第４４条第１項、同施行規則第５０条第１項

上記の転院搬送に関わる問題は、つまるところ救急搬送のトリアージに行き着く。

現在、東京都などで消防当局によるトリアージ導入の検証や民間救急搬送の活用が進められているところである。

救急搬送のトリアージにおける課題として、①トリアージの適正判断の担保、②民間救急搬送の適正運用、③病院救急車の活用及び④市民に対する救急車の適正利用の啓発などが挙げられる。

①の課題について、患者の同意に基づく東京都の救急搬送トリアージの試行事業が実施されるとともに、特に転院搬送を対象としたシステムが導入されつつある。また、横浜市では１１９番通報時点でのトリアージを施行させているところである。トリアージの運用を誤った場合は、患者から救急医療を迅速に受ける機会を奪うことになりかねない。救急隊の判断の適否に対する検証を含むＭＣの確立が前提である。

②の課題について、従来の患者搬送業者に加え、救急搬送トリアージが各地で実施されるに至った場合、異業種等からの参入も予想される。救急搬送・医療の信頼性を確保するため、何らかの形で地域医師会が民間救急搬送の運用に関与する仕組みが必要である。

③の課題については、特に救急隊の負担軽減、適切・迅速運用の解決策となる。東京都医師会救急委員会による調査[15]では、回答のあった指定二次救急医療機関２１１施設中４０施設（約１９％）が、救急自動車を保有しており、高次医療機関への転院搬送（いわゆる「上り転院搬送」）の事例も多いことが明らかとなった。病院救急車の活用に当たって、同乗医師等の確保困難と、燃料費や人件費等の経費負担が障壁となる。円滑な救急搬送体制の確立のため、公的な財政支援が必要である。

④の課題について、診療の現場から患者・市民に救急車の適正利用を呼びかける試みは有益である。そのような観点から、日本医師会では１９年度に会員を通じてポスター[16]を作成したところであり、北海道医師会をはじめ各地域医師会においても同様の取組みを始めている。

４．ＡＣＬＳ（二次救命処置）研修

救急医療における地域格差の拡大や医療資源の集約化は、不可避の状況にある。

こうした状況下で、救急患者の救命や社会復帰のため、全ての医師がＡＣＬＳ（Advanced Cardiac Life Support：二次救命処置）を実施することができるよう自己

15 東京都医師会救急委員会答申（平成１９年３月）

16 「救急車はだれのもの？」（健康交差点 No.79：日医ニュース平成 19 年 9 月 20 日号）

研鑽に励むことが一層求められる。

さらに、ＩＬＣＯＲ[17]による国際ガイドラインや日本版救急蘇生法ガイドラインの改定内容を全ての医師に伝達する必要がある。今回改定では、本委員会の発議を受けて日本医師会はＰＲ資料「新しい心肺蘇生の方法とＡＥＤの使用法」を作成して全会員に配布した[18]。今後も２０１０年（平成２２年）に予定されるガイドラインの次期改定も見据え、全ての医師が、生涯教育の一環として、恒久的にＡＣＬＳ研修を受講、修了する仕組みを確立するべきである。

日本医師会は、本委員会の提言に基づき、平成１５年度末より「日本医師会ＡＣＬＳ（二次救命処置）研修」[19]（以下、「日医ＡＣＬＳ研修」）を開始しているが、平成１９年１２月現在で修了証交付者が１万１３９０人に止まっており、特に開業医のＡＣＬＳ研修会の受講、修了の推進を図る必要がある。

開業医のＡＣＬＳ研修会への参加推進には、まず、地域医師会が主催する研修会の開催数を増加させなければならない。そのためには、インストラクターの養成・確保、資器材の確保が必要となる。

インストラクターの養成・確保については、前期本委員会報告書において、その登録制と学習目標を提言しているが、日本医師会はその具体化を含む方策を講ずるべきである。また、訓練用人形や各種器材の確保についても、共同購入支援などの方策が必要である。

日本医師会ACLS（二次救命処置）研修 研修会の指定状況（平成 19 年 12 月 20 日現在）

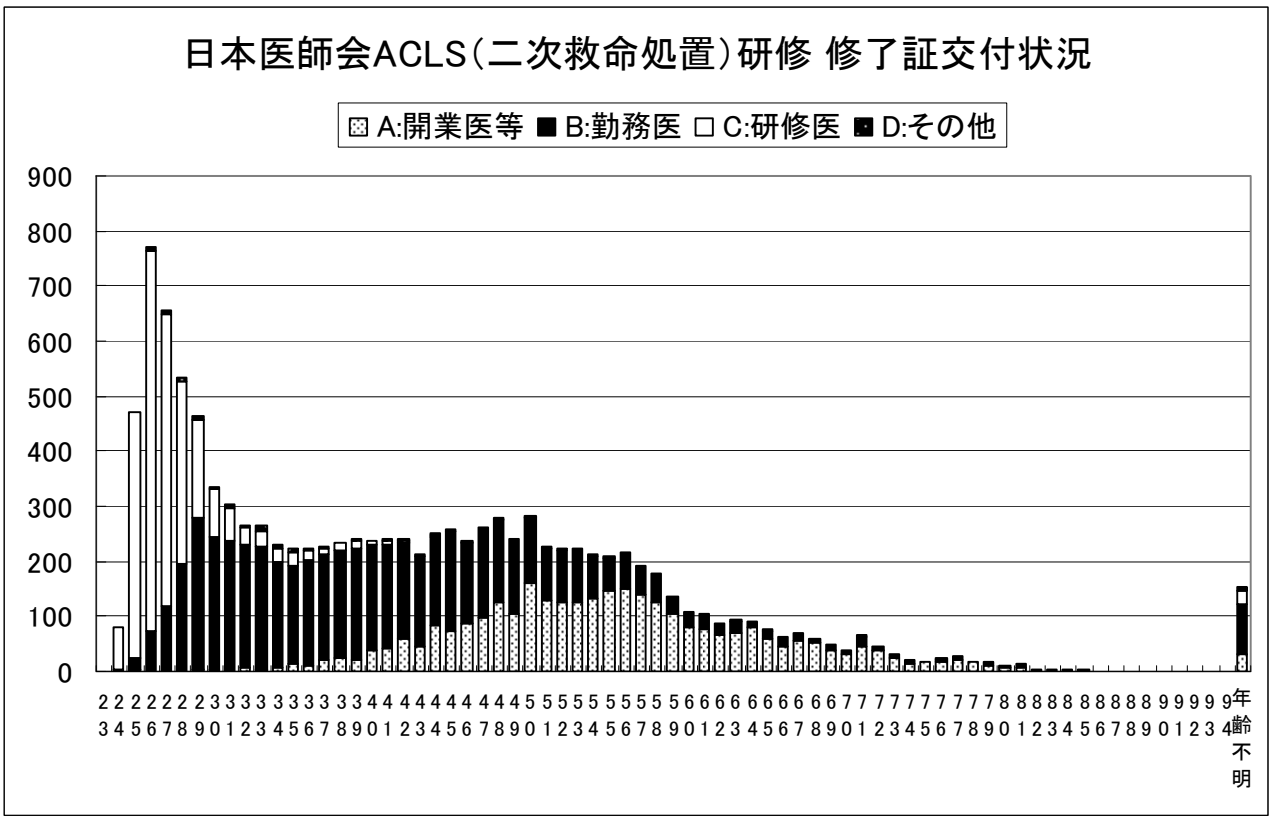
	H15 年度	H16 年度	H17 年度	H18 年度	H19 年度	合計	
医師会	3	98	201	107	68	477	39.3%
国・地方公共団体	0	4	8	0	0	12	1.0%
病院、大学、NPO 等	5	155	201	242	121	724	59.7%
総計	8	257	410	349	189	1213	100.0%

日本医師会ACLS（二次救命処置）研修 修了証等の交付状況（平成 19 年 12 月 20 日現在）

	A：開業医等	B：勤務医	C：研修医	D：その他	合計
修了証	3,128	5,499	2,652	111	11,390
オプション修了証[20]	299	581	153	3	1036
再修了証	123	219	46	21	409
合計（延べ数）	3,550	6,299	2,851	135	12,835※

※ オプション修了証及び再修了証は、修了証交付者の重複計上

[17]国際蘇生法連絡委員会（International Liaison Committee on Resuscitation）
[18]日医ニュース（平成１８年１０月５日号）、http://www.med.or.jp/doctor/jmaacls/guideline.pdf
[19]日本医師会ＡＣＬＳ（二次救命処置）研修要綱（http://www.med.or.jp/doctor/jmaacls/）
[20]日本医師会ＡＣＬＳ（二次救命処置）研修要綱に定める学習目標やカリキュラム等を超えるものと認められる研修の修了者を対象とする者



なお、日医ＡＣＬＳ研修の主な対象者は、「常時救急医療に従事しない全ての医師」であり、ＡＨＡ（アメリカ心臓病協会）によるＡＣＬＳ（Advanced Cardiovascular Life Support）プロバイダーコース等とは、本質的、内容的に異なるものである。

また、日医ＡＣＬＳ研修では標準カリキュラムを定め、外傷や脳卒中への初期対応等その内容を超える高次の研修を「オプション研修」として評価している。

しかし、喫緊の国民的課題である小児救急医療対策として、小児科以外の医師に対する小児救急初期研修を、オプション研修として評価するべきである。

また近時、ＪＡＴＥＣ（Japan Advanced Trauma Evaluation and Care ：外傷初期診療ガイドライン）、ＪＰＴＥＣ（Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care ：病院前外傷観察・処置標準化プログラム）やＩＳＬＳ（Immediate Stroke Life Support：脳卒中初期診療）コース等が整備されているが、その観点からも、オプション研修の充実を図る必要がある。また、日本医師会による一般医師のオプション研修受講・修了に対する支援について検討を行う必要がある。

５．一般市民への救急蘇生法の普及啓発

救急医療における地域格差の拡大や医療資源の集約化が進み、救急医療・搬送へのアクセスが低下する中、救命の連鎖（Chain of survival）の一翼を担うべき一般市民

に対する救急蘇生法の普及啓発が一層重要なものとなる。

平成１６年７月に非医療従事者に自動体外式除細動器（ＡＥＤ）による除細動が認められて以来、全国各地にＡＥＤの配備が進められるとともに、マスメディアによりＡＥＤのみに焦点を当てた報道がなされてきた。

しかし、心肺蘇生法はＡＥＤによる除細動のみで完結するものではない。日本医師会は、ＡＥＤによる除細動が、気道確保、人工呼吸や心臓マッサージ（胸骨圧迫）など、意識確認や緊急通報より始まるアルゴリズムの中で学ぶべきものであることを一般に周知するべきである。

日本医師会は、これまでも、「大切ないのちを救う心肺蘇生法ＡＢＣ＋Ｄ」（ＡＢＣ＋Ｄカード）や救急の日ポスターなどの作成・配布など救急蘇生法の普及啓発活動を実施してきた経緯がある。ＡＢＣ＋Ｄカードやポスターでは、意識確認、気道確保、人工呼吸、心臓マッサージ、ＡＥＤによる除細動という心肺蘇生法の一連の流れを図で説明しているが、今後も継続するべきである。

また平成１９年度より、心肺蘇生法の携帯電話サイトを開設したが、今後もホームページ等を活用した救急蘇生法の普及拡大を推進していくべきである。

なお、学校教育における救急蘇生法の学習は、生徒に生命の大切さを学ばせる上でも重要な意義を持つ。学校医や地域医師会による教育現場への救急蘇生法の普及活動を推進するべきである。

Ⅱ．災害医療のあり方

１．医師会とＤＭＡＴによる災害時医療救護活動

（１）ＤＭＡＴについて

日本ＤＭＡＴは、国による災害時医療救護対策として平成１７年３月に導入され、災害派遣医療チームいわゆるＤＭＡＴ（Disaster Medical Assistance Team）は、平成１７年７月に開催された第１４回中央防災会議により、「防災基本計画」に記載され、わが国の災害医療救護活動において大きな役割を担うこととなった。

防災基本計画では、被災地域外からの医療救護班の派遣について、まず「被災地方公共団体は，必要に応じて，速やかに医療関係機関又は非常本部等に対し，救護班の派遣について要請するものとする。」とすると同時にまた、「国〔厚生労働省，文部科学省〕，日本赤十字社及び被災地域外の地方公共団体は，医師を確保し救護班・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）を編成するとともに，必要に応じて，公的医療機関・民間医療機関からの救護班・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の派遣を要請するものとする。」と被災地域と被災地域外との連携を記載しているところである。[21]

（２）医師会とＤＭＡＴによる災害時医療救護システム

医師会による救護活動は、医師等の要員確保、装備や機動力等の観点から、災害発生直後の医療への関与と、主として災害急性期（発災後４８時間）を経過した後の医療や保健・予防衛生活動が期待されている。

他方で、ＤＭＡＴは、大地震及び航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急医療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームである[22]。平成１９年６月１日現在で、２９８チームが編成されている。

第５次医療法改正により、「災害時における医療」についても連携体制が構築されるが、その目指すべき方向として、次の二点が示されている[23]。

１）災害急性期（発災後４８時間以内）において必要な医療が確保される体制

① 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制

② 必要に応じてＤＭＡＴを直ちに派遣できる体制

２）急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

---

[21] 防災基本計画 33 ページ他

[22] 日本ＤＭＡＴ活動要領（http://www.dmat.jp/）

[23]厚生労働省医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成 19 年 7 月 20 日付医政指発第 0720001 号）

① 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

災害発生時には、まず、当地の医師、医療機関が自ら被災しつつも災害発生直後から救護活動を担うが、彼らを束ねる医師会がこれを主導する。次いで、災害急性期の医療をＤＭＡＴが担い、最後に、被災地域外の医師会が組織的に編成した救護班がＤＭＡＴを引き継いで救護活動に従事するシステムを早期に確立することが、災害時の医療救護活動の成否に大きく関わるということができる。

医師会とＤＭＡＴを中心とする災害時医療救護システムの確立に当たっては、次のような課題が挙げられる。

① 実情を熟知した医師会関係者が関与する指揮命令系統の構築、統括者の選任
② ＤＭＡＴと医師会救護チームとの円滑な引継ぎ
③ ＤＭＡＴに対する医師会等関係者の理解、協力
④ ＤＭＡＴ撤収後も救護活動に従事するＤＭＡＴ参加者の位置づけ
⑤ 地域ＤＭＡＴ

（３）各課題への対応

① 指揮命令系統の構築、指揮命令者

被災地に出動した各ＤＭＡＴを統括する者は、現地に先着したＤＭＡＴとされている。しかし、被災地の医療機関は災害発生直後からＤＭＡＴが活動を開始するまでの救護活動を行うので、これらを束ねる地域医師会が主導的役割を果たすことが期待される。また、災害時は、ＤＭＡＴや医師会に加え、ボランティアを含む多様な救護活動参加者が参集する状況下にある。したがって、災害急性期に限らず、災害発生から鎮静化、さらにその後に至るまでの医療救護活動全般の統括は、地域の医療提供者を代表する都道府県医師会あるいは郡市区医師会が担うべきである。

平成１９年７月１６日に発生した新潟県中越沖地震は、能登半島地震に続く、都道府県をまたがったＤＭＡＴの出動例となった。

同地震では、本委員会委員が日本医師会を代表する形で救護活動に参加した。災害発生当日の午後には急性期への対応が終了したが、その後の救護活動を検討する場に、日本医師会、県医師会、郡市区医師会の代表が参画したことにより、医師会を中心とした活動を確保することができた。

このような教訓から、災害発生時には、その規模に応じて、郡市区医師会や都道府

県医師会、場合によっては日本医師会代表者が現地の災害対策本部に派遣され、指揮命令系統を担う仕組みが必要である。

② ＤＭＡＴから医師会救護チームへの円滑な引継ぎ

前述の通り、ＤＭＡＴと医師会救護チームとでは、求められる機能、役割が異なる。ＤＭＡＴは災害急性期経過後に撤収するが、被災者は、災害急性期を経過した後も「災害弱者」である。

これに対し、医師会救護チームは、主に、災害急性期経過後の被災者の傷病治療、疾病予防、通常診療、ＰＴＳＤ対策、リハビリテーション、介護等の実施等、災害医療の最終段階まで深く関与する。

したがって、被災者の生命・健康にとって、両者の役割分担と連携の確保、具体的にはＤＭＡＴから医師会救護チームへの引継ぎが断絶することなく、円滑に行われることが不可欠である。

ＤＭＡＴから医師会救護チームへの円滑な引継ぎが適切に行われるか否かは、上記の課題②のとおり、全般的に災害時医療救護活動を統括する指揮命令系統の構築如何にかかっている。その点からも、医師会代表者が指揮命令系統を担うことが求められる。

さらに、統括ＤＭＡＴを担う者は、新潟県中越沖地震のときのように、地理的に近い被災地の都道府県のチームになる可能性が高い。したがって、各都道府県医師会は、それぞれの都道府県のＤＭＡＴやその派遣医療機関との協議や意思疎通を行うことが平常時から必要である。また、地域特性に応じて医師会ブロック単位での取組みも考えられる。

③ ＤＭＡＴに対する医師会等関係者の理解、協力

１）都道府県医師会の理解、協力

上記課題②のとおり、ＤＭＡＴと医師会との役割分担や連携、ＤＭＡＴから医師会救護チームへの円滑な引継ぎのためには、都道府県医師会が、ＤＭＡＴの意義や役割を理解し、協力をすることが必要である。

特に、各都道府県におけるＤＭＡＴの整備、迅速な出動体制の確保には、都道府県医師会の協力が不可欠となる。都道府県医師会は医療提供者を代表する団体であり、そのほぼ全てが災害対策基本法上の指定地方公共機関であるため、都道府県防災計画等においてＤＭＡＴ等の要請・運用を記載する際に、大きな影響力を行使することが

できる。さらに、都道府県のＤＭＡＴ運用計画の策定や、都道府県とＤＭＡＴ派遣医療機関との協定締結に際しても、強い指導力を発揮することができる。

２）医師会員のＤＭＡＴへの関わり

医師会員は、ＤＭＡＴを含む災害時医療救護活動に強い関心を持っている。しかし現在、医師会員が個人としてＤＭＡＴに参加する手段はない。災害急性期におけるＤＭＡＴの活動を、よりシームレスに、その後の地域医師会主導の保健･予防を中心とした医療活動につなぐことができるような教育・研修も、医師会員に必要である。

日本医師会として、災害時医療救護に熱意を持つ医師会員個人が医師会医療救護班等に参加し、ＤＭＡＴと連携しつつ医療救護所等で活動に従事することができるよう災害医療に関する生涯研修の充実を図るなどの方策を講ずる必要がある。

④ ＤＭＡＴ撤収後も救護活動に従事するＤＭＡＴ参加者の位置づけ

ＤＭＡＴ登録者は、災害医療に関する専門的な訓練を受けており、高い知識・技能・意識を持っている。

災害時に被災地外から派遣されたＤＭＡＴは災害急性期経過後に撤収するが、ＤＭＡＴに参加した登録者が被災地に残留して、医療救護班として引き続き救護活動に従事することを希望した場合には、その受け皿が必要となる。

この場合、新潟県中越沖地震から得られた教訓として、ＤＭＡＴ参加者を日本医師会の医療救護班に所属させる形をとることが考えられる。

まず第一に、被災地に派遣されたＤＭＡＴが引き続き医療救護活動に従事するためには、被災地の都道府県医師会長から、各ＤＭＡＴ派遣元の都道府県医師会長を通じ、当該都道府県知事等に対して出動要請を行うことが必要である。

第二に、様々な地域から派遣されているＤＭＡＴが派遣元とは異なる都道府県医師会の医療救護班に所属することは難しいが、日本医師会医療救護班としての医療救護活動であれば、派遣元の都道府県に関わりなく所属することができる。

以上のシステムを構築するには、都道府県医師会が災害時の指揮命令系統を統括し、かつ災害急性期の医療救護活動を主体的に行う役割を果たすことが不可欠である。

なお、第二のＤＭＡＴを日本医師会医療救護班として位置づけた場合、装備品の確保、経費及び二次災害時の身分補償等については、日本医師会も責任を分担することを検討する必要がある。

⑤ 地域ＤＭＡＴ

大分県では、「地域ＤＭＡＴ」という独自の取組みが行われている。これは、１４の地域ＤＭＡＴを編成し、その内３チームを日本ＤＭＡＴとするもので、その出動基準は、「災害又は事故により、被災現場において、医療を必要とする傷病者が一人以上いると、消防機関が判断した場合」となっている[24]。

ＤＭＡＴが出動するケースとしては、実際には、被災都道府県のＤＭＡＴのみで対応することができて他県からの応援を要しない災害の方が、広域的な対応が必要な災害よりも多く発生する。

そのため、他県への出動を要せず、当該都道府県で完結しうる規模の災害に対応する「地域ＤＭＡＴ」の取組みには意義がある。例えば、県内のＤＭＡＴが出動して災害医療を実施したケースとして、青森県八甲田山雪崩事故（平成１８年）がある。

また、地域ＤＭＡＴを多数編成し、その内の数チームを日本ＤＭＡＴとすることには、結果として県内のＤＭＡＴ参加者の層を厚くし、災害対応能力を増強することにつながる。

地域ＤＭＡＴの編成に当たっては、行政において、組織のあり方や財政基盤、活動方針等を明確にするべきである。また、「日本ＤＭＡＴ隊員養成研修」等の研修に公費で参加できるよう措置を講ずることが必要である。

２．災害医療の今後の課題

（１）日本医師会のあり方

① 中央防災会議への参画

過去の本委員会報告書において述べている通り、国の防災行政にとって医療が最重要であり、そのためには全ての医療提供者の代表である日本医師会が中央防災会議に参画するべきであると考える。

最終的には、災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定を目指すべきであるが、現時点では何らかの形で中央防災会議に出席する方策を検討するべきである。

② 日本医師会医療救護班

「日本医師会」の名を冠した医療救護班の派遣については、阪神・淡路大震災（平成７年）の際、各都道府県医師会が編成した救護チームを、日本医師会の救護班とし

[24]大分ＤＭＡＴ設置運営要綱

て順次被災地に派遣した例がある。

現時点では、日本医師会が直接医療救護班を設けることは困難である。したがって、地域医師会のチームを日本医師会救護班と位置付ける方策がある。

さらに、前述の通り、被災地に出動したＤＭＡＴ等の参加者で所属チーム撤収後も引き続き被災地での災害医療に従事することを希望する者を、日本医師会医療救護班として編成することが考えられる。

その場合、派遣医療救護班の統括責任者となる者には、日本医師会から派遣されている代表者、あるいは被災地の都道府県医師会長が就任することになる。

日本医師会医療救護班としての課題は、先に掲げたように装備品の確保、経費及び二次災害時の身分補償の責任が挙げられる。さらに、日本医師会と都道府県医師会との協定の締結や日本医師会医療救護班の運用計画の策定が必要となる。

おわりに

今期を通じ、わが国では「格差社会」がキーワードとなり、国民の関心を集めた。医療においても、国の医療費抑制策が医師等の不足・偏在をはじめとする医療提供体制の格差を拡大させ、ひいてはわが国全体での崩壊に至らしめつつある。今期発生した妊婦等の救急患者受入問題はその最たる例である。

また医療界では、「医療資源の集約化」が近年の主要テーマである。けだし、本文で述べたように、医療資源の集約化は、医療機能の役割分担と連携を前提条件とするべきである。集約化とともに、地域全体に入院患者の受入機能と外来機能とを分散させ、医療へのアクセスを堅持しなければならない。

今期の救急災害医療対策委員会は、「わが国における救急災害医療のあり方について」という広範な内容の会長諮問に対し、救急医療における格差を是正し、適正な医療機能の役割分担と連携を確立するべきであるとの観点から、２年間に渡る検討を行ってきた。

医療に関わる問題は、療養病床の削減等も含め、救急医療に少なからぬ影響を与えるものである。特に今期は、報告書本文で述べた各事項をはじめ救急医療・搬送に関わる諸問題が数多く発生し、国民的な課題に至る例もあった。

また、災害医療では、今期は阪神・淡路大震災より１０年以上を経過するとともに新潟県中越沖地震等の災害が発生したが、現在、ＤＭＡＴのような新たな取組みが実を結びつつある。今後の課題は、地域医師会がＤＭＡＴとの間で適切な役割分担と連携を構築することである。

本委員会は、わが国の医療提供者を代表する立場にある日本医師会において、医療現場に根ざした検討を行い、答申を述べる責務がある。

次期以降の本委員会においても、各地域の救急災害医療の実態を調査して好例を把握するなど、医療現場に根ざした積極的な審議を行い、地域にとって有用な指針となる提言をしていくことを期待する。